Working Paper 03-7

DJ 정부의 복지정책 실적과 향후 복지정책의 방향

박 순 일

한국보건사회연구원

목 차

Ⅰ. DJ 정부의 복지정책의 실적 / 1
1. 사회안전망 정책의 실적 / 1
2. 보건의료정책의 실적 / 3

Ⅱ. DJ 정부 복지정책의 평가와 전망 / 6
1. 빈부격차 확대와 정부정책의 사각지대 지속 / 6
2. 기본적 보건의료서비스의 부족과 의료비 부담 증대 / 12
3. 복지재정의 위기 발생과 지속 전망 / 16
4. 고령화 및 저출산의 시기의 취약빈곤층의 확대 / 23

III. 사회복지제도의 주요 과제 / 26
1. 한국복지정책 변화의 특징과 전망 / 26
2. 경제와 복지가 경쟁적이 될 장기에는 경제·사회적 균형을 추구하는 복지제도의 정립 / 28
3. 중·단기에는 경제와 상생하고 비용 효과적인 사회복지제도의 체계화 적극 추진 / 31
4. 기본적 의료서비스 보장과 의료비 부담의 적정화 / 36
5. 사회보장제도의 재정 안정화 / 40
6. 저출산 및 고령화 사회에 대비한 가족 및 사회정책의 필요 / 44

I. DJ 정부의 복지정책 실적

1. 사회안전망 정책의 실적

1) 빈곤층에 대한 적극적 사회보장

1998년 경제위기 이후에 정부는 대량실업 발생 및 빈곤율의 급등에 대응하여 국민기초생활보장제도의 도입으로 인한 생계보호 및 의료급여대상의 확대 및 수준의 향상, 공공근로사업, 실업급여 등 부조적 노동정책의 급속한 확대 등으로 빈곤근로층에 대한 획기적인 보호정책을 추진하였다. 그리고 1999년부터는 도시자영업자에의 국민연금확대 및 자활사업을 중심한 생산적 복지의 강화노력이 시작되었다. 98년 이후의 정부의 발 빠른 각종 사회복지정책적 대응으로 급등한 빈곤율과 실업률은 절정기의 약 1/3수준으로 급감하였고, 분배문제의 급속한 악화도 진정세에 있다.

표 1. 정부의 사회안전망 예산 및 대상자수

(단위: 억원, 천명)

	1998		1999		2000		2001		2002	
	예산	대상자	예산	대상자	예산	대상자	예산	대상자	예산	대상자
합 계	56,672	4,302	92,400	5,744	59,407	3,616	60,204	3,172	57,794	2,937
◇ 직업안정	1,224	781	4,832	667	3,663	445	3,665	568	3,196	475
◇ 임시 일자리창출 등	10,444	438	26,218	1,525	13,207	886	6,750	575	5,819	515
◇ 직업훈련과 취업알선등	9,011	386	6,868	399	4,305	222	4,797	229	4,396	224
◇ 사회부조	35,593	2,697	54,482	3,153	38,232	2,063	44,992	1,800	44,410	1,723
실업급여	8,500	441	15,012	463	10,109	304	8,737	374	9,456	363
실직자대부	7,500	109	11,382	99	2,761	11	3,559	5	920	34,034
생활보호	13,971	1,160	14,531	1,175	17,090	893	32,696	1,421	31,034	1,382
한시 생활보호	2,588	599	8,616	893	6,046	652				
기타	3,644	388	4,941	523	2,226	203	-	-	-	-

※ 2001년도부터 생활보호 및 한시 생활보호가 기초생활보장으로 통합되었음.
자료: 노동부, Bark Soonil, etc.(2001)

특히, 1998년 한시적 생활보호제도를 흡수하는 2000년 10월 국민기초생활보호제도의 도입으로 생계를 위한 현금급여대상자는 1997년 37만명에서 2002년 155만명으로 크게 증가하였고, 기초생활보장예산도 1997년 9008억원에서 2002년 3조 4034억원으로 3배 이상 증대하였다.

2) 생산적 복지정책의 시도

자활사업은 1997년까지의 취로사업과는 전혀 성격이 다른 근로능력이 있는 자에 대한 자립지원 정책으로 새로이 출발한 제도이다. 2002년 말 현재 자활근로 38천명 지역봉사 및 재활프로그램 4천명, 자활공동체 500명 등 총 42천명이 참여하고 있다. 2001년 12월에는 55천명이었다. 자활사업은 아직 목표달성에는 많은 노력이 더 들어가야겠지만 사업은 계속 확대되어 예산도 98년 260억원에서 2002년에는 1476억원으로 크게 증가하였다.

3) 사회보험제도의 확대 완료

고용보험 및 국민연금 등의 사회보험은 실직한 근로층의 생활안정에 기여하였다. 1995년에 도입되었고 1997년 말까지도 30인 이상 사업장에만 적용되던 고용보험은 1998년 내 모든 사업장에 확대 적용되어, 이 이후 실업급여, 직업훈련, 취업알선 등을 포함한 각종 노동정책을 통하여 급여대상과 투입예산을 단기간 내에 크게 증대시켰다. 국민연금도 1999년 4월부터 도시지역의 5인 미만 영세사업장의 근로자, 비정규직 근로자, 기타 소득이 있는 모든 시민을 제도 내에서 흡수함으로써 건강보험과 더불어 형식적으로는 전 국민 개 보험화를 이루었다. 그 결과 1998년 말 국민연금 가입자수는 712.6만명에서 2001년 말 1608.3만명으로 증대하였고, 수급자수도 20.1만명에서 75.1만명으로, 적립기금도 38조원에서 76조원으로 증대하였다.

2. 보건의료정책의 실적

1) 의료보장에서 의료급여의 역할 증대

경제위기로 빈곤층이 크게 늘고 중산층의 생활이 어려워짐으로써 의료보호와 의료보험제도도 대상자를 늘리고 실업층에게도 1년간의 자격을 연장시켰다. 그 결과 의료보호는 국민기초생활보장법의 실시와 맞추어 2000년 5월 '의료급여법'으로 개편하고 모든 의료기관을 절차 없이 의료기관으로 당연 지정되고 급여일수도 1997년 270일을 확대하여 2000년에는 기간제한 철폐 2002년 365일로 하였다. 의료급여 대상자는 1997년 1,164천 명에서 2002년 1,756천 명으로, 예산은 97년 6,343억원(국고 4,776억원) 에서 2002년에는 2조 2291억원(국고 1조 6,901억원)으로 급증하여 건강보험의 재정위기에 주요 요인 중의 하나가 되었다.

2) 건강보험제도 운영방식의 개혁

직장, 공교 및 지역의료보험으로 분립관리 되어 오던 의료보험제도는 2000년 7월 국민건강보험으로 통합 전환됨으로써 20여 년의 관리운영의 통합 및 조합방식의 논란이 진정되었다. 그 결과 관리 인력이 통합 전 1997년 말에 비해 2002년 3월에는 28.7%가 감소한 4320명으로 줄고[1], 관리운영비도 1997년 8.8%에서 2001년 4.4%로 절감되었다. 통합을 거치면서 조합별로 달리 부과되던 보험료 부과기준도 소득과 재산만을 고려하는 통일된 기준으로 바뀌었고, 직장 조합별로 차이가 나던 부과소득의 기준도 통일되어 보험료부담의 형평성이 크게 향상되었다. 건강보험법으로의 개편과 더불어 질병치료 중심의 급여구조에서 예방, 재활, 건강증진을 포함하는 급여범위로 확대되었다. 그리고 2003년 7월 보험재정이 통합되었다.

---

1) 관리인력의 추가 감소가 가능할지 모르나, 현재는 양분되어 있는 노동조합 등으로 인력 절감에 필요한 업무조정등에 어려움을 겪고 있는 것으로 보임.

건강보험의 통합에 따른 각종 보건의료제도의 변화와 더불어 270일의 보험일수를 폐지하였고, 행위별 수가제도를 '자원기준상대가치체계'로 변환하여 행위에 투입된 자원을 추정하여 수가를 산정 함으로써 진료수가 항목간 불균형의 해결에 기여하였다. 실거래가상환제도의 도입으로 약제비 부담을 줄이는데 기여하였다.

3) 의약분업 등 보건의료제도의 개선

1980년대 초이래 보건의료계의 난제 중의 하나인 의약분업제도를 2000년 7월부터 실시하여 만성질환의 조기발견 및 관리, 약화위험이 큰 항생제, 스테로이드제 및 주사제 등의 남오용 방지, 과다한 투약관행의 단절 등에서 소기의 목적을 달성해 가고 있다. 그러나 아직도 제도의 정착이 미흡하여 당초의 목표를 달성하는데는 더 많은 시간이 걸려 국민의 불편이 당분간 지속될 전망이다. 다른 한편 의약분업의 시행과정에서 발생된 3차례의 수가 인상 및 고가약처방 등으로 건강보험재정적자가 2001년 약 2조 4000억 원에 이르고 적립금 부족도 1조 8000억 원이나 되었다. 그러나 이는 당초 예상규모를 크게 줄인 것으로 이에는 보험료의 인상, 외래본인부담의 인상, 2002년 8개 질병군에 대한 포괄수가제의 실시 등이 기여하였다. 2002년에는 당기적자규모가 7607억 원으로 크게 감소하였다.

4) 공공의료서비스의 확대

2003년에는 DRG제도를 공공의료기관으로 당연 적용하고, 2004년부터 확대할 예정이다. 기타 총액계약제 등의 지불방식의 변화를 연구하고 있다. 또한 2007년을 목표로 장기요양제도의 계획을 검토하고 있다.

이 이외에도 지방공사의료원 등의 운영을 개선하여 노인 및 장애인 등의 취약계층에 대한 공공보건사업 및 정신보건사업을 확대하였다. 만성질환자 등에 대한 재가서비스를 제공하기 위한 의료기관 가정간호사업의 확대실시, 노인인

구의 증대에 맞추어 장기요양병원을 확충하여 노인병상수를 증대시켰다.

99년부터의 저소득층에 대한 무료 암검진, 국립암센터의 설립, 고혈압, 당뇨병 등 만성질환의 예방 및 관리의 대폭 강화, 정신질환의 예방, 조기발견 및 상담서비스의 강화, 희귀난치성 질환치료의 지원을 확대하였다.

5) 국민건강 증진사업의 강화

2002년 4월 국민건강증진종합계획 2010을 목표로 하여 평균수명 및 건강수명의 81.9세 및 75.1세로의 연장(2002년 각각 75.9세 및 66.0세), 암검진율의 20%에서 50%로 제고, 고혈압, 당뇨병 및 뇌혈관 질환 유병율의 감소 등을 계획하면서, 이를 효과적으로 추진하기 위해 50개 실천과제에 1조 2500억원을 투입할 계획을 제시하고 있다.

기타 국민건강증진기금의 담배부담금을 인상(갑당 2원에서 150원으로)하여 건강생활실천 및 국민건강보험재정을 지원하였다.

기타 교육, 주택 등 부문에서도 경제위기과정에서 양산된 실직자 및 빈곤층에 대응하여 여러 사업들을 도입하고 지금까지도 존속되고 있다.

II. DJ 정부 복지정책의 평가와 전망

1. 빈부격차 확대와 정부정책의 사각지대 지속

1) 빈부격차의 확대와 전망

빈부격차 확대 및 중산층의 쇠퇴문제가 정도의 차이는 있지만 계속 문제로 남아 있고 전망도 밝지는 않다. 빈부격차의 확대는 세계화의 흐름이 시작되는 1980년대 이후 서구 선진국이 동시에 경험하여 오고 있는 문제이긴 하지만, 통계청의 여러 자료를 보아도 우리의 분배지수가 경제위기 이전에 비해 악화되어 있는 상태인 것은 분명하다.

전국가구의 소득분배 상태를 나타내는 GINI 계수는 1996년 0.335에서 2000년 0.386으로 증가하였다. 매년의 소득통계의 입수가 가능한 도시근로자가구의 분배 상태를 보면, 소득분배는 1998년에는 1989년이래 가장 악화된 GINI계수를 보였다. 이후 다소 개선되는 상태를 보이고 있으나 큰 변화는 보이지 않고 있다. 99년 4/4분기이후 다소 악화되고 있어 2001년에도 1999년 이후의 분배상태를 벗어나지 못하고 있다. 특히, 하위 20%에 대한 상위 20%의 소득점유의 비율이 증가하고 있어, 빈부격차가 2001년에 비해 다시 벌어지고 있다. 이는 표 2에서 보는 바와 같이 10분위 분포에서 하위 2분위와 상위 2분위 사이의 간격이 확대된 것에 기인함으로 양 극층 보다는 차상위 빈곤층 혹은 서민층과 중상층 사이에 빈부격차가 벌어지어 서민생활이 상대적으로 더 어려워졌음을 보인다.

