



## Session 1

# 사회보장 현안과 정책과제

발표 1. 소수자 사회보장

발표 2. 금융소외계층과 재정용자사업

발표 3. 사회보장통계 현안과 정책대응



# 1

## 사회보장 현안과 정책과제 <<

### 발표 1. 소수자 사회보장

#### 1. 추이와 현황

##### 가. 개념 및 범위

소수자(minority groups)<sup>1)</sup> 개념은 미국의 1960~1970년대 다원주의 사회를 배경으로 하는 인권운동과 시민운동 과정속에서 나타난 것으로 1992년 UN 총회 결의를 통해 명확화 되었다(이하 정근식, 2013, 재인용).

UN총회 결의에서는 소수자의 존재와 정체성을 보호하고 소수자들의 정체성을 촉진하는 것이 국가의 의무로 규정했으며, 소수자의 구분은 인종, 성, 언어, 종교가 기준이 됨을 명시하였다. 이외에 소수자들은 인간이 가진 특성으로 인해 차별받고 사회에서 배제되기도 하는데, 여기에는 UN이 설명한 성과 인종, 언어, 종교 이외에 국적, 용모 및 신체적 조건, 직업, 성적기호, 출신지역 및 질병 유무, 정치적 성향 등을 통해서도 구별되기도 한다(정미경, 2005).

1) 소수자연구 권위자인 Capotorti는 소수자의 정의로 '소수자는 거주국내의 다수자들에 비해 수적으로 열세이며, 취약한 지위상태에 있으며, 그들은 거주국의 국적을 소지하고 있지만 다수들과 다른 인종, 종교, 또는 언어적 특질을 가지고 있으며, 소수자는 그들만의 문화, 전통, 종교 및 언어를 유지하려는 강한 유대감을 가진 사람들이다'로 보고 있다. 하지만 동 정의는 소수자를 국적이라는 협의로 정의하고 있다는 한계를 지적받고 있다 (박정원, 2009).

우리나라에서도 오랜 기간 소수자란 용어를 사용해 왔지만, 1990년대 후반부터 연구가 많이 진행되어 왔으며, 특히 국가인권위원회가 공식적으로 출범하면서 사회적·학문적으로 소수자에 대한 관심이 증가하고, 지금까지도 주요 연구주제로서 자리매김 하고 있다.

정근식(2013)은 한국의 소수자를 구분시 계급과 권력, 문화 영역, 해외 한인과 국내 화교 등 인종적·민족적 영역, 세계화로 인한 이주영역으로 구분하고, 첫 번째 영역의 해당자로 홈리스, 학업중단 청소년, 장애인, 성적 소수자, 장기수, 정신병원 수용자를, 두 번째는 해외 한인과 화교, 세 번째 영역으로 결혼이민자, 성매매 여성, 북한이탈주민, 이주노동자를 들고 있다.

소수자의 특성을 보면 첫째, 표준적 인간과는 거리가 있어 주로 주변인(결혼이민자, 매춘부, 장애인, 동성연애자 등)으로서 역할을 하게 되고, 둘째, 소수자들은 사회적 배제로 인해 사회적 일탈을 많이 경험하고 범죄(불법 채류, 성매매 여성 등)로 몰리는 경향이 있다. 반면에 소수자들은 다수의 지배를 받고 이에 대립되는 존재로 단순히 수치로 설명할 수 없기도 하다. 즉 성적 특성에 의해 소수자로 분류되는 여성들의 경우 오히려 북한이탈주민, 장애인 등에 비해 많은 비중을 점유하고 있음에도 소수자로 분류되고 있다.

본 연구에서 바라보는 소수자의 범주는 선행연구들을 기초로 작게는 북한이탈주민과 다문화가족(결혼이민자)을 크게는 지역적 개념으로 농어촌 주민 및 농어업 종사자들을 대상으로 하고 있다. 먼저 북한이탈주민의 국내입국은 2000년대 들어 크게 증가하기 시작하였으며, 현재 약 25천 여명이 국내에 거주하고 있다<sup>2)</sup>. 과거 북한과의 체제 대결과정에서는 북

---

2) 북한이탈주민이라는 용어는 법적으로는 1997년에 제정된 『북한이탈주민의 보호 및 정착 지원에 관한 법률』(이하 “북한이탈주민 정착지원법”)을 통해 법적인 용어로 ‘북한이탈주민’이라는 표현을 사용. 과거에는 ‘귀순자’, ‘귀순용사’, ‘탈북자’, ‘탈북주민’, ‘새터민’ 등

한이탈주민을 귀순자 혹은 귀순용사라고 하며 체제 선전수단으로 활용하였다면, 북한경제의 파탄으로 북한 주민들이 대거 탈북하고 국내로 들어 오면서 이제는 순수히 보호와 정착지원을 필요로 하는 대상으로 변모하였다. 정기선(2010)은 서평(윤인진, 2009)을 통해 북한이탈주민을 북한 정치체제를 이탈한 집단이라는 개념보다는 좀 더 나은 삶을 추구하고자 남한으로 이주한 소수자로서 파악하고자 시도하기도 하였다. 또한 적응론적 관점에서 북한이탈주민들이 남한 사회에 적응하는 과정을 분석시 북한이탈주민들이 남한내 적응이 쉽지 않으며, 이를 극복하기 위한 많은 노력들이 요구된다는 점에서 기존 남한주민들에 비해 배제되고 지원이 필요하다는 점에서 소수자 관점을 가지고 있다. 본 연구에서도 북한이탈주민의 규모가 과거에 비해서는 증가하였지만, 여전히 규모가 적고, 체제 적응이 쉽지 않으며 이 과정에서 빈곤 및 정신적 어려움을 경험하고 있다는 점에서 북한이탈주민을 소수자로 보고자 한다.

다문화가족은 UN이 정하고 있는 소수자의 특성(인종, 언어, 종교 혹은 성별)을 갖춘 국내의 대표적인 소수자집단이다. 다문화 가족은 외국인 노동력 확보와 농어촌 지역 결혼이민자 등 경제사회적 욕구에 의해 증가하고 있지만, 국내 법제도적 측면은 이들 다문화가족을 보호하고 지원하는 체계는 잘 작동하고 있지 못하다. 이로 인해 도시지역은 외국인 노동자, 농어촌지역은 결혼이민자들이 소수자로서 정서적 문화적으로 고립되고 어려움을 경험하고 있으며, 또한 순혈주의를 중시하는 국내 문화적 정서

---

으로 시기목적에 따라 다양하게 사용되어왔다. 그러나 1997년 북한이탈주민에 대한 법률이 제정되면서 주로 '북한이탈주민'이라는 용어를 사용하다가, 이후 용어가 딱딱하고 법률적 용어라는 점에서, '탈북자'는 어감이 부정적으로 인식되어 개선이 필요하다고 하여 통일부와 민간단체의 공모를 통해 2005년 '새터민'이란 용어를 사용하게 되었다(최성일, 2008). 하지만 새터민이란 '새로운 곳에 터전을 일구는 사람'이란 뜻을 지니고 있지만 동 용어에 대한 북한이탈주민들의 부정적인 의견으로 인해 2008년부터는 동 용어 사용을 자제하고 있다(노대명 외, 2011).

로 인해 다문화가족의 자녀들은 학교적응 및 문화적 정체성 확보에 어려움을 경험하고 있다(신경아, 2009).

다소 논쟁의 여지가 있지만 본 연구에서 소수자로 분류된 농어촌 주민 및 농어업 종사자들의 경우 여성들이 남성들이 중심인 사회에서 소수자로 여겨지는 것과 같이<sup>3)</sup>, 농어촌 주민 및 농어업종사자들 역시 도시지역과 비교시 지속적으로 소득격차가 발생하고 있으며, 높은 고령화율, 다문화가족의 증가 등 다양한 사회경제적, 문화적 변화가 발생하고 있다는 점에서 소수자로 구분하여 이를 분석해 보고자 한다.

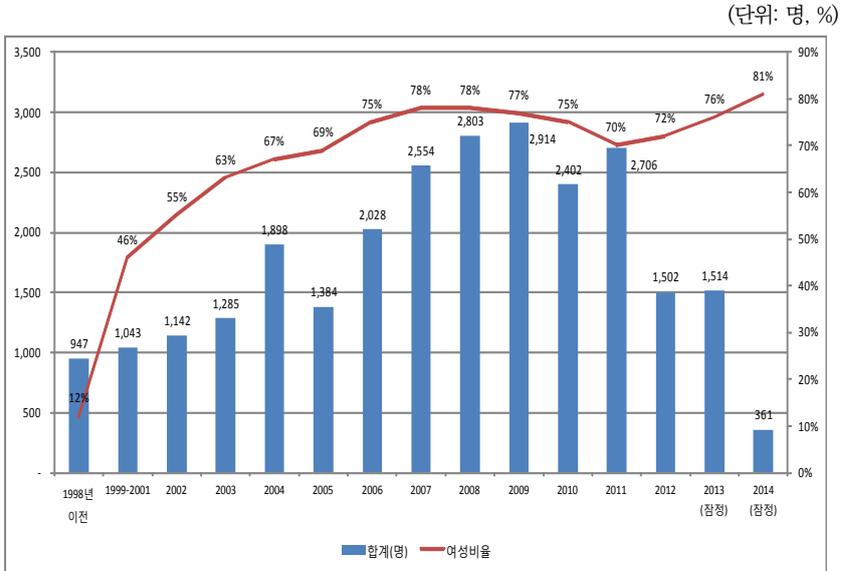
## 나. 현황

북한이탈주민들이 국내입국이 본격적으로 늘어난 시기는 1990년대 말부터이다. 그림에서 보듯이 1998년이전 총입국자는 947명이었지만, 이후 1,043명 가장 많은 해인 2009년에는 2,914명까지 늘어났다. 2012년 이후 입국자가 다소 감소하고 있지만, 여전히 많은 북한이탈주민들의 국내입국이 진행되고 있으며, 2014년 상반기까지 약 26,483명의 북한이탈주민이 국내에 거주하고 있다.

---

3) 주형일(2011)은 지방민이 소수자인가에 대한 물음에 대해 드워킨의 네가지 분류(식별가능성, 권력의 열세, 차별대우, 집단의식)를 기준으로 분석시 식별가능성(언어, 신체·문화적 특성) 및 집단의식에서는 소수자로 분류될 수 없지만, 권력적 열세(서울 및 수도권 중심의 발전, 인구집중 등), 사회적 차별(대학생 취업시 차별)에서는 소수자의 특성을 지니고 있음을 설명하고 있다. 여기서도 농어촌 주민 및 농어업종사자를 대상으로 보면 식별가능성(언어, 신체적 특성 등)에서는 도시민과 차이가 없지만, 권력적 열세(인구감소, 국회의원 분포 등), 사회적 차별(농어촌 청장년의 도시로의 취업, FTA 등 협상시 제조업 발전을 위한 농어업의 희생, 도농간 소득격차 등), 집단의식(군지역 거주 및 농어업 종사자로서의 차별)의 존재를 고려시 지방민과는 달리 농어촌 주민 및 농어업 종사자의 경우 소수자로서 연구의 필요성이 제기된다.

[그림 1-1] 북한이탈주민 입국현황



자료: 통일부, 홈페이지(<http://www.unikorea.go.kr>)

국내에 입국한 북한이탈주민들의 성별현황을 보면 남성에 비해 여성의 비중이 크게 높다. 1998년 이전에는 여성의 비중이 12%에 불과했지만, 이후 지속적으로 증가하여 2013년에는 북한이탈주민 입국자중 75%가 여성이었으며, 현재까지 입국한 약 26천여명중 여성의 비율은 70%에 이르고 있다. 연령별 현황을 보면, 2013년 6월말기준으로 20대가 7,113명, 30대가 7,573명으로 전체의 58.0%로 가장 많은 비중을 점유하고 있다. 다음으로 40대와 10대가 많은 비중을 점유하고 있으며, 9세 이하도 약 11백여명, 60세 이상도 천여명이 입국한 것으로 조사되었다.

연령을 기준으로 보면 20세 이하의 북한이탈주민은 교육문제가 20~40대는 일자리와 주거, 50대 이상의 고령층은 노후준비와 주거 등 생계 안정이 북한이탈주민들에게는 주요한 문제로 나타날 수 있다.

〈표 1-1〉 북한이탈주민 연령별 현황(2013년 6월말 입국자 기준)

(단위: 명)

구분	0-9세	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60세 이상	계
남	586	1,525	2,081	1,825	1,050	387	280	7,734
여	590	1,826	5,032	5,748	2,759	841	785	17,581
합계(명)	1,176	3,351	7,113	7,573	3,809	1,228	1,065	25,315

자료: 통일부, 홈페이지(<http://www.unikorea.go.kr>)

북한이탈주민들이 경제활동 참여여율은 점진적으로 증가하고 있는 양상이다. 2007년 47.9%에서 변화가 있지만 2012년 54.1%로 계속해서 증가하고 있다. 실업률은 2011년 12.1%에서 2012년 7.5%로 감소하였지만 남한주민들의 실업률 3.6%에 비해서는 두배 정도 높은 수준이다. 오랜 기간 북한에서 생활하다 국내에 입국시 비록 적응과정을 거치고 있지만 실제 노동시장에서 북한이탈주민들이 적응하기 쉽지 않은 것을 알 수 있다.

〈표 1-2〉 북한이탈주민 경제활동 현황

(단위: %)

구분	'07	'08	'09	'10	'11	'12
경제활동참가율	47.9	49.6	48.6	42.6	56.5	54.1
고용률	36.9	44.9	41.9	38.7	49.7	50.0
실업률	22.9	9.5	13.7	9.2	12.1	7.5

자료: 통일부, 홈페이지(<http://www.unikorea.go.kr>)

이 글에서 두 번째 소수자 집단으로 살펴보고 있는 대상은 다문화가족이다. 우리나라는 단일민족에 대한 전통이 강하게 남아있는 국가로서 다문화가족에 대한 이해는 과거에 비해 개선되었다 하지만 여전히 부족한 실정이다.

국내에 체류하고 있는 다문화가족은 2007년 14만명에서 2013년은 28만명으로 지속적으로 증가하고 있는 추세이며, 향후에도 다문화가족의 규모는 증가할 것으로 예상된다. 다문화가족을 세부적으로 살펴보면 2013년 기준으로 결혼이민자가 가장 많은 147천여명이었으며, 혼인귀화자 83천여명, 기타사유 국적취득자가 약 5만여명에 이르고 있다. 결혼이민자의 대부분은 여성으로 85%를 점유하고 있다.

〈표 1-3〉 다문화가족 관련 현황

(단위: 명)

구분	결혼이민자			혼인 귀화자	기타사유 국적취득자	계
	소계	남	여			
2007	87,964	12,497	75,467	38,991	15,060	142,015
2008	102,713	13,711	89,002	41,672	23,839	168,224
2009	125,673	15,190	110,483	41,417	32,308	199,398
2010	125,087	15,876	109,211	56,584	39,877	221,548
2011	141,654	18,561	123,093	69,804	41,306	252,764
2012	144,214	19,630	124,584	76,473	47,040	267,727
2013	147,591	20,887	126,704	83,929	49,775	281,295

자료: 여성가족부, 다문화가족 관련 통계, 홈페이지(<http://www.unikorea.go.kr>)

다문화가족의 자녀들을 살펴보면, 2007년 약 44천명에서 2013년에는 191천명으로 4.3배로 크게 증가하였다. 이를 자녀연령대별로 살펴보면, 만 6세 이하가 2013년 기준으로 117천여명으로 가장 많았으며, 다음은 만7~12세의 아동이 45천여명으로 나타났다. 만 16~18세는 11천여명으로 다른 연령대의 아동에 비해 많지는 않았다. 현재는 다문화가족의 아

동들 대부분이 만 6세 이하의 영유아에 속하고 있지만 점진적으로 아이들이 성장하고, 또한 현재 초등학교 이상의 연령을 지니고 있는 아동·청소년들도 많이 증가하고 있다는 점에서 이들 아동·청소년들의 학교적응, 사회적응에 대해 관심을 가질 필요가 있다.

〈표 1-4〉 다문화가족 자녀 연령별 현황

(단위: 명)

구분	만6세이하	만7~12세	만13~15세	만16~18세	계
2007	26,445	14,392	2,080	1,341	44,258
2008	33,140	18,691	3,672	2,504	58,007
2009	64,040	28,922	8,082	6,645	107,689
2010	75,776	30,587	8,688	6,884	121,935
2011	93,537	37,590	12,392	7,635	151,154
2012	104,694	40,235	15,038	8,616	168,583
2013	116,696	45,156	18,395	11,081	191,328

자료: 여성가족부, 다문화가족 관련 통계, 홈페이지(<http://www.unikorea.go.kr>)

이 글에서 소수자로서 살펴보고 있는 마지막 집단은 농어촌거주 및 농어업에 종사하고 있는 군지역 주민들이다. 농어촌 주민 및 농어업 종사자들은 과거 우리나라가 농업위주의 산업정책하에서는 가장 핵심적인 역할을 담당하고 있던 집단이었지만, 산업화 과정에서 소외되고, 도시지역과 격차가 지속적으로 발생하고 있다는 점에서 현재는 소수자로 분류될 수 있다.

농어촌지역의 당면한 문제는 인구고령화와 소득이 계속해서 낮아지면서 도농간 소득격차가 지속적으로 늘어나고 있다는 점이다. 농어촌 인구는 1990년 11백만명에 이르고 있었지만 이후 계속 감소하여 2010년에는 87십만명으로 크게 감소하였으며, 향후 인구가 증가될 것으로 예상되지만 그 수준은 과거의 인구만큼 늘어날 것으로 보이지는 않는다. 농어촌

의 고령화 인구비율은 1990년 9.0%에서 1995년 11.8%로 10%를 넘어섰으며, 2010년에는 20.6%, 향후 2020년에는 27.8%로 계속해서 높아질 것으로 예상되고 있다.

농어촌의 급격한 고령화 현상은 농어촌의 산업기반을 약화시키고, 농어촌 주민의 생활양태를 도시와는 전혀 다른 환경으로 변경시킬 수 있다는 점에서 농어촌 고령화 현상에 대해 주목할 필요가 있다.

〈표 1-5〉 농어촌지역 인구추계에 따른 고령인구 비율 변화 추이

(단위: 천명, %)

구분	1990년	1995년	2000년	2005년	2010년	2015년	2020년
농어촌 인구	11,100	9,562	9,343	8,704	8,758	9,160	9,613
농어촌 65세 이상 인구	1,004	1,126	1,370	1,618	1,808	2,223	2,670
농어촌 고령 인구 비율	9.0	11.8	14.7	18.6	20.6	24.3	27.8

자료: 통계청, 『인구주택총조사』, 한국농촌경제연구원, 『농업전망 2012』재인용.

농어촌 지역의 고령화 현상에서 주목할 점은 독거노인의 증가이다. 혼자 사는 노인들은 생계, 주거, 의료 등 생활환경속에서 힘겨움을 경험할 뿐 아니라 고독이라는 정신적 문제를 함께 안고 생활하는 계층이라는 점에서 관심과 지원이 필요한 대상자이다. 군지역 독거노인비율은 2000년 9.2%에서 2010년에는 13.3%로 4.1%p가 증가했으며, 도시지역 독거노인과 비교해도 약 세배정도 많은 상태이다.

〈표 1-6〉 군지역의 노인 독거가구 수 변화

(단위: 호, %)

구분	가구(A)			노인독거 가구(B)		
	2000년	2005년	2010년	2000년	2005년	2010년
전국	14,152,576	15,887,128	17,339,422	542,690 (3.8)	782,708 (4.9)	1,066,365 (6.1)
도시	11,102,416	12,744,940	14,031,069	263,233 (2.4)	415,899 (3.3)	625,639 (4.5)
군	3,050,160	3,142,188	3,308,353	279,457 (9.2)	366,809 (11.7)	440,726 (13.3)

주: 백분율은 좌측(가구)의 상응하는 칸을 분모로 하는 노인 독거가구의 비율, 즉, B/A를 뜻함.  
 자료: 통계청, 『인구주택총조사』, 한국농촌경제연구원, 『농업전망 2012』재인용.

다문화가족에서 지적했지만 농어촌지역의 2000년대 이후 변화는 결혼 이민자들이 꾸준히 증가하고 있다는 것이다. 도시지역에 비해 규모는 2013년기준 27천여명으로 많지 않지만, 도시와 달리 떨어진 지역에서 생활하고, 도울 수 있는 지원기관과 거리가 있다는 점에서 관심과 지원이 필요한 대상이다.

〈표 1-7〉 농어촌 지역 결혼이민자 현황 (2013년 1월 1일 기준)

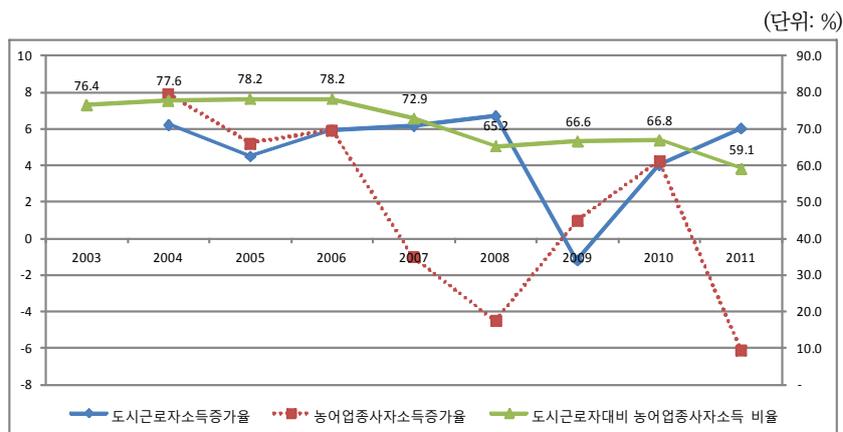
구분	결혼이민자											
	계			국적미취득자			국적취득자			자녀현황		
	계	남	여	계	남	여	계	남	여	계	남	여
전체	231,520	25,151	206,369	147,591	20,887	126,704	83,929	4,264	79,665	166,333	84,932	81,401
농어촌	27,663	732	26,931	17,855	637	17,218	9,808	95	9,713	29,181	14,887	14,294
도시	203,252	24,385	178,867	129,299	20,221	109,078	73,953	4,164	69,789	136,647	69,781	66,866

주: 9월 28일 기준으로 여주군은 시로 승격되었으나, 데이터 자체는 여주가 군으로 속해 있었을 당시 조사된 것이므로 이 연구에서는 군(농촌)으로 간주하여 분석하였음.  
 자료: 행정안전부(2013). 『지방자치단체 외국인 주민현황』에서 재구성.

도농간 소득격차는 정부의 정책적 지원에도 불구하고 계속해서 격차가 벌어지고 있다. 도시근로자와 농어업종사가구간의 소득격차는 2003년 76.4%에서 감소하여 2008년 65.2%로 70%가 무너졌다. 2011년에는

59.1%로 60%대까지 감소함으로써 농어업에 대한 종사하는 것이 소득측면에서 긍정적이지 못하다는 점은 자칫 청장년층에게 경고하는 의미로 받아들여질 수 있는 문제가 있다.

[그림 1-2] 도시근로자가구 및 농어업종사가구 소득증가를 및 소득비율(2인가구 이상)



자료: 통계청, 인터넷 자료(<http://kosis.kr/>), 각년도.

김태완(2012). 농어촌지역 빈곤 및 양극화 현상. 이슈&포커스 제149호. 한국보건사회연구원. 재인용.

농어촌지역은 소득감소와 더불어 주거환경측면에서도 관심과 지원이 요구된다. 도시지역이 아파트를 중심으로 생활공간이 새롭게 만들어지고 확장되고 있는 반면에 농어촌지역은 도시지역에 비해 낙후된 주택의 비중이 높은 실정이다. 1979년 이전에 지어진 30년 이상의 노후주택이 도시지역은 6.6%이지만 농어촌지역인 읍부는 12.7%, 면부는 27.0%로 면 지역의 노후주택 비중이 매우 높게 나타났다. 2005년이후의 신축건물도 읍부는 높게 나타나고 있는 반면에 면부는 여전히 도시지역에 비해 낮게 나타나고 있다.

〈표 1-8〉 농어촌 주택노후화 규모

(단위: 호, %)

지역	계	1979년이전	1980~1994년	1995~2004년	2005~2010년
전국	13,883,571 (100.0)	1,349,081 (9.7)	4,976,596 (35.8)	5,383,734 (38.8)	2,174,160 (15.7)
동부	10,806,290 (100.0)	712,632 (6.6)	4,144,082 (38.3)	4,306,888 (39.9)	1,642,688 (15.2)
읍부	1,352,033 (100.0)	171,205 (12.7)	362,019 (26.8)	525,671 (38.9)	293,138 (21.7)
면부	1,725,248 (100.0)	465,244 (27.0)	470,495 (27.3)	551,175 (31.9)	238,334 (13.8)

자료: 이창호(2012), 농어촌주택개발정책의 현황과 향후 과제, 이슈와 논점 460호, 국회입법조사처, 재인용.

## 2. 국제비교

소수자문제에 대해 적극적으로 개입하고 있는 유럽국가들은 자국내에 있는 소수자들의 인권과 국내정착을 위한 정책들을 펼치고 있다. 특히 유럽국가의 소수자 정책은 우리나라에 비해 포용적이고 포괄적으로 접근함으로써 소수자들을 적극적으로 끌어안고 사회통합에 기여하고자 적극적으로 노력하고 있다. 유럽국가의 소수자 문제는 우리나라와 달리 70~80년대 이민 정책을 통한 노동자 확보와 기타 인권차원에서 동성애, 노숙, 남녀격차 등 다양한 차원에서 소수자 문제에 직면하고 이를 해결하고자 노력하고 있다. 여기서는 대표적으로 다양한 소수자 등을 끌어안고 있는 미국과 독일의 소수자 정책 사례에 대해 소개한 연구(안혁근 외, 2010)를 재인용하여 소수자문제에 대한 해외사례를 살펴보고자 한다.

### 가. 독일

독일은 2차대전 이후 여러 형태로 소수자들을 끌어안게 된다. 전쟁이

후 고향을 떠나 유민, 통일이전 동독에서 서독으로 망명한 이주민<sup>4)</sup>, 노동력 확보를 위한 해외 노동자 및 이주민 등 다양한 형태로 나타나고 있으며, 외국인 근로자는 지속적으로 늘어나고 있는 상황이다. 외국인 근로자 규모는 독일인구 대비 1970년 4.9%에서 2000년 8.9%까지 늘어났으며, 2000년대 이후에는 다소 감소하는 추세다.

1970년대 독일정부는 노동력 필요에 의해 외국인 유입 정책을 펼쳤지만 늘어나는 외국인 근로자로 인해 1980년대는 외국인 근로자의 적극적 귀국정책을 진행했지만, 큰 성과를 거두지는 못했다. 공산주의 사회가 붕괴된 이후 동구권 주민들의 독일로의 대규모 이주로 독일정부는 제한적 이주정책을 수행하였으며, 1993년에는 난민법을 통해 이주제한 조치를 취하기도 했다. 1998년 이후에는 안정적으로 이주민 정책을 진행하고 있다.

독일정부는 이주민에 대한 통합정책을 강조하고 있다. 2005년 이후 기민·기사사민당의 대연정 정권이 들어서면서 ‘이주관리, 통합정책’을 진행하였으며, 특히 이주 여성에 대한 특화된 정책(언어교육, 정치·경제 참여, 직업에의 평등 참여 등)들을 펼치고 있다.

2007년 7월에는 이주민 통합을 위한 “국민통합계획(NIP : Der Nationale Integrationsplan)”을 발표하며 이주자들의 동등한 기회부여와 사회참여 기회를 강조하고 있다. 국민통합계획에서는 직업 및 언어교육, 경제·문화 등 여러 분야에서 연방 및 지방정부가 수행해야 할 사업을 명확히 설정하고 이를 실천하도록 하고 있다. 또한 적극적으로 정책을 수행할 수 있도록 예산지원을 동시에 진행했다. 지방자치단체 역시 지역별 특성을 고려하여 통합전략 기획을 수립하고 지원하도록 장려하고 있

4) 독일이 통일이전 동독과 서독으로 분리되어 있었으며, 동독주민들이 서독으로 망명하는 사례는 남북한이 대치되어 있는 우리나라에서 북한이탈주민과 동일한 사례라 할 수 있다.

다.

이주민 통합정책의 주요내용은 경제적 지원 및 상담과 교육의 동시 연계, 정착보조금 지원, 6개월 이상의 언어교육(직능별, 연령별 전문화된 언어교육), 직업교육(전직 및 계속), 독일 노동시장 특성에 대한 교육, 4대 보험 지원 등을 포함하고 있다. 특히 아시아계 이주민의 정착을 위해 27세까지 언어·학습·직업교육, 학습부진자 추가교육, 정기과정 수수료 유도 등의 정책을 진행하고 있다.

연방정부차원에서 소수자 정책은 연방정부 수입관, 연부정부 내무부, 연방이주난민청과 이외에 연방 노동·사회부 및 연방 교육·연구부 및 외무부가 중심이 되어 소수자를 위한 정책을 담당하고 있다. 먼저 연방정부 수입관은 이주·난민과 통합을 담당하며, 연방정부에 대해 자문과 법률제정에 참여하고 있다. 이외에도 독일거주 이주민에 대한 통합과 외국인 혐오에 대해 대처한다. 연방내무는 연방정부의 이주 및 통합정책을 담당하고 유럽차원에서도 이를 조정하는 주요기관이다. 또한 산하기관이 이주·난민청에 대해 감독권을 행사하고 있지만, 실질적 프로그램 수행은 개별주와 지방자치단체가 담당하고 있다. 연방이주난민청은 내무부 산하기관이며, 이주민의 통합과 망명에 대한 업무를 담당하고 있다. 이외에 이주 특성별 자문회의를 하고, 학술적 연구, 관련 정보 제공 등을 함께 맡고 있다. 기타 연방정부 부처에서는 이주자 및 소수자들을 위한 직업교육 및 노동시장 통합정책, 이주민 자녀 및 대학유학자 등을 위한 다양한 지원 교육 등을 하고 있다.

독일의 경우 우리나라에 비해 오래전부터 적극적으로 외국인 노동자 및 이주민을 위한 통합적 정책을 펼쳐오고 있으며, 동 과정속에서 많은 시행착오를 경험했지만, 2000년대 들어 명확한 목표를 두고 소수자 정책을 시행하고 있다. 국민 통합을 위한 정책, 소수자를 지원하기 위한 전담

공무원, 관련 부처를 두고 있으며, 동 부처를 중심으로 여러 부처가 통합적으로 일관된 정책을 만들어내고 있다는 점에서 시사 하는 바가 있다.

## 나. 미국

미국은 대표적인 다문화국가를 표방하고 외국인들을 적극적으로 받아들이는 국가였다. 하지만 2000년대 대테러 정책, 9.11테러 등으로 외국인에 대한 부정적 견해가 증가하는 상황에 직면해 있다. 하지만 미국의 인구가 고령화되고 있는 상황에서 외국인 이주자 및 해외에서 출생해 미국으로 이주한 국민들에 대한 노동력 의존이 증가하고 있으며 향후에도 지속적으로 늘어날 것으로 예상된다. 이와 같은 현실적 문제로 인해 미국의 소수자 정책은 미국의 개방된 사회를 유지하면서 이민자들이 미국 국익에 도움이 될 수 있는 생산적 계층으로 통합하고 배려하는 것을 목표로 하고 있다.

미국 소수자 정책의 법적 기준은 ‘The Immigration and Nationality Act of 1952’로 1952년에 제정되었다. 여기서는 이민자의 직장 및 거주지 자유 허용, 적극적 경제활동 참여를 유도하기 위한 목적을 두고 있다. 이후 이민자를 제재하기 위한 입법도 있었지만 1990년에 제정된 이민법(Immigration of act)을 통해 복권식 이민제도가 도입되었다. 동법에서는 과거 이민을 허용하지 않던 국가에 대해서도 무작위식 복권 추첨식 이민자 할당제도를 통해 이민을 허용하였으며, 또한 귀화자에 대한 영어능력시험 예외조항을 포함하고 있다.

미국의 소수자 정책은 9.11테러사건을 통해 전환을 맞이하게 된다. 기존 이민국이 2003년 폐지되고 국무부의 일부 업무를 통합한 국토안보부(Department of Homeland Security, DHS)를 설치하였다. 여기서

는 이민자 관련 업무를 총괄하며, 난민 및 귀화정책을 담당하고 있으며, 이외에 국경수비, 이민 및 여행자들에 대한 감시 및 검문, 국경순찰, 각종 단속업무 등을 담당하는 등 매우 포괄적인 업무를 담당하고 있다. 이외에 연방정부의 주요부처인 국무부, 법무부, 노동부, 교육부, 보건복지부 등이 소수자 및 이민자 등을 위한 정책을 함께 맡고 있다.

