

2011

Health and Welfare Policy Forum

8

2 권두언 _ 김용하 한국보건사회연구원 원장

5 이 달의 초점 _ 지속가능한 보건복지재정의 과제

6 건강보험 재정 건전화 방안 _ 신영석

16 인구고령화를 반영한 공적연금 재정전망과 정책과제:
국민연금과 기초노령연금 중심으로 _ 윤석명

28 보건복지재정의 현황과 과제 _ 최성은

37 중앙과 지방의 복지재정관계 개편 과제 _ 이재원

49 정책분석

50 **특별논고** 보건경제학의 이해에 관한 小考: 문헌고찰을 중심으로 _ 연하청

71 심화되는 가계 기업간 소득 양극화: 현상, 원인, 함의 및 대응방안 _ 강두용

92 국제 보건복지 정책동향

93 영국의 건강영향평가 정책의 동향 _ 최은진

101 보건복지 소식광장

102 7월 보건복지동향

118 글로벌 소식광장



김 용 하
한국보건사회연구원 원장

복지, 지속가능성이 중요하다

최근 우리 사회에서는 무상급식, 무상보육, 무상의료, 반값주택, 반값등록금 등 다양한 복지정책에 대한 논쟁이 뜨겁게 이루어지고 있으며, 이러한 논쟁은 복지재원 조달 가능성에 대한 논의로 확대되고 있다. 이는 우리나라의 복지지출과 국민의 복지수요는 최근 빠르게 증가하고 있으나, 재원조달은 한계가 있는 상황을 반영하는 것이라 할 수 있다. 특히 보건복지정책의 지속가능성을 담보하기 위해서는 무엇보다 어느 정도 재원을 조달할 수 있는가를 우선적으로 고려해야 한다.

중앙정부와 지방자치단체의 복지지출은 2010년 100조원을 넘어 GDP 대비 9.0%에 이르렀다. 이는 OECD 국가의 평균 복지지출비용인 GDP 대비 20%에 비하면 절반에도 못 미치지만 1인당 국민소득 2만 달러, 노인 인구 11%라는 복지수요를 감안하면 대체로 선진국의 3분의 2 수준에 도달한 것으로 평가된다. 아직도

복지지출이 부족한 것은 분명하나, 최근 20년간 한국의 복지지출 증가율이 경제성장률보다 빨랐다는 점에서 속도 측면은 높은 평가가 필요하다.

복지는 새로운 부가가치의 창출이 아닌 재분배 정책이 핵심이다. 재분배에는 받는 사람이 있으면 부담하는 사람이 당연히 있고 부담(재원)은 주로 세금과 사회보험료 형태로 조달된다. 우리나라는 사회보험 중심으로 복지부담과 급여제공이 이루어지고 있어 사회보장 재원 중 상당부분은 사회보험료로 조달되고 조세는 보완적 기능을 수행하고 있다.

조세부담률은 2007년 21%를 기록한 이후 2008년 20.7%, 2009년 19.7%, 2010년 19.3%로 지속적인 하락 추세를 보이고 있다. 그러나 실질적으로 세금이라고 할 수 있는 사회보험료 부담률은 2010년 현재 5.7%로 조세부담률과 합한 국민부담률은 25% 수준이다. 경제협력개

발기구(OECD) 국가의 평균 조세부담률은 26.7%이고 국민부담률은 35.8%로 현재 우리나라의 국민부담률은 높은 수준은 아니다. 2050년에는 복지확충이 없어도 복지지출은 현재의 두 배 이상인 GDP의 20%를 상회할 것으로 전망되어 조세와 사회보험료 부담의 증가는 불가피할 것으로 전망된다.

건강보험 재정위기는 현재 발등에 떨어진 불로 지속적인 우려를 낳고 있다. 2010년에는 1조 3,000억원의 당기적자를 기록했고, 2011년에도 보험료를 5.9%를 인상시켰지만 수지를 맞출 수 있을지 불안한 상태다. 급여가 늘어난 고용보험도 마찬가지이고, 2007년 말에 개정된 국민연금도 급여수준은 삭감했지만 보험료는 그대로 둔 상태다. 게다가 저출산을 극복하기 위해서는 보육료 지원 등 불가피하게 재정 부담을 올려야 하는 상태다. 또한 중앙정부의 사회복지지출이 급속하게 증가함과 동시에 지방자치단체의 사회복지지출도 급속히 증가하여, 지방자치단체의 복지지출은 전국 평균 지방자치단체 총예산의 약 19%를 차지하고 있다.

이웃인 일본을 사례로 살펴보면, 불안정한 고용상태 증가, 저출산·고령화 심화에 따른 생산기반 취약, 국가부채 증가 등 우리나라와 유사한 경제·사회적 변화를 경험하고 있으며, 복지에 대한 재정부담도 앞으로 더욱 확대될 것으로 전망된다. 실제로 일본은 세입 규모가 축소되고 있음에도 전체 일반회계 예산 중 사회보장지출 비율이 2000년대 이후 20%를 초과하여 지속적으로 증가하였다. 2011년 일반회계 예산 92.4조엔 중 사회보장 관련 비용은 28.7조엔으로 전체 예산의 31.1%를 차지하였다.

복지지출액의 3분의 2는 소득세적 성격의 사회보험료에 의존하고 있어서 2010년 기준 조세부담률은 22%로 비교적 낮은 편이나, 일본 재무성은 2011년 사회보험료를 포함한 국민부담률을 38.8%로 전망하였다. 또한 국민부담률에 국가와 지방의 재정적자를 추가한 2010년 잠재적 국민부담률은 52.3%라고 발표한 바 있다. 무엇보다 일본의 국가부채 규모가 너무 크기 때문에 추가적인 복지지출의 확대는 조세확보가 전제되어야 할 것으로 판단되나, 증세에 대한 국민 거부감을 어떻게 해소할 것인가가 관건이다.

일본 정부는 자민당에서 민주당으로의 정권교체 이후 선거공약에 따라 사회보장제도 전반에 대한 개혁을 추진하여 왔다. 그러나 지난 7월 22일 간 나오토 총리는 2009년 중의원 선거 당시 재원대책 없이 제시하였던 정책공약에 대해 공식적인 사과를 한 바 있다. 이와 같이 일본의 현 시점에서의 복지재정 문제는 미래 한국의 복지재정 문제가 될 수 있다는 점에서 우리는 일본의 시행착오를 최소화하는 방향으로 재원조달에 대한 생산적인 논의를 유도해야 한다.

단순히 조세나 사회보험료 부담을 높이는 재원조달방식에는 한계가 존재한다. 사회보험료는 인구고령화가 심화될수록 자연스럽게 높아질 수밖에 없으며, 복지제도 확충에는 세금이 필요하나 세율을 올리는 것은 쉽지 않다. 선진국과 비교할 때 부가가치세는 상대적으로 높고 소득세는 낮지만 소득세 성격인 사회보험료를 감안하면 그렇게 낮은 것도 아니다. 새로운 세목의 신설은 더욱 부담스럽다. 현실적으로 가장 용이한 것은 카지노·경마·복권 등 각종의 사

행사업과 담배와 술 같은 건강위해품목에 세금을 추가적으로 부과하는 방법이지만 궁극적인 해결책은 못된다.

따라서 국민의 경제적인 부담을 최소화하고 실현가능한 구체적인 자원계획을 구상할 필요가 있다. 복지에 사용하기 위한 가용자원을 먼저 추산하고 우선순위에 따라 복지영역을 선택하여 단계적으로 복지지출을 확대하는 전략을 수립하는 것이 현실적이라 할 수 있다. 형평성

이 결여되어 있거나 효율성이 낮은 복지제도의 개혁을 병행하는 것도 중요하다. 특히 현재와 같이 복지지출에 비해 국민만족도가 낮은 저효율적인 복지제도를 극복해야 한다. 복지는 이상적인 목표가 있어도 이를 충당할 자원 조달 계획이 없으면 무의미하므로 복지자원을 어느 수준까지 마련할 수 있을 것인가를 먼저 심각하게 검토해야 할 시점이다. **보건복지**

지속가능한 보건복지재정의 과제

- ▶ 건강보험 재정 건전화 방안 | 신영석
- ▶ 인구고령화를 반영한 공적연금 재정전망과 정책과제:
국민연금과 기초노령연금 중심으로 | 윤석명
- ▶ 보건복지재정의 현황과 과제 | 최성은
- ▶ 중앙과 지방의 복지재정관계 개편 과제 | 이재원



건강보험 재정 건전화 방안

Policy Measures to Stabilize Health Insurance Finance



신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원

건강보험 급여비는 2001년 약 13조원이었으나 2010년에는 약 34조원에 이르러 불과 9년 사이에 약 2.55배가 증가하였다. 급여비가 빠르게 증가하고, 국민경제에서 차지하는 비중이 점증하는 현상은 장기적인 추세로 파악된다. 또한 경제성장을 저하, 저출산 고령화, 신의료기술 발전, 소득 향상 등은 향후 건강보험 재정을 더욱 불안하게 할 것이다. 따라서 건강보험제도의 지속가능성을 높이기 위해 전달체계 개편, 의료자원 공급의 적정화 및 효율화, 약제비 지출의 합리화, 보험 재정 확충, 진료비 지불체계 개편, 자동안정장치 도입 등의 정책과제를 도출하였다.

1. 서론

건강보험 재정안정화는 전 국민 건강보험이 도입된 1977년 이후 지속적으로 제기되고 있다. 건강보험은 단기보험으로서 매년 급여비 지출 규모를 예측하고, 이를 감당할 수 있도록 보험료 또는 국고 지원금의 인상을 통해 수입을 확보하여 당기수지의 균형을 맞추는 메커니즘에 의해 운용된다. 따라서 건강보험 재정 안정은 수입과 지출이라는 두 축에 대한 적절한 예측과 관리를 통해서 이루어질 수 있다. 건강보험 수입은 보험료 부과기반의 확충, 보험료율 인상, 국고지원확대, 새로운 부담금 신설 등을 통해 확충될 수 있다. 반면, 지출은 소비자의 자기 책임을 강화하여 불필요한 의료서비스 이용

을 억제케하거나, 진료비 지불제도의 합리적 개편, 전달체계의 효율화 도모, 인력·의료장비 등 의료자원에 대한 공급 최적화 등을 통해 그 규모를 적정화하는 방법을 생각해 볼 수 있다.

건강보험 재정은 과거 흐름을 볼 때 단기 흑자를 보이던 보장성 확대에 대한 요구가 커지고, 보장성 확대에 의해 재정이 적자로 나타나면 지출을 억제하여 재정안정을 회복하고자 하는 순환적 흐름을 보여주고 있다. 2000년 건강보험 통합과 의약분업 실시후 재정적자가 심화되어 재정위기가 도래하였고 이를 극복하고자 보험료의 급격한 인상 등 여러 정책이 시행되었다. 그 결과 2003년 누적적자에서 벗어났으나, 2004년 이후 보장성 확대 등으로 다시 재정이 불안해졌다. 비록 2008년 경제위기 등의 원인

으로 단기 흑자를 보이기는 했으나, 암환자 본인부담률 5%로 하향 조정, 희귀난치성질환 본인부담률 10%로 하향 조정, 소득수준별 본인부담 상한제 조정 등 보장성 확대의 지속으로 2010년에 다시 당기 1조 3천억 원의 적자를 보였다.

건강보험 재정은 이와 같이 정책 변화 및 외부 환경 변화에 따라 단기적으로 적자-흑자가 순환적으로 나타났지만, 큰 흐름에서 보면 진료비가 빠르게 증가하고, 국민경제에서 차지하는 비중이 점증하는 현상은 장기적인 추세로 파악될 수 있다. 건강보험 급여비가 2000년대 들어 지속적으로 연평균 11% 이상 증가하고 있음은 이러한 추세를 뒷받침하고 있다. 더욱이 건강보험을 둘러싸고 있는 여건 및 환경은 건강보험 재정안정화를 위한 대안 마련이 더욱 절실함을 보여준다. 경제성장을 저하, 저출산 고령화, 소득 양극화 등은 자원 마련을 더욱 어렵게 할 것이다. 한국개발연구원(KDI)의 잠재성장률 전망에 의하면, 우리나라 경제 성장률은 2000년대 5.1%에서 2010년대에는 4.5%, 2020년대에는 3.0%로 급격히 하락할 것으로 예상된다. 저출산·고령화의 심화 또한 건강보험 재정에 있어 큰 위협요소이다. 우리나라 노인인구 비중은 2000년 7%(고령화사회)에 도달한 이후 계속 상승하여 2018년 14%(고령사회), 2026년 20%(초고령사회)에 이를 것으로 예상된다(통계청, 2010). 노인인구의 증가는 만성질환자 및 국민 의료비의 급증을 야기하고, 이는 곧 국민의 부담 부담가중과 재정의 큰 위협요인으로 작용할 수 있다. 또한 저출산 현상은 생산가능인구의 감소를 의미하며 고령화 현상과 맞물려 생산가

능인구의 조세 및 사회보장비 등의 부담이 급증되는 문제를 야기한다. 우리나라 노인1명당 부양인구는 2000년 9.9명에서 2010년 6.6명으로 급격히 감소하였다(통계청, 2010). 이러한 저출산·고령화로 인한 생산가능인구의 부담 증가는 세대 간 갈등을 야기하고, 사회통합에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 반면, 소득수준 향상, 의료기술의 발달과 같은 긍정적인 여건 변화도 건강보험 재정에는 부정적으로 작용할 수 있다. 경제수준, 소득수준이 향상됨에 따라 국민의 보건의료서비스 품질에 대한 기대수준이 높아지고 의료욕구 또한 증대된다. 더불어, 의료기술이 발달하면서 나노, 바이오, IT 등과 융합되면 소비자의 의료이용 행태는 물론 의료공급체계가 비용 유발적인 형태로 변화할 것이다. 또한 생활습관의 서구화, 노령화 등으로 지속적인 관리가 필요한 고혈압, 당뇨 등 만성질환 증가로 새로운 보건의료 수요가 발생하여 이로 인한 비용 증가가 예상된다.

진료비 및 GDP대비 의료비 점유율 비중의 적정성에 대한 객관적이고 절대적인 근거나 의견의 일치를 기대하기는 어렵다. 왜냐하면, 자원배분의 우선순위에 대한 의사결정은 시대적 여건의 산물인 경우가 대부분이기 때문이다. 그럼에도 불구하고, 경제성장률 악화, 의료기술의 발달, 저출산·고령화 심화 등의 향후 여건변화에 대처하고, 효율적인 건강보험 재정운용을 위해서는 재정에 영향을 줄 수 있는 진료비 지불체계, 서비스 전달체계, 자원배분 등에 관한 효과적인 해결책이 필요하다. 따라서 본고에서는 건강보험 지속가능성 제고를 위한 재정안정화 경로를 모색해 보고자 한다.

2. 재정 현황 및 문제점

1) 재정 현황

2001년 보험급여비는 약 13조원이었으나 2010년 보험급여비는 약 34조원에 이르러 불과 9년 사이에 약 2.55배가 증가하였다(연평균 약 10.98% 증가). 보험료는 지난 9년간 연평균 13.38% 증가하였고, 국고지원금은 4.53%, 담배부담금은 11.68% 증가한 것으로 나타났다. 2010년 기준 총수입은 33.5조 원인데 반해 총지출은 34.9조 원에 이르러 당기 약 1.4조 원의 적자를 기록함으로써 누적적립금이 약 9천억 원에 불과하다.

건강보험진료비를 거시적 측면에서 GDP, 국민의료비와 비교한 결과 GDP대비 국민의료비, 건강보험진료비, 건강보험 급여비 비율이 매년 높아지고 있어 의료비가 GDP보다 빠른

속도로 증가하고 있음을 알 수 있다. 진료비 대비 급여비 비율도 건강보험 재정위기 극복과정에 있었던 2003년과 2004년을 제외하고는 계속 높아지고 있어 보장성이 강화되고 있음을 알 수 있다.

2000년 이후 2009년까지 GDP는 연평균 6.52% 증가한 반면 건강보험 급여비는 14.36% 증가하였고 보험료는 15.56% 인상되었다. 수가는 물가에 비해 낮게 통제되어 연평균 3.13% 인상되었지만 급여비 증가는 소득 증가를 압도하고 있다.

2) 문제점

건강보험 재정관련 문제점을 ① 의료비의 효율적 활용 측면, ② 재정 확보 측면 및 ③ 지출통제 시스템 결여의 3가지 측면에서 살펴보고자 한다. 의료비의 효율적 활용 측면에서 상급병원

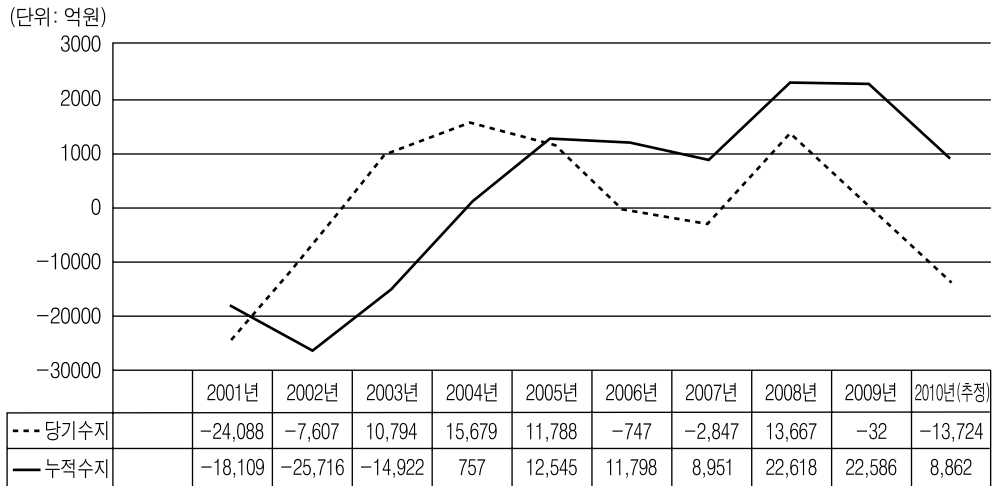
표 1. 재정현황

(단위: 억원, %)

구 분		2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	연평균 증가율
수 입	계	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,876	252,697	289,079	311,817	333,138	12.47
	보험료 등	90,173	108,764	133,993	150,892	166,377	185,514	215,979	248,300	263,717	284,577	13.48
	국고지원금	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	37,838	37,930	4.53
	담배부담금	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,631	11.68
지 출	계	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	347,660	10.63
	보험급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	337,493	10.97
	관리운영비	8,064	7,517	7,915	8,732	8,915	9,730	9,930	10,464	10,388	10,167	2.60
당 기 수 지		△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847	13,667	△32	△14,552	
누 계 수 지		△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	8,064	

자료: 국민건강보험공단 통계연보 각년도 및 2010년 주요 통계 연보

그림 1. 건강보험 재정수지 추이



주: 현금흐름 수지에 의한 재정임.

표 2. 연도별 진료비와 GDP

(단위: 십억원, %)

구 분	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
GDP(A) ¹⁾	720,539	767,113	826,892	865,240	908,743	975,013	1,023,937	1,063,059
진료비(B) ²⁾	18,832	20,742	22,506	24,862	28,410	32,389	34,869	39,339
급여비(C) ²⁾	13,899	14,952	16,131	18,262	21,489	24,561	26,499	30,146
B/A	2.61	2.70	2.72	2.87	3.13	3.32	3.41	3.70
C/A	1.93	1.95	1.95	2.11	2.36	2.52	2.59	2.84
C/B	73.81	72.09	71.67	73.45	75.64	75.83	76.00	76.63
국민의료비(D) ³⁾	36,534	40,653	44,071	49,227	54,783	61,888	66,700	—
B/D	51.55	51.02	51.07	50.50	51.86	52.33	52.28	—
D/A	5.07	5.30	5.33	5.69	6.03	6.35	6.51	—
C/D	38.04	36.78	36.60	37.10	39.23	39.69	39.73	—

자료: 1) 한국은행(2010), 국민소득.

2) 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각 연도

3) 보건복지가족부(2010), 2008년 국민의료비 및 국민보건계정.

표 3. 진료비, GDP, 관련 가격변수들의 연도별 증가율

(단위: %)

구 분	~2001	~2002	~2003	~2004	~2005	~2006	~2007	~2008	~2009	연평균
GDP	7.99	10.61	6.46	7.79	4.64	5.03	7.29	5.02	3.82	6.52
물가수준	4.10	2.80	3.50	3.60	2.80	2.20	2.50	4.70	2.80	3.22
진료비	38.25	5.54	10.14	8.50	10.47	14.27	14.01	7.66	12.82	13.52
진료비(약가제외)	12.98	4.31	10.57	6.84	9.37	14.22	15.32	7.78	13.09	10.50
수가수준	7.08	-2.56	2.97	2.65	2.99	3.50	2.30	1.94	2.22	3.13
급여비	42.11	4.76	7.74	9.21	13.09	17.37	13.77	8.53	12.71	14.36
보험료	22.51	23.39	25.74	13.38	8.66	11.12	15.51	14.93	4.78	15.56

주: 1) 수가증가율은 시행월을 감안하여 연도별로 재계산한 것임.

2) 물가수준은 소비자물가증가율을 나타내며, 2005년을 100으로 489개 조사항목을 가중평균하여 매월 지수를 산출 발표

자료: 한국은행(2010), 국민소득, 국민건강보험공단, 건강보험통계연보, 각 연도 통계청, 소비자물가지수.

으로 외래 환자가 집중화되는 문제와 약제비 비중의 과도함을 논의하고자 한다. 단위 당 서비스 가격이 높은 상급병원으로의 불필요한 환자 집중은 의료비의 비효율적 지출을 야기한다. 상급종합병원(종합전문병원)의 외래 진료비가 연평균 17.47% 증가하여 외래를 전문으로 하는 의원급 증가율 7.11%를 압도하고 있다. 점유율의 경우에 있어서도, 병원급 이상의 점유율은 매년 증가하고 있으나 외래를 전문으로 하는 의원급의 점유율은 감소하고 있다. 특히 내원일당 진료비가 의원급에 비해 5배 이상 높은 종합전문병원의 연평균 증가율이 17.47%로 다른 요양기관 증가율에 비해 현격히 높다. 특히 2008년에는 다른 요양기관 종류의 보장률은 감소한 반면 종합전문병원의 외래 보장률은 증가하였다. 즉 상대적으로 상급종합병원에 대한 비용부담이 이전에 비해 상대적으로 감소함으로써 외래의 경우도 상급병원 이용이 용이해지고 있는 것이다. 이러한 결과 내원일당 진료비가 현격히

높은 상급종합병원으로의 외래 환자 집중화는 자원배분을 왜곡하여 재정압박요인으로 작용할 수 있다.

이러한 상급요양기관으로의 환자 집중화는 소비자 측면, 공급자 측면 및 실질적 의료전달체계 부재에서 그 원인을 살펴볼 수 있다. 먼저 소비자 측면에서 보면, 자유롭게 소비자가 의료기관을 선택할 수 있는 현행 방식은 의료자원의 낭비와 의료비 상승을 초래할 수 있다. 특히 우리나라 국민은 자유로운 선택이 의료문화로 인식되어 의료기관의 시설, 장비의 대형화 및 현대화를 양질의 서비스와 동격으로 인식하고 있다. 또한 요양기관 종별 간 소비자 인지가격의 차이가 소비자가 인식하는 종별 간 의료서비스 질의 차이보다 작아 대형 병원에 대한 국민의 선호도가 나날이 높아지고 있는 현실이다. 즉, 소비자의 입장에서 요양기관 종별 서비스 질의 차이가 가격의 차이보다 크다고 할 수 있다. 이와 같은 현상은 필연적으로 의료자원의 수도권

집중화를 가속화하고, 소위 'Big 4' 대형 종합병원으로의 쏠림 현상은 더욱 심해질 것으로 판단된다. 따라서 의료자원 배분을 효율화하고 의료비 상승을 억제하기 위해서는 전달체계를 정상화할 필요성이 있다.

공급자 측면에서 보면, 현행 시스템은 상급병원의 경쟁력 우위 및 월등한 수입을 보장하는 제도로 설계되어 있다. 예를 들어, 앞서 살펴본 표와 같이 요양기관 종별 진찰료 상대가치의 차이로 인해, 의원급에 비해 상급종합병원은 33.9%(초진)에서 45.3%(재진)까지 내원건당 진찰료수입이 더 많다. 이처럼 요양기관 종별로 외래 진찰료 상대가치가 차이나고 있으나 이에 대한 근거는 명확하지 않다. 진찰료를 제외한 검사료 등에도 요양기관 종별로 차등가산율이 적용되고 있고 상급종합병원은 선택진료료를 통해 최대 진찰료의 50%까지 추가로 받을 수 있다. 즉, 진찰료만 한정하여도 상급종합병원은 의원급에 비해 2배 이상 수입을 담보할 수 있으며 선택진료료 등을 통한 부가적 수입을 통해 시설, 장비 등을 현대화하는 데 투자할 여력이 생기고, 다시 환자들은 고급화된 상급종합병원을 찾게 되는 악순환이 지속되는 것이다.

소비자 및 공급자 측면의 원인 이외에도 실질적 의료전달체계가 부재하다는 문제점이 있다. 현행 의료법에는 인력 및 시설 기준으로 의료기관을 구분하고 있으나 기능별 분류가 되어있지 않다. 예를 들어, 의원급의 경우 주로 외래환자를 대상으로 의료행위를 한다는 사항이 명시되어 있으나 강제력이 없다. 환자 의뢰-회송체계 작동을 위한 실효성 있는 규제 및 유인 기전 또한 부재한데, 이에 대한 법적 근거는 마련되어

있으나 이를 준수할 기전이 없는 현실이다. 따라서 병원급과 의원급간 환자 유치를 위한 무한 경쟁이 이루어지고 있으며, 그 결과 인력, 시설이 상대적으로 우수한 대형병원으로의 쏠림 현상이 가속화 되고 있다.

2010년 건강보험 약품비 규모는 약 12조8천 억원으로 총 진료비 43.7조의 29.3%를 차지하는 것으로 나타났다. OECD의 경우 국민의료비 지출 중 의약품비 비중(건강보험 외 민간보험 등 포함)이 14.3%인 반면, 우리나라의 경우 22.5%를 차지하고 있다. 약품비 증가추이는 「약제비적정화방안」 이후 다소 둔화되었으나('01~'06년 15.6%에서 '07~'10년 11%으로 감소) 여전히 높은 편이다. 이러한 약품비의 증가요인을 살펴보기 위해 '05~'09년간 전체 약품비를 분석한 심평원의 연구에 의하면, 분석기간 연평균 증가(12.8%) 중 가격요인(-1.7%)에 비해 사용량요인(14.3%)이 결정적 영향을 미친 것으로 나타났다.

우리나라는 외국에 비해서도 의약품 처방량이 많으며, 오리지널 및 고가 제네릭을 주로 사용하는 것으로 나타났다. 예를 들어, 처방전 당 약품목수는 한국의 경우 4.16개인 반면, 미국은 1.97개, 독일 1.98개, 일본 3.0개, 영국 3.8개 등이다. 복수등재 최고가약 처방비중도 2007년 32.0%, 2009년 37.9%, 2010년 39.1%로 점차 증가하였다(심평원).

재원확보 측면에서 재원구성의 두 축인 보험료와 국고지원 문제점을 살펴보고자 한다. 현행 보험료 부과체계는 직장가입자(전체의 약 65%)와 지역가입자(전체의 약 35%)로 이원화되어있다. 직장은 임금소득에 5.64%(2011년 기준)를

부과하고 있고 지역은 소득 외에 재산, 자동차, 성, 연령 등을 지수화하여 부과하고 있다. 직장
의 경우 임금소득에만 부과하고 있기 때문에 보
험료 부과대상에서 제외된 소득은 약 전체 소득
의 약40%에 이르고 있다. 가구실태조사보
고서에 의하면 연간소득의 54.5%가 근로소득
이고 사업소득, 재산소득, 이전소득 등이 나머
지 45.5%를 차지하고 있는데, 직장과 지역 가입
자를 모두 포함할 경우 전체 소득 중 약 40% 이
상이 보험료 부과대상에서 제외되어 있는 것으
로 나타났다(신영석, 2007).

국고지원의 경우 국민건강보험법 상 국가는
매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 보험료 예
상수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국
고에서 지원하고 보건복지부 장관은 2011년 12
월까지 매년 전체 국민건강증진기금의 65% 이
내에서 보험료 예상수입액의 100분의 6에 상당
하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하도록
되어있다. 그러나 차년도 보험료율이 결정되기
전에 예산이 편성됨에 따라 매년 실제 지원되고
있는 국고 규모는 법정 금액보다 작다. 2001년
이후 누적 부족액은 약 4.8조 원에 이르고 있다.
따라서 2011년에 국고지원 관련법 이 만료되기
때문에 법 개정시 이를 보완할 수 있는 방법 등
이 모색되어야 한다.

끝으로 지출통제 시스템의 결여 문제이다. 현
행 지불제도는 행위별 수가제(Fee For Service),
즉 서비스 행위단위별 별도로 보상되는 체계이
다. 행위별수가제 하에서는 공급자의 수입극대
화, 의료서비스의 정보 비대칭성 등으로 진료비
통제가 어렵다. 즉, 공급자수입(REV)은 가격(P)
과 양(Q)으로 결정되는데, 공급자 입장에서 수

가(가격, P)는 통제가 불가능한(uncontrollable)
변수이므로, 수입극대화를 위해 서비스 양을 증
가시킬 개연성이 존재한다. 더군다나 의료서비
스 시장의 정보비대칭으로 서비스 양(서비스 빈
도 및 강도)은 공급자 재량에 달려있다. 즉 공급
자 측면에서 보면 현행 지불제도 아래서는 수가
(가격)가 통제되어도 빈도를 확대하여 수입을
보전할 수 있는 제도이다. 가입자 또한 보험의
특성상 제3자 지불방식에 의해 욕구가 발생할
때 비용대비 효용이 높아 필요이상의 소비를 할
가능성이 높다. 결론적으로 현행 건강보험은 지
출을 통제할 기전을 전혀 갖고 있지 못하다.

3. 재정안정을 위한 정책 과제

1) 전달체계 개편

단기와 중장기로 나누어 개편 방안을 모색하
고자 한다. 단기적으로 소비자 측면에서 소비자
의 비용의식이 제고되어야 한다. 공급자 측면에
서는 요양기관 종별 진찰료 상대가치 차이를 해
소할 것을 제안한다. 요양기관 종별 진찰료 상
대가치(초진 및 재진)를 의원급 상대가치로 단
일화 하되 병원 급에서 삭감된 상대가치는 상대
적으로 상대가치가 낮은 것으로 평가되고 있는
입원료 상대가치를 높여줌으로써 병원급 이상
기관의 반발 최소화할 수 있다. 단, 상대가치 조
정은 재정 중립상태를 유지하는 범위 내에서 조
정하여야 한다. 또한 외래에 한정하여 선택진료
료 폐지하는 방안을 제안한다. 현행 제도에서는
동일한 의사가 상급병원에 근무하다가 의원을

개원하게 되면 종전에 받았던 선택진료료를 받을 수 없는 모순이 있다. 따라서 이러한 불형평을 해소하고 전달체계를 정상화하기 위해 외래에 한정하여 선택진료료를 폐지해야 한다. 마지막으로 상급종합병원의 외래환자 수를 제한하는 방안을 고려해볼 수 있다. 의사가 1시간 당 진료할 수 있는 환자의 수를 의원급 차등수가제에 기준에 맞추어 약 8~9명으로 제한하는 것이다. 통상 상급종합병원은 예약제에 의해 환자를 진찰하기 때문에 기준 이상의 환자는 예약을 받지 못하도록 제도화함으로써 환자 수를 제한할 수 있을 것으로 여겨진다.

중장기적으로는 보다 종합적인 마스터 플랜이 필요할 것으로 보인다. 중장기적으로는 ① 일차 의료 강화, ② 전문병원 또는 거점병원 육성 및 ③ 대형병원의 중증질환 특화로 전달체계를 개편할 것을 제안한다. 우선 일차의료 강화를 통해 만성질환, 노인성 질환(고혈압, 당뇨 등)을 관리하여야 한다. 1년 동안 일정 기준(예를 들어 1년 간: 진료일수 180일)을 초과한 환자를 대상으로 현재 의료급여에서 실시 중인 선택병의원제 도입하여 관리를 강화할 수 있다. 그 외 희망자에 한해서도 선택병의원제에 가입할 수 있도록 하되 이에 상응하는 인센티브를 제공하고(예를 들어 현행 보다 확대된 건강검진 기회 부여) 선택병의원으로 선택된 공급자에게는 현행보다 높은 수준의 인두제 개념의 만성질환 관리료를 제공한다면 제도를 단계적으로 확대 시행할 수 있을 것이다. 또한 현행 중소병원은 중장기적으로 전문병원 또는 거점병원으로 유도해야 한다. 경쟁력 있는 병원을 중심으로 행정적, 재정적 지원을 통해 특정질환 중심의 전문

병원으로 또는 지역별 거점 병원(의원에서 시설 및 장비를 이용할 수 있는 병원)으로 그 기능을 유도하고, 시설 및 장비가 상대적으로 열악한 병원은 장기요양병원으로 유도할 수 있다. 마지막으로 대형 종합전문병원 및 지방 종합병원은 중증질환 입원 및 연구중심으로 기능을 재편해야 한다.

2) 의료자원 공급의 적정화 및 효율적 활용

의료자원 공급을 적정화 하고 이를 효율적으로 이용하기 위해서는 우선 보건의료 인력, 시설, 장비 등의 적정수급에 대한 중장기 로드맵을 설정하고 이를 이행하기 위한 모니터링 체계를 구축하여야 한다. 또한 신체건강, 정신건강, 공중보건, 장애인 및 노인 등 지역별 변이 요인을 고려하여 지역 간 의료자원 배분 정책을 수립하고 이에 대한 평가체계를 구축해야한다. 그 외 의료기기에 대한 관리방안이 시급하다. 고가 의료장비에 대한 건강보험 급여정책의 변화가 필요하다. 단기적으로 감가상각기간이 만료된 경우 정상수가의 일정율을 감액하거나 사용빈도를 감안하여 수가를 탄력적으로 조정할 수 있다. 장기적으로는 현행 진료비 지불보상제도를 행위별 수가제도와 같은 사후적 보상체계보다는 총액예산제, 인두제, 포괄수가제 등 사전적 보상체계로 변화시켜 각 병원이 비용절감동기를 가지고 불필요한 고가장비의 도입과 활용을 스스로 억제하도록 하는 것이 바람직하다. 더불어 과잉공급과 비효율적 사용을 규제하기 위해 고가의료장비의 공동구매와 공동사용의 활성화 방안을 모색하고, 고가의료장비를 통한 검사

결과의 의료기관간 이동을 허용하고 이를 보험 급여화하는 방안을 생각해 볼 수 있다.

3) 약제비 지출의 합리화

의약품 시장에서 특허약품은 평균비용(AC, average cost)이 한계비용(MC, marginal cost)보다 크지만, Generic은 평균비용과 한계비용이 거의 같다. 또한 수요측면에서 보면 약을 선택하는 사람, 사용하는 사람 그리고 지불하는 사람이 달라 가격에 대한 수요탄력성이 매우 낮다. 이처럼 의약품의 경우 수요가 비탄력적(제 3자 지불방식)이기 때문에 공급자는 수요자가 지불 가능한 최대의 가격을 설정하고 광고나 판촉 행위, 리베이트 제공, 제품의 질적 우위를 입증할 수 있는 근거 마련에 주력하여 시장 점유율을 확대하려는 유인이 있다. 따라서 의약품 시장의 수요가 보다 탄력적이게 정책적 변화가 필요하다. 즉 소비자가 약품을 선택할 수 있도록 제도화하고 고가약을 선택할 경우 본인부담 가격을 높여 수요 탄력성을 높일 필요가 있다. 독일 등에서 시행하고 있는 참조가격제(Reference Pricing)가 대안이 될 수 있을 것이다.

4) 보험 재정 확충

안정적인 재원 확보는 건강보험 관련 정책 효과의 극대화를 위해 필수적인 사항이며, 따라서 특별회계나 목적세 등의 신설을 통해 세입과 세출의 효율적인 연계를 도모할 필요가 있다. 아울러 목적세 부과를 통한 재원 확보 이외에, 담배, 주류 혹은 휘발유에 대한 목적세 부과로 인

한 이들 제품의 가격 상승과 이로 인한 소비량 감소를 예상할 수 있어 이에 상응하는 건강증진 효과를 기대할 수 있다. 즉, 건강위해 행위(소비)에 대한 건강세를 고려할 수 있는데, 부과 대상에 따른 건강세 종류로 담배세, 주류세, 유류세, 로또, 잼블링(gambling)세 및 청량음료, 스낵, 패스트푸드 등에 부과하는 세금 등이 있다. 건강위해행위는 그 행위를 하는 소비자 자신 뿐 아니라 소비하지 않는 사람에게 까지 부정적인 영향을 미치는 외부성(externality)을 가진다. 따라서 건강세는 건강위해소비를 줄임으로써 사회적 비용을 절감하고, 건강위해소비의 경제적인 기회비용을 세금을 통하여 반영할 수 있다. 또한 건강위해소비는 중독성이 있어 합리적인 소비행위를 일탈하게 되므로 세금으로 교정하여 세금부과의 정당성을 가지게 된다.

한편 건강위해행위에 대한 세금은 형평의 문제를 야기시키기도 하는데, 빈곤층에서 더 많이 소비하여 저소득층이 세금을 더 많이 부담하게 되지만 반면에 건강위해에 노출된 빈곤층에게 많은 혜택이 돌아간다면 수혜자에게 많이 과세되는 것은 합당하다고 여겨진다. 다만, 유병률이 높아져 수명이 짧아지면 연금급여액이 줄어들어 일정 부분 상쇄된다는 주장도 있다. 이와 같이 형평성 문제에서는 지불능력의 원칙과 수혜의 원칙, 어느 것을 택하느냐에 따라 달라질 수 있다.

국고지원은 2011년 한시법 종료와 더불어 새롭게 설계될 때, 국고지원 규모의 증가율을 일반회계 증가율(최근 3년간)에 연동하되 부족한 재원은 위에서 제시한 간접세(목적세) 방식으로 별도 확충할 것은 제안한다.

가입자의 보험료 부담 측면에서는 우선 피부양자 인정기준이 개선되어야 한다. 형제·자매 전체를 피부양자에서 제외하는 방법은 국민기초생활보장법의 부양의무자 조건과 일치하며, 실질적 부양관계가 갈수록 축소되고 있고 특히 20세 이상 경제활동이 가능한 성인의 비율이 전체의 87%를 차지하고 있음을 감안할 때 합당하다고 여겨진다. 피부양자에서 제외된 형제, 자매는 지역가입자로 전환하되 이들 중 의료급여 자격에 부합하는 계층은 의료급여 권에서 흡수할 수 있을 것이다.

또한 부담 능력에서 누락된 소득 부분에 대해 보험료를 부과해야 한다(연금소득, 금융소득, 임대소득, 양도소득 등). 연금소득의 경우 연금의 월 급여액이 최저생계비 이상인 경우 직장가입자로 편성하여 피부양자에서 제외하는 방법을 취할 수 있다. 부동산 양도소득, 금융소득(이자, 배당), 임대소득 등은 소득이 실현되는 시점에서 국세청이 원천징수하여 건강보험공단에 이관하는 방식으로 재정을 확충할 수 있다.

5) 진료비 지불제도 개편

진료비 지불제도는 공급자에게도 재정 증가 책임을 나누는 형태로 개편되어야 한다. 예를 들어 DRG, 총액 예산제 등을 고려할 수 있다. 의료이용형태별로 보면 외래의 경우 인두제를 통한 주치의 방식으로 예산 총액을 결정하며, 입원의 경우 DRG를 전면 도입하되 총액을 결정 후 에피소드 건수에 따라 사후조정되는 사후가격제 도입을 제안한다.

단, 진료비 지불제도 개편 시 다음과 같은 사

항을 고려해야한다. 첫째, 의원과 병원의 경영실태, 재무성과와 원가구조 등에 관한 객관적 자료와 특히 병원의 회계기준 정립이 우선 필요하다. 둘째, 진료전달체계의 확립을 통한 의료기관의 기능적 분화 및 일반의와 전문의 간 역할분담이 정립되어야 하며, 셋째, 총액진료비 계약제가 특정 진료영역(즉 보험진료)에만 적용될 때에는 비보험 진료영역으로의 대체효과가 발생할 우려가 있으므로 보험급여의 지속적인 확충이 필요하다. 넷째, 의료서비스 평가 제도를 확립하여 의료의 질 관리를 위한 시스템 구축하고, 다섯째, 의료기관에 대한 정보 공개를 확대하고 IC 카드를 통하여 환자에 대한 통합연계 서비스 제공 체계를 구축하는 등 의료 정보 공개가 보장되어야 한다. 마지막으로 제도 개편 당시 공급자들의 동의를 이끌 수 있도록 적절한 수가 조정이 이루어져야 할 것이다.

6) 보험재정 안정을 위한 Built-in Stabilizer 체계 도입

보장성-수가-보험료 수준을 연동하여 보장성 규모와 수가 수준이 결정되면 보험료 수준이 자동으로 결정될 수 있는 Mechanism 구축이 필요하다. 이를 위해서는 수가(P)가 현행처럼 사전에 결정되는 것이 아니라 진료량(Q)과 연계하여 총 진료비(REV=P×Q)를 사전에 결정할 수 있어야 한다. 이 때, 진료량(Q)은 노령화 정도, 소득 증가 등을 반영하여 설정하며, 수가(P)는 소비자 물가지수에 연동할 수 있다. 보장성

인구고령화를 반영한 공적연금 재정전망과 정책과제: 국민연금과 기초노령연금 중심으로

*Long-term Projections of Public Pension Schemes
and Potential Directions for Reform*



윤석명 한국보건사회연구원 연구위원

시대적 화두로 등장하고 있는 100세 시대에 올바르게 대처할 수 있는 방향으로의 공적연금 제도 개편이 필요하다. 국민연금은 2013년 시행예정인 3차 재정계산에서 장기적인 관점에서의 재정 건전성 확보가 가능할 수 있도록 보험료 인상조치(현행 9% → 13%)가 마련되어야 할 것이다. 현재 국회에서 제도개편방향을 논의 중인 기초노령연금은 국민연금 수급자 증가에 맞추어 저소득 노인층을 집중 지원할 수 있도록, 장기적으로 수급률은 줄어듦 급여액을 인상하는 방향으로 개편하는 것이 100세 시대를 대비하는 올바른 대처방향이 될 것이다. 2009년 개정된 공무원연금과 사립학교교직원연금, 2012년에 개정될 군인연금은 제도개편에도 불구하고 재정 불안정 요인이 상존하고 있어, 추가적인 재정 안정화 방안 마련이 불가피하다. 특히 2009년부터 도입된 공적연금 가입기간 연계제도는 2040년 이후부터 특수직역연금 재정 불안정을 심화시키는 요인으로 작용할 것으로 전망된다.

1. 들어가며

연초 이후 화두가 되고 있는 100세 시대와 관련하여, 본격적인 장수시대 도래에 대한 공감대 확산 및 초장수 사회에 대한 적절한 대응방향에 대해 다양한 논의들이 전개되고 있다. 노동시장에서의 완전한 은퇴시기에 변함이 없다는 가정 하에서 장수사회가 시사하는 바는, 평균수명 증가에 따라 늘어난 노후기간만큼의 노후생활비용이 추가로 소요될 것이라는 점이다.

장수사회 도래를 예상함에 있어 흔히 사용되는 지표 중의 하나인 최빈사망연령의 경우, 일본은 이미 2000년대 초부터 여성의 최빈사망연령이 90세를 넘기고 있어 본격적인 초고령사회를 맞이하고 있다. 우리나라 역시 조만간 여성의 최빈사망연령이 90세에 도달할 것으로 전망되고 있어, 이에 대한 본격적인 대비가 필요한 시점이다.¹⁾

세대간 부양의 원리를 상당부분 내포하고 있는 공적연금은 그 어떤 제도보다도 인구구조에

1) 전홍택·박명수·윤석명 외(2011), 100세 시대, 어떻게 행복하게 살 것인가?, pp. 53·경제인문사회연구회 휴먼뉴딜 종합연구 총서 11-05-02, 경제인문사회연구회.

민감하다. 정도의 차이는 있으나 부과방식 속성을 상당부분 내포하고 있는 우리나라의 공적연금 재정문제에 대해 상당한 우려를 하고 있는 이유가 바로 여기에 있다. 1960년에 도입된 공무원연금과 이보다 몇 년 뒤 도입된 군인연금은 우리나라 국민들의 평균수명이 58세였던 시대적 상황 하에서 설계되었던 제도들이다. 이보다 10년 이상 늦은 1974년에 도입된 사립학교교직원연금 역시 제도 설계상 이들 제도와 큰 차이가 없다. 제도 설계당시와 비교시사회·경제적인 여건에 상당한 변화가 발생하였다는 측면에서 제도 개편이 불가피한 상황이다.

1988년 10인 이상 사업자 가입자를 대상으로 도입된 국민연금은 점진적인 제도 확대과정을 거쳐 1999년 4월에 도시지역 자영업자에게도 제도를 확대 적용함에 따라 소위 전국민 대상의 국민연금제도로 자리잡게 되었다. 가장 늦게 도입된 국민연금은 이미 두차례의 연금개혁과정을 거쳐 제도 도입당시에 비해 30% pt(70% → 40%) 소득대체율을 삭감하는 조치를 취하였음에도 급속한 인구고령화와 경제성장을 둔화로 인해 초장기적인 관점에서의 재정 불안정 요인이 상존하고 있다.

