연구보고서 2021-34

미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응

신윤정 외

사람을
생각하는
사람들

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

▌연구진

연구책임자	**신윤정**	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	**고든솔**	한국보건사회연구원 부연구위원
	박소은	한국보건사회연구원 부연구위원
	안수란	한국보건사회연구원 부연구위원
	우해봉	한국보건사회연구원 연구위원
	이다미	한국보건사회연구원 부연구위원
	이원진	한국보건사회연구원 부연구위원
	장인수	한국보건사회연구원 부연구위원
	정 연	한국보건사회연구원 부연구위원
	이지혜	한국보건사회연구원 전문연구원
	임지혜	한국보건사회연구원 연구원
	계봉오	국민대학교 사회학과 교수
	윤홍식	인하대학교 사회복지학과 교수
	전광희	충남대학교 사회학과 교수
	MA Chunhua	Institute of Sociology Chinese Academy of Social Sciences
	Toru SUZUKI	National Institute of Population and Social Security Research (former)
	Yeun-wen Ku	National Taiwan University
	Cherng-Tay Hsueh	National Taiwan University
	Yue-Chune Lee	National Taiwan University
	Pramote Prasartkul	Mahidol University
	Napaphat Satchanawakul	Mahidol University
	Thang Leng Leng	National University of Singapore
	Stuart Gietel-Basten	The Hong Kong University of Science and Technology

연구보고서 2021-34

미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응

발 행 일 2021년 12월
발 행 인 이 태 수
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처 (사)아름다운사람들복지회

ⓒ 한국보건사회연구원 2021

ISBN 978-89-6827-831-0 93330
https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2021.34

발|간|사

한국 사회는 현재 급속한 인구구조 변화에 직면해 있다. 과거 고도의 경제성장을 경험한 우리나라에서 인구구조의 변화는 발전과 지속가능성을 크게 위협하고 있다. 인구구조 변화와 함께 대두되고 있는 사회경제적 변화로 인해 국민들의 건강과 삶에 대한 보건복지 정책의 중요성이 그 어느 때보다도 강조되고 있다. 보건복지 정책을 통하여 인구구조가 한국 사회에 가져올 부정적인 영향력을 최소화하고, 인구구조 변화 시대에 새롭게 대두되는 국민들의 건강과 복지에 대응할 수 있도록 보건복지 대응 방안을 마련할 필요가 있다.

사회보장제도의 체계가 마련된 이후 인구구조 변화가 비교적 느린 속도로 진행된 유럽 국가와 달리 충분한 노후소득보장제도가 마련되지 않은 상태에서 인구구조 변화가 급속하게 진행되고 있는 한국 사회에서 보건복지 정책을 둘러싼 이슈와 쟁점은 더욱 중요하다고 볼 수 있다. 이러한 상황은 비단 한국 사회만이 아니라 사회보장제도가 충분하게 구축되지 않은 상태에서 인구구조 변화가 빠르게 진행되고 있는 동아시아 국가들이 직면하고 있는 공통적인 현실이다.

이러한 배경하에 본 연구는 그동안 수행되어 왔던 연구들과 달리 인구구조 변화와 그로 인해 보건복지 정책에서 발생하는 이슈를 이론적으로 검토하고, 사회보장재정, 소득보장, 보건의료, 연금, 사회서비스의 총체적인 보건복지 정책영역에 대해 현황과 정책 과제를 진단하여 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안을 마련하였다. 본 연구가 제시한 정책 대응 방안 마련을 위한 기본 틀과 가이드라인은 정책 현장에서 인구구조 변화에 대응하는 보건복지 정책을 수립할 때 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

본 연구가 제시하는 정책 방안에 기초하여 인구 고령화 및 인구감소 등 급속한 인구구조 변화를 경험하고 있는 한국 사회에서 국민들의 건강과 복지가 증진되고, 보건복지 정책의 지속가능성이 유지될 것을 기대해 본다. 보건복지 정책의 효과적인 대응을 통해 인구구조 변화를 위기가 아닌 한국의 보건복지 정책이 발전하고 사회적인 연대와 통합을 이룩하는 기회로 삼을 수 있도록 해야 할 것이다.

본 연구는 신윤정 연구위원의 책임하에 한국보건사회연구원의 고든솔 부연구위원, 박소은 부연구위원, 안수란 부연구위원, 우해봉 연구위원, 이다미 부연구위원, 이원진 부연구위원, 장인수 부연구위원, 정연 부연구위원, 이지혜 전문연구원, 임지혜 연구원의 공동 연구로 수행하였다. 국내외 학계의 공동 연구 참여진을 비롯하여 자문위원으로 조언을 해 주신 한국보건사회연구원 조성은 연구위원과 한국조세재정연구원의 전병목 선임연구위원께 감사의 인사를 전한다.

2021년 12월

한국보건사회연구원 원장

이 태 수

목 차

Abstract ····· 1

요 약 ····· 3

1부 도입부

제1장 서론 ····· 9

제1절 연구 배경 및 연구 목적 ····· 9

제2절 연구 체계와 연구 내용 ····· 12

제2장 인구구조의 개념 및 현황과 전망 ····· 21

제1절 인구구조의 개념과 정의 ····· 21

제2절 최근 인구구조 변화 현황과 전망 ····· 29

제3절 인구구조 변화와 보건복지의 쟁점 ····· 48

2부 인구구조 변화와 보건복지 매개 요인 분석

제3장 인구구조 변화와 수명 및 건강 ····· 77

제1절 도입 ····· 77

제2절 인구변천과 역학변천/건강변천 ····· 78

제3절 수명-건강 변화와 보건복지 이슈 ····· 95

제4장 인구구조 변화와 불평등 ····· 103
제1절 도입 ····· 103
제2절 인구변동과 불평등의 관계 ····· 106
제3절 운명의 분기: 가족 불안정성의 계층화와 사회이동 ····· 113
제4절 한국에서 '운명의 분기' ····· 117
제5절 소득수준에 따른 차별출산력: 건강보험 자료분석 ····· 128
제6절 소결 ····· 139

제5장 인구구조 변화와 가족 ····· 143
제1절 도입 ····· 143
제2절 인구구조 변화에 따른 가족 변화: 이론적 고찰 ····· 146
제3절 한국의 가족 변화와 주요 특징 ····· 152
제4절 가족 변화와 보건복지 정책에서의 쟁점 사항 ····· 158
제5절 소결 ····· 165

제6장 인구구조 변화와 지역 ····· 169
제1절 도입 ····· 169
제2절 선행 연구 고찰 ····· 170
제3절 지역 인구 변화의 주요 특성 ····· 175
제4절 취약층의 지역 분포 특성 고찰과 함의 ····· 188
제5절 소결 ····· 193

제7장 인구구조 변화와 정치 및 경제 체계 ····· 199

제1절 도입 ····· 199

제2절 분석의 틀 ····· 204

제3절 한국의 예외성 ····· 210

제4절 왜 한국은 더 심각한가 ····· 223

제5절 소결 ····· 238

3부 인구구조 변화와 보건복지 정책 현황 및 대응 과제

제8장 인구구조 변화와 사회보장재정 현황 및 전망 ····· 243

제1절 도입 ····· 243

제2절 인구구조 변화와 사회보장재정 현황 ····· 245

제3절 인구구조 변화와 사회보장재정 전망 ····· 260

제4절 소결 ····· 282

제9장 인구구조 변화와 소득보장제도의 효과 분석 ····· 285

제1절 도입 ····· 285

제2절 우리나라의 소득보장제도 현황 ····· 290

제3절 분석 결과 ····· 294

제4절 소결 ····· 326

제10장 인구구조 변화와 보건의료 정책 현황 및 대응 과제 ····· 331

제1절 도입 ····· 331

제2절 돌봄·요양 필요도 증가와 보건의료제도 ····· 334

제3절 고령화에 따른 건강문제 변화와 보건의료제도 ····· 343

제4절 인구구성비 변화와 건강보험재정 ····· 354

제5절 지역 인구 변화와 보건의료제도 ····· 364

제6절 소결 ····· 373

제11장 인구구조 변화와 연금 정책 현황 및 대응 과제 ····· 377

제1절 도입 ····· 377

제2절 인구구조 변화와 공적연금의 재정방식 ····· 378

제3절 한국의 공적연금 현황 및 당면과제 ····· 380

제4절 소결 ····· 403

제12장 인구구조 변화와 사회서비스 정책 현황 및 대응 과제 ····· 411

제1절 도입 ····· 411

제2절 저출산·고령화와 돌봄 서비스 ····· 414

제3절 인구구성비 변화와 청년·중장년 사회서비스 ····· 425

제4절 인구분포 변화와 지역 사회서비스 ····· 431

제5절 소결 ····· 438

제13장 인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사 ····· 447

제1절 조사 개요 ····· 447

제2절 인구구조 변화에 대한 인식 ····· 452

제3절 인구구조 변화 대응 정책에 대한 의견 ····· 475

제4절 소결 ····· 511

4부 동아시아의 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응

제14장 중국의 인구구조 변화와 양로서비스 및 연금제도 ····· 527

제1절 도입 ····· 528

제2절 중국의 인구 및 가족 변천 ····· 530

제3절 중국의 양로서비스 ····· 540

제4절 중국의 연금제도 ····· 561

제5절 소결 ····· 584

제15장 일본의 인구 고령화와 사회보장비용 ····· 587

제1절 도입 ····· 587

제2절 1950년 이후 세계 인구 고령화 ····· 588

제3절 고령화 국가의 사회보장재정 ····· 597

제4절 일본의 사회보장재정 ····· 603

제5절 소결 ····· 610

제16장 대만의 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 정책 ····· 613

제1절 대만의 인구구조 변화 및 대응 정책 개요 ····· 613

제2절 대만의 사회복지 발전과 복지제도의 특징 ····· 624

제3절 인구 변화에 따른 대만의 보건 및 장기요양제도 ····· 633

제17장 태국의 인구 고령화 대응 정책 ····· 645

제1절 도입 ····· 645

제2절 태국의 인구 고령화 현황 ····· 646

제3절 인구 고령화 대응 정책의 발달 배경 ····· 650

제4절 인구 고령화 대응 정책의 현황 ····· 657

제5절 소결 ····· 673

제18장 싱가포르의 인구 변화와 고령화 정책 ····· 677

제1절 도입 ····· 677

제2절 싱가포르의 인구구조 변화 ····· 678

제3절 싱가포르의 고령화 정책 체계 ····· 688

제4절 고령화 정책 이니셔티브: 노인 돌봄, 세대 간 지원 및 결속, 활동적 노화 ·· 697

제5절 소결 ····· 722

제19장 홍콩의 인구구조 변화와 소득보장제도 ····· 725

제1절 도입 ····· 725

제2절 홍콩의 소득보장제도 ····· 726

제3절 소득보장 정책의 실효성 ····· 736
제4절 인구구조의 압박 ····· 741
제5절 소결 ····· 747

5부 결론부

제20장 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안 ····· 751
제1절 대응 방안 마련을 위한 틀과 가이드라인 ····· 751
제2절 연구 결과 종합 ····· 754
제3절 시사점과 향후 정책 방향 ····· 765

참고문헌 ····· 771

부 록 〈인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사 설문지〉 ····· 853

표 목차

〈표 1-1〉 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 포럼 ····· 16
〈표 1-2〉 동아시아의 인구 변화와 정책적 대응 국제 컨퍼런스 (2021. 11. 4) ····· 16
〈표 2-1〉 인구구조의 변화를 정의하기 위한 인구학적/사회경제적 특성 ····· 23
〈표 2-2〉 통계청의 2017년 장래인구 특별추계 30개 시나리오 총괄 ····· 33
〈표 2-3〉 우리나라 남녀 구분 연령별(0세, 15세, 65세, 75세, 85세) 기대여명(세) 추이: 970~2019년 ····· 52
〈표 2-4〉 우리나라 남녀 구분 연령별(0세, 15세, 65세, 75세, 85세) 연간 기대여명 증가 연수(세) 추이: 1970~2019년 ····· 53
〈표 2-5〉 우리나라 남녀 구분 연령별(0세, 15세, 65세, 75세, 85세) 연간 기대여명 증가율(%) 추이: 1970~2019년 ····· 54
〈표 2-6〉 우리나라 10대 사망원인의 변천: 1920~2019년 ····· 61
〈표 2-7〉 우리나라 입원환자-질병분류별 입원일수 및 점유율 ····· 62
〈표 2-8〉 우리나라 방문환자-질병분류별 방문일수 및 점유율 ····· 63
〈표 2-9〉 우리나라 주요 연령대별 고용률(%) 추이: 2000~2020년 ····· 64
〈표 2-10〉 우리나라 주요 연령대별 취업자 수 증감의 요인분석: 2000-2020년 ····· 66
〈표 2-11〉 우리나라 인구구조 변화와 경제성장 전반적 측면 ····· 71
〈표 2-12〉 우리나라와 OECD 주요국의 노동생산성(노동시간 당 GDP) 증가율(%): 1971~2020년 ····· 73
〈표 4-1〉 인구변동과 불평등의 관계 ····· 110
〈표 6-1〉 2017년 기준 경북 시군 장래인구추계 중 인구 규모 증가 전망 지역의 연령대별 인구 규모 전망치(~2037년) ····· 186
〈표 6-2〉 지역 인구 변화에 대응하는 보건복지 정책 관련 제안 과제 ····· 193
〈표 8-1〉 주요 OECD 회원국의 세원별 GDP 대비 비중 ····· 247
〈표 8-2〉 사회복지 및 보건 분야 정부재정지출 현황 ····· 248
〈표 8-3〉 사회복지 분야 주요 프로그램별 지출 현황 ····· 251
〈표 8-4〉 영역별 한국의 공공사회복지지출 규모 변화 ····· 256
〈표 8-5〉 공공사회복지지출 영역별 GDP 대비 비중 주요 국가별 비교(2017년 기준) ·· 257

〈표 8-6〉 사회보장재정지출 산출 개념 비교 ····· 258
〈표 8-7〉 연도별 사회보장사업 지출 규모 ····· 260
〈표 8-8〉 OECD 주요 국가의 GDP 대비 사회지출, 국민부담률, 국가채무율 ····· 265
〈표 8-9〉 국회예산정책처(NABO) 공적연금 장기전망: 2020~2070년 ····· 267
〈표 8-10〉 각 공적연금별 재정추계 결과 ····· 269
〈표 8-11〉 공적연금 재정구조 관련 지표 전망: 2020~2090년 ····· 272
〈표 8-12〉 기초연금 수급자 및 예산 현황 ····· 274
〈표 8-13〉 국회예산정책처의 건강보험 중기 재정전망: 2019~2028 ····· 277
〈표 8-14〉 국회예산정책처의 노인장기요양보험 중기 재정전망: 2019~2028 ····· 279
〈표 9-1〉 2019~2021년 기초연금 급여액 변화 ····· 290
〈표 9-2〉 국민기초생활보장제도 수급자 선정기준 변화(1인 가구 기준) ····· 291
〈표 9-3〉 가정양육수당 변화 ····· 292
〈표 9-4〉 아동수당 변화 ····· 293
〈표 9-5〉 2018~2019년 근로장려금·자녀장려금 변화 ····· 293
〈표 10-1〉 인구구조 변화에 따른 보건의료 정책 이슈 개요 ····· 333
〈표 10-2〉 주요 재가 돌봄 서비스 유형별 내용 및 대상 ····· 335
〈표 10-3〉 요양병원과 요양시설의 비교 ····· 338
〈표 10-4〉 2008~2018 요양병원의 주요 변화 ····· 338
〈표 10-5〉 커뮤니티케어의 세 가지 구성 요소 ····· 339
〈표 10-6〉 노인 대상 건강증진사업 예시: 신체활동 프로그램 ····· 348
〈표 10-7〉 미래사회 예상되는 건강보험 보장영역 확대 요구 분야 ····· 349
〈표 10-8〉 건강보험 재정 수입 구성(2015~2019년) ····· 354
〈표 10-9〉 건강보험 부과체계 개편 주요 내용 ····· 355
〈표 10-10〉 정부지원금 현황(2010~2019년) ····· 356
〈표 10-11〉 건강보험재정지출 구성(2015~2019년) ····· 357
〈표 10-12〉 65세 이상 건강보험 진료비 추이 ····· 358
〈표 10-13〉 건강보험 재정 추이(2015~2019년) ····· 359

〈표 10-14〉 건강보험 재정 안정화를 위한 핵심관리 분야 ····· 363
〈표 10-15〉 공공의료체계 강화 방안 주요 내용 ····· 367
〈표 10-16〉 분만 취약지 지원 현황 ····· 368
〈표 11-1〉 급여결정 및 재정방식에 따른 구분 ····· 379
〈표 11-2〉 부과방식 연금제도의 재정안정화 방식 ····· 380
〈표 11-3〉 65세 이상 노인의 공적소득보장 수급 현황 ····· 382
〈표 11-4〉 유럽위원회가 제시한 연금제도의 재정적 지속가능성 평가지표 ····· 383
〈표 11-5〉 GDP 대비 국민연금 재정수지 전망 ····· 384
〈표 11-6〉 부과방식비용률의 변화 ····· 385
〈표 11-7〉 제4차 공무원연금개혁에 따른 제도 변화 ····· 387
〈표 11-8〉 직제와 정원 개정과 폐지 관련 사학연금 지급 사례: 폐교 시 ····· 388
〈표 11-9〉 OECD 주요국의 공/사적연금 보험료율 ····· 391
〈표 11-10〉 OECD 주요국의 자동조정장치 도입 현황 ····· 392
〈표 11-11〉 해외 주요국의 공적연금 가입상한연령 및 수급개시연령 비교 ····· 393
〈표 11-12〉 기업규모별 퇴직연금 도입 비율(2019년) ····· 397
〈표 11-13〉 핵심근로연령대(20~54세) 생산가능인구 및 비중 ····· 399
〈표 11-14〉 연령대별 경제활동참가율 추이(2012~2021년) ····· 400
〈표 11-15〉 OECD 주요국의 실질은퇴연령과 법정은퇴연령의 차이 ····· 402
〈표 11-16〉 모수적 개혁(모수적 조정)의 주요 내용 ····· 404
〈표 12-1〉 초등 아동 돌봄 체계의 구성 ····· 416
〈표 12-2〉 노인 돌봄과 관련한 사회지표 변화 ····· 420
〈표 12-3〉 장기요양등급별 상태와 이용 가능 서비스 급여 ····· 421
〈표 12-4〉 연도별 노인인구 대비 장기요양 인정률 ····· 422
〈표 12-5〉 전국 청년센터 추진사업 ····· 428
〈표 12-6〉 1인 가구 연령별 분포 ····· 429
〈표 12-7〉 지방자치단체 사회복지예산 비중 ····· 433
〈표 12-8〉 지역 구분에 따른 사회서비스 수요 충족률 ····· 434

〈표 13-1〉 조사 영역 및 조사 항목 ····· 448
〈표 13-2〉 응답자의 일반적 특성 ····· 450
〈표 13-3〉 '우리나라 인구가 줄어들면 보건, 의료, 복지 정책 전반에 어느 정도 영향을 줄 것이라고 생각하십니까?'에 대한 응답 ····· 452
〈표 13-4〉 '우리나라에서 젊은 인구에 비해 노인인구가 많아지면 보건, 의료, 복지 정책 전반에 어느 정도 영향을 줄 것이라고 생각하십니까?'에 대한 응답 ···· 454
〈표 13-5〉 '우리나라에서 수도권으로 인구가 집중되고 지방의 인구는 줄어들면 보건, 의료, 복지 정책 전반에 어느 정도 영향을 줄 것이라고 생각하십니까?'에 대한 응답 ·· 456
〈표 13-6〉 '요즘에는 과거에 없었던 질병에 시달리는 사람들이 많아졌다'에 대한 동의 정도 ·· 457
〈표 13-7〉 '병에 걸리고 아프게 되는 원인이 과거와 달리 복잡해졌다'에 대한 동의 정도 ·· 459
〈표 13-8〉 '가난하면 병원에 쉽게 가지 못한다'에 대한 동의 정도 ····· 460
〈표 13-9〉 '오래 사는 것보다 건강하게 사는 게 더 중요하다'에 대한 동의 정도 ····· 462
〈표 13-10〉 '경제적으로 여유가 없는 사람보다 부유한 사람들이 더 많은 자녀를 낳고 있다'에 대한 동의 정도 ····· 464
〈표 13-11〉 '경제적으로 여유가 없는 사람보다 부유한 청년들이 결혼하기 더 쉽다'에 대한 동의 정도 ····· 465
〈표 13-12〉 '가족배경이 좋은 청년일수록 결혼하기 더 쉽다'에 대한 동의 정도 ····· 467
〈표 13-13〉 '과거에 비해 가족 관계, 가족의 역할, 가족이 갖는 의미가 변화하였다'에 대한 동의 정도 ····· 469
〈표 13-14〉 '여성이 경제활동을 하고 소득을 벌어 자립적으로 생활하는 것이 중요해졌다'에 대한 동의 정도 ····· 470
〈표 13-15〉 '우리 지역의 인구감소에 위기감이 느껴진다'에 대한 동의 정도 ····· 472
〈표 13-16〉 '우리 지역의 노인인구 증가에 위기감이 느껴진다'에 대한 동의 정도 ····· 474
〈표 13-17〉 '병원 치료를 받은 후에 건강하게 생활을 할 수 있도록 지속적인 서비스를 제공해야 한다'에 대한 동의 정도 ····· 475
〈표 13-18〉 '병원 등의 치료시설보다는 자신이 살던 집에서 돌봄이나 치료를 받을 수 있도록 해야 한다'에 대한 동의 정도 ····· 477

〈표 13-19〉 '감기와 같은 가벼운 질병은 동네의원에서 진료를 받아야 한다'에 대한 동의 정도 ····· 478
〈표 13-20〉 '고혈압과 같은 만성질환은 동네의원에서 진료를 받아야 한다'에 대한 동의 정도 ····· 480
〈표 13-21〉 '암 수술과 같은 진료는 서울의 대학병원을 먼저 찾아야 한다'에 대한 동의 정도 ····· 481
〈표 13-22〉 '정부는 노인에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다'에 대한 동의 정도 ·· 483
〈표 13-23〉 '정부는 중장년층에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다'에 대한 동의 정도 ····· 484
〈표 13-24〉 '정부는 청년층에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다'에 대한 동의 정도 ····· 486
〈표 13-25〉 '정부가 노후 생활을 보장할 수 있는 수준으로 국민연금을 지원하기가 점점 더 어려워지고 있다'에 대한 동의 정도 ····· 487
〈표 13-26〉 '지금보다 더 오래 일할 수 있도록 정년을 연장해야 한다'에 대한 동의 정도 ·· 489
〈표 13-27〉 '국민연금 외에도 개인적으로 퇴직연금이나 개인연금에 가입할 필요가 있다'에 대한 동의 정도 ····· 490
〈표 13-28〉 '일반 국민, 공무원, 교직원이 모두 공평하게 국가로부터 연금 혜택을 받아야 한다'에 대한 동의 정도 ····· 492
〈표 13-29〉 '가족을 대상으로 하는 국가 정책의 전반적인 변화가 필요하다'에 대한 동의 정도 ····· 493
〈표 13-30〉 '자녀와 부모 돌봄에 대한 책임을 가족보다 국가가 더 많이 져야 한다'에 대한 동의 정도 ····· 495
〈표 13-31〉 '노인을 모시고 사는 가족이 줄어들어 노인을 지원해 주는 국가 정책이 중요해졌다'에 대한 동의 정도 ····· 496
〈표 13-32〉 '부모가 어린 자녀를 키우는 것이 예전 같지 않아서 아동에 대한 정책이 중요해졌다'에 대한 동의 정도 ····· 497

〈표 13-33〉 '돌봄 서비스를 제공하는 사람들의 능력을 좀 더 높여야 한다'에 대한 동의 정도 ····· 499
〈표 13-34〉 '우리 지역은 다른 지역에 비해 보건복지 정책 대응이 미흡하다'에 대한 동의 정도 ····· 500
〈표 13-35〉 '우리 지역은 동네의 수요에 맞는 복지서비스가 잘 갖추어져 있다'에 대한 동의 정도 ····· 501
〈표 13-36〉 '귀하께서는 다른 연령층에 비해 정부의 복지 지원이 소외된 연령층은 어디라고 생각하십니까?'에 대한 응답 ····· 503
〈표 13-37〉 '귀하께서는 앞으로 정부의 복지 지원이 확대되어야 하는 연령층은 어디라고 생각하십니까?'에 대한 응답 ····· 504
〈표 13-38〉 '건강보험 혜택을 유지하기 위해 나는 지금보다 더 많은 건강보험료를 부담할 용의가 있다'에 대한 동의 정도 ····· 505
〈표 13-39〉 '향후 적절한 연금 혜택을 받을 수 있다면 나는 지금보다 더 많은 연금 보험료를 부담할 용의가 있다'에 대한 동의 정도 ····· 507
〈표 13-40〉 '국가로부터 더 많은 보건복지 혜택을 받을 수 있다면 나는 지금보다 더 많은 세금을 낼 용의가 있다'에 대한 동의 정도 ····· 509
〈표 13-41〉 '귀하께서는 경제성장 정책과 보건·복지 정책이 얼마나 시급히 요구된다고 생각하십니까?'에 대한 응답 ····· 510
〈표 14-1〉 중국의 가구 규모 변화 ····· 532
〈표 14-2〉 전국 가족 구조 및 그 변화, 1982-2010 ····· 533
〈표 14-3〉 2000년 및 2010년 65세 이상 노인을 포함한 가구 수 구성 ····· 537
〈표 14-4〉 연도별 중국 농민공 타지 진출 규모 ····· 538
〈표 14-5〉 중국의 노인 보조금 대상자 및 수혜자 수 ····· 549
〈표 14-6〉 베이징시 노인 양로서비스 보조금 목록 ····· 550
〈표 14-7〉 중국 역대 양로서비스 기관과 병상 수 ····· 555
〈표 14-8〉 중국의 현재 양로보험 제도 ····· 569
〈표 15-1〉 주요 고령 국가의 65세 이상 고령인구 비율: 1950~2100년 ····· 590

〈표 15-2〉 한국·일본·대만의 65세 이상 고령인구 비율 전망 ····· 597
〈표 16-1〉 1951~2020년 대만의 기본 인구 특성 ····· 614
〈표 16-2〉 여성의 일반 출산율 및 연령별 출산율(단위: 천 명당) ····· 618
〈표 16-3〉 기능별 사회복지지출 ····· 630
〈표 16-4〉 주요 국가의 GDP 대비 총 세수율 비교 ····· 631
〈표 16-5〉 LTCP 2.0의 비용, 보장률 및 공급, 2017년과 2020년 비교 ····· 641
〈표 17-1〉 태국의 연령 구성 및 인구 피라미드 변화, 1970~2040년 ····· 648
〈표 17-2〉 주요 아시아 국가의 65세 이상 인구 비율 및 전체 인구의 7%에서 14%로 증가 소요 연수, 2020년 ····· 649
〈표 17-3〉 노인법에 따른 노인 권리 B.E. 2546(2003) ····· 654
〈표 17-4〉 고령화 사회에 관한 국가의제 추진방안 요약 ····· 656
〈표 18-1〉 싱가포르의 인구 변화 1970~2020년 ····· 679
〈표 18-2〉 싱가포르의 연령 구성 변화, 1980~2020년 ····· 680
〈표 18-3〉 싱가포르의 출생 시 및 65세 기대수명, 사망률, 노인 지원 및 부양비, 1980~2020년 ····· 681
〈표 18-4〉 합계출산율 및 출산율에 영향을 미치는 주요 지표(1980~2020년) ····· 683
〈표 18-5〉 싱가포르 베이비붐 세대의 주요 지표, 1980~2020년 ····· 685
〈표 18-6〉 동일 생애주기 동안 세대별 월평균 소득 비교 ····· 686
〈표 18-7〉 가구원 수 변화, 1980~2020년 ····· 686
〈표 18-8〉 가구주에 따른 65세 이상 고령자의 가구 형태, 1990~2020년 ····· 688
〈표 18-9〉 고령화 정책 수립을 위해 설립된 주요 정부위원회, 1982~2007년 ····· 689
〈표 18-10〉 성공적인 고령화 실천계획의 주요 영역 및 이니셔티브 ····· 695
〈표 18-11〉 싱가포르 장기요양 서비스 ····· 699
〈표 18-12〉 간병인 지원 ····· 704
〈표 18-13〉 싱가포르의 장기요양 재원 ····· 707
〈표 18-14〉 건국세대 패키지(PGP) 및 메르데카세대 패키지(MGP) ····· 709
〈표 18-15〉 싱가포르 주택 계획 ····· 715

〈표 19-1〉 다층 연금분류체계 ····· 726
〈표 19-2〉 수당 유형별 수급자 수(2021년 7월) ····· 727
〈표 19-3〉 노인생활수당의 소득 및 자산 기준 ····· 728
〈표 19-4〉 정규직 월급 근로자의 MPF 보험료 규모 ····· 731
〈표 21-1〉 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 정책 대안 ····· 763

그림 목차

[그림 1-1] 연구의 체계 ····· 15
[그림 2-1] 우리나라 전국 2017년 장래인구 특별추계 합계출산율(TFR) 가정치 ····· 34
[그림 2-2] 통계청 2017년 장래인구 특별추계 기대수명(life expectancy) 중위-고위-저위 가정치(좌: 남자, 우: 여자) ····· 34
[그림 2-3] 통계청 2017년 장래인구특별추계 외국인 순인구이동량(net migration) 가정치 ·· 35
[그림 2-4] 우리나라의 총인구(만 명)와 인구성장률(%): 1960~2067년 ····· 36
[그림 2-5] 우리나라 출생아 수(만 명), 사망자 수(만 명), 자연증가 수(만 명)의 추이: 1985~2067년 ····· 37
[그림 2-6] 우리나라 출생아/사망자 수(만 명) 월별 추이와 자연감소 전환: 2015년 1월 ~2021년 1월 ····· 38
[그림 2-7] 우리나라 주요 연령대별 인구(0~14세, 15~64세, 65세 이상) 변화 추이: 1960~2067년 ····· 39
[그림 2-8] 우리나라 주요 연령대별(0~14세, 15~64세, 65세 이상 인구구성비 추이: 1960~2067년(2017~2067년은 중위 시나리오) ····· 39
[그림 2-9] 우리나라 연령별 인구와 1955~1963년생 베이비붐 세대의 위치: 2017년과 2035년 ····· 40
[그림 2-10] 우리나라 생산연령인구의 규모(만 명)와 구성비(%) 추이: 1960~2067년 ··· 41
[그림 2-11] 우리나라 고령인구(65세 이상)의 실제 규모와 구성비 추이: 1960~2067년 ·· 42
[그림 2-12] 우리나라 유소년인구(0~14세)의 규모와 학령인구(6~21세) 규모의 추이: 1960~2017년 ····· 43
[그림 2-13] 총부양비, 유소년부양비, 노년부양비 추이: 1960~2067년 ····· 44
[그림 2-14] 우리나라의 인구피라미드: 1965~2067년 ····· 45
[그림 2-15] 우리나라 시도별 인구증감(2017~2047년) 및 인구성장률: 2017, 2035, 2047년 ····· 46
[그림 2-16] 우리나라 생산연령인구의 증감률(2017년과 2047년 비교)과 시도별 총부양비 (2017년과 2047년 비교) ····· 47

[그림 2-17] 우리나라 남녀별 완전생명표 사망확률(), 생존자 수(), 사망자 수()의 추이: 1970~2019년 ····· 49
[그림 2-18] 우리나라 남녀 구분 연령대별 기대여명(세) 변화의 추이: 1970~2019년 ··· 55
[그림 2-19] 우리나라 남녀 구분 연령대별 기대여명 증가 연수(세) 변화의 추이: 1970~2019년 ····· 56
[그림 2-20] 우리나라 남녀 구분 연령대별 기대여명 증가율(세) 변화의 추이: 1970~2019년 ··· 57
[그림 2-21] 우리나라의 기대수명(1970~2018년)과 건강수명(2012~2018년) 추이 ····· 60
[그림 2-22] 우리나라 주요 연령대별 인구(천 명), 취업자 수(천 명), 고용률(%) 2000~2020년 ····· 65
[그림 2-23] 스웨덴과 한국의 생애주기별 소비지출과 노동소득 ····· 69
[그림 2-24] 우리나라의 생애주기별 1인당 소비지출과 노동소득 추이: 2011~2017년 ·· 70
[그림 2-25] 우리나라 경제활동인구(만 명)와 경제활동인구 증가율(%): 2000~2020년 ·· 72
[그림 2-26] 우리나라와 OECD 주요국의 노동생산성 증가율 5년 이동평균: 1975~2020년 ·· 73
[그림 3-1] 인구변천 단계의 도식화 ····· 81
[그림 3-2] 역학변천 단계의 도식화 ····· 86
[그림 3-3] 사망력과 사회 불평등의 동태적 전개 과정 도식화 ····· 94
[그림 4-1] 인구변동과 불평등의 관계 ····· 105
[그림 4-2] 자료의 적합성 검토 ····· 133
[그림 4-3] 소득분위와 합계출산율(2002~2018) ····· 136
[그림 4-4] 소득분위와 연령별 출산율(2002~2018) ····· 137
[그림 5-1] 우리나라의 평균 가구원 수 및 증감(1960~2015년) ····· 152
[그림 5-2] 우리나라 가구원 수별 가구 수의 추이(1960~2015년) ····· 153
[그림 5-3] 우리나라 가구원 수별 가구 수 비중의 추이(1960~2015년) ····· 153
[그림 5-4] 우리나라 핵가족 수의 추이(1960~2015년) ····· 154
[그림 5-5] 우리나라 핵가족 비중의 추이(1960~2015년) ····· 155
[그림 5-6] 우리나라 이혼 건수와 혼인 건수의 추이(1970~2018년) ····· 156
[그림 5-7] 우리나라 조이혼율 조혼인율의 추이(1970~2018년) ····· 156

[그림 6-1] 총인구와 시군구 단위 인구 변화(2000~2019년) ····· 176
[그림 6-2] 시군구 단위 지역 인구 증감 현황(2010~2019년) ····· 177
[그림 6-3] 시군구 단위 지역 인구 규모의 분포 ····· 178
[그림 6-4] 시군구 단위 지역 인구 규모의 공간적 군집 ····· 180
[그림 6-5] 수도권과 비수도권의 인구 규모 변화 추세 ····· 181
[그림 6-6] 시도 간 인구 전입/전출 양상: 수도권-비수도권(1970~2019년) ····· 182
[그림 6-7] 시도 간 인구 전출 양상: 수도권-비수도권(1970~2019년) ····· 182
[그림 6-8] 시도 단위 인구 규모 변화 비교(2010. 2020년) ····· 183
[그림 6-9] 시도별 지역 인구 증감 기초지자체 현황(2010~2010년) ····· 184
[그림 6-10] 2017년 기준 경북 시군 장래인구추계 중 인구 규모 증가 전망 지역의 연도별 인구증가율 ····· 185
[그림 6-11] 2019년 기준 65세/75세/85세 이상 인구 비율과 재정자립도 간 연관성 187
[그림 6-12] 65/75/85세 이상 인구 비율 분포 변화(2010. 2019년) ····· 189
[그림 6-13] 기초생활수급자, 지역 인구 규모 대비 기초생활수급자 비율 분포 (2010. 2019년) ····· 190
[그림 6-14] 지역 인구 규모와 기초생활수급자 수, 기초생활수급자 비율 간 연관성 ···· 191
[그림 6-15] 65/75/85세 이상 1인 가구 비율 분포(2010. 2019년) ····· 192
[그림 7-1] 한국과 OECD 주요 국가의 합계출산율(TFR)의 변화, 1960~2020 ····· 200
[그림 7-2] 한국의 합계출산율(TFR)의 증감률, %(5년 평균변화), 1960~2020 ····· 201
[그림 7-3] 구접근방법: 인구구조의 변화에 대한 보건복지의 대응 ····· 206
[그림 7-4] 신접근방법: 인구구조의 변화에 대한 보건복지의 대응 ····· 208
[그림 7-5] 기대수명과 일인당 GDP, 2018 ····· 209
[그림 7-6] 복지체제와 합계출산율, 2019년(또는 최신자료) ····· 211
[그림 7-7] 일인당 GDP 수준의 변화와 합계출산율의 변화, 1만 달러에서 6만 달러까지 ·· 212
[그림 7-8] 한국 여성의 노동시장 참여율과 합계출산율의 변화, 1960~2000 ····· 215
[그림 7-9] 합계출산율과 여성의 노동시장 참여율의 횡단적 상관관계 ····· 216
[그림 7-10] 여성의 노동시장 참여율과 합계출산율, 2019 또는 최신 ····· 217

[그림 7-11] 여성의 초혼연령과 합계출산율, 2017 또는 최신 ····· 219
[그림 7-12] 여성의 첫 자녀 출산연령과 합계출산율, 2017 또는 최신 ····· 220
[그림 7-13] 합계출산율(2017)과 이상 자녀 수(2011) ····· 221
[그림 7-14] 합계출산율(2017 또는 2019)과 이상 자녀 수(2011)의 차이 ····· 223
[그림 7-15] 실질 GDP 성장률과 역대 정권별 실질 GDP 평균 성장률, 1954~2020 · 225
[그림 7-16] 실질 GDP 성장률과 15~64세 인구증가율, 1961~2020 ····· 226
[그림 7-17] 인구증가율과 노동생산성 증가율, 1961~2020 ····· 227
[그림 7-18] GDP 대비 사회지출과 소득불평등 지표의 변화, 1961~2020 ····· 230
[그림 7-19] GDP 대비 사회지출과 소득불평등 지표의 변화, 1961~2020 ····· 232
[그림 7-20] 정규직과 비정규직의 주요 사회보장제도 커버리지, 2000~2020 ····· 232
[그림 7-21] 로봇밀도의 변화, 1985~2019 ····· 234
[그림 7-22] 기업규모에 따른 생산성과 임금격차 ····· 235
[그림 7-23] 팬데믹 이후 불평등의 변화 ····· 236
[그림 7-24] 팬데믹 기간에 정부의 고용유지 지원 프로그램에 적용을 받는 취업자 비중 ·· 237
[그림 7-25] 아동과 노인의 부양 비율 ····· 239
[그림 8-1] 국민부담률 추이 ····· 246
[그림 8-2] 사회복지 부문별 지출 규모 (2021년 본예산 기준) ····· 249
[그림 8-3] GDP 대비 공공사회복지지출 비중 변화 추이 ····· 254
[그림 8-4] 영역별 한국의 공공사회복지지출 규모 추이 ····· 255
[그림 8-5] GDP 대비 공공사회복지지출 비중(%) 전망: 2020~2060년 ····· 262
[그림 8-6] 노령 및 유족 정책영역의 GDP 대비 지출 비중(%) 전망: 2020~2060년 · 266
[그림 8-7] 기초연금 의무지출 전망: 2020~2070년 ····· 274
[그림 8-8] 보건 정책영역의 GDP 대비 지출 비중(%) 전망: 2020~2060년 ····· 276
[그림 8-9] 가족 및 그 외 정책영역의 GDP 대비 지출 비중(%) 전망: 2020~2060년 280
[그림 9-1] 분석 틀 ····· 287
[그림 9-2] 개인 연령 비율 ····· 295
[그림 9-3] 개인 연령×가구 유형 비율 ····· 296

[그림 9-4] 시장소득 평균 ····· 299
[그림 9-5] 가처분소득 평균 ····· 301
[그림 9-6] 순공적이전 평균 ····· 303
[그림 9-7] 시장소득 빈곤율 ····· 305
[그림 9-8] 가처분소득 빈곤율 ····· 307
[그림 9-9] 순공적이전의 빈곤율 감소 효과 ····· 308
[그림 9-10] 공적연금 평균 ····· 311
[그림 9-11] 공적연금의 빈곤율 감소 효과 ····· 313
[그림 9-12] 기초(노령)연금 평균 ····· 315
[그림 9-13] 기초(노령)연금의 빈곤율 감소 효과 ····· 316
[그림 9-14] 국민기초생활보장제도 현금급여 평균 ····· 318
[그림 9-15] 국민기초생활보장제도 현금급여의 빈곤율 감소 효과 ····· 319
[그림 9-16] 아동 관련 급여 평균 ····· 321
[그림 9-17] 아동 관련 급여의 빈곤율 감소 효과 ····· 322
[그림 9-18] 근로장려금·자녀장려금 평균 ····· 324
[그림 9-19] 근로장려금·자녀장려금의 빈곤율 감소 효과 ····· 325
[그림 10-1] 커뮤니티케어 지원체계 ····· 340
[그림 10-2] 요양병원의 기능 분화 ····· 341
[그림 10-3] 천식 및 만성폐쇄성폐질환으로 인한 예방 가능한 입원율 비교 ····· 343
[그림 10-4] 총 병원 병상 수 및 공공병상 수, 2019년 ····· 346
[그림 10-5] 인구구조 변화에 따른 건강보험 재정 영향 ····· 359
[그림 10-6] 시도별 의료 접근성 차이(2018년) ····· 365
[그림 10-7] 권역·지역 책임의료기관 제도(안) ····· 370
[그림 10-8] 권역·지역 책임의료기관 간 연계체계 ····· 371
[그림 10-9] 권역 내 산모·신생아 전달체계(안) ····· 372
[그림 11-1] 공적연금 가입실태(2019년 12월 말 기준) ····· 381
[그림 11-2] EU 회원국의 공적연금 급여율 변화: 2016년과 2070년 비교 ····· 383

[그림 11-3] 연금기여율과 소득대체율의 상대비율 비교 ····· 386
[그림 11-4] 사학연금의 총수입, 총지출, 재정수지 추이 ····· 389
[그림 11-5] 군인연금 재정수지 및 국가보전금 전망 ····· 390
[그림 11-6] 기초연금 예산 및 재원 추이(2014~2020년) ····· 390
[그림 11-7] 국민연금의 월평균 급여액 분포 ····· 394
[그림 11-8] OECD 국가들의 순소득대체율 예측치 ····· 395
[그림 11-9] OECD 국가들의 노후소득 구성원 비교 ····· 396
[그림 11-10] OECD 국가들의 전체 빈곤율 및 노인빈곤율 비교 ····· 396
[그림 11-11] 퇴직연금제도 유형(좌) 및 운용방식(우)에 따른 연간 수익률 추이 ····· 398
[그림 11-12] 고령자(55~79세) 경제활동참가율과 고용률 ····· 400
[그림 11-13] OECD 주요국의 고령자 고용률 ····· 401
[그림 11-14] OECD 국가들의 정규은퇴연령 ····· 401
[그림 11-15] 연금정책 관련 이슈와 정책 대응전략의 도식화 ····· 403
[그림 11-16] 노후소득보장제도의 역할과 기능 충돌 ····· 406
[그림 11-17] 노후준비를 위해 정부에 희망하는 정책(일반국민) ····· 409
[그림 11-18] 노후준비를 위한 정부의 정책지원에 대한 우선순위(전문가) ····· 409
[그림 12-1] 생애주기별 사회서비스의 주요 욕구 범주와 기능의 범위 ····· 413
[그림 12-2] 0~12세 아동 인구 변화(2005~2040년) ····· 415
[그림 12-3] 65세 이상 노인인구 변화(2005~2040년) ····· 420
[그림 12-4] 연도별 신설변경 협의제도 접수안건 현황(2013~2020.6) ····· 435
[그림 12-5] 연도별 신설변경 협의제도 접수안건 현황(2013~2020.6) ····· 436
[그림 12-6] 지자체 신설변경 협의제도 현금성, 비현금성 사업 비율(2016~2019) ····· 436
[그림 13-1] 인구구조 변화가 보건복지에 미치는 영향에 대한 인식 ····· 512
[그림 13-2] 인구구조 변화와 건강에 대한 인식 ····· 513
[그림 13-3] 인구구조 변화와 출산 및 혼인 행태의 불평등에 대한 인식 ····· 514
[그림 13-4] 인구구조 변화와 가족에 대한 인식 ····· 515
[그림 13-5] 인구구조 변화와 지역에 대한 인식 ····· 516

[그림 13-6] 인구구조 변화 대응 보건의료 정책에 대한 의견 ····· 517
[그림 13-7] 인구구조 변화 대응 소득보장 정책에 대한 의견 ····· 518
[그림 13-8] 인구구조 변화 대응 연금 정책에 대한 의견 ····· 519
[그림 13-9] 인구구조 변화 대응 가족 및 돌봄 관련 사회서비스 정책에 대한 의견 ····· 520
[그림 13-10] 인구구조 변화 대응 지역의 사회서비스 정책에 대한 의견 ····· 520
[그림 13-11] 인구구조 변화 대응 복지 지원 계층에 대한 의견 ····· 521
[그림 13-12] 인구구조 변화 대응 사회보장재정에 대한 의견 ····· 522
[그림 14-1] 중국의 합계출산율 ····· 530
[그림 14-2] 중국 역대 출생 인구 및 조출생률 ····· 531
[그림 14-3] 중국 연도별 14세 이하 인구 및 65세 인구 비중 ····· 535
[그림 14-4] 중국 연도별 유소년 부양비·노년 부양비·총부양비 ····· 536
[그림 14-5] 유입지에서의 유동인구 가족형태 ····· 539
[그림 14-6] 중국 역대 노인 요양용 침대 수와 수용된 노인 수 ····· 557
[그림 14-7] 중국 기본양로보험 가입자 수(제1기둥) ····· 574
[그림 14-8] 중국 기본양로보험 기금의 수입과 지출 ····· 575
[그림 14-9] 도시근로자 기본양로보험 기금 수입 및 지출 ····· 576
[그림 14-10] 중국 도농 주민양로보험기금 수입 및 지출 ····· 576
[그림 14-11] 중국 기본양로보험 기금 누적 잔액 ····· 577
[그림 14-12] 기본양로보험 기금 누적 잔액의 GDP 비율 ····· 578
[그림 14-13] 중국 기본양로보험 및 기업연금 참여 수 ····· 579
[그림 14-14] 근로자 기본양로보험 기금 잔고 및 기업연금 누적 기금 ····· 580
[그림 15-1] 스웨덴·독일·이탈리아·일본·한국의 합계출산율(1960~2020년) ····· 592
[그림 15-2] 스웨덴·독일·이탈리아·일본·한국의 출생 시 기대여명(1960~2020년) ····· 593
[그림 15-3] 스웨덴·독일·이탈리아·일본·한국의 65세 이상 고령인구 증가율(1950~2100) ·· 594
[그림 15-4] 주요 국가의 GDP 대비 총 공적이전(2017년) ····· 598
[그림 15-5] 인구 고령화와 고령인구 지출 ····· 599
[그림 15-6] 기대수명 및 의료비 지출 ····· 600

[그림 15-7] 출산율 및 가족 지출 ····· 601
[그림 15-8] 실업률 및 지출 ····· 602
[그림 15-9] 빈곤율 및 기타 지출 ····· 603
[그림 15-10] 인구 고령화 및 고령인구 지출(2000년=100) ····· 605
[그림 15-11] 모든 연금 및 장기요양 비용 증가(2000년=100) ····· 606
[그림 15-12] 인구 고령화 및 의료비 지출(2000년=100) ····· 608
[그림 15-13] 출생아 수 및 가족정책지출(2000년=100) ····· 610
[그림 16-1] TFR 및 출생아 및 사망자 수: 1951~2020년 ····· 616
[그림 17-1] 1964~2015년 태국 합계출산율(TFR) ····· 647
[그림 17-2] 노령수당 수급자 수 및 지출액 2012~2020년 ····· 661
[그림 18-1] 싱가포르 가구의 거주 형태 변화, 2000~2017년 ····· 687
[그림 19-1] 홍콩 및 OECD 국가의 65세 이상 고령자의 노동참여율 ····· 734
[그림 19-2] 연령대별 노동참여율(65세 이상) ····· 735
[그림 19-3] 65세 이상 빈곤인구 및 빈곤율, 2009~2019년 ····· 737
[그림 19-4] 정기적 현금 급여와 공공임대주택의 65세 고령인구 빈곤 완화 효과, 2018~2019년 ····· 738
[그림 19-5] 60세 남녀의 기대수명, 홍콩 ····· 742
[그림 19-6] 연령대별 인구 전망, 홍콩, 2019~2069년 ····· 743
[그림 19-7] 홍콩 인구 피라미드(교육수준별) ····· 745
[그림 20-1] 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안 마련을 위한 틀 ····· 752
[그림 20-2] 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안의 주요 내용 ····· 753
[그림 20-3] 매개 영역 분석을 통해 도출된 보건복지 정책 이슈와 정책 과제 ····· 757

Abstract

Health and Welfare Responses to the Future Population Changes

Project Head: Yoon-Jeong Shin

In the face of the rapidly changing demographic structures of Korean society, this study would present health and welfare responses to the future demographic changes. The suggested vision of the health and welfare policy is how to satisfy the health and welfare needs of the people in line with the changes in the demographic structures and how to maintain the sustainability of the health and welfare policy in the era of demographic changes. Basic directions of the policy suggestions are to effectively respond to the demand for health and welfare; to equitably share the financial burdens necessary for the health and welfare policies; to conduct structural reform of the health and welfare systems to effectively respond to the demographic changes. Detailed policy alternatives were presented in four strategies: promoting the community-centered health and welfare policies, strengthening the public protection, reorganizing the health and welfare systems, and strengthening the individual responsibilities.

Keyword : demographic change, population aging, health and welfare policy

---

A list of co-researchers is presented on the cover

요약

1. 연구의 배경 및 목적

본 연구는 급격하게 변화하고 있는 한국 사회의 인구구조 변화에 직면하여 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안을 제시하였다. 본 연구는 기존에 수행되었던 연구들과 다음과 같은 점에 차이를 두고 연구를 수행하였다. 첫째, 보건복지 정책을 추진하는 데 주목해야 하는 인구구조 변화를 개념적으로 정의하였다. 둘째, 국민들의 보건복지 상태를 나타내는 척도인 건강과 수명, 불평등 그리고 정부가 보건복지서비스를 제공하는 데 중요한 조력자 기능을 하는 가족과 지역이 인구구조 변화에 의해 받는 영향을 이론적으로 검토하고 보건복지 정책에 주는 함의를 모색하였다. 셋째, 인구구조 변화에 따라 대응 방안 모색이 필요한 보건의료, 연금, 소득보장, 사회서비스, 사회보장재정의 핵심적인 보건복지 정책영역에 대해 현황과 정책 과제를 총체적으로 검토하였다. 넷째, 미래 인구구조 변화에 따른 정책 방안 마련을 위한 구조적인 틀을 개발하여 이를 기초로 정책 방안을 제시하였다.

2. 주요 연구결과

본 연구는 보건복지 정책에 영향을 주는 인구구조 변화를 총인구의 감소, 인구 고령화, 연령별 인구구성비 변화, 인구분포의 변화로 정의하였다. 인구구조 변화로 인해 수명과 질병 구조가 변화하여 건강 취약 인구가 증가하고 있으며, 차별적인 인구 행동에 따라 사회적 불평등이 증가할 개연성이 있고, 가족이 변화하여 가족의 지지체계가 약화되고 있으며, 지역 간 인구분포의 불균등이 심화되고 있고, 저성장, 역진적 복지체계, 시

장 불평등으로 인해 한국 사회의 인구구조 변화는 예외적인 양상을 보이며 심각한 사회적 이슈로 연결되고 있었다.

인구구조 변화와 관련된 보건복지 정책 현황과 정책 과제를 진단한 결과는 다음과 같다. 한국의 GDP 대비 공공사회복지지출과 조세부담률은 OECD 국가와 비교하면 낮은 수준이지만 빠른 속도로 증가하고 있어 향후 인구구조 변화가 더욱 심화될 것에 대비하여 재정의 지속가능성을 담보할 수 있는 재정 운영 전략이 필요할 것으로 보았다. 우리나라의 소득보장제도는 노인의 빈곤율을 완화하는 데 효과적인 것으로 나타나 현재 추진되고 있는 소득보장제도의 방향성이 인구구조 변화에 대응하는 합리적인 정책 방안으로 평가될 수 있다고 보았다. 보건의료 정책에서는 돌봄·요양 필요도 대응 정책, 고령화에 따른 건강 문제 대응 정책, 건강보험 재정의 합리적 관리, 지역 인구 변화에 대응하는 정책, 그리고 연금 정책에서는 모수적 조정을 통한 국민연금 재정 안정화, 국민연금제도의 구조개혁, 노동시장과 연금제도의 정합성 강화, 그리고 사회서비스 정책에서는 공적 돌봄 안전망 강화, 청년 및 중장년층 등 사회서비스 취약계층 지원 확대, 지역 중심의 사회서비스 정책 여건 조성을 제시하였다.

본 연구는 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 정책의 비전으로, 인구구조 변화에 따라 대두되는 국민들의 보건복지 욕구를 충족시키고, 인구구조 변화 시대의 보건복지 정책의 지속가능성을 유지하는 것을 제시하였다. 정책의 기본 방향으로 첫째, 인구구조 변화에 따라 대두되는 보건복지 수요에 대해 효과적으로 대응하고, 둘째, 인구구조 변화로 인해 보건복지 정책에 필요한 재정을 형평성 있게 분담하며, 셋째, 인구구조 변화에 효율적으로 대응할 수 있도록 보건복지제도를 구조적으로 개편하는 것을 제시하였다. 이러한 정책 방향하에 지역사회 중심의 보건복지 정책 추진, 공적 보장성 강화, 보건복지 체계 개편, 개인의 책임성 강화의 네

가지 전략에 따라 세부적인 정책 대안을 제시하였다.

인구구조 변화를 경험하고 있는 주요 국가의 정책 사례를 고찰한 결과, 일본과 대만은 보건의료 및 연금 정책의 구조적 개편을 통해 재정의 지속가능성 및 사회보장제도의 효율화를 도모하고 있었으며, 싱가포르는 "아시아적 가족 가치"에 기반하여 가족이 노인 부모를 지역사회 안에서 돌보는 것을 지원하는 정책을 강조하고 있었고, 태국, 중국, 홍콩은 인구 고령화에 대응하기에 역부족한 국가 사회보장제도로 인해 노인 빈곤 및 형평성 문제가 드러나 있었다.

국민 인식 조사 결과, 응답자들이 우리나라의 인구구조 변화와 그로 인한 파급 효과에 대해 잘 인식하고 있는 것으로 나타났으며, 본 연구가 제시하는 정책의 기본 방향과 정책 대안을 대부분 지지하고 있었다.

3. 결론 및 시사점

인구구조 변화에 대응하는 보건복지 정책의 역할은 인구구조 변화를 둘러싼 제반 거시적 및 미시적 요인들이 적절한 정책적인 개입을 통하여 긍정적인 방향으로 맞물려 돌아가도록 하는 데 있다. 인구구조 변화를 위기가 아닌 한국 사회가 한 단계 업그레이드될 수 있는 전환의 기회로 삼아야 할 것이며, 이를 통해 한국의 보건복지제도가 한층 더 성숙해지고, 세대 및 계층 간의 연대와 통합이 공고해지며, 지역사회의 발전을 이루어낼 수 있도록 해야 할 것이다. 정책 대안을 실현하기 위한 방안으로 보건복지 수요 파악과 과학적인 연구 수행, 재원 마련을 위한 다양한 대안 검토, 제도 개혁이 가져올 파급 효과 고려, 보건복지 정책의 패러다임 전환, 개인의 책임과 관리 증진을 위한 노력, 인구구조 변화에 대한 전향적인 시각을 가질 것을 제언하였다.

주요 용어 : 인구구조 변화, 인구 고령화, 보건복지 정책

1부

도입부

제1장 서론
제2장 인구구조의 개념 및 현황과 전망

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 연구 목적

한국 사회의 인구변동은 전 세계적인 경제 불황과 정치적인 지형의 변화, 그리고 예상치 못했던 신종 감염병의 확산과 이로 인한 사회경제적 파급 효과로 인해 최근 더욱 빠르게 진행되고 있다. 인구감소는 멀지 않은 장래에 시작될 것으로 보이며, 인구 고령화와 함께 부양비의 증가도 예견되고 있다. '인구배당효과'가 한국 경제발전에 주었던 긍정적인 영향력은 종료되었으며, '인구오너스' 시대에 접어들어 사회 전반에 걸쳐 생산력이 저하되고 사회적인 부담이 증가될 것으로 우려되고 있다.

인구 변화가 한국 사회에 미칠 부정적인 파급 효과를 최소화하고 인구 고령화 시대에 대응하기 위한 정부의 노력은 2000년대부터 시작되었다. 저출산고령사회기본계획을 2006년부터 수립하여 시행해 왔으며, 사회보장기본계획, 건강가정기본계획 등 국가 기본계획에서도 인구 변화에 대응하려는 적극적인 노력을 보이고 있고, 인구정책 TF 등 각종 태스크포스팀을 구성하여 인구 변화에 대응하고 있다. 연구 분야에서도 국책연구기관을 중심으로 인구구조 변화에 대응하는 많은 연구가 수행되고 있다.

하지만 정부의 노력과 수없이 많이 수행된 연구에도 불구하고 한국 사회가 인구변동에 적절하게 대응할 수 있는 준비를 갖추었는가에 대해서는 자신 있게 대답하기 어려운 상황이다. 인구 변화가 우리 사회 전반에 영향을 미칠 것으로 예견되는 가운데, 특히 보건복지 분야에 주는 영향력은 다른 사회 영역보다 더 현저할 것으로 보인다. 인구 변화는 보건복지를 둘러싼 거시-미시 체계인 수명과 건강, 불평등과 빈곤, 가족 구조, 지

역의 인구분포와 밀접하게 연관되어 있어 국민들의 보건과 복지 상태에 영향을 준다. 실로 그동안 보건복지 분야에서 이루어진 많은 제도적인 변화는 한국 사회의 인구 변화에 대응하기 위한 일환으로 이루어진 측면이 크다고 볼 수 있다. 하지만 이러한 노력에도 불구하고 아직 해결되지 못하고 남아 있는 난제가 있으며, 수차례 제언되었으나 추진되지 못하고 있는 과제도 산적해 있다. 특히 급격한 인구구조 변화에 따라 요구되는 보건복지체제의 구조적인 개편은 매우 더디게 이루어지고 있거나 미루어지고 있다. 인구 변화와 함께 발생하고 있는 다양한 사회적 변화로 인해 보건복지 분야에서 새로운 이슈들이 대두되고 있고 이에 따라 새로운 정책 어젠다들이 빠른 속도로 등장하고 있다.

실로 "인구구조 변화에 따른 보건복지 대응"은 기존에 수 차례 제시된 바가 있으며 주요한 정책 어젠다와 대안은 거의 제시되었다고 볼 수 있다. 따라서 새로운 과제를 발굴한다면 그것은 아주 세부적인 차원의 정책 과제일 수밖에 없을 것이다. 인구구조 변화에 대응하는 주요한 정책 과제들이 전반적으로 제시되었다고 하지만 제시된 과제들이 실제로 구현된 것은 찾아보기 힘든 상황이다. 국민연금을 개혁해야 한다는 필요성이 지속해서 제기되고 있음에도 불구하고 1998년과 2007년 두 차례 정도만 제도 개편이 이루어졌고, 건강보험 재정안정화를 위하여 제시된 많은 과제들도 실현되지 못하고 있는 상황이다. 인구구조 변화가 그 어느 때보다도 빠르게 진행되고 있는 현실에서 보건복지제도의 개편은 불가피하며 더 이상 미룰 수 없는 상황에 와 있다. 지금까지 제시되어 왔지만 구체적으로 실현되지 못한 인구구조 변화에 대응하는 보건복지 정책 과제를 종합적으로 점검하고 개혁의 실현을 모색하는 것이 필요한 시점이다.

지금까지 수행되어 온 정부 계획과 선행 연구들은 다음과 같은 한계를 가지고 있다. 무엇보다도 인구구조 변화를 주어진 배경으로 간주하고 보

건복지 정책과 인구구조 변화 간의 관계에 대한 깊은 분석 없이 인구 변화 현상을 기술하는 데 중점을 두었다. 인구구조 변화와 밀접하게 관련이 있는 보건복지 분야에 대해 총체적인 시각을 가지고 정책 대응 방안을 제시하기보다 분절적인 각각의 정책영역에서 프로그램적인 대응 방안을 제시하는 데 그쳤다. 인구구조 변화는 한 사회의 거시 및 미시 체계와의 상호 작용에 따른 결과인 동시에 또 이러한 체계에 영향을 주기 때문에 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안을 마련하기 위해서는 인구구조 변화가 한 사회에 갖는 영향력을 더 입체적으로 분석할 필요가 있음에도 불구하고 그러한 시도를 보이지 않았다. 기존 연구들이 가지고 있는 이러한 제약점들 때문에 인구구조 변화에 대응하기 위하여 제시된 많은 정책 대안들이 구체적으로 실현되지 못했을 수 있다.

이러한 배경하에 본 연구는 인구구조 변화에 대응하기 위한 주요 정책 과제들의 구현을 위하여 다음과 같은 차별성을 두고 연구를 수행하였다. 첫째, 보건복지 정책을 추진하는 데 주목해야 하는 인구구조 변화를 개념적으로 정의하였다. 둘째, 국민의 보건복지 상태를 나타내는 척도인 건강과 수명, 불평등 그리고 정부가 보건복지서비스를 제공하는 데 중요한 조력자 기능을 하는 가족과 지역이 인구구조 변화에 따라 받는 영향을 이론적으로 검토하고 정책적인 함의를 모색하였다. 셋째, 인구구조 변화에 따라 대응 방안 모색이 필요한 보건의료, 연금, 소득보장, 사회서비스, 사회보장재정의 핵심적인 보건복지 정책영역에 대해 현황과 정책 과제를 총체적으로 검토하였다. 넷째, 미래 인구구조 변화에 따른 정책 방안 마련을 위한 구조적인 틀을 개발하여 정책 방안을 제시하였다.

상기와 같은 차별성하에 본 연구는 급격하게 변화하고 있는 한국 사회의 인구구조 변화에 직면하여 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안을 제시하였다. 본 연구가 제시하는 정책 제언으로 인구구조 변화에 따라

대두되는 국민의 보건복지에 대한 욕구가 충족되고, 인구 변화 시대에서 한국의 보건복지 정책의 지속가능성이 담보되는 것을 기대해 본다.

제2절 연구 체계와 연구 내용

1. 연구 체계

미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안을 마련하기 위해 본 연구는 다음과 같은 연구 체계를 구성하여 연구를 수행하였다.

첫째, 보건복지 정책을 추진하는 데 주목해야 하는 인구구조 변화를 정의하고 현황 분석과 전망을 제시하였다. 인구학 분야에서는 학술적으로 인구구조와 인구구조 변화를 연구자의 관심과 연구 주제에 따라 다양하게 정의하고 있다. 이론적인 내용을 토대로 보건복지 정책을 추진하는 데 특히 주목해야 하는 인구구조 변화를 정의하였다. 인구구조 변화의 현황과 전망을 통계청의 공식 추계 자료를 활용하여 검토하였다. 본 연구의 인구구조 변화에 대한 정의를 중심으로 이후 장(章)들의 내용을 기술하도록 하였으며, 특히 각 보건복지 정책에 대한 장에서 본 연구의 인구구조 변화의 정의를 중심으로 정책 현황과 정책 과제를 기술하도록 하였다.

둘째, 보건복지 정책을 추진하는 데 핵심적인 목표는 국민들의 건강상태를 증진시키고 사회적 형평성을 달성하는 것이라고 볼 수 있다. 인구고령화로 대변되는 세계적인 인구변동에 대응하는 정책 방안을 집대성한 저서인 「Handbook of the Economics of Population Aging」에서 Bloom과 Luca(2016)는 인구구조 변화가 비전염성 질환과 이환율 증가, 가족 구조의 변화, 빈곤과 불평등의 증가라는 특성들과 연결되어 있어 이

를 중심으로 정책적인 함의를 도출해야 하는 필요성을 강조하였다. 인구구조 변화, 특히 인구 고령화로 인해 국민들의 건강이 악화되고 건강하지 못한 수명이 연장될 수 있으며, 인구구성비의 변화에 따라 사회적 불평등성이 강화될 수 있다. 또한 인구구조 변화에 동반하여 가족 변화와 지역의 인구분포 변화가 나타나고 있는데, 보건복지 정책을 추진하는 데 가족 돌봄이나 지역사회 돌봄을 통해 가족과 지역사회가 중요한 동반자 역할을 수행하여 왔다는 측면을 고려해 볼 때, 인구구조 변화에 따른 가족의 변화와 지역의 변화가 보건복지 정책에 주는 영향을 세심하게 살펴볼 필요가 있다. 이러한 측면에서 본 연구는 인구구조 변화와 보건복지를 매개하는 요인을 수명 및 건강, 불평등, 가족, 지역이라고 보고 인구구조 변화가 이러한 매개 요인에 미치는 영향과 이로 인해 발생하는 보건복지 정책의 이슈를 검토하였다. 이러한 작업은 관련된 학술적인 이론과 선행 연구 검토를 통해 수행하였다.

셋째, 인구구조 변화와 밀접하게 관련된 주요한 보건복지 정책영역에 대해 현황과 대응 과제를 검토하였다. Pestieau와 Refebvre(2018)는 사회적 변동에 대응하는 유럽 국가의 복지 체계를 논의하면서 빈곤과 사회적 불평등 상태를 진단한 후 사회보장제도의 빈곤율 완화 효과성을 분석하고, 사회보장재정 지출과 수입을 포함한 재정 현황을 파악한 후에 연금, 보건의료, 소득보장 정책, 장기요양과 가족정책 등을 포함한 사회서비스 정책의 현황과 개선 방향을 논의하였다. Pestieau와 Refebvre(2018)가 엄밀한 의미에서 인구변동에 대응하는 사회보장정책을 논의한 것은 아니지만 유럽 사회에서 일어나고 있는 사회적 변화는 인구 변화로 야기된 측면이 크다는 측면을 고려해 볼 때 사회적 변동에 대응하는 유럽의 정책 분석 방법론을 따르는 것도 유용할 것으로 생각된다. 이러한 측면에서 본 연구에서는 사회보장재정의 현황과 전망을 살펴본 후에 소득

보장제도가 빈곤 완화에 미친 효과성을 분석하고, 보건의료, 소득보장, 연금 정책, 사회서비스 정책을 중심으로 현황과 대응 과제를 파악하였다. 본 연구는 보건복지 정책을 추진하는 데 주목해야 하는 인구구조 변화로 정의한 총인구의 증감, 인구 고령화, 연령별 인구구성비 변화, 지역의 인구분포 변화에 중점을 두고 영역별 보건복지 정책의 현황과 대응 과제를 검토하였다.

넷째, 대국민 조사를 통해 인구구조 변화와 파급 효과에 대한 국민들의 인식도를 살펴보고, 각 보건복지 영역별로 제시한 정책 대안에 대한 국민들의 지지도를 파악하였다. 조사 결과를 통해 나타난 인구구조 변화에 대한 국민들의 관심도와 정책 대안에 대한 호응도를 인구구조 변화에 대응하는 보건복지 정책 방안을 마련하는 데 환류하였다.

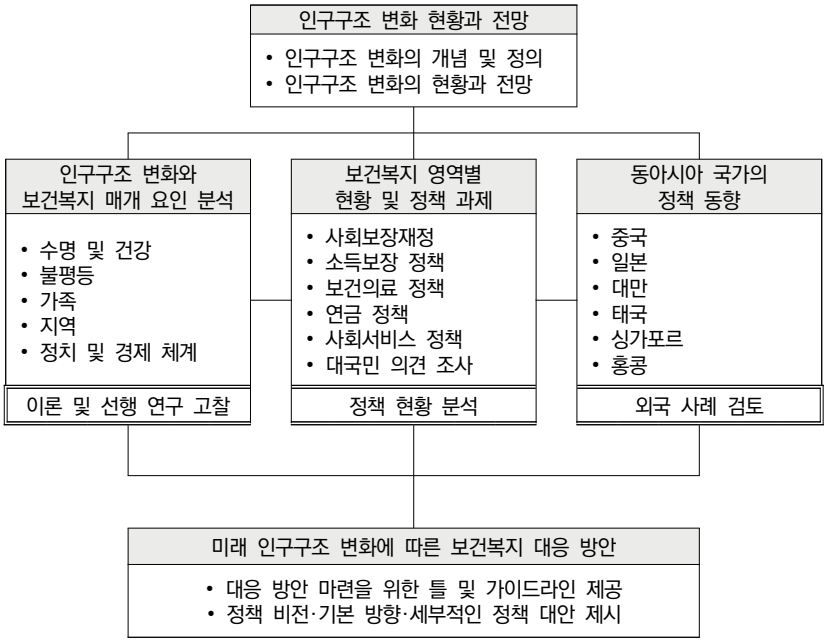
다섯째, 주요 국가의 인구구조 변화 현황과 대응 정책을 검토하여 정책적인 시사점을 구하였다. 분석 대상 국가로 우리나라와 비슷하게 인구구조 변화가 급격하게 이루어지고 있으며, 최근 정책적인 대응 방안 마련을 위해 고심하고 있는 동아시아 지역의 중국, 일본, 대만, 싱가포르, 태국, 홍콩의 현황과 정책적 대응을 고찰하였다. 서유럽 국가의 경우, 사회보장체계가 완비된 이후에 인구구조 변화가 상대적으로 느린 속도로 진행되어 왔고, 보건복지 영역에서 이미 인구구조 변화에 대응하여 개혁이 이루어졌으며, 사회적인 합의도 도출되었다. 서유럽 국가의 사례로부터 시사점을 얻을 수도 있지만, 본 연구는 한국의 인구구조 변화가 세계적으로 유례없이 빠른 속도로 진행되고 있고, 사회보장제도가 완벽하게 구축되지 못한 상태에서 보건복지제도의 개혁이 요청되고 있다는 점에서 유사성을 공유하고 있는 동아시아 국가로부터 시사점을 얻고자 하였다.

여섯째, 미래 인구구조 변화에 따른 정책 방안 마련을 위한 구조적인 틀과 가이드라인을 제공하였다. 본 연구의 수행 체계를 기반으로 마련한

구조적인 틀은 향후 후속 연구나 인구구조 변화와 관련된 기본계획을 수립할 때 범용성 있게 활용될 수 있을 것으로 본다.

일곱째, 본 연구가 개발한 구조적인 틀과 가이드라인을 기초로 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안을 마련하여 정책의 비전과 기본 방향 그리고 세부적인 정책 대안을 제시하였다. 마지막으로 이러한 정책 대응 방안이 갖는 시사점과 고려 사항 그리고 향후 방향을 제시하였다.

〔그림 1-1〕 연구의 체계



자료: 저자 작성

본 연구는 한국보건사회연구원의 각 영역의 전문가와 국내외 외부 전문가들 간의 협업을 통해 수행하였다. 참여 연구진들이 활발하게 의견을 교환하고 관련 분야 전문가의 의견을 구하기 위해 총 4차에 걸쳐 '미래 인

구구조 변화에 따른 보건복지 대응 포럼'을 운영하여 진행하였다. 동아시아 국가의 인구구조 변화와 각 국가의 정책적 대응 방안을 공유하고 해결 방안을 모색하기 위하여 '동아시아의 인구구조 변화와 정책적 대응 국제 컨퍼런스'를 수행하고 2021년 11월 4일 YouTube의 한국보건사회연구원 채널에 중계하였다.

〈표 1-1〉 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 포럼

회차 (일시)	주제 및 발표자
1차 (2021.4.1)	• 주제: 인구구조 변화와 보건복지 관계: 거시적 동향 발표자: 전광희 (충남대학교)
2차 (2021.4.28)	• 주제: 인구 변화에 대한 정치경제적 접근: 왜 한국은 더 심각한가? 발표자: 윤홍식 (인하대학교)
3차 (2021.6.1)	• 주제: 인구구조 변화와 불평등, 건강, 가족, 지역에서의 이슈 발표자: 계봉오 (국민대학교), 우해봉, 신윤정, 장인수 (한국보건사회연구원)
4차 (2021.8.5)	• 주제: 인구구조 변화와 보건복지 영역별 현황과 쟁점 사항 발표자: 고든솔, 정연, 이원진, 이다미, 안수란, 박소은 (한국보건사회연구원)

자료: 본 연구에서 실시한 포럼임.

〈표 1-2〉 동아시아의 인구 변화와 정책적 대응 국제 컨퍼런스 (2021. 11. 4)

국가	주제 및 참여자
한국	• 주제: 한국의 인구 변화와 보건복지 정책의 과제 발표자: 신윤정 (한국보건사회연구원)
일본	• 주제: 일본의 인구 고령화와 사회보장재정 발표자: 토루 스즈키 (전 국립 사회보장·인구문제연구소)
대만	• 주제: 대만의 인구 변화에 대응하는 보건복지 정책 발표자: 제임스 청 타이 쉬에 (국립대만대학교)
싱가포르	• 주제: 싱가포르의 인구 변화와 고령화 정책 이니셔티브 발표자: 렝렝 탕 (국립싱가포르대학교)
태국	• 주제: 태국의 인구 고령화와 정책적 대응 발표자: 프라모트 프라사르트쿨, 나파팟 사차나와쿨 (마히돌대학교)
홍콩	• 주제: 홍콩의 고령자를 위한 소득보장 정책 발표자: 스튜어트 지텔 바스턴 (홍콩과학기술대학교)
호주	• 싱가포르·홍콩·태국 발표에 대한 토론 토론자: 테런스 힐 (호주국립대학교)
미국	• 일본·대만·한국 발표에 대한 토론 토론자: 이상협 (하와이대학교 및 이스트웨스트센터)

자료: 본 연구에서 실시한 국제 컨퍼런스임.

2. 주요 연구 내용

본 연구는 1부 도입부, 2부 인구구조 변화와 보건복지 매개 요인 분석, 3부 인구구조 변화와 보건복지 정책 현황 및 대응 과제, 4부 동아시아 국가의 인구구조 변화와 보건복지 대응, 5부 결론부로 구성되어 있다.

1부 도입부의 주요 내용은 다음과 같다. 제1장은 서론으로 연구 배경 및 연구 목적, 연구 체계와 연구 내용을 기술하였다. 제2장 인구구조의 개념 및 현황과 전망에서는 인구학에서 제시하고 있는 인구구조의 개념과 정의에 기반하여 보건복지 정책이 주목해야 하는 인구구조 변화를 정의하였다. 인구변천이론과 인구구조 변화를 살펴보고, 최근 인구구조 변화 현황과 전망을 기술하였으며, 인구구조 변화와 주요 보건복지 영역의 쟁점을 살펴보았다.

2부 인구구조 변화와 보건복지 매개 요인 분석의 주요 내용은 다음과 같다. 제3장 인구구조 변화와 수명 및 건강은 보건/건강 인구학의 동향, 역학 변천과 건강 변천 이론, 수명과 질병 구조의 변화를 살펴보고, 이를 통해 수명-건강 변화와 보건복지 이슈를 제시하였다. 제4장 인구구조 변화와 불평등은 인구변동과 불평등 관계를 살펴보고, “운명의 분기” 이론을 통해 가족 불안정성의 계층화와 사회이동, 한국에서의 “운명의 분기” 현상을 살펴보았다. 실증 분석으로 건강보험 자료를 활용하여 차별 출산력을 분석하였다. 제5장 인구구조 변화와 가족은 가족 변화에 대한 이론적 내용과 한국 가족 변화의 주요 특징을 살펴보고 가족 변화가 보건복지 정책에 주는 이슈를 정리하였다. 제6장 인구구조 변화와 지역에서는 관련 선행 연구, 지역 인구 변화의 주요 특성, 취약층의 지역 인구분포 특성을 고찰하고 이를 기반으로 지역의 인구변동과 관련하여 제기되고 있는 이슈를 제시하였다. 제7장 인구구조 변화와 정치 및 경제 체계는 인구구

조 변화를 분석함에 있어 정치 및 경제 체계를 고려하는 분석 틀을 제공하고, 인구구조 변화에 있어 한국 사회가 갖는 예외성과 심각성을 진단한 후 향후 과제를 제시하였다.

3부 인구구조 변화와 보건복지 정책 현황 및 대응 과제의 주요 내용은 다음과 같다. 제8장에서는 인구구조 변화와 사회보장재정의 현황과 전망을 살펴보았다. 제9장에서는 우리나라 소득보장제도의 현황과 인구구조 변화에 따른 소득보장제도의 효과를 분석하였다. 제10장 인구구조 변화와 보건의료 정책 현황 및 대응 과제에서는 돌봄·요양 필요도 증가와 보건의료제도, 고령화에 따른 건강문제 변화와 보건의료제도, 인구구성비 변화와 건강보험재정, 지역 인구 변화와 보건의료제도를 살펴보았다. 제11장 인구구조 변화와 연금 정책 현황과 대응 과제에서는 인구구조 변화와 연금제도, 한국의 공적연금 현황 및 당면과제, 인구구조 변화에 따른 연금 정책의 대응 전략을 제시하였다. 제12장 인구구조 변화와 사회서비스 정책 현황 및 대응 과제에서는 저출산·고령화와 돌봄 서비스, 인구구성비 변화와 청년·중장년 사회서비스, 인구분포 변화와 지역사회서비스에 대해서 검토하였다. 제13장은 인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사를 통해 인구구조 변화에 대한 대국민 인식과 인구구조 변화 대응 정책에 대한 국민들의 지지도를 파악하였다.

4부 동아시아의 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응의 주요 내용은 다음과 같다. 제14장은 중국의 인구 및 가족 변천에 대한 분석과 함께 중국의 양로서비스 및 연금제도의 현황에 대해서 검토하였다. 제15장 일본의 고령화와 사회보장비용에서는 1950년대 이후 세계적인 고령화 현상에 대한 분석과 일본의 사회보장재정의 현황에 대해서 살펴보았다. 제16장은 대만의 인구구조 변화에 대한 분석과 소득보장, 연금, 보건의료, 장기요양 정책의 현황과 대응에 대해서 살펴보았다. 제17장은 태국의 인구

고령화 현황, 인구 고령화 대응 정책의 발달 배경, 인구 고령화 대응 정책 현황에 대해서 검토하였다. 제18장은 싱가포르의 인구 변화, 고령화 정책 체계, 노인 돌봄, 세대 간 지원 및 결속, 활동적인 노화 등 최근의 고령화 정책 이니셔티브의 주요 내용을 고찰하였다. 제19장은 홍콩의 소득보장 제도의 현황과 실효성을 검토하고 인구구조 변화가 소득보장제도에 주는 압박에 대해서 살펴보았다.

5부 결론부는 제20장에서 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안을 제시하였다. 미래 인구구조 변화에 따른 정책적인 대응 방안을 제시하기 위한 기본 틀과 가이드라인을 제시하고, 이를 기반으로 정책의 비전과 기본 방향 그리고 세부적인 정책 대안을 제시하였다. 마지막으로 이러한 대응 방안이 주는 시사점과 향후 정책 방향을 제언하였다.

제 2 장 인구구조의 개념 및 현황과 전망

제1절 인구구조의 개념과 정의

1. 인구의 개념

우리나라 미래 인구구조의 변화를 정의하기 전, 인구(population)의 개념을 정의하도록 한다. 고사성어 "회자인구(膾炙人口)"는 "칭찬받을 거리로 사람의 입에 즐겁게 오르내린다."라는 의미이다. 인구는 한자로 "人口"로 쓰지만, 그것은 "사람의 입"을 가리키는 생산성이 낮은 농업사회의 단어이다. 또 통계학에서 'population'은 모집단(母集團)이며, 이는 모집단의 일부인 표본(標本)과 대비되는 개념이다(권태환, 김두섭, 2002; 전광희 외, 2008).

인구의 현재 의미와 유사한 고어는, 호구(戶口)이지만, 그것은 사실 호=가구(housing, dwelling=household/family), 구=인구(mouth=person)를 의미했다. 생태학적 인구학에서는 population은 인간을 포함하는 생물집단을 전부 가리키는 것으로, "개체의 묶음"이란 의미의 집합명사로 사용된다. 가령, 사람의 인구는 "human population", 동물의 인구는 "animal population", 식물의 인구는 "plant population"으로 표현한다(Inaba, 2017; Krieger, 2012).

분명히, 넓은 의미의 인구는 "인간의 집단"을 가리키며, 사회학에서 말하는 구성원의 상호작용, 곧 교환(exchange), 경쟁(competition), 협력(cooperation), 갈등(conflict) 등을 전제로 하지 않은 통계집단(statistical aggregates) 개념으로, 대단히 추상적으로 사용되고 있다.

한편, 인구는 좁은 의미로 “특정한 속성을 가진 사람의 수”를 의미하며, 좀 더 구체성(concreteness)을 갖는 개념으로 사용된다. 여기서, 그 속성이 혼인, 출생, 사망, 이동 등에 직접적으로 관련되는 경우, 그것을 인구학적 속성 또는 인구동태적 속성이라 한다.

우리가 “인구는 경제와 밀접한 관계가 있다.” 또는 “저출산/고령사회에 직면한 우리나라에서 보건복지, 특히 국민연금과 건강보험의 재정위기는 심각하다”라고 할 경우, 인구는 “특정한 속성을 지닌 사람의 수”가 아니라 막연히 “인간의 집단”이라는 추상적 이미지를 지닌다(김태헌, 2009). 그러나 한국의 “총인구”, “코로나 치명자 인구”, “인터넷 인구”라고 말할 때는, “우리나라에 3개월 이상 거주하는 사람의 수”, “코로나 감염자 중 사망에 이른 인구”, “인터넷을 실제로 이용하는 인구”를 의미한다. 이 경우에 인구는 “특정의 속성을 가진 사람들의 수”를 가리킨다(김태헌, 2009). 이것을 좁은 의미의 인구라고 정의한다. 인구학에서는 매우 한정된 인구 속성으로 사람의 수를 특정화하는 경우가 많다(김태헌, 2009). 예를 들어, “2021년 코로나19 팬데믹 중에 태어난 신생아”, “지난 5년간에 걸쳐 사인이 암(neoplasm)인 사망자 수”, “2007년 한 해에 걸쳐서 출생한 신생아”, “2020년 현재 서울·인천·경기 등 수도권에 거주하는 인구”, “2020년에 15~49세의 재생산 연령대의 여성의 총수” 같은 인구의 개념이 여기에 속한다.

2. 인구구조의 정의

인구구조를 정의하기 위한 인구학적/사회경제적 특성은 〈표 2-1〉에 제시한 대로, (1) 순수인구학적 특성(연령, 성별), (2) 가족·가구 특성(혼인상태, 가족/가구), (3) 지역/국적 특성(지역, 국적 또는 시민권), (4) 교육·경제활동 특성(교육, 경제활동 상태, 산업/직업, 종사상 지위)으로 한

다(권태환, 김두섭, 2002; 전광희 외, 2008; Preston, Heuveline & Guillot, 2000).

〈표 2-1〉 인구구조의 변화를 정의하기 위한 인구학적/사회경제적 특성

인구학적/사회경제적 특성		통상적 범주, 분류형태	특정 시점 집계자료의 일반적 요약방식	시간 경과에 따른 변화(사회변동)의 일반적 표현
순수 인구학적 특성	연령	연령(매 세, 5세 간격), 기능적 구분(유소년인구/생산연령인구/고령인구)	인구피라미드, 평균연령(또는 중위연령), 연령별 인구구성비, 부양비(유소년부양비, 고령부양비, 총부양비)	인구 고령화(65세 이상 인구의 구성비 증가), 고령부양비 증가 또는 부양 부담 (노동자 1인당 고령자의 수)의 증가
	성별	남녀(생물학적 구분)	성비(sex ratio) 또는 성별 인구구성비	총인구 또는 고령인구(65세 이상)의 여성화(feminization)
가족·가구 특성	혼인상태	미혼, 유배우, 이혼, 사별	혼인상태별 인구구성비, 평균 혼인연령 또는 이혼/사별 연령	만혼화/비혼화(晩婚化/非婚化), 이혼/사별 등 혼인해체 증가
	가족/가구	가족/가구 구성원의 수, 가족/가구 내 핵(核) 수	가족/가구 구성원 수별 분포, 가족/가구 핵수별 분포	가족/가구의 1인화/소규모화, 핵가족화 등
지역/국적 특성	지역	광역지자체, 기초지자체, 수도권-비수도권, 읍면동(邑面洞)	광역/기초 지자체별 인구 구성비, 지자체 인구규모별 분포	지역별 인구의 과밀화/과소화(過密化/過少化), 수도권 인구 비대화
	국적(시민권)	내국인, 외국인	외국인 구성비	총인구 중 외국인 인구의 증감
교육·경제활동 특성	교육	최종학력(초중고, 대학, 대학원 등), 전공전역, 학위취득 여부	학력/전공영역별 인구분포	고학력화-대졸 학력 이상 인구의 비율 증가
	경제활동상태	경제활동(취업, 실업), 비경제활동	경제활동인구(취업, 실업)의 구성비	경제활동인구의 증감
	산업/직업	표준 산업/직업 분류 중 대분류에 의거한 구분	산업/직업별 인구구성비	제3차 산업(전통적/근대적)의 증감, 서비스 직종 종사 인구의 증감
	종사상지위	고용자(상용직, 임시직), 고용주, 자영업자, 가족종사자, 분류 불능	경제활동인구의 종사상지위별 구성비	고용불안정 인구(임시직, 자영업자, 가족종사자 등)의 증감

자료: 권태환, 김두섭. (2002); 전광희 외. (2008); Preston, Heuveline & Guillot. (2000)을 참고하여 저자가 작성함.

〈표 2-1〉에 제시되지 않았지만, 인구학적/사회경제적 특성을 고려하지 않은, 이른바 제로 차원의 인구구조(zero-dimensional population structure), 총인구의 증감(overall growth and decline in population)도 특정 시점과 시간 경과에 의한 인구구조 변동의 정의에 포함한다.

인구구조는 인구라는 통계집단(statistical group or aggregates)을 연구자에 따라 관심 있는 변수로 분류한 결과이다. 이는 순수인구학적 변수를 중심으로 파악하는 인구구조와 사회경제적 변수를 중심으로 파악하는 인구구조로 구분할 수 있을 것이다(박승규, 김선기, 2016). 순수인구학적 변수에는 성, 연령과 가족/가구 형성의 상태를 파악하는 혼인상태를 열거할 수 있으나, 형식 인구학(formal demography)은 인구구조의 기본적 변수를 연령과 성별에 국한하기도 한다.

본 절에서 다루는 연령과 성별을 중심으로 하는 순수인구학적 구조는 인구학, 특히 인구학적 변수의 관계를 연구하는 인구분석(demographic analysis)에서 중요한 위치를 차지한다. 연령과 성별 변수는 인구주택총조사의 완전성이나 정확성을 평가하는 데 중요하지만, 민간인 노동력, 군대 인력의 수급만이 아니라, 인구감소와 저출산·고령사회의 진전에 대응하는 보건복지 상태를 파악하고 지역사회의 사회복지서비스 수급 등의 다른 유형의 자료 분석에서도 절대적 중요성이 있다.

사회과학 대부분의 분과학문은 성과 연령별 인구구조, 곧 형식인구학적 인구구조(formal demographic structure)에 관하여 관심을 기울인다(박승규, 김선기, 2016). 그 이유는 남녀구조나 연령구조에 의하여 사회생활의 일차적 관계가 영향을 받기 때문이다(박승규, 김선기, 2016). 가령, 남녀 수가 불균형 상태에 있으면 혼인력이나 출산력, 경제활동, 젠더 역할(gender role) 등을 새롭게 재조정하지 않으면 안 된다(박승규, 김선기, 2016).

성/연령별 인구구조의 파악은 인구주택총조사, 주민등록인구, 또는 인구추계 등을 통해서 이루어지고, 미래의 인구구조는 출산, 사망, 국제인구이동에 대한 장래 가정치를 설정하여 장래인구추계(population projection)를 실시하여 파악한다. 추계방법론은 통상적으로 코호트요인법(cohort component method)을 이용하며, 이를 통하여 작성된 미래의 인구에 대하여 인구구조를 파악하는 지표를 계산하여, 이들의 변화를 추적하기도 한다.

인구구조 지표는 연령을 연속변수로 보고, 평균연령(mean age) 또는 중위연령(median age)을 계산하여, 인구 고령화의 간단한 지표(aging index)로 사용한다. 인구구조를 표현하는 인구피라미드(population pyramid)는 정규분포가 아닌 경우가 많으므로, 중위연령을 사용한다.

연령변수를 이산변수로 보고 0~14세를 유소년인구(young population), 15~64세를 생산연령인구(working-age population), 65세 이상을 고령인구(old population)로 명명하고, 생산연령인구 대비 유소년인구의 크기를 유소년부양비(young dependency), 생산연령인구 대비 고령인구의 크기를 고령부양비(old dependency)라고 정의하며, 유소년부양비와 고령부양비를 합하여 총부양비(total dependency)라고 부른다.

미래의 인구구조가 저출산으로 인하여 유소년인구, 생산연령인구가 감소하고 고령인구가 증가하기 때문에, 15~64세의 생산연령인구를 청년층(15~29세), 핵심노동층(30~54세), 중고령층(55~64세)으로 구분하기도 하고, 65세 이상의 고령인구는 전기고령층(65~74세), 후기고령층(75세 이상)으로 구분하고, 후기고령층 중에서 85세 이상을 초고령층(super-elderly)이라고 명명(命名)하기도 하여, 경제성장의 잠재능력 위축과 건강수명, 장기요양(long-term care)과 관련된 보건복지 등 사회보장 정책에 대한 수요 증대를 분석하는 데 이용한다.

성별 속성을 고려하지 않고 혼인력, 출산력, 사망력, 인구이동, 노동력/경제활동 등의 연구에서 통계 자료를 분석하는 경우가 있다(박승규, 김선기, 2016). 사실 인구통계에서 성별 분류는 연구자가 관심이 있는 다른 변수와 횡단 분류 시 유용하다. 예를 들어, 출산력이나 사망력의 경우 성별 인구구조 차이의 영향은 클 수 있다. 그러나 보건복지, 노동력/경제활동이나 군대병력의 수요분석에는 성별 요인을 보건복지, 노동력/경제활동이나 연령변수와 횡단 분류하여 제시하지 않으면 아무런 의미가 없는 때도 있을 것이다.

혼인력, 출산력, 사망력, 인구이동 등의 인구과정을 분석하여 인구구조의 변화를 파악하는 핵심적 변수는 연령이다. 연령별 제표 작업은 인구증가, 노동공급, 경제적 부양 관계 등의 분석을 위한 지표 개발의 출발점이 된다. 인구주택총조사의 연령 자료는 인구동태통계의 자료 품질이 열악한 경우에 인구 성장을 연구하는 데 핵심적 역할을 한다. 성별 속성과 마찬가지로, 연령 분류의 중요성은 다른 특성들과 횡단 분류(cross-classification)를 하는 데 있다. 가령, 연령은 혼인상태, 노동력, 인구이동은 물론 건강상태 등 보건복지 변수 간의 횡단 분류로 이들 주제영역에 대하여 인구주택총조사나 인구동태통계의 효율적 분석을 시도할 수 있다. 또 사회경제적 구조의 특성들이 연령별로 달라지기 때문에, 연령변수에 대하여 주의를 하지 않는다면 사회경제적 구조의 특성에 대한 효과적인 분석이 사실상 불가능하다.

다음은 순수인구학적 구조 외에, 보통 사회경제적 인구구조라 불리는 인구구조에 관련되는 사항이다. 사회경제적 구조란 인구를 통계집단으로 보고, 민족, 종교, 교육, 경제활동, 직업과 산업 등의 사회경제적 특성을 기준으로 분류한 결과이며, 순수인구학적 속성에 따른 인구변수와 더불어 인구 현상의 체계적 질서를 파악하는 토대를 이룬다. 사회경제적 인구구

조는 과거부터 현재에 이르는 혼인, 이혼, 출생, 사망, 이동 등의 인구동태 사건에 의하여 영향을 받을 수 있으며, 반대로 이 인구동태 사건들은 내·외국인별, 최종학력별, 가족/가구별 특성의 구조, 노동력 수급 사정 등의 사회경제적 인구구조에도 직접적 또는 간접적으로 영향을 줄 수 있다.

사회경제적 구조는 사회학, 경제학, 특히 사회이론에서 흔히 이용되는 개념이기는 하지만, 여전히 구조의 특성에 대해서는 명확히 규정되지는 않고 있다. 일반적 의미의 사회경제적 구조는 사회경제 체제 안에서 지배되고 있는 규범이나 제도에 의한 행동이나 관계의 지속적 패턴으로 규정하고 있다. 따라서 인구학에서 추상화된 통계집단(statistical aggregates)으로 인구현상을 분류하기 때문에, 구성원 간의 상호작용(interaction)을 중시하는 사회구조(social structure)의 개념과는 분명히 차이가 있다고 해야 할 것이다

〈표 2-1〉에서 보는 것처럼, 인구구조는 인구의 순수인구학적 특성 외에 지역/국적(시민권 특성), 교육/경제활동 특성에 따라 구분되는 사회경제적 구조를 이야기할 수도 있다. 인구구조는 분류기준의 특징이나 수에 따라서 몇 가지로 구분할 수 있다. 인구구조를 분류기준의 특징에 따라 구분하면 다음과 같다.

첫째, 사회적, 경제적, 문화적 구조에 따른 분류이다. 사회적 구조는 협의의 사회적 사건과 관련된 것으로 교육수준별, 계층/계급별 인구구조를 포함하는 것이라고 볼 수 있다. 경제적 구조는 인구구조가 경제 현상과 관련된 것으로, 직업별, 산업별, 소득수준별, 경제활동 상태별 인구구조를 의미하는데, 사회적 구조와 확연하게 구분되지 않는 문제점이 있다. 문화적 구조는 협의의 문화적 사건과 관련되는 것으로, 언어별, 종교별 인구구조를 가리킬 수 있고, 최근에는 데스크톱, 노트북 또는 아이패드(iPAD) 사용 여부에 따른 인구구조의 파악을 목적으로 이용할 수 있다.

그러나 이 분류기준도 사회적 인구구조나 경제적 인구구조와 엄격히 구분하기는 힘들다. 최근, 우리나라에서는 저출산/고령화, 인구감소에 직면하여 다민족·다문화사회의 진입이라는 현실을 고려하여, 외국인을 인구현상의 일부로 파악하려는 관점도 생겨나고 있다.

둘째, 사회과학의 관심 영역에 따른 분류이다. 사회학적 인구구조로서 계층/계급별 구조, 출생지별 구조, 거주지(상주지)별, 가구규모(평균가구원수)나 가족형태별 구조에서 내/외국인별, 국적(시민권)별, 종교별, 언어별 인구구조를 생각하여 볼 수 있다. 경제학적 인구구조로 경제 현상과 관련되는 것으로 직업별, 산업별, 소득수준별, 노동력 상태별 인구구조를 생각할 수 있으며, 이들 구조는 사회학적 구조와 함께 인구구조의 특성을 파악하는 핵심 변수로 간주되고 있다. 또, 직업, 산업, 노동력 상태 같이 이산변수의 경우는 인구구조를 이질성/다양성(heterogeneity/diversity)의 관점에서 파악하고, 소득수준은 본질에서 연속변수이기 때문에, 인구구조를 단순한 이질성(heterogeneity)의 관점을 넘어서, 불평등(inequality)의 관점에서 파악하는 데 도움을 줄 수 있다.

추가로, 인구구조는 사람을 하나하나 파악하는 경우에 대하여, 가구, 가족, 사업장(business units)과 같이 개인들이 모여서 집단을 이루는 경우, 그 집단의 인구구조를 파악하는 때도 있다.

이상에서는 인구구조를 연구자의 관심과 연구 주제에 따라 다양하게 정의할 수 있음을 살펴보았다. 본 연구는 보건복지 정책을 추진하는 데 중점을 두고 살펴보아야 할 인구구조로서 세부적인 집단으로 구분하지 않은 제로 차원의 인구구조(zero-dimensional population structure)인 총인구, 순수인구학적 변수인 연령을 기준으로 보는 인구 고령화와 연령별 인구구성비, 그리고 사회과학적 변수인 지역을 중심으로 지역의 인구분포에 주목하고자 한다. 이러한 네 가지 인구구조 (총인구, 인구 고령

화, 연령별 인구구성비, 지역 인구분포)를 특정 시점에서 집계된 자료와 시간의 경과에 따른 변화를 살펴봄으로써 인구구조 변화의 모습을 관측한다.

총인구에서는 전체 인구의 증감과 더불어 유소년인구(0~14세), 생산연령인구(15~64세), 고령인구(65세 이상)의 증감 현상도 파악하여 인구학적 데드크로스(dead cross) 현상의 본격화에 주목한다. 인구 고령화에서는 65세 이상 고령자 구성비의 증가를, 연령별 인구구성비 변화에서는 인구피라미드의 역(逆) 삼각형화 진전, 고령자 부양비(elderly dependency ratio)의 급격한 상승 또는 고령자 1인당 노동자 수, 즉 부양부담(dependency burden) 악화를 살펴본다. 인구분포의 변화에서는 시도별 인구분포에 대해 검토한다.

제2절 최근 인구구조 변화 현황과 전망

1. 최근 인구구조 변화의 동인

본 절에서 인구구조 변동의 현황과 전망은 통계청이 2017년에 출산력, 사망력, 국제인구이동이라는 인구변동 요인에 대한 가정치를 기반으로 하여 미래 인구구조의 변화를 전망한 결과를 바탕으로 한다. 통계청의 장래인구추계(demographic projection)는 5년마다 실시되는 인구주택총조사의 성·연령별 인구자료를 기준인구(launching population)로 하여 5년 주기로 작성하기 때문에, 2020년 인구주택총조사 집계결과를 바탕으로 2021년에 공표할 예정이었으나, 2017년 이후 초저출산(ulterior-low fertility)의 급진적 상황을 반영하는 특별추계를 공표하기로 하였다. 통계

청의 특별추계에서는 장래인구추계의 불확실성(uncertainty)을 고려하여, 출생, 사망, 이동 가정을 조합한 총 30개의 시나리오를 제공하고 있다(〈표 2-2〉 참고). 여기서는 중위 시나리오와 저위 시나리오에 초점을 맞추어 인구구조 변동의 전망을 검토하는데, 저위 시나리오에 초점을 맞추는 이유는 2020년 이후 현재 진행 중인 코로나19 범유행의 진전으로 중위 시나리오보다는 저위 시나리오의 현실화 개연성이 높아졌기 때문이다.

통계청의 2017년 장래인구 특별추계에서 중위 시나리오는 출산력, 사망력, 국제인구이동의 인구변동요인에 대해서 중위 가정을, 저위 시나리오는 3개 인구변동요인의 저위 가정을 이용하여 추계한 것이다. 2017년 특별추계의 출산력 가정치를 보면, 2020년 현재 합계출산율(TFR)이 중위 0.90, 저위 0.82, 고위 1.06으로 되어 있는데(통계청, 2019.3.28.), 출산율의 반등(反騰 recuperation) 개연성이 크지 않다면 저위 가정이 중위 가정보다 2020년 코로나19의 범유행에 따른 출산율 저하라는 현실을 더 잘 반영하고 있다고 판단된다.

통계청의 보도자료에 의하면, 2020년 합계출산율(TFR)은 0.84명으로, 2019년 0.92명보다 0.08명이 감소하였다(통계청, 2021.8.25.). 또, 조출생률(CBR)은 5.3명으로 전년보다 0.6명이 줄어, 출생아 수는 합계출산율과 함께 1970년 이후 가장 적은 수치를 기록하였다. 연령별 출산율(ASFR)은 2019년과 비교하여 40대 초반을 제외한 전 연령층에서 감소했고, 특히 30대 초반 출산율은 78.9명으로 2019년보다 7.3명이 줄어 가장 많이 감소했으며, 여성의 평균 출산연령은 33.1세로 2019년에 비교하여 0.1세 증가하였다. 출산 순위별 출생아 수는 2019년과 비교하여 첫째 자녀는 1만 4,500명이 감소했고, 둘째 자녀는 1만 2,700명이 감소했다(통계청, 2021.8.25.).

본 보고서에서, 장래인구추계에서 사망력의 고위 가정과 중위 가정의

선택과 관련하여 2020년 코로나 범유행(pandemic)의 충격이 우리나라 기대수명의 향후 상승에 어떤 영향을 줄 것인가에 대해서 여전히 정확한 판단을 하기가 힘들다. 최근의 코로나19의 사망력 영향에 대한 인구학적 요인분해 분석은, 한국의 코로나19 사망률이 코로나19가 확산된 대표적인 유럽 국가보다 낮은 이유가 코로나19의 확진자 수가 상대적으로 적기 때문이라는 사실을 입증하였다(신윤정, 2021). 특히, 범유행 기간 중 우리나라에서 수행된 사회적 거리 두기(social distancing) 정책과 이를 엄격하게 준수한 시민 의식이 코로나19 사망률을 낮게 유지하는 데 이바지가 컸다고 볼 수 있다.

통계청은 2020년 1월부터 매주 전국의 성별, 연령별, 시도별 잠정 사망자 수를 바탕으로, 과거 3년간 사망자 최대값과 비교해서 초과사망(excess deaths)의 발생 여부를 확인하였다. 초과사망 자료를 분석한 결과, 우리나라에서 코로나19로 인한 사망자 수의 증가폭은 최근 3년간의 사망자 증가 곡선에서 크게 벗어나지 않는 것으로 밝혀졌다(통계청, 2020). 이는 미국·영국 등에서 통상 수준을 넘어서는 초과사망이 관측된 것과는 좋은 대조를 이룬다고 하겠다. 다만, 85세 이상 고령자의 경우 초과사망이 다소 발생한 것으로 관측되었다(통계청, 2020d).

한편, 대한의사협회는 2020년 들어 코로나19의 직접 사망자는 12월 23일 현재 739명이지만 예년보다 전체사망률이 약 6% 상승한 것으로 나타났다고 하면서, 초과사망률 6%를 연간 숫자로 환산하면 약 2만 명 가까운 숫자로, 요양병원·요양원 등 장기요양시설(long-term care center)의 코로나19의 숨은 감염자가 적절한 치료를 받지 못해 사망하는 간접사망이 무시할 수 없는 수준이라고 주장하고, 이러한 상황의 누적적 영향으로 말미암아 기대수명의 향후 상승 속도는 둔화할 수 있음을 암시하였다(김민욱, 2020.12.23.).

통계청의 2017년의 장래인구 특별추계에서, 통계청의 초과사망이 거의 없다는 주장이 설득력이 있다면, 미래 인구구조 변동에서 2017년 특별추계의 사망력 중위 가정을 채택할 수 있다. 한편, 대한의사협회나 다른 비정부단체에서 주장하는 초과사망이 실제로 있고, 고령자 중 장기요양(LTC) 시설 입소자의 숨은 감염자(hidden infections)의 사망을 염두에 둔다면, 기대수명 상승의 둔화를 가정하는 저위 가정을 채택하여 미래의 인구구조 변동을 검토할 수 있다고 본다. 결국, 출산력을 저위 가정으로 하고, 사망력은 중위 가정과 저위 가정을 모두 검토할 수 있다.

코로나19 범유행이 국제인구이동에 미친 영향은 더욱더 불확실성이 있다. 2019년 코로나19의 글로벌 확산 이후 내국인과 특히 외국인의 이동이 심하게 위축된 상황에서 그것이 일시적일지 영속적인 것이 될 수 있을지 불확실하다. 현재로서는 통계청의 2017년 장래인구 특별추계에서 국제인구이동의 중위 가정과 저위 가정을 이용한 시나리오를 검토할 필요가 있다고 본다.

본 절에서는 앞에서 언급한 대로, 장래 인구구조는 합계출산율의 변화에 큰 영향을 받기 때문에 코로나19의 충격으로 출산력이 반등하지 않은 상태에서, 사망력과 국제인구이동의 저위 가정 세트들로 이루어진 저위 시나리오(low variant)를 통계청이 2017년 당초에 표준으로 설정한 중위 시나리오와 검토하기로 한다. 물론, 〈표 2-2〉에서 최저출산율 시나리오(저위 출산율-중위 기대수명-중위 국제인구이동), 기타 13 시나리오(저위 출산율-중위 기대수명-저위 국제인구이동), 기타 16 시나리오(저위 출산율-저위 기대수명-중위 국제인구이동), 기타 18 시나리오(저위 출산율-저위 기대수명-저위 국제인구이동) 등의 시나리오를 이용하여 미래의 인구구조 변동을 추적할 수는 있지만, 기대수명의 둔화나 국제인구이동률의 변화가 출산율의 변화와 비교하여 코로나19의 새로운 가정 설

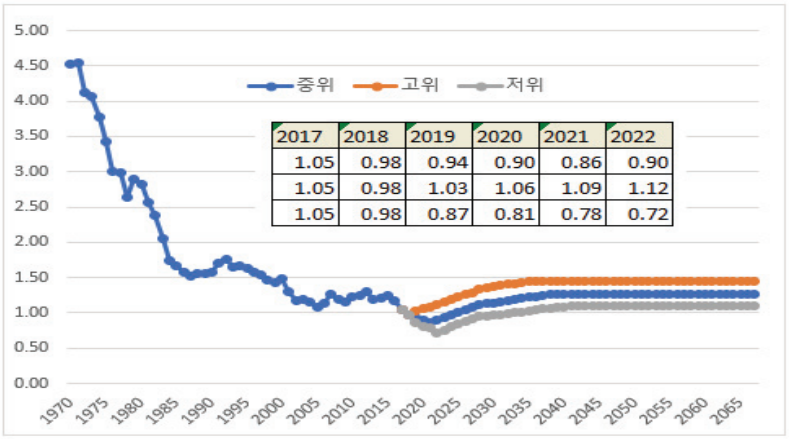
정에 따른 충격이 상대적으로 적기 때문에, 장래인구추계의 중위 시나리오와 저위 시나리오를 검토한다.

〈표 2-2〉 통계청의 2017년 장래인구 특별추계 30개 시나리오 총괄

추계 시니리오	출산력	기대수명	국제인구이동
중위	중위	중위	중위
고위	고위	고위	고위
저위	저위	저위	저위
최고 출산율	고위	중위	중위
최저 출산율	저위	중위	중위
출산율 2018년 유지	2018년 수준	중위	중위
출산율 OECD 평균	OECD 평균	중위	중위
최고 수명	중위	고위	중위
최저 수명	중위	저위	중위
최대 순이동	중위	중위	고위
최소 순이동	중위	중위	저위
제로 이동	중위	중위	제로 이동
기타(1)	저위	고위	저위
기타(2)	고위	저위	고위
기타(3)	중위	고위	고위
기타(4)	중위	고위	저위
기타(5)	중위	저위	고위
기타(6)	중위	저위	저위
기타(7)	고위	중위	고위
기타(8)	고위	중위	저위
기타(9)	고위	고위	중위
기타(10)	고위	고위	저위
기타(11)	고위	저위	중위
기타(12)	저위	중위	고위
기타(13)	저위	중위	저위
기타(14)	저위	고위	중위
기타(15)	저위	고위	고위
기타(16)	저위	저위	중위
기타(17)	저위	저위	고위
기타(18)	고위	저위	저위

자료: 통계청. (2019). 장래인구특별추계: 2017~2067년, 간행물 자료(http://kosis.kr) 장래추계 시나리오를 참고하여 저자 정리.

〔그림 2-1〕 우리나라 전국 2017년 장래인구 특별추계 합계출산율(TFR) 가정치

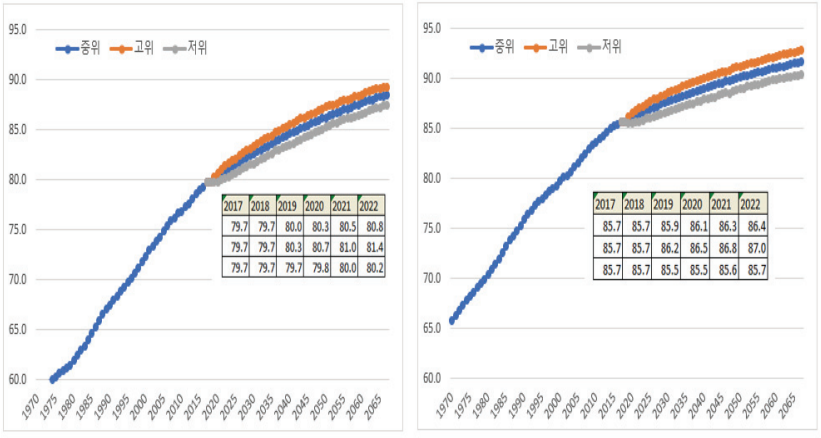


2017	2018	2019	2020	2021	2022
1.05	0.98	0.94	0.90	0.86	0.90
1.05	0.98	1.03	1.06	1.09	1.12
1.05	0.98	0.87	0.81	0.78	0.72

자료: 통계청. (2019). 장래인구특별추계: 2017~2067년. p.299, 표 5-1. 합계출산율.

〔그림 2-2〕 통계청 2017년 장래인구 특별추계 기대수명(life expectancy) 중위-고위-저위 가정치(좌: 남자, 우: 여자)

(단위: 세)

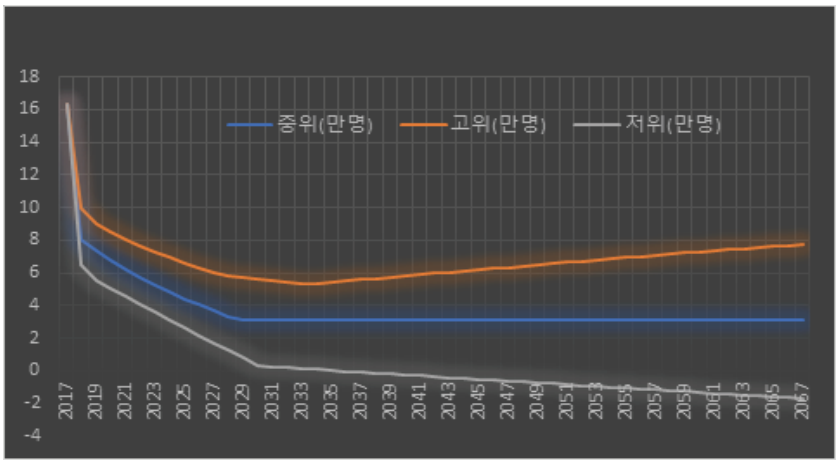


2017	2018	2019	2020	2021	2022
79.7	79.7	80.0	80.3	80.5	80.8
79.7	79.7	80.3	80.7	81.0	81.4
79.7	79.7	79.7	79.8	80.0	80.2

2017	2018	2019	2020	2021	2022
85.7	85.7	85.9	86.1	86.3	86.4
85.7	85.7	86.2	86.5	86.8	87.0
85.7	85.7	85.5	85.5	85.6	85.7

자료: 통계청. (2019). 장래인구특별추계: 2017~2067년. pp.304-306. 표 5-3 기대수명.

[그림 2-3] 통계청 2017년 장래인구특별추계 외국인 순인구이동량(net migration) 가정치

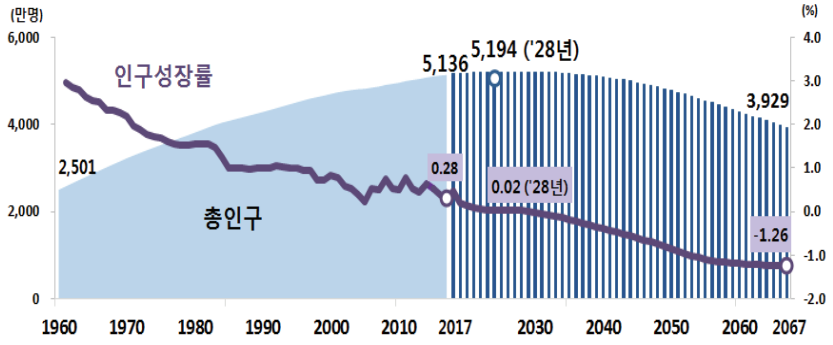


자료: 통계청. (2019). 장래인구특별추계: 2017~2067년. p.327. 표 5-3. 외국인 국제순이동자.

2. 총인구와 인구성장률

우리나라의 1960년대 인구는 2,500만 명으로, 그 후 정부의 대규모 가족계획사업과 고경제성장으로 인구성장은 빠른 속도로 둔화되기 시작하였으며, 2017년 장래인구추계의 중위 추계 시나리오에 따르면, 총인구는 2017년 5,136만 명에서 2028년 5,194만 명까지 증가한 후 감소하며, 2067년에는 1982년 인구 수준인 3,929만 명에 머물(인구성장률 -1.26%) 것으로 전망된다([그림 2-4] 참고). 한편, 코로나19 이후 현실화의 개연성이 높다고 판단되는 저위 시나리오에서는 인구가 감소하기 시작하는 시점이 2020년으로 9년 빨라지고, 2067년에는 1972년 인구 수준인 3,365만 명(인구성장률 -1.79%)이 될 것으로 전망된다(통계청, 2019.3.28.).

[그림 2-4] 우리나라의 총인구(만 명)와 인구성장률(%): 1960~2067년

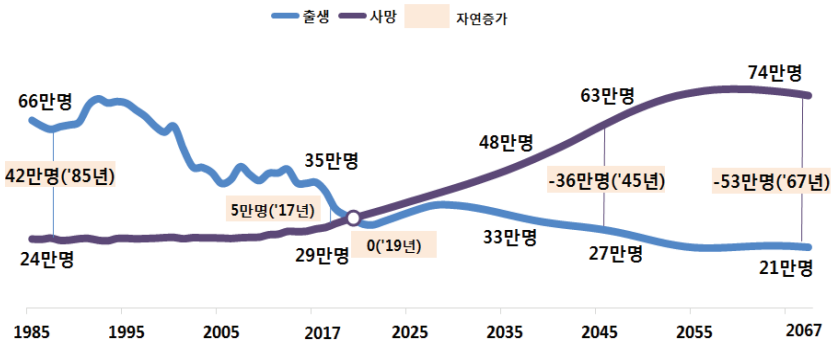


자료: 통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.1, 〈총인구 및 인구성장률, 1960~2067년〉.

[그림 2-5]의 중위 시나리오에서 출생아 수는 1985년에는 66만 명에 이르렀으나 2017년 35만 명, 2067년 21만 명까지 감소하여, 1960년대에 100만 명에 육박하던 출생아 수가 1/5로 격감한다. 한편 저위 추계에서는 2067년 14만 명까지 감소하여, 감소 폭은 더욱 더 충격적인 것이 될 것으로 전망되고 있다. 사망자 수는 1960년대 이후 22~24만 명의 범위에 있었으나 인구 고령화의 진전으로 2017년 29만 명에서 2067년 74만 명으로 꾸준히 증가할 것으로 전망되고 있다. 한편, 저위 시나리오에서는 사망자 수가 2067년 72만 명 수준에 이르는 것으로 전망되고 있다(통계청, 2019.3.28.).

출생아 수에서 사망자 수를 뺀 자연증가(natural growth)의 경우, 중위 추계에서는 2019년 7월 1일부터 2020년 6월 30일 사이 사망자 수가 출생아 수보다 많아져 인구의 자연감소가 개시되며, 저위 시나리오에서는 2019년부터 자연감소가 시작되는 것으로 전망한다(통계청, 2019.3.28.). 인구의 자연감소는 미래 인구구조가 급격하게 변화하여 경제와 사회 전반에 영향을 미친다는 점에서 보건복지 등 사회보장의 전체 영역에서 새로운 도전적 과제가 되고 있다.

[그림 2-5] 우리나라 출생아 수(만 명), 사망자 수(만 명), 자연증가 수(만 명)의 추이: 1985~2067년



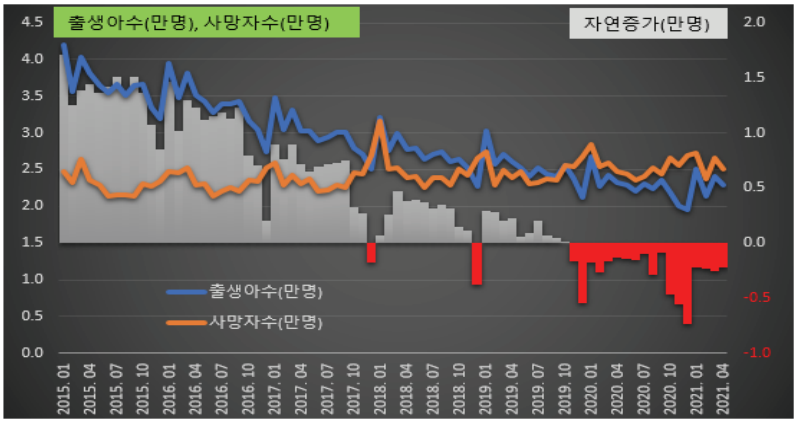
자료: 통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.5, [그림 1-3] 출생·사망·자연증가, 1985~2067년(중위 시나리오).

끝으로, 통계청의 2017년 장래인구 특별추계에서 인구변동요인 중 국제이동에 의한 인구증가는 2017년 19만 명에서 2028년 이후 평균 4만 명 수준으로 국제인구이동의 입국 초과를 전망하고 있으며, 저위 시나리오에서는 2018~2067년 기간 중 평균 -2~4만 명 수준으로 국제인구이동도 출국 초과로 이행하게 될 것으로 전망한다(통계청, 2019.3.28.).

주가의 단기 이동 평균선이 중장기 이동 평균선을 아래에서 위로 뚫고 지나갈 때, "골든 크로스"(Golden Cross)가 발생하고, 이 시점은 주식을 사자는 생각이 강해지는 포인트라고 할 수 있다. 한편, 단기 이동 평균선이 중장기 이동 평균선을 위에서 아래로 뚫고 지나갈 때, "데드크로스"(Dead Cross)가 발생하고, 이 시점은 주식을 팔자는 생각이 강해지는 포인트라고 할 수 있다. 최근 언론방송 매체는 우리나라에서 2019년 말을 기점으로 시작된 자연감소를 인구 "데드크로스"라 부르고 있다. 2015년 1월에 출생아 4.2만 명, 사망자 2.5만 명으로 자연증가는 1.7만 명이었으나, 2016년 10월에 출생아 3.2만, 사망자 2.4만 명으로 자연증가 폭이 1만 명 이하로 줄어들고, 2018년 12월에 출생아 2.4만 명, 사망자 2.6만

명으로 12월의 자연감소는 2천 명이었다. 2020년 한 해 동안 출생아 27.2만 명, 사망자 30.5만 명으로 자연감소는 3.3만 명에 이르러(통계청, 2021c) "데드크로스"의 모습이 매월 불가역적으로 계속되고 있음을 볼 수 있다.

[그림 2-6] 우리나라 출생아/사망자 수(만 명) 월별 추이와 자연감소 전환: 2015년 1월~2021년 1월



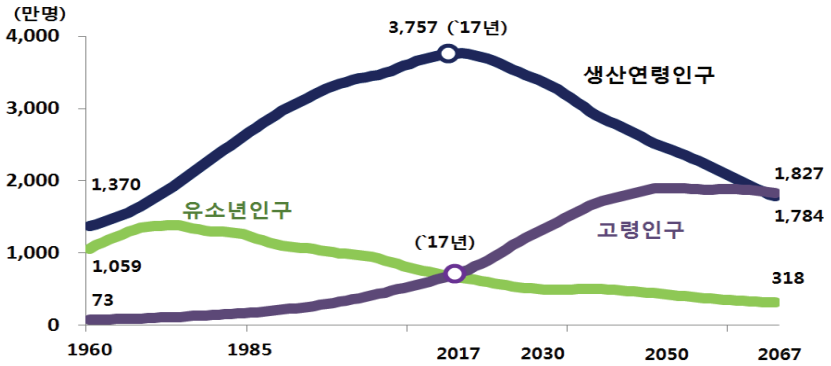
자료: 통계청. (2021c). 인구동향조사-월별 출생아 수/사망자 수[데이터파일].http://kosis.kr) 2015년 1월~2021년 4월을 토대로 저자 작성. 2021. 7. 30. 인출.

3. 미래 연령대별 인구구조 변동의 전망

통계청의 2017년 특별추계 중위 시나리오에서 2017년 우리나라 인구의 연령 구성비는 생산연령인구(15~64세)가 전체 인구의 73.2%, 고령인구(65세 이상) 13.8%, 유소년인구(15세 미만) 13.1%로 생산연령인구가 매우 높은 비중을 차지하지만, 2067년에는 고령인구가 46.5%, 생산연령인구가 45.4%로 고령인구가 생산연령인구를 넘어서게 되고, 유소년인구는 초저출산이 20년 이상 장기적으로 지속되어 8.1%에 불과하여 인구구조가 역(逆)삼각형의 모양, 곧 관통형 구조(coffin-shape structure)로

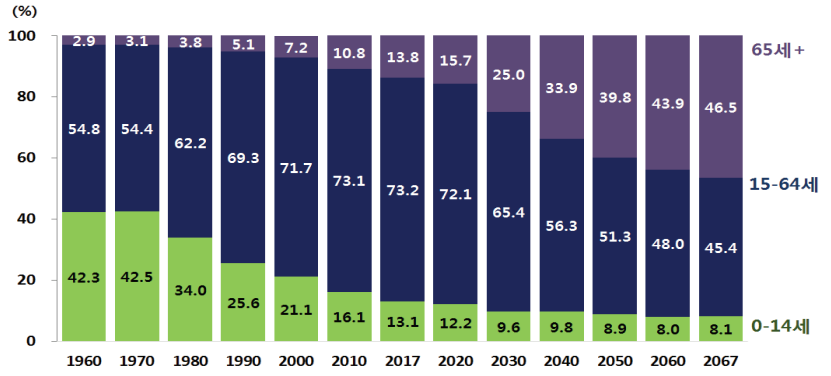
전환하게 된다([그림 2-7], [그림 2-8] 참고). 저위 시나리오에서는 생산연령인구가 2067년 총인구의 45.4% 수준으로 감소하고, 유소년인구는 2067년 6.3%까지 감소할 것으로 전망된다(통계청, 2019.3.28.).

[그림 2-7] 우리나라 주요 연령대별 인구(0~14세, 15~64세, 65세 이상) 변화 추이: 1960~2067년



자료: 통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.7, [그림 1-5] 연령계층별 인구구조, 1960~2067년(중위 시나리오).

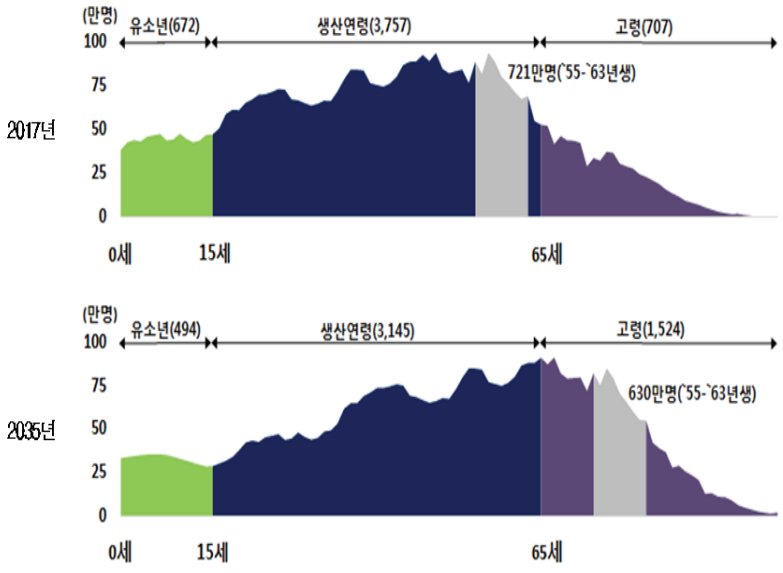
[그림 2-8] 우리나라 주요 연령대별(0~14세, 15~64세, 65세 이상 인구구성비 추이: 1960~2067년(2017~2067년은 중위 시나리오)



자료: 통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.7, [그림 1-6] 연령계층별 인구구성비, 1960~2067년(중위 시나리오).

유럽이나 미국의 제1차/제2차 세계대전 전후의 베이비붐(baby boom)과 베이비 버스트(baby bust)의 웨이브와 마찬가지로, 우리나라에서도 6·25 전쟁(1950~1953) 이후 태어난 베이비붐 세대가 생산연령인구에서 고령인구로 이동하는 2020년부터 생산연령인구는 급격히 감소하기 시작하고, 순차적으로 고령인구는 급격히 증가하는 양상으로, 연령대별 인구구조의 변동 폭은 확대되게 될 것이다. 이처럼, 베이비붐 세대의 인구 고령화는 보건복지, 특히 연금, 건강보험 등의 사회보장정책 전반에 심대한 영향을 미치면서, 우리나라 경제사회 전반의 지속가능성(sustainability)에 중대한 도전적 과제를 제시하게 될 것으로 전망된다(강인, 2016; 방하남, 2011; 장은주, 2016; 전광희, 2006; 최슬기, 2015).

[그림 2-9] 우리나라 연령별 인구와 1955~1963년생 베이비붐 세대의 위치: 2017년과 2035년

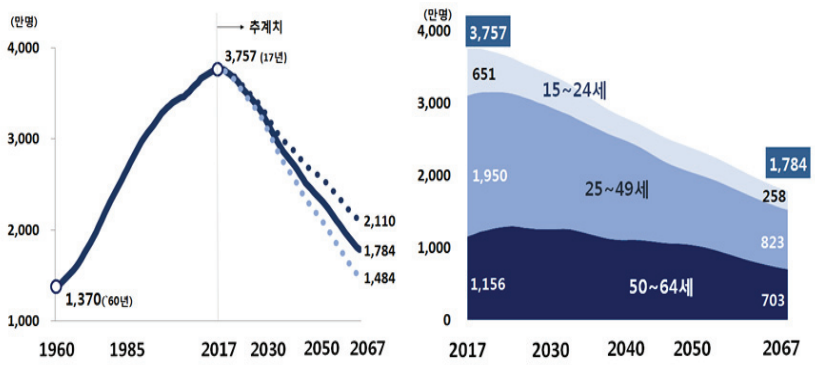


자료: 통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.8, [그림 1-7] 주요 연령별 인구와 베이비붐 세대(1955~1963년생), 2017, 2035년

가. 생산연령인구

생산연령인구(15~64세)는 경제활동의 중추가 되는 연령대로서, 중위 시나리오에 의하면 2017년 3,757만 명에서 2067년에는 1,784만 명으로 거의 절반 수준으로 감소할 전망이며, 저위 추계에서는 2067년 1,484만 명으로 2017년의 39.5% 수준에 이를 전망이다(통계청, 2019.3.28.)

[그림 2-10] 우리나라 생산연령인구의 규모(만 명)와 구성비(%) 추이: 1960~2067년



자료: 통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. [그림 1-8] 생산연령인구, 1960~2067년, [그림 1-9] 생산연령인구 연령구조, 2017~2067년(중위).

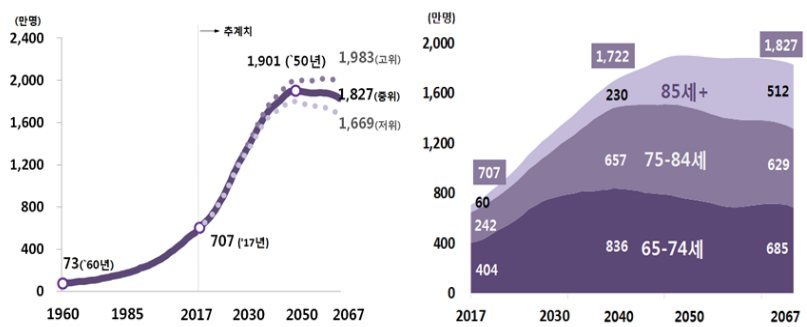
2020년대 이후 우리나라 생산연령인구(working-age population)의 규모는 노동시장 진입(15세) 및 은퇴(64세) 코호트 인구 규모, 국제 이동, 유소년인구의 생존율에 따라 변화하게 될 것은 분명하다. 베이비붐 세대(1955~1963년생)가 고령인구로 진입하는 2020년대에는 생산연령인구가 연평균 33만 명 감소하는 대격변을 경험하게 되고, 2030년대에는 연평균 52만 명 정도까지 감소하여, 5~6년마다 부산광역시 전체가 소멸하는 정도로 생산연령인구의 감소가 가시화되면서 생산연령인구 감소에 대응하는 노동생산성 증대의 방안에 대한 논의가 활발해질 전망이다.

생산연령인구(15~64세) 중에서 핵심 노동력 인구라고 할 수 있는 25~49세 인구의 구성비는 2017년 51.9%에서 2067년 46.1%까지 감소하는 반면, 50~64세의 중고령층에 해당하는 생산연령인구의 구성비는 2017년 30.8%에서 2067년의 39.4% 수준으로 상당히 증가할 것으로 전망되어(통계청, 2019.3.28.) 생산연령인구의 실제 규모도 대폭 감소하지만 인구구성비 면에서 생산연령인구의 고령화와 노동생산성, 나아가 잠재적 경제성장 문제도 가시화될 것이 분명하다.

나. 고령인구

65세 이상 고령인구는 2017년 707만 명에서 2050년 1,901만 명까지 증가한 후 2067년 1,827만 명으로 감소할 전망이다. 고령인구 중 85세 이상 초고령 인구(super-old population)는 2017년 60만 명(1.2%)에서 2067년 512만 명(13.0%)으로 급격히 증가함에 따라(통계청, 2019.3.28.), 초고령인구의 건강상태와 만성질병/신체장애에 대응하는 노인장기요양(long-term care)에 대한 관심도 크게 증가될 것으로 전망되고 있다.

[그림 2-11] 우리나라 고령인구(65세 이상)의 실제 규모와 구성비 추이: 1960~2067년

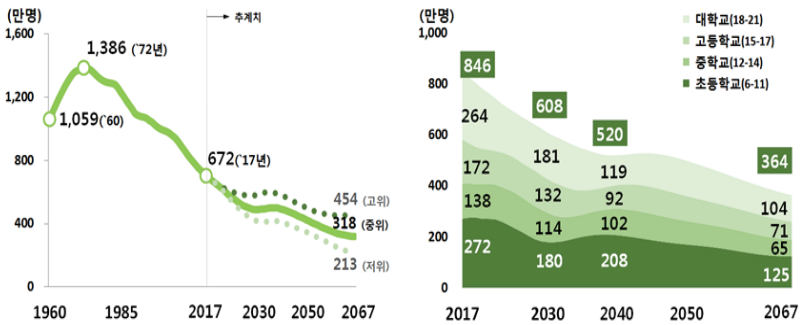


자료: 통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.10, [그림 1-10] 고령인구, 1960~2067년, [그림 1-11] 고령인구 연령구조, 2017~2067년(중위 시나리오).

다. 유소년인구와 학령인구

유소년인구는 2017년 672만 명에서 2067년에는 318만 명으로 감소할 전망이며, 저위 시나리오에서는 2067년 213만 명까지 감소할 전망이다(통계청, 2019.3.28.). 각종 학교 재학의 학령인구(6~21세)는 2017년 846만 명에서 2067년 364만 명으로 2017년의 40% 수준으로 감소할 전망이며, 저위 시나리오에서는 2067년 268만 명으로 2017년의 32% 수준으로 감소할 전망이다(통계청, 2019.3.28.).

[그림 2-12] 우리나라 유소년인구(0~14세)의 규모와 학령인구(6~21세) 규모의 추이: 1960~2017년



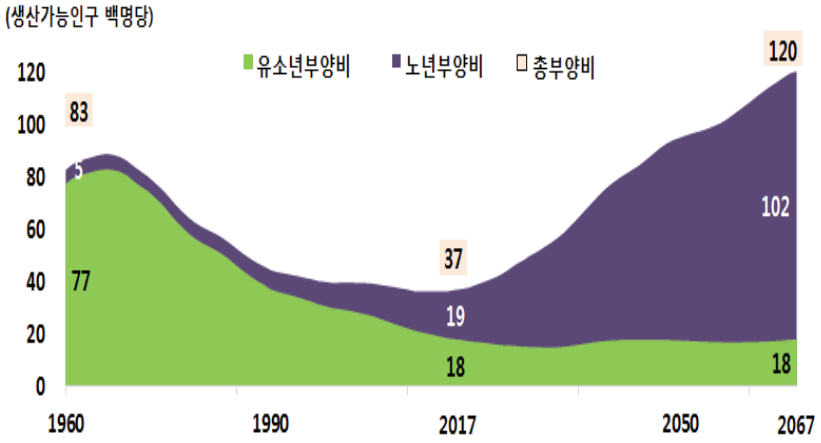
자료: 통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.14, [그림 1-12] 유소년인구, 1960~2067년, [그림 1-13] 학령인구 연령구조, 2017~2067년(중위 시나리오).

라. 부양비 구조의 변화와 인구피라미드의 역(逆) 삼각형화

적정인구 성장률은 부양비의 최소화 방법을 이용하고, 인구보너스와 오너스 효과와도 관련성을 가진다(전광희, 2006). 총부양비(생산연령인구 1백 명당 부양할 유소년, 고령인구)는 2017년 36.7명에서 2067년

120.2명까지 급격히 증가할 전망이며, 저위 시나리오에서는 2067년 126.8명까지 증가할 전망이다(통계청, 2019.3.28.).

〔그림 2-13〕 총부양비, 유소년부양비, 노년부양비 추이: 1960~2067년



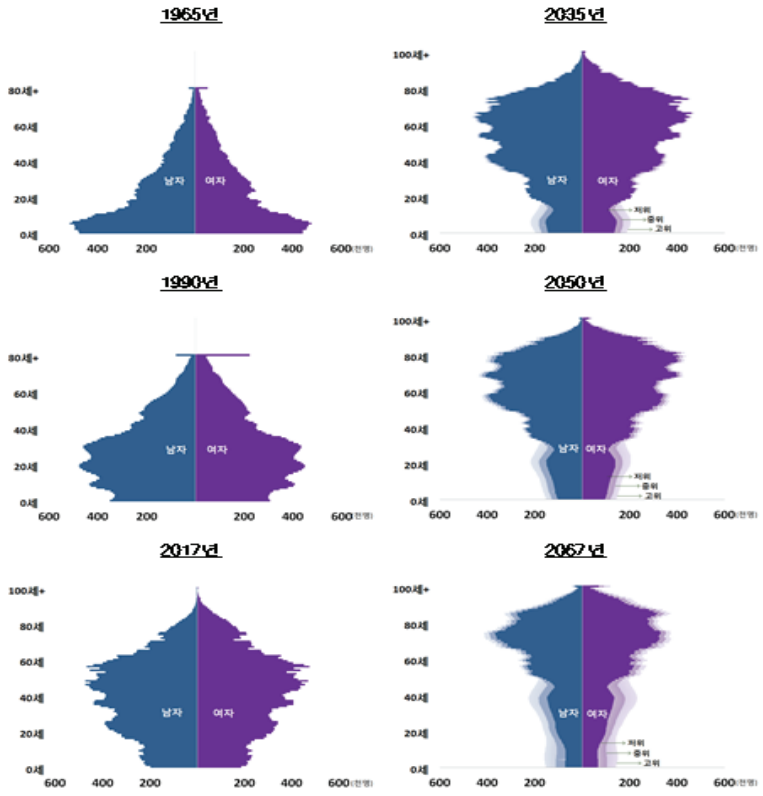
자료: 통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.17, [그림 1-15] 총부양비, 유소년 부양비 및 노년 부양비, 1960~2067년(중위 시나리오).

유소년 부양비는 향후 생산연령인구가 줄어드는 만큼 유소년인구도 함께 감소할 것으로 전망됨에 따라 큰 변화가 없을 것으로 전망되나, 노년부양비는 향후 고령인구가 급격히 증가함에 따라 2017년 18.8명에서 2067년 102.4으로 5배 이상 증가할 전망이다(통계청, 2019.3.28.).

우리나라의 인구피라미드는 한국전쟁(1950~1953년) 이후 영유아 사망률이 높았기 때문에, 1960년대 에펠탑(Eifel Tower) 모양의 인구구조보다 밑부분이 약간 넓은 모양이었다([그림 2-14] 참고). 한마디로, 고출산, 고사망의 고전적 인구변천의 개시 직전의 모습을 그대로 상징하였지만, 1960년대부터 시작된 대규모 가족계획사업과 한강의 기적이라 불리는 고도의 경제성장에 힘입어 출산율이 급격히 줄어들면서 2017년 인구

피라미드는 30~50대가 두꺼운 크리스마스트리(Christmas tree) 형이 되었다. 그리고 점차 60세 이상 고령인구의 구성비가 커져서 역 삼각형화(reverse triangularization)의 진행형 또는 비관적이고 종말적 표현을 사용하면, 관통형(coffin shape) 모양을 한 인구구조로 변할 것이다. 결국 유소년인구의 감소에 따른 노동력의 감소, 종국적으로는 초고령사회의 출현으로 경제사회 전반의 지속가능성에 대한 논란이 커질 전망이다.

[그림 2-14] 우리나라의 인구피라미드: 1965~2067년



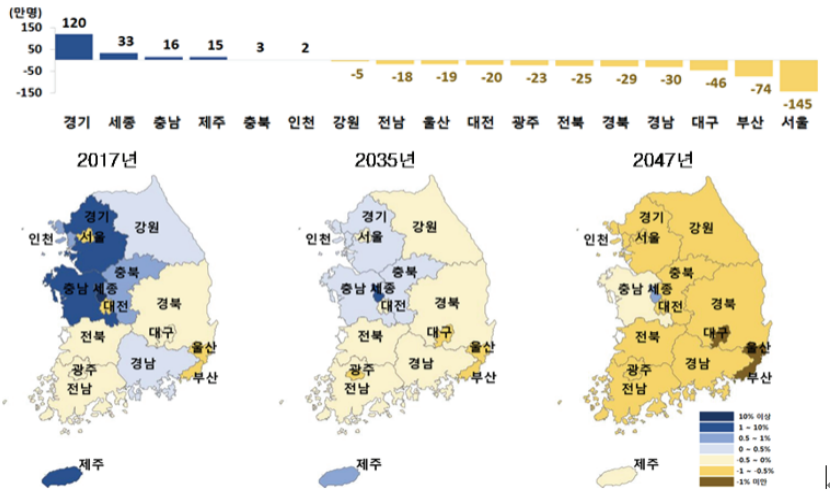
자료: 통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.18, [그림 1-16] 인구피라미드, 1965~ 2067년 (중위 시나리오).

요약하자면, 한국의 인구 시스템은 인구의 자연감소, 초저출산, 장수화(기대수명의 증가), 인구구조의 고령화로 대단히 큰 어려움에 직면하고, 이것은 연금정책, 국민건강보험 등의 사회보장정책과 함께 경제사회 전반의 영역에서 새로운 적응과 발상의 대전환을 요구하고 있다.

4. 시도별 인구구조 변동 전망

우리나라의 광역지자체인 시도별 총인구는 17개 시도 중 경기, 세종, 충남, 제주, 충북, 인천 6개 시도만 2017년과 비교해 2047년에 증가하고, 11개 시도는 감소하는 것으로 전망되고 있으며, 2044년 이후에는 세종을 제외한 모든 시도에서 인구성장률이 마이너스가 되어 인구가 감소할 전망이다(통계청, 2019.6.27.).

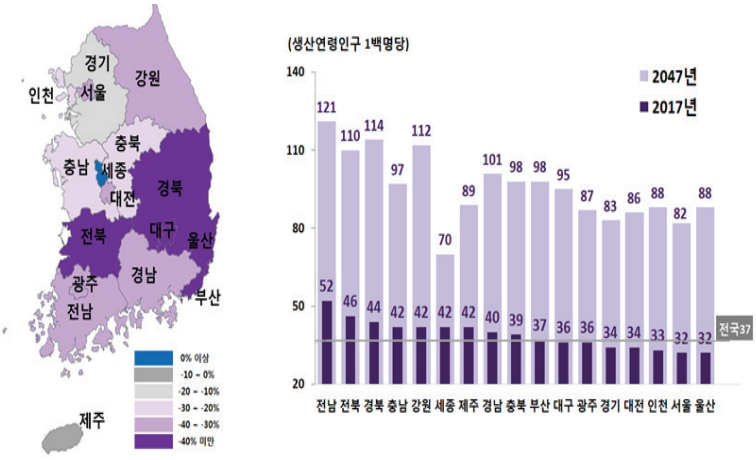
[그림 2-15] 우리나라 시도별 인구증감(2017~2047년) 및 인구성장률: 2017, 2035, 2047년



자료: 통계청. (2019. 6. 27.). 장래인구특별추계(시도편): 2017~2047년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.1. 〈시도별 총인구 증감, 2017년 대비 2047년〉, 〈시도별 인구성장률, 2017년, 2035년, 2047년〉.

시도별 생산연령인구(15~64세)가 2017년과 비교해 2047년에 가장 많이 감소하는 지역은 부산과 대구이며, 2047년까지 생산연령인구가 증가하는 지역은 세종밖에 없다(통계청, 2019.6.27.).

[그림 2-16] 우리나라 생산연령인구의 증감률(2017년과 2047년 비교)과 시도별 총부양비(2017년과 2047년 비교)



자료: 통계청. (2019. 6. 27.). 장래인구특별추계(시도편): 2017~2047년. 통계청 인구동향과 보도자료. p.2. 〈생산연령인구 증감률, 2017년 대비 2047년〉, 〈시도별 총부양비, 2017년 및 2047년〉.

65세 이상 고령인구 비중은 2047년 세종을 제외한 모든 시도에서 전체 인구의 30%를 초과할 것으로 전망되며, 40%를 초과하는 지역도 8개 시도(전남, 경북, 강원, 전북, 경남, 부산, 충북, 충남)로 전망된다(통계청, 2019.6.27.). 유소년인구가 전체 인구에서 차지하는 비중은 17개 시도 모두 2017년에 비해 2047년에 감소할 전망이다(통계청, 2019.6.27.).

제3절 인구구조 변화와 보건복지의 쟁점

1. 인구구조 변화와 기대수명·건강수명

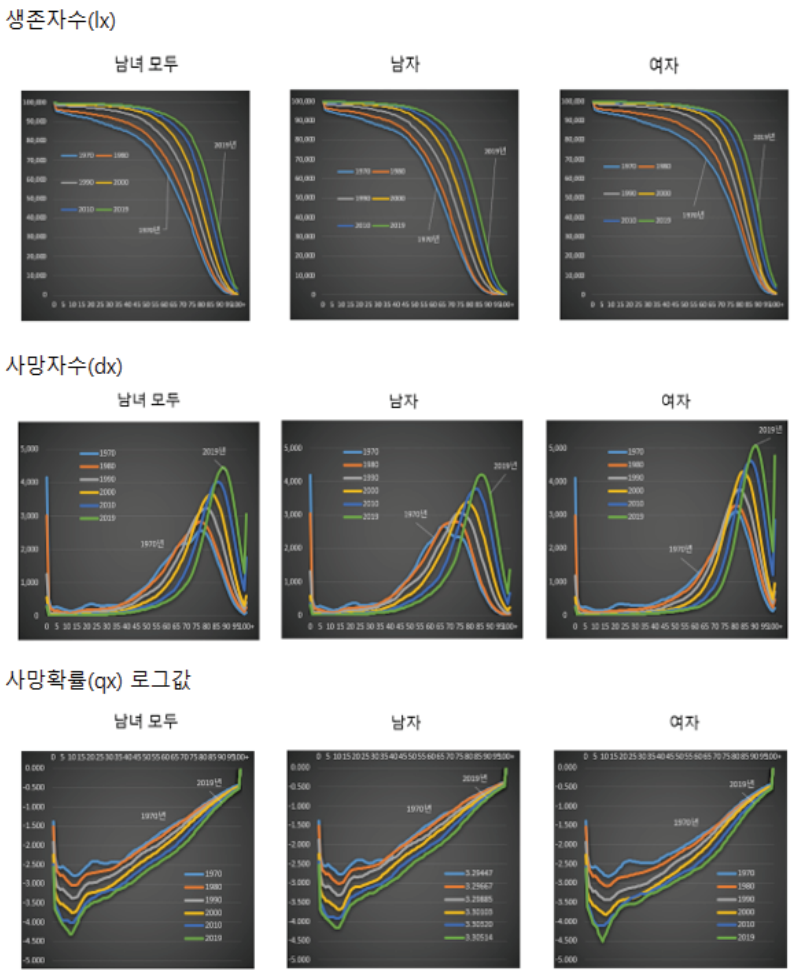
가. 생명표의 개관

보건/건강 상태의 평가에는 사망률만이 아니라 질병(morbidity)과 장애/신체제약(disability)이 동시에 고려된다. 보건/건강 상태를 측정하는 지표로서 조사망률은 사망률의 전반적 수준만이 아니라, 인구의 연령구조에 영향을 받는다. 이 때문에, 인구구조의 영향을 제거하기 위하여, 일정한 연령별 인구구조를 갖는 기준인구(standard population)를 선택하여 표준화 사망률(standardized death crude)을 계산한다.

기준인구의 선택이라는 불편함을 제거하는 생명표(life table)는 연령별 사망 패턴을 확률로 표현한 것으로, 몇 개의 상태 간에 이동을 고려하는 다(多)상태 생명표(multi-sate life table)가 개발되어 혼인상태별 인구의 증감생명표(increment-decrement life table)가 작성되었다. 건강생명표는 다(多)상태 생명표의 응용으로. 건강, 불건강(질병), 사망 등 3개의 상태를 다루는, 이른바 건강과 질병의 이환력을 연령별 사망 패턴과 결합하는 인구모델이다.

생명표는 사망력의 경험적 사실을 확률로 표현하는 도식으로, 하나의 가상적 출생코호트가 하나의 지역(공간)에서 전출입 없이, 모두가 사망할 때까지 그들의 사망 경험을 매 연령마다 계속해서 추적하는 인구 모델이다. 생명표는 다른 인구학적 모델과 같이, 자연 세계의 구체적 모습을 보여주고 있다. 생명표가 아닌 다른 모델을 이용하여, 사망력은 물론 인구구조의 변동을 설명하기는 불가능하다(Keyfitz & Caswell, 2012).

〔그림 2-17〕 우리나라 남녀별 완전생명표 사망확률(q_x), 생존자 수(l_x), 사망자 수(d_x)의 추이: 1970~2019년



자료: 통계청. (2020c). 생명표-완전생명표: 생존자 수, 사망자 수, 사망확률, 기대수명[데이터파일]. 2021.7.30. 인출.

생명표의 해석 방식으로 가장 일반적인 방식은 생명표가 가상적인 신생아(“new-born babies”) 코호트의 생애 사망경험을 기술하는 것으로,

"가상적"(hypothetical)임을 강조하는 이유는 생명표가 많은 경우 특정의 시점에서 관찰된 연령별 사망률을 코호트 개념에 적용하여 작성되기 때문이다(생명표 함수의 도표화에 대해서는 [그림 2-17]을 참고할 것). 다른 해석방식은 생명표를 정지인구(stationary population, 停止/ 靜止人口)로 보는 것인데, 이것은 바로 연간 총출생아 수가 고정불변(constant)이고, 연령별 사망률(ASDR)도 고정불변이기 때문이다. 이들 생명표 해석 방식은 각각 장점이 있다. 생명표를 "코호트"의 사망경험으로 해석하는 것은 보건/복지인구학, 사망력 분석, 출산력(특히 순재생산율), 인구이동, 장래인구추계에서 생존율의 계산에서 응용된다. 또, 생명표를 정지인구의 관점에서 바라보는 것은 출산율의 등락이 있는 경우, 인구구조에 영향을 받지 않는 중립적인 사망력 비교연구에 사용될 수 있다.

나. 기대여명의 현황

〈표 2-3〉, 〈표 2-4〉, 〈표 2-5〉는 우리나라 기대여명(세), 기대여명 연간 증가 연수(세), 연간 증가율(%)을 각각 0세, 15세, 65세, 75세, 85세에서 남녀 구분하여 1970~2019년의 50년간에 걸쳐 제시한다. [그림 2-18], [그림 2-19], [그림 2-20]은 이를 도표화하고 있다.

〈표 2-3〉에 따르면, 0세의 기대여명은 남녀 전체의 경우 1970년 62.27세에서 2019년 83.29세까지 약 21세 증가하여 연평균 0.43세 증가하였다. 남자의 경우는 연평균 0.44세, 여자의 경우는 연평균 0.42세 증가를 경험하였다. 15세의 기대여명은 남녀 전체는 연평균 0.34세, 남자는 0.35세, 여자는 0.32세 증가하였으며, 65세의 기대여명은 남녀 전체는 연평균 0.17세, 남자는 0.18세 여자는 0.17세 증가하였다. 또 75세의 기대여명은 남녀 전체의 경우 연평균 0.11세, 남자 0.11세, 여자 0.12

세 증가하였으며, 85세의 기대여명은 남녀 전체는 연평균 0.05세, 남자는 0.05세, 여자는 0.06세 증가하였다. 전체적으로 낮은 연령대의 기대여명은 남자가 여자보다 많이 증가하지만, 고령으로 갈수록 기대여명이 여자가 남자보다 증가하는 속도가 빨라지면서, 고령인구의 여성화(feminization of ageing population)에도 큰 영향을 미치고 있다(Gavrilov & Heuveline, 2003).

연령대별 기대여명의 증가폭은 남녀 모두, 또 남녀를 구분한 경우에 0세의 경우 1970년대에 0.4세 정도에서 1980년대에 0.6세 정도로 빨라지다가 1990년대 이후 0.4세로 다시 둔화되고, 2015~2020년에는 0.3세 정도로 증가 폭이 둔화되고 있다. 이런 경향은 15세에서의 기대여명도 비슷하게 나타나고 있다. 65세, 75세, 85세에서의 기대여명도 비슷한 경향을 보이지만, 기대여명의 증가폭은 0세나 15세의 기대여명 증가폭보다는 적은 것으로 나타난다. 또 한 가지 특징적인 것은 65세 이상 고령층의 기대여명의 증가 연수는 1990년대 이후에도 계속 커지고 있다는 점이, 향후 인구구조의 변동과 함께 주목해야 할 현상이라고 본다.

연령대별 기대여명의 증가율은 남녀 모두, 그리고 남녀를 구분한 경우에도 0세의 경우 1970년대 0.6% 수준에서 1980년대 0.8%로 증가하였으며, 그것이 1990년에 이후에 0.6%대로 둔화하고 있으며 2015~2019년에는 0.3%대로 감소하고 있다. 이런 경향은 15세에서의 기대여명 증가율(%)에서도 비슷하게 나타나고 있다. 기대여명의 증가율은 65세, 75세, 85세에서도 비슷한 경향을 보이지만 0세나 15세의 기대여명 증가율보다 작은 것으로 나타난다. 여기에서도 한가지 특징적인 것은 65세 기대여명의 증가율은 1990년대 이후에도 계속 증가하고 있다는 것인데, 이 점은 미래 인구구조의 변동과 더불어 지속적으로 주목을 해야 할 현상이 되어야 할 것이다.

〈표 2-3〉 우리나라 남녀 구분 연령별(0세, 15세, 65세, 75세, 85세) 기대여명(세) 추이: 1970~2019년

(단위: 세)

연령별	0세	15세	65세	75세	85세
남녀 모두					
1970	62.27	51.99	12.95	7.87	4.43
1975	64.25	53.32	13.20	8.07	4.63
1980	66.15	54.54	13.47	8.30	4.87
1985	68.91	56.19	13.99	8.63	5.07
1990	71.66	58.19	14.88	9.00	5.08
1995	73.81	59.87	15.70	9.53	5.39
2000	76.01	61.72	16.44	9.82	5.29
2005	78.24	63.77	17.67	10.61	5.67
2010	80.24	65.64	19.14	11.64	6.22
2015	82.06	67.40	20.34	12.43	6.55
2019	83.29	68.62	21.35	13.20	6.91
남자					
1970	58.74	48.28	10.22	6.14	3.63
1975	60.30	49.19	10.40	6.19	3.67
1980	61.89	50.12	10.60	6.24	3.72
1985	64.60	51.83	11.42	6.87	4.12
1990	67.46	54.02	12.58	7.50	4.26
1995	69.70	55.78	13.42	8.06	4.52
2000	72.35	58.07	14.34	8.53	4.71
2005	74.89	60.42	15.52	9.24	4.98
2010	76.84	62.28	16.83	10.00	5.33
2015	78.96	64.32	18.15	10.83	5.72
2019	80.27	65.62	19.13	11.53	5.97
여자					
1970	65.81	55.69	14.92	8.70	4.63
1975	68.20	57.42	15.23	8.99	4.86
1980	70.41	58.95	15.55	9.32	5.15
1985	73.23	60.54	15.93	9.59	5.36
1990	75.87	62.35	16.69	9.92	5.39
1995	77.94	63.96	17.53	10.47	5.76
2000	79.67	65.36	18.20	10.71	5.57
2005	81.60	67.11	19.56	11.63	6.04
2010	83.63	69.00	21.21	12.91	6.72
2015	85.17	70.48	22.35	13.74	7.06
2019	86.30	71.61	23.41	14.60	7.52

자료: 통계청. (2021a). 국가통계포털-생명표, 1970~2019년. 2021.7.30. 인출.

〈표 2-4〉 우리나라 남녀 구분 연령별(0세, 15세, 65세, 75세, 85세) 연간 기대여명 증가 연수(세) 추이: 1970~2019년

연령별	0세	15세	65세	75세	85세
남녀 모두					
1970-1975	0.38	0.26	0.06	0.04	0.04
1975-1980	0.38	0.24	0.06	0.04	0.06
1980-1985	0.56	0.34	0.10	0.06	0.04
1985-1990	0.56	0.40	0.18	0.08	0.00
1990-1995	0.42	0.34	0.16	0.10	0.06
1995-2000	0.44	0.36	0.14	0.06	-0.02
2000-2005	0.44	0.42	0.26	0.16	0.08
2005-2010	0.40	0.36	0.28	0.20	0.10
2010-2015	0.38	0.36	0.24	0.16	0.06
2015-2019	0.30	0.30	0.25	0.20	0.10
남자					
1970-1975	0.32	0.18	0.04	0.02	0.02
1975-1980	0.32	0.18	0.04	0.00	0.00
1980-1985	0.54	0.34	0.16	0.14	0.08
1985-1990	0.58	0.44	0.24	0.12	0.04
1990-1995	0.44	0.36	0.16	0.12	0.04
1995-2000	0.52	0.46	0.18	0.08	0.04
2000-2005	0.52	0.46	0.24	0.14	0.06
2005-2010	0.38	0.38	0.26	0.16	0.06
2010-2015	0.44	0.40	0.28	0.16	0.08
2015-2019	0.32	0.32	0.23	0.18	0.08
여자					
1970-1975	0.48	0.34	0.06	0.06	0.06
1975-1980	0.44	0.30	0.08	0.06	0.04
1980-1985	0.56	0.32	0.06	0.06	0.06
1985-1990	0.54	0.38	0.16	0.06	0.00
1990-1995	0.40	0.32	0.16	0.12	0.08
1995-2000	0.36	0.28	0.14	0.04	-0.04
2000-2005	0.38	0.34	0.28	0.18	0.08
2005-2010	0.40	0.38	0.32	0.26	0.14
2010-2015	0.32	0.30	0.24	0.16	0.08
2015-2019	0.27	0.27	0.25	0.23	0.10

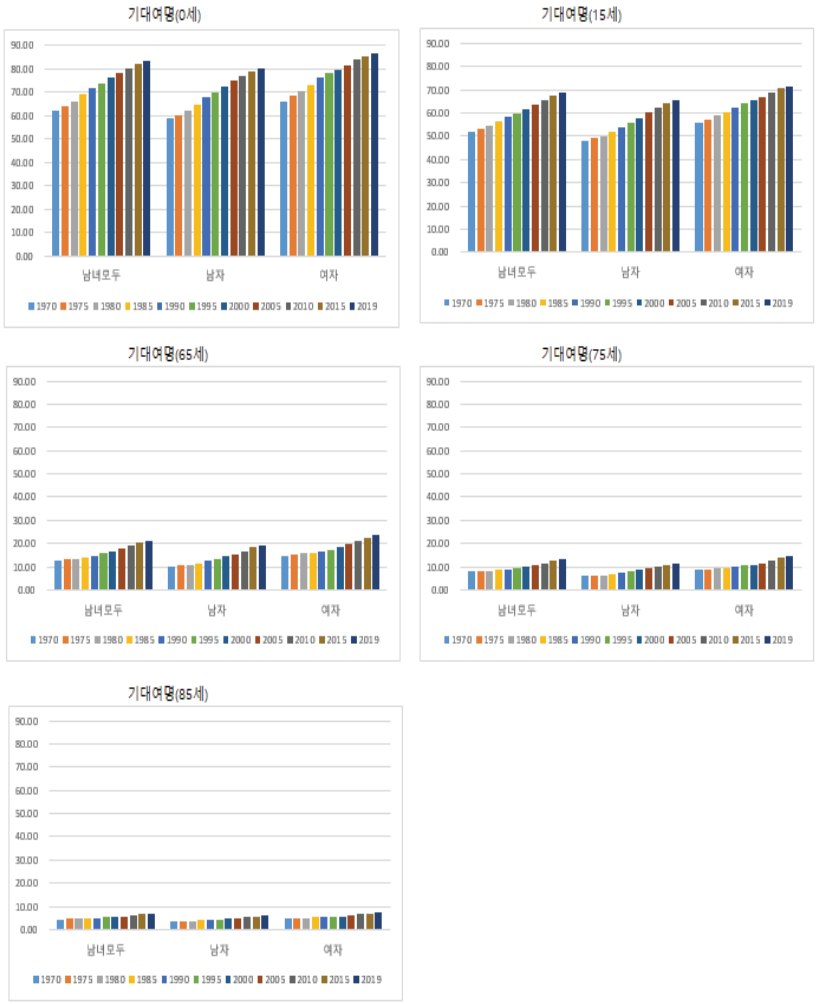
자료: 통계청. (2021a). 국가통계포털-생명표, 1970~2019년. 2021.7.30. 인출.

〈표 2-5〉 우리나라 남녀 구분 연령별(0세, 15세, 65세, 75세, 85세) 연간 기대여명 증가율(%) 추이: 1970~2019년

연령별	0세	15세	65세	75세	85세
남녀 모두					
1970-1975	0.61	0.50	0.47	0.51	0.91
1975-1980	0.59	0.45	0.45	0.49	1.30
1980-1985	0.85	0.62	0.74	0.72	0.82
1985-1990	0.81	0.71	1.29	0.93	0.00
1990-1995	0.59	0.58	1.07	1.11	1.18
1995-2000	0.60	0.60	0.89	0.63	-0.37
2000-2005	0.58	0.68	1.59	1.63	1.51
2005-2010	0.51	0.56	1.58	1.89	1.75
2010-2015	0.47	0.55	1.26	1.38	0.97
2015-2019	0.37	0.45	1.23	1.61	1.54
남자					
1970-1975	0.55	0.37	0.39	0.33	0.56
1975-1980	0.53	0.37	0.38	0.00	0.00
1980-1985	0.87	0.68	1.51	2.26	2.16
1985-1990	0.90	0.85	2.11	1.74	0.98
1990-1995	0.65	0.67	1.27	1.60	0.93
1995-2000	0.75	0.82	1.34	0.99	0.89
2000-2005	0.72	0.79	1.68	1.65	1.28
2005-2010	0.51	0.63	1.68	1.74	1.20
2010-2015	0.57	0.64	1.67	1.60	1.51
2015-2019	0.41	0.51	1.24	1.62	1.32
여자					
1970-1975	0.73	0.61	0.40	0.69	1.30
1975-1980	0.65	0.52	0.53	0.67	0.82
1980-1985	0.80	0.54	0.38	0.65	1.18
1985-1990	0.74	0.63	1.01	0.63	0.00
1990-1995	0.53	0.51	0.96	1.21	1.48
1995-2000	0.46	0.44	0.80	0.38	-0.69
2000-2005	0.48	0.52	1.54	1.68	1.43
2005-2010	0.49	0.57	1.63	2.24	2.33
2010-2015	0.38	0.43	1.13	1.24	1.19
2015-2019	0.32	0.39	1.12	1.64	1.41

자료: 통계청. (2021a). 국가통계포털-생명표, 1970~2019년. 2021.7.30. 인출.

〔그림 2-18〕 우리나라 남녀 구분 연령대별 기대여명(세) 변화의 추이: 1970~2019년



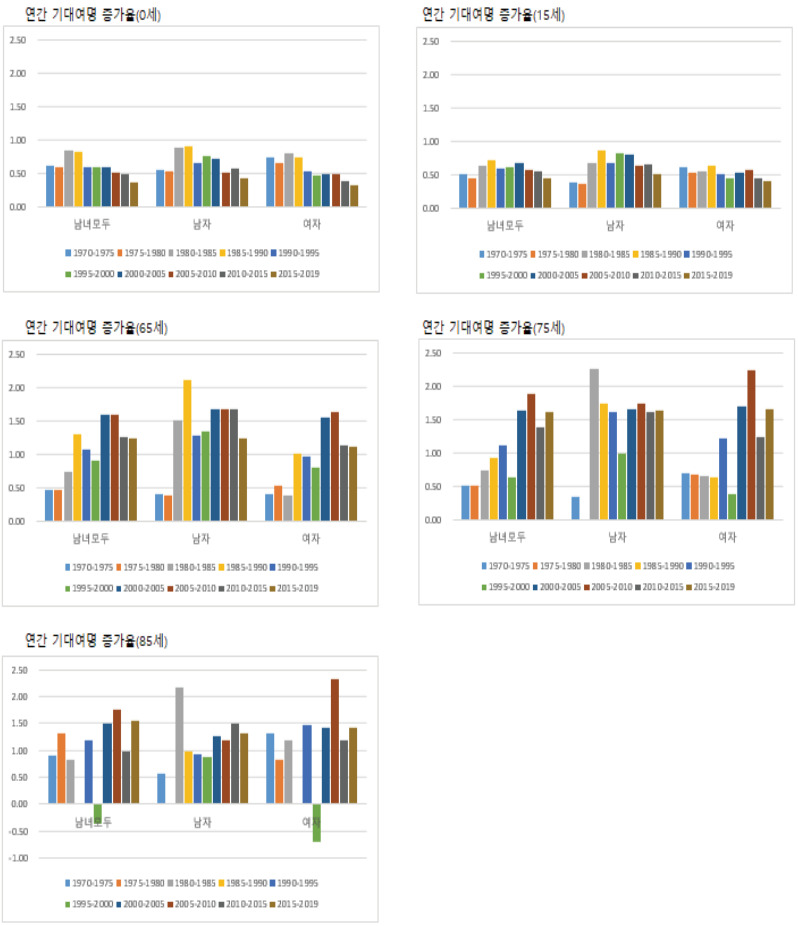
자료: 통계청. (2021a). 국가통계포털-생명표, 1970~2019년. 2021.7.30. 인출.

〔그림 2-19〕 우리나라 남녀 구분 연령대별 기대여명 증가 연수(세) 변화의 추이: 1970~2019년



자료: 통계청. (2021a). 국가통계포털-생명표, 1970~2019년. 2021.7.30. 인출.

〔그림 2-20〕 우리나라 남녀 구분 연령대별 기대여명 증가율(세) 변화의 추이: 1970~2019년



자료: 통계청. (2021a). 국가통계포털-생명표, 1970~2019년. 2021.7.30. 인출.

다. 건강수명의 현황

역학변천(epidemiologic transition) 이론은 1971년 Omran이 제안한 질병구조와 사망률의 역사적 변화를 설명하기 위한 이론으로, 인구변천 이론의 사망률 저하 현상을 일반화한 것이다(Omran, 1971). 옴란에 의하면, 역학변천은 전염병이 만연하여 사망률이 높은 사회에서 퇴행성 질병이나 인위적 질병이 대세를 이루어 사망률이 낮은 인구체제로 전환하는 것을 말한다. 이 전환 과정을 3단계로 설명했는데, 3단계의 구체적 설정은 다음과 같다. 첫째, 전염병과 기근의 시대(age of pestilence and famine)이다. 이 시대에는 질병의 유행, 기근, 전쟁 등의 원인으로 사망률이 높고 기대수명은 20~40세의 범위 안에서 변동폭이 크다. 둘째, 전염병 대유행 후퇴의 시대(age of receding pandemics)이다. 사망률의 저하가 시작되고, 유행병 빈도의 감소 또는 소멸로 사망률 저하가 천천히 가속화되는 시대로, 기대수명은 30~50세 정도로 천천히 증가한다. 셋째, 퇴행성/인위적 질병의 시대(age of degenerative and man-made diseases)는 사망률 저하가 지속되어 최종적으로 연간사망률이 1,000명당 10명 정도로 대단히 낮은 수준에서 안정화되고, 사망원인은 퇴행성/인위적 질병의 비율이 증가하며, 기대수명은 점점 증가하여 50세를 넘어선다.

옴란이 1970년대에 제시한 역학변천(epidemiologic transition)의 결과, 급성질환은 극복되었으나, 악성 신생물(암), 심장병, 당뇨병 등의 만성 질병(chronic disease)이 증가하면서, 건강상태를 고려하는 삶의 질(quality of life)이 중요해지고, 이를 바탕으로 건강수명(healthy life expectancy)에 대한 개념이 생겨나고, 이를 추정하기 위하여, 연령별 사망률에 건강의 정도를 측정하기 위한 노력이 이루어졌다.

건강의 조작적 정의에는, 질병이나 상해가 없는 완전한 건강상태(full health), 일상생활 동작 능력(Activities of Daily Living)에서 장애가 없는 상태, 심장병, 당뇨병, 뇌졸중 등의 특정 질병이 없는 상태 등 다양한 방식으로 건강에 대한 척도가 개발됐으며, 이들 지표에 따라 건강수명의 측정방식이 달라졌다. 건강 조정 수명(HALE, health adjusted life expectancy)은 질병이나 상해가 없는 완전한 건강상태에서의 기대수명이다. 장애 조정 수명(DALY, disability adjusted life years)은 일상생활 동작능력에서 장애가 없는 상태에서의 기대수명이다. 질병 조정 수명(disease-free life expectancy)은 심장병, 당뇨병, 뇌졸중 등의 특정 질병이 없는 상태에서의 기대수명이다.

건강수명의 계산에는 한 시점에서 본 건강상태의 이환율(morbidity rate)에 기초한 Sullivan 방법이 널리 사용되며, 건강상태별로 생명표를 작성하는 다(多)상태 생명표, 마이크로 시뮬레이션 등의 방법을 이용하고 있다(Jagger, 2011). 이러한 계산방법은 사회조사방법론의 진전으로 통계적 품질이 양호한 건강척도(heatlh metrics) 자료를 얻게 되어 건강수명 추계가 발전하였고, 국민의 건강상태를 표현하는 지표의 하나로서 광범하게 사용되기에 이르렀다.

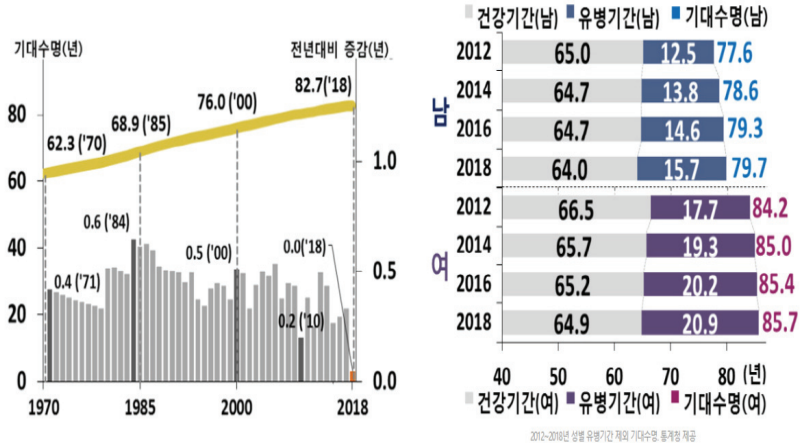
건강지표를 통일하려는 움직임으로, 건강수명의 국제비교가 가능해졌다. 가령, 세계보건기구(WHO)는 세계 질병부담 연구(GBD, Global Burden of Disease, Injuries, and Risks Study)의 하나로, 1990년, 2010년의 세계 187개국의 건강수명을 추정하여 공표하였다(Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013). 이 연구에서 21개 지역과 다양한 성/연령별 범주에 대해서, 291개 주요 사망 및 장애 원인의 부담을 측정하여, 건강한 상태에서의 생존연수를 추정하고, 이것을 장애 조정 생존 연수(DALY)라고 명명하였다.

질병부담(burden of disease)은 경제적 비용, 사망, 사망률로 계산되는 특정 건강 문제의 지표이다. 질병부담은 사망률과 이환율을 모두 하나의 지표로 묶은 질 조정 생존 연수(QALYs, Quality Adjusted Life Years) 또는 장애 조정 생존 연수(DALY, Disability Adjusted Life Years)라는 용어로 수량화된다.

질병 부담은 다양한 위험 요인과 질병에 의한 질병 부담의 비교를 용이하게 한다. 질병 부담은 건강 영향에 대한 잠재적 영향을 예측할 수도 있다. 세계보건기구(WHO)는 다양한 환경 문제에 대해 국가 또는 지역에서 질병 부담을 어떻게 산출하는지 상세한 설명을 제공하고 있다.

우리나라의 경우 남녀 전체 기대수명은 1970년 62.3년에서 2018년 82.7년으로 증가하였으며, 2018년 전체 기대수명 82.7세 중 유병기간을 제외한 기대수명은 64.4세로 전체 기대수명 중 77.9%를 차지하는 것으로 나타났다(통계청, 2019.12.4.).

〔그림 2-21〕 우리나라의 기대수명(1970~2018년)과 건강수명(2012~2018년) 추이



자료: 통계청. (2019. 12. 4.). 2018년 생명표. 통계청 인구동향과 보도자료. p.1, 〈기대수명(남녀 전체) 및 증감 추이, 1970~2018년〉, p.14, [그림 11.1] 성별 유병기간 제외 기대수명, 2012~2018년.

라. 질병 구조의 변화

질병 구조는 시간의 흐름에 따라 변화하는 특성을 가지고 있으며, 인구의 건강상태와 질병 패턴을 파악하는 데 중요하다. 질병 구조는 특히 경제가 발전함에 따라 소득수준이 증가하고, 그로 인한 위생 상태 및 영양 등의 변화와 관련되어 변화한다. 우리나라의 경우 1950년대까지 감염성 질병(infectious disease)이 주요 사망원인이었다가 1980년대에 이르러 대폭 감소하고, 그 이후 주요 사망원인이 만성질환(악성신생물, 당뇨병, 고혈압, 뇌혈관질환 등) 위주로 변화하였다(〈표 2-6〉 참고; 권의정, 2020).

〈표 2-6〉 우리나라 10대 사망원인의 변천: 1920~2019년

순위	1920년	1935년	1967-68년	1981년	1990년	2001년	2009년	2019년
1	전염병	소화기계 질환	폐렴	고혈압성 질환	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	악성신생물	악성신생물
2	소화기계 질환	신경계 질환	결핵	뇌혈관 질환	운수사고	심장질환	뇌혈관 질환	심장질환
3	호흡기계 질환	호흡기계 질환	신경계 질환	기타 사고	고혈압성 질환	폐암	심장질환	폐렴
4	신경계 질환	전염병	약성신생물	위암	위암	위암	자살	뇌혈관 질환
5	전신병	감기	위장염	만성간질환	만성간질환	당뇨병	당뇨병	자살
6	순환기계 질환	노쇠/원인 불명	불의의 사고	결핵	간/간내 담관암	간질환	운수사고	당뇨병
7	노쇠/원인 불명	순환기계 질환	순환기계 질환	중독 및 독성	부정맥	간암	만성하기도질환	알츠하이머병
8	비뇨기계 질환	전신병	인플루엔자	만성기관지염폐기종/천식	두개골 골절	운수사고	간질환	간질환
9	감기	비뇨기계 질환	홍역	운수사고	두개 내출혈	만성하기도질환	폐렴	고혈압성 질환
10	각기	피부병	기관지염	자살 및 자상	기관,기관지 및 폐암	자살	고혈압성 질환	패혈증

주: 한국의 사망력과 사망원인에 의거하였지만, 과거 자료는 사인분류의 일관성이 부족한 것이 특징이라고 할 수 있음.

자료: 1980년대 이후: 통계청. (2020b). 사망원인통계[데이터파일], 2021.7.30. 인출, 1980년 이전: 공세권, 임종권, 김미겸. (1983)을 기초로 저자가 정리하였음.

또 입원자의 질병분류 분석에 의하면, 2000년은 기준 '손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과'가 13%로 1위, '신생물'이 12.7%로 2위였으나 2019년은 '정신 및 행동 장애'가 22.1%로 2위 이하 질환군에 비해 10%p 이상 차이가 나타났다(〈표 2-7〉 참고). '정신 및 행동 장애'는 치매가 큰 비중을 차지하고 있어 미래 인구변동에 따라 입원 질병구조에서 차지하는 비중이 더욱 증가할 것이다(권의정, 2020).

〈표 2-7〉 우리나라 입원환자-질병분류별 입원일수 및 점유율

(단위: 천 일, %)

질병 구분	질병분류	2000년		2010년		2019년	
		입원일수	점유율	입원일수	점유율	입원일수	점유율
AA	특정 감염성 및 기생충 질환	1,690	4.4	2,997	3.0	3,773	2.6
AB	신생물	4,891	12.7	10,313	10.2	14,667	10.2
AC	혈액 및 조혈기관 질환	133	0.3	202	0.2	254	0.2
AD	내분비 영양 및 대사 질환	1,086	2.8	2,766	2.7	2,369	1.7
AE	정신 및 행동 장애	4,708	12.2	16,196	16.0	31,686	22.1
AF	신경계통 질환	796	2.1	5,788	5.7	16,507	11.5
AG	눈과 눈 부속기질환	405	1.0	674	0.7	922	0.6
AH	귀 및 유돌 질환	207	0.5	510	0.5	530	0.4
AI	순환기계통 질환	4,091	10.6	14,874	14.7	17,190	12.0
AJ	호흡기계통 질환	3,032	7.9	7,249	7.2	9,160	6.4
AK	소화기계통 질환	3,623	9.4	4,908	4.9	5,225	3.6
AL	피부 및 피하조직 질환	328	0.9	767	0.8	1,059	0.7
AM	근골격계통 및 결합조직 질환	2,522	6.5	10,506	10.4	13,019	9.1
AN	비뇨생식기계통 질환	1,329	3.4	3,086	3.1	4,609	3.2
AO	임신 출산 및 산후기	3,231	8.4	2,638	2.6	1,889	1.3
AP	출산전후기 특정 질환	791	2.0	667	0.7	563	0.4
AQ	선천기형 변형 및 염색체 이상	263	0.7	302	0.3	329	0.2
AR	달리 분류되지 않은 증상 징후군	303	0.8	858	0.8	2,095	1.5
AS	손상 중독 및 외인	5,010	13.0	14,015	13.9	14,502	10.1
AZ	건강상태 및 보건서비스 접촉 영향 요인	149	0.4	1,797	1.8	2,981	2.1
합계		38,588	100.0	101,113	100.0	143,329	100.0

자료: 권의정. (2020). p.62, (표2).

외래 내원일수의 경우에는 2000년과 2019년 모두 '호흡기계통 질환'이 1위였고, '근골격계통 및 결합조직 질환', '소화기계통 질환' 두 개 질

환이 연도별로 순위는 다르나 모두 2위나 3위에 포함되었다. 다만 '호흡기계통 질환'은 그 비중이 줄어드는 추세인 반면 '근골격계통 및 결합조직 질환'은 증가 추세로, 향후 인구 고령화에 따라 방문일수 증가에 기여하는 주요 질환군이 될 것으로 보인다.

〈표 2-8〉 우리나라 방문환자-질병분류별 방문일수 및 점유율

(단위: 천 일, %)

질병 구분	질병분류	2000년		2010년		2019년	
		방문일수	점유율	방문일수	점유율	방문일수	점유율
AA	특정 감염성 및 기생충 질환	17,500	3.8	23,697	3.4	27,530	3.4
AB	신생물	3,680	0.8	11,458	1.6	17,813	2.2
AC	혈액 및 조혈기관 질환	543	0.1	1,248	0.2	1,455	0.2
AD	내분비 영양 및 대사 질환	9,856	2.2	23,441	3.3	37,323	4.6
AE	정신 및 행동 장애	6,978	1.5	12,527	1.8	21,304	2.6
AF	신경계통 질환	4,149	0.9	8,819	1.2	12,034	1.5
AG	눈과 눈 부속기질환	18,068	4.0	32,989	4.7	39,434	4.8
AH	귀 및 유돌 질환	14,889	3.3	20,221	2.9	17,978	2.2
AI	순환기계통 질환	22,288	4.9	52,268	7.4	58,805	7.2
AJ	호흡기계통 질환	154,077	33.8	176,467	25.0	167,024	20.4
AK	소화기계통 질환	78,717	17.3	94,637	13.4	117,238	14.3
AL	피부 및 피하조직 질환	25,477	5.6	36,836	5.2	41,860	5.1
AM	근결격계통 및 결합조직 질환	46,766	10.3	110,108	15.6	133,843	16.4
AN	비뇨생식기계통 질환	19,377	4.3	32,025	4.5	39,230	4.8
AO	임신 출산 및 산후기	961	0.2	1,427	0.2	1,027	0.1
AP	출산전후기 특정 질환	225	0.0	411	0.1	476	0.1
AQ	선천기형 변형 및 염색체 이상	255	0.1	635	0.1	998	0.1
AR	달리 분류되지 않은 증상 징후군	4,809	1.1	10,767	1.5	18,754	2.3
AS	손상 중독 및 외인	25,205	5.5	47,555	6.7	51,673	6.3
AZ	건강상태 및 보건서비스 접촉 영향 요인	1,358	0.3	9,599	1.4	11,726	1.4
합계		455,178	100.0	707,135	100.0	817,525	100.0

자료: 권의정. (2020). p.65, (표4).

2. 인구구조 변화와 경제 활동

가. 연령대별 경제활동과 고용률 추이

전통적 인구학에서는 인구구조의 변화가 경제활동에 미치는 영향을 연구하는 데 경제활동인구와 경제활동참가율을 분석하지만, 우리나라에는 취업자 인구와 고용률(Employed to population)을 분석하는 경우가 많다. 따라서 아래와 같이 연령대별 인구수가 변화함에 따라 연령대별 고용률 추이와 연령대별 취업자 수가 어떻게 변화되어 왔는지 살펴본다.

전반적으로, 주요 연령대별 고용률 추이는 일부 굴곡이 있기는 하지만, 인구증감의 요인이 취업자 수에 미치는 영향이 큰 것으로 나타난다.

〈표 2-9〉 우리나라 주요 연령대별 고용률(%) 추이: 2000~2020년

	15-19	20-34	35-54	55-59	60+
	2000년				
15세 이상 인구(1,000)	3,767	11,692	11,160	4,361	2,006
취업자 수(1,000)	388	7,436	8,486	2,902	1,248
고용률(%)	10.3	63.6	76.0	66.5	62.2
	2005년				
15세 이상 인구(1,000)	3,025	11,262	12,423	5,144	2,283
취업자 수(1,000)	241	7,258	9,501	3,508	1,444
고용률(%)	8.0	64.4	76.5	68.2	63.3
	2010년				
15세 이상 인구(1,000)	3,361	10,231	12,907	6,754	2,821
취업자 수(1,000)	207	6,451	9,849	4,789	1,876
고용률(%)	6.2	63.1	76.3	70.9	66.5
	2015년				
15세 이상 인구(1,000)	3,124	10,091	12,580	8,158	3,890
취업자 수(1,000)	245	6,506	9,733	6,068	2,745
고용률(%)	7.8	64.5	77.4	74.4	70.6
	2020년				
15세 이상 인구(1,000)	2,452	9,740	12,081	8,553	4,224
취업자 수(1,000)	162	6,096	9,215	6,357	3,049
고용률(%)	6.6	62.6	76.3	74.3	72.2

자료: 통계청. (2020b). 경제활동인구조사[데이터파일]. https://kosis.kr/에서 2021.7.30. 인출.

〔그림 2-22〕 우리나라 주요 연령대별 인구(천 명), 취업자 수(천 명), 고용률(%) 2000~2020년



자료: 통계청. (2020a). 경제활동인구조사[데이터파일]. https://kosis.kr/에서 2021.7.30. 인출.

15~19세와 20~34세의 젊은 연령층, 즉 청년세대의 경우에는 인구감소가 취업자 수의 감소에 기여하고 있으며, 35세 이상의 경우에는 인구증가가 취업자 수의 증가에 기여를 하는 것으로 나타난다.

〈표 2-10〉 우리나라 주요 연령대별 취업자 수 증감의 요인분석: 2000-2020년

기간	15-19	20-34	35-54	55-59	60+
	(A1) 취업자 수의 증감(1,000)				
2000-2005	-147	-178	1,015	606	196
2005-2010	-34	-807	348	1,281	432
2010-2015	38	55	-116	1,279	869
2015-2020	-83	-410	-518	289	304
	(A2) 취업자 수 증감의 비율(%)				
2000-2005	-37.9	-2.4	12.0	20.9	15.7
2005-2010	-14.1	-11.1	3.7	36.5	29.9
2010-2015	18.4	0.9	-1.2	26.7	46.3
2015-2020	-33.9	-6.3	-5.3	4.8	11.1
	(B1) 인구 증감 요인에 의한 취업자 수 증감(1,000)				
2000-2005	-59	-277	966	534	175
2005-2010	26	-665	374	1,198	380
2010-2015	-19	-90	-253	1,044	754
2015-2020	-44	-220	-381	294	241
	(B2) 인구증감 요인에 의한 취업자 수 증감의 비율(%)				
2000-2005	-15.2	-3.7	11.4	18.4	14.0
2005-2010	10.9	-9.2	3.9	34.1	26.3
2010-2015	-9.0	-1.4	-2.6	21.8	40.2
2015-2020	-18.1	-3.4	-3.9	4.8	8.8
	(C1) 고용률 증감 요인에 의한 취업자 수 증감(1,000)				
2000-2005	-88	99	49	72	21
2005-2010	-55	-157	-21	139	74
2010-2015	57	145	137	235	115
2015-2020	-39	-190	-137	-5	63
	(C2) 고용률 증감 요인에 의한 취업자 수 증감의 비율(%)				
2000-2005	-22.7	1.3	0.6	2.5	1.7
2005-2010	-22.7	-2.2	-0.2	4.0	5.1
2010-2015	27.3	2.3	1.4	4.9	6.1
2015-2020	-15.8	-2.9	-1.4	-0.1	2.3
	(D) 인구증감 요인이 취업자 수 증감에서 차지하는 구성비(%)(B1/A1)				
2000-2005	40.2	155.7	95.2	88.1	89.4
2005-2010	-77.5	82.4	107.6	93.5	87.9
2010-2015	-48.9	-164.1	218.1	81.7	86.8
2015-2020	53.5	53.6	73.5	101.6	79.3

자료: 통계청. (2020a). 경제활동인구조사[데이터파일]. https://kosis.kr/을 기준으로 저자 직접 계산.

나. 생애주기별 소비지출과 노동소득

연령구조의 변화를 국민경제와 관련하여 분석함에 있어서, 국민이전계정은 표준화된 접근방식을 이용하여 노동소득(labor income)과 소비(consumption)의 연령 프로필을 구축하는 작업을 한다. 구체적 절차는 유엔의 《국민이전계정 매뉴얼-세대 간 경제의 측정과 분석》(National Transfer Accounts: Measuring and Analyzing the Generational Economy)을 참고할 수 있다(United Nations, 2018). 이 매뉴얼에 소개되어 있는 국민이전계정의 주요 특성의 하나는 연령집단 간 경제적 자원의 흐름을 추정하는 것으로, 이 절차에 의하여 각각의 연령집단이 어떻게 공동부담과 저축행동 또는 공공/민간이전과 자산재배분에 의존하여, 그들의 모든 생애단계에서 발생하는 소비를 지원하는가를 보여준다.

국민이전계정에서는 소비와 노동소득의 관계를 연령 변화에 초점을 두고 개인의 관점에서 연령집단(세대) 간 경제적 자원의 흐름을 파악하는데, 이 계정은 노동연령층의 잉여 자원이 유년층 또는 노년층으로 이전(transfer)되는 과정과 현재 세대로부터 미래 세대로 재배분(reallocation)되는 과정을 설명할 수 있는 경제적 분석틀을 제공해준다(통계청, 2020. 12.7.).

경제적 생애주기는 현대사회의 모든 사람의 보편적 특성이다. 모든 사람은 거의 예외 없이, 생애의 시작(아동기간)과 끝(노년기간)에 노동을 통한 생산총액보다 소비총액이 많아지며, 생애주기의 중간에는 소비총액보다 노동을 통한 생산총액이 많아진다.

[그림 2-23]은 스웨덴과 한국의 생애주기별 1인당 소비총액과 노동소득 총액을 비교한 것이며, [그림 2-24]는 한국의 2000년대의 생애주기별 1인당 소비총액과 노동소득의 총액 추이를 보여준다. 한국의 추이는 큰 변화를 보이지 않기 때문에, [그림 2-23]을 중심으로 설명하기로 한다.

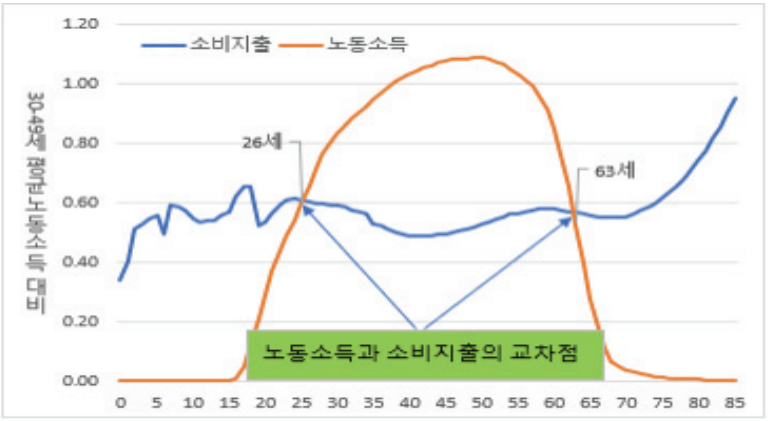
[그림 2-23]에서 스웨덴과 우리나라의 노동소득의 연령 프로필은 철(凸) 모양-거꾸로 된 U자 모양으로, 20대의 젊은 청년세대부터 빠르게 상승하여 40세 주변에서 정점에 도달하고 그 후에 계속 감소한다는 점에서 대체로 유사하다고 할 수 있다. 두 국가 간의 연령별 노동소득의 가장 큰 차이는 중장년에서 고령기로 이행하면서 나타난다. 스웨덴에서 노동소득은 40~60세의 중장년기에 더욱 집중되어 있으며, 우리나라에서는 30세의 청년기 초기부터 50세의 중장년기가 본격화되는 시점 사이에 집중되어 나타난다.

우리나라와 스웨덴 간에 소비패턴도 상당한 차이가 있는 것으로 나타난다. 스웨덴에서는 65세 이상이 지나면서 소비가 증가하는데, 그 이유는 보건/의료 비용의 증가에 기인한다. 반대로, 한국은 60세를 지나면서 소비가 오히려 약간 감소하여, 생산연령기 성인의 노동소득 60% 정도에 해당하는 정도이다. 우리나라의 아동기 소비는 노동소득의 비율로 볼 때 스웨덴의 60%보다 그 비율이 훨씬 높아서 80% 정도에 이르는 것으로 나타난다.

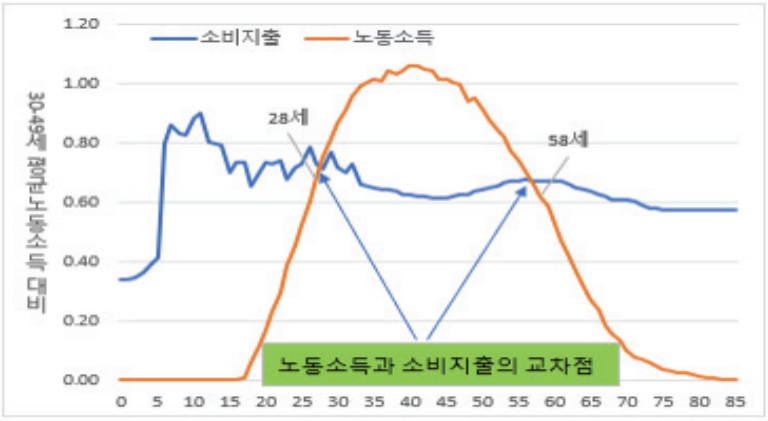
경제적 생활주기에서 자립할 수 있는 시점을 결정하는 방법은 몇 살에 생산총액이 소비총액보다 많아지는가를 보는 것이다. [그림 2-23]에 의하면, 스웨덴은 26세에서 63세까지 생산총액이 소비총액보다 많아서 경제적 자립의 생애주기라고 할 수 있다. 한편, 우리나라의 경우는 28세에서 56세까지 생산총액이 소비총액을 초과하여 경제적 자립의 생애주기라고 할 수 있을 것이다. 이것은 북유럽의 복지국가 전형에 해당하는 스웨덴보다 경제적 자립이 약간 늦은 연령에서 시작하여, 중장년기인 50대 후반에 경제적 자립이 끝나는 것으로 볼 수 있다.

〔그림 2-23〕 스웨덴과 한국의 생애주기별 소비지출과 노동소득

〈스웨덴, 2010년〉

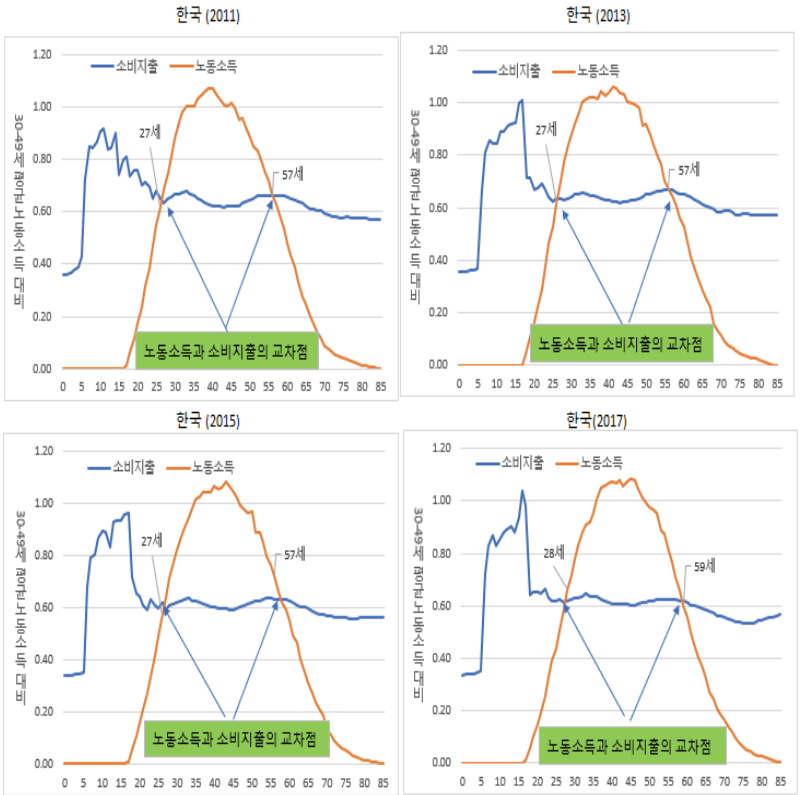


〈한국, 2017년〉



자료: 한국: 통계청. (2021b). 국민이전계정 -생애주기적자계정(1인규모). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1NTA03&conn_path=I3를 토대로 저자 작성, 스웨덴: Fürnkranz-Prskawetz, A. et al. (2017). p.9, Figure 1.

[그림 2-24] 우리나라의 생애주기별 1인당 소비지출과 노동소득 추이: 2011~2017년



자료: 통계청. (2021b). 국민이전계정 -생애주기적자계정(1인규모). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1NTA03&conn_path=I3를 토대로 저자 작성,

다. 인구구조 변동과 경제발전의 측면

우리나라에서 저출산과 고령화의 급진전으로 인한 향후 인구구조 변화는 노동공급·노동생산성·총수요·저축·투자에 부정적으로 작용하여 경제성장률을 하락시킬 것이라는 전망이 일반적이다(〈표 2-11〉 참고, 관계부처 합동, 2020). 구미 선진국과 비교하면 인적자본에 대한 투자가 많고, 중

고령기에 노동소득 감소가 빠른 속도로 발생하는 우리나라의 특성은 이러한 현상을 가속화하게 될 우려가 있다.

〈표 2-11〉 우리나라 인구구조 변화와 경제성장 전반적 측면

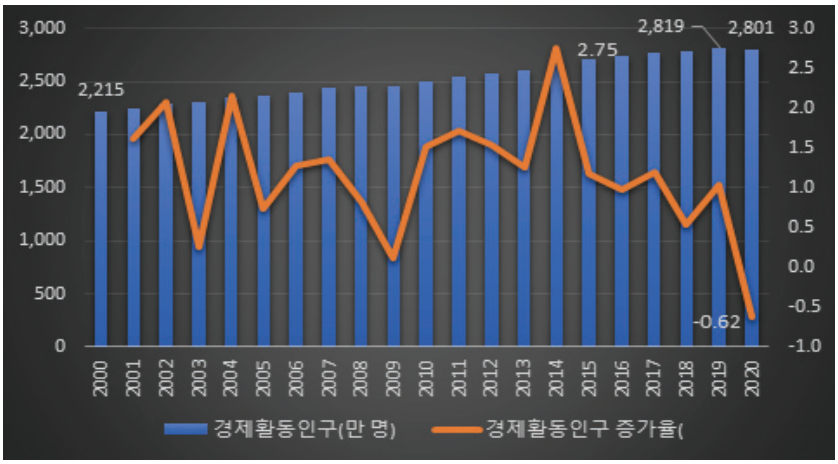
인구구조의 변화	→	경제성장의 요인별 영향	→	경제전반에 대한 영향
· 총인구↓(2067년은 2017년 2017년의 75.9% 정도) 부양비↑(2067년은 2017년의 3.28배)		· (노동력) 공급↓및 노동생산성 ↓ ■ (총수요) 시장규모 ↓및 소비성향↓ ■ (저축) 저축률↓		■ 경제성장률↓ ■ 경상수지↓ ■ 물가수준↓(가능)

자료: 관계부처합동. (2020). 제4차 저출산고령사회 기본계획. p.20의 자료를 저자 재구성.

한국의 초저출산이 향후 인구구조 변동에서 가져올 인구감소 및 저출산·고령사회에서 개인의 웰빙을 위해서는 1인당 GDP가 증가해야 한다. 국내총생산(GDP)과 경제성장률은 모두 노동자 수(증가율)와 노동생산성(상승률)과 관련이 있다.

우리나라의 15세 이상 경제활동인구는 2000년 2,215만 명에서 2019년 2,819만 명으로 계속 증가하다가, 2020년 2,801만 명으로 약간 감소하기 시작하였다([그림 2-25] 참고). 감소의 정도는 -0.62%로, 이것이 2020년 코로나19의 범유행(pandemic)에 의한 일시적인 노동자 수의 감소라고 볼 수 있는 면이 있기는 하지만, 현재의 판단으로는 경제활동인구의 규모는 정점에 도달하여, 감소 국면으로 이행하고 있다고 추측할 수 있다. 한마디로, 노동자 수 증가율이 경제성장률에 긍정적으로 작용할 개연성은 줄어들고 있다고 할 수 있을 것이다.

[그림 2-25] 우리나라 경제활동인구(만 명)와 경제활동인구 증가율(%): 2000~2020년



자료: 통계청. (2020a). 경제활동인구조사[데이터파일]. https://kosis.kr/에서 2021.7.30. 인출.

우리나라의 노동생산성(노동시간 당 GDP)의 증가율은 1970년대 중반 이후 2020년까지 50년 동안 2~3배의 높은 수준이었음을 알 수 있다(〈표 2-12〉와 [그림 2-26] 참고). 1970년 중반 6~7%대에서 1980년대 초에 4%에 떨어지지만, 1980년대 후반에서 1990년대 초반까지 7~8%의 노동생산성 증가율을 기록하다가 천천히 감소하여, 2015년에는 2%대로 떨어지지만, 그 후에는 약간씩 상승하여 2019년 3% 수준을 회복했다.

따라서 우리나라의 경제성장률은 향후 노동생산성 상승률이 일정 수준을 유지하는 경우에는 어느 정도 기간은 플러스성장이 가능하겠지만, 노동생산성 상승률이 떨어진다면 노동자 수가 감소하기 때문에 마이너스 성장이 될 것이다(조성호 외, 2019).

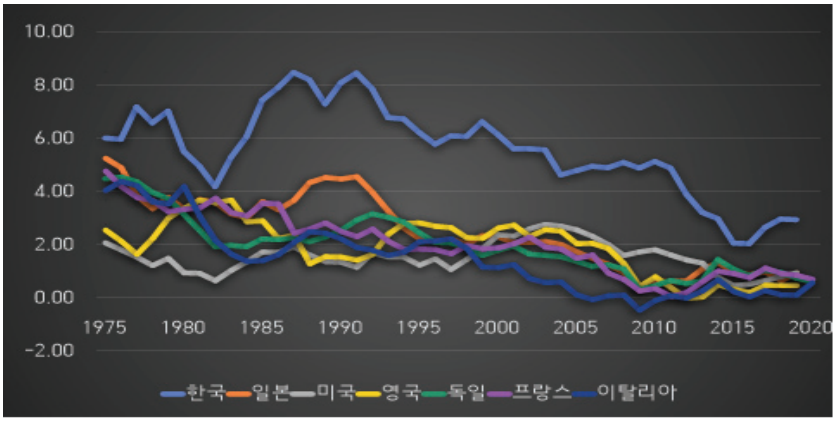
〈표 2-12〉 우리나라와 OECD 주요국의 노동생산성(노동시간 당 GDP) 증가율(%): 1971~2020년

	한국	일본	미국	영국	독일	프랑스	이탈리아
1971	7.10	4.15	3.75	6.53	4.36	4.97	4.47
1975	5.56	4.57	2.74	-0.81	3.76	1.20	-1.37
1980	-2.03	2.35	0.02	1.01	0.84	1.64	1.90
1985	4.84	5.42	1.84	1.15	2.31	4.02	2.03
1990	8.84	5.15	1.71	1.08	3.53	2.40	0.96
1995	6.28	3.15	0.22	1.14	1.51	2.49	2.96
2000	3.90	2.91	2.80	3.10	2.48	2.65	2.87
2005	4.70	1.54	2.12	0.76	1.58	0.89	0.45
2010	5.96	3.27	2.50	2.57	2.31	1.29	2.27
2015	1.37	1.37	0.95	1.68	0.51	0.81	0.06
2016	2.79	-0.14	0.33	-0.66	1.36	0.28	-0.31
2017	4.47	1.48	1.02	0.81	1.68	2.11	0.65
2018	3.82	0.38	1.16	0.38	0.05	0.37	0.00
2019	2.16	1.54	1.29	0.09	-0.04	0.58	0.04
2020					-0.18	0.07	2.36

주: OECD Database는 노동생산성을 취업 1시간당 국내총생산(GDP)으로 정의한다. 취업 1시간당 GDP는 GDP 총액을 취업자의 연간 총노동시간으로 나눈 수치이며, 이 표는 취업 1시간당 GDP의 전년도 상승률을 표시한다.

자료: OECD. (2021). Growth in GDP per capita, productivity and ULC. Retrieved form https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=PDB_GR.

[그림 2-26] 우리나라와 OECD 주요국의 노동생산성 증가율 5년 이동평균: 1975~2020년



주: 〈표 2-12〉와 같은 자료. 다만 5년 간격으로 이동평균을 계산하여 도표화한 것임.

자료: OECD. (2021). Growth in GDP per capita, productivity and ULC. Retrieved form https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=PDB_GR.



2부

인구구조 변화와 보건복지 매개 요인 분석

제3장 인구구조 변화와 수명 및 건강
제4장 인구구조 변화와 불평등
제5장 인구구조 변화와 가족
제6장 인구구조 변화와 지역
제7장 인구구조 변화와 정치 및 경제 체계

제3장 인구구조 변화와 수명 및 건강

제1절 도입

인구변동이 보건복지 영역에 미치는 파급 효과는 다양한 기제를 통해 매개된다. 이 장에서는 수명(사망)과 건강(이환/장애)을 중심으로 인구학적 변화가 보건복지 분야에 미치는 파급 효과를 검토하고 시사점을 논의한다. 비록 이 연구가 인구학적 변화에 따른 보건복지 분야의 대응 방향을 검토하지만, 인구변동은 고립적인 상태에서 작용하는 대신에 근대화(현대화) 등 다른 사회경제적 변동과 밀접히 연계되어 전개되는 현상이다. 결과적으로 보건복지 영역에 대한 인구변동의 영향을 정확히 이해하기 위해서는 인구변동과 사회경제적 변화가 맞물려 초래하는 파급 효과에 대한 다차원적 분석이 필요하다.

비록 인구변동의 영향을 엄밀히 분리하여 보건복지 영역에 미치는 파급 효과를 논의하기가 쉽지는 않지만, 최근까지의 논의는 보건복지 분야에서도 인구학적 변화가 광범위한 영향을 미치고 있음을 시사한다. 이 장에서는 수명과 건강의 측면에서 인구학적 변화를 살펴보고 이러한 변화가 보건복지 분야에 어떠한 함의를 갖는지를 살펴본다. 세부적인 검토 내용과 관련하여 이 장에서는 인구변천(demographic transition) 및 이와 밀접히 연관된 역학변천(epidemiologic transition)과 건강변천(health transition) 논의를 통해 건강과 수명 분야에서 논의되는 쟁점을 살펴보고 보건복지 분야에서의 함의를 검토한다. 이들은 기본적으로 '인구학적' 이론에 속하지만 직간접적으로 사회경제적 변동에 관한 논의를 동시적으로 전개하고 있다는 점에서 인구변동이 보건복지 분야에 초래하

는 다양한 파급 효과를 이해하는 데 유용한 분석 틀과 시사점을 제공할 수 있다.

제2절 인구변천과 역학변천/건강변천

1. 인구변천

인구학은 인구 현상에 관한 계량적 분석에서 괄목할 만한 성과를 내고 있지만, 정교한 이론의 구축은 상대적으로 더디게 진행되는 모습을 보인다. 그럼에도 불구하고 인구학의 인구변천이론(Theory of Demographic Transition)은 사회과학 분야에서 가장 체계적으로 정리된 일반화 작업 중의 하나로 평가된다(Kirk, 1996, p.361). 인구학에서 인구변천이론은 출산력과 사망력 변화의 전개 과정과 양상, 그리고 이러한 인구변동 요인들에서의 변화와 그 결과로 나타나는 인구성장의 관계에 대해 유용한 시사점을 제공하는 분석 틀의 역할을 한다(Notestein, 1945; Thompson, 1929).

[그림 3-1]은 인구변천의 전개 과정을 도식화해서 보여 준다. 그림에서 볼 수 있듯이, 인구변천이 시작되기 이전 단계에서는 (조)출생률(crude birth rates)과 (조)사망률(crude death rates)이 모두 높은 수준을 보인다. 인구변천 이전의 높은 사망률은 기본적으로 이 단계의 높은 영유아 사망률과 관계가 있다. 출생률과 사망률이 높은 인구변천 이전 단계에서 인구성장은 일반적으로 낮은 수준이었는데, 1700년 이전 서유럽 지역의 인구성장률은 평균적으로 0.3% 수준에 불과했던 것으로 추정된다(Lee, 2003, p.169).

인구변천의 시작은 1800년경 서유럽 지역에서 사망률이 감소하면서 시작된 것으로 알려진다. 반면 개도국에서 사망률 감소는 20세기 초에 시작되어 제2차 세계대전 후에 가속화되었다. 인구변천의 첫 단계인 사망률 감소는 대체로 공기나 물을 통해 전파되는 감염성 질환의 감소에 기인한다. 감염성 질환에 의한 사망률의 감소를 이끈 원인에 대한 논란이 있지만, 대체로 공중보건 조치와 개인위생 향상, 영양 개선, 미생물 병인론(germ theory of disease)의 확산, 의학 기술의 발전이 큰 역할을 한 것으로 알려진다(Lee, 2003, pp.170-171; Notestein, 1945, p.39; Sloggett, 2015).

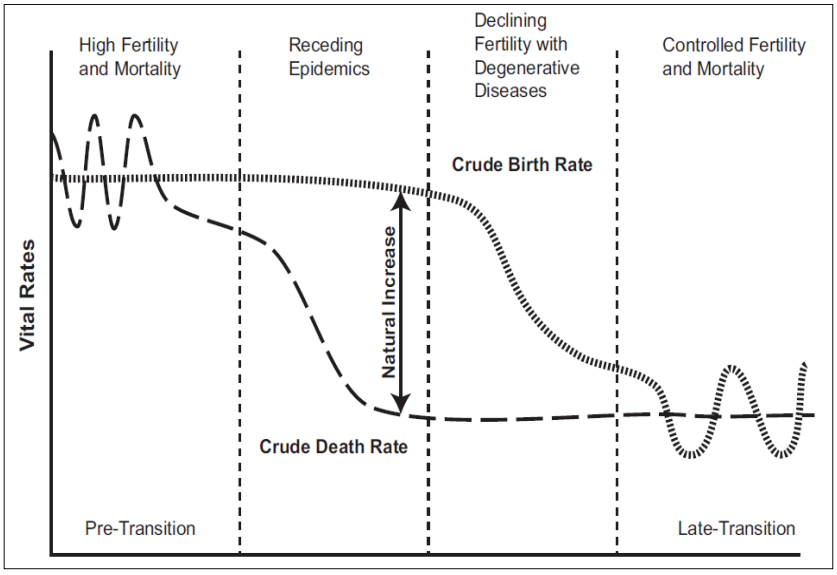
미국이나 프랑스의 사례처럼 예외가 없는 것은 아니지만, 일반적으로 인구변천 과정에서 사망률 감소에 이어 출생률 감소가 뒤를 따르는 패턴을 보인다. 대부분의 유럽에서 유배우 출산율은 사망률 감소에 비해 훨씬 늦은 1890~1920년 기간에 감소하기 시작한 것으로 알려진다(Lee, 2003, p.170, p.172). 사망률 감소가 출생률 감소보다 먼저 진행된 기제를 좀 더 세부적으로 살펴보면, 우선, 인구변천 초기의 사망률 감소는 주로 영유아 사망률 및 모성 사망률 감소에 기인한다. 근대화 과정과 맞물려 감염성 질환과 영양 결핍의 문제가 완화되면서 영유아 및 가임 연령대 여성의 생존 확률이 높아진 것이다. 이러한 가임기 여성의 건강 향상과 사망률 감소가 단기적으로 출산율을 높이는 측면도 있지만, 다른 한편으로 영유아 생존 확률의 향상은 후속적으로 수유 기간의 확대 및 이로 인한 출산 간격 증가 기제를 통해 출산을 억제하는 역할을 하였다. 또한 근대화 과정과 맞물린 영양 및 위생 개선을 통한 영유아 사망률 감소는 고출산의 유인을 감소시켰으며, 피임 기술의 발전은 이러한 저출산 의도를 구체적으로 실현할 효과적인 수단을 제공하였다. 더 나아가 영유아가 성인기까지 생존할 개연성이 높아짐에 따라 소수의 자녀에게 재정적, 정서적 투자를 집중하는 경향이 나타났는데, 이러한 투자의 효율성 향상은 후

속적으로 출생률 감소 추세를 더욱 강화하는 역할을 하게 된다(Omran, 1971, pp.527-530).

아래의 그림에서도 나타나듯이 인구변천 이전과 이후에 나타나는 변동 양상은 사망력과 출산력에서 상반된 모습을 보인다. 인구변천 이전 단계에서는 사망력의 변동이 크지만, 변천 후기 단계에서는 출산력의 변동 폭이 더욱 큰 모습을 보이는 경향이 있다. 이러한 변동 양상에도 불구하고 인구변천 과정을 통해 사망률과 출생률이 모두 감소 추세를 보이는 동시에 과거에 비해 좀 더 통제된 혹은 예측 가능한 패턴으로 전환된 점은 동일하다(Lundquist, Anderton, & Yaukey, 2015, p.57). 사망력 분야에서는 영유아기를 중심으로 사망률이 지속적으로 감소하는 모습을 보였으며, 이러한 추세는 앞으로도 상당 기간 지속될 것으로 전망되고 있다. 출산력 분야에서는 개인의 선택적 행위의 역할이 크게 작용하는 관계로 향후 출산력 전망에 수반된 불확실성이 사망력에 비해 상대적으로 더 크지만, 선진국 인구 환경에서는 현재의 저출산 기조가 지속될 것으로 전망되는 상황이다.

인구변천 과정에서 선행의 사망률 감소와 후행의 출생률 감소 간 간극이 크게 발생하는 시기가 바로 급격한 인구성장이 이루어지는 시기에 해당한다. 참고로 대부분의 서유럽 국가들에서는 1870~1920년의 기간이 여기에 해당한다(Lundquist et al., 2015, p.57). 대체로 점진적 방식으로 인구변천을 경험한 서유럽 국가들에서 인구성장은 상대적으로 완만한 증가 추세를 보였다. 그럼에도 산업화와 맞물려 진행된 인구성장은 19세기에서 20세기 초에 이루어진 유럽에서 아메리카와 호주 대륙으로 대규모 이주한 것의 기초가 된다. 지난 20세기 후반에 인구성장이 국제 이슈로 등장한 것에서 볼 수 있듯이 선진국에 비해 상대적으로 짧은 기간에 걸쳐 인구변천을 경험한 개도국에서는 인구성장이 더욱 급격하게 진행되는 모습을 보인다.

〔그림 3-1〕 인구변천 단계의 도식화



자료: Lundquist, J. H., Anderton, D. L., & Yaukey, D. (2015). *Demography: The Study of Human Population*. Long Grove, IL: Waveland Press. p.57(Figure 3-2).

[그림 3-1]에서 명시적으로 나타나지는 않지만, 인구변천은 인구성장뿐만 아니라 인구구조의 변화를 동반하는 과정이다. 아래의 역학변천 논의에서 좀 더 자세히 언급하겠지만, 인구변천을 추동한 초기의 사망률 감소는 대체로 영유아 사망률 감소에 기인한다. 결과적으로 초기의 사망률 감소는 유소년인구의 생존 확률을 높임으로써 인구 고령화를 억제하는 역할을 한다. 그러나 영유아기에 이어 고령기 사망률이 감소하는 한편 사망률 감소에 이어 출산율이 감소함으로써 인구 고령화 현상이 본격적으로 나타나게 된다.

비록 고전적 인구변천이론(Notestein, 1945; Thompson, 1929)이 19세기에서 20세기 초반까지 서유럽 지역에서 진행된 인구변동을 적절히 기술하지만, 사망력과 출산력 변동에 관한 개별 국가의 실제 경험을

기술하고 예측할 수 있는 정교한 이론 체계를 갖춘 것은 아니다. 오히려 앞에서 언급했듯이 인구변천이론은 인구변동 요인들에서의 변화가 인구성장에 초래하는 파급 효과를 이해하는 분석 틀(도구)로서의 성격이 강하다고 볼 수 있다.

결과적으로 실제 인구변천 과정에서 위의 그림이 제시하는 정형화된 패턴에서 이탈하는 사례 또한 빈번히 보고되기도 한다. 예컨대, 인구변천이론이 사망률 감소 후 출생률 감소를 전제하지만, 출생률 감소가 사망률 감소를 선행하는 예외적인 사례들도 관측된다. 사망률 감소 후에도 출생률이 감소하지 않는 혹은 사망률이 감소했지만 출생률 감소가 지체된 사례 또한 관측된다. 기본적으로 인구변천이론에서는 사망률과 출생률 감소를 근대화(modernization) 과정의 결과로 이해하지만, 사회경제적 변동 없이 사망률과 출생률에서 변화가 관측된 사례도 논의된다(Santow, 1999, p.40).

이러한 측면에서 고전적 인구변천이론을 이은 다양한 후속 이론들이 제안되었다. 대표적인 이론으로 Caldwell(1976)은 의무교육의 시행이나 아동노동에 대한 규제 등에서 촉발된 가족 내의 아동의 역할 변화에서 비롯된 세대 간 부(wealth; 화폐, 재화, 용역 등)의 이동을 강조한다. 인구변천 이전의 전통사회에서 아동은 부모에게 경제적 이익을 제공하였지만(자녀에게서 부모로의 부의 이동), 인구변천 후의 산업사회에서 아동은 경제적 부담의 성격을 가지게 되었다는 것이다(부모에게서 자녀로의 부의 이동). Lesthaeghe(1983)는 인구변천 및 근대화 과정에서 자아실현을 강조하는 것과 같은 가치관 변동의 중요성을 지적하며, Cleland and Wilson(1987) 또한 구조적 요인 대신 피임 실천이나 출산 관련 규범의 확산을 강조한다.

고전적 인구변천이론에 대한 또 다른 중요한 수정으로 제2차 인구변천이론(SDT, Scond Demographic Transition Theory)이 제시된 바 있다(Van de Kaa, 1987). 제2차 인구변천이론은 고전적 인구변천이론과 달리 출산율이 대체 출산율(replacement-level fertility) 수준에서 안정화되는 대신 지속적으로 하락하거나 불안정한 모습을 보일 것임을 전망한다. 한편 고전적 인구변천이론이 전통적인 가족-젠더 규범을 강조하는 문화적 맥락하에서 논의되었지만, 제2차 인구변천이론은 사회의 세속화, 개인주의화, 평등한 성 역할 규범을 반영함으로써 가족 구조가 유연화되는 모습을 상정하는 차이를 보인다(Lundquist et al., 2015, pp.59-60). 물론 제2차 인구변천이론은 현재까지 논의가 진행 중인 이론이기에 향후 어떠한 측면에서 고전적 인구변천이론과 차이를 보일 것인지에 대해서는 추가적인 관측과 논의가 필요한 상황이다.

종합적으로, 수백 년에 걸쳐 전개된 인구변동을 설명하는 거대 이론의 성격을 띤 인구변천이론을 통해 수명과 건강 측면에서의 함의를 직접적으로 도출하기는 쉽지 않다. 수명과 건강 측면에서 인구변동이 초래하는 함의를 좀 더 명확히 이해하기 위해서는 출산력과 사망력을 모두 아우른 인구변천보다는 사망력 변천에 초점을 맞추는 것이 더 적절할 수 있다. 이러한 측면에서 아래에서는 인구변천이론의 하위 구성 요소로 볼 수 있는 역학변천이론(사망력 변천) 그리고 역학변천이론을 확장한 건강변천이론에 초점을 맞추어 수명-건강의 측면에서 인구변동의 전개 양상을 검토하고 그 함의를 살펴보기로 한다.[1)]

1) 사망력 변천과 역학변천을 동일한 개념으로 정의하기도 하지만(Lundquist et al., 2015, p.150), 연구자에 따라서는 구분해서 사용하기도 한다. 예컨대, Santow(1999, p.51)는 사망률의 추세와 집단 간 차이 그리고 인구 집단 내에서의 이질성을 분석하는 용어로 사망력 변천을 사용하는 반면, 역학변천은 사망원인에 기초한 사망력 분석을 지칭하는 용어로 이해한다.

2. 역학변천과 건강변천

앞에서 언급했듯이 인구변천을 구성하는 사망력과 출산력 변동은 복잡한 관계에 있다. 인구변천이론이 19세기부터 20세기 초반까지 서유럽 지역에서 장기간 진행된 인구변동에 대한 관측과 이에 기초한 명제화 작업의 성격이 강하다는 점에서 사망력과 출산력의 관계에 관한 정교한 이론 체계라고 보기는 어렵다. 이와는 다르게 인구변천을 구성하는 특정 인구변동 요인(사망력)에 기초하여 이론 체계를 지향하는 접근도 제기된 바 있다. 인구변동 요인 중에서 사망력의 전개 양상을 이론화하는 대표적인 이론적 모형으로 Omran(1971)이 제안한 역학변천이론(Theory of Epidemiologic Transition)이 있다.

잘 알려져 있듯이 역학변천이론에서는 인구변천이 진행됨에 따라 질병 구조도 초기의 감염성 질환 중심에서 최종적으로 비감염성 질환(만성질환) 중심으로 전환된다고 본다(Omran, 1971, 1983). 역학변천이론에서 Omran(1971, pp.516-517)은 사망력과 질병 구조에서 장기적인 변화가 나타나며, 이 과정에서 이환과 사망의 주된 원인으로 감염성 질환이 점차 퇴행성 및 인조 질환으로 대체된다고 한다.

Omran(1971, pp.516-517)의 이론은 3단계로 구성되는데, 첫째, 전염병의 세계적 유행과 기근의 단계(Age of Pestilence and Famine)이다. 이 단계는 사망력 변천이 시작되기 이전의 단계로 기대수명은 20~40년 수준에서 변동하며, 높은 사망률로 인해 지속적인 인구성장은 억제된다. 역학변천이론의 두 번째 단계는 전염병의 쇠퇴 단계(Age of Receding Pandemics)이다. 이 단계에서 기대수명은 대략 30년에서 50년까지 꾸준하게 증가한다. 이에 따라 첫 번째 단계와 달리 인구성장이 지속적으로 이루어지고 지수적 성장의 패턴을 보이기 시작한다. 셋째, 퇴

행성 및 인조 질환의 단계(Age of Degenerative and Man-Made Diseases)이다. 사망률이 지속적으로 감소하여 낮은 수준에서 안정화되는 단계이다. 이 단계에서 기대수명은 50년 이상으로 꾸준히 증가하는 모습을 보인다.

기본적으로 Omran(1971, p.517)의 이론은 역학변천의 마지막 단계에서 사망률 감소 '속도'가 감소할 것임을 전망하고 있지만, 그의 예상과 달리 1970년대 이후의 사망률은 심혈관 질환에 기초한 사망률의 감소에 기초하여 가속화된다. 이러한 1970년대 이후의 상황을 반영하는 차원에서 Olshansky and Ault(1986)는 Omran(1971)의 3단계 이론에 네 번째의 단계, 즉 지연된 퇴행성 질환의 단계(Age of Delayed Degenerative Diseases)를 추가한다. 기대수명의 지속적인 상승에 따라 사망 연령이 꾸준히 고연령층으로 이동한다는 것이다.[2)]

〔그림 3-2〕는 이러한 Omran(1971)과 Olshansky and Ault(1986)의 논의에 기초하여 역학변천의 4단계를 도식적으로 보여 준다(United Nations, 2012, p.10). 참고로 〔그림 3-2〕에서 사망원인 Ⅰ(Group Ⅰ)은 감염성 질환과 함께 모성, 주산기, 영양 결핍에 기초한 사망을 의미하며, 사망원인 Ⅱ(Group Ⅱ)는 비감염성 질환에 의한 사망을 의미한다(사망원인 중 외인성 사망(Group Ⅲ)은 제외).

2) 후속적으로 Omran(1998, p.102) 또한 초기의 3단계 외에 역학변천의 네 번째와 다섯 번째 단계를 새롭게 추가한다.

[그림 3-2] 역학변천 단계의 도식화

	Pre-transition: age of pestilence and famine	**Mid-transition:** age of receding pandemics	**Late-transition:** age of degenerative and man-made diseases	**Post-transition:** age of delayed degenerative diseases
Cause of death pattern in the epidemiologic transition	Predominance of Group I health conditions	Decreasing importance of Group I conditions	Predominance of Group II health conditions	Predominance of Group II health conditions
Mortality pattern in the demographic transition	$e^0 < 40$ years High mortality in children and adults	e^0 increasing Declining mortality in children	$e^0 > 70$ years Most people survive to adulthood	e^0 increasing Death delayed to even older ages

자료: United Nations. (2012). Changing levels and trends in mortality: The role of patterns of death by cause. p.10(Figure II.5). Retrieved from https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/changingLevelsAndTrends.asp. 2021. 5. 7.

분석 틀로서의 유용성에도 불구하고 Omran(1971)의 역학변천이론이 발표된 후 다양한 비판이 제기되고, 최근까지 다양한 환경에서 보고된 새로운 경험적 증거에 기초하여 이론의 수정 작업이 필요함이 지적된 바 있다. 예컨대, 역학변천이론이 사망력 변화에 초점을 맞춘 관계로 이환과 장애 그리고 생존 기간의 질적 측면(삶의 질)에 대해서는 충분한 관심을 기울이지 못한 문제가 있음이 지적된다(McKeown, 2009, p.25S; Santow, 1999, p.47). 다른 한편으로 생활양식 등 위험 요인들에서의 변화나 기후변화 같은 거시적 환경 변화 등 사망력에 영향을 미치는 새로운 위험 요인들의 등장, 그리고 국가별 역학변천의 시작 시점과 속도 그리고 역학변천을 추동하는 근본 원인에서 차이가 있다는 점에도 주목할

필요가 있음이 지적된다(Santosa, Wall, Fottrell, Högberg, & Byass, 2014). 좀 더 근본적인 차원에서는, 앞에서 살펴본 인구변천이론과 마찬가지로, 역학변천이론 또한 이론적 체계의 정교성이 부족한 경험적 일반화의 성격이 강하다는 문제 제기가 있다(Santow, 1999, p.40).

1990년대 이후 활성화되기 시작한 건강변천이론(theory of health transition)은 역학변천이론의 이러한 한계를 극복하기 위한 노력의 일환으로 볼 수 있다. 특히 건강변천이론은 아래에서 설명하듯이 역학변천의 작동 기제에 관한 유용한 설명을 제공한다. 건강변천이론에서 역학변천은 건강변천의 하위 개념으로 해석되는데, 특히 역학변천과 함께 역학변천에 대응한 보건의료 분야의 변화 양상(health care transition)을 하위 구성 요소로 포함한다(Frenk, Bobadilla, Stern, Frejka, & Lozano, 1991, p.23).[3][4] 또한 고전적 인구변천이론이 초기의 고사망-고출산 단계에서 최종의 저사망-저출산 단계로의 전환을 기술하지만, 건강변천이론은 이러한 인구변천이 단순한 기대수명 증가에 그치지 않고 건강에서도 큰 변화가 나타남을 이론화 과정에서 고려한다.

전체 인구를 구성하는 개인들의 건강상태가 집계되면 전체 인구의 역학 프로파일(epidemiological profile)이 정의되며, 이러한 역학 프로파일에서의 장기적 변화가 역학변천을 구성하게 된다. Frenk et al.의 건강변천이론에서 전체 인구의 역학 프로파일 변화를 이끄는 3가지 기제는 아래와 같다(Frenk et al., 1991, pp.31-33). 이들의 건강변천이론에서

3) 이에 반대하여 Omran(1998, p.99)은 건강변천이 역학변천의 하위 개념에 불과함을 주장한다. 그에 의하면 역학변천 개념은 건강변천, 인구변천(일부), 생활양식 변천, 건강관리 변천, 의료-기술 변천, 생태학적 변천을 모두 아우르는 포괄적인 용어이다.

4) 참고로 건강변천의 개념도 연구자에 따라 다소 상이한 개념으로 사용된다. Frenk et al.(1991)이 건강변천을 Omran(1971)의 역학변천을 수정 및 확대하는 개념으로 사용하는 반면 Caldwell and Caldwell(1991, p.3)은 건강에 대한 문화적, 사회적, 행동적 영향 요인, 즉 의료적 개입과 경제적 요인(소득)을 제외한 영향 요인들을 의미하는 개념으로 사용한다. 이 연구에서는 Frenk et al.(1991)의 접근을 중심으로 건강변천을 논의한다.

는 국가별 혹은 지역별로 이들 작동 기제의 양상과 상호적 관계에 따라 역학변천이 다양한 모습을 보이게 된다.

첫째, 출산율 감소이다. 잘 알려져 있듯이 출산율 감소는 고전적 인구변천이론에서 인구학적 변화를 초래하는 핵심 원인 중의 하나이다. 인구변천 과정에서 출산력은 생물학적 요인들이 주도하던 상황에서 개인(부부)의 의사결정에 의해 주도되는 상황으로 전환된다. 출산율 감소는 연령구조에서의 변화를 통해 전체 인구의 역학 프로파일을 변화시킨다. 좀 더 구체적으로, 출산율 감소는 인구변천 이전의 피라미드형 인구에서 성인이 주도하는 인구구조로 전환되는 변화를 초래한다. 고사망-고출생 단계에서 시작된 인구변천은 사망률 감소가 선행하고, 후속적으로 출생률이 감소하는 단계를 상정한다. 이 과정은 결과적으로 성인 인구의 절대적 규모를 증가시키는 한편, 전체 인구에서 성인 인구가 차지하는 비중도 높인다. 이러한 성인 인구(특히, 고령인구)의 절대적 및 상대적 증가는 중장기적으로 비감염성 질환 위험에 노출되는 인구의 절대적 및 상대적 증가로 이어진다.[5)]

둘째, 건강 위험 요인들에서의 변화이다. 인구변천과 맞물려 이루어진 근대화(현대화) 과정은 건강 위험 요인들에서도 변화를 가져온다. 근대화 과정은 영양, 주거, 식수, 위생 등 감염병 위험 요인들을 크게 줄였다. 또한 근대화 과정과 맞물려 이루어진 피임 기술의 발전과 교육 기회의 확대(특히 여성)는 영유아 및 모성 사망률을 크게 낮추었다. 그러나 근대화(현대화) 과정은 다른 한편으로 새로운 건강 위험 요인들, 즉 흡연, 음주, 운동 부족, 과체중과 비만 등 새로운 건강 위험 요인들을 만들어낸다. 만성질환과 마찬가지로 이들 건강 위험 요인들도 사후적 대응이 어려운 동시

5) Frenk et al.(1991, p.31)이 출산율 감소만을 논의하지만, 기본적으로 사망률 감소 또한 전제된다고 볼 수 있다.

에 비효율적일 수 있다는 점에서 선제적인 접근이 중요한 특징을 가지고 있다.

셋째, 질환 치명률(case fatality rate)에 영향을 미치는 보건의료 기술과 조직의 발전이다. 앞에서 언급했듯이 건강변천이론에서는 역학변천이 건강변천의 하위 개념으로 이해되며, 역학변천에 대한 사회적 대응이 중요한 부분을 차지한다. 보건의료서비스의 조직과 분배, 양과 질 또한 건강변천에서 중요한 역할을 한다. 특히 보건의료 기술의 발전은 감염병과 비감염병을 모두 아울러 질병에 대한 효과적인 관리에 있어서 획기적인 진전을 가능하게 한 측면이 있다.

특히 기대여명 상승에서 중요한 역할을 한 것이 효과적인 진단 및 치료 기술을 통한 질환 치명률의 감소이다. 질병에 이환될 확률을 낮추는 예방적 개입(preventive intervention)에 비해, 초기 치료를 통해 질병의 전파 위험을 낮추는 경우를 제외하고, 치료적 개입(therapeutic intervention)을 통해 질병에 이환될 확률을 변화시킬 개연성은 높지 않다. 치료적 개입의 주된 효과는, 질병에 노출될 확률을 낮추는 것이 아니라, 이미 이환된 개인의 사망 확률을 낮추는 것이다. 역학변천의 초기 단계에 있는 개발도상국에서 예방적 개입과 치료적 개입은 모두 감염 및 기생충 질환에 의한 사망을 줄이는 효과를 가질 개연성이 높지만, 역학변천의 후기 단계에 있는 선진국에서 보건의료 기술의 발전은 이환 기간을 확대하는 효과를 가질 개연성을 높인다.

이러한 건강변천 기제들의 작용을 통해 개인의 건강과 전체 인구의 역학 프로파일이 형성된다. 물론 앞에서 언급했듯이 국가별 혹은 지역별로 이들 작동 기제의 양상과 상호적 관계에 따라 역학변천은 다양한 모습을 보이게 된다. Frenk et al.(1991, pp.33-34)은 국가 간 및 국가 내에서 관측되는 역학변천의 다양한 경험을 특징짓는 속성들로 변화의 유형, 변

화의 방향, 단계의 순서, 초기 시작 지점과 진행 속도, 역학 프로파일의 분포를 꼽는다. 특히 이들은 역학변천에서 점진적이고도 일방향적인 변화라는 고전적 역학변천이론의 전제(가정)를 거부한다. 역학변천의 방향이 역전되는 것 또한 가능하며, 기존에 통제되었던 감염성 질환의 재발도 가능함을 주장한다.

결국 기존 역학변천 이론가들이 주장한 일방향적인 동시에 시작과 종착이 명확히 정의된 역학변천 대신에 변천 방향의 역전과 변천 단계의 중첩이 가능하다고 주장하는 것이다. 건강변천이론에서 논의하는 감염성 질환의 재발은 Omran(1971)의 두 번째 단계와 본질적인 차이가 없다. 감염성 질환의 위험은, 통제 상태에 있었을 뿐, 완전히 제거되지 않았다는 것이다. 결국 상황 조건이 불리하게 전개되면 감염성 질환의 확산은 언제든지 가능하다는 것이다(Vallin & Meslé, 2004, p.13). 과거 사하라 이남 아프리카 지역의 HIV/AIDS나 최근의 코로나19 사태가 대표적인 사례로 볼 수 있다.

마지막으로 건강변천이론은 역학변천의 결과가 초래하는 파급 효과도 매우 중요하다고 언급한다. 근대화 과정 및 이와 맞물린 인구변천이 역학변천에 기여하지만, 후속적으로 역학변천 또한 인구의 성장과 연령 구조에 영향을 미칠 수 있다. 역학변천의 경제적 파급 효과 또한 작지 않은데, 노동생산성, 연금제도, 보건의료 재정 문제가 대표적이다. 예컨대, 역학변천은 보건의료 시스템에도 큰 파급 효과를 초래한다. 기본적으로 비감염성 질환의 확산은 복잡한 의료서비스 제공의 필요성을 높이고 의료 자원과 기술의 전문화를 요구한다. 이는 후속적으로 의료비용을 높이는 요인으로 작용하지만, 이러한 접근이 역학변천에 대응하는 효과적인 방향이 아닐 수도 있기에 자원 배분을 둘러싼 갈등을 조정할 수 있는 혁신적인 기제를 필요로 한다(Frenk et al., 1991, p.35).

비록 고전적 인구변천이론과 역학변천이론이 사망력 변동의 중요성을 보여 주지만, 사망력 변동이 사회 불평등과 연계하여 작동하는 기제를 설명하지 못하는 한계가 있다(Clouston, Rubin, Phelan, & Link, 2016, p.1633). 이 장에서 검토한 고전적 인구변천이론이나 역학변천이론은 사망력 변동에서의 불평등 문제를 명시적으로 논의하지 않는다. 오히려 고전적 인구변천이론이나 역학변천이론은 현대사회의 역학적 조건에 의해 설정된 한계 수준으로 기대수명이 수렴할 것임을 암묵적으로 전제하는 것으로 볼 수 있다(Vallin & Meslé, 2004, p.11).