미국의 소수자 정책에 대한 문제는 미국사회가 다문화사회이며, 지속적으로 외국인 노동자 및 이주자들이 증가하고 있음에도 소수자에 대한 정책이 여러 부처에 나뉘어져 있어 종합적 지원체계를 구축하고 있지 못하다는 점이다. 또한 지속적으로 불법체류자가 증가함으로써 관련 행정 비용이 함께 증가하고 관련 규정 등이 강화되면서, 선의의 피해자가 함께 나타나는 문제 등을 유발하고 있다.

독일은 이주민과 분단속에서 난민이 발생했다는 점에서 미국은 고령화의 문제를 이주민 등 소수자를 통해 해결하고자 했다는 점에서 우리나라와 유사한 형태를 띠고 있다. 하지만 접근방식에 있어 독일은 통합적이면서 오랜 기간의 노력하에 사회적 합의를 유도하고 소수자를 위한 적합한 정책을 만들어내고자 한 반면에, 미국은 9.11테러 이후 소수자 정책에 있어 다소 배타성을 가지는 정책과 통합적 조직체계가 만들어지지 못한 한계를 지니고 있다. 국가별 사례에서 보듯이 시기별로 소수자를 위한 정책은 변경될 수 있으며, 어떻게 정책을 수행하느냐에 따라 사회발전과 사회통합에 기여할 것으로 보인다. 우리나라 역시 2000년대 이후 다양한 형태의 소수자들이 발생하고 있으며, 이들이 우리나라의 주요한 인적, 물적 및 사회적 자분으로서 역할을 수행할 수 있다는 점에서 소수자를 위한 정부의 적극적 정책이 필요한 시점이다.

### 3. 쟁점과 이슈

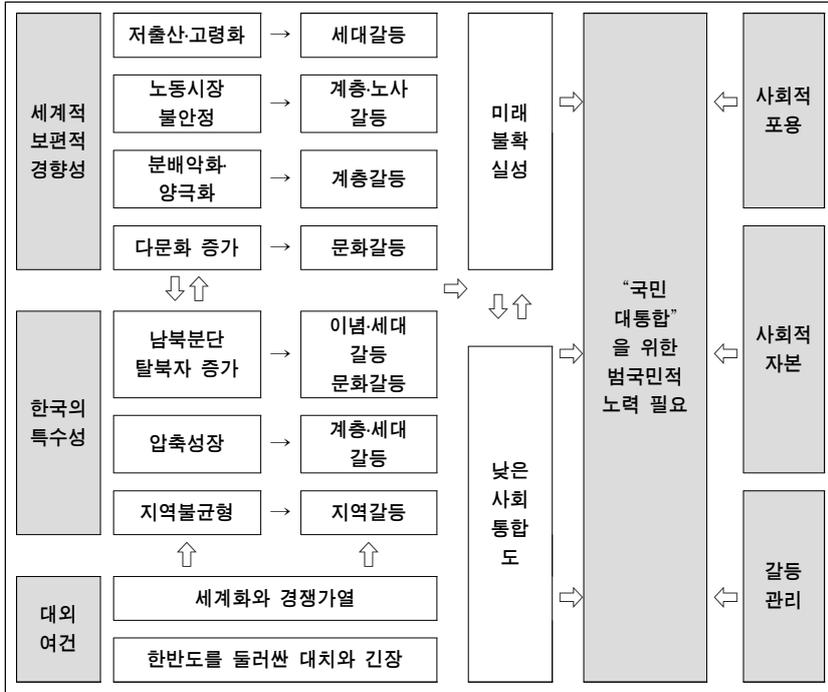
#### 가. 소수자의 안정적 사회 적응과 사회통합

국민 인식개선을 통한 사회통합의 필요성이 제기되고 있다. 여유진 외 (2013) 연구에 의하면 주요 갈등의 원인중 하나로 소수자 문제, 즉 다문화 증가(문화 갈등), 탈북자 증가(이념·세대·문화 갈등), 지역불균형(지역 갈등)과 연계되며, 농어촌의 심각한 고령화 및 저출산 문제를 고려시 세대갈등의 형태로 표출될 수 있다.

이와 같은 소수자들이 경험하는 다양한 사회적 갈등은 국민들이 소수자들이 우리 주위에 함께 살고 있으며, 우리 이웃이라는 점을 충분히 인식하고 있지 못한 상황에서 발생하고 있다. 북한이탈주민<sup>5)</sup>과 다문화가족(혹은 결혼이민자)은 오랜 기간 다른 사회문화적 환경속에서 생활해오다 낯선 우리문화에 적응하면서 언어적, 정서적, 역사적 및 지역적 환경에 충분히 적응하고 있지 못하다.

5) 북한이탈주민은 남한의 주민과 동일한 민족이며, 같은 언어와 문화를 지니고 있음에도 실제 국내정착에 있어서는 차별적 정책으로 어려움을 경험하고 있다(전영평·장임숙, 2008). 특히 북한이탈주민을 바라보는 남한주민의 차별적 시선과 인식은 북한이탈주민의 국내정착을 더 어렵게 하고 있다

[그림 1-3] 국내외 여건과 국민통합의 필요성



자료: 어유진 외(2014), 국민대통합을 위한 추진전략, 국민대통합위원회·한국보건사회연구원, 재인용.

농어촌 주민 및 농어업 종사자의 경우 정부의 경제성장 및 수출주도 정책의 영향으로 지속적으로 소득이 낮아지는 손해를 감수하고 있으며, 정부정책을 통해 지원방안을 강구하고 있지만 이는 일시적이거나 대상계층이 한정되는 문제가 있다. 2014년에는 농어업의 경우 쌀시장 개방을 놓고 심각한 사회적 갈등을 유발할 수 있다는 점에서 지역갈등(도시는 제조업·서비스업 중심, 농어촌은 농어업 중심), 산업발전에 따른 갈등이 발생할 수 있다.

정부의 안정적이고 체계적인 대책 마련이 없을 경우 외국에서 나타나는 이민자 및 외국인 노동자의 사회부적응으로 발생하는 각종 사회적 문

제가 국내에서도 나타날 수 있다는 점에서 정부의 적극적 개입이 요구된다. 국민들 역시 소수자들이 나와 다른 사람이라는 인식에서 벗어나 함께 공존하고 생활하는 이웃이라는 점을 인식하는 노력들이 필요하며, 민간과 공공이 소수자에 대한 인식개선을 위한 교육과 노력들이 지속적으로 만들어져야 할 것이다<sup>6)</sup>.

두 번째로 북한이탈주민, 다문화가족 및 농어촌 거주 아동·청소년 보육 및 교육문제를 들 수 있다. 현세대의 소수자(북한이탈주민, 다문화가족 등)문제는 사회적응, 일자리, 소득 및 주거보장 등 생활안정을 위한 정책들이 주요 이슈이다. 반면에 이들과 함께한 아동·청소년에 대한 관심은 높지 않은 상황이다.

실태분석에서 본 것과 같이 북한이탈주민 및 다문화가족의 자녀 규모는 시간이 지나면서 지속적으로 증가하고 있는 상황이다. 북한이탈주민 중 20세 미만은 약 4500여명, 다문화가족의 경우 2007년 44천명에서 2013년 약 19만명으로 크게 증가하고 있다. 특히 다문화가족 자녀중 만 6세 이하 아동이 116천여명으로 이들 자녀들에 대한 보육, 교육 조건은 중요한 문제라 할 수 있다.

북한이탈주민 및 다문화가족이 자녀 양육시 언어적 및 문화적 차이로 인해 국내인에 비해 자녀들에 대한 양육과 보육에 어려움을 경험하고 있다. 초중고에 재학중인 소수자 자녀들 역시 학교부적응, 친구들과의 갈등 등<sup>7)</sup> 등으로 인해 쉽게 학업을 포기하고 사회적 낙오자가 되는 경우들이

6) 미국은 다문화교육(Multicultural Education)을 통해 인종, 성별 등에 의한 차별을 줄이고자 노력하고 있다. Banks(2008)는 다문화교육에 대해 '학교교육 개혁운동의 일환으로 학교나 다른 교육기관을 변화시키고자 모든 사회계층, 성별, 인종 그리고 문화적인 집단 등이 학습을 위해 균등화 기회를 갖게 하는 것'이라고 말하고 있다. 다문화교육은 인종·문화·언어·사회계층·성·장애 등을 포괄하고 실현하기 위한 교육방법이라 할 수 있다(서종남, 2009; 재인용).

7) 북한이탈주민 자녀들은 북한이탈이후 바로 국내에 들어오지 못하고 외국에 일정기간 체류한 이후 국내에 입국함으로써 10대 청소년들이 국내 학교에 입학시 또래 아이들 보다

발생하고 있다. 농촌지역에 거주하는 북한이탈주민 및 결혼이민자 자녀들을 도시지역에 비해 더 열악한 보육 및 교육환경에 노출되어 있다. 공교육에 의한 방법이외에는 대부분의 사교육체계가 도시를 중심으로 교육이 이루어짐으로써 농어촌 아동·청소년은 도시지역 아동·청소년에 비해 많은 교육기회를 누릴 수 있는 기회가 부족한 것이 현실이다.

또한 농어촌의 아동·청소년이 감소하고 지리적으로도 도시지역에 비해 농어촌지역이 광범위함에 따라 보육시설, 학교기관 및 기타 교육기관 등에 대한 접근성이 떨어지고 있다. 전남도의 경우 일부 군에서 시범적으로 실시하고 있는 100원택시제도(교통비 보조제도)를 확대·운영하여 버스가 들어가지 않는 지역의 주민 편의를 돕고자 하고 있다. 이와 같이 농촌지역은 접근성 어려움으로 인해 충분한 보육과 교육을 받을 수 있는 여건형성이 되고 있지 못하다.

농촌지역은 보육 및 교육 전문가 확보에 어려움을 겪고 있다. 일부 확보해도 도시에 비해 부족한 기반시설로 인해 농촌보다는 도시를 선호함에 따라 장기간 농어촌의 아동·청소년의 보육 및 교육을 담당할 전문 인력 확보가 쉽지 않은 실정이다.

## 나. 사회안전망 강화

소수자를 위한 안정적 주거보장 확보가 필요하다. 북한이탈주민 및 다문화가족은 국내에 기반이 없는 상황에서 국내 입국하게 되며, 비록 북한

---

연령이 다소 많은 상태이다. 박윤숙(2010) 연구에서 북한이탈주민중 5년 이상 해외에 체류했던 사람은 45.08%, 8년 이상 체류자가 26.5%이었으며, 1년내 입국한 사람은 31.98%에 불과하다. 남한말에 익숙하지 않은 상태, 교육방법이 북한과는 차이를 보이는 점 등이 북한이탈주민 자녀들이 쉽게 학교에 적응하지 못하는 문제를 발생시키고 있다. 다문화가족 자녀 역시 언어, 피부색 등으로 인해 학교에서 친구들과 어울림, 부족의 언어미숙으로 인한 자녀 학습 부진 등 학교적응, 친구와의 갈등 등이 나타나고 있다.

이탈주민은 임대아파트를 지원받을 수 있지만, 기존 입국자 위주로 배정되어 원하는 곳에서 주거를 확보할 수 없다. 다문화가족 역시 국내에 연고자 또는 안정적 생활이 가능한 수준이 아니면, 주거불안정이 심화될 수 있으며, 농촌지역에 거주시 오래된 주택구조 및 환경으로 인해 생활상 어려움을 경험하고 있다.

통계청 인구주택총조사 및 이창호(2012) 연구에서 보고된 것과 같이 도시에 비해 농촌지역의 노후화된 주택은 주택연한에서 시설면에서 열악한 상황이다. 하지만 정부의 농어촌 주택지원정책은 주로 대출을 기반으로 하는 주택개량사업이 중심이 되고 있으며, 일부 민간단체 등이 기부 등의 형태로 농촌의 노후화된 주택을 개선해주고 있는 상황이다. 또한 정부에서는 농어촌 인구감소를 완화하기 위해 귀농 및 귀촌을 적극 장려하고 있지만, 귀농 및 귀촌자들이 우선적으로 직면하게 되는 문제는 도시에 비해 열악한 주거환경이다. 빈집마련, 주택 개선을 위한 자금을 지원하고 있지만 실질적인 주거환경 개선을 이루기에는 어려우며, 중앙 및 지방정부의 적극적 노력이 필요하다.

두 번째로 소수자를 위한 안정적 일자리 제공을 통한 소득보장체계가 미비하다. 북한이탈주민은 국내 입국이후 직업훈련 등 국내 정착과정을 위한 프로그램에 참여하지만, 실제 취업은 안정적 일자리 보다는 일시적이고 불안정한 일자리에 취업하고 있으며, 따라서 소득도 낮은 상황이다(박윤숙, 2010). 농어촌 주민 및 농어업 종사자는 지리적으로 도시에 비해 농어업 위주의 소득활동으로 낮은 소득상황에 놓여져 있으며, 다문화가족 역시 언어·문화적 차이로 인해 좋은 일자리를 통한 노동시장 참여가 이루어지고 있지 못하다.

여러 정부부처에서는 북한이탈주민, 다문화가족, 농어촌 주민 및 농어업종사자의 소득향상을 위해 직업상담, 훈련 및 교육 등을 진행하고 있지

만 그 효과는 실제 노동시장 참여에 많은 도움을 주고 있지는 못하다. 특히 북한이탈주민의 단순 참여수당을 받기 위한 수단으로서만 활용되고 있으며, 다문화가족 등 결혼이민자를 위한 직업과정 역시 실질적 효과를 거두고 있지 못한 상황이다.

세 번째로 소수자 여성 및 고령자 등 취약계층을 위한 종합적 지원체계가 미비하다.

북한이탈주민, 다문화가족 및 농어촌 주민 등의 인구적 특성은 남성에 비해 여성의 비중이 높다는 점과 고령화가 도시에 비해 심각하게 발생하고 있다는 점이다. 여성의 경우 자녀들에 대한 양육 및 보육으로 사회참여가 쉽지 않으며, 노동시장에 참여해도 경력단절, 기술 미비 등으로 양질의 노동시장 및 사회참여가 되지 않고 있으며, 농어촌지역 역시 고령노인 증가는 장기요양, 정신건강 등 건강상의 문제, 주거비 등에 많은 부담을 지고 있다.

북한이탈주민중 비경제활동인구 비율을 보면 남성은 13.79%, 여성은 29.52%로 남성에 비해 2배 이상 높으며, 비경제활동인구로 남아 있는 가장 큰 이유는 가사와 육아문제 때문인 것이 26.56%로 지적되고 있다. 자녀들을 복지관, 민간 교육단체에 보낼 수 있지만 실제 북한이탈주민 자녀들이 참여할 수 있는 기관은 부족(박윤숙, 2010)한 실정이다. 고령으로 남한사회에 정착한 북한이탈주민은 노동능력 상실 및 건강상의 문제, 가족을 북한에 두고 온 것에 대한 정신적 어려움 등 다양한 차원에서 어려움을 경험하고 있다.

다문화가족 여성들은 자신의 언어적 소통의 어려움, 자녀들의 지적성장과 언어발달에 영향을 줄 수 있다는 점에 정신적 스트레스를 경험하고 있으며, 전통적으로 남성들의 양육참여가 낮다는 점에서 다문화 여성들의 양육에 부담을 가중하고 있다(김영주, 2010)⁸).

현재 정부의 지원정책은 이들 소수자들을 위한 특히 여성 및 고령자를 위한 개별적 지원정책을 수행하고 있지만 서로 다른 전달체계와 프로그램 등을 운영함으로써 소수자들에 대한 특성파악과 지원체계구축이 제대로 갖추어지지 못하다.

#### 4. 정책 대안

여기서는 본 연구에서 설정하고 있는 소수자인 북한이탈주민, 다문화가족 및 농어촌 주민들을 위한 정책방안을 담고자 한다.

**먼저 소수자 및 사회취약계층 안정적 정착을 위한 통합적 전달체계가 구축되어야 한다.**

우리나라의 공공 사회복지 전달체계는 중앙 및 지방정부로 연결되며, 읍면동이 전달체계의 마지막 단계이다. 하지만 수많은 복지제도에 대한 내용들이 읍면동에 집중됨으로써 관련 업무를 담당하는 공무원들은 업무 과중에 시달리고 있다(복지갈때기 현상). 또한 고령화 및 저출산, 가족구조 변화 등으로 보건복지 통합적 전달체계 구축이 필요하고 찾아가는 서비스 제공이 요구되지만 현실적으로는 어려운 상황이다. 도시근무 사회복지전담 공무원은 늘어나는 복지제도와 수급자로, 농어촌의 복지공무원은 복지업무외의 종합적 행정업무를 수행함에 따라 기존 복지수급자에 대한 관리가 부족한 상황에서 추가적으로 주어지는 소수자들에 대한 업무는 고려하고 있지 못한 것이 현실이다. 정부의 복지전달체계가 충분히 기능을 발휘하고 있지 못한 시점에서 민간의 역할 확대는 중요한 사안이

8) 연구에 의하면 다문화가족 남편의 양육참여는 중간수준이며, 일상적 지원보다는 활동적 놀이 중심인 것으로 나타났다. 배우자가 학력이 낮고, 농업생산직 등 직업적 지위가 낮은 업종에 종사할수록 양육수준 참여가 낮은 것으로 보고되었다. 특히 농림어업 남성의 40%가 국제결혼을 하고, 이들 가정의 52%가 빈곤층이라는 점에서 다문화가족 배우자의 양육참여를 통해 이들 여성들의 사회참여가 중요하다(김영주, 2010).

다. 하지만 민간 역시 충분한 인력, 재정적 부족 등으로 인해 주어진 업무에 많은 집중을 함에 따라 그 역할을 제대로 진행하고 있지 못하다.

민간복지전달체계도 여러 측면으로 구성되어 있어 북한이탈주민은 북한이탈주민지원재단, 하나센터 등으로 다문화가족은 다문화가족 지원센터, 농어촌은 읍면사무소, 각종 복지기관 및 시설 등을 통해 운영되고 있다. 다양한 복지기관들이 있다는 점에서 소수자들이 충분한 서비스를 제공받을 수 있을 것으로 보이지만 기관간 연계가 부족으로 자신의 기관 고유 업무이외에는 다른 영역의 복지대상자에 대한 서비스를 제공하고 있지 못하는 문제가 있다.

현 정부는 복잡하고 국민의 복지체감도 증진을 위해 복지전달체계 개편을 국정과제로 설정하고 연구와 시범사업을 진행중에 있다. 하지만 현재의 복지전달체계 개편속에서는 소수자에 대한 검토는 충분히 진행되고 있지 못하다. 초기 농어촌 주민의 복지체감 확대를 위해 보건복지연계서비스, 희망복지지원단 강화 등에 대한 논의가 있었지만 충분히 공감대를 형성하고 있지 못하고 있다. 또한 북한이탈주민, 다문화가족 등 여러 소수자 그룹을 위한 복지전달체계 구성에 대한 검토는 범정부적으로 확대되지 못하고 해당 부처를 중심으로 논의가 진행되고 있다. 따라서 향후 복지전달체계에 대한 검토와 시범사업, 사업확대시 사회적 소수자들을 고려한 복지전달체계 구축이 함께 마련될 필요가 있다. 즉 어디든 방문시 관련 복지서비스에 대한 제공이 가능하고, 공공과 민간이 함께 협력하여 소수자를 지원할 수 있는 복지전달체계 구축이 필요하다. 소수자들에 대한 지원체계 구축은 독일의 사례에서 보듯이 중앙정부의 기능과 더불어 일선에서 민원서비스를 담당하고 있는 지방자치단체의 역할이 중요하다. 업무 및 기능조정 등을 통해 지방자치단체에서의 소수자 역할 증대를 위한 논의도 함께 진행되어야 할 것이다.

**두 번째로 미래사회 대비 소수자 자녀를 위한 보육·교육 여건 개선이 요구된다.**

우리나라는 현재 세계에서 가장 빠르게 고령화 사회에 접어들고 있으며, 향후 인구의 절반이 노인이 될 수도 있는 상황에 직면해 있다. 심각한 고령화시기 북한이탈주민, 다문화가족 및 농어촌 주민의 아동·청소년은 미래를 대비하는 데 있어 주요한 인적자본이다. 독일과 미국 역시 이주자를 적극적으로 받아들인 이유중 하나로 고령화로 줄어들어가는 생산가능 인구의 문제를 극복하고자 했다는 점에서 우리나라 역시 외국인근로자를 적극적으로 받아들이고 있는 점은 동일한 현상이다. 이미 농어촌지역에서는 새로 태어나는 유아들은 다문화가족 자녀들이라는 말이 회자될 정도로 고령화가 심각하며 어린 아이들을 찾아보기 어려운 상황이다.

현재 우리나라의 보육 및 교육체계속에서 소수자를 위한 보육 및 교육 체계가 충분히 갖추어져 있는가를 살펴보면 전혀 준비되어 있지 않다는 점이 현실이다. 북한이탈주민 및 다문화가족 자녀들은 초중고에 입학전 도시의 아동·청소년과 같이 충분한 사전교육을 받고 입학하지 못하고 있으며, 농어촌 아동·청소년 역시 지리적 접근성 어려움, 전문교육기관 등의 부족 등으로 역시 도시와 보육·교육측면에서 격차가 발생하고 있다(서종남, 2009). 이미 초중고에 다니고 있는 북한이탈주민, 다문화가족 청소년들 역시 쉽게 학교에 적응하지 못하고 학교를 벗어나는 경우들이 발생하며, 충분한 교육을 받지 못한 이들 청소년은 장기적으로 노동시장에서 좋은 일자리, 안정적 일자리를 확보할 수 없다는 문제가 발생할 수 있다(박윤숙, 2010)<sup>9)</sup>. 여러 부처에서 공공 및 민간 기관을 활용하여 소수자 아동

9) 북한이탈주민 청소년중 10대말 20대 초반에 해당하는 무연고 청소년들의 경우 국내 입국이 나이들어 이루어지면서 충분히 남한교육체계에서 교육을 받지 못하는 교육 사각지대에 놓여져 있다. 이들 청소년들은 직업적 성취가 쉽지 않으며, 대학 및 대학원 교육을 받고 싶어도 경제적, 언어적 차이로 인해 상급학교 교육 참여도 바로 이루어지지 못하는 문제가 있다(박윤숙, 2010).

·청소년을 위한 지원정책을 수행하고 있지만, 그 효과는 매우 부진하다는 점에서 이들 소수자 자녀들이 안정적으로 국내 정착할 수 있도록 하는 체계적 지원, 민간 및 공공이 함께 협력사업을 수행하는 등 다각적이고 통합적인 지원정책이 만들어져야 한다.

### **세 번째로 사회안전망 강화를 통한 촘촘한 소수자 복지가 만들어져야 한다.**

현재의 사회보장제도속에서는 보육 및 기초연금을 제외하고는 많은 수급자를 포함하는 보편적 복지서비스는 거의 없는 상황이다. 대표적 공공 부조제도인 국민기초생활보장제도는 부양의무자 및 소득인정액 기준으로 인해 수급요건이 까다로우며<sup>10)</sup>, 북한이탈주민에게 제공되는 보장제도 역시 일정기간의 수급기간을 설정하고 있는 상황이다. 다문화가족 역시 소득이 열악하여 복지제도의 대상자가 되지 않은 상황에서는 보호의 사각지대에 놓여져 있으며, 농어촌 주민 및 농어업 종사자 역시 고령자를 대상으로 하는 기초연금을 제외하고는 충분한 사회보장제도를 받고 있지 못하다. 특히 농어촌에 거주하는 독거노인의 경우 소득은 물론 건강상의 문제(의료비 부담, 만성질환, 정신건강 등), 최저주거기준의 주택 등 열악한 생활환경에 노출되어 있다.

대표적 사각지대에 속하고 있는 비수급빈곤층, 차상위계층과 더불어 소수자를 대변할 수 있는 사회보장제도는 일부 현물성 지원을 제외하고는 현금성 급여제도 등에서는 배제된 상태이다. 사회적 소수자들에 대한 현금성 급여제도 도입을 통해 소수자들이 안정적으로 노동시장에 참여하기까지 소득으로 인한 어려움을 경험하지 않도록 지원해야 하며, 소득이

10) 2014년 하반기 국민기초생활보장제도는 맞춤형 급여체제로 전환되며 기존 기초보장제도의 급여들이 생계, 주거, 의료 및 교육급여의 형태로 분화되며 그 대상자를 대폭 확대할 것으로 예상된다. 하지만 동제도를 역시 부양의무자 등 여러 제한 조건을 두고 있다는 점에서 실질적 대상자 확대가 이루어질 것인지와 여기에 사회적 소수자들이 충분히 포함될 수 있을지는 지켜볼 필요가 있다.

외 주거비, 의료비 지원과 보장성 강화 등에 대한 서비스 지원을 통해 안정적 생활이 유지될 수 있도록 지원할 필요가 있다.

**마지막으로 소수자 대상 노동시장 정책지원 프로그램의 개발이 필요하다.** 사회보장 프로그램을 통해 소수자들 모두를 보호하고 유지하는 것은 많은 예산과 인력이 소요된다. 따라서 북한이탈주민, 다문화 가족 및 농어촌 취약계층 등이 안정적으로 생활을 유지할 수 있도록 하기 위해서는 소수자의 인적 및 물적 자본 형성을 지원하고 이들이 좋은 일자리를 가질 수 있도록 지원하는 것이 바람직하다.

북한이탈주민, 다문화가족(특히 결혼이민자)의 경우 언어, 문화적 차이 등으로 인해 직장을 얻기 어려우며, 얻어도 적응이 쉽지 않은 상황이다(박윤숙, 2010). 농어업 종사자 역시 농어업이라는 획일적 산업에 의지함에 따라 대외시장 개방과 같은 외부적 요인에 쉽게 영향을 받고 있다. 현 정부에서는 고용율 70% 달성을 위해 고용복지연계 정책을 적극적으로 수행하고 있지만, 이는 기존 국민들을 중심으로 하고 있으며 소수자들의 특성(언어, 연령, 성별, 문화적 차이 등)을 반영하는 지원정책은 부족하다.

통일부, 여성가족부, 농림축산식품부 등의 부처에서 지원하는 직업교육과 다문화 교육 등도 일시적인 정책에 머무르고 있으며, 참여자 역시 정부의존적 성격을 많이 가지게 된다는 점에서 자발적 발전을 통한 일자리 확보로 연결되고 있지 못하다. 특히 농어촌은 도시에 비해 획일적으로 농림어업 중심적 산업구조에서 벗어나 다양한 산업적 기반을 구축하고<sup>11)</sup> 이를 통해 지역적 발전과 농어업 종사자 및 농어촌 주민들이 안정적 일자리 확보가 가능하도록 할 필요가 있다.

11) 농어업 및 농어촌의 경우 최근 6차산업에 대한 지원과 구조개혁을 통해 농어촌 및 농어업 발전을 도모하고 있지만, 정부 지원과 연구에 비해 아직 가시적 성과는 부족한 상황이다.

소수자들이 노동시장에서 경험하고 있는 각종 차별과 문제점을 파악하고, 전문가 및 실천가, 소수자들이 직접 참여하는 등의 협의체를 구성하고 소수자들의 욕구에 부합되는 노동시장 지원정책을 마련해야 한다. 좋은 일자리를 확보하는 것은 정부와 민간의 노력만으로는 안되며, 기업의 적극적 협력이 요구된다. 따라서 소수자를 채용하고 안정적으로 소득을 보장하는 기업들에 대한 지원방안도 함께 강구되어야 한다.

## 발표 2. 금융소외계층<sup>12)</sup>과 재정용자사업

### 1. 재정용자사업 개요

갑작스런 질병이나 실직, 가족의 해체는 가계소득의 하락과 가계지출의 증가를 야기하는 대표적인 빈곤 위험이다. 이는 개인의 노력으로 쉽게 극복될 수 없기 때문에 사회안전망을 구축하고 있다. 그러나 정부의 재정은 제약이 있고 도덕적 해이 논란 때문에 빈곤정책은 엄격한 선정방식을 거쳐 제한된 사람에게 집중된다. 국민기초생활보장제도 역시 엄격한 대상선정방식으로 설계되어 재산소득과 근로소득, 부양의무자, 가구주 근로능력 등의 기준을 통해 대상자를 선별한다.

한국복지패널조사에 따르면 2012년 기준 기초생활보장급여를 수급하는 사람들은 주로 근로소득 상실(38.37%), 의료비 지출 증가(15.65%), 가족해체(14.92%), 근로소득 감소(13.73%) 등의 이유로 급여를 신청한 것으로 나타났다. 무엇보다도 노동시장 이중화 및 고용불안정에 따른 소득의 상실은 가장 직접적이고 영향력이 큰 빈곤 위험이다. 또한 소득이 있는 가구주의 사망이나 이혼 등 가족해체에 따른 소득의 상실 역시 최근 새로운 사회적 위험으로 인식되고 있다. 한편 지난 5년간 기초생활보장급여의 수급 사유에 대한 연평균증가율은 의료비 지출 증가(34.8%)와 근로소득 감소(31.8%), 근로소득 상실(24.6%)이 상당히 높게 나타났다.

문제는 수급대상에서 탈락한 사람 혹은 가구가 가계소득의 하락과 가계지출의 증가에 따라 빈곤에 직면하게 될 때이다. 특히 이들이 기초생활보장 수급 신청에서 탈락한 사유가 부양의무자 기준 때문이라면 가구 내

12) 일반적으로 저소득이면서 저신용상태인 사람을 '금융소외계층'으로 표현하나(두산백과), 학술적으로 합의된 정의는 아님.

소득의 감소와 지출의 증가에도 불구하고 정책 대상에서 탈락함으로써 빈곤위험에 직면하고 있는 것이다. 이들 차상위계층<sup>13)</sup>이 의료비 및 교육비로 인한 긴급자금이 필요한 경우에 금융접근성마저 제한됨으로써 빈곤의 덫에 빠질 가능성이 커진다.

〈표 1-9〉 기초생활보장급여 수급 사유

(단위: %)

	2012	2011	2010	2009	2008	연평균 증가율
근로소득 감소	13.73	12.60	15.83	11.93	10.79	31.8
근로소득 상실	38.37	37.70	35.14	35.99	38.97	24.6
사적지원 감소 및 중단	6.29	5.50	7.44	6.77	7.74	20.3
가족해체(이혼, 사망 등)	14.92	22.0	23.3	26.75	25.47	14.6
소득 동일, 가구원 증가	0.71	1.30	0.19	1.08	0.91	19.5
의료비 지출 증가	15.65	18.90	15.49	11.77	11.25	34.8
타지역 이사	0.04	0.10	0.00	0.33	0.26	3.8
기타/모름/무응답	1.63	1.80	2.61	5.39	4.60	8.9
계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	25.0

자료: 통계청, 국가통계포털(<http://kosis.kr>); 한국보건사회연구원, 한국복지패널조사.

〈표 1-10〉 기초생활보장급여 수급 사유

(단위: %)

	2013	2012	2011	2010	2009	2008
소득 기준 초과	10.07	0.65	9.90	12.87	8.06	5.23
재산 기준 초과	14.00	13.01	18.10	12.32	13.18	21.76
부양의무자 기준 초과	54.13	44.97	59.20	64.13	58.37	51.78
기타	21.81	18.65	8.90	4.13	11.61	19.60
잘 모르겠음	-	22.71	3.90	6.55	8.78	1.63
계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

자료: 통계청, 국가통계포털(<http://kosis.kr>); 한국보건사회연구원, 한국복지패널조사.

13) 최저생계비 100~120% 수준인 '잠재 빈곤층'으로 정부의 기초생활보장수급 대상에 들어가지 못하거나 소득이 최저생계비 이하라도 일정 기준의 재산이 있거나 부양의무자가 있어 기초생활보장 대상자에서 제외된 비수급빈곤층을 뜻함(이철수, 2013).

차상위계층은 기초생활보장급여 신청에서 탈락한 후 생계문제를 해결하기 위해 지출을 줄이고 소득을 확대하고자 노력하고 있음을 알 수 있다. 2013년 기준 이전보다 생활비를 더 절약하는 방법(37.89%)을 통해 생계를 유지한 가구의 비중이 가장 높았으며, 부양의무자나 친척 등의 도움을 통해 생계를 유지한 가구(20.66%) 역시 높은 수준을 보였다. 그러나 이러한 방법은 지속적인 대안이 될 수 없다.

차상위계층 대상 자활사업을 포함하는 공공근로사업에 참여하여 얻은 소득은 단기적이고 저축 등 재산을 팔아 생계비를 마련하는 것 역시 더 이상 팔 재산이 없을 때 가용자원의 한계를 야기한다. 무엇보다도 부양의무자나 친척 및 이웃의 도움은 지속적으로 담보할 수 없다. 그럼에도 불구하고 공공기관 프로그램 참여를 제외한 본인이 스스로 벌어서 소득을 마련하는 가구의 비율은 그다지 높지 않다(19.52%).