반면에 이미 제도성숙단계에 진입하고 있는 공무원연금과 군인연금, 그리고 조만간 성숙단계에 진입할 사립학교교직원연금의 경우 몇 차례에 걸친 제도 개선에도 불구하고, 재정불안정이 심각한 상황이다. 공무원연금 등 특수직

역연금은 제도 자체에 내재된 재정불안정 문제와 함께 2009년 도입된 공적연금 가입기간 연계제도로 인해 장기적인 재정 불안정 심화가 불가피하다.²⁾

이러한 상황에서 국민연금과 기초노령연금의 재구조화를 위한 연금개선특별위원회가 국회에서 가동되고 있다. 본인의 보험료 납부를 전제로 연금급여를 지급하는 사회보험방식의 국민연금과 달리 65세 이상 연령층의 70%에게 정부재정으로 연금을 지급하는 기초노령연금은 데모그란트적인 성격이 강한 제도로 운영되고 있다. 국회 연금특위에서는 OECD 회원국 중 노인빈곤율이 제일 높은 우리나라의 노인현실을 고려할 때 기초노령연금 지급대상과 지급수준을 지금보다 상향 조정하여 한다는 주장과 급속한 인구고령화로 인한 기초노령연금 지출액 급증 및 이에 따른 미래세대의 부담 가능성을 고려하여야 한다는 주장이 대립하고 있다.

이하에서는 평균 수명 증가추이를 반영한 국민연금 재정전망과 국회 연금특위에서 논의되고 있는 재구조화와 관련하여 제도 개편 대안별 기초노령연금의 재정전망을 중점적으로 살펴보고자 한다.

2) 공적연금 가입기간 연계제도는 공무원연금 등 특수직역연금과 국민연금의 가입기간을 연계시켜 총가입기간이 일정한 수준을 넘을 경우 개별 연금제도에 가입한 기간만큼 연금을 지급하는 제도임. 공적연금간 가입기간 연계제도 도입으로 인해 공적연금 사각지대 해소라는 커다란 정책 목표를 달성한 반면, 과거에는 일시금을 수급하던 가입자가 대거 연금 수급자로 전환됨에 따라 국민연금에 비해 연금 수급자격이 엄격한 특수직역연금의 재정불안정이 심화될 것으로 전망되고 있음.

2. 국민연금 제도 내 인구전망 및 장기 재정전망

최근 관심을 끌고 있는 100세 시대와 관련된 논의를 국민연금 재정추계에 반영하기 위해 2008년 시행된 국민연금 재정계산(2078년까지 재정추계)과는 달리 추계기간을 2100년까지 연장하여 추계를 시도해 보고자 한다. 이를 위해 2100년까지 연장된 한국보건사회연구원의 인

구추계 결과를 바탕으로 시나리오별 장수인구 규모를 전망해 볼 필요가 있다. 2100년까지의 초장기 인구추계에 사용된 사망력 및 출산력에 대한 가정은 <표 1>과 같으며, 시나리오별 인구 전망은 <표 2>와 같다.

1) 국민연금 제도내 인구전망

상기 시나리오를 반영한 국민연금제도 내 장

표 1. 인구추계 시나리오

구 분		출산력	
		중위가정(TFR = 1.28)	고위가정(TFR = 1.70)
사망력	중위가정(평균수명 남 82.9세, 여 88.9세)	시나리오 1	시나리오 3
	고위가정(평균수명 남 91.8세, 여 96.1세)	시나리오 2	시나리오 4

자료: 이삼식(2011. 2). 평균수명 연장에 따른 시나리오별 인구전망, 100세 대응을 위한 미래 전략, 한국보건사회연구원.

표 2. 시나리오별 인구규모 전망

(단위: 만명)

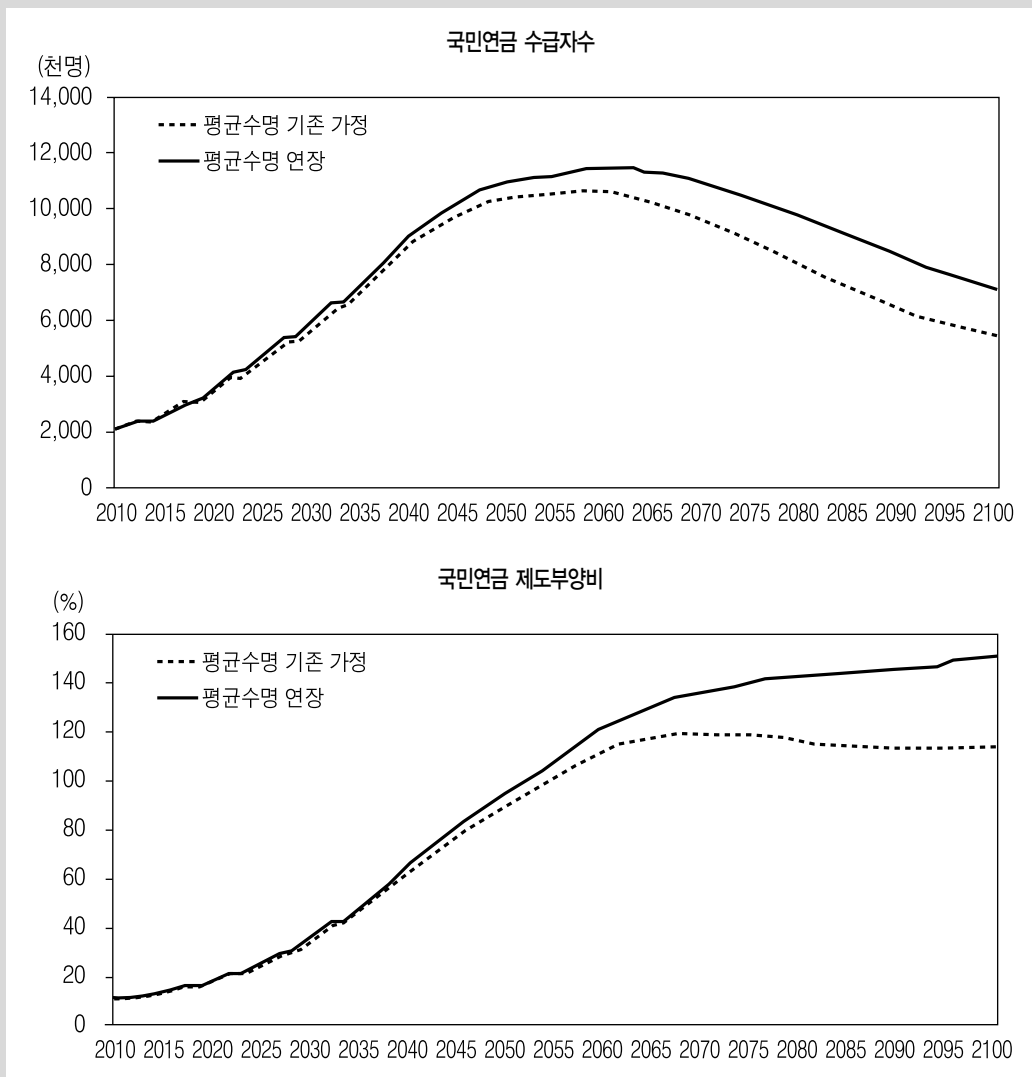
구분		2010	2020	2030	2050	2070	2100
총인구	시나리오1	5057	5088	5002	4299	3116	1782
	시나리오2	5058	5112	5055	4420	3346	2043
	시나리오3	5058	5171	5203	4681	3741	2710
	시나리오4	5059	5195	5256	4803	3972	3006
생산가능 인구	시나리오1	3708	3624	3150	2180	1464	859
	시나리오2	3708	3627	3154	2184	1469	864
	시나리오3	3708	3624	3173	2408	1901	1416
	시나리오4	3708	3627	3177	2412	1908	1424
노인인구	시나리오1	560	847	1302	1754	1380	765
	시나리오2	561	867	1351	1871	1604	1020
	시나리오3	560	847	1302	1754	1380	948
	시나리오4	561	867	1351	1871	1604	1235

자료: '이삼식, 전계서(2011. 2)에서 발췌. 2009년 기준연도 초인구는 5,014만명, 생산가능인구(15~64세)는 3,662만명, 노인인구 539만 명임.

기인구 전망결과는 다음과 같다. 출산력 중위 가정인 합계출산율 1.28명의 경우에 평균수명 연장을 반영하여 국민연금 제도내 인구를 전망해보면, 기존가정에 비해 사망률이 낮아지면서 가입자수가 소폭 증가하는 것으로 나타난다.

구체적으로 가입자수가 2015년 19,915천명에 달한 후 점차 감소하여 2070년 8,025천명, 2100년에는 4,732천명에 달할 것으로 전망된다. 반면에 국민연금 수급자수(노령연금 기준)는 평균수명 기존가정에 비해 큰 폭으로 증가

그림 1. 국민연금 제도내 인구전망: 합계출산율 1.28명인 경우



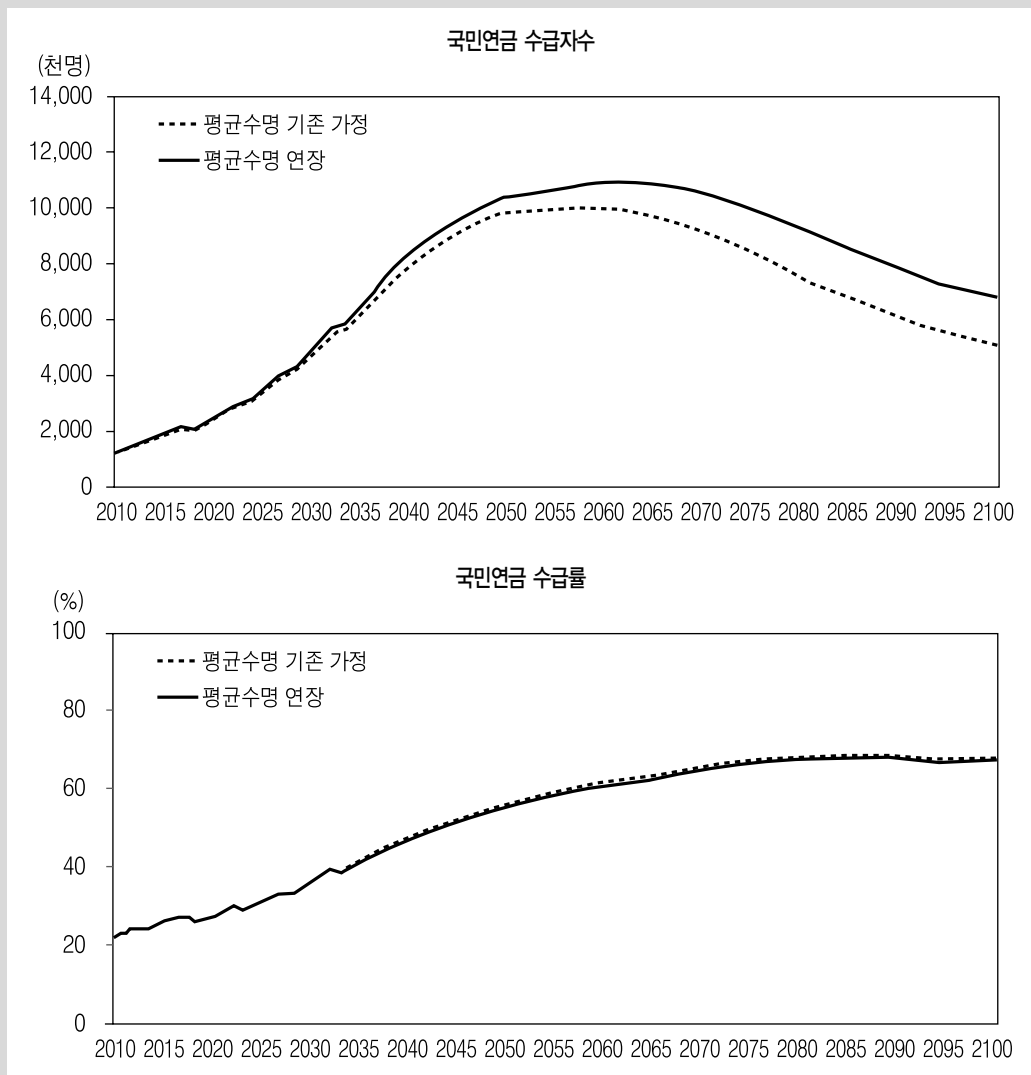
자료: 윤석명 · 신화연(2011. 2). 국민연금 재정전망과 정책과제, 100세 대응을 위한 미래전략, 한국보건사회연구원.

하는 것으로 나타났다. 2010년 2,094천명이던 수급자수가 제도가 성숙함에 따라 급격하게 증가하여 2060년 11,466천명에 달한 후 점차 감소하여 2070년 10,873천명, 2100년에는 7,109

천명으로 예상된다.

국민연금 제도부양비의 경우 평균수명이 연장됨에 따라 연금수급자수가 큰 폭으로 증가하여 평균수명 기존가정에 비해 증가폭이 점차 커

그림 2. 65세 이상 인구대비 국민연금 수급률 전망: 합계출산율 1.28명인 경우



자료: 윤석명 · 신화연, 전개서(2011. 2.).

지는 것으로 전망된다. 2010년 11%인 제도부양비가 제도성숙에 따라 급격히 증가하여 2055년에 106.9%로 100%를 넘어선 이후에도 증가 추세를 유지하여 2070년 135.5%, 2100년에는 150.2%에 달할 것으로 전망된다.

한편 동일한 출산율 가정 하에서 평균수명이 연장될 경우 65세 이상 노령연금 수급자수가 2060년부터 기존가정에 비해 급격하게 증가할 것으로 전망된다. 구체적으로 2020년 2,356천명에서, 2060년 10,829천명으로 급격하게 증가한 후 점차 감소하여 2070년 10,405천명, 2100년에는 6,769천명에 달할 것으로 전망된다. 국민연금 수급률의 경우에도 제도성숙에 따라 수급률이 급속하게 증가하나, 평균수명 기존가정과 비교시 수급률 자체에는 큰 변동이 없을 것으로 전망된다. 구체적으로 2010년 22%인 국민연금 수급률이 2030년 36%, 2050년 55.2%, 2070년 64.9%, 2100년에는 66.4%에 달할 것으로 예상된다.

2) 국민연금 재정전망

국민연금제도가 현행대로 유지(소득대체율을 2028년까지 40%로 하향 조정, 보험료는 9%로 고정)될 경우 합계출산율 1.28명 가정 하에서의 국민연금 재정전망은 다음과 같다. 국민연금 수급자가 본격적으로 발생하는 2040년대 이전까지는 수입이 지출보다 많은 구조를 유지하나, 이후부터 급여지출이 증가하면서 2041년에 처음으로 수지적자가 발생할 것으로

예상된다. 이에 따라 2040년 956조원(2010년 불변가)인 적립금이 이후 급속히 감소하여 2056년에 기금이 소진될 것으로 전망된다. GDP 대비 국민연금 총지출 비율은 2010년 0.8%에서 지속적으로 증가하여 2050년 4.9%, 2070년 6.7%, 2100년에는 11.7%에 달할 것으로 전망된다.

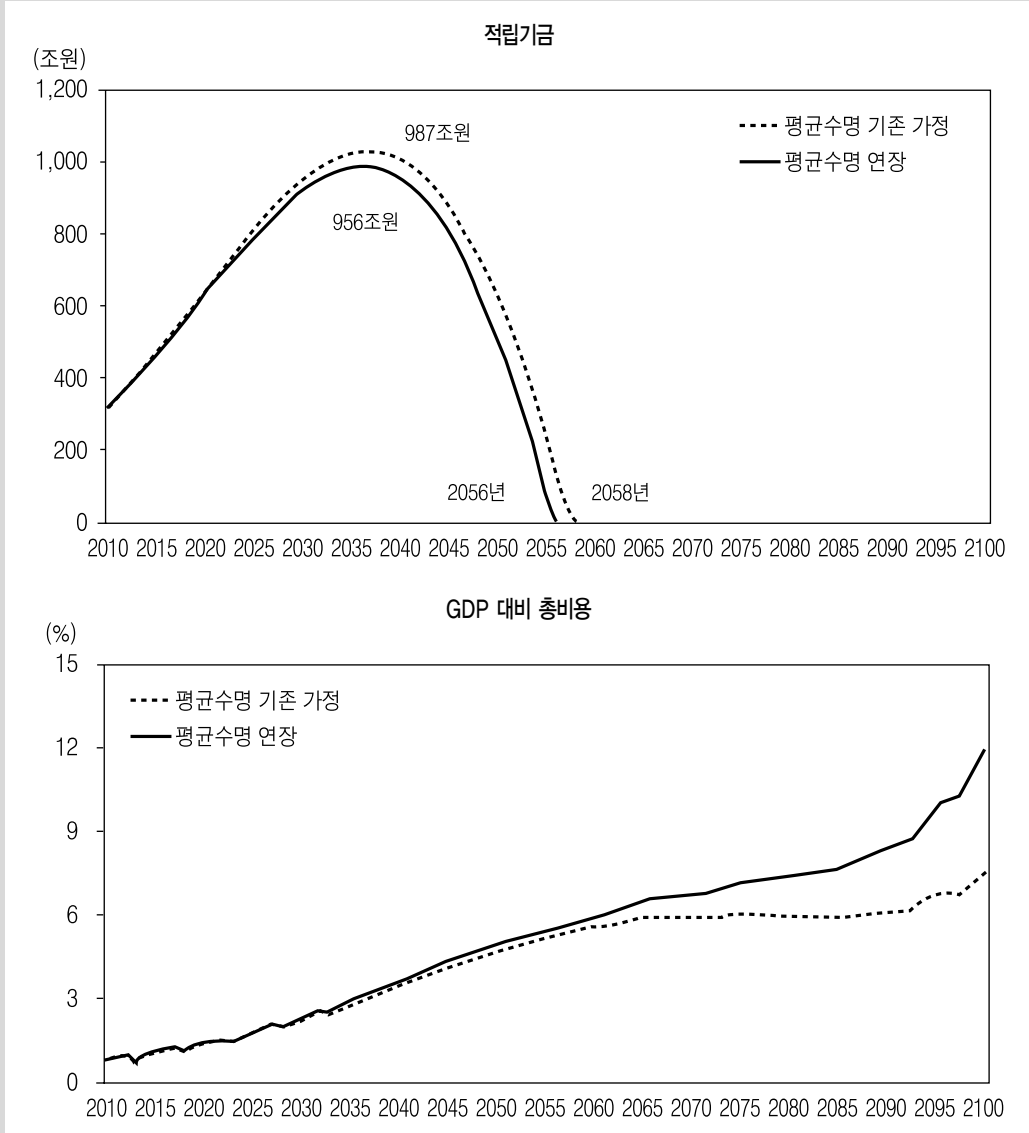
국민연금 재정평가시점을 2008년 제2차 국민연금재정계산에서와 유사한 2080년으로 설정하여 합계출산율 1.28명 가정을 적용할 경우 기금소진 미발생을 목표로 하는 필요보험료율은 14.3%에 달할 것으로 전망된다. 반면에 “제2차 저출산·고령사회 기본계획”을 통해 정부가 목표로 하는 합계출산율 1.70명이 달성된다는 가정 하에서는 기금 소진 미발생을 위한 필요보험료율이 12.85%일 것으로 예상된다. 그러나 재정평가시점을 2080년이 아닌 2100년까지 연장할 경우 기금 소진 미발생을 위해 필요한 보험료율은 이보다 높을 수 밖에 없을 것이다.

3. 기초노령연금 재정전망

기초노령연금제도를 현행대로 유지할 경우와 수급대상자와 급여액을 인상할 경우를 구분하여 수급자수와 소요재원을 전망하면 다음과 같다.³⁾

3) 윤석명 외(2010). 기초노령연금 선정기준 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원.

그림 3. 국민연금 재정전망: 합계출산율 1.28명



자료: 윤석명 · 신화연, 전게서(2011, 2).

1) 현행제도 유지시(65세 이상 인구 중 70%) 수급자수 및 소요자원 전망

먼저 기초노령연금을 국민연금 급여산식 A값의 5%로 지급할 경우, 기초노령연금 수급자수는 2010년 376만 명에서 2050년경 1,060만 명까지 증가할 것으로 예상된다. 비용 측면(2010년 불변가)에서는 2010년에 4조 원, 2050년에 41조 원, 2070년에 54조 원이 소요될 것으로 전망된다. 국내총생산(GDP) 대비 기초노령연금 총비용은 2010년 0.4%에서 2050년 1.4%, 2070년 1.6%에 이를 것으로 예상된다.

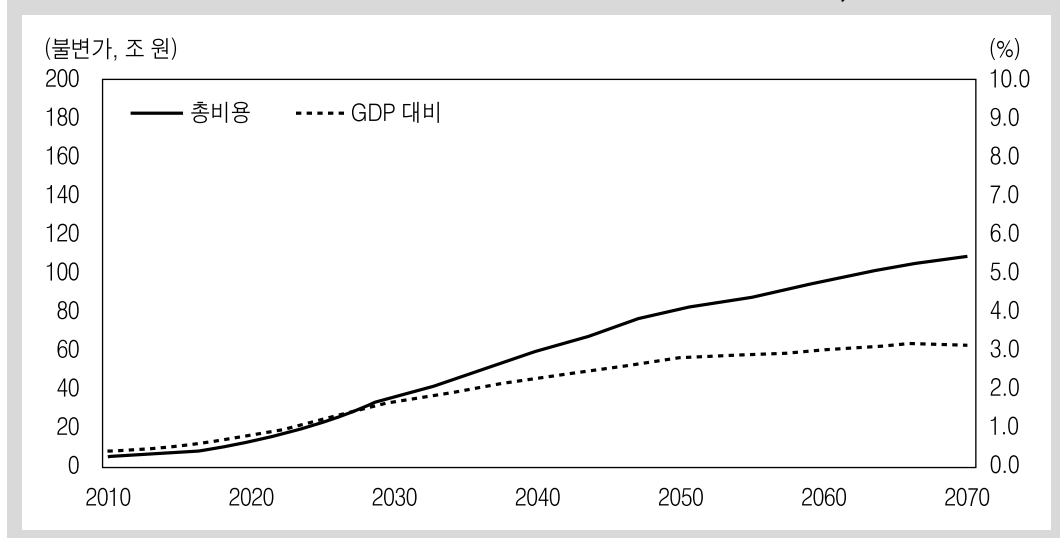
반면에 기초노령연금 급여수준을 국민연금 급여산식 A값의 5%에서 2012년부터 매년 인상하여 2028년부터는 10%로 지급할 경우에는, 2010년에 4조 원, 2030년에 36조 원, 2070년에

81조 원, 2070년 108조 원이 소요될 것으로 전망되고 있다. 이 경우 국내총생산(GDP) 대비 기초노령연금 총비용은 2010년 0.4%에서 2070년 3.1%까지 증가할 것으로 예상된다.

2) 기초노령연금 수급대상자 확대(65세 이상 인구 중 80%)시 수급자수 및 소요자원 전망⁴⁾

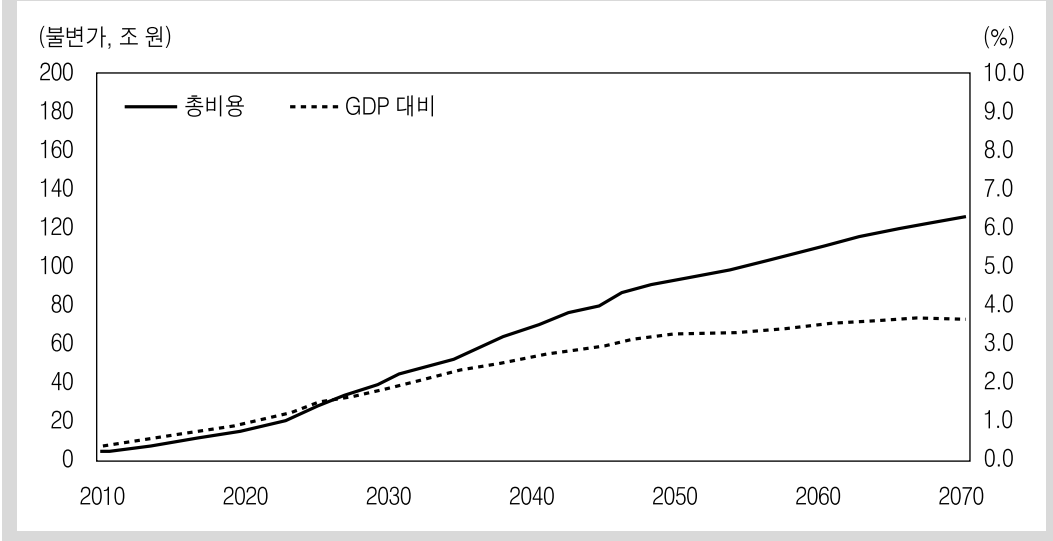
기초노령연금 대상자를 65세 이상 인구 중 80%로 확대할 경우에는, 수급자수가 2010년 376만 명에서 2050년경 1,264만 명으로 증가할 것으로 예상된다. 수급자수가 확대됨에 따라 2070년 기준으로 GDP 대비 3.6%의 재원이 소요될 것으로 전망된다.

그림 4. 기초노령연금 수급자수 및 소요자원 전망(65세 이상 인구 중 70% 적용, A값의 10% 지급)



4) 기초노령연금 급여수준은 국민연금 급여산식 A값의 10%까지 인상함.

그림 5. 기초노령연금 수급자수 및 소요재원 전망(65세 이상 인구 중 80% 적용, A값의 10% 지급)



3) 기초노령연금 수급자를 65세 이상 인구 전체로 확대할 경우

기초노령연금 대상자를 65세 이상 인구의 100%에게까지 확대할 경우, 수급자수는 2010년 376만 명에서 2050년경 1,579만 명으로 증가할 것으로 예상된다. 수급자수 확대로 인해 2070년 기준 기초노령연금 지출액은 GDP 대비 약 4.5%에 달할 것으로 전망된다.⁵⁾

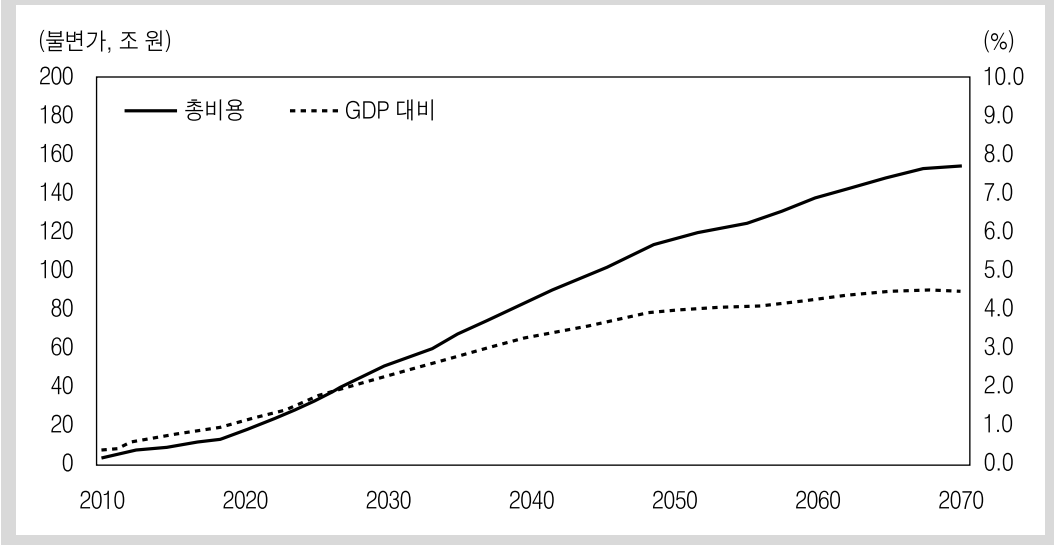
4. 특수직역연금 현황

공무원연금과 사학연금은 2009년, 군인연금은 2010년에 제도 개선안을 마련하였으나 사학연금을 제외하고는 중단기적인 측면에서의 재정 불안정 문제가 그대로 남아있는 실정이다.⁶⁾ 특수직역연금제도 중 제도 도입시점이 가장 늦고 가입자 특성상 본격적인 수급자가 대거 발생하지 않은 사학연금의 경우 아직까지 적립금을 보유하고는 있으나, 이 역시 장기적인 관점에서

5) 2070년 기초노령연금 지출액이 GDP 대비 4.5%에 달한다는 사실을 정확하게 인지할 필요가 있음. 본인 기여에 입각한 사회보험 방식의 국민연금과 달리 전액 정부재정에 의존하는 기초노령연금은 100% 부과방식으로 운영됨에 따라, 2070년 기초노령연금 소요재원으로 GDP 대비 4.5%에 달하는 정부지출이 이루어져야 함을 의미하여 후세대에게 상당한 조세부담을 안겨줄 것으로 예상됨.

6) 국민연금은 '그대로 내고 달받는' 구조로, 공무원연금과 사립학교교직원연금은 '더 내고 덜 받는 구조'로, 군인연금은 '더내고 그대로 받는 구조'로 연금제도를 개편하였음. 국민연금의 경우 당초 정부가 추진하였던 보험료 인상이 무산되었다는 측면에서, 그리고 공무원연금 등 특수직역연금은 제도개편의 주된 대상이 재직자가 아닌 신규 입직자라는 점에서 제도개편에도 불구하고 연금재정 불안정 문제가 상존하고 있음.

그림 6. 기초노령연금 수급자수 및 소요재원 전망(65세 이상 인구 중 100% 적용, A값의 10% 지급)



의 재정 불안정이 불가피한 상황이다.

2010년 실시된 사학연금의 장기재정전망에 의하면 부과방식으로 사학연금제도를 운영할 때 균형재정수지 달성을 위한 부과방식 보험료율과 동일한 의미로 사용되는 지출율이 2010년 10.2%에서 2050년 26%, 2080년 38%로 급격하게 증가하고 있다는 사실이 장기적인 관점에서의 재정 불안정 문제를 여실히 보여주고 있다.⁷⁾ 특수직역연금제도 중 현재 재정상황이 제일 낫다는 사학연금의 장기 재정전망이 이러한 상황에서는, 2009년 연금개편에도 불구하고 공무원연금과 군인연금의 재정 불안정 상황이 이보다 훨씬 심각할 것이라는 점을 쉽게 짐작할 수 있을 것이다.

부담수준과 급여수준 불균형에 기인하는 제

도 자체에 내재된 재정 불안정 요인 외에도 2009년부터 도입된 공적연금간 가입기간 연계제도가 초래할 장기적인 관점에서의 재정 불안정 심화 요인도 함께 고려할 필요가 있다. 재정적인 측면에서 공적연금간 가입기간 연계제도 도입효과를 살펴보면 제도도입 초반에 반환일시금 지급이 억제됨에 따라 중단기적으로 재정 개선 효과가 있으나, 연계선택으로 인한 연계연금이 본격적으로 지급되는 시점부터는 연계제도 도입 전에 비해 급여지출규모가 증가함으로써 재정 불안정을 심화시킬 것으로 전망되고 있기 때문이다. 국민연금과 직역연금간 이동자의 50%가 연계를 선택한다는 보수적인 가정 하에서도 연계제도 도입 전과 비교하여 2040년대부터 추가적인 비용이 발생하기 시작하여, 2070

7) 사학연금재정계산위원회(2010). 2010 사학연금 장기재정추계.

년에는 약 3조 5천억원(2010년 불변가)이 추가로 소요될 것으로 추정되고 있다.⁸⁾

5. 정책과제

현재 우리나라의 공적연금제도를 개별 제도로 살펴보면 모든 제도가 적지 않은 문제점을 내포하고 있다. 국민연금의 경우 2008년 개혁에서 재정건전성 확보를 위한 보험료 인상 조치가 실행에 옮겨지지 않아 반쪽의 개혁이라는 비판이 거센 가운데, 급여율이 2028년까지 40%로 하향 조정됨에 따른 노후소득보장의 적절성 문제에 직면하고 있다. 현 노령층의 노후빈곤문제 해결을 위해 도입된 기초노령연금제도는 낮은 급여율로 인해 노인빈곤문제를 해결하지 못한다는 비판 속에서도, 현재 일부에서 논의되는 것처럼 대상자를 65세 이상 인구 100%에게까지 확대 적용할 경우 2070년 경 GDP 대비 4.5%의 재정지출이 예상된다. 현재 재정 불안정 문제로 인해 골머리를 앓고 있는 건강보험의 연간 지출액이 GDP 대비 3%를 조금 상회하고 있다는 사실에 비추어 볼 때, 기초노령연금의 장기과급효과가 얼마나 부정적일 수 있는지를 시사한다.⁹⁾

공무원연금 등 특수직역연금의 경우 노후소득보장을 위한 급여의 적절성을 달성하고 있으

나, 정도의 차이만 있을 뿐 장기적으로 매우 심각한 재정 불안정 문제에 노출되어 있다는 측면에서 장기적으로 지속 가능한 방향으로의 제도 개선이 불가피한 상황이다. 특히 특수직역연금의 경우에는 공적연금간 가입기간 연계제도 도입으로 인해 장기적인 재정 불안정 문제가 심화될 수밖에 없다는 점도 주목할 필요가 있다.

평균수명 연장으로 인해 노인인구는 급증하는 상황에서 출산율 감소로 인한 미래세대의 부양능력의 약화로 인해 장기적인 관점에서의 공적연금 재정 불안정이 심각한 상황에서, 요즈음 시대적 화두로 등장하고 있는 100세 시대에 보다 효과적으로 대처하기 위해서는 제도의 지속가능성을 우선시하는 방향으로의 제도개편이 시급하다.

다른 모든 조건이 동일하다는 전제 하에서 평균수명의 급격한 연장이 시사하는 바는, 퇴직 후 은퇴기간이 늘어나는 만큼 사회적 비용이 증가할 수 밖에 없다는 측면에서 이를 고려한 대책마련이 시급하다. 다양한 이해집단의 복지욕구 분출에도 불구하고, 객관적인 사실에 근거한 장기 재정전망에 의하면 이미 도입된 우리나라 공적연금제도의 지속 가능성이 사실상 매우 낮다는 측면에서 투입비용 대비 효과를 극대화할 수 있는 방향으로의 제도 개선을 서둘러야 할 시점이다.

구체적으로 국민연금의 경우에는 2013년 예

8) 윤석명 외(2010). 공적연금 연계제도 도입에 따른 재정전망 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원.

9) 국민건강보험의 경우 재원조달 방식이 사회보험방식으로 본인 및 고용주의 보험료 납부를 통해 운영되고, 정부 재정을 통한 재정보조가 있음에도 부족한 재원마련에 정책당국이 골머리를 앓고 있다는 사실을 주목하여야 함. 반면에 기초노령연금은 100% 정부 재정으로 재원을 충당하는 제도라는 점에서 건강보험제도와는 비교하기 어려울 정도로 정부재정을 압박할 것으로 전망되고 있음.

정된 제 3차 재정계산에서 적어도 13% 선까지의 보험료 인상계획이 구체화되어야 할 것이다. 또한 공무원연금을 포함한 특수직역연금의 경우 연금제도의 재정안정화 조치마련과 함께 실질적인 의미에서 다층소득보장체제로 전환할 수 있도록 제도 개선도 필요해 보인다. 국회에서 제도개편 논의가 한창 진행 중인 기초노령연금의 경우 장기적으로 국민연금 수급자 증가추

이에 맞추어 수급자 비율은 축소하되 연금 수급액은 증가시키는 방향으로 제도개편을 단행하는 것이 향후 도래할 100세 시대에 대한 올바른 대처방향이 될 것이다.¹⁰⁾ 북해 유전 등으로 인해 1인당 국민소득이 8만 4,000 달러에 달하는 세계 제 2위의 부국(1인당 소득기준)인 노르웨이가 이미 도입한 기초연금제도를 2011년에 폐지한 이유를 곰곰이 되새겨볼 시점이다. **보건복지**

10) 기초노령연금 개편과정에서 명확하게 하여할 대목은 장기적으로 기초노령연금 수급비율을 축소한다하여 기초노령연금 수급자가 감소하지 않는다는 것임. 향후 급격하게 증가할 고령인구로 인해 장기적으로 수급비율을 지금보다 축소할지라도 기초노령연금을 수급하는 대상자수는 지금보다 증가한다는 점임.

보건복지재정의 현황과 과제

Health and Welfare Expenditure: What to Do About It



최성은 한국보건사회연구원 연구위원

우리나라의 보건복지재정은 OECD국가들에 비하여 규모적으로 급성장 하여왔고, 향후에도 증가가 가속화 될 전망이다. 복지재정의 지속적 증가는 제한된 재원을 배분하는 문제를 떠나, 우리사회가 추가적으로 부담해야 할 국민부담률의 증가를 의미한다. 국민부담률의 증가에 앞서 복지재정 운용에 있어서 우선적으로 개선되어야 할 문제들을 선결해야 할 필요가 있다. 중복적인 사업에의 지출, 복지전달체계상에 있어서의 누수등의 문제를 해결하여 지출의 효율성을 제고할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 사회복지통합관리망등 복지지출에 대한 효율적 관리 운영제도의 구축이 필요하다. 또한 민간부분의 역할 강화와 가계·기업·사회·국가의 연계와 공조가 필요하다. 사회적기업 육성, 나눔 및 기부문화 확산 및 종교단체 자원의 활용등 정부의 역할을 보완할 수 있는 민간과의 자원분담 방안의 모색이 필요하다. 한편 중앙정부와 지방자치단체의 복지재원 분담의 합리적 개선과 지역간 형평성을 제고할 필요도 있다. 이를 위해서는 중앙정부 추진사업과 지자체 추진사업의 적정성 검토와 경우에 따라서는 국고보조사업의 보조를 조정이 필요하다. 먼저 지방자치단체의 세출책임강화와 재정성과관리 강화를 위한 제도개선이 선결될 필요가 있다.

1. 보건복지재정의 변화와 현좌표

우리나라의 보건복지재정은 사회보험의 도입과 확대, 경제위기시의 사회안전망 강화와 재정지출확대과정에서 양적인 급성장을 이루어왔다. 건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험 등 4대 사회보험이 비교적 빠른기간내에 정착 및 확대되었고, 경제위기를 거치며 국민기초생활보장제도가 도입되었다. 최근 들어서는 저출

산고령화 등의 인구구조변동 국면에 따른 보육지원 강화와 제5의 사회보험이라 불리는 노인장기요양보험 및 기초노령연금의 도입으로 복지재정의 규모가 더욱 팽창하였다. 2011년 기준 우리나라의 복지지출은 국민건강보험공단의 건강보험지출을 포함하여 약 122조원에 이르고 있다. 이는 건강보험지출을 포함한 정부총지출의 약 36%에 이르는 규모이다.¹⁾

1) 기획재정부의 기능별 분류에 따른 복지지출에서 복지지출이라고 간주하기 어려운 조사관련 주책부문 지출을 제외하고, 특수직연금

표 1. 우리나라 복지지출 추이

(단위: 백만원, %)

구분	2008년		2009년		2010년		2011년	
	지출	비중	지출	비중	지출	비중	지출	비중
기초생활보장	7,264,372	2.4	7,135,490	2.2	7,297,260	2.3	7,516,784	2.2
취약계층	825,708	0.3	908,110	0.3	1,421,704	0.4	1,540,179	0.5
보육여성가족	1,658,465	0.5	1,947,596	0.6	2,383,453	0.7	2,743,930	0.8
노인	2,081,846	0.7	3,133,866	1.0	3,516,612	1.1	3,730,810	1.1
청소년	138,998	0.0	120,696	0.0	137,114	0.0	129,960	0.0
고용보험	5,172,405	1.7	7,765,645	2.4	5,913,932	1.8	6,041,435	1.8
산재보험	4,316,142	1.4	4,372,755	1.4	4,626,993	1.4	4,656,342	1.4
노동기타	1,438,205	0.5	1,982,948	0.6	1,749,683	0.5	1,913,925	0.6
보훈	3,039,166	1.0	3,270,391	1.0	3,519,279	1.1	3,773,204	1.1
주택	8,464,631	2.8	10,882,821	3.4	16,461,946	5.1	17,803,903	5.2
사회복지일반	367,600	0.1	383,052	0.1	450,747	0.1	519,018	0.2
보건의료	1,367,289	0.4	1,791,383	0.6	2,026,064	0.6	1,841,384	0.5
건강보험	27,180,656	8.8	30,561,360	9.6	34,515,213	10.7	38,255,965	11.2
공적연금	21,621,942	7.0	24,523,733	7.7	27,143,942	8.4	31,665,695	9.3
총계	84,937,425	27.7	98,779,846	31.0	111,163,942	34.5	122,132,534	35.7

출처: 부처별 예산 및 기금운용계획서, 건강보험공단 통계연보, 국가재정통계연보

*지출은 중앙정부지출외에 건강보험공단의 건강보험지출도 포함함

**중앙정부총지출에 건강보험공단의 건강보험지출을 포함한 액수임.

***보건의료분야는 보건의료와 식품의약품안전사업의 합

우리나라 복지지출은 사회보험지출이 전체의 약 66%를 차지하고 있다. 건강보험이 약 31%, 공적연금이 26%, 고용보험 및 산재보험이 각각 5%와 4%이다. 기초생활보장지출, 취약계층지원, 사회서비스 및 일자리관련 지출은 전체 복지지출의 약 13% 정도이다. 최근 들어 급속히 증가하고 있는 보육 및 가족관련 지출은 전체 복지지출의 약 2%를 차지하고 있다. 보건의료 부문 지출은 전체 복지지출의 1% 정도이다.

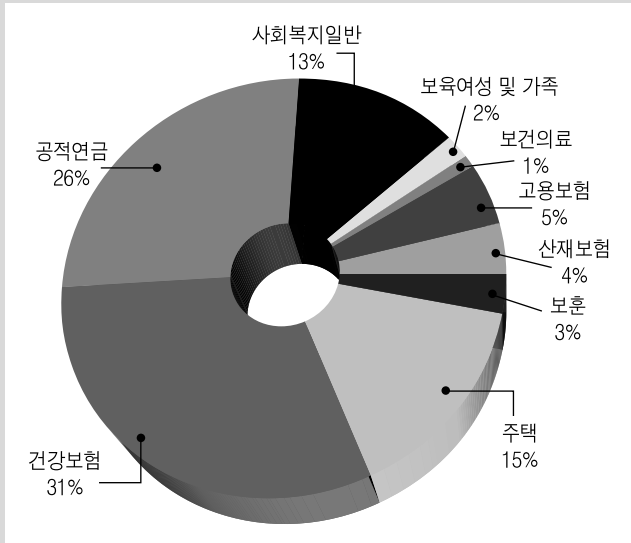
회계별로 보면 일반조세를 세원으로 하는 일반회계지출이 약 26%이며, 특별회계지출이 약 1%, 기금지출이 약 89조원으로 전체 복지지출의 73%이다.

2. 보건복지재정의 국제비교

우리나라 복지지출은 OECD 공공사회복지

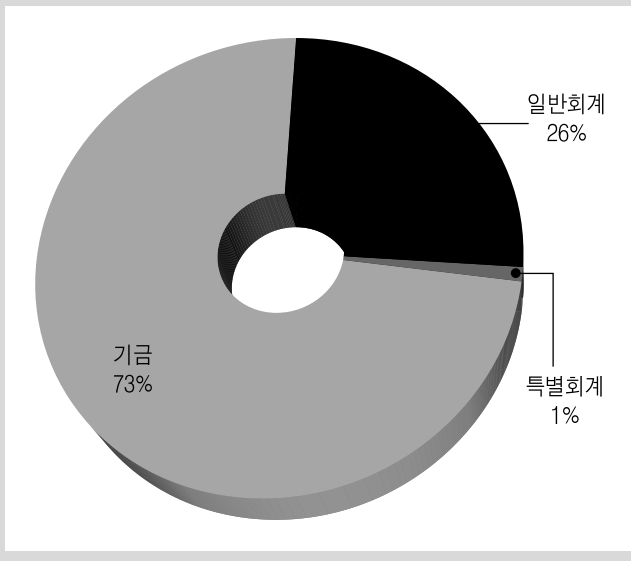
지출과 국고지원분을 제외한 공단의 건강보험 지출을 포함한 규모임.

그림 1. 복지지출의 분야별 자원배분 현황(2011년)



주: 사회복지일반은 기초생활보장, 취약계층, 노인, 청소년, 노동기타, 사회복지일반 사업임.

그림 2. 회계별 복지지출(2011년)



지출통계에서는 GDP의 7.5% (2007년 기준)으로 OECD평균 19.3%의 약 38% 수준이다. 우리나라의 복지지출이 주요 선진국들에 비하여 상대적으로 낮은수준이기는 하지만, 이들 나라들에 비해 빠른 속도로 증가하고 있다. 1990년대 이후 OECD국가들의 공공사회복지지출의 연평균 증가율이 약 0.52%인데 반하여, 우리나라 공공사회복지지출이 연평균 증가율은 약 5.93%로 이들 국가중 가장 높은 증가율을 보이고 있다. 우리나라의 경제사회적 여건은 OECD국가와 국민소득, 재정수지, 여성고용률, 실업률, 정부규모 및 국민부담률수준에 있어서 이들 국가와 차이가 있다. 일인당 국민소득이 OECD평균의 약 79%인 \$26,574대이며, 여성경제활동참가율도 OECD평균의 약 88%인 53.2%로 낮은 수준이다. 실업률은 OECD국가들에 비하여 55%정도 낮은 3.2%수준이다. 일반정부 총지출 규모는 GDP의 약 28%수준으로 OECD평균 규모의 약 70%정도이다. 국민부담률도 GDP의 약 27%로 OECD평균 국민부담률의 약 75% 수준이다.