다른 한편으로 초기 건강변천이론에서도 역학변천 과정에서 사망력 불평등이 출현하는 기제는 개략적인 수준에서만 검토되는 모습을 보인다. 예컨대, 역학변천의 유형을 특징짓는 주요 속성에 대한 검토에서 Frenk et al.(1991, p.34)은 전체 인구를 구성하는 하위 집단별로 역학변천이 상이한 속도로 진행되면 역학 프로파일에서 차이를 초래할 수 있으며, 이는 후속적으로 건강불평등 문제를 더욱 악화시킬 수도 있다고 설명한다(역학 양극화).

역학변천 과정에서 사망(건강) 불평등이 확대되는 기제는 건강변천이론을 지향하는 후속 연구들에서 좀 더 명확히 논의된다. 특히 퇴행성 만성질환이 주도하는 역학변천의 후기 단계일수록 사망(건강) 분야의 정책 성과는 국가 주도로 이루어지는 중앙 집권적 방식의 대응 대신에 개인들의 적극적인 책임감과 참여(행위 조정)에 의존하는 경향이 강하다는 점(Caselli, Meslé, & Vallin, 2002, p.28; Rogers & Hackenberg, 1987, p.234)에서 불평등 문제를 악화시킬 개연성을 내포하고 있다는 것이다.

역학변천 과정에서 불평등의 확대는 국제적 차원은 물론 개별 국가 수준에서도 적용될 수 있다. 우선, 1970년대 이후 서구 국가들에서 심혈관

질환(CVD) 치료의 진전은 의료 기술의 발전과 개인행동(특히 식생활)의 변화에 기초하고 있는데, 모든 국가가 동일하게 이러한 전략을 수용할 준비가 된 것은 아니라는 것이다(Caselli et al., 2002, p.28; Vallin & Meslé, 2004, p.13). 대표적인 사례들이 아프리카 국가들과 체제를 전환한 동유럽 국가들이다. 이러한 차원에서 Mackenbach(2013, p.238)는 1970년대 이후 증가하는 유럽 내 국가 간 기대여명 격차는 역학변천이 완료되면 자연스럽게 사라질 현상이 아니라 정책적 개입이 필요한 현상으로 이해한다.

다음으로 개별 국가의 차원에서 볼 때 역학변천이론이 인구변동과 맞물려 질병 구조에서도 변화가 나타남을 기술하지만, 역학변천은 무작위적으로 작동하는 과정이 아니며 사회의 계층 혹은 계급 구조와 밀접히 연계되어 전개됨에 주목할 필요가 있다는 논의가 있다(Armelagos, Brown, & Turner, 2005).

예컨대, Pearson(2003, p.S2/159-S2/161)은 최근의 역학변천 단계에서 교육과 소득의 역할은 양면적임을 지적한다. 좀 더 구체적으로, 교육수준이 높고 부유한 계층이 주요 사망원인과 연계된 (불건강한) 생활양식을 조기에 수용하는 경향이 있지만, 동시에 이들 계층은 이러한 이환 및 사망 위험을 줄이는 의학적 처치나 생활방식 변경을 조기에 수용하는 경향이 있다. 반면 교육수준이 낮거나 경제적으로 어려운 계층은 이환 및 사망 위험이 높은 생활방식을 상대적으로 늦게 수용하지만, 상위 계층에서는 이미 이환 및 사망 위험이 감소하기 시작한 단계에서 이러한 위험에 새롭게 그리고 지속적으로 노출되는 문제가 발생할 수 있다는 것이다.

한편, 의료 기술의 발전은 국제적 차원은 물론 개별 국가 차원에서도 사망률 감소에서 중요한 의미를 지닌다. 그러나 국제적 차원과 마찬가지로 개별 국가 내의 의료 기술 확산 또한 자동적인 과정은 아니다. 국제적

차원과 비교할 때 개별 국가 차원에서 체계적인 정책적 개입을 통해 사망 불평등을 통제하는 것이 상대적으로 수월한 측면이 있지만, 최근의 의료 기술 발전 상황은 이 또한 쉽지 않음을 시사한다.

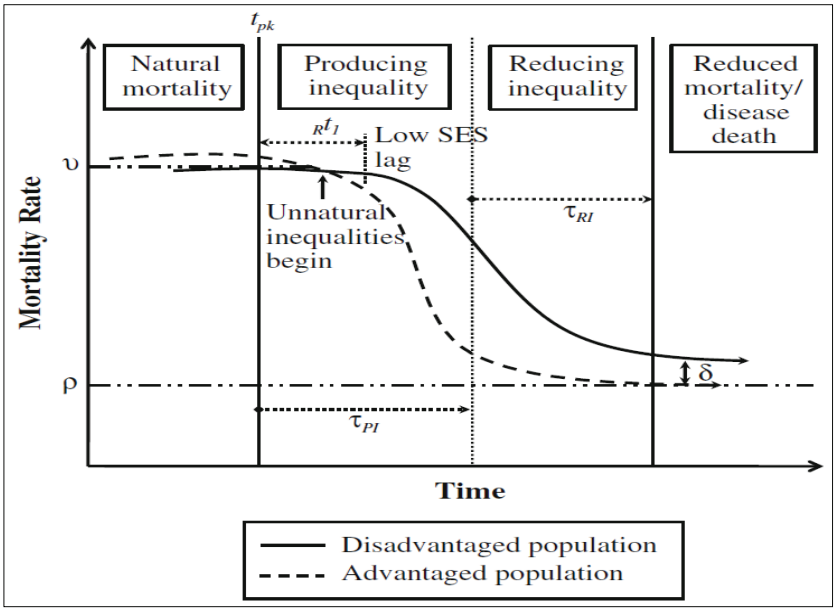
예컨대, Soares(2007, p.281)는 심혈관계 질환이나 노화와 관련한 최근의 기술 진보가 과거 감염성 질환 치료에서 보여 준 공적 재화(public goods)의 역할보다 사적 의료 기술의 성격이 강함을 지적한다. 국제적 차원은 물론 개별 국가 차원에서도 건강변천 과정은 사망력 불평등을 수반할 개연성이 높음을 지적하는 것이다.

Clouston et al.(2016)은 사망력의 불평등 현상을 정태적 접근 대신에 시간의 경과에 따른 동태적 과정으로 이해할 필요가 있음을 주장한다. 이들은 질병과 위험 요인이 변화함에도 불구하고 사회경제적 지위와 건강의 연관성이 시간과 공간을 가로질러 지속됨을 강조하는 근본원인론(fundamental cause theory)에 기초하여 사회계층별 (사망원인별) 사망력이 확대되고 축소되는 동태적 과정을 이론화한다. 참고로 〔그림 3-3〕은 사망의 통제에 영향을 미치는 자원 분포의 불평등이 존재하는 상황에서 사망원인별 사망률이 시간의 경과에 따라 전개되는 과정을 도식화한 것이다.

고전적 인구변천이론(역학변천이론)이 사망력에 대한 통제가 출산율 감소로 이어짐에 주목하지만, Clouston et al.(2016)의 연구는 사망에 대한 통제가 사망력 불평등 증가와 연관될 수 있음에 주목한다. 이들에 의하면 새로운 사망(질병) 원인이 등장할 때 건강불평등을 결정하는 핵심은 해당 원인에 의한 사망을 예방할 수 있는지에 있다. 사망원인에 대한 통제가 이루어지기 시작할 때 자원에 대한 차별적 접근으로 인해 예방과 치료 과정에서 계층별 격차가 확대될 수 있다는 것이다(Clouston et al., 2016, p.1636).

Clouston et al.(2016, p.1649)의 연구는 또한 질환에 대한 예방과 치료가 어떠한 속도로 이루어지는지에 따라 사망 불평등에 대한 통제에서 큰 차이를 보일 수 있다고 주장한다. 예컨대, 생활양식의 조정이 필요한 질환일수록, 그리고 전체 생애과정 동안 위험에 노출될 개연성이 높은 질환일수록 예방과 치료의 속도가 느리게 진행되며, 결과적으로 사망력 불평등 문제가 장기화될 수 있다는 것이다.

[그림 3-3] 사망력과 사회 불평등의 동태적 전개 과정 도식화



자료: Clouston, S. A., Rubin, M. S., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2016). A social history of disease: Contextualizing the rise and fall of social inequalities in cause-specific mortality. Demography, 53(5), p.1636(Fig. 1).

제3절 수명-건강 변화와 보건복지 이슈

인구변동은 경제, 정치(정부), 기술 발전, 가치관(문화) 등을 모두 아울러 다차원적으로 진행되는 근대화(현대화) 과정의 일부이기에(Reher, 2011, p.21) 그 파급 효과를 체계적으로 이해하기 위해서는 인구변동이 다른 사회경제적 요인들과 어떠한 관계를 맺고 있는지에 대한 검토도 필요하다. 이와 관련하여 주목할 점은 현재까지도 유의미한 차이가 지속되고 (혹은 최근 들어 확산하고) 있기는 하지만 지난 20세기 후반부(특히 1950~1970년대) 동안 사망력과 출산력에서 전 세계적으로 상당한 수준의 수렴 현상이 관측되었다는 점이다. 그러나 같은 기간 동안 인구변동과는 반대로 경제 불평등(예컨대, 1인당 GDP)은 크게 확대되었다(Lee, 2003, p.178). 특히 질병 구조의 변화, 사회계층을 포함하여 전체 인구를 구성하는 하위 집단별로 상이한 사망력 패턴과 역학 프로파일, 그리고 역학변천의 후기 단계에 진입할수록 개인들의 적극적인 참여에 따라 정책 성과가 상이하게 나타날 개연성이 높다. 그러므로 건강과 수명에서 불평등 문제가 새롭게 대두될 개연성을 염두에 둔 보건복지 분야 대응 방안 검토가 필요하다.

이 절에서는 인구변동으로 인한 사망 및 건강의 변화가 보건복지 영역에 갖는 함의를 간략히 살펴본다. 사망 및 건강의 변화가 보건복지 영역에 갖는 함의이지만, 건강/사망 주제의 성격상 보건 부문에 갖는 함의가 클 수밖에 없다. 다만, 생존 기간(수명)의 연장은 보건 분야뿐만 아니라 사회보험이나 사회서비스 혹은 사회보장재정 측면에서도 중요한 함의를 지닌다. 아래에서는 보건과 복지를 엄밀히 구분하지 않고 건강과 수명의 변화가 보건복지 영역에 갖는 함의는 무엇인지 살펴본다.

첫째, 최근까지 진행된 건강과 수명 변화는 인구변동에 대응하는 기본 방향이 어떠해야 함을 시사한다. 잘 알려져 있듯이 이는 인적자원 활용의 문제와 관련된다. 물론 이 문제는 보건복지 분야에만 한정된 문제는 아니다. 인구 고령화 같은 현재의 인구학적 조건은 상당 부분 인류가 추구한 목표(생존 기간의 연장)를 실현함에 따라 의도하지 않게 나타난 결과의 성격을 띤다. 결과적으로 인구변동에 대응하는 정책의 기본 방향은 인구변동이 초래한 상황을 새로운 기회로 적극적으로 활용하는 것이다. 인적자원의 적극적인 활용은 개인의 잠재력과 자아실현 측면에서도 중요하지만, 인구 고령화의 심화에 따라 제기되는 재정적 부담을 완화하는 측면에서도 큰 의미가 있다. 인적자원의 활용도를 높이기 위해서는 특정 생애 단계에 국한되는 대신에 전체 생애 단계를 유기적으로 아우른 역량 강화 조치가 필요하다.

인적자원의 활용 강화와 관련하여, 우선, 출산율이 가파르게 하락함에 따라 임신-출산 기간은 여성의 전체 생애 기간에서 상대적으로 짧은 기간에 집중되며, 이는 지속적으로 증가하는 기대여명과 맞물려 경제활동 참여 등 다른 사회활동을 위해 활용 가능한 기간을 확대한다. 경제 및 의료기술의 발전을 동반한 인구변동은 과거와 달리 계획한(의도한) 임신-출산을 통해, 그리고 성인기 도달 이전에 자녀가 사망할 위험 없이 여성(부부)이 희망하는 자녀를 출산-양육할 개연성을 높인다. 이러한 저출산과 재생산 과정의 효율성(reproductive efficiency) 향상은 여성 인적자원 활용의 중요한 기초가 된다(Reher, 2011, pp.17-19). 참고로 Lee(2003, p.167)의 분석에 의하면 서구 유럽에서 인구변천이 시작된 1800년경 여성은 생애의 대략 70%를 자녀를 출산하고 양육하는 시간으로 보냈지만, 오늘날 저출산과 기대여명 향상으로 인해 이 기간은 14% 정도까지 감소함으로써 여성 인적자원 활용의 가능성이 매우 큼을 보여 준다.

사망률의 감소는 노인인구의 절대적 및 상대적 증가로 이어진다는 점에서 고령 인적자원의 활용 또한 주요한 이슈로 등장한다. 특히 노동시장에서 고령 인적자원의 적극적인 활용은 연금 개혁 측면에서 의미가 크다. 근로생애의 연장은 노후소득보장의 수준을 높이는 동시에 장기 재정 안정화 측면에서도 중요한 역할을 할 수 있다. 물론 이 논의는 적정한 수준의 기여-급여 체계를 전제로 함에 유의해야 한다. 현재 우리나라의 국민연금 같은 불균형한 기여-급여 체계에서 추진되는 근로생애 연장은 장기 재정 안정성을 저해할 개연성이 높다.

인적자원 활용과 관련하여 마지막으로, 이민자 인적자원 활용의 중요성을 강조할 필요가 있다. 노인인구가 증가하는 동시에 노동인구가 감소하는 상황에서 우리나라에서도 향후 이민의 역할이 커질 것으로 전망되며, 이에 따라 이민자 인적자원의 적극적인 활용도 중요한 과제로 등장한다. 물론 이민이 한국 사회가 현재 경험하고 있는 급격한 인구 고령화 문제의 근본적인 해결책이 될 수 없음을 분명히 이해해야 한다. 또한 한국 사회에서 이민자가 성공적으로 통합되지 못하면 그 부정적 파급 효과가 여러 세대를 가로질러 장기적으로 지속될 수 있다. 이민자 인적자원의 활용은 이민자의 사회통합과 분리하여 논의될 수 없음에 유의해야 한다.

둘째, 최근까지의 건강 및 수명 변화는 연금을 포함하여 사회보장재정에 대해서도 중요한 함의를 가진다. 과거처럼 기대수명이 선형으로 증가할 개연성을 지적하는 논의(Oeppen & Vaupel, 2002)가 있지만, 기대수명이 크게 높아진 상황에서 점진적(체감적) 증가를 전망하는 주장도 제기된다.[6] 향후 기대수명이 어떠한 추세를 보일 것인지는 여전히 불확실하지만, 가까운 미래에 인간 수명이 생물학적 한계에 도달할 개연성은 거

6) 기대수명 증가에 대해 보수적인 입장을 취하는 가장 대표적인 사례가 미국 사회보장청의 인구추계이다(예컨대, Bell & Miller, 2005).

의 없는 것으로 보인다. 우리나라 통계청(2019)의 인구추계(중위) 또한 기대수명이 지속적으로 증가하여 2117년 남성 92.8년, 여성 94.8년에 이를 것으로 전망하고 있다.

이러한 인구변동의 결과로 크게 증가하는 노인인구를 공·사적 이전의 형태로 지원하게 되면 부양비의 증가는 노동인구의 경제적 부담 증가로 이어진다. 특히 한국 사회는 장기간에 걸쳐 노인인구의 절대적 규모가 증가하는 동시에 노동인구가 가파르게 감소할 것으로 전망된다는 점에서 사회보장재정 분야에서 인구변동이 초래하는 위험이 상대적으로 높은 상황임에 유의해야 한다.

셋째, 성별 기대여명 격차와 혼인력 변동의 함의이다. 제2차 인구변천이론(Van de Kaa, 1987)이 시사하듯이 비혼, 만혼, 혼인 해체(이혼) 증가 등 혼인력 변동이 커지고 다양한 형태의 가족이 등장할 것으로 전망된다. 혼인-임신 연령의 상승은 모성 사망이나 자연유산 등 임신-출산 관련 다양한 합병증 위험을 높인다. 한편 기대여명에서 관측되는 성별 격차는 후속적으로 노년기에 배우자 없이 거주하는 여성 독거노인의 규모와 비중 증가로 이어지고 이는 소득보장이나 돌봄 분야에 큰 영향을 초래할 수 있다.

넷째, 건강 취약 인구의 증가와 건강 위험 요인들에서의 변화이다. 건강변천이론(Frenk et al., 1991, p.31)이 지적하듯이 전체 인구에서 성인, 특히 노인인구의 절대적 규모와 전체 인구 대비 상대적 구성비 증가는 비감염성 질환에 노출되는 인구의 절대적 및 상대적 증가를 초래한다. 또한 노인인구의 절대적 및 상대적 증가는 최근의 코로나19 사태에서 볼 수 있듯이 만성질환 위험뿐만 아니라 감염성 질환의 위험도 증가시킨다. 특히 인구 고령화가 심화됨에 따라 신체적으로 허약한 초고령기 인구의 규모가 크게 증가할 전망이다.

건강 위험 요인들에서의 변화도 중요한 함의를 지닌다. 인구변천과 맞물린 근대화(현대화) 과정, 즉 영양이나 공중보건 개선, 피임 기술과 교육 기회 확대를 통해 감염병 위험이나 영유아 및 모성 사망률은 크게 낮아진 상황이다. 반면 흡연, 음주, 운동 부족, 과체중/비만 같은 생활양식 혹은 기후변화 같은 거시적 환경 변화 등 새로운 위험 요인들이 등장하고 있다. 백신 접종 등을 통해 질환에 대한 효과적인 대응이 가능했던 과거의 감염병 시대와 달리 새롭게 등장한 이들 건강위험 요인들은 전체 생애과정을 가로질러 개인의 행위 조정을 지속적으로 요구하기에 효율적인 개입과 통제가 쉽지 않기에 선제적인 개입이 필요하다.

다섯째, 보건의료 기술과 보건의료 체계이다. 앞에서 살펴보았듯이 예방적 개입과 달리 치료적 개입의 주된 효과는 이미 이환된 개인의 사망확률을 낮추는 것이다. 이는 생존 기간 중에 질환 및 장애를 지닌 상태에서 보내는 기간을 확대시키는 효과를 지니는 측면이 있다. 결과적으로 출생코호트를 가로지른 전반적인 건강 향상의 개연성에도 불구하고 이환 기간을 최소화하는 전략은 쉽지 않을 수도 있다(특히, 취약계층).

한편 비감염성 질환의 확산은 복잡한 의료서비스 제공의 필요성을 높이고 의료 자원과 기술의 전문화를 요구하는데, 이는 의료비용을 높이고 의료서비스에 대한 접근성에서 불평등을 초래할 수 있다. 의료 인력과 시스템의 과도한 전문화가 역학변천에 대응하는 최선의 방안이 아닐 수도 있음은 이미 언급하였다. 특히 인구 고령화가 심화됨에 따라 건강보험 재정 문제를 더욱 악화시킬 수 있기에 보건의료 자원의 배분을 둘러싼 갈등을 조정하는 기제의 혁신이 필요하다.

여섯째, 건강불평등 문제이다. 계층별 건강 격차를 완화하기 위해서는 경제 조건과 교육수준을 향상함과 함께 이환과 사망 위험을 높이는 생활양식을 지양할 필요가 있지만, 하위 계층에게 이러한 전략의 성공적 실행

은 쉬운 과제가 아니다. 생활양식을 효과적으로 변화시키기 위해서는 개인뿐만 아니라 개인이 속한 환경을 함께 변화시킬 필요가 있지만, 하위계층이 속한 환경은 이러한 변화를 수용하기 어려운 측면이 있다. 결국 하층일수록 건강 및 공중보건 분야의 혁신이 효율적으로 확산하지 못할 개연성이 높다(Clouston et al., 2016, p.1651). 역학변천의 이러한 모습은 계층별 건강불평등을 완화하기 위해서는 역학변천 과정에서 불평등이 어떠한 방식으로 작동하는가에 대한 체계적인 분석과 함께 예방과 치료가 하위 계층까지 신속히 확산할 수 있도록 하는 전략 수립이 필요함을 시사한다.

마지막으로 건강기대여명의 확대 문제이다. 특히 기대수명이 지속해서 상승하는 상황에서 건강기대여명을 확대하기 위해서는 노년기 이전 단계의 건강에 대한 적극적인 개입이 필요하다. 최근까지도 특정 질환의 치료에 초점을 맞춘 접근이 주도적인 모습을 보이지만, 노년기의 다양한 사망원인은 고립되어 작동하는 대신에 생물학적 노화 과정과 밀접히 연계되어 나타난다. 결과적으로 특정 질환에 초점을 맞춘 접근은 해당 질환의 치료에서 큰 성과를 거두더라도 노화 과정을 통해 (경쟁적 관계에 있는) 다른 사망원인들이 작동하는 결과로 이어짐으로써 그 성과가 반감되는 측면이 있다. 최근의 논의는 '노화' 과정을 늦추는 것이 다양한 노년기 질환의 발생을 예방하고 건강기대여명을 확대하는 데 있어서 매우 중요함을 시사한다(Goldman et al., 2013).[7)]

사망, 신체적 기능 손상, 인지 기능 상실 등 연령 증가에 따라 발생 위험이 커지는 건강 관련 현상들은 노화에 따른 생물학적 변화와 밀접히 연관된다. 이러한 측면에서 건강기대여명을 확대하기 위해서는 개인들이,

7) Vallin & Meslé(2004, p.33) 또한 건강변천이론의 맥락에서 최근의 건강변천을 감염성 질환이나 심혈관계 질환이 주도하는 단계를 넘어 노화에 대응하는 과정으로 이해할 개연성을 제안한다.

의료적으로는 문제가 없더라도, 생물학적 노화의 어느 단계에 있는가를 정확히 진단하고 노화 과정을 늦추는 조치가 중요하다(Crimmins, 2015, p.909). 임상 분야 연구뿐만 아니라 최근 들어 전체 인구 차원의 건강(population health) 논의에서도 생존 기간뿐만 아니라 건강상태에서의 추세와 차이를 이해하고 설명하는 데 있어서 생물학적 위험 인자(biomarker)의 중요성을 강조하는 접근(Crimmins, Kim, & Vasunilashorn, 2010, p.S41) 또한 이러한 논의와 맥락을 같이 한다고 볼 수 있다.

제 4 장 인구구조 변화와 불평등

제1절 도입

현대사회는 20세기 후반부터 불평등의 심화(Piketty, 2014; Piketty, 2020)와 더불어 인구행동의 변화(McLanahan, 2004)라는 두 가지 사회적 변동을 동시에 경험하고 있다. 한국 사회는 1997년 외환위기를 전후 소득불평등이 크게 증가한 이후 2000년대에도 유지되고 있으며, 2002년 합계출산율(TFR)이 초저출산 수준이라 할 수 있는 1.3 이하로 하락한 후, 2018년 1.0 이하로 떨어지며 "평시의 어떤 나라도 경험해본 적이 없는 낮은 출산율(이철희, 2019)" 상태를 경험하고 있다. 과연 불평등과 초저출산은 연관되어 있는 현상일까? 그렇다면 어떠한 사회적 과정을 통해 연관되어 있을까? 모든 형태의 경제적 불평등이 초저출산으로 이어지는 것은 아니라면 불평등이 초저출산으로 이어지는 사회적 조건은 무엇일까? 초저출산은 경제적 불평등에 어떤 영향을 미치는가? 인구 변화와 불평등의 변화에 보건복지 정책은 어떻게 대응해야 하는가? 이 연구는 이러한 질문들을 염두에 두고 불평등과 인구행동에 대한 국내외 학술연구들을 검토하면서 불평등과 인구변동의 관계를 설명하고, 이에 기반해서 보건복지 정책의 대응방향을 살펴보는 것을 목적으로 한다.

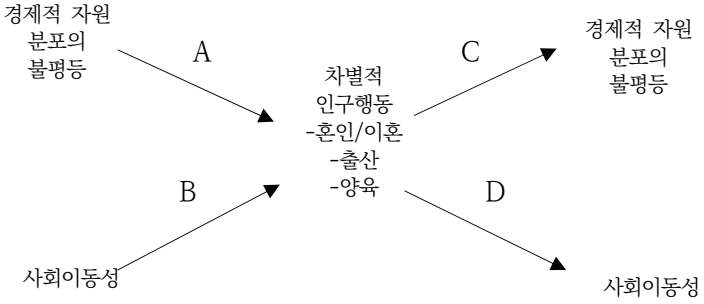
불평등 연구와 인구학 연구가 교류하기 시작한 것은 비교적 최근의 일이다. Sakamoto and Powers(2005)는 90년대 중반 이후 사회계층의 인구학(the demography of social stratification)이라고 명명할 만한 연구들이 본격적으로 발전하기 시작하였다고 평가한다. "출산, 사망, 이동이라는 인구 과정이 불평등과 사회이동성에 어떻게 영향을 미치고 영향을

받는가에 대한 연구"라고 정의될 수 있는 사회계층의 인구학은 근대사회에서 자원의 불평등한 분포와 세대 간 사회이동이 개인들의 결혼과 출산 결정에 어떤 영향을 미치고 반대로 개인들의 인구 행동이 불평등과 이동성에 어떤 영향을 미치는지에 초점을 둔 연구들을 포괄한다고 볼 수 있다.

광범위한 연구 영역에 걸쳐 있는 이 연구들을 한눈에 조망하기는 쉽지 않지만 불평등 현상과 인구 현상이 서로 영향을 미치는 관계를 어떻게 설정하고 있는가에 따라 구분해 볼 수 있다([그림 4-1] 참고). 불평등과 인구행동을 연결시키는 연구들은 크게 인구행동의 변화를 불평등의 원인으로 보는 연구들 그리고 결과로 보는 연구들로 구분되며, 사회계층화 현상 중 불평등 정도 및 상태 변화에 집중하는 연구들과 사회이동에 집중하는 연구들로 구분된다. 인구행동의 경우 대부분 혼인, 이혼, 출산, 양육 등 가족의 형성, 해체, 활동과 상호작용 등 전통적인 가족인구학의 주제들에 집중되어 있다. 각 연구는 불평등과 인구변동의 영향관계의 한 측면에 천착하며 실증적 연구들이 주를 이룬다. 예컨대 불평등이 인구행동에 미치는 영향을 논하는 연구들(A)은 차별적 인구행동(differential demographic behavior), 즉 사회계층 간에 존재하는 출산율, 사망률, 이혼율의 차이를 실증하는 연구들이 주를 이루며 인구학의 핵심적인 주제로 자리 잡아 왔다(Elo & Preston, 1995; Härkönen & Dronkers, 2006; Skirbekk, 2008). 사회이동과 출산율의 영향관계에 관한 연구들도 다수 존재하는데, 사회적 상승 혹은 하강 이동의 경험(및 전망)이 자녀 출산에 어떤 영향을 미치는지(B), 출생아를 제한한 가구에서 태어난 자녀들의 사회적 성취(D)가 어떠한지에 대한 연구들이 다수 이루어졌으나 1980년대까지의 관련 연구들을 검토한 카사다와 빌리는 사회이동과 인구행동 간에 일관성 있는 관계가 발견되지 않는다고 결론내린 바 있기도 하다(Kasarda & Billy, 1985). 인구행동의 변화가 경제적 자원의 분포에 영

향을 미치게 되는 과정(C)을 보여주고 있는 Piketty(2014, 2020)의 연구는 생산성이 동일하다고 가정했을 때 인구증가가 경제성장으로 이어지고 빠른 경제성장은 기존에 축적되어 있는 부의 중요성을 감소시킴으로써 불평등의 감소로 연결된다는 점을 보여준다. 반면에 인구증가가 둔화되는 경우에는 반대의 상황이 전개되는데, 예컨대 출산율의 하락에 따른 자녀수 감소는 재산이 희석되지 않고 상속되어 세대 간 사회이동을 감소시킬 수 있다는 그의 주장은 (D)의 과정을 보여준다. 같은 맥락에서 형제자매 수와 사회경제적 지위 간의 부(-)적 관계에 대한 연구 또한 많이 축적되어 왔다(Choi, Taiji, Chen, & Monden, 2020). 이러한 논의들은 거시적인 차원에서는 출산율 하락을 통한 경제성장이라는 20세기의 가족계획 사업의 실행에 중요한 이론적 근거로 활용되기도 하였다(Connelly, 2010).

〔그림 4-1〕 인구변동과 불평등의 관계



자료: 기존 연구들을 토대로 저자 작성.

Sarah McLanahan의 2004년 미국인구학회장 취임연설(McLanahan, 2004)은 불평등과 인구변동의 관계에 관한 연구 경향에 큰 영향을 미쳤다. McLanahan은 70년대 이후 미국 사회에서 경제적 불평등이 사회계층 간 차별적 인구행동에 의해 악화되고 있으며,그 결과 미국 사회에서 태어나는 아이들의 교육과 직업 측면에서의 사회적 종착지 혹은 '운명'이

유년기부터 갈리게 되는 이른바 “운명의 분기(diverging destinies)” 현상이 뚜렷하게 나타나고 있다고 지적하였다. 이후 ‘운명의 분기’ 가설은 국가 간 비교연구를 포함한 다양한 후속 연구들을 낳으며 불평등과 인구변동의 관계에 대한 핵심적인 가설로 자리 잡고 있다. 이 가설에 따르면, 계층/계급 간 출산, 결혼, 양육 행위의 차이가 다음 세대의 계층/계급 간 격차를 확대 재생산한다. 즉 운명의 분기 가설은 현재의 불평등이 인구학적 행위를 매개로 하여 사회이동 가능성을 약화시키는 과정([그림 4-1]의 A-D)을 포착하고 있으며, 불평등과 인구행위 사이에 존재하는 동적인 상호강화 과정에 대한 기술이라고 할 수 있다.

이 장은 다음과 같이 구성된다. 첫째, 인구변동과 불평등의 관계를 파악하기 위한 개념적 틀을 논의한다. 둘째, 인구변동과 불평등의 관계를 차별출산력과 운명의 분기와 관련된 논의들을 중심으로 정리한다. 셋째, 인구변동과 불평등 관계에 대한 실증분석의 예로서 경제적 자원 분포의 불평등이 차별적인 인구행동을 가져올 수 있다는 것을 보여주기 위해 건강보험 자료를 활용하여 소득에 따른 차별출산율의 관계에 대한 경험적 분석결과를 제시한다. 넷째, 한국 사회에서 인구구조와 불평등의 변화에 따른 보건복지 정책의 대응방향에 대한 논의를 제시한다.

제2절 인구변동과 불평등의 관계

인구변동은 크게 둘로 나누어서 이해할 수 있다. 첫째, 인구구조의 변동이다. 인구구조는 정태적 개념으로, 한 사회의 인구가 어떤 형태를 지니고 있는지를 지칭하는 개념이다. 일반적으로 인구의 규모, 성 및 연령구조, 혼인상태 분포 등을 의미한다. 둘째, 인구구조의 변동은 인구과정의 변화를

의미할 수 있다. 인구과정은 출산, 사망, 이동을 의미하는데 인구과정에 따라 인구구조는 변화한다. 예를 들어, 출산의 증가는 인구의 규모를 증가시키고 인구의 연령구조를 젊게 만드는 경향이 있으며, 고령층의 사망률 하락은 연령구조의 고령화로 연결된다. 따라서 인구변동은 인구구조 및 인구과정의 변화를 의미할 수 있으며 이 둘을 개념적 차원에서 구분하는 것이 필요하다. 특히 보건복지 정책의 대응방향을 논의할 때에는 더욱 그렇다. 현재 한국 사회와 대부분의 산업화된 국가들에서 진행되고 있는 인구 고령화에 대한 논의는 직접적으로는 인구구조의 변화와 관련된 것이라고 할 수 있으며, 그 원인은 출산력 하락이라는 인구과정의 변화라고 할 수 있다. 만약 인구구조의 고령화에 논의의 초점을 맞추면 고령화에 따른 결과에 대한 대응에 주목하게 되는 반면에, 저출산에 초점을 맞추면 출산율 개선에 초점을 맞추게 된다. 이와 같이 우리가 인구변동의 어떤 측면에 관심을 갖느냐에 따라 학술연구 및 정책적 개입 방향이 달라진다고 할 수 있다.

불평등의 개념 또한 다차원적이다. 일반적으로 불평등은 자원의 불균등한 분포를 의미한다. 소득불평등이 가장 대표적인 예라고 할 수 있다. 의료나 교육 서비스에 대한 접근성의 불평등 또한 같은 방식으로 이해할 수 있다. 불평등을 이렇게 정의하면, 지니계수 등 소득불평등 지표나 빈곤율의 변동이 경험적 연구의 주제가 된다(Atkinson, 2015; Piketty, 2014). 또한 불평등은 사회경제적 지위에 따른 재화의 차별적 분포를 의미하기도 한다. 소득 수준에 따른 건강의 차이가 이에 해당한다. 건강불평등은 건강수준의 전체적인 분포의 특징이 아니라 계층/계급 간 건강 및 교육기회의 차이를 의미한다. 소득불평등의 경우에는 상층의 소득과 하층의 소득의 차이가 증가하면 소득불평등이 증가했다고 할 수 있는 반면에, 아주 건강한 사람과 매우 아픈 사람의 건강수준의 차이 자체는 대체로 관심의 대상이 아니다. 즉, 소득불평등 연구는 상위 1%의 소득이 하위

20%보다 몇 배나 높은지에 주목하지만, 건강불평등 연구는 이러한 분포의 차이 자체보다는 계층/계급 간 격차에 주목한다. 건강수준 자체의 전체적인 분포가 얼마나 불균등하느냐보다는 집단 간의 격차가 중요한 주제라 할 수 있다. 부모의 소득에 따른 교육수준의 차이 또한 비슷한 예라고 할 수 있다. 즉, 불평등은 특정 자원의 불균등한 분포 정도를 의미할 뿐만 아니라 집단(주로 계급/계층)에 따른 자원의 차별적 분포를 의미한다. 마지막으로 불평등은 세대 간 사회이동의 경직성을 의미하기도 한다. 이때 불평등과 사회이동을 구분하는 것이 중요한데, 이는 불평등의 증가가 사회이동의 감소로 연결되지 않을 수 있기 때문이다(Hout, 2004). 높은 수준의 불평등과 높은 수준의 세대 간 사회이동이 결합하는 경향이 있고 불평등의 증가가 사회이동을 감소시킬 수 있지만 이러한 관계가 관찰되기 위해서는 상당한 시간이 필요하기 때문이다. 많은 사회이동 연구들이 소득불평등의 증가에도 불구하고 세대 간 사회이동이 안정적으로 유지되거나 뚜렷한 추세 없는 변화 패턴을 보여주는데(Breen & Müller, 2020; Bukodi & Goldthorpe, 2018; Chetty, Hendren, Kline, Saez, & Turner, 2014), 이는 불평등과 사회이동이 구분되는 개념임을 보여준다. 사회학적인 연구들이 대체로 직업에 기반한 세대 간 계급/계층 이동에 초점을 맞추는 반면에(Breen, 2004; Breen & Müller, 2020; Erikson & Goldthorpe, 1992), 경제학적인 연구들은 세대 간 소득이동에 초점을 맞추는 경향이 있다(Chetty et al., 2014; Chetty et al., 2017).

이렇듯 불평등과 사회이동은 구분되는 개념이지만 일상적인 논의와 복지정책 측면에서 보면 이러한 구분이 항상 명확하지는 않다. 예를 들어, 빈곤가구에 대한 경제적 지원은 빈곤가구의 생활조건 개선을 통한 불평등의 완화를 일차적인 목적으로 한다. 그런데 빈곤층 자녀의 생활조건 개선을 통한 사회이동 가능성의 제고 또한 정책적 목표로 고려될 수 있다.

현실에서 두 목표는 긴밀하게 연결될 수밖에 없지만, 정책적 개입의 목적이 단기적인 빈곤율의 완화 혹은 빈곤가구의 생활조건 개선인 경우와 빈곤층 자녀의 사회이동 가능성 제고인 경우에는 정책적 개입의 양상이 상당히 다를 것이다. 따라서 불평등과 사회이동을 구분하는 것은 인구변동과 불평등의 관계를 이해하고, 이에 기반해서 보건복지 정책의 정책방향을 설정하는 데 있어서 매우 중요하다고 할 수 있다.

위의 논의는 인구변동은 인구구조와 인구과정의 측면에서, 불평등은 분포와 이동의 측면에서 살펴볼 수 있음을 보여준다. 이를 단순 조합하면 인구변동과 불평등의 관계에 대한 연구는 네 가지로 구분할 수 있다: 인구구조-불평등, 인구구조-사회이동, 인구과정-불평등, 인구과정-사회이동. 그뿐만 아니라 인과관계의 방향을 어떻게 상정하느냐에 따라 〈표 4-1〉과 같은 구분이 가능하다.

우선 인구구조 변화로 인한 불평등의 변화는 중세 유럽의 흑사병 창궐에서 역사적 사례를 찾아볼 수 있다. 14세기 초 흑사병의 유행은 급격한 인구감소로 연결되었고, 이는 노동력 부족과 실질소득 증가로 연결되었고, 그 결과 불평등이 감소했다(Scheidel, 2017). 한편 한국 사회에서는 인구 고령화로 인해서 소득불평등이 증가할 가능성이 높은데, 이는 고령집단의 소득불평등이 다른 집단보다 높기 때문이다(김창환, 김태호, 2020; 황선재, 김정석, 2013). 인구구조 변화로 인한 인구증가율 하락은 세대 간 사회이동에는 부정적 영향을 미칠 가능성이 존재한다. 저출산의 지속으로 인해서 대부분의 후기산업사회의 인구증가율은 매우 낮거나 인구의 자연감소가 나타나고 있다. 인구성장의 둔화는 경제성장에 부정적 영향을 미칠 수 있는데(Piketty, 2014), 이는 좋은 일자리 창출의 정체 혹은 감소로 연결될 수 있다. 이는 세대 간 상승이동의 가능성에 부정적 영향을 미칠 것으로 예상된다.[8)]

〈표 4-1〉 인구변동과 불평등의 관계

원인	결과	연구주제의 예
인구구조	불평등	흑사병으로 인한 인구감소와 불평등의 감소(Scheidel, 2017) 노인인구 비중 증가와 소득불평등 증가(김창환, 김태호, 2020; 황선재, 김정석, 2013)
인구구조	사회이동	인구증가율 하락에 따른 경제성장률 감소와 사회이동의 감소(Piketty, 2014)
인구과정	불평등	동질혼과 가구소득 불평등(Schwartz, 2010)
인구과정	사회이동	출생아 수와 자녀의 사회경제적 성공(Choi, Taiji, Chen, & Monden, 2020) 가족해체와 자녀의 사회경제적 성공(McLanahan, 2004) 자녀 수 하락과 세대 간 사회이동(Piketty, 2014)
불평등	인구구조	-
불평등	인구과정	차별출산력, 차별사망력, 동질혼 불평등과 10대 출산율(Wilkinson & Pickett, 2012)
사회이동	인구구조	-
사회이동	인구과정	사회이동에 따른 차별출산력(Kasarda & Billy, 1985)

인구구조뿐만 아니라 인구과정 또한 불평등과 사회이동에 영향을 미친다. 미국의 경우 동질혼 여성의 노동시장 참가 확대와 동질혼 경향의 강화가 가구소득 불평등을 강화해 왔다(Schwartz, 2010). 이는 출산의 중요한 결정요인인 결혼이 불평등과 연결되는 과정을 잘 보여준다. 인구과정은 또한 사회이동에도 영향을 미친다. 형제자매 수가 교육, 직업, 소득 등 개인의 사회경제적 성공의 관계와 부정적으로 연결된다는 경험적인 증거는 많이 축적되어 있는데(Choi, Taiji, Chen, & Monden, 2020), 이는

8) 세대 간 사회이동은 절대적 이동(absolute mobility)과 상대적 이동(relative mobility)으로 나누어서 이해할 수 있다. 절대적 이동은 부모 세대와 자녀 세대의 사회경제적 지위의 차이를 의미하는데 이러한 차이는 계급/계층 구조의 변동과 세대 간 상관(intergenerational association)의 강도에 의해서 결정된다. 즉, 세대 간 상관관계가 강하더라도 구조적 변동이 큰 경우에는 절대적 이동이 높은 수준에서 나타날 수 있다(계봉오, 황선재, 2016). 상대적 이동은 세대 간 상관을 나타낸다. 즉, 인구증가 둔화로 인한 경제성장의 둔화는 자녀 세대 중 상층지위를 차지하는 사람들의 비중을 낮춤으로써 절대적 이동에 부정적 영향을 미칠 수 있다.

출산이 사회이동에 미치는 영향을 보여준다. 이뿐만 아니라, 가족해체가 자녀의 사회경제적 성공에 미치는 부정적 영향에 대한 분석은 '운명의 분기' 이론의 중요한 연구주제로 자리 잡아 왔다(McLanahan, 2004). 또한 출산력 하락에 따른 자녀 수의 감소는 자녀의 경제적 조건에 상속이 미치는 영향을 강화할 가능성을 높인다(Kaelbel, 1981; Piketty, 2014). 이렇듯 결혼과 출산 과정은 불평등 및 사회이동의 변화에 중요한 영향을 미치고 있다.

인구과정과 인구구조가 불평등과 사회이동에 영향을 미치듯이 불평등과 사회이동 역시 인구과정과 인구구조에 영향을 미친다. 불평등이 인구과정에 미치는 영향은 저출산과 관련된 논의에서 많이 언급된다. 한국 사회에서 저출산과 관련된 논의들은 청년층이 경제적 어려움으로 인해 결혼, 출산을 지연 및 포기한다고 지적하고 있는데, 이러한 문제의식은 불평등이 저출산의 중요한 원인임을 보여준다. Wilkinson과 Pickett의 〈평등이 답이다〉(2012)는 불평등의 증가가 많은 사회경제적 병리현상의 원인임을 주장하면서 소득불평등이 높을수록 10대 출산율이 높음을 보여주고 있는데, 이 또한 불평등이 인구과정에 미치는 영향을 보여주는 예라고 할 수 있다. 앞에서 언급했듯이 사회이동이 출산에 미치는 영향은 1980년대까지 중요한 연구주제 중 하나였는데, 명확한 경험적 패턴이 발견되지는 않았다(Kasarda & Billy, 1985). 불평등과 사회이동이 인구구조 변화에 미치는 영향에 대한 경험적인 연구는 찾아보기 어려운데, 이는 불평등과 사회이동이 인구구조에 미치는 영향은 인구과정(주로 결혼 및 출산)을 통해서 매개되기 때문이라 할 수 있다.

〈표 4-1〉에 제시된 구분은 다분히 도식적인 것이며, 실제로 많은 경험적 연구들은 이러한 경계를 넘어서 이루어진다. 일례로 불평등의 증가가 10대 출산의 원인이라는 주장(Wilkinson & Pickett, 2012)은 기본적으

로 불평등과 인구과정(출산)의 관계에 초점을 맞춘다. 그렇지만, 10대 출산율의 상승은 세대 간 사회이동에 영향을 미치고 또한 불평등을 강화하기 때문에 이러한 연구는 불평등 – 인구과정 – 불평등/사회이동의 피드백 과정에 대한 연구로 확장된다. 이는 인구변동과 불평등의 관계가 상호적임(reciprocal)을 보여준다. 서두에서 제시한 '운명의 분기'와 관련된 연구들도 이와 같이 이해할 수 있다. 이러한 연구들은 차별적인 인구행동의 결과가 나타나는 사회이동의 감소현상을 다루고 있는데, 불평등이 결혼 및 출산 등 인구행동에 영향을 미치고 이것이 사회이동에 연결되는 과정을 분석하고 있다. 즉, '운명의 분기'는 불평등과 인구변동의 복합적인 상호작용을 묘사한다고 할 수 있다.

한편 인구변동과 불평등의 관계는 차별적인 인구재생산(differential population renewal)에 주목하면서 이해할 수 있다(Mare 1997; Mare & Maralani 2006). 로버트 메어(Robert Mare)에 따르면, 기존의 사회이동 연구는 인구학적 과정을 고려하지 않고, 아버지와 아들 쌍(father-son dyad)의 사회경제적 지위의 관계를 분석해 왔는데, 이러한 분석에서는 사람들 간에 존재하는 재생산율의 차이는 고려하지 않는다. 예를 들어, 아들이 없는 부모는 이러한 분석에서 제외될 수밖에 없으며, 아들이 많은 부모는 사회이동표(mobility table)에서 과대대표된다(over-represented). 불평등의 세대 간 재생산을 연구하기 위해서는 차별출산력 혹은 재생산에 주목해야 하는데, 이는 사회이동연구와 인구학적 모형을 결합함으로써 가능하다. 메어는 한 세대에서 일어나는 교육수준의 향상이 다음 세대의 교육수준 분포에 미치는 영향을 결혼과 출산 과정을 고려한 인구학적 모형을 적용해서 분석했다. 메어의 미국, 인도네시아 등의 사례 분석 결과는 다음 세대의 교육수준에 동질혼은 긍정적인 영향을, 차별출산력은 부정적인 영향을 미치고 있음을 보여주고 있는데

(Mare, 1997; Mare & Maralani, 2006; Maralani, 2013), 이러한 패턴은 한국에서도 발견되고 있다(Kye, 2011; Kye & Mare, 2012). 이러한 분석은 사회이동 과정이 본질적으로는 인구학적인 재생산 과정임을 강조하고 있으며 인구변동과 불평등 및 사회이동의 강한 연관을 보여주고 있다.

제3절 운명의 분기: 가족 불안정성의 계층화와 사회이동

'운명의 분기' 가설의 핵심은 현대사회에서 사회계층 간 인구행동의 차이가 증가하고 있으며, 이러한 변화가 사회불평등을 재생산하는 데 기여한다는 것이다. 이는 제2의 인구변천(Lesthaeghe, 1995; van de Kaa, 1987)의 특징적인 인구행위들이 계층별로 다르게 나타난 결과라고 할 수 있다. 즉, 동거, 이혼, 혼외출산 등 가족 형성과 관련된 비전통적 행위들은 하위 계층에서 더 빠른 속도로 증가한 반면, 노동시장 참가 및 가사 노동 분담 등에서의 성역할 수렴은 상위 계층에서 더 빠르게 진행된다(McLanahan, 2004; McLanahan & Percheski, 2008). 그 결과, 결혼, 출산, 자녀양육/교육 등 재생산과 관련된 인구행동에서 계층 간 차이가 증가했고, 이는 자녀 세대의 사회경제적 지위가 부모의 사회경제적 지위에 따라 마치 운명처럼 결정되는 상황(diverging destinies)으로 연결된다. 즉, 차별적 인구행동이 불평등의 세대 간 재생산을 강화하는 기제로 작동하게 된다는 것이다. 아래에서는 북미와 유럽에서 축적된 가족 불안정성(family instability), 여성의 노동시장 참가, 양육 및 교육 행위의 계층 차이와 이러한 차이가 사회이동에 미치는 함의에 대한 경험연구의 결과들을 간략히 검토한다.

1. 가족형태의 안정성, 여성의 고용, 결혼시장

미국을 중심으로 계층 간 미혼모와 이혼의 차이가 증가함에 따라 계층 간 가족형태 불안정성의 격차가 확대되고 있다는 증거들이 제시되어 왔다. 미국의 경우, 미혼모의 비중은 모든 계층에서 증가했는데, 그 증가 패턴은 교육수준에 따라 다르다. 교육수준이 하위 25%인 집단에서는 미혼모의 비중이 1960년 11%에서 2010년에 50%로 39%p 증가한 반면에, 교육수준이 상위 25%인 집단에서는 미혼모의 비중이 같은 기간동안 4%에서 10%로 단 6%p만 증가했고, 교육수준에 따른 출산연령의 차이 또한 같은 기간 동안 크게 증가했다(McLanahan & Jacobsen, 2015). 이혼의 경우에도 1980년대 이후 2000년대까지 교육수준에 따른 이혼율 차이가 꾸준히 증가해왔다(Raley & Sweeney, 2020). 교육수준에 따른 이혼율의 차이는 미국뿐만 아니라 유럽에서도 관찰되고 있다(Härkönen & Dronkers, 2006).

기혼 여성의 고용률의 계층 간 차이는 결혼시장의 변화, 가구소득 불평등의 변화와 영향을 주고받는데, 이 또한 '운명의 분기' 현상과 연결된다. 미국의 경우, 자녀가 있는 여성들의 고용률은 1960년대에는 교육수준과 상관없이 20% 정도 수준이었는데, 교육수준이 하위 25%인 집단의 고용률은 2010년에 30% 정도로 조금 증가한 반면, 상위 25%에서는 70%로 증가하였다(McLanahan & Jacobsen, 2015). 이러한 계층 간 여성 고용률 차이는 계층 간 경제적 자원의 차이를 확대한다. 한편 교육수준별 동질혼의 경향은 미국에서 지속적으로 강화되어 왔다(Schwartz & Mare, 2005). Schwartz(2010)는 미국에서 여성 고용률의 상승의 계층 간 격차 증가와 더불어 교육수준별 동질혼의 강화가 함께 진행되면서 가구소득 불평등이 큰 폭으로 증가하였다고 결론 내리고 있다. 한편 교육수준에 따

른 임금격차는 여성의 경우 더 크게 나타나는데(Chiappopori, Iyigun, & Weiss, 2009), 교육 동질혼의 강화와 여성 내 임금 격차 심화가 동시에 진행될 경우 가구소득 불평등 강화에 기여할 수 있다.

2. 자녀 양육, 교육 및 사회이동

혼외출산, 이혼, 초산연령, 동질혼, 여성 고용 등은 가족형태 및 가족의 자원 등에 영향을 미친다. 우선, 불안정한 가정에서 성장하는 아이들은 한쪽 부모(주로 아버지)의 부재, 경제적 자원의 결핍, 부모의 양육시간 투자 감소로 인해 인지적, 비인지적 능력의 발달에 불이익을 경험할 수 있다. 이러한 불이익이 가족 불안정성이 가져온 효과인지, 관측하기 어려운 개인의 속성에 의해서 발생하는 선택편의(selection bias)인지에 대한 논란이 존재하기는 하지만, 반사실적(counterfactual) 접근을 활용한 연구들은 부정적인 인과효과가 존재함을 보여주고 있다(Kim, 2011; Lee & McLanahan, 2015). 이는 가족형태 불안정성의 계층 간 차이 확대가 세대 간 사회이동의 감소로 연결될 수 있음을 시사한다.

사회계층 간 가족형태의 안정성 차이와 가족의 경제적 격차의 증가는 자녀에 대한 교육투자의 불평등 증가로 연결되는데, 아넷 라루의 〈불평등한 어린시절(Unequal Childhood)〉은 계층/계급 간에 존재하는 양육 방식의 차이를 생생하게 보여준다(Lareau, 2012). 특히 이 연구는 자녀 양육을 둘러싼 문화적 실천에서 나타나는 계층 간 차이를 보여주고 있는데, 학습능력 등 인지적 영역뿐만 아니라 대인관계 등 비인지적 영역의 발달에서도 계층 간 차이가 나타나고 있음을 보여준다. 또한 추적조사를 통해서 초등학교 시절에 존재했던 이러한 계층 간 격차가 조사대상자들이 20대가 되었을 때 여전히 존재하거나 확대되었음을 보여주고 있다.

계층 간 가족형태의 안정성, 가족의 경제적 안정성, 자녀에 대한 교육투자의 차이가 증가하면 세대 간 사회이동성이 악화될 것은 쉽게 예상할 수 있다. 이런 측면에서 보면, 불평등의 증가가 사회이동의 감소로 연결된다는 최근의 논의, 즉 '위대한 개츠비 커브'(The Great Gatsby Curve)(Corak, 2013)와 관련된 논의는 '운명의 분기' 현상과 연결되는데, 이는 계층 간 인구행위의 차이의 증가가 세대 간 상승이동의 가능성을 약화시킬 수 있기 때문이다. 리브스가 설득력 있게 보여주고 있듯이 미국 사회에서 중간계급 출신 자녀들의 엘리트 대학 입학 기회 독점(opportunity hoarding)은 경제적 불평등의 증가 및 자녀양육 방식의 계층 간 차이의 증가에 그 원인이 있다고 할 수 있다(Reeves, 2019).

그런데 이러한 연구 결과들이 시사하는 바와는 다르게 실제로 세대 간 사회이동의 가능성이 최근 들어 감소했다는 일관된 경험적인 증거는 존재하지 않는다는 점은 매우 흥미롭고 논쟁적이다. 대규모 행정자료 분석을 통해 1940년대 이후 세대 간 소득이동의 코호트 비교 분석을 수행한 채티 연구팀의 연구 결과에 따르면, 미국의 최근 코호트에서 절대적 소득이동 가능성은 다소 하락한 반면, 상대적 소득이동 가능성은 큰 변화없이 유지되고 있다(Chetty et al., 2014; Chetty et al., 2017). 또한, 유럽과 미국의 세대 간 직업이동과 교육이동 추이를 분석한 최근의 연구결과에 따르면, 일부 국가들에서 절대적 상승이동의 가능성은 최근에 태어난 출생코호트에서 다소 감소하는 경향이 나타나지만 상대적 사회이동(relative social mobility)의 감소는 관찰되지 않는다(Breen & Müller, 2020). 또한, 불평등의 증가가 세대 간 사회이동의 감소로 연결된다는 주장을 반박하는 경험적인 증거 역시 제시되고 있다(Bukodi & Goldthorpe, 2018).

이러한 연구결과는 계층 간 인구행동의 격차 심화의 사회적 결과가 무엇인지 가려내는 것이 단순하지도 명료하지도 않다는 것을 다시 한번 상

기시킨다. 하우트(Hout, 2004)가 지적한 것처럼 사회이동은 불평등이 축적되어 발생하는 현상이다. 계층 간 인구행동의 차이가 사회이동의 감소로 연결되는지를 확인하는 데 충분한 시간이 흐르지 않았거나 아직까지 확증적인 결론에 도달할 만큼의 증거가 축적되지 않은 상태일 수 있다.

제4절 한국에서 '운명의 분기'

1. 가족형태의 안정성과 여성의 고용

한국의 이혼율은 매우 빠르게 증가하고 있는데, 2000년대에 들어오면 한국의 조이혼율은 유럽, 미국, 일본과 비슷하거나 높은 수준에서 유지되고 있다(Park & Raymo, 2013). 박경애(2000)의 연구는 1995년의 교육수준별 이혼율을 비교했는데, 15세 인구 1,000명 당 이혼 건수는 남녀 모두 고졸>중졸>초졸>대졸 순으로 나타났다. 유배우자 1,000명당 이혼 건수 역시 비슷한 패턴을 보여주고 있다. 즉, 1995년에는 사회경제적 지위가 높을수록 이혼 가능성이 낮은 현상이 관찰되지 않았는데, 이러한 분석은 결혼지속 기간을 고려하지 못하기 때문에 교육수준과 이혼의 관계를 명확하게 보여주지 못하는 한계를 지닌다. 보다 정교한 분석을 활용한 연구는 1990년대 이후 교육수준에 따른 이혼율 차이가 증가하고 있음을 보여준다(Park & Raymo, 2013). 대졸자(부인 기준)들이 결혼 후 4년 이내에 이혼할 확률은 결혼 코호트에 따라 큰 변화 없이 5% 이하로 유지되고 있는 반면에, 고졸 미만 집단의 4년 이내 이혼확률은 1993년 결혼 코호트의 10% 수준에서 2000년대 이후 결혼코호트에서 20%를 상회하는 수준으로 상승했다. 이러한 교육수준별 이혼율의 차이는 2010년대 결

혼코호트에서도 역시 관찰되고 있다(Choi, Kim, & Ryu, 2020). 이 연구들을 종합하면, 1990년대 초반 이후 교육수준별 이혼율의 격차가 2000년대 초반까지 빠르게 증가했으며, 이후에는 비슷한 수준에서 유지되고 있음을 확인할 수 있다. 이는 이혼으로 인한 가족형태 불안정성의 증가가 하위 계층에서 더 집중적으로 일어나고 있음을 보여준다.

'운명의 분기'를 이루는 가장 핵심적인 인구 현상은 저소득층에서의 혼외출산의 증가이다. 그러나 한국의 혼외출산은 전체 출산의 2~3% 수준으로 매우 낮기 때문에, 혼외출산이 불평등에 미치는 함의는 낮을 수밖에 없다. 또한 미국처럼 혼외출산이 여성의 학력과 부(-)적 관계에 있는 경향성 또한 뚜렷하게 나타나지 않고 있다(이병호, 2017). LIS(룩셈부르크 소득연구) 자료를 이용해 여성의 학력별 싱글맘 비율을 국제 비교한 연구(Härkönen, Bernardi & Boertien, 2017)에 따르면, 한국은 그리스, 스페인, 이탈리아 등 남유럽국가들이나 폴란드, 세르비아 등 동유럽국가들, 타이완 등 동아시아국가들만큼 싱글맘 비율이 낮은 편이지만 교육하층에서 싱글맘 비율은 상층에 비해 뚜렷하게 높은 편이다.

혼외출산율이 낮은 반면, 혼전임신 출산의 비율은 높은 수준이며 증가하는 추세이다. 서구 사회에서는 동거 및 혼외출산이 증가함에 따라 임신 후 결혼(shotgun marriage)이 크게 줄어든 반면에 한국 사회에서는 첫째아 중 혼전임신을 통해서 태어난 출생아의 비중이 2000년대 이후 꾸준히 증가하고 있다. 혼전임신 출산의 비중은 2001년에 7.5%에서 2015년에는 17.8%로 두 배 이상 증가했다(이병호, 2017). 또한, 혼전임신 출산의 비중은 시기에 따라 다소 변화가 있지만, 대체로 고졸〉대졸 이상〉중졸 이하 순이었는데, 2013년 이후 중졸자들의 혼전임신 출산 비율이 대졸 이상 집단보다 높게 나타나고 있다(이병호, 2017). 혼전임신 출산이 불평등 및 사회이동에 미치는 영향과 관련한 경험적인 증거는 아직 존재하지

않지만, 혼전임신 출산의 경우 우발적 임신 혹은 원하지 않은 출산의 가능성이 결혼 후 임신에 의한 출산보다 높을 가능성이 있다. 또한, 계획되지 않은 혹은 원하지 않은 자녀의 출산은 자녀의 성장에 부정적인 영향을 미칠 수 있다(Hummer, Hack, & Raley. 2004). 따라서 한국 사회에서 혼전임신 출산의 증가와 교육수준에 따른 차이의 증가가 세대 간 사회이동을 약화시키는 요인으로 작동할 가능성은 존재한다.

교육수준에 따른 초혼연령 차이의 변화와 관련된 연구들은 다소 엇갈리는 패턴을 보여주고 있다. 센서스 자료를 활용한 분석결과는 여성의 경우 예전에는 교육수준이 높은 집단의 미혼율이 더 높았지만, 최근 출생코호트로 오면서 그 관계가 역전되었음을 보여준다(Park & Raymo, 2013). 남성의 경우에는 교육수준이 낮은 집단의 미혼율이 지속적으로 낮게 나타나고 있다(Park & Lee, 2017). 한편, 노동패널 자료를 분석한 연구들은 이와는 다른 패턴을 보여주고 있다. 우선, 초혼시기가 늦어지고 비혼이 늘어나는 현상은 최근 출생코호트의 모든 교육수준에서 관찰되는 현상이며, 고학력 여성들의 '따라잡기' 현상은 나타나지 않고 있다. 즉, 혼인 시기가 늦은 고학력 여성들이 30대 이후에 저학력 여성보다 빠른 속도로 결혼해서 그들의 결혼율을 따라잡는 현상이 관찰되지 않는다(우해봉, 2009). 또한 학력 수준이 높을수록 남녀 모두 초혼시기가 늦어지는 패턴 또한 관찰되며, 여성의 취업 및 정규직 근무는 초혼시기를 늦추는 것으로 나타났다(윤자영, 2012). 이러한 분석결과의 차이는 자료와 분석방법의 차이에 기인한다고 할 수 있으며, 어떤 분석결과가 더 설득력이 있는지 이 논문에서 판단하기는 어렵다. 그런데 흥미롭게도 교육수준별 결혼율의 역전을 보여주고 있는 박현준의 연구결과 역시 최근 출생코호트로 오면서 남녀 모두 비혼자의 비율이 모든 교육수준에서 빠르게 증가하고 있음을 보여주고 있다. 따라서 결혼의 지연 혹은 기피(delayed or

forgone marriage)가 사회계층과 관계없이 확대되어 온 것이 한국의 결혼패턴 추이에서 두드러진다고 할 수 있다.[9)]

한국 여성의 노동시장 참가는 다른 국가들과 비교할 때 상대적으로 낮은 수준에 머무르고 있으며, 결혼 및 출산에 따른 노동시장 이탈은 여전히 매우 높은 편이다(박경숙, 김영혜, 2003; 은기수, 2018a; Brinton, 2001). 계층별 노동시장 참가 패턴의 차이는 최근 들어 변화하고 있는 것으로 나타나고 있다. 계봉오와 김영미(2014)의 연구는 〈한국고령화 패널〉 자료를 활용해서 1965년 이전 출생코호트의 노동시장 참가 패턴을 분석했는데, 부모의 교육수준이 높은 여성들이 결혼 이후 노동시장에 덜 복귀했다는 것을 보여주고 있다. 이는 사회경제적 지위가 높은 기혼여성들이 노동시장에 덜 참여했다는 것을 보여준다. 〈2015년 인구주택총조사 마이크로 자료〉를 활용한 최근 연구는 교육수준이 높은 여성일수록 결혼 및 출산을 전후한 경력단절을 덜 경험하는 것을 보여주고 있다(은기수, 2018b). 이러한 분석결과는 결혼 및 출산을 전후한 특정한 생애과정에만 초점을 맞추고 있기 때문에 기혼 여성 고용 패턴의 계층/계급 간 차이가 최근 들어 변화했는지에 대해서 명확하게 평가하기는 어렵지만, '운명의 분기' 가설이 주장하고 있는 계층/계급 간 여성의 노동시장 참가 형태의 분화가 일어나고 있음을 시사한다.

여성의 생애과정의 유형화를 시도한 최근 연구는 일 중심형 생애유형과 경력단절을 경험하는 M자형 생애 유형이 2009~2016년 기간 동안 함께 증가했음을 보여주고 있다(김이선, 박경숙, 2019). 이러한 생애유형과 첫 일자리의 직종 간에 흥미있는 관계가 존재한다. 일-가정 양립형 생애

9) 결혼의향과 관련된 연구결과는 이와는 다소 다른 결과를 보여준다(김혜영, 선보영, 2011). 미혼여성 중 대졸자와 사무관리직 종사자들의 결혼의향이 높게 나타났는데, 이는 결혼의향에 있어서 계층/계급 간 격차가 증가하고 있는 증거로 해석될 수 있다. 단, 실제 초혼으로의 이행과 관련된 분석결과는 의향의 차이가 관측된 초혼이행 패턴의 차이로 연결되지는 않고 있음을 보여준다.

유형은 관리직, 전문직, 사무직 종사자에서 많이 나타나는 반면에, M자형 생애유형은 서비스직 종사자에서 많이 나타나고 있다.[10] 이 연구의 분석결과는 전체적으로 여성의 노동시장 참가 패턴이 어느 정도는 미국 및 유럽과 비슷해지고 있음을 시사한다. 그렇지만, 분석대상 여성 중 8.7%만이 일-가정 양립형 생애유형을 보여주는 반면, 36.6%의 여성이 M자형 패턴을 준다는 점을 고려하면 여성 생애과정의 계층 간 양극화가 진행 중이라는 결론에 도달하기는 어렵다.

2. 양육, 교육, 및 사회이동

가족해체(family disruption)가 자녀의 성장에 미치는 영향은 '운명의 분기'를 이루는 또 다른 핵심적인 쟁점이다. 일반적으로 이혼 혹은 가족해체를 경험한 아이들의 인지적, 비인지적 능력의 수준과 발달속도가 그렇지 않은 아이들보다 낮은 것으로 나타나는데, 이러한 차이가 이혼의 효과 자체로 인한 것인지 혹은 다른 관측되지 않은 요인들로 인한 것인지를 둘러싼 많은 연구들이 존재한다(Kim, 2011; Lee & McLanahan, 2015). 한국에서도 이혼이 증가함에 따라 이혼의 효과와 관련된 연구들이 진행되어 왔는데, 연구결과들 사이에 상당한 불일치가 존재한다. 우선, 횡단면 자료를 활용한 연구들은 이혼이 자녀의 성장에 유의미한 영향을 미치지 않는다는 것을 보여주고 있다. 박현준의 연구들은 이혼이 자녀의 교육열망(educational aspiration), 상급학교 진학에 미치는 부정적인 효과가 개인의 소득, 교육수준 등 사회경제적 조건을 통제한 이후에는

10) 일-가정 양립형은 1) 결혼 전에 직장생활을 한 경험이 있고, 2) 결혼 후에 1년 이상 일자리 공백이 없이 일해 온 유형을 의미하고, M자형은 1) 결혼 전에 일자리를 가지고 있었고, 2) 결혼 후에 1년 이상 일자리 공백이 있으며, 3) 재취업한 적이 있는 유형을 의미한다(김이선, 박경숙 2019, p.148).

사라지거나 매우 약해진다는 것을 보여준다(Park, 2008; Park, 2014). 우혜영 등의 연구 또한 이혼이 자녀의 주관적 건강 및 정신건강에 미치는 부정적 영향이 다른 변수들을 통제한 이후에 사라지고 있음을 보여주고 있다(Woo, Lim, Jeon, & Jeong, 2020). 즉, 이러한 연구결과들은 이혼 자체가 자녀에게 부정적인 영향을 미치는 것이 아니라 이혼을 경험한 가정의 상대적으로 열악한 사회경제적 조건이 아이들의 성장을 방해하고 있음을 보여준다고 할 수 있다. 그런데 반사실적 방법(counterfactual methods)을 적용한 연구는 이혼을 경험한 자녀들이 학업성적이 낮고 문제행동을 더 많이 하고 있음을 보여주고 있으며(김현식, 2013), 종단자료 분석방법을 적용한 연구 또한 이혼이 자녀들의 교육열망에 부정적인 영향을 미치고 있음을 보여주고 있다(Kim, Jang, & Kim, 2019). 이렇듯 한국 사회에서 이혼이 자녀의 성장에 미치는 효과와 관련해서는 아직까지 확증적인 증거가 존재하지 않는다고 할 수 있다.

한편 계층 간 양육방식의 차이의 존재 및 이러한 차이가 최근 세대에서 더 강화되고 있는지에 대한 학술 연구는 매우 드물지만(신명호, 2011), 계층 간 학력 성취의 차이가 증가하고 있다는 연구들은 다수 존재한다(김희삼, 2015; 남궁지영 외, 2018, p.33-35; 박경호 외, 2017, p.90). OECD가 수집한 국제학생평가프로그램(PISA) 2000년과 2009년 자료를 비교 분석한 장상수(2016)는 한국이 다른 나라와 비교할 때 부모의 사회경제적 지위가 성적에 미치는 영향은 상대적으로 낮은 편이지만 2000년 이후 그 영향력이 증가하고 있다고 보고하였다. PISA를 분석한 이주호와 지상훈(2017)의 연구 역시 우리나라의 학생들의 PISA 점수에 대한 부모의 계층 영향력은 2000년 이후 강화되어 온 것으로 보고하였다. 두 연구는 다른 나라와 비교해서 한국에서 가족배경이 교육성취에 미치는 영향력은 낮은 편이지만 점차 강화되고 있음을 보여준다. 가족배경의 결

정력이 최근 세대에서 커지고 있다는 진단은 국내의 서베이 자료를 분석한 연구들에서도 공유되고 있다. 김영미(2016)는 청년층에서 부모의 사회경제적 지위가 대학진학, 대학에서의 경험, 취업 후 소득 등에 미치는 영향이 뚜렷하게 나타나고 있다고 보고하였으며, 김수정·차영화·최샛별(2020)은 청소년층에서 가족배경에 따라 직업 열망의 차이가 나타나는 '꿈의 계급화' 현상이 발견된다고 보고하기도 하였다. 두 연구 모두 자료의 한계 때문에 이러한 경향이 최근 코호트에서 강화된 것인지는 밝히지 못하고 있다.

그러나 2000년 이후 청년/청소년층에서 발견되는 이러한 계층 간 교육 열망/성취의 격차가 사회이동의 악화로 이어지고 있는지는 확실하지 않다. 유럽과 미국과 마찬가지로 한국 사회에서도 사회이동이 감소했다는 일관된 증거는 발견되지 않고 있다(계봉오, 황선재, 2016; Chung & Park, 2019). 부모의 학력이 자녀의 교육수준에 미치는 영향 역시 증가하지 않았다(최성수, 이수빈, 2018). 반면에 여유진 외(2015)는 최근 세대로 올수록 세대 간 계층 이동성이 약화되고 있다고 보고하고 있다. 1975년 이후 출생코호트는 그 이전 코호트에 비해 부모의 사회경제적 지위의 영향을 더 크게 받고 있으며, 특히 소득하층과 소득중상층 이상에서 부모-자녀 소득연관성이 강하게 나타나고 있다고 보고하고 있다. 구미의 세대 간 이동성 연구들의 경우와 마찬가지로, 지금까지 국내에서 축적된 경험적 증거들에 기반해서 사회적 개방성의 방향은 어떠한지 뚜렷한 결론에 도달하기는 어렵다. 이는 계층 간 인구행동 차이가 사회적 불평등을 재생산한다는 '운명의 분기' 프레임에 맞춰 한국 사회의 불평등과 인구변동의 관계를 설명하는 것이 어려운 이유 중의 하나이다.

3. 결혼시장의 구조변동

앞에서 살펴보았듯이 한국은 계층 간 인구행동의 차이가 뚜렷이 증가하지 않고 있다. 한국에서 교육수준에 따른 동질혼의 정체 혹은 약화(박현준, 김경근, 2013; 이명진, 2000; Lee, 2010)는 여성의 낮은 경제활동 참가와 더불어 가족이 동원할 수 있는 경제적, 문화적 자원의 계층 간 차이를 완화시키면서 '운명의 분기'를 감속시켜 온 것으로 해석할 수 있다. 동질혼 추세의 변화를 이해하는 것은 계층 간 인구행동의 차이를 이해하는 데 있어서 매우 중요한데, 이 연구에서는 결혼시장의 구조 변동에 대한 연구에 주목하고자 한다.

동질혼 연구가 안고 있는 중요한 방법론적 한계는 분석대상을 결혼한 사람으로 제한한다는 점이다. 대수선형모형(log-linear model)을 적용하는 동질혼 연구들은 남편과 부인의 속성(교육 혹은 소득) 분포의 차이 및 그 차이의 시간적 변화에 의해서 영향을 받지 않는 추정치들을 제공한다. 예를 들어, 박현준과 김경근(2013)의 연구(그림 5, p.69)에서는 교육수준에 따른 결혼장벽(통과 모수, crossing parameters)이 1990년 이후 점차 약화됨을 보여주고 있다. 이 추정치들은 남편과 부인의 교육수준 변화 및 그 차이의 변화에 의해서 영향을 받지 않기 때문에 남편과 부인의 교육수준의 상관관계가 약화 혹은 정체되고 있음을 잘 보여준다. 그런데 이러한 분석은 결혼시장 참여자들의 구성변화를 고려할 수 없는 한계를 가질 수밖에 없는데, 이는 결혼시장의 중요한 참가자들인 미혼자들을 이러한 분석에서 고려하지 않기 때문이다. 특히 성별로 다르게 변화하는 결혼시장 참여자들의 교육수준 분포의 변화를 동질혼 분석에서 반영하기 어렵다. 따라서 기존 연구들이 보여주고 있는 동질혼 경향의 약화를 심도있게 이해하기 위해서는 미혼자들을 포함한 결혼시장 전체의 구조 변화를 이해하는 것이 필요하다.

여성의 교육수준은 남성보다 빠른 속도로 향상되었는데, 이는 결혼시장에 중요한 영향을 미친다(van Bavel et al., 2018). 여성의 교육수준 향상에 따라 고학력 여성들은 자신의 기대를 충족시켜줄 수 있는 배우자를 찾는 데 어려움을 겪을 수 있는데, 이는 고학력 여성들의 만혼 및 비혼 증가로 연결될 수 있다. 우해봉(2009)과 윤자영(2012)의 연구가 보여주고 있는 고학력 여성의 낮은 결혼이행은 부분적으로는 이러한 결혼시장의 변화를 반영한다. 여성의 교육수준 향상에 따른 결혼시장의 구조 변동은 교육수준별로 잠재적인 배우자 집단의 상대적인 크기에 영향을 미치기 때문에 동질혼 패턴에도 영향을 미칠 수밖에 없다. 대수선형모형을 활용한 기존의 동질혼 분석은 결혼한 사람만을 분석대상으로 삼기 때문에 결혼시장의 이러한 구조변동을 고려할 수 없다. 이러한 방법론적 어려움으로 인해서 결혼이행과 동질혼을 동시에 분석한 연구가 매우 드문데,[11] 결혼시장이 계층 간에 분절되어 있고 결혼시장의 성비 변화가 결혼에 중요한 영향을 준다고 가정할 때, 고학력 여성의 비중 증가는 동질혼 및 결혼 이행에 중요한 영향을 미치게 된다.

카르본과 칸에 따르면 결혼시장에서 여성 과잉 현상은 결혼율의 하락으로 연결된다(Carbone & Cahn, 2016). 이는 여성의 수가 남성보다 많아지면 남성들이 안정적인 관계를 맺기 위해서 덜 노력하고, 이는 여성들의 (잠재적) 파트너에 대한 불신을 키워서 관계의 안정성이 떨어지기 때문이다. 저학력 흑인 남성들의 대규모 실업 및 투옥으로 인해서 흑인 여성들의 결혼율이 떨어진 것은 이를 보여주는 예라고 할 수 있다(Wilson, 1987). 이와는 대조적으로 미국의 고소득 여성들의 결혼율은 1990년대 이후 상대적으로 높게 유지되었는데, 카르본과 칸에 따르면 이

11) 양방향 로짓 모형(two-sided logit model)을 활용한 결혼시장 분석 연구는 예외적이라고 할 수 있다(Logan, Hoff, & Newton, 2008).

는 성별 소득 격차가 고소득층에서 증가했기 때문이다(Carbone & Cahn, 2016). 즉, 고소득 여성들의 수가 고소득 남성들에 비해서 상대적으로 줄어들었고, 이는 고소득 여성들의 결혼율 상승으로 연결되었다는 것이다. 미국 사회에서 발견되는 동질혼 경향성의 강화는(Schwartz & Mare, 2005) 이러한 결혼시장의 구조 변동을 어느 정도 반영한다고 할 수 있다. 동질혼의 강화는 계층 간에 가족형성, 가구소득, 자녀양육 형태의 차이를 증폭시켜서 '운명의 분기'를 강화한다고 할 수 있다. 이렇듯 미국 사회에서 결혼시장의 구조변동은 결혼율과 동질혼 패턴에 동시에 영향을 주고 있다.

동질혼의 정체 혹은 약화와 이것이 한국 사회에 미치는 함의를 이해하기 위해서는 결혼시장의 구조변동, 결혼율 변화, 동질혼을 통합적으로 분석할 수 있는 방법론이 필요한데, 릭터 등의 연구(Lichter, Price, & Swigert, 2020)는 결혼시장과 관련된 중요한 속성들이 성별로 불균등하게 분포되고 있으며, 이것이 결혼시장의 미스매치의 주된 원인임을 보여주고 있다. 이론적으로 보면, 결혼시장의 미스매치는 두 가지 측면에서 파악할 수 있다. 우선, 경제적 측면의 미스매치가 존재한다. 저학력 소수인종 집단에 이른바 '결혼할 만한 남성(marriageable men)'이 부족한 미국의 경우가 대표적인 예라고 할 수 있다. 경제적 측면 이외에도 가치관, 태도 등에서 미스매치가 존재할 수 있다. 일반적으로 남성의 성역할 태도가 여성보다 전통적인 경향이 존재하는데, 성역할 태도의 성별 차이가 큰 경우 배우자 선택에 어려움을 겪는 사람들이 많을 수 있다. 한국의 경우 고학력 여성들의 결혼지연 및 비혼이 높은 수준에서 유지되고 있는데(우해봉, 2009; 윤자영, 2012), 이는 경제적 측면 이외에도 가치관과 관련된 미스매치의 결과일 수 있다. 계봉오·고원태·김영미(2021)의 최근 연구는 한국 결혼시장의 성비 불균형에 결혼시장 미스매치에 미치는 영향에 대한 분석결과를 제시하고

있는데, 한국의 경우 미혼남성의 수가 미혼여성의 수보다 압도적으로 많은 현상이 지속되고 있기 때문에 '결혼할 만한 남성의 부족(lack of marriageable men)' 현상이 나타나지는 않는다고 분석하고 있다.

4. 종합: 한국 사회의 '운명의 분기'?

위의 논의들을 종합해 볼 때, 한국에서 계층 간 인구행동의 차이는 영역별로 상이한 변화를 보이고 있다고 할 수 있다. 이혼과 혼전임신 출산에서는 교육수준별 차이가 증가하는 추세이지만, 초혼 이행, 여성의 노동시장 참가 패턴의 교육수준별 차이는 명확한 변화 추이가 나타나지 않으며, 이혼이 자녀의 성장에 부정적인 영향을 미치는지에 대한 일관성 있는 증거가 제시되고 있지 않다. 무엇보다 세대 간 사회이동의 변화와 관련해서는 일관된 결론을 얻기 어려운 상태이다. 종합해서 볼 때 한국 사회에서는 (아직까지) '운명의 분기' 현상이 뚜렷하게 나타나지 않는다고 할 수 있다. 이는 계층 간 차별적 인구행동으로 인해서 불평등이 증가하고 사회이동이 감소하는 현상이 한국 사회에서 관찰되지 않음을 시사한다.

지금까지 인구변동과 불평등의 관계를 다룬 광범위한 연구 주제들을 검토했다. 각각의 주제들이 매우 중요하며, 향후 한국 사회의 보건복지 대응방향에 중요한 영향을 미칠 것으로 예상된다. 이 연구에서는 다양한 연구주제들 중 소득 수준에 따른 차별출산력에 대한 분석결과를 제시한다. 소득에 따른 차별출산력은 계층/계급 간 인구행동 차이의 가장 중요한 요소인데, 자료의 한계로 인해서 많은 연구가 진행되지 않았다. 이 연구에서는 건강보험 자료를 활용해서 소득분위별 출산율을 분석함으로써 이러한 공백을 메꾸고자 한다.

제5절 소득수준에 따른 차별출산력: 건강보험 자료분석

1. 소득과 출산의 관계

소득 혹은 그보다 넓은 의미의 사회경제적 지위와 출산의 관계는 인구학과 계층 연구의 주된 연구주제 중의 하나이다. 역사적으로 보면 전근대 사회에서는 상층의 출산율이 하층의 출산율보다 높은 경향이 나타났는데(Skirbekk, 2008), 이는 효율적인 출산통제(birth control) 방법이 부재한 상황에서 건강상태가 더 양호했던 상층계급의 가임력이 높았기 때문이라 할 수 있다. 20세기 이후에는 교육수준이 높을수록 출산율이 낮아지는 경향이 존재하기 때문에 이러한 관계가 역전되었다. 이는 교육수준 혹은 소득이 높은 여성들이 더 적극적으로 피임을 실천했기 때문이라고 할 수 있다. 식민지 시기 제주도 자료를 분석한 박현준과 김건태의 연구 결과에 따르면(Kim & Park, 2009), 토지를 많이 소유한 가족들의 출산시기가 빨랐음을 확인할 수 있다. 한국에서 교육수준과 출산의 관계에 대한 분석은 대부분 교육수준이 높을수록 출산율이 낮아짐을 보여주고 있는데(전광희, 2002), 이러한 분석결과는 스커벡이 보여준 것과 같이 사회경제적 지위와 출산율의 관계가 한국 사회에서도 역전되었음을 보여준다(Skirbekk, 2008).

경제학적 접근들에 따르면, 출산은 자녀의 수요, 공급, 출산통제 비용 등에 의해서 결정된다(Becker, 1960; Easterline, 1975). 출산율의 하락은 위의 세 가지 조건의 변화의 결과라고 할 수 있다. 자녀에 대한 투자는 증가하는 반면, 자녀를 통해서 얻을 수 있는 경제적 보상(예, 노후의 경제적 안전망)이 줄어드는 상황 속에서 자녀에 대한 수요는 감소했고, 출산통제에 대한 문화적 거부감이 약화되고 믿을만한 피임방법이 확산됨에 따라 출산통제에 따른 비용이 약화되었다. 자연출산력 혹은 가임력과

관련되는 자녀의 공급은 사회경제적 발전에 따른 건강상태 개선에 따라 어느 정도 증가했지만, 자녀에 대한 수요 감소와 출산통제 비용 감소가 자연출산력 증가의 효과보다 컸기 때문에 출산율이 하락했다고 할 수 있다. 한편, 소득 혹은 사회경제적 지위에 따라 자녀의 수요, 공급, 출산통제 비용의 차이가 나타날 수 있으며, 이는 차별출산력으로 나타나게 된다. 미국의 이민자들을 분석한 연구에 따르면, 교육수준은 출생아 수에 부정적인 영향을, 소득은 긍정적인 영향을 미친 것으로 나타났다(Krishna, 1994). 차별출산력에 대한 경제학적인 설명방식은 주로 자녀의 수요에 초점을 맞추는 경향이 있다. 즉, 사회경제적 지위가 높을수록 자녀에 대한 수요가 낮고 이것이 상층의 낮은 출산율로 연결된다고 이해하는 것이다. 한편 차별출산력은 자녀의 공급 측면에서도 이해할 수 있는데, 이는 "원하지 않는 출산(unwanted fertility)"과 연결된다. 프리드만과 쏜톤에 따르면(Freedman & Thornton, 1982), 원하지 않는 출산을 한 경험이 없는 여성들을 분석하면, 사회경제적 지위가 높을수록 출생아 수가 높은 경향이 관찰된다. 최근의 연구에 따르면(Musick, England, Edginton, & Kangas, 2009), 원하는 출산의 경우에는 교육수준에 따른 차이가 발견되지 않으며, 교육수준이 낮을수록 원하지 않는 출산을 많이 한 것으로 나타나고 있다. 이러한 연구결과들은 차별출산율의 중요한 원인 중의 하나가 계층/계급에 따른 '피임 실패'의 차이에 있음을 보여준다.

현대사회에서 발견되는 사회경제적 지위와 출산율의 부정적 상관관계는 진화생물학적(evolutionary biological) 관점에서는 이해하기 어려운 현상이다. 생물학적 적합도(fitness)는 번식 성공을 의미하는데, 현대사회에서는 더 많은 자원을 활용하는 상층계급의 생물학적 적합도가 오히려 낮게 나타나기 때문이다. 따라서 진화생물학적 관점에서 현대사회의 차별출산력 패턴을 설명하기 위해서는 다음과 같은 질문에 대한 답이 필요하다. "어떤 조건하에서 낮은 출산율이 좀 더 높은 적합도로 연결되

는가?" 현대사회의 사회제도와 경제적 불확실성이 이러한 조건들을 만들어내고 있다고 할 수 있는데(Stulp & Barret, 2016), 경제학적 접근에서 강조하는 양과 질의 교환(quantity-quality trade-off)은 생물학적 적합도를 보다 포괄적인 의미에서 이해하는 방식이라 할 수 있다.

한국의 1980년대 가족계획사업은 이와 관련해서 흥미 있는 시사점을 제공해 준다. 합계출산율이 대체수준 아래로 하락한 1980년대 한국의 인구정책은 출산력 수준에 초점을 맞추던 과거의 방식에서 벗어나 인구자질 향상에 초점을 맞추었는데, 이때 중요한 과제 중의 하나가 저소득층을 중심으로 한 가족계획사업의 전개였다. 출산력 억제라는 양적 목표가 어느 정도 달성된 이후에 인구의 질적 측면에 초점을 맞추었던 1980년대 한국의 인구정책은 저소득층의 상대적으로 높은 출산율로 인한 인구자질의 하락(dysgenic pressure) 가능성을 염두에 두었다고 할 수 있다(우해봉 외, 2021).

2. 자료 및 방법론[12)]

이 연구는 소득수준에 따른 차별출산력의 변화를 분석하기 위해서 국민건강보험 자료(이하 건보자료) (2002~2018)를 활용한다. 우선, 건강보험료 산정을 위해서 수집된 해당연도의 소득 정보와 여성의 분만 여부 정보를 사용하여 소득분위별 연령별 출산율과 합계출산율의 변화를 추적한다. 소득분위는 20분위로 측정했고, 소득이 파악되지 않은 미상자와 건강보험료가 면제되는 의료수급권자는 분석에서 제외했다. 건강보험료 산정을 위한 소득 파악의 정확도가 직장가입자와 지역가입자 간에 다를 가능성이 있기 때문에 직장가입자와 지역가입자를 나누어 소득분위를 구분

12) 아래에 제시하는 분석은 국민건강보험관리공단의 이지혜 연구원의 도움을 얻어서 진행했다.

해서 분석했는데, 두 집단 간에 소득에 따른 차별출산력 패턴에 차이가 발견되지 않아 두 집단을 합쳐서 분석한 결과를 제시한다.

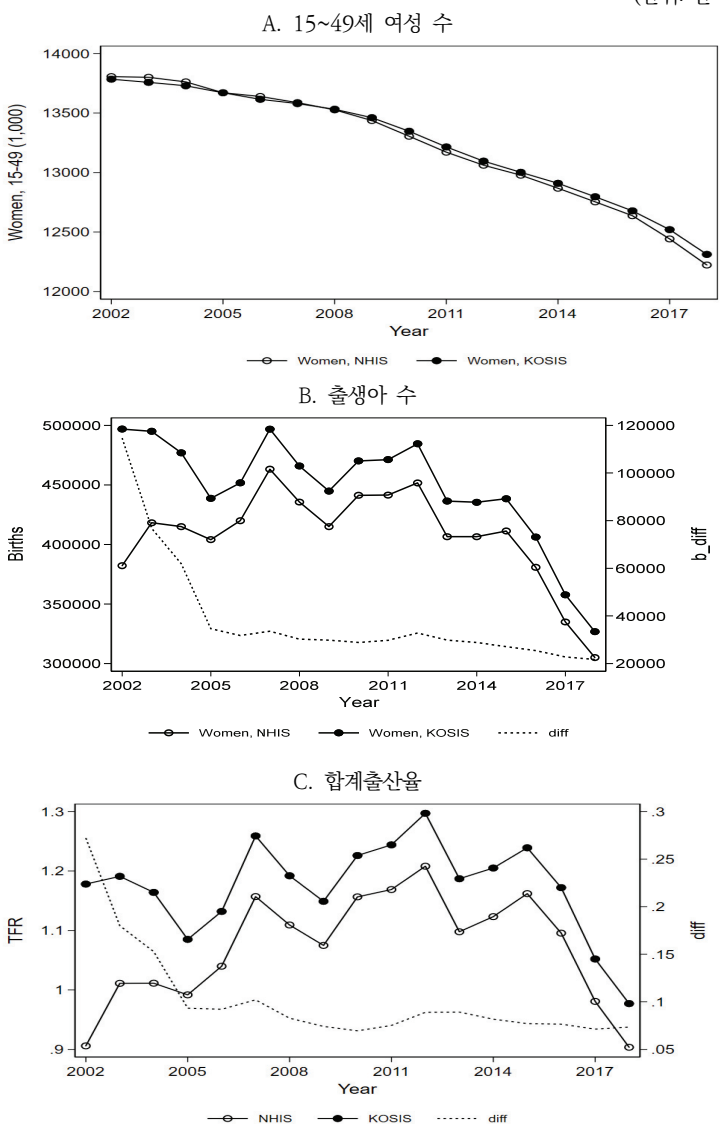
분석자료는 다음과 같은 두 가지 중요한 한계점을 지닌다. 첫째, 이 연구에서는 가입자격별로 연도별/소득분위별/연령별 여성 수와 1회 이상 분만한 여성 수를 사용해서 연령별 출산율 및 합계출산율을 추정했다. 쌍태아가 존재하고 1년에 2회 출산하는 경우가 드물지만 존재할 수 있기 때문에 이러한 방식은 출생아 수를 과소추정한다. 이는 출산율의 과소추정을 낳는데, 이러한 과소추정의 정도는 크지 않기 때문에 소득수준에 따른 차별출산율을 추정하는 데 큰 문제는 없을 것으로 판단한다. 둘째, 소득분위의 측정에 중요한 한계가 존재한다. 가구소득을 기준으로 소득분위를 측정하는 것이 합리적인데 이 연구는 자료 접근의 한계 때문에 건강보험료 납부 기준 소득을 사용했다. 따라서 실제 가구소득의 소득분위와 이 연구에서 사용한 소득분위 간에는 차이가 존재할 수밖에 없다. 예를 들어, 부부가 모두 직장가입자인 경우 이 연구는 부인의 소득수준을 기준으로 소득분위를 설정하기 때문에 이 여성의 소득분위는 실제 가구소득 기준 소득분위보다 낮게 설정된다. 건보자료를 다른 행정자료(가족관계등록부, 주민등록 등)와 연계함으로써 이러한 문제를 극복할 수 있겠지만 이 연구에서는 이러한 자료에 접근할 수 없기 때문에 건강보험료 납부 기준 소득을 사용하도록 한다. 이러한 한계 때문에 분석결과를 해석하는 데 중요한 제약이 존재하지만, 행정자료를 활용한 소득과 출산율의 관계 분석은 나름대로 중요한 기여를 할 것으로 판단한다. 추후 다른 행정자료의 연계를 통한 자료분석을 통해서 가구소득에 따른 차별출산력 패턴을 좀 더 정확히 파악하는 것이 필요할 것이다.

분석결과를 제시하기에 앞서 건강보험 자료를 차별출산력 연구에 활용하는 것이 적합한지 확인할 필요가 있다. [그림 4-2]는 건강보험자료를 통해서 파악한 15~49세 여성 수, 출생아 수, 합계출산율을 통계청의 국

가통계포털 자료에서 제시된 수치(공식통계)와 비교해서 보여주고 있다. 우선, 건강보험 자료에서 파악한 15~49세 여성 수는 공식통계보다 2000년대 초반에는 다소 높게 나타나다가 2005년 이후부터는 다소 낮게 나타나고 있는데 그 차이는 크지 않다. 한편, 출생아 수는 차이가 상당히 크게 나타나고 있는데, 특히 2005년 이전의 경우에는 그 차이가 상당하다. 예를 들어, 2002년에는 둘 간의 차이가 100,000명을 넘을 정도로 크다. 이는 2002년대 초반 건강보험 자료에서 상당수의 분만이 누락되었음을 시사한다. 한편, 2005년 이후에는 둘 간의 차이가 2~3만 명 수준에서 유지되면서 점차 감소하는 추세이다. 이는 부분적으로 쌍태아 출생에 기인한 것인데, 이 기간에 쌍태아 출생은 5,000~8,000명 수준에서 유지되어 왔다. 이는 2005년 이후 건강보험 자료에서 출생아의 5% 정도가 누락되고 있음을 보여준다. 마지막으로 합계출산율 역시 건강보험 자료를 통한 추정이 공식통계보다 과소추정하고 있음을 확인할 수 있는데, 2005년 이후에는 그 차이가 0.1 이하로 유지되고 있다. 이러한 예비적 분석결과는 건강보험 자료를 활용한 차별출산력 분석의 한계와 가능성을 모두 보여준다. 우선, 2005년 이전 자료의 경우에는 신뢰할만한 결과를 산출하기가 어렵기 때문에 분석결과 해석에 주의를 기울여야 한다. 반면, 2005년 이후에는 비록 출생아 수가 과소추정되는 한계는 있지만 건강보험 자료를 통해서 파악할 수 있는 출산율의 추이가 실제 추이와 상당히 비슷하기 때문에 이 자료를 활용한 차별출산력 분석에 큰 문제가 없음을 확인할 수 있다.

〔그림 4-2〕 자료의 적합성 검토

(단위: 천 명, 명)



자료: 국민건강보험공단. (2002~2018). 국민건강보험 내부자료; 통계청(2021a). 시군구/성/연령(1세)별 주민등록연앙인구:, 통계청(2021b). 인구동태건수 및 동태율 추이(출생, 사망, 혼인, 이혼)를 이용하여 저자가 산출함.

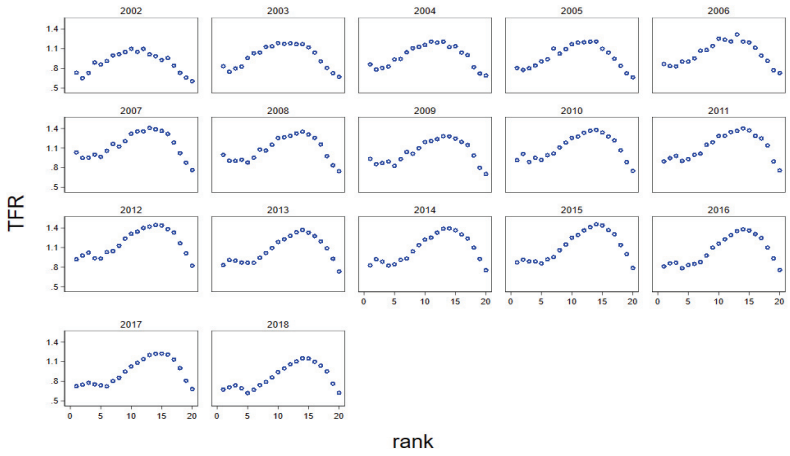
3. 분석결과

[그림 4-3]은 건강보험 자료를 활용한 소득분위별 합계출산율 변화 추이를 보여준다. 우선 [그림 4-3]의 상단에 제시된 그래프를 통해서 모든 연도에서 소득과 합계출산율의 관계가 이차함수 모양을 가지고 있음을 확인할 수 있다. 즉, 소득수준이 올라가면서 합계출산율이 증가하다가 소득수준이 특정 수준 이상으로 올라가면 합계출산율이 하락하는 패턴이 모든 연도에서 발견된다. 그런데 한 가지 흥미 있는 사실은 최근 시점으로 올수록 합계출산율이 가장 높은 소득분위가 다소 상승하고 있음을 확인할 수 있다. 이는 [그림 4-3]의 하단에 제시된 그래프에서 더 명확하게 확인할 수 있다. 이 그래프는 각 소득분위별 합계출산율의 변화 추이를 보여주고 있는데, 2002~2018년의 선형추세선을 함께 제시했다. 이 그래프를 통해서 확인할 수 있는 한 가지 뚜렷한 경향은 중위소득 이하 집단의 합계출산율은 분석기간 동안 하락하는 추세가 대부분인 반면, 중위소득 이상 집단에서는 합계출산율이 다소 증가하는 추세이다. 이러한 경향은 특히 소득 분위 65~95% 구간에서 두드러지게 나타나고 있다. 즉, 2000년대 이후 한국의 출산율 변화는 서로 다른 두 가지 추세가 결합한 결과로 해석할 수 있는데, 저소득층의 합계출산율은 하락하는 추세를 보여준 반면, 중상위 소득층의 합계출산율은 상승하는 추세였다. 즉, 이러한 분석결과는 2000년대 이후 저소득층의 출산율 하락이 한국의 출산율 하락의 주된 원인이었으며, 중상위 소득계층의 출산율 상승은 이를 부분적으로만 상쇄했음을 보여준다고 할 수 있다. 한 가지 주의할 점은 2015년 이후 중상위 소득계층의 출산율 역시 하락 추세로 변화했으며, 이러한 변화는 2015년 이후 급격한 출산율 하락의 원인으로 해석할 수 있다.

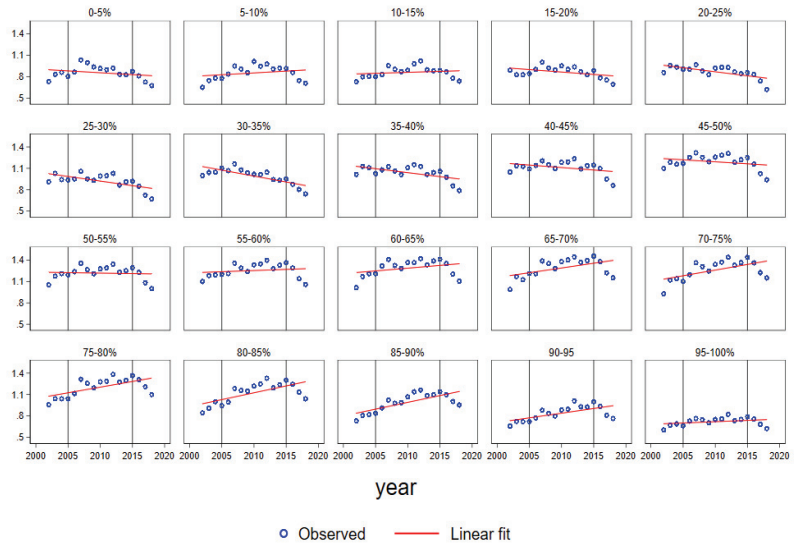
[그림 4-4]는 소득수준에 따른 연령별 출산율의 변화 추이를 보여주고 있다. 우선, 20대 초반의 출산율은 모든 소득 구간에서 매우 낮은 수준에서 유지되고 있으며, 소득수준에 따른 차이나 시간에 따른 변화를 발견할 수 없다. 20대 후반의 출산율은 모든 소득 구간에서 감소하는 추세인데, 소득 분위 80% 이상 구간의 경우에는 관측기간 초기부터 출산율이 매우 낮은 수준에서 유지되었기 때문에 그 감소율은 다소 작다. 30대 초반의 출산율은 대체로 감소하는 추세인데, 소득분위 20~50% 구간에서 그 감소폭이 다소 크다. 흥미롭게도 소득분위 70% 이상 구간에서는 거의 감소하지 않았다. 마지막으로 30대 후반의 출산율은 모든 소득 구간에서 증가하고 있는 추세인데, 그 증가폭은 소득이 높아질수록 크게 나타나고 있다. [그림 4-3]에서 발견된 소득분위에 따른 합계출산율 변화의 차이는 이러한 연령 간 패턴의 차이에 의해서 설명할 수 있다. 20대와 30대 초반의 합계출산율은 관찰기간 동안 대체로 감소하는 추세였는데, 그 감속폭은 저소득층에서 더 크게 나타났다. 한편, 30대 후반의 출산율은 점차 증가하는 추세였는데, 그 증가폭은 고소득층에서 더 크게 나타났다. 이러한 연령별 패턴이 결합해서 저소득층은 합계출산율이 점차 하락한 반면, 고소득층에서는 합계출산율이 점차 상승하는 경향이 나타났다고 할 수 있다. 단, 소득분위 70% 이상의 출산율의 수준 자체가 그 이하 집단보다 높지는 않다는 점에 주의를 기울여야 한다. 현재 한국 사회에서 고소득층의 출산율이 더 높게 나타나는 것은 아니며, 어떤 의미에서는 소득수준에 따른 출산율의 차이가 점차 감소하고 있음에 주목해야 할 것이다. 따라서 소득에 따른 차별출산력 패턴의 경우에는 운명의 분기 패턴이 나타나지 않는다고 할 수 있다.

〔그림 4-3〕 소득분위와 합계출산율(2002~2018)

A. 소득수준과 합계출산율의 관계, 각 연도 (2002~2018)



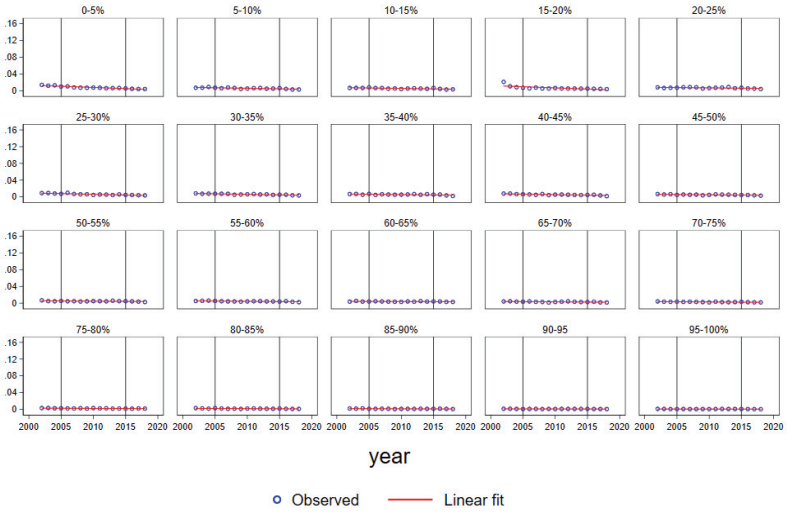
B. 소득수준에 따른 합계출산율의 변화



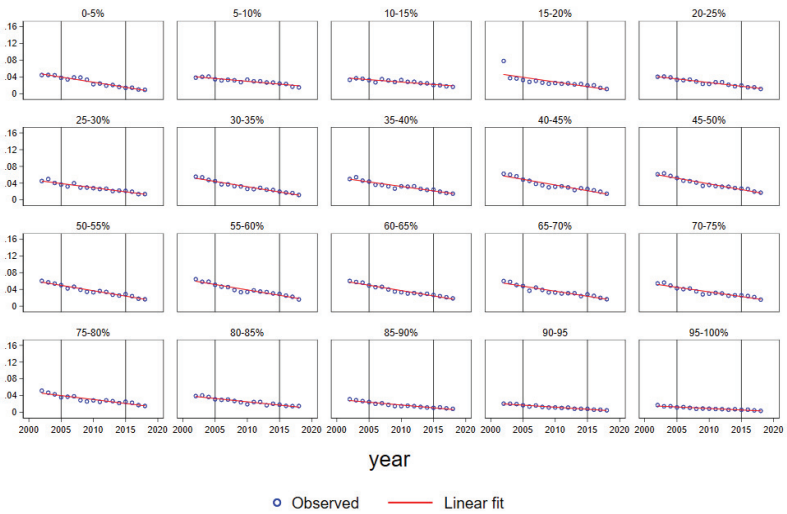
자료: 국민건강보험공단. (2002~2018). 국민건강보험 내부자료를 이용하여 저자가 산출함.

〔그림 4-4〕 소득분위와 연령별 출산율(2002~2018)

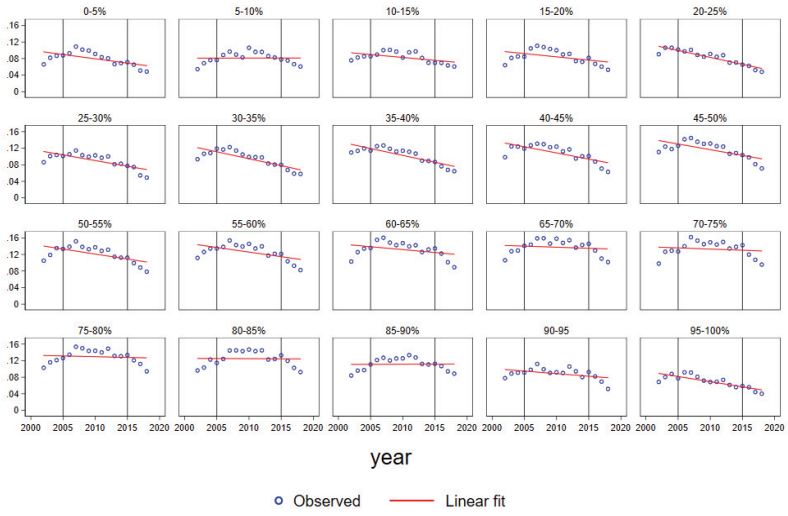
A. 20~24세



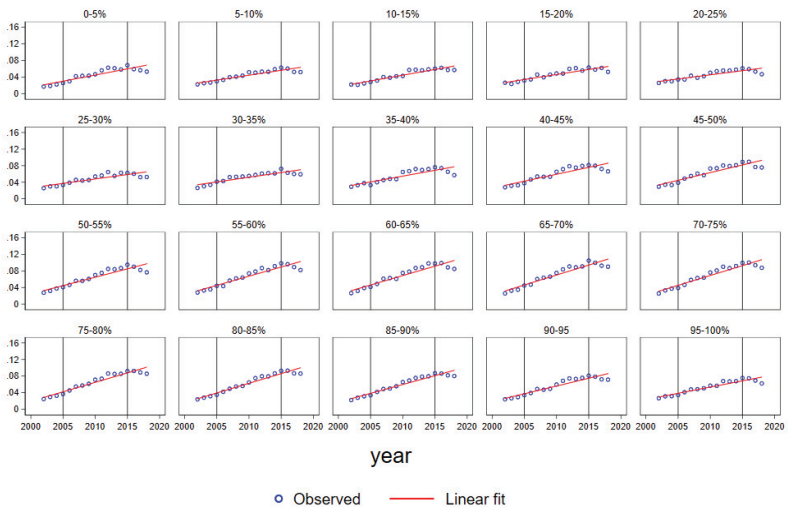
B. 25~29세



C. 30~34세



D. 35~39세



자료: 국민건강보험공단. (2002~2018). 국민건강보험 내부자료를 이용하여 저자가 산출함.

제6절 소결

이 연구는 인구변동과 불평등의 관계를 살펴보았다. 인구변동과 불평등의 의미를 검토하고 두 가지 개념이 이론적, 경험적으로 어떻게 연결되는지를 살펴보았다. 특히 이 두 개념을 연결하는 중요한 연구 경향 중의 하나인 '운명의 분기' 가설을 다룬 경험적 연구들을 살펴봄으로써 한국 사회에서 계급/계층 간 인구행동의 차이가 어떻게 변화했는지를 검토했다. 인구변동과 불평등 관계에 대한 실증 분석의 예시로서 경제적 자원 분포의 불평등이 차별적인 인구 행동을 가져올 수 있다는 실증 분석을 위해 소득수준에 따른 차별출산율 패턴의 변화를 건보자료를 활용해서 살펴보았다. 이 절에서는 앞의 논의를 정리하고 인구변동에 따른 보건복지 정책의 대응방향에 대한 의견을 제시하도록 한다.

우선, '운명의 분기' 가설은 근대사회에서 애정과 친밀성의 관계 맺기 방식의 계층 차이가 커짐으로써 사회적 불평등이 재생산되는 과정에 대한 한 가지 전형적인 시나리오를 제시했다. 미국에서 소득 상층과 소득 하층은 각각 맞벌이 부모와 상대적으로 적은 수의 자녀로 구성된 가족, 그리고 싱글맘과 상대적으로 많은 수의 자녀로 구성된 가족으로 분기하고 있으며, 아이들은 부모의 계층/계급적 지위에 따라 교육투자의 양과 질이 크게 다른 양육 조건하에서 성장하면서 사회적 운명이 갈리게 된다는 이 시나리오는 일견 우리 사회에서 널리 공유되고 있는 '수저계급' 담론과 닮았다. 그런데 이 시나리오로 한국 사회를 들여다보면 오히려 많은 혼란에 부딪치게 된다. 다양한 국내 연구들을 검토한 결과 결혼, 출산, 이혼, 양육 등 인구행동들과 관련해서 '운명의 분기' 가설이 예측하는 패턴들이 한국 사회에서 뚜렷하게 발견되지는 않는다는 점을 확인할 수 있었다.

예측이 가장 크게 빗나가는 점은 우리 사회의 경우 혼외출산율이 낮아 저소득층의 미혼모 가구 비율이 높지 않다는 점이다. 그 결과 아동빈곤율은 낮은 수준으로 유지되고 있으며 2000년대 들어 꾸준히 감소하고 있다(여유진 외, 2015). 그러나 역사적으로 유례없이 낮은 저출산으로 '내일의 종언(장경섭, 2019)'을 우려하는 상황을 경험하고 있다. 특히 2015년 이후에는 모든 소득 계층에서 출생아 수가 줄어들고 있는데, 이러한 인구학적인 변화가 다음 세대의 운명을 어떻게 분기시킬지에 대한 이론적 관점과 경험적 연구들이 필요하다고 할 수 있다. 즉, 한국의 상황은 미국의 경험에 바탕을 둔 불평등-인구변동 이론으로는 쉽게 설명되지 않는다. 경제적 불평등의 심화, 미미한 차별출산력, 낮은 아동빈곤율, 사회이동성에 대한 주관적 평가의 악화, 심화된 초저출산 같은 한국 사회의 현 상황을 일관된 방식으로 이해할 수 있는 이론틀과 문제틀이 필요하다.

이러한 필요성을 보여주는 중요한 예는 아동빈곤율의 변화이다. 여유진(2017)은 2011년 이후 한국의 아동빈곤율이 지속해서 감소하고 있는 이유를 추정하면서 "아동가구의 상대적 소득 상승(노인가구의 상대적 소득 하락 요인 포함), 아동가구에 대한 사회적 이전의 빈곤감소 효과 증가, 그리고 빈곤이 예기되는 청년가구의 결혼·출산 감소"를 꼽고 있다. 이는 이 연구에서 보여준 차별출산율 패턴의 변화의 원인일 수 있다. 즉, 최근 들어 저소득층의 출산율이 더 빠르게 감소하고 있는 것으로 나타났는데, 이러한 변화가 아동빈곤의 감소에 영향을 미치고 있는 것으로 해석할 수 있다. 단, 빈곤 확률이 높은 청년이 결혼, 출산을 미루고 있는 것인지 아니면, 평생비혼, 평생비출산이 증가하고 있는 것인지, 빈곤 확률이 높은 청년의 결혼, 출산 결정 및 결과에서 성별 차이 혹은 지역 차이가 있는지 등등 소득 하층에 있는 청년들의 인구행동과 의도에 대한 연구가 더 필요하다고 할 수 있다. 또한 저출산-낮은 아동빈곤율의 관계를 어떻게 볼 것

인가에 대한 다양한 관점의 논의도 필요하다. 특히 저출산-낮은 아동빈곤율의 관계는 인구변동과 불평등의 복합적인 관계를 보여주는 중요한 예라고 할 수 있다. 초저출산은 분명 사회적 위기의 원인이 되는 인구변동이지만, 저소득층의 출산율 하락이 아동빈곤율의 하락으로 이어지고 있음 또한 부정할 수 없는 현실이라 할 수 있다. 이는 인구변동에 따른 보건복지 정책 대응이 인구변동과 불평등의 복합적인 관계를 충실히 고려해야 함을 잘 보여준다고 할 수 있다.

제 5 장 인구구조 변화와 가족

제1절 도입

인구구조 변화를 가져온 주요 동력인 출산율과 사망률의 하락은 개인의 생애 주기 시점과 생애 주기 과정에 영향을 주어 가족의 변화로 이어지게 되었다. 따라서 가족의 변화는 인구구조 변화에 따른 후속적인 양상이라고 볼 수 있다(Furstenberg, 2019; Pesando and the GFC team, 2019). 인구학적 변화는 가족 유형의 변화를 가져왔을 뿐만 아니라 이에 동반하여 가족 규범, 가족의 의미, 가족 관계의 변화를 가져왔다(이승미 외, 2012). 인구 변화와 이에 수반되어 나타난 가족의 변화는 가족을 대상으로 하는 가족정책의 개편뿐만 아니라 전통적인 가족 유형에 맞추어 설계되었던 보건복지 정책에 대한 변화를 필요로 하고 있다.

가족 변화에 대한 서구의 이론들은 가족의 변화를 가져온 주요 동력을 산업화 과정에서 경제발전을 효과적으로 지지할 수 있었던 핵가족 같은 가족 유형에 대한 선호가 증가하게 되었고(Goode, 1963), 기본적인 생존을 위한 욕구가 충족됨에 따라 좀 더 차원 높은 자아실현에 대한 욕구가 강해졌으며(Lesthaeghe, 2010; Lesthaeghe, 2014), 부부 간 역할 분업에 따른 이득이 변화되었기 때문(Becker, 1981)이라고 보고 있다. 우리 사회에서 나타나는 가족의 변화는 전반적으로 이러한 서구의 이론을 따라가는 것으로 보인다. 박종서 외(2020)는 한국 가족 변동의 주요 특징으로 가족의 규모와 형태의 변화, 경제 활동의 변화, 부양 기능의 변화, 가족 관계의 변화, 가족 문화의 변화라고 보았다. 가구원 수가 적어지고 3세대 이상 함께 사는 가구가 감소하게 되었으며, 전통적으로 여성의

역할로서 간주되던 여성의 가정 내에서의 역할이 변화하고, 경제 활동을 하는 여성들이 증가하고, 부모 돌봄과 부양 그리고 자녀 양육 행태에서 변화가 나타나고 있으며, 가족 관계가 변화하여 부모와 미성년 자녀와의 관계, 그리고 노부모와 성인 자녀의 관계가 변화하고 있다고 보았다(박종서 외 2020). 제4차 건강가정기본계획(2021~2025)에서는 한국 사회의 주요한 가족 변화로 가족의 구성과 형성 방식의 다양화, 가족 구성원 개인의 권리에 대한 인식 증대, 남녀 모두 일을 중시하며 평등을 지향하는 성역할 인식의 확대, 가족의 돌봄 및 부양 기능의 약화, 일가정 균형 욕구의 증대를 지적하였다(여성가족부, 2021).

한편, 한국 사회가 보여 주는 가족의 변화는 서구에서 나타나고 있는 가족의 변화를 반드시 따라가고 있지 않고, 한국 사회의 특징과 결부된 특유의 가족 모습을 양산하고 있다는 주장도 제기되고 있다. 서구 사회에서 적지 않은 규모를 보이고 있는 동거 부부, 혼인 외 출산, 동성 부부 등은 아직 우리 사회에서 크게 발견되지 않고 있다. 반면에 서구 사회에서는 발견되지 않는 전통적 가족 규범이 잔존하는 가운데 한국 사회의 발전주의와 새로운 가족의 개념이 결합된 '낭만적 가족,' '도구적 가족,' 혹은 '가족 자유주의'가 한국 사회에서 대두되고 있다(김혜영, 2016; 이승미 외, 2012; 장경섭, 2018). 이는 가족의 변화가 선진국가와 개발도상국가에서 모두 관찰되고 있지만, 한 국가의 사회, 제도, 문화, 법, 가족의 역할과 기능에 따라 가족 변화는 국가마다 서로 다른 양상으로 전개되고 있다는 것을 반영한다(Pesando and the GFC team, 2019).

가족이 변화함에 따라 가족을 지원하는 정책도 변화가 있어야 할 필요가 있다. 우리나라는 2001년 여성부의 설립과 2005년 「건강가정기본법」의 제정으로 명시적인 가족정책이 시작되었다고 보고 있다(홍승아, 최진희, 진미정, 김수진, 2015). 제4차 건강가정기본계획은 가족의 변화에 대

응하는 정책으로 세상 모든 가족을 포용하는 사회 기반 구축, 모든 가족의 안정적 생활 여건 보장, 가족의 다양성에 대응하는 사회적 돌봄 체계 구축, 함께 일하고 돌보는 사회 환경 조성의 4가지 영역에 대해 정책 과제를 제안하였다(여성가족부, 2021).

하지만 급변하는 인구구조 변화에 따라 대두되고 있는 가족 변화에 능동적으로 대응하기 위해서는 가족정책 범위를 넘어서 소득보장, 연금, 보건의료, 사회서비스 등 전방위적인 사회보장정책으로 구체적인 대응 방안을 모색할 필요성이 있다. 특히 인구구조 변화에 따라 가족 유형, 가족 기능, 가족 관계에서 총체적인 변화가 예상되고 있어(이현아 외, 2013), 전통적인 가족 유형과 가족 기능을 전제로 설계된 보건복지 정책에서 변화해야 한다는 요구가 있다. 가족의 변화가 가져오는 세대 간 관계와 세대 간 의존성의 변화에 대응하여 보건복지 정책 전반에 대한 변화가 필요하다(Hantrais, 1999).

본 장의 목적은 가족의 변화라는 관점에서 인구구조 변화에 대응하여 보건복지 정책을 추진할 때 주목해야 하는 쟁점 사항을 모색하는 것이다. 인구구조 변화로 인해 건강과 수명, 빈곤과 불평등, 지역에서 발생되는 이슈는 가족의 변화에 따라 더 심화될 수 있다. 따라서 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안을 모색할 때 가족의 변화가 미치는 영향을 고려할 필요가 있다. 따라서 본 장에서는 이러한 연구 목적에 중점을 두고 다음과 같은 내용으로 연구를 수행하였다. 우선 인구학 분야에서 인구구조 변화에 따라 대두하게 된 가족의 변화를 고찰한 이론적인 내용을 검토하고 한국 사회에서 나타나고 있는 가족의 변화에 대한 주요 특징을 기술하였다. 국내에서 이루어진 선행 연구를 중심으로 가족의 변화로 인해 빈곤과 불평등, 돌봄과 아동, 건강, 지역에서 발생한 이슈와 정책적 대응 방안을 검토하였다. 이러한 내용을 기초로 미래 인구구조 변화에 대응하는 보

건복지 정책을 추진할 때 가족 변화에 대한 고려가 필요한 부분을 제시하였다.

제2절 인구구조 변화에 따른 가족 변화: 이론적 고찰

가족 변화에 대한 초기의 이론은 Goode(1963)의 저서인 *World Revolution and Family Patterns*에서 찾아볼 수 있다. Goode(1963)는 서구 사회가 산업 혁명 시기 동안 확대 가족 집단에 대한 의존도가 낮아지고 "부부 가족 유형"으로 변화하였으며, 서구 사회뿐만 아니라 전 세계적으로 가족의 유형은 전통적인 유형에서 서구 사회의 핵가족으로 변화할 것으로 보았다. Goode(1963)가 이렇게 예견한 이유는 부부 중심의 가족이 자본주의 시장과 일자리 중심의 경제에 가장 적합한 유형이며, 경제성장과 글로벌화가 진행됨에 따라 더 높은 교육과 더 많은 지리적인 이동을 요구하게 되어 가족은 경제 상황에 적합한 유형인 핵가족으로 변화할 것이라고 보았기 때문이다.

가족의 변화가 사회적 분화를 통한 가치의 변화를 통해 이루어진 결과로서 보는 연구 결과들도 있다. Johnson-Hanks, Bachrach, Morgan and Kohler(2011)는 가족의 변화가 사회적 관계망, 언어와 문화를 기반으로 하는 관계망, 글로벌 의사소통 관계망의 확산에 따라 가족 형성에 대한 새로운 사고가 확산되어 이루어진 결과라고 보았다. 또한 Thornton(2001, 2005)은 '발달적 이상주의(Developmental idealism)'에 따라 서구 사회가 각 단계를 거치는 동안 사회경제적 발달과 관념적인 변화가 상호작용하여 확대 가족 체계에서 핵가족 체계로 변화가 이루어졌다고 하였다.

Therborn(2004, 2014)은 가족 유형은 전 세계의 서로 다른 지역에서 서로 다르게 나타날 것이며 미래 사회에서는 매우 다양한 가족 유형이 만연해질 것으로 예견하였다. 가부장제의 감소, 결혼 유형과 결혼 건수의 변화, 출산율의 감소가 서로 다르게 결합하여 다음과 같은 7가지 가족 유형이 도출되었다고 보았다: ① 기독교 유럽 가족, ② 이슬람 서아시아 북아프리카 가족, ③ 남아시아 가족, ④ 유교 동아시아 가족, ⑤ 사하라 이남 아프리카 가족, ⑥ 동남아시아 가족, ⑦ 크리올 가족.

가족 변화를 학술적인 이론으로 발전시킨 대표적인 연구들로 베커의 「신가족경제이론(New Home Economics)」(Becker, 1981; Becker, Landes, & Michael, 1977), 「2차 인구학적 변천 이론(Second Demographic Transition Theory: SDT)」(Lesthaeghe, 2010; Lesthaeghe, 2014), 「젠더 혁명(Gender Revolution)」(Esping- Andersen & Billari, 2015; Goldscheider, Bernhardt, & Lappegård, 2015; Mcdonald, 2000)을 들 수 있다.

Becker(1981)는 과거에는 부부 사이에서 노동을 분업화하여 남편은 가정과 자녀를 돌보는 아내를 가질 수 있었고, 아내는 경제적인 안정과 남편의 수입이 지지해 주는 지원을 받아 결혼으로부터 얻는 이득이 있었지만, 여성들이 노동시장에서 일하기 시작하면서 가정 내 노동 특화가 주는 혜택이 감소하게 되어 결혼과 가족 형성에 대한 필요도 감소하게 되었다고 보았다. Becker(1981)는 여성들이 경제적으로 독립하게 되고 배우자에게 경제적으로 의존할 필요가 감소함에 따라 결혼하거나 결혼을 유지할 필요성도 작아졌다고 보았다. 경제학의 교환이 주는 이득 이론에 따르면 남편이 노동시장에 특화된 일을 하고 부인이 가정에 특화된 일을 할 때 결혼은 가장 효율적이며 안정적으로 유지된다. 이는 남성은 노동시장에서 더 생산적이며, 여성은 가정에서 더 생산적이라는 시각에 근거한다. 효율적인 결혼 상태에서 남편은 노동시장에서 얻은 임금을 부인이 가정

일을 하여 생산한 생산품(예를 들면 식사, 청소, 자녀 돌봄 등)과 교환하고 이러한 교환을 통해 남편과 부인은 둘 다 모두 더 많은 것을 얻는다. 하지만 여성들의 교육수준이 높아지게 되자 가정에 특화되어 일을 할 때 얻는 것이 줄어들었고 여성들에게 결혼은 "비효율적"인 것이 되었다. 이로 인해 교육수준이 높은 여성의 결혼 생활이 이혼으로 끝날 가능성이 높아지게 되었다(Becker, 1973; Becker, 1974; Becker et al., 1977). 하지만 최근의 연구들은 이러한 신가족경제이론이 맞지 않으며 이혼율은 교육수준이 높은 여성들에게서 오히려 더 낮게 나타나고 있다고 보고 있다(Härkőnen & Dronkers 2006; Schwartz & Han, 2014).

2차 인구학적 변천 이론은 지난 반세기 동안 서구 사회에서 나타난 가족의 변화를 설명하는 대표적인 이론이다(Lesthaeghe, 2010; Surkyn & Lesthaeghe, 2004). 연구자들은 1차 인구학적 변천 시기에 높은 출산율과 높은 사망률이 낮은 출산율과 낮은 사망률로 변화하였으며, 혼인은 자녀 출산과 성관계를 가능하게 하는 주도적인 사회 체계로서 기능을 하였다고 보았다. 1차 인구학적 변화의 후속으로 등장한 2차 인구학적 변천은 이혼과 동거의 증가, 혼인연령의 상승, 혼외출산이 일반적인 현상으로 나타나는 특성을 보인다.

2차 인구학적 변천 이론은 관념적인 변화가 개인적이고 세속적인 방향으로 변화하고, 권위적이고 전통적인 방향에서 멀어졌다는 것을 반영하는 것이 가족의 변화라고 보고 있다. Maslow(1954)의 욕구 단계설에 따르면, 많은 사람들이 기본적인 욕구가 충족되는 생활 조건이 갖추어진 경제적인 수준을 누리게 되면 더 높은 수준의 욕구를 추구하게 된다. 기본적인 욕구보다 더 높은 단계의 욕구는 개인주의, 자아실현, 가치표현, 다른 것을 위한 참을성을 포함한다. 이러한 욕구의 발전에는 더 평등한 젠더 역할, 여성의 경제적 활동 및 재생산에 대한 자율성도 포함한다. 개인

의 욕구 단계가 상승함에 따라 부부 관계도 자아를 실현하는 목적을 갖게 되었고, 관계가 기대를 충족하지 못하는 경우 부부 관계를 유지할 필요가 없게 되었다. 평생 계약으로서의 결혼이 더 큰 이득을 갖지 못하게 되자 혼인은 점차 감소하게 되었고 이혼도 증가하게 되었다. 결혼은 높은 연령으로 연기되었고, 비혼 동거가 결혼 전에 거치는 통상적인 관계가 되었을 뿐만 아니라 결혼의 대체로도 간주되었다. 비혼 관계에서 출산하는 자녀의 비중도 증가하게 되었다. 이처럼 대부분의 서구 사회에서 1970년대부터 자녀 출산은 높은 연령대로 연기되었으며, 출산은 학업을 마치고 직업을 갖고 개인적인 목적을 달성한 후에 하게 되는 생애 과정이 되었다. 자녀 출산은 시간 제약, 경제적 비용, 자기희생을 수반하게 되어 부모가 되는 것은 삶의 다른 영역에서 성취하는 자아실현과 상충되는 것으로 여겨지게 되었다. 이로 인해 많은 국가에서 자녀 출산이 연기되었을 뿐만 아니라 여성이 평생 가임 기간 동안 낳는 자녀 수도 감소하였다. 종합하면, 2차 인구학적 변천이론은 확대된 교육과 유급 노동으로 인해 자기표현과 자아실현이 가능해졌으나 가족생활과 충돌되어 출산율의 하락과 결혼의 연기 혹은 포기로 이어졌다고 보고 있다.

Cherlin(2012)은 Lesthaeghe의 2차 인구학적 변천 이론이 근대화 이론이 주창하고 있는 경제적 및 문화적 발전 단계에 대한 개념뿐만 아니라 문화적 단계를 언급하고 있으며, 안정적인 결혼에 기반한 가족 유형을 넘어서 개인의 자율성과 자아실현에 기반한 현대적인 유형의 가족이 등장하고 있다고 보았다. Lesthaeghe는 초기에 2차 인구학적 변천 이론이 서구 사회에만 적용되는 것으로 생각하였으나, 이후 다른 국가에도 적용해본 후 동아시아 국가에서 혼인연령이 상승하고 있으며(Lesthaeghe, 2010), 라틴 아메리카 국가에서 동거 관계가 증가하고 있다고 보았다(Esteve, Lesthaeghe, & Lóperz-Gay, 2012).

하지만 이러한 2차 인구학적 변화 이론은 적지 않은 비판을 받고 있다. 서구 및 선진 국가에서 나타나고 있는 가족 행동을 크게 일반화하고 있으며(Ochiai, 2014), 비혼 관계에서의 자녀 출산 같은 새로운 가족 행동을 다른 국가에게까지 적용하는 것은 적절치 못하며(Perelli-Harris et al., 2010), 노동시장과 경제적인 요인이 가족 형성에 미치는 영향을 과소평가하고 있고(Ochiai, 2014; Perelli-Harris et al., 2010), 2차 인구학적 변천에서 나타나는 현상들은 단지 1차 인구학적 변천이 지속됨에 따라 나타나는 현상이라고 보는 학자들도 있다(Cliquet, 1992; Coleman, 2004). 또한 2차 인구학적 변천 이론이 인구학적 변화 과정이 느린 국가 혹은 부계 중심의 친족 관계가 여전히 강조되는 국가에 대해서까지도 적용될 수 있는가에 대한 의문이 제시되고 있다(Cherlin, 2012).

2차 인구학적 변천 이론이 다양한 가족의 등장과 출산율 하락을 예고한 반면, Esping-Andersen과 Billari(2015) 그리고 Goldscheider et al.(2015)가 주장한 「젠더혁명 (Gender Revolution)」은 가족 변화를 경험한 후 양성 평등한 사회가 도래하여 가족 관계는 안정화되고 출산율이 회복될 것이라고 보고 있다. 젠더혁명의 주요 내용은 다음과 같다.

여성들이 대규모로 노동시장에 진입하고 높은 수준의 교육을 받는 것은 초기에는 가족을 형성하고자 하는 의향을 낮추고 가족을 불안정한 상태로 놓이게 할 수 있다. 잠재적인 배우자로부터 얻을 수 있는 것과 일과 가족생활에서 어떠한 젠더 역할이 작동할 것인가에 대한 불확실성이 커졌기 때문이다. 여성들이 예전보다 더 많이 노동시장과 공적인 영역으로 진입해도 여전히 여성들은 가사일 혹은 자녀 돌봄 같은 사적인 영역에서 주된 책임을 갖고 있어 이러한 이중 부담이 여성들로 하여금 결혼과 자녀 낳는 것을 연기하고, 가족을 형성하지 않으며, 결혼을 해도 적은 수의 자녀를 낳는 이유로 작용하고 있다고 보고 있다. Esping-Andersen and Billari(2015)

와 Goldscheider et al.(2015)는 이러한 불균형적인 상황이 양성평등을 향상시키면 해결될 수 있을 것으로 보았다. Goldscheider et al.(2015)는 젠더혁명의 첫 번째 단계는 여성들이 노동시장과 공적인 영역에 진입하는 것, 두 번째 단계는 남성들이 사적인 영역에서 상당한 책임을 갖는 것, 마지막 단계는 남성과 여성이 유급 노동과 돌봄 노동에 동일하게 참여하는 것으로, 젠더 관계가 이러한 방향으로 발전함에 따라 파트너 간에 균형이 생겨 기꺼이 헌신하여 더 안정적인 가족 관계를 가질 수 있다고 보았다. Esping-Andersen and Billari (2015)는 "여성 혁명(female revolution)"이라는 용어를 여성 역할 변화를 표현하는 데 사용하였으며, 양성평등이 사회 규범화되면서 "더 많은 가족(more family)"으로 회귀하는 것이 가능해질 것으로 보았다. 이들 학자들은 양성 평등적인 관행으로의 변화는 현재 진행 중이며, 변화 속도가 느려지거나 지연이 될 수 있으며, 이러한 진행에 배경적인 요인이 중요하게 작용한다고 보았다.

이렇듯 젠더혁명을 주장하는 학자들은 초기에는 가족 형성이 감소하고 늦어지는 경향이 나타나겠지만, 규범과 행동이 양성 평등적으로 변화하면 가족은 강화될 것으로 보았다. 하지만 동 이론은 몇 개의 유럽 국가에서만 적용될 수 있다는 것이 확인되었으며, 유럽 국가 이외의 국가에서도 적용될 수 있는 것인가에 대해서는 아직 명확하지 않다고 보고 있다(Pesando and the GFC team, 2019). 현재 저개발 국가들은 젠더혁명의 첫 번째 단계를 경험하고 있으며, 여성의 노동시장 참여가 증가하면서 가족 형성과 부부 간의 안정성이 약화되고 있다(Goldscheider et al., 2015). 젠더혁명의 단계가 여전히 진행 중이기 때문에 동 이론을 전 세계적으로 적용할 수 있는 것인가에 대해서는 아직 예단하기 어려운 것이다(Cherlin, 2016; England, 2010).

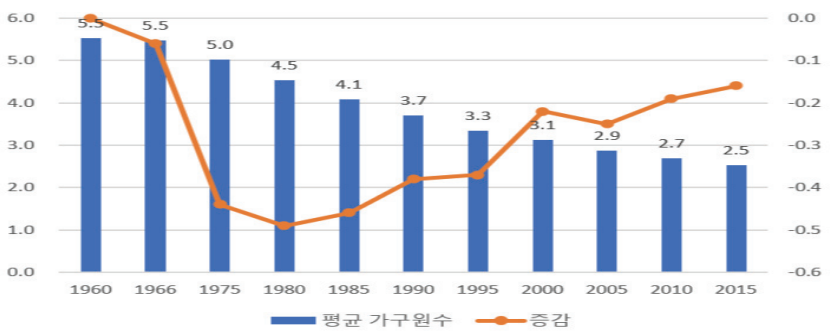
제3절 한국의 가족 변화와 주요 특징

우리나라의 가구당 평균 가구원 수는 1960년 5.53명에서 1975년까지 5명 수준을 유지하였으며, 1980년대에는 4명 수준을 유지하였다. 1990년부터 2000년까지 3명을 수준을 유지하였으며, 2005년부터 2명 수준으로 하락하여 2015년 현재 2.53명 수준을 보이고 있다([그림 5-1] 참고).

우리나라 총가구 수는 1960년 4백 35만 8천 가구에서 1990년 1천 1백 35만 5천 가구로 1천만 가구를 넘게 되었으며, 2015년 현재 1천 9백 11만 1천 가구로 거의 2천만 가구 수에 육박하고 있다. 우리나라에서 가구 수가 증가한 것은 1~3인 가구의 증가에 기인된 바가 크다([그림 5-2] 참고). 전체 가구 중 4인 이상 가구가 차지하는 비중은 1960년 78.8%였으나 이후 점차 하락하여 2015년에는 전체 가구의 약 4분의 1수준인 25.1%로 하락하였다. 반면에 1인 가구 비중은 지속적으로 증가하여 1960년 2.3%에서 1995년에 12.7%로 10%가 넘어섰으며 2005년부터 20% 수준을 넘기 시작하였다. 2015년 현재 전체 가구에서 1인 가구가 차지하는 비중은 27.2%이다([그림 5-3] 참고).

[그림 5-1] 우리나라의 평균 가구원 수 및 증감(1960~2015년)

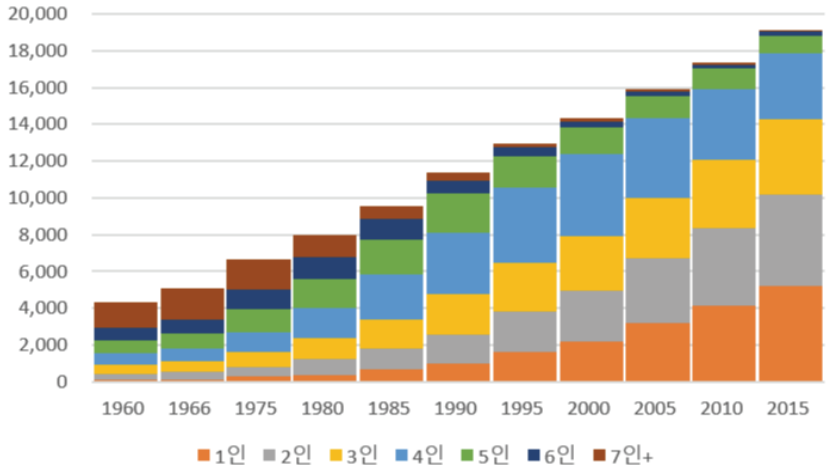
(단위: 명, %p)



자료: 통계청(2021a). 인구총조사 각 연도 자료를 활용하여 저자가 작성함.

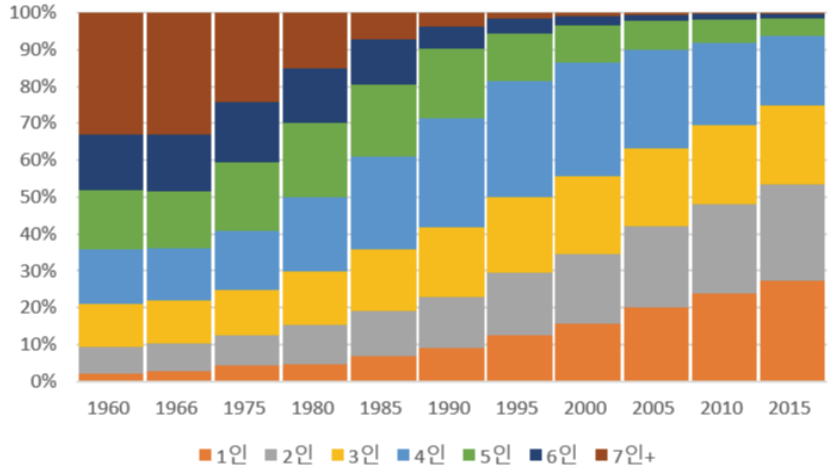
[그림 5-2] 우리나라 가구원 수별 가구 수의 추이(1960~2015년)

(단위: 천 가구)



자료: 통계청(2021a). 인구총조사 각 연도를 활용하여 저자가 작성함.

[그림 5-3] 우리나라 가구원 수별 가구 수 비중의 추이(1960~2015년)

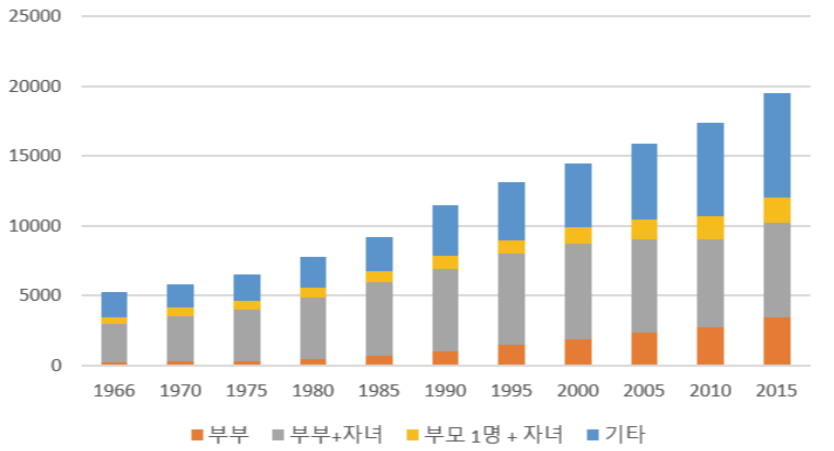


자료: 통계청(2021a). 인구총조사 각 연도를 활용하여 저자가 작성함.

부부와 미혼 자녀, 부모 1명과 미혼 자녀, 자녀가 없는 부부로 구성된 핵가족 수는 1966년 3백 41만 1천 가구에서 2005년 1천 41만 9천 가구로 1천만 가구 이상으로 증가하였으며, 2015년 현재 1천 2백만 2만 6천 가구 수준을 보인다. 핵가족이 전체 가구에서 차지하는 비중은 1966년 64.7%에서 1980년 78.1%까지 증가하였지만, 이후 계속 하락하여 2015년 현재 61.8% 수준을 보이고 있다. 핵가족 비중이 감소한 것은 혼자 사는 1인 가구가 증가한 것에 기인된 바가 크다.

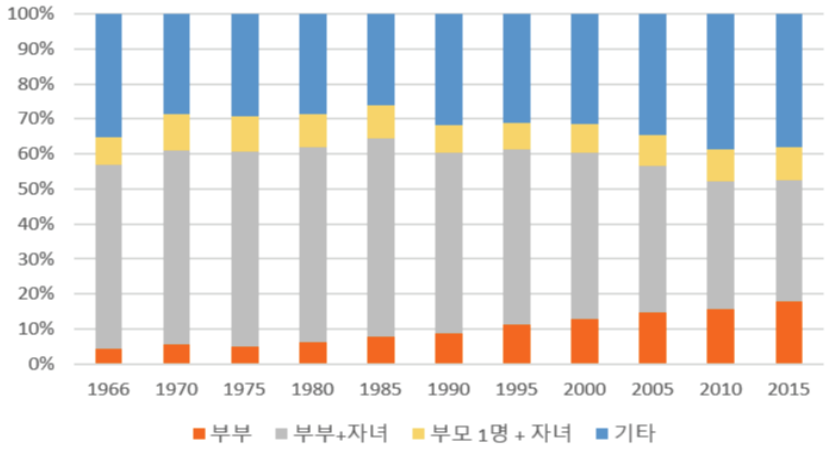
[그림 5-4] 우리나라 핵가족 수의 추이(1960~2015년)

(단위: 천 가구)



주: 핵가족은 부부, 부부+자녀, 부모 1명+자녀로 정의함.
자료: 통계청(2021a). 인구총조사 각 연도를 활용하여 저자가 작성함

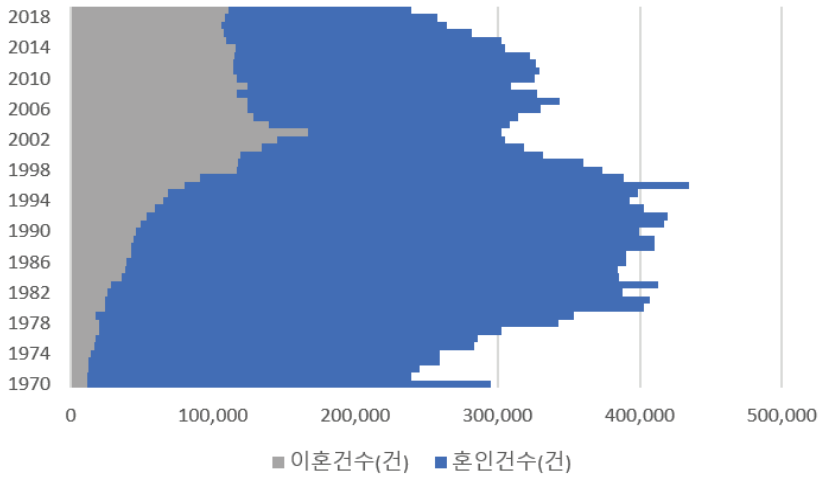
[그림 5-5] 우리나라 핵가족 비중의 추이(1960~2015년)



주: 핵가족은 부부, 부부+자녀, 부모 1명+자녀로 정의함.
자료: 통계청(2021a). 인구총조사 각 연도를 활용하여 저자가 작성함.

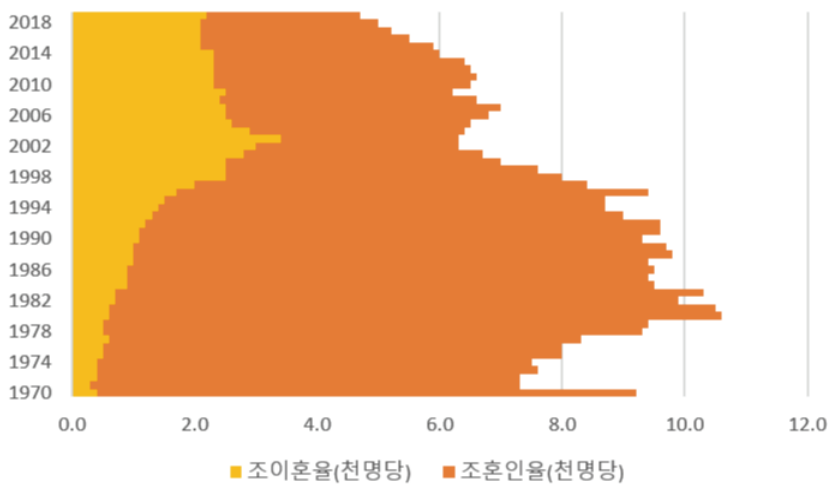
우리나라의 혼인 건수는 1980년대 초반까지 증가한 후 이러한 수준을 1990년대 중반까지 유지하였으며, 2000년 초반에 하락한 후 2005년 이후 2010년대 초반까지 다시 증가하였으나, 2015년 이후 급격한 감소를 보이고 있다. 이혼 건수는 1970년 이래로 점차 증가하다가 1998~ 2003년 기간에 급격하게 증가한 후 다시 감소하여 현재까지 일정한 수준을 유지하고 있다([그림 5-6] 참고). 이러한 혼인 건수와 이혼 건수는 인구 천 명당으로 계산한 조혼인율과 조이혼율 추이에 반영되어 나타나고 있다. 조혼인율은 1980년에 약 10건 수준을 보였으며 이후 1990년대 초반까지 9명 수준을 유지하다가 2000년대에 와서 약 6건으로 감소하고, 2019년도에 와서는 4.7건으로 하락하였다. 인구 천 명당 이혼 건수에 해당하는 조이혼율은 1995년 이전까지만 해도 1건 이하 수준을 유지하였으나 1990년대 말에 2건으로 상승하고 이후 현재까지 동 수준을 유지하고 있다([그림 5-7] 참고).

〔그림 5-6〕 우리나라 이혼 건수와 혼인 건수의 추이(1970~2018년)



자료: 통계청(2021b) 인구동향 각 연도 자료를 활용하여 저자가 작성함.

〔그림 5-7〕 우리나라 조이혼율 조혼인율의 추이(1970~2018년)



자료: 통계청(2021b) 인구동향 각 연도 자료를 활용하여 저자가 작성함.

가족의 규모와 가족형태에서 변화가 나타났을 뿐만 아니라 노부모에 대한 부양 의식과 자녀 양육 방식도 변화하고 있다. 박종서 외(2020)는 자녀가 노부모를 돌보는 부양에서 노부모가 자신을 돌보는 직접 부양으로 변화되고 있으며, 자녀 양육도 가족의 양육에서 가족 외 자원을 이용한 양육으로 변화되고 있다고 보았다. 하지만 이러한 변화에도 불구하고 서구 사회와 달리 노부모 돌봄과 자녀 돌봄에서 여전히 가족의 책임이 강조되고 있고, 양성 평등 의식이 확대되고 있으나 완전한 성평등 사회는 자리 잡지 못한 것으로 지적하였다(박종서 외, 2020).

이러한 주장의 연속선에서 한국 사회의 가족 변화는 가족 규모의 축소와 핵가족화라는 측면에서 서구의 가족 변화와 유사하지만 가족 관계와 기능 측면에서 서구와 같은 개인 중심의 사회로 이어지지 않고 한국 특유의 가족주의를 양산했다는 연구 결과들이 있다. 김혜영(2016)은 한국 사회에서 새롭게 대두된 가족을 '낭만적 가족'이라고 칭하면서 유형적인 측면에서는 근대적인 가족으로 변화되었으나 여전히 부계 가족 중심의 가족 원리가 지속되고 있어 부모 부양과 자녀 양육에 대해 가족에 대한 책임이 강조되고 있다고 보았다. 이승미 외(2012) 역시 한국 가족은 현대적인 특성과 전통적인 특성이 혼합된 속에서 가족 간의 관계가 중시되고 정서적인 측면보다는 도구적인 측면이 강조되는 특성을 보이고 있다고 하였다. 장경섭(2018)은 개발 국가의 '신성장' 전략을 한국 가족들이 채택하여 경제적인 측면과 사회 재생산적인 측면에서 종속과 위계성을 확대하여 다른 국가에서는 발견되지 않는 심각한 사회 재생산의 위기를 한국 사회가 맞이하게 되었다고 보았다.

제4절 가족 변화와 보건복지 정책에서의 쟁점 사항

다음에서는 국내에서 이루어진 선행 연구 결과를 기초로 빈곤과 불평등, 건강, 지역, 아동 및 돌봄 영역에서 가족 변화가 어떠한 쟁점을 가져왔는지 살펴본다. 현재의 보건복지 정책적인 환경이 이러한 가족 변화에 대응하여 어떠한 역할을 하고 있는지 검토하고 각 선행 연구들이 제안한 정책 방안을 정리한다.

1. 빈곤과 불평등

박경숙과 김미선(2016)은 홀로 사는 가구와 노부부만 사는 가구가 증가하고 자녀 세대와 함께 사는 가구가 감소하는 가족의 구조 변화가 빈곤에 미치는 영향을 분석하였다. 주요 연구 결과를 정리하면 다음과 같다. 노인들의 주 소득 원천은 노인이 자녀와 함께 사는 경우 동거 자녀의 근로소득이며, 노부부만 사는 경우에는 근로소득, 재산소득, 사적이전, 공적 이전이 주 소득 원천이다. 반면에 노인 1인 가구의 주 소득 원천은 자녀로부터의 경제적 부양인 사적이전과 공적이전이다. 노인이 동거 자녀의 근로소득에 의지하여 생활할 때 동거 자녀가 빈곤할 경우를 제외하고는 빈곤에 빠질 위험이 크지 않다. 노인부부가 함께 사는 경우에도 근로소득과 재산소득이 어느 정도 있기 때문에 빈곤에 처할 위험이 크지 않다. 하지만 노인 1인 가구는 대부분의 경우 사적이전과 공적이전에 의존하여 살아야 하는데 자녀로부터 충분한 사적이전을 기대할 수 없고 연금과 기타 사회보장급여 등 기타 국가로부터 받을 수 있는 공적 이전도 많지 않아 빈곤에 빠질 위험이 크다. 더욱이 교육·재생산·돌봄에 대한 가족 역할이 과부화되어 노인 1인 가구를 둘러싼 세대와 젠더 간의 관계에서

갈등이 지속되고 있다. 여성에게 열악한 노동시장 구조가 유지되고 있으며, 여성의 경제활동도 제약적으로 이루어지고 있고, 은퇴 이후 경제적으로 독립된 소득 생활을 가능하게 할 수 있는 노후 소득보장 체계 역시 매우 취약한 상태이다.

박경숙과 김미선(2016)은 이러한 가족 변화, 경제 상황, 정책적 환경이라는 구조적인 문제로 인해 노인의 상대 빈곤율이 증가하였다고 보았다. 특히 여성들은 제약된 경제활동 때문에 충분한 연금을 받을 수 없어 소득원천이 부족하여 더 열악한 상황에 놓여 있다고 보았다. 가족 변화가 야기한 노인 빈곤 문제를 해결하기 위해서 노후의 독립된 생활을 보장할 수 있도록 정책이 마련되어야 할 것으로 보았다. 세대 및 젠더 간의 관계도 더 평등해져야 할 것으로 보았다. 이를 위해서 전 생애를 통해 보편적인 안전망이 가능할 수 있도록 노동에 접근하는 기회와 자유가 생애 단계에 따라 적절하게 보장되어야 한다고 보았다.

석재은(2004)은 이혼이 증가하고 결혼이 감소함에 따라 혼자 사는 여성, 즉 여성 노인의 빈곤 문제가 심화되고 있다고 보았다. 이혼한 여성과 혼자 사는 여성이 증가하고 있는 현실에서 노동시장이 유연해지고 고용형태가 다양화되어 불안정하고 비정규 근로 형태가 증가하였으며, 이러한 현상은 특히 여성들이 종사하고 있는 노동 환경에서 두드러지게 나타났다고 보았다. 우리나라가 기초로 하고 있는 사회보장모형은 완전 고용과 남성 생계 부양자 모형을 전제로 설계된 베버리지 사회보장모형으로, 여기서 여성은 경제활동을 하지 않는 전업주부이며 노령기에 남편의 노령연금 및 연금권으로부터 파생된 유족연금에 의존하여 생활하는 것을 암묵적으로 전제한다. 따라서 가족해체 혹은 비혼으로 인해 혼자 사는 여성은 불안정하고 취약한 경제활동 때문에 노후 소득에 공백이 발생한다. 이에 대응하기 위하여 여성의 연금 수급권 보장을 위한 전략을 마련할 필

요가 있다고 보았다. 유럽 선진국의 경우 국가 복지 성향, 노동시장에서의 여성의 지위, 가족 모형을 고려하여 1인 1연금 제도, 기초연금, 연금 크레디트, 분할 연금제도 등 각 국가의 상황에 맞는 제도를 선택하고 있다. 따라서 우리나라도 정치, 경제, 가족 모형에 맞게 여성의 연금 수급권 보장 전략을 마련할 필요가 있음을 강조하였다.

김혜영·이은주·윤홍식(2005)은 현대사회에 와서 사별보다는 이혼이나 독신 등 개인의 선택으로 인해 여성 가구주가 증가하고 있다고 보았다. 여성 가구주들은 독립 가구를 유지할 정도로 소득원 확보가 어려운 상황인데 여기에는 젠더 역할을 둘러싼 정치적 환경과 노동시장 환경 같은 경제적인 요인이 주된 원인으로 작용하고 있다고 보았다. 또 노동시장 유연화 전략에 따라 비공식적이고 불안정한 직업이 증가하였다. 노동시장에서 여성을 독립적인 생계 부양자로 인식하지 않고 있으며, 성차별적인 관행이 존속되고 있다. 가정 내에서는 여성을 여전히 돌봄 역할자로 간주하고 있다. 가족 내 돌봄 노동 때문에 여성이 노동시장에서 전출입을 반복하고 있어, 여성은 고소득 직종을 선택하는 데 제약이 있으며 승진에서 누락 되어 임금에서 차별을 경험하고 있다고 보았다. 하지만 한국의 복지제도는 노동시장에서의 기여도를 근간으로 하고 있으며, 여성들이 노동시장에서 받는 차별을 보상하거나 보완하지 못하고 있는 실정이다. 이러한 구조적인 문제에도 불구하고 한국 사회는 여성 빈곤의 원인을 여성 인적자본의 문제와 가구 특성 같은 개별적인 원인으로 치부하고 있다. 연구자들은 한국의 가족 구조, 노동시장, 사회정책의 특수성들이 결합되어 여성의 빈곤을 발생시켜 빈곤 인구에서 여성 비중이 높은 '빈곤의 여성화'를 초래하고 있다고 보았다. 여성 빈곤 문제를 해결하기 위해서는 여성이라는 성 범주로 인해 빈곤의 위험성이 증가하는 사회의 성 불평등적인 구조를 분석하고 양성평등 사회로의 전환을 모색하는 정책 대안 마련이 필요하다고 보았다.

2. 돌봄과 아동

류연규(2012)는 가족의 변화를 1인 가구의 증가 및 결혼의 안정성 약화 같은 가족 구조의 변화, 전통적인 가족 관계의 변화와 가족의 개인화 같은 가족 관계의 변화, 경제적 지지 기능, 양육 및 사회화 기능, 노약자 보호 기능 약화 같은 가족 기능의 변화로 보았다. 국가의 돌봄 사회화 정책은 노동시장에서 가족의 역할, 가족 기능에 대한 전제, 돌봄을 지원하는 국가의 서비스 공급체계에 따라 다르게 나타난다고 하였다. 돌봄의 사회화 정책을 추진함에 있어서 가족 구조의 변화가 어떤 양상으로 가족 기능의 변화와 특히 돌봄 기능의 악화를 초래하였는지 고려해야 한다고 하였다. 가족 변화에 따른 가족정책의 변화가 가족 변화에 따른 정책 수요를 잘 반영하고 있는지 살펴볼 필요가 있다고 강조하였다. 정책의 도입 또는 확대 자체는 정책 목표 달성을 담보하지 않으며 정책의 급여 내용과 공급 구조에 따라 다른 효과를 나타낼 수 있다고 하였다.

한경혜·이정화·진미정(2009)은 아동의 관점에서 볼 때 가족 변화는 아동을 보호하고 양육하던 가족의 영향력이 전통적인 방식과 달라지고 양육 방식이 다양해져서 아동에 대해 시장이나 국가 등 공적 영역이 개입할 여지가 커졌다는 것을 의미한다고 보았다. 소득 양극화로 인해 아동이 경험하는 계층 간 차이가 심화되었고 이는 빈곤의 대물림으로 작용하게 되었다. 가족 내 환경이 변화하여 가족 부양과 가사 분담에 대한 가족 내 권력 관계가 변화되어 전통적인 가족 역할에서 재편이 이루어지고 있는 것도 아동에게 영향을 준다고 보았다. 하지만 이러한 가족의 변화와 사회의 변화에 적극적으로 대응할 수 있는 수준으로 아동 정책이 확대되지 못했다고 하였다. 가족 변화에 따른 물리적인 환경 변화와 가족 내 권력관계 변화로 인한 구성원들 간의 관계 변화는 아동에게 압력으로 작용하고 있

어 아동을 대상으로 하는 정책 설계와 시행에서 가족의 변화를 반영하여 대응하는 접근 전략이 필요하다고 하였다.

김정욱과 최재성(2016)은 이혼의 증가에 따라 한부모 가정이 증가한 가족 변화에 주목하였다. 한부모 가정은 혼자서 경제적인 생계 부양자와 자녀를 돌봐야 하는 양육자로서의 이중 부담을 가지고 있다. 자녀를 홀로 양육해야 하는 부담 때문에 안정적이고 보수가 높은 일자리에 종사하기 어려워 소득 수준이 낮고, 반면에 생계 유지를 위하여 경제활동을 해야 한다. 그러나 경직적인 노동시장 구조 때문에 한부모 가족은 자녀 돌봄에 많은 시간을 할애할 수 없다고 보았다. 반면에 부자 가정의 아버지는 자녀 양육과 가사 노동에 익숙하지 않아 자녀를 적절하게 양육하는 데 어려움을 가지고 있다고 하였다. 한부모 가족의 자녀들은 건강상의 위험에 노출될 가능성이 크지만, 한부모의 양육 시간이 부족하여 보건의료서비스에 대한 접근성이 낮을 수밖에 없다. 따라서 한부모 가정에서 성장하는 아동에 대한 지원과 관심이 보건의료 분야까지 확대될 필요가 있다고 보았다. 한부모의 성별, 이혼이나 사별 등 결손 원인, 조손 가족 여부, 형제자매 수 등 특성을 고려한 맞춤형 지원 정책이 필요하다고 보았다.

이봉주와 김광혁(2007)도 한부모 가정의 자녀를 연구 대상으로 삼았다. 특히 한부모 가족이 가지고 있는 양육 부담과 경제활동에 대한 압력이 스트레스로 작용하여 아동 학대와 방임으로 이어질 가능성이 있다고 하였다. 한부모는 자녀 양육과 경제활동을 동시에 수행해야 하기 때문에 고소득 일자리를 갖기 어려워 빈곤, 저소득 그리고 잦은 실업 문제를 경험하고 있다. 특히 모자 가정의 경우 노동시장에서 열악한 여성의 지위가 경제적인 어려움과 함께 양육 부담의 이중고를 더욱 심화시킨다고 보았다. 한국의 아동 정책은 아동 학대와 방임이 발생한 이후에 아동을 보호하는 사후적인 보호 체계로서 가족 구조 변화와 빈곤에 따라 발생할 수

있는 위험에 선제적으로 대응하는 데 한계가 있다고 보았다. 한부모 가족 형태와 빈곤은 상호 복합적으로 작용하여 한부모 가족의 자녀들이 신체 학대와 방임에 노출될 위험이 커지기 때문에 아동 학대와 방임을 유발하는 근본적인 사회 문제인 빈곤과 함께 가족 해체 현상에 대한 적극적인 대책이 필요하다고 보았다.

3. 건강과 지역

김진구(2011)는 독거노인 세대, 노인부부 세대와 같은 노인 독립 세대가 증가하고, 부부 간의 권력관계가 변화하며 잦은 거주지 이동이 발생하는 것이 노인들의 사회적 관계망에 영향을 주는데, 이러한 사회적 관계망이 노인 건강에 매우 중요한 기능을 한다고 보았다. 양육과 결혼 같은 가족 관계는 사회적 결속을 제공하기 때문에 결혼의 지속 및 배우자와의 동거 여부가 노인의 건강 행위를 규정하는 가장 핵심적인 변수이다. 가족이 변화하고 이를 둘러싼 사회환경도 변화하여 양육과 결혼이 주는 사회적 결속이 약화되고 있는 것이 노인 건강 행위에 대한 통제감 약화로 이어져 노인 건강 행위에 부정적인 영향을 줄 수 있다고 보았다. 따라서 독거노인이나 비동거 노인의 건강을 위해서 배우자와의 관계를 대체할 수 있는 관계를 사회적으로 조성해 줄 필요가 있으며, 이를 위해 노인복지 기관의 다양한 집단 활동이나 프로그램을 통해 배우자를 대체할 수 있는 교우 관계를 맺을 수 있는 환경을 조성해 주는 것이 필요하다고 보았다.

유정균(2008)은 가출, 이혼, 가족해체 같은 가족 구조의 변화, 가족 결속력 약화 같은 가족 관계의 변화, 자녀 양육, 노인 부양, 정서적 지원 같은 가족 기능 변화에 주목하였다. IMF 이후 경제 위기 및 불안정한 사회구조, 대량 실업, 노동시장 불안정 같은 경제적 상황이 가족의 삶과 안녕

에 부정적인 영향을 주고 있다고 보았다. 가족 변화와 사회경제적 환경 변화에도 불구하고 가족 역할 축소에 대응하고 가족 기능을 대신할 수 있는 정부 지원이 부재하다고 보았다. 경제사회적 변화에 따라 특히 노인의 경제력이 상실되고 노인의 사회적 고립이 강화되었으며, 가족 관계 변화로 인해 정서적인 지원이 약화되어 노인 자살 증가로 이어졌다고 보았다. 노인 자살률은 전반적으로 여성 노인보다 남성 노인에게서 더 높게 나타나는데, 이는 남성 노인이 여성 노인보다 배우자 부재를 더 많이 느끼고 가족의 지원을 더 필요로 하기 때문이다. 대도시 지역보다 농촌 지역에서 노인 자살률이 더 높게 나타나는 것은 노인 부양과 경제적인 문제가 도시보다 농촌이 더 심각하기 때문이라고 보았다.

박경숙(2000)은 농촌 지역과 도시 지역 모두 가족의 변화를 경험하고 있는데 농촌 지역은 도시로의 인구 유출이 지배적으로 이루어져서 노부모 세대가 단독으로 거주하는 비율이 높게 나타나고 있는 반면에, 도시 지역은 핵가족 중심의 주택 구조와 고가의 주택 비용으로 확대 가족을 이룰 수 있는 기회가 제약되어 있으며 개별성과 사생활을 중시하는 도시적인 생활 패턴으로 세대 간 동거가 약화되었다고 보았다. 박경숙(2000)은 경제적인 환경 변화에 따라 조기 퇴직, 노동시장에서의 연령 차별이 이루어지고 있어 노년의 취업은 주변적인 것이 되었으며, 세대 간 관계가 변화하여 자녀와의 동거는 자녀들로부터 경제적인 지원을 도모하는 수단으로서 선호하게 되었다고 보았다. 또한 노후 생활을 위한 복지 환경이 지역사회에 정착되지 못해 노인들의 지역 참여가 제한적으로 이루어지고 있으며, 가족과 지역사회에 동시에 연계되어 있는 노인이 가장 강한 삶의 만족도를 보이고 있지만, 급속한 사회변동 과정에서 노인의 가족과 지역사회와의 연계는 크게 손상되고 있다고 보았다. 물리적인 측면에서 도시 노인이 농촌 노인보다 가족과 지역사회와의 연계가 높지만 삶의 만족도는 더 낮다고 보았다.

제5절 소결

우리나라의 가족은 한국 사회가 경험하고 있는 급속한 인구변동과 경제 및 정치적 환경과 결부되어 새로운 모습으로 전개되고 있다. 한국 사회의 급속한 인구 변화에 따라 발생하고 있는 이슈들은 가족의 변화로 인해 더욱 심화된 측면이 있다. 이는 사회경제학적 환경 변화로 인해 개인들의 건강과 소득이 악화되는 상황하에서 가족의 전통적인 역할로 간주되어 왔던 가족 부양과 가족 돌봄이 약화되고 있기 때문이다. 따라서 인구구조 변화에 대응하는 보건복지 정책을 추진할 때 가족의 변화에 대한 고려가 필수적으로 이루어질 필요가 있다. 이승미 외(2012)는 사회정책이 가족의 관점에서 가족에게 어떤 영향을 주는가 파악하여 상호적으로 주고받는 체계가 될 필요가 있다고 보았다. 이현아 외(2013)는 100세 사회가 단순히 노인인구가 증가함에 따라 그에 대한 대책을 마련해야 한다는 수준의 대응이 아니라, 전반적인 인구구조 변화에 따라 기존의 사회제도, 규범, 통합을 새롭게 마련해야 하는 큰 도전이 되어야 함을 강조하였다.

보건복지 정책을 추진함에 있어 주목해야 하는 가족의 변화는 노인 가구 및 1인 가구의 증가 같은 가구 유형의 변화, 한부모 등 다양한 가족 유형의 등장, 여성의 경제활동 참여 증가에 따른 가족 역할의 변화, 돌봄 같은 가족 기능의 변화, 세대 간 그리고 성별 가족 관계의 변화라고 볼 수 있을 것이다. 가족의 변화가 인구구조 변화에 따른 보건복지 정책을 추진하는 데 주는 함의점을 다음과 같이 정리하면서 본 장을 마무리하고자 한다.

첫째, 노인 가구와 독거노인이 증가함에 따라 이들의 건강을 보살필 수 있는 정책적인 노력이 요청된다. 노인 가구와 독거노인들은 가구원으로

부터 도움이나 정서적 지지를 받지 못해 신체적으로 그리고 정신적으로 건강하지 못한 생활을 누릴 위험이 크다. 가족으로부터 적절한 돌봄과 지지를 더 기대할 수 없는 노인들을 대상으로 충분한 돌봄, 요양 및 의료서비스가 제공될 수 있도록 정책적인 대응 방안을 강화해야 할 것이다. 특히 혼자 사는 노인들에게 건강상의 위급 상황이 발생했을 경우 즉각적인 도움을 받을 수 있는 체계 마련이 필요할 것이다. 독거노인 가구들은 이동을 위해 가구원으로부터 도움을 받기 어렵기 때문에 필요한 서비스와 지원을 주거지로부터 가까운 곳에서 받을 수 있도록 해야 할 필요가 있을 것이다. 농촌 지역에서 거주하는 독거노인은 특히 가족으로부터 지원을 받기가 어려울 뿐만 아니라 양질의 보건의료서비스에 대한 접근성도 열악하기 때문에 이들에 대한 세심한 배려가 강구될 필요가 있을 것이다. 건강상의 위험뿐만 아니라 노인 가구들은 빈곤에 빠질 수 있는 위험도 크다. 한국의 공적연금제도가 아직은 발달하지 못한 상황에서 노인 가구의 빈곤 위험은 더욱 현저할 것으로 본다. 따라서 노인 가구에 대한 노후소득보장 정책이 더 강화될 필요가 있다. 소득보장 정책 및 연금 정책의 개선을 통해 노후의 빈곤 위험을 최소화하고 노후에 경제적으로 안정적인 생활 유지가 가능하도록 지원 체계 마련이 필요하다.

둘째, 가족 규모의 축소와 기능 변화는 아동 돌봄, 그리고 더 나아가 아동 복지를 증진시키기 위한 정책이 더 강화될 필요성이 있음을 강조한다. 사회경제적 환경 변화로 인해 자녀가 있는 여성이 노동시장에 참여하여 근로하는 경우가 과거보다 많아졌다. 따라서 여성들이 직장과 가정 생활을 조화롭게 하는 것을 가능하게 할 뿐만 아니라 아동의 건강한 발달을 위해 충분한 돌봄 서비스를 제공하는 것이 요청되고 있다. 가족의 변화와 이에 동반된 사회경제적 변화에 따라 부모들이 갖는 양육 스트레스가 커지고 있어 아동 학대와 아동 방임이 증가할 가능성도 크다. 이에 대응하여

아동복지 정책이 가족 변화에 적절하게 대응할 수 있도록 정책적인 내용의 보강과 강화가 필요할 것이다.

셋째, 다양한 가족의 등장 및 가족의 해체로 인해 발생하게 된 다양한 가족에 대한 정책이 확대될 필요가 있다. 한부모 가족의 아동은 부모가 모두 있는 아동과 비교하여 부모로부터 양육과 건강에 대한 지원을 적절하게 제공받기 어렵다. 따라서 아동복지 정책을 통하여 한부모 아동에 대한 적절한 양육과 건강에 대한 서비스가 지원되도록 할 필요가 있다. 가족의 불화와 이혼을 경험한 성인들은 심리적으로나 신체적으로 취약한 환경에 놓여 있을 가능성이 있고 이것이 개인 생활뿐만 아니라 자녀 양육에도 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 따라서 다양한 가족의 부모가 적절한 양육을 제공할 수 있도록 사회서비스 차원에서 세심한 지원이 이루어질 필요가 있을 것이다.

넷째, 노동시장에서의 차별과 돌봄 노동으로 인해 충분한 노후 소득을 확보하기 어려운 여성들을 위한 노후소득보장 방안이 마련될 필요가 있다. 이는 특히 비혼 여성과 이혼 가구가 증가하고 있는 현실에서 더욱 절실하다. 여성의 빈곤 문제는 경제적인 환경뿐만 아니라 한국 사회의 젠더 체계와 노동시장 여건과 구조적으로 결부되어 있다. 연금 정책은 노동시장에 참여하는 대신에 가정에서 자녀와 가족을 돌보는 돌봄 노동에 기여한 부분에 대한 특별한 고려가 필요하다. 현재 연금 정책에서 마련된 출산 크레디트 제도 이외에 자녀 양육에 여성들이 기여한 부분을 연금 정책에서 보다 합당하게 고려할 수 있는 방안이 마련될 필요가 있다.

다섯째, 글로벌 경제 위기에 따라 청년들의 자립이 점차 어려워지고 있다. 청년은 사회적 취약계층으로 간주되지 않아 기존의 사회보장정책의 대상에 포함되지 않았다. 하지만 신사회적 위험이 대두된 이후 다시 등장하게 된 사회경제적 변화 그리고 급격하게 변화하고 있는 인구구조 변화

에 직면하여 청년들을 사회정책의 새로운 대상으로 삼을 필요가 있을 것이다. 과거보다 취약해진 노동시장 환경과 주거 비용 문제로 인하여 자녀가 청년으로 성장한 이후에도 가족으로부터 독립하기 어려운 상황이다. 이에 반해 인구구조 변화에 따라 청년들이 미래에 짊어지게 될 부양비 부담도 상당할 것으로 예상된다. 이러한 현실하에서 청년 자립과 역량 강화를 위한 다양한 노력이 노동 정책에서뿐만 아니라 사회서비스 정책을 통해서도 강구될 필요가 있을 것이다.

마지막으로 가족 관계 변화에 따라 중장년층도 새로운 위험 집단으로 등장하고 있다. 베이비부머로 대변될 수 있는 현세대의 중장년층은 조기 은퇴, 노인 부모 부양, 자녀 양육과 교육에 대한 삼중고를 안고 있다. 노후에 대한 준비가 마련되어 있지 않은 베이비부머가 지속적으로 경제 활동을 영위할 수 있도록 노동시장의 여건을 개선함과 동시에 중장년층의 역량을 강화할 수 있도록 사회서비스 차원에서 노력이 강화될 필요가 있다. 또한 황혼 이혼 등 가족 관계의 변화가 주는 심리적 지지의 약화는 중장년층의 정신적 및 신체적 건강 행위를 저해하는 요인으로 작용할 수 있어 이에 대해 사회서비스 차원에서 다양한 지원 방안을 강구할 필요가 있을 것이다.

제6장 인구구조 변화와 지역

제1절 도입

본 장의 목적은 인구구조 변화와 보건복지 관계에 대한 지역 측면에서의 의미에 대해서 논의하고, 이를 바탕으로 관련 정책적 의제를 도출하는 것이다. 특히, 보건복지 정책 대응에 있어서 지역 인구 변화를 관측하는 것이 어떠한 의미를 담고 있는지 살펴보기로 한다. 다양한 지역 인구 변화 양상에 효과적으로 대응하는 방향으로 보건복지 정책을 추진하는 것은 바로 우리 사회가 당면하고 있는 현안에 대한 필수적 대응이다.

현재의 전 국가적 인구 변화는 보건복지 대응 체계에 대한 도전적 요인으로 작용하고 있다. 지역 인구 변화는 전 국가적 인구 변화의 양상보다 더욱 다양한 특징을 띠고 있다. 특히 지역 인구 변화의 다양성, 이에 따른 지역 격차 양상은 지역 보건복지 정책 추진에 대한 영향 요인으로 작용할 가능성이 크다는 데 주목할 필요가 있다. 특히 현재 그리고 향후 전개될 지역 인구 변화는 지역 간 인구 특성을 포함한 사회경제적 여건 격차를 심화시킬 것으로 예상되고 있다. 이러한 특성은 지역 인구 변화가 전 국가적 인구 변화와 유사하게 보건복지 대응 체계에 도전적 요인으로 작용할 개연성을 시사하고 있다.

지역 인구 변화는 해당 지역의 사회적 불평등, 더 나아가서 공간적 불평등으로 연결될 가능성이 있다. 지역 간 사회적 불평등의 차이가 어떠한 특성을 띠는지, 특정 지역이 마주한 사회적 불평등의 수준이 다른 지역과 어떻게 다르게 나타나는지와 함께 이러한 사회적 불평등의 지역 간 차이가 지역 인구 규모와 인구구조 변화 특성과 어떻게 맞물려 있는지 살펴보

는 것이 중요하다.

지금까지의 논의는 향후 더욱 급격하게 전개될 인구구조 변화에 좀 더 효과적으로 대응하기 위하여, 즉 보건복지 정책의 실효성 제고를 위하여 지역 인구 변화의 주요 특성, 특히 인구 변화의 지역 양극화 양상을 심도 있게 고려해야 할 필요성을 시사하고 있다. 보건복지 정책 대응에 대한 지역 인구 변화 측면의 현안은 지역 인구 변화의 주요 특성이 띠는 지역 인구 규모, 인구구조의 양극화로 압축된다. 이러한 양극화 특성은 보건복지 정책 대응과 관련하여, 지역 측면의 수요 및 공급 여건(정책 추진 여건)을 살펴볼 수 있는 중요한 요인으로 이해되고 있다.

또한 인구구조 변화에 대응하는 보건복지 정책의 효과성을 제고하기 위하여 지역 인구 변화 특성을 심도 있게 관측하고, 정책 추진 여건 및 정책 효과에 대한 체계적인 평가가 이루어질 필요가 있다. 이는 다양한 지역 인구 변화 양상에 효과적으로 대응하는 방향으로의 보건복지 정책의 추진을 가능하게 하는 요인으로 작용하기 때문이다.

이에 본 장에서는 특히 보건복지 정책 추진에 있어 주목하여야 할 필요성이 있는 지역 인구 변화의 주요 특성과 이에 따른 쟁점들을 살펴보고, 정책 과제와 추진 방향에 대해서 논의하고자 한다.

제2절 선행 연구 고찰

보건 및 복지 이슈에 대한 지역 측면의 사례는 양적으로 축적되어 있다(Albuquerque, Viana, Lima, Ferreira, Fusaro, & Iozzi, 2017; Camenzind, 2012; Eibich & Ziebarth, 2014; Gallego, Barbieri, & Gonzalez, 2017; Göpffarth, Kopetsch, & Schmitz, 2016; Jeffery,

Pamphilis, Rowe, & Turner, 2014; Lavergne et al., 2016; López-Casasnovas & Saez, 2007; Trydegård & Thorslund, 2001; Zhang, Baik, Fendrick, & Baicker, 2012; Zon, Pavlova, & Groot, 2020). 이러한 경향은 보건복지의 주된 이슈가 지역 문제로부터 촉발되며, 특히 보건복지와 직, 간접적으로 연관되어 있는 요인의 지역 간 격차가 야기하는 비효율성에 대한 정책 대응의 필요성을 인식하고 있는 데 기인하고 있다 할 것이다. 구체적으로, 이들 관련 사례는 지역 간 인구 동태를 비롯한 제반 사회경제적 여건의 차이로부터 유발되는 보건복지 공급과 수요 관련 문제로서 요약할 수 있으며, 특히 이들 사례에서 공통적으로 주목하고 있는 쟁점은 지역 간 보건복지 수급 여건(특히 공급)의 격차 내지는 불균형과 직, 간접적으로 연관된 이슈라고 할 수 있다. 보건복지가 인간의 삶의 영위를 위하여 요구되는 필수적인 요인을 두루 포괄하는 영역임을 상기할 때, 지역 간 보건복지 여건의 불균형 문제는 지역 내 거주민들의 삶의 여건과 밀접하게 연관되어 있다는 점에서 상당히 중요하게 다루어져야 할 정책 현안으로 이해되고 있다. 이에, 본 절에서는 지역 측면에서 접근한 보건복지 이슈 관련 사례들을 살펴보고, 이들 사례를 바탕으로 정책적 시사점을 도출해 보고자 한다. 관련 사례는 보건 영역과 사회복지 영역으로 각각 구분하여 살펴보기로 한다.

1. 보건 영역

먼저, 보건 영역의 관련 사례로서, 지역별 의료비 지출(health care expenditure)의 차이에 대한 논의가 두루 보고된 바 있다(Cantarero, 2005; López-Casasnovas & Saez, 2007; Man, Jiang, Zhao, Zhou, & Cheng, 2013; Rahman, 2008; Reich, Weins, Schusterschitz, &

Thöni, 2012; Zhang, Baik, Fendrick, & Baicker, 2012). 대체로, 이들 사례는 지역별 의료비 지출이 연방주의(federalism)나 재정 분권화(fiscal decentralization) 같은 국가의 정치 체계와 무관하지 않음을 언급하고 있지만, 무엇보다도 지역 간 의료비 지출의 차이가 지역 특성과 밀접하게 연관되어 있음에 주목하고 있다. 더 구체적인 관련 사례로, Reich et al.(2012)은 필요 이상으로 의료비를 지출하는 양상이 의료비 지출의 체계적인 관리체계 부재에 기인하고 있음에 주목하여, 지역별 의료비 격차를 완화시키기 위한 대안으로 관리의료 체계가 구축될 필요성이 있음을 제안하였다. 또한, 지역별 의료비 지출이 전문의, 조제의의 분포 같은 의료자원의 지역별 차이뿐만 아니라 1인당 소득, 의료 기술 진보 같은 인구사회경제학적 특성과도 밀접하게 연관되어 있음을 언급하고 있다. 지역별 의료비 지출의 차이에 주목하는 가장 본질적인 근거는 지역 간 의료자원 및 사회경제적 불균형 분포와 이에 따른 의료서비스 수급의 문제일 것이다. 이러한 맥락에서, Fang et al.(2010)은 중국의 지역 간 건강불평등(health inquality)과 이에 대한 영향 요인을 실증하고 있는바, 지역 간 건강불평등이 급격한 지역 경제성장에 기인하고 있음을 보고하였으며, Mangano(2010)는 이탈리아의 의료 공급이 지역 간(특히 남북 간) 사회경제적 불균형 특성과 밀접하게 연관되어 있음을 제시하고 있다. 또 다른 관련 사례로서, Minahan, Valdivieso, Johnson, & Baker(2017)는 65세 이상 미국 노인의 지역 간 정신적, 육체적 건강은 지역 내 사회경제적 요인에 대한 불평등 접근에 기인하고 있음을 언급하고 있다. 이들의 논의는 인구 고령화와 맞물려, 지역 내 사회경제적 요인의 불평등은 지역 내 이용할 수 없는 자원의 차이에 기인하며, 궁극적으로 이는 지역 간 사회경제적 특성의 불평등과 밀접하게 연관되어 있음을 시사하고 있다는 점에서 의미가 있다. Li, Shi, Liang, Ding, & Xu(2018)는 중국의 도시-농촌 간

건강불평등의 양상은 의료체계 개혁에 의하여 다소 완화되었지만, 지역 간 의료자원 분포의 불균등 양상을 해소하기 위하여, 인구 고령화에 따른 의료비 지출 증가 문제가 선결되어야 한다고 주장하였다.

추가로, 앞에서 살펴본 사례인 Fang et al.(2010)은 이러한 지역 간 건강불평등 양상을 반영하는 기존 집계자료인 기대수명을 보완하는 대안적 지표로서 "모자 건강", "전염병"을 제시하고 있다는 점에서 의미가 있다. 즉, 이 연구는 다양하게 활용할 수 있는 집계자료가 해당 지역의 건강불평등 수준을 명확하게 반영하고 있는지에 대한 심도 있는 검토의 필요성을 시사하고 있는 것으로 보인다. 구체적으로 이들 연구는 지역 간 건강불평등을 좀 더 정교하게 측정하여, 향후 관련 정책의 효과성 평가에 대한 실효성을 높였다는 측면에서 중요한 시사점을 제시하고 있다. 또한 이들은 지역 간 건강불평등을 완화시키기 위한 대안으로 1차 의료 체계(primary health care system)의 중요성을 언급하고 있는바, 지역사회 중심의 의료자원 응집을 통한 효과적인 질병대응체계 구축이 지역 간 건강불평등을 해소하는 방향으로 중요한 역할을 수행할 것임을 시사하고 있다는 점에서도 의미가 있다.

이상의 지역 측면의 보건 영역 관련 사례는 요컨대 지역 간 의료자원을 포함한, 인구사회경제적 특성의 불균형 분포 및 이에 따른 의료비 지출 차이, 또한 지역 간 건강불평등과 관련된 이슈에 주목하고 있다고 할 수 있다. 이들 사례에서의 주된 논의는 향후 더욱 급속하게 전개될 것으로 예상되는 지역 인구구조 변화와 맞물려 보건의료 자원과 서비스 공급의 지역 불균형 측면에서 정책 대응의 필요성을 시사하고 있다.

2. 사회복지 영역

한편, 사회복지 이슈와 관련된 지역 측면의 사례는 지역사회사업(community social work)이 활성화되기 위한 정책 방향 및 전략에 더 주목하는 경향을 띠고 있다. 이러한 경향은 우리나라에서 현재 수행 중인 지역사회 통합 돌봄 사업에서의 논의와 그 궤를 같이하는 것으로서, 인구 초고령화 심화와 같은 급격한 인구구조 변화에 대하여 지역사회 역량을 집중시키고, 최근 시대적 변화 정합성을 고려한 효과적인 정책 수단 활용으로 요약할 수 있다. 특히, 4차 산업혁명에 따른 IT 인프라의 발달은 지역사회사업의 활성화를 도모하는 데 있어 유용하게 활용될 수 있는바, 소셜 네트워크를 바탕으로 하여 효과적인 지역사회 내 사회사업 추진에 대해 제시하는 Rodríguez and Ferreira(2018)의 논의는 이를 직접적으로 지지하고 있다.

지역사회복지 이슈와 관련되어 최근 주목받고 있는 또 다른 이슈는 생태사회적(eco-social work) 측면에서의 지역사회사업 추진에 대한 것이다(Bailey, Hendrick, & Palmer, 2018; Case, 2017; Rambaree, Powers, & Smith, 2019). Rambaree, Powers, & Smith(2019)에 따르면, 생태사회적 지역사회사업은 생태계의 모든 생명이 서로 유기적으로 연결되어 있음에 주목하고, 지속가능한 자원의 활용을 지향하는 반면, 물질만능주의와 인간중심주의를 지양하는 성격을 띠고 있다. UN-SDGs의 논의에서 확인할 수 있는 바와 같이, 인간을 비롯한 전지구적 환경의 공존, 공영을 추구하는 지속가능한 개발 목표와 유사하게, 일회적이지 않고 지속적인 지역사회복지 정책을 추구하기 위한 흐름으로 이해되고 있다.

사회복지사업의 지역 격차는 앞에서 살펴본 보건 영역에서의 논의와 유사하게 사회복지 영역에서도 관련된 주된 이슈 중 하나로 이해되고 있다. 관련 사례로, Trydegård and Thorslund(2001)는 스웨덴의 노인 요양 서비스와 관련된 지역 간 편차가 노인 돌봄의 평등 원칙 실현을 저

해하는 요인으로 작용하고 있음을 제시하고 있다. 또한 국내 사례로서 함영진 외(2018)는 사회복지서비스의 전달체계에 대한 지역 간 여건의 격차를 중심으로, 사회서비스를 더 효과적으로 제공하기 위한 지자체 간 연계 및 협력, 모니터링 등의 필요성을 제시하고 있다.

제3절 지역 인구 변화의 주요 특성

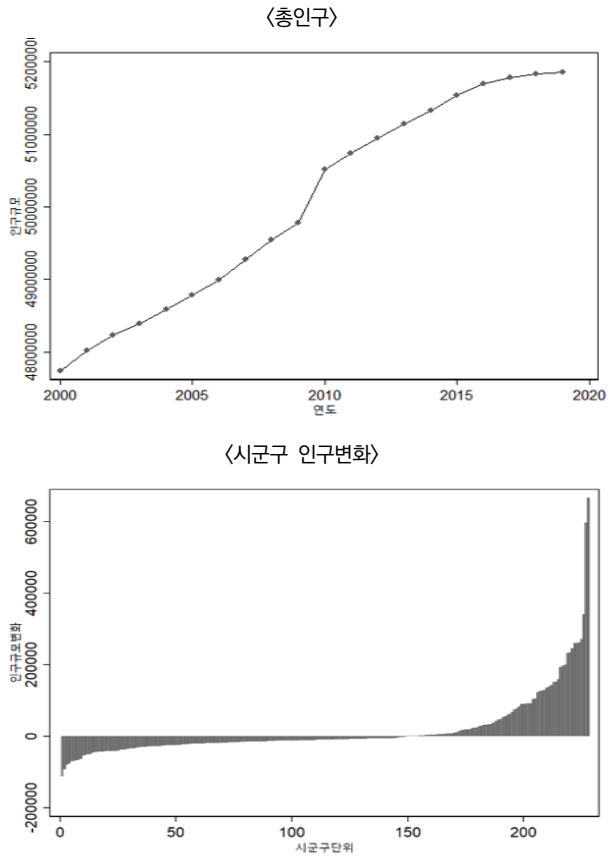
본 절에서는 지역 인구 변화의 주요 특성에 대해서 살펴보고자 한다. 앞에서 인구구조 변화에 대한 정의에서 지역과 관련한 인구변동 지표로(〈표 2-1〉 참조) "광역/기초 지자체별 인구구성비", "지자체 인구 규모별 분포", "지역별 인구의 과밀화/과소화", "수도권 인구 비대화"를 제시하였다. 본 절에서는 이러한 지표가 내포하고 있는 개념을 고려하여 지역 인구 변화의 격차 및 양극화를 중심으로, 보건복지 영역의 이슈에 영향을 미칠 개연성이 높은 지역 인구 변화의 특성에 대해서 살펴보기로 한다.

지역 인구 변화에 대한 특성은, 전 국가적 인구 규모 증가와 무관하게 지역 인구 규모는 증가, 감소 양상이 다양하게 나타나고 있다는 것으로 요약할 수 있다. 단적으로, 2000~2019년 관측 기간에 우리나라 총인구는 약 400만 명 증가한 반면, 지역 인구는 크게 증가, 감소한 지역이 다양하게 나타나고 있다.

구체적으로, 시군구 단위의 지역 인구 규모 변화를 살펴보면, 증가한 지역보다는 감소한 지역이 더 많으며, 증가한 지역의 증가폭이 감소한 지역의 감소폭에 비하여 큰 것으로 나타나고 있다. 특히 향후 예상되는 총인구 규모 감소에 따라 감소하는 지역의 감소폭이 증가하고, 인구 규모 감소지역이 더 증가할 것으로 예상되고 있다.

〔그림 6-1〕 총인구와 시군구 단위 인구 변화(2000~2019년)

(단위: 명)



주: 장인수, 우해봉, 박종서, 정찬우(2021)에서 일부 재인용함.
자료: 통계청(2021a). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021. 4.25. 인출한 자료를 바탕으로 저자 작성.

앞에서 언급한 바와 같이, 전 국가적 인구 규모 증가와 무관하게 지역 인구 규모는 증가, 감소 양상이 다양하게 나타나고 있는바, 구체적으로

2010~2020년 관측 기간에 전국 228개 시군구 중 150개 지자체에서 인구가 감소했다. 다음 그림에서 확인할 수 있는 바와 같이, 인구감소지역은 강원 일부, 영호남 지역을 아우르는 권역을 중심으로 분포하고 있다. 또한 동일 기간 내 지역 인구 규모 증감 현황을 살펴보면, 서울 근교의 수도권 지역, 부산 인근 지역은 상대적으로 인구 규모가 크게 증가한 반면, 경북 내륙 및 해안 일부, 호남 해안 일부 지역은 인구 규모가 크게 감소한 것으로 나타나고 있다. 이러한 특성은 관측기간 내 인구 규모 변화가 지역(권역) 간 인구 규모의 양극화를 더욱 심화시키는 요인으로 작용하고 있음을 보여준다. 특히 이러한 지역 인구의 양극화 양상은 보건복지 수요와 공급 측면에서도 지역 불균형 양상이 심화될 개연성을 시사하고 있다는 점에서도 의미가 있다.

[그림 6-2] 시군구 단위 지역 인구 증감 현황(2010~2019년)

(단위: 명)



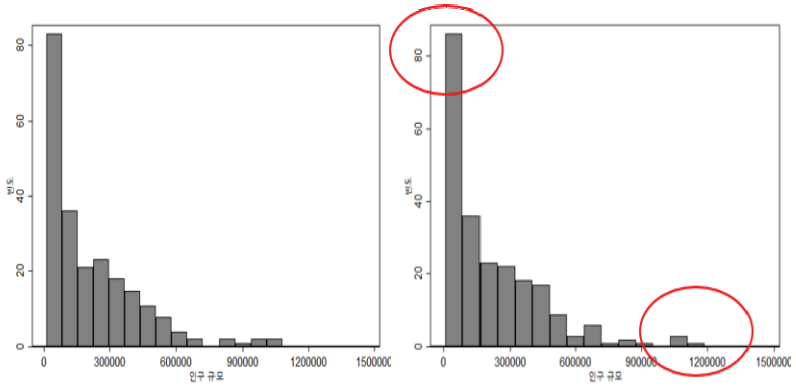
자료: 통계청(2021a). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021.4.25. 인출한 자료를 바탕으로 저자 작성.

지역 인구 규모의 양극화 개연성은 다음의 그림을 통해서 한층 명확하게 확인할 수 있다. 즉, 하기 그림은 2010년과 2019년 각각의 시군구 단위 인구 규모를 히스토그램으로 표현한 것이다. 연도별 인구 규모의 히스토그램의 모양은 전반적으로 큰 차이가 나타나지는 않지만, 2010년에 비하여 2019년 양극단 지역 인구 수, 인구 규모가 다소 증가하였음을 확인할 수 있다. 이는 지역 간 인구 규모 양극화 특성이 심화되었음을 직접적으로 지지하고 있다고 할 수 있다.

[그림 6-3] 시군구 단위 지역 인구 규모의 분포

(단위: 개)

〈인구 규모 분포(좌: 2010년, 우: 2019년)



자료: 통계청(2021a). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021. 4.25. 인출한 자료를 바탕으로 저자 작성.

지역 인구 규모의 공간적 군집 경향이 지속 유지되고 있는 특성 역시 지역 인구 변화가 띠는 주요 특성으로 이해되고 있다. 이 역시도 지역 인구 변화의 양극화 양상과 밀접하게 연관되어 있기 때문이다.

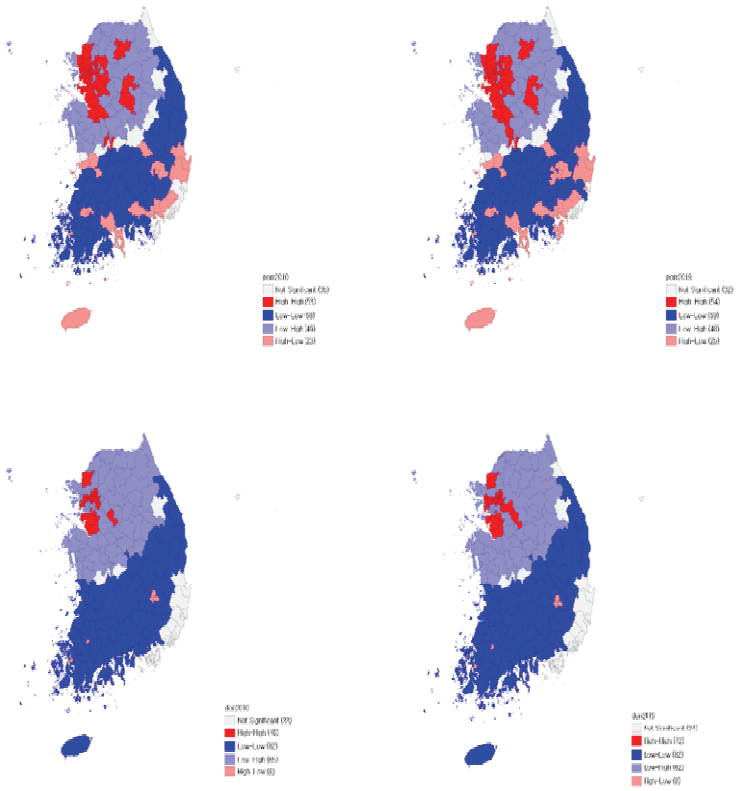
공간적 군집의 특성과 관련하여 좀 더 자세하게 살펴보면, 다음의 그림에서 확인할 수 있는 것과 같이 인구 규모가 큰 군집 지역(붉은색 지역) 내 시군구는 2010년 53개에서 2019년 54개로 증가하였으며, 인구 규모가 작은 군집 지역(파란색 지역) 내 시군구 역시 2010년 58개에서 2019년 59개로 증가하였다. 즉, 인구 규모가 큰 군집과 작은 군집의 영역이 점차 확대되고 있는 것으로 해석할 수 있다.

아래의 그림에서 확인할 수 있는 것과 같이, 인구밀도의 경우 더욱 이러한 공간적 군집 경향이 큰 것으로 나타나고 있는바, 특히 인구밀도가 낮은 지역은 군집 지역의 범위가 매우 크며, 그 양상 역시 두드러지는 경향을 쉽게 확인할 수 있다. 또한 낮은 군집 지역에 포함되는 시군구 지역의 수도 증가하였다.

인구 규모와 인구밀도의 군집은 수도권과 비수도권 간 권역 구분과 유사한 특징을 띠고 있다는 점에서, 수도권의 인구 집중, 비수도권의 인구 공동화 양상을 지지하는 특성으로 이해되고 있다. 이에 본 연구의 도입에서 살펴본 수도권과 비수도권 간 인구 변화 특성에 대해서 살펴보기로 한다.

〔그림 6-4〕 시군구 단위 지역 인구 규모의 공간적 군집

〈인구 규모의 공간적 군집(좌: 2010년, 우: 2019년)



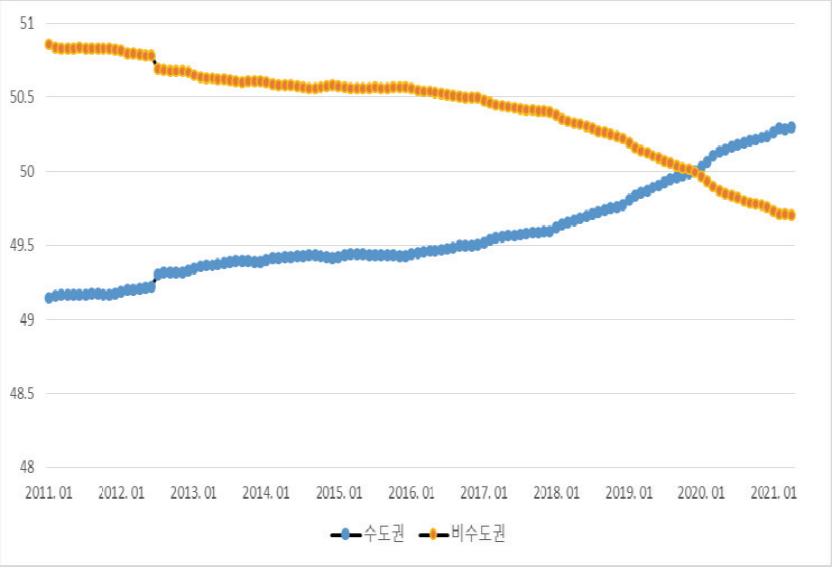
주: 위쪽은 인구 규모, 아래쪽은 인구밀도를 각각 의미함. 붉은색 지역은 특정 지역과 인접 지역의 관측변수가 모두 높은 군집 지역을, 파란색 지역은 특정 지역과 인접 지역의 관측변수가 모두 낮은 군집 지역을 각각 의미함.

자료: 통계청(2021a). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021. 4.25. 인출한 자료를 바탕으로 저자 작성.

수도권의 인구 집중은 최근 더욱 심화되고 있는 특성이 나타나고 있다. 하기 그림에서 확인할 수 있는 바와 같이, 2019년 12월 수도권 인구가 비수도권 인구보다 많아진 이후, 수도권의 인구 규모는 지속 증가하는 반면, 비수도권 인구 규모는 지속 감소하여, 결과적으로 두 권역 간 인구 규모의 격차가 지속 커지고 있는 양상이 이를 직접적으로 지지하고 있다. 또한 장인수 외(2020)에서 확인할 수 있는 것과 같이 시도 간 인구 전입/전출 양상과 관련된 수도권과 비수도권 간 대칭적 양상 역시 최근의 권역 간 인구 규모 변화 추세와 무관하지 않다 할 것이다.

[그림 6-5] 수도권과 비수도권의 인구 규모 변화 추세

(단위: %)



자료: 통계청(2021a). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021. 4.25. 인출한 자료를 바탕으로 저자 작성.

[그림 6-6] 시도 간 인구 전입/전출 양상: 수도권-비수도권(1970~2019년)

(단위: 명)



자료: 통계청(2020c). 시군구별 이동자 수[데이터파일]. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B26001_A01에서 2020. 4. 5. 인출한 자료를 활용하여 저자 작성; 장인수 외(2020)에서 재인용.

[그림 6-7] 시도 간 인구 전출 양상: 수도권-비수도권(1970~2019년)

(단위: 명)



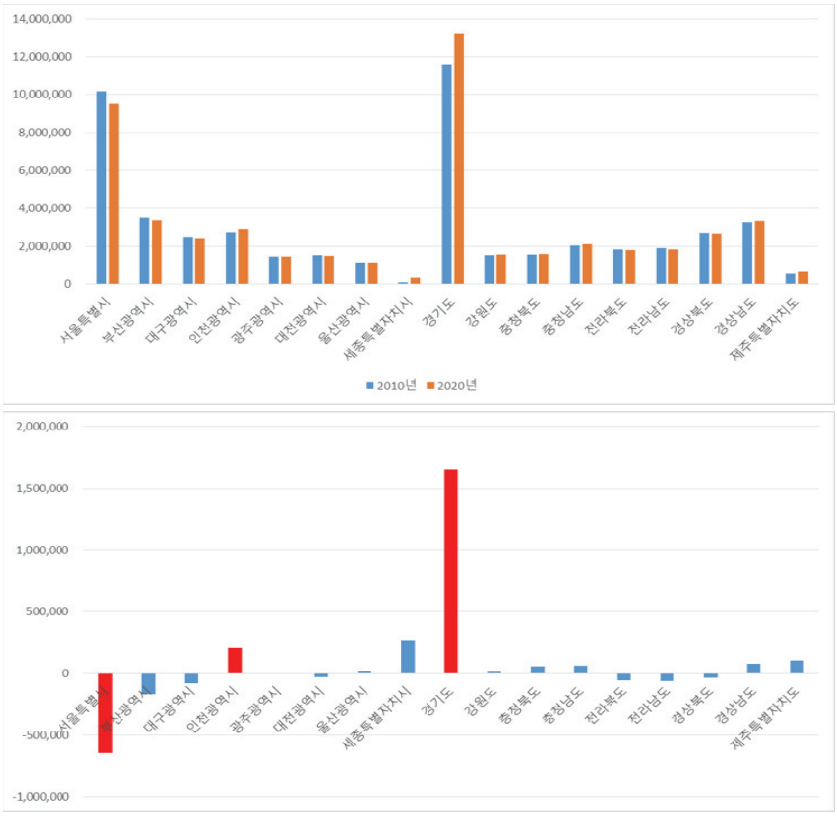
자료: 통계청(2020c). 시군구별 이동자 수[데이터파일]. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B26001_A01에서 2020. 4. 5. 인출한 자료를 활용하여 저자 작성; 장인수 외(2020)에서 재인용.

이렇듯 지속적으로 진행되고 있는 수도권의 인구 규모 증가에는 경기도의 인구 규모 증가가 가장 크게 기여하고 있다. 다음 그림과 같이 시도

별 2010년, 2020년 인구 규모 변화를 살펴보면, 경기도의 증가폭이 가장 큰 것으로 나타나고 있다. 수도권 내 서울 인구 규모가 지속 감소함에도 불구하고, 경기/인천 인구는 증가하는 특성이 나타나고 있으며, 그중에서도 경기의 인구 규모는 매우 큰 폭으로 증가하고 있다. 이러한 특성 역시 시·군·구 단위에서는 더 다양한 특성을 보이고 있다.

[그림 6-8] 시도 단위 인구 규모 변화 비교(2010. 2020년)

(단위: 명)

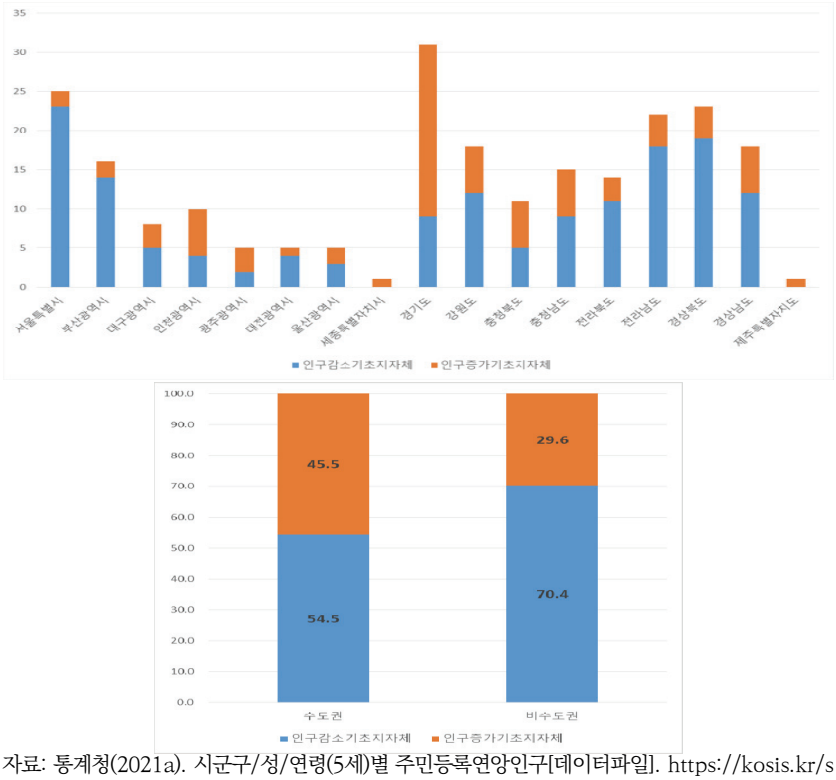


자료: 통계청(2021a). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021. 4.25. 인출한 자료를 바탕으로 저자 작성.

구체적으로, 관측기간 내 시도별 기초지자체를 인구 감소/증가로 구분한 결과, 경기/인천은 상대적으로 인구 증가 지역이 많은 반면, 서울을 비롯한 다른 지역은 대체로 인구 감소 지역이 많은 것으로 나타나고 있다. 이를 수도권과 비수도권으로 구분하여 살펴보면, 비수도권의 인구감소지역 비율이 높은 것으로 나타나고 있다. 즉, 관측기간 내 수도권내 인구감소지역의 비율은 54.5%인데 반해, 비수도권 내 인구감소지역의 비율은 70.4%로 나타나고 있다.

[그림 6-9] 시도별 지역 인구 증감 기초지자체 현황(2010~2010년)

(단위: 개, %)

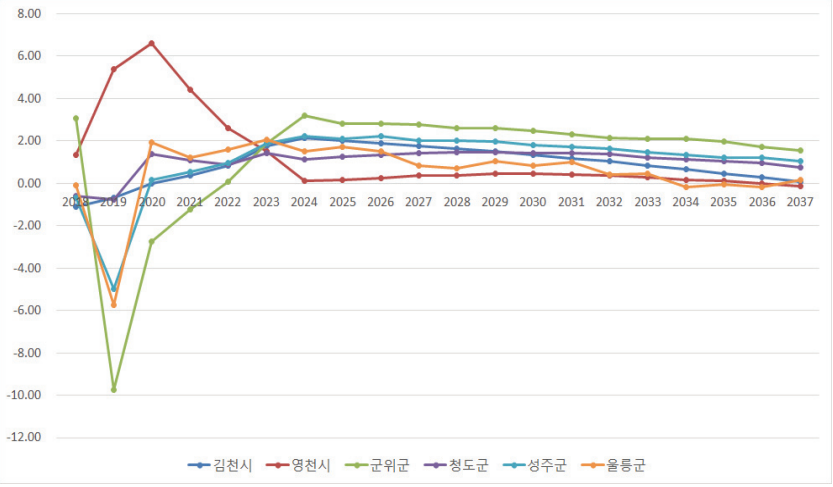


자료: 통계청(2021a). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021. 4.25. 인출한 자료를 바탕으로 저자 작성.

한편, 지역의 장래인구추계 결과를 살펴보면, 증가하는 지역이 일부 관찰됨을 쉽게 확인할 수 있지만, 어떠한 요인에 의하여 증가하는지에 대하여 구체적으로 살펴볼 필요가 있다. 단적으로, 장래인구가 증가할 것으로 예상되는 지역을 연령대별로 구분하여 살펴보면, 일부 지역에서 관측되는 특성은 대체로 현재의 인구 규모가 상대/절대적으로 적고, 장래인구추계 결과의 경우 유소년인구(0~14세)와 생산연령인구(15~64세)는 지속 감소하는 것으로 예측되는 반면, 65세 이상 고령인구는 지속 증가할 것으로 예측되고 있기 때문이다.

[그림 6-10] 2017년 기준 경북 시군 장래인구추계 중 인구 규모 증가 전망 지역의 연도별 인구증가율

(단위: %)



자료: 경북통계포털(2019). 2017년 기준 경상북도 시군장래인구추계. https://www.gb.go.kr/open_content/stat/page.jsp?menucmd=&LARGE_CODE=870&MEDIUM_CODE=40&SMALL_CODE=10&SMALL_CODE2=70&SMALL_NAME2=&SMALL_CODE3=&SMALL_NAME3=&dept_code=&dept_name=&target=main&show_4depth_navi=&url=&menu_code=&menu_name=&menu_code2=&menu_name2=&URL=/open_content/stat/pages/sub4_s8.jsp&BD_CODE=sigun_stat&bdName=&silguk=&cmd=2&Start=0&B_NUM=70241901&B_STEP=70241900&B_LEVEL=0&key=0&word=&p1=0&p2=0&V_NUM=3에서 2021.7.31. 인출한 자료를 바탕으로 저자 작성.

〈표 6-1〉 2017년 기준 경북 시군 장래인구추계 중 인구 규모 증가 전망 지역의 연령 대별 인구 규모 전망치(~2037년)

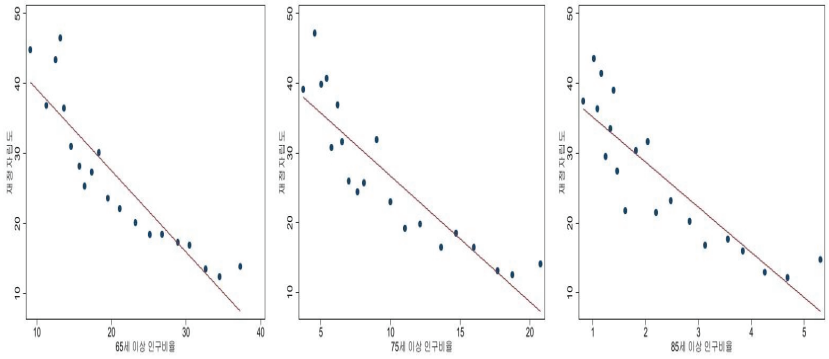
(단위: 명)

총인구 규모 전망							
	2017	2020	2025	2030	2035	2036	2037
김천시	140,758	139,905	143,285	147,263	149,343	149,482	149,526
영천시	97,268	101,694	104,734	105,387	105,861	105,859	105,815
군위군	22,295	21,613	22,114	23,128	23,974	24,113	24,238
청도군	41,234	41,234	42,026	43,029	43,934	44,074	44,186
성주군	41,349	40,612	41,681	43,096	44,167	44,342	44,494
울릉군	8,746	8,633	8,874	9,022	9,070	9,064	9,069
유소년인구(0~14세) 전망							
	2017	2020	2025	2030	2035	2036	2037
김천시	16,789	15,981	14,816	13,749	13,294	13,330	13,362
영천시	9,225	8,618	7,693	6,924	6,633	6,630	6,620
군위군	1,323	1,098	929	831	795	796	800
청도군	2,706	2,577	2,208	1,919	1,818	1,825	1,835
성주군	3,230	2,851	2,410	2,171	2,082	2,083	2,083
울릉군	736	695	571	482	466	467	471
생산연령인구(15~64세) 전망							
	2017	2020	2025	2030	2035	2036	2037
김천시	95,412	92,511	90,129	87,512	82,509	81,064	79,628
영천시	63,488	65,942	63,962	59,111	53,890	52,671	51,505
군위군	12,696	11,802	11,191	10,686	9,932	9,741	9,531
청도군	24,642	23,635	22,147	20,629	18,995	18,598	18,182
성주군	26,364	24,976	23,817	22,290	20,591	20,203	19,799
울릉군	6,089	5,840	5,718	5,426	5,019	4,916	4,832
고령인구(65세 이상) 전망							
	2017	2020	2025	2030	2035	2036	2037
김천시	28,557	31,413	38,340	46,002	53,540	55,088	56,536
영천시	24,555	27,134	33,079	39,352	45,338	46,558	47,690
군위군	8,276	8,713	9,994	11,611	13,247	13,576	13,907
청도군	13,886	15,022	17,671	20,481	23,121	23,651	24,169
성주군	11,755	12,785	15,454	18,635	21,494	22,056	22,612
울릉군	1,921	2,098	2,585	3,114	3,585	3,681	3,766

자료: 경북통계포털(2019). 2017년 기준 경상북도 시군장래인구추계. https://www.gb.go.kr/open_content/stat/page.jsp?menucmd=&LARGE_CODE=870&MEDIUM_CODE=40&SMALL_CODE=10&SMALL_CODE2=70&SMALL_NAME2=&SMALL_CODE3=&SMALL_NAME3=&dept_code=&dept_name=&target=main&show_4depth_navi=&url=&menu_code=&menu_name=&menu_code2=&menu_name2=&URL=/open_content/stat/pages/sub4_s8.jsp&BD_CODE=sigun_stat&bdName=&silguk=&cmd=2&Start=0&B_NUM=70241901&B_STEP=70241900&B_LEVEL=0&key=0&word=&p1=0&p2=0&V_NUM=3에서 2021.7.31. 인출한 자료를 바탕으로 저자 작성.

그에 관한 사례로, 2017년 기준 경북지역 시군장래인구추계에서 확인할 수 있는 것과 같이 2017~2037년의 기간 동안 인구 규모가 증가할 것으로 예상되는 경북 내 시군은 김천시, 영천시, 군위군, 청도군, 성주군, 울릉군으로 나타났으며, 이들 지역은 모두 유소년인구와 생산연령인구가 지속 감소할 것으로 전망되었음에도 불구하고, 65세 이상 고령인구가 크게 증가하여 결과적으로 지역 인구 규모가 증가하는 것으로 나타났다. 이러한 지역의 인구 규모 추계 결과는 지역의 생산연령인구 감소, 노인인구 규모 증가에 따른 노년부양비 증가와 재정 여건이 더욱 악화될 것임을 시사하고 있다. [그림 6-11]에서 살펴볼 수 있는 것과 같이, 2019년 기준 65/75/85세 이상 인구 비율과 재정자립도 간 뚜렷한 부적(-) 연관성은 지역의 고령/초고령화가 자립적 재정적 여건을 악화시키는 요인으로 작용하고 있음을 직접적으로 보여준다.

〔그림 6-11〕 2019년 기준 65세/75세/85세 이상 인구 비율과 재정자립도 간 연관성



자료: 통계청. (2021a). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021. 4.25. 인출한 자료; 통계청(2021b). 재정자립도(시도/시/군/구)[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20921&conn_path=I3에서 2021. 4.25. 인출한 자료를 활용하여 저자 작성.

제4절 취약층의 지역 분포 특성 고찰과 함의

본 절에서는 사회적 불평등을 나타내는 변인으로 취약 인구를 활용하고, 이러한 취약층(기초생활수급자, 고령/초고령 인구, 고령/초고령 1인 가구)을 통한 사회적 불평등의 공간적 분포 특성을 살펴보고자 한다.[13] 이는 취약층으로 대변되는 사회적 불평등 개념을 공간적으로 접근함에 따라, 지역 인구 변화에 따른 지역의 정책 수요 및 공급 변화 특성을 더 자세하게 살펴본다는 점에서 의미가 있다.

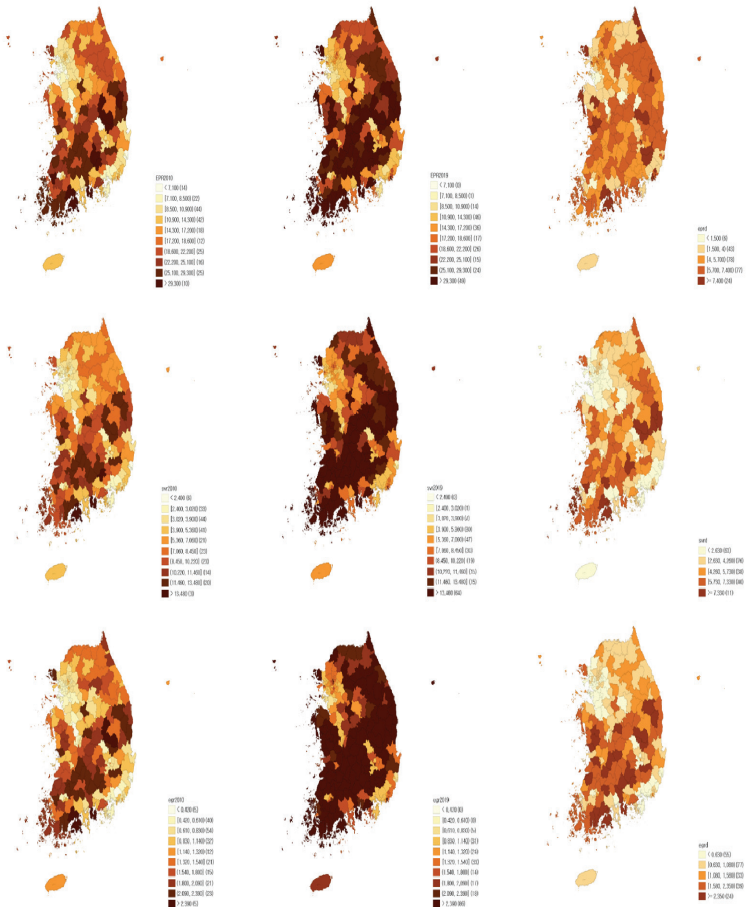
먼저, 지역 인구구조 특성이자 동시에 취약층으로 이해되는 고령/초고령인구 비율(65/75/85세 이상 인구 비율)의 공간적 분포를 2010년, 2019년 양 시점에서 살펴본 결과, 대체로 모든 지역에서 2010년에 비하여 2019년에 비율이 증가한 경향이 나타나고 있다. 또한 연령층이 높아질수록 심화 지역이 많아지는 특성이 관측되고 있다. 구체적으로, 65세 이상 인구 비율보다 75세 이상 인구 비율의 변화가, 75세 이상 인구 비율보다 85세 이상 인구 비율의 변화가 2010년에 비하여 2019년에 더욱 크게 나타나는 것이 바로 그것이다.

추가로 주목할 만한 특성은, 연령층이 높아질수록 변화분의 공간적 분포가 군집의 특성을 나타내고 있다는 점이다. 즉, 65세 이상 인구 비율의 경우 지역 전반적으로 변화분의 분포가 비교적 고른 반면, 85세 이상 인구 비율 변화는 영호남 지역에서 더욱 높은 분포를 보이는 것이 바로 연령층이 증가할수록 군집이 뚜렷하게 나타나고 있는 특성을 직접적으로 지지하고 있다.

13) 본 절에서의 "기초생활수급자, 고령/초고령 인구, 고령/초고령 1인 가구" 같은 취약층 설정은 장인수 외(2021)에서의 분석의 틀을 인용한 것임을 밝힌다.

〔그림 6-12〕 65/75/85세 이상 인구 비율 분포 변화(2010. 2019년)

(단위: %, %p)



주: 위에서부터 65, 75, 85세 이상 인구 비율의 분포를 의미하며, 좌측부터 2010년, 2019년, 2010~2019년 변화분을 의미함.

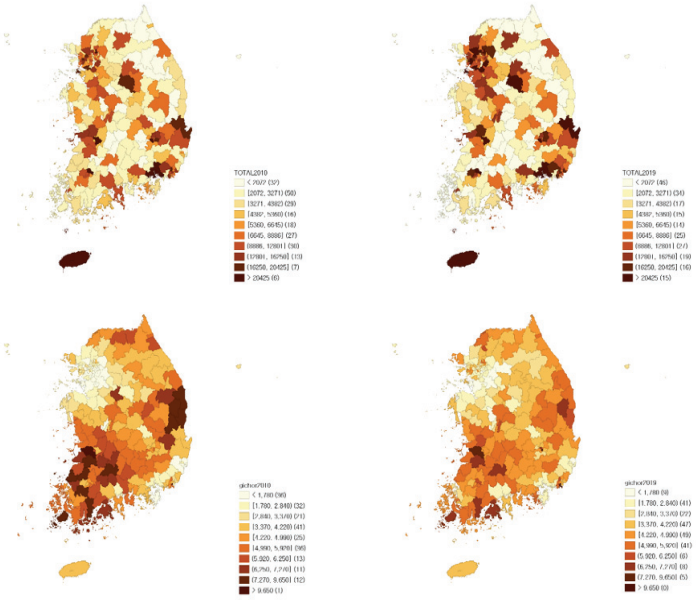
자료: 통계청(2021). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021. 4.25. 인출한 자료를 바탕으로 저자 작성.

다음으로, 기초생활수급자 수의 공간적 분포는 사회적 불평등의 공간적 특성을 관측할 수 있다는 점에서 의미가 있다. 시군구 단위의 기초생활수급자 수의 분포를 살펴보면, 2010년에 비하여 2019년에 증가한 지역이 더 많아졌다. 이러한 특성은 대체적으로 인구가 증가한 지역에서 나타나고 있다. 아울러, 지역 인구 규모 대비 기초생활수급자 비율은 2010년에 비하여 2019년에 전반적으로 감소한 경향이 나타나고 있다.

[그림 6-13] 기초생활수급자, 지역 인구 규모 대비 기초생활수급자 비율 분포(2010. 2019년)

(단위: 명, %)

〈기초생활수급자(상), 기초생활수급자비율(하) 분포(2010, 2019년)〉



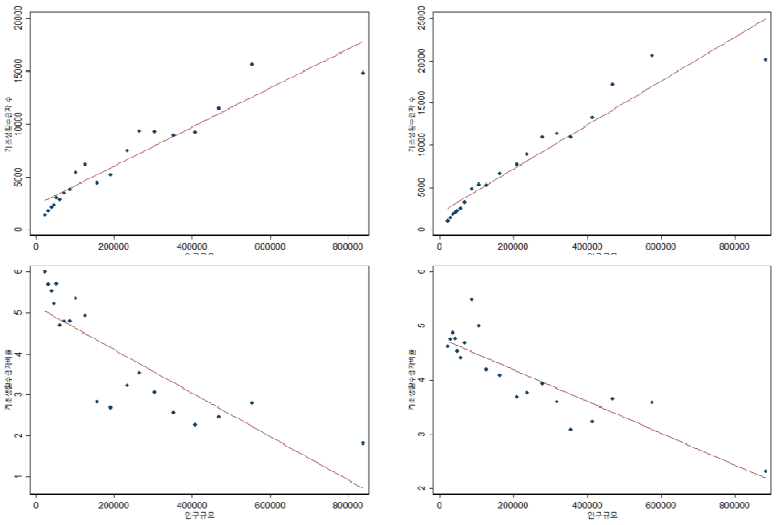
주: 좌측 2010년, 우측 2019년을 각각 의미함.

자료: 보건복지부(2011). 2010년 국민기초생활보장 수급자 현황; 보건복지부(2020). 2019 국민기초생활보장 수급자 현황을 활용하여 저자 작성.

다만, 2010년과 2019년 공통적으로 인구 규모 대비 기초생활수급자 비율은 인구 규모와 부적(-) 연관성이 나타나고 있다는 점에 주목할 필요

가 있다. 또한, 이러한 경향성은 2010년에 비하여 2019년에 더 뚜렷해졌다. 인구 규모 대비 기초생활수급자 비율과 인구 규모 간 부적 연관성은 인구 규모가 작은 지역에서 인구 규모 대비 기초생활수급자 비율이 더 높음을 보여주는 것으로서, 보건복지 영역의 주된 수요 측면의 특성과 관련되어 있다는 점에서 의미 있는 실증으로 이해된다.

[그림 6-14] 지역 인구 규모와 기초생활수급자 수, 기초생활수급자 비율 간 연관성



주: 좌측 2010년, 우측 2019년을 각각 의미함.

자료: 통계청(2021). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021. 4.25. 인출한 자료; 보건복지부(2011). 2010년 국민기초생활보장 수급자 현황; 보건복지부(2020). 2019 국민기초생활보장 수급자 현황을 활용하여 저자 작성.

일반가구 대비 65, 75, 85세 이상 1인 가구 비율 역시 앞에서 살펴본 65, 75, 85세 이상 인구 비율 분포 및 변화 특성과 유사하게 연령층이 높아질수록 심화 지역이 많아지는 특성이 나타나고 있다.

〔그림 6-15〕 65/75/85세 이상 1인 가구 비율 분포(2010. 2019년)

(단위: %)



주: 좌측 2010년, 우측 2019년을 각각 의미함.

자료: 통계청(2013a). 2010년 행정구역 기준 가구 수 추이(2000~2010). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1TS1002에서 2021. 4.27. 인출한 자료; 통계청(2013b). 성, 연령 및 거처의 종류별 1인 가구-시군구. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1PL1009에서 2021. 4.27. 인출한 자료; 통계청(2020a). 성 및 연령별 1인 가구-시군구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1PL1502&conn_path=I2에서 2021. 4.25. 인출한 자료; 통계청(2020b). 거처의 종류 및 가구원수별 가구(일반가구) - 시군구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1JC1505에서 2021. 4.25. 인출한 자료를 활용하여 저자 작성.

지금까지 살펴본 본 절의 취약층 분포 특성은 인구구조 및 인구 규모의 지역 간 양극화, 지역 간 격차가 심화되고 있으며, 자체적인 정책 추진을 할 수 있는 지역이 감소할 개연성을 시사하고 있다. 특히 보건복지 수요 및 공급 여건의 특성이 지역 간 상당히 다르게 나타날 수 있다는 점에 주목할 필요가 있다 할 것이다.

제5절 소결

지금까지 살펴본 지역 인구 변화에 대응하는 보건복지 정책 과제로서 다음을 제안하고자 한다. 이러한 과제들은 공통적으로 지역 인구 규모, 인구구조의 양극화, 인구감소 및 인구위기 지역의 취약층 분포 심화와 맞물린 지역 격차 심화에 대응하기 위한 방향에 주목하고 있는 특징이 있다. 또한, 하기 정책들이 좀 더 효과적으로 추진되기 위해서는 중앙정부-광역지자체-기초지자체 간 명확한 역할 분담, 긴밀한 협력 및 정책 효과에 대한 내실 있는 검토가 있어야 한다(장인수, 우해봉, 임지혜, 손호성, 박종훈, 2020).

〈표 6-2〉 지역 인구 변화에 대응하는 보건복지 정책 관련 제안 과제

제안 과제
지역 수요를 고려한 공공보건의료 인프라 균형 배치
지역 인구 변화 특성을 고려한 사회서비스/보육서비스 인프라 재구조화 및 확충
지역사회보장 관련 인력 및 인프라 확충
빈곤층, 취약층에 대한 종합적, 포괄적 관리 및 지원
지방재정 세입 기반 확충
정책 효과 분석 및 환류 체계 구축에 따른 보건, 사회복지 영역 예산 관리 효율화
인력 처우 개선 및 전문성 제고를 위한 전문교육시설 설치 및 확충
지역 인구 변화를 고려한 일자리 구축: 보건, 복지-고용의 긴밀한 연계 체계 강화

자료: 대통령 소속 자치분권위원회. 2020년 자치분권 시행계획; 각 시도별(16개) 제3기 지역사회복지계획을 참고하여 작성.

특히 상기 제안한 정책이 어느 정도 실효성이 있고, 특히 앞에서 살펴본 인구감소, 인구위기 특성과 어떻게 맞물려 있는지, 이 지역에서 얼마나 효과가 있었는지, 개선은 어떠한 방향으로 추진되어야 하는지 등을 살펴보는 것이 무엇보다 중요하다. 이에 상기 과제들을 더욱 효과적으로 추진하기 위한 방향에서의 제언을 언급하고자 한다.

1. 지역 인구 동태의 명확한 관측 필요

지역 인구 변화에 따른 보건복지 정책의 실효성을 보다 제고하기 위해서는 먼저, 지역 인구 동태 특성을 명확하고 세심하게 관측할 필요성이 있다(장인수 외, 2020). 이는 지역 인구 동태의 특성이 지역의 보건복지 수요뿐만 아니라 공급 측면의 정책 환경 특성과도 연관되어 있는 것에 기인하고 있다. 특히 앞에서 살펴본 취약층의 공간적 분포 특성은 특히 수요 측면뿐만 아니라 정책 추진 여건도 심도 있게 고려할 필요가 있음을 시사하고 있다.

앞에서 살펴본 것과 같이 집계 수준으로 살펴본 지역 인구 변화 양상은 상당히 다양하고 특징 있게 전개되고 있는바, 인구 규모 감소와 취약층 분포가 복합적으로 작용하는 지역은 정책 추진 여건이 심도 있게 고려될 필요가 다분하다.

2. 인구 위기 지역의 보건복지 정책 추진 관련 사항

특히 앞에서 살펴본 인구감소 지역은 인구구조의 고령화를 포함하여 생산연령인구 중 청년층의 지속적인 전출 등과 맞물려 인구 위기의 특성을 띠고 있다. 이 지역에 적합한 정책인지에 관한 검토가 현실적으로 이루어지지 않은 상태에서 다른 지역과 유사하게 정책을 추진하다 보니 인

구 변화, 재정 여건 압박의 악순환이 더 심화되고 있는 것으로 판단되고 있다.

보다 구체적으로, 지역 인구 위기를 직접적으로 경험하고 있는 지역은 지속가능한 일자리가 없거나 높은 수준의 고등교육이 제공되지 않는 상황에서 복지수준만 타 지역을 따라가려고 하는 상황이며, 그 과정에서 재정적으로 여유로운 지역에 비해 복지수준은 높지 않으면서 재정적인 압박은 크게 경험하는 것으로 보인다.

이러한 결과적 개연성에 더 효과적으로 대응하기 위한 측면에서 다음과 같은 정책적 방향을 제언하고자 한다. 즉, 전 국가적인 최소 지원(national minimum, 기획재정부, 2019.11.6.)은 중앙에서 추진하고, 지역별로 여기에 추가적인 재원이나 자원을 투자하여 차별화하는 방식을 생각해 볼 수 있다는 것이다. 이는 지역 인구 변화 특성이 자연스럽게 고려된 방식이라는 점에서도 의미가 있다. 이때 전 국가적인 최소 지원은 특정 사업 관련 특정 지원금을 의미하는 것이 아니라 보건복지 측면의 최소한의 지원이라는 의미임과 동시에, 국가의 역할을 더 강조하는 것으로 해석할 수 있다.

추가로, 상기 논의한 대안이 효과적으로 운용되기 위해서는 보다 엄밀한 사후 정책 평가 체계가 구축, 적용되고, 이에 따라 원래 의도한 정책성과를 달성하였는지를 검토할 필요가 있다. 이때, 지역의 책임성을 강화시키기 위하여 지방의회의 역할을 강조하는 방법을 생각해 볼 수 있다.

현재의 중앙-지방 간 관계를 고려할 때, 상기 논의를 보다 현실적인 방안으로 생각하면, 대규모 재원이 들어가면서 전국적으로 서비스가 제공되어야 하는 것은 중앙정부가, 지자체별 특수성을 반영한 것은 기초지자체가 기획 및 운영하면서, 광역지자체가 기초의 사업 기획 및 집행을 지원하는 형식으로 정리할 수 있다. 중앙에서 일률적으로 사업을 기획해서

추진하는 방식이나, 기초에서 추진하는 사업을 일정한 기준을 가지고 조정 및 관리하는 통제기제의 활용은 가급적 지양하는 것이 바람직하다.

3. 지역 보건복지 대응 정책의 평가, 환류 체계 개선 방향

현재 추진 중인 지역 보건복지 대응 정책의 평가는 수요와 공급의 미스매치, 커버리지 분석을 통한 취약지역 도출 등에 주목하거나, 일반적인 정책평가의 관점에서 상기 사업들이 원래 의도했던 사업의 목적을 얼마나 달성하였는지를 분석하는 형태로 이해되고 있다. 또한, 평가의 대상을 사업을 추진하는 기관으로 보고 이들의 '공급자'적인 관점의 평가에 경도되어 있는 사례도 관측되고 있다. 이를 개선하기 위해서는 해당 사업의 정책대상을 중심으로 평가의 관점을 바꾸는 것이 필요하다. 즉, MBO (management by objective) 관점에서 스스로 목표치를 정하고 이를 달성하는 것은 자율적인 성과 창출을 이루게 하는 동기부여 차원에서 바람직할 것으로 이해되고 있다. 다만, 이러한 목표치에 대한 난이도와 달성가능성 등에 대한 객관적인 검증은 반드시 이루어질 필요가 있다. 다양한 복지사업들이 혼합되어 추진되고 있는 상황에서 복지사업의 제공 주체별, 제공 수단별 효과를 구분하여 제시하기는 어려운 상황이다. 이에, 일차적으로 개별 사업의 집행단계의 모니터링과 사례를 바탕으로 다양한 기준별로 활용 가능한 평가체계가 구축될 필요가 있다. 세부적으로, 지역간 인구 변화 특성 및 이에 따른 여건의 차이를 고려하는 방식으로 단위인구당, 단위비용당 등 단위지표를 통합하여 비교가 이루어지는 것이 필요할 것으로 보인다.

평가 체계는 특히 성과가 어떠한지에 대한 단편적, 일률적 측정보다는 정책의 실효성을 높이기 위한 쟁점과 타당성 검토 측면에서 이루어져야

할 필요가 있다. 현재의 정책(사업) 평가는 지역 내 정책 수요 측면에 주목하는 경향이 있는 반면, 지역의 정책 추진 여건에 대한 검토는 미진한 것으로 보인다. 지역 부존자원 및 인구 변화 등 다양한 특성에 따라 지역의 정책 추진 여건이 상이하기 때문에 지역 정책 공급 측면에서의 심도 있는 검토가 필요하며, 지역 여건이 상이하기 때문에 성과 측면에서 수요 측면만을 지나치게 강조하는 것은 형평성에 어긋날 수 있음에 주의할 필요가 있다.