표 2. 경제위기 이후의 도시근로자가구의 분배상태 변화의 추이

(단위, %)

	1980	1997	1998	1999	2000	2001	2002
GINI 계수	0.389	0.283	0.316	0.320	0.317	0.319	0.3123
하위 10% 점유율		3.3	2.7	2.7	2.9	2.89	2.94
하위 20% 점유율	5.1	8.3	7.4	7.3	7.5	7.5	7.65
상위 5%/하위 5%		12.00	17.44	16.00	15.21	14.68	13.18
상위 10%/하위 10%		6.76	9.22	9.34	8.86	8.78	8.31
상위 20%/하위 20%	8.90	4.49	5.41	5.49	5.32	5.36	5.22

자료 : 박순일 등(2000) 및 통계청 발표 자료

표 3. 소득 5분위별 소득분포

구분	소득계층 5분위별 소득점유율(%)					배율 (Ⅴ/Ⅰ)	지니계수
	Ⅰ분위 (Ⅰ)	Ⅱ분위 (Ⅱ)	Ⅲ분위 (Ⅲ)	Ⅳ분위 (Ⅳ)	Ⅴ분위 (Ⅴ)		
1990	8.4	13.2	17.2	22.5	38.8	4.64	0.2948
1995	8.5	13.5	17.5	23.0	37.5	4.42	0.2837
1997	8.3	13.6	17.7	23.2	37.2	4.49	0.2830
1998	7.4	12.8	17.1	22.9	39.8	5.41	0.3157
2001	7.5	12.5	16.9	22.7	40.3	5.36	0.3190
2002	7.7	12.7	17.0	22.7	39.9	5.22	0.3123

자료: 통계청, 『도시가계연보』, 각 연도

이는 표 3의 5분위 계층별 소득점유율의 변화 추이에서도 잘 나타난다. 실제로 중하위층의 소득점유율은 낮아지고 최상위층의 소득 및 소비점유율은 크게 높아지고 있다.

특히, 하위 10%의 소득점유율의 증감 폭이 매우 적은데 비해 상위 10%의 증가폭은 매우 커 빈부격차가 커지고 있다. 그리고 분배지수가 개선되던 시기에도 상위 10%의 분배점유율은 증가하고 그 대신 중간 계층의 점유율이 줄어드는 중산층 쇠퇴현상을 유지하고 있다.

2002년 약간의 개선을 보이고 있으나 1997년과는 현저한 차이를 보이고 있지만, 도시근로자 가구이외의 가구에서 발생될 수 있을 자영업자의 소득 변화 특히 부동산 가격 급등, 신용불량자의 증대, 장기실직에 따른 부채의 증가 등에 따른. 자산소득의 변화를 고려하면 2002년에도 빈부격차의 개선정도는 더 줄 수 있고, 이들이 2003년에는 분배상태를 더욱 악화시키는 요인으로 작용하였을 가능성이 높다.

시장경제의 경쟁력을 추구하는 시기로 들어 선 80년대 이후 선진국에서도 역시 분배상태는 크게 악화되었다. 특히, 미국, 영국, 불안서 등에서 현저하다. 그러나 한국에서는 하위 10%의 소득점유액에 대한 상위 10%의 소득점유액의 배율은 98년 이후 8-9의 수준에 있어 독일 및 스웨덴의 1981년의 배율 각각 3.18 및 2.78의 약 3배에 이르며, 분배의 양극간에 격차가 큰 미국에 비해서도 매우 큰 수준이다. 즉, 경제위기 이후 한국의 분배상태는 개선되고 있지 못하고 있고, 그 상태는 선진국의 기준에서 볼 때도 매우 불량하다.

따라서 DJ정부의 극빈층 및 근로 빈곤층에 대한 획기적 정책 강화에도 불구하고, 경제 특히 노동시장 정책 변화로부터 발생한 분배 악화문제를 개선하지 못하였다. 더욱이 DJ정권말기 추진된 주택정책은 서민주택 공급 중심보다는 투기 조장적 성격을 지니고 있고 책임 없는 신용카드 정책도 분배문제를 악화시키는데 일조 하였다.

표 4. 상위10%의 소득점유액 / 하위10%의 소득점유액의 배율

호주	불란서	독일	이태리	스웨덴	영국	미국
4.05('81)	3.40('81)	2.91('81)	4.04('86)	2.75('81)	3.53('79)	4.93('79)
4.40('94)	4.54('89)	3.18('94)	4.85('95)	2.78('95)	4.57('95)	6.42('94)

자료 : Luxembour Income Study, 1998

이와 같이 근로소득에 의한 분배상태를 보면, 빈부격차가 좁혀지지 않고 빈

곤율이 과거의 낮은 수준으로 돌아가지 못하고 있는 요인은 거시적인 경제 및 사회적 요인과 개별 가구의 미시적 특성으로 나누어 분석할 수 있다. 먼저, 실업율 및 비정규직 비율, 증권가격, 소득성장율 등 거시변수가 빈부격차에 주는 영향을 분석하였다. 하위 10%의 소득점유액에 대한 상위 10%의 점유액의 비율을 종속변수로 하여 회귀분석을 한 결과, (표 5)의 추정식 2에 의하면, 분배양 극층의 점유비중에 대한 영향에서 실업률이 가장 크고, GDP 성장률도 적지 않은 영향을 주었다. 그러나 양극층의 점유비율은 실업률과 비정규직과 같은 노동변수에 의해 가장 큰 영향을 받고있다. 추정식 1에서 보면 비정규직의 비율이 10% 증가하면 양극층의 소득점유비율은 2.33만큼 증가시킨다. 종속변수가 근로자가구의 소득의 비중이 아닌 전 도시가구의 소득의 비중이었다면 고용변수의 영향이 다소 줄었을 것으로 추측되나, GDP변수와 고용변수 사이의 추정치의 차이가 큰 것으로 볼 때 고용변수의 중요성을 크게 줄일 수 있을 것으로 보이지 않는다.

표 5. 도시 근로자가구 상위 10%/하위 10%의 비율에 대한 거시적 요인의 영향

	추정식 1		추정식 2	
	추정치	t-ratio	추정치	t-ratio
상수	-3.203	-1.90	1.112	0.77
GDP 성장율	-0.115	-3.22	-0.027	-0.90
비정규직 비율	0.233	7.59	0.103	3.19
실업율			0.417	5.66
증권지수	0.0014	1.36	0.009	1.19

주의 : 1) 1991년부터 2000년까지의 40분기의 자료를 이용함
자료 : Bark, Soonil(2001)

문제는 장기적으로는 경제성장의 빈곤층 및 분배격차를 감소시키는 효과에도 불구하고 구조적인 어려움으로 인해 빈부격차가 크게 개선되기 어렵다는 것이다. 2003년에도 무엇보다도 경제위기 극복 과정에서 확대된 빈부격차의 기조가 지속될 여건이 조성되어 있다. 한국경제는 2002년에도 OECD국가의 평

균을 크게 앞서는 6.3%의 성장률을 기록하였다. 그러나 2002년에 국내 건설산업의 진작 등의 내수 산업확장으로 실업의 큰 폭으로의 감소, 근로자들의 임금상승 등 빈부격차를 줄이는 효과가 있었음에도 불구하고, 일부 지역의 고급 아파트 등에서의 부동산 가격의 급등과 전자 및 자동차 산업 등을 중심한 일부 수출산업의 선도적 성장, 청년 및 여성실업과 불안정 고용의 높은 비율 유지, 사치품 수입재 수요의 증대, 신용불안층의 증대, 중형 자동차 및 고급주택의 선호 증대 등 빈부격차 확대 요인이 또한 크게 영향을 줌으로써, 2003년에도 계층 및 지역 간 빈부격차로 인해 계층감 위화감 및 괴리가 지속 혹은 증대되었다. 따라서 2003년에도 사회적 문제의 완화를 위해 경제 및 사회적 균형정책의 차원에서의 한국의 성장전략의 조정이 더욱 강조될 수밖에 없는 국면을 맞이하고 있다.

특히, 현재와 같이 실직가구 및 불완전 고용비율이 높아지고 있는 현상은 빈부격차의 완화에 큰 장애가 될 것이다. IMF관리체제 이후의 경제 대 불황은 우리나라의 경제력을 크게 감소시켜 실업률이 99년 2월에의 8.6%를 정점으로 감소하고 있지만 2001년 실업률 3.6%, 2003년 1월 현재도 3.5%이어서 경제위기 전인 96년의 2.0%에 비해 높은 수준이다. 그러나 실업률은 감소하여도 비정규직의 비율은 계속 증가하고 있고, 경제활동인구비율도 감소하는 등 고용불안이 지속되고 있다[2]. 이와 같이 실업층 및 고용불안정계층을 포함하는 근로빈곤층의 감소는 매우 더디고, 우리의 국제 경쟁력을 증대시켜야 하는 경제정책의 기조에서 볼 때, 비정규직 및 빈곤 자영자 계층 등의 취약 근로자 계층이 크게 감소될 것으로 전망되지는 않는다. 경제의 회복이 실업률 및 불안정 고용층을 감소시키는 효과가 있지만, 이를 악화시키는 구조적 요인으로

2) 많은 실직자들이 경제활동인구에서 벗어나고 있어 실업율 감소에 부분적으로 기여하고 있다. 경제활동인구비율은 1997년 62.2%에서 1999년 60.5%까지 감소하였다가 2001년 현재에도 60.8%에 그치고 있다. 더욱이 장기실업자의 비율은 1998년 1월 5.6%이던 것이 2000년 8월까지 15.8%까지 증가하였고, 그 이후 감소하였지만 14%에 가까운 수준으로 완만히 감소하고 있다. 더 큰 문제는 임시 및 일용직으로 구성된 비정규직의 비율이 96년 43.3%이던 것이 2000년에는 52.4%까지 증가하였고 2002년 초에도 50.9%에 이른 것으로 추정되고 있어 중산층의 감소 및 빈곤화의 주요 요인으로 분석되고 있다.

그 효과는 크지 않을 것으로 보인다. 이와 같이 실업률 및 고용불안계층의 감소가 낙관적이지 못하면, 이의 영향을 가장 크게 받는 빈부격차 및 빈곤율의 적정 수준으로의 감소도 낙관적으로 보기는 어렵다는 전망을 내릴 수밖에 없다.

2) 정책의 사각지대존재

그 동안의 정부의 획기적인 사회부조 정책의 확대에도 불구하고, 전체 도시 빈곤가구 중 공적 연금, 실업급여, 기초생활보장 등 각 종 공적 지원으로 구성된 공적이전소득의 지원을 받는 가구는 31.6%에 그치고 있다. 빈곤한 근로자 가구 및 자영자의 가구는 물론 무직가구의 공적 소득보장에서 배제된 가구의 비율이 각각 79.0%, 80.4% 및 44.1%에 이른다. 사적 소득보장을 포함하여도 빈곤한 도시가구의 47.9%, 근로자 및 자영업 빈곤가구의 59.4% 및 61.4%, 무직 빈곤가구의 21.3%가 공적 및 사적 소득보장에 포함되어 있지 않다.

그리고, 전 도시가구의 빈곤 갭은 소득보장 이후의 현 지출 수준에서는 0.83%이고 공적 이전소득이 없었다면 1.00%이어서, 공적 이전소득이 도시 빈곤가구의 최저생계비 부족분의 12.1%를 보장해 주고 있다. 그리고, 사적 이전소득에 의한 최저생계비 부족분 보장율이 28.6%이므로, 최저생계비의 나머지 59.3%는 자가소득에 의해 보충되어야만 한다.

또한, 법적으로는 사업장 가입대상으로서 적용범위에 포함됨에도 불구하고, 사업장을 통해 국민연금에 가입되지 않고 있는 근로자들의 비율이 약 1/4에 이른다. 경제활동인구조사의 부가조사를 이용하면, 국민연금 모집단에서 국민연금 및 고용보험 가입자 비중은 3/4내외, 비 연금 고용보험 모집단에서의 고용보험 가입자 비중은 약 1/3 내외이다. 2003년 9월 현재 지역 연금 가입자 약 1000만 명 중 납부예외자(420만 명)과 미납자(170만 명)을 합하여 590만 명이 추가 사각지대로 남아 있다. 지역가입자의 신고소득의 평균액은 사업장 가입자의 59.9%에 불과하다.

표 6. 도시빈곤가구의 공적 및 사적 소득보장의 수급가구 비율 및 가계지출 중 이전소득수준의 비율 비교(최저생계비 기준 빈곤가구)

(단위: %)

구 분		전체 이전소득	공적이전소득		사적이전소득
			소계	공공부조 등	
전 가구	가구	52.1	31.6	31.1	36.6
	수준	16.5	4.5	3.7	12.1
근로자	가구	40.6	21.0	21.0	24.3
	수준	5.5	2.2	2.1	3.3
근로자외	가구	61.9	40.6	39.6	47.0
	수준	27.0	6.6	5.3	20.4
자영업	가구	38.6	19.6	19.6	19.9
	수준	3.5	1.9	1.8	1.6
무직	가구	78.7	55.9	54.2	66.7
	수준	51.5	11.7	8.9	39.8

자료 : 박순일, 황덕순 등(2001)

2. 기본적 보건의료서비스의 부족과 의료비 부담 증대

기본적 의료서비스를 받지 못하는 의료빈곤층은 더욱 많은 것으로 추정된다. 의료급여 대상자가 155만 명으로 전 인구의 3.3%까지 늘었지만, 이는 대부분이 최저생계비 이하의 소득 계층으로 구성되어 있다. 이보다 다소 높은 소득을 벌고 있지만 의료문제로 최저생활의 유지가 어려운 빈곤 및 서민계층은 의료보호부터 벗어나 있고, 이것이 기초보장대상에의 위장 유입의 원인이 되기도 한다. 2003년 1월 보건복지부는 건강보험 저소득층 등 의료사각지대 해소를 위해 의료급여대상자를 확대하였다. 재산을 소득으로 환산하는 기초생활보장 소득인정액 제도 시행 등 수급기준을 완화하여 의료급여대상자가 약 5만 명이 늘어나고 소득과 재산이 모두 기준상한선에 근접한 탈락예상자 약 1만여 명에 대하여도 의료급여 혜택을 한시적으로 제공하고 있다. 또한, 자활사업 활성화를 위하여 자활사업 참여소득으로 인해 수급기준을 초과하는 자활특례자

가구 약 8,000여명에 대하여도 의료급여를 확대하였다.