표 2. OECD 국가의 경제사회적 여건과 공공사회복지지출 현황(2007년)

(단위: \$, %)

국가	1인당 GDP	재정수지	여성고용률	실업률	일반정부 총지출	국민 부담률	공공사회 복지지출	노인인구 비율
호주	37,616	1.8	66.1	4.4	33.4	27.1	16.0	13.2
오스트리아	36,839	-0.7	64.4	4.4	49.0	42.7	26.4	17.0
벨기에	34,665	-0.2	54.9	7.5	48.4	44.2	26.3	17.1
캐나다	38,448	1.6	70.1	6.0	39.4	32.3	16.9	13.4
체코	23,995	-0.7	57.3	5.3	42.5	36.0	18.8	14.5
덴마크	36,326	4.5	73.3	3.8	50.8	48.2	26.1	15.5
핀란드	35,346	5.2	68.5	6.9	47.2	43.1	24.9	16.5
프랑스	32,495	-2.7	59.4	8.3	52.6	43.2	28.4	16.5
독일	34,683	0.2	63.2	8.4	43.6	37.0	25.2	19.9
그리스	27,793	-4.0	48.1	8.3	46.6	32.6	21.3	18.6
헝가리	18,763	-5.0	50.9	7.4	50.0	40.2	23.1	16.1
아이슬란드	36,325	5.4	81.7	2.3	42.3	36.8	14.6	11.5
아일랜드	44,381	0.2	60.3	4.6	36.7	28.8	16.3	10.8
이탈리아	30,990	-1.5	46.6	6.1	47.9	43.3	24.9	20.0
일본	33,635	-2.5	59.5	3.9	35.9	28.2	18.7	21.5
한국	26,574	4.7	53.2	3.2	28.7	26.5	7.5	9.9
룩셈부르크	82,456	3.7	54.5	4.2	36.2	35.6	20.6	14.0
멕시코	14,128	-	43.6	3.7	20.5	21.0	7.2	5.5
네덜란드	39,594	0.2	68.5	3.2	45.3	39.1	20.1	14.6
뉴질랜드	27,020	5.0	69.0	3.7	38.8	33.7	18.4	12.5
노르웨이	53,802	17.7	74.0	2.6	41.1	42.6	20.8	14.6
폴란드	16,312	-1.9	50.6	9.6	42.2	34.3	20.0	13.4
포르투갈	22,638	-2.7	61.9	8.1	44.4	35.3	22.5	17.3
슬로바키아	20,270	-1.9	53.0	11.2	34.3	29.3	15.7	11.9
스페인	31,469	1.9	55.5	8.3	39.2	33.3	21.6	16.6
스웨덴	36,785	3.8	73.2	6.1	51.0	46.3	27.3	17.4
스위스	41,800	1.6	71.6	3.6	32.3	29.1	18.5	16.3
터키	13,362	-	22.8	8.6	34.5	24.2	10.5	6.0
영국	34,957	-2.7	66.3	5.3	44.0	35.7	20.5	16.0
미국	46,434	-2.8	65.9	4.6	36.8	26.1	16.2	12.6
OECD평균	33,077	-1.3	57.5	5.7	41.2	35.4	19.3	14.2

** 재정수지, 일반정부총지출, 국민부담률, 공공사회복지지출은 GDP대비 비율임.

주: 재정수지, 일반정부지출, 국민부담률, 사회복지지출은 GDP대비 비중임.

출처: OECD Stats, National Accounts, Social and Welfare Statistics, Taxation and Market Regulation

한편, 우리나라는 연금급여지출이 아직까지 본격적으로 이루어지지 않았고 고령화율도 낮은 편이다. 우리나라의 연금성숙기를 2030년으로 가정하여 연금성숙도 4%를 반영하면 사회복지지출 수준은 약 11.5%로 OECD평균의 약 60% 수준이다. 고령화율과 국민소득을 고려하여도 OECD국가와의 차이는 감소한다. 인구고령화율 10%를 기준으로 보았을 때 공공사회복지지출은 선진국가들의 약 45~68% 수준이다. 일인당 국민소득 2만불 기준으로 보면 OECD

평균의 약 38% 수준이다. 국민소득 2만불 도달 시점은 주요 선진국들에 비해 크게 20년정도 차이가 있다. 정부주도하의 높은 경제성장률을 바탕으로 경제성장을 단기간내에 이루어낸 후발 산업국가로서 우리나라의 재정투자는 경제성장에 집중하여 왔다는 점에서 1900년대 초반에 산업화로 인한 경제성장의 혜택과 그늘을 경험한 유럽국가들의 경우와는 상이할 수 있다. 또한 분단상황하에서 국방부문에의 재정지출 확보 필요라는 특수한 여건도 존재한다.

표 3. 인구 고령화율 10% 기준 공공사회복지지출 수준

구분	호주	캐나다	일본	한국	뉴질랜드
고령화율 10% 도달 시점	1982년	1983년	1984년	2007년	1981년
노인인구비율	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9
공공사회복지지출	11.1	16.7	11.3	7.5	17.2

*멕시코, 터키는 고령화율 10% 미만으로 2007년 기준임.

출처: OECD Stats, National Accounts, Social and Welfare Statistics

표 4. 일인당 국민소득 2만불 기준 공공사회복지지출

국가	\$20,000 도달시점	재정수지	여성고용률	실업률	국민부담률	공공사회복지지출
호주	1995년	-3.7	59.0	8.2	28.1	16.2
오스트리아	1990년	-2.5	-	4.0	39.7	23.8
벨기에	1992년	-8.2	44.6	7.1	41.7	25.8
캐나다	1989년	-4.6	62.4	7.5	34.8	16.7
체코	2005년	-3.6	68.3	7.9	37.5	19.5
덴마크	1987년	3.0	71.0	5.0	48.9	23.8
핀란드	1988년	5.2	69.6	4.2	42.7	23.0
프랑스	1990년	-2.4	50.3	8.4	42.0	24.9
독일	1990년	-2.8	52.2	4.2	34.8	21.7
그리스	2004년	-7.4	45.5	10.5	31.1	19.9
헝가리	2007년	-5.0	50.9	7.4	40.2	23.1
아이슬란드	1989년	-4.4	74.5	2.5	31.4	13.7

〈표 4〉 계속

국가	\$20,000 도달시점	재정수지	여성고용률	실업률	국민부담률	공공사회복지지출
아일랜드	1996년	-0.1	76.5	11.7	32.5	14.8
이탈리아	1994년	-9.1	35.4	10.6	40.2	20.8
일본	1991년	1.8	56.6	2.1	28.6	11.5
한국	2007년	4.7	53.2	3.2	26.5	7.5
룩셈부르크	1988년	4.3	40.6	2.0	36.1	19.6
멕시코	2007년	-	43.6	3.7	21.0	7.2
네덜란드	1991년	-2.7	49.3	5.5	45.1	25.5
뉴질랜드	2003년	4.0	65.7	4.8	33.8	18.0
노르웨이	1992년	-1.9	66.7	6.5	40.3	24.2
폴란드	2007년	-1.9	50.6	9.6	34.3	20.0
포르투갈	2007년	-2.7	61.9	8.1	35.3	22.5
슬로바키아	2007년	-1.9	53.0	11.2	29.3	15.7
스페인	2003년	-0.2	46.8	11.1	34.2	21.0
스웨덴	1988년	3.3	80.1	1.8	51.4	30.0
스위스	1987년	-0.1	66.5	3.1	36.4	15.0
터키	2007년	-	22.8	8.6	24.2	10.5
영국	1996년	-4.2	62.5	7.9	33.8	19.6
미국	1988년	-3.7	63.0	5.5	28.4	13.1
OECD(26) 평균	-	-1.5	59.0	6.3	36.3	19.5

* 헝가리, 멕시코, 폴란드, 터키는 2007년 국민소득이 \$20,000 미만이므로 2007년을 기준으로 작성함. 단, OECD 평균에서는 제외함.

* 재정수지, 여성고용률, 실업률에 해당연도의 자료가 없는 경우는 근접연도의 자료를 사용함. 단, 근접년도 차이가 3년 이상일 경우 결측값으로 처리함.

재정수지: 독일(91년), 룩셈부르크(90년)

여성고용률: 아이슬란드(91년), 스위스(90년)

실업률: 독일(91년), 스위스(90년)

** 재정수지, 국민부담률, 공공사회복지지출은 GDP대비 비율임.

*** 여성고용률부분의 OECD(26) 평균은 오스트리아를 제외한 평균치임

출처: OECD Stats, National Accounts, Social and Welfare Statistics

OECD국가들의 일반정부지출의 재원배분을 살펴보면 이러한 여건상의 차이가 잘 드러나고 있다. 우리나라의 경우 국방비 비중이 8.9%로 이스라엘, 미국에 이어 세 번째로 높고, 경제지출 비중은 21.8%로 아이슬란드 다음으로 높다. 일반행정부문 지출도 상당히 높은 편에 속하여, 경제, 국방 및 일반행정관련 지출을 합하면 전

체 지출의 44.8%로 OECD국가들 중 아이슬란드 다음으로 높다. OECD평균보다 낮은 부분은 사회보호와 보건관련 지출, 문화 및 종교관련 부문의 지출이다. 일반정부 총지출대비 우리나라의 사회보호 및 보건관련 지출은 약 25.4%로 OECD평균 48.2%의 약 53%수준이다. GDP 대비로 보았을 때보다는 OECD평균에 비해 덜 부

표 5. OECD 국가들의 기능별 일반정부지출(일반정부 총지출 대비 비중, 2008년)

국가	일반행정	국방	치안	경제	환경보호	주택 및 지역사회	보건	문화 및 종교	교육	사회보호
호주	10.1	4.2	4.8	11.4	1.9	2.4	18.1	2.2	14.1	30.8
오스트리아	13.1	2.0	3.0	10.0	0.9	1.2	15.9	2.1	10.9	40.9
벨기에	16.9	2.2	3.5	10.8	1.2	0.7	14.7	2.5	11.9	35.6
캐나다	18.6	2.6	4.0	8.6	1.4	2.3	18.7	2.3	18.3	23.4
체코	10.4	2.6	4.8	16.8	2.3	2.6	16.8	2.9	10.9	30.0
덴마크	13.1	2.9	2.1	5.2	1.0	1.1	14.9	3.1	13.4	43.3
에스토니아	7.3	4.4	6.9	12.1	2.7	1.6	13.1	5.8	16.9	29.4
핀란드	13.4	3.0	2.7	9.5	0.6	0.9	14.3	2.3	12.0	41.3
프랑스	13.6	3.3	2.4	5.4	1.6	3.6	14.8	2.9	11.1	41.4
독일	13.6	2.4	3.6	7.6	1.0	1.7	14.3	1.4	9.3	45.1
그리스	19.8	6.2	3.4	11.4	1.3	0.7	11.4	1.2	8.3	36.5
헝가리	18.8	1.8	4.2	12.0	1.8	1.8	10.0	2.9	10.7	36.2
아이슬란드	11.3	0.1	2.6	33.8	1.2	0.9	13.7	6.6	14.5	15.5
아일랜드	7.9	1.2	4.3	13.8	2.9	4.7	18.3	2.1	12.6	32.3
이스라엘	12.7	16.4	3.8	6.1	1.5	1.2	12.4	3.8	16.7	25.5
이탈리아	18.3	2.9	3.8	7.8	1.8	1.5	14.6	1.7	9.3	38.5
일본	12.8	2.5	3.9	10.0	3.3	1.6	20.1	0.3	10.5	35.0
대한민국	14.1	8.9	4.4	21.8	3.2	3.6	13.0	2.5	16.3	12.4
룩셈부르크	10.8	0.7	2.4	11.4	2.6	1.7	12.0	4.6	11.8	42.1
네덜란드	16.1	2.9	4.0	10.7	1.8	2.1	12.7	2.9	11.6	35.2
뉴질랜드	13.3	2.6	4.9	10.5	3.3	1.8	16.6	2.8	18.6	25.8
노르웨이	10.8	3.9	2.2	9.2	1.5	1.6	16.9	2.8	13.0	38.2
폴란드	12.6	3.2	4.5	11.5	1.4	2.7	11.7	3.0	13.3	36.1
포르투갈	16.1	2.8	4.5	6.5	1.5	1.6	14.4	2.4	14.3	35.9
슬로바키아	10.5	3.8	6.3	14.4	1.9	1.9	19.7	2.6	9.9	29.0
슬로베니아	11.6	3.2	3.6	10.7	1.8	1.9	13.8	3.7	13.8	35.9
스페인	11.3	2.5	4.9	12.6	2.2	2.6	14.7	4.1	11.2	33.9
스웨덴	14.8	2.8	2.6	8.2	0.7	1.5	13.3	2.2	13.2	40.7
스위스	12.0	2.6	5.1	12.8	1.6	0.6	5.4	2.3	17.1	40.7
영국	9.5	5.4	5.5	10.2	2.0	2.5	15.8	2.3	13.5	33.5
미국	12.7	11.9	5.8	10.6	0.0	1.8	20.5	0.8	16.6	19.4
OECD평균(31)	13.1	3.8	4.0	11.4	1.7	1.9	14.7	2.7	13.1	33.5

출처: OECD National Accounts Statistics

족하다고 볼 수 있다. 국민소득수준에 비하여 정부의 총지출 규모 자체가 OECD국가들 중에서 멕시코 다음으로 가장 낮은 수준에서 복지지출의 GDP대비 비중도 상대적으로 낮게 나타나는 측면도 있다. 향후 인구고령화, 연금급여의 본격적 지출등으로 인한 고령화 관련 지출이 증가하게 되면 정부재원 배분의 조정만으로는 이를 충당하기는 어려워질것으로 예측되어, 정부지출규모와 복지지출의 규모의 자연 증가가 발생할 것으로 예측된다.

3. 보건복지재정의 향후 전망과 정책과제

우리나라의 보건복지재정은 OECD국가들에 비하여 규모적으로 급성장 하여왔고, 향후에도 증가가 가속화 될 전망이다. 인구고령화로 인한 의료비증가와 연금급여지출의 증가로 인해 특히 건강보험지출과 연금 급여지출의 급속한 증가가 예측되고 있다. 건강보험 재정은 현재까지도 만성적인 재정적자와 함께 거의 매년 보험료가 인상되어 왔다. 건강보험 보험료는 2002년 3.63%였으나, 2011년 현재는 5.64%로 인상되었다. 건강보험 지출은 2011년 약 38조원에서 2030년경에는 약 137조원으로 증가하는 것으로 전망되고 있다(박일수 외, 2010). 연금급여지출의 증가도 재정압박 요인으로 작용하고 있다. 군인연금과 공무원연금은 만성적인 재정적자를 보이고 있다. 사학연금기금은 2020년경, 국민연금은 2050년경에 기금이 고갈될 것으로 전망되고 있다. 군인연금과

공무원연금의 재정적자는 국고에서 보조하도록 법령화되어 있기 때문에 조세를 재원으로 하는 국고의 부담을 가중시키고 있다. 국민연금 재정안정화를 위해서는 연금보험료의 인상이 불가피할 것으로 보여진다. 건강보험과 연금의 재정문제는 보험료 인상으로 인한 국민부담률의 증가와 조세를 재원으로 하는 국고지원의 증가를 의미한다.

한편 보건복지사업의 대부분이 자격급여인 법정지출로 구성되어 있어, 보건복지부문의 지출은 매년 지속적으로 증가하는 경향이 있다. 더불어 중산층까지 보육료 전액 무상지원이 확대된 보육부문의 지출은 2003년 약 3,000억원 규모에서 2011년에는 약 2조 5천억원에 이르고 있다. 보육과 교육등 자녀양육의 공공화에 대한 요구와 중산층까지를 포함하는 다양한 복지서비스의 제공에 대한 요구는 포퓰리즘과 복지수요와의 명백한 구분을 요하고 있다. 이러한 중앙정부 보건복지지출의 증가는 지방자치단체 재정에도 상당한 부담으로 작용하고 있다. 이는 보건복지부사업 중 130개의 사업이 국고보조사업이고, 지방자치 사회복지지출의 약 50% 이상이 국고보조사업으로 구성되어 있다는 점을 보아서도 잘 알 수 있다.

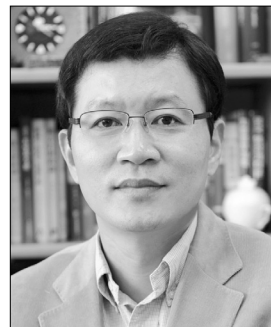
복지 지출규모의 지속적 증가는 제한된 재원을 배분하는 문제를 떠나, 우리사회가 추가적으로 부담해야 할 국민부담률의 증가를 의미한다. 국민부담률의 증가에 앞서 복지재정 운용에 있어서 우선적으로 개선되어야 할 문제들을 선결해야 할 필요가 있다. 중복적인 사업에의 지출, 복지전달체계상에 있어서의 누수등의 문제를 해결하여 지출의 효율성을 제고할 수 있어야 한

다. 이를 위해서는 사회복지통합관리망등 복지 지출에 대한 효율적 관리 운영제도의 구축이 필요하다. 또한 민간부분의 역할 강화와 가계 · 기업 · 사회 · 국가의 연계와 공조가 필요하다. 사회적기업 육성, 나눔 및 기부문화 확산 및 종교 단체 자원의 활용등 정부의 역할을 보완할 수 있는 민간과의 재원분담 방안의 모색이 필요하다. 한편 중앙정부와 지방자치단체의 복지재원

분담의 합리적 개선과 지역간 형평성을 제고할 필요도 있다. 이를 위해서는 중앙정부 추진사업과 지자체 추진사업의 적정성 검토와 경우에 따라서는 국고보조사업의 보조율 조정이 필요하다. 먼저 지방자치단체의 세출책임강화와 재정 성과관리 강화를 위한 제도개선이 선결될 필요가 있다. **보건복지**

중앙과 지방의 복지재정관계 개편 과제

*Policy Agenda for Intergovernmental Welfare
Fiscal Relation System*



이재원 부경대학교 행정학과 교수

저소득 취약계층에 국한되었던 잔여적 복지정책과 동시에 신사회위기 극복을 위한 보편적 사회서비스가 확대되고 있다. 정부의 재정 당국이 소비성 복지지출을 관리하려고 노력해도 급증하는 지출 수요를 막을 수 없다. 지속가능한 성장을 위해서도 사회기반 투자를 위한 복지지출은 지속되어야 한다. 이와 관련하여 정부간 복지재원 분담을 둘러싸고 적지 않은 갈등이 발생하고 있다. 정부간 복지재원 분담 문제는 서로에 대한 강요와 비판으로만 해결할 수 없다. 시대의 정책 화두를 함께 풀기 위한 고민들을 모아야 한다.

1. 시대적 정책화두: 정부간 복지 관계

중앙정부와 지방자치단체 모두 재정의 건전성 위기나 재정압박의 우려들이 상시적으로 제기되는 가운데 쟁점의 중심에 사회복지비 지출이 있다. 중앙정부에서는 급증하는 복지비 부담을 지방정부와 분담하기를 희망한다. 하지만 지방의 사정은 중앙의 요구를 더 이상 수용할 형편이 되지 못한다.

근대 서구의 복지국가 성장은 대부분 중앙정부의 재정 역할을 중심으로 진행되었다. 분권은 곧 반복지라는 사회운동의 시각도 있다. 지방재정과 사회복지의 궁합이 맞지 않은 주제였다. 그럼에도 불구하고 지방재정에서 사회복지지출의 증가 추세는 당분간 지속될 것으로 전망되

고 있다.

경제성장의 부작용들을 해소하고 새로운 성장의 전제조건으로서 사회기반을 확충해야 하는 것이 지금 시대의 국가재정 정책에서 핵심 화두이다. 중앙과 지방 모두 재정을 건전하게 운영해야 하는 것과 사회복지비를 지속적으로 확충하는 것이 논리적으로 상충될 수 있지만 현실에서는 반드시 해결해야 할 과제이다.

지금과 같이 중앙정부가 일방적으로 결정한 복지정책에 대해 지방정부에 재원분담을 강요하면 지방의 자발적 수용 정도가 높지 않고 사회복지와 지방재정 사이에 갈등의 골만 더 깊어진다. 저출산 고령화와 같은 신사회위기 현상들이 지역별로 차별화된 형태로 급속히 확산되는 국면에서 지방정부 역시 적극적인 복지재정 역할이 필요하다.

이 글에서는 사회복지 분야의 정부간 재정관계에 얽혀 있는 구조적 특성과 지방의 복지재정 현실과 쟁점들을 살펴보았다. 그리고 정부간 복지재정관계의 재정립을 위한 정책과제들을 모색하였다.

2. 사회복지와 정부간 재정관계

1) 복지지출의 정치 경제적 특성

“재정”의 관점에서 사회복지비 지출에는 부정적 특성이 많다. 경직성, 소비성, 외부성, 도덕적 해이, 그리고 혜택의 사적 전유 등과 같은 복지서비스의 경제적 특성 때문이다. 이는 재정운영에서 선호되는 유연성, 효율성, 생산성, 책임성, 그리고 집합적 소비와 혜택의 공유 등과 같은 긍정적 가치의 반대 쪽에 위치한 것이다. 따라서 복지 지출에서는 “합리적 재정”과는 양립하기 쉽지 않은 구조적 특성이 있다.

근대복지국가의 재정기능 원칙을 정립했던 머스그레이브는 파레토 최적의 기준에 따라 접근하는 자원배분기능과는 달리 소득분배기능은 사회적 정의 혹은 가치에 기초하여 공공 재원을 배분해야 한다고 정리하였다. 일반적 재정규범과는 차원이 다른 관점에서 접근해야 한다는 것이다. 머스그레이브의 재정기능 분류 기준을 정부간 재정관계의 틀 속에서 재정립한 오우츠는 외부성이 크고 소비 특성이 있는 복지 기능은 중앙정부가 담당하는 것으로 설정하였다.¹⁾

하지만 중앙정부가 추가적인 복지재정 지출을 감당하기 힘들다고 판단될 경우에는 이러한 재정논리 체계가 작동하지 않는다. 돈과 관련된 재정은 교과서의 논리 보다는 현실이 앞서는 경향이 있다.

시대적으로도 복지재정은 복잡한 여건 속에서 있다. 사회적으로 복지지출 확대가 필요한 경우는 경기침체와 사회불안정이 심화될 때이다. 이러한 상황에서는 국가 재정수입에서도 애로가 많아 소비성 지출을 감축해야 한다. 따라서 국가는 복지지출을 삭감하는 동시에 증대해야 하는 모순적 상황에서 재정적인 의사결정이 수행해야 한다.

정부간 복지재정관계는 재정논리와 상황 맥락 모두 불리한 구조 속에서 형성되는 만큼 문제들이 복잡하게 얽혀있고 해결의 대안을 찾기가 쉽지 않다. 국가별 정부간 재정관계 구조들은 사회적 합의를 통해 역사적으로 형성된 산물이기 때문에 정형화된 틀은 없다. 다만 서구 자본주의 국가의 복지재정체계들의 변화들을 살펴보면 정부간 복지재정관계의 쟁점구조와 대안들을 부분적으로 확인할 수 있다.

근대복지국가는 지방에서 분절적으로 담당하였던 사회복지 기능들을 중앙정부가 흡수하면서 시작되었다. 제2차세계대전 이후 주요 복지선진국가들의 경우 새로운 복지프로그램을 만들고 복지비 지출을 확대할 때 중앙정부의 역할이 절대적이었다. 지방정부와 지역사회 NGO들이 개별적으로 수행하였던 사회복지서비스의 공급을 중앙정부가 담당하는 방식으로 전국

1) Oates, W.(1972), Fiscal Federalism, New York: Harcourt Brace Jovanovich.

에 걸쳐 표준화된 복지서비스 공급체계를 구축하였다.

하지만 80년대 이후부터 복지국가의 황금시대는 지속되지 못하였다. 주요 국가들은 재정위기 상황에 대응하는 과정에서 지방재정에 대해 복지부담을 전가하였다. 중앙정부의 주도적 재정역할을 전제로 형성되었던 정부간 복지재정관계를 개편한다는 것은 상징과 형식을 떠나 지방재정에 불리한 방향으로 작용하게 된다.

재정위기 국면에서 복지기능의 지방이양과 재정 책임 분담에 대한 주장들은 지방에 대한 중앙정부의 재정지원 축소를 의미하였다. 이러한 경향은 재정위기를 겪었던 대부분의 국가에서 공통적으로 확인되었다.

2) 80년대 미국의 정부간 복지재정관계

신재정연방주의로 표현되었던 80년대 미국 복지보조금제도 개편의 실제 이유는 연방정부의 재정위기 문제였다. 명분은 다양했지만 중앙정부의 실질적 목표는 간단하였다. 보조금 규모를 축소하고 지방정부의 재정 책임을 확대하는 것이다. 구체적으로는 포괄보조 수단의 확대와 분권화 명분을 앞세운 재정기능 이양을 추진하였다.

재정위기를 겪고 있던 레이건 행정부는 개별 보조를 분야별 포괄보조 묶어 지원하면서 재원 총량을 축소하였다. 대신 지출의 재량을 확대하

여 재원총량과 집행 자율을 교환하였다. 아동복지, 정신보건, 지역사회개발에서 개별 보조사업들이 포괄보조로 전환되면서 25%의 재원이 축소되었다.²⁾

두 번째 조치로서 중앙정부의 재정 책임을 지방정부로 이전시키는 복지재정 분권화(기능이양)를 추진했다. 신재정연방주의의 기조 속에서 주정부의 재정책임이 확대되었다. 개혁의 상징과 명분에 상관없이 중앙정부의 보조금 축소나 신재정연방주의는 복지지출 축소 및 중앙정부의 재정책임 회피를 위한 것으로 많은 비판을 받았다.

당시 공공선택론자들은 티부의 ‘발에 의한 투표’ 논리로 분권을 재정책 논리로 지원하였다. 미국 사회의 보수성을 고려하면 조세-서비스 묶음을 통해 지방정부들이 중산층 유치를 위해 경쟁을 하면 자연스럽게 낮은 세율과 복지축소의 작은 정부의 재정구조가 형성된다고 기대하였다. 이러한 이유로 분권화를 찬성하는 사람들은 재분배를 위한 정부 재정역량을 감소시키려는 보수주의자들과 동일시되는 경향이 있었다.³⁾

3) 일본의 재정분권과 복지지출

미국과 마찬가지로 일본 역시 중앙정부의 재정적자에 대한 대안으로 재정분권화가 추진되었다. 즉, 80년대 일본에서 정부간 관계 변화는

2) Anton, T.J.(1997). "New Federalism and Intergovernmental Fiscal Relationships: The Implications for Health Policy." Journal of Health Politics, Policy and Law, 22(3).

3) Boadway R.(2001). "Inter-Governmental Fiscal Relations: The Facilitator of Fiscal Decentralization," Constitutional Political Economy, 12.

분권화 방향이었다. 핵심은 사회복지였다. 국고 보조금, 지방교부세, 그리고 지방세 개혁을 패키지로 연계하여 추진하였던 삼위일체개혁은 일본의 정부간 관계에 상당한 변화를 가져왔다.

전체적으로 사회복지에서 지방정부의 재정적 역할과 비중이 확대되었다. 분권의 가치로 상징이 되었지만 실제 내용은 복지재원부담의 지방전가였다.⁴⁾

1979년에 노인복지지출에서 중앙정부 재정이 60% 정도였는데 1987년에는 25%로 감소되었고 지방정부의 몫은 60%까지 증대되었다. 1986년에는 아동복지 프로그램에서도 정부간 책임 비중이 역전되었다.

90년대 이후에도 분권정책이 지속되었다. 1999년도의 분권개혁의 핵심은 특별지방행정기관의 지방이양이었다. 561개 사무항목 가운데 398개가 지방으로 이전되었다. 하지만 분권의 명분으로 제시하였던 효과는 없었다. 기본적으로 재원이양이 부족했다.

지방재정에서도 복지비 부담이 상당하여 중앙정부의 복지보조사업들을 수용하기 힘들었다. 하지만 지방비 부담분을 의무적으로 매칭하지 않으면 중앙으로부터의 재정지원 및 조정장치에서 상당한 불이익이 예상되었다. 따라서 지방자치단체들은 중앙의 복지 부담 전가조치를 그대로 수용할 수밖에 없었다.

일본은 사회복지지출 부담을 지방정부로 전

가하면서 중앙정부의 재정적자 문제를 해결하려고 했는데, 결과적으로는 중앙과 지방 모두 재정위기를 겪게 되었다. 그 과정에서 지방자치단체의 의견을 중앙에 대변하고 적절한 보완조치들을 마련할 통로는 없었다. 무엇보다 중앙정부의 재정위기가 심각하였던 상황에 달리 대안이 없었다.

4) 영국의 재정집권과 복지지출

영국의 경우에는 집권적인 방식으로 정부간 복지정책 관계를 개편하였다. 여기에는 지방정부에 여전히 뿌리 깊었던 노동당을 약화시키려는 정치적 목적도 있었다.

사회복지분야에서 지방정부의 기능적 범위를 축소하여 지방특별행정기관으로 기능을 이양했다.⁵⁾ 당시 영국에서는 5천개의 지방특별행정기관이 있었고 6만명이 이사로 임명되었다. 이는 약 500개의 지방정부와 2만 2천명의 선출직 지방의원 규모와 비교가 되는 규모이다.⁶⁾ 80년대 대처정부 이후 작은 정부의 신보수주의 정책이 상당기간 지속되었다.

그런데, 대처 이후에 집권한 블레어의 노동당 정부에서도 기존의 기조들이 유지되었으며 기든스의 제3의 길을 통해 새로운 형태의 복지거버넌스를 추진하였다.

중앙정부는 지방정부가 필요 이상으로 큰 조

4) Muramatsu, M.(2001). "Intergovernmental Relations in Japan: Models and Perspectives". World Bank Report No 37178.

5) Wollman, H.(2004). "Local Government Reforms in Great Britain, Sweden, Germany and France: Between Multi-Function and Single-Purpose Organizations". Local Government Studies, 30(4).

6) Skelcher, C.(2003). "Governing Communities: Parish-Pump Politics or Strategic Partnerships," Local Government Studies, 29(4).

직과 인력을 유지하고 있으며 비용-효과적이지 못하였다고 판단하였다. 이에 따라서 지방정부의 기능을 축소하고 대신 중앙정부가 흡수하면서 정부혁신을 추진하였다. 영국정부의 재정 기능은 대부분 사회개발에 관한 것이기 때문에 재정혁신의 영향은 사회복지 분야가 가장 많이 받게되어 있다.

복지 집권화 방향으로 정부간 복지관계가 개편되었지만 과거의 복지국가 시절로 회귀하여 복지비 지출을 확대하기 위한 것은 아니었다. 영국은 기든스의 제3의 길과 사회투자정책을 통해 비용-효과적인 사회복지정책을 위한 새로운 시도들을 추진하였다.

개인에산제, 사회서비스 품질관리, 영리기업의 복지참여를 확대하는 복지혼합 등이 중앙정부 주도로 추진되었다. 지방정부에 대한 중앙의 복지재원 지원은 계속 감소되었다. 현장에서는 중앙정부의 정치적 상징과 정책개혁들에 대해 복지 축소를 위한 포장으로 인식하는 경향도 있다.

3. 비용-효과적인 복지지출, 새로운 실험

지방정부에 대한 복지재원 분담 문제를 둘러싼 주요 국가들의 경험은 중앙의 일방적인 강요와 지방의 반발 이상의 의미를 찾기 힘들다.

정부간 관계의 현재 모습은 역사적으로 결정

된 정치 경제적 특성이 있다. 또한 돈과 얽혀 있는 정책 쟁점들은 이해관계와 그 내용이 명확하여 당사자간 협의와 조정이 쉽지 않다. 하지만 강제와 권력을 통해 새로운 재정구조를 강요했던 과거의 갈등적인 정부간 재정관계가 아닌 상호 협의에 기초한 대안이 필요하다.

지속적으로 복지서비스를 확충해야 하는 시대적인 과제를 실천하기 위해 전통적인 복지국가체제의 정책 및 재정관리 방식과는 다른 새로운 비용-효과적인 수단들도 있었다. 대표적 사례로 성과계약주의와 광역주의를 들 수 있다.

첫째, 성과계약주의는 지방정부에 대한 중앙정부의 복지재정 지원을 관리 통제가 아닌 성과에 따른 계약방식으로 운영하는 것이다. 미국에서 정부간 복지 재정관계에서 성과계약 방식을 도입한 대표적인 사례가 1996년에 추진되었던 TANF이다.⁷⁾

둘째, 현재와 같은 기초자치단체 중심의 사회복지서비스 전달체계는 효율적이지 못한 경우가 많다. 중간 조정자로서 광역자치단체가 있지만 대부분의 경우 법규에 정해져 있는 지방비분담분을 단순 매칭하는 통과기관의 역할에 국한된다. 재정관리의 규모 경제를 확보하기 위해서는 광역 중심의 정부간 복지재정관계를 강화할 필요가 있다.

이를 실천하기 위해서는 지금과 같은 개별 보조 보다는 광역자치단체와 재정파트너십을 형성하는 분권에 기반한 포괄보조 수단이 선호된다.

7) 90년대 클린턴 행정부는 레이건-부시행정부와는 다른 새로운 공공관리방식(NPM)을 선택하였다. 정부 운영에서 시장화와 분권화이며 보조금 규모의 축소보다는 전략적 운용에 초점이 맞추어져 있다. 보조금 정책에서는 중앙·지방간 “성과계약” 방식(시장화)을 통한 새로운 재정관계가 모색되었다.

4. 지방재정과 사회복지 지출 부담 쟁점

1) 급증한 복지부담과 “자치” 재정 위기

최근 십여년동안 지방재정에서의 변화는 총량적 수준에서 지속적인 증대, 중앙의존성 심화와 재정자립 구조 취약, 그리고 복지비 부담의 급증으로 요약할 수 있다. 이러한 변화의 한 가운데 복지보조금이 있다.

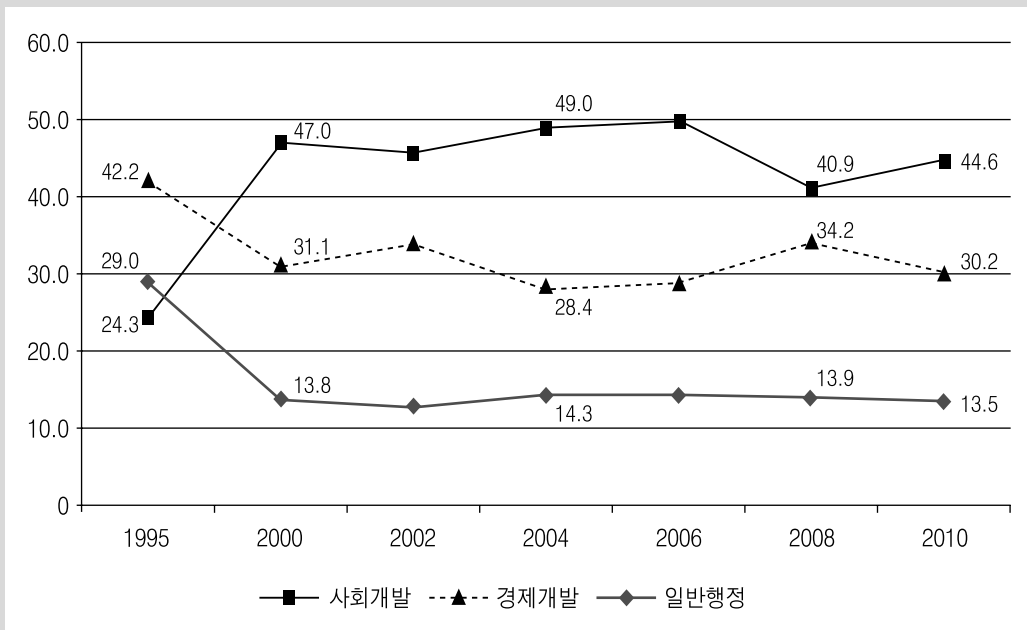
지방재정에서 사회보장비는 1996년 3조 5천억원이었지만 2010년 당초예산 순계기준에서 사회복지비는 21조원이었다. 2010년 당초

예산 기준으로 사회보장비 세항 비중 하나만으로도 경제개발비 전체와 비슷한 규모이다. 복지예산의 증가 추세는 중앙재정에서도 마찬가지이지만 지방의 부담 증가 추세는 상대적으로 더 높다.

대부분의 지방 복지지출은 중앙정부로부터의 보조사업 형식으로 수행되고 있다. 지방의 복지정책 운영 및 관리체계가 효과적으로 구축되지 못한 가운데 중앙정부 주도의 복지프로그램이 급속히 확산되었고 지방비의 의무적 매칭이 요구되는 국고보조사업이었다. 2009년 최종예산기준으로, 지방의 정책사업 가운데 사회복지 지출의 88.1%가 국고보조사업이다.

그림 1. 지방재정의 세출 구조 변화

(단위: %)



주: 일반+특별회계 최종예산 총계기준.
자료: 행정안전부 재정고.

지방재정에서 부담이 많은 국고보조사업들은 보건복지부 소관인 경우가 많은데, 관련 국고보조사업은 2006년도의 6조원에서 2011년도 15조원으로 연평균 19.5% 증가하였다. 이에 따른 지방비 부담액은 2006년 약 2조원에서 2011년도에는 6조 7천억원으로 연평균 25.9% 증가하였다.

사회복지비 비율의 급증 효과는 자치단체 유형별로 차별적인데, 대도시 자치구의 부담이 상대적으로 높았다. 자치구의 사회복지 예산 비율은 2007년 기준 33.4%로 시(14.5%)와 군(13.2%)보다 높다. 이러한 추세는 대도시 인구 집중 경향과 맞물려 앞으로도 지속될 것으로 전망되고 있다.

2007년 기준으로 지자체별 평균 기초생보 수급자 숫자를 보면, 군 31백명, 시 79백명, 구 83백명으로 자치구가 가장 많다. 대도시내에서도 소득에 따른 주거지 분화현상이 급진전되어 기초생활수급자와 영유아가 밀집한 일부 광역시의 자치구는 사회복지 관련 예산 비율이 50%를 초과하였다(예: 광주 북구 54%, 부산 북구 53.8%).⁸⁾

다른 한편, 사회복지사업법에서는 복지서비스 전달체계에서 기초자치단체 중심으로 기능과 역할이 설계되어 있다. 이에 따라 광역에서는 지방비 일부를 지원하는 정도의 역할에 그친다. 복지분야에서 시도비 보조의 비중이 높은 것도 주요 특징이다.

즉, 경제개발기능에서 중앙정부의 국비 비중은 25.3%에 불과하며 나머지는 지방재정의 몫

이다. 반면, 사회개발에서는 중앙-광역-기초가 각각 30.9%, 37.7%, 31.3%의 복합적인 재정 몫을 가지고 있다.

복지서비스의 전달과정에서는 중앙정부의 직접적인 재정개입 정도가 높은 가운데 광역과 기초의 재정역할 구분이 명확하지 않아 주인없는 정책이 될 위험이 있다. 관련 재정주체들 가운데 어느 한 쪽에서 재정위기 혹은 압박 요인이 발생하면 복지재정 운영체계 전반에 걸쳐 애로 요인이 발생하게 되는 복합적인 재정구조가 형성되어 있다.

2) 기준보조율과 지방비 의무 부담

정부간 복지재원 분담을 법적으로 규정한 것은 기준보조율 제도이다. 개별 복지사업별로 중앙과 지방간 재정분담비율을 국가가 법률로 지정한 것이다. 보조금제도는 정치 경제적 상황 맥락 속에서 만들어지기 때문에 일관성있게 체계화되기 쉽지 않다.

다만, 현재 운영되는 복지분야 기준보조율체계가 1986년도에 전부개정되었던 「보조금 예산 및 관리에 관한 법」의 기본 골격을 그대로 유지하고 있어 다음의 세 가지의 구조적 쟁점이 발생하고 있다.

첫째, 기준보조율의 적정 수준의 문제가 있다. 가장 큰 쟁점은 국민기초생활보장법에서 규정한 기본적인 사회안전망 프로그램에 대해 지방비를 부담하게 하고 이를 의무적으로 강제하는 것이 타당한지 여부이다.

8) 이희봉(2007), 지방자치단체 복지재정의 현황과 향후 주요전망, 지방재정, 2호.

80년대의 시혜적 사회복지 정책이 90년대 말의 국민기초생활보장체제로 전환된 의미를 현행 기준보조율제도에서 반영되지 못한다는 것이다.

예를 들어, 과거의 생활보호와 의료보호가 생계급여와 의료급여로 전환된 것은 국가적 차원에서 국민들의 기본적인 소득과 건강은 책임진다는 것이다. 하지만 기준보조율은 80년대 중반과 동일하게 여전히 80%이고 나머지 20%는 지방이 부담해야 한다. 매년 중앙정부에서 생계비 수준을 결정하지만 지방자치단체의 참여는 배제되어 있다. 1995년도에 지방자치가 부활되었지만 지방은 대표자 없이 비용만 지불해야 한다.

중앙예산당국의 입장에서 지방비 부담이 없으면 지자체가 부적격자 발굴을 소홀히하여 복지예산이 낭비된다고 우려한다. 하지만 최근 사회복지통합전산망이 구축되면서 그러한 관리 기술적 우려는 더 이상 유효하지 않다.

보육료지원 등과 같이 출산장려를 위해 보편적 사회서비스로 전환된 복지사업의 기준보조율을 초기의 50%(서울은 20%)로 계속 고정하면서 전국 표준적인 정책 지침으로 지방의 보육사업을 감독하는 것 역시 신사회위기에 따른 보편적 사회서비스 정책기조의 변화를 제대로 반영하지 못한 것이다.

둘째, 기준보조율에 대한 지방비 매칭이 “의무화”되어 있어 지방재정 운영의 경직성을 심화시키고 있다. 정부간 복지재정관계에서 지방자치 부활의 가치를 반영하지 못한 결과이다. 아직도 복지사업에서 지자체는 과거와 같이 수직적인 복지전달체계의 일선기관일 뿐이다. 기

초적인 복지프로그램에서 비교적 높은 수준의 복지보조율이 적용되지만 지자체의 의사와 관계없이 국가가 법률로 지정한 지출 부문에 지방비 부담을 의무화하는 것은 타당하지 않을 수 있다.

셋째, 사회복지보조금에서 광역자치단체의 실질적인 재정 및 사업 조정 기능을 인정하지 않고 있어 광역화에 따른 관리적 효율성을 창출하기 힘든 구조가 형성되어 있다. 기준보조율에 따른 지방비 매칭에서 광역과 기초자치단체간 분담비율은 대부분 50:50이다. 사회복지서비스의 지리적 외부성과 광역지자체의 재정여건이 제대로 반영되지 않은 것이다. 주요 사업의 경우 광역과 기초간 분담비율이 지방재정법에 규정되면서 지자체의 조정 재량은 더 협소해졌다.

3) 사회 공간환경 변화와 복지보조금

최근 십수년동안의 사회 경제적 변화들이 정부간 복지재정 관계에 반영되지 못하면서 모든 지자체들이 사회복지정책을 선호하지 않게 되는 부작용을 창출하고 있다.

우선 현행 기준보조율체계는 서울특별시만 불리한 보조율을 적용한다. 70% 이상 기준보조율인 기초 복지사업 13개 가운데 8개 사업에서 서울의 보조율은 50%에 불과하다. 비법정보조사업도 비슷하다. 80년 중반 당시와는 달리 수도권 지자체의 재정 사정은 서울만 유독 불리하게 지원받아야 할 상황은 아니다.

둘째, 대도시의 주거분화와 저소득층의 입지 변화들이 복지보조금제도에 제대로 반영되지 않고 있다. 급속한 경제성장의 부작용으로 사회

계층 뿐 아니라 대도시 자치구들간의 성장 격차도 심화되었다. 공간분화로 특정 지역에 저소득층이 계속 밀집하게 되면 사회복지수요 역시 상대적으로 더 증가한다. 하지만 복지보조금체계는 과거의 것이 그대로 적용된다. 광역차원에서 조정 없는 가운데 재정력이 특히 취약한 자치구들의 재정압박이 심각해 진다.

셋째, 군자치단체는 인구의 도시 유출과 탈제조업화에 따른 공동화로 세입잠재력이 급속히 침체되고 있다. 일반적인 행정운영에서 혁신의 여지 자체가 크지 않는 가운데 농촌인구의 고령화에 따라 사회복지 수요는 계속 증대되고 있다. 하지만 정부가 지원하는 기준보조율제도에서 신흥력지역에 대한 10% 보조 증액 이상의 추가 고려는 없다.

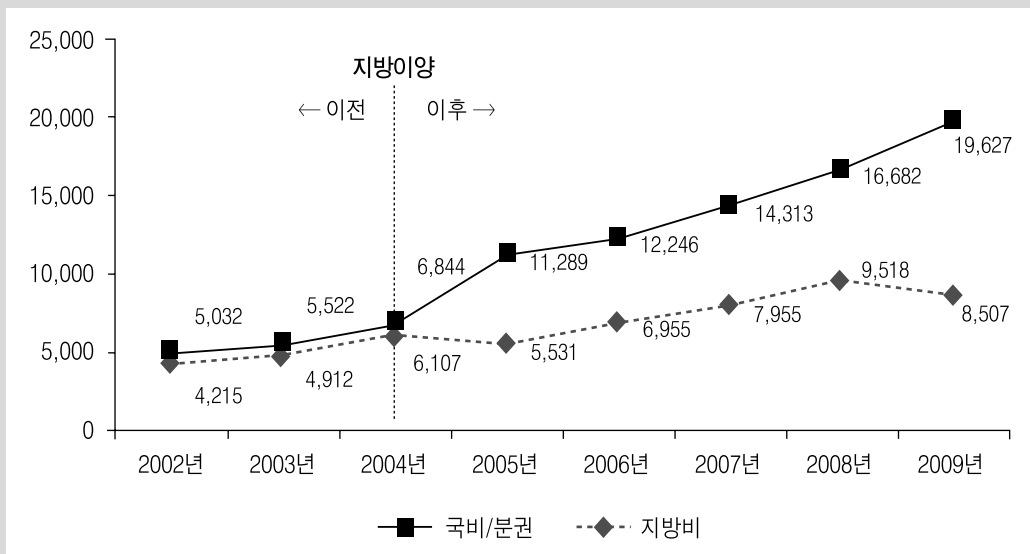
농촌은 지방비 부담 여력이 적어 복지시설을 설치하지 못하는 경우가 많다. 현재와 같은 공급자 지원 방식의 복지체제에서는 시설이 없으면 복지서비스가 제공되지 못한다. 정부의 복지재정 지출이 계속 커지고 서비스의 내용이 다양해져도 농촌지역은 계속 복지사각지대로 남게 된다.

4) 재정불신: 분권교부세와 감세정책

지방분권을 국정 우선 과제로 설정하였던 2000년대 중반에 67개의 사회복지사업들이 지방으로 이양되었고 관련 재원을 지원하기 위해 2005년도에 지방교부세의 별도 항목으로 분권교부세제도를 신설하였다.

그림 2. 사회복지분야 분권교부세 사업의 지방비 증가 추이

(단위: 억원)



자료: 서정섭 외(2010), 지방의 복지재정수요 대응 분권교부세 개선과제, 국회행정안전위원회.

그런데, 최근 5년간 지방비 부담 증가율은 23.5%였지만 분권교부세는 6.9%만 증가하였다. 결국 동 제도에서는 복지분권을 통해 중앙정부의 재정부담을 지방으로 전가시킨 부작용이 발생하였다. 이에 따라 지방의 입장에서는 중앙정부가 지방 재원을 징발하여 복지서비스를 확충했다고 비판한다.