제 7 장 인구구조 변화와 정치 및 경제 체계

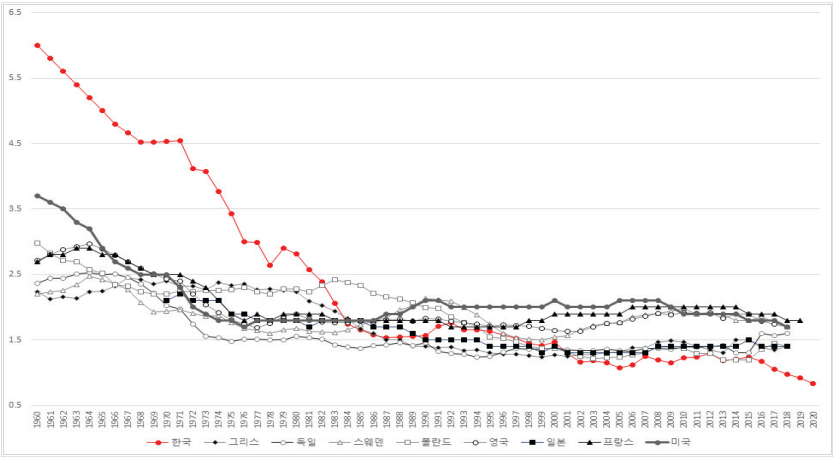
제1절 도입

합계출산율(TFR)은 끝을 알 수 없을 정도로 낮아지고 있다. 지난 8월 통계청(2021.8.25.)이 발표한 자료에 따르면 한국의 합계출산율은 2019년 0.92명에서 2020년 0.84명으로 낮아져 역대 최저치를 기록했다. 코로나19 팬데믹이라는 예외적인 충격이 출생아 수의 감소에 영향을 미쳤겠지만, 한국의 합계출산율은 코로나19 팬데믹 이전부터 계속 낮아지고 있었다. 실제로 [그림 7-1]에서 보는 것처럼 한국은 2001년부터 합계출산율이 1.3 이하로 낮아지는 초저출산 사회로 진입했다. 합계출산율은 2000년 1.47에서 2001년 1.30으로 급격히 낮아졌다(-11.6%). 2001년 이후 합계출산율은 2015년까지 평균 1.20대를 기록하면서 낮은 수준에서 안정화되는 듯 보였다. 하지만 합계출산율은 2016년 1.1대를 기록한 이후 2018년 1.0 이하로 낮아진 이후에도 계속 낮아졌다. 특히 2016년에 들어서면서 합계출산율은 다시 큰 폭으로 낮아지기 시작했다([그림 7-2] 참고). 이렇게 보면 2020년 역대 최저치를 기록한 합계출산율을 단순히 코로나19 팬데믹의 영향만으로 설명하는 것은 적절하지 않다. 더욱이 OECD 주요국에서 1990년대 말과 2000년대 초를 지나면서 합계출산율이 조금씩 높아졌던 경향을 고려하면, 한국의 상황은 매우 특수하다고 할 수 있다. 한국과 문화적으로, 사회경제적으로 유사하다고 알려져 있는 일본의 경우도 1999년 합계출산율이 1.3대로 진입한 이후 2008년부터는 1.3~1.5대에서 안정화된 모습을 보이고 있기 때문이다. 체제 전환이라는 엄청난 위기를 겪었던 폴란드의 합계출산율도 2002년 1.25로

초저출산 사회에 진입했지만, 2007년부터 반등하기 시작해 2018년 현재 1.4대를 기록하고 있다.

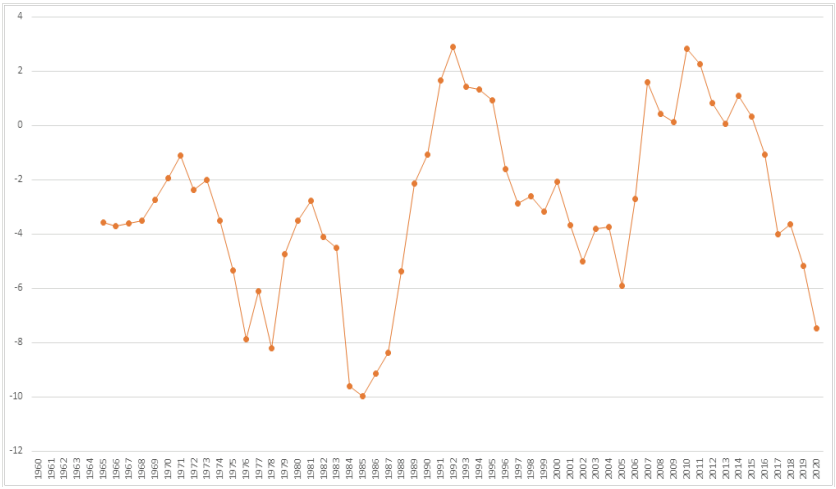
특이한 점은 한국 사회와 정부가 저출산 현상을 심각한 사회문제로 인식하고 있다는 점과 이에 대해 정부가 적극적인 대응을 했다고 주장하고 있는데도 불구하고 저출산 현상이 점점 더 심화되고 있는 현실이다. 노무현 정부(참여정부)는 2005년부터 저출산 현상에 대한 대응을 국정과제로 공식적으로 채택해 저출산·고령사회기본법을 제정하고 출산율 회복과 인구 고령화에 대응하기 위한 다양한 정책을 제도화했다(인구정책50년사 편찬위원회, 2015, p.161). 대통령이 위원장인 저출산·고령사회위원회를 두고 저출산·고령사회기본계획을 5년 단위로 수립해 2020년 제4차 기본계획(2021~2025)을 수립했지만, 합계출산율은 좀처럼 회복되지 않았다.

〔그림 7-1〕 한국과 OECD 주요 국가의 합계출산율(TFR)의 변화, 1960~2020



자료: OECD. (2021e), Fertility rates (indicator). doi: 10.1787/8272fb01-en. 2021. 4. 22. 인출. 통계청. (2021.8.25.). 「2020년 출생 통계」를 기초로 저자 작성.

〔그림 7-2〕 한국의 합계출산율(TFR)의 증감률, %(5년 평균변화), 1960~2020



자료: OECD. (2021e), Fertility rates (indicator). doi: 10.1787/8272fb01-en. 2021. 4. 22. 인출. 통계청. (2021.8.25.). 「2020년 출생 통계」를 기초로 저자 작성.

정부의 성격에 따라 출산장려를 강조하기도 했지만, 저출산 현상에 대한 정부의 기본 대응은 성평등을 강화하고 아동을 양육할 수 있는 우호적인 사회경제적 여건을 마련하는 것이었다. 특히 문재인 정부가 출범한 이후 문재인 대통령은 2017년 12월에 저출산·고령사회위원회를 다시 대통령 직속 위원회(위원장 대통령)로 재구성하면서 저출산 대응정책의 기본 방향을 출산장려에서 삶의 질을 높이는 것으로 패러다임 전환을 선언했다. 하지만 패러다임 전환이 무색하게 문재인 정부 집권 기간에 합계출산율은 2017년 1.05에서 2018년 0.98, 2019년 0.92, 2020년 0.84로 계속 낮아졌다.

물론 이런 현상이 어떤 인구학자의 지적처럼 문재인 정부에서 구성한 '저출산·고령사회위원회'에 인구학자가 없다(조영태, 2018.1.4.)는 것과 관련이 있다고 생각하지는 않는다. 저출산 현상과 고령사회에 대한 대응이 다학제적인 접근을 요구하기 때문에 인구학자를 포함해 더 다양한 사

람들이 참여했으면 좋았겠지만, 인구학자가 있었다고 해도 문제가 달라질 가능성은 낮아 보인다. 사실 전통적인 인구학적 접근방식으로는 한국사회가 직면한 특수한 문제를 해결하는 것이 쉽지 않기 때문이다. 인구학자들은 "출산율은 초혼연령과 유배우출산율의 두 인구학적인 요소에 의해 결정된다"고 이야기하면서 초혼연령 상승이 여성의 가임기간을 단축시키고 고령임신으로 인한 불임 등이 출산율을 낮추는 주요 원인이라고 지적한다(송유미, 이제상, 2011; 이삼식, 2006). 탈산업화사회 도래에 따른 여성의 사회참여의 결과라는 주장도 있다(송유미, 이제상, 2011, p.52). 그러나 이러한 현상은 한국만이 직면한 고유한 현상이 아니다. 서구 국가의 경우 한국보다 먼저 이런 사회현상에 직면했다. 그러나 그들은 한국과 같은 0명대의 출산율을 기록하지는 않았다. 프랑스와 스웨덴 등 일부 국가에서는 인구대체율 수준에 가까운 합계출산율을 기록하고 있다.

이러한 인식에 기초한다면 우리의 질문은 현재 한국이 직면한 초저출산 현상과 이와 관련된 인구구조의 변화에 대해 "왜 한국의 저출산 현상은 다른 사회보다 더 심각한가?"라는 질문을 던져야 한다. 유사한 인구사회경제적 변화에 직면한 사회들의 출산율이 우리와 상이하다면, 이러한 질문은 우리가 당연히 던져야 할 질문이다. 이런 질문을 던질 때 우리는 단순히 만혼과 늦은 출산, 여성의 사회참여 등과 같은 포스트 산업사회에서 나타나는 일반적 현상이 왜 한국에서만 유독 심각한 저출산 현상과 결부되어 나타나는지를 설명할 수 있다. 더 나아가 이러한 문제 인식은 한국 사회의 대응이 인구구조의 변화를 상수로 놓고 이에 관한 보건복지 정책의 대응이라는 수동적 접근에서 벗어나 인구구조를 변화시키는 사회경제적 원인을 천착할 수 있는 기회를 줄 것이다. 인구구조의 변화에 대한 보건복지 정책의 대응을 이렇게 접근하면, 우리의 정책 대응은 인구구조를 변화시키는 원인에 대한 직접적 대응과 이와 관련된 보건복지의 대응

으로 구분해 접근할 수 있다. 문제의 결과에 대한 대응으로서 보건복지 정책의 대응이 아니라 문제의 원인에 대한 대응으로서 보건복지 정책을 수립하는 관점에서 인구구조의 변화를 바라 볼 수 있게 되는 것이다. 인구구조 변화를 이렇게 접근하면 보건복지 정책을 제안하는 데 있어 정치경제적 접근은 불가피하다. 특히 2005년부터 시작된 저출산·고령사회에 대한 대응이 의미 있는 정책결과를 내오지 못하고 있는 상황에서, 2017년 12월 문재인 대통령이 이야기했던, 삶의 질을 높이는 문제로 저출산 현상을 접근하겠다는 선언과 제4차 저출산·고령사회 기본계획의 문제인식을 고려했을 때, 인구구조의 변화에 대한 정치·경제적 접근은 불가피해 보인다.

이 장의 구성은 다음과 같다. 먼저. 어떻게 접근하는 것이 우리가 직면한 현상을 적절히 이해하고 적절한 대안을 내오는 것인지를 익숙한 접근방법과 새로운 접근방법의 비교를 통해 개략했다. 이어서 저출산 현상과 관련해 한국이 어떻게 다른가를 몇 가지 인구사회경제적 변수들의 비교를 통해 개략했다. 다음으로 인구구조의 변화와 성장의 문제를 검토했다. 성장을 통해 삶의 질을 높였던 한국 사회에서 성장의 문제는 국민의 삶의 질에 직결되는 문제이기 때문이다. 여기서 문제의 핵심은 한국은 더 이상 과거와 같은 성장을 지속할 수 없으며, 과거의 성장방식이 지금 우리가 직면한 문제의 원인이라는 점을 강조했다. 이어서 국민의 삶의 질을 개선하는 데 효과적이지 못한 한국 복지체제가 직면한 문제를 지적하고, 마지막으로 인구구조의 변화에 대해 보건복지의 대응을 어떤 식으로 재구성해야 하는지를 소결과 함의 부분에 담았다.

제2절 분석의 틀

인구구조의 변화는 매우 복합적인 원인과 관련되기 때문에 단일한 원인을 뽑아내는 것은 물론 몇 가지 중요한 변수를 추려내는 것도 쉽지 않다. 고려해야 할 변수가 너무 많기 때문이다. 종교, 성역할 등과 같은 문화적인 요인부터 정치경제적 요인들은 물론 코로나19 팬데믹 같은 상황까지 셀 수 없는 크고 작은 변수들이 인구구조의 변화와 관련된다. 더욱이 인구구조의 변화가 정치와 경제에 미치는 영향이 지대하다는 점을 생각하면, 인구구조의 변화는 정치·경제·사회와 관련 있을 뿐만 아니라 그 자체로 정치·경제·사회에 영향을 주면서 인구구조의 변화 자체가 인구구조 변화의 중요한 원인이 되기도 한다. 또한 인구로 표현하지만, 국가 정책의 대부분은 실제로 그 사회에 살고 있는 사람들, 인구를 대상으로 한다는 점에서 좀 과장해서 이야기하면 인구는 우리를 둘러싼 모든 것이라고도 할 수도 있다. 그렇기 때문에 인구구조의 변화와 그 변화가 가져올 영향을 연구하는 것은 쉬운 작업이 아니다. 그래서 우리는 인구구조의 변화에 영향을 미치는 모든 요인을 완벽하게 조사할 수 없다. 하지만 방법이 아예 없는 것은 아니다.

다양한 방법이 있겠지만, 그중 하나는 인구구조의 변화를 개인의 행위로부터 분리하고 사회적 사실로 바라보는 것이다. 예를 들어, 출산은 지극히 개인적이고 사적인 행위이다. 사람들은 다양한 이유로 출산을 하고 출산을 하지 않기도 하며, 연기하기도 한다. 이런 사적 행위에 대해 국가가 인구정책이라는 이름으로 개입했던(하는) 것에 대한 사회적 비판이 있다는 것을 우리는 잘 알고 있다. 1960~1970년대 가족계획사업이라는 이름으로 행해진 섹슈얼리티에 대한 국가의 통제가 대표적이다(조은주, 2018, p.177). 사실 합계출산율이라는 개념은 개인의 출산 문제가 아닌

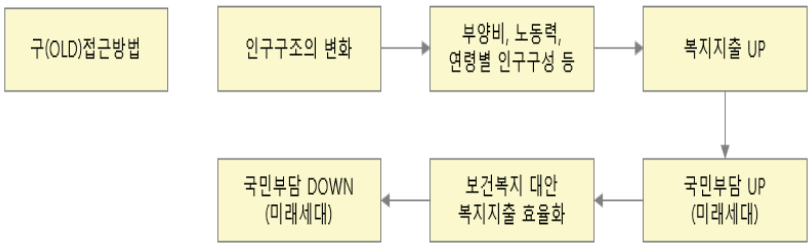
‘사회적’ 출산율이라고 할 수 있다. 개인의 출산에 미치는 조건과 사회적 출산율로서 합계출산율에 영향을 미치는 요인이 상호 관련이 있을 수는 있겠지만, 둘은 분명히 다른 것이다. 에밀 뒤르켐(Emile Durkheim)은 지극히 사적인 문제로 간주되었던 자살을 사회적 자살률과 분리함으로써 자살을 사회적 사실로 간주했다(Durkheim, 2008[1897]). 우리도 출산을 그렇게 분석할 수 있다. 우리가 출산을 사회적 출산으로 분석한다면 뒤르켐이 이야기한 것처럼 “우리는 오직 비교에 의해서만 사물을 설명할 수 있다”(Durkheim, 2008[1897], p.17).

탈산업화로 인해 다양한 인구사회적 변화를 경험하고 있는 OECD 국가들과의 비교는 한국의 저출산 현상을 이해하는 데 중요한 함의를 줄 수 있다. 실제로 체제를 통한 국가 간 비교는 개별 변수로는 설명할 수 없는 “왜 한국이 다른 국가들에 비해 더 심각한 저출산 문제에 직면했는지”를 설명해 줄 수 있을 것이다. 체제의 특성은 에스핑 앤더슨이 이야기한 것처럼 국가 간 차이를 드러내는 다양한 사회·경제·정치적 요인들이 뒤얽혀 있다는 사실을 반영하는 것이기 때문이다. 개별적인 프로그램, 구체적인 요인들을 비교하지 않아도 체제의 차이를 통해 우리는 한 사회의 저출산 현상에 대해 이야기할 수 있을 것이다(Esping-Andersen, 1990, pp.2-3). 물론 이렇게 논의를 체제수준으로 가져갈 경우 사회의 기저에서 흐르는 사람들의 이야기를 놓칠 가능성은 더 커진다는 위험을 감내해야 한다.

이제 구체적으로 인구구조의 변화에 대응하는 보건복지체제를 어떤 프레임으로 분석해야 하는지를 검토해보자. 논의의 편이를 위해 구(舊)접근방법과 신(新) 접근방법으로 나누어 살펴보자. [그림 7-3]에서 보는 구 접근방법은 우리에게 익숙한 접근방법이다. 인구구조의 변화를 상수로 놓고 이로 인한 부양비, 노동력, 연령별 인구구성 등을 예상한다. 예를 들

어, 출산율이 하락하고 인구가 고령화되면서 생산 가능한 인구는 줄어들면 부양 인구에 대한 복지지출이 늘어나게 될 것이고 이는 필연적으로 미래 세대의 부담을 늘리는 결과가 된다. 이때 보건복지 정책 대응의 가장 중요한 포인트는 미래 세대의 부담이 일정한 수준 이상으로 늘어나지 않도록 보건복지지출 구조를 효율화하는 것이다. 이를 통해 미래세대의 부담을 낮추는 것이 구접근방법을 통해 인구구조의 변화에 대응하는 보건복지 정책 제안의 핵심 목표가 된다. 지금까지 인구구조의 변화에 대한 정책 대응을 연구한 대부분의 연구가 큰 틀에서 보면 이러한 접근에 기초한 연구에 해당한다(이소영, 이윤경, 김세진, 2019; 이소영 외, 2019). 인구구조의 변화를 정해진, 변할 수 없는 상수로 놓고 이에 대한 정책적 대응을 고민한 것은 어쩌면 미래를 가장 현실에 가깝게 이해하는 접근방법일 수 있다. 실제로 (현재의 상태가 지속된다면) 인구구조의 변화만큼 분명해 보이는 미래는 없기 때문이다(조영태, 2016; 조영태, 2018). 여기서 일일이 다 열거할 수 없지만, 대부분의 연구는 이러한 틀에서 인구구조의 변화에 대한 정책 대응을 고민했다. 자연스러운 접근방법이고 당연한 접근방법이다.

〔그림 7-3〕 구접근방법: 인구구조의 변화에 대한 보건복지의 대응

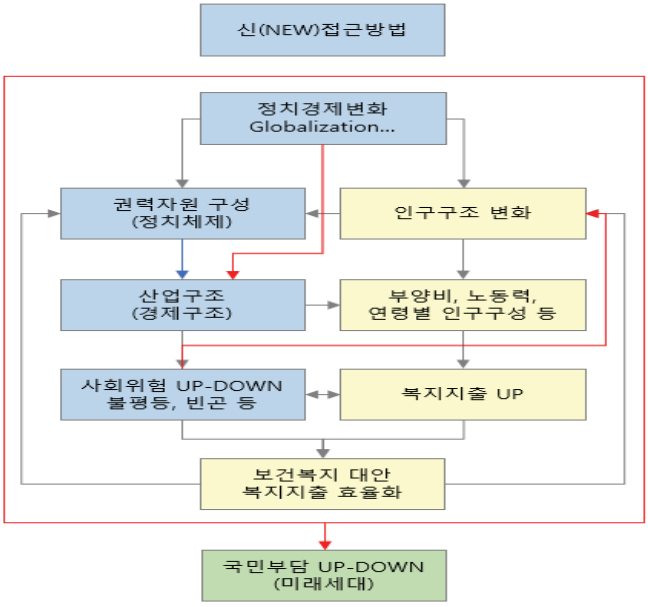


자료: 저자 작성.

하지만 조금만 방향을 틀면, 우리가 알고 있는 상식에 근거해 인구구조의 변화에 대한 정책대응을 다른 각도에서 볼 수도 있다. 이런 점에서 새로운 접근방식이라고 부른 것이다. 인구구조의 변화를 정치경제적 변화에 영향받는 것으로 본다면, 다시 말해 뒤르켐이 『자살론』에 적용한 프레임을 적용하면 사회경제적 조건의 변화는 사회적 출산율의 변화에 영향을 미치고 이는 당연히 인구구조의 변화의 폭과 속도에 영향을 미친다.

그리고 그렇게 사회경제적 변화에 영향받은 인구구조의 변화는 사회경제적 조건이 변화하지 않았을 때 필요했던 것과는 상이한 수준과 폭의 보건복지 정책을 요구할 것이다. 지극히 상식적인 것이다. [그림 7-4]를 보면서 이야기를 해보자. 정치경제적 변화는 인구구조에 영향을 미친다. 예를 들어, 저출산과 고령화는 한 사회가 실패한 결과가 아니라 성공했다는 증표일 수 있다. 왜냐하면 출산율의 저하와 고령화의 심화는 물질적 생활수준이 높아진 결과이기 때문이다. [그림 7-5]에서 보는 것처럼 기대수명은 일인당 GDP가 높은 국가일수록 더 길다. 기대수명이 80세를 넘긴 국가들의 일인당 GDP는 최소 2만 달러를 넘었다. 반면 일인당 GDP가 1,000달러 이하인 국가의 기대수명은 65세를 넘지 못했다. 즉, 고령화는 경제적 성장의 결과이자, 성공의 결과인 것이다. 한편 여기서 주목해야 할 관계는 출산율의 저하와 고령화의 심화 또한 성장을 낮추는 원인이기도 하다는 것이다. 21세기 들어서 선진국에서 나타나는 성장률 둔화는 경기침체의 결과가 아니라 장기적인 인구구조의 변화(저출산에서 고령화)로 인한 결과라는 것이다(Vollrath, 2020). 미국의 사례를 분석한 결과를 보면, 인구 고령화가 미국의 경제성장률을 대략 1%p 낮춘 것으로 추정된다.

[그림 7-4] 신접근방법: 인구구조의 변화에 대한 보건복지의 대응

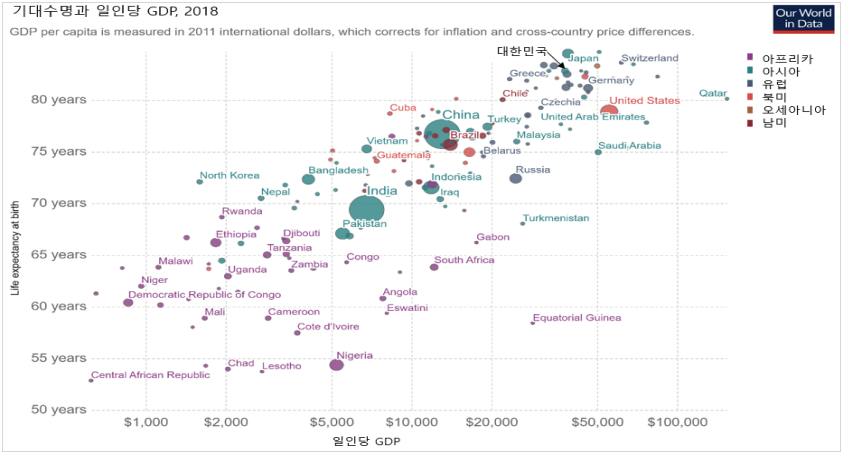


자료: 저자 작성.

다시 [그림 7-4]로 돌아가면, 경제성장 같은 정치경제적 변화는 인구구조의 변화에 영향을 미치고, 인구구조의 변화는 앞의 구접근방법에서 이야기한 것처럼 부양비, 노동력 등에 영향을 미쳐 복지지출을 증가시킨다. 하지만 인구구조의 변화가 부양비, 노동력 등에 미치는 영향은 정치경제적 변화의 성격에 따라 상이하게 나타날 수도 있다. 예를 들어, A라는 사회의 산업구조는 안정적 일자리를 제공하는 반면, B라는 사회의 산업구조는 나쁜 일자리를 제공한다면, 두 사회의 출산율은 상이할 것이고 이는 곧 인구구조에 영향을 줄 것이다. 또한 산업구조와 밀접한 관련이 있는 빈곤, 불평등은 나쁜 일자리가 많은 B 사회에서 더 심각할 것이고 이는 출산율을 더 낮추는 방식으로 다시 인구구조의 변화에 영향을 줄 수 있다. 만약 우리가 인구구

조의 형성에 영향을 미치는 이러한 정치경제구조의 복합적인 영향을 고려한다면, 구 접근방법처럼 인구구조의 변화를 상수로 놓고 이에 대응해 보건복지 정책의 대응전략을 모색하는 것은 인구구조의 변화에 대한 보건복지 정책의 종합적인 대응을 만들 수 없다는 것을 의미한다. 보건복지 정책이 한 사회의 산업구조와 노동시장 구조는 물론이고, 불평등, 빈곤 등 사회적 위험과 밀접히 연관되어 있다는 점을 생각하면, 인구구조의 변화에 대응하는 보건복지 정책의 대응은 반드시 총체적 대응이 필요한 것이다. 문제는 인구 변화와 보건복지 정책의 관계를 연구하는 분야에서 아직 이러한 분석틀을 적용할 수 있는 연구방법을 구현하지 못하고 있다는 점이다. 이러한 문제인식에는 동의하지만, 이를 실현할 방법을 찾지는 못한 것이다. 다만 우리가 둘 간의 관계를 분석할 방법을 찾던, 찾지 못하던 현실은 정치경제적 성격과 인구구조의 변화 간에 밀접한 관계가 있다는 것에는 변함이 없다. 인구를 연구하는 사회과학자들에게 담대한 도전이 남겨져 있는 것이다.

[그림 7-5] 기대수명과 일인당 GDP, 2018



자료: Roser, M., Ortiz-Ospina, E., and Ritchie, H. (2019). "Life Expectancy". Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/life-expectancy' [Online Resource], 2021.4.21. 인출.

제3절 한국의 예외성

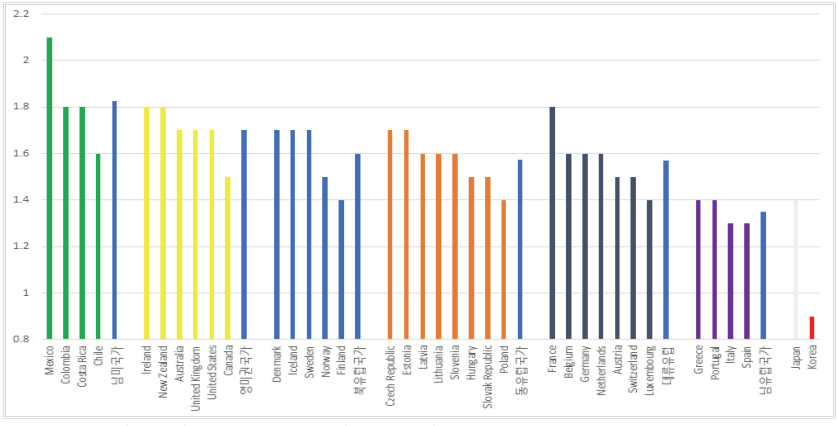
여기서는 복지체제, 경제발전 수준, 초혼연령, 첫 자녀 출산연령 등 인구사회경제적 지표의 변화에 따라 한국과 주요 비교 대상국가의 합계출산율이 어떻게 변화했는지를 검토했다. 비교 대상국은 복지체제 유형을 대표하는 국가들을 선정했다. 이러한 비교를 통해 우리는 한국이 비교 대상 국가들과 유사한 인구사회경제적 변화를 경험했지만, 매우 다른 합계출산율 지표를 보인다는 것을 확인할 수 있을 것이다. 이 절의 핵심 논지는 미래 인구구조의 변화에 대한 대응은 인구사회경제적 변화의 결과로 합계출산율 지표를 보는 보편성에 기초해 한국의 특수성이 왜 나타나는지를 주목해야 한다는 것이다.

1. 복지체제에 따른 차이

OECD 회원국을 복지체제로 구분해서 합계출산율을 산출해보면, 복지체제에 따라 합계출산율의 차이가 있는 것을 확인할 수 있다. [그림 7-6]을 보면 OECD에 가입해 있는 국가들 중 남미 국가군의 합계출산율이 1.83으로 가장 높게 나타났다. 그 뒤로 영미권 국가군(자유주의 복지체제) 1.70, 북유럽 군가군(사민주의 복지체제) 1.60, 동유럽 국가군 1.58, 대륙유럽 국가군(보수주의 복지체제) 1.57, 남유럽 국가군 1.35 순이었다. 일본은 1.40을 기록했고 한국은 우리가 잘 알고 있듯이 2019년 기준으로 0.9를 기록해 OECD 국가군 중 최하위였다. 남미 국가군과 동유럽 국가군은 개발도상국의 성격을 갖고 있다는 점을 고려하면, 산업화된 국가들의 합계출산율은 자유주의 복지체제에서 가장 높고, 그 뒤를 사민주의, 보수주의, 남유럽, 한국 순이라고 할 수 있다.

흥미로운 사실은 일과 가족생활의 조화는 물론 성 평등 지수에서 세계 최고 수준인 사민주의 복지체제(Berggren & Trägårdh, 2009; EKlund, 2009; Partanen, 2017[2016])의 합계출산율이 자유주의 복지체제에 비해 낮다는 것이다. 매년 여성의 날을 맞아 이코노미스트(The Economist, 2021.3.4.)가 발표하는 (여성의 노동환경을 기준으로 측정한) 유리천장지수(Glass-celling Index)를 보면 29개 비교 대상국 중 스웨덴, 아이슬란드, 핀란드, 노르웨이, 덴마크가 각각 1위, 2위, 3위, 4위, 6위를 차지하고 있는 반면, 뉴질랜드, 캐나다, 호주, 미국은 각각 9위, 11위, 16위, 18위에 위치해 있다. 이런 결과는 합계출산율이 단순히 복지체제의 특성 이외에 다른 사회경제적 요인에 영향을 받는다는 것을 추정하게 한다. 예를 들어, 영국은 18개 유럽국 중 가사노동시간의 젠더 차이가 가장 작은 국가 중 하나이다(Cunha & Atalais, 2019). 이 문제는 여기서 다루지 않겠지만, 공식적인 제도로 설명할 수 없는 비공식적인 요인이 복지체제 간 합계출산율의 차이를 설명하는 중요한 변수 중 하나가 될 수 있다는 것을 의미한다.

〔그림 7-6〕 복지체제와 합계출산율, 2019년(또는 최신자료)



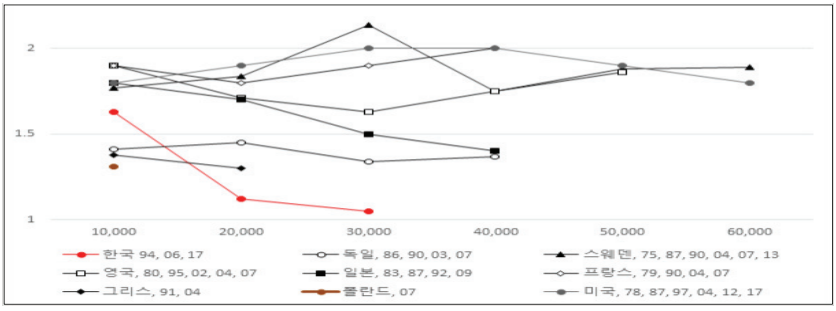
자료: OECD (2021e), Fertility rates (indicator). doi: 10.1787/8272fb01-en. 2021. 4. 22. 인출.

2. 일인당 GDP와 합계출산율

이제 구체적으로 유사한 사회경제적 변화를 겪고 있는데 한국이 유독 심각한 저출산 현상에 놓여 있는 현실을 살펴보자. 먼저 일인당 GDP 수준과 합계출산율 수준을 비교해보자. 일인당 GDP는 한 사회의 사회경제적 발전을 측정하는 데 많은 결함을 갖고 있지만, 간명하게 사회경제적 수준을 보여 줄 수 있는 대표적 지표 중 하나이다. 일인당 GDP의 변화를 통해 한국과 비교 대상 OECD 국가들이 특정한 소득수준에 다다랐을 때 합계출산율이 어떠했는지를 살펴보는 것이다. 왜냐하면 일반적으로 저출산 현상은 경제발전, 즉 생활수준이 향상되면서 나타나는 자연스러운 결과라고 이야기하기 때문이다(Vollrath, 2020). 물론 [그림 7-1]에서 보았던 것처럼 산업화된 국가들 대부분이 출산율 저하라는 일반적 경향을 보이는 것은 사실이다. 그러나 그 정도는 국가별로 상이했다. [그림 7-7]에서 보는 것처럼 일정한 경제수준에 다다랐을 때 비교 대상인 서구 국가들과 한국의 합계출산율의 차이는 극명해 보였다.

[그림 7-7] 일인당 GDP 수준의 변화와 합계출산율의 변화, 1만 달러에서 6만 달러까지

(단위: 달러)



자료: OECD (2021e), Fertility rates (indicator). doi: 10.1787/8272fb01-en. 2021. 4. 22. 인출; 통계청. (2020b). e-나라지표: 합계출산율. http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1428에서 2020. 11. 26 인출; The World Bank. (2021). GDP per capita(current US$). https://data.worldbank. org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD에서 2021. 5. 8. 인출.

비교 대상 국가들의 일인당 GDP가 1만 달러를 넘었을 때 합계출산율이 한국(1994)은 1.63으로 독일(1986, TFR=1.41), 그리스(1991, TFR=1.38), 폴란드(2007, TFR=1.31)보다 높았다. 하지만 한국의 일인당 GDP가 2만 달러를 처음으로 넘었던 2006년의 합계출산율은 1.12로 비교 대상국 중 최하위를 기록했다. 주목해야 할 사실은 경제발전이 한국처럼 합계출산율의 급격한 저하를 수반하는 현상은 다른 국가에서는 나타나지 않았다는 것이다. 비교 대상국가 중에서는 일본이 경제발전과 함께 급격한 합계출산율의 저하를 경험했지만, 한국 정도는 아니었다. 1983년 일본의 일인당 GDP가 1만 달러였을 때 합계출산율은 1.8이었고 2만 달러로 높아졌던 1987년에도 1.7을 유지했다. 3만 달러와 4만 달러에 도달했을 때 합계출산율은 각각 1.5와 1.4를 기록했다. 경제발전에 따른 일본의 합계출산율 저하는 한국보다 훨씬 완만했고 대략 1.4수준에서 멈추었다. 영국도 경제발전이 출산율 저하를 동반했던 경우이지만, 일인당 GDP가 4만 달러에 들어서면서는 다시 회복되었다.

미국은 경제발전이 반드시 출산율의 저하를 수반하지 않는다는 것을 보여주는 대표적 사례이다. 굴곡은 있었지만, 미국의 일인당 GDP가 1만 달러였을 때 합계출산율은 1.8이었고, 이후 경제성장에 따라 등락이 있었다. 하지만 2017년 미국의 일인당 GDP가 6만 달러에 도달했을 때도 합계출산율은 여전히 1.8을 기록했다. 물론 미국은 이민 국가이고 이러한 이민 국가의 특성이 경제성장으로 인한 합계출산율의 저하를 상쇄했던 예외적인 사례일 수 있다. 하지만 스웨덴의 사례를 보아도 경제성장이 반드시 합계출산율의 저하를 수반하지는 않는다는 것을 보여준다. 스웨덴 사례는 앞에서 제시한 사례들과는 반대로 경제성장이 합계출산율을 높일 수도 있다는 것을 보여준다. 스웨덴의 일인당 GDP가 1만 달러에 진입했던 1975년 합계출산율은 1.77을 기록했다. 주목할 사실은 스웨덴의 일

인당 GDP가 이후 2013년 6만 달러까지 높아졌지만, 합계출산율이 하락하기는커녕 1.89로 높아졌다. 심지어 스웨덴의 일인당 GDP가 3만 달러에 진입했던 1990년에는 합계출산율이 인구대체율 수준(2.1)을 상회하는 2.14를 기록했다. 이러한 결과는 합계출산율이 경제발전에 따라 저하하는 것은 보편적이지만, 그 정도와 경향은 해당 국가와 사회의 특성에 따라 상이하다는 것을 보여주는 결과라고 할 수 있다.

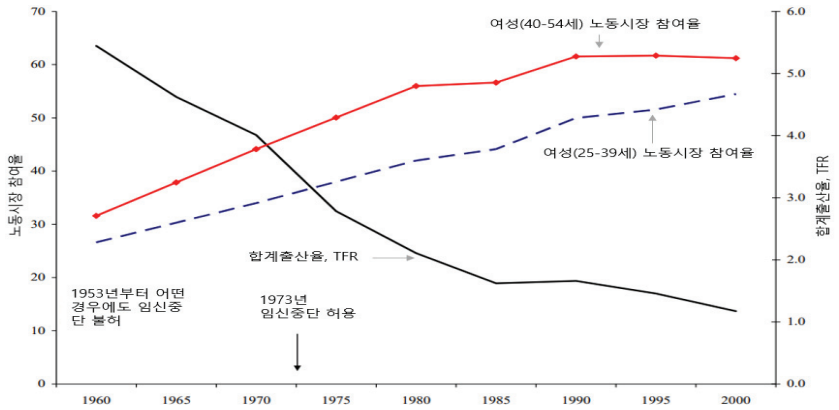
3. 여성의 노동시장 참여율과 합계출산율

합계출산율과 관련된 또 하나의 신화는 합계출산율이 여성의 사회활동 참여와 관련되어 있다는 주장이다. 여성이 적극적으로 사회활동에 참여하면서 여성에게 상대적으로 출산과 돌봄의 중요성이 감소했고 이러한 결과로 인해 합계출산율이 낮아졌다는 주장이다. 일면 타당한 주장처럼 보인다. 여성이 사회경제적 활동에 중요성을 두면, 결혼, 출산, 양육 등 전통적으로 여성이 담당해왔던 역할이 감소하고 이러한 현상을 국가 차원에서 보면 합계출산율의 저하로 나타난다는 주장이다. 일부에서는 이를 선진국화 현상으로 설명하기도 한다. 실제로 국민국가 차원에서 보면 여성의 노동시장참여로 대표되는 젠더 차이의 약화가 합계출산율의 저하와 함께 나타난 것은 사실이다. [그림 7-8]에서 보는 것처럼 1960년부터 2000년까지 합계출산율과 여성의 노동시장 참여율의 관계를 분석한 결과는 이러한 주장을 뒷받침해 준다. 여성(25~39세)의 노동시장 참여율이 1960년 20% 후반대에서 2000년 50% 초반대로 높아지는 것과 함께 한국의 합계출산율도 5.0명대에서 1.0명대 초반으로 낮아지는 것을 확인할 수 있다. 이처럼 국민국가 차원에서 보면 여성의 노동시장 참여율과 합계출산율은 반비례 관계를 갖는 것처럼 보인다. 여성의 노동참여율의 증가

가 합계출산율의 저하에 미치는 직간접적인 영향, 누적 영향도 분명하게 나타났다(Bloom, Canning, Fink, & Finlay, 2007). 하지만 이러한 논리는 일국적 관점에서 보면 타당할지 몰라도 비교사회정책의 관점에서 보면 설득력이 낮아진다. [그림 7-9]는 24개 선진국의 합계출산율과 여성의 노동시장 참여율을 1970년부터 2017년까지 분석한 결과이다. 결과는 1970년부터 1980년대 중반까지 여성의 노동시장 참여율 증가가 합계출산율은 부적 관계가 있었지만, 1980년대 중반부터 2017년까지의 관계를 보면 오히려 여성의 노동시장참여율과 합계출산이 정의 관계를 갖는 것으로 나타났다(Oshio, 2019). 사실 놀라운 결과가 아니다. OECD를 비롯해 이미 여러 국제기구와 연구자들이 이러한 현상에 대해 경험적 근거를 제시했다.

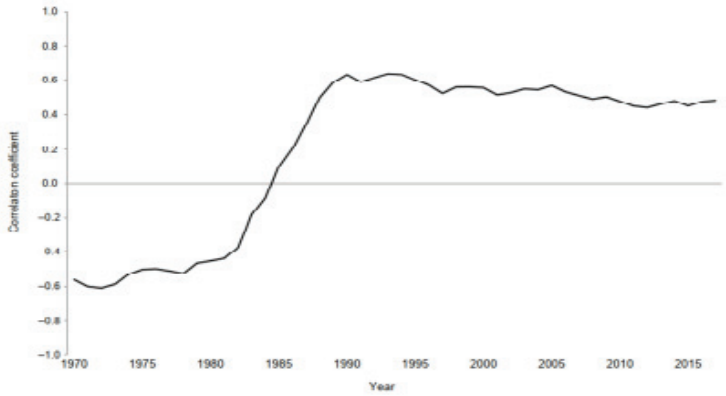
[그림 7-8] 한국 여성의 노동시장 참여율과 합계출산율의 변화, 1960~2000

(단위: %)



자료: Bloom, D., Canning, D., Fink, G., and Finlay, J. (2007). "Fertility, female labor force participation, and the demographic divdend.", p.37, Figure 4. National Bureau of Economic Research Working Paper Series.

[그림 7-9] 합계출산율과 여성의 노동시장 참여율의 횡단적 상관관계

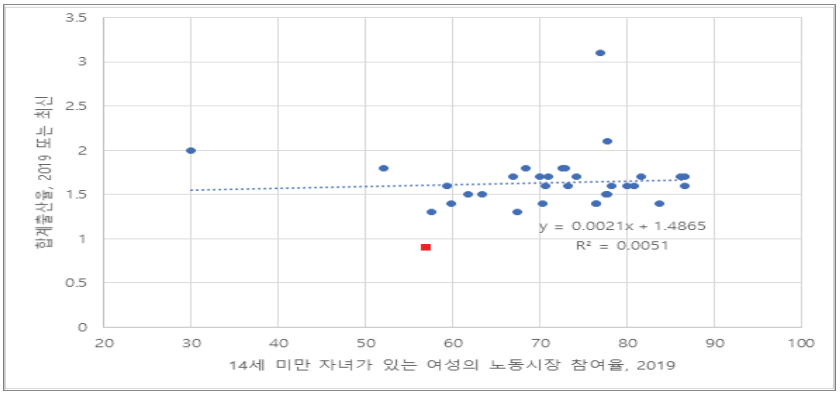


자료: Oshio, T. (2019). "Is a positive association between female employment and fertility still spurious in developed countries?", p.1281, Figure 1. Demographic research, 41, pp.1277-1288.

여기서도 우리가 주목해야 할 현실은 한국 사회의 관계만 볼 것이 아니라 비교사회의 관점에서 한국의 특성을 살펴볼 필요가 있다. 한국이라는 국민국가 차원의 논의는 왜 여성의 사회참여와 여성의 권리신장이 유독 한국에서만 낮은 합계출산율로 나타나는지를 설명하지 못한다. [그림 7-10]은 이러한 본 절의 가설을 뒷받침하는 현실을 보여준다. 14세 미만 자녀가 있는 여성의 노동시장 참여율과 합계출산율의 관계를 보면 둘 간의 유의미한 상관관계가 없었다. 두 변수 간의 관계를 설명해주는 변량도 0.51%에 불과했다. [그림 7-10]에서 확인할 수 있는 것은 여성의 노동시장 참여율이 80%를 넘는 국가들 중 합계출산율이 1.5명을 넘는 사례가 5개국이나 되었다(덴마크, 스웨덴, 아이슬란드, 네덜란드, 리투아니아). 이스라엘은 여성의 노동시장 참여율이 77%이고 합계출산율은 3.1에 달했다. 그에 반해 한국 여성의 노동시장 참여율은 57%에 불과했는데도 합계출산율은 0.9명으로 비교 대상국 중 가장 낮았다. [그림 7-8]과 [그림 7-9], [그림 7-10]을 차례로 비교해보면서 우리가 갖게 되는 자연스러운

질문은 “왜 한국은?”일 것이다.

[그림 7-10] 여성의 노동시장 참여율과 합계출산율, 2019 또는 최신



자료: OECD (2021e), Fertility rates (indicator). doi, p.10.1787/8272fb01-en. 2021. 4. 22. 인출; OECD. (2021a). Family database. LMF1.2 Maternal employment. https://www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021. 4. 22. 인출.

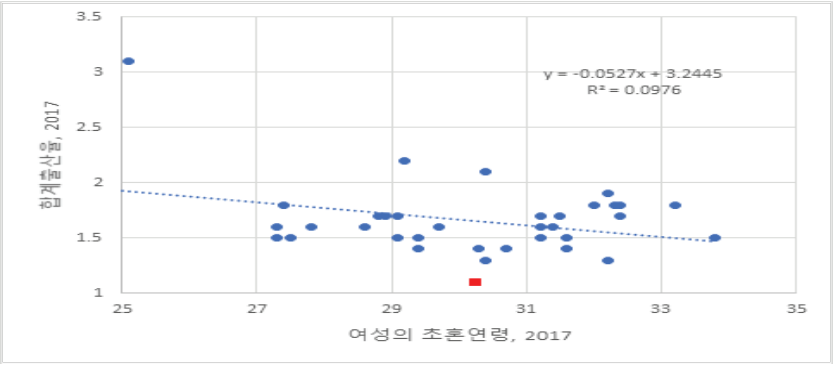
4. 여성의 초혼연령, 첫째 자녀 출산연령과 합계출산율

여성의 초혼연령과 모의 첫 자녀 출산연령도 인구학적 관점에서 합계출산율과 관계있는 중요한 인구학적 변수이다. 굳이 복잡한 경험적 검증을 하지 않아도 여성의 초혼연령이 높아지면 그만큼 가임기간이 줄어들고, 가임기간이 줄어든다는 것은 자녀를 출산할 가능성이 그만큼 낮아진다는 것이다. 그래서 여성의 초혼연령과 첫 자녀 출산연령을 살펴보는 것은 합계출산율의 저하를 설명하는 중요한 변수이다. 서유럽도 19세기에 들어서면서 멜더스의 도전(Malthusian challenge)에 직면했지만, 이러한 맬더스의 도전 문제는 결혼연령이 높아지면서 자연스럽게 해소되었다고 한다. 그래서 인구학자들은 오래전부터 결혼 연령을 높이는 것을 통해 전 세계적인 출산율 증가를 억제할 수 있다고 생각했다(Van De Walle,

1973). 제2차 대전 이후 냉전이 본격화되면서 저개발국가의 경제발전이 자본주의 진영의 중요한 이슈가 되었던 1950년부터 1970년대까지, 제1세계 국가들과 국제기구들은 이러한 이유로 저개발국가의 출산율을 낮추기 위해 정책개입을 주도했다. 결혼연령을 높이는 것은 그들이 보았을 때, 저개발국가의 출산율을 낮추는 유력한 도구로 생각했던 것이다. 사실 이러한 관점은 지금도 여전히 남아 있다. 높은 출산율로 "고통 받는(suffering from high fertility)" 저개발 국가에게 여성의 초혼연령을 높이라는 정책적 조언이 계속되고 있는 이유이다(Nahar, Zahangir, & Shafiqul Islam, 2013; Islam & Rahman, 2020).

하지만 경제가 일정 수준으로 발전하면 더 이상 이러한 논리는 성립하지 않는 것으로 보인다. [그림 7-11]과 [그림 7-12]는 주요 OECD 회원국의 합계출산율과 모의 첫 자녀 출산연령, 합계출산율과 여성의 초혼연령 간의 관계를 보여주고 있다. 먼저 [그림 7-11]에서 보는 것처럼 여성의 초혼연령과 합계출산율 간의 관계를 보면 둘은 유의미한 관계에 있다고 보기 어렵다. 초혼연령이 높아지면 출산율이 낮아지는 것처럼 보이지만, 사례별 비교를 하면 큰 차이가 있기 때문이다. 그래서 여성의 초혼연령이 높아진다고 합계출산율이 높거나 낮은 것이 아니라고 할 수 있다. 실제로 한국 여성의 초혼연령은 2017년 기준으로 30.2세로 비교 국가들 중 중간 정도에 위치한다. 하지만 한국의 합계출산율은 비교 대상국 중 가장 낮았다. 초혼연령이 한국보다 높은 33.8세에 달하는 스웨덴의 합계출산율은 2017년 기준으로 1.5 수준이었다. 많은 OECD 국가들이 한국보다 초혼연령이 높지만, 합계출산율이 한국보다 낮지 않았다. 물론 스웨덴의 사례는 결혼 이전에 동거라는 형태의 결합이 사회적으로 일반화된 결과일 수도 있기 때문에 초혼연령과 합계출산율을 단순 비교하는 것은 여러 가지 쟁점이 있는 것은 사실이다.

[그림 7-11] 여성의 초혼연령과 합계출산율, 2017 또는 최신

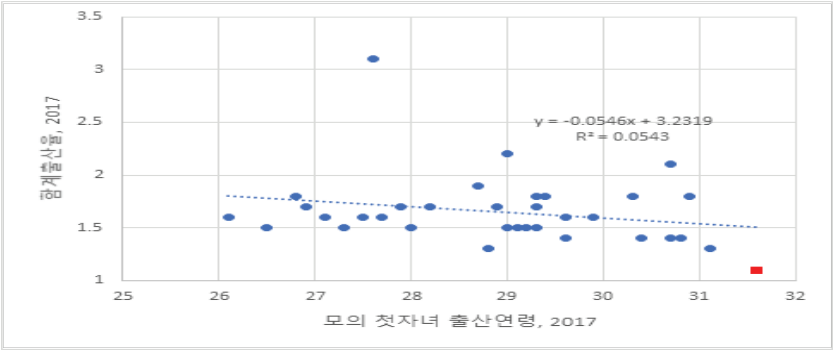


자료: OECD (2021e), Fertility rates (indicator). doi: 10.1787/8272fb01-en. 2021. 4. 22. 인출. OECD. (2021d). Family database. SF3.1 Marriage and divorce rate. https://www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021. 4. 22. 인출.

초혼연령 대신 여성의 첫 자녀 출산연령을 보는 것이 중요한 이유이다. [그림 7-12]를 보면 한국 여성의 첫 자녀 출산연령이 다른 회원국들에 비해 높다. 한국 여성의 첫 자녀 출산연령은 31.6세에 이른다. 주목할 점은 한국은 초혼연령이 첫 자녀 출산연령보다 낮다는 점이다. 앞에서 언급한 것처럼 출산이 결혼관계에서 이루어지는 행위라는 사실을 확인할 수 있다. 반면 스웨덴의 경우를 보면 초혼연령은 33.8세인데 반해 첫 자녀 출산연령은 29.3세로 초혼연령과 무려 4.5세 정도 차이가 난다. 많은 국가들에서 이런 현상을 목격할 수 있다. 그러면 한국의 늦은 첫 출산연령이 한국의 낮은 합계출산율과 관계있는 것일까? 일국적 관점에서 보면 그럴 수도 있다. 하지만 국가 간 비교를 통해 보면 이 관점 역시 성립하기 어렵다. 모의 첫 자녀 출산연령이 30.7세로 동일한 스위스와 일본의 합계출산율을 보면, 스위스의 합계출산율은 인구대체율 수준을 기록하고 있고(2.1), 일본은 1.4에 불과하기 때문이다. 한국의 경우를 보아도 여성의 첫 자녀 출산연령과 합계출산율의 관계를 곧이곧대로 해석하기는 어렵다. 모의 첫 자녀 출산연령은 아니지만, 2000년 한국 여성의 평균 자녀 출산연령은 29.03세

였다. 이후 높아지기 시작해 2019년에는 33.01세로 20년 만에 4세 정도가 높아졌다(통계청, 2020a). 한국 여성의 평균 출산연령이 20대 후반이었을 때도 한국의 합계출산율은 비교 대상 국가들보다 낮았기 때문이다.

[그림 7-12] 여성의 첫 자녀 출산연령과 합계출산율, 2017 또는 최신



자료: OECD (2021e), Fertility rates (indicator). doi: 10.1787/8272fb01-en. 2021. 4. 22. 인출; OECD. (2021c). Family database. SF2.3 Age of mothers at childbirth and age-specific fertility. https://www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021. 4. 22. 인출.

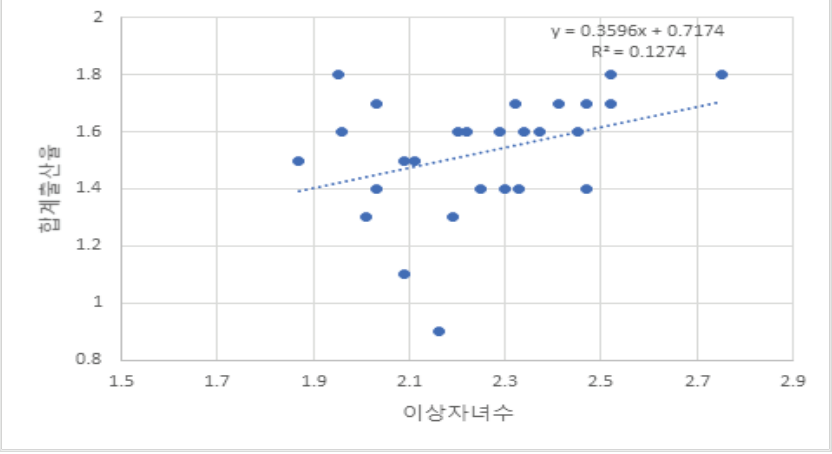
물론 인구학적 변수인 초혼연령과 첫 자녀 출산연령이 합계출산율과 관계가 없다고 할 수는 없다. 하지만 왜 한국 사회에서 유독 초저출산 현상이 지속되며, 합계출산율이 심지어 0명대로 하락하는 현상이 나타나는지는 인구학적 변수로는 설명하기 어렵다는 것을 이야기한다. 한국 사회에서 초저출산 현상이 지속되는 이유는 인구학적 변화와 함께 사회경제적 요인이 강력한 변수로 작용하고 있다는 것을 의미하는 결과라고 할 수 있다.

5. 이상 자녀 수와 합계출산율

이제 한국과 비교 대상국의 차이를 이상 자녀 수와 합계출산율을 통해 살펴보자. 이상 자녀 수는 한 사회에서 사람들이 이상적으로 생각하는 자

녀 수를 의미한다. 먼저 이상 자녀 수를 살펴보자. 이상 자녀 수가 많다면 실제 출산 자녀 수도 많을 가능성이 클 것이다. 실제로 [그림 7-13]에서 보는 것처럼 이상 자녀 수가 클수록 합계출산율이 높은 것을 확인할 수 있다. 이상 자녀 수에 대한 자료가 있는 OECD 27개국을 보면 이상 자녀 수는 아일랜드가 3명에 가까운 2.75명으로 가장 많고, 그 뒤를 덴마크(2.52), 프랑스(2.52), 에스토니아(2.47), 핀란드(2.47)가 따르고 있다. 이상 자녀 수가 가장 적은 국가는 오스트리아로 1.87명이었고 그 위로 루마니아 1.95명, 불가리아 1.96명, 이탈리아 2.01명, 포르투갈 2.03명이었다. 27개의 평균은 2.25명이었다. 한국은 2.16명으로 평균보다는 낮지만, 이상 자녀 수만 놓고 보면 인구 대체율 수준을 넘는 수준이다(한국여성정책연구원, 2019; OECD, 2021b).

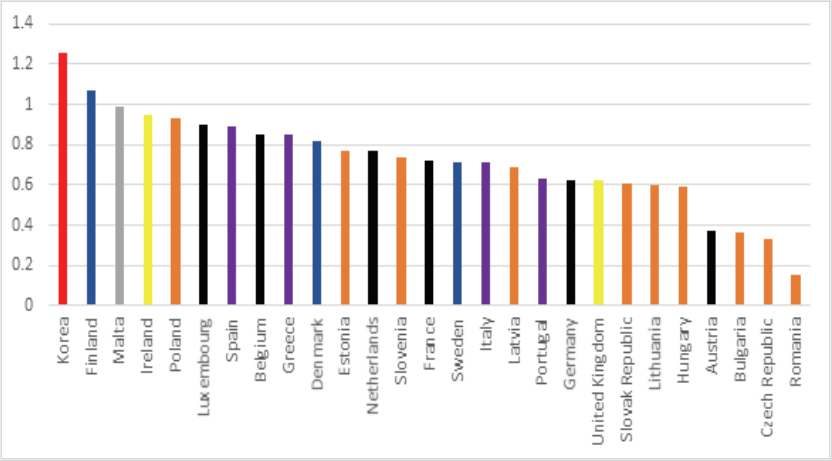
[그림 7-13] 합계출산율(2017)과 이상 자녀 수(2011)



자료: OECD (2021e), Fertility rates (indicator). doi: 10.1787/8272fb01-en; OECD. (2021b). Family database. SF2.2 Ideal and actual number of children. https://www.oecd.org/els/family/database.htm; 한국여성정책연구원. (2019). 연령별 기대 자녀 수 및 이상 자녀 수. https://gsis.kwdi.re.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=338&tblId=DT_1BC2809N. 각각 2021. 4. 22. 인출.

이렇게 이상 자녀 수에 대한 이야기를 한 이유는 이상 자녀 수의 많고 적음을 논하기 위해서가 아니라 이상 자녀 수와 실제 출산한 자녀 수의 차이를 살펴보기 위해서다. 만약 한 사회에서 이상 자녀 수와 실제 출산한 자녀 수에 차이가 있다면, 이는 그 사회에서 사람들이 낳고 싶은 자녀 수를 제약하는 사회경제적 요인이 있다는 것으로 해석할 수 있을 것이다. 합계출산율과 이상 자녀 수의 차이는 비교 대상 27개국 중 한국이 1.26명으로 가장 큰 것으로 나타났다. 그 뒤를 핀란드 1.07명, 몰타 0.99명, 아일랜드 0.95명 순이었다. 둘 간의 차이가 가장 작은 국가는 루마니아 0.15명이었고 그 위로 체코 0.33명, 불가리아 0.36명, 오스트리아 0.37명 순이었다. 합계출산율과 이상 자녀 수의 차이는 평균 0.72명이었다. 이러한 결과를 어떻게 해석할 수 있을까? 다양한 해석이 가능하겠지만, 가장 기본적인 해석은 이상 자녀 수와 합계출산율의 차이의 크기는 해당 사회에서 사람들이 아이를 낳고 양육하는 것과 관련된 사회경제(문화)적 조건이 우호적이지 않다는 것을 의미한다고 할 수 있다. 한국은 출산과 양육과 관련된 비우호적인 조건이 큰 사회라고 이야기할 수 있는 것이다. 흥미로운 사실은 그 차이가 복지체제와 무관하게 나타나고 있다는 것처럼 보인다는 것이다. [그림 7-14]는 한국부터 둘 간의 차이가 큰 국가 순으로 배열한 것인데, 여러 복지체제와 국가군이 섞여 있어 복지체제의 특성이 둘 간의 차이와 관련 있다고 주장하기 어렵다. 특히 핀란드는 사민주의 복지체제로 일과 가족생활 양립은 물론 젠더 평등도 상당히 높은 국가인데도 불구하고 이상 자녀 수와 합계출산율의 차이는 1명 이상으로 비교 대상국 중 한국에 이어 두 번째로 그 차이가 크다. 이런 관점에서 보면 복지체제와 합계출산율의 관계는 좀 더 복잡한 관계에 대한 연구가 필요해 보인다.

[그림 7-14] 합계출산율(2017 또는 2019)과 이상 자녀 수(2011)의 차이



자료: OECD (2021e), Fertility rates (indicator). doi: 10.1787/8272fb01-en; OECD. (2021b). Family database. SF2.2 Ideal and actual number of children. https://www.oecd.org/els/family/database.htm; 한국여성정책연구원. (2019). 연령별 기대 자녀 수 및 이상 자녀 수. https://gsis.kwdi.re.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=338&tblId=DT_1BC2809N. 각각 2021. 4. 22. 인출.

제4절 왜 한국은 더 심각한가

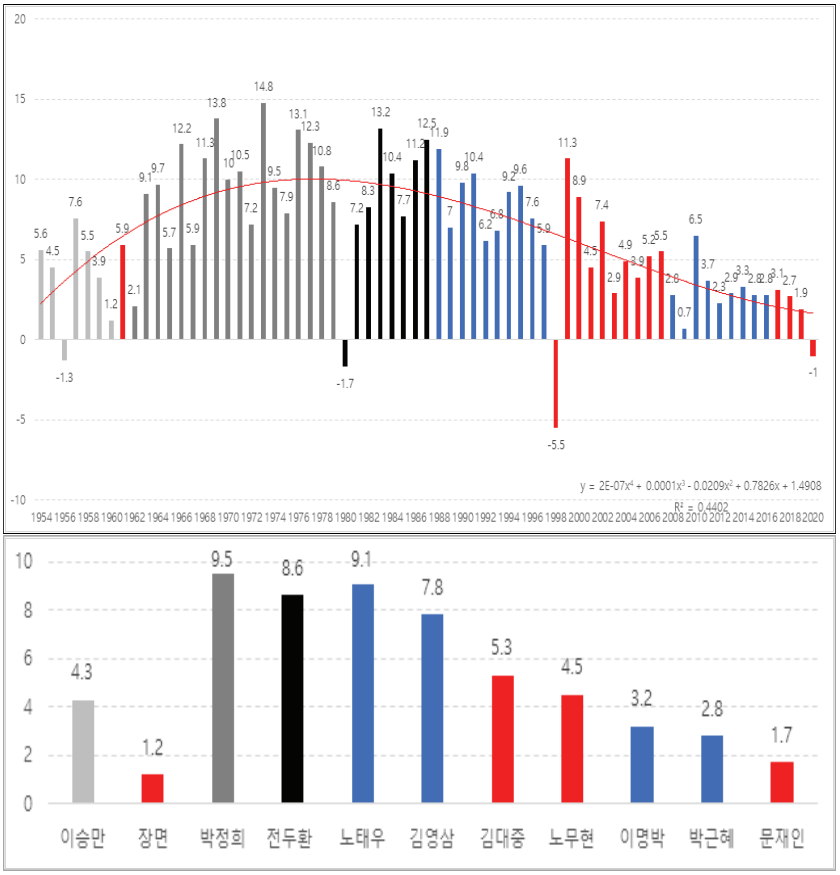
여기서는 앞에서 검토한 한국의 예외성을 바탕으로 왜 한국은 사회경제의 변화에 따라 더 심각한 저출산 현상을 경험하는지를 한국인의 삶의 질과 밀접한 관련성이 있는 경제적인 측면과 복지적인 측면으로 검토해 보자. 미래 인구구조의 변화에 대한 보건복지의 대응을 단순히 수동적인 정책 대응으로 제한하지 않는다면, 우리의 근본적인 질문은 한국은 다른 OECD 국가들과 비교해 왜 더 심각한 저출산 현상을 경험하는가에 맞추어져야 하기 때문이다.

1. 인구 변화와 저성장

먼저 검토해야 할 사항은 경제성장에 관한 것이다. 우리가 자본주의 사회에 살고 있는 한 성장은 사람들의 삶의 질을 결정하는 가장 중요한 요인 중 하나이기 때문이다. 실제로 한국은 다양한 사회문제를 고도성장을 통해 완화해왔던 수십 년의 역사가 있다(윤홍식, 2019a). [그림 7-15]는 1950년대 중반부터 2020년까지 지난 70여 년간 한국의 실질 GDP 성장률을 기록한 것이다. 한국의 경제성장은 1950년대부터 1980년대 초까지 급격한 성장을 경험하다가 1980년대 초 이후 완만하게 낮아지는 모습을 확인할 수 있다. 지난 2020년 마이너스 성장률은 코로나19 팬데믹이라는 특수한 상황을 고려해야겠지만, 기본적으로 1997년 외환위기를 거치면서 성장률이 점진적으로 하락하고 있던 상황에서 발생한 사건으로 보는 것이 적절해 보인다. 실제로 아래 그램을 보면 역대 정권별 성장률의 평균 수치를 보여주고 있는데 노태우 정부(1988~1992) 시기를 지나면서 이념과 관계없이 모든 정부에서 성장률이 하락하는 모습을 확인할 수 있다. 이명박·박근혜 정부는 김대중·노무현 정부시기를 (경제성장률이 낮아졌다는 의미에서) 잃어버린 10년이라고 비판하면서 집권했지만, 두 정부의 집권 기간에 실질 경제성장률은 각각 3.2%와 2.8%로 김대중·노무현 정부의 5.3%와 4.5%에도 미치지 못했다. 문재인 정부의 경우 코로나19 팬데믹이라는 특수한 상황을 고려할 필요가 있지만, 2017년부터 2020년까지 4년 동안 연평균 성장률은 1.7%로 보수정부 9년보다도 더 낮았다.

〔그림 7-15〕 실질 GDP 성장률과 역대 정권별 실질 GDP 평균 성장률, 1954~2020

(단위: %)



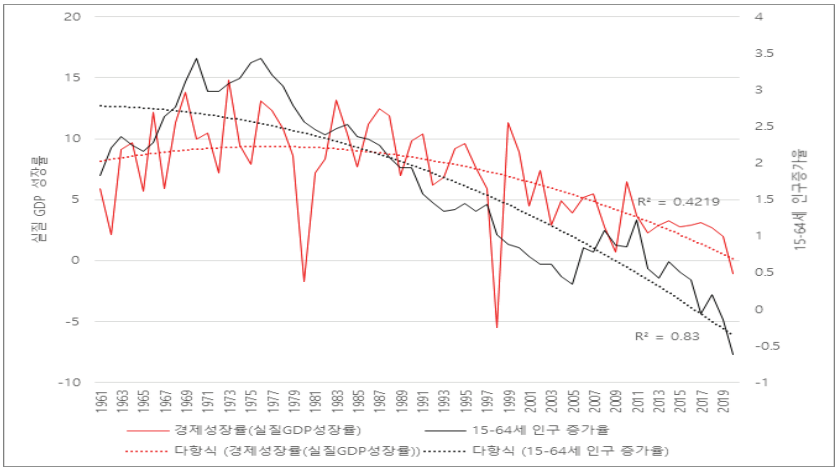
자료: 통계청. (2021a). e-나라지표: 국내총생산 및 경제성장률(GDP). http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2736에서 2021. 5. 8. 인출.

성장에 의존해 사회문제를 완화했던 사회에서 성장률이 둔화된다는 것은 사회문제에 대응하는 새로운 대안이 필요하다는 것을 의미한다. 문제는 한국 경제의 성장률 둔화는 단순히 산업구조가 제조업에서 서비스업으로 전환되는 선진국화로 인한 결과만이 아닌 급격한 인구구조의 변화와 관련되어 있다는 점을 주목해야 한다. 다시 말해, 인구구조의 급격한

변화가 성장률을 낮추면서 성장에 의존해 사회문제를 해결했던 사회의 문제를 더 심화시키는 결과를 가져오고 있다는 것이다. [그림 7-16]에서 보는 것처럼 1970년대 후반부터 진행된 15세부터 64세 인구 증가율의 감소는 1980년대 후반부터 나타난 성장률의 경향적 둔화에 선행에서 나타난 요인이라고 할 수 있다.

[그림 7-16] 실질 GDP 성장률과 15~64세 인구증가율, 1961~2020

(단위: %)

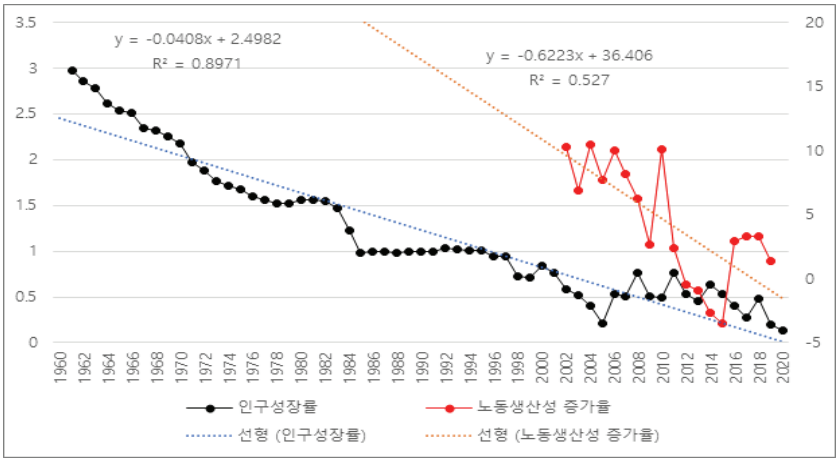


자료: 통계청. (2019). 주요 인구지표(성비, 인구성장률, 인구구조, 부양비 등)/전국. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA002&conn_path=I2; 통계청. (2021a). e-나라지표: 국내총생산 및 경제성장률(GDP). http://www.index.go.kr/potal /main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2736. 각각 2021. 5. 8. 인출.

한국의 경제성장률이 노동과 자본의 투입의 결과였다는 점을 고려하면, 노동력 증가율의 둔화가 성장률의 둔화에 선행해서 나타나는 현상을 이해할 수 있다. 노동력 증가율의 둔화를 노동생산성을 높이는 것으로 상쇄할 수도 있지만, 한국은 불행히도 노동력 증가율의 둔화와 노동생산성 둔화가 함께 나타났다. 한국의 고도성장기(1963~1996, 35년) 동안 노동인구

증가율은 연평균 2.41%였고, 노동생산성 증가율은 6.89%였는데, 저성장기(1998~2020년, 23년) 동안 노동인구 증가율은 0.56%로 낮아졌고, 노동생산성 증가율도 3.04%로 낮아졌다. 이를 일본과 비교해보면 일본은 고성장기(1955~1970년, 16년) 동안 노동인구 증가율이 1.3%, 노동생산성 증가율이 8.3%였고, 저성장기(1975~1996년, 16년) 동안 두 지표는 각각 1.2%와 3.4%로 낮아졌다(吉川洋, 2017[2016]). 주목할 점은 일본은 고성장기에도 노동인구 증가율이 1.3%로 저성장의 1.2%와 큰 차이가 없었다. 성장률의 둔화는 혁신역량의 둔화라고 할 수 있는 노동생산성 증가율이 8.3%에서 3.4%로 급감한 것이다. 반면 한국의 성장률 둔화는 일본과 달리 노동인구 증가율의 둔화와 혁신의 둔화가 동시에 영향을 미치고 있다는 점에서 차이가 있다([그림 7-17] 참고, 인구증가율이 감소하는 비율보다 노동생산성이 감소하는 비율이 더 가파르게 나타나고 있다).

[그림 7-17] 인구증가율과 노동생산성 증가율, 1961~2020



자료: 통계청. (2019). 주요 인구지표(성비, 인구성장률, 인구구조, 부양비 등)/전국. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA002&conn_path=I2; 통계청. (2021b). 제조업 노동생산성 추이(2015=100). https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2716. 각각 2021. 5. 8. 인출.

이는 한국 사회에서 인구구조의 변화에 대한 대응은 혁신 역량의 강화와 함께 고민할 필요가 있고, 이러한 관점이 인구구조의 변화에 대한 한국 사회의 보건복지 대응의 초점이 되어야 한다는 것을 의미한다. 인구구조의 변화에 대한 보건복지의 효율화가 아니라 혁신 역량을 높여 인구구조의 변화로 인한 성장 동력 저하를 상쇄할 수 있어야 한다는 것을 의미한다. 정리하면 성장을 통해 사회문제를 완화했던 한국은 성장률의 둔화로 보건복지 같은 사회문제에 대응하는 대안적 시스템을 구축할 필요가 있다는 것이다. 더욱이 다른 국가에 비해 노동인구의 감소가 급격하게 이루어진다는 측면에서 사회문제에 대응하는 대안의 재구성이 무엇보다도 시급하다고 할 수 있다.

2. 복지체제의 역진적 선별성

튼튼한 복지체제는 성장을 대신해 사회문제를 완화하는 유력한 대안이 될 수 있다. 성장률 둔화로 나타나는 문제를 복지확대를 통해 상쇄하고 시민들에게 안전한 삶을 제공할 수 있다면, 시민들은 자신이 원하는 방식으로 생활할 수 있을 것이다. 이러한 관점을 출산율에 적용하면 사람들은 자신들이 원하는 수만큼 사회경제적 어려움 없이 자녀를 출산할 수 있다는 것을 의미한다. 그러나 보건복지가 시민이 직면한 문제에 대한 적절한 대안이 되지 못한다면, 많은 시민들은 자신이 원하는 삶의 방식을 억제하거나 변경할 수밖에 없을 것이다. 다시 말해, 불충분한 보건복지 정책(복지체제)은 인구 변화를 가속화시키면서 한국 사회가 직면한 문제를 더 심각하게 만들 것이다.

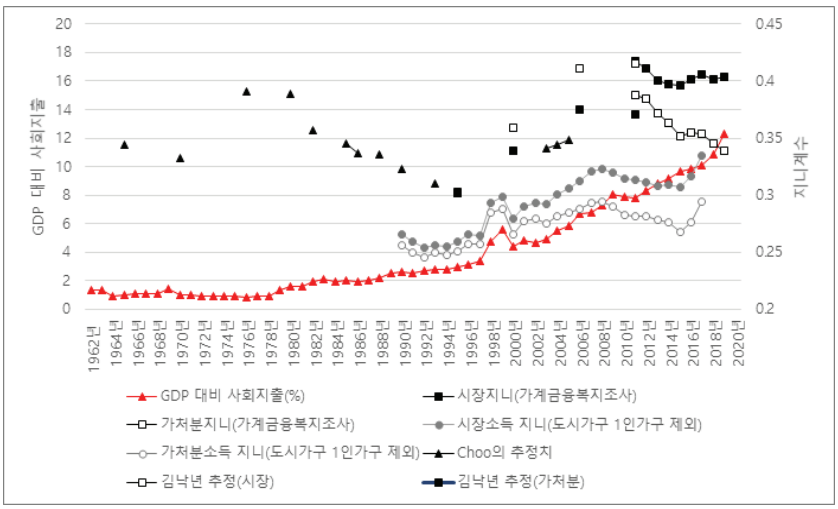
여기서는 이러한 인식에 기초해 한국 복지체제가 시민들이 자신이 원하는 삶의 방식을 선택할 수 있는 제도적 기반이 되고 있는지를 살펴보

자. 한국 복지체제를 이해하기 위해서는 개발국가 복지체제를 이해하는 것이 선행될 필요가 있다. [그림 7-18]을 보면 1962년부터 2020년까지 지난 60여 년간 소득불평등을 나타내는 지니계수(시장 지니계수와 가처분 지니계수)와 GDP 대비 사회지출의 변화가 그려져 있다. 흥미로운 사실은 1970년대 후반부터 1990년대 초까지 대략 15년 동안 한국은 공적 복지의 유의미한 확대 없이 소득불평등이 급격히 감소했다. 그리고 이 기간은 앞에서 보았듯이 한국 경제가 고도성장을 이루었던 기간이다. 다시 말해, 한국은 이 기간에 공적 복지의 유의미한 확대 없이 성장이 일자리를 만들고, 그렇게 만들어진 일자리가 장시간 노동과 결합하면서 불평등과 빈곤으로 대표되는 사회문제를 완화했던 '개발국가 복지체제'가 성립했던 것이다(윤홍식, 2019a).

문제는 이러한 개발국가 복지체제가 1990년대 초를 경과하면서 더 이상 작동하지 않게 되었다는 것이다. GDP 대비 사회지출은 1987년 민주화 이후 지속적으로 증가하기 시작했고 1997년 외환위기를 거치면서 더 빠른 속도로 증가했지만, 산업구조의 변화(제조업에서 서비스업으로, 외주화 등)와 인구구조의 변화(노동인구 증가율의 둔화)로 인한 성장률의 둔화를 상쇄할 수 있을 정도의 역할을 하지 못했다. [그림 7-18]에서 보는 것처럼 GDP 대비 사회지출은 계속 증가했지만, 소득불평등을 나타내는 지니계수는 계속 증가하거나 높은 수준을 유지했다. 물론 공적 사회지출이 확대되지 않았다면 소득불평등은 더 심각해졌을 것이다. 그러면 복지를 확대하는데도 왜 불평등이 완화되지 않았을까?

〔그림 7-18〕 GDP 대비 사회지출과 소득불평등 지표의 변화, 1961~2020

(단위: %)



자료: 윤홍식. (2019b). 『한국 복지국가의 기원과 궤적 3』. p.499. 서울: 사회평론아카데미; 통계청. (2021c). e-나라지표: 지니계수. https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1407에서 2021.8.20. 인출; OECD. (2021f). Social expenditure-Aggregated data. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG에서 2021.8.20. 인출.

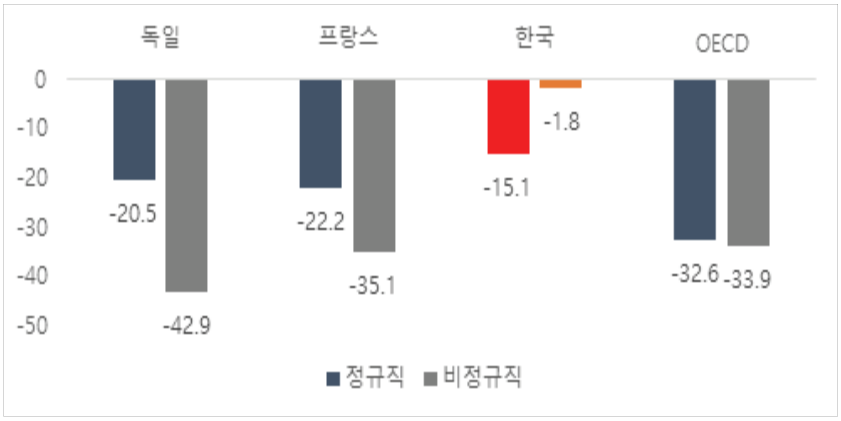
이는 한국 복지체제의 중요한 특성과 연관되어 있다. 1987년 민주화 이후 증가하기 시작한 사회복지는 사회보험을 중심으로 한 증가였고, 1997년 IMF 외환위기 이후 집권한 김대중 정부하에서 복지지출도 기본적으로 사회보험의 보편성을 높이는 것이었다. 문제는 이러한 사회보험이 주로 안정적으로 기여금을 낼 수 있는 정규직에 기초한 사회보장제도라는 점을 고려하면, 사회보험 중심의 확대가 복지의 보편성을 확대하기 위해서는 노동시장에서 안정적 일자리의 확대를 수반해야 한다. 그러나 우리가 잘 알고 있듯이 현실은 1990년대를 경과하면서 한국 노동시장은 기업규모와 고용지위에 따른 중층적 이중구조화가 심각하게 진행되고 있었다. 여기에 사회보험 중심의 복지 확대는 필연적으로 공적 사회보장제

도가 상대적으로 안정적 고용상태에 있는 사람들을 중심으로 만들어진다는 것을 의미한다. 그런데 인구문제라는 관점에서 보면 출산의 문제는 특정 계층의 문제가 아니라 사회구성원 모두의 삶과 관련되어 있다. 사회구성원의 안정적 삶을 지지해줄 사회보장제도가 정규직이라는 특정한 집단을 중심으로 제도화된다는 것은 공적 보건복지제도가 시민이 직면한 위험을 보편적으로 대응하지 못한다는 것을 의미한다. 기본적으로 공적 보건복지 정책이 시민이 자신이 원하는 삶을 선택할 수 있는 기본적 조건을 보편적으로 제공하지 못하고 있다는 것을 의미한다.

실제로 [그림 7-19]를 보면 한국의 사회보장제도가 얼마나 정규직 중심으로 제도화되었는지를 확인할 수 있다. 사회보장제도의 빈곤감소 효과를 분석한 이 그림에 따르면, 독일 사회보장제도의 빈곤감소 효과는 정규직의 경우 -20.5%이고 비정규직에 대해서는 이보다 훨씬 높은 -42.9%에 달한다. 프랑스도 정규직에 대한 빈곤감소 효과는 -22.2%인데 반해 비정규직은 -35.1%이다. OECD 전체를 보아도 사회보장제도는 평균적으로 정규직보다는 비정규직에 대한 빈곤감소 효과가 크다. 그러나 한국은 이들 국가들과 정반대이다. 정규직에 대한 빈곤감소 효과가 -15.1%인데 반해, 비정규직에 대한 빈곤감소 효과는 -1.8%에 불과하다. 이러한 현실은 주요 사회보장제도의 정규직과 비정규직의 커버리지를 통해서도 확인된다. 사회보장제도는 정규직 노동자에게 훨씬 더 우호적으로 만들어져 있다. 여기에 전체 취업자의 25%에 달하는 자영업자를 포함시킬 경우 한국의 공적 사회보장제도는 상대적으로 안정적 고용과 소득을 보장받는 계층에게 집중되어 있는 역진적 선별성을 갖고 있다고 할 수 있다. 나쁜 일자리가 늘어나는 상황도 문제인데, 이를 완화할 수 있는 사회보장제도조차 정규직 중심으로 만들어져 있고, 여기에 주택문제까지 가중되고 있는 상황이기 때문이다. 이런 상황에서 사회적으로 초저출산 현상이 나타나는 것은 당연한 결과라고 할 수 있다.

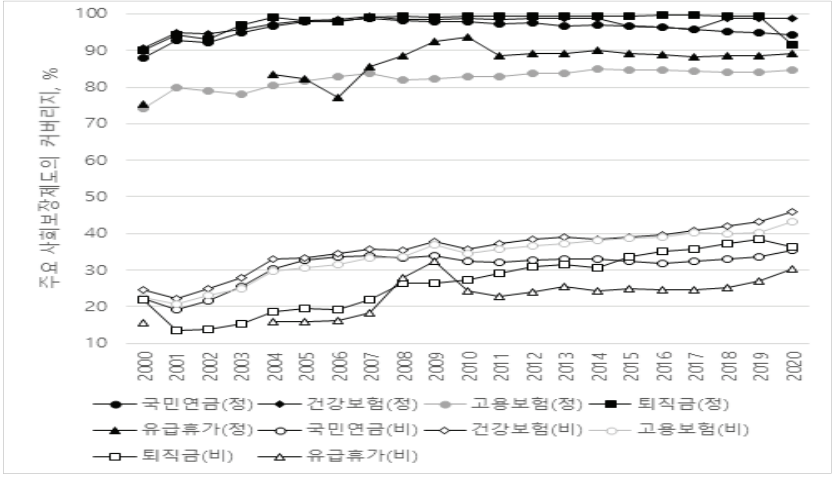
〔그림 7-19〕 GDP 대비 사회지출과 소득불평등 지표의 변화, 1961~2020

(단위: %)



자료: 전병유 편. (2016). 한국의 불평등 2016. 서울: 페이퍼로드, p.171. 재인용.

〔그림 7-20〕 정규직과 비정규직의 주요 사회보장제도 커버리지, 2000~2020



자료: 김유선 (각 연도). 비정규직 규모와 실태. 한국노동사회연구소 자료로 저자 작성.

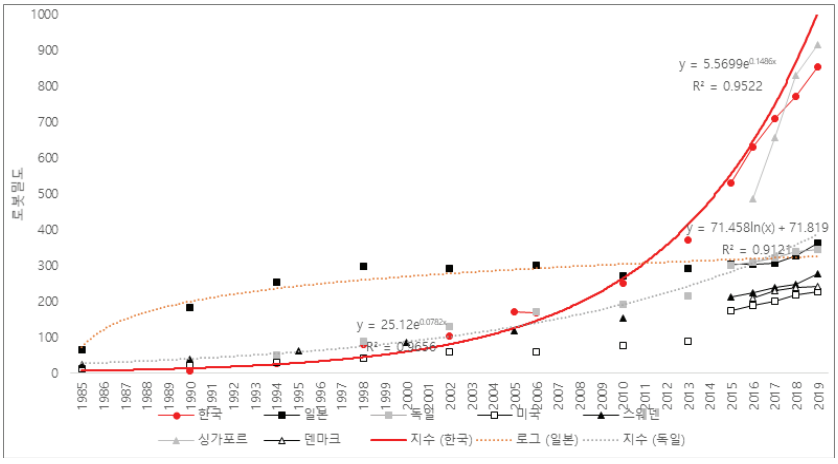
3. 경제구조의 문제

복지체제가 역진적 선별성의 성격을 갖고 있기 때문에 이 문제만 완화하면, 즉 복지체제의 보편성을 확대하면 문제는 완화될 수 있을까? 물론 그럴 수 있다. 그러나 복지는 어디까지나 경제와 연동되어 있기 때문에 시장에서 평등한 분배가 이루어지지 않는다면, 그걸 복지체제에서 완화하는 것은 쉽지 않은 일이다. 가장 중요한 사회보장제도라고 할 수 있는 사회보험제도는 기본적으로 사회적 위험(실업, 질병, 노령 등)에 직면하기 전의 소득수준을 유지시키는 것을 목적으로 하는데, 시장에서 얻는 소득수준이 낮고 불평등이 심하다면 설령 사회보험제도가 보편적으로 확대된다고 해도 사회보험제도로 불평등을 완화하는 일을 쉽지 않기 때문이다. 그렇기 때문에 출산 같은 것에서 시민들이 자신이 원하는 선택을 자유롭게 하기 위해서는 보건복지의 보편성을 확대하는 것은 물론 시장에서의 불평등을 완화하기 위한 정책이 수반되어야 한다.

문제는 한국 경제는 1990년대를 거치면서 성장이 불평등을 확대하는 구조로 만들어졌다는 것이다. [그림 7-21]은 이런 한국 경제의 모습을 단적으로 보여준다. 로봇밀도는 노동자 1만 명당 자동화 기계라고 할 수 있는 로봇을 얼마나 사용하는지를 나타낸다. 그런데 한국은 1990년대를 경과하면서 로봇밀도가 급격히 증가하는 모습을 보인다. 1990년대 대기업이 신경영전략을 채택하면서 숙련 노동자를 자동화 기계로 대체하는 방식으로 생산체제를 재구성해갔기 때문이다. 부품과 소재를 외국에서 수입하고 이를 최첨단 설비로 최종상품을 조립해 해외에 수출하는 전략이 한국 성장체제의 중요한 원리로 자리 잡게 된 것이다. 이러한 과정을 거치면서 2013년이 되면 한국은 전 세계에서 로봇밀도가 가장 높은 국가가 되었다. 어떻게 생각하면 높은 로봇밀도는 한국 산업이 그 만큼 자동화

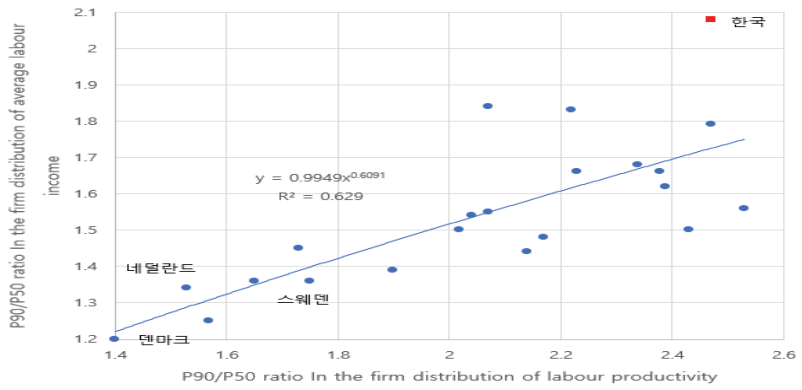
수준이 높다는 것을 의미하고, 이는 곧 기업의 대외경쟁력으로 비추어질 수 있다. 그러나 일반 시민의 관점에서 생각하면 자동화률이 높아진다는 것은 그만큼 시장에서 좋은 일자리가 감소한다는 것을 의미한다. 기업의 입장에서 보면 높은 로봇밀도는 그에 따라 대규모 설비투자를 의미하고, 이에 들어간 비용을 노동의 유연화를 통해 상쇄할 필요가 있는 것이다. 즉, 자동화는 노동시장의 비정규직화를 확대하는 기제가 된다는 것이다. 그리고 이렇게 비정규직이 확대되면, 한국처럼 사회보험을 중심으로 사회보장제도를 구축한 복지체제에서는 광범위한 사각지대가 만들어질 수밖에 없다. 이는 결국 노동시장에서 노동자의 생산성과 임금수준이 기업의 규모에 따라 이중화된다는 것을 의미한다. 실제로 [그림 7-22]를 보면 한국은 OECD 국가들 중 기업 규모에 따라 생산성과 임금수준의 차이가 극단적으로 큰 국가라는 것을 확인할 수 있다. 튼튼한 제조업을 갖고 있고 노동생산성이 높은 것으로 알려진 독일과 스웨덴의 로봇밀도가 한국보다 훨씬 낮다는 것이 주는 함의가 있는 것이다.

〔그림 7-21〕 로봇밀도의 변화, 1985~2019



자료: 윤홍식. (2019b)에서 정리한 내용을 보완한 것임.

[그림 7-22] 기업규모에 따른 생산성과 임금격차



자료: OECD (2016), "Promoting Productivity and Equality: Twin Challenges", p.70, OECD Economic Outlook, No. 99

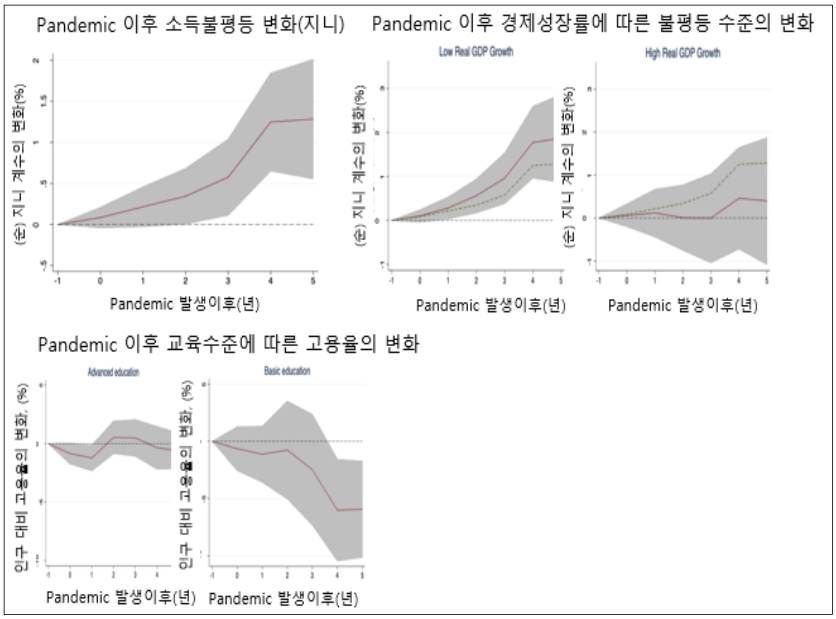
[그림 7-20]에서 보았던 것처럼 정규직과 비정규직의 중요한 사회보장 제도의 커버리지가 좀처럼 감소하지 않는 이유는 바로 이러한 한국 경제 구조의 특성과 관련된 것이라고 할 수 있다. 다시 말해, 복지체제의 역진적 선별성은 노동시장의 구조와 밀접하게 연관되어 있고, 이는 한국의 재벌 대기업이 주도하는 수출주도 성장체제라는 경제구조와 밀접히 연관되어 있다고 할 수 있다. 그래서 복잡하게 도는 것 같지만, 저출산이라는 현상을 완화하기 위해서는 단순히 인구구조의 변화에 대한 보건복지의 대응만으로는 충분하지 않고, 경제구조의 변화가 함께 이루어질 필요가 있는 것이다. 그래야 시민들에게 안정적인 일자리와 보편적 보건복지를 지속적이고 안정적으로 제공해 줄 수 있는 것이다.

4. 코로나19 팬데믹, 문제의 악화

코로나19 팬데믹은 위에서 언급한 한국 복지체제의 문제를 적나라하게 드러냈다. 정부의 방역정책으로 사회적 거리 두기가 강화되면서 불안

정 고용상태에 있는 수많은 시민들이 일자리를 잃었지만, 고용보험은 불안정 고용상태에 있는 사람들의 실업과 실직에 적절히 대응하지 못했다. 많은 사람들이 실업급여도 없이 직장을 잃었고 가계의 문을 닫아야 했다. 문제는 코로나19 팬데믹 같은 경제위기가 닥친 이후에 불평등이 위기 이전보다 더 심화된다는 것이다. IMF가 발표한 자료에 따르면, 팬데믹이후 불평등은 확대되고 그 피해는 취약계층에 집중되는 것으로 나타났다 (Furceri, Loungani, Ostry, & Pizzuto, 2020). [그림 7-23]에서 보는 것처럼 고학력층으로 대표되는 고소득층은 경제위기 이후에 몇 년 이내에 원래 상태를 회복하지만, 취약계층들은 시간이 지날수록 상태가 더 나빠지는 것으로 나타났다.

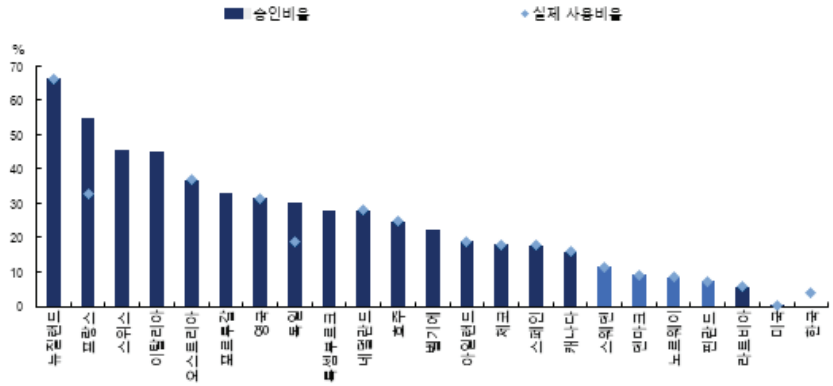
[그림 7-23] 팬데믹 이후 불평등의 변화



자료: Furceri, D., Loungani, P., Ostry, J., and Pizzuto, P. (2020). COVID-19 will raise inequality if past pandemics are a guide. https://voxeu.org/article/covid-19-will-raise-inequality-if-past-pandemics-are-guide.에서 2021. 5. 8. 인출.

문제는 코로나19 팬데믹에 대한 한국 정부의 대응이 OECD 주요국들 중 가장 소극적이었다는 점이다. 코로나19로 인한 (유동성 지원을 제외한) 추가지원의 규모는 GDP 대비 3.4%에 불과해 보편적 사회보장제도가 잘 갖추어진 스웨덴과 덴마크보다도 적었다(International Monetary Fund, 2021). 정부의 고용유지 지원을 받는 취업자의 비중도 3.8%로 뉴질랜드의 66.3%와는 비교할 수 없을 정도였고, 공공부분 고용이 많은 북유럽 국가들에 비해서도 훨씬 낮았다(이창근, 2021.3.9.; OECD, 2020). 이번 위기가 1929년 대공황에 준하는 위기라는 평가가 지배적인 상황에서 정부의 소극적인 대응은 현재 한국 사회가 직면한 사회적 위기를 더 심화시킬 것이다. 그리고 이러한 불평등은 곧 바로 출산율의 저하와 연결될 것이라는 것은 지극히 상식적이다. 실제로 2020년 합계출산율은 0.84명을 기록했다. 이제 인구구조의 변화에 대한 보건복지의 대응은 코로나19 팬데믹이라는 예외적인 상황을 추가적으로 고려해야만 적절한 대안을 제시할 수 있을 것으로 보인다.

〔그림 7-24〕 팬데믹 기간에 정부의 고용유지 지원 프로그램에 적용을 받는 취업자 비중



자료: OECD. (2020). Employment outlook 2020: Worker security and the COVID-19 crisis. p.36. Paris: OECD publishing; 이창근. (2021. 3. 9.). "코로나19 1년, 재직자 고용유지대책 평가와 과제." 코로나19 대응 1년, 정부정책 진단과 평가 좌담회. p.60. 2021년 3월 9일.

제5절 소결

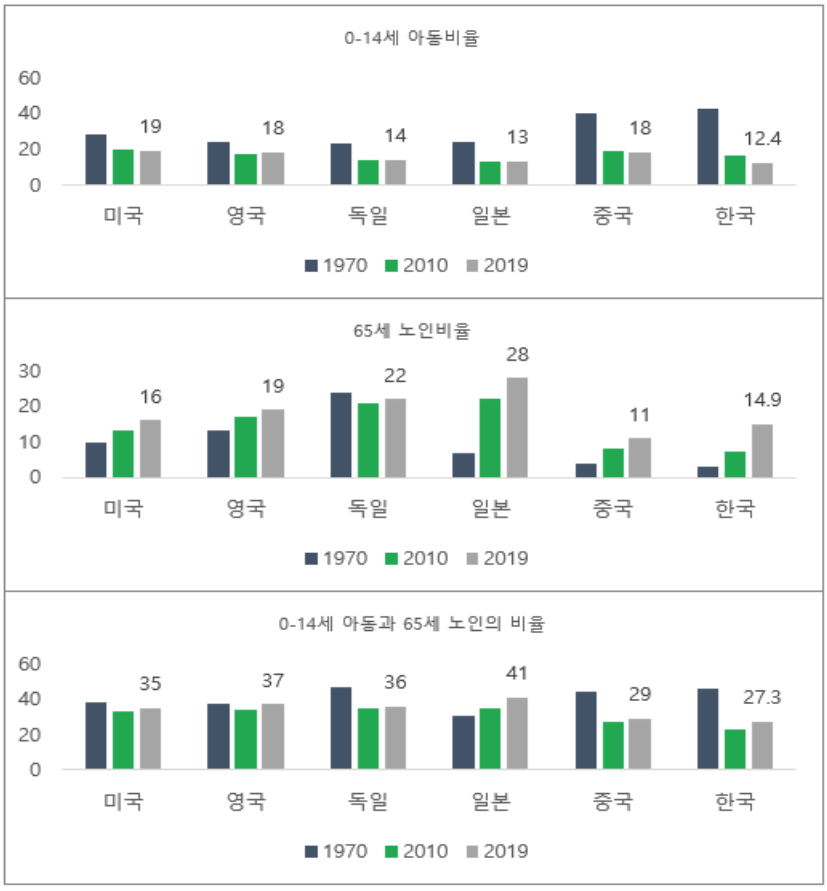
이 절에서는 한국 인구구조 변화의 핵심이라고 할 수 있는 초저출산 현상의 지속을 인구학적 요인이라는 보편성과 함께 한국 사회의 사회경제적 요인이라는 특수성에 기초해 검토할 필요가 있다고 주장했다. 인구구조의 변화에 보건복지의 대응을 수동적으로 접근하지 말고 한국의 특수성이라는 차원에서 접근할 필요가 있다는 문제제기였다. 왜냐하면, 한국은 다른 서구국가들과 같이 경제성장에 따른 인구구조의 변화를 경험하고 있지만, 한국의 변화는 다른 서구국가들은 물론 같은 동아시아 국가인 일본보다도 더 심각한 상황에 놓여있기 때문이다. 이러한 이유로 지금까지 한국 사회에서 인구구조의 변화에 대한 보건복지의 정책대응이 주로 국민국가의 관점에서 관찰되고 논의되었다는 점에 대해 비판했다. 국민국가 차원에서 보면 인구학적 변화(여성의 노동시장 참여를 포함해)가 저출산과 인구구조 변화를 설명하는 변수라고 할 수 있다. 그러나 국민국가 차원을 넘어 한국이 직면한 초저출산의 문제를 국가 간 비교를 통해 관찰하면, 한국의 상황은 매우 예외적이기 때문이다. 그 예외성은 인구학적 변화의 보편성에 비해 한국이 직면한 저출산 현상으로 대표되는 한국 사회의 인구구조의 변화가 매우 급진적으로 나타나기 때문이다.

특히 한국은 [그림 7-25]에서 보는 것같이 서구 국가들은 물론, 같은 동아시아 국가인 일본과 중국과 비교해도 전체 인구에서 65세 이상의 노인인구의 비율이 급증하고 14세 미만 아동의 비율이 급감하면서 향후 심각한 인구구조 변동을 경험할 것이다. 문제는 한국의 이러한 인구구조의 급격한 변화가 보편적 사회보장제도가 갖추어져 있지 않는 것은 물론, 경제구조도 불평등을 심화시키는 구조로 만들어져 있는 상황에서 발생한다는 것이다. 가뜩이나 심각한 문제 위에 문제의 심각성을 더하게 되는 것이다.

즉, 현재 한국이 직면한 인구구조의 변화는 단순히 인구구조의 문제가 아니라 경제적 문제, 복지체제의 문제가 결합되어 있는 복합적인 문제이기 때문에 대안 또한 복합적인 방식으로 검토할 필요가 있다는 것이다.

[그림 7-25] 아동과 노인의 부양 비율

(단위: %)



자료: Goodhart, C. and Pradhan, M. (2020). The great demographic reversal, p.4. London: Palgrave Macmillan; 통계청. (2019). 인구로 보는 대한민국: 연령계층별 인구구성비. https://kosis.kr/visual/populationKorea/PopulationByNumber/PopulationByNumberMain.do?mb=N&menuId=M_1_4&themaId=D01에서 2021.8.20. 인출.

이러한 이유로 이 절에서는 미래 인구구조의 변화에 대응하는 보건복지 정책의 대응이 전통적인 접근방법에 의존하지 말고 한국 사회의 정치경제구조의 문제를 통합적으로 고려하는 방식으로 검토되어야 한다는 것을 몇 가지 논점을 제기하면서 검증했다. 문제는 아직 인구학적 변수와 정치경제적 변화를 통합적으로 고려해서 모델을 만들고 이에 기초해 보건복지 정책의 대응을 검토할 수 있는 신뢰할 만한 길을 찾지 못했다는 것이다. 그러나 한국이 직면한 문제가 산업화된 국가들의 보편성 위에 한국의 특수성이 결합된 것이라면, 기존의 접근방식으로는 문제를 해결할 수 없다는 것이 분명해 보인다. 이러한 현실은 인구를 연구하는 사회과학자에게 커다란 도전될 것이다. 사회과학자가 자신이 살고 있는 사회의 문제를 인식하고 이를 연구하는 사람들이라면 사회과학자는 이러한 현실에 직면에 새로운 해법을 찾아야 한다. 서구 학자들이 했던 길을 따라가는 것은 누구나 할 수 있다. 그러나 우리가 직면한 문제를 푸는 것은 우리만이 할 수 있다.

3부

인구구조 변화와 보건복지 정책 현황 및 대응 과제

제8장 인구구조 변화와 사회보장재정 현황 및 전망
제9장 인구구조 변화와 소득보장제도의 효과 분석
제10장 인구구조 변화와 보건의료 정책 현황 및 대응 과제
제11장 인구구조 변화와 연금 정책 현황 및 대응 과제
제12장 인구구조 변화와 사회서비스 정책 현황 및 대응 과제
제13장 인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사

제8장 인구구조 변화와 사회보장재정 현황 및 전망

제1절 도입

사회보장재정은 사회보장제도 운영에 따른 지출과 수입을 의미하며, 인구환경 및 사회경제적 환경 변화는 조세수입 및 사회보장지출에 영향을 미치게 된다. 「사회보장기본법」에서 정의하고 있는 사회보장제도는 크게 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 포괄하고 있는데, 사회보험의 경우 가입자의 보험료가 재정구조상 수입이 되나, 공공부조 및 사회서비스의 경우 이를 위한 별도 목적으로 조세를 부과하지는 않으며, 중앙·지방정부의 예산이 투입되게 된다. 이에 따라 사회보장 유형별로 사회보장재정 지출을 구분하면, 크게 사회보험에 의한 급여지출 부분과 일반재정에 의한 사회복지지출로 구분할 수 있다.

한국은 사회보장재정지출 중 사회보험이 차지하는 비중이 높고 그중에서도 4대 공적연금과 건강보험, 노인장기요양보험 관련 지출이 대부분을 차지하고 있다. 사회보장위원회(2020)의 제4차 재정추계 결과에 따르면, 2020년 사회보장지출은 GDP 대비 12.5% 비중을 차지하는데, 사회보험의 GDP 대비 지출 비중은 8%로, 사회보장지출의 64%를 차지한다. 2060년 사회보장지출은 GDP 대비 27.6%까지 증가할 것으로 전망되는데, 2060년의 사회보험지출 비중은 GDP 대비 22.8%로 전체 사회보장지출의 83%에 이를 것으로 전망되고 있다. 한편, 일반재정에 의한 지출규모는 2020년 GDP 대비 4.5%에서 2060년 4.8%로 소폭 증가할 것으로 전망되고 있다.

본 연구에서 정의한 보건복지 정책에 함의를 주는 인구구조 변화는 총

인구의 증감, 인구 고령화, 연령별 인구구성비 변화, 지역별 인구분포 변화 등으로 구분된다. 고출산·고사망 시대에서 저출산·저사망 시대로 오면서 연령별 인구구성비가 변화하게 되었고, 인구 고령화는 이러한 변화가 반영되어 나타난 결과 중 하나로 볼 수 있다.

사회보장재정지출 중 사회보험의 비중이 매우 높은 현재 한국의 사회보장재정 구조를 고려할 때, 본 연구에서 정의한 인구구조 변화 중 사회보장재정 측면에서 이슈를 발생시키는 것은 단연 인구 고령화와 인구구성비 변화라고 볼 수 있다. 즉, 사망률 감소, 기대수명 증가, 낮은 출산율 등이 결합되어 나타나는 인구구조 변화는 미래 환경을 변화시키고 있으며, 미래 생산가능인구의 감소와 인구 고령화는 사회보장재정지출 중 특히 비중이 높은 사회보험재정의 지속가능성에 큰 영향을 미칠 것이다.[14] 이에 따라 사회보장재정의 가장 중요한 쟁점사항은 재정의 지속가능성과 대상의 포괄성 및 보장성이라 볼 수 있다.

현재 한국은 사회보장기본법에 따라 5년마다 사회보장기본계획을 수립하고 있으며, 보건복지부(2019)의 제2차 사회보장기본계획[2019~2023]에 따르면, 2019년부터 2023년까지 5년간 사회보장에 총 332.1조 원을 투자할 예정이다. 본 장에서는 현재 사회보장재정 현황을 수입과 지출 측면으로 구분하여 살펴보고, 인구구조 변화, 특히 인구 고령화의 영향을 보다 직접적으로 받는 정책영역별로 중·장기 재정전망 및 재정구조에 관한 이슈들을 살펴본 후, 이를 바탕으로 인구구조 변화에 따른 대응 방향에 대해 논의하고자 한다.

---

14) 한편, 생산가능인구의 감소와 함께 기술변화 등에 따른 노동시장 환경변화 또한 사회보장 관련 재원 확보에 어려움을 일으킬 수 있을 것이라는 우려도 존재하고 있다. 예를 들어, 비정형 일자리의 증가, 중간숙련 일자리의 감소와 고숙련·저숙련 일자리의 증가 등은 현행 고용보험 제도하에서 수입기반을 약화시키고 지출을 증가시키는 방향으로 작용할 수 있다. 다만, 현재 사회보장재정 지출구조상 공적연금과 건강보험 및 노인장기요양보험의 비중이 대부분을 차지하고 있고, 이들 제도가 인구 고령화와 가장 밀접하게 연관되어 있으므로, 본 연구에서 노동시장 측면과 관련한 논의는 다루지 않고자 한다.

제2절 인구구조 변화와 사회보장재정 현황

본 절에서는 재정수입 측면과 재정지출 측면을 구분하여 사회보장재정 현황을 살펴보고자 한다. 재정수입 측면의 경우, 최근 사회보장세 도입 등과 관련한 연구가 이루어지고 있기는 하나, 현재 사회보장제도를 위해 별도의 목적으로 과세를 하지는 않으므로, 전반적인 재정수입 현황을 살펴보고자 한다. 반면, 재정지출 측면의 경우, 전반적인 재정지출 현황보다는 사회보장과 관련한 지출에 초점을 두고 살펴보고자 한다.

1. 재정수입 개요 및 현황

한국재정정보원(2021)의 「2021년 주요 재정통계」에 따르면, 재정수입은 예산수입과 기금수입으로 구성되는데, 2021년 본예산 기준 예산수입은 약 65%, 기금수입은 35%의 비중을 차지한다. 예산수입의 약 90%는 국세수입이며, 국세 세목 중 소득세, 법인세, 부가가치세가 2021년 본예산 기준 전체 국세수입의 약 74%를 차지한다.[15] 기금수입의 경우, 4대 사회보험성기금(국민연금, 사학연금, 고용보험, 산재보험) 기여금의 비중이 2021년 본예산 기준 전체 기금수입의 45%로 가장 큰 비중을 차지하고 있다.[16]

조세부담률과 국민부담률은 국민의 조세부담 정도를 측정하는 대표적인 지표로, 조세부담률은 경상 GDP 대비 조세(국세+지방세)가 차지하는 비중을, 국민부담률은 경상 GDP 대비 조세와 사회보장기여금이 차지하

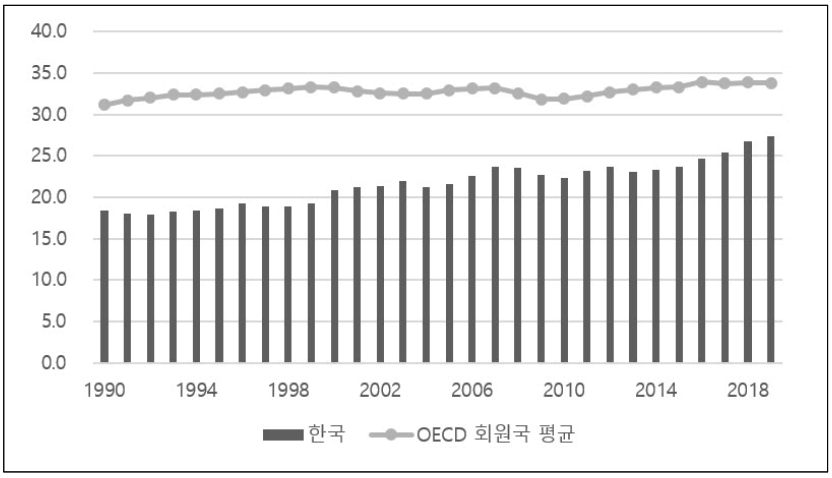
15) 국세는 내국세(소득세, 법인세, 부가가치세, 상속세·증여세, 개별소비세, 인지세, 주세, 증권거래세 등 8개), 목적세(교통·에너지·환경세, 교육세, 농어촌특별세 등 3개), 관세, 보유세(종합부동산세)로 구성됨

16) 기금수입은 사회보장기여금, 융자원금회수, 경상이전수입 등 기타로 구성됨

는 비중을 나타낸다. 2019년 결산 기준 한국의 조세부담률은 20.0%, 국민부담률은 27.2%로 나타났다(한국재정정보원, 2021, p.9). 이는 OECD 회원국의 평균보다는 낮은 수준으로, OECD 통계에 따르면, OECD 회원국의 평균 조세부담률은 2018년 기준 24.9%, 국민부담률은 2019년 기준 33.8%였다.

[그림 8-1] 국민부담률 추이

(단위: %)



자료: OECD(2021a), Global Revenue Statistics Database, 7. 31. 인출

OECD 통계에서는 조세수입의 세원을 크게 소득과세(Taxes on income, profits and capital gains), 사회보장기여금(Social security contributions, SSC), 급여과세(Taxes on payroll and workforce), 재산과세(Taxes on property), 소비과세(Taxes on goods and services), 기타의 여섯 가지로 구분하고 있다. 세원별 세부 세목구성은 국가별로 차이가 있을 수 있으나, 아주 큰 차이를 보이지는 않는 것으로 알려져 있다(하능식, 임상수, 2014, p.36).

〈표 8-1〉은 OECD 조세수입 통계 자료를 이용하여 주요 선진국가와 OECD 회원국 전체에 대해 각 조세수입 세원별로 GDP 대비 비중을 정리하여 나타낸 것이다. 세원별 GDP 대비 비중을 보면, 대체로 소득과세, 소비과세, 사회보장기여금의 비중이 높게 나타나고 있음을 볼 수 있다. 한국의 경우, 2019년을 기준으로 보아도 소득과세, 소비과세, 사회보장기여금의 GDP 대비 비중은 OECD 회원국의 평균보다는 낮은 수준을 나타내고 있다. 다만, 눈에 띄는 부분은 사회보장기여금으로, 2019년 기준 GDP 대비 비중은 7.3%로 여전히 OECD 회원국의 평균 수준보다는 낮으나, 1990년 사회보장기여금의 GDP 대비 비중이 1.9%였음을 고려하면 약 20년 동안 매우 빠른 속도로 그 비중이 증가하였음을 알 수 있다.

〈표 8-1〉 주요 OECD 회원국의 세원별 GDP 대비 비중

(단위: %)

	소득과세		사회보장 기여금		소비과세		재산과세		급여과세 및 기타	
	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019	1990	2019
OECD 회원국[1)]	11.8	11.5	7.1	9.0	9.9	10.9	1.7	1.9	0.9	0.7
한국	**6.0**	**9.1**	**1.9**	**7.3**	**8.1**	**7.1**	**2.2**	**3.1**	**0.2**	**0.8**
프랑스	6.6	11.8	18.1	14.9	11.7	12.3	2.6	4.0	2.1	2.4
독일	11.3	12.7	13.0	14.7	9.3	10.4	1.2	1.1	0.3	0.2
스웨덴	20.3	15.1	13.3	9.2	12.2	12.1	1.7	0.9	1.3	5.5
영국	12.9	11.6	5.6	6.4	10.2	10.8	2.7	4.1	1.5	0.3
미국	11.8	11.1	6.7	6.1	4.6	4.3	3.1	3.0	0.0	0.0

주: 1) OECD 회원국의 평균값은 1990년, 2018년 기준 자료임
자료: OECD(2021a), Global Revenue Statistics Database, 7. 31. 인출

2. 사회보장 관련 재정지출 현황

한국의 사회보장제도 관련 재정지출 현황은 국가 재정통계 자료나 OECD의 사회복지지출(Social Expenditure, SOCX) 통계를 통해서 살

펴볼 수 있다. 각 통계 자료에서 집계하는 사회복지 관련 지출 범위에 일부 차이가 있으므로, 본 연구에서는 자료별로 사회보장재정지출 현황을 함께 살펴보고자 한다.

우선, 한국재정정보원에서 발간하는 국가 재정통계 자료를 활용하여 사회보장재정지출 현황을 살펴보고자 한다. 재정통계에서는 정부의 프로그램예산체계에 따라 16개 분야로 구분하여 중앙정부의 예산 현황을 공표하고 있다.[17] 재정통계 자료를 활용한 기존 연구에서는 대체로 국가예산시스템상 분류에 따른 16개 분야 중 '사회복지'와 '보건' 분야의 지출 현황을 살펴봄으로써, 사회보장재정지출 현황을 파악하고자 하였다. 〈표 8-2〉는 최근 10여 년간 '사회복지' 분야와 '보건' 분야의 지출 현황을 정리하여 나타낸 것으로, 총지출은 16개 분야를 모두 포함한 지출을 의미한다. 16개 분야를 모두 포함한 총지출 대비 각각의 비중을 보면, 사회복지 분야 지출이 가장 높은 비중을 차지하는 것으로 나타나는데, 2018년 처음으로 총지출 대비 30%를 상회하였으며, 2019년 결산치 기준 총지출의 31.9%를 차지하고 있다.

〈표 8-2〉 사회복지 및 보건 분야 정부재정지출 현황

(단위: 조 원, %)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
사회복지	84.8	89.8	98.4	107.0	112.4	121.0	136.0	154.8	167.0	185.0
	(26.4)	(26.6)	(28.3)	(28.8)	(29.2)	(29.8)	(31.3)	(31.9)	(32.6)	(33.2)
보건	7.8	8.8	9.2	11.2	10.5	10.3	10.7	11.9	13.5	14.7
	(2.4)	(2.6)	(2.6)	(3.0)	(2.7)	(2.5)	(2.5)	(2.5)	(2.6)	(2.6)
총지출	321.0	337.3	347.9	372.0	384.9	406.6	434.1	485.1	512.3	558.0

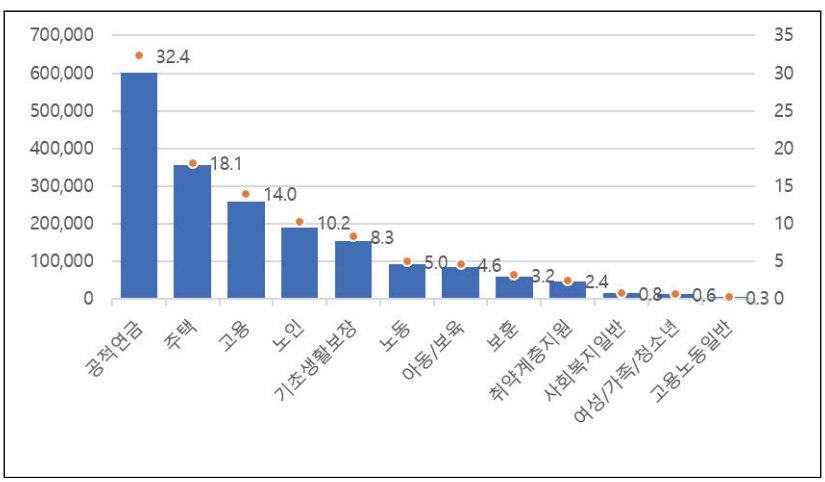
주: 2019년까지는 결산치 기준이며, 2020년과 2021년은 본예산 기준
자료: 2018 주요 재정통계 및 2021 주요 재정통계(한국재정정보원)

17) 16개 분야는 일반·지방행정, 공공질서 및 안전, 통일·외교, 국방, 교육, 문화 및 관광, 환경, 사회복지, 보건, 농림수산, 산업·중소기업 및 에너지, 교통 및 물류, 통신, 국토 및 지역개발, 과학기술, 예비비임.

〈표 8-2〉에 제시되어 있지는 않지만, 그다음으로는 일반·지방행정 분야와 교육 분야가 2019년 결산치 기준 각각 15.5%, 14.5%로 높은 비중을 차지하는 것으로 나타난다(한국재정정보원, 2021, p.27). 2012년부터 2021년까지 최근 10년간 사회복지 분야 지출의 연평균 증가율을 산출하면 약 9.1%로 나타나며, 보건 분야는 약 7.6%의 연평균 증가율을 보인다. 이는 동일 기간 내 총지출의 연평균 증가율(약 6.4%)을 상회하는 수준으로, 16개 분야 중 '사회복지'와 '보건' 분야는 총지출 증가율보다 더 빠르게 증가했음을 알 수 있다.

[그림 8-2] 사회복지 부문별 지출 규모 (2021년 본예산 기준)

(단위: 억 원, %)



자료: 한국재정정보원(2021), 「2021 주요 재정통계」, p.188의 값을 기반으로 작성하였음

[그림 8-2]는 사회복지 분야의 세부 부문별 지출 규모를 나타내는데, 왼쪽 축은 부문별 지출액 규모를, 오른쪽 축은 사회복지지출 중 각 부문이 차지하는 비중을 나타낸다. 2021년 본 예산 기준 총 185조 원의 사회복지 분야 지출 중 공적연금 부문이 약 60조 원으로 32.4%를 차지하고 있으

며, 그다음으로는 주택부문(약 33.5조 원)과 고용부문(약 25.8조 원)의 비중이 높게 나타나고 있다. 2021년 본예산을 기준으로, 사회복지 분야 지출 중 세부사업 단위에서 비중이 큰 순서대로 보면, 국민연금운영(급여지급)이 29.2조 원, 퇴직급여가 19조 원, 기초연금지급이 15조 원의 순서로 높은 지출 비중을 차지하고 있다(한국재정정보원, 2021, p.194).[18)]

다음으로 〈표 8-3〉은 [그림 8-2]의 사회복지 분야 세부 부문별로, 각 부문에서 큰 비중을 차지하고 있는 프로그램 일부를 선정하여 정리한 것이다. 2021년 본예산을 기준으로, 공적연금 부문에서 가장 큰 비중을 차지하는 것은 국민연금 급여지급(약 29.2조 원, 약 48.6%)이며, 그다음은 공무원연금 급여지급(약 18.9조 원, 약 31.5%), 사학연금 지급, 군인연금 등의 순서로 나타나고 있다. 2015년부터 2021년까지 최근 7년여 기간 내 국민연금 지급의 연평균 증가율을 산출하면 11.5%로, 동일 기간 내 공적연금 부문 총지출 금액의 연평균 증가율 7.5%를 크게 상회하고 있다.

노동 부문의 경우, 2019년부터 고용, 노동, 고용노동일반의 3가지 부문으로 개편하여 지출 현황을 공표하고 있다. 여러 가지 프로그램 중 고용 부문의 '고용안전망 확충' 지출이 2021년 본예산 기준 약 15.1조 원(42.4%)으로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 그다음으로는 고용창출 및 훈련(약 7.9조 원, 22.1%), 산재보험(약 6.7조 원, 18.9%)의 지출 비중이 높게 나타난다.

노인·청소년, 보육·가족 및 여성 부문도 2019년부터 노인, 아동·보육, 여성·가족·청소년 등 3가지 부문으로 개편하여 지출 현황을 발표하고 있다. 노인 부문은 크게 노인생활안정 프로그램과 노인의료보장 프로그램으로 구분되어 있는데, 2021년 본예산 기준 노인생활안정 지출 규모는 약 16.9조 원이며, 이 중 약 89%에 해당하는 15조 원이 기초연금 지급

18) 여기서 퇴직급여는 공적연금인 특수직역연금에서 지급되는 급여를 의미함.

규모에 해당한다. 2015~2021년 기간 내 노인생활안정 지출 규모의 연평균 증가율은 13.5%로, '노인, 아동/보육, 여성/가족/청소년' 부문 총지출액 규모의 연평균 증가율(약 12.3%)보다 높은 수준을 보인다. 아동·보육 부문의 경우, 보육지원강화와 저출산 대응 및 인구정책지원 지출이 가장 큰 비중을 차지하는데, 절대적인 지출액 규모로는 낮은 수준이지만, 2015년 대비 상당히 큰 폭으로 증가하였음을 볼 수 있다.

〈표 8-3〉 사회복지 분야 주요 프로그램별 지출 현황

(단위: 조 원, %)

부문		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
공적연금	국민연금 지급	15.2 (39.2)	17.1 (41.8)	19.1 (43.4)	20.7 (44.2)	22.8 (45.0)	26.6 (48.0)	29.2 (48.6)
	공무원 연금지급	13.8 (35.5)	14.1 (34.5)	15.0 (34.0)	15.8 (33.8)	17.0 (33.6)	17.4 (31.4)	18.9 (31.5)
	총계	38.8	40.9	44.0	46.9	50.6	55.4	60.0
고용, 노동, 일반	고용안전망 확충	6.4 (40.2)	6.9 (40.7)	7.4 (41.7)	12.4 (51.6)	12.7 (44.5)	13.8 (45.3)	15.1 (42.4)
	총계	15.9	16.9	17.9	24.1	28.5	30.5	35.7
노인, 아동/보육, 여성/가족/청소년	노인생활 안정	8.0 (55.1)	8.3 (55.1)	8.9 (55.5)	10.1 (55.6)	12.8 (54.4)	14.9 (56.8)	16.9 (58.9)
	보육지원 강화	5.2 (35.7)	5.3 (35.4)	5.4 (33.8)	5.4 (29.7)	5.8 (24.4)	5.9 (22.4)	6.0 (20.8)
	저출산대응/ 인구정책지원	0.06 (0.4)	0.09 (0.6)	0.1 (0.7)	0.7 (4.1)	2.2 (9.5)	2.4 (9.1)	2.3 (8.0)
	총계	14.5	15.1	16.0	18.2	23.5	26.2	28.6
기초생활보장	기초생활보장	9.0 (95.6)	9.3 (90.7)	10.0 (91.3)	10.5 (90.6)	11.5 (89.0)	12.3 (88.3)	13.3 (87.0)
	총계	9.4	10.3	10.9	11.6	12.9	14.0	15.3

주: 2019년까지는 결산치 기준이며, 2020년과 2021년은 본예산 기준임. 총계는 부문별 총지출금액을 나타내며, 프로그램별 괄호 안의 비중값은 부문별 총계값 대비 해당 프로그램의 지출액 비중을 나타냄

자료: 한국재정정보원(2021), 「2021 주요 재정통계」, p.195~197의 값을 기반으로 작성하였음

마지막으로 기초생활보장 부문은 기초생활보장, 기초주거생활보장, 자활서비스 지원 프로그램으로 구분되어 있는데, 기초생활보장지출이 2021년 본예산 기준 13.3조 원으로 약 87%를 차지하고 있으나 점점 그 비중이 감소하고 있는 반면, 기초주거생활보장의 지출 비중은 꾸준히 증가하고 있다.

국가예산시스템상 분류에 따른 '보건'분야의 지출 현황을 살펴보면, 우선, 보건 분야는 건강보험, 보건의료, 식품의약안전의 3개 부문으로 구성되어 있다. 2021년 본예산을 기준으로, 보건 분야 총 지출금액 14.7조 원 중 건강보험 부문이 약 10.8조 원으로 73.3%를 차지하고 있으며, 보건의료 부문이 약 3.3조 원(22.6%), 식품의약안전 부문이 약 0.6조 원(4.1%)의 지출 규모를 보이고 있다(한국재정정보원, 2021, p.202).

다만, 주의할 점은 본 재정통계에서 건강보험 부문은 정부지원금으로 운영되는 부분만 포함된 금액으로, 국민건강보험공단의 일반회계로 운영되는 건강보험과 노인장기요양보험 지출액은 포함되지 않는다는 것이다. 2020년 기준 국민건강보험공단의 건강보험 지출 규모는 약 76.7조 원, 노인장기요양보험 지출 규모는 약 9.7조 원으로 상당한 지출 수준을 보인다(국회예산정책처, 2020, p.16). 또한, 국가예산시스템상 분류에 따른 사회보장지출 파악은 중앙정부의 예산이 투입되는 사업만을 포괄하고, 사회복지와 보건 분야를 제외한 다른 분야로 분류되어 포함된 사회서비스 사업은 사회보장사업에서 제외되는 등의 한계가 있다.

재정통계 이외에 한국의 사회보장재정지출 현황을 살펴볼 수 있는 자료로는 OECD의 사회복지지출(Social Expenditure, SOCX) 통계가 있다. OECD는 회원국을 대상으로 사회복지지출을 산출하여 격년으로 제출하도록 권고하고 있어, 국가 간 비교가 가능하다는 장점이 있다. OECD의 사회복지지출(SOCX)은 재원에 따라 공공사회복지지출(Public

expenditure), 법정 민간사회복지지출(Mandatory private social expenditure), 자발적 민간사회복지지출(Voluntary private social expenditure), 순사회복지지출(Net social expenditure)의 총 4개 부문으로 구성되어 있는데, 본 연구에서는 공공사회복지지출에 한정하여 살펴보고자 한다.[19]

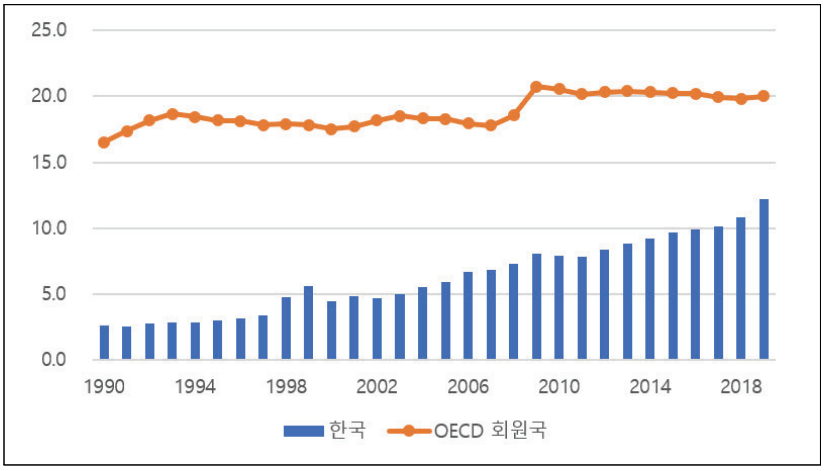
공공사회복지지출(Public expenditure)은 정부지출(공공부조, 사회보상, 사회서비스)과 사회보험 지출(공적연금, 건강보험, 산재보험, 고용보험, 장기요양보험)로 한정하고 있으며, 정부재정 외로 운영되는 사회보험(예, 건강보험) 등은 포함되지만, 행정비용은 제외된다(국회예산정책처, 2020a, p.15). OECD 통계에 따르면, 2018년 한국의 공공사회복지지출 규모는 약 205조 원으로, 국가예산시스템 분류상의 '사회복지'와 '보건' 분야의 지출금액(약 146.7조 원, 2018년 결산 기준)이 사회보장제도 관련 지출 규모를 과소 계상하고 있음을 알 수 있다.

[그림 8-3]은 1990년 이후부터 가용한 자료의 가장 최근 시점까지 GDP 대비 공공사회복지지출 비중을 나타낸 것이다. 한국의 GDP 대비 공공사회복지지출 비중은 1990년 이후 지속적으로 증가하고 있으나 2019년 12.2%로, OECD 회원국의 평균인 20.0%에 비해서는 여전히 낮은 수준을 보이고 있다. 다만, OECD 회원국의 GDP 대비 공공사회복지지출 비중의 평균값은 2010년 이후 20% 내외에서 큰 변화를 보이지 않으나, 한국의 경우 2010년 7.9%에서 2015년 9.6%, 2019년 12.2%로 꾸준히 증가하는 추세를 보이고 있다.

19) 각 부문의 상세한 내용은 고경환 외(2017)를 참조

[그림 8-3] GDP 대비 공공사회복지지출 비중 변화 추이

(단위: %)



자료: OECD(2021b), Social Expenditure - Aggregated Data, 8. 2. 인출

다음으로, [그림 8-4]와 〈표 8-4〉는 한국의 공공사회복지지출의 9대 정책영역별로 지출 규모 변화를 정리하여 나타내고 있다. 우선, 총 지출 규모는 1990년 5조 원에서 2018년 205조 원으로 크게 증가하였다.[20] 9대 정책영역별로 구분하였을 때, 1990년부터 2018년의 기간 동안 대체로 보건 분야가 가장 큰 비중을 차지하고 있음을 볼 수 있으며, 그다음으로는 노령 분야의 비중이 높게 나타나고 있다.

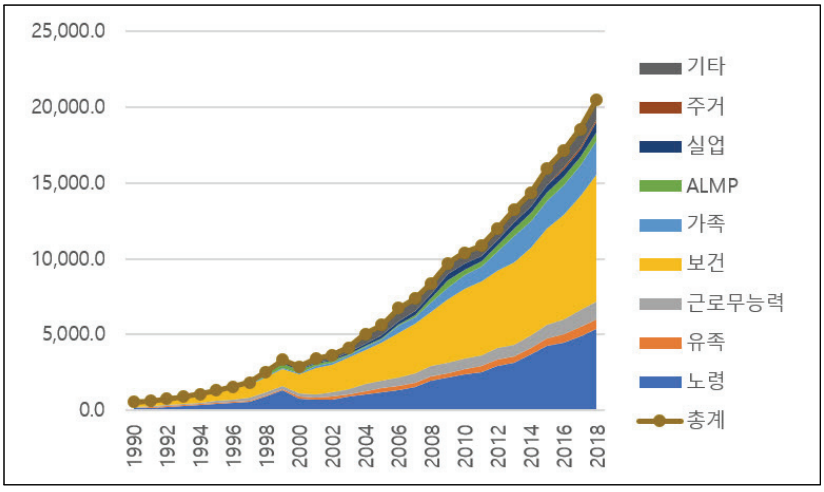
〈표 8-4〉는 1990년부터 5년 단위로 9대 정책영역별 공공사회복지지출의 명목금액과 영역별 비중을 나타낸 것으로, 가장 오른쪽 열에는 2010년부터 2018년까지의 9대 정책영역별 지출액의 연평균 변화율을 산출하여 제시하였다. 〈표 8-4〉를 보면, 시점별로 정책영역별 지출금액의 비중이 증가하거나 감소하는 모습이 나타나기는 하나, 노령, 유족, 보

20) 이는 명목금액 기준이며, 2015년 불변가격 기준 실질 지출 규모는 1990년 약 12조 원, 2018년 약 196조 원으로 나타남.

건의 3개 영역을 합산한 지출금액 비중이 한국의 전체 공공사회복지지출의 70% 내외를 차지하고 있음을 볼 수 있다. 2015년부터 산출된 주거영역을 제외하고, 2010년부터 2018년까지 영역별 지출 규모의 연평균 증가율을 살펴보면, 가족 영역의 연평균 지출 규모 증가율이 13.3%로 가장 높게 나타나며, 그다음으로는 노령 영역의 지출규모 증가율이 10.8%로 높게 나타난다. 2010년부터 2018년까지의 기간을 대상으로 하였을 때, 이들 두 영역은 전체 공공사회복지지출의 연평균 증가율(8.7%)보다 높은 증가율을 보이고 있으며, 보건 영역은 전체 지출 증가율보다는 소폭 낮은 증가율을 보인다.

[그림 8-4] 영역별 한국의 공공사회복지지출 규모 추이

(단위: 백억 원)



자료: OECD(2021b), Social Expenditure - Aggregated Data, 8. 2. 인출

〈표 8-4〉 영역별 한국의 공공사회복지지출 규모 변화

(단위: 백억 원, %)

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018	연평균 증가율 ('10~'18)
노령	116.6 (22.0)	437.3 (33.2)	757.0 (26.3)	1,218.4 (21.6)	2,368.6 (22.8)	4,234.8 (26.5)	5,354.5 (26.1)	10.8
유족	37.4 (7.1)	81.2 (6.2)	124.8 (4.3)	225.5 (4.0)	359.0 (3.5)	482.2 (3.0)	643.4 (3.1)	7.9
근로 무능력	48.7 (9.2)	132.4 (10.1)	209.5 (7.3)	494.2 (8.8)	663.4 (6.4)	920.6 (5.8)	1,154.0 (5.6)	5.7
보건	282.8 (53.4)	577.4 (43.9)	1,278.2 (44.5)	2,522.3 (44.8)	4,644.8 (44.7)	6,326.5 (39.6)	8,370.9 (40.8)	8.2
가족	6.0 (1.1	26.2 (2.0)	66.5 (2.3)	213.1 (3.8)	885.0 (8.5)	1,869.3 (11.7)	2,276.5 (11.1)	13.3
적극적 노동시장	5.1 (1.0)	16.8 (1.3)	231.3 (8.0)	102.3 (1.8)	381.5 (3.7)	553.9 (3.5)	567.3 (2.8)	2.8
실업	- -	- -	47.1 (1.6)	175.2 (3.1)	368.7 (3.5)	454.7 (2.8)	670.3 (3.3)	6.0
주거	- -	- -	- -	- -	- -	41.1 (0.3)	145.4 (0.7)	-
기타	33.5 (6.3)	45.5 (3.5)	160.7 (5.6)	679.4 (12.1)	725.3 (7.0)	1,093.6 (6.8)	1,335.0 (6.5)	7.0
총계	530.0	1,316.8	2,875.2	5,630.4	10,396.2	15,976.7	20,517.3	8.7

주: 실업 영역은 1996년부터, 주거 영역은 2015년부터 산출되었음
자료: OECD(2021b), Social Expenditure - Aggregated Data, 8. 2. 인출

〈표 8-5〉는 한국의 공공사회복지지출 현황을 다른 국가와 비교해보기 위해 정리한 것으로, OECD 주요 회원국을 대상으로 9대 정책영역별 GDP 대비 공공사회복지지출 비중을 보여준다. 국가별로 이용 가능한 자료의 가장 최근 시점이 2017년이기에, 2017년을 기준으로 한 수치를 제시하였다. 앞에서 살펴보았듯이, 한국의 경우 보건 영역이 공공사회복지지출 중 가장 큰 비중을 차지하고 있는데, OECD 회원국의 GDP 대비 보건 영역 지출 비중 평균(5.6%)과 비교 시 아주 큰 차이를 보이지는 않는

다. 노령 영역의 경우, 한국의 공공사회복지지출에서는 보건 영역 다음으로는 큰 비중을 차지하고 있으나, GDP 대비 지출 비중은 OECD 회원국의 평균(7.4%)에 비해 상당히 낮은 2.7%를 나타낸다. 가족 영역의 경우도 한국의 지출 규모는 2000년대 중반 이후 빠르게 증가하고 있으나, 〈표 8-5〉에 제시된 국가 중 미국을 제외한 다른 OECD 회원국과 비교 시 여전히 낮은 수준의 지출 규모를 보이고 있다.

〈표 8-5〉 공공사회복지지출 영역별 GDP 대비 비중 주요 국가별 비교(2017년 기준)

(단위: %)

	OECD 회원국	한국	프랑스	독일	스웨덴	영국	미국
노령	**7.4**	**2.7**	**12.5**	**8.4**	**9.1**	**5.9**	**6.5**
유족	0.8	0.3	1.6	1.8	0.3	0.0	0.6
근로무능력	2.0	0.6	1.7	2.3	3.8	1.9	1.1
보건	**5.6**	**4.1**	**8.8**	**8.2**	**6.5**	**7.7**	**8.4**
가족	**2.1**	**1.1**	**2.9**	**2.3**	**3.4**	**3.2**	**0.6**
적극적 노동시장	0.5	0.3	0.9	0.7	1.2	0.2	0.1
실업	0.6	0.3	1.6	0.9	0.3	0.1	0.2
주거	0.3	0.1	0.8	0.6	0.4	1.3	0.3
기타	0.5	0.6	0.9	0.3	1.1	0.1	0.7
총 공공사회복지지출	19.9	10.1	31.5	25.4	26.0	20.5	18.4

주: 각 영역의 GDP 대비 비중은 2017년이 각 나라 및 OECD 회원국에 대해서 가용한 가장 최근 연도 수치임

자료: OECD(2021b), Social Expenditure - Aggregated Data, 8. 2. 인출

한편, 국회예산정책처(2020a)에서는 사회보장제도 관련 지출 현황을 파악할 수 있는 자료를 대상으로, 각 자료에 포함되는 사회보장 유형, 재원 유형 등의 차이를 고려하여, 좀 더 보완된 방식으로 사회보장지출 규모를 파악하고자 하였다. 〈표 8-6〉은 각 자료의 특징을 정리하여 나타내

고 있는데, 국회예산정책처 보고서에서는 사회보장 분야를 크게 소득보장, 고용, 사회서비스, 건강, 주거, 교육 6개로 구분하여 지출 규모를 파악하고자 하였다. 국가예산분류시스템에 따른 사회복지, 보건 분야는 보훈은 포함되나 교육은 제외되며, 중앙정부의 예산이 투입되는 사업만을 대상으로 하고 있다. OECD의 공공사회복지지출의 경우에도 교육 분야의 사회보장 정책은 제외되어 있으며, 재원의 경우 중앙정부, 지자체 사업, 공기업의 요금감면, 근로장려세 등 분배적 성격을 갖는 조세혜택도 포함된다. 국회예산정책처 보고서에서는 보훈 분야를 제외하되, 교육 분야를 포함하고 있으며, 재원 유형도 중앙정부, 지방교육재정, 정부재정 외로 운영되는 부문도 포괄하여 사회보장지출 규모를 파악하고자 하였다.

〈표 8-6〉 사회보장재정지출 산출 개념 비교

	국가예산분류시스템 사회복지, 보건 분야	OECD SOCX 공공사회복지지출	국회예산정책처 2020년 보고서
분류	사회복지, 보건 (보훈 포함, 교육 제외)	노령, 유족, 근로무능력, 보건, 가족, ALMP, 실업, 주거, 기타 9개 (교육 제외)	소득보장, 고용, 사회서비스, 건강, 주거, 교육 (보훈 제외, 교육 포함)
지원내용	출자, 융자, 인건비 등 포함	현금 및 현물 급여사업 중심	현금, 현물, 서비스 등 급여사업 중심, 인건비 제외
재원	중앙정부 예산	중앙정부, 지방정부, 공기업, 조세혜택 등	중앙정부, 지방교육재정, 정부재정 외(건강보험 등)
지출 규모 산출기준	예산/현금주의	결산/발생주의	예산/현금주의

자료: 국회예산정책처(2020a), 사회보장정책 분석 I (총괄), p.15에서 인용함

〈표 8-7〉은 국회예산정책처 보고서에서 추산한 사회보장 관련 지출 규모를 연도별로 나타낸 것이다. 2020년 제2회 추경예산 기준 사회보장지출은 192.8조 원으로, 정부재정 외로 운영되는 건강보험과 노인장기요양보험을 포함할 경우 총 267.4조 원으로 산출되었다. 6대 분야별로 지출

규모를 살펴보면, 소득보장분야는 2020년 지출 규모가 약 76.3조 원으로 이 중 약 92%는 노후소득보장 관련 사업에 지출되고 있으며, 그중에서도 공적연금과 기초연금 등의 공공부조가 대부분을 차지하고 있다.

고용분야는 2020년 지출 규모가 약 39.4조 원으로 나타나는데, 구직급여, 산재보험 등 일자리안전망 관련 지출이 약 22.4조 원, 노인일자리사업, 취업성공패키지 등 적극적 노동시장정책 관련 지출이 약 15.2조 원으로 나타난다. 건강 분야 지출은 약 20.7조 원으로, 정부재정 외로 운영되는 건강보험재정을 포함하게 되면, 지출 규모는 약 86.9조 원으로 나타난다. 사회서비스 분야 지출 규모는 약 13.8조 원으로 아동·영유아·청소년 대상 사업(예, 영유아보육료 지원, 어린이집 확충 등)에 대한 지출이 약 9.3조 원으로 가장 큰 비중을 차지한다. 노인 대상 사업 지출은 약 2.1조 원으로 나타나나, 정부재정 외로 운영되는 노인장기요양보험(약 9.7조 원)을 고려한다면, 실질적으로 노인 대상 사업에 대한 지출이 가장 크게 나타난다. 그 외 주거 분야의 총지출 규모는 28조 원이며 이 중 약 94%가 공적 임대주택 확대에 지출되고 있다. 교육 분야의 지출 규모는 14.8조 원으로 유아, 초·중등, 고등교육 분야를 중심으로 재정지출이 이루어지고 있다.

앞의 국가 재정통계에서 나타난 바와 동일하게, 〈표 8-7〉의 결과 또한 사회보장지출 규모가 정부총지출 증가보다 더 빠른 속도로 증가하고 있음을 보여준다. 정부총지출의 연평균 증가율은 7.7%인 반면, 사회보장지출의 연평균 증가율은 10.0%(정부재정 외 지출 포함 시 10.4%)를 나타낸다. 이러한 사회보장지출 규모의 증가는 정부재정사업으로 한정할 경우 고용, 사회서비스, 주거 분야를 중심으로 확대되고 있는 모습을 보이며, 정부재정 외로 운영되는 건강보험재정을 포함하여 보면, 노인장기요양보험의 연평균 증가율이 19.8%로 가장 높게 나타나고 있음을 확인할 수 있다.

〈표 8-7〉 연도별 사회보장사업 지출 규모

(단위: 억 원, %)

분야	2016	2017	2018	2019 (A)	2020 (B)	증가율	
						(B-A)/A	연평균
정부총지출(조 원)	3,952,303	4,101,011	4,326,736	4,754,021	5,310,996	11.7	7.7
[사회보장사업]							
정부재정(a)	1,314,820	1,425,873	1,574,461	1,789,944	1,927,885	7.7	10.0
소득보장	559,756	589,250	634,898	694,717	763,174	9.9	8.1
고용	227,795	245,735	310,878	376,900	393,600	4.4	14.7
사회서비스	81,062	84,640	97,051	125,366	138,029	10.1	14.2
건강	147,945	150,062	155,650	176,592	207,334	17.4	8.8
주거	175,902	226,966	242,373	273,603	280,045	2.4	12.3
교육	123,635	130,614	135,475	144,896	147,524	1.8	4.5
정부재정 외(b)	573,265	627,707	692,979	791,304	863,331	9.1	10.8
노인장기요양보험	46,926	54,794	70,042	82,418	96,690	17.3	19.8
건강보험	526,339	572,913	622,937	708,886	766,641	8.2	9.9
사회보장사업 지출 규모 (a+b-중복)	1,802,112	1,969,267	2,178,180	2,482,203	2,674,248	7.7	10.4

자료: 국회예산정책처(2020a), 사회보장정책 분석 I (총괄), p.17에서 인용함

제3절 인구구조 변화와 사회보장재정 전망

사회보장제도 관련 재정지출의 현황을 보면, 전체 지출 규모는 가용한 자료별로 다소 차이를 보이지만, 지원 대상을 기준으로 보면 중고령층 연령대에 대한 지출 규모가 상당히 높은 비중을 차지함을 볼 수 있다. 제2절에서 살펴본 한국재정정보원의 재정통계에 따르면, 2021년 본예산 기준 사회복지 분야에서 가장 큰 비중을 차지하는 부문은 공적연금이며, 세부사업 단위에서 비중이 큰 순서대로 보면 국민연금 급여, 퇴직급여, 기초연금지급이 전체 사회복지 분야 지출(약 185조 원)의 34%(약 63.2조 원)

를 차지하고 있다.[21] OECD의 공공사회복지지출(SOCX)의 경우에도 9대 정책영역 중 노령과 보건 영역의 지출 규모가 가장 크게 나타나는데, 노령 영역은 공적연금과 기초연금이 큰 비중을 차지하며, 보건 영역은 건강보험과 장기요양보험의 지출이 대부분을 차지한다.

본 연구에서 정의하고 있는 인구구조 변화가 직접적으로 인구 고령화 그 자체를 의미하지는 않지만, 총인구의 감소, 저출산·저사망으로 인한 인구구성비의 변화 등은 결과적으로 전체 인구에서 고령층의 비중을 증가시키는 방향으로 작용해 왔다고 볼 수 있다. 통계청(2021.9.29.)의 2021년 고령자통계 보도자료에 따르면, 2000년 한국의 65세 이상 인구 비중은 7.2%로 고령화 사회 기준인 7%를 상회하였고, 2018년에는 14.3%로 고령사회 판단 기준인 14%를 넘어섰다. 2021년 현재 65세 이상 인구 비중은 16.5%로 예상되며, 2025년에는 20.3%에 이르러 한국은 2025년에 초고령사회에 진입할 것으로 예상된다.

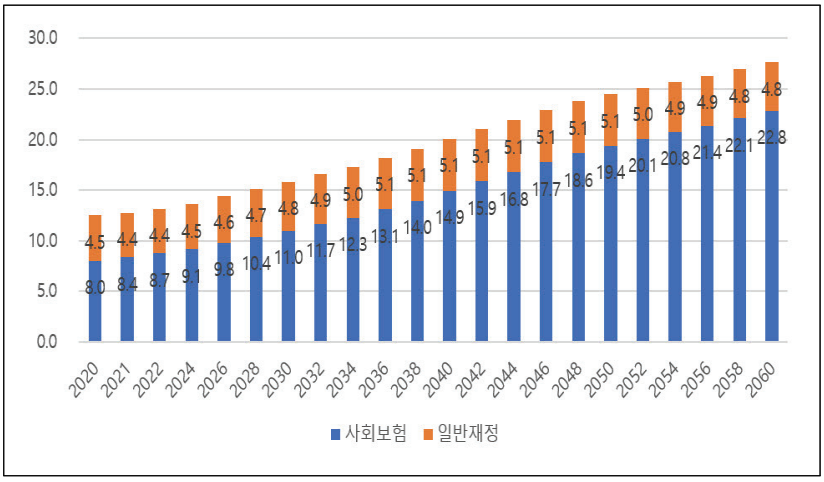
사회보장기본법에서 '사회보장'은 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 포괄하는데, 재정지출 규모 측면에서 보면 한국의 사회보장제도는 공공부조, 사회서비스보다는 사회보험의 비중이 높은 편이다. 사회보장위원회(2020)의 제4차 중장기 사회보장 재정추계에 따르면, 2020년 명목 GDP 대비 공공사회복지지출(SOCX)은 12.5%로 나타나는데, 동일 연도 사회보험 분야의 지출 규모가 GDP 대비 8.0%인 것으로 나타난다. 즉, 현재 한국의 사회보장재정지출은 사회보험의 비중이 높은데, 이러한 사회보험 분야 지출에서 큰 비중을 차지하고 있는 국민연금, 건강보험 등은 주로 중고령층 연령대에서 혜택을 받는 제도이다. 이는 결국 인구 고령화를 더욱 가속하는 인구구조 변화가 사회보험 지출 증대를 중심으로 사회보장재정

21) 한국재정정보원(2021)에 따르면, 2021년 본예산 기준 사회복지 분야의 세부사업은 795개이며, 세부사업당 예산은 약 2,300억 원으로 나타남(p.187)

지출 전반의 변화에 더 직접적으로 영향을 미칠 수 있음을 의미한다.

[그림 8-5]는 사회보장위원회의 제4차 중장기 사회보장 재정추계 결과로, 국제 비교를 위해 OECD 공공사회복지지출(SOCX)의 9대 정책영역을 기준으로 추계하고 있으며, 재원 유형에 따라 사회보험과 일반재정으로 구분하여 공표하고 있다. 사회보험은 4대 공적연금과 건강보험, 장기요양보험, 고용보험, 산재보험 등을 포함하며, 일반재정은 중앙정부 및 지방정부의 재원이 소요되는 공공부조, 사회보장 및 사회서비스를 포괄한다.

[그림 8-5] GDP 대비 공공사회복지지출 비중(%) 전망: 2020~2060년



자료: 사회보장위원회(2020), 제4차 중장기 사회보장 재정추계 결과

앞에서 살펴보았듯이, 최근까지 한국의 공공사회복지지출은 빠르게 증가하여 왔으나, 증가의 속도는 빠른 반면, 지출 규모는 여전히 OECD 주요 국가와 비교 시 낮은 수준이었다([그림 8-3] 참조). [그림 8-5]의 사회보장 재정추계 결과는 한국의 GDP 대비 공공사회복지지출 비중이 2020

년 12.5%에서 2040년에 2019년 기준 OECD 회원국의 평균 수준(약 20%)에 도달할 것으로 전망하고 있으며, 2060년에는 27.6%로 2020년 대비 약 2.2배 증가할 것으로 전망하고 있다. 특히, 공공사회복지지출을 사회보험 분야와 그 외 일반재정 분야로 구분할 때, 인구 고령화와 연금제도 성숙 등으로 인해 사회보험을 중심으로 재정지출 증가가 가속화될 것으로 전망되고 있다. [그림 8-5]에 의하면, 사회보험 분야의 GDP 대비 지출 비중은 2020년 8.0%에서 2060년 22.8%까지 증가할 것으로 전망되며, 이는 2060년 전체 사회보장재정지출의 약 82.6%에 해당하는 것으로 추산된다.

인구 고령화와 경제성장 추이를 바탕으로 한 사회보장 전망 결과, 시간이 지날수록 사회보험의 지출 비중이 매우 높아지고 있음을 고려할 때, 사회보험에서 큰 비중을 차지하고 있는 건강보험재정과 국민연금재정의 지속가능성을 담보하기 위한 노력이 우선적으로 필요할 것이다. 물론, 이에 관한 논의는 이미 예전부터 진행되어 사회보험의 제도별로 다양한 방식으로 제도 개선(예, 보험료 증가, 수급개시연령 상향 조정 등)의 노력이 이루어져 오고 있으나, 이러한 제도 개선은 그 효과가 장기간에 걸쳐 나타나기에 좀 더 선제적으로 정책적 대응을 할 필요가 있다(우해봉 외, 2021, p.592). 원종욱(2015)에 따르면, 수지균등을 유지하는 건강보험 재정방식하에서는 2015년 6%의 건강보험료가 2030년 12%, 2060년에는 22%로 증가해야 하는 것으로 나타난다. 또한, 국민연금의 경우, 2015년 보험료 수준을 유지한다면, 기금고갈 시점이 2060년으로 예상되며, 기금고갈 시점을 2100년 이후로 연장하고자 한다면, 재정추계 시점마다 보험료를 2% 인상시켜야 하는 것으로 나타난다. 이는 2013년 26% 수준의 국민부담률이 2060년에는 최소한 39.7%로 인상되어야 함을 의미한다.

국회예산처(2020a)의 분석내용에 따르면, 고령사회에 진입한 OECD 주요 국가의 대부분은 고령인구의 비율이 증가하면서 GDP 대비 공공사회복지지출 비중과 국민부담률 및 국가채무가 동시에 증가하는 모습을 보인다. 〈표 8-8〉은 일본, 덴마크, 프랑스, 영국, 스웨덴 국가를 대상으로 고령사회 진입 또는 근접 시점 당시와 2018년의 노인인구율, GDP 대비 공공사회지출 비중, 국민부담률, 국가채무율을 보여준다. 고령사회 진입 시점과 2018년을 비교할 때, 공공사회지출 비중과 국민부담률, 국가채무율은 모두 증가한 모습을 보이는데, 일본, 프랑스, 영국의 경우 국가채무율이 상당히 크게 증가한 것을 볼 수 있다. 인구 고령화에 따른 사회보장 관련 지출 증가에 필요한 재원은 결국 사회보장기여금 및 조세수입 같은 국민부담의 증가나 국가채무를 통해 해결할 수밖에 없으므로, 어떠한 재원으로 지출을 충당할 것인지에 대해 지속적인 연구가 필요하고 이를 바탕으로 사회적 합의를 도출해낼 필요가 있다.

지금까지는 사회보장 관련 총지출액 규모 측면에서 전망치를 살펴보았는데, 이후에는 좀 더 세부적인 제도별로 인구구조 변화, 특히 인구 고령화의 영향을 크게 받는 제도를 중심으로 재정지출 전망을 살펴보고 그것이 함의하는 정책 대응 방향에 관해 논의해보고자 한다. 이를 위해, 본 절에서는 OECD 공공사회복지지출(SOCX)의 9대 정책영역을 크게 노령, 보건, 가족 및 기타의 3가지로 구분하여, 인구구조 변화의 영향을 상대적으로 크게 받을 수 있는 제도별 재정지출 전망을 살펴보고자 한다. 사회보장위원회의 제4차 중장기 사회보장 재정추계[22]에 의하면, 노인인구 증

22) 사회보장위원회(2020) "제4차 중장기 사회보장 재정추계"는 "통계청 장래인구특별추계: 2017~2067년"의 중위 가정을 활용하였다. 본 보고서의 제2장에서 향후 인구 전망은 통계청의 중위 가정치와 저위 가정치를 함께 제시하였다. 따라서 제2장에서 제시한 인구 전망에 따라 사회보장재정을 전망하기 위해서는 통계청의 저위 가정을 근거로 한 재정 전망을 함께 제시해야 하나, 통계청이 5년 주기에 맞추어 2021년 12월에 2021년판 장래인구추계를 공표할 것을 감안하여 통계청이 새롭게 제시하는 장래인구추계를 이용

가에 따라 보건과 노령 영역의 지출은 크게 증가하고, 저출산으로 인해 가족 영역의 지출은 감소, 그 외 다른 영역은 현재 수준을 유지하거나 혹은 소폭 증가할 것으로 예측되고 있다.

〈표 8-8〉 OECD 주요 국가의 GDP 대비 사회지출, 국민부담률, 국가채무율

(단위: %, %p)

		한국	일본	덴마크	프랑스	영국	스웨덴
고령 사회 진입 또는 근접 시점	연도	2018	1994	1980	1990	1980	1980
	노인인구율	14.3	14.1	14.4	14.0	15.0	16.3
	공공사회지출	11.1	12.9	20.3	24.3	15.6	24.8
	국민부담률	28.4	25.5	41.2	41.2	33.4	43.7
	국가채무율	39.4	81.8	44.3	41.7	43.8	43.9
2018년	노인인구율	14.3	26.6	19.5	19.8	18.3	19.9
	공공사회지출	11.1	21.9	28.0	31.2	20.6	26.1
	국민부담률	28.4	30.7	44.9	46.1	33.5	43.9
	국가채무율	39.4	216.5	47.5	122.5	111.8	49.9
변화분 (%p)	공공사회지출	-	9.0	7.7	6.9	5.0	1.2
	국민부담률	-	5.2	3.7	4.9	0.2	0.2
	국가채무율	-	134.7	3.2	80.9	68.0	6.0

주: 공공사회지출, 국민부담률, 국가채무율 모두 GDP 대비 비중(%)을 나타냄
자료: 국회예산정책처(2020a), 사회보장정책 분석 I (충괄), p.27에서 인용함

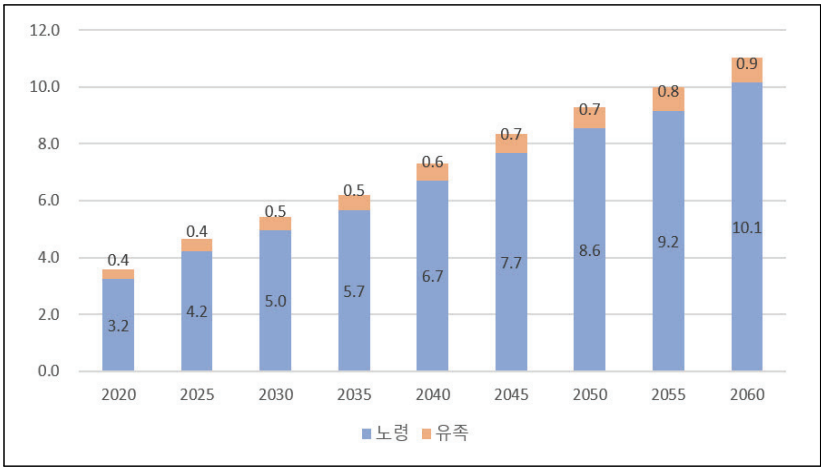
1. 노령 및 유족 정책영역

OECD 공공사회복지지출(SOCX) 9대 정책영역 중 노령 정책영역은 노동시장에서 은퇴한 사람들에게 지급되는 급여와 돌봄·재활 등의 노인 대상 사업 관련 지출이 해당한다. 노령 영역에 포함되는 대표적인 제도 또는 사업으로는 국민연금, 특수직역연금, 기초연금, 노인 돌봄서비스, 노인단체 지원 등이 있다. 유족 정책영역은 배우자나 부양자가 사망한 사

하여 후속 연구에서 사회보장재정 추계가 새롭게 이루어질 필요가 있을 것으로 보았다.

람들에게 지급되는 급여지출을 포함하는데, 대표적으로는 국민연금과 특수직역연금에서 지급되는 유족연금 등이 있다. 사회보장위원회의 4차 재정추계 결과에 따르면, 노령·유족 정책영역의 공공지출 규모는 노인인구의 지속적 증가로 인해 2020년 GDP 대비 비중 3.6%에서 2060년 11.0%로 크게 증가할 것으로 전망된다.[23] 특히, 노령·유족 영역에서 큰 비중을 차지하고 있는 국민연금 급여지출의 경우, 2020년 GDP 대비 비중이 1.4%에서 2060년 8.2%로 빠르게 증가할 것으로 전망되고 있으며, 기초연금의 경우 현행 제도를 유지한다는 가정하에 GDP 대비 지출 비중이 2020년 0.8%에서 1.0%로 증가할 것으로 전망된다.

[그림 8-6] 노령 및 유족 정책영역의 GDP 대비 지출 비중(%) 전망: 2020~2060년



주: 영역별 추계에서는 지방자치단체의 자체사업비는 제외한 결과임
자료: 사회보장위원회(2020), 제4차 중장기 사회보장 재정추계 결과 및 내부자료

23) 2021년 고령자 통계에 따르면, 2020년 65세 이상 인구는 약 813만 명이며, 2030년에는 1,298만 명, 2040년에는 1,722만 명, 2050년에는 1,901만 명, 2060년에는 1,882만 명에 이를 것으로 추산되고 있음

가. 공적연금 장기 재정전망

국회예산정책처(2020b)에서 실시한 장기 재정전망에서 복지 분야 의무지출 결과를 살펴보면, 2020년 공적연금 총지출 규모는 55.4조 원에서 2070년 313.1조 원으로 연평균 3.5%의 증가추세를 보일 것으로 전망된다. 각각의 연금별로 보면, 국민연금 지출 규모가 가장 빠르게 증가할 것으로 전망되며, 2020년부터 2070년까지의 기간 동안 연평균 4.3% 증가율을 보일 것으로 예상된다. 국민연금을 중심으로 공적연금 지출 규모가 지속적으로 증가하면서, 복지 분야 의무지출 중 공적연금 지출이 차지하는 비중은 2020년 43.5%에서 2070년 71.5%에 이를 것으로 전망된다.

〈표 8-9〉 국회예산정책처(NABO) 공적연금 장기전망: 2020~2070년

(단위: 조 원, %)

		2020	2030	2040	2050	2060	2070	연평균 증가율
공적연금 지출전망	국민연금	29.2	58.6	102.5	154.0	204.7	242.1	4.3
	사학연금	4.5	6.3	7.7	8.8	10.3	12.5	2.1
	공무원연금	18.2	26.2	33.2	40.2	45.9	49.8	2.0
	군인연금	3.5	4.6	5.7	6.7	7.7	8.7	1.8
복지 분야 의무지출 총계		127.5	193.2	263.8	333.0	393.7	437.6	2.5
4대 공적연금 비중		43.5	49.6	56.5	63.0	68.2	71.5	-

자료: 국회예산정책처(2020b), p.40에서 인용

공적연금은 각 연금과 관련된 법에 따라 담당부처에서 최소 5년 주기로 재정전망(재정계산)을 실시하고 있는데, 공적연금 중 가장 큰 비중을 차지하는 국민연금은 2003년부터 5년 주기로 향후 70년에 대한 재정계산을 실시하고 있다. 가장 최근인 2018년 제4차 재정계산에 따르면, 적립금은 2041년 최고 수준에 도달하며, 2042년부터 재정수지 적자가 발

생하여 2057년 적립금이 소진되는 것으로 나타난다(〈표 8-10〉 참조). 1998년, 2007년 두 차례에 걸쳐 국민연금의 소득대체율을 하향 조정하고(70%→60%→40%), 수급개시연령도 60세에서 65세로 상향조정하였으나, 3차 재정계산과 4차 재정계산을 비교하면 적립금 소진시점이 3년 앞당겨진 것으로 나타난다. 2020년 국회예산정책처의 공적연금 장기 재정전망 결과에서는 국민연금의 재정수지가 2039년부터 적자로 전환되고, 적립금은 2055년에 소진되는 것으로 나타난다(국회예산정책처, 2020c, p.90). 2000년대에 재정안정화를 위해 소득대체율 등의 모수를 조정하는 제도 개선이 이루어졌으나, 인구 고령화 및 제도 성숙화로 인해 수급자 수와 1인당 연금급여액은 꾸준히 증가하고 있어, 보다 근본적 차원에서의 국민연금제도 개선에 관한 논의가 본격적으로 이루어질 필요가 있다.

사학연금은 2001년부터 최소 5년 주기로 향후 70년 기간에 대해 재정전망을 실시하고 있다. 가장 최근의 2020년 제5차 재정전망 결과를 보면, 적립금은 2028년에 최대 규모인 25.1조 원에 도달하고, 이후 2029년부터 재정수지가 적자로 전환되어 2049년에는 적립금이 소진될 것으로 전망된다(〈표 8-10〉 참조). 국회예산정책처(2020c)의 사학연금 장기전망에 따르면, 재정수지는 2033년부터 적자로 전환되며, 적립금은 2048년에 소진되는 것으로 전망되어 적립금 고갈시기는 5차 재정전망과 큰 차이를 보이지는 않는다. 공무원연금법을 준용하는 사학연금은 2015년 기여금부담률 인상(2020년까지 9%로 단계적 인상), 부담금 납부기간 확대(33년→36년), 연금지급률 인하(2035년까지 1.7%로 단계적 인하), 연금개시연령 연장 등의 개혁이 이루어지면서, 이를 반영한 4차/5차 재정전망 결과 3차 재정전망에 비해 재정안정성이 다소 호전되었으나, 근본적으로는 여전히 불안정 상태에 있다고 볼 수 있다.

〈표 8-10〉 각 공적연금별 재정추계 결과

국민연금		기금최고시점 (최고적립금액)	수지적자 시점	적립금소진시기 (재정수지)	제도반영
	1차(2003년)	2035년 (1,715조 원)	2036년	2047년 (-96조 원)	1차 개혁 반영
	2차(2008년)	2043년 (2,465조 원)	2044년	2060년 (-214조 원)	2차 개혁 반영
	3차(2013년)	2043년 (2,561조 원)	2044년	2060년 (-281조 원)	-
	4차(2018년)	2041년 (1,778조 원)	2042년	2057년 (-124조 원)	-
사학연금		기금최고시점 (최고적립금액)	수지적자 시점	적립금소진시기 (재정수지)	제도반영
	1차(2001년)	2018년	2019년	2027년	법개정 반영
	2차(2006년)	2017년 (15.9조 원)	2018년	2026년 (-0.4조 원)	-
	3차(2010년)	2022년 (23.8조 원)	2023년	2033년 (-5.4조 원)	법개정 반영
	4차(2016년)	2027년 (24.6조 원)	2028년	2046년 (3.6조 원)	법개정 반영
	5차(2020년)	2028년 (25.1조 원)	2029년	2049년 (-3.0조 원)	-
공무원 연금 (2015년 재정계산 결과)		수입률	수지율	보전금(억 원)	보전율
	2020년	18.8%	82.1%	24,025	4.1%
	2025년	18.2%	64.4%	61,144	10.1%
	2030년	20.1%	60.3%	82,011	13.2%
	2040년	20.4%	59.7%	97,103	13.7%
	2050년	20.7%	61.2%	108,794	13.1%
	2060년	20.6%	62.1%	116,398	12.6%

군인연금	2015년 1차 추계결과 (2013년 개혁 반영, 단위: 억 원)							
	2016	2018	2020	2030	2040	2050	2060
보전금	15,906	17,773	20,034	34,140	48,510	65,817	89,768

자료: 국회예산정책처(2020c), p.24, 38, 50, 62에서 인용; 사학연금 4차 및 5차 재정전망은 사학연금재정재계산위원회(2016, 2020)를 참조하여 작성함.

공무원연금 또한 2003년부터 최소 5년 단위로 재정계산을 실시하고 있다. 국회예산정책처(2020c)에서는 공무원연금공단의 2015년 제4차 재정계산 결과를 2015년 불변가격을 기준으로 제시하고 있는데, 수입률(연금재정수입액/기준소득총액)은 2060년까지 증가하고, 수지율(연금재정수입액/연금재정지출액)은 2040년까지 감소하다가 다시 증가하는 것으로 전망된다. 이는 2015년의 공무원연금개혁 내용을 반영한 추계 결과로, 주요 개혁 내용은 앞의 사학연금에서의 언급과 동일하다. 2020년과 2025년 비교 시 수지율은 상당히 감소하여 이후 60% 내외를 유지하나, 보전금 규모는 지속해서 증가하고 있음을 볼 수 있다.

군인연금은 2015년에 제1차 재정계산을 실시하였으며, 2016년 1.6조 원의 보전금 규모는 2060년 약 9조 원으로 증가할 것으로 전망된다. 군인연금 또한 재정적자 문제로 인해 '더 내고 덜 받는' 방향의 개혁이 시작되었는데, 2010년 이후 공무원연금과는 다른 시기에 개혁이 이루어지면서, 연도별로 연금제도 내 주요 항목, 예를 들어 기여금부담률, 연금지급률 등에는 차이가 있다(국회예산정책처, 2020c, p.60).[24]

공적연금별로 재정계산 시점에 차이가 있고, 가용한 자료의 최근 시점 또한 차이가 있어, 본 절에서는 2020년 국회예산정책처의 공적연금 재정전망 자료를 활용하여 공적연금의 재정구조를 나타내는 몇 가지 지표 현황을 살펴보고자 한다. 우선, 〈표 8-11〉에서 제도부양비를 보면, 이는 가입자 100명이 부양하는 수급자 수를 나타나는데, 4개 연금 모두 시간이 지날수록 제도부양비가 증가함을 볼 수 있다. 2020년 군인연금의 제도부양비는 40.8명으로 가장 높으나, 2050년부터는 다른 연금보다 낮은 수준을 보이며, 2060년에는 62.4명으로 나타난다. 이는 상대적으로 가입

24) 군인연금은 20년(19년 6개월 이상은 20년으로 인정) 이상 군복무 후 퇴직 시 지급하는 연금으로, 직업군인의 경우 계급별 정년연령이 규정되어 있어, 연금수급연령이 국민연금이나 다른 공적연금의 수급연령과는 차이가 있음.

자 수는 큰 변동이 없고, 수급자 수 또한 군인정년제도 특성으로 급격히 증가하지 않기 때문이다. 그 외 다른 공적연금은 2020년과 비교 시 제도부양비가 급격히 증가함을 볼 수 있는데, 2060년까지는 국민연금의 제도부양비가 125.1명으로 가장 높게 나타나나, 그 이후에는 사학연금의 제도부양비가 가장 높게 나타난다. 제도부양비의 급격한 증가는 가입자 수보다 수급자 수 규모가 크게 증가할 것임을 반영한 결과로, 사학연금의 경우 학령인구 감소 등으로 인해 교원 수 규모가 급격히 감소할 것으로 전망된 것에 따른 결과로 보인다.

〈표 8-11〉에서 수입비는 t년도 지출 대비 t년도 수입 비율로, 1보다 작은 경우 t년도 수입으로 t년도의 지출을 감당할 수 없음을 의미한다. 국민연금과 사학연금의 경우, 2030년까지는 수입비가 1배 이상으로 나타나나, 전망기간의 후반으로 갈수록 공적연금의 수입비가 모두 0.3배 수준으로 낮아지고 있음을 볼 수 있다. 부과방식비용률은 t년도의 보험료 부과대상 소득 대비 t년도의 연금급여 지출 비율로, t년도의 연금급여 지출액을 t년도의 가입자가 낸 보험료로만 충당한다고 가정한 상황에서의 보험료율을 나타낸다. 2020년 국민연금의 부과방식비용률은 5.5%로 현행 보험료 수준(9%, 사용주 4.5%+근로자 4.5%)보다 낮지만, 2030년 현행 보험료 수준을 초과하여 2050년에는 20%를 넘어설 것으로 전망된다. 사학연금의 경우 가입자 수의 급격한 감소로 전망기간의 후반으로 갈수록 부과방식비용률이 상당히 급격히 증가하는 것을 볼 수 있다. 공무원연금과 사학연금의 경우, 2020년의 부과방식비용률이 현행 보험료 수준인 18%보다 높게 나타나고 있어, 나머지 부분은 국가의 일반회계를 통해 지원받을 수밖에 없음을 보여준다. 공무원연금의 2060년 부과방식비용률은 37.8%로 나타나는데, 18%의 현행 기여금부담률이 유지된다는 가정하에서는 국가의 보전금 규모가 2060년 가입자의 기여금부담금 이상(19.8%)이 되어야 함을 의미한다.

〈표 8-11〉 공적연금 재정구조 관련 지표 전망: 2020~2090년

(단위: 명, 배, %)

		2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090
제도 부양비 (명)	국민연금	19.4	33.8	60.0	93.1	125.1	135.1	131.2	116.0
	사학연금	21.8	31.4	44.5	62.7	103.4	155.3	192.2	229.3
	공무원연금	39.1	45.3	54.2	63.0	73.2	84.8	95.7	107.1
	군인연금	40.8	47.1	53.4	58.2	62.4	64.0	65.6	66.1
수입비 (배)	국민연금	1.1	1.5	0.9	0.5	0.3	0.3	0.3	0.3
	사학연금	1.3	1.0	0.8	0.7	0.5	0.4	0.3	0.3
	공무원연금	0.9	0.7	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.4
	군인연금	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3
부과 방식 비용률 (%)	국민연금	5.5	9.3	15.1	22.5	31.0	35.2	35.6	31.6
	사학연금	15.2	20.6	24.7	26.9	35.3	49.2	59.7	67.3
	공무원연금	20.9	25.8	30.7	34.5	37.8	40.2	42.7	48.4
	군인연금	30.9	36.6	41.8	45.8	49.6	52.6	53.6	55.4

주: 전망금액은 2020년 불변가격을 기준으로 산출되었음
자료: 국회예산정책처(2020c), 4대 공적연금 장기 재정전망, p.124-134에서 인용

4대 공적연금 담당부처와 국회예산정책처 등 기관별로 재정추계 시 적용하는 인구변수, 거시경제변수 등의 가정이 다르므로, 재정수지 적자 전환 시점, 적립금 고갈 시점은 다소 차이가 존재한다. 그러나 공통적으로 시사하는 바는 인구구조 변화와 제도 구조적 문제에 기인한 재정수지 악화로, 2000년대 이후 보험료율 인상, 급여지급 수준 인하 등 몇 차례에 걸쳐 제도 개혁을 추진하여 왔음에도, 여전히 재정은 불안정한 상태에 있다는 점이다. 저출산·저사망으로 인해 4대 공적연금 모두 대체로 가입자 수 규모보다 수급자 수의 규모가 더 크게 증가하고 있으며, 제도가 성숙화되면서 수급자의 1인당 연금급여액도 함께 증가하는 것으로 나타난다. 그리고 국회예산정책처(2020c)에서 출생코호트별(1960년대생부터 2000년생까지 10세 단위)로 각 연금의 수익비 및 내부수익률을 산출한 결과에 따르면, 모든 공적연금 및 모든 연령대에서 수익비가 1 이상, 내부

수익률 최소 3.4% 이상으로 몇 차례의 제도 개혁에도 여전히 가입자에게 유리하고 제도로 나타나고 있어, 공적연금 재정의 지속가능성에 대해 지속적인 관심과 개혁 논의가 필요하다.

나. 기초연금 장기 재정전망

2014년 7월부터 도입·운영되고 있는 기초연금제도는 국민연금 미가입 노인 또는 국민연금 가입기간이 짧은 노인 등을 대상으로 안정적인 노후 소득 기반을 제공하는 데 목적을 두고 있다.[25] 제도 도입 이후 지속적으로 대상범위가 확대되어, 2021년 현재 소득인정액 기준 하위 70%에 해당하는 노인가구는 수급자격을 가지며, 단독가구 대상 기준연금액도 2014년 최대 20만 원에서 2021년 현재 최대 30만 원으로 상향조정 되었다.

기초연금제도의 재원은 중앙정부와 지방자치단체가 함께 부담하는데, 중앙정부가 지원하는 비율은 지방자치단체의 노인인구 비율과 재정여건 등을 고려하여 40~90% 수준으로 차등적으로 결정된다(윤성주, 2021, p.33). 〈표 8-12〉에서 기초연금 수급자 규모를 보면, 노인인구의 증가로 수급자 수는 지속해서 증가하여 2020년 말 기준 566만 명에 이르고 있다. 예산 현황을 보면, 2014년 6.9조 원의 예산이 2020년 16.8조 원으로 약 2.4배 증가하였고, 국고보조율도 2014년 75.4%에서 2020년 78.6%로 증가하였다. [그림 8-7]은 국회예산정책(2020b)의 복지 분야 의무지출 장기 전망 중 기초연금 부문을 나타낸 것으로, 현 제도가 유지된다는 가정하에 2020년 약 13.3조 원의 국비부담이 2060년 34.1조 원 수준까지 증가한 후 2070년에는 소폭 감소하는 것으로 전망되고 있다.

---

25) 기초연금제도의 전신으로는 노령수당제도, 경로연금제도, 기초노령연금제도 등이 있음

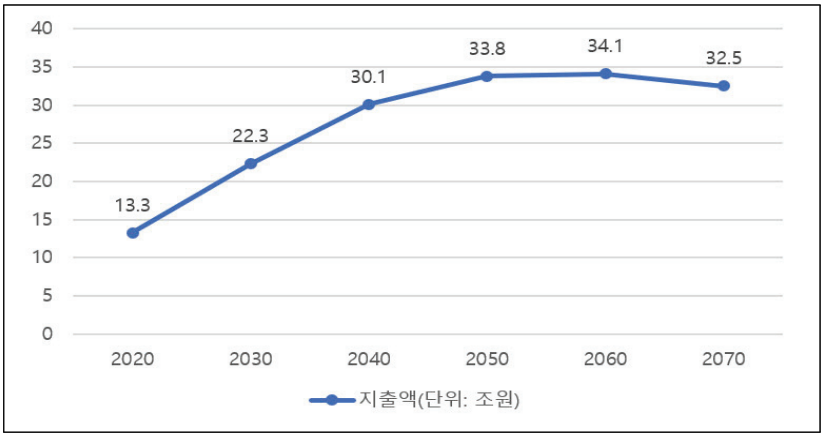
〈표 8-12〉 기초연금 수급자 및 예산 현황

(단위: 만 명, 조 원, %)

		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
수급자 수		435	450	458	487	513	535	566
(수급률)		66.8	66.4	65.6	66.3	67.1	66.7	
예산 및 재원	국비	5.2	7.6	7.9	8.1	9.1	11.5	13.2
	지방비	1.7	2.4	2.4	2.5	2.7	3.2	3.6
	총계	6.9	10	10.3	10.6	11.8	14.7	16.8
	평균 국고보조율	75.4	76	76.7	76.4	77.1	78.2	78.6

주: 수급률은 65세 이상 노인인구 대비 기초연금 수급자 비율을 나타냄
자료: 윤성주(2021), p.35의 〈표 6〉과 [그림 4]의 수치를 재인용하여 구성함

[그림 8-7] 기초연금 의무지출 전망: 2020~2070년



자료: 국회예산정책처(2020b), p.40의 수치를 인용하여 구성함

65세 이상 노인빈곤율은 2010년 이후 대체로 감소하는 추세를 보이고 있으나, 2019년 기준 41.4%로 여전히 높은 수준을 보이고 있다.[26] 이에 노후소득보장 측면에서 향후 기초연금액 상향조정과 관련한 이슈가 지속

26) e-나라지표 노인빈곤율
https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1024

해서 대두될 가능성이 있다. 현재도 국민연금 수급 여부와 연계하여 기초연금액이 조정되고 있는데, 향후 국민연금제도가 성숙해질수록 국민연금 급여 수준이 증가하게 될 것이므로, 국민연금과 기초연금의 역할 및 차등적 연계 방향에 대해 선제적으로 고민할 필요가 있다. 한편, 기초연금 재원은 중앙정부와 지방자치단체가 함께 부담하고 있는데, 수도권 이외 지역에서 인구 고령화가 더 심각하게 나타나고 있어, 지방자치단체의 기초연금 부담은 증가하고 자체수입은 감소하는 등 재정자립도가 낮아질 가능성이 있으므로, 이에 대한 고민도 함께 필요한 시점이라 볼 수 있겠다(윤성주, 2021, p.37-40).

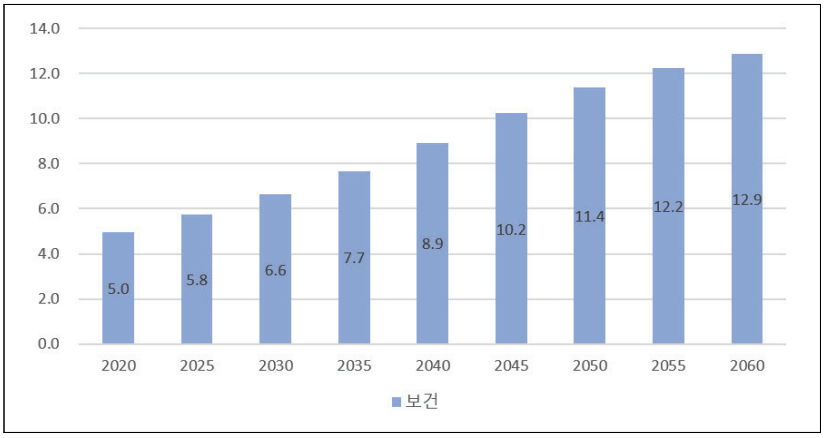
2. 보건 정책영역

OECD 공공사회복지지출의 9대 정책영역 중 보건 영역은 의료 및 예방 등과 관련한 공공보건지출로, 좀 더 구체적으로는 건강보험, 노인장기요양보험, 의료급여, 산재보험 요양급여, 공공보건의료 확충 등에 대한 지출을 포함한다. 사회보장위원회의 제4차 재정추계 결과에 의하면, 보건 영역 지출 전망 또한 노인인구의 증가로 인해 2020년 GDP 대비 5.0%에서 2060년 12.9%로 지출 규모가 크게 증가할 것으로 전망되었다. 보건 정책영역 지출 중 가장 큰 비중을 차지하는 것은 건강보험과 노인장기요양보험으로, 건강보험의 GDP 대비 지출 비중은 2020년 3.8%에서 2060년 8.9%로 증가할 것으로 전망되며, 노인장기요양보험은 2020년 0.5%에서 2060년 2.7%까지 증가할 것으로 전망된다.

건강보험과 노인장기요양보험은 정부재정 외로 운영되고 있기 때문에, 공적연금처럼 재정전망이 많이 이루어지지는 않은 실정이다. 건강보험과 노인장기요양보험은 국민건강보험공단의 재정으로 운영됨에 따라, 국가

재정 전망 시에는 국고지원 분만이 포함되어 실제 지출 규모 변화를 반영하지 못하는 한계가 존재하고 있다.

[그림 8-8] 보건 정책영역의 GDP 대비 지출 비중(%) 전망: 2020~2060년



주: 영역별 추계는 지방자치단체의 자체사업비를 제외한 결과임
자료: 사회보장위원회(2020), 제4차 중장기 사회보장 재정추계 결과 및 내부자료

가. 건강보험 재정전망

2016년 9월 「국민건강보험법」이 시행되면서, 2019년 건강보험의 중장기 재정전망이 포함된 「제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)」이 발표되었다(보건복지부, 2019. 4. 30.). 건강보험 보장성 확대와 건강보험료율 인상 계획 등을 반영한 재정전망 결과, 보험료와 정부지원금을 포함한 총수입은 2019년 약 67.7조 원에서 2023년 약 93.5조 원으로 증가하고, 보험급여비를 포함한 총지출은 2019년 약 70.8조 원에서 2023년 약 94.3조 원으로 증가할 것으로 전망되었다.

국회예산정책처(2019a)에서도 제1차 국민건강보험종합계획을 반영하여 2019~2028년 기간을 대상으로 재정전망을 실시하였는데, 〈표 8-13〉

을 보면, 상대적으로 지출 규모가 더 크게 전망되고 있음을 볼 수 있다. 국회예산정책처의 2023년 건강보험 지출액은 약 98.7조 원으로 전망되며, 2028년 141.7조 원에 이르는 등 연평균 7.8%의 증가율을 보일 것으로 전망된다. 지출액의 연평균 증가율이 수입액 증가율을 소폭 넘어서고 있어, 2019년의 보험료율 인상안하에서는 건강보험 누적준비금(적립금)은 2024년에 소진될 것으로 전망되고 있다.

〈표 8-13〉 국회예산정책처의 건강보험 중기 재정전망: 2019~2028

(단위: 조 원, %)

		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	연평균 증가율
건강보험	수입	67.8	74.3	81.3	87.7	94.1	102.4	111.1	119.0	124.9	131.0	7.6
	지출	71.9	78.1	84.6	91.8	98.7	106.1	114.1	122.6	131.8	141.7	7.8
	재정수지	-4.1	-3.7	-3.3	-4.2	-4.6	-3.8	-3.0	-3.7	-6.9	-10.7	
	적립금	16.5	12.8	9.5	5.3	0.7	-3.1	-	-	-	-	
보험료율	적립금 소진방지	6.46	6.67	6.90	7.14	7.37	7.84	8.07	8.24	8.45	8.65	
	재정수지 흑자유지	6.46	6.67	7.19	7.49	7.74	7.89	8.07	8.25	8.45	8.66	

자료: 국회예산정책처(2019a), p.14의 [표 6], p.229의 [표 216], p.231의 [표 218]에서 일부 발췌하여 인용

2018년 기준 건강보험 지출의 97%가 보험급여비이며,[27] 노인인구의 평균 진료비가 다른 연령대에 비해 높음을 고려할 때, 노인인구의 증가는 건강보험 지출 증가를 더욱 가속화할 것이며, 이에 따른 보험료율 인상은 피하기 어려울 것으로 보여진다(우해봉 외, 2021, p.633). 국회예산정책처(2019a, p.228-231)의 분석결과에 따르면, 적립금 소진 방지를 위해서는 2024년 건강보험료가 전년 대비 6.4%까지 증가한 후, 그 이후 시점에는 2%대의 인상률을 유지하여 2028년 건강보험료가 8.65%가 되어야

27) 국회예산정책처(2019a), p.212 [표 198]의 수치 참조

할 것으로 예상되었다. 한편, 재정수지 흑자 유지를 위해서는 2021년 건강보험료율이 전년 대비 7.8% 인상되어야 하며, 그 이후 시점에서는 1~4%대의 인상률을 유지하면서, 2028년 보험료율은 8.66%가 되어야 할 것으로 전망되었다. 적립금 소진 방지나 재정수지 흑자 유지 목표 모두 건강보험료율의 법적 상한인 8% 이상 수준의 보험료율이 필요할 수 있음을 시사한다.

나. 노인장기요양보험 재정전망

2008년 7월부터 시행된 노인장기요양보험은 적용 대상자의 지속적 확대와 본인부담 수준 완화 등으로 지출 규모가 지속해서 증가하고 있는데, 2014년 3.7조 원에서 2018년 6.7조 원으로 증가하여 연평균 지출액 증가율이 16.1%에 이르고 있다(국회예산정책처, 2019a, p.247).

〈표 8-14〉는 국회예산정책처(2019a)의 노인장기요양보험 재정전망 결과를 나타낸 것으로, 2019년 지출액은 8.3조 원이나 2028년 25.4조 원으로 그 규모가 3배 이상 증가하며, 2019~2028년 기간 동안 지출액의 연평균 증가율이 13.3%로 건강보험보다 훨씬 높은 수준으로 전망되었다. 재정수지는 2021년부터 적자로 전환되어, 적립금은 2022년에 소진될 것으로 전망된다. 재정수지 균형 유지를 위해 필요한 보험료율을 산출한 결과에 따르면, 2021년 노인장기요양보험료율은 10.7%에서 2028년 15.31%로 상승하며, 이는 기준보수월액의 1.22% 수준에 해당할 것으로 전망된다. 건강보험에 비해 장기요양보험의 지출은 노인인구의 증가와 더 직접적으로 연관이 있으므로, 건강한 고령화를 위한 건강증진정책과 함께 보험료율 인상에 대한 순응성을 높이려는 노력이 필요하다(우해봉 외, p.637).

〈표 8-14〉 국회예산정책처의 노인장기요양보험 중기 재정전망: 2019~2028

(단위: 조 원, %)

		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	연평균 증가율
노인장기요양보험	수입	7.5	9.6	10.7	11.6	12.6	13.8	15.1	16.3	17.4	18.5	10.6
	지출	8.3	9.6	11.0	12.8	14.6	16.4	18.4	20.4	23.0	25.4	13.3
	재정수지	-0.8	0.0	-0.4	-1.1	-2.0	-2.6	-3.3	-4.1	-5.6	-6.9	
	적립금	0.6	0.6	0.2	-0.9	-	-	-	-	-	-	
재정수지균형 보험료율		8.51	10.25	10.70	11.50	12.27	12.66	13.12	13.55	14.58	15.31	

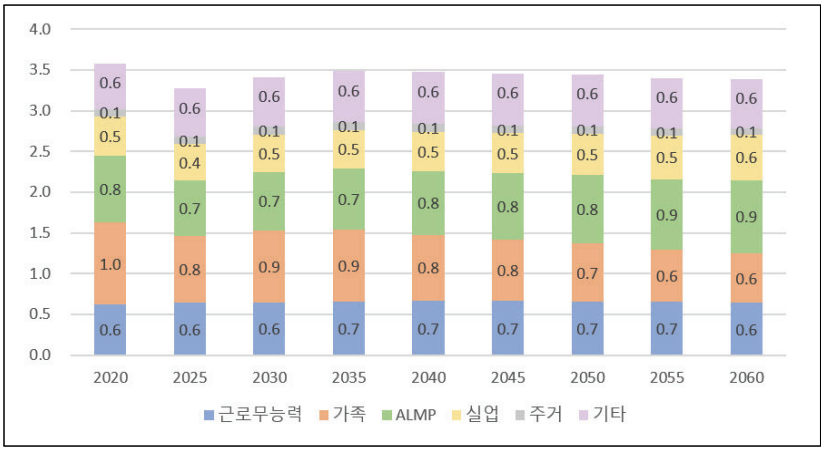
자료: 국회예산정책처(2019a), p.14의 [표 6], p.260의 [표 245]에서 일부 발췌하여 인용

3. 가족 및 그 외 정책영역

OECD 공공사회복지지출 9대 정책영역 중 지금까지 살펴본 노령, 유족, 보건 영역을 제외하면, 가족, 적극적 노동시장, 근로무능력, 실업, 주거, 기타의 6개 영역이 남아 있다. 가족 영역은 자녀 양육 및 기타 부양자를 지원하기 위한 정책으로 영유아, 아동, 청소년, 여성 및 가족 관련 서비스 급여지출을 포함한다. 근로무능력은 장애로 노동시장에 완전히 또는 부분적으로 참여할 수 없는 사람들에 대한 지출로, 공적연금 내 장애연금, 재해보상급여 등과 장애인 관련 지원사업이 포함된다. 적극적노동시장 영역은 고용상황 개선 또는 취업능력 증진 목적으로 지출되는 정책들을 포함하며, 대표적으로 고용안정 및 직업능력개발사업, 직접일자리사업, 고용장려금 사업 등이 있다. 실업 영역은 실업자에게 지급되는 급여로, 한국의 경우 고용보험에서 지출되는 실업급여가 포함되며, 주거 영역은 기초생활보장제도의 주거급여 지출을 나타낸다. 마지막으로 기타 정책영역은 나머지 8개 분류에 속하지 않은 지출로, 대표적으로 기초생활급여, 긴급복지, 자활지원, 근로장려금 등이 포함된다.

[그림 8-9]는 가족, 적극적 노동시장, 근로무능력, 실업, 주거, 기타 6개 정책영역별로 GDP 대비 지출 규모에 대한 사회보장위원회의 제4차 재정추계 결과를 나타낸 것으로, 노령·유족·보건 영역과 비교 시 이들 6개 영역의 지출 추이는 전망 기간에 큰 변화 추세를 보이지는 않는다. 이 중 가족 영역의 GDP 대비 지출 비중은 2020년 1.0%에서 2060년 0.6% 수준으로 감소할 것으로 전망되고 있는데, 이는 저출산으로 인해 보육지원 대상이 되는 유소년인구의 감소에 기인하는 것으로 판단된다. 특히, 가족 분야 내에서도 보육지원 관련 지출은 2020년 GDP 대비 비중 0.8%에서 2060년 0.4%로 감소할 것으로 전망되고 있다.

[그림 8-9] 가족 및 그 외 정책영역의 GDP 대비 지출 비중(%) 전망: 2020~2060년



주: 영역별 추계에서는 지방자치단체의 자체사업비를 제외한 결과임
자료: 사회보장위원회(2020), 제4차 중장기 사회보장 재정추계 결과 및 내부자료

〈표 8-15〉는 가족정책 영역에 포함되는 여러 정책 중 저출산과 좀 더 관련이 있는 영유아보육 및 아동수당 지출에 대한 중기 재정전망 결과를 나타낸다. 영유아보육 의무지출은 어린이집 이용 영유아에 대한 보육료

지원으로, 0~2세반 보육료, 장애아 보육료, 시간연장형 보육료, 긴급바우처 등이 포함된다. 영유아보육료 지출 규모는 2019년 3.4조 원에서 2023년까지 감소한 후, 다시 증가하는 추세를 보이는데, 이는 2023년 이후 합계출산율이 0.93명에서 2028년 1.1명으로 증가하는 통계청의 인구전망에 따른 결과로 보인다(국회예산정책처, 2019b, p.58).

아동수당은 7세 미만의 아동을 대상으로 월 10만 원씩 지급하는 지출로, 현행 지급액 수준이 유지된다는 가정하에 2019년 2.16조 원에서 2025년 1.84조 원까지 감소한 후, 다시 소폭 상승하는 추세를 보일 것으로 전망되었다. 다만, 이 또한 2025년 합계출산율이 1을 넘어설 것이라는 인구전망에 따른 것으로 보인다(국회예산정책처, 2019b, p.60).

〈표 8-15〉 국회예산정책처의 영유아보육 및 아동수당 중기 재정전망: 2019~2028

(단위: 조 원, %)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	연평균 증가율
영유아보육	3.4	3.4	3.3	3.2	3.2	3.3	3.5	3.7	3.9	4.0	1.9
아동수당	2.16	2.30	2.17	2.04	1.93	1.86	1.84	1.85	1.88	1.94	-1.20

자료: 국회예산정책처(2019b), p.58~60의 [표 42] 및 [표 43]에서 일부 발췌하여 인용

영유아보육료 지원 및 아동수당 등은 저출산 대응을 위한 여러 가지 정책 중 일부라고 볼 수 있는데, 이처럼 사회보험이 아닌 중앙정부와 지방정부의 예산으로 지원하는 공공부조 및 사회서비스는 결국 한정된 예산을 사회적으로 필요한 곳에 효율적으로 전달하여 정책 또는 사업이 의도한 성과를 높이는 것이 궁극적인 지향점이라고 볼 수 있다. 중앙·지방정부의 예산이 투입되는 사회보장 관련 정책과 사업들은 그 대상에 따라 부처별 사업의 중복 가능성이 있고, 제도적 연계가 부족할 수 있으므로, 성과관리 차원에서 정책의 투명성과 일관성을 확보할 필요가 있으며, 보다 체계적인 성과관리 방안을 고민할 필요가 있다.

제4절 소결

사회보장재정지출은 사회보장기본법에서 정의하고 있는 사회보험, 공공부조, 사회서비스 등의 사회보장 관련 지출을 의미한다. 본 연구에서 살펴본 사회보장재정지출 현황은 한국의 사회보장지출 수준이 주요 OECD 회원국에 비해서는 낮으나 빠르게 증가하고 있으며, 자료원에 따라 차이는 있으나 사회보장지출 규모는 약 200조 원을 상회하고 있고, 사회보험의 지출 비중이 상당히 높음을 보여준다. 사회경제적 변화에 따라 전통적으로 가족 내에서 이루어지던 복지영역에 점점 국가의 역할이 강조되고(예, 돌봄), 저출산·저사망에 따른 급격한 인구 고령화와 같은 인구구조 변화가 가속화되면서, 사회보장 관련 지출은 향후 지속해서 증가할 것으로 전망된다. 특히 인구 고령화에 더 직접적으로 영향을 받는 사회보험을 중심으로 지출 규모의 증가가 전망되고 있다.

사회보장 관련 정책 수요 증가를 피할 수 없는 가운데, 이와 관련한 지출 규모가 지속적으로 증가하고 있고, 앞으로도 더 빠르게 증가할 것으로 전망된다면, 우리의 고민은 재원의 지속가능성과 효율적·효과적인 재원 활용 방안이 될 것이다. 이에 국회예산정책처(2020a)에서는 현행 사회보장정책을 재정의 지속가능성 및 대상의 포괄성, 전달체계의 효율성, 사업의 효과성 등 여러 가지 측면에서 점검·분석하였다. 본 절에서는 국회예산정책처(2020a)의 기준을 활용하여 본 연구에서 살펴본 사회보장재정지출 전망에 대한 대응 방향을 살펴보고자 한다.

우선, 전체 사회보장재정지출 측면에서 보면, 앞에서 언급하였듯이, 사회보장 관련 지출의 증가속도가 정부의 총지출 증가속도보다 빠르게 나타나고 있어, 재정의 지속가능성 측면에서 재원 확보방안에 대한 논의가 필요하다. 최근 사회보장세와 관련한 연구가 이루어지고 있는데, 고령사

회로 먼저 진입한 주요 OECD 회원국이 국민부담률 증가와 국가채무 증가를 동시에 경험한 사실과 한국이 그 어느 나라보다도 빠른 속도로 2025년 초고령사회로 진입할 것으로 전망되고 있음을 고려하면, 재원 확보방식에 관해 더욱 적극적인 논의를 시작할 필요가 있다.[28)]

사회보장재정지출에서 가장 큰 비중을 차지하고 있는 사회보험은 인구고령화와 제도 구조상 더 급격한 지출증가가 전망되고 있어 재정의 지속가능성 측면에서 재정안정화를 위한 대응이 가장 필요한 부문이라고 볼 수 있다.[29)] 현재 4대 공적연금 모두 최소 5년을 주기로 재정계산을 실시하고 있으나, 각 연금별로 재정추계 시점 등이 상이하여 통합적인 재정상황 파악이 어려운 실정이다. 이뿐만 아니라, 건강보험 및 노인장기요양보험의 경우 정부재정 외로 운영되면서 국가재정 전망 시 국고지원만 포함되는 등, 실제 사회보장 관련 지출에서 상당한 비중을 차지하는 보건 영역의 재정 상황이 제대로 파악되기 어려운 실정에 있다. 따라서 4대 공적연금과 4대 사회보험 재정의 현황 및 재정전망을 통합적으로 파악할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다.

또한, 공적연금의 경우, 재정안정성 확보를 위해 좀 더 구체적인 재정목표를 설정할 필요가 있다. 현재는 구체적인 재정목표 없이, 기금고갈 시점을 늦추는 방향에 초점을 두고 있어, 재정추계의 적정성 담보 및 장기적인 개선 방향 도출이 어려운 상황이다(국회예산정책처, 2020a, p.33). 이외에도 재정수지 개선을 위해 이미 공적연금이 성숙단계에 이른 선진국의 경험을 참고하여 보험료율 인상, 급여지급액 인하, 수급개시연

28) 안종석과 전병목(2020)에서는 사회보장세의 도입이 저소득층 지원을 위한 사회부조 보완 측면보다는 사회보험 재정 보완 측면에서 도입되어야 할 필요가 있음을 제시함

29) 사회보험의 경우 주된 쟁점사항은 재정의 지속가능성이지만, 보장성 문제도 여전히 남아 있음. 일례로 국민연금의 실질 소득대체율(실제 가입자들의 가입기간 등을 기준으로 하여 산출)은 2018년 기준 21.9%로, 40년 가입자를 가정하고 추정한 소득대체율(2020년, 44%)과는 차이가 큼. 더 자세한 내용은 국회예산정책처(2020b)를 참조.

령 상향 조정 등의 개선이 필요하며, 모수 조정을 통한 개혁보다 근본적인 구조 측면에서의 개선 논의도 시작할 필요가 있다(우해봉 외, 2021).

건강보험과 노인장기요양보험의 경우 보험료율 인상 등 수입 측면의 제도 개선뿐만 아니라, 지출 측면에 영향을 줄 수 있는 정책 실시 및 기존 정책의 효과성 제고가 필요하다. 즉, 인구 고령화 및 기대수명 증가에 따라 공공보건의료 수요가 급등하지 않도록 건강수명연장에 효과적인 사전적 건강관리정책이 강화될 필요가 있다.

사회보험 이외의 공공부조, 사회서비스 지출의 경우, 재정의 지속가능성보다는 대상의 포괄성 및 재원의 효율적·효과적 사용이 더욱 중요한 사안이라고 볼 수 있다. 상대적으로 지출 규모가 큰 제도로 기초연금, 기초생활보장제도, 영유아보육료 지원 등이 있는데, 제도별로 발생하는 사각지대 완화 시 소요 재정추계에 있어 좀 더 정확성을 확보할 필요가 있다. 일례로, 기초생활보장제도의 경우 사각지대 해소를 위해 소득조건과 부양의무자 조건을 완화하고 있는데, 정책 변화 전 예상 수급자 증가 규모와 실제 증가 규모 간에 상당한 괴리가 발생하여, 정책 변화가 의도한 효과를 달성하고 있는지에 대한 점검이 필요하다(국회예산정책처, 2020b, p.43). 한편, 이러한 정책들이 한정된 예산하에서 운영되고 있음을 고려할 때, 전달체계의 효율성 및 사업의 효과성 향상을 위한 노력이 필요할 것이다. 각 분야 및 사업별로 이를 위한 정책 대응 방향은 매우 방대하고 구체적일 것이므로, 보다 일반적으로 적용될 수 있는 방향을 제시한다면, 사회보장 전달체계의 효율성 제고 필요, 사회보장 급여 및 서비스 간 중복 가능성 완화 및 연계 강화, 부당수급 적발·관리체계 강화 및 부정수급에 대한 환수 노력 필요, 사업단위 성과관리를 위한 효과적인 성과지표 개선 및 개발 등이 필요할 것이다.

제 9 장 인구구조 변화와 소득보장제도의 효과 분석

제1절 도입

1. 연구 목적

이 장에서는 인구구조 변화 시기에 소득보장제도가 빈곤에 어떠한 영향을 미쳤는지 왔는지 실증적으로 분석하고 소득보장제도의 미래 대응 전략을 논의한다. 지금까지 소득보장제도의 실태를 진단하고 발전 방향을 모색하는 연구가 꾸준히 이루어져 왔지만(최근의 예로, 노대명 외, 2020), 이 연구는 인구구조 변화에 초점을 맞추어 소득보장제도의 현황과 대응을 논의한다는 점에서 차별성을 갖는다. 본 장에서는 본 연구가 중점을 두고 있는 인구구조의 변화인 총인구의 증감, 인구 고령화, 연령별 인구구성비 변화, 지역의 인구분포 변화 중에서 특히 연령별 인구구성비 변화에 초점을 두고, 전체 인구 중에서, 65세 이상 노인이 차지하는 비중의 변화가 전체 빈곤율에 미치는 현상에 주목하여 연구를 수행하였다. 소득보장제도가 크게 확대되어온 최근 십여 년의 시기를 중심으로 한국의 소득보장제도가 인구구조 변화에 어떻게 대응해왔는지를 실증적으로 살펴보고, 인구구조 변화에 대한 소득보장제도의 대응 방향을 모색하기 위한 정책적 시사점을 논의한다.

2. 분석 자료

이 연구는 인구구조와 소득보장제도의 변화를 파악하기 위해 가계금융복지조사 자료를 활용한 양적 분석에 집중한다. 2012년부터 시작된 가계

금융복지조사는 통계청의 공식 소득분배지표 작성에 활용되고 있는 신뢰성 높은 소득조사로, 현재 2011~2019년 기준 소득 데이터를 제공하고 있다.[30] 특히 2016년 이후 소득 데이터는 국세청, 보건복지부, 각 연금공단 등으로부터 확보한 근로·사업소득 및 공적이전소득 행정자료에 서베이로 조사한 소득 정보를 보완하여 생산하기 때문에, 현실의 소득 분포를 상당히 정확하게 포착한다고 평가할 수 있다. 이와 같은 행정자료 보완은 이 연구의 초점인 공적이전소득을 정확하게 파악하는 데도 큰 도움이 된다. 단, 행정자료 보완으로 인해 소득의 규모와 불평등이 증가하는 등 일정한 시계열 단절이 발생하였기 때문에(이원진, 정해식, 전지현, 2019), 이 연구에서는 대상자의 응답에 의존하여 파악한 2011~2016년 시계열 데이터(이하 '조사데이터')와 행정자료를 활용하여 보완한 2016~2019년 시계열 데이터(이하 '행정보완데이터')를 구분하여 보고한다.[31]

3. 분석 방법

이 연구의 분석 틀은 〔그림 9-1〕과 같이 표현할 수 있다. 가구는 일차적으로 노동시장과 자본시장을 통해 획득한 근로소득, 사업소득, 재산소득에 의존하여 생활한다. 노인과 장애인 등 소득능력이 약한 인구집단은 이에 더해 가족이나 비영리단체가 제공한 사적이전으로 추가적인 소득을 획득하기도 한다. 근로소득, 사업소득, 재산소득에 사적이전소득을 합산하고 사적이전지출을 차감한 시장소득은 국가가 개입하기 전의 소득을 의미한다. 시장소득에 다양한 소득보장제도로부터 받는 급여를 합산하고 세금 및 사회보험료를 차감한 가처분소득은 최종적으로 가구가 소비지출

30) t년 가계금융복지조사에서는 t-1년을 기준으로 소득을 조사한다. 이하에서는 소득 연도를 기준으로 연도를 표시한다.
31) 통계청은 2016년에 한해 조사데이터와 행정보완데이터를 모두 제공한다.

을 위해 사용할 수 있는 소득을 나타낸다.[32] 복지국가는 소득보장제도와 조세제도를 활용하여 가처분소득 분포를 더 평등하게 만들고, 가처분소득이 일정 기준에 미치지 못하는 빈곤층의 규모를 줄이기 위해 노력한다. 따라서 가처분소득 분포와 시장소득 분포의 차이를 소득보장제도와 조세제도의 분배 효과로 해석할 수 있다.

〔그림 9-1〕 분석 틀

시간에 따른 변화

<table>
<tr><td colspan="2">Y
X</td><td colspan="2">소득 및 빈곤
시장소득
= 근로소득
+ 사업소득
+ 재산소득
+ 사적이전소득
- 사적이전지출
가처분소득
= 시장소득
+ 공적이전소득
- 공적이전지출</td></tr>
<tr><td>인구집단</td><td>개인 연령
가구구성</td><td colspan="2">인구집단별 소득 및 빈곤 실태</td></tr>
</table>

전체 인구 Y 평균 = Σ(인구집단별 비율×인구집단별 Y 평균)

주: 사적이전소득은 다른 가구와 비영리단체로부터 받은 소득을, 사적이전지출은 다른 가구와 비영리단체에게 제공한 지출을, 공적이전지출은 세금과 사회보험료를 의미한다. 시장소득과 가처분소득의 음수는 0으로 변환하여 분석하였다.

자료: 저자 작성

32) 가계금융복지조사에서 공적이전소득은 공적연금(국민연금, 특수직역연금), 기초노령연금 및 기초연금, 아동 관련 급여(아동수당, 양육수당, 출산장려금 등), 장애 관련 급여(장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 등), 국민기초생활보장제도 현금급여, 근로장려금 및 자녀장려금, 고용보험급여, 산재보험급여, 농어업 정부보조금, 취업지원 관련 급여, 보훈급여, 긴급복지지원, 체육연금, 장수수당 등을 포함한다(통계청, 각 연도, 가계금융복지조사 조사표). 가계금융복지조사에서 세금은 소득세, 재산세, 자동차세, 주민세 등을 포함하고, 사회보험료는 국민연금, 특수직역연금, 국민건강보험, 고용보험의 보험료를 포함한다(통계청, 각 연도, 가계금융복지조사 조사표).

한편, 전체 인구는 개인 연령과 가구 유형을 기준으로 여러 개의 하위 인구집단으로 구분할 수 있다. 소득이나 빈곤 같은 결과변수를 Y라 할 때, 전체 인구의 Y 평균은 하위 인구집단별 Y 평균을 하위 인구집단이 전체 인구에서 차지하는 비율로 가중하여 평균한 값으로 표현할 수 있다. 이때 Y는 시장소득과 가처분소득, 공적연금이나 기초연금 같은 개별 공적이전소득 항목, 빈곤율 등을 의미한다. 예를 들어, 전체 인구를 노인과 비노인으로 구분할 때 전체 인구의 빈곤율은 〈노인 비율×노인 빈곤율+비노인 비율×비노인 빈곤율〉로 표현할 수 있다.

이 같이 인구집단을 구분하여 인구구조와 소득·빈곤의 횡단적 관계를 구축하면, 시간에 따른 소득·빈곤의 변화를 인구구조의 변화로 인한 부분과 인구집단별 소득·빈곤의 변화로 인한 부분으로 분해할 수 있다. 예를 들어, 시간에 따른 전체 인구의 빈곤율 변화는 상대적으로 빈곤율이 높은 노인이 전체 인구에서 차지하는 비율의 수준 및 변화와 노인/비노인 빈곤율 수준 및 변화의 결합으로 이해할 수 있다. 또 다른 예로, 시간에 따른 전체 인구의 공적이전소득 평균 변화는 상대적으로 공적이전소득을 많이 받는 노인이 전체 인구에서 차지하는 비율의 수준 및 변화와 노인/비노인 공적이전소득 평균 수준 및 변화의 결합으로 이해할 수 있다. 인구구조 변화는 소득·빈곤 실태가 상이한 인구집단의 비율을 변화시킴으로써 전체 인구의 소득·빈곤 실태에 영향을 미친다.

이 연구는 이 같은 분석 틀을 활용하여 인구구조 변화에 대한 소득보장제도의 대응을 진단한다. 예를 들어, 시간에 따라 노인 비율이 증가하는 고령화는 노동시장과 자본시장에서 충분한 소득을 확보하지 못하는 시장소득 빈곤층의 규모를 증가시킬 것이다. 한편, 인구집단별 시장소득 빈곤율의 변화는 인구구조 변화 외 요인으로 인한 빈곤위험의 시간에 따른 변화를 보여준다. 또한 인구구조 변화는 개별 소득보장제도의 주요 대상인

인구집단의 비율을 변화시킴으로써 소득보장체계의 구성에 영향을 미친다. 따라서 소득보장제도의 제도적 확대를 정확하게 평가하기 위해서는 인구구조 변화의 영향을 제거한 상태에서 인구집단별 공적이전소득의 시간에 따른 변화를 살펴볼 필요가 있다. 인구집단별 공적이전소득의 변화는 공적연금 성숙, 기초(노령)연금 확대, 국민기초생활보장제도 개편, 아동수당 시행, 근로장려금 확대 등 최근의 소득보장제도 변화가 인구구조 변화에 얼마나 효과적으로 대응해왔는지를 보여줄 것이다.

이 연구는 인구구조와 소득·빈곤을 개인 단위로 분석한다. 인구구조는 개인 연령을 기준으로 구분한 범주와 개인 연령 및 가구 유형을 조합하여 구분한 범주를 활용하여 살펴본다. 소득은 가구 전체의 소득을 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 후 가구 내 가구원에게 할당하여 개인 단위로 분석한다. 경제활동에 참여하지 않는 아동과 배우자를 포함한 전체 인구의 소득 분포를 분석할 때는 가구 내 소득 공유를 가정하고 규모의 경제를 반영한 균등화 소득을 개인 단위로 분석하는 접근이 일반적이다. 예를 들어, 노부모와 동거하는 성인 자녀가 획득한 근로소득이 노인의 주요 소득원천으로 기능하기 때문에, 시간에 따라 성인 자녀와 노인의 동거가 감소하는 인구구조 변화가 노인빈곤을 증가시키는 요인으로 작용할 수 있다. 또 다른 예로, 노부모가 받은 노후소득보장제도 급여가 노부모와 동거하는 성인 자녀의 소득에도 기여하기 때문에, 노후소득보장제도가 노인뿐만 아니라 비노인의 빈곤을 일정하게 감소시킬 수 있다.

이 연구의 모든 분석에는 가계금융복지조사의 가중치를 적용하였다. 가계금융복지조사는 개인가중치를 제공하지 않기 때문에 가구가중치를 가구 내 개인에게 할당하여 개인가중치로 사용하였다. 따라서 가계금융복지조사로 분석한 개인 단위 인구구조의 대표성에 다소 한계가 있을 가능성이 있음을 언급해둔다. 빈곤선은 각 연도의 전체 인구 가처분소득 중윗값의 50%로 정의하였다.

제2절 우리나라의 소득보장제도 현황

본격적인 분석에 앞서, 이 절에서는 기초(노령)연금, 국민기초생활보장제도, 양육수당, 아동수당, 근로장려금·자녀장려금 등 주요 소득보장제도의 현황과 최근 변화를 간단히 소개한다.[33]

기초(노령)연금은 국민연금의 미성숙과 사각지대 문제에 대응하여 노인빈곤을 완화하기 위해 소득과 재산이 하위 70%인 노인을 대상으로 급여를 지급하는 노후소득보장제도이다. 2008년에 기초노령연금으로 시행되기 시작하였고, 2014년에 기초연금으로 개편되었다. 급여액은 단독가구를 기준으로 할 때 2008년 월 84,000원에서 2013년 월 96,800원으로 인상되었고, 2014년에 기초연금으로 개편하면서 월 20만 원으로 인상되었다(보건복지부, 2008, p.6; 2014a, p.xi; 2014b, p.ii). 그리고 2018년에 월 25만 원으로, 2019~2021년에 저소득층부터 단계적으로 월 30만 원으로 인상되었다(보건복지부, 2019a; 김현경, 이원진, 정은희, 정해식, 김예슬, 2020, p.20). 부부가구에게는 20%의 부부감액을 적용하여 급여를 지급한다.

〈표 9-1〉 2019~2021년 기초연금 급여액 변화

연도	내용
2019년	소득 하위 20% 노인에게 기초연금 30만 원 지급 (그 외 노인은 3월까지 25만 원, 4월 이후 253,750원)
2020년	소득 하위 40% 노인에게 기초연금 30만 원 지급 (그 외 노인은 254,760원)
2021년	기초연금 수급 노인에게 기초연금 30만 원 지급

자료: 김현경 외(2020, p.20)의 〈표 2-4〉를 인용하였다.

33) 국민연금의 현황에 대해서는 제12장의 내용을 참고 바람

국민기초생활보장제도는 빈곤층의 최저생활을 보장하기 위해 생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여 등을 제공하는 공공부조이다. 소득과 재산을 함께 반영한 소득인정액이 일정 기준에 미치지 못하고 부양의무자가 없거나 있더라도 부양을 받기 어려울 때 수급자로 선정될 수 있다. 2015년 7월에는 국민기초생활보장제도의 수급자 선정기준이 기존의 최저생계비에서 기준중위소득의 일정 비율로 정의된 상대빈곤선으로 변경되었고, 생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여의 선정기준을 다층화함으로써 소위 '통합급여체계'에서 '개별급여체계'로 전환하였다(김현경 외, 2020, p.13). 2015년 이후 최근까지 근로유인을 강화하기 위해 근로소득공제를 확대하고, 기본재산액과 주거용재산 한도액을 인상하는 등 재산 기준을 완화하였으며, 주거급여 부양의무자 기준을 폐지하고 생계급여 부양의무자 기준을 완화하는 등 사각지대를 축소하고 보장성을 강화하기 위한 개혁이 꾸준히 이루어졌다(김현경 외, 2020, pp.15-16). 특히 2021년 10월에는 생계급여 부양의무자 기준을 폐지하였고, 이에 따라 국민기초생활보장제도의 사각지대가 크게 축소될 것이라는 기대를 받고 있다(보건복지부, 2021). 국민기초생활보장제도 생계급여는 수급자 선정기준과 소득인정액의 차액을 지급한다.

〈표 9-2〉 국민기초생활보장제도 수급자 선정기준 변화(1인 가구 기준)

구분	기준중위소득 대비 비율			절대액(월)		
	생계급여	주거급여	교육급여	생계급여	주거급여	교육급여
2016년	29%	43%	50%	471,201원	698,677원	812,415원
2017년	30%	43%	50%	495,879원	710,760원	826,465원
2018년	30%	43%	50%	501,632원	719,005원	836,053원
2019년	30%	44%	50%	512,102원	751,084원	853,504원
2020년	30%	45%	50%	527,158원	790,737원	878,597원

자료: 김현경 외(2020, p.14)의 〈표 2-1〉을 인용하였다.

아동 관련 급여는 크게 양육수당과 아동수당으로 나누어 살펴볼 수 있다. 양육수당은 보육 서비스를 이용하지 않는 아동에게 보육료 지원 대신 현금급여를 지급한다. 2009년 시행 당시 최저생계비 120% 이하 저소득층의 만 0~1세 아동에게 월 10만 원을 지급하였고, 시행 이후 지원대상과 지원액이 확대되어 2013년에는 전체 소득계층의 만 5세 이하 아동에게 월 10~20만 원을 지원하게 되었다(〈표 9-3〉 참조).

〈표 9-3〉 가정양육수당 변화

연도	지원연령	지원대상	지원액
2009년 7월 ~2010년	만 0~1세	차상위 저소득층 최저생계비의 120% 이하	월 10만 원
2011년	만 0~2세	차상위 저소득층 월 가구소득(4인 기준) 173만 원 이하	만 0세: 월 20만 원 만 1세: 월 15만 원 만 2세: 월 10만 원
2012년	만 0~2세	차상위 저소득층 월 가구소득(4인 기준) 180만 원 이하	만 0세: 월 20만 원 만 1세: 월 15만 원 만 2세: 월 10만 원
2013년 이후	만 5세 이하 (84/86개월 미만)	소득수준 무관 전 계층 아동	만 0세: 월 20만 원 만 1세: 월 15만 원 만 2세: 월 10만 원 만 3세~취학 전: 월 10만 원

자료: 김미곤 외(2019, p.331)의 〈표 7-3〉을 일부 수정하여 인용하였다.

2018년 9월에는 소득인정액이 2인 이상 전체 가구의 하위 90%에 해당하는 가구의 만 6세 미만 아동에게 월 10만 원의 아동수당이 지급되기 시작하였다(보건복지부, 2018, pp.3-5). 2019년에는 아동수당의 소득인정액 기준이 폐지되어 완전한 보편수당으로 전환되었고, 2020년에는 만 7세 미만 아동으로 확대되었다(보건복지부, 2019b, p.i; 2020b, p.i).

〈표 9-4〉 아동수당 변화

연도	지원연령	지원대상	지원액
2018년 9월 ~2018년 12월	만 6세 미만	수급아동 가구의 경제적 수준이 2인 이상 전체 가구의 100분의 90 수준 이하인 경우에 지급	월 10만 원 (감액 대상 가구는 월 5만 원)
2019년 1월~8월	만 6세 미만	가구 경제 수준과 무관하게 지급	월 10만 원
2019년 9월 이후	만 7세 미만	가구 경제 수준과 무관하게 지급 취학 여부와 관계없이 지급	월 10만 원

자료: 김미곤 외(2019, p.332)의 〈표 7-4〉를 인용하였다.

근로장려금은 소득 수준이 일정 기준에 미치지 못하는 저소득 근로자와 자영업자를 대상으로 근로·사업소득에 따라 산정된 급여를 소득세 환급 형태로 지급한다(김현경 외, 2020, p.23). 근로장려금은 일반적인 공공부조와 달리 일정 소득 구간에서 소득이 증가할수록 급여가 증가하도록 설계되어 있어 근로유인을 높일 수 있다는 장점을 갖는다(김현경 외, 2020, p.23). 근로장려금은 2008년 시행 이후 꾸준히 확대되어 왔는데, 2019년에는 연령·소득·재산 기준 완화, 최대지급액 수준 인상, 최대지급액 구간 확대 등 지원대상과 급여 수준을 크게 확대하였다(〈표 9-5〉 참조). 특히 2019년에 단독가구 연령 기준을 폐지함에 따라 30세 미만 수급자가 크게 증가하였다(박소은, 안영, 고제이, 2021, p.46).

〈표 9-5〉 2018~2019년 근로장려금·자녀장려금 변화

구분	2018년	2019년
대상	근로소득자, 개인사업자	근로소득자, 개인사업자
근로장려금		
소득기준금액 (부부합산)	단독가구: 1,300만 원 홑벌이: 2,100만 원 맞벌이: 2,500만 원	단독가구: 2,000만 원 홑벌이: 3,000만 원 맞벌이: 3,600만 원

구분	2018년	2019년
부양가족, 연령요건	배우자가 있거나, 18세 미만 부양자녀나 70세 이상 부모가 있는 경우 또는 30세 이상 단독가구	배우자가 있거나, 18세 미만 부양자녀나 70세 이상 부모가 있는 경우 또는 배우자나 부양자녀가 없는 단독가구
재산	1억 4천만 원 (1억 원 이상 50%)	2억 원 (1억 4천만 원 이상 50%)
최대지급액	단독가구: 85만 원 홑벌이: 200만 원 맞벌이: 250만 원	단독가구: 150만 원 홑벌이: 260만 원 맞벌이: 300만 원
최대지급액 구간	단독가구: 600~900만 원 홑벌이: 900~1,200만 원 맞벌이: 1,000~1,300만 원	단독가구: 400~900만 원 홑벌이: 700~1,400만 원 맞벌이: 800~1,700만 원
자녀장려금		
소득기준금액 (부부합산)	홑벌이: 4,000만 원 맞벌이: 4,000만 원	홑벌이: 4,000만 원 맞벌이: 4,000만 원
재산	2억 원 (1억 원 이상 50%)	2억 원 (1억 4천만 원 이상 50%)
최대지급액	자녀 1인당 50만 원	자녀 1인당 70만 원
최대지급액 구간	홑벌이: ~2,100만 원 맞벌이: ~2,500만 원	홑벌이: ~2,100만 원 맞벌이: ~2,500만 원

자료: 김현경 외(2020, p.24)의 〈표 2-6〉을 일부 수정하여 인용하였다.

제3절 분석 결과

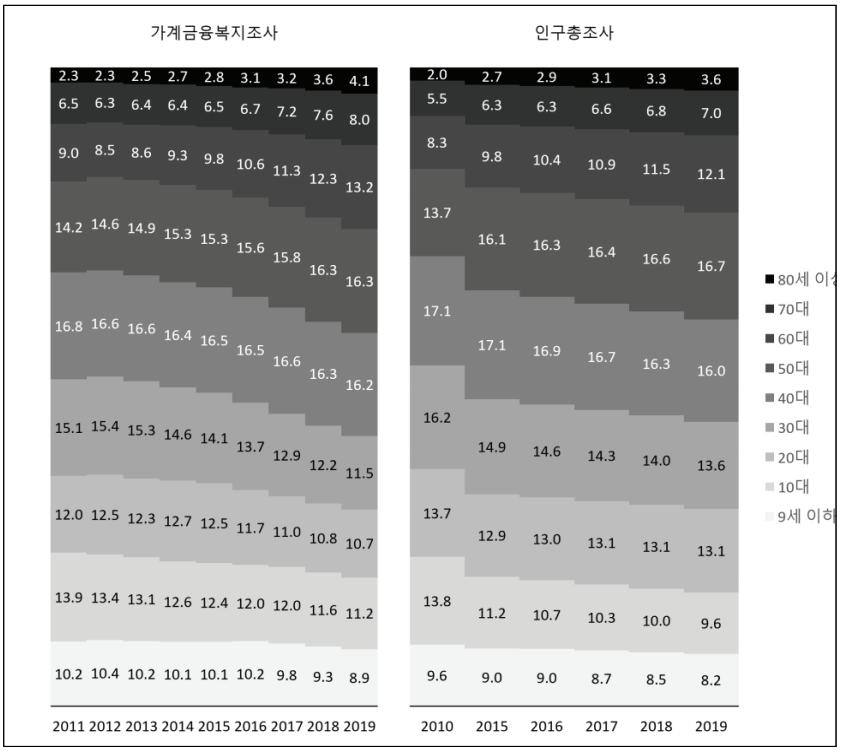
1. 인구구조 변화

〔그림 9-2〕에는 개인 연령 분포의 시간에 따른 변화를 보고하였다. 그림은 최근 십여 년 동안 진행되어온 고령화 추이를 뚜렷하게 보여준다. 2011~2019년 전체 인구에서 80세 이상이 차지하는 비율은 2.3%에서 4.1%로, 70대는 6.5%에서 8.0%로, 60대는 9.0%에서 13.2%로, 50대는 14.2%에서 16.3%로 증가하였다. 또한 30대는 15.1%에서 11.5%로, 20

대는 12.0%에서 10.7%로, 10대는 13.9%에서 11.2%로, 9세 이하는 10.2%에서 8.9%로 감소하였다. 이는 인구총조사로 분석한 개인 연령 분포와 약간의 횡단적 차이가 있지만, 시간에 따라 50대 이상 중고령자 비율이 증가하는 고령화 추이를 포착하는 데는 무리가 없다.[34]

[그림 9-2] 개인 연령 비율

(단위: %)

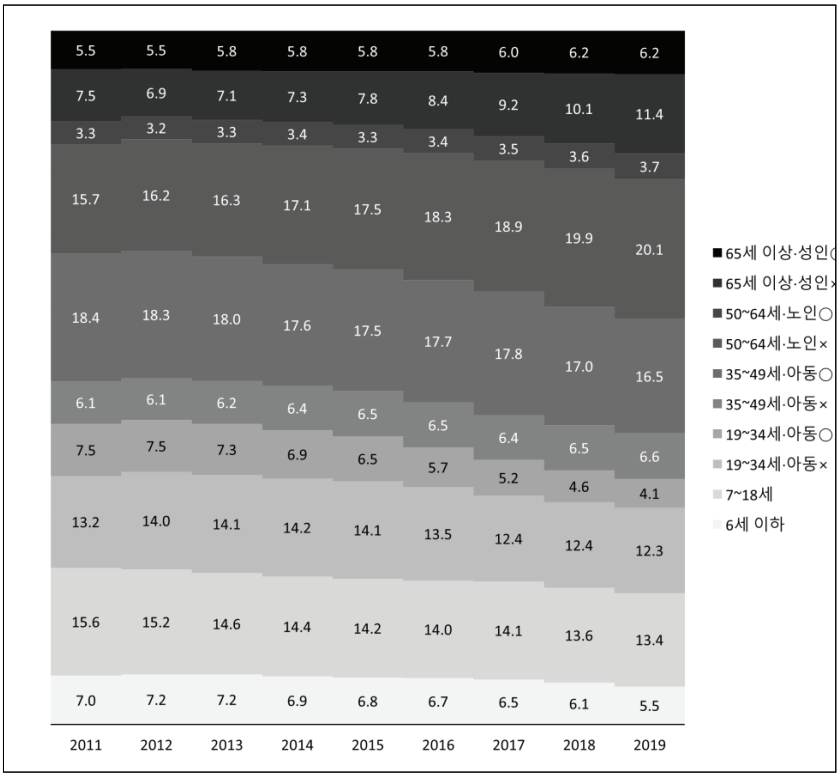


주: 인구총조사는 내국인 기준이다.
자료: 1) 가계금융복지조사: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.
2) 인구총조사: 통계청. (2021). 인구총조사 집계자료. https://kosis.kr/에서 2021. 10. 4. 인출.

34) 연도별·개인 연령 집단별 사례 수는 1,350~9,497명이다(통계청, 각 연도, 가계금융복지조사 원자료).

[그림 9-3] 개인 연령×가구 유형 비율

(단위: %)



주: 개인 연령과 개인이 속한 가구 유형의 조합을 의미한다. 가구 유형의 범주는 다음과 같다.
· 성인○: 19~64세 성인이 존재하는 가구에 속한 개인
· 성인×: 19~64세 성인이 존재하지 않는 가구에 속한 개인
· 노인○: 65세 이상 노인이 존재하는 가구에 속한 개인
· 노인×: 65세 이상 노인이 존재하지 않는 가구에 속한 개인
· 아동○: 0~18세 아동이 존재하는 가구에 속한 개인
· 아동×: 0~18세 아동이 존재하지 않는 가구에 속한 개인
자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

이와 같은 개인 연령 분포 변화는 고령화라는 인구구조 변화를 요약하여 보여주지만, 시간에 따른 가구 구성의 변화를 반영하지 못한다. 예를 들어, 성인 자녀와 노인의 동거 감소가 노인빈곤을 증가시키는 현상을 파

악하기 위해서는 노인의 가구 유형을 함께 살펴볼 필요가 있다. 이에 〔그림 9-3〕에서는 개인 연령과 가구 유형을 조합한 집단의 분포를 살펴보았다. 개인 연령은 6세 이하 및 7~18세 아동, 19~34세 청년, 35~49세 장년, 50~64세 중년, 65세 이상 노인으로 구분하였고, 가구 유형은 가구 내에 19~64세 성인,[35] 65세 이상 노인, 18세 이하 아동이 존재하는지 여부를 기준으로 구분하였다. 예를 들어, 65세 이상·성인○ 집단은 19~64세 성인 가구원과 동거하는 노인을 의미하고, 주로 성인 자녀와 동거하는 노인으로, 부분적으로 비노인 배우자와 동거하는 노인으로 구성된다.

그림을 살펴보면, 2011~2019년 동안 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 비율이 7.5%에서 11.4%로 크게 증가하였음이 확인된다. 그리고 노인 가구원과 동거하지 않는 중년의 비율 역시 15.7%에서 20.1%로 크게 증가하였다. 이처럼 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 비율과 노인 가구원과 동거하지 않는 중년의 비율이 시간에 따라 증가한 것은 주로 노인과 성인 자녀의 동거 감소 추이를 반영한 결과일 것으로 판단된다. 한편, 청장년의 경우 아동 가구 비율이 감소하는 추이가 뚜렷하게 관찰된다. 아동 가구원과 동거하는 장년의 비율은 18.4%에서 16.5%로, 아동 가구원과 동거하는 청년의 비율은 7.5%에서 4.1%로 감소하였다. 물론, 18세 이하 아동의 비율 역시 빠르게 감소하였다.[36]

2. 소득 및 빈곤율 변화

다음으로는 본격적으로 인구구조 변화와 소득·빈곤 변화의 관계를 살펴본다. 우선 〔그림 9-4〕에는 인구집단별 시장소득 평균을 보고하였다.

35) 서술의 편의상, 이하에서는 19~64세를 성인으로 표현한다.
36) 연도별·개인 연령×가구 유형 집단별 사례 수는 1,720~10,428명이다(통계청, 각 연도, 가계금융복지조사 원자료).

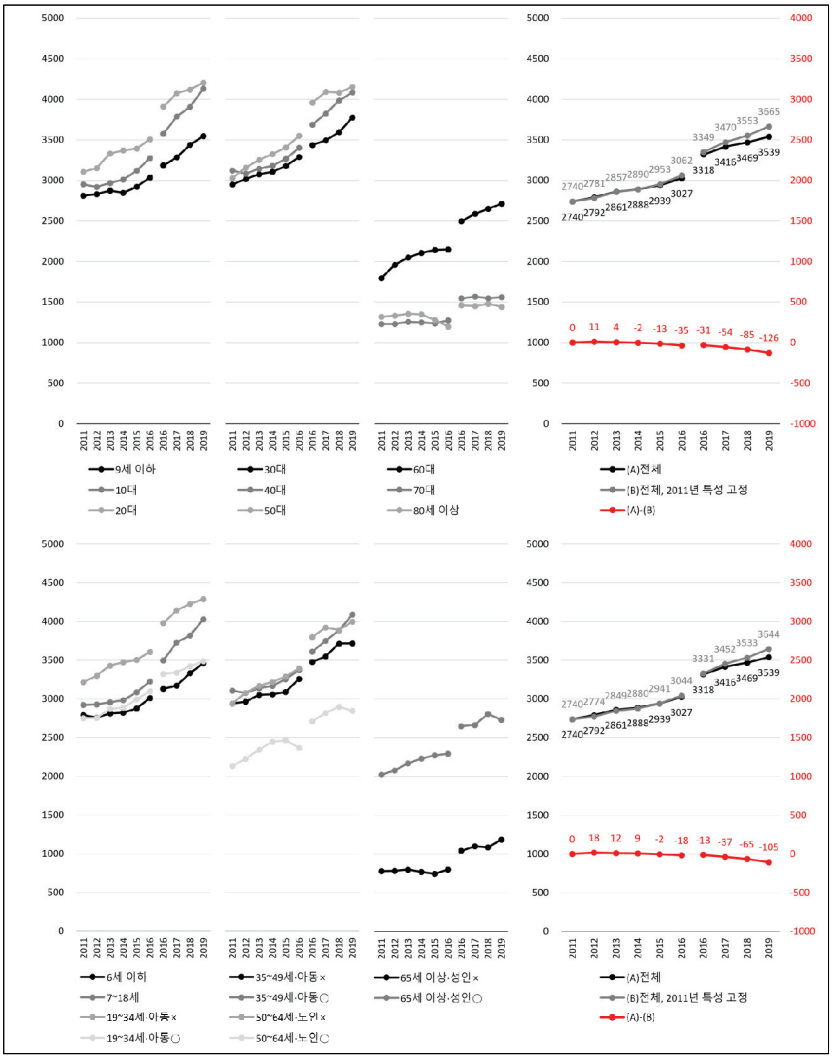
그림에서 앞의 6개 시점(2011~2016년)은 서베이로 조사한 소득 데이터를 집계한 결과이고, 뒤의 4개 시점(2016~2019년)은 행정자료로 보완한 소득 데이터를 집계한 결과이다. 행정자료 보완으로 인해 2016년의 조사 데이터 집계 결과와 행정보완데이터 집계 결과에 차이가 발생하기 때문에, 두 시계열은 연결되지 않는다고 간주하는 것이 안전하다.