다음으로, 의료급여 예산은 매년 30% 증액되고 있으나 대상자의 인구학적 특성 (고령, 장기 및 중증환자)으로 인하여 진료비가 증가되고 있고 만성질환자의 의료 과소비와 의료인의 과잉진료 또한 발생되고 있다(의료급여 예산의 지속적인 확대에도 불구하고 진료비가 더 높은 비율로 증가하여 의료급여 기금이 여전히 부족한 실정이다). 더욱이, 의료빈곤층의 대부분이 의료급여제도의 밖에 있어 의료급여 수요가 증대하고 있다. 미국의 기준(의료빈곤선의 180%)에 의하면 우리나라의 의료 빈곤층은 크게 증대되고 사각지대도 그 만큼 커질 것이다. 따라서 진료비 증가요인의 면밀한 분석과 함께 수급자의 불필요한 의료이용 및 진료비의 허위·부당청구를 통제하여 진료비를 절감하는 노력을 강화해 나가야 할 것이다.

의료급여 기금의 재정 건실화 대책으로 우선 의료공급자의 효과적인 관리를 위하여 의료급여의 진료특성을 고려하여 적절한 심사기법을 개발하는 한편, 확인심사를 강화하여 진료비의 적정 청구를 유도하고 의료급여에서 많이 발생하고 있는 장기입원에 대하여 적정성 평가와 장기요양 시설 및 재가의료 등 저렴양질의 대체서비스로 유도할 수 있는 방안을 모색하여야 할 것이다. 장기입원환자 및 남수진자에 대해서는 개인별 급여기록 D/B를 구축하여 부적절한 진료의 자진 억제를 유도하는 안내기능을 강화하며 지자체별로 진료비 절감을 추진하고 그 성과에 대하여 인센티브를 부여하는 방안을 강구할 필요가 있다. 장기적으로는 건강보험과 연계하여 고비용을 유발하는 수가체계를 개선하기 위한 의료체계의 구조개혁 등의 근본적인 방안도 검토되어야 할 것이다. 그러나, 건강보험 재정의 안정화가 무엇보다도 시급한 과제이다.

2000년 이후에는 건강보험의 적자가 정부의 재정을 압박하고 사회에 큰 불안요소로 등장하고 있다. 건강보험은 정부재정 부담의 급속한 증대에도 불구하고 재정불안 상태에 놓여 있다. 1996년에 이미 적자재정에 들어 간 건강보험은 의약분업의 분쟁 이후 의료숫가의 인상, 고가약 처방 등에 따른 약제비

의 증가, 그리고 의료인의 과잉진료 등으로 적자는 1999년 8,691억원에서 2000년 약 1조 억 원으로 증가하였고 2001년에는 2조 8000억 원으로 급등하였다. 보험기금의 적립금도 1조 8627억 원이 부족한 상태이다. 건강보험사업은 기금의 고갈에다가 부족한 지출을 보충하기 위해 보험료를 인상하고 건강세 등 다른 재원을 동원하여야 하는 어려운 상태에 있다.

표 7. 의료보험재정의 흑자상태의 추이

(단위, 10억원)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
지역의료보험	231.2	4.5	- 142.2	12.3	- 157.2	- 328.3	-298.9	-779.9
공무원・교원보험	81.1	32.3	- 94.6	- 166.7	- 320.3	35.6	-710.1	-2,001.7
직장보험	444.7	344.9	149.1	-227.6	- 387.4	- 576.4		
계	739.0	381.7	- 87.7	- 382.0	- 864.9	- 869.1	-1,009.0	-2,781.6
적립금	3,925.7	4,120.0	4,002.0	3,785.1	3,035.9	2,242.5	918.9	-1,862.7

자료: 국민건강보험공단, "국민건강보험통계연보", 각 연도 및 의료보험연합회, "의료보험통계연보", 각 연도 및 보건복지부 추정자료

또한, 중산 및 서민층의 생활 위축과 상대적 박탈감의 증대와 더불어 취약계층의 보건의료 및 복지욕구는 더욱 팽배해 질 전망이다. 전통적인 주요 복지 대상자인 노인, 장애인은 물론 지금까지 잠재해 있던 각계 각층에서 보건의료 및 복지 욕구를 분출할 사회적 분위기가 형성되어 있다. 공적 이익보다는 사적 및 소속집단의 이익을 우선시하는 풍토가 정치, 노동, 이익집단 등의 사이에서 사회의 기조를 흔들고 있어 직접적이든 간접적이든 상대적으로 불이익을 보고 있다고 생각하는 집단들이 욕구분출에 더욱 적극적일 것이다. 따라서 사회통합의 차원이든 이들의 기본적 생활의 보장의 차원이든 보건의료 및 복지적 혹은 사회적 지원을 필요로 할 것이다.

지금까지 우리나라는 저부담・저급여 체계를 유지해 온 결과, 건강보험료부담 수준이 선진국의 1/3~1/4 수준에 불과하였다.[3] 개인부담은 OECD국가 중 최고이다. 2003년 OECD발표에 의하면 민간보험까지 합하면 개인 직접비용은

56%로 최고이고 선진국 평균은 28%이다. 이에 비해 기본적 의료서비스를 충족하기 위한 공공의료 등 의료기반은 매우 취약하다.

의료비절감과 의료질을 올리기 위한 의료공급체계의 개편은 의약분업 및 건강보험 통합이라는 사회적 이슈(issue)에 묻혀 근본적이고 구체적으로 추진되지 못했던 것이 사실이다. 적정 의료비 부담을 통한 기본적인 보건의료서비스의 부족은 건강보험 적용대상자에게도 해당된다.

경제적·지리적 접근을 제고를 위해 수요자중심의 효율적인 의료공급체계를 구축하기 위해서는 앞으로 보다 근본적인 개편이 추진되어야 한다. 특히, 효율적인 공급관리를 위해서도 의료진료 대상 및 질, 그리고 보험료(혹은 보험 숫가) 사이에는 trade-off가 있어 의료인과 정책자들 사이에 갈등이 지속되고 있다. 의료인 및 병의원의 적정수입이 얼마이어야 하느냐가 중요한 논의 사항이 되어야 한다.

자영자 소득파악의 부실이라는 고질적인 문제가 개선되지 않는 한, 지역가입자와 직장가입자의 부담의 형평성 문제는 계속 남게 된다. 단기간에 자영자 소득파악이 사회적으로 납득할만한 수준으로 올라가기에는 여전히 한계점이 있다. 따라서 지역보험의 보험료 부과방식을 보완하는 등 이에 대한 보다 종합적인 대책이 검토되어야 한다.

세계무역기구(WTO)에 의한 시장 개방시기가 임박해 오고 있는 쌀·의료·법률·교육서비스 관련 분야에서 발생될 것으로 보여지는 농민 생활의 대책, 의료인, 교육기관, 소비자 및 정부간의 긴장관계의 조성이 예상되고, 개방이후에는 의료 및 교육서비스의 계층간 소비 양극화 심화와 이에 따른 갈등 등이 예상된다. 특히 2001년 도하개발아젠다(DDA) 협상과 관련하여 보건의료서비스 부문의 협상전략 및 경쟁력 강화 방안이 요구된다.

---

3) 우리나라의 건강보험료 수준은 3.6%로 일본의 8.4%, 독일의 13.5%, 프랑스의 13.5%(최근 일부 재정을 일반사회보장세로 충당하여 보험료율이 19%수준에서 13.5%로 인하됨)수준에 훨씬 미치지 못하고 있다.

3. 복지재정의 위기 발생과 지속 전망

우리의 복지재정 수준은 불충분하여, 1997년 기초보장, 건강보험 및 국민연금에 대한 정부의 지원은 GDP의 0.45%에 불과하였고 2000년에도 0.82%에 불과함에도 불구하고, 최근 5년간의 복지재정의 팽창속도는 매우 빨라 기초보장 예산이 97년 대비 2002년 3.75배, 1999년의 공적 연금예산, 1997년에 비해 2.18배 각각 증가하였다. 장기적으로는 국민연금의 고갈은 피할 수 없고, 당기재정이 적자로 들어가는, 즉 누적기금(최고액 645조원)이 감소 국면으로 들어가는 2036년경에서부터는 우리의 국민연금제도는 사실상 순수 적립식 방식에서 부과방식과 혼합된 적립방식이 되고 시간이 갈수록 적립방식보다는 부과방식에 가까운 방식으로 바뀔 것이다. 따라서 장기적으로는 부과방식 아래서 후세대의 보험료 부담이 적정한가 그리고 이러한 부담을 후세대들이 감당할 의지가 있는가의 문제에 부딪친다. 현재의 보험료를 유지하기 위해서는 후세대의 보험료는 근 20%에 이르러 지금 후세대의 부담을 적정수준으로 줄이기 위한 급여의 소득대체율을 줄이려는 정책을 구상하고 있다. 이는 직역연금과의 형평성문제와 사회의 비상한 관심을 보이고 있다. 더욱이, 1996년에 이미 적자재정에 들어 간 건강보험은 2002년 1월에도 당기 적자가 2445억 원에서 2003년에는 당기수지가 4297억원 흑자로 들어 설 것으로 추정되나 누적수지가 21419적자인 상황이다. 단기에는 의약계의 대립에 따른 의료비의 급등과 의료시장의 민간 주도로 인해 의료보험재정의 국민부담의 증가가 예상되고 있다.

우리나라의 복지제도는 기본생활에서의 최저보장의 미흡과 사회보험을 중심한 사회보장비용 부담의 증가로 인해 저 복지 고비용의 문제라는 복지병 체계를 조기 정착시킬 우려가 있다. 선진국에서 복지병이 주로 연금 등 사회보험에서 발생하고 있고, 특히 선진국의 급속한 고령사회로의 이행은 노인연금 등 각종 노인 복지비를 증대시키고 있다. 그 결과 선진국은 노인계층 지원 중심의 복지국가가 되어 청장년의 복지효과를 구축시키는 효과를 갖고 있다. 이들

국가에서 선진국 재정적자의 주요 몫은 연금재정적자에 기인하는 것으로 추정하고 있다[4]. 한국의 경우 연령 측면 뿐 아니라 경제적 노령화 속도는 장기적으로 연금재정부담 뿐 아니라 노인의료비를 증가시킬 것으로 전망되고 있다. 한국은 세계에서 가장 빠른 고령화의 속도를 보이고 있는 국가 중의 하나이다. 더욱이 현 경제위기를 타파하기 위한 효율성 및 신규실업자의 고용을 증대시키기 위해 고령층의 조기 퇴직을 유도하는 각종 정책이 관민 양쪽에서 시행되고 있다. 육체적 노령이 아닌 경제적 노령기에 접어들어 경제불안, 가족 및 사회불안에 직면한 고령층들이 적지 않게 증가될 전망이다.

민간부분의 복지비용의 증가는 과거 기업의 준조세의 부담수준을 넘어 기업의 경쟁력을 감소시켜, 선진국적인 복지병이 조기 발생함은 물론 국가재정의 압박요인으로 작용할 것으로 우려되고 있다.

우리나라 사회보장비 규모를 요소소득 GDP와 대비하여 보면, 1999년 GDP 대비 약 11.45%(96년의 근 2배)로서 전년보다 약간 감소하였다. 이 중 퇴직금을 포함한 법정 민간지출을 제외하면 사회보험기관의 지출을 포함한 공공부문의 지출비율은 1999년 7.90%로서 전년의 6.74%에서 증가하였다. 표 8을 보면 공공부문의 복지재정지출은 97년 이후 급속히 증가하였다.

표 8. 사회보장비 지출의 부문 비율(요소소득 GDP 대비율)

	한국				일본	미국	영국	스웨덴
	1996	1997	1998	1999	(1995년)	(1995년)	(1995년)	(1995년)
공공	4.45	4.91	6.74	7.90	13.8	15.8	22.5	33.0
민간	1.79	2.72	5.78	3.55	0.3	0.5	0.3	0.4
계	6.23	7.63	12.52	11.45	14.1	16.3	22.8	33.4

자료 : 고경환(2000) 54쪽 및 고경환(2002) 15쪽 자료를 재 작성함
주의 : 민간은 퇴직금 및 출산휴가급여를 포함함.

4) Gosta Esping-Anderson, Welfare States At The End of The Century: The Impact of Labour Market, Family and Demographic Change, Beyond 2000: The New Social Policy Agenda, Oct. 1996

이러한 증가를 주도하는 복지사업은 빈곤층을 주로 대상으로 하는 생계 및 의료급여를 포함한 기초생활보장예산과 건강보험 및 국민연금 등이다. 기초보장예산은 97년 대비 2002년 3.75배 증대하였다. 또한 의료보호사업의 예산도 대상자보다는 급여비의 증가로 거의 같은 속도로 재정이 팽창하였다. 미래의 전망은 불확실하나 계속 증대될 전망이다.