다른 한편, 작은 정부를 지향하는 최근의 중앙정부 재정정책 기조들은 지방재정에 상당한 부담으로 작용하였다. 특히 감세와 보조금 증가에 따른 지방재정 압박이 크다. 국회예산정책처(2009)에 따르면, 중앙정부의 감세정책에 따라 지방세입에서 5년간 25조 7,587억원의 순손실이 추정되었다.

이와 반대로 국고보조금은 계속 증가하고 지방비 부담금도 커지고 있다. 보조사업에서 지방비 부담 비중은 2005년 32.3%였는데 2010년은 37.5%로 5.2% 늘었다. 중앙정부의 감세정책으로 지방재정에서 재량이 높은 자주재원의 규모는 감소되는 다른 한편으로 중앙정부의 재정부담 지점을 수용해야 하는 보조금의 지방비 매칭비는 증가되는 이중의 재정부담 현상이 발생한 것이다.

복지분권과 관련된 최근의 사례들은 모두 지방재정에 불리한 방향으로 작용하였다. 이에 따라 중앙정부 차원에서의 재정 조치들에 대한 지방의 불신과 비판이 높아지고 있다. 정부간 재정불신이 커지면서 분권 지향적인 정부간 복지재정관계의 개편을 위한 논의 토대 자체가 형성되지 못하고 있다.

5. 정부간 복지재정 관계 재정립 과제

1) 재정신뢰 형성과 파트너로서 협력

정부간 복지재정관계에 대한 쟁점이 공식적으로 제기되면 중앙과 지방 모두 표면적으로 제시하는 상징이나 형식 보다는 실질적인 의도부터 의심한다. 국가 전체의 복지재정 총량에서는 당연히 중앙정부의 부담 규모가 월등하다. 따라서 중앙정부 차원에서 정부간 자원 분담 문제를 제기하면 지방에서는 중앙의 지방재원 징발과 복지부담 전가를 의심한다.

지방재정에서 복지재정 문제를 제기하면 중앙 역시 흔쾌히 대응하지 않는다. 중앙정부로부터 추가적인 재원을 요구하기 때문에 사안 자체를 무시한다. 재정자립도가 낮아 중앙정부의 지방재정 지원 재원이 계속 높아지는 상황에서 기획재정부는 지방의 자치 재정 자체를 인정하지 않는 경향도 있다. 국가재정의 파트너로서 지방을 인정하기 보다는 국가 재정 전체의 틀 속에 포함시켜 통합 관리하려고 한다.

복지보조 사업이 가장 많은 보건복지부는 지방의 재정 상황 자체에 대한 이해가 부족한 편이다. 쟁점들을 파악하고는 있어도 지방자치 부활이후 새로운 복지재정관계를 정립하려는 시도는 거의 없었다.

지방은 복지를 선호하지 않기 때문에 협력이 쉽지 않을 것이라는 선입관이 강하다. 그리고 복지재정 총량을 확대하기 위해서는 현재와 같은 개별 보조와 의무적 지방비 부담 강제 방식이 효과적이라는 것을 정책의 현실에서 알고 있

다. 새로운 제도 변화가 복지재원을 확대하는 방향으로 작용할 지에 대한 확신이 없는 가운데 비용 효율적 관리와 지자체의 복지사업 재량 자체에 대한 정책적 고려는 거의 없었다.

이와 같은 상호 비판적인 재정구조에서 정부간 복지재정관계를 합리적으로 재정립하는 것은 현실적으로 쉽지 않은 과제이다. 정치와 권력 그리고 사회운동의 영역에 계속 머물 가능성이 높다.

새로운 구조 개편을 위해서는 무엇보다 중앙과 지방간의 재정 신뢰관계부터 형성하려는 노력이 필요하다. 상호학습과 인사교류 등을 통해 문제의 상황과 대안의 공동 모색 체계가 우선적으로 형성되어야 한다.

2) 복지보조금 관련 법률 정비

정부간 복지재정관계는 보통교부세의 지방교부세법(기준재정수요, 부동산교부세, 분권교부세), 보조금 관리 및 예산에 관한 법(기준보조율, 차등보조율, 보조금관리행정), 사회복지사업법 등 개별 복지법령 등에서 분산 관리되고 있다. 정부의 사회복지 기능이 예외적인 분야로 수행되었던 과거의 정책 관리 특성들이 중앙과 지방 모두 중심 재정 부문으로 성장한 현재까지 지속되고 있다.

복지재정이 정부재정의 우선순위를 차지하는 현실 상황을 고려하여 새로운 형태의 중앙·지방정부간 복지재정 파트너십을 마련하기 위해서는 현행 보조금관련 법률을 분법하여 (가칭) “사회복지보조금의 운영 및 관리에 관한 법”을 신설할 필요가 있다.

여기에서는 우선 복지보조사업에서 기준보조율과 차등보조율에 대한 규정들을 재정립해야 한다. 또한 복지사업의 특성에 따라 지방비부담을 의무화할 것과 권고 수준에 그칠 것을 분류해야 한다. 중앙정부가 법률로 정하는 복지보조사업을 결정할 때 지방자치단체의 참여도 공식화하여 복지파트너로서 지방의 위치가 자리매김될 수 있는 규정도 포함되어야 한다. 마지막으로 비용-효과적인 재정운영을 위해 포괄보조와 성과계약과 같은 복지재정 혁신 조치에 대한 법적 기반들도 마련할 필요가 있다.

3) 정부간 복지기능 역할 재정립

국민기초생활보장법에서 국민의 권리로 인정한 사회복지 지출들은 중앙정부가 전액 담당하는 방식으로 기준보조율제도를 개편하는 방안을 검토할 필요가 있다. 중앙정부의 법률에 따른 국가의 의무적 복지 지출사업에 대해 원칙적으로 100% 보조율을 적용해야 한다는 것이다.

지자체의 부실한 사업관리가 우려될 경우에는 수급자에 대한 판정과 감독기능을 미국의 경우와 같이 중앙정부가 별도로 수행하면 된다. 또한 보육료지원과 같이 사업 초기에는 저소득 취약계층에 대한 잔여적 복지서비스였지만 저출산 대책을 위해 보편적 서비스로 전환될 경우에는 기준보조율을 현행 50%에서 70% 이상으로 상향 조정하는 방안도 검토할 필요가 있다.

대신, 지역별로 다양하게 운영할 필요가 있는 복지사업에 대해서는 지방정부의 재정 역할을 강화할 필요가 있다. 소규모의 복지보조사업들은 광특회계의 지역개발계정과 같이 한 바구니

에 담아 사회서비스 포괄보조로 지방에 일괄 지원하는 방안도 검토할 수 있다. 지역 특수적 복지 수요에 대해서는 보통교부세의 기준재정수요 산정에 반영하여 일반재원으로 지원하는 방안도 있다.

마지막으로 재정력이 취약한 농어촌 지역에서는 사회적 정의를 지역과 공간에 적용하는 지리적 정의(territorial justice)의 관점에서 예외적인 100% 보조율을 적용하는 방안도 모색할 필요가 있다.

4) 재원구성의 간소화와 광역기능활성화

사회복지재정의 규모가 커지고 사업의 내용이 다양해지면 중앙 단독의 재정관리에 한계가 있다. 영국과 같이 지방기관을 설치하지 않고 지방자치단체를 일선의 복지전달조직으로 계

속 활용하기 위해서는 광역적인 복지재정관리 체계를 정립할 필요가 있다. 이를 위해 광역자치단체의 복지재정 기능들을 활성화 해야 한다. 특히 사회서비스 정책의 경우 산업화와 시장화의 가치를 활성화시키기 위해서는 현재의 기초자치단체 보다는 광역차원에서 정책관리가 필요하다.

다른 한편, 지방의 재량이 인정될 수 있는 사회복지 지출에서는 자원동원에서 정부간 관계를 간소화하고 성과에서도 정부간 책임구조를 명확하게 연계될 수 있게 재설계해야 한다.

중앙-광역-기초의 중층적인 자원동원 구조 보다는 사회서비스 사업의 지리적 외부성 특성을 기준으로 중앙-광역, 중앙-기초, 광역-기초의 재원구조를 설계하면 사업운영에서 관리 책임이 보다 명확해질 수 있다. **국문**

정 · 책 · 분 · 석

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

+

▶ **특별논고**

보건경제학의 이해에 관한 小考:
문헌고찰을 중심으로 | 연하청

▶ 심화되는 가계 기업간 소득 양극화:

현상, 원인, 함의 및 대응방안 | 강두용

보건경제학의 이해에 관한 小考

: 문헌고찰을 중심으로

What is Health Economics?

연하청 한국보건사회연구원 초빙연구위원

1. 보건경제학의 역사적 고찰

보건경제학은 대체로 순수 이론적인 분야보다 경험적이고 실증적인 연구 중심으로 미시경제 학문으로 발전되고 있다. 그간의 많은 보건경제학 영역의 무수한 논문들은 보건의료 분야의 정책결정에 대하여 아주 기초적인 경제학 이론의 접목으로 시도되고 있다. 그러나 여기서 우리가 유의할 점은 연구자가 기초적인 경제 분석이긴 하더라도 의료의 본질과 주변환경 그리고 보건의료제도의 충분한 이해 위에서만 가능하였다는 것이다. 주요 학술지에는 주로 보건정책에 대한 경제적 타당성에 관련된 논문들 중심으로 실렸고 이러한 논문들의 주요 독자들은 의사·약사를 비롯한 보건의료 서비스 공급자 및 보건의료정책 관련 전문 연구자들이었을 수 있다.

1977년 발간된 Culyer 그리고 Wiseman과 Walker 등에 의하면 1970년대 중반까지 발표된 모든 보건경제학 관련 논문 중 1963년 이전의

논문은 불과 10% 정도에 불과한 것으로서 보건경제학은 실질적으로 1960년대 중반이후부터 시작되었다고 해도 과언이 아니다. 보건경제학 분야의 주요 개척자들로서 1963년에 Arrow는 보건경제학 분야와 관련하여 주로 이론적인 문제에 대하여 제시하였으나 1967년에 가서야 M.S. Feldstein의 계량경제학적 접근이 시도되었다.

Klaman(1965)에 의하면 1963년 이전의 문헌 조사에서는 주로 보건의료의 제도적 측면과 개념적인 논리에 관한 논문들이 주류를 이루고 있는데 보건경제학 분야발전에 크게 공헌한 작업들은 다음과 같이 열거하고 있다.

보건의료제도 및 기구에 대한 보건경제학적 공헌은 1932년 Davis and Rorem; 1954년 Ginzberg; 1961년 Somers와 Somers 등이고 정신질환 분야에 대한 공헌은 1958년 Fein 그리고 공공보건 분야에서의 보건경제학적 접근의 대표적 공헌은 1961년 Weisbrod를 들 수 있으며 영국의 의료제도의 공과에 대해서는 1961년

Lees를 들 수 있다

1964년 Muskin에 의하면 미국에서의 최초의 보건경제학회가 1962년에 구성 개최되었으며 1974년 Perlman에 의하면 최초의 국제적인 보건경제학자들의 모임은 10여 년 후인 1973년에야 개최되었고 1979년에 가서야 학생들에게 널리 읽힐 수 있는 보건경제학 교과서가 P. Feldstein에 의하여 편찬되었다.

그 이후 보건경제학은 양자가 깊은 관계가 있으나 인간자본론(human capital theory)에 기초한 건강의 경제적 가치를 추구하는 건강경제학(The Economics of Health) 그 자체와 보건의료제도의 효율을 극대화 하기위한 접근방안을 추구하는 의료경제학(The Economics of Medical Care)으로 양분되었는데 경제학자들은 후자에 더 치중한 많은 연구논문들을 발표하게 된다. 그러나 건강수준이 인간생활에 미치는 가치 및 건강의 경제성을 먼저 생각하는 것이 옳지 않을까? 왜냐하면 첫째, 의료수요(demand for medical care)는 건강에 대한 수요(demand for health)에서부터 출발하기 때문이며 둘째는, 의료경제학의 발전에 있어서 건강수준에 대한 측정과 가치 규범설정 및 이와 관련된 많은 문제들을 이론적 또는 실증적으로 분석하는데 있어서 어려운 난관에 직면하기 때문이다.

2. 대표적 보건경제학 교과서의 비교

여기서는 1979년 Feldstein 및 1998년 Rice가 각기 저술한 보건경제학 교과서들의 성격, 배

경, 내용과 차이 그리고 그 주요 논점들에 대하여 소개 하도록 한다.

1) Health Care Economics (Paul J. Feldstein)

이 책은 Feldstein이 다년간 미시간 대학에서 강의한 내용 즉, 의료경제학 노트를 정리 한 것이다. 특히 1970~80년대 보건경제학 관련 논문들이 무수히 쏟아져 나왔으나 경제학에 대한 이해가 없는 다른 분야 전공대학생들의 어려움을 돕기 위한 방편으로 미시 경제적 분석방법 소개와 그 적용의 보건의료분야 예제 등을 정리 수록한 것으로서 최초로 시도된 보건경제학 교과서라고 할 수 있다. 이 책은 대학원이 아닌 대학 경제학과 학부수준의 미시경제학 과목 정도의 수준으로 경제학의 개념과 보건의료부문의 응용 및 적용 등을 정리한 것으로 보건관리대학 및 대학원에서 한 학기(one semester) 사용 하도록 편찬되었다. 그러나 대체로 강의하는 선생님들의 관심사항이 서로 다를 수도 있음을 감안하여 한 학기에 끝내기에는 벅찬 다양한 주제를 수록하였다. 이는 강사들과 학생들의 주요 관심사항을 스스로 선택하도록 하려는 의도를 가지고 집필 되었다고 판단된다.

또한 이 책의 특징은 보건경제학의 특정분야를 좀 더 깊이 있게 접하려는 학생들을 위하여 분야별 최근의 논문과 역사적으로 보건경제학 발전에 공헌이 큰 논문들을 모아 참고문헌을 수록 하려고 노력하였다. 이 책의 집필과정을 보면 구성에 있어서 보건경제학 강의에서 학생들이 이해하기에 가장 난해하게 느꼈던 부분과 학

생들에게 잘 이해되도록 적절히 설명되지 못한 부분들을 부각시키고 있다. 만일 이 책의 독자들이 이해하지 못하는 부문이 있으면 강의를 들었던 학생들의 경험이 도움이 될 것이다. 즉, 이 책에서 강조 하고자 하는 것은 순수경제이론과 공공정책의 규범적인 가치 판단과의 관계를 명확히 해 두고 있는 것이다. 따라서 이 책에서는 구석구석에 순수 경제이론과 공공재화관리 운영에 대한 공공정책의 가치판단과 정책선택의 장단점에 대한 차이에 대하여 언급하고 있다.

이 책의 중요 관심사항은 넓은 의미의 보건 정책 혹은 보건의료의 전반적인 분야를 포괄적으로 서술하였다기보다는 보건의료 관련 재정 혹은 자원조달과 개인 의료 서비스 수급과 그 전달체계에 있어서의 효율화 방법에 논점의 중점을 두고 있다. 이와 같은 상대적으로 좁은 범위의 구성은 광의의 보건 혹은 보건의료 보다는 개인 의료전달의 효율성 확보와 의료비재원 조달에 관련된 당시대의 정책 이슈에 역점을 뒀다는 것이다. 건강과 의료서비스와의 관계는 본 교과서 앞부분의 장(章)들에서 논의하였고 보건경제학적인 개념 및 정의들, 그리고 계량 측정의 문제, 개인 의료서비스 제공과 자원조달 문제에 있어 경제적인 효율성과 형평성을 달성할 수 있는 공공정책선택 방안들에 대한 논의는 본교과서의 후반부의 장에서 전개하고 있다.

1979년 본 교과서의 초판이 발간되었을 때 보건의료부문의 주변 환경은 급격한 변화를 맞고 있었으며 이에 따라 보건의료정책은 지속적으로 변화하고 있었다. 지속적으로 논의 되고 있었던 국민의료보험제도 도입에 관한 관심은

점차 쇠퇴하였고, 과거 의사인력의 부족에 대한 정책연구관심에서 오히려 초과 의사인력에 대한 향후 연관 문제로 연구관심이 변화였다. 의료비지불방법에 있어서 사후적인 비용변화에 따르는 의료비 지불 방법에서 사전적인 고정된 가격에 의한 지불 방법 등으로 변화 하였다. 독립적인 개별병원의 의료 서비스에서 병원들은 수시로 합병되었고 다자간 합병이 상식화되었다. 이와 함께 새로운 의료전달체계와 홍보 및 자유로운 경쟁으로 각종 감독 규제 관리 등은 서서히 그 내용의 변화를 하게 되었다.

이에 따라 이 책은 보건의료 정책부문이 어떻게 왜 변화 하였는지를 역사적 관점에서 설명하고 있으며 의료부문의 정책선택의 변화와 관련하여 왜 이러한 정책적 변화가 필요 하였던가를 경제적 효율성(efficiency)과 형평성(equity)의 관점에서 논의를 전개하고 있다. 또한 경쟁, 역(逆)선택, 비용전가, 누가 의료사회보장비용을 지불 하여야 하나? 등과 같은 다양한 주제에 대한 질문들이 열려 있어서 정책입안자 및 전문연구 독자들이 스스로 생각하고 해답함으로써 공공정책선택을 하도록 하고 있는 것이 이 책의 특징이라 하겠다.

2) The Economics of Health Reconsidered(Thomas Rice)

Rice는 “왜 보건경제학은 재고(再考)되어야 하는가?” 하는 질문에서부터 출발하고 있다. 이 책이 발간되기 전 몇 년간은 학계의 보건경제학에 대한 논문의 대부분이 의료조직과 전달체계 개혁에 대한 발전방향은 과거의 정부규제 중심

으로부터 자유경쟁 시장에 맡겨야 된다는 논제가 주요 화두로 대두되어 활발히 논의가 진행되고 있었다. 이러한 견해는 대부분 미국 학계로부터 시작 되었으나 각국의 보건의료정책의 주요 관심 정책과제로 전 세계적으로 확산되는 추세였다. 의료비의 꾸준한 상승 때문에 보건정책에 관심을 갖는 학자들 뿐만 아니라 보건정책 당국자들도 여기에 이해를 같이하고 있었다 하겠다. 물론 대부분의 논의가 경제학에서부터 출발한 것으로 정부의 규제방법보다는 시장에서의 경쟁이 더 효율적 이라는데 근거를 두고 있었던 것이다.

따라서 경쟁의 도입이 의료비용을 절감 할 수 있다는 논문들이 쏟아져 나왔는데 1997년 Jensen 외에 의하면 1993~1995년 사이 전통적인 의료보험가입자는 49%에서 27%로 줄었음을 입증하고 있다. Levit외(1996년a)에 의하면 동 기간동안에 1인당 국민의료비 증가율은 경제성장률과 같은 6% 이하로서 과거보다는 훨씬 낮은 수준을 유지하고 있다는 것이다. 한편 1996년 Zwanziger와 Melnick에 의하면 지역적으로 관리의료(managed care) 서비스제도를 도입한 지역의 의료비 상승률은 상대적으로 낮음을 보여주고 있다. 그러나 이와 같은 경험적이고 실증적인 연구결과들은 미국의 의료제도가 과거보다 더 효율적이라는 것을 확실히 입증하고 있지 않으나 효율 그 자체는 비용의 절감 뿐 아니라 지출된 비용이 우리에게 무엇을 되돌려 줄 수 있는가 에도 좌우된다. 과거보다 더 많은 미국인들이 의료보험에 가입하지 않고 있는 것은 보험자사이의 경쟁에 기인할 수도 있다. 또한 경험적인 결과는 명확하지 않으나 공급자와

보험자들의 경쟁의 강화가 의료의 질을 어떻게 향상시키는지에 대한 관심은 크게 증가 하였다.

이와 같이 의료부문에서 시장경쟁기구가 성공적이라는 은연중의 견해는 아마도 시장은 효율적이고 정부부문은 비효율적이라는 일반적인 개념에 영향을 받았을 수도 있다. 1997년 Robert Kuttner에 의하면 미국은 자유방임(laissez-faire)의 유토피아적인 낭만에 젖어 있는지도 모른다고 지적하고 있다. 이와 같은 견해는 의료부문이나 경제 모든 부문에서 정책당국이 정부의 개입을 의도적으로 피한다는 뜻은 아니다. 그러나 향후의 추세는 보건의료부문이 이러한 방향으로 더욱 진입될 것이라는 데에 우리의 관심이 있는 것이다. 그러나 실질적으로 자유경쟁을 신봉하는 경제학자를 포함한 모든 경제학자들 중에서 의료부문에 대한 부분적인 정부개입의 필요성을 부인하는 사람은 없을 것이다. 이 분야에 많은 업적을 남긴 학자는 Alain Enthoven으로서 그는 의료시장에서 소비자 선택이론과 시장 그 자체가 효율을 증대시킨다고 주장하고 있으며 이와 함께 정부의 두 가지 역할로서 첫째, 경쟁은 가장 완벽한 치료에 의한 건강한 환자의 선발이 아니고 가격경쟁으로 이루어지도록 하여야 하며 둘째, 한계계층 즉 저소득계층에게는 정부의 의료부조가 전제 되어야 함을 강조하고 있다. 다시 말하면 정부는 의료시장에서의 자유경쟁을 보장하되 시장이 올바르게 작동하도록 불리한 처지에 있는 계층은 정부보조로써 지원해야 된다는 것이다. 그러나 이와 같은 전제 혹은 결론이 순수경제학의 보건 의료부문에의 적용을 크게 저해하지는 않는다.

이 책은 시장경쟁체제가 가장 효율적이고 뛰

어나다는 믿음의 주된 원인들 중의 하나가 미시 경제이론이 보건·의료부문에 적용된다고 잘못 이해하는 것에서 생겼다고 주장하고 있다. 시장경쟁 우수성에 대한 그와 같은 결론들은 실질적으로 이루어질 수 없는 많은 가정들에 근거를 두고 있으며, 특히 보건의료 부문에서는 더욱 이를 수 없는 가정들임을 다음과 같은 논점에서 볼 수 있다. 경쟁적인 요소의 도입이 보건 의료부문에 적절하지 못하다는 것이 아니고 그 효율성이 오히려 정책 결정의 특수상황과 정책 집행 및 적용에 있어서의 주변 환경이 그 효율에 더욱 큰 영향을 미치고 있음을 지적하는 것이다. 그러나 시장경쟁정책이 사전적인 의미에서 정부의 재정조달방법과 규제방법보다 더 효율적이고 높은 사회복지수준을 보장한다고 전제하는 것은 아니다. 이와 같은 주장은 다른 많은 서구(西歐) 선진국가들에서 의료부문이 자유 시장경쟁체제에서 벗어난 사실로써도 유추할 수 있다.

비록 경제학자들이 시장경쟁접근방법의 상대적 우수성이 많은 가정(假定)을 전제로 하고 있음을 잘 알고 있으면서도 많은 논문들에서 이러한 많은 가정들의 전제나 중요성을 언급하고 있지 않다는 것에 우리는 주목하여야 한다. 이 때문에 보건경제학자들에게 크게 불평할 필요는 없으나, 이것이 보건의료부문의 정책적 분석에서 전반적인 경제학의 신뢰를 떨어뜨리는 것은 사실이다. 이러한 관점에 대하여 1983년 Lester Thurow는 모든 경제학자들이 자유경쟁 시장이 최고의 선택이라고 주장하기 위하여 많은 이론적인 가정을 하여야 하나 때때로 이러한 가정들을 실질적인 적용에서 자주 잊어버림을

지적하고 있다. 비록 경쟁이 주어진 가정들 하에서 얻을 수 있는 최적의 경제적이고 효율적인 방법이라는 데에는 모든 경제학자들(Graaff 1971, Mishan 1969a, 1969b, Nath 1969, Ng 1979, Rowley와 Peacock 1975, 및 Sen 1982)이 동의하고 있으며 이와 관련된 대표적인 논문들을 발표하고 있다.

따라서 이 책은 이러한 가정들에 대한 개념정리, 분석, 적용방법 등에 대하여 중점적으로 논의 하고 있으며 만일 실질적인 적용에서 이러한 가정들이 합당하지 않을 때에는 어떻게 하여야 할 것인가를 집중적으로 논의하고 있다. 각 장(章)이나 절(節)별로 이러한 특수한 가정들의 적용분석에 대하여 논의 하고 있다. 가정들의 예를 보면 “1. 소비의 부정적 외부효과가 없다. 2. 소비의 긍정적인 외부효과가 없다. 3. 소비자 선호가 사전적으로 결정된다. 4. 개인은 그의 복지를 위하여 최선의 선택을 하고 있다. 5. 소비자는 최선의 선택을 할 수 있는 충분한 정보를 갖는다. 6. 소비자는 확실히 선택의 결과를 사전인지하고 있다. 7. 개인은 모두 합리적이다. 8. 개인은 행동으로서 그들의 선택을 한다. 9. 사회복지지는 개인들의 효용의 합계이며 개인효용은 순전히 상품과 서비스의 소비로 부터만 창출된다. 10. 수요와 공급은 독립적으로 결정된다. 11. 기업은 독점적인 요소를 갖고 있지 않다. 12. 기업은 이익을 극대화 한다. 13. 생산은 부의 분배와는 독립적이다.” 등등이다. 그러나 여기서 유의할 점은 이러한 가정들은 경쟁 모델의 우수성을 보여 주는데 있어 일부분의 가정에 불과하다는 것이다. 다른 무수한 가정들은 여기에서 열거하지 않고 있는데 이는 적절한 가정의 설정 및

처리 자체가 보건경제학자들의 연구 영역 그 자체이기 때문이다.

이 책의 제목에서도 알 수 있듯이 이 책의 목적은 보건경제학 그 자체를 다시 한번 생각해 보는 것이다. 경쟁체제가 효율적이고 뛰어나다고 하는 주장에 깔린 가정들을 점검 해보고 만일 그러한 가정이 실질적응에 있어서 적절하지 못할 경우 보건정책의 선택은 어떻게 하여야 할 것인가를 다시 점검해 보려고 하는 것이다. 비록 각장 및 절에서 많은 실질적인 적용들을 시도 하고 있으나 이 책 자체는 실증 분석 보다는 이론적인 접근에 중점을 두고 있으며 이론들의 적절한 사용과 잘못 사용한 경우들에 대하여 설명하고 있다. 이 책은 시장경쟁이론이 보건의료 분야에서 더 효율적임을 증명하지 못하고 있다는 지적들이 더 좋은 사회정책 선택을 이루게 할 것이라는 점을 보여 주려고 하고 있다.

만일 독자들이 시장경쟁이론이 보건의료분야에서 더 효율적이라는 것을 증명하지 못하고 있다는 주장을 인정한다면, 모든 중요한 의문에 대하여 명확하게 해답을 주어야 한다는 것이다. 따라서 대부분의 보건경제학자들과 보건정책 학자들이 이를 추구하고 있는 것이다. 그러나 이 책에서 Rice는 이러한 노력을 경주한 논문들에 대하여 유보조건을 갖고 있는데 이 책에서는 특히 대부분의 연구가 결과에 대하여 사전적인 개념을 설정하고 있는 것이 연구를 그르치고 있음을 지적하고 있다. 경제학자들은 예로서 시장 경쟁의 우위와 같은 이론을 증명하는데 있어서 그 이론적 모형이 실질적으로 적절한 예측능력을 갖고 있음을 입증하려고 노력하고 있다. 예로서 자기부담분이 의료 이용률에 어떠한 영향

을 미칠 것 인가 하는 실질적인 문제(positive issues)에 대하여는 이러한 접근이 유용하다. 그러나 이러한 접근방법은 예로서 무엇을 하여야 한다(should)와 같은 규범적인 문제(normative issues) 접근에 전혀 유용하지 못하다는 것이다.

경제학에서는 “보건의료 정책수립을 시장경쟁이론에 의지 하여야 할 것인가?”와 같은 후자에 속하는 규범적인 문제들은 후생경제학(welfare economics)에서 다루고 있다. 이와 같은 사례에서와 같이 이론적인 틀이 얼마나 잘 실재를 예측하고 있는가는 크게 중요하지 않다. 왜냐하면 많은 다른 분석가들이 정형화된 이론 모형을 다른 국가 혹은 사회에 대한 실증분석에 적용했을 경우 또 다른 분석결과를 보여줄 수 있음을 주장하고 있기 때문이다. 예로서 미국이 보건의료부문 정책에서 캐나다 제도를 도입 적용했을 경우 기존제도와 비교하여 새로운 캐나다의 제도 하에서 미국 국민들의 건강수준이 더 좋아질 것인가?에 대하여 보건경제학자들 간에 실증적인 분석의 결과와 그 의견을 달리 할 수 있기 때문이다.

이와 관련하여 1971년 Jan de V. Graaff는 복지란(welfare) 시장에서의 가격이나 소비재와 같이 수량적으로 눈으로 확인할 수 있는 것이 아니기 때문에 복지정책의 안(案)을 시험하기는 어렵다고 지적하고 있다. 따라서 대부분의 실용주의 경제학에서의 시험은 주어진 가정(假定)하에서 그 결과를 검증 하려고 하는 것이며 보건 및 후생경제학에서는 결과보다는 그 가정들이 타당한가를 더욱 치중하여 검증하려고 노력하는 것이다. 따라서 보건 및 후생복지문제를 다루는 경제학의 영역에서는 무수한 가정들의 타

당성을 철저히 조심스럽게 검증해 보아야 한다. 따라서 우리는 보건경제학의 영역에서 정책선택에 앞서 기본가정들의 적합성을 이해하여야 하며 그러하지 않을 경우 선택된 정책들은 사회 전반적인 복지를 증진시킬 수 있는 또 다른 정책의 선택을 하지 못하게 하는 우를 범하게 되는 것이다. 따라서 이 책의 주요 관심사는 시장경쟁이론의 가정들이 보건의료분야에 있어서 적합하지 않은 많은 경우에 있어서의 함축된 의미들을 이해하려고 노력하고 있는 것이다.

그러나 여기서 또한 우리가 관심을 가져야 할 것은 이 책의 미비점 혹은 무엇을 고려하지 못하고 있는가 하는 것이다. 첫째, Rice의 논지들은 시장경쟁개념의 보건의료분야 적용에 있어 경쟁이론모형을 비판하고 있으나 그 대안을 제시하지 못하고 있으며 또한 경쟁이론모형과 대안의 비교분석을 각 장(章) 혹은 절(節)의 주요 이슈들에서 명확하게 하고 있지 않다는 점을 지적할 수 있다. 물론 확실한 결론 없이 각국의 보건의료 정책에 대한 무수한 분석 등을 수집 정리할 수는 있으나 이 책에서는 단지 경제학의 시장경쟁이론이 보건의료분야의 적용에서 어떻게 사용할 수 있으며 그 한계는 무엇인가? 등에 대한 논의에 그치고 있다. 따라서 독자들은 가장 적합한 정책 및 제도는 무엇인가를 추구함에 있어 이론적인 측면과 실증적 경험을 통하여 스스로 찾으려는 노력을 경주 하여야 할 것이다. 둘째, 이 책의 또 다른 제약점으로 다른 보건경제학 교과서들과 달리 이 책은 이 분야의 실증 경험적인 연구들을 많이 소개하고 있지 못하다는 것이다. 따라서 이와 같이 이 책의 특성은 이 책이 보건경제학 과정의 교과서로서 준비된

것이 아니고 전통적인 보건경제학교과서의 추가분으로서 사용되기를 혹은 난해한 관련 논문들을 독해하는데 보조 자료로 활용되기를 원하며 저술되었다는 점이다.

이 책은 여러 계층의 독자를 위하여 준비된 것이며 단지 학생들만을 위하여 저술된 것은 아니다. 독자들로서 목표로 하고 있는 계층은 각급 대학 및 대학원의 보건경제 전문가, 연구기관의 전문연구자, 보건전문 관리자 및 정부 정책당국자들의 일독을 위하여 준비된 것이다. 물론 이 책을 읽기 위하여는 기초적인 미시경제학에 입문 되어 있어야 하지만 이 책의 주요주제는 시장경쟁이론을 보건의료분야에 적용함에 있어서 경제학이론만을 주의 깊게 들여다 본다고 되는 것이 아님을 지적하고 있다. 따라서 이 책은 경제학전문이 아닌 보건의료직종의 전문가 독자들을 위하여도 쓰여졌다고도 할 수 있다. 보건의료 전문직종의 전문가들의 보건정책입안에 있어서의 경제적 분석기법에 대한 이해를 제고하고 경제학이론에 접할 기회를 증대함으로서 보건의료전문인들이 보건정책에 참여하는데 이 책이 크게 도움이 될 것으로 판단된다.

이 책은 6개의 章으로 나뉘어 저술되었는데 제2장에서 제4장까지는 주로 세 가지 중요한 미시경제학 분야인 시장경쟁이론, 보건의료 서비스 수요이론 및 공급이론을 소개하고 있다. 여기에서 앞에서 지적한 경제학의 보건의료정책 접목에 있어서의 많은 가정들의 문제들을 다루고 있다. 제5장에서는 최종적인 가정들과 함께 형평(equity), 그리고 분배의 문제를 다루고 있으며 그간 보건경제학자들에 의하여 그리 많은 관심을 받지 못하였던 주요한 쟁점들에 대하여 제

6장에서는 결론부문으로서 보건의료부문에서의 경쟁이론에 대한 저자의 생각들을 정리하고 있다. 대체로 제2장에서 제5장의 앞의 절(2.1, 3.1, 4.1, 5.1)등에서는 순수 미시경제학이론을 설명하고 있는데 경제학배경이 있는 독자들은 각장의 제2절(2.2, 3.2, 4.2, 5.2)의 전통적 모형의 문제점 그리고 각장의 제3절(2.3, 3.3, 4.3, 5.3)의 보건의료부문의 적용과 그 함의 부문만 독해하면 될 것으로 판단된다.

3. 보건경제학의 주요 연구분야

주요 경제학 영역별로 관심 연구분야 및 주제는 다음과 같다.

1) 건강수준

물론 건강개념은 다차원적인 개념으로써 모든 개인 또는 인구집단에게 완전히 일정하게 일치하는 것은 아니다. 대체로 개인의 건강수준은 기대수명, 일할 수 있는 건강능력, 의료욕구의 정도 및 사회적으로 다양한 기능의 수행능력 등으로 측정 정의되곤 한다. 보건경제학자들은 개인 혹은 사회구성원 집단 간의 건강상태의 차이를 연령 특성별(age-specific) 사망률이나 증상 혹은 진단된 질병의 이환율 및 건강상태에 대하여 대상 집단의 자체평가 등으로 계측하려고 노력하였으며 사망률, 이환율, 자체평가의 복합지표 등을 계량적으로 계측하려는 노력을 경주하고 있다.

건강 그 자체는 어떠한 다른 목표보다 중요하

고 인간의 삶은 가격으로 계측할 수 없다는 주장에도 불구하고, 경제학자들은 개인의 행태는 건강과 다른 목표사이에 교환(trade-off)이 가능할 뿐만 아니라 부족한 자원의 합리적 활용을 위하여 인간의 삶을 포함한 건강수준 그 자체를 평가하려고 시도 하였다. 인간의 삶에 평가에 대한 두 가지 주도적인 접근방법은 미래의 기대소득(present value of future earnings)과 그에 대한 보상의도(willingness to pay)로 측정하려고 하였다.

Rice(1966)는 다양한 질병의 비용을 의로서 비스에 대한 직접비용, 이환에 따른 소득감소분 및 조기사망에 따른 생애주기 비용의 합계로써 측정하려 하였고 이는 미래에 실현 가능한 소득의 현가로 간주하였다. 보상의도 방법은 죽음 혹은 질병의 위험도를 줄이기 위하여 지불하려는 화폐의 가치량으로 정의 하였다. 이와 관련한 연구로는 1968년 Schelling, 1971년 Mishan 그리고 1974년 Jones-Lee 등의 이론적 고찰이 돋보이나 실증적 연구는 질적 변수에 대한 계량의 어려움으로 그다지 크게 발전되지는 못하였다. 예로써 1975년 Thaler and Rosen 와 1978년 Viscusi 등 자주 인용되는 대표적인 두 연구에서 위험관련 소득의 차이에 근거한 삶의 가치 측정의 실증적 평가치는 상호비교에서 상호 다섯 배의 차이를 보여주고 있어 신뢰도의 문제를 제기하고 있기 때문이다

2) 건강의 결정요소와 다른 변수와의 상관관계

건강수준은 그 인과관계가 양쪽으로 작용하

지만 때로는 종속변수로 때로는 독립변수로 사용되고 있다. 건강은 의료서비스, 소득수준, 교육수준, 연령, 성, 인종, 결혼유무, 환경공해 및 개인적인 흡연습관, 음식물의 섭취, 운동유무 등의 함수관계로 처리되곤 하였다. 1969년 Auster, Levenson,와 Sarachek연구에서와 같이 건강을 독립변수로 취급하고 있는 대부분의 연구에서는 건강수준의 결정은 소득수준, 교육수준, 의료서비스 및 기타 다른 종속변수와 함수관계로 처리되곤 하였다.

보건경제학 분야에서 의료수요함수 추정모형의 개발에 후학들의 연구에 획기적인 공헌을 한 논문의 저자인 Grossman은 1972년 그의 연구에서 건강은 한편으로는 개별 경제주체의 효용함수에 직접적인 영향을 주는 소비재화로서, 또 다른 한편으로는 다른 재화와 서비스의 생산에 영향을 주는 투자재화로서의 건강 수요함수의 모형을 최초로 개발 하였다. 그의 모델에서는 개인의 연령변수와 교육수준이 투영된 가치(shadow price)로써 적정 건강수준을 결정하고 있다. 그의 개발도상국에 대한 실증적 경험분석 연구에서는 소득과 건강수준과는 아주 강한 정(正)의 상관관계가 성립하나 선진국일수록 다른 주어진 조건이 같을 경우 이와 같은 정의 상관관계는 감소되고 있음이 입증 되었다. 이는 소득탄력성이 큰 다른 재화와 서비스의 수요가 부(負)의 상관관계 즉, 역방향으로 작용하였던지 혹은 소득수준을 향상시키는데 필요한 강박감 내지는 소득증가의 유해한 부차적 효과 때문일 것으로 판단된다. 또한 평균소득수준이 향상될수록 빈곤으로부터 발생하는 질병은 사라지고 소득수준과 관계없는 질병의 역할은 커지게 된

다. 항생제의 개발과 같은 의료부분의 의·과학기술의 발전은 사망률 혹은 이환율의 변화에 중대한 영향을 주었으나, 의·과학기술 수준을 일정하다고 가정하면 개발도상국에서는 건강수준에 대한 의료 서비스량의 증가에 대한 한계효과는 그리 크지 않은 것으로 나타났다.

보건경제학의 경험적 실증적 분석에 의하면 의료비용부담의 계층간 장벽을 해소하기 위하여 시행된 영국의 국가보건의료서비스제도는 사회계층간 사망률의 차이를 해소 하지 못하고 있다.

모든 국가에서 국민들의 정규교육수준은 건강상태와 강한 정의 상관관계를 갖고 있으나 이를 설명하기 위한 이론적 모형은 크게 발전하지 못하고 있다. 그러나 교육수준 그 자체는 아마도 건강을 유지 생산하는데 큰 역할을 하고 있음은 틀림없다. 1982년 Farrel과 Fuchs의 연구에 의하면 선택적으로 아마 제3의 변수중의 하나인 시간선호도(time preference)는 건강수준과 학교교육의 선택에 영향을 미치고 있는 것으로 평가되고 있다. 한편 결혼유무와 건강수준은 강한 정의 상관관계를 보여주고 있고 특히 남성의 경우가 여성의 경우보다 강한 상관관계를 보여주고 있으며 상관의 인과관계는 양방향으로 작용하고 있다. 또 다른 흥미 있는 연구는 아내의 교육수준과 남편의 건강수준 그리고 부모의 건강수준과 자녀들의 건강수준에 강한 정의 상관관계를 보여주고 있다는 것이다.

건강수준은 특히 노년계층의 실증적분석의 경우 노동시장참가율의 종속변수로 종종 사용되고 있다. 퇴직자가 퇴직이라는 요인 때문에 건강수준의 저하를 초래한다는 주장 뿐만 아니

라 건강수준의 한계는 장래의 고용계약의 주요 변수로도 작용되고 있는 것이다. 또한 건강상태는 임금수준, 생산경쟁력, 학교성적수준, 출산율 및 의료수요수준 유무 등의 요인으로 설명되고 있다. 이와 관련하여 대부분의 보건경제학의 실증분석에서 그 상관의 크기는 다양하게 보고되고 있으나 그 상관관계의 부(負) 혹은 정(正)의 방향은 경제학의 이론적인 사전 예측과 동일하다.

3) 재화로서의 건강수준

건강은 생산성에 영향을 미치는 중간재화이며 한편으로는 개별경제주체의 효용에 직접적으로 영향을 미치는 최종재화이다. 그러나 건강이 효용함수에 포함되는 경우 많은 질문이 남는다. 예를 들면 전통적인 경제학의 위험회피(risk aversion)이론과 시간감가(time discounting) 이론이 건강분야에도 적용되는가? 건강수준의 변화가 어떻게 소득의 한계효용에 영향을 미치는가? 등이다.

소득수준 및 건강수준은 초기의 기본재산으로 외생적으로 주어질 수 있으며 양자의 기본재산은 상호 정의 상관관계를 갖는다. 내생적인 소득변수와 건강변수는 많은 변수에 의하여 영향을 받으며 일부는 정의 방향으로 또 다른 일부는 부의 방향으로 영향을 미친다.

비록 효용은 건강의 함수이나, 예로서 기대수명으로 측정된 경우 효용의 극대화와 건강수준의 극대화와는 상당한차이가 있다. 반대급부로서 기꺼이 보상(willingness to pay)하려고 하는 죽음에 대한 확률의 감소에 대한 가치는 그 확

률이 높은 경우에 낮은 경우 보다 큰 것이다. 따라서 죽음을 회피하기 위한 직접적인 높은 비용의 치료가 낮은 비용의 예방조치보다 확률이 높기 때문에 더욱 선호되는 것이다.

비록 태아기나, 출산기 혹은 유년시절에 다른 여러 요소들이 작용할 것이나 많은 경우 건강은 유전적인 경우가 있다. 이와 같은 이질성이 분석과 정책선택의 어려움을 주게 된다. 1982년 Rosenzweig 와 Schultz의 견해에 의하면 관찰되지 않은 이질성이, 특히 실증적인 자료에 근거하지 않은 연구의 경우 보건정책의 효과에 대한 잘못된 판단을 갖도록 할 수 있음을 지적하고 있다. 예로써 약한 심장을 갖고 태어난 경우의 개인은 운동을 자주 하려고 하지 않으며 이 경우 심장병에 대한 운동의 실질적인 효과는 다른 연구와 다른 결과를 보여주게 된다는 것이다. 그러나 이질성이 관찰된 자료를 가지고 분석할 경우 효율과 형평이 잘 조화된 결과를 기대할 수 있다. 어느 누구의 건강수준이 공기오염이나 작업장에서의 직업안정에 적합한 표준형일까? 어떠한 조건 및 환경에서 건강하지 못한 사람이 어떤 형태의 적절한 의료보험을 선택하게 되는가? 등이다.

특히, 보건의료분야와 관련하여 외부효과(externalities)는 많은 논쟁의 대상이 되었다. 예방주사 효과 및 공해비용에 대한 분석은 분명하며 명쾌하나 다른 외부효과에 대한 분석은 진부하며 전통적이지 못하다. 이와 관련 1971년 Pauly의 연구를 상기할 필요가 있다. 우리는 건강이 좋지 않고 또한 가난한 사람이 의료서비스를 받을 경우의 효용을 계산할 수 있다. 그러나 박애정신에 기반을 둔 경우의 의료서비스의 양

은 사회적 최적요구 보다 작을수 있다. 왜냐하면 개개인의 기여는 개개인의 효용을 극대화 하려고 할 것이며, 개개인은 다른 사람에 미치는 외부효과를 측정하지 않기 때문이다. 이와 같은 박애 자선에 근거한 보건의료부문의 외부효과는 가난한 사람들에 대한 의료보호 및 의료보험 지원을 통한 보건의료서비스의 재분배정책을 시도 하게 되는 것이다.

4) 의료 서비스와 비용

대체로 선진제국의 경우 10~15% 내외의 국민의료비를 지출하고 있다. 이에 비하여 요소비용과 의료서비스의 양을 억제함으로써 영국의 경우는 GDP대비 10%이하의 의료비용을 지출하고 있다. 이와 같은 여러 가지 의료비용지출 수준의 크기가 건강수준에 미치는 효과는 아직 명료하지 못하다. 각국정부는 의료부문에 있어서 감독 및 규제자로서, 지원자로서, 직접적인 구매자로서 혹은 의료서비스의 생산자로서의 역할을 수행하고 있다.

경제학자들은 이와 같은 각국정부의 의료부문에 대한 개입에 대한 근본적인 이유와 그 결과에 대하여 많은 관심을 갖고 있다. 의료부문과 관련된 보건경제학적인 연구를 분류하는 좋은 방법은 보건경제학 분야에서 개념들이 잘 정리된 가장 오래되고 이미 진전된 전문영역부터 시작하는 것이 하나의 방법이다. 물론 몇몇 연구자들은 한 연구 영역뿐 아니라 여러 영역에서 연구의 착상을 찾고 있는 것도 사실이다.

5) 보건의료 자원조달과 의료보험

1963년 Arrow와 1973년 Phelps 등의 연구보고에 의하면 미래의 건강에 대한 위험기피(risk aversion)와 불확실성(uncertainty)으로 의료보험에 대한 수요가 창출되었다. 또한 1968년 Pauly는 도덕적 해이(moral hazard) 때문에 의료이용은 의료보험제도가 적용된 이후부터 증가하기 마련이라고 지적하고 있다. 1976년 Rosett는 이와 같은 두 가지 견해가 의료서비스에 있어서의 의료보험의 역할에 대한 많은 연구를 창출하는 계기를 제공하게 되었다고 주장하고 있다. 의료보험적용이 의료수요 혹은 이용에 미치는 효과에 대한 이해가 의료보험 그 자체 수요에 대한 이해보다 큰 것임을 알 수 있다. 그러나 여기에서 우리가 유의하여야 할 점은 예로써 위험기피(risk aversion)이론은 많은 사람들이 왜 보험급여의 최고 한도를 제한하고 있는 보험급여수준이 상대적으로 작은 의료보험은 선택하면서 급여 한도의 제한이 없는 의료보험에는 가입하지 않는지에 대하여는 설명을 하지 못하고 있다.