그림은 인구집단별 시장소득 평균의 횡단적 차이와 시계열적 변화를 함께 보여준다. 횡단적으로, 아동과 근로연령층에 비해 고령자의 시장소득 수준이 낮았고, 특히 70대 이상 고령 노인, 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 시장소득 수준이 매우 낮았다. 또한 근로연령층 중에서는 노인 가구원과 동거하는 중년의 시장소득 수준이 낮은 편이었다. 이는 노인 가구원의 존재가 저소득 위험을 증가시킨다는 사실을 뚜렷하게 보여준다. 시계열적으로, 근로연령층의 시장소득 수준이 시간에 따라 증가한 것과 달리 70대 이상 고령 노인, 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 시장소득 수준은 대체로 시간에 따라 정체한 것으로 나타났다. 이처럼 횡단적으로 시장소득 수준이 가장 낮은 인구집단의 시장소득 수준이 시간에 따라 그다지 증가하지 못했다는 분석 결과는 인구집단 간 시장소득 불평등이 확대되고 있을 가능성을 시사한다.

우측 그래프는 전체 인구의 시장소득 평균 추이를 보여준다. 전체 인구의 시장소득 평균은 2011~2016년 연간 2,740만 원에서 3,027만 원으로, 2016~2019년 연간 3,318만 원에서 3,539만 원으로 증가하였다. 그런데 이와 같은 시장소득 평균 추이에는 시간에 따른 인구구조 변화가 일정한 영향을 미쳤다. 예를 들어, 시장소득 수준이 낮은 60대 이상 고령자가 전체 인구에서 차지하는 비율이 시간에 따라 증가하였기 때문에, 이 같은 인구구조 변화는 시장소득 평균을 감소시키는 요인으로 작용하였을 것이다.

[그림 9-4] 시장소득 평균

(단위: 만 원/년, 2019년 실질가격)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

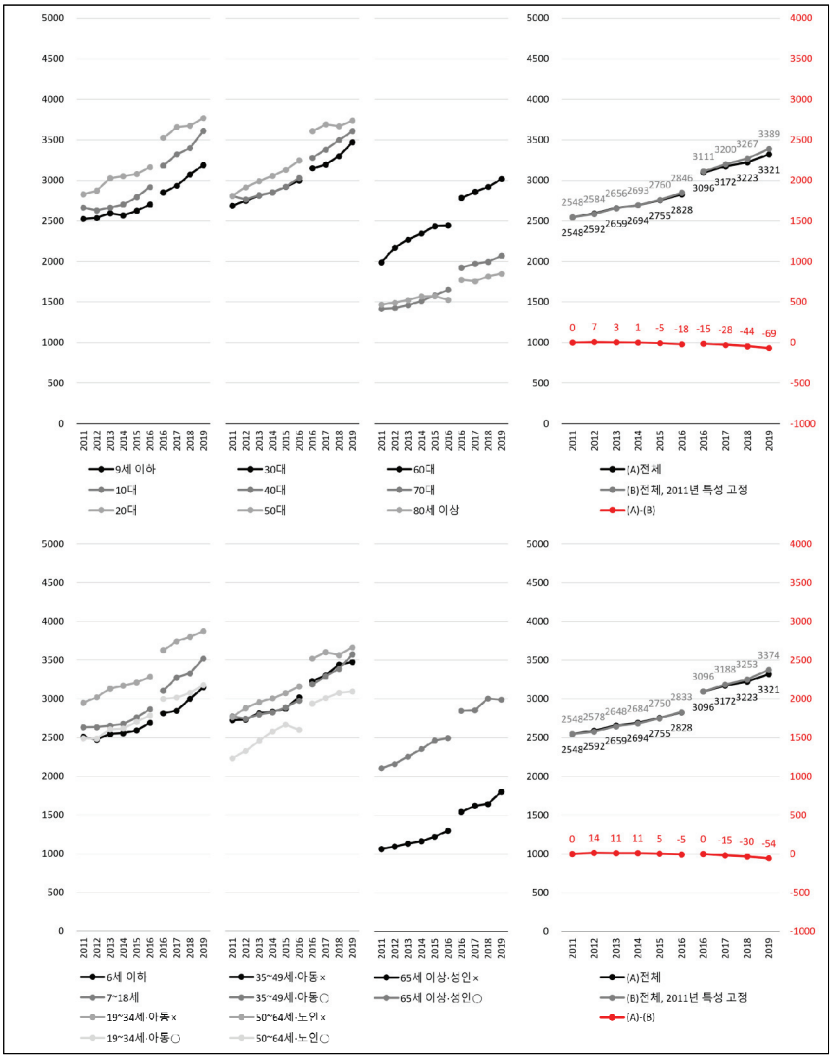
자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

이에 우측 그래프에는 인구구조가 변화하지 않았다고 가정할 때의 가상적인 추이를 함께 제시하였다. 〔그림 9-1〕에서 논의한 것처럼, 전체 인구의 Y 평균은 인구집단별 비율과 인구집단별 Y 평균을 곱한 값의 합이므로, 각 시점의 인구집단별 Y 평균에 2011년의 인구집단별 비율을 적용하여 가상적인 Y 평균 추이를 구할 수 있다. 이와 같은 가상적인 Y 평균 추이와 실제 Y 평균 추이의 차이는 인구구조 변화의 영향을 보여준다. 그림을 살펴보면, 개인 연령 비율이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때 시장소득 평균은 실제보다 더 크게 증가하였고, 2019년 가상 평균이 연간 3,665만 원으로 실제 평균보다 126만 원 높게 나타났다. 즉, 시장소득 수준이 낮은 고령자가 전체 인구에서 차지하는 비율이 증가하지 않았더라면 2019년 시장소득 평균은 실제보다 연간 126만 원 높았을 것이다. 다시 말해, 2011~2019년 동안 진행된 고령화가 2019년 시장소득 평균을 연간 126만 원 감소시킨 것이다. 마찬가지로, 개인 연령×가구 유형 비율의 시간에 따른 변화 역시 시장소득 평균을 감소시키는 요인으로 작용하였다. 요컨대, 시간에 따라 전반적인 시장소득 수준이 향상되고 있지만, 인구구조 변화는 시장소득 수준의 향상을 일정하게 억제하는 요인으로 작용하고 있다.

〔그림 9-5〕에서는 동일한 방식으로 가처분소득 평균을 분석하였다. 가처분소득은 시장소득에 공적이전소득을 합산하고 공적이전지출을 차감한 소득이므로, 시장소득과 가처분소득의 차이는 순공적이전의 영향을 반영한다. 그림을 살펴보면, 인구집단별 가처분소득 평균의 횡단적 패턴은 시장소득과 크게 다르지 않았다. 고령자, 특히 70대 이상 고령 노인, 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 가처분소득 수준이 상대적으로 낮았다. 이는 순공적이전이 고령자의 소득 수준이 상대적으로 낮은 연령—소득 프로파일을 그다지 크게 변화시키지 못한다는 사실을 의미한다.

〔그림 9-5〕 가처분소득 평균

(단위: 만 원/년, 2019년 실질가격)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

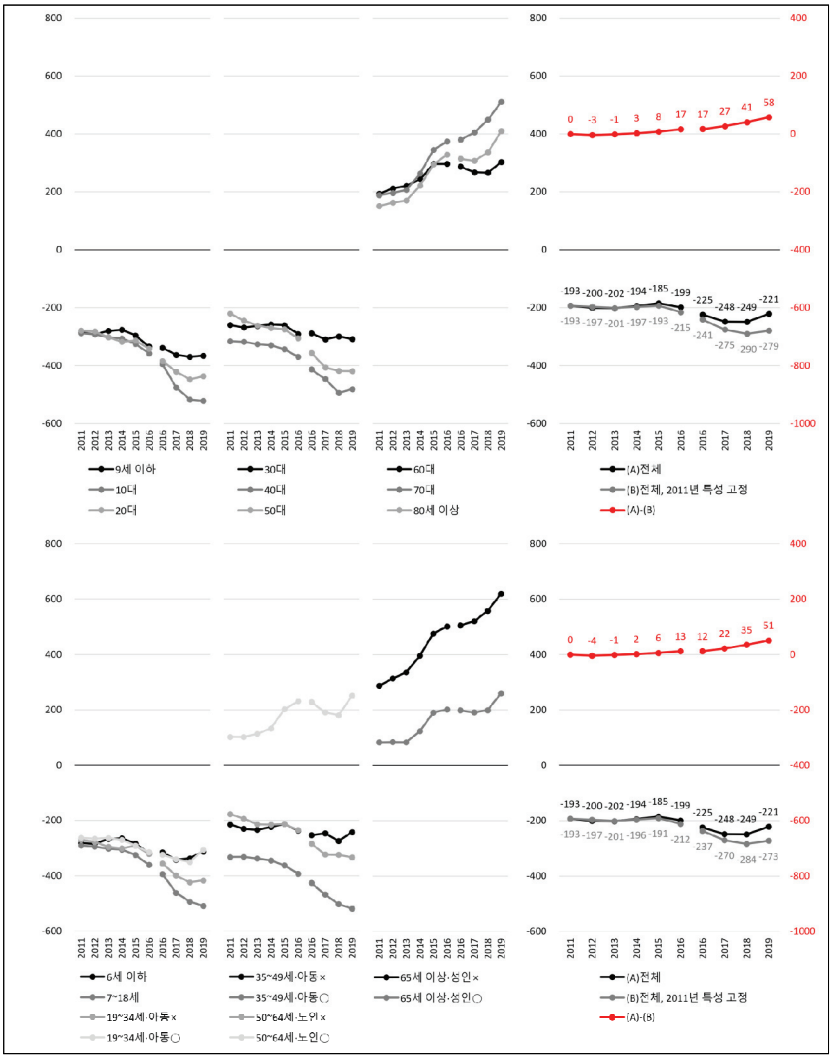
자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

그럼에도 불구하고, 〔그림 9-4〕와 〔그림 9-5〕는 다음과 같은 몇 가지 차이점을 보여준다. 첫째, 인구집단별 시장소득 평균 격차에 비해 가처분소득 평균 격차가 대체로 작았다. 이는 소득보장제도와 조세제도가 근로연령층과 고령자의 소득 격차를 어느 정도 축소하는 방향으로 작용한다는 사실을 의미한다. 둘째, 70대 이상 고령 노인의 시장소득 평균이 시간에 따라 증가하지 않은 것과 달리, 이들의 가처분소득 평균은 시간에 따라 증가한 것으로 나타났다. 이는 소득보장제도의 확대가 고령자의 소득 수준을 증가시키는 역할을 하고 있음을 보여준다. 셋째, 인구구조 변화가 시장소득 평균을 감소시키는 효과보다 가처분소득 평균을 감소시키는 효과가 작았다. 즉, 소득보장제도와 조세제도가 인구구조 변화의 소득 감소 효과를 일정하게 완충하고 있는 것이다.

시장소득 분포와 가처분소득 분포의 차이를 분명하게 이해하기 위해, 〔그림 9-6〕에서는 공적이전소득에서 공적이전지출을 차감한 순공적이전을 분석하였다. 그림을 살펴보면, 아동, 근로연령층, 노인 가구원과 동거하지 않는 중년은 순공적이전이 음의 값을 갖고 시간에 따라 대체로 감소하였다. 이는 근로연령층이 소득보장제도로부터 받는 급여보다 많은 세금 및 사회보험료를 납부하고 있고, 소득보장제도·조세제도 확대의 순효과가 이들의 순공적이전을 감소시키는 방향으로 작용하고 있음을 보여준다. 단, 6세 이하 아동, 아동 가구원과 동거하는 청년은 2018년 이후 순공적이전이 증가세로 돌아섰다는 점이 눈에 띈다. 이는 최근 아동수당 도입 등 아동 대상 소득보장제도의 확대에 따라 아동 가구가 받는 공적이전소득이 증가하고 있음을 보여준다. 반면, 10대, 40대, 아동 가구원과 동거하는 장년의 순공적이전은 횡단적으로 가장 낮게 나타났다. 이들은 주로 아동수당 수급 연령을 초과한 아동 가구원이 존재하는 가구로, 대체로 공적이전제도로부터 가장 적은 혜택을 받는 집단에 해당한다.

[그림 9-6] 순공적이전 평균

(단위: 만 원/년, 2019년 실질가격)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 순공적이전은 공적이전소득에서 공적이전지출을 차감한 소득을 의미한다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사 데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

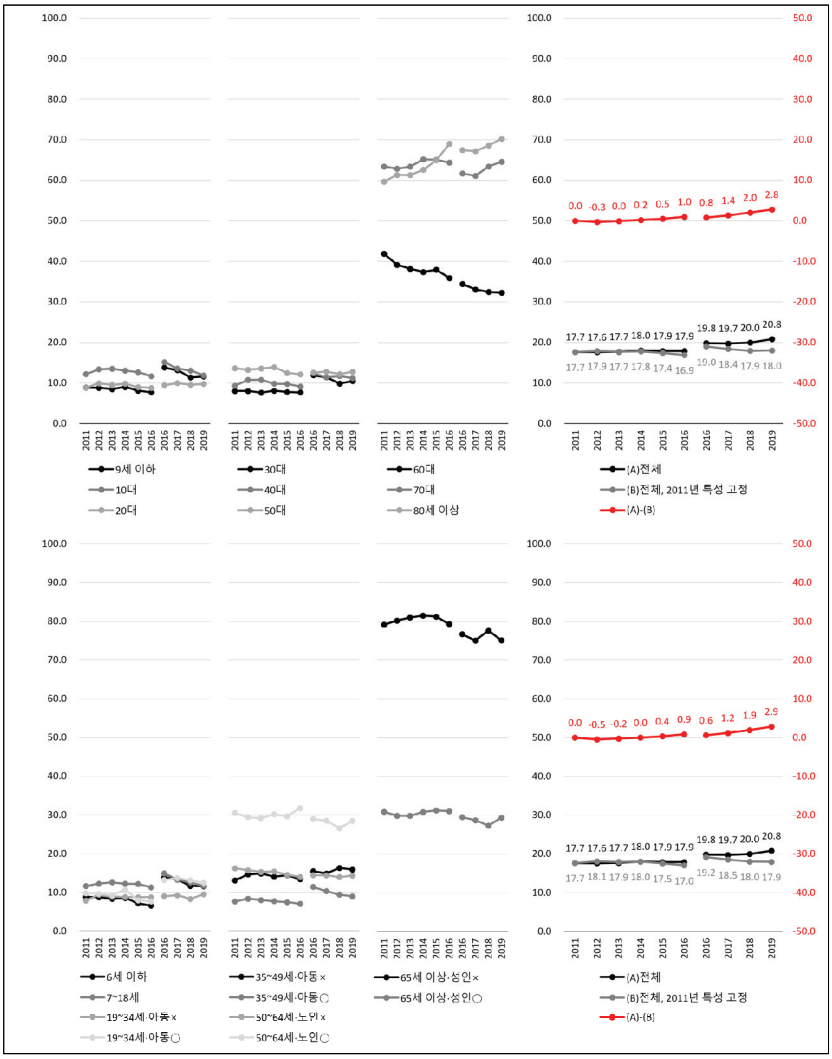
한편, 노인 가구원과 동거하는 중년, 고령자의 순공적이전은 양의 값을 갖고 시간에 따라 증가하는 것으로 나타났다. 즉, 노인은 대체로 납부한 세금 및 사회보험료보다 많은 공적이전소득을 받고 있는 것이다. 특히 기초노령연금이 기초연금으로 개편된 2014년과 기초연금 급여액이 인상된 2018~2019년에 노인의 순공적이전 평균이 크게 증가하였다. 고령자 중에서도 70대 이상 고령 노인, 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 순공적이전 수준이 횡단적으로 높았고 시간에 따라 빠르게 증가하였다.

이와 같은 인구집단별 순공적이전 분석 결과를 종합하면, 전체 인구의 순공적이전은 음의 값을 갖고 시간에 따라 그다지 크게 변화하지 않았다. 하지만 공적이전소득을 많이 받는 노인의 비율이 증가하는 인구구조 변화가 전체 인구의 순공적이전 평균을 증가시키는 요인으로 작용하였고, 소득보장제도 확대와 인구구조 변화의 영향이 결합된 결과, 2019년에 전체 인구의 순공적이전 평균 추이가 증가세로 돌아섰다.

다음으로는 빈곤율을 살펴보았다. 우선 〔그림 9-7〕에서 시장소득 빈곤율을 분석한 결과를 살펴보면, 아동과 근로연령층에 비해 노인 가구원과 동거하는 중년, 고령자의 시장소득 빈곤율이 훨씬 높게 나타났다. 특히 70대 이상 고령 노인, 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 빈곤율이 매우 높았다. 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 시장소득 빈곤율은 70%를 넘는 수준으로, 다른 인구집단보다 압도적으로 높았다. 시간에 따른 변화를 살펴보면, 60대의 시장소득 빈곤율은 시간에 따라 감소하였지만 70대 이상 고령 노인의 시장소득 빈곤율은 대체로 시간에 따라 증가한 것으로 나타났다. 단, 개인 연령×가구 유형을 기준으로 살펴보면, 노인의 시장소득 빈곤율이 대체로 시간에 따라 정체하였거나 감소하였다. 이는 노인과 성인 자녀의 동거 감소가 70대 이상 고령 노인의 시장소득 빈곤율 증가 추이에 영향을 미쳤을 가능성을 시사한다.

[그림 9-7] 시장소득 빈곤율

(단위: %)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

전체 인구의 시장소득 빈곤율은 2011~2016년 동안 대체로 정체하였다가 2016~2019년 19.8%에서 20.8%로 완만하게 증가한 것으로 나타났다. 이 같은 최근의 시장소득 빈곤율 증가 추이에는 인구구조 변화가 일정한 영향을 미쳤다. 인구구조가 2011년과 동일하게 유지되었더라면, 시장소득 빈곤율은 2016년 19.0~19.2%에서 2019년 17.9~18.0%로 감소하였을 것이다. 하지만 인구구조 변화가 시장소득 빈곤율을 증가시키는 요인으로 작용한 결과, 2018~2019년 순공적이전 평균의 증가에도 불구하고 시장소득 빈곤율이 완만하게 증가한 것이다. 구체적으로, 빈곤율이 매우 높은 70대 이상 고령 노인, 성인 자녀와 동거하지 않는 노인이 증가하는 인구구조 변화가 전체 인구의 시장소득 빈곤율을 완만하게 증가시키는 주된 요인인 것으로 판단된다.

〔그림 9-8〕에는 가처분소득 빈곤율을 보고하였다. 인구집단별 가처분소득 빈곤율 패턴은 대체로 시장소득 빈곤율과 유사하였지만, 인구집단별 격차가 시장소득 빈곤율보다 작다는 점에서 차이가 있었다. 즉, 주로 고령자의 가처분소득 빈곤율이 아동과 근로연령층보다 매우 높았지만, 그 격차가 시장소득 빈곤율보다는 작았다. 한편, 고령자 빈곤율의 시계열적 변화에서도 〔그림 9-7〕과 〔그림 9-8〕의 차이를 확인할 수 있다. 〔그림 9-7〕에서는 70대 이상 고령 노인의 시장소득 빈곤율이 시간에 따라 증가하였고, 성인 가구원과 동거하거나 동거하지 않는 노인의 시장소득 빈곤율도 확실한 감소세를 보여주지 못했다. 반면 〔그림 9-8〕에서는 70대 이상 고령 노인의 가처분소득 빈곤율이 시간에 따라 정체·감소하였고, 성인 가구원과 동거하거나 동거하지 않는 노인의 가처분소득 빈곤율이 대체로 시간에 따라 감소하였다. 이는 소득보장제도와 조세제도가 노인빈곤을 감소시키는 효과가 시간에 따라 증가하고 있을 가능성을 시사한다.

[그림 9-8] 가처분소득 빈곤율

(단위: %)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

〔그림 9-9〕 순공적이전의 빈곤율 감소 효과

(단위: %p)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 가처분소득 빈곤율에서 시장소득 빈곤율을 차감한 수치다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

이처럼 고령자의 가처분소득 빈곤율이 대체로 시간에 따라 감소하였고, 이에 따라 전체 인구의 가처분소득 빈곤율도 2011~2016년 16.7%에서 16.1%로, 2016~2019년 17.6%에서 16.3%로 감소하였다. 물론, 고령화, 노인과 성인 자녀의 동거 감소 등과 같은 인구구조 변화가 없었더라면 가처분소득 빈곤율은 좀 더 빠르게 감소하였을 것이고, 2019년 가처분소득 빈곤율이 16.3%가 아니라 14.3~14.5%로 나타났을 것이다.

지금까지 〔그림 9-7〕과 〔그림 9-8〕에서는 시장소득 빈곤율이 완만하게 증가하였지만 가처분소득 빈곤율이 완만하게 감소하였음을 확인하였다. 〔그림 9-9〕에는 직접적으로 가처분소득 빈곤율에서 시장소득 빈곤율을 차감한 수치를 보고하였고, 이를 순공적이전이 빈곤율을 감소시킨효과라고 해석할 수 있다. 그림을 살펴보면, 아동과 근로연령층은 대체로 가처분소득 빈곤율과 시장소득 빈곤율의 차이가 양의 값으로 나타났는데, 이는 이들이 평균적으로 공적이전소득보다 많은 세금 및 사회보험료를 지출한 결과 빈곤율이 소폭 증가하였음을 의미한다. 단, 2018년 이후 아동과 근로연령층의 빈곤율 감소 효과가 증가하여 2019년에는 가처분소득 빈곤율과 시장소득 빈곤율의 차이가 음의 값으로 반전되었음에 주목할 필요가 있다. 이는 최근 아동 및 근로연령층 대상 소득보장제도의 빈곤율 감소 효과가 의미 있는 수준으로 강화되고 있을 가능성을 시사한다.

한편, 노인 가구원과 동거하는 중년, 고령자는 순공적이전의 빈곤율 감소 효과가 훨씬 컸고 시간에 따라 뚜렷하게 증가한 것으로 나타났다. 이는 한국의 소득보장제도와 조세제도가 지금까지 노인빈곤을 완화하는 데 주력해왔다는 사실을 단적으로 보여준다. 노인 중에서도 시장소득 빈곤율이 가장 높은 성인 가구원과 동거하지 않는 노인에 대한 순공적이전의 빈곤율 감소 효과가 가장 컸다. 또한 시장소득 빈곤율이 높고 시간에 따라 증가하고 있는 70대 이상 고령 노인에 대한 순공적이전의 빈곤율 감소 효과

도 시간에 따라 상당히 빠르게 증가하였다. 이는 현재 소득보장제도와 조세제도가 시장소득 빈곤율이 높은 인구집단의 빈곤을 비교적 효율적으로 감소시키고 있음을 의미한다. 한편, 순공적이전으로 빈곤율이 크게 감소하는 고령자가 전체 인구에서 차지하는 비율이 시간에 따라 증가하였으므로, 인구구조 변화는 순공적이전의 빈곤율 감소 효과를 증가시키는 요인으로 작용하였다. 예를 들어, 2019년 순공적이전은 전체 인구의 빈곤율을 4.5%p 감소시켰는데, 만약 2019년 인구구조가 2011년과 동일하였더라면 순공적이전의 빈곤율 감소 효과는 3.6%p에 그쳤을 것이다.

3. 공적이전소득 변화

다음으로는 공적이전소득 항목별 변화를 구체적으로 살펴본다. 우선 〔그림 9-10〕에서는 국민연금과 특수직역연금을 합산한 공적연금의 평균을 살펴보았다. 그림에 보고한 평균은 수급자와 비수급자를 모두 포함한 전체 인구를 대상으로 계산하였다는 점에 주의할 필요가 있다. 분석 결과는 공적연금이 고령자의 상대적인 소득 수준을 증가시키는 데 크게 기여하고 있다는 사실을 분명하게 보여준다. 아동과 근로연령층에 비해 고령자의 공적연금 평균이 횡단적으로 훨씬 컸고 시간에 따라 빠르게 증가하였다. 국민연금이 여전히 성숙하는 중이므로, 이 같은 고령자의 공적연금 증가 추이는 당분간 지속될 것으로 전망된다. 고령자 중에서는 70대 이상 고령 노인보다 60대의 공적연금 평균이 높았다는 점이 눈에 띈다. 한편, 공적연금은 노인뿐만 아니라 노인 가구원과 동거하는 비노인의 소득 수준 향상에도 일정하게 기여하였다. 특히 노인 가구원과 동거하는 중년은 노인과 유사한 수준의 공적연금을 받은 것으로 나타났다.

〔그림 9-10〕 공적연금 평균

(단위: 만 원/년, 2019년 실질가격)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 공적연금은 국민연금과 특수직역연금을 의미한다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

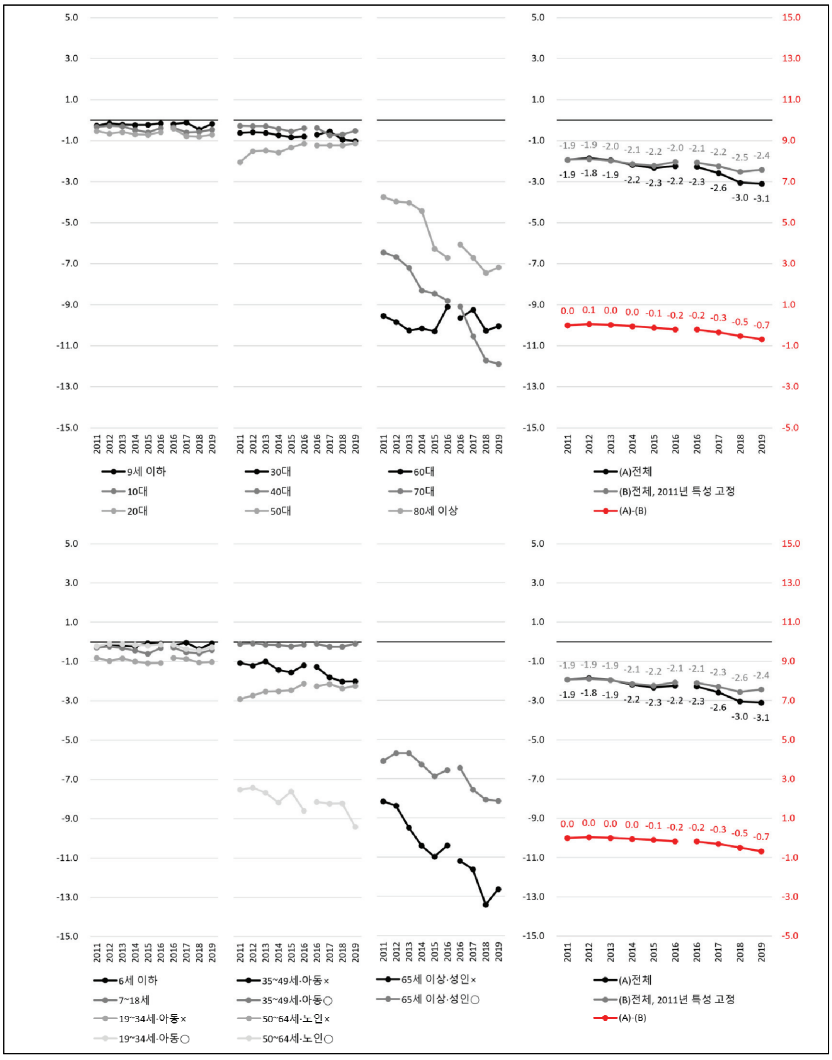
자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

전체 인구의 공적연금 평균은 2011~2016년 연간 65.5만 원에서 100.1만 원으로, 2016~2019년 연간 109.9만 원에서 137.6만 원으로 증가하였다. 그런데 공적연금을 많이 받는 고령자가 전체 인구에서 차지하는 비율이 증가하는 인구구조 변화는 전체 인구의 공적연금 평균을 증가시키는 요인으로 작용하였다. 예를 들어, 인구구조 변화가 2011년과 동일하게 유지되었더라면 2019년의 공적연금 평균은 연간 137.6만 원이 아니라 111.3~112.3만 원에 그쳤을 것이다. 이는 공적연금의 성숙이나 제도적 강화와 별개로 시간에 따른 인구구조 변화에 따라 전체 소득보장 체계에서 공적연금이 차지하는 역할과 비중이 시간에 따라 증가하게 될 가능성을 시사한다.

그렇다면 공적연금은 빈곤율을 얼마나 감소시켰는가? 이를 확인하기 위해 〔그림 9-11〕에는 시장소득과 공적연금을 합산한 소득의 빈곤율에서 시장소득 빈곤율을 차감한 수치를 보고하였다. 분석 결과는 공적연금이 고령자의 빈곤율을 상당히 감소시켰고, 이러한 빈곤율 감소 효과가 시간에 따라 증가하였다는 사실을 보여준다. 고령자 중에서는 공적연금을 상대적으로 많이 받은 60대와 70대, 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 빈곤율이 더 크게 감소하였는데, 80세 이상 고령 노인의 빈곤율을 감소시키는 효과도 빠르게 증가하였다. 이는 주로 공적연금 수급권을 가진 코호트가 노인인구로 편입되는 공적연금 성숙의 효과를 반영한 결과일 것으로 판단된다. 따라서 당분간 지속될 공적연금의 성숙이 노인빈곤을 좀 더 완화할 가능성을 짐작해볼 수 있다. 공적연금이 전체 인구의 빈곤율을 감소시키는 효과는 2011~2016년 1.9%p에서 2.2%p로, 2016~2019년 2.3%p에서 3.1%p로 증가하였다. 이러한 시간에 따른 변화의 일부는 공적연금을 많이 받는 고령자가 전체 인구에서 차지하는 비율이 증가하는 인구구조 변화로 설명된다.

〔그림 9-11〕 공적연금의 빈곤율 감소 효과

(단위: %p)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 공적연금은 국민연금과 특수직역연금을 의미한다. 시장소득+공적연금 빈곤율에서 시장소득 빈곤율을 차감한 수치다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완 데이터를 의미한다.

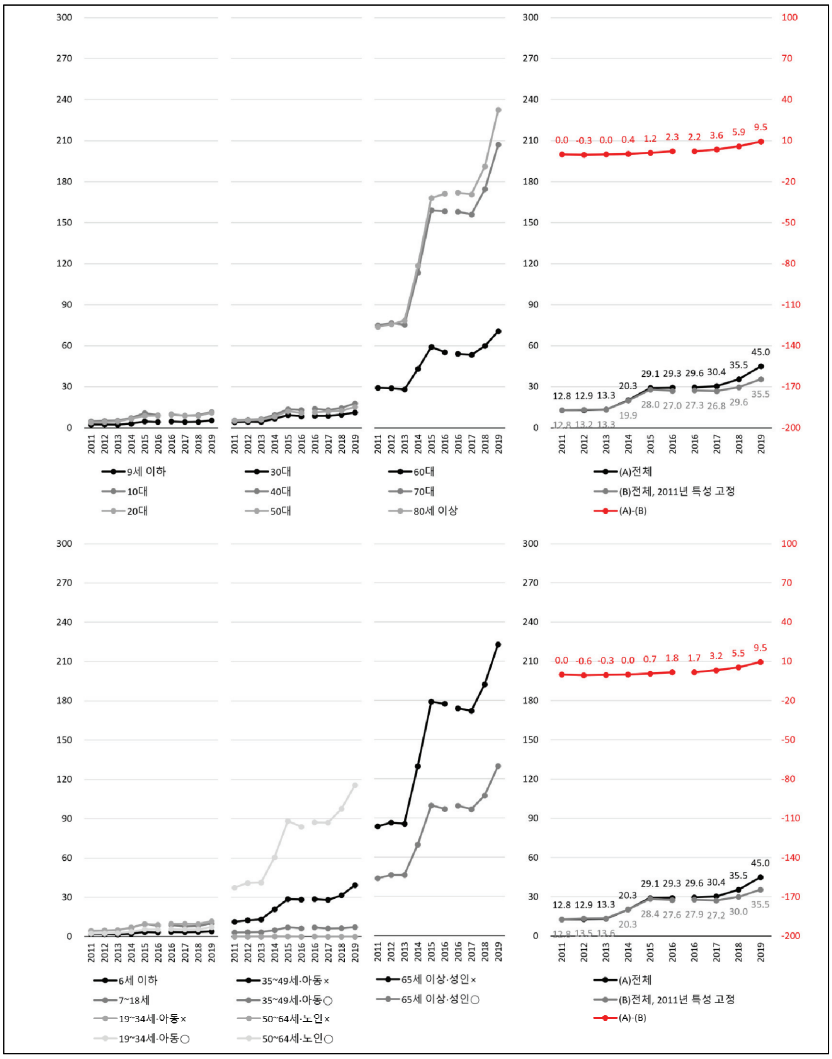
자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

〔그림 9-12〕에는 기초(노령)연금의 평균을 보고하였다. 2014년 기초노령연금이 기초연금으로 개편되면서 단독가구 기준 월 급여액이 약 10만 원에서 20만 원으로 증가하였고, 2018년에는 25만 원으로, 2019년 이후 저소득층부터 단계적으로 30만 원으로 증가하였다(보건복지부, 2014a, p.xii; 2014b, p.ii; 2019a, p.5; 2020a, p.5). 이와 같은 기초(노령)연금의 급여액 인상은 그림에서 2014~2015년, 2018~2019년 고령자 기초(노령)연금 평균의 증가로 확인된다. 기초(노령)연금은 소득과 재산 수준이 낮은 하위 70%의 노인에게 지급되기 때문에, 고령자 중에서도 상대적으로 시장소득 수준이 낮은 70대 이상 고령 노인, 성인 가구원과 동거하지 않는 노인이 더 많은 급여를 받는다. 또한 전체 인구의 기초(노령)연금 평균은 2011~2016년 연간 12.8만 원에서 29.3만 원으로, 2016~2019년 연간 29.6만 원에서 45.0만 원으로 증가하였다. 고령화, 노인과 성인 자녀의 동거 감소 같은 인구구조 변화는 기초(노령)연금의 규모를 증가시키는 요인으로 작용하였다.

〔그림 9-13〕에는 기초(노령)연금이 빈곤율을 감소시킨 효과를 보고하였다. 기초(노령)연금의 빈곤율 감소 효과는 공적연금의 빈곤율 감소 효과보다는 작지만, 노인빈곤을 완화하는 데 작지 않은 역할을 하고 있다. 기초(노령)연금은 노인 가구원과 동거하는 중년, 고령자, 특히 70대 이상 고령 노인의 빈곤율을 상당히 감소시켰고, 이 같은 빈곤율 감소 효과는 기초(노령)연금 급여액 인상과 함께 시간에 따라 증가하였다. 기초(노령)연금이 전체 인구의 빈곤율을 감소시키는 효과는 2011~2016년 0.4%p에서 0.8%p로, 2016~2019년 0.8%p에서 1.1%p로 증가하였다. 이 같이 시간에 따라 기초(노령)연금의 빈곤율 감소 효과가 증가한 데는 기초(노령)연금의 제도적 확대가 주된 영향을 미쳤지만, 인구구조 변화도 부분적인 영향을 미쳤다.

〔그림 9-12〕 기초(노령)연금 평균

(단위: 만 원/년, 2019년 실질가격)

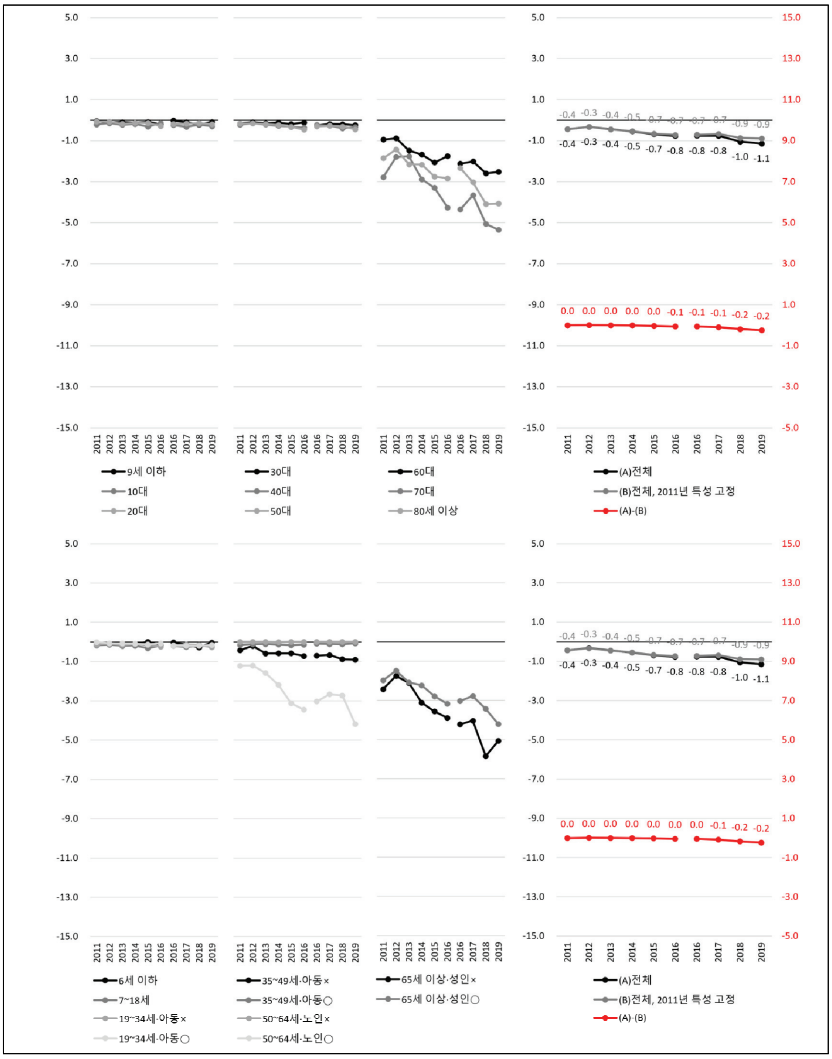


주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

〔그림 9-13〕 기초(노령)연금의 빈곤율 감소 효과

(단위: %p)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 시장소득+기초(노령)연금 빈곤율에서 시장소득 빈곤율을 차감한 수치다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

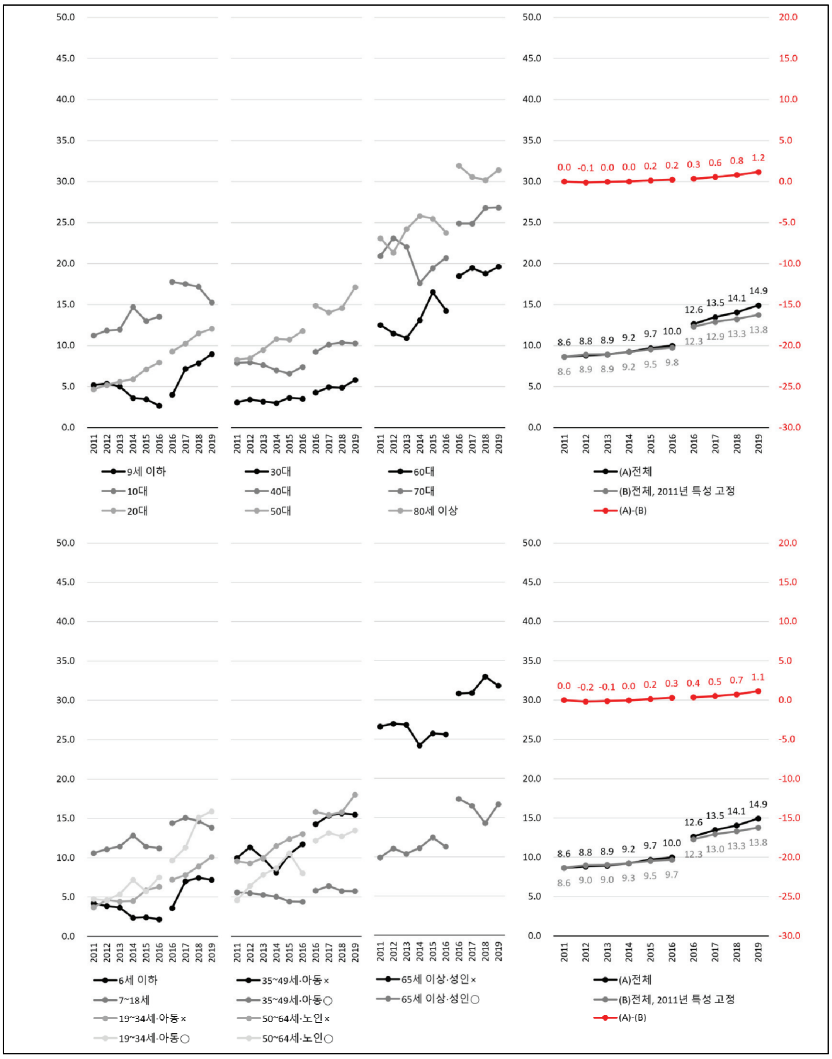
다음으로 〔그림 9-14〕에는 국민기초생활보장제도 현금급여의 평균을 보고하였다. 국민기초생활보장제도는 소득과 재산 수준이 낮은 극빈층에게 생계급여, 주거급여, 교육급여를 제공하기 때문에 대체로 시장소득 수준이 낮은 고령자가 상대적으로 많은 급여를 받았다. 고령자 중에서도 시장소득 빈곤율이 가장 높은 70대 이상 고령 노인, 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 급여 평균이 횡단적으로 가장 높았다.

한편 시간에 따른 변화를 살펴보면, 전체 인구의 국민기초생활보장제도 현금급여 평균은 2011~2016년 연간 8.6만 원에서 10.0만 원으로, 2016~2019년 연간 12.6만 원에서 14.9만 원으로 증가하였다. 인구구조 변화가 이러한 변화에 약간의 영향을 미쳤지만, 인구구조 변화의 영향을 제거하더라도 국민기초생활보장제도 현금급여 평균은 2019년 연간 13.8만 원까지 증가하였을 것이다. 이와 같은 변화에는 최근 국민기초생활보장제도의 제도적 변화가 일정한 영향을 미쳤을 것으로 판단된다. 2015년 맞춤형 급여체계로 개편하면서 생계급여, 주거급여, 교육급여의 수급자 선정기준을 차등하였고, 이에 따라 생계급여를 받을 만큼 가난하지는 않은 저소득층이 주거급여와 교육급여를 받을 수 있게 되었다(김현경 외, 2020, pp.13-14). 2015년 개편 이후에도 재산 기준 완화, 생계급여 부양의무자 기준 완화와 주거급여 부양의무자 기준 폐지 등 국민기초생활보장제도의 보장성을 강화하기 위한 개혁이 꾸준히 진행되었다(김현경 외, 2020, pp.15-16).

단, 이와 같은 국민기초생활보장제도의 최근 변화가 빈곤율 감소 효과의 증가로 이어졌다는 분명한 증거는 관찰되지 않았다. 〔그림 9-15〕를 살펴보면, 국민기초생활보장제도 현금급여가 전체 인구의 빈곤율을 감소시키는 효과는 2016~2019년 0.2~0.4%p 수준에서 등락을 반복한 것으로 나타났다.

〔그림 9-14〕 국민기초생활보장제도 현금급여 평균

(단위: 만 원/년, 2019년 실질가격)

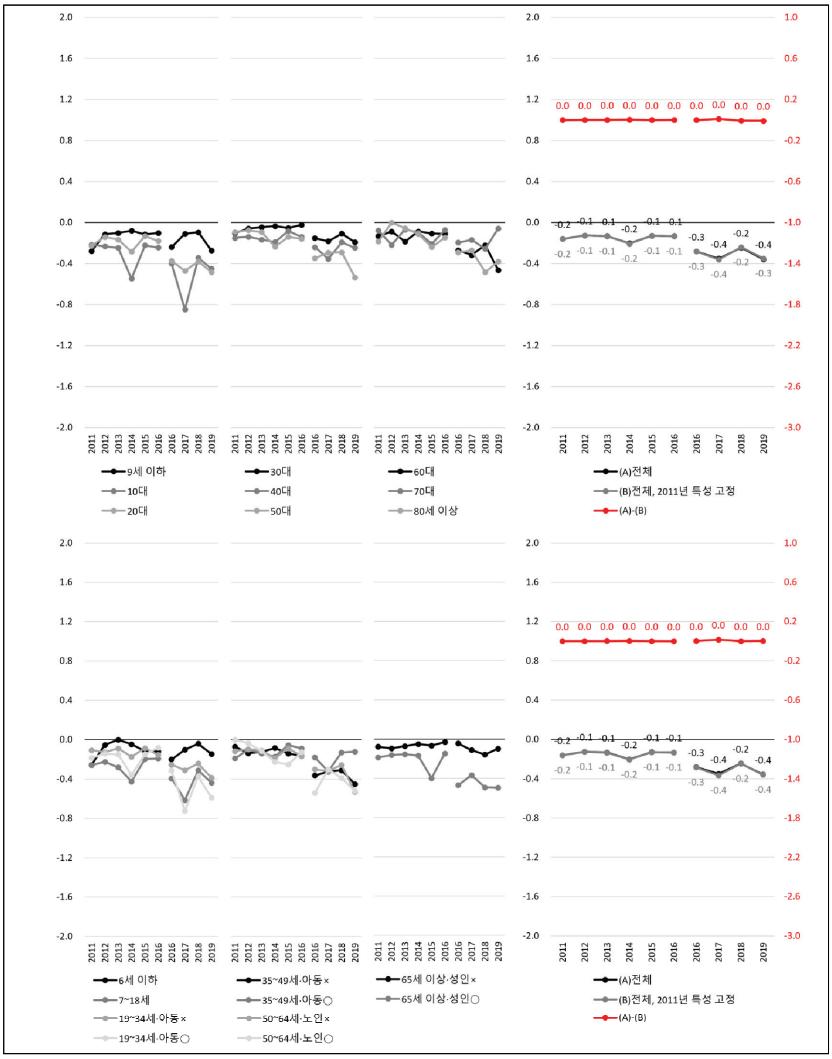


주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

〔그림 9-15〕 국민기초생활보장제도 현금급여의 빈곤율 감소 효과

(단위: %p)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 시장소득+국민기초생활보장제도 현금급여 빈곤율에서 시장소득 빈곤율을 차감한 수치다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

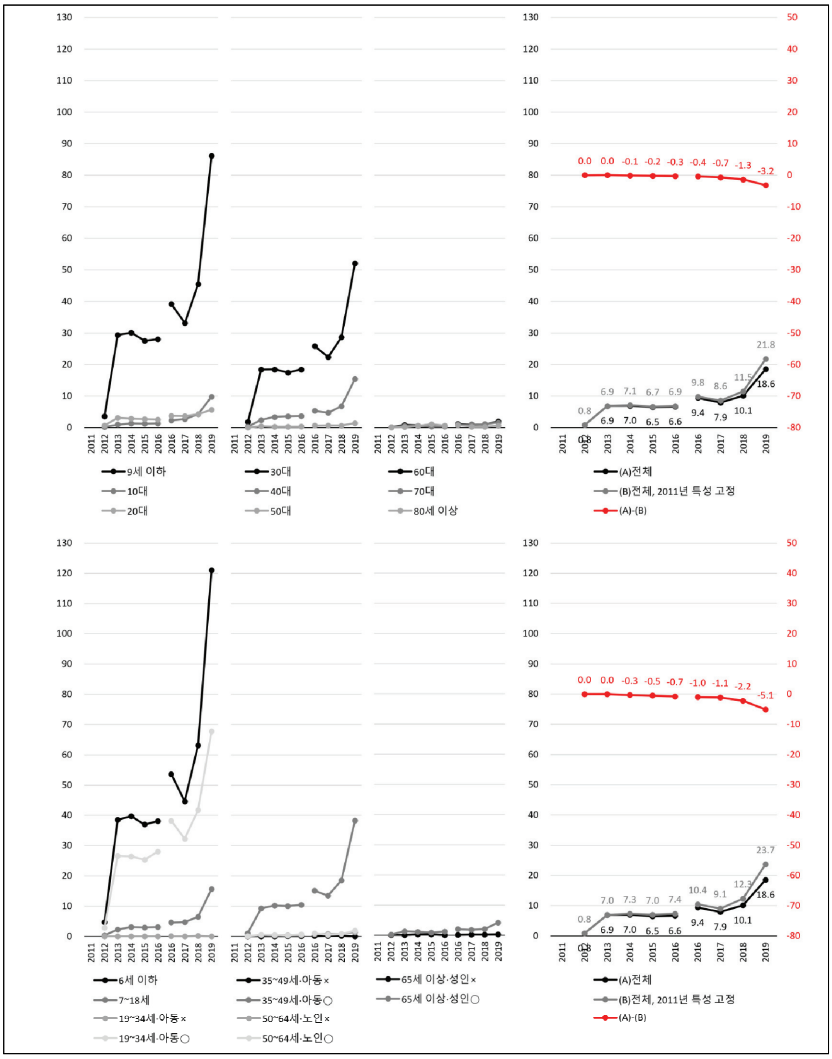
자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

〔그림 9-16〕에는 아동수당, 양육수당, 출산장려금 등 아동 관련 급여의 평균을 보고하였다. 2009년 보육서비스를 이용하지 않는 저소득층 만 0~1세 아동을 대상으로 도입된 가정양육수당은 2013년에 소득 기준이 폐지되었고 만 5세 이하 아동에게 월 10~20만 원을 지원하게 되었다(김미곤 외, 2019, p.331). 아동수당은 2018년에 소득인정액 하위 90% 가구의 만 6세 미만 아동에게 월 10만 원을 지급하는 것으로 시작되었고, 2019년에 소득인정액 기준이 폐지되었으며, 2019년 9월에 만 7세 미만 아동으로 확대되었다(보건복지부, 2018, pp.3-5; 2019b, pp.3-4; 2020b, pp.3-4). 이와 같은 양육수당 및 아동수당의 도입과 확대는 그림에서 2013년과 2018~2019년 아동 관련 급여 평균의 증가로 데이터에 반영되었다. 아동 관련 급여는 주로 미취학 아동과 30~40대 부모의 소득 수준을 증가시키는 역할을 한 것으로 나타났다. 전체 인구의 아동 관련 급여 평균은 2012~2016년 연간 0.8만 원에서 6.6만 원으로, 2016~2019년 연간 9.4만 원에서 18.6만 원으로 증가하였다. 단, 아동 비율이 감소하는 인구구조 변화는 전체 인구의 아동 관련 급여 평균을 소폭 감소시키는 요인으로 작용하였다.

〔그림 9-17〕에는 아동 관련 급여가 빈곤율을 감소시킨 효과를 보고하였다. 아동 관련 급여는 주로 미취학 아동과 30~40대 부모의 빈곤율을 감소시켰고, 이와 같은 빈곤율 감소 효과는 아동수당이 도입된 2018년 이후 상당히 증가한 것으로 나타났다. 아동 관련 급여가 전체 인구의 빈곤율을 감소시키는 효과는 2012~2016년 0.1~0.2%p 수준에서 정체하였다가 2016~2019년 0.2%p에서 0.4%p로 증가하였다. 빈곤율 감소 효과가 절대적으로 그다지 크지는 않았지만, 아동수당 도입이라는 제도적 변화를 즉각적으로 반영한다는 점에서 추가적인 제도 확대의 효과를 예상할 수 있는 근거를 제공해준다.

〔그림 9-16〕 아동 관련 급여 평균

(단위: 만 원/년, 2019년 실질가격)

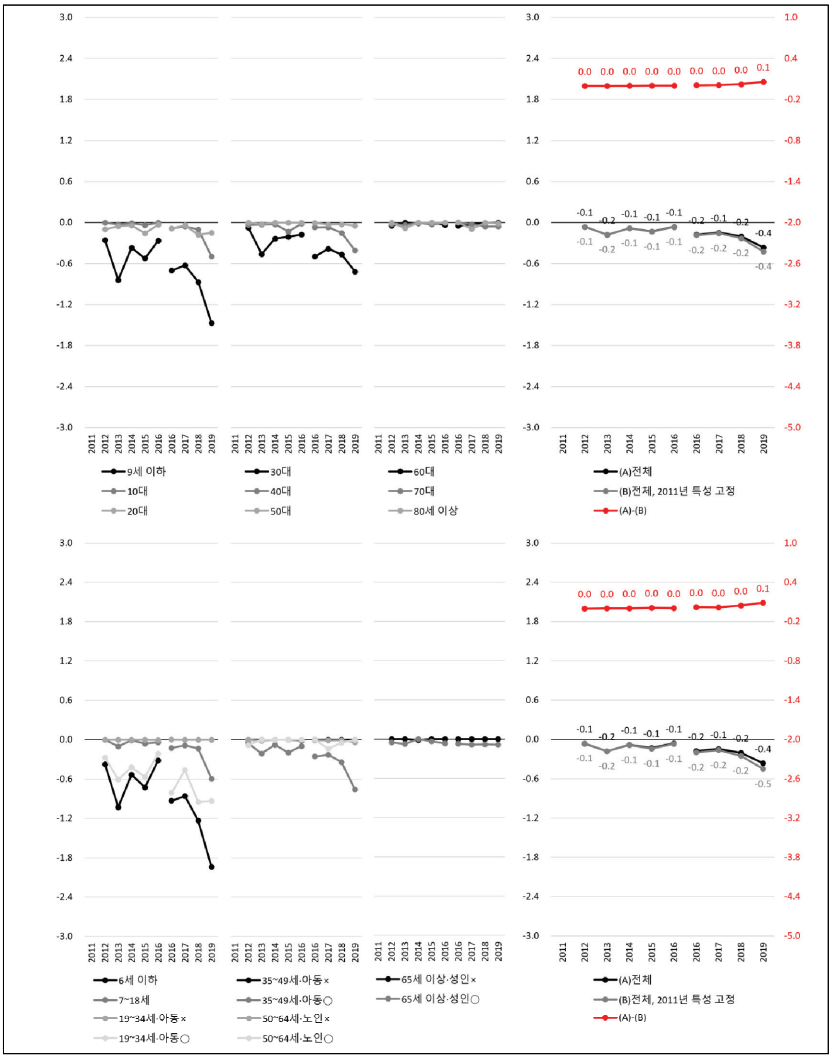


주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 아동 관련 급여는 아동수당, 양육수당, 출산장려금 등을 의미한다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

〔그림 9-17〕 아동 관련 급여의 빈곤율 감소 효과

(단위: %p)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 아동 관련 급여는 아동수당, 양육수당, 출산장려금 등을 의미한다. 시장소득+아동 관련 급여 빈곤율에서 시장소득 빈곤율을 차감한 수치다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

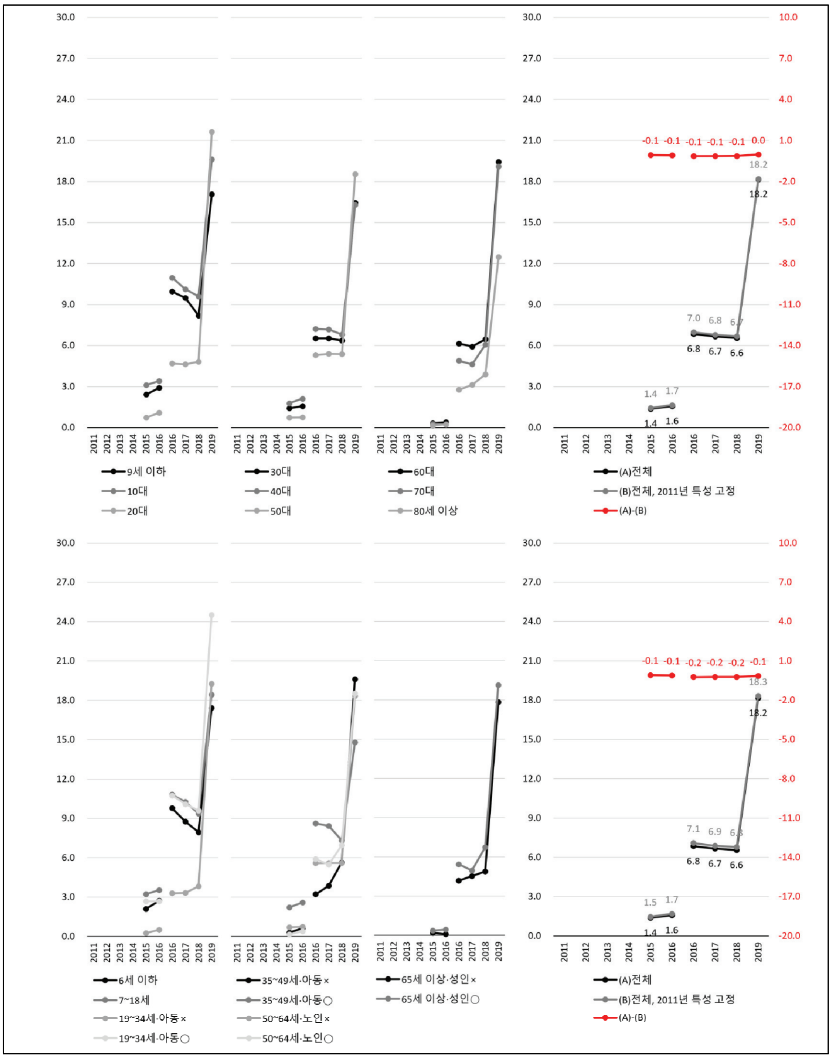
자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

마지막으로 〔그림 9-18〕에는 근로장려금과 자녀장려금의 평균을 보고하였다. 2008년에 도입된 근로장려금은 최근까지 대상자 규모와 급여 수준이 꾸준히 증가해왔는데, 특히 2019년에는 소득 및 재산 기준과 급여 수준을 인상하고 30세 미만 단독가구를 포함하는 등 제도가 크게 확대되었다(김현경 외, 2020, pp.23-24). 이와 같은 근로장려금의 확대는 2019년 근로장려금·자녀장려금 평균의 급격한 증가로 나타났다. 2019년에 대체로 모든 인구집단의 근로장려금·자녀장려금 평균이 크게 증가하였지만, 특히 30세 미만 단독가구를 포함하면서 20대, 아동 가구원과 동거하지 않는 청년의 근로장려금·자녀장려금 평균이 상당히 증가하였다는 사실이 눈에 띈다. 2019년을 기준으로 할 때, 인구집단별 근로장려금·자녀장려금 평균이 대체로 고르게 분포하였지만 그중에서도 20대, 아동 가구원과 동거하는 청년의 근로장려금·자녀장려금 평균이 가장 높게 나타났다. 전체 인구의 근로장려금·자녀장려금 평균은 2016~2019년 연간 6.8만 원에서 18.2만 원으로 증가하였다. 인구집단별 근로장려금·자녀장려금 평균 격차가 그다지 크지 않았기 때문에, 인구구조 변화는 전체 인구의 근로장려금·자녀장려금 평균 추이에 별다른 영향을 미치지 못했다.

〔그림 9-19〕에는 근로장려금·자녀장려금이 빈곤율을 감소시킨 효과를 보고하였다. 근로장려금·자녀장려금은 대체로 인구집단별 빈곤율을 고르게 감소시켰는데, 이러한 빈곤율 감소 효과가 2019년에 크게 증가하였다. 근로장려금·자녀장려금이 전체 인구의 빈곤율을 감소시키는 효과는 2016~2019년 0.3%p에서 0.7%p로 증가하였다. 2019년 근로장려금·자녀장려금의 빈곤율 감소 효과는 국민기초생활보장제도 현금급여, 아동수당·양육수당·출산장려금 등 아동 관련 급여보다 크게 나타났다. 이는 한국의 소득보장체계에서 근로장려금·자녀장려금이 차지하는 역할과 비중이 상당히 커졌다는 사실을 의미한다.

〔그림 9-18〕 근로장려금·자녀장려금 평균

(단위: 만 원/년, 2019년 실질가격)

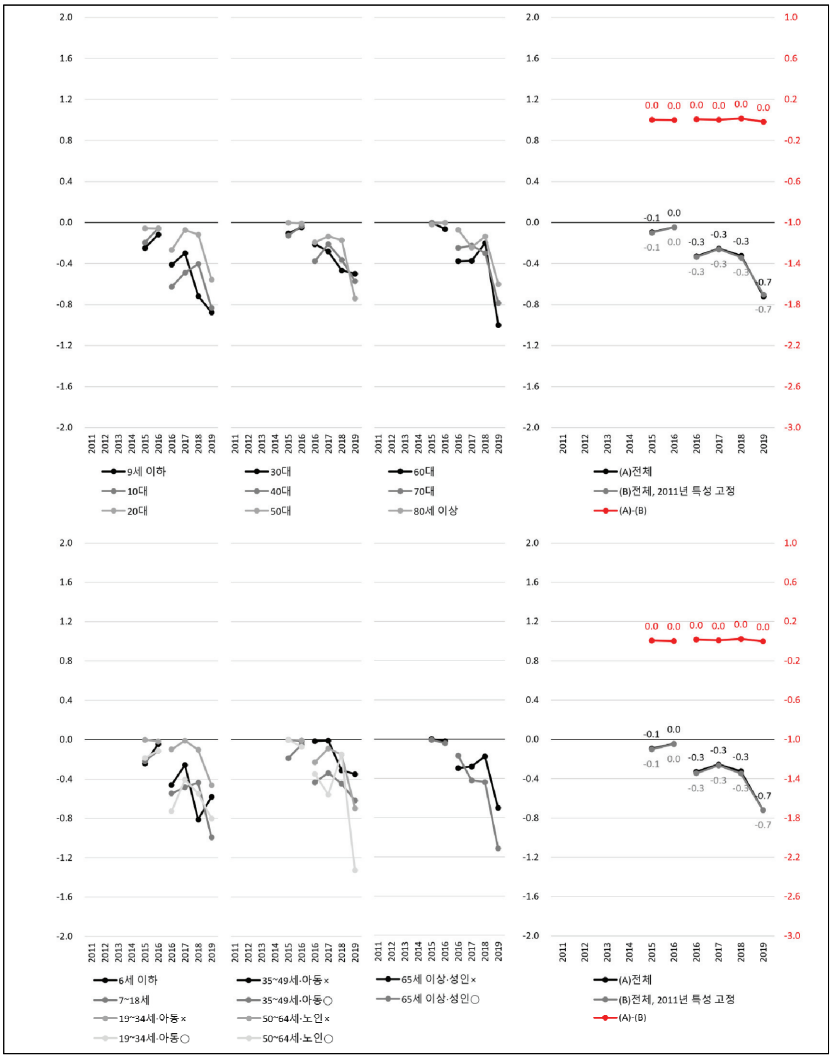


주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

〔그림 9-19〕 근로장려금·자녀장려금의 빈곤율 감소 효과

(단위: %p)



주: 가구원 수 제곱근으로 나누어 균등화한 소득을 개인 단위로 분석하였다. 시장소득+근로장려금·자녀장려금 빈곤율에서 시장소득 빈곤율을 차감한 수치다. 〈전체, 2011년 특성 고정〉은 개인 특성이 2011년의 값으로 고정되었다고 가정할 때의 수치다. 앞의 6개 시점(2011~2016)은 조사데이터를, 뒤의 4개 시점(2016~2019)은 행정보완데이터를 의미한다.

자료: 통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료.

제4절 소결

이 장에서는 가계금융복지조사 자료를 활용하여 2011~2019년 인구구조 변화와 소득·빈곤 및 소득보장제도의 변화를 실증적으로 분석하였다. 전체 인구를 연령과 가구 유형을 기준으로 몇 개의 하위 인구집단으로 구분한 후, 인구구조와 소득, 빈곤, 공적이전이 어떠한 형태로 맞물려 시간에 따라 변화해왔는지를 심층적으로 살펴보았다. 분석 결과를 토대로 다음과 같이 몇 가지 시사점을 논의한다.

첫째, 고령화, 노인과 성인 자녀의 동거 감소 같은 인구구조 변화는 전체 인구의 소득 수준을 감소시키고 빈곤위험을 증가시키는 요인으로 작용한다. 횡단적으로 고령자, 특히 70대 이상 고령 노인, 성인 가구원과 동거하지 않는 노인은 시장소득 수준이 매우 낮고 시장소득 빈곤율이 매우 높다. 이는 산업사회의 생애주기에서 노동시장으로부터 이탈하는 노년기에 빈곤위험이 급증하는 관계를 반영한 결과이다. 고령화와 노인-성인 자녀 동거 감소는 이 같이 시장소득 빈곤율이 높은 인구집단의 규모를 증가시킴으로써 전체 인구의 빈곤율을 증가시킨다. 〔그림 9-7〕의 분석 결과는 인구집단별 시장소득 빈곤율이 대체로 시간에 따라 정체·감소하고 있음에도 불구하고 인구구조 변화로 인해 전체 인구의 시장소득 빈곤율이 완만하게 증가하고 있음을 보여준다. 고령화와 노인-성인 자녀 동거 감소와 같은 인구구조 변화는 적어도 당분간 지속될 것으로 전망되므로, 인구구조 변화에 따라 빈곤위험이 증가하는 현상에 대한 정책적 관심이 필요하다.

둘째, 시간에 따른 소득보장제도와 조세제도의 확대는 빈곤위험이 증가하는 추이를 억제하는 역할을 한다. 〔그림 9-9〕에서 살펴본 바와 같이, 2011~2019년 공적이전소득과 공적이전지출이 빈곤율을 감소시키는 효과가 증가하였고, 특히 최근 몇 년간 더욱 빠르게 증가하였다. 이는 공적

연금의 성숙과 함께 기초노령연금 및 기초연금, 아동수당, 양육수당, 근로장려금 등 다양한 소득보장제도가 도입되고 확대됨에 따라 전체 소득보장체계의 분배 효과가 강해지고 있다는 사실을 분명하게 보여준다. 이와 같이 소득보장제도가 강화된 결과, 2011~2019년 시장소득 빈곤율이 완만하게 증가하고 있음에도 불구하고(〔그림 9-7〕 참조) 가처분소득 빈곤율은 완만하게 감소할 수 있었다(〔그림 9-8〕 참조). 현재 소득보장제도는 인구구조 변화가 빈곤율을 증가시키는 압력을 상쇄하여 가처분소득 빈곤율을 완만하게 감소시키는 수준의 속도로 확대되고 있다. 다시 말해, 적어도 당분간 지속될 인구구조 변화로 인해 시간에 따라 가처분소득 빈곤율이 증가하는 결과를 막기 위해서는 소득보장제도를 지속적으로 확대해야 할 필요가 있다.

셋째, 인구구조 변화가 소득보장제도·조세제도와 시장소득에 미치는 영향을 종합할 때, 시간에 따른 인구구조 변화는 가처분소득 빈곤율을 증가시키는 순효과를 나타낸다. 순공적이전의 혜택을 상대적으로 많이 받는 고령자, 성인 가구원과 동거하지 않는 노인의 규모가 시간에 따라 증가하기 때문에, 인구구조 변화는 순공적이전의 규모를 증가시키고 순공적이전의 빈곤율 감소 효과를 강화한다. 예를 들어, 2011~2019년 인구구조 변화는 2019년 순공적이전의 빈곤율 감소 효과를 0.9~1.0%p 증가시킨다(〔그림 9-9〕 참조). 즉, 시장소득 빈곤위험이 높은 인구집단에게 상대적으로 많은 혜택을 제공하는 소득보장체계는 인구구조 변화가 빈곤을 증가시키는 효과를 어느 정도 억제하는 자동 기제로 작동하는 것이다. 하지만 2011~2019년 인구구조 변화가 2019년 시장소득 빈곤율을 2.8~2.9%p 증가시키기 때문에(〔그림 9-7〕 참조), 결과적으로 2011~2019년 인구구조 변화는 2019년 가처분소득 빈곤율을 1.8~1.9%p 증가시킨다(〔그림 9-8〕 참조). 즉, 현재 한국의 소득보장제도와 조세제도는 인구구조 변화

가 빈곤을 증가시키는 효과를 어느 정도 억제하지만, 완전히 제거하지는 못하고 있는 것이다.

넷째, 인구구조 변화가 가처분소득 빈곤율을 증가시키는 효과를 완전히 제거하기 위해서는, 노인빈곤이 상대적으로 높은 연령-빈곤 프로파일을 근본적으로 개선해야 한다. 만약 인구집단별 가처분소득 빈곤율이 모두 동일하다면, 인구구조가 어떤 방향으로 변화하더라도 전체 인구의 가처분소득 빈곤율이 변화하지 않을 것이기 때문이다. 예를 들어, 노인의 빈곤율이 비노인의 빈곤율과 동일하다면, 전체 인구에서 노인이 차지하는 비율이 아무리 증가하더라도 전체 인구의 빈곤율은 변화하지 않는다. 따라서 노인빈곤을 집중적으로 완화하는 방향의 소득보장제도 개혁은 인구구조 변화에 대응하는 소득보장제도의 합리적인 대응 전략이라고 평가할 수 있다. 이러한 관점에서 볼 때, 지금까지 공적연금, 기초노령연금 및 기초연금 등 노후소득보장제도를 중심으로 한국의 소득보장체계가 강화되어 온 방향은 대체로 타당한 것으로 판단되지만, 노인의 빈곤율을 전체 인구의 빈곤율과 유사한 수준으로 낮추는 데는 실패하였다.

과연 한국은 노인 빈곤율이 전체 인구의 빈곤율과 유사한 선진 복지국가형 연령-빈곤 프로파일로 나아갈 수 있을 것인가? 〔그림 9-8〕은 최근 십여 년간 고령자의 가처분소득 빈곤율이 대체로 감소해왔다는 사실을 보여준다. 특히 60대의 가처분소득 빈곤율은 2019년 약 20%까지 하락하여 전체 인구 가처분소득 빈곤율과의 격차가 상당히 좁혀졌다. 이처럼 노인빈곤이 시간에 따라 감소하는 데는 공적연금과 기초연금의 확대가 중요한 역할을 하였다(〔그림 9-11〕, 〔그림 9-13〕 참조). 그런데 공적연금의 확대는 주로 중장기적인 국민연금의 성숙에 따른 결과이고, 기초연금의 확대는 매 시기 급여액을 인상하는 정책적 결정에 따른 결과이다. 최근 기초연금 확대의 경험은 당장의 정책적 개입이 용이한 기초연금이

나 국민기초생활보장제도 같은 비기여 방식 사회수당·공공부조를 강화하여 노인빈곤을 완화할 수 있음을 보여준다. 국민기초생활보장제도는 최근의 개혁에도 불구하고 노인빈곤 감소 효과가 강화되었다는 증거가 뚜렷하게 확인되지 않았지만, 2021년 10월 생계급여 부양의무자 기준이 폐지되는 등(보건복지부, 2021) 보장성을 강화하는 제도적 변화가 꾸준히 진행되고 있어 그 성과에 대한 지속적인 모니터링이 필요하다. 하지만 이 장의 분석 결과는 무엇보다 공적연금의 성숙이 노인빈곤의 감소에 가장 큰 영향을 미쳤다는 사실을 보여준다(〔그림 9-11〕 참조). 향후 중장기적 노인빈곤 추이에는 공적연금의 성숙이 어느 수준까지 진행되는지가 중요한 영향을 미칠 것으로 판단된다. 물론, 저소득층 사회보험료 지원이나 크레딧 확대 등을 통해 국민연금의 사각지대를 축소하기 위한 노력도 병행되어야 할 것이다.

다섯째, 최근의 아동 및 근로연령층 대상 소득보장제도의 확대에 주목할 필요가 있다. 이 장의 분석 결과에서 살펴본 바와 같이 근로연령층의 시장소득 빈곤율이 상대적으로 낮기 때문에(〔그림 9-7〕 참조), 지금까지 노후소득보장제도와 비교할 때 근로연령층에 대한 소득보장제도는 그다지 크게 강화되지 못했다. 하지만 2018년 아동수당 도입, 2019년 근로장려금 확대 등에 따라 최근 몇 년간 아동과 근로연령층에 대한 공적이전이 증가하는 추이가 관찰되었다(〔그림 9-6〕, 〔그림 9-9〕 참조). 앞에서 논의한 바와 같이 인구구조 변화가 빈곤을 악화시키는 효과를 억제하기 위해서는 주로 노인빈곤을 크게 완화하는 방향의 개혁이 필요하지만, 다른 한편으로는 횡단적으로 규모가 큰 근로연령층에 대한 소득보장을 강화하는 개혁도 전체 인구의 빈곤율을 낮추는 데 효과적일 수 있다. 이러한 가능성은 2018~2019년 아동 관련 급여와 근로장려금·자녀장려금의 빈곤율 감소 효과가 눈에 띄게 증가하였다는 분석 결과를 통해 확인할 수 있다

([그림 9-17], [그림 9-19] 참조). 또한 향후 플랫폼 노동의 확대와 같은 노동시장 변화가 근로빈곤을 악화시킬 수 있다는 우려도 근로연령층 대상 소득보장제도를 강화해야 할 필요성을 시사한다. 이제 노후소득보장제도를 중심으로 소득보장체계를 강화하는 단계를 지나, 아동, 근로연령층, 노인 등 다양한 인구집단을 대상으로 하는 균형 잡힌 소득보장 대응에 대한 전략적 고민이 필요한 시점이다.

제 10 장 인구구조 변화와 보건의료 정책 현황 및 대응 과제

제1절 도입

제2장에서 살펴본 바와 같이 인구구조 변화는 인구집단의 건강상태와 보건의료 필요도를 결정하는 원인이자, 동시에 그 결과에 해당한다. 가령 인구집단의 건강상태가 좋아지고 사망률이 낮을수록 기대여명은 늘어나고 인구 고령화 같은 인구구조의 변화가 발생한다. 이와 동시에 연령대별 인구구조의 변화는 그 사회의 건강문제 성격과 이에 따른 보건의료서비스 욕구(needs)에 큰 영향을 미치기도 한다. 이 때문에 보건의료서비스에 대한 수요 및 필요자원을 추계하거나 보건의료지출액을 전망하는 데 있어, 그리고 보건의료서비스 제공방식 같은 제도를 설계할 때도 인구요인은 핵심 요인으로 고려되어 왔다.

이 연구에서는 인구구조 변화를 제2장에서 제시한 바와 같이 1) 총인구의 증감, 2) 인구 고령화, 3) 연령별 인구구성비 변화, 4) 인구분포의 변화라는 4가지 측면에서 정의하고, 이러한 인구구조 변화에 따라 예상되는 주요 보건 이슈와 이에 효과적으로 대응하기 위해 고려해야 할 보건의료제도 이슈를 크게 아래와 같이 정리하였다.

첫째, 인구 고령화에 따른 노인인구의 증가는 의료적 욕구뿐만 아니라 돌봄에 대한 욕구를 높일 것이며, 특히 치료와 요양의 경계선에 있는 인구가 증가할 것으로 예상된다는 점에서 의료-요양-복지의 통합 제공시스템의 필요성이 대두된다. 특히, 노인의 '지역사회 계속거주(aging in place)'에 대한 욕구는 커지고 있는 것과 달리, 가구형태 및 역할의 변화로 이들을 돌볼 수 있는 가족 내 자원은 부족한 상황임을 고려할 때, 지역

사회 중심의 지속가능한 노인 돌봄·요양에 대한 사회적 니드는 더욱 커질 것으로 전망된다.

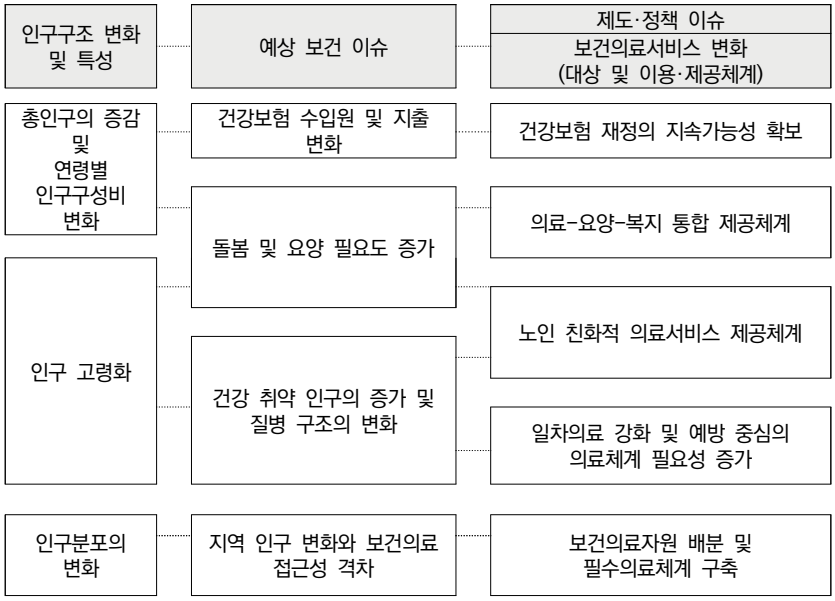
둘째, 인구 고령화는 건강 취약 인구의 증가 및 질병구조의 변화를 가속화시킬 것으로 예상된다는 점에서 이에 잘 대응할 수 있는 보건의료공급체계로의 개편이 필요하다. 노인은 다른 연령대에 비해 만성질환 유병률이 높은 것은 물론이고, 감염성 질환에도 취약하다는 점에서 노인인구의 증가는 건강 취약 인구의 증가로 이어질 수 있다. 따라서 노인친화적 의료서비스 공급체계를 구축하는 것과 더불어 새로운 건강위험과 만성질환들을 효과적으로 관리하고 예방할 수 있는 시스템의 강화가 필요하다.

셋째, 저출산에 따른 생산가능인구의 감소 및 부양부담 증가는 건강보험 재정 안정성에 직접적인 영향을 미칠 것이다. 생산가능인구의 감소로 인해 현재와 같은 근로소득 중심의 건강보험 부과 기반은 한계에 직면할 수밖에 없으며, 유병인구의 증가로 인한 의료비지출액 증가는 건강보험 재정 안정성에 영향을 미친다. 그런 점에서 건강보험 재정의 지속가능성을 어떻게 확보할 것인가는 중요한 이슈라 할 수 있다.

넷째, 지역 인구 소멸 같은 인구분포의 변화는 지역별 불평등의 직접적인 원인이 되며, 보건의료인프라 역시 예외가 아니다. 우리나라는 오래전부터 민간중심의 의료공급체계를 유지해왔으며, 민간의료기관의 진입과 진출이 시장원리에 따라 이루어지고 있다. 이에 지역 인구 감소에 따른 의료수요 감소는 민간의료기관의 감소로 이어질 수밖에 없다는 점에서 지역 의료인프라의 취약성을 유발할 가능성이 높다. 따라서 이러한 지역간 의료 격차를 줄이기 위해서는 지역의 필수의료체계를 구축하는 것이 중요한 과제이다.

아래 표는 미래 인구구조 변화에 따라 예상되는 보건 이슈와 이로 인해 대응이 필요한 제도 및 정책 이슈를 정리한 것이다.

〈표 10-1〉 인구구조 변화에 따른 보건의료 정책 이슈 개요



자료: 저자 작성

본 장에서는 이러한 인구구조 변화에 따라 예상되는 주요 보건 이슈를 중심으로 현재의 보건의료제도가 과연 이에 잘 대응하고 있는지, 그리고 한계점은 무엇인지 살펴보고자 하며, 이를 토대로 미래 정책방향을 제언하고자 한다.

제2절 돌봄·요양 필요도 증가와 보건의료제도

1. 진단 및 정책 현황

가. 의·병원 및 시설 수용 중심의 케어

노인은 여러 질환을 앓고 있는 경우가 많기도 하지만, 전반적인 신체 기능도 떨어져 있어 질병 치료뿐만 아니라 기능 회복과 일상생활 지원에 대한 요구도가 높다. 그러나 병원에 입원하거나 시설에 입소하는 방식 외에 그들이 거주하는 가정 및 지역사회에서 일상적이고 지속적으로 건강을 관리하거나 돌봄 및 생활지원을 받기란 쉽지 않다. 시설이 아닌 지역사회에서 존엄한 삶을 유지(aging in place)하고자 하는 노인은 증가하고 있으나, 가족형태의 변화 등으로 인해 가족의 돌봄 기능은 감소하고 있으며, 대상자 중심이 아닌 기관 중심의 서비스 제공체계로 인해 돌봄의 공백이 발생하고 있는 것이다. 2017년 노인실태조사에 따르면 우리나라 노인의 57.6%는 '거동이 불편해도 살던 곳에서 여생을 마치고 싶다'고 응답하였지만, 실제로는 한국인 100명 중 76명이 병원에서 죽음을 맞이하는 것으로 나타났으며, 이는 OECD 국가 중 최고 수준이기도 하다(보건복지부, 2018a, p.20).

기관 중심의 현 서비스 제공체계에서는 수급자의 욕구에 맞는 급여를 제공하기보다는 개별요양기관별로 개별서비스를 분절적으로 제공함에 따라 지역사회 거주를 지원하는 통합적 요양 서비스 제공은 제대로 되지 않고 있다(보건복지부, 2018b, p.6). 일부 대상자의 경우 지역사회에서 돌봄을 받을 수 있지만, 대상자와 서비스 범위가 매우 한정적이라는 문제를 안고 있다(〈표10-2〉 참고). 가령, 장기요양보험 등급인정자의 경우, 일부 재가서비스를 제공받을 수 있으나, 하루 중 일부 시간에만 서비스가

제공되어 기능이 저하된 노인이 독립적으로 생활하기에는 부족하며, 노인 돌봄서비스 등 노인복지법에 따른 복지서비스 대상자의 경우, 가사지원, 식사배달, 주거개선사업 등의 혜택을 받을 수 있지만, 그 대상자가 저소득층에 한정되어 있다(김승연, 장익현, 김진우, 권혜영, 2018, p.111).

〈표 10-2〉 주요 재가 돌봄 서비스 유형별 내용 및 대상

서비스 유형	서비스 내용		대상
노인장기요양 서비스	방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 기타 재가급여		65세 이상 노인 65세 이하 노인성 질환자
노인돌봄서비스	기본 돌봄	독거노인의 복지욕구 파악, 안전확인, 보건복지 연계활동 등	65세 이상 독거노인 중 서비스 욕구가 높은 노인
	종합 돌봄	가사활동지원, 방문서비스, 단기가사지원, 치매가족휴가지원, 주간보호서비스 등	노인 중 평균소득 150% 이하, 장기요양등급외 판정
가사간병서비스	신체수발지원, 간병지원, 가사지원, 일상생활지원		저소득, 장애인, 취약계층 등 타인의 도움이 필요한자
장애인활동지원 서비스	활동보조, 방문목욕, 방문간호		1~3등급 장애인
복지관 재가복지서비스	사회복지관의 재가봉사서비스(가사, 간병, 정서, 결연, 의료, 자립지원 등)		가족기능이 취약한 저소득 소외계층 등
	노인복지관의 재가복지사업		지역 취약계층 노인
	장애인복지관의 재가복지센터(재활 및 심리상담, 일상생활지원, 역량강화 및 자립지원 등)		지역 취약계층 장애인

자료: 김승연, 장익현, 김진우, 권혜영. (2018). 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념정립 및 추진방향. 보건복지부·서울연구원. pp.111-112.

이러한 문제들로 인해 정부는 노인 대상 서비스 연계와 지역사회 통합 돌봄을 주요내용으로 하는 제2차 장기요양기본계획과 지역사회 통합 돌봄(이하 커뮤니티 케어) 기본 계획을 연달아 발표하였다. 먼저 지역사회 통합 돌봄 기본 계획은 노인이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있도록 주거지원, 방문건강 및 방문의료, 재가 요양 및 돌봄서비스, 서비스 연

계 및 통합 제공을 핵심 내용으로 하고 있다(보건복지부, 2018a). 제2차 장기요양기본계획(2018~2022)에서는 의료-시설-재가서비스 연계를 통해 수요자 중심의 노인의료·요양체계 개선을 세부 추진과제로 제시하였다(보건복지부, 2018b). 그러나 아직까지는 선도사업을 추진하는 단계로 지역사회 통합 돌봄 체계가 본격적으로 정착되기 위해서는 넘어야 할 많은 과제들이 남아 있는 상태이다.

나. 의료와 요양의 분절적 제도 운영 및 요양병원-시설의 역할 미정립

노인은 복합질환 이환과 기능저하를 동시에 경험하는 등 의료와 요양의 다양한 욕구를 함께 갖고 있다. 즉, 의학적 치료와 신체 기능저하에 따른 요양의 필요도가 동시에 존재할 뿐만 아니라 급성기-회복기-장기요양의 단계가 수시로 바뀌는 상태에 처하기도 한다. 그러나 현재는 의료와 요양 서비스가 분절적으로 제공됨에 따라 노인의 상태에 따른 치료와 돌봄이 유연하고 시의 적절하게 제공되지 못하고 있다(정영호 외, 2018, p.105). 2008년 노인장기요양보험제도가 도입되면서 돌봄을 필요로 하는 노인에 대한 요양 서비스 제공이 공식 제도 내로 편입되는 성과가 있었지만, 장기요양 서비스와 의료서비스가 완전히 이원화됨으로써 노인의 복합적 욕구를 충분히 충족시키지 못하고 있는 것이다.

또한 만성질환은 증상의 발현과 호전이 반복되는 특성으로 인해 급성기 치료 이후의 관리가 중요하며, 특히 뇌졸중 같은 중증질병이나 외상은 발생 후 초기 집중 재활치료의 시행에 따라 후유증이나 장애발생 정도, 삶의 질에 차이가 많이 난다. 그러나 우리나라 의료서비스 공급체계는 종합병원 중심의 급성기 의료서비스에 대해 관심과 정책지원이 집중되어 있는 반면, 급성기와 요양 사이의 중간 단계인 아급성(sub-acute) 의료서비스, 예를 들어 재활, 호스피스·완화의료, 지역자원과의 연계서비스

등의 공급체계에는 관심과 정책지원이 미흡한 실정이다. 때문에 급성기 치료 이후 환자들은 자신들의 기능회복과 유지를 위해 필요한 적절한 서비스를 적기에 받기 어려우며, 결국 불필요한 입원으로 이어지거나 장애 정도를 악화시키는 등 개인과 사회에 부담을 초래하고 있다(황도경 외, 2016, pp.30-31).

통합적, 연속적 서비스 제공이 미흡함에 따라 노인의료 및 돌봄 체계에서 발생하는 비효율성 역시 개선이 필요한 과제이다. 현재 요양병원은 건강보험에서, 요양시설은 장기요양보험에서 지원·관리되고 있으나, 병원과 시설의 역할이 명확히 구분되지 않을 뿐만 아니라 대상자 선정 기준 역시 불명확한 실정이다. 이는 노인장기요양보험 도입 당시 등급판정과정에서 의학적 중증도를 반영하지 않았고, 의료적 필요도와 요양필요도를 구분할 수 있는 요양병원과 시설 간 공통의 평가도구 대신 각각의 평가도구를 활용하여 대상자를 선정하다 보니, 〈표10-3〉에서 볼 수 있는 바와 같이 요양병원 입원자와 요양시설 입소자의 기능 상태와 주요 질병 분포가 유사한 상황이다. 요양병원의 경우, 의료필요도가 낮은 4개 환자군이 전체 입원환자의 55%를 차지하며, 요양시설은 의료필요도가 높은 3개 군이 전체 시설 입소자의 30%를 차지하고 있다(이정택, 2018, p.12). 또한 요양시설은 노인장기요양보험 등급인정자만 이용할 수 있는데 반해, 요양병원은 특별한 요건 없이 이용 가능하고, 더욱이 요양병원은 본인부담 상한제의 적용을 받아 일정 금액 이상의 경우 본인 부담을 하지 않기 때문에, 요양병원 입원환자의 상당수가 치료가 아닌 요양 목적으로 장기 입원하는 등 기능 왜곡과 자원 활용의 비효율이 발생하고 있다(황도경 외, 2016, p.13). 〈표10-4〉를 보면, 지난 10년간 요양병원 입원환자 중 중증환자 비율은 줄어든 반면, 평균 입원기간은 약 50일가량 늘어난 것을 알 수 있다.

〈표 10-3〉 요양병원과 요양시설의 비교

	연혁	법률	목적	주요재원	기관수 ('19)	이용 절차 (입원기준)	환자군
요양 병원	1994년 1월	의료법 국민건강보험법	치료	건강보험	1,577	65세 이상 환자 본인 선택	의료필요도가 낮은 4개군이 55% 차지 (문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군)
요양 시설	2008년 7월	노인복지법 노인장기요양보험법	돌봄	노인장기 요양보험	3,604	장기요양등급 판정 결과 (1~2/3~5등급)	의료필요도 높은 3개군이 30% 차지 (의료최고도, 의료고도, 의료중도)

자료: 이정택. (2018). 요양시설·요양병원 역할 정립 방안. 보험연구원. p.12를 참고하여 재구성함.

〈표 10-4〉 2008~2018 요양병원의 주요 변화

	2008년	2018년
요양병원 수(개)	690	1,445
요양병원 병상 수(개)	76,068	272,223
연간 입원환자 수(명)	186,280	459,301
중증환자 비율(%)	72.8	47.1
경증환자 비율(%)	25.3	51.2
평균입원기간(일)	125	174

주: 중증환자: 의료최고도,의료고도,의료중도/ 경증환자:문제행동군,인지장애군,신체기능저하군
자료: 보건복지부. (2019. 4. 30). 〈제7차 건강보험정책심의위원회〉 요양병원 건강보험 수가체계 개편방안 의결. 보건복지부 보도자료. p.2

이에 정부는 제1차 장기요양기본계획(2013~2017)에서 요양병원과 시설 간 역할정립을 통한 전달체계의 효율성 강화를 추진과제 중의 하나로 제시하였으며(보건복지부, 2018b), 이후 2019년 4월에는 요양병원 기능재정립을 위한 요양병원 건강보험 수가체계 개편안을 발표하여 적용해오고 있다(보건복지부, 2019.4.30.). 이를 통해 경증환자의 요양병원 장기입원 문제는 다소 해소될 것으로 기대하고 있지만, 현재 의학적 중증도를 반영하지 않고 있는 노인장기요양보험의 등급판정과정으로 인해 병원 치료가 필요한 사람들이 요양시설에 입소하여 질병을 악화시키는 문제 등은 여전히 개선이 필요한 지점이다(안창욱, 2019.11.15.).

2. 정책 개선 방향

가. 지역사회 중심의 의료-요양-복지 통합적 서비스 제공체계 마련

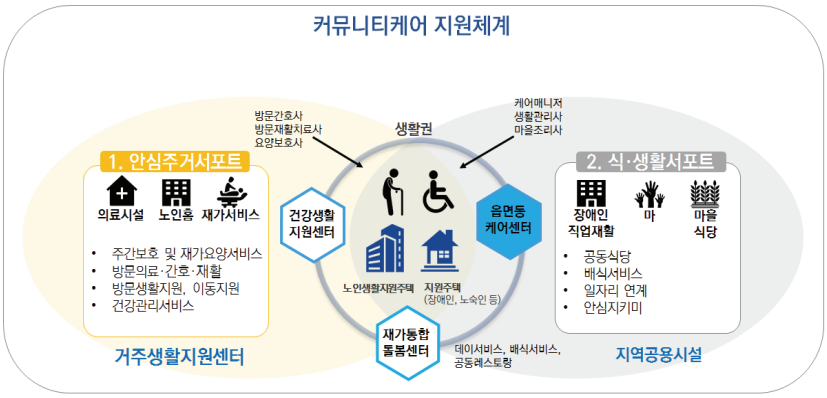
노인의 '지역사회 계속거주(aging in place)'를 지원하기 위해서는 지역사회 내에서 독립적 생활이 가능하도록 요양병원이나 시설에서 제공되는 수준의 서비스를 지역사회 내에서 충분히 제공해야 하며, 지역사회 자원연계를 통해 병원이나 시설을 나와 지역사회에서 정착할 수 있도록 연속적인 서비스를 제공해야 한다(김승연 외, 2018, p.129). 이는 보건의료서비스와 요양 서비스는 물론이고 자립생활지원까지를 포괄하는 통합적 서비스를 의미하며, 기관 중심이 아닌 대상자 중심의 연속적 서비스 제공을 의미하기도 한다. 커뮤니티케어를 구성하는 세 가지 요소, 즉 보건의료, 요양, 자립생활 지원이 지향하는 목표와 각각에 포함되어야 하는 주요 내용은 아래와 같다.

〈표 10-5〉 커뮤니티케어의 세 가지 구성 요소

	보건의료	돌봄 및 요양	주거 및 생활지원
목표	퇴원환자 및 만성질환자에 대한 재가 의료서비스 제공	지역사회 기반의 맞춤형 요양 서비스 제공	통합재가급여 도입 및 충분한 서비스 개발로 지역사회 복귀율 향상
내용	• 급성기 병원 및 요양병원으로의 부적절 입원이나 장기 입원을 막을 수 있도록 퇴원 지원 및 연계 강화 • 노인을 대상으로 한 방문의료, 가정간호, 방문재활, 방문 교육 및 상담 등의 서비스 제공	• 회복기 재활환자나 허약노인, 치매노인, 장애인 및 정신질환자 등을 위한 주간 보호 및 재활 시설 확충 • 중증환자, 독거노인 등 밀착 관리가 필요한 대상에게 방문의료, 방문간호, 방문간병, 방문요양, 방문 생활지원 등 통합재가서비스 제공	• 가사서비스, 식사배달서비스, 활동보조서비스, 주거환경 개선 등 신규 서비스 개발 • 주거지를 중심으로 대상자와 가족의 복합적 욕구를 파악하고 지역사회 내 다양한 자원을 연계·조정할 수 있는 체계 마련

자료: 정영호 외. (2018). 보건의료발전계획 수립을 위한 기초 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원. pp.109-110 내용을 참고하여 연구진이 표로 정리.

〔그림 10-1〕 커뮤니티케어 지원체계



다양한 주거지원	보건의료서비스	요양·복지서비스	포괄적연계체계	서비스제공기관
·고령자주택 및 지원주택 (주택+서비스) · 공동주택(치매 공동주거시설, 노인그룹홈, 장애인 공동시설)	• 방문의료, 방문간호, 방문재활, 방문간병 • 건강관리서비스	• 통합재가서비스 • 재활서비스 • 방문생활지원 • 이동지원	• 읍면동 케어통합창구 중심 • 건강생활지원센터(보건의료) • 재가통합돌봄센터(요양 등) • 통합적 서비스 제공	• 재가센터, 마을식당 • 자활기업, 사회적기업이 운영 • 생활권 단위

자료: 김승연 외. (2018). 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념정립 및 추진방향. 보건복지부·서울연구원. p.145.

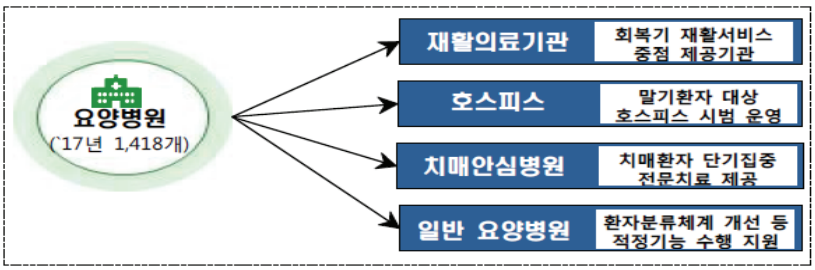
이렇듯 커뮤니티케어의 핵심은 대상자의 욕구에 맞춰 다양한 재가서비스를 충분하게 제공하는 데 있으므로, 대상자의 건강상태 등에 따라 다양한 신규 서비스를 개발하고, 이를 제공할 인력과 인프라를 확충하는 것이 중요하다. 또한 노인의 복합적 케어 욕구를 평가하고 대상자에 대한 연속적인 서비스 제공방안을 마련할 수 있도록 다학제로 구성된 지역 내 커뮤니티 케어 지원센터(안)를 구축할 필요가 있을 것이다. 아울러 돌봄이 필요할 경우 누구나 돌봄 서비스를 받을 수 있도록 대상자 측면의 사각지대를 없애는 것 역시 중요한 과제이다. 현재 노인장기요양보험이나 장애인 활동보조서비스를 제외한 대부분의 재가서비스 이용자격은 일부 취약계층에 한정되어 있어 서비스 접근성 측면에서 개선이 필요하다(김승연 외, 2018, p.133).

나. 요양병원 기능 재정립 및 아급성 의료서비스 공급체계 마련

불필요한 요양병원 장기입원을 억제하고 요양병원이 의료기관으로서의 기능을 강화하기 위해서는 입원이 불필요한 환자군을 구분할 수 있도록 현행 환자분류체계를 개선할 필요가 있다. 즉, 현재 이원화되어 있는 요양병원 환자분류체계와 노인장기요양보험 장기요양인정조사를 통합하여 의료서비스 필요도와 기능저하로 인한 요양필요도를 종합적으로 평가할 수 있는 단일 평가도구 개발이 필요하다(정영호 외, 2018, p.107). 이를 통해 의료적 필요도가 높은 이들만 요양병원에 입원할 수 있도록 함으로써 요양병원과 시설의 기능을 구분하고 자원활용의 효율성을 도모할 수 있을 것이다.

나아가 요양병원을 통해 "급성기 치료 이후 일정 기간 입원이 불가피한 환자들의 입원을 보장한다는 원래의 목적을 살리고(보건복지부, 2019.4.30., p.1) 요양병원이 아급성기 의료공급의 주체로 역할을 수행할 수 있도록 그 기능을 강화할 필요가 있다. 현재의 요양병원을 재활병원, 호스피스 병원, 회복기 병원, 치매전문병원 등으로 그 기능을 분화함으로써 급성기 치료와 장기요양 사이의 빈틈을 메우고, 동시에 전문적이고 다양한 의료제공체계 구축에 기여할 수 있을 것이다(정영호 외, 2018, p.107).

〔그림 10-2〕 요양병원의 기능 분화



자료: 보건복지부. (2018a). 지역사회 통합돌봄 기본계획(안). p.45

다. 통합적 서비스 제공체계에 부응하는 보상체계 다양화

지역사회 중심의 의료-요양-복지 통합적 서비스를 제공하기 위해서는 서비스 제공에 따른 보상체계가 마련되어야 한다. 의료의 경우, 진료실 중심의 진료에서 벗어나 환자의 집이나 시설을 방문하여 진료가 가능하도록 수가체계를 개선하고 재정적 동기를 부여할 필요가 있다. 특히 방문진료가 용이하도록 공동개원이나 집단개원 방식으로 전환하도록 유도하고, 의료기관 간의 연계 협력을 원활하게 하기 위한 수가체계를 개발하는 것이 필요하다. 그 외 다양한 보건의료복지서비스의 연계 강화를 위한 수가 역시 필요한데, 예를 들어 방문간호나 방문재활, 장기요양기관 지도방문, 복지 및 생활지원 연계 서비스에 대한 수가 신설도 고려가 필요하다(정영호 외, 2018, pp.131-132).

한편, 퇴원이 필요한 환자를 지역사회 내 의료, 요양, 복지서비스에 적절하게 연계할 경우 의료기관에 대해 보상을 강화하는 방식 역시 마련될 필요가 있다. 급성기 질환 발생부터 회복기(재활), 유지기까지 지속적인 치료를 제공할 수 있도록 관련 기관들에게 연계 수가를 제공하는 방식이 이에 해당될 수 있을 것이다. 정부는 2019년 11월부터 요양병원 퇴원환자 지원사업을, 그리고 2020년 12월부터 뇌혈관 질환을 우선 대상으로 급성기 환자 퇴원 지원 및 지역사회 연계 활동 시범사업과 수가 개발을 추진해오고 있는데, 수가의 현실성 부족, 지역사회서비스 부족 등으로 인해 아직까지는 지역사회 연계가 저조하다는 지적이 있다(박원빈, 2020.10.6.; 한해진, 2021.11.16.). 이와 함께 의료기관의 기능을 급성기-회복기-유지기로 세분화하여 정립하고, 이에 걸맞은 보상방식을 설계하는 것 역시 중요한 과제라 할 수 있다.

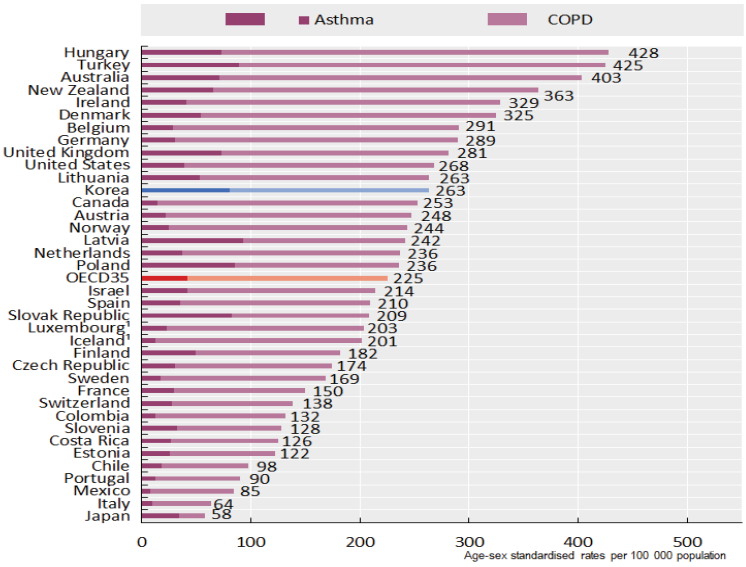
제3절 고령화에 따른 건강문제 변화와 보건의료제도

1. 진단 및 정책 현황

가. 일차의료의 만성질환 관리 취약

인구 고령화에 따라 만성질환자 수가 계속해서 증가하면서 만성질환에 대한 관리의 중요성이 커지고 있다. 만성질환은 꾸준한 모니터링과 약물 복용, 생활습관 교정 등의 자가관리를 통해 충분히 관리가 가능하다고 알려져 있으나 우리나라의 예방 가능한 입원율(일차의료에서 적절한 치료를 받을 경우 조절 가능한 만성질환으로 인한 입원율)은 OECD 국가 중에 매우 높은 것으로 알려져 있다.

[그림 10-3] 천식 및 만성폐쇄성폐질환으로 인한 예방 가능한 입원율 비교



자료: OECD. (2019). Health at a glance: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. p.127

2017년 기준 우리나라 성인의 천식 및 만성폐쇄성폐질환(COPD)으로 인한 예방 가능한 입원율은 인구 10만 명당 263명으로 OECD 평균인 225명보다 높게 나타났으며, 일차의료를 통해 조절 가능한 만성질환인 당뇨로 인한 입원율의 경우, 한국이 인구 10만 명당 245명으로 OECD 평균인 129명보다 2배 가까이 높은 수치를 보였다(OECD, 2019, pp. 127-129).

이는 우리나라의 취약한 일차의료 기능과 무관하지 않다. 우리나라는 의료기관을 그 기능에 따라 1, 2, 3차 의료기관으로 구분하고 있으나, 종별 기능이 불명확하고 1차 의료기관이 2, 3차 의료기관의 외래와 경쟁하는 등 의료전달체계가 체계적으로 확립되어 있지 않다. 일차의료 의사는 환자의 복합적 건강필요를 파악하고(포괄성) 상급 병원이나 다른 전문의에게 의뢰하는 역할(조정성)을 수행해야 하나, 현재는 동네의원 개원의의 대다수가 전문의로서 일차의료와 관련한 체계적 교육이나 실습을 받지 못한 상태이다. 일차의료의 질과 기능이 미흡하다 보니 의원들은 대형병원에 비해 경쟁우위를 갖기 어려우며, 환자들 역시 동네의원보다는 인지도가 높은 대형병원을 선호하는 경향이 있다(양윤준 외, 2018, pp.23-24). 국민건강보험공단이 2019년 실시한 설문조사 결과에 따르면, 상급종합병원 이용자 10명 중 6명은 의학적 권유나 중병에 걸려서, 혹은 사고를 당해 이용한 것으로 나타났지만, '의학적 소견은 없었으나 상급종합병원에서 치료나 검사, 검진을 받고 싶어서', '동네의원이나 중소병원을 믿을 수 없어서'라는 이유도 약 28%로 나타나, 질병의 경중에 관계없이 대형병원을 선호하는 경향이 여전히 존재함을 드러냈다(국민건강보험공단, 2019.10.8.).

더욱이 만성질환관리를 위한 상담 및 교육에 대한 수가는 낮은데 반해, 검사와 치료에 대한 수가는 상대적으로 높아 예방 중심의 포괄적인 만성

질환 관리보다는 검사나 치료 위주의 관리가 이루어지고 있는 상황이다(조비룡, 2018, p.8). 또한 의원급 만성질환관리제도, 고혈압·당뇨관리사업, 지역사회 일차의료 시범사업 등 일차의료를 통한 만성질환 관리사업이 시도되고 있으나 일부 만성질환에 한정되어 있다는 한계가 있다.

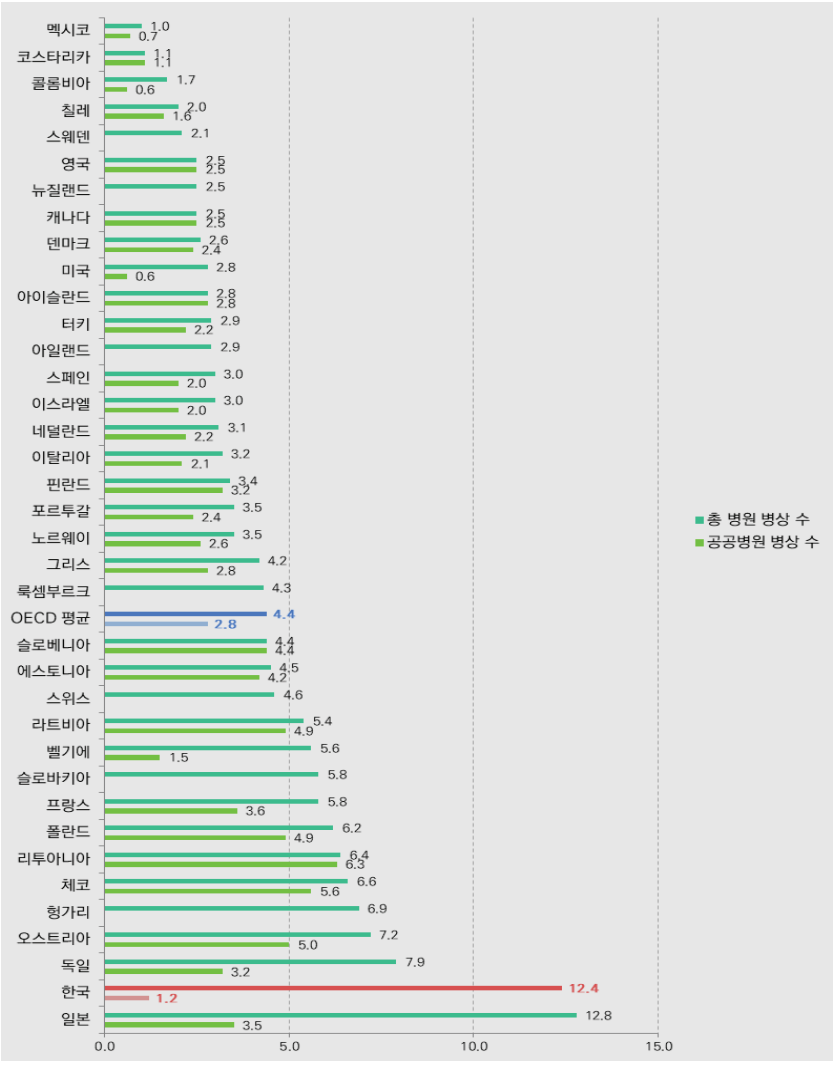
나. 대규모 감염병 확산에 취약한 병상 공급체계 및 진료시스템

2020~2021년 코로나 팬데믹을 통해서도 잘 드러났듯이, 고령층은 비단 만성질환뿐만 아니라 감염성 질환에도 매우 취약하다. 더욱이 코로나 같은 신종 감염병이 앞으로도 계속해서 유행할 것이라 예상되는 가운데, 인구고령화는 감염+병 노출과 사망위험을 증가시키는 중요한 요인으로 대두되고 있다. 그러나 아직 우리나라의 병상 공급체계는 이러한 대규모 감염병 확산에 효과적으로 대응할 만한 수준에 이르지 못했으며, 노인들의 입원이나 진료시스템에서도 감염병에 취약한 요소들이 존재하는 상황이다.

우리나라의 인구수 대비 전체 병상 수는 OECD 다른 국가들과 비교해 적지 않은 수준이지만, 코로나 환자가 폭증하던 시기에 환자를 수용할 병실이 없어 어려움을 겪었다. 지방의료원 등의 공공병원을 감염병 관리기관으로 지정하며 병상 확보를 위해 노력했지만, 전체 병상의 10%밖에 되지 않는 공공병원 병상만으로 격리가 필요한 수많은 환자를 수용하기에는 역부족이었다. 이는 우리나라의 의료공급체계가 다른 나라들과 달리 민간의료기관 중심으로 구축된 것과도 관련성이 높은데, 감염병은 발생규모나 그 심각성을 예측하기 어려운 까닭에 수익을 추구하는 민간의료기관이 이에 대응한 상시적 병상체계를 유지하기 쉽지 않다. 따라서 감염병 대응을 위한 공공의료기관의 부족 문제를 해소하는 등 공공 영역의 역할을 확대하고 효과적인 자원 활용 방안을 마련하는 것이 시급하다(윤강재, 2020, p.41).

〔그림 10-4〕 총 병원 병상 수 및 공공병상 수, 2019년

(단위: 개/인구 1,000명)



자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2021). OECD Health Statistics 2021. p.88.

고령층의 감염병 위험과 관련하여 개선이 필요한 것은 비단 병상의 숫자만이 아니다. 우리나라의 간병인제도나 요양병원의 다인실 구조 등도 감염관리를 취약하게 하는 요인 중의 하나이다(하경대, 2021.4.1.). 또한 팬데믹으로 인해 의료이용을 자유롭게 할 수 없는 상황은 노인 같은 건강취약층에게 더욱 치명적일 수 있다는 점에서 새로운 진료방식에 대한 고민도 필요한 시점이다. 이와 관련하여 정부는 감염병 확산 방지와 의료서비스 제공의 연속성 확보를 위해 전화상담 처방과 대리처방을 포함한 비대면 진료를 한시적으로 허용하였다(윤강재, 2020, p.39).

다. 건강한 노인 대상 단기프로그램 중심의 노인 건강증진사업

노년기 건강문제의 상당 부분은 식이, 운동 등 생활습관과 관련이 있다고 알려져 있는 만큼, 질병이 발생하기 이전부터 건강을 관리하고 질병이 악화되지 않도록 생활습관 등을 교정하는 예방적 조치가 중요하다(이지수, 이수경, 2020, p.372). 특히 건강증진은 지속적인 실천이 중요하다는 점에서 본인의 건강상태에 맞는 적절한 프로그램의 활용이 필요하다(김준호, 이선미, 김경아, 곽동선, 2017 p.176). 그러나 현재 지역사회에서 실시되고 있는 노인 대상 건강증진사업들은 개개인의 건강상태나 요구도를 고려하여 설계되기보다, 주로 단체 프로그램이나 건강강좌 중심의 단기 프로그램 중심으로 운영되는 경향을 보이고 있다(선우덕 외, 2014, p.98). 그 때문에 오히려 건강관리의 필요성이 높은 건강위험군이나 노쇠한 노인들은 여러 사업에서 소외되는 현상이 발생하고 있다. 가령 지역사회 통합건강증진사업 중 신체활동 프로그램의 경우, 보건소나 경로당을 중심으로 신체활동 프로그램이 제공되고 있는데 거동이 불편한 노인이 이러한 프로그램을 이용하기란 쉽지 않을 것이다. 또한 방문건강

관리사업의 일환으로 시설이나 집에 직접 방문하여 건강상담 및 절주, 운동, 영양 등에 대한 교육을 실시하고 있지만, 일부 취약계층에 한정된다는 한계를 안고 있다. 아울러 보건소 기반 건강증진사업, 문화체육관광부 주관 사업, 국민건강보험공단 사업 등 다양한 주체별로 사업이 실시되고 있으나 연계부족 및 사업 중복으로 인해 서비스 효율성이 떨어지는 점 역시 문제라 할 수 있다(구학모, 2017, p.7).

〈표 10-6〉 노인 대상 건강증진사업 예시: 신체활동 프로그램

구분	사업주체	사업내용
지역사회 통합건강증진사업	보건복지부, 보건소	신체활동 정보제공 및 생애주기별 권장프로그램 제공 개인별 신체활동 상담서비스, 모바일 헬스케어 사업 연계 제공, 일대일 운동처방 서비스
국민체력 100사업	문화체육관광부 국민체육진흥공단	65세 이상 노인 대상 체력 측정 및 인증, 개인별 체력수준에 따른 운동처방상담 및 운동프로그램 제공
건강백세운동교실 및 건강마일리지 사업	국민건강보험공단	표준운동프로그램, 치매예방운동프로그램, 요가, 실버체조 등 운동강습, 건강강좌, 건강측정 서비스 제공 건강백세운동교실 참여 이력을 마일리지화하여 인센티브 제공

자료: 최슬기 외. (2020). 건강백새운동교실 성과평가 및 개선모형 개발 연구. 국민건강보험·한국보건사회연구원. pp.33-43의 내용을 연구진이 표로 요약정리함.

라. 건강보험 보장 영역 지속적 확대 요구

수명의 연장과 건강에 대한 관심도가 증가하면서, 그리고 건강한 노화를 위한 고령층에서의 생활습관 관리가 더 중요해짐에 따라 전통적인 건강보험의 보장 범위와 역할 등에 대해서도 변화가 요구되고 있다. 특히 새로운 기술의 등장은 사회 환경 변화와 조응하면서 의료서비스의 제공 주체와 형식, 유형을 확대시켰다. 예를 들어, 의료전문직에 의한 서비스

제공이 아닌 기술을 활용하여 개인이 자발적으로 건강을 관리하는 행위와 서비스에 대한 수요가 증가하였으며, 그간의 대면 중심 보건의료서비스의 제공 형식에서 원격장비 등을 활용한 비대면 서비스 제공이 가능해졌다. 또한 기존의 진료·치료 중심에서 치료 이후의 재활 영역, 위해물질 대응 분야 등으로 보장 대상 서비스 유형도 다각화하고 있다(신현웅 외, 2018, p.461). 이와 관련하여 신의료 기술 및 사회적 활용가치가 높은 의료기술의 급여여부를 평가하는 방식을 놓고도, 사회적 가치 및 잠재성을 평가하는 별도의 평가 방법에 대한 필요성이 지속적으로 제기되고 있다(신현웅 외, 2018, p.473).

〈표 10-7〉 미래사회 예상되는 건강보험 보장영역 확대 요구 분야

구분	기존 요인	보장영역 확대 요구 분야
제공 주체	의료전문직	· 사전예방적 건강관리를 위해 기업이 제공하는 서비스 보장 요구 · 소비자의 자발적 건강증진행위에 대한 보장 요구
제공 형식	대면	· 건강모니터링에 활용하는 원격장비(디바이스), 로봇에 대한 보장 요구
제공 유형	치료서비스	· 건강증진 활동, 건강관리서비스 등 사전예방 분야에 대한 보장 요구 · 재활 등 치료 이후 서비스에 대한 보장 요구 · 건강위해 물질 대응에 대한 보장 요구

자료: 신현웅 외. (2018). 제1차 국민건강보험종합계획 수립 및 실천방안 제안. 보건복지부·한국보건사회연구원. p.462.

2. 정책 개선 방향

가. 일차의료기능 강화를 통한 동네의원 중심의 포괄적 만성질환 관리

지역사회 중심의 포괄적 만성질환 관리체계를 구축하기 위해서는 의원급 의료기관에서 만성질환에 대한 일차의료서비스를 강화할 수 있도록 지원하는 것이 중요하다. 여기에는 교육상담을 위한 인프라 구축이나 콘

텐츠 개발뿐만 아니라 인센티브, 지원인력 등이 포함되어야 한다(조비룡, 2018, pp.14-15). 가령, 만성질환관리에서 매우 중요한 생활습관 개선 등에 대한 교육을 체계화하고, 진료 및 복약의 연속성을 확보할 수 있도록 환자사례관리에 대한 수가를 신설해야 한다. 나아가 이미 중재효과에 대한 근거가 마련되어 다른 나라에서 급여 중인 예방서비스에 대해서도 급여를 점진적으로 확대하고, 방문진료를 활성화하여 거동이 불편한 지역 노인환자 등에 대한 서비스를 강화할 필요가 있다(정영호 외, 2018, pp.82-83). 또한 일차의료 만성질환관리 시범사업을 평가한 결과, 사업 참여자들의 복약순응도 및 건강수준이 유의하게 개선된 점을 고려할 때(송은주, 김영은, 지선미, 2021, p.11), 현재의 시범사업을 다른 질환으로도 확대하고, 장기적으로는 질환 단위가 아닌 환자 중심의 포괄적 관리 모형을 개발하는 것이 필요하다(정영호 외, 2018, p.146).

일차의료 의사가 조정 기능(coordination), 즉 의뢰-회송체계의 중심 역할을 수행하고 지역자원과의 연계도 도모할 수 있도록 실질적인 권한을 부여하고 지원체계를 구축하는 것 역시 중요한 과제이다. 이를 위해서는 일차의료 기능에 부합하는 의사를 양성하는 것이 무엇보다도 중요하다. 상급종합병원의 중증질환 중심의 전문의 수련체계에서 벗어나 지역병의원에서 포괄적 진료 및 조정 역할 등의 경험을 축적할 수 있도록 일차의료 의사 양성과정을 개편하는 것이 필요하다(정영호 외, 2018, pp. 145-146).

나. 감염병 확산에 대비한 진료체계 구축

인구 고령화는 감염병 노출과 사망위험을 증가시키는 중요한 요인이라는 점에서 평상시 감염관리를 어렵게 하는 요인들에 대한 개선과 함께 코

로나 같은 팬데믹에 효과적으로 대응하기 위한 의료체계를 구축하는 것이 필요하다.

우선, 감염위험을 높이는 간병인제도나 다인실 운영에 대한 전면적 개선이 필요하다. 제도권 밖에 머물러 있는 간병인제도를 공식제도 내에 포함하여 감염관리를 체계적으로 하거나, 현재 일부 병동에서 운영 중인 간호간병통합서비스를 전면적으로 확대하는 등의 조치가 필요할 것으로 보인다. 다인실 역시 점차적으로 축소될 필요가 있는데, 특히 요양병원의 경우 대부분이 6인실 이상의 다인실로 운영되고 있어 개선이 시급하다(송수연, 2021.4.5.).

또한 공중보건 위기상황에서 의료기관 방문이 어려운 건강 취약 노인들이 의료공백에 노출되지 않도록 비대면 진료나 방문진료 등을 제공하는 방식에 대해서도 전향적인 검토가 필요하다. 이를 위해서는 우선 언택트 기술의 효과와 안전성, 효율성 등에 대한 근거 마련이 필요하며, 이를 토대로 환자의 건강 상황과 요구를 일상적으로 모니터링할 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다(윤강재, 2020, p.39).

다. 건강노화 지원을 위한 지역사회 건강증진 프로그램 활성화

노인의 노쇠를 예방하고 건강노화를 지원하기 위해서는 지역사회 차원에서 체계적인 노쇠 예방 및 관리 프로그램이 실시되어야 한다. 노쇠란 노화가 진행됨에 따라 나타나는 생리적 기능감소에 의해 외부 스트레스에 취약한 상태로서, 여러 질병의 이환 및 사망 등의 부정적 건강결과와 높은 상관성을 갖는 것으로 알려져 있다. 그 때문에 활기차고 건강한 노화를 달성하기 위해서는 노쇠 노인의 선별과 노쇠 단계에 따른 적절한 관리가 중요하다(정연, 배정은, 김남순, 2018, p.838). 이를 위해서는 지역

사회 거주 노인을 대상으로 이들의 건강에 대한 포괄적 평가에 기반을 둔 맞춤형 건강 예방 및 관리 서비스를 제공할 필요가 있다.

우선 건강한 노인에 대해서는 노쇠 예방 교육 및 홍보를 강화하고, 기존의 건강증진 프로그램을 충분히 활용할 수 있도록 독려해야 할 것이다. 다음으로 노쇠한 노인에 대해서는 통합적 노쇠 관리 중재프로그램을 개발하고, 지역사회 서비스 연계 체계를 구축하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 먼저 지역사회 노인의 노쇠수준을 평가할 수 있는 표준화된 선별도구를 개발하고, 기존의 노쇠 중재 프로그램에 대한 효과 평가나 일부 지자체에서 특화사업으로 운영했던 노쇠예방사업 등에 대한 평가가 충분히 이루어질 필요가 있을 것이다. 이를 바탕으로 개개인의 노쇠 및 건강수준에 맞는 건강관리 프로그램을 개발하여 생활터 프로그램이나 재가방문 등을 통해 노쇠 노인들의 건강증진 프로그램에 대한 접근성을 높이는 노력이 필요하다. 아울러 현재 지역사회 기반으로 제공되고 있는 다양한 건강증진사업들의 중복성을 점검하고, 사업의 효과와 충분성에 대한 검토를 바탕으로 노인의 건강수준을 높이는 실질적인 역할을 할 수 있도록 개선이 필요하다.

라. 국민 요구도에 따른 보장 영역 발굴 및 건강보험의 역할 확대

예방 및 건강증진 서비스 같은 새로운 서비스들에 대한 요구도가 지속적으로 증가하고 있음을 고려할 때, 기존의 질병 치료 중심에서 평생 건강관리로 건강보험의 보장 범위를 확대할 필요가 있다. 교육, 상담, 환자 지속관리 등 만성질환 관리를 위한 핵심 기능을 강화하는 방향의 수가 모형 개발이 필요하며, 금연치료 등 예방적 서비스에 대한 급여를 확대하는 것도 필요하다. 또한, 건강증진은 지속적인 실천이 중요하다는 점에서 고

령층의 건강행태 개선을 위한 가입자 인센티브 설계 등도 점차 그 중요성이 커질 것으로 보인다.

한편, 앞의 제2절에서 언급하였듯, 급성기 치료 이후 일정 기간 입원이 불가피한 환자들을 돌보고 이들의 불필요한 장기입원을 막기 위해서는 아급성 의료서비스 공급체계 구축이 중요하다. 재활, 요양, 호스피스, 완화의료 등을 포함한 아급성 서비스 영역을 확대하고, 이들에 대한 건강보험 보장을 확대하는 방향의 개선이 필요하다. 간병비 부담 완화 역시 시급한 과제이다. 간호간병통합서비스를 통해 간병부담 완화에 기여하고 있으나, 중증질환 등 실제 필요한 환자에게 간병서비스가 제공되지 않는다는 의견이 제기되고 있다. 중장기적으로는 간병에 대한 제도권 내의 서비스 공급을 확대하는 한편, 단기적으로는 건강보험제도 내에서 간병비 부담을 완화할 수 있는 방안에 대해서도 검토가 필요할 것으로 보인다.

이와 함께 고령자, 취약계층을 대상으로 한 새로운 의료기술에 대해서도 건강보험 급여여부 평가 시 혁신성을 고려한 평가가 필요할 것으로 보인다. 간병·재활 로봇 등과 같은 돌봄서비스에서 활용할 수 있는 기술이나 거동이 불편한 노인 환자 및 의료취약지 거주 주민을 대상으로 한 비대면 서비스 제공 등 혁신 의료기술에 대한 보장 요구도는 계속해서 증가하고 있다(신현웅 외, 2018, p.468). 특히 감염병 팬데믹 같은 공중보건 위기 상황은 언택트 방식의 새로운 의료기술에 대한 수요를 더욱 증가시키고 있다는 점에서 향후 이러한 영역을 건강보험에서 어떻게 보장할 것인지에 대해서도 많은 논의가 필요하다.

제4절 인구구성비 변화와 건강보험재정

1. 진단 및 정책현황

가. 경제활동인구 감소와 건강보험 수입

건강보험은 근로소득 중심의 보험료 수입 비중이 높아 경제활동인구 감소는 건강보험 수입 기반을 위협하는 요소이다. 2019년 건강보험 수입 약 69.2조 원 중 보험료 수입은 총 59.1조 원, 직장가입자 보험료는 50.7조 원으로, 보험료 수입의 85% 이상, 건강보험 재정 수입 전체의 73% 이상을 근로소득에 부과하고 있다(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 2020). 재정을 뒷받침할 직장가입자의 비중은 감소하고, 고령인구로 구성된 지역가입자의 비중 확대가 예상되어, 현재의 부과 재원으로는 인구고령화로 인해 증가할 급여비를 감당하기 어려울 것이다.

〈표 10-8〉 건강보험 재정 수입 구성(2015~2019년)

(단위: 조 원, %)

구분	2015	2016	2017	2018	2019
수입(계)	53.3	56.5	58.8	62.7	69.2
	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)
보험료(소계)	44.3	47.6	50.4	53.9	59.1
(%)	(83.2%)	(84.3%)	(85.7%)	(85.9%)	(85.5%)
- 직장가입자	37.0	39.9	42.4	45.9	50.8
- 지역가입자	7.4	7.6	8.0	8.0	8.4
정부지원금(소계)	7.1	7.1	6.8	7.1	7.8
(%)	(13.3%)	(12.6%)	(11.5%)	(11.3%)	(11.2%)
- 보험재정국고지원금	5.6	5.2	4.9	5.2	6.0
- 담배부담금	1.5	1.9	1.9	1.9	1.8
기타	1.9	1.8	1.6	1.7	2.3
(%)	(3.5%)	(3.1%)	(2.8%)	(2.8%)	(3.3%)

자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2020). p.94 재구성

건강보험 재원을 확보하여 미래 재정 안정화에 기여할 수 있는 방안은 보험료 수입을 확대하거나 다른 수입원을 마련하는 것이다. 먼저, 보험료 수입을 확대하기 위해서 단순 보험료율을 증가할 수 있다. 직장가입자의 보험료율은 「국민건강보험법」 제73조에 따라 1천 분의 80의 범위에서 결정되고 있으며, 2022년 건강보험료율은 1.89% 인상하여 6.99%로 결정되었다(백성주, 2021.8.27.). 최근 3년간 인상률은 2019년 3.49%, 2020년 3.20%, 2020년 2.89%로 법적 상한률인 8% 도달이 임박하고 있어 안정적 보험료 수입 확보를 위해 적정 보험료율의 수준, 적정 부담수준에 대한 국민·기업 등 이해관계자의 합의가 필요하다.

보험료율 자체를 개선하는 것과 더불어 부과체계 전반에 대한 개선도 필요하다. 정부는 보험료 부과 대상 소득의 범위를 확대하고, 가입자 간 형평성을 확보하고자 부과체계 개편을 추진하였다(보건복지부, 2017.3.23.). 소득 중심의 부과체계 개편의 주요 방향으로 소득수준 및 부담 능력에 맞는 보험료를 부담하게 함으로써 부과체계의 형평성을 강화하고자 한다. 2018년 7월부터 4년간 1단계 개편 시행을 진행, 2단계(2022년) 시행을 앞둔 시점인 만큼 1단계 개편에 대한 모니터링 및 적정성 평가를 통해 효과를 분석하고, 2단계 개편의 안정적 추진을 위해 선제적 논의가 필요하다.

〈표 10-9〉 건강보험 부과체계 개편 주요 내용

대상	지역가입자 보험료 부과 방식 개선	피부양자 제도 개선	직장가입자 보수 외 소득 부과 방식 개선
주요 내용	· 평가소득보험료 폐지 · 재산보험료 및 자동차보험료 부담 경감 · 소득·재산 상위 가입자 대상 보험료 인상	· 소득·재산 요건 강화 · 피부양자 범위 축소	· 보수 외 소득 보험료 추가 부담 · 보험료 상한액 조정

자료: 국민건강보험공단 홈페이지(2021).

건강보험 수입원 중 보험료 외의 재원으로는 정부지원금이 있으며, 2019년 기준 수입 재원의 11.2%를 차지한다. 정부지원금은 국고지원금과 담배부담금(건강증진기금)으로 구성되는데, 「국민건강보험법」 및 「국민건강증진법」에 따라 2007년부터 2022년 12월 말까지 한시적으로 국고(일반회계) 및 건강증진기금(담배부담금)을 보험재정에 지원하고 있다. 지원 범위는 법 제108조(보험재정에 대한 정부지원) 및 부칙 제2항에 의해 보험료 해당 연도 예상 수입액의 20%(일반회계지원금 14%, 건강증진기금 6%) 이내이다. 실제 지원 수준은 2019년 기준 7조 7,672억 원(일반회계 5조 9,589억 원, 담배부담금 1조 8,082억 원)으로 2010년부터 2019년까지 10년간 연평균 4.81% 증가하였으며, 일반회계는 4.62%, 담배부담금은 5.46% 증가하였다.

〈표 10-10〉 정부지원금 현황(2010~2019년)

(단위: 조 원, %)

연도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
정부지원금	4.86	5.03	5.34	5.80	6.31	7.09	7.09	6.77	7.07	7.77
(일반회계)	3.79	4.07	4.34	4.80	5.30	5.57	5.20	4.87	5.19	5.96
	78.1%	81.0%	81.1%	82.8%	83.9%	78.6%	73.3%	71.9%	73.4%	76.7%
(담배부담금)	1.06	0.96	1.01	1.00	1.02	1.52	1.89	1.90	1.88	1.81
	21.9%	19.0%	18.9%	17.2%	16.1%	21.4%	26.7%	28.1%	26.6%	23.3%

자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2020). p.111 재구성

2015년 이후 보험료 수입 비중은 83.2%에서 85.5%로 증가한 반면, 정부지원금 비중은 13.3%에서 11.2%로 감소하였다. 생산가능인구 감소로 근로소득 중심의 건강보험 수입 체계에서 안정적 재원 확보에는 한계가 예상되는 만큼 보험료와 정부지원금 간 적절한 부담 수준에 대한 논의가 필요한 시점이다. 특히 「국민건강보험법」 및 「국민건강증진법」에 따라 건강보험에 대한 정부지원을 2022년 12월 31일까지로 규정하고 있으

므로, 향후 국고지원 규모, 지원방식 등 안정적인 체계 구축을 위한 대응책을 마련해야 한다. 예측 가능하고 안정적인 재원 조달을 위해 국고지원의 원칙을 설정하고, 국가책임 영역을 명확히 정하고 확대하는 방안이 필요하다.

나. 노인인구 증가와 건강보험 지출

노인인구의 증가는 의료이용량 및 진료비 증가로 이어져 건강보험 재정에 부담을 주는 요인이 된다. 건강보험재정지출은 최근 5년간 연평균 10.6% 증가하였으며, 2019년 건강보험 지출 약 72.1조 원은 건강보험 급여비 69.0조 원(95.7%)과 관리운영비 등 0.9조 원(1.2%)으로 구성되어 95% 이상이 건강보험 급여비용으로 지출되고 있다.

〈표 10-11〉 건강보험재정지출 구성(2015~2019년)

(단위: 조 원, %)

구분	2015	2016	2017	2018	2019
지출(계)	48.2	53.7	58.0	66.0	72.1
(%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)
보험급여비	45.8	51.0	54.9	63.2	69.0
(%)	(95.0%)	(94.9%)	(94.6%)	(95.7%)	(95.7%)
관리운영비	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9
(%)	(1.2%)	(1.3%)	(1.2%)	(1.2%)	(1.2%)
기타	1.8	2.1	2.4	2.0	2.2
(%)	(3.7%)	(3.9%)	(4.1%)	(3.0%)	(3.1%)

자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2020). p.94 재구성

건강보험 적용인구 중 65세 이상 노인인구가 차지하는 비중은 15.4%인데 비해, 진료비 중 노인인구 진료비가 차지하는 비중은 43.1%였으며, 노인인구 및 진료비 비중은 지속해서 증가하는 추세이다. 단순 노인인구 진료비의 비중이 증가하는 것과 더불어 노인인구의 1인당 진료비

도 일반 인구 대비 높은 수준이므로 고령화는 건강보험 지출 증가를 초래하게 된다.

그 밖에도 고령인구 비중의 증가에 따라 만성·중증질환 진료 증가, 신규 보험급여 확대, 건강검진 확대 등은 재정지출 증가 요인이 될 수 있다.

〈표 10-12〉 65세 이상 건강보험 진료비 추이

(단위: 천 명, 억 원, %)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	전년대비 증감률
적용 인구 (천 명)	전체	50,763	50,941	51,072	51,391	51,345	-0.1%
	65세 이상	6,445	6,806	7,092	7,463	7,904	5.9%
	비율(%)	(12.7%)	(13.4%)	(13.9%)	(14.5%)	(15.4%)	-
진료비 (억 원)	전체	645,768	693,352	776,583	864,775	869,545	0.6%
	65세 이상	250,187	276,533	316,527	358,247	374,737	4.6%
	비율(%)	(38.7%)	(39.9%)	(40.8%)	(41.4%)	(43.1%)	-
1인당 월평균 진료비(원)	전체	106,286	113,612	126,891	140,663	141,086	0.3%
	65세 이상	328,599	346,161	378,657	409,536	404,331	-1.3%

자료: 국민건강보험공단(2021. 5. 21.). p.14

다. 건강보험 재정의 지속가능성 위협

저출산·고령화로 특징지어지는 인구구조 변화는 건강보험뿐만 아니라 다른 사회보험 재정 운용에도 위협 요인이지만 대부분 장기적 우려인 반면, 건강보험은 매년 수지 균형을 맞춰야 하는 어려움이 존재한다.

2011년부터 2014년까지 보험료 수입 증가액이 보험급여비 지출 증가액을 상회하여 2017년까지 당기수지 흑자를 기록하다 2018년, 2019년 적자를 보였다. 2019년 총수지율 104.2%, 보험료 대비 급여 비율은 103.1%였다.

〈표 10-13〉 건강보험 재정 추이(2015~2019년)

(단위: 조 원, %)

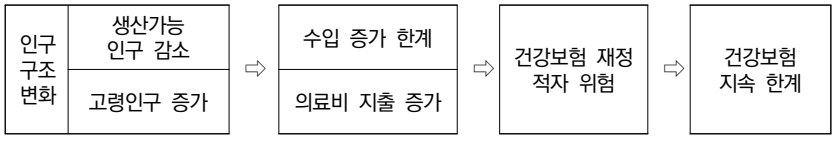
구분	2015	2016	2017	2018	2019
총수지율(%)	90.4%	95.2%	98.6%	105.2%	104.2%
보험료 대 급여 비율(%)	89.0%	93.3%	96.0%	103.6%	103.1%
당기차액	5.1	2.7	0.8	-3.3	-2.9
이월금	9.4	6.9	4.7	0.7	-2.1
누적 법정준비금	12.8	17.0	20.1	20.8	20.6

자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(2020). p.94 재구성

이처럼 건강보험은 단기보험의 특성상 안정적인 수입 확보를 통한 당기수지 균형이 중요한 특징을 갖는다. 또한 지출 규모 예측에 있어 보장성, 다양한 질병에 대한 급여의 우선순위, 적용 범위, 치료의 효과 등 다양한 요인이 작용하게 되어 그 결과를 예측하기 어려워 정확한 추계에 한계가 있다. 인구구조 변화를 반영한 건강보험 재정 추계가 다수 이루어졌으나, 대부분 의료이용량, 즉 의료비 추계 방법에 따라 그 결과 또한 차이가 있었다(이태진, 정지아, 박성철, 정채림, 이영실, 2020).

생산인구의 감소와 고령인구 증가 같은 인구구조 변화는 건강보험 수입의 한계와 의료비 지출을 증가시켜 결국 재정의 지속가능성을 위협하게 될 것으로 예상되는바, 건강보험이 다른 사회보험에 비해 갖는 특성을 고려하여 적정 부담과 적정 지출에 대한 정책을 연계 논의하고, 실행 가능한 대응책을 마련해야 한다.

[그림 10-5] 인구구조 변화에 따른 건강보험 재정 영향



자료: 저자 작성

2. 정책 개선 방향

가. 지속가능한 건강보험을 위한 안정적 재원 확보

지속가능한 건강보험 운용을 위해 재원 조달의 안정성 확보가 중요하다. 건강보험 재원을 확충할 방안으로 1) 보험료율 결정 방식 개선, 2) 부과체계 개편, 3) 재원의 다각화 순으로 제시하고자 한다.

첫째, 보험료율 결정 체계 및 방식 등의 개선이 필요하다. 현재 보험료율은 「국민건강보험법」 제73조에 따라 1천 분의 80의 범위에서 건강보험정책심의위원회의 심의로 결정되고 있다. 정부는 보장성 강화대책을 발표하면서 건강보험료율을 매년 3.2% 이내에서 인상할 계획이었으나, 최근 코로나19 팬데믹으로 보험료 지출에 대한 가입자 및 기업의 부담이 증가하고 있는 상황에서 보험료율 결정 요인 및 방식 등을 개선해야 한다는 요구에 직면한 상황이다. 한국경영자총협회 '국민건강보험 현안에 대한 대국민 인식조사'에 따르면, 응답자 68.0%가 내년도 건강보험료율의 인하 또는 동결을 원하는 것으로 나타났는데(권희원, 2021.6.27.), 이는 2017년 보장성 강화대책 시행 이후 보험료 부담이 증가하면서 보험료율의 추가 인상에 대해 부정적 평가가 나타난 것으로 해석되고 있다. 소득 대비 건강보험료 수준에 대해 '부담된다'라고 응답한 참여자는 62.6%, '부담되지 않는다'는 응답자 6.0%였다(권희원, 2021.6.27.). 특히 곧 법정 상한에 도달할 것으로 예상되는 가운데, 국민의 55.1%는 법정 상한을 높이는 개정안에 반대하는 것으로 나타나 국민을 포함한 이해관계자 간 합의 과정이 우선적으로 필요한 과제이다.

둘째, 건강보험의 신규 재원 확보 방안으로서 보험료 부과소득 범위 확대를 검토해볼 수 있다. 직장가입자와 지역가입자 간 부과 대상의 차이로 형평성 논란이 지속되어 왔으므로, 이제 부과 기준을 정교화하고 부과 대

상을 개선하여 부과 기반을 확대해야 한다. 그 외에도 저소득 취약계층의 보호 및 고소득 대상자의 누락 방지가 필요하다. 단기적으로 새로운 재원 확보 방안을 모색하는 것은 어려울 수 있으나, 보험료 부담의 수직적 형평성을 지속 검토하고 논의해야 할 것이다.

셋째, 재원 다각화 방안 중 하나는 국고지원의 확대이다. 건강보험 재정 현황을 고려하면, 국고지원이 없을 경우 당기적자가 예상되나, 국고지원의 기한, 적정규모, 지원방식 등에 대한 다양한 의견 차이가 존재한다(신영석, 황도경, 김소운, 하솔잎, 김진호, 2018, p.94). 우려에도 불구하고, 한시 규정을 폐지하고 국고지원의 법적 안정성을 확보하는 것과 사후정산제 등을 도입해 매년 부족한 수준의 재정을 지원하는 구조로 개선할 필요가 있다. 규모의 경우, 정부지원금은 예상보험료를 기준으로 산출되는데, 예상보험료는 실제보험료 대비 과소 추계되어 왔다. 건강보험 재정규모가 증가하고 있는 추세여서 국고지원 규모도 지속 증가할 가능성이 있으나 한계가 있으므로, 명확한 지원 기준 논의를 통해 지원 규모의 적정 수준을 고찰할 수 있어야 한다. 또한, 지원방식에 있어서는 포괄지원 방식에서 항목별 지원방식으로의 변경, 또는 국가 책임사업에 대한 지원 등이 제안된바 있다(신영석 외, 2018, p.96; 신현웅 외, 2017, p.232).

나. 합리적 의료이용과 연계한 지출 관리

건강보험 지출 관리를 위해서는 보상대상(목표)-무엇을 보상, 보상방식(지불제도)-어떻게 보상, 보상수준(수가)-얼마나 보상할 것인지에 대한 종합적 논의가 필요하나, 현재의 지출 요인의 결정 체계는 목표, 지불제도, 수가의 결정이 분절적으로 논의되고 있다. 수가는 공급자와 보험자의 계약으로 결정되고, 진료량은 공급자와 환자 사이에서 결정되어, 진료량

관리를 위한 제도적 기전은 없는 상황이다. 따라서 지출의 구성요인 간 통합적이고 종합적인 연계가 무엇보다 중요하다. 앞으로는 가격과 진료량을 통합하여 총량적인 개념에서 지출 목표를 설계하고, 이해관계자 간 합의하는 과정으로의 지출 관리가 필요하다.

지출 규모는 가격과 이용량의 곱에 비례하므로 지출 규모를 합리적으로 통제하기 위해서는 가격과 이용량에 대한 관리가 필요하다. 사실 그간 지출 관리는 체계 또는 시스템 차원에서 의료공급자를 대상으로 하는 정책적 개입을 통해 이루어졌다. 가격 관리 방식은 건강보험 급여 가격을 낮추거나 환자 부담을 늘리는 방안이 있을 수 있으나, 현재의 건강보험 수가와 본인부담 수준 등을 고려했을 때, 쉽게 조정 가능한 부분은 아니다. 따라서 변화하는 의료수요의 특성을 반영하고 제공량에 대비한 질을 추구하는 가치지향적인 서비스 제공체계에 대한 요구를 반영할 수 있도록 지불제도에 대한 논의도 필요하다. 이용량에 취약할 수밖에 없는 행위별수가제도를 보완하고, 좀 더 합리적인 보상방식을 적용할 수 있도록 신포괄수가제 등의 적용을 다양하게 시도하여야 한다.

또한, 공급자뿐만 아니라 수요자를 중심으로 한 이용과 지출의 적정화 방안도 필요하다. 사후적인 이용량 통제 방식은 의료공급자에 의한 유인수요를 최대한 억제하는 모니터링 제도이므로 이용체계에서도 환자 필요에 기반한 의료이용 체계를 마련하고, 합리적 선택을 유도하는 제도를 설계해야 한다. 건강 성과와 무관한 부적정 과다이용에 대한 관리를 강화하고, 중증도(경증-중증, 입원-외래)별 기능을 반영하여 종별(1차-2차-3차) 기능에 따른 본인부담률을 조정하는 방식 등이 해당한다. 실제 정부는 경증환자 본인부담 차등제도의 대상질환을 기존 52개에서 100개로 확대한 바 있다. 또는 노인외래정액제의 적용 연령, 대상 조건, 배제 기준 등의 개선이 적용될 수 있다(신현웅, 2020). 일례로 만성질환 노인이 만

성질환관리제에 참여하여 건강개선 성과를 보이는 경우, 노인정액제를 적용하는 등의 방식이 될 수 있다. 현재에도 건강보험가입자 중 연간 외래일수가 고혈압 또는 당뇨병 환자의 의약품 소지율에 따라 과다·과소·일반 관리군으로 분류, 안내문 발송과 상담관리를 통해 적정 투약관리 또한 제공되고 있다.

다. 선제적 재정계획 수립과 모니터링

건강보험 재정 안정화를 위해서는 거시적·중범위적·미시적 차원의 목적이 동시에 달성되어야 한다. 오윤섭(2012)에서 제안된 차원별 관리 분야는 다음과 같다. 1) [재정수입·지출관리] 재정수지 균형을 위한 재정수입·지출체계와 관리는 적절하고 효과적인가? 2) [의료지원·이용관리] 합리적인 의료공급체계가 구축되어 있는가? 3) [가격·사용량 관리] 각 의료기관 내 서비스 생산과 소비의 효율화를 위한 조치는 적절하고 유효한가?

〈표 10-14〉 건강보험 재정 안정화를 위한 핵심관리 분야

구분	관리 분야	대상
거시적	재정수입관리 재정지출관리	· 재정수지 균형을 위한 재정수입·지출체계와 관리는 적절하고 효과적인가? - 재정수입 조달체계(보험료 부과 및 징수, 국고지원 등)의 적절성과 효과성 - 총지출 관리체계(특히 급여심사)의 적절성과 효과성
중범위적	의료자원관리 의료이용관리	· 합리적인 의료공급체계가 구축되어 있는가? - 의료자원(병상, 의료기관 수, 의료장비 등)에 대한 관리는 적절하고 효과적인가? - 종별 의료기관(의원·병원·종합병원·약국 등) 간 지출구조의 효율화 조치는 적절한가?
미시적	가격(질) 관리 사용량 관리	· 각 의료기관 내 서비스 생산과 소비의 효율화를 위한 조치는 적절하고 유효한가? - 가격은 가격의 자원배분 기능을 수행하도록 적절하게 관리되고 있는가? - 의료서비스의 사용량에 대한 관리는 적절한가?

자료: 오윤섭(2012). p.33 〈표 2-3〉

무엇보다 환경 변화에 따라 건강보험 재정의 운영과 관리 방향도 변화해야 할 것이다. 과거와 기존에는 재정절감을 통한 지출효율화를 목표로 했다면, 향후에는 불필요한 재정 절감과 건강성과(outcome)를 고려한 재정 관리를 추구하게 된다. 단순 재정 절감을 목표로 하는 재정 관리가 아닌 불필요한 지출은 감소하되, 필요한 지출은 효과적으로 관리하는 "Smart spending"을 목표하게 될 것임에 따라 재정 계획의 수립 및 재정변동 요인의 통합적·연속적 관리와 제공 서비스 변화에 따라 건강보험과 장기요양보험 간 별도의 관리체계에서 변화가 필요하다. 지출이 증가할 것으로 예상되는 분야를 중심으로 선제적 모니터링 체계를 구축하고, 이상 경향이 발생할 시 적절한 방안이 조치될 수 있도록 재정관리 강화 전략이 필요하다.

제5절 지역 인구 변화와 보건의료제도

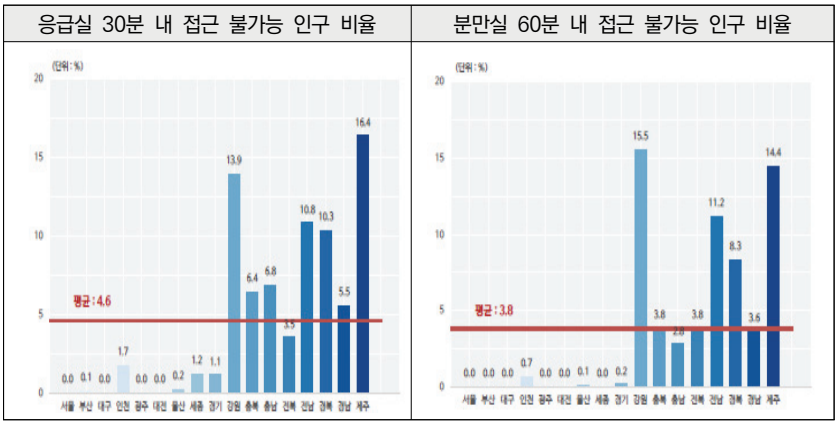
1. 진단 및 정책현황

가. 필수 의료영역에서의 지역 간 불균형

수도권으로 인구 쏠림 현상이 지속되어 2020년 수도권 인구가 비수도권 인구를 추월하게 됐고(통계청, 2020.6.29.), 소멸위험지역은 228개 시군구 중 105개로 46%를 차지하면서 지역소멸 문제가 가시화되고 있다(기획재정부, 2021.7.7.). 지역의 인구감소는 경제성장 둔화로 인한 일자리 감소, 의료·교육·문화·교통 등 전반적인 생활여건 악화를 초래하게 되는데, 의료서비스 공급 부족으로 지역 간 건강 격차가 발생하는 등 불균

형 문제가 지속되고 있다. 실제 지역에 따라 사망률 차이가 발생, 입원환자 사망비는 시도 간 1.4배, 응급환자 사망비는 시도 간 1.2배 격차를 보였다(보건복지부, 2019.11.11.). 지역 간 건강결과 차이는 지역 내 양질의 의료서비스 자원이 부족하고, 이로 인해 서비스에 대한 접근성에 제약이 생기기 때문이다. 응급실에 30분 내 접근이 불가능한 인구 비율은 전국 평균 4.6%인데 비해 제주(16.4%), 강원(13.9%)에서 높은 비율을 보였고, 분만실에 60분 내 접근이 불가능한 인구 비율(전국 평균 3.8%)은 강원(15.5%), 제주(14.4%)에서 높았다(보건복지부, 국립중앙의료원, 2020). 이에 수도권이나 대도시가 아닌 지역은 진료를 위해 다른 지역으로 이동하고 있는데, 전문진료질병군 입원진료의 지역 내 이용률은 서울지역 93%지만, 경북지역 23%였다(보건복지부, 2019.11.11.).

[그림 10-6] 시도별 의료 접근성 차이(2018년)



자료: 보건복지부, 국립중앙의료원(2020). p.91, 〈그림Ⅱ-2-3-3〉, 〈그림Ⅱ-2-3-4〉

이처럼 일부 지역은 필수의료 자체를 충족하기 어렵고, 진료를 위한 지역 이동은 사회적 비용을 초래하기도 한다. 그러나 인구규모가 작은 지역

은 의료수요 또한 부족하기 때문에 응급 및 중증진료를 제공할 수 있는 양질의 인프라를 갖추어 운영되기 어려운 상황이다. 현재에도 취약지와 필수의료 분야를 대상으로 건강보험 수가 지원 또는 예산 지원 등의 정책적 지원이 이루어지고 있으나, 인프라를 유지하고 확충하는 데에는 한계가 있다. 지역의 의료자원을 확충할 수 있는 지원과 함께 지역 단위 의료전달체계가 성립될 수 있도록 정책 지원이 확대되어야 한다.

정부는 2019년 11월, 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책(2019.11.11.)」을 발표하여, 필수의료의 접근성을 확보할 수 있도록 지역의료자원을 확충하고, 지역보건의료기관 간 협력을 강화하고자 하였다(보건복지부, 2019.11.11.). 필수의료 수행이 가능한 중소병원을 '지역우수병원'으로 지정하여 건강보험수가를 가산('지역가산'), 특히 응급·중증소아·외상·감염 부문의 수가를 개선해주고, 취약지 의료기관, 응급실·분만실 등 필수의료영역에 신포괄수가 가산을 강화하도록 하였다.

더불어 코로나19 감염과 유행이 지역 단위로 발생하면서 지역 간 의료격차 문제가 두드러지자, 정부는 「공공의료체계 강화 방안(2020.12.13.)」을 통해 지역 완결적 보건의료 체계 구축을 중요한 과제로 제시하였다(보건복지부, 2020.12.13.). 2025년까지 70개 진료권 내에 96개 지역책임병원(공공+민간)을 지정하여 심뇌혈관질환 및 감염병 등 필수의료 거점 역할을 수행하도록 하고, 지역책임병원에 수가 가산을 통해 재정적 인센티브를 부여해주도록 계획하고 있다. 또한, 지역 내 환자 의뢰 시 수가 가산, 진료정보 제공 수준에 따라 보상수준을 차등화하는 방안도 마련하였다.

〈표 10-15〉 공공의료체계 강화 방안 주요 내용

보다 강화된 공공의료체계 확립		필수의료인력 확충 및 지원		지역 완결적 의료 여건 조성	
시설	감염병 및 중증응급 대응 가능한 지방의료원 확대	의사	의정협의체 논의	체계	지역책임병원 중심 지역 완결적 필수의료체계 확립
운영	감염병에 안전한, 질 좋은, 스마트병원으로 혁신	전공의	수련체계·환경개선 및 전공-진로 연계 강화	재정	지역 필수의료에 대한 보상 강화
체계	공공의료기관 간 역할 정립 및 연계 강화	간호사	필수의료 분야 간호사 확충 및 근로 여건 개선	협력	중앙·지방의 협력 거버넌스 구축

자료: 보건복지부(2020.12.13.). p.3 재구성

지역 간 보건의료자원의 불균형은 정책적 필요성뿐만 아니라 수요자인 국민 요구도 또한 높은 과제로 꼽힌다. 국민 대상 의견 조사 결과, 우리나라 보건의료 체계 문제점으로 응답자 44.1%가 "지역 간 의료 불균형"을 지적하였다(국민권익위원회, 2020.9.1.). 그 외 특정 분야 의사 부족에 대한 수요가 39.9%로 많았으며, 건강보험 수가체계(36.2%), 대형병원 집중 등 의료전달체계 왜곡(17.3%), 간호인력 열악한 처우(9.1%) 순으로 응답하였다(국민권익위원회, 2020).

이처럼 지역 간 건강결과 또는 보건의료서비스에 대한 접근성의 격차는 이미 발생되고 있고, 앞으로 심화될 수 있다. 정부의 '완결형 지역의료체계' 추진 방향과 전략이 완벽하더라도, 해결하는 데에는 한계가 예상된다. 지역 간 건강 격차는 지역의 전반적인 환경과 여건 등과 밀접한 관계가 있으므로 보건의료 정책적 접근뿐만 아니라 지역의 보건의료 체계에 영향을 줄 수 있는 모든 정책에 대한 검토(Health in All Policies framework)가 기본적으로 필요하다.

나. 임신·출산 취약계층의 격차 심화

임신·출산 지원 정책은 대상자의 지역 특성을 반영한 정책 지원이 무엇보다 중요한 분야 중 하나로 실제 지방자치단체 단위로 다양한 정책이 활성화되어 있는 대표적인 사례이다. 그러나 출산율 저하로 전국적으로도 분만 인프라는 감소하고 있고, 이에 지역 간 불균형은 더욱 심화되었다. 산부인과는 2014년부터 새로 개설되는 의원보다 폐업하는 의원이 더 많은 것으로 나타났는데, 개폐업 역전 현상은 지금까지 지속되고 있다(고수진, 2015.9.8.; 김용주, 2021.2.24.).

정부는 2008년부터 분만 가능한 산부인과가 없는 분만 취약지역을 해소하고자 지원사업을 추진해 왔다. 분만 취약지는 60분 내 분만의료이용률이 30% 미만이면서 분만이 가능한 의료기관으로부터 60분 내 접근이 불가능한 인구 비율이 30% 이상인 시군으로 선정하며, 2021년 기준 30개 시군이 해당한다(보건복지부, 2021.4.20., p.13).

〈표 10-16〉 분만 취약지 지원 현황

(단위: 개소, 백만 원)

구분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
개소수(누적)		3	7	11	25	31	35	35	36	37	40
유형별 지원 현황	분만(22)	3	2	4	2	1	2	2	2	1	3
	외래(13)		2	-	7	5	2	-2	-1	-	-
	순회진료(5)	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-
예산액(백만 원)		1875	1900	3950	4875	5525	5725	6850	7050	8725	-

자료: 보건복지부(2021.4.20.). p.13

그러나 산부인과가 없는 시군구는 계속 증가하고 있고, 특히 취약지역 산모의 건강 문제와 사회경제적 부담이 발생하고 있다. 농어촌 산모는 도시 지역 산모에 비해 주요 합병증, 유산 또는 자궁 외 임신 및 기타 임신에

따른 합병증과 임신중독증 발생률이 높은 것으로 조사된 바 있다(보건복지부, 2021.4.20.). 또한, 대부분의 취약지역은 자체 예산으로 산부인과를 유치하기가 어렵고, 지역의 인구 감소는 출산율 저하, 분만 인프라 취약, 분만 환경 악화로 인해 인구 유입의 감소, 다시 출산율 저하의 심화로 악순환된다. 분만이 없어도 인력과 공간이 대기상태로 준비되어야 하고, 최소 인력이 24시간 운영되어야 하는 분만실의 특성과 지속되는 저출산 현상을 고려해 취지와 현실에 맞는 지원이 필요하다(건강보험심사평가원, 2015).

2. 정책 개선 방향

가. 지역의료 자원의 확충 및 협력 활성화

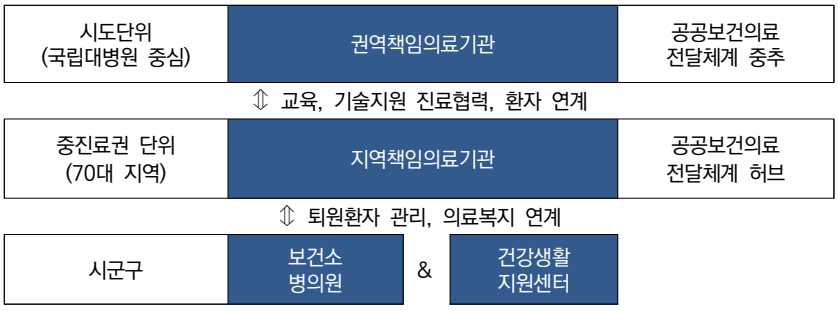
지역 인구 변화에 대비한 보건의료체계가 실제 지역 간 불균형을 해소할 수 있으려면 초기 투자 중심 또는 분야별 분절적인 지원에 그치지 않고 지역 단위 체계가 지속가능할 수 있는 제도가 마련되어야 한다. 이를 위해서는 서비스 제공의 근간이 되는 자원의 확충과 더불어 확충된 자원이 적극적으로 활용될 수 있도록 지역 내 체계의 협력을 활성화하는 전략이 필요하다.

먼저, 자원의 확충은 크게 적정 기관과 인력의 확충으로 구분할 수 있다. 필수적인 의료서비스는 지역 내에서 이용할 수 있도록 지역우수병원을 지정하도록 하고, 지정기관에는 별도의 보상체계를 적용할 수 있다. 양질의 의료기관이 없는 지역은 시설을 신설하거나 확대, 일부 특정 분야에 따라서는 기능을 특성화하여 지원하는 방안 등이 고려될 수 있다. 그러나 시설의 확충은 인력의 양성과 확충 방안이 선제되어야 한다. 취

약지 의료인력 인건비를 지원하거나 기관 간 인력 교류 방안이 적용될 수 있다.

자원의 확충과 더불어 지역 내에서 의료서비스 전달체계가 확립될 수 있도록 지역의료 협력 활성화가 필요하다. 이에 정부는 지역책임의료기관 지정을 목표하고 있다. 지역 책임의료기관은 지역 내 필수의료 간 연계와 조정하는 역할을 하도록 하고, 권역 책임의료기관은 좀 더 난이도 있는 필수의료의 진료 기능을 하면서, 권역 내에서의 협력체계를 구축하도록 하였다(보건복지부, 2020.12.13.).

〔그림 10-7〕 권역·지역 책임의료기관 제도(안)



자료: 보건복지부(2020. 12. 13.). p.8 재구성

기관별 역할이 강화되고 제 기능을 하기 위해서는 건강보험 보상이 강화되어야 한다. 지역 내 의뢰-회송 시 수가를 가산하거나, 환자의 진료정보교류 시 전자적 진료정보를 활용하여 제공한 경우 추가 보상하는 방안 등이 있다. 특히 환자 상태에 따라 입원에서부터 퇴원까지 치료계획를 수립하여, 퇴원 후 서비스까지 연계하는 통합 관리가 가능할 수 있도록 수가 지원이 뒷받침되어야 한다. 현재 민간 의료기관 중심으로 운영되고 있는 “협력병원 네트워크”를 제도화하거나 지역 내 의료체계 강화에 적극 활용한다면 지역 불균형 해소방안으로도 논의될 수 있다. 협력병원 네트

워크는 지역사회 내에서 민간의료기관 간 비교적 규모가 큰 모(母)병원과 규모가 작은 자(子)병원이 네트워크를 구성하여 환자를 의뢰하는 체계를 의미한다. 이는 개방병원제도를 통해 건강보험에서도 사실 정책적으로 제도화하고 있다. 그러나 뚜렷한 인센티브가 없어 활성화되지 못하고 있다. 따라서 자원이 취약한 지역의 공공병원은 필수 의료를 충족시킬 수 있는 인력, 시설과 장비를 갖추고, 이를 의료서비스 공급자에 개방하는 방안 등도 고려해봄직하다.

〔그림 10-8〕 권역·지역 책임의료기관 간 연계체계

<table>
<tr><th></th><th></th><th>권역책임의료기관</th><th>지역책임병원</th><th>보건소
병의원</th></tr>
<tr><td rowspan="3">필수
의료</td><td>심뇌혈관
응급 등</td><td>· 중증외상 치료
· 심뇌혈관 치료</td><td>· 골든타임 내 1차 처치</td><td rowspan="2">· 만성질환
· 건강관리</td></tr>
<tr><td>고위험
분만소아</td><td>· 고위험 산모·신생아 통합치료
· 어린이 공공전문 진료</td><td>· 고위험산모 분만
· 신생아치료</td></tr>
<tr><td>신종감염병</td><td>· 중증 감염병 환자 치료</td><td>· 중증도 감염병 환자 전담진료</td><td>호흡기클리닉</td></tr>
<tr><td>高난도</td><td>희귀질환,
암</td><td>· 환자치료</td><td>· 진단검사
· 상급병원 의뢰</td><td></td></tr>
</table>

자료: 보건복지부(2020. 12. 13.). p.16

나. 임신·출산 취약계층의 의료서비스 접근성 강화

전반적인 출산율 저하를 경험하고, 특히 지역 인구의 감소 양상을 고려했을 때, 단순한 수가 가산과 같이 분만 건에 비례하는 지원 제도로는 분만건수가 계속 감소할 것으로 예측되는 인구학적·사회경제학적 환경에서 필수 인프라를 유지하는 방안이 되기에는 역부족이다. 현재까지는 출산을 위해 임산부 및 보호자가 분만할 산부인과를 직접 찾아 방문하고, 외

래 진료를 이용하다가 해당 병원에서 출산하였다. 따라서 지역 내 분만시설이 없으면 다른 지역으로까지 외래 진료를 가야 했고, 특히 사회경제적으로 취약계층의 경우 의료 접근성에 더 제한받는 상황이었다. 이에 분만 인프라가 부족한 지역의 임산부가 지역 내의 분만서비스를 이용하고 싶을 경우 지역 통합센터를 활용할 수 있도록 전달체계를 구축하고 선택할 수 있는 방안을 마련할 수 있다. 앞에서 논의한 권역·지역 단위 의료서비스 전달체계와 연계하여 출산 의료전달체계를 구축하면 다음과 같다.

〔그림 10-9〕 권역 내 산모·신생아 전달체계(안)

	외래 산부인과	분만 산부인과	지역 산모·신생아 통합치료센터	권역 산모·신생아 통합치료센터
진료 역할	· 산전 진찰 · 고위험 임산부 발굴	· 산전 진찰 · 24시간 (응급)분만	· 경증의 합병증 임신 처치, 고위험 분만 수행 · 응급 산모, 신생아 처치 및 이송 · 34주 이상의 신생아 처치	· 중증의 합병증 임신 처치, 고위험 분만 수행 · 응급 산모, 신생아 처치 · 전원 환자 의뢰 시 이송 병원에 연락 · 34주 미만의 신생아 처치
출산 지원 역할	· 임산부 등록, 임산부 교육, 보건소 협력하에 모자 보건 사업 위탁수행		· 지역출산지원센터 : 전원 환자 의뢰 시 이송 병원 확인 임무 · 고위험 임산부 발굴, 관리, 의료진 교육, 임산부 교육	· 권역 출산지원센터 · 고위험 임신부 관리, 이송체계 구축, 의료진 재교육, 임산부 교육

자료: 이근영 외(2015). p.141. 〈표 5-4〉

권역 또는 지역 내에서 응급 출산과 고위험 산모의 안전한 출산 환경을 구축하기 위해서는 사전에 환자 정보교류를 통한 환자 파악이 매우 중요하다. 이를 위해 초기 방문 시부터 환자에 대한 정보 교류를 위한 인프라와 네트워크 형성이 필수적이다. 궁극적으로 기존의 분만취약지 지원사업의 정책 목표를 진료 위주로 한정하기보다는 지역 주민을 중심으로 산부인과 진료를 제공하고, 더불어 임신 전부터 출산 후까지 주기별로 맞춤형 산모 관리를 제공해주는 건강증진형 산모 관리 시스템을 제공하는 것

이 필요하다(이근영 외, 2015). 또한, 분만취약지의 증가 또는 확산을 방지하기 위해서는 2021년부터 지정하고 있는 잠재 분만취약지를 대상으로 하는 지원 정책도 확대되어야 한다. 잠재 분만취약지는 관내에 1개 산부인과가 있는 지역으로(보건복지부, 2021.4.20.) 해당 병원이 폐업하는 경우 분만취약지로 전락하게 되므로 사전에 선제적 지원이 필요하다.

제6절 소결

평균 수명 연장을 넘어 건강하게 오래 사는 것에 대한 요구도가 증가하면서 건강정책의 패러다임은 이미 질병 치료 중심에서 건강증진으로, 의료공급자 중심의 관점에서 사람 중심으로, 병원이나 시설 중심에서 지역사회 중심으로 변화하고 있다. 미래 인구구조 변화는 이러한 패러다임 변화를 가속화시킴으로써 보건의료제도의 거버넌스, 재정(financing), 서비스 공급(delivery) 등 제도 전반에 걸쳐 구조개혁을 요구할 것으로 보인다. 앞에서 논의한 주제별로 보건의료 정책 현황과 대응 전략을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 돌봄·요양 필요도 증가에 대비하기 위해서는 우선 지역사회 중심의 의료-요양-복지 통합 서비스 제공체계가 마련되어야 한다. 지역사회 내에서 독립적 생활이 가능하도록 요양병원이나 시설에서 제공되는 수준의 서비스를 지역사회 내에서 충분히 제공해야 하며, 지역사회 자원연계를 통해 퇴원 후 지역사회 복귀까지 연속적인 서비스 제공이 필요하다. 이를 위해 노인의 복합적 케어 욕구를 평가하고 대상자에 대한 연속적인 서비스 제공방안을 마련할 수 있도록 지역 내 커뮤니티 케어 지원센터를 구축할 필요가 있다. 더불어 불필요한 요양병원 장기입원을 억제하고 요

양병원이 의료기관으로서의 기능을 강화하기 위해 현재 이원화되어 있는 요양병원 환자 분류체계와 노인장기요양보험 장기요양인정조사를 통합하여 환자 분류체계를 개선해야 한다. 더불어 통합적 서비스 제공체계에 부응하는 보상체계의 마련 역시 필요하다.

다음으로 고령화에 따른 건강문제 변화에 대비하기 위해서는 취약한 일차의료의 만성질환 관리 역량을 강화해야 하며, 일차의료의사가 조정기능(coordination), 즉 의뢰-회송체계의 중심 역할을 수행하고, 지역자원과의 연계도 도모할 수 있도록 실질적인 권한을 부여하고 지원체계를 구축해야 한다. 또한, 인구 고령화는 감염병 노출과 사망위험을 증가시키는 중요한 요인이라는 점에서 감염위험을 높이는 간병인제도나 다인실 운영을 개선하고, 건강 취약 노인들이 의료공백에 노출되지 않도록 비대면 진료나 방문진료 등을 제공하는 방식에 대해서도 검토가 필요하다. 더불어 노쇠 예방 및 건강노화를 지원하기 위한 지역사회 건강증진 프로그램을 활성화해야 하며, 새로운 서비스에 대한 국민들의 보장 요구도가 지속 증가하고 있음에 따라 기존의 질병 치료 중심에서 평생 건강관리로 건강보험의 보장 범위를 확대할 필요가 있다.

셋째, 생산인구 비중의 감소와 노인인구 비중의 증가로 특징지어지는 인구구성비 변화에 대비하여 근로소득을 주 기반으로 하는 현 건강보험 제도의 지속가능성을 확보하기 위해서는 안정적 재원 확보 방안과 합리적 지출 관리 전략이 필요하다. 건강보험 재원을 확충할 방안으로는 법정 상한 기준을 앞둔 보험료율 결정 방식의 개선, 가입자 간 형평성 확보를 위한 부과체계 개편, 국고지원의 확대 및 새로운 재원의 다각화 등에 대한 논의가 필요하다. 더불어 지출 관리에 있어서는 가격과 진료량을 통합하여 총량적인 개념에서 지출 목표를 설계하고, 이해관계자 간 합의를 통해 지출을 관리할 필요가 있다. 또한, 환자 필요에 기반한 의료이용 체계

를 마련하고, 합리적 선택을 유도하는 제도를 설계할 필요가 있다.

넷째, 지역 인구 변화에 대비하여 지역 간 의료 격차 문제를 해소하고 대도시, 수도권 중심의 의료공급체계의 한계를 극복하기 위해서는 지역 단위에서의 완결형 지역의료체계가 구축되어야 한다. 초기 투자 중심 또는 분야별 분절적인 지원에 그치지 않고 지역 단위 체계가 지속가능할 수 있는 제도가 마련되어야 하며, 이를 위해서는 서비스 제공의 근간이 되는 자원의 확충과 더불어 확충된 자원이 적극적으로 활용될 수 있도록 지역 내 체계의 협력을 활성화하는 전략이 필요하다. 지역책임의료기관 및 권역책임의료기관 등 기관별 역할을 부여하도록 하고, 제 기능을 할 수 있도록 건강보험 보상이 강화되어야 한다. 이러한 권역·지역 단위 의료서비스 전달체계는 임신·출산 서비스 접근성 강화와 분만취약지 해소에도 활용될 수 있다. 또한 기존의 분만취약지 지원사업의 정책 목표를 진료 위주로 한정하기보다는 임신 전부터 출산 후까지 주기별 맞춤형 산모 관리를 제공할 수 있어야 하며, 건강증진 영역까지 확대할 필요가 있다. 특히 지역 주민을 중심으로 산모 관리 시스템이 구축되어 활성화될 수 있어야 한다.

제 11 장 인구구조 변화와 연금 정책 현황 및 대응 과제

제1절 도입

인구 고령화는 공적연금의 미래 지출 추이 및 재원조달과 직접적으로 연결되며, 기대여명 증가에 따른 수급자 수 증가와 수급기간 연장은 재정 악화의 주요 원인으로 작용한다. 1988년 도입 이후, 계속 수정적립방식으로 운영되고 있는 국민연금 재정은 보험료 부담 주체인 생산가능인구 감소로 인해 크게 악화될 것으로 예측되며(국민연금재정추계위원회, 2018, p.14), 공무원연금을 비롯한 특수직역연금도 예외는 아니다. 1998년과 2007년 두 차례에 걸쳐 소득대체율을 낮추는 방식으로 실시된 국민연금 개혁이 실시되고, 2015년에는 '더 내고 덜 받는' 방식으로 공무원연금 개혁이 실시되었으나, 두 제도 모두 재정안정화를 달성하지 못한 채 많은 개혁과제들을 안고 있는 상황이다.

본 장에서는 본 연구가 정의하고 있는 인구구조 변화인 총인구 증감, 인구 고령화, 연령별 인구구성비 변화, 지역의 인구분포 변화 중에서 인구 고령화와 연령별 인구구성비 변화에 주목하여 우리나라의 연금 정책 현황과 당면과제를 진단하고자 한다. 사실 서구 국가들의 인구구조 변화에 따른 연금정책의 변화는 인구 고령화에서 기인한 재정불안정성 문제를 해결하기 위한 합리적 기여-급여체계의 재구축, 특히 기여 인상과 급여 축소에 방점을 두는 것이 일반적이었다. 축소지향적 연금개혁을 실시한 한국의 사회경제적 상황은 이들 국가들과 동일선에서 비교하기 어려운 것이 사실이다. 이에 여기에서는 먼저 인구구조 변화와 공적연금의 관계를 재

정방식을 중심으로 살펴본다. 이어서 앞으로 연금개혁을 통해 달성해야 하는 재정적 지속가능성과 적정성, 제도와 상호작용하는 제반 여건인 노동시장 측면에서 미래 인구구조 변화에 따른 한국 연금정책의 당면과제를 진단하고, 중장기적 관점에서 정책적 대응방안을 제시하고자 한다.

제2절 인구구조 변화와 공적연금의 재정방식

인구구조 변화는 공적연금의 재정방식과 밀접하게 연관된다. 인구 고령화 속도가 빨라지고 경제적 여건이 달라지는 상황에서 향후 어떠한 재정방식이 적절한지, 전환시점은 언제여야 하는지를 두고 치열한 논쟁이 계속되고 있다. 이론적으로, 부과방식[37]은 인구구조 변화에 상당히 민감하게 반응하며, 이때 내부수익률은 노동시장 변수와 인구 변수의 영향을 받게 된다(Myles, 2002). 일국의 부과방식에서 재정건전성은 높은 출산율과 노동시장 참여, 높은 수준의 임금상승률과 연계되어 있다(Myles, 2002; 김수완, 2020, p.144 재인용). 임금상승률이 자본수익률보다 높고, 생산가능인구가 계속 증가할 시에는 부과방식이 유리할 수 있지만, 오늘날 인구구조 변화는 부과방식을 유지하는 데 부정적으로 작용한다(김태일, 2015, p.50). 이러한 이유로 과거 부과방식으로 공적연금을 운영하던 서구 국가들은 인구 고령화에 따른 재정부담이 커지면서 재정안정화 중심의 연금개혁을 실시하였다.[38] 참고로, 급여결정 및 재정방식에

37) 총실질임금의 연간성장률로, 여기서 총실질임금은 미래 급여청구를 충당할 기금을 미리 축적하지 않는 대신, 매년 퇴직세대의 연금지급을 위해 당해 근로세대에 보험료를 부과하는 방식을 말한다.

38) 1950년대부터 1970년대 사이에 도입되었거나 확대된 소득비례형 연금제도는 대체로 부과방식의 DB형이었다(Myles, 2002).

따라 연금제도를 구분하면 아래 〈표 11-1〉과 같다.

〈표 11-1〉 급여결정 및 재정방식에 따른 구분

구분	부과방식(PAYG)	부분적립방식	완전적립방식
확정기여 (DC)	NDC (이탈리아, 폴란드)	완충기금을 보유한 NDC(스웨덴)	강제저축형 (남미 국가들)
확정급여 (DB)	조세 재원 기초연금 (네덜란드, 덴마크) 소득비례형 공적연금 (프랑스, 독일)	적립기금을 보유한 소득비례형 공적연금 (한국, 미국, 일본)	주로 기업연금

자료: 국민연금연구원. (2008). 공적연금의 이해, p.107.

인구 고령화 속도가 지나칠 정도로 빠를 때 부과방식은 내부수익률과 비용증가율 간 불균형 문제에 봉착한다. 기술발전에 따른 생산성 향상은 퇴직자에 대한 부양비용을 감소시키지만, 기술혁신으로 사회 전체의 총생산성이 높아지더라도 이것이 고령화에서 기인하는 충격을 상쇄하는 정도는 둘의 속도 차이에 따라 달라진다. 만약 둘 사이의 상쇄가 가능하더라도 부과방식 내부수익률에 영향을 주는 총실질임금의 연 상승률이 낮으면 기여 기반으로 운영되는 공적연금의 재정불안정성은 개선되지 못할 가능성이 크다(김수완, 2020).

결국 공적연금이 완전적립방식으로 전환할 수 없는 상황 속에서 부과방식—혹은 부분부과방식—이 재정안정화를 위해 어떠한 방식을 채택하느냐에 따라 결과는 달라질 수 있다. 그중 대표적인 것이 '고정된 상대지위모형(FRP, Fixed Relative Position)이다. FRP는 수급자 1인당 급여대비 근로인구 1인당 소득비율을 인정하게 유지시키는 것으로, 독일을 비롯한 서구 연금개혁이 FRP 방식으로 기여와 급여 간 균형을 찾는 방식으로 실시되었다(김수완, 2020). 연금개혁의 재정안정화는 지출을 억제하거나, 수입을 확대하는 방식을 둘 다 택할 수도 있고, 어느 하나만을 택

할 수도 있다. 한국의 국민연금은 적립방식과 부과방식이 혼재되어 있다는 점에서 일부 부과방식 연금제도의 재정안정화 달성방식이 적용될 수 있다. 기존 연금개혁에서는 소득대체율 인하(70%→40%), 수급개시연령 연장(60세→65세) 같은 지출 억제에 초점을 두었다(〈표 11-2〉 참조).

〈표 11-2〉 부과방식 연금제도의 재정안정화 방식

구분	지출 억제	수입 확대
조정	급여수준 조정 (소득대체율 인하)	기여 조정 (보험료율 인상)
논리 변화	급여자동조정요소 (DB → DC적 요소)	적립률 강화(부분적립방식) 일반재정 투입
대상 조정	수급개시연령 연장	기여 기반 확대

자료: 김수완. (2020). 한국의 연금 진단과 계층별 노후소득보장: 기초연금 강화와 다층보장체계 구축. p.149.

제3절 한국의 공적연금 현황 및 당면과제

한국의 공적연금체계는 조세 기반 기초연금(0층), 사회보험 방식의 국민연금 및 특수직역연금(1층), 퇴직연금(2층), 주택연금 등 개인연금(3층)으로 구성되어 있다. 외형적으로는 다층노후소득보장체계를 구성하고 있으나 각 층(tier)의 역할이 불분명하고, 국민연금에서 여전히 가입(적용)과 수급의 사각지대가 발생하고 있다. 실제로 2019년 12월 말 기준, 납부예외자와 장기체납자를 합산한 규모는 약 433만 명에 달한다([그림 11-1] 참조). 2020년 12월 기준, 18~59세 인구의 60.1%가 공적연금에 가입되어 있고, 동 연령대 경제활동인구의 82.7%가 공적연금에 가입된 상태이다(류재린, 2021).

이어서 2008년 이후 지난 10년간 65세 이상 노인의 공적소득보장 수급현황을 살펴보면, 기초연금과 국민연금, 특수직역연금 수급자 수는 매년 증가해 왔으며, 국민연금 수급률 또한 2008년 21.8%였던 것에서 2018년에는 41.6%로 두 배 가까이 증가하였다(〈표 11-3〉 참조). 그럼에도 여전히 65세 이상 노인의 절반 이상이 국민연금 수급권을 갖지 못한 것으로 나타나, 노인빈곤 위험에 노출되어 있음을 알 수 있다.

[그림 11-1] 공적연금 가입실태(2019년 12월 말 기준)

(단위: 천 명, %)

<table>
<tr><td></td><td colspan="6">18~59세 총인구 32,129천 명</td></tr>
<tr><td rowspan="4">비경제
활동인구
8,705천 명</td><td colspan="5">경제활동인구 23,167천 명</td></tr>
<tr><td colspan="4">국민연금 가입자 21,718천 명</td><td rowspan="3">특수직역
연금
가입자
1,706천 명</td></tr>
<tr><td colspan="2">지역가입자
7,232천 명</td><td rowspan="2">사업장가입자
14,157천 명</td><td rowspan="2">임의가입자
329천 명</td></tr>
<tr><td rowspan="2">납부예외자
3,277천 명</td><td>소득신고자
3,955천 명</td></tr>
<tr><td>장기체납자
1,062천 명</td><td>보험료납부자
2,893천 명</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">소계
13,044천 명</td><td colspan="2">소계
17,379천 명</td><td></td></tr>
<tr><td>총인구
대비 비율</td><td>27.1</td><td>10.2</td><td>3.3</td><td colspan="2">54.1</td><td>5.3</td></tr>
<tr><td>경제활동인구
대비 비율</td><td></td><td>14.1</td><td>4.6</td><td colspan="2">75.0</td><td>7.4</td></tr>
</table>

주: 1) 국민연금 가입자와 특수직역연금 가입자의 합의 경제활동인구를 초과하는 것은 비경제활동인구 중 일부가 국민연금에 가입하고 있기 때문임.
2) 비경제활동인구, 특수직역연금 가입자는 통계청 경제활동인구조사 자료이며, 국민연금 가입자는 국민연금 통계 자료임.

자료: 정해식, 이다미, 이병재, 한겨레. (2021), 노후소득보장제도 개혁 담론 분석. p.57, 그림 3-1.

〈표 11-3〉 65세 이상 노인의 공적소득보장 수급 현황

(단위: 명, %)

구분	65세 이상 인구수	기초생활보장 수급자 수	기초연금 수급자 수	국민연금 수급자 수	국민연금 수급률	공무원연금 및 사학연금 수급자 수
2008	5,069,273	382,050	2,897,649	1,103,007	(21.8)	149,145
2009	5,267,708	387,847	3,630,147	1,268,935	(24.1)	163,452
2010	5,506,352	391,214	3,727,940	1,428,414	(25.9)	177,610
2011	5,700,972	378,411	3,818,186	1,605,959	(28.2)	194,208
2012	5,980,060	376,098	3,933,095	1,835,624	(30.7)	215,093
2013	6,250,986	376,112	4,045,311	2,067,085	(33.1)	238,255
2014	6,520,607	379,048	4,353,482	2,267,567	(34.8)	257,219
2015	6,775,101	455,084	4,495,183	2,467,059	(36.4)	275,649
2016	6,995,652	420,731	4,581,406	2,670,979	(38.2)	296,933
2017	7,356,106	430,549	4,868,576	2,936,683	(39.9)	325,475
2018	7,650,408	543,256	5,125,731	3,186,380	(41.6)	341,544

자료: 정해식, 이다미, 이병재, 한겨레. (2021). 노후소득보장제도 개혁 담론 분석. p.68, 표 3-2.

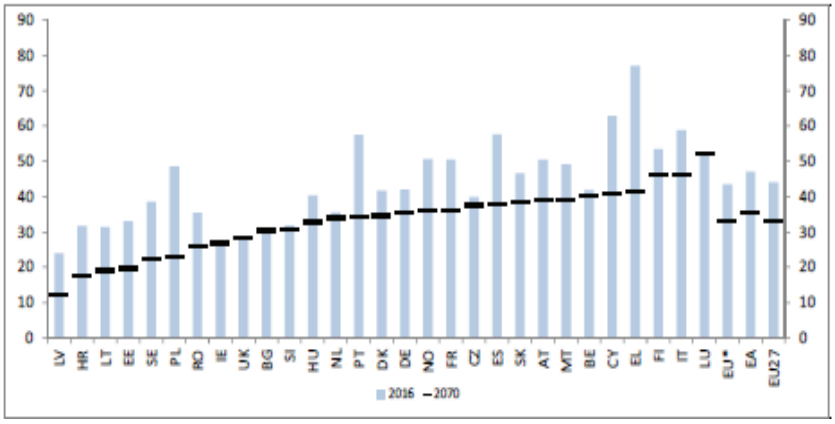
1. 연금제도의 재정 불안정성

연금제도에 내재된 재정적 지속가능성(fiscal sustainability)은 수지균형에 국한되지 않고, 후세대에게 지급될 급여 적정성과 밀접하게 연결된다. 일찍이 유럽위원회는 고령화보고서(The Ageing Report)에서 EU 회원국의 공적연금 급여율(benefit ratio) 변화 같은 장기추계 결과들을 제시하여 정책 논의에 있어서 주요한 지표로 활용하고 있다(정해식, 이다미, 이병재, 한겨레, 2021, p.36)([그림 11-2] 참조). 한국 공적연금의 재정적 지속가능성 역시 유럽위원회가 제시한 평가지표들에 기초하여 객관적으로 파악이 가능하다. 이때 연금제도의 재정적 지속가능성 평가지표는 고용률 증가, 생애 근로기간 연장, 공공재정 건전성(정부부채 등), 급여와 기여 균형, 적립식 사적연금의 안정성으로 구성된다(European Commission, 2003)(〈표 11-4〉 참조). 이 중에서 본 장에서는 공공재정

의 지속가능성, 기여-급여 균형을 중심으로 현 공적연금의 재정 상황을 파악하였다.

[그림 11-2] EU 회원국의 공적연금 급여율 변화: 2016년과 2070년 비교

(단위: %)



자료: European Commission. (2018). The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Members States(2016~2070). p.8, 그림 6.

〈표 11-4〉 유럽위원회가 제시한 연금제도의 재정적 지속가능성 평가지표

목표	주요 지표
고용률 증가	· 15~64세 총고용률 · 15~64세 여성 고용률 · 55~64세 고령자 고용률
생애 근로기간 연장	· 고령자 고용률 · 노동시장 은퇴연령(exit age) · 조기은퇴에 대한 감액 장치
공공재정의 (연금제도) 지속가능성 달성	· 공공부채 규모 · GDP 대비 공적연금 지출 규모 · 공적연금 기여율 · GDP 대비 공적연금 적립금 규모
균형 잡힌 급여와 기여 조정	· 후세대 보험료율 및 급여 적정성
적립식 (사적)연금의 적정성과 재정적 균형 달성	· GDP 대비 2층, 3층 연금제도 자산 규모 · 사적연금의 규제 방식(regulatory framework)

자료: European Commission. (2003). Adequate and sustainable pensions: Joint report by the Commission and the Council. pp.41-79 내용을 바탕으로 요약하여 저자 구성.

가. 수지 불균형

제4차 국민연금 재정계산(2018) 결과, 2042년에 수지적자가 발생하고, 2057년이 되면 적립기금이 모두 소진될 것으로 예측되었다. 이 중 보험료 부과대상자의 소득총액 대비 급여지출 비율을 의미하는 부과방식비용률은 계속 높아져 2070년이 되면 29.7%에 달할 예정이다(〈표 11-5〉 참조).

〈표 11-5〉 GDP 대비 국민연금 재정수지 전망

(단위: %, 경상가, 십억 원)

연도	GDP 대비 적립기금	GDP 대비 수입	GDP 대비 지출	부과방식비용률
2018	37.2	4.1	1.3	4.6
2020	39.3	4.3	1.5	5.2
2025	44.1	4.4	2.0	7.1
2030	47.1	4.5	2.5	9.0
2035	48.2	4.6	3.2	11.5
2040	45.2	4.5	4.2	14.9
2045	37.3	4.1	5.1	18.2
2050	24.4	3.6	5.9	20.8
2055	6.7	2.8	6.5	23.3
2057	-2.1	2.4	6.9	
2060				26.8
2065				29.2
2070				29.7
2075				29.7
2080				29.5
2085				29.0
2088				28.8

자료: 국민연금재정추계위원회. (2018). 2018 국민연금 재정계산 보고서, p.65, 표 24, p.67, 표 25 재구성.

인구 고령화 속도가 빨라지면서 5년마다 실시되는 국민연금 재정계산 때마다 부과방식비용률이 증가해 오고 있다. 2013년 제3차 재정계산 당시 2080년의 부과방식비용률은 22.6%로 예측되었으나, 그로부터 5년이 지난 2018년에는 29.5%로 크게 증가하였다(국민연금연구원, 2017)(〈표 11-6〉 참조). 2057년 기금고갈 시점에서 보험료율이 9%라는 가정하에 GDP 대비 수입비율이 3%가 채 되지 않는다는 점에서 국민연금의 수지 불균형 문제는 심각하다. 65세 인구 대비 노령연금 수급자 수는 2018년 36.2%에서 계속 증가하여 2088년 85.7%에 도달할 예정인데, 가입률 증가가 수급률 증가로 이어지는 제도의 미래 성숙시점에서 오히려 재정불안정성은 심화될 것으로 보인다. 한편 OECD 국가들의 연금기여율과 소득대체율의 상대비율을 살펴보면 각국의 연금체계 차이를 감안하더라도 기여율과 소득대체율의 격차가 높은 편에 속한다([그림 11-3] 참조). 국민연금의 소득대체율을 70%에서 40%로 삭감하였음에도 불구하고, 오랫동안 보험료율 9%를 유지해 왔기 때문이다.

〈표 11-6〉 부과방식비용률의 변화

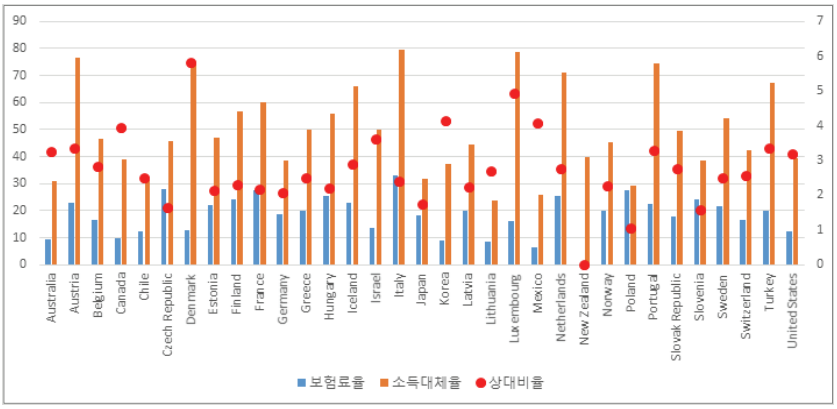
(단위: %)

구분	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080
2차 재정계산 (2008)	4.9	8.2	13.1	17.7	21.9	23.2	22.8
3차 재정계산 (2013)	5.2	8.0	12.8	17.4	21.4	22.6	22.6
4차 재정계산 (2018)	5.2	9.0	14.9	20.8	26.8	29.7	29.5

자료: 국민연금연구원. (2017). 재정목표 및 재정지표의 국제비교 연구. p.45의 내용을 바탕으로 저자 업데이트.

〔그림 11-3〕 연금기여율과 소득대체율의 상대비율 비교

(단위: %, 배)



주: 1) 소득대체율은 평균소득자의 총소득대체율 활용
2) 연금보험료로 한정하기 어려운 사회보장기여금 방식을 적용하는 아일랜드, 영국, 스페인은 제외하였음

자료: 정해식 외. (2021), 노후소득보장제도 개혁 담론 분석. p.50, 그림 2-10.

특수직역연금의 재정상황도 크게 다르지 않다. 국민연금보다 더 높은 수준의 급여를 보장하고 있지만 이미 상당 규모의 조세가 투입될 정도로 재정적자가 심각한 상황이다. 아직 적자국면을 맞이하지 않은 사학연금 역시 2029년에는 적자로 전환되며, 2049년에는 기금고갈이 예정되어 있다. 2020년 1.8조 원의 적자를 기록한 군인연금은 적자규모가 계속 증가하여 2060년에는 10.1조 원의 적자규모가 예측된다(국회예산정책처, 2020). 이러한 이유로 재정안정화를 위한 특수직역연금 개혁의 필요성이 매번 제기되고 있다. 공무원연금은 1995년 재정계산제도가 법제화된 이후, 2000년, 2009년, 2015년 세 차례에 걸쳐 개혁이 실시되었다. 가장 최근에 실시된 2015년 개혁은 지급률 인하, 소득재분배 요소 도입, 재직기간 상한 연장, 지급개시연령 연장 등 재정안정화를 위한 조치들을 강화하는 방향으로 실시되었다(〈표 11-7〉 참조). 그럼에도 여전히 세대 간 불형평성과 보전금 논란이 계속되는 중이다(공무원연금공단, 2021).

〈표 11-7〉 제4차 공무원연금개혁에 따른 제도 변화

구분		종전	개정(2015년)
기여율 및 부담률 인상		기준소득월액의 14% (공무원 7%, 정부 7%)	기준소득월액의 단계적 인상(최종 18%)
연금지급률 인하		재직기간 1년당 1.9%	재직기간 1년당 1.7% (단계적 인상)
소득재분배 요소 도입		-	지급률 1.7% 중 1%에 재분배 요소 도입
기준소득월액 상한의 하향 조정		1.8배(전체 공무원 평균기준소득월액 대비)	1.6배로 하향 조정
연금 수급요건 조정		20년	10년
연금지급개시연령 연장		2009년 이전 임용자 60세 2010년 이후 임용자 65세	모든 공무원에 대하여 65세로 단계적 인상(2033년까지)
유족연금 지급률 하향 조정		2009년 이전 임용자 70% 2010년 이후 임용자 60%	임용시기와 무관하게 60% 적용
연금액 한시 동결		물가인상률 연동	5년간 동결(2016~2020년)
연금지급정지제도 강화	전액 정지	공무원으로 재임용 시	선거직과 정부 전액 출자·출연기관 재취업 고소득자도 전액 정지 포함
	일부 정지	정지 기준: 근로자 평균임금월액	정지기준: 평균연금월액
		심사대상: 근로소득 및 사업소득 (부동산임대소득 제외)	심사대상: 근로소득 및 사업소득 (부동산임대소득 포함)
분할연금제도 도입		-	혼인기간 5년 이상자 이혼 시 해당기간 1/2 분할지급
비공무상 장해연금 도입		-	비공무상 장애로 퇴직시 지급 (공무상 장해연금액의 1/2 수준)

자료: 공무원연금공단. (2017). 2016년 공무원연금 연차보고서. p.18.

사학연금의 경우, 저출산에 따른 학령인구 감소로 인해 폐교되는 교육기관 수가 증가하면서[39] 이들에 대한 조기수급, 기여 기반 약화의 문제가 발생하고 있다(〈표 11-8〉 참조). 사학연금법에서는 폐교 시 재직 중인 교직원에게 조기에 연금수급을 허용하고 있어 재정문제를 발생시킬 수 있

39) 학령인구의 급감으로 2030년 이후에는 현존하는 대학의 절반이 폐교할 수 있다는 예측도 제기된다(김수성, 정인영, 2019, p.39).

다(정인영, 김수성, 2019). 실제로 2016년까지 폐교로 인해 사학연금이 지급되었던 경우는 누적인원 기준 19명이었던 것에서 2018년에는 285명으로 급증하였다. 중위 시나리오하에 2020년 약 1,546만 명이었던 학령인구는[40] 기금고갈이 시작된 2050년 712만 명, 2090년에는 315만 명으로 감소폭이 두드러진다(사학연금재정재계산위원회, 2020).

사학연금은 국립대병원 가입을 반영한 현행 제도가 그대로 유지될 경우, 2028년 기금규모가 최고점에 도달하였다가 이후 적자로 전환되어 2049년에는 완전고갈이 예측된다.[41] 제4차 사학연금 재정재계산 당시 2051년으로 예측되었던 기금고갈시점이 2년 더 빨라질 것이며, 그 원인은 운용수익률과 사망률 감소, 가입자 수 감소에 있다는 분석이다. 사학연금의 재정적자는 2040년 1.39조 원, 2060년 4.79조 원, 2090년 11.89조 원으로 급증하게 되는데, 이는 총지출이 총수입보다 훨씬 빠른 속도로 증가하기 때문이다(사학연금재정재계산위원회, 2020, p.91)([그림 11-4] 참조).

〈표 11-8〉 직제와 정원 개정과 폐지 관련 사학연금 지급 사례: 폐교 시

(단위: 명, 백만 원)

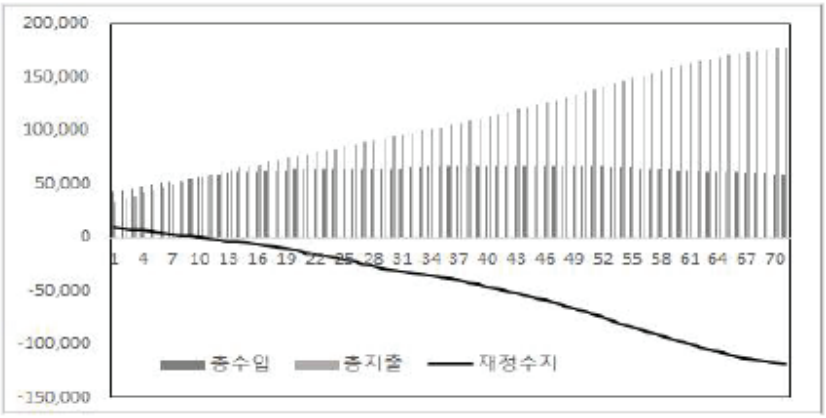
구분	누적인원	누적금액
2012년	10	112
2013년	12	362
2014년	19	708
2015년	19	1,117
2016년 6월	19	1,316
2018	285	6,151

자료: 김수성, 정인영. (2019), p.45. 표 4 재구성.

40) 유치원 3~5세, 초등학교 6~11세, 중학교 12~14세, 고등학교 15~17세, 대학교 18~21세
41) 사학연금공단 홈페이지,
https://www.tp.or.kr:9088/tp/pension/pension_0203_tab3.jsp

[그림 11-4] 사학연금의 총수입, 총지출, 재정수지 추이

(단위: 억 원)



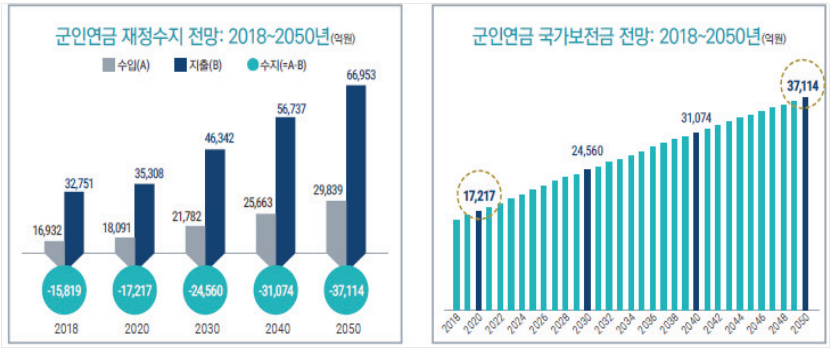
자료: 사학연금재정재계산위원회. (2020). 사학연금 제5차 재정재계산 보고서. p.82, 그림 5-8.

군인연금은 급여액 산정 시 보수월액과 복무기간을 기준으로 하는데, 특히 전투종사기간을 3배로 계산한다는 점에서 다른 특수직역연금과 비교할 때 상당히 관대한 편이다. 2017년 기준, 재정적자는 약 1.43조 원이며 2050년에는 3.71조 원에 달할 것으로 예측된다. 군인연금은 특수직역연금 특성상 제도 설계 및 내용이 공무원연금법에 준용하고 있지만 2015년 공무원연금개혁의 내용을 적용하지 않아(국회예산정책처, 2018), 재정불균형 문제가 가장 심각한 제도이기도 하다. 그중에서도 65세로 지급개시연령을 연장한 공무원연금과 달리, 퇴역 직후 바로 연금수급이 가능하다는 점에서 그 차이가 두드러진다. 제4차 공무원연금개혁 이전에 3조 원 수준이던 공무원연금의 재정적자는 2016년 이후 2조 원대로 감소하고, 1인당 국가보전금 역시 감소하는 것에 반해, 국민연금은 2020년 약 1.7조 원에서 2050년 약 3.7조 원으로 두 배 이상 증가할 예정이다(국회예산정책처, 2018)([그림 11-5] 참조).

65세 이상 노인 가운데 하위 70%에게 지급하는 기초연금의 예산 규모도

고령인구 증가와 함께 매년 높아지고 있다. 장기 재정전망 결과에 따르면, 기초연금 소요액 중 국비부담은 2020년 13.1조 원에서 2060년 34.1조 원으로 증가한 뒤, 2070년에 32.5조 원 수준에서 소폭 감소될 것으로 보인다. 다만, 현세대 노인빈곤 개선이 지금처럼 더딘 상황에서 기초연금에 대한 재정지출은 계속 높아질 것으로 전망되고 있다([그림 11-6] 참조).

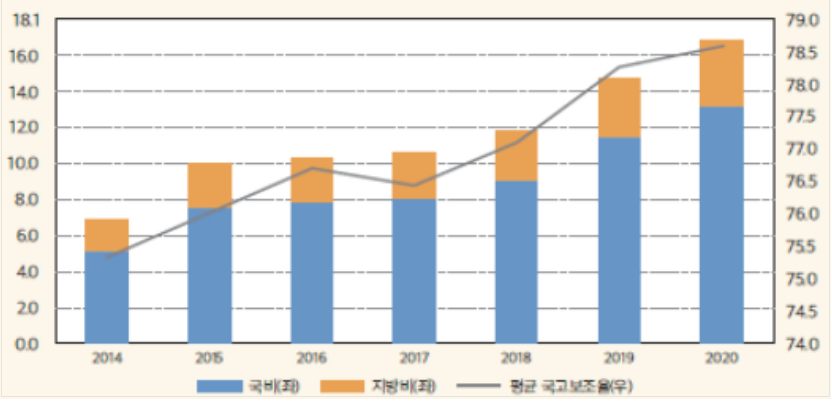
[그림 11-5] 군인연금 재정수지 및 국가보전금 전망



자료: 국회예산정책처. (2018). 2018~2050년 군인연금 재정전망. p.4.

[그림 11-6] 기초연금 예산 및 재원 추이(2014~2020년)

(단위: 조 원, %)



자료: 윤성주. (2021). 기초연금제도에 대한 소고. p.35, 그림 4.

나. 기여 측면의 적절성

한국의 국민연금은 1998년부터 현재까지 계속 9%의 보험료율을 유지하고 있다. 도입 초기, 보험료 부담이 높은 것을 감안하여 단계적으로 보험료를 상향조정하였다. 이후 개혁 과정에서 보험료율 인상 없이 소득대체율만 인하하면서 여전히 '저부담' 문제에서 자유롭지 못하다. 실제로 OECD 주요국과 비교해도 국민연금의 보험료율은 매우 낮은 수준이다(〈표 11-9〉 참조).

〈표 11-9〉 OECD 주요국의 공/사적연금 보험료율

(단위: %)

구분	공적연금		사적연금(기업연금)		전체 보험료율	자동조정 장치 도입 여부
	근로자	사용자	근로자	사용자		
오스트리아	10.25	12.55			22.8	
캐나다	5.95	5.95				
프랑스	6.9 (노령/유족) 0.4 (유족수당)	8.55	3.1~8.1	4.65~12.75	36.3 (최대)	기대여명 급여연동
독일	9.3	9.3			18.6	자동균형 장치
이탈리아	9.19	23.81			33.0	기대여명 급여연동
일본	9.15	9.15			18.3	기대여명 급여연동
한국	4.5	4.5		(8.3) *퇴직연금	9.0 (17.3)	
네덜란드	17.9(노령) 0.1(유족)	6.27 (장애)	기업별, 산업별로 상이함		24.27 (기초연금만)	기대여명 수급개시 연령 연동
스웨덴	7.0	10.21		4.5	21.71	자동균형 장치
스위스	4.35	4.35	3.5~9.0	3.5~9.0	20.9 (평균)	

주: 캐나다는 2023년 수치
자료: SSPTW. (2019), MISSOC. (2021). 01 January 2021에서 발췌하여 저자 작성.

대부분의 OECD 국가들이 공통적으로, 도입 이후 점진적으로 보험료율을 인상하여 현재 수준에 이르렀다. 그 예로, 1966년 3.6%였던 캐나다 CPP 보험료율은 향후 11.9%에 도달할 예정이며, 미국 OASDI는 2%였던 보험료율이 현재는 12.4%로 인상되었다. 일본의 후생연금의 경우에도 도입 초기 6.4%였던 보험료율이 매년 인상되어 2017년 4월 이후 18.3%를 안정적으로 유지하고 있다.

소득비례형 공적연금을 가진 국가들은 대부분 기대여명 같은 인구학적 요소에 기여 또는 급여를 연동하는 자동조정장치(automatic adjustment mechanism)를 연금개혁 과정에서 도입하였다(〈표 11-10〉 참조). 윤석명 외(2021)에서는 재정적 지속가능성을 확보하기 위한 측면에서 자동조정장치에 대한 논의가 부재한 것을 지적한 바 있다.

〈표 11-10〉 OECD 주요국의 자동조정장치 도입 현황

구분	적립식 DC	NDC	DB 또는 Point	재정균형, 인구 비율, 임금과 연계	연금수급 연령과 기대수명 연계	자동연계에 영향을 받는 소득대체율 비율
호주	○					99.8
덴마크	○				○	100
핀란드			○		○	100
독일				○		100
이탈리아		○			○	100
일본			○	○		100
한국						
네덜란드				○	○	100
스웨덴	○	○		○		100

주: 의무가입 공적연금 대상
자료: 윤석명 외. (2021). OECD '한 눈에 보는 연금'의 주요지표 시계열 분석에 기초한 새로운 유형의 일자리를 위한 연금개혁 방안. p.150.

연금개혁의 영향으로 60세였던 국민연금 수급개시연령이 65세로 점진적 인상되고 있는 것에 반해, 의무가입이 적용되는 가입상한연령은 여전히 59세에 멈춰 있다. 1998년 제1차 연금개혁 당시 적용되었던 기준이 아직 그대로 유지되고 있는 것이다. 노동시장 변화로 인해 국민연금 가입 여력이 있는 고령자 규모가 매해 증가하고 있으나, 여전히 연금개혁 논의에서 가입상한연령 연장은 사회적 수용성이 낮다는 이유로 논의되지 않고 있다. 제도 적용의 당위성 측면에서 볼 때, 가입종료는 곧 수급개시로 이어지는 것이 일반적이지만, 한국은 임의계속가입자가 되어 보험료를 납부하지 않는 이상 자동적으로 가입이 종료된다. 해외 국가들과 비교해 보면, 일본의 기초연금(59세)을 제외하면 거의 모든 국가들이 수급개시연령과 의무가입연령의 차이가 없거나, 수급개시연령 이후에도 근로활동을 계속하는 경우 의무가입을 하도록 규정하고 있다(〈표 11-11〉 참고).

〈표 11-11〉 해외 주요국의 공적연금 가입상한연령 및 수급개시연령 비교

구분	가입상한연령	수급개시연령
오스트리아	제한 없음 (근로소득 발생 시 계속 의무가입)	남성 65세, 여성 60세
독일	수급개시연령 직전까지 의무가입	67세(2029년까지 상향조정)
이탈리아	수급개시연령 직전까지 의무가입	67세(2050년까지 69세 9개월)
스웨덴	제한 없음(NDC)	62세(NDC), 65세(GP)
노르웨이	근로소득 발생 시 75세까지 의무가입(NDC)	62~75세(점진적 은퇴) 67세(GP)
스위스	수급개시연령 직전까지 의무가입	남성 65세, 여성 64세
네덜란드	수급개시연령 직전까지 의무가입	66세 4개월 (2024년까지 67세 상향조정)
캐나다	65~69세의 경우, CPP를 수급하더라도 임의가입 가능	65세(CPP)
미국	제한 없음(OASDI)	66세(2027년까지 67세 상향조정)
영국	수급개시연령 직전까지 의무가입 (NSP)	66세(NSP) (2028년까지 67세로 상향조정)
일본	후생연금 70세 미만, 기초연금 59세	후생연금: 남성은 2025년까지 65세, 여성은 2030년까지 65세로 상향조정 기초연금: 65세

자료: 이다미. (2021). 국민연금 가입상한연령 연장의 적절성 연구. p.49, 표 2-15.

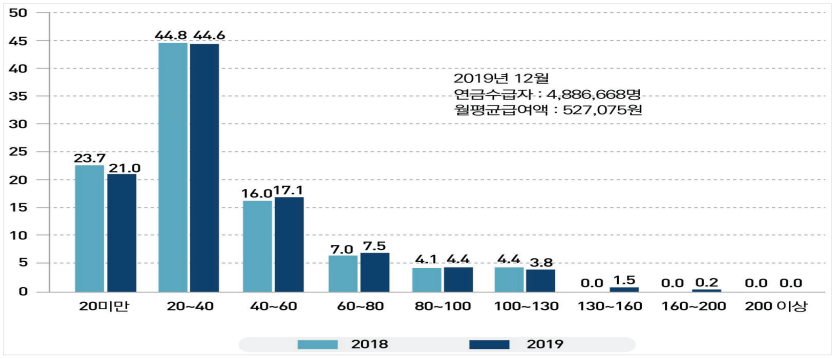
2. 급여 적정성 측면

가. 공적연금

한국 공적연금의 급여 적정성(adequacy)은 유럽연합(EC)의 고령화보고서(The 2021 Ageing Report), OECD의 Pensions at a Glance에서 제시한 기준들에 준거하여 판단이 가능하다. 이 때 기준은 미래 순소득대체율(future net replacement rate), 급여율(benefit ratio), 노후빈곤위험 등이 대표적이며, 각국 연금체계의 차이를 고려하더라도 한국 공적연금의 급여 적정성은 낮은 편에 속한다. 국민연금의 최소 가입기간(10년)을 확보하여 노령연금을 수급하는 비율은 매해 증가하고 있으나, 급여액 증가폭은 미미한 편이다. 여성의 경우, 노령연금 수급비율이 35.3%로 나타나 남성(64.7%)의 절반 수준이다(국민연금공단, 2021, p.11). 월 평균 급여액은 2019년 12월 기준, 약 52만원으로 2014년과 비교할 때 약 18만원 증가했지만 여전히 20만원도 채 되지 않은 저급여 비율이 21%로 나타난다([그림 11-7] 참조).

[그림 11-7] 국민연금의 월평균 급여액 분포

(단위: %)

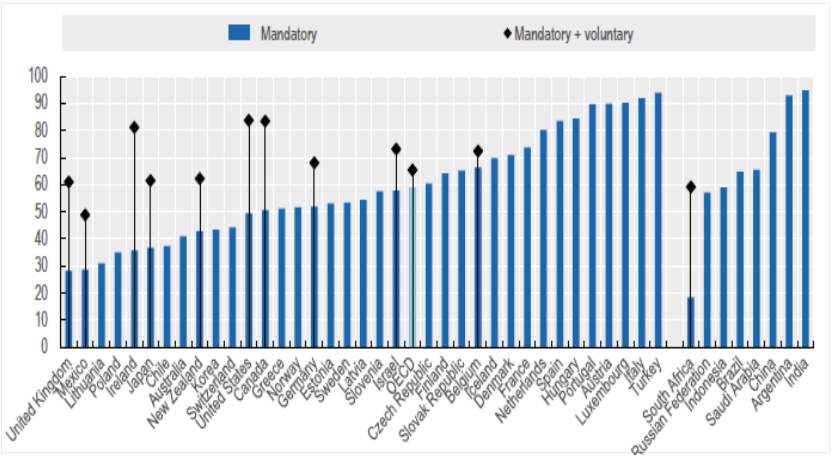


주: 1) 2019년 기준. 2) 월평균 급여액은 특례노령연금과 분할연금 수급자를 제외한 금액.
자료: 국민연금공단. (2020). 2019 국민연금 생생통계 Facts Book. p.31. 그림 16.

OECD 국가들의 순소득대체율 예측치를 비교하면 한국의 의무가입 공적연금의 경우, 유사한 경제수준과 연금체계를 가진 국가들 중 일본과 함께 40% 수준에 머물러 있다([그림 11-8] 참조). 다만, 일본과 달리 기업연금이 아직 연금체계 안에서 제대로 기능하지 못하고 있다는 점에서 동일선에서 비교하는 것은 무리가 있다.

[그림 11-8] OECD 국가들의 순소득대체율 예측치

(단위: %)

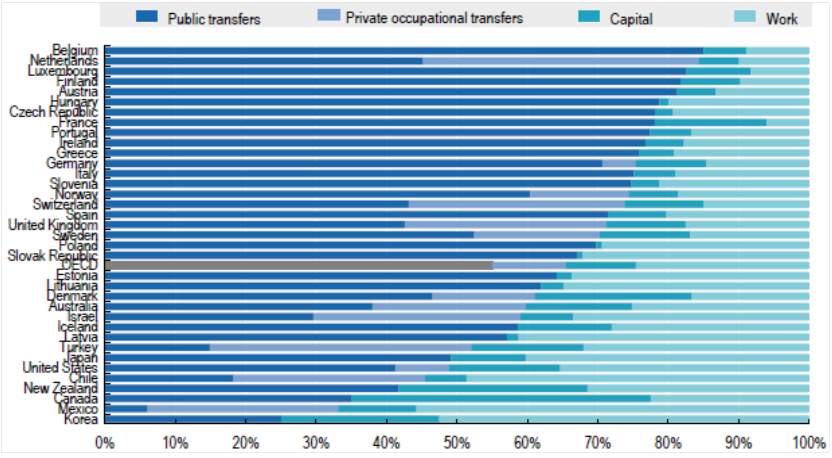


주: 22세에 노동시장에 진입한 뒤 공식 은퇴연령에 노동시장에서 이탈한 평균 임금소득자를 가정
자료: OECD. (2019). Pensions at a Glance 2019, p.31, 그림 1.13.

노후소득 구성원(income resource)을 비교해 보면, 한국은 전체 노후소득 가운데 근로소득이 차지하는 비중이 가장 높은 국가이다(OECD, 2019)([그림 11-9] 참조). 55~79세 고령층의 67.4%가 장래에도 일하기를 원하며, 주로 생활비를 벌기 위한 것(60.2%)으로 나타난다(통계청, 2020). 공적연금만으로는 노후의 적절한 소득유지 및 빈곤예방이 어렵기 때문이다. OECD 국가들 가운데 65세 이상 노인빈곤율은 43.8%로 가장 높고, 특히 75세 이상 후기노인의 빈곤율은 55.9%로 나타나 OECD 평균

과 비교할 때 압도적으로 높게 나타난다(OECD, 2019)([그림 11-10] 참조). 이러한 수치들은 공적연금의 급여 적정성을 확보하여 노인빈곤을 계속 관리해야 하는 필요성과 맥을 같이 한다.

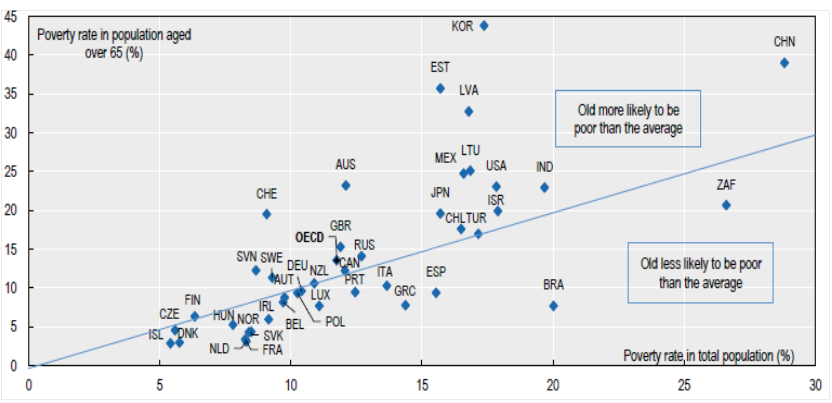
[그림 11-9] OECD 국가들의 노후소득 구성원 비교



자료: OECD. (2019). Pensions at a Glance 2019. p.185. 그림 7.1.

[그림 11-10] OECD 국가들의 전체 빈곤율 및 노인빈곤율 비교

(단위: %)



자료: OECD. (2019). Pensions at a Glance 2019. p.187, 그림 7.2.

나. 퇴직연금

현재 한국에서 은퇴 후 소득유지 기능을 보장하려면 퇴직연금의 법적 의무화와 연금화(life annuity)가 필요한 상황이다. 지금까지 퇴직연금은 노후소득보장기능보다는 금융시장 활성화의 수단으로 여겨진 탓에 이를 다층체계를 구성하는 별도의 층(tier)으로 보는 경우는 많지 않았다.[42] 10인 미만 영세사업장 소속 근로자들의 가입률이 매우 저조하고(〈표 11-12〉 참조), 자영자는 가입대상에서 제외되기 때문에 실질적인 노후보장기능을 수행할 수 있을 것인지에 대한 의문이 제기되는 것도 사실이다.

〈표 11-12〉 기업규모별 퇴직연금 도입 비율(2019년)

(단위: 개소, %)

구분	5인 미만	5~9인	10~29인	30~49인	50~99인	100~299인	300인 이상	합계
도입사업장 수(A)	78,716	121,224	120,356	26,196	21,578	12,483	4,520	385,073
도입대상 사업장 수(B)	738,337	368,426	213,105	36,029	26,933	14,728	5,025	1,402,583
도입률 (A/B*100)	10.7	32.9	56.5	72.7	80.1	84.8	90.0	27.5

자료: 통계청. (2020). 2019년 퇴직연금통계 결과 보도자료. p.7. (https://www.moel.go.kr/pension/law/stats-view.do?no=954&currentPage=1&srchKey=&srchWord= 에서 2021.9..8. 인출)

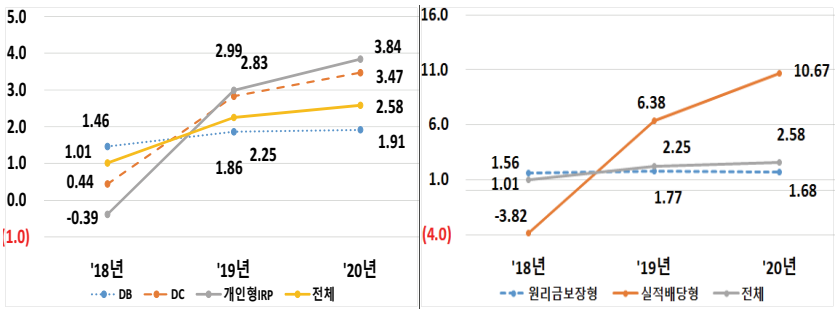
2020년 기준, 만 55세 이상에서 연금형태로 퇴직급여를 수급한 비율은 3.3%에 그쳐, 상당수가 일시금으로 급여를 수급한 것으로 나타났다(고용노동부, 금융감독원, 2021.4.5.). 최근의 변화는 노동시장 유연화에

42) 기업연금은 그 특성상 공적연금과 사적연금의 중간적 성격을 갖고, 개인의 재산권적 성격 역시 강하기 때문에 공공성 강화가 이루어지면 (명목상 공적연금화는 아니더라도) 사실상 공적연금의 역할을 수행한다고 볼 수 있을 것이다.

따른 통산성(portability)이 용이하다는 측면에서 개인형 IRP 비중이 크게 높아지는 추세이며, 그다음으로는 DC형의 비율이 높게 나타난다. 수익률은 전체 평균 2.58%에 그쳐 여전히 운용성과 측면에서 미진하다는 비판이 제기된다([그림 11-11] 참조).

[그림 11-11] 퇴직연금제도 유형(좌) 및 운용방식(우)에 따른 연간 수익률 추이

(단위: %)



자료: 고용노동부, 금융감독원. (2021.4.5.) 보도자료. p.11,
https://eiec.kdi.re.kr/policy/materialView.do?num=212456 에서 2021.9.8. 인출.

3. 노동시장 측면

얼마나 '많은' 고령자들이, 얼마나 '오래' 노동시장에 남아 있는지를 분석하는 것은 고령 노동시장과 연금제도 간 정책조합 구성과 연결되는 것으로, 앞에서 언급한 가입상한연령 연장 같은 모수적 조정 시 고려사항과 직결된다. 특히 핵심근로연령 인구가 계속 감소하는 등 노동력 감소의 심화는 과거보다 더 오래 일할 수 있게 하는 노동시장 여건의 중요성으로 이어진다. 통계청 자료에 따르면, 2012년 65%였던 핵심근로연령대 생산가능인구 비중은 65%였던 것에서 2027년에는 51%로 14%p 감소할 것으로 예측되고 있다(윤병욱, 2019)(〈표 11-13〉 참조). 결국 핵심근로연령대의 감소는 과거 연금수급자로 등치되었던 고령자들의 노동력을 활성

화하여 근로소득을 통한 노후소득원을 일부 확보하고, 공적연금 기여 기반을 확대하는 것과 연관된다.

〈표 11-13〉 핵심근로연령대(20~54세) 생산가능인구 및 비중

(단위: 만 명)

구분	2012	2017	2022	2027
생산가능인구 (비중)	2,713 (65%)	2,654 (60%)	2,535 (57%)	2,316 (51%)

주: 비중은 해당 연도 전체 규모 대비 비중
자료: 통계청. 경제활동인구조사, 중장기 인력수급전망, 윤병욱. (2019). 중장기 인력수급전망과 국민연금 가입자 규모에 대한 시사점, p.2 재인용.

생애 근로기간이 계속 길어지는 상황에서 고령자들의 경제활동 참여 양태를 살펴보고자 경제활동인구조사 근로형태별 부가조사 결과를 바탕으로 고령자들의 경제활동 변화와 주요 특성들을 살펴보기로 한다. 2012년 이후 최근 10년간 60세 이상 고령자들의 경제활동참가율은 38.6%에서 46%로 매년 증가해 왔다. 연금수급이 이미 시작되었거나 곧 앞두고 있는 60~64세 연령층—의무가입에서 배제된 집단—의 경제활동참여율 역시 매년 증가하여 63.5%로 나타난다. 또한 2011년 이후 지난 10년간 55~79세 고령자들의 경제활동참가율과 고용률도 매년 증가하여, 2020년에는 고령자 고용률이 55.%로 나타나 10년 전과 비교할 때 두 배 가까이 증가하였다. [그림 11-13]에서 알 수 있듯, 2019년 기준 55~59세 고령자 고용률은 72.7%로 OECD 평균과 비슷한 수준이나, 65~69세 연령대에서는 46.2%로 가장 높다(OECD, 2019). 이 같은 결과들은 상당수의 고령자들이 소득활동을 지속하고 있음을 보여준다(〈표 11-14〉 참조). 또한 은퇴연령의 상승은 연금급여 삭감과 유사한 효과를 갖거나, 그 이상으로 은퇴비용에 미치는 영향이 크다는 의견(OECD, 2001, p.69; Myles, 2002 재인용)을 뒷받침하고 있다.

〈표 11-14〉 연령대별 경제활동참가율 추이(2012~2021년)

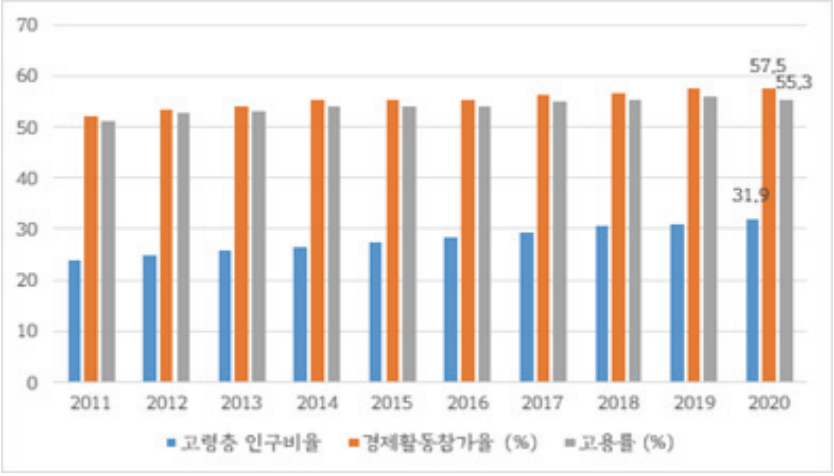
(단위: %)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
15세 이상 전체	61.6	61.7	62.7	62.8	62.9	63.2	63.1	63.3	62.5	63.7
15~19세	7.7	7.7	8.5	8.8	8.8	9.2	8.2	8.3	7.2	9.3
20~29세	62.8	61.7	63.1	63.6	64.5	63.9	64.0	63.9	61.2	63.2
30~39세	75.1	75.5	76.4	76.7	77.1	77.8	78.3	78.6	78.0	78.2
40~49세	80.0	80.0	80.9	81.0	81.0	81.1	81.0	80.2	79.1	79.7
50~59세	73.8	74.6	75.9	76.2	76.1	77.0	77.1	77.4	76.6	77.7
60세 이상	38.6	39.2	40.0	40.1	40.5	41.1	41.4	43.0	44.0	46.0
60~64세	58.0	58.8	60.0	61.2	61.6	62.5	61.4	62.1	62.5	63.5
65세 이상	30.7	31.2	31.8	31.1	31.3	31.5	32.2	34.0	35.3	37.7

자료: 통계청. (2021). 경제활동인구조사-연령별 경제활동인구 총괄. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DA7002S&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=B11&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE에서 2021. 6. 17. 인출.

〔그림 11-12〕 고령자(55~79세) 경제활동참가율과 고용률

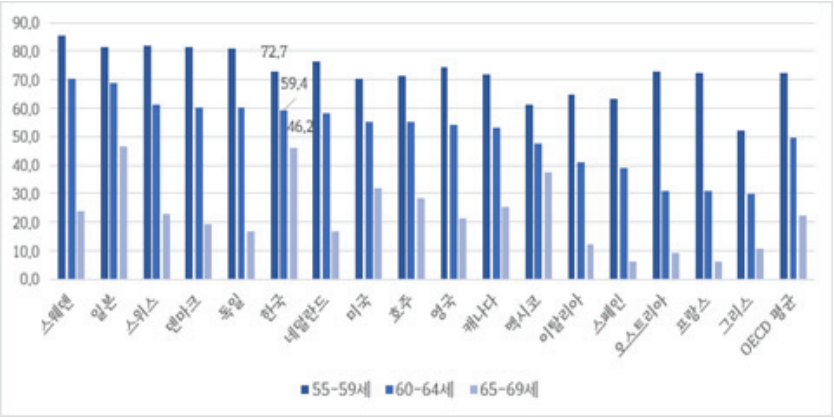
(단위: %)



자료: 통계청. (2020. 7. 28.). 2020년 5월 경제활동인구조사 고령층 부가조사 결과(보도자료).

[그림 11-13] OECD 주요국의 고령자 고용률

(단위: %)

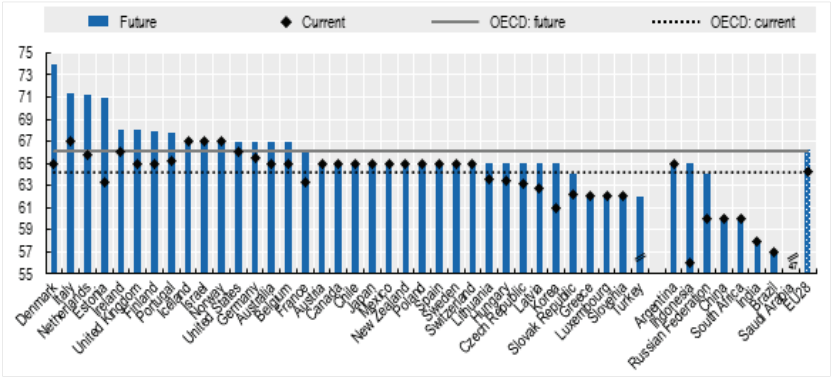


자료: OECD. (2019). Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators (https://doi.org/10.1787/888934041972)를 바탕으로 저자 작성.

2019년 기준, 한국의 정규은퇴연령은 현재, 그리고 미래에도 낮은 수준에 속하는 반면([그림 11-14] 참조), 실질은퇴연령은 남성 72세, 여성 72.2세로 OECD 평균보다 크게 높은 수준이다(통계청, 2021).

[그림 11-14] OECD 국가들의 정규은퇴연령

(단위: 세)



주: 정규은퇴연령은 22세에 입직한 사람이 완전한 연금경력을 가지고 퇴직하는 연령을 의미함
자료: OECD. (2019). Pensions at a Glance 2019, p.27의 그림 1.10.

OECD 국가들 가운데 법정은퇴연령과 실질은퇴연령의 차이가 남녀 모두 11.3세로 나타나 가장 크고, 실질은퇴연령 역시 72.3세로 압도적으로 높은 수준이다(OECD, 2019, 〈표 11-15〉 참조). 반면 생애 가장 오래 일한 주된 일자리에서 은퇴하는 연령은 평균 49.4세—남성 51.2세, 여성 47.9세—로 나타나 수급개시연령과의 차이가 크다. 정년연장, 즉 고령자들이 더 오래 일할 수 있는 노동시장 여건을 만드는 것은 향후 수급개시연령 연장, 의무가입상한 연장 등 연금개혁에 따른 제도 변화와도 직결되는 내용이다.

〈표 11-15〉 OECD 주요국의 실질은퇴연령과 법정은퇴연령의 차이

(단위: 세)

구분	남성			여성		
	실질	법정	Gap	실질	법정	Gap
한국	**72.3**	**61.0**	**11.3**	**72.3**	**61.0**	**11.3**
멕시코	71.3	65.0	6.3	66.5	65.0	1.5
일본	70.8	65.0	5.8	69.1	64.0	5.1
칠레	70.0	65.0	5.0	66.7	65.0	1.7
뉴질랜드	69.8	65.0	4.8	66.4	65.0	1.4
이스라엘	69.4	67.0	2.4	66.0	62.0	4.0
미국	67.9	66.0	1.9	66.5	66.0	0.5
스웨덴	66.4	65.0	1.4	65.4	65.0	0.4
스위스	66.4	65.0	1.4	65.0	64.0	1.0
노르웨이	66.1	67.0	-0.9	64.1	67.0	-2.9
캐나다	65.5	65.0	0.5	64.0	65.0	-1.0
네덜란드	65.2	65.8	-0.5	62.5	65.8	-3.2
덴마크	65.1	65.0	0.1	62.5	65.0	-2.5
영국	64.7	65.0	-0.3	63.6	62.7	0.9
독일	64.0	65.5	-1.5	63.6	65.5	-1.9
오스트리아	63.5	65.0	-1.5	60.8	60.0	0.8
이탈리아	63.3	67.0	-3.7	61.5	66.6	-5.1
스페인	62.1	65.0	-2.9	61.3	65.0	-3.7
프랑스	60.8	63.3	-2.5	60.8	63.3	-2.5
OECD 평균	65.4	64.2	1.2	63.7	63.5	0.2

주: 2018년 기준.

자료: OECD. (2019). Pensions at a Glance 2019 OECD and G20 Indicators (https://doi.org/10.1787/888934042029)를 바탕으로 저자 작성.

제4절 소결

미래 인구구조 변화에 따른 연금정책의 대응전략은 크게 세 가지로, '① 모수적 조정(parametric adjustment) 시 고려사항, ② 구조개혁의 장기적 방향, ③ 고령자 노동시장과 연금제도 간 정합성 강화'로 압축할 수 있다([그림 11-15] 참조). 여기서 모수적 조정과 구조개혁은 결코 분리된 것이 아닌, 연금개혁이 갖는 스펙트럼의 동일선에 있으며, 노동시장 여건 조성은 연금제도를 존속시키는 주요 요인으로 적용한다는 점에서 중요성이 매우 크다.

[그림 11-15] 연금정책 관련 이슈와 정책 대응전략의 도식화

〈인구구조 변화에 따른 정책 이슈〉		〈정책 대응방안〉	
재정안정화 달성		모수적 조정	· 자동조정장치 도입 검토 · 가입상한연령 연장 · (수용 가능한 범위 내) 보험료 인상
급여 적정성 확보 (노인빈곤 예방, 은퇴 후 적정소득 유지)	*To be* ⇒	구조 개혁	· 노후소득보장체계 재구조화(노후최저보장강화, 퇴직연금 내실화) · 국민연금과 특수직역연금 간 형평성 제고 · 재정방식 전환 논의
근로생애 연장을 위한 노동시장 여건 조성		고령자 노동시장과 연금제도의 정합성 강화	

자료: 저자 작성.

1. 모수적 조정 시 고려사항

연금정책의 대응 전략 중 하나인 모수적 조정은 "공적연금의 기본 원리는 유지하되, 기여와 지출의 수지 불균형을 개선하여 재정고갈 시점을 늦

춰나가는 점진적·미시적 접근방식"을 뜻한다(양재진, 민효상, 2008). 수급개시연령 및 의무가입연령의 연장, 기여/수급요건 조정, 급여연동(indexation) 및 급여산식 조정, 조기수급—조기은퇴—에 대한 페널티 강화[43]를 주요 골자로 하며, 그 내용은 아래 〈표 11-16〉과 같다. 여기서 조기은퇴를 제한하기 위한 노동시장정책은 후술할 고령자 노동시장 개편과도 연결된다. 다양한 모수적 조정 장치들 가운데 한국에서 현실적으로 적용 가능한 것으로 자동조정장치(자동균형장치) 도입, 가입상한연령 연장, 사회적 수용성을 고려한 보험료 인상을 꼽을 수 있다.