표 9. 주요 복지분야의 정부예산 추이

(단위: 10억원)

		1997	1998	1999	2000	2001	2002
사회부조	계	901	1,090	1,848	2,332	3,243	3,383
	기초급여	900	1,064	1,747	2,254	3,150	3,234
	(의료급여)	(478)	(546)	(810)	(1,032)	(1,590)	(1,690)
	자활지원	1	26	101	78	92	148
건강보험		1,070	1,135	1,252	1,754	2,821	2,737
국민연금		21	54	73	77	88	92
농어민연금		65	62	58	62	71	70

다음으로 복지재정의 급속한 증가를 주도한 사업은 공적 연금이다. 정부의 국민연금 지원도 4~5년 사이 4~5배 늘었지만, 사회보험 기금의 지출을 포함한 공적 연금은 1997년 5조 5360억원의 지출에서 99년에는 12조 953억원으로 증가하였고, 이는 다시 공무원 연금의 지급 급증에 기인하였다. 동기간에 공무원 연급 급여는 2조 7950억원에서 7조 2940억원으로 증가하였다. 사립학교 교직원 연금도 약 2.24배 증가한 894억원이었고, 국민연금도 2.61배 증가한 3조 8720억원이었다. 이러한 증가는 실업률의 증가와 정부의 구조조정에 따른 연금 수급자의 증대로 발생하였다. 급여비의 급증은 공무원연금의 고갈을 98년 이어 2000년에도 다시 발생시켜 연말에는 보험료를 15%에서 17%로 인상하여 위기를 잠정적으로 넘기었지만, 현재와 같이 33년 가입자에 대한 76%의 높은 소득대체율에서는 재정적자와 기금의 고갈은 곧 다시 발생될 것으로 예상된

다. 또한 사립학교연금기금도 10여 년 후에는 기금의 고갈이 예상되고, 가장 큰 문제인 국민연금의 고갈도 현재의 급여수준을 유지하려면 보험료를 올려 국민부담을 증가시키고 경쟁력을 떨어뜨리는 방안이나 급여수준을 적정수준으로 감소시키는 방안 등에서 선택하여야 하는 어려운 갈림길에 놓여 있다.

표 10. 공적 연금의 재정 전망(2000년 6월 현재)

	국민연금	공무원연금	군인연금	사립학교교원연금
적자재정발생시기	2037	1998	1973	2012
기금고갈시기	2047	2001	1977	2019
기여율	9 %	15 %	15 %	15 %
소득대체율	60 %	76 %	76 %	76 %

1990년대 중반 만해도 우리의 정부 복지재정수준은 필요규모의 약 1/3이거나 이 보다 약간 클 것으로 생각되었다[5]. 그러나 1997년 이후 사회안전망에 대한 투자는 매우 빨라 GDP 중 사회안전망 제도에 투입되는 사회적 지출의 비율은 급속히 증가하고 있다. 사회보험지출이 급속히 증가하고 있지만 생계 및 의료급여를 중심한 복지서비스의 정부 지출도 급속히 증가하고 있다. GDP 대비 중앙정부의 기초보장, 복지서비스, 보건의료, 국민연금 및 건강보험 등의 사회보장적 지출의 비율은 1990년 0.64%, 1997년 0.63%에서 2001년에는 1.35%로 크게 증대하였다. 일반회계 대비해서는 각각 4.2%, 4.2%, 7.5%의 비율로 상승하였다. 따라서, OECD기준에 의한 GDP대비 사회복지지출의 비율은 (표 11)에서 보는 바와 같이 1997년부터 급속히 증대하고 있어 99년 현재 9.8%로서 1996년 이전의 2배에 가까운 수준에 이르고 있다. 이는 실업률 감소 등에 따른 퇴직금 급여의 감소 등으로 1998년의 10.86%에 비해 다소 감소하였으나 과거에 비해서는 급등한 수준이다. 1998년의 GDP 대비 복지지출의 비율은 1990

5) 박순일, 한국 복지재정의 실태와 재정확대방안 연구, 사회보장연구, 1996년 12월, 3 및 16쪽

년의 일본의 수준에 이른 것으로 최근의 복지투자 수준은 일본과의 격차를 10년으로 줄이어 통상적으로 생각되는 양국간 경제력의 20년 격차에 비해 양국간의 복지격차의 축소속도는 매우 빠르다. 그러나 현재의 GDP 대비 복지지출의 비율은 1950년 독일 19.2%나 영국 14.8%에도 크게 미치지 못하고, 스웨덴의 11.3%에 근접하고 있다[6].

우리나라의 사회안전망 지출은 앞으로도 지속적으로 증대될 것으로 전망되는 제도 환경에 있다. 우리나라는 의료보험(1977년), 국민연금(1988년), 고용보험(1995년)이 최근에야 본격적으로 시행되고 있어 사회보험제도의 적용대상 및 급여범위가 아직 선진국수준에 미치지 못하고 있다. 국제통화기금(IMF) 자료에 의하면 총 정부수입 중 사회보험료 수입이 차지하는 비율은 2001년 불과 9.25%로서 22개 선진국의 2001년 평균 26.41%에 크게 못 미치고 있다[7].
그러나 한국의 사회보험기여금의 점유비율은 1991년 4.8%, 1996년의 7.75%에서 빨리 증가하고 있다. 선진 22개국의 비율이 같은 기간 감소를 하고 있는데 비해, 한국은 사회보험제도가 성숙단계에 들어가고 있어 현재의 급여구조 아래서는 오히려 빠른 속도로 증대되어 선진국 수준에 가까워 질 것으로 기대되고 있다. 특히, 국민연금의 노령연금급여가 본격적으로 지급되는 2008년 이후에는 국민연금 지출이 급격하게 증가되어 사회보험지출도 대폭 증가할 것으로 예상되기 때문에 10~20년 후에는 우리나라도 선진국수준에 이를 것으로 예상된다.

또한, 빈곤층에 대한 공적부조나 장애인 등 취약계층에 대한 지출수준이 선진국에 비해 미흡하나 2000년 10월에 도입·시행되고 있는 국민기초생활보장

---

6) 박순일(1992(1)) 60쪽 표 12 참조

7) OECD의 가장 최근 공표자료인 1998년도를 기준으로 작성된 OECD자료를 근거로 국제간 사회복지 지출수준을 상호비교해 보면, 우리나라의 GDP대비 복지지출 수준은 10.86%로 일본(15.05%), 미국(14.96%) 등 이른바 '복지지체국'(welfare laggard)의 약 2/3수준 이하에 머물고 있으며, 스웨덴을 비롯한 북유럽국가 등의 '복지선진국'(welfare leader)에 비해서도 1/3수준에 달하는 것으로 나타났다. 또한 OECD국가(한국제외)의 GDP대비 복지지출 수준의 단순평균은 21.92%로 우리의 지출은 이에 비해 약 1/2수준으로 나타난다.

제도가 앞으로 발전되어 소득보장적 급여가 계속 증대될 것이다. 소득수준 향상과 인구고령화에 따라 복지수요는 급속히 증가할 것이다. 아동복지 서비스와 장애인 범주의 확대 등에 따른 취약계층에 대한 지원제도가 확충되면 사회적 부조의 지출도 더욱 확대될 것으로 예상된다. 대부분의 OECD국가들의 1인당 소득수준이나 노인부양율 그리고 정부가 지원하는 취약계층의 비율은 우리나라의 2~3배를 넘고 있다. 이처럼 우리나라의 복지지출규모는 현재 OECD국가평균수준에 비해 절대적으로 낮은 수준에 머물고 있으나, 인구 고령화나 소득향상수준·사회보험제도의 성숙추이·국민기초생활보장제도의 정착 등을 감안할 때 앞으로 그 규모가 빠르게 증가할 것으로 예상된다.

따라서 급속히 팽창되고 있는 사회안전망 지출에 대응하여 성장과 복지투자의 적정 결합비율을 찾아야 한다. 우선 사회보험수입 및 지출의 급속한 증대전망에도 불구하고 사회부조의 지출 증대가 충분한 속도로 이루어 질 것이라고 속단하기 어렵다. 지난 몇 년간의 사회안전망에 대한 재정투입 증대에도 불구하고 국민의 주요 기초생활에서 빈곤의 위험을 제거하지 못한 많은 사각부분이 남아 있다. 사회보험급여에서도 기본적인 생활위협이 적정하게 소비되지 못하는데 비하여 의료서비스, 산재서비스, 고용보험 등에서도 낭비적 요인들이 비판되고 있다. 이와 같이 불충분한 기초생활보장을 개선하고 낭비적인 복지지출을 억제하기 위한 방법을 찾아야 하고, 이때의 적정한 복지지출 비율이 결정될 수 있을 것이다.

역으로 경제와 상생하는 적정한 복지지출수준을 발견하고 이후에 효율적인 복지지출 방법을 찾을 수도 있다. 민간부문의 복지재정의 부담이 증가하고 있어 기업의 가격경쟁력의 압박뿐 아니라, 기업의 복지비 부담 저항도 간간이 나타나고 있다. 이는 선진국에서는 부담 비율이 적은 퇴직금의 급여비율이 클 뿐 아니라 고용의 불안정으로 퇴직금의 급여사례가 최근 크게 늘고 있는데서 비롯되고 있다. 현재 진행되고 있는 노동시장의 유연화는 퇴직금에 대한 수요증대를 지속시킬 것이고, 퇴직금을 연금화하려는 노력은 노동조합과의 갈등

등으로 쉽게 해결될 수 있을 것으로 기대되지 않는다. 더욱이 출산 휴가금 등 새로운 기업복지 수요의 증대로 기업에 대한 비용압박은 증대선상에 있다.

표 11. OECD 회원국의 사회복지지출

(단위: 경상 GDP 대비 비율)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Korea	4.25	4.02	4.39	4.48	4.68	5.05	5.29	6.46	10.86	9.77
Australia	14.37	15.53	16.51	16.80	16.55	18.09	18.27	18.74	18.86	17.74
Austria	26.00	26.28	26.90	28.24	28.92	28.81	28.80	27.87	27.62	-
Belgium	25.85	26.60	26.79	28.33	27.73	26.74	27.16	25.98	26.30	-
Canada	18.25	20.64	21.28	21.21	20.17	19.23	18.41	17.84	18.03	17.31
Czech Republic	16.81	18.18	18.52	19.02	18.99	18.64	18.59	19.41	19.42	20.34
Denmark	29.79	30.59	31.13	32.77	33.43	32.85	32.13	31.03	30.10	-
Finland	24.78	29.91	33.92	34.06	33.20	31.40	31.12	28.87	26.67	-
France	26.45	27.09	27.88	29.34	29.07	28.98	29.31	29.27	28.82	-
Germany	21.74	25.79	27.21	27.95	27.67	28.28	29.52	28.95	28.48	-
Greece	21.64	20.88	19.98	20.91	20.95	21.15	21.83	21.92	22.73	-
Iceland	-	-	-	-	19.33	19.88	19.49	19.37	19.64	-
Ireland	19.02	19.80	20.12	20.05	20.21	19.61	18.52	17.16	15.77	-
Italy	25.04	25.71	27.06	27.18	27.01	25.19	25.76	26.29	26.42	-
Japan	10.97	11.12	11.64	12.28	12.90	13.73	14.20	14.64	15.05	-
Luxemburg	21.74	22.22	22.48	23.03	22.58	23.30	23.51	22.33	22.09	-
Mexico	3.23	3.58	3.93	4.24	4.68	7.44	7.54	8.02	8.22	8.23
Netherlands	28.29	28.45	28.89	29.13	27.58	26.64	25.29	24.88	23.90	-
New Zealand	22.53	22.56	22.40	21.02	19.90	19.32	19.67	20.76	20.97	19.97
Norway	27.16	28.37	29.53	29.15	28.87	28.56	27.64	27.23	28.16	-
Poland	16.19	23.02	27.31	26.64	25.44	24.74	24.86	24.21	22.83	23.27
Portugal	14.05	15.02	15.71	17.23	17.40	17.87	18.56	18.20	18.60	-
Slovak Republic	-	-	-	-	-	14.09	13.86	13.57	14.01	14.32
Spain	19.29	20.01	20.89	21.71	21.53	20.94	20.92	20.16	19.71	-
Sweden	31.02	33.18	36.39	37.18	35.61	33.39	33.28	32.61	31.47	-
Switzerland	19.80	21.28	23.35	25.18	25.44	26.20	27.53	28.54	28.28	-
Turkey	6.44	7.99	7.35	7.19	7.86	7.46	10.41	11.72	11.59	14.31
United Kingdom	21.74	23.57	25.93	26.67	26.30	26.03	26.09	25.66	25.07	-
United States	13.89	14.97	15.67	15.86	15.85	15.87	15.73	15.31	14.96	14.68

자료 : 한국보건사회연구원 내부자료(고경환)
주의 : 2000년 및 2001년 한국의 지출비율은 각 9.14% 및 9.18%임

단기에서도 의약관련 단체들의 의약분업 및 건강보험재정 통합과 관련된 대립 갈등은 물론, 이들이 이익확대를 추구하는 서비스 행위의 사회구조가 존속되는 한 건강보험 재정적자의 지속과 갈등은 계속될 수밖에 없다.

4. 고령화 및 저출산의 시기의 취약빈곤층의 확대

그 동안의 인구구조의 변화와 1997년 경제위기의 영향으로 합계 인구출산율이 2002년 1.17대로 감소되고 노령화는 매우 빨라, 고령화 사회로의 이행이 선진국보다 오히려 빠르게 진행되고 있어 새로운 사회문제로 인식되고 있다. 이는 2003년에 가서 경제위기의 영향을 벗어나 원래의 인구구조의 추이로 회귀할 것인가는 더 지켜보아야겠지만, 저 출산율·고령화의 시대로 급속히 들어가고 있음을 부정하기는 쉽지 않을 전망이다. 기대수명의 장기적 증가 전망은 물론, 1997년 이후의 경제위기로부터 결혼의 지연 등 일시적 감소요인의 영향이 크게 줄었을 2002년 및 2003년에도, 비 정규직의 증대 및 청년층의 취업의 어려움, 저학년에 이르기까지 확대되고 있는 과외비 등의 압박 등으로 인한 결혼기피자의 증대, 결혼연령의 지연 및 출산동기의 저하의 경향이 강하여지고 있기 때문이다.