잠재 의료수요에 대한 정보의 비대칭(asymmetry)성은 의료보험시장에서의 또 다른 분석과 정책선택에서의 문제들을 야기하였다. 소비자가 자신의 건강수준과 선호를 보험회사보다 더 잘 알고 있다면 역(逆)선택의 문제는 자유경쟁시장에서 의료보험을 쇠퇴 혹은 몰락시킬 것이다. 직접적인 세제지원에 의한 강제적용의 집단적인 공동의료보험제도가 대표적인 해결방안이다. 그러나 강제적용 의료보험은 또 다른 문제로서 무임승차자의 문제를 야기하고 있다. 이와 같은 무임승차의 가능성은 명백한 강

제적용 전(全) 국민의료보험이 없는 국가들에서 보편적인 급여를 포함하는 공적 혹은 민간사적 보험을 갖게 됨을 의미한다.

1977년 Keeler 등에 의하여 의료보험의 정확한 가격탄력성을 계측하는 어려움이 제기되었는데, 그 이유는 의료보험의 내용 중 보험공제(Deductible), 자기 본인부담률(coinsurance rate)의 문제 및 면책 또는 보상금(indemnity)등과 같은 다양한 의료보험의 내용 때문으로 지적되고 있다. 이는 소비자가 불확실성에 의한 다양한 가격에 직면함을 의미하게 된다. 1981년 Newhouse 등에 의하여 대규모의 제어된 경험적 연구 등을 통하여 의료보험이 의료수요에 주는 영향 등에 관한 연구가 추진되었다. 그 결과 몇 가지 경제학적인 좋은 제안들이 하향 의료서비스 수요곡선과 함께 제시 되었다

위험회피와 도덕적 해이에 대한 딜레마의 해결은 예기치 못한 요구를 제공하게 되었다. 확인할 수 있는 조건하에서는 보험가입자는 한계비용이 한계보험급여수준과 동일할 때까지 의료서비스를 사용하려고 노력할 것이다. 물론 소비자들은 그러한 종류의 계약을 원할 것이나 만일 아플 경우에는 한계급여가 양(+)의 수치를 갖는 한, 즉 영(零:zero)보다 큰 한 소비하려고 할 것이다. 더욱이 의료공급자인 의사도 한계급여가 영보다 큰 한, 의료서비스를 제공할 것이다. 그러나 제3자인 보험자(insurer)는 좀 더 엄격한 기준을 소비자와 의료공급자에게 적용하려고 노력 할 것이다. 이는 간혹 환자인 소비자들이 전략적으로 대처하게 되는 편법과 비가격적인 배급을 요구하게 된다. 이와 같은 신뢰상실과 환자와 의료공급자간의 솔직하지 못한 의견 및

정보교환은 의료서비스 생산에 역으로 영향을 미치게 된다.

6) 의료산업조직

보건경제학에서 가장 많은 문제의 제기와 함께 많은 연구논문들이 발표된 분야는 의료산업 조직분야이다. 부분적으로는 상호 관계가 있으나 많은 다른 산업분야에서 연구가 진행되었는데 예로서 의사서비스, 병·의원, 제약, 양로원, 치과서비스 분야 등 이다

연구주제 또한 다양한데, 보건의료면허 및 규제(Peltzman 1973), 가격차별화(Kessel 1958). 그리고 대가(가격)를 지불하지 않는 배급제도(Friedman 1978) 및 기술개발과 보급(Russell 1979) 등 이다. 좁은 의미에서의 의료산업조직론은 많은 흥미를 자아냈는데 공공의료와 민간사적의료, 영리의료와 비영리의료의 혼합 및 의사들의 영업행위가 개별적인 시술점수제(fee for service) 체제에서 집단적인 봉급형태와 혼재되어 있기 때문이다. 보건의료 산업조직 내에서 의료공급자로서의 각급직종의 행위는 비영리병원을 분석하는데 특히 중요하다. 왜냐하면 법인이사, 병원관리자, 상근의사 및 병원의 모든 종사자들은 제각기 모두 상당한 권한을 갖고 있으며 각기 다른 나름대로의 효용극대화의 목적을 갖고 있기 때문이다.

의료 그 자체는 여러 의미에서 전형적이고 본질적인 서비스 산업이다. 첫째 그 산출물을 측정하기가 매우 어렵기 때문이다. 이 때문에 정형화된 경제학의 많은 연구개발에도 불구하고 이 분야에 연구결과의 생산성이 그다지 크지 못

한 것이다. 둘째, 보건·의료서비스 생산과정에서 소비자들이 주된 역할을 하고 있기 때문이다. 이는 환자들이 치료를 받기 위한 직·간접적인 시간소비의 가치가 의료 그 자체의 비용의 일부분 일뿐 아니라 환자들의 지식, 동기 그리고 환자와 의사 사이의 신뢰 등이 의료과정의 결과에 영향을 주기 때문이다. 셋째, 의료서비스의 공급자인 의사가 환자가 어떠한 의료서비스를 받아야 하는지를 환자보다 더 많이 알고 있기 때문이다. 이와 같은 정보의 비대칭성은 간혹 모든 사회단체들이 의사들의 적절한 의료행위를 보장하기 위하여 전적으로 자유경쟁시장에서 결정되도록 꾀히 의존하지 않으려는 경향을 설명하는 이유로 사용되어 왔다. 넷째, 의료산출물은 일반적으로 저장될 수 없으며 단기 의료공급은 상대적으로 비탄력적이기 때문에 생산성은 수요변화에 민감한 것이다. 병원의료서비스에 대한 수요가 확률적인 성격을 갖기 때문에 초과 생산능력을 보유하게 되고 주별, 특정일별 혹은 년 중 특정월별에 있어서의 질서정연하고 체계적인 수요변화는 이 문제를 더욱 악화시켰다.

1970년 Lave에 의하여 의료산출물의 결과에 대한 측정의 어려움에도 불구하고 여러 가지의 유형의 병의원의 단기 혹은 장기 비용함수가 도출되었다. 단기에서는 대부분의 병원에서 한계비용이 평균비용보다 낮았다. 장기평균비용은 규모의 경제에 의하여 200병상에 이르기까지 감소하는 추세를 보여주고 있고 그 규모이후는 일정하게 변하지 않으나 500병상이 넘으면 다시 증가하는 추세를 보여주고 있다. 대부분의 연구자들은 의료 산출물을 의료서비스 공급일수

혹은 병원 내원으로 규정하고 있다. 이와 같이 다양한 환자의 표준화는 불완전하게 처리되었고 의료에 대한 효과계측의 실패는 연구의 한계를 드러내었다. 여기서 유의할 것은 건강상태의 변화는 의료산출물의 일부분에 지나지 않는다는 것이다. 병원의 많은 다양한 인적 물적 자원들이 환자의 건강상태가 좋아지든 그렇지 아니하든 관계없이 활용되고 사용되는 것이다. 또한 의사를 포함한 의료 인력의 많은 시간이 진료 이외에도 병원관리행정 그리고 실질적인 의료 결과에 대한 정보와 평가를 위하여 활용된다.

의료 산출물을 측정할 수 없는 문제는 의료수요를 예측하는 데에도 많은 어려움을 준다. 1978년 Sloan과 Feldman 그리고 1974년 Evans에 의하면 의사가 환자의 수요를 변화 시킬 수 있는 가능성 때문에 더욱 어려운 문제가 제기됨을 지적하고 있다. 물론 일부 보건경제학자들은 의사가 의료수요를 적절하게 변화시킴으로써 더 이상의 변화가 없도록 한다는 것을 인정하고 있다. 또 다른 부류의 학자들은 의료수요량의 변화는 인구대비 의사수의 비율에 의하여 외생적으로 결정된다고 주장하고 있다. 이와 같은 논리는 의사들이 소득, 여가 및 적절한 의료행위와 관련된 효용을 극대화 하려는 이론적 모형에서 도출 된다. 이와 관련된 실증적 연구는 1978년 Fuchs의 논문에서 찾을 수 있다.

좀더 이와 같은 논쟁을 피할 수 있는 제안은 의사가 수요를 조정할 수 있고 실질적으로 의사에 의한 수요변화가 이루어지고 있다고 인정하는 것이다. 이와 같은 예는 1981년 Luft가 지적하듯이 사전적으로 미리 의료비가 지불된 집단 의료계획인 Kaiser Permanente의 경우 병원 이

용률이 훨씬 줄어든 예에서 잘 입증되고 있다. 환자는 의료의 양에 관계없이 연간 총 의료서비스에 대한 일정한 연간 보험료를 지불한다. 의사들은 병원의 기타경비를 제한 일정지분의 소득이나 혹은 월급을 받게 된다. 더 비근한 예는 65세 이상 노인의료의 경우 특별한 증후에 관련된 경우 사후적인 의료비 지불방법에서 매입원 경우당 의료비의 사전적인 지불방법으로의 전환은 상당량의 의료이용률을 감축 시켰다. 단기적인 일반병원의 경우 65세 이상 환자의 평균재원일수는 의료수요에 영향을 주는 다른 변수가 일정하다는 가정 하에 12% 정도의 감소추세를 보여주고 있다. 일반적으로 의료수요는 건강상태가 나빠질수록 증가하지만 꼭 그러하지만은 않다. 예로서 일반적으로 아주 건강한 노인의 경우라도 특수한 경우에 둔부교환수술이나 안구이식 등의 수술을 받을 수 있으나 아주 일반적으로 건강이 좋지 않은 노인의 경우 특수한 수술은 필요하지 않을 수도 있는 것이다.

의료의 정확한 산출물을 측정하지 못한다는 것은 가격을 정확하게 책정하지 못한다는 뜻을 내포하게 된다. 이를 해결할 수 있는 가격 변화의 다른 측정방법은 지정된 질환에의 치료에 소요되는 비용의 변화를 관찰하는 것이다. 1967년 Scitovsky에 의하면 이와 같은 방법에 의한 가격지표는 산출물의 변화를 측정치 못한 전통적인 의료가격지수 보다 더 증가하는 것으로 보고 되었다. 물론 의·과학기술의 발전이 의사로 하여금 환자치료를 더 할 수 있도록 함으로써 의료비용을 증가시켰을 수도 있다.

의약품분야에 대한 보건경제학적인 접근은 1962년 Kefauver-Harris 순수식약법의 개정을

정점으로 크게 양분되었다. 초기연구의 중점은 고정약가, 가격차별화 및 상품차별화에 따른 사회적비용 증가에 대한 관심이었으며 1962년 이후에는 의약품생산량과 기술혁신 등에 중점을 두었다. 1978년 Grabowski와 Vernon 그리고 Thomas의 연구에서 새로운 제약품의 개발감소는 정부규제에 대한 사회적비용을 증가시키고 있음이 지적되었다.

최근 선진국들의 주요 보건의료부문의 정책적인 관심은 의료비용의 절감 노력에 관한 연구이다. 1981년 Zeckhauser와 Zook 등의 지적에 의하면 대부분의 경제학자들은 모든 것을 가능하면 시장기능에 맡기고 규제는 적게 할 것을 주장하고 있으나, 1974b년 Fuchs의 견해에 의하면 복잡하게 얽힌 사회적 정치적 경제적인 다양성이 보건의료에 있어서의 순수자유방임경쟁(laissez-faire)을 못하게 하고 있음을 지적하고 있다.

7) 인적자본과의 관계

보건경제학의 많은 부분이 노동경제학중 인간자본(human capital)이론에 기초를 두고 있다. 의료에 관련한 노동경제학자들은 여러 의료관련 인력의 수급문제에 많은 관심을 갖고 있다. 의사의 소득수준에 대한 많은 연구들은 1945년 Friedman과 Kuznets의 개척자적인 연구인 의사들의 경우 지나간 교육투자에 대한 충분한 보상을 받고 있다는 주장을 뒷받침하고 있다. 그러나 전문영역 및 개업장소 선택에 있어서 의사의 소득극대화를 위한 모델설정은 간단한 수준으로라도 이루어지지 못하였다. 어느 분야의 전

공의 선택은 다른 분야에 비하여 본질적인 것이며 지역분포에 있어서도 인구당 의사수의 비율의 아주 넓은 지역격차는 의사의 소득극대화만을 위한 행위에 의하여 기인된 결과가 아니다. 그러나 1982년 Newhouse 등에 의하면 의사인력의 전공선택 및 지역 분포의 변화는 표준적인 효용극대화 이론(standard utility maximization)에 의한 것으로 지적되고 있다

간호 인력에 대한 보건경제학적인 연구는 주로 간호인력 부족이라는 끊임없는 주장과 관련된 영역이었다. 1975년 Yett는 간호사를 고용하는 병원은 구매자독점(monopsony)의 입장에 놓여있다고 지적하고 있다. 우 상향 공급곡선에 직면한 병원들은 간호사의 한계비용과 간호사로부터의 병원의 한계수익을 일치시키려고 노력하였고 간호사들의 임금수준은 우 상향 공급곡선에서 결정되었다. 따라서 여기서 간호 인력 부족이라는 뜻은 병원이 과거의 낮은 임금수준으로 더 많은 간호사를 고용하려고 하는 것을 반영하는 것이며 새로운 상승된 임금으로 고용하려는 의도가 없음을 의미하는 것이다.

8) 의료의 공적영역과 의료비 보조

1883년 비스마르크가 강제적용의 국민의료보험제도를 도입한 이후 재정학을 연구하는 경제학자들 뿐만 아니라 각국의 정책당국은 어떻게 하면 의료부문에 대한 재원을 적절하게 조달할 수 있을까? 하는 것이 중요한 정책적 관심사였다. 강제적용의 국민의료보험제도를 마지막까지 도입하고 있지 않는 미국에서도 모든 국민의료비용의 40~45%를 그리고 간접적으로 많

은 의료비부담의 일정부분을 조세감면이나 의료지원으로 정부가 부담하고 있다는 사실을 주목할 필요가 있다.

정부가 부담을 지는 데에는 많은 이유들이 있으나 그 이유 마다에는 모순이 내재하고 있다. 예로서 “국민의 건강권 보장,” 혹은 “소득계층별 사망률의 격차해소”를 위하여 등과 같이 그 이유에 대한 설명이 국민건강과 연계되어 있으나 비스마르크시대에는 사실상 의료행위와 일반적 국민건강이 관계가 없었으며 지금시대에서도 양자간의 관계는 어느 정도 한계가 있는 것이다. 의료행위 그 자체가 가치재화(merit goods)라는 주장도 그러하다. 가치재화에 대하여는 정부가 지원 내지는 보조를 할 수 있다. 그러나 가치재화나 아니냐에 대한 인식의 문제는 별도의 문제가 된다. 표준적인 외부효과 때문이라는 주장에 대해서도 공공재화로서의 전염병 예방사업 등이 차지하는 비중이 국민건강보건사업의 일부분에 지나지 않는다. 재미있는 것은 농업 혹은 어업에 대한 정부보조의 필요성은 이들 생산자들에 의하여 추창되고 있으나 보건의료부문의 정부보조필요성에 대한 보건의료 공급자들의 반응은 항상 그리 크지 않다는 것이다.

의료비보조에 대한 당위성은 보건의료 서비스의 차별화가 소득분포의 차별화 때문에 발생하여서는 안된다는 주장에 기인한다. 순수경제학자들은 의료서비스부문에서는 현물 보조 보다는 정부보조에 있어 소득지원 혹은 현금을 지불하는 것이 수혜자가 의료상품 및 다른 재화선택에 있어 더욱 효율을 극대화 할 수 있다고 주장 하곤 한다. 그러나 여기서 사회가 요구하는 재분배에 있어서의 요점은 개별 수혜자들의 의

료서비스의 욕구를 충족 시키는데 있는 것이며 일반적인 전체적 효용을 극대화 하려는 것은 아님을 유의할 필요가 있다. 의료 욕구의 필요가 크면 클수록 사회는 더욱 재분배하게 될 것이다. 의료에 대한 필요성과 의료전달에 있어서의 재분배함수가 같이 조화된다면 더욱 효율적일 것이다.

불평등을 해소하기 위한 제안과 관련하여 하나의 특별한 문제는 정부가 무제한적으로 개인의 의료 욕구를 다 들어줄 수 없다는 것이다. 제한된 일반예산의 제약조건하에서 어떠한 정부도 이와 관련하여 의료의 불평등 해소에 제한적인 역할에 그칠 수밖에 없다. 어떠한 정부도 시민들의 의료에 대한 한계급여가 영(零)에 이를 때까지 보건의료서비스를 제공할 수 없는 것이다. 만일 정부나, 기업 혹은 보험회사가 모든 개인이 필요하고 적절한 수준까지의 의료 서비스를 제공한다면 종국적으로는 재정적으로 파산할 것이기 때문이다.

4. 향후 관심분야: 우리는 무엇을 어떻게 보아야 할 것인가?

보건경제학은 발전 그 자체가 이론에 치중하였다고 보다는 압도적으로 경험적인 실증분석, 응용 및 정책 중심 분야에서 추진되어 왔다. 따라서 향후의 보건경제학의 발전 방향 또한 보건 의료 부문의 환경 변화와 의료과학기술의 발전에 영향을 받을 수 밖에 없을 것이다. 특히, 노년 의 건강문제와 만성질환 및 장기적인 건강관리 서비스에 관한 분야의 연구 과제가 중요한 이슈

로 대두될 것이다. 노년층과 관련 없는 분야에서는 의료산업의 발전과 병원의 효율적 관리 운영, 그리고 의약품과 관련하여 남용 혹은 오용의 분야에 대한 연구가 각광을 받을 것이다.

보건의료 서비스에 있어 기술적으로 무엇이 가능하고 또한 경제적으로 자원 조달에 있어 어떠한 정책이 실행가능 할 수 있는지에 대한 차이가 더욱 커지게 될 것이다. 이는 효율성과 형평성의 관점에서 상호 대체 가능한 보건정책들의 선택의 가능성에 대한 수요가 증가 할 것 이란 것이다. 또한 질병발생에 있어서의 유전학적인 역할에 대한 새로운 이해는 각종심사와 간섭 규제를 위한 극적인 기회들을 새롭게 제공할 것이다. 그리고 이러한 기회들은 관련한 경제적인 분석과 합리적 정책선택에 있어 복잡하고 다원적인 어려움을 제공 하게 될 것이다. 따라서 역설적으로, 실증적인 연구탐구의 영역으로 자리 잡은 보건경제학의 한층 더 나아간 발전은 그러한 수요에 부응하여야 할 것이다.

〈이론과 실제〉

향후 보건의료 정책을 입안함에 있어 보건경제학에서 우선적으로 다루어야 할 경제학 개념 들은 다음과 같다.

첫째, 의료서비스 비용의 인플레이션 현상에 대한 원인 및 비용억제 방안 등과 함께 병의원 시설 운영의 적정 규모의 경제(economies of scale)에 관한 연구

둘째, 의사와 병원의 공급자 유발수요에 대한 적절한 대처방안과 함께 신규 또는 고가(高價)의 장비와 기술에 대한 경제적 비용과 효율성

평가분석, 그리고 의료소비자 복지제고 방안 등에 대한 연구

셋째, 오컴의 면도날(Occam's Razor)이론에서와 같이 보건의료 서비스의 전달체계에서도 간단한 모델과 복잡한 모델이 같은 예측을 생산하는 경우, 하나는 간단한 모델을 선호 할 수 있는 정책방안에 대한 지속적인 연구개발

넷째, 보건의료서비스 산업의 경제적 효율성을 극대화 하기위한 기본적인 경제학적 두 가지 도구로써 최적화모델(Lagrangian 배율)과 각급 보건의료 서비스의 수요와 공급의 최적균형 및 부정적인 외부효과 발생시 Piguvian 세금의 부과 여부의 타당성에 대한 연구

다섯째, 정부의 보조금 의료 서비스에 대한 중앙정부 및 지방자치단체의 보건의료 서비스 보조금지급 프로그램에서 현금(cash) 혹은 현물(In-Kind) 서비스 제공 중 어떤 것이 경제적 효율성이 큰가의 여부 분석

여섯째, 노령화, 의·과학기술의 끊임없는 발전 등으로 의료공급 곡선이 우상향으로 증가 할 때 의료서비스에 대한 수요변화에 대한 Coinsurance의 효과분석과 함께 민간의료보험 활성화와 함께 도덕적 해이 조건에서 보험가입자(Risk Avorter)의 민간의료보험에 대한 수요에 미치는 Coinsurance의 효과

일곱째, 전국민 건강 보험의 의료서비스의 재분배 문제로써 의료접근성 및 서비스의 재분배는 수직적이고 수평적(Vertical & Horizontal Equity)인 소득의 재분배를 이루고 있는가 등에 대한 경험적이고 실증적인 연구가 필요할 것이다.

이와 같은 정책적 관심사항의 분석을 뒷받침 할 수 있는 보건경제학에서의 순수 이론적인 관

심사항은 다음과 같다.

첫째, 이론적인 측면에서 가격기구에 의한 물적 인적 보건의료자원배분이 보건의료 서비스 수요와 공급에 의한 적정 균형가격의 결정, 보건 의료 서비스 수요와 공급의 탄력도, 그리고 이러한 균형가격 접근법이 현실문제에서 응용 할 수 있고 정책수단으로써 강구될 수 있는가?

둘째, 보건의료서비스 수요추계에서 한계효용분석(체감의 법칙, 소비자균형조건), 무차별곡선분석(예산선과의 관계), 소득과 가격의 변화(소득소비곡선, 가격소비곡선), 대체효과와 소득효과 적용여부(정상재, 열등재와 기쁜재)와 수요이론의 검증, 그리고 불확실성하에서의 소비자행위 등등 과 같은 전통적인 소비자수요의 이론을 적용 할 수 있는가?

셋째, 보건의료 서비스 생산 및 비용의 이론으로써 보건의료서비스의 생산함수는 어떠한 모형을 이루고 있는가? 수확체감의 법칙, 장 단기비용이론, 그리고 생산이론과 비용이론과의 관계는 어떠한가?

넷째, 완전경쟁시장, 독점시장과 독점적 경쟁 시장, 그리고 과점시장과 같은 재화시장에서의 보건의료서비스의 가격결정 이론은 무엇일까?

다섯째, 그동안 후생경제학에서 전통적으로 주장되어온 파레토 최적기준, 완전경쟁과 파레토 최적성 등이 보건의료서비스 시장에 적용 될 수 있는가? 또한 보건의료 서비스 시장에서의 가격기구의 결점 및 보건의료 정책 수립에 있어 실질적인 보건후생경제학에 대한 비판은 무엇인가? 등이다.

그러나 보건의료 서비스 정책 입안과 관련하여 경제학적 접근에서 유의할 점은 순수 수학적

인 경제분석에 그쳐서는 안되며 제 가정(諸 假定)들의 적합성과 정책선택에서 가치판단을 간과해서는 안 될 것이다.

5. 보건경제학 발전에 공헌한 주요 저서와 논문

위에서와 같이 보건경제학의 문헌고찰에서, 그동안 보건경제학 발전에 공헌한 주요저서 및 후학들에게 이정표를 남긴 기념비적인 논문을 살펴보면 다음과 같다.

Arrow, Kenneth J. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *American Economic Review* 53: 941~973

Auster, Richard, Irving Leveson, and Deborah Saracheck. 1969. "The Production of Health, an Exploratory Study." *Journal of Human Resources* 4:411~436

Culyer, A.J., J.Wiseman, and A. Walker.1977. *An Annotated Bibliography of Health Economics*. London: Martin Robertson; New York: St.Martin's Press.

Davis, M M., and C. R. Rorem. 1932. *The Crisis in Hospital Finance*. Chicago: University of Chigago Press.

Estaugh,Steven R. 1987. *Financing Health Care. Economic Efficiency and Equity*, Album House Publishing Company.

Enthoven Alain C. 1988. *Theory and*

Practice of Managed Competition in HealthCareFinance,Amsterdam,TheNetherlands: North-Holland

----1978. "Consumer-Choice Health Plan." *The New England Journal of Medicine* 298: 650~658, 709~720

Enthoven, A.C., and R. Kronick. 1989. "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s." *The New England Journal of Medicine* 320(1):29~37

Evans, R. G. 1974. "Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications." In *the Economics of Health and Medical Care: Proceedings of a Conference Held by the Intemational Economic Association at Tokyo, April 1973*, ed. Mark Perlman. London: Macmillan; New York: Halsted Press.

Farrel, P., and V. R. Fuchs. 1982. "Schooling and Health: The Cigarette Connection." *Journal of Health Economics* 1:217~230

Fein, R. 1958. *Economics of Mental Illness*. New York: Basic Books.

Feldstein, M.S. 1967. *Economic Analysis for Health Service Efficiency*. Amsterdam: North-Holland

Feldstein, Paul J. 1988. *Health Care Economics*.New York: Delmar Publishers Inc.

Friedman, B. 1978. "On the Rationing of Health Services and Resource Availability." *Journal of Human Resources* 13

- (Supplement):57~75
- Friedman, M., and S. Kuznets. 1945. Income from Independent Professional Practice. General series no.45. New York: National Bureau of Economic Research
- Fuchs, Victor R. 1974b. Who shall Live? Health Economics and Social Choice. New York: Basic Books.
- 1978. “The Supply of Surgeon and the Demand for Operations.” *Journal of Human Resources* 13(Supplement): 35~56.
- Ginzberg, E. 1954. “What Every Economist Should Know about Health and Medicine.” *American Economic Review* 44: 104~119.
- Graaff, Jan de V. 1971. *Theoretical Welfare Economics*, London: Cambridge University Press.
- Grabowski, H. G., J.M. Vernon, and L.G. Thomas. 1978. “Estimating the Effects of Regulation on Innovation: An International Comparative Analysis of the Pharmaceutical Industry.” *Journal of Law and Economics* 21(April): 133~163
- Grossman, Michael. 1972. *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. NBER occasional paper no. 19. New York: national Bureau of Economic Research
- 1975. “The Correlation between Health and Schooling.” In *Household Production and Consumption*, ed. Nestor Terleckyj. New York:National Bureau of Economic Research.
- Jensen, G. A., et al. 1997. “The New Dominance of Managed Care: Insurance Trends in the 1990s.” *Health Affairs* 16(1):125~36
- Jones-Lee, M. 1974. “The Value of Changes in the Probability of Death or Injury.” *Journal of Political Economy* 82: 835~949
- Keeler, E. B., et al. 1977.”Deductibles and Demand: A theory of the Consumer Facing A Variable Price Schedule under Uncertainty.” *Econometrica* 45(April): 641~655
- Kessel, Reuben A. 1958. “Price Discrimination in Medicine.” *Journal of Law and Economics* 1(October): 20~53
- Klarman, H.E. 1965. *The Economics of Health*. New York: Columbia University Press.
- Kuttner, R. 1997. *Everything for Sale: The Virtue and Limits of Markets*. New York: Alfred A. Knopf.
- Lave, J. R., and L.B.Lave. 1970 “Hospital Cost Functions:Estimating Cost Functions for Multi-product firms.” *American Economic Review* 60:379~395
- Levit, K.,et al. 1991. “National Health Expenditures, 1990. “*Health Care Financing Review* 13(1):29~54

- Luft, H.S. 1981. Health Maintenance Organization: Dimensions of Performance. New York: John Wiley and Sons.
- Mishan, E.J. 1969a. Welfare Economics: Ten Introductory Essays. New York: Random House
- 1969b. Welfare Economics: An Assessment. Amsterdam, The Netherlands: North-Holland
- Mushkin, S. J., ed. 1964. The Economics of Health and Medical Care. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Nath, S.K. 1969. A Reappraisal of Welfare Economics. London: Routledge & Kegan Paul.
- 1978. The Economics of Medical Care. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Newhouse, J.P., et al. 1981. "Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance." The New England Journal of Medicine 305:1501-15-7
- 1982. "Does the Geographical Distribution of Physicians Reflect Market Failure?" Bell Journal of Economics 13(Autumn):493-505
- Ng, Y.K. 1979. Welfare Economics. London: Macmillan and Co.
- Pauly, M. V. 1968. "The Economics of Moral Hazard: Comment," American Economic Review 58:531-536
- 1971. Medical Care at Public Expense: A Study in Applied Welfare Economics. New York: Praeger
- Peltzman, S. 1973. "An Evaluation of Consumer Protection Legislation: The 1962 Drug Amendments." The Journal of Political Economy 81:1049-1091.
- Perlman, M., ed. 1974. The Economics of Health and Medical Care. London: Macmillan.
- Phelps, Charles. 1973. The Demand for Health Insurance: A Theoretical and Empirical Investigation. No. R-1054-OED. Santa Monica, CA: The Rand Corporation.
- Rice, D. P. 1966. "Estimating the Cost of Illness." Public Health Service Publication 947-6. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Rice, Thomas. 1998. The Economics of Health Reconsidered. Health Administration Press Chicago, Illinois.
- Rowley, C.K., and A. T. Peacock. 1975. Welfare Economics: A Liberal Restatement. New York: John Wiley.
- Rosenzweig, M.R., and T. P. Schultz. 1982. "The Behavior of Mothers as Inputs to Child Health: The Determinants of Birth Weight, Gestation, and Rate of Fetal Growth." In Economic Aspects of Health, ed. Victor R. Fuchs. Chicago: University of Chicago Press.
- Rosett, R.N., ed. 1976. The Role of Health

- Insurance In the Health Services Sector. New York: National Bureau of Economic Research.
- Sen A. K. 1970. *Collective Choice and Social Welfare*. San Francisco: Holden Day
- Shelling, T. C. 1968. "The Life You Save May Be Your Own." In *Problems in Public Expenditure Analysis*, ed. S. B. Chase. Washington, DC: Brookings.
- Scitovsky, A. A. 1967. "Changes in the Costs of Treatment of Selected Illnesses, 1951-65." *American Economic Review* 57: 1182-1195.
- Sloan, F., and R. Feldman. 1978 "Competition Among Physicians." In *Competition in the Health Care Sector: Past, Present and Future*, ed. W. Greenberg. Washington, DC: Federal Trade Commission.
- Somers, H. M., and A. R. Somers. 1961. *Doctors, Patients, and health Insurance*. Washington DC: Brookings.
- Thaler, Richard, and Sherwin Rosen. 1975. "The Value of Saving a Life: Evidence from the Labor Market." In *Household Production and Consumption*, ed. Nestor Terlecky. New York: National Bureau of Economic Research.
- Thurow, L. C. 1977. "Government Expenditures: Cash or In-Kind Aid? In *Markets and Morals*, edited by G. Dworkin, G. Berman, and P. G. Brown. Washington, D.C.: Hemisphere Publishing Corp.
- 1983. *Dangerous Currents: The State of Economics*. New York: Random House.
- Weisbrod, B. A. 1961. *Economics of Public Health*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Yett, D. E. 1975. *An Economic Analysis of the Nurse Shortage*. Lexington, MA: D. C. Heath
- Yeon, Ha Cheong. 1981. *Primary Health Care in Korea. An Approach to Cost-Benefit Evaluation*. Seoul: Korea Development Institute Press
- Zeckhauser, R., and C. Zook. 1981. "Failure to Control Health Costs: Departures from First Principles," In *A new Approach to the Economics of health Care*, ed. Mancur Olson. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Zwanziger, J., and G. A. Melnick. 1966. "Can Managed Care Plans Control Health Care Costs?" *Health Affairs* 15(2):185-99

심화되는 가계 기업간 소득 양극화: 현상, 원인, 함의 및 대응방안

*Increasing Polarization between Families and between Firms:
Causes, Implications and Policy Options*

강두용 산업연구원 선임연구위원

가계와 기업소득간 성장 양극화 현상이 심화되고 있다. 2007년 이후 실질 가처분소득 증가율에서 기업소득과 가계소득은 20%p에 가까운 매우 큰 격차를 보이고 있고, 양부문간의 성장 격차는 최근으로 올수록 점점 더 확대되고 있다. 이에 따라 2010년의 기업소득/가계소득 비율은 외환위기 이전 장기평균치의 3배 이상으로 높아지면서 통계작성 이후 최고수준을 기록하였다. 이같은 가계 기업간 성장양극화는 외환위기 이후 빈발하고 있는 현상으로, 외환위기 이전 20여년간 양부문의 장기성장률이 거의 같았던 것과는 대조적이다.

2007년 이후의 가계 기업간 양극화는 임금과 고용 부진에 따른 사용자 보수와 기업 이윤(영업잉여)간의 격차가 가장 큰 원인인 것으로 보인다. 기업이 창출한 부가가치 증가율이 둔화되었음에도 불구하고 영업잉여 증가율은 오히려 이전 기간보다 높아지면서 고도성장기 수준에 근접하는 높은 증가를 기록한 것과 대조적으로, 사용자보수 증가율은 동기간 영업잉여 증가율의 1/4 수준에도 못미치는 부진을 보이고 있다. 특히 1인당 실질 사용자보수 증가율은 2000년 이후 노동생산성 상승률을 비교적 큰 폭으로 하회하면서, 2007~10년간은 마이너스 증가의 심각한 침체를 보였다. 한편 2000년대 초의 양극화에서 중요한 역할을 하였던 이자율 하락에 따른 이자소득 요인은 최근의 양극화에서는 기여율이 미미하였고, 2차분배(조세 및 준조세) 요인, 자영소득 침체 등이 또 다른 주요 원인이 된 것으로 보인다.

가계 기업간 양극화는 가계소득 부진을 통해 내수 부진과 가계저축율 하락, 가계부채 부담 증가 등 최근 우리경제 주요 현안의 직간접적 원인이 되고 있다는 점에서 대응이 시급한 문제이다. 이를 위해서는 우선 고용과 임금의 개선을 위해 일자리 창출 노력의 지속적 추진과 더불어 생산성 수준의 임금상승을 보전하기 위한 노력이 필요하다. 아울러 조세 및 준조세 측면에서도 가계소득 창출 지원에 초점을 맞춘 정책을 모색할 필요가 있다.

1. 서: 문제는 가계 기업간 양극화이다

2010년에 우리나라의 실질 국민총소득(GNI)은 5.5% 성장하였다. 이에 비해 가계소득(실질)

은 그 절반에 못미치는 2.5% 증가에 그쳤다.¹⁾ 반면 기업소득(실질)은 무려 26.8%나 증가하였다. 즉 기업소득과 가계소득의 증가율 차이는 24%p가 넘는다. 이같은 기업소득과 가계소득간의 증가율 격차는 2010년 한해에 국한되지

1) 본고의 논의에 사용된 통계는 대부분 한은 ECOS 시스템의 제도부문별 국민소득 통계를 기초로 한 것임. 가계 및 기업소득은 별도의 언급이 없는한 가처분소득을 의미함. 제도부문별 국민소득 통계는 명목통계만 제시되어 있으며, 여기서도 일부 횡단면적 비교의 경우에는 명목자료를 그대로 이용하였음. 다만 기간별 성장 추이를 아울러 살펴보는 경우에는 GNI 디플레이터로 실질화(2005년 기준)하여 분석하였음.

않는다. 2007년 이후 기업소득 증가율은 일관하여 가계소득 증가율을 큰 폭으로 상회하고 있고 그 격차는 최근으로 올수록 더욱 확대되고 있다. 좀 더 시야를 넓혀보면 기업소득 증가율과 가계소득 증가율간의 큰 격차는 외환위기 이후에 두드러지게 나타나고 있는 현상이다. 우리나라의 가계와 기업소득 증가율 추이를 비교하면, 외환위기 이전과 이후가 극명한 차이를 보인다. 외환위기 이전에는 양부문의 소득 증가율이 장기적으로 거의 같은 수준으로 나타나는 반면, 외환위기 이후에는 기업소득 증가율이 가계소득 증가율을 큰 폭으로 상회하는 추이를 보인다.

거시경제학의 첫부분에서 배우듯이, 가계와 기업은 국민경제를 구성하는 양대 부문으로, 기업은 상품 생산(공급)자이자 생산요소의 수요자이고 가계는 상품수요자이자 생산요소 공급자로서 양부문간에 소득 순환의 흐름이 존재한다. 이런 점을 감안할 때 별다른 이유가 없는 한 양부문의 소득은 비슷한 성장추이를 보일 것이라 기대할 수 있다. 실제로 앞서 언급한 것처럼 외환위기 이전의 한국경제는 양부문이 장기적으로 거의 동일한 성장률을 보였다. 그러던 것이 2000년경 이후 기업소득 증가율이 가계소득 증가율을 큰 폭으로 상회하는 현상이 빈발하고 있다.

가계와 기업간 소득 성장률 격차는 최근 수년간 더욱 확대되는 추이를 보이고 있다는 점에서 양극화라 부를만 하다. 양부문간의 소득 성장 양극화를 단적으로 보여주는 한가지 예는, 뒤에서 보이겠지만 기업소득 증가율이 2000년대 들어 고도성장기(1975~97년)에 비해 두 배 이상

높아졌다는 점이다. 전체경제의 소득 성장률이 2000년대 들어 고도성장기에 비해 절반 정도로 하락하였는데 기업소득 증가율은 두 배 높아졌다면, 당연히 가계소득 증가율은 전체 경제성장률보다 더 큰 폭으로 하락할 수 밖에 없다. 실제로 2000년 이후의 가계소득 증가율은 고도성장기에 비해 거의 1/4 수준으로 하락하였다. 즉 최근의 높은 기업소득 성장은 동전의 양면으로서 가계소득 부진을 동반하고 있다.

기업소득이 높은 증가를 보이면서 전체경제의 성장도 동반하여 높은 추이를 보인다면 전혀 문제될 일이 없을 것이다. 그러나 전체경제의 성장률이 둔화되는데 기업소득 증가율은 반대로 더 높아지고 있다면 이는 필연적으로 가계소득의 부진을 수반할 수밖에 없다. 실제로 최근 들어 우리경제에 주요 현안과제로 제기되고 있는 문제들의 상당수는 가계소득 부진과 연관되어 있는 것으로 보인다. 가계부채 문제나 내수의 상대적 부진, 채감회복세 부진, 가계저축률 급락 등이 그러한 것들이다. 이렇게 본다면 최근의 가계 기업간 소득 성장 양극화는 우리경제가 직면한 주요 현안과제들의 기저에 자리잡고 있는 중요한 문제라 할 수 있다. 그러나 이같은 중요성에 비해 가계 기업간 양극화 문제는 일반에 별로 알려져 있지 않다.

이 글은 무엇보다 최근의 가계 기업간 양극화의 내용과 원인, 파급영향 등을 살펴 보면서 동 문제의 심각성과 중요성을 환기시키고자 하는 것을 일차적 목적으로 하고 있다. 이 글은 작년 8월 본지에 게재하였던 선행연구 '다시 확대되는 가계 기업간 소득 양극화'의 후속편에 해당되는 글이다. 선행연구에서는 2009년까지의 추

이를 살펴보았는데, 이후 2010년 들어 불행히도 선행연구에서 예측했던 것처럼 양부문간의 성장 격차는 더 큰 폭으로 확대되었다. 그럼에도 아직까지 동문제에 대한 인식이나 대응 논의에 별로 진전이 없다는 점이 이번 후속논의의 배경의 하나이다.

이번 후속논의는 상기 선행연구에서 몇가지 좀 더 진전된 내용을 담고 있다. 우선 2010년까지의 최근 자료로 분석을 업데이트하였다. 앞서 언급한대로 2010년 들어 가계 기업간 양극화는 더욱 확대되었고, 이에 따라 뒤에서 보이겠지만 기업소득/가계소득 비율은 2010년에 통계 작성 이후 최고수준을 경신하였다. 아울러 국내 가계 기업간 양극화 현상의 심각성을 간접적으로 보여주는 지표로서 가계 기업 소득추이에 대한 간략한 국제비교를 추가하였다. 다음으로 양극화의 원인 논의와 관련하여 선행연구에서 서술적 분석에 그친데 반해, 본고에서는 요인별 기여도를 정량적으로 추정하여 양극화에 대한 소득 구성요인들의 상대적 중요도를 평가하여 보았다. 마지막으로 가계 기업간 양극화 현상이 내수부진이나 가계부채 문제 등과 같은 최근의 주요 경제현안에 대하여 갖는 합의 내지 관련성에 관한 논의를 추가하였다.

본고의 구성은 다음과 같다. 서론에 이어 2절에서는 먼저 2010년까지의 자료를 통해 양부문간 양극화의 현상을 상세히 살펴보고 이어서 3절에서 양극화 심화의 원인을 주요 소득 구성요인별 변화를 대상으로 분석한다. 4절에서는 동

문제가 최근의 경제 현안과 관련하여 갖는 합의를 논의하고 마지막으로 5절에서 정책 대응방안에 대한 간략한 논의와 더불어 글을 끝맺는다.

2. 가계 기업간 성장 양극화 추이

앞서 설명한대로 가계 기업간 소득 성장 격차는 외환위기 이후 두드러지게 나타나고 있는 현상이다.

[그림 1]에서 보듯 제도부문별 통계가 작성되기 시작한 1975년에서 외환위기 이전(1997년)까지의 양부문 실질소득의 평균증가율은 각각 8.2%, 8.1%로 거의 같은 수준이었다. 반면, 외환위기 이후(2000~10년)에는 기업소득 16.5%, 가계소득 2.3%로 큰 차이를 보인다. 특히 그 격차는 최근 들어 더 확대되어 2007년 이후에는 기업소득 19.1%, 가계소득 1.6%로 더욱 큰 격차를 보이고 있다.

양부문간 소득성장의 양극화 현상은 전체경제의 성장률과 비교한 기간별 성장률 변화 추이를 통해서도 두드러지게 나타난다. [그림 1]에서 보듯 GNI를 기준으로 한 전체경제의 소득성장률은 경제사회의 성숙화 추이를 반영하여, 고도성장기에 해당하는 외환위기 이전 기간(1975~97년간) 평균 8.9%에서 2000~10년간은 3.4%, 2007년 이후는 2.8%로 계속 하락하는 추이를 보인다.²⁾ 그런데 이와는 정반대로 기업소득 성장률은 1975~97년간 8.2%에서 2000년대

2) 최근 들어 가계 기업간 성장격차가 확대되고 있는 것은 2007년 이후임. 그런데 2007년의 성장률은 2006년의 소득 자료를 베이스로 하여 얻어진. 따라서 본문에서는 2007년 이후라 표현하지만, 기간중 연평균 성장률 등을 통해 2007년 이후의 양극화를 보이는 표나 그림에서는 예컨대 2006~10년간과 같이 표기하기로 함.

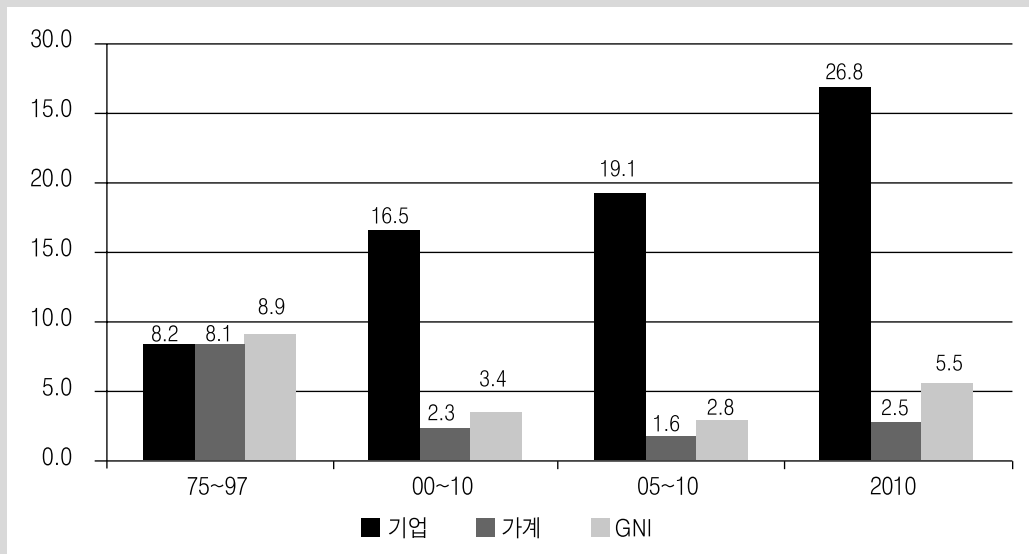
16.5%, 2007년 이후 19.1%로 최근으로 올수록 고도성장기보다 2배 이상 더 높아지는 추이를 보이고 있다. 반면 가계소득 증가율은 전체경제 성장률의 하락 추이보다 더 빨리 하락하여 최근(2006~10년간)의 증가율(1.6%)은 고도성장기(8.1%)의 1/5 수준에도 미치지 못하고 있다. 요컨대 기업소득 성장률은 가속되고 있는 반면, 가계소득 성장률은 급격히 하락하는 양극화 현상을 보이고 있는 것이다.

이같은 차이를 반영하여 기업소득/가계소득의 비율 추이도 외환위기 이전과 이후 뚜렷한 차이를 보이고 있다(그림 2). 위기 이전에는 동비율이 거의 일정한 수준에 머문 반면, 위기 이후에는 가파르게 상승하는 추이를 보였고, 최근 들어 더욱 높아지는 추이를 보이고 있다. 외환

위기 이전에는 동비율이 대체로 0.05~0.1 구간 내에서 변동하였으나 2002년 이후에는 동비율이 0.1을 상회하여 계속 상승하면서 최근에는 0.2를 넘어서고 있다. 특히 2010년의 동비율은 0.22로서 통계작성 이후 최대수준을 기록하였으며, 이는 외환위기 이전 동비율 평균의 3배에 달한다.