〈표 11-16〉 모수적 개혁(모수적 조정)의 주요 내용

개혁 조치	내용
수급개시연령 및 의무가입연령 상향조정	가입자의 기여기간을 늘리면서 기대수명 증가로 인해 과거보다 늘어난 수급기간의 단축 가능
기여율 상향조정	초과재정으로 적립금을 확보할 수 있고, 인구 고령화로 인해 증가할 미래 공적연금 재정으로 사용 가능(단, 기여율이 계속 높아지면 미래 지출 규모도 커지는 문제 발생)
기여/수급요건 조정	조기/완전노령연금 수급요건을 강화하고, 최소 가입기간을 축소하는 방향으로 변동되는 추세; 수급요건 강화는 수급개시연령 인상과 동일한 재정효과를 기대할 수 있고, 최소 기여기간 축소는 보장성 확대로 이어짐
급여연동방식 조정	물가상승률, 임금상승률에 연동, 또는 동결시켜 급여의 실질가치를 변동시킴
급여산식(formula) 조정	급여 산출 시 과거소득의 재평가 조정, 소득대체율 하향조정, 자동조절장치 도입 등

자료: 이다미. (2019). 유럽 주요국의 연금제도 변화와 빈곤 측면에서의 성과 비교연구: 노동시장 구조와의 결합. p.258, 표 1.

앞에서 살펴본 바와 같이, 지난 10년간 노동시장은 고령자들이 더 오래 일하는 방향으로 바뀌고 있다. 가입상한연령을 연장할 수 있다는 규모

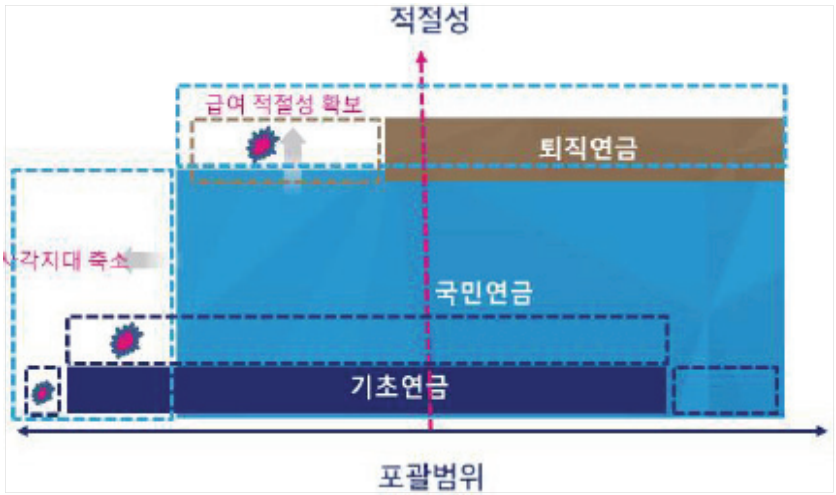
43) 조기은퇴 시 급여 감액, 수급연기 시 급여 증액

가 매년 증가하고 있다는 점에서 점진적으로 가입상한연령을 연장하는 방안 역시 검토해 볼 수 있다(이다미, 2021). 또한 제4차 국민연금 재정계산 이후 추진된 제4차 국민연금 종합운영계획(2018)에서는 사회적 수용성을 고려하여 보험료율 인상이 필요한 경우, 일정 주기마다 1%p씩 단계적으로 조정해야 함을 언급하였다. 최저수준 이상의 노후생활비를 보장하기 위한 정책대안으로 정부가 제시한 보험료율은 점진적 인상을 통해 최대 13%까지 인상할 수 있음을 강조하였다. 특히 보험료율은 균형보험료 수준에 근접하는 방향으로 단계적 인상이 필요하다(김용하, 2018, p.417). 다만, 퇴직연금 기여율이 8.3%라는 점을 고려할 때 현재 국민연금 보험료율이 낮은 수준은 아니라는 의견 역시 존재한다는 점에서 보험료 인상은 국민들이 수용할 수 있는 범위를 설정하고, 지속적인 합의과정을 거치는 것이 반드시 선행되어야 한다.

2. 구조 개혁의 중장기적 방향

장기적으로 공적연금의 제도 성숙이 이루어지고 있다는 점에서 이에 맞춰 타 제도들을 설계하는 것 역시 재정안정화 측면에서 중요한 고려사항이다(노대명 외, 2020, p.218). 현재의 노후소득보장체계를 재구조화하기 위해 노후최저보장 강화, 퇴직연금 내실화 등 제도별로 다양한 정책옵션들을 검토할 수 있다. 그 과정에서 아래 [그림 11-16]과 같이, 제도 개편은 포괄범위와 적절성 측면에서 각 제도가 기능적으로 확대될 수 있는 부분, 그리고 각 영역이 중복되거나 충돌할 경우 어떤 제도를 적용할 것이며, 어떻게 중첩하여 적용할 것인지를 고려해야 한다(노대명 외, 2020, p.184).

〔그림 11-16〕 노후소득보장제도의 역할과 기능 충돌



자료: 노대명 외. (2020). 소득보장체계 재구조화 방안 연구: 제도 간 연계·조정을 중심으로. p.184, 그림 4-1.

노인빈곤을 최소화하기 위해 노후최저보장을 강화하는 방식에는 현재 기초연금 확대, 최저연금, 보충적 소득보장제도 도입 등이 존재한다. 국민연금 중심론, 기초연금 강화론 등 연금체계를 구성하고 있는 각 제도의 역할에 대한 의견들은 전문가들마다 상이한데, 연금개혁이 계속 모수적 조정 차원에 머무를 수 없다는 사실에는 대부분 동의하고 있다. 제도별 역할이 분명해져야만 효과적인 노후최저보장제도(0층)를 설계할 수 있다는 점에서 이를 강화할 수 있는 여러 방식들을 고민해야 한다. 특히 노후최저보장은 현세대와 미래 세대 노인의 경제적 상황이 동일하지 않기 때문에, 현재 노인빈곤을 해결할 수 있는 방안과 함께, 향후 국민연금이 성숙되는 시점에서 노후최저보장제도가 어떠한 역할을 할 수 있을지도 고민해야 할 것이다. 특히 구조 개혁에 있어서 노후최저보장제도는 국민연금과 기초연금, 기초연금과 기초생활보장제도의 역할 분담이 구체적으로 논의되어야 한다.[44]

퇴직연금의 역할 재정립 역시 중요하다. 서구 국가들의 연금개혁 과정에서 사적연금의 공공성을 강화—공적 목적(public ends) 부여—하는 정책적 노력이 있었던 것과 달리(Whiteside, 2006), 한국은 이 부분이 여전히 미진한 상태이다. 여전히 퇴직연금 가입이 고용주의 의지에 달려 있다는 점에서 법적 의무화를 통해 적용대상을 확대해 나가는 것이 중요하다. 퇴직연금의 공공성 강화는 수수료 규제, 수급권 보장 등 규제자로서 국가 역할이 수반되어야 가능하다. 「근로자퇴직급여 보장법」이 개정(21.3.24.)됨에 따라 30인 이하 사업장을 대상으로 중소기업 퇴직연금기금제도가 실시될 예정이다. 영세 사업장의 열악한 상황을 감안하여 여러 재정지원을 통해 가입을 유도하는 것이 핵심인데, 퇴직연금을 통해 급여 적정성을 확보하기 위한 초석이 될 수 있을지가 관건이다.

특수직역연금의 경우, 국민연금과의 간극을 줄여가며 점진적으로 통합하는 방식도 연금개혁의 큰 틀에서는 대안이 될 수 있으며, 이를 위해 특수직역연금의 제도 현대화가 반드시 선행되어야 한다. 또한 국민연금 재정방식의 전환은 공적연금의 장기적 존립과 직결된 것으로, 인구구조 변화를 고려하여 공론화를 통한 숙의 과정이 필요한 사안이다.

3. 고령 노동시장과 연금제도의 정합성 강화

고령층의 지속적인 소득창출 여건과 기여 기반을 확충하기 위하여 고령 노동시장과 연금제도의 정합성을 강화할 필요가 있다. 이는 앞에서 언급한 모수적 조정 중 하나인 수급개시연령 및 의무가입상한연령과도 연결되는 내용이며, 최근 정년연장 등 고령자들이 더 오래 일할 수 있게 하

44) 노후소득보장제도 재구조화에 대한 구체적인 논의와 실증분석 결과들은 노대명 외(2020)를 참조할 것

는 노동시장 여건이 마련되어야만 적용할 수 있다. 연금정책과 직접적으로 관련된 것은 아니나, 네덜란드, 독일 등에서 점진적 퇴직[45]과 부분연금(partial pension), 고령근로자의 생산성 향상을 위한 직업훈련 및 인력 재배치를 조합한 국가들의 사례에 비추어 볼 때 제도적 상호보완성 측면에서 노동시장 환경 개선은 연금개혁에 따른 제도 개선을 기능하게 만드는 핵심 요소로 작용한다. 이와 관련하여 정해식 외(2020)에서는 고령자의 노동시장 참여를 제약하지 않는 노후소득보장체계를 구축해야 할 필요성을 언급하였다.

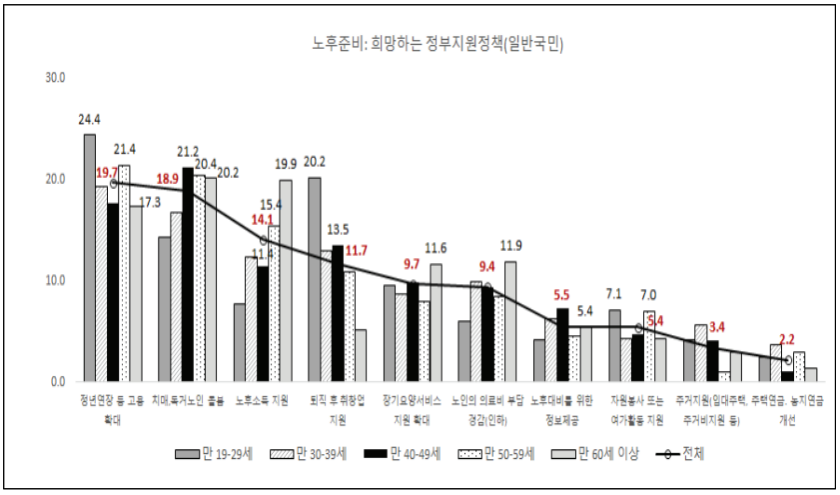
2020년 실시된 사회보장 대국민인식조사 결과에 따르면, 국민들이 노후준비를 위해 필요하다고 생각하는 정책 가운데 정년연장 등 고용확대 비율이 가장 높게 나타났다. 전문가들 역시 노후준비를 위한 정부 정책지원에 있어서 노년기 정년연장, 계속고용 및 고용기획 확대를 가장 중요하다고 보고 있다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2020)([그림 11-17], [그림 11-18] 참조). 더 오래 일할 수 있는 노동시장 여건을 조성하는 것에 상당히 긍정적으로 인식하고 있는 것이다.

제4차 국민연금 종합운영계획에서도 노후소득보장을 위한 각 제도별 역할 정립 및 기능 강화의 전제 조건으로 중장년·노인일자리 확대 등을 통한 지속적인 소득창출 여건 마련을 제시했다는 점(보건복지부, 2018, p.27)에서, 연금개혁은 재정안정화와 급여 적정성을 달성하는 것과 동시에 안정적인 근로소득 확보를 위한 고령자 노동시장을 조성하는 것이 중요하다. 그 예로, 2019년 고용보험법이 개정되면서 65세 이후에 신규 고용되거나 자영업을 개시한 이들에 대해서만 고용보험에서 적용 제외하고 있으며, 최근에는 고용보험 가입연령 연장이 논의되는 것을 들 수 있다.

45) 근로에서 퇴직으로 유연하게 이행하여 근로기간을 연장하는 것으로, 근로시간 감소로 인한 소득감소를 부분연금으로 보완하는 제도

〔그림 11-17〕 노후준비를 위해 정부에 희망하는 정책(일반국민)

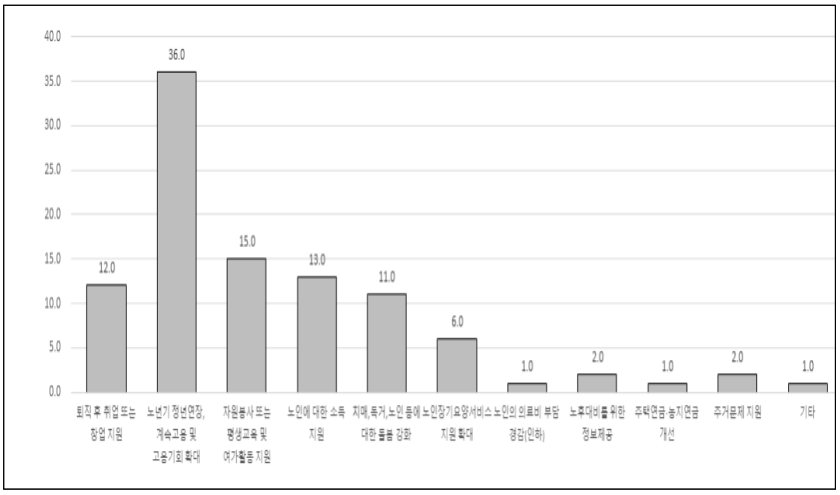
(단위: %)



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원. (2020). 2020년 사회보장 대국민인식조사. p.93, 그림 3-3-18.

〔그림 11-18〕 노후준비를 위한 정부의 정책지원에 대한 우선순위(전문가)

(단위: %)



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2020). 2020년 사회보장 전문가 인식조사. p.93, 그림 3-3-19.

제 12 장 인구구조 변화와 사회서비스 정책 현황 및 대응 과제

제1절 도입

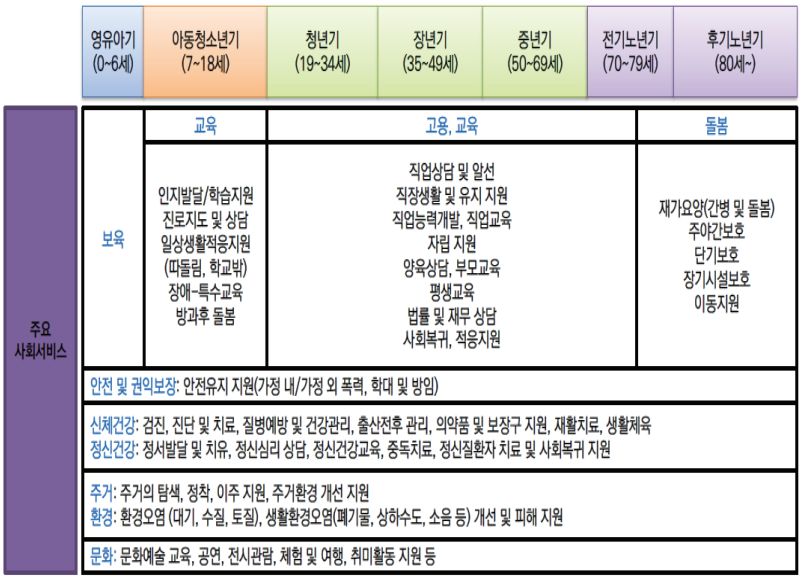
독립된 정책영역으로 사회서비스는 2000년대 중반 신사회적 위기에 대한 인식과 위기에 대응하기 위한 대안을 모색하는 과정에서 등장하였다(조성은 외, 2019). 당시 언급된 신사회적 위기는 저출산·고령화, 가족 해체, 근로빈곤, 계층 양극화, 다문화 사회로의 진입 등으로, 인구구조 변화는 사회서비스 정책 도입의 필요성을 뒷받침하는 핵심적 요인 중 하나였다. 특히, 저출산·고령화의 급속한 전개와 함께 그간 비공식 가족 영역에서 돌봄의 역할을 수행해 오던 여성의 노동시장 참여가 증가하면서 돌봄 기능을 사회적으로 지원하는 돌봄의 사회화 정책이 요구되었고, 돌봄은 사회서비스 정책의 핵심 영역이 되었다(이재원, 2012). 2007년과 2008년에 전자바우처 방식으로 노인돌봄종합서비스, 장애인활동지원, 가사·간병 방문지원사업, 산모·신생아 건강관리지원사업이 도입되고, 2008년 노인장기요양보험제도가 도입되면서 노인과 장애인을 대상으로 하는 공적 돌봄 체계의 기틀이 마련되었다. 그러나 이 때까지도 국가가 공적으로 책임져야 할 사회서비스의 범주와 영역이 명확하게 확립된 것은 아니었다.

2012년에 「사회보장기본법」이 전부 개정되면서 사회보장 체계 안에서 사회서비스의 법적 정의가 내려졌다. 법에 따르면 사회서비스는 "국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등의 분야에서 인간다운 생활을 보장하고 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참

여 지원 등을 통하여 국민의 삶의 질이 향상되도록 지원하는 제도"로 정의된다(사회보장기본법 제3조 제4호). 동법에서는 평생사회안전망 구축을 위한 주요 기제로 소득보장과 사회서비스 보장의 두 축을 제시하고 있다. 소득보장이 "다양한 사회적 위험에서 모든 국민들이 인간다운 생활을 유지"하는 것이 주된 목적이라면, 사회서비스 보장은 "모든 국민의 인간다운 생활"뿐만 아니라 "자립, 사회참여, 자아실현 등을 지원하여 삶의 질을 향상"시키는 것에 궁극적인 목적이 있다(동법 제23조, 제24조). 이 지점에서 사회서비스 정책이 소득보장 정책과 구별되는 특징이 드러난다. 의식주를 해결하는 기본 일상생활의 유지뿐만 아니라 건강한 정서·신체 발달 유지, 일할 능력을 포함한 자립적 생활 역량, 문화와 여가를 누릴 기본적 여건이 소득, 연령, 지역 등 조건에 구애받지 않고 갖춰지도록 지원하는 기능을 사회서비스가 하는 것이다.

사회보장기본법에 규정된 서비스 분야(복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경)와 제공수단(상담, 재활, 돌봄, 정보 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원)의 광범위성으로 인해 사회서비스 영역으로 포괄할 수 있는 정책 범위는 매우 확장되었다. 교육, 고용, 의료, 주거, 문화, 환경 등을 포괄하는 사회서비스의 법적 개념을 적용하게 되면 사실상 사회정책영역 전반의 문제가 사회서비스의 틀 안에서 논의될 수 있다. 사회서비스의 제도적 범위는 사회서비스가 포괄할 욕구 유형이 반영된 정책 및 제도를 기준으로 설정할 수 있으며, 정책 대상 또한 전 생애주기를 포괄하여 영유아, 아동, 청년, 중장년, 노년 등으로 [그림 12-1]과 같이 세분화할 수 있다(강혜규 외, 2018).

〔그림 12-1〕 생애주기별 사회서비스의 주요 욕구 범주와 기능의 범위



자료: 저자 작성

미래 인구구조 변화는 광범위한 영역의 사회서비스 정책 설계에 직·간접적으로 영향을 미친다. 그러나 위와 같은 광의의 개념을 적용하여 인구구조 변화에 따른 사회서비스 정책 현황과 미래 대응 전략을 종합적으로 살펴보는 것은 매우 방대한 작업이다. 안수란 외(2018)의 연구에 따르면, 2018년 기준 18개 정부 부처에서 269개의 사회서비스 사업이 돌봄, 일상생활지원, 신체건강, 정신건강, 안전 및 권익보장, 주거, 고용, 문화 및 여가, 가족 지원, 서비스 이용지원 기능을 위해 제공되고 있는 것으로 나타난다. 제8장에서 살펴본 보건의료서비스와 같이 고용, 교육, 주거, 문화 영역의 경우 사회서비스 범주에 포함되지만, 기존에 별도의 정책으로 발달해 온 역사로 인해 사회서비스라는 큰 제도적 틀 안에서 각 정책의 쟁점을 심도 있게 논하는 것에는 한계가 있다.

이에 이 연구에서는 제1부에서 정의한 인구구조의 네 가지 변화—① 인구 감소, ② 인구 고령화, ③ 인구구성비 변화, ④ 인구분포 변화—에 따라 현재 사회서비스 영역에서 중점적으로 논의되고 있는 이슈를 중심으로 정책 현황 및 한계를 간략히 살펴보고, 미래 대응 과제를 제안하고자 한다. 구체적으로 이 연구는 다음의 세 가지 내용에 초점을 맞춘다. 첫째, 인구 감소를 초래하는 저출산과 인구 고령화 문제에 대응하기 위한 공적 돌봄 서비스의 정책 현황과 한계를 살펴본다. 둘째, 인구구성비 변화에 직접적 영향을 주고받는 청년 및 그 변화에 따른 사회경제적 부담이 가장 많이 증가하는 중장년 대상 사회서비스 정책의 현황과 한계를 살펴본다. 셋째, 인구분포 변화와 관련하여, 지역 소멸 및 지역 불평등 문제에 대응하기 위한 지역의 사회서비스 정책의 현황과 한계를 살펴본다. 이를 토대로 미래 인구구조 변화에 따른 사회서비스 분야의 대응 과제를 정리하고자 한다.

제2절 저출산·고령화와 돌봄 서비스

1. 아동 돌봄 서비스의 현황 및 쟁점

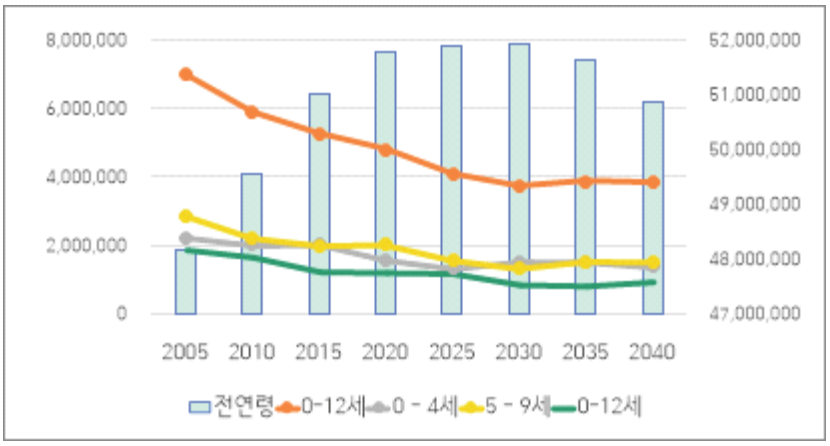
초저출산 현상이 지속됨에 따라 영유아 및 초등아동 인구는 해마다 감소하고 있다. 0~12세 아동 인구는 2005년 17,091,436명에서 2015년 12,957,109명으로 감소하였고, 통계청 장래인구추계에 따르면 2030년에는 9,197,822명으로 천만 명 이하로 낮아질 것으로 예측되고 있다(통계청, 2021a).

전통적 가족 기능이 약화되고 여성 노동시장 참여가 증가하면서 대두된 돌봄의 사회화 요구와 함께, 저출산 대응의 핵심 정책으로 영유아 및

초등아동을 위한 공적 돌봄 체계는 지속적으로 강화되어 왔다.

[그림 12-2] 0~12세 아동 인구 변화(2005~2040년)

(단위: 명)



주: 2015년까지는 확정 인구이며, 2020년 이후는 장래인구추계 자료임
자료: 통계청. (2021a). KOSIS 국가통계포털, 국내통계, 장래추계인구 https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?vwcd=MT_ZTITLE&menuId=M_01_01&outLink=Y&entrType=#content-group 에서 2021.6.17. 인출하여 저자 작성

영유아를 대상으로 하는 시설 돌봄 서비스는 가구 소득 및 영유아 연령 기준에 따라 무상보육을 단계적으로 확대해 왔다. 2003년까지 차상위계층(기초수급자의 120% 수준 소득자)까지 지원되던 영유아보육료는 2004년 도시근로자 평균소득의 50% 이하에서 2007년 도시근로자 평균소득 이하, 2011년에는 영유아가구 소득 하위 70%까지 확대되었다. 2012년에는 만 0~2세 무상보육 및 만 5세 누리과정이 실시되고, 2013년에는 만 3-4세 누리과정이 확대되어 만 0~5세를 대상으로 하는 무상보육이 실현되었다(보건복지부, 2015). 2000년대 중반 이후 가속화된 보편적 보육서비스는 2009년 아이돌봄서비스가 전국 사업으로 도입되면서 내용적 구성이 다양해졌다. 2010년 영아종일제 돌봄서비스가 실시되고,

2012년 「아이돌봄 지원법」이 제정되면서 시설 보육의 사각지대 및 긴급 돌봄 필요에 대한 탄력적인 대응이 가능하게 되었다.

초등 아동을 대상으로 하는 돌봄 서비스는 학교 돌봄과 지역 돌봄 체계로 이원화되어 확대되었다. 초등 돌봄 서비스는 저소득 취약계층을 중심으로 지원되다가 저출산 문제가 심화되면서 방과후 돌봄 공백에 대한 보편적 지원 요구가 증가하면서 전체 아동으로 돌봄 대상이 확대되었다. 초등 아동 돌봄 서비스는 초등돌봄교실, 지역아동센터, 다함께돌봄센터, 청소년방과후아카데미를 통해 제공되고 있다. 〈표 12-1〉에 정리된 바와 같이 시행시기 및 지원대상, 지원기준, 지원형태, 운영시간 등의 세부 내용은 돌봄 체계별로 차이가 있다.

〈표 12-1〉 초등 아동 돌봄 체계의 구성

구분	초등돌봄교실	다함께돌봄센터	지역아동센터	청소년방과후아카데미
시행시기	2004년	2017년	2004년	2005년
소관부처	교육부	보건복지부	보건복지부	여성가족부
근거법	초중등교육과정총론 교육부고시	아동복지법, 저출산고령사회기본법	아동복지법	청소년기본법
지원대상	초1~6학년	만 6~12세 미만	만 18세 미만	초4~중3학년
지원기준 (소득)	맞벌이 가정 중심 (없음)	맞벌이 가정 중심 (없음)	취약계층 중심 (중위소득 100% 이하)	취약계층 우선 (중위소득 150% 이하)
지원형태	무상 (프로그램, 간식 등 일부 자부담)	이용료 일부 자부담 (지자체별 결정)	무상 (소득별 이용료 5만 원 이내 부담)	무상
운영시간	방과후~17시 (일부 저녁돌봄운영)	14~19시	14~19시	방과 후~21시

자료: 이희현. (2020). 방과후돌봄 현황과 과제. 문화정책네트워크 세미나(2020.9. 25). 발표자료 p.7의 표 수정

그러나 교육부, 보건복지부, 여성가족부 소관으로 분절화된 방과후 돌봄은 이용자의 선택을 높이는 것에는 일부 기여하나, 자원의 파편화와 서비스의 중복 및 누락, 프로그램 질에 따른 불만족 등의 문제가 제기되어 왔다. 문재인 정부는 그간 분절적으로 운영되던 초등 돌봄 체계의 연계성을 강화하고 돌봄 공급 확대 및 서비스 질적 수준을 높이기 위해 온종일 돌봄정책을 구축하는 것을 국정과제로 추진하고 있다. 온종일 돌봄체계는 학교와 마을이 협력하여 모든 아동에게 돌봄 서비스를 제공하는 정책으로 학교와 지역사회 연계·협력을 통해 지역 중심의 빈틈없는 돌봄 체계를 구현하는 것을 목적으로 한다.

이러한 공적 돌봄 정책의 확대로 영유아 및 아동의 돌봄 서비스 이용은 점차 증가하여 왔다. 2019년 기준 어린이집 및 유치원 이용률은 만 0~5세 아동은 87.5%, 3세 이상 아동은 92.3%에 이르러 가정양육을 선택한 가구를 제외하면 사실상 보육서비스의 보편화가 이루어졌다고 평가받고 있다. 특히 0~2세 아동의 어린이집 이용률은 2002년 12.4%에서 2019년 80.5%로 급증하여 시설 보육 서비스의 양적 확대는 괄목할 만한 성과를 보이고 있다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2020). 아이돌봄서비스 이용도 2016년 61,221가구(시간제 55,958가구, 영아종일제 5,263가구)에서 2019년 70,485가구(시간제 66,783가구, 영아종일제 3,702가구)로 증가세를 나타낸다(아이돌봄서비스 홈페이지, 2021).[46]

초등 아동 돌봄 서비스의 이용도 점차 증가하고 있지만 영유아 돌봄과 비교하면 이용률은 낮은 편이다. 초등돌봄교실 참여 학생 수는 2007년 50,247명에서 2019년 290,358명으로 6배가량 증가하였다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2020). 그러나 초등 아동 인구 대비 돌봄교실 이용

46) 2020년 아이돌봄서비스 이용 가구는 59,663가구로, 코로나19의 영향으로 인해 일시적인 감소세를 보였다.

률은 2019년 기준 10.6%에 불과하다. 지역아동센터와 다함께돌봄센터의 경우 이용 초등 아동이 전체의 3.6% 수준으로 학교 돌봄보다 대상이 더 협소하다(안수란 외, 2021).

영유아 돌봄과 초등 아동 돌봄 서비스 정책이 가진 한계는 그 성격이 다르다. 보육의 보편화가 상당 수준 이루어졌다고 평가되는 영유아돌봄의 경우 서비스의 양보다는 질적 측면에서 다양한 문제가 제기되고 있다. 국가의 역할이 보육비용의 지원에 국한되고, 서비스 공급은 민간 부문에 의존하는 형태로 발전되어옴에 따라 질 좋은 보육서비스를 제공하는 데 한계가 있었던 것이 사실이다. 국공립 어린이집 이용률은 2019년 기준 17%로 불충분한 수준이며, 민간 시설의 확대 과정은 정부 규제가 부족한 가운데 이루어짐으로써 서비스의 품질을 보장하고 있지 못하다는 평가를 받고 있다(김은지 외, 2017; 보건복지부, 2019).

보육서비스의 질 향상을 위한 보육교사의 처우개선과 공급 여건 개선 요구도 지속적으로 제기되고 있다. 무상보육 실시에 따라 보육교사는 2003년 125,931명에서 2019년 331,444명으로 양적으로 급증했으나 고용불안, 저임금, 장시간 근로의 문제를 안고 있고, 특히 국공립과 민간 어린이집 종사자의 근로 여건 격차가 큰 것으로 보고되고 있다(신규수 외, 2019; 안수란 외, 2021).

반면, 초등 돌봄의 경우 서비스 공급량의 부족이 가장 큰 문제로 지적된다. 교육부가 실시한 '2021년도 범정부 온종일 돌봄 수요조사'[47]에 따르면, 방과 후 돌봄이 필요하다고 응답한 비율이 45.21%로 나타난다. 원하는 돌봄서비스 유형으로는 초등돌봄교실 72.36%, 지역아동센터 14.45%, 다함께 돌봄센터 8.38%, 방과후 아카데미 3.11%로 지역 돌봄보다는 학교 돌봄에 대한 수요가 높다. 돌봄 필요 시간은 오후 1~5시

47) 초등학교 및 예비취학아동 학부모 104만 9,607명이 조사에 참여하였다.

66.32%, 오후 5~7시 17.62%, 수업시간 전 13.75%로 아침과 저녁 돌봄 공백 해소에 대한 욕구가 높다(최원형, 2020. 12. 29.). 앞에서 살펴본 초등 돌봄 이용 현황과 비교하면 돌봄 잠재 수요가 상당히 높은 수준으로, 돌봄 수요를 충족시키기 위한 공급 인프라의 대폭적인 확대가 필요한 실정이다.

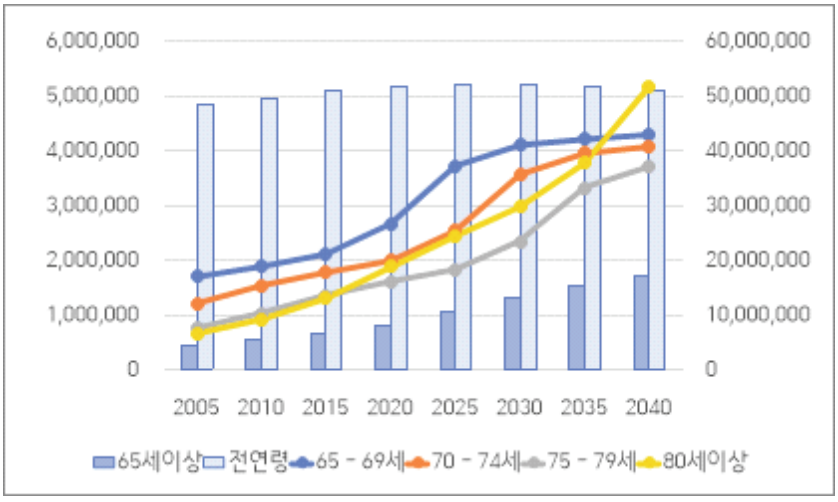
2. 노인 돌봄서비스의 현황과 쟁점

기대수명의 연장으로 노인인구는 지속해서 증가하고 있다. 65세 이상 노인인구는 2005년 4,320,787명에서 2015년 6,541,168명으로 증가하였고, 통계청 장래인구추계에 따르면 2030년에는 12,979,573명, 2040년에는 17,223,537명으로 예측되고 있다(통계청, 2021a). 특히 80세 이상의 후기 노년기가 급속히 증가하여 돌봄 서비스 욕구도 가파른 증가가 예상된다.

양난주(2020)는 사회서비스 정책의 핵심은 돌봄 지원 체계의 강화에 있다고 주장하면서 1990년과 2020년의 인구사회학적 지표를 비교한 바 있다. 〈표 12-2〉를 보면, 노인인구 및 독거노인 비율, 여성 경제활동 참가율은 급격히 증가한 반면, 자녀 동거율 및 자녀동거 희망률, 평균가구원 수는 감소하는 것을 확인할 수 있다. 비공식 영역에서 돌봄 기능을 수행해오던 가족의 역할이 축소되고, 공적 영역의 돌봄 책임성이 강화될 수밖에 없는 사회적 환경 및 규범 변화를 함축적으로 보여주는 것이다.

〔그림 12-3〕 65세 이상 노인인구 변화(2005~2040년)

(단위: 명)



주: 2015년까지는 확정 인구이며, 2020년 이후는 장래인구추계 자료임
자료: 통계청. (2021a). KOSIS 국가통계포털, 국내통계, 장래추계인구 https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?vwcd=MT_ZTITLE&menuId=M_01_01&outLink=Y&entrType=#content-group 에서 2021.6.17. 인출하여 저자 작성

〈표 12-2〉 노인 돌봄과 관련한 사회지표 변화

지표	1990년	2020년
65세 이상 인구(%)	5.1%	15.7%
평균 가구원 수	3.7명 (4인>5인>3인>2인>1인)	2.4명 (1인>2인>3인>4인>5인)
여성 경제활동 참가율	47.0%	52.8%
독거노인 비율	13.6%	19.6%
노인+자녀 동거율	54.7%	23.7%
자녀와 동거 희망률	47.2%	15.2%

자료: 양난주. (2020). 4세대 사회서비스 정책, 어디서 시작할 것인가? 사회서비스 정책의 목표를 다시 묻는다. 제3차 사회서비스 혁신포럼 발표자료(2020.11.13.)의 p.5의 표 저자 수정보완

우리나라 공적 노인 돌봄 서비스는 2007년 바우처 방식의 노인돌봄종합서비스와 조세 지원 방식의 노인돌봄기본서비스, 2008년 사회보험 방식의 노인장기요양보험이 도입되면서 제도적으로 체계화되었다. 이 중 노인돌봄종합서비스와 노인돌봄기본서비스는 2020년 노인맞춤돌봄서비스로 통합 개편되어 현재의 노인 돌봄 서비스는 노인장기요양과 노인맞춤돌봄으로 이원화된 구조이다.

노인장기요양보험은 노인의 건강상태와 인지상태에 따라 등급을 판정(1~5등급, 인지지원등급)하고, 〈표 12-3〉과 같이 인정 등급에 따라 이용 가능한 서비스 유형에 차이를 두고 있다. 장기요양을 통해 치매 질환자의 돌봄을 강화하기 위한 정책도 단계적으로 추진되었다. 2011년 등급 판정 시 치매가점제를 적용하고, 2014년에는 치매특별등급을 도입하였으며, 2017년에는 치매국가책임제 도입과 맞물려 인지지원등급을 신설함으로서 제도의 외연을 확대했다. 치매국가책임제의 일환으로 치매안심센터가 시군구 단위로 설치되면서, 치매 예방과 치료, 관리를 위한 물리적 기반이 구축되었다(박종서 외, 2020, pp.504-505).

〈표 12-3〉 장기요양등급별 상태와 이용 가능 서비스 급여

등급	인정점수	이용 가능 서비스
1등급	95점 이상	재가급여, 시설급여, 특별현금급여
2등급	75~95점	
3등급	60~75점	재가급여, 특별현금급여 *시설급여 특정조건 충족 시 이용가능
4등급	51~60점	
5등급	45~50점	
인지지원 등급	45점 미만(치매)	주야간보호급여 및 단기보호급여

자료: 노인장기요양보험 홈페이지. (2021). 장기요양인정절차.
http://www.longtermcare.or.kr/npbs/index.jsp에서 2021. 8. 23, 인출하여 저자 작성

노인맞춤돌봄서비스는 노인돌봄종합서비스, 노인돌봄기본서비스, 단기가사서비스, 독거노인자립지원사업, 독거노인 사회관계활성화사업, 지역사회 자원연계사업의 6개 노인 돌봄 사업이 통합 개편된 것으로, 노인의 돌봄 욕구 및 필요정도에 따라 안전지원, 사회참여, 생활교육, 일상생활 지원 등 다양한 돌봄서비스를 맞춤형으로 제공하고 있다.

2018년에는 지역사회 통합돌봄 기본계획이 발표됨에 따라 지역사회 중심의 노인 돌봄 체계 구축에 대한 요구가 증가하고 있다. 지역사회 통합돌봄은 살던 곳에서 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회에서 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스 정책이다. 2019년 6월부터 16개 시군구에서 순차적으로 선도사업이 실시되었으며, 이 중 13개 시군구가 노인 대상 선도사업을 진행하고 있다.

이러한 노인 돌봄 제도의 외연적 확대에 따라 돌봄 서비스의 이용도 증가하는 추세이다. 〈표 12-4〉를 보면, 65세 이상 노인인구 대비 장기요양 인정률이 2008년 3.9%에서 2019년 9.6%로 약 2.5배 증가하였다(국민건강보험공단, 2020; 박종서 외, 2020).

〈표 12-4〉 연도별 노인인구 대비 장기요양 인정률

(단위: %)

연도	65세 이상 노인인구	장기요양 인정자	노인인구 대비 인정률
2008	5,086,195	200,259	3.9
2011	5,644,758	324,412	5.7
2014	6,462,740	424,572	6.6
2017	7,310,835	585,287	8.0
2018	7,611,770	670,810	8.8
2019	8,003,418	772,206	9.6

주: 연도 말 기준 집계값

자료: 박종서 외. (2020). 제4차 저출산·고령사회 기본계획 시안 마련 지원 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원. p.503의 〈표 7-30〉; 국민건강보험공단 (2020). 2019년 노인장기요양보험통계

장기요양 외에 노인맞춤돌봄서비스의 전신인 노인돌봄종합서비스와 노인돌봄기본서비스까지 포함[48]하면 2019년 기준, 노인인구의 13.9%가 공적 돌봄 서비스를 받은 것으로 파악된다. 정부는 지역사회 통합돌봄 정책에 따라 2025년까지 노인인구의 11% 이상까지 장기요양 대상자 규모를 확대할 계획을 가지고 있어 향후 공적 돌봄 서비스의 보장성은 더욱 높아질 것으로 예상된다.

그러나 노인 돌봄 서비스 수요에 비해 공급량은 여전히 부족한 것으로 평가되고 있다. 2019년 기준으로 장기요양 등급 신청을 하였으나 등급 인정을 받지 못한 노인은 전체 노인의 4.16%에 이른다(국민건강보험공단, 2020). 안수란 외(2021)의 연구에서는 1개 이상 또는 2개 이상 전적으로 또는 부분적으로 도구적 일상생활 도움을 필요로 하는 노인까지 돌봄 대상을 확대하면, 현재 장기요양 등급 인정자 수준보다 약 50만 명 이상이 증가될 것으로 추정한다. 고령인구의 급속한 증가 및 미충족 돌봄 수요를 고려하면 노인 돌봄 서비스 공급의 대폭적인 확대가 요구되는 상황이다.

그중에서도 지역사회 통합돌봄 정책의 추진과 함께 재가 돌봄 서비스의 적극적인 확충이 필요하다. 2020년 노인실태조사 결과에 따르면, 56.6%의 노인이 건강 악화로 거동이 불편하게 될 경우 현재 살고 있는 곳에서 계속 거주하기를 희망하는 것으로 나타났다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2020). 지역사회 통합돌봄이 성공적으로 이루어지려면, 노인의 상황 및 돌봄 욕구를 세밀하게 파악하여 집과 지역사회에서 독립적으로 생활할 수 있도록 재가 서비스가 충분하고 적정한 수준으로 제공될 필요가 있음을 시사한다.

---

48) 2019년 기준 노인돌봄종합서비스는 4.8만 명, 노인돌봄기본서비스는 29.5만 명이 이용하였다(보건복지부 보도자료, 2019.12.31.)

한편, 노인 돌봄 서비스의 질 향상을 위한 서비스 전달체계 개선 요구도 지속해서 제기되고 있다. 노인장기요양보험은 사회서비스 산업의 확대를 이끈 대표적인 제도이다. 제도 도입 당시 정부는 단기간에 서비스 공급량을 늘리기 위해 영리·비영리 기관이 쉽게 진입할 수 있도록 시설 요건을 낮췄고, 이에 민간 영리기관이 대거 진입하면서 돌봄 산업의 활성화를 견인하였다. 그러나 영세한 소규모 개인 영리 사업체의 과당경쟁으로 기관의 안정적 운영이 취약해지고, 저임금 불안정 고용의 일자리가 양산되고, 낮은 질의 서비스 제공으로 정부 정책의 신뢰성과 지속가능성을 위협하고 있다는 비판이 지속되는 상황이다. 정부는 2019년부터 시·도 사회서비스원 시범사업[49]을 추진하여 돌봄서비스의 직접 제공과 종사자 직접 고용을 통해 시장화된 돌봄서비스의 문제를 개선하기 위해 노력 중이다. 사회서비스원은 국공립 사회서비스 제공기관 운영, 종합재가센터 설치를 통한 재가돌봄 서비스 직접 제공, 민간 제공기관의 품질관리 지원 사업 등을 담당하고 있다. 2021년 8월 「사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률」이 통과되면서 시범사업 추진 3년 만에 법적 근거가 마련되었다. 그러나 국공립시설 수탁운영 및 종합재가센터 설치 성과[50]가 정책 도입 취지에 부응하지 못하고, 지역의 사회서비스 공공인프라 확충계획과 연계되어 추진되지 않아 사회서비스원의 기능 및 역할 재구조화에 대한 요구가 나타나고 있다.

49) 사회서비스원은 서울, 대구, 경기, 경남(2019년 설립), 인천, 광주, 대전, 세종, 강원, 충남(2020년 설립), 전남(2021년 설립)의 11개 시도에 설립되어 있다.

50) 사회서비스원에서 수탁운영하는 시설은 어린이집 17개소, 노인요양시설 3개소에 불과하며, 종사자 직접 고용을 통해 돌봄 일자리의 질을 높이고자 했던 종합재가센터의 경우 2021년 4월 기준 전국 28개소에 474명의 인력이 정규직으로 고용된 것으로 보고되고 있다(박세경 외, 발간 예정).

제3절 인구구성비 변화와 청년·중장년 사회서비스

이 절에서는 청년 및 중장년을 대상으로 하는 사회서비스 정책의 현황과 쟁점을 간략히 살펴보고자 한다. 청년은 인구감소에 직접적인 영향을 주는 집단이자 그 영향을 크게 받는 집단, 중장년은 인구구성비 변화에 따라 사회·경제적 부담이 가장 많이 증가하는 집단이라는 점에서 두 인구집단에 대한 정책적 관심을 더욱 높일 필요가 있다. 돌봄을 중심으로 확대된 역사적 발달 특성으로 인해 정부의 사회서비스의 재정은 영유아 및 노인 대상 돌봄 서비스에 집중되었다. 청년과 중장년 대상 사회서비스는 소규모 재정으로 고용(일자리) 서비스 중심으로 제공되어 왔다. 2018년 기준 중앙정부의 생애주기별 사회서비스 사업 현황을 분석한 결과에 따르면, 청년과 중장년 대상 사회서비스 사업 수는 전체 사업의 27.1%에 이르지만, 예산규모는 2.2%에 불과하여 대상별 서비스 지원규모의 양적 불균형을 확인할 수 있다(안수란 외, 2018). 생애주기적 관점에서 청년과 중장년이 사회서비스 취약계층으로 정책적 관심을 얻기 시작한 것은 비교적 최근으로 볼 수 있을 것이다.

1. 청년 사회서비스의 현황과 쟁점

청년이 사회정책의 대상으로 다루어진 것은 IMF 외환위기에 따른 노동시장 변화로 청년 고용 문제가 수면 위로 올라오면서 부터이다. 노무현 정부 들어 청년 실업이 고착화되면서 고용정책의 대상으로 청년이 급부상하였으며, 이후 고용을 강조한 이명박 정부와 박근혜 정부에서는 청년 고용 촉진을 위한 정책을 대폭 확대하였다(김지경, 변금선, 전국청년정책네트워크, 2019, p.61). 문재인 정부 들어 청년정책은 미취업 청년을 대

상으로 하는 일자리 중심 정책에서 일반 청년을 대상으로 하는 포용적 사회정책으로 확장된다. 청년이 경험하는 사회적 문제가 고용뿐만 아니라 삶의 다양한 영역에서 다층적으로 나타나기 시작했기 때문이다.

2020년 2월 「청년기본법」이 제정되고, 제1차 청년정책 기본계획이 발표되면서, 독립적 영역으로 청년정책이 구체화되는 토대가 마련되었다. 청년정책 기본계획은 청년의 삶을 청년이 만들어 갈 수 있도록 제도적 기반, 삶의 공간, 안정적 토대를 다양한 청년에게 권리로 보장하는 것을 주요 정책 방향으로 삼고, 이를 위해 일자리, 주거, 교육, 복지·문화, 참여·권리의 5가지 분야에서 270개의 세부 과제를 추진하는 것을 포함하고 있다(관계부처 합동, 2020a). 2021년 8월에는 청년세대 격차해소와 미래 도약 지원을 위한 청년특별대책이 발표되었다(관계부처 합동, 2021). 청년특별대책에서 사회서비스 분야로 추진되는 정부 대책은 청년의 정서적 활력 제고와 문화 향유에 초점을 두고 있다. 청년 마음건강 바우처 사업, 청년 조기중재센터 설치를 통한 통합정신건강증진사업, 1인 가구 사회적 관계망 형성 지원사업 등이 대표적이다. 일자리, 주거 분야에도 현금성 지원이 아닌 서비스 지원 성격의 사업(예, 니트 청년도전 지원사업, 디지털 직무능력 개발 지원사업, 창업 상담 프로그램, 찾아가는 주거상담·교육서비스 제공 등)이 일부 제공되고 있다. 청년정책이 고용정책에서 종합정책으로 성격이 변모하고 있다고 하지만, 청년의 정책 욕구가 여전히 취업 및 일자리 지원과 주거 지원 분야에서 가장 높다는 점을 고려할 때(안주엽, 오선정, 강신혁, 2020), 청년 사회서비스의 확장성은 고용 및 주거 지원서비스와 연계될 때 더욱 커질 것으로 예상된다.

'청년 사회서비스'로 지칭되는 최근 정부 사업은 청년의 정신건강 증진에 초점을 맞추고 있는 것으로 보인다. 2019년부터 추진 중인 청년사회서비스사업단과 2021년에 도입된 지역사회서비스 투자사업의 청년심리

지원서비스가 대표적이다. 청년사회서비스사업단은 지역 청년이 주체가 되어 청년 수요에 맞는 사회서비스(신체, 정신건강 서비스)를 개발하고 제공함으로써 청년층의 건강 개선 및 청년 일자리 창출을 도모한다는두 가지 정책 목적을 가지고 있다. 청년심리지원서비스는 코로나19 이후 심화된 청년 정신건강 문제에 대응하기 위한 사업으로 청년특별대책에서 1.5만 명으로 확대한다는 계획을 밝힌 마음건강 바우처이다. 그러나 두 사업 모두 청년층의 건강증진 욕구를 충족시키기에는 충분히 공급되고 있지 못한 상황이다. 2021년 도입된 청년심리지원서비스는 16개 시군구에서 운영 중에 있으나 이용자가 200여 명에 불과하며(보건복지부, 2021b), 청년사회서비스사업단도 시도별로 월 평균 이용자가 100명 이하인 곳이 다수로, 청년 사회서비스의 활성화 수준이 낮다고 평가할 수 있다(김윤수 외, 2019).

청년정책은 중앙정부가 아닌 지자체 주도로 발전해 온 역사적 특성이 있으며, 청년 사회서비스 또한 지자체 청년센터를 중심으로 확장되었다. 청년센터는 청년을 대상으로 한 독자적인 사회서비스 전달체계로 기능하고 있다는 점에서 차별성을 가진다. 2020년 기준, 국무조정실 청년정책추진단 자료에 따르면, 전국 청년센터는 총 172개가 있다. 센터별로 제공되는 서비스는 다양하지만, 〈표 12-5〉에 제시된 바와 같이 공통사업으로 공간운영, 청년단체지원(커뮤니티 지원), 심리상담을 운영하고 있으며, 정보제공, 참여지원, 정책 상담 등을 주요 사업으로 운영하고 있다. 고용 중심으로 정책이 발전해 온 특성에 따라 취업지원, 직업훈련, 창업지원 등 고용 서비스는 국가의 위탁을 받아 제공하고 있다(홍두나, 2021). 청년센터 운영사업을 통해 드러나는 청년정책의 특징은 열린 공간과 당사자 참여를 중시하는 정책 사업이 주를 이룬다는 것이다. 공간운영 및 모임지원사업 중심으로 구성되어 있기 때문에 직접 서비스 제공기관으로서의 성격은 약하다.

〈표 12-5〉 전국 청년센터 추진사업

공통사업	주요사업	국비매칭사업	특화사업
공간운영 청년단체 지원 (커뮤니티 지원/공모사업 등) 심리상담	온라인 정보제공 거버넌스 참여지원 정책상담 진로탐색지원	취업지원 직업훈련 창업(공간)지원	수당지급 및 지원 국내외교류사업 관계망형성사업 사각지대청년지원 문화예술참여지원 활동가지원

자료: 홍두나 (2021). 청년사회서비스 확충과 일자리 전망. 미래 사회서비스 일자리 발굴을 위한 보건복지포럼(3차) 발표자료 p.8 발췌. 세종: 한국보건사회연구원.

청년정책이 속도를 내어 발전하고 있지만 사회서비스 정책영역에서 청년 삶의 질 제고를 위해 필요한 서비스가 무엇이며, 서비스 접근성을 높이기 위한 전달체계 구축을 어떻게 할 것인가에 대한 구체적인 논의는 이루어지고 있지 않다. 일각에서는 돌봄 문제에 기반한 전통적 사회서비스와 청년 욕구 및 필요가 상이한 만큼 청년정책 분야에서 사회서비스에 대한 정의가 새롭게 내려져야 한다는 논의도 진행되고 있다.

2. 중장년 사회서비스의 현황과 쟁점

베이비부머, 낀세대, 신중년, 50+ 세대로 지칭되는 중장년은 생애주기상 특정 연령 인구로 규정되고 있지 않다. 넓게는 청년과 노인 사이에 있는 인구집단(35~64세)을 중장년으로 볼 수 있으나, 국가 정책에서는 통상 50세 이상 64세 이하로 대상 구분이 되기도 한다.

중장년이 사회서비스 정책의 대상으로 관심을 받은 것은 청년과 마찬가지로 중장년층의 취약성이 다양한 형태로 나타나기 시작하면서부터이다. 조기퇴직, 재취업에 의한 고용형태 변화와 이에 따른 소득 변화, 자녀와 부모의 이중부양 부담 심화와 이에 따른 노후준비 미흡, 1인 가구 증가

로 인한 사회적 고립 등은 중장년의 삶을 위협하는 요인으로 작용하고 있다(황경란, 박지환, 2019). 특히 혼인율 감소, 이혼율 증가에 따라 중장년 1인 가구가 증가하는 추세이며, 사회적 관계 단절과 고립에 따른 고독사 같은 심각한 사회적 문제를 발생시키고 있다.

〈표 12-6〉 1인 가구 연령별 분포

(단위: %)

구분	20대 미만	20대	30대	40대	50대	60대 이상
2010년	1.2	18.4	19.1	15.2	14.3	31.9
2015년	1.1	17.0	18.3	16.3	16.9	30.3
2019년	1.0	18.2	16.8	14.2	16.3	33.6

자료: 변미리. (2021). 대도시 1인 가구 현황과 지원 정책 . 미래 사회서비스 일자리 발굴을 위한 보건복지포럼(1차) 발표자료 p.7 발췌. 세종: 한국보건사회연구원.

그러나 그간 중장년 대상 사회서비스는 직업 생활이 주요과업인 시기적 특성을 반영하여 고용 영역에 집중되어 있거나 근로자를 대상으로 제공하고 있어, 중장년의 다차원적 욕구를 반영한 서비스 제공체계가 미흡하다는 평가를 받아 왔다. 2017년 8월, 정부 최초의 중장년 지원 계획으로 '신중년 인생 3모작 기반 구축 계획(2017.8.8.)'이 마련되었으나, 이 계획은 인생 3모작(주된 일자리→ 재취업 일자리→ 사회공헌 일자리)을 성공적으로 지원하기 위한 기반을 구축하는 것이 기본 방향이다. 재취업 지원 서비스 확대, 비생계형·기술 창업 활성화, 귀농·귀어·귀촌 지원 내실화, 사회공헌 일자리 확충을 주요 과제로 포함하고 있어 청년과 마찬가지로 고용 중심의 정책으로 수렴되는 특성을 보인다. 중장년을 위한 대표적 정부 정책이 사회공헌 활동지원 사업, 중장년 일자리 희망센터, 생애경력설계 서비스, 고령자 인재은행, 노후준비 서비스, 귀농귀촌종합센터

등인 점을 고려하면, 중장년은 '일하는 세대', '노동 간 이행기 세대'로 인식되고 있다고 해석할 수 있다.

최근에는 중장년 1인 가구 증가에 따른 사회문제가 심각해지면서 고용 외에도 주거, 건강, 정서, 관계망 지원 등 다양한 서비스 제공의 필요성이 높아지고 있다. 1인 가구 사회서비스는 주로 건강가정·다문화가족지원센터를 중심으로 제공되는데, 중장년층을 대상으로는 홀로서기를 위한 심리상담 및 교육, 자기 돌봄 및 일상생활 유지관리 교육, 생애 후반기 진입 준비 교육, 원가족과 관계 증진을 위한 상담 및 교육, 운동·여가·건강 관리 교육 등을 지원하고 있다(관계부처 합동, 2020b). 그러나 1인 가구 지원책 역시 청년, 노인, 저소득층에 집중되어 있다는 한계를 가진다. 1인 가구 특성을 유형화한 기존 연구에 따르면 중장년 1인 가구는 '불안한 (중년) 독신자'로 구분되는데 이혼·사별 등 가족 해체를 경험하고, 교육수준이 낮은 특성을 보이고 있어, 사회정책의 지원 대상에서 우선순위가 높은 것으로 나타난다(변미리, 2021).

한편, 청년정책과 마찬가지로 중장년 정책 역시 중앙정부보다는 지자체가 선도하여 온 특성을 가지고 있다. 대표적으로 서울시는 2016년 서울시50플러스재단을 설립하여 중장년을 대상으로 한 사업을 특화 운영하고 있다. 50플러스재단이 광역의 정책 컨트롤타워 역할을 하며, 권역별로 설립된 50플러스 캠퍼스가 서비스 허브로 기능하며, 자치구 센터가 지역 서비스 플랫폼이 되는 구조이다. 일자리지원, 교육지원, 문화지원을 주요 사업으로 추진하고 있으며, 이러한 지원이 활성화될 수 있도록 상담사업을 운영하고 있다. 그러나 지자체의 서비스 전달체계 역시 일자리지원 사업이 다수를 차지하고 있어 중장년의 다양한 서비스 욕구에 대응하기에는 어려운 상황이다.

중장년 사회서비스 정책에서 주목해야 할 점은 중장년층의 일반적 특성 및 서비스 욕구가 점차 변화하고 있다는 점이다. 2010년과 2019년의 중년층 생활실태 및 복지욕구 조사를 분석한 연구 결과에 따르면, 현재의 50대는 과거보다 향상된 건강과 교육수준을 기반으로 근로활동 참여율이 높으며, 일에 대한 지속 의지와 안정성이 높은 것으로 보고되고 있다. 동시에 직업으로서의 일 외에도 다양한 사회참여 활동이 중요하며, 노후의 삶에서 그 중요도를 더 높이 인식하는 것으로 나타난다. 또한 과거에 비해 자녀에 대한 적정 부양 기간이 단축되고 있으며, 노후 생활을 취미, 여가활동, 평생교육 등 자기계발을 추구하며 보내고 싶어하는 것으로 나타난다(황남희 외, 2019). 중장년의 사회참여 욕구에 대응하는 사회서비스 개발이 필요함을 시사한다.

제4절 인구분포 변화와 지역 사회서비스

사회서비스의 대표적인 특성은 사람과 사람이 직접 대면하는 휴먼서비스라는 점이다. 대부분의 서비스가 재가 방문 또는 시설 이용 서비스로 구성되기 때문에 생활공간과 근접한 곳에서 서비스를 제공하여야 한다. 서비스 욕구를 포착하고 적시에 대응하며, 상황을 지속적으로 모니터링해야 한다는 점에서 지역 중심의 사회서비스 체계 구축은 매우 중요하다. 제6장에서 정리된 바와 같이 지역 인구 변화는 보건복지 대응 체계에 도전적 요인으로 작용하고 있으며, 지역의 사회서비스 정책은 지방 소멸 및 지역 불평등 문제를 해소하기 위한 중요한 정책 수단으로 기능해야 한다.

우리나라에서 '지역' 사회복지의 개념이 명문화된 것은 2003년 사회복지사업법이 전면 개정된 이후이다. 지방분권과 균형발전을 국정기조로

했던 참여정부 시기에 제도 개혁이 가시화되면서 지자체에 시군구 민관협치 기구인 지역사회복지협의체 구성, 지자체 복지정책의 기획 기능 강화를 위한 지역사회복지계획 수립을 의무화하였으며(조성은 외, 2019, p.423), 2015년 「사회보장급여 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제정과 함께 지역사회보장협의체, 지역사회보장계획으로 명칭이 변경되었다. 지역사회보장계획은 지자체가 지역주민의 욕구와 지역 내 복지자원에 대한 분석을 바탕으로 지역 차원의 사회보장사업을 종합적으로 포괄하여 수립하는 기본계획이다. 지역사회보장계획이 중요한 이유는 지자체가 단순히 중앙정부의 사업을 수직적으로 전달받아 집행하는 대리자의 역할에서 벗어나 지역의 복지 욕구에 부합하는 사회서비스 정책을 적극적으로 기획하고 개발해 나가는 주체자로서의 역할로 변모하는 것이기 때문이다.

개별 사업으로서 지자체의 고유성, 주도성, 책임성을 강조한 사회서비스로는 지역사회서비스 투자사업이 있다. 지역사회서비스 투자사업은 2007년 사회서비스 정책 도입과 함께 시작된 사업으로, 지자체가 기획·발굴한 사업을 바우처 방식으로 지원하여 지역사회서비스 확충 및 지역 일자리 창출을 도모하기 위한 목적을 가지고 있다. 시·도 또는 시·군·구가 관할 지역의 사회서비스 수요와 공급 역량을 파악하여 자율적으로 지역맞춤형 사회서비스를 기획하고 개발하도록 지원하는 사업으로, 17개 시도에서 아동 재활 및 역량개발, 신체 및 정신건강관리, 가족역량강화 증진을 위한 약 382여 개의 세부 서비스를 제공 중이다(안수란 외, 2020).

지역주도형 사회서비스 정책은 문재인 정부 들어 앞에서 언급한 지역사회 통합돌봄 정책과 함께 사회서비스원 설립이 추진되면서 더욱 강조되는 추세이다. 또한, 자치분권 종합계획에 따라 사회서비스 지방화(분권

화) 논의도 이루어지고 있는데, 현금 위주의 소득보장제도는 국가 사무화하고, 사회서비스는 지방에 이양하여 지자체의 책임성을 높여야 한다는 방향성에 대해 학계와 지자체에서 활발한 논의가 진행 중이다(박세경 외, 2020). 전국 표준적인 소득보장은 국가의 책임으로 하고, 지역 주민의 욕구와 특성이 반영되어야 하는 서비스 보장은 지자체의 자율성을 높임으로써, 인구구조 변화에 따라 급증하는 사회서비스 지출 국면에서 중앙과 지자체의 안정적 재정체계를 구축하기 위한 목적도 가지고 있다.

〈표 12-7〉에 나타난 바와 같이 지자체의 복지예산은 2009년 전체 예산의 18.9%에서 2021년 32.3%로 양적으로 증가하고 있지만(통계청, 2021b), 사회서비스 기획, 공급, 이용의 지역 격차와 불평등은 양적·질적인 측면에서 다양하게 보고된다.

〈표 12-7〉 지방자치단체 사회복지예산 비중

(단위: 조 원, %)

구분		2009	2012	2015	2018	2021
자치단체 전체예산(A)		137.5	151.1	173.3	210.6	263.1
사회복지	예산(B)	26.0	33.0	46.8	60.6	84.9
	비중(B/A)	18.9	21.8	27.0	28.7	32.3
사회간접자본	지출(C)	32.9	28.3	27.1	32.4	37.2
	비중(C/A)	23.9	18.7	15.6	15.3	14.1

자료: 통계청. (2021b). 지방자치단체 사회복지분야 예산 비중. https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2860에서 2021.8.2. 인출.

2017년 사회서비스 수요 실태조사의 결과를 분석한 최근 연구에 따르면, 서비스 영역별 수요 충족률(서비스 필요 집단 중 실제 이용 경험 집단의 비율)이 9.8~25.9%로 전반적으로 낮게 나타나는데, 서비스 영역별로 지역 간 이용 격차가 발견된다(함영진 외, 2018). 특히 농촌형 지역의 경우 상담과 주거환경 분야를 제외한 모든 영역의 수요 충족률이 전체 평균

보다 낮은 것으로 나타난다는 점에 주목할 만하다. 돌봄, 보건의료, 교육 등 공적 책임성이 강조되는 서비스 영역에 대해서는 거주 지역과 무관하게 필요한 서비스를 이용할 수 있도록 적극적인 대책이 강구될 필요가 있음을 시사한다.

〈표 12-8〉 지역 구분에 따른 사회서비스 수요 충족률

(단위: %)

영역 / 지역	상담	재활	아동 돌봄	성인 돌봄	보건 의료	교육	고용	주거/ 환경	문화
대도시형	18.5	21.1	15.8	32.4	19.5	9.2	15.7	7.9	21.6
중소도시형	19.8	15.0	17.6	15.6	23.0	7.0	17.3	4.3	21.2
제한도시형	14.3	11.9	12.8	25.3	17.4	12.8	20.6	11.7	16.7
도농형	11.8	12.3	10.7	20.5	16.1	12.3	16.8	9.6	13.4
농촌형	18.2	4.4	12.1	22.8	10.1	3.7	11.1	11.3	8.6
전체	15.5	13.2	13.5	25.9	17.8	10.8	18.3	9.8	17.3

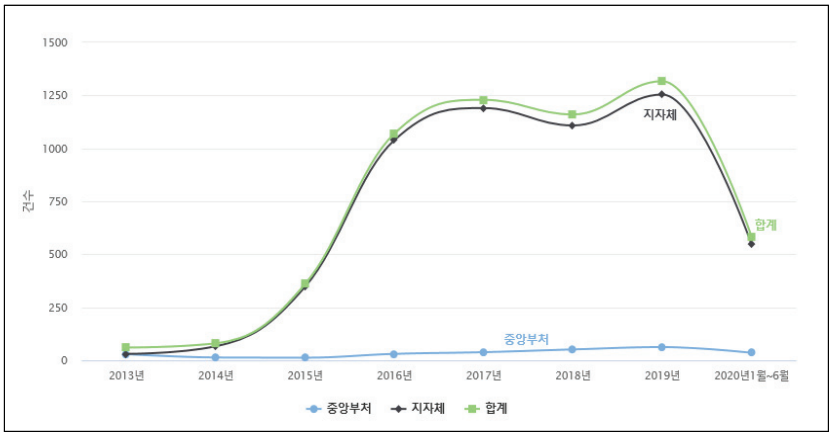
주: 지역은 행정안전부 지방자치단체 구분표를 활용하여 대도시형(인구 50만 이상 시), 중소도시형(인구 50만 미만 시), 제한도시형(특광역시 자치구), 도농형(도농복합시), 농촌형(농촌군)으로 구분
자료: 함영진 외(2018). 사회서비스 지역격차 파악 및 해소방안 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원. p.144의 표 〈5-6〉을 재구성

한편, 사회서비스 분권에 대한 기대가 높아지고 있지만, 지자체가 지역 주민의 욕구를 반영한 지역 사회서비스를 적절히 기획하고 집행할 수 있을 것인가에 대한 우려의 시각도 존재한다. 지자체의 주도성을 진단할 수 있는 예로 신설변경 협의지원 제도를 참고할 수 있다. 신설변경 협의지원 제도는 중앙 및 지자체 장이 사회보장제도를 신설하거나 변경할 경우, 신설변경의 타당성, 기존 제도와의 관계, 사회보장 전달체계에 미치는 영향 및 운영방안에 대해 보건복지부 장관과 협의하는 제도로, 사회보장기본법 제26조에 근거하여 2013년에 도입되었다. [그림 12-4], [그림 12-5]를 보면, 2016년 이후 지자체에서 접수되는 사회보장사업이 급증하고 있는데, 저출산·고령화 문제 해결을 위한 돌봄, 건강의료, 생활지원 사업 안

건이 다수를 차지하여 인구구조 변화가 지역 사회보장사업에 큰 영향을 미치고 있음을 짐작할 수 있다. 그러나 급여 형태를 보면, 시도, 시군구 모두 현금성 사업(소득 지원)이 비현금성 사업(서비스 지원)보다 높은 비율로 신설되는 특징을 보이고 있어 지자체 주도의 서비스 보장 정책이 소득보장 정책보다 활성화되지 못하고 있는 것으로 해석할 수 있다. 안수란(2019)은 신설변경 협의제도 중 가장 많은 안건을 차지하는 고용 사업의 내용을 분석하면서, 지자체가 지역 문제에 대한 객관적인 진단을 바탕으로 사업 내용을 설계하기보다는 선도 지역의 사업 아이템이 타 지역으로 단순 확산되는 문제를 지적하고, 지역 특수성을 반영한 사업 기획의 필요성을 강조하기도 하였다.

[그림 12-4] 연도별 신설변경 협의제도 접수안건 현황(2013~2020.6)

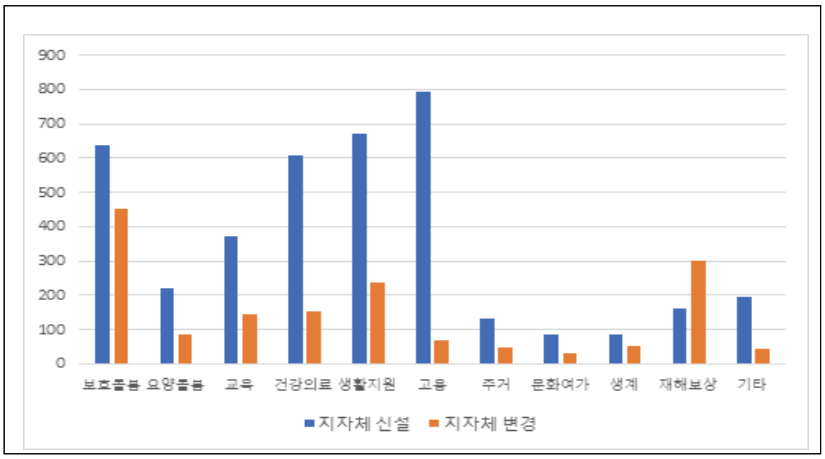
(단위: 건)



자료: 사회보장위원회 홈페이지 (2021). 협의제도 접수안건 현황.
https://www.ssc.go.kr/menu/after/after080201.do에서 2021.6.17. 인출

〔그림 12-5〕 연도별 신설변경 협의제도 접수안건 현황(2013~2020.6)

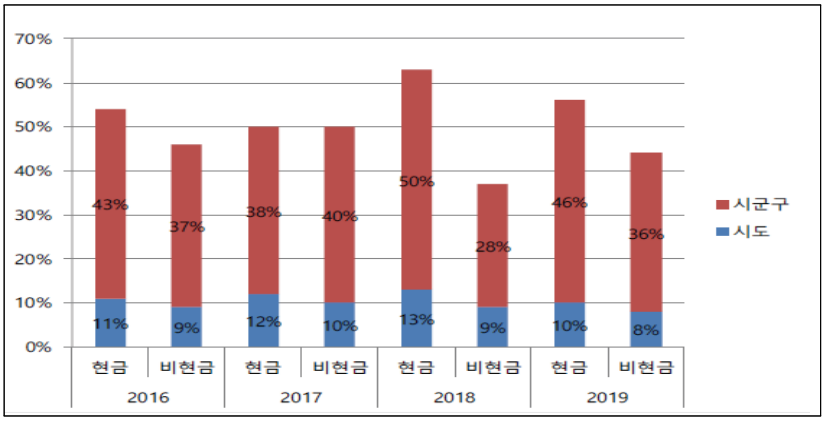
(단위: 건)



자료: 사회보장위원회 홈페이지 (2021). 협의제도 접수안건 현황.
https://www.ssc.go.kr/menu/after/after080201.do에서 2021.6.17. 인출하여 저자 작성

〔그림 12-6〕 지자체 신설변경 협의제도 현금성, 비현금성 사업 비율(2016~2019)

(단위: %)



주 : 현금성 사업은 현금, 지역화폐 지급 사업, 비현금성 사업은 현물, 바우처 및 서비스, 복합적 지급 방법 활용 사업을 의미함.

자료: 함영진, 권영지(2020). 지방자치단체 사회보장사업 신설·변경 협의 동향 및 과제. 보건복지 이슈앤포커스 제371호. 세종: 한국보건사회연구원. p.4의 [그림 1] 발췌.

서비스 기획에 있어서 지역 특수성 및 주도성의 미흡 문제는 앞에서 언급한 지역사회서비스 투자사업에서도 동일하게 지적되고 있다. 지역 서비스 욕구에 대응하기 위한 수백 개의 서비스가 시도 또는 시군구에서 개발하여 제공되고 있다고는 하지만, 사업 예산의 80%는 사실상 중앙정부가 제시한 표준모델형 서비스[51]에 투입되고 있고(안수란, 김회성, 김준표, 이영글, 김진희, 2018), 서비스 구성과 내용에 있어서도 지역 간 차이가 거의 발견되지 않는다.

사실 지자체의 사회서비스 기획력은 서비스 예산, 인프라(시설 및 기관), 인력 등 복지자원의 영향을 받을 수밖에 없다. 복지자원이 풍부한 지역일수록 인구구조 변화에 대응하는 다양한 서비스를 기획할 수 있는 기회, 잠재력 및 역량도 클 것인데, 이는 지자체의 노력과 의지만으로 해결되는 것은 아니기 때문에 중앙정부의 행·재정적 지원이 수반되어야 한다.

2020년부터 3년간 추진되고 있는 사회보장 특별지원구역 사업은 지역의 사회서비스 자원 격차를 해소하고 지역 주도형 사회서비스를 구현하는 지원 사업으로서 의미를 가진다. 이 사업은 「사회보장급여법」 제48조에 따라 지역사회 자원이 부족하고 저소득층이 밀집된 소규모 생활권 지역을 '지역사회보장특구'로 선정하여 핀셋형 행·재정적 지원을 실시함으로써 관할 지자체가 스스로 지역복지 문제를 해결할 수 있도록 유도하는 사업이다. 예를 들어, 부산 북구의 경우 복지 취약계층의 비율이 높고, 지역 내 주민 간 사회관계망 형성 매개체가 될 수 있는 공간이 없어 은둔형 외톨이가 증가하고 돌봄 공백이 발생하는 지역 문제를 해결하기 위해 지역사회

51) 보건복지부는 시도 서비스 개발 시 지침에 제시된 표준모델을 참고하도록 안내하고 있다. 영유아발달지원서비스, 아동청소년정서발달지원서비스, 아동청소년심리지원서비스, 아동청소년 비전형성서비스, 노인맞춤형 운동서비스, 장애인·노인을 위한 돌봄여행서비스, 장애인보조기기렌탈서비스, 시각장애인안마서비스, 정신건강토탈케어서비스, 자살위험군예방서비스, 비만아동건강관리서비스, 성인(청년)심리지원서비스 등이 포함된다(보건복지부, 2021a).

통합돌봄 활동가 양성사업, 사회적 관계망 형성을 위한 지역주민 참여 커뮤니티 공간 구성 사업, 지역주민 조직화를 위한 1인 가구 대상 민관협력 사업을 실시하고 있다(김회성 외, 2020).[52] 그러나 현재 시범사업 형태로 운영되고 있는 중앙정부 주도의 지역사회서비스 활성화 정책은 사업의 실질적인 효과를 창출하기 전에 사업 기간이 종료되어 인적·재정적 안정성을 확보하기 어려운 한계가 있다. 중앙정부와 지자체 예산을 확보하는 한편, 지역사회의 다양한 민간 자원을 적극 발굴하고 활용하는 노력이 필요하다.

제5절 소결

인구 감소, 인구 고령화, 인구구성비 변화, 인구분포 변화로 정의되는 인구구조의 변화에 따라 현재 사회서비스 영역에서 주요하게 논의되고 있는 이슈를 중심으로 정책 현황 및 한계를 살펴보았다. 이 절에서는 2~4절에서 논의된 내용을 바탕으로 향후 사회서비스 정책 대응 전략과 과제를 모색해 보고자 한다.

1. 공적 돌봄 안전망 강화 : 돌봄 서비스 보장성 및 공공성 제고, 돌봄 인력 지원 강화

영유아부터 노인에 이르기까지 생애주기에서 모든 사람은 돌봄의 대상자이면서 제공자가 된다는 점에서 돌봄은 가장 보편적이고 사회화된 욕구이다. 국가 차원의 안정적이고 지속가능한 돌봄 환경이 조성되지 않는

52) 2020년 부산 북구, 인천 남동구, 광주 동구, 광주 서구, 강원 춘천시, 강원 원주시, 전북 전주시, 경북 울진군의 8개 시군구를 선정하고, 지역당 8.7억 원, 총 69.6억 원(국비+지방비)을 지원한다(김회성 외, 2020).

한 저출산 문제는 단기간에 해결되기 어려울 것이며, 가구구조 및 가족 규범의 변화와 급증하는 노인인구 규모를 고려할 때 공적 돌봄 안전망의 강화는 사회서비스 정책영역에서 가장 시급히 대응해야 할 과제로 다루어질 필요가 있다.

우선 대상별 돌봄 서비스의 보장성을 강화해야 한다. 특히 서비스 수요 대비 공급이 절대적으로 부족한 초등 돌봄 서비스의 양적 확대가 시급하다. 정부는 돌봄이 필요한 모든 아동의 서비스 이용을 보장하기 위해 2022년까지 학교 돌봄과 마을 돌봄 인프라 확대를 통해 53만 명에게 제공하겠다는 계획을 밝혔으나, 현재의 서비스 공급 상황을 고려할 때 목표 달성은 어려운 것으로 판단된다(안수란 외, 2021). 온종일 돌봄은 전달체계로 기능하고 있는 학교와 지역사회와의 협업이 중요하나 관련법의 부재와 예산 부족, 돌봄 활용 공간 부족, 전달주체 간 신뢰 및 소통 미흡 등으로 정책 추진이 원활하지 못한 상황이다. 온종일 돌봄 관련법 제정의 조속한 추진을 통하여 돌봄서비스 확충의 동력을 마련하고, 학교와 지자체의 역할과 기능을 체계화함으로써 모든 아동이 필요한 때에 적정 수준의 돌봄을 받을 수 있는 권리가 실현될 수 있어야 한다.

노인 돌봄의 경우 돌봄 사각지대에 노출되어 있는 경증 돌봄 필요자 대상 서비스의 보장성 강화가 필요하다. 경증 돌봄 필요자 대상 서비스 확충은 요양시설 및 요양병원 진입을 최대한 지연하여 장기적으로는 사회적 돌봄 및 의료 비용을 감소시키는 효과를 거둘 수 있다. 지역사회 중심으로 제공되고 있는 노인맞춤돌봄서비스를 확대하거나 치매안심센터의 맞춤형 서비스 확충을 통해 장기요양 등급 미인정자 및 경증 치매 노인 대상 지원을 강화하는 방안을 고려할 수 있을 것이다. 동시에 지역사회 통합돌봄 정책의 내실화를 통해 기존의 공적 돌봄 제도에서 배제된 노인을 대상으로 한 다양한 서비스를 개발하고 제공할 필요가 있다.

돌봄 서비스의 양적 확충과 더불어 서비스 질을 높이기 위한 다양한 정책 지원도 해야 한다. 사회서비스는 경험재로, 서비스 품질에 대한 이용자 만족도가 높을 경우 이용 의향 및 비용지불 의사도 높게 나타나는 경향을 보인다. 아동 및 노인 돌봄 서비스 공급이 충분한 수준에 이른다고 할지라도 일정 수준 이상의 서비스 품질이 담보되지 않는 한 지속가능한 돌봄 체계는 구현되기 어렵다. 정부의 직접 서비스 제공을 확대하면 민간 의존적으로 형성된 돌봄 서비스 시장의 병폐를 해결할 수 있을 것이다. 국공립 시설이 민간 시설보다 반드시 좋은 질의 서비스를 제공한다고 단언할 수는 없으나, 서비스 관리·감독, 인력 운용 등에 있어서는 안정적 운영이 가능한 장점이 있다. 국공립 시설의 확충과 더불어 공공성의 가치를 지향하는 사회적 경제조직의 활성화를 통하여 공적 인프라를 구축해 나가는 노력도 병행되어야 할 것이다. 민간 서비스의 공공성 강화를 위한 사회서비스 품질관리도 필요하다. 제도별로 파편화된 품질 관리체계를 통합하고, 지역 단위로 서비스 시설과 인력을 관리하는 체계를 갖추는 동시에, 서비스 품질평가 결과가 기관의 퇴·출입에 영향을 미칠 수 있도록 제도를 개선해야 한다.

돌봄 서비스의 양적·질적 개선을 추동하기 위해서는 돌봄 인력에 대한 지원 강화가 선행되어야 한다. 특히 돌봄 인력 수급 불안정 문제가 고령화의 급속한 진전에 따라 가시화되고 있다는 점에서 한층 강화된 인력 정책이 필요하다. 저임금, 불안정 고용의 돌봄 일자리가 개선되지 않는 한 돌봄 시장으로 유입되는 젊은 인력은 점차 감소하게 될 것이다. 돌봄 필요 인구 규모와 돌봄 기간이 증가하는 현실을 고려할 때 돌봄 인력 정책은 더욱 중요하게 다루어져야 한다. 돌봄 인력의 임금 체계 개선, 인력 배치 기준 현실화, 다양한 고용형태에 맞춘 처우개선 방안 마련으로 양질의 돌봄 서비스 일자리를 창출해야 한다.

2. 사회서비스 취약계층(청년, 중장년) 지원 확대 : 실증근거 기반 사회서비스 개발, 대상 특성을 고려한 서비스 전달체계 확립

그간 청년과 중장년은 사회서비스 정책의 주요 대상이 아니었다. 청년과 중장년의 취약성은 아동, 노인, 장애인 등 전통적 복지서비스 수요자의 취약성보다 상대적으로 덜 중요하게 인식되어 왔으며, 한정된 국가 예산하에서 정책적 우선순위를 갖기 어려웠던 것이 사실이다. 청년과 중장년에 대한 서비스 보장은 점점 많은 이들이 기존에 사회적 보호 기능을 담당했던 노동 중심의 사회보장제도로부터 배제되고 있다는 점에서 더욱 중요성을 가진다. 오늘날 청년과 중장년이 일상생활에서 경험하는 다양한 사회적 문제들은 기존의 복지제공 방식인 보충적 급여방식으로는 대응하기 어려우며(강혜규 외, 2018), 이들이 국가 경제 및 사회 지탱을 위한 핵심적 생산 계층으로서 제 역할을 수행하기 위해서는 고용을 넘어선 다양한 서비스 지원 정책이 마련되어야 한다.

청년 및 중장년 사회서비스가 활성화되지 못한 현실을 고려할 때 필요한 첫 번째 과제는 이들의 사회서비스 욕구를 면밀히 파악하여 실증근거에 기반한 서비스를 개발하고 확충하는 것이다. 청년, 중장년 사회서비스 개발에 대한 요구가 강해지면서 관련 정책에도 그 내용이 일부 반영되고 있지만, 문제 현상에 일시적으로 대응하는 아이템 발굴방식의 서비스 개발이 이루어지는 한계를 보이고 있다. 가령, 최근 정신건강 증진 서비스로 청년 사회서비스 내용이 수렴되는 현상이 그것이다. 그러나 문제 현상으로 일반적으로 표출되는 욕구와 실제 필요로 하는 서비스는 차이가 있을 수 있다. 또한 청년과 중장년이 경험하는 일상생활의 어려움은 개인, 가구, 지역 특성에 따라 다르게 나타날 수 있으므로 이들의 서비스 욕구

를 세밀하게 관찰하는 것이 필요하다. 청년기본법 제정을 계기로 정부는 2022년부터 청년 실태조사를 2년 주기로 실시할 계획을 가지고 있다. 소득 및 지출 등 경제상태, 주거 및 소비생활 등 생활환경, 취업 및 근로환경 등 일자리, 교육 및 직업훈련 등 역량개발, 놀이 및 여가 등 문화·환경, 건강 및 복지서비스 등 보건복지에 관한 전반적인 욕구와 실태를 파악하게 된다. 이를 위해 청년 맞춤형 사회서비스 정책 수립을 위해 서비스 욕구를 세밀하게 파악할 수 있는 특화된 조사문항을 개발할 필요가 있다. 한편, 중장년의 사회서비스 욕구를 진단할 수 있는 법정 실태조사는 부재하다. 45세 이상을 대상으로 고령자연구패널조사를 실시하고 있으나, 조사내용이 소득, 고용, 건강 등 일부 영역에 한정되어 있고, 조사대상에 노인을 포함하고 있어 중장년에 특화된 서비스 욕구를 파악하기 어렵다. 중장년층을 대상으로 한 특화된 실태조사 실시를 통해 근거 기반의 사회서비스 정책을 수립해야 한다.

청년·중장년의 사회서비스 접근성을 높일 수 있는 새로운 전달체계의 확립도 필요하다. 전술한 바대로 청년과 중장년 사회서비스 전달은 청년센터, 서울시50플러스센터 등 지자체에서 자체적으로 설치한 센터를 구심점으로 이루어지고 있다. 지역의 자율성과 책임성을 높일 수 있다는 장점이 있으나, 지자체 재정 및 인력, 지자체장의 정책 의지, 역량에 따라 사회서비스 대상의 포괄성, 내용의 다양성 및 충분성, 사업 운영의 안정성이 크게 영향을 받을 수 있다. 중앙 주도로 아동, 노인과 같이 청년, 중장년 대상에 특화된 독자적 전달체계의 구축이 필요한지 신중한 검토가 필요하다. 고유의 영역에서 발전해 온 기존 사회서비스 전달체계와 구분되는 역할 및 기능 정립, 기존 전달체계와의 연계·협력 강화도 당면한 과제이다.

전달체계 구축에 있어 또 한 가지 염두에 두어야 할 점은 청년과 중장년 삶의 다중적 맥락을 고려하여 생활밀착형 서비스를 전달할 필요가 있다는 점이다(강혜규 외, 2018). 코로나19 이후 오프라인에서 온라인으로 서비스 제공 플랫폼이 확장되는 시점에서, 특정한 물리적 기관 중심의 사회서비스 제공을 탈피하고, 서비스 이용 시간과 장소 접근성을 높이기 위한 획기적 전환이 필요하다. 일상생활이 이루어지는 직업생활의 맥락, 근린 지역사회 맥락, 관심 커뮤니티의 맥락 등 다양한 삶의 맥락을 고려하여 그 공간과 동선 안에 사회서비스를 유연하게 접목시키기 위한 노력을 기울여야 할 것이다.

3. 지역 중심의 사회서비스 정책 여건 조성 : 사회서비스 정책 기획 및 실행의 지역 주도성 강화, 지역 단위의 다양한 정책 실험 지원, 중앙-지방정부 역할 재정립

지역 인구 변화에 사회서비스 정책이 탄력적으로 대응하기 위해 가장 중요한 것은 지자체가 주도적으로 지역의 당면 문제를 정의하고, 그 문제를 해결하기 위한 정책을 지역의 상황과 여건에 맞춰 수립하고 실행하는 것이다. 지역 문제에 대한 정확한 진단이 결여된 채 사회경제적, 행·재정적 상황 및 여건이 다른 타 지역의 정책을 수동적으로 도입하게 되면 실효성 있는 정책성과를 거두기가 어렵다. 모든 국민은 거주 지역에 무관하게 필요에 따라 서비스를 받을 권리를 보장받아야 하지만, 이것이 사회서비스 정책의 동형화를 의미하는 것은 아닐 것이다. 사회서비스의 지역 격차에 대응하기 위한 정책 개입의 수준은 재정 투자를 통해 지역 공급 인프라와 접근성을 개선하는 직접적인 개입과, 지자체 행정 역량을 강화하고 지역 내 복지 생태계를 활성화시키는 간접적 개입이 있을 수 있는데,

장기적으로는 후자의 정책 개입이 더 효과적일 수 있다. 사회서비스의 지역성을 강조하는 정책이 계속 나오고 있음에도 불구하고 그 성과를 쉽게 목도하기 어려운 원인은 여러 가지가 있지만 사회서비스 정책 기획을 주도하는 조직과 지원 인력의 부재에 기인하기도 한다. 광역, 기초 지자체 단위로 지역 서비스 욕구를 세밀히 파악하여 지역 특성에 맞는 사회서비스 기획을 이행할 역량 있고 전문적인 조직과 인력이 필요함을 시사한다. 최소한 광역 지자체에 사회서비스 정책 기획을 총괄하는 전담부서를 설치하고, 복지 분야에 일정 기간 이상 경력을 지닌 사회서비스 전담공무원을 배치할 필요가 있다. 지역사회보장계획 수립에 핵심적 역할을 하는 지역사회보장협의체 사무국과 사회서비스 기획 지원 기능이 부여된 사회서비스원 등이 제 역할을 할 수 있도록 중간 지원조직의 전문 인력 확충도 필요하다.

지역주도형 사회서비스 정책은 중앙 주도의 경로 의존적 정책 수행을 탈피하고, 지역 특성에 맞는 서비스 모델을 자발적으로 구축할 때 의미가 있으므로, 지역 단위의 다양한 정책 실험을 활성화할 필요도 있다. 사회서비스 분야는 중앙정부 주도로 새로운 정책 아이디어와 전략이 제안되어도 이를 전국적으로 확산하는 방식으로 제도 개편을 하는 것이 쉽지 않다. 또한 실제 아이디어가 실행되고 가시적인 효과를 생산하기까지도 오랜 시간이 걸리고, 다양한 문제점들이 노출될 수 있다. 사회서비스원 설립, 지역사회 통합돌봄 등 정부가 시범사업 또는 선도사업으로 추진하는 정책이 그 예이다. 전국 단위의 전면적 도입을 전제로 하기 때문에 다양한 정책 행위자들이 주체자로 적극 개입하기 어렵고, 정책에 대한 객관적이고 체계적인 평가를 하기도 어렵다(박세경 외, 발간 예정). 지역 문제에 능동적으로 대응하기 위해서는 지역 단위의 소규모 정책 실험을 촉진해야 한다. 이러한 정책 실험은 근거 기반 정책 수립에도 긍정적 영향을 미

칠 수 있는데, 정책 효과가 확인된 서비스의 확충이 이루어질 수 있다는 점에서 의미가 있다.

마지막으로 분권화와 국가 책임성 강화 정책 기조에 부합하는 중앙정부와 지자체의 사회서비스 역할 재정립이 필요하다. 지역 여건에 따른 공급과 이용 격차가 크지만 전국 공통으로 일률적이고 균질하게 제공되어야 할 서비스는 중앙정부 주도로 재정 투입을 확대하여야 할 것이다. 반면, 지자체 특수성이 반영되어야 하는 서비스는 광역 및 기초지자체의 자율성을 보장하면서 국가의 조정 및 통제 관리 기능을 최소화하는 것이 필요하다. 지자체가 충분한 권한과 책임을 가지고 지역 상황에 맞게 서비스를 유연하게 기획하고 설계할 수 있도록 사회서비스 재정지원 방식의 변화도 모색되어야 한다. 가령, 사회서비스 포괄보조금 제도의 도입을 적극적으로 검토할 수 있을 것이다. 이러한 중앙정부와 지자체의 분권적 협력 관계가 실질적으로 작동하기 위해서는 사회서비스 정책 이슈와 전략을 포괄적으로 공유하고 논의할 수 있는 거버넌스 구축이 담보될 필요가 있다.

제 13 장 인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사

제1절 조사 개요

1. 조사 목적

앞장에서는 우리나라의 인구구조 변화에 대해 논의하고 인구구조 변화가 건강, 불평등, 가족, 지역에 발생시키는 이슈를 살펴보고 이를 토대로 향후 인구구조 변화에 대응하기 위한 보건의료, 소득보장, 연금, 사회서비스, 사회보장재정에서의 정책 대안을 제시하였다. 본 연구에서는 한국사회에서 진행되고 있는 인구구조 변화가 보건복지에 미치는 영향에 대한 대국민 인식 정도를 살펴보고, 본 연구가 제안하고 있는 정책 대안에 대한 국민들의 의견을 수렴하기 위하여 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」를 수행하였다. 본 장에서는 동 조사의 주요 결과를 정리하고 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안을 마련하는 데 주요한 시사점을 제공하고자 한다.

2. 조사 대상 및 방법

조사 대상은 전국 만 20세에서 만 69세 6,000명이며, 구조화된 질문지를 활용하여 2021년 10월 08일부터 10월 25일까지 온라인 조사를 진행하였다. 표본은 행정안전부의 「2021년 8월 주민등록 인구통계」상 17개 시도, 성, 연령대의 분포를 반영하여 할당표집하였으며, 표본오차는 95% 신뢰 수준에서 ±1.27%p이다.

3. 조사 내용

조사 내용은 크게 '인구구조 변화에 대한 인식'과 '인구구조 변화 대응 정책에 대한 의견'으로 구분된다. '인구구조 변화에 대한 인식'에서는 인구구조 변화가 보건복지에 미치는 영향에 대한 인식에 대해 조사하고, 세부 영역인 건강, 불평등, 가족, 지역에서의 변화에 대해 조사한다. 그리고 본 연구에서 제시한 인구구조 변화 대응에 대한 주요 정책에 대해 국민들의 의견을 조사한다. 주요 정책은 보건의료 정책, 소득보장 정책, 연금 정책, 사회서비스 정책, 사회 보장 재정 등의 영역으로 나뉜다. 구체적인 조사 영역 및 항목은 〈표 13-1〉과 같다.

〈표 13-1〉 조사 영역 및 조사 항목

구분	영역	조사 항목
인구구조 변화에 대한 인식	인구구조 변화가 보건복지에 미치는 영향에 대한 인식	• 인구감소가 보건복지에 미치는 영향에 대한 의견
		• 인구 고령화가 보건복지에 미치는 영향에 대한 의견
		• 수도권 인구집중과 지방인구감소가 보건복지에 미치는 영향에 대한 의견
	인구구조 변화와 건강에 대한 인식	• 질병 구조 변화에 대한 인식
		• 건강불평등에 대한 인식
		• 건강수명 중요성에 대한 인식
	인구구조 변화와 불평등에 대한 인식	• 출산 행태의 불평등에 대한 인식
		• 혼인 행태의 불평등에 대한 인식
	인구구조 변화와 가족에 대한 인식	• 가족 변화에 대한 인식
		• 여성의 역할 변화에 대한 인식
	인구구조 변화와 지역에 대한 인식	• 지역 인구 감소에 대한 인식
		• 지역 노인인구 증가에 대한 인식
인구구조 변화 대응 정책에 대한 의견	인구구조 변화 대응 보건의료 정책에 대한 의견	• 질병 치료와 기능 회복 연계 체계의 중요성
		• 재가 돌봄 및 치료에 대한 중요성
		• 지역 중심 일차의료서비스 제공의 중요성
		• 지역 중심 만성질환 관리의 중요성
		• 중증 질환 대상 보건의료 공급체계의 중요성
	인구구조 변화 대응 소득보장 정책에 대한 의견	• 노인층 대상 소득보장정책의 중요성
		• 중장년층 대상 소득보장정책의 중요성
		• 청년층 대상 소득보장정책의 중요성

구분	영역	조사 항목
	인구구조 변화 대응 연금 정책에 대한 의견	• 정부의 국민연금 재정지원에 대한 인식
		• 정년 연장에 대한 인식
		• 다층적 소득보장제도에 대한 인식
		• 국민연금과 특수직역연금에 대한 인식
	인구구조 변화 대응 사회서비스 정책에 대한 의견	• 돌봄 정책의 중요성에 대한 인식
		• 돌봄 서비스 질적 제고에 대한 필요성
		• 지역 사회서비스 정책에 대한 인식
		• 복지지원 확대가 필요한 연령 집단
	인구구조 변화 대응 사회보장재정에 대한 의견	• 건강보험료 부담에 대한 용의
		• 연금보험료 부담에 대한 용의
		• 세금 부담에 대한 용의
	경제성장과 보건복지 정책의 시급성	• 경제성장 정책의 시급성 정도
		• 보건복지 정책의 시급성 정도

자료: 저자 작성.

4. 조사 응답자의 일반적 특성

응답자는 남성이 50.9%, 여성이 49.1%이고, 연령은 50대가 23.1%로 가장 많고, 그다음이 40대 22.0%, 60대 19.0%, 30대 18.1%, 20대 18.0%의 순으로 나타났다. 권역별로는 서울, 인천, 경기 수도권이 51.5%로 절반 이상이었고 부산, 경남, 울산 지역이 15.0%, 대전, 세종, 충청이 10.5%, 대구, 경북 9.5%, 광주, 전라 9.5%, 제주, 강원 4.2%의 순이었다. 성별과 연령, 지역의 경우 2021년 8월 주민등록 인구통계에 비례하여 조사되었다. 응답자의 49.3%는 중소도시에 거주하고 있었고, 44.0%는 대도시, 6.7%는 농어촌에 거주하고 있었다.

교육수준은 온라인 조사의 특성상 비교적 높게 나타났는데, 대졸인 경우가 60.7%, 고졸 이하인 경우는 28.4%였으며, 대학원 이상 학력인 경우도 10.9%로 나타났다. 경제활동을 하는 경우가 77.4%였고, 경제활동을 하는 사람들 중 많은 사람들이 임금근로자(85.8%)였다. 직업은 사무직 및 판매직이 44.8%로 가장 많았고, 관리직 및 전문직이 20.5%, 농어업 및

생산, 단순노무직이 9.6%였으며, 학생이나 주부, 무직인 경우가 25.3%였다.

〈표 13-2〉 응답자의 일반적 특성

특성	비율	(명)	특성	비율	(명)
전체	100.0	(6,000)			
성별			직업		
남성	50.9	(3,053)	관리직 및 전문직	20.5	(1,227)
여성	49.1	(2,947)	사무직 및 판매직	44.8	(2,685)
연령			농어업·생산·단순노무직	9.6	(573)
20대	18.0	(1,080)	학생·주부·무직	25.3	(1,515)
30대	18.1	(1,083)	월 가구소득		
40대	22.0	(1,317)	300만 원 미만	27.3	(1,636)
50대	23.1	(1,383)	300~500만 원 미만	31.6	(1,893)
60대	19.0	(1,137)	500~700만 원 미만	21.3	(1,276)
지역1			700만 원 이상	19.9	(1,195)
서울	19.2	(1,151)	주관적 사회계층		
인천/경기	32.3	(1,940)	상류층	0.6	(35)
부산/경남/울산	15.0	(900)	중상류층	5.8	(349)
대구/경북	9.5	(572)	중류층	35.9	(2,156)
광주/전라	9.3	(557)	중하류층	45.2	(2,709)
대전/세종/충청	10.5	(630)	하류층	12.5	(751)
제주/강원	4.2	(250)	혼인상태		
지역2[1)]			미혼	34.7	(2,080)
대도시	44.0	(2,641)	기혼	59.9	(3,594)
중소도시	49.3	(2,960)	이혼/별거	4.0	(241)
농어촌	6.7	(399)	사별	1.4	(85)
교육수준			자녀 유무		
고졸 이하	28.4	(1,705)	있다	56.3	(3,375)
대졸	60.7	(3,642)	없다	43.8	(2,625)
대학원 이상	10.9	(653)	가구형태		
경제활동 여부			1세대	24.2	(1,451)
예	77.4	(4,643)	2세대	68.7	(4,123)
아니오	22.6	(1,357)	3세대 이상	6.5	(391)
종사상 지위			기타	0.6	(35)
임금근로자	85.8	(3,986)	소득이 있는 가구원 수		
자영업자	11.8	(547)	1명	43.1	(2,583)
무급가족종사자	2.4	(110)	2명	38.8	(2,329)
			3명 이상	18.1	(1,088)

주: 농어촌지역은 '군'에 해당되는 지역으로 정의하였음.
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

한편, 온라인 조사의 특성상 컴퓨터 혹은 모바일 기기를 이용하기 힘든 70대 이상의 고령층을 조사 대상에 포함시키지 못했다. 또한 대졸 이상의 학력을 가진 집단이 과대 표집되었으며, 경제활동을 하고 있는 사람이나 임금 근로자도 과대 표집되었다.[53] 대도시 혹은 중소도시에 포함된 군 지역은 해당 대도시 혹은 중소도시로 분류되어서 농어촌 거주 비중은 실제 비중보다 높을 가능성이 있다. 온라인 조사에 따른 표집에서의 한계를 감안하여 분석 결과를 해석하는 데 주의할 필요가 있다.

가구소득은 월평균 300~500만 원 미만인 경우가 31.6%였고, 300만 원 미만이 27.3%, 500~700만 원 미만이 21.3%, 700만 원 이상 19.9%였다. 주관적으로 느끼는 사회경제적 수준에 대해서는 중하류층이라는 응답이 45.2%로 가장 많았고, 중류층 35.9%, 하류층 12.5%로 스스로 중류층 및 하류층이라고 느끼는 경우가 많았다.

응답자 중 59.9%는 기혼자였고 34.7%는 미혼, 이혼이나 별거, 사별은 5.4%였다. 자녀가 있는 경우는 56.3%로 나타났으며, 가구 형태는 2세대 가구가 68.7%로 가장 많았고, 1인 가구를 포함한 1세대 가구는 24.2%였다. 소득이 있는 가구원 수는 1명인 경우가 43.1%였고, 2명인 경우는 38.8%, 3명 이상인 경우는 18.1%였다.

53) 한국보건사회연구원이 전국 거주 19세 이상 성인 8,000명을 대상으로 면접 조사를 통해 2020년도에 수행한 「저출산·고령사회 대응 국민 인식 및 가치관 심층조사」에서는 60세 이상(27.9%), 대졸 이상(47.9%), 경제활동참여자(69.0%), 임금근로자(66.1%), 대도시(44.0%), 중소도시(38.3%), 농어촌(17.7%)로 나타났다(이윤경 외, 2020).

제2절 인구구조 변화에 대한 인식

1. 인구구조 변화가 보건복지에 미치는 영향에 대한 인식

가. 인구감소가 보건복지에 미치는 영향에 대한 인식

우리나라의 인구감소가 보건복지에 미치는 영향에 대해서는 다소 영향을 줄 것이라는 응답이 53.2%로 가장 많았고, 매우 많은 영향을 줄 것이라는 응답이 38.7%로 전체의 92%가 영향을 줄 것이라고 응답하였다.

응답자의 특성별로는 거주 지역을 제외한 모든 특성별로 차이가 나타났는데, 특히 연령이 많을수록, 교육수준이 높을수록, 월평균 가구소득이 높을수록 인구감소가 보건복지에 미치는 영향력을 크게 인식하는 것으로 나타났다. 배우자가 있는 경우,[54] 자녀가 있는 경우에도 영향을 미칠 것이라는 응답이 많았는데, 이는 연령의 특성이 반영된 것으로 보인다.

〈표 13-3〉 '우리나라 인구가 줄어들면 보건, 의료, 복지 정책 전반에 어느 정도 영향을 줄 것이라고 생각하십니까?'에 대한 응답

(단위: %, 명)

구분	영향을 주지않을 것이다	전혀 영향을 주지않을 것이다	별로 영향을 주지않을 것이다	영향을 줄것이다	다소 영향을 줄것이다	매우 많은 영향을 줄것이다	계	(명)
전체	8.1	1.0	7.1	92.0	53.2	38.7	100.0	(6,000)
성별($x2=16.76^{***}$)								
남성	8.3	1.1	7.1	91.7	50.8	40.9	100.0	(3,053)
여성	7.8	0.7	7.1	92.2	55.7	36.5	100.0	(2,947)

54) 기혼자를 "배우자 있음"으로 분류하였고, 미혼, 이혼/별거, 사별을 "배우자 없음"으로 분류하였다. 미혼자와 이혼/별거 혹은 사별한 사람은 특성이 다를 수 있지만 이혼/별거 혹은 사별한 사람들이 전체 응답자에서 차지하는 비중이 5.4%로 매우 적어서 결과에 큰 영향을 미쳤을 것으로 보이지 않는다.

구분	영향을 주지않을 것이다	전혀 영향을 주지않을 것이다	별로 영향을 주지않을 것이다	영향을 줄것이다	다소 영향을 줄것이다	매우 많은 영향을 줄것이다	계	(명)
연령($x2=27.89^{**}$)								
20대	10.0	1.5	8.5	90.0	50.9	39.1	100.0	(1,080)
30대	9.1	0.9	8.2	90.9	51.4	39.4	100.0	(1,083)
40대	8.2	1.2	7.0	91.8	53.7	38.1	100.0	(1,317)
50대	5.8	0.9	4.9	94.2	55.0	39.2	100.0	(1,383)
60대	7.7	0.3	7.5	92.3	54.4	37.9	100.0	(1,137)
지역($x2=6.58$)								
대도시	8.0	1.2	6.9	92.0	54.1	37.9	100.0	(2,641)
중소도시	7.8	0.7	7.1	92.2	52.7	39.5	100.0	(2,960)
농어촌	9.8	1.3	8.5	90.2	51.6	38.6	100.0	(399)
교육수준($x2=64.15^{***}$)								
고졸 이하	10.7	1.5	9.2	89.3	55.5	33.7	100.0	(1,705)
대졸	7.2	0.7	6.4	92.8	53.6	39.2	100.0	(3,642)
대학원 이상	6.0	0.6	5.4	94.0	44.9	49.2	100.0	(653)
경제활동 여부($x^2=11.9^{**}$)								
예	7.5	0.8	6.6	92.5	53.2	39.3	100.0	(4,643)
아니오	10.1	1.4	8.7	89.9	53.2	36.7	100.0	(1,357)
월가구소득($x^2=39.2^{***}$)								
300만 원 미만	10.5	1.3	9.1	89.5	54.5	35.0	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	8.2	0.8	7.4	91.8	53.6	38.1	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	7.1	0.9	6.1	92.9	53.1	39.8	100.0	(1,276)
700만 원 이상	5.5	0.6	4.9	94.5	50.9	43.6	100.0	(1,195)
혼인상태($x^2=16.64^{***}$)								
배우자 있음	7.1	0.7	6.4	92.9	52.8	40.1	100.0	(3,594)
배우자 없음	9.4	1.3	8.1	90.6	53.9	36.7	100.0	(2,406)
자녀 유무($x^2=18.07^{***}$)								
자녀 있음	7.0	0.6	6.3	93.0	53.1	40.0	100.0	(3,375)
자녀 없음	9.4	1.4	8.1	90.6	53.4	37.1	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

나. 인구 고령화가 보건복지에 미치는 영향에 대한 인식

인구 고령화가 보건복지에 미치는 영향에 대해서는 매우 많은 영향을 줄 것이라는 응답이 63.7%로 매우 높게 나타났고, 다소 영향을 줄 것이

다는 30.9%로, 영향을 줄 것이라는 전체 응답이 94.6%였다. 즉, 인구구조 변화 중 인구감소보다는 인구 고령화가 보건복지에 미치는 영향에 대해 더 많이 인식하고 있는 것으로 나타났다.

이러한 응답은 앞에서 살펴본 인구감소의 영향과 마찬가지로 연령이 증가할수록, 교육수준이 높을수록, 가구소득이 높을수록 영향을 크게 인식하고 있었으며, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우에도 영향을 크게 인식하고 있었다.

〈표 13-4〉 '우리나라에서 젊은 인구에 비해 노인인구가 많아지면 보건, 의료, 복지 정책 전반에 어느 정도 영향을 줄 것이라고 생각하십니까?'에 대한 응답

(단위: %, 명)

구분	영향을 주지않을 것이다	전혀 영향을 주지않을 것이다	별로 영향을 주지않을 것이다	영향을 줄것이다	다소 영향을 줄것이다	매우 많은 영향을 줄것이다	계	(명)
전체	5.4	0.4	5.0	94.6	30.9	63.7	100.0	(6,000)
성별(x^2=9.98*)								
남성	6.2	0.5	5.7	93.8	30.4	63.4	100.0	(3,053)
여성	4.5	0.2	4.3	95.5	31.5	64.0	100.0	(2,947)
연령(x^2=32.24**)								
20대	8.0	0.8	7.1	92.0	29.1	63.0	100.0	(1,080)
30대	6.1	0.4	5.7	93.9	30.9	63.0	100.0	(1,083)
40대	5.3	0.4	4.9	94.7	30.8	63.9	100.0	(1,317)
50대	4.4	0.2	4.2	95.6	31.5	64.1	100.0	(1,383)
60대	3.4	0.0	3.4	96.6	32.0	64.6	100.0	(1,137)
지역(x^2=9.79)								
대도시	5.9	0.4	5.5	94.1	31.5	62.6	100.0	(2,641)
중소도시	4.6	0.3	4.3	95.4	30.5	64.9	100.0	(2,960)
농어촌	7.3	0.3	7.0	92.7	29.8	62.9	100.0	(399)
교육수준(x^2=59.70***)								
고졸 이하	7.8	0.5	7.3	92.2	34.7	57.5	100.0	(1,705)
대졸	4.6	0.3	4.4	95.4	29.9	65.4	100.0	(3,642)
대학원 이상	3.1	0.3	2.8	96.9	26.3	70.6	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=1.21)								
예	5.3	0.3	4.9	94.7	30.7	64.1	100.0	(4,643)
아니오	5.7	0.4	5.4	94.3	31.7	62.6	100.0	(1,357)

구분	영향을 주지않을 것이다	전혀 영향을 주지않을 것이다	별로 영향을 주지않을 것이다	영향을 줄것이다	다소 영향을 줄것이다	매우 많은 영향을 줄것이다	계	(명)
월가구소득(x^2=60.99***)								
300만 원 미만	7.1	0.5	6.6	92.9	35.5	57.5	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	5.8	0.3	5.5	94.2	30.5	63.7	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	3.8	0.3	3.5	96.2	30.6	65.6	100.0	(1,276)
700만 원 이상	3.9	0.3	3.7	96.1	25.7	70.4	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=14.95**)								
배우자 있음	4.5	0.3	4.3	95.5	30.4	65.1	100.0	(3,594)
배우자 없음	6.6	0.5	6.2	93.4	31.7	61.7	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=16.12**)								
자녀 있음	4.7	0.2	4.5	95.3	30.0	65.3	100.0	(3,375)
자녀 없음	6.3	0.6	5.7	93.7	32.0	61.7	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

다. 수도권 인구집중과 지방 인구감소가 보건복지에 미치는 영향에 대한 인식

수도권으로의 인구 집중과 지방의 인구감소가 보건복지에 미치는 영향에 대해서는 다소 영향을 줄 것이라는 응답이 50.6%, 매우 많은 영향을 줄 것이라는 응답이 34.3%, 별로 영향을 주지 않을 것이라는 응답이 14.3%, 전혀 영향을 주지 않을 것이라는 응답이 0.8%로 나타났다. 인구분포의 변화가 보건복지에 미칠 영향에 대한 인식은 인구감소나 인구 고령화가 보건복지에 미칠 영향에 대한 인식보다는 다소 낮은 것으로 파악된다.

이러한 응답은 연령, 교육수준, 경제활동 여부, 가구소득, 혼인상태와 자녀 유무에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 연령이 증가할수록, 교육수준이 높을수록, 경제활동을 하는 경우, 가구소득이 높은 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 영향을 미칠 것이라는 응답이 많았다.

〈표 13-5〉 '우리나라에서 수도권으로 인구가 집중되고 지방의 인구는 줄어들면 보건, 의료, 복지 정책 전반에 어느 정도 영향을 줄 것이라고 생각하십니까?'에 대한 응답

(단위: %, 명)

구분	영향을 주지않을 것이다	전혀 영향을 주지않을 것이다	별로 영향을 주지않을 것이다	영향을 줄것이다	다소 영향을 줄것이다	매우 영향을 줄것이다	계	(명)
전체	15.1	0.8	14.3	84.9	50.6	34.3	100.0	(6,000)
성별(x^2=7.45)								
남성	14.8	0.9	13.9	85.2	49.3	35.9	100.0	(3,053)
여성	15.5	0.7	14.7	84.5	51.8	32.7	100.0	(2,947)
연령(x^2=60.48***)								
20대	21.0	1.6	19.4	79.0	50.9	28.1	100.0	(1,080)
30대	14.7	1.2	13.5	85.3	49.1	36.2	100.0	(1,083)
40대	14.5	0.6	13.9	85.5	50.9	34.6	100.0	(1,317)
50대	11.9	0.2	11.6	88.1	51.8	36.3	100.0	(1,383)
60대	14.7	0.8	13.9	85.3	49.6	35.7	100.0	(1,137)
지역(x^2=7.21)								
대도시	16.1	0.9	15.2	83.9	50.1	33.9	100.0	(2,641)
중소도시	14.6	0.7	13.9	85.4	51.2	34.2	100.0	(2,960)
농어촌	13.0	1.3	11.8	87.0	48.9	38.1	100.0	(399)
교육수준(x^2=37.37***)								
고졸 이하	19.0	1.3	17.7	81.0	49.3	31.7	100.0	(1,705)
대졸	14.0	0.7	13.3	86.0	51.4	34.7	100.0	(3,642)
대학원 이상	11.5	0.5	11.0	88.5	49.2	39.4	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=9.3*)								
예	14.4	0.8	13.6	85.6	51.0	34.7	100.0	(4,643)
아니오	17.7	1.1	16.6	82.3	49.2	33.2	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=33.53***)								
300만 원 미만	18.8	1.3	17.4	81.2	49.1	32.2	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	14.8	0.6	14.2	85.2	49.6	35.7	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	13.9	0.6	13.2	86.1	50.9	35.3	100.0	(1,276)
700만 원 이상	12.1	0.7	11.4	87.9	53.8	34.1	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=32.58***)								
배우자 있음	13.3	0.5	12.8	86.7	50.6	36.1	100.0	(3,594)
배우자 없음	17.9	1.3	16.6	82.1	50.4	31.7	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=29.35***)								
자녀 있음	13.1	0.6	12.5	86.9	50.8	36.1	100.0	(3,375)
자녀 없음	17.7	1.1	16.6	82.3	50.2	32.0	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

2. 인구구조 변화와 건강에 대한 인식

가. 질병 구조 변화에 대한 인식

요즘에는 과거에 없었던 질병에 시달리는 사람들이 많아졌다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 57.8%, 매우 동의한다는 응답이 29.6%, 별로 동의하지 않는다는 응답이 11.4%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 1.2%로 나타났다. 질병구조의 변화에 대해서는 남성에 비해 여성인 경우, 연령대가 증가할수록, 가구소득이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의하는 정도가 높았다.

〈표 13-6〉 '요즘에는 과거에 없었던 질병에 시달리는 사람들이 많아졌다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	12.6	1.2	11.4	87.4	57.8	29.6	100.0	(6,000)
성별(x^2=118.32***)								
남성	16.5	1.8	14.6	83.5	58.2	25.4	100.0	(3,053)
여성	8.6	0.5	8.1	91.4	57.3	34.1	100.0	(2,947)
연령(x^2=203.18***)								
20대	23.3	3.3	20.0	76.7	52.9	23.8	100.0	(1,080)
30대	14.6	1.5	13.1	85.4	53.3	32.1	100.0	(1,083)
40대	11.1	0.7	10.4	88.9	57.9	31.0	100.0	(1,317)
50대	9.3	0.5	8.7	90.7	60.4	30.3	100.0	(1,383)
60대	6.3	0.2	6.2	93.7	63.2	30.4	100.0	(1,137)
지역(x^2=7.25)								
대도시	13.0	1.2	11.8	87.0	57.2	29.8	100.0	(2,641)
중소도시	12.0	1.0	11.0	88.0	58.6	29.3	100.0	(2,960)
농어촌	14.0	2.3	11.8	86.0	54.9	31.1	100.0	(399)
교육수준(x^2=8.41)								
고졸 이하	13.8	1.7	12.1	86.2	57.5	28.6	100.0	(1,705)
대졸	12.0	1.0	11.0	88.0	57.9	30.1	100.0	(3,642)
대학원 이상	12.7	0.8	11.9	87.3	57.6	29.7	100.0	(653)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
경제활동 여부(x^2=4.22)								
예	12.7	1.1	11.6	87.3	57.4	30.0	100.0	(4,643)
아니오	12.3	1.5	10.8	87.7	59.2	28.5	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=18.09*)								
300만 원 미만	14.4	1.8	12.7	85.6	57.5	28.1	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	12.4	1.0	11.5	87.6	59.2	28.4	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	11.3	1.1	10.2	88.7	57.2	31.5	100.0	(1,276)
700만 원 이상	11.8	0.8	11.0	88.2	56.6	31.6	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=103.38***)								
배우자 있음	9.4	0.6	8.8	90.6	58.4	32.2	100.0	(3,594)
배우자 없음	17.4	2.1	15.3	82.6	56.9	25.7	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=101.12***)								
자녀 있음	9.1	0.5	8.5	90.9	58.8	32.1	100.0	(3,375)
자녀 없음	17.1	2.0	15.2	82.9	56.5	26.4	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

한편, 질병의 원인이 복잡해졌다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 48.6%, 매우 동의한다는 응답이 38.6%, 별로 동의하지 않는다는 응답이 11.9%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 1.0%로 나타났다. 이러한 결과는 남성에 비해 여성이, 연령이 증가할수록, 교육수준이 대졸 이상인 경우, 가구소득이 높은 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 더 높은 것으로 나타났다.

이러한 두 가지 질문에 대한 조사 결과를 통해 현대사회에서의 질병 구조가 과거와 달려졌다고 인식하는 국민들의 비중이 높다는 것을 알 수 있었다.

〈표 13-7〉 '병에 걸리고 아프게 되는 원인이 과거와 달리 복잡해졌다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	12.9	1.0	11.9	87.1	48.6	38.6	100.0	(6,000)
성별(x^2=25.23***)								
남성	14.6	1.3	13.3	85.4	49.2	36.2	100.0	(3,053)
여성	11.1	0.7	10.4	88.9	47.9	41.0	100.0	(2,947)
연령(x^2=315.98***)								
20대	26.9	2.7	24.3	73.1	44.6	28.4	100.0	(1,080)
30대	16.3	1.2	15.1	83.7	47.7	36.0	100.0	(1,083)
40대	10.8	0.6	10.2	89.2	48.3	40.9	100.0	(1,317)
50대	7.3	0.6	6.7	92.7	49.2	43.5	100.0	(1,383)
60대	5.6	0.3	5.4	94.4	52.5	41.9	100.0	(1,137)
지역(x^2=3.95)								
대도시	13.7	1.1	12.7	86.3	48.5	37.7	100.0	(2,641)
중소도시	12.2	0.9	11.2	87.8	48.7	39.2	100.0	(2,960)
농어촌	12.8	1.3	11.5	87.2	47.6	39.6	100.0	(399)
교육수준(x^2=32.07***)								
고졸 이하	16.5	1.3	15.1	83.5	47.7	35.8	100.0	(1,705)
대졸	11.5	0.9	10.6	88.5	49.4	39.1	100.0	(3,642)
대학원 이상	11.2	0.6	10.6	88.8	46.2	42.6	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=0.31)								
예	12.8	1.0	11.8	87.2	48.5	38.7	100.0	(4,643)
아니오	13.2	1.0	12.2	86.8	48.9	38.0	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=21.89**)								
300만 원 미만	14.7	1.5	13.3	85.3	50.2	35.1	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	13.3	0.9	12.4	86.7	47.7	39.0	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	11.1	1.0	10.1	88.9	48.8	40.0	100.0	(1,276)
700만 원 이상	11.7	0.6	11.1	88.3	47.4	40.9	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=149.3***)								
배우자 있음	8.7	0.6	8.1	91.3	49.7	41.7	100.0	(3,594)
배우자 없음	19.2	1.7	17.5	80.8	46.9	33.9	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=158.16***)								
자녀 있음	8.2	0.5	7.7	91.8	50.0	41.7	100.0	(3,375)
자녀 없음	18.9	1.7	17.2	81.1	46.6	34.4	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

나. 건강불평등에 대한 인식

가난하면 병원에 쉽게 가지 못한다는 질문에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 43.5%, 매우 동의한다는 응답이 30.1%, 별로 동의하지 않는다는 응답이 23.2%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 3.3%로 나타났다. 동의 정도가 높기는 하지만 다른 문항에 비해서는 동의 정도가 상대적으로 낮게 나타났는데, 이는 우리나라의 건강보험이라는 제도가 잘 작동하기 때문인 것으로 보인다.

이러한 결과는 남성에 비해 여성이, 연령이 증가할수록, 가구소득이 낮은 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 더 높은 것으로 나타났다. 특히, 가구소득별 결과는 다른 문항과 결과가 반대로 나타났는데, 가구소득이 낮은 경우 동의한다는 응답이 많아 직접적인 경험이 어느 정도 반영된 결과로 보인다.

〈표 13-8〉 '가난하면 병원에 쉽게 가지 못한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	26.5	3.3	23.2	73.5	43.5	30.1	100.0	(6,000)
성별(x^2=13.23**)								
남성	27.7	3.4	24.3	72.3	44.3	28.0	100.0	(3,053)
여성	25.2	3.1	22.1	74.8	42.6	32.2	100.0	(2,947)
연령(x^2=64.31***)								
20대	32.8	6.4	26.4	67.2	39.0	28.2	100.0	(1,080)
30대	26.0	2.8	23.3	74.0	42.1	31.9	100.0	(1,083)
40대	26.4	3.2	23.2	73.6	43.4	30.2	100.0	(1,317)
50대	24.4	2.7	21.7	75.6	45.4	30.2	100.0	(1,383)
60대	23.5	1.5	22.0	76.5	46.7	29.8	100.0	(1,137)
지역(x^2=8.86)								
대도시	26.7	3.7	23.0	73.3	44.1	29.2	100.0	(2,641)
중소도시	25.8	2.8	23.0	74.2	42.9	31.3	100.0	(2,960)
농어촌	29.6	3.8	25.8	70.4	43.1	27.3	100.0	(399)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
교육수준(x^2=9.09)								
고졸 이하	26.7	3.8	23.0	73.3	41.5	31.8	100.0	(1,705)
대졸	26.0	2.9	23.1	74.0	44.6	29.4	100.0	(3,642)
대학원 이상	28.3	3.8	24.5	71.7	42.1	29.6	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=4.63)								
예	27.1	3.4	23.6	72.9	43.1	29.8	100.0	(4,643)
아니오	24.4	2.7	21.7	75.6	44.5	31.1	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=36.42***)								
300만 원 미만	24.1	3.0	21.1	75.9	41.0	34.8	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	25.8	2.6	23.2	74.2	44.6	29.6	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	29.3	3.8	25.5	70.7	42.7	28.0	100.0	(1,276)
700만 원 이상	27.7	4.1	23.6	72.3	45.8	26.5	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=12.66**)								
배우자 있음	26.1	2.7	23.4	73.9	44.6	29.2	100.0	(3,594)
배우자 없음	27.0	4.0	22.9	73.0	41.7	31.3	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=14.72**)								
자녀 있음	25.8	2.6	23.2	74.2	44.9	29.2	100.0	(3,375)
자녀 없음	27.3	4.0	23.3	72.7	41.5	31.2	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

다. 건강수명의 중요성에 대한 인식

오래 사는 것보다 건강하게 사는 게 더 중요하다는 문항에 대해서는 매우 동의한다는 응답이 73.4%로 매우 높게 나타났고, 다소 동의한다는 응답도 23.1%로 전체의 96.5%가 동의하는 것으로 나타나, 사람들의 건강수명에 대한 욕구가 매우 높음을 보여준다.

이러한 결과는 지역과 경제활동 여부를 제외한 모든 집단별로 차이가 나타났다. 특히 '매우 동의한다'는 응답은 남성에 비해 여성이, 연령이 증가할수록, 가구소득이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 특히 높았는데, 이는 여성의 경우 평균수명이 남성보다 더 길기 때문에 건강하게 사는 것에 대해 더 중요하게 응답한 것으로 보인다. 연령이 높

을수록 본인의 노후에 대한 생각이 반영된 것으로 보이며, 소득수준이 높을수록 건강에 대한 욕구가 더 큰 것으로 보인다.

〈표 13-9〉 '오래 사는 것보다 건강하게 사는 게 더 중요하다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	3.5	0.5	3.0	96.5	23.1	73.4	100.0	(6,000)
성별(x^2=124.94***)								
남성	4.7	0.7	4.1	95.3	28.0	67.3	100.0	(3,053)
여성	2.1	0.3	1.8	97.9	18.1	79.8	100.0	(2,947)
연령(x^2=168.43***)								
20대	5.9	1.3	4.6	94.1	31.7	62.4	100.0	(1,080)
30대	3.5	0.3	3.2	96.5	28.4	68.1	100.0	(1,083)
40대	3.9	0.6	3.3	96.1	23.0	73.0	100.0	(1,317)
50대	2.5	0.3	2.2	97.5	18.4	79.2	100.0	(1,383)
60대	1.8	0.1	1.7	98.2	15.8	82.4	100.0	(1,137)
지역(x^2=11.17)								
대도시	3.7	0.6	3.1	96.3	22.5	73.8	100.0	(2,641)
중소도시	3.1	0.3	2.8	96.9	23.1	73.8	100.0	(2,960)
농어촌	4.5	1.3	3.3	95.5	26.8	68.7	100.0	(399)
교육수준(x^2=20.35**)								
고졸 이하	4.4	0.5	3.9	95.6	23.2	72.4	100.0	(1,705)
대졸	3.3	0.4	2.9	96.7	23.3	73.3	100.0	(3,642)
대학원 이상	1.7	0.9	0.8	98.3	21.7	76.6	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=6.65)								
예	3.4	0.5	3.0	96.6	23.9	72.7	100.0	(4,643)
아니오	3.6	0.6	3.0	96.4	20.6	75.8	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=38.8***)								
300만 원 미만	5.3	0.6	4.8	94.7	25.2	69.4	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	3.1	0.6	2.5	96.9	22.8	74.1	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	3.0	0.4	2.6	97.0	22.4	74.6	100.0	(1,276)
700만 원 이상	2.0	0.3	1.7	98.0	21.5	76.5	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=69.75***)								
배우자 있음	2.7	0.4	2.3	97.3	20.1	77.2	100.0	(3,594)
배우자 없음	4.7	0.7	4.0	95.3	27.6	67.7	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=86.91***)								
자녀 있음	2.7	0.3	2.4	97.3	19.3	78.0	100.0	(3,375)
자녀 없음	4.5	0.8	3.7	95.5	28.1	67.5	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

3. 인구구조 변화와 출산 및 혼인 행태의 불평등에 대한 인식

가. 출산 행태의 불평등에 대한 인식

경제적으로 여유가 없는 사람보다 부유한 사람들이 더 많은 자녀를 낳고 있다는 문항에 대해서는 별로 동의하지 않는다는 응답이 45.0%로 가장 높게 나타났고, 다소 동의한다는 응답이 30.1%, 매우 동의한다는 응답이 12.8%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 12.2% 순으로 나타났다. 이는 고소득층이라고 해서 자녀를 더 많이 낳는다는 것에 국민들이 동의하는 비중이 높지 않다는 것을 말한다. 이는 한국 사회에서 계층과 무관하게 만연하고 있는 저출산 현상을 반영한다. 본 보고서의 제4장에서도 소득 수준별로 출산율의 격차가 좁혀지고 있다는 것을 지적한 바 있다.

출산 행태의 불평등에 대한 인식은 인구 특성별로 차이를 보였다. 남성인 경우, 중간 연령층(30대, 40대, 50대)인 경우, 경제활동을 하는 경우 동의 정도가 높아 출산 행태에 있어서의 불평등을 높게 인식했다. 남성의 경우 여성보다 아직 가족 부양에 대한 책임 의식이 높기 때문에 이러한 결과가 나타난 것으로 보이며, 경제활동을 하는 경우도 남성이 더 많기 때문에 같은 결과가 나타난 것으로 보인다.[55] 연령의 경우에는 30대에서 50대 연령층이 자녀를 양육하는 시기인 경우가 많기 때문에 경제적인 측면에서의 양육·교육비 체감 때문에 동의 정도가 높은 것으로 보인다.

55) 본 조사에서의 성별 경제활동 참여는 남성이 55.7%, 여성이 44.3%로 통계적으로 유의한 차이가 나타났음.

〈표 13-10〉 '경제적으로 여유가 없는 사람보다 부유한 사람들이 더 많은 자녀를 낳고 있다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	57.1	12.2	45.0	42.9	30.1	12.8	100.0	(6,000)
성별(x^2=128.21***)								
남성	50.6	9.3	41.3	49.4	33.8	15.6	100.0	(3,053)
여성	63.9	15.1	48.7	36.1	26.4	9.8	100.0	(2,947)
연령(x^2=112.37***)								
20대	61.1	17.8	43.3	38.9	25.4	13.5	100.0	(1,080)
30대	54.8	14.6	40.3	45.2	29.1	16.1	100.0	(1,083)
40대	52.2	9.6	42.6	47.8	33.2	14.7	100.0	(1,317)
50대	57.5	10.3	47.2	42.5	32.5	10.1	100.0	(1,383)
60대	60.8	9.8	51.0	39.2	29.3	9.9	100.0	(1,137)
지역(x^2=7.56)								
대도시	55.6	11.4	44.3	44.4	31.7	12.6	100.0	(2,641)
중소도시	58.2	12.7	45.6	41.8	29.0	12.7	100.0	(2,960)
농어촌	58.6	13.5	45.1	41.4	27.8	13.5	100.0	(399)
교육수준(x^2=14.50*)								
고졸 이하	59.4	13.3	46.1	40.6	27.4	13.2	100.0	(1,705)
대졸	56.9	12.1	44.8	43.1	30.7	12.4	100.0	(3,642)
대학원 이상	52.5	9.8	42.7	47.5	34.0	13.5	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=15.93**)								
예	56.3	11.4	44.9	43.7	30.4	13.3	100.0	(4,643)
아니오	60.1	14.8	45.2	39.9	29.1	10.8	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=12.1)								
300만 원 미만	57.7	13.9	43.8	42.3	29.7	12.6	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	56.4	11.7	44.7	43.6	31.1	12.5	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	58.2	12.7	45.5	41.8	28.9	12.9	100.0	(1,276)
700만 원 이상	56.2	10.0	46.3	43.8	30.5	13.2	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=14.54**)								
배우자 있음	57.0	11.0	45.9	43.0	30.8	12.2	100.0	(3,594)
배우자 없음	57.3	13.8	43.5	42.7	29.1	13.6	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=29.16***)								
자녀 있음	57.2	10.7	46.5	42.8	31.3	11.5	100.0	(3,375)
자녀 없음	57.0	14.0	43.0	43.0	28.7	14.3	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

나. 혼인 행태의 불평등에 대한 인식

경제적으로 여유가 없는 사람보다 부유한 청년들이 결혼하기 더 쉽다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 43.8%, 매우 동의한다는 응답이 40.3%, 별로 동의하지 않는다가 13.7%, 전혀 동의하지 않는다가 2.2%로 나타나 전반적으로 84.1%가 동의하는 것으로 나타났다. 이는 출산에서의 불평등보다 혼인에서의 불평등을 인식하는 비중이 더 높다는 것을 말한다.

남성이 여성에 비해, 연령이 젊을수록, 배우자가 없는 경우, 자녀가 없는 경우 '매우 동의한다'는 응답이 많았다. 이는 남성이 여성보다 주택마련 등 결혼 비용에 대한 부담을 많이 느끼기 때문인 것으로 보이며, 연령이 젊을수록 직접적으로 결혼에 대한 체감이 높기 때문인 것으로 보인다. 배우자가 없거나 자녀가 없는 경우는 젊은 연령층이 많기 때문에 연령 효과로 보인다.

〈표 13-11〉 '경제적으로 여유가 없는 사람보다 부유한 청년들이 결혼하기 더 쉽다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	15.9	2.2	13.7	84.1	43.8	40.3	100.0	(6,000)
성별(x^2=35.01***)								
남성	14.6	2.1	12.5	85.4	41.4	44.0	100.0	(3,053)
여성	17.2	2.4	14.8	82.8	46.3	36.5	100.0	(2,947)
연령(x^2=108.64***)								
20대	15.2	4.2	11.0	84.8	39.4	45.4	100.0	(1,080)
30대	17.7	3.2	14.5	82.3	37.3	45.0	100.0	(1,083)
40대	17.7	1.2	16.5	82.3	42.4	39.9	100.0	(1,317)
50대	15.6	1.4	14.2	84.4	47.5	36.9	100.0	(1,383)
60대	13.1	1.6	11.5	86.9	51.0	35.9	100.0	(1,137)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
지역(x^2=10.55)								
대도시	15.9	2.2	13.8	84.1	42.8	41.3	100.0	(2,641)
중소도시	15.2	2.2	13.1	84.8	44.6	40.1	100.0	(2,960)
농어촌	20.6	3.3	17.3	79.4	43.9	35.6	100.0	(399)
교육수준(x^2=8.20)								
고졸 이하	17.8	2.8	15.0	82.2	43.7	38.5	100.0	(1,705)
대졸	15.2	2.0	13.2	84.8	43.7	41.1	100.0	(3,642)
대학원 이상	15.0	2.1	12.9	85.0	44.4	40.6	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=0.68)								
예	15.8	2.2	13.6	84.2	43.6	40.6	100.0	(4,643)
아니오	16.3	2.4	13.9	83.7	44.3	39.4	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=17.79*)								
300만 원 미만	17.2	2.8	14.4	82.8	43.3	39.5	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	16.6	1.8	14.8	83.4	43.5	39.9	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	15.8	2.8	13.0	84.2	43.0	41.1	100.0	(1,276)
700만 원 이상	13.1	1.5	11.5	86.9	45.6	41.3	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=37.23***)								
배우자 있음	16.3	1.8	14.4	83.7	46.1	37.6	100.0	(3,594)
배우자 없음	15.3	2.8	12.5	84.7	40.3	44.3	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=61.29***)								
자녀 있음	16.1	1.6	14.6	83.9	47.0	36.9	100.0	(3,375)
자녀 없음	15.6	3.1	12.5	84.4	39.6	44.8	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

가족배경이 좋은 청년일수록 결혼하기 더 쉽다는 문항에 대해서는 매우 동의한다는 응답이 44.8%, 다소 동의한다는 응답이 44.3%로 전체의 89.1%가 동의한다고 응답하였다. 반면 별로 동의하지 않는다는 응답은 9.7%, 전혀 동의하지 않는다는 응답은 1.3%로 나타났다. 앞의 질문에서, 경제적 측면에서 혼인 불평등을 인식하고 있는 비중이 높은 것과 유사하게 가족적인 배경 측면에서도 혼인 불평등을 인식하고 있는 비중이 높다는 것을 반영한다.

가족배경에 따른 혼인 행태의 불평등에 대해서는 집단별로 동의하는

경우(다소 동의한다 + 매우 동의한다)와 동의하지 않는 경우(별로 동의하지 않는다 + 전혀 동의하지 않는다)를 비교할 때는 큰 차이가 나타나지 않는 것으로 보인다. 다만 동의하는 경우 안에서, 다소 동의하는지와 매우 동의하는지에서 차이가 나타나는데, 남성인 경우, 젊은 연령층인 경우, 대졸 학력인 경우, 가구소득이 500~700만 원 미만인 경우, 배우자가 없는 경우, 자녀가 없는 경우 '매우 동의한다'는 응답이 약간 많았다. 이는 앞의 경제적으로 여유가 없는 사람보다 부유한 청년들이 결혼하기 더 쉽다는 문항과 마찬가지로 대체로 직접적인 해당자들의 동의 정도가 높은 것으로 보인다.

〈표 13-12〉 '가족배경이 좋은 청년일수록 결혼하기 더 쉽다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	10.9	1.3	9.7	89.1	44.3	44.8	100.0	(6,000)
성별(x^2=18.61***)								
남성	10.4	1.4	8.9	89.6	42.4	47.2	100.0	(3,053)
여성	11.4	1.1	10.4	88.6	46.3	42.2	100.0	(2,947)
연령(x^2=25.44*)								
20대	10.8	1.8	9.1	89.2	43.1	46.1	100.0	(1,080)
30대	12.3	1.8	10.5	87.7	40.1	47.6	100.0	(1,083)
40대	11.9	1.1	10.9	88.1	44.3	43.7	100.0	(1,317)
50대	9.8	0.9	8.9	90.2	47.9	42.3	100.0	(1,383)
60대	9.8	0.9	8.9	90.2	45.2	45.0	100.0	(1,137)
지역(x^2=4.63)								
대도시	10.9	1.2	9.7	89.1	44.3	44.8	100.0	(2,641)
중소도시	10.6	1.2	9.4	89.4	44.1	45.3	100.0	(2,960)
농어촌	13.3	1.8	11.5	86.7	46.1	40.6	100.0	(399)
교육수준(x^2=21.66**)								
고졸 이하	13.2	1.6	11.6	86.8	43.5	43.3	100.0	(1,705)
대졸	9.9	1.0	8.8	90.1	43.9	46.2	100.0	(3,642)
대학원 이상	10.6	1.5	9.0	89.4	49.0	40.4	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=4.30)								
예	10.5	1.2	9.3	89.5	44.9	44.6	100.0	(4,643)
아니오	12.2	1.3	10.8	87.8	42.4	45.5	100.0	(1,357)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
월가구소득(x^2=23.97**)								
300만 원 미만	12.8	1.8	11.0	87.2	41.8	45.4	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	10.9	1.0	9.9	89.1	45.3	43.8	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	10.1	1.5	8.6	89.9	43.2	46.7	100.0	(1,276)
700만 원 이상	9.1	0.6	8.5	90.9	47.4	43.5	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=7.85*)								
배우자 있음	11.0	1.2	9.8	89.0	45.6	43.4	100.0	(3,594)
배우자 없음	10.7	1.4	9.4	89.3	42.4	46.8	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=17.28***)								
자녀 있음	10.5	1.1	9.4	89.5	46.6	42.9	100.0	(3,375)
자녀 없음	11.4	1.5	9.9	88.6	41.4	47.2	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

4. 인구구조 변화와 가족에 대한 인식

가. 가족 변화에 대한 인식

과거에 비해 가족 관계, 가족의 역할, 가족이 갖는 의미가 변화하였다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 61.8%로 가장 높았고 매우 동의한다는 응답이 31.4%로 전체의 93.2%가 동의하는 것으로 나타나 동의 정도가 매우 높았다. 이는 한국 사회에서 가족이 변화하고 있다는 것에 대한 국민들의 인식 수준이 높다는 것을 말한다.

이러한 응답은 남성에 비해 여성이, 연령이 증가할수록, 교육수준이 높을수록, 가구소득이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 높았다. 이는 우리나라의 가족 변화가 특히 여성의 역할이나 여성의 지위 변화 등과 매우 밀접한 관련이 있기 때문인 것으로 보이며, 연령의 경우 고연령일수록 예전의 가족과 현재의 가족을 모두 경험하기 때문에 그 변화에 대한 체감 정도가 큰 것으로 보인다. 배우자나 자녀 유무는 연령의 효과인 것으로 보인다.

〈표 13-13〉 '과거에 비해 가족 관계, 가족의 역할, 가족이 갖는 의미가 변화하였다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	6.8	0.7	6.2	93.2	61.8	31.4	100.0	(6,000)
성별(x^2=38.13***)								
남성	8.6	0.8	7.8	91.4	61.8	29.5	100.0	(3,053)
여성	4.9	0.5	4.4	95.1	61.8	33.3	100.0	(2,947)
연령(x^2=53.64***)								
20대	9.7	1.6	8.1	90.3	58.5	31.8	100.0	(1,080)
30대	8.8	0.7	8.0	91.2	61.2	30.0	100.0	(1,083)
40대	6.8	0.3	6.5	93.2	62.7	30.5	100.0	(1,317)
50대	5.1	0.2	4.8	94.9	63.0	32.0	100.0	(1,383)
60대	4.3	0.6	3.7	95.7	63.1	32.6	100.0	(1,137)
지역(x^2=5.44)								
대도시	7.5	0.8	6.7	92.5	60.8	31.7	100.0	(2,641)
중소도시	6.2	0.5	5.7	93.8	62.6	31.2	100.0	(2,960)
농어촌	6.5	0.5	6.0	93.5	62.7	30.8	100.0	(399)
교육수준(x^2=26.14***)								
고졸 이하	8.6	0.9	7.6	91.4	63.6	27.8	100.0	(1,705)
대졸	6.3	0.6	5.7	93.7	61.3	32.3	100.0	(3,642)
대학원 이상	4.9	0.3	4.6	95.1	59.7	35.4	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=2.25)								
예	7.0	0.6	6.4	93.0	61.9	31.1	100.0	(4,643)
아니오	6.2	0.7	5.5	93.8	61.4	32.4	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=22.79**)								
300만 원 미만	8.7	1.1	7.6	91.3	61.4	29.8	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	6.8	0.5	6.3	93.2	62.1	31.1	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	6.2	0.5	5.7	93.8	61.9	31.9	100.0	(1,276)
700만 원 이상	4.8	0.4	4.4	95.2	61.8	33.4	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=23.76***)								
배우자 있음	5.8	0.4	5.3	94.2	63.7	30.6	100.0	(3,594)
배우자 없음	8.4	1.0	7.4	91.6	59.1	32.6	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=25.33***)								
자녀 있음	5.5	0.4	5.1	94.5	63.8	30.6	100.0	(3,375)
자녀 없음	8.4	0.9	7.5	91.6	59.2	32.3	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

나. 여성의 경제적 독립에 대한 인식

여성이 경제활동을 하고 소득을 벌어 자립적으로 생활하는 것이 중요해졌다는 문항에 대해서도 다소 동의한다는 응답이 52.4%, 매우 동의한다는 응답이 40.2%, 별로 동의하지 않는다는 응답이 6.7%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 0.6%로, 동의한다는 응답이 매우 높게(92.6%) 나타났다. 이는 여성의 경제적인 독립이 중요하다고 인식하는 국민들의 비중이 높다는 것을 말한다.

성별로는 남성에 비해 여성이 매우 동의한다는 응답이 20.6%p나 많았고, 연령은 어릴수록 '매우 동의한다'는 응답이 많은 반면, '다소 동의한다'와 '매우 동의한다'를 합한 동의한다는 응답은 연령이 증가할수록 대체로 많았다. 대도시에 거주하는 경우, 교육수준이 대졸 이상인 경우, 가구소득이 높을수록, 배우자가 없는 경우, 자녀가 없는 경우 '매우 동의한다'는 응답이 많았다.

〈표 13-14〉 '여성이 경제활동을 하고 소득을 벌어 자립적으로 생활하는 것이 중요해졌다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	7.4	0.6	6.7	92.6	52.4	40.2	100.0	(6,000)
성별(x^2=297.84***)								
남성	10.4	1.0	9.3	89.6	59.6	30.1	100.0	(3,053)
여성	4.3	0.2	4.1	95.7	45.0	50.7	100.0	(2,947)
연령(x^2=76.37***)								
20대	10.1	1.4	8.7	89.9	44.7	45.2	100.0	(1,080)
30대	7.8	0.7	7.0	92.2	49.9	42.4	100.0	(1,083)
40대	8.0	0.5	7.6	92.0	51.0	40.9	100.0	(1,317)
50대	5.5	0.5	5.0	94.5	56.0	38.5	100.0	(1,383)
60대	5.9	0.2	5.7	94.1	59.5	34.7	100.0	(1,137)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
지역(x^2=20.66**)								
대도시	7.8	0.9	6.9	92.2	50.6	41.6	100.0	(2,641)
중소도시	7.1	0.3	6.8	92.9	53.5	39.4	100.0	(2,960)
농어촌	6.3	1.3	5.0	93.7	56.4	37.3	100.0	(399)
교육수준(x^2=13.71*)								
고졸 이하	8.2	1.1	7.2	91.8	53.7	38.1	100.0	(1,705)
대졸	6.9	0.4	6.5	93.1	52.0	41.1	100.0	(3,642)
대학원 이상	8.0	0.9	7.0	92.0	51.1	40.9	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=0.31)								
예	7.3	0.6	6.7	92.7	52.5	40.2	100.0	(4,643)
아니오	7.5	0.7	6.8	92.5	52.2	40.2	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=30.86***)								
300만 원 미만	8.7	1.2	7.5	91.3	53.7	37.7	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	7.7	0.3	7.4	92.3	53.4	38.9	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	6.4	0.3	6.1	93.6	51.0	42.6	100.0	(1,276)
700만 원 이상	6.0	0.7	5.4	94.0	50.6	43.3	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=38.54***)								
배우자 있음	6.7	0.4	6.3	93.3	55.3	38.0	100.0	(3,594)
배우자 없음	8.4	1.0	7.4	91.6	48.0	43.6	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=39.96***)								
자녀 있음	6.5	0.3	6.2	93.5	55.6	37.9	100.0	(3,375)
자녀 없음	8.5	1.0	7.4	91.5	48.3	43.2	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

5. 인구구조 변화와 지역에 대한 인식

가. 지역의 인구감소에 대한 인식

우리 지역의 인구감소에 위기감이 느껴진다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 42.9%, 별로 동의하지 않는다는 응답이 32.5%, 매우 동의한다는 응답이 18.8%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 5.8%의 순으로 나타나 동의하는 경우가 61.7%, 동의하지 않는 경우가 38.3%로 나타났다. 지역의 인구감소에 대한 위기감을 인식하는 국민들의 비중이 크게

높지 않은 것을 나타났는데, 조사 대상자의 대부분이 지역 인구의 감소가 크게 체감되지 않는 대도시 혹은 중소도시에 거주하기 때문인 것으로 보인다. 농어촌 지역에 거주하는 경우 지역의 인구감소에 위기감을 느낀다는 응답이 80.5%로 매우 높게 나타났다.

거주 지역 외에도 지역 인구감소에 대한 위기감은 가구소득을 제외하고 모든 특성별로 차이가 나타났다. 특히 여성에 비해 남성이, 대체로 연령이 증가할수록, 교육수준이 대학원 이상인 경우, 경제활동을 하는 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 지역의 인구감소에 대한 위기감을 더 많이 느끼고 있는 것으로 나타났다.

〈표 13-15〉 '우리 지역의 인구감소에 위기감이 느껴진다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	38.3	5.8	32.5	61.7	42.9	18.8	100.0	(6,000)
성별(x^2=48.76***)								
남성	35.0	5.8	29.2	65.0	43.3	21.7	100.0	(3,053)
여성	41.8	5.8	35.9	58.2	42.5	15.7	100.0	(2,947)
연령(x^2=106.52***)								
20대	45.6	10.2	35.4	54.4	35.8	18.6	100.0	(1,080)
30대	42.2	7.7	34.5	57.8	39.0	18.8	100.0	(1,083)
40대	38.3	4.7	33.6	61.7	42.7	19.1	100.0	(1,317)
50대	32.8	3.3	29.4	67.2	47.9	19.4	100.0	(1,383)
60대	34.7	4.1	30.5	65.3	47.7	17.7	100.0	(1,137)
지역(x^2=80.03***)								
대도시	39.1	5.9	33.2	60.9	43.8	17.0	100.0	(2,641)
중소도시	40.2	6.1	34.1	59.8	41.1	18.7	100.0	(2,960)
농어촌	19.5	2.8	16.8	80.5	50.1	30.3	100.0	(399)
교육수준(x^2=13.19*)								
고졸 이하	38.5	5.9	32.7	61.5	43.5	18.0	100.0	(1,705)
대졸	38.8	6.1	32.8	61.2	42.9	18.3	100.0	(3,642)
대학원 이상	35.1	4.1	30.9	64.9	41.5	23.4	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=8.54*)								
예	37.6	5.8	31.8	62.4	43.0	19.4	100.0	(4,643)
아니오	40.9	5.8	35.1	59.1	42.7	16.4	100.0	(1,357)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
월가구소득(x^2=5.91)								
300만 원 미만	37.7	5.7	31.9	62.3	43.0	19.4	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	37.8	5.1	32.8	62.2	44.0	18.2	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	38.9	6.3	32.6	61.1	42.8	18.3	100.0	(1,276)
700만 원 이상	39.4	6.4	33.0	60.6	41.3	19.3	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=41.94***)								
배우자 있음	35.5	4.6	30.9	64.5	44.9	19.6	100.0	(3,594)
배우자 없음	42.6	7.6	35.0	57.4	39.9	17.5	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=59.36***)								
자녀 있음	34.5	4.4	30.2	65.5	45.5	20.0	100.0	(3,375)
자녀 없음	43.2	7.7	35.6	56.8	39.7	17.1	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

나. 지역의 노인인구 증가에 대한 인식

우리 지역의 노인인구 증가에 위기감이 느껴진다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 48.9%, 매우 동의한다는 응답이 25.3%로 나타나 전체의 74.2%가 지역의 노인인구 증가에 위기감을 느끼는 것으로 나타났다. 이는 지역의 인구감소보다는 지역의 노인인구 증가로 인한 위기감을 국민들이 더 많이 인식한다는 것을 말한다.

이러한 결과는 여성에 비해 남성이, 고연령층인 경우, 농어촌 거주자인 경우, 경제활동을 하는 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 전반적인 동의 정도가 높았다. 특히 앞의 지역의 인구감소에 대한 위기감과 마찬가지로, 농어촌 지역에 거주하는 경우 지역의 노인인구 증가에 대해 위기감을 느낀다는 응답이 84.2%로 매우 높게 나타났다.

〈표 13-16〉 '우리 지역의 노인인구 증가에 위기감이 느껴진다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	25.8	2.7	23.1	74.2	48.9	25.3	100.0	(6,000)
성별(x^2=13.43**)								
남성	25.5	3.1	22.4	74.5	47.8	26.8	100.0	(3,053)
여성	26.1	2.2	23.9	73.9	50.2	23.7	100.0	(2,947)
연령(x^2=43.32***)								
20대	28.8	4.7	24.1	71.2	43.9	27.3	100.0	(1,080)
30대	27.2	3.4	23.8	72.8	47.6	25.1	100.0	(1,083)
40대	25.4	2.4	23.1	74.6	49.4	25.1	100.0	(1,317)
50대	23.5	1.5	22.0	76.5	51.8	24.7	100.0	(1,383)
60대	24.8	1.8	23.0	75.2	50.9	24.3	100.0	(1,137)
지역(x^2=36.23***)								
대도시	25.3	2.8	22.5	74.7	50.2	24.5	100.0	(2,641)
중소도시	27.6	2.7	24.9	72.4	47.7	24.7	100.0	(2,960)
농어촌	15.8	1.5	14.3	84.2	49.9	34.3	100.0	(399)
교육수준(x^2=10.33)								
고졸 이하	27.6	3.2	24.3	72.4	46.9	25.6	100.0	(1,705)
대졸	25.2	2.5	22.7	74.8	50.2	24.6	100.0	(3,642)
대학원 이상	24.5	2.3	22.2	75.5	47.3	28.2	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=8.24*)								
예	25.4	2.8	22.6	74.6	48.7	25.9	100.0	(4,643)
아니오	27.2	2.1	25.1	72.8	49.7	23.1	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=8.33)								
300만 원 미만	26.9	2.9	24.0	73.1	47.2	25.9	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	24.9	2.4	22.5	75.1	51.3	23.8	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	25.3	2.7	22.6	74.7	48.1	26.6	100.0	(1,276)
700만 원 이상	26.3	2.6	23.7	73.7	48.3	25.4	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=14.44**)								
배우자 있음	24.6	2.2	22.4	75.4	50.4	25.0	100.0	(3,594)
배우자 없음	27.6	3.4	24.2	72.4	46.8	25.6	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=17.45***)								
자녀 있음	24.0	2.2	21.8	76.0	50.5	25.5	100.0	(3,375)
자녀 없음	28.2	3.3	24.8	71.8	46.9	25.0	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

제3절 인구구조 변화 대응 정책에 대한 의견

1. 인구구조 변화 대응 보건의료 정책에 대한 의견

가. 질병 치료와 기능 회복 연계 체계의 중요성

병원 치료를 받은 후에 건강하게 생활을 할 수 있도록 지속적인 서비스를 제공해야 한다에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 63.9%, 매우 동의한다는 응답이 28.6%로 전체의 92.5%가 동의하는 것으로 나타났다.

전반적인 동의 정도는 여성인 경우, 연령대가 증가할수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우에 높았으며, 농어촌 지역 거주자인 경우와 교육수준이 높은 경우에는 매우 동의한다는 응답이 많았다.

〈표 13-17〉 '병원 치료를 받은 후에 건강하게 생활을 할 수 있도록 지속적인 서비스를 제공해야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	7.5	0.6	7.0	92.5	63.9	28.6	100.0	(6,000)
성별(x^2=11.78**)								
남성	8.4	0.7	7.6	91.6	62.1	29.6	100.0	(3,053)
여성	6.7	0.4	6.2	93.3	65.7	27.7	100.0	(2,947)
연령(x^2=53.81***)								
20대	11.0	1.5	9.5	89.0	63.8	25.2	100.0	(1,080)
30대	8.7	0.6	8.1	91.3	62.3	29.0	100.0	(1,083)
40대	7.3	0.4	6.9	92.7	62.0	30.7	100.0	(1,317)
50대	5.6	0.4	5.1	94.4	64.6	29.9	100.0	(1,383)
60대	5.7	0.1	5.6	94.3	66.6	27.7	100.0	(1,137)
지역(x^2=12.82*)								
대도시	7.7	0.6	7.1	92.3	65.1	27.2	100.0	(2,641)
중소도시	7.4	0.5	6.9	92.6	63.6	29.0	100.0	(2,960)
농어촌	6.8	0.8	6.0	93.2	57.6	35.6	100.0	(399)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
교육수준(x^2=16.42*)								
고졸 이하	7.3	0.7	6.6	92.7	63.2	29.5	100.0	(1,705)
대졸	7.9	0.5	7.3	92.1	64.9	27.2	100.0	(3,642)
대학원 이상	6.1	0.5	5.7	93.9	59.6	34.3	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=2.24)								
예	7.5	0.5	7.0	92.5	63.7	28.8	100.0	(4,643)
아니오	7.6	0.8	6.8	92.4	64.4	28.0	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=28.06***)								
300만 원 미만	9.4	1.2	8.2	90.6	61.4	29.2	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	7.3	0.2	7.1	92.7	65.6	27.2	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	5.9	0.5	5.4	94.1	64.2	29.9	100.0	(1,276)
700만 원 이상	7.1	0.4	6.7	92.9	64.1	28.8	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=14.48**)								
배우자 있음	6.6	0.4	6.2	93.4	64.1	29.4	100.0	(3,594)
배우자 없음	8.9	0.8	8.1	91.1	63.5	27.5	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=23.03***)								
자녀 있음	6.2	0.3	5.9	93.8	64.4	29.5	100.0	(3,375)
자녀 없음	9.2	0.9	8.3	90.8	63.2	27.6	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

나. 재가 돌봄 및 치료에 대한 중요성

병원 등의 치료시설보다는 자신이 살던 집에서 돌봄이나 치료를 받을 수 있도록 해야 한다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 56.1%, 매우 동의한다는 응답이 18.8%로 74.9%가 동의한 반면, 별로 동의하지 않는다는 응답이 24.1%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 1.0%로 1/4 정도는 동의하지 않는 것으로 나타났다.

이러한 재가 돌봄 및 치료에 대해서는 여성인 경우, 연령이 증가할수록, 농어촌 지역 거주자인 경우, 가구소득이 700만 원 이상인 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우에 동의 정도가 높았다. 이 중 특히 고연령층인 경우 재가 돌봄 및 치료에 대해 동의하는 정도가 매우 높았다.

〈표 13-18〉 '병원 등의 치료시설보다는 자신이 살던 집에서 돌봄이나 치료를 받을 수 있도록 해야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	25.1	1.0	24.1	74.9	56.1	18.8	100.0	(6,000)
성별(x^2=11.78**)								
남성	26.5	1.2	25.2	73.5	55.1	18.5	100.0	(3,053)
여성	23.7	0.6	23.0	76.3	57.1	19.2	100.0	(2,947)
연령(x^2=53.81***)								
20대	35.1	2.1	33.0	64.9	49.7	15.2	100.0	(1,080)
30대	27.1	0.9	26.2	72.9	52.4	20.4	100.0	(1,083)
40대	26.9	0.7	26.2	73.1	53.9	19.2	100.0	(1,317)
50대	18.7	0.6	18.1	81.3	62.7	18.7	100.0	(1,383)
60대	19.3	0.6	18.7	80.7	60.1	20.6	100.0	(1,137)
지역(x^2=12.82*)								
대도시	25.2	0.9	24.2	74.8	56.6	18.3	100.0	(2,641)
중소도시	25.5	1.0	24.5	74.5	55.4	19.1	100.0	(2,960)
농어촌	21.6	0.8	20.8	78.4	57.9	20.6	100.0	(399)
교육수준(x^2=9.26)								
고졸 이하	25.3	1.3	23.9	74.7	56.1	18.6	100.0	(1,705)
대졸	25.5	0.9	24.7	74.5	55.9	18.5	100.0	(3,642)
대학원 이상	22.1	0.5	21.6	77.9	56.8	21.1	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=2.24)								
예	25.2	1.0	24.2	74.8	55.9	18.9	100.0	(4,643)
아니오	24.6	0.8	23.8	75.4	56.7	18.6	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=28.06***)								
300만 원 미만	25.3	1.5	23.8	74.7	56.1	18.6	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	25.1	0.8	24.2	74.9	55.9	19.0	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	26.3	0.3	25.9	73.7	53.9	19.8	100.0	(1,276)
700만 원 이상	23.5	1.1	22.4	76.5	58.7	17.8	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=14.48**)								
배우자 있음	22.6	0.8	21.9	77.4	57.2	20.1	100.0	(3,594)
배우자 없음	28.8	1.2	27.5	71.2	54.4	16.9	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=23.03***)								
자녀 있음	22.2	0.7	21.5	77.8	57.6	20.2	100.0	(3,375)
자녀 없음	28.8	1.2	27.6	71.2	54.1	17.1	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

다. 지역 중심의 일차의료서비스 제공의 중요성

감기와 같은 가벼운 질병은 동네의원에서 진료를 받아야 한다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 49.7%, 매우 동의한다는 응답이 42.7%로 전체의 92.4%가 동의하는 것으로 나타났다. 이러한 응답은 여성인 경우, 연령이 증가할수록, 교육수준이 높은 경우, 가구소득이 높은 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 높았다. 특히 연령에 따라서 차이가 매우 크게 나타났다.

〈표 13-19〉 '감기와 같은 가벼운 질병은 동네의원에서 진료를 받아야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	7.7	0.6	7.1	92.4	49.7	42.7	100.0	(6,000)
성별(x^2=14.75**)								
남성	8.9	0.7	8.3	91.1	48.5	42.6	100.0	(3,053)
여성	6.3	0.5	5.8	93.7	50.8	42.8	100.0	(2,947)
연령(x^2=289.3***)								
20대	14.2	1.9	12.3	85.8	58.5	27.3	100.0	(1,080)
30대	10.0	0.6	9.3	90.0	53.8	36.2	100.0	(1,083)
40대	7.8	0.3	7.5	92.2	48.8	43.4	100.0	(1,317)
50대	4.6	0.3	4.3	95.4	42.9	52.6	100.0	(1,383)
60대	2.8	0.1	2.7	97.2	46.4	50.7	100.0	(1,137)
지역(x^2=7.92)								
대도시	7.6	0.5	7.1	92.4	48.4	43.9	100.0	(2,641)
중소도시	7.6	0.6	7.1	92.4	50.2	42.1	100.0	(2,960)
농어촌	7.8	1.3	6.5	92.2	53.4	38.8	100.0	(399)
교육수준(x^2=14.77*)								
고졸 이하	8.9	0.8	8.1	91.1	48.7	42.3	100.0	(1,705)
대졸	7.2	0.5	6.7	92.8	50.9	41.9	100.0	(3,642)
대학원 이상	6.6	0.5	6.1	93.4	45.3	48.1	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=5.76)								
예	7.8	0.5	7.3	92.2	49.5	42.8	100.0	(4,643)
아니오	7.1	1.0	6.2	92.9	50.3	42.5	100.0	(1,357)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
월가구소득(x^2=42.76***)								
300만 원 미만	9.7	1.2	8.6	90.3	51.8	38.4	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	7.9	0.2	7.7	92.1	49.0	43.1	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	6.4	0.6	5.8	93.6	47.5	46.1	100.0	(1,276)
700만 원 이상	5.7	0.4	5.3	94.3	50.0	44.3	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=104.7***)								
배우자 있음	5.5	0.3	5.2	94.5	47.6	46.9	100.0	(3,594)
배우자 없음	10.9	1.1	9.9	89.1	52.7	36.4	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=119.79***)								
자녀 있음	5.4	0.2	5.1	94.6	46.7	47.9	100.0	(3,375)
자녀 없음	10.6	1.1	9.5	89.4	53.4	36.0	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

라. 지역 중심의 만성질환 관리의 중요성

고혈압과 같은 만성질환은 동네의원에서 진료를 받아야 한다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 52.3%, 매우 동의한다는 응답이 25.6%, 별로 동의하지 않는다는 응답이 19.9%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 2.2%의 순으로 나타났다. 이러한 응답은 여성인 경우, 연령이 증가할수록, 대도시나 중소도시 거주자인 경우, 교육수준이 높은 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 높게 나타났다. 특히, 앞의 문항과 마찬가지로, 연령에 따라 차이가 크게 나타났다.

〈표 13-20〉 '고혈압과 같은 만성질환은 동네의원에서 진료를 받아야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	22.1	2.2	19.9	77.9	52.3	25.6	100.0	(6,000)
성별(x^2=11.77**)								
남성	23.7	2.5	21.3	76.3	51.9	24.4	100.0	(3,053)
여성	20.4	2.0	18.4	79.6	52.8	26.8	100.0	(2,947)
연령(x^2=377.31***)								
20대	37.5	5.7	31.8	62.5	47.5	15.0	100.0	(1,080)
30대	29.6	3.0	26.7	70.4	50.9	19.5	100.0	(1,083)
40대	19.4	1.4	18.0	80.6	54.4	26.1	100.0	(1,317)
50대	14.9	1.0	13.9	85.1	53.4	31.7	100.0	(1,383)
60대	12.0	0.6	11.4	88.0	54.4	33.5	100.0	(1,137)
지역(x^2=17.58**)								
대도시	21.5	2.1	19.4	78.5	51.4	27.1	100.0	(2,641)
중소도시	21.9	2.1	19.8	78.1	53.8	24.3	100.0	(2,960)
농어촌	27.1	4.3	22.8	72.9	47.4	25.6	100.0	(399)
교육수준(x^2=49.27***)								
고졸 이하	25.9	3.5	22.4	74.1	48.0	26.0	100.0	(1,705)
대졸	21.3	1.7	19.6	78.7	54.3	24.5	100.0	(3,642)
대학원 이상	16.7	2.0	14.7	83.3	52.7	30.6	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=2.77)								
예	22.1	2.1	19.9	77.9	52.7	25.2	100.0	(4,643)
아니오	22.1	2.6	19.5	77.9	51.0	26.9	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=15.08)								
300만 원 미만	24.7	2.8	21.9	75.3	51.9	23.4	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	21.7	2.1	19.6	78.3	51.8	26.5	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	21.6	2.0	19.7	78.4	52.7	25.6	100.0	(1,276)
700만 원 이상	19.6	1.9	17.7	80.4	53.3	27.1	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=122.05***)								
배우자 있음	17.8	1.3	16.5	82.2	53.7	28.5	100.0	(3,594)
배우자 없음	28.5	3.7	24.8	71.5	50.3	21.2	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=143.46***)								
자녀 있음	17.2	1.2	16.0	82.8	53.4	29.5	100.0	(3,375)
자녀 없음	28.4	3.6	24.8	71.6	51.0	20.6	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

마. 중증 질환 대상 보건의료 공급체계의 중요성

암 수술과 같은 진료는 서울의 대학병원을 먼저 찾아야 한다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 41.8%, 매우 동의한다는 응답이 39.6%, 별로 동의하지 않는다는 응답은 17.1%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 1.6%로 나타나 만성질환은 동네의원에서 진료를 받아야 한다는 문항보다는 동의 정도가 높게 나타났다. 여전히 중증 질환에 대해서는 서울 같은 대도시에서 치료를 받는 것에 대한 선호가 높다는 것으로 보여준다. 이러한 결과는 여성인 경우, 연령이 어릴수록, 중소도시나 농어촌 거주자인 경우, 가구소득이 높을수록, 자녀가 없는 경우 동의 정도가 높게 나타났다.

〈표 13-21〉 '암 수술과 같은 진료는 서울의 대학병원을 먼저 찾아야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	18.6	1.6	17.1	81.4	41.8	39.6	100.0	(6,000)
성별(x^2=30.20***)								
남성	21.0	2.0	18.9	79.0	41.7	37.3	100.0	(3,053)
여성	16.2	1.1	15.1	83.8	41.8	42.0	100.0	(2,947)
연령(x^2=94.61***)								
20대	15.9	1.9	14.1	84.1	39.9	44.2	100.0	(1,080)
30대	13.2	1.1	12.1	86.8	39.9	46.9	100.0	(1,083)
40대	17.9	1.1	16.9	82.1	41.4	40.7	100.0	(1,317)
50대	21.2	1.8	19.4	78.8	43.5	35.3	100.0	(1,383)
60대	24.0	1.9	22.1	76.0	43.7	32.3	100.0	(1,137)
지역(x^2=13.92*)								
대도시	20.4	1.7	18.8	79.6	40.8	38.7	100.0	(2,641)
중소도시	17.1	1.3	15.8	82.9	42.5	40.4	100.0	(2,960)
농어촌	17.8	2.5	15.3	82.2	43.1	39.1	100.0	(399)
교육수준(x^2=6.15)								
고졸 이하	20.3	1.7	18.6	79.7	42.0	37.7	100.0	(1,705)
대졸	18.0	1.5	16.5	82.0	41.8	40.2	100.0	(3,642)
대학원 이상	17.8	1.4	16.4	82.2	40.9	41.3	100.0	(653)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
경제활동 여부(x^2=2.71)								
예	18.2	1.6	16.7	81.8	42.2	39.6	100.0	(4,643)
아니오	20.0	1.5	18.4	80.0	40.4	39.6	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=25.71**)								
300만 원 미만	20.1	1.7	18.5	79.9	42.8	37.0	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	20.5	1.6	18.9	79.5	41.3	38.1	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	17.3	1.5	15.8	82.7	40.8	41.9	100.0	(1,276)
700만 원 이상	14.9	1.3	13.6	85.1	42.2	42.9	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=4.91)								
배우자 있음	19.3	1.4	17.9	80.7	41.3	39.4	100.0	(3,594)
배우자 없음	17.6	1.7	15.9	82.4	42.5	39.9	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=12.23**)								
자녀 있음	20.1	1.5	18.5	79.9	41.3	38.6	100.0	(3,375)
자녀 없음	16.8	1.6	15.2	83.2	42.4	40.8	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

2. 인구구조 변화와 소득보장 정책에 대한 인식

가. 노인층 대상 소득보장 정책의 중요성

정부는 노인에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다는 문항에 대해서는 다소 동의한다가 52.2%, 별로 동의하지 않는다가 28.1%, 매우 동의한다 15.7%, 전혀 동의하지 않는다 4.1%의 순으로 나타났다. 전체적으로 67.8%는 노인에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다에 동의한 반면 32.2%는 동의하지 않는 것으로 나타났다.

남성인 경우, 연령이 증가할수록, 가구소득이 낮을수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 높게 나타났고, 대졸인 경우 동의 정도가 약간 낮게 나타났다. 이는 해당 정책의 대상이 될 수 있는 가구소득이 낮고 연령이 높은 경우 동의하는 반면, 젊은층의 경우 아직 직접적인 혜택

보다는 부담이 될 수 있기 때문에 동의 정도가 떨어지는 것으로 볼 수 있다.

〈표 13-22〉 '정부는 노인에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	32.2	4.1	28.1	67.8	52.2	15.7	100.0	(6,000)
성별(x^2=12.31**)								
남성	30.9	4.5	26.4	69.1	52.5	16.6	100.0	(3,053)
여성	33.5	3.7	29.8	66.5	51.8	14.7	100.0	(2,947)
연령(x^2=161.07***)								
20대	41.4	8.8	32.6	58.6	48.0	10.6	100.0	(1,080)
30대	34.8	4.2	30.7	65.2	53.9	11.3	100.0	(1,083)
40대	28.5	2.3	26.3	71.5	54.7	16.7	100.0	(1,317)
50대	29.8	3.0	26.8	70.2	53.1	17.1	100.0	(1,383)
60대	28.0	2.9	25.1	72.0	50.3	21.7	100.0	(1,137)
지역(x^2=2.46)								
대도시	32.8	4.2	28.6	67.2	51.8	15.4	100.0	(2,641)
중소도시	31.4	3.9	27.5	68.6	52.6	16.0	100.0	(2,960)
농어촌	33.8	4.8	29.1	66.2	51.1	15.0	100.0	(399)
교육수준(x^2=22.86***)								
고졸 이하	31.1	4.6	26.5	68.9	51.4	17.4	100.0	(1,705)
대졸	33.1	4.1	29.0	66.9	52.7	14.2	100.0	(3,642)
대학원 이상	29.4	2.5	27.0	70.6	51.3	19.3	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=4.86)								
예	32.1	4.0	28.2	67.9	51.7	16.2	100.0	(4,643)
아니오	32.3	4.4	27.9	67.7	53.8	13.9	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=30.45***)								
300만 원 미만	29.8	3.8	26.0	70.2	53.6	16.6	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	30.4	3.7	26.7	69.6	53.4	16.2	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	32.5	3.4	29.1	67.5	51.6	15.8	100.0	(1,276)
700만 원 이상	37.8	5.7	32.1	62.2	48.9	13.3	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=25.2***)								
배우자 있음	31.5	3.1	28.4	68.5	52.0	16.5	100.0	(3,594)
배우자 없음	33.1	5.5	27.6	66.9	52.4	14.5	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=36.81***)								
자녀 있음	31.1	2.9	28.2	68.9	51.9	17.1	100.0	(3,375)
자녀 없음	33.6	5.6	28.0	66.4	52.6	13.9	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

나. 중장년층 대상 소득보장 정책의 중요성

정부는 중장년층에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다는 문항에 대해서는 다소 동의한다가 46.2%, 별로 동의하지 않는다가 34.3%, 매우 동의한다 14.9%, 전혀 동의하지 않는다 4.6%의 순으로 나타났다. 전체적으로 61.1%는 중장년층에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다에 동의한 반면, 38.9%는 동의하지 않는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 연령별로 차이가 가장 컸는데, 40대의 동의 정도가 가장 높았다. 이는 중장년층 지원 시 혜택을 받을 수 있을 것이라는 기대 때문인 것으로 보인다. 반면 가구소득이 700만 원 이상인 경우에는 동의 정도가 낮아 정부의 지원 시 가구소득이 높은 경우 세금 부담에 대한 걱정이 반영된 것으로 보인다.

〈표 13-23〉 '정부는 중장년층에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	38.9	4.6	34.3	61.1	46.2	14.9	100.0	(6,000)
성별(x^2=6.39)								
남성	39.4	4.9	34.4	60.6	45.0	15.7	100.0	(3,053)
여성	38.4	4.2	34.2	61.6	47.5	14.1	100.0	(2,947)
연령(x^2=207.00***)								
20대	46.2	7.4	38.8	53.8	44.4	9.4	100.0	(1,080)
30대	36.7	4.7	32.0	63.3	45.4	17.8	100.0	(1,083)
40대	29.5	3.3	26.2	70.5	48.8	21.6	100.0	(1,317)
50대	36.0	3.3	32.8	64.0	47.6	16.4	100.0	(1,383)
60대	48.4	4.8	43.5	51.6	44.1	7.6	100.0	(1,137)
지역(x^2=2.89)								
대도시	38.6	4.8	33.9	61.4	46.3	15.1	100.0	(2,641)
중소도시	38.9	4.6	34.4	61.1	46.4	14.7	100.0	(2,960)
농어촌	40.6	3.5	37.1	59.4	44.1	15.3	100.0	(399)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
교육수준(x^2=1.84)								
고졸 이하	38.8	4.6	34.2	61.2	46.3	15.0	100.0	(1,705)
대졸	38.7	4.4	34.3	61.3	46.2	15.1	100.0	(3,642)
대학원 이상	40.1	5.4	34.8	59.9	46.2	13.6	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=7.95*)								
예	38.0	4.5	33.6	62.0	46.6	15.4	100.0	(4,643)
아니오	41.9	5.0	36.8	58.1	45.0	13.2	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=27.72**)								
300만 원 미만	37.7	4.0	33.6	62.3	47.1	15.3	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	37.0	4.3	32.7	63.0	46.8	16.2	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	38.6	4.1	34.6	61.4	45.8	15.5	100.0	(1,276)
700만 원 이상	43.8	6.3	37.6	56.2	44.6	11.5	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=18.47***)								
배우자 있음	38.3	4.0	34.3	61.7	45.4	16.2	100.0	(3,594)
배우자 없음	39.7	5.4	34.3	60.3	47.4	12.9	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=19.02***)								
자녀 있음	38.2	3.8	34.4	61.8	45.6	16.2	100.0	(3,375)
자녀 없음	39.8	5.6	34.2	60.2	47.0	13.2	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

다. 청년층 대상 소득보장 정책의 중요성

청년층에 대한 소득 지원에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 37.8%, 별로 동의하지 않는다는 응답이 34.7%, 매우 동의한다는 응답이 18.6%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 8.9% 순으로 나타났으며, 동의한다는 응답이 56.4%, 동의하지 않는다는 응답이 43.6%로 비교적 차이가 크게 나타나지 않았다. 이러한 결과는 중장년층 소득 지원에 대한 동의 정도와 마찬가지로, 해당 정책의 수혜자인 20대와 30대에서 동의 정도가 높게 나타났다. 특히 20대의 경우 동의 정도가 78.4%로 매우 높은 것을 볼 수 있다. 혼인상태별 차이나 자녀 유무별 차이는 연령의 효과로 보인다.

앞의 두 가지 질문과 종합해서 볼 때 소득 지원 확대에 대해서 노인층

(67.8%), 중장년층(61.1%), 청년층(56.4%) 순서로 동의 수준이 높은 것을 알 수 있었다.

〈표 13-24〉 '정부는 청년층에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	43.6	8.9	34.7	56.4	37.8	18.6	100.0	(6,000)
성별(x^2=2.87)								
남성	43.6	8.8	34.8	56.4	37.0	19.3	100.0	(3,053)
여성	43.6	9.0	34.6	56.4	38.6	17.8	100.0	(2,947)
연령(x^2=495.37***)								
20대	21.6	4.3	17.3	78.4	42.0	36.4	100.0	(1,080)
30대	38.6	9.3	29.3	61.4	38.1	23.3	100.0	(1,083)
40대	52.8	11.2	41.6	47.2	34.5	12.7	100.0	(1,317)
50대	46.4	8.0	38.5	53.6	40.0	13.6	100.0	(1,383)
60대	55.1	11.3	43.9	44.9	34.7	10.1	100.0	(1,137)
지역(x^2=11.10)								
대도시	43.8	8.8	35.0	56.2	37.8	18.4	100.0	(2,641)
중소도시	44.4	9.2	35.2	55.6	37.5	18.1	100.0	(2,960)
농어촌	36.6	7.0	29.6	63.4	40.1	23.3	100.0	(399)
교육수준(x^2=5.88)								
고졸 이하	42.6	8.4	34.2	57.4	37.1	20.3	100.0	(1,705)
대졸	43.8	8.9	35.0	56.2	38.2	18.0	100.0	(3,642)
대학원 이상	44.7	10.1	34.6	55.3	37.8	17.5	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=0.65)								
예	43.4	8.9	34.5	56.6	37.9	18.7	100.0	(4,643)
아니오	44.4	8.8	35.6	55.6	37.4	18.1	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=12.80)								
300만 원 미만	42.7	8.2	34.5	57.3	36.9	20.4	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	43.5	8.2	35.3	56.5	38.9	17.5	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	44.8	9.7	35.1	55.2	36.1	19.1	100.0	(1,276)
700만 원 이상	43.6	10.0	33.6	56.4	39.2	17.2	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=137.00***)								
배우자 있음	48.5	9.8	38.7	51.5	37.2	14.3	100.0	(3,594)
배우자 없음	36.3	7.5	28.8	63.7	38.7	24.9	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=107.51***)								
자녀 있음	48.2	9.7	38.5	51.8	37.2	14.5	100.0	(3,375)
자녀 없음	37.6	7.8	29.8	62.4	38.6	23.8	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

3. 인구구조 변화와 연금 정책에 대한 인식

가. 정부의 국민연금 재정 지원에 대한 인식

정부가 노후 생활을 보장할 수 있는 수준으로 국민연금을 지원하기가 점점 더 어려워지고 있다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 57.7%, 매우 동의한다는 응답이 32.1%로 동의한다는 응답이 89.7%로 매우 높게 나타났다.

전반적으로 동의한다는 응답(매우 동의 + 다소 동의)이 모두 높게 나타났으나, '매우 동의한다'는 응답은 연령이 어릴수록 높게 나타나 젊은층의 경우 향후 정부가 자신의 국민연금을 보장할 수 있을지에 대한 걱정이 큰 것으로 보인다. 연령 외에는 가구소득이 높은 경우에도 전반적인 동의 정도가 높았다.

〈표 13-25〉 '정부가 노후 생활을 보장할 수 있는 수준으로 국민연금을 지원하기가 점점 더 어려워지고 있다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	10.3	0.9	9.4	89.7	57.7	32.1	100.0	(6,000)
성별(x^2=21.84***)								
남성	11.2	1.2	10.0	88.8	55.0	33.7	100.0	(3,053)
여성	9.3	0.6	8.7	90.7	60.4	30.3	100.0	(2,947)
연령(x^2=69.48***)								
20대	9.4	1.3	8.1	90.6	52.2	38.3	100.0	(1,080)
30대	10.2	0.9	9.2	89.8	53.3	36.6	100.0	(1,083)
40대	9.6	0.7	8.9	90.4	58.6	31.8	100.0	(1,317)
50대	10.0	0.8	9.2	90.0	59.7	30.3	100.0	(1,383)
60대	12.3	1.0	11.3	87.7	63.4	24.3	100.0	(1,137)
지역(x^2=3.56)								
대도시	10.1	1.1	9.0	89.9	57.2	32.7	100.0	(2,641)
중소도시	10.2	0.8	9.5	89.8	58.0	31.8	100.0	(2,960)
농어촌	11.3	0.8	10.5	88.7	58.4	30.3	100.0	(399)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
교육수준(x^2=8.71)								
고졸 이하	11.7	1.1	10.7	88.3	58.4	29.9	100.0	(1,705)
대졸	9.7	0.9	8.8	90.3	57.4	32.9	100.0	(3,642)
대학원 이상	9.5	0.8	8.7	90.5	57.4	33.1	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=8.39*)								
예	10.2	0.8	9.4	89.8	57.0	32.8	100.0	(4,643)
아니오	10.5	1.3	9.1	89.5	60.0	29.6	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=22.48**)								
300만 원 미만	12.5	1.5	11.0	87.5	56.7	30.7	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	10.2	0.6	9.7	89.8	57.4	32.4	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	9.1	0.9	8.2	90.9	59.2	31.7	100.0	(1,276)
700만 원 이상	8.5	0.7	7.8	91.5	57.8	33.7	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=7.89*)								
배우자 있음	10.1	0.8	9.4	89.9	58.8	31.0	100.0	(3,594)
배우자 없음	10.5	1.2	9.3	89.5	55.9	33.6	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=16.68***)								
자녀 있음	10.0	0.7	9.3	90.0	59.6	30.5	100.0	(3,375)
자녀 없음	10.7	1.3	9.4	89.3	55.2	34.1	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

나. 정년 연장에 대한 인식

정년 연장에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 46.1%, 매우 동의한다는 응답이 37.4%, 별로 동의하지 않는다는 응답이 14.8%, 전혀 동의하지 않는다는 응답이 1.8%의 순으로, 동의한다는 응답이 83.4%로 나타났다.

이러한 결과는 여성인 경우, 연령이 40대인 경우, 교육수준이 높을수록, 가구소득이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 매우 동의한다는 응답이 많았다.

〈표 13-26〉 '지금보다 더 오래 일할 수 있도록 정년을 연장해야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	16.6	1.8	14.8	83.4	46.1	37.4	100.0	(6,000)
성별(x^2=24.41***)								
남성	18.4	2.3	16.1	81.6	46.1	35.5	100.0	(3,053)
여성	14.7	1.2	13.5	85.3	46.0	39.3	100.0	(2,947)
연령(x^2=29.26**)								
20대	18.8	2.3	16.5	81.2	47.2	34.0	100.0	(1,080)
30대	15.9	1.6	14.3	84.1	44.3	39.8	100.0	(1,083)
40대	13.7	1.1	12.5	86.3	45.4	40.9	100.0	(1,317)
50대	17.6	2.1	15.5	82.4	45.0	37.3	100.0	(1,383)
60대	17.2	1.7	15.6	82.8	48.5	34.2	100.0	(1,137)
지역(x^2=5.53)								
대도시	17.0	1.6	15.4	83.0	44.6	38.4	100.0	(2,641)
중소도시	16.1	1.9	14.2	83.9	47.3	36.6	100.0	(2,960)
농어촌	17.3	1.8	15.5	82.7	46.4	36.3	100.0	(399)
교육수준(x^2=28.96***)								
고졸 이하	17.2	2.3	14.9	82.8	49.5	33.3	100.0	(1,705)
대졸	16.0	1.5	14.5	84.0	45.5	38.5	100.0	(3,642)
대학원 이상	18.4	1.8	16.5	81.6	40.0	41.7	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=5.50)								
예	16.3	1.6	14.8	83.7	45.9	37.7	100.0	(4,643)
아니오	17.4	2.4	15.0	82.6	46.5	36.1	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=23.24**)								
300만 원 미만	18.2	2.8	15.5	81.8	46.3	35.5	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	16.2	1.7	14.5	83.8	47.3	36.6	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	15.0	1.1	13.9	85.0	46.2	38.9	100.0	(1,276)
700만 원 이상	16.7	1.2	15.6	83.3	43.6	39.7	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=17.68***)								
배우자 있음	15.4	1.5	13.9	84.6	45.4	39.2	100.0	(3,594)
배우자 없음	18.3	2.2	16.2	81.7	47.0	34.6	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=8.95*)								
자녀 있음	16.0	1.6	14.4	84.0	45.0	39.0	100.0	(3,375)
자녀 없음	17.3	1.9	15.4	82.7	47.4	35.3	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

다. 다층적 소득보장제도에 대한 인식

국민연금 외에 개인적으로 퇴직연금이나 개인연금에 가입할 필요가 있다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 51.7%, 매우 동의한다는 응답이 38.2%로 89.9%가 동의하는 것으로 나타났다. 동의하지 않는다는 응답은 10.1%에 불과하였다.

이러한 결과는 여성인 경우, 연령이 증가할수록, 교육수준이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우에 동의 정도가 높았으며, 월 가구소득이 높을수록 '매우 동의한다'는 응답이 많아졌다. 국민연금의 경우 본인의 희망에 의한 임의가입자를 제외하고는 기본적으로 소득 활동을 전제하고 있기 때문에 여성의 국민연금 가입률도 낮고 수급액도 적어 다층적 소득보장제도에 대한 동의 정도가 높은 것으로 보인다. 그리고 연령이 증가할수록 본인의 노후에 대한 걱정으로 여러 가지 연금에 대한 필요를 높게 인식하는 것으로 보이며, 교육수준이나 가구소득이 높은 경우 국민연금 외에 더 많은 노후 소득을 위해 추가적인 연금에 대한 동의 정도가 높은 것으로 보인다.

〈표 13-27〉 '국민연금 외에도 개인적으로 퇴직연금이나 개인연금에 가입할 필요가 있다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	10.1	1.1	9.0	89.9	51.7	38.2	100.0	(6,000)
성별(x^2=18.88***)								
남성	11.5	1.3	10.2	88.5	52.2	36.3	100.0	(3,053)
여성	8.7	0.8	7.8	91.3	51.1	40.2	100.0	(2,947)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
연령(x^2=45.55***)								
20대	12.5	1.9	10.6	87.5	51.1	36.4	100.0	(1,080)
30대	11.7	1.5	10.2	88.3	48.4	39.9	100.0	(1,083)
40대	11.1	1.1	10.0	88.9	49.7	39.3	100.0	(1,317)
50대	9.4	0.7	8.7	90.6	53.2	37.4	100.0	(1,383)
60대	6.1	0.4	5.6	93.9	55.8	38.2	100.0	(1,137)
지역(x^2=3.50)								
대도시	10.3	1.1	9.2	89.7	52.4	37.3	100.0	(2,641)
중소도시	9.9	1.0	8.9	90.1	50.8	39.3	100.0	(2,960)
농어촌	10.5	1.5	9.0	89.5	52.9	36.6	100.0	(399)
교육수준(x^2=17.15**)								
고졸 이하	11.7	1.5	10.1	88.3	51.4	37.0	100.0	(1,705)
대졸	9.7	1.1	8.6	90.3	52.3	38.0	100.0	(3,642)
대학원 이상	8.4	0.2	8.3	91.6	48.9	42.7	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=1.87)								
예	9.9	1.0	8.9	90.1	51.8	38.3	100.0	(4,643)
아니오	10.8	1.4	9.4	89.2	51.2	38.0	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=51.74***)								
300만 원 미만	12.3	1.6	10.8	87.7	53.7	33.9	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	9.6	0.7	8.9	90.4	54.3	36.1	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	10.2	1.2	9.0	89.8	47.7	42.1	100.0	(1,276)
700만 원 이상	7.8	1.0	6.8	92.2	48.9	43.3	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=34.31***)								
배우자 있음	8.5	0.7	7.7	91.5	51.7	39.9	100.0	(3,594)
배우자 없음	12.6	1.7	10.9	87.4	51.7	35.7	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=37.07***)								
자녀 있음	8.3	0.7	7.7	91.7	51.5	40.1	100.0	(3,375)
자녀 없음	12.4	1.7	10.7	87.6	51.8	35.7	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

라. 국민연금과 특수직역연금에 대한 인식

일반 국민, 공무원, 교직원이 모두 공평하게 국가로부터 연금 혜택을 받아야 한다는 문항에 대해서는 매우 동의한다는 응답이 41.1%, 다소 동의한다는 응답이 40.0%로 81.1%가 동의하는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 20대인 경우와 교육수준이 높은 경우, 가구소득이 700만 원 이상인 경우, 경제활동을 하지 않는 경우, 배우자가 없는 경우, 자녀가 없는 경우 동의 정도가 낮았다. 경제활동을 하지 않는 경우, 배우자가 없는 경우와 자녀가 없는 경우는 모두 연령(20대)의 효과로 보인다. 연령이 어린 경우 아직 연금에 대한 내용을 잘 모르거나 관심이 없기 때문에 동의 정도가 낮은 것으로 판단된다. 한편, 교육수준이 높거나 가구소득이 높은 경우에는 상대적으로 높은 연금 혜택을 받는 집단에 속해 있을 가능성이 크기 때문에 연금 형평성에 대한 동의 정도가 낮은 것으로 보인다.

〈표 13-28〉 '일반 국민, 공무원, 교직원이 모두 공평하게 국가로부터 연금 혜택을 받아야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	18.9	3.7	15.2	81.1	40.0	41.1	100.0	(6,000)
성별(x^2=2.56)								
남성	19.3	3.9	15.4	80.7	39.0	41.6	100.0	(3,053)
여성	18.5	3.5	15.0	81.5	40.9	40.5	100.0	(2,947)
연령(x^2=99.43***)								
20대	23.3	4.5	18.8	76.7	46.2	30.5	100.0	(1,080)
30대	18.2	4.2	13.9	81.8	43.8	38.0	100.0	(1,083)
40대	17.3	2.7	14.7	82.7	34.9	47.8	100.0	(1,317)
50대	17.0	4.0	12.9	83.0	38.5	44.5	100.0	(1,383)
60대	19.7	3.3	16.4	80.3	38.1	42.2	100.0	(1,137)
지역(x^2=5.02)								
대도시	19.5	3.7	15.8	80.5	40.2	40.3	100.0	(2,641)
중소도시	18.2	3.7	14.5	81.8	39.5	42.3	100.0	(2,960)
농어촌	20.8	4.3	16.5	79.2	41.4	37.8	100.0	(399)
교육수준(x^2=21.03**)								
고졸 이하	18.1	2.6	15.5	81.9	41.9	40.1	100.0	(1,705)
대졸	18.6	3.9	14.7	81.4	39.4	42.0	100.0	(3,642)
대학원 이상	23.1	5.8	17.3	76.9	38.1	38.7	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=22.97***)								
예	17.8	3.7	14.1	82.2	40.0	42.2	100.0	(4,643)
아니오	22.8	3.8	19.0	77.2	39.9	37.3	100.0	(1,357)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
월가구소득(x^2=26.58**)								
300만 원 미만	17.7	3.7	14.1	82.3	42.6	39.7	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	18.8	3.3	15.5	81.2	41.0	40.2	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	17.4	3.4	14.0	82.6	37.5	45.1	100.0	(1,276)
700만 원 이상	22.4	4.9	17.5	77.6	37.3	40.3	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=41.77***)								
배우자 있음	18.1	3.5	14.6	81.9	37.5	44.4	100.0	(3,594)
배우자 없음	20.2	4.1	16.1	79.8	43.7	36.1	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=33.22***)								
자녀 있음	17.8	3.5	14.3	82.2	37.9	44.3	100.0	(3,375)
자녀 없음	20.4	4.0	16.3	79.6	42.7	37.0	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

4. 인구구조 변화 대응 사회서비스 정책에 대한 의견

가. 가족 및 돌봄 정책의 중요성에 대한 인식

가족을 대상으로 하는 국가 정책의 전반적인 변화가 필요하다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 52.1%, 매우 동의한다는 응답이 40.0%로 전체의 92.2%가 동의하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 여성인 경우, 연령대가 높은 경우, 교육수준이 높은 경우, 가구소득이 높은 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 높게 나타났다.

〈표 13-29〉 '가족을 대상으로 하는 국가 정책의 전반적인 변화가 필요하다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	7.9	0.5	7.4	92.2	52.1	40.0	100.0	(6,000)
성별(x^2=14.57*)								
남성	8.7	0.7	8.0	91.3	50.2	41.1	100.0	(3,053)
여성	7.0	0.3	6.7	93.0	54.1	38.9	100.0	(2,947)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
연령(x^2=56.17***)								
20대	10.9	1.1	9.8	89.1	49.6	39.4	100.0	(1,080)
30대	8.3	0.8	7.5	91.7	47.0	44.7	100.0	(1,083)
40대	7.8	0.2	7.7	92.2	52.2	40.0	100.0	(1,317)
50대	5.8	0.2	5.6	94.2	54.6	39.6	100.0	(1,383)
60대	7.0	0.2	6.9	93.0	56.3	36.7	100.0	(1,137)
지역(x^2=8.79)								
대도시	8.7	0.5	8.2	91.3	51.1	40.2	100.0	(2,641)
중소도시	7.1	0.4	6.8	92.9	53.1	39.8	100.0	(2,960)
농어촌	7.5	1.0	6.5	92.5	51.6	40.9	100.0	(399)
교육수준(x^2=40.77***)								
고졸 이하	10.7	0.9	9.9	89.3	52.6	36.7	100.0	(1,705)
대졸	6.8	0.2	6.6	93.2	52.4	40.7	100.0	(3,642)
대학원 이상	6.1	0.6	5.5	93.9	49.2	44.7	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=8.52*)								
예	7.8	0.5	7.3	92.2	51.3	40.9	100.0	(4,643)
아니오	8.0	0.2	7.8	92.0	54.8	37.2	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=25.03**)								
300만 원 미만	10.2	0.9	9.4	89.8	51.5	38.3	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	7.3	0.3	7.0	92.7	53.0	39.7	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	7.5	0.4	7.1	92.5	51.6	40.8	100.0	(1,276)
700만 원 이상	5.9	0.3	5.6	94.1	52.1	42.1	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=27.79***)								
배우자 있음	6.8	0.3	6.5	93.2	54.2	39.0	100.0	(3,594)
배우자 없음	9.4	0.8	8.6	90.6	49.0	41.6	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=23.41***)								
자녀 있음	7.0	0.2	6.8	93.0	54.1	38.9	100.0	(3,375)
자녀 없음	9.0	0.8	8.2	91.0	49.6	41.4	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

자녀와 부모 돌봄의 국가 책임에 대해서는 다소 동의한다가 49.9%, 매우 동의한다가 18.9%, 별로 동의하지 않는다가 27.7%, 전혀 동의하지 않는다가 3.5%로 동의한다는 응답이 68.8%, 동의하지 않는다는 응답이 31.2%로 나타났다. 자녀와 부모를 돌보는 데 있어 가족의 역할이 여전히 중요하다고 생각하는 국민들이 적지 않다는 것을 말해준다.

하지만 자녀와 부모 돌봄을 가족보다 국가가 더 많이 책임을 져야 한다

는 인식은 한창 돌봄의 책임을 지고 있는 30대와 40대에게서 높은 것으로 나타났다.

〈표 13-30〉 '자녀와 부모 돌봄에 대한 책임을 가족보다 국가가 더 많이 져야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	31.2	3.5	27.7	68.8	49.9	18.9	100.0	(6,000)
성별(x^2=7.07)								
남성	32.0	4.1	27.9	68.0	49.0	19.0	100.0	(3,053)
여성	30.3	2.9	27.4	69.7	50.8	18.8	100.0	(2,947)
연령(x^2=72.44***)								
20대	34.5	6.8	27.8	65.5	46.3	19.2	100.0	(1,080)
30대	29.5	3.1	26.3	70.5	47.7	22.8	100.0	(1,083)
40대	28.2	2.3	25.9	71.8	51.7	20.1	100.0	(1,317)
50대	31.2	3.3	27.9	68.8	51.6	17.3	100.0	(1,383)
60대	33.2	2.6	30.7	66.8	51.3	15.5	100.0	(1,137)
지역(x^2=6.89)								
대도시	31.2	3.7	27.4	68.8	51.2	17.7	100.0	(2,641)
중소도시	31.3	3.4	27.8	68.8	48.8	20.0	100.0	(2,960)
농어촌	31.1	2.8	28.3	68.9	50.1	18.8	100.0	(399)
교육수준(x^2=10.20)								
고졸 이하	32.7	4.5	28.3	67.3	49.8	17.5	100.0	(1,705)
대졸	30.6	3.1	27.5	69.4	50.2	19.2	100.0	(3,642)
대학원 이상	30.3	3.4	27.0	69.7	48.7	21.0	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=2.45)								
예	30.8	3.4	27.3	69.2	50.0	19.2	100.0	(4,643)
아니오	32.6	3.8	28.9	67.4	49.6	17.8	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=13.20)								
300만 원 미만	30.9	3.7	27.2	69.1	50.9	18.2	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	29.9	3.1	26.8	70.1	51.1	19.0	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	32.1	3.1	29.0	67.9	46.9	20.9	100.0	(1,276)
700만 원 이상	32.6	4.4	28.3	67.4	49.8	17.6	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=20.18***)								
배우자 있음	30.5	2.6	27.9	69.5	50.4	19.1	100.0	(3,594)
배우자 없음	32.3	4.8	27.4	67.7	49.2	18.6	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2 31.5***)								
자녀 있음	30.4	2.3	28.1	69.6	50.5	19.0	100.0	(3,375)
자녀 없음	32.2	5.0	27.2	67.8	49.1	18.7	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

노인을 지원해 주는 국가 정책의 중요성에 대해서는 매우 동의한다는 응답이 50.1%로 매우 높았고, 다소 동의한다 43.1%로 전체의 93.2%가 동의하는 것으로 나타났다. 이는 여성인 경우, 연령이 증가할수록, 교육수준이 높을수록, 가구소득이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우에 동의 정도가 높았다.

〈표 13-31〉 '노인을 모시고 사는 가족이 줄어들어 노인을 지원해 주는 국가 정책이 중요해졌다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	6.8	0.6	6.2	93.2	43.1	50.1	100.0	(6,000)
성별(x^2=14.15**)								
남성	8.0	0.8	7.2	92.0	42.7	49.3	100.0	(3,053)
여성	5.6	0.4	5.2	94.4	43.5	50.9	100.0	(2,947)
연령(x^2=109.78***)								
20대	11.4	1.3	10.1	88.6	48.5	40.1	100.0	(1,080)
30대	7.1	0.6	6.5	92.9	46.4	46.4	100.0	(1,083)
40대	6.9	0.4	6.5	93.1	41.8	51.3	100.0	(1,317)
50대	4.8	0.5	4.3	95.2	40.9	54.3	100.0	(1,383)
60대	4.6	0.2	4.4	95.4	39.1	56.4	100.0	(1,137)
지역(x^2=5.41)								
대도시	7.4	0.6	6.8	92.6	43.6	49.0	100.0	(2,641)
중소도시	6.2	0.5	5.7	93.8	42.8	51.0	100.0	(2,960)
농어촌	7.5	1.0	6.5	92.5	42.6	49.9	100.0	(399)
교육수준(x^2=30.67***)								
고졸 이하	9.1	0.8	8.3	90.9	43.2	47.7	100.0	(1,705)
대졸	6.2	0.5	5.7	93.8	43.9	50.0	100.0	(3,642)
대학원 이상	4.6	0.5	4.1	95.4	38.9	56.5	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=0.28)								
예	6.9	0.6	6.3	93.1	43.0	50.1	100.0	(4,643)
아니오	6.6	0.6	6.0	93.4	43.6	49.9	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=24.52**)								
300만 원 미만	8.7	0.5	8.3	91.3	44.1	47.2	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	6.5	0.8	5.7	93.5	44.1	49.4	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	5.7	0.5	5.3	94.3	41.5	52.8	100.0	(1,276)
700만 원 이상	5.9	0.5	5.4	94.1	42.2	52.0	100.0	(1,195)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
혼인상태(x^2=38.56***)								
배우자 있음	5.3	0.4	5.0	94.7	42.5	52.2	100.0	(3,594)
배우자 없음	9.0	0.9	8.1	91.0	44.1	46.8	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=51.36***)								
자녀 있음	5.1	0.3	4.8	94.9	42.0	52.9	100.0	(3,375)
자녀 없음	9.0	1.0	8.1	91.0	44.6	46.4	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

부모가 어린 자녀를 키우는 것이 예전 같지 않아서 아동에 대한 정책이 중요해졌다는 문항에 대해서는 다소 동의한다 46.5%, 매우 동의한다 44.9%로 91.5%가 동의하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 여성인 경우, 연령이 증가할수록, 교육수준이 높은 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 높았다.

〈표 13-32〉 '부모가 어린 자녀를 키우는 것이 예전 같지 않아서 아동에 대한 정책이 중요해졌다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	8.6	0.6	7.9	91.5	46.5	44.9	100.0	(6,000)
성별(x^2=13.32**)								
남성	9.4	0.9	8.5	90.6	47.1	43.5	100.0	(3,053)
여성	7.7	0.3	7.4	92.3	45.9	46.4	100.0	(2,947)
연령(x^2=64.22***)								
20대	12.6	1.3	11.3	87.4	46.7	40.7	100.0	(1,080)
30대	8.8	0.7	8.0	91.2	40.8	50.4	100.0	(1,083)
40대	8.4	0.5	7.9	91.6	45.2	46.5	100.0	(1,317)
50대	7.8	0.5	7.3	92.2	49.8	42.4	100.0	(1,383)
60대	5.6	0.3	5.4	94.4	49.3	45.0	100.0	(1,137)
지역(x^2=5.39)								
대도시	9.1	0.6	8.5	90.9	47.2	43.7	100.0	(2,641)
중소도시	8.0	0.6	7.4	92.0	46.0	45.9	100.0	(2,960)
농어촌	8.8	1.0	7.8	91.2	45.4	45.9	100.0	(399)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
교육수준(x^2=16.84**)								
고졸 이하	9.1	0.8	8.3	90.9	47.9	43.0	100.0	(1,705)
대졸	8.5	0.5	7.9	91.5	47.0	44.6	100.0	(3,642)
대학원 이상	7.5	0.8	6.7	92.5	40.6	51.9	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=0.29)								
예	8.6	0.6	8.0	91.4	46.3	45.1	100.0	(4,643)
아니오	8.4	0.7	7.7	91.6	47.1	44.5	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=11.96)								
300만 원 미만	9.3	0.9	8.4	90.7	48.5	42.2	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	8.2	0.6	7.6	91.8	46.8	45.0	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	8.9	0.5	8.5	91.1	44.3	46.8	100.0	(1,276)
700만 원 이상	7.6	0.5	7.1	92.4	45.7	46.7	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=36.37***)								
배우자 있음	7.0	0.4	6.6	93.0	45.7	47.2	100.0	(3,594)
배우자 없음	10.8	0.9	9.9	89.2	47.7	41.5	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=43.49***)								
자녀 있음	6.6	0.4	6.3	93.4	46.4	47.0	100.0	(3,375)
자녀 없음	11.0	1.0	10.1	89.0	46.6	42.3	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

나. 돌봄 서비스 질적 제고에 대한 필요성

돌봄 서비스를 제공하는 사람들의 능력을 좀 더 높여야 한다는 문항에 대해서는 다소 동의한다는 응답이 59.1%, 매우 동의한다는 응답이 31.5%로 전체의 90.5%가 동의하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 여성인 경우, 교육수준이 높은 경우 동의 정도가 대체로 높았으며, 20대인 경우 동의 정도가 낮았다.

〈표 13-33〉 '돌봄 서비스를 제공하는 사람들의 능력을 좀 더 높여야 한다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	9.5	0.6	8.8	90.5	59.1	31.5	100.0	(6,000)
성별(x^2=15.59**)								
남성	10.2	0.9	9.4	89.8	60.3	29.5	100.0	(3,053)
여성	8.7	0.4	8.3	91.3	57.9	33.5	100.0	(2,947)
연령(x^2=47.57***)								
20대	13.9	1.0	12.9	86.1	57.8	28.3	100.0	(1,080)
30대	9.2	0.5	8.8	90.8	55.9	34.9	100.0	(1,083)
40대	8.6	0.7	7.9	91.4	57.6	33.8	100.0	(1,317)
50대	7.9	0.7	7.2	92.1	61.8	30.3	100.0	(1,383)
60대	8.4	0.4	8.1	91.6	61.7	29.8	100.0	(1,137)
지역(x^2=7.66)								
대도시	9.7	0.5	9.2	90.3	59.5	30.8	100.0	(2,641)
중소도시	9.3	0.6	8.7	90.7	58.5	32.2	100.0	(2,960)
농어촌	9.3	1.5	7.8	90.7	60.7	30.1	100.0	(399)
교육수준(x^2=17.29**)								
고졸 이하	10.9	0.5	10.4	89.1	59.1	30.0	100.0	(1,705)
대졸	9.0	0.6	8.3	91.0	59.7	31.4	100.0	(3,642)
대학원 이상	8.7	1.2	7.5	91.3	55.7	35.5	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=2.22)								
예	9.7	0.6	9.0	90.3	58.6	31.7	100.0	(4,643)
아니오	8.8	0.7	8.1	91.2	60.6	30.6	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=6.48)								
300만 원 미만	10.1	0.5	9.7	89.9	59.4	30.4	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	9.8	0.7	9.1	90.2	58.9	31.3	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	9.4	0.7	8.7	90.6	58.3	32.3	100.0	(1,276)
700만 원 이상	8.0	0.7	7.4	92.0	59.7	32.2	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=11.86**)								
배우자 있음	8.5	0.7	7.9	91.5	59.1	32.4	100.0	(3,594)
배우자 없음	10.8	0.6	10.3	89.2	59.1	30.1	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=15.09**)								
자녀 있음	8.3	0.5	7.8	91.7	58.9	32.7	100.0	(3,375)
자녀 없음	10.9	0.8	10.1	89.1	59.3	29.8	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

다. 지역의 사회서비스 정책에 대한 인식

우리 지역은 다른 지역에 비해 보건복지 정책 대응이 미흡하다는 문항에 대해서는 다소 동의한다 45.9%, 별로 동의하지 않는다 37.4%, 매우 동의한다 14.0%, 전혀 동의하지 않는다 2.7%의 순으로 나타나, 59.8%가 동의하고 40.2%는 동의하지 않았다. 이러한 결과는 남성인 경우, 연령이 30~40대인 경우, 농어촌 지역인 경우, 경제활동을 하는 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 높아 지역의 보건복지 정책 대응이 잘 되지 않는다고 인식했다.

〈표 13-34〉 '우리 지역은 다른 지역에 비해 보건복지 정책 대응이 미흡하다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	40.2	2.7	37.4	59.8	45.9	14.0	100.0	(6,000)
성별(x^2=9.32*)								
남성	38.9	2.7	36.2	61.1	45.9	15.2	100.0	(3,053)
여성	41.5	2.8	38.7	58.5	45.8	12.7	100.0	(2,947)
연령(x^2=132.2***)								
20대	45.4	5.8	39.5	54.6	39.8	14.8	100.0	(1,080)
30대	35.6	2.6	33.1	64.4	46.0	18.4	100.0	(1,083)
40대	33.5	1.4	32.0	66.5	50.6	15.9	100.0	(1,317)
50대	42.2	2.0	40.1	57.8	46.3	11.6	100.0	(1,383)
60대	44.9	2.3	42.6	55.1	45.5	9.7	100.0	(1,137)
지역(x^2=52.4***)								
대도시	43.1	3.0	40.1	56.9	44.8	12.1	100.0	(2,641)
중소도시	39.1	2.5	36.6	60.9	46.5	14.4	100.0	(2,960)
농어촌	28.6	2.3	26.3	71.4	48.4	23.1	100.0	(399)
교육수준(x^2=8.82)								
고졸 이하	41.2	3.5	37.7	58.8	45.7	13.1	100.0	(1,705)
대졸	40.1	2.4	37.7	59.9	45.4	14.5	100.0	(3,642)
대학원 이상	38.0	2.6	35.4	62.0	48.9	13.2	100.0	(653)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
경제활동 여부(x^2=8.55*)								
예	39.2	2.6	36.5	60.8	46.6	14.3	100.0	(4,643)
아니오	43.6	3.1	40.5	56.4	43.5	13.0	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=13.14)								
300만 원 미만	38.1	3.2	34.9	61.9	47.4	14.5	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	38.9	2.3	36.6	61.1	46.9	14.2	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	42.2	2.8	39.3	57.8	44.4	13.5	100.0	(1,276)
700만 원 이상	42.8	2.7	40.2	57.2	43.8	13.3	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=14.33**)								
배우자 있음	39.1	2.1	36.9	60.9	46.9	14.0	100.0	(3,594)
배우자 없음	41.8	3.6	38.2	58.2	44.3	13.9	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=23.30***)								
자녀 있음	39.0	1.9	37.1	61.0	46.8	14.3	100.0	(3,375)
자녀 없음	41.7	3.8	37.9	58.3	44.7	13.6	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

지역의 수요에 맞는 복지서비스가 잘 갖추어져 있다는 문항에 대해서는 별로 동의하지 않는다는 응답이 47.7%로 가장 높았고, 다소 동의한다 41.5%, 전혀 동의하지 않는다 5.8%, 매우 동의한다 5.0% 순으로 나타나 동의하지 않는다는 응답(53.5%)이 더 많았다. 이러한 결과는 농어촌 지역인 경우 특히 동의하지 않는다는 응답이 많았고 20대인 경우, 배우자가 없는 경우, 자녀가 없는 경우 동의하지 않는다는 응답이 상대적으로 적었다.

〈표 13-35〉 '우리 지역은 동네의 수요에 맞는 복지서비스가 잘 갖추어져 있다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	53.5	5.8	47.7	46.6	41.5	5.0	100.0	(6,000)
성별(x^2=10.96*)								
남성	53.4	6.2	47.2	46.6	40.8	5.8	100.0	(3,053)
여성	53.5	5.3	48.2	46.5	42.3	4.2	100.0	(2,947)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
연령(x^2=51.98***)								
20대	48.0	6.5	41.5	52.0	45.4	6.7	100.0	(1,080)
30대	54.0	7.5	46.5	46.0	39.5	6.5	100.0	(1,083)
40대	55.4	6.5	49.0	44.6	40.0	4.6	100.0	(1,317)
50대	54.9	4.3	50.6	45.1	41.0	4.1	100.0	(1,383)
60대	54.1	4.5	49.6	45.9	42.2	3.7	100.0	(1,137)
지역(x^2=28.51***)								
대도시	52.7	5.1	47.7	47.3	42.1	5.2	100.0	(2,641)
중소도시	53.3	5.6	47.7	46.7	41.8	4.9	100.0	(2,960)
농어촌	59.1	11.5	47.6	40.9	36.3	4.5	100.0	(399)
교육수준(x^2=9.27)								
고졸 이하	52.4	5.9	46.5	47.6	42.9	4.6	100.0	(1,705)
대졸	54.1	5.7	48.4	45.9	41.1	4.8	100.0	(3,642)
대학원 이상	52.7	5.7	47.0	47.3	40.1	7.2	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=6.53)								
예	52.7	5.6	47.1	47.3	42.0	5.3	100.0	(4,643)
아니오	56.0	6.2	49.8	44.0	39.9	4.1	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=17.62*)								
300만 원 미만	55.2	7.3	47.9	44.8	40.0	4.8	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	54.7	5.3	49.4	45.3	40.6	4.6	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	52.5	5.1	47.4	47.5	42.1	5.4	100.0	(1,276)
700만 원 이상	50.0	5.2	44.9	50.0	44.5	5.4	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=14.01**)								
배우자 있음	54.6	5.2	49.4	45.4	40.6	4.8	100.0	(3,594)
배우자 없음	51.7	6.7	45.1	48.3	43.0	5.3	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=19.40***)								
자녀 있음	55.3	5.2	50.1	44.7	40.1	4.7	100.0	(3,375)
자녀 없음	51.1	6.5	44.6	48.9	43.4	5.5	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

라. 복지지원 확대가 필요하다고 생각하는 연령 집단

정부의 복지 지원이 소외된 연령층에 대해서는 40대와 50대, 60대가 24% 전후로 비슷하게 나타났으며, 20대와 30대는 14% 정도로 비슷하게 나타나 아직까지는 젊은층에 대한 복지 지원을 중요하게 생각하지 않는 것으로 보인다. 이러한 결과는 연령에 따라 극명하게 차이가 나타났는데,

모든 연령층에서 본인의 연령층에 정부의 복지 지원이 소외되어 있다는 응답이 가장 많았다.

〈표 13-36〉 '귀하께서는 다른 연령층에 비해 정부의 복지 지원이 소외된 연령층은 어디라고 생각하십니까?'에 대한 응답

(단위: %, 명)

구분	20대	30대	40대	50대	60대	계	(명)
전체	14.0	13.8	23.1	24.1	25.0	100.0	(6,000)
성별(x^2=62.60***)							
남성	16.6	13.3	21.8	21.4	26.9	100.0	(3,053)
여성	11.3	14.4	24.5	26.8	23.0	100.0	(2,947)
연령(x^2=2773.7***)							
20대	34.5	20.2	16.7	13.6	15.0	100.0	(1,080)
30대	8.5	37.6	27.1	12.0	14.9	100.0	(1,083)
40대	7.1	4.3	51.5	18.5	18.6	100.0	(1,317)
50대	11.9	4.1	8.2	50.9	24.9	100.0	(1,383)
60대	10.5	7.9	10.7	19.3	51.6	100.0	(1,137)
지역(x^2=14.81)							
대도시	14.5	13.9	23.8	23.7	24.1	100.0	(2,641)
중소도시	13.0	13.8	22.5	24.4	26.3	100.0	(2,960)
농어촌	18.5	13.8	22.8	23.6	21.3	100.0	(399)
교육수준(x^2=36.83***)							
고졸 이하	15.2	11.4	20.6	24.0	28.7	100.0	(1,705)
대졸	13.7	14.7	24.3	24.4	23.0	100.0	(3,642)
대학원 이상	12.9	15.2	23.0	22.4	26.6	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=27.67***)							
예	13.2	14.5	24.0	24.2	24.1	100.0	(4,643)
아니오	16.7	11.6	20.2	23.5	28.0	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2= 38.75***)							
300만 원 미만	15.0	15.2	20.7	22.6	26.5	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	12.2	14.8	25.0	22.7	25.4	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	14.2	11.5	24.8	26.6	22.9	100.0	(1,276)
700만 원 이상	15.4	12.8	21.4	25.7	24.7	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=254.97***)							
배우자 있음	10.6	9.9	23.7	27.3	28.5	100.0	(3,594)
배우자 없음	19.1	19.6	22.3	19.3	19.7	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=311.86***)							
자녀 있음	10.9	8.9	22.4	28.6	29.3	100.0	(3,375)
자녀 없음	18.0	20.2	24.0	18.3	19.5	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

앞으로 정부의 복지 지원이 확대되어야 하는 연령층에 대해서는 60대라는 응답이 36.7%로 가장 많았고, 50대 20.5%, 40대 17.6%, 20대와 30대 각각 12.7%의 순으로 나타났다. 복지 지원 확대에 대한 의견 역시 연령별로 극명한 차이를 보였으며, 대체로 자신의 연령층에게 정부의 복지 지원이 확대되어야 한다고 응답하였다.

〈표 13-37〉 '귀하께서는 앞으로 정부의 복지 지원이 확대되어야 하는 연령층은 어디라고 생각하십니까?'에 대한 응답

(단위: %, 명)

구분	20대	30대	40대	50대	60대	계	(명)
전체	12.7	12.7	17.6	20.5	36.7	100.0	(6,000)
성별(x^2=27.83***)							
남성	14.7	12.8	17.1	19.2	36.2	100.0	(3,053)
여성	10.5	12.5	18.0	21.8	37.2	100.0	(2,947)
연령(x^2=2431.67***)							
20대	34.9	21.3	11.3	11.7	20.8	100.0	(1,080)
30대	6.4	31.1	26.0	11.0	25.5	100.0	(1,083)
40대	6.8	3.3	38.0	22.0	29.9	100.0	(1,317)
50대	10.1	4.0	5.4	40.1	40.4	100.0	(1,383)
60대	7.5	8.4	6.4	12.1	65.6	100.0	(1,137)
지역(x^2=17.59*)							
대도시	13.1	12.9	17.2	20.3	36.5	100.0	(2,641)
중소도시	11.6	12.5	17.6	20.7	37.6	100.0	(2,960)
농어촌	17.5	12.5	19.8	19.8	30.3	100.0	(399)
교육수준(x^2=36.97***)							
고졸 이하	15.0	11.7	15.1	18.8	39.4	100.0	(1,705)
대졸	11.9	13.2	18.8	21.4	34.7	100.0	(3,642)
대학원 이상	10.9	12.3	16.8	19.4	40.6	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=38.80***)							
예	11.6	13.4	18.3	21.0	35.8	100.0	(4,643)
아니오	16.2	10.3	15.0	18.8	39.7	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=25.76*)							
300만 원 미만	13.0	14.7	17.1	19.4	35.8	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	11.5	12.8	18.5	20.2	37.0	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	12.3	10.3	18.9	20.8	37.7	100.0	(1,276)
700만 원 이상	14.4	12.3	15.2	21.9	36.2	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=295.50***)							
배우자 있음	8.9	8.7	18.0	23.1	41.3	100.0	(3,594)
배우자 없음	18.2	18.6	16.8	16.6	29.7	100.0	(2,406)

구분	20대	30대	40대	50대	60대	계	(명)
자녀 유무(x^2=319.61***)							
자녀 있음	9.3	7.9	16.8	23.8	42.3	100.0	(3,375)
자녀 없음	17.0	18.8	18.6	16.2	29.4	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

5. 인구구조 변화와 사회보장재정에 대한 인식

가. 건강보험료 부담에 대한 용의

건강보험 혜택을 유지하기 위해 지금보다 더 많은 건강보험료를 부담할 용의가 있는지에 대한 질문에서는 동의하지 않는다는 응답이 58.8%, 로 동의한다는 응답 41.2%보다 더 높게 나타났다. 이러한 결과는 여성인 경우, 60대인 경우, 경제활동을 하지 않는 경우, 가구소득이 낮은 경우 동의하지 않는다는 응답 비율이 높은 편이었고, 교육수준이 높을수록 동의한다는 응답 비율이 높아졌다. 이는 여성의 경우, 60대인 경우 상대적으로 경제활동을 하지 않는 경우가 많으며, 가구소득이 낮은 경우 건강보험료 증가에 대한 부담이 더 큰 것으로 보인다.

〈표 13-38〉 '건강보험 혜택을 유지하기 위해 나는 지금보다 더 많은 건강보험료를 부담할 용의가 있다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	58.8	13.7	45.1	41.2	37.7	3.6	100.0	(6,000)
성별(x^2=117.04***)								
남성	52.9	13.8	39.1	47.1	42.2	4.9	100.0	(3,053)
여성	64.9	13.5	51.4	35.1	33.0	2.1	100.0	(2,947)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
연령(x^2=24.33*)								
20대	57.9	15.6	42.3	42.1	37.9	4.3	100.0	(1,080)
30대	59.6	14.5	45.1	40.4	37.3	3.1	100.0	(1,083)
40대	56.3	11.9	44.3	43.7	40.2	3.5	100.0	(1,317)
50대	58.5	12.9	45.6	41.5	38.6	2.9	100.0	(1,383)
60대	62.2	14.1	48.1	37.8	33.6	4.2	100.0	(1,137)
지역(x^2=14.24*)								
대도시	60.7	14.0	46.7	39.3	36.0	3.3	100.0	(2,641)
중소도시	58.0	13.8	44.2	42.0	38.4	3.6	100.0	(2,960)
농어촌	52.1	10.3	41.9	47.9	43.1	4.8	100.0	(399)
교육수준(x^2=31.65***)								
고졸 이하	61.0	14.2	46.8	39.0	35.7	3.3	100.0	(1,705)
대졸	59.0	13.2	45.7	41.0	37.8	3.2	100.0	(3,642)
대학원 이상	52.1	14.9	37.2	47.9	41.7	6.3	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=42.34***)								
예	56.6	13.3	43.3	43.4	39.7	3.8	100.0	(4,643)
아니오	66.4	15.0	51.4	33.6	30.7	2.9	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=37.86***)								
300만 원 미만	62.1	17.0	45.1	37.9	34.5	3.4	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	58.8	11.1	47.7	41.2	37.9	3.3	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	56.3	12.4	44.0	43.7	39.6	4.1	100.0	(1,276)
700만 원 이상	56.7	14.5	42.3	43.3	39.6	3.7	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=3.74)								
배우자 있음	58.7	13.0	45.7	41.3	37.8	3.5	100.0	(3,594)
배우자 없음	58.9	14.7	44.2	41.1	37.5	3.6	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=1.84)								
자녀 있음	58.6	13.2	45.5	41.4	37.9	3.5	100.0	(3,375)
자녀 없음	59.0	14.3	44.7	41.0	37.3	3.7	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

나. 연금보험료 부담에 대한 용의

향후 적절한 연금 혜택을 받을 수 있다면 지금보다 더 많은 연금 보험료를 부담할 용의가 있다는 문항에 대해서는 다소 동의한다 50.9%, 매우 동의한다 10.5%로 전체의 61.3%가 동의하는 반면, 별로 동의하지 않는

다 29.2%, 전혀 동의하지 않는다 9.5%로 38.7%는 동의하지 않는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 남성인 경우, 고연령층인 경우, 농어촌 거주자인 경우, 교육수준이 높을수록, 경제활동을 하는 경우, 가구소득이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 높았다.

〈표 13-39〉 '향후 적절한 연금 혜택을 받을 수 있다면 나는 지금보다 더 많은 연금 보험료를 부담할 용의가 있다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	38.7	9.5	29.2	61.3	50.9	10.5	100.0	(6,000)
성별(x^2=54.26***)								
남성	37.1	10.7	26.4	62.9	50.3	12.6	100.0	(3,053)
여성	40.3	8.2	32.1	59.7	51.4	8.2	100.0	(2,947)
연령(x^2=62.07***)								
20대	40.4	13.6	26.8	59.6	49.9	9.7	100.0	(1,080)
30대	39.8	11.0	28.8	60.2	50.3	9.9	100.0	(1,083)
40대	42.1	9.1	33.0	57.9	48.1	9.9	100.0	(1,317)
50대	37.2	6.4	30.8	62.8	51.3	11.5	100.0	(1,383)
60대	33.9	8.4	25.6	66.1	54.9	11.2	100.0	(1,137)
지역(x^2=25.42***)								
대도시	41.0	10.0	31.0	59.0	48.3	10.7	100.0	(2,641)
중소도시	37.7	9.6	28.1	62.3	52.2	10.1	100.0	(2,960)
농어촌	30.6	4.8	25.8	69.4	57.6	11.8	100.0	(399)
교육수준(x^2=32.04***)								
고졸 이하	41.5	10.0	31.5	58.5	50.1	8.3	100.0	(1,705)
대졸	38.2	9.4	28.8	61.8	51.3	10.5	100.0	(3,642)
대학원 이상	34.0	8.7	25.3	66.0	50.4	15.6	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=37.24***)								
예	37.2	9.3	27.9	62.8	51.2	11.6	100.0	(4,643)
아니오	43.6	10.0	33.6	56.4	49.7	6.6	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=66.90***)								
300만 원 미만	45.8	12.3	33.4	54.2	46.3	7.9	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	37.5	7.9	29.6	62.5	51.8	10.7	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	35.0	8.2	26.8	65.0	53.8	11.2	100.0	(1,276)
700만 원 이상	34.8	9.5	25.4	65.2	52.4	12.8	100.0	(1,195)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
혼인상태(x^2=23.23***)								
배우자 있음	36.8	8.2	28.6	63.2	52.1	11.2	100.0	(3,594)
배우자 없음	41.5	11.4	30.1	58.5	49.0	9.4	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=30.02***)								
자녀 있음	36.4	7.9	28.5	63.6	52.3	11.3	100.0	(3,375)
자녀 없음	41.6	11.5	30.1	58.4	49.0	9.4	100.0	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

다. 세금 부담에 대한 용의

국가로부터 더 많은 보건복지 혜택을 받을 수 있다면 지금보다 더 많은 세금을 낼 용의가 있다는 문항에 대해서는 다소 동의한다 46.6%, 매우 동의한다 9.4%로 56.0%가 동의하는 반면, 별로 동의하지 않는다 32.2%, 전혀 동의하지 않는다 11.9%로 44.1%는 동의하지 않는 것으로 나타났다.

이러한 결과는 농어촌 지역 거주자인 경우, 교육수준이 높을수록, 동의 정도가 높았으며, 여성인 경우, 경제활동을 하지 않는 경우, 가구소득이 300만 원 미만인 경우 동의하지 않는다는 응답이 많았다. 이는 세금 부담에 대한 경제적인 제약이나 부담이 큰 경우 동의 정도가 낮은 것으로 볼 수 있다.

〈표 13-40〉 '국가로부터 더 많은 보건복지 혜택을 받을 수 있다면 나는 지금보다 더 많은 세금을 낼 용의가 있다'에 대한 동의 정도

(단위: %, 명)

구분	동의하지 않는다	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	동의한다	다소 동의한다	매우 동의한다	계	(명)
전체	44.1	11.9	32.2	56.0	46.6	9.4	100.0	(6,000)
성별(x^2=88.07***)								
남성	40.3	12.6	27.6	59.7	47.9	11.9	100.0	(3,053)
여성	48.0	11.1	36.9	52.0	45.3	6.7	100.0	(2,947)
연령(x^2=24.97*)								
20대	45.1	15.5	29.6	54.9	45.3	9.6	100.0	(1,080)
30대	44.2	13.0	31.2	55.8	46.4	9.4	100.0	(1,083)
40대	44.7	11.0	33.7	55.3	46.5	8.7	100.0	(1,317)
50대	43.1	10.0	33.1	56.9	47.4	9.5	100.0	(1,383)
60대	43.3	10.6	32.7	56.7	47.2	9.5	100.0	(1,137)
지역(x^2=27.00***)								
대도시	46.8	13.0	33.9	53.2	44.3	8.9	100.0	(2,641)
중소도시	42.3	11.5	30.9	57.7	48.4	9.3	100.0	(2,960)
농어촌	38.3	7.3	31.1	61.7	48.4	13.3	100.0	(399)
교육수준(x^2=28.48***)								
고졸 이하	45.5	12.4	33.1	54.5	46.2	8.4	100.0	(1,705)
대졸	44.9	12.1	32.9	55.1	46.0	9.1	100.0	(3,642)
대학원 이상	35.5	9.3	26.2	64.5	51.1	13.3	100.0	(653)
경제활동 여부(x^2=21.08***)								
예	42.7	11.4	31.3	57.3	47.3	10.0	100.0	(4,643)
아니오	48.8	13.4	35.4	51.2	44.1	7.1	100.0	(1,357)
월가구소득(x^2=51.60***)								
300만 원 미만	49.3	15.6	33.7	50.7	43.3	7.5	100.0	(1,636)
300~500만 원 미만	42.2	9.2	32.9	57.8	48.0	9.8	100.0	(1,893)
500~700만 원 미만	41.7	10.3	31.4	58.3	48.4	10.0	100.0	(1,276)
700만 원 이상	42.4	12.6	29.9	57.6	47.0	10.5	100.0	(1,195)
혼인상태(x^2=10.55*)								
배우자 있음	43.5	10.8	32.7	56.5	47.4	9.2	100.0	(3,594)
배우자 없음	44.9	13.4	31.5	55.1	45.5	9.6	100.0	(2,406)
자녀 유무(x^2=14.47**)								
자녀 있음	43.2	10.5	32.7	56.8	47.6	9.2	100.0	(3,375)
자녀 없음	45.2	13.6	31.6	54.8	45.3	9.5	100.0	(2,625)

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

6. 경제성장과 보건·복지 정책의 시급성

경제성장과 보건·복지 정책이 얼마나 시급히 요구된다고 생각하는지에 대해서는 경제성장 정책과 보건·복지 정책 모두 100점으로 환산 시 각각 69.1점, 68.58점으로 비슷하게 시급하다고 응답하였다. 집단별로는 남성, 고연령층, 교육수준 대학원 이상, 가구소득 700만 원 이상, 배우자 있는 경우, 자녀가 있는 경우 경제성장 정책에 대해 시급성에 대한 응답이 약간 높았다.

보건·복지 정책에 대해서는 20대인 경우와 가구소득 300만 원 미만인 경우, 배우자가 없는 경우, 자녀가 없는 경우 시급성을 약간 낮게 응답했고, 교육수준이 대학원 이상인 경우와 경제활동을 하는 경우에는 시급성에 대한 응답이 약간 높았다.

〈표 13-41〉 '귀하께서는 경제성장 정책과 보건·복지 정책이 얼마나 시급히 요구된다고 생각하십니까?'에 대한 응답

(단위: 점, 명)

구분	경제성장 정책의 시급성	보건복지 정책의 시급성	(명)
전체	69.10	68.58	(6,000)
성별	(t=5.091***)	(t=0.747)	
남성	70.30	68.75	(3,053)
여성	67.87	68.40	(2,947)
연령	(F=8.741***)	(F=11.105***)	
20대	67.81	65.41	(1,080)
30대	68.75	69.55	(1,083)
40대	67.59	69.57	(1,317)
50대	69.96	69.59	(1,383)
60대	71.39	68.29	(1,137)
지역	(F=1.284)	(F=1.842)	
대도시	69.50	68.20	(2,641)
중소도시	68.86	68.73	(2,960)
농어촌	68.25	69.98	(399)
교육수준	(F=10.888***)	(F=6.018**)	
고졸 이하	68.04	67.57	(1,705)
대졸	69.08	68.72	(3,642)
대학원 이상	72.01	70.41	(653)

구분	경제성장 정책의 시급성	보건복지 정책의 시급성	(명)
경제활동 여부	(t=1.420)	(t=4.402***)	
예	69.29	69.14	(4,643)
아니오	68.48	66.67	(1,357)
월가구소득	(F=13.533***)	(F=6.491***)	
300만 원 미만	67.06	67.05	(1,636)
300~500만 원 미만	69.28	69.62	(1,893)
500~700만 원 미만	69.20	69.21	(1,276)
700만 원 이상	71.51	68.34	(1,195)
혼인상태	(t=3.774***)	(t=2.798**)	
배우자 있음	69.85	69.12	(3,594)
배우자 없음	67.98	67.77	(2,406)
자녀 유무	(t=4.878***)	(t=3.079**)	
자녀 있음	70.14	69.22	(3,375)
자녀 없음	67.77	67.76	(2,625)

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001
주: '전혀 시급하지 않음' 1점 ~ '매우 시급함' 10점이며, 100점으로 환산한 값임
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

제4절 소결

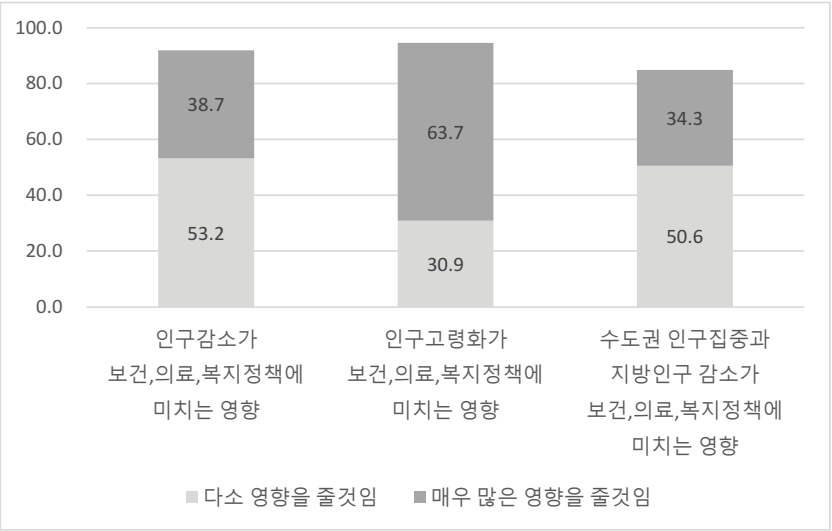
1. 인구구조 변화에 대한 인식

인구감소, 인구 고령화, 수도권 인구집중과 지방 인구감소로 대표되는 인구구조 변화가 보건복지에 미치는 영향에 대해서는 영향을 줄 것이라는 응답(다소 영향을 줄 것이다 + 매우 많은 영향을 줄 것이다)이 모두 84% 이상으로 매우 높게 나타났다. 그중에서도 '인구 고령화'가 보건복지에 미치는 영향에 대해 특히 국민들의 인식 정도가 매우 높았는데, 94.6%가 영향을 줄 것이라고 응답했으며 63.7%는 '매우 많은 영향을 줄 것이다'라고 응답하였다. 상대적으로 수도권 인구집중과 지방 인구감소에 대해서는 보건복지에 미치는 영향력을 다른 인구구조 변화에 비해 약간 적게 인식하고 있었다(84.9%). 이는 노인을 대상으로 하는 정책인 국

민연금이나 기초연금 등이 그 정책 대상이 비교적 포괄적이고 직접적인 지원 정책이고, 인지도가 높은 정책이 많기 때문인 것으로 보인다. 인구감소와 인구 고령화, 수도권 인구집중과 지방 인구감소가 보건복지에 미치는 영향에 대해서는 대체로 연령이 증가할수록, 교육수준이 높을수록, 가구소득이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 영향을 많이 줄 것으로 인식하고 있었다.

[그림 13-1] 인구구조 변화가 보건복지에 미치는 영향에 대한 인식

(단위: %)



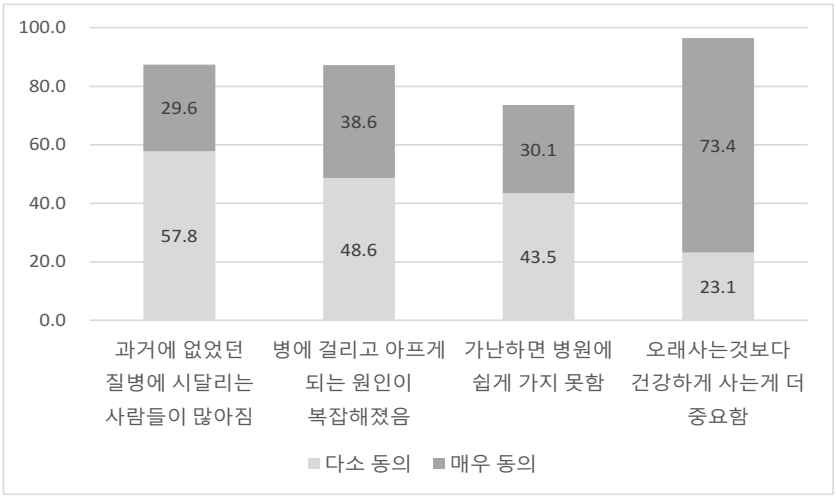
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

인구구조 변화와 건강에 대한 인식에서는 '오래 사는 것보다 건강하게 사는 게 더 중요하다'는 문항에 대한 동의 정도가 96.5%로 매우 높게 나타나 건강수명에 대한 사람들의 욕구가 매우 높음을 알 수 있었다. 질병구조의 변화(요즘에는 과거에 없었던 질병에 시달리는 사람들이 많아졌다, 병에 걸리고 아프게 되는 원인이 과거와 달리 복잡해졌다)에 대한 동

의 정도도 각각 87.4%, 87.1% 수준으로 비교적 높게 나타난 반면, '가난하면 병원에 쉽게 가지 못한다'는 불평등 문항에 대해서는 동의 정도가 다른 문항에 비해 낮게 나타났다(73.5%). 이는 우리나라의 건강보험 제도가 잘 정착되어 있기 때문인 것으로 보인다. 인구구조 변화와 건강에 대한 인식은 대체로 남성에 비해 여성이, 연령이 증가할수록, 가구소득이 높을수록, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 동의 정도가 높게 나타났으나 건강불평등(가난하면 병원에 쉽게 가지 못한다)의 경우에는 가구소득이 낮을수록 동의 정도가 높게 나타났다.