〈표 1-11〉 기초생활보장급여 탈락 후 생계문제 해결방법

(단위: %)

	2013	2012	2011	2010	2009	2008
부양의무자 및 친척 도움	20.66	19.82	31.60	45.59	32.59	38.30
빚을 내어 생활	8.32	25.98	5.50	6.13	13.26	6.83
민간단체의 도움	0.00	0.00	3.40	0.00	0.00	0.00
이전보다 더 절약	37.89	33.73	37.30	24.80	32.06	21.69
저축 등 재산을 줄여서	11.24	8.67	0.00	5.17	1.63	4.82
공공근로사업 등의 소득	2.36	0.00	5.50	1.80	0.00	0.66
시장 소득	19.52	11.81	16.80	16.06	9.66	19.50
일부수급가구의 급여로	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.28
기타/모름/무응답	0.00	0.00	0.00	0.45	10.80	7.92
계	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

자료: 통계청, 국가통계포털(<http://kosis.kr>); 한국보건사회연구원, 한국복지패널조사

기초생활보장급여 탈락 후 빚을 내어 생활하는 가구의 비중은 상대적으로 낮지만(2013년 기준 8.32%), 이는 대출 자체의 접근성이 제한되기 때문일 가능성이 높다. 그런 측면에서 금융소외계층은 차상위계층을 포함한 저소득층과 신용등급이 낮은 저신용자를 포괄하는 개념이라고 할 수 있다.

금융소외계층은 시중은행에서 대출이 거의 불가능하여 제도권 금융에 대한 접근성이 제한될 뿐만 아니라 고소득의 신용우량 고객에 비해 과도한 이자를 부담하게 되므로 상대적으로 재정가용성이 낮아지는 이중적인 위험에 처해있다. 예를 들면 소득이 높고 신용상태가 우량한 고객의 경우 연평균금리가 5.81% 수준인데 반해 제2금융권과 제3금융권을 이용할 경우 금리는 각각 22.06%, 38.16%로 급증한다.

〈표 1-12〉 금융권별 접근성 비교<sup>14)</sup>

신용등급	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
제1금융권 (일반은행)	평균금리 5.81%										
제2금융권 (저축은행, 캐피탈, 새마을금고, 신협, 우체국 등)							평균금리 22.06%				
제3금융권 (대부업체, 사채업자)									평균금리 38.16%		

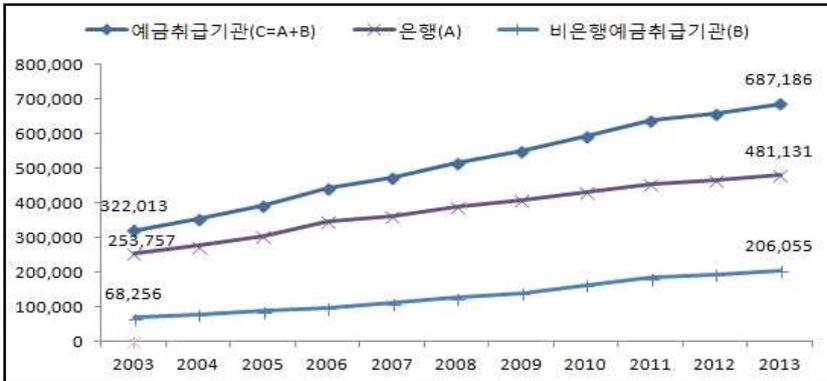
주: 전국은행연합회 신용대출 금리 단순평균(2014년 2월 기준), 여신금융협회 캐피탈 금리 단순평균(2014년 1월 31일 기준), 한국금융대부협회기관별 대출금리 단순평균(2013년 10~12월 기준)  
 자료: 한국투자보호재단홈페이지(<http://www.invedu.or.kr>) 놀부의 투자맵(검색일: 2014.6.13.)

14) 제1금융권~제3금융권은 공식적인 용어는 아니나 독자의 이해를 돕기 위해 쉬운 용어로 작성한 것임. 한국은행(2011)의 『한국의 금융제도』에 따르면, 은행은 일반은행과 특수은행으로 구분하며, 일반은행(Commercial bank)이란 예금대출 및 지급결제 업무를 고유업무로 하는 상업은행을 뜻함. 비은행예금취급기관은 은행과 유사한 여수산업무를 주요업무로 취급하지만 보다 제한적인 목적으로 설립되어 자금조달 및 운용 등에서 은행과 상이한 규제를 받는 상호저축은행, 신용협동조합, 새마을금고, 상호금융 등 신용협동기구, 우체국예금, 종합금융회사가 포함(한국은행, 2011:131-132)

지난 10년간 예금취급기관(제1금융권+제2금융권)의 가계대출은 연평균 7.9%씩 증가하고 있다. 여전히 일반은행의 가계대출이 높은 비중을 차지하고 있지만(2013년 기준 70%), 지난 10년간 연평균 증가율은 제1금융권(6.6%)보다 제2금융권(11.7%)에서 높게 나타난다. 공식적인 통계가 제시되지 않는 제3금융권까지 고려한다면 저소득저신용의 금융소외계층의 가계대출이 증가하고 있음을 알 수 있다<sup>15)</sup>.

[그림 1-13] 예금취급기관별 가계대출 실적 비교

(단위: 십억원)



주: 은행은 시중 상업은행을, 비은행예금취급기관은 상호저축은행, 신용협동조합, 새마을금고, 상호금융, 우체국예금 등 포함

자료: 한국은행 경제시스템, 예금취급기관의 가계대출(검색일: 2014.6.13.)

금융접근성은 저소득저신용 등 금융소외계층만이 아니라 우수한 기술력을 가지고도 자금난을 겪고 있는 중소기업 역시 체감하는 문제이다. 중소기업은 우수한 기술을 보유하고 있어도 담보설정 등의 문제 때문에 시중은행에서 저평가되어 대출을 받기 어려운 구조이다.

15) NICE 신용평가정보에 따르면 2012년말 저신용자(7~10등급)의 가계대출은 제2금융권(65.5%), 제1금융권(29.0%), 제3금융권(5.5%) 순으로 나타남(연합뉴스, 2013/8/19)

정부는 시장경쟁에서 상대적으로 불리한 위치를 갖고 있는 중소기업과 정부에서 정책적으로 성장을 유도하고 있는 산업, 저소득저신용등급을 가진 금융소외계층 등의 금융접근성을 제고하기 위해 재정용자사업을 운영하고 있다.

재정용자제도는 “정부가 재정자금 및 각종 기금 등의 유상자금을 민간 산업이나 정부 정책사업에 출자 또는 용자하는 제도를 말한다. 재정용자는 재정기구를 통해 조성된 자금이나 정부의 영향력 아래 있는 자금을 일정한 계획에 따라서 용자하는 정부의 재정금융활동을 가리킨다. 예를 들어 기간산업 육성, 농업구조 개선, 수출산업의 진흥, 중소기업 육성 등 민간기업의 자금 부족을 보완하거나 민간자금을 의해 행할 수 없는 부문에 자금을 공급하는 것이다(이종수, 2009).”

정부가 금융시장에 개입하는 행위에 대해서는 논란의 여지가 있으나, 소외계층에 대한 형평성 측면에서는 일반적으로 합의가 이루어지고 있다. 즉 재정용자사업이 민간금융부문으로부터 필요한 자금을 공급받는데 어려움이 있는 계층에게 보다 완화된 기준에 의거해 자금을 공급해줌으로써 해당 계층의 자금부족현상을 완화시켜주는 역할(국회예산정책처, 2010: 4)을 수행하거나, 시중금융기관보다 낮은 금리로 대출해주기 때문에 용자대상자의 이자부담을 완화시켜주는 기능(국회예산정책처, 2010: 5)을 수행할 때 이는 일종의 재정보조(government transfer)로 이해할 수 있다는 것이다(박상원 외, 2009:21). 또한 가계 부채는 지극히 개인적인 차원의 위협이나 그 원인에 금융위기 이후 저성장 기조 및 가처분소득의 하락 등 사회구조적인 문제가 존재하고 있어 정부의 개입이 요구된다.

정부의 재정용자제도는 주로 5가지 형태(직접용자, 신용보증, 금융기관 투융자, 이차보전, 직접규제 등)로 운영되는데 때론 독립적으로 제공되기도 하고 때론 결합하여 제공되기도 한다. 본 연구는 중앙정부의 재정

용자사업을 중심으로 금융소외계층에 대한 현안과 정책방안을 모색하는데 목적이 있다. 이러한 이유로 본 연구는 금융소외계층에 대한 재정보조의 역할을 수행하는 용자(직접용자, 전대방식), 이차보전, 신용보증(대위변제, 출연금)에 초점을 맞추고자한다<sup>16)</sup>.

용자는 일반적으로 널리 쓰이는 대출과 같은 의미이나 보다 포괄적인 개념이다. 정부는 용자를 직접 실시할 수도 있고, 민간 재정기관에서 재정을 이관하고 특수한 사업이나 대상에 대한 용자를 위탁할 수도 있다. 직접 용자는 주로 기금을 관리하는 별도의 기관이 있는 경우에 이루어지는 반면, 대부분의 경우에는 정부가 직접 용자를 시행하지 않고 민간 재정기구를 이용하여 용자를 시행한다.

직접 용자는 근로복지공단의 고용보험기금사업 중 여성고용환경개선용자사업과 임금채권보장기금의 체불청산지원 사업주 용자, 국민연금공단의 노후긴급자금대부사업 등을 들 수 있다. 이들 사업은 근로복지공단과 국민연금공단에서 직접 용자를 실시하고 있다.

이에 반해 대부분의 용자사업은 전대방식을 선호하고 있다. 가장 규모가 큰 국민주택기금은 6개 시중은행에서 용자를 실시하고 있고, 대부분 몇 개의 은행을 지정하여 용자를 실시하고 있다. 특히 근로복지공단의 일부사업과 국가보훈처, 여성가족부 사업은 특정 은행에서만 용자를 실시하고 있다.

국가보훈처의 대부지원사업은 직접용자와 전대방식의 용자가 동시에 이루어지는 특징이 있다. 일반적으로는 국가보훈처가 조성한 재원을 바탕으로 국민은행을 통해 용자가 실시되는 전대방식이나, 저소득저신용으로 인해 은행 대출이 제한되면 보훈지청에서 직접 용자를 실시한다.

16) 일반적으로 정부의 재정용자사업 중 신용보증은 대위변제 등의 반환금만 포함하나 본 연구에서는 출연금사업을 포함. 이는 중앙 및 지역 신용보증재단에 대한 출연금으로 정부의 재정용자사업의 중요한 전달체계이기 때문이다.

〈표 1-13〉 정부 재정용자사업 중 용자사업

(단위: 억원)

소관명	세부사업명	세출예산현액	지출순액	불용액
고용노동부	산재근로자생활안정자금(용자)	236	170	66
	산재근로자창업점포지원(용자)	43	24	19
	근로자건강보호	5	5	0
	산재예방시설용자(용자)	902	863	38
	근로복지공단 청사업차	29	29	0
	한국산업안전보건공단 청사업차	12	12	0
	장애인고용공단 대여금	12	12	0
	장기실업자등창업점포지원(용자)	9	3	6
	근로자학자금및훈련비대부(용자)	713	624	89
	능력개발시설장비비용대부(용자)	63	63	0
	직업훈련생계비대부(용자)	190	190	0
	여성고용환경개선용자(용자)	45	36	9
	고령자고용환경개선용자(용자)	54	54	0
	장애인고용시설설치비용용자(용자)	190	190	0
	근로복지공단청사업차보증금지원	12	12	0
	국가보훈처	체불청산 지원 사업주 용자	50	10
생활안정자금대부(용자)		608	602	6
국가유공자대부(용자)		296	271	26
5·18민주유공자대부(용자)		5	4	1
기획재정부	특수임무유공자대부(용자)	3	2	0
	제대군인대부(용자)	41	34	8
	저소득층생업자금용자	72	51	21
	장애인자립자금용자	126	123	3
	저소득한부모가족복지자금용자	36	36	0
보건복지부	민간보육시설지원	150	100	50
	노후긴급자금 대부사업	300	277	23
교육부	응급의료기관 용자	30	30	0
	국고대여학자금용자	1,345	1,269	76
	생활안정자금대여	15,381	14,029	1,353
안전행정부	직원복지대부	0	0	0
	대여학자금용자(용자)	6,610	6,297	313
	공무원연금대부(용자)	8,900	8,898	2
국토교통부	직원대부사업(용자)	27	12	15
	주거환경개선	25	22	3
	주거약자 개량자금지원	26	26	0
	분양주택(용자)	18,326	18,319	7
	준주택지원(용자)	665	664	1
	주택구입·전세자금(용자)	91,740	86,712	5,028
	국민임대	14,310	10,533	3,777
	공공임대	28,810	24,625	4,185
행복주택	148	39	109	

이자보전은 “국가가 특정 정책목적을 달성하기 위해 필요한 자금을 조달금리보다 낮은 금리로 용자하기 위하여 지원하는 경비”(기획재정부,2013: 198)로 정책 금리와 일반 대출 금리의 차이를 정부가 금융기관에 보전해주는 것을 뜻한다. 예를 들어 기획재정부는 공공자금기금을 통해 생업자금 용자와 한부모가족생활자금용자를 제공하는데 주무부처인 보건복지부와 여성가족부는 일반 은행 금리(연 5% 수준)과 정책금리(연 3%)의 이자 손실분만큼을 은행에 보전해준다. 즉 수요자는 은행에서 저금리에 용자를 받고 은행은 정부로부터 이자차액만큼의 보전분을 지원받는 것이다.

〈표 1-14〉 정부 재정용자사업 중 이차보전사업

(단위: 억원)

소관명	세부사업명	세출예산현액	지출순액	불용액
국가보훈처	대부이자보전금(국가)	98	71	26
국가보훈처	대부이자보전금(5·18)	2	1	1
국가보훈처	대부이자보전금(특수)	2	1	1
국가보훈처	대부이자보전금(제군)	10	2	7
보건복지부	생업자금 이차 및 손실보전금	5	0	5
보건복지부	생계비 용자 이차 및 손실 보전금	21	13	9
보건복지부	장애인자립자금 이차 및 손실보전금	6	0	6
여성가족부	저소득한부모가족 대출지원	4	2	2
국토교통부	이자보전 지원	550	202	348
계		697	293	404

주: 보건(090) 및 사회복지(080)분야만 추출한 것임.  
 자료: 디지털예산회계시스템 재구성

신용보증이란 “신용 혹은 담보 능력이 부족한 기업 또는 개인의 신용도를 심사하여 신용보증서를 제공함으로써 금융기관으로부터 대출을 받을 수 있도록 하는 제도”이다(기획재정부 홈페이지). 정부의 신용보증은 2가지 형태로 이루어지는데, 신용보증재단 및 기금에 대한 출연금과 불이행

된 신용 보증에 대한 대위변제의 형태로 구분할 수 있다.

예를 들어 고용노동부의 신용보증대위변제, 보건복지부 부담금환급금 지원, 금융위원회 보증료 환급 및 대위변제 등은 은행이 정부의 신용보증을 믿고 중소기업 및 보건복지관련 시설에 자금을 융통해주었는데, 해당 기업/시설이 파산하게 되면 신용보증에 대한 대위변제를 실시하는 것이다. 따라서 신용보증이란 용자와 이차보전처럼 대출시점에는 지출이 발생하지 않지만, 향후 채무불이행이 발생할 경우 정부의 재정지출이 발생하게 된다.

이에 반해 기획재정부의 서민금융 활성화 지원과 국토교통부의 주택금융신용보증기금출연은 신용보증기금 및 재단을 운영하기 위한 출연금 항목이다. 이러한 출연금 불용액이 발생하지 않는다는 특징이 있다.

〈표 1-15〉 정부 재정용자사업 중 신용보증사업

(단위: 억원)

소관명	세부사업명	세출예산현액	지출순액	불용액
고용노동부	신용보증대위변제	118	118	1
보건복지부	부담금환급금 지원	1	0	1
금융위원회	보증료 환급	178	162	17
금융위원회	대위변제	20	17	2
금융위원회	대위변제	4,834	4,327	507
기획재정부	서민금융 활성화 지원	1,200	1,200	0
국토교통부	주택금융신용보증기금출연	1,104	1,103	1
계		7,455	6,927	528

주: 보건(090) 및 사회복지(080)분야만 추출한 것임.  
 자료: 디지털예산회계시스템 재구성

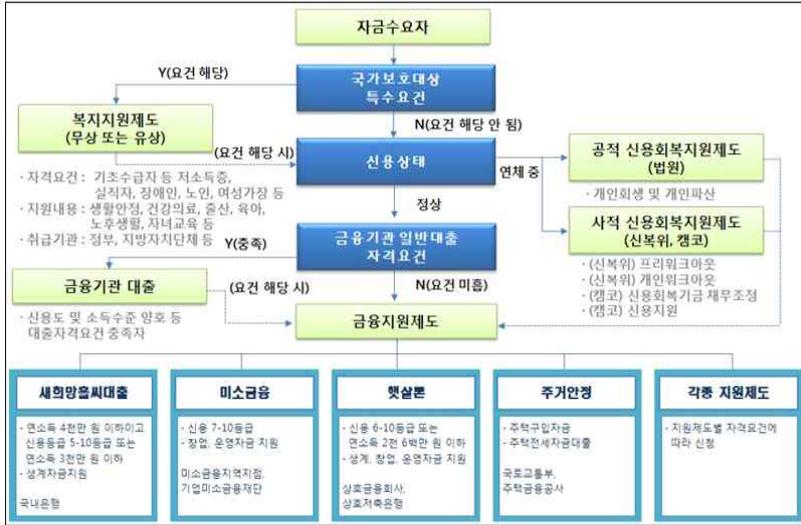
특히 기획재정부의 서민금융 활성화 지원사업은 금융소외계층에 대한 서민금융제도를 위한 출연금사업이다. 이는 서민들의 금융 접근성을 제고하고 금융비용에 대한 부담을 경감하기 위한 정책지원방안이다.

본 연구에서 서민금융제도 대한 상세한 분석은 실시하지 않는다. 서민금융은 공공부문과 민간부문의 재원으로 조성되었기 때문에 정부의 재정용자사업에 초점을 맞춘 본 연구의 범위를 벗어나기 때문이다. 다만, 서민금융제도의 흐름이 시사하는 바가 있는 관계로 개괄적으로 설명하고자 한다.

서민금융제도는 초기상당시 2가지 조건을 살펴본다. 먼저 정부의 복지정책의 대상이 된다면 기초생활보장수급 대상이 되어 정부의 복지혜택을 받을 수 있도록 연계하고, 수급대상에 탈락한 차상위계층 등 금융소외계층은 신용상태와 대출자격요건에 따라 신용보증과 용자제도의 대상으로 연계된다.

즉 자금이 필요한 경우에는 현재 서민금융지원제도 중 새희망홀씨대출과 미소금융, 햇살론으로 연계가 되고, 신용불량으로 인한 신용회복이 필요하다면 신용회복제도도 연계가 되는 것이다. 미소금융과 햇살론은 저소득저신용자에 대한 직접 대출이지만 창업에 초점을 맞추고 있을 뿐만 아니라 대출금리가 상대적으로 높다. 따라서 금융 접근성 제고에는 효과적이지만 재정의 가용성에는 한계가 있는 것이다. 이에 반해 새희망홀씨대출은 원금 및 이자부담 증가에 따른 전환대출로 재정의 가용성을 높이는 정책방안이다. 즉 대부업체 등에서 대출한 고금리 상품을 정부 지원으로 저금리 상품으로 전환하는 것이다. 이 역시 부채를 경감하는 데 효과적이지만 재정의 가용성을 제고하는 데는 한계가 있다.

[그림 1-4] 서민금융 흐름도



자료: 감사원(2013), 감사결과보고서: 서민금융 지원 및 감독실태 I: 금융감독원.

<표 1-16> 서민금융 개요

	햇살론	새희망플러스대출	미소금융
도입년도	2010. 7.	2010.11.	2009.12.
대출기관	저축은행 및 신용협동기구	시중은행	미소금융중앙재단 등 비영리단체
지원방식	지역신보 보증(85%)을 통한 대출 (생계·사업·대환자금)	신용대출(생계자금)	신용대출(사업자금)
지원대상	연소득 2600만원 연소득 4000만원 이하 & 신용등급 6등급 이하	연소득 3천만원 연소득 4천만원 이하 및 신용 5등급 이하	제도금융 이용이 불가능한 창업희망자
최종부담	대출기관 및 정부	은행자금	기부금, 휴면예금
이자율	연 10~13% (+보증료 1%)	연 6~14%	연 2~4%
취급실적 (2012)	0.7조원	2.3조원	3.0조원

자료: 한국은행(2011), 한국의 금융제도, p. 226를 기반으로 최근 자료를 업데이트함.

## 2. 재정용자사업 현황 분석

본 연구에서 재정용자사업은 크게 3가지(용자, 이차보전, 신용보증)로 구분한다. 기존의 연구에서 용자사업을 직접용자와 전대방식으로 구분하고 있으나, 본 연구에서는 개괄적인 현황과 추이를 분석함에 있어 용자사업을 구분하지 않는다. 반면에 기존의 연구에서는 신용보증사업을 구분하지 않는 반면, 본 연구에서는 출연금을 통한 재원조달의 신용보증사업에서 실제 지출이 발생한 신용보증(대위변제 등)은 구분한다.

2013년 기준 정부의 재정용자사업은 세출예산액을 기준으로 36조원, 지출순액을 기준으로 32.5조원, 불용액이 8.9%를 차지하고 있다<sup>1)</sup>. 재정용자사업의 유형별로는 직·간접 용자의 비중이 가장 높고(85.7%), 출연금과 대위변제 등을 포함하는 신용보증(13.1%), 이차보전1.1% 순으로 나타난다. 특히 신용보증은 용자사업의 초기에 지출이 발생하지 않아 우리 정부에서 선호하지만, 실제로는 지출 규모가 상당히 높은 수준이다.

〈표 1-17〉 재정용자사업 유형별 규모(2013)

(단위: 억원, %)

		세출예산현액 (A)	지출순액 (B)	불용액 (C)	C/A
계		360,069	324,990	32,171	8.9
용자 <sup>1)</sup>		301,848	278,668	21,901	7.3
이차보전		6,982	3,649	1,871	26.8
신용보증 <sup>2)</sup>	대위변제	44,255	35,965	8,123	18.4
	출연금	6,984	6,708	276	3.9

주: 1) 용자는 직접용자와 전대방식을 구분하지 않음

2) 신용보증은 신용보증재단 등에 대한 출연금과 대위변제 등 기타 반환금으로 구분

자료: 디지털예산회계시스템 자료 재구성

17) 2013년 기준 정부총지출(일반회계+특별회계)은 349.0조원(국회예산정책처, 2014)

특이한 것은 재정용자사업 방식 중 이차보전의 불용액 비중이 높게 나타나는 점이다. 저소득층에 대한 재정용자사업이 주로 용자와 이차보전이 동시에 이루어지는데 담보 능력 및 대출 상환 능력이 부족한 저소득층에게 용자를 소극적으로 지원하는 관계로 이에 따른 이차보전 역시 불용액이 높게 나타나는 특징이 있다.

재정용자사업을 회계별로 살펴보면, 기금의 비중이 상당히 높게 나타난다. 세출예산현액 36조원 중 34.1조원이 기금이며, 지출순액 32.5조원 중 31조원이 기금회계이다. 이에 비해 불용액은 특별회계에서 가장 높게 나타나고(16.4%), 기금(8.7%), 일반회계(0.9%) 순으로 나타난다.

[그림 1-5] 재정용자사업 회계별 규모(2013)

(단위: 억원, %)



주: 1) 지출목을 기준으로 추출  
 2) 용자는 직접용자와 전대방식을 구분하지 않음  
 3) 신용보증은 신용보증재단 등에 대한 출연금과 대위변제 등 기타 반환금으로 구분  
 자료: 디지털예산회계시스템 자료 재구성

재정용자사업을 유형별/회계별로 살펴보면 세출예산현액 기준 기금을 통한 용자의 비중이 가장 높게 나타나고(81.3%), 그 뒤를 이어 신용보증(대위변제 등) 기금 회계(12.3%), 이차보전 특별회계(1.6%) 순으로 나타난다. 불용액 역시 용자사업의 기금회계의 비중이 가장 높게 나타나지만(64.9%), 기금을 통한 신용보증(대위변제 등)의 비중 또한 상대적으로 높다(25.3%).

〈표 1-18〉 재정용자사업 유형별\*회계별 규모(2013)

(단위: 억원, %)

		세출예산현액 (A)	지출순액 (B)	불용액 (C)	C/A
용자	일반회계	-	-	-	-
	특별회계	8,956	7,870	1,014	11.3
	기금	292,892	270,798	20,887	7.1
이차보전	일반회계	295	260	35	11.8
	특별회계	5,931	3,040	1,429	24.1
	기금	756	349	408	53.9
신용보증 (대위변제 등)	일반회계	73	73	0	0.0
	특별회계	-	-	-	-
	기금	44,182	35,892	8,123	18.4
신용보증 (출연금)	일반회계	3,580	3,580	0	0.0
	특별회계	-	-	-	-
	기금	3,404	3,128	276	8.1

주: 1) 지출목을 기준으로 추출  
 2) 용자는 직접용자와 전대방식을 구분하지 않음  
 3) 신용보증은 신용보증재단 등에 대한 출연금과 대위변제 등 기타 반환금으로 구분  
 자료: 디지털예산회계시스템 자료 재구성

세출예산 대비 불용액이 많다는 것은 예산을 편성하였으나 실제로 집행이 이뤄지지 않았음을 뜻한다. 대표적으로 이차보전의 기금사업은 예산편성의 절반도 채 집행하지 않았다는 뜻이다. 불용액은 수요를 잘못 예측하거나 사업을 효율적으로 운용하여 예산을 절감했을 때 발생한다.

소관부처별 세출예산현액은 국토교통부(43.8%), 중소기업청(15.0%), 금융위원회(10.7%), 농림축산식품부(10.0%) 순으로 나타난다. 이에 반해 국세청(0.0%)과 국가보훈처, 보건복지부, 산림청이 각각 0.1% 수준으로 나타났다. 세출예산현액 대비 불용액은 통일부(40.3%), 여성가족부(40.2%), 산림청(20.0%), 금융위원회(18.3%), 농림축산식품부(15.9%), 국가보훈처(15.3%), 보건복지부(12.3%) 순으로 나타났다.

〈표 1-19〉 재정용자사업 소관부처별 규모(2013)

(단위: 억원, %)

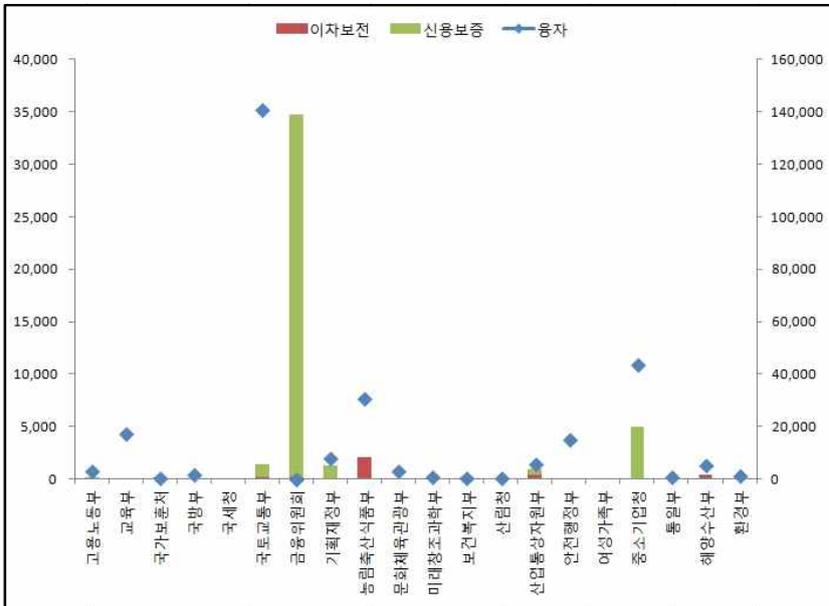
코드	소관부처	세출예산현액 (A)	지출순액 (B)	불용액 (C)	C/A	구성비
	이름					
019	고용노동부	3,291	3,017	274	8.3	0.9
086	교육부	19,073	17,512	1,561	8.2	5.4
024	국가보훈처	457	387	70	15.3	0.1
014	국방부	1,789	1,696	93	5.2	0.5
026	국세청	73	73	0	0.0	0.0
095	국토교통부	156,004	142,379	13,459	8.6	43.8
079	금융위원회	42,580	34,795	7,785	18.3	10.7
069	기획재정부	10,037	9,203	834	8.3	2.8
089	농림축산식품부	40,606	32,661	6,468	15.9	10.0
072	문화체육관광부	3,226	3,200	27	0.8	1.0
085	미래창조과학부	815	806	9	1.2	0.2
075	보건복지부	401	352	49	12.3	0.1
025	산림청	376	301	75	20.0	0.1
094	산업통상자원부	6,948	6,803	145	2.1	2.1
088	안전행정부	15,537	15,206	330	2.1	4.7
076	여성가족부	4	2	2	40.2	0.0
030	중소기업청	50,255	48,816	284	0.6	15.0
022	통일부	1,250	746	503	40.3	0.2
096	해양수산부	5,848	5,581	157	2.7	1.7
034	환경부	1,501	1,454	46	3.1	0.4

자료: 디지털예산회계시스템 자료 재구성

재정용자사업의 소관부처별 유형은 매우 두드러지는 특징이 있다. 국토교통부는 용자사업이 매우 높게 나타는데, 이는 국민주택기금을 활용한 대출사업의 대상자가 확대된 데 따른 것이다. 반면에 금융위원회와 중소기업청은 신용보증이 매우 높게 나타난다. 금융위원회는 주로 서민금융지원을 위해 중앙과 지역의 신용보증재단에 출연금을 분담하기 때문인 것으로 보이고, 중소기업청은 기술력이 있으나 신용 및 재정상태가 취약한 중소기업에 신용보증을 지원하는 사업을 중점적으로 수행하기 때문인 것으로 보인다. 이에 반해 농림축산식품부는 이차보전이 상대적으로 높게 나타나는데, 정부가 농민들의 금융권 용자에 대한 이자의 차이를 보전하는 사업이 활발하기 때문이다.

[그림 1-6] 재정용자사업 유형별\*소관별 규모(2013)

(단위: 억원)



자료: 디지털예산회계시스템 자료 재구성

우리나라의 세출예산은 정부의 재정활동 기능을 기준으로 구분한다(기획재정부, 2013). 2013년 기준 16개의 정부 기능 중 재정용자사업은 공공질서 및 안전(020), 국토 및 지역개발(140), 과학기술(150), 예비비(160)을 제외한 12개 분야에 걸쳐 나타난다.

세출예산현액은 사회복지분야(55.2%)의 비중이 가장 높고, 산업·중소기업 및 에너지(25.8%), 농림수산(13.4%)이 그 뒤를 차지하고 있다. 세출예산현액 대비 불용액은 교통 및 물류가 가장 높고(96.5%), 외교통일(13.1%), 산업·중소기업 및 에너지(8.1%), 사회복지(8.0%) 순이다.

〈표 1-20〉 재정용자사업 분야별 규모(2013)

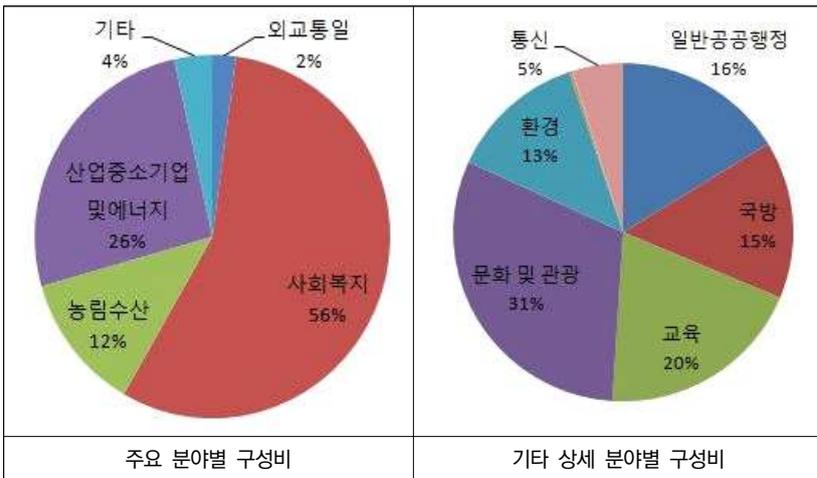
(단위: 억원, %)

코드	분야 이름	세출예산현액 (A)	지출순액 (B)	불용액 (C)	C/A
010	일반공공행정	1,835	1,827	8	0.4%
020	공공질서및안전	-	-	-	-
030	외교통일	7,936	6,895	1,041	13.1%
040	국방	1,789	1,696	93	5.2%
050	교육	2,347	2,214	133	5.7%
060	문화 및 관광	3,490	3,463	27	0.8%
070	환경	1,512	1,465	47	3.1%
080	사회복지	199,006	182,626	15,868	8.0%
090	보건	30	30	0	0.0%
100	농림수산	48,396	39,925	1,652	3.4%
110	산업·중소기업및에너지	92,946	84,298	7,492	8.1%
120	교통및물류	231	8	222	96.5%
130	통신	552	542	9	1.7%
140	국토및지역개발	-	-	-	-
150	과학기술	-	-	-	-
160	예비비	-	-	-	-

자료: 디지털예산회계시스템 자료 재구성

지출순액을 기준으로 살펴보면, 사회복지(56%), 산업·중소기업 및 에너지(26%), 농림수산(12%), 외교통일(2%) 순으로 나타난다. 기타(4%)를 세부적으로 살펴보면, 문화 및 관광(31%), 교육(20%), 일반공공행정(16%), 국방(15%), 환경(13%), 통신(5%) 순으로 나타난다.