또한, 가족의 결합이 특히 1997년 말 경제위기이후 급속히 취약해지고 있어 각종 사회문제가 가족의 보호로부터 벗어나 발생하고 있다. 이혼율의 급증, 노부모와의 가족해체 현상의 증대, 부모의 과잉된 아동보호와 급증하는 청소년 비행 문제의 공존, 집안의 문제로 가려졌던 성 및 가정폭력 현상의 사회문제화 등 급속한 가족 및 사회문제가 단기간에 빠르게 진행되고 있음에도 불구하고 이들 문제는 서구적인 개인주의적 해법에 주로 의존하면서 거의 방임 혹은 무방비 상태에 머물러 있는 현상이 지속될 것이다.

한국의 고령화는 세계에서 가장 빠른 고령화의 속도를 보이고 있는 일본보다도 빠른 추세를 보이고 있다. 1996년의 한국의 사회지표의 통계에 의하면

일본의 65세 이상의 인구비율이 1960년부터 1990년 및 1995년까지 각각 약 2.10 및 2.47배 증가하였는데 비해 한국은 1970년부터 30년 및 35년 기간에 약 2.30 및 2.74배[8] 증가할 것으로 추정되어 2000년에는 우리도 고령화사회로 진입할 것으로 추정되었다. 그러나 최근의 자료에 의하면 2000년에 이미 7.2%에 이르렀고 2003년 현재 8.3%, 2019년에는 14.4%로 고령사회로 진입할 것으로 추정된다. 불과 19년만에 고령화 사회에서 고령사회로 진입되어 24년이 걸린 일본보다 빠르다. 독일(40년), 영국(47년)과 같은 서구 선진국에 비해서는 더욱 빠른 속도이다.

표 12. 65세 이상 노인인구비율의 추이 및 전망

(단위, %)

	세계	한국	일본	영국	미국
1950	5.1	3.3('55)	4.9	10.7	8.1
1960	5.3	3.2	5.7	11.7	9.2
1970	5.5	3.1	7.1	12.9	9.8
1980	5.9	3.9	9.0	15.1	11.3
1990	6.2	5.1	12.0	15.7	12.5
1995	6.5	6.0	14.1	15.5	12.6
2000	6.8	7.1	16.4	15.3	12.4
2010	7.3	9.9	23.5	15.7	12.9
2020	8.8	13.2	25.2	18.0	16.1
2030	10.9	19.3	20.0	20.9	19.6

자료: The Sex and Age Distribution of the World Population, U.N. 1994 및 한국, 통계청 간, 한국의 사회지표, 1996

또한 이혼율의 속도도 일본 보다 앞서 있다. 1970년 이후 25년간의 우리나라의 이혼율의 증가 속도는 1930년 이후 50년간의 일본의 이혼율 증가와 같은 정도이다[9]. 1997년의 경제위기는 이혼율을 2.5%로 올리고 그 추세가 유지되고

8) 표 10에서 2000년 및 2010년 추정치의 중간값을 이용하여 추정함

9) 조이혼율의 추이 비교(인구 천명당 건수)

	1930	1955	1970	1980	1990	1995	1997	1998	2000
한국		1.3	0.7	0.6	1.0	1.5	2.0	2.5	2.5
일본	0.7		0.9	1.2					

자료: 한국 - 통계청 간, 한국의 사회지표, 1999 및 일본 - 사회보장연감

있다. 이와 같은 세계적인 속도의 고령화 및 이혼율의 증가는 빈곤 취약계층의 비율을 급속히 증대시킬 가능성을 그만큼 높이고 그에 따라 사회보장의 대상도 증가할 것이다. 기타, 경제위기 이후 실직 등의 생활 불안은 가정 불화 및 분리, 가족원의 이탈된 행위, 가족 건강의 위해 등 각종 사회문제를 발생시켜, 커다란 사회변화의 동인 역할을 하였다.

기타 각종 사고 재해의 증대로 장애인의 수는 증가할 것이다. 더욱이 선진국으로 접근할 수록 장애인의 평가기준도 선진국 유형으로 접근되어 그 대상범위가 확대되어 현재의 장애인 인구비율 약 2.0%대에서 선진국의 비율로 증가될 것이다. 즉 지금까지의 우리의 장애범주에 포함되지 않은 내부장애(일본에서는 포함)는 물론 서구 선진국에서 포함하고 있는 근로능력 감퇴자[10]까지 장애인의 정의를 확대해 가면, 1987년 18세 이상 일본의 장애인 비율 2.7%에서 독일 1991년 전 연령의 8.4%나 1980년 미국의 16-64세 사이의 장애인비율 8.5%[11]에 이를 수도 있다. 이는 필연적으로 장애인복지대상의 범위를 확대할 것이다. 최저생활의 개념이나 빈곤층에 대한 보호의 내용이 선진형으로 바뀌어 가면 복지대상 빈곤인구비율도 지속적으로 증가할 것이다.

---

10) 박옥희·권중돈, 장애인복지의 현황과 정책과제, 한국보건사회연구원, 1994년, 184쪽 참조
11) 박옥희, 상게서, 244-7쪽의 표 5-19 참조

III. 사회복지제도의 주요 과제

1. 한국복지정책 변화의 특징과 전망

1960년대 초까지 일제의 구빈구호적이고 복지시혜적 제도나 군정기 및 이에 기초한 자유당 집권기의 근대적 개념의 복지제도에서는 복지제도의 발전을 가능케 할 경제적 뒷받침 및 정치적 안정이 이루어졌다고 볼 수 없다. 이에 비해 박정희의 군사정권이 집권하여 경제개발을 표방하고 빈곤을 타파하려는 노력으로 복지의 발전도 변화의 모습을 보이기 시작하여 지난 35년간 많은 변화 발전을 이루었다. 그러나 이러한 발전도 시대별로 골고루 이루어지기보다는 간헐적으로 일부시기에 집중되어 나타나는 경향을 보이고 있다. 가장 대표적인 변화는 경제개발계획 초기인 1960년대 초와 1980년대 후반의 복지제도도입 및 확대기와 1998년 이후의 경제위기에 대응한 사회안전망제도와 투자의 급속한 확대로 볼 수 있다.

1997년 경제위기 이전에는 한국복지제도 전환의 특징은 경제적 호황을 지나면서 새로운 복지제도의 도입이나 확장이 이루어져 왔으나, 1998년 이후의 확대는 서구 선진국에서와 같이 불황의 극복차원에서 이루어 졌다. 서구 선진국에서 복지제도의 도입이나 확장은 지난 세기의 불황(독일 1840년대 및 1860년대), 금세기 1920~30년대의 대공황, 제 2차 대전 이후, 1960~70년대의 불황기 등에 이루어지는 경향을 보였다[12]. 이에 반해 한국의 경우 최근을 제외하면

12) Peter Flora & Jens Alber(1981, Modernization, Democratization, and the Development of Welfare States in Western Europe, The Development of Welfare States in Europe and America, pp.48-50)의 분석에 의하면 19세기말 마지막 20년을 근대복지국가의 도약단계로 보고, 이들은 이 시기의 사회복지관련 공공지출 및 사회보험 등 제도혁신의 관계를 봄. 단 장기지출 통계가 가능한 국가를 보면, 20세기 전환싯점부터 2차대전의 말까지 GNP에 대한 공공지출(사회보험과 공적부조가 주로)의

1970년대 후반, 1980년대 후반, 1990년대 중반은 호황이 지나는 시기에 각종 복지제도의 신규도입 및 확장이 집중적으로 이루어 졌다[13]. 이는 복지수요는 경제 호황기에 급격히 증가하기도 하지만 복지수요가 경제 및 정치적 변화에 대해 탄력적으로 증대하는데 비해, 복지공급을 가능케 하는 제도적 변화는 수급 불균형이 매우 커질 때 비탄력적으로 반응하는 경향에서 비롯된 것으로 생각된다.

다음의 전환기는 과거의 순환기에서 볼 때 2000년대 중·후반 경에 발생할 것으로 가정할 수 있다. 2000년 전후부터 새로운 호황기의 돌입의 예측과 이에 이은 국민소득수준의 상승 및 빈부격차의 확대지속, 국민연금의 급여 시작과 복지재정위기의 확산, 남북통일 실현의 전망 및 지난 30여 년의 우리의 정치를 지배해 온 기존 정치권의 쇠퇴와 정치선진화의 급속 진행 전망을 토대로 할 때, 2000년 중·후반에는 선진적 복지제도로의 전환이 이루어 질 것을 기대할 수 있을지도 모른다.

통일 한국의 최저생활의 보장, 국가생산력의 증진, 지역간의 갈등 등 지난 30여 년 간의 우리의 정치를 지배해 온 군사정권, 3김으로 대표되는 기존의 지배적 위치의 정치권의 쇠퇴와 더불어, 신진정치세력의 부상과 정치 민주화 및 선진화의 급속 진행 전망 등은 정치의 복지수요를 증대시킬 것이다. 특히 참여정부의 정치적 슬로건으로 인해 아래로부터의 복지요구 및 압력의 증대하여 군인 및 계파보스가 독점적으로 지배하는 정치권의 시혜적이고 일방적인 복지제공의 관행을 대체해 나갈 것이다. 또한 남북통일이라는 민족의 정치적 대변혁이 머지 않은 장래에 닥칠 것임을 국제적 이념 틀의 변혁과 남북한의 내부적 사정의 변화 등으로 쉽게 예단할 수 있고 이는 매우 가능성이 높은 전

비율은 3개국에서 3배 증가함. 그리고 정부예산중 사회지출의 비율은 독일에서 약 30%에서 62%까지 상승, 영국에서 약 20%에서 47%까지 상승, 스웨덴에서는 20세기초 부터 1960년까지 약 30%에서 53%까지 상승하였다. 이러한 완만한 증가는 전쟁기간 동안에는 축소되고 불황기에는 크게 신장하는 모양을 보였다.

13) 1960년대 중후반, 1980년대초반, 1990년대의 초반에 불황시기에는 경제적 투자지원 증대로 인해 정부의 복지제도의 도입 및 확대와 재정지출은 위축되었다.

망이다. 이는 우리 경제의 경제적 기회를 크게 증대시킬 것으로 전망되므로 복지 투자의 경제적 기회비용은 더욱 증대되어 경제적 효용주의의 당위성은 더욱 강화될 것이다. 복지와 경제의 경쟁관계가 지속될 환경에서 그 때까지 복지의 초과수요 현상도 계속 누적되어 갈 것으로 전망되기 때문이다.

그럼에도 불구하고 우리의 복지제도의 특징은 사회보험의 초과공급 및 기본적 생활에서의 최저생활복지의 공급부족이라는 이중적 현상의 독특한 한국복지문제를 극복하기는 쉽지 않을 것으로 전망된다. 이를 위해서는 무엇보다도 국민의 기초생활을 보호하려는 그 동안의 정책적 노력을 받아들이고 제도적 미비점을 과감히 개선하여 잘된 제도는 정착시켜야 한다. 정권이 바뀔 때마다 정책의 기조를 뒤 없는 일은 없어야 한다. 그러나 개혁이 진정 국민을 위한 것이라도 성급하고 미숙하여서는 안 된다. 그러한 결점은 결국 국민이 부담하여야 하기 때문에, 개혁은 이념추구 이외에도 사회적 편익에 비한 사회적 비용을 고려하여 국민의 복지를 최대화하려는 논리와 합리성을 갖추어야 한다.

2. 경제와 복지가 경쟁적이 될 장기에는 경제·사회적 균형을 추구하는 복지제도의 정립

우리의 복지환경은 향후 복지발전에 영향을 줄 것임을 과거 35년간의 양자 사이의 관계에서도 보았다, 그러나 미래의 여러 제약여건에도 불구하고, 미래는 또한 제한된 범위에서나마 많은 가능성을 내포하고 있어 우리가 어떠한 경제 및 복지 선진국가를 달성하는가는 필연적 운명이기보다는 선택의 여지를 많이 갖고 있다. 이러한 의미에서 21세기 초 한국의 경제 사회는 성장이 고용과 분배와 조화를 이룰 수 있는 균형적 경제·사회적 틀[14]의 구축을 통해서 발전해야 할 것이다. 지난 정부의 급속한 복지투자는 복지재정지출비율이 미

14) 박순일, 1992 및 1997

국 및 일본의 수준에 접근되고 있는 시점에서 경제 무의식적인 복지팽창이나 복지 경시적 경제적 투자는 양자간의 갈등을 초래할 것이다. 김대중 정부의 새로운 정책 패러다임이었던 생산적 복지론은 그 동안 DJ 정부의 정치이념이었던 민주주의와 시장경제의 병행발전에 생산적 복지가 추가된 3자의 병행발전으로 개념이 확장된 것이다. 시장경제가 복지발전을 동시에 수반하지 않음은 이미 밝혀져 왔고, 민주주의와 복지발전이 필연적 관계가 아님은 많은 민주적인 사회에서의 낮은 복지수준에서 알 수 있다. 따라서, 경제, 사회, 정치를 상호관련 속에서 종합적으로 사고하고 통합적 체계에서 정책을 구상 제시하는 것은 바람직하다고 볼 수 있다. 그리고 이러한 균형사회의 추구는 관료 및 정치 중심에서 시민 주도로 이루어질 때, 즉 국민이 참여하여 정책결정, 서비스 전달, 재정동원, 평가 등이 이루어질 때, 인본적 및 시장적 자유가 확장될 수 있을 것이다.