[그림 13-2] 인구구조 변화와 건강에 대한 인식

(단위: %)



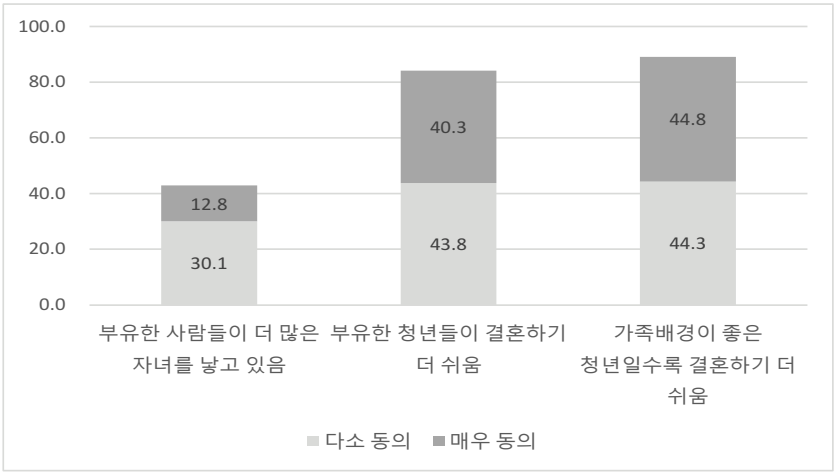
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

출산 및 혼인 행태의 불평등에 대해서는 출산보다 혼인에서의 불평등에 대한 동의 정도가 매우 높게 나타났다. 즉, '가족배경이 좋은 청년일수록 결혼하기 쉽다'에 대한 동의 정도가 89.1%로 가장 높았고 '경제적으

로 여유가 없는 사람보다 부유한 청년들이 결혼하기 더 쉽다'도 84.1%가 동의하는 것으로 나타난 반면, '경제적으로 여유가 없는 사람보다 부유한 사람들이 더 많은 자녀를 낳고 있다'에 대해서는 42.9%만이 동의하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 우리나라의 자녀 양육에 대한 지원 정책이 저출산으로 인해 최근 급격히 증가했기 때문에 결혼보다는 동의 정도가 낮은 것으로 보인다. 반면 결혼의 경우 정부의 지원 정책이 그동안 거의 없었고, 또 최근 급격한 주택 가격 상승 때문에 가족을 형성하는 것에서의 불평등에 대한 동의 정도가 매우 높은 것으로 보인다. 특히 남성의 경우 여성에 비해 경제적 책임을 아직 많이 지고 있기 때문에 불평등에 대한 동의 정도가 높게 나타났으며, 출산에 대한 불평등은 자녀를 양육하는 연령대에서의 동의 정도가 높았고, 결혼에 대한 불평등은 젊은층에서 동의 정도가 높은 것으로 나타났다.

〔그림 13-3〕 인구구조 변화와 출산 및 혼인 행태의 불평등에 대한 인식

(단위: %)

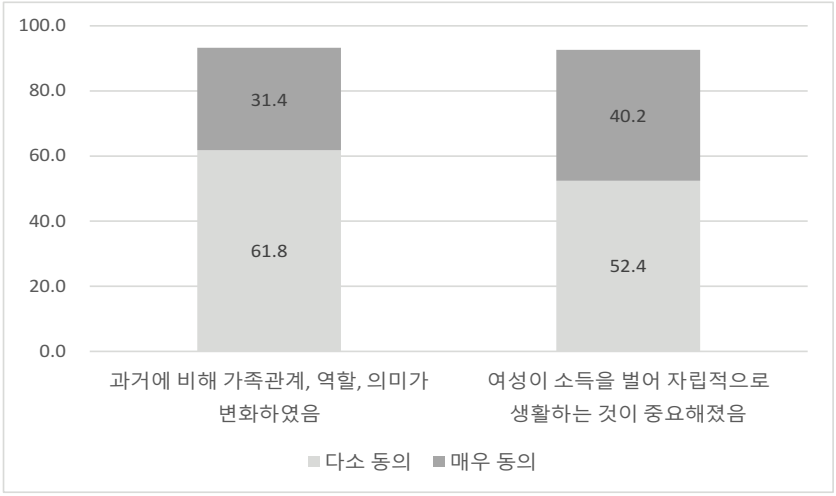


자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

가족에 대한 인식이 변화했는지에 대해서는 가족 관계나 가족의 역할, 가족이 갖는 의미가 변화했다는 문항과 여성이 경제활동을 하고 자립적으로 생활하는 것이 중요해졌다는 문항 모두 동의한다는 응답이 각각 93.2%, 92.6%로 매우 높게 나타났다. 특히, 여성의 경제적 독립에 대해서는 '매우 동의한다'는 응답이 40.2%로 나타나, 가족의 변화에 '매우 동의한다'는 응답(31.4%)에 비해 동의의 강도가 더 세게 나타났다. 가족의 변화에 대한 인식과 여성의 경제적 독립에 대한 인식 모두 남성보다 여성의 동의 정도가 높았다.

[그림 13-4] 인구구조 변화와 가족에 대한 인식

(단위: %)



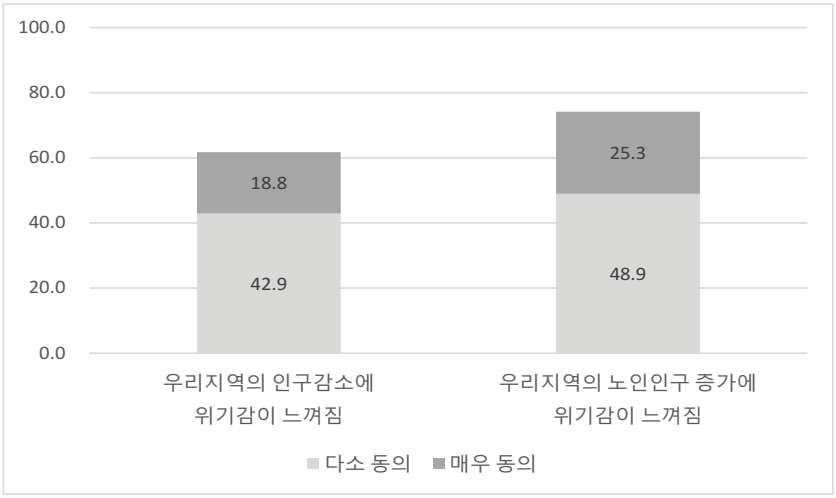
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

지역의 인구에 대해서 인구감소에 위기감이 느껴진다는 문항과 노인인구 증가에 위기감이 느껴진다는 문항 모두 동의한다는 응답이 각각 61.7%, 74.2%로 높게 나타났으나, 인구감소보다는 노인인구 증가에 더

많은 위기감을 느끼는 것으로 나타났다. 이는 앞의 인구구조 변화가 보건복지에 미치는 영향에 대한 결과와 일맥상통하는데, 현재 국민들은 우리나라의 인구감소보다는 노인인구 증가에 대한 체감이 높은 것으로 보인다. 이는 우리나라 전체 인구감소가 아직까지 현실적으로 크게 느껴지지 않았기 때문으로 보인다. 지역의 인구감소에 대한 위기감과 노인인구 증가에 대한 위기감 모두 남성, 고연령층, 농어촌 지역 거주자, 경제활동자, 유배우자, 유자녀인 경우 전반적인 동의 정도가 높았으며, 그중에서도 농어촌 지역의 동의 정도는 매우 높게 나타났다. 이는 농어촌 지역에서 직접 느끼는 인구감소나 고령화에 대한 체감 정도가 높기 때문인 것으로 보인다.

〔그림 13-5〕 인구구조 변화와 지역에 대한 인식

(단위: %)



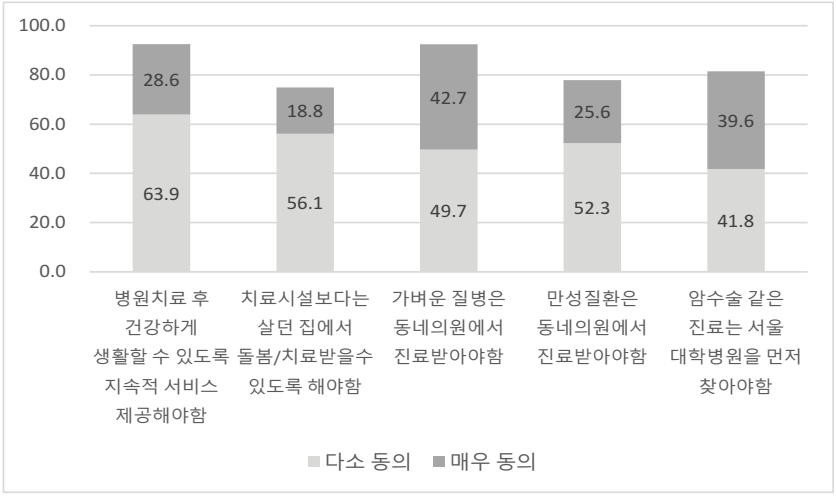
자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

2. 인구구조 변화 대응 정책에 대한 의견

인구구조 변화에 대응한 보건의료 정책에 대해서는 병원 치료 후 건강한 생활을 위한 지속적인 서비스 제공의 동의 정도(92.5%)와 가벼운 질병은 지역의 일차의료서비스 기관에서 진료를 받아야 한다에 대한 동의 정도(92.4%)가 높게 나타난 반면, 재가 돌봄 및 치료에 대한 동의 정도(74.9%)와 지역 중심의 만성질환 관리에 대한 동의 정도(77.9%)는 약간 낮은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 특히 연령에 따른 차이가 크게 나타났는데, 재가 돌봄 및 치료와 지역 중심의 일차의료서비스 제공, 지역 중심의 만성질환 관리 같은 재가와 지역 기반 서비스에 대해 고령층에서 동의 정도가 매우 높았다. 이는 고령층의 경우 오랜 기간 생활해온 지역에서 받는 서비스에 대한 욕구가 큰 것으로 볼 수 있다.

[그림 13-6] 인구구조 변화 대응 보건의료 정책에 대한 의견

(단위: %)

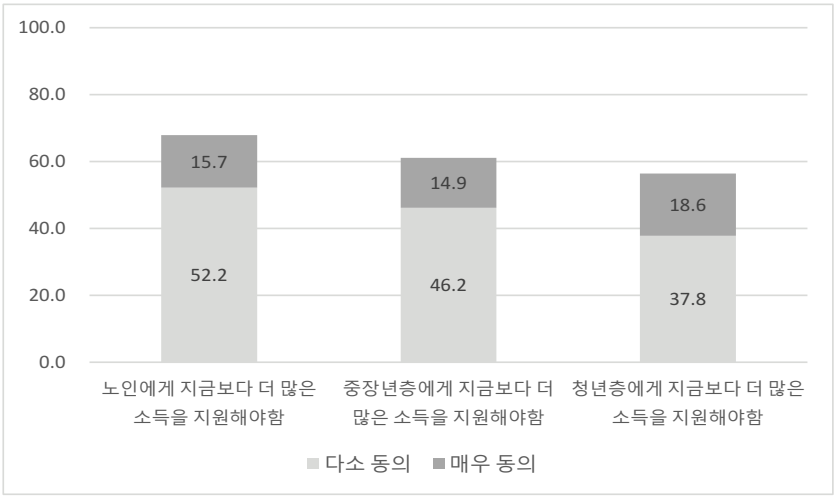


자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

노인층, 중장년층, 청년층을 대상으로 각각 정부가 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다는 문항에 대해서는 노년층 지원에 대한 동의 정도가 67.8%로 가장 높았고 중장년층 지원(61.1%), 청년층 지원(56.4%)의 순으로 나타났다. 국민들의 경우 아직은 노인층에 대한 지원에 전반적으로 더 동의하는 것으로 볼 수 있다. 다만, 이러한 결과는 연령별로 큰 차이가 나타나, 직접적인 정책의 수혜 대상층에서 동의 정도가 가장 높게 나타났다.

[그림 13-7] 인구구조 변화 대응 소득보장 정책에 대한 의견

(단위: %)

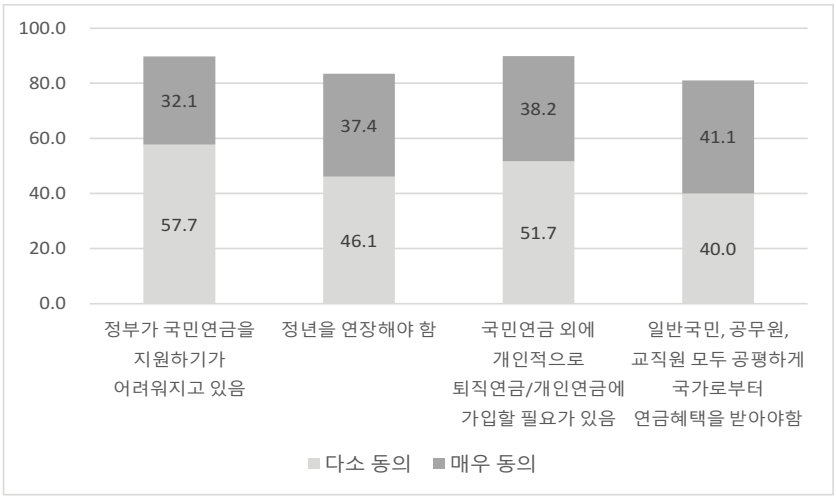


자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

연금 관련 정책에 대해서는 전반적으로 모든 문항에서 동의 정도가 80% 이상으로 나타났다. 즉, 정부가 국민연금을 지원하기가 어려워지고 있고, 그에 따라 정년을 연장해야 한다거나 국민연금 외에 다층적으로 연금에 가입할 필요가 있다 등에 대해 대체로 동의하는 것으로 나타났다.

[그림 13-8] 인구구조 변화 대응 연금 정책에 대한 의견

(단위: %)

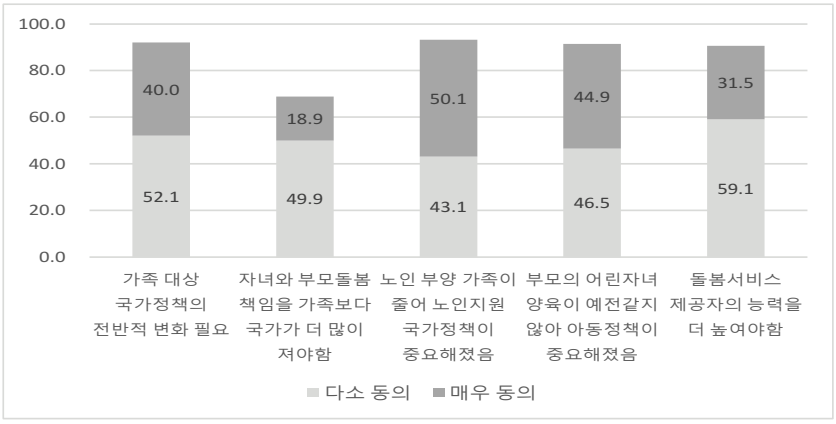


자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

가족 대상 국가 정책의 전반적인 변화가 필요하다는 문항에 대해서는 동의 정도가 92.2%로 매우 높았으며, 주요 가족 및 사회서비스 정책영역인 노인 지원을 위한 국가 정책의 중요성에 대한 동의 정도(93.2%)와 아동에 대한 정책의 중요성에 대한 동의 정도(91.5%)도 매우 높게 나타났다. 돌봄서비스의 질적 제고에 대해서 역시 동의한다는 응답이 90.5%로 매우 높게 나타났다. 그러나 자녀와 부모의 돌봄에 대해 가족보다 국가가 더 많은 책임을 져야 한다는 문항에는 동의 정도가 다른 문항에 비해 비교적 낮게 나타났는데(68.8%), 이는 국가의 책임도 중요하지만 여전히 가족의 책임도 중요하다는 생각이 반영된 것으로 보인다.

[그림 13-9] 인구구조 변화 대응 가족 및 돌봄 관련 사회서비스 정책에 대한 의견

(단위: %)

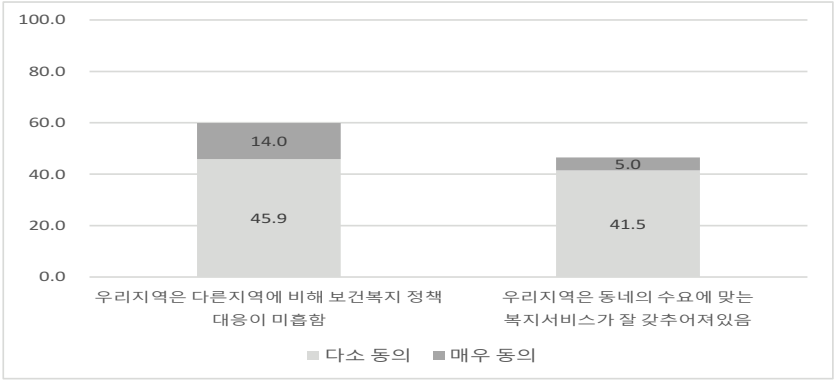


자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

응답자가 생활하는 지역의 보건복지 정책 및 복지서비스에 대해서는 정책 대응이 다른 지역에 비해 미흡하다거나(59.8%), 동네의 수요에 맞는 복지서비스가 잘 갖추어져 있지 않다(53.5%)는 응답이 많았는데, 특히 농어촌 지역 거주자의 경우에게서 이러한 응답 비율이 높았다.

[그림 13-10] 인구구조 변화 대응 지역의 사회서비스 정책에 대한 의견

(단위: %)

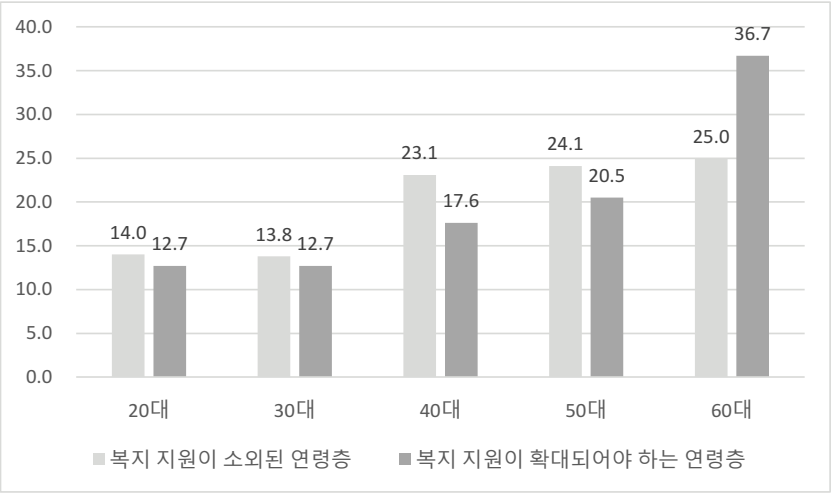


자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

한편, 정부의 복지 지원이 소외된 연령층과 추후 복지 지원이 더 확대되어야 하는 연령층이 어디인지에 대한 질문에서는, 복지 지원이 소외된 연령층은 40~60대라는 응답이 골고루 24% 내외로 나왔으며, 추후 복지 지원 확대가 필요하다는 연령층은 60대가 36.7%로 가장 높게 나왔다. 이러한 결과는 특히 연령대별로 가장 큰 차이를 보여, 본인이 해당하는 연령대가 복지 지원이 소외되었고, 추후 복지 지원이 확대되어야 한다는 응답이 가장 많았다.

〔그림 13-11〕 인구구조 변화 대응 복지 지원 계층에 대한 의견

(단위: %)

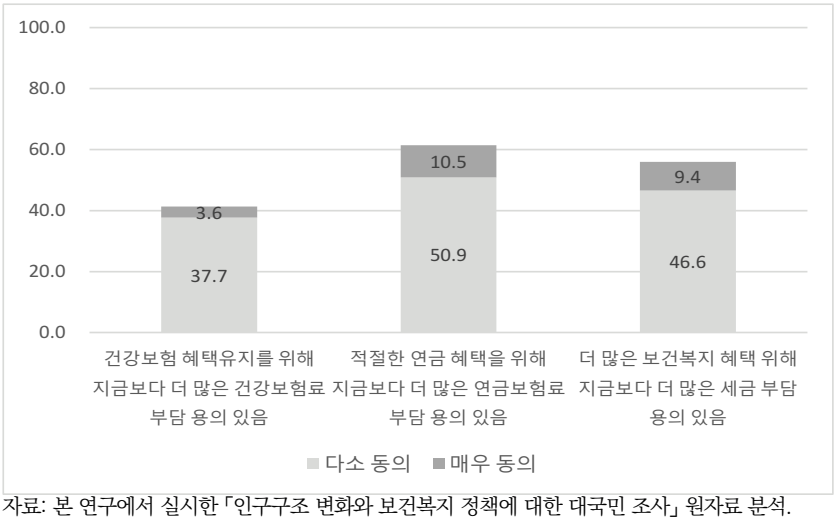


자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

건강보험 혜택 유지, 향후 적절한 연금 혜택, 더 많은 보건복지 혜택을 위한 건강보험료, 연금보험료, 세금 추가 부담 의향에 대해서는 연금보험료 추가 부담에 대한 동의 정도가 가장 높았고(61.3%), 그다음은 세금 추가 부담에 대한 동의 정도(56.0%)가 높았으며, 건강보험료 추가 부담에 대한 동의 정도는 가장 낮았다(41.2%). 이러한 추가적인 재정 부담에 대해서는 특히 경제적으로 취약한 집단에게서 동의 정도가 낮게 나타났다.

〔그림 13-12〕 인구구조 변화 대응 사회보장재정에 대한 의견

(단위: %)



자료: 본 연구에서 실시한 「인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사」 원자료 분석.

경제성장과 보건·복지 정책의 시급성에 대해서는 두 정책 모두 비슷한 수준으로 시급한 것으로 응답하였다.

3. 조사의 한계점 및 향후 방향

본 조사는 컴퓨터 혹은 모바일 기기를 통하여 온라인으로 수행한 조사이다. 따라서 컴퓨터나 모바일 기기에 대한 접근성이 높은 대졸 이상이 과대 표집되었고, 이러한 기기에 대한 접근성이 낮은 70대 이상의 노인층이 조사 대상자로 포함되지 못했다. 따라서 본 조사 결과를 해석함에 있어 일반 전체 국민과 비교하여 학력 수준이 높은 사람들의 의견이라는 것에 주의할 필요가 있다. 또한 70대 이상을 조사 대상에 포함하지 못해 70대 이상의 고령자들의 의견이 충분히 반영되지 못했을 가능성도 있다. 이러한 표집 특성으로 인해 경제활동 참여자와 임금 근로자 역시 과대 표집

되어 이들의 의견이 더 많이 반영되었을 가능성이 있다. 한편, 대도시와 중소도시에 속해 있는 군 지역의 경우 해당 대도시와 중소도시로 분류되어 농어촌 지역의 응답자 실제 비중은 더 높을 가능성이 있다.

본 연구에서는 빈도 분석 혹은 평균값 비교 분석을 통해 사회경제적 특성별 응답 격차를 분석하였다. 향후 보다 심층적인 분석을 통해 이슈별 관계나 사회경제적 특성이 응답에 미친 영향을 파악하면 더욱 유용한 정책 함의 도출이 가능할 것으로 보인다.

4부

동아시아의 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응

제14장 중국의 인구구조 변화와 양로서비스 및 연금제도
제15장 일본의 인구 고령화와 사회보장비용
제16장 대만의 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 정책
제17장 태국의 인구 고령화 대응 정책
제18장 싱가포르의 인구 변화와 고령화 정책
제19장 홍콩의 인구구조 변화와 소득보장제도

제 14 장 중국의 인구구조 변화와 양로서비스 및 연금제도

중국의 2000년 제5차 인구조사에 따르면, 2000년 말을 기준으로 60세 이상의 중국 인구가 1억 2,997만 8천 명으로 전체 인구의 10.46%를 차지했고, 65세 이상 인구가 8,827만 4천 명으로 전체 인구의 7.10%를 차지하여 국제 기준에 따라 중국은 공식적으로 고령화 사회에 진입했다. 2010년 제6차 인구조사를 살펴보면, 중국의 고령화는 한층 더 심화되었다. 60세 이상의 인구는 1억 7,764만 9천 명으로 13.26%를 차지했고, 65세 이상 인구가 1억 1,883만 2천 명으로 8.87%를 차지했다. 2020년의 제7차 인구조사에 따르면, 60세의 인구가 2억 6,401만 9천 명으로 전체 인구의 18.70%이며, 65세 이상의 인구는 1억 9,063만 5천 명으로 증가해 전체 인구의 13.50%를 차지하는데 이는 '고령사회'와 '중도고령화 사회(60세 인구가 전체 인구의 20~30%를 차지하는 사회)'의 국제기준에 근접한 것이다.

2000~2010년 사이, 60세 이상 노인인구는 연평균 3.17% 증가하였으며, 65세 이상 노인인구의 연평균 성장률은 3.02%였다. 2010~2020년까지 중국의 60세 이상 노인인구의 연평균 성장률은 4.04%이며, 65세 이상 노인인구는 연평균 4.84% 증가하였다. 이로 볼 때, 중국의 고령화 속도는 빨라지고 있으며, 2020년이면 중국은 고령화 사회 진입부터 중도고령화 사회에 이르게 된다. 그렇다면 어떻게 수많은 노인의 기본적인 노후 서비스를 보장할 수 있을까? 기본적인 노후 서비스를 기반으로 노인의 다양하고 다차원적인 수요를 효과적으로 충족시켜 노인과 그 자녀들의 성취감, 행복감, 안정감을 높일 수 있는 방법은 무엇인가? 이것이 중국이 21세기로 진입한 이래 지속적으로 해결하기 위해 노력해 온 문제이다.

제1절 도입

중국 전통 사회에서 양로와 육아는 모두 가정의 책임이었다. 건국 이후 중국 인구의 연령 구조는 비교적 젊으며, 국가는 도시에서 근무하는 근로자들에게 근로복지로서 양로보조금을 제공하는 한편, 퇴직 조건 및 처우를 규정하였다. 또한, '3무(三無, 노동 능력·생활 근거지·부양인 없음)' 도시 근로자와 '5보(五保, 의·식·주·의료·장례의 다섯 가지 사회보장)' 농촌 가구에 대한 구제정책이 있었으나 이외에 노인과 관련된 정책은 없었다. 개혁 개방 후, 정부는 양로보험 체계를 정리하여 재건하는 동시에 5보 농촌 가구에 대한 기초 보장시스템을 지속해서 구축하였고, 도시에서는 양로서비스에 대한 사회화 모델을 모색하기 시작했다.

사회경제가 변화하고 계획 출산 정책을 시행하면서, 중국의 출산율은 1990년대 후반 대체 수준 아래로 떨어졌고, 그 이후로 저출산이 지속되면서 출산율 상승 여력이 부족했다(王广州, 周玉娇, & 张楠, 2018; 吴帆, 2016). 연구자들이 국가통계국의 조사 데이터를 토대로 추산한 결과, 2016년 이전의 합계출산율은 1.3~1.6이었다(王广州 & 王军, 2019). 최근에도 합계출산율이 낮아지면서 중국의 저출산율이 지속되고 있다(郑真真, 2021). 연구자들은 '대체 수준'을 뛰어넘어 더 낮은 수준으로 떨어지는 이러한 인구변천을 '제2차 인구변천'이라고 부른다(Lesthaeghe & Van de Kaa, 1986). 지속적인 출산율 저하 이외에도, '제2차 인구변천'은 혼인율 하락, 결혼연령 지연, 이혼율 증가, 동거율 증가, 비혼 출산율 상승, 선택적 비출산 인구 증가 등을 포함한다(吴帆 & 林川, 2013).

중국에서는 이러한 현상들이 점차 나타나고 있고, 비록 중국이 혼외출산과 선택적 비출산 현상이 많지 않다는 특징을 가지고 있으나(於嘉 & 谢宇, 2019), 연구자들은 일반적으로 중국이 '제2차 인구변천' 단계에 진입

했다고 보고 있다. 개인의 자아실현과 선택의 자유가 핵심 가치로서 '개인주의 가족 모델''이 전통적인 가족 모델을 대체하고, 가족모델과 출산 모델이 상호작용하면서 초저출산율을 야기하고, 가족이 약화되는 추세가 '제2차 인구변천'의 주요 특징 중 하나이다(Lesthaeghe & Van de Kaa, 1986). 더욱이 이러한 추세는 장기화 과정으로(吴帆, 2012) 전통사회에서 가족이 맡았던 부양과 육아를 혼자 감당할 여력이 없고, 국가와 사회적 지원에 대한 수요가 점차 높아지고 있으며(马春华, 2013), 이러한 수요는 지속적이고 장기화될 수 있다.

'제2차 인구변천' 현상이 생겨나고 21세기 이후 고령화 사회로 진입하면서, 양로서비스와 양로보험 제도 모두 정부 및 관련 부처의 중점 사안으로 자리 잡았다. 그러나 1996년 〈노인권익보장법〉이 도입되면서, 노후에 대한 가족의 책임이 법 조항에 명시되고(老年人权益保障法, 2021), 이 원칙은 향후 마련된 관련 법률 문서에도 지속적으로 채택되고 있다. 동시에, 국가는 2000년 이후 노후 서비스 체계를 빠르게 구축하였다. 양로 시설의 공실률이 높아지면서 양로서비스 체계 구조를 재편한 후, 재택 및 지역사회 기반의 양로서비스를 대대적으로 추진하는 한편, 장애, 치매 노인들을 위한 장기간호보험제도를 시험적으로 실시하기 시작했다. 이를 통해 가정, 지역사회, 시설, 의료와 양로서비스를 결합한 형태의 서비스 시스템을 구축하여, 고령자와 장애 노인들을 위한 장기 돌봄 서비스 시스템을 마련하고자 하였다. 노년층의 경제적 안정을 보장하고 노후 빈곤을 방지하기 위해 중국은 기초양로보험, 기업연금, 직업연금, 개인 저축형 양로보험 및 상용 양로보험 등 세 가지 축으로 구성된 다차원적인 노후보험 시스템을 단계적으로 마련하였다.

제2절 중국의 인구 및 가족 변천

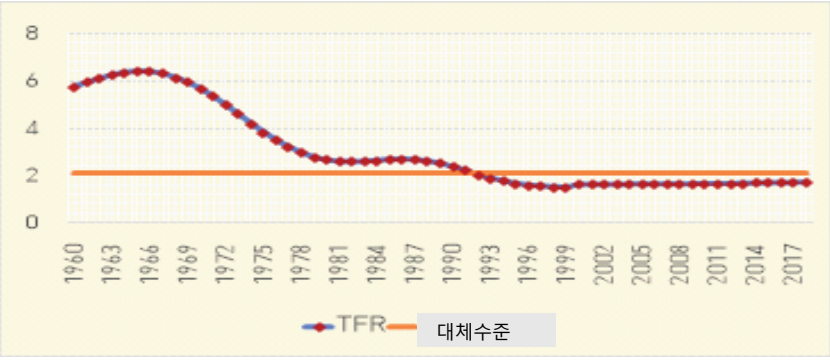
사회경제적 발전으로 인구변천을 야기하고, 가족구조와 가족 관계의 변화로 가족기능이 약화되고 이동되면서, 가족기능과 가족구성원의 수요와 균형이 무너져 외부적 지원이 더 절실해졌다. 외부적인 지원이 부족해지면 가족은 어려움에 빠지고 가족 구성원들의 수요가 충족되지 않아, 사회와 경제의 지속가능한 발전에 더욱 영향을 끼치게 될 수 있다.

1. 중국의 출생률 저하

1970년대 이후, 중국의 출생률은 계획출산 실시로 인해 계속 감소하였다. 1970~1975년에는 평균 합계출산율이 4.76(陈卫 & 孟向京, 1999)이었지만, 2000년 제5차 인구조사 시기에는 1.22(国家统计局, 2001), 2010년 제6차 인구조사 시기에는 1.18(国家统计局, 2011), 2020년 제7차 인구조사 시기에는 1.30으로 떨어졌다(国家统计局, 2021).

〔그림 14-1〕 중국의 합계출산율

(단위: 명)

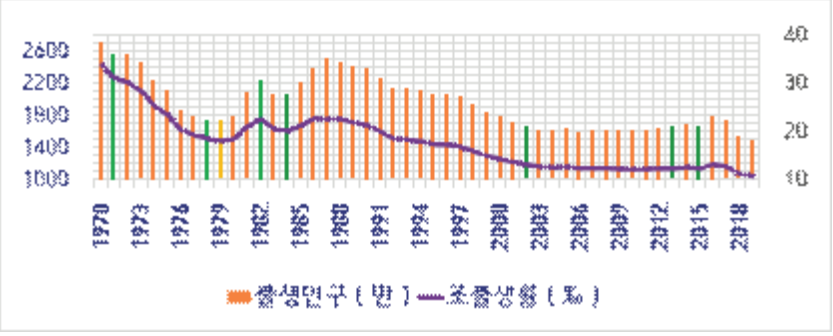


자료: World Bank Indicators. (2021). Retrived September 30, 2021 from https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=CN.

중국 국가통계국의 경우, 인구조사를 실시한 연도의 합계출산율에 대한 데이터만 제공하며, 연구자들은 일반적으로 2000년과 2010년에 발표된 데이터가 비교적 낮다고 간주한다(翟振武 & 陈卫, 2007). 그러나 세계은행의 데이터도 동일한 추세를 보여주고 있으며, 1990년대 후반에 들어 합계출산율의 감소는 둔화되었지만 여전히 대체 수준 이하로 나타나고 있다.

중국의 실제 출산 수준은 학술계의 논의 대상이었다. 그러나 중국의 출산율이 낮고 합계출산율은 매년 감소하고 있다는 것이 기본적인 인식이다. 일부 연구자들은 중국이 이미 '저출산 함정'(합계출산율 1.5 이하)에 빠졌다는 사실을 부인하고(刘爽 & 王平, 2015) 심지어 현재의 출산율이 비교적 낮은 수준이나 상승할 수 있는 여력과 잠재력이 크다고 보고 있다(靳永爱, 2014). 하지만 대부분의 연구자들은 중국이 큰 위험에 처해 있다고 간주하고 있다(郭志刚, 2011; 计迎春 & 郑真真, 2018; 王广州, 周玉娇, & 张楠, 2018; 吴帆, 2016).

〔그림 14-2〕 중국 역대 출생 인구 및 조출생률



자료: 1) 1997~2019년 인구 출생률은 중국 국가통계국의 연간 데이터에 근거. http://data.stats.gov.cn/easyquery.htm?cn=C01
2) 2000~2016년 신생아 수는 http://www.gov.cn/shuju/2017-01/22/content_5162356.htm 신화통신에 근거
3) 나머지 데이터의 경우, 1981년까지는 호적 통계 데이터이며, 1982년과 1990년의 수치는 당해 인구조사 데이터에 기반하여 추산. 기타 연도에 대한 데이터는 매년 실시하는 인구 표본 조사 데이터를 기반으로 추산. 당해 출생 인구수는 국가통계국이 직접 발표한 것이 아니며, '당해 인구 출생률', '당해 인구 사망률', '당해 인구증가율'에서 '이전 해 연말 인구수'를 나누어 반올림한 수치임. http://blog.sina.com.cn/s/blog_4b3725690102w94b.html

또한 신생아 수만 보더라도 중국의 인구 성장이 이미 매우 낮은 수준임을 알 수 있다. 1979년에 엄격한 산아제한정책이 도입되었으나 신생아 수는 오히려 증가해 1987년에 신생아 수가 최고치에 달했으며, 조출생률은 변동을 보였다. 그 이후 신생아 수와 출생률은 다시 하향 추세를 보였다. 2010년 부부 중 한쪽이 외동인 경우 두 자녀 출산이 가능한 정책과 전면적인 두 자녀 출산 정책이 도입되어서야 소폭 상승했지만, 정책 도입 전의 예상 기대치보다 훨씬 낮은 수준이었다. 2016년 초, 중국은 전면적인 두 자녀 정책을 실시했다. 신생아의 수가 2015년 1,655만 명에서 2016년 1,786만 명으로 증가했지만, 그후 3년 동안 계속 감소하면서 2019년에 1,465만 명으로 떨어졌고, 조출생률도 12.95‰에서 10.48‰로 하락했다.

2. 가족의 소형화 및 구조의 단순화

1982년부터 2010년까지 중국의 평균 가구 규모는 지속적으로 감소하고 1인 가구의 비율은 계속해서 증가했다. 2010년, 3인 이하 가구의 비율은 70%에 달했다. 1982년에는 4인 이상 가구 비율이 70%에 육박했다. 게다가, 가구 규모의 축소는 도시와 농촌에도 동일하게 나타났고 급격하게 줄어들며, 과거 농촌에서 흔했던 대가족의 형태는 급속도로 사라지고 있다(彭希哲 & 胡湛, 2015).

〈표 14-1〉 중국의 가구 규모 변화

연도	가구 수(만)	평균 가구 규모(개인)	1인(%)	2인(%)	3인(%)	4인(%)	5인 (%)	6인 이상(%)
2010	40151.73	3.09	13.66	24.37	26.86	17.56	10.03	6.63
2000	34049.13	3.44	8.30	17.04	29.95	22.97	13.62	8.11
1990	28830.03	3.96	6.27	11.05	23.73	25.82	17.75	15.38
1982	22537.90	4.41	7.97	10.08	16.05	19.54	18.35	28.00

자료: 彭希哲 & 胡湛. (2015). 1982~2010 四次人口普查抽样数据, p.118, 표 1.

〈표 14-2〉에서 볼 수 있듯이, 가구 수가 줄어들면서 구조도 더 단순해졌다. 1982년부터 2010년까지 핵가족이 주를 이뤘지만, 그 비율은 이미 20%p 이상 감소하였다. 1인 가구와 부부로 이루어진 가구의 비율이 크게 증가한 반면, 3인 가구의 비율은 비교적 안정적이었다. 중국 가구의 기본 구조는 1982~2000년에는 '핵가족-직계 2차-1인 가구' 순이었다면, 2000~2010년 사이에는 핵가족에 뒤를 이어 1인 가구, 직계 가구로 바뀌었다(彭希哲 & 胡湛, 2015).

〈표 14-2〉 전국 가족 구조 및 그 변화, 1982-2010

(단위: %)

가족 유형	2010년	2000년	1990년	1982년
핵가족	60.89	68.18	70.61	68.30
직계 가족	22.99	21.72	21.33	21.74
복합 가족	0.58	0.56	1.08	0.92
1인 가구	13.67	8.57	6.34	7.98
결손 가족	0.93	0.71	0.57	0.84
기타	0.93	0.26	0.08	0.22

주: 핵가족이란 부부 또는 부부(또는 한부모)와 미혼 자녀로 구성된 가족을 말한다. 직계 가족이란 부부(또는 부모 또는 한부모)와 기혼 자녀 및 손주로 구성된 가족을 의미하며, 복합 가족은 부부(또는 부모 또는 한부모) 및 두 명 이상의 기혼 자녀로 구성된 가족을 의미한다. 결손 가족은 미혼으로 구성된 가족을 의미한다.

자료: 王跃生. (2013), p.63-34, 표 1.

3. 외동 자녀 가족의 증가

중국은 1970년대 후반부터 산아제한정책을 시행해왔다. 지금까지 중국의 외동 자녀 수는 1억 명을 돌파했으며, 농촌 지역의 외동 자녀 수는 3천만 명을 넘어섰다(徐俊 & 风笑天, 2011). 한 연구자가 2000년 인구조사 데이터를 기반으로 예상했을 때, 중국 가구의 1자녀의 비율이 29.30%에 달하는데, 상하이 지역이 58.34%로 가장 높고, 성(省)으로 보면 랴오닝성이 51.75%로 가장 높았다(张翼, 2013). 1세대 외동자녀 가족의 부모들이 이미 점차 양로 단계에 진입하고 있다.

자녀가 1명인 부모들은 노후 자원이 매우 부족하다. 부양을 분담할 수 있는 친형제자매가 없고, 경제적 자원과 인적자원과 시간이 상대적으로 부족하기 때문에, 연로한 부모를 돌보는 가족 기능을 다하기란 매우 어려운 일이다. 자녀가 한 명인 부모들의 경우, 가족 수명 주기는 빠르게 축소되어 노인만 남는 상황에 처하게 된다. 기대수명이 높아지면서(1990년의 68.55세에서 2000년 71.40세, 2010년 74.83세, 2015년 76.34세로 증가) 한 자녀를 둔 부모는 오랜 기간 자식 없이 살게 된다. 그들이 필요로 하는 경제적인 자원과 정서적인 안정감은 외동 자녀에게 막중한 부담으로 이어진다.

게다가, 외동 자녀로 인해 중국에는 수많은 쌍독가정(雙獨家庭, 부부 모두 외동)과 단독가정(單獨家庭, 부부 한쪽 외동)의 출현으로 이어진다. 즉, 가족을 구성할 때 최소 한쪽은 외동인 것이다. 궈즈강 등은 1990년 제4차 인구조사 자료를 기반으로 2011~2060년 50년간 쌍독가정은 10%에서 35% 정도로 계산했는데, 이 중 2030년에 약 34%로 가장 높을 것이며, 단독가정은 기본적으로 40~50% 사이일 것으로 추산하였다(郭志刚, 刘金塘, & 宋健, 2004). 이런 형태는 외동이 아닌 부부 가정보다 더 막중한 부모 부양 의무에 직면할 것이다.

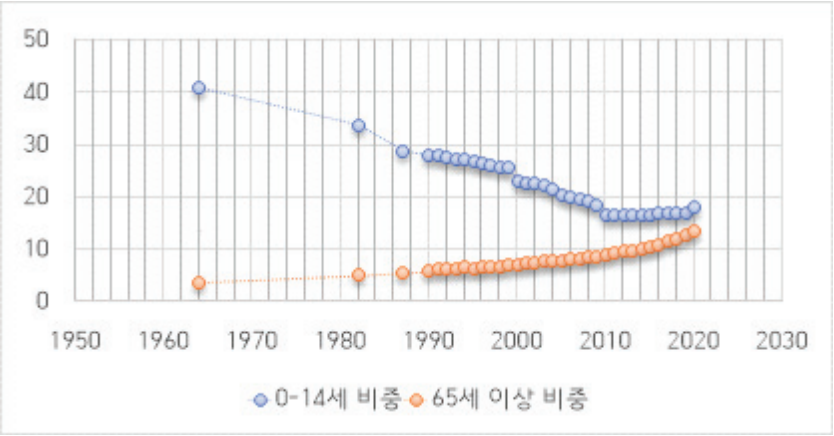
4. 인구 고령화 가속화 및 노인 가정의 증가

중국 국가통계국 자료에 따르면, 1964년 이후 중국의 0~14세 유소년 인구는 계속 감소했고, 65세 이상 노인인구는 계속 증가하는 추세다. [그림 14-3]에서 알 수 있듯이, 0~14세 유소년인구는 1982~1990년 사이에 연평균 2.12%가 감소했다. 1991~2000년 연간 평균 감소율은 1.89%이고, 2001~2010년은 3.00%이며, 2011~2020년에 소폭 증가하여 연

평균 0.85% 증가세를 보였다. 1982~1990년 기간 65세 이상 노인인구는 평균 1.49%씩 증가했다. 1991~2000년 연평균 증가세가 1.55%이며, 2001~2010년 사이에는 연평균 2.28% 증가하였다. 2011~ 2020년에는 연평균 4.02% 증가하였다. 이를 통해 중국의 고령화가 가속화하고 있음을 알 수 있다.

[그림 14-3] 중국 연도별 14세 이하 인구 및 65세 인구 비중

(단위: %)

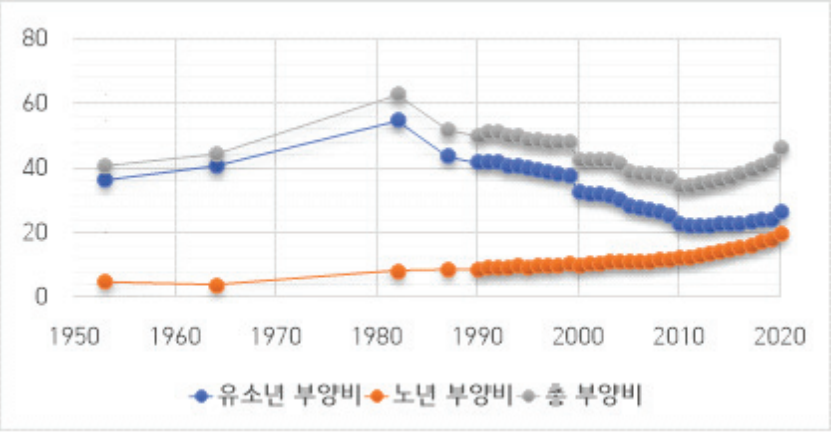


자료: 国家统计局. (2018).《中国人口与就业统计年鉴2017》. p.8, 표 1-3

0~14세 유소년인구와 65세 이상 노인인구가 변화하면서, 유소년 부양비와 노년 부양비는 비슷한 변화를 보였다. 다시 말해 노년 부양비는 지속해서 증가했고, 유소년 부양비는 전반적으로 감소 추세를 보이다가 2011년 이후에는 소폭 증가하였다. 2010년 이전까지만 해도 부양에 대한 부담이 늘고 양육에 대한 부담은 감소하는 반면, 부양 부담 증가 속도는 양육 감소 속도보다 현저하게 빠르며, 종합적으로 볼 때 가족의 부담은 늘어나고 있다. 2010년 이후, 유소년 부양비와 노년 부양비는 모두 높아지고 있고, 총부양비는 계속해서 증가하고 있어 가족의 부담이 뚜렷하게 증가하고 있다.

〔그림 14-4〕 중국 연도별 유소년 부양비·노년 부양비·총부양비

(단위: %)



자료: 国家统计局. (2018).《中国人口与就业统计年鉴2017》. p.8, 표 1-3..

동시에, 중국 인구 고령화가 가속되면서 생겨난 또 하나의 문제는 가족 고령화의 가속화이다. 이것은 주로 노인 가족 비율과 가족 내 노인 비율이 증가하는 것으로 나타난다. 〈표 14-3〉에서 보듯이, 65세 이상의 노인을 포함한 중국 가구의 비중은 2000년 6,839만 3,600가구에서 2010년 8,803만 6,300가구로 증가했으며 총가구 수에서 차지하는 비중이 20.09%에서 21.92%로 증가했다. 이 가구들 중, 2010년 65세 이상의 노인들로만 구성된 가구(독거노인 및 노인부부)는 총 2,797만 200가구였다. 그중 50% 이상은 농촌 지역에 있었고(1,495만 7,900), 노인과 미성년 친족으로 이루어진 가구(격대 가족)는 164만 1,600가구인데, 그중 70% 이상이 모두 농촌 지역에 있다. 이러한 가족형태는 가장 취약한 형태이다.

〈표 14-3〉 2000년 및 2010년 65세 이상 노인을 포함한 가구 수 구성

(단위: 가구, %)

	2000			2010			전국 B -전국 A
	전국 A	도시	농촌	전국 B	도시	농촌	
합계	68393572 (100%)	22333358 (100%)	46060214 (100%)	88036310 (100%)	37508503 (100%)	50527807 (100%)	-
독거노인	7835140 (11.46%)	2905663 (13.01%)	4929507 (10.70%)	14439685 (16.40%)	6317804 (16.84%)	8121881 (16.07%)	4.94
독거노인 + 미성년 친족	791867 (1.15%)	259939 (1.16%)	531928 (1.15%)	865162 (0.98%)	235358 (0.63%)	629624 (1.25%)	0.10
노인부부	7781231 (11.38%)	3047412 (13.65%)	4733819 (10.28%)	13530510 (15.37%)	6694516 (17.85%)	6835994 (13.53%)	2.15
노인부부 + 미성년 친족	722315 (1.06%)	288234 (1.29%)	434081 (0.94%)	776435 (0.88%)	245491 (0.65%)	530944 (1.05%)	- 0.01
65세 이상 3인	51263019 (74.95%)	15832140 (70.89%)	35430879 (76.92%)	337760 (0.38%)	139089 (0.37%)	198671 (0.39%)	-
기타 가정				58086758 (65.98%)	23876065 (63.66%)	34210693 (67.71%)	

자료: 国家统计局. (n.d.). 《2000年第五次人口普查资料》 표 5-4, 5-4a, 5-4b, 5-4c (http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/5rp/index.htm), 《2010年第六次人口普查资料》 표 5-5, 5-5a, 5-5b, 5-5c(http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/6rp/indexch.htm)에 근거하여 계산

5. 대규모 인구이동으로 인한 가구 분화 현상

중국은 동아시아의 여러 산업화 국가들이 이미 겪었던 대규모의 인구이동을 경험하고 있으며, 그 규모가 방대하고 급속도로 진행되고 있으며, 유동인구의 주체는 농촌에서 타지로 진출한 노동자들이다. 2014년, 총 농민공(농촌에서 도시로 이주해 일하는 노동자) 수는 2억 7,400만 명에 달했으며, 그중 타지 진출 농민공 수가 1억 6,800만 명이며, 그중 가족 동반 타지 진출 농민공이 21.27%로 총 3,578만 명에 달했다. 이는 인구이동이 가족 내 주요 노동력의 개인 이주 방식에서 전체 또는 부분 가족 이주 방식으로 변화하면서 중국 내 인구이동 및 이주의 새로운 형태로 자리 잡았다(吴帆, 2016; 周皓, 2004).

〈표 14-4〉 연도별 중국 농민공 타지 진출 규모

(단위: 만 명)

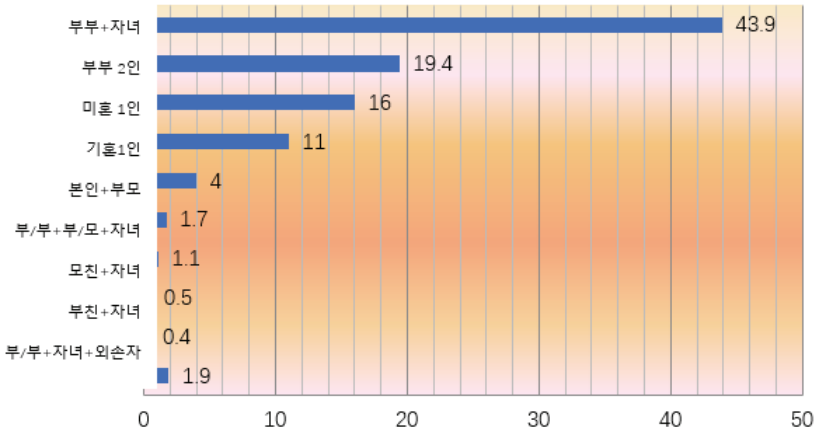
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
총농민공	22542	22978	24223	25278	26261	26894	27395	27747	28171	28652	28836	29077	28560
타지 진출 농민공	14041	14533	15335	15863	16336	16610	16821	16884	16934	17185	17266	17425	16959
가족 중 타지진출 농민공	11182	11567	12264	12584	12961	13085	13243						
가족동반 타지진출 농민공	2859	2966	3071	3279	3375	3525	3578						
본지 농민공	8501	8445	8888	9415	9925	10284	10574	10863	11237	11467	11570	11652	11601

자료: 国家统计局. (n.d.). '2008-2020 年全国农民工监测调查报告'. http://www.stats.gov.cn/xxgk/sjfb/zxfb2020/202104/t20210430_1816937.html. 2021.9.1.

하지만 중국 유동인구 중 가족 동반 이주 방식 점점 더 두드러지고 있는 상황에서, 가족 동반 이주 실현 비중이 높지 않고, 대부분의 가족 동반 이주는 현재 진행 중에 있다. 즉, 대부분의 이주 가족은 분리된 상태이다. 각종 제도적 요인과 가족 전략 관점에서 유동인구의 가족 동반 이주는 여러 단계로 나누어서 이루어지기 때문이다(盛亦男, 2013; 吴帆, 2016). 또한, 단지 26%의 가정만이 가족 구성원들이 함께 이주하여 완전한 가족 이주를 실현한 것으로 추정된다(盛亦男, 2013). 이러한 상황에서, 이주 가정의 가족 구성원은 여러 부분으로 나뉘어져 있는데, 일부는 고향에 머물고 일부는 타지에 진출하게 된다. 이 중 타지에 진출한 구성원은 다른 도시들에 있을 수도 있고, 같은 도시지만 다른 곳에서 거주할 수 있다. [그림 14-5]는 이주 가족의 분화 정도를 보여준다.

〔그림 14-5〕 유입지에서의 유동인구 가족형태

(단위: %)



자료: 杨菊华 & 陈传波. (2013). p.54, 그림 4.

이주로 인해 많은 아이들이 그들의 부모들과 함께 살 수 있는 기회를 잃는다. 부모와 함께 살 수 없는 아이들이 상당수이며, 실제로 고향과 부모가 일하는 지역을 오가며 생활하는 아이들의 비율도 상당하며, 이는 아이들의 복지에 크게 영향을 미친다. 아이들이 부모와 함께 살고 싶은 수요를 충족할 수 없을뿐더러 이외 다른 수요는 말할 것도 없다. 더욱이, 연구에 따르면 농촌 지역에 남겨진 아이들 중 46.74%는 부모가 타지로 진출하였고, 이 아이들 중 대부분(32.67%)이 조부모와 함께 살고, 3.37%의 아이들은 홀로 생활하며, 기타 10.7%의 아이들은 다른 사람과 함께 생활하는 것으로 나타났다(段成荣, 吕利丹, & 邹湘江, 2013). 이는 중국 농촌에 조손 가정이 많은 이유이기도 하다.

제3절 중국의 양로서비스[56]

전통적인 사회에서 중국의 노인들은 항상 자식들이 부양하였고, 한 세대가 다음 세대를 양육하면서 이전 세대도 부양해야 했다. 사람들은 재택 양로를 선호하며, 유일하게 선택할 수 있는 양로 방식일 수도 있다. 1996년 중국은 〈노인권익보장법〉을 제정하여 '양로는 가족에 의지하고 가족 구성원이 노인을 돌봐야 한다'고 명확히 규정하였다(老年人权益保障法, 2021). 이를 통해 중국 정부가 여전히 노인들을 돌보고 간호하는 것에 대한 주된 책임이 가족에게 있음을 강조하는 한편, 가족이 노인 부양을 책임질 수 있도록 지역사회와 복지시설의 자원을 통합하여 지원하도록 하려는 것을 알 수 있다.

하지만 고령화 속도가 빨라지고 가족의 양로 기능이 약화되면서, 가족이 노인을 부양하기 어려워졌다. 이런 상황에서 중국 정부는 사회적 양로서비스를 추진하기 시작하였다. 1993년, 중국은 〈민정부·국가계획위원회 등 부서의 지역사회 서비스업 발전 가속화에 대한 의견〉을 내놓으면서 처음으로 '양로서비스'라는 개념을 제시하였다. 2013년 국무원은 〈양로서비스업 발전 가속화에 관한 몇 가지 의견〉을 발표하여 중국의 양로서비스업 발전을 위한 체계적인 일정을 제시하였는데, 이 의견서는 중국 양로서비스업 발전을 지도하는 강령성 문건으로 자리 잡았다.

1. 중국 양로서비스 체계의 발전사

비록 중국이 1993년까지 '양로서비스'를 추진하지 않았지만 그 이전에 이미 상대적으로 작은 규모의 양로서비스들이 있었다. 중국이 점차 고령화

56) 중국 민정부 홈페이지(https://www.mca.gov.cn/.) 등을 참고하여 정리하였음.

사회로 진입함에 따라 양로서비스 수요가 늘어나면서 대규모 사회적 양로서비스가 출현하였다. 연구자들은 정책 내용과 정책 제정 배경에 따라 신중국 설립 후 양로서비스 체계를 몇 가지 단계로 구분하였다(于建明, 2020).

가. 사회 구제 단계: 1949~1977년

중국 건국 초기, 근로자 및 직원을 주요 대상으로 한 복지 시스템으로서 양로보험제도가 도입되었다. 이때, 양로서비스는 정부 업무의 주요 내용이 아닌 단지 구제가 필요한 대상에 불과했다. 예를 들어, 도시와 농촌 지역에서 의지할 사람이 없고, 생계를 꾸려나갈 수 없는 몸이 불편한 노인들을 대상으로, 도시 지역의 잔로원(残老院)을 제공하고 5보(五保) 농촌 가구에 경로원을 제공하였다. 그 목적은 적절한 노동과 이념적 교육 그리고 문화 오락을 통해 노인이 건강하고 마음 편하게 행복한 노년을 보낼 수 있도록 하는 것이었다. 같은 해에 열린 민정회의에서는 노인을 위한 서비스를 제공하는 시설을 사회복지로 분류하였다. 이로 인해 잔로원의 명칭이 사회복지원 또는 양로원으로 바뀌었다(李学举, 2008, p.197).

상대적으로 도시 노인들의 구제 사업은 5보(五保) 농촌 가구보다 먼저 이루어져야 했다. 5보 농촌 가구(노·약자, 고아, 과부, 장애인)를 위한 경로원은 농촌 노인들을 위한 양로서비스의 시작이었으나 노인들은 사회 구제 대상 중 하나에 불과했다. 노인들이 가능한 수준에서 사회복지 생산에 종사하도록 조직하여 그들의 생활방식을 개선하고 집단의 부담을 줄이는 동시에 그들을 보살피면서 서로 협력하도록 장려하였다. 이 노인들의 생로병사를 집단(생산팀 또는 회사)에서 책임지고, 비용은 노인이 소속된 기관(생산팀 또는 회사)에서 분담하였다. 5보 농촌 가구 부양 제도 수립과 발전은 이 시기의 가장 두드러진 제도 혁신이다(刘喜堂, 2010).

나. 공공 기관 양로 단계: 1978~1999년

1978년 민정부(우리나라의 행정안전부에 해당하는 중국 정부 부처)의 재건 이후, 양로서비스를 포함한 민생 관련 업무는 점차 표준화되고 체계화되었다. 이 시기 양로서비스 사업은 3가지 중점 내용을 포함한다. 먼저, 5보 농촌 가구에 대한 기초생활보장체계를 구축하고, 둘째 사회적 양로서비스 방안을 모색하며, 마지막으로 법제도를 구축하는 것이다.

5보 농촌 가구에 대한 기초생활보장체계 구축의 경우, 1978년 민정부는 양로원이 5보 가구 부양을 위한 형태이며, 부양 위주 및 자진 입원의 원칙을 지켜야 한다고 강조했다. 1983년, 향 또는 지역 내에서 점진적으로 경로원 설립을 제안했다. 1988년에는 유형별, 단계별로 중국 특색의 농촌 기층 사회보장제도 모델을 구축해야 한다고 처음 제안하였다. 1994년 〈농촌5보 업무조례〉가 발표되면서 5보 농촌 가구 지원에 대한 법적인 틀을 마련하였다. 이 당시에는 5보 가구가 주요 대상이었으며, 경로원을 중심으로 한 농촌 양로서비스 보장 사업이 제도화되고 체계적으로 구축되었다.

도시 지역에서는 양로서비스의 사회화를 모색하였다. 1979년 도시 노인을 위한 사회복지사업은 외로운 노인 근로자에 대해 도시가 비용을 부담하는 방안으로 진행되기 시작하여 도시 노인들의 사회복지서비스 대상이 처음으로 사회구제 대상의 한계를 넘어섰다. 1984년, 민정부는 처음으로 사회복지에 대한 지도사상을 제시하고, 사회복지의 발전전략과 개혁방향을 제정하여 구제형에서 복지형으로, 단순 부양식에서 부양 및 재활로, 폐쇄형에서 개방형으로 전환해야 한다고 강조하였다. 또한, 사회복지사업은 국가에서 모두 책임지는 기존 방식에서 국가, 집단, 개인이 함께 분담하는 방식으로 바꾸고, 도시 사회복지원 및 농촌 경로원을 사회 노년들에게 개방해야 한다고 강조하였다. 1994년에는 지역사회 서비스

업을 대대적으로 추진하여 도시 사회복지서비스 체계를 구축하고 개발하자는 제안을 하였다.

1996년에 〈중화인민공화국 노인권익보장법〉을 발표하였는데, 이는 중국 양로서비스 법제화의 중요한 이정표이다. 양로는 주로 가정에서 책임져야 함을 강조하고, 국가와 사회의 책임도 명확하게 규정하였다. 먼저, 3무 도시 노인과 5보 농촌 노인들의 기초생활보장 기능을 마련하고, 둘째 사회단체와 개인들이 노인 서비스 시설을 운영하도록 장려하고 지원하며, 마지막으로 지역사회 서비스를 발전시켜 생활서비스, 문화체육활동, 의료간호, 재활 등 시설을 점차 마련하여 노인들의 욕구를 충족시켜야 한다고 언급하였다. 해당 법률 문서 이외에도 이 시기 해당 부처는 일련의 법규와 정책을 내놓으면서 중국 양로서비스 법제화를 함께 추진하였다.

다. 재택 및 지역사회 양로 단계: 2000~2012년

2000년, 중국이 정식으로 고령화 사회에 진입하면서 양로서비스는 중요한 의제가 되었고, 민정부 등 기타 관련 부서의 관심사가 되었다. 2000년 이후 양로서비스 정책 체계가 빠르게 구축되고, 수량도 증가하며, 내용도 여러 가지 양로서비스를 아우르게 되었다. 이 기간에 발표된 정책은 주로 시설에 대한 표준화 구축 및 관리, 양로서비스의 사회화에 초점을 맞추고 있었으며, 동시에 가족 및 지역사회 내용도 포함하였다. 양로서비스 사회화 관련 문건은 양로서비스 체계 구축에 중요한 역할을 하였다. 재택 및 지역사회와 관련된 문건도 각각 하나씩 발표되었는데 이는 재택 및 지역사회가 양로서비스 체계에 포함되기 시작하였음을 말해준다.

2000년 2월 27일 국무원 판공청은 민정부 등 부처에 〈사회복지 사회

화 실현 가속화에 관한 의견〉을 전달하여 사회화 발전 노선을 한층 더 명확히 하였다. 부양방식은 재택을 기반으로 지역사회에 의지하고, 시설에서 보충하는 발전방향을 제시하였다. 이는 중국 양로서비스 체계가 사회화하면서 빠르게 발전하는 시기로 진입하였음을 보여준다. 같은 해, 민정회의에서는 사회복지는 투자 주체 다원화, 서비스 대상 대중화, 운영 메커니즘 시장화, 서비스 방식의 다양화, 서비스 팀의 전문화, 자원봉사자 등을 결합하여 진행해 나가야 한다고 강조하였다.

2010년, 〈중공 중앙 국민경제 및 사회발전 12차 5개년 계획 제정에 관한 건의〉에서는 사회 양로서비스를 우선적으로 발전시켜야 한다고 언급하였다. 민정부는 전국 사회 양로서비스 체계 구축 추진회를 열어 기본 양로서비스 체계 구축 시범사업을 추진하고, 시범사업의 범위는 5개 성(省)에서 12개 성(省)으로 확대하였고, 중앙정부는 126개 시범사업의 건설을 지원하기 위해 3억 위안의 자금을 투입했다. 2012년, 민정부는 공공시설 민영화, 민영시설의 공적 지원 등을 추진하고, 단독투자, 지분참여, 협력, 임대·합병 등 방식을 통해 사회서비스에 참여하고, 공정한 경쟁을 촉진하고, 가장 좋은 것을 선택할 수 있도록 하여 광범위하게 사회 자원을 집중시켜 다원화되고 질서 있게 경쟁하면서 함께 발전할 수 있는 사회 서비스 공급 구도를 구축할 것을 요구하였다. 이 회의를 통해 시장 참여 방식에 대한 경계와 요구사항이 더욱 명확해졌다.

시장 메커니즘을 도입하여 기관 양로를 추진하는 한편, 민정부는 재택 및 지역사회 기반의 양로서비스를 추진하기 시작하였고, 잇달아 관련 정책들을 발표했다. 예를 들어, 2008년 〈재택 양로서비스 사업 전면 추진에 관한 의견〉, 2011에 〈지역사회 노인 일상 돌봄센터 구축 표준〉 등이다. 또한, 2011년 발표된 〈중국 고령사업 발전 12차 5개년 계획〉에서는 처음으로 고령사업 발전을 국가발전전략에 포함시켜, 재택 양로서비스,

지역사회 돌봄 서비스, 기관 양로서비스의 통합 발전을 확정하였다. 이로써, 재택 양로와 지역사회 양로는 중요한 양로 모델로 자리 잡았다.

라. 구조 재편 단계: 2013~2018년

이전 단계를 거쳐 중국의 양로서비스 체계는 기본적인 내용을 갖췄으나 일부 문제들도 생겨났다. 그중 가장 중요한 것이 많은 시설 구축으로 인한 공실률 문제이고, 집에서 노후를 보내는 노인, 특히 중증 장애, 치매 노인들은 효과적인 지원을 받지 못하는 문제였다. 민정부 데이터에 따르면, 2012년의 공실률은 155만 7천 병상이며, 2013년에는 122만 2천 병상이었다. 이 때문에 민정부는 이 시기 양로서비스 체계의 구조를 재편하였고, 시설 구축에서 지역사회와 가정, 그리고 생활 서비스에서 의료와 재활로 전환했다.

구조 개편을 위해, 이 기간에 많은 수의 정책 문서들이 발표되었는데, 이 문서들 중 가장 중요한 것은 2013년 국무원이 발표한 〈양로서비스업 발전 가속화에 관한 몇 가지 의견〉이다. 투자와 재정조달, 토지, 보조금, 인재육성 그리고 자선사업의 5개 부분을 강화하고, 세수 인하를 통해 양로서비스 산업의 발전을 촉진시키는 것이다. 이는 중국 양로서비스 체계 구축이 새로운 단계로 진입하는 전환점이었다. 이 기간, 수많은 개혁 시범사업과 특별조치들이 시행되었는데 그중 가장 중요한 것은 2016년 진행한 재택 및 지역사회에 기반을 둔 양로서비스 개혁 시범사업과 장기간 호보험제도 시범사업으로, 이는 양로서비스 체계 구조를 재편하는 데 중요한 의의를 가지고 있다.

2018년 국무원 기관 개혁 이후, 민정부는 양로서비스사(養老服務司)를 설립했다. 이는 민정부에 설립된 최초 양로서비스 주관 부처로, 노인들의 복지 업무를 담당하고 노인복지 보조금 제도 및 양로서비스 체계 구축을

제정한다. 이와 함께 새로 설립된 위생건강위원회 내에 노령건강사(老齡健康司)를 설립하여 고령화 대응 정책 조치를 제정하고 시행하였다. 전국노령업무위원회는 그대로 유지하고, 일상적인 업무는 국가 위생건강위원회가 담당하였다. 이번 개혁으로 양로서비스 관련 기관을 조정하였는데, 이는 양로서비스 업무가 전례 없는 관심을 받고 있음을 알 수 있게 해준다.

마. 핵심 문제 및 난제 해결 단계: 2019년부터 현재까지

이전 단계에서 구조 개편을 함으로써 중국은 재택, 지역사회, 기관, 의료·양로가 결합된 양로서비스 체계와 고령, 장애 노인들을 위한 장기적인 돌봄 서비스 체계를 기본적으로 형성하였다. 그러나 이전 단계에서 존재했던 문제들, 이를테면 시설의 높은 공실률, 재택 및 사회 양로 전문성 부족, 장애 노인 간호에 대한 최저 보장 불충분 등의 문제가 구조 개편을 통해 어느 정도 해결되었지만 새로운 문제들에 직면하게 되었다. 예를 들어, 공공 양로기관의 기초보장 기능을 잘 발휘할 수 있는 방법, 노인들의 양로서비스에 대한 낮은 소비의식과 소비능력 부족을 어떻게 해결할 수 있을지, 재택 및 지역사회 양로서비스의 전문성을 어떻게 향상할 수 있을지 등의 문제들이 생겨났다. 이 단계에서 민정부의 양로서비스사와 건강위원회 노령건강사는 상기 문제들을 해결하기 위해 노력하였다.

2019년 정부업무보고서에 따라 양로서비스 사업에 걸림돌이 되는 것들을 해소하기 위해 국무원 판공청은 〈양로서비스 발전 추진에 관한 의견〉을 발표하였는데, 방관복(放管服, 시장기능 강화 및 서비스 개선)개혁 심화, 양로서비스 투·융자 채널 확대, 양로서비스 채용 및 창업 확대, 양로서비스 소비 확대, 양로서비스 질적 발전 추진, 양로서비스 기초 인프라 건설 촉진이라는 6가지 분야에 대한 28가지 조치를 제시하였다. 또한 양로서비

스 체계 구축에 핵심 문제와 난제 등 100여 가지를 포함하여 양로서비스 공급 구조를 지속적으로 최적화하고, 양로서비스 품질을 개선하여 2022년에는 모두가 기본 양로서비스를 누리면서 노인들의 양로서비스에 대한 다양하고 다차원적인 수요를 만족할 수 있도록 해야 한다고 강조하였다.

〈양로서비스 발전 추진에 관한 의견〉에 맞추어 2019년 9월 20일 민정부는 〈양로서비스 공급 진일보 확대 및 양로서비스 소비 추진에 관한 실시 의견〉을 발표하였고, 같은 해 1+0월 23일 위생건강위원회의 〈의료·양로 결합 발전 심화 추진에 관한 몇 가지 의견〉, 11월 27일 자연자원부의 〈계획강화 및 용지 보장을 통한 양로서비스 발전 지원에 관한 지도의견〉을 발표하였다. 따라서 양로서비스 체계 구축은 새로운 도전하에서 새롭게 발전하였다.

2. 연금 관련 각종 보조금

중국은 양로서비스 체계를 구축하고 정부 서비스 공급 방식을 전환하기 위해 노령연금, 양로서비스 보조금과 간병 보조금 등의 보조금 정책을 잇달아 내놓고 있다. 보조금 정책의 견인차 역할을 통해 사회조직과 가정 관리, 부동산 등의 기업을 이끌고 재택양로, 지역사회 주간 돌봄, 지역사회 위생, 기관의 양로 및 인터넷 정보 등의 서비스에 착수하여 노인에게 편리한 재택 지역 양로서비스와 의료, 재활, 간병 등의 서비스를 제공하고자 한다.

2019년 민정부의 데이터에 따르면, 중국은 이미 기본적으로 노인의 노령연금, 서비스 보조금과 간병 보조금 제도를 전국적으로 시행하고 있다. 각 성은 노령연금제도를 구축했고, 30개 성은 서비스 보조금 제도를, 29개 성에서는 간병 보조금 제도를 구축하였다. 이 세 가지 보조금은 재택 양로, 지역사회 양로와 결합하고, 기관 양로와도 결합할 수 있다.

민정부는 2008년 전국 민정업무회의에서 '조건을 갖춘 지역에 어려운

노인, 고령 노인 보조금 제도를 수립할 수 있다'고 제안하였다. 2014년 재정부, 민정부, 전국노령사무소가 공동으로 〈경제난에 처한 고령, 장애 등 노인 보조금 제도 수립을 위한 통지〉를 배포하여 각지에 경제사회 발전수준, 인구 고령화 정도에 따라 지역별로 경제난에 처한 고령 및 장애가 있는 노인 보조금 정책을 제정할 것을 요구하였다. 보조금의 범위는 경제난에 처한 고령 및 장애가 있는 노인으로 각 지역의 실태에 맞게 인원을 규정하고, 보조금 지급대상을 명확히 하여, 관련 보조금 경비는 지방 재정에서 부담하도록 했다.

양로서비스 보조금 제도는 저소득층의 신체장애, 지능장애, 고령, 독거, 자녀가 없어 노후생활이 곤란한 노인을 대상으로 평가를 거쳐 정부 보조금 형식을 취해 그들이 재택 양로서비스를 받거나, 양로기관에 입주할 수 있도록 지원하는 제도이다. 양로서비스 보조금을 받을 수 있는 자격은 본인이 신청한 후 제3의 평가회사가 방문평가를 담당하며, 보조금 대상을 결정하는 구체적인 기준과 방법은 지역마다 다르다. 양로서비스 보조금은 서비스 사업자가 보조금 지급 대상자에게 서비스를 제공하는 방식으로 진행하며, 서비스 사업자는 경쟁입찰을 통해 확정된다.

간병 보조금은 신체장애가 있는 노인 간병 보조금을 말하며, 중증장애 또는 해당 장애를 가진 노인에게 지급하며, 생활자립 능력이 부족한 장기 간병서비스 지출에 보조금을 사용한다. 장애 노인 간병 보조금 지급의 주된 목적은 장애 노인이 전문적인 간병 서비스를 받게 하여 중증 장애 노인의 삶의 질을 높이고 장애 노인가구의 간병에 따른 부담을 줄이는 것이다. 이들 노인들은 반드시 거점사회에서 양로기관(정부에서 건설하고 민간에서 운영하는 방식 포함)을 운영하거나 재택 양로서비스 기관에서 전일 위탁 서비스를 받아야 하기 때문에 이들에게 지급하는 보조금은 '기관 간병 보조금'이라고도 불린다. 구체적인 기준과 지급 방법은 지역마다 다르다.

〈표 14-5〉에 나타난 바와 같이 2015년부터 2020년까지 60세 이상 인구 비율은 16.1%에서 18.7%로 증가하고, 65세 이상 인구 비율은 10.5%에서 13.5%로 증가했다. 노인 보조금 수혜자도 모두 증가 추세를 보였는데, 이 중 60세 이상 인구 비율은 10.99%에서 14.60%로, 65세 이상 인구 비율은 16.85%에서 20.21%로 높아졌다. 즉 보조금을 받는 중국 노인이 날로 증가하고 있다. 보조금의 유형별 지원금을 보면 고령 보조금 수혜자가 대부분이고, 전체 규모는 증가하고 있지만 2015년의 88.34%에서 2020년 80.56%로 그 비중은 낮아졌으며, 간병 보조금과 양로서비스 보조금을 수령하는 사람이 빠르게 증가하고 있다.

〈표 14-5〉 중국의 노인 보조금 대상자 및 수혜자 수

(단위: 만 명)

	60세 이상 노인의 수	65세 이상 노인의 수	노인 보조금 대상자 총수	고령 보조금 수혜자 수	간병 보조금 수혜자 수	양로서비스 보조금 수혜자 수	종합 노령 보조금 수혜자 수
2015	22200	14476	2439.5	2155.1	26.5	257.9	
2016	23086	15037	2678.8	2355.4	40.5	282.9	
2017	24090	15961	3097.9	2682.2	61.3	354.4	
2018	24949	16724	3571.8	2972.3	74.8	521.7	3.0
2019	25388	17725	3579.1	2963.0	66.3	516.3	33.5
2020	26402	19064	3853.7	3104.4	81.3	535.0	132.9

자료: 民政部. (n.d.). 〈民政事业发展统计报告〉, Retrieved September 1, 2021 from https://www.mca.gov.cn/.

노인 보조금은 중앙 관련 부처가 전체적인 틀을 마련한 뒤부터 각 지방의 실정에 맞게 인원을 분명히 정하고, 보조금 지급 대상을 명확히 하며, 보조금 경비는 지방재정에서 부담한다. 2019년 베이징시가 내놓은 〈베이징시 노인 양로서비스 보조금 관리 시행 방안〉에 따르면 2019년 10월 1일부터 베이징에서는 경제난에 처한 노인, 장애 노인, 고령 노인을 대상으로 세 가지 양로서비스 보조금을 제공하였다. 예를 들어 〈표 14-6〉은 베이징시 노인을 대상으로 한 세 가지 보조금의 자격 조건, 보조금 기준, 보

조금 형식과 지급 경로이다. 경제난에 처한 노인 양로서비스 보조금, 장애 노인 간병 보조금은 전체 시의 60세 이상 모든 노인을 대상으로, 고령 노인 보조금은 전체 시의 80세 이상 모든 노인을 대상으로 실시한다. 조건에 부합하는 노인은 경제난에 처한 노인 양로서비스 보조금, 장애 노인 간병 보조금, 고령 노인 보조금을 동시에 신청할 수 있다. 같은 유형의 보조금을 중복으로 받지 않고 조건에 맞는 노인은 그중 하나를 선택할 수 있다.

〈표 14-6〉 베이징시 노인 양로서비스 보조금 목록

<table>
<tr><th>보조금 유형</th><th>보조금 대상</th><th>보조금 기준</th><th>지급 경로</th><th>보조금 형식</th></tr>
<tr><td rowspan="3">경제적으로 어려운 노인 양로서비스 보조금</td><td>최저 생활 보장 대상(도시민 생활 고 보조금 수령) 노인</td><td>300위안/월</td><td rowspan="13">1. 장애, 가족계획, 퇴역군인, 최저 생활 보장 소득이 해당 카드에 지급
2. 자체적으로 양로 장애 지원카드, 민정 통합카드, 장애인 통합카드, 특수가정 노인 보조 카드, 제3세대 사회보장 카드, 군인보장 카드 중 하나를 발급 계좌로 한다.
3. 특수 계층 외의 노인이 발급카드를 작성하지 않은 경우 양로 장애 카드를 발급한다.</td><td rowspan="3">현금 보조금</td></tr>
<tr><td>저소득층 가정 노인 중 최저 생활 보장금을 수령하지 않은 노인</td><td>200위안/월</td></tr>
<tr><td>가족계획 특수가정 및 최저 생활 보장금, 저소득자 혜택을 받지 못한 노인</td><td>100위안/월</td></tr>
<tr><td rowspan="4">장애 노인 간병 보조금</td><td>능력의 종합평가를 통해 중증 장애 판정을 받은 노인</td><td rowspan="2">600위안/월</td><td rowspan="4">1. 한도 관리, 금융 소비, 특수 계층이 현금 인출할 수 있다.
2. '베이징패스-양로 장애 지원 카드'를 사용하는 경우 소비만 할 수 있고 현금 인출은 할 수 없고 시청구, 스징산 개별 사례는 제외한다.</td></tr>
<tr><td>장애등급 1급인 시력, 지체, 지적, 정신장애 노인
장애등급 2급인 지적, 정신 장애인 중 다중 장애 노인</td></tr>
<tr><td>장애등급 2급인 시력, 지체 장애 노인
장애등급 2급, 3급의 지적, 정신 장애 노인</td><td>400위안/월</td></tr>
<tr><td>장애등급 1급, 2급의 청력, 언어 장애 노인</td><td>200위안/월</td></tr>
<tr><td rowspan="3">고령 노인 보조금</td><td>만 80세~89세의 노인</td><td>100위안/월</td><td rowspan="2">1. 한도 관리, 금융 소비, 특수 계층은 현금을 찾을 수 있다.
2. 베이징패스-양로 장애 지원 카드를 사용하는 경우 소비만 할 수 있고 현금 인출은 할 수 없다.</td></tr>
<tr><td>만 90세~99세의 노인</td><td>500위안/월</td><td rowspan="2">현금 보조금</td></tr>
<tr><td>만 100세 이상의 노인</td><td>800위안/월</td></tr>
</table>

자료: 北京民政局. (n.d.). Retrived September 1, 2021 from http://mzj.beijing.gov.cn/col/col367/index.html.

3. 중국의 재택 양로와 지역사회 양로

구미 국가의 재택 양로 모델과 유사하게 중국의 지역사회를 기반으로 한 재택 양로는 자신의 집에 거주하거나 기관의 돌봄을 받을 능력이 없는 가정과 노인에게 사회화된 양로서비스를 제공하여 익숙한 환경에서 정부, 지역사회, 사회단체, 상업화 기관이 제공하는 다양한 서비스를 저렴한 비용으로 제공받을 수 있도록 하여, 노인의 기초생활 돌봄 수요를 충족하고 간단한 의료서비스와 정신적 위로까지 제공한다(钱宁, 2015).

중국의 급속한 인구 고령화로 전통적인 노인 부양 기능을 가정이 감당할 수 없을 때, 정부는 이러한 양로 위기를 완화하기 위해 사회화된 양로 방식을 모색하였다. 기관 양로에 비해 가성비가 더 뛰어나고 노인들에게 쉽게 다가갈 수 있는 재택 양로는 정부의 첫 번째 선택이 되었다. 2000년 2월, 국무원 판공청은 민정부 등의 부처에 '사회복지의 사회화 가속화에 대한 의견'을 전달하고 양로서비스 사회화를 추진해야 한다는 의견을 제시하였다. '부양방식에서 재택이 기반이 되고, 지역사회가 근거가 되며 사회복지기관이 보완이 되는 발전 방향을 견지한다'는 내용이다. 이는 정부가 양로를 논의할 때 처음으로 재택이라는 용어를 사용한 것이며, 중국 재택 양로정책의 시작이다(李薇 & 丁健定, 2014).

시범사업을 바탕으로 2005년 민정부가 〈양로서비스 사회화 시범활동 전개에 관한 통지〉를 발표한 뒤 처음으로 '재택 양로'를 명확히 제시했다. 주요 내용은 '노인을 위한 생활 돌봄 서비스'이다. 이때부터 중국에서 재택 양로는 중요한 기초적인 양로 형태로서 정책 문서에서 위상이 확정되었다(李薇 & 丁健定, 2014). 2008년 1월, 전국 노령위원회 등 10개 부서가 공동으로 〈재택 양로서비스 사업의 전면 추진에 관한 의견〉을 하달하고 처음으로 재택 양로에 대한 명확한 정의를 내렸다. '정부와 사회 역량

이 지역사회를 통해 가정에 있는 노인에게 생활 돌봄, 가사 서비스, 재활 간호와 정신적 위로를 제공하는 서비스의 한 형태'라고 정의했다. 재택 양로의 서비스 내용은 더 이상 '생활 돌봄'에만 국한되지 않고 확장되었다. 재택 양로의 지위는 가정 양로 모델의 보충과 쇄신으로 이러한 돌봄 방식은 '노인의 정서와 심리적 욕구를 존중하는 인간적인 선택'이며 '노인의 실제 수요'에서 출발해야 한다고 강조하였다. 다시 말해 중국의 재택 양로 모델은 돌봄 대상자 중심이라는 것이다.

서비스 제공은 전문화 및 자원봉사가 결합된 재택 양로서비스 팀이 맡고, 기획과 공공 자금의 투입을 담당하는 것은 각급 지방 정부이며, 노인이 서비스를 받는 방식은 두 가지로 나뉜다. 1) 정부가 서비스를 구매한다. 도시와 농촌의 노동능력, 생계원, 부양자가 모두 없는 노인, 외동 자녀와 농촌 계획 출산으로 딸만 둘을 둔 가정의 부모 노인, 자녀의 보살핌 없이 고령의 생활이 어려운 노인은 정부 구매의 형태로 무료 서비스를 받는다. 2) 개인이 서비스를 구매한다. 일정한 경제적 능력이 있는 재택 양로 노인은 '개인 구매 서비스' 형태를 통해 차원이 다른 서비스를 받아 맞춤형 수요를 만족시킨다. 재택 양로 모델이 도시와 농촌에서 동시에 보급되어 80%의 농촌에 노인 종합 서비스 센터를 건설한다.

2011년, 각 지역의 양로서비스 시범사업을 바탕으로 국무원은 '사회 양로서비스 체계 건설 계획 2011~2015'를 발표하고 재택 양로, 지역사회 양로와 기관 양로가 유기적으로 결합된 완전한 사회양로서비스체계를 구축할 것을 제의하였다. 그 계획에서는 재택 양로의 정의를 더욱 세분화하여 '건강상태가 좋고, 스스로 기본적인 생활이 가능한 노인에게 홈 서비스, 시니어 식당, 법률 서비스 등을 제공한다. 스스로 생활할 수 없는 고령, 독거, 장애 노인에게 가사노동, 가정보건, 보조장비 배치, 식사 배달, 무장애 개조, 긴급호출과 안전지원 등의 서비스를 제공한다'고 정의

했다. 전반적인 사회 양로서비스 체계는 재택 양로서비스를 지향한다.

계획에서 각급 정부는 사회 양로서비스 체계를 구축하는 데 있어서 총괄, 계획, 감독의 역할은 매우 명확하지만 자금조달과 서비스의 역할은 분명하지 않다. 충분한 자금원을 확보하기 위해 계획은 시장의 역할을 발휘하여 사회의 세력이 참여하도록 유도하고 지원한다고 했다. '정부가 서비스를 구매하고 이자보조 지원'한다고 언급했지만 이러한 책임은 지방정부에 있기 때문에 지방마다 차이가 크다. 양로서비스 체계 구축을 위한 자금원 부족 문제 해결을 위해 2012년 민정부는 〈민간 자본의 양로서비스 분야 진출 장려 및 지도에 관한 시행의견〉은 내놓았다. 민간 자본(외자와 홍콩 자본 포함)의 양로서비스 진출을 위한 구체적인 측면을 장려하고, 민간 자본의 재택 양로서비스 확대를 지원한다는 내용이다.

양로서비스 체계 구축이 새로운 전환 단계에 진입했다는 중요한 상징으로서 2013년 국무원이 배포한 〈양로서비스업의 가속화에 관한 몇 가지 의견〉에서 다음과 같이 명확하게 지시하였다. '2020년까지 전면적으로 재택이 기반이 되고, 사회가 근거가 되며, 기관이 뒷받침하여 완벽한 기능, 적당한 규모, 도시와 농촌을 아우르는 양로서비스 체계를 건설한다'고 하여 재택과 지역사회 양로는 중국 양로서비스 체계의 근간이라는 점을 다시 한번 강조하였다. 2016년 양로서비스 체계의 구조적 불균형을 해결하고(于建明, 2019) 노인이 재택이나 집에서 가까운 곳에서 양로 수요를 만족하기 위해 중앙 재정을 매년 1억 위안 투입하여 재택 및 지역사회 양로서비스 개혁 시범사업을 전개하였다. 그동안 국가의 재정 자금은 주로 양로기관의 건설 보조금과 운영 보조금에 집중 투입되어 재택 및 지역사회 양로서비스 발전 자금은 부족했다. 재정 자금 투입을 통해 양로서비스 기관이 재택 및 지역사회 양로서비스 전개를 유도하는 것은 양로서비스의 구조를 조정하는 중요한 시도이다(于建明, 2020).

중국의 재택 양로는 지역사회를 뒷받침하는 것으로 지역사회 양로는 재택 양로서비스를 실현하는 가교이다(李薇 & 丁健定, 2014). 13차 5개년 계획 기간에 중국은 이미 '재택이 기반이 되고, 지역사회가 근거가 되며 기관이 보완하고 의료적 양로를 결합한 양로서비스 체계를 갖추었다.' 2017년 발표한 〈13차 5개년 국가 고령 사업 발전과 양로 체계 구축 계획〉은 지역사회 양로의 역할을 재차 강조하여 재택 및 지역사회 '양로서비스를 대대적으로 발전시키고 점진적으로 가정 양로를 지원하는 정책 체계를 수립할 것'을 요구하고, 지역사회의 시설과 공공 서비스 플랫폼을 기반으로 새로운 양로서비스 모델을 창출한다. 2019년에 나온 양로서비스 관련 주요 문서인 〈국무원 판공청의 양로서비스 발전에 관한 이견〉은 '재택, 지역사회와 기관 양로의 융합 발전 촉진'을 재차 강조하였다. 즉 양로기관의 지역사회 양로서비스 시설 운영을 지원하며, 방문하여 재택 노인을 위한 서비스를 제공한다는 것이다.

〈표 14-7〉에 나타난 바와 같이 2013년부터 지역사회 양로서비스가 크게 발전하였다. 2014년 지역 양로서비스 기관이 제공한 침대 수는 2013년의 2.93배이다. 더 긴 시간대에서 보면 2020년 지역사회 양로서비스 기관의 수는 2014년의 4.90배로, 연평균 30.36% 증가하였다. 2020년 지역사회 양로서비스 기관이 제공한 침대 수는 2013년의 5.19배로, 연평균 26.53% 증가하였다. 2014~2020년 각종 양로서비스 기관의 수는 연평균 23.20% 증가하였고, 등록 양로기관 수는 연평균 2.38%에 불과하였다. 따라서 양로기관의 증가는 지역사회 양로서비스 기관의 증가에서 비롯된다. 양로 침대를 보면 2013~2020년 연평균 성장률은 7.54%이고 등록 기관이 제공할 수 있는 침대 수는 연평균 1.84% 증가했으며, 병상 수 증가 역시 지역사회 양로서비스 기관의 증가에서 비롯되었다.

〈표 14-7〉 중국 역대 양로서비스 기관과 병상 수

연도	다양한 유형의 양로 시설 수(만 개)	양로 병상 수	등록 양로기관 수 (만 개)	기관 공급 병상 수	지역사회 양로기관 (만 개)	지역 노인 요양 시설에서 제공하는 병상 수
2013	4.25	493.7		429.6		64.1
2014	9.41	577.8	3.3	390.3	5.93	187.5
2015	11.6	672.7	2.8	374.6	8.8	298.1
2016	14.0	730.2	2.9	407.3	11.1	322.9
2017	15.5	744.8	2.9	356.3	12.7	338.5
2018	16.8	727.1	2.9	379.4	13.6	347.8
2019	20.4	775.0	3.4	438.8	16.5	336.2
2020	32.9	821.0	3.8	488.2	29.1	332.8

자료: 民政部. (n.d.). 〈民政事业发展统计报告〉, Retrieved September 1, 2021 from https://www.mca.gov.cn/.

4. 중국의 기관양로

기관양로는 일찍이 민정부서가 대대적으로 추진한 양로서비스 시설이며, 지금도 민정 부처가 대대적으로 구축한 사회 양로서비스 체제의 일부분으로 보완적인 위치에 있다. 2011년 민정부의 '사회 양로서비스 체계 구축 12차 5개년 계획'은 장애, 반(半) 불능 노인의 양로 문제를 처음으로 해결하고 사회서비스 양로 체계 구축에 초점을 두었다. 같은 해 국무원이 내놓은 '사회 양로서비스 체계 구축 계획 2011~2015'에서는 기관양로에 대한 명확한 정의를 내렸다. 기관양로서비스 시설이란 노인요양기관 및 기타 양로기관을 포함한다. 노인요양기관의 서비스 대상은 주로 장애, 반 불능 노인이다. 서비스 내용은 생활 돌봄, 노인의 일상생활 활동 및 도구적 일상생활 활동 지원을 포함한다. 재활 케어, 노인들이 어느 정도의 생리기능을 늦추거나 회복할 수 있도록 돕는다. 긴급 구조, 노인의 돌발성 질환 및 기타 긴급 상황을 응급으로 대응한다. 다른 유형의 양로기관은 노인의 수요에 따라 다양한 서비스를 제공할 수 있다.

중국의 기관양로는 유래가 깊어 멀게는 남북조 시기의 고독원(孤獨園), 당나라의 보구병방(普救病坊), 남송의 양제원(養濟院)이 있고(马志锰, 2018),

가깝게는 건국 초기 도시에서 노동능력, 생계원, 부양자가 모두 없는 노인을 부양하는 사회복지원과 농촌 다섯 가지 생활보호대상자를 보살피는 경로원이 있다(马志锰, 2018). 현재 다양한 유형과 다양한 등급의 양로원, 노인 복지주택, 노인 재활기관과 호스피스가 있다. 노인들은 대부분 자신의 집에 거주하면서 재택 양로를 선택하고 싶지만 심각한 장애, 반 불능 노인의 경우 기관양로가 더욱 실질적인 선택일 수 있다. 앞에서 논한 바와 같이 그렇지 않으면 재택 양로가 기관양로보다 비용이 더 비쌀 수 있다. 이 때문에 중국의 기관양로의 공급과 수요 사이에 큰 결함이 있다(刘阳阳, 黄颖烽, & 秦良玉, 2018).

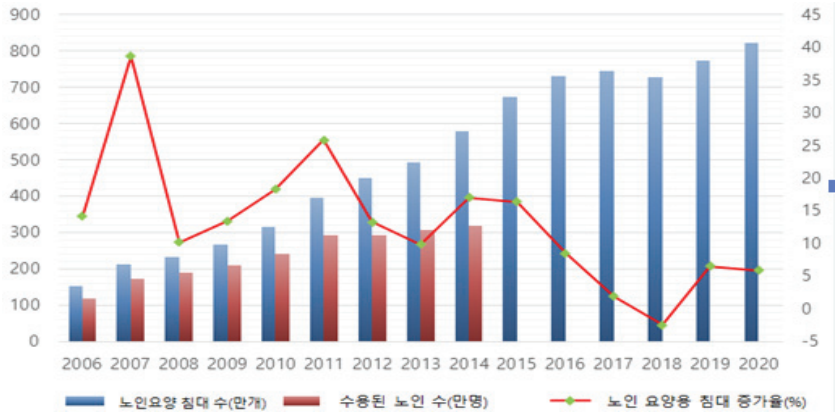
이러한 상황에서 기관양로의 발전을 촉진하기 위해 2013년 9월 국무원은 〈양로서비스업 가속화에 관한 몇 가지 의견〉을 발표하여 민간자본의 양로서비스 산업 진출을 장려하고, 양로기관을 건설하며, 정부가 정책적 혜택을 제공해야 한다고 제안하였다. 정부가 출자하여 창설한 것은 주로 보장성 양로기관이다. 국립 양로기관의 역할은 기초적인 것으로 주로 노동능력, 생계원, 부양자가 모두 없는 노인, 저소득 노인, 경제적으로 어려운 장애, 반 불능 노인에게 무상 또는 저비용의 부양 및 간병 서비스를 제공한다. 또 운영적 측면에서 국립 양로기관이나 기업형으로 전환하거나, 정부에서 건설하고 민간에서 운영하는 방식으로 운영한다. 이와 함께 기관양로의 모델은 농촌 지역까지 확장해야 한다. 농촌의 기존 향진 다섯 가지 보장 부양 기관은 기본적인 부양과 다섯 가지 생활보장 대상자를 제외하고 일반 노인에게 개방하여 운영 효율을 높인다.

정부가 추진하는 기관양로의 위치와 역할은 재택 양로와 유사하다는 것을 알 수 있다. 2017년에 발표한 〈13차 5개년 국가 고령 사업 발전과 양로 체계 구축계획〉은 '정부가 운영하는 양로(노인 요양용) 침대 수는 현지 양로 침대 비율의 50%를 초과할 수 없고, 현지 양로 침대 수에서 간호형 침대 비율이 30% 미만이어서는 안 된다'고 명시하였다. 정부가 투입하는

국립 양로기관에서 제공하는 양로 침대가 50%를 넘지 않아야 한다는 것이다. 정부는 양로기관에서 직접 서비스를 제공하는 역할을 제한해야 한다. 간호형 침대의 상한선을 두긴 했지만 정부는 직접 서비스를 제공하거나 직접 투자하는 역할보다는 설계, 계획과 감독의 역할을 더 하고 싶어 한다. 뒤에 이어지는 역할은 가정, 지역사회와 시장에 더 많이 맡겨졌다.

[그림 14-6]을 보면 중국의 노인요양 침대 수가 지속적으로 상승세를 유지하며, 개별 연도에 마이너스 성장을 보였다. 이는 정책과 시장 조정의 영향이 크다는 것을 알 수 있다. 2013년까지 지역사회 양로가 제대로 발전하지 못했기 때문에 요양 침대를 제공할 수 없었던 곳은 모두 지역사회 외의 양로서비스 기관이다. [그림 14-6]을 보면 노인 요양 침대 수와 수용된 노인 수 사이에 상당히 큰 차이가 존재하며 이것이 바로 침대의 공실률이고 이러한 차이는 계속 벌어지고 있다. 이는 기관 공급과 노인 수요가 일치하지 않기 때문이다.

[그림 14-6] 중국 역대 노인 요양용 침대 수와 수용된 노인 수



주: 1) 2014년 이후, 민정부는 수용 노인의 수를 제공하지 않았음.
2) 양로서비스 기관 명칭 변경, 2011-2020, 다양한 양로서비스 기관 및 시설, 2006-2010, 노인 복지 기관

자료: 民政部. (n.d.). 〈民政事业发展统计报告〉, Retrieved September 1, 2021 from https://www.mca.gov.cn/.

5. 중국의 장기간병보험

2019년 중국의 60세 이상 인구는 2억 5천만 명을 넘고, 이 중 장애 노인은 4천만 명을 넘어 장기 간병 수요는 날로 커지고 있다(新华网, 2020. 7.6.). 장기간병제도는 인류가 노령화와 고령화 사회에 진입하는 데 필요한 부수적인 제도이다(杨团, 2016). OECD의 정의에 따르면, 장기 간병이란 신체나 인지기능이 떨어지는 사람에게 제공하는 일련의 서비스를 가리키며 이들은 상당 기간 일상생활에서 누군가의 도움을 필요로 한다. 그들에게 개인 생활 돌봄은 항상 기본적인 의료서비스와 결합하는 것이다. 장기 간병 대상은 주로 취약계층의 노인, 특히 고령자이지만 노인으로만 한정하지는 않는다.

2012년 12월, 중국이 다시 개정 공포한 〈노인 권익보호법〉은 '국가가 장기 간병 보장 사업을 점진적으로 전개하여 노인의 간병 수요를 보장한다'고 명시하였다. 2015년 국무원은 〈생활고에 처한 장애인 생활 보조금과 중증 장애인 간병 보조금 제도의 전면 수립에 관한 의견〉을 내놓고 장애인에 대한 장기 돌봄 정책을 제시하였다. 장애로 인한 특수간호 소비물품과 돌봄 서비스 지출이 6개월 이상 지속되는 것을 말하며, 중증 장애인에 대한 간병 보조금은 장애로 인한 장애인의 추가 장기 간병 지출을 주로 지원한다. 그리고 장기 간병 수요가 있는 모든 사람에게 간병 보조금을 지급하는 대상을 점차 확대한다.

2016년 6월, 인구 고령화에 대응하여 장애인의 장기간병보장 문제를 해결하기 위해 인력자원 사회보장부가 〈장기간병보험제도 시범사업 시행에 관한 지도의견〉을 발표하였다. 보험 대상자는 장기적으로 장애 상태에 놓여 있으면서 노동자 기본의료보험에 가입된 사람이다. 부담하는 지출은 '기본 생활 돌봄과 기본 생활과 밀접한 의료 간병 등에 필요한 비용'을

포함한다. 자금조달 원천은 상호공제, 책임을 분담하는 장기간병보호의 여러 경로의 자금이며, 지급 비율은 규정에 부합하는 장기 간병 비용의 70% 정도이다. 2017년에 실시한 〈13차 5개년 국가 고령 사업발전과 양로 체계 구축 계획〉에서 장기 간병 보험제도를 어떻게 구축할 것인지를 더욱 강조했지만, 장기 간병 보험제도는 여전히 의료 보험 제도에 종속되어 있다(杨团, 2016).

2016년 시범사업 진행 후 각 지방정부나 사회보험국, 의료보험국이 방법, 방안, 세칙 등의 형식으로 일련의 관련 정책을 공포하였다. 자금조달 메커니즘 측면에서 보면 주로 다원화된 자금조달 방식이며 개인 납입, 직장 납입, 의료보험 총괄 기금 전환, 정부재정 보조금의 다방면에서 책임을 분담하는 조달체계이다. 자금조달 형태를 보면 정액 자금조달과 비례 자금조달 두 가지 방식이 있다. 지급방식은 침대 사용일(월, 년)에 따라 정액 책임, 병증 종류, 서비스 횟수, 서비스 내용, 현금 지원금 지급 등 5가지 방식이 있다. 지급 기준은 또는 간호 방식에 따라 지급비율을 달리하거나, 인적 사항에 따라 처우를 구분하거나 납부 연수에 따른다. 서비스 방식은 재택 간병, 기관 방문 간병, 기관 간병 등이 있다. 경영 서비스에 있어서 주로 사회보험 기관과 상업보험 회사가 경영하는 두 가지 모델이 있다(张瑾, 2020).

2016년 각 시범사업에 따른 장기 간병 보험제도의 시행 상황에 따라 장기 간병 보험은 확실히 어느 정도 가정과 개인의 장기 간병 부담을 줄였다. 보험 시행 1년 후 창춘에는 이미 53개의 거점 간병서비스 기관이 있으며, 간병보험 수혜자가 16,997명에 이르고, 발생한 의료보호 비용은 5,476만 위안이다. 이중 간병 보험 총괄기금으로 4,355만 위안을 지급하였고, 보상비율은 80%에 달하며 간병 보호 기금 누계 잔액은 7억 8,500만 위안에 달한다. 이 중 근로자의 간병보험기금 잔액은 6억 6,600만 위

안, 주민의 간병보험기금 잔액은 1억 1,900만 위안이다(杨菊华, 王苏苏, & 杜声红, 2018). 청두에는 이미 1,423만 9,500명이 장기간병보험에 가입하였다. 2021년 6월까지 누적된 장애 인정 신청자가 5만 8,700명, 심사 통과된 사람은 4만 5,800명이다. 연인원 75만 2,800명에게 총 8억 4,300만 위안을 지급하였다. 표본조사에 따르면 장기간병 보험은 장애인의 가정 돌봄 경제 부담을 최소 44.31%를 낮춘 것으로 나타났다. 2021년 8월까지 49개의 장기간병보험제도 시범사업 도시의 보험 가입자가 1억 3,400만 명, 누적 처우 인원은 152만 명이다(人民日报, 2021.8.13.).

2020년 9월 16일, 국가 의료보장국과 재정부는 〈장기간병보험제도 시범사업 확대에 대한 지도 의견〉을 발표하여 14개의 시범도시(구)를 신규로 지정하였다. 기존 시범도시와 지린(吉林), 산둥(山東) 두 중점 연계성(省)까지 합하면 장기간병보험제도 시범도시(구)는 현재 49개로 확대되었다. 어떤 연구자는 장기간병보험을 복합적이고 다원화된 사회보장 체계 구축의 마스터계획에 포함하려 한다. 그러나 2020년의 문서는 특히 '독립적인 운영을 견지하고 독립적 보험을 수립하며 독립적 설계, 독립적으로 추진한다'고 강조하였다. 이와 함께 민정부 등 부처 관련 지원 정책과의 연계도 강조하였다. 장기간병보험과 경제난에 처한 고령, 장애 노인 보조금과 중증 장애인 간병 보조금 등의 정책을 연계한다. 최신 문서에는 구체적인 자금 조달 방식도 제시하였다. 바로 '직장과 개인 납부 위주'는 노동자 기본 의료보험료에서 일부를 지출하거나 개인계좌에서 원천징수한다.

2016년 장기간병보험제도를 시범 운영할 때 지역마다 해당 지역의 특성에 따라 상응하는 장기간병체계를 구축하였다. 그중 중요한 차이 중 하나는 시범 도시가 경제 상황의 차이가 비교적 크기 때문에, 장기간병보험제도에 대해 적용하는 기준이 다르다. 특히 장애 노인의 장애 수준에 확고한 차이가 있어 같은 장애 수준을 가진 노인이 지역별로 감정한 장애등

급이 다를 수 있다. 장기간병 보험 장애 등급 평가기준은 장기간병 보험의 처우와 기금 지급의 중요한 근거가 되며, 완전한 제도체계를 구성하는 중요한 부분이다. 처우 형평성, 제도 공평성 측면에서 장기간병 보험제도 시범사업을 안정적으로 추진하고, 양로서비스 체계 구축을 위해 국가 의료 보험국과 민정부는 〈장기간병 장애등급 평가기준(시행)〉을 발표하고 장애, 장기간병, 장기간병 장애등급 평가에 대해 명확한 정의를 내렸다.

장애란 노화, 질병, 장애 등의 원인으로 신체의 일부 기능 또는 전체 기능이 상실됨으로써 정상적인 활동 능력이 제한되거나 결여되는 것을 말한다. 장기간병은 일정 기간 기능 상실자에게 일련의 기본적인 생활 돌봄과 이와 밀접한 의료적 간호를 제공하는 것을 말한다. 장기간병 장애 등록 평가는 평가 대상의 일상생활 활동, 인지, 감각지각과 의사소통 등에 대한 능력 상실 정도를 평가하는 등급 평가이다. 장기간병 장애 등급은 최저 0급(기본 정상), 최고 5급(중증 장애 신청 3급)으로 총 6개 등급이다. 장애등급이 확정된 후 나온 평가 결론은 간병 보험 혜택을 받을 수 있는 근거이다. 장기간병 장애등급 평가기준의 통합과 시범시행은 2020년부터 확대되는 장기간병 보험 시범사업을 통해 전국적으로 통합된 장기간병보험제도가 정착될 수 있는 토대를 마련하였다.

제4절 중국의 연금제도[57]

사회연금제도는 현대 사회보장제도의 핵심 구성 중 하나로 인구 노령화, 인구 고령화, 가족구조 소형화, 사회경제구조의 전환 등 일련의 사회위험에 집중 대응하는 경제 복지 도구이다. 그 목적은 국민이 노년에 소

57) 중국 정부 홈페이지 등을 참고하여 정리하였음(http://www.gov.cn/).

득빈곤에서 벗어날 수 있도록 보장하는 데 있다. 중국의 양로보험 체계는 다른 나라의 양로보험 체계에 비해 더욱 복잡하다. 보험 납부형과 비납부형 연금뿐만 아니라 사람에 따른 양로보험 체계를 설계하였다. 4가지 연금체계가 통합되어 2가지 체계로 단순화됐지만, 두 체계는 납부 방식, 처우 수준, 가입자, 관리방식 등에서 큰 차이를 보인다.

1. 중국 연금제도의 역사

가. 국가-기업 비납부형 양로 보장 시기: 1949~1979년

중국의 가족정책은 프랑스, 일본과 달리 출산율 하락이나 고령화 등 사회문제가 아니라 신중국 수립 이후 노동자에게 제공하는 복지 차원에서 나온 것으로 '고용 노동자의 건강을 보호하고 생활 속 특수한 어려움을 덜어주기 위한 것'이었다. 1951년 제정된 〈중화인민공화국 노동보험 조례〉에서 양로 보조금 제도를 만들자고 제안하면서, 전국적으로 통합된 양로보험제도 수립에 착수하였다. 그러나 복지 성격의 양로보험으로서 가입 대상자는 극히 제한적이라 '근로자 100명 이상인 국영, 공사합영, 민영 및 협동조합이 운영하는 공장, 광산과 부속 기업'에만 적용되었다. 철도, 해운, 우편의 각 기업체 및 부속 기업이 가입대상이며 국가기관 사업장과 기업의 '여성 노동자 및 여성 근로자'를 포함하지만 다른 사람들은 이러한 복지들을 다 누리지 못하였다.

1957년, 국무원은 〈노동자, 직원 퇴직 처리에 관한 임시규정〉에서 기업과 기관, 단체의 퇴직 조건과 양로 처우를 명확히 하고, 퇴직금을 기업과 정부가 조달, 지급하고 국가-기업이 보장하는 양로보험 제도를 기본적으로 확립하였다. 1964년 〈경공업, 수공업 집단 소유제 기업노동자, 사

원 퇴직에 관한 총괄적인 임시시행 방법〉은 양로보험 제도를 더욱 개선하였다. 1969년 재정부는 〈국영기업 재무업무 중 몇 가지 제도에 관한 개혁 건의(초안)〉를 공포하여 사회보험료 인출을 중단하고, 사회보험료 통합제도를 폐지하며, 모두 기업이 지급하는 것으로 변경하여 총괄적으로 기업 내부로 전환하였다. 1978년, 중국 정부는 신중국 출범 초기의 퇴직 정책을 기본적으로 회복했으며, 전 국민 소유제 기업, 사업장과 당정기관, 대중단체 노동자의 퇴직 방법을 명확히 한 후 도시 집단소유제 기업의 연금보험 사회화를 제안했다. 같은 시기 농촌의 독거노인의 노후 대비 문제는 주로 '다섯 가지 보장(5보)' 제도에 의존하지만 이는 불확실하고 일시적인 제도 안배에 해당한다.

나. '사회통합과 개인계좌의 결합' 기본양로보험 제도: 1980~2014년

경제체제와 노동제도 지원정책인 기업근로자의 양로보험 제도 개혁은 현대적 의미에서 중국의 사회보장제도를 모색하기 시작한 결과이다. 1986년, 〈국영기업 노동계약제 임시 시행 규정〉은 노동계약제 노동자의 양로보험을 개인, 기업과 국가가 공동으로 부담하는 것을 확정했으며, 개인의 납부 비율은 임금 총액의 3%, 기업의 납부 비율은 5%로 확정하여 중국 기본 양로보험 제도의 틀을 확립하였다. 이후 몇 년 동안 사회통합 방식을 모색하였다. 이는 노동보험에서 사회보험으로 제도가 변경된 것이자 중국의 복합적인 연금제도의 첫 선택이다. 1991년, 〈기업노동자 양로보험 제도 개혁에 관한 결정〉에는 '기초양로보험을 기업의 추가 양로보험과 노동자 개인의 저축성 양로보험을 결합하는 제도를 단계적으로 수립한다'고 제안하였다. 1993년의 〈사회주의 시장경제 수립에 관한 중국공산당 중앙의 몇 가지 결정〉은 처음으로 복합적인 사회보장제도의 수립

을 명시하였다. '사회보장체계는 사회보험, 사회구제, 사회복지, 우대 관리 및 사회공조, 개인 저축을 보장하며 상업적 보험은 사회보장의 보충적인 성격이다'고 하였다.

1995년, 중국 국무원은 〈기업근로자의 양로보험 제도 개혁에 관한 통지〉를 공포하고 '사회 통합과 개인계좌의 결합'을 중점 개혁 방향으로 하여 기초양로보험 제도의 모델을 확정하였다. 1997년, 국가는 기업의 양로보험 납부 비율이 노동자 임금의 20%를 넘지 않도록 하고, 개인납부 비율이 4%를 초과하지 않도록 하며, 점진적으로 8%까지 높이고 개인납부 비용 임금의 11%에 따라 개인계좌를 개설하고 개인 납부 비용이 부족하면 기업납부 비용에서 편입하도록 조치하여 개혁 내용과 점진적 사고를 명확히 하였다. 2000~2006년 사이에 국가는 우선 시범적으로 재보급하는 방식으로 기업근로자의 기본양로보험료 납부 비율을 20%로 조정하고 개인 납부 비율을 8%로 조정하여 기업납부 비용을 더 이상 개인계좌에 편입하지 않으며, 사회통합기금과 개인계좌기금을 각각 관리하도록 하여, '사회 통합과 개인계좌가 결합'한 기업근로자의 기본 양로보험 제도가 기본적으로 형성되었다. 1995년부터 모색된 기본양로보험 제도는 3대 변혁을 실현하였다. 첫째, 기업보장을 사회보장으로 전환(보험 가입자를 모든 근로자로 확대)하는 것이고, 둘째, 양로 처우 계산공식을 개혁해 양로보험의 처우 수준을 원천적으로 낮추었다. 셋째, 제도 자체의 인센티브 효과를 강화하기 위해 개인계좌 제도를 도입하였다(高庆波, 2021).

이 시기 중국의 양로보험 제도는 '신분 특징'에 따라 나뉘는데 이는 신분에 따라 제도체계를 달리하는 것이다. 첫째는 기관 사업장 직원의 양로보험, 둘째는 도시기업 직원의 양로보험, 셋째는 성진주민사회양로보험(도시 지역), 넷째는 농촌주민사회양로보험이다. 이 네 가지 연금은 가입

자, 보험료와 수익에 차이가 있을 뿐만 아니라 납부 방식도 다르다. 개혁이 추진됨에 따라 점차 도시와 농촌 주민의 양로보험이 통합되는 과정을 거쳤고, 기관 사업장의 양로보험과 기업직원의 양로보험이 통합되었다. 이렇게 하여 전 구성원을 아우르는 사회통합과 개인계좌가 결합한 기본양로보험 제도가 전면적으로 확립되었다.

중국의 양로보험 제도는 최초의 노동보험 제도이다. 따라서 대상자는 바로 기업근로자이다. 건국 후 양로보험 제도부터 개혁개방 후의 기본 양로보험 제도 개혁까지 기업근로자의 기본양로보험이 주체다. 1997년의 〈기업근로자를 위한 통합 기본양로보험 제도 구축에 관한 국무원의 결정〉은 '국가 정책의 지도 아래 기업의 양로보험을 대대적으로 발전시켜 상업보험의 보완적 역할을 해야 한다'고 제안하였다. 2004년에는 〈기업연금 시행방법〉과 〈기업연금 기금 관리 시행방법〉을 제정하여 기업연금 제도를 확정하였다. 기업과 근로자들이 법에 따라 기본양로보험에 가입하는 것을 바탕으로 자발적으로 만든 보완적인 양로보험 제도이다. 2005년 국무원이 발표한 〈기업근로자의 기본양로보험 제도 개선에 관한 결정〉은 사회통합과 개인계좌를 결합한 기본양로보험 제도가 중국에서 확립되었음을 보여준다.

농촌양로보험 제도의 개혁은 민정부가 담당했는데, 농민보험, 제도 부재, 새로운 농촌사회양로보험, 도시 및 농촌 주민기본양로보험이라는 네 단계를 거쳤다. 처음에 농민보험은 개인 납부를 위주로 집단 보조금을 보조로 하여 개인 명의로 기입하고 개인계좌 적립제를 시행하였다. 또한 현급 기관을 기본 채산 평형 단위로 하여 1991년에 시범실시하였고, 1992년에 보급하기 시작하였다. 그러나 정책 집행 과정에서 집단 보조금이 농민 개인에게 제대로 집행되기 어렵고 은행 금리에 연동되는 농촌 양로보험 기금의 수익성이 낮아 1999년 신규 업무 접수를 중단했다. 2002년부

터 많은 지방정부가 조건에 부합하는 지역에서 농촌사회의 양로보험 정책 시범사업을 점진적으로 모색하고 시행하고 있다. 각 지역의 시범시행 경험을 총괄한 것을 바탕으로, 2009년 정식으로 〈신형 농촌 사회양로보험 시범실시와 관련된 국무원의 지도 의견〉을 내놓고 (새로운 농촌사회양로보험) 시범사업을 전개하고 보급하였다.

새로운 농촌 사회양로보험이 전국적으로 시행되고 보급되면서 2011년 국무원은 〈성진 거주민을 위한 사회양로보험 시범시행에 관한 국무원의 지도 의견〉을 발표하여 국가 정책 차원에서 도시주민보험 정책 시범사업을 개시한다고 공식적으로 선포하고, 2012년 도시 거주민 보험을 기본적으로 실현하였다. 이와 함께 후베이, 장쑤, 산둥 등의 지역에서는 이미 새로운 농촌사회양로보험, 도시주민보험 등 두 정책의 독립적 정책 운영 과정에서 통합된 도시와 농촌 주민의 기본양로보험 제도 구축이 선행되었다. 이어 2014년 국무원은 새로운 농촌 사회 양로보험 정책과 도시 주민 보험 정책 시범시행 경험을 바탕으로 새로운 농촌 사회 양로보험과 도시 주민 보험을 통합하여 전국적인 도시와 농촌 주민 양로보험 제도를 구축하기로 하였다.

기관 사업장의 양로보험 제도 개혁은 인사부에서 담당하고 1992년부터 시작하여 2008년에야 실질적인 진전을 이루고, 국가는 산시, 상하이, 저장, 광둥, 충칭 등 5개 성시에서 사업체 근로자 양로보험 제도 개혁 시범사업을 사업체별로 나누어 진행하기로 하였다. 2015년에는 기관 사업장 근로자에 대해 사회통합과 개인계좌를 결합한 기본양로보험 제도를 시행해 '이중 체제' 모델을 끝내기로 하였다. 2015년 제정된 〈기관 사업장 직원 연금법〉에서 직업연금은 기관 사업장과 근로자가 기관 사업장의 기초양로보험에 가입하는 것을 기초로 한 보완적인 양로보험 제도이다.

다. 다원화 및 복합적인 양로보험 체계 구축: 2015년 이후

이 단계는 정부 부처가 자율적으로 양로보험 제도를 혁신적으로 개혁한 새로운 시기이다(封铁英 & 高鑫, 2020). 기본양로보험 제도가 나날이 개선되면서 양로보험 제도 개혁은 기본양로보험 제도 매개변수 개혁뿐만 아니라 구조적 개혁에 더욱 관심을 기울이고 있다. 즉, 다원화 양로보험 제도를 수립하고 보완하는 것이다. 1997년 나온 〈통합된 기업근로자의 기본양로보험 제도 수립에 관한 국무원의 결정〉은 '국가 정책의 지도하에 기업의 양로보험을 발전시키고 상업보험의 보완적 역할을 해야 한다'는 것이다. 2013년 〈중국공산당 중앙위원회의 개혁 전면 심화에 관한 중대 결정〉은 '면세, 과세 유예 등의 혜택 정책을 실시하여 기업연금, 직업연금, 상업보험의 발전을 가속화하며 복합적인 사회보장 체계를 구축해야 한다'고 제시하였다.

2016년 〈13차 5개년 국가 고령사업 발전 및 양로체계 구축 계획〉은 직업연금, 기업연금과 상업보험을 포함한 복합적인 양로보험 체계를 구축하고, 개인 세금 이연형 상업 양로보험 시범사업을 추진하며 이를 양로보험 제도의 중점 과제로 삼았다. 그동안 중국의 두 번째 버팀목인 양로보험 특히 기업연금제도는 더디게 발전해왔다. 연금 통합의 저항을 줄이고 역진과 기업연금의 발전을 이끌어가기 위해 2014년 10월 〈기관 사업장 직업 연금법〉을 시행하였다. 2018년 2월 인사부와 재정부는 〈기업연금법〉을 심의 의결하여 기업연금을 '기업 및 근로자가 법에 따라 기본양로보험에 가입하는 것을 바탕으로, 자율적으로 구축된 보완적 성격의 양로보험 제도'로 수정하여 기업의 자발성을 약화시키고 자율성을 강조하며 EET형 세제 혜택 실천을 펼쳤다.

2017년에 발표된 〈상업 양로보험 가속화에 대한 몇 가지 의견〉은

2020년까지 안전하고 전문적이며 규범적인 상업 양로보험 체계를 기본적으로 수립할 것을 요구하였다. 2018년 4월 〈개인 세금 이연형 상업 양로보험 시범실시에 관한 통지〉는 제3기둥 상업 양로보험 발전 정책을 추진하여 실질적으로 집행하게 하였다. 이후 중국의 상업 양로보험 상품 수와 혁신성이 모두 향상되었고, 보험의 깊이와 밀도가 급속히 증가했다. 2021년의 〈중화인민공화국 국민경제 및 사회발전 제14차 5개년 계획과 2035년 비전목표 요강〉은 복합적인 사회보장 체계를 구축하고, 전 국민을 포괄하며, 도시와 농촌을 통합하고, 공평하고 통일적이며 지속가능한 복합적인 사회보장 체계를 완비해야 한다고 명확하게 제시하였다. '다양하고 다차원적인 양로보험 체계를 발전시키고 기업연금의 점유율을 높이며 제3기둥 양로보험을 발전시켜야 한다'고 제시하였다.

2. 중국의 현재 양로보험 제도

개인납부, 개인계좌를 도입하여 비납부형 국가보장 모델의 제도적 의존도를 타파하고 직업연금, 기업연금 발전을 적극적으로 추진하고 있다. 개인 세금 이연형 상업 양로보험을 시범적으로 실시하여 기본양로보험 제도의 독보적 어려움을 타파하며 중국의 양로보험 제도는 여러 차례의 돌파를 통해 변화를 실현하였다. 두 차례의 통합 이후 중국의 현재 양로보험 제도는 기업근로자 양로보험 제도, 기관 사업장 근로자 양로보험 제도, 도시와 농촌 주민 양로보험 제도 세 종류로 나뉜다.

〈표 14-8〉에 나타난 바와 같이 중국은 기본양로보험, 기업연금과 직업연금, 개인 저축성 양로보험과 상업 양로보험 3대 기둥으로 구성된 체계를 점차 형성하고 있다.

제1기둥인 기본양로보험은 기본 퇴직금을 제공하며 현금주의, 정부주도

의 기본보장이다. 사회 통합 부분의 퇴직금 부분은 현금주의 방식을 채택하여 사회보장 기금을 통해 재직 및 퇴직 근로자 사이의 재분배를 실현한다. 개인계좌는 전면적인 기금 적립제를 실행하여 노후생활을 보장한다.

제2기둥인 기업(직업)연금은 기업이 기업연금제도를 시행하고 기관 사업장은 직업연금제도를 시행한다. 고용주가 주도적으로 처우를 향상하는 것도 고용주가 인재를 유치하는 데 도움을 줄 수 있다. 성격상 기업연금은 근로자에게 퇴직금을 보충하여 노후 생활의 수준을 보장하기 위한 퇴직금 체계의 안정적인 소비 목적을 달성하기 위한 자발적 성격이다. 직업연금은 퇴직자의 노후생활을 보장하기 위해 개인과 직장이 공동으로 납부하도록 강제하고 있다.

제3기둥인 개인 세금 이연형 연금은 상업 퇴직금의 일종이다. 2018년에 발표한 〈개인 세금 이연형 상업 양로보험 시범 시행에 관한 통지〉 내용과 같이 이러한 개인 세금 이연형 연금은 여전히 시범적으로 시행되고 있는 상태이다. 개인 세금 이연형 연금은 개인이 상업보험 상품에 가입해 일정 기준의 세전 공제를 받는 연금을 말한다. 상업 연금 계좌의 투자 수익은 세금 징수를 하지 않는다. 개인이 세수 유예형 연금을 수령할 때 개인에게 소득세를 징수한다. 이는 아직 시범 단계에 있다.

〈표 14-8〉 중국의 현재 양로보험 제도

	기관 사업장 근로자 양로보험 제도	기업근로자 양로보험	도시 및 농촌주민 양로보험
법률/정책 프레임워크	〈기관 사업장 근로자의 양로보험 제도 개혁에 관한 결정〉(2015), 〈사업장 직업연금 시범시행 방법〉(2011), 〈사회보험법〉(2011)	〈국무원의 근로자 은퇴, 퇴직에 관한 임시조치〉(1978), 〈기업근로자를 위한 통합 기본양로보험 제도 구축에 관한 국무원의 결정〉(1997), 〈기업 근로자의 기본양로보험 제도 개선에 관한 국무원의 결정〉(2005), 〈보험법〉(2011), 〈기업연금법〉(2018)	〈새로운 농촌사회 양로보험 시범실시에 관한 국무원의 지도 의견〉(2009), 〈성진 거주민을 위한 양로보험 시범시행에 관한 국무원의 지도 의견〉(2011), 〈통일된 도시와 농촌 주민의 기본양로보험 제도 수립에 관한 국무원의 의견〉(2014)

			기관 사업장 근로자 양로보험 제도	기업근로자 양로보험	도시 및 농촌주민 양로보험
적용 범위			공무원 및 참조 공무원법 관리자, 사업장 개혁 후 공익근무 사업자와 편제 내의 근무자	다양한 유형의 도시 기업, 자영업자, 사회 조직원과 프리랜서. 농촌 출장 노동자에 대해 일부 성에 특별한 규정이 있다.	만16세(재학생 제외) 비국가기관과 사업체 근로자와 기본양로보험 제도의 범위에 속하지 않는 도시 및 농촌 주민
자금 출처	기본 연금	개별	없음	정해지지 않음. 지방 규정에 따름. 프리랜서는 현지 평균 임금의 12%	없음
		고용주	본 사업장 임금 총액의 20%	최고 임금 총액의 20%, 지방 법규에 따름	없음
		정부 기관		중앙정부와 지방정부는 수요에 따라 보조금을 제공한다.	중앙재정은 중앙정부가 확정한 기초 연금 기준에 따라 중서부 지역에 전액 지급하고 동부 지역은 50%를 지원한다.
	강제 개인 계정	개인	납입 임금의 8%	개인 납입은 임금의 8%, 프리랜서는 현지 평균 임금의 8%. 비용 납부 산정에 쓰이는 임금은 최소 현지의 전년도 임금의 60%미만이면 안 되고 최고 300%를 초과해서는 안 된다.	현재는 매년 100위안, 200위안, 300위안, 400위안, 500위안, 600위안, 700위안, 800위안, 900위안, 1000위안, 1500위안, 2000위안의 12단계로 설정되어 있으며, 지역마다 자율적으로 조정할 수 있다.
		고용주	없음	없음	마을 단체, 사회경제 단체, 공익 자선 단체, 개인은 보험 가입자의 비용 납부를 지원한다.
		정부	없음	중앙정부와 지방정부는 수요에 따라 보조금을 제공한다.	지방 정부는 보험 가입자에게 적절한 보조금을 지급한다.
	기업 (직업) 연금	개별	사업장은 노동조합 또는 근로자 대표와 민주적 협의를 통해 직업 연금제도를 제정하고, 개인 분담금 비율은 전년도 임금 기준의 4%를 초과하지 아니한다.	기업은 노동조합이나 근로자 대표와 단체협상을 통해 기업연금방안을 확정하고 전년도 기업 총급여액의 1/6을 넘지 않는다.	없음

			기관 사업장 근로자 양로보험 제도	기업근로자 양로보험	도시 및 농촌주민 양로보험
		고용주	사업장이 노동조합이나 근로자 대표와 민주적 협의를 통해 직업연금 방안을 마련하고 사업장의 직업연금 납부비율은 해당 사업장의 전년도 납입 임금 기수의 8%를 넘기지 않는다.	기업은 노동조합이나 근로자 대표와 단체협상을 통해 기업연금방안을 확정하고 전년도 기업 총 급여액의 1/6을 넘지 않는다.	
		정부	없음	없음	
법정퇴직연령			남자는 만 60세, 여자는 만 55세. 남자는 만 50세, 여자는 만 45세, 병원을 통해 완전히 업무능력을 상실했음을 증명한다. 희망 퇴직: 남자는 만 55세, 여자는 만 50세, 근속연수 만 20년, 근속연수 만 30년	기업근로자의 정년은 남자는 만 60세, 여자 간부는 만 55세, 여자 직원은 만 50세이다. 갱내, 고온 등 고된 육체노동 또는 기타 건강에 해로운 일을 하는 직원의 경우 남자는 만 55세, 여자는 만 45세이다. 질병이나 노동으로 인한 장애가 아닌 경우 규정된 정년 나이는 남자는 만50세, 여자는 만45세이다. 성진 지역 자영업자 등 자유업자, 농민 계약제 노동자와 다양한 유동적 고용자는 남자는 만60세, 여자는 만55세이다.	만 60세 이상
자격 요건	기본 연금		법정 퇴직연령에 도달한 개인 납입연한 누적은 만 15년이다. 15년 미만은 〈사회보험법〉의 규정에 따라 집행하고 2015년 시행 전의 퇴직자의 경우 국가가 규정한 원래 처우에 따라 연금을 지급하며, 이직 은퇴자는 국가가 정한 통일된 규정에 따라 정년 은퇴금을 지급한다.	법정 퇴직 시 납입기간은 최소 15년이다. 기본양로보험에 가입한 개인이 법정 퇴직연령이 되었을 때 누적 납부액이 15년 미만인 경우 납입 기간이 15년이 될 때까지 납부하고, 매월 기초 연금을 받을 수 있다. 도시 및 농촌의 기본 양로보험으로 전환할 수도 있다. 사회보험법 시행 전(2011년 7월 1일 전)가입, 연장 납부 5년 후에도 15년 미만일 경우 일시불로 15년까지 납부할 수 있다.	만약 새로운 농촌보험이나 도시형 주거보험이 시행될 때 만 60세이고 2014년의 의견이 발행되기 전까지 국가가 정한 기본양로보장 대우를 받지 못한 경우, 비용을 납부하지 않고 본 의견이 시행된 달부터 매달 도시 및 농촌 주민 양로보험의 기초연금을 받을 수 있다. 규정 수령 연령이 15년 미만이면 매년 납부하고 추가 납부도 허용해야 하며, 누적 납부액은 15년을 초과하지 않

		기관 사업장 근로자 양로보험 제도	기업근로자 양로보험	도시 및 농촌주민 양로보험
	강제 개인계좌	없음	납입 기간이 적어도 15년인 경우 15년 미만 납입 시 개인계좌 예금액을 일시불로 본인에게 지급하며 기본양로보험 관계는 종료된다. 또는 도시 및 농촌의 기본양로보험으로 전환한다.	는다. 규정 수령 연령이 15년 이상이면 누적 납부액은 15년 이하여야 한다.
	기업(직업) 연금	시범시행. 국가가 규정한 퇴직 요건을 충족하고 법에 따라 퇴직 절차를 밟은 후 본인의 직업연금 개인계좌에서 일시불 또는 분할로 연금을 수령할 수 있다.	근로자는 국가가 규정한 퇴직 연령이 되었을 때 본인의 기업연금 개인계좌에서 일시불 또는 정기적으로 기업연금을 받을 수 있다. 근로자가 국가가 규정한 퇴직 연령에 미달하면 개인계좌에서 자금을 미리 인출할 수 없다.	없음
연금	기본연금	기초연금의 월 기준은 현지 전년도의 근무자 월평균 임금과 본인 지수화 월평균 납입 임금의 평균치를 기준수로 하며, 납입비용은 매년 1%씩 지급한다.	퇴직 시 기초 연금의 월 기준은 현지 전년도의 근무자 월평균 임금과 본인 지수화 월평균 납입 임금의 평균치를 기준수로 하며, 납입비용은 매년 1%씩 지급한다. 최저 기본연금은 전년도 현지 평균 임금의 40~60% 수준으로 지역에 따라 다르다.	적어도 매달 55위안이며, 어떤 지방은 나이가 많아짐에 따라 다소 증가한다.
	강제 개인계정	개인계좌 연금 월 기준은 개인계좌 적립액을 계발 개월 수로 나눈 것으로 계발 개월 수는 근로자가 퇴직할 때 도시 인구 평균 기대수명, 본인 정년, 이자 등을 고려해 확정한다. 60세 퇴직일 경우, 계발 개월 수는 139이다.	개인계좌 연금 월 기준은 개인계좌 적립액을 계발 개월 수로 나눈 것으로 계발 개월 수는 근로자가 퇴직할 때 도시 인구 평균 기대수명, 본인 정년, 이자 등을 고려해 확정한다. 2012년부터 개인 계좌의 전체 금액을 139로 나눈다. 1997년 서류 시행 전 근무하여 2005년 시행 결정 후 퇴직하고 납입연한이 15년 이상 누적된 사람은 기초연금과 개인계좌연금을 지급하는 것에 더해 지방정부가 다시 과도적 연금을 지급한다.	개인계좌 연금의 월간 계산 표준. 2012년부터 개인계좌의 총금액을 139로 나눈다.

		기관 사업장 근로자 양로보험 제도	기업근로자 양로보험	도시 및 농촌주민 양로보험
	기업(직업) 연금	사업장이 노동조합이나 근로자 대표와 민주적 협의를 통해 마련한 직업연금 방안을 시범적으로 시행한다.	기업은 노동조합이나 근로자 대표와 단체협의를 통해 마련한 기업연금 방안을 마련한다.	없음

자료: 법률/정책 프레임워크 셀 참고. 각 내용은 중국 정부 홈페이지의 법령 정보에서 가져옴(예시: http://www.gov.cn/zhengce/content/2015-01/14/content_9394.htm).

3. 중국 양로보험제도 추진 현황

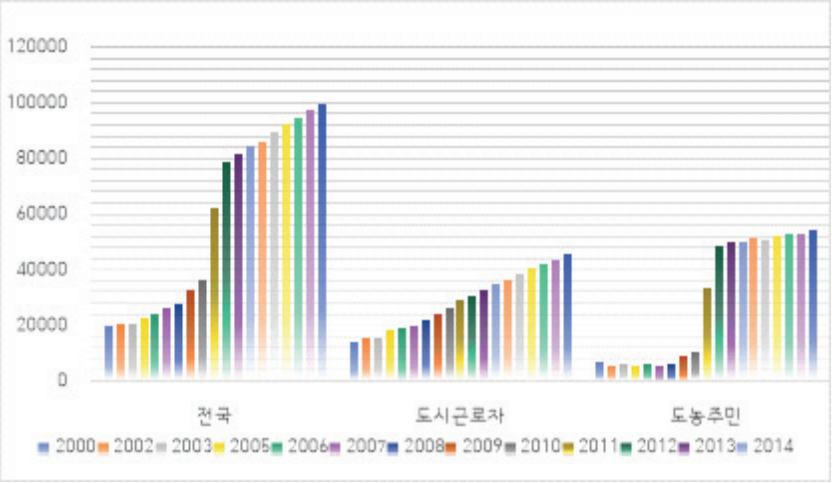
가. 제1기둥: 기본양로보험

[그림 14-7]에서 보듯이, 2020년까지 중국의 기본양로보험 가입자는 10억 명에 육박한다. 그중에서도 도시 근로자의 기본양로보험 가입자 수는 꾸준히 상승하여, 2000~2020년, 연평균 성장률이 6.57%이며, 2011~2020년 연평균 성장률은 5.41%이다. 한편, 도농 주민 양로보험의 가입자 수는 2011년 크게 변동하여, 2000~2020년 연평균 성장률은 12.12%였으며, 2011~2020년에는 5.61%였다.

2011년 중국은 도시주민사회양로보험 시험사업을 실시하기 시작했고 처음으로 통계 공보에 도농 주민 양로보험 가입자가 539만 명에 도달했다. 2012년에 도시주민사회양로보험제도를 전면적으로 실시하고, 도농 주민의 기본양로보험의 가입자는 따로 분리되지 않고, 2014년에 도농 주민양로보험이 통합되었다. 농촌주민기본양로보험의 변천사를 보면, 2002년 이전에 구 농촌사회양로보험이 시행되었고 2009년에는 신형 농촌사회양로보험이 시행되었으며 2014년에는 도시주민기본양로보험과 통합되었다. 따라서 농촌 주민 기본양로보험 후에 실시된 것은 실제로 상이한 양로보험 제도이다.

〔그림 14-7〕 중국 기본양로보험 가입자 수(제1기둥)

(단위 : 만 명)



자료: 民政部. (n.d.).《民政事业发展统计报告》. Retrived September 1, 2021 from http://www.mca.gov.cn/.

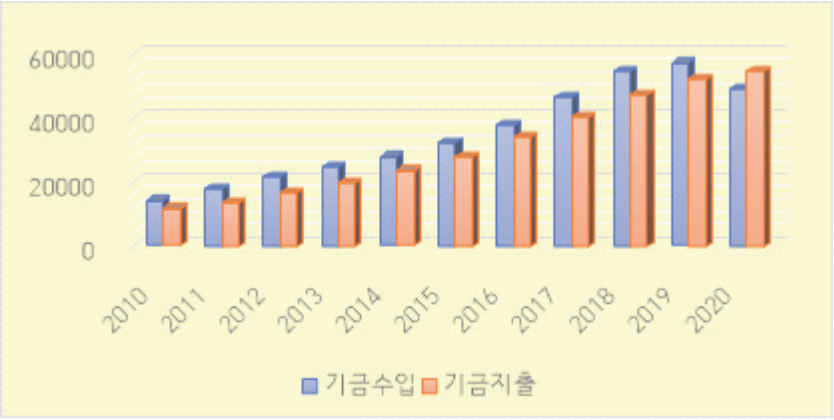
2010년부터 2020년까지 중국의 기본양로보험 기금 수입은 13,873억 위안에서 49,229억 위안으로 증가하였고, 연평균 13.50%의 성장률을 보였다. 중국의 기본양로보험 기금 지출은 11,310억 위안에서 54,656억 위안으로 꾸준히 증가하여, 연평균 17.06% 증가세를 보였다. 지출 증가율은 수입을 초과하였고, 2020년 코로나로 인해 중국 기본양로보험 기금의 수입이 처음으로 감소하고 지출이 수입을 초과하여 5,427억 위안의 적자가 발생했다.

도시 근로자를 위한 기본양로보험기 금의 수입과 지출, 도농 기본양로보험 기금의 수입과 지출은 별개이기 때문에 따로 분석할 필요가 있다. [그림 14-8]과 [그림 14-9]에서 보듯이, 두 가지 보험 기금의 수입과 지출은 서로 다른 변화 양상을 보여준다. 도시 근로자의 기본양로보험 기금의 수입과 지출은 전반적으로 유사한 양상을 보이며, 2020년 수입이 감

소하여 적자가 발생했다. 2002~2020년까지 도시 근로자의 기본양로보험 기금의 연평균 성장률은 수입이 15.78%, 지출이 17.43%였다. 2011~2020년까지 수입과 지출은 각각 11.32%, 16.71%였다. 이를 통해 2010년 이후 성장 속도는 모두 둔화되었지만 수익 둔화세가 더욱 두드러짐을 알 수 있다. 2014~2020년까지 수입과 지출은 각각 9.80%와 15.37%로 수입 증가폭 둔화세가 더욱 두드러졌다.

[그림 14-8] 중국 기본양로보험 기금의 수입과 지출

(단위: 1억 위안)

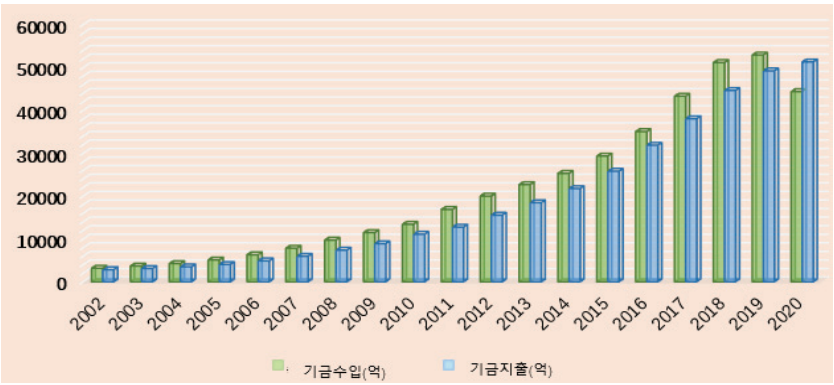


자료: 中国人力资源和社会保障部. (n.d.).《人力资源和社会保障事业发展统计公报》. Retrived September 1, 2021 from http://www.mohrss.gov.cn/.

따라서 2018년부터 중국은 도시 근로자를 위한 기업근로자 기본양로보험 기금 중앙조정제도를 마련하였다. 그리고 2018년 3%였던 조정 비율이 2020년 4%로 증가했고, 총조정기금 규모도 2,422억 위안에서 7,400억 위안으로 늘어났다. 그 전에는 도시 근로자의 기본양로보험기금의 수입 가운데 각급 재정 보조금이 2003년 530억 위안에서 2017년 800억 위안으로 증가했다.

[그림 14-9] 도시근로자 기본양로보험 기금 수입 및 지출

(단위: 1억 위안)

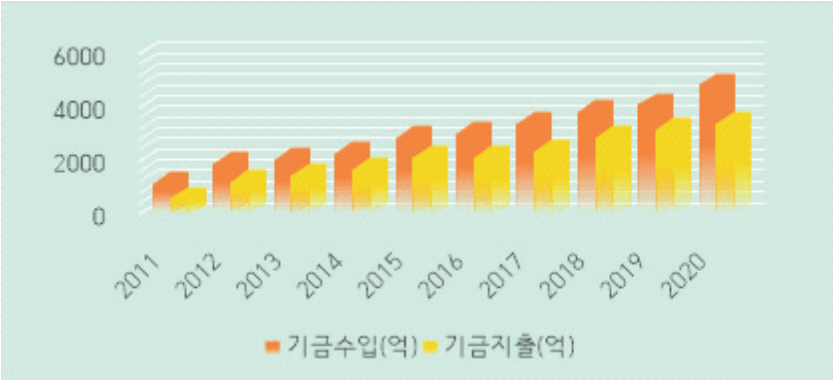


자료: 中国人力资源和社会保障部. (n.d.).《人力资源和社会保障事业发展统计公报》. Retrived September 1, 2021 from http://www.mohrss.gov.cn/.

[그림 14-10]에서 나타나듯이, 도농 주민양로보험 기금의 수입과 지출 모두 안정적으로 상승하고 있다. 2011~2020년 도농 주민양로보험기금 수입의 연평균 성장률은 17.81%였고, 지출은 21.10%였다.

[그림 14-10] 중국 도농 주민양로보험기금 수입 및 지출

(단위: 1억 위안)



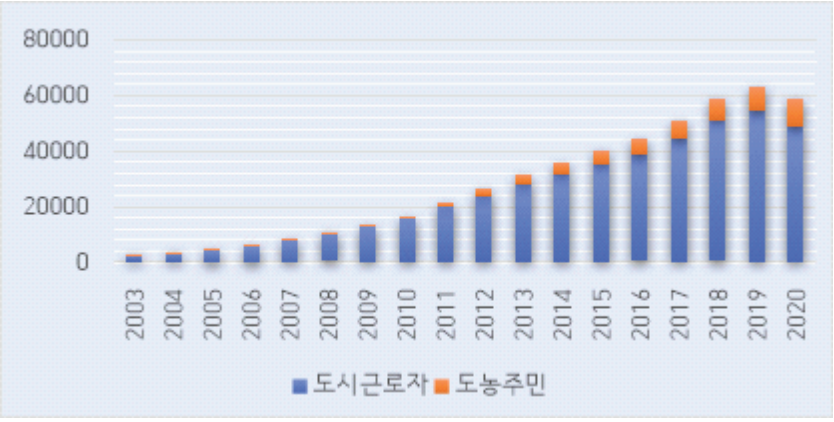
자료: 中国人力资源和社会保障部. (n.d.).《人力资源和社会保障事业发展统计公报》. Retrived September 1, 2021 from http://www.mohrss.gov.cn/.

2014년 이후, 도농 주민양로보험이 공식적으로 통합되었다. 2014~2020년에는 도농 주민양로보험기금의 연평균 성장률은 수입이 13.17%이며 지출은 13.48%로 거의 동시에 성장하고 있고, 이런 상황에서 중국의 도농 주민양로보험 기금은 더 나은 상황이다.

[그림 14-11]에서 볼 수 있듯이, 적자로 인해 중국 기본양로보험 기금의 누적 잔액은 2020년에 처음으로 감소했다. 근로자 기본양로보험 기금의 누적 잔액 규모에 비해 도농 주민양로보험 기금 누적 잔액의 비율이 비교적 낮은 편이다.

[그림 14-11] 중국 기본양로보험 기금 누적 잔액

(단위: 1억 위안)

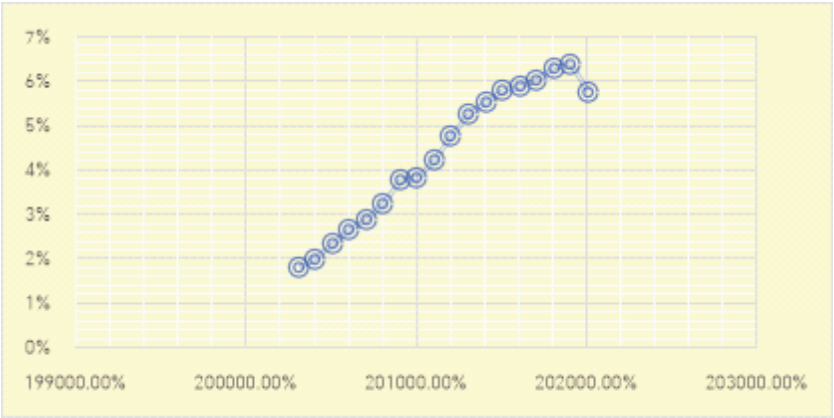


자료: 中国人力资源和社会保障部. (n.d.).《人力资源和社会保障事业发展统计公报》. Retrived September 1, 2021 from http://www.mohrss.gov.cn/.

[그림 14-12]에서 보듯이, 기본양로보험 기금의 누적 잔액이 당해 연도의 GDP 비율에 비해 기본적으로 2000년 이후 상승 추세를 보이지만, 2020년에 처음으로 감소세를 보였다. 2020년 코로나가 중국의 기본양로보험 기금에 상당한 영향을 미쳤다.

〔그림 14-12〕 기본양로보험 기금 누적 잔액의 GDP 비율

(단위: %)



자료: 中国人力资源和社会保障部. (n.d.).《人力资源和社会保障事业发展统计公报》. Retrived September 1, 2021 from http://www.mohrss.gov.cn/.

나. 제2기둥: 기업(직업) 연금

중국의 연금제도는 상대적으로 규모가 작으며 성장률도 빠르지 않다. 중국은 2004년 〈기업연금시행방법〉과 〈기업연금기금관리시행방법〉을 발표하여 기업연금제도를 확정하고 시행하였다. [그림 14-13]에서 보듯이 2006~2020년, 기업연금에 가입한 근로자 수가 964만 명에서 2,718만 명으로 증가했으며 연평균 성장률이 6.21%였다. 동기간, 도시 근로자의 기본양로보험 제도 참여 수는 1억 4,131만 명에서 3억 2,859만 명으로 증가하여, 연평균 7.68%의 증가율을 보였다. 비록 기업연금에 참여하는 근로자 수의 증가폭이 크지만, 절대값을 고려할 때 2020년 기본양로보험 제도에 참여하는 도시 근로자의 8.27%만이 기업연금에 가입했다.

[그림 14-13] 중국 기본양로보험 및 기업연금 참여 수

(단위: 만 명)

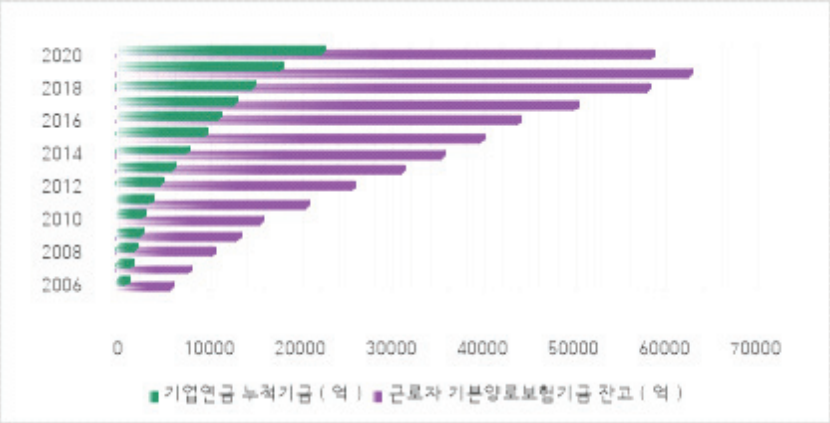


자료: 中国人力资源和社会保障部. (n.d.).《人力资源和社会保障事业发展统计公报》. Retrived September 1, 2021 from http://www.mohrss.gov.cn/.

[그림 14-14]와 같이, 기업연금 잔고 규모로 볼 때, 2006~2020년 기업연금 기금 누적액이 910억 위안에서 22,497억 위안으로 증가했으며, 연 평균 성장률은 25.75%였다. 동기간 근로자 기본양로보험 기금 잔액은 5,843억 위안에서 58,705억 위안으로 늘어나 연평균 17.92%의 성장률을 보였다. 상대적으로 기업연금 기금의 누적액 성장률이 더 빠르며, 같은 기간 GDP 비율과 비교하면 0.42%에서 2.12%로 증가하였고, 연간 평균 성장률은 12.70%로 성장률은 더딘 편이다. 국유기업을 제외한 기업의 연금제도 참여 상황은 이상적인 수준은 아니다. 기업연금 누적 규모가 해마다 증가하고 있지만 참여 기업 및 적용 대상의 증가세는 느리기 때문에 발전이 더디다(封铁英 & 高鑫, 2020).

〔그림 14-14〕 근로자 기본양로보험 기금 잔고 및 기업연금 누적 기금

(단위: 억 위안)



자료: 中国人力资源和社会保障部. (n.d.).《人力资源和社会保障事业发展统计公报》. Retrived September 1, 2021 from http://www.mohrss.gov.cn/.

2015년, 중국은 정부 기관 근로자들을 위한 사회 통합 및 개인계좌를 결합한 기본양로보험 제도를 시행하여 두 가지 모델을 통합하였다. 같은 해 〈기관사업단위 직업연금 방법〉을 실시하였다. 인사부 통계에 따르면, 2019년 5월 말까지, 직업 연금 누적 잔고는 약 6,100억 위안이었고, 총 2,970만 명의 근로자들이 참여했다. 기초연금에 참여하는 3,612만 기관사업단위 근로자 비중이 82%를 초과했다. 참여 근로자 중, 납입인원이 2,867만 명이며, 납입률이 96%를 넘어섰다. 2020년, 중국은 직업연금기금의 시장화 투자 운용을 시작하였고, 한 해 투자 규모가 1조 2,900억 위안으로 연간 누적 소득이 1,010억 4,700만 위안이었다(人社部, 2021).

다. 제3기둥: 개인 세금 이연형 연금

2018년 5월 1일, 10년 동안의 연구 조사를 거쳐 중국의 개인 세금 이연형 연금보험 제도가 푸젠성, 상하이, 수저우 산업단지에 시범 운영되었다. 1년 시범 운영 계획은 3년으로 연장되었다. 현재 총 23개 보험회사가 개인 소득세 이연형 연금보험을 승인받았다. 전반적으로 볼 때, 3개 시범 지역과 허가받은 보험회사 모두 정책 기대 효과에 훨씬 못 미쳤다. 동시에, 보험 수입과 판매 건수 모두 이상적이지 않았다(王国军, 2021.5.12.).

시범 운행 1년 후 실시된 조사 데이터에 따르면, 3개 시범 지역의 보험 가입률이 낮은 편이었고, 기대했던 상해 지역마저 보험 가입 수가 1만 3천 명에 그쳤다. 심지어 일부 기업에서는 보험 가입률이 1자리 수에 불과한 것으로 나타났다. 2020년 4월 말 개인 소득세 이연형 양로보험 시범 사업에 참여한 23개 보험회사 중 19개 보험사가 상품을 판매하였고, 누적 보험료 수입은 3억 위안, 가입자는 총 4만 7,600명이었다. 동 기간 상업 보험의 경우, 2020년 1분기에 상업 양로연금 보험료 수입이 325억 위안으로, 2020년 말 유효 보험자는 연인원 6,758만 명으로 5,320억 위안 이상의 보험 책임 준비금이 축적되었다(新华网, 2020.7.6.).

4. 중국의 연금제도의 문제

중국 양로보험제도의 발전은 점진적이고 다원적이며 본질적인 제도 개혁이다(贾玉娇, 2019; 郑功成, 2008). 개인납부 및 개인계좌 설립을 도입하여 비납부형 국가 보험 모델 제도에 의존하는 것을 탈피하고, 직업연금과 기업연금 발전을 적극적으로 추진하고, 개인 세금 이연형 상업양로보험 시범사업을 진행하여 기존 양로보험의 단일화 문제를 해결하면서

양로보험이 다양한 방향으로 발전하게 되었다(封铁英 & 高鑫, 2020).

현재, 중국은 다차원적인 양로보험 체계를 기본적으로 마련했지만 기능 및 제도적인 틀이 상이하여 기본양로보험, 기업연금 및 직업연금, 개인 저축형 양로보험 및 상업양로보험 등 '3대 기둥'이 불균형하게 발전하였다. 먼저, 제1기둥에 속하는 기본양로보험은 법에 입각하여 현수현부제(現收現付制, 현세대 노동인구에게서 수납받은 금액으로 퇴직자들의 연금을 급부(지급)하는 방식)와 기금 적립제를 결합한 모델을 사용하여 재분배, 저축, 보험 세 가지 기능을 통합하였다. 제2기둥인 기업연금은 행정법에 입각해 자율적이며, 직업연금은 강제성을 가진다. 제3기둥인 개인양로보험은 보완형 양로보험으로 현재까지 시범 운용 단계이고, 제도가 아직 마련되지 않은 상태다(郭金龙, 朱晶晶, & 刘亚萍, 2021).

기본연금보험은 제1기둥으로서 전체 연금보험의 공정성을 반영하는 가장 중요한 부분이다. 그러나 개인의 빈 통장, 낮은 통합 계층, 지역 간 차이 등 세대 간 및 세대 내 공평성 문제에 직면하고 있다(封铁英 & 高鑫, 2020). 중국은 〈중화인민공화국 국민경제 및 사회발전 제14차 5개년 계획 및 2035년 비전 목표 요강〉에서 양로보험제도체계 구축, 기본양로보험 기금의 장기적인 균형 등 공공연금제도 개혁에 대한 요구사항을 제시하였다. 그러나 전국적인 기본양로보험은 지역 간 불균형 문제를 해소할 수는 있으나 장기적 재정지속성을 개선할 수 없다. 프리랜서 근로자의 보험 가입 조건 완화, 사회보험 대상 확대, 도시근로자의 기본연금 조정 메커니즘 완비, 법정 정년 연장 등으로 인해 장기적으로 재정적 지속성을 개선하는 데 한계를 보인다(高庆波, 2021).

제2기둥인 기업연금을 살펴보면, 기업의 부담도 크고, 근로자의 양로보험 발전에 대한 동력도 부족하다. 여러 차례의 비용 인하 후에도 중국 기본양로보험 제도의 기업 납부율은 여전히 16% 수준이며, 중국 기업의

사회보장부담 수준은 OECD 국가보다 훨씬 높기 때문에(高庆波, 2021) 기업들의 인건비가 높아지고 기업연금제도에 참여하려는 기업의 적극성이 크게 떨어진다. 기업연금의 적용 범위와 누적 수준을 높이고, 기업의 책임을 명확히 하기 위해서는 기업의 적극성을 불러일으키는 것이 중요하다. 직업연금제도는 폐쇄적인 특성을 보이는데, 보험 규모와 발전할 수 있는 상한선이 모두 명확하므로, 주된 문제는 적용 범위가 아니라 다른 제도와의 연계 가능 여부이다(高庆波, 2021).

연금보험의 세 번째 기둥인 개인 세금 이연형에 관한 우대 시범사업을 시급하게 개선해야 한다. 현재 운용 중인 세금 우대 모델은 EET, 즉 납입 및 운용 단계에서는 비과세한 뒤 연금 수령 단계에서 과세하는 것으로, 종합 세율은 7.5% 정도 수준이다. 그리고 새로운 개인 소득세 정책에 따르면 8,000위안 미만의 월 소득 근로자가 지불해야 할 개인소득세율이 3%이다(王国军, 2021.5.12.). 만약 이 제도가 저소득층에게 혜택을 주지 않고 중소득층과 고소득층에게만 새로운 세금혜택을 제공한다면, 역방향의 소득 재분배를 초래할 것이다. 또한, 1,000위안의 세금 이연형 상한선을 설정하여 고소득자들에게는 그리 매력적이지 않다. 다시 말해 형식적으로 광범위한 저소득층을 개인 세금 이연형 양로보험에서 제외했을 뿐만 아니라 실질적으로도 모두 세금 혜택을 누리지 못한다(高庆波, 2021).

세금 혜택 범위가 좁고 수준이 높지 않아 수요자가 많지 않은 한편, 공급 측에서도 세금 이연형 양로보험 상품이 지나치게 제한적이고 형식이 상대적으로 단일하여, 보험회사가 자체적으로 설계하여 유연하고 다양한 상품을 제공할 수 없다. 따라서 상품 차별화를 통한 경쟁을 할 수 없고 적극성이 떨어진다. 또한, 정책적인 사업이기 때문에 세금 이연형 양로보험의 판매 비용이 낮아 판매 적극성도 떨어진다(王国军, 2021.5.12.).

제5절 소결

중국이 고령화 사회로 진입함에 따라 고령화 속도가 빨라지고 있다. UN의 예측에 따르면, 2050년 중국의 60세 이상의 인구는 34.62%에 이를 것이고, 65세 이상의 인구는 26.07%에 도달할 것이다(United Nations, 2021). 어떻게 많은 노인들이 필요로 하는 양로서비스와 장기요양 서비스를 제공할 수 있을지, 어떻게 노후의 경제적 안정을 보장할 수 있는가는 중국에서 가장 중요한 문제로 자리 잡았다. 이 때문에 〈중화인민공화국 국민경제 및 사회발전 제14차 5개년 계획 및 2035년 비전 목표 요강〉을 발표하여, 인구 고령화를 적극적으로 대응할 수 있는 국가 전략을 실시하자고 제안하였다. 인구장기발전 전략을 제정하고 산아 정책을 최적화하여 '일노일소(一老一小, 양로·보육서비스)' 서비스 체계를 마련함으로써 장기적이고 균형적인 인구 발전을 추진하려는 것이다. 포용적 출산정책을 실시하는 한편, 영유아 발전 정책을 마련하여 출산율을 높이고, 인구 고령화의 속도를 늦춰야 하는 것 외에도 가장 중요한 것은 양로서비스 체계를 완비하는 것이다.

이 서비스 체계에서, 가족은 여전히 주요 책임을 부담하지만, 국가는 가정에서 양로기능을 다 할 수 있도록 강력하게 지원하는 한편, 보편적 양로서비스를 크게 발전시키고, 가족과 지역사회가 함께 협력하고 의료와 양로가 결합된 양로서비스 체계를 구축해야 한다. 지역사회의 양로에 대해, 전문기관의 서비스가 지역사회로 확대될 수 있도록 하는 한편, 기존 자원을 통합하여 지역사회를 기반으로 한 양로서비스를 발전시켜야 한다. 기관양로의 경우, 공공양로기관을 개혁하여 서비스 역량과 수준을 개선하고, 동시에 간호형 민간양로시설에 대한 정책적 지원을 강화해야 한다. 의료, 양로, 건강증진 측면에서도, 양로 시설의 입주 공급을 늘리는

한편, 장기적인 간호 서비스를 추진하여 장애, 치매가 있는 노인들의 간호서비스 수요를 더 잘 충족시킬 수 있도록 해야 한다. 장애, 반 불능 노인들을 위한 기본적인 보장을 제공하고, 농촌 지역에서 상호 도움이 가능한 양로서비스를 발전시키고, 경제적으로 어려운 고령자들을 위한 보조금 제도를 완비해야 한다. 국가는 법을 통해 여러 측면에서 다양한 집단의 사람들을 위한 기초양로서비스 체계를 구축할 수 있다. 기본양로서비스 체계는 이미 기본적인 틀이 마련되었으며 구조를 재편하는 상황에서 2019년 〈국무원 판공청의 양로서비스 발전 추진에 관한 의견〉을 발표하였는데, 여기에서 중국은 현재 발전에 장애가 되는 요소를 해소하고 시장 메커니즘을 활용하여 문제점과 난제를 해결하는 한편, 가정·지역사회·시설·의료 요양이 결합된 서비스 모델, 공급측 구조 최적화, 효과적인 사회투자 확대, 지속적인 서비스 품질 향상, 권한 위임 및 관리 감독 병행 서비스 관리 체제 등을 마련해야 한다고 강조하였다.

노인의 경제적 안정 보장 측면을 살펴보면, '요강'에서는 다차원적이 양로보험 체계를 마련하여 기본양로보험이 장기적이고 균형적으로 발전할 수 있도록 해야 한다고 제시하고 있다. 국제 경험에 따르면 다원화된 연금 체계의 경우 리스크를 제어할 수 있고, 훨씬 더 지속가능하다. 제1기둥인 기본양로보험을 전국적으로 통합하고, 프리랜서 근로자들의 보험 가입 조건을 완화하여 사회보험이 법적 계층을 모두 아우를 수 있도록 해야 한다. 도시 근로자를 위한 기본연금의 합리적 조정 메커니즘을 개선하여 점차 도농 주민의 기초연금 기준도 점차 높여야 한다. 제2기둥인 기업연금제도는 더 많은 기업들이 이 제도를 실시하여 기업연금 대상을 확대해 나가야 한다. 동시에, 개인 저축형 양로보험 및 상업 양로보험에 대한 시범사업을 계속 추진하여 개인, 기업, 국가가 양로 책임을 공동 부담할 수 있는 모델을 수립할 계획이다. 인사부의 〈2020년도 인력자원 및 사회

보장사업 발전 통계 공보〉에 따르면, 중국의 현행 양로보험 체계에서 제1기둥은 거의 완비되어 대상자가 10억 명에 달하며, 연말 기준으로 기본양로보험 기금의 누적 잔액은 58,075억 위안에 달한다. 제2기둥은 어느 정도 기반을 갖추고 2020년 말 전국에서 10만 5천 곳의 기업이 기업연금을 마련하여 참여 근로자가 2,718만 명에 달하며, 기업연금 누적 기금은 22,497억 위안이다. 그러나 제3기둥은 여전히 시범적으로 실시되고 있으며, 전체 양로보험 시스템에서 취약한 부분으로 꼽힌다.

제 15 장 일본의 인구 고령화와 사회보장비용

제1절 도입

본 보고서는 일본 사회의 인구 고령화가 사회보장제도의 지속가능성에 미치는 영향을 살펴본다. 일본은 현재 세계에서 가장 고령화된 국가이다. 제2절에서는 일본이 유럽보다 빠르게 인구가 고령화된 원인과 가까운 미래에 대한민국(이하 "한국")과 중화민국(이하 "대만") 같은 동아시아 국가가 일본보다 빠르게 고령화될 것으로 전망되는 이유를 살펴본다. 또한 2019년 세계인구전망(United Nations Population Division, 2019) 보고서를 토대로 출산율 감소, 사망률 감소, 제2차 세계대전으로 인한 코호트 감소 등과 같은 인구학적 요소가 유럽 및 동아시아의 인구 고령화에서 미친 영향을 살펴본다.

제3절에서는 인구 고령화의 압박하에서 일본이 사회보장제도의 자금을 조달해온 방법을 살펴본다. 또한 OECD 사회복지지출 데이터베이스(Social Expenditure Database)를 토대로 일본을 포함한 동아시아, 유럽 복지국가, 영어권 국가, 독일어권 국가, 남유럽 국가, 동유럽 국가의 사회보장지출 수준을 비교했다. 일본은 연금과 장기요양을 포함한 고령인구에 대한 지출과 출산 장려 개입을 포함한 가족에 대한 지출이 유럽에 비해 적은 것으로 나타났다.

이후 절에서는 고령인구 지원, 건강 및 가족을 위한 공적지출 제도가 어떻게 발전해왔는지 살펴본다. 일본은 1961년 보편적 연금과 건강보험을, 2000년 장기요양보험을 실행했다. 이후 인구 고령화의 압박으로 수급 연령 상향 조정, 본인부담금 인상 등 다양한 제도 개선이 이루어졌다.

고령화의 가장 큰 원인은 출산율 감소다. 일본 정부는 1990년대 출산장려로 정책 방향을 전환하여 보육서비스, 재정지원, 일-가정 양립 촉진 등 다양한 출산장려 정책을 시행했다.

제2절 1950년 이후 세계 인구 고령화

인구학적으로 인구 고령화의 두 가지 주요 원인은 수명 연장과 인구증가율 감소이다(Lee, 1994). 수명 연장은 과거보다 개인이 오래 살 확률이 높아진 것으로 '생애주기 효과' 또는 '개인 고령화 효과'라고도 불린다. 인구증가율 감소는 증가율이 인구 연령 구성에 미치는 영향으로 "증가율 효과"라고도 한다. 연령대가 낮을수록 가중치가 많이 부과되므로 인구가 증가하면 인구구성도 젊다. 따라서 증가율이 감소하면 인구가 고령화된다.

출산율 감소가 연령 구성에 미치는 영향은 매우 단순하다. 언제나 증가율 효과를 통해 인구 고령화를 촉진한다는 것이다. 반대로 사망률 감소는 개인 고령화 효과를 통해 인구 고령화를 촉진하지만 사망률이 낮을수록 증가율이 높아져 고령화를 억제하기 때문에 그렇게 단순하지 않다. 실제로 안정인구이론(stable population theory)에 따르면 연령 중립적 사망률 감소는 연령 구성에 아무런 영향을 미치지 않는다. 이러한 경우 개인 고령화 효과는 높은 증가율로 정확히 상쇄된다(Keyfitz and Caswell, 2005). 따라서 사망률 감소의 실제 효과는 사망률 개선의 연령 패턴에 따라 달라진다. 출생 시 기대수명이 65세 전후면 고연령 사망률이 저연령 사망률보다 빠르게 감소하기 시작하는 것으로 알려져 있다. 따라서 출생 시 기대수명이 65세를 넘으면 사망률 감소가 인구 고령화를 촉진한다고 말할 수 있다. 1950년대 대부분 유럽 국가, 영어권 선진국, 일본이 이 수

준에 이르렀다. 그러나 고령화에 직접 영향을 미치는 주원인은 출산율 저하이다.

이주는 소규모 국가 또는 지역의 연령 구성에 상당한 영향을 미칠 수 있다. 생산가능인구는 고령인구보다 이동 가능성이 높기 때문에 대규모 이주는 인구 고령화를 촉진할 수 있다. 생산가능인구의 강제이주 또한 제2차 세계대전 당시 채널 제도(Channel Islands)의 사례처럼 심각한 영향을 미칠 수 있다.

1. 유럽의 인구 고령화

〈표 15-1〉은 United Nations Population Division(2019)의 자료를 근거로 가장 고령화된 5개국의 65세 이상 고령인구 비율을 조사한 결과이다. 북유럽과 서유럽 국가는 1차 세계대전과 2차 세계대전 사이 출산율 감소로 인해 20세기 후반 인구 고령화를 가장 먼저 경험했다. 제2차 세계대전 중 젊은 남성 인구 감소와 전후 고령층의 사망률 개선과 같은 사망률 변화 또한 이들 국가의 인구 고령화를 촉진했을 것으로 추정된다.

영국 해협에 있는 채널 제도는 1950~1965년 고령인구 비율이 최고치를 기록했다. 이는 채널 제도가 1940년 6월~1944년 6월까지 독일군의 점령을 받았으며, 독일군이 제도를 점령하기 전 어린아이들은 영국 본토로 대피하기 위해, 청년들은 연합군에 합류하기 위해 섬을 떠났기 때문이다. 또한 점령 기간 중 많은 노동가능인구가 제도에서 추방당하기도 했다. 이로 인해 채널 제도는 1970년대 역외금융정책으로 경제 호황을 맞기 전까지 고령화가 이어졌다.

1970~1995년에는 오스트리아와 독일을 포함한 독일어권 국가와 스웨덴과 노르웨이를 포함한 스칸디나비아 국가의 고령인구 구성이 가장

높게 나타났다. 독일어권 국가에서는 다른 서유럽 국가만큼 전후 베이비붐이 크게 일지 않았다. 특히 오스트리아는 출산율이 느리게 회복되어 1950~1955년 합계출산율(TFR)이 2.10에 머물렀다. 오스트리아와 독일은 스칸디나비아 국가보다 2차 세계대전 중에 청년인구의 손실이 컸다. 이러한 요인들로 인해 오스트리아는 1970년 세계에서 가장 고령화된 국가가 되었다.

1975~1995년 가장 고령화된 국가는 스웨덴이었다. 1960년대 스웨덴의 합계출산율은 독일, 이탈리아보다 낮았다([그림 15-1] 참조). 실제로 1950년대와 1960년대 스웨덴의 출산율은 라트비아, 에스토니아, 헝가리, 룩셈부르크를 제외한 유럽 대부분 국가보다 낮았고, 1965~1975년 기대수명은 세계에서 가장 높았다([그림 15-2] 참조). 이처럼 출산율과 사망률이 모두 낮아지면서 1990년 스웨덴의 고령인구 비율은 17.8%로 증가했다. 그러나 1980년대에 출산율이 회복되면서 청년 인구가 빠르게 증가하고 고령인구 비율이 낮아진 결과, 2005년 6위, 2015년 8위로 순위가 하락했다.

〈표 15-1〉 주요 고령 국가의 65세 이상 고령인구 비율: 1950~2100년

(단위: %)

순위 / 연도	1	2	3	4	5
1950	Channel Islands (12.2)	France (11.4)	Belgium (11.0)	Ireland (11.0)	United Kingdom (10.8)
1955	Channel Islands (12.7)	France (11.6)	Belgium (11.4)	Austria (11.4)	United Kingdom (11.3)
1960	Channel Islands (13.2)	Austria (12.2)	Belgium (11.9)	United Kingdom (11.8)	Sweden (11.8)
1965	Channel Islands (13.6)	Austria (13.1)	Sweden (12.7)	Belgium (12.6)	Germany (12.5)
1970	Austria (14.0)	Channel Islands (13.9)	Sweden (13.7)	Germany (13.6)	Belgium (13.4)
1975	Sweden (15.1)	Germany (14.9)	Austria (14.7)	Channel Islands (14.4)	United Kingdom (14.0)

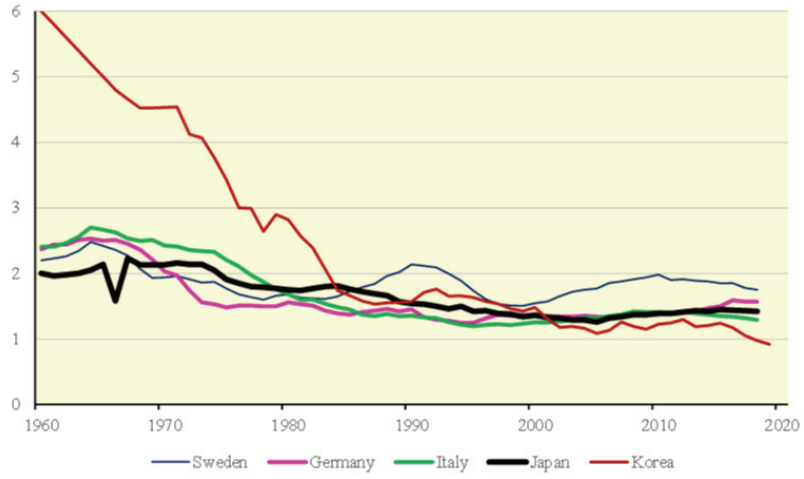
순위 / 연도	1	2	3	4	5
1980	Sweden (16.3)	Germany (15.7)	Austria (15.2)	Channel Islands (15.0)	United Kingdom (14.9)
1985	Sweden (17.3)	Norway (15.7)	United Kingdom (15.1)	Denmark (15.1)	Channel Islands (14.8)
1990	Sweden (17.8)	Norway (16.4)	United Kingdom (15.7)	Denmark (15.6)	Belgium (15.0)
1995	Sweden (17.5)	Italy (16.6)	Norway (16.0)	Belgium (15.9)	United Kingdom (15.9)
2000	Italy (18.3)	Sweden (17.3)	Japan (17.0)	Belgium (16.9)	Spain (16.7)
2005	Italy (19.7)	Japan (19.7)	Germany (18.9)	Greece (17.9)	Bulgaria (17.4)
2010	Japan (22.5)	Germany (20.6)	Italy (20.4)	Greece (19.2)	Portugal (18.7)
2015	Japan (26.0)	Italy (21.9)	Germany (21.2)	Greece (20.8)	Portugal (20.8)
2020	Japan (28.4)	Italy (23.3)	Portugal (22.8)	Finland (22.6)	Greece (22.3)
2025	Japan (29.6)	Martinique (25.1)	Italy (25.1)	Portugal (24.8)	Finland (24.4)
2030	Japan (30.9)	Martinique (29.2)	Italy (27.9)	Portugal (27.0)	Greece (26.5)
2035	Japan (32.5)	Martinique (32.3)	Italy (30.9)	Greece (29.3)	Portugal (29.2)
2040	Japan (35.2)	Martinique (33.9)	Italy (33.6)	Korea (32.9)	Greece (31.9)
2045	Japan (36.7)	Korea (35.8)	Italy (35.3)	Spain (35.1)	Greece (34.3)
2050	Korea (38.1)	Japan (37.7)	Spain (36.8)	Greece (36.2)	Italy (36.0)
2055	Korea (39.2)	Japan (38.3)	Spain (37.0)	Greece (36.7)	Italy (36.3)
2060	Korea (40.9)	Japan (38.3)	Taiwan (37.5)	Spain (36.5)	Greece (36.4)
2065	Korea (42.1)	Taiwan (38.3)	Japan (38.2)	Singapore (37.0)	Greece (36.2)
2070	Korea (41.9)	Puerto Rico (38.7)	Albania (38.6)	Japan (37.9)	Taiwan (37.9)
2075	Puerto Rico (43.5)	Korea (41.5)	Albania (39.6)	Japan (37.8)	Greece (36.9)
2080	Puerto Rico (45.5)	Korea (41.3)	Albania (40.9)	Virgin Isl (38.4)	Japan (37.9)
2085	Puerto Rico (43.8)	Albania (42.4)	Virgin Isl (40.5)	Korea (40.5)	Japan (37.8)
2090	Albania (43.9)	Puerto Rico (43.0)	Virgin Isl (42.6)	Korea (39.5)	Japan (37.5)
2095	Albania (45.1)	Virgin Isl (44.8)	Puerto Rico (42.6)	Korea (38.7)	Japan (37.3)
2100	Virgin Isl (47.8)	Albania (45.9)	Puerto Rico (42.4)	Korea (38.3)	Japan (37.3)

자료: United Nations Population Division. (2019). World Population Prospects 2019 자료를 인출하여 저자 작성. (https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/에서 2021.6.30. 인출)

독일은 가장 고령화된 국가에 오른 적은 없지만 2035년까지 80년 동안 상위 10위권을 유지할 것으로 전망된다. 앞에서 언급한 바와 같이 독일은 전후 베이비붐이 완만하게 일어났고, 1960년 합계출산율도 스웨덴보다 약간 높은 수준에 그쳤다. 1970년대와 1980년대 사망률은 상대적으로 높았지만 출산율은 세계에서 가장 낮은 수준을 유지했다. 사실 독일은 오랫동안 합계출산율이 인구대체수준 이하에 머물면서 "제2차 인구변천"이 가장 먼저 나타났다(Van de Kaa, 1987). 독일은 다른 유럽 국가들보다 낮은 출산율로 인해 1975년과 1980년 세계에서 두 번째로 고령인구 비율이 높은 국가에 올랐다. 그러나 제2차 세계대전으로 규모가 작아진 1916~2020년 출생코호트가 1985년 65세에 도달하자 고령인구 비율은 1980년 15.7%에서 1985년 14.6%로 크게 감소했다.

[그림 15-1] 스웨덴·독일·이탈리아·일본·한국의 합계출산율(1960~2020년)

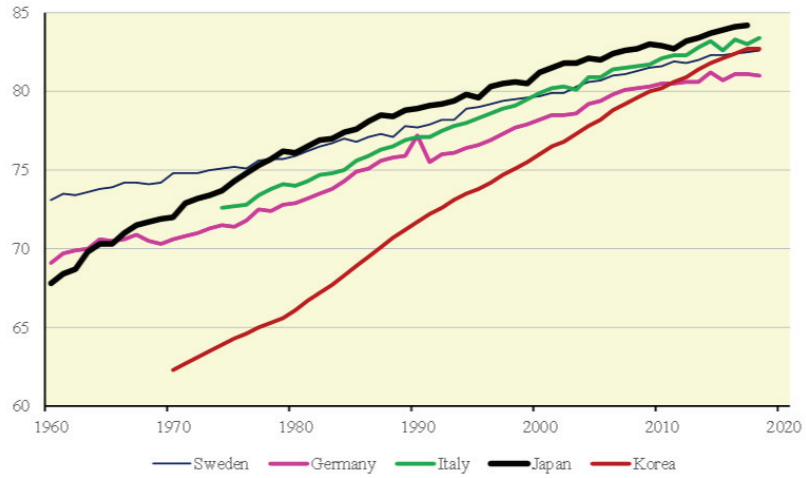
(단위: 가임 여성 1명당 명)



자료: OECD (2021b). OECD Family Database. SF2.1 Fertility rates. (https://www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021.6.30. 인출)

〔그림 15-2〕 스웨덴·독일·이탈리아·일본·한국의 출생 시 기대여명(1960~2020년)

(단위: 세)



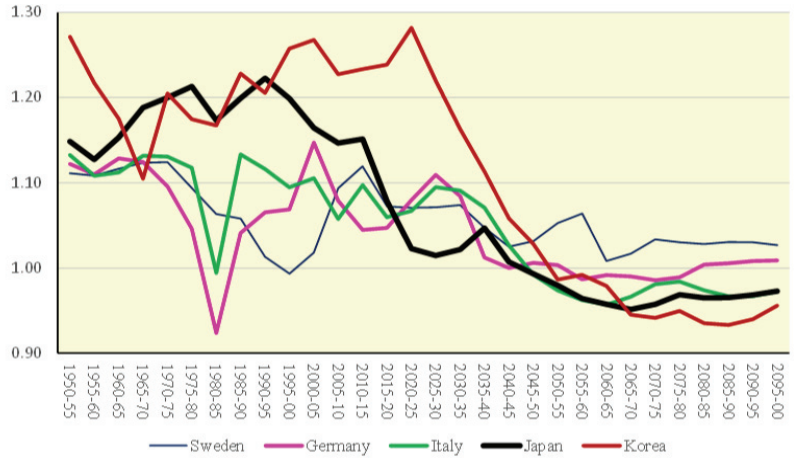
자료: OECD (2021a). OECD Family Database. CO1.2 Life expectancy at birth. (https://www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021.06.30. 인출)

이는 고령인구 비율 변화를 이해하기 위해 총인구 증가율에서 고령인구 증가율의 상대적 중요성을 이해해야 하는 필요성을 보여준다. y년도 65세 이상 고령인구(O[y])와 총인구(T[y])에서 이들 고령인구가 차지하는 비중을 나타내면, 5년간 증가율을 $R_o[y] = O[y+5]/O[y]$와 $R_T[y] = T[y+5]/T[y]$로 각각 표시할 수 있다. [그림 15-3]은 스웨덴, 독일, 이탈리아, 일본, 한국의 고령인구 증가율($R_o[y]$)을 보여준다. 고령인구 비율이 E[y]이면, 증가율은 두 증가율의 비율, 즉 $E[y+5]/E[y] = R_o[y]/R_T[y]$로 표시할 수 있다.

고령인구 증가율 Ro[y]는 새로 고령층에 진입하는 코호트 규모에 민감하게 반응한다. 독일에서 1980년대 고령층에 진입한 코호트는 소규모였지만, 1930년대 후반에 출생한 대규모 코호트가 2005년 65세에 도달하면서 2000~2005년 고령인구 비율이 급격히 증가했다([그림 15-3] 참

조). 이미 존재하는 코호트의 상대적 크기는 총인구 증가에 영향을 미치지 않기 때문에 이러한 종류의 고령인구 증가 변화는 항상 고령인구 비율에 직접 영향을 미친다. 이로 인해 2005년 독일은 세계에서 가장 고령화된 국가 상위 5개국에 재진입했다(〈표 15-1〉 참조).

[그림 15-3] 스웨덴·독일·이탈리아·일본·한국의 65세 이상 고령인구 증가율(1950~2100)



자료: United Nations Population Division. (2019). World Population Prospects 2019 자료를 인출하여 저자 작성. (https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/에서 2021.6.30. 인출)

이탈리아는 2000~2005년에 세계에서 가장 고령화된 국가에 올랐다. 1980년대 후반 유럽에서 합계출산율 1.3 이하를 의미하는 "초저출산" 개념(Kohler, Billari, & Ortega, 2002)이 처음 등장했을 당시, 이탈리아의 합계출산율은 독일보다 낮았다([그림 15-1]). 이탈리아는 이처럼 극도로 낮은 출산율로 인해 총인구 증가율은 답보 상태에 머물렀지만, 고령인구 비율은 2000년까지 독일보다 빠르게 증가했다([그림 15-3]). 그 결과 이탈리아 고령인구 비율은 1990년 14.9%에서 1995년 16.6%로 증가하

여 세계에서 두 번째로 고령화된 국가에 올랐다. 이탈리아는 2010년 일본에 추월당하기 전까지 세계 최고령국의 자리를 지켰다.

2. 동아시아의 인구 고령화

일본은 1차 세계대전과 2차 세계대전 사이에 출산율이 감소하지 않았고 20세기 전반기 대부분 유럽 국가들보다 높은 출산율을 유지했다. 2차 세계대전 사망자 수 또한 유럽처럼 심각하지 않았고, 특히 여성 인구 피해가 상대적으로 적었다. 결과적으로 일본은 유럽 국가보다 젊은 연령 구성을 갖게 되었다. 실제로 1950년 일본의 고령인구 비율은 4.9%로 스웨덴(10.2%), 독일(9.7%), 이탈리아(8.1%)보다 훨씬 낮았다. 일본에서 전후 베이비붐은 1947~1949년까지 3년간 이어졌고, 1957년 출산율은 2.04로 급감했다. 이러한 출산율 급변으로 인구 증가세는 둔화되었지만 고령인구는 유럽보다 높은 증가세를 유지했다([그림 15-3] 참조). 일본은 20세기 초 높은 출산율과 1980년대부터 이어진 세계 최장 기대수명([그림 15-2] 참조)으로 인해 고령인구가 크게 증가했다. 일본의 합계출산율은 2005년 1.26로 최저 수준을 기록했다. 이는 이탈리아(1995년 1.19)보다 약간 높지만 독일(1994년 1.24)에 가까운 수준이다. 이러한 인구학적 이점에도 초기의 큰 격차로 인해 일본이 유럽 국가를 추월하기까지 반세기 이상이 걸렸다.

United Nations Population Division(2019) 중위추계에 따르면, 현재 세계에서 가장 고령화된 국가는 일본이지만 2050년에는 한국이 이 자리를 차지할 것으로 전망된다(〈표 15-1〉 참조). 1980년대 초까지 한국은 일본보다 출산율이 훨씬 높고([그림 15-1] 참조), 연령 구성도 매우 젊었다. 실제로 1950년대 한국의 고령인구 비율은 2.9%로 201개 국가 및 지역 중 166위에 불과했다. 한국의 합계출산율은 1984~1989년 일본보

다 낮아졌으나 1990년대 들어 일본보다 약간 높은 수준으로 회복되었다. 그러나 2002년 합계출산율이 1.3 이하로 떨어지면서 '초저출산국'에 진입했다. 1990년대 초저출산율을 경험한 유럽 국가는 모두 최대 11년 만에 1.3 수준을 회복한 반면, 한국은 아직도 초저출산 상태에서 벗어나지 못하고 있다. 이로 인해 한국은 예측 가능한 미래에 세계에서 가장 고령화된 국가로 등극할 가능성이 높다(〈표 15-1〉 참조).

United Nations Population Division(2019) 중위추계에 따르면, 대만은 2065년 일본을 추월할 것으로 전망된다. 한국과 대만은 1970년대 이후 빠른 경제성장과 1980년대 후반 정치적 민주화까지 상당히 유사한 길을 걸어왔다. 인구학적으로 두 나라는 1980년대 초 출산율이 대체수준에 도달했고 2000년대 초저출산 수준까지 떨어졌으며, 2050~2060년에는 고령인구 비율이 일본을 추월할 것으로 예상된다. 중위추계는 2065년 대만, 한국, 일본의 합계출산율을 각각 1.58, 1.52, 1.60으로 추정했다. 결과적으로 대만은 한국만큼 심각하지는 않지만 일시적으로 일본보다 심각한 인구 고령화를 경험할 것으로 예상된다.

그러나 IPSS(2018), 한국 통계청(Statistics Korea, 2019), CEPD(2018) 같은 공식 기관은 United Nations Population Division(2019)보다 출산율을 낮게 전망했다. 이러한 공식 기관의 중위추계는 2065년 일본, 한국, 대만의 합계출산율을 각각 1.44, 1.27, 1.20로 예측했다. 여기서는 일본보다 한국과 대만이 차이가 크기 때문에 United Nations Population Division의 예측보다 빠르게 고령화가 진행된다고 볼 수 있다. 〈표 15-2〉는 United Nations Population Division 중위추계에서 예측한 3개국의 고령인구 비율이다. 이들 공식 기관의 예측을 비교하면 한국과 대만은 각각 2040~2045년과 2050~2055년에 일본보다 고령인구 비율이 높아질 것을 보인다. 최근 한국과 대만의 출산율이

극도로 낮아진 점을 고려하면 공식 기관의 전망보다 빠르게 최고령사회에 진입할 수도 있다. 2020년 한국과 대만의 합계출산율은 각각 0.84와 0.99를 기록했다.

〈표 15-2〉 한국·일본·대만의 65세 이상 고령인구 비율 전망

(단위: %)

연도	United Nations			Official Projections		
	Japan	Korea	Taiwan	Japan	Korea	Taiwan
2020	28.4	15.8	15.8	28.9	15.7	16.0
2025	29.6	20.2	19.6	30.0	20.3	19.9
2030	30.9	24.7	23.4	31.2	25.0	23.9
2035	32.5	29.0	26.5	32.8	29.5	27.3
2040	35.2	32.9	29.1	35.3	33.9	30.1
2045	36.7	35.8	32.4	36.8	37.0	33.7
2050	37.7	38.1	35.0	37.7	39.8	36.5
2055	38.3	39.2	36.2	38.0	41.4	38.0
2060	38.3	40.9	37.5	38.1	43.9	39.7
2065	38.2	42.1	38.3	38.4	46.1	41.2

주: 1) 중위값 사용.
2) 2055년 정확한 비율은 일본의 경우 38.01480%, 대만의 경우 38.01483%임.
자료: Suzuki, T. (2021). p.246, Table 10.1.에서 재인용.

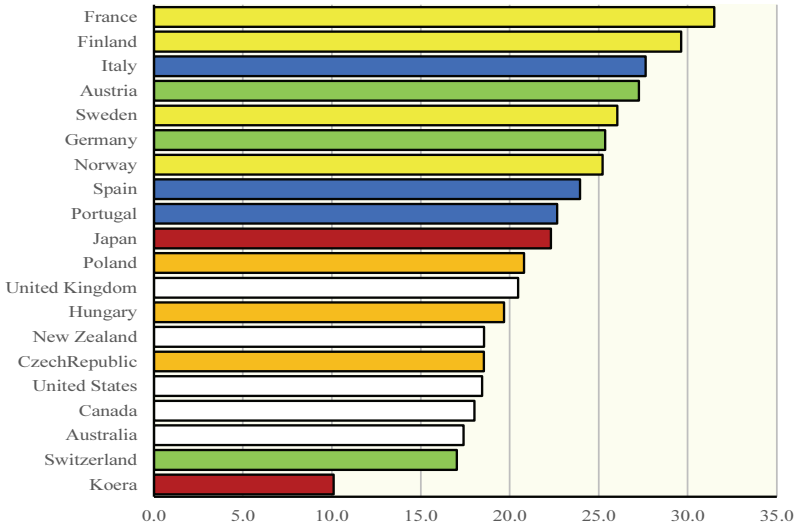
제3절 고령화 국가의 사회보장재정

이번 절에서는 20개 선진국의 공공사회보장지출을 비교하고 일본의 특징을 분석한다. 20개 선진국은 유럽 복지국가(프랑스, 스웨덴, 노르웨이, 핀란드), 영어권 국가(영국, 미국, 캐나다, 호주, 뉴질랜드), 독일어권 국가(독일, 오스트리아, 스위스), 남유럽(이탈리아, 스페인, 포르투갈), 동유럽(폴란드, 헝가리, 체코) 및 동아시아(한국, 일본) 6개 그룹으로 구성되어 있다.

데이터는 OECD 사회복지지출 데이터베이스에서 추출했다. 사회복지지출 데이터는 인구학 데이터보다 늦게 수집되었으므로 2017년의 공적지출을 비교하였다. 호주는 2016년 데이터를 사용했다. [그림 15-4]는 GDP 대비 총 공적이전을 비교한 것이다. 2017년 프랑스가 가장 많은 예산을 지출하고 핀란드가 뒤를 이었으며, 이탈리아, 오스트리아, 독일은 노르웨이보다 높은 지출 수준을 보였다. 일본은 남유럽 국가보다는 지출 수준이 낮지만 20개국 중 중간 순위를 유지했다. 미국은 법정 민간급여를 전제로 하는 환자보호 및 부담적정보험법(일명 '오바마케어')과 관련된 민간의료비를 합산하면 규모가 훨씬 커지겠지만 여기서는 편의상 공적지출만 비교하였다. 2017년 스위스와 한국의 공적이전은 신자유주의 영어권 국가보다 적었다.

[그림 15-4] 주요 국가의 GDP 대비 총 공적이전(2017년)

(단위: GDP 대비 %)

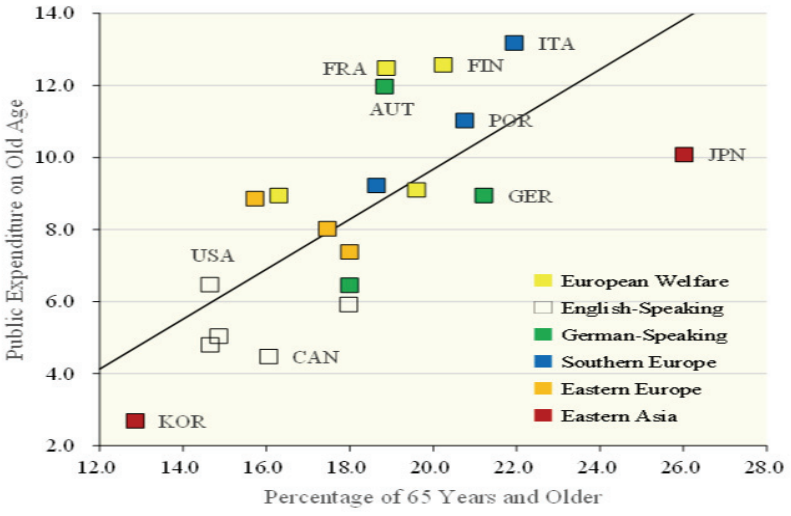


자료: OECD Social Expenditure Database (https://www.oecd.org/social/expenditure.htm에서 2021. 6. 30. 인출) 자료를 활용하여 저자가 직접 작성함.

[그림 15-5]는 인구 고령화 수준과 고령인구에 대한 공적지출 수준(예, 연금 또는 장기요양) 간 관계를 보여준다. 이후 그래프의 인구학 데이터는 고령인구 비율, 출생 시 기대수명, 합계출산율을 포함하여 United Nations Population Division(2019)에서 추출한 2015년 데이터이다. 피어슨 상관 계수(r) 0.71은 고령인구 비율과 고령인구에 대한 사회복지 지출 간 강한 상관관계를 시사한다. 일본은 세계에서 가장 고령화된 국가지만 이탈리아, 포르투갈, 핀란드 같은 다른 고령국가에 비해 공적이전 규모가 작다. 독일 또한 회귀분석을 통해 예측한 값보다 실제 지출 규모가 작았지만 일본만큼 인색하지는 않았다. 2017년 인구 고령화와 고령인구에 대한 한국의 지출 규모는 여전히 초기 단계였다.

[그림 15-5] 인구 고령화와 고령인구 지출

(단위: %, GDP 대비 %)



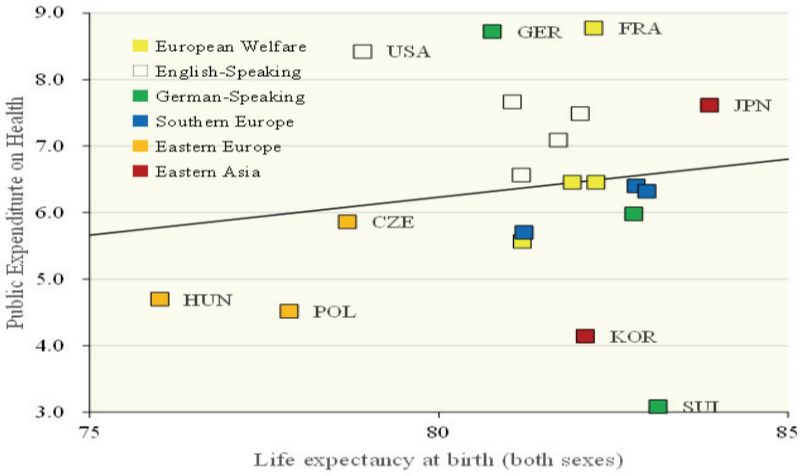
자료: United Nations Population Division. (2019). World Population Prospects 2019. (https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/에서 2021. 6. 30. 인출); OECD. (2021c). OECD Social Expenditure Database (https://www.oecd.org/social/expenditure.htm에서 2021. 6. 30. 인출) 자료를 활용하여 저자가 직접 작성함.

[그림 15-6]은 2015~2017년 출생 시 기대수명과 건강에 대한 공적이전 간 상관관계가 약화되었음을 보여준다(r = 0.15). 이는 의료비 지출이 사망률에 큰 영향을 미치지 못하거나 상대적으로 높은 사망률이 정부의 공중 보건 개선에 중요한 동기로 작용하지 못한다는 것을 의미한다.

일본은 회귀선 예상치보다 많은 비용을 지출했다. 특히 일본은 가용 병상이 많고 의료시설 체류 기간이 긴 것으로 나타났다(IPSS, 2014).

[그림 15-6] 기대수명 및 의료비 지출

(단위: 세, GDP 대비 %)



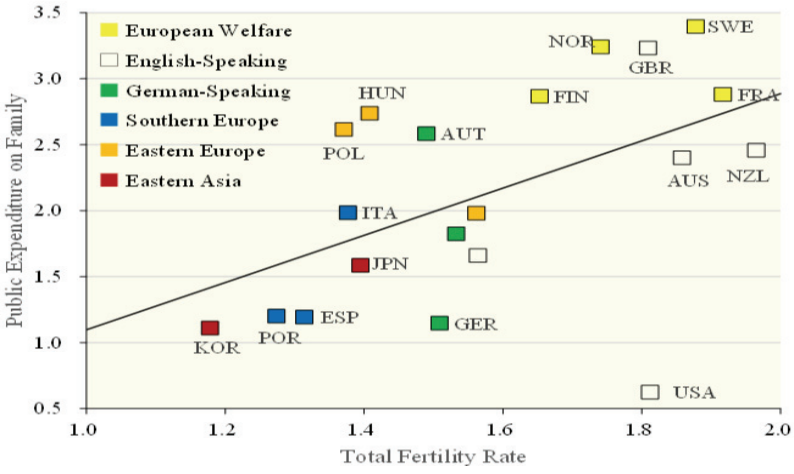
자료: United Nations Population Division. (2019). World Population Prospects 2019. (https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/에서 2021. 6. 30. 인출); OECD. (2021c). OECD Social Expenditure Database (https://www.oecd.org/social/expenditure.htm에서 2021. 6. 30. 인출) 자료를 활용하여 저자가 직접 작성함.

사망률과 의료비 지출보다 출산율과 가족에 대한 공적이전(r = 0.51)의 상관관계가 강하게 나타났다([그림 15-7] 참조). 미국은 가족에 대한 실질적인 정책 개입이 거의 없고 이상치여서 제외하였다. 영국의 지출 규모는 유럽의 복지국가와 유사했다. 이는 가족에 대해 영어권 국가의 접근 방식이 다양하다는 것을 의미한다.

일부 동유럽 국가는 과거 사회주의 시대의 관행이 남아서 지출 규모가 컸다. 가족정책은 20세기 초 프랑스에서 시작됐지만 소련과 동유럽 사회주의 국가는 2차 세계대전 이후 출산율 감소에 대처하기 위해 다양한 조치를 도입했다(Caldwell, Caldwell, & McDonald, 2002). 반면 일본, 독일, 이탈리아 등 추축국은 군부시대가 남긴 상흔으로 인해 출산장려 정책으로의 전환이 더뎠다. 일본 정부가 장려 정책을 본격적으로 도입하기로 결정한 것은 1990년이었고, 한국 정부는 1980년대까지 인구 폭발에 대한 우려로 출산장려 정책으로 전환하지 못하다가 2005년이 되어서야 저출산·고령화 대응 프로그램을 공식 발표했다. 그러나 10년이 넘는 정부의 노력에도 불구하고 이들 저출산 국가의 가족정책은 유럽 복지국가에 비해 크게 뒤처져 있다.

〔그림 15-7〕 출산율 및 가족 지출

(단위: 가임 여성 1명당 명, GDP 대비 %)

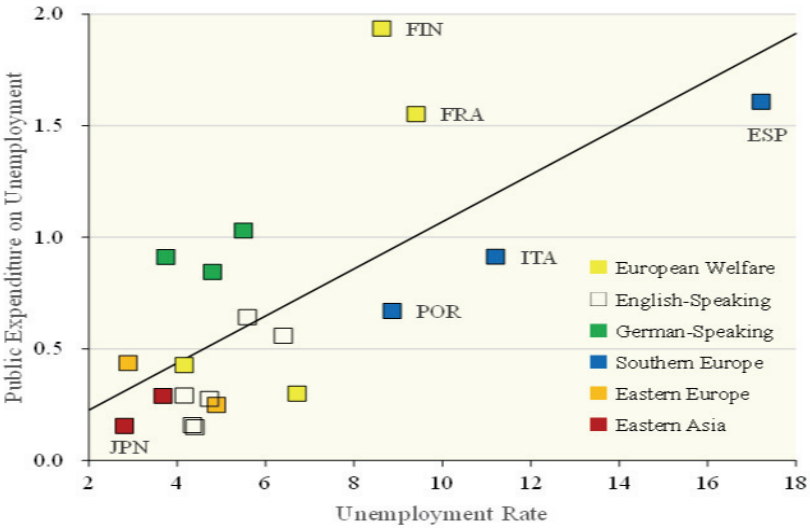


자료: United Nations Population Division. (2019). World Population Prospects 2019. (https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/에서 2021. 6. 30. 인출); OECD. (2021c). OECD Social Expenditure Database (https://www.oecd.org/social/expenditure.htm에서 2021. 6. 30. 인출) 자료를 활용하여 저자가 직접 작성함.

당연하지만, 실업률이 높으면 실업에 대한 공적지출 비중도 높다([그림 15-8] 참조). 2017년 프랑스, 핀란드 및 독일어권 국가는 회귀선 예상치보다 많이 지출한 반면, 남유럽 국가는 적게 지출했다. 실업률은 동유럽과 동아시아가 낮았다. 이는 이들 국가가 남유럽 국가들보다 저출산과 고령화 정책에 더욱 많은 자원을 할당할 수 있다는 것을 의미한다.

[그림 15-8] 실업률 및 지출

(단위: %, GDP 대비 %)



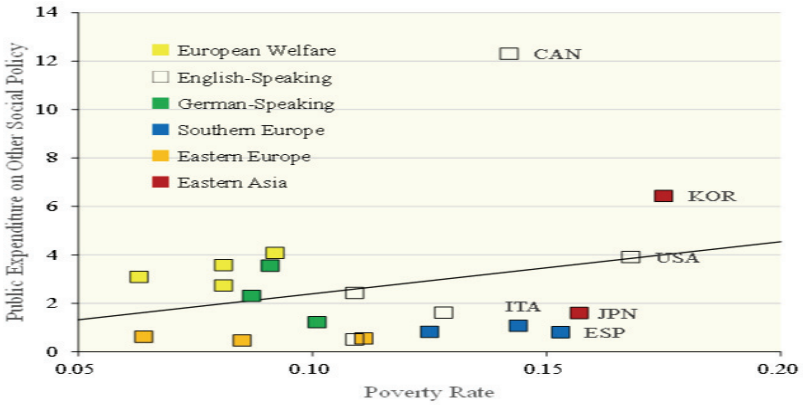
자료: OECD. (2021e). Unemployment rate. (https://data.oecd.org/unemp/unemployment-rate.htm에서 2021. 6. 30. 인출); OECD. (2021c). OECD Social Expenditure Database (https://www.oecd.org/social/expenditure.htm에서 2021. 6. 30. 인출) 자료를 활용하여 저자가 직접 작성함.

OECD 사회복지지출 데이터베이스(OECD Social Expenditure Database)에서 빈곤층에 대한 사회부조 비용은 "기타 사회정책 분야"에 포함되어 있어, 빈곤 완화를 위한 공적이전만 별도로 추출하기 어렵다. 따라서 [그림 15-9]와 같이 OECD 데이터베이스에서 빈곤율을 추출하고 2017년

"기타 사회정책영역"의 총비용과 비교했다(r = 0.27). 2017년 한국과 일본은 대부분 OECD 국가보다 빈곤율이 높았지만, 일본은 한국보다 빈곤 가구 부조 수준이 낮았다. 이 그래프에서 캐나다는 이상치로 분류됐다. 2017년 소득을 보장하기 위해 주정부 복지 프로그램을 통해 지급된 현금 급여가 캐나다의 "기타 사회정책영역" 비용의 75%를 차지했다.

[그림 15-9] 빈곤율 및 기타 지출

(단위: GDP 대비 %)



자료: OECD. (2021d). Poverty rate. (https://data.oecd.org/inequality/poverty-rate.htm에서 2021. 6. 30. 인출); OECD. (2021c). OECD Social Expenditure Database (https://www.oecd.org/social/expenditure.htm에서 2021. 6. 30. 인출) 자료를 활용하여 저자가 직접 작성함.

제4절 일본의 사회보장재정

이번 절에서는 2000년 이후 일본 사회보장제도의 재정 변화를 살펴본다. 일본은 1961년 보편적 공적연금을, 2000년 장기요양보험을 도입했다. 그러나 고령화의 압박으로 인해 공적 지출을 줄이기 위해 이후 다양

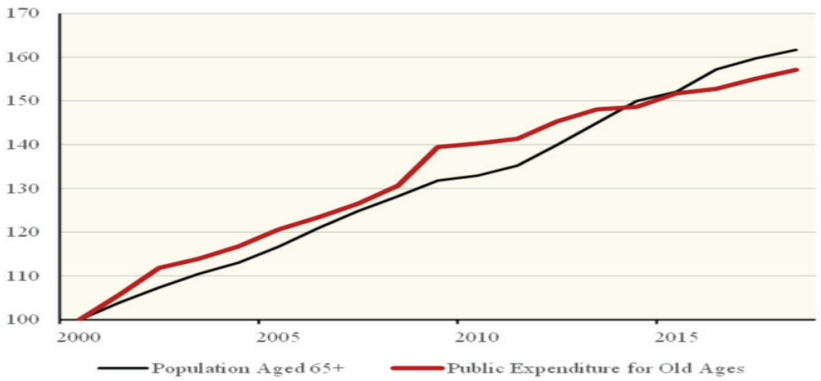
한 개혁이 이루어졌다. 1961년 도입된 보편적 건강보험 또한 급속한 고령화에 대처해야 한다. 앞에서 언급한 바와 같이 일본은 1990년대 출산 장려로 정책 방향을 전환했다. 그러나 합계출산율은 정부의 기대만큼 높아지지 않았다.

1. 고령자

일본의 연금제도는 1895년 육해군 참전용사를 대상으로 최초로 도입된 이래 다양한 공무원 분야로 확대되었다. 전쟁이 한창이던 1942년 민간부문 근로자를 위해 후생연금보험이 도입되었다. 그리고 1961년 국민연금 후생연금보험이 시행되면서 보편적 연금 시대가 열렸다. 현재 연금제도는 보험료, 정부보조금, 예비금으로 재원을 조달하고 있다. 정부는 1단계(기초연금) 급여의 50%와 1단계 및 2단계 행정 비용 전액을 부담한다(IPSS, 2014).

[그림 15-10]은 인구 고령화와 고령인구에 대한 공적지출 지표를 보여준다. 여기서는 2000년 값을 100으로 가정했다. 그래프의 시계열 데이터는 IPSS(2020)에서 추출했다. 2000년 장기요양보험이 도입되면서 고령인구에 대한 사회비용이 급증했다. 하지만 2004년 보험료 고정방식 도입, 급여지급과 기여금을 조정하기 위한 거시경제 슬라이드, 65세 이상으로 수급 연령 상향 조정 등 다양한 조치를 도입한 대대적인 연금 개혁으로 증가세가 둔화되었다. 정부는 이러한 변화를 점진적으로 적용하여 고령인구 증가율보다 연금의 공적이전 증가율을 낮게 유지했다. 그 결과 다른 OECD 고령 국가보다 고령인구에 대한 공적 지출이 낮은 편이다([그림 15-5] 참조).

[그림 15-10] 인구 고령화 및 고령인구 지출(2000년=100)



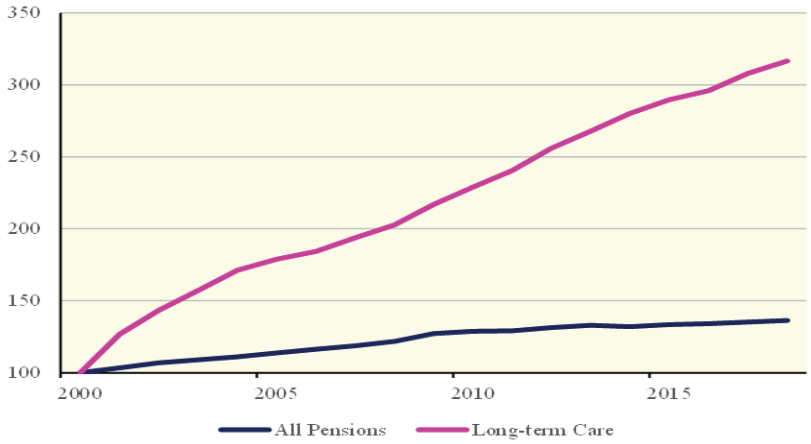
자료: United Nations Population Division. (2019). World Population Prospects 2019. (https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/에서 2021. 6. 30. 인출); IPSS. (2020). Financial Statistics of Social Security in Japan 2018. (https://www.ipss.go.jp/ss-cost/e/fsss-18/fsss-18.asp에서 2021.5.30. 인출) 자료를 활용하여 저자가 분석하였음.

최근 고령인구에 대한 일본 공적지출은 퇴직연금의 현금급여와 장기요양 서비스 비용이 대부분을 차지하고 있다. 2018 회계연도 퇴직연금과 장기요양 서비스는 각각 80.4%와 18.2%를 차지했다(IPSS, 2020). [그림 15-11]은 연금 급여 및 장기요양 서비스 비용 증가세를 보여준다. 퇴직연금에 대한 장기시계열을 수집하기 어렵기 때문에 유족연금과 장애연금을 포함한 모든 연금을 대상으로 연금 급여 지표를 산출했다. 그러나 퇴직연금이 이러한 경향을 주도한다고 가정했다. 2018 회계연도에서 퇴직연금은 전체 연금 급여의 84.5%를 차지했다. 연금 비용 증가세는 2010년대 초에 둔화되었다. Takezawa(2016)는 지속적인 디플레이션으로 인한 가격 하락과 2004년 시행된 수급 연령 상향 조정 덕분에 2010~2011년 증가율이 특히 낮았다고 분석했다.

일본에 거주하는 40세 이상 성인은 1997년 통과되고 2000년 4월부터 시행된 장기요양보험법에 따라 보험료를 지불해야 한다. 장기요양 서비

스 비용은 보험료, 공적지출 및 사용자 본인부담금으로 자금을 조달한다. 예방 서비스 또는 돌봄 서비스를 제공받기 위해서는 “지원 수준” 또는 “돌봄 수준” 인증을 받아야 한다(IPSS, 2014). [그림 15-11]의 지수에는 전 연령에 대한 공적지출이 포함되어 있지만, 고령인구를 위한 서비스가 이러한 동향을 주도한다고 가정하는 것이 적절하다. 제도 설립 초기에 비용이 급격히 증가하고 2005년 이후 증가세는 다수 둔화되었으나 여전히 연금보다 높다.

[그림 15-11] 모든 연금 및 장기요양 비용 증가(2000년=100)



자료: IPSS. (2020). Financial Statistics of Social Security in Japan 2018. (https://www.ipss.go.jp/ss-cost/e/fsss-18/fsss-18.asp에서 2021.5.30. 인출) 자료를 활용하여 저자가 분석하였음.

2. 보건의료

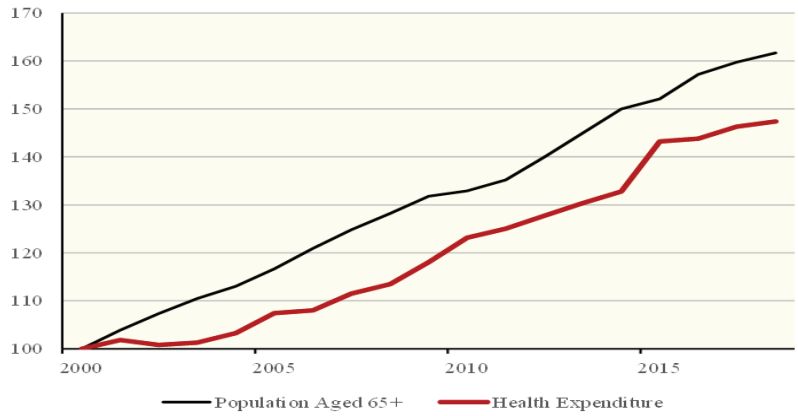
일본은 1961년 보편적 연금과 함께 보편적 건강보험을 실현했다. 일본의 의료서비스는 직업 기반, 지자체 기반 및 75세 이상 고령자를 위한 말기 의료제도 등 세 가지 공적 의무 건강보험 제도를 통해 자금을 조달한

다. 의료 비용은 보험료, 세수 및 본인부담금을 통해 자금을 조달한다. 저소득층, 영유아, 고령자를 제외한 일반인은 본인부담금이 전체 의료비의 30%를 차지한다. 말기 의료제도는 2008년에 설립되었다. 다른 보험에 가입한 경우 75세가 되면 말기 의료제도로 이전된다. 고령자는 연금을 공제하여 보험료를 납부한다. 보험에 가입한 고령자의 경우, 전체 의료비의 10%는 본인이, 50%는 중앙 및 지방 정부가, 40%는 다른 보험 프로그램의 보험회사가 부담한다(IPSS, 2014).

일본은 1983년까지 노인의료비 무료화 정책을 시행했다. 그 결과 노인들의 불필요한 '사회적 입원'과 와상환자 문제가 심각해졌다. 장기요양시설과 서비스가 부족하고 고가였기 때문에 더 이상 의료서비스가 필요하지 않는 데도 입원하는 노인들이 많았다. 이후 노인보건법을 통해 일정액의 본인부담금을 부과했지만 여전히 요양 서비스보다 저렴하여 문제가 해결되지 않았다. 2000년에 시행된 장기요양보험의 주요 목표 중 하나는 사회적 입원을 줄이는 것이었다.

[그림 15-12]는 고령인구 증가세와 공적 의료비지출 증가세를 비교한 것이다. 2000년대 초반 장기요양 서비스 비용은 급증했지만([그림 15-11] 참조), 의료비는 증가하지 않았다. 2001~2002년에는 환자 본인부담금 10% 부과 전면 시행과 의료비 인하로 인해 오히려 감소했다(Takezawa, 2016). 2005년 이후부터는 인구 고령화와 함께 사회적 의료비용이 증가했고, 2014~2015년에는 통계 정의 변경으로 의료비가 증가했다. 2015년부터는 100% 지방세로 충당되는 지방정부지출이 포함되었다. 2016년 의료서비스에 대한 국정세율이 개정되면서 공적지출이 2002년과 같이 감소하지는 않았지만 증가세는 멈추었다.

〔그림 15-12〕 인구 고령화 및 의료비 지출(2000년=100)



자료: United Nations Population Division. (2019). World Population Prospects 2019. (https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/에서 2021. 6. 30. 인출), IPSS. (2020). Financial Statistics of Social Security in Japan 2018. (https://www.ipss.go.jp/ss-cost/e/fsss-18/fsss-18.asp에서 2021.5.30. 인출) 자료를 활용하여 저자가 분석하였음.

3. 가족정책

모든 가족정책이 출산에 초점을 맞추고 있는 것은 아니지만 출산장려책은 가족정책의 상당 부분을 차지하고 있다. 2017 회계연도 기준, 가족정책 지출 중 유아교육비가 43.3%, 아동수당이 24.7%, 육아휴직비가 8.3%를 차지했고, 사회복지에 대한 현금급여(7.6%)와 가사도우미 및 숙박에 대한 현물급여(7.7%)가 차지하는 비중은 상대적으로 낮게 나타났다(IPSS, 2020).

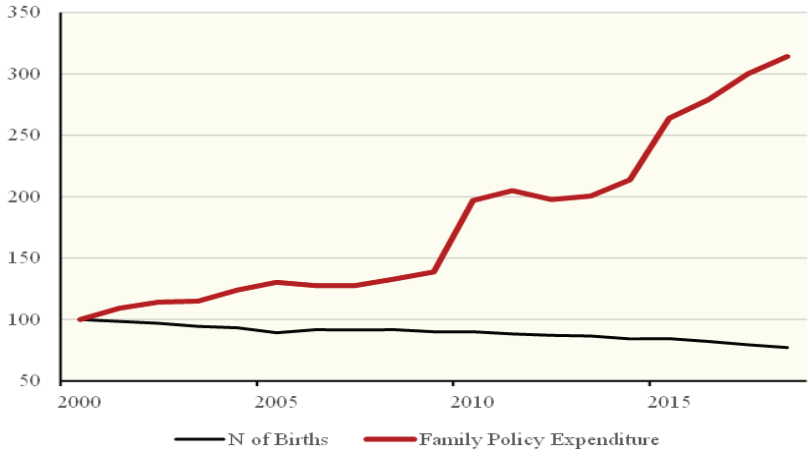
1990년 일본은 전년도 합계출산율이 1.57이라는 사상 최저치를 기록하자 출산장려로 정책 방향을 전환했다. 일본 정부는 저출산 대책을 마련하기 위해 부처 간 위원회를 발족했다. 1992년 육아휴직법을 제정하고, 1994년 엔젤플랜(Angel Plan)을 공표했다. 1994년에는 육아휴직 기간

중 소득을 지원하고 사회보장보험료를 면제하기 위해 육아휴직법을 개정했고, 1997년에는 워킹맘에게 양질의 보육 서비스를 제공하기 위해 아동복지법을 대대적으로 개편했다.

[그림 15-13]은 출생아 수 감소와 가족정책에 대한 공적지출 변화를 보여준다. 결과만 보면 가족정책 비용은 급증했지만 출생아 수 감소를 막는 데는 실패했다. 2009년 자민당(LPD)과 신공명당(NKP)으로 구성된 연립정부가 물러나고 민주당(DPJ)으로 정권이 교체되면서 2009~2010년 비용이 급증했다. 민주당은 자산조사 방식을 폐지하고 아동수당을 10,000엔에서 26,000엔으로 인상하는 방안을 선거 공약으로 내걸었다. 그러나 이러한 인상은 예산 문제로 불가능한 것으로 드러났다. 실제로 2010년 3월 통과된 법안에서는 연령 제한이 높아지고 자산조사가 폐지됐지만 아동수당은 13,000엔으로 인상되는 데 그쳤다. 결국 2011년 민주당은 공약을 포기하고 이전 방식으로 돌아가기로 결정했다. 이러한 공약 폐기로 정부 육아 정책에 대한 국민의 신뢰가 떨어졌을 것으로 예상된다(Suzuki, 2013).

앞에서 설명했듯이 2015 회계연도부터 지방정부 지출이 가족정책 지출 산정에 추가되면서 2014~2015년 지출 규모가 증가했다. 2015년부터 유아교육과 보육이 가족정책 지출을 주도했다. 실제로 2015년 전체 가족정책 지출에서 교육과 보육이 차지하는 비중은 39.2%에서 2018년 43.6%로 증가한 반면, 가족수당 비용은 37.3%에서 30.2%로 감소했다. 정부는 2006년부터 '어린이 정원(children's gardens)'을 통해 아동 보육과 교육 서비스를 통합하고 보육 서비스를 확대하여 '대기자 0명' 목표를 달성하기 위해 노력해왔다. 그리고 소비세율 인상으로 증가한 세수를 사용하여 2015년 4월 '유아교육 및 보육 신지원 계획'을 출범했다.

〔그림 15-13〕 출생아 수 및 가족정책지출(2000년=100)



자료: United Nations Population Division. (2019). World Population Prospects 2019. (https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/에서 2021. 6. 30. 인출), IPSS. (2020). Financial Statistics of Social Security in Japan 2018. (https://www.ipss.go.jp/ss-cost/e/fsss-18/fsss-18.asp에서 2021.5.30. 인출) 자료를 활용하여 저자가 분석하였음.

제5절 소결

일본은 2010년경 세계에서 가장 고령화된 국가가 되었다. 상대적으로 낮은 출산율과 최장 기대수명으로 빠르게 인구 고령화가 이루어졌지만 1950년 형성된 젊은 연령 구성으로 인해 이탈리아를 제치고 최고령국이 되기까지는 시간이 걸렸다. 여러 정부 통계 기관의 예측 자료를 비교한 결과, 일본은 2040~2045년 한국이 추월하기 전까지 20년가량 최고령국의 자리를 유지할 것으로 보인다.

일본은 퇴직연금, 장기요양 등 고령인구에 대한 지출 수요는 매우 높지만, 실제 GDP 대비 지출 비중은 이탈리아, 프랑스, 핀란드 같은 다른 고령국가보다 낮다. 장기요양에 대한 사회적 비용은 급증했지만, 급여 축

소, 수급연령 상향 조정 등 다양한 연금 개혁으로 고령인구에 대한 사회적 지출 증가세는 둔화되었다.

2017년 기대수명과 건강에 대한 사회적 지출 간 상관관계가 약화되었다. 일본은 2000년부터 공적의료비 지출보다 고령인구가 빠르게 증가해 왔다. 불필요한 사회적 입원을 방지하기 위해 장기요양보험을 도입하고, 의료비 급증을 막기 위해 의료비에 대한 국정세율을 조정한 결과 의료비 증가세가 둔화되었기 때문으로 추정된다.

일본은 유럽 복지국가, 동유럽 국가, 미국을 제외한 영어권 국가보다 가족정책 지출이 적다. 아동수당 확대와 소비세율 인상으로 가족정책에 대한 공적 지출이 급증했지만, 이들 국가와 동일한 수준을 유지하기는 어려워 보인다. 또한 가족정책에 공적 자금을 거의 지출하지 않는 미국의 높은 출산율과 일본보다 지출 규모가 큰 동유럽 국가들의 낮은 출산율은 가족정책 지출이 출산율 변동에 큰 영향을 미치지 못함을 시사한다. 오히려 가족의 유대감 약화(Reher, 1998) 또는 가족 부문의 성평등과 비가족 부문의 성평등 간 격차(McDonald, 2000) 같은 역사적, 문화적 패턴도 출산율에 영향을 미칠 수 있다. 하지만 이러한 근본적 사회구조는 쉽게 바뀌지 않기 때문에 United Nations Population Division(2019) 또는 기타 통계기관에서 예측한 것보다 일본과 동아시아 선진국의 저출산 현상이 오래 지속될 수 있다.

제 16 장 대만의 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 정책

제1절 대만의 인구 변화 및 대응 정책 개요

지난 70년 동안 대만 사회는 출산율이 급격히 감소하고 빠르게 고령화되었다(〈표 16-1〉 참고). 이번 장에서는 이러한 변화의 배경과 증거를 소개하고 대만의 고유한 문화, 사회경제적 발전 및 인구구조에 내재된 특징으로 야기된 변화를 살펴본다. 또한 이러한 변화에 따른 정책 변화에 관해 논의한다.

1. 출생률 및 사망률

기본적인 인구 변화는 연간 출생률과 사망률로 설명할 수 있다. 내무부(MOI, Ministry of Interior) 보고서에 따르면(〈표 16-1〉 참조), 대만의 경우 조출생률(CBR, crude birth rate)은 1951년 49‰에서 2020년에 7‰로 급감했고, 조사망률(CDR, crude death rate)은 1951년 11.6‰에서 1970년대 5‰ 미만으로 감소했다가 1980년대 중반부터는 고령화로 인해 완만한 증가세를 유지했다. 2020년에는 조사망률이 7.34‰로 조출생률을 앞선 것으로 나타났다. 일반적으로 이러한 조출생률과 조사망률의 차이를 자연증가율(NGR, natural growth rate)이라 한다. 대만의 자연증가율은 1965년까지 30‰ 이상이었으나(고성장기) 1994년부터 10‰ 미만(저성장기)으로 하락해 불과 30년 만에 인구 전환이 완전히 마무리되고 저성장 국면에 들어선 것으로 보인다(MOI, 2021a).

높은 자연증가율 덕분에 대만 인구는 크게 증가했고, 이는 당시 대만이 추진했던 4개년 경제개발 사업에 불안 요소로 작용했다. 이에 정부는 1964년에 여성과 아동 건강을 위한 가족계획사업을 도입했다. 1969년에는 국민가족계획을 시행하기 위해 인구정책지침을 공식 공포했다. 그러나 가족계획사업은 1960년대 이미 가시화되기 시작한 출산율과 사망률 감소, 사회경제적 변화를 촉진하는 데 중요한 역할을 했다. 대만은 1920년대부터 사망률이 감소했지만 가족계획을 통한 피임 보급으로 출산율이 감소하면서 자연증가율이 꾸준히 감소했다(Barclay, 1954). 결국 2020년 자연증가율이 마이너스 성장으로 전환됐고, 대만 인구는 1월 2,360만 명으로 정점에 도달한 후 감소하기 시작했다(MOI, 2021b).

〈표 16-1〉 1951~2020년 대만의 기본 인구 특성

대만의 인구 특성	1951	1961	1971	1981	1991	2001	2011	2020
총인구(백만 명)	7.87	11.15	15.07	18.19	20.61	22.41	23.22	23.56
CBR (‰)	49.97	38.32	25.67	22.96	15.7	11.65	8.48	7.01
CDR (‰)	11.57	6.74	4.79	4.84	5.18	5.71	6.59	7.34
NIR (‰)	38.4	31.58	20.88	18.12	10.52	5.94	1.88	-0.34
TFR(여성 1명당)	7.04	5.585	3.705	2.455	1.72	1.4	1.065	0.99
조혼인율(‰)	9.55	7.68	7.2	9.6	8.1	7.63	7.13	5.11
조이혼율(‰)	0.50	0.40	0.36	0.83	1.38	2.53	2.46	2.19
평균 초혼연령(남성)	n.a.	n.a.	28.2	27.6	29.1	30.8	31.8	32.3
평균 초혼연령(여성)	n.a.	n.a.	22.1	24	26	26.4	29.4	30.3
평균 초산연령(모)	n.a.	n.a.	n.a.	23.7	25.5	26.7	29.9	31.1
65세 이상 인구 비율(%)	n.a.	2.5	3	4.4	6.5	8.8	10.9	16.1
부양비(%)	n.a.	92	71.7	56.4	49	42.1	35	40.2
출생 시 기대수명(남성)	53.4	62.3	67.19	69.74	71.83	74.07	75.96	78.1
출생 시 기대수명(여성)	56.3	66.4	72.08	74.64	77.14	79.92	82.63	84.7

자료: 1) MOI. (2021a). Yearly Population Statistics, Table y2s1, y3s1, y2sa, y4s1, y5s1, y2s4.
2) NDC (2020). 2020-2070 Population Projections of the R.O.C.(Taiwan), Table 17-1.

2. 출생률 변화

대만의 인구학적 특징은 합계출산율(TFR) 감소에서도 나타난다. 1951년 합계출산율은 여성당 7.0으로 당시 세계 최고 수준이었으나 1984년 2.1(대체 수준)로 급감했다([그림 16-1] 참조). 단, 제2차 세계대전 이후 태어난 베이비 붐 세대가 출산연령에 진입한 1976~1982년 출산율이 일시적으로 증가했+ .[58] 합계출산율은 1985~1997년 약 1.8을 유지하다가 이후 다시 감소하기 시작했다. 2003년에는 1.23으로 '최저출산율'을 기록했고(Kohler, Billari, & Ortega, 2002), 2010년에는 0.9로 세계 최저 수준으로 하락했다. 그리고 2000년과 2010년대 초 두 차례 회복세를 보였다.

첫 번째 회복세를 보였던 2000년은 용의 해를 맞아 1998년 대비 출생아 수가 34,000명 증가했다(12% 증가). 두 번째가 회복세를 보였던 2010년과 2012년에도 상황은 유사했으며 오히려 출산아 수가 63,000명 증가해(37.7% 증가), 1998~2000년보다 증가폭이 컸다. 대만은 음력 달력에 따라 용의 해에 출산을 선호하고 호랑이 해에는 출산을 피하는 경향이 있다. 이는 용이 기품을, 호랑이는 공격적 성품을 상징하기 때문이다.[59]

2010년 글로벌 금융위기의 영향과 호랑이 해의 문화적 영향으로 인해 합계출산율이 사상 최저치인 0.9를 기록했다([그림 16-1] 참조). 그러나 2011년 대만 건국 100주년, 2012년 용의 해, 경제 회복, 2010년 정부의 출산장려정책 시행 등에 힘입어 이후 5년에 걸쳐 합계출산율과 출생아

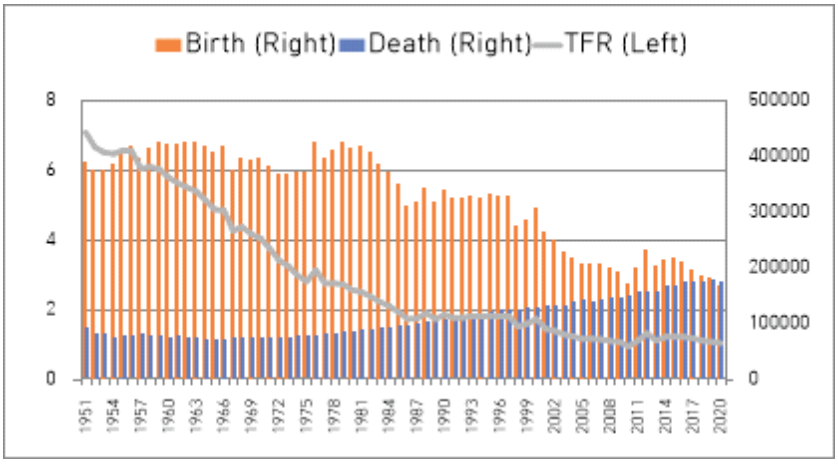
58) 대만에서 2차 세계대전 이후 베이비 붐 세대는 1951~1966년 태어난 세대를 가리키며 연평균 40만 명이 출생했다.

59) 십이지는 쥐(2008), 소(2009), 호랑이(2010), 토끼(2011), 용(2012), 뱀(2013), 말(2014), 양(2015), 원숭이(2016), 수탉(2017), 개(2018), 돼지(2019), 쥐(2020), 소(2021)로 구성되어 있다. 불교 전설에 따르면 부처는 12년 주기로 각 동물에서 1년을 부여하고, 각 해에 태어난 아이들은 어떤 식으로든 그해에 해당하는 동물의 특성을 갖도록 했다. 괄호 안의 연도는 가장 최근 주기 연도를 나타낸다. 다음 호랑이 해와 용의 해는 각각 2022년과 2024년이다.

수가 모두 서서히 회복되었다(Hsueh, 2016). 하지만 합계출산율은 2015년부터 다시 감소했다. 특히 2020년 합계출산율은 0.99로, 출생아 수가 165,000명에 그친 사상 최저치를 기록했다. 이는 1980년대 코호트 출산의 절반, 2차 세계대전 이후 베이비 붐 세대의 40%에 불과하다.

〔그림 16-1〕 TFR 및 출생아 및 사망자 수: 1951~2020년

(단위: 명, 가임 여성 1명당 명)



자료: NDC. (2020). 2020~2070 Population Projections of the R.O.C.(Taiwan), pp.49-50, Table 17~1.

3. 연령대별 출산력 차이

1950년대 높은 출산율에는 부모 세대가 어린 시절에 겪은 높은 사망률이 반영되어 있다. 전후 대만은 위생과 의학기술의 발전으로 전염병이 줄고 사망률, 특히 영아 사망률이 꾸준히 감소했다(Wu & Chiang, 2011). 따라서 조기 사망을 보충하는 추가 출산이 필요하지 않았다. 1950~1970년대에는 여성들이 가임기를 일찍 마치고 불필요한 출산을 줄이면서 출산율이 크게 감소했다. 다양한 가임기 여성의 출산율을 살펴보면, 30세

미만 여성 연령별 출산율은 시간이 지나면서 점차 감소한 반면, 30세 이상은 1950~1970년대 크게 감소했다가 1980년대부터 증가세로 바뀌었다(〈표 16-2〉 참조). 1991년부터 연령대가 높은 여성의 출산율은 점차 증가하는 반면, 젊은 여성의 출산율은 꾸준히 감소하고 있다. 그 결과 지난 20년 동안 여성의 주요 가임기가 25~29세에서 30~34세로 증가했다.

대만에서 1950~1980년대의 인구전환은 공교육 확대와 산업화를 불러왔다. 대만 남성과 여성의 경제활동참가율은 1970~1980년대 각각 약 80%와 40%로 증가한 후, 남성은 감소세로 돌아섰지만 여성은 여전히 증가세를 유지하고 있다. 2020년 남성과 여성의 경제활동참가율은 각각 67%와 51%를 기록했다(DGBAS, 2021a). 교육 및 노동 기회가 많아짐에 따라 여성들의 선택권이 확대되면서 다른 인생의 목표를 찾아 출산을 연기하는 여성도 늘어났다. 특히 평균 교육수준이 남성보다 높은 25~34세 여성층에서 이러한 현상이 두드러졌고(MOI, 2021d) 최근 몇 년간 경제활동참가율은 89%로 증가했다(Ministry of Labor, 2021).

1950년대 이후 대만의 출산율 감소 이면에는 출산량 효과와 지연 효과가 숨어 있다(Bongaarts & Feeney, 1998). 특히 1990년대 이전까지는 주로 출산 연기로 인한 '지연 효과'가 두드러졌고(Liu & Wang, 2005), 이로 인해 기간 합계출산율로 측정하는 출산율이 과도하고 감소 추정됐을 수 있다. 그러나 2020년 대만 여성의 평균 초산연령이 31.1세를 기록해(MOI, 2021a), 남은 출산 가능 기간이 줄어듦에 따라, 조만간 출산 지연 효과가 사라질 수 있다. 또한 코호트 전반에 걸쳐 완결 출산율(CFR, cohort fertility rate)이 감소했다. 예를 들어, 1925~1930년 및 1965~ 1970년 코호트의 CFR은 각각 5.75명 및 1.75명이었다(MOI, 2021c[60]). 즉, 출산율 감소가 출산 총량의 감소와 근접하고 있으며, 결국 같아질 것이다.

60) 저자가 MOI. (2020c). Table y02-04의 연령별 출산율을 토대로 CFR을 계산하였음.