[그림 1-7] 분야별 구성비-지출순액 기준(2013)

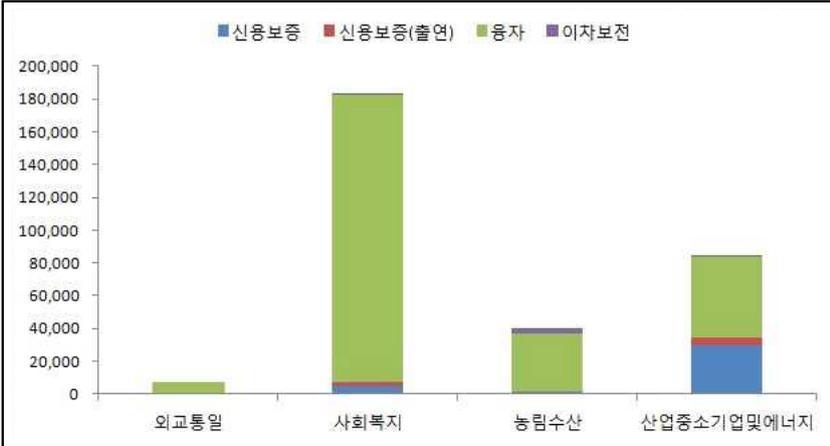


주: '기타 상세 분야별 구성비'는 전체 구성비의 4%를 차지하는 '기타'에 대해서만 구성비를 표시  
 자료: 디지털예산회계시스템 자료 재구성

한편 지출순액을 기준으로 살펴보면, 사회복지분야의 용자사업은 18.2조원으로 대부분 용자(96.0%)이지만, 신용보증 3.9%(대위변제 2.6%+출연금 1.3%)과 이차보전(0.2%)에도 일부 지출된다. 산업·중소기업 및 에너지 분야(8.4조원) 역시 대부분 용자(59.0%)이지만, 신용보증(대위변제 35.2%+출연금5.2%)의 비중이 상당히 높게 나타나는 특징을 보인다. 이에 비해 농림수산분야는 용자의 비중이 상당히 높지만(89.9%), 타분야에 비해 이차보전이 상당히 높은 특징을 보인다(6.6%).

[그림 1-8] 주요 분야 재정용자사업 유형 비교

(단위: 억원)



주: 재정용자사업 지출현액이 큰 4개 분야에 대해서만 재정용자사업 유형을 살펴봄.

자료: 디지털예산회계시스템 자료 재구성

금융소외계층에 대한 재정용자사업은 보건과 사회복지분야에 집중되어 있다. 2013년 기준 보건 및 사회복지 분야<sup>18)</sup> 재정용자사업 현황을 살펴보면, 저소득층에 직접적으로 타겟팅된 용자사업의 실적은 저조한 데 반해, 내부자의 이익에 타겟팅된 용자사업의 실적이 매우 높을 뿐만 아니라 용자의 조건 또한 상당히 완화되어 있음을 알 수 있다.

18) 기획재정부 디지털예산회계시스템에서 080 사회복지, 090 보건분야에 포함되는 예산만 포함. 군인복지기금의 대부사업은 040 국방분야 예산이므로 포함하지 않음.

2013년 기준 세출예산현액은 총 19.9조원이고 이 중 지출액은 18.3조원, 불용액은 1.6조원이다. 불용액은 세출예산액의 7.9% 수준이다. 보건 분야는 응급의료기금의 용자사업이 유일한 반면 사회복지분야는 일반회계, 국립재활원회계, 기금회계 등 다양하게 나타나지만 기금회계의 비중이 상당히 높다.

세출예산액을 기준으로 살펴보면 국민주택기금의 용자사업이 15.4조원으로 가장 높은 것으로 나타났고, 그 뒤를 이어 사립학교교직원연금기금의 용자사업(1.6조원), 공무원연금기금의 용자사업(1.5조원) 순으로 나타났다. 이에 반해 저소득층을 대상으로 하는 일반회계의 이차보전(37억원)과 공공자금기금의 용자사업(384억원)은 상대적으로 낮은 수준을 나타내고 있다. 이는 금융소외계층인 저소득층에 직접적으로 타겟팅된 재정용자사업보다 고소득고신용자인 공무원 및 사립학교교직원에 대한 용자사업의 폭이 훨씬 크다는 것을 나타낸다.

일반회계의 이차보전사업과 공공자금기금의 용자사업은 저소득층, 장애인, 한부모 등 금융접근성이 제한되는 금융소외계층에게 정책금리로 소액 용자하는 사업이고, 일반금리와 정책금리와의 이차를 정부가 보전해주는 제도이다. 즉 공공자금관리기금에서 전대방식으로 용자를 받고, 소관부처의 일반회계에서 이차보전을 제공한다는 것을 고려할 때 두 사업의 실적이 서로 연계되고 있다.

이와 다르게 공무원연금기금과 사립학교교직원연금기금, 국민연금기금의 용자는 각 기금에 가입되어 있거나 연금수급자인 사람이 연금액을 담보로 저리의 용자를 받는 것이다. 이들 고소득고신용자들에 대해 정부가 재정용자사업을 실시하는 것이 합당한가에 대한 고민이 필요하다. 이들이 금융소외계층일 가능성이 상대적으로 낮기 때문에 재정보조의 효과 보다는 오히려 이러한 지원을 받지 못하는 사람들과 비교했을 때 형평성

문제가 발생할 수 있다.

〈표 1-21〉 보건복지분야 재정용자사업-회계별 분석

(단위: 억원, %)

부문	회계명	유형	세출예산액 (A)	지출액 (B)	불용액 (C)	C/A
계			199,036	182,656	16,216	7.9
보건	응급의료기금	용자	30	30	0	0.0
	일반회계	이차보전	37	16	21	57.6
	고용보험기금	용자	1,276	1,172	104	8.1
	공공자금관리기금	용자	384	310	74	19.4
	공무원연금기금	용자	15,537	15,206	330	2.1
	국립재활원	신용보증	0	0	0	100.0
	국민건강증진기금	신용보증	1	0	1	80.3
	국민연금기금	신용보증	38	31	6	16.7
	국민연금기금	용자	300	277	23	7.5
	국민주택기금	신용보증	300	133	0	0.0
	국민주택기금	신용보증(출연)	1,104	1,103	1	0.1
	국민주택기금	용자	154,050	140,940	13,110	8.5
사회복지	국민주택기금	이차보전	550	202	348	63.2
	근로복지진흥기금	신용보증	118	118	1	0.5
	근로복지진흥기금	용자	608	602	6	0.9
	보훈기금	신용보증	2	2	0	0.6
	보훈기금	용자	345	310	35	10.2
	보훈기금	이차보전	110	76	35	31.4
	복권기금	신용보증(출연)	1,200	1,200	0	0.0
	사립학교교직원연금기금	용자	16,726	15,298	1,429	8.5
	산재기금	용자	1,226	1,103	123	10.1
	임금채권보장기금	용자	50	10	40	80.6
	장애인고용기금	용자	12	12	0	0.0
	주택금융신용보증기금	신용보증	5,032	4,506	526	10.5

자료: 기획재정부 디지털예산회계시스템 재구성

또 하나 눈여겨 볼 것은 불용액이다. 예산 대비 불용액이 큰 사업은 예산의 편성시 수요를 잘못 예측했든가 예산의 집행에 있어 문제가 있다고 볼 수 있다. 보건 및 사회복지분야 재정용자사업 중 예산 대비 불용액이 높은 사업이 국립재활원 회계의 신용보증(100.0%), 임금채권보장기금의 용자(80.6%), 국민건강증진기금의 신용보증(80.3%), 일반회계의 이차보전(57.6%) 순으로 나타난다.

일반적으로 신용보증의 출연금사업의 경우 사업의 수요 예측이나 집행과 관련없이 100% 예산이 집행된다. 반면에 신용보증사업은 주로 중소기업과 농업분야에서 주로 나타나는 반면 사회복지분야에서는 그다지 빈번하게 발견되지 않는다. 특히 임금채권보장기금의 불용액이 상당히 높게 나타난 것은 노동시장의 이유로 인한 폐업 및 임금미지급 사태가 크지 않았다는 점에서 오히려 성과가 좋은 지표라고 생각할 수 있다.

반면에 일반회계와 국민주택기금의 이차보전사업의 불용액 비중이 높은 것(각각 57.6%, 63.2%)은 예산편성시 수요를 잘못 예측했다기 보다는 예산의 집행시 저소득저신용자에 대한 용자가 적극적으로 이루어지지 않았음을 뜻한다.

예를 들어 일반회계의 이차보전사업은 보건복지부의 생업자금 용자, 재산담보부 생계비 용자, 장애인자립자금용자가 포함되고, 여성가족부의 저소득한부모가족 대출지원의 4개 사업으로 이루어진다. 이들 사업은 모두 전대방식으로 용자가 이루어지는데 정부가 공공자금기금을 대여계약을 맺은 은행에 제공하고, 은행이 대상자를 선별하여 용자를 실시한다. 이 때 정책금리와 일반금리의 이차차이에 대해서 정부가 은행으로 보전해준다.

문제는 이러한 과정 중에 은행이 담보나 보증인을 요구하고, 상환능력이 있는 우량대출자를 선발한다는 점이다. 즉 정부는 재정용자제도를 통

해 금융소외계층의 금융접근성을 제고하고자 정책을 설계했으나 대여기관에서 시장논리에 따라 대출자를 선정함으로써 금융소외계층이 정책의 수혜를 받지 못하게 되는 것이다. 따라서 이들 사업의 불용액 비중이 높다는 것은 금융소외계층에 대한 접근성 제고라는 정책의 목표 달성이 실패하고 있음을 뜻한다.

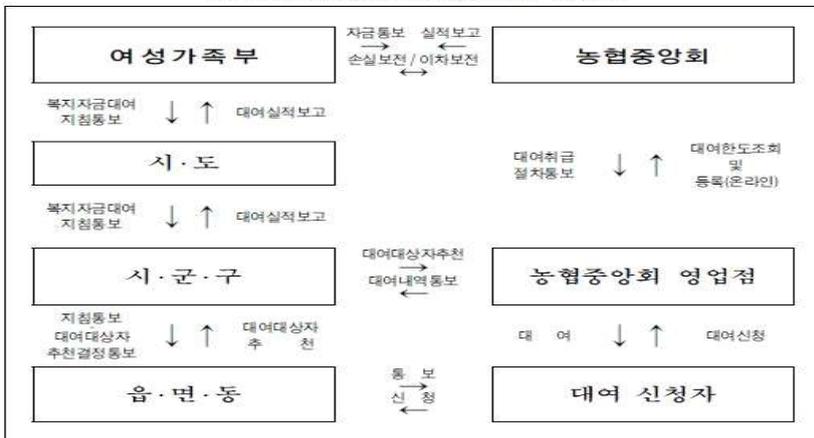
〈표 1-22〉 사회복지분야 일반회계의 이차보전사업

(단위: 백만원, %)

소관명	세부사업명	세출예산 (A)	지출순액 (B)	불용액 (C)	C/A
보건복지부	생업자금 이차 및 손실보전금	485	20	465	95.9
보건복지부	생계비 용자 이차 및 손실 보전금	2,145	1,261	883	41.1
보건복지부	장애인가립자금 이차 및 손실보전금	644	35	609	94.6
여성가족부	저소득한부모가족 대출지원	400	239	160	40.0

자료: 기획재정부 디지털예산회계시스템 재구성

[그림 1-9] 저소득 한부모가족 복지자금 대여 절차



자료: 여성가족부(2013), 2014년도 저소득한부모가족지원사업 안내.

다음으로 보건복지분야 재정용자사업을 부문별로 분석한 결과 역시 유사하게 나타난다. 세출예산액을 기준으로 국민주택기금이 가장 높은 것으로 나타나며, 그 뒤를 이어 공무원연금기금, 고용보험기금, 사립학교교직원연금기금, 산재보험기금 순으로 나타난다. 국민주택기금을 제외하면 내부자가 있는 고용관련 기금(근로복지진흥기금, 고용보험기금)과 공적연금(공무원연금, 사립학교교직원연금, 국민연금), 국가보훈기금의 예산액이 저소득층에 타겟팅된 사업(일반회계, 공공자금관리기금)에 비해 훨씬 높게 나타나는 것이다. 이는 금융소외계층이 정부의 재정용자사업의 주요 대상층에서도 소외될 가능성 있음을 시사한다.

보건복지분야 재정용자사업을 부문별로 분석하면 주택부문의 비중이 가장 높게 나타나지만 공적연금 역시 높은 비중을 차지하고 있다. 또한 기초생활보장부문과 취약계층지원부문의 불용액 비중이 상당히 높게 나타난다는 것 역시 취약계층에 대한 금융 접근성 제고라는 정책 목표 달성에 한계가 있음을 보여주는 증거이다. 이들 사업은 세출예산의 규모가 상대적으로 낮음에도 불구하고 예산의 지출이 실제 이루어지지도 않았다는 것을 의미한다.

우리나라의 보건복지분야 재정용자사업은 대부분 기금 사업으로, 공공기관(예, 사회보험기관, 공단 등)을 이용한 직접용자방식과 통화금융기관(예, 은행)을 이용한 전대방식으로 운영되고 있다. 대부분의 용자사업은 주무부처에서 최종적인 책임을 지고 있으나, 이를 관리하기 위한 별도의 기관(공단, 공사, 협회 등)을 운영하거나 활용하고 있다(박상원 외, 2009: 89).

예를 들면 기획재정부, 국토해양부, 보건복지부, 여성가족부, 국가보훈처 등은 전대방식의 재정용자사업을 운용하고 있는데, 시중은행을 통해 용자사업을 실시하기 때문에 중간의 관리비용은 절감할 수 있다는 장점

이 있다. 반면에 고용노동부(근로복지공단, 한국장애인고용복지촉진공단), 보건복지부(국민연금공단), 교육부(사립학교교직원연금공단), 행정안전부(공무원연금공단), 국가보훈처(지방보훈청) 등은 별도의 기관을 두고 있어 직접 용자와 전대방식, 신용보증까지 제공하고 있다.

〈표 1-23〉 보건복지분야 재정용자사업-부문별 분석

(단위: 억원, %)

분야	부문	유형	세출예산현액 (A)	지출순액 (B)	불용액 (C)	C/A
계			199,036	182,656	16,213	7.9
사회 복지	기초생활보장	용자	72	51	21	29.2
		이차보전	26	13	13	51.3
	취약계층지원	신용보증	0	0	0	100.0
		신용보증 (출연)	1,200	1,200	0	0.0
		용자	126	123	3	2.7
		이차보전	6	0	6	94.5
		공적연금	신용보증	38	31	6
	보육·가족및여성	용자	32,563	30,781	1,782	5.5
		이차보전	4	2	2	40.2
	노동	신용보증	186	136	50	26.9
		용자	118	118	1	0.5
	보훈	신용보증	3,172	2,899	273	8.6
		용자	2	2	0	0.6
		이차보전	345	310	35	10.2
	주택	신용보증	110	76	35	31.4
		신용보증 (출연)	5,332	4,639	526	9.9
		용자	1,104	1,103	1	0.1
		이차보전	154,050	140,940	13,110	8.5
	사회복지일반	신용보증	550	202	348	63.2
	보건	신용보증	1	0	1	80.3
보건	보건의료	용자	30	30	0	0.0

자료: 기획재정부 디지털예산회계시스템 재구성

### 3. 미국 사례

우리나라의 재정용자제도는 중소기업과 벤처기업의 금융 접근성을 제고하기 위한 것으로 도입되었다. 이에 따라 미국식 용자와 독일식 신용보증제도가 결합된 형태이며, 금융소외계층에 대한 형평성 제고를 위해 유럽식 전대방식과 이차보전을 따르고 있다. 이를 대략적으로 설명하면 다음과 같다.

미국의 재정용자사업은 주로 정부후원기업(government-sponsored enterprise: GSE)에 의해 이루어지며, 산업구조를 기준으로 하면 주로 기업과 농업분야, 수출입은행 등에 대한 용자가 활발하게 이루어지고 있다. 일본 역시 공공금융기관이나 공단 등의 정부관계기관을 통해 중소기업 지원, 사회간접자본 투자, 산업연구개발 분야 등에 직접 용자와 신용보증을 제공하고 있다. 이에 반해 유럽은 EIB(European Investment Bank)를 통해 기업체를 대상으로 하는 직접 대출과 금융기관을 대상으로 하는 전대용자로 구분된다. EIB 용자사업 대상은 중소기업을 포함하여 에너지 관련 시설 투자, 철도·도로·교량 등의 기반시설 건설, 통신관련 기반시설, 일반 제조업까지 매우 다양하게 이루어지고 있다(김지영 외, 2008; 박상원 외, 2009; 국회예산정책처, 2010)

정부의 재정용자사업 중 개인에 대한 용자는 주로 학자금과 주택구입 등 직접 용자사업과 저소득층을 대상으로 하는 전대방식으로 구분할 수 있다. 미국은 주택분야(주택모기지대출)와 교육분야(학자금대출)를 중심으로 직접 용자를 실시하고 있으며, 주로 저축은행, 저축대부조합, 신탁 등의 서민금융기관을 통해 용자를 실시하고 있다.

일본 역시 학자금 용자와 의료시설에 대한 용자 등 직접 용자사업과 저소득층을 대상으로 하는 전대방식의 용자사업을 실시하고 있다. 이는 주

로 신탁, 신용금고, 노동금고, 제2지방은행 등 제2금융권을 중심으로 융자사업을 실시하고 있으며, 정책금융공사를 통한 직간접 대출과 지방 서민금융기관의 지역밀착형 금융체계로 구분하여 운영되는 특징이 있다(윤상용, 2013).

미국은 1930년대 대공황을 겪으며 개인과 산업의 급작스러운 추락을 경험했다. 이 과정에서 개인이 주택을 구매하거나 학생이 상급학교로 진학할 때, 국가보훈대상과 재해피해자 등 특정 그룹의 사람들이 처한 문제를 해결하거나, 농업이나 국가 기간산업 등 특정 분야 산업의 발달을 도모하기 위해서 재정융자사업을 실시하였다(Bosworth et al., 1982:2).

미국의 재정융자사업은 4가지 형태로 구분되는데, 신용보증과 직접 융자, 정부후원기업지원, 주 및 지방정부의 채권에 대한 조세감면이다. 특히 신용보증의 경우 정부의 신용보증서를 담보로 시중 은행으로부터 받은 대출의 채무 불이행이 발생했을 때 정부가 원리의 일부 혹은 전체에 대한 지불을 보장하는 것이다. 이러한 신용보증은 주로 주택담보대출과 중소기업에 대한 융자에 자주 사용된다. 이에 비해 직접 융자는 정부 기관에 의해 제공되는 것이다. 직접 융자는 주로 농림부와 수출입은행이 실시한다.

미국의 융자사업 중 특이한 것은 정부후원기업에 의한 융자이다. 정부후원기업은 민간부문에 설립된 금융취급기관이지만 연방정부의 인가를 받는 기관으로 농업융자시스템(the Farm Credit system), 연방주택은행(the Federal Home Loan Bank system), 연방 모기지연합회(the Federal National Mortgage Association), 연방주택모기지사(Federal Home Loan Mortgage Corporation), 그리고 학자금융자연합회(the Student Loan Marketing Association) 등이 운영 중이다.

마지막으로 지방정부 조세감면은 지방정부의 채권발행을 통해 재원을

조달해 지방정부 소유의 재정기관을 설립하고 시장금리 이하의 용자를 제공하는 것이다. 주로 기업, 주택, 학자금에 집중해서 발행되었다. 특이한 것은 순수한 민간부문의 금융기관으로 채권의 발행과 용자에 있어 정부의 책임이 전혀 없다는 것이다. 연방정부의 입장에서는 지방정부의 채권발행이 연방소득세에서 감면되기 때문에 조세수입이 감소하게 된다.

미국은 재정적자를 줄이기 위한 수단으로 1990년 연방정부가 수행하는 용자사업의 효율성을 증대하고자 『연방정부 재정용자 개혁법(The Federal Credit Reform Act, FCRA)』를 제정하였다. 그동안 미국 정부는 직접용자보다는 신용보증을 선호해왔다. 직접용자는 초기 회수금액이 없는 반면 지급 금액만 존재하고, 신용보증을 초기에 현금 지출이 전혀 없기 때문에 상대적으로 유리하다고 판단한 것이다.

그러나 신용보증을 통한 연방정부의 부채가 심각한 수준으로 증가하고 정부의 재정운용에 심각한 타격을 주었을 뿐만 아니라 광범위한 주택대출로 인한 개인의 파산도 심각하게 제기되었다. 이에 따라 정부는 현금 기준에서 현재가치기준으로 변경하여 재정용자사업을 관리하기로 결정하였다(오규택 외, 2005).

〈표 1-24〉 연방정부의 재정용자사업 추이

(단위: billion, %)

구분	1975	1980	1985
용자 계(A)	178.0	354.5	768.6
연방정부 용자지원(B)	27.0	79.9	110.3
(비중=B/A)	(15.2)	(22.5)	(14.4)
직접용자(C)	12.8	24.2	28.0
신용보증(D)	8.6	31.6	21.6
정부후원기업 용자(E)	5.6	24.1	60.7
지방정부 채권발행 조세감면	30.5	54.5	178.2

주: 연방정부 용자지원(B)은 직접용자(C)와 신용보증(D), 정부후원기업 용자(E)의 합으로 이루어짐.  
 자료: Bosworth et al.(1982: 5) 재구성

연방정부 재정용자개혁법으로 용자사업은 사업별로 조직별로 독립적으로 프로그램계정과 자금조달계정, 대출상환계정으로 구분하여 관리되고 있으며 동일한 보조금 예산하에서 더 많은 수혜자에게 혜택을 주고자 노력하게 되었다.

미국 의회예산국(Congressional Budget Office, CBO)에 따르면 2013년 예산 기준 연방정부의 재정용자프로그램은 총 103개이며, 농업분야 32개, 주택분야 17개, 중소기업분야 8개 순으로 나타난다. 이들 프로그램에 대한 예산은 총 6,350억달러이다. 연방정부 재정용자 수준은 현금기준 -7.1%지만 현재 가치 기준 1.7%로 추정된다. 즉 현금을 기준으로 했을 때 적자이지만 현재 가치를 기준으로 하면 흑자규모인 것을 알 수 있다. 특히 학자금대출의 경우 현재 가치는 매우 큰 적자폭을 나타내지만, 현재 가치를 기준으로 환산하면 그 폭이 상당히 줄어들 수 있다.

〈표 1-25〉 연방정부 재정용자사업 규모(2013)

(단위: 십억달러, %)

	프로그램 수	용자규모	보조율 추정(%)		보조율 추정(십억달러)	
			FCRA	현재가치	FCRA	현재가치
주거 및 도시개발	17	264	-3.4	1.8	-9.1	4.7
교육	6	113	-32.1	-4.9	-36.3	-5.5
중소기업	8	85	0.6	3.6	0.5	3.0
국가보훈처	6	52	0.2	1.7	0.1	0.9
농림부	32	46	-0.4	4.5	-0.2	2.1
수출입은행	6	46	-2.3	-0.2	-1.0	-0.1
에너지	1	15	*	16.3	*	2.5
교통	7	6	8.6	32.9	0.5	2.1
국제구호	6	5	-3.6	6.1	-0.2	0.3
기타	14	3	25.0	37.5	0.7	1.1
계	103	635	-7.1	1.7	-44.9	11.0

자료: Congressional Budget Office(2012)

#### 4. 쟁점과 이슈

본 연구에서는 보건복지분야를 중심으로 한국의 재정용자사업에 대한 쟁점과 이슈를 제시하고자 한다. 먼저 전체 재정용자사업에 대한 현황을 분석한 결과 한국의 재정용자사업은 주로 용자 형태를 띠며, 사회복지와 산업·중소기업 및 에너지, 농림수산에 초점을 맞추고 있음을 알 수 있다. 사회복지분야는 주택부문과 공적연금부문에 집중된다. 즉 보건 및 복지 분야 용자사업 중 주택부문(80.9%)과 공적연금부문(16.4%)의 용자가 차지하는 비중이 97.3%를 차지하고 있어 이를 제외한 보건 및 사회복지분야의 용자사업은 상대적으로 열악하다.

이러한 측면에서 **첫 번째 쟁점은 재정용자사업의 분포와 규모가 적절한가와 재정용자형태가 적절한가에 대한 사업별 검토가 필요하다**는 점이다. 예를 들면 단위부문으로는 가장 큰 비중을 차지하는 주택부문의 용자사업은 용자와 이차보전, 신용보증과 신용보증(출연) 등 4가지 재정용자 형태를 모두 띠고 있다. 또한 정부는 재정용자사업을 직접 시행하는 동시에 신용보증출연금을 통해 서민금융 활성화를 지원하고 있다. 이러한 분절적인 지원들이 비효율적이고 효과성도 낮은 이유로 어떠한 사업들이 재정용자사업에 포함되어야 하고, 어떠한 방식으로 재정용자가 이루어져야 하는가에 대한 논쟁이 발생하는 것이다.

예를 들면, 우리나라는 2008년 이후 주택보급률이 100%를 넘어서 주택공급이 부족한 상황은 아니다. 그럼에도 불구하고 무주택 서민의 생애주기별 주거불안을 해소하고 보편적인 주거복지를 실현하기 위해서 정부는 국민임대주택, 영구임대주택 등 임대주택 공급을 확대하고 무주택 서민의 주거비 부담을 완화하는 정책방안을 모색하고 있다. 이러한 상황에서 국민주택기금의 용자사업의 비중이나 분포가 시장의 질서를 왜곡시키

는 것은 아닌가에 대한 의문이 발생한다. 이는 보편적으로 지원대상이 되고 있는 국민주택기금의 용자사업의 대상 여부에 따라 금리수준에서 차이가 발생하기 때문이다. 따라서 주택을 구입/임대하는 수요자이든 주택을 건설하고자 하는 사업자이든 용자지원을 받는 대상과 그렇지 않은 대상의 차이가 합리적인가에 대한 검토가 필요하다.

〈표 1-26〉 주택보급률

(단위: 천가구, 천호, %)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013
가구수	16,619	16,862	17,339	17,719	18,057	18,408
주택수	16,733	17,071	17,672	18,131	18,551	18,969
주택보급률	100.7	101.2	101.9	102.3	102.7	103.0

주: 주택보급률은 일반가구수에 대한 주택수의 백분율임.  
자료: 통계청, e-나라지표; 국토교통부

두 번째 쟁점은 각 부처별·회계별 용자 및 상환 조건(금리, 대출기간 등), 용자규모 및 절차 등 분절적인 구조이다(박상원 외, 2009: 97-98). 이러한 분절적인 구조는 정책대상에 탄력적으로 운용할 수 있다는 데 장점이 있으나 내부자의 재정가용성만 강화하는 것으로 정책의 목표와 성과 사이에 괴리를 야기한다.

대출 금리는 정부가 민간금융기관에 자금을 공급하면서 받게 되는 대하금리와 용자상환기간, 수수료 등 다양한 요소가 반영되어 결정되는데, 이러한 대출금리는 각 부처의 자의적 판단에 의해 결정되는 경향이 있다(국회예산정책처, 2010: 33). 예를 들면 교육부와 행정안전부의 국고대여학자금용자는 무이자인 반면, 생활자금융자는 4% 이상의 금리를 부담해야 하는 것으로 나타났다. 또한 저소득층 대상 일반회계사업은 고정금리인데 반해 국민연금기금의 노후긴급자금대부사업은 변동금리이다.

〈표 1-27〉 보건복지분야 재정용자조건 비교

부처	회계	세부사업	금리	대출취급
고용노동부	고용보험기금	장기실업자등창업접포지원	3.0	공단->시중은행
		근로자학자금및훈련비대부	거치기간 1.0 상환기간 3.0	공단->우리은행
		능력개발시설장비비용대부	1~4	공단->시중은행
		직업훈련생계비대부	1.0	공단->시중은행
		여성고용환경개선용자	1.0	근로복지공단
		고령자고용환경개선용자	3.0	한국장애인고용 공단->시중은행
	근로복지진흥기금	장애인고용시설설치비용용자	3.0	공단->기업은행
		생활안정자금대부	3.0	공단->기업은행
	산업재해보상보험 및예방기금	산재근로자 생활안정자금	3.0	공단->우리은행
		산재근로자 창업접포지원	3.0	근로복지공단
임금채권보장기금	채불청산지원 사업주 용자	거치기간 1.0 상환기간 2.0	공단->우리은행	
		신용(연대보증) 4.5 담보 3.0	근로복지공단	
교육부	사립학교교직원 연금지급	국고대여학자금용자	0.0	인터넷 신청-> 시중은행
		생활자금용자	분기별 변동금리 평균 4.15 (14.4월 기준)	
		직원복지대부	0.0	
국가보훈처	보훈기금	특수임무유공자대부	3.0	국민
		국가유공자대부	3.0	
		계대군인대부	3.0	
		5·18민주유공자대부	3.0	
국토해양부	국민주택기금	다가구매입임대출자	3.0	우리, 기업, 농협, 신한, 하나, 국민
		국민임대출자	3.0	
		영구임대출자	3.0	
		분양주택(용자)	3.0	
		준주택지원(용자)	3.0	
		주택구입·전세자금(용자)	4.0	
기획재정부	공공자금관리기금	저소득층생업자금용자	3.0	국민, 신한
		장애인자립자금용자	3.0	
		저소득한부모가족복지자금용자	3.0	
보건복지부	일반회계	생계비 용자 이차보전금	3.0	지자체->
		생계비 용자 손실보전금	-	국민, 신한
여성가족부	국민연금기금	노후긴급자금대부사업	분기별 변동금리 평균 3.4(2013)	국민연금공단
		일반회계	저소득한부모가족대출보협금지원 저소득한부모가족대출이차지원	3.0 3.0
행정안전부	공무원연금기금	대여학자금용자	0.0	인터넷 신청-> 시중은행
		공무원연금대부	분기별 변동금리 평균 4.15 (14.4월 기준)	
		직원대부사업	0.0	

주: 각 부처 및 공단 홈페이지 검색; 각 부처 및 공단 용자사업 담당자 조사

재정용자의 상환 조건 역시 거치기간과 상환기간의 편차가 큰 편으로 나타났다. 즉 상환기간이 2년에서 30년까지 다양할 뿐만 아니라 상환방식도 일시불상환에서 균등분할상환까지, 월균등분할상환에서 분기별균등분할상환까지 다양한 형태를 띠고 있다. 특히 긴급자금용자의 경우 상환기간이 짧은 반면 내부자 효과가 있는 공적연금의 용자사업일수록 상환기간이 긴 것으로 나타났다.

**세 번째 쟁점은 유사중복 성격을 지닌 재정용자사업이 여전히 존재하고, 재정용자사업으로 부적합한 사업들에 대한 조정이 필요하다.** 동일한 용자사업이 소관부처별·회계별로 실시되면서 분절적으로 제공될 뿐 아니라 금리에 지원조건에서 차이가 나는 것은 금융접근성의 제고나 재정가용성의 제고라는 측면 모두를 위배하는 것이다. 유사한 내용의 사업이 중복적으로 실시되는 경우 재정낭비를 초래할 가능성이 있고 지원을 받지 않는 사람을 밀어내는(crowded out) 예기치 못한 부작용이 있을 수도 있다.

가장 먼저 고려해야 할 것은 학자금대출이라는 동일한 사업이 고용노동부 고용보험기금에서는 1.0%~3.0%, 공무원연금기금과 사립학교교직원연금기금에서는 무이자로 차이가 있다는 것이다. 상대적으로 고소득·고신용의 공무원과 교직원들이 본인 및 자녀의 학자금을 용자가 무이자인 반면 일하면서 공부하는 근로자나 민간기업의 근로자 자녀에 대한 학자금은 유이자라는 것은 금융접근성이나 재정가용성 측면 모두에서 정책의 존재의 의미를 찾아보기 힘들다.