이같은 최근 한국의 기업/가계소득간 격차 확대 추이는 주요국과 비교해도 상당히 이례적인 현상으로 보인다. [그림 3, 4]는 각각 미국과 일본경제에서 동비율의 장기추이로서, 양국 공히 기업소득/가계소득 비율이 장기적으로는 대체로 일정하다. 미국의 동비율은 장기적으로 한국의 외환위기 이전과 크게 다르지 않은 0.06~0.12 구간에서 변동하는 움직임을 보이고 있고,

그림 1. 우리나라 가계소득, 기업소득, 국민총소득(GNI) 증가율 변화 추이 비교



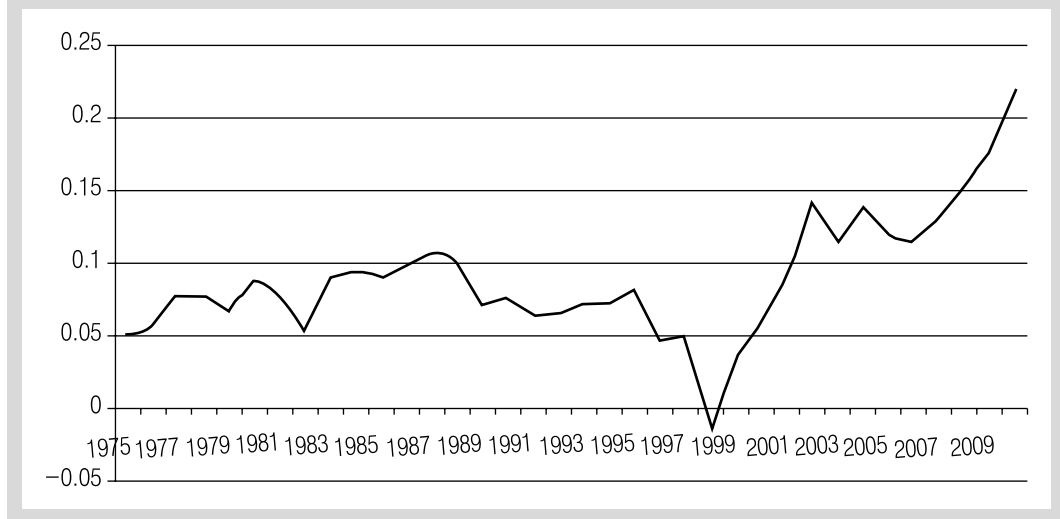
주: 1) 가계소득은 개인 가처분소득, 기업소득은 법인 가처분소득
 2) 가처분소득 증가율은 명목자료를 GNI 디플레이터로 실질화하여 구한 연평균 증가율
 자료: 한국은행 ECOS

일본 역시 비슷한 0.05~0.12 구간에서 변동하고 있다. 동비율이 미국의 경우 1980년대 이후, 일본은 1990년대 중반 이후 다소 상승하는 추이를 보이기는 하나 그 상승세는 외환위기 이후 한국과 비교하면 훨씬 완만하다.³⁾ 소위 신자유주의 경제의 본산이라 할 수 있는 미국에 비해서도 이례적이라 할 정도로 한국의 기업소득/가계소득은 최근 매우 가파른 상승세를 지속하고 있다는 점에서 주목할 만한 현상이라 할 수 있다.

한편 외환위기 이후의 양부문간 소득 성장률 격차 확대는 좀 더 자세히 살펴보면 [그림 2]에서 보듯 두기간에 걸쳐 진행된 것으로 나타난다. 즉 외환위기 직후인 2000~02년간과 2007년

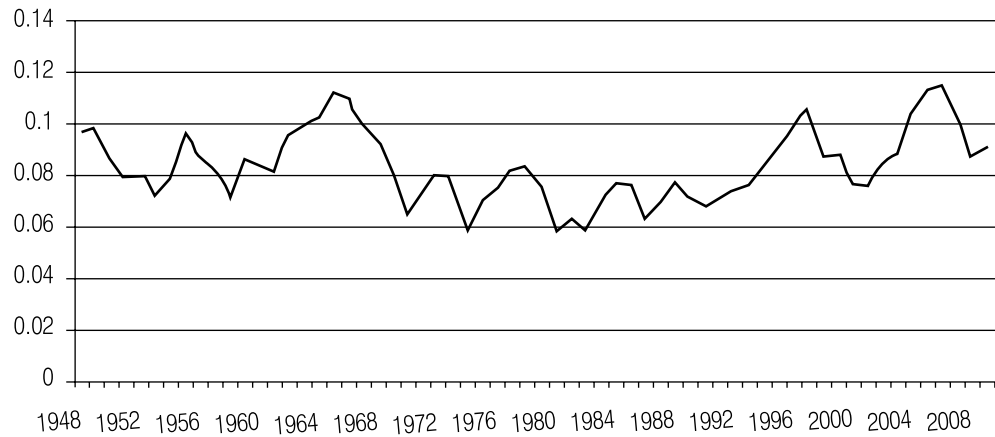
이후 최근까지 격차 확대 현상이 나타나고 있다. 특히 2007년 이후 나타나고 있는 양부문간 양극화는 몇가지 점에서 특징적이라 볼 수 있다. 첫째 양부문간 성장격차가 매우 큰데다 2007년 이후 최근까지 4년간이라는 짧지 않은 기간에 걸쳐 격차가 더욱 확대되는 추이를 보이고 있다는 점, 둘째 기업소득/가계소득 비율 등 통상적으로 추세를 보이지 않는 관련 지표들이 상승추세를 보이며 사상 최고수준을 기록하고 있다는 점, 셋째 극심한 경기침체기였던 2009년에도 기업소득 증가율이 가계소득 증가율을 큰 폭으로 상회하면서 양부문간 성장 격차가 이전 년도보다 더 확대되는 추이를 보였다는 점

그림 2. 우리나라의 기업소득/가계소득 비율의 장기 추이(1975~2010년)



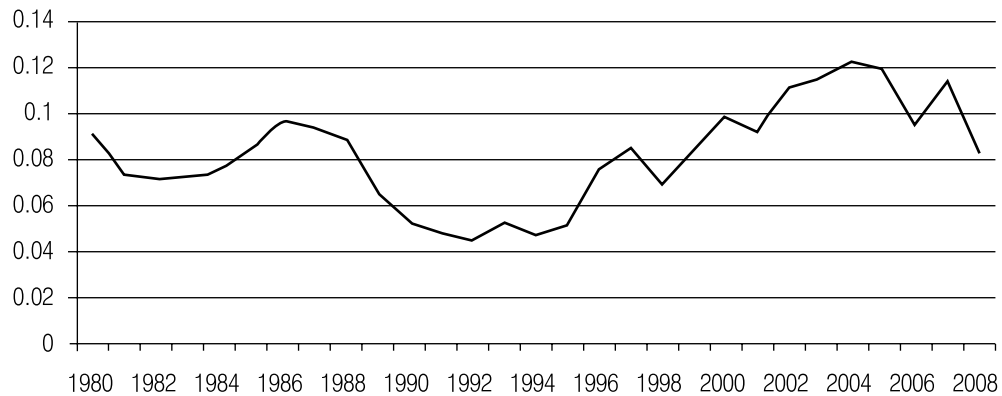
3) 다만 최근에는 미국에서도 고용부진이 지속되는 가운데 기업 이윤만이 빠른 회복세를 보이면서 가계 기업간 양극화 문제가 제기되고 있는 것으로 보임(예컨대 NY Times 2010.11.23 기사 "Corporate profit were the highest on record last quarter" 참조). 상기 보도에 따르면 2010년 3분기 미국 기업의 세전 이윤은 연간 환산시 1,66조 달러에 달하였으며, 이 경우 개략적으로 계산해보면 (그림 3)의 비율이 최대 1.2에 근접할 것으로 보임. 하지만 이 경우에도 동비율의 상승속도나 지속 기간 등에서 최근 한국의 추이에는 훨씬 못미침.

그림 3. 미국의 기업소득/가계소득 비율 장기 추이(1948~2009년)



주: 가계소득은 개인가처분소득, 기업소득은 세후이익(corporate profit after tax)
자료: BEA

그림 4. 일본의 기업소득/가계소득 비율 장기 추이(1980~2008년)



주: 기업소득은 민간법인 가처분소득, 가계소득은 개인가처분 소득
자료: 내각부

등을 들 수 있다.⁴⁾

요컨대 최근 들어 더욱 확대되고 있는 가계 기업간 양극화는 그 격차의 규모나 변화 추이 등에서 이례적이라 할 만하며, 그만큼 중대한 함의를 가질 수 있는 현상이라 보여진다. 다음 절에서는 가계와 기업소득을 구성하는 주요 항목별로 변화 추이를 살펴보면서 양극화의 원인을 찾아보기로 한다.

3. 양극화의 원인

가계와 기업소득 성장 격차의 원인은 양부문 소득의 구성항목들의 변화를 통해 살펴볼 수 있다. 가계와 기업의 소득은 한국은행이 발표하는 제도부문별 생산(부가가치)과 소득 통계에 제시되어 있다. 가계와 기업이 산출하는 부가가치는 제도부문별 생산통계를 통해 현재 2000~09년 간의 자료가 공표되어 있다. 한편 생산된 부가가치가 다시 요소소득별로 분배되는 구조는 제도부문별 소득통계를 통해 볼 수 있다. 제도부문별 소득통계는 1975년부터 2010년까지의 자료가 제공되고 있다. 먼저 가계의 소득은 임금(피용자 보수)과 재산소득으로 구성되며, 재산소득은 다시 이자소득과 임대료, 배당소득 등을 포함한다. 임금과 재산소득의 합이 가계의 세전 소득에 해당하는 가계 본원소득(NNI)이다. 가계 본원소득에서 다시 개인소득세 등 조세와 준조세(순사회부담금, 이전지출 등)를 차감하면 가

계 가처분소득(NDI)이 된다.

한편 기업소득은 이윤(기업 영업잉여)가 주항목이다. 기업이 자금 등의 순수요자이기 때문에 기업의 경우 재산소득이 負(마이너스)의 값을 갖는다. 따라서 영업잉여에서 순이자지불, 순임료 지불, 순배당 지불 등을 차감하면 기업의 본원소득이 된다. 본원소득에서 법인세 등 조세와 준조세를 차감하면 기업의 가처분소득이다.

이제 이들 소득구성항목들의 변화를 통해 2000년대 초나 2007년 이후 가계 기업간 성장 격차의 주요 원인을 살펴보면 다음과 같은 것들을 들 수 있다.

1) 임금/이윤간 분배구조 변화: 영업잉여 호조와 피용자 보수 부진

임금소득(피용자 보수)과 기업 이윤(기업 영업잉여)은 각각 가계소득과 기업소득을 구성하는 가장 주된 항목이다. 그런 만큼 임금과 이윤간의 배분구조 변화는 가계와 기업소득의 추이에 큰 영향을 미친다.

기간별로 양자의 증가율을 살펴보면, 외환위기 이전에는 피용자 보수 증가율과 기업이윤(영업잉여) 증가율이 서로 비슷한 수준으로 피용자 보수 증가율이 영업잉여 증가율보다 약간 높게 나타난다. 그러던 것이 외환위기 이후에는 양자의 차이가 크게 벌어져 영업잉여 증가율이 피용자 보수 증가율의 약 2배에 달하는 추이를 보이고 있다. 2007년 이후에는 그 격차가 더 벌어져

4) 일반적으로 기업소득은 가계소득보다 경기순환과정에서 변동성이 높아 경기침체기에는 가계소득 증가율이 기업소득 증가율보다 높은 추이를 보임.

기업 영업잉여 증가율이 피용자 보수 증가율보다 4배 이상 높다(표 1 참조).

더욱이 <표 1>에 나타난 피용자보수 증가율과 영업잉여 증가율간의 차이는 다음과 같은 이유에서 실제 이윤/임금간 분배구조 격차를 과소 반영하는 측면이 있다는 점도 염두에 둘 필요가 있다. 첫째 2000년 이후 자영업 및 무급종사자의 상당수가 임금노동자로 전환되면서 피용자수가 크게 늘어났다는 점이다. 피용자수 증가율은 2000~10년간 2.4%, 2006~10년간은 2.2%로 같은 기간중의 전체 취업자수 증가율 1.2%, 0.7%에 비해 훨씬 높다. 이같은 피용자수 증가를 반영하여 피용자보수 총액을 피용자수로 나눈 1인당 실질 피용자 보수 추이를 보면 2000년 이후 1.3%, 2006~10년간에는 -0.2%로 부진이 두드러진다. 둘째 <표 1>의 피용자보수에는 기업 부문에서 발생하는 부분 이외에 가계부문(자영업)이나 정부부문에서 발생하는 부분도 포함되어 있으며, 기업 영업잉여와 대응되는 기업부문만의 피용자보수는 표의 수치보다 증가율이 더 낮은 것으로 추정된다는 점이다. 기업 부문에서 발생한 피용자보수는 따로 통계가 발표되

지 않지만 기업 부문의 순부가가치 생산에서 기업 영업잉여를 차감하는 방식으로 개략적으로 추정해보면 전체 피용자 보수 증가율보다도 상당정도 낮은 수치가 얻어진다.

요컨대 2000년 이후, 특히 2007년 이후의 영업잉여 및 피용보수 추이는 한마디로 영업잉여 호조, 피용보수 부진으로 표현할 수 있다. 2006~10년간의 기업 영업잉여 증가율은 9.2%로 고도성장기 수준(10.2%)에 근접한다. 반면 피용자보수 증가율은 2.1%, 특히 1인당 피용자 보수 증가율은 -0.2%로 절대액이 감소하는 침체를 보이고 있다. 이같은 기업 이윤과 피용자 보수 증가율간 격차 확대 추이는 주요 관련지표들을 통해서도 확인할 수 있다. 예컨대 최근 들어 기업 영업잉여/피용자 보수 비율은 빠른 상승세를 보이면서 2010년의 동비율은 0.47로 통계작성 이후(1975년 이후) 최고치를 기록하였다. 반면 노동분배율(자영소득 제외 분배율)은 가파른 하락 추세를 지속하여 2010년의 노동분배율은 역시 통계작성 이후 최저치를 기록한 것으로 나타난다(그림 5).⁵⁾

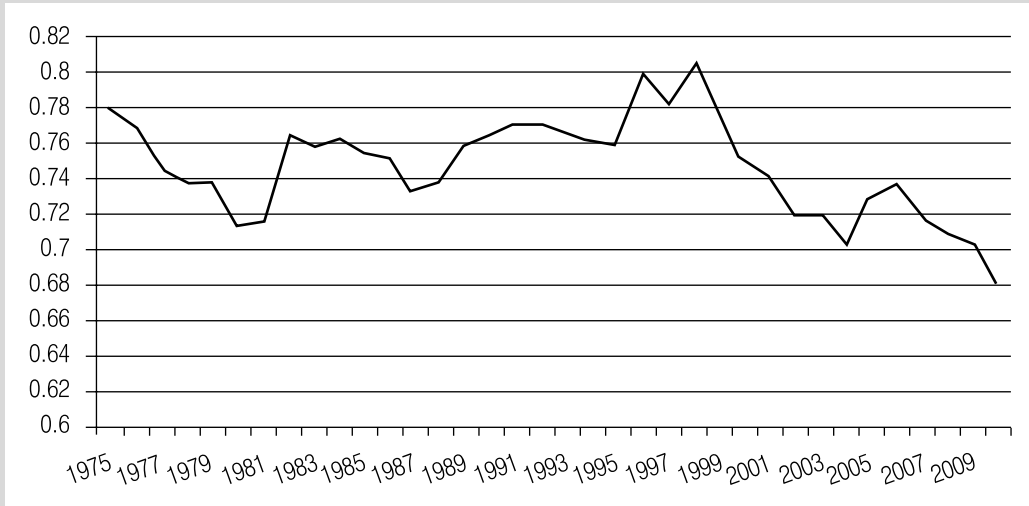
표 1. 기업 영업잉여와 피용자 보수의 기간별 증가율(실질) 비교

(단위: %)

구 분	1975~97년	2000~10년	2000~02년	2006~10년
기업 영업잉여	10.2	6.9	12.2	9.2
피용자 보수	10.7	3.8	5.6	2.1
피용자수	4.8	2.4	3.0	2.2
1인당 피용자 보수	5.6	1.3	2.5	-0.2

5) (그림 5)의 노동분배율은 자영소득을 제외한 노동분배율 추이임. 노동분배율 지표로 종종 사용되는 피용보수/요소소득 비율은 개

그림 5. 자영소득 제외 노동분배율 장기추이



주: 피용자 보수/(요소비용 국민소득 - 개인영업잉여) 비율

한편 이 시기의 영업잉여 호조와 피용자 보수 침체는 앞서 기업소득 호조와 가계소득 침체의 경우와 마찬가지로 동전의 양면과도 같은 관계를 갖는다고 볼 수 있다. 이를 단적으로 보여주는 것이 기업 부가가치 증가율과 영업잉여 증가율간의 비교이다. 주지하듯이 이 시기는 글로벌 금융위기에 따른 경기침체를 포함하는 기간으로, 실제로 2006~09년간의 기업 부가가치 증가율은 1.7%의 낮은 증가에 그쳤다.⁶⁾ 이는 2001~

06년간의 부가가치 증가율에 비해 2.6%p 낮은 것이다. 그런데 영업잉여 증가율은 동기간중에 오히려 1.5%p 상승하였다. 즉 기업이 창출한 부가가치 증가율이 하락하는 상황에서 이윤증가율은 더 높아진 것이다. 2006~09년간의 영업잉여 증가율은 동기간중 기업 부가가치 증가율의 4배가 넘는다(표 2).

기업 영업잉여는 문자 그대로 기업이 창출하는 부가가치에서 피용자 보수를 차감한 잔여로

인 영업잉여 즉 자영소득을 모두 자본소득으로 간주한다는 점에서 실제 노동분배율과 괴리되는 측면이 있음. 자영소득에는 노동소득과 자본소득이 섞여 있으며, 영세자영업자가 많은 우리나라 자영소득의 경우 자본소득보다는 노동소득의 비중이 더 클 가능성도 높음. 특히 우리나라는 자영업자 수가 다른 선진국에 비해 훨씬 많다는 점에서 피용보수/요소소득 비율과 실제 노동분배율간의 괴리가 더욱 클 것이라 볼 수 있음. 위 지표는 이같은 문제를 고려하여 자영 소득을 제외한 나머지 부분(기업 영업잉여와 피용자 보수)만을 토대로 노동분배율을 산출한 것임. 이는 자영소득내에서의 노동소득 비중이 자영소득을 제외한 나머지 부분에서의 노동분배율과 동일하다고 가정하는 것과 같음. Gollin(2002)에 의하면 미국의 경우에도 이같이 구한 노동분배율과 단순히 피용보수/요소소득 방식에 의한 노동분배율의 추이간에 유의한 차이가 존재하며, 전자가 후자보다 실제 노동분배율을 좀 더 잘 반영하는 것으로 추정됨(D. Gollin(2002). Getting income shares right, JPE 110 (2)).

6) 가계와 기업의 부가가치 자료는 현재 2000~09년간의 자료만 공표되어 있음.

표 2. 기업부문의 실질 생산 및 소득 증가율 추이

(단위: %)

구분	2000~09년	2000~06년	2006~09년
기업 부가가치 (A)	3.4	4.3	1.7
기업 영업잉여 (B)	5.9	5.4	6.9
기업부문 피용자 보수 (추정치)	2.1	3.7	-1.0
영업잉여 증가중 분배구조 변화의 기여율 $[(B-A)/B]$	42.4	20.4	75.4

구해진다.⁷⁾ 따라서 부가가치 증가율을 훨씬 상회하는 영업잉여 증가, 혹은 부가가치 증가율이 하락하는 상황에서의 영업잉여 증가율 상승은 피용자 보수 부진을 수반할 수밖에 없다. 기업 부가가치와 영업잉여 자료를 토대로 영업잉여 증가중 부가가치 증가에 기인하는 부분과 (이윤/임금간) 분배구조 변화에 기인하는 부분으로 분해하여 볼 수 있다.⁸⁾ 이같은 방식으로 구해보면 2006~09년간의 경우 영업잉여 증가의 75%가 임금/이윤간 분배구조 변화에 기인하는 것으로 나타난다. 언론에도 종종 보도되었듯이 최근 수년간 경기침체 속에서도 국내기업의 이익은 사상 최고수준을 기록한 바 있다. 위의 통계적 사실들은 이 시기의 높은 기업 이윤 증가가 상당 부분 임금 부진을 토대로 한 것임을 보여준다.

영업잉여와 피용자 보수는 각각 기업소득과 가계소득의 가장 주된 구성항목이란 점에서, 이같은 영업잉여와 피용자 보수의 상반된 움직임은 이 시기의 가계 기업간 소득성장을 격차를

크게 확대하는 결과를 가져왔을 것이라 볼 수 있다. 실제로 뒤에서 보이겠지만 2007년 이후의 가계 기업간 양극화에서 영업잉여/피용자보수간 분배 변화는 가장 큰 기여를 한 요인인 것으로 추정된다.

2) 자영소득 침체

가계 기업간 소득 양극화의 또 다른 중요한 원인으로는 자영소득의 침체를 들 수 있다. 자영소득은 임금(피용자 보수)과 더불어 가계소득을 구성하는 중요한 요소이다. 한국경제의 경우 특히 다른 선진국에 비해 자영업자의 수가 상대적으로 많은 특성을 갖고 있어 자영소득의 비중 또한 상대적으로 큰 편이다.

외환위기 이후 자영업 부문에서 나타나는 두드러진 특징은 한마디로 자영소득의 극심한 침체이다. 자영소득의 침체는 2000년 이후 전기간에 걸쳐 나타나나 특히 2007년 이후에 더욱 두드러진다. 자영소득은 외환위기 이전에는 연

7) 기업 부가가치는 정확히 말하면 피용보수와 영업잉여, 기타생산세의 합임. 그러나 기타생산세는 다른 두 항목에 비해 규모가 훨씬 작아 사실상 피용보수와 영업잉여의 합이라 보아도 크게 틀리지 않음.

8) 분배구조 변화가 없다면(즉 이윤/임금 비율이 동일하다면) 영업잉여 증가율은 부가가치 증가율과 같을 것임. 따라서 영업잉여 증가율과 부가가치 증가율의 차이는 분배구조 변화에 기인하는 부분으로 간주할 수 있음.

평균 4.5%의 증가(실질 기준)를 보였으나 2000년 이후 자영소득 총액, 자영업자수 모두 절대 규모가 감소추세로 돌아서 2000~10년간에 실질자영소득은 연평균 -1.9%의 감소세를 보였다. 2007년 이후에는 감소폭이 더욱 확대되어 자영소득 증가율은 -3.3%의 심각한 침체를 보이고 있다. 자영소득의 침체를 반영하여 자영업자수도 2002년에 정점에 달한 후 급감하는 추세이다. 이같은 자영소득 침체는 가계소득 부진을 통해 가계 기업간 성장격차를 확대시키는 요인이 되고 있다.

3) 이자율 하락 및 이자소득 감소

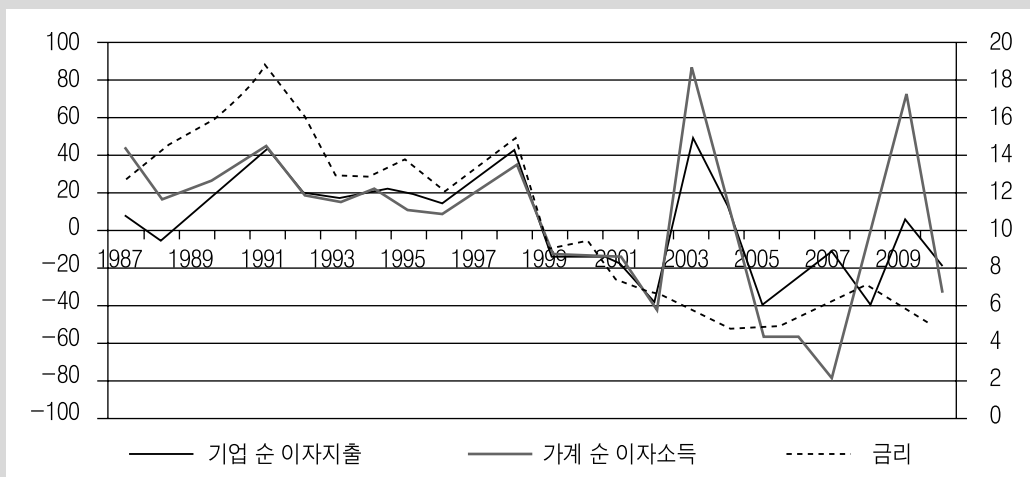
일반적으로 가계는 자금의 공급자이고 기업은 자금의 수요자이기 때문에, 가계는 이자수취가 이자지불보다 크고, 기업은 반대로 이자지불이 이자수취보다 크다. 즉 가계는 순이자소득이正的 값을 갖고 기업은 負의 값을 갖는다. 따라서 이자율 변동이나 기업의 투자 변동은 가계소득과 기업소득에 반대의 영향을 미친다. 이자율이 하락하거나 기업투자가 감소하면 가계의 순이자소득이 감소하여 가계소득에 감소효과를

표 3. 기간별 자영소득 증가율 추이(실질 기준)

(단위: %)

구분	1975~97년	2000~10년	2000~02년	2006~10년
자영소득 (개인 영업잉여)	4.5	-1.9	-2.1	-3.3
자영업자 및 무급가족 종사자수	0.5	-1.3	1.2	-2.5

그림 6. 이자율과 가계 및 기업의 이자소득 증가율 추이



주: 1) 금리는 우축, 가계 및 기업 이자소득 증가율(경상, %)은 좌축
2) 금리는 회사채(장의 3년 AA- 등급) 연평균 이자율

표 4. 이자소득 변화의 가계, 기업 본원소득 증가 기여도

(단위: %, %p)

구분		1975~97년	2000~10년	2000~02년	2006~10년
가계	순이자소득	28.3	-26.3	-29.2	3.4
	가계 본원소득 성장기여도 (A)	0.9	-0.3	-1.1	0.0
기업	순이자지출	24.1	-17.1	-30.5	-20.4
	기업 본원소득 성장기여도 (B)	-13.2	3.5	14.0	1.2
본원소득 성장격차 기여도 (=B-A)		-14.1	3.8	15.1	1.2

주: 명목증가율 기준

미치고 기업에는 순이자지불이 감소하여 기업 소득에 증가효과를 미친다.

주지하듯이 한국경제는 외환위기 이후 시장 금리와 투자 증가율 모두 대체로 하락추이를 보이고 있다. 앞서 말한대로 이같은 변화, 즉 이자율 및 투자 증가율 하락은 가계소득에는 감소효과, 기업소득에는 증가효과를 미친다. 이자소득 변화는 가계와 기업소득에 반대 방향의 영향을 미치기 때문에 특히 가계 기업간 소득 성장률 격차에 큰 변화를 가져온다.

다만 이자율 및 투자증가율 하락에 따른 이자소득 변화는 2000년대 초반에는 가계 기업간 소득 성장률 격차에 매우 중요한 요인으로 작용하였으나 2007년 이후의 가계 기업간 양극화에는 상대적으로 미미한 영향을 미친 것으로 추정된다. 이자소득 변화가 가계와 기업소득 성장에 기여한 성장 기여도(본원소득 기준)를 통해 추정해 보면, 2000~02년간에는 양부문 소득 성장률 격차를 약 15%p 확대시키는 효과를 발휘한

반면, 2007년 이후에는 성장률 격차 기여도가 1%p 남짓에 지나지 않는다(표 4). 이는 외환위기 이후 금리 및 투자수요 하락 추이가 이어지면서, 최근에는 이자소득(지불)이 가계나 기업 소득에서 차지하는 비중이 과거에 비해 크게 낮아졌기 때문이라 볼 수 있다.

4) 조세 및 준조세 효과

가계와 기업의 본원소득(NNI)에서 2차분배 제정, 즉 조세 및 준조세(순사회부담금 및 이전지출⁹⁾)를 차감하면 각각 가계와 기업의 가처분소득(NDI)이 된다. 가계와 기업에 부과되는 조세 및 준조세가 각각 가계, 기업의 본원소득 증가율과 같다면, 양부문의 가처분소득 증가율은 각각의 본원소득 증가율과 같을 것이다. 즉 가계와 기업에 부과되는 조세 및 준조세가 각각의 본원소득에 대해 정확히 비례적이라면 조세 및 준조세는 가계, 기업간 소득 성장률 차이에 영

9) 2차분배는 조세와 사회부담금, 사회수혜금, 이전지출로 구성됨. 여기서는 편의상 조세를 제외한 나머지를 준조세라 부르기로 함. 가계와 기업 모두 일반적으로 조세가 준조세보다 규모가 크나, 준조세의 경우는 상대적으로 변동성이 높음.

향을 미치지 않는다(즉 가계와 기업간 소득분배에 중립적이다). 하지만 실제로는 가계, 기업간 본원소득 성장률 차이와 가처분소득 성장률 차이는 동일하지 않은 경우가 많다. 가처분 소득 성장률 차이가 본원소득 성장률 차이보다 크다면 조세 및 준조세가 소득 성장률 격차를 확대시키는 효과를 발휘한 것이고, 반대의 경우라면 소득 성장률 격차를 축소시킨 것이다.

한국경제의 경우 외환위기 이전에는 조세 및 준조세가 기업, 가계소득 증가율간 격차를 소폭이나마 축소시키는 방향으로 작용한 반면, 2000년 이후에는 증가율 격차를 확대시키는 방향으로 작용한 것으로 나타난다. 가처분 소득 성장률 격차에서 본원소득 성장률 격차를 차감한 것을 조세 및 준조세의 성장격차 확대 기여도로 간주한다면, 동 기여도는 외환위기 이전에는 -1.8%p, 2000년 이후에는 5.3%p로 나타난다(표 5). 즉 2000년 이후에는 조세 및 준조세가 가계와 기업간 가처분소득 성장률 격차를 연평

균 5.3%p 만큼 확대시키는 효과를 발휘했다고 볼 수 있다. 특히 2000년대 초반에 그 효과가 매우 크게 나타나며, 2007년 이후에도 동 기여도는 6.2%p로 비교적 큰 편이다.

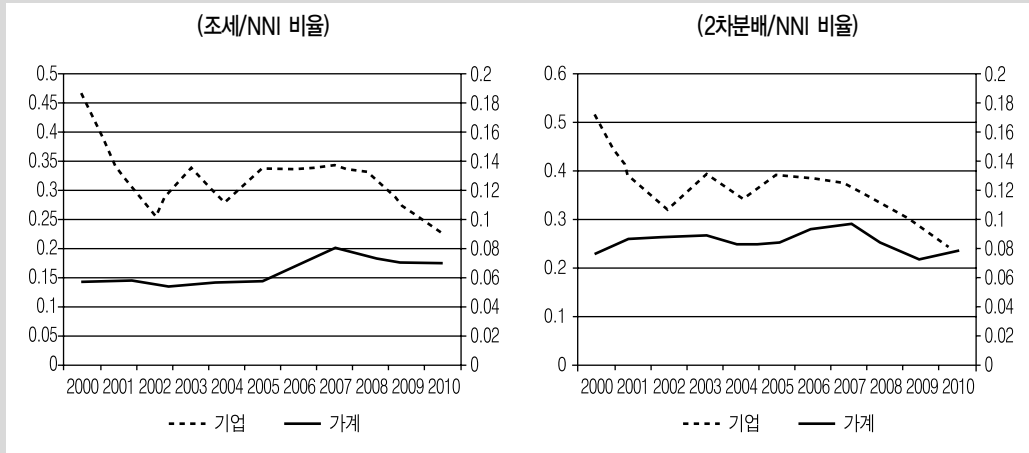
조세 및 준조세가 가계 기업간 소득 성장격차를 확대시킨 것은 본원소득에 대한 유효세율(조세/NNI 비율)이 2000년 이후 기업부문에서는 하락한 반면, 가계부문에서는 상승한 데 따른 것이라 볼 수 있다. [그림 7]에서 보듯 조세/NNI 비율과 2차분배/NNI 비율이 기업부문의 경우에는 2000년 이후 뚜렷한 하락세를 보인 반면, 가계부문은 조세/NNI 비율은 소폭 상승하였고, 2차분배/NNI 비율은 거의 일정한 수준에 머물렀다. 그동안 법정세율은 소득세나 법인세 모두 계속 인하되어 왔지만, 가계부문의 경우는 누진세제의 영향 등으로 본원소득 대비 유효세율이 높아진 반면, 기업은 법인세율의 인하 속도가 상대적으로 빠른 점 등이 작용하여 유효세율이 하락한 것으로 보인다.¹⁰⁾ 한편 2007년 이후는

표 5. 2차분배계정(조세 및 준조세)의 가계·기업 가처분소득 성장격차 기여도

구분		1975~97년	2000~10년	2000~02년	2006~10년
본원소득(NNI) 증가율	가계 (A)	18.7	5.9	6.6	4.9
	기업 (B)	20.5	15.3	38.3	16.9
	C = B - A	1.8	9.4	31.7	12.0
2차분배 증가율(조세 및 준조세)	가계	25.6	6.2	14.6	0.4
	기업	24.4	6.7	9.2	3.3
가처분소득(NDI) 증가율	가계 (D)	18.4	5.8	5.9	5.3
	기업 (E)	18.5	20.5	63.0	23.5
	F = E - D	0.1	14.7	57.1	18.2
2차분배의 성장격차 기여도(%p) (G = F - C)		-1.8	5.3	25.4	6.2

주: 명목증가율 기준

그림 7. 가계와 기업의 조세/NNI 비율, 2차분배/NNI 비율 추이 비교



주: 기업은 좌축, 가계는 우축 기준

가계부문과 기업부문 공히 조세/NNI 비율이 하락하였지만, 기업부문의 하락 폭이 더 커서 가처분소득의 성장 격차를 확대시키는 효과를 발휘하였다고 볼 수 있다.

5) 종합

위에서 살펴본 주요 요인들의 상대적 중요도를 비교하기 위해 상기 요인별로 가계 기업간 성장양극화에 대한 기여율을 구해 보면 2000년대 초의 양극화와 2007년 이후 최근의 양극화는 그

원인의 측면에서 상당한 차이가 관찰된다.¹¹⁾ <표 6>에서 보듯이 우선 2000년대 초의 양극화에서는 2차분배 요인과 더불어 이자율 하락과 투자 부진에 따른 이자소득 감소가 가장 중요한 요인으로 작용하였다. 반면, 2007년 이후의 양극화에서는 임금 소득의 부진이 가장 중요한 요인인 것으로 나타난다. 2007년 이후의 양극화에서도 이자소득 요인은 가계 기업간 소득 성장격차를 확대하는 요인으로 작용하였지만 이자소득의 비중이 과거에 비해 크게 낮아진 관계로 양극화에 대한 기여율은 미미한 수준에 머물렀다. 반면 임

10) 법정세율은 소득세(종합소득세)의 경우 현재 4단계 누진구조에 최고세율은 1996년 40%에서 2010년에 33%로 인하됨. 법인세의 경우는 2단계 누진구조에 최고세율은 1994년 32%에서 2009년에 22%로 인하되었고 2012년부터 20%로 추가인하될 예정임.

11) 기여율은 다음과 같은 방법으로 구하였음. 먼저 본원소득 요인과 2차분배 요인의 기여율은 논리적으로 간명함. 가처분소득 성장 격차와 본원소득 성장격차 간의 차이는 2차분배요인에 의해 발생한 것이므로, 본원소득 성장격차가 가처분소득 성장격차에서 차지하는 비율을 본원소득 기여율, 나머지를 2차분배 기여율로 볼 수 있음. 본원소득내 요인별 기여율은 경제성장의 산업구조 요인 분해 분석에서 사용되는 비례성장 과리 분석 방법(Deviation from proportional growth)을 원용하여, 각소득항목이 가계와 기업을 합한 전체 본원소득의 증가율과 동일하게 증가한 가상의 경우(따라서 성장격차가 발생하지 않는 경우) 기말값과 해당소득항목 실제 기말값간의 차이의 상대적 비율로 구하였음.

금소득 부진, 즉 영업잉여와 피용자보수간 증가 격차가 가장 지배적인 역할을 하였고 이어서 자영소득 침체 요인도 중요한 기여를 한 것으로 보인다. 2차분배(조세 및 준조세) 요인은 2000년대 초와 2007년 이후 모두 중요한 양극화 기여 요인으로 작용하였고 특히 2000년대 초에 기여율이 상대적으로 높았다. 2007년 이후의 양극화에서 동요인은 가계 기업간 가처분소득 성장격차의 약 1/3을 기여한 것으로 추정된다.

<표 6>에서 본 것처럼 최근의 양극화에서 가장 중요한 요인은 임금/이윤간 분배변화이고 이는 (1)절에서 살펴본 것처럼 결국 임금소득 부진으로 집약될 수 있다. 다시 말해 최근 양극화의 가장 중요한 원인은 임금소득 부진이라 볼 수 있다. 임금소득 부진은 크게 고용 부진과 임금 상승률 부진의 두가지 측면에 기인한다(물론 양자는 서로 연관된 것이다). 고용은 주지하듯이 금융위기에 따른 경기침체의 영향으로 2009년

이후 크게 악화되었다. 특히 우리나라의 경우 공식 실업률과 실제 고용상황간의 괴리가 적지 않다는 점을 감안하여¹²⁾, 미국 노동통계청(BLS)이 제안하는 한계근로자 등을 포함한 노동력 저 활용 지표(표 7의 U6)나 실질적 실업자로 간주될 수 있는 구직단념자, 취업준비자 등을 포함한 실질 실업률을 통해 보면 고용부진은 좀 더 두드러지게 나타난다.<표 7>에서 보듯 U6나 실질실업률은 2000년대 중반 이후 지속적으로 상승하는 추이를 보이고 있다.

임금 상승률 부진은 더욱 두드러진다.<표 8>에서 보듯 1인당 연평균 실질 피용자보수 증가율이 외환위기 이전에는 5.6%였던 것이 2000년 이후에는 그 1/4 수준에도 못미치는 1.3%로 하락하였고 2007년 이후에는 -0.2%로 실질임금의 절대규모가 감소한 것으로 나타난다. 노동생산성 상승률과 비교해도 외환위기 이전에는 1인당 피용자 보수 증가율이 노동생산성 상승

표 6. 가계 기업간 소득성장 격차에 대한 요인별 기여율

(단위: %)

구분	2000년대초 양극화('00~'02)	2007년 이후 양극화('06~'10)
임금/이윤(영업잉여)간 분배 요인	13.7(24.6)	41.3(66.1)
자영소득 요인	16.2(29.2)	19.4(31.1)
이자소득 요인	30.3(54.5)	7.3(11.7)
비이자 재산소득 요인	-4.7(-8.4)	-5.5(-8.9)
<본원소득 요인>	55.5(100.0)	62.4(100.0)
<2차분배 요인>	44.5	37.6
<가처분소득 성장격차>	100.0	100.0

주: 1) 기여율 산출 방법은 각주 11 참조

2) () 는 본원소득 성장격차에 대한 기여율

12) 노동력 저활용지표와 공식실업률간의 차이를 비교하면 우리나라가 주요국이나 OECD 평균에 비해 차이가 크게 나타남(변영규 (2009) 참조).

를 다소 상회하였던데 반해, 2000년 이후에는 노동생산성 상승률에 큰 폭으로 못미치고 있다. 특히 2007년 이후에는 노동생산성은 연간 2.4% 상승한데 반해 1인당 피용보수는 연평균 0.2% 감소하여 양자간의 격차가 2.6%p에 달한다. 이같은 임금 상승 부진은 전체 고용의 양적 부진과 더불어 비정규직 확대에 따른 고용의 질적 저하, 노동 조직을 하락에 따른 교섭력 약화 등의 결과로 추정된다.

4. 가계 기업간 양극화와 최근 경제현안

글머리에서 언급하였듯이 최근 한국경제에

나타나고 있는 가계 기업간 성장 양극화는 가계 소득 증가 부진의 다른 표현에 다름 아니다. 전체 경제의 성장률이 둔화되고 있는 상황에서 기업소득 증가율이 오히려 더 높아지는 추이를 지속한다면 그 이면에는 전체 경제성장률을 밀도는 가계소득 부진이 존재할 수밖에 없다.

경제활동의 궁극적인 목적은 소비이고 소비는 주로 가계소득에 의해 결정된다는 점에서, 가계소득 부진은 일차적으로 국민경제가 경제활동의 성과를 제대로 향유하지 못하고 있다는 의미에서 그 운용에 문제가 있음을 시사한다. 그 뿐 아니라 서두에서도 지적하였듯이 가계소득 부진은 최근 한국경제의 주요 현안과제들, 예컨대 가계부채 문제, 가계저축률 하락, 내수 부진, 체감경기 부진 등의 직간접적 원인이 되

표 7. 고용관련 지표 추이

(단위: %)

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
u6	5.8	5.1	4.0	4.4	4.7	4.9	4.5	4.2	4.2	4.9	5.1
실질 실업률	-	-	-	8.1	8.8	9.8	9.8	9.8	10.0	10.9	10.9
공식 실업률	4.4	4.0	3.3	3.6	3.7	3.7	3.5	3.2	3.2	3.6	3.7

주: u6는 실업자 + 구직단념자 +18시간 미만 취업자중 추가취업 희망자 기준,
실질실업률은 실업자 + 구직단념자 + 취업준비자 + 쉬었음 기준

표 8. 노동생산성 상승률과 1인당 실질임금 상승률의 기간별 비교

(단위: %)

구분	1975~97년	2000~10년	2006~10년
비농림 노동생산성 증가율	4.1	2.5	2.4
1인당 피용자 보수 증가율	5.6	1.3	-0.2

주: 1) 실질 기준

2) 비농림 노동생산성 = 비농림GDP/비농림 취업자수,

1인당 피용보수 = 피용자보수 총액/임금노동자수

자료: 한국은행 국민계정 및 통계청 경제활동인구조사 통계로부터 계산

고 있는 문제라 할 수 있다.

우선 가계소득 부진과 내수 부진, 체감경기 부진 등은 직관적으로도 그 관련성이 뚜렷하다. 가계소득 부진의 결과 가계소비 증가율은 2000년 이후 GDP 증가율이나 GNI 증가율을 하회하고 있다. 물론 가계소득 부진의 이면에 해당하는 기업소득 호조가 투자를 촉진할 가능성이 있지만, 주지하듯이 기업소득 호조에도 불구하고 외환위기 이후 투자는 대체로 부진이 이어지고 있다(표 9 참조). 일반적인 관점에서도 이론적으로나 경험적으로나 가계소득이 소비에 미치는 영향의 크기에 비해 기업소득이 투자에 미치는 영향은 훨씬 작은 것으로 추정된다.¹³⁾ 따라서 최근의 가계 기업간 양극화는 기업소득 호조를 통해 투자를 촉진하는 효과에 비해 가계소득 부진을 통해 소비침체를 가져오는 효과가 더 크고, 그런 의미에서 내수 저성장의 한 원인이 될 것이라 볼 수 있다. 실제로 민간내수 증가율과 기업/가계소득 비율간의 간단한 회귀분석 결과도 본고에서 살펴보는 가계 기업간 양극화가 내수 부진에 기여하였을 가능성을 뒷받침하고 있다

(표 10 참조).

한편 체감경기 부진 내지 지표경기과 체감경기간의 괴리 문제는 가계소득 증가율이 GDP 증가율을 큰 폭으로 하회한다는 점과 깊은 관련이 있다고 본다. 2000년 이후 가계소득 증가율은 GDP 성장률과 연평균 2%p 가까운 큰 격차를 보인다(그림 8). 고도성장기와 비교한 성장률 하락 폭도 가계소득이 훨씬 커서, 2000년 이후 GDP 성장률은 고도성장기의 1/2 수준으로 하락한 반면, 가계소득 증가율은 고도성장기의 1/4 수준에 지나지 않는다(그림 9). 2000년대 들어 저성장 논란이 크게 확산된 것도 가계소득에 기반한 체감 성장률 하락이 주된 배경이 되었을 것으로 추정된다.

다음으로 가계부채 문제나 가계저축률 하락 문제와의 관련을 살펴보자. 우선 가계부채/가처분소득 비율의 측면에서 보면 가계소득 부진이 분모를 줄임으로써 가계부채 부담을 늘린다는 점은 두말할 필요가 없다. 여기서 논하고자 하는 것은 분자의 측면, 즉 가계소득 부진이 저축 부진이나 가계부채의 빠른 증가에도 기여하

표 9. 기업소득과 투자 추이 비교

(단위: %)

구분	1975~97년	2000~06년	2006~09년
기업 가처분소득(NDI) 증가율	18.5	18.6	20.8
기업 투자(I) 증가율	20.8	7.1	5.1
I/NDI 비율 평균	4.2	3.0	2.2

주: 1) 투자는 제도부문별 자본계정의 법인 총고정자본형성(자본계정은 2009년이 최근 자료)

2) 경상기준

13) 가계소득은 가계소비에 지배적인 영향을 미치는 가장 중요한 변수이고, 기업소득은 주가 및 Tobin의 Q의 변화, 그리고 내부자금에 의한 금융제약 완화를 통해 투자에 영향을 미친다고 볼 수 있음.

표 10. 민간내수 증가율과 기업/가계소득 비율간의 관계 분석(1975~2010년)

구분	종속변수: 민간내수 증가율	
	OLS 1	OLS 2
상수	12.19 (5.81)***	12.69 (5.98)***
기업소득/가계소득	-53.47 (-2.55)**	
기업소득/가계소득(-1)		-61.38 (-2.72)**
외환위기 더미	-31.77 (-5.95)***	-28.51 (-5.81)***
$\bar{R}^2$	48.9	50.7
D.W.	1.56	1.59

주: 1) 민간내수 = 민간소비+총자본형성

2) ()안은 시차와 t 값

3) **, ***는 각각 5%, 1% 수준에서 계수값이 유의함을 의미

그림 8. GDP 성장률과 가계소득증가율

(단위: %)

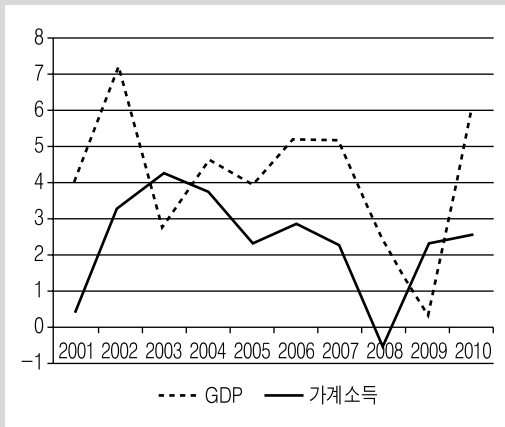
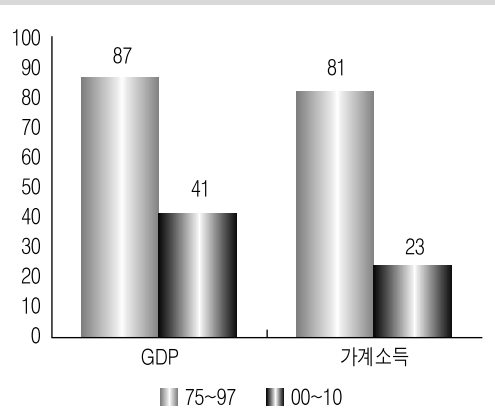


그림 9. 고도성장기 대비 성장률 하락 비교

(단위: %)



지 않았을까 하는 부분이다. 이 부분은 소득, 소비간의 관계와 연관이 있다. 2000년 이후 한국 경제에서 가계소비는 가계소득보다 빨리 증가하여 소비성향은 상승하였다. 소비성향의 상승은 저축을 하락은 물론 가계부채 증가에도 기여하였을 것이다. 문제는 소비성향 상승의 원인이 소득측면(소득부진)에 있는가 혹은 소비

측면(소비의 빠른 증가)에 있는가 하는 것이다 (물론 양자 모두일 수도 있다). 후자는 흔히 말하는 과소비와 연관된 것이다. 예컨대 금융위기전 미국의 경우 종종 가계의 과소비가 높은 가계부채 증가의 한 원인이 되었고 이것이 결국 금융위기로 이어진 것으로 이야기된다. 과소비는 학술적으로 정의된 용어는 아니지만,

대중적 논의에서 사용되는 용례를 볼 때 대체로 소비가 높은 증가율을 보이면서 소비성향이 높아지는 상황을 의미한다고 보면 무난할 것 같다. 금융위기전 미국의 경우 대체로 이러한 의미에서 과소비가 존재하였다고 볼 수 있다. 2000~07년간 미국의 실질 가계소비 증가율은 연간 2.8%로 가계소득 증가율이나 GDP, GNI 성장률을 모두 상회하였다. 특히 소비증가율과 GDP, GNI 성장률간의 격차는 연평균 0.4~0.5%로 큰 편이어서 이 시기의 미국 소비증가율은 경제성장률에 비해 상당히 높은 수준이라 할 수 있다.