그러나, 한국의 복지제도는 경제성장 위주의 정책에서 복지투자에 대한 우선순위를 매우 낮게 두는 소위 잔여설(residualism)을 추구하는 경향이 커서, 복지부담을 정부보다는 수익자에게 지우는 것을 원칙으로 하고 있다. 사회보험의 최저생활보장 장치가 취약한 현 제도 내에서는 사회부조의 정부 의존도가 커야 된다. 그러나 현재 우리의 경제적 여건과 복지수준의 입장에서 볼 때 비용부담능력이 부족하다. 선진국의 복지제도가 최저생활의 확보는 물론 높은 빈곤감소 및 실업대책 효과[15]가 있었다 하더라도 스웨덴과 같이 고비용의 고복지를 추구하기는 어렵고 유럽대륙에서와 같은 덜 비싼 고 복지도 채택하기

15) 각국의 총급여 중 노인급여의 비중, 중위소득 50%이하의 인구비율, 실업율의 비교

	노인의 복지급여액/ 비노인급여액(1993년)	중위소득 50%이하 노인부부인구비율	실업율(1995)
스칸디나비아형	0.6 - 0.9	0.8(스웨덴, 1987)	9.2(스웨덴)
영미형(민간의존형)	1.0-2.5(미국)	3.8(영국)-12.4(미):1986	5.5-8.7
유럽대륙형	1.7(독)-3.5(이태리)	5.1(독, '89)	8.2(독)-12.2(이태리)
일 본	5.5		

자료: Gosta Esping-Anderson, 상게서, pp. 22-24

어렵다. 미국이나 영국과 같은 중 비용 중 복지제도도 사회보험에 의존에 따른 복지병 및 재정적자의 문제에 봉착하고 있다. 에스핑-엔더슨에 의하면 선진국의 경우 연금급여액이 필요수준 보다 약 1/3만큼 많이 지급되고 있다고 한다. 이러한 문제를 피하기 위해 제도의 최저생활효과가 높은 빈곤 취약계층에 대한 직접적인 사회부조제도의 강화를 통해서 비용 효과적 혹은 저 비용 중 복지의 달성이 가능할 것이다. 즉 우리가 취할 수 있는 복지의 목표는 기본적 생활에서 최저선의 보장을 선진국에서 보다 적은 비용으로 달성하는 효율적 복지제도를 조성하고 복지수준은 선진국과 우리 현 수준의 중간 정도를 추구할 수 밖에 없다는 것이다. 이러한 면에서 고비용의 주범이 될 사회보험의 복지효과성을 재조명하고 취약한 사회부조 및 사회복지의 서비스의 강화를 위해 사회복지제도의 체계를 복지효과 증진의 방향으로 재정립할 필요가 있다. 경제 선진화를 위해 예상되는 복지의 역기능을 줄이고, 복지의 경제적 순기능을 최대화할 수 있도록 복지 투자 및 내용을 계획하여야 한다.

또한, 시민적 복지권의 확대를 수용하는 복지이어야 한다. 고속 압축적이며, 불균형적인 성장으로 선진경제에 접근해 가는 과정에서 희생된 자에 대한 사회적 보상은 당위성을 갖으며, 또한 노인, 여성, 아동, 장애인, 불구폐질자 등 취약 계층의 사회적 보호는 어떠한 이념 혹은 경제관을 넘어 전 인류가 지켜야 할 가치로 인식되어야 한다. 이와 같은 경제효용주의 및 시민적 복지권이라는 이념에서 볼 때 우리가 구축해야 할 복지형태는 기본적 생활과 기회가 모든 사람의 선택 범위 내에서 보장되는 경제 사회적 균형 복지사회이다. 경제성장의 국가 의지와 시민적 복지주의의 양극단에 있지 않으면서 그 사회의 정치 경제 사회적 욕구의 균형이 이루어지는 사회를 추구하여야 한다.

이를 위해, 빈부격차의 확대와 고용불안 등을 피할 수 없게 직면할 새로운 정부의 복지정책은 일차적으로 국민의 생계, 의료, 주거, 교육 등 기본적인 생활을 누구에게나 충족시키기 위한 노력을 더욱 경주하면서도, 그 동안에 확대되어 온 사회복지제도는 비용 효과적이고, 경제와 상응하는 지속가능한 제도

로 전환시켜야 한다.

이러한 의미에서 시민, 정치인, 행정가들이 공동으로 참여하여 경제 사회문제를 동시에 조망하고 관계를 설정할 기구로서 "경제사회개발심의위(가칭)"의 설치가 필요할지 모른다.

3. 중·단기에는 경제와 상생하고 비용 효과적인 사회복지제도의 체계화 적극 추진

경제위기 이후 국민기초생활제도의 실시와 생계급여 및 의료급여에서의 막대한 자금의 투입에도 불구하고 드러나고 있는 빈부격차의 확대, 저소득층의 생활불안과 불만을 해소하기 위해 근본적인 복지 효율화 작업이 필요하다. 또한, 의료보험은 물론 공적연금 등에서 사회보험 재정불안이 심화되어 현재 및 미래의 국민 부담을 과도하게 하여 빈곤층 및 서민의 생활을 불안정하게 하고 경제적 비용을 증대시키고 있다. 따라서, 우리나라의 사회복지제도는 비용 효과적이고, 경제와 상응하는 지속 가능한 정책으로 전환되어야 한다.

특히 이 과정에서 취약계층에 대한 기초생활보장을 충족시키면서 효율화를 추진하는 공공의 역할을 증대시키는 사회보장의 장기구상이 제시되어야 한다.

1) 취약계층에 대한 효율적인 기초보장

첫째, 사회보장제도의 死角地帶 규모가 크므로, 적정한 예산 범위 내에서 공적부조의 적정규모를 설정할 필요가 있다. 최근 수년간의 소득보장의 확대 속도가 매우 빨랐기 때문에, 앞으로도 비슷한 속도로의 제도 확대는 경제 및 사회적 기회비용의 한계적 증대를 수반할 것이다. 따라서 정부가 소득보장 정책의 死角地帶에 있는 빈곤층 중 보호대상으로의 확대를 결정함에 있어 정부의 재정부담능력, 경제활동 및 전통가치의 의존과 같은 제반 요소, 특히 사적 부

담 대상 규모 및 수준과의 종합적 고려에서 결정되어야 한다.

도시貧困家口의 이전소득 이전의 지출수준과 최저생계비의 차이 중 40.7%는 공적 및 사적 이전소득에 의해 충당되고 있지만, 나머지 59.3%는 주로 스스로 보충해야만 되는 부분이다. 특히, 소득보장을 받고 있는 극빈층 특히 기초생활보장대상가구에서도 59.5%가 근로능력을 갖춘 가구원이 있고, 일할 의지가 있는 비율도 24.3%이며, 3D업종에의 취업의지가 있는 가구도 36.8%나 되는 것으로 조사되었다. 따라서, 근로활동을 통한 자립적 소득보장이 보다 강화되어야 한다. 특히 고령화 사회의 주요 실직자가 될 고령층의 생계대책을 근로기회의 확대를 통해서 이루어야 한다.

복지정책의 사각지대에 있는 빈곤층에 대해서 직접적인 소득보장의 확대보다는 이들의 근로능력을 활성화를 위한 정책 방안이 강구되어야 한다. 가구주의 근로활동 여부, 종사상의 지위, 정규직 여부, 맞벌이 부부 등의 변수가 공적 급여수준을 결정하는데 주요한 영향을 주고 있어, 소득보장 사각 貧困家口에 대한 소득보장의 대상 및 급여수준의 결정에서 이들에 대한 단순한 현금급여보다는 이들의 근로활동을 자극하고 보다 나은 근로상태로 이동하도록 우선 지원하는 것이 효과적이다. 이는 근로능력이 있고, 근로의욕이 높은 빈곤층에게 중요하다. 특히, 기초생활보장대상을 비롯한 현재의 자활 및 소득보장정책에 포함된 모든 가구에 대해서는 시급히 적용되어 정책 효과성을 높여야 한다. 그러기 위해서는 정부가 근로활동을 지원하고 있는 대상자들의 근로유인을 강화시켜 그들의 근로능력을 활성화해야 한다. 정부가 지원하는 자활사업에의 참여자나 소득파악이 용이한 민간시장 근로자에 대하여 근로소득공제제도를 조속한 시일 내에 실시하고, 실효성 있는 소득공제율을 적용하여야 한다. 근로소득공제제도는 최저생계비 이상의 추가근로소득에 대해서만 근로소득공제제도를 적용하여 근로유인을 유발하면서, 동시에 정부예산을 오히려 절감하여 남은 돈으로 다른 복지확대에 활용할 수 있도록 하여야 할 것이다. 또한, 소득공제율은 사업의 경제성, 소득규모, 소득발생기간 등에 따라 근로유인효과

및 형평성 등을 고려하여 차등화 할 수 있을 것이다.

근로소득의 파악이 어렵고 빈곤층의 민간시장 참여 근로소득자에 대해서는 장기적으로는 정액(Lump Sum) 현금지원제도, 즉 가구의 복지수요와 근로능력를 고려한 차등 정액 현금급여를 적용하고, 추가로 현물급여(혹은 생계비 융자제도)를 적용함으로써, 이들의 복지를 증대시키고 정책의 효과를 제고할 수 있다. 소득파악이 부정확한 근로능력자에 대해서는 단기적으로 소득파악능력을 제고하여야 하지만, 이들 계층에 대한 소득조사의 어려움은 근본적으로 피할 수 없다. 따라서 이들에 대해서는 장기적으로는 단순 차등 정액급여(Lump Sum)를 제공하는 방안을 검토해야 한다. 정액급여의 수준은 근로소득공제제도의 차등화에서와 같이 일의 성격(예, 3D업종), 추정되는 추가소득규모, 적용기간에 따라 차등화 할 수 있을 것이다.

자립사업효과의 한계와 복지남용의 축소를 위해 '현물급여'만 지원하는 자활지원대상을 확대할 필요가 있다. 소위 차상위층으로 분류되는 비 보호 빈곤층에게도, 현물급여 지원을 통해 사업참여의 길을 열어놓음으로써, 법적 보호를 못 받고 있던, 모든 빈곤층들이 정부의 부분적인 보호장치 아래서 근로를 할 수 있게 하여, 기초보장제도를 생산적 복지제도로 포괄할 수 있을 것이다. 기타 단기 일자리 창출, 소득보장이외에 기본적인 서비스 제공 등도 빈곤 근로층의 자활 노력을 자극할 수 있을 것이다.[16]

---

16) 일자리는 현재 정부에 의해 추진되고 있는 자활공동체사업의 확대 및 내실화와 더불어 단기 일자리의 창출이 긴요하다. 빈곤층의 특성 상 장기의 완전 자립보다도 당장의 생활고를 해결하는 대책이 중요함으로 단기의 일자리 창출이 중요하다. 일자리 창출에서도 정부에서 공적인 일자리의 창출이 단기간에 획기적 증대가 불가능하므로, 틈새시장에서 노동 혹은 정부보조를 통한 시장참여를 활성화 할 필요가 있다.

소득보장 死角地帶에 빈곤 근로능력 가구의 근로활동 참여노력을 지속시키기 위해 의료, 주거, 교육, 복지서비스 등 공적 서비스를 제공하면 실질적인 임금수준을 올리게 되어 이들의 근로의욕을 촉진할 수 있다. 그리고, 근로활동에 참여하고 있는 가구들 사이의 빈부격차를 줄이기 위해, 실질적인 계약제를 실시하여 정규직 및 비정규직 사이의 연봉소득의 격차를 줄이어야 한다. 또한, 노동조합과 비 노동조합원 사이에의 임금격차도 줄여야 하며, 비정규직이 파트타임의 직업활동을 할 수 있도록 비정규직의 근로시간을 신축적으로 그리고 필요에 따라 근무시간대를 바꿀 수 있는 제도가 도입되어, 고용의 유연화 뿐 아니라, 노동

둘째, 복지의 내용과 급여방식의 변화를 통한 제도의 효율화를 기하여야 한다. 기초생활보장가구의 소득보장은 이론적으로는 최저생계비와의 차액을 보충급여하고 있으나, 실업급여 등을 합한 현금급여 수준이 충분하지 못하여 빈곤갭 1.13%의 약 35%는 소득보장을 받고 있는 가구에서 발생하고 있다. 이들에 대해 추가적인 현금급여로 보충하기는 어려울 것이므로, 현금을 대신하면서 최저생활의 유지를 위협하는 분야에 대한 현물급여가 필요하다. 특히, 저소득층 및 노인들에 대한 의료보장이 공공의료서비스의 확대를 통하여 강화됨으로서 취약계층의 기본적 의료를 보장하고 의료재정의 급등도 완화할 수 있을 것이다.

또한, 가구주의 근로활동 여부, 종사상의 지위, 정규직 여부, 맞벌이 부부 등의 변수가 공적 급여수준의 결정과 계층의 이동 및 귀속에서 주요한 영향을 주고 있어, 정부정책의 사각 貧困家口에 대해서 단순한 부조급여보다는 이들의 근로활동을 자극하고 보다 나은 근로상태로 이동하는 것을 지원하는 것이 효과적이다. 이를 위해, 정부가 근로활동을 지원하고 있는 대상자들의 근로유인을 강화시켜 그들의 근로능력을 활성화해야 한다. 근로인센티브 뿐 아니라, 부족한 일자리가 제공되어야 한다. 현재 정부에 의해 추진되고 있는 자활공동체사업 확대 및 내실화 되어야겠지만, 빈곤층의 특성 상 장기의 완전 자립보다도 당장의 생활고를 해결하는 대책이 중요함으로 정상시장이 아닌 틈새시장에서 노동 혹은 정부보조를 통한 시장참여를 활성화 할 필요가 있다. 빈곤층을 위한 일자리 창출을 확대하기 위해서는 부조와 노동을 통합한 '근로부조사업'과 같은 새로운 제도의 도입이 필요하다. 이러한 제도에서 공공근로와 자활사업을 포괄 관리할 수 있는 제도의 개선이 이루어 질 수 있을 것이다. 공공근로는 실업뿐만 아니라 불완전 고용에 따른 빈곤화 효과를 완화하는 노동 및 부조의 통합정책으로 남아 있어야 한다.