이 외에도 이미 선행연구에서 제시된 바와 같이 산업재해보상보험 및 예방기금에서 지원되는 산재근로자 생활안정자금용자와 근로자복지진흥기금에서 지원되는 생활안정자금대부사업이 각각의 지원대상자에게 의료비, 혼례비, 장례비 등 생활안정자금을 용자해준다는 점에서 유사한데

이를 분리하여 운영할 필요가 있는가에 대한 의문이 제기된다(국회예산정책처, 2010b; 감사원, 2013). 이는 대상자별 차이에 따라 서로 다른 기금에서 재원을 조달한 것으로 2013년에는 조정되었다.

또한 공무원연금공단과 사립학교교직원연금공단은 국가가 조성한 공공자금으로 공단 임직원 및 그 자녀에게 학자금이나 생활자금을 대여하는 사업을 운영하고 있다. 공단 임직원은 연금 수급권자가 아니라는 측면에서 적절한지에 대한 의문이 제기되었다(국회예산정책처, 2010:31). 그러나 여전히 직원복지대부라는 명목으로 정부의 재정지출이 이루어지고 있다.

**넷째, 복잡한 전달체계, 정보 및 홍보의 부족 등으로 금융소외계층의 금융 접근성 제고에 한계가 있다.**

공무원연금, 사립학교교직원연금, 국민연금 등은 담보할 수 있는 연금액이 있는 관계로 인터넷을 통해서 신청을 하고 시중은행에서 대출금을 받는 간편 절차를 통해 용자가 이루어지고 있다. 반면에 저소득층생업자금융자, 장애인자립자금융자, 저소득한부모가족복지자금융자 등 저소득층에 타겟팅된 용자사업은 지자체의 추천을 받아 은행에 대출을 신청하는 복잡한 절차를 밟고 있다.

저소득저신용의 금융소외계층은 읍면동 주민센터를 방문하여 『행복 e-음』을 통해 대상 여부를 확인하고, 지자체에서 금융기관으로 추천서를 전달해주면 은행에서 대출심사가 이루어지는 구조인 것이다. 이 때 채무불이행에 대한 최종적인 책임이 은행에 있는 관계로 은행 내부 기준에 따라 탈락하는 사례가 빈번하다.

뿐만 아니라 재정용자사업에 대한 정보 및 홍보 역시 부족한 실정이다. 여성가족부의 저소득 한부모 대출지원사업은 홈페이지를 통해 안내되고 있으나, 보건복지부의 생계비 용자, 기획재정부 공공자금관리기금을 통

한 용자사업 등은 홈페이지에서 안내조차 되지 않는 실정이다.

수급자 및 저소득층이 복지급여를 신청하는 경우 『행복e-음』 등을 통해 용자대상 여부를 확인할 수 있으나 이용자의 신청이 없는 한 공공전달 체계에서 선행적으로 알아봐줄 가능성은 희박하다. 2014년 모두를 충격으로 몰아넣었던 ‘세 모녀 사건’에서 보듯이 한계계층의 경우 일시적인 소득상실로 인해 빈곤의 덫으로 빠질 가능성이 크므로 생활자금 용자 등이 적극적으로 안내될 필요가 있다.

**다섯째, 공공자금을 이용한 일부 은행의 독점적 이윤 추구는 금융소의 계층에 대한 접근성 제고라는 정책의 근본적인 취지 실현을 방해하고 있다.** 전대방식을 통한 재정용자사업의 확대에도 불구하고 재원의 한계로 인해 일부 사업은 특정 은행과 독점 계약을 통해 용자사업을 운영하고 있다. 이 때 금융과 관련하여 비전문가인 주무부처는 특별한 기준없이 자의적으로 대출금리를 결정한다.

일부 은행은 독점적 이윤 추구를 위해 공공자금에 대한 위탁시 높은 금리를 책정하여 MOU를 체결하고 있다(2007년 국정감사 민주당 김기식 의원). 현재 시중은행을 통한 전대방식의 용자는 금리 3% 수준을 보이고 있다. 특히 국가보훈처, 보건복지부, 여성가족부의 경우 금융소외계층에 대한 재정가용성 제고를 위해 저금리 용자에 이자차액까지 보전하고 있는 것이다.

이와 함께 용자대상의 선정이 은행의 내부적인 대출조건에 따르는 것도 심각하다. 즉 은행의 대출조건을 만족시키지 못하면 지자체의 추천 여부에 관계없이 대출이 불가하다는 것이다. 특히 일반 시중은행에서 자금을 취급하는 경우와 달리 소수은행에 위탁하여 용자사업을 실시하는 경우일수록 지자체의 추천 여부에 관계없이 해당 은행의 대출심사요건 충족에 따라 대출 여부가 결정되는 경향이 있다. 이 때 저소득층 용자의 경

우 담보 및 보증인 설정에 따라 금액에 차이가 있어 대출의 접근성이 제약되는 것이다.

긴급자금이 필요한 저소득층에게 담보를 요구하거나 연대보증인을 요구하는 것은 대출이 불가함을 통보하는 것과 같다. 여성가족부 한부모가족 복지자금 용자는 무보증대출의 경우 가구당 1,200만원 이하, 보증대출의 경우 가구당 2,000만원 이하, 담보대출의 경우 5,000만원 한도 내에서 담보범위내에 용자가 가능하다. 이 때 무보증대출은 기존의 대출금이 2천만원 이하이면서 연간소득이 600만원 이상이거나 재산세 납부실적이 2만원이 이상인 가구주로 한정된다. 보증대출은 보증인의 연간소득이 800만원 이상이거나 연간 재산세 납부실적이 2만원 이상인 사람을 요구하는데 대출금액이 1,000만원을 초과할 경우 보증인 1명이 추가된다. 즉 2,000만원을 용자받으려면 보증인을 2명 세워야 하는 것이다.

물론 금융기관은 부실채권으로 인한 최종적인 책임을 정부가 아닌 금융기관에서 부담하기 때문에 이러한 엄격한 용자조건을 내걸 수밖에 없는 상황이라고 하더라도, 연대보증인 기준이 사라지고 있는 상황에서 이를 요구하는 것은 금융소외계층에게 용자를 해주겠다는 의지를 보여준다고 보기는 어렵다.

**여섯째, 생활자금의 지원, 창업자금의 지원 등에서 벗어나 고용 및 복지 급여 연계, 창업 지원 등 통합적 서비스 연계 필요가 있다.**

긴급한 생활자금을 용자하는 경우 일시적인 소득의 감소나 일시적인 복지욕구의 증가에 따른 것인데, 지금까지는 부처별로 자금에 대한 지원이 이뤄진 후 이들에 대한 정보 교류는 이루어지지 않았다. 긴급한 의료비 지출의 증가로 용자가 필요한지, 실직으로 인해 용자가 필요한지 그 이유에 따라 용자 후 정책의 지원이 달라져야 한다. 그러나 대부분 전대방식으로 이루어지는 용자사업의 경우 이러한 정보가 중앙 및 지방정부

의 전달체계와 이뤄지거나 관리되지 않고 있다. 이들이 빈곤층으로 전락하기 전에 긴급하고 일시적인 생활자금을 융자하는 동시에 기존의 복지지원제도(예, 긴급복지자금)와의 연계도 필요하다.

현재 전대방식의 융자사업과 서민금융제도를 통한 창업지원사업의 경우 저숙련·저학력자들의 소규모 창업이 많은데도 불구하고 대출로만 그치는 경우가 빈번하다. 반면에 마이크로크레딧 사업은 대출 시점부터 점포 운영, 서비스제공, 대출상환계획까지 연계해서 사업 관리를 도와주고 대출상환을 독려하는 서비스를 해주고 있다.

금융소외계층에 대한 정부의 재정융자 역시 생계자금융자나 창업융자 등 다양하게 접근하고 융자 후 사후관리를 지원해주는 방안이 모색될 필요가 있으며, 특히 기초생활보장 대상에서 탈락한 차상위계층의 경우 지역사회와의 자원과 연계되어 관리될 필요가 있다. 따라서 지자체는 융자에 대한 추천서만 발급해주고 융자 여부는 은행에서 판단하는 수동적 자세에서 벗어나 적극적으로 자립과 자활을 도모하는 사회복지전달체계를 운용해야 한다.

**일곱째, 사업실적이 저조한 사업에 대한 평가 및 개선방안이 필요하다.** 수요의 잘못된 예측이든 전달의 비효율성 문제이든 예산의 책정에 비해서 지출이 이루어지지 않은 사업은 차년도 예산의 삭감에서 자유로울 수 없다. 집행률이 저조한 사업은 재정융자 유형별로는 이차보전(26.8%)이며, 소관부처별로는 여성가족부(40.2%)와 통일부(40.3%)사업, 분야별로는 교통 및 물류(96.5%), 외교통일(13.1%) 등으로 나타났다. 특히 보건 및 사회복지분야에서는 취약계층지원의 신용보증(100.0%), 이차보전(94.5%), 사회복지일반의 신용보증(80.3%), 기초생활보장의 이차보전(51.3%), 보육가족 및 여성부문의 이차보전(40.2%) 순으로 나타났다.

사업별로 살펴보면, 집행률이 저조사업은 고용노동부 체불청산지원 사

업주 용자(80.6%), 보건복지부 부담금환급금 지원(80.3%), 국토교통부의 행복주택(73.7%), 고용노동부의 장기실업자 등 창업점포지원(62.9%), 교육부의 직원복지대부(66.8%), 안전행정부의 직원대부사업(57.0%) 순으로 나타났다.

이들 사업의 집행률이 저조한 원인은 부정확한 수요 조사에 의한 예산 책정 실패(예, 직원대부금, 직원복지대여 등), 엄격한 용자절차(연대보증인, 은행의 대출 적격 심사과정에서 물적담보능력 부족), 사업인지도 부족(특수임무수행자대부) 등으로 보인다. 다만 신용보증의 경우 불용액 발생은 채무불이행규모가 상대적으로 적었다는 것을 의미한다.

#### 4. 정책대안

##### 가. 기본방향

정부의 재정용자사업은 그 본연의 목적에 맞게 설계될 필요가 있다. 즉 정부의 재정용자사업의 목적이 금융접근성 제고와 재정가용성 제고에 있다는 것을 염두에 두어야 한다. 즉 재정용자제도는 이용자의 접근성 제고와 이용자의 재정가용성 제고라는 다소 이차원적이지만 완전히 배제적이지 않은 서로 다른 장점을 가지고 있다. 이를 실현하기 위한 중요한 원칙은 시장을 왜곡하지 않아야 하고, 시장의 불완전성을 교정해야 하며, 취약계층에 대한 재정보조의 역할을 해야 한다는 것이다.

이와 함께 재정사업에 대한 실천적인 측면에서 재정용자사업은 대상의 형평성을 제고하고, 재정의 효율적 운영을 도모하며, 정책의 효과성을 제고하는 방향으로 운영되어야 한다. 특히 사회복지분야 재정용자사업은 정책대상이 금융소외계층라는 점을 고려할 필요가 있다. 이러한 점을 염

두에 둔 정책대안은 금융 접근성 제고와 재정가용성 확대, 정책대상의 적절성과 전달체계의 효율성, 재정의 지속가능성이라는 5가지 관점에서 기본방향을 설정하고자 한다.

보건복지분야 재정용자사업에서 접근성의 문제는 제도의 설계에서 비롯된다. 저신용-저소득-무담보 상태에 있는 금융소외계층은 가계 소득의 상실이나 지출의 증가에 따라 용자사업이 긴급히 이루어질 필요가 있다. 이를 위해서는 신용을 보완해주거나 용자 조건을 완화해줌으로써 금융 접근성을 제고할 필요가 있다.

다음으로 재정가용성의 확대는 제도의 효과적인 운영과 직결된다. 일반적으로 저소득층이 시중은행에서 대출을 받게 될 때에는 접근성 자체가 제한되기도 하지만, 재정가용성의 문제 역시 발생한다. 즉 높은 금리와 보증료 등 대출에 소요되는 비용이 부담으로 작용하는 것이다. 따라서 재정가용성을 높이기 위해서는 금리에 대한 지원과 대출부대비용에 대한 지원을 통해 원금을 확보할 수 있는 방안이 필요하다.

정책대상의 적절성을 위해서는 금융소외계층에 타겟팅해서 재정용자 사업을 설계할 필요가 있다. 예를 들어 고소득의 신용등급 1등급자라면 정부의 재정용자사업의 이용하지 않아도 금융접근성을 달성할 수 있다. 이들은 민간금융권에서도 고신용-고소득이라는 조건에 따라 우대 혜택 등을 받을 수 있기 때문이다. 다만 재정가용성은 정부의 재정용자사업 대상이 될 때보다 줄어들 수 있다. 그러나 시장의 왜곡과 재분배라는 측면에서 고소득 고신용자에게 재정용자사업을 지원하는 것은 합리적인 정부의 시장개입 논리라고 할 수 없다.

전달체계의 효율성은 선정된 대상자에 대한 관리와 용자제도의 효율적 운용과 연관이 있다. 인터넷으로 용자를 신청하는 경우와 지자체에서 추천서를 받은 후 금융기관을 받아 대출을 신청하는 것은 확연한 차이가 있

다. 또한 정부의 다른 복지제도의 대상자가 되는지를 검토하고, 민간자원과 연계하여 증점적으로 관리를 함으로써 금융소외계층이 빈곤의 덫에 빠질 가능성을 줄이는 것 역시 효율적인 전달체계를 통해 가능한 일이다.

마지막으로 재정의 지속가능성은 두 가지 측면에서 제시될 필요가 있다. 하나는 재정용자의 유형들을 고려했을 때 재정의 지속가능성을 어떻게 담보할 것인가에 대한 문제라면, 다른 하나는 각 사업별 재정용자사업의 예산 규모를 어떻게 합리적으로 설정할 것인가에 대한 것이다. 일반적으로 용자는 계약관계가 이루어지는 시점에 지출이 발생하는 반면, 신용보증은 계약이 이루어진 시점에는 지출이 발생하지 않는다. 이에 따라 신용보증은 선호되는 경향이 있는데, 실제로 신용보증은 사후 채무불이행이 발생할 경우 급격한 국가채무를 야기한다는 측면에서 우려의 목소리가 있다.

## 나. 정책대안

### 첫째, 국가재정용자사업에 대한 총괄관리가 필요하다.

우리나라는 예산의 편성시 연구개발(R&D)사업, 성인지 예산, 정보화사업 등에 대해 별도로 관리하고 있다. 이에 반해 재정용자사업에 대해서는 별도로 관리하고 있지 않다. 다만, 기획재정부(2013)가 차년도 예산편성 및 기금운용계획안 작성지침에 근거하여 용자사업 예산의 편성에 대한 지침을 안내하고 있다.

2013년 기준 재정용자사업의 세출예산은 36.0조원으로 정부 총지출의 5.3% 수준이다. 재정용자사업은 연구개발사업과 유사하게 각 부처에 산재해있다. 문제는 용자사업에 대한 관리가 일반회계, 특별회계, 기금별로 이루어지고 있으며 관리책임이 각 부처에 분산되고 있다는 것이다. 이

에 따라 각 부처는 전년도 예산편성을 답습하는 식으로 예산을 편성하는 경향이 있다(박상원 외, 2009: 150). 또한 각 부처에서 예산을 편성할 때 용자의 조건(대하금리, 대출금리), 거치기간, 상환기간 등을 자유롭게 기술하고 있으며, 기획재정부는 각 부처에서 편성한 예산안과 최근 3년간의 집행실적, 향후 집행가능성 등을 종합적으로 검토하여 예산을 편성한다(기획재정부, 2013:192).

이 과정에서 재정용자사업에 대한 정책목표와 대상설정, 용자수준 및 용자방법 등에 대한 보다 다각적인 검토가 이루어질 필요가 있다. 또한 이후 부처간·부처내 유사 및 중복사업에 대한 검토, 대상자에 대한 관리, 채무불이행 발생시 책임 및 역할분담 등 보다 포괄적이고 적극적인 검토 역시 필요하다. 이러한 일련의 과정은 정부의 재정용자사업에 대한 총괄적인 관리에 근거를 두고 보다 체계적이고 선진적으로 운영될 필요가 있다.

정부의 재정용자사업에 대한 총괄관리는 별도의 기구 설치, 현행 조직을 활용, 업무의 위탁 등을 통해 가능하다. 별도의 기구를 설치하는 것은 가장 명확하게 업무를 추진하는 방법이지만, 정부의 재정 부담을 고려하면 가장 선호되지 않는 방법이다. 다만, 국가정책조정회의의 안건으로 상정하거나 국무조정실 산하 ‘유아교육보육통합추진위원회’와 같은 비상근위원회나 실무추진단(예, (가)정부재정용자관리위원회, (가)정부재정용자사업개선추진단)을 한시적으로 운영할 수 있다.

또 다른 방법으로는 각 부처의 성인지예산을 기획재정부와 여성가족부가 공동으로 관리하는 것과 같이 기획재정부내 재정용자사업의 운용과 관리 등을 전담하는 조직을 두는 방안이 있다. 이를 통해 각 부처에서 예산편성시 요구하는 예산의 적절성과 규모 등을 관리하고 사업의 성과를 파악할 수 있다.

다음으로 미국의 국회사무처(CBO)에서 재정용자사업에 대한 분석결과를 보고하듯이 국회예산정책처에서 매년 예산에 대한 분석보고서를 발표할 때 성인지예산제도<sup>19)</sup>에 대한 분석과 마찬가지로 재정용자사업에 대한 예산을 분석함으로써 예산 규모와 대상자, 사업의 규모, 부실채권 등을 관리하는 방법이 있다. 이를 위해서는 국가재정법의 개정이 요구된다. 기획재정부(2014)는 『국가재정법』 제82조(기금운용의 평가)에 근거하여 “매 회계연도마다 전체 기금 중 3분의 1 이상의 기금에 대하여 운용실태를 조사·평가”하고, “3년마다 전체 재정체계를 고려하여 기금의 존치여부를 평가”한다. 이와 유사하게 재정용자사업 역시 예산의 편성 및 운영, 성과관리를 기준으로 존치여부를 평가할 필요가 있다.

마지막으로 재정용자사업에 대한 심층평가를 정례화할 수도 있다. 일반적으로 재정사업 심층평가는 『국가재정법』 제8조(재정사업)에 근거하여 “재정사업 자율평가 결과 추가적으로 정밀검토가 필요하다고 판단되는 사업, 부처간 유사사업, 국회·감사원 등 타 기관에서 심층평가의 필요성을 제기한 사업, 중복사업 또는 예산낭비가 있는 사업, 향후 지속적으로 재정지출이 급증할 것으로 예상되는 사업, 심층분석을 통해 사업추진 성과를 점검할 필요가 있다고 판단되는 사업”을 대상으로 이루어진다.

과거에는 개별사업을 대상으로 심층평가를 실시하였으나, 2010년부터는 사업군으로 변경하여 실시하고 있으며(한국개발연구원, 2013:110), 2014년부터 법개정을 통해 재정사업 평가 등에 대한 전문적인 조사연구기관(한국개발연구원, 한국조세재정연구원)을 지정하였다.

재정용자사업에 대한 심층평가는 정례적으로 전체사업을 대상으로 하

19) 성인지예산제도는 1990년대 후반 여성단체 예산운동의 일환으로 전체 예산 대비 여성 관련 예산의 분석함으로써 시작. 2006년 국회 예산결산특별위원회에서 ‘성인지 예산안 작성지침’을 제시, 이를 2007년 예산 편성에 반영함. 또한 2006년 국가재정법 제정시 성인지 예산서의 법적 근거를 마련하고, 2010년부터 정부가 성인지 예산서와 결산서를 국회에 제출하도록 의무화함(국회예산정책처, 2014: 227)

되, 평가항목에는 선정기준과 용자취급기관, 용자조건(금리, 거치기간 및 상환기간), 용자규모(잔액, 신규, 회수 등), 채무불이행 정도, 대상자 관리 현황 등이 포함되어야 한다. 또한 재정용자제도를 대하용자의 경우에는 대상자 신청 및 탈락 정도와 탈락 사유를 점검하여 정책의 대상과 목표를 달성하기 위한 노력을 경주했는지 살펴볼 필요도 있다.

### **둘째, 재정용자사업에 대한 재검토가 필요하다.**

재정용자사업에 대한 총괄관리와 함께 재정용자사업에 대한 전면 재검토가 필요하다. 정책의 목표가 금융소외계층의 금융접근성 제고 및 재정가용성 확대라고 할 때 현재 재정용자사업 중 정책목표를 달성하기에 한계가 있는 사업들이 있다.

가장 먼저 고려해야 할 것은 대상자에 대한 효율성과 금융접근성 제고 측면이다. 시장을 왜곡하지 않는 선에서 금융 접근성을 제고하고자 한다면 금융소외계층에 초점을 맞추어야 한다. 왜냐하면 일반 대중을 대상으로 할 경우 시장 질서를 위협하고 자원을 왜곡시키는 결과를 가져올 수 있기 때문이다.

그럼에도 불구하고 현재 공적연금의 기금은 연금수급권자 및 연금가입자의 연금액을 담보로 상당히 포용적인 용자를 제공하고 있다. 이들은 금융 접근성이 높은 편이기 때문에 정책대상의 효율성을 저해한 것이라고 볼 수 있다. 그러나 이들 대상 중 소득이 높으나 개인적인 채무로 인해 신용등급이 낮다면 기금을 통한 용자사업이 정책대상에게 정확하게 제공되고 있다고 볼 수 있다.

다음으로 재정가용성의 확대와 전달체계의 효율성이라는 측면에서도 고려할 필요가 있다. 현행 재정용자제도는 사회보험가입자에게 더 우호적으로, 금융소외계층에게는 더 불리하게 설계되어 있다. 예를 들면 공적

연금의 가입자 및 그 자녀를 대상으로 하는 학자금대출의 용자는 무이자로 제공되는 반면, 근로자와 그 자녀를 대상으로 제공되는 고용보험기금의 학자금용자는 1.0%~3.0%의 금리를 나타내고 있다. 이에 반해 일반 대학생 학자금 용자는 당해연도 기준 5.9% 수준이다. 자녀에 대한 학자금을 동일하게 용자를 한다고 해도 대상자의 고용상태에 따라 지출해야 할 금리가 다르고 이는 오히려 대출자의 재정가용성을 저해하게 되는 것이다.

재정용자사업이 본래의 정책 목적인 재정가용성을 저해하는 방안으로 다음의 몇 가지 원칙이 필요하다. 먼저 저소득층에 타겟팅된 재정용자사업과 중위소득 이상의 소득계층이 접근가능한 재정용자사업의 구분이 필요하다. 즉 동일 재정용자사업과 개별적인 용자사업 내에서 소득구분 및 욕구수준에 따라 용자조건이 일관되게 차등 적용되는 방안이다.

예를 들어 저소득층을 대상으로 하는 재정용자사업은 금융접근성 제고와 재정가용성 확대를 위해 용자와 이차보전, 신용보증을 결합할 필요가 있다. 이에 반해 공적연금처럼 내부자에 대한 복리후생으로써 제공되는 재정용자사업은 연금액을 담보로 설정하므로 금융접근성에 제한이 없고 재정가용성을 높이기 위한 방안 오히려 역차별을 야기하므로 용자와 신용보증을 제공할 필요가 없다. 다만 연금 수급권자의 생활자금용자의 경우 재정가용성을 확대하기 위해 이차보전을 제공할 수 있다.

두 번째 원칙은 자금이 필요한 시점과 자금을 상환할 시점 사이의 기간에 관한 것이다. 대부분의 재정용자사업은 고용취약계층의 창업자금, 평생에 한번 장만하는 주택자금, 현재의 투자가 향후 가치로 전환되는 학자금 등에 집중되어 있다. 이러한 용자의 성질에 따라 용자조건을 구분할 필요가 있다.

주택의 경우 현재의 물건이 담보로 설정되는 조건이기 때문에 거치기

간 동안에 일정 수준의 금리가 부과되어도 장기적인 상환방식을 택할 가능성이 높다. 반면에 학자금 용자의 경우 반드시 현재 시점에 이루어져야 하는 용자이지만, 현재 시점에서 상환할 가능성이 매우 낮다면 거치기간 동안 용자를 낮게 설정하는 반면, 조기 상환시 이자감면을 받는 방식을 취할 수 있다. 저소득층 생업자금용자의 경우에도 창업을 할 수 있을 정도 규모의 창업자금을 대여한 후 일정 기간 동안은 수입보다 지출이 많을 가능성이 높다. 1년 정도의 거치기간이 지나서 상환을 시작하고, 조기 상환시 이자를 감면해주는 방식이 필요하다. 이 때 이자감면으로 인한 손실을 정부가 보조해주는 방식이 모색될 필요가 있다.

세 번째 원칙은 사업자에 대한 용자와 근로자 혹은 수혜자에 대한 용자를 구분할 필요가 있다. 사업자에 대한 용자는 주로 산업 및 에너지 분야와 농림수산분야에 집중되는데 이에 대한 용자는 개별적이고 전문적인 전달체계를 통해서 전대방식으로 제공되고 있다. 보건 및 사회복지분야에서 사업자에 대한 용자는 주로 고용보험기금과 국민주택기금의 용자사업에 포함되어 있다.

이들에 대한 지원이 시장의 질서를 어지럽힌다면 원칙적으로 직접 용자나 전대방식의 용자는 적절하지 않다. 그러나 사업자가 수행해야 하는 사업이 국가의 특수한 정책목적에 따라 추진되는 사업이라면 이들 사업자에 대한 대부는 관련 금융기관을 통한 직접대부를 취하는 것이 적절하다. 왜냐하면 해당 금융기관에서 산업 및 경영 등에 대한 전문적인 관리가 동반되기 때문이다.

이에 반해 근로자 혹은 수혜자에 대한 용자는 시중은행을 이용하는 대하방식의 용자가 더 적절하다. 다만 이들이 공적 지원과 연계되거나 민간 자원과 연계될 수 있도록 정보가 공유되고, 비영리기관을 매개로 활용하는 방안 역시 강화될 필요가 있다.

〈표 1-28〉 사회복지분야 재정용자방식 전환 검토

소관명	회계명	세부사업명	용자형태	전환방식
고용노동부	고용보험기금	장기실업자등창업접포지원	대하방식	대하방식/신용보증/이차보전
		여성고용환경개선용자	직접대부	이차보전
		고령자고용환경개선용자	대하방식	이차보전
		장애인고용시설설치비용용자	대하방식	이차보전
		근로자학자금및훈련비대부	대하방식	대하방식/신용보증/이차보전
		능력개발시설장비비용대부	대하방식	직접대부/신용보증
	근로복지진흥기금	생활안정자금대부(용자)	대하방식	대하방식/신용보증
		산업재해보상보험및예방기금	산재예방시설용자(용자)	직접대부
	산재근로자 생활안정자금(용자)		대하방식	대하방식/신용보증/이차보전
	산재근로자 창업접포지원(용자)		직접대부	대하방식/신용보증/이차보전
교육부	임금채권보장기금	체불청산 지원 사업주 용자	직접대부	직접대부/신용보증
	사립학교교직원연금기금	직원복지대부	직접대부	삭제
	사립학교교직원연금기금	국고대여학자금용자	대하방식	대하방식
국가보훈처	보훈기금	특수임무유공자대부	대하방식/직접용자/이차보전	대하방식/이차보전
		국가유공자대부		
		5·18민주유공자대부		
		제대군인대부		
국토해양부	국민주택기금	다가구매입임대출자	대하방식	대하방식
		국민임대출자		
		영구임대출자		
		주택구입·전세자금(용자)	대하방식	대하방식/이차보전/신용보증
		분양주택(용자)	대하방식	대하방식/이차보전
중주택지원(용자)				
기획재정부	공공자금관리기금	저소득한부모가족복지자금용자	대하방식	대하방식/신용보증
		저소득층생업자금용자	대하방식	대하방식/신용보증
		장애인자립자금용자	대하방식	대하방식/신용보증
보건복지부	국민연금기금	노후긴급자금 대부사업	대하방식	대하방식/이차보전
	일반회계	생계비 용자 이차 및 손실 보전금	이차보전	이차보전
		생업자금 이차 및 손실보전금	이차보전	이차보전
		장애인자립자금 이차 및 손실보전금	이차보전	이차보전
여성가족부	일반회계	저소득한부모가족 대출지원	신용보증	삭제
		저소득한부모가족 대출지원	이차보전	이차보전
행정안전부	공무원연금기금	직원대부사업(용자)	대하방식	삭제
		공무원연금대부(용자)	대하방식	대하방식/이차보전
		대여학자금용자(용자)	대하방식	이차보전

**셋째, 저소득층에 대한 재정용자는 체계적인 관리가 필요하다.**

공적연금기관 및 대학생 학자금에 대한 용자는 기관별 홈페이지를 통해 인터넷으로 신청과 결과공지가 이루어진다. 예를 들면 공무원연금관리공단 홈페이지의 학자금 용자 신청나 한국장학재단의 홈페이지에서 국가장학금 지원을 신청하면, 인터넷을 통해 결과를 조회할 수 있다. 그런 다음 시중은행에서 대출을 받는 편리한 구조인 것이다.

이와 대조적으로 공공자금관리기금의 용자사업은 저소득층에 타겟팅된 사업이지만 신청절차가 상당히 복잡한 구조를 띠고 있다. 예를 들어 여성가족부의 저소득한부모가족대출지원사업은 동 주민센터에 방문하여 상담을 한 후 시의 추천을 받고, 이를 들고 협약을 체결한 은행을 방문하여 다시 대출 상담과 신청을 해야 한다. 이 과정에 동 주민센터의 방문부터 시 담당 공무원의 추천서를 받기까지 며칠이 소요된다. 또한 추천서가 있다고 해도 은행에서 다시 대출 상담을 받아야 하며, 은행의 내부적인 대출심사 규정에 따라 상당수 탈락하기도 한다.

이렇게 복잡한 전달체계를 거치면서 몇 번씩 개인 및 가족의 문제를 반복적으로 설명하는 것은 수치심과 부정적 자기인식을 야기하게 된다. 또한 은행의 대출심사직원은 사회복지전담공무원과 같은 초기상담을 위한 교육을 받지 않은 관계로 본의 아니게 수급자의 마음을 상하게 하는 경우가 있다. 또 하나의 문제는 지자체와 은행이 거주지 근처임을 고려할 때 사회적 낙인의 우려가 더욱 클 수밖에 없다.

이러한 저소득층에 대한 재정용자사업은 시장의 질서를 왜곡시키거나 재분배에 역행하지 않기 때문에 보다 적극적으로 금융접근성 제고와 재정가용성 확대를 추진할 필요가 있다. 예를 들면 현재 보건복지부와 여성가족부에서 수행하고 있는 재정용자사업은 공공자금관리기금에 재원을 조달하고 각 부처의 일반회계에서는 이차보전을 제공하고 있다. 재원이

공공자금관리기금에서 공급되는 것이므로 은행에서는 담보 혹은 연대 보증인을 요구하고, 각 부처의 추천서는 용자대상의 선정에 큰 역할을 하지 않는다.

대표적인 저소득층 금융소외계층을 대상으로 재정용자사업을 실시하는 경우에는 동주민센터에서 초기상담을 실시할 필요가 있다. 이는 지자체별 공공자원과 민간자원을 연계하는 등 부가서비스가 제공할 수 있다는 것이 장점이다. 지자체는 초기상담시 사회복지전산망 등의 정보를 통해 소득 및 욕구 수준을 알 수 있다. 기초생활보장 수급에서는 탈락했지만 가계소득의 상실 및 지출의 증가로 긴급자금이 필요하거나 창업 등의 이유로 자금이 필요한 경우를 보다 정확하게 파악할 수 있다.

저소득층에 대한 용자는 특히 도덕적 해이에 대한 우려의 목소리가 크다. 재정용자가 저소득층에 대한 재정보조의 역할을 하지만 채무 불이행이 발생할 경우 고스란히 정부의 재정지출을 야기하기 때문이다. 이러한 우려는 두 가지 측면에서 과장되었다고 볼 수 있다.

현재 부처에서 시행하고 있는 이차보전의 예산 대비 지출이 40%에 불과하다는 사실이다. 즉 대출심사의 엄격성으로 인한 대출 심사 탈락으로 이차보전액이 사실상 불용액으로 잔존하고 있다는 것이다. 더 놀라운 것은 그 규모가 다른 재정용자사업에 비해 상당히 낮은 수준일 뿐만 아니라 지난 몇 년간 일정한 수준을 유지하고 있다는 것이다. 기획재정부(2013)는 과거 3년간 예산 불용이 높았던 사업에 대해서는 예산 편성을 과다 계상하지 말고 사업의 폐기를 고려할 것을 제시하고 있다.

또 하나는 재정용자사업에 대한 채무 불이행이 어디에서 발생하는지에 대한 실증적 분석자료가 없다는 것이다. 산업이나 농업의 경우 대여하는 금액이 금융소외계층 개인에 대한 용자금액에 비해 상당히 큰 규모를 보이고 있다. 따라서 채무 불이행이 발생할 경우 용자 규모가 큰 분야에서

발생할 가능성이 크며 채무 불이행 규모 또한 클 수밖에 없는 구조이다. 막연한 도덕적 해이의 우려 때문에 재정용자사업의 본래 사업의 취지인 금융소외계층의 금융접근성 제고가 위협을 받아서는 안된다.

오히려 용자발생시점부터 체계적인 관리 및 지원을 통해 자립하고 용자를 상환할 수 있도록 사회적 책임을 강화할 필요가 있다. 대표적인 서민금융인 미소금융은 사회복지시설 및 기관에 위탁하여 용자사업을 실시하였다. 비록 이 사업에 대한 채무 불이행이 발생하여 용자사업을 위탁받았던 사회복지시설 및 기관의 채무 지급의무에 대한 논란이 불거지기는 했지만 공공부문과 민간부문이 협력하여 용자의 신청부터 상환까지 소요되는 기간 동안 창업아이템을 선정하고 창업을 지원하고 용자상황을 계획하는 등의 과정에서 전문적인 도움을 받을 수 있다는 측면에서는 시중은행보다 적절한 전달체계라고 볼 수 있다.

이를 바탕으로 본 연구는 금융소외계층에 대한 용자 신청을 공공부문에서 신청-심사하고, 저소득층에 대한 용자는 전담기구에서 실시하고 고용-복지와 연계서비스를 제공할 필요가 있다고 제안한다. 이를 위해 공공자금기금은 서민금융기관으로 위탁·운용되고, 신용보증을 제공할 필요가 있다. 정부의 신용보증은 저소득층에 대한 담보 및 연대 보증인 조건을 완화시킨다는 측면에서 금융접근성을 제고할 것으로 보인다. 또한 지자체는 초기 상담 및 연계 서비스 등을 제공할 뿐만 아니라 『행복e-음』을 통해 체계적으로 관리하고 공공 및 민간 자원과 연계를 제공한다. 마지막으로 서민금융기관은 용자의 제공에서 사업의 운영, 사업의 관리를 포괄적으로 지원해야한다.

## 발표 3. 사회보장통계 현안과 정책 대응

### 1. 현안진단

2011년 사회보장기본법의 전면 개정 과정에서는 사회보장통계의 생산 및 관리가 규정되었다. 법 제32조는 사회보장 통계의 작성 및 관리를 명시하고 있으며, 보건복지부장관이 통계의 작성 및 관리에 관한 책임을 지는 것으로 되어 있다.

〈표 1-29〉 사회보장기본법 중 사회보장통계 관련 조항

<p>법 제32조(사회보장통계) ① 국가와 지방자치단체는 효과적인 사회보장정책의 수립·시행을 위하여 사회보장에 관한 통계(이하 “사회보장통계”라 한다)를 작성·관리하여야 한다.</p> <p>② 관계 중앙행정기관의 장과 지방자치단체의 장은 소관 사회보장 관련 통계를 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.</p> <p>③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 제출된 사회보장통계를 종합하여 위원회에 제출하여야 한다.</p> <p>④ 사회보장통계의 작성·관리에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>제41조(관계 행정기관 등의 협조) ① 국가와 지방자치단체는 사회보장 관련 계획 및 정책의 수립·시행, 사회보장통계의 작성 등을 위하여 관련 공공기관, 법인, 단체 및 개인에게 자료제출 등 필요한 협조를 요청할 수 있다.</p> <p>② 위원회는 사회보장에 관한 자료 제출 등 위원회 업무에 필요한 경우 관계 행정기관의 장에게 협조를 요청할 수 있다.</p> <p>③ 제1항 및 제2항에 따라 협조요청을 받은 자는 정당한 사유가 없으면 이에 따라야 한다.</p>
--

개정 사회보장기본법 상 사회보장통계 관련 조항은 사회보장 분야에서 의 제반 통계를 체계적으로 생산·관리하는 것을 목적으로 한다. 그간 사회보장분야에서는 복지욕구의 확대에 따라 국민 삶의 질과 직결되는 제반 통계를 체계적으로 생산·관리할 필요는 지속적으로 제기되어 왔던 문제이다.

그럼에도 우리나라의 통계생산 형태가 분산형 통계생산제도를 채택함

에 따라 해당 분야 통계의 체계적 생산이 제한되어 왔다. 복지 영역에서는 지난 20여년 간 관련 욕구가 급격히 증가하여 왔고, 이에 대응하는 재정지출 역시 증가함에 따라 다양한 복지통계들이 생산되어 왔다. 복지 욕구의 현황을 진단하고, 이에 대응하는 각종 사회정책의 발전에 따라 그 성과를 진단하기 위한 목적이었다. 그러나 복지 관련 통계를 여러 관련기관들이 분산하여 생산하는 분산형 통계제도로 인해서 복지분야를 포괄하는 자료들이 정기적이고 체계적으로 생산되기보다는 분산적이고 부분적인 수준에서 제시되었다는 한계를 가졌다. 분산형 통계생산에 따라 중복되거나 누락된 통계가 존재하는 등 체계성이 부족한 상황이었다(김영미·최영준·안상훈, 2010: 220). 분산형 통계생산제도는 분야별 전문지식을 관련 통계 개발에 활용 가능하다는 장점을 가지고 있지만, 통계의 균형적 개발과 유기적 체계 확보에 미흡하여 체계적 통계 개발에는 한계가 있다.

그간 상당한 양적 성장을 이룬 사회보장 관련 통계는 ‘제공되는 통계가 사회복지 전체를 파악하고 진단하는데 부족’, ‘분산적이고 부분적인 실태만 반영’, ‘개인 삶의 질 파악에 부족’, ‘정책 친화성의 부족’, ‘사회적 위험과 복지혼합에 대한 접근의 부족’ 문제를 가지고 있다(도세록 외, 2011: 31-38). 사회보장 분야는 그 범위를 확대할 경우에 관련 통계가 부처 및 사업부서별로 산재하여야 한다. 이로 인해서 사회보장의 현안을 진단하고, 개선 대안을 모색하는데 활용할 수 있는 통계의 생산을 제약하였다. 가장 대표적인 예로, 사회복지관련 주요한 패널조사만 해도 한국복지패널조사를 포함하여 11개의 조사가 실시되고 있다(도세록 외, 2011: 40)<sup>20</sup>. 이에 반하여, 2003년부터 시작한 EU-SILC(The European

20) 11개 조사는 다음과 같으며, 괄호는 운영기관을 제시하였다. 서울시복지패널조사(서울복지재단), 여성관리자패널조사(한국여성정책연구원), 청년패널조사(한국고용정보원), 여성가족패널조사(한국여성정책연구원), 장애인고용패널조사(한국장애인고용촉진공단), 한국복지패널조사(한국보건사회연구원), 고령화연구패널조사(한국노동연구원), 국민노후보장패널조사(국민연금공단), 한국노동패널조사(한국노동연구원), 한국아동청소년패널조사(한국청소년

Union Statistics on Income and Living Conditions)의 경우에는 정기조사에서는 가구 수준에서는 기본 정보, 주거, 물질적 박탈, 소득의 네 영역을, 개인 수준에서는 기본/인구 정보, 교육, 건강, 노동, 소득의 다섯 영역을 측정하고, 5년 단위의 보조 모듈을 시행(2012년 주거 조건, 2013년 복지 등)하여 각종 사회통계를 생산해내고 있다.

사회보장 제반 영역의 통계 생산 관리의 필요성이 증가하고 있음에도 현실적인 제약요인은 존재하였다. 첫째, 지금까지 사회보장의 범위를 지나치게 좁게 해석함에 따라 국민의 삶의 질과 직결되는 다양한 영역을 포괄하지 못하였다. 사회복지, 사회보장을 넓은 의미에서 해석할 때 각 부처에 산재하여 있는 사회보장 관련 통계의 실체를 파악할 수 있을 것이다. 둘째, 지금까지는 저소득층을 중심으로 한 현금보조, 취약계층을 대상으로 한 시설보호 형식의 사회보장이 주된 정책 사업의 영역이어서 국민의 제반 욕구를 반영하는 통계 생산이 제한되었다. 사회보장을 넓은 의미에서 접근할 때에는 사람들의 생활상의 위험이나 곤경에 대해 법으로 정해진 일정한 사회적 급부(현금, 현물, 서비스)를 제공하는 사회제도 혹은 사회적 장치를 의미한다(이인재 외, 2001). 이에 따르면 사회보험, 공공부조, 사회서비스 외에도 보편적으로 충족되어야 하는 기본욕구와 특정한 사회위험에 의하여 발생하는 특수욕구가 모두 사회보장의 범위에 포함된다(고경환 외, 2012: 67).

이와 같은 문제를 해결하기 위한 한 대안이 통계분석틀을 바탕으로 통계를 작성하는 것이다. 통계분석틀의 제안은 기존의 여러 부처에서 산재하여 생산·관리하던 통계를 체계화하면서, 동시에 지표가 부족한 영역을 확인할 수 있다는 장점을 가진다. 김승권 외(2008)의 보건복지가족부 대

---

정책연구원), 한국아동패널(육아정책개발센터)이다.

표성과지표, OECD의 『Society at a Glance』의 사회지표 체계, 이를 반영한 안상훈 외(2010)의 생애주기별 분석틀, 이태진 외(2008)의 사회현상 및 사회정책 지표체계 등은 현황과 정책지표를 제안함으로써 필요한 지표를 구체화할 수 있다는 장점을 가진다. 그러나 이와 같은 통계분석틀의 제시도 결국은 누가 관련 통계를 생산하고, 체계화할 것이냐의 문제를 남겨둔다. 사회보장의 범위가 확장될 경우에는 보건복지 분야를 넘어서는 다양한 영역의 통계가 생산되는 현황을 파악하고, 관리하여야 하기 때문이다.

이와 같은 문제를 해결하기 위한 목적으로 2011년 사회보장기본법의 전면 개정 과정에서 사회보장통계의 생산 및 관리가 규정되었다. 사회보장기본법에서 사회보장은 출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상시키는데 필요한 소득·서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 지칭하는 것으로 하고 있다. 이 중 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, 역량개발, 사회참여 지원 등을 통하여 국민의 삶의 질이 향상되도록 지원하는 제도’를 의미한다. 사회보장의 범위를 기존의 제한된 접근보다 확장한 것이다. 한편, 법 제32조(사회보장통계)에서는 ‘사회보장에 관한 통계’를 사회보장통계라 지칭하고 있다. 이에 따라 사회보험과 공공부조에 덧붙여 국가, 지방자치단체 및 민간부문의 다양한 주체들이 제공하는 각종의 사회서비스 현황이 사회보장통계의 대상이 된다고 할 것이다.

사회보장기본법의 전면 개정에 따라 사회보장의 책임주체의 하나인 국가와 지방자치단체는 ‘효과적인 사회보장정책의 수립·시행을 위하여 사

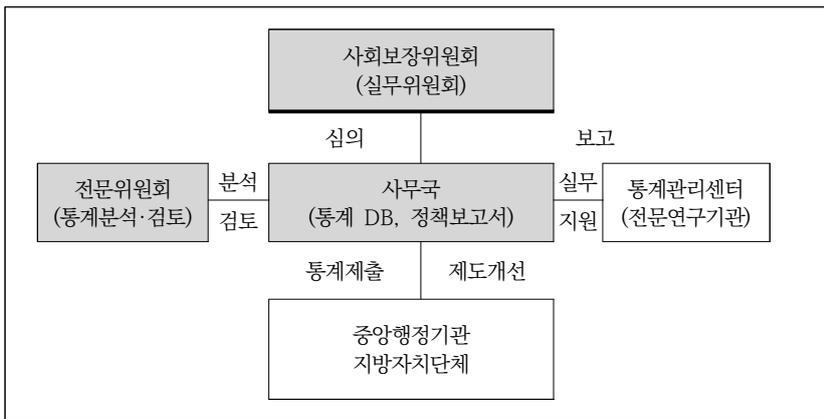
회보장에 관한 통계(‘사회보장통계’)를 작성·관리할 의무를 지니며(법 제 32조), 사회보장위원회는 이에 따른 사회보장통계를 심의·조정하도록 하고 있다. 법 제41조(관계 행정기관 등의 협조)에 따르면, 위원회는 사회보장에 관한 자료 제출 등 위원회 업무에 필요한 경우 관계 행정기관의 장에게 협조를 요청할 수 있다고 명시하고 있다. 또한 관련법 시행령 제 18조(사회보장통계의 제출 등)에 따르면, 보건복지부장관은 사회보장통계의 작성·제출과 관련하여 작성 대상 범위, 절차 등의 내용을 포함한 사회보장통계 운용지침을 마련하여 매년 12월 31일까지 관계 중앙행정기관의 장과 지방자치단체의 장에게 통보하여야 한다.

사회보장통계는 증가하는 복지욕구에 대한 효과적인 대응, 복지제도의 중복 및 누락에 대한 체계적 진단 등 근거중심의 복지정책 설계에 필수적인 요소이다. 즉, 정책의 설계와 집행을 위한 가장 기초적인 자료로서 대상자의 파악, 급여 수준의 결정, 전달체계의 효율화 모색, 재정 규모 및 부담의 현실화 등을 고려하는데 필수적인 자료이다(고경환 외, 2012: 69). 이의 구축은 각 부처 및 지방자치단체의 파편적이고 분산적인 정책 대응을 지양하고, 포괄적이고 체계적인 정책 대응을 위한 근거자료로 활용될 수 있다.

현재 사회보장통계의 관리를 위해 사회보장통계 전문위원회, 사회보장위원회 사무국, 통계관리센터를 설치하여 운영 중에 있다. 사회보장통계 전문위원회는 정부부처 과장급 공무원과 민간전문가 15인 이하로 구성하였으며, 사회보장통계 체계화와 질 관리 등의 실무 검토 업무를 담당한다. 대표지표의 선정, 신규통계의 발굴, 중복·유사통계 및 연보 검토의 업무를 수행한다. 사회보장위원회 사무국은 보건복지부에 설치하였으며, 사회보장제도과가 사회보장통계 총괄·관리의 실무업무를 담당하고 있다. 사회보장통계 운용지침 마련·통보, 통계DB 구축·관리, 연보의 발간, 사

회보장통계의 사회보장위원회 제출 등의 업무를 수행한다. 통계관리센터는 효율적인 사회보장통계의 관리 및 기술적 지원을 위해 연구수탁기관(2013~4년 한국보건사회연구원)에 설치·운영하며, 각종 실무지원을 수행한다.

[그림 1-10] 사회보장통계 관리 체계



2013년 사회보장통계는 537종의 통계를 수집하였으며, 관련 통계 21천여개를 정비하였다. 수집된 통계 중에서 주요지표에 대해서는 그 추이, 현황 및 국제비교를 「통계로 보는 사회보장 2013」에 수록하여 발간하였다. 주요지표는 12개 분야(가족, 보육 및 교육, 근로, 빈곤, 건강, 주거, 문화, 에너지, 환경, 노인/장애인, 사회재정, 행복e음)에서 166개 지표가 선정되었다. 대체로 건강분야의 지표가 많고, 가족 및 보육, 노인 및 장애인과 같이 일정 대상을 목표로 한 지표의 제시가 뒤를 이었다.

〈표 1-30〉 2013년 수집 통계

구분	수집통계	수집 유형		
		e-나라지표	국가통계모형	부서 제출
통계명	537	35	234	255
관련 통계표	21,477	37	12,785	8,655

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2014). 통계로 보는 사회보장 2013.

〈표 1-31〉 「통계로 보는 사회보장 2013」 수록 지표

구분	수록 유형		
	핵심	보조	참고
가족	합계출산율 (12)	조혼인 및 조이혼율 (16)	국제결혼비율 (1)
보육	유치원 취원율 (15)	전체 육아 휴직자중 남성이 차지하는 비율 (11)	아동 100명당 보육시설 정원 수 (4)
근로	경제활동참가율 (12)	4대보험 가입률 (1)	
빈곤	상대적 빈곤율 (9)	개인연금 가입자수 (41)	국민기초생활보장 욕구대비 수급률 (11)
건강	기대수명 (23)	산전관리율 (23)	
주거	최저주거기준 미달가구 비율 (11)	지하 및 옥상 거주가구 비율 (7)	주택 점유형태별 비중 (2)
문화	학교 문화예술교육 수혜율 (9)	학교문화예술강사 수혜학교 수 (7)	문화체육 관련 기부 참여율 (3)
에너지	소득분위별 연료비 지출 (8)		산업부 에너지복지 지원규모 (1)
환경	상수도보급률 (8)		
노인/장애인	노인안구비 (35)	노인가구비 (48)	노인의 배우자외의 활동 공유 정도 (22)
사회재정	정부예산 대비 보건복지예산 (4)	정부예산 대비 보건복지부 예산 (8)	보건복지분야 자체사업 실적 (5)
행복e음	양육수당 지원 아동 수 (14)		

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2014). 통계로 보는 사회보장 2013.

사회보장 관련 통계의 생산 및 관리 제도의 정교화 및 체계화는 지속적으로 추진되어야 할 사항이다. 기존의 보건복지 분야의 분산된 통계생산에서 사회보장기본법의 제정은 분산형 통계 생산 체계 하에서 일종의 Control Tower를 구축하였다고 평가할 수 있다. 그럼에도 사회보장통

계의 발전을 위해서는 관련 현안을 재진단하고 정책 대안을 제시할 필요가 있다.

기존 사회보장, 보건복지 분야의 통계 생산과 관련한 정책 제언을 사회보장기본법의 개정에 따라 변화한 환경 속에서 재검토하여 정책 대응방향을 제시할 필요가 있다. 이를 통해 사회보장통계가 명실공히 국가사회보장의 근거중심 시행을 위한 중추적 역할을 수행할 수 있는 제도적 기반을 공고히 할 수 있을 것이다.

## 2. 통계 관리체계 비교

우리나라는 분산형 통계 관리 체계를 구성하고 있다. 집중형 통계생산과 분산형 통계생산은 각각 장·단점을 가지고 있어서 어느 체계가 더 우월하다고 단언하기는 힘들다. 캐나다, 스웨덴, 핀란드 등의 집중형 체계에서는 단일화된 통계전문기관에서 통계를 작성하여 통계의 균형적 개발과 유기적 체계가 확보된다는 장점을 가지지만, 관련 행정분야별 전문지식의 활용이 미흡하고 통계수요에 대한 신속한 대응이 어렵다는 단점을 가지고 있다. 우리나라를 포함하여 미국, 일본, 영국 등에서 채택하고 있는 분산형 체계에서는 부처별로 필요한 통계를 개별적으로 작성하여 분야별 전문지식을 관련 통계 개발에 활용 가능하다는 장점을 가지지만, 체계적 통계 개발에 제약이 있다는 한계를 가진다.

우리나라의 경우에는 각 부처나 관련기관에서 정책 및 업무 수행을 위한 통계를 생산하고, 통계청에서는 중복통계 생산을 지양하고 통계의 질을 높이기 위해 통계를 승인하거나 통계 품질 향상을 위한 품질진단 등의 업무를 수행하고 있다(장영식, 2013:7). 한편 각 부처 및 담당기관 등에서 생산된 통계는 관련 부처에서도 제공하지만, 통계청의 e-나라지표 홈

페이지와 국가통계포털 Kosis를 통해서도 국가의 전반적인 통계가 제시되고 있다. 이에 따라 사회보장의 제한된 범위에 대한 통계는 보건복지부의 통계포털을 이용하지만, 확장된 범위에 대한 통계는 통계청 포털을 이용하게 된다. 이에 따라 관련 통계 수요자는 다양한 포털을 이용하여만 원하는 통계를 얻을 수 있다.

〈표 1-32〉 집중형과 분산형의 장·단점 비교

	집중형	분산형
주요 특징	국가기본통계를 단일화된 통계전문기관에서 작성 부처간 통계연락기구의 설치	부처별로 필요한 통계를 개별적 작성 통계조정기관 설치
해당 국가	캐나다, 스웨덴, 핀란드, 네덜란드, 호주, 인도네시아 등	한국, 미국, 일본, 영국, 대만 등
장점	통계의 균형적 개발과 유기적 체계 확보 통계의 객관성 및 신뢰도 제고 통계전문인력의 집중적 활용	분야별 전문지식을 관련 통계 개발에 활용 가능 통계수요에 신속히 대응
단점	관련행정분야별 전문지식 활용 미흡 통계수요에 대한 신속한 대응 어려움	중복작성 등으로 인력과 예산의 낭비 초래 체계적 통계 개발의 제약 통계전문인력의 집중적 활용 어려움

자료: 통계청, <http://kosis.kr/serviceInfo/serviceInfo-0201List.jsp>

우리의 경우와 상반되는 대표적인 예가 유럽연합의 Eurostat이다. 유럽연합은 2000년 리스본 협약에 의해 회원국 간의 정책의 조화를 위한 공동의 목표 설정과 공통지표 개발, 국가전략 보고서 작성 등에 합의하였다. 이 중에서 EU-SILC는 소득과 생활여건에 대한 조사로 2003년부터 실시하고 있으며, 노동시장과 관련하여서는 노동시장조사(LFS), 노동비용조사(LCS) 등을 실시하고 있다. 현재 EU에서는 불평등과 빈곤의 화폐적 측정 뿐만 아니라 현물급부, 다양한 지표체계를 이용한 비화폐적 측정

방법과 지출과 자산 등 비소득적 측면 에서의 소득분배지표에 대한 다양한 연구를 하고 있는데 이는 EU 회원국간의 합의에 의해 공동으로 조사 되는 EU-SILC 패널조사로부터 다양한 관련 자료가 제공될 수 있기에 가능하다.

지금까지 우리나라 사회보장통계의 생산은 각 부처가 생산 또는 관련한 통계를 집적하는 형태를 취하고 있다. 사회보장 영역과 관련한 국내 통계 생산 관리 현황을 살펴보면 다음과 같다.

### 가. e-나라지표

e-나라지표 시스템은 국정 전반에 걸친 각종 국정통계에 대해 통계와 추이, 통계의미 분석 등을 제공하여, 국정을 설명하고 모니터링할 수 있도록 지원하고 있다. 국가 공식 승인통계자료 뿐 아니라, 현황이나 각종 행정자료를 가공한 내용도 포함한다.

이중 사회 부문에서 보건 중분류는 의료인력 및 병상수 추이 등의 보건 일반, 식품검사 부적합률 등의 식품, 암 발생 및 사망 현황 등의 질병, 평균수명(0세 기대여명) 및 건강수명 등의 건강증진, 의료기기 생산실적 등의 보건산업으로 소분류를 구성하고 있으며, 모두 20개 지표 제시하고 있다. 사회 부문에서 복지 중분류는 국민기초생활 수급 현황 등의 복지일반, 노후준비방법 등의 노인복지, 장애인 현황 등의 장애인 복지, 아동급식지원 현황 등의 아동복지, 국민연금 재정현황 등의 연금/건강보험, 노년부양비 등의 저출산고령화로 소분류를 구성하고 있으며, 모두 30개 지표 제시하고 있다.

〈표 1-33〉 e-나라지표 부문별지표 체계도

대분류	중분류	소분류	지표수	
총량지표	국토/인구	국토현황/이용, 수도권현황, 지역현황, 인구구조, 인구변동	11	
	자치행정	자치행정일반, 지방재정	15	
	공동체	사회참여	1	
	행정일반	정부조직, 공직채용/지원, 전자정부, 고충민원, 청렴/부패, 정보공개	22	
경제	건설	도시, 도로, 수자원, 건설경제/기술	25	
	금융	금융일반, 대출시장, 자본시장, 금융건전성, 보험시장	33	
	기상	예보/관측, 지구대기, 기후	9	
	농업	농업일반, 농산물생산소비, 농업생산기반, 농산물위생/안전성, 농촌생활/지원	18	
	부동산	건축, 주택, 토지	20	
	산업동향	무역투자일반, 산업일반동향, 개별산업동향, 에너지/자원	30	
	어업	수산물생산/소비, 어업인지원	4	
	입업	산림일반, 산림조성, 산림관리-이용, 산림재해	12	
	재정	재정일반, 분야별재정규모, 기금/공적연금, 민간투자, 국세, 관세	49	
	정보통신	정보화수준, IT산업, 정보보호, 우정사업	18	
	공정거래	경쟁정책, 대기업시책, 중소기업보호정책, 소비자보호정책	7	
	조달	조달사업, 원자재비축, 시설사업	8	
	중소기업	중소기업일반, 금융지원, 기술지원, 창업벤처지원, 소상공인/재래시장, 혁신형 중소기업현황	12	
	과학기술	연구개발일반, 연구개발인력, 연구개발성과	14	
	특허	출원/등록, 심사, 심판	6	
	해양	해운일반, 해운물류, 항만시설, 해양환경안전	14	
	거시경제	실물경제, 경기동향, 물가동향, 고용동향, 대외거래, 외환, 대외신인도	23	
	교통	교통/물류, 철도, 항공, 육상교통	15	
	사회	노동	사업제, 임금, 고용, 노동보험, 노사관계, 산업재해	33
		경찰	경찰일반/수사, 생활안전/경비, 교통, 외사	14
보건		보건일반, 식품, 질병, 건강증진, 보건산업	20	
보훈		보훈일반, 보훈복지	16	
복지		복지일반, 노인복지, 장애인복지, 아동복지, 연금/건강보험, 저출산고령화	30	
여성/가족		여성일반, 가족, 보육, 양성평등, 여성권익	22	
재난안전		재난, 소방	11	
청소년		청소년일반, 청소년보호, 청소년활동	8	
해양경찰		해상경비, 해상범죄, 해양환경, 해상안전	6	
환경		환경일반, 자연보전, 대기보전, 수질보전, 폐기물, 상하수도, 토지오염	25	
교육	교육/인적자원일반, 교육경쟁력, 유아교육, 초중등교육, 특수교육, 고등교육, 평생교육	41		

문화	문화/예술/산업	문화예술일반, 문화예술인프라, 문화산업, 문화미디어	16
	문화재	문화재일반, 문화재보존	8
	체육	생활체육, 스포츠산업	7
	관광	관광일반, 관광산업	7
정무	국방	국방일반, 방산/군수, 군인복지, 국제협력	17
	법무	송무/공판, 법조인력, 보호/관찰/교정, 범죄, 출입국	46
	병무	병무일반, 입영	5
	외교	외교일반, 통상협력, 재외국민/영사, 국제협력, 국제교류	16
	통일(남북)	통일일반, 남북교류	7

자료: 통계청, <http://www.index.go.kr>

<표 1-34> e-나라지표 부처별지표 체계도

기관분류	담당기관(지표수)	소계
대통령직속기관	방송통신위원회(2)	2
국무총리직속기관	공정거래위원회(7), 국가보훈처(16), 국민권익위원회(5), 금융위원회(31), 식품의약품안전처(5)	64
부17기관	고용노동부(33), 교육부(39), 국방부(14), 국토교통부(62), 기획재정부(41), 농림축산식품부(18), 문화체육관광부(28), 미래창조과학부(30), 법무부(27), 보건복지부(41), 산업통상자원부(35), 안전행정부(40), 여성가족부(27), 외교부(14), 통일부(7), 해양수산부(19), 환경부(25)	500
청15기관	검찰청(20) 경찰청(13), 관세청(7), 국제청(21), 기상청(9), 문화재청(8), 방위사업청(3), 병무청(5), 산림청(12), 소방방재청(8), 조달청(8), 중소기업청(12), 통계청(17), 특허청(6), 해양경찰청(6)	155

자료: 통계청, <http://www.index.go.kr>

## 나. 국가통계포털

국가통계포털은 인구·가구, 고용·노동·임금, 물가·가계, 보건·사회·복지, 환경, 농림·어업, 광공업·에너지, 건설·주택·토지, 교통·정보통신, 도소매·서비스, 경기·기업경영(사업체), 국민계정·지역계정·국가자산(국부), 재정·금융·보험, 무역·외환·국제수지, 교육·문화·과학, 행정의 주제별 통계를 제시하고 있다. 약 120여개 기관이 작성하는 경제·사회·환경에 관한 500여 종의 국가승인통계를 수록하고 있다.

e-나라지표가 각 부처 및 부문별 지표를 제시하고 있는 반면에 국가통계포털은 각종 통계를 제시하고 있다는 점에서 차별성을 가진다. 이에 따라 사회보장분야에서 사용되고 있는 각종 지표의 원자료(통계)를 알고 있어야만 접근할 수 있다는 한계를 지닌다<sup>21)</sup>.

〈표 1-35〉 국가통계포털 보건·사회·복지 분야 통계

보건	사회	복지
건강보험 결핵현황 공중위생관개업소실태보고 국민건강영양조사 국민구강건강실태조사 국민보건의료실태조사 국민의료비추계및국민보건계 정 법정감염병발생보고 병원경영실태조사 보건소및보건지소운영현황 사망원인 수입식품현황 식품수거검사실적 암등록통계 HIV/AIDS신고현황 완제의약품유통정보통계 응급의료 현황통계 의료기관별급여성정성평가현 황 의료기기화장품제조유통실태 조사 의약품·의료기기연구개발실태 조사 의약품소비량 및 판매액통계 조사 인수공통전염병위험군의감염 실태조사	가족실태조사 국민노후보장패널조사 근로환경조사 범죄 사고 사회조사 생활시간조사 신문·잡지산업실태조 사 아동종합실태조사 아동청소년인권실태조 사 여성가족패널조사 위험물통계 재해 전국결혼및출산동향조 사 전국다문화가족실태조 사 청소년 매체이용 실태 조사 청소년가치관조사 청소년상담지원현황 청소년유해환경접촉중 합실태조사 청소년종합실태조사	가정위탁국내입양소년소녀가정 현황 가정폭력실태조사 가족친화지수 측정 및 분석 고령화연구패널조사 국민기초생활보장수급자현황 국민연금통계 노인복지시설현황 노인실태조사 노인학대현황 노후준비실태조사 농림어업인복지실태조사 보육실태조사 보훈보상금지급현황 사회복지자원봉사현황 산재보험통계 성폭력실태조사 아동복지시설보호아동및종사자 현황보고 어린이집및이용자통계 여성정책수요조사 요보호아동현황보고 유망사회서비스수요실태조사 장애인실태조사 장애인편의시설실태조사 장애인현황 전국출산력및가족보건복지실태 조사

21) kosis에서는 통계표 검색 기능을 제공하고 있어서 원하는 통계 지표를 검색하여 활용할 수 있다.

장애인생활체육실태조사 정신질환실태조사 지역사회건강조사 청소년건강행태온라인조사 체력및체격 퇴원손상심층조사 한방의료이용 및 한약소비 실태조사 환자조사		최저생계비계측조사 학대피해아동보호현황 한국복지패널조사 한국의 사회복지지출 한부모가족실태조사
--	--	--

주: 2014. 6. 9일 기준

자료: 통계청, <http://kosis.kr>

#### 다. 보건복지통계

보건복지통계는 인구/가구, 보육/아동, 노인, 장애인, 질병/건강, 보건/의료, 사회, 보험/연금의 주제로 통계를 제시하고 있다. 그러나 보건복지통계는 직접 통계표를 보여주는 형태는 아니며, 단지 보건복지와 관련한 통계가 어떤 것들이 있는지 소개하는 형태이다. 이 중 주요지표 100종에 대해서는 통계현황을 직접 제시하고 있다.

〈표 1-36〉 보건복지통계DB 통계 체계

분류	통계명
인구/가구	가계금융조사, 가계동향조사, 경제활동인구조사, 국민계정, 보건복지관련산업일자리조사, 생명표, 생산자물가조사, 소비자물가조사, 외국인등록인구, 인구동향조사, 인구총조사, 장래인구추계
보육/아동	가정위탁국내입양소년소녀가정 현황, 보육실태조사, 아동복지시설보호아동및종사자현황보고, 아동종합실태조사, 어린이집및이용자통계, 요보호아동현황보고, 학대피해아동보호현황
노인	고령자고용현황, 국민노후보장패널조사, 노인복지시설현황, 노인실태조사, 노인학대현황, 노후준비실태조사
장애인	기업체장애인고용실태조사, 장애인고용패널조사, 장애인인구직및취업동향, 장애인등록현황, 장애인생활체육실태조사, 장애인실태조사, 장애인의무고용현황, 장애인편의시설설치현황
질병/건강	HIV/AIDS신고현황, 결핵현황, 공중위생관계업소실태보고, 국민건강영양조사, 국민구강건강실태조사, 급성심장정지조사, 법정감염병발생보

	고, 사망원인통계, 수입식품현황, 식품수거검사실적, 압등록통계, 인수공통감염병위험군의감염실태조사, 전국민장내기생충감염실태조사, 정신질환실태조사, 지역사회건강조사, 청소년건강행태온라인조사, 한국인 체치수조사
보건/의료	국민보건의료실태조사, 국민의료비추계및국민보건계정, 병원경영실태조사, 보건소및보건지소운영현황, 의료기관별급여적정성평가현황, 의료기기, 화장품제조, 유통 실태조사, 의약품소비량및판매액통계, 퇴원손상심층조사, 한방의료이용및한약소비실태조사, 환자조사
사회	가족실태조사, 국민기초생활보장수급자현황, 국민노후보장패널조사, 사회복지자원봉사현황, 사회조사, 여성가족패널조사, 유망사회서비스수요실태조사, 전국결혼맞춤산동향조사, 전국출산력및가족보건복지실태조사, 최저생계비계측조사, 한국복지패널조사, 한국의사회복지지출
보험/연금	건강보험주요수술통계, 건강보험통계, 국민연금통계, 다층노후소득보장체계실태조사, 지역별 의료이용통계

자료: 보건복지부, <http://stat.mw.go.kr>

이상의 통계DB를 통해서 살펴본 바와 같이 국내의 사회보장 관련통계는 상당한 수준으로 발전하여 왔다. 그리고 통계관련 기관들은 관련 통계의 집적을 위하여 상당한 노력을 경주하여 왔다고 평가할 수 있다. 따라서 이제부터 사회보장통계의 관리는 다음의 목적을 지향할 필요가 있다.