그렇다면 2000년 이후 한국의 경우도 과소비가 가계부채 문제나 저축률 하락의 원인이 되었다고 볼 수 있을까. 주지하듯이 우리나라의 가계부채/가계가처분소득 비율은 최근 크게 높아져 금융위기 직전의 미국 최고수준을 상회하고 있고, 가계저축율은 큰 폭으로 하락하여 최근에 미국의 동비율을 하회하고 있다. 이 기간중에 가계소비성향은 상승하였고 가계부채는 빠르게 증가하였다. 여기까지는 금융위기 이전의 미국과 같다. 하지만 중요한 차이로서 금융위기

이전의 미국과 달리 2000년대의 한국에서는 가계소비 증가율이 GDP 증가율이나 GNI 증가율에 상당 정도 못미쳤다. 더욱이 이 시기에 이자율은 큰 폭으로 하락하고 자산가격이 상승하였으며 금융기관이 가계신용에 적극적으로 나서면서 가계의 유동성 제약이 크게 완화되는등 소비증가에 우호적인 환경이 조성되었음에도, 소비증가율은 GDP나 GNI 증가율을 하회하였다. 물론 그 이유는 앞서 본대로 가계소득이 매우 부진하였기 때문이다.

요컨대 2000년 이후의 한국경제에서 가계소비는 부진하였다. 다만 소비가 부진하였지만 가계소득은 그보다 더 부진하였기 때문에 가계저축율은 하락하고 가계부채가 빠르게 증가하였던 것이라 볼 수 있다.¹⁴⁾ 즉 2000년 이후 한국경제에서 가계저축률 하락이나 가계부채 문제 심화의 원인을 소득과 소비 측면에서 찾는다면 소비증가보다는 가계소득 부진을 지목하는 편이 타당한 것으로 보인다.

표 11. 가계부채 관련 지표의 한미 비교

(단위: %)

구분	부채/소득비율	가계부채	가계소득	가계소비	GNI	GDP
한국(2000~10년간)	1.8배 상승	12.3	5.8	6.3 (3.3)	6.9 (3.4)	6.9 (4.1)
미국(2000~07년간)	1.4배 상승	10.3	5.2	5.3 (2.8)	4.9 (2.3)	5.1 (2.4)

주: 부채비율을 제외한 지표는 경상기준 연평균 증가율, ()은 실질 증가율

14) 물론 가계부채는 소득/소비 관계 이외에도 집값과 같은 자산가격 추이, 가계의 자산 구입 행태, 인구학적 요소 등 다양한 요인에 의해 결정됨. 다만 여기서는 논의의 성격상 소득/소비 관계에만 초점을 맞추어 설명하고자 함. 가계부채 결정요인에 대한 상세한 논의는 '김현정 외(2010)' 참조.

5. 정책적 시사점

최근의 가계 기업간 양극화 현상은 양부문간의 성장 격차가 매우 크고 비교적 긴 기간에 걸쳐 확대되는 추이에 있다는 점, 가계소득 부진을 통해 우리경제에 여러가지 문제를 낳는 직간접적 원인이 되고 있다는 점에서, 적극적인 대응을 필요로 하는 중요한 현안과제라 할 수 있다.

위에서 살펴본 바에 의하면 최근의 가계 기업간 양극화는 무엇보다 임금소득의 부진에 가장 큰 원인이 있는 것으로 보인다. 따라서 동문제를 해소하기 위한 노력은 일차적으로 고용과 임금 부진 타개에 초점을 맞출 필요가 있다.

고용문제의 경우 금융위기 이후 정부의 적극적인 대응에 힘입어 최근에는 취업자 증가폭이 확대되는 등 개선 추이를 보이고 있다. 하지만 한계근로자나 사실상의 실업에 해당하는 일부 비경제활동인구를 포함한 실질실업률 등의 추이를 보면 금년 2분기까지도 높은 수준에 머물고 있어 아직도 일자리 창출 노력은 지속될 필요가 높다.¹⁵⁾ 특히 임금의 경우는 고용보다 개선이 부진하고 특히 최근에는 물가상승이 확대되면서 실질임금 회복에 더욱 악영향을 미치고 있다. 임금 부진을 타개하기 위해서는 고용의 양적 확대를 위한 일자리 창출 노력과 더불어 비정규직의 과도한 팽창을 억제하는 등 고용의 질적 개선을 위한 노력이 필요하다. 아울러 최근 수년간 임금상승이 생산성 상승률을 비교적 큰

폭으로 하회하는 추이가 지속되고 있다는 점에서, 생산성 상승률 수준의 임금 상승이 이루어지도록 환경을 조성하고 기업을 유도, 독려하는 방안도 모색해볼 필요가 있다.

또한 최근의 가계 기업간 양극화에는 조세 등 2차분배요인도 상당한 역할을 한 것으로 나타난다는 점에서, 이 부분과 관련된 대응방안도 검토해 볼 필요가 있다. 조세 및 준조세와 관련된 정책 추진시 향후 당분간은 가계소득 부진 해소나 가계기업간 격차 완화에 미치는 효과를 중요한 고려사항으로 삼을 필요가 있다.

다음으로 투자 활성화 역시 양부문간 양극화 해소에 기여할 수 있는 분야이다. 기업의 투자활동이 이자소득을 통해서 가계소득에 영향을 미치는 측면은 과거에 비해 중요성이 크게 낮아졌지만, 실물투자 활성화는 고용창출과도 연관된다는 점에서 여전히 중요하다. 현재와 같은 상황에서 기업의 실물투자 촉진을 위해 효과적인 정책분야로는 에너지 효율 제고 및 기후변화 대응과 관련된 부분이 유망할 것으로 본다. 이 분야는 중장기적으로 투자의 필요성이 매우 높은 분야이면서도 외부성과 불확실성이 높은 특성을 갖는다는 점에서 정부의 정책적 역할이 필요하고 또 이를 통해 민간의 투자를 효과적으로 유발할 수 있는 부문이라 할 수 있다.

한편 좀 더 범위를 넓혀 전체적 정책기조의 측면에서 본다면, 현정부 들어 그동안 기업친화적 환경 조성에 중점을 두고 정책을 추진해온

15) 기존의 일자리 정책과 더불어 보다 일자리 문제 해결을 위한 보다 근본적인 차원의 정책으로서, 정책적 수단을 통해 고용의 사회적 가치를 기업의 고용결정에 내부화함으로써 기업행태를 고용촉진적으로 유도하는 방안도 검토해 볼 필요가 있음. 출고(2010) '고실업, 강한 재정제약하에서의 일자리 창출방안'에서 관련 정책방안을 다루고 있음.

만큼, 그리고 이제 기업소득은 호조를 보이는 가운데 가계소득부진 해소가 과제로 등장하고 있는 만큼, 남은 기간 동안에는 가계소득창출 지원에 역점을 두는 정책추진이 바람직하다고 본다. 여기에는 위에서 언급한 고용 및 임금측면의 정책과 아울러 저소득계층이나 영세자영업자에 대한 소득창출지원, 각종 사회안전망 강화 등이 포괄될 수 있을 것이다.

마지막으로는 기업의 역할을 지적하고자 한다. 글머리에서 언급한 가계와 기업간 소득 흐름을 고려할 때 가계 기업간 양극화 내지 가계 소득 부진은 결국 내수 부진을 통해 장기적으로는 기업에도 악영향을 미칠 수 있다. 물론 수출

호조가 내수 부진을 상쇄하고 남는다면 기업 수익 호조가 지속될 수 있겠지만, 금융위기 이후 세계경제의 추이나 이미 수출의존도가 매우 높은 우리경제의 구조 등을 고려할 때 수출 호조에만 의존하는 경제성장은 장기적으로 지속가능하지 않다. 따라서 가계소득 부진이나 임금 부진 속에서의 기업소득 호조는 장기적으로 유지되기 어려울 뿐더러 전체경제의 장기성장능력을 약화시키는 결과를 낳을 가능성이 높다. 그런 점에서 장기적인 관점에서 기업 스스로를 위해서도 가계와 기업, 이윤과 임금간의 고른 증가를 추구하는 지혜가 필요할 것이다. **모건 벨리**

국제 보건복지 정책동향

영국의 건강영향평가 정책의 동향 | 최은진

영국의 건강영향평가 정책의 동향

Lessons learned from the Health Impact Assessment implementation in the United Kingdom

최은진 한국보건사회연구원 연구위원

1. 영국의 건강영향평가 도입의 역사적 배경

건강영향평가는 비교적 새롭게 대두되는 보건분야이며, 여러 영향평가의 한 종류로 분류되고, 단독 또는 환경영향평가의 한 부분으로 수행되기도 한다. 건강영향평가를 독립적으로 수행하기 앞서 환경영향평가의 제도를 가지고 있는 경우가 많다. 영국에서도 건강영향평가에 앞서 환경영향평가(1969년 시작됨)가 제도화되어 있었고 1980년대에 건강한 공공정책이 이슈로 대두되면서 정부정책에 대한 선제적인 건강영향평가의 필요성이 제기되었고 요구도가 증가하였다. 영국의 감사원(Health Audit)에서 건강영향평가에 관심을 가지게 됨과 동시에 실업,

경제, 보건 연구회(Unemployment, Economics & Health study group) 등이 초기의 건강영향평가를 선도하였다.

1990년대에는 국가 환경 및 건강영향평가(National Framework for Environmental and Health Impact Assessment; 1994)가 도입되면서 제도화된 건강영향평가가 시작되었다고 할 수 있다. 영국의 모든 지역에서 법적인 기반을 가지고 건강영향평가가 시작된 것은 아니었지만 정책적인 추진기반은 1995년의 국가정책평가 및 보건(Policy Appraisal and Health: series of the Health of the Nation)에 대한 보고서에서 출발하였다. 그후 영국내의 주요 정책계획에서 건강영향평가를 중요한 정책으로 도입하였다.¹⁾

환경영향평가에서의 건강영향의 효과를 평

1) 건강영향평가를 정책적으로 도입한 정부의 보고서: Secretary of State for Northern Ireland, Well into 2000, Department of Health and Social Services, Belfast, 1997; Secretary of State for Health, Our healthier nation: a contract for health, Cm 3852, The Stationery Office, London, 1998; Secretary of State for Scotland, Working together for a healthier Scotland, Cm 3584, The Stationery Office, Edinburgh, 1998; Secretary of State for Wales, Better health - better Wales, Cm 3922: The Stationery Office, London, 1998.

가하는 근거가 된 법은 자원관리법(Resource Management Act:1991)였다. 1995년부터는 개발프로젝트에서 건강영향평가를 하도록 촉구되었다. 1997년의 토니블레어총리정부에서 건강영향평가를 적극적으로 지지하면서 독립적인 건강영향평가를 여러 지방정부에서 도입하게 되었다. 정부에서 제시한 국민건강계획인 “Saving lives: our healthier nation(1999)”에서 건강영향평가는 국민건강증진을 위한 중요한 제도적 장치로 부각되었다. 이때 나온 주요 세부정책 계획서는 “Choosing health: Better health, better Wales; Working together for a healthier Scotland; Well into 2000 ”보고서 같은 것이 있다. 영국의 리버풀(Liverpool)시에서 1998년 첫 번째 건강영향평가회의(1st UK Health Impact Assessment Conference)가 개최되었다.

영국에서 최초로 수행된 건강영향평가는 1994년 맨체스터 공항의 제2활주로 공사에 대한 것이었고, 전향적 평가(사전 평가)로서 사업에 착수하기 전에 이루어졌는데, Lalonde의 건강장 모형(health field concept)을 이용한 방법적 틀을 적용하였으며 Merseyside guideline을 적용하였다. 건강의 형평성 과제는 향후 더 중점적인 이슈가 될 전망이다며 인권문제와 더불어 강화될 전망이다. 한편 건강영향평가는 통합된 영향평가에 포함되는 방향으로 추진되고 있다. Human impact assessment는 새롭게 대두되는 분야이다.

2000년초 영국 런던에서는 NHS의 권고에 따라 건강영향평가를 독립적으로 수행하기 시작하였다. 각기 다른 건강영향평가 프로젝트를 실시하고 평가함으로써 보다 효과적인 건강영

향평가의 모델을 개발하여 왔다. 효과적인 건강영향평가의 결과는 이해관계자와 참여자들의 건강과 웰빙에 대한 태도를 바꾸어 주는데 기여해 왔다. 건강영향평가의 평가결과를 발간하여 배포함으로써 전반적인 건강영향평가의 발전에 기여해 왔다. 건강영향평가를 평가하는 데에는 참가자들에 대한 조사, 인터뷰, 과정에 대한 분석 등이 포함되어 왔다. 건강영향평가의 평가는 건강영향평가의 시작단계부터 계획되어야 하고, 건강영향평가결과에 대한 지속적인 평가를 통해 변화를 모니터링할 필요가 있다고 권고되어 왔다.

최근의 건강영향평가는 보다 확장된 의미의 정책으로 간주되고 있다. 건강의 결정요인이 다양하고 사회문화적으로 다양한 요소를 동시에 고려해야 한다는 관점이 더 많은 지지를 얻고 있기 때문이다. 특히 건강위해성(health hazard)을 중심으로 한 협의의 건강영향평가는 좀더 많은 건강의 결정요인을 평가대상으로 하게 되었다. 즉 부정적인 건강요소 뿐만 아니라 긍정적인 건강요소까지 함께 평가의 대상으로 삼게 된 것이다.

건강영향평가는 접근방법이 다양할 수 있으나 근거를 활용하는 것과 지역주민의 참여를 통한 적절한 권고안 개발이 필수적인 핵심요소이다. 지역사회의 참여는 단순한 의견수렴이 아니라 정책을 수정하고 개선하는 데 지역주민이 참여하는 데 목표를 둔다.

표 1. 건강영향평가의 범위와 특성

구분	넓은의미	좁은 의미
건강에 대한 시각	포괄적임, 건강의 결정요인의 다양성을 인정함.	정의와 관찰범위에 따라 다름
학문분야	사회학, 역학	역학, 독성학
방향	민주적	기술적(technocratic)
정량화	일반적임	정확한 측정을 지향함.
근거의 종류	데이터가 주요 정보원임.	측정방법 및 도구
정확성	낮음	높음

자료: Health Development Agency, Evaluating Health Impact Assessment, NHS, 2003.

2. 도시계획에서의 건강영향평가 적용과 사례

영국에서 지역개발에 건강영향평가를 추진하게 하는 주요 제도적 기반은 지역계획(localism bill)과 형평성의 법률(Eualities legislation)에 있고, 정책적으로는 지속가능한 개발의 원칙에 기반을 둔다. 영국의 planning system은 국토사용 및 개발을 규제한다. 국토이용의 위치, 개발의 규모 등이 주요 심사대상이 된다. 이때 평가대상이 되는 요소는 사회적 환경적 건강모델의 모든 요인을 포함하고, 계획 및 구매법(Plannning and Compulsory Purchase Act 2004)의 38항에 근거한다. 개발계획(Development plan)의 한 부분으로 건강영향평가결과가 포함되어야 한다. 여기서 건강영향평가의 필요여부가 스크리닝자료로 포함된다. 스크리닝 과정을 필수요소로 포함시킴으로써 건강영향평가가 지역개발의 중요한 사전 고려요소로 간주되면서 동시에 많은 개발 사업을 제한하는 도구로 사용되지 않는다는 것을 뒷받침해주게 되며, 개발사업을 승인받는데 소요되는 시간을 절약할 수 있다.

도시계획사업에서 적용되는 건강영향평가는 광범위한 건강의 결정요인을 포함한다. 사업개발자는 이 계획에 대한 건강영향평가를 함으로써 건강영향에 대한 인식을 제고하게 되고, 건강영향평가의 도구에 익숙해지며 지역사회의 특별한 건강요구에 대하여 정보원을 가지게 된다. 또한 지역의 상황에 관련된 도구 및 지침을 가지게 되는 장점이 있다.

여기서 중요한 특징은 건강영향평가에 대한 별도의 법이 없는 상황에서도 기존의 개발사업 체계에서 건강영향평가가 실행될 수 있다는 것이다. 그 이유는 개발자들이 이슈를 발굴하고 문제를 해결하는 기회를 모색하게 하는 정치적 기반 때문이다.

리버풀은 세계보건기구협력센터와 연계된 건강영향평가의 기술지원을 받는 도시이다. 건강영향평가업무의 비전은 “Health in all policy”를 추구한다. 목적은 HIA의 문화를 개발하고 모든 정책개발에 건강영향평가를 통합하는데 초점을 둔다. 세부목표는 HIA의 역량을 개발하고, HIA를 지원 및 시행하게 하며 모니터링과 평가를 실시하는 데 있다. HIA의 역량개발은 인프라

를 수립하고, 사업과 프로그램의 지속가능성을 확보하고, 문제를 해결하는 데 초점을 둔다. 인프라는 HIA officer와 지방정부, health service와 연계하고 있다.

지자체에서 건강영향평가를 추진하면서 대두된 주요 장애요인은 건강의 정의의 범위가 모호함, 문화적 정치적 우선순위에 따라 건강주제의 우선순위가 밀린다는 점, 분야에 따라 가용한 자원이 부족한 점, 사업과 정책에 대한 영향평가의 업무량이 과다하게 되는 점 등이다. 한편 기회요인으로 부각되는 부분은 분야 및 부문간의 파트너십이 증가한다는 점, 다른 종류의 영향평가와 연계시키게 되는 점, 비보건분야에서 건강에 대한 관심이 증가된다는 점, 지역사회에서 새로운 건강영향평가의 네트워크를 마련할 수 있다는 점 등이다. 이 지역에서 건강영향평가를 실시함으로써 얻게된 결과는 국제적으로 인정받는 프로젝트를 생산한다는 점, 수요(demand)에 기반한 건강영향평가의 전략을 개발하게 되고 이에 따른 새로운 권고가 나온다는 점, 지역사회에 활용할 수 있는 전문화된 스크리닝 도구를 개발하여 자체적인 지침을 공급하고, 건강영향평가의 네트워크를 확산시킨다는 점 등이다.

지역사회개발사업에서 인구집단 또는 개인에게 미칠 수 있는 영향을 평가하기 위해서는 다양한 건강영향요인 중에서 사업으로 인해 영향받을 수 있는 특정한 영향요인을 도출해야 한다. 이를 위해서는 전문가의 견해도 필요하지만, 지역주민과의 인터뷰 등을 통해 정보를 수집하게 된다. 건강의 결정요인을 개인/가족요인, 환경적요인, 제도적 요인, 공공정책 등에 따

라 범주화되고 구분되어야 한다. 건강의 결정요인을 구분한 다음 관련된 영향이 발생하게 되는 단계를 구체적으로 예측해야 한다. 정책이나 사업의 도입단계, 사업의 시행단계, 사업이 끝난 단계 등 크게 세가지로 시간적인 구분을 할 수 있다. 건강의 결정요인과 사업의 단계별로 영향을 받는 주요 인구집단과 개인의 특성을 분석해야 한다. 또한 정책이나 사업으로 인해 받는 영향이 긍정적인지 부정적인지, 어느 정도 측정가능한지도 중요한 문제가 된다. 인구집단이 받게 되는 건강영향은 분명하고 구체적이며 직접적일 수 있으나 간접적이고 구체적이지 않을 수도 있다. 따라서 예측되는 건강영향을 다각적으로 평가할 필요가 있다.

3. 건강영향평가에서 근거활용의 원칙

건강영향평가에서 중요한 부분은 삼각측정법(Triangulation)이다. 최소한 세가지의 근거를 사용하여 권고를 해야 한다. 핵심적으로 사용해야 할 근거의 분야는 역학적 근거, 지역사회 프로파일, 이해관계자의 시각 등이다. 적합한 근거는 건강영향평가의 과정과 권고안을 개발하는데 중요한 자료가 된다. 영국 런던보건부(London Health Observatory)에서 발간된 근거의 검토지침에서는 가능한 시간과 인적, 물적자원의 범위안에서 근거를 적극적으로 활용할 것을 권고하고 있다. 근거의 종류는 발간된 논문이나 보고서(학술논문, 기타 보고서), 지역적인 데이터(communitiy profile, 센서스자료), 이해관

계자의 경험(이해관계자 워크숍 자료, 설문조사 결과 등) 등이 포함된다. 또한 근거의 사용은 윤리적이어야 한다. 세계보건기구의 고텐버그(Gothenburg)합의문에서 밝히고 있는 건강영향평가의 기본적 가치는 모두 네 가지로, 민주주의, 형평성, 지속가능한 발전, 그리고 근거의 윤리적 사용이 그것이다.

근거는 사업의 직간접적인 영향의 효과에 대한 연구결과나 보고자료가 될 수 있다. 그 외에도 건강영향평가를 수행함에 있어 더 많은 근거가 요구되는 분야는 다음과 같다.

- 건강의 결정요인과 관련된 다양한 효과와 다각적인 개입프로그램의 종류
- 다양한 학술분야에 기반한 근거. 건강증진과 관련된 광범위한 문헌의 검색이 필요함.

- 건강에 부정적 영향을 주는 요인의 가역성(reversibility) 대한 근거정보가 필요함. 대부분의 연구들이 부정적 요인과 긍정적 요인간의 관련성 등에 대해 연구하지만 이러한 부정적 요인의 가역성에 대한 연구가 부족하기 때문임.

- 전반적인 효과뿐만 아니라 불평등에 대한 잠재적 영향에 대한 근거가 필요함.

- 다양한 분야의 이해관계자가 참여한 연구들이 필요함.

- 정책개발, 계획, 의사결정분야 등 현실적으로 건강영향평가를 적용한 연구사례

- 근거가 적은 경우 정책개발을 위한 권고를 개발하는데 필요한 지침이 필요함.

근거고찰의 단계는 아홉가지가 있다. 근거고찰의 단계를 설정한 이유는 보다 합리적으로 근

표 2. 건강영향평가를 위한 근거의 고찰에 대한 지침

구분	고찰의 주제	구체적 고찰내용
A. 질문의 구조화	A1. HIA 주제와 관련된 핵심 요소	• 건강영향평가대상이 되는 사업주제와 관련된 요소 발굴(예: 교통정책의 경우 신체활동 수준, 도로의 우너활함, 취업, 교육 등의 요소)
	A2. 지역적 상황을 고려	• 스코핑단계에 적용될 수 있는 지역적 상황의 정보
	A3. 취약계층별 각기다른 취약성, 노출정도를 감안함	• 건강영향평가 대상이 되는 정책 및 사업의 구체적 내용과 관련된 요소
	A4. 정책의 효과	• 형평성개선 여부, 효과의 가역성(reversibility), 경제적 효과, 부정적 영향의 경감효과
B. 문헌고찰의 범위 결정	B1. 기존에 수행된 체계적 고찰 확인	• 다양한 검색엔진을 통해 체계적 고찰 검색 및 분석의 질 고찰
	B2. 기존의 체계적 고찰이 없으나 필요한 부분 확인	• 체계적 고찰의 분야에 대한 판별
C. 목적과 고찰의 구조 설정	C1. 고찰의 목적과 구조를 분명히 함	• 문헌고찰을 수행하기 위한 계획을 구체화함.

〈표 2〉 계속

구분	고찰의 주제	구체적 고찰내용
C. 목적과 고찰의 구조 설정	C2. 문헌고찰수행인력 및 기관을 구체화	• 문헌고찰수행인력 또는 기관의 역할과 책임, 수행기간 등 지정
	C3. 구조화	• 문헌검색조건을 상세히 하고, 결과를 요약 및 분석. 논문의 바이어스 및 가치를 분석
	C4. 제삼자에 의한 고찰결과 분석	• peer review의 과정을 구체적으로 계획함.
D. 포함 및 제외시키는 기준 설정	D1. 효과평가를 위한 연구설계의 종류	• 연구 및 보고서의 종류와 수집을 하기 위해 발간의 유형, 발간시점과 비용 등을 고려함. • 연구의 대상, 프로그램의 종류와 개입의 방법 등을 구체화함.
	D2. 접근가능성에 따른 기준	
	D3. 국가, 언어의 범위설정	
	D4. 대상집단별 프로그램의 종류	
E. 문헌검색의 수행	E1. 발행연도의 범위	• 문헌검색을 수행하는데 계획된 조건들은 많은 연구들을 포함할 수 있도록 설정할 수 있으나 제한된 시간과 인력 등 자원의 가용성에 따라 검색범위를 조정할 수도 있음. • 짧은 시간내에 수행되는 문헌검색을 위해서는 (임상적 근거의 경우) 민감도(sensitivity) 보다는 특이도(specificity)에 중점을 두고 검색함. • 같은 인구집단대상으로 수행하였으나 각기 다른 결과가 나온 것들을 구분할 필요가 있고, 비슷한 결과들이 나온 논문들은 중복이 있는지 점검할 필요가 있음.
	E2. 검색엔진의 범위	
	E3. 검색용어의 종류	
	E4. 대상문헌의 언어	
	E5. 주요 전문가 리스트	
	E7. 문헌과 논문의 갯수	
	E8. 자료수집의 장애요인 유형과 특성분석	
F. 비판적인 평가	F1. 연구의 취약성	• 근거를 도출한 연구설계의 취약성을 명확히 제시
	F2. 제외된 연구의 질에 대한 검토	• 연구설계의 질은 낮으나 현실에 기반하여 타당성이 높을 수 있다는 점을 감안하여 고찰함.
G. 해석	G1. 고찰한 결과의 종합과정	• 문헌고찰의 결과를 종합하는 과정은 체계적 분석 및 내용분석, 메타분석 등을 포함할 수 있으며 적절한 통계적 테크닉이 사용되었는지 평가되어야 함.
	G2. 문헌검색에서 발견된 근거중 빠진 부분에 대한 논의	• 건강영향평가 질문에서 추구하는 부분을 충족하지 못하는 근거의 종류를 파악함.
	G3. 고찰된 문헌의 질	• 연구의 바이어스, 적은 샘플 등 제한점 분석
	G4. 근거의 적절성 분석	• 사업의 효과, 위험요인 경감대책의 효과의 적절성
	G5. 형평성 근거 분석	• 형평성 제고의 근거를 줄 수 있는 정보를 도출
	G6. 경제성 분석	• 경제성 평가의 근거를 줄 수 있는 정보를 도출
	G7. 고찰의 종합	• 고찰된 문헌의 요약(연구설계의 종류와 유형, 분석방법, 결론의 종류 등)
	G8. 건강영향평가 관련성	• 건강영향평가의 대상이 되는 사업과의 직간접적 관련성 분석

〈표 2〉 계속

구분	고찰의 주제	구체적 고찰내용
G. 해석	G9. 원인과 효과의 관련성	• 위험요인 또는 건강결정요인과 관련된 원인과 효과의 관련성 분석
	G10. 노출-반응효과분석	• Threshold level 및 효과의 정량적 추계에 대한 정보 분석
	G11. 상반된 근거	• 같은 대상 또는 사업효과의 근거가 상반될 때 연구의 질적인 측면을 고려하여 평가
H. 결론도출	H1. 결론의 구성	• 건강영향평가를 위한 질문에 관련된 결론
	H2. 근거의 적합성	• 문헌고찰된 연구들의 제한점 등을 구체적으로 기술
	H3. 관련성	• 건강영향평가 대상집단 및 주제와의 관련성
	H4. 권고도출을 지원	• 건강영향평가에서 권고하는 제안을 뒷받침해야 함.
I. 보고	I1. 보고서의 구성	• B에서 H단계의 전과정을 기술
	I2. 건강영향평가를 위한 요약	• 건강영향평가에 활용을 위하여 근거의 신뢰성과 타당성을 중심으로 간략하게 요약하고, 상세정보를 얻을 수 있는 출처를 명기함.

자료: London health observatory, A guide to reviewing published evidence for use in health impact assessment, 2006.

거를 수집하고 고찰할 수 있도록 하기 위함이다. 또한 많은 근거중에서 특정한 분야에 대한 접근방법과 근거에 대하여 분석할 수 있도록 하기 위함이다.

4. 영국의 정신건강영향평가

영국에서 최근 건강영향평가의 한 분야로 새롭게 대두되고 있는 분야가 정신건강영향평가이다. 정신건강영향평가가 대두된 배경은 2000년대 중반부터 정신건강문제가 유럽지역의 주요 보건문제로 대두되어 왔기 때문이다. 여기서 정신건강의 개념은 개인이 일상의 스트레스를 견딜 수 있는 능력과 생산적으로 일하고 지역사회에 기여할 수 있는 능력을 의미한다(WHO,

2005). 정신건강은 개인의 안녕의 기본이 될 뿐만 아니라 효과적인 지역사회 기능의 바탕이 된다. 정신건강영향의 결정요인은 인구학적이 특성(연령, 인종, 성, 사회경제적 위치, 신체적 건강, 장애유무), 주거, 사회경제적 요인 등 다양한 요소를 포함한다. 정신건강영향평가의 과정은 일반적인 건강영향평가와 동일하지만, 정신건강에 미칠 영향을 구체적으로 전향적으로 평가한다는 데 목적이 있다. 정신건강영향평가의 핵심요소는 개인 및 사회사회의 통제력 유무, 적절한 지역사회자본의 유무, 참여적 생활이 극대화될 수 있는 가능성 등이다.

영국에서 정신건강영향평가에 대한 기대효과는 추진하려는 정책이나 사업을 수정하고, 주된 사업내용을 조정하고 비보건분야에서 정신건강의 중요성과 사업결과와의 연관성을 부각

표 3. 정신건강영향평가를 위한 보호요인과 관련된 영향요인

정신건강의 핵심요소	보호요인	인구학적 요인	사회적 요인	사회환경적 요인
• 인지적요소 • 정서적요소 • 사회적 기술 • 가치관	• 소속감 • 회복력 • 참여 • 통제력	• 연령 • 인종 • 성 • 사회적 위치 • 신체적 건강 • 장애의 유무	• 가족 • 이웃 • 사회 • 지역사회 • 국가	• 주거의 안전 • 환경의 안전(공공장소, 녹지공간 등) • 고용 및 직업활동 • 봉사활동 • 레저활동 • 건강한 식품의 공급 - 교육의 기회 - 소득 - 교통(비용, 접근성, 지속성)

자료: National Mental Health Development Unit, The Mental well-being impact assessment toolkit, 2011, UK

시키는 데 중점을 둔다. 정신건강영향평가에서는 일반적인 건강영향평가와 같은 과정을 따르고, 결과를 삼각측량(triangulation)하는 것도 동일하다. 정신건강영향평가를 통하여 기존의 보건서비스 인프라에서 제공하지 않지만 필요한 서비스의 수요를 파악하고 그 정신적인 결과를 전향적으로 평가하는 기회를 제공하는 장점도 있다. 정신적 건강증진은 건강한 라이프스타일의 선택과 정보력 함양, 자기통제력 등과 밀접한 관련이 있어서 앞으로도 건강영향평가의 중요한 분야로 발전할 가능성이 크다.

5. 시사점

영국에서의 건강영향평가는 독립적으로 법적 기반을 가지고 있지는 않으나 다양한 공공정책의 제도 안에서 건강영향평가를 중요한 요소

로 넣게 하는 기전을 가지고 있는 특징이 있다. 이러한 특징은 국민의 건강이 모든 공공정책의 영향을 받는다는 근거에서 비롯되고 있으며, National Health Service의 권고에 반영되어 왔기 때문이다. 또한 지방자치단체의 적극적인 참여가 체계적인 건강영향평가의 발전에 기여해 왔다고 할 수 있다. 영국의 건강영향평가의 특징은 적절한 근거의 확보와 적용, 지역주민의 적극적 참여, 형평성 제고 등 세가지로 요약될 수 있다. 런던시에서는 근거를 건강영향평가에 보다 체계적이고 쉽게 적용할 수 있는 가이드라인을 제공해 왔다. 리버풀 시에서도 자체적으로 건강영향평가를 시행하도록 지원하고 있다. 건강영향평가가 지역사회의 주민의 참여를 촉구하는 사업이기 때문에 건강증진의 필요성이 증가하는 시대에 건강영향의 요인에 대한 주민의 인식을 증대시키는 데에도 기여할 것으로 전망된다. 

보건복지 소식광장

7월 보건복지동향

글로벌 소식광장



7월 보건복지동향

보건복지부 보도자료 중 주요내용을 발췌한 것임.

- 편집자 주 -

■ ■ ■ 많이 낸 진료비, 건강보험이 돌려드립니다!

- 보건복지부와 국민건강보험공단은 2010년도 건강보험료 정산이 완료되어 개인별 본인부담상한제 상한액이 확정됨에 따라,
 - 2010년에 요양기관에서 사용한 진료비 중 본인부담상한제 상한액을(200~400만원) 초과한 금액에 대해 이르면 7월 13일부터 환급을 실시한다.
 - 본인부담 상한제란, 1년간 요양기관에서 사용한 의료비 중에서 일정금액(상한액 200~400만원)까지는 건강보험 가입자가 부담하고, 일정금액을 초과한 부분은 건강보험에서 지급하는 제도이다.
- '10년 환급 대상은 26만여명으로 총 4,631억원(사전 850억원, 사후 3781억원)을 지급할 계획이며 '09년에 비해 대상자는 약 1만명 정도 감소되었으나 환급금은 130억원 증가한 것으로 나타났다.
 - 대상자 감소이유는 '중증질환(암, 심장·뇌혈관) 산정특례' 대상자의 본인부담율 인하('10년 1월)와 중증화상환자의 산정특례 적용('10년 7월), 결핵의 희귀난치성질환 산정특례 적용으로 환자의 본인부담액이 감소되었기 때문으로 분석된다.
 - * 본인부담 10→5% 인하: 암('09.12), 심장·뇌혈관('10.1)
 - * 중증화상·결핵환자 본인부담 인하: 30~60%→5%('10.7)
- 건강보험공단은 환급 대상자에게 7월 5일부터 안내문을 발송할 계획이며, 안내문을 받은 가입자는 우편·인터넷·전화 등을 통해 건강보험공단에 환급을 신청하면 된다.

■ 2016년까지 가족친화기업에 연기금 투자 늘리기로

- 보건복지부(장관 진수희)는 7월 5일(11:30~13:20) 서울 하얏트 호텔에서 진수희 장관 주재로 시가총액 상위 100대 기업 CEO를 초청하여 ‘일-가정 양립을 위한 기업문화 조성 포럼’을 개최하고 저출산극복을 위한 가족친화·출산친화 경영에 기업 CEO들이 적극적으로 나서줄 것을 요청하였다.
- 이날 기조강연자로 나선 진수희 보건복지부 장관은 포럼에 참석한 기업 CEO 및 임원진에게 “저출산 극복은 지속가능한 성장과 복지의 필수요건이며, 이를 극복하기 위해 정부·기업 등 사회 각 부분의 역량을 결집해야 한다”고 강조하며 기업들의 적극적인 협조를 당부하였다.
- 진장관은 이어 “기업의 본래 목적이 이윤추구에 있으므로 출산친화·사회공헌을 비용으로 인식하는 측면이 있어 가족친화 경영의 협조요청만으로는 현실적 한계를 느끼고 있다”면서,
 - “국민연금기금을 유효한 수단으로 활용하여 출산·가족 친화 경영을 할 수 있는 인센티브를 주는 방법을 검토하고 있다”고 밝혔다.
- 진장관은 “국민연금기금이 현재 340조에 달하며, 주식에 투자하고 있는 62조원 중 3조1천억원을 사회적책임(SRIF)펀드에 투자하고 있으며, 이 펀드를 2016년까지 11조원으로 확대하여 가족친화경영을 열심히 하는 기업에 투자할 계획”이라고 말하고.
- “이를 위한 투자기준으로 활용하기 위해 현재 사회적책임투자지표를 만들고 있다”고 밝혔다.
- “기업에게는 생산력 제고를 통해 경쟁력을 강화하고 국민연금은 새로운 가입자를 확보함으로써 기업과 국민연금이 함께 Win-Win할 수 있다”고 강조하며,
 - “부양부담이 낮은 향후 5~10년간의 인구 보너스 기간을 기회로 합계출산율을 OECD 평균 수준인 1.7 수준까지 끌어 올릴 수 있도록 기업과 정부가 함께 노력할 것”을 당부하였다.
- 한편 이날 행사에는 시가총액 기준 국내 100대 기업의 CEO 및 임원진 50여명과 김영순 대통령 여성특보 겸 인구협회 회장 등이 참석하였다.

■ 국민연금, 기금운용 투명성 혁신방안 마련

- 보건복지부는 기금운용의 투명성과 대국민의 신뢰도를 제고하기 위하여, 「국민연금 기금운용 혁신 TF」를 구성하고, TF 논의 결과를 바탕으로 국민연금 기금운용 개선방안을 8월 중순까지 마련할 계획이라고 밝혔다.
- 국민연금은 최근 세계 4위 연기금으로 도약하여 글로벌 연기금으로 위상을 높이고, 2년 연속 두자릿수 수익률을 기록하는 등 성과에 있어서도 좋은 평가를 받고 있다

- 그러나, 최근 감사원 감사 결과에서 나타난 바와 같이 거래증권사 선정 등 기금운용과 관련한 일부 부적정한 업무 처리 등이 국민연금제도 전반에 대한 신뢰도를 저하시킬 수 있다고 보고,
 - 복지부는 기금운용 전반의 투명성과 신뢰성을 제고하기 위한대대적인 혁신방안을 마련하기로 했다.
- TF는 ① 투자 시스템의 투명성 및 공정성 확보 ② 개인거래 제한, 전관예우 금지 등 내부통제 강화 ③ 비리방지를 위한 처벌 및 인센티브 등 인력관리 시스템 개선에 중점을 두고 개선방안을 도출할 예정이다.
- 첫째, 투자결정시스템과 관련하여 거래증권사 및 위탁운용사 평가기준 및 평가 프로세스(정량 평가, 정성평가 등)의 합리적 개선방안, 기금운용본부 내 내부위원회(리스크관리위원회, 투자위원회, 대체투자위원회 등) 운영 등
 - 투자결정 · 관리 · 집행 과정의 투명성 제고 방안을 중점적으로 마련할 계획이다.
- 둘째, 내부통제체계 실효성 강화와 관련하여 전관예우 등 이해상충 문제, 개인거래 제한, 편의 수혜 제한 등 기존 컴플라이언스(compliance) 규정의 내실화 방안, 운용점검 및 자가점검 시스템 재정비 방안을 마련할 계획이다.
- 셋째, 인력관리 시스템 개선과 관련하여 기금운용의 투명성과 안정성을 뒷받침할 수 있는 인력관리 시스템, 공단 내 준법교육 등을 강화할 계획이다.
- TF는 보건복지부 주관(TF 단장: 사회복지정책실장)으로 공단과 외부전문가가 참여하고 3개(투자결정시스템, 내부통제체계, 인력관리시스템)의 분과를 설치하여 2개월 동안 한시적으로 운영하게 된다.

■ ■ ■ 복지부, “서민 희망”과“미래 준비” 위한 '12년 37조 6,874억원 예산요구

- 보건복지부는 서민희망과 미래준비를 위해 금년(33.6조원) 대비 12.3%(4.1조원 ↑)가 증가한 37조 6,874억원을 기획재정부에 요구함
 - 보건복지부의 '12년 요구 규모는 정부전체 총지출 요구규모(332.6조원)의 11.3% 수준
 - 금년 대비 보건복지분야 총 증가액 6.2조원의 66%(4.1조원)를 차지하는 규모임
- 보건복지부는 일을 통한 탈빈곤 지원*, 사회안전망 내실화 등을 위해 사회복지 분야에 금년대비 2.9조원이 증가한 29조 1,649억원 요구
 - * 보건복지분야 재정지원일자리 확대: '11년 354천→'12년(안) 415천개(61천개 ↑)
 - 특히, 기초생활보장 및 취약계층 지원 분야에 금년대비 6,539억원 증가한 9조 2,212억원 요구
- 공공의료 인프라 확충 및 건강보험 보장성 강화, 보건의료 R&D 투자 확대* 등 보건 분야에 8조

5,225억원을 요구함

* 보건의료 R&D 투자: '11년 3,351억원→'12년(안) 4,285억원(27.9% ↑)

〈2012년 정부전체 대비 복지부 총지출 요구 규모 비교〉

(단위: 조원, %)

구 분	'11년(A)	'12년 요구(B)	'11년 대비	
			증감(B-A)	(%)
◇ 정부 총지출*	309.1	332.6	23.5	7.6
• 예 산	216.4	235.3	18.9	8.7
• 기 금	92.7	97.3	4.6	5.0
◇ 보건·복지분야 총지출	86.4	92.6	6.2	7.2
◇ 복지부 총지출	33.6	37.7	4.1	12.3
• 예 산	20.7	23.6	2.9	13.9
• 기 금	12.9	14.1	1.2	9.6
* 복지부 지출 비중(%)	10.9	11.3		

* '11.6.30 50개 중앙관서가 기획재정부에 제출한 요구서 기준

〈2012년 보건복지부 분야별 세출 예산안〉

(단위: 억원)

구 분	'11(A)	'12년 요구(B)	11년 대비	
			B-A	%
〈총 지 출〉	335,694	376,874	41,180	12.3
○ 사회복지	262,993	291,649	28,655	10.9
- 기초생활보장	75,168	78,983	3,815	5.1
- 취약계층 지원	10,505	13,229	2,724	25.9
- 공적연금	109,106	123,412	14,306	13.1
- 보육	25,600	29,442	3,842	15.0
- 노인	37,313	40,612	3,299	8.8
- 사회복지일반	5,301	5,972	671	12.7
○ 보건	72,701	85,225	12,524	17.2
- 보건의료	15,599	19,849	4,250	27.2
- 건강보험	57,102	65,376	8,274	14.5

□ 상기 예산 요구안은 정부차원의 투자 우선순위, 국가재정규모 등을 고려하여 정부내 심의(기재부 예산실)를 거쳐 최종 정부안을 국회에 제출 예정(9월말)

※ 지난해에는 '11년 예산안 34조 7,485억원 요구('10년대비 12.0% ↑), 최종 정부안은 33조 5,144억원('10년대비 8.0% ↑)으로 확정되어 국회 제출

■ 저출산 극복 ‘마더하세요’ 캠페인 전개

□ ‘저출산 극복을 위해 기업의 참여를 독려하고, 남편의 육아참여 문화를 확산하기 위한 ‘마더하세요(마음을 더하세요+엄마되세요)’ 캠페인이 시작되었다.

○ 기존 저출산 극복 캠페인은 ‘아이의 소중함’을 부각하는 방향으로 진행(예, ‘아이는 내 인생 최고의 작품’ 등)되었으나,

– 일과 가정을 조화하기 어려운 직장, 가정 환경을 개선하지 않고는 저출산 극복에 한계가 있다는 판단에 패러다임을 전환하게 되었다

○ 먼저, 가정에서 아빠들의 육아참여를 확대하여 사회적으로 육아에 적극적인 아빠들에게 보내는 불편한 시선들을 변화시키기 위하여 아내와 자녀에게 마음 더하기 캠페인이 진행된다.

○ 또한, 엄마·아빠의 일과 가정의 조화가 가능하게 하기 위하여 직장에서도 마음 더하기의 중요성도 강조한다.

– 출산용품물려주는 직장 후배, 임신부 앞에서 큰소리도 내지 않는 직장 동료부터,

– 정시퇴근을 독려하는 부장님, 육아휴직 사용을 권장하는 사장님 및 배우자 출산휴가 중인 후배를 안심시키는 직장 선배까지 이들의 마음 더하기가 곧 ‘마더하세요’를 의미한다.

□ 보건복지부는 ‘마더하세요’ 캠페인의 일환으로 온라인 및 SNS를 통하여 ‘마음더하기 릴레이 캠페인’ 및 ‘세상을 바꿀 100인의 아빠단 프로젝트’도 진행하고 있다.

○ ‘마음더하기 릴레이 캠페인’은 임신·육아기에 있는 엄마, 아빠들에게 온 국민이 마음을 더하는 사회적 분위기를 조성하기 위한 것으로,

– 모바일 웹페이지에서 예비 엄마의 기대감 가득한 이야기, 아빠들의 좌충우돌 육아 이야기 등 가족의 바램을 담은 사연에 100인의 마음(응원 댓글)이 더해지면 바램을 이루어 주는 이벤트이다.

– 한편, 다음 주부터 ‘임신·출산·육아지원 정책 시뮬레이터, 김양수의 마더하세요 웹툰’ 서비스도 제공될 예정이다.

○ ‘100인의 아빠단 프로젝트’는 아빠의 육아참여 확대를 위한 것으로,

– 육아에 무지한 아빠가 스타 멘토*와 함께 ‘요리’, ‘놀이’, ‘육아’ 등의 비법을 전수받아 육아 고수가 되기까지의 과정을 ‘마더하세요’ 블로그 및 트위터, 페이스북을 통해 확산하는 캠페인이다.