셋째, 복지서비스의 대상과 노동정책의 대상이 중복되고 있는데 사업은 분

공급의 유연성도 확대되어야 한다.

립적으로 계획 추진되고 있어 종합적인 지원 효과가 감소할 수밖에 없다. 저소득층에 대한 자활사업의 지원도 전문기관들의 전문성에 의한 유기적 서비스 관계가 이루어지지 못하고 있어 보호의 효과성이 떨어지고 있다. 따라서, 예컨대 노동부와 복지부의 자활사업을 총괄 조정할 자활사업추진단을 별도의 기구로 설치할 필요가 있다.

넷째, 사회복지제도 내에서도 기초보장, 각종수당, 실업급여 등 현금급여사업이 분립적으로 운영되고 있어 중복 및 과잉수요가 가능하게 되어 있으며, 제도의 형평성 문제도 발생한다. 따라서, 소득보장 및 현물지원 등 각종 서비스를 통합 조정하여 복지효과를 증대시켜야 한다.

다섯째, 복지서비스의 전달체계를 효율화하여 복지의 남·오용을 줄이는 것이 매우 중요하다. 지방정부의 복지서비스 공급이 서비스 수요 증대로 크게 부족하고, 최근에는 자활사업으로 인하여 업무가 크게 증대되어 인력난을 가중시키고 있다. 따라서, 사회복지전문요원의 증대와 단기의 폭증하는 업무를 처리하기 위하여 과거에 복지업무 담당자들을 복귀시키는 것이 시급한 일인 것으로 보인다. 기존의 복지업무 담당 직원의 복귀와 기타 행정직원의 핵심역량위주로의 재배치가 필요하다. 동시에, 부분적으로는 복지관, 민간 복지기관에서 등과 협력 혹은 업무의 outsourcing등 관리의 혁신이 필요하다. 예컨대, 일반행정능력이 필요한 소득조사 등은 일반행정요원, 사업개발을 위한 일은 고용안정센터의 관련전문가, 의료서비스의 상담 등은 보건소의 의료요원 등 기존의 지역자원을 연계 혹은 outsourcing함으로써 긴급한 업무수요에 대해 신속히 전문적 서비스를 전달할 수 있을 것이다. 사회복지전문요원은 기초보장대상자 및 기타 복지 대상자의 자격관리(선정 및 배제 등), 이들의 생활여건 변화에 따른 급여제공의 조정, 필요한 서비스를 적합한 전문가에게 연결하거나 외주하는 linker의 역할을 하는 것이 효과적일 것으로 생각된다.

또한, 정책 대상의 잘 못된 선정, 급여의 과잉 및 부적절한 공급 등에 따른 비효율을 줄이기 위해 수급자의 자격관리를 철저히 할 민간 및 행정관리의 합

동 지도 및 지역 평가단의 설치가 필요하다.

2) 서민복지 강화를 위한 장기 플랜의 작성과 시장경제 역할 확대

중장기에 서민복지를 강화하기 위해서는 사회복지제도의 체계화 작업을 위한 예컨대, 중산·서민생활 향상을 기초로 한 '선진복지진입 10개년 마스터 플랜'이 짜지어야 하고 적극 추진되어야 한다. 먼저, 경제구조조정과정에서 상시적으로 발생될 실직 혹은 고용불안상태를 보호할 체계적이고 포괄적인 사회안전망의 확립이 중요하다. 그리고, 법적으로 적용대상인데도 불구하고 비정규직 및 영세 사업체에 종사하는 취약 및 빈곤 근로층에 사회보험을 실효성 있게 적용하여야 한다. 그리고 이러한 고용불안의 빈곤근로층을 위해서는 정부의 공공서비스가 크게 확대되어 이들의 기본생활의 시장노출에 따른 생활위협을 최소화해야 한다.

반면에, 서민 및 중산층의 노후생활, 경제 및 사회활동, 의료서비스 등의 공급이 민간의 적극적인 시장개발로 가능할 수 있도록 법 및 정책에서 경제적 개념이 자리 잡아 가야한다. 기초생활보장에서는 공적 서비스 및 규제가 중요하지만, 차상위 계층에 대한 기본적 생활의 보장에서는 그 대상규모가 크고 보장수준이 높기 때문에 이들의 기본적인 공적 서비스의 지원에서 민간시장이 주요한 역할을 할 수 있는 환경의 조성이 중요하다.

4. 기본적 의료서비스 보장과 의료비 부담의 적정화

현재 우리사회는 여전히 건강보험과 의료급여 대상에서 제외되는 한계계층의 발생되고 있다. 따라서 기초의료의 사각지대를 없애야 한다. 그 동안 보건의료분야의 재정투자를 소홀히 함에 따라 보건의료의 생산기능을 대부분 민간에 의존하는 의료체계를 조장하여 왔음을 부인할 수 없을 것이다. 이런 상황에서 의료서비스 이용을 보장하고자 급여범위와 수준이 취약하여 본인 의료비

부담이 가중되어 왔다. 기초의료의 사각지대를 없애기 위해서는 기본적이고 보편적인 의료서비스를 보장하여야 할 것인 바, 공공의료기관의 비중은 기관수 기준으로 8.8%, 병상수 기준으로 15.5%에 불과하여 OECD 국가 중 최하위를 기록하고 있다. 더욱이 공공 보건의료체계의 목표가 취약하다. 공공의료기관에서 의료빈곤층이 진료를 받는 비율은 그리 높지 않을 것으로 보인다. 각 공공보건의료기관의 역할이 불명확하다. 또한 보건복지부 및 행정자치부로 이원화된 행정체계의 혼선과 비효율과 조정능력의 부재 등은 양질의 서비스 제공을 어렵게 하고 있다. 따라서 공공의료 강화를 위한 공공 의료기관의 기능 재정립과 취약지 병원의 공공병원화, 그리고 국민의 평생건강관리 중추기관의 보건소에서의 건강증진 및 질병예방사업과 방문보건사업의 확대를 통한 국민건강 보장체계 인프라를 구축하여야 할 것이다. 의료급여 및 의료보험의 재정의 효율적 사용을 위한 지속적인 제도 내실화 및 관리체계 강화와 함께, 사각지대 해소를 위한 예산확충 등을 통해 저소득 계층의 의료보장을 지속적으로 확충해 나가야 할 것이다. 이러한 문제는 단지 몇 개의 수단을 동원해서 해결될 수 없다.

둘째, 건강보험재정 효율화의 일환으로 재원조달이 가능한 범위에서 진료비 총액의 상한을 설정하고, 총액 범위 내에서 보험급여범위, 보험수가나 보험약가기준을 재조정하는 것도 검토해 볼 수 있을 것이다. 1차 진료의 확대, 요양병원의 확대 등 공급체계의 근본적인 개선도 재정의 효율화에도 도움이 될 것이다. 또한 중병 등에 따른 고액진료비에 대한 보장은 강화하되, (최저)생활위협 risk가 적은 감기 등 소액진료비에 대해서는 본인부담을 늘리고, 필수의약품에 대한 보험혜택은 강화하되 비필수의약품에 대해서는 본인이 좀더 부담한다는 원칙에 입각한 재정안정화를 통해 '지속가능'한 건강보험제도의 장기비전을 제시하는 것이 무엇보다도 중요하다. 그러나 최근 생활수준의 향상에 따른 국민들의 의료이용 행태가 변화되고 암 등 만성질환으로 인한 질병치료의 장기화와 첨단의료기술·장비의 사용에 따른 진료비 고가화 등으로 의료비 부

담이 크게 증가하고 있다. 따라서 DRG의 확대 등 의료비지불제도의 개선이 필요하다.

셋째, 21세기 기본적 의료서비스를 전 국민에게 저렴하게 공급하면서 국민의료비를 적정수준에서 절감할 수 있는 의료공급체계의 재정립이 매우 중요하다. 예컨대, 현행 우리나라의 의료공급체계는 급성기질환에 대응한 질병치료 중심체계로 구축되어 있다. 암을 비롯한 만성퇴행성 및 노인성 질환으로 질병구조가 전환되고 고령화가 급격히 진행되는 등 새로운 보건의료환경에서 의료공급체계 개편에 대한 본격적인 논의가 필요하다. 그 기본방향은 중·장기적으로 병원의 체계를 만성질환을 중심으로 하는 '만성질환 관리 시설' 과 급성질환을 중심으로 하는 '급성기 병상' 으로 재편하는 것이 될 것이다. 그리고 1차 의료기관의 기능강화 및 3차 의료기관의 기능 재정립도 중요한 과제중의 하나이다.

넷째, 현행 의료공급체계를 효율화하기 위해서는 민간의료의 공공성 강화와 함께 공공보건의료기관의 역할과 기능이 대폭 강화되어야 한다. OECD발표에 의하면 한국의 입원기간은 11일로 OECD(평균 7일) 국가 중 가장 길고, 입원병상수도 주요 선진국은 지난 10년간 감소하고 있는데 한국은 증가하고 있다. 따라서 요양병원의 제도적 확충이 기초서비스 제공은 물론 의료비 절감차원에서도 매우 중요하다. 앞으로 본격적인 고령화 사회에서는 암, 치매, 중풍 등 요양환자가 급격히 증가할 것이다. 따라서 치료보다는 간호·간병·재활 및 완화의료에 중점을 둔 시설 등 요양병원과 호스피스·완화의료시설을 제도적으로 확충해 나가지 않으면 안 된다. 사회 생산성 제고 차원에서 입원시설서비스 보다는 '외래서비스', '낮병동 서비스(day care unit)', '주간보호센터', '요양원' 등의 시설도 확충하여야 할 것이다.

요양병원이 급성기 병원의 재원일수 감소와 조기퇴원 유도라는 본래의 목적을 달성하기 위해서는 급성기 병원, 요양시설, 가정 등과 연계하여 지속적인 서비스(continuity of care)가 이루어질 수 있도록 중간 역할을 강화하는 제도

적 전략이 필요하다. 이와 함께, 노인의료비 등의 증가에 대처하기 위해 요양병원의 진료비 지불체계를 행위별 수가에서 정액제 등으로 전환하는 방안도 검토해 나가야 할 것이다. 한정된 자원으로 적정 의료비 부담을 통한 기본적 의료서비스 보장을 위해서는 Institution care에서 Community care로 전환이 불가피 하다. 방문보건·간호사업의 대폭적인 확충은 재가 서비스 중심으로의 전환을 위한 중요한 정책수단의 하나이다. 치료 등 의료적 서비스가 필요하지 않음에도 불구하고 간호·간병수발 등의 서비스를 받기 위해 병원에 입원하는 소위, '사회적 입원' 문제를 해결하기 위해서도 가정의료 및 방문간호 등이 크게 확충되고 있다. 현재의 퇴원환자 중심에서 가정 및 지역사회의 노인, 장애인 등으로 대상을 확대하고 가정간호사업 실시주체를 다양하게 확대하는 등 계획적인 확충을 추진해야 한다. 그러나 현재 가정방문·간호 수요에 비해 공급이 매우 부족하여 가정간호실시 의료기관수가 90여 개 기관에 불과하다. 보건기관 역시 방문보건사업 인력부족과 기술 부족으로 주민의 건강욕구를 충족시키지 못하고 있다. 특히, 공공 보건시설이 취약한 대도시 지역은 간호사 1인당 담당가구가 약 2만명으로, 일본의 3,000명과 비교할 때 인력부족이 심각하다. 선진국의 경험에 비추어, 시설 서비스 부족과 의료비 절감 및 의료이용 편의도모라는 측면에서 볼 때, 재가 서비스 증대는 필수적이므로 고령화 사회에서 재가 의료서비스는 대폭 확충되어야 한다. 그리고 이러한 서비스는 주로 민간시장에서 공급될 수 있도록 장려 대책이 마련되어야 한다.

또한, 대도시지역에 「지역보건센터」형 보건지소(가칭) 또는 「주민건강센터(가칭)」를 마련, 확충하여 와상 및 거동불편자, 정신-신체 장애인, 임산부, 영유아 등에 대한 포괄적이며 지속적인 보건의료서비스를 제공여야 할 것이다. 이 때 질적인 의료서비스 제공을 위해 지역내 거점병원을 지정, 연계하여 2차 진료 기능 강화와 공공 보건의료기관의 전문성을 제고시켜야 할 것이다. 방문보건간호서비스와 복지서비스를 연계, 통합적으로 제공할 수 있도록 지역사회의 보건·의료·복지기관의 연계체계의 구축이 긴요하다.[17]

다섯째, 의료시장의 개방과 의료서비스에 시장의 개념의 확대가 필요하다. 의료시장의 개방은 우리의 의료서비스의 경쟁력을 확보하고 국내의 의료시장의 독점력을 줄일 수 있을 것이다. 또한 의료서비스의 공공기능의 확대와 병행하여 의료서비스 및 의약품의 시장가격으로의 접근시키기 위한 시장역할의 확대로 서비스의 효율화와 재정절감을 기할 수 있을 것이다.