〈표 16-2〉 여성의 일반 출산율 및 연령별 출산율(단위: 천 명당)

	15-44세 여성의 연령별 출산율						일반 출산율
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	15-49
1961	45	248	342	245	156	71	177
1971	36	224	277	134	51	16	112
1981	31	176	197	69	14	3	89
1991	17	92	149	68	16	2	58
2001	13	62	106	75	21	3	41
2011	4	23	66	81	34	5	32
2020	4	19	48	74	43	9	28

자료: MOI. (2021c). Statistical Year Book, Table y02-04.

4. 가족의 가치 변화

1960년대부터 동거와 혼외출산이 상당히 만연해진 서구 사회와 달리 대만은 1980년대까지 문화적인 유대로서 결혼이라는 제도 내에서 출산이 이루어졌고 혼외출산은 매우 미미한 수준이었다. 중국 전통문화는 유교의 영향을 받아 혼인과 가족을 가족, 친족, 심지어 국가를 연결하는 핵심 메커니즘으로 삼아 사회 안전과 조화를 추구한다. 따라서 유교의 영향을 받은 아시아 국가를 포함하여 중국 전통 사회에서는 혼외출산이 터부시된다(Suzuki, 2003).

1차 인구변천이론(FDT)에서 제시한 대로 전후 산업화와 도시화는 개발도상국의 사망률 감소와 출산율 감소로 이어졌다(Casterline, 2003). FDT 기간 대만에서는 가족계획을 통한 산아제한 프로그램의 주요 대상이었던 30세 이상 여성의 출산율이 가장 크게 감소했다. 또한 근대화 시기 교육 확대는 국민들의 가치관과 생활양식 전환에 중요한 역할을 했다. 특히 여성의 대학 진학 기회가 확대되면서 취업이 아닌 결혼과 출산의 기회 비용이 높아졌고 이는 결혼과 출산에 큰 영향을 미쳤다. 이러한 현상은 1990년대에 특히 두드러졌다. 실제로 대만 대학생 수는 1991년 60만 명에서 2012년 135만 명을 기록하며 정점을 찍었고, 순 대학 진학률은

같은 기간 21%에서 69.7%로 상승했다(Ministry of Education, 2021).

대학 교육으로 신세대들 사이에서 개인주의와 양성평등 개념이 보편화되고, 혼인과 출산의 책임을 강조했던 전통적인 가족 가치도 약화되었다. 한편, 산업화와 인구변천으로 인해 도시를 중심으로 핵가족이 형성되었고(Chen, 1987), 이들 가족에서 태어난 젊은 세대는 일반적으로 대가족 사회에서 중요시되던 전통적인 가족의 가치에서 한층 자유로워졌다. 그 결과 서구 사회에 비해 여전히 동거율은 낮았지만, 이전 세대보다 혼전 성생활과 동거가 활발해졌다(Yang, 2004).[61] 혼외출산율도 유럽연합 국가들보다는 낮지만 1994년 2.3%에서 1990년대 이후 약 4%로 증가했다(MOI, 2021b).[62]

그러나 1990년대 후반 경제가 어려워지면서 당시 대학생들의 졸업 후 주거비, 양육비, 교육비 등에 대한 경제적 부담이 높아졌다. 청년실업률도 증가했고 이후 높은 수준을 유지하고 있다. 예를 들어, 최근 몇 년간 전체 노동인구의 실업률은 약 4%였으나 20~24세와 25~29세는 각각 12%와 6%를 초과했다(DGBAS, 2021a). 이러한 요인들로 인해 이혼율이 증가하고 혼인율이 감소했다.

5. 결혼과 이혼

대만의 조혼인율은 1960~1970년대에 감소했다가 1980년대 반등한 후 실질적으로 감소했다(〈표 16-1〉 참조). 반면, 조이혼율은 1960년대부

61) Yang은 Street Corner Sociology(2014년 1월 6일)의 인구데이터를 토대로 동거 인구수가 2000년 32만 3천 명에서 2010년 76만 4천 명으로 증가했다고 추정했다.(https://twstreetcorner.org/2014/01/06/yangchingli/, 2021년 8월 1일 확인)

62) OECD Family database에 따르면 2018년 OECD 43개국 평균 혼외출생률은 40.7%, EU 국가는 41.3%였다. OECD 국가 중 한국은 2.2%, 일본은 2.3%였다. (https://www.oecd.org/els/family/database.htm, 2021년 8월 7일 확인).

터 서서히 증가하다가 1990~2000년대 크게 늘어나 2003년 2.9‰로 정점을 찍었다(MOI, 2021a). 기혼여성 연령대별로는 30세 미만의 이혼율이 가장 높게 나타났고, 1990년대 이후 급증세를 보였다. 반면 30대 이상에서는 상대적으로 낮고 안정적인 비율을 보였다. 내무부 자료에서도 2020년 25~29세와 30~34세 혼인율이 각각 14.8%와 38.3%로 1961년 60.9%와 89.3%에서 크게 감소한 것으로 나타났다(MOI, 2021a). 즉 오늘날 젊은 여성의 경우 결혼은 다소 줄고 이혼은 다소 늘었다고 할 수 있다. 또한 결혼이 늦어질수록 가임 기간이 짧아질 뿐만 아니라 임신하기도 어려워진다.

6. 결혼 이주자

1950~1980년대 혼인 출산력(marital fertility) 감소는 대만의 일반적인 출산력 감소에 큰 영향을 미쳤다. 1990년대부터 결혼 지연이나 기피가 합계출산율 감소의 주요 원인이 되었다(Lee, 2009). 1980년대 이후 젊은 여성의 혼인출산율은 증가세로 돌아섰는데, 대만에서 결혼 상대를 찾기 어려워진 미혼 남성이 늘어남에 따라 정부가 결혼 시장의 불균형을 해소하기 위해 국제결혼 장려정책을 도입한 것이 일부 효과를 발휘한 것으로 보인다. 1987년 양안 개방 정책 시행 후 수천 명의 대만 미혼 남성(대부분 재향 군인)이 젊은 중국(본토) 여성과 결혼했다. 1998년 이후 국제결혼 시장은 주로 결혼 중개업체를 통해 동남아시아 국가로 확대되었다.

대만 남성과 결혼한 '외국 여성'(본토 및 기타 외국 여성 합산)은 2003년 5만 명을 넘으며 정점을 찍었다. 이는 당해 결혼한 여성의 3분에 1에 해당하는 수치이다. 최근 몇 년간 외국 여성과의 국제결혼은 급감했지만, 현재 대만에 거주하는 이들 외국 여성은 55만 명(DGBAS, 2019)에 달하고(중국 본토 여성 65%), 이들 여성의 출생아 수는 50만 명이 넘었는데

(MOI, 2021b), 이는 1998년 이후 대만 총출생아 수의 10분의 1에 해당한다. 대만의 국제결혼은 1980년대 이후 미혼 남성이 여성보다 많아진 인구구조의 변화와 대만 사회와 중국 본토 및 동남아시아 국가 간의 경제력 차이를 보여준다.

7. 인구 변화 대응 정책

대만의 합계출산율은 1951년 7명에서 2020년 1명 이하로 급감했고, 고령자 비율은 1950년대 2.5%에서 2020년 16%로 증가했다. 출생 시 기대수명도 1951년 남성 53.4세, 여성 56.3세에서 2020년 78.1세, 84.7세로 각각 증가했다(NDC, 2020). 이렇듯 출산율이 지속적으로 감소하고 수명이 연장되면서 인구가 고령화되었다. 대만은 1993년에 65세 이상 고령인구가 전체 인구의 7%를 넘어 고령화 사회에, 2018년에 20%를 넘어 고령사회에 진입했다. 국가발전위원회(NDC, National Development Council)는 65세 이상 고령인구 비율이 2025년 20%에, 2060년 40%에 도달할 것으로 전망했다(NDC, 2020). 요약하면 대만은 1950년대부터 세계 대부분 나라보다 빠르게 출산력이 감소했고, 21세기 전반기 그 어느 나라보다도 빠르게 고령화될 것으로 보인다.

대만은 1980년대 높은 출생률과 사망률에서 낮은 출생률과 사망률로 전환되는 1차 인구변천을 마치고, 1990년대 2차 인구변천(SDT, second demographic transition)에 들어갔다(Chang, 2003). 그러나 2차 인구변천이론에서 예상한 것과 달리 대만의 출산율은 1984년에 대체수준에 도달한 후에도 감소세가 멈추지 않았고 2003년에 최저치를 기록했다. Hsueh(2016)는 대만이 1990년대 이후 출산력을 높일 수 있는 적시를 두 번이나 놓쳤다고 지적했다.

1990년대 이전까지 출산율 감소는 주로 사망률 감소, 가족 계획, 산업화, 경제성장 및 이에 따른 가치와 생활방식의 변화가 원인으로 작용했다. 그러나 이러한 인구감소 추세에도 불구하고 대만 정부는 1992년 출산율 증가가 아니라 '합리적 인구증가 유지'라는 모호한 목표하에 인구정책을 개정했다(NDC, 2021). 또한 고령화 사회에 진입하면서 노인 돌봄과 복지가 보편화되고 정부와 언론의 관심이 높아졌다. 이에 따라 출산율 향상보다는 고령화와 취약계층의 복지 문제에 정책이 집중되었다.

출산율이 최저 수준에 도달하고 전문가들 사이에서 이에 관한 논의가 활발하던 21세기 초, 정부는 양성평등과 특히 인구밀도가 높은 지역을 중심으로 환경 지속가능성과 양성평등을 강조한 '2006 인구정책지침 개정안'을 채택하고, 2006년 대통령 선거를 앞두고 정치적 필요에 맞춰 삶의 질과 평등성을 높이는 접근방식을 채택했다(Lee, 2009). 2008년에도 같은 이유로 정부는 출산율이 최저 수단에 도달했다는 인식을 가졌으나 인구백서에서 출산력 증가의 중요성을 강조하지 못했다.

2008년 국민당이 정권을 잡자마자 글로벌 금융위기가 발생하여 국가경제가 위기에 빠지게 된다. 또한 2010년이 호랑이 해였기 때문에 출산력과 출생아 수가 사상 최저치로 떨어지고 대만 인구가 조만간 마이너스 성장으로 돌아설 수 있는 위기를 직감했다. 이에 초저출산에서 벗어나기 위한 출산장려 정책을 승인하고 대통령은 저출산은 국가의 위기라며 출산율 향상의 중요성을 강조했다. 정부는 이후 몇 년간 아동수당, 보육제도, 유급 육아휴직, 자녀 세액공제 등과 같은 출산 장려 정책을 개발하고 강화했다(Hsueh, 2016). 합계출산율은 2010년 0.9에서 2012년 1.2로 반등했고 동기간 혼인율도 증가했다. 2011~2015년 평균 출생아 수는 21만 명으로 21세기에 들어 처음으로 인구 안정세를 유지했다([그림 16-1] 참조).

출생 감소와 수명 연장은 인구 고령화를 초래하고, 출산율 향상은 고령화 속도를 늦출 수 있는 거의 유일한 방법이라 할 수 있다. 많은 젊은이들이 개인주의와 쾌락주의를 추구하는 사회에서 출산력 반등은 어려워 보이며, 자기강화적 출산력이 하락하는 '저출산 함정'에 빠질 가능성이 높다(Lutz, Skirbekk, & Testa, 2006). 최근 민진당 정부가 더욱 진보적인 출산장려 정책을 내놓았지만 출산율과 혼인율이 오히려 하락한 것은 놀라운 일이 아니다.

지금까지 1950년대 이후 인구 변화 추세를 살펴보고, 특히 지난 30년 동안 혼인 지연과 비혼이 출산율 감소에 미친 영향을 확인했다. 대만은 혼외 출생률이 낮기 때문에 혼인 지연과 감소 추세로 인해 출산율이 더욱 하락할 수 있다. 그렇다고 혼인 장려만으로 출산을 촉진할 수 있다는 의미는 아니다(McDonald, 2006). 결혼과 출산 감소는 모두 청년들의 높은 실업률과 낮은 임금, 자녀 양육비 증가, 부동산 가격 급증 및 기타 다양한 경제 문제 등과 같은 상황이 함께 작용한 결과이다. 따라서 출산력 회복은 단순히 경제적 혜택뿐 아니라 청년들과 사회가 적응하는 데 오랜 시간이 필요한 사회적, 개념적 문제도 중요한 영향을 미친다. 그러나 근로시간 단축, 가임기 근로자를 위한 노동시장 유연성 향상, 중매활동 촉진, 불임부부 지원 및 의료지원 확대 및 현재 시행 중인 출산장려 정책에 대한 정보 보조금 확대 등은 정부의 마지막 전략이 될 수도 있다.

마지막으로, 대만의 인구구조는 매우 낮은 출산율과 지속적인 고령화에도 불구하고 여전히 양호한 상태를 유지하고 있다. 2020년에 생산가능인구(15~64세)가 전체 인구의 71%를 차지해 세계 최고 수준을 유지하고 있으며, 부양비 41%(NDC, 2020)에 경제력과 사회적 회복력(예, 코로나19 당시 뛰어난 성과) 또한 우수해 인구 정책 수립에서 긍정적인 측면으로 작용하고 있다.

제2절 대만의 사회복지 발전과 복지제도의 특징

이번 절에서는 인구학적 변화에 따른 가족복지의 중요성에 초점을 맞춰 대만의 사회복지 발전 과정을 살펴보고 고령화 정책, 가족정책, 사회안전 등 현재 대만 사회복지 정책의 방향을 알아본다. 그리고 이 세 가지 정책을 간단히 평가하여 이들이 현재 대만 복지제도의 당면과제를 해결하는 데 효과적인지 살펴보고 몇 가지 정책을 제안한다.

1. 세 번의 사회복지 '황금기'

대만 사회복지의 역사를 돌아보면, 세 번의 황금기가 있었다. 이들은 각기 다른 단계에서 대만 사회복지의 발전을 꾀하였다. 첫 번째 황금기는 노동보험, 공무원/교원 보험, 군인보험 등 3대 사회보험제도가 확립된 1950년대였다. 두 번째 황금기인 1970년대에는 생활원칙을 위한 사회정책을 국가 사회복지정책지침으로 삼아 전문 사회복지사 제도, 사회부조제도 근대화, 복지 증진 수단으로서 지역사회개발 등을 포함한 중요한 복지개혁을 이루었다. 아동, 고령자, 장애인을 위한 복지법안과 함께 이들 모든 조치는 정책적 측면에서 사회복지가 점차 중요해지고 있음을 보여준다.

세 번째 황금기인 1990년대에는 국민건강보험법(1994), 아동청소년 성매매방지법(1995), 고령농업인복지수당에 관한 법(1995), 장애인보호법(1997), 성폭력범죄방지법 및 사회복지사법(1997), 가정폭력방지법(1998) 등 사회정의 실현에 도움이 되는 다양한 복지정책이 법제화되었다.

2. 사회보험제도의 발전

대만 복지제도는 일반적으로 사회보험, 복지서비스, 사회부조 등 3가지 범주로 분류된다. 현재까지 사회보험은 전체 사회복지지출의 70%를 차지하며(Ku & Hsueh, 2016), 가장 중요한 사회복지제도로 자리 잡고 있다. 대만은 1950년대 직업군에 따라 노동보험, 군인보험, 공무원보험 등 세 가지 통합 사회보험을 도입했다. 노동보험은 처음에는 대기업(특히 국영기업) 근로자만 대상으로 했으나 1950년대부터 대상을 점차 확대하고 있다. 1995년 정부는 앞에서 언급한 보험제도에서 의료혜택을 별도로 빼내 새로운 보편적 의료제도, 즉 국민건강보험(NHI, National Health Insurance)으로 재구성하는 대대적인 개편을 단행했다. 또한 1999년부터 고용보험에서 지급해왔던 실업급여와 여러 고용 관련 급여를 2001년 고용보험으로 개편했다. 2008년 직업 연금에 가입하지 않은 국민들을 위해 국민연금보험을 설계했다. 21세기 들어 사회보험제도는 제도 확대로 인해 새로운 문제에 직면했다. 특히 연금 불평등과 재정 압박은 현재 사회보험제도의 가장 중요한 문제로 꼽힌다(Chan, 2013).

대만은 직업 상태 또는 위험 지향에 따라 사회보험제도를 규제한다. 모든 공무원보험(1999년 공무원 및 교원 보험으로 개정), 군인보험 및 노동보험은 직업에 따라 설계된 종합 보험이다. 노동보험과 농민건강보험 제도로 나눠져 있는 농민보호제도 또한 개편 중이다. 일부 고령인 농민은 농민건강보험의 수급 자격을 얻고 고령자 농민 복지수당을 받을 수 있다.

간단히 말해서 대만의 복지제도는 직업에 기반한 비스마르크식 사회보험제도로 정의할 수 있다(Lee & Ku, 2017).[63] 1990년대 민주화로 보험

63) 비스마르크식 제도는 일반적으로 사회보험기여금에 기반하여 1) 피고용인 또는 유급으로 고용된 자가 피보험자이고, 2) 소득에 따라 차등 적용되는 기여금으로 자금을 조달하고, 3) 지급해야 할 기여금은 임금 또는 급여에 기반하는 등 세 가지 특징을 가지고 있다.

과 복지 수당 제도를 확대할 수 있는 기회가 열렸지만, 21세기 초 인구구조 변화로 사회정책이 급변하면서 '2012 사회복지정책지침'이 탄생하게 되었다. 2012 지침에는 대만 사회복지정책은 국민 기본권에 대한 헌법 규정에 기초한다고 명시되어 있다. 이는 소극적 범위에서 사회불공정을 해소하고 소외계층을 도와 전 국민의 기본생활과 가정의 행복과 화목을 보호하고, 적극적 범위에서 상호지원과 연대의 사회적 가치를 강조하고 빈부 격차를 줄여 모든 세대에게 공정한 개발 기회를 제공하고 경제성장의 열매를 모든 시민이 공유하는 것을 목표로 한다. 따라서 정부는 형평성, 포용성, 정의의 3가지를 사회복지정책의 기본 원칙으로 정했다(Ku & Hsueh, 2016).

3. 사회안전망 강화

대만에서는 지난 몇 년간 '묻지 마 살인'이 심각한 사회 문제로 대두되었다. 정부는 가정 붕괴를 이러한 범죄의 근원으로 보고 2018년 '사회안전망 강화계획'을 발표했다(MOHW, 2018). 아동 수 감소, 인구 고령화 또한 가족 지원 제도와 대응력을 약화시키는 심각한 문제였다. 취약 아동/가족 및 고위험 청소년 문제에 대한 관심도 높아졌다. 강화계획의 주요 방향은 문제 분석 및 정책 검토를 통해 학교 상담, 고용 서비스, 치안 유지 및 기타 서비스 시스템을 통합한 프레임워크를 구축함으로써, 사회안전망의 허점을 보완하는 대책을 수립하는 것이었다. 부처 간 네트워크를 통해 사회생활에서 가장 기본적이고 중요한 공공 서비스 네트워크를 조정하고 강화하여 민간 커뮤니티의 상호 지원을 연결하고 완전한 사회안전망을 구축할 수 있다.

사회안전망 강화계획은 '개인 중심'에서 '가족 중심'으로 사회안전망 서비스 개입 방향을 전환하여 '가족 중심이고 지역사회에 기반한' 서비스

모델을 구축했다. 기존의 위기 개입은 아동학대, 가정폭력, 취약계층 학생, 비행청소년, 정신질환 등 위험에 처한 고위험 가정에 초점을 맞췄지만, 강화계획은 생활 전이 또는 사건으로 인해 유발되는 가족 위험 정도에 따라 취약 가정과 위기 가정, 두 가지로 가정을 분류했다. 또한 효과적인 사회안전망을 형성하기 위한 핵심 활동으로 지역사회에 기반한 지원 제도와 예방적 서비스를 구축했다. 예를 들어 '지역가정지원센터'를 신설하여 가족을 지원하고 지원적 주거 지역사회를 형성하여 아동, 청소년, 장애인 및 고령자 보호에 대한 주민들의 연대책임을 강화했다. 동시에 다양한 분야의 개별 서비스를 통합 네트워크로 연결될 수 있도록 지역사회 서비스의 풀뿌리 구조를 강화했다(MOHW, 2018).

2021년 가족 기능에 대한 지원을 강화하기 위해 새로운 가족정책이 도입되었다. 새로운 정책은 자원의 이점을 효과적으로 통합하기 위해 기존에 시행하던 메커니즘을 채택하여 다양한 정부 부처에서 제공하는 주요 관련 정책을 연결했다. 가족정책은 가족의 기능을 강화하고, 적극적인 사회정책을 통해 적절한 환경을 조성하며, 가정의 건전한 발전을 지원하는 플랫폼 메커니즘을 구축하는 방향으로 설정되었다. 특히 가족의 요구를 충족하고 인구, 복지, 보건, 주택, 고용, 교육, 성별을 포함한 가족 문제에 대처하는 데 공적 부조가 사용되었다(SFAA, 2021a).

4. 퇴직제도 및 연금 개혁

인구학적 변화는 기존 연금제도에도 상당한 압박이 되었다. 앞에서 언급했듯이 직업에 기반한 비스마르크식 사회보험제도는 대만 전체 복지의 70%를 차지하고, 여기에는 상대적으로 젊은 인구구조가 필요하다(Ku & Hsueh, 2016; Lee & Ku, 2017). 그러나 저출산 고령화 사회에서는 연

금 기여자가 적고 수급자가 많으므로 연금 기금이 매우 부족하다. 대만 정부는 1) 인구 고령화가 가속화되고, 2) 2008년 노동보험이 연금제도로 변경되어 재정 격차가 심화됨에 따라 글로벌 금융위기 이후 회복세를 보이던 2012년 연금 개혁에 착수했다. 국민당 정부는 중화민국 입법원에서 노동보험개혁 법안에 대해 합의하지 못했지만, 2014년 농민복지수당의 허점을 성공적으로 보완하고 농업보험을 개혁하여 허위 농민 수를 거의 50만 명 가까이 줄였다(Hsueh, 2016).

2016년 민진당이 집권하면서 퇴역군인, 공립학교 교사 및 공무원 연금제도의 지속가능성을 강화하고 전 국민이 여유로운 퇴직 후 생활을 보장하기 위해 2016년 6월 청와대 연금개혁위원회를 설치했다. 위원회는 2017년 수급연령 상향 조정, 급여 인하, 기여율 인상의 세 가지 방향으로 군인과 교직원 연금제도를 개편했다. 이를 통해 공공부문 근로자연금의 우대금리(연 18%)을 폐지하는 큰 성과를 거두었지만(하한선 보호 포함), 1) 정부의 정년 연령 상향 조정, 2) 최근 5년간 공무원 증원 등으로 인해 당장은 기대만큼 정부 재정 부담을 줄이지 못했다. 이들 모두는 향후 퇴직에 대한 재정 부담을 높이는 조치이다. 무엇보다 가입자 수가 가장 많고 재정 문제가 심각한 노동보험의 경우, 정치적 압력으로 개혁이 이뤄지지 않고 있다. 그 결과 인구구조 변화에 맞서 대만 연금제도의 지속가능성이 불확실해졌다.

연금을 개혁하는 동안 고령인구의 경제적 안정을 지원하기 위한 몇 가지 혁신적인 정책이 동시에 시행되었다. 대만의 주택 보유율은 가구 기준 약 85%(DGBAS, 2021b)로 세계에서 보기 드물게 높은 수치이다. 베이비 붐 세대는 대부분 자택을 가지고 있고 자녀가 많지 않기 때문에 중화민국 행정원은 노인 돌봄 사업의 하나로 2009년 '부동산 역모기지'를 승인했다. '집만 보유하고 있을 뿐 가난'하거나 '평생 살던 집을 떠난 자녀들과 함께

살고 싶지 않은' 고령자는 집을 담보로 맡기고 매달 일정액의 생활비를 받으면서 여생을 자기 집에서 살 수 있다. 특히 연금 개혁 이후 퇴직연금이 크게 줄어 '부동산 역모기지'는 고령인구에 유효한 추가 재원이 될 수 있다. 최근 몇 년간 일부 은행과 금융기관이 패키지를 출시하고 크게 성장했다.

5. 대만 복지제도의 과제

대만 복지제도는 정치적 민주화와 인구구조 변화로 인해 21세기에 들어 크게 확대되었으나 이러한 발전이 체제 변화를 의미하지는 않는다. 동아시아에서 대만과 한국의 개발/생산주의 체제는 이론적으로 20세기 동아시아 발전 궤적까지 거슬러 올라갈 수 있다. 개발/생산주의 체제는 경제발전에서 국가의 역할과 경제/산업 우선 발전을 위해 모든 국가 정책의 희생을 강조한다(Lee & Ku, 2007). 그 결과 복지제도를 시행하는 데 재정적 제약이 심각한 문제가 된다.

가. 재정수익 제약

2019년 대만의 사회복지지출은 2조 864억 대만달러로 2018년 대비 694억 대만달러(3.4%) 증가하여 GDP의 11.0%를 차지했고 2019년 현금 지급액은 1조 1,857억 대만달러(57.6%), 현물 지급액은 8,720억 대만달러(42.4%)였다(DGBAS, 2020). 종류별로는 사회보험제도, 사회부조제도, 복지서비스제도 등 세 가지로 분류할 수 있다. 2019년 사회보험은 1조 7,367억 대만달러(84.4%)를 지출한 반면, 사회부조와 복지서비스는 두 제도 합하여 3,210억 대만달러(15.6% 차지)를 지출했다(DGBAS, 2020). 이러한 사회복지지출 상황은 직업 상태에 기반한 대만의 비스마르크식 사회보험제도의 성격을 정확히 반영한다.

〈표 16-3〉은 고령, 장애, 생존자, 질병 및 건강, 임산부, 가족 및 자녀, 실업, 업무상 상해 및 직업병, 주택, 기타 소득 지원 및 부조의 10개 범주별로 대만의 사회복지지출을 보여준다. 2019년의 지출 규모는 고령 부문이 1조 385억 대만달러(50.5%)로 가장 컸고 질병과 건강이 6,931억 대만달러(33.7%)로 뒤를 이었다. 이 두 범주가 전체 지출의 약 84%를 차지했고, 나머지는 모두 6.0% 미만이었다. 이는 고령인구가 실제 사회복지지출의 가장 큰 수혜자이며 어린 자녀를 둔 가족에 대한 지원은 충분하지 않음을 의미한다.

〈표 16-3〉 기능별 사회복지지출

(단위: 백만 대만달러)

구분	2015	2016	2017	2018	2019
고령	828,222	906,477	985,168	994,331	1,038,527
장애	46,515	47,306	47,455	48,677	49,118
생존자	37,372	39,971	40,421	42,796	46,411
질병 및 건강	569,512	600,584	633,726	669,753	693,141
임산부	24,945	25,204	24,296	24,621	24,435
가족 및 자녀	105,832	110,922	111,742	113,222	121,315
실업	13,614	14,098	15,030	15,691	17,401
업무상 상해 및 직업병	8,278	8,008	7,812	8,002	8,254
주택	17,553	19,107	57,321	30,391	15,979
기타 소득 지원 및 부조	35,914	37,869	40,024	42,505	43,106
총합	1,687,757	1,809,546	1,962,996	1,989,990	2,057,688

자료: The Directorate General of Budget, Accounting and Statistics (DGBAS). (2020). The 2019 Social Protection Expenditure. pp.4-5, Table 2.

국제노동기구(International Labor Organization, ILO)의 규정에 따르면 사회복지지출은 자녀와 부양가족을 지원하기 위해 가족에게 제공하는 다양한 혜택의 총계로 산출한다. 대만 정부는 아동인구 감소에 따라 보육 친화적 환경을 조성하기 위해 보육 수당과 보조금, 유아교육을 확대했고, 그 결과 2019년 가족/아동 수당은 1,213억 대만달러로 2018년 대

비 7.1% 증가했다. 지급 유형별로는 현물 지급이 전체의 66.9%를 차지했다. 제도 유형별로 살펴보면, 2019년 '사회부조 및 복지서비스' 제도가 약 1,123억 대만달러로 92.6%를 차지했고, 주로 학교 및 교육 관련 보조금, 아동·청소년 복지 및 생활부조 등에 사용됐다. 중앙정부가 재원의 74.0%를 부담했다. '사회보험' 제도가 차지하는 비중은 전체의 7.4%에 불과했고, 이 중 93.6%는 육아휴직 수당을 포함한 고용보험이, 5.7%는 공무원/교원 보험이 차지했다. 최근 몇 년간 대만 정부는 가족지원기능 강화, 건강한 양육환경 조성, 양육자 부담 완화 등을 위해 다양한 사회복지정책을 추진했다. 가족 및 아동수당도 매년 늘어나 2019년에는 2000년 대비 3.3배까지 증가했다. '사회보험' 제도는 2009년 육아휴직 수당 시행 이후 급여 지출이 3.7배 증가했다(DGBAS 2020).

일반적으로 '국세부담'은 GDP 대비 정부 세입비율을 가리키며, 국가의 재정력 가중치를 측정하는 데 사용된다. 재무부의 연례 조세 보고서에 따르면 2018~2020년 대만의 국세 부담률은 각각 13%, 13%, 12.1%였다(〈표 16-4〉 참조). 대만의 평균 국세부담률은 유럽, 미국 같은 선진국뿐 아니라 한국(20%), 일본(19%) 같은 주변 아시아 국가와 비교해도 상대적으로 낮은 편이다. 이는 대만 정부가 필요한 정책을 효과적으로 시행하는 데 어려움이 있음을 의미한다.

〈표 16-4〉 주요 국가의 GDP 대비 총 세수율 비교

(단위: %)

국가	2018	2019
대만	13.0	13.0
일본	19.2	n.a.
한국	20	20.1
미국	18.3	18.4
프랑스	29.9	30.5
독일	24	24.1

자료: Ministry of Finance. (2021). Finance Statistics 2020. pp.100-1, Table 3-10.

나. 평가 및 제안

대만은 동아시아 복지국가 중 하나로서 특히 노동인구를 포함하는 직업별 비스마르크식 사회보험제도를 통해 노동 및 이들의 부양 인구를 유지하고 있다. 일반적으로 완전 고용과 적정 임금은 비스마르크식 사회보험제도의 두 가지 기본 조건이고, 여러 세대에 걸쳐 위험을 분산시키기 위해서는 상대적으로 젊은 인구구조가 필요하다. 그러나 인구구조가 고령화되면서 사회보험제도가 약화되었고, 노동시장의 세계화로 완전고용이 어려워졌다. 무엇보다도 인공지능, 로봇자동생산 같은 기술의 발전으로 취업 기회를 확대하고 임금 수준을 높일 수 있는 기회가 줄어 21세기 비스마르크 사회보험제도의 사회적 보호 기능이 약화되고 있다. 대만 복지제도의 지속가능성은 세계화, 민주화, 기술진보로 인해 발생하는 새로운 사회위험에 관한 연구(예, Chang & Ku, 2014)에서 여러 차례 문제로 지적되어 왔다.

한국은 아시아 금융위기 후 인구와 가족에 대한 사회적 투자로 적시에 전환하는 데 성공했지만, 대만은 아직까지 기존 복지제도에 뿌리를 두고 있다. Yeh and Ku(2017)는 대만이 제도적 유산으로 인해 정부의 재정 및 개혁 역량이 매우 제한되었다고 지적했다. 따라서 정치인들이 보호적 사회정책에서 적극적 사회정책으로 사회복지지출을 전환할 수 없었다. 반면 한국의 경우, 미숙한 사회보장제도와 1997년 외환위기가 재정력을 강화할 뿐 아니라 정치권에서 새로운 사회적 위험에 대처하고 여성과 기타 취약계층의 정치적 지지를 얻기 위해 적극적 사회정책을 도입하는 기회가 되었다. 그 결과 한국은 생산적 복지국가로 발전했지만 대만은 여전히 보호적 사회정책을 강조하고 있다.

민진당이 2016년 대선에서 승리했지만, 지금까지 모든 정치적 견해를 종합해볼 때, 민진당 정부는 사회적 투자 모델에 기반한 사회정책제도를 비전으로 북유럽의 보편적 복지제도를 추구할 것으로 보인다. 그러나 북유럽식 사회투자 복지국가는 충분한 과세에 기반한다는 점을 기억해야 한다. 현재 대만의 과세 기반은 신자유주의적 작은 정부와 세금우대조치를 통한 대외무역 촉진 전략에 맞춰져 있어 북유럽 사회투자 모델을 시행하기에는 적합하지 않다. 따라서 향후 대만은 과세 기반을 강화하고 작은 정부의 이념을 북유럽식 사회투자 정책에 적합한 방향으로 전환할 방법을 모색해야 한다.

제3절 인구 변화에 따른 대만의 보건 및 장기요양제도

수명 연장이 건강한 고령화를 의미하지는 않는다. 세계보건기구(WHO, 2015)는 '건강한 고령화를 위한 공중보건 체계'를 통해 건강한 고령화를 위해서는 내적 역량을 유지하고 기능력이 저하된 이들도 중요한 일상 활동을 처리할 수 있도록 생애 과정에 걸쳐 공중보건 활동 기회를 지원하는 것이 중요하다고 지적했다. 이를 위해 의료서비스, 환경 전략 및 장기요양(LTC)의 세 가지 범주에서 지원 조치를 취할 수 있다. 아래에서는 인구구조 변화에 따른 제도/정책 변화를 소개하고 논의한다.

1. 건강 및 장기요양제도

대만의 의료시설은 보건복지부(MOHW, Ministry of Health Welfare)의 엄격한 규제하에 민간부문을 중심으로 발전했다. 대만은 의료서비스에 대한

공평한 접근성, 효율성 및 질을 개선하고 과잉 진료를 예방하기 위해 1986년에 의료법을 시행하고, 수요인증을 받아야 하는 의료네트워크 지역화(RHCN, Regionalization of Health Care Network)를 구축했다. 또한 의료자원개발기금(MRDF, Medical Resources Development Funds)을 설립해 병원인증시스템를 도입하고 의사 수를 규제했다. 진료 의뢰는 권장되지만 필수는 아니다(MOHW, 2021a). RHCN은 1995년 국민건강보험제도(NHIS, National Health Insurance System) 도입의 기반을 형성했다.

NHIS는 재정 장벽을 낮추고 시민들의 건강을 증진하기 위해 국민건강보험공단(NHIA, National Health Insurance Administration)이 운영하는 보편적 단일보험자 사회보험제도이다. 보험은 급여 관련 기여금에 따라 징수한 수익과 담배/복지 복권 판매 수익에서 얻은 기여금을 사용하여 93% 이상의 의료시설과 계약하고 포괄적인 혜택을 제공한다. 진료비는 행위별 수가제(FFS, fee-for-services)가 주를 이루지만 총액계약제(GBPS, Global Budget Payment System)도 함께 사용하고 있다(Lee, 2020). 본인부담금/공동보험은 상한선과 예외 사항이 필요하다(MOHW, 2021b; NHIA, 2020).

인구 고령화와 건강에 해로운 생활방식은 전 세계 사망률의 71%를 차지하는 비전염성 질병(NCD, non-communicable disease) 증가와 관련되어 있으며 이들 대부분은 효과적인 의료서비스 제공과 공유인자 처리로 예방할 수 있다(WHO, 2021). 대만은 고령인구의 NCD 유병률이 높다(2017년 85%)(HPA, 2020). 따라서 의료서비스를 제공하는 NHIS 이외에 건강증진청(HPA, Health Promotion Administration)을 통해 연령대별 건강증진 전략을 개선하고, NCD 예방과 통제를 강화하고, 다양한 이해관계자의 참여와 부문 간 협업을 통해 신체적, 정신적으로 건강하고 우호적인 환경을 구축하여 건강한 고령화를 추구하고 있다(HPA, 2020).

장기요양의 경우, 2010년 5(65)세 이상 인구의 2.98%(16.5%)에게 필요하고(Lee et al, 2013), 2060년에는 5세 이상 인구의 10.5%에게 필요할 것으로 예상된다(MOHW, 2016a). 대만은 다양한 장기요양 서비스를 제공하고 공정한 분배를 보장하기 위해 2014~2016년 장기요양 지역화 계획과 장기요양 서비스 개발 기금을 도입했다. 2017년 6월에는 여러 건강 및 복지 규정을 통합하고, 장기요양기관 및 직원 관리를 강화하고, 장기요양 수준을 향상하기 위해 장기요양서비스법을 시행했다. 인권을 보호하기 위해 장기요양 법인에서만 보호시설을 제공하도록 제한했지만, 가정 및 지역사회 서비스가 민간부문에 개방되어 좋은 투자 기회를 제공한다(MOHW, 2021c).

2. 인구 고령화에 따른 의료제도정책

가. 건강증진, 질병예방 및 통제

대만은 주요 NCD의 조기 진단과 개입을 촉진하기 위해 연 1회 고령자를 위한 예방적 보건의료서비스와 4대 암 검진(유방암, 자궁경부암, 결장암, 구강암) 서비스를 무료로 제공한다. 또한 의료의 질을 높이기 위해 주요 만성질환 관리프로그램(당뇨병, 심혈관, 신장 질환 등)을 시행한다(HPA, 2020). 대부분은 당뇨병 공동진료(DSC, Diabetes Shared Care) 모형에 따라 지역사회에 기반한 개인 중심의 DSC 네트워크를 구축하고 증거 기반 지침에 따라 진료 및 환자 교육을 실시한다. HPA는 또한 흡연, 빈랑나무 열매, 건강에 해로운 식단, 신체활동 부족 및 유해한 알코올 사용 등을 포함한 주요 위험 요인을 통제하기 위해 다양한 프로그램을 시행 중이다. 조절 가능성이 가장 높은 위험요인을 제어하기 위해

대만은 담배규제법을 제정하고, WHO에서 권장하는 금연 환경을 조성했다. 그 결과 성인 흡연율이 2010년 19.8%에서 2018년 13.0%로 줄어 34.3% 감소함으로써 WHO의 목표를 달성했다(HPA, 2020).

나. 활동적 노화를 위한 건강 친화적 환경 조성

대만은 2013년부터 WHO 프레임워크에 따라 22개 시/현 모두 WHO 고령친화도시 인증을 받고 8개 영역에서 고령자의 복지와 참여를 저해하는 장애물을 확인하고 해소하기 위해 노력해왔다(WHO, 2007). HPA는 전 국민이 고령친화적 환경에서 고령화되고 내적 역량을 높일 수 있도록(WHO, 2007; WHO, 2015) 고령친화적 지역사회, 지역 보건소, 공인 의료기관, 노인 건강증진 클럽/스테이션, 치매 친화적 지역사회 및 노쇠 예방 서비스 네트워크 허브 계획 등을 촉진하고 있다(HPA, 2020). 사회가정청(SFAA, Social and Family Affairs Administration)은 고령층의 건강증진, 식사, 사회참여를 돕기 위해 지방정부의 지원을 받아 대만에서 가장 인기 있고 가장 많은 지역에 분포하는 상호지원 지역요양센터(CCC, Community Care Center)(2021년 4,478개)(SFAA, 2021b)를 꾸준히 알리고 있다.

다. 국민건강보험의 재정 지속가능성 강화

2013년까지 NHIS의 주 재원은 역진적이고 고령화에 충분히 대응하지 못하고 지속가능성이 없었다(DOH, 2004). 이에 대만 정부는 지속가능성을 높이기 위해 2013년 정규 급여 이외 추가 소득에 대해 추가 보험료를 징수하는 2세대 NHIS를 도입하고(MOHW, 2021b) 과세 소득을 가계 소득의 60%에서 96%까지 인상했다(MOHW 내부자료). 또한 부양가족도

가입자와 동일한 보험료(최대 3인)를 납부하도록 하여 고령화에 따른 공단의 재정 악화에 대비했다.

라. 의료비 관리, 효율성 및 질 개선

제도 전반에 걸쳐 GBPS를 도입하여 재정과 품질에 대한 모든 이해관계자의 책임을 강화하고 연간비용 증가율을 11.6%에서 5% 이하로 낮췄다(Lee, 2020; Yip, Lee, Tsai, & Chen, 2019). 진단 관련 단체(Diagnosis-Related Groups)와 같은 지불제도 개혁 단체는 진료의 질에 큰 영향을 미치지 않은 상태에서 입원 기간을 단축하고 효율성을 높였다. NHIA는 또한 낭비와 비효율을 없애기 위해 다양한 프로그램을 시행했다. 예를 들어 자체 관리 병원, 계층형 공동보험, 약물 지출 목표, 의약품 가격 조정, 제공자 및 환자 프로필 분석, 건강정보 클라우드 및 내 건강데이터 뱅크 등을 통해 비용을 관리하고 검사 또는 의약품의 중복/부적절한 사용을 줄였다(NHIA, 2020).

NHIA는 행위별 수가제로 인해 특히, 비전염성 질병의 전달 시스템이 비통합적으로 단편화된 문제를 해결하기 위해 2001년부터 성과보상지불방식(pay-for-performance)을 도입하여 최적의 임상 증거를 토대로 의료서비스 제공자 인센티브에 맞춰 품질 개선 의제를 조정했다. 또한 개인 상황에 맞춰 사람 중심의 증거 기반 진료를 제공하기 위해 당뇨, 천식, 결핵, 우울증, 정신분열증, B/C 간염, 조기 만성신장질환, 유방암 같은 질병을 포함시켰다(NHIA, 2020). 그 외에 가족주치의계획과 외래환자 통합 진료도 시행되었다. 이러한 다양한 조치를 통해 진료 절차/연속성/결과의 질이 개선됐지만, 적절히 조정하지 않으면 의료서비스 제공자가 좀 더 건강한 환자를 임의로 선택할 수 있다(Lee, 2020).

3. 고령사회에 따른 장기요양제도

가. 장기요양제도(LTCP1.0, 2008~2017) 및 장기요양보험(LTCI) 계획

2008년 민진당 정부는 정부 재원으로 LTCP 1.0을 출범시키고 외국인 간병인(FCW, foreign care worker)을 고용하거나 시설에 거주하는 경우를 제외하고 일상생활활동(ADL, Activities of Daily Living)에 제한이 있는 모든 고령자에게 8가지 가정 및 지역사회 기반 서비스를 제공했다. 소득 수준에 따라 0~30%의 공동보험을 부과하고 지방정부 요양관리센터(CMC, Care Management Centers)에서 요구평가(Need assessment)를 실시했다(DOH, 2007). LTCP 1.0은 장기요양제도(요양 관리 포함)의 기본 구조를 구축하고 장기요양이 필요한 고령자의 인구 보장률을 2008년 2.3%에서 2015년 35%로 늘리는 데 성공했다(MOHW, 2016b). 그러나 예산 부족 및 장기요양 종사자 및 서비스의 낮은 가용성으로 인해 아직도 대부분 가정은 외국인 간병인을 고용하거나 노인들을 직접 돌보고 있다.

2008년에 새로 들어선 국민당 정부는 LTCP 1.0을 계속 시행했지만, 기본적인 장기요양 수요를 충족할 수 있는 재원을 토대로 좀 더 지속가능한 재정 시스템을 구축하기로 계획했다(MOHW, 2016a). LTCI는 연령, 장애 유형, 시설 거주 또는 외국인 간병인 고용 여부와 관계없이 장기요양이 필요한 모든 국민을 지원하는 계획이다. 혜택은 현물 및 현금 서비스로 구성되고, 수익원은 국민건강보험공단과 동일하지만 별도의 계정을 가지고 있다. 건강, 장기요양 및 사회서비스 간 통합을 촉진하고 지방 정부의 분권적 관리로 인한 불평등과 비효율을 줄이기 위해 NHIS와 마찬가지로 NHIA가 단일보험자로 LTCI를 운영한다. 그러나 2016년 집권당이 바뀌면서 LTCI는 아직 시행되지 않고 있다.

나. 장기요양계획 2.0(LTCP 2.0, 2017~2026)

2017년, 민진당 정부는 북유럽 복지제도에 따라 건강한 기대수명을 연장하고 장애인의 기능을 유지하기 위해 LTCP, 2.0을 출범했다(MOHW, 2016b). 그리고 2020년 담배, 유산 및 증여세 및 정부 예산에서 약 400억 대만달러(LTCP 1.0의 570%)를 징수하기로 LTCSA를 개정했다(Control Yuan, 2020). 새 제도는 LTCP 1.0과 마찬가지로 중앙과 지방정부가 협력하여 운영되며, 허약한 고령자, 복지 증명서를 발급받은 50세 미만 장애인, 50세 이상 치매 환자로 적용 대상이 확대됐다. 혜택은 LTCP 1.0의 8가지(가정간호 방문, 가정 및 지역사회 개인 요양, 가정 및 지역사회 재활, 임시 간호, 보조기기 및 환경 개선, 교통, 식사 배달 및 시설 간호)에서 15가지(치매 요양, 원주민 지역사회 통합요양센터, 다기능 주간요양센터, 간병인 지원, 지역사회 예방 서비스(CPS) 및 지역사회 통합 요양시스템(CCICS)으로 확대되었으나 시설 보호는 저소득층에게만 제공되었다(MOHW, 2016b). CPS 프로그램은 일반적으로 허약한 고령자의 장애와 경증 및 중등도 장애인의 기능 추가 손실을 방지하기 위해 마련된 12주 증거 기반 프로그램이다(Control Yuan, 2020). CCICS의 목표는 사례 관리 조직을 통해 (A) 다양한 장기요양 서비스 (B) 의료서비스(퇴원 계획 및 의뢰를 통해) 및 지역요양센터를 조정하여 (C) 사람 중심의 전체론적 요양을 증진하는 것이다.

2018년 정부는 이전 입찰 및 프로젝트 기반 시스템에서 발생한 행정 비효율성을 줄이고 행정 업무를 간소화하기 위해 LTCI 설계에 따라 의료서비스 제공자 계약 시스템, 장기요양 수가표, 장기요양 사례 혼합 제도(혜택 수준을 결정하기 위함) 등을 도입하는 대대적인 개편을 단행했다(Chen & Fu, 2020; Yang, Hsueh, & Wei, 2020). 가정 및 지역사회 사회복귀[64]/의료서비스 혜택 및 보조기기 대여 시스템도 개편에 포함됐다. 15개 혜택

을 개인 및 전문 요양, 교통, 보조기기, 환경 개선, 임시 간호의 4개 그룹으로 분류하고 각각에 대해 한도액을 설정했다. 또한 공동보험료를 낮추고, 지급 수준을 크게 높이고, 간병인에 대한 최저 임금을 설정하여 인력 공급을 늘렸다. 그러나 LTCP 2.0은 일본의 제도를 따라 1.0과 LTCI의 단일창구 요양 관리 시스템을 요양 관리자(요구 평가 및 혜택 수준 결정 담당)와 사례 관리자(요양 계획 작성, 서비스 준비 및 요양의 질 모니터링)의 두 가지 역할로 나누고 포괄 수가제가 아닌 FFS를 적용한다. LTCP 2.0과 LTCI의 주요 차이점은 수익원(세금 대 사회보험), 관리, 수혜자, 요양 관리 시스템 및 수가제도이다(Control Yuan, 2020; MOHW, 2016a; Yang et al., 2020).

대만은 생애 과정의 여러 단계에 걸쳐 NHIS, LTCP 2.0 및 기타 지원 정책을 개발하고 환경을 조성하여 내적 역량 형성 및 유지를 지원하고 기능역량이 저하된 이들이 일상생활을 영위할 수 있도록 지원하고, 건강 및 역량에 관한 활성 노화 지수에서 뛰어난 성과를 올렸다(Hsu, Liang, Luh, Chen, & Lin, 2019). LTCIS의 경우 상대적으로 적은 투자(GDP 6.3%)로 보편적 보장을 실현하고, 특히 이전까지 보험에 가입할 수 없었던 아동과 노인을 위한 인구집단건강을 개선하고, 수가제 개혁을 통해 진료의 효율성과 질을 개선하기 위해 지속적으로 노력했다(Lee, 2020; Lee et al., 2010; Yip et al., 2019).

LTCP 2.0 개혁도 올바른 방향을 지향하여 성공을 거두고 있다. 보장률이 54.69%까지 높아지고, 이용자 및 재가 간병인 수는 2017년 422%, 352%로, A/B/C 수는 2018년 135.42%, 205.97%, 154.62%로 증가했다(〈표 16-5〉, Control Yuan, 2020; MOWH, 2021d 참조). 또한 간병

64) 사회복귀 서비스는 일상 활동에 기반한 개입을 통해 장애인의 내적 역량을 높이고 가능한 독립적으로 생활할 수 있도록 돕는 것을 목표로 한다.

인의 급여 또한 크게 인상되어 젊은이들과 고등교육 이수자의 시장 참여가 증가했다(Control Yuan, 2020).

〈표 16-5〉 LTCP 2.0의 비용, 보장률 및 공급, 2017년과 2020년 비교

	2017 (2018)	2020	% of 2017 (% of 2018)
총비용(10억 대만달러)	8.74	38.67	442.44
보장률 %	28.20	54.69	193.90
이용자 수	106864	450968	422.00
종사자 수	28417	76870	270.50
재가 간병인 수	10478	36926	352.41
지역사회 간병인 수	1419	6924	487.94
시설 간병인 수	16520	33020	199.87
LTC와 계약한 조직 수			
A	(511)	692	(135.42)
B	(3166)	6521	(205.97)
C	(2294)	3547	(154.62)
# 요양 관리자, 감독관, 및 행정인력	741	1420	191.63
# 사례 관리자	240	2022	842.59

주: A: 사례 관리 조직, B: 장기요양 조직, C. 지역요양센터

자료: MOWH. (2021d). Retrieved August 18, 2020 from https://1966.gov.tw/LTC/cp-3948-41555-201.html. Control Yuan. (2020), PP 61,161,176. 의 통계를 참조하여 저자가 작성함.

4. 보건 및 장기요양제도 개혁의 과제 및 권장안

가. 의료제도 개혁

NHIS 및 기타 의료제도가 성공을 거두었지만 아직 몇 가지 과제가 남아 있다. (1) 장기적 재정 지속가능성: 빠른 인구 고령화로 인한 비용 증가, NCD 부담 가중 및 인력 감소는 전 세계의 공통 과제이다. (2) 의료제도 구조 및 의료 패턴: 예방 및 증진을 포함한 현재 의료제도는 개인의 급

성 건강 질환에 맞춰 설계되었고, 예방보다 치료에, 1차 진료/예방보다 2차/3차 진료/예방에 집중되어 있고, 의료서비스 제공자/다양한 환경/프로그램 간 통합이 부족하고, 생활방식의 실질적인 변화와 조기 예방이 필요하다. 현재 통합 진료 활동은 범위가 제한되어 있어 의료제도 전반에 변화를 가져오기에는 충분하지 않다. 또한 보편적 보장의 초석인 1차 의료가 축소되어 고령층에게 사람 중심의 통합 의료를 제공하기에 재원과 역량이 부족할 수 있다. (3) 비효율적이고 비효과적인 전달 시스템 및 수가제도: 현재 FFS는 필요 이상의 과잉 서비스가 이뤄지면 인센티브가 지급된다. 전체 예산은 수가표(저가)에 대한 낮은 전환율로 관리되었다. 반면에, 특허 만료 의약품도 여전히 가격이 높아 NHIA가 더욱 비용 효율적인 신약과 기술을 적시에 지원하는 데 장애가 되고 있다. (4) 보험가입자, 특히 본인부담금을 면제받는 중증 환자에 대한 의료 책임과 원가의식이 부족하다.

따라서 우리는 다음을 권장한다. (1) 비용 및 품질에 대한 의료서비스 제공자의 책임을 강화하고 효율성을 개선하여 NHIS의 재정 지속가능성을 높이기 위해 수가제도를 지속적으로 개혁해야 한다. (2) 여러 부처 간 협업을 통해 단일보험자의 장점을 활용한다(예, HPA). 이를 통해 포괄적인 NCD 예방 및 통제 프로그램을 시행하고 현재 모든 P4P(개별 조건의 경우), 가족주치의계획 및 기타 모든 관련 프로그램을 통합하여 인구집단건강 관리를 강화하고, 고령자, 특히 합병증에 시달리는 고령자에게 사람 중심의 통합 진료(NHIA, 2020)를 제공하고, 근거에 기반한 NCD 예방, 생활방식 변화 및 질병 관리에 초점을 맞춰 건강한 기대수명을 확보하고 기능역량을 향상한다. (3) 본인부담금 개혁 및 기타 장려책에 맞춰 생활방식 변화 및 자가 관리에 대한 환자의 책임을 조정할 수 있다. (4) 충분한 재원을 투입하여 1차 의료를 강화하고 직원들의 역량을 향상하여 조율된 NCD 예방 및 관리 서

비스를 제공한다. (5) 개별 제품의 가치, 특허 상태 및 시장 가격을 반영하여 의약품 지불제도를 정기적으로 수정하고, 예치금을 사용하여 신기술과 신약을 적시에 도입한다. 또한 새로운 혜택을 도입할 때뿐만 아니라 기존 혜택을 재평가할 때도 건강기술 평가/재평가를 적용해야 한다.

나. 장기요양제도 개혁

LTCP 2.0은 많은 성과를 올렸지만 아직 개선할 부분이 남아 있다. (1) 취약한 재정 역량 및 지속가능성: LTCP 2.0의 연예산은 GDP의 0.2%에 불과해 한국(0.6%), 일본(1.8%) 및 OECD 평균(1.7%)(OECD, 2019)보다도 낮다. 주 수익원인 담배세로는 빠르게 증가하는 장기요양 수요를 충족하기 어렵다. Control Yuan의 보고서(2020)에서도 재정 능력과 장기적 지속가능성이 과제로 지적됐다. (2) 인구 보장의 형평성: 보편적 보장과 거리가 멀고, 가정에서 고용한 외국인 간병인, 시설 거주, 복지 증명서 없는 청년 정신/신체 장애인은 보장되지 않는다(또는 혜택 제함). (3) 행정 비효율성: 지방정부에서 관리하기 때문에 지방화의 혜택을 받을 수 있지만 중복, 불평등 및 비효율성이 높아지고 국민건강보험과 통합하기 어려울 수 있다. (4) FFS 수가제: 인센티브를 통해 생산성을 높일 수 있지만 사람 중심의 전체론적 진료가 와해될 수 있다. (5) 이해 상충: 사례 관리자와 요양 관리자가 중복될 경우 인적자원을 낭비하고, 장기요양 시설에서 이들을 고용할 경우 이해 상충이 발생할 수 있다. (6) 혜택 설계: 시설 보호에는 여전히 자산조사가 필요하다. 또한 사회복귀와 기타 의료 종사자 서비스는 개인의 기능 향상/유지에 도움이 되지만 개인 간호와 동일한 혜택 패키지로 비용을 충당하기 때문에 이용에 제한이 있다. 또한 가족 간병인에게는 현금 혜택이 제공되지 않는다. (7) 장기요양과 의료의 정보시

스템 호환성 및 수평적/수직적 통합에 대한 재정 인센티브가 부족하다.

따라서 우리는 다음을 권장한다. (1) LTCI의 계획대로 보편적인 공공 LTCI 제도를 시행하여 보편적 보장을 실현하고 보험료 기여금을 수익에 통합하여 조달 계획의 충분성과 안정성을 강화함으로써 증가하는 고령인구 수요를 충족한다. (2) 단일보험자의 장점을 활용하고 한국의 사례에 따라 NHI와 LTCI의 행정 시스템을 통합하여 건강과 장기요양 간 시스템 통합을 촉진하고 형평성, 효율성 및 질을 개선한다. (3) 시설 보호와 가족 간병인에 대한 현금 혜택을 보장해야 한다. 또한 혜택 수준을 결정할 때 전문 진료가 필요한지 고려해야 한다. (4) 인적자원 낭비와 사례 관리자의 이해 상충을 줄이고 통합 및 전체론적 치료를 촉진하기 위해 사람 중심의 단일 창구 요양관리시스템을 재설치한다. (5) 진료의 질을 높이고 통합을 촉진하기 위해 포괄수가제, P4P, 인두제 또는 가치 기반 수가제를 포함한 수가제에 대한 시범사업을 실시한다. (6) 의료 통합을 촉진하기 위해 의료서비스 제공자는 수급자의 동의하에 LTC, NHIS 및 사회 서비스에 대한 환자 정보에 접근할 수 있어야 한다.

제 17 장 태국의 인구 고령화 대응 정책

제1절 도입

인구 고령화는 주로 출산율 감소와 수명 연장이 복합적으로 작용하여 발생한 글로벌 현상이다. 2020년 세계 인구는 77억 9,500만 명이며, 65세 이상 고령인구는 7억 2,400만 명으로 전체 인구의 9.3%를 차지했다. 대륙별로는 유럽(19.1%), 북미(16.8%), 오세아니아(12.8%), 아시아(8.9%)의 순으로 65세 이상 고령인구 비율이 높게 나타났다(United Nations, 2019). 아시아 국가는 대부분 인구구조 변화로 인해 고령인구가 급증했다. 이처럼 고령인구가 증가하자 사회보장과 노인복지의 필요성이 커지고 있다. 또한 많은 아시아 국가가 고령인구 집단의 경제, 보건, 사회복지 요구에 적절히 대응하기 위해 질적, 양적으로 준비해야 한다고 강조한다. 여기서 한정된 예산으로 이들 서비스의 수요와 공급 간 균형을 맞춰야 하는 과제가 대두된다. 일부 국가는 국가개발체제하에서 체계적이고 구체적인 연령 맞춤형 정책을 개발했다. 하지만 인구구조 변화 단계와 고령화 문제에 대한 우선순위 차이로 인해 국가 간 정책 개발 및 시행에 격차가 발생했다(United Nations ESCAP, 2017).

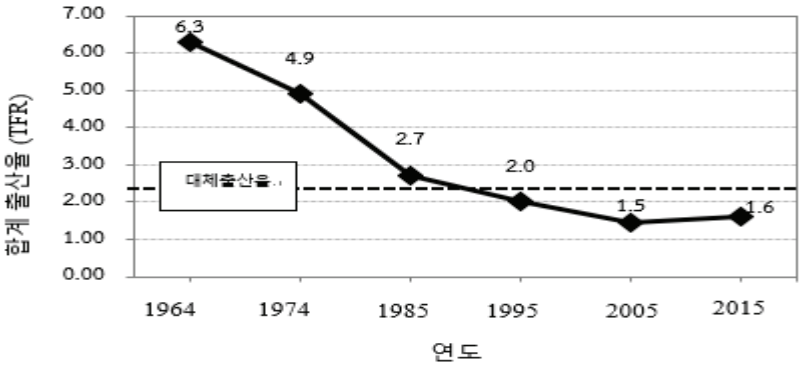
태국 정부가 노년층의 삶의 질을 높이기 위해 직간접적으로 다양한 서비스와 혜택을 마련하고 있지만 아직 한계가 있다. 태국은 고령인구의 필요를 완전히 충족하는 데 시급히 필요한 조치를 취하지 못했다. 태국 사회의 이러한 현안을 고려하여 지난 20년간 인구 고령화 문제에 대처하기 위해 태국 정부가 개발 및 시행했던 고령화 대응 정책을 포괄적으로 살펴본다. 태국의 인구 고령화 대응 정책, 계획 및 프로그램 개발에 특히 주목

한다. 또한 소득보장, 의료 및 장기요양 정책, 기타 사회복지사업에 관한 주요 정책 요소에 집중하여 지난 20년간 태국 사회의 정책 환경에 관해 구체적으로 알아본다. 이를 위해 고령층에 영향을 미치는 공식 정책 및 프로그램에 관한 다양한 자료를 검토했다. 이번 장에서 제시하는 일부 연령 관련 통계에서는 65세 이상을 '고령자(older person)'로 분류했지만, 대부분의 정책 및 프로그램은 태국 법률에 따라 60세 이상을 '고령자'로 간주한다.

제2절 태국의 인구 고령화 현황

2020년 태국의 총인구는 6,650만 명이며, 65세 이상 고령인구는 790만 명으로 전체 인구의 11.9%를 차지했다. 50여 년 전 110만 명으로 전체 인구의 3.2%에 불과했던 것과 비교해 크게 증가한 수치다. 태국은 2005년, 65세 이상 인구 비율이 전체 인구의 7%를 넘으며 '고령화 사회'에 진입했다. 태국은 고령인구 비율이 매우 빠르게 증가했다. 국가 인구 전망에 따르면 태국은 고령화 사회에 진입한 지 17년 후인 2022년, 65세 이상 인구 비율이 전체 인구의 14%를 넘는 고령사회가 되고, 2032년에는 65세 이상 인구 비율이 20%를 넘는 '초고령사회'에 진입할 것으로 예상된다(Office of the National Economic and Social Development Council(NESDC), 2019). 태국의 고령인구 비율이 급증하는 원인은 크게 두 가지로 나눠볼 수 있다. 첫 번째는 지난 수십 년간 출산율이 급감한 것이고, 두 번째는 사회경제 및 공중보건의 발전으로 수명이 빠르게 늘어난 것이다(UNFPA Thailand, 2011).

〔그림 17-1〕 1964~2015년 태국 합계출산율(TFR)

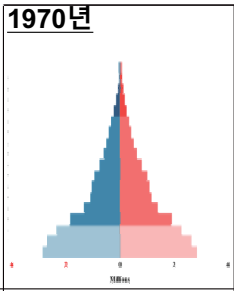
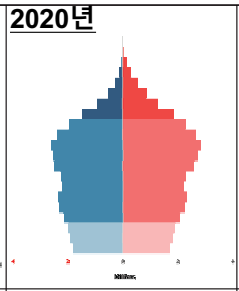
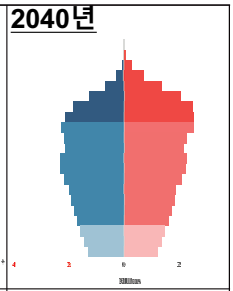


자료: National Statistical Office. (2021). Demographic Statistics: Total Fertility Rate 2010-2021. Ministry of Digital Economy and Society. Retrieved September 1, 2021, from http://statbbi.nso.go.th/staticreport/Page/sector/TH/report/sector_01_11211_TH_.xlsx.

1970년대 이전까지 태국 정부는 빠른 인구증가를 국가 경제발전을 저해하는 요인으로 보았다(UNFPA Thailand, 2011). 이에 자발적인 피임을 장려하기 위한 국가가족계획사업이 수립됐다. 사업은 매우 성공을 거둬 실제로 태국 여성의 합계출산율(TFR)은 1964년 6.3에서 1995년 2.0(대체출산율)으로 30년간 큰 폭으로 감소했다. 2015년, 태국 여성 1인당 평균 자녀 수는 1.6명으로 대체출산율 이하로 떨어졌다([그림 17-1] 참조). 태국 여성의 자녀 수는 향후 몇 년간 더욱 감소할 것으로 전망된다.

지난 세기 동안 태국 국민의 수명은 크게 늘어났다. 약 50년 전, 출생아의 기대수명은 약 60세에 불과했으나, 2020년 평균 77세(남성 73세, 여성 80세)로 증가했다. 태국 인구 추계에 따르면 20년 후인 2040년 평균 기대수명은 80세(남성 77세, 여성 83세)로 늘어날 것으로 전망된다(NESDC, 2019). 지난 반세기 동안 출산율 감소와 수명 연장의 영향은 연령 구성에서 가장 두드러지게 나타났다. 태국의 인구 피라미드는 하단이 넓고 상단이 좁은 형태에서 하단이 좁고 상단이 넓은 형태로 변화했다(〈표 17-1〉 참조).

〈표 17-1〉 태국의 연령 구성 및 인구 피라미드 변화, 1970~2040년

	1970년	2020년	2040년
			
총인구(백만 명)	34.4 (100.0%)	66.5 (100.0%)	65.4 (100.0%)
15세 미만	15.5 (45.1%)	11.2 (16.9%)	8.4 (12.8%)
15-64세	17.8 (51.7%)	47.4 (71.2%)	41.3 (63.2%)
65세 이상	1.1 (3.2%)	7.9 (11.9%)	15.7 (24.0%)

자료: Office of the National Economic and Social Development Council (NESDC). (2019). Report of the Population Projections for Thailand 2010-2040 (Revision). Retrieved September 1, 2021, from http://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%93%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2%20%E0%B8%9E%E0%B8%A8%202553%20-%202583%20(%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A_2315.pdf.

서양 국가는 고령화 사회에서 고령사회로 넘어가는 데 일반적으로 50년 이상 걸리지만,[65] 태국은 다른 아시아 국가와 마찬가지로(〈표 17-2〉 참조), 그보다 빠르게 진행됐다(United Nations, 2019). 실제로 태국에서 65세 이상 인구 비율은 2005년 7%에서 2022년 14%로 증가해 불과 17년 만에 고령사회로 진입할 것으로 예상된다. 태국 인구는 사망률 감소와 20년 동안(1963~1983) 연간 출생아 수가 1백만 명을 초과한 '1백만 출생코호트(one-million birth cohort)'의 출현으로 빠르게 고령화되고 있다(Prasartkul, 2020).[66] 일명 '인구 쓰나미(population tsunami)'

65) 65세 이상 인구 비율이 7%에서 14%로 증가하는데 프랑스는 115년(1865~1980), 스웨덴은 85년(1890~1975), 호주는 73년(1938~2011), 캐나다는 65년(1944~2009), 영국은 45년(1930~1975), 스페인은 45년(1947~1992) 걸렸다(United Nations, 2019).

66) 태국의 출생아 수는 1983년부터 급감하기 시작했다. 2020년에는 출생아 수가 최초로

로 불리는 이 인구 집단은 조만간 고령층에 편입된다.

〈표 17-2〉 주요 아시아 국가의 65세 이상 인구 비율 및 전체 인구의 7%에서 14%로 증가 소요 연수, 2020년

아시아 국가	증가 소요 연수(년)	65세 인구 비율(%)
일본	24	28
중국	23	11
한국	18	15
싱가포르	17	12
태국	17	12
베트남	18	8

자료: United Nations. (2019). World Population Prospects 2019 (Online Edition. Rev. 1). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Retrieved September 1, 2021, from https://population.un.org/wpp/. 2021.8.30.

연령 구성이 청년기에서 고령화 사회로 바뀌면서 태국 국민의 가구 규모와 가구당 세대 수도 크게 변화했다. 가구당 평균 구성원 수는 1970년 5명에서 2020년 3명으로 감소했다(Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI), 2021). 또한, 가구 구성원 중 60세 이상이 1명 이상인 '고령 가구'가 전체 가구에서 차지하는 비중도 1996년 29%에서 2018년 43%로 크게 증가했다(National Statistical Office, 2019). 2018년 가구사회경제조사(Household Socio-Economic Survey)에 따르면, 전체 가구에서 고령자 1인 가구가 차지하는 비중은 1996년 2.3%에서 2018년 6.5%로 증가했고, 고령자 2인 가구 비중은 1996년 2.1%에서 2018년 6.2%로 증가했다. 이는 근미래에 부양 인구 증가로 태국 사회가 당면할 위험과 과제를 나타낸다. 부양 인구 증가는 의료 및 장기요양 수요 증가로 이어진다. 이제 태국은 이러한 과제에 적절히 대응할 수 있는 방안을 강구해야 할 때이다.

60만 미만으로 떨어졌다(Office of Registration Administration, Department of Provincial Administration, 2020).

제3절 인구 고령화 대응 정책의 발달 배경

태국 정부는 인구 고령화의 영향에 대비하여 국가 법률 정책, 실행 계획 및 통합 구조를 포괄하는 제도적 틀을 구축해야 한다(United Nations ESCAP, 2017). 이러한 제도적 장치는 고령화 사회에 필요한 사항과 과제를 확인하고, 우선순위를 지정하고 대응하는 데 도움이 될 수 있다. 태국 정부는 일부 정책 부문에서 노인의 요구를 체계적으로 해결하기 위해 고령화 정책 및 계획을 채택하고 개정했다.

다른 아시아 국가와 마찬가지로 태국은 1980년대 초반부터 고령화 정책을 적극 추진해왔다. 1982년 쁘렘 띤나술라논 총리(1980~1988) 내각은 국가고령사회위원회(National Committee on Older Persons)를 설립하고 내무부 장관을 위원장으로 지정하는 결의안을 채택했다. 보건부 산하 의료서비스과 본부장을 고령자에 대한 연구와 장기계획을 책임지는 분과위원회 위원장으로 지정했다. 당시 태국 정부는 1982 비엔나국제고령화행동계획(VIPAA, Vienna International Plan of Action of Ageing)에서 채택된 실행 계획과 이후 국제적으로 합의된 여러 원칙에 특히 주목했다. 내무부 장관과 의료서비스과 부본부장이 1982년 태국 대표로 제1차 세계고령화총회(World Assembly on Ageing)에 참석했다(Institute of Geriatric Medicine, 2021). 총회는 고령화에 대비하여 대응 정책과 실천 계획을 수립할 것을 전 세계 회원국에 촉구했다.

태국은 제1차 국가고령자계획(National Plan on Older Persons) B.E 2525~2544(1982~2001)를 통해 인구 고령화 정책을 정의하고 장기 전망을 발표했다. 이는 태국 정부가 고령인구의 새로운 요구를 적절히 충족할 수 있는 국가 정책을 개발하는 중요한 이정표가 됐다. 1차 국가고령자계획(1982~2001)은 태국 고령인구를 위한 후속 정책 개발의 주요 지침, 목표 및 범위를 개괄적으로 정의한 태국 최초의 20년 장기 국가 계

획이다. VIPAA의 권고에 따라 특별 위원회에서 개발한 1차 계획은 (1) 보건, (2) 교육, (3) 소득보장 및 고용, (4) 사회 및 문화 참여, (5) 사회복지서비스의 5가지 분야에서 고령화 정책을 시작하려는 태국 정부의 정치적 의지를 시사한다(Jitapunkul & Wivatvanit, 2008). 1980년대 초 고령화 사회에 대비한 국가 장기계획 공포는 노인들을 위한 실천 계획 개발을 지원하는 핵심 정책 수단으로 간주되었다. 계획은 태국 고령인구의 자립을 인정하고 가족의 적극적인 부모 돌봄을 장려하기 위한 정부의 노력에 집중됐다.

1990년대 들어 국제적 수준에서 유엔 고령화 성명서(United Nations, 1992) 마카오 아시아태평양고령화행동계획(Macau POA) (UNESCAP, 1999) 등 다양한 원칙이 합의되었다. 이러한 국제적 흐름은 태국을 포함한 많은 국가가 국가 차원에서 자체 정책 및 사업 목표를 재설계하는 데 도움이 되었다. 예를 들어, 태국은 1992년 제1차 국가고령자계획(1982~2001)을 개정하고 정책과 복지에 관한 정부의 역할을 명확히 규정했다(Khodel, Chayovan, Graisurapong, & Suraratdecha, 2000). 이후 노인교육, 적절한 노인 일자리 지원, 인력 양성, 인구 고령화 문제에 관한 데이터 수집 및 노인 지원에 대한 지역사회, 종교단체, 민간부문의 역할 확대를 통한 참여 장려 등이 1차 장기계획에 추가됐다.

태국 통계청(NSO, National Statistical Office of Thailand)은 1994년에 최초로 노인실태조사(National Survey of Older Persons)를 실시했다. 이후 2002년, 2007년, 2011년, 2014년, 그리고 가장 최근에는 2017년에 조사가 실시됐다(National Statistical Office, 2018). 2020년에 7차 조사가 실시될 예정이었으나 코로나19 팬데믹으로 연기되어 2021년에나 완료될 것으로 예상된다. NSO는 다른 기관과 협력하여 노인실태조사에 필요한 고령인구 정보에 관해 논의하고 설계하는 포

럼을 조직할 계획이다. 따라서 이들 조사에서 확인된 증거는 정부 기관의 후속 정책 결정에 필요한 추가 분석을 실시하고 계획을 수립하는 데 유용한 정보를 제공할 수 있다.

고령화에 대한 국제 사회의 인식이 높아짐에 따라 태국은 1997 헌법에 노인문제를 포함시켰다. 제54조에는 "60세 이상이며 생계에 필요한 소득이 충분하지 아니한 자는 국가로부터 적절한 지원을 받을 권리가 있다"라고 규정되어 있다(Office of the Council of State, 1997, p.11). 또한 제80조에는 "…국가는 노인, 빈곤층, 장애인, 극빈자가 양질의 삶을 영위하고 자립할 수 있도록 복지서비스를 제공한다"라고 명시되어 있다(Office of the Council of State, 1997, p.15). 1997 헌법은 이후 폐지되었지만, 고령자의 권리를 인증하고 보호하는 2003 노인법 제정에 필요한 제도적 기반을 마련했다.

태국은 2000년 태국 노인선언(Declaration on the Thai Older Persons)을 선포했다. 선언은 시민사회단체를 포함한 민관부문부터 사회 전반에 걸쳐 조정된 포괄적 기회를 고령층에 제공해야 하는 중요성을 인정하는 정부의 결정을 상징적으로 선언하고 명시적으로 강조했다. 또한 건강 관리, 존엄한 삶, 유기 방지, 평생학습 및 사회참여의 측면에서 고령자에 대한 사회적 보호에 관해 분명히 언급했다. 태국에서 고령화가 중요한 의제로 대두되었지만, 고령자에 대한 1차 장기계획(1982~2001)에서는 국가의 중요한 역할에 대한 언급이 상대적으로 한정되어 있었다.

2002년 스페인 마드리드에서 열린 제2차 세계고령화총회에서 회원국은 날로 증가하는 고령인구의 요구 사항을 충족시키기 위한 국가 정책을 지도하고 제시하기 위해 고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA, Madrid International Plan of Action on Ageing)을 채택했다. 태국은 또한 (1) 노인과 개발, (2) 노인의 건강과 복지 증진, (3) 노인에게 지지

적인 환경 조성의 세 가지 우선 방향은 아니더라도, MIPAA에 따라 정책 틀과 관련 계획을 재구성했다(United Nations, 2002). 국가 정책은 대체로 MIPAA를 따르기 때문에 유사하지만, 자원 배분과 정책 역량으로 인해 실행 역량에서는 국가별로 차이가 나타났다. 그럼에도 세계고령화 총회와 MIPAA의 출현은 지난 20년간 태국 정부의 인구 고령화 대응 정책 설계에서 '중요한 분기점'이 되었다.

태국은 2002년 MIPAA를 채택한 후, MIPAA에 부합하고 1차 장기계획을 더욱 발전시킨 2차 국가고령자계획(2002~2021)을 개발했다. 태국은 이들 과제의 중요성을 인식하고 MIPAA의 주요 방향에 따라 광범위한 정책을 시행했다. 2차 계획은 노인들이 가능한 한 오랫동안 존엄하고, 자율적이고, 안전한 삶을 영위할 수 있도록 "노인은 사회의 소중한 자산"이라는 관점에서 노인복지 강화를 주요 목표로 삼았다. 또한 이는 태국 사회가 고령자를 중요한 기여자로 인식하고 사회 발전에 이들의 참여를 장려하기 위한 핵심 전략으로 작용했다. 2009년에 개정된 제2차 국가고령자계획(2002~2021)은 다음 5개 핵심 전략으로 구성되어 있다(National Committee on Older Persons, 2010).

전략 1: 건강한 고령화 준비 전략
전략 2: 고령자 증진 및 개발 전략
전략 3: 노인을 위한 사회안전망 전략
전략 4: 노인 인력 개발을 위한 포괄적인 국가 시스템 개발 관리 전략
전략 5: 노인에 관한 지식 처리, 업그레이드 및 보급 및 국가고령자계획 모니터링 및 시행 전략

제2차 국가고령자계획은 5년마다 시행 상태를 모니터링하고 평가했다. 독립 학술기관이 태국 노인국의 협조하에 2007년, 2012년, 2017년에 각각 평가를 실시했다. 그리고 관련 부서가 지표 달성이라는 궁극의 목표를

위해 서로 협력할 수 있도록 평가 결과를 사용해 2차 계획의 목표와 지표를 일부 조정했다(College of Population Studies, Chulalongkorn University & Department of Older Persons, 2017).

태국은 2003년 최초로 노인 관련 법안인 노인법 B.E.2546(2003)을 제정했다. 노인법은 법률 형태로 노인의 권리를 보호하겠다는 정부의 약속을 재확인한 기회였다. 노인법은 1995년 정부 내각이 상원 여성청소년 노인위원회의 제안에 동의하고 노동사회복지부가 노인권리 보호 특별법을 공포해야 한다고 자문하면서 공론화었다(Jitapunkul & Wivatvanit, 2008). 2002년 보건부 산하 노인의학연구소가 관련 부처 및 시민사회단체와 협력하여 노인법 초안을 작성할 핵심 팀으로 임명됐다(Institute of Geriatric Medicine, 2021). 노인법은 60세 이상 태국 국민은 보호, 증진 및 지원을 받을 자격이 있다고 규정한 헌법 제11조에 따라 2010년과 2017년 개정되었다(아래 표 참조)(Government Gazette, 2017).

〈표 17-3〉 노인법에 따른 노인 권리 B.E. 2546(2003)

번호	권리 내용
(1)	노인들의 편의와 신속성을 고려한 의료 및 공중보건 서비스 제공
(2)	교육, 종교 및 생활에 유용한 정보 및 뉴스
(3)	적절한 직업 또는 직업 훈련
(4)	네트워크 또는 공동체를 통한 자기개발 및 사회활동 참여
(5)	건물, 장소, 차량 또는 기타 공공 서비스에서 노인에게 직접 시설 제공 및 안전 보장
(6)	적절한 교통비 지원
(7)	관공서 입장료 면제
(8)	학대, 불법 착취 또는 유기의 위험에 처한 노인 지원
(9)	가족 문제 사건 또는 구제와 관련된 기타 절차에 대한 자문 및 상담
(10)	광범위한 의식주 제공(필요한 경우)
(11)	광범위하고 공정한 월 생활비 수당 지급
(12)	전통 장례식 지원
(13)	기타 위원회 고시 사항

자료: Government Gazette. (2017). Older Persons Act B.E. 2546 (No. 3) B.E. 2560. Retrieved September 1, 2021, from http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/131/36.PDF

인구 고령화가 태국에서 중요한 국가 의제로 대두됨에 따라 이러한 교차 영역을 체계적으로 통합해야 하는 필요성도 높아졌다. 이에 2003 노인법에 따라 고령인구에게 더 효과적이고 쉽게 참여할 수 있는 서비스를 제공하기 위해 관련 부처 대표와 민간, 학계 전문가로 구성된 국가고령자위원회(National Committee on Older Persons)가 설립됐다. 위원회는 국무총리를 위원장으로 하여 노인 문제에 대한 국가 조정 기구로 기능했다. 국가고령자위원회는 노인기금 관리, 내각의 승인하에 고령자의 지위, 역할, 활동 보호, 증진 정책과 주요 계획 수립, 이들 정책과 주요 계획 시행현황 모니터링 및 평가 등을 주로 담당했다(Government Gazette, 2017).

또한 정보조직개편법(Reorganisation of Ministry, Sub-Ministry and Department Act) B.E. 2545(2002) 공포 후, 노인 권리 보호 및 증진 업무가 내무부 공공복지부에서 사회개발인간안보부로 이관되었다(Office of the Council of State, 2002). 2015년 노인 문제에 관한 정부 핵심 기관으로 노인국(DOP, Department of Older Persons)이 설치되었다(Department of Older Persons, 2021). 2003 노인법은 태국 정부가 노인 권리 보호 요구를 충족하기 위한 주요 정책 도구로 활용되고 있다. 노인법은 국가 정책과 계획을 시행하기 위해 다양한 노인 관련 영역을 통합하고 포괄하는 법적 기반이다. 실제로 태국 정부는 노인법 범위를 주요 토대로 사회보호 및 안보, 고령자의 노동 참여, 건강 및 장기요양 및 기타 관련된 사회복지 문제 등에 관한 정책을 수립했다.

2016년 11월 8일 쁘라윳 짠오차 내각(2014~현재)은 (1) 고령자 고용 고령자가 가능한 장기간 자립할 수 있도록 소득보장, (2) 고령자 주택—고령자를 위한 시설을 갖춘 고령자 주택 단지 건설, (3) 역모기지—부채 없는 주택을 보유한 60세 이상 80세 미만 고령자에게 주택을 담보로 천만

바트까지 대출, (4) 연금제도 통합—국민연금기금을 통해 국가 연금제도를 총괄하기 위해 국무총리를 위원장으로 하는 국민연금정책위원회 설치 등을 골자로 하는 '고령화 사회 4대 지원 대책(Four Measures to Support Ageing Society)'을 승인했다(The Cabinet, 2016).

〈표 17-4〉 고령화 사회에 관한 국가의제 추진방안 요약

고령자 및 전 연령층의 삶의 질을 개선하기 위한 6가지 지속가능발전 방안	
S1	고령자를 위한 사회보장 및 복지제도 구축
S2	고령자 고용 및 소득 보전 강화
S3	고령화 사회 지원을 위한 모든 수준의 의료 시스템 연결
S4	노인 친화적이고 안전한 환경을 제공하기 위한 지역사회 및 주거 환경 개선
S5	'타임 뱅크' 형식에 기반한 지방정부기관, 클럽 및 지역사회단체의 노인 돌봄 장려
S6	새로운 세대를 위한 지식과 재무지식(저축 및 생활 계획) 생성
행정역량 강화를 위한 4가지 변화 방안	
C1	고령화 사회를 강화하기 위한 의사결정 및 시행 차원의 통합 강화
C2	다양한 고령자 노동 환경 지원을 위한 법률 및 규정 개정
C3	고령인구의 요구에 대응하기 위한 정보시스템 개혁 및 기관 간 데이터 공유
C4	고령화 사회의 불평등을 완화하여 고령자의 생활을 돕는 사회 혁신

자료: Department of Older Persons. (2019). Driving Measures of the National Agenda on Ageing Society, p.30.

2018년 12월 4일, 내각은 '고령화 사회에 관한 국가의제 추진방안' 원칙을 승인하고, 고령자 담당 기관에 그에 따라 조치하도록 지시했다. 이후 '6가지 지속가능발전, 4가지 변화' 방안으로 구성된 국가 의제에 고령화 사회가 추가되었다(〈표 17-4〉 참조)(Department of Older Persons, 2019). 노인과 이들 네트워크의 공청회는 사회개발인간안보부, 노동부, 보건부, 내무부, 교육부, 고등교육과학연구혁신부 등 6개 부가 조정하여 시행했다. 실제로 이들 조치는 "활동적 노후: 건강, 안전, 참여"라는 최종 목표를 달성하기 위한 국가, 부서 및 지역 차원의 작업 통합을 목표로 했다(The Cabinet, 2018). 요약하자면 태국은 1980년대 초부터 고령자

문제에 대처하는 정책을 개발하고 시행해왔다. 노인을 도움이 필요한 '극빈자'로 보는 '자선 기반 접근법'에서 우리 사회의 '시민'으로 보는 '권리 기반 접근법'으로 전반적인 방향이 변화하고 있다.

제4절 인구 고령화 대응 정책의 현황

태국은 고령자의 삶의 질 향상에 대한 강력한 정치적 의지를 표명하고 정책적으로 상당한 진전을 거두었다. 그러나 태국은 지난 20년간 조직적, 자원적 한계와 정치적 혼란으로 어려움을 겪어왔다. 따라서 이번 절에서는 (1) 소득보장 및 연금 정책, (2) 건강 및 장기요양 정책, (3) 사회복지정책 등 세 가지 주요 영역에서 태국 정부의 고령화 정책 설계 및 시행 경험을 살펴본다. 그리고 정책영역별로 태국의 대응 정책 목록을 제시한다.

1. 소득보장 및 연금 정책

태국의 고령자 재정 지원은 크게 (1) 공식 부문 사업과 (2) 비공식 부문 사업, 두 가지로 나눌 수 있다. 아래에서는 현재 정부가 두 부문에서 후원하는 사업을 소개한다.

가. 공식 부문 사업

태국 정부는 공무원 및 공기업 직원용과 사회보장법에서 지정한 민간기업 직원용의 두 가지 퇴직 수당 제도를 운영하고 있다. 이 두 가지 정부 사업 외에 민간기업 퇴직자의 소득을 보장하기 위해 1987년 준비기금(Provident Funds)이 설립됐다.

1) 정부 연금 기금(GPF)

태국에서 공무원은 민간보다 상대적으로 급여가 낮은 것으로 인식되는 경우가 많지만, 현재 정부는 퇴직연금제도를 포함한 복리후생을 통해 약 130만 공무원의 고용 안정성을 보장하고 있다. 연금제도는 25년 이상 근속한 공무원에게 퇴직 시 일시금으로 또는 연금(월) 형태로 퇴직 급여를 지급한다. 단, 근속연수가 10년 이상 25년 미만인 경우 일시금 형태로만 수령할 수 있다(Khodel et al., 2000). 그럼에도 공무원 퇴직자 연금에 대한 보조금 지급으로 향후 정부 지출이 크게 늘 것으로 예상됨에 따라, 정부는 연금제도를 다시 설계하고 정부연금법 B.E. 2,539(1996)에 따라 1997년 '정부연금기금'(GPF, Government Pension Fund)을 출범시켰다. GPF 설립 전에 채용된 공무원은 구/신 제도 중 하나를 선택할 수 있지만, 1997년 3월 24일 이후 채용된 공무원은 GPF에 참여해야 한다(Brustad, 2011). GPF는 정부 재정 위험을 완화하고, 노동 연령층의 월 적립 규모를 설정하여 퇴직 후 소득을 보장하기 위해 설치되었다. 공무원은 월급의 3%를 기금에 적립하고 정부도 동일한 금액을 부담한다. 법이 허용하는 범위 내에서 기금 일부를 수익 창출 활동에 투자할 수 있으며, 수익은 가입자들에게 재배분된다. 2020년 기준, 기금 예산 규모는 2,670억 1,200만 바트, 가입자는 80만 명이다(TGRI, 2021).

1999년부터 공무원 정년을 60세에서 65세로 늘리려는 논의가 있었다. 그러나 이는 일부 부문, 특히 사법 및 고등 교육 부문에만 당사자가 원하는 경우에 한해 적용되었다. 판사나 검사의 경우 사안별로 승인을 받으면 70세까지 근무할 수 있다. 2009년부터 중앙인사위원회(OCSC, Office of the Civil Service Commission)는 전문가 또는 일부 전문 직원(예, 법률 고문, 의사, 치과의사, 수의사) 및 일부 전문 기술을 보유한 공무원은 정년을 60세에서 65세로 연장할 수 있다고 공포했다(Department of Older Persons, 2017a).

2) 노령연금(OAP)

1990년 직원 1인 이상인 민간기업 근로자를 위한 사회보장제도가 제정되었다(Government Gazette, 2015). 1999년 사회보장국은 퇴직 또는 55세로 정년퇴직한 민간기업 근로자에게 노령연금 형태로 사회보장을 제공하기 위해 사회보장제도하에 노령연금(OAP, Old Age Pensions) 사업을 시작했다. 사회보장기금(Social Security Fund)은 근로자, 고용주, 정부 3자가 일정 비율로 공동 부담한다. 연금 보험료를 15년(180개월) 이상 납부한 55세 이상 가입자는 노령연금을 수급할 수 있다. 급여는 보험료 납부 연수와 연금 수급자격 획득 5년 전 평균 급여를 기준으로 결정된다. 55세에 퇴직했지만 납부 기간이 15년 미만인 가입자는 지금까지 납부한 보험료와 이자를 일시불로 수령할 수 있다. 2020년 기준, 사회보장제도(제33조에 의거함) 가입자는 약 1,110만 명이며(Social Security Office, 2021), 202억 300만 바트의 예산을 투입하여 퇴직한 가입자 60만 명에게 노령연금을 지급했다(TGRI, 2021).

태국에서는 공무원 제도와 마찬가지로 민간부문도 통상 55세로 설정되어 있는 정년연령이 60세, 심지어 65세로 늘어나는 경향이다(Department of Older Persons, 2017a). 태국 정부는 노동력 부족 문제를 완화하고 신입사원 교육 비용을 최소화하기 위해 임직원, 정규직, 비상근직 또는 컨설팅 서비스를 포함하여 고용계약을 갱신 또는 연장하는 민간 기업에 인센티브를 제공하는 조치를 강구했다. 이들 조치는 노동력 부족 현상을 완화하는 것은 물론 고령자에게 기회를 제공하고 이들의 지식, 기량 및 전문성을 인정함으로써 기업 이미지를 개선하는 데도 도움이 된다. 하지만 태국 사회에서 이들 조치가 어느 정도 시행되고 진행됐는지를 보여주는 실증적 연구는 아직 부재하다.

3) 준비기금(PVD)

준비기금(PVD, Provident Funds)은 퇴직 후 소득을 보장하기 위해 설립된 또 다른 형태의 주요 퇴직기금이다. 기금은 고용주와 고용인의 공동부담으로 조성되고, 조합원은 자격 종료 또는 정년연령 시 일부 조건에 따라 기금을 수령한다. 조합원이 수령하는 기금은 고용주와 고용인의 기여금과 기금 투자 수익으로 구성된다. 기금은 조합원 퇴직 시 소득자의 적립 규율을 설정하기 위해 인센티브 형태로 전액 비과세 지급된다. 증권거래위원회(OSEC, Office of the Securities and Exchange Commission) 사무국은 PVD를 등록하고 이러한 기금의 운영 표준을 규제하는 정부 기관이다. 2020년 기준, 준비기금은 368개가 설립되었고 고용인 290만 명이 조합원으로 가입되어 있다(Office of the Securities and Exchange Commission, 2021).

나. 비공식 부문 사업

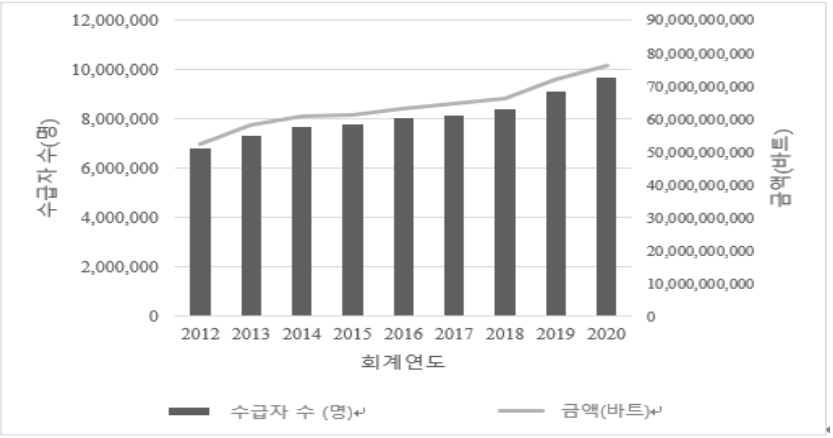
1) 노령수당(OAA)

복지부는 1993년부터 빈곤층 노인들에게 매월 생계 수당을 지원하고 있다. 처음에는 수당이 200바트(약 7달러)였다. 소득이 없는 빈곤층 고령자는 수당 수령 자격이 부여됐다. 빈곤층 고령자가 행정구역 또는 지역사회 담당자를 통해 수당을 신청하면 지역 복지담당자가 자산을 조사하고 승인한다. 이후 사업은 거의 모든 지역으로 확대되어 1997년 기준, 약 2만 명에 달하는 빈곤층 노인이 수당 자격을 부여받았다(Khodel et al., 2000).

2007년에 정부는 지방행정부를 통해 수당을 월 500바트(약 17달러)로 인상했다. 그리고 2009년에는 태국 정부는 다른 국가 연금 자격이 없는 모든 고령자에게 노령수당(OAA, Old Age Allowance)을 지급하기로 결정

했다. 정부는 2012년 수급자의 연령대에 따라, 즉 '단계별' 지급으로 OAA 운영 방식을 개정해 60~69세에게는 600바트(약 20달러), 70~79세에게는 700바트(23달러), 80~89세에게는 800바트(약 26달러), 90세 이상에게는 1,000바트(약 33달러)를 각각 지급하기 시작했다(Department of Older Persons, 2017a). 그러나 이 금액은 태국에서 최저 생활 수준을 유지하기에는 아직 부족한 것으로 보고된다(World Bank Group, 2016). 동시에, OAA의 보편적 보장으로 공공 지출이 2012년 520억 바트에서 2020년 760억 바트로 크게 늘어났다(TGRI, 2021, p.80). 2020년 OAA 수급자는 약 970만 명이었다([그림 17-2] 참조).

[그림 17-2] 노령수당 수급자 수 및 지출액 2012~2020년



자료: TGRI. (2021). Situation of the Thai Older Persons 2020, p.80.

장애 노인은 노령수당 이외에 월 800바트(약 27달러)를 추가로 받을 수 있다(Department of Older Persons, 2017a). 장애연금은 일반 자격에 따라 지급받는 OAA와 별도로 장애 노인의 삶의 질을 높이기 위해 마련되었다.

2) 국가저축기금(NSF)

2009년 정부 내각은 공식 은퇴 저축이 없는 태국 국민 2천만 명을 위해 새로운 저축 기금을 설치하는 방안을 의회에 권고하는 내용의 결의안을 발표했다(Brustad, 2011). 이후 월연금 형태로 퇴직자의 노후 소득을 보장한다는 목표하에 국민저축기금법(National Savings Fund Act), B.E. 2554(2011)이 제정되고, 사회보장제도로 보호받지 못하고 퇴직 소득보장이 부족한 생산가능인구(15~59세)를 위한 저축 규율을 확립하기 위해 NSF가 설립되었다. NSF 조합원은 월 100바트에서 1,100바트(약 3~36달러)까지 기여금을 설정할 수 있고, 정부는 조합원의 연령에 따라 각 계정에 기여한다. NSF는 2015년에 설립되었다. 조합원은 60세가 되면 평생 매월 연금을 받을 수 있다(Department of Older Persons, 2017a). 2020년 태국의 총취업자 수는 3,750만 명이었다. 이 중 정규직은 1,710만 명이고, 나머지 2,040만 명은 의무 저축제도를 적용받지 않는 비정규직이나 자영업자였다. 2020년 NSF 조합원 수는 240만 명을 넘었다(National Savings Fund, 2021). 그러나 사회보장법 제40조에 따라 국가 자율적 저축제도에 가입하지 못하는 노동자 310만 명을 제외하고 어떠한 저축제도에도 가입되지 않은 인구가 1,500만 명이 넘는다.

3) 국가복지카드

앞에서 언급한 사업 외에도 태국 정부는 2016년 저소득층 지원 조치를 실시했다. 쁘라윳 짠오차 내각(2014~현재)은 1차 태국 20년 국가발전전략(2018~2037)에 따라(Government Gazette, 2018) 빈곤층, 저소득층, 취약계층을 직접 지원하여 사회 불평등을 줄이고 공정성을 보장하고 빈곤을 퇴치한다는 표적 접근법에 우선순위를 두었다. 이에 따라 2016년 중반 국가복지등록사업을 설치하여 대상집단을 파악하고 전국 저소득층

을 지원하는 구체적 대책을 마련하였다. 태국 NESDC에 따르면 연소득 100,000바트(약 3,333달러) 미만 저소득자는 국가복지카드를 발급 받을 수 있다. 2020년 국가복지카드 수혜자는 약 1,370만 명이고, 이 중 약 470만 명(34.3%)이 60세 이상 노인인 것으로 나타났다(Ministry of Finance, 2021). 국가복지카드는 월간 크레딧(1인당 200~300바트, 약 6~10달러)을 사용해 국가에 등록된 지역 상점에서 소비재를 구매할 수 있는 일반 혜택과 교통비, 수도, 전기, 집세, 고령자 병원비 및 다양한 상황에 따른 특별보조금 등 기타 혜택으로 구성되어 있다.

또한 정부는 2017년부터 특히 노인 카드 소지자를 위해 국가복지카드 지급 대상 빈곤층 및 저소득층 노인에게 간헐적으로 현금(월 50~100바트)을 추가 지원하는 조치를 시작했다. 이 보조금은 40억 바트를 초과하지 않는 범위에서 연간 2% 세율로 주류 및 담배 제품에 부과되는 소비세와 노령수당 수익에서 기부받은 기부금으로 충당한다(Government Gazette, 2017). 이는 노령기금으로 송금한 다음 국가복지카드를 통해 저소득 노인에게 전달된다(Thai Post, 2021.9.2.).

2. 건강 및 장기요양 정책

가. 보건의료 정책

2002년 태국은 보편적 의료보장(UHC, Universal Health Coverage)를 시행하고, (1) 공무원 의료보장제도(CSMBS), (2) 사회보장제도(SSS), (3) 보편적보장제도(UCS) 세 가지 주요 의료보장제도를 통해 전 국민에게 공중보건 서비스를 제공하고 있다(Tangcharoensathien, Witthayapipopsakul, Panichkriangkrai, Patcharanarumol, & Mills, 2018). 국가건강보장법(National Health Security Act) B.E. 2545(2002) 제5조에는 노인

을 포함한 전 국민이 UHC 원칙에 따라 양질의 의료서비스를 효율적으로 지원받을 자격이 있다고 규정되어 있다(Government Gazette, 2002). 따라서 태국에서 노인에게 제공되는 의료서비스는 모든 태국 국민에게 평등하게 부여된 권리이다. 2019년 태국 고령자 인구의 81%는 UCS를 통해, 17%는 CSMBS를 통해 2%는 기타 제도를 통해 공중보건서비스를 이용한 것으로 나타났다(TGRI, 2020).

2002 국가건강보장법 이외에 2003 노인법 제11조 1항에도 정부 주무기관은 노인들에게 편리하고 효율적인 의료 및 복지 서비스를 제공할 의무가 있다고 규정되어 있다(Government Gazette, 2017). 일반적으로 보건부 산하 의료시설의 외래환자 부서에서 일반 환자와 별도로 노인 환자를 위한 '전문 채널'을 제공해야 한다. 따라서 모든 국영 병원은 노인 환자가 더욱 간단하고 신속하게 의료서비스를 이용하고 치료 시간을 단축할 수 있는 패스트레인을 제공한다(Department of Older Persons, 2017a).

또한 노인 환자의 편의를 고려하고 이들 환자가 질병 예방, 질병 검진, 치료, 신체 및 정신 건강 증진을 포함한 모든 의료서비스를 이용할 수 있도록 지원한다. 또한 치과 진료, 시력 관리, 재활 서비스에 따른 물리 치료, 장애 노인의 이동 및 일상활동 수행을 돕는 보조장치 제공, 필요한 경우 상위 의료기관에게 전문 치료를 받을 수 있도록 의뢰하는 것 등 노인 환자에게 특화된 서비스를 제공받을 수 있다. 공공 의료보험에 따라 조건과 혜택이 다르지만, 현재 모든 태국 국민을 포함한 고령층은 전국 모든 지역에서 공공병원 의료서비스를 이용할 수 있다.

나. 장기요양 정책

태국 보건부는 의료시스템 네트워크를 통해 가정에서 편의를 제공하여 노인 환자의 의료서비스를 지원한다. 네트워크는 주(SDHS, Sub-

District Health System)부터 지역(DHS, District Health System)까지 모든 의료시스템으로 구성되어 노인 환자의 데이터를 공유하고 요양 수준 간 서비스를 조정한다. 또한 노인 돌봄과 질병 예방에 중요한 역할을 하는 자원봉사 간병인을 지역사회에서 모집하도록 장려한다. 그 외에 지역사회와 지방의료기관의 다학제 팀(예, 의사, 간호사, 물리치료사, 심리학자, 사회복지사, 위생사)으로 구성된 가족의료팀(FCT, Family Care Team)에서 예방적 차원에서 가정 기반 건강 관리 서비스를 제공한다. FCT는 가정을 방문해 진료와 치료를 제공하고, 가족이나 간병인에게 노인 돌봄에 도움이 되는 조언을 주고 필요한 경우 후속 조치를 취한다. 서비스는 장애 및 만성질환이 있어 병상에서 일어나지 못하고 스스로 일상생활을 수행할 수 없는 경우처럼 병원을 퇴원한 후에도 자택에서 간호를 받아야 하는 노인 환자를 대상으로 한다.

그럼에도 기술 및 재정 메커니즘의 측면에서 고령자에게 제공되는 의료 및 사회복지서비스는 아직 임시적이고 단편적이고 통합이 부족한 상태이다. 또한 병원 기반 돌봄 시스템은 주로 급성 환자 치료에 집중되어 있다. 따라서 비전염성 질환, 만성질환 및 고령 장애인 돌봄 및 피부양 노인에 대한 중장기요양은 아직 부족한 편이다. 태국은 고령화가 빠르게 진행되고 가정에서 노인을 돌볼 수 있는 능력이 감소하고 있어 밀려드는 고령인구 쓰나미에 대비하기 위해서는 더 포괄적이고 체계적인 장기요양(LTC, Long-term care) 제도가 필요하다. 효율적인 장기요양제도는 노인, 특히 피부양 노인을 돌보는 가족의 부담을 줄이는 데 도움이 될 수 있다. 그러나 태국은 한정된 예산을 고려하여 고령인구를 위한 시설 중심의 생활보다는 전통적인 지역사회 기반의 돌봄을 중심으로 우선적이고 실행 가능한 방안을 최대한 활용해야 한다(Phulkerd & Satchanawakul, 2020; Prasartkul & Satchanawakul, 2021).

이에 태국은 2016년 국민건강보장청(NHSO, National Health Security Office)이 관리하는 UCS에 따라 60세 이상 피부양자 또는 재가/와상 노인을 위한 장기요양제도를 도입했다. 이 제도는 이들 노인 환자에게 필요한 최소한의 돌봄을 제공하도록 설계되었다. 그리고 2020년 후반 공무원 의료보장제도와 사회보장제도 수급자로 적용 범위가 확대됐다(National Health Security Office, 2021). 현재 태국은 국가노인의회(National Older Persons Assembly)와 국가건강의회(National Health Assembly)에서 제기한 공청회의 권고안을 바탕으로 세 가지 주요 의료보장제도에 장기요양 서비스 패키지를 통합하여 모든 피부양 노인이 더욱 손쉽게 장기요양 서비스를 이용할 수 있게 되었다.

태국 장기요양제도의 핵심 전략은 지역사회 수준의 의료 및 사회복지 제도를 통합하는 것이다. 지역사회에 기반한 이러한 접근방식에는 병원 기반 시스템에 속하지 않는 인적자원을 포함하여 기존 지역사회 자산과 자원을 극대화한다는 철학이 내재되어 있다. 또한 가정에서 집안 어르신을 돌보는 전통이 아직 대부분 마을과 지역사회에 중요하게 살아 있다는 신념하에 지역행정기관(LAO, local administrative organisation)의 지역보건기금(Local Health Fund)을 통해 이러한 전통을 지원한다. 2016년 총 1,752개 LAO가 지역사회 기반 LTC 계획에 참여했다. 2019년 전국 LAO의 76%에 해당하는 7,852개 LAO가 6,003개 LTC 서비스를 제공하는 것으로 나타났다(National Health Security Office, 2020).

태국 정부는 공공 의료보장제도를 적용받는 피부양 노인의 가정돌봄 비용을 지원하기 위해 2020년 UCS를 통해 장기요양기금 9억 7,600만 바트를 투입했다(National Health Security Office, 2021). 2020년 전국 피부양자 197,651명에게 LTC 서비스를 제공할 계획이었으나 지역사회 평가 결과 2020년 3~6월 코로나19 확산을 방지하기 위한 봉쇄와 사회적 거

리 두기 조치로 인해 서비스 이용자는 165,058명에 그친 것으로 나타났다. 2020년까지 요양관리사(CM, care manager) 총 13,615명과 요양보호사(CG, caregiver) 총 86,404명이 보건부 교육을 이수한 것으로 나타났다(TGRI, 2021).[67] 그럼에도 장기요양제도를 좀 더 일관적으로 운영하기 위해서는 지역에서 현지 상황에 맞춰 급여를 결정하고 이들 인력을 정규직으로 고용해야 한다(Srithamrongsawat, Suriyawongpaisal, Kasemsup, Aekplakorn, & Leerapan, 2018). 그럼에도 태국 장기요양제도는 아직 초기 단계에 있으며 추가적인 조정이 필요하다. 실제로 가장 실용적인 방식으로 원활하게 제도를 시행하기 위해서는 몇 가지 문제를 해결해야 한다. 보건부 산하 보건국(Department of Health)은 지방 기관이 차후 제도를 시행할 수 있도록 노인 요양에 관한 교육 과정을 개발 중이다.

3. 사회복지정책

소득보장 및 건강/장기요양 정책 외에도 정부는 특히 노인들에게 주택, 교육, 여가 및 대인 사회복지서비스를 포함한 다양한 사회복지서비스를 제공한다(Spicker, 2014). 날로 증가하는 고령인구의 요구를 충족하기 위해 여러 정부 부처가 이러한 혜택과 서비스 제공을 서로 조율해왔다.

가. 주택

1) 주거서비스

태국 정부는 시설 중심 생활을 지향하는 정책보다는 '고령화'라는 정책 개념에 따라 가족과 지역사회의 노인 돌봄 역량 강화를 추구해왔다. 그러

67) 보건부 산하 보건국(Department of Health)은 지방 기관이 차후 제도를 시행할 수 있도록 노인 요양에 관한 교육 과정을 개발 중이다(Department of Health, 2020).

나 1953년 공공복지국은 자선 사업의 일환으로 어려운 상황에 처한 빈곤층 노인을 위해 공공주택을 소규모로 설립했다(Amornpradubkul, Satchanawakul, & Theunklin, 2020). 이후 간병인 없이 생활하는 빈곤층 및 취약계층 노인으로 입주 대상이 변경됐다. 노인국은 현재 12개 지역에서 노인사회복지개발센터(구 노인요양원)라 불리는 거주 프로그램을 운영하고 있다. 이들 12개 센터 이외에 사회개발인간안보부 또한 2003년부터 전국 지방행정기관에 기타 15개 시설을 이전했다. 2020년, 노인 1,293명이 12개 노인사회복지개발센터에, 노인 965명이 지방행정기관이 관리하는 15개 시설에 거주하고 있다(TGRI, 2021). 그러나 각 센터의 수용인원은 150~200명으로 전체 저소득 노인 수에 비해 매우 부족한 실정이다(Phulkerd & Satchanawakul, 2020). 정부 지원 주택 외에 많은 자선 단체, 특히 중국 재단 및 영리민간기관 관련 단체에서 노인 거주 시설과 요양원을 운영하고 있다(Khodel et al., 2000). 그럼에도 비정부 시설 거주자에 대한 체계적 데이터가 아직 부재하다. 2020년 정부에서는 이러한 민간 요양시설에 대한 표준을 제시하고 규제하려는 논의가 있었다(Phulkerd & Satchanawakul, 2020).

1996년 태국 적십자사 프로젝트에는 비영리 민간부문의 역할이 중요하게 반영되었다. 태국 적십자사는 사뭇쁘라깐 주에서 일명 '사완카니벳(Sawankanivet)'이라 불리는 노인 주택 프로젝트를 시작했다. 프로젝트는 모든 건물과 시설을 노령층에 맞춰 설계했지만 중산층 이상 노인을 대상으로 했기 때문에 한계가 있다. 사완카니벳 거주자의 약 60%는 퇴직 공무원이었고 약 70%는 가족이 없는 독신 여성이다(Department of Older Persons, 2017b). 즉, 이는 여생 동안 월세를 지불할 수 있을 정도의 연금과 저축을 보유한 노령층에 적합한 주거형태이다. 사완카니벳은 또한 신체건강한 55세 이상, 즉 스스로를 돌볼 수 있는 노인으로 거주 조건을 제한하고 있다. 거주자가 건강이 악화되어 혼자 생활하기 어렵지만 돌봐줄 친척

또는 간병인 없는 경우, 관련 기관에 의뢰하기 때문에 여생을 보낼 수 있는 거주지로 한계가 있을 수 있다(Phulkerd & Satchanawakul, 2020).

앞에서 논의한 바와 같이 정부는 2016년 노인 거주시설 건설을 계획했다(The Cabinet, 2016). 2019년 재무국은 라마-다나락 노인 주택단지(Rama-Dhanarak Senior Complex)라는 이니셔티브 프로젝트의 일환으로 마히돌 대학교(Mahidol University) 의과대학과 협력하여 노인 주거지 건설을 설계했다(TGRI, 2021). 프로젝트는 현재 사뭇쁘라깐 주 왕실 부지에 주거지를 건설 중이며 태국 고령인구를 위한 이상적인 주거지로 활용될 것으로 기대된다. 하지만 이들 시설도 주로 중산층 노인을 대상으로 하고 있다(Phulkerd & Satchanawakul, 2020).

2) 주택 개조

주거 시설을 마련하는 것 외에 노인국은 지역행정기관과 협력하여 빈곤층 및 극빈층 노인을 위해 주택 개조/수리 사업을 실시했다. 우선 노인들이 거주하는 불안정하고 사고 위험이 높은 주택을 조사하고 데이터를 대조했다. 그러나 예산이 20,000~40,000바트(약 650~1,300달러)로 한계가 있었다. 2019년 노인국의 목표는 노인들이 거주하는 주택 3,200채를 안전하고 편리하게 개조하는 것이었다. 노인국은 예산 7,840만 바트로 2019년 목표를 달성했다고 발표했다(TGRI, 2021). 또한 20년간 노인 거주지 447,618채를 개조하는 주택개발기본계획(2017~2036)을 수립했다. 주택개발기본계획은 또한 민관 접근방식(pracharath)을 채택하여 주택 14,500채를 개선할 계획이다. 이러한 민관 협력 사업은 특히 부동산 및 건설 부문이 안전하고 고령층에 적합한 환경 형성에 적극적으로 기여함으로써 기업의 사회적 책임을 이행할 수 있는 기회이다. 또한 일반 대중에게 주택 설계, 건설 및 개조에 대해 지식을 보급하고 대나무처럼 현지에서 저렴

하게 구할 수 있는 자재를 사용하여 주택을 개조할 수 있도록 다양한 매뉴얼과 지침을 제공하고 있다(Department of Older Persons, 2017a).

3) 고령친화 환경

공공사업국은 2005년 장애인 및 노인을 위한 시설 및 건물에 관한 장관 규칙을 발표했다. 이후 태국 사회에서 경사로와 엘리베이터, 계단, 시설 위치 안내판, 주차 공간, 화장실, 건물 간 출입구 등의 우선순위가 높아졌다. 강당, 극장, 병원 및 호텔 등 모든 공공 장소는 동 규칙에 따라 장애인 및 노인이 이러한 공공 서비스를 쉽게 이용할 수 있도록 조치해야 한다. 또한 노인 및 전 연령층의 일상생활에 도움이 되는 고령친화 환경 조성 및 편의시설 개선에 대한 대중의 인식을 향상하기 위한 캠페인이 이뤄졌다. 이는 유니버설 디자인(UD, Universal Design)이라는 개념하에 노인들에게 좀 더 안전하고 친화적인 공공 장소를 조성하는 데 도움이 됐다. 실제로 2019년 3,200개 건물/장소가 노인들이 더욱 편리하게 접근하고 이용할 수 있도록 건물 레이아웃과 주변 환경을 개선했다(TGRI, 2020). 하지만 앞으로 정부 예산 확대와 민간의 기술 지원을 통해 전국으로 적용 범위를 확대하여 보강할 필요가 있다.

나. 평생학습 및 여가 활동

1) 지역사회 기반 노인개발센터(CDOP)

노인국은 2007년부터 시행해온 '다목적 노인센터'를 지역사회 기반 노인개발센터(CDOP, Community-based Development Centre for Older Persons)로 발전시켰다. CDOP는 지역사회에서 고령층이 다양한 연령대의 주민들과 함께 다양한 활동에 참여할 수 있는 장소이다. 또한

지역사회 젊은이들이 전통 지식을 배우고 다음 세대로 전달할 수 있도록 노인들의 전통적인 지혜를 공유할 수 있는 플랫폼를 제공하고 경력을 지원한다. CDOP는 8개 주, 8개 지역에서 시범사업으로 진행되었고, 이후 전국의 모든 지역으로 확대되었다. 2020년, 1,589개 CDOP가 운영 중이고 2024년까지 7,776개로 늘릴 계획이다(TGRI, 2021).

2) 시니어 클럽 및 노인 학교

2003 노인법에는 노인들의 교육 및 학습 기회 확대에 관해 명확하게 명시되어 있다. 태국에서 시니어 클럽은 1980년대 모든 지역사회에서 노인 자립 조직 설립을 촉진하고 노인의 참여를 지원하기 위해 정부 주관으로 공식 설립되었다(Siripanich, Tirapat, Singhakachin, Panichacheewa, & Pradabmuk, 1996). 시니어 클럽은 1994년 3,487개에서 2020년 전국 29,276개로 크게 증가했다(TGRI, 2021, p.13). 일반적으로 시니어 클럽은 사회개발인간안보부 주사무국의 지원을 받고 규모와 활동 범위가 매우 다양하다. 지역 시니어 클럽은 대부분 노인들에게 평생학습 동기를 부여하는 활동을 진행한다. 많은 클럽에서 진행하는 주요 활동 중 하나는 지역 노령인구에 체계적인 교육 및 학습 기회를 제공하는 '노인 학교'이다.

태국 노인 학교는 태국 노인들의 평생교육을 촉진하고 지원하기 위해 설립되었다. 지역사회는 시민 사회 단체를 포함한 민간 및 공공 부문과 협력하여 이들 학교를 지도하고 조직한다. 프로그램은 매우 유연하며 지역 고령인구의 관심과 필요에 맞춰 조정할 수 있다. 교육 과정은 건강 사회경제적 차원, 언어, 기술, 수공예, 요리, 직업 훈련 및 노인을 위한 국가 혜택 등 다양한다(TGRI, 2021). 2020년 전국의 노인 학교 수는 2,049개였다. 또한 태국의 고령자는 온라인 미디어를 포함한 다양한 라디오 및 TV 프로그램을 통해 독립적으로 비정규 교육에 참여할 수 있다.

3) 노인 여가 및 우대

많은 공공 및 민간 기관이 고령자에게 동물원, 국립 공원, 야생 동물 보호 공원, 국립 박물관 및 유적지 같은 관광지 입장료 면제 등과 같은 다양한 혜택을 제공하고 있다. 또한 태국 정부는 다양한 대중교통을 이용하는 고령자를 위해 우대 또는 면제 등의 방식으로 합리적인 요금을 책정했다. 이들 계획은 운송 서비스를 제공하는 전국 공공 및 민간 기업을 관리하는 교통부가 관할한다.

다. 대인 사회복지서비스: 지역사회의 간병 자원봉사자

사회개발인간안보부는 노인을 집에서 간병하고 도와줄 수 있는 지역 자원봉사자를 육성하기 위해 2003년 노인간병 자원봉사자 프로젝트를 출범시켰다. 교육은 지방행정기관 및 태국 노인위원회와 협력하여 재가 간병 자원봉사자를 육성하기 위해 3일 과정으로 구성되어 일부 지역에서 운영됐다. 이들 간병 자원봉사자는 노인을 정기적으로 방문하여 말벗 되기, 식사 및 약품 복용 지도, 목욕 및 의복 착·탈의 보조, 집 청소 및 도움이 필요한 노인들을 추가 지원하기 위해 병원 및 기관과 조정하는 일 등을 지원한다(Department of Older Persons, 2017a). 이는 노인 복지를 증진하고, 노인을 방치하거나 적절하게 돌보지 못한 가족들에게 노인 돌봄의 가치를 알리는 데 도움이 되는 이니셔티브이다. 2020년, 전국에서 간병 자원봉사자 24,293명이 노인을 돌보고 있다(TGRI, 2021).

사회개발인간안보부의 자원봉사자 외에 내무부도 2019년 지역 행정국을 통해 피부양 노인을 대상으로 장기요양 프로그램을 시작했다. 프로그램은 도움이 필요한 노인에게 재가 돌봄을 제공할 지역 자원봉사자를 모집하여 건강과 사회복지를 통합하는 전략을 사용한다. 내무부는 지역 자

원봉사자에게 노인 요양 입문과정을 교육시키고 각 자원봉사자에게 매월 5,000~6,000바트를 지불할 계획이다(TGRI, 2020). 이러한 지역 자원봉사자 프로그램은 아직 초기 단계에 있으며 장기적이고 정기적으로 이들 자원봉사자를 지원하고 관리하는 지속가능한 재정 메커니즘이 필요하다. 2020년 지역사회에 고용된 지역 자원봉사자는 13,190명으로 조사됐다(TGRI, 2021, p.10).

제5절 소결

태국을 비롯한 많은 아시아 국가에서 특히 빠른 고령화로 인해 인구구조가 급변하고 있다. 2005년 고령화 사회에 진입한 태국은 불과 17년 후인 2022년에 고령사회에 들어설 것으로 추정되어 다른 나라보다 훨씬 빠르게 고령화가 진행되는 것으로 나타났다. 태국은 1980년대부터 인구 고령화에 대처하기 위해 국제 활동과 지침을 채택하고 주요 국가 정책과 의제에 반영해왔다. 이 장에서 논의한 바와 같이, 1963~1983년 연간 출생아 수가 1백만 명을 초과한 '1백만 출생코호트'가 출현했다. 이 인구 쓰나미는 향후 수십 년간 태국 고령인구의 연령 구성을 크게 높이고 압도할 것이다. 문제는 태국이 이러한 엄청난 인구 흐름에 맞서 특히 소득보장, 건강 및 장기요양서비스를 제공할 수 있는 재정 역량을 갖추고 있느냐는 것이다. 태국 정부는 고령화 문제에 대응하기 위해 다양한 조치를 개발하고 시행해왔지만, 향후 몇 년 내에 젊은 세대의 노후를 본격적으로 대비하지 못할 경우 고령화에 관한 정부 지출이 재정 부담으로 귀착될 것이다

이 장에서 논의한 태국 고령화 정책의 배경에는 태국의 인적자원, 특히 생산가능인구가 퇴직 후 양질의 생활을 영위하는 데 필요한 고용 안정 및

적절한 소득과 저축이 여전히 부족하다는 심각한 문제가 자리 잡고 있다. 정부는 젊은 세대의 재정 이해력을 높이고 고령 진입 인구의 재정 안정을 보장할 수 있는 국민저축제도를 구축해야 한다. 태국은 비공식 부문 가입자용 연속 저축 규율을 장려하기 위해 국가저축기금(NSF)을 설립했지만, 몇 년간 참여율이 낮았다. 현재 정부와 시민사회단체 모두 국민연금법과 국민연금정책위원회법 제정을 지지하고 있다. 법안의 목적은 15~59세 공식 부문 노동자의 추가 퇴직적금을 의무화하고 국가 차원에서 중심 메커니즘을 개선하여 퇴직적금제도의 전반적인 기량을 향상하는 것이다(Thai Post, 2021.3.30.). 따라서 사회의 고령화로 인해 예기치 못할 문제가 발생할 경우 고령층에 심각한 결과를 초래할 수 있고, 이는 결국 모든 태국 국민의 노후 준비에 매우 중요한 영향을 미친다.

정부는 날로 높아지는 노인의 요구에 부응하는 서비스를 제공하기 위해 지역사회 기반 장기요양 서비스에 관한 지방행정기관의 역량을 강화해야 한다. 태국 정부는 지난 20년 동안 지방행정기관에 서비스를 이전하는 정책을 시행해왔으나 상당히 더디고 산발적으로 진행되어 왔다. 현재 노인 정책 시행과 관련된 법률과 규정이 중앙 집권적 관점에서 제정되어 있어, 특히 지방 차원에서 정책을 운영하는 데 도움이 되지 않는다. 실제로 2016년에 수립된 장기요양제도는 아직 도움을 받지 않고 있는, 활동이 가능한 노인층으로 체계적으로 확대되어야 한다. 미래 장기요양 비용을 줄이는 최선의 방법은 현재 장기요양 예산을 확대하여 이들 고령자가 가능한 한 오랫동안 활동하고 건강을 유지하도록 지원하는 것이다. 또한 시설 중심 지원은 현재 태국 재정 능력에 적합하지 않으므로 정부는 '고령화'의 개념을 적용하여 건강 및 장기요양 정책을 시행해야 한다.

마지막으로 태국 고령화 정책 시행의 가장 심각한 문제는 관련 기관 간 통합 부족이다. 제2차 국가고령자계획(2002~2021)을 모니터링하고 평

가한 결과 일부 지표와 목표를 아직 달성하지 못한 것으로 나타났다. 이는 일반적으로 각 기관이 관할권에 따라 업무를 수행하지만, 공동 목표의 경우 통합과 협력을 통한 자원과 정보 공유 활동이 부족했던 영향이 크다. 따라서 태국 정부는 공공 및 민간 부문 모두에서 관련 기관 간 목표, 임무, 정보 및 예산 통합을 강화하여 더 효과적이고 일관된 방식으로 고령화 정책을 시행함으로써 장기적인 관점에서 국민의 삶의 질을 높이고 국익을 증진해야 한다.

제 18 장 싱가포르의 인구 변화와 고령화 정책

제1절 도입

인구 고령화는 21세기를 특징짓는 세계적인 현상이다. 특히 2018년은 역사상 처음으로 65세 이상 고령인구가 5세 미만 유아인구보다 많아져(United Nations ESCAP, 2019) 세계 인구 고령화의 이정표가 된 해라 할 수 있다. 2020년대 들어, 세계 65세 이상 고령인구는 2020년 9.3%에서 2050년 약 16.0%로 증가할 것으로 예상된다(United Nations, 2020). 현재 전 세계 65세 이상 고령인구는 약 7억 2,700만 명이며, 향후 30년 동안 3배 이상 증가할 것으로 예상된다(United Nations, 2020). 지역별로는 아시아가 서구 사회보다 훨씬 빠르게 고령화되고 있다. 폴란드, 스페인, 영국은 고령화 사회(전체 인구에서 65세 이상 인구 비율 7%)에서 고령사회(14%)로 전환되는 데 45년 이상 걸렸지만, 일본, 중국, 한국, 싱가포르, 베트남 등 아시아 국가는 30년이 채 안 걸릴 것으로 보인다(United Nations ESCAP, 2019).

싱가포르의 인구 변화는 이러한 글로벌 현상을 반영하고 특히 일부 아시아 경제 선진국과 동일한 궤도를 따르고 있다. 1960년대 중반 이후 정부 주도의 강력한 가족계획사업과 급속한 사회적/경제적/문화적 변화는 출산율과 영유아 사망률 급감은 물론 기대수명 연장으로 이어졌다. 2018년 싱가포르는 현대사 들어 처음으로 65세 이상 인구와 15세 미만 유소년인구 비율(14%)이 동일해졌다. 2030년까지 고령인구는 27.0%로 증가하고, 유소년인구는 10.8%로 감소할 것으로 예상된다(Tan, 2017). 이러한 이유로 싱가포르에서 2018년은 인구 시한폭탄이 작동하는 분기점이

될 수 있다(Tan, 2017).

이 장에서는 세 부분으로 나누어 싱가포르의 인구 고령화에 대해 살펴본다. 제2절에서는 급격한 인구 고령화의 원인과 영향 및 지난 몇 년간 싱가포르의 인구 변화에 대해 간략히 설명한다. 제3절에서는 싱가포르 고령화 정책 체계를 살펴보고 인구 고령화 대응 정책의 맥락적 배경을 알아본다. 제4절에서는 싱가포르의 노인 돌봄, 세대 간 지원 및 결속, 활동적 노화와 관련한 주요 정책 및 조치를 소개하고 "인구 시한폭탄"에 대처하기 위한 정부 활동을 알아본다. 싱가포르는 유사한 인구학적 문제에 직면한 국가에게 가치 있는 연구 사례가 될 수 있다. 노년에도 지역사회에서 계속 거주할 수 있도록 돕는 조력적 접근법(many helping hands) 외에도, 장애와 부양을 넘어 노년을 이해하는 긍정적인 노인학 프레임워크로 사회정책 담론이 전환되고 있으며(Johnson and Mutchler, 2014) 이는 연령과 고령화에 대한 우리의 사고방식을 근본적으로 전환하도록 요구하는 유엔의 건강한 노후 10년 2021~2030에도 부합한다(United Nations, 2021).

제2절 싱가포르의 인구구조 변화

싱가포르는 말레이반도 남단에 위치한 작은 도시 국가이다. 싱가포르 인구는 1965년 독립 당시 187만 명에서 2020년 569만 명으로 증가했으며, 인구밀도는 1평방 킬로미터당 7,985명으로 세계에서 인구밀도가 높은 도시 중 하나이다(Department of Statistics of Singapore, 2021a, p.13).

2020년 기준, 싱가포르 거주 인구는 총 4백만 명이다. 이 중 시민권자가 352만 명이며 영주권자 50만 명이다. 인종별로는 중국인(74.3%)이 대다수를 차지하고, 말레이인(13.5%), 인도인(9%) 및 기타 인종(3.2%)이 그 뒤를 이었다(〈표 18-1〉).

〈표 18-1〉 싱가포르의 인구 변화 1970~2020년

(단위: 천 명)

	1970	1980	1990	2000	2010	2020
총인구	2,013.6	2,413.9	3,047.1	4,027.8	5,076.7	5,685.8
싱가포르 거주인구	2,013.6	2,282.1	2,735.8	3,273.3	3,771.7	4,044.2
시민권자			2,623.7	2,985.9	3,230.7	3,523.2
영주권자			112.1	287.4	541.0	521.0
인종별 거주인구						
중국인	1,551.4	1,787.8	2,127.9	2,513.8	2,794	3,006.8
말레이인	298.0	328.7	384.3	455.2	503.9	545.5
인도인	140.9	143.4	194.0	257.9	348.1	362.3
기타 민족	23.2	22.2	29.6	46.4	125.8	129.7

자료: Singapore Department of Statistics. (2021c). Indicators on population, annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=14912.

1. 베이비붐 세대의 도래

1980년대부터 2010년대까지 싱가포르는 다른 선진국과 마찬가지로 1~2%의 안정적인 인구 고령화 속도를 유지했다. 그러나 1947~1964년 태어난 전후 베이비붐 세대가 고령화되는 2010~2020년, 6.2%로 급증해 베이비붐 세대의 도래를 알렸다. 2012년 65세가 되는 1차 베이비붐 세대를 시작으로 2010~2020년까지 10년 동안 65세 이상 고령인구가 거의 두 배로 늘었다. 따라서 1964년생이 65세가 되는 2029년에는 싱가포르 고령인구가 3배로 증가할 것으로 예상할 수 있다. 또한 중위연령이 1980년 24.4세에서 2020년 41.5세로 높아지고 고령인구와 청년인구 비율이 대조적 추세를 보이는 것에서도 인구 고령화를 확인할 수 있다(〈표 18-2〉 참조).

〈표 18-2〉 싱가포르의 연령 구성 변화, 1980~2020년

(단위: 세, 천 명, %)

	1980	1990	2000	2010	2020
거주인구의 중위연령	24.4	29.8	34	37.4	41.5
0~14세	630.6 (27.6)	628.2 (23.0)	717.6 (21.9)	654.4 (17.4)	588.2 (14.5)
15~64세	1,539.6 (67.5)	1,943.3 (71.0)	2,320.4 (70.9)	2,778.9 (73.7)	2,841.6 (70.3)
65세 이상	111.9 (4.9)	164.5 (6)	235.3 (7.2)	338.4 (9)	614.4 (15.2)
65~69	48.4 (2.1)	59.9 (2.2)	88.3 (2.7)	111.5 (3.0)	229.4 (5.7)
70~74	32.8 (1.4)	45.0 (1.6)	66.9 (2.0)	92.6 (2.5)	170.0 (4.2)
75~79	18.3 (0.8)	32.3 (1.2)	39.6 (1.2)	65.2 (1.7)	91.0 (2.2)
80~84	7.9 (0.3)	17.5 (0.6)	22.9 (0.7)	39.8 (1.1)	66.5 (1.6)
85~89			12.1 (0.4)	18.5 (0.5)	36.6 (0.9)
90세 이상			5.4 (0.2)	10.8 (0.3)	20.9 (0.5)
65세 이상 거주인구	111.9 (4.9)	164.5 (6)	235.3 (7.2)	338.4 (9)	614.4 (15.2)
여성	61.5 (5.5)	90.4 (6.7)	129.4 (7.9)	188.8 (9.9)	332.4 (16.1)
남성	50.4 (4.4)	74.0 (5.3)	105.9 (6.5)	149.6 (8.0)	281.9 (14.3)
80세 이상 거주인구	12.4 (0.5)	27.2 (1.0)	40.4 (1.2)	69.1 (1.8)	124 (3.1)
여성	8.3 (0.7)	17.0 (1.3)	25.4 (1.6)	43.9 (2.3)	76.3 (3.7)
남성	4.1 (0.4)	10.2 (0.7)	15.0 (0.9)	25.2 (1.4)	47.7 (2.4)
90세 이상 거주인구			5.4 (0.2)	10.8 (0.3)	20.9 (0.5)
여성			3.7 (0.2)	7.6 (0.4)	14.6 (0.7)
남성			1.8 (0.1)	3.2 (0.2)	6.3 (0.3)

자료: Singapore Department of Statistics. (2021c). Indicators on population, annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=14912., Singapore Department of Statistics. (2021j). Singapore residents by age group, ethnic group and sex, end June, annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=14911.

2. 기대수명 및 노년부양비 증가

공중보건과 영양상태 개선, 의료기술 발달 등에 기반한 기대수명 증가는 인구구조 급변을 야기한 핵심 요소 중 하나이다(Goh, 2015). 출생 시 기대수명은 1980년 72.1세에서 2020년 83.9세로 늘어났다. 2020년 65세 고령인구의 기대수명은 여성이 23.2세, 남성은 19.6세이고, 80세 이상 고령층에서 여성의 수명은 더욱 길어져 여성화 추세를 보였다(〈표 18-3〉 참조). 90세 이상에서는 여성이 남성의 두 배에 달했다. 90세 이상 전체 인구수는 2000년 5,400명에서 2020년 20,900명으로 4배 가까이 증가했다. 80세 이상 고령인구는 1980~2020년 10배 증가한 것으로 나타났다(〈표 18-2〉 참조).

〈표 18-3〉 싱가포르의 출생 시 및 65세 기대수명, 사망률, 노인 지원 및 부양비, 1980~2020년

	1980	1990	2000	2010	2020
출생 시 기대수명	72.1	75.3	78	81.7	83.9
남성	69.8	73.1	76	79.2	81.5
여성	74.7	77.6	80	84	86.1
65세 기대수명	14	15.7	16.9	19.8	21.5
남성	12.6	14.5	15.6	18	19.6
여성	15.4	16.9	18.1	21.4	23.2
사망률(연령 표준화, 거주자 1천 명당)	7.5	5.9	4.8	3.5	2.8
노인지원비 (65세 노인 거주자 당 20~64세 거주자 수)	11.3	10.5	9	7.4	4.3
노인부양비 (20~64세 거주자 100명당 65세 거주자 수)	8.8	9.6	11.2	13.5	23.4

자료: Singapore Department of Statistics. (2021c). Indicators on population, annual. https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=14912, Singapore Department of Statistics. (2021d). Life expectancy by sex, annual. https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=13276#, Singapore Department of Statistics. (2021b). Death and death rates. https://tablebuilder.singstat.gov.sg/table/TS/M810481. All Retrived August 1, 2021.

낮은 출산율 및 사망률과 함께 수명이 길어진 결과 지난 수 년간 노인부양비가 높아졌다. 생산가능인구 100명당 부양해야 하는 고령인구 수를 가리키는 노인부양비는 1980년 8.8명에서 2020년 23.4명으로 거의 3배 가까이 증가했으며(〈표 18-3〉 참조), 이는 노동인구에 대한 생산가능인구의 부담이 그만큼 높아졌다는 것을 의미한다.

3. 장기 저출산

싱가포르 인구 고령화의 또 다른 핵심 요인은 장기적인 저출산이다. 싱가포르의 합계출산율(TFR, Total Fertility Rate)은 1970년 3.07로 높은 편이었으나 가족계획사업으로 1980년에 1.82로 감소했다(Yap, 2009). 이후 출산장려정책이 대대적으로 이루어졌으나 합계출산율은 여전히 낮은 편이다. 2020년에는 사상 최저치인 1.1을 기록하며(〈표 18-4〉 참조) 대만과 일본에 이어 세계에서 세 번째로 출산율이 낮은 국가가 되었다(Statista, 2021). 출산율은 인종별로 차이가 있지만, 항상 양호한 출산율을 유지하던 말레이인의 출산율도 2010년 이후 대체 수준 이하로 하락했다(〈표 18-4〉 참조).

지난 몇 년간 저출산율이 유지되는 데는 여러 가지 이유가 있다. 싱가포르에서는 혼외출산이 드물기 때문에 혼인 여부가 출산율에 영향을 미친다. 2010~2020년 여러 연령대 중 25~34세 여성의 독신율이 가장 크게 증가했다(〈표 18-4〉 참조). 2019~2020년에는 혼인율이 10% 감소했으며, 코로나19가 중요한 원인으로 지적됐다(Chew, 2021.4.26.).

여성의 교육수준 향상과 노동참여율 증가는 출산율에 부정적 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Straughan, Chan, & Jones, 2009). 지난 몇 년간 싱가포르에서는 특히 여성의 교육수준이 크게 상승했다. 〈표 18-4〉에서 보는 바와 같이 1990~2020년 모든 연령대에서 중등교육 이

상을 이수한 여성 비율이 증가했다. 또한 2020년 기준, 30~39세 대졸 여성의 29.5%, 중등졸 이하 여성의 14.1%가 미혼 상태로 나타나 학력이 높을수록 미혼일 가능성이 높은 것으로 보인다. 싱가포르 여성의 높은 교육 수준은 출산율에 지속적으로 영향을 미칠 것으로 예상된다.

〈표 18-4〉 합계출산율 및 출산율에 영향을 미치는 주요 지표(1980~2020년)

	1980	1990	2000	2010	2020
합계출산율	1.82	1.83	1.6	1.15	1.10
중국인	1.73	1.65	1.43	1.02	0.94
말레이인	2.2	2.69	2.54	1.65	1.82
인도인	2.03	1.89	1.59	1.13	0.96
미혼율(여성)					
20~24세	73.7	78.5	83.8	91.8	95.9
25~29세	33.6	39.3	40.2	54.0	69.0
30~34세	16.6	20.9	19.5	25.1	32.8
35~39세	8.5	14.8	15.1	17.1	19.3
40~44세	5.9	11.5	13.6	14.1	16.4
25세 이상 싱가포르 여성의 중등교육 이상 비율(%)		10.4	27.1	42.4	55.1
25~29세		19.9	61.1	83.2	91.9
30~34세		16.0	47.0	78.4	88.6
35~39세		11.6	32.4	68.1	83.9
40~44세		9.2	24.7	51.4	79.6
15세 이상 싱가포르 여성의 노동참여율		48.8	50.2	56.5	61.2
20~24		77.5	67	65.3	57.3
25~29		75	82.1	85.7	91.1
30~34		62.3	70.7	81.3	88.2
35~39		55.7	61.6	75.2	84.4
40~44		53.3	60	72.7	81.4

자료: Singapore Department of Statistics. (2021a). Births and fertility rates, annual. https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=13273#, Singapore Department of Statistics. (2021e). Proportion of singles among resident population by selected age group and sex, annual. https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=12092, Singapore Department of Statistics. (2021h). Resident population aged 15 years & over by sex and marital status. https://tablebuilder.singstat.gov.sg/table/TS/M810601, Singapore Department of Statistics. (2021i). Singapore residents aged 25 years & over by highest qualification attained, sex and age group, annual. https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=12078#, Singapore Department of Statistics. (2021g). Resident labour force participation rate aged 15 years and over by age and sex, (June), annual. https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=12374#.All Retrived August 1, 2021.

여성의 노동참여율 또한 특히 2010~2020년까지 모든 연령대에서 증가했다(〈표 18-4〉 참조). 싱가포르에서는 여성이 결혼과 출산 후에도 일을 계속하는 것이 일반적이다. 따라서 가정과 직장의 이중 요구, 진로 포부 및 개인 생활방식 등은 여성의 출산 결정에 영향을 미친다(Teo, Mehta, Thang, & Chan, 2006). 이런 출산율 감소는 일반적으로 형제자매가 많아 부모님 부양 의무를 분담하고 있지만, 향후 자신들을 돌볼 자녀는 많지 않은 베이비붐 세대에 큰 영향을 미친다.

4. 노인인구 프로파일: 베이비붐 세대 중심

2020년 인구조사에서 베이비붐 세대는 약 866,000명으로 전체 인구의 21.4%를 차지하는 것으로 나타났다. 고령화문제대책위원회(CAI, Committee on Ageing Issues) 보고서는 1970년대 말 이후 싱가포르의 경제성장 덕분에 베이비붐 세대는 이전 세대보다 건강하고 풍요롭고 교육수준이 높다고 평가했다. 따라서 이전 코호트와는 요구사항과 포부가 다르고 '본질적으로 다른' 특징을 가지고 있다(CAI, 2006).

베이비붐은 전후 17년 동안 일어났기 때문에 순수 비율에 따라 초기(2020년 66~73세)와 후기(56~65세)로 나눌 수 있다. 〈표 18-5〉에서 알 수 있듯이 후기 베이비붐 세대(55~59세 그룹으로 대표됨)는 초기 세대(65세 이상)에 비해 고등교육 이상 이수했을 가능성이 두 배 이상 높다. 이들은 교육수준이 높기 때문에 경제력도 높을 것으로 기대된다(〈표 18-6〉 참조). 〈표 18-5〉의 노동참여율에서도 알 수 있듯이 오늘날 베이비붐 세대는 이전 세대보다 노동시장에 머무는 기간이 길어졌다. 퇴직재취업법(RRA, Retirement and Re-employment Act)에 따르면 현재 싱가포르의 최소 정년은 62세지만(Ministry of Manpower, 2021),

2022년 7월부터 63세로 상향 조정될 예정이다. 재취업 연령 또한 68세로 상향 조정된다. 2030년까지 정년은 65세로, 재취업 연령은 70세로 상향될 계획이다(Ng, 2021.3.6.).

베이비붐 세대에 대한 Chan and Yap(2009)의 연구에 따르면 베이비붐 세대 내에서도 태도의 차이가 나타났다. 초기 베이비붐 세대는 자녀로부터 재정 지원을 포함한 도움을 기대하는 경향이 높지만, 후기 베이비붐 세대는 현재 살고 있는 자택을 떠나 요양원에 입소하는 것에 대한 거부감이 적고 자녀들과 함께 살 것이라는 기대가 낮다. 이러한 차이는 소위 '고령' 인구에서 나타나는 인식의 변화를 보여준다. 또한 향후 고령인구 돌봄 서비스의 수요와 요구 변화 가능성을 암시한다.

〈표 18-5〉 싱가포르 베이비붐 세대의 주요 지표, 1980~2020년

	1980	1990	2000	2010	2020
중등교육 이상 비율 (%)					
55~59세		4.9	15.8	24.4	41.7
60~64세		2.9	11.7	19.4	32.1
65세 이상		2.1	5.1	10.7	19.8
노동참여율(%)					
55~59세		45.4	52.4	68.3	75.9
60~64세		31.3	32.8	51	65
65~69세		22.2	18.6	30.9	48.7
70~74세		14	9.4	18.7	31
75세 이상		6.6	3.3	5.4	10.2

자료: Singapore Department of Statistics. (2021i). Singapore residents aged 25 years & over by highest qualification attained, sex and age group, annual. https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=12078#, Singapore Department of Statistics. (2021g). Resident labour force participation rate aged 15 years and over by age and sex, (June), annual. https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=12374#. All Retrived August 1, 2021.

〈표 18-6〉 동일 생애주기 동안 세대별 월평균 소득 비교

코호트	연령대(년도)	합계(싱가포르 달러)[1)]
후기 베이비붐 세대	35~44세(1999년)	3,310
초기 베이비붐 세대	36~43세(1990년)	2,140
전전/전시 코호트	34~45세(1980년)	1,280

주: 1) 1999년 달러 기준.
자료: CAI. (2006). Report on the ageing population. Singapore: Ministry of Social and Family Development. p6. Table 1.2.

5. 인구 고령화와 사회적 변화의 결과

인구 고령화와 사회적 변화의 영향 중 하나는 평균 가구원 수가 1980년 4.87명에서 2020년 3.22명으로 줄어든 것이다(〈표 18-7〉 참조). [그림 18-1]은 핵가족이 여전히 가장 일반적인 가구 형태임을 보여준다. 그러나 2010년부터 1인 가구와 부부가구(자녀 없음) 비중이 점차 늘고 있다. 고령화로 인해 65세 이상 1인 가구가 2010년 24.1%에서 2020년 34.5%로 증가한 것도 이러한 변화에 기여했다. 65세 이상 고령자로만 이루어진 가구도 동기간 4.6%에서 9.3%로 증가했다(Department of Statistics of Singapore, 2021b, p.10).

〈표 18-7〉 가구원 수 변화, 1980~2020년

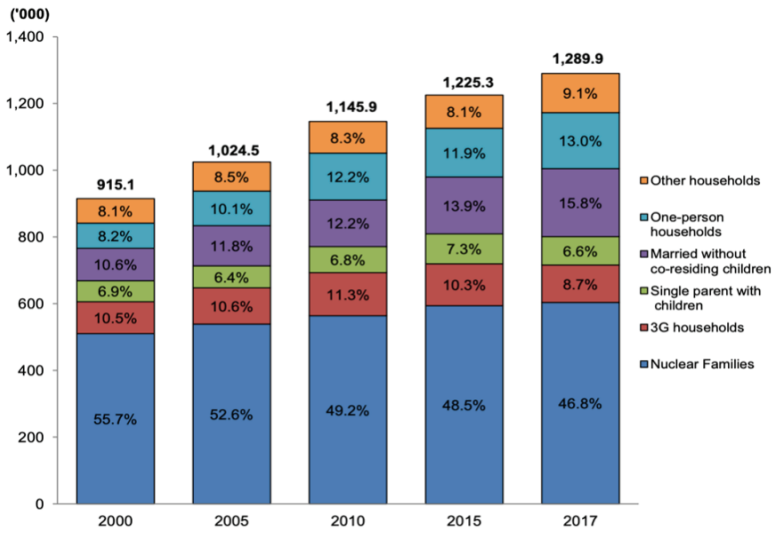
(단위: 명)

	1980	1990	2000	2010	2020
평균 가구원 수	4.87	4.25	3.7	3.5	3.22

자료: Singapore Department of Statistics. (2021j). Singapore residents by age group, ethnic group and sex, end June, annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=14911.

〔그림 18-1〕 싱가포르 가구의 거주 형태 변화, 2000~2017년

(단위: 천 가구, %)



자료: Ministry of Social and Family Development. (2019). Families and households in Singapore, 2000 – 2017, p.6, Chart 2. Retrieved August 1, 2021, from https://www.msf.gov.sg/research-and-data/Research-and-Data-Series/Documents/Families%20and%20Households%20in%20Singapore%20-%20Statistics%20Series%202019%20%282000%20-%202017%29.pdf.

고령 가구를 더욱 자세히 살펴보면 부부가구는 1990년 8.4%에서 2020년 30.1%로 증가했고, 1인 가구는 9.4%에서 21.6%로 크게 증가했다(〈표 18-8〉 참고). 이는 주거 형태에 대한 선호도 변화를 보여준다. 베이비붐 세대의 인식이 변화하고 1999년 말 도입된 노인용 원룸형 주택이 공공주택으로 도입되면서 이러한 변화는 더욱 가속화되었다. 이는 노인 돌봄에 영향을 미치고 가족과 지역사회의 지원과 돌봄 기능을 강화하기 위한 정책을 촉진할 수 있다.

〈표 18-8〉 가구주에 따른 65세 이상 고령자의 가구 형태, 1990~2020년

(단위: 천 명, %)

	1990	2000	2010	2020
65세 이상 가구주	70,200	104,700	160,800	295,500
핵가족	31,000 44.2	39,900 38.1	53,300 33	87,000 29.4
무자녀 부부가구	5,900 8.4	18,300 17.5	37,800 23.5	89,000 30.1
1인 가구	6,600 9.4	14,500 13.8	27,900 17.4	63,800 21.6
한부모 가구	14,400 20.5	17,700 16.9	21,800 13.6	19,100 6.5
기타 가구	12,400 17.7	14,300 13.7	20,000 12.4	36,500 12.4

자료: Singapore Department of Statistics. (2021f). Resident households by age group of household reference person and household living arrangement. Retrieved August 1, 2021, from https://tablebuilder.singstat.gov.sg/table/TS/M810651.

제3절 싱가포르의 고령화 정책 체계

싱가포르는 비교적 최근이라 할 수 있는 2018년 고령인구가 14%에 도달하며 고령사회에 진입했다. 그러나 실제 고령화 정책은 출산율이 1.7~1.8을 기록하며 대체 수준 이하로 떨어지고 저출산 현상이 장기간 계속된 1980년대부터 시작되었다고 할 수 있다(Ministry of Health, 1984).

1980년대 고령화 문제에 대처하기 위해 여러 고위급 위원회가 출범했고, 고령인구의 생물심리사회적 요구를 충족하기 위한 이들 위원회의 권고안과 이후 시행 결과는 오늘날 싱가포르 고령인구의 실생활에 많은 영향을 미쳤다(〈표 18-9〉 참조). 제3절에서는 오늘날 싱가포르의 고령화 정책 체계를 정의하는 접근방식에 새로운 인사이트를 제공한 위원회와 정부 활동을 살펴본다.

〈표 18-9〉 고령화 정책 수립을 위해 설립된 주요 정부위원회, 1982~2007년

년도	위원회	주요 정책 권고안
1982	국가고령화문제대책위원회 • 1984년 보고서	• 고령자에 대한 긍정적인 사회적 인식 조성 • 근속 및 탄력적 근무제 장려 • 신체 및 여가 활동 시설 제공 • 고령자에 대한 가족 돌봄 및 효 교육
1988	고령화자문위원회 • 1989년 고령화자문위원회 보고서	• 60세로 정년 상향 • 지역사회 기반 의료 옵션 증진 • 프로그램/정책 시행 및 평가를 감독하는 국가고령화대책위원회(National Council on Aging) 설립
1998	고령인구에 관한 부처 간 위원회(IMC) • 1999년 고령인구 보고서	• "성공적인 고령화" 실현 • 고령친화적 지역사회와 물리적 인프라를 통한 노인의 사회 통합 보장 • 건강증진 및 질병예방 강조 • 간병인 교육 및 정보 제공 지원 • 민간부문, 협동조합, VWO에 대한 지원 확대 • 고령인구의 미래 동향 및 요구 사항에 대한 연구 자금 지원 • 고령자 지출을 최저생활수준에 고정시키고 최소 현금 요소 축적을 촉진하는 "기본 수요 CPF 모델" 채택 • 고령 근로자에게 교육, 일자리 및 정보 제공 • 기업의 고령 근로자 고용 장려 • 세대 간 결합 보장
1999	서비스 검토 위원회(SRC) • 2001년 노인요양 기본계획	• 기존 노인요양 서비스 제공 및 전달 환경 검토 • 물리적 인프라 및 지역사회 서비스 전달체계 개선 • 서비스 제공자를 위한 자금 조달 정책 개편 • 건강한/허약한 고령자의 요구를 충족하는 다양한 서비스 보장
2004	고령화 문제대책위원회(CAI) • 2006년 고령화 문제 대책위원회 보고서	• 고령자 친화적 주택 공급 • 개인의 책임, 조기노년계획 및 노인 돌봄의 최전선에 있는 가족 지원 • 전체론적이고 저렴한 노인 요양 및 의료서비스 제공 • 고령자에게 적극적인 라이프스타일 장려 "장벽 없는" 싱가포르 사회 조성
2007	고령화 사회 장관위원회(MCA) • 2015년 성공적인 고령화 실천계획	• 성공적인 고령화 비전 실현 • 고령자의 재정 안정 및 고용 가능성 강화 • 전체론적이고 저렴한 의료 및 노인 요양 제공 • 평생학습 및 자원봉사 기회 제공 • 고령친화적인 교통 인프라, 주택 및 공공 장소 • 고령화 문제에 관한 연구 확대 • 세대 간 사회참여 촉진

자료: Thang, L.L., & Suen, J. (2018a), Growing old in Singapore: Workings of the Many Helping Hands policy approach, pp.137-138.

1. 긍정적 노인학 프레임워크 개발: 문제로서의 고령화에서 기회로서의 고령화로 전환

싱가포르 정부가 고령화 문제를 인식하고 대처하기 시작한 것은 국가고령화문제대책의원회(1982년 설립)의 권고안을 상세히 기술한 보고서 '고령화 문제(Problems of the Aged)'에서 처음 찾아볼 수 있다. 보고서가 발간된 1984년 당시 합계출산율은 1.62, 65세 이상 고령인구 비중은 5%였다. 보고서는 출생률이 현상태를 유지할 경우, 2030년 고령인구 비중이 18.9%까지 증가할 것이라고 경고했다(Ministry of Health, 1984). 그러나 2030년이 불과 10년 남은 2020년, 출생률은 1.1로 감소했고, 2030년 고령인구 비중 예측은 27%로 상향되었다(Tan, 2017).

당시 후영창(Howe Yoon Cheong) 보건부 장관의 이름을 따라 후 보고서(Howe report)로도 불린 '고령화 문제' 보고서의 권고안은 이후 싱가포르 고령화 정책의 중요한 기반이 되었다. 이후 여러 위원회에서 고령화에 대한 긍정적인 사회적 인식 조성, 고령 근로자를 위한 유연한 고용 기회 창출, 재정 보장 계획 수립, 신체 및 여가 활동 시설과 함께 정기 건강검진 제공, 노인 요양시설 개발, 부양 노인의 자녀 및 친척들의 효 의식 및 책임감 장려 등 보고서의 권고안을 상세히 검토 및 평가하고 후속 조치를 취했다(Thang & Suen, 2018a). 보고서는 또한 노인 부양의 주 제공자로서 가족의 중요성을 강조하고, 지역/자원봉사 단체에 이들 가족을 지원하는 서비스를 요청했고, 이는 10여 년 후 "조력적" 접근법을 개발하는 데 도움이 된다.

1998년 고령인구에 관한 부처 간 위원회(IMC, Inter-Ministerial Committee on Aging)는 이후 주요 고위급 활동을 통해 여러 방면에서 고령화 접근방식에 영향을 미쳤다. IMC는 사회통합, 보건, 재정 보장, 고용 및 고용 가능성, 주택 및 토지 이용, 결속 및 갈등 등 6개 실무그룹으로

구성되어 있으며, 각 실무그룹은 오늘날 고령화 환경에 중요한 영향을 미치는 포괄적인 권고안을 제시했다.

특히 IMC는 "성공적인 고령화(Successful Aging in Singapore)" 비전을 최초로 도입하여 고령화를 문제로 인식했던 접근법에서 경제발전, 사회통합, 양질의 복지 실현 등을 위한 기회로 볼 수 있는 계기를 제시했다(Yap & Gee, 2015). 이후 고령화를 개인적, 사회적 관점 모두에서 긍정적인 경험으로 전환시키기 위해 성공적인 고령화 프레임워크를 구축하는 노력이 이어졌다. 예를 들어 2006년 고령화문제대책위원회(CAI, Committee on Aging Issues) 보고서는 고령인구의 적극적 생활방식과 사회참여를 장려하는 활동적 노화의 중요성을 강조했다. 성공적인 고령화 비전을 실현하기 위해 2007년 고령화 사회 장관위원회(MCA, Ministerial Committee on Aging)가 설립됨에 따라, 세계보건기구(World Health Organization, 2002)가 추진하는 활동적 노화 정책 체계의 3가지 핵심 축, 즉 고령자의 참여, 건강 및 안전 증진을 반영하여 핵심 의제를 선정했다. 정부는 이들의 노력을 종합하여 2015년 "모든 연령을 위한 나라(Nation for All Ages)"를 세우기 위해 5년 동안 30억 싱가포르 달러를 투자하는 '성공적인 고령화 실천계획'을 처음으로 발표했다. 싱가포르의 급격한 인구 고령화에 대비하여 공공 협의를 통해 개인, 지역사회 및 도시 수준에 대해 12개 영역에서 70개 이니셔티브가 출범됐다(Ministry of Health, 2016)(〈표 18-10〉 참조). 이 실천계획은 최초 발표 당시 권한, 포괄성, 선제성, 인적자원 접근성 측면에서 전 세계 고령화 전문가들로부터 큰 관심을 받았다(Bahrampour, 2015.11.2.).

1990년대 후반 성공적인 고령화 프레임워크가 도입되고 발전하면서 광범위한 학술 및 사회정책 담론이 이뤄지고 정책이 변화했다. 20세기 후반부터 노년을 장애 및 의존적 존재로 보는 편견이 사라지고, 고령화, 장수, 웰빙을 이해하는 성공적인 고령화와 함께 활동적 노화와 생산적 노화

를 상호 연결하는 프레임워크 등과 같은 한층 긍정적인 노인학 프레임워크가 등장하기 시작했다(Johnson & Mutchler, 2014). 급격한 인구 고령화 환경에서 경제 및 지역사회 발전에 고령인구의 잠재력을 활용하려는 긍정적 노인학 프레임워크는 전 세계 정책 입안자들로부터 더욱 폭넓은 지지를 얻었다. 그러나 사회적 불평등과 건강 불균형이 성공적인 고령화 기회를 형성하므로 건강한 고령화를 위해 도움이 가장 많이 필요한 이들이 의도치 않게 배제될 수 있다는 비판이 목소리가 있다(Katz & Kalasanti, 2015). 따라서 모두를 위한 기회로 고령화 정책을 시행하여 불평등을 해소하는 것이 중요하다.

2. 조력적 접근방식, 지역사회 거주 및 가족에 대한 기대

오늘날 "정부 운영 방식"(Yap & Gee, 2015, p.13)으로 간주되는 조력적(Many Helping Hands) 접근방식은 싱가포르에서 고령자를 포함한 취약계층을 지원하는 일련의 정책과 조치에 관한 정보를 제공하는 것으로 알려져 있다. 앞에서 언급한 1984년 '고령화 문제' 보고서의 프레임워크 구축이 시사하듯이, 사회 취약계층을 지원하기 위한 사회정책 모델로서 조력(Many Helping Hands)의 개념은 1991년에야 공식 문서에 처음 등장한다(Ang, 2017).[68] 1999년 IMC 보고서는 3C(고령자의 기여, 기본 돌봄 주체로서의 가족, 모든 영역에 걸친 공동 책임) 지도 원칙과 함께 "조력"을 다음과 같이 소개했다(IMC, 1999, p.37).

68) 조력적 접근방식 개념은 장애인, 노인, 청소년, 가족 및 지역사회 생활 문제에 관한 6개 장관자문위원회의 심의에서 도출된 결과이며, 싱가포르 미래 발전을 위한 장기계획을 요약하여 1991년 발간된 "싱가포르: 더 넥스트 랩(Singapore: The Next Lap)"에서 처음 등장했다. 같은 해 국회에서는 활발한 논의를 통해 복지국가 정책을 꺼리는 정치적 공감대와 정부와 자발적 복지단체(VWO) 간의 긴밀한 업무 관계를 형성할 필요성이 대두되었다(Ang, 2017; Government of Singapore, 1991).

"그러나 노후를 준비하고 대비하는 개개인의 책임이 출발점이다. 가족은 노인 부양의 최전선에 서 있다. 지역사회는 가족을 지원하는 2차 전선에 서 있다. 국가의 역할은 개인, 가족 및 지역사회가 각자 자신의 역할을 수행할 수 있도록 프레임워크를 제공하는 것이다." (상동)

이러한 계층적 책임 구조에서 가족과 지역사회(민족 기반, 종교 및 자발적 비영리 복지단체(VWO) 형태)는 1차, 2차 돌봄 및 지원의 기반으로 작용하여 고령자가 자립할 수 있게 한다. 정부는 주로 기반 시설과 제도적 자원을 지원하여 자발/민간 부분을 촉진하는 역할을 한다(Rozario & Rosetti, 2012). 국가사회복지위원회(National Council of Social Services)는 VWO로 구성된 회원제 네트워크 구조를 통해 중추적인 지원 역할을 한다. VWO는 이들 네트워크를 통해 자금 조달, 역량 구축 지원 및 기타 개발 지원을 받을 수 있다(National Council of Social Services, 2021). 현재 450여 개 VWO가 148개 고령화 및 장애 서비스를 제공하고 있다(Ministry of Social and Family Development, 2021). 이런 사회안전망 식의 접근방식이 복지국가적 사고방식을 저해하지만, 정부는 엄격한 자산조사를 통해 소득 수준이 낮고 가족의 지원을 받지 못하는 취약계층을 직접 및 재정적으로 지원한다.

아시아는 전통적으로 효를 중시해 장성한 자녀가 나이 든 부모를 모셔야 한다는 인식이 강하지만 Rozario and Rosetti(2012)는 이러한 측면에서 싱가포르만의 특징에 주목했다.

"가족은 어느 나라에서나 장기요양의 중추를 형성한다... 그러나 많은 나라에서 가족의 역할을 암시적이고 묵시적으로 인정하는 것과 달리 싱가포르는 특히 장기요양 시 고령자에 대한 가족의 지원을 명시적으로 인정하고 있다."(Rozario & Rosetti, 2012, p.646)

이런 점에서 1996년 제정된 부모부양법(Maintenance of Parents' Act)은 가난한 노부모에게 최소한 재정 보장을 제공해야 하는 가족 책임의 근간을 이루며 자녀에 대한 기대를 가장 명시적으로 표시한 법으로 간주된다(Chan, 2004). 장기요양 지원에 관한 간단한 자료에서도 가족 지원의 일반성을 확인할 수 있다. 75세 이상 고령인구 비공식 돌봄에 대한 전국 조사에 따르면, 성인 자녀(딸/아들/사위 또는 며느리)가 전체 간병인의 77.5%를 차지했다(Chan, Østbye, Malhotra, & Hu, 2012).

그러나 인구구조 및 사회적 변화로 인해 "가족이 지원의 최전선에 서 있다"라는 원칙이 어느 정도까지 유지될 수 있을지에 대한 의문이 제기되었다(Ang, 2017; Thang & Suen, 2018b). 가족 구성원 수의 감소로 인해 증가하는 노인 돌봄 수요를 충족할 만한 가족부양자가 "부족"하다는 우려뿐 아니라 샌드위치 세대가 되어버린 성인 자녀들이 일과 가정의 요구를 충족해야 하는 스트레스는, 일반적으로 신체적 및 정신적 간병인 역할을 맡고 있는 여성에게 과도한 부담이 될 수 있다(Teo, Chan & Straughan, 2003).

그럼에도 특히 빠른 인구 고령화로 인해 의료 시설의 부담을 커짐에 따라 원래 살던 곳에 계속 거주하면서 돌봄을 받는 "에이징 인 플레이스(aging-in-place)"라는 개념이 주목받고 있고, 이를 실현하기 위해서는 가족의 역할이 중요하다. 이는 "병원 중심의 일시적 치료에서 벗어나 지역사회에서의 장기요양으로 이동하는 세계적 패러다임 전환"에도 부합한다(Chin & Phua, 2016, p.114). 1999년 IMC 보고서는 일상생활과 활동 중단 또는 변화를 최소화하고 익숙한 집, 지역사회 및 환경에서 여생을 보내는 방식을 촉진하기 위해 살던 곳에서 노후를 보내는 에이징 인 플레이스(aging-in-place) 정책 프레임워크를 최초로 소개했다(IMC, 1999, p.6). 노인 요양 정책의 핵심 원칙으로서, 노인들이 원래 살던 곳

에서 노후를 보내려면 지역사회의 비공식적인 돌봄 시스템을 강화하는 정책이 필요하다. 1부에서 언급했듯이 고령자로만 구성된 가구가 증가함에 따라 고령자의 배우자가 주 간병인이나 유일한 간병인이 되는 경우가 증가할 것으로 예상된다. 이들은 아동을 돌보는 성인에 비해 삶의 질이 현저히 낮다고 보고됐다(Eom, Perkunas & Chan, 2017). 노인 돌봄과 간병인 지원 서비스에 대한 정책은 이후에 자세히 살펴본다.

〈표 18-10〉 성공적인 고령화 실천계획의 주요 영역 및 이니셔티브

수준	대상 영역	주요 이티셔티브
개인 (모든 연령을 위한 기회)	평생고용 가능성	2017년까지 65세에서 67세로 재취업 연령 상향 조정 유연한 숙련도 기반 모듈식 강좌를 제공하는 SkillsFuture 산하 PSEI(고등교육기관) 40세 이상 싱가포르 시민을 위한 SkillsFuture 직장인 능력향상 보조금 고령자를 위해 일자리를 재설계하고 고령친화적 작업환경을 조성하는 기업에 WorkPro 보조금 지원 고등학습연구소(Institutes of Higher Learning)와 협력하여 싱가포르 고령 근로자 관리에 대한 교육 프로그램 개발 고령 포용적 고용 관행을 위한 TAFEP(Tripartite Alliance for Fair and Progressive Employment Pracices)의 기업 교육 및 지원 보건부(MOH)와 건강증진위원회(HPB)가 협업하여 40세 이상 근로자를 위한 직장 건강 프로그램 시행 고령센터(Centre for Seniors)의 고령 근로자 진로 변경 또는 퇴직 준비 지원 프로그램 개발 보건부가 지역사회 조직과 협력하여 고령자를 위한 일자리 창출
	평생교육	25세 이상 모든 싱가포르 시민에게 SkillsFuture 크레딧 500달러 지급 VWO, 지역사회 조직 및 고등 교육 기관으로 구성된 네트워크인 국가실버아카데미(National Silver Academy) 설립 제3의 인생위원회(Council for Third Age)의 세대 간 학습 프로그램(ILP)에 참여할 학교 및 지역사회 조직 100곳 모집
	노인 자원봉사	노인 자원봉사자 50,000명 추가 모집 국가자원봉사자선센터(National Volunteer and Philanthropy Centre)에서 대통령 자원봉사 및 자선상(President's Volunteerism and Philanthropy Awards)에 노인 부문 신설 4천만 달러를 모금하기 위한 자원봉사 기금 설립 기업 기부 또는 자원봉사에 고령 노동자 1만 명 참여를 유도하기 위한 NVPC의 지원 활동 NVPC의 Giving.sg 포털 개설

수준	대상 영역	주요 이티셔티브
	전국 노인 건강 프로그램	노인 400,000명 목표 치매에 대한 공교육 프로그램 낙상 예방 교육 프로그램 건강한 식생활과 근력 및 균형 운동 교육 모바일 의료서비스 지역사회 치과 프로그램 시범사업
	은퇴 적정성	임대 환매 제도 및 실버 주택 보너스 강화 65세 이상 싱가포르 시민의 하위 20%와 30%를 위한 실버 지원 제도 신설 2016년부터 CPF 잔액이 30,000달러인 55세 이상 싱가포르 시민에게 처음 1회에 한해 1% 추가 CPF 금리 지급 고령 근로자의 CPF 기여율 인상 CPF 월 급여 한도 인상 싱가포르 시민에게 CPF 저축에 대한 유연성 증대 장기요양 자금조달 제도에 대한 MOH 검토
지역사회 (고령친화 지역사회)	에이지 인 플레이스를 위한 "돌봄 지역사회" 조성	국민협회의 네트워크와 지역사회 시설을 활용하여 성숙한 지역에 건강 허브를 제공하기 위한 건강 프로그램 시행 저소득 및 취약 노인 지원을 위한 사회복지 네트워크 확대 사회적 고립 및 열악한 건강상태를 해소하기 위한 가정 방문 프로그램 확대
	세대 간 조화 증진	근접 주택 보조금(PHG) 도입 주택개발청(HDB)의 신규 주택 개발 사업지 10곳에 노인 돌봄 및 보육 시설 공동 배치 계획 교육부(MOE), 학교 교육 과정에 고령화 문제에 관한 내용 추가
	노인 공경	SG50 시니어 패키지 출시 60세 이상 모든 싱가포르 시민에게 PAssion 실버 카드 발급
	싱가포르 인구고령화에 대비하기 위한 미래 대비 법안	부모부양법과 정신능력법 외에 취약성인법 신설 보존법 및 정신능력법에 추가하여 새로운 성인취약계층법 도입
국가 (고령친화 도시)	의료제도	사람 중심의 지역사회 돌봄으로 의료제도 조직 전환 종합외래진료소(polyclinic) 신설 및 기존 센터 재개발 급성치료병원의 노인병 역량 강화 지역사회 기반 노인병 서비스에 관한 시범사업 노인 치과 전문 지식 및 서비스 개발 중장기요양 서비스 확대 에이징 인 플레이스(ageing in place)를 위한 새로운 가정지역사회 돌봄 종합계획 인력 양성 확대 치매노인에 대한 지역사회 지원 확대 및 가정과 지역사회의 치매돌봄 지원 강화 새로운 요양원 설계 시범사업 원격 의료 솔루션 테스트 베드 완화의료 역량과 질 향상 및 비용 인하

수준	대상 영역	주요 이티셔티브
	고령친화적 환경 조성	HDB의 신규 주택 개발지에 요양원과 생활보조시설을 배치하는 "연속돌봄 구역" 조성 2020년까지 주간노인돌봄센터 40개 추가(4분의 1은 활동적 노화 허브) 노인의 안전과 건강을 모니터링하는 "스마트" 주택 건설 고령친화적 마을 조성 고령인구 비율이 높은 지역의 도로 안전을 개선하기 위한 35개 실버존 운영 교차로 횡단 시간을 연장하기 위해 횡단보도 카드(Green Man Plus) 신호등 두 배로 증대 육교에 승강기 설치 및 병원과 종합외래진료소 인근 육교의 승강기 개조 2020년까지 모든 버스에 휠체어 좌석 설치 버스 시설 개선(접이식 좌석, 버스 센서, 버스 전면 광고 제거 등) 버스 정류장 개선 및 버스 교차로 우선 대기 MRT 기차 및 역 개선(모든 역 승강장에 승강기 설치, 좌석 및 표지판 확충 등) 공원 편의 시설 확충 기존 공원 및 건강 관련 시설의 치료용 포켓 가든 시범 운영 고령친화 설계 구현 방법에 대한 인식을 높이기 위한 고령친화적 공공 장소에 관한 보편적 설계 지침 도입
	고령화 연구	노인 교육 및 연구 활성화를 위한 국가 노인교육연구소(GERI) 신설 Duke-NUS 대학원 의과대학에 노화연구교육센터(CARE: Centre for Ageing, Research and Education) 설립 고령화 연구 증진을 위해 국립연구재단의 활동적이고 자신감 있는 노후에 대한 국가 혁신 과제 연구에 2억 달러 보조금 지원

자료: Ministry of Health. (2016). I feel Young in my Singapore: Action Plan for Successful Ageing, Singapore. 을 토대로 저자 작성.

제4절 고령화 정책 이니셔티브: 노인 돌봄, 세대 간 지원 및 결속, 활동적 노화

제4절에서는 급속한 인구 고령화에 대처하는 싱가포르 정부의 대응 방향을 이해하기 위해 현재 시행 중인 고령화 정책과 이니셔티브에 관해 집중 논의한다. 여기서는 2030년 이후 급격한 인구 고령화에 대처하기 위한 싱가포르의 모든 활동을 포괄적으로 알아보는 방식에서 벗어나 노인

돌봄, 세대 간 지원 및 결속, 활동적 노화라는 세 가지 측면에 집중해서 살펴본다.

1. 노인 돌봄: '에이징 인 플레이스'를 위한 장기요양 지원 확대

장기요양이 고령자에게 한정된 것은 아니지만 오늘날에는 대부분 노인 장기요양과 동의어로 사용되고 있다. 여기서는 장기요양을 고령자가 지역사회 또는 요양원 같은 주거 시설에서 일상생활활동(ADL)을 영위할 수 있도록 돌봄 서비스 연속체로 정의한다(Phua, Chin, & Soontornwipart, 2019, p.274). 1999년 IMC 보고서에서 지역사회에 기반한 하향식(step down) 요양 강화를 권고한 것을 계기로 싱가포르에서는 원래 살던 곳에서 노년을 보내는 에이징 인 플레이스(aging-in-place) 개념의 중장기요양(일반적으로 장기요양)에 대한 정책적 관심이 높아졌다. 보고서는 급성기 치료 서비스(acute care services)도 제공해야 하지만, "노인을 돌보는 가족의 부담을 완화하기 위해서는 지역사회에 기반한 하향식 요양 서비스를 강화해야 한다"면서 조력적(Many Helping Hands) 접근방식의 역할을 강조했다(IMC, 1999, p.38). 또한 "개인책임증진 원칙에 따라 중증 장애 보험 제도를 설립하여 개인의 하향식 요양비 부담을 덜어줘야 한다"고 명시했다(IMC, 1999, p.49).

장기요양은 보건부(MOH, Ministry of Health)와 사회가족개발부(MSF, Ministry of Social and Family Development)에서 기획하고 관리한다. 노인요양 기본계획(FY2001~FY2005)은 허약한 노인과 건강한 노인 모두를 위한 프로그램 적용 범위를 지도하고 확대했다(Ministry of Community Developmenet and Sports, 2001). 싱가포르 정부는 다양한 서비스를 쉽게 탐색할 수 있도록 2001년 중앙집중식 중장기요양

조정 기관을 설립했다. 그리고 요양 서비스 조정 및 통합 활동을 강화하기 위해 2008년 통합의료청(AIC, Agency for Integrated Care)으로 개편했다.[69]

〈표 18-11〉 싱가포르 장기요양 서비스

재가요양 서비스 일부 공식 지원을 받을 경우, 집에서 요양이 가능한 고령자	가정 건강 가정 간호 가정 테라피/재활 가정 호스피스 의료 에스코트 및 운송 가정 개인돌봄 배달식사 임시 간병인 서비스
센터 기반 요양 서비스 지역사회에서 돌볼 수 있지만 가족 지원을 받을 수 없는 경우 돌봄과 감독이 필요한 고령자	노인 활동센터 지역사회 재활 주간 노인 돌봄 주간 치매 돌봄 주간 정신과 돌봄 지역사회 간호 센터 기반 위탁 간호 가정과 주간 통합 돌봄(IHDC) 노인 돌봄센터 활동적 노화 허브 노인 복지센터
상시 돌봄 서비스 고강도의 돌봄이 필요하거나 가족의 지원을 받을 수 없어 가정 또는 지역사회에서 돌볼 수 없는 고령자	요양원 쉼터 및 그룹 홈 요양원 위탁 간호
완화치료 서비스 말기 또는 생애말기 요양이 필요한 고령자	가정 완화 치료 주간 호스피스 간병 입원환자 완화 치료
사회복지 및 지원	센터 기반 또는 가정 기반 상담 지역사회 친구하기 클러스터 지원 지역사회 사례 관리

자료: AIC 홈페이지(AIC, n.d.-e). https://www.aic.sg/#. 2021. 7. 30. 접속.

69) 통합의료청에 대한 자세한 내용은 https://www.aic.sg/ 참조

가. 센터 및 재가 요양 서비스

1999년부터 20년 동안 장기요양 서비스는 범위와 수가 모두 증가했다(현재 장기요양 서비스 목록은 〈표 18-11〉 참조). 보건부(MOH, Ministry of Health) 관할 서비스에 대한 통계에 따르면 센터 기반 장기요양 시설은 2006년 32개에서 2019년 143개로 증가한 반면, 재가요양 제공자는 동기간 12개에서 24개로 증가한 것에 그쳤다(Government of Singapore, 2021). 재가요양 제공자는 크게 증가하지 않았지만, 이들은 대부분 복수의 노인 돌봄 서비스를 제공한다. 예를 들어, 노인 돌봄 분야의 사회적 기업인 NTUC헬스(NTUC Health)는 전국에 센터를 두고 다양한 고령자 서비스를 운영하고 있다. 또한 시니어케어센터(SCC, Senior Care Centers)를 통해 단일 시설에서 다양한 종합 서비스를 제공하고, 가정 개인 돌봄, 가정 간호, 가정 테라피, 가정 의료 및 임시 간병인 서비스 등과 같은 재가 요양 서비스도 제공하고 있다.

싱가포르 노인 장기요양 보고서(Ho & Huang, 2018)에서는 2011~2020년 3,800개에서 10,000개로 증가한 재가 요양 시설에 대한 추가 데이터를 확인할 수 있다. 동기간 주간 돌봄센터는 2,100개에서 6,200개로 증가했다. 이는 VWO와 비영리 서비스만 고려한 결과이다. 물론 이들 서비스가 에이징 인 플레이스 요양 분야의 대부분을 차지하지만 최근 몇 년간 민간 돌봄 제공자가 급증했고, 최소 60곳 이상에서 재가 요양을 제공한다(Ho & Huang, 2018, p.29).

지역사회 내에서 요양 서비스를 제공하는 새로운 요양 모델을 시험하기 위해 에이징 인 플레이스에 초점을 맞춘 다양한 시범사업이 진행되고 있다. 예를 들어 싱가포르 노인 통합 돌봄 프로그램(SPICS, Singapore Program for Integrated Care for the Elderly)은 1차 및 전문 진료 다

학제 팀을 단일 돌봄 프로그램에 통합한 미국의 노인 종합 관리 프로그램(All-Inclusive Care of the Elderly)을 벤치미킹하여 가정과 센터 기반 서비스를 통합했다. SPICS는 2010년 구세군의 베독 멀티서비스 센터에서 시범사업을 성공적으로 마무리한 후, 싱가포르 전역으로 센터를 확장했고, 2011년 AIC는 이를 노인 보호시설의 대안을 제시하는 새로운 지역사회 기반 모델로 채택했다(Liu, Yap, Wong, Heng, & Ee, 2015).

테마섹 재단(Temasek Foundation Cares)과 AIC는 2014년 돌봄 서비스를 거의 또는 전혀 지원받지 못하는 취약 노인을 위해 C2H(Care Close to Home program) 프로그램을 3년간 시범 운영했다. C2H는 주거지역에 사례 관리자, 의료보조원, 사회복지사 등으로 구성된 돌봄팀을 배치하여 도움이 필요한 노인들에게 건강, 사회, 개인 돌봄 서비스를 제공하는 새로운 돌봄 모델을 시험했다. 2014년부터 2018년까지 공공임대주택 4개 단지에 거주하는 노인 947명을 지원하여 좋은 성과를 거두었다. 프로그램은 이후 MOH로부터 재정 지원을 받아 더욱 많은 지역으로 확대되었다(Temasek, 2019.7.5.).

2021년 초 HDB는 주택 정책에 돌봄 기능을 통합한 새로운 모델을 시험하기 위해 지역사회 돌봄 아파트 시범사업을 시작했다. 시범사업은 고령친화주택 160여 채에 돌봄 서비스 기능을 통합하여 약간의 돌봄이 필요한 65세 노인들에게 원래 살던 지역에서 독립적으로 계속 거주하는데 필요한 생활 서비스를 지원하고 있다(Housing and Development Board, 2020).

나. 상시 돌봄 서비스: 요양원

1990년대 말까지 싱가포르에서 에이징 인 플레이스에 대한 대안이 제한적이었기 때문에 요양원은 만성 노인 환자의 기본 옵션으로 간주되었

다(Wong, Yap, & Pang, 2014). 그러나 정부가 가족 돌봄을 선호함에 따라 1999년 IMC 노인건강관리보고서(IMC Report on the Health Care for the Elderly)에서 요양원 부족을 지적하기 전까지 정치적 관심을 거의 받지 못했다. 보건부는 요양원 수요를 충족하기 위해 요양원을 설립하는 VWO에 환자 1명당 자본 조달 비용의 90%와 운영 비용의 50%를 지원하기로 결정했다. 정부는 또한 민간 요양원 입찰을 위한 토지 분양을 발표했다(Mehta & Vasoo, 2002). 그럼에도 2010년까지 요양원은 크게 증가하지 않았다. 그러나 최근 몇 년간 수요 증가로 요양원과 병상 수를 확충하려는 노력이 활발해졌다. 또한 노인 주간 돌봄과 재활 서비스를 포함하여 한층 광범위한 지역사회 서비스를 제공하기 위해 요양원을 고령친화적 지역사회의 일부로 개조하려는 계획도 진행되고 있다(Wong, Yap, & Pang, 2014).

1999년 IMC 보고서에 따르면 1997년 싱가포르의 요양원 수는 총 47개(공공 23개, 민간 24개), 병상 수는 4,703개였다(IMC, 1999). 2012년 정부는 헬스케어 2020 마스터플랜(Healthcare 2020 Masterplan)을 시작하고 2011년 요양원의 8,800개 병상 수를 2020년까지 17,000개로 늘리기로 계획했다(Ministry of Health, 2012). 이후 집중적인 노력을 통해 2020년 요양원 수는 77개(공공 24개, 비영리 23개, 민간 31개)로, 병상 수는 16,221개로 늘어났다. 코포쿤(Koh Poh Koon) 국무장관은 언론과의 인터뷰에서 2016~2020년까지 8개 요양원이 신설되었다고 설명하고 가능한 한 지역사회에서 노인을 돌보는 것이 중요하고, "나이가 들었다고 노인들을 시설에 보내서는 안 된다"고 강조했다(Lai, 2021).

국가적 차원에서 요양원 제공과 가족 지원의 균형을 맞추는 것은 민감한 문제이다. 한편으로 요양원을 이용하기 쉬워지면 가족의 노인 부양 책임이 노인 돌봄의 마지막 수단으로 전락할 수 있다는 우려가 높아지지만, 다른 한편으로 만성 및 말기 환자를 위해 적절한 시설을 마련하는 것도

중요하다. 특히 가족 규모가 작아지면서 부부가 일과 자녀 양육을 병행하는 동시에 노부모를 돌보기가 점점 어려워짐에 따라 주거지 인근 요양원은 고령자에게 적절한 요양 서비스를 제공하고 쉽게 방문할 수 있는 옵션이 되고 있다. 예전에는 요양원을 인생의 마지막 종착역으로 인식하는 경향이 강했으나 최근에는 건강상태가 좋아지면 집으로 돌아가도록 권장하고 있어 이러한 인식도 바뀌고 있다.

다. 간병인 지원

유능한 간병인은 장기요양이 필요한 노인이 원래 살던 곳에서 계속 거주하면서 여생을 보내는 데 매우 중요하다. 비전문 간병인을 위한 싱가포르 정책과 지원 서비스의 부적절성을 지적하는 문헌이 늘고 있다(Mehta, 2006; Suen & Thang, 2017; Teo et al., 2006). 비전문 간병인의 요구를 충족하기 위한 근본적인 노력으로 최근 몇 년간 이들의 지원 요청에 대한 대중의 관심이 높아졌다. 예를 들어, 치매 환자와 환자 가족을 지원하는 VWO인 디멘시아 싱가포르(Dementia Singapore)는 외부 파트너 카페 및 레스토랑에서 다른 치매 환자 및 간병인과 만나 인맥을 형성할 수 있는 메모리 카페(Memories Café)를 포함한 다양한 온라인 오프라인 지원 프로그램을 제공한다.[70]

MOH는 비전문 노인 간병인에 대한 지원을 강화하기 위해 2018년간병인과 이해관계자 200여 명의 의견을 수렴하여 2019년 파트너 기관과 함께 간병인 지원 실천계획을 개발했다. 19개 실천계획 조치 중 11개는 돌봄 서비스 시스템 검색 및 이용의 어려움, 간병 비용 충당을 위한 보조금 지원의 필요성, 간병인 교육 및 지원, 간병인 야간 휴식 및 재가 기반

70) 자세한 사항은 https://dementia.org.sg/about/ 참고.

휴식 서비스, 유연한 업무 배정을 위한 일-생활 보조금(Work Life Grant) 예산 확대 등의 표적 조치이다. 이들은 저소득층을 대상으로 하지만, 특히 간병인이 일을 그만두거나 임금이 적은 임시직으로 전환하여 심각한 재정 문제에 당면했을 때, 그리고 특히 도움을 요청하는 방법을 알지 못할 때, 집에서 노인을 돌보는 데 필요한 비용을 조달하는 방법에 관한 간병인 역량과 복지를 증진하기 위한 매우 포괄적인 서비스이다(Suen & Thang, 2017).

〈표 18-12〉 간병인 지원

직장지원	탄력 근무제를 장려하는 WLG(Work-Life Grant) MOM은 탄력 근무제에 대한 WLG 예산 TS(Tripartite Standard) 증액 방안을 모색 중임, 예상치 못한 간병 상황 발생 시 무급 휴가에 대한 TS 구직자 고용 촉진 및 지원을 위한 적응 및 성장 이니셔티브
돌봄 안내	지역사회에 정보를 제공하고 추천하는 AlCare 링크 4개 확충(기존 8개) 싱가포르 실버 페이지(www.silverpages.sg) 및 싱가포르 실버 라인(1800-650-6060)의 원스톱 정보 및 리소스 제공 서비스/의료 항목 및 임종 계획을 간단히 확인할 수 있는 디지털 플랫폼
Financial Support 재정 지원	노인 이동성 및 활성화 기금을 통해 보조장치 및 가정 건강관리 품목 비용 분담 간병인의 기량 향상을 위한 간병인 교육 보조금(200달러/년) 외국인 가사도우미(FDW) 세율 할인 60달러/월 간병비용 분담을 위한 재가 돌봄 보조금(200달러/월)(현재 FDW 보조금 120달러/월 대체) 형제자매의 의료비에 메디세이브 적용 확대
간병인 권한 부여 및 교육	간병인의 사회경제적 요구를 지원하는 지역사회 자원봉사팀 개발 치매 친화적 지역사회의 동료 지원 네트워크 및 지역사회의 간병인 지원 고령자의 거동 상태에 기반한 표준 간병인 교육 과정 및 FDW 조기 교육
간병인 휴식 서비스	노인요양시설 및 요양원의 휴식 서비스 활성화 시간 단축을 위한 휴식 서비스 사전등록시범사업 치매 환자 간병인의 야간 휴식 시범사업 임종 암환자 간병인의 가정 기반 휴식

자료: Ministry of Health. (2021c). Caregiver support. Retrieved July 30, 2021, from https://www.moh.gov.sg/caregiver-support.

장기요양 재정 지원에 포함된 외국인 가사도우미(FDW, foreign domestic worker) 고용 지원(〈표 18-13〉 참조)은 가정의 노인 돌봄을 돕는 입주 외국인 가사도우미의 고용 전형을 보여준다. 비전문 돌봄에 대한 조사에서 알 수 있듯이 ADL 항목 중 한 가지 이상을 다른 사람에게 의존해야 하는 75세 이상 의존적 노인을 돌보는 가족은 외국인 가사도우미를 고용할 가능성이 높았다(51.3%)(Chan et al., 2012). 특히 1978년 외국인 가사도우미 제도가 도입된 이후, 외국인 가사도우미는 중산층 가정이 원래 살던 곳에서 노년을 보내는 데 필수 요소가 되었다(Yeoh & Huang, 2009).[71] 매일 통근해야 하는 주간 돌봄센터와 달리 외국인 가사도우미는 집에서 24시간 노인을 돌볼 수 있다. 비용 측면에서도 외국인 가사도우미는 일부 주간 돌봄센터 또는 요양원보다 저렴할 수 있다. 외국인 가사도우미의 임금은 출신 국가에 따라 최소 월 450~570싱가포르 달러이며(Devaraj, 2020.12.18.), 보조금 적용 후 월 부담금은 60싱가포르 달러(적용 전에는 300싱가포르 달러)이다(〈표 18-13〉 참조). 반면 주간 돌봄센터 이용료는 교통비를 제외하고 월 400~1,700싱가포르 달러이며, VWO 요양원은 보조금 적용 전 월 2,000~3,600 싱가포르 달러이다(Agency for Integrated Care, n.d.). 앞으로 재가 장기요양에서 외국인 가사도우미에 대한 선호도와 의존도가 높아짐에 따라 외국인 가사도우미에 대한 수요도 2020년 252,600명(Devaraj, 2020.12.18.)에서 2030년 300,000명(National Population and Talent Division, 2012)으로 증가할 것으로 예상된다. 따라서 외국인 가사도우미에게 가정돌봄 교육을 실시해야 하고, 노인들만 돌보면서 대부분의 시간을 보내면 고립될 수 있기 때문에 비전문 간병인과 마찬가지로 이들의 복지에 대한 인식도 높아져야 한다.

71) 필리핀, 인도네시아, 미얀마, 스리랑카, 라오스와 같은 저개발 국가의 여성들이 경제적인 이유로 싱가포르에서 가사도우미로 일할 수 있도록 제도를 관리하고 있다.

제4절에서는 비공식 간병인에 초점을 맞추고 있지만, 전문 장기요양 부문이 직면한 인력 문제도 무시할 수 없다. 리엔 재단 장기요양 인력 연구(Lien Foundation, 2018)에 따르면, 2030년까지 장기요양 분야의 인력 수요가 130% 증가할 것으로 예상된다. 싱가포르는 직접 돌봄 종사자의 약 70%가[72] 외국인들로 호주(32%), 일본(10% 미만), 홍콩 및 한국(5% 이하) 등 빠르게 고령화되어가는 다른 고소득 국가와 비교하여 장기요양 분야의 외국인 노동자 의존도가 높은 편이다. 현지 근로자를 유치 및 유지하기 위해 다양한 계획이 시행되고 정부 재정이 투입되고 있지만, 저임금, 경력개발 기회 부족, 열악한 근로조건(예, 긴 근무시간) 등으로 인해 어려움을 겪고 있다. 이러한 이유로 보고서는 요양원보다 인력 수요가 적은 에이징 인 플레이스를 증진할 것을 권고했다. 그 외에 새로운 근로자 및 채용 모델 탐색, 장기요양 부문의 질과 평판 개선 등이 필요하다고 권장했다.

싱가포르는 스마트 국가 비전을 활용하여 장기요양 과제를 해결하기 위해 다양한 수준에서 기술 기반 솔루션 개발 및 증진을 촉진하는 이니셔티브를 시행하고 지원해왔다. 예를 들어, 보건부와 국립연구재단 국가로봇공학프로그램이 공동 지원하는 SG 건강보조 로봇공학 프로그램(SHARP, SG Health Assistive & Robotics Program)은 "기술을 사용하여 요양을 보완 및 전환하도록 지원하거나 상근 간병인 부족에 대한 대안으로 원래 살던 집에서 노후를 보내는 에이징 인 플레이스를 지원"하기 위해 "병원부터 집까지" 스마트 헬스 시스템을 개발했다.[73] 또한 독거노

72) 직접 돌봄 종사자는 간호사, 치료사, 간호 보조원, 의료 보조원, 치료 보조원 등 노인 장기요양 시설에서 일하는 근로자를 가리킨다. 2017년 3월 장기요양 부문 종사자는 11,000명으로 추정되고 이들 직접 돌봄 종사자는 싱가포르 장기요양 부문의 75%(8,300)를 차지한다. 이들은 고령인구 517,000명을 돌본다(Lien Foundation, 2018).

73) CHART(Centre for Healthcare Assistive and Robotics Technology) 웹사이트의 SHARP 참조, https://www.cgh.com.sg/chart/sharp/about-sharp

인 모니터링 시스템인 스마트헬스 텔레리햅(Smart Health TeleRehab)부터 주간 돌봄센터에 배치된 로봇 운동코치 형태의 로봇 솔루션까지 비용을 좀 더 효율적으로 사용하여 서비스를 제공하고 에이징 인 플레이스 촉진에 도움이 되도록 다양한 시범사업 및 시험을 진행 중이다(Tan & Taeihagh, 2020, pp.7-8). 이는 대면 방문이 제한된 코로나19 팬데믹 기간에 특히 유용하다. 그러나 도구적 및 사회적 돌봄 지원/대체를 위한 기술 도입 및 관리 시 발생할 과제와 격차에 대한 우려도 있다(Tan & Taeihagh, 2020; Robinson, MacDonald, & Broadbent, 2014). 노인 돌봄과 간병인을 지원하는 수단으로써 기술을 활용하려면 기술과 사회 행동적 관점 모두에서 더 혁신적이고 통합된 노력이 필요하다.

〈표 18-13〉 싱가포르의 장기요양 재원

범주	재정 지원	설명
일상생활 지원	노인 이동성 및 활성화 기금(SMF)	보조기기 또는 가정 건강관리 품목 구매에 대한 보조금
	2012 활동적 고령자를 위한 개선(EASE)	안전한 주택을 위한 HDB의 주택 개조 보조금
이동성 보조	고령자 임시 장애 지원 제도(IDAPE)	지나치게 고령이거나 기존 장애로 인해 당시 엘더쉴드 가입 자격이 없었던 소수의 고령자를 위해 2002년 설립됨
	건국세대 장애보조 제도(PioneerDAS)	건국세대(1949년 또는 그 이전 출생) 장애 노인에게 매월 100달러 지원
	엘더쉴드 장기요양 보험	중증 장애(6가지 일상생활 활동 중 3가지 이상을 수행할 수 없음)에 대해 최대 5~6년 동안 보험금을 지원하기 위해 2002년 설립됨 2020년부터 40세에 엘더쉴드에 자동 가입되지 않는다. 2020년 40세가 되는 싱가포르 시민 및 영주권자는 2020년 10월 1일 또는 30세가 되는 날 중 더 늦은 날짜에 케어쉴드 라이프에 가입된다.
	케어쉴드 라이프	1980년 이후 출생한 중증 장애 싱가포르인은 30세부터, 특히 노년기에 기본 재정 보호 및 장기간 필요한 치료 제공. 기존 엘더쉴드 제도 대체
	엘더펀드	다른 프로그램의 혜택을 받을 수 없고 메디세이브 잔액이 적은 30세 이상 저소득 중증 장애 싱가포르인을 위한 재량적 지원 제도

범주	재정 지원	설명
	메디세이브 케어	30세 이상 중증 장애인은 장기요양을 위해 본인 및/또는 배우자의 메디세이브 계정에서 매월 200달러까지 현금 인출 가능
간병 보조	간병인 교육 보조금(CTG)	각 간병대상자에게 연간 200달러의 보조금 지원. 동일한 간병대상자의 여러 간병인(외국인 가사도우미 포함)이 간병인 교육 보조금 공유 가능
	가정돌봄 보조금(HCG)-구 외국인 가사도우미(FDW) 보조금(2019년 10월 변경)	지역사회 노인 돌봄 및 간병인 지원 서비스 비용 또는 외국인 가사도우미 고용 같은 간병 비용을 충당하기 위해 매월 현금 200달러 지원
	외국인 가사도우미(FDW) 부과금 할인(장애인)	월 300달러가 아닌 60달러의 부과금 할인. 가구당 한 번에 두 명까지 돌볼 수 있도록 2명까지 외국인 가사도우미 부과금 할인 혜택 지원

자료: Agency for Integrated Care. (n.d-d). Introduction to the home caregiving grant. Retrieved July 30, 2021, from https://www.aic.sg/financial-assistance/Pages/Caregiving%20Assistance/home-caregiving-grant.aspx., Phua et al.. (2019). Long-term Care. In Ageing in Asia: Contemporary trends and policy issues, pp.288-289. Ministry of Health. (2021f). Other Long-Term Care Financing Support. Retrieved July 30, 2021, from https://www.careshieldlife.gov.sg/long-term-care/other-long-term-care-financing-support.html.

라. 장기요양 재원

장기요양 비용은 싱가포르 가정의 주요한 관심사이다. 싱가포르의 의료 기금 프레임워크는 일명 3M으로 불리는 메디세이브(Medisave), 메디쉴드(Medishield), 메디펀드(Medifund)로 구성되어 있다. 메디세이브는 본인 또는 직계 가족의 의료비에 사용하기 위해 소득의 일부를 메디세이브 계정에 의무적으로 적립하는 강제 의료저축제도이다. 메디쉴드는 저렴한 재난성 의료 보험 제도이며 메디펀드는 의료비를 감당하기 어려운 빈곤층을 위해 정부가 안전망으로 설정한 기부 기금이다(Ministry of Health, 2021d). 메디세이브는 급성질환치료에 사용되지만 웹사이트에 명시된 바와 같이 지난 수년간 재활 치료, 임종 치료, 만성질환(승인된 경우)을 포함한 외래 치료 및 건강검진 등으로 사용 범위가 확장되었다(Central Provident Fund Board, 2021). 정부는 다른 의료비와 마찬

가지로 자산조사를 통한 본인부담금에 기반하여 노인 장기요양비를 지원하고 있다. 싱가포르 가구의 3분의 2는 보조금 수령 자격이 있다. 이는 가구의 자본 소득에 따라 주거서비스의 20~75%, 지역사회 기반 서비스의 30~80%에 해당한다(Ministry of Health, 2021h). 〈표 18-13〉에서 볼 수 있듯이, 싱가포르는 자산조사 기준으로 적격한 주택 개조 및 보조장치 구매 보조금을 포함한 다양한 재정 지원 계획을 시행 중이다.

자산조사를 하지 않는 기금은 2014년 발표된 건국세대 패키지(PGP, Pioneer Generation Package)와 2019년 도입된 메르데카 세대 패키지(MGP, Merdeka Generation Package) 등 극히 일부에 불과하다(〈표 18-14〉 참조).

〈표 18-14〉 건국세대 패키지(PGP) 및 메르데카세대 패키지(MGP)

	시기 및 대상	목적	혜택
건국세대 패키지 (PGP)	건국세대를 위해 2014년 도입 2014년 65세 이상 시민 약 450,000명에게 혜택 제공	건국세대에게 좀 더 저렴한 의료서비스 제공	외래 진료비 지원 메디쉴드 라이프 보험료 평생 동안 매년 메디쉴드 추가 지불 건국세대 장애 보조 제도에서 적격 가입자에게 평생 동안 매월 100달러 현금 지원
메르데카세대 패키지 (MGP)	건국세대 이후 세대를 위해 2019년 도입 2019년 60~69세 시민, 50만 명에게 혜택 제공	메르데카 노인의 활동성과 건강 유지 및 일부 의료비 지원	패션실버 카드 충전(교통수단용) 외래 진료비 추가 지원 메디세이브 추가 지급 추가 메디쉴드 라이프 프리미엄 보조금 및 케어쉴드 라이프 참여 인센티브

자료: Ministry of Health. (2021g, 2021e). Pioneer Generation Package, Merdeka Generation Package. Retrived July 30, 2021 from https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/pioneer-generation-package, https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/merdeka-generation-package.

엘더쉴드(ElderShield)는 중증 장애 보험제도에 대한 1999년 IMC 권고에 따라 고령인구에 기본적인 재정 지원을 하기 위해 2002년에 처음 도입됐다. 40세가 된 싱가포르 시민은 자동으로 보험에 가입하고 65세까지 보험료를 납부할 수 있지만, 원하는 경우 가입하지 않을 수도 있다

(Ministry of Health,[74] 2021b). 물론 필요한 경우 민간보험사로부터 추가 구입이 가능하지만 엘더쉴드는 물가변동에 맞춰 조정하지 않고 5~6년 동안 월 300달러 또는 400달러만 지급한다는 점에서 비판을 받아왔다. 2020년 10월부터 엘더쉴드의 문제점을 해소한 새로운 버전의 장기요양 보험 제도가 도입된다. 한층 개선된 기능으로 엘더쉴드를 대체할 케어쉴드 라이프(CareShield Life)는 30세 이상 모든 거주자가 가입하여 67세까지 매년 보험료를 납부해야 하는 의무 보험 제도이다. 보험은 장기요양이 필요한 중증 장애자에게 평생 매월 최소 600달러의 급여를 지급할 예정이다(추후 조정 가능). 메디세이브(중앙의료비준비위원회의 의무저축제도)에서 보험료를 공제하고, 중저소득층은 정부로부터 보험료를 보조받을 수 있다(Ministry of Health, 2021a).

보조금이 늘고 새로운 국가 장기요양 보험제도가 도입되면서 개선이 이뤄졌지만 장기요양 비용에 대한 우려는 아직 남아 있다. 리엔 재단의 노인 장기요양에 관한 Ho and Huang(2018) 보고서에 따르면 가정과 센터 기반 돌봄에 대한 수요와 이용자가 늘고 서비스가 다양해지고 있지만, 이들 서비스는 전혀 저렴하지 않다. 보고서는 중증 장애 노인의 경우 VWO가 운영하는 시설 요양에는 월 2,400싱가포르 달러가, 지역사회 요양에는 월 3,100싱가포르 달러가 필요할 것으로 추정했다(둘 다 보조금 적용 이전). 이는 보조금을 지원받지 못하는 중산층 가정의 경우 전문 장기요양 서비스를 이용하는 것보다 VWO를 고용하는 것이 비용 효율적임을 의미한다. 따라서 여생 동안 장기요양을 지원받기 위해서는 장기요양 보험에 가입하여 적절한 보험료를 납부하는 것이 중요하다.

싱가포르는 지난 10년간, 즉 1차 베이비붐 세대가 65세가 된 2012년

74) 도입 당시 중증 장애(6개 ADL 중 3개를 수행할 수 없는 상태)에 대해 최대 5년간 300 싱가포르 달러/월를 지급했다. 2007년 최대 6년간 월 400싱가포르 달러로 변경됐다.

부터 장기요양을 제공하고 자금을 조달하기 위해 많은 노력을 기울여왔다. 장기요양 지출은 2015년 6억 달러에서 다음 해 8억 달러로 거의 35% 급증했다. 그러나 리엔 재단 보고서에 따르면 싱가포르는 1인당 GDP가 가장 높은 국가지만 장기요양에 대한 정부 지출은 여전히 낮은 편으로, 2016년 싱가포르는 GDP의 0.19%를 장기요양에 지출해 한국(0.8%), 호주(0.92%), 일본(2%), 홍콩(0.29%)과 비교하여 가장 낮은 수준을 보였다(Lien Foundation, 2018). 그럼에도 향후 10년 동안 급속한 인구 고령화로 노인 돌봄에 대한 수요가 증가하여 장기요양에 대한 공공 지출도 증가해야 할 것으로 예상된다.

2. 세대 간 지원 및 결속

싱가포르는 가족이 노부모 부양의 최전선에 서 있다는 이념하에 세대 간 지원과 결속을 증진하기 위해 노력해왔다. 고령화 사회의 결속과 갈등에 관한 IMC 실무그룹은 "사회구조와 세대 간 결속을 강화"하기 위해(IMC, 1999, p.172) 가족 관계와 세대 간 유대 증진을 중심으로 정책을 권고했다. "정규 교육 과정에서 가족의 가치에 대해 가르치고 조부모를 가족의 필수 구성원으로서 가족 삽화에 포함시켜야 한다"라고 지적하고, 정부가 관리하는 여가 시설에서 대가족 지위에 기반하여 가족 할인을 제공하고, 조부모(및 부모)와 인접한 곳에 공공주택을 신청한 경우 가산점을 주는 방안을 제안했다. 또한 보고서는 "대가족 관계 증진"에서 이들은 "단순히 세대 간 상호 작용을 강화하거나 갈등을 완화하기 위한 조치가 아니다. 가족의 노부모 부양 역할을 강화하고 자원 기반을 확장하는 데도 도움이 될 수 있다. 나아가 노부모 부양을 돕고 빈부 격차로 인한 갈등을 완화하는 데 일조할 수 있다"라고 강조했다(IMC, 1999, pp.177-178).

가. 세대 간 지원: 세제 감면 조치 및 주택 정책

1) 세금 감면 조치

싱가포르 국세청(IRAS, Income Revenue Authority of Singapore) 웹사이트에 명시된 바와 같이 부모 공제/장애 부모 공제는 "효심을 키우고 부모, 조부모, 시(처)부모 또는 시(처)조부모를 부양하는 자의 노고를 인정한다"(IRAS, 2021b). 부모를 부양하는 성인 근로자를 돕기 위한 세금 감면 범위는 시간이 지나면서 수직, 수평으로 '부모' 개념이 확대되면서 시(처)부모, 조부모, 증조부모까지 추가되었으며, 함께 거주하는 경우와 더욱 많은 지원과 돌봄이 필요한 경우는 구분해서 공제가 이루어졌다. 2015년부터 세금 감면 규모는 부모(최소 55세 이상)와 함께 거주하는 경우 9,000싱가포르 달러, 함께 거주하지 않는 경우 5,500싱가포르 달러로 설정되었다. 장애가 있는 부모/조부모는 함께 거주하는 경우 14,000싱가포르 달러, 함께 거주하지 않는 경우 10,000싱가포르 달러로 감면 폭이 달라진다. 공제는 최대 2개까지 청구할 수 있다(IRAS, 2021b).

또한 2015년부터 싱가포르 소득세법이 개정되어 다른 청구인과 부모 공제/장애 부모 공제를 공유할 수 있다. 이러한 "부모 공제 공유"는 노인 돌봄을 공동 책임으로 인식하고 실천하는 것을 의미한다. 그러나 세금 감면은 고용 상태에서만 혜택을 받을 수 있고, 소득 수준이 낮거나 직장을 그만두고 부모를 돌보는 경우에는 혜택을 받을 수 없다.

부모 공제 외에 자녀가 있는 직장인 여성은 부모, 조부모, 시부모 또는 시조부모(전 배우자의 부모, 조부모, 시조부모 포함)로부터 자녀 양육을 지원받을 경우 조부모 양육공제(GCR, Grandparent Caregiver Relief)로 3,000싱가포르 달러를 청구할 수 있다(IRAS, 2021a). 이는 가정에서 고령자가 직장인 여성의 자녀 양육을 돕도록 지원한다는 취지에서 마련

되었다. 그러나 조부모의 양육 기여도를 직접 인정하지 않는다는 비판이 있다(Teo et.al., 2006).

2) 주택 정책

에이징 인 플레이스, 세대 간 지원 장려 활동 외에도 싱가포르 공공주택기관인 주택개발위원회(HDB, Housing and Development Board) 또한 다양한 주택 우선배정 제도를 통해 세대 간 근거리 또는 공동 거주를 장려하는 데 중요한 역할을 한다. 노인부양 가족에게 공공주택을 우선 배정하는 홍콩 주택청의 노인부양가족 우선지원제도, 공공주택에서 가까운 곳에서 생활하도록 지원하는 일본의 "페어 유닛(paired units)" 제도(1970년대 간략하게 시행됨)[75] 등의 주택 계획을 활용하여 세대 간 지원을 촉진하는 정책은 드물지 않다(Kose & Nakaohji, 1988). 싱가포르는 인구의 80%가 공공주택에 거주해 다른 나라에 비해 이들 계획이 광범위한 영향을 미친다.

이들 주택 계획과 보조금은 인구 문제에 대응하고 출산을 장려하기 위해 두 자녀 이상 가족에게 주택을 우선 공급하는 계획처럼 지난 몇 년간 개선되고 효과가 높아졌다. 현재 기혼자녀우선제도(MCPS, Married Child Priority Scheme), 다세대우선제도(MGPS, Multi-Generation Priority Scheme), 노인우선제도(SPS, Senior Priority Scheme) 및 근접주택보조금(PHS, Proximity Housing Grant) 등 노부모와의 동거 또는 근접 거주를 장려하는 몇 가지 주택 제도가 시행 중이다(〈표 18-15〉 참조). 2018년 5월부터 근접 거리는 2km 이내 또는 같은 마을에서 4km 이내로 단순화되었다.

---

75) "페어 유닛" 제도는 성인 자녀가 부모와 근거리에서 생활할 수 있도록 지원하기 위해 1972년 시행되었으나 다양한 제약으로 실적이 저조해 2년 후 중단됐다(Kose & Nakaohji, 1988).

3세대 가족 구조가 가족의 노부모 돌봄과 부양에 이상적으로 보이지만 [그림 18-1]의 거주 형태의 변화에서도 알 수 있듯이 인구구조의 변화와 사회적, 문화적, 경제적 변화로 인해 전체 가구의 약 10%로 감소했다(Yeung & Hu, 2018, p.17). 그럼에도 기혼 자녀와 부모가 함께 거주하려는 신청자에게 우선권을 주는 주택 정책이 여전히 장려된다.

2014년 노부모를 부양하는 가족을 위해 침실 4개, 욕실 3개(화장실 2개)로 이뤄진 3세대(3Gen) 아파트가 처음으로 선보였다. 3세대 아파트는 2016년 총 252세대가 분양됐고(Au-Yong, 2018.4.14.), 오늘날에는 일부 신규 주택 프로젝트에서 새로운 주택 형태로 제공되고 있다. 그러나 3세대 아파트는 1987년 HDB의 '다세대 아파트' 시범사업을 재정비하여 출시했다는 편이 정확할 것이다. HDB는 1987년 침실 3개, 욕실 1~2개 규모의 아파트에 원룸 주거 공간을 연결한 시범사업을 진행했으나 약 400세대가 건설된 후 낮은 분양률로 사업이 종료되었다. HDB 부동산관리부 이사는 "노부모와 함께 거주할 아파트가 아니라 단순히 대형 아파트를 원하는 경우가 많았다"라고 밝혔다(Tan, 2009.1.3.). 3세대 아파트는 지속가능성을 추구한다.

또한 중앙준비기금(CPF, Central Provident Fund)은 생애 최초 가족 신청자에게 주택 보조금을 지원한다. 그러나 이들 우대 및 보조금 제도는 기혼 부부에게 우선권을 주기 때문에 노부모를 부양하는 많은 미혼 자녀에게 불공정하다는 비판이 제기됐다. 2015년 국토개발부와 HDB는 "더욱 많은 가족이 함께 또는 가까이 거주하면서 상호 돌보고 지원할 수 있도록 전매 아파트 구입을 지원"하기 위해 새로운 근접 주택 보조금을 도입했고, 최초로 부모와 가까이 살기 위해 전매 아파트를 구매하는 미혼 자녀에게도 보조금 신청 자격이 주어졌다(HDB, 2021c). 2019년 추가 보조금 구조에서 유자격자의 소득 한도를 늘리기 위해 기존 제도를 개선

된 주택 보조금(EHG, Enhanced Housing Grant) 형태로 개정하고, 35세 이상 미혼 자녀에게도 자격을 부여했다(HDB, 2021b). 이러한 주택 정책은 상호 돌봄, 간병 및 지원을 장려하는 데 중요한 역할을 하고 가구 분리를 통해 프라이버시를 지키면서 세대 간 지원과 상호작용이 가능한 새로운 형태의 준확장 가족이 탄생하는 데 기여했다. 2021년 발표된 HDB 표본가구조사 2018에 따르면, 결혼 후 노부모와 함께 거주하는 자녀는 줄고 있지만, 부모와 가까운 곳에 거주하는 자녀는 2013년 약 43%에서 2018년 45%로 증가했다(HDB 2021e). 이들 가구가 거의 50%에 도달하면서 세대가 근거리에 거주하면서 서로 돌봐주는 준확장 가족의 형태가 새로운 사회의 기준 형성할 수 있다. 맞벌이 가정이 증가하면서 조부모가 육아를 지원하는 것도 일반적이 되었다.

〈표 18-15〉 싱가포르 주택 계획

	혜택
기혼자녀 우선제도 (MCPS)	기혼 자녀와 부모가 서로를 돌보고 돕기 위해 함께 또는 근거리에 거주한다. 근접 주택 보조금(PHG): 가족은 최초 MCPS의 경우 20,000달러, 두 번째 MCPS의 경우 30,000달러의 보조금을 지원받는다.
근접주택 보조금 (PHS)	부모가 자녀와 함께 또는 근거리에 거주하려는 싱가포르 전매 아파트 구매자 가족: 부모가 자녀와 함께 거주하는 경우 30,000달러; 부모가 자녀와 근거리에 거주하는 경우 20,000달러 독신: 부모와 함께 거주하는 경우 15,000달러, 부모와 4km 이내 거리에 거주하는 경우 10,000달러 보조금 지원
다세대 우선제도 (MGPS)	기혼 자녀와 부모가 같은 구역에서 새 아파트를 구매하려는 경우 투룸 플렉시 또는 투룸 아파트가 혼합된 BTO 프로젝트에서 부모와 기혼 자녀가 공동으로 2개 아파트 신청 가능
노인 우선제도 (SPS)	아파트 추첨 시 고령 신청자의 기회를 높여 익숙한 환경에서 여생을 보내기 위해 또는 부모가 기혼 자녀와 근거리에 거주하기 위해 투룸 플렉시 아파트를 구입하려는 고령 거주자 지원
투룸 플렉시 아파트 제도	고령자는 연령, 필요 및 선호도에 따라 투룸 플렉시 아파트 임대 기간을 유연하게 선택 가능 55세 이상은 본인과 배우자가 95세가 될 때까지 5년 단위로 15년에서 45년까지 임대 가능. 생애 최초 및 재청약 가족과 최초 청약 미혼은 99년 임대로 투룸 신축 아파트 구매 가능

자료: HDB. (2021d). Priority schemes. Retrieved July 30, 2021, from https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/residential/buying-a-flat/new/eligibility/priority-schemes. HDB. (2021a). 2-room flexi flats. Retrieved July 30, 2021, from https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/new/eligibility/2room-flexi-flat.

나. 세대 간 유대: 지역사회에서 세대 간 이니셔티브 기회 개발

지역사회개발부(현 사회가족개발부)는 2002년 조부모 및 세대 간 유대를 강화하기 위해 대책위원회를 구성했다. 이는 세대 간 유대를 강화하기 위한 세대 간 이니셔티브의 출발점이 되었다. 대책위원회는 세대 간 유대감 증진에 관한 IMC 1999 보고서 발간과 동시에 만들어져 4년 동안 가족과 지역사회에서 세대 간 유대를 높여야 하는 필요성과 이점에 대한 인식을 높이는 데 중요한 역할을 했다. 예를 들어 가정에서 조부모의 기여도를 인정하기 위해 11월 조부모의 날 제정을 촉진하고, 2005년 3세대 기금 학교 경영대회(Gen3 Fund Inter-School Competition)를 통해 세대 간 프로젝트 조직에 학생들의 참여를 장려하고, 지역사회에서 세대 간 활동을 증진하는 기금을 지원하고, VWO 및 비영리단체의 세대 간 유대감 증진 활동을 인정하는 상을 수여했다.

세대 간 결속력 강화에 대한 청년 세대의 참여를 높이기 위해 2005년 대책위원회를 "G-Connect: 세대 간 유대 강화"로 개편했다. 또한 아동과 노인 서비스가 지역사회에서 세대 간 프로그램 촉진을 주도하면서 이들에 대한 관심도 높아졌다. 그러나 가족 간 관계를 증진하고 강화하기 위해 2006년 전국가족협의회(NFC, National Family Council)(2014년 생명의 가족으로 개편)가 설립되고, 활동적 노화를 위해 2007년 제3의인생위원회(C3A, Council for Third Age)가 설립되면서 세대 간 결속력 증진 활동이 나눠졌다. 즉, C3A가 관리하는 골든기회기금(Golden Opportunities Fund)에서 세대 간 이니셔티브 기금을 주로 조달했고, 가족 관계를 강화하기 위한 NFC 활동에는 조부모도 포함됐다. C3A는 세대 간 접근방식을 적극 지지하여 활동적 노화에서 세대 간 연대의 중요성을 알리는 데 기여했다. 2010년에는 제4차 세대 간 프로그램 컨소시엄

(ICIP, Consortium for Intergenerational Programs) 국제회의를 공동주최하고 가족과 지역사회를 뛰어넘어 직장에까지 세대 간 실천을 요구했다. 당시는 기업에 직장에서 연령 차별을 없애야 하는 필요성을 알리고 저출산으로 인한 청년 근로자 감소가 예상됨에 따라 세대 간 인력에 집중하여 고령사회의 노동참여기간을 연장해야 하는 시기였다.

세대 간 유대를 증진하기 위한 정부 활동과 프로그램은 2000년대 초에 시작되었지만, 지역사회에서 세대 간 유대를 촉진하기 위한 기초 프로그램은 1980년대부터 싹트기 시작했다. 당시 싱가포르에서 이 분야를 개척한 연령통합센터 두 곳이 특히 유명하다. 1986년에 설립된 에이르 라자 데이케어 센터(Ayer Rajah Day Care Center)는 보육과 노인 주간 돌봄 서비스를 제공하고, 탬핀스 3-in-1 패밀리센터(Tampines 3-in-1 Family Center)는 1995년부터 보육, 방과후 돌봄, 노인 주간 돌봄 등 3개 서비스를 제공했다. 이들 센터는 세대 간 접촉을 강화하기 위해 근접한 거리에 함께 배치됐다(Fong-Chong, 2003). 고령층의 자원봉사를 촉진하기 위해 1990년대 말 설립된 자원봉사 단체인 은퇴노인 자원봉사 프로그램(RSVP, Retired Seniors Volunteer Program)은 방과 후 돌봐줄 보호자가 없는 아이들을 위한 장기 모니터링는 프로그램으로 유명하다. 교육부는 1978년 청소년이 참여하는 지역사회 참여 프로그램을 출범했다. 프로그램은 노인이 참여하는 지역사회 및 기관의 지역사회 서비스를 주요한 세대 간 이니셔티브로 활용한다. 이러한 유명 이티셔티브 외에도 보육원 아동의 주간 노인 돌봄센터 방문 등 지역사회에서 소규모로 다양한 세대 간 프로그램이 진행되고 있다.

최근에는 지역사회에서 세대 간 유대를 높이기 위해 한층 혁신적인 기초 활동이 이뤄지고 있다. 2016년 세대 간 프로그램을 1년간 성공적으로 시범운영한 후(Lim, Low, Hia, Thang, & Thian,, 2019), NTUC 사회

적 기업은 2017년 모든 보육 및 노인 돌봄센터가 다양한 수준에서 세대 간 프로그램에 참여할 수 있도록 3단계 세대 간 프로그램 모델을 개발했다. 모델은 세대 간 프로그램을 고급 단계를 위한 보육 교육과정과 노인 돌봄 일상활동에 통합한다. 단순히 두 세대를 한 곳에 모으는 것이 아니라 재미있고 유의미한 상호작용과 학습을 통해 노인들에게 목적의식을 부여하고, 아이들에게 바람직한 가치관을 심어줄 수 있는 전문 프로그램과 활동을 개발했다(Goy, 2017.3.27.).

같은 해, 39년 된 싱가포르 최초 양로원인 세이트 조셉 홈(St. Joseph's Home)에 보육센터가 설치되면서 연령통합센터가 탄생했다. 또한 2021년에는 싱가포르 최초로 요양원, 노인 돌봄센터, 보육 및 유아 센터, 노인들을 위한 의료, 간병, 임시 및 가정 기반 돌봄 센터로 구성된 또 다른 연령통합센터인 세인트 존-세인트 마가렛(SJSM) 빌리지가 신설됐다.[76] VWO가 시작한 이러한 지역사회 이니셔티브는 노인과 청년의 삶의 질을 증진하는 데 세대 간 참여의 역할에 대한 새로운 인식을 제시하고(Canedo-Garcia, Garcia-Sanchez, & Pacheco-Sanz, 2017), 2015 성공적인 고령화 실천계획의 고령친화적 지역사회 조성 비전에 일조한다.

지역사회에서는 세대 간 연결을 증진하기 위해 노인과 청년을 위한 활동을 같은 장소에 배치하는 노력이 이어지고 있다. 성공적인 고령화 실천계획에 따라 "고령친화 지역사회(Kampong for All Ages)"를 조성하기 위해 HDB 주택 개발 사업지 10곳에 보육원과 노인 돌봄센터를 공동 배치하여 세대 간 화합을 증진할 계획이다. 이러한 공동 배치는 NTUC 사회적 기업이 노인 돌봄 및 보육 서비스를 공동 배치하면서 시작됐다. NTUC 사회적 기업은 2018년 싱가포르 최초 공공주택 "실버타운"으로

76) SJSM Nursing Home, https://www.samh.org.sg/st-andrews-nursing-home/#sjsm 참조

주목을 받은 캄퐁 애드머럴티(Kampung admiralty)를 조성했다. 캄퐁 애드머럴티는 두 블록에 걸쳐 노인용 원룸 아파트 100채와 편의시설, 의료 및 사회 활동 허브가 위치한 "수직 마을"이다(Toh, 2017.8.8.).

공동 배치는 1980년대와 1990년대 두 곳에 설치된 후 초기 침체기를 겪었지만 모든 세대를 위한 서비스 통합을 최적화해야 하는 필요성과 광범위한 지원 덕분에 공동 배치 공간 확장에 대한 관심이 높아졌다. 이는 또한 모두를 위한 지역사회를 조성하고 에이징 인 플레이스를 촉진하기 위한 전략으로서 좀 더 통합된 서비스를 향한 새로운 방향을 제시한다.

3. 활동적 노화

제3의 인생위원회(C3A) 설립은 싱가포르에서 활동적 노화에 관한 인식이 높아지고 노화에 관해 긍정적 태도가 형성되기 시작한 신호이다. C3A는 고령화문제대책위원회(CAI, Committee on Ageing Issues)의 권고안에 따라 "활동적 노화를 생활방식"으로 정착시키고, 사회에서 활동적 노화를 촉진하고 장려하기 위해 2007년에 설립되었다(Mathews & Hwa, 2014).

활동적 노화의 개념은 2000년대 초부터 확산되기 시작했다. 그전까지는 가정에서 손자와 손녀를 돌보는 조부모의 자기 희생적 역할이 당연하게 인식되었지만, 2000년대 들어서는 긍정적인 노인학 담론으로 전환되었다. 독립적이고 충족한 삶을 통해 고령자의 품위 있는 노화를 촉진하기 위해 MCYS 노인요양 기본계획 2001~2005이 개발되었다. 건강한 노인을 위한 프로그램을 조직하는 데 3천만 싱가포르 달러가 배정됐고, 이는 건강한 생활방식과 활동적 노화를 촉진하기 위한 프로그램 확장으로 이어졌다(Mehta & Vasoo, 2002).

이러한 새로운 옵션은 은퇴 후 삶에 대한 새로운 기회를 열었지만, 연구에 따르면 일부 고령인구는 사회생활과 조부모로서의 책임 간 균형을 맞추는 데 여전히 어려움을 겪고 있다(Teo et al., 2006; Thang, 2006). 노부모가 집에 머물면서 자신들의 자녀를 돌봐주길 바라는 젊은 맞벌이 부부는 고령층에 노년을 즐기도록 장려하는 정책을 반기지 않기 때문에 이는 세대 간 긴장을 유발할 수 있다(Teo et al., 2006).

그럼에도 C3A는 다양한 관련 이벤트와 파트너십을 통해 높은 홍보 효과를 거두었고, 이를 통해 활동적 노화에 대한 고령자의 다양한 요구를 충족시킬 수 있는 새로운 기회를 제공했다. C3A는 긍정적인 노화 패러다임을 형성하는 데 도움이 된다. 2015/16년 연례 보고서에 따르면 C3A 웹 포털은 2007년에 개설한 후 220만 페이지 뷰를 기록했다(Hopp, 2018). C3A 웹사이트는 원래 고령층에게 전국의 관련 활동에 대한 다양한 정보를 제공하는 원스톱 포털로 사용됐지만 2012년 사용자를 좀 더 직접적으로 지원하는 방식으로 개편됐다(Mathews & Hwa, 2014). 현재 웹사이트는 특히 활동적이고 목적성 있는 노화를 위해 고령층의 자원봉사 및 학습 요구를 충족하는 데 집중한다.

C3A는 평생학습을 통해 활동적 노화를 촉진하는 데 중심적인 역할을 한다. 특히, 평생 학습에 초점을 맞춰 베이비 붐 세대의 요구에 따라 정신적 및 지적으로 한층 고무적인 프로그램을 제공한다. 고령화문제대책위원회(CAI) 보고서에 있듯, 베이비 붐 세대는 교육수준이 높고 재정적으로 더 안정적이기 때문에 미래 노인들은 자신을 풍요롭게 할 더 많은 학습 기회를 모색할 것이다(CAI, 2006).

C3A는 50세 이상 싱가포르 시민에게 학습 기회를 제공하기 위해 중등과정 후의 교육 기관과 지역사회 기반 조직을 중심으로 2015년 국가실버아카데미(National Silver Academy)를 조직했다. 아카데미는 주로 업

무보다는 생활에 필요한 기술을 전달하는 단기 과정으로 구성되어 있다. 또한 학습 스트레스를 줄이기 위해 시험을 보지 않는다. 2018년 보고서에 따르면 고령자 15,000여 명이 NSA를 이용했다(The Straits Times, 2018. 3. 22.).

2011년부터 진행 중인 세대 간 학습 프로그램(ILP, intergenerational learning programme)은 C3A 학습 프로그램 중 가장 성공적인 이니셔티브로 평가받는다. 프로그램은 학생과 고령자를 서로 짝지어서 학습을 통해 세대 간 유대를 증진하고 서로에 대한 각 세대의 인식에 긍정적인 영향을 미쳤다(Council for Third Age, 2012).

NSA를 통해 자기 개발을 위한 생활 기술을 교육하는 것 외에도 Skillsfuture는 직업 관련 학습 기회도 제공하고 있다. 2015년에 출범한 Skillsfuture는 기술을 개선하거나 새로운 기술을 습득할 수 있는 평생학습 기회를 제공한다. 40세 이상 참가자는 승인된 교육 과정에 대해 최대 90%까지 보조금을 지원받고 이후 Skillsfuture크레딧을 사용할 수 있다. Skillsfuture는 평생학습 기회, 특히 고령 근로자의 노동참여기간을 연장하여 인구 고령화로 인한 노동력 감소를 완화하는 데 기여하고자 한다.

그러나 고령자의 평생학습 촉진에 어려움이 없는 것은 아니다. 교육수준이 높은 베이비 붐 세대가 대부분 혜택을 받을 것으로 예상되지만, 교육수준이 낮은 고령자는 이들 학습 및 훈련 기회에 접근하기 어려울 수 있다. 새로운 것을 배우기에는 너무 늙었다고 생각하는 연령주의도 고령자의 학습 참여를 방해한다(Mathews & Hwa, 2014). 마지막으로 신기술 사용에 대한 자신감 부족도 평생학습 참여를 주저하게 만든다. 팬데믹으로 인해 디지털 통합의 중요성이 날로 높아짐에 따라 정부는 지역사회 고령층을 지원하고 디지털 및 기술 학습 기회를 제공하기 위해 실버 인포콤 이니셔티브(Silver Infocomm Initiative)를 출범했다. 코로나19로

인해 많은 강의가 온라인으로 전환됨에 따라 사회적 참여 기술뿐 아니라 디지털 신기술 사용에 대한 자신감은 고령층의 다른 평생학습 참여를 촉진할 수 있다.

제5절 소결

1차 베이비붐 세대가 65세에 진입한 2012년 리셴룽(Lee Hsien Loong) 총리는 2004년 총리로 취임한 후 아쉬웠던 정책에 관한 질문을 받았다. 그는 총리 재임시절 고령화 문제에 더 많은 관심을 기울이지 못한 것이 아쉽다며 "공적 담론은 항상 있었지만, '20년 안에 뭔가를 하지 않으면 평균 연령이 60세가 될 것이고, 도시는 활기가 넘치는 것이 아닌 퇴직한 고령인구로 넘쳐날 것이다'라고 알려주고 대중의 관심을 더욱 높였어야 했다"라고 덧붙였다(Chan, 2012; Mathews & Hwa, 2014).

실제로, 저출산으로 인한 인구 고령화의 부정적 영향을 좀 더 일찍 인식하고 출생률 향상 정책에 좀 더 집중했더라면, 오늘날 인구구조가 달라졌을 수도 있다. 그러나 우리는 미래를 바라봐야 하고, 다행히 싱가포르는 1980년대부터 고령화 문제의 긴급성을 인식하고 대응 조치를 취했다. 2015 성공적인 고령화 실천계획은 점차 고령화되어 가고 있는 싱가포르에 고령친화적이고 활기찬 도시와 지역사회를 구상할 수 있는 청사진을 제시한다.

마지막으로 좀 더 혁신적인 정책이 필요한 싱가포르 고령화의 3가지 특징에 관해 간략히 설명한다.

첫째, 가족 관련 특징이다. 가족은 서로 다른 정책을 관통하는 근간이지만 사회경제적, 문화적 변화로 인해 가정에서 노부모를 돌보고 지원할

수 있는 능력이 취약해졌다. 어떻게 가정을 강화할 것인가? 노동 정책, 주택 유형, 돌봄 옵션, 교통수단 등의 변화는 가족 및 가족 관계에 어떤 영향을 미칠 것인가?

둘째, 통합 관련 특징이다. 허브, 공동배치, 공동서비스 측면에서 다양한 정책분야 간 통합이 늘고 있다. 어떠한 종류의 서비스를 어떤 방식으로 통합하는 것이 최선이며, 어떻게 혁신과 유연성을 높여 서비스 통합을 강화할 수 있는가? 특히 세대 간 관점에서 통합을 통해 상호작용을 활성화하고 관계를 구축할 수 있는 방법은 무엇인가?

셋째, 기술 관련 특징이다. 스마트 국가 이니셔티브를 바탕으로 돌봄과 이동성을 촉진하는 기술 솔루션이 늘어날 것이다. 기술을 활용하여 어떻게 사회적 고립을 줄이고, 이웃과 우호적인 관계를 형성하고, 노약자의 일상생활을 지원하고, 이동성을 높일 수 있는가?

이들은 새로운 특징은 아니다. 하지만 이들 영역에 집중하여 관련 과제와 문제를 더욱 심도 있게 조사하고 이해함으로써 싱가포르의 고령화에 긍정적 영향을 미칠 수 있을 것이다.

제 19 장 홍콩의 인구구조 변화와 소득보장제도

제1절 도입

중화인민공화국 홍콩특별행정구(이하 홍콩)는 다른 동아시아와 동남아시아 국가와 마찬가지로 빠르게 고령화되고 있다. 홍콩은 현재 세계에서 가장 출산율이 낮고 기대수명이 높은 지역 중 하나이다. 그동안 지역 연구(Holzmann, MacArthur, & Sin, 2000; Williamson, Price, & Shen, 2012)는 물론 일본(Shinkawa & Bonoli, 2005), 중국(Feng, He, & Sato, 2011), 한국(Moon, 2009; Shin & Do, 2015; Williamson, Price, & Shen, 2012)과 같은 여러 아시아 국가의 인구구조 변화와 노인 소득보장의 상관관계에 관한 조사는 많았지만 홍콩은 이러한 흐름에서 상대적으로 소외되어 있었다. 이 장은 이러한 격차를 해소하기 위해 작성되었다.

이 장은 세 부분으로 구성되어 있다. 첫 번째 섹션에서는 세계은행의 다층 연금분류체계(multi pillar pension taxonomy)에 따라 정의된 홍콩의 소득보장제도에 관해 체계적으로 살펴본다. 두 번째 섹션에서는 이들 제도가 지정된 목표를 얼마나 성공적으로 달성했는지 알아본다. 그리고 마지막 섹션에서는 향후 홍콩의 인구구조 변화를 전망하고 이러한 변화로 인해 발생할 수 있는 과제와 기회를 탐색한다.

제2절 홍콩의 소득보장제도

1. 세계은행의 다층 연금분류체계

2005년 세계은행은 자격을 갖춘 고령자에 대한 대체 소득보장제도를 개발하기 위해 분류체계를 체계적으로 정의하고(World Bank, 2008), 제도를 평가하기 위해 분류체계 외에 일련의 접근법을 도입했다. 분류체계는 5개 층(pillar)으로 구성되었다. 〈표 19-1〉에서는 5개 층을 간략히 정리하고 이에 따라 홍콩 상황을 분류했다. 이번 섹션에서는 세계은행의 분류체계에 따라 현재 홍콩의 고령층 소득보장 프레임워크를 체계적으로 살펴본다.

〈표 19-1〉 다층 연금분류체계

층	대상그룹			주요 기준			
	저소득 계층	비공식 부문	공식 부문	특징	가입	기금/담보	홍콩
0	**X**	X	x	"기본" 또는 "사회연금", 최소한 사회부조(보편적 또는 자산조사)	보편적 또는 잔여적	예산 또는 일반세입	OAA, OALA, GS, FS, CSSA, DA
1			**X**	공공연금제도, 공적으로 관리(확정 의무 기여금, 급여 또는 명목 확정 기여금)	의무	기여금(가능한 경우 일부 금융 예비금)	없음
2			**X**	기업 또는 개인 연금제도(완전 의무 금융 자산 기반 확정 급여 또는 전액 적립 확정 기여금)	의무	금융자산	MPF
3	x	**X**	**X**	기업 또는 개인 연금제도(일부 또는 전액 적립 확정 급여 또는 적립 확정 기여금)	자발적	금융자산	자발적 저축제도, 역모기지
4	**X**	**X**	X	비공식 지원(가족), 기타 공식 사회 프로그램(의료) 및 기타 개별 비금융 자산에 대한 접근성 금융 및 비금융 자산(주택소유)	자발적	금융 및 비금융 자산	가족부양 및 기타 비금융 원조, 기타 임시 서비스, 공공주택

주: x의 모양과 크기는 중요도가 커지는 순서(x, X, X)에 따라 각 대상 그룹에서 각 층의 중요성을 반영한다.

자료: Holzmann and Hinz (2005). p.10, Table 1.

2. 0층

가. 노인수당 및 노인생활수당

노인수당(OAA, Old Age Allowance)은 홍콩에서 유일하게 거의 보편적이라 부를 수 있는 고령층 대상 수당이다. 다음의 자격 기준을 충족하는 70세 이상 주민은 노인수당을 받을 수 있다. 자격 기준은 구체적으로, 홍콩에 7년 이상 거주, 신청일 전까지 최소 1년 동안 홍콩에 연속 거주, 구류·구금 상태가 아님, 기타 수당을 받지 않음, 수당을 받는 동안 홍콩에 연속 거주이다.

현재 노인수당 급여액은 1,475홍콩달러(약 189달러)이다. 그러나 홍콩의 높은 물가를 고려하면 이 금액은 생활비로는 턱없이 부족하여 일명 '과일비'로 불린다. 현재 홍콩에서 노인수당 수급자는 300,000명에 미치지 못한다(〈표 19-2〉 참조). 70세 이상 고령인구가 약 961,000명이라는 점을 고려하면 노인수당 수급자는 고령인구의 약 3분의 1에 불과하다(적격성 조정 안 함)(HKCSD, n.d.).

〈표 19-2〉 수당 유형별 수급자 수(2021년 7월)

수당 유형	청구 건수
노인수당	297,591
고령노인생활수당	566,104
일반노인생활수당	49,214
노인생활수당 소계	615,318
광동계획	19,238
푸젠계획	1,951
고등장애수당	18,462
일반장애수당	143,001
장애수당 소계	161,463
합계	1,095,561

출처: HKCSD. (n.d.). Table 1A : Population by Sex and Age Group. Hong Kong Census and Statistics Department. Retrieved from https://www.censtatd.gov.hk/en/web_table.html?id=1A. 2021. 9. 13.

노인생활수당(OALA, Old Age Living Allowance)은 일반노인생활수당(nOALA)과 고령노인생활수당(hOALA)의 두 가지로 구성되어 있다. 노인수당과 달리 노인생활수당은 '재정 지원이 필요한 65세 이상 고령인구의 생활비를 지원'하기 위해 마련되었으며 자산조사 결과에 따라 지급된다(SWD, 2021b). 거주 및 '기타 급여' 기준은 노인수당과 동일하지만 연령 기준은 70세가 아닌 65세이다. 두 번째 주요 차이점은 소득 및 자산 기준이다(〈표 19-3〉 참조). 급여는 일반노인생활수당이 월 2,845홍콩달러, 고령노인생활수당이 월 3,815홍콩달러이다. 고령노인생활수당은 신청건수가 566,104건으로 홍콩에서 가장 보편화되어 있는 0층 급여이다(〈표 19-2〉 참조). 반면, 일반노인생활수당은 신청건수가 49,214건에 불과하다. 현재 홍콩에서 65세 이상 인구는 약 143만 명이다(HKCSD, n.d.).