첫째, 사회보장과 관련한 통계를 체계적으로 관리하는 것에 집중하여야 한다. 이미 각 제도별, 영역별로 다양한 공식 통계가 생산되고 있는 상황이다. 따라서 생애주기·정책 목표를 바탕으로 한 통계들을 구성하여 관련 통계를 체계적으로 관리하여야 한다. 복지정책의 실시가 생애주기별로 관리되고 있음을 고려하면, 사회보장통계 역시 생애주기별로 제공되어 통계 수요자의 욕구를 반영할 수 있어야 한다. 또한 사회보장의 정책목표가 ‘국민 삶의 질 향상’으로 제시된 바 있으므로, 정책영역별로 이와 같은 정책목표를 구체화하여 통계를 관리해야 할 것이다. 둘째, 기존의 다양한 기관, 통계조사 등을 통해 제공되는 통계를 비교가능한 수준으로 표준화하여야 한다. 사회보장의 제 영역에서 여러 부처에서 관련 통계를 제시하고 있으며, 조사통계의 경우에도 다양한 원자료를 통해서 그 결과

를 제시하고 있다. 따라서 사회보장통계는 이와 같은 자료의 중첩 상황에서 대표지표를 선정할 필요가 있다.

이와 관련하여 사회보장위원회의 역할이 강조된다. 사회보장위원회는 사회보장통계 생산에 있어서 집중형 체계의 장점인 통계의 균형적 개발과 유기적 체계 확보를 위한 교두보의 역할을 수행할 수 있다. 이는 기존의 분산형 체계 하에서 각 분야에서 생산되는 통계를 체계적으로 관리하는 것을 말한다. 보건·사회·복지 분야의 통계 185종 중 조사통계는 138종, 보고통계는 44종으로 대부분의 통계가 정책의 효과적 수행, 성과 진단 및 평가를 위한 통계라는 점에서 기존 통계 생산체계를 변경하는 것은 현실적으로 한계가 있다. 따라서 사회보장통계는 관련 통계의 단순한 집적을 탈피하고 부처간 칸막이의 존재로 인해 확보되지 못하는 범부처 수준의 통계 생산을 지향하는 것을 목적으로 해야 한다.

### 3. 쟁점과 이슈

사회보장과 관련한 포괄적인 관련 통계의 생산을 목적으로 사회보장기본법은 사회보장에 관한 통계를 생산하도록 하고 있다. 기존 '통계'의 단순한 집적 및 특정 지표를 선정하는 체계를 탈피하여, 정책 현안을 진단하고 평가할 수 있는 새로운 통계 관리체제로 전환이 가능한 교두보를 마련한 것이다.

이에 따라 제1차년도 연구결과물인 「통계로 보는 사회보장 2013」에서는 부처간 통계생산의 칸막이를 제거하기 위한 노력을 수행한 바 있다. 가장 대표적인 예로, '누리과정 수혜비율'은 보건복지부의 어린이집 관련 통계와 교육부의 유치원 관련 통계를 종합하여 작성하였다. 정책의 목표가 단순히 수혜비율의 확대를 목표로 하는 것이 아니라 지역적 특성을 반

영하면서 동시에 지역간 격차를 해소하기 위한 목적이라면, 지역간 수혜 비율의 비교도 가능하다. 안전행정부의 주민등록인구 현황을 이용하여 취업대상자 수를 확보하게 되면, 수혜비율의 지역간 비교가 가능할 것이다.

그러나 사회보장위원회의 사회보장통계는 대체로 정책 현안에 해당하는 체계적 통계 생산에서는 상당한 한계를 노정한 바 있다. 이는 첫째, 각종의 통계들이 산재한 상황에서 종합적인 자료 구축이 제한되어 있기 때문이다. 예를 들어, ‘노후소득보장’의 사각지대를 진단하기 위한 목적의 통계를 생산한다고 하자. 이를 위해서는 국민연금수급자, 특수직역연금수급자, 기초노령연금수급자 등에 대한 각 개인의 종합적 정보가 확보되어야 한다. 이것이 아니라면 각 대상자의 규모 중 중복된 자들을 추정하기 위한 별도의 과정을 거쳐야 한다. 현재 우리나라의 사회보장관련 통계는 각종 포털을 통하여 2차 가공자료만 제공되고 있어 원자료(raw data)를 통한 세부적인 분석을 제한하고 있다. 이에 따라 제한적으로 통계치를 추정하게 된다. 기초노령연금수급자 중에서 국민연금수급자, 타공적연금수급자의 수를 파악한 후 계산하는 방식 등을 사용할 수 있다. 그러나 이와 같은 추정 통계 생산에 대해서는 정책실무를 담당하는 부처의 반대, 가공통계의 통계적절성 검증에 대한 통계청의 문제제기 등이 예상된다. 한편, 이와 같은 가공통계 생산에는 각 통계 생산과정 내에서 발생하는 실무적 차원의 조정치 등이 반영될 수 있으며, 이에 관한 정보 역시 확보하여야 한다. 이로 인해서 정책현안을 즉각적으로 진단할 수 있는 통계 생산에 제약이 발생하고 있다. 예를 들어, 국민연금수급자수의 증가는 노인인구의 증가 및 제도의 성숙으로 인한 증가가 혼합된 결과이므로 노인인구대비 수급자수를 계산한 ‘60세 이상 노인 중 국민연금수급자 비율’과 같이 새로운 지표를 생성할 필요가 있다. 이를 위해서는 국민연금수급자

중에서 60세 이상자를 선정한 후, 이를 바탕으로 한 수급률을 계산할 수 있다. 또한 '60세 이상 여성노인 수급자비율', '60세 이상 남성노인 수급자비율'과 같이 세분화할 수 있으며, 이를 통해 연금수급의 성별 격차 등을 직관적으로 제시가 가능할 것이다.

둘째, 정책의 산출 및 성과를 추정할 수 있는 모수 추정치 통계가 제한적이다. 차상위 계층을 대상으로 하는 복지프로그램의 경우에는 차상위 규모를 판단할 수 있는 2차 자료를 이용하여야 함에도 이에 대한 합의가 부재하다. 차상위계층 규모, 실제 장애인수 추정 등에 대한 현황은 조사통계를 이용하는 수밖에 없다. 그러나 이런 조사통계를 이용한 가공통계의 사용에는 상당한 제약이 존재한다. 정책 평가를 위한 모수 추정에서는 통계전문위원회의 의결이 필요한 상황이 발생하나, 이에 대한 내부 이견이 존재할 수 있다.

셋째, 사회보장통계가 국제기구의 통계 요구에 대응하는데 한계를 가지고 있다. 국제기구의 요구 통계는 국가 간 비교를 가능하게 하여, 한국 사회보장의 현 상태 진단을 비교국가적 관점에서 파악할 수 있는 장점을 가진다. 사회보장통계는 관련 부처에 통계의 생산을 지시할 수 있다. 따라서 사회보장통계가 이와 같은 국제기구의 통계 요구에 대응할 수 있는 체계를 갖추는 것이 장기적인 과제가 될 것이다. 사회보장통계의 체계적 수집 및 구축을 통하여 국제기구에서 요구하는 통계를 효율적으로 제공할 수 있으며, 이 과정에서 통계 생산방법의 공유 등을 통해 우리나라 사회보장통계의 효율적 생산방안 등이 마련될 수 있다(고경환 외, 2012: 115).

넷째, 사회보장통계는 보고통계 위주에서 조사통계의 활용을 증대할 필요가 있다. 지금까지 사회보장통계는 정책 성과 위주로 개발되면서 양적 지표 위주로 증가해왔다. 그러나 사회보장제도의 확대 및 재편과정에

서 국민들의 주관적 의식 및 인식이 중요한 영향을 미치기 시작하였다. 이는 특히 사회보장의 확대가 납세 부담과 연계되면서 더욱 극명하게 나타나는 현실이다. 계량화된 양적 지표에서 탈피하여 국민들의 만족도, 주관적 인식을 파악할 수 있는 각종 조사가 증가하고 있는 상황이다. 이들 조사를 통해 확보한 통계치를 활용할 수 있는 방안을 수립해야 한다. 일련의 주관적 지표에 대해서 특정 조사로 통계 생산을 한정할 것이 아니라, 누적된 자료 DB의 형태로 개발될 필요가 있다.

#### 4. 정책 대응

**사회보장통계의 체계적 생산을 위한 기본적인 정책방향은 ‘사회보장통계 전문위원회’의 활성화이다.** 이에 추가하여 각 전문위원회의 역할이 요구된다. 사회보장전문위원회는 기획조정위원회, 사회서비스위원회, 사회보험위원회, 공공부조위원회와 사회보장통계 전문위원회로 구성되어 있다. 현재는 사회보장통계의 생산과 관련하여 사회보장통계 전문위원회의 활동만 진행 중에 있다. 따라서 각 전문위원회는 각각의 관련 통계에 대한 분석 및 검토를 실시할 필요가 있다. 기획조정전문위원회는 사회보장 환경에 대한 분석을, 사회보험·공공부조·사회서비스전문위원회는 각각의 영역에 대한 통계를 제안하고 이를 사회보장통계 전문위원회가 채용하여 검토하는 과정을 거칠 필요가 있다.

사회보장통계 전문위원회는 발굴·관리하는 통계의 승인이 아닌 통계 발굴의 전반적 과정을 관장할 필요가 있다. 그리고 사회보장위원회 사무국 중 사회보장통계 담당과는 이를 실무지원하는 형태로 구성되어야 한다. 사회보장의 범위, 사회보장통계 생산의 기본 방향을 사회보장위원회 사회보장통계전문위원회에서 결정하고, 사회보장위원회를 통해 확정하

는 과정을 거쳐야 한다<sup>22)</sup>.

분산형 통계생산 체계로 구성되어 있는 우리나라의 통계 생산 체계에서 사회보장위원회의 사회보장통계 생산은 한 곳에서 총괄 관리할 수 있게 되었다는 점에서 큰 의미를 가지고 있다. 이 중 사회보장통계 전문위원회는 사회보장통계의 체계화와 질 관리를 담당하고 있다. 즉, 주요 사회현상과 정부정책에 연계하여 사회보장의 내용과 수준을 보여줄 수 있는 통계의 생산 체계를 제안하고 관리하는 역할을 수행해야 한다.

**다음으로, 사회보장의 범위를 확정하여 중앙행정기관 및 지방자치단체의 통계 제출에서 유기적 협조 체계를 구축할 필요가 있다.** 협조체계 구축을 위해서는 먼저 사회보장 범위에 대한 합의가 선행되어야 한다. 현재는 관련 범위의 명확한 규정 부재로 중앙행정기관 및 지방자치단체가 보유하고 있는 통계의 제출 협조가 원활히 이뤄지지 못하고 있는 상황이다. 기존 개별 기관에서 생산하고 있던 통계라고 하더라도 사회보장 관점에서 종합·체계적으로 제시할 수 있는 이론적 틀을 우선하여 설정하고, 이에 부합하는 통계의 생산 및 관리를 주도할 수 있는 시스템을 구축할 필요가 있다.

사회보장통계 종합관리 방안[사회보장위원회 심의 가결, 2013.5.14.]에 따르면, 사회보장통계의 범위는 개념적 범위와 실질적 범위로 구분된다. 개념적 범위는 국가 및 지자체(공공기관 포함)에서 사회보장정책의 수립·시행을 위하여 작성·관리하는 통계 전체를 의미하며, 사회적 상황, 정책내용, 정책성과 등 사회보장정책의 수립·시행에 필요한 보고·조사·가공통계 등 모든 통계를 포함한다. 실질적 범위는 재정정보(정부예산) 분류기준 위주로 설정하며, 보건복지부는 소관 전체사업 관련 통계, 관계 중앙행정기관 및 지방자치단체는 소관 사업 중 예산 분류기준에 따라

22) 2013년 사회보장 통계 생산은 기존 통계의 수집·정리에 초점을 두었다.

080 사회복지분야와 090 보건분야에 포함되는 사업 관련 통계이다. 소관사업 중 이에 해당하지는 않으나 저소득층, 노인, 장애인, 부랑인, 이민자, 탈북자 등 취약계층에 제공되는 사업 관련 통계도 실질적 범위에 해당한다. 또한 재정정보 분류기준에 따른 사업은 아니나, 사회보장기본법상의 사회보장 범위에 적용된다고 판단되는 통계를 전문위원회에서 적절성을 검토하여 사회보장통계 포함여부를 결정하도록 하고 있다.

사회보장통계의 체계적 생산과 협조체계 구축을 위해서는 각 부처와 지방자치단체에 사회보장 통계담당 전담부서 및 통계담당관을 지정하고 필요통계의 생산을 위해 지정된 자료를 주기적으로 보건복지부에 제출할 수 있도록 조치하여야 한다. 사회보장의 범위에 대한 모호한 규정에 따라 각 지자체는 사회보장 통계담당관을 복지담당 공무원으로 지정하는 경우가 많다. 사회보장통계의 범위를 구체화함으로써 이런 문제를 피하고, 각 부처 및 지자체의 지속적인 관심을 환기할 필요가 있다.

**셋째, 사회보장통계의 범위를 보다 확대할 필요가 있다.** 현재와 같이 재정기준, 취약계층 위주로 설정할 경우, 국민 삶의 질과 직결되는 일부 분야는 수집대상 통계에서 제외되는 문제가 발생할 수 있다. 특히, 문화와 환경 분야는 국민 삶의 질과 밀접히 관련되는 분야이나 재정기준, 취약계층 대상 서비스 기준에 따르면 제외될 가능성이 크다. 마찬가지로 국민안전과 관련되는 분야 역시 제외될 수 있다.

**넷째, 사회보장통계 관리 목적을 명확하게 규정할 필요가 있다.** 현재에도 사회보장과 관련한 통계는 적지 않은 양이 생산되고 있다. 그러나 기존 사회보장통계가 주로 행정적 사업과 제도 관련 투입과 산출 및 (구)사회적 위험과 관련되어 있고, 정책적 지향의 성과나 복지수요를 보여주는 지표, 그리고 사회적 변화에 따른 (신)사회적 위험 관련 통계 등은 적어 정책 수립과 집행 활용도가 낮다는 문제가 지적된다(김혜선, 2013: 28).

사회보장통계를 통해 정책적 투입의 직간접적 결과인 사회보장 수준을 판단할 수 있는 새로운 지표를 발굴하고 개발하는데 연구 및 행정역량을 투입해야 할 필요가 있다. 사회보장제도의 현황을 파악할 수 있는 기초통계와 제도의 성과를 측정할 수 있는 성과통계로 구분하여 정책의 설계 및 집행·평가의 근거를 제시하여야 한다(고경환 외, 2012: 69).

이를 통해서 새롭게 설정된 지표의 생산·관리 주체를 사회보장위원회 실무위원회를 통해 명확히 할 필요가 있다. 2013년은 사회보장통계의 관리가 시작된 첫 해로, 기존 통계관리에 중점을 두었으나 향후 신규통계를 지속적으로 발굴할 필요가 있다. 신규통계는 기존 정부부처 범위를 넘어서는 것이므로, 둘 이상의 관계기관이 제출하는 통계를 통해 가공되는 통계의 경우 생산 주체를 별도 지정하는 등의 업무배분이 필요하다.

사회보장통계가 기존 각 부처 등에서 생산·관리되고 있던 통계의 단순한 누적을 넘어서기 위해서는 통계 생산 단계에서부터 적극적 개입이 필수적이다. 그러나 지금까지 통계생산 방식은 각 부처가 고유의 사업영역에 대한 보고통계, 사업수행에 필요한 근거자료 확보 중심의 조사통계 위주였다는 한계를 가진다. 각 부처가 보유하고 있는 통계(통계청 미승인 통계 등 내부 자료 포함)에 대한 체계적 진단이 선행된 상태에서 새로운 통계 생산의 가능성을 제고할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 사회보장관리 지침을 현재보다 체계화할 필요가 있다. 예를 들어, 부처 제출 의무는 통계명이 아닌 통계표 단위로 세분화할 필요가 있는데, 이 경우에는 각 부처의 통계제출 부담이 급증하게 될 것이다. 통계 수집 단위의 세분화를 통해서만 단일한 복지대상자에 대해 각 관련부서가 각각 생산하고 있는 분산되고 부분적인 통계를 통합할 수 있다.

**다섯째, 발굴된 통계에 대한 위원회 안건으로 상정하여 승인통계화 여부를 결정하고, 필요시 승인통계화를 위한 기술지원 실시할 필요가 있다.**

사회보장에서 중요한 의미를 가지는 통계지만 근거부족, 통계청 미승인 등으로 인하여 발표되지 못하는 통계가 상당수 있는 것으로 추정되고 있다. 탈수급률, 미혼모수 등 정책수립에 필요하나 공표되지 못하는 통계가 상당수 존재하는 것으로 파악된다. 행복e음에는 각종 수급자 연령, 소득 재산 등이 집적되어 있어, 이를 통하여 생산할 수 있는 통계가 다수 존재한다. 성과계획서, 지자체 평가계획서 등 부처 내부 업무참고자료와 국회의 각종 요구자료, 감사원 감사보고서 등을 분석하여 신규통계를 발굴할 수 있는 제도적 장치와 더불어서 이를 통해 생산되는 통계에 대한 통계 처리 절차상의 지원이 필요하다.





## 세션 2

### 복지욕구의 변화와 정책과제

발표 1. 결혼지원 정책현안과 정책과제

발표 2. 장애인구의 감소 현상과 고령장애인의 증가

발표 3. 노인 일자리 현안과 정책과제

발표 4. 노후설계 현안과 정책대응



# 2

## 복지욕구의 변화와 정책과제 <<

### 발표 1. 결혼 지원 정책 현안과 정책대응

#### 1. 추이와 현황

##### 가. 미혼자 추이와 현황

우리나라의 미혼인구비율은 2000년 초반부터 계속적으로 증가하고 있다. 표1은 우리나라 미혼인구비율을 1990년부터 산출한 것인데, 이 표에서는 미혼인구 총비율을 두 가지로 산출하였다. 총계A는 남성 전체 인구 대비 미혼인구비율이고, 총계B는 20~49세 인구의 총합 대비 미혼인구비율을 나타내고 있다. 총계A를 보면, 우리나라 미혼인구비율은 큰 변동이 없어 보이지만, 총계B를 보면 남녀모두 2000년 초반부터 해서 급격히 증가하는 것을 알 수 있다(남성: 36.0%-44.3%, 여성: 22.9%-32.0%). 이는 인구구조의 영향이라 생각되며 젊은 인구의 감소와 인구의 큰 덩어리(bulge)였던 베이비붐 세대가 점점 50세를 넘어가고 있기 때문으로 보인다.

미혼인구의 증가뿐만 아니라 미혼인구가 결혼을 한다하더라도 그 시기가 점점 늦어지고 있는 만혼화 현상도 동시에 관찰되고 있다. 조성호(2014)는 일반적인 초혼연령이 결혼한 부부들만을 대상으로 하고 있기 때문에, 증가하는 미혼자들이 증가하는 현실을 반영하고 있지 못하고 평가하고 SMAM(Singlulate Mean Age at Marriage)을 사용하고 있는데, 이를 표2에 나타내고 있다. 표2를 보면, 미혼자가 증가하는 2000년

대부터 동태초혼연령과의 차이가 점점 벌어지는 것을 볼 수 있다. 이 차이는 미혼자의 증가에 의한 것이라 할 수 있다(조성호 2014).

〈표 2-1〉 전체 및 부분 인구 대비, 연령별 남녀 미혼자 비율: 1990-2010

(단위: %)

	남성					여성				
	1990	1995	2000	2005	2010	1990	1995	2000	2005	2010
총계A	38.2	35.9	35.1	35.1	35.6	27.8	25.7	25.1	25.4	25.8
총계B	36.0	36.0	37.1	41.0	44.3	22.9	23.6	24.8	29.0	32.0
20-24	96.4	96.3	97.5	98.2	98.8	80.5	83.3	89.1	93.7	96.0
25-29	57.3	64.4	71.0	81.8	85.4	22.1	29.6	40.1	59.1	69.3
30-34	13.9	19.4	28.1	41.3	50.2	5.3	6.7	10.7	19.0	29.1
35-39	3.8	6.6	10.6	18.4	26.7	2.4	3.3	4.3	7.6	12.6
40-44	1.5	2.7	4.9	8.5	14.4	1.1	1.9	2.6	3.6	6.2
45-49	0.8	1.3	2.4	4.5	7.5	0.6	1.0	1.7	2.4	3.3

주: 총계A는 남성 및 여성 전체인구 대비 미혼자 비율을 산출한 것이고, 총계B는 20-49세 인구의 총합 대비 미혼자 비율을 산출한 것임.

### 나. 초혼연령과 결혼에 대한 가치관

초혼연령은 1990년 남성이 28.7세, 여성이 25.6세였던 것이 2010년에는 각각 33.2세, 30.2세로 남성이 4.5세, 여성이 4.6세 증가했다. 이는 곧 지난 20여년간 만혼화는 멈추지 않고 계속 진행되어 오고 있다는 것을 의미한다.

우리나라 출산에는 큰 특징이 하나 있는데, 그것은 결혼을 하지 않으면 출산을 하지 않는 경향이 크다는 것이다<sup>23)</sup>. 따라서 결혼의 감소는 곧 출

23) 2012년 인구동향조사로 산출한 결과는 2.09%였다.

산의 감소로 연결될 것이고, 이것을 바꿔 말하면 결혼은 출산력 결정에 큰 영향을 미치는 요인이라고도 할 수 있을 것이다. 그렇기 때문에 출산을 제고를 위해서는 증가하는 미혼인구를 결혼으로 이행시켜야 하는 것이 필요하다고 생각된다.

〈표 2-2〉 동태초혼연령(1990-2013)과 SMAM(1990-2010)

(단위: 세)

연도	동태초혼연령		SMAM	
	남편	아내	남성	여성
1990	27.8	24.8	28.7	25.6
1995	28.4	25.3	29.6	26.3
2000	29.3	26.5	30.9	27.5
2005	30.9	27.7	32.1	28.9
2010	31.8	28.9	33.2	30.2
2013	32.2	29.6	-	-

자료: 동태초혼연령은 혼인통계(각년도), SMAM은 1990~2005년까지는 김승권 외(2006)에서 재인용하였고, 2010년은 조성호(2014)에서 재인용.

그렇다면 미혼자 자신들은 결혼에 대하여 어떠한 생각을 가지고 있는지 먼저 파악을 해 볼 필요성이 있다. 표3은 미혼남녀 본인의 결혼 의향을 나타내고 있는데, 남성이 여성보다 결혼에 조금 긍정적이긴 하지만, 남녀 모두 70% 이상으로 어느 정도 높은 수치를 나타내고 있다. 따라서 미혼남녀가 결혼을 하려는 의도는 크다고 할 수 있다. 하지만 미혼자가 계속적으로 증가하고 있다는 것은 어떠한 이유로 인하여 결혼으로 이행하지 못하는 미혼자들이 많다는 것을 의미한다고 할 수 있겠다.

따라서 결혼으로 이행하려는 의도가 어떠한 이유로 억제가 되고 있다면 그 이유를 찾아서 해결을 해야 할 것이다. 만일 그 해결을 국가가 나서서 한다면 그것에 대해 어떻게 생각하고, 어떠한 정책을 바라는 지 알아

보야 할 것이다. 먼저 국가에 의한 결혼정책 필요성에 대한 태도를 나타낸 것이 표4이다.

〈표 2-3〉 미혼남녀(20-44세)의 결혼의향(2005, 2009, 2012)

(단위: %)

		결혼할 생각이 있다	과거에는 있었으나 지금은 없다	과거에도 없었고 지금도 없다	생각해 본 적이 없다	아직 결정하지 못했다	합계
미혼 남성	2005	82.5	4.2	1.4	3.3	8.7	100.0 (1,466)
	2009	75.7	5.8	1.8	7.2	9.5	100.0 (1,732)
	2012	79.3	6.0	2.5	3.3	8.8	100.0 (1,855)
미혼 여성	2005	73.8	5.5	3.3	5.2	12.2	100.0 (1,205)
	2009	73.1	6.8	3.2	7.7	9.2	100.0 (1,580)
	2012	72.4	6.1	4.2	4.1	13.2	100.0 (1,615)

자료: 이삼식 외 (2005), 이삼식 외 (2009), 김승권 외 (2012a)

〈표 2-4〉 결혼정책의 필요성에 대한 미혼남녀(20-44세)의 태도(2009, 2012)

(단위: %)

연도	전혀 필요없음	별로 필요하지 않음	다소 필요함	매우 필요함	합계
2009년	3.6	20.1	55.9	20.4	100.0 (1,733)
2012년	5.8	20.5	52.4	21.4	100.0 (1,765)

자료: 이삼식 외 (2009), 김승권 외 (2012a)

표4를 보면, 많은 수의 미혼자들이 국가에 의한 결혼정책을 바라고 있는데, 미혼자 자신들이 어떠한 결혼정책지원을 받고 싶은 것인지를 파악할 필요가 있을 것이다. 표5는 결혼지원 정책 선호도에 대하여 나타낸 것이다. 미혼자들이 제일 높은 비율로 선호하고 있는 것이 남녀모두 주택지원이고, 그 다음이 비용지원이라는 것을 알 수 있다.

〈표 2-5〉 결혼지원 정책에 대한 미혼남녀(20-44세)의 선호도(2009, 2012)

(단위: %)

		정보 제공 상담	만남 의장	준비 교육	주택 지원	준비 휴가	비용 지원	기타	합계
미혼 남성	2009	8.3	7.9	11.6	45.2	3.5	23.4	0.2	100.0 (1,289)
	2012	4.9	4.7	3.8	61.7	3.2	21.0	0.7	100.0 (1,285)
미혼 여성	2009	11.0	5.0	13.7	41.0	3.2	25.6	0.4	100.0 (1,171)
	2012	3.4	1.8	8.0	58.2	5.5	22.5	0.6	100.0 (1,154)

자료: 이삼식 외 (2009), 김승권 외 (2012a)

#### 다. 결혼지원정책 현황

우리나라의 결혼지원정책은 2006년부터 시작된 「제1차 저출산·고령 사회 기본계획」(이하, 1차 기본계획)에 포함되어 시행되어 오고 있다. 1차 기본계획에 포함되어 있는 결혼지원정책의 내용을 소개하면 다음과 같다.

신혼부부의 주거부담 경감
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 신혼부부 대상 주택자금 지원 확대                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 국민주택기금의 주택구입·전세자금 대출시 신혼부부에 한 해 무주택 기간제한을 폐지</li> <li>- [현행] 세대원 전원이 6개월 이상 무주택기간 유지 필요</li> </ul> </li> <li>○ ‘근로자·서민 주택구입자금 대출’ 제도의 소득자격 요건을 신혼부부에 한하여 완화: 부부합산 연소득 2천만원 → 3천만원(‘11년) → 55백만원(‘14년)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 기존 제도에 포함하여 신혼부부 지원요건만 달리 적용하</li> </ul> </li> </ul>

거나, 별도 신혼부부용 제도 신설

- ‘근로자·서민 전세자금 대출’ 제도의 소득자격 요건을 신혼부부에 한하여 완화: 부부합산 연소득 3천만원 → 35백만원(‘11년) → 4천만원 검토(‘13년) → 5천만원(‘14년)
- 미임대 국민임대주택 우선 지원
  - 미 임대 국민임대 발생시 신혼부부에게 입주 우선권 부여
    - [현행] 미임대 국민임대는 사업주체 자율로 입주자모집 가능

결혼 장려를 위한 사회적 배려

- 유자녀 현역병에게 상근예비역 편입 혜택 부여
  - 현역병으로 복무 중 그 배우자가 출산할 경우, 상근예비역 복무희망자는 상근예비역으로 편입 가능
- 학생부부를 위한 국공립대학·대학원 내 기혼자 기숙사 확대
  - 신규 기숙사 건립시 기혼자실(수용규모의 5%수준) 우선 설치 유도
    - 대학별 기혼자 입주희망자 전원 수용토록 탄력적 운영
- 저소득층 중 기혼자에 대하여 장학금 수혜 우선순위 부여
  - 국가근로장학사업 대상 선정시 기혼자에게 우선순위 부여 (‘11년~)
  - 저소득층에 대한 새로운 국가장학제도 신설시, 수혜가능 인원수가 정해진 장학금의 경우 기혼자에게 우선 순위 부여

<p><b>결혼 관련 교육, 정보 및 서비스 체계적 제공</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 단계별 종합정보 제공 및 결혼준비 프로그램 운영             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 결혼준비, 건강한 가정생활 등 결혼과 관련된 종합정보 제공                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 인구보건복지협회 결혼누리 사이트(www.match.kr)를 통한 만남-결혼준비-가정생활에 대한 단계별 종합정보 제공</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ 지자체, 지역기관, 기업 등과 연계, 임신·출산·육아 체험 등 결혼 준비 프로그램 도입·운영</li> <li>○ 기초교양센터를 구축하고, 결혼관련 교양프로그램 개발·운영 유도</li> </ul>
<p><b>가족생활교육 및 가족상담 서비스 내실화</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 건강가정지원센터를 통한 생애주기별 교육프로그램 개발·보급, 가족문제 유형별 전문상담 서비스 제공</li> </ul>

## 2. 국제비교

### 가. 일본

일본의 저출산 정책은 1994년의 엔젤플랜을 시행함으로써 시작되었는데 이 정책에는 미혼인구와 신혼세대에 대한 정책은 포함되지 않았다. 그 후로도 계속 미혼인구와 신혼세대를 위한 정책은 시행되지 않았고, 2013년에 들어와서야 이들에 대한 정책을 검토하기 시작하여 2013년 5월에 골자가 결정되었다. 그 주요한 내용은 다음과 같다.

소자화 위기돌파를 위한 제안 (2013.5.28.) <sup>24)</sup>
○ 신혼세대의 주택지원으로 세제혜택 등을 검토
○ 산후 직후의 모자를 케어하는 모델사업을 실시
○ 임신·출산, 인생설계 정보를 제공하는 기관 설치
○ 자녀가 많은 세대의 양육비용 부담경감을 위한 지원 강화
○ 사춘기의 건강상담 및 임신, 피임에 관한 상담체제를 강화

이 골자에는 미혼인구와 신혼세대를 위한 정책이 첫 번째의 「신혼세대의 주택지원으로 세제혜택 등을 검토」하는 것 밖에 포함되어 있지 않다. 하지만 일본의 미혼인구와 신혼세대에 대한 정책은 주로 지자체가 독자적으로 실시한다. 2010년 일본 내각부가 조사한 통계에 따르면 일본 47개의 도도부현 중 결혼지원사업을 하고 있는 곳은 31개로 66%에 달하고 있다는 결과를 발표했다(内閣府 2011). 31개 도도부현의 사업 내용(복수

24) 内閣府 (2014) 참조.

사업 존재)은 주로 만남을 주선하는 것이고(25개), 강좌(3개), 상담사업(2개), 경제지원·결혼축하(1개), 기타(5개) 사업을 진행하고 있다.

제일 많은 비율을 차지하고 있는 만남 주선 사업을 예를 들면, 야마가타현(山形県)에서는 ‘야마가타 결혼 서포트 센터’라는 미혼 남녀의 만남을 주선하는 홈페이지를 현에서 직접 운영하고 있다. 이 센터에서는 1:1 만남에서부터 그룹 만남을 주선하고 있다. 또한, 톳토리현(鳥取県)은 ‘톳토리 혼할 응원단<sup>25)</sup>’을 발족하여, 현내의 미혼남녀에게 정보 메일 수신 등록을 선전하고, 남녀간의 만남을 주선하는 이벤트 개최에 대한 정보를 메일로 송신하고, 그러한 이벤트를 개최하고 싶은 술집이나 음식점의 신청도 받고 있다.