5. 사회보장제도의 재정 안정화

첫째, 사회보험제도를 기초생활보장 중심으로의 전면 개정하여, 보험급여 수준 및 보험료 부담을 적정수준에서 제한시키고 보험재정을 안정화시켜야 한

17) 기타, 현재의 교육시스템은 대학교육을 자녀의 최저교육수준으로 희망하는 서민가정의 생활을 극도로 위협하고 있다. 학생들이 대학을 못 가면 인생을 자포자기하며, 일류대학에 진학하지 못하면 재수 및 3수 등을 하면서 자신의 자질을 입시시험에 소모하고 있고, 심지어 교육이민이 성행하는 국력 낭비를 초래하고 있다. 사교육비의 부담이 저소득층일수록 클 수밖에 없으므로, 정규교육의 정상화를 위한 대책이 시급히 마련되어야 한다. 예컨대, 학원강사 등 우수 교원을 초빙하여, 방과후 시간대에 고액을 지불하여 강의할 수 있는 계약제의 교사로 채용함으로써, 학원을 이용함에 따른 과대비용 부담과 정규교육의 파행을 줄이는 데 기여할 수 있을지도 모른다. 학생 선발방법을 대학에 맡기고, 수능시험은 미국과 같은 자격시험으로 하되 일년에 최소한 세 번 정도는 보아서 한번의 실수로 원하는 대학을 못 가여 재수를 하고 막대한 비용을 추가로 부담하여야 하는 문제를 줄일 수 있을 것이다. 동시에 교육비의 해외 유출을 줄이고 과외 등 입시과열을 막으면서, 학생 및 대학의 경쟁력을 증대시키기 위해서 외국의 저명한 대학에 대학시장을 개방하고, 지금 금지된 교육경영의 수익을 자국으로 송금할 수 있도록 법을 개정할 필요가 있다. 아울러 독과점성이 가장 커서 폐쇄성이 크고 국제 경쟁력이 취약한 모든 지식시장, 예컨대, 의료, 법률, 교육 및 전문연구 분야 등 모든 분야를 개방토록 하여, 국내전문 인력의 국제수준으로의 향상을 촉진시킬 수 있을 것이다.
다음으로, 학생이 없는 빈곤층 및 서민층 가구의 가장 큰 생활비 부담은 주거비의 부담이다. 이들의 주거안정을 위해, 주택융자 조건을 보다 완화하고 이자를 담보대출이자정도로 내려 주택보유 등 중산층의 재산형성을 두터이 하고, 차 상위 빈곤층 및 서민층을 위한 임대주택 공급의 획기적 증대가 필요하다. 동시에 아직도 실시되지 못하고 있는 극빈층에 대한 정부의 월세 보조금이 실시되어야 한다.
기타, 증대하고 있는 취약계층의 생활보호를 위해 노인 및 가족(여성 및 아동)복지가 더욱 강화되고, 빈곤율이 상대적으로 크고 2003년의 쌀 시장 개방의 파장으로 더욱 어려워 질 농촌지역 주민의 생활안정을 위한 종합적인 농촌복지모형이 개발되어야 한다.

다. 최근 급증하고 있는 사회보험예산은 결국 고부담 저복지의 심각한 비효율을 발생시킬 가능성이 큼으로, 경쟁력 있는 경제제도의 보존과 서민에 대한 최저생활 보장을 만족시키기 위해 사회보험제도는 기초생활보장 중심으로 전면 재편 수정되어야 한다. 그리고, 경제와 복지의 상합도를 증대시키기 위하여 우리나라 국민의 사회보장 부담률은 15~20%를 크게 넘기는 어려울 것으로 보인다. 따라서, 의료보험 및 공적연금제도는 전반적이고 단계적인 개혁이 필요하다.

둘째, 무엇보다도 현재 사회보험재정 위기의 주요 근원지인 건강보험의 재정안정화가 시급히 이루어져야 한다. 건강보험의 재정적자는 일본의 경험이나 현재의 의료서비스 공급자의 욕구와 이에 대응할 수 있는 공적 대응수단의 미비 등에서 볼 때 적자를 면하기가 쉽지 않을 것으로 보인다. 자영업자들의 소득파악율 제고와 의료서비스의 남오용 축소 노력 등으로 적자규모는 다소 줄어들겠지만, 의료서비스 구조적인 요인에 의해 적자의 장기간의 지속과 재정불안의 문제는 피할 수 없을 듯하다.

건강보험 등 급증하고 있는 국민의료비 부담의 증가 속도를 완화하는 정책이 구상되어야 하지만, 이는 노인·장애인등 취약계층과 의료 서비스 공급 취약계층 및 지역에 대한 기본적 서비스의 사회적 보장과 더불어 추진되어야 한다. 의료비 부담의 완화 및 취약계층의 사회적 보호를 위한 정책의 조화를 위해서는 민간과 공공간의 서비스 공급체계, 대외 개방을 포함한 의료시장의 운영전략, 보건의료자원의 적정 공급과 배치 및 경제행위의 기본원칙의 설정 등 보건의료정책에 대한 전반적인 조정이 필요할 것으로 보인다.

구체적으로는, 건강보험의 총액관리제도의 도입은 물론 이와 유사한 사회보험 총비용관리 방법을 건강보험 뿐 아니라 전체 사회보험제도에 도입 적용할 수 있는 방안을 검토할 필요가 있다. 보건소 및 국공립병원 등 공공의료 및 보건기관의 진료기능을 대폭 강화하여, 서민들의 의료보장 강화 뿐 아니라 민간의료시장과 경쟁을 시켜 의료공급 및 재정을 안정화시켜야 한다. 더 나아가

의료시장을 개방하여 의료서비스의 공급자의 담합과 독점의 폐해를 없애고 경쟁력을 키워 서비스의 질을 개선토록 하여야 하는 한편 1년에 약 2조원에 달한다는 해외로의 의료재원의 유출을 축소하여야 한다. 이를 위해 외국의 의료면허도 보완적인 훈련이후에는 국내에서도 활용할 수 있도록 하고 질의 관리는 시장과 사후적 조치로 추진할 수 있을 것이다. 급여지출 상 순위의 진료유형부터 포괄 수가제를 실시해 나고, 일반 매약이 대형 슈퍼마켓에서도 허용되어 국민의 소비권 보호와 의료 및 보험 재정화에 기여할 수 있을 것이다.

셋째, 연금보험에서도 기금의 고갈에 대응하여 보험료를 올리는 방안과 더불어 경제에의 부담을 적정화하기 위해 급여수준을 적정수준에서 차단하는 방안을 비교 검토하여야 한다. 후자를 위해서는 공적 연금급여의 체계는 물론 민간급여와의 관계 등에서 연금보험체계의 전면적인 개선이 있어야 할 것으로 생각된다. 공적 연금은 기초연금을 중심한 연금급여 체계로 개편하여 부담과 급여의 적정화를 기할 수 있는 체계를 단계별로 정착시켜 나가야 한다. 계층간의 형평성을 증진시키고 급여의 과도한 지급을 줄이기 위해 낮은 수준의 소득신고가 용이한 계층은 분리하여 제도의 효과와 재정의 부족문제를 줄일 수 있을 것이다.

넷째, '복지세'의 도입을 통한 서민의 기초생활을 안정적으로 보장하여야 한다. 국민기초생활제도의 실시와 막대한 자금의 투입에도 불구하고 드러나고 있는 저소득층의 생활불안과 불만을 해소하기 위해, 복지세의 수입으로 생활안정기금으로 조성하여 서민들의 일시적 생활위협을 완화하기 위한 자금으로 활용할 수 있을 것이다. 이는 소득세 과표의 현실화나 세원의 확대 등 탈루방지 이외에도 특별소비세 특히 최상위 5~10%가 주로 구입하는 고가의 사치성 제품에 대한 세율을 인상함으로써 피보험자의 보험료 부담 증대에 따른 노동 및 자본 공급의 감소나 기업의 경쟁력 감소 효과를 없애면서 재원을 확보할 수 있을 것이다. 복지재정을 경제에 부담을 주지 않고 우리나라의 조세 부담률을 30%대로 올리려면 간접세의 획기적 인상 방안이 가장 분명한 방법인

것으로 생각된다.

다섯째, 사적소득보장을 유지 강화하기 위한 대책이 마련되어야 한다. 사적소득보장을 강화하기 위한 대책이 마련되어야 한다. 한국에서와 같이 자선금의 기부는 드물고 앞으로도 획기적 증대를 기대하기는 어려운 환경에서 종교단체의 자선활동이 활성화되어야 하지만, 친인척 등의 이전소득의 노력을 줄이지 않기 위한 대책이 필요하다.

현재의 빈곤층 특히, 직업이 없는 빈곤층의 경우 지출의 39.8%를 사적 이전소득에 의존하고 있으며, 공적 이전소득 대비 사적 이전소득의 비율은 3.1배에 이른다. 특히, 공적 이전소득 가구의 증가는 사적 이전소득가구의 비율을 줄이는 효과가 있는 것으로 보일 뿐 아니라, 공적 이전소득은 통계적으로 매우 유의미하게 사적이전소득을 줄이는 효과를 지니어, 이들 간의 대체탄력성은 1.09~1.11이어서 탄력적인 것으로 추정된다. 따라서, 먼저, 사적 이전소득의 감소를 줄일 수 있는 정책의 개발이 필요하다. 특히, 공적 이전소득이 대체되기 쉬운 가구들, 예컨대, 무직, 임시 및 일용직, 비 맞벌이 가구, 자가가구, 여성가구주 등에 대한 지원에 있어서, 일정 수준 이상의 현금급여는 사적 급여를 줄일 수 있으므로 현물급여를 제공하는 것이 효과적일 수 있다. 다음으로, 동시에 기존에 제공된 사적 이전소득에 대한 정부의 인센티브 제공이 필요하다. 貧困家口의 형편을 더 잘 아는 가족 및 친지의 사적이전소득을 강화하고, 이를 장려하기 위해 사적 이전소득 이전자들에 대한 소득세 공제제도의 적용, 각종 정부 혜택에서의 우선순위를 높이는 등의 정책이 제시되어야 한다. 예컨대, 공공서비스 기관에의 우선 취업, 자녀들의 장학금 수급, 군복무 등 각종 공적 의무에서의 우호적 대우 등 비 금전적 혜택을 부여할 수 있을 것이다.

6. 저출산 및 고령화 사회에 대비한 가족 및 사회정책의 필요

국민연금, 고용보험 등 그 동안 선진적 사회보험제도의 도입 및 확대에 중심을 두어 온 정책기조를 재정 안정, 급속한 고령사회의 진입, 경제와의 균형 등 우리의 실정에 적합한 사회보장정책의 장기적 기조를 만들고 사회적 비용을 줄이고 편익을 증대시킬 수 있는 단계별 정책방안을 구체화하는 작업이 있어야 한다. 이 과정에서 사회적 합의를 유도하는 끈질긴 조정과정이 있어야 할 것이다.

첫째, 가족구조의 급속한 이완, 저출산 및 고령화 사회에서의 가족, 노인, 아동, 여성 등 취약계층의 문제를 우리 사회의 조정능력 범위에 둘 수 있는 정책이 마련되어야 한다. 다양하면서도 모든 가족 구성원이 원만한 관계가 지속될 수 있도록 전통과 신사고가 조화된 가족의 모형을 사회적으로 합의해 가도록 노력해야 할 것이다. 노인의 급속한 증대에 비해 이들을 보호할 수 있는 가족관계의 지원정책이나 기본시설을 적정수준으로 확대할 수 있는 장기적인 정책이 제시되어야 한다. 아동의 교육과 청소년의 건전한 성장을 위한 정책이 근시안적이고 임기응변적이 아닌 장기적이며 실천 가능한 목표아래 제시되어야 할 것으로 생각된다.

마지막으로 각계 각층의 지도자로부터 이 사회가 일류의 그리고 안정된 사회로 발돋움하는데 필요한 가치를 지지하고 보편화하는데 솔선 수범하는 운동이 전개되어야 할 것으로 생각된다.

참고문헌

고경환, 『OECD 기준에 의한 우리나라 사회보장비 산출 연구』, 한국보건사회연구원, 1997.

고경환, 「우리나라 사회보장비 현황과 수준 제고방안」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원, 2000년 11월,

고경환, 『한국의 순 사회복지지출 추계에 관한 연구』, 워샵자료, 한국보건사회연구원, 2000.2.5

박순일(1992), 복지사회를 위한 복지정책의 방향, 복지국가와 민간 사회복지사업, 1992년 10월 현대경제사회연구원 개원 6주년 기념세미나

박순일(1997), 경제·복지전환기에서의 복지정책의 대응방안, 한국사회정책 제4집 1호, 한국사회정책학회

정경배 등(1999), 한국형 복지모형과 정책방향, 한국사회보장의 개혁방향, 한국사회보장학회 춘계학술대회 1999년 6월

박순일, 최현수 등(2000), 빈부격차 확대요인의 분석과 빈곤·서민생활대책, 한국보건사회연구원

박순일, 황덕순, 최현수 등(2001), 소득보장의 사각지대에 있는 빈곤 및 취약계층의 소득보장 연구, 한국보건사회연구원

박순일(2001), 경제위기 이후의 한국사회복지제도의 평가와 효율화, 한국사회정책 제8집 제2호, 한국사회정책학회

홍석표, 박순일 등(2002), 한국사회안전망제도의 재정 효율화 연구, 한국보건사회연구원

최일섭 등(2001), 국민기초생활보장제도의 개선방안, 보건복지부

Bark, Soonil, Worsening Income Distribution After the Economic Crisis And Policy Recommendations, 아태지역 세계사회복지대회 발표, 2001년 8월

Bark, Soonil, Hwang Deoksoon, etc., Social Safety Nets in the Republic of Korea: Analysis and Prospects, in Strenthening Policies and Programs on Social Safety Nets, SPP No. 8 ESCAP, 2001

Kakwani, N. and Hyun Hwa Son, Korea's Pro-Poor Economic Growth, 생산적 복지의 국제세미나에서 발표된 자료, 2001. 9., 한국보건사회연구원