*아나운서 박찬민, 탤런트 정은표, 개그맨 박준형 등 육아에 적극적인 롤모델

– 현재 ‘100인의 아빠단’ 참여자를 모집 중이며, 이달 말까지 보건복지부 홈페이지 및 ‘마더하세요’ 블로그에서 신청 가능하다.

* 보건복지부 홈페이지 ⇒ 팝업존 / www.motherplus.blog.me

- 진수희 보건복지부장은 “아이를 낳고 키우는 일은 아빠와 기업, 사회 구성원 모두의 관심과 배려가 더해져야 하는 일”이라며,
○ “저출산 극복을 위해 모든 국민의 ‘마음 더하기’가 필요한 시점이다”라고 말했다.

■ ■ ■ 하반기 응급의료 서비스, 이렇게 좋아져요!

- 보건복지부는 대국민 친화적인 응급의료 서비스를 제공하기 위해 오는 9월부터 응급의료 전용 헬기 이송 서비스를 본격화하는 등의 내용을 담은 2011년 하반기 응급의료 서비스 개선사항을 발표했다.

<국민생활 서비스>

- 의사탐승 응급의료 전용헬기, 인천·전남 지역 주민부터 수혜
- 응급환자 이송가능병원, 실시간 확인 가능
- 전문의가 진료하는 소아전용 응급의료센터, 4개 병원 추가 운영
- 취약지역에 지역응급의료센터 2개소, 지역응급의료기관 12개소가 새로 들어설 수 있도록 지원
- 응급 코디네이터 배치(85개 병원), 전원·이송 도우미 서비스 제공
- 응급의료기관 평가, 국민이 직접 참여 - 서비스만족도 설문평가

<정책 사항>

- 중증의상센터 설치 계획, 8월 중 사업내용 확정·발표

<법·제도 변경 사항>

- 응급실에서 당직전문의 직접 진료, 위반시 과태료 300만원('12년)
- 국내체류 외국인도 응급의료대상('11년)
- 환자이송 시 이송처치료 외 별도비용 청구불가, 위반시 행정처분('11년)

■ ■ ■ 당신의 노후, '100세누리'에서 상담하세요

- 보건복지부는 다가올 100세 시대에 발맞추어 성공적인 노후생활의 설계를 지원하기 위해 「100세누리(한국노인인력개발원 운영)」 포털을 7월 18일(월) 본격 오픈한다고 밝혔다.
○ 100세누리(www.100senuri.go.kr)는 일자리·교육·건강·여가·복지 등 생활 전반의 다양한

정보를 제공하고 노후생애 상담을 지원함으로써 체계적인 노후를 준비할 수 있도록 지원하는 맞춤형 노후정보포털이다.

□ 「100세누리」에서 제공하는 주요 서비스는 다음과 같다.

○ 첫째, 정부의 노인일자리아사업, 시니어 인턴 모집 기업 등 다양한 일자리 정보를 제공한다.

－ 특히, 구직노인의 희망직종, 지역접근성 등을 고려하여 구인 기업에 대한 정보를 자동으로 매칭 지원하며, 추천된 일자리에 대해서는 직접 온라인으로 참여 신청이 가능하다.

○ 둘째, 노후 설계상담 및 생활정보 제공 등을 통해 체계적인 노후관리를 지원한다.

－ 본인의 현재 노후 준비상태를 점검할 수 있는 자가진단 서비스를 제공하고, 온라인 전문상담 신청 시에는 3~5일내에 노후생애설계전문가로부터 온라인상담 결과를 무료로 받을 수도 있다.

－ 또한, 건강·여가·복지·재무 등 노후 생활에 필요한 전반적인 정보를 지속적으로 업데이트하여 최신의 정보로 제공된다.

－ 특히 이러한 정보는 60세 이상의 고령자들로 구성된 ‘지식활동대*’가 직접 기획·발굴한다는 점에서 더욱 의미가 있다.

* 지식활동대: 한국노인인력개발원 본원 및 5개 지역본부에서 6명이 활동 중

○ 셋째, 개인 맞춤 서비스를 강화하여 사용 편의성을 높였다.

－ 사용자는 일자리, 교육, 자원봉사에 대해 자신의 거주지, 기존 경력 등이 고려된 정보를 맞춤형으로 확인할 수 있으며,

－ 즐겨보는 메뉴 및 콘텐츠 설정을 통해 자신의 생애경력을 관리 할 수도 있다.

□ 복지부 관계자는 “100세누리 포털은 노후준비를 위한 정보 및 상담 서비스를 하나의 허브창구에서 쉽고 빠르게, 개인 맞춤형으로 제공한다는데 의미가 있다”고 강조했다.

○ 또한 스마트시대의 사용자 편의성 도모를 위해 향후 모바일 서비스도 추진할 계획이라고 밝혔다.

■■■ 대한민국 성인남성 흡연율, 지속 하락

□ 보건복지부는 21일 2011년 상반기 흡연실태조사결과를 발표하였다.

※ 조사기관(리스크피아트 조사연구소), 조사대상(전국 만19세 이상 성인 남녀 3,000명)

○ 상반기 성인남성흡연율은 최근 1년간 3.6%p, '10.12월 대비 0.6%p 감소하여 30%대 진입 이후 지속적으로 감소 추세를 이어가고 있는 것으로 나타났다.

※ 성인남성흡연율: ('09.12) 43.1% → ('10.6) 42.6% → ('10.12) 39.6% → ('11.6) 39.0%

- 성인여성흡연율: ('09.12) 3.9% → ('10.6) 2.8% → ('10.12) 2.2% → ('11.6) 1.8%
- 남성 흡연율은 30대(51.2%)가 가장 높고 60대(20.1%)가 가장 낮았으며, 여성은 20대(3.6%)가 가장 높았다.
- ※ 남성흡연율: (30대)51.2.1% > (40대)42.3% > (20대)40.5% > (50대)34.1% > (60대)20.1%
- 여성흡연율: (20대)3.6% > (60대)2.1% > (50대)1.6% > (40대)1.2% > (30대)0.9%
- 최초 흡연 및 규칙적 흡연 시작연령도 '10.12월에 비해 낮아져 각각 20.6세, 21.2세로 나타났다.
- ※ 최초 흡연연령: ('10.6) 21.2세 → ('10.12) 21.1세 → ('11.6) 20.6세
- 규칙적 흡연연령: ('10.6) 22.1세 → ('10.12) 21.6세 → ('11.6) 21.2세
- 현재 담배가격(평균 약 2,500원)에 대해서는 응답자의 41%가 '싸다'고 응답했으며, 적정 담배가격을 8,559원 정도라고 답했다.
- ※ 적정 담배가격: ('10.6) 8,510원 → ('10.12) 8,056원 → ('11.6) 8,559원
- 효과적인 금연정책으로 '금연구역 확대 및 단속강화' (27.3%), '담배가격 인상' (21.4%), 'TV 및 라디오를 통한 교육 홍보 강화' (19.4%)를 생각했고, 국민건강증진법에서 지방자치단체 조례로 지정토록 한 도시공원이나 버스정류장 등의 금연구역에서흡연 시 10만 원 이하의 과태료 부과에 대해 57.0%가 '적정하다'는 의견이었다.
- 전자담배에 대해서는 '금연을 위한 대용품' (40.1%), '기존 담배보다 덜 해롭다' (37%)라고 잘못 인식하는 것으로 나타났고, 응답자의 46.0%는 흡연의 위해성을 효과적으로 인식시키기 위해 담뱃갑에 '경고그림 삽입' 도입이 필요하고, 길거리, 음식점, 아파트 등도 금연구역으로 지정할 필요가 있는 곳으로 인식하고 있었다.
- 흡연율의 감소는 2010년부터 제기되기 시작한 담뱃값 인상 가능성에 대한 사회적 관심, 금연구역 확대 등 법적 규제 강화, 각 지방자치단체의 금연조례 지정 등 사회 전반적 금연분위기 조성이 지속적인 흡연율 감소에 영향을 미친 것으로 보인다.
- 그러나 OECD 국가들에 비해 매우 높은 흡연율을 획기적으로 감소시키기 위해서는 가격·비가격 정책을 포함한 포괄적 금연 정책의 추진이 필요하며, 특히, 2012년 개최 예정인 제5차 WHO FCTC(담배규제기본협약) 당사국 총회의 성공적 개최를 위해서는 협약 의무조항의 조속한 이행이 필요한 시점이다.

■ ■ ■ 14년까지 21개 분만취약지에 산부인과 설치 추진

- 저출산 등으로 인해 산부인과(분만실)가 해마다 감소하는 문제를 해소하기 위해 정부가 추진하는 '분만취약지 거점산부인과'가 본격적으로 운영된다.

○ 보건복지부는 ‘분만취약지 지원 사업’이 시범사업 수행 지역 선정, 시설·장비·인력 확충 등 6개월간의 준비 과정을 거쳐 7월부터 시작되었다고 밝혔다.

□ ‘분만취약지 지원 사업’은 지역 내 분만 가능한 산부인과(분만실)가 없어 발생하는 산모들의 불편함을 해소하고 안전한 분만 환경을 구축하기 위해 추진되는 정책으로

○ ’11년도에는 시범사업으로 분만취약지역에 거점산부인과를 설치, 운영 방안부터 추진하였다.

○ 이를 위해 지난 2월 말 충북 영동군, 전남 강진군, 경북 예천군 등 3개 지역을 시범사업 수행 지역으로 선정하였으며,

* (보도자료) 3.2.(조건) 분만취약지역 3곳, 정부지원 산부인과 설치·운영

○ 이 중 충북 영동군과 경북 예천군에서 거점산부인과 운영 준비를 완료하고 7월부터 산부인과 진료를 시작하게 됐다.

[시범사업 지역별 산부인과 개소 현황]

- 충북 영동군 영동병원: 산부인과 개소식 실시(7월 9일)
- 경북 예천군 예천권병원: 산부인과 개소식 예정(7월 29일)
- 전남 강진군 강진의료원: 현재 사업 진행 중으로 8월 중 운영 예정

□ 시범사업 수행 의료기관은 거점산부인과 설치, 운영을 위해 국비 및 지방비를 지원 받아 산부인과 관련 시설, 장비를 도입하였으며,

○ 전문적인 산부인과 진료와 24시간 분만이 가능하도록 산부인과 전문의 2명과 간호사 8명, 신생아·소아과 진료와도 연계될 수 있는 소아청소년과 전문의도 배치하였다.

* 산부인과 시설·장비 구축 비용 10억원, 산부인과 운영비(6개월분) 2.5억원 등 총 12.5억원 지원(국비 50%, 지방비 50%)

* ’12년부터는 연간 운영비 5억원 지원 예정(국비 50%, 지방비 50%)

○ 또한 거점산부인과에서는 일반적인 산부인과 진료, 분만 외에도 해당 지역 보건소와 연계·협력을 통해 지역 산모를 대상으로 한 다양한 보건의료사업을 추진할 예정이다.

[지자체별 보건의료사업 내용]

- (영동군) 저소득 가구 등 취약계층 및 다문화가정 임산부와 신생아 진료 강화, 관내 및 인근 지역 임산부를 대상으로 교육 프로그램 운영 등
- (예천군) 임산부 산전·후 보건 교육 및 영유아 예방접종 사업 위탁, 경상북도 운영 찾아가는 산부인과 사업과 연계한 환자 관리, 진료 등

- 한편, 복지부는 현재 추진하고 있는 ‘분만취약지 지원 사업’을 확대하여 산부인과(분만실) 지원을 강화해 나간다는 입장이다.
 - 우선 52개 분만 취약지역 중 산부인과 설치·운영이 가능하다 판단되는 지역(21곳 내외)은 ’11년도 시범 사업과 같이 거점산부인과 설치, 지원을 확대하고,
 - 도서산간 지역 등 지리적 특성 및 적은 출생아(인구) 수 등으로 산부인과 운영이 어렵다고 판단되는 지역(31곳 내외)에 대해서는 지역별 특성을 고려, 산전 진찰 서비스 확대, 의료기관 연계 체계 구축 등의 방안을 마련, 구체화시킬 예정이다.
 - * 취약지 인근 분만 가능산부인과와 지자체간 MOU를 통한 산전 진찰 서비스 제공, 산모 등록·관리제 운영을 통한 산모 밀착 관리 등
 - 아울러 신생아집중치료실 확충 사업, (가칭)고위험 분만 통합 치료센터 개발 추진 등 고위험 산모·신생아를 위한 정책과의 연계도 추진한다는 계획이다.
- 보건복지부 관계자는 “이번 분만취약지 거점산부인과 운영을 통해 상대적으로 의료 환경이 열악한 지역, 특히 농어촌 지역의 산모도 안심하고 아이를 낳을 수 있을 것으로 기대한다.”면서,
 - “이 사업이 성공적인 정착과 지속적인 확대를 위해 해당 지자체와 함께 산부인과 운영, 진료 실적 등을 점검하고, 사업 추진 과정에서 발생하는 문제점 등은 지속적으로 보완해 나갈 계획”이라 밝혔다.

■ ■ ■ 액상소화제, 외용연고 등 외약외품 전환 품목 7월 21일부터 약국외 판매 가능

- 보건복지부는 의약품 구입 불편 해소를 위해 안전성에 문제가 없는 것으로 인정되는 액상소화제, 정장제, 외용제 중 일부 품목을 의약외품으로 전환하는 내용을 골자로 하는 「의약외품 범위지정」 고시 개정안을 20일간의 행정예고 기간(6.29~7.18)을 거쳐 7월 21일자로 공포·시행하였다.
 - 또한, 식품의약품안전청(청장 노연홍)은 「의약외품 범위지정」 고시 개정에 따라 세부기준을 정하는 「의약품등 표준제조기준(이하 ‘표준제조기준’)」 고시 개정안을 같은 날자에 공포·시행하였다.
 - 이에 따라 액상소화제, 정장제, 자양강장변질제 등 48개 품목은 약국뿐 아니라 슈퍼, 편의점, 대형마트 등 소매점에서도 판매가 가능해졌다.
- 「의약외품 범위지정」 고시가 7월 21일부터 시행됨에 따라 48개 품목은 일반의약품에서 의약외품으로 전환되어
 - 기존에 ‘일반의약품’으로 표시되어 유통되고 있는 것도 슈퍼마켓, 편의점, 마트 등에서 판매가

가능하다.

○ 다만, 복지부와 식약청은 일반의약품으로 표시된 액상소화제, 외용제 등이 슈퍼, 편의점에서 판매될 경우 소비자들이 혼란스러워할 수 있는 점을 고려하여 이번에 전환되는 의약품에 대해서 슈퍼, 편의점 등에서 안내문을 게시토록 협조 요청할 예정이다.

□ 소비자들이 이번에 전환되는 의약품들을 직접 슈퍼나 편의점 등에서 구매하는 것은 이르면 다음 주 중으로 가능할 것으로 보인다.

○ 한국편의점연합회, 슈퍼마켓협동조합 연합회에서는

– 제약회사, 도매업자와의 새로운 상품 등록에 따른 공급가 등에 대한 거래계약 체결, 상품 코드 등록 등 행정상 준비절차가 일주일 정도 소요될 것으로 예상되지만,

– 국민 편의제고를 위해 최대한 빨리 준비를 마치겠다고 알려졌다.

□ 보건복지부는 이번 의약품 전환 품목을 생산하는 18개 제약회사에 대해 7월 21일에 고시가 시행된 만큼 의약품 제조판매품목신고필증을 조속히 교부받고,

○ 소비자 혼란을 최소화하기 위해 향후 생산되는 품목은 ‘의약품’이라고 기재하여 생산해 줄 것을 요청할 예정이다.

의약품 전환 품목 (48개)

〈건위·소화제 품목〉	1	까스명수액(삼성제약공업)
	2	생륙천액(광동제약)
	3	위청수(조선무약)
	4	까스명수골드액(삼성제약공업)
	5	까스일청수(일화)
	6	솔청수액(조선무약)
	7	광동위생수액(광동제약)
	8	카보명수(조선무약) *
	9	쿨명수액(동화약품공업) *
	10	기명수(조선무약) *
	11	위쿨액(동화약품공업) *
	12	까스허브명수액(삼성제약공업) *
	13	솔표까스솔청수(조선무약) *
	14	위솔액(조선무약) *
	15	씨롱액(슈넬생명과학) *
	16	씨롱에프액(슈넬생명과학) *
	17	까스활명수라이트액(동화약품) *
	18	가스활명수소프트액(동화약품) *

* 국내에서 유통되고 있지 않는 품목('10년)

〈정장제 품목〉	1	청계미아비엠정(미아이리균)(청계제약)
	2	신비오펜르민에스정(동아제약)
	3	미아리산유정(한독약품)
	4	강미아리산정(한독약품)
	5	락토메드산(일동제약) *
	6	청계미아캡셀(미아이리균)(청계제약) *
	7	락토메드정(일동제약) *
	8	청계미아더블유정(청계제약) *
	9	청계미아비엠산(공입균)(청계제약) *
	10	청계미아정(미아이리균)(청계제약) *
	11	헬스락토정(협진무약) *

* 국내에서 유통되고 있지 않는 품목('10년)

〈연고·크림제 품목〉	1	안티푸라민(유한양행)
	2	마데카솔연고(동국제약)
	3	센텔레이즈연고(태극약국) *
	4	센텔라제연고(유유제약) *
	5	카스칼크림(목산제약) *

* 국내에서 유통되고 있지 않는 품목('10년)

〈첨부제(파스) 품목〉	1	대일시프햇(대일화학공업) *
	2	대일시프쿨(대일화학공업) *

* 국내에서 유통되고 있지 않는 품목('10년)

〈드링크류 품목〉	1	박카스D(동아제약)
	2	알프스디-2000액(동화약품)
	3	타우스액(일양약품)
	4	삼성구론산디(삼성제약)
	5	유통액(유한양행)
	6	영진구론산바몬드에스(영진약품) *
	7	활원액(동화약품) *
	8	아미나젤액(영진약품) *
	9	박카스F(동아제약) *
	10	박탄F(삼성제약) *
	11	리점프액(삼성제약) *
	12	다넥스액(영진약품) *

* 국내에서 유통되고 있지 않는 품목('10년)

8월부터 고액재산 보유자는 피부양자에서 제외하여 보험료 부과

□ 국민건강보험법 시행규칙 개정으로 8월부터는 9억원 초과(재산세 과세표준액 기준) 고액재산 보유자는 직장 피부양자에서 제외, 지역가입자로 전환하여 보험료를 부과할 예정이다.

* 주택의 경우 재산과표 9억원은 공시가 15억원 수준이며 실거래가로 18~19억원 수준

○ 보건복지부는 22일 이 같은 내용을 골자로 하는 국민건강보험법 시행규칙 개정안이 공포되어 시행되었다고 밝혔다.

- 이에 따라 적용대상자 약 18천명이 월 평균 약 22만원의 보험료를 납부할 것으로 전망된다 (연간 480억원).

□ 그간 부담능력이 있는 피부양자가 보험료를 부담하지 않아 무임승차 논란 및 형평성 문제가 제기되어 왔다.

○ 특히 동일한 재산을 보유하고 있는 사람이라도 직장가입자인 가족이 있느냐에 따라 보험료 부과여부가 달라지는 문제가 있었다.

(사례) ① 박모씨(66세)는 재산 14억, 자동차(2,000cc, 3년) 1대를 보유하고 있으나 자식의 직장 피부양자로 등재되어 보험료 미부담

(사례) ② 김모씨(67세)는 박모씨와 동일한 재산을 보유하고 있으나, 직장가입자인 자식이 없어 월 252천원의 지역보험료 부담

○ 개정안은 9억원(재산세 과세표준액 기준) 초과 고액 재산보유자를 지역가입자로 전환하여 보험료를 부과하게 되며,

- 등록장애인, 국가유공상이자 등은 부과대상에서 제외하여 시행할 예정이다.

위 사례①의 박모씨(67세)는 법령개정 후 월 252천원 지역보험료 부담

○ 한편, 장애인 및 국가유공상이자와 함께 예외로 논의되었던 20세 미만자와 대학원 이하 재학 중인 자는 규제심사과정에서 예외로 인정하지 않는 것으로 결정되었다.

- 심사과정에서 규제개혁위원회 위원들은 이 제도가 고액 재산을 가지고 있는 사람들이 그 동안 피부양자가 되어 보험료 부담을 하지 않는 것을 개선하기 위한 것인데, 미성년자나 대학원생 등에 대하여 보험료 부담을 면제하는 것은 이 취지에 부합하지 않는다고 지적하였다.

- 특히 대학원생은 사이버대학 등에 낮은 비용으로 등록하여 보험료 부담을 회피할 수 있다는 점을 제기하였다.

- 다만, 장애인은 장애로 인하여 생활 비용이 많이 소요된다는 점과 사회적 약자임을 감안하고, 국가유공자들은 국가에 기여한 공헌자임을 고려하여 보험료 부과에서 예외로 하는 것에 공감하였다.

□ 보건복지부는 보험료 상한선 조정*, 고액재산보유자 피부양자 제외 조치와 함께 향후 형평성 있

는 보험료 부과를 위한 제도개선을 지속적으로 추진할 예정이라고 밝혔다.

* 월 보험료 상한선을 직장가입자 186만원→220만원, 지역가입자 182만원 →210만원으로 조정
(7월 기 시행)

■ 자활기금 운용 활성화 방안 마련 추진

□ 보건복지부는 저소득 취약계층의 자립지원을 위하여 현재 각 지자체에서 조성하고 있는 자활기금을 적재적소에 사용할 수 있도록 활성화 방안을 마련하고, 그 결과를 지자체 평가에 반영하는 등 지자체를 적극적으로 독려해 나갈 계획이라고 밝혔다.

○ 무엇보다도 복지부는 자활기금이 저소득층의 자활경로 지원을 위해 활용될 수 있도록 복지사각지대에 놓이거나, 재원투입이 곤란한 수요를 발굴하여 자활기금을 필요한 곳에 우선적으로 활용한다는 구상이다.

○ 최근 보건복지부가 일을 통한 탈수급자에게 본인 부담의 건강보험, 국민연금, 고용보험 등 사회보험료 일부를 자활기금을 통해 한시적으로 지원할 수 있도록 국민기초생활보장법 시행령 개정을 추진하고 있는 것도 이의 일환이다.

□ 자활기금은 자활지원 사업에 대한 기본적인 인프라가 미비하고 지역별 편차가 큰 현실에서 지역별 여건에 부합하는 자활지원 사업을 탄력적으로 수행하기 위한 목적으로 조성하는 기금이다.

○ 자활기금은 2000년 저소득층의 빈곤탈출을 돕기 위해 국민기초생활보장법이 마련됨에 따라, 250억원의 정부출연금을 통해 설치되었다.

□ 국민기초생활보장법 시행 10여년이 흐른 지금, 저소득층에 대한 기초생활을 보장하는 단계에서 한 발 더 나아가 근로빈곤층의 일을 통한 자립지원에 대한 다양한 사회적 욕구가 표출되고 있으며, 이에 자활기금 운용 또한 새로운 전환점을 맞이하고 있다.

○ 이에, 보건복지부는 작년 말부터 기금 분야 전문기관(한국조세연구원)을 통하여 「자활기금 사용실태조사 및 활성화 방안」에 대한 연구를 실시하여 그간 자활기금 사용현황을 살펴보고, 더욱 활성화할 수 있는 길을 모색하였다.

□ 연구보고서에 따르면, 지난 10여년은 자활기금을 안정적으로 조성하기 위해 각 지자체에서 노력한 시기로, 작년 말 기준으로 자활기금은 16개 시·도와 213개 시·군·구에 설치되어 있으며,

○ 3,290억원의 기금을 조성하고, 근로빈곤층의 자립지원을 위한 시드머니로 그 중 822억원을 집행하여 활용하고 있는 것으로 나타났다.

○ 보고서는 기금 조성액 대비 누적 집행률은 2001년 3%대에서 2010년 25%로 매년 지속적으로 증가하고 있는 추세를 보이나, 조성된 자활기금 규모를 감안하여 집행률을 좀 더 높일 필요가

있다고 언급하였다.

※ (지침) 자활기금의 안정적인 운용을 위해 조성액의 50% 한도내에서 기금 활용 가능

○ 다만, 기금집행액이 2007년 이후로 꾸준히 증가하는 등 추가 조성액 대비 집행률은 점차 개선되는 경향을 나타낸다고 평가하였다.

□ 한편, 자활기금은 해당 지역의 재정자립도, 자활사업 여건, 지자체 의지 등에 따라 자활기금이 운용되는 경향이 강한 것으로 나타나, 지자체마다 자활기금 조성과 활용에 대한 인식 차이가 다소 있는 것으로 보인다.

○ 16개 시·도에서는 자활기금 조례를 제정하여 기금을 모두 보유하고 있으나, 228개 시·군·구 중 15개 기초지자체에서 자활기금 조례가 제정되지 않아 기금이 설치되지 않았으며, 조례는 있으나 기금이 미조성된 지자체는 4개이다.

※ (조례 미제정) 서울 동작구, 서초구, 강동구, 인천 옹진군, 경기 과천시, 광주시, 동두천시, 양평군, 여주군, 의왕시, 이천시, 연천군, 강원 철원군, 충북 진천군, 충남 계룡시

(기금 미조성) 서울 용산구, 강원 고성군, 경남 의령군, 남해군

- 또한, 자활기금을 조성·운용 중에 있는 지자체에서도 작년에 기금을 미활용한 지자체가 대구, 광주 등 2개 광역시를 포함해 102개로 나타났다.

- 미사용한 대개의 시·도, 시·군·구는 자활기금을 안정적으로 운용할 수 있는 금액인 5억원보다 적게 적립되어 있는 것으로 나타났다.

○ 그간 자활기금 총 조성액은 3,290억원으로, 경기도가 677억원으로 가장 많은 기금을 조성하였으며, 전라남도, 전라북도, 서울이 각각 364억원, 359억원, 332억원을 조성하여 그 뒤를 이었다.

- 다만, 경기와 서울은 지자체 출연금이, 전남과 전북은 기금운용수익이 수입의 대부분을 차지하는 등 지자체별 차이를 보였다.

- 한편, 제주도는 33억원, 울산은 46억원으로 자활기금을 가장 적게 조성한 그룹에 속하였다.

※ 조성(집행)액: 광역지자체 조성(집행)액과 해당 기초지자체 조성(집행)액 합산

□ 보고서에 따르면, 이러한 기금조성·집행이 낮은 요인은 저소득 취약계층을 주대상으로 하는 복지사업으로 지자체 자활기금 담당자가 기금손실에 대한 상당한 부담을 느끼고 있으며, 과중한 업무량에 비해 상대적으로 사기를 고취할 유인이 부족한 점이 꼽힌다.

○ 이러한 상황에서 각 지자체에서는 자구노력으로 기금손실을 최소화하고, 저소득 빈곤층에 대한 혜택을 극대화하기 위하여 원금을 안정적으로 회수할 수 있는 자활공동체, 자활근로사업단

등에 대한 창업지원 융자사업 중심으로 활용한 것으로 나타났다.

- 그간 총 집행한 822억원 중 약 44%에 해당되는 363억원을 전세점포 임대지원(259억원), 자활공동체 사업자금 대여(106억원) 등에 지출하여 지원 대상자의 도덕적 해이를 방지하고, 일을 통한 자립역량을 키우고 있다.

※(자활공동체) 2인이상의 수급자 또는 저소득층이 상호·협력하여 공동사업자의 형태로 탈빈곤을 위한 자활사업을 운영하는 업체
(자활근로사업단) 국민기초생활보장법에 의한 저소득층에게 자활을 위한 근로기회를 제공하여 자활기반을 조성하는 사업단

○ 연도별 기금 집행액 추이를 살펴보면, 2001년 17억 2,500만원에서 2010년 153억 8,932만원으로 지난 10여년간 기금 집행액은 9배가량 증가하였으며,

- 지자체별로는 전라남도가 145억원으로 가장 많은 금액을 집행하였으며, 이어 경기도 142억원, 전라북도 128억원, 서울 78억원 순으로 자활기금을 지출하였다.

- 전남은 저소득층 창업자금 대출, 생활안정 지원 등에 주로 활용하였으며, 경기, 전북, 서울은 전세점포임대, 사업자금 대여 등 융자사업을 중심으로 집행한 것으로 나타났다.

□ 보건복지부 관계자는 “이러한 실태조사 결과를 반영하여 금번에 마련하고 있는 자활기금 활성화 방안이 앞으로 실효성있게 작동할 수 있도록 행정안전부, 고용노동부, 지자체 등 유관부처와 지속적으로 협력해 나갈 것이다”고 언급하며,

- “또한, 자활기금이 저소득층 빈곤탈출과 자립성공을 위해 의미있는 종자돈이 될 수 있도록 적극적으로 활용할 수 있도록 여건을 만들어 나갈 계획이다”고 밝혔다.



Global Goings-on

영국

저열량 식단으로 제2형 당뇨를 치료할 수 있다

Low-calorie diet offers hope of cure for type 2 diabetes

- ▶ 영국에서 실시된 한 연구에서 2개월간의 극단적 식사조절을 통해 기존의 '평생' 질병에 대한 관념을 뒤엎고 제2당뇨를 고칠 수 있다는 결과가 나와
- ▶ 비만과 관련된 제2형 당뇨병을 가진 사람들이 2개월 간의 극단적인 저열량 식사를 통해 적어도 잠시 동안이나마 당뇨에서 해방되어
 - 연구를 진행한 Newcastle University의 과학자들에 따르면 한 번 걸리면 평생 가는 줄로 여겨진 제2형 당뇨병에 대한 고정 관념이 깨어지게 되어
 - 영국에서는 250만 명이 당뇨병 환자이며 그 중 대부분은 제2형 당뇨병을 앓고 있어
 - 전 세계적으로 당뇨환자의 수는 점점 늘고 있어

- 제2형 당뇨병은 약물로 관리하다 결국에는 인슐린 투여를 해야 해
- 당뇨로 인해 시력을 잃거나 발을 절단해야 하거나 생명이 단축될 수도 있어

▶ 연구에 참여한 11명 중 7명이 당뇨에서 해방돼

- 영국 당뇨병협회에서 지원한 이 연구에서 참가자들은 2개월 동안 매일 600칼로리만 섭취해
- Newcastle University의 Roy Taylor 박사는 수년간 당뇨를 앓아오던 사람들이 8주간의 식사조절을 통해 당뇨에서 벗어날 수 있다는 것은 놀라운 일이며 제2형 당뇨병에 대한 혁신적인 이해의 변화를 불러왔다고 말해

▶ 제2형 당뇨는 혈당이 지나치게 높아 발생하는 만성병으로 비만과 밀접한 관련이 있어

- 다이어트 음료와 전분이 없는 야채로 구성된 저열량 식사는 체장을 둘러싸고 있는 지방을 제거하여 체장이 인슐린을 생성하지 못하도록 해

▶ 8주간의 식사조절기간이 끝난 후 참가자들은

정상적인 식사를 할 수 있게 됐으나 건강식품과 섭취량에 대해서는 의사의 권고를 따라
- 연구 참가자 중 10명이 재검사를 받았으며 이 중 7명에게는 여전히 당뇨가 발견되지 않아

- ▶ 영국 당뇨병협회의 Iain Frame 연구국장은 사람들이 의사의 권고와 도움 없이 극단적인 식단조절에 들어가는 것은 위험하다고 경고해

2011년 6월 24일 / The Guardian

〈원문링크: <http://www.guardian.co.uk/society/2011/jun/24/low-calorie-diet-hope-cure-diabetes>〉

중 국

중국 한 아이 정책의 개혁에 나선 광둥성

China's most populous province launches a public criticism of the one-child policy

- ▶ 정책 시행 당시 많은 논란을 일으켰던 중국의 한 아이 정책은 오늘날 더 많은 논란을 낳고 있어
 - 최근까지 중국인구에 대한 논의는 대부분 인구학계에 국한돼 와

- 이들은 이 정책이 중국에 미친 긍정적 효과는 매우 미미하며 현재는 인구대체율에 못 미치는 출산율과 불균형한 인구구조를 초래하는 등 중국에 점점 폐해를 입히고 있다고 주장해

- ▶ 이 논의가 정치적 쟁점으로 떠오르기 시작해
 - 1억4천만 규모로 중국에서 가장 밀집한 인구조밀지역인 광둥성의 인구가족계획위원회 의장 Zhang Feng씨는 언론에다 자신이 중국의 가족계획 정책 완화에 앞장 설 수 있도록 해 달라는 요청을 중앙정부에 공식적으로 제기했다고 말해

- ▶ 중국의 한 아이 정책은 다소 오해를 받고 있어
 - 대부분의 도시에서 부부는 한 아이만 가질 수 있지만 예외도 있어
 - 부부 모두 독자인 경우 이 부부는 아이를 둘까지 낳을 수 있어
 - 일부 부부는 첫 아이가 딸이거나 지역 관료들이 정한 기준에 따라 어떤 “곤경”을 겪고 있으면 둘째 아이를 가질 수 있어
 - 소수민은 첫째 자녀의 성별에 관계 없이 둘째 아이까지 가질 수 있어

- ▶ 그가 받은 많은 관심에 비해 Zhang씨의 제안은 사실상 완곡해
 - 그가 구하는 수준은 부모 중 한 명이라도 독자인 경우 아이를 둘까지 허락하자는 것
 - 대부분 도시에 사는 결혼적령기의 남녀는 독자이기 때문에 실제로 여기에 적용될 수는 상대적으로 크지 않아

- 따라서 Zhang씨의 제안에 해당될 인구는 이주 근로자와 도시 거주자의 결혼으로 맺어진 부부일 것
- ▶ 중앙정부에 제출한 요구서는 대중에 알려지는 법이 별로 없기 때문에 혹자는 Zhang씨의 제안을 기회주의로 보고 있어
 - 그러나 동기가 무엇이든 간에 Zhang씨의 요구는 두 가지 면에서 매우 중요한 의미를 담고 있어
 - 하나는 중국의 한 아이 정책에 대한 간접적인 공개 비판이라는 점이며 다른 하나는 향후 이 분야의 어떤 캠페인에서도 광둥이 선두주자가 될 것이라는 점임.
 - 광둥성은 중국 인구통제로 인한 많은 문제들을 안고 있는데 그 중에서도 신생아들의 불균형한 성별이 심각해
 - 강력한 남아선호 문화와 초음파 영상기술의 발달로 인해 태아의 성별을 식별해 남자가 아니면 낙태하는 사례가 증가해
 - 이는 또한 전 국가적인 문제로 이 문제가 가장 심각한 곳이 광둥성
 - 일반적으로 남녀 신생아 비율은 남자 105명에 여자 100명이지만, 광둥성에서는 2010년 남자 119명에 여자 100명
- ▶ 광둥성이 고민하는 또 다른 문제는 근로연령 인구와 피부양인구의 비율
 - 광둥의 경제성장은 거대한 규모의 젊은 이민자들을 흡수해 왔으나 경제성장이 다른 지역으로 퍼지면서 잠재적 이민인구가 줄어들어 광둥의 노동집약적 수출산업은 노동력 부족에 시달릴 전망
- 광둥성의 문제는 고령화와 피부양인구 대 부양인구 비율의 상승에 대한 중국 전체의 우려를 반영
- ▶ 대부분의 인구학자들은 중국의 한 아이 정책이 중국에 거대한 비용을 초래했다고 생각해
 - 2010년 인구조사 결과 중국인구 성장은 예상했던 것보다 더 느려 - 지난 10년간 고작 0.57% 성장해
 - 또한 이 정책은 국민들의 원성을 자아냈으며 중국정부에 대해 세계가 비판하는 핵심 대상이기도 해
 - 최근 후난성에서는 한 아이 정책을 어긴 부모들로부터 “불법” 자녀들을 강제로 빼앗아 이들을 입양시장에 내 놓은 관료들의 스캔들이 조명을 받고 있어
- ▶ 조만간 의미 있는 개혁을 기대하는 이는 거의 없어
 - 가족계획 관료집단은 정부의 모든 층에 자리 잡아 자신들의 지위를 지키는 거대한 이익집단
 - 고위 관료들은 가족정책의 변화가 대다수 전문가들의 예견과는 달리 인구폭발을 불러올 것이라고 생각해
 - 또한 10년에 한 번씩 바뀌는 중국 공산당의 리더십 교체가 1년이 남지 않은 시점에서 중앙정부의 고위급 인사 중에 이와 같은 거대 규모의 개혁을 지지할 정치적 동기를 가진 자를 찾기는 쉽지 않을 듯
 - 정부가 정책을 바꿀 정치적 동기를 갖고

- 있지 않다면 학자가 할 수 있는 일은 아무 것도 없다고 Zheng Zizhen씨는 말해
- 그는 과학적 관점에서는 정책이 바뀌어야 하는 게 명백하다고 말했으며 광동성도 이에 동의하고 있어

2011년 7월 21일 / The Economist

〈원문링크: http://www.economist.com/node/18988926?story_id=18988926〉

중국의 보험시장

China's insurance industry holds a mirror to the government

- ▶ 인생의 굴곡을 완충시키는 역할을 하기 위해 태어난 보험산업은 그 역할과 비슷하게 큰 굴곡 없는 산업
 - 보험은 투자자들에게 지속적이지만 그리 높지 않은 수익을 돌려 줘
 - 그러나 중국 보험산업의 성장 전망은 완곡하기는커녕 숨가쁠 정도
- ▶ 이를 반영하듯 중국 보험업계는 최근 일련의 장애에도 불구하고 강한 회복력을 보여
 - 영업 관행에 의문을 가진 중국 정부가 생명보험 판매의 절반을 책임지던 은행의 생명보험 상품 판매를 제한해
 - 또한 세계경제 위기 이후 손해보험의 4분의 3을 차지하던 자동차 보험 판매의 큰 추진력이 되어 왔던 자동차 구매 보조금도 끊겨

- 그럼에도 불구하고 생명보험의 판매는 작년 대비 5%만 감소했으며 연초에 잠시 주춤했던 자동차보험 판매는 다시 회복되고 있어
- 애널리스트들은 향후 생명보험 및 비생명보험 상품의 수익성장률을 15%로 보고 있으며 긍정적인 전문가들은 1년에 20%를 초과하는 성장률을 점치고 있어

▶ 밝은 전망의 배경은 중국의 시장 규모와 성장하는 부와 아직 미성숙한 중국 보험산업

- ▶ 중국에서 아직 보험산업이 성장하지 못한 것은 적대적이었던 정부정책이 원인
 - 영국 보험사들은 1846년부터 중국에서 보험상품을 판매하기 시작했으며 China Markets는 1875년부터 보험시장에 진입했고 AIG는 중국 상해에서 1919년에 설립되었으나 국가가 국민의 모든 것을 책임져야 한다는 전제 하에 중국정부는 모든 보험사들을 쫓아 내
 - 그러나 핵심 공산당원들도 운송보험의 필요성은 인정하여 People's Insurance Company of China (PICC)라는 국영기업을 설립하게 돼

- ▶ 변화는 1988년 China Merchants가 중국정부를 설득해 백 년 전 시작했던 사업을 재개할 수 있게 되면서부터 일어나
 - China Merchants가 설립한 Ping An Insurance는 우선 트럭운송업체의 운송보험을 시작으로 현재는 6백6십억 달러 규모의 거대한 보험사로 성장

- PICC는 세 개 회사로 분리돼; 첫 번째 회사는 China Life로 순수 생명보험사로는 Ping An보다 더 가치 있는 유일한 회사; 둘째는 PICC라는 오래된 이름을 가진 손해보험회사로 그 가치는 200억 달러에 달해; 셋째는 곧 상장될 예정
 - 이 외에도 수 많은 크고 작은 보험사들이 등장하고 있어
- ▶ 오래 전 보험사의 숨통을 끊어 놨던 중국정부의 반보험사 정책은 이제 그 방향을 완전히 틀어
- 중국정부는 산업뿐 아니라 중국인 생활의 다양한 양상에 깊이 관여하고 있으나 사회보험의 제공에 있어서는 그 관여가 부적절할 뿐 아니라 아예 존재하지 않고 있어
 - 재난이 닥치면 정부나 법정에서 도움을 얻기란 불가능
- ▶ 중국에서 가장 인기 있는 생명보험상품은 매우 간단한 상품: 10~15년 보험료를 내면 수익과 함께 사망 시 가족의 재정적 안전을 보장 받아
- 이러한 상품은 은퇴, 자녀 교육 및 비상 대비에 있어서는 유용하지만 투자 상품으로서는 매력이 떨어져
 - 최근 은행의 지급 준비율이 올라가면서 예금 유지에 목이 마른 은행들이 예금 이율을 올리고 있으나 보험사들은 겨우 2.5%의 수익밖에 보장하지 못해
- ▶ 높은 수익률을 찾아 상당한 수의 고객들이 보험사를 떠난다면 보험사는 타격을 받게 될 것
- 그러나 중국에서는 아직 많은 사람들이 투자에 신경 쓸 만큼 재정적으로 넉넉하지 않아
 - 따라서 보험판매원들이 상품을 판매할 기회는 도처에 널려 있어
 - China Life의 판매원은 7십만 명에 달하고 다른 회사들도 거의 대등한 규모의 판매단을 꾸리고 있어
- ▶ 중국에서 흔히 그렇듯 외국 회사들은 영업에 거대한 장애를 안고 있어
- AIA를 제외하고 모든 외국보험회사들은 중국 회사와 합작하거나 매우 소규모의 사업체만 유지할 수 있어
 - AIA는 전신인 AIG에서 최근 분리된 회사로 China Merchants의 성공적인 사업면허 취득을 바로 뒤쫓아 중국 다섯 성에서 사업 승인을 얻어내
- ▶ 중국의 AIA 생명보험은 중국 전체 시장의 1%를 차지하고 있으나 이 작은 규모조차도 이 보험사의 신규사업 규모의 8%를 차지해
- 중국에서는 시장점유율을 조금만 높여도 그 결과는 어마 어마해
 - 중국의 보험시장은 굴곡 없는 지루한 시장이 아니라 매우 스틸 있는 시장이 될 것이 아니라 매우 스틸 있는 시장이 될 것

2011년 7월 21일 / The Economist

〈원문링크: <http://www.economist.com/node/18988634/print>〉

보건복지포럼

매월 발행되는 『보건복지포럼』은
보건복지 부문의 정책과제에 대한 심도 있는 분석 결과와
국내외 정책동향을 신속하게 전달하는 국내 유일의 **보건복지정책 전문지**입니다.

2011년 8월호 (통권 제178호)

등록번호 서울라 10118
등록일 1996년 10월 1일
발행일 2011년 8월 1일

편집인/발행인 김용하

편집위원장 정경희

편집위원 강소선 강유구 곽노성
박세경 박실비아 손창균
여유진 이소정 최성은

인쇄 대명기획(TEL: (02)2263-1292~3)

가격 4,000원

발행처 한국보건사회연구원
(122-705) 서울 은평구 진흥로 268

대표전화 (02)385-8149, 380-8000

FAX (02)355-9500

E-mail editor@kihasa.re.kr

정기구독안내

■ 신청방법

연구원 홈페이지(http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/public/public_06_03.jsp)에서 회원등록을 하십시오.

기타 구체적인 사항은 담당자에게 문의주시기 바랍니다.

인터넷: 한국보건사회연구원 홈페이지
(<http://www.kihasa.re.kr>) - 「발간자료」 -
「간행물회원등록」

정기구독/배포문의 박준하

TEL: 02)380-8303 / FAX: 02)352-8106

■ 정기구독회원 특전

1. 연간구독료는 35,000원입니다. 날권 구입에 비해 연간 약 50%가 할인된 금액입니다.
2. 정기구독회원은 본 연구원에서 발간되는 정기간행물 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」를 모두 받아 보실 수 있습니다.

■ 구독료 납부

우리은행 019-219956-01-014

||||| **지금 바로 신청하십시오!**

『보건복지포럼』을 포함하여 한국보건사회연구원에서 발행되는 각종 간행물에 대한 목록은
인터넷 홈페이지(<http://www.kihasa.re.kr>)에 자세히 안내되어 있습니다.

보건복지조사사업 원시자료 이용안내

한국보건사회연구원에서는 **보건의료 및 사회복지, 인구분야**의 기초통계 생산을 위하여 주기적으로 전국규모의 조사를 실시하고 있으며, 아울러 수집된 자료를 외부 연구자에게도 제공하고 있습니다.

원시자료 목록



- 2009 노인보호실태조사
- 2009 전국다문화가족실태조사
- 2009 전국출산력 및 가족보건복지실태조사
- 2009 전국결혼 및 출산동향조사
 - 가구/미혼/기혼
- 2008 전국노인생활실태조사
 - 가구/노인/(노인+가구)
- 2008 장애인 실태조사
- 2008 환자조사
- 2007 차상위계층 실태조사
- 2006 전국출산력 및 가족보건실태조사
- 2005 환자조사
- 2005 장애인 실태조사
- 2005 전국결혼 및 출산동향조사
 - 미혼/기혼
- 2002, 2003, 2004 저소득층 자활사업실태조사(가구/개인)
- 2004 차상위 실태조사(가구/근로능력자)
- 2004 전국노인생활실태 및 복지욕구조사
 - 가구/노인/(노인+가구)
- 2003 전국출산력 및 가족보건실태조사
- 2002 환자조사
- 2001 노인장기요양보호 욕구 실태조사
- 2000 전국출산력 및 가족보건실태조사
- 2000 장애인 실태조사
- 1999 환자조사 - 퇴원/기관/외래
- 1998 전국노인생활실태조사
 - 가구/노인/(노인+가구)
- 1997 전국출산력 및 가족보건실태조사
 - 가구/부인
- 1997 우리나라 치매노인 실태조사
- 1996 환자조사 - 퇴원/외래
- 1995 국민건강 및 보건의식행태조사
 - 국민건강/보건의식
- 1994 전국노인생활실태조사
- 1994 전국출산력 및 가족보건실태조사
 - 가구/가구원/부인
- 1992 국민건강 및 보건의식행태조사
- 1991 전국출산력 및 가족보건실태조사
 - 기혼/미혼/부인/임신력/임신 및 출산/출산/취업/피임력

조사자료 담당자 연락처

TEL: 02) 380-8245, 380-8112 FAX: 02) 382-4581

E-mail: yhlee@kihasa.re.kr, hyko231@kihasa.re.kr

Homepage: <http://www.kihasa.re.kr>