## 나. 싱가포르<sup>26)</sup>

싱가포르의 결혼지원은 크게 2가지로 나뉘는데, 첫째로는 만남 주선, 둘째로는 중앙적립기금의 주택보조제도가 있다.

초기의 만남 주선은 사회 개발 유닛(Social Development Unit: SDU)이 주도하였는데, 주로 정부 각 부처의 고위 공무원과 대졸 독신 여성을 대상으로 사교 모임 및 파티를 제공하는 기관이었다. 처음에는 비공개로 진행되었는데 1985년에 지역 신문에 대대적으로 보도되어 공개되었다. 84년에는 350명이 결혼하여 3.5%의 결혼율을 보였고, 점점 회원수와 성혼율이 상승하여 2003년에는 회원이 26,000명에 성혼율이 15%에 이르렀다. 1985년에는 대졸이하 미혼남녀의 결혼축진을 목적으로 사

25) ‘혼할(婚活)’이란 결혼활동(結婚活動)의 약자로서 결혼을 하기 위한 모든 제반 활동을 말하는데 일반적으로 취업을 하기 위해 하는 활동인 취업활동(就業活動)의 약어인 취활(就活)에서 온 말이다.

26) 본 절의 내용은 内閣府(2009)를 참조하여 정리하였다.

회개발서비스(Social Development Service: SdS)를 발족시켰다. 그 후 2009년 1월 1일에 SDU와 SdS가 합병되었다. 이 두 기관의 2009년 1월 까지의 성혼수는 186,000명을 기록하고 있다.

중앙적립기금의 주택보조제도(Central Provident Fund Housing Top-up Grant Scheme)는 2004년 8월 25일 결혼·육아지원 패키지(Marriage and Parenthood Package)의 일부로서 공표된 제도로써 주택교부금을 받지 못했던 미혼남녀에게 그 혜택을 주는 것을 목적으로 하는 것이다. 그 이외에 기혼자녀 우선제도(Married Child Priority Scheme)는 기혼자녀가 부모와 같은 주택, 또는 가까운 곳에 사는 것을 보육지원이라는 명목으로 장려하는 것으로 우선적으로 분양권을 주는 것이다.

#### 다. 시사점 및 함의

일본은 생애 미혼율(남성: 20.1%, 여성: 10.6%)이 증가하여 왔고, 미혼인구의 비혼화와 만혼화가 저출산의 주요 요인이라는 학술적 연구결과가 다수인데도 불구하고, 미혼율을 완화시키려는 노력보다는 기혼여성을 타겟으로 한 정책(일-가정 양립, 아동수당 등)이 대부분이었는데, 최근에 들어서야 미혼 인구(신혼 세대)에 대한 정책이 생겨났다고 할 수 있다.

그동안의 일본의 결혼지원정책은 중앙 정부보다는 주로 지자체를 중심으로 이루어져왔고, 또한 그 사업들이 대부분 만남을 주선하는 사업이기 때문에 한계성이 존재한다. 앞에서 언급했다시피 최근 중앙 정부가 미혼 인구와 신혼세대에 관심을 두기 시작했기 때문에 앞으로 어떤 정책을 시행할 것인지 관심을 두고 지켜봐야 할 것이다.

싱가포르를 출산장려정책을 아시아에서 가장 빨리 시작한 나라로 매우

다양한 정책을 시행하고 있다. 특히 그 시작이 1983년 당시 총리였던 리 관유의 National Day Rally<sup>27)</sup>에서 한 우생학적 발언으로 인 것은 매우 유명한 일화이다<sup>28)</sup>. 하지만 2013년 합계출산율은 1.19로 출산장려정책의 효과는 크지 않아 보인다<sup>29)</sup>.

### 3. 쟁점과 이슈

#### 가. 미혼남녀들을 위한 정책 패러다임 변화

결혼지원정책을 해야만 하는 이유는 문두에서도 언급했지만 혼외출산이 매우 적은 우리나라에서 결혼은 곧 출산과 직접적으로 연결되기 때문이라고 할 수 있다. 1.3 이하의 초저출산이 10여년간 계속 지속되고 있는 우리나라에서 가장 시급한 과제는 출산율을 제고하는 것이다.

출산지원정책이 제 1차 기본계획 이후 약 10여년간 계속되어 오고 있지만, 2013년의 합계출산율은 1.19로 아직 출산율 회복은 요원한 상태이다. 제 1차 기본계획 이후의 정책은 주로 기혼 여성을 위한 정책이 주를 이루었고, 앞에서 살펴보았던 결혼지원정책은 주로 현재 결혼 상대가 있거나 결혼 직후의 신혼세대를 대상으로 하는 정책이다.

27) National Day Rally는 NDR이라고도 하며, 1966년에 시작되어 매년 8월 9일 이후의 두 번째 일요일에 행해지는 싱가포르 총리의 연설이다. 이 연설에서 총리는 정책의 쟁점 및 앞으로 나아가야 할 방향에 대해서 언급한다.

28) 자녀의 지능은 엄마로부터의 유전이라는 견해를 내비치며 인재확보를 위해 고학력 여성의 출산촉진을 위해 정책을 바꿀 필요가 있다고 하였다. 이 연설은 대대적으로 방영되며 많은 논란도 일으켰지만 그 때까지 계속되었던 출생억제정책의 전환점이 되었다고 평가할 수 있다.

29) Homepage of Department of Statistics Singapore "Births & Deaths"  
([http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest\\_data.html#16](http://www.singstat.gov.sg/statistics/latest_data.html#16))

〈표 2-6〉 미혼인구의 결혼 이행으로 인한 합계출산율(TFR) 변화 추계 (2010년 기준)

(단위: %)

연령	전체인구	출생아수 (A)	미혼자수	출생아수 (B)	출산율(A)	출산율(B)
15-19	1,612,235	2,815			0.002	0.002
20-24	1,430,049	24,911			0.017	0.017
25-29	1,736,144	155,906			0.085	0.090
30-34	1,828,951	192,112	532,937	351,977	0.117	0.205
35-39	2,038,914	60,694	256,374	137,599	0.035	0.072
40-44	2,059,992	7,303			0.004	0.004
45-49	2,028,717	358			0.000	0.000
TFR					1.302	1.949

자료: 「2010년 인구주택 총조사」, 「인구동향조사 2010」

표 4-6은 30대 미혼인구의 결혼 이행이 합계출산율에 미치는 영향을 추계한 것이다. 이 추계에서의 가정은 30대 미혼자의 1/3이 결혼으로 이행하여 그들의 90%가 출산을 했을 경우의 합계출산율로서 템포 효과(tempo effect)는 무시한다<sup>30)</sup>. 출생아수(A)는 원래의 출생아수, 출생아수(B)는 위의 가정을 충족시킬 경우의 출생아수이고, 출산율(A)는 출생아수(A)로 계산한 결과이고, 출산율(B)는 출생아수(A)와 출생아수(B)를 더하여 계산한 결과이다.

추계 결과를 보면 2010년의 합계출산율은 1.30인데 비하여, 30대 미혼자의 1/3이 결혼으로 이행하여 그들의 90%가 출산을 했을 경우, 템포 효과를 무시하면 1.95가 된다는 결과가 나온다<sup>31)</sup>. 이 추계결과는 미혼인

30) 류기철, 박영화 (2009)에 의하면 결혼 후 3-4년 이내에 90%이상의 부부가 적어도 한 명 이상 자녀를 출산하는 것으로 나타났다.

31) 실제 2010년의 합계출산율이 1.23임에 반하여 〈표 6〉의 합계출산율은 1.30으로 나타나고 있는데 이는 산출방법의 의한 차이라고 할 수 있다. 통계청에서는 1세 간격으로 합계출산율을 산출하고 있는 것에 비교하여 표에서는 5세 간격으로 산출했기 때문에 오차

구의 결혼 이행이 매우 중요한 요인이라는 것을 보여주고 있고, 앞으로 미혼남녀들을 위한 정책 변화의 정당성을 부여해 주는 것이라 생각된다.

하지만, 결혼을 하기 위해서는 먼저 이성과의 만남이 있어야 할 것이다. 조선시대에는 상대를 만나지 않고 부모가 짝지어 둔 상대와 결혼하는 일도 있었으나 현재 그런 일은 없을 것으로 생각되기 때문에 이성과의 만남은 매우 중요한 문제라고 생각된다. 조성호(2014)는 18~49세의 미혼 남녀 중 현재 이성교제를 하고 있는 비율과 이성교제 의향을 산출하고 있는데, 남성은 33.8%, 여성은 35.6%로 10명 중 3~4명만이 이성교제를 하고 있고, 이성교제 의향이 높은데도 불구하고 이를 방해하는 것은 경제적 요인이라 분석했다.

## 나. 행복주택 건립반대

행복주택은 주거불안 해소를 목적으로 “대학생, 신혼부부, 사회초년생 등을 위해 직장과 학교가 가까운 곳이나 대중교통이 편리한 곳에 짓는 임대료가 저렴한 도심형 아파트”라는 슬로건으로 정부에서 추진하고 있는 정책이다. 2017년까지 총 14만호의 행복주택을 공급한다는 계획으로 진행되고 있는 상태인데, 최근 행복주택 건립 후보지의 주민들이 행복주택 건립을 반대하고 있다. 2013년부터 가좌, 오류동, 고잔, 공릉, 목동, 잠실, 송파를 시범지구로 하여 행복주택 건립이 추진되고 있는데 이 중 가좌, 오류동 지구 이외에는 제대로 추진되고 있지 않은 실정이다.

대표적으로 목동지구의 주된 반대 의견을 살펴보면, 행복주택을 유수

---

의 누적이 더 커졌을 가능성을 부정할 수 없다. 하지만, 여기에서는 합계출산율을 엄밀하게 산출하는 것보다 미혼인구의 결혼 이행으로 인하여 합계출산율이 증가할 여지가 있다는 것을 보이기 위함이기 때문에 엄밀한 합계출산율의 계산은 통계청의 자료를 참고하는 것이 좋을 것이다.

지에 지음으로 해서 우수지의 기능 상실 및 안전 문제, 인구 과밀 현상으로 인한 교통정체, 학교 시설 확보 문제가 있다로 하는데, 국토부는 이에 대하여 우수지의 기능을 살리면서 시설물을 건립한 사례가 있고, 행복주택 입주자의 60% 이상이 대중교통을 이용하는 2030세대라 그리 큰 문제가 없고, 또한 입주자의 60% 이상이 대학생, 사회초년생, 신혼부부임을 감안할 때 학교를 신설할 만한 규모의 학생 수요가 발생하지 않을 것이라 했다(강서양천일보 2013). 하지만 현재는 입주자의 80% 이상을 대학생, 사회초년생, 신혼부부로 하고 있기 때문에 상기보다 문제가 완화될 가능성이 있다.

#### **다. 결혼지원정책의 효과성 제고**

1-2에서 언급한 결혼지원정책을 살펴보면, 정책의 대상이 되는 이들(자녀가 있는 군인·학생·저소득층 기혼자)은 소수이기 때문에, 만일 정책이 성공적으로 수행된다 하더라도 출산을 제고 효과는 그다지 크게 나타나지 않을 가능성이 크다. 또한, 결혼누리 사이트가 유명무실화되어 전혀 활용되고 있지 않은 것을 개선할 필요가 있다.

### **4. 정책 대응**

#### **가. 단기적 대응**

정책대응의 기본방향은 지난 10여년간의 저출산 정책은 주로 결혼을 이미 결정한 커플(신혼부부) 및 자녀가 있는 커플을 중심으로 한 정책이 대부분이었기 때문에, 결혼을 이미 결정한 커플이 아닌 잠재적 결혼예정

자(미혼인구)를 대상으로 하는 정책도 활성화할 필요가 있다고 생각된다. 따라서 결혼누리 사이트의 홍보 및 가입을 유도하고, 실적을 만들 필요성이 있으며, 결혼장려정책은 소수가 아닌 다수에 초점을 맞추어야 한다.

위에서 언급하였던 유자녀 현역병의 상근예비역 복무, 기혼자 대학생들을 위한 기숙사 지원, 저소득 기혼자에 대한 장학금 지원 사업은 그 대상이 한정적일 수밖에 없기 때문에, 그들에 대한 정책이 성공한다 해도 출산율 증가에 기여하는 비율은 작을 수밖에 없다. 따라서 보다 많은 신혼세대들이 혜택을 받을 수 있는 결혼장려정책이 필요하다고 생각된다. 하지만, 이 정책들은 주로 신혼세대를 위한 정책이고 미혼인구에 대한 정책이 아니라 할 수 있다.

미혼인구에 대한 결혼장려정책의 일종으로 싱가포르와 같은 미혼 남녀의 만남 주선을 생각해 볼 수 있지만, 조성호(2014)에서도 분석된 바와 같이, 그들이 이성교제를 못하는 주된 요인은 경제적 요인이기 때문에 경제적 상황을 개선시킬 수 있는 정책이 필요하다고 생각된다. 젊은층의 경제적 요인은 곧 고용정책과 연결될 수밖에 없기 때문에 젊은층의 고용정책을 활성화 시켜야 한다. 또한, 고용정책은 일자리수 창출만이 아닌 어느 정도 소득이 보장되는 질 좋은 일자리의 확대가 필요하다고 생각된다.

행복주택 건설을 반대하는 것은 아마도 젊은 층의 유입과 그들의 어린 자녀들의 소음 등으로 주거지역의 부동산 시세가 떨어질 것을 염려하는 것에서 비롯될 것이다(오마이뉴스 2013). 따라서 행복주택이라는 특별 주거지를 건설하는 것보다는 앞으로 지어질 일반 아파트 입주 우선권의 일부분을 미혼 인구 및 신혼 세대에게 우선권을 주는 것이다. 또는 현재 건설 중인 행복주택 입주 우선권을 전부 그들에게 주는 것이 아닌 일반에도 문호를 넓혀 여러 계층이 혼합되어 생활하는 곳으로 만들 필요가 있을 것이다. 여기에서 중요한 것은 우선권을 주는 계층과 일반적인 시세로 들

어오는 계층의 차이가 너무 나지 않게 하는 것이 중요할 것이다. 또한 우선권을 받는 계층의 수가 너무 적으면 그 이외 다수에 의한 소수 차별이 있을 수 있기 때문에 우선권 비율을 적절하게 조정하는 것이 필요하다고 생각된다. 김경민(2013)은 행복주택의 지구 선정이 이루어지기도 전에 행복 주택은 낙인 효과를 낳기 때문에 매우 우려스럽다고 하였다. 따라서 은평뉴타운 1단지처럼 하는 것이 하나의 방법이라 하며, 은평뉴타운 1단지 임대 세대와 분양 세대가 섞여 있어서 서로 알지 못하기 때문에 낙인 효과는 존재하지 않고 임대 아파트 주민들의 만족도는 높다고 하고 있다.

또는 최근 오피스텔 공실율이 높고 수익률이 떨어지고 있는데(해럴드 경제 2014), 새롭게 부지를 선정하고 건축하는 것이 아닌 이러한 오피스텔을 정부가 활용하는 방안을 생각해 보는 것도 좋은 방법이라 생각된다.

## 나. 장기적 대응

결혼하면 대부분의 부부가 자녀를 출산하는 우리나라에서 자녀는 또 하나의 비용으로 인식될 가능성이 있다. 비용측면으로만 생각할 때, 자녀를 대학졸업까지 양육할 경우의 총 비용은 3억 896만 원이 필요하다고 추산하고 있는데(김승권 외 2012b), 이는 곧 자녀를 한 명 출산하면 약 22년간 3억 896만 원을 상환해야 한다는 인식도 가능할 수 있고, 자녀가 두 명이면 약 6억 원을 상환해야 한다는 것이 된다. 자녀출산을 중단한 큰 이유가 자녀 교육 및 양육에 많은 비용이 드는 등의 경제적 이유임을 생각할 때(이삼식 외 2005; 이삼식 외 2009; 김승권 외 2012a), 장기적으로는 자녀 양육비용 부담을 완화시켜야 할 필요성이 있다.

우리나라는 남성이 주거를 준비하는 풍습과 군 임대 및 학업으로 인한

경제활동의 시작이 늦은 한국에서는 결혼할 시 주거 마련은 대부분 부모의 지원을 필요로 하게 되기 때문에 결혼비용은 결혼을 준비하는 본인들 뿐 아니라 부모에게도 영향을 미치는 바, 이러한 비용은 부모에게 있어서 또 다른 형태의 자녀 양육비용으로 인식될 가능성이 있다. 2012년의 조사에 따르면 남성 결혼자는 9,588.1 만원이 소요된 것에 반해, 여성 결혼자는 2,883.3 만원이 소요되는 것으로 나타났는데, 이 중 결혼 당사자의 부담액은 남성 결혼자가 4,443.2 만원, 여성 결혼자는 1,450.7 만원으로 전체 결혼 비용에서 차지하는 본인 부담비율은 남성 결혼자가 46.3%, 여성 결혼자가 50.3%인 걸로 나타났다 (김승권 외 2012a). 따라서 결혼 예정인 남성은 약 5천만 원을 다른 곳에서 조달해야 하는데 아마도 이는 부모의 몫이 될 가능성이 크다. 따라서 결혼비용을 완화시켜 부모의 부담을 줄이는 것이 필요하며 결혼 비용을 양육비용의 일부분이라 인식하는 것을 개선해야 하는 노력이 필요하다고 생각된다.



## 발표 2. 등록장애인구 감소와 고령장애인가구의 증가 현상 : 현안 및 정책대응

일반적으로 장애인구 규모는 장애인복지 정책수립에 있어 가장 중요한 요소인 복지재정과 관련이 있기 때문에 장애인복지정책 대상자의 인구 규모의 변화에 대한 관심은 언제나 필요하다. 또한 변화하는 장애인구의 특징은 복지서비스 욕구와 밀접한 관련이 있으므로 장애인구의 특징에 대한 정책적 관심도 매우 중요하다 할 것이다. 본 보고서에서는 이러한 필요성에 근거하여 최근 (1) 장애인구 규모의 변화인 등록장애인구 감소 현황 및 이에 대한 대응방안에 대해 살펴보고, (2) 인구 노령화에 따른 특징인 고령장애인가구의 증가 현황 및 이에 대한 정책대응 방안에 대해 살펴보기로 한다.

등록장애인구 감소 현상에 대한 이해를 위해서는 ‘장애인구(장애인의 수)’의 정의 및 ‘장애인구’ 규모 파악을 위해 사용되는 개념적 이해가 우선시 되어야 하므로 본 장에서는 ‘장애인구’를 규정할 수 있는 ‘장애’의 정의 및 장애범주에 대한 개념을 우선 살펴보고, ‘장애인구 규모’ 산출을 위해 사용되는 ‘장애인 출현율’ 및 ‘등록장애인구 수’에 대해 살펴본 후 등록장애인구의 감소 현상이 가지는 의미 및 이에 대한 대응방안을 살펴보고자 한다.

## 1. 장애인구 추이와 현황

### 가. 기본 개념: 장애의 정의 및 규모

(장애 범주, 장애심사, 장애인 등록, 장애인출현율 및 등록장애인 수)

장애의 정의는 장애인복지정책에 있어 장애관련 복지서비스의 수급자격을 부여하는 의미이며, 장애인복지정책 대상자의 인구규모 및 복지재정 등과 밀접한 관련이 있는 매우 중요한 개념이다(권선진, 1996). 일반적으로 장애인란 신체적·정신적 기능의 저하나 상실 등을 의미하는 것으로 인간의 어떤 특수한 상태를 의미한다(문선화 외, 2005). 예전에는 장애를 개인이 경험하는 신체적·정신적·기능적 한계로 보고 이에 대한 책임이 개인에게 있다고 보았다(재활모델). 따라서 장애인은 의사와 같은 전문가로부터 개인적인 치료를 받아야 할 대상으로 인식되었고, 개인의 장애는 장애인 개인이 다루어야 할 이슈로 이해되었다. 그러나 이후 사회학 분야에서 사회적 태도의 중요성에 대한 연구가 활발하게 전개되면서 장애는 '무능력자'나 '병자'라고 낙인찍고 이들에게 특정 방식으로 행동하도록 요구하는 사회구조와 환경적 요인에 의해 정의된다는 사회적 모델이 확산되면서 장애에 대한 관점은 점차 개인으로부터 사회 및 환경의 장벽에 기인하는 것으로 변화하기 시작하였다(문선화 외, 2005). 따라서 '장애'의 정의는 한 나라의 정치·경제·사회·문화적 여건과 수준과 관련이 있으며, 장애를 어떻게 바라보느냐에 따라 '장애의 정의(장애인의 정의)'에 있어 차이가 있다(문선화 외, 2005).

우리나라의 경우, 가장 일반적으로 사용하는 '장애의 정의'는 「장애인복지법」 제 2조에 따른 정의로서 "신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자"이다. 여기서 신체적 장애인란 주요 외부 신체기능의 장애 및 내부기관의 장애를 뜻하며,

정신적 장애는 지적장애 및 정신적 질환으로 발생하는 장애를 뜻한다(「장애인복지법」 제 2조 2항). 그러나 「장애인복지법」에 따른 장애의 정의는 포괄적인 의미의 정의이며 실제로 복지서비스 대상자로 여겨지는 ‘장애인’은 「장애인복지법」 제 2조에 따른 ‘장애 정의’에 준하는 (1) ‘장애 범주(장애유형)’을 가지며, (2) 일정 정도의 장애를 가져 (3) ‘장애인으로 등록한 자’를 뜻한다.

우리나라에서 ‘장애인’으로 인정하는 장애범주(장애유형)는 1989년 「장애인복지법」개정을 통해 ① 지체장애, ② 시각장애, ③ 청각장애, ④ 언어장애, ⑤ 정신지체 총 5가지 유형으로 시작되었으며, 1997년 「장애인복지발전 5개년 계획」의 장애범주 확대 계획에 따라 1차적으로 5가지 장애유형(⑥ 신장 장애, ⑦ 심장장애, ⑧ 정신장애, ⑨ 자폐성 장애, ⑩ 뇌병변장애)의 장애가 추가되었으며(2000년), 2003년 7월 2단계 장애범주 확대에 따라 ⑪ 호흡기 장애와 ⑫ 간장애, ⑬ 안면장애, ⑭ 장루·요루장애, ⑮ 간질장애 5종이 새로 추가되어 현재 총 15개 ‘장애범주’로 발전하였다. 이후 3차 장애범주 확대에 대한 논의는 2003년 ‘제 2차 장애인복지발전 5개년 계획’에서 장애범주를 지속적으로 추진할 것을 공표하였으나 2006년 우리원에 의해 「3단계 장애범주 확대방안 연구」가 수행되어 확대예정 장애 유형을 검토하고 장애범주 확대에 필요한 기초자료를 제공(변용찬 외, 2006)한 이후 현재에 이르고 있다.

또한 우리나라 장애인은 ‘일정 정도의 장애’를 확인 받아야 하는데, 이러한 과정을 ‘장애정도 심사’라 한다. ‘장애정도 심사’란 등록된 장애인과 장애인 등록을 신청하는 자가 판정 기준에 부합하는지 여부 등에 대한 정밀한 심사의 절차를 뜻한다. 이러한 ‘장애정도 심사’는 2011년 이전에는 장애인이 거주하는 지역사회 내에서 지정된 전문의에게 판정을 받아 별도의 심사 없이 장애인으로 등록되었으나, 의사 1인의 의료적 판단에만

의존하는 장애등급의 신뢰성 문제가 제기되면서 2007년부터 ‘장애등급 심사제도’가 도입되었다. ‘장애등급 심사제도’는 장애인이 지역사회 내에서 의사의 진단서를 발급받으면, 국민연금 공단에서 심사를 시행하여 장애등급판정을 받을 수 있도록 하여 장애등급의 신뢰성 확보를 위해 도입되었고, 2010년 활동지원제도 및 장애인연금의 시행을 앞두고 ‘장애등급 판정기준’이 강화<sup>32)</sup>되면서, 현재의 ‘장애등급심사규정<sup>33)</sup>’이 마련되었다. 초기 장애등급심사는 활동지원서비스 신규 신청자 및 장애인연금 신규 신청자에 대한 등급 재심사를 위해 시작되었으나, 점차 재심사 대상이 확대되면서 2011년 이후 모든 신규 장애등록 대상자에게 확대되었다.

우리나라에서 ‘장애인’은 총 15개 유형의 장애범주 내의 장애가 있어야 하며, ‘장애정도 심사’를 거쳐 장애등급을 받으면, 지자체에 ‘장애인으로 등록’하여 공공 및 민간 서비스의 수급권을 부여받는 시스템을 거쳐야 한다. 이처럼 1988년부터 시행되고 있는 ‘장애인 등록제도’는 장애유형별, 중증도별 실태파악과 장애인의 수의 효율적 관리의 목적으로 시행되고 있다(권선진, 1996). 따라서 현재 장애인으로 등록한 장애인구의 규모는 ‘등록장애인구 수’로 파악(1년 주기)되어 발표되고 있다.

장애인구 규모의 파악은 복지재정의 규모를 예측할 수 있는 중요한 지

32) 2010년 1월 1일부터 의료기관에서 장애등급 1급~3급으로 장애진단서를 발급하는 경우, 지자체의 진단의사는 장애진단서와 함께 「장애등급판정기준」의 장애유형별 참고서식, 검사결과, 진료기록지를 첨부하여 심사전문기관(국민연금공단)에 의뢰하면, 심사전문기관에서 무대면 심사를 통해 장애판정 심사를 실시하게 되는 것으로 변경되었음. 또한 지체장애 중 관절장애의 등급 세분화, 기능장애의 근력등급 추가, 뇌병변장애 판정을 위한 수정바벨지수 적용 등 장애진단 기준을 개선/ 기존 2.5,6급만 있었던 척추장애 등급에 3,4급을 신설/ 폐이식을 호흡기 장애 장애등급 5급으로 신설/ 심장장애와 간질장애의 연령별 특성 반영, 성인과 소아청소년의 장애진단기준 구분/ 실제로 환자를 치료하고 장애진단을 하지 못했던 내과(류마티스분과), 치과(구강악안면외과), 흉부외과, 산업의학과 전문의도 장애유형에 따라 장애진단을 할 수 있도록 함.

33) 2011년 「장애인복지법」 제 32조와 시행규칙 제 3조부터 7조에 따라 장애정도에 관한 심사에 필요한 방법과 기준 등 ‘장애등급심사규정’이 마련. 신규등록 및 재판정 대상자를 대상으로 ‘장애정도 심사’에 대한 방법과 기준 등이 마련 된 것임.

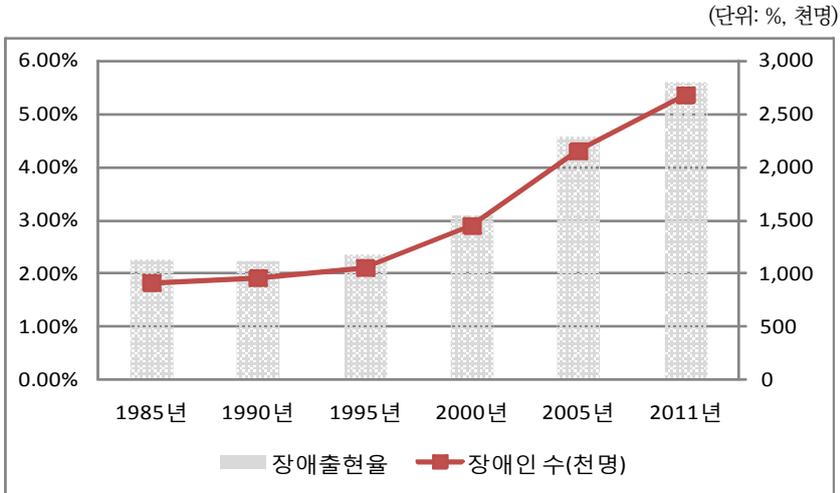
표이기 때문에 장애인복지의 핵심 지표(권선진, 1996)라 할 수 있다. 우리나라에서 장애인구 규모의 파악은 크게 (1) 등록장애인구 수로 알아보는 방법과 (2) 장애출현율로 알아보는 방법을 사용하고 있다. 등록장애인구 수는 앞서 설명하였듯이, '장애인등록제도'를 통해 실제 '장애판정'을 거쳐 '장애인으로 등록된' 장애인구의 현재 규모를 파악하는 방법이라면, 장애인출현율은 우리나라의 법정 장애범주에 해당되는 장애인의 수가 전체 인구에서 차지하는 비율을 파악하는 방법으로 '현재 장애인으로 등록'되어 있지는 않으나, 향후 장애인으로 등록될 수 있는 장애인구 규모를 추정하는 방법이다. 이러한 장애인출현율(유병율)은 「장애인복지법」 제 31조 및 「장애인복지법시행령」 제18조 내지 제19조 규정에 근거하여 매 해 3년마다 「장애인실태조사」<sup>34)</sup>에 의해 추정된다.

## 나. 최근 나타나는 등록장애인 수 감소

1980년 장애인실태조사가 시작된 이후 우리나라의 장애인 출현율 및 등록장애인의 수 추이를 살펴보면, 이들 규모는 지속적으로 증가추세에 있는 것을 확인 할 수 있다. 1985년 우리나라의 장애인 규모는 915천명 수준이었으나, 1995년 1,053천명으로 증가하였고, 2011년에는 2,683천명으로 상승 하였다. 장애인출현율도 1995년 2.35%에서 2011년에는 5.61%로 2배 수준 상승하였다. 남찬섭(2012)에 따르면, 1995년부터 2000년대 우리나라의 장애인구의 연평균 증가율은 6.59%로, 2000~2005년 장애인구의 연평균 증가율은 8.19%로 최고조에 달했다가 2005~2011년 기간 장애인구의 연평균 증가율은 3.77%로 다소 완화되고 있다고 분석한 바 있다.

34) 1980년부터 조사가 시행되고 있으며, 2007년 법 개정 이후 매 3년마다 실시

[그림 2-1] 장애인구 규모 및 장애인출현율의 변화



자료: 장애인고용공단·고용개발원(2013), 「2013 장애인통계」

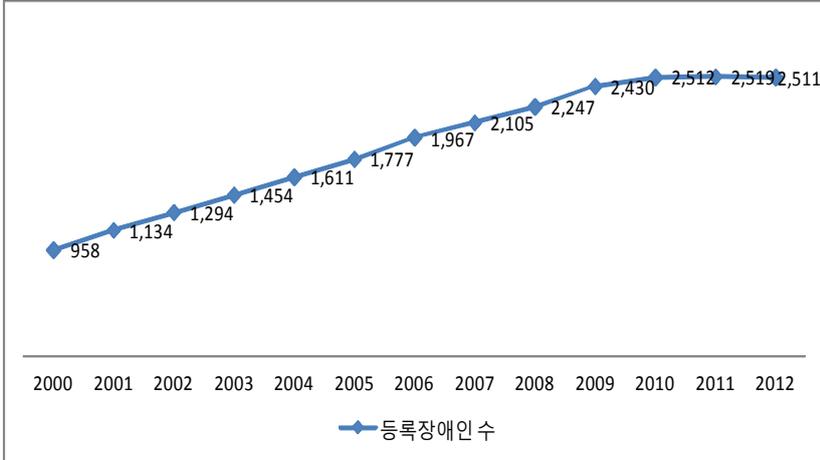
1990년대 및 2000년대 우리나라의 장애인구 규모의 증대는 이 시기 동안 장애개념의 사회적 모델로의 변화, 탈시설화, 자립생활 이념의 확산 등 장애인복지를 둘러싼 환경의 변화 및 패러다임의 변화를 바탕으로 이루어 졌다고 볼 수 있다. 즉, 이 시기동안 장애의 개념은 개인적 비극으로 보는 시각(기존 의료적 모델)에서 사회적인 문제로 보는 시각인 사회적 모델로 그 판단체계가 전환되었고, 장애인에게도 자신의 삶을 스스로 결정하고, 관리하며, 자신의 삶을 영위할 수 있는 권리가 있음을 강조하는 자립생활 이념이 활발히 확산되었기에 가능할 수 있었다. 또한 2006년 12월 국제연합(UN) 주도의 「장애인권리협약」이 제정되면서 우리나라에서도 2007년 4월 「장애인차별금지법」이 제정되어 권리중심의 장애인복지 환경의 변화가 야기되었다. 이러한 변화는 기존 5개 유형의 장애범주를 2차례의 장애범주 확대를 통해 15개 장애범주로 확대시키는 전환을 맞이하게 되었으며, 장애인의 수 확대와 더불어 장애인의 다양한 복지 욕

구 증가를 야기해 다양한 영역의 복지서비스 확충으로 이어졌다. 정부는 2007년 활동지원서비스의 시범사업을 시작으로 2011년 10월 「장애인 활동지원법」을 제정하였고, 같은 연도(2007년) 지역사회 서비스 혁신 사업의 일환으로 실시되었던 장애아동 재활치료서비스(현재 발달재활서비스로 변경)는 2010년 2월부터 장애아동을 대상으로 바우처 형태로 운용되고 있다. 