〈표 19-3〉 노인생활수당의 소득 및 자산 기준

		1인	2인 부부
일반노인생활수당	월소득*	$10,330	$15,620
	총자산*	$365,000	$554,000
고령노인생활수당	월소득*	$10,330	$15,620
	총자산*	$159,000	$241,000

주: 사회복지부에 따르면 "소득은 고용 급여, 수공업, 사업 활동 등에서 발생하는 소득(급여, 임금, 월 수수료 또는 상여금 및 자영업자의 월소득 포함) 퇴직금/연금, 임대료 순이익 및 연금 계획(3)의 지불금을 포함한다. 가족, 친척 또는 친구가 보낸 생활비 및 역모기지에 가입하여 받는 월지급금은 제외되지만 미사용 및 누적 저축/현금은 "자산"으로 처리된다.

자료: SWD. (2021b). Old Age Living Allowance. Social Welfare Department. 2021. Retrieved from https://www.swd.gov.hk/oala/index_e.html. 2021. 9. 13.

나. 광동/푸젠 계획

2013년 10월 1일 홍콩 정부는 이웃한 광동성으로 이주하는 홍콩 시민에게도 노인수당을 지급하는 이른바 '광동계획'(GS, 廣東計劃)을 발표했다. 그리고 2018년 4월 1일 푸젠계획을 통해 적용 지역을 푸젠성까지 확

대하고, 2020년 1월 1일 일반노인생활수당과 고령노인생활수당으로 이동성을 확대했다. 또한 2021년 4월 1일부터 홍콩 정부는 광동/푸젠 계획 신청자를 위해 신청 도움, 광동 또는 푸젠 거주지까지 에스코트 등과 같은 부가 서비스를 제공하고 있다(NHA, 2021).

홍콩 정부가 이처럼 시민들의 이주를 장려하는 데는 여러 가지 이유가 있다. 예를 들어 이들 지역은 (일반적으로) 주택뿐 아니라 생활, 의료, 요양 비용이 모두 저렴한 편이다. 또한 2016년 인구조사(By-Census)에 따르면 65세 이상 남성의 62.3%와 여성의 63.8%가 중국 본토, 마카오 또는 대만 출신이다. 이 중 상당수는 광동이나 푸젠성 출신으로 추정된다. 따라서 이 두 지방으로의 이주는 '고향으로 돌아가' 익숙한/친척들과 다시 함께한다는 의미로 해석될 수 있다. 하지만 노인인구 돌봄과 지원 의무를 다른 지역으로 '아웃소싱'하는 정책이라는 주장도 있다(Ngo, 2013.6.27.).

광동/푸젠 계획은 노인수당 월 1,475홍콩달러를 수령하는 70세 고령자에 한해 자산조사를 실시하지 않는다. 그러나 65세 이상 고령자에게는 표준 소득 및 자산 기준이 적용된다. 또한 모든 수급자는 첫째, 수급 당해 연도에 최소 60일 이상 광둥성 또는 푸젠성에 거주하고 둘째, 모든 수급자는 공공임대주택을 양도하고 임차권자 명단에서 제외되어야 한다는 두 가지 조건을 충족해야 한다. 특히 두 번째 조건은 많은 이들이 상당히 큰 희생을 해야 할 수 있다. 현재 광동계획의 신청건수는 약 19,000건이고, 푸젠계획은 약 2,000건에 미치지 못한다(〈표 19-2〉 참조).

다. 포괄적 사회보장 지원과 이동성 포괄적 사회보장 지원

홍콩 정부는 또한 포괄적 사회보장 지원제도(CSSA, Comprehensive Social Security Assistance Scheme)를 운영하고 있다. CSSA는 자산조사를 통해 자산이 50,000홍콩달러 미만인 빈곤층 독신 노인(65세 이

상)에게 월 3,815홍콩달러를 지급한다. 건강 검진 후 '100% 장애' 판정을 받은 경우 월 4,510홍콩달러, '상시 돌봄이 필요'하다고 판정받은 경우 월 6,485홍콩달러의 수당을 지급받을 수 있다. 가족과 함께 거주하는 고령자도 CSSA를 청구할 수 있다. 이러한 경우 가족 구성원 1인당 한도 합계로 자산 한도가 결정되고(SWD, 2021e 참조), 지급액은 월 500홍콩달러 정도로 비교적 적은 편이다.

홍콩 정부는 기본 CSSA 외에 일부 고령자에게 보조 수당을 지급하고 있다. 예를 들어, 12개월 이상 연속으로 지원받은 후 연간 2,385홍콩달러를 '장기 보조수당'으로 지원받을 수 있다. 또한 '시설에 머물지 않고 지역사회에 거주하는 고령자'는 '지역사회 거주 보조수당'으로 매월 360홍콩달러를 지원받을 수 있다(SWD, 2021e). 현재 홍콩에서 PSSA 신청건수는 126,298건이며 '고령' 자격자가 주를 이룬다.

마지막으로, 일명 이동성 포괄적 사회보장 지원(PCSSA, Portable Comprehensive Social Security Assistance Scheme)을 통해 CSSA의 이동성을 지원하고 있다. 이는 앞에서 설명한 광동/푸젠계획의 확장형이라 할 수 있다. 지급 금액은 동일하지만 표준 수당과 '장기 보조수당'만 지급된다. 단, PCSSA 수급자가 사망할 경우 수급자의 친인척에게 장례 보조금을 추가로 지급하고 있다(SWD, 2021d). 현재 PCSSA 신청건수는 916건에 불과하다.

3. 1, 2, 3층(의무적립기금 및 직업퇴직제도)

홍콩에는 현재 세계은행 모델의 1층에 부합하는 공적 자금 또는 관리 연금제도가 없다. 대신, 2000년 12월에 시행된 의무적립기금(Mandatory Provident Fund, MPF)이 2, 3층의 역할을 맡아 고령자 소득을 보장하고

있다. 2021년 6월 기준, 취업 인구의 76%, 근로자 약 2,499,000명이 MPF에 가입한 것으로 추정된다(MPFSA, 2021b).

고용주는 직원 고용 후 60일 이내에 직원을 MPF에 등록시켜야 한다. 등록시키지 않을 경우 최대 350,000홍콩달러 이하 또는 3년 이하의 징역형에 처하게 된다. 그러나 가정 고용주(이주민 가사도우미 포함), 자영행상, MPF 면제 인증서 소지자 및 기타 법적 연금제도 가입자를 포함하여 예외의 경우가 많다. 〈표 19-4〉는 가장 일반적인 그룹, 즉 월급 근로자가 부담하는 보험료를 보여준다. 고용주와 피고용인은 보험료를 추가 적립할 수 있으며, 일부는 세금 공제를 받을 수 있다. 마지막으로, 일부 고용주는 직업퇴직제도(ORSO, Occupational Retirement Scheme)와 같은 자체 제도를 통해 다른 각출제도를 운영할 수 있다. 현재 취업 인구의 약 11%가 직업퇴직제도 또는 기타 퇴직제도(예, 공무원연금제도)에 가입되어 있다(MPFSA, 2021b).

〈표 19-4〉 정규직 월급 근로자의 MPF 보험료 규모

월소득	고용주 보험료	피고용인 보험료
〈 7,100홍콩달러	관련 소득 X 5%	필요하지 않음
7,100홍콩달러 ~ 30,000홍콩달러	관련 소득 X 5%	관련 소득 X 5%
〉 30,000홍콩달러	1,500홍콩달러	1,500홍콩달러

자료: MPFSA. (2021a). 'Employees' Handbook for Easy Understanding of MPF. Mandatory Providend Fund Schemes Authority. p.13.

피고용인은 MPF에서 원하는 투자 포트폴리오를 선택할 수 있다. MPF 기금은 위험이 낮은 것부터 '보수적(Conservative)', '보장형(Guaranteed)', '채권형(Bond)', '혼합 자산형(Mixed Assets)' '주식형(Equity)'의 5가지 유형으로 구성되어 있다. 마지막으로 MPF 가입자가 포트폴리오 구성을 별도로 지정하지 않은 경우, '기본투자전략'이 적용된다. MPF 기금의

보수율(expense ratio) 범위는 0.35~3.34%이며, 평균은 1.45%이다(MPFSA, 2021b). 2000년 이후 이들 기금의 연간 순수익률은 0.7%(보수적)~5.7%(주식형)를 기록했다(MPFSA, 2021b).

일반적으로 고용인은 65세가 되어야 적립금을 인출할 수 있다(ORSO에 등록된 피고용인은 다를 수 있음). 기금은 (a) 일시금 수령, (b) 연금 수령 또는 (c) 기금 유지의 세 가지 방식으로 관리할 수 있다. 기입자가 (a) 60세 이후 조기 퇴직한 경우, (b) 홍콩에서 다른 지역으로 영구 이주한 경우, (c) 불치병 또는 완전 불능에 처한 경우, (d) 사망한 경우 또는 (e) 적립금이 소액인 경우 조기 인출이 가능하다.

4. 4층

가. 소개

홍콩 정부는 그 외에도 고령자를 위해 교통약자(고령자과 장애인)를 위한 대중교통 할인정책(2홍콩달러 요금제)(HKSARG, 2021) 같이 다양한 재정 혜택, 서비스 및 제도를 운영한다. 이번 섹션에서는 소득보장과 관련된 몇 가지 중요한 특징을 검토한다(의료제도 또는 보조금을 지원받는 장기요양 등은 다루지 않는다(SWD, 2021a).

나. 공영주택

홍콩에서는 공영주택이 일반적이다. 2019년 홍콩 인구의 45.0%가 '영구 공영주택'에 거주하는 것으로 나타났고(임대주택: 29%, 보조금판매주택: 15.4%), 2019년 공영주택은 총 125만 6천 채로 조사됐다(THB, 2020). 예를 들어 홍콩에서 민영 주택의 임대료는 제곱미터당 평균 425

홍콩달러인 반면, 이들 공영주택은 67홍콩달러에 불과하다. 2019~2020년 공영주택에 대한 공공 지출 규모는 총 320억 홍콩달러를 다소 초과했다. 이는 2009~2010년 대비 절대 규모에서는 약 100% 증가한 것이지만 전체 공공지출에서 차지하는 비중에서는 감소했다(THB, 2020).

홍콩의 공영주택 제도는 홍콩 주택청(HKHA, Hong Kong Housing Authority)과 홍콩주택협회(HKHS, Hong Kong Housing Society)가 관리한다. HKHA와 HKHS는 단순한 주택 공급 외에도 고령자의 주택 수요를 충족하기 위해 다양한 정책을 시행하고 있다. 예를 들어, HKHA는 '1인 고령가구제도'와 '고령자 우선 제도'를 통해 고령자, 특히 1인 고령가구를 우선 지원하고(HKSAR Government, 2020), '노인부양가족 우선지원제도'를 통해 젊은 세대들의 노모 또는 기타 가족 부양을 장려하고 있다(HKHA, 2021). HKHS와 HKHA는 또한 관리인 상주 주택과 자립형 아파트 등 고령층을 위해 특별 설계된 주택을 공급하고 있다(HKHD, 2021).

다. 역모기지

홍콩은 최근 '역모기지'(RM, Reverse Mortgages) 제도를 통해 주택 소유자가 주택 지분을 현금화할 수 있는 가능성을 열었다(Leviton 2001; Shan, 2011; Moulton, Loibl, & Haurin 2017). 세계은행 모델에서 3층에 해당하는 역모기지는 홍콩뿐 아니라 세계 여러 지역에서 시행되고 있다. 홍콩의 역모기지 제도는 홍콩모기지공사(Hong Kong Mortgage Corporation)가 운영하면서 고객과 은행 간 중개인 역할을 한다. 유효한 HK ID 카드를 소지하고 있는 채무불이행 파산자가 아닌 55세 이상 노인은 역모기지에 가입할 수 있다. 가입자는 일반 모기지와 마찬가지로 변동금리 또는 고정금리 계획 중 하나를 선택할 수 있다. 또한 담보로 맡긴 주택에서 평생 거주하면서 10년, 15년, 20년 동안 또는 여생 동안 매월 일정한 소득을

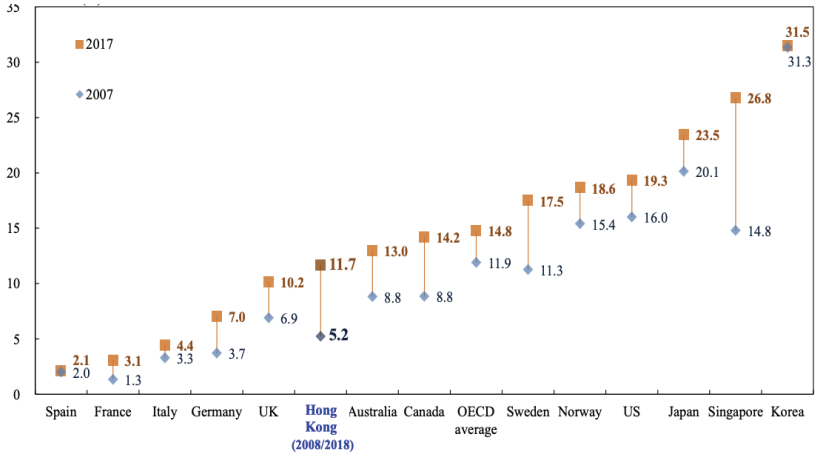
지급받고, 대출을 조기 상환할 수도 있다. 2019년 역모기지에 담보로 맡긴 부동산을 가입자가 임대할 수 있도록 일부 규칙이 개정되었으며, 역모기지에 가입한 고령자는 2019년 기준 약 3,200명으로 추정된다(Yiu, 2019.3.26.).

라. 고령자의 노동시장 참여 장려정책

홍콩은 다른 많은 지역에 비해 고령자의 노동참여율(LFPR, labour force participation rate)이 높은 편이다([그림 19-1] 참조). [그림 19-1]은 지난 10년 동안 이 수치가 크게 증가했음을 보여준다.

[그림 19-1] 홍콩 및 OECD 국가의 65세 이상 고령자의 노동참여율

(단위: %)



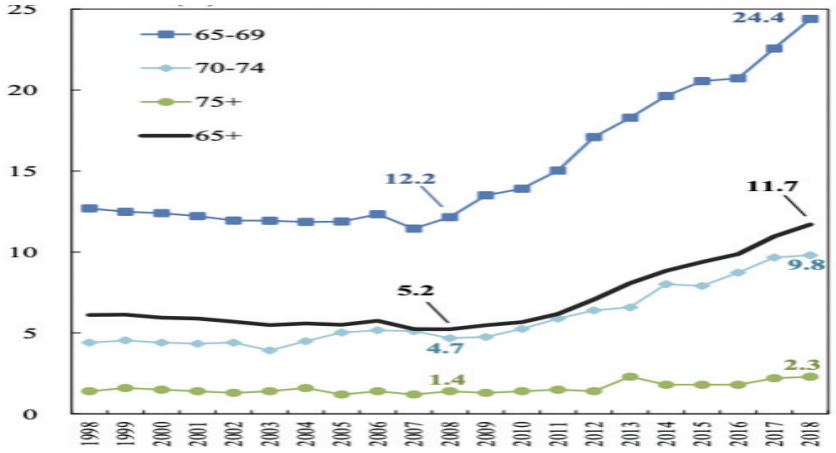
자료: 1) OECD: OECD. (2021). OECD Labour force participation rates. Retrived from https://data.oecd.org/emp/labour-force-participation-rate.htm. 2021.9.6.
2) Singapore: Chan, D. and Yip, D. (2019). Elderly employment: latest developments in Hong Kong and policies in international perspective. p.2, Chart 1.

고령인구 사이에서도 연령대별로 노동참여율이 차이를 보였다([그림 19-2] 참조). 홍콩은 2018년 65~69세 고령자의 24.4%가 고용 상태인

것으로 나타났다. 이는 2008년보다 100% 증가한 수치이다. 이들 고령근로자의 약 29%는 '부동산, 전문 및 비즈니스 서비스' 업종에, 23%는 '도매 및 소매업'에 종사했다(Chan & Yip, 2019).

[그림 19-2] 연령대별 노동참여율(65세 이상)

(단위: %)



자료: Chan, D. and Yip, D. (2019). Elderly employment: latest developments in Hong Kong and policies in international perspective. p.2, Chart 1.

홍콩 정부는 고령자의 노동시장 참여를 높이기 위해 다양한 정책을 시행해왔다. 예를 들어, HKSARG 노동부는 중고령자 고용프로그램(EPEM, The Employment Programme for the Elderly and Middle-aged)을 통해 현장 교육을 비롯한 다양한 지원 서비스를 제공한다. 이들 교육을 수료한 60세 이상 실업자 또는 퇴직자를 고용하는 고용주는 6~12개월 동안 직원 1인당 월 최대 5,000홍콩달러의 수당을 신청할 수 있다(IES, 2021). 또한 노동부는 2020년 일부 조건에서 60세 이상 피고용인과 고용주 모두에게 유급 수당을 지급하는 시범사업을 시작했다(IES, 2021).

5. 가족 지원

가족이 제공하는 비공식적인 재정 지원은 본 연구의 조사 범위가 아니다. 유감스럽지만 홍콩에는 국민이전계정 프레임워크가 부재하기 때문에 이러한 세대 간, 가정 내 재정 이전을 추정하기가 매우 어렵다(Lee & Mason, 2011). 그럼에도 홍콩에서는 여러 세대가 함께 거주하는 형태가 일반적이기 때문에 이러한 비공식 이전이 많다고 추정할 수 있다. 현재 고령자를 돌보는 가족을 지원하는 저소득층 고령자 돌봄 생활수당 시범사업이 출범하여 현재 4단계를 진행 중이다(SWD, 2021c).

고령자 돌봄 분야에서 이주 가사도우미(MDW, Migrant domestic worker)의 역할이 점차 커지고 있다(Enrich, 2019). 실제로 이주 가사도우미의 41%가 고령자 돌봄 활동에 참여하고 있는 것으로 추정된다. 그러나 가계에서 이러한 돌봄 활동에 사용하는 비용을 추정하기는 어렵다. 일부 지역에서는 고령자를 돌볼 이주 가사도우미 고용 및 관련 교육비를 줄이기 위한 소규모 시범사업을 실시하고 있다(SWD, 2021d).

제3절 소득보장 정책의 실효성

1. 소개 및 한계

지금까지 살펴보았듯이 홍콩은 0층과 4층에서 매우 발달된 공적 소득보장제도를 갖추고 있다. 이들 제도의 주요 목적은 빈곤 완화이다. 데이터 부족으로 포괄적 세계은행 지침에 따라 전체 제도를 평가하지는 못했지만, 이번 섹션에서는 이들 프로그램의 효율성에 대한 논의가 어떻게 진행되고 있는지 주요 흐름을 간략히 알아본다.

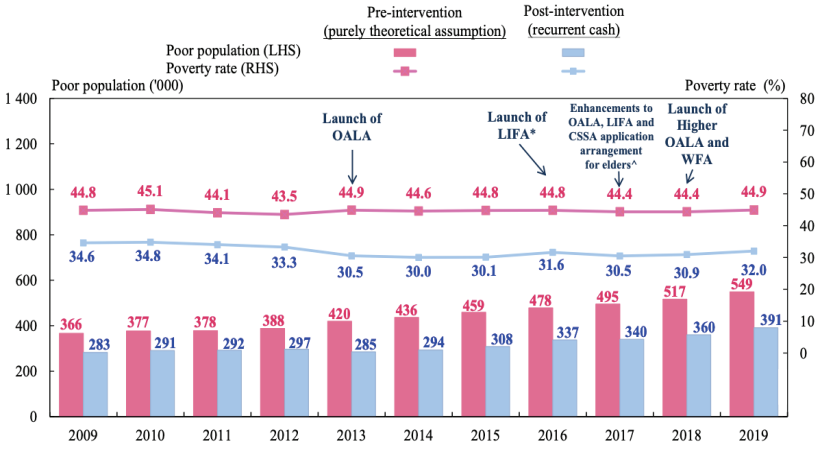
2. 이러한 개입으로 빈곤이 완화되고 있는가?

홍콩은 '상대적 빈곤' 개념을 토대로 정책 개입 전 월평균 가계 소득의 50%를 빈곤선으로 설정한다. 아래 [그림 19-3]은 정부의 65세 이상 총 빈곤인구 추정치와 개입 전 이론적으로 추정한 수치를 보여준다.

정부 추정치에 따르면 2019년 홍콩 고령인구의 32%, 즉 391,000명이 빈곤선 아래에서 생활하고 있다. 이는 2009~2011년 34% 이상에서 감소한 수치이다. 정부는 이론적 가정을 토대로 앞에서 설명한 정기적 현금 개입을 통해 2019년 고령인구 빈곤율이 12.9% 감소한 것으로 추정했다.

[그림 19-3] 65세 이상 빈곤인구 및 빈곤율, 2009~2019년

(단위: 천 명, %)



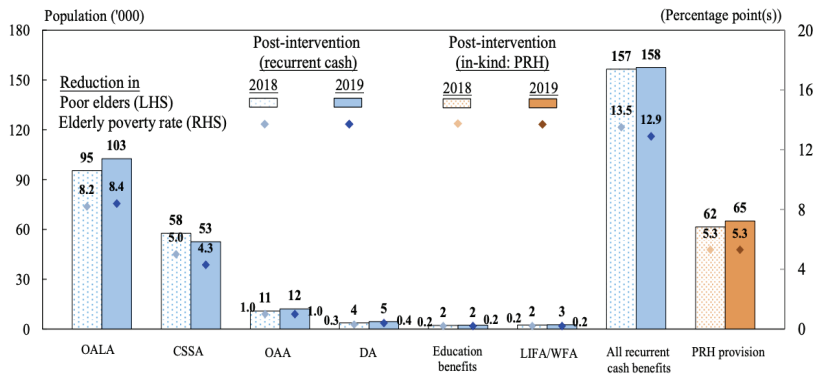
자료: HKSARG. (2020). Hong Kong Poverty Situation Report 2019. p.22, Figure 2.9.

[그림 19-4]는 빈곤 완화에 대한 주요 정기적 현금 급여의 상대적 기여도를 보여준다. 개입 전 빈곤수준에 대한 이론적 가정에 따르면 2019년 노인생활수당이 고령인구 빈곤율을 8.4% 낮춰 가장 '효과적인' 개입으로

평가됐고, 포괄적 사회보장지원제도(4.3%)와 노인수당(1.2%)이 뒤를 이었다. 4층을 살펴보면 2019년 공공임대주택(PRH, Public Rental Housing)의 현물 개입이 고령층 빈곤율을 5.3% 낮춘 것으로 추정된다(HKSARG, 2020).

[그림 19-4] 정기적 현금 급여와 공공임대주택의 65세 고령인구 빈곤 완화 효과, 2018~2019년

(단위: 천 명, %p)



자료: HKSARG. (2020). Hong Kong Poverty Situation Report 2019. p.45, Figure 2.26.

연령대별로 보면 70세 이상 고령인구의 96.7%, 65~69세 인구의 57.8%가 사회보장 혜택을 받고 있다. 따라서 정부 추정치는 이러한 정기적 현금 개입이 70세 이상 고령자에게 더 효과적임을 보여준다. 정부는 개입 전 70세 이상 빈곤인구가 398,000명이었지만 개입 후 279,800명으로 감소했다고 추정했다. 65~69세 빈곤인구는 개입 전 150,700명, 개입 후 111,300명으로 추정됐다(HKSARG, 2020).

앞에서 공공임대주택을 통한 현물급여의 중요성을 보여주었다. 실제로 홍콩 고령인구의 35% 이상이 공공임대주택에 거주한다. 정부는 공공임대주택 가구의 월 평균 복지 이전 가치를 가구당 4,100홍콩달러로 추정

한다. 이는 홍콩의 빈곤 산출 문제, 즉 '일정 가치를 지닌 부동산을 보유하고 있는 저소득층'으로 분류되는 고령인구를 산출하는 문제와 관련되어 있다. 부동산 형태의 자산 소유권은 물론 비가구 구성원의 '현물 직접 지불(DPIK, Direct-payment in-kind)'은 일부 고령 빈곤 가구의 생계에 도움이 될 수 있다. 2019년 빈곤층으로 분류된 고령인구 391,200명 중 112,000명이 자가 주택에 거주하여 '일정 가치를 지닌 부동산을 보유하고 있는 저소득층'에 해당하는 것으로 추정된다. 또한 민간임대주택(또는 고용주가 제공하는 숙소)에 거주하는 고령 빈곤인구 28,300명의 약 40%가 월평균 임대료 15,100홍콩달러를 직접 지원받고 비가구 구성원으로부터 DPIK를 받고 있는 것으로 나타났다(HKSARG, 2020).

요약하자면, 홍콩 정부는 '정기적 현금 급여가 많은 고령 빈곤층에게 도움이 되었고, 고령인구의 빈곤이 눈에 띄게 완화되었다'고 평가했다(HKSARG, 2020). 하지만 많은 전문가들은 세계에서 가장 부유한 도시 중 하나로 꼽히는 홍콩의 빈곤율이 지나치게 높다고 말한다. 예를 들어 옥스팜(Oxfam)은 정부에 "가능한 신속하게 퇴직자 보호장치를 강화하고 의무적립기금 상쇄 메커니즘을 폐지할" 것을 촉구했다(Oxfam-HK, 2021). 또한 "최대 고용주로서 정부가 상쇄 메커니즘 폐지에 앞장서서 일선 외주 근로자의 퇴직 수당을 보호해야 한다"고 강조했다. 생활비가 상승함에 따라 개인이 당면한 빈곤 상황이 더욱 심각해졌고 의무적립기금에 가입하지 못하는 고령인구가 많다는 지적도 있다(Kwong, 2020). 고령층의 노동시장 참여 증가는 더 건강하고 "활동적 노후"의 측면에서 긍정적인 신호일 수 있지만 소득을 보장받기 위해서는 평생 일해야 한다는 의미일 수도 있다(Kwong, 2020). 마지막으로 교차성도 중요한 문제이다. 예를 들어, 최근 연구에 따르면 '사별 등을 이유로 혼자 생활하고 있고, 초졸 이하로 교육수준이 낮은 여성 노인 1인 가구는 소득과 소비 수준

이 모두 낮고 빈곤 상태에 빠질 가능성이 높다'(Chan & Chou, 2018). 동 연구는 또한 소득만으로 빈곤을 정의했을 때의 문제점을 지적하고 소득과 소비 빈곤의 결합 분포가 빈곤층 고령자의 인구구성의 특징을 더욱 정확히 확인하고 설명할 수 있다고 주장했으며, '홍콩 정부가 신자유주의적 복지 방식을 포기할 것 같지는 않지만, 고령층의 높은 빈곤율과 소비 빈곤 증가는 복지가 적절히 이뤄지고 있지 않다는 경고 신호'라고 결론지었다(Chan & Chou, 2018).

3. 기본을 뛰어넘을 수 있는가?

이러한 상황에서 1990년대부터 보편적 퇴직보장제도를 확대해야 한다는 여론이 커졌다. 그러나 홍콩상공회의소와 같은 일부 그룹은 추가 과세를 통해 자금을 조달하는 이러한 계획에 반대했다(Zhao, 2014.8.20.). 2015년 빈곤구제위원회(CoP, Commission on Poverty)는 두 가지 퇴직 보장 방안을 제안했다. 한 가지 방안은 부유층이든 빈곤층이든 관계없이 65세 인구 모두에게 월 3,230홍콩달러를 지급하는 보편적 자격에 기반하고 다른 방안은 자산조사를 통해 연금 80,000홍콩달러 이하인 고령자에게만 연금을 지급하는 것이다(HKUST-PPOL, 2020). 이 보고서는 보편적 방식을 선택할 경우 2015~2064년 정부 예산 4조 5,660억 홍콩달러가 필요하고 2023~2024년 공공 재정이 적자에 빠질 수 있으며, 자산조사 방식을 선택할 경우 2조 4,260억 홍콩달러가 필요하고 2018년에 구조적 적자에 빠질 수 있다고 분석했다(HKUST-PPOL, 2020).

전문가들은 보편적 연금제도를 확대하기 위해 막대한 정부 예산 투입, MPF 기여금, 고령자를 위한 임금세, 상품 및 서비스세 도입 및 소득세 인상 등 다양한 자금 조달 방안을 제시했다. 정부가 제안한 자금 조달 방안

을 적용할 경우 납세자의 부담이 확실히 늘어날 것으로 보인다. 일부 전문가는 기존 정부예산 잉여금 이전과 MFP와 법인세 구조 변경이 더 실행 가능성이 높다고 평가했다. 그러나 이들 전문가의 상당수는 정부가 전문가의 의견을 적절히 고려하지 않다고 보았고, 일부 전문가는 협의 과정을 완전히 보이콧하기도 했다(Cheung, 2015.12.25.). 2021년 현재 홍콩에서 보편적 연금제도에 대한 제안은 받아들여질 가능성이 요원해 보인다.

제4절 인구구조의 압박

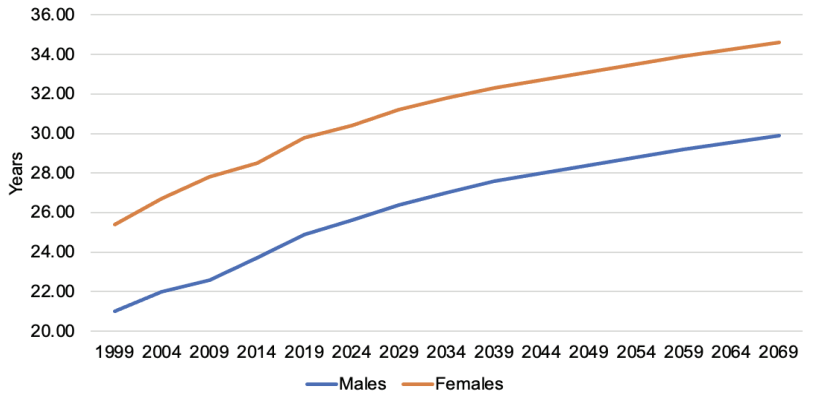
1. 급속한 인구 고령화

현재 홍콩은 세계에서 합계출산율(TFR)이 가장 낮은 나라에 속한다(Basten, 2015). 홍콩 인구통계국(HKCSD)에 따르면 2019년 TFR은 1.051(HKCSD, 2020)이었다. 2020년 추정치는 0.87로 더욱 낮아졌지만, 이는 2019년 사회 운동과 코로나19의 영향이 컸던 것으로 분석된다(Hui, 2021.5.31.). HKCSD는 합계출산율이 매우 낮은 수준을 유지하다가 2069년 1.010에 도달할 것으로 추정한다. 이는 UN이 세계인구전망(UNPD, 2019)에서 사용하는 모델보다 다소 낮은 수치이다.

홍콩은 또한 세계에서 기대수명이 가장 높은 나라 중 하나이다. 2019년 출생아의 기대수명은 남아의 경우 82.2년, 여아의 경우 88.1년이었다. 이는 전 연령대에서 사망률이 감소한 결과이다. HKCSD는 예측 기간 말까지 사망률이 꾸준히 감소할 것으로 보았다. 이는 60세 남녀의 기대수명 증가세를 추정한 [그림 19-5]에도 반영되어 있다. 그래프에서 알 수 있듯이 이들 연령대의 남은 기대수명은 남성의 경우 현재 25년에서 2069년 약 30년으로, 여성의 경우 현재 30년에서 36년으로 늘어날 것으로 추정된다(HKCSD, 2020).

[그림 19-5] 60세 남녀의 기대수명, 홍콩

(단위: 세)

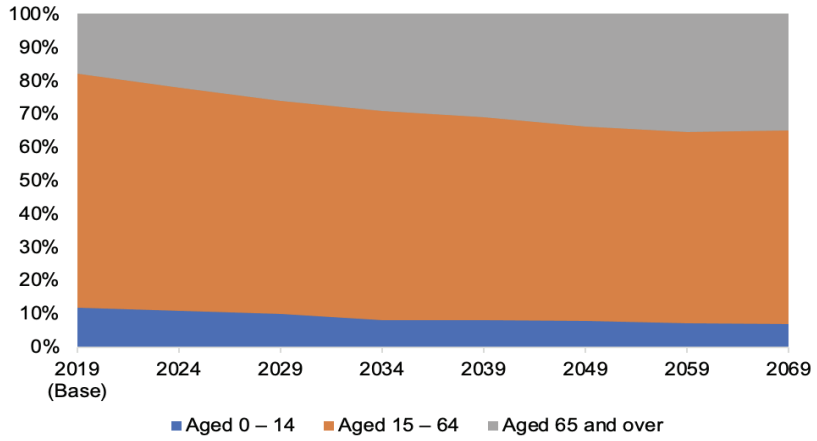


자료: HKCSD. (2020). Hong Kong Population Projections - 2020-2069. p.56, Table 13을 기초로 그래프 작성.

마지막으로, HKCSD는 2030년대 중반까지 순인구이동이 일정한 수준을 유지하다가 이후부터 예측 기간 말까지 꾸준히 감소한다고 가정했다. 홍콩은 다른 동아시아 국가와 달리 이주 흐름이 높아 낮은 출산율과 높은 기대수명의 영향을 상쇄시키고 있다(Gietel-Basten & Verropoulou, 2019). 그리고 이는 인구 고령화 속도를 다소 늦추는 결과로 이어졌다. 하지만 이러한 역학 관계로 인해 홍콩의 인구 규모와 구조가 변화하는 것은 분명하다. 전체 인구에서 65세 이상 고령인구가 차지하는 비중은 2019년 18%에서 2069년 35%로 2배가량 증가할 것으로 추정된다([그림 19-6] 참조).

〔그림 19-6〕 연령대별 인구 전망, 홍콩, 2019~2069년

(단위: %)



자료: HKCSD. (2020). Hong Kong Population Projections - 2020-2069. p.7, Table 1을 기초로 그래프 작성.

홍콩은 연금분류체계의 1층에 해당하는 혜택이 부재하기 때문에 공적 자금/관리형 선불 방식의 연금제도가 가지고 있는 문제에서 확실히 자유롭다(Holzmann & Hinz, 2005; Holzmann, MacArthur & Sin, 2000). 예를 들어 의무적립기금의 지속가능성을 실제로 심각하게 위협할 수 있는 문제는 고령인구가 전체 경제성장에 미치는 악영향 정도와 기금의 적절한 수익 창출 능력 정도가 유일하다.

그러나 고령인구 증가세를 고려하면 1, 4층 서비스에 대한 지출과 고령자 혜택이 증가할 것으로 전망된다. 실제로 홍콩 정부는 이러한 인구구조의 변화와 서비스 개선으로 인해 2014/15~2064/65년까지 사회보장혜택에 대한 지출이 2배, 공공 의료 및 주거/지역사회 돌봄 서비스에 대한 지출이 3배, 대중교통 할인 및 노인 의료바우처 제도에 대한 지출이 4배까지 증가할 것으로 추정했다(Commission on Poverty, 2015). 결과적으로 정부는 '퇴직을 보장하기 위해서는 지역사회에 과도한 재정 부담을

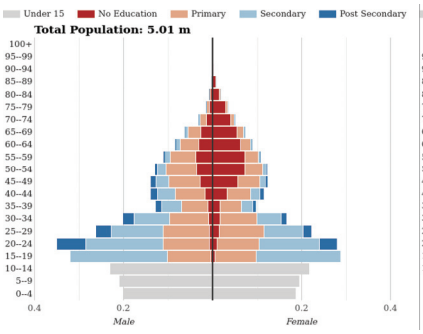
초래하지 않고 한정된 자원 사용을 최적화하고, 도움이 필요한 노인을 타겟팅하여 효과적으로 지원하는 것이 중요하다'고 강조했다(Commission on Poverty, 2015). 이러한 상황에서는 보편적 연금제도(안) 또는 노인 빈곤율에 큰 영향을 미칠 수 있는 기타 제도가 중기적으로 어떻게 시행될 것인지 예상하기 어렵다.

2. 광범위한 인구구조 전망

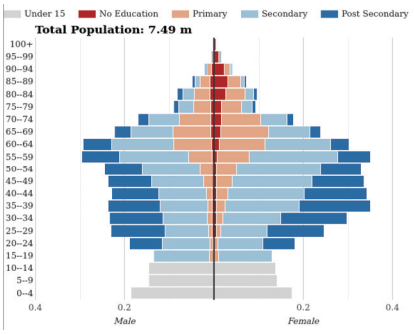
지금까지 다른 아시아 국가와 마찬가지로 급속도로 고령화되어가는 홍콩의 상황을 살펴보았다(Gietel-Basten, 2019). 그러나 건강과 교육 지표로 알 수 있듯이 홍콩은 또 다른 혁명, 즉 인적자본 혁명을 이루어냈다. 즉, 홍콩의 고령인구는 다른 지역처럼 단순히 나이가 드는 데 머물지 않고 더 많은 교육을 받고, 기능을 익히고, 더욱 부유해지고 건강해지는 '인구학적 신진대사' 과정을 경험했다(Lutz, 2013). 이는 1980년, 2020년 및 2060년 인구 피라미드와 교육 성취도를 비교하면 더욱 뚜렷해진다([그림 19-7] 참조). 이는 여러 가지 방법으로 공공 재정에서 이들의 영향을 추정하는 데 중요한 의미가 있다. 고령인구의 교육 프로필 또한 크게 변화하고 있는 것으로 나타난다. 이들 고령인구는 더욱 건강해지고, 따라서 더욱 오랫동안 일하고 자산을 늘릴 수 있을 것으로 기대된다. 이는 자산조사가 (거의) 일정한 수준을 유지할 경우, 고령인구 증가만 단순히 고려했을 때보다 공공 재정 비용이 낮아질 수 있음을 의미한다. 또한 현재 저연령대가 고령화되면 고령인구의 자급자족률이 높아질 것으로 기대할 수 있다. 이러한 접근방식을 사용하려면 개념화(Dorling & Gietel- Basten, 2017)와 인구 고령화 측정(Basten, Yip, & Chui, 2013; Sanderson & Scherbov 2019) 방식의 표준을 재정의해야 한다.

〔그림 19-7〕 홍콩 인구 피라미드(교육수준별)

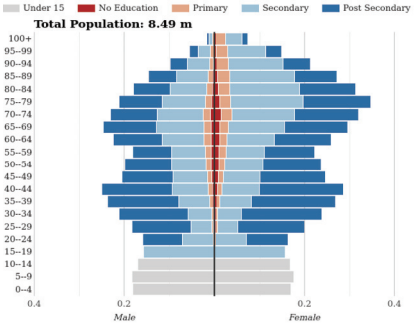
(a) 1980



(b) 2020



(c) 2060



자료: WiC. (2015). Wittgenstein Centre Graphic Explorer. Vienna: Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital. Retrieved from http://www.oeaw.ac.at/vid/dataexplorer/. 2021.9.6. 자료를 이용하여 저자가 분석함.

그러나 일부 주요 불확실성 변수에 주의해야 한다. 지난 몇 년간 홍콩에서 다른 지역으로 이주하는 이주민 수는 평균을 크게 상회했다. 실제로, 홍콩 정부는 2020년 중반부터 2021년 중반까지 약 89,200명이 홍콩을 떠난 것으로 추정한다(The Standard, 2021.8.12.). 반면 홍콩으로 유입되는 이주민 수는 감소했다.

홍콩의 인근 지역과의 관계 또한 이주 흐름에 영향을 미친다. 앞에서 설명했듯이 홍콩 정부는 광둥성과 푸젠성으로 이주하는 홍콩 시민들의

사회보장 혜택을 지원하고 있다. 은퇴 이주는 홍콩의 인구 고령화 부담을 줄이는 데 도움이 될 수 있다. 그러나 2007년 조사에 따르면 퇴직 후 중국 본토로 이주할 계획이라고 응답한 중년은 약 6.7%에 불과했다(Chou, 2007). 지역 간 이주를 제한하는 요인은 다양하다. 예를 들어, 홍콩과 인접 지역 간 생활비 격차가 점차 줄어들고 있으며 홍콩에서 태어난 젊은 세대는 본토와의 문화적 또는 정서적 유대감이 낮아 홍콩 거주를 선호할 수 있다.

그러나 본토 및 은퇴 이주 문제는 홍콩, 마카오, 광둥성을 연결하여 거대 경제권을 형성하려는 중국 정부의 대만구(Greater Bay Area) 계획[77]과 관련되어 있다(Hui, Li, Chen, & Lang, 2020; Yu, 2021). 대만구 계획에는 거주지와 직장을 포함하여 주민들의 자유로운 이동이 포함되어 있다. 최근 몇 년 동안 홍콩 정부는 홍콩의 젊은 세대에게 홍콩 이외 지역, 특히 대만구로 이동하여 일하고 생활할 수 있는 기회를 적극 홍보하고 있다(이는 정부가 젊은 인재의 이민을 장려하는 극소수의 사례에 해당한다). 예를 들어, "청년들이 본토 대만구 지역에서 취업하여 경력을 쌓고 홍콩과 이들 도시의 현황을 이해할 수 있도록 돕기 위해" 대만구 취업 프로그램(Greater Bay Area Youth Employment Scheme)을 개발했다(GBA, 2021).

현재 일자리를 찾아 본토로 이주할 홍콩 청년은 많지 않아 보인다. 그러나 홍콩 청년들의 본토 이주가 급증하면, 전반적인 홍콩 인구구조와 형태가 크게 변화하고, 이주 역학이 변화하면 인구 고령화가 더욱 빨라질 수 있다. 이는 또한 홍콩의 인적자본과 현지 생산성 및 세수 징수 역량에도 심각한 영향을 미칠 수 있다. 지금과 같이 홍콩으로의 이주가 줄고 타 지역으로의 이주가 증가한다면 이들 역량이 모두 악화될 수 있다.

77) https://terms.naver.com/entry.naver?docId=5739559&cid=42107&categoryId=42107

제5절 소결

이 장에서는 세계은행 분류체계에 따라 홍콩 고령층 소득보장 패턴을 개략적으로 설명하고, 이러한 개입 조치의 빈곤 완화 효과를 추정하고, 향후 홍콩이 직면할 인구구조의 압박과 기회에 대해 살펴보았다.

홍콩은 고령화 문제에서 다른 아시아 국가에 비해 몇 가지 비교 우위를 가지고 있다. 첫째, 이민자 수준이 높아 출산율과 사망률이 매우 낮음에도 고령화 속도가 다소 더딘 편이다. 둘째, 홍콩은 공적으로 관리되는 공공연금제도가 없어 세대 간 소득재분배에 기반한 다른 제도와 달리 고령화에 취약하지 않다. 셋째, 향후 수십 년간 고령인구가 빠르게 증가하는 동시에 이들 인구의 인적자본도 증가할 것으로 예상된다. 이들 인적 자본이 건강과 기량 향상으로 전환되면, 사회보장 및 의료시스템에 대한 지출 증가로 인해 발생할 공공 재정 부담이 상쇄될 수 있다.

그렇다고 향후 아무런 문제가 발생하지 않을 것이라는 의미는 아니다. 예를 들어 이주 문제는 여전히 불확실성이 높다. (고도로 숙련된) 청년들과 가족의 타지역 이주는 인구 고령화를 가속화할 뿐만 아니라 생산성과 경제성장에도 광범위한 영향을 미칠 수 있다. 홍콩의 고령층 빈곤율은 수치 산출 방법에서 몇 가지 해결해야 하는 중요한 문제가 있지만 여전히 지나치게 높은 편이다. 지니계수로 측정한 홍콩의 불평등 수준 또한 세계에서 가장 높다. 홍콩에서는 재활용 공장에 판매할 폐지를 찾아 거리를 헤매는 '노인들'을 쉽게 볼 수 있다. 직장생활을 하는 동안 '은퇴' 자금을 충분히 마련하지 못해 퇴직 후에도 거의 '죽을 정도로 일'해야 하는 고령자가 많은 탓이다. 이러한 의미에서 홍콩의 현재 소득보장 상태는 정부와 납세자(처음에는)에게는 유리하고, 많은 고령인구에는 이상적이라고 할 수 없다.

5부

결론부

제20장 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안

제 20 장 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안

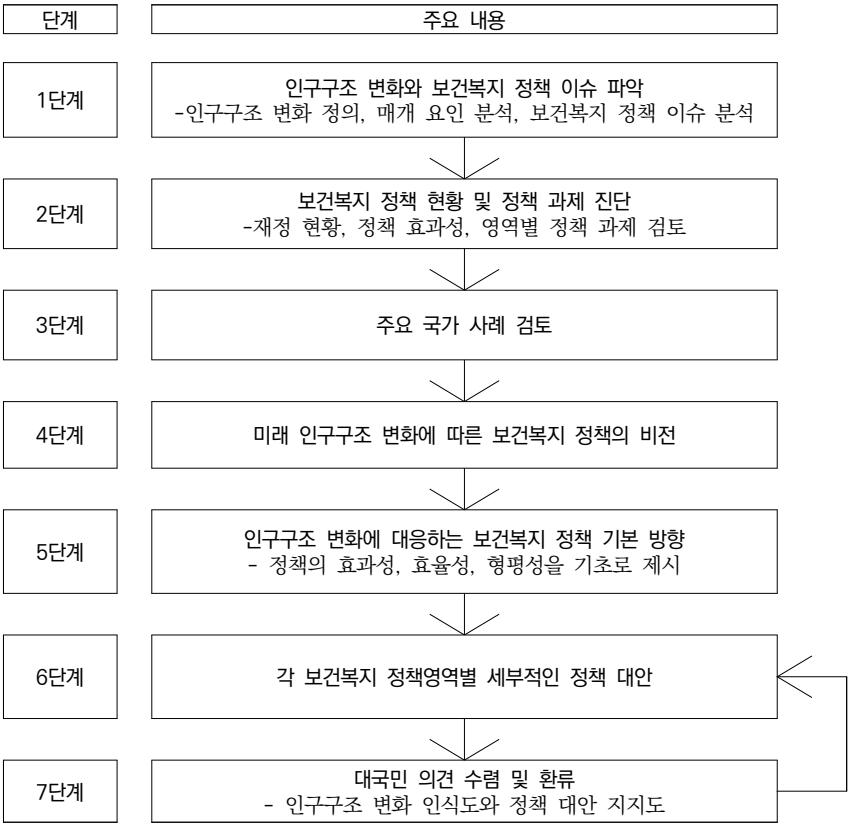
제1절 대응 방안 마련을 위한 틀과 가이드라인

각 장의 연구 결과를 총합하여 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안을 마련하기 위한 틀을 [그림 20-1]과 같이 제시하였다. 1단계에서는 인구구조 변화와 보건복지 정책 이슈를 파악한다. 인구구조 변화에 대한 정의를 내리고, 인구구조 변화와 보건복지를 매개하는 요인에 대한 이론적인 고찰을 통해 인구구조 변화에 따라 보건복지 정책에서 발생하는 이슈를 검토한다. 2단계에서는 인구구조 변화와 밀접하게 관련 있는 보건복지 정책의 현황을 분석하고 정책 과제를 진단한다. 재정 현황을 파악하고 정책의 효과성을 분석하며 영역별 정책 과제를 제시한다. 3단계에서는 한국에 유용한 시사점을 제공해 줄 수 있는 외국의 사례를 고찰한다. 4단계에서는 정책의 비전을 제시하며, 5단계에서는 정책의 기본 방향, 6단계에서는 세부적인 정책 대안을 제시한다. 마지막인 7단계에서는 대국민 의견을 수렴하여 정책 추진을 위한 당위성을 검토하고 그 결과를 정책 대안을 마련하는 데 환류한다.

본 분석 틀을 적용하여 본 연구가 도출한 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안의 주요 내용은 [그림 20-2]와 같다. 이러한 정책 대안은 앞에서 수행한 각 장의 분석 내용을 토대로 작성한 것이며 그 주요한 내용은 다음 2절에서 논의한다. 본 연구가 제시하는 구조적인 틀은 향후 후속적인 연구나 정부의 기본계획을 수립할 때 유용하게 활용할 수 있는 보편적인 분석틀이다. 본 분석틀을 활용하여 변화하는 정치적·경제적· 사회적 환경에 따라 인구구조의 변화에 대응하는 다양한 정책 방안이

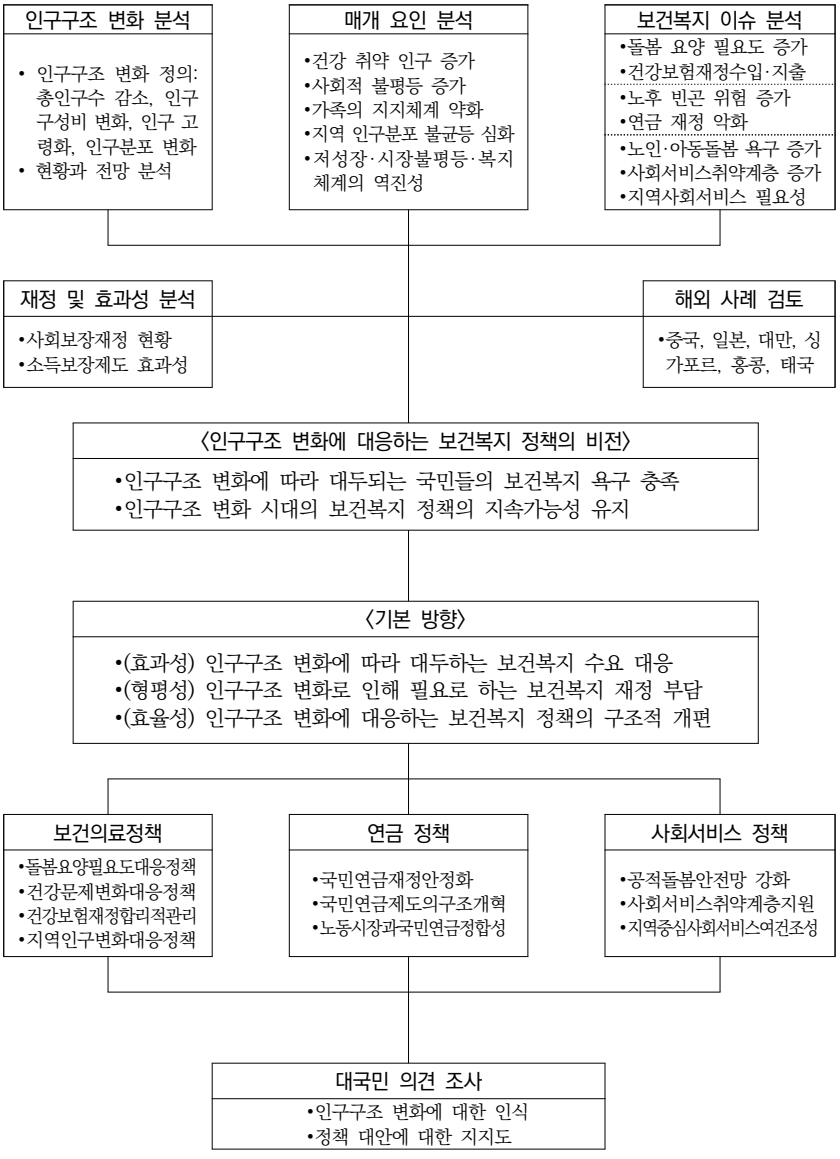
마련될 수 있을 것으로 기대된다.

〔그림 20-1〕 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안 마련을 위한 틀



자료: 저자 작성

〔그림 20-2〕 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 방안의 주요 내용



자료: 저자 작성

제2절 연구 결과 종합

본 절에서는 본 연구의 주요 결과를 미래 인구구조 변화에 따른 정책 방안 마련을 위한 분석 틀([그림 20-1])의 단계별로 정리하여 종합하였다.

1단계에서 보건복지 정책을 추진하는 데 주목해야 하는 인구구조 변화를 ① 총인구의 감소, ② 인구 고령화, ③ 연령별 인구구성비 변화, ④ 인구분포의 변화로 정의하였다. 제2장 인구구조의 개념 및 현황과 전망에서 살펴본 바와 같이, 인구학 분야에서는 학술적으로 인구구조와 인구구조 변화를 매우 다양하게 정의하고 있다. 학술적인 내용을 기초로 하여 보건복지 정책을 마련하고 추진하는 데 특히 주목해야 하는 인구구조 변화를 위의 네 가지의 개념으로 정의하였다. 인구구조 변화의 현황과 전망을 통계청의 공식 통계 자료를 활용하여 분석한 결과, 출산율의 급격한 하락과 기대여명의 증가로 인구의 자연감소는 이미 시작되었으며, 총인구도 머지않은 장래에 감소할 것으로 전망되고 있다. 고령사회에 이미 진입한 우리나라에서 인구 고령화는 빠른 속도로 진행되고 있어 전체 인구에서 노인인구가 차지하는 비중이 증가하는 반면, 경제활동 인구가 차지하는 비중은 점차 감소하고 있다. 수도권 인구 집중이 심화되고 지역의 인구가 감소하고 있어 지역별 인구분포의 불균등도 심화되고 있다.

인구구조의 변화에 영향을 받아 보건복지 관련 이슈를 발생시키는 매개요인으로 본 연구에서는 건강과 수명, 불평등, 가족, 지역, 경제 및 정치 체계를 중심으로 살펴보았으며, 영역별로 인구구조 변화에 따라 다음과 같은 보건복지 관련 이슈가 제기된다고 보았다. 건강과 수명 영역에서는 인적자원의 역량 강화, 사회보장재정의 지속가능성 보장, 여성 독거노인의 증가, 건강 취약 인구 및 위험요인의 변화, 보건의료 기술 및 체계

혁신, 건강불평등 확산, 건강 기대여명 확대에 대응할 필요성이 제기되고 있었다. 불평등과 관련해서는 애정과 친밀성 관계의 계층 간 격차, 빈곤 청년의 혼인과 출산, 소득수준별 차별출산력 이슈에 대응할 필요성을 강조하였다. 가족 영역에서는 노인 가구 및 독거노인에 대한 지원, 아동 돌봄 및 아동복지 증진, 다양한 가족에 대한 지원, 여성의 노후 소득보장, 부양비 증가에 따른 청년 지원, 가족 관계 변화에 따른 중장년층 지원이 필요함을 강조하였다. 지역과 관련해서는 공공보건의료 인프라 균형 배치, 사회서비스/보육서비스 인프라 재구조화 및 확충, 지방재정 세입 기반 확충, 보건·사회복지 영역 예산 관리 효율화, 인력 관련 전문 교육시설 설치 및 확충, 지역 인구 변화를 고려한 일자리 구축을 강조하였다. 경제 및 정치 체계와 관련해서는 혁신 역량 강화를 통한 성장 동력 확보, 성장률 둔화 문제를 복지 확대로 상쇄, 보건복지 보편성 확대 및 시장 불평등 완화의 중요성을 강조하였다.

이러한 매개 요인을 통해 발생한 이슈로 인해 보건의료정책에서는 돌봄 및 요양 필요도 증가, 건강보험 수입원 및 지출 변화, 지역 인구 변화에 따른 보건의료 접근성 격차가 제기되고 있었으며, 연금 및 소득보장 정책에서는 노후 빈곤 위험의 증가와 연금 재정의 악화, 사회서비스 정책에서는 돌봄 욕구 증가, 새로운 사회서비스 취약계층 대두, 지역 중심의 사회서비스 제공의 중요성이 강조되고 있었다. 이러한 내용은 인구구조가 변화함에 따라 우리 사회가 보건복지 영역에서 직면하게 될 미래의 모습이라고 할 수 있을 것이다.

2단계에서는 인구구조 변화와 관련된 보건복지 정책 현황과 정책 과제를 진단하였다. 사회보장재정 현황 분석 결과, 한국의 GDP 대비 공공사회복지지출 비중과 조세부담률은 OECD 국가와 비교하면 낮은 수준이지만 빠른 속도로 증가하고 있는 것으로 나타났다. 향후 사회복지제도가 성

숙하고 인구구조 변화가 더욱 심화될 것에 대비하여 재정의 지속가능성을 담보할 수 있는 재정 운영 전략을 마련하는 것이 필요할 것으로 진단되었다. 인구구조 변화에 대응하는 가장 대표적인 정책인 공적연금제도를 포함한 소득보장제도가 인구구조 변화에 따른 가장 대표적인 보건복지 이슈인 빈곤율에 미치는 효과를 분석하였다. 분석 결과, 우리나라의 소득보장제도는 전체 인구 특히 노인의 빈곤율을 완화하는 데 효과적인 것으로 나타났다. 이를 통해 현재 추진되고 있는 우리나라의 소득보장제도는 인구구조 변화에 대응하는 합리적인 정책 방안으로 평가될 수 있다고 보았다.

보건의료, 연금, 사회서비스 정책에서 인구구조 변화에 따라서 대두되고 있는 정책 과제들을 다음과 같이 제시하였다. 보건의료 정책에서는 돌봄·요양 필요도 대응 정책, 고령화에 따른 건강 문제 변화 대응 정책, 건강보험 재정의 합리적 관리, 지역 인구 변화 대응 정책, 연금 정책에서는 모수적 조정을 통한 국민연금 재정 안정화, 국민연금제도의 구조 개혁, 노동시장과 연금제도의 정합성 강화, 사회서비스 정책에서는 공적 돌봄 안전망 강화, 청년 및 중장년층 등 사회서비스 취약계층 지원 확대, 지역 중심의 사회서비스 정책 여건 조성을 제시하였다.

이러한 정책 과제들의 내용을 종합적으로 볼 때 인구구조 변화에 대응하는 정책 마련을 위해서는 인구구조 변화에 따라 대두되고 있는 보건복지 수요를 효과적으로 충족시키고, 정책 추진에 필요한 재원의 분담 방안을 마련하고, 정책 추진의 효율성을 높이기 위하여 제도의 구조적인 개편이 요청되고 있음을 알 수 있었다.

〔그림 20-3〕 매개 영역 분석을 통해 도출된 보건복지 정책 이슈와 정책 과제

매개 영역	정책적 함의
건강과 수명	• 인적자원의 역량 강화
	• 사회보장재정의 지속가능성 보장
	• 여성 독거노인 증가
	• 건강 취약 인구 및 위험요인 변화
	• 보건의료기술 및 체계 혁신
	• 건강불평등 확산
	• 건강 기대여명 확대
불평등	• 애정과 친밀성 관계의 계층 간 격차
	• 빈곤 청년의 혼인 및 출산
	• 소득수준별 차별출산력
가족	• 노인 가구 및 독거노인 지원
	• 아동 돌봄 및 아동복지 증진
	• 다양한 가족에 대한 지원
	• 여성의 노후 소득보장
	• 부양비 증가에 따른 청년 지원
	• 가족 관계 변화에 따른 중장년층 지원
지역	• 공공보건의료 인프라 균형 배치
	• 사회서비스/보육서비스 인프라 재구조화 및 확충
	• 지역사회보장 관련 인력 및 인프라 확충
	• 지방재정 세입 기반 확충
	• 보건, 사회복지 영역 예산 관리 효율화
	• 인력 관련 전문교육시설 설치 및 확충
	• 지역 인구 변화를 고려한 일자리 구축
경제 및 정치	• 혁신 역량 강화로 성장 동력 확보
	• 성장률 둔화 문제를 복지 확대로 상쇄
	• 보건복지 보편성 확대
	• 시장 불평등 완화

→

영역별 정책 이슈 및 정책 과제
〈보건의료 정책〉 - 정책 이슈 • 돌봄 및 요양 필요도 증가 • 건강보험 수입원 및 지출 변화 • 보건의료 접근성 격차 - 정책 과제 • 돌봄·요양 필요도 대응 정책 • 고령화에 따른 건강 문제 변화 대응 정책 • 건강보험재정의 합리적 관리 • 지역 인구 변화 대응 정책
〈연금 및 소득보장 정책〉 - 정책 이슈 • 노후 빈곤 위험 증가 • 연금 재정의 악화 - 정책 과제 • 모수적 조정을 통한 국민연금 재정 안정화 • 국민연금제도의 구조 개혁 • 노동시장과 연금제도 정합성 강화
〈사회서비스 정책〉 - 정책 이슈 • 돌봄 욕구 증가 • 새로운 사회서비스 취약계층 대두 • 지역 중심의 사회서비스 제공의 중요성 - 정책과제 • 공적 돌봄 안전망 강화 • 청년 및 중장년층 등 사회서비스 취약계층 지원 • 지역 중심의 사회서비스 정책 여건 조성
〈사회보장재정〉 - 정책 이슈 • 재정의 지속가능성을 담보할 수 있는 재정 운영 전략 마련

자료: 저자 작성

3단계에서 동아시아 지역의 인구구조 변화 대응 정책 사례를 검토한 결과, 모든 국가가 인구 고령화로 대변되는 인구구조의 급격한 변화를 경험하는 공통적인 모습을 보이고 있었다. 하지만 각 국가가 당면한 정책적인 이슈와 대응은 각 국가의 상황에 따라 다른 것으로 나타났다. 일본과 대만은 한국과 유사하게 경제발전의 성과를 거두었고 보건복지제도가 일정 수준 이상으로 발전하였다. 하지만 급격한 인구구조 변화, 특히 인구고령화에 직면하여 제도의 지속가능성을 위하여 보건의료와 연금제도에서의 제도적인 개혁을 도모하고 있었다. 우리나라에서 인구구조 변화에 대응하여 연금과 보건의료체계를 포함한 전반적인 보건복지제도의 개혁이 요구되고 있으나 실현되지 못하고 있다는 점을 고려해 볼 때 연금과 보건의료체계에서 개혁을 거둔 일본과 사회보장제도의 개혁을 도모하고 있는 대만의 사례는 한국에 유용한 시사점을 제공해준다.

싱가포르는 “아시아의 가족 가치”에 기반하여 가족이 노인 부모를 지역사회 안에서 돌보는 것을 강조하고 이를 지지하기 위한 정책들을 강화하고 있었다. 하지만 가족의 의미와 역할이 변화하고 있어 지속적으로 가족으로부터 지지를 기대할 수 있을 것인가는 불확실한 상황이었다.

홍콩은 개인의 생산성을 중시하여 고령자가 경제활동에 적극적으로 참여하고 근로 및 저축 등을 통하여 각자의 노후 생활에 대비하는 것을 강조하고 있었다. 국가적인 연금제도가 마련되어 있지 않아서 사회보장재정이 인구구조 변화로부터 받는 영향력에서 상대적으로 자유롭지만 빈곤과 불평등이라는 또 다른 측면의 사회적인 문제에 직면하고 있었다. 공적연금제도가 마련되어 있지 않다면 인구 고령화에 따른 연금재정 압박은 그다지 심각하지 않을 수 있겠지만 빈곤과 사회적 불평등이 심화될 수 있고 이러한 현실에서 고령자들을 열악한 노동시장에서 지속적으로 일하게 하는 것이 적절한 것인지에 대해 고민할 필요가 있다.

태국은 1980년대부터 인구 고령화에 대응하는 정책을 지속적으로 강화해 왔지만 정치적인 불안에 따라 보건복지제도가 파편적으로 운영되고 있었으며, 국가로부터의 혜택과 지원도 개인이 어떤 집단에 속해 있는가에 따라 불균등하게 이루어지고 있는 문제점을 안고 있었다.

4단계에서는 이러한 분석 결과에 기초하여 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 정책의 비전을 다음과 같이 제시하였다. 첫째, 인구구조 변화에 따라 대두되는 국민들의 보건복지 욕구를 충분히 충족시킨다. 둘째, 인구구조 변화 시대의 보건복지 정책의 지속가능성을 유지한다. 2부와 3부에서 제시한 내용들을 살펴보면 결국 인구구조 변화에 따라 대두되는 국민들의 보건복지 욕구를 충족시키는 것이 중요하다는 내용으로 정리할 수 있고, 3부의 보건의료, 연금, 사회보장재정에서는 고령화에 따라 정책의 지속가능성이 위협을 받고 있고 이에 대응하여 정책의 구조적인 개편이 필요하다는 것으로 요약할 수 있다. 이러한 연구 내용을 근거로 정책의 비전을 제시하였다.

5단계에서는 이러한 정책 비전을 달성하기 위한 보건복지 정책의 기본 방향을 제시하였다. 정책의 기본 방향은 공공 정책이 지향해야 하는 세 가지 핵심 요소인 효과성, 형평성, 효율성을 중심으로 제시하였다. 첫째, 인구구조 변화에 따라 대두하는 보건복지 수요에 대해 효과적으로 대응한다(효과성). 둘째, 인구구조 변화로 인해 보건복지 정책에 필요한 재정을 형평성 있게 분담한다(형평성). 셋째, 인구구조 변화에 효율적으로 대응할 수 있도록 보건복지제도를 구조적으로 개편한다(효율성). 이러한 정책의 기본 방향은 3부의 정책영역별로 제시된 내용을 토대로 마련된 것이다. 결국 3부의 정책영역별로 제시된 정책 대안들은 궁극적으로 정책의 효과성, 효율성, 사회적 형평성을 지향하고 있다. 예를 들어 “지역사회 중심 의료-요양-복지 통합적 서비스 제공체계 마련”은 노인들이 가지고

있는 건강과 돌봄에 대한 욕구를 효과적으로 충족시키기 위해 제안된 정책이라고 볼 수 있으며, “건강노화 지원을 위한 지역사회 건강증진 프로그램 활성화”는 노인들의 건강을 증진시켜 의료비 절감을 유도하려는 효율성 증대에 목적이 있다고 볼 수 있다. 연금 정책에서의 “자동조정장치(자동균형장치) 도입”은 연금 정책의 효율적인 운영을 위해 추진하는 정책이라고 볼 수 있으며, “사회적 수용성을 고려한 보험료 인상”은 사회적 형평성 달성을 목적으로 하고 있다고 볼 수 있다.

6단계에서는 세 가지 정책의 기본 방향하에 보건의료, 연금, 사회서비스 정책의 세부적인 정책 대안을 제시하였다. 영역별 정책 대안의 주요 내용은 〈표 21-1〉과 같다.[78] 이러한 정책 대안들의 주요 키워드는 지역사회 중심의 보건복지 정책 추진, 공적 보장성 강화, 보건복지 체계 개편, 개인의 책임성 강화로 정리할 수 있다. 이러한 네 가지 키워드는 비전 달성을 위한 주요 전략으로 볼 수 있을 것이다. 지역사회 중심의 보건복지 정책 추진에는 지역 기반 의료-요양-복지 통합적 서비스 제공체계 마련, 지역 단위 완결형 지역 의료체계 구축, 지역 중심의 사회서비스 정책 추진 등이 포함된다. 공적 보장성 강화에는 노후최저소득보장 강화, 돌봄서비스 보장성 및 공공성 강화 등이 포함된다. 보건복지체계 개편에는 건강보험체계 개편과 연금제도 구조 개혁이 포함된다. 개인의 책임성 강화에는 건강증진프로그램 활성화, 더 오래 일할 수 있는 노동시장 여건 마련, 청년 및 중장년층의 특성을 고려한 사회서비스 개발 및 전달체계 확립이 포함된다.

인구 고령화를 동반한 인구구조 변화 시대에서는 지역사회를 중심으로 보건복지서비스를 제공할 필요성이 한층 강조된다. 노인들이 본인들의 삶의 터전인 거주하는 지역에서 충분하고 지속적이며 상호 연계된 의료

78) 정책 대안의 상세한 내용은 해당 영역의 정책을 기술한 각 장의 내용을 참고하기 바람.

와 돌봄 서비스를 받도록 할 필요가 있다. 가족 및 여성의 역할 변화에 따라 아동에 대한 돌봄과 복지서비스도 거주지역을 중심으로 제공되어야 아동의 건전한 발달을 도모하고 가족이 필요로 하는 돌봄 욕구를 충분하게 만족시킬 수 있다. 중장년층과 청년들의 역량 강화를 위한 보건복지 지원도 이들의 특성과 욕구에 맞도록 지역사회를 중심으로 이루어져야 할 것이다. 지역의 인구감소에 직면하여 지역 중심의 보건복지 정책 추진을 통해 지역 발전에 기여할 수 있는 부분도 클 것이다. 소득과 돌봄 등 인간의 삶에서 필수적인 부분에 대해서는 공적인 책임성을 강화할 필요가 있다. 소득이나 돌봄 같이 삶을 유지하는 데 필수적인 부분에 대한 지원은 전국 공통으로 일정 수준이 지원될 수 있도록 공적으로 보장성을 강화해야 할 것이다. 본 연구가 제시한 정책 대안에는 인구구조 변화에 대한 이슈가 제기되기 이전부터 수십 년 동안 개혁이 필요하다고 주장된 정책 과제들이 있다. 건강보험제도 개편과 연금제도 개편이 이에 해당한다. 이러한 개혁 과제들은 급속하게 이루어지고 있는 인구구조 변화와 이에 동반한 사회경제적 변화를 고려해 볼 때 더 이상 미루기 어려우며 제도 개혁의 단행이 필요한 시점이라고 본다. 마지막으로 국가로부터의 지원도 중요하지만 개개인이 인구구조 변화에 잘 적응하고 대응하기 위하여 개인 차원에서 준비를 잘 갖추어야 한다. 100세 시대를 맞이하여 국민들이 자신의 건강관리에 좀 더 신경을 쓰고, 은퇴 후 노후 소득을 잘 준비할 수 있도록 국가적인 차원에서 다양한 교육와 프로그램을 지원하고 노동시장 등 사회경제적인 여건 개선을 위해 노력할 필요가 있다.

분야별로 제시한 정책 대안은 각 분야에서 인구구조 변화에 대응하기 위하여 얼마나 많은 논의가 이루어져 왔는지, 그리고 각 분야에서 정책 대안들이 실현되어 어느 정도 발전이 이루어졌는가에 따라 정책 대안의 구체성에서 차이가 있다는 점에 주의할 필요가 있다. 보건의료 분야는 다

른 분야에 비해 인구 고령화에 대응하여 노인의 건강증진을 위한 정책적인 여러 대안이 강구되어 왔고 실제로 구현된 사업들이 많이 있다. 따라서 타 분야보다 구체적인 정책 대안을 제시할 수 있었다. 연금분야는 인구구조 변화에 따라 개혁이 필요하다는 논의는 많이 이루어져 왔지만 실제로 구현된 개혁이 없어서 지금까지 논의된 사항 이상을 벗어나는 정책 대안을 제시하기 어려웠다. 사회서비스 분야의 경우, 사업의 발전이 상당히 이루어져 왔지만 인구구조 변화에 대응한다는 시각은 아직 부족하여 기존에 이루어진 사업과 정책들을 인구구조 변화에 대응한다는 논리를 바탕으로 더욱 강화해야 할 필요성에 직면해 있다.

마지막 7단계에서는 대국민 의견을 수렴하여 정책의 기본 방향과 각 영역의 세부적인 정책 대안을 마련하는 데 환류하였다. 국민 인식 조사 결과, 대부분의 국민들은 우리나라의 인구구조 변화가 보건복지에 영향을 줄 것이며 건강, 불평등, 가족, 지역에 파급 효과를 가져올 것이라는 것에 대해 같은 인식을 공유하고 있었다. 대다수의 응답자들이 본 연구가 제시하는 정책의 기본 방향과 정책 대안을 지지했다. 많은 국민들이 오래 사는 것보다 건강하게 오래 사는 것이 더 중요하다고 생각하고 있었으며, 소득 지원 확대가 필요한 계층은 다른 연령보다 노인층이라고 생각하고 있었다. 한편, 인구구조 변화에 따라 가족정책이 변화해야 하고 노인 정책이 중요하다는 데 동의하는 비중이 높은 반면에, 자녀와 부모를 돌보는 데 여전히 가족의 역할이 중요하다고 생각하는 비중이 높았다. 국가가 국민연금을 지원하는 부담이 커지고 있다는 데 국민들이 인식을 함께 하고 있었으며, 연금 보험료 부담(61.3%) 및 세금 부담(56.0%)에 대해 거의 과반수에 가까운 국민들이 동의했다.

세부적인 정책 대안에 대해 지역사회 중심의 보건복지 정책 추진과 관련하여 재가 돌봄 및 치료 그리고 지역 중심의 일차의료서비스 제공에 대

해서는 특히 노인층을 중심으로 지지도가 높은 것으로 나타났지만, 여전히 중증질환에 대한 의료서비스는 대도시 지역에서 받는 것을 선호하고 있었다. 농어촌 거주자를 중심으로 거주지역에서 보건복지 정책이 미흡하고 복지서비스가 잘 갖추어져 있지 않다고 생각하는 것으로 나타나 지역 중심 보건복지 정책을 추진할 때 농어촌 지역의 인프라 확충에 노력할 필요가 있음이 지적되었다. 정년 연장과 여성의 경제적 독립을 중요하게 생각하는 비중이 크고, 퇴직연금과 개인연금 가입이 필요하다는 의견이 높게 나타나 국가적인 지원도 필요하지만 개인 차원에서 노후 소득에 대한 준비를 갖추는 것이 중요하다고 생각하고 있었다.

〈표 21-1〉 미래 인구구조 변화에 따른 보건복지 정책 대안

분야별 정책 대안
〈보건의료정책〉
돌봄·요양 필요도 대응 정책
•지역사회 중심 의료-요양-복지 통합적 서비스 제공체계 마련
•요양병원 기능 재정립 및 아급성 의료서비스 공급체계 마련
•통합적 서비스 제공체계에 부응하는 보상체계 다양화
고령화에 따른 건강 문제 변화 대응 정책
•일차의료 기능 강화를 통한 동네의원 중심의 포괄적 만성질환 관리
•감염병 확산에 대비한 진료체계 구축
•건강노화 지원을 위한 지역사회 건강증진 프로그램 활성화
•국민 요구도에 따른 보장영역 발굴 및 건강보험의 역할 확대
건강보험 재정의 합리적 관리
•지속가능한 건강보험을 위한 안정적 재원 확보
•합리적 의료 이용과 연계한 지출 관리
•선제적 재정 계획 수립과 모니터링
지역 인구 변화 대응 정책
•지역의료 자원 확충 및 협력 활성화
•임신출산 취약계층의 의료서비스 접근성 강화

〈표 21-1〉 계속

분야별 정책 대안
〈연금 정책〉
모수적 조정을 통한 국민연금 재정 안정화
•자동조정장치(자동균형장치) 도입
•국민연금 가입 상한 연령 연장
•사회적 수용성을 고려한 보험료 인상
국민연금제도의 구조 개혁
•다층 노후소득보장체계 구축
•노후최저보장 강화 및 퇴직연금 내실화
•국민연금과 특수직역연금 간 형평성 제고
노동시장과 연금제도의 정합성 강화
•정년연장
•더 오래 일할 수 있는 노동시장 여건 마련
•고령자의 지속적인 소득 창출 여건 마련
〈사회서비스 정책〉
공적 돌봄 안전망 강화
•돌봄 서비스 보장성 및 공공성 제고
•돌봄 인력 지원 강화
사회서비스 취약계층 지원 확대
•실증 근거 기반 사회서비스 개발
•대상 특성을 고려한 서비스 전달체계 확립
지역 중심의 사회서비스 정책 여건 조성
•사회서비스 정책 기획 및 실행의 지역 주도성 강화
•지역 단위의 다양한 정책 실험 지원
•중앙-지방 정부 역할 재정립

자료: 저자 작성

제3절 시사점 및 향후 정책 방향

한국 사회에서 급속하게 진행되고 있는 인구구조의 변화와 함께 대두되고 있는 사회적인 변화는 인구구조 변화에 따른 위기를 더욱 가중시키고 있다. 우리나라는 1960~1970년대 산업화와 경제성장을 이룩한 후 1990년대 말에 IMF 경제위기와 2010년대 글로벌 경제위기를 경험하였으며, 최근에 와서는 코로나19 확산에 따라 경제적 및 사회적 어려움에 직면해 있다. 한국 사회에서 나타나고 있는 급속한 인구 변화는 사회적 변화의 후속물인 동시에 이러한 인구 변화가 사회적 변화를 심화시키는 요인으로 작용하고 있다. 전 세계적인 저성장 기조하에서 노동시장은 분절화되어 가고 있으며 고용률은 낮게 유지되고 있고 노동시장의 유연성은 더욱 심화되고 있다. 거시적인 체계뿐만 아니라 개인의 삶과 같은 미시적인 측면에서도 노후의 삶이 피폐해져 가고 있으며, 자녀 양육비에 대한 부담은 가중되고 있고, 청년들이 직업을 구하거나 혼인하는 것이 더욱 어려워지고 있다.

인구구조 변화를 둘러싼 제반 거시적 및 미시적 요인들은 부정적인 방향으로 맞물려 돌아가는 것처럼 보이지만, 보건복지 정책의 적절한 개입을 통하여 긍정적으로 맞물려 돌아가도록 변화시킬 수 있다. 이것을 가능하게 하고 인구구조의 변화를 위기가 아닌 한국 사회가 한 단계 업그레이드될 수 있는 전환의 기회가 될 수 있도록 하는 것이 인구구조 변화에 대응하는 보건복지 정책의 역할일 것으로 본다. 인구구조 변화에 따른 보건복지 대응 정책을 마련하는 노력과 과정을 통해 한국의 보건복지제도가 한층 더 성숙해지고, 세대 및 계층 간의 연대와 통합이 공고해 지며, 지역사회의 발전을 이루어낼 수 있는 계기가 되어야 할 것이다.

이러한 취지하에 본 연구는 인구구조 변화에 대응하는 보건복지 정책의 비전으로 인구구조 변화에 따라 대두되는 국민들의 보건복지 욕구가 충분히 충족되고, 인구구조 변화 시대에서 보건복지 정책의 지속가능성을 담보하는 것을 제시하였다. 국민들의 보건복지 욕구를 충분히 충족시키기 위해서는 재정적인 지출이 불가피하기 때문에 보건복지 정책의 지속가능성이 위협될 수 있고, 또 반대로 보건복지 정책의 지속가능성을 담보하기 위해서는 정책의 구조적 개편을 단행하는 것이 필요하기 때문에 국민들이 가지고 있는 보건복지 욕구가 충분히 충족되지 못할 수 있다. 따라서 본 연구가 제시하는 두 가지 비전은 양립하는 측면이 있다고 볼 수 있다. 하지만 정책의 효율성, 형평성, 효율성이라는 기본 방향을 중심으로 본 연구가 제언한 정책 대안들이 충실히 수행될 때 이러한 두 가지 비전은 모두 구현될 수 있을 것으로 본다. 본 연구가 제안한 정책 대안들이 구체적으로 실현되기 위해서 필요한 고려 사항을 제시하면서 본 연구를 마무리하고자 한다.

첫째, 인구구조 변화에 따라 대두되는 보건복지 수요에 효과적으로 대응하기 위해서는 무엇보다도 이러한 수요를 정확하고 시기적절하게 파악하고, 어떻게 효과적으로 충족시킬 것인가에 대해 각 정책의 전문 영역별로 활발한 연구가 이루어져야 할 것이다. 본 연구에서는 인구구조 변화와 보건복지를 매개하는 건강 및 수명, 불평등, 가족, 지역에서 인구구조 변화에 따라 야기되고 있는 이슈를 살펴보고 이러한 이슈들이 보건복지에 발생시키는 수요들을 살펴보았다. 향후 급속하게 진행되는 인구구조 변화에 따라 새롭게 발생하는 욕구와 보건복지 정책에 대한 수요를 지속적으로 파악해야 할 것이다. 인구구조 변화에 따라 발생한 수요에 적극적으로 대응하기 위해서 학술적인 측면에서 과학적인 연구가 수행되어야 할 것이며, 정책적인 연구에서도 국제기구가 제시하는 가이드라인과 외국의

우수한 정책 사례를 빠르게 수집하여 국내에 적용하는 방안을 모색해야 할 것이다. 인구구조 변화에 따라 대두되는 보건복지 수요를 빠르게 파악하여 효과적으로 대응하는 것은 인구구조 변화에 수반되는 재정적·사회적인 부담을 절감하는 측면에서도 매우 중요할 것이다.

둘째, 인구구조 변화에 따라 발생하는 보건복지 수요를 충족시키는 데 필요한 재원을 형평성 있게 분담하는 것에 대해서 다음과 같은 고려 사항이 필요할 것이다. 필요한 재원을 마련하는 방안으로 공공지출 확대, 가족으로부터의 지원, 개인의 저축 혹은 자산 축적, 고령자들이 노동시장에 더 오래 남아서 근로하는 것을 생각해 볼 수 있다. 공공 지출을 확대하기 위해서는 조세와 보험료를 인상하거나 국가 부채를 늘릴 수밖에 없다. 조세와 보험료를 인상하는 대안을 실현하기 위해서는 국민들을 설득하고 동의를 얻는 것이 필요할 것이다. 국가 부채의 증대는 결국 미래 세대의 부담으로 이어져 세대 간 형평성 문제를 심화시킬 우려가 있다. 한국의 현실에서 가족으로부터의 경제적 혹은 돌봄 지지를 기대하는 것도 쉽지 않다. 특히 저출산에 따른 가족 규모의 축소와 가족의 역할 변화로 인해 가족들이 노인 부모와 자녀를 돌보는 것이 점차 어려워지고 있다. 개인이 저축과 자산을 축적하여 노후를 준비하도록 하는 방안이나, 연금 정책이 부과 방식에서 적립 방식으로 전환하는 것이 필요하다는 논의가 이루어지고 있다. 하지만 전 세계적인 경제 불황으로 인해 축적된 자산의 투자가 적절한 이윤을 가져올 수 있을지, 아니면 인적자본에 대한 투자가 더 높은 수익률을 가져올 것인지는 분명하지 않다. 자산 축적 혹은 저축을 할 수 있는 사람과 그러한 여력이 없는 사람들 간의 차이로 인해 사회적인 불평등이나 빈곤이 심화될 위험도 있다. 고령자들이 노동시장에 더 오래 남아서 일하게 하는 방안은 기계화와 자동화로 인해 일자리가 점차 줄어들고 있고 노인들이 양질의 일자리에서 일하기 어렵다면 노인들의 삶

은 더 비참해질 수 있다는 점에서 위험성이 있다.

셋째, 인구구조 변화 시대에서 보건복지제도의 지속가능성을 유지하기 위해서 제도의 구조적인 개혁은 불가피한 측면이 있다. 유럽 국가들과 일본은 인구 고령화가 심화됨에 따라 보건의료와 연금제도 개혁 등을 통해 증가하는 보건복지재정의 증가 속도를 낮춘 바 있다. 한국도 보건복지제도의 지속가능성을 위해서 구조적인 개편이 필요하지만, 유럽이나 일본과 달리 고령화가 매우 빠른 속도로 진행되고 있고, 보건복지제도의 급여나 급여의 소득대체율이 낮은 상황에서 제도의 구조적인 개편은 오히려 인구구조 변화에 적절하게 대응하는 데 역행하는 결과를 가져올 가능성도 있다. 사회보장제도의 지속가능성과 효율성을 도모하기 위해서는 제도적인 개혁이 불가피하지만 이러한 제도 개혁이 전체 사회의 빈곤과 불평등에 미칠 수 있는 영향을 고려할 필요가 있을 것이다.

넷째, 인구구조 변화 시대를 맞이하여 보건복지 정책의 패러다임 전환이 필요하다. 보건의료 정책의 경우 질병 중심 의료에서 건강증진으로, 의료 제공자 중심에서 사람 중심으로, 병원/시설 중심에서 지역사회 중심으로, 사건 중심에서 생애 주기 접근으로의 변화가 필요하다. 연금 정책의 경우 은퇴 시점의 고령자들을 노동시장에 더 오래 남도록 하는 것 이외에도, 경력 단절을 경험하고 있는 30~40대 여성과 고용에 어려움을 겪고 있는 청년들이 노동시장에 참여하여 연금에 가입하도록 적극적으로 유인하는 정책이 추진되어야 할 것이다. 물론 이를 위해서는 여성과 청년들이 4대 보험이 제공되는 양질의 일자리에서 근로할 수 있도록 하는 정책이 필수적으로 수반되어야 할 것이다.

다섯째, 인구구조 변화 시대에 개인이 적절하게 대응하고 최대한 본인이 자신을 책임지고 관리할 수 있도록 교육과 트레이닝을 할 필요가 있다. 고령자의 건강 관리를 비롯하여 은퇴 후 노후 소득 창출을 위하여 지

역사회를 중심으로 다양한 교육과 홍보 그리고 서비스 제공을 위한 노력이 이루어져야 할 것이다.

마지막으로 인구구조 변화에 대해 좀 더 전향적인 시각을 가질 필요가 있다. 인구 고령화가 가져오는 사회적인 부담을 측정하는 대표적인 지표인 부양비를 측정할 때는 65세 이상 인구를 "부양 인구"로 본다. 하지만 65세 이상이라도 여전히 활발한 경제활동을 영위하고 있는 사람이 많기 때문에 연령만으로는 실제적인 사회적 부담 정도를 정확하게 측정하기 어렵다. 경제적인 혹은 사회적인 활동을 멈추어 도움이 필요한 사람들을 중심으로 "부양 인구"를 정의할 필요가 있다. 로봇 등 향후 인공지능을 이용한 신기술을 적극적으로 활용하여 보건복지서비스의 질적인 향상을 도모하는 것도 유용할 것으로 본다.

참고문헌

〈제1장〉

Bloom, D. E., & Luca, D. L. (2016). The global demography of aging: facts, explanations, future. In Handbook of the economics of population aging (Vol. 1, pp. 3-56). North-Holland.

Pestieau, P., & Lefebvre, M. (2018). The welfare state in Europe: Economic and social perspectives. Oxford University Press.

〈제2장〉

강인. (2016). 베이비붐 세대의 성공적 노화 인식과 노후 준비에 관한 연구. 한국콘텐츠학회논문지, 16(9), 460-472.

공세권, 임종권, 김미겸. (1983). 한국의 사망력과 사망원인. 한국보건사회연구원.

관계부처합동. (2020). 제4차 저출산·고령사회 기본계획.

권의정. (2020). 최근 20 년간 우리나라 질병구조의 변화-내원일수를 중심으로. 건강보험심사평가원.

권태환, 김두섭. (2002). 인구의 이해. 서울: 서울대학교출판부.

김민욱. (2020. 12. 23.). “코로나외 2만명 초과사망” 의협, 국가의료위기 긴급사태 선언. 중앙일보. https://news.joins.com/article/23953077에서 2021. 7. 30. 인출.

김태헌. (2009). 2009년도 국가통계 정기품질진단(사회2). 통계청.

박승규, 김선기. (2016). 저출산· 고령화에 의한 소멸지역 분석. 한국지방행정연구원.

방하남. (2011). 베이비붐 세대: 그들은 누구인가?. 노동리뷰, 5-9.

신윤정. (2021). “코로나19 사망률 국제 비교: 연령별 인구 비중·확진율·치명률 분해 분석”. 제24회 인구포럼 코로나19 시기 인구 변동과 정책적 함의 발표논문.

장은주. (2016). ‘베이비붐 세대’에 대한 연구 동향분석. 이화여자대학교 사회복지학과 석사논문.

전광희, 김태헌, 김민경, 최진호, 김형석, 조영태. (2008). 인구통계-기초와 응용. 통계교육원.

전광희. (2006), 저출산 고령화사회의 도래와 21세기 적정인구정책의 모색. 임현진, 조명래, 전광희, 이재열. 삶의 질과 지속가능한 발전 - 역동적 균형과 한국의 미래(pp. 49-106). 서울: 나남출판.

조성호, 이상정, 이소영, 황남희, 오신휘, 이주연. (2019). 2019 년 인구포럼 운영. 한국보건사회연구원.

최슬기. (2015). 한국사회의 인구변화와 사회문제: 인구변동요인과 인구수/인구구조를 중심으로. 경제와사회, 106, 14-40.

통계청. (2019). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 간행물 자료. http://kosis.kr에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2019. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 통계청 인구동향과 보도자료. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=373873&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2019. 6. 27.). 장래인구특별추계(시도편): 2017~2047년. 통계청 인구동향과 보도자료. https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=375555에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2019. 12. 4.). 2018년 생명표. 통계청 인구동향과 보도자료. https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=378711에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2020a). 경제활동인구조사[데이터파일]. https://kosis.kr/에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2020b). 사망원인통계[데이터파일]. https://kosis.kr/에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2020c). 생명표-완전생명표: 생존자수, 사망자수, 사망확률, 기대수명[데이터파일]. https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?vwcd=MT_ZTITLE&menuId=M_01_01#content-group에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2020d). 코로나19 시기 초과사망 분석 (2020년 12월 12일 기준). https://kosis.kr/covid/statistics_excessdeath.do에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2020. 12. 7.). 2017년 국민이전계정(NTA). 통계청 소득통계개발과 보도자료. https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/13/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=386491&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2021a). 국가통계포털-생명표, 1970-2019년. http://kosis.kr에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2021b). 국민이전계정 -생애주기적자계정(1인규모). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1NTA03&conn_path=I3에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2021c). 인구동향조사-월별 출생아수/사망자수[데이터파일].http://kosis.kr)에서 2021. 7. 30. 인출.

통계청. (2021. 8. 25.). 2020년 출생 통계. 통계청 인구동향과 보도자료. https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=391575에서 2021. 12. 1. 인출.

Fürnkranz-Prskawetz, A., Hammer, B., Rengs, B., Abio, G., Bengtsson, T., Chłoń-Domińczak, A., ... & Richter, W. (2017). Ageing Europe-An Application of National Transfer Accounts for Explaining and Projecting Trends in Public Finances.

Gavrilov, L. A., & Heuveline, P. (2003). Aging of population In Demeny, P., McNicoll, G., & Hodgson, D.(eds.), The Encyclopedia of Population. New York: Macmillan Reference USA.

Inaba, H. (2017). Age-structured population dynamics in demography and epidemiology. New York: Springr Verlag.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IH ME.

Jagger, C. (2011). "Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method:: A Practical Guide". European Concerted Action on the Harmoni zation of Health Expectancy Calculations in Europe (EURO-REVES). 13 June, 2001, REVES Paper n°408.

Keyfitz, N., & Caswell, H. (2012). Applied Mathematical Demography. New York: Springer Verlag.

Krieger, N. (2012). Who and what is a "population"? Historical debates, current controversies, and implications for understanding "population health" and rectifying health inequities. The Milbank Quarterly, 90 (4), 634-681.

OECD. (2021). Growth in GDP per capita, productivity and ULC. Retrieved form https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=PDB_GR.

Omran, A, O. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quarterly, 49(4), 509-538.

Preston, S. H., Heuveline, P., & Guillot, M. (2000). Demography: Measuring and Modeling Population Processes. New York: Blackwell.

United Nations. (2018). National Transfer Accounts: Measuring and Analyzing the Generational Economy.

〈제3장〉

통계청. (2019). 국가통계포털-온라인간행물-장래인구추계-장래인구추계 전국편 (2017년 기준). https://kosis.kr/publication/publicationThema.do 에서 2022. 1. 3. 인출.

Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. Social Science & Medicine, 61(4), 755-765.

Bell, F. C., & Miller, M. L. (2005). Life tables for the United States social security area, 1900-2100 (No. 120). Social Security Administration, Office of the Chief Actuary.

Caldwell, J. C. (1976). Toward a restatement of demographic transition theory. Population and development review, 321-366.

Caldwell, J., & Caldwell, P. (1991). What have we learnt about the cultural, social and behavioural determinants of health? From selected readings to the first Health Transition Workshop. Health Transition Review, 3-19.

Caselli, G, Meslé, F., & Vallin, J. (2002). Epidemiologic transition theory exceptions. Retrieved from https://www.demogr.mpg.de/papers/workshops/020619_paper40.pdf. 2021. 4. 16.

Cleland, J., & Wilson, C. (1987). Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view. Population Studies, 41(1), 5-30.

Clouston, S. A., Rubin, M. S., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2016). A social history of disease: Contextualizing the rise and fall of social inequalities in cause-specific mortality. Demography, 53(5), 1631-1656.

Crimmins, E. M. (2015). Lifespan and healthspan: Past, present, and promise. The Gerontologist, 55(6), 901-911.

Crimmins, E., Kim, J. K., & Vasunilashorn, S. (2010). Biodemography: New approaches to understanding trends and differences in population health and mortality. Demography, 47(Suppl 1), S41-S64.

Frenk, J., Bobadilla, J. U., Stern, C., Frejka, T., & Lozano, R. (1991). Elements for a theory of the health transition. Health Transition Review, 1(1), 21-38.

Goldman, D. P., Cutler, D., Rowe, J. W., Michaud, P. C., Sullivan, J., Peneva, D., & Olshansky, S. J. (2013). Substantial health and economic returns from delayed aging may warrant a new focus for medical research. Health Affairs, 32(10), 1698-1705.

Kirk, D. (1996). Demographic transition theory. Population Studies, 50(3), 361-387.

Lee, R. (2003). The demographic transition: Three centuries of fundamental change. Journal of Economic Perspectives, 17(4), 167-190.

Lesthaeghe, R. (1983). A century of demographic and cultural change in Western Europe: An exploration of underlying dimensions. Population and Development Review, 9(3), 411-435.

Lundquist, J. H., Anderton, D. L., & Yaukey, D. (2015). Demography: The Study of Human Population. Long Grove, IL: Waveland Press.

Mackenbach, J. P. (2013). Convergence and divergence of life expectancy in Europe: A centennial view. European Journal of Epidemiology, 28(3), 229-240.

McKeown, R. E. (2009). The epidemiologic transition: Changing patterns of mortality and population dynamics. American Journal of Lifestyle Medicine, 3(1_suppl), 19S-26S.

Notestein, F. W. (1945). Population-The long view. In T. W. Schultz (ed.). Food for the World. (36-57). Chicago: University of Chicago Press.

Oeppen, J., & Vaupel, J. W. (2002). Broken limits to life expectancy. Science, 296(5570), 1029-1031.

Olshansky, S. J., & Ault, A. B. (1986). The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases. Milbank Quarterly, 64(3), 355-391.

Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quarterly, 49(4), 509-538.

Omran, A. R. (1983). The epidemiologic transition theory. A preliminary update. Journal of tropical pediatrics, 29(6), 305-316.

Omran, A. R. (1998). The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. World Health Statistics Quarterly, 53(2/3/4), 99-119.

Pearson, T. A. (2003). Education and income: Double-edged swords in the epidemiologic transition of cardiovascular disease. Ethnicity and Disease, 13(2; SUPP/2), S2/158-S2/163.

Reher, D. S. (2011). Economic and social implications of the demographic transition. Population and Development Review, 37(supplement), 11-33.

Santosa, A., Wall, S., Fottrell, E., Högberg, U., & Byass, P. (2014). The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: A systematic review. Global Health Action, 7(1), 1-16.

Santow, G. (1999). The mortality, epidemiological and health transitions: Their relevance for the study of health and mortality. In United Nations (ed.). Health and Mortality Issues of Global Concern. (39-53). New York: United Nations.

Sloggett, A. (2015). Measuring fertility. In Population Analysis for Policy and Programmes. Paris: International Union for the Scientific Study of Population. Available at http://papp.iussp.org/sessions/papp101_s04/PAPP101_s04_010_010.html. 2021. 4. 23.

Soares, R. R. (2007). On the determinants of mortality reductions in the developing world. Population and Development Review, 33(2), 247-287.

Thompson, W. P. (1929). Population. American Jounal of Sociology, 34(6), 959-975.

United Nations (UN). (2012). Changing levels and trends in mortality: The role of patterns of death by cause. p. 10(Figure II.5). Retrieved from https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/changingLevelsAndTrends.asp. 2021. 5. 7.

Vallin, J., & Meslé, F. (2004). Convergences and divergences in mortality: A new approach of health transition. Demographic Research, 2(2), 11-44.

Van de Kaa, D. J. (1987). Europe's second demographic transition. Population Bulletin, 42(1), 1-59.

〈제4장〉

계봉오, 고원태, 김영미. (2021). 여성의 고학력화와 결혼시장 미스매치 가설에 대한 비판적 검토, 1990-2015. 조사연구, 22(1), 61-89.

계봉오, 김영미. (2014). 한국여성의 결혼, 출산 및 경제활동 참가 형태에 대한 연구. 사회연구, 79-113.

계봉오, 황선재. (2016). 한국의 세대간 사회이동: 출생 코호트 및 성별 비교. 한국인구학, 39(3), 1-28.

국민건강보험공단. (2002~2018). 국민건강보험 내부자료.

김수정, 차영화, 최샛별. (2020). 불평등한 미래: 청소년의 '꿈', 지위표식이 되다. 한국사회학, 54(1), 101-138.

김이선, 박경숙. (2019). 한국 여성의 생애: 갈등적 성별화와 계층화. 경제와사회, 138-170.

김영미. (2016). 계층화된 젊음: 일, 가족형성에서 나타나는 청년기 기회불평등. 사회과학논집, 47(2), 27-52.

김창환, 김태호. (2020). 세대 불평등은 증가하였는가? 세대 내, 세대 간 불평등 변화 요인 분석, 1999~ 2019. 한국사회학, 54(4), 161-205.

김현식. (2013). 부모이혼이 자녀성장에 미치는 영향. 보건·복지 Issue & Focus, 175, 1-8.

김혜영, 선보영. (2011). 여성의 만혼화와 결혼의향 - 결정요인을 중심으로. 한국사회, 12(2), 3-35.

김희삼. (2015). 사회이동성복원을 위한 교육정책의 방향. KDI Focus, 54: 1-8.

남궁지영, 김혜자, 박경호, 송승원, 김양분, 정민주, 최유리. (2018). 2018 한국교육종단연구: 중학생의 교육경험과 교육성과(Ⅲ): 10년 주기 코호트 간 비교. 한국교육개발원.

박경숙. 김영혜. (2003). 한국 여성의 생애유형: 저출산과 M자형 취업곡선에의 함의. 한국인구학, 26(2), 63-90.

박경애. (2000). 한국의 이혼율 추이와 의미, 1970~1995. 한국인구학, 23(1), 5-29.

박경호, 김지수, 김창환, 남궁지영, 백승주, 양희준, … 한금영. (2017). 교육격차 실태 종합분석. 한국교육개발원.

박현준·김경근. (2013). 한국 사회의 교육적 동질혼: 시계열 추세 및 그 함의. 교육사회학연구, 21(3), 51 - 76.

신명호. (2011). 왜 잘사는 집 아이들이 공부를 더 잘하나-사회계층 간 학력자본의 격차와 양육관행. 한울아카데미.

여유진. (2017). 이동빈곤의 추이와 함의. 보건·복지 Issue & Focus, 336, 1-8.

여유진, 정해식, 김미곤, 김문길, 강지원, 우선희, 김성아. (2015). 사회통합 실태 진단및 대응방안 II: 사회통합과 사회이동. 한국보건사회연구원.

우해봉. (2009). 교육이 초혼 형성에 미치는 영향: 결혼 연기 혹은 독신?. 한국인구학, 32(1), 25-50.

우해봉, 이상림, 장인수, 강성호, 김근태, 김안국, ...장아름. (2021). 인구변동과 지속가능한 발전-저출산의 경제·사회·문화·정치적 맥락에 관한 종합적 이해와 개혁 과제. 경제·인문사회연구회, 한국보건사회연구원.

윤자영. (2012). 노동시장통합과 결혼 이행. 한국인구학, 35(2), 159-189.

은기수. (2018a). 한국 기혼여성의 일의 연쇄와 출산력. 한국인구학, 41(1), 79-108.

은기수. (2018b). 한국 여성의 경제활동참여와 경력단절. 한국인구학, 41(2), 117-150.

이명진. (2000). 한국사회의 선택혼 시기별 추이와 국제비교. 한국사회학, 34(여름호), 297-323.

이병호. (2017). 혼전임신 출산의 추세, 2001~2015 성혼과정 변화에 대한 함의. 한국인구학, 40(3), 107-129.

이주호, 지상훈. (2017). 교육 불평등에 대한 실증분석과 정책 방향, 한국경제연구원 세미나 자료.

이철희. (2019). 출생아 수 변화요인 분석과 장래전망. 한국경제의 분석, 25(1), 37-77.

장경섭. (2019). 내일의 종언?. 집문당

장상수. (2016). 벌어지는 틈새: 부모의 사회경제적 지위가 자녀 성적에 미치는 영향의 증가. 한국사회학, 50(5): 107-140.

전광희. (2002). 출산력. 81-115., 김두섭·박상태·은기수 (편). 한국의 인구 I. 통계청.

최성수, 이수빈. (2018). 한국에서 교육 기회는 점점 더 불평등해져 왔는가? 부모 학력에 따른 자녀 최종학력 격차의 출생 코호트 추세. 한국사회학, 52(4), 77-113.

통계청. (2021a). 시군구/성/연령(1세)별 주민등록연앙인구. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M1&conn_path=I3에서 2021.8.5. 인출.

통계청. (2021b). 인구동태건수 및 동태율 추이(출생,사망,혼인,이혼). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B8000F&conn_path=I3에서 2021.8.5. 인출.

황선재, 김정석. (2013). 노년기 소득불평등 분해 분석. 한국사회학, 47(4), 201-226.

Atkinson, A. B. (2015). 불평등을 넘어-정의를 위한 무엇을 할 것인가. (장경덕, 옮김). 서울: 글항아리.

Becker, G. S. (1960). An Economic Analysis of Fertility. Universities-National Bureau Committee for Economic Research (eds.), Demographic and Economic Change in Developed Countries. NJ: Princeton University Press, 209-231.

Breen, R. (2004). Social Mobility in Europe. Oxford: Oxford University Press.

Breen, R., & Müller, W. (2020). Education and Intergenerational Social Mobility in Europe and the United States. Stanford: Stanford University Press.

Brinton, M. C. (2001). Married Women's Labor in East Asian Economies. in Brinton, M. C. (ed). Women's Working Lives in East Asia. Stanford: Stanford University Press, 1-37.

Bukodi, E., & Goldthorpe, J. H. (2018). Social Inequality and Social Mobility: Is there an Inverse Relation?. Unpublished Manuscript.

Carbone, J., & Cahn, N. (2016). 결혼시장: 계급, 젠더, 불평등 그리고 결혼의 사회학. (김하현, 옮김). 서울: 시대와 창.

Chetty, R., Grusky, D., Hell, M., Hendren, N., Manduca, R., & Narang, J. (2017). The Fading American Dream: Trends in Absolute Income Mobility since 1940. Science, 356, 398 - 406

Chetty, R., Hendren, N., Kline, P., Saez, E., & Turner, N. (2014). Is the United States still a land of opportunity? Recent trends in intergenerational mobility. American economic review, 104(5), 141-47.

Chiappori, P. A., Iyigun, M., & Weiss, Y. (2009). Investment in schooling and the marriage market. American Economic Review, 99(5), 1689-1713.

Choi, Y., Kim, D. S., & Ryu, J. (2020). Marital dissolution of transnational couples in South Korea. Journal of Ethnic and Migration Studies, 46(14), 3014-3039.

Choi, S., Taiji, R., Chen, M., & Monden, C. (2020). Cohort trends in the association between sibship size and educational attainment in 26 low-fertility countries. Demography, 57(3), 1035-1062.

Chung, I., & Park, H. (2019). Educational expansion and trends in intergenerational social mobility among Korean men. Social science research, 83, 102307.

Connelly, M. (2010). Fatal misconception: The struggle to control world population. Harvard University Press.

Corak, M. (2013). Income Inequality, Equality of Opportunity, and Intergenerational Mobility. Journal of Political Economy, 100(3), 437-467.

Easterline, R. (1975). An Economic Framework for Fertility Analysis. Studies in Family Planning, 6(3), 54-63.

Elo, I. T., & Preston, S. H. (1996). Educational Differentials in Mortality: United States, 1979-85. Social Science and Medicine, 42(1), 47-57.

Erikson, R., & Goldthorpe, J. H. (1992). The Constant Flux: A Study of Class Mobility in Industrial Societies. Oxford: Clarendon Press.

Freedman, D., & Thornton, A. (1982). Income and Fertility: The Elusive Relationship. Demography, 19(1), 65-78.

Härkönen, J., and Dronkers, J. (2006). Stability and Change in the Educational Gradient of Divorce. A Comparison of Seventeen Countries. European Sociological Review, 22(5), 501-517.

Hout, M. (2004). How Inequality may Affect Intergenerational Mobility. in Neckerman, K. M. (ed.), Social Inequality. New York: Russell Sage Foundation, 969-987.

Hummer, R., Hack, K. A., and Raley, R. K. (2004). Retrospective Reports of Pregnancy Wantedness and Child Well-Being in the United States. Journal of Family Issues, 25(3), 404-428.

Kaelble, H. (1981). Historical research on social mobility: Western Europe and the USA in the nineteenth and twentieth centuries. London: Croom Helm.

Kasarda, J. D., & Billy, J. O. G. (1985). Social Mobility and Fertility. Annual Review of Sociology, 11, 305-328.

Kim, H. S. (2011). Consequences of Parental Divorce for Child Development. American Sociological Review, 76(3), 487-511.

Kim, K., Jang, J., & Kim, D. (2019). Parents' marital disruption and children's educational aspiration in Korea. KEDI Journal of Educational Policy, 16(2), 87-105.

Kim, K., & Park, H. (2009). Landholding and Fertility in Korea: 1914-1925. Journal of Family History, 34(3), 275-291.

Krishnan, V. (1994). The Effect of Income on Fertility among Canadian Women. Journal of Family and Economic Issues, 15(1), 23-36.

Kye, B. (2011). Intergenerational transmission of women's educational attainment in South Korea: An application of a multi-group population projection model. Demographic Research, 24, 79-112.

Kye, B., & Mare, R. D. (2012). Intergenerational effects of shifts in women's educational distribution in South Korea: Transmission, differential fertility, and assortative mating. Social Science Research, 41(6), 1495-1514.

Lareau, A. (2012). Unequal Childhoods: Class, Race, and Family Life, 2nd Edition with an Update a Decade Later. Berkeley: University of California Press.

Lee, D., & McLanahan, S. (2015). Family structure transitions and child development: Instability, selection, and population heterogeneity. American sociological review, 80(4), 738-763.

Lee, M. (2010). Temporal Variation in the Strength of Educational Assortative Marriage in Korea: A Birth Cohort Analysis of the 2000 Korea Census. Journal of Asian Sociology, 39(1), 163-185.

Lesthaeghe, R. (1995). The Second Demographic Transition in Western Countries: An Interpretation. in Oppenheim, K. M., & Jensen, A. M. (eds.), Gender and Family Change in Industrialized Countries. Oxford: Clarendon Press, 17-62.

Lichter, D. T., Price, J. P., & Swigert, J. M. (2020). Mismatches in the Marriage Market. Journal of Marriage and Family, 82, 796-809.

Logan, J. A., Hoff, P. D., & Newton, M. A. (2008). Two-Sided Estimation of Mate Preferences for Similarities in Age, Education, and Religion. Journal of the American Statistical Association, 103(482), 559-569.

Maralani, V. (2013). The demography of social mobility: Black-white differences in the process of educational reproduction. American Journal of Sociology, 118(6), 1509-1558.

Mare, R. D. (1997). Differential fertility, intergenerational educational mobility, and racial inequality. Social Science Research, 26(3), 263-291.

Mare, R.D., & Maralani, V. (2006). The Intergenerational Effects of Changes in Women's Educational Attainments. American Sociological Review, 71(4), 542-564.

McLanahan, S. (2004). Diverging Destinies: How Children are Faring under the Second Demographic Transition, Demography, 41(4), 607-627.

McLanahan, S., & Jacobsen, W. (2015). Diverging Destinies Revisited. in Amato, P. R., Booth, A., McHale, S. M., and Van Hook, J. (eds). Families in an Era of Increasing Inequality - Diverging Destinies. Dordrecht: Springer, 1-23.

McLanahan, S., & Percheski, C. (2008). Family Structure and the Reproduction of Inequalities. Annual Review of Sociology, 34, 257-276.

Musick, K., England, P., Edginton, S., & Kangas, N. (2009). Education Differences in Intended and Unintended Fertility. Social Forces, 88(2), 543-572.

Park H., & Raymo, J. (2013). Divorce in Korea: Trends and Educational Differentials. Journal of Marriage and Family, 75, 110-126.

Park, H. (2008). Effects of Single Parenthood on Educational Aspiration and Student Disengagement in Korea. Demographic Research, 13, 377-408.

Park, H. (2014). Single Parenthood and Children's Education in Republic of Korea: An Update. in Park, H., & Kim, K. (eds). Korean Education in Changing Economic and Demographic Contexts, New York: Springer, 153-171.

Park, H., & Lee, J. K. (2017). Growing Educational Differentials in The Retreat from Marriage among Korean Men. Social Science Research, 66, 187-200.

Park, H., Lee, J. K., & Jo, K. (2013). Changing Relationships between Education and Marriage among Korean Women. Korean Journal of Sociology, 47(3), 51-76.

Piketty, T. (2014). 21세기 자본. (장경덕 외, 옮김). 서울: 글항아리.

Piketty, T. (2020). 자본과 이데올로기. (안준범, 옮김). 서울: 문학동네.

Raley, K., & Sweeney, M. (2020). Divorce, Repartnering, and Stepfamilies: A Decade in Review. Journal of Marriage and Family, 82, 81-99.

Reeves, R. V. (2019). 20 VS 80의 사회 상위 20퍼센트는 어떻게 불평등을 유지하는가. (김승진, 옮김). 서울: 민음사.

Sakamoto, A., & Powers, D. A. (2005). Demography of Social Stratification. in Poston, D. L., & Micklin, M. (eds.). Handbook of Population. New York: Klewer Academic/Plenum Publisher, 383-416.

Scheidel, W. (2017). 불평등의 역사. (조미현, 옮김). 서울: 에코리브르.

Schwartz, C. R. (2010). Earnings Inequality and the Changing Association between Spouses' Earnings. American Journal of Sociology, 115, 1524-1557.

Schwartz, C. R., & Mare, R. D. (2005). Trends in Educational Assortative Marriage from 1940 to 2003. Demography, 42(4), 621-646.

Skirbekk, V. (2008). Fertility Trends by Social Status. Demographic Research, 18, 145-180.

Stulp, G., & Barrett, L. (2016). Wealth, fertility and adaptive behaviour in industrial populations. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 371(1692), 20150153.

Van Bavel, J., Klesment, M., Beaujouan, E., Brzozowska, Z., Puur, A., Reher, D. S., Requena, M., Sandström, M., Sobotka, T., & Zeman, K. (2018). Seeding the Gender Revolution: Women's Education and Cohort Fertility among the Baby Boom Generations. Population Studies, 72(3), 283-304.

van de Kaa D. J. (1987). Europe's Second Demographic Transition. Population Bulletin.

Wilkinson, R., & Pickett, K. (2012). 평등이 답이다 : 왜 평등한 사회는 늘 바람직한가?. (전재웅, 역). 서울: 이후. (원서출판 2010).

Wilson, W. J. (1987). The Truly Disadvantaged: The Inner City, the Underclass, and Public Policy. Chicago: University of Chicago Press.

Woo, H., Lim, S., Jeon, S. Y., Jeong W. (2020). "Does Marriage Matter for Children?". in Park, H., & Woo, H. (eds). Korean Families Yesterday and Today, 118-141.

〈제5장〉

김정욱, 최재성. (2016). 가족구조에 따른 미성년 자녀의 의료이용 분석. 한국사회복지학, 68(3), 5-27.

김진구. (2011). 가족형태가 노인의 건강행위에 미치는 영향. 노인복지연구, 51. 35-55.

김혜영. (2016). 동원된 가족주의 시대에서 가족위험 사회로. 한국사회, 17(2), 3-44.

김혜영, 이은주, 윤홍식. (2005). 여성빈곤의 구조적 요인과 빈곤의 여성화. 아시아여성연구, 44(1), 5-51.

박경숙, 김미선. (2016). 노인 가구형태의 변화가 노인 빈곤율 변화에 미친 영향. 한국사회학, 50(1), 221-253.

박경숙. (2000). 한국 노인의 사회적 관계: 가족과 지역사회와의 연계 정도. 한국사회학. 34, 621-647.

박종서, 최선영, 김유경, 변수정, 조성호, 김주현, … 염아림. (2020). 한국 가족의 변동 특성과 정책적 함의 – 1997년 외환위기 이후 변화를 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.

류연규. (2012). 가족의 돌봄 공백에 대응하는 돌봄의 사회화 정책의 성격 규명. 비판사회정책(37), 113-153.

석재은. (2004). 연금의 성별 격차와 여성의 연금보장 방안. 보건사회연구, 24(1), 93-129.

여성가족부. (2021). 2025 세상모든가족함께 제4차 건강가정기본계획(2021~2025).

유정균. (2008). 노인자살률의 지역별 편차. 한국인구학, 31(2), 21-44.

이봉주, 김광혁. (2007). 가족 빈곤과 가족 구조가 아동 학대와 방임에 미치는 영향. 아동권리연구, 11(3), 333-359.

이승미, 송혜림, 이완정, 성미애, 진미정, 이현아. (2012). 한국 가족의 전환기적 특성과 가족정책. 한국가정관리학회지, 30(6), 183-199.

이현아, 조희금, 김선미, 이승미, 성미애, 진미정. (2013). 백세사회 가족생활전망과 가족정책에의 함의점. 한국가정관리학회 학술 발표대회 자료집, 119-153.

장경섭. (2018). 가족자유주의와 한국사회: 사회재생산 위기의 미시정치경제적 해석. 사회와이론, 189-218.

통계청. (2021a). 인구주택총조사[데이터파일]. https://mdis.kostat.go.kr/index.do에서 2021. 6. 1. 인출. (각 연도)

통계청. (2021b). 인구동향조사[데이터파일]. https://mdis.kostat.go.kr/index.do에서 2021. 6. 1. 인출. (각 연도)

한경혜, 이정화, 진미정. (2009). 한국 가족의 변화와 아동의 삶의 질. 아동학회지, 30(60), 1-14.

홍승아, 최진희, 진미정, 김수진. (2015). 가족변화 대응 가족정책 발전 방향 및 정책 과제 연구, 2015 연구보고서-26, 한국여성정책연구원.

Becker, G. S., Landes, E. M., & Michael, R. T. (1977). An economic analysis of marital instability. Journal of political Economy, 85(6), 1141-1187.

Becker, G. S. (1973). A theory of marriage: Part I. Journal of Political economy, 81(4), 813-846.

Becker, G. S. (1974). A theory of social interactions. Journal of political economy, 82(6), 1063-1093.

Becker, G. S. (1981). A Treatise on the Family. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cherlin, A. J. (2012). Goode's World Revolution and Family Patterns: A Reconsideration at Fifty Years. Population and Development Review 38(4). 577-607.

Cherlin A. J. (2016). A happy ending to a half-century of family change? Population and Development Review. 42(1). 121-129.

Cliquet, R. (1992). The second demographic transition: Fact or fiction? Council of Europe Population Studies, 23. Strasbourg: Council of Europe.

Coleman, D. (2004). Why we don't have to believe without doubting in the Second Demographic Transition-Some agnostic comments. Vienna Yearbook of Population Research 2004. 11-24.

England, P. (2010). The gender revolution: Uneven and stalled. Gender & society, 24(2), 149-166.

Esping-Andersen, G., & Billari, F. C. (2015). Re-theorizing family demographics. Population and Development Review 41(1): 1-31.

Esteve, A., Lesthaeghe, R., & López-Gay, A. (2012). The Latin American cohabitation boom, 1970-2007. Population and Development Review 38. 55-81.

Furstenberg, F. (2019). "Family Change in Global Perspective: How and Why Family Systems Change." University of Pennsylvania Population Center Working Paper (PSC/PARC), 2019-22. Retrieved from https://repository.upenn.edu/psc_publications/22.

Goldscheider, F., Bernhardt, E., & Lappegård, T. (2015). The gender revolution: A framework for understanding changing family and

demographic behavior. Population and development review, 41(2), 207-239.

Goode, W. J. (1963). World Revolution and Family Patterns. New York: The Free Press.

Hantrais, L. (1999). Socio-demographic change, policy impacts and outcomes in social Europe. Journal of European social policy, 9(4), 291-309.

Härkönen, J., Bernardi, F., & Boertien, D. (2017). Family Dynamics and Child Outcomes: An Overview of Research and Open Questions. European Journal of Population, 33, 163-184.

Härkönen, J., & Dronkers, J. (2006). Stability and change in the educational gradient of divorce. A comparison of seventeen countries. European Sociological Review, 22(5), 501-517.

Johnson-Hanks, J. A., Bachrach, C. A., Morgan, S. P., & Kohler, H. P. (2011). The theory of conjunctural action. In Understanding family change and variation (pp. 1-22). Springer, Dordrecht.

Lesthaeghe, R. J. (2010). The unfolding story of the Second Demographic Transition. Population and Development Review, 36(2), 211-251.

Lesthaeghe, R. (2014). The second demographic transition: A concise overview of its development. Proceedings of the National Academy of Sciences, 111(51), 18112-18115.

Maslow, A. (1954). Motivation and Personality. New York. Harper and Row.

McDonald, P. (2000). Gender equity in theories for fertility transition. Population and Development Review, 26(3), 427-439.

Ochiai, E. (2014). The meaning of the second demographic transition and the establishment of a mature society. European Societies, 16(3), 343-346.

Perelli-Harris, B., Sigle-Rushton, W., Kreyenfeld, M., Lappegård, T., Keizer, R., & Berghammer, C. (2010). The educational gradient of childbearing within cohabitation in Europe. Population and development review, 36(4), 775-801.

Pesando, L. M. and the GFC team (2019). Global family change: Persistent diversity with development. Population and Development Review, 45(1), 133.

Schwart, C. R., & Han, H. (2014). The reversal of the gender gap in education and trends in marital dissolution. American Scociological Review, 79, 605-629.

Surkyn, J., & Lesthaeghe, R. (2004). Value orientations and the second demographic transition (SDT) in Northern, Western and Southern Europe: An update. Demographic research, 3, 45-86.

Therborn, G. (2004). Between Sex and Power: Family in the World 1990-2000. Routledge.

Therborn, G. (2014). Family system of the World: Are they converging? The Wiley Blackwell Companion to the Sociology of Families. edited by Judith Treas, Jacqueline Scott, and Martin Richards, John Wilely & Sons.

Thornton, A. (2001). The developmental paradigm, reading history sideways, and family change. Demography, 38(4), 449-465.

Thornton, A. (2005). Reading History Sideways: The Fallacy and Enduring Impact of the Developmental Paradigm on Family Life. Chicago: University of Chicago Press.

〈제6장〉

강원도. (2014). 제3기 지역사회복지계획 2015-2018.

경기도. (2014). 제3기 경기도 지역사회복지계획 2015-2018.

경북통계포털. (2019). 2017년 기준 경상북도 시군장래인구추계[데이터파일]. https://www.gb.go.kr/open_content/stat/page.jsp?menucmd=&LARGE_CODE=870&MEDIUM_CODE=40&SMALL_CODE=10&SMALL_CODE2=70&SMALL_NAME2=&SMALL_CODE3=&SMALL_NAME3=&dept_code=&dept_name=&target=main&show_4depth_navi=&url=&menu_code=&menu_name=&menu_code2=&menu_name2=&URL=/open_content/stat/pages/sub4_s8.jsp&BD_CODE=sigun_stat&bdName=&silguk=&cmd=2&Start=0&B_NUM=70241901&B_STEP=70241900&B_LEVEL=0&key=0&word=&p1=0&p2=0&V_NUM=3에서 2021. 7. 31. 인출.

경상남도. (2014). 경상남도 제3기 지역사회복지계획 2015-2018.

광주광역시. (2014). 제3기 광주광역시 지역사회복지계획(안) 2015-2018.

기획재정부. (2019.11.6.). 범부처 「인구정책TF」, 인구구조 변화 대응방안(Ⅱ) 발표 - 절대인구 감소 충격 완화방안 발표 -. 기획재정부 보도자료. https://www.moef.go.kr/nw/nes/detailNesDtaView.do?searchBbsId1=MOSFBBS_000000000028&searchNttId1=MOSF_000000000030518&menuNo=4010100에서 2021.1.6. 인출.

대구광역시. (2014). 제3기(2015년-2018년) 대구광역시 지역사회복지계획.

대전광역시. (2014). 제3기 대전광역시 지역사회복지계획 2015-2018.

대통령 소속 자치분권위원회. (2020). 2020년 자치분권 시행계획.

보건복지부(2011). 2010년 국민기초생활보장 수급자 현황. 서울: 보건복지부.

보건복지부(2020). 2019 국민기초생활보장 수급자 현황. 세종: 보건복지부.

부산광역시. (2014). 제3기 부산광역시 지역사회복지계획(2015-2018).

사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률, 법률 제17689호 (2021).

서울특별시. (2014). 제3기(2015-2018) 서울시 지역사회복지계획.
세종특별자치시. (2014). 제3기 세종시 지역사회복지계획.
울산광역시. (2014). 제3기 지역사회복지계획 2015-2018.
인천광역시. (2014). 제3기(2015-2018) 인천광역시 지역사회복지계획.
장인수, 우해봉, 임지혜, 손호성, 박종훈. (2020). 지역 인구 변화에 따른 정책 과제와 대응 방안. 세종: 한국보건사회연구원.
장인수, 우해봉, 박종서, 정찬우. (2021). 2021년 인구변동 모니터링과 정책 과제: 지역 인구 감소를 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.
전라남도. (2014). 제3기 지역사회복지계획 2015년-2018년.
전라북도. (2014). 제3기 전라북도 지역사회복지계획 2015-2018.
제주특별자치도. (2014). 제3기 제주특별자치도지역사회복지계획 2015-2018.
충청남도. (2014). 제3기 지역사회복지계획 2015-2018.
충청북도. (2014). 제3기(2015-2018년) 충청북도 지역사회복지계획.
통계청. (2013a). 2010년 행정구역 기준 가구수 추이(2000~2010)[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1TS1002에서 2021. 4. 27. 인출.
통계청. (2013b). 성, 연령 및 거처의 종류별 1인가구-시군구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1PL1009에서 2021. 4. 27. 인출.
통계청. (2020a). 성 및 연령별 1인가구-시군구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1PL1502&conn_path=I2에서 2021. 4. 25. 인출.
통계청. (2020b). 거처의 종류 및 가구원수별 가구(일반가구) - 시군구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1JC1505에서 2021. 4. 25. 인출.
통계청. (2020c). 시군구별 이동자 수[데이터파일]. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B26001_A01에서 2020. 4. 5. 인출.

통계청. (2021a). 시군구/성/연령(5세)별 주민등록연앙인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040M5에서 2021. 4. 25. 인출.

통계청. (2021b). 재정자립도(시도/시/군/구)[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20921&conn_path=I3에서 2021. 4. 25. 인출.

함영진, 김회성, 김태은, 이석환, 최항석, 최조순, … Saikkonen, P. (2018). 지방화의 진전과 복지격차 - 전달체계 여건을 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.

Albuquerque, M. V. D., Viana, A. L. D. Á., Lima, L. D. D., Ferreira, M. P., Fusaro, E. R., & Iozzi, F. L. (2017). Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. Ciencia & saude coletiva, 22, 1055-1064.

Bailey, S., Hendrick, A., & Palmer, M. (2018). Eco-social work in action: A place for community gardens. Australian Social Work, 71(1), 98-110.

Camenzind, P. A. (2012). Explaining regional variations in health care utilization between Swiss cantons using panel econometric models. BMC health services research, 12(1), 1-12.

Cantarero, D. (2005). Decentralization and health care expenditure: the Spanish case. Applied Economics Letters, 12(15), 963-966.

Case, R. A. (2017). Eco-social work and community resilience: Insights from water activism in Canada. Journal of Social Work, 17(4), 391-412.

Eibich, P., & Ziebarth, N. R. (2014). Analyzing regional variation in health care utilization using (rich) household microdata. Health Policy, 114(1), 41-53.

Fang, P., Dong, S., Xiao, J., Liu, C., Feng, X., & Wang, Y. (2010). Regional inequality in health and its determinants: evidence from China. Health Policy, 94(1), 14-25.

Gallego, R., Barbieri, N., & Gonzalez, S. (2017). Explaining cross-regional policy variation in public sector reform: Institutions and change actors in the health sector in Spain. Public Policy and Administration, 32(1), 24-44.

Göpffarth, D., Kopetsch, T., & Schmitz, H. (2016). Determinants of regional variation in health expenditures in Germany. Health economics, 25(7), 801-815.

Jeffery, C., Pamphilis, N. M., Rowe, C., & Turner, E. (2014). Regional policy variation in Germany: the diversity of living conditions in a 'unitary federal state'. Journal of European public policy, 21(9), 1350-1366.

Lavergne, M. R., Barer, M., Law, M. R., Wong, S. T., Peterson, S., & McGrail, K. (2016). Examining regional variation in health care spending in British Columbia, Canada. Health Policy, 120(7), 739-748.

Li, J., Shi, L., Liang, H., Ding, G., & Xu, L. (2018). Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. BMC health services research, 18(1), 1-9.

López-Casasnovas, G., & Saez, M. (2007). A multilevel analysis on the determinants of regional health care expenditure: a note. The European Journal of Health Economics, 8(1), 59-65.

Man, X. W., Jiang, Y., Zhao, L. Y., ZHOU, Y. Q., & CHENG, W. (2013). Applying the evaluation indicator of total health expenditure to the policy analysis of the regional health expenditure. Chin J Health Policy, 6, 49-54.

Mangano, A. (2010). An analysis of the regional differences in health care utilization in Italy. Health & Place, 16(2), 301-308.

Minahan, J., Valdivieso, E., Johnson, D., & Baker, T. A. (2017). Health disparities: Are they regional? A descriptive analysis of older adults in the United States. Innovation in Aging, 1(suppl_1), 319-319.

Rahman, T. (2008). Determinants of public health expenditure: some evidence from Indian states. Applied Economics Letters, 15(11), 853-857.

Rambaree, K., Powers, M. C., & Smith, R. J. (2019). Ecosocial work and social change in community practice. Journal of Community Practice, 27(3-4), 205-212

Reich, O., Weins, C., Schusterschitz, C., & Thöni, M. (2012). Exploring the disparities of regional health care expenditures in Switzerland: some empirical evidence. The european journal of health economics, 13(2), 193-202.

Rodríguez, M. D., & Ferreira, J. (2018). The contribution of the intervention in social networks and community social work at the local level to social and human development. European Journal of Social Work, 21(6), 863-875.

Trydegård, G. B., & Thorslund, M. (2001). Inequality in the welfare state? Local variation in care of the elderly–the case of Sweden. International Journal of Social Welfare, 10(3), 174-184.

Zhang, Y., Baik, S. H., Fendrick, A. M., & Baicker, K. (2012). Comparing local and regional variation in health care spending. New England Journal of Medicine, 367(18), 1724-1731.

Zon, H., Pavlova, M., & Groot, W. (2020). Regional health disparities in Burkina Faso during the period of health care decentralization. Results of a macro-level analysis. The International journal of health planning and management, 35(4), 939-959.

〈제7장〉

김유선. (각년도). 비정규직 규모와 실태. 한국노동사회연구소.

송유미, 이제상. (2011). 저출산의 원인에 관한 연구: 산업사회의 변화와 여성의 사회진출을 중심으로. 보건사회연구, 31(1), 27-61.

윤홍식. (2019a). 한국 복지국가의 기원과 궤적 2. 서울: 사회평론아카데미.

윤홍식. (2019b). 한국 복지국가의 기원과 궤적 3. 서울: 사회평론아카데미.

이삼식. (2006). 저출산 원인구조와 정책방향. 보건복지포럼, 2006(1), 5-17.

이소영, 이윤경, 김세진. (2019). 인구구조 변화에 따른 미래 사회정책 방향과 과제. 세종: 한국보건사회연구원.

이소영, 장인수, 이삼식, 이철희, 신손문, 신성호, … 최용성. (2019). 출생 및 인구 규모 감소와 미래 사회정책. 세종: 한국보건사회연구원.

이창근. (2021. 3. 9.). 코로나19 1년, 재직자 고용유지대책 평가와 과제-코로나19 대응 1년, 정부정책 진단과 평가 좌담회, 참여연대. https://www.peoplepower21.org/Welfare/1767040에서 인출.

인구정책50년사 편찬위원회. (2015). 출산억제에서 출산장려로: 한국 인구정책 50년. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.

전병유. (엮음). (2016). 한국의 불평등 2016. 서울: 페이퍼로드.

조영태. (2016). 정해진 미래. 서울: 북스톤.

조영태. (2018). 정해진 미래 시장의 기회. 서울: 북스톤.

조은주. (2018). 가족과 통치. 서울: 창비.

조영태. (2018. 1. 4.). 저출산고령사회위원회에 바란다. 중앙일보. https://news.joins.com/article/22257354에서 2021. 5. 28. 인출.

통계청. (2019). 인구로보는 대한민국: 연령계층별 인구구성비. https://kosis.kr/visual/populationKorea/PopulationByNumber/PopulationByNumberMain.do?mb=Y&menuId=M_1_4&themaId=D01에서 2021. 5. 8. 인출.

통계청. (2019). 주요 인구지표(성비, 인구성장률, 인구구조, 부양비 등)/전국[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA002&conn_path=I2에서 2021. 5. 8. 인출.

통계청. (2020a). 시군구/모의 평균 출산연령, 모의 연령별 출생[데이터파일]. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A28에서 2021. 5. 8. 인출.

통계청. (2020b). e-나라지표: 합계출산율[데이터파일]. http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1428에서 2020. 11. 26. 인출.

통계청. (2021. 8. 25.). 2020년 출생 통계. 통계청 인구동향과 보도자료. https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=391575에서 2021. 12. 1. 인출.

통계청. (2021a). e-나라지표: 국내총생산 및 경제성장률(GDP)[데이터파일]. http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2736에서 2021. 5. 8. 인출.

통계청. (2021b). 제조업 노동생산성 추이(2015=100). https://www.index.go.kr/potal/main/ EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2716에서 2021. 5. 8. 인출.

통계청. (2021c). e-나라지표: 지니계수. https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1407에서 2021.8.20. 인출.

한국여성정책연구원. (2019). 연령별 기대자녀수 및 이상자녀수[데이터파일]. https://gsis.kwdi.re.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=338&tblId=DT_1BC2809N에서 2021. 5. 8. 인출.

Berggren, H., & Trägårdh, L. (2009). “Social trust and radical individualism: the paradox at the heart of Nordic capitalism.” In Wallenberg, J., & Persson, K. eds, The Nordic way. pp. 13-27. Stockholm: World Economic Forum.

Bloom, D., Canning, D., Fink, G., & Finlay, J. (2007). "Fertility, female labor force participation, and the demographic divdend." National Bureau of Economic Research Working Paper Series.

Cunha, V., & Atalaia, S. (2019). "The gender(ed) division of labour in Europe: patterns of practices in 18 EUcountries." Sociologia, 90: 113-137.

Durkheim, E. (2008). 자살론. (황보종우, 역). 파주: 청아출판사. (원서출판 1897).

Eklund, K. (2009). "Nordic capitalism: Lessons learned." In Wallenberg, J., & Persson, K. eds, The Nordic way. pp. 5-11. Stockholm: World Economic Forum.

Esping-Andersen, G. (1990). The worlds of welfare capitalism. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Furceri, D., Loungani, P., Ostry, J., & Pizzuto, P. (2020). COVID-19 will raise inequality if past pandemics are a guide. Retrieved from https://voxeu.org/article/covid-19-will-raise-inequality-if-past-pandemics-are-guide. 2021. 5. 8.

Goodhart, C., & Pradhan, M. (2020). The great demographic reversal. London: Palgrave Macmillan.

International Monetary Fund (IMF). (2021). Fiscal monitor: Strengthening the credibility of public finances. Washington, October.

Islam, A., & Rahman, A. (2020). "Age at first marriage and fertility in developing countries: A meta analytical view of 15 demographic and health survey." Clinical Epidemiology and Global Health, 8(3): 775-779.

Nahar, M. Z., Zahangir, M. S., & Shafiqul Islam, S. M. (2013). Age at first marriage and its relation to fertility in Bangladesh. Chinese Journal of Population Resources and Environment, 11(3), 227-235.

OECD. (2016). "Promoting Productivity and Equality: Twin Challenges". OECD Economic Outlook, No. 99. Retrieved from https://www.oe

cd.org/economy/outlook/OECD-Economic-Outlook-June-2016-promoting-productivity-and-equality.pdf.

OECD. (2020). Employment outlook 2020: Worker security and the COVID-19 crisis. Paris: OECD publishing.

OECD. (2021a). Family database. LMF 1.2 Maternal employment. https://www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021. 4. 22. 인출.

OECD. (2021b). Family database. SF2.2 Ideal and actual number of children. https://www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021. 4. 22. 인출.

OECD. (2021c). Family database. SF2.3 Age of mothers at childbirth and age-specific fertility. https://www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021. 4. 22. 인출.

OECD. (2021d). Family database. SF3.1 Marriage and divorce rate. https://www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021. 4. 22. 인출.

OECD. (2021e), Fertility rates (indicator). doi: 10.1787/8272fb01-en. 2021. 4. 22. 인출.

OECD. (2021f). Social expenditure-Aggregated data. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG에서 2021.8.20. 인출.

Oshio, T. (2019). “Is a positive association between female employment and fertility still spurious in developed countries?” Demographic research, 41: 1277-1288.

Partanen, A. (2017). 우리는 미래에 조금 먼저 도착했습니다: 북유럽 사회가 행복한 개인을 키우는 방법. (노태복, 옮김). 서울: 원더박스.

Roser, M., Ortiz-Ospina, E., & Ritchie, H. (2019). "Life Expectancy". Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from 'https://ourworldindata.org/life-expectancy. 2021. 5. 28. 인출.

The Economist. (2021. 3. 4.). Is the lot of female executives improving?. Retrieved from https://www.economist.com/graphic-detail/ 2021/03/04/is-the-lot-of-female-executives-improving. 2021. 5. 28. 인출.

The World Bank. (2021). GDP per capita(current US$). Retrieved from https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD. 2021. 5. 8.
Vollrath, D. (2020). Fully grown: Why a stagnant economy is a sign of success. Chicago: The University of Chicago Press.
Van De Walle, E. (1973). Age at marriage and fertility (Implications for family planning). IPPF medical bulletin, 7(3), 1-2.
吉川洋. (2017). 인구가 줄어들면 경제가 망할까. (최용우, 옮김). 서울: 세종서적.

〈제8장〉

고경환, 이기호, 박아연, 김재진, 강지원, 안민영, 정영애. (2017). 한국의 사회복지지출 작성방법 마련 및 산출. 세종: 한국보건사회연구원.
국회예산정책처. (2019a). 2019~2028년 8대 사회보험 재정전망.
국회예산정책처. (2019b). 2019~2028년 NABO 중기 재정전망.
국회예산정책처. (2020a). 사회보장정책 분석 I (총괄).
국회예산정책처. (2020b). 2020 NABO 장기 재정전망.
국회예산정책처. (2020c). 4대 공적연금 장기 재정전망.
보건복지부(2019), 제2차 사회보장기본계획 [2019~2023], http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=347736&FILE_SEQ=247283에서 2021. 6. 9. 인출.
보건복지부(2019. 04. 30) 제1차 국민건강보험종합계획 보도자료, http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=349272&page=1에서 2021. 6. 9. 인출.
사학연금재정재계산위원회. (2016). 사학연금 장기재정추계.
사학연금재정재계산위원회. (2020). 2020년 사학연금 장기재정추계.
사회보장기본법, 법률 제18215호 (2021).

사회보장위원회. (2020). 제4차 중장기 사회보장 재정추계 결과, https://www.ssc.go.kr/menu/manage/manage010100_view.do?hidCid=37216&hidBid=108&menuFile=manage010100에서 2021. 6. 9. 인출.

안종석, 전병목. (2020). 사회보장세에 대한 기초연구. 세종: 한국조세재정연구원.

우해봉, 이상림, 장인수, 강성호, 김근태, 김안국, ... 장아름. (2021). 인구변동과 지속가능한 발전-저출산의 경제·사회·문화·정치적 맥락에 관한 종합적 이해와 개혁 과제. 경제·인문사회연구회, 한국보건사회연구원.

원종욱. (2015). 사회보장재정의 현황과 과제. 보건복지포럼, 2015(1). 한국보건사회연구원

윤성주. (2021). 기초연금제도에 대한 소고. 재정포럼(2021.5). 조세재정연구원.

통계청. (2021. 9. 29.), 2021년 고령자 통계. 통계청 사회통계기획과 보도자료. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=403253&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=에서 2021. 6. 9. 인출.

한국재정정보원. (2021). 2021 주요 재정통계.

하능식, 임상수, 이선영. (2014). OECD 주요국의 조세체계 비교 분석-국민소득 변화와 조세체계 변천을 중심으로. 한국지방세연구원 정책연구보고서, 2014(3), 1-145.

OECD. (2021a). Global Revenue Statistics Database, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=RS_GBL에서 2021. 7. 31. 인출

OECD. (2021b). Social Expenditure – Aggregated Data, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG에서 2021. 8. 2. 인출

〈제9장〉

김미곤, 고제이, 이철희, 홍석철, 전병목, 여유진, … 서효진. (2019). 아동수당 및 출산·양육 지원체계 발전 방안 연구. 서울, 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 서울대학교, 한국조세재정연구원.

김현경, 이원진, 정은희, 정해식, 김예슬. (2020). 주요 소득보장제도 효과 평가 연구. 서울, 세종: 소득주도성장특별위원회, 한국보건사회연구원.

노대명, 김현경, 정해식, 이원진, 길현종, 오상봉, … 권혁진. (2020). 소득보장체계 재구조화 방안 연구. 세종: 경제·인문사회연구회.

박소은, 안영, 고제이. (2021). 근로(능력)빈곤층에 대한 근로장려세제의 효과 분석. 세종: 한국보건사회연구원.

보건복지부. (2008). 2008년 기초노령연금사업안내. 서울: 보건복지부.

보건복지부. (2014a). 2014년 기초노령연금사업안내. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2014b). 2014년 기초연금 사업안내. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2018). 2018년 아동수당 사업안내. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2019a). 2019년 기초연금 사업안내. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2019b). 2019년 아동수당 사업안내. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2020a). 2020년 기초연금 사업안내. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2020b). 2020년 아동수당 사업안내. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2021). 생계급여 부양의무자 기준 60년 만에 폐지. 보건복지부 보도자료. http://www.mohw.go.kr에서 2021. 10. 6. 인출.

이원진, 정해식, 전지현. (2019). 소득조사 마이크로데이터 비교분석: 〈가계동향조사〉와 〈가계금융·복지조사〉를 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.

통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 원자료. 통계청 MDIS(RAS21070703).

통계청. (각 연도). 가계금융복지조사 조사표. https://meta.narastat.kr/에서 2021. 10. 4. 인출.

통계청. (2021). 인구총조사 집계자료. https://kosis.kr/에서 2021. 10. 4. 인출.

〈제10장〉

건강보험심사평가원. (2015). 산부인과 가산제도 시행효과 분석. 원주: 건강보험심사평가원.

고수진. (2015. 9. 8.). “지난해 산부인과, 1곳 문열때 2~3곳 문닫아”. 의협신문 보도자료. http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=105640 2021. 10. 3. 인출.

구학모. (2017). 노인의 신체활동 실천현황 및 정책 제언. Weekly Issue. 16. 1-8. 한국건강증진개발원.

국민건강보험공단. (2019.10.8.). 2019년도 제1차 정례조사 결과발표. 국민건강보험공단 보도자료.

국민건강보험공단 홈페이지. (2021). “부과체계 개편 알아보기”. https://www.nhis.or.kr/newbugwa/investigate/investigate03_2.html에서 2021. 7. 29. 인출.

국민건강보험공단. (2021. 5. 21.). 건강보험 총 진료비 86조 9,545억 원… 전년대비 0.6% 증가. 국민건강보험공단 보도자료. https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaea01600m01.do?mode=view&articleNo=10807974&article.offset=0&articleLimit=10&srSearchVal=%EC%A7%84%EB%A3%8C%EB%B9%84에서 2021. 10. 3. 인출.

국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2020). 2019 건강보험통계연보.

국민건강보험법, 법률 제18211호(2021. 6. 8., 일부개정)

국민건강증진법, 법률 제16719호(2019. 12. 3., 일부개정)

국민권익위원회. (2020. 9. 1.). 국민권익위, “국민 44%, 지역 간 의료 불균형 해소 의견 가장 많아” 국민의견 수렴 결과 발표. 국민권익위원회 보도자료.

권희원. (2021. 6. 27.) “경총 "국민 10명 중 7명, 내년 건강보험료율 인하·동결 원해"”. 연합뉴스 보도자료. https://www.yna.co.kr/view/AKR20210627027600003에서 2021. 7. 29. 인출.

기획재정부. (2021. 7. 7.). “제3기 범부처 인구정책TF 논의결과('인구구조 변화 영향과 대응방향') 발표”. 기획재정부 보도자료. https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156460517에서 2021. 10. 3. 인출.

김승연, 장익현, 김진우, 권혜영. (2018). 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티 케어 개념정립 및 추진방향. 보건복지부·서울연구원.

김용주. (2021. 2. 24.). “저출산으로 환자수 감소, 일반의·내과·정신건강의학과는 100여곳 증가”. 히트뉴스 보도자료. https://www.hitnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=32950에서 2021. 10. 3. 인출.

김준호, 이선미, 김경아, 곽동선. (2017). 건강보험 노인건강증진사업 개선방안 연구. 국민건강보험 건강보험정책연구원.

박원빈. (2020.10.6.). “[국감] 퇴원환자 지원사업, 지역사회 연계 저조”. 후생신문. http://www.whosaeng.com/121343 에서 2021.12.1. 인출.

백성주. (2021. 8. 27.). “2022년 건강보험료율 1.89% 인상···직장인 6.86%→6.99%”. 데일리메디 보도자료. http://www.dailymedi.com/detail.php?number=873459에서 2021. 10. 3. 인출.

보건복지부. (2017. 3. 23.). “건강보험료 부과체계 개편 최종단계 2년 앞당겨 시행”. 보건복지부 보도자료. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=338879&SEARCHKEY=CONTENT&SEARCHVALUE=%EB%B6%80%EA%B3%BC%EC%B2%B4%EA%B3%84+%EA%B0%9C%ED%8E%B8에서 2021. 10. 3. 인출.

보건복지부. (2018a). 지역사회 통합 돌봄 기본계획(안).

보건복지부. (2018b). 제2차(2018-2022) 장기요양기본계획

보건복지부. (2019. 4. 30.) 〈제 7차 건강보험정책심의위원회〉 요양병원 건강보험 수가체계 개편방안 의결. 보건복지부 보도자료. https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=349273&page=1에서 2021. 10. 3. 인출.

보건복지부. (2019. 11. 11.). “꼭 필요한 병원 진료 우리 지역에서 받는다!”. 보건복지부 보도자료. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=351474에서 2021. 7. 29. 인출.

보건복지부. (2020. 12. 13.). 감염병 효과적 대응 및 지역 필수의료 지원을 위한 공공의료체계 강화 방안. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=361639에서 2021. 7. 29. 인출.

보건복지부. (2020. 12. 23). 「급성기 환자 퇴원 지원 및 지역사회 연계 활동 시범사업」실시. 보건복지부 보도자료. https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156428734 에서 2021.9.28. 인출.

보건복지부. (2021. 4. 20). “2021년 분만취약지 지원사업 공모 안내”. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0101vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=040101&page=1&CONT_SEQ=365344에서 2021. 10. 3. 인출.

보건복지부, 국립중앙의료원. (2020). 2019년 공공보건의료통계집. 세종:보건복지부, 서울: 국립중앙의료원.

보건복지부, 한국보건사회연구원. (2021). OECD Health Statistics 2021.

선우덕, 이소영, 김동진, 김철웅, 윤종률, 남효정. (2014). 노인 보건사업의 현황과 개선방안. 한국보건사회연구원.

송은주, 김영은, 지선미. (2021). 일차의료 만성질환관리 시범사업 소개 및 효과. 대한내과학회지. 96(1). 7-12.

송수연. (2021. 4. 5). 코로나19 직격탄 맞은 미소들요양병원 “제도 보완 필요”. 청년의사. https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2009359 에서 2021. 9. 28. 인출.

신영석, 황도경, 김소운, 하솔잎, 김진호. (2018). 건강보험 재정확충 다양화 및 사회적 합의 도출 연구. 원주: 건강보험공단, 세종: 한국보건사회연구원.

신현웅, 노연홍, 신영석, 박실비아, 윤석준, 여나금, … 안수인. (2017). 국민건강보험제도의 중장기 미래 발전전략 연구. 원주: 건강보험공단, 세종: 한국

보건사회연구원.

신현웅, 정형선, 권순만, 신영석, 김윤, 윤석준, … 고든솔. (2018). 제1차 국민건강보험종합계획 수립 및 실천방안 제안. 보건복지부·한국보건사회연구원.

신현웅. (2020). 보건의료정책 현황과 과제: 지속가능성 확보를 중심으로. 보건복지포럼, 279, 9-22.

안창욱. (2019.11.15.). 치료 필요한 요양 1~2등급 요양병원 전원. 의료&복지뉴스. http://www.mediwelfare.com/news/articleView.html?idxno=1667 에서 2021. 9. 23. 인출.

양윤준, 강재헌, 조비룡, 윤재문, 이준형, 허연. (2018). 우리나라 일차의료 의사의 범위, 역할, 임상재교육 방안. 의료정책연구소.

오윤섭. (2012). 건강보험재정 위험요인 분석. 서울: 감사원.

윤강재. (2020). 코로나 19 유행 상황에서의 한국보건의료체계의 변화와 과제. 보건복지포럼, 2020(12), 34-49.

이근영, 김종운, 오경준, 이승미, 홍순철, … 이상원. (2015). 고위험 산모·신생아 통합치료센터와 분만취약지 지원사업간 연계체계 구축을 위한 연구. 세종: 보건복지부, 춘천: 한림대학교 산학협력단.

이정택. (2018). 요양시설·요양병원 역할 정립 방안. 보험연구원.

이지수, 이수경. (2020). 지역사회 노인의 건강한 라이프스타일을 위한 건강증진프로그램 중재효과에 대한 체계적 고찰. 디지털융복합연구. 18(4). 371-380.

이태진, 정지아, 박성철, 정채림, 이영실. (2020). 건강보험 중장기 재정 추계 방법론 연구. 서울: 국회예산정책처, 서울: 서울대학교 산학협력단.

정연, 배정은, 김남순. (2018). 노쇠와 의료 이용의 관련성: 일부 지역사회 거주 노인들을 중심으로. 한국노년학. 38(4). 837-851.

정영호,고숙자, 정형선, 이건세, 김윤, 윤석준, … 최영임. (2018). 보건의료발전계획 수립을 위한 기초연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.

조비룡. (2018). 국외사례로 본 동네의원 중심 포괄적 만성질환관리 방안. HIRA 정책동향. 건강보험심사평가원. 7-17.

최슬기, 박은자, 정연, 배재용, 강혜리, 한겨례. (2020). 건강백세운동교실 성과 평가 및 개선모형 개발 연구. 국민건강보험·한국보건사회연구원.

통계청. (2020. 6. 29.). "최근 20년간 수도권 인구이동과 향후 인구전망". 통계청 보도자료. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=383417에서 2021. 10. 3. 인출.

하경대(2021.4.1.). "요양병원 제도 지속가능성 없어"…요양병협, 감염·고령화 대비 정책 건의안 발표한다. 메디게이트 뉴스. https://m.medigatenews.com/news/3348096951 에서 2021.9.28. 인출.

한해진. (2021.11.16.). "퇴원환자 지원제도, 지역자원연계 수가 인상 필요". 데일리메디. https://www.dailymedi.com/detail.php?number=876775&thread=22r01 에서 2021.12.1. 인출.

황도경, 신영석, 이윤경, 최병호, 김찬우, 박금령, 김은아. (2016). 노인 의료와 요양 서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구 – 공급의 통합적 연계 체계 구축. 한국보건사회연구원.

OECD. (2019). Health at a glance: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.

〈제11장〉

고용노동부, 금융감독원. (2021. 4. 5.). 확정기여형, 개인형퇴직연금 적립금 100조원 돌파 퇴직연금 총 적립금 255.5조원 달성. 고용노동부 노동정책실 퇴직연금복지과 보도자료. https://eiec.kdi.re.kr/policy/materialView.do?num=212456에서 2021. 9. 8. 인출.

공무원연금공단. (2017). 2016년 공무원연금 연차보고서. 제주: 공무원연금공단 연금연구소.

국민연금공단. (2020). 2019 국민연금 생생통계 Facts Book. 전주: 국민연금공단.

국민연금공단. (2021). 국민연금 공표통계(2020년 12월 말 기준). 전주: 국민연금공단.

국민연금연구원. (2008). 공적연금의 이해. 서울: 국민연금연구원.

국민연금연구원. (2017). 재정목표 및 재정지표의 국제비교 연구. 서울: 국민연금연구원.

국민연금재정추계위원회. (2018). 2018 국민연금 재정계산 국민연금 장기재정추계.

국회예산정책처. (2018). 2018~2050년 군인연금 재정전망. NABO 브리핑. 제50호.

국회예산정책처. (2020). 4대 공적연금 장기 재정전망. NABO 브리핑. 제90호. 서울: 국회예산정책처.

김수성, 정인영. (2019). 사립학교 폐교로 인한 사학연금 수급개시연령 조정에 따른 재정 변화 분석. 예산정책연구. 8(2), 38-73.

김수완. (2020). 한국의 연금 진단과 계층별 노후보장: 기초연금 강화와 다층보장체계 구축. 내가만드는복지국가 연구보고서.

김용하. (2018). 인구·성장·이자·소득의 상대적 관계가 국민연금 기금에 미치는 영향에 대한 고찰. 보건사회연구. 38(1), 396-420.

김태일. (2015). 국민연금의 세대 내·세대 간 형평성 분석과 개혁 방향. 예산정책연구, 4(2), 31-55.

노대명, 김현경, 정해식, 이원진, 길현종, 오상봉, … 권혁진. (2020). 소득보장체계 재구조화 방안 연구. 세종: 경제인문사회연구회.

류재린. (2021). 국민연금제도의 사각지대 규모 추정 및 새로운 지표 개발. 2021 한국사회복지정책학회 춘계학술대회 발표문. 235-243.

보건복지부, 한국보건사회연구원. (2020). 2020년 사회보장 대국민인식조사. 세종: 한국보건사회연구원.

보건복지부. (2018). 제4차 국민연금 재정계산을 바탕으로 한 국민연금종합운영계획.

사학연금재정재계산위원회. (2020). 사학연금 제5차 재정재계산 보고서. 나주: 사학연금재정재계산위원회.

양재진, 민효상. (2008). 공적연금의 구조적개혁 필요성과 유형화에 관한 연구. 사회과학연구. 39(2), 93-108.

윤병욱. (2019). 중장기 인력수급전망과 국민연금 가입자 규모에 대한 시사점. 연금이슈 & 동향분석. 제61호. 전주: 국민연금연구원.

윤석명, 곽은혜, 유호선, 정창률, Mika Vidlund, 홍성운. (2020). OECD '한 눈에 보는 연금'의 주요지표 시계열 분석에 기초한 새로운 유형의 일자리를 위한 연금개혁 방안. OECD Korea Policy Centre, 한국보건사회연구원.

윤성주. (2021). 기초연금제도에 대한 소고. 세종: 한국조세재정연구원.

이다미. (2019). 유럽 주요국의 연금제도 변화와 빈곤 측면에서의 성과 비교연구: 노동시장 구조와의 결합. 한국사회정책. 26(3), 253-285.

이다미. (2021). 국민연금 가입상한연령 연장의 적절성 연구. 세종: 한국보건사회연구원.

정인영, 김수성. (2019). 사학연금에서 폐교로 인한 퇴직 시 연금 지급개시연령 개선에 관한 연구. 한국사회정책. 26(1), 90-113.

정해식, 이다미, 이병재, 한겨레. (2021). 노후소득보장제도 개혁 담론 분석. 세종: 한국보건사회연구원.

통계청. (2020). 2019년 퇴직연금통계 결과. 통계청 보도자료. https://www.moel.go.kr/pension/law/stats-view.do?no=954&currentPage=1&srchKey=&srchWord= 에서 2021.9. 8. 인출.

통계청. (2020. 7. 28.). 2020년 5월 경제활동인구조사 고령층 부가조사 결과. 통계청 보도자료. https://eiec.kdi.re.kr/policy/materialView.do?num=203379&topic=C&pp=20&datecount=&recommend=&pg=에서 2021. 3. 19. 인출.

통계청. (2021). 경제활동인구조사-연령별 경제활동인구 총괄. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DA7002S&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=B11&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE 에서 2021. 6. 17. 인출.

European Commission. (2003). Adequate and sustainable pensions. Joint report by the Commission and the Council, In: http://ec.europa. eu/employment_social/social_protection/docs/cs7165_03_en.pdf (17.06. 2012).

European Commission. (2018). The 2018 Ageing Report: The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Members States(2016-2070). Institutional Paper 079. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Myles, J. (2002). 노령층을 위한 새로운 사회적 계약. 21세기 새로운 복지국가(유태균 등 역)에서. 서울: 나남출판.

OECD. (2001). Ageing and Income: Financial Resources and Retirement in 9 OECD Countries. Paris: OECD Publishing.

OECD. (2019). Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators. Paris: OECD Publishing.

Whiteside, N. (2006). Adapting private pensions to public purposes: historical perspectives on the politics of reform. Journal of European social policy, 16(1), 43-54.

MISSOC. Comparative tables. Retrieved from https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/에서 2021.9. 8. 인출.

Social Secuity Programs Throughout the World. Research, Statistics & Policy Analysis. Retrieved from https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/에서 2021.9. 8. 인출..

〈제12장〉

강혜규, 안수란, 오욱찬, 류진아, 이주민, 김보영, … 김은정. (2018). 사회서비스 종합대책 수립지원 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

관계부처 합동. (2020a). 제1차 청년정책 기본계획. 세종: 관계부처합동.

관계부처 합동. (2020b). 1인 가구 중장기 정책방향 및 대응방안. 세종: 관계부처 합동.

관계부처 합동. (2021). 청년세대 격차해소와 미래도약 지원을 위한 청년특별대책. 세종: 관계부처합동.

국민건강보험공단. (2020). 2019년 노인장기요양보험통계연보. 강원: 국민건강보험공단.

김윤수, 김진학, 최현수, 지규원, 강현옥, 정명재, 유명호. (2019). 청년사회서비스 사업단 성과관리 방안 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건복지인력개발원.

김은지, 김소영, 선보영, 성경, 양난주, 김수정, 김혜영. (2017). 지속가능한 돌봄 정책 재정립방안 연구(Ⅰ): 여성, 가족 관점의 진단과 정책과제. 서울: 한국여성정책연구원.

김지경, 변금선, 전국청년정책네트워크. (2019). 포용국가 실현을 위한 청년정책 개선 방안. 세종: 한국청소년정책연구원.

김회성, 함영진, 임덕영, 어유경, 손호성, 엄태영, … 홍민지. (2020). 사회보장 특별지원구역 모니터링 및 성과평가 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

노인장기요양보험 홈페이지. (2021). 장기요양인정절차. http://www.longtermcare.or.kr/npbs/index.jsp에서 2021. 8. 23, 인출.

박세경, 안수란, 어유경, 이정은, 이주민, 권정현, … 김형용. (2020). 생애주기별 사회서비스 확충 전략. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

박세경, 안수란, 이한나, 김유휘, 어유경, 이정은, … 최영준. (발간예정). 사회서비스 의제 발굴 및 정책전략의 재구조화 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

박종서, 이윤경, 오신휘, 황남희, 임지영, 강은나, … 이화준. (2020). 제4차 저출산·고령사회 기본계획 시안 마련 지원 연구. 세종: 저출산고령사회위원회, 한국보건사회연구원, 한국여성정책연구원.

변미리. (2021). 대도시 1인 가구 현황과 지원 정책. 미래 사회서비스 일자리 발굴을 위한 보건복지포럼(1차) 발표자료. 세종: 한국보건사회연구원.

보건복지부, 한국보건사회연구원. (2020). 통계로 보는 사회보장 2020. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

보건복지부. (2015). 보건복지 70년사: 가난의 시대에서 복지사회로. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2019). 2019 보육통계. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2019.12.31.). 오늘부터 「노인맞춤돌봄서비스」를 시작합니다. 보건복지부 보도자료. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=352174에서 2021.9. 28. 인출.

보건복지부. (2021a). 2021 지역사회서비스 투자사업 안내. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2021b). 청년심리지원서비스 현황. 내부자료.

사회보장기본법, 법률 제18215호 (2021).

사회보장위원회 홈페이지. (2021). 협의제도 접수안건 현황. https://www.ssc.go.kr/menu/after/after080201.do에서 2021. 6. 17. 인출.

사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률, 법률 제18467호 (2021).

신규수, 부가청, 김길숙, 최효미, 안현미, 오혜인. (2019). 어린이집 종사자 처우 개선의 고용효과. 세종: 한국노동연구원.

아이돌봄서비스 홈페이지. (2021). 아이돌봄 사업 현황. https://www.idolbom.go.kr/front/upc/comm/htmlInfo.do?SEQ=16&L_MENU_CD=020102&H_MENU_CD=0201&SITE_ID=FRONT&MENU_SITE_ID=FRONT에서 2021. 9. 28. 인출

안수란, 강혜규, 전진아, 유재언, 하태정, 김혜승, … 송나경. (2018). 범부처 사회서비스 보장체계 구축방안 연구-보장성 분석을 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.

안수란, 김동진, 김은정, 오욱찬, 어유경, 이상정, … 노법래. (2021). 미래 사회서비스 일자리 발굴 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

안수란, 김회성, 김준표, 이영글, 김진희. (2018). 지역사회서비스 투자사업 구조조정 합리화 방안 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

안수란, 하태정, 어유경, 김가희, 김보영, 박세경, … 전용호. (2020). 2020년도 지역자율형 사회서비스 투자사업 시·도 성과평가. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

안수란. (2019). 지방자치단체 청년 고용 사업의 현황과 쟁점. 보건복지포럼, 2019(11), 59-70. 세종: 한국보건사회연구원.

안주엽, 오선정. 강신혁 (2020). 노동시장 이중구조와 청년일자리(Ⅱ). 세종: 한국노동연구원.

양난주. (2020). 4세대 사회서비스 정책, 어디서 시작할 것인가? 사회서비스 정책의 목표를 다시 묻는다. 제3차 사회서비스 혁신포럼 발표자료(2020.11. 13.).

이재원. (2012). 사회서비스 정책의 전개과정과 정책과제. 지방정부연구, 15(4). 333-359.

이희현. (2020). 방과후돌봄 현황과 과제. 문화정책네트워크 세미나(2020.9. 25). 발표자료.

조성은, 이방현, 고경환, 김수진, 김회성, 안수란, …김재현. (2019). 한국 사회보장제도의 역사적 변화과정과 미래 발전 방향. 세종: 한국보건사회연구원.

최원형. (2020. 12. 29.). 학부모 72% 초등돌봄 선호…“수업 전후에도 해 줬으면”. 한겨레. https://www.hani.co.kr/arti/society/schooling/976458.html에서 2021. 7. 23. 인출.

통계청. (2021a). KOSIS 국가통계포털, 국내통계, 장래추계인구[데이터파일]. https://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?vwcd=MT_ZTITLE&menuId=M_01_01&outLink=Y&entrType=#content-group에서 2021. 6. 17. 인출.

통계청. (2021b). 지방자치단체 사회복지분야 예산 비중. https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2860에서 2021. 8. 2. 인출.

함영진, 권영지. (2020). 지방자치단체 사회보장사업 신설·변경 협의 동향 및 과제. 보건복지 이슈앤포커스 제371호. 세종: 한국보건사회연구원.

함영진, 김회성, 안수란, 김선, 권영빈, 이영글, … 추병주. (2018). 사회서비스 지역격차 파악 및 해소방안 연구. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

홍두나. (2021). 청년사회서비스 확충과 일자리 전망. 미래 사회서비스 일자리 발굴을 위한 보건복지포럼(3차) 발표자료. 세종: 한국보건사회연구원.

황경란, 박지환. (2019). 경기도 중장년 지원 계획 수립 연구. 경기복지재단.

황남희, 김경래, 이아영, 임정미, 박신아, 김민희. (2019). 신중년의 안정적 노후 정착 지원을 위한 생활실태조사. 세종: 한국보건사회연구원.

〈제13장〉

이윤경, 변수정, 김은정, 진화영, 주보혜, 남궁은하, 김주현, 정윤경. (2020). 저출산·고령사회 대응 국민 인식 및 가치관 심층조사. 세종: 한국보건사회연구원.

〈제14장〉

陈卫, & 孟向京. (1999). 中国生育率下降与计划生育政策效果评估. 人口学刊, 3.

段成荣, 吕利丹, & 邹湘江. (2013). 当前我国流动人口面临的主要问题和对策—基于 2010 年第六次全国人口普查数据的分析. 人口研究, 37(2), 17-24.

封铁英, & 高 鑫. (2020). 路径依赖与路径创造:中国养老保险制度变迁逻辑. 经济社会体制比较研究, 第5期.

高庆波. (2021). 多层次养老保险制度发展不平衡探析: 约束与选择. 华中科技大学学报: 社会科学版, 第3期.

国家统计局. (2001). 第五次全国人口普查公报. Retrieved September 1, 2021, from http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/.

国家统计局. (2011). 第六次全国人口普查公报. Retrieved September 1, 2021, from http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/.

国家统计局. (2021). 第七次全国人口普查公报. Retrieved September 1, 2021, from http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/.

国家统计局. (2018). 中国人口与就业统计年鉴2017.

国家统计局. (n.d.). 2000年第五次人口普查资料. Retrived September 1, 2021, from http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/5rp/index.htm.

国家统计局. (n.d.). 2008-2020年 全国农民工监测调查报告. Retrived September 1, 2021, from http://www.stats.gov.cn/xxgk/sjfb/zxfb2020/202104/t20210430_1816937.html.

国家统计局. (n.d.). 2010年第六次人口普查资料. Retrived September 1, 2021, from http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/6rp/indexch.htm.

郭金龙, 朱晶晶, & 刘亚萍. (2021). 我国第三支柱养老保险的发展研究, 金融时报-中国金融新闻网, 2021-04-26. Retrieved September 1, 2021, from https://www.financialnews.com.cn/ll/xs/202104/t20210426_217295.html.

郭志刚. (2011). 六普结果表明以往人口估计和预测严重失误. 中国人口科学, 第6期.

郭志刚, 刘金塘, & 宋健. (2004). 我国现行生育政策与'四二一'家庭, 见风笑天主编. 中国独生子女: 从"小皇帝"到"新公民". 北京: 知识出版社.

贾玉娇. (2019). 养老保险全国统筹的复杂性分析转向与框架. 华中科技大学学报(社会科学版), 第1期.

计迎春, & 郑真真. (2018). 社会性别和发展视角下的中国低生育率. 中国社会科学, 第8期.

靳永爱. (2014). 低生育率陷阱：理论,事实与启示. 人口研究, 第38卷第1期.

李薇, & 丁建定. (2014). 中国居家养老服务的发展状况研究. 当代中国史研究, 第1期.

李学举. (2008). 民政 30 年. 中国社会出版社.

刘阳阳, 黄颖烽, & 秦良玉. (2018). 广州市机构养老供给能力的现状与问题. 中国医学伦理学, 第5期.

刘爽, & 王平. (2015). 对'单独二孩'政策新的认识与思考. 人口研究, 第2 期.

刘喜堂. (2010). 建国 60 年来我国社会救助发展历程与制度变迁. 华中师范大学学报(人文社会科学版), 第4期.

马春华. (2013). 欧美和东亚的家庭政策：回顾与评述.

马志锰. (2018). 我国机构养老文献综述. 武汉船舶技术学院学报, 第4期.

民政部. (n.d.). 〈民政事业发展统计报告〉, Retrieved September 1, 2021, from https://www.mca.gov.cn/. 2021.9.1.

彭希哲, & 胡湛. (2015). 当代中国家庭变迁与家庭政策重构. 中国社会科学, (12), 113-132.

钱宁. (2015). 中国社区养老的政策分析. 学海, 第1期.

人民日报. (2021. 8. 13.). 长期护理保险制度已试点5年 参保人数达1.34亿人. Retrieved September 1, 2021, from https://news.sina.com.cn/gov/2021-08-13/doc-ikqciyzm1175395.shtml.

人社部. (2021). 2001-2021 人力资源和社会保障事业发展统计公报.

盛亦男. (2013). 中国流动人口家庭化迁居. 人口研究, 第4期.

王广州, & 王军. (2019). 中国人口发展的新形势与新变化研究. 社会发展研究, 第1期.

王广州, 周玉娇, & 张楠. (2018). 低生育陷阱: 中国当前的低生育风险及未来人口形势判断. 青年探索, 第5期.

王国军. (2021. 5. 12.). 个税递延型养老保险的第二次破局. 金融时报-中国金融新闻网. Retrieved September 1, 2021, from https://www.financialnews.com.cn/bx/zc/202105/t20210512_218442.html.

王跃生. (2013). 中国城乡家庭结构变动分析 —— 基于2010年人口普查数据. 中国社会科学, 第12期.

吴帆. (2012). 第二次人口转变背景下的中国家庭变迁及政策思考. 广东社会科学, 第2期.

吴帆. (2016). 欧洲家庭政策与生育率变化—兼论中国低生育率陷阱的风险. 社会学研究, 第1期.

吴帆, & 林川. (2013). 欧洲第二次人口转变理论及其对中国的启示. 南开学报: 哲学社会科学版, 第6期.

新华网. (2020. 7. 6.). 保费收入和参保人数远低于市场预期—税延养老险为何叫好不叫座". =经济日报. Retrieved September 1, 2021, from http://www.xinhuanet.com/2020-07/06/c_1126199314.htm.

徐俊, & 风笑天. (2011). 我国第一代独生子女家庭的养老问题研究. 人口与经济, 第5期.

杨菊华, & 陈传波. (2013). 流动家庭的现状与特征分析. 人口学刊, 第5期.

杨菊华, 王苏苏, & 杜声红. (2018). 中国长期照护保险制度的地区比较与思考. 中国卫生政策研究, 第11期.

杨团. (2016). 中国长期照护的政策选择. 中国社会科学, 第11期.

於嘉, & 谢宇. (2019). 中国的第二次人口转变. 人口研究, 第5期.

于建明. (2019). 以新举措'突围'老问题. 中国社会保障, 第11期.

于建明. (2020). 政策视角下新中国养老服务体系发展历程. 社会政策研究, 第3期.

张瑾. (2020). 我国长期护理保险制度试点成效, 问题和建议. 中国国际经济交流中心. Retrieved September 1, 2021, from http://www.cciee.org.cn/Detail.aspx?newsId=18290&TId=685.

张翼. (2013). 中国家庭变迁: 特征, 问题和对策. 见唐灿和张健主编的 "家庭问题与政府责任: 促进家庭发展的国内外比较研究". 社科文献出版社.

翟振武, & 陈卫. (2007). 1990 年代中国生育水平研究. 人口研究, 第1期.

郑功成. (2008). 从国家一单位保障制走向国家一社会保障制—30 年来中国社会保障改革与制度变迁. 社会保障研究, . 第2期.

郑真真. (2021). 生育转变的多重推动力: 从亚洲看中国. 中国社会科学, 第3期.

周皓. (2004). 中国人口迁移的家庭化趋势及影响因素分析. 人口研究, 第6期.

老年人权益保障法. (2021). 老年人权益保障法. Retrived September 1, 2021, from http://www.gov.cn/flfg/2012-12/28/content_2305570.htm.

中国人力资源和社会保障部. (n.d.). 《人力资源和社会保障事业发展统计公报》. Retrived September 1, 2021 from http://www.mohrss.gov.cn/.

北京民政局. (n.d.). Retrived September 1, 2021 from http://mzj.beijing.gov.cn/col/col367/index.html.

Lesthaeghe, R., & Van De Kaa, D. (1986). "Twee Demografische Transities?" In Lesthaeghe, Ron & Dirk J. Van De Kaa, (ed.). Bevolking: Groei en Krimp(pp. 9-24), Deventer: Van Loghum Slaterus.

United Nations. (2021). "World Population Prospects 2019". Department of Economic and Social Affairs. Population Dynamics.

World Bank Indicators. (2021). Retrived September 30, 2021, from https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=CN.

〈제15장〉

Caldwell, J. C., Caldwell, P., & Mcdonald, P. (2002). Policy responses to low fertility and its consequences: a global survey. Journal of Population Research, 19(1), 1-24.

Council for Economic Planning and Development(CEPD). (2018). Population Projections for the Republic of China: 2018-2065(in Chinese).

Keyfitz, N., & Caswell, H. (2005). Applied mathematical demography (Vol. 47). New York: Springer.

Kohler, H. P., Billari, F. C., & Ortega, J. A. (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. Population and development review, 28(4), 641-680.

Lee, R. D. (1994). The formal demography of population aging, transfers, and the economic life cycle.In Martin, L. G., & Preston, S. H.(eds.). Demo graphy of Aging(pp. 8-49), Washington, D. C: National Academy Press.

McDonald, P. (2000). Gender equity in theories of fertility transition. Population and development review, 26(3), 427-439.

National Institute of Population and Social Security Research(IPSS). (2014). Social Security in Japan 2014.

National Institute of Population and Social Security Research(IPSS). (2018). Population Projections for Japan: 2016-2065(in Japanese).

National Institute of Population and Social Security Research(IPSS). (2020). Financial Statistics of Social Security in Japan 2018. https: //www.ipss.go.jp/ss-cost/e/fsss-18/fsss-18.asp에서 2021.5.30. 인출.

OECD. (2021a). OECD Family Database. CO1.2 Life expectancy at birth. https://www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021.6.30. 인출.

OECD. (2021b). OECD Family Database. SF2.1 Fertility rates. https:// www.oecd.org/els/family/database.htm에서 2021.6.30. 인출.

OECD. (2021c). OECD Social Expenditure Database. https://www.oecd. org/social/expenditure.htm에서 2021. 6. 30. 인출.

OECD. (2021d). Poverty rate. https://data.oecd.org/inequality/poverty -rate.htm에서 2021. 6. 30. 인출.

OECD. (2021e). Unemployment rate. https://data.oecd.org/unemp/un employment-rate.htm에서 2021. 6. 30. 인출.

Reher, D. S. (1998). Family ties in Western Europe: persistent contrasts. Population and development review, 203-234.

Statistics Korea. (2019). Population Projections for the Republic of Korea: 2017-2067(in Korean).

Suzuki, T. (2013). Low Fertility and Population Aging in Japan and Eastern Asia. Springer Tokyo.

Suzuki, T. (2021). Population Aging, Labor Force Participation, and Family Structure in the Republic of Korea. In Employment, Retirement and Lifestyle in Aging East Asia(pp. 241-256). Palgrave Macmillan, Singapore.

Takezawa, J. (2016). Shakai hosho hiyo-no doko. In National Institute of Population and Social Security Research(ed.). Shakai Hosho Hiyo Tokei-no Riron-to Bunseki, Keio University Press(pp. 63-71) (in Japanese).

United Nations Population Division. (2019). World Population Prospects 2019. https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/에서 2021. 6. 30. 인출.

Van de Kaa, D. J. (1987). Europe's second demographic transition. Population bulletin, 42(1), 1-59.

〈제16장〉

Barclay, G. W. (1954). Colonial Development and Population in Taiwan. Princeton: Princeton University Press.

Bongaarts, J., & Feeney, G. (1998). On the quantum and tempo of fertility. Population and Development Review, 24(2), 271-291.

Casterline, J. B. (2003). Demographic Transition. In P. Demeny and G. McNicoll(eds.). Encyclopedia of Population. (Vol. 1, pp. 210-216). Michigan: Thomson & Gale.

Chan, H. S. (2013). Taiwan's Social Security Annuity Reform. In National Policy Foundation (ed.), Taiwan Development Perspectives 2013 (pp. 85-89). Taipei: National Policy Foundation.

Chang, M. C. (2003). Demographic Transition in Taiwan. Journal of Population and Social Security, Supplement, 1, 611-628.

Chang, Y. F., & Ku, Y. W. (2014). Challenges for the Developmental Welfare Regime in Taiwan: From Authoritarianism to Democratic Governance. In Mok, K. H., & Lau, M. K. (eds.). Managing Social Change and Social Policy in Greater China: Welfare Regime in Transition(pp. 70-95), London: Routledge.

Chen, C. F., & Fu, T. H. (2020). Policies and Transformation of Long-Term Care System in Taiwan. Annals of Geriatric Medicine and Research, 24(3), 187-194.

Chen, K. (1987). On the Change of Household Composition in Taiwan. Chinese Journal of Sociology, 11, 173-183.

Control Yuan. (2020). A Preliminary Study on the Implementation of Ten-Year Long-Term Care Plan,2.0. Taipei: Control Yuan. (in Chinese)

Department of Health (DOH). (2004). The Second Generation National Health Insurance Planning. Taipei: Department of Health (in Chinese).

Department of Health (DOH). (2007). The Ten-Year Long-term Care Plan. Taipei: Department of Health (in Chinese).

Directorate General of Budget, Accounting and Statistics (DGBAS). (2019). The bulletin of National Information, No.152. Aug. 14, 2019. DGBAS. (in Chinese).

Directorate General of Budget, Accounting and Statistics (DGBAS). (2020). The 2019 Social Protection Expenditure. Taipei: DGBAS (in Chinese).

Directorate General of Budget, Accounting and Statistics (DGBAS). (2021a). National Statistics - Employment and Unemployment (in Chinese).

Retrieved Sept. 1, 2021 from https://www.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=37135&ctNode=517&mp=4.

Directorate General of Budget, Accounting and Statistics (DGBAS). (2021b). National Statistics - Housing Conditions. (in Chinese). Retrieved Sept. 1, 2021 from https://statdb.dgbas. gov.tw/pxweb/Dialog/viewplus.asp?ma=FF0008A1A&ti=%AEa%AEx%A6%ED%A6v%AA%AC%AAp%20%20-%A6~&path=../PXfile/HouseholdFinances/&lang=9&strList=L.

Health Promotion Administration. (2020). 2020 Health Promotion Administration Annua Report. Taipei: HPA.

Hsu, H. C., Liang, J., Luh, D. L., Chen, C. F., & Lin, L. J. (2019). Constructing Taiwan's active aging index and applications for international comparison. Social Indicators Research, 146(3), 727-756.

Hsueh, C. T. (2016). Taiwanese Population Quake. Taipei: Tien-Hsia Publisher. (in Chinese).

Kohler, H. P., Billari, F. C., & Ortega, J. A. (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. Population and development review, 28(4), 641-680.

Ku, Y. W., & Hsueh, C. T. (2016). Social Welfare. In G. Schubert(ed.), Routledge Handbook of Contemporary Taiwan(pp. 342-358), London: Routledge.

Lee, M. (2009). Transition to Below Replacement Fertility and Policy Response in Taiwan. The Japanese Journal of Population, 7(1), 71-86.

Lee, Y. C., Huang, Y. T., Tsai, Y. W., Huang, S. M., Kuo, K. N., McKee, M., & Nolte, E. (2010). The impact of universal National Health Insurance on population health: the experience of Taiwan. BMC health services research, 10(1), 1-8.

Lee Y. C., Lin, L. C, Wu, S. C., Cheng, W. W., Fu, L. Y., & Long-term Care Preparatory Office of Department of Health. (2013). Planning and Prospective of National Long-Term Care Insurance System. Community Development Quarterly, 141, 26-44(In Chinese).

Lee Y. C. (2020). Global Budget Payment System Reform in Taiwan. I n Hu, T. W., Chiang, T. L., Cheng, S. H. (eds.), Health Care Polic y in East Asia: A World Scientific Reference. 4. Health Care Syste m Reform and Policy Research in Taiwan(pp 119-131). Singapor e: World Scientific Publishing.

Lee, Y. J., & Ku, Y. W. (2007). East Asian Welfare Regimes: Testing the Hypothesis of the Developmental Welfare State. Social Policy & Administration, 41 (2), 197-212.

Lee, Y. J., & Ku, Y. W. (2017). The Taiwanese Welfare State System: With Special Reference to Its Universal Health Insurance System. In Aspalter, C. (ed.), The Routledge International Handbook to Welfare State Systems(pp. 433-450), London: Routledge.

Liu, Y., & Wang, T. M. (2005). An Analysis of the TFR in Taiwan: Changes of the CFR and the Tempo Effect. Taiwanese Population Study, 30, 97-123.

Lutz, W., Skirbekk, V., & Testa, M. R. (2006). The Low-fertility Trap Hypothesis: Forces That May Lead to Further Postponement and Fewer Births in Europe. Vienna Yearbook of Population Research, 2006, 167-192.

McDonald, P. (2006). Low Fertility and the State: The Efficacy of Policy. Population and Development Review, 32(3), 485-510.

Ministry of Education (MOE). (2021). Educational Statistics, R.O.C. (Taiwan). MOE (In Chinese). Retrieved Sept. 1, 2021 from https://stats.moe.gov.tw/files/ebook/Education_ Statistics/110/110edu_EXCEL.htm.

Ministry of Finance. (2021). Finance Statistics 2020. Taipei: Ministry of Finance (In Chinese).

Ministry of Health and Welfare (MOHW). (2016a). Final Report for the Planning for Long-Term Care Insurance.Taipei: MOHW. (In Chinese).

Ministry of Health and Welfare (MOHW). (2016b). Ten-Year Long-Term Care Plan, 2.0. MOHW. (In Chinese).

Ministry of Health and Welfare (MOHW). (2018). Strengthening Social Safety Net Plan. MOHW. (In Chinese).

Ministry of Health and Welfare (MOHW). (2021a). Medical Care Act. Legal and Regulation Database of Republic of China.

Ministry of Health and Welfare (MOHW). (2021b). National Health Insurance Act. Legal and Regulation Database of Republic of China.

Ministry of Health and Welfare (MOHW). (2021c). Long-Term Care Services Act. Legal and Regulation Database of Republic of China.

Ministry of Health and Welfare (MOHW). (2021d). Statistics of Long-term care resources and utilization for LTCP 2.0 by cities/counties. (in Chinese). Retrieved August 18, 2020 from https://1966.gov.tw/LTC/cp-3948-41555-201.html.

Ministry of Interior (MOI). (2021a). Yearly Population Statistics. Dept. of Household Registration, MOI (In Chinese). Retrieved Sept. 1, 2021 from https://www.ris.gov.tw/app/portal/346).

Ministry of Interior (MOI). (2021b). Monthly Bulletin of Interior Statistics. Dept. of Statistics, MOI (In Chinese). Retrieved Sept. 1, 2021 from https://ws.moi.gov.tw/001/Upload/400/relfile /0/4413/79c158fd-d51f-4061-b24b-fbcdb0fb92d9/month/month.html.

Ministry of Interior (MOI). (2021c). Statistical Year BooK. Dept. of Statistics, MOI (In Chinese). Retrieved Sept. 1, 2021 from

https://ws.moi.gov.tw/001/Upload/400/relfile/0/4405/48349492-6f8c-453b-a9d1-4a8f0593b979/year/year.html.

Ministry of Interior (MOI). (2021d). The 16th Week Bulletin of Interior Statistics, MOI (In Chinese). Retrieved Sept. 1, 2021 from https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=13331.

Ministry of Labor (2021). Year Report of Labor Statistics, 2020. Ministry of Labor (in Chinese).

National Development Council (NDC). (2020). 2020-2065 Population Projection. Taipei: National Development Council. (in Chinese).

National Health Insurance Administration. (2020). Annual Report of National Health Insurance. Taipei: NHIA.

OECD. (2019). OECD health statistics. Retrieved Sept. 1, 2021 from https://www.oecd.org/.

Social and Family Affairs Administration (SFAA). (2021a). Family Policy. SFAA. (In Chinese).

Social and Family Affairs Administration (SFAA). (2021b). List of Community Care Centers (In Chinese). Retrieved Sept. 1, 2021 from https://ccare.sfaa.gov.tw/eCareCommunity/OpenReport/InstitutionReport#no-back-button.

Suzuki, T. (2003). Lowest-low Fertility in Korea and Japan. Journal of Population Problems, 59(3), 1-16.

WHO. (2007). The WHO Age-friendly Cities: A Guide. Geneva: WHO.

WHO. (2015). The World Report on Ageing and Health. Geneva: WHO.

WHO. (2021). WHO fact sheet-Noncommunicable diseases. Retrieved Sept. 1, 2021 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

Wu, J. C. L., & Chiang, T. (2011). Toward an explanation of rapidly declining trends in infant mortality in Taiwan. Int J Child Adolesc

Health, 4, 17-30.

Yang, C. C., Hsueh, J. Y., & Wei, C. Y. (2020). Current status of long-term care in Taiwan: transition of long-term care plan from 1.0 to 2.0. International Journal of Health Policy and Management, 9(8), 363-364.

Yang, C. L. (2004). Fertility implication and estimate of cohabitation in Taiwan. Taiwanese Journal of Sociology, 32, 189-213. (In Chinese).

Yeh, C. Y., & Ku, Y. W. (2017). From Productivist Welfare States to Social Investment Welfare State: Comparing Taiwan and Korea. Social Policy and Social Work, 21 (1), 97-147. (In Chinese).

Yip, W. C., Lee, Y. C., Tsai, S. L., & Chen, B. (2019). Managing Health Expenditure Inflation under a Single-payer System: Taiwan's National Health Insurance. Social Science & Medicine, 233, 272-280.

〈제17장〉

Amornpradubkul, N., Satchanawakul, N., & Theunklin, P. (2020). Housing Policy for an Ageing Population: History and Lessons from the Selected International Good Practices. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai). Retrieved September 1, 2021, from https://ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-617.pdf.

Brustad, O. D. (2011). Thailand: Pension System Overview and Reform Directions. In Park, D. (ed.), Pension systems and old-age income support in East and Southeast Asia: Overview and reform directions (pp. 176-202). Routledge.

College of Population Studies, Chulalongkorn University & Department of Older Persons. (2017). Report on Monitoring and Evaluation of the 2nd National Plan on Older Persons (2002-2021) Phase 3 (2012-2016). (in Thai).

Department of Health. (2020). Annual Report 2019 Department of Health. Ministry of Public Health. (in Thai).

Department of Older Persons. (2017a). Thailand Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA), 2002-2016. Ministry of Social Development and Human Security.

Department of Older Persons. (2017b). Study Project on the Service Models for Housing an Ageing Population. (in Thai).

Department of Older Persons. (2019). Driving Measures of the National Agenda on Ageing Society (Revised Edition). Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai). Retrieved September 1, 2021, from http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1551432930-155_0.pdf.

Department of Older Persons. (2021). History of the Department of Older Persons. (in Thai).

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2020). Situation of the Thai Older Persons 2019. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2021). Situation of the Thai Older Persons 2020. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Government Gazette. (2002). National Health Security Act, B.E. 2545 (2002).

Government Gazette. (2015). Social Security Act (No. 4), B.E.2558 (2015).

Government Gazette. (2017). Older Persons Act B.E. 2546 (No. 3) B.E. 2560. Retrieved September 1, 2021, from http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/131/36.PDF

Government Gazette. (2018). Thailand National Strategy (2018-2037).

Institute of Geriatric Medicine. (2021). History. Institute of Geriatric Medicine. (in Thai).

Jitapunkul, S., & Wivatvanit, S. (2008). National Policies and Programs for the Aging Population in Thailand. Ageing International, 33(1-4), 62-74. https://doi.org/10.1007/s12126-009-9027-6.

Khodel, J., Chayovan, N., Graisurapong, S., & Suraratdecha, C. (2000). Ageing in Thailand: An Overview of Formal and Informal Support. In D. R. Phillips (Ed.), Ageing in the Asia-Pacific region: Issues, policies and future trends (pp. 243-266). Routledge. http://site.ebrary.com/id/10096597.

Ministry of Finance. (2021). The Number of Older Persons Received the State Welfare Cards, 2020. (in Thai).

National Committee on Older Persons. (2010). The 2nd National Plan on Older Persons (2002-2021) 1st Revised of 2009. Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai).

National Health Security Office. (2020). Long-term Care for Dependent Elderly in the National Health Security System.

National Health Security Office. (2021). NHSO Annual Report 2020.

National Savings Fund. (2021). History of the National Savings Fund. (in Thai).

National Statistical Office. (2018). Report on the 2017 Survey of the Older Persons in Thailand. Ministry of Digital Economy and Society.

National Statistical Office. (2019). Household Socio-Economic Survey 2018. Ministry of Digital Economy and Society.

National Statistical Office. (2021). Demographic Statistics: Total Fertility Rate 2010-2021. Ministry of Digital Economy and Society. Retrieved September 1, 2021, from http://statbbi.nso.go.th/staticreport/Page/sector/TH/report/sector_01_11211_TH_.xlsx.

Office of Registration Administration, Department of Provincial Administration. (2020). Population Statistics from the Civil Registration, 2020.

Office of the Council of State. (1997). Constitution of the Kingdom of Thailand, B.E. 2540 (1997).

Office of the Council of State. (2002). Reorganisation of Ministry, Sub-Ministry and Department Act, B.E. 2545 (2002).

Office of the National Economic and Social Development Council (NESDC). (2019). Report of the Population Projections for Thailand 2010-2040 (Revision). Retrieved September 1, 2021, from http://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%93%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2%20%E0%B8%9E%E0%B8%A8%202553%20-%202583%20(%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A_2315.pdf

Office of the Securities and Exchange Commission. (2021). The Number of Provident Funds, Net Asset Value, Number of Members and Number of Employers. Open Government Data of Thailand. Retrieved September 1, 2021, from https://data.go.th/dataset/pvd_th-csv.

Phulkerd, S., & Satchanawakul, N. (2020). Housing an Ageing Population in Thailand: Ideas, Development and Policy Perspectives. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai). Retrieved September 1, 2021, from https://ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-616.pdf.

Prasartkul, P. (2020). When "Million-Birth Cohort' Becoming the Elderly. This Article was Presented to the Meeting of the Royal Society (School of Thammasat and Politics) on June 10, 2020.

Prasartkul, P., & Satchanawakul, N. (2021). The Essential of Ageing in Place in Thailand. Thammasat Journal, 40, 123. https://doi.org/10.14456/TUJOURNAL.2021.10

Siripanich, B., Tirapat, C., Singhakachin, M., Panichacheewa, P., & Pradabmuk, P. (1996). The Senior Citizen Clubs: A Study of the Appropriate Model. Vinyan Printing.

Social Security Office. (2021). Social Security Fund Statistics.

Spicker, P. (2014). Social policy: Theory and Practice (3rd Revised edition). Policy Press.

Srithamrongsawat, S., Suriyawongpaisal, P., Kasemsup, V., Aekplakorn, W., & Leerapan, B. (2018). Research to Develop a Long-term Care System for Older People with Dependency under the National Health Security System. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health Systems Development in Thailand: A Solid Platform for Successful Implementation of Universal Health Coverage. The Lancet, 391(10126), 1205–1223. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3.

Thai Post. (2021.3.30.). Green Light by the Cabinet to Set up a National Pension Fund to Support Ageing Society. (in Thai). Retrieved September 1, 2021, from https://www.thaipost.net/main/detail/97791.

Thai Post. (2021.9.2.). Older Persons Holding A Welfare Card Pending to Receive the Subsistence Allowance. (in Thai). Retrieved September 1, 2021, from https://www.thaipost.net/main/detail/115377.

The Cabinet. (2016). Cabinet Resolution: Four Measures to Support Ageing Society.

The Cabinet. (2018). Cabinet Resolution: Driving Measures of the National Agenda on Ageing Society.

UNESCAP. (Ed.). (1999). Macau Plan of Action on Ageing for Asia and the Pacific. United Nations.

UNFPA Thailand. (Ed.). (2011). Impact of demographic change in Thailand. United Nations Population Fund Country Office in Thailand.

United Nations. (1992). Proclamation on Ageing: Resolution/Adopted by the General Assembly. 47th sess.: 1992-1993. Retrieved September 1, 2021, from https://digitallibrary.un.org/record/155060/files/A_RES_47_5-AR.pdf.

United Nations. (2002). Madrid International Plan of Action on Ageing. Retrieved September 1, 2021, from https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html.

United Nations. (2019). World Population Prospects 2019 (Online Edition. Rev. 1). United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Retrieved September 1, 2021, from from https://population.un.org/wpp/.

United Nations ESCAP. (2017). Addressing the Challenges of Population Ageing in Asia and the Pacific: Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing. Retrieved September 1, 2021, from https://www.unescap.org/publications/addressing-challenges-population-ageing-asia-and-pacific-implementation-madrid.

World Bank Group. (2016). Closing the Health Gaps for the Elderly: Promoting Health Equity and Social Inclusion in Thailand. World Bank. Retrieved September 1, 2021, from https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/24083.

〈제18장〉

Agency for Integrated Care. (AIC). (n.d). Homepage. Retrieved September 2, 2021, from https://www.aic.sg/#.

Ang, B.L. (2017). Singapore's many helping hands. In Soon, C., & Koh, G.(eds.), Civil society and the state in Singapore(pp. 135-152). Singapore: World Scientific.

Au-Yong, R. (2018. 4. 14.). Larger 3Gen HDB flats for multi-generation families popular, with 8 in 10 units booked. The Straits Times. Retrieved August 1, 2021, from https://www.straitstimes.com/singapore/housing/larger-3gen-hdb-flats-for-multi-generation-families-popular-with-8-in-10-units.

Bahrampour, T. (2015. 11. 2.). What Singapore's plan for an aging population can teach the United States. Washington Post. Retrieved August 1, 2021, from https://www.washingtonpost.com/local/social-issues/what-singapores-plan-for-an-aging-population-can-teach-

the-us/2015/11/01/f86e9596-7f42-11e5-b575-d8dcfedb4ea1_story.html.

Canedo-Garcia, A., Garcia-Sanchez, J. N., & Pacheco-Sanz, D. I. (2017). A systematic review of the effectiveness of intergenerational programs. Frontiers in Psychology, 8, 1882.

Central Provident Fund Board. (2021). Retrieved August 1, 2021, from https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/healthcare/medisave.

Chan, A., Østbye, T., Malhotra, R. & Hu, A. J., (2012). The Survey on Informal Caregiving, Singapore: Ministry of Community Development, Youth and Sports.

Chan, A & Yap, M.T. (2009). Baby Boomer Survey. Retrieved August 1, 2021, from https://www.nas.gov.sg/archivesonline/data/pdfdoc/20090116004/baby_boomer_survey_7jan09.pdf

Chan, R. (2012). PM wishes he had stressed population woes sooner. Straits Times, 27.

Chan, WC (2004). The duty to support an aged parent in Singapore. Pacific Rim Law and Policy Journal, 13(3), 547-578.

Chew, H.M. (2021. 4. 26.). Singapore's total fertility rate falls to historic low in 2020. Channel News Asia. Retrieved August 1, 2021, from https://www.channelnewsasia.com/news/singapore/singapore-total-fertility-rate-tfr-falls-historic-low-2020-baby-14288556.

Chin, C. W. W., & Phua, K. H. (2016). Long-term care policy: Singapore's experience. Journal of Aging & Social Policy, 28(2), 113-129.

Committee on Ageing Issues. (CAI). (2006). Report on the ageing population. Singapore: Ministry of Social and Family Development.

Council for Third Age. (2012). An intergenerational learning program in Singapore. Journal of Intergenerational Relationships, 10(1), 86-92.

Department of Statistics of Singapore. (2021a). Census of Population 2020 Statistical Release 1 Demographic Characteristics, Education, Language and Religion. Retrieved August 1, 2021, from https://www.singstat.gov.sg/-/media/files/publications/cop2020/sr1/cop2020sr1.pdf.

Department of Statistics of Singapore (2021b). Census of Population 2020 Statistical Release 2: Households, geographic distribution, transport and difficulty in Basic Activities.

Devaraj, S. (2020. 12. 18.). Employers to pay up to $3k more for new maids from Indonesia. The Straits Times. Retrieved August 1, 2021, from https://www.straitstimes.com/singapore/consumer/employers-to-pay-up-to-3k-more-for-new-maids-from-indonesia.

Eom, K., Perkunas, M.J., & Chan, A. (2017). Effect of caregiving relation ship and formal long-term care service use on caregiver well-being. In Geriatrics and Gerontology International, 17(10), 1714-1721.

Fong-Chong, A. (2003). Tampines 3-in-1 Family Centre, Singapore. Journal of Intergenerational Relationships, 1(1), 169-171.

Goh, L. G. (2015). Liveing Longer. In : Ageing in Singapore: The next 50 years. Singapore: Singapore Gerontological Society, pp. 6-11.

Government of Singapore. (1991). Singapore: The next lap. Singapore: Times Editions.

Government of Singapore. (2021). Retrieved August 1, 2021, from http://data.gov.sg.

Goy, P. (2017.3.27.). Inter-generational programme launched to spur interaction between children and the elderly. The Straits Times 27 March 2017. Accessed July 2, 2021. https://www.straitstimes.com/singapore/education/inter-generational-programme-launched-to-spur-interaction-between-children-and.

Ho, E., & Huang, S. (2018). Care Where you Are: Enabling Singaporeans to age well in the community. Singapore: Lien foundation.

Hopp, J. (2018). Council for Third Age in Singapore. Retrieved August 1, 2021, from https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/council-for-third-age-singapore/.

Housing and Development Board (HDB). (2020). Singapore's First Assisted Living Flats to be Launched in February 2021. Retrieved Septem ber 5, 2021, from https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/about-us/news-and-publications/press-releases/10122020-Singapores-First-Assisted-Living-Flats-to-be-Launched-in-February-2021.

HDB. (2021a). 2-room flexi flats. Retrieved July 30, 2021, from https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/new/eligibility/2room-flexi-flat.

HDB. (2021b). First timers. Retrieved July 30, 2021, from https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/new/schemes-and-grants/cpf-housing-grants-for-hdb-flats/firsttimer-applicants.

HDB. (2021c). Living with/near parents or child. Retrieved July 30, 2021, from https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/residential/buying-a-flat/resale/financing/cpf-housing-grants/living-with-near-parents-or-child.

HDB. (2021d). Retrieved July 30, 2021, from Priority schemes. https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/residential/buying-a-flat/new/eligibility/priority-schemes,

HDB. (2021e). Public Housing in Singapore: Residents' Profile, Housing Satisfaction and Preferences. HDB Sample Household Survey 2018. Singapore: Housing and Development Board.

Inter-Ministerial Committee on the Ageing Population (IMC). (1999). Report on the Ageing Population, Singapore: Ministry of Community

Development and Sports.

IRAS. (2021a). Grandparent caregiver relief. Retrieved July 30, 2021, from https://www.iras.gov.sg/IRASHome/Individuals/Locals/Working-Out-Your-Taxes/Deductions-for-Individuals/Grandparent-Caregiver-Relief/.

IRAS. (2021b). Parent relief/Handicapped parent relief. Retrieved July 30, 2021, from https://www.iras.gov.sg/irashome/individuals/locals/working-out-your-taxes/deductions-for-individuals/parent-relief-/-handicapped-parent-relief/.

Johnson, K. J., & Mutchler, J. E. (2014). The emergence of a positive gerontology: From disengagement to social involvement. In The Gerontologist, 54(1), 93-100.

Katz, S., & Kalasanti, T. (2015). Critical Perspectives on Successful Aging: Does It "Appeal More Than It Illuminates"?. In The Gerontologist, 55(1), 26-33.

Kose, S., & Nakaohji, M. (1988). Housing Old Persons: Past, Present and Future Policy Development by Japan's Ministry of Construction. Seminar presented at the Report of the Third International Expert Seminar on Building Non-Handicapping Environments: Accessibility Issues in Developing Countries, Tokyo, 1988. Access on August 2, 2021, https://www.independentliving.org/cib/cibtokyo5.html.

Lai, L. (2021). 8 nursing homes set up in past 5 years, but institutionalizing elderly should be very last resort: Koh Poh Koon. The Straits Times, 3 August.

Lien Foundation. (2018). Long Term Care Manpower Study. Retrieved August 1, 2021, from http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/Long%20Term%20Care%20Manpower%20Study%20FINAL_0.pdf.

Lim, C. C. L., Low, C. L. T., Hia, S. B., Thang, L. L., & Thian, A. L. (2019). Generativity: Establishing and nurturing the next generation. Journal of Intergenerational Relationships, 17(3), 368-379.

Liu, G., Yap, P., Wong, G. H., Wei, H. X., & Hua, E. C. (2015). Day Care Centers for Seniors in Singapore: looking back and looking ahead. Journal of the American Medical Directors Association, 16(7), 630-e7.

Mathews, M., & Hwa, T. L. Y. (2014). Towards ageing well: aspirations, challenges and initiatives.

Mehta, K. K. (2006). A critical review of Singapore's policies aimed at supporting families caring for older members. Journal of Aging & Social Policy, 18(3-4), 43-57.

Mehta, K. K., & Vasoo, S. (2002). Organization and delivery of long-term care in Singapore: Present issues and future challenges. Journal of Aging & Social Policy, 13(2-3), 185-201.

Ministry of Community Developmenet and Sports. (2001). Eldercare Master Plan (FY2001 to FY2005). Singapore: Ministry of Community Development and Sports.

Ministry of Health. (1984). Report of the Committee on the Problems of the Aged, Singapore: Ministry of Health.

Ministry of Health. (2012). Better Health, Better Future for All., Singapore: Ministry of Health.

Ministry of Health. (2016). I feel Young in my Singapore: Action Plan for Successful Ageing, Singapore.

Ministry of Health. (2021a). About CareShield Life. Retrieved July 30, 2021, from https://www.careshieldlife.gov.sg/careshield-life/about-careshield-life.html

Ministry of Health. (2021b). About Eldershield. Retrieved July 30, 2021, from https://www.careshieldlife.gov.sg/eldershield/about-elders

hield.html

Ministry of Health. (2021c). Caregiver support. Retrieved July 30, 2021, from https://www.moh.gov.sg/caregiver-support.

Ministry of Health. (2021d). Introduction to the 3Ms. Retrieved July 30, 2021, from https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/resources-statistics/educational-resources/3m_updated_engwebver77d4b49ef2a145d7b242894738b8c835.pdf.

Ministry of Health. (2021e). Merdeka Generation Package. Retrieved July 30, 2021, from https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/merdeka-generation-package.

Ministry of Health. (2021f). Other Long-Term Care Financing Support. Retrieved July 30, 2021, from https://www.careshieldlife.gov.sg/long-term-care/other-long-term-care-financing-support.html.

Ministry of Health. (2021g). Pioneer Generation Package, Retrived July 30, 2021 from https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/pioneer-generation-package.

Ministry of Health. (2021h). Subsidies for government-funded intermediate long-term care services. Retrieved July 30, 2021, from https://www.moh.gov.sg/cost-financing/healthcare-schemes-subsidies/subsidies-for-government-funded-intermediate-long-term-care-services.

Ministry of Manpower. (2021). Retirement. Retrieved September 5, 2021, from https://www.mom.gov.sg/employment-practices/retirement.

Ministry of Social and Family Development. (2019). Families and households in Singapore, 2000 – 2017. Retrieved August 1, 2021, from https://www.msf.gov.sg/research-and-data/Research-and-Data-Series/Documents/Families%20and%20Households%20in%20Singapore%20-%20Statistics%20Series%202019%20%282000%20-%202017%29.pdf.

Ministry of Social and Family Development. (2021). Retrieved July 30, 2021, from https://www.msf.gov.sg/policies/Social-Service-Agencies/Pages/SSAs-funded-in-FY10-and-FY11.aspx.

National Council of Social Service. (2021). Retrieved July 30, 2021, from https://www.ncss.gov.sg.

National Population and Talent Division. (2012). Projection of foreign manpower demand for healthcare sector, construction workers and foreign domestic workers. Retrieved September 5, 2021, from https://www.strategygroup.gov.sg/media-centre/press-releases/projection-of-foreign-manpower-demand-for-healthcare-sector-construction-workers-and-foreign-domestic-workers.

Ng, C. (2021. 3. 6.). Budget debate: Raising of retirement, re-employment ages will go ahead as planned in 2022. The Straits Times. Retrieved August 1, 2021, from https://www.straitstimes.com/singapore/politics/budget-debate-raising-of-retirement-re-employment-ages-will-go-ahead-as-planned.

Phua, K.H., Chin, W., Loo, J. & Soontornwipart, P. (2019). Long-term Care. In Phua K.H, Goh L.G., & Yapi, M.T. (eds.). Ageing in Asia: Contemporary trends and policy issues(pp. 273-319). Singapore: World Scientific.

Robinson, H., MacDonald, B., & Broadbent, E. (2014). The role of healthcare robots for older people at home: A review. International Journal of Social Robotics, 6(4), 575-591.

Rozario, P. A., & Rosetti, A. L. (2012). "Many Helping Hands": A review and analysis of long-term care policies, programs, and practices in Singapore. Journal of gerontological social work, 55(7), 641-658.

Singapore Department of Statistics. (2021a). Births and fertility rates, annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=13273#.

Singapore Department of Statistics. (2021b). Death and death rates. Retrieved August 1, 2021, from https://tablebuilder.singstat.gov.sg/table/TS/M810481.

Singapore Department of Statistics. (2021c). Indicators on population, annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=14912.

Singapore Department of Statistics. (2021d). Life expectancy by sex, annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=13276#.

Singapore Department of Statistics. (2021e). Proportion of singles among resident population by selected age group and sex, annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=12092.

Singapore Department of Statistics. (2021f). Resident households by age group of household reference person and household living arrangement. Retrieved August 1, 2021, from https://tablebuilder.singstat.gov.sg/table/TS/M810651.

Singapore Department of Statistics. (2021g). Resident labour force participation rate aged 15 years and over by age and sex, (June), annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=12374#.

Singapore Department of Statistics. (2021h). Resident population aged 15 years & over by sex and marital status. Retrieved August 1, 2021, from https://tablebuilder.singstat.gov.sg/table/TS/M810601.

Singapore Department of Statistics. (2021i). Singapore residents aged 25 years & over by highest qualification attained, sex and age group, annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=12078#.

Singapore Department of Statistics. (2021j). Singapore residents by age group, ethnic group and sex, end June, annual. Retrieved August 1, 2021, from https://www.tablebuilder.singstat.gov.sg/publicfacing/createDataTable.action?refId=14911.

Statista. (2021). The 20 countries with the lowest fertility rates in 2021. Retrieved August 28, 2021, from https://www.statista.com/statistics/268083/countries-with-the-lowest-fertility-rates/.

Straughan, P. T., Chan, A., & Jones, G. (2009). From population control to fertility promotion–a case study of family policies and fertility trends in Singapore. In Ultra-Low Fertility in Pacific Asia (pp. 199-221). Routledge.

Suen, J. & Thang, L.L. (2017). Contextual challenges and the mosaic of support: Understanding the vulnerabilities of low-income informal caregivers of dependent elders in Singapore. In Journal of Cross-Cultural Gerontology, 33(2), 163-181.

Tan, S. Y., & Taeihagh, A. (2020). Governing the adoption of robotics and autonomous systems in long-term care in Singapore. Policy and society, 1-21.

Tan, F. (2017). Singapore: reaching a critical demographic crossroad in 2018.

Tan, T. (2009. 1. 13.). More studio flats for the elderly coming up. The Straits Times.

Temasek. (2019. 7. 5.). Care Where You Need It the Most: Helping Singapore's Seniors to Age in Place. Retrieved September 7, 2021,

from https://www.temasek.com.sg/en/news-and-views/stories/community/care-where-you-need-it-the-most#:~:text=Temasek%20Foundation%20Cares%20supported%20the%20pilot%20programme%20of,947%20seniors%2C%20with%20377%20receiving%20more%20personal%20care.

Teo, P., Chan, A., & Straughan, P. (2003). Providing health care for older persons in Singapore. Health Policy, 64(3), 399-413.

Teo, P., Mehta, K., Thang, L. L. & Chan, A. (2006). Ageing in Singapore: Service Needs and the State. New York: Routledge.

Thang, L.L. (2006). Experiencing leisure in later life: A study of retirees and activity in Singapore. In Journal of Cross-cultural Gerontology, 20(4), 307-318.

Thang, L.L. & Suen, J. (2018a). Growing old in Singapore: Workings of the Many Helping Hands policy approach. In Klassen, T.R., Higo, M., Dhirathiti, N.S., & Devasahayam, T.W. (eds.). Ageing in Asia-Pacific. Routledge.

Thang, L.L. & Suen, J. (2018b). Policy approaches to aging in Singapore: Tackling the limits of the family in supporting seniors. In Yeung J. & Hu, S. (eds.). Family and Population Change in Singapore: A unique case in the global family change. Routledge.

The Straits Times. (2018. 3. 22.). 15,000 seniors have benefited from National Silver Academy courses since 2015. Retrieved August 1, 2021, from https://www.straitstimes.com/singapore/15000-seniors-have-benefited-from-national-silver-academy-courses-since-2015.

Toh, W. L. (2017.8.8.). Woodlands 'modern kampung' first to integrate active ageing hub and childcare centre. The Straits Times, August 8 2017. Accessed July 2, 2021 https://www.straitstimes.com/singapore/woodlands-retirement-kampung-one-of-15-projects-to

-win-ministers-team-awards-2017.

United Nations. (2020). World Population Ageing 2020 Highlights. Retrieved August 1, 2021, from https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf.

United Nations ESCAP. (2019). Population ageing in Asia-Pacific: challenges and opportunities. Retrieved August 1, 2021, from https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_escap_ws_2019_presentation_2.pdf.

United Nations. (2021). UN decades of Health Aging 2021-2030. Retrieved August 28, 2021, from https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing.

Wong, G. H., Yap, P. L., & Pang, W. S. (2014). Changing landscape of nursing homes in Singapore: challenges in the 21st century. Ann Acad Med Singapore, 43, 44-50.

World Health Organization. (2002). Active Aging: A Policy Framework.

Yap, M. T. (2009). Ultra-low fertility in Singapore: Some observations. In Straughan, P., Chan, A., & Jones, G. (Eds.). Ultra-low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues(pp. 160-180). London: Routledge.

Yap, M.T., & Gee, C. (2015). Ageing in Singapore: Social issues and policy challenges. In Chan, D. (ed.). 50 years of social issues in Singapore (pp. 3-30). Singapore: World Scientific.

Yeoh, B.S.A. & Huang, S. (2009). Foreign domestic workers and home-based care for elders in Singapore. In Journal of Aging and Social Policy, 22(1), 69-88.

Yeung, W. J. J., & Hu, S. (Eds.). (2018). Family and Population Changes in Singapore: A unique case in the global family change. Routledge.

〈제19장〉

Basten, S. (2015). Understanding ultra-low fertility in Hong Kong. In Rindfuss, R. R., Choe, M. K. (eds.). *Low and lower fertility*: Variations across Developed Countries(pp. 63-86). Dordrecht, Netherlands: Springer.

Basten, S., Yip, P., & Chui, E. (2013). Remeasuring ageing in Hong Kong SAR: or 'keeping the demographic window open'. Journal of Population Research, 30(3), 249-264.

Chan, D., and Yip, D. (2019). Elderly Employment: Latest Developments in Hong Kong and Policies in International Perspective. Economic Letter 2019/10. Office of the Government Economist.

Chan, L. S., & Chou, K. L. (2018). Poverty in old age: evidence from Hong Kong. Ageing & Society, 38(1), 37-55.

Cheung, K. (2015. 12. 25.). University Scholars Boycott 'Fake' Universal Pension Consultation. Hong Kong Free Press HKFP. Retrieved from https://hongkongfp.com/2015/12/25/university-scholars-boycott-fake-universal-pension-consultation/. 2021. 9. 6.

Chou, K. L. (2007). Cross-border retirement migration plan in Hong Kong middle-aged adults. Habitat International, 31(3-4), 366-374.

Commission on Poverty. (2015). Retirement Protection - Forging Ahead. HKSARG. Retrieved from https://www.gov.hk/en/residents/government/publication/consultation/docs/2016/Retirement.pdf.

Dorling, D., & Gietel-Basten, S. (2017). Why demography matters. John Wiley & Sons. UK: Polity Press.

Enrich, H. K. (2019). The Value of Care. Enrich HK. Retrieved from https://enrichhk.org/sites/default/files/2019-09/Final_The-Value-of-Care_Full-Report.pdf.

Feng, J., He, L., & Sato, H. (2011). Public pension and household saving: Evidence from urban China. Journal of Comparative Economics, 39(4), 470-485.

GBA. (2021). Youth Development. Guangdong-Hong Kong-Macao Greater Bay Area. 2021. Retrieved from https://www.bayarea.gov.hk/en/opportunities/youth.html. 2021. 9. 6.

Gietel-Basten, S. (2019). The "population Problem" in Pacific Asia. New York: Oxford University Press.

Gietel-Basten, S., & Verropoulou, G. (2019). Maternity migration and the recent normalization of the sex ratio at birth in Hong Kong. Population studies, 73(3), 423-438.

HKCSD. (2020). Hong Kong Population Projections - 2020-2069. Hong Kong Census and Statistics Department. Retrieved from https://www.censtatd.gov.hk/en/data/stat_report/product/B1120015/att/B1120015082020XXXXB0100.pdf.

HKCSD. (n.d.). Table 1A : Population by Sex and Age Group. Hong Kong Census and Statistics Department. Retrieved from https://www.censtatd.gov.hk/en/web_table.html?id=1A. 2021. 9. 13.

HKHA. (2021). Harmonious Families Priority Scheme. Hong Kong Housing Authority. Retrieved from https://www.housingauthority.gov.hk/en/flat-application/harmonious-families-priority-scheme/index.html. 2021. 9. 6.

HKHD. (2021). Types of Senior Housing. Housing Department. Retrieved from https://www.housingauthority.gov.hk/en/public-housing/meeting-special-needs/senior-citizens/types-of-senior-housing/index.html. 2021. 5. 4.

HKSARG. (2020). Hong Kong Poverty Situation Report 2019. HKSAR.

HKSARG. (2021). $2 Fare Scheme Enhanced. News. Retrieved from https://www.news.gov.hk/eng/2021/06/20210630/20210630_153454_880.html. 2021. 6. 30.

HKSAR Government. (2020). Housing for the Elderly. Allowances. Retrieved from https://www.gov.hk/en/residents/taxes/salaries/allowances/allowances/allowances.htm. 2020. 6. 30.

HKUST-PPOL. (2020). Universal Retirement Protection in Hong Kong. 2020013c. HKUST. Retrieved from https://ppol.ust.hk/public_uploads/2020013C_Retirement_Protection_H.pdf.

Holzmann, R., MacArthur, I. W., & Sin, Y. (2000). Pension systems in East Asia and the Pacific: Challenges and opportunities (p. 0014). Washington, DC: World Bank.

Holzmann, R., & Hinz, R. P. (2005). Old-Age Income Support in the 21st Century. Retrieved from https://doi.org/10.1596/0-8213-6040-x.

Hui, E. C., Li, X., Chen, T., & Lang, W. (2020). Deciphering the spatial structure of China's megacity region: A new bay area—The Guangdong-Hong Kong-Macao Greater Bay Area in the making. Cities, 105, 102168.

Hui, S. (2021. 5. 31.). Red Flag as Birth Rate Hits 40-Year Low. The Standard. 2021. Retrieved from https://www.thestandard.com.hk/section-news/section/11/230743/Red-flag-as-birth-rate-hits-40-year-low. 2021. 9. 6.

IES. (2021). The Employment Programme for the Elderly and Middle-Aged(EPEM). Interactive Employment Service 2021. Retrieved from https://www2.jobs.gov.hk/0/en/information/Epem. 2021. 9. 6.

Kwong, C. C. L. (2020). The Issue of Ageing Population and Retirement Protection in Hong Kong. The Open University of Hong Kong. Retrieved from https://www.edb.gov.hk/attachment/en/curriculum-

development/kla/pshe/references-and-resources/economics/3_The_issue_of_Ageing_Population_and_Retirement_Protection_in_HK.pdf.

Lee, R. D., & Mason, A. (Eds.). (2011). Population aging and the generational economy: A global perspective. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Leviton, R. (2001). Reverse Mortgage Decision-Making. Journal of Aging & Social Policy, 13 (4): 1-16.

Lutz, W. (2013). Demographic metabolism: A predictive theory of socioeconomic change. Population and Development Review, 38, 283-301.

Moon, H. (2009). Demographic changes and pension reform in the Republic of Korea (No. 135). ADBI Working Paper. Retrieved from https://www.econstor.eu/handle/10419/53659.

Moulton, S., Loibl, C., & Haurin, D. (2017). Reverse mortgage motivations and outcomes: Insights from survey data. *Cityscape,* 19(1), 73-98. Retrieved from https://www.jstor.org/stable/26328299.

MPFSA. (2021a). 'Employees' Handbook for Easy Understanding of MPF. Mandatory Providend Fund Schemes Authority. Retrieved from https://www.mpfa.org.hk/en/-/media/files/information-centre/publications/mpf-booklets-and-publications/enrolment-and-contribution/en/ee-handbook-eng.pdf.

MPFSA. (2021b). MPF Schemes Statistical Digest. June 2021. Mandatory Provident Fund Schemes Authority. Retrieved from https://www.mpfa.org.hk/en/-/media/files/information-centre/research-and-statistics/quarterly-reports/mpf-schemes/june_2021_issue.pdf.

Ngo, J. (2013. 6. 27.). Plan to Reduce Wait for Care Homes: Send Hong Kong's Elderly to Guangdong. South China Morning Post. https:/

/www.scmp.com/news/hong-kong/article/1269658/plan-cut-care-home-wait-send-elderly-guangdong. 2021. 9. 6.

NHA. (2021). Guangdong Scheme. New Home Association. 2021. Retrieved from http://www.nha.org.hk/fSeverfile.aspx?clid=282&atid=1147&lan=2. 2021. 9. 6.

OECD. (2021). OECD Labour force participation rates. Retrived from https://data.oecd.org/emp/labour-force-participation-rate.htm. 2021. 9. 6.

Oxfam-HK. (2021). Poverty Among the Elderly. Oxfam-HK. 2021. Retrieved from https://www.oxfam.org.hk/en/what-we-do/development-programmes/hong-kong/povertyamongtheelderly. 2021. 9. 6.

Sanderson, W. C., & Scherbov, S. (2019). Prospective Longevity: A New Vision of Population Aging. Harvard University Press.

Shan, H. (2011). Reversing the Trend: The Recent Expansion of the Reverse Mortgage Market. Real Estate Economics. Retrieved from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-6229.2011.00310.x.

Shin, E., & Do, Y. K. (2015). Basic old-age pension and financial well being of older adults in South Korea. Ageing & Society, 35(5), 1055-1074.

Shinkawa, T., & Bonoli, G. (2005). The Politics of Pension Reform in Japan: Institutional Legacies, Credit-Claiming, and Blame Avoidance. Ageing and pension reform around the world: Evidence from eleven countries, 157-81.

SWD. (2021a). Central Waiting List for Subsidised Long Term Care Services. Social Welfare Department. 2021. Retrieved from https://www.swd.gov.hk/en/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_centralwai/. 2021. 9. 6.

SWD. (2021b). Old Age Living Allowance. Social Welfare Department. 2021. Retrieved from https://www.swd.gov.hk/oala/index_e.html. 2021. 9. 6.

SWD. (2021c). Pilot Scheme on Living Allowance for Carers of Elderly Persons from Low-Income Families Phase IV. Social Welfare Department. 2021. Retrieved from https://www.swd.gov.hk/en/index/site_pubsvc/page_supportser/sub_pca/. 2021. 9. 6.

SWD. (2021d). Pilot Scheme on Training for Foreign Domestic Helpers in Elderly Care. Social Welfare Department. 2021. Retrieved from https://www.swd.gov.hk/en/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_psfdh/. 2021. 9. 6.

SWD. (2021e). SOCIAL SECURITY. Social Welfare Department. 2021. Retrieved from https://www.swd.gov.hk/en/index/site_pubsvc/page_socsecu/sub_socialsecurity/. 2021. 9. 6.

THB. (2020). Housing in Figures - 2020. Transport and Housing Bureau. Retrieved from https://www.thb.gov.hk/eng/psp/publications/housing/HIF2020.pdf.

The Standard. (2021. 8. 12.). Almost 90,000 Citizens Leave Hong Kong in Mid-2021. The Standard. 2021. Retrieved from https://www.thestandard.com.hk/breaking-news/section/4/178758/Almost-90,000-citizens-leave-Hong-Kong-in-mid-2021. 2021. 9. 6.

UNPD. (2019). World Population Prospects: The 2019 Revision. World Population Prospects 2019. Retrieved from https://population.un.org/wpp/Download/Standard/. 2021. 9. 6.

WiC. (2015). Wittgenstein Centre Graphic Explorer. Vienna: Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital. Retrieved from http://www.oeaw.ac.at/vid/dataexplorer/. 2021. 9. 6.

Williamson, J. B., Price, M., & Shen, C. (2012). Pension policy in China, Singapore, and South Korea: An assessment of the potential value of the notional defined contribution model. Journal of Aging Studies, 26(1), 79-89.

World Bank. (2008). The World Bank Pension Conceptual Framework. The World Bank Pension Reform Primer Series. The World Bank Washington, DC.

Yiu, E. (2019. 3. 26.). Hong Kong Changes Reverse Mortgage Rules, Paving Way for Pensioners to Settle in 'Greater Bay Area'. South China Morning Post. Retrieved from https://www.scmp.com/business/banking-finance/article/3003382/hong-kong-changes-reverse-mortgage-rules-paving-way. 2021. 9. 6.

Yu, H. (2021). The Guangdong-Hong Kong-Macau Greater Bay Area in the Making: Development Plan and Challenges. Cambridge Review of International Affairs, 34(4), 481-509.

Zhao, S. (2014. 8. 20.). Six Ways Hong Kong Could Fund a Universal Pension Scheme. South China Morning Post. Retrieved from https://www.scmp.com/news/hong-kong/article/1578006/advocates-universal-pension-offer-choice-plans. 2021. 9. 6.

〈인구구조 변화와 보건복지 정책에 대한 대국민 조사 설문지〉

대상자 선정 질문

SQ1. 귀하의 성별은 무엇입니까?
1) 남자 2) 여자

SQ2. 귀하의 출생연월은 어떻게 되십니까? (양력 기준) _____년 _____월
1) 20대 2) 30대 3) 40대 4) 50대 5) 60대 이상
[PROG : 조사대상 연령은 만20세 이상/ 출생년도 2001년 10월 이상 조사 가능 / 분류는 자동 생성]

SQ3. 귀하께서 현재 거주하고 계시는 지역은 어디입니까?
1) 서울특별시 2) 부산광역시 3) 대구광역시 4) 인천광역시 5) 광주광역시
6) 대전광역시 7) 울산광역시 8) 경기도 9) 강원도 10) 충청북도
11) 충청남도 12) 전라북도 13) 전라남도 14) 경상북도
15) 경상남도 16) 제주특별자치도 17) 세종특별자치시
[PROG: 지역별 지도 제시 후 선택]

SQ3-1. 귀하께서 거주하고 계시는 지역의 시/군/구는 어디입니까?
[PROG: SQ3의 선택에 따라 세부 시/군/구 제시 – 대도시, 중소도시, 농어촌 분류 자동생성]
대도시 : SQ3 1~7, 중소도시 : SQ3 8~17 시 선택자, 농어촌 : SQ3 8~15 군 선택자

SQ4. 귀댁(현재 살고 있는 가구)에서 살고 있는 사람은 모두 몇 명입니까? _____명

SQ5. 귀하의 혼인 상태는 어떻게 되십니까?
1) 미혼 2) 기혼(사실혼 포함) 3) 이혼/별거
4) 사별

SQ5-1. 귀하께서는 자녀가 있습니까?
1) 있다(_____ 명) 2) 없다

SQ5-2. (문 SQ5-1에서 1번 응답기준) 현재 함께 거주하고 있는 자녀는 몇 명입니까? _____ 명
[PROG: SQ5-1 명수 보다 크게 작성할 경우 경고창, 다음으로 안넘어가도록]

SQ5-3. (문 SQ5-1에서 1번 응답기준) 현재 함께 거주하고 있지 않은 자녀는 몇 명입니까? ____ 명
[PROG: SQ5-1 – SQ5-2 자동 기입되도록 하여 문항 SKIP]

SQ6 귀하의 최종학력은 어떻게 되십니까?
1) 중학교 졸업 이하 2) 고등학교 졸업 3) 대학교 재학(2년제 이상)
4) 대학교 졸업(2년제 이상) 5) 대학원(석사) 이상

SQ7 귀하께서는 현재 경제 활동(수입을 목적으로 하는 일)을 하고 계십니까?
1) 현재 경제 활동을 하고 있다(가족이 운영하는 사업을 무보수로 돕거나 일시적인 휴직인 경우도 포함)
2) 현재 경제 활동을 하고 있지 않다

SQ7-1. (SQ7에서 1번 응답자) 귀하는 수입이 있는 주된 일자리에서 어떤 지위에 해당됩니까?
1) 임금근로자(월급, 주급, 시급 등의 보수를 받음)
2) 자영업자(개인사업자 및 사업체 경영 등)
3) 무급가족 종사자(보수 없이 가족의 사업을 도움)

SQ8. 현재 귀하의 직업은 다음 중 어느 직군에 가장 가깝습니까?
1) 관리직
2) 전문직
3) 사무직
4) 판매직/영업직/서비스직
5) 농업어업직
6) 생산직/기능직
7) 단순 노무직
8) 학생
9) 전업주부
10) 기타 및 무직

다음은 인구 구조 변화에 대한 현황 및 전망과 관련한 인식입니다.

제시된 내용을 천천히 읽은 후 본인의 생각에 해당되는 번호를 선택해주십시오.

문1. 다음 인구구조 변화와 관련된 각 문항에 대한 귀하의 의견을 들려주시기 바랍니다.

인구구조 변화와 관련된 내용	전혀 영향을 주지 않을 것이다	별로 영향을 주지 않을 것이다	다소 영향을 줄 것이다	매우 많은 영향을 줄 것이다
우리나라 인구가 줄어들면 보건, 의료, 복지 정책 전반에 어느 정도 영향을 줄 것이라고 생각하십니까?	①	②	③	④
우리나라에서 젊은 인구에 비해 노인 인구가 많아지면 보건, 의료, 복지 정책 전반에 어느 정도 영향을 줄 것이라고 생각하십니까?	①	②	③	④
우리나라에서 수도권으로 인구가 집중되고 지방의 인구는 줄어들면 보건, 의료, 복지 정책 전반에 어느 정도 영향을 줄 것이라고 생각하십니까?	①	②	③	④

문2. 귀하께서는 다음의 건강과 관련된 내용에 대해 어느 정도 동의하십니까?

건강과 관련된 내용	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	다소 동의한다	매우 동의한다
요즘에는 과거에 없었던 질병에 시달리는 사람들이 많아졌다.	①	②	③	④
병에 걸리고 아프게 되는 원인이 과거와 달리 복잡해졌다.	①	②	③	④
가난하면 병원에 쉽게 가지 못한다.	①	②	③	④
오래 사는 것보다 건강하게 사는게 더 중요하다.	①	②	③	④

문3. 귀하께서는 다음의 불평등과 관련된 내용에 대해 어느 정도 동의하십니까?

불평등과 관련된 내용	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	다소 동의한다	매우 동의한다
경제적으로 여유가 없는 사람보다 부유한 사람들이 더 많은 자녀를 낳고 있다.	①	②	③	④
경제적으로 여유가 없는 사람보다 부유한 청년들이 결혼하기 더 쉽다.	①	②	③	④
가족배경이 좋은 청년일수록 결혼하기 더 쉽다.	①	②	③	④

문4. 귀하께서는 다음의 가족과 관련된 내용에 대해 어느 정도 동의하십니까?

가족과 관련된 내용	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	다소 동의한다	매우 동의한다
과거에 비해 가족 관계, 가족의 역할, 가족이 갖는 의미가 변화하였다.	①	②	③	④
가족을 대상으로 하는 국가 정책의 전반적인 변화가 필요하다.	①	②	③	④
여성이 경제활동을 하고 소득을 벌어 자립적으로 생활하는 것이 중요해졌다.	①	②	③	④
노인을 모시고 사는 가족이 줄어들어 노인을 지원해 주는 국가 정책이 중요해졌다.	①	②	③	④
부모가 어린 자녀를 키우는 것이 예전 같지 않아서 아동에 대한 정책이 중요해졌다.	①	②	③	④

문5. 귀하께서는 지역과 관련된 내용에 대해 어느 정도 동의하십니까?

지역과 관련된 내용	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	다소 동의한다	매우 동의한다
우리 지역의 인구 감소에 위기감이 느껴진다.	①	②	③	④
우리 지역의 노인 인구 증가에 위기감이 느껴진다.	①	②	③	④
우리 지역은 다른 지역에 비해 보건복지 정책 대응이 미흡하다.	①	②	③	④
우리 지역은 동네의 수요에 맞는 복지서비스가 잘 갖추어져 있다.	①	②	③	④

문6. 귀하께서는 다음의 보건의료 정책에 대해 어느 정도 동의하십니까?

보건의료 정책과 관련된 내용	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	다소 동의한다	매우 동의한다
병원 치료를 받은 후에 건강하게 생활을 할 수 있도록 지속적인 서비스를 제공해야 한다.	①	②	③	④
병원 등의 치료시설보다는 자신이 살던 집에서 돌봄이나 치료를 받을 수 있도록 해야 한다.	①	②	③	④
감기와 같은 가벼운 질병은 동네 의원에서 진료를 받아야 한다.	①	②	③	④
고혈압 같은 만성질환은 동네 의원에서 진료를 받아야 한다.	①	②	③	④
암 수술과 같은 진료는 서울의 대형 대학병원을 먼저 찾아야 한다	①	②	③	④

문7. 귀하께서는 다음의 소득보장 내용과 관련해서 어느 정도 동의하십니까?

소득보장과 관련된 내용	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	다소 동의한다	매우 동의한다
정부는 노인층에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다.	①	②	③	④
정부는 중장년층에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다.	①	②	③	④
정부는 청년층에게 지금보다 더 많은 소득을 지원해야 한다.	①	②	③	④

문8. 귀하께서는 다음의 연금과 관련해서 어느 정도 동의하십니까?

연금과 관련된 내용	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	다소 동의한다	매우 동의한다
정부가 노후 생활을 보장할 수 있는 수준으로 국민연금을 지원하기가 점점 더 어려워지고 있다.	①	②	③	④
지금보다 더 오래 일할 수 있도록 정년을 연장해야 한다.	①	②	③	④
국민연금 외에도 개인적으로 퇴직연금이나 개인연금에 가입할 필요가 있다.	①	②	③	④
일반 국민, 공무원, 교직원이 모두 공평하게 국가로부터 연금 혜택을 받아야 한다.	①	②	③	④

문9. 귀하께서는 다음의 사회서비스와 관련해서 어느 정도 동의하십니까?

사회 서비스와 관련한 내용	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	다소 동의한다	매우 동의한다
자녀와 부모 돌봄에 대한 책임을 가족보다 국가가 더 많이 져야 한다.	①	②	③	④
돌봄 서비스를 제공하는 사람들의 능력을 좀 더 높여야 한다.	①	②	③	④

사회 서비스와 관련한 내용	20대	30대	40대	50대	60대 이상
귀하께서는 다른 연령층에 비해 정부의 복지 지원이 소외된 연령층은 어디라고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
귀하께서는 앞으로 정부의 복지 지원이 확대되어야 하는 연령층은 어디라고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤

문10. 귀하께서는 다음의 사회보장재정과 관련해서 어느 정도 동의하십니까?

사회보장재정과 관련된 내용	전혀 동의하지 않는다	별로 동의하지 않는다	다소 동의한다	매우 동의한다
건강보험 혜택을 유지하기 위해 나는 지금보다 더 많은 건강보험료를 부담할 용의가 있다.	①	②	③	④
향후 적절한 연금 혜택을 받을 수 있다면 나는 지금보다 더 많은 연금 보험료를 부담할 용의가 있다.	①	②	③	④
국가로부터 더 많은 보건복지 혜택을 받을 수 있다면 나는 지금보다 더 많은 세금을 낼 용의가 있다.	①	②	③	④

문11. 귀하께서는 경제성장 정책과 보건・복지 정책이 얼마나 시급히 요구된다고 생각하십니까?

	전혀 시급하지 않음									매우 시급함
경제성장 정책	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
보건・복지 정책	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

DQ. 끝으로 통계처리를 위하여 몇 가지만 더 여쭙겠습니다.

DQ1. 귀댁의 가구 형태는 다음 중 어디에 해당됩니까?
1) 1세대 가구(1인 가구 포함)
2) 2세대 가구(부부+자녀, 부부+부모, 조부모+손자녀 등)
3) 3세대 이상 가구(부모+부부+자녀, 부부+자녀+손자녀 등)
4) 기타(비혈연 가구 등)

DQ2. 귀댁의 월평균 가구소득은 얼마쯤 이신가요? 임대소득, 이자소득 보너스 등을 모두 포함한 가구소득을 선택해 주십시오. (세전 소득을 기준으로 응답해 주세요)
1) 소득 없음 2) 100만원 미만 3) 100-199만원 4) 200-299만원
5) 300-399만원 6) 400-499만원 7) 500-599만원 8) 600-699만원
9) 700-799만원 10) 800-899만원 11) 900-999만원 12) 1000만원 이상

DQ3. 귀댁에서 현재 소득이 있는 가구원은 누구 누구 입니까? 해당되는 가구원을 모두 선택해 주십시오.
1) 본인 2) 배우자 3) 부모
4) 형제/자매 5) 자녀 또는 자녀의 배우자 6) 조부모
7) 손주 또는 손주의 배우자 8) 기타_____ 9) 없음
[PROG : DQ2 1번 응답자는 9번 자동체크 후 SKIP]

DQ4. 귀하께서 현재 살고 계신 주택의 보유 형태는 어떻게 되십니까?
1) 자가(본인이나 가족의 소유) 2) 전세 3) 월세 4) 반전세
5) 기타(_____)

DQ5. 귀댁의 사회·경제적 수준은 다음 중 어디에 속한다고 생각하십니까?
1) 상류층 2) 중상류층 3) 중류층 4) 중하류층 5) 하류층

♣ 설문에 응답해 주셔서 대단히 감사합니다. ♣

간행물 회원제 안내

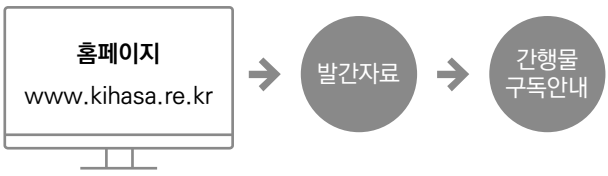
회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「국제사회보장리뷰」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원	보건 분야 간행물 회원
120,000원	75,000원
사회 분야 간행물 회원	**정기 간행물 회원**
75,000원	35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
  간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 http://www.yes24.com
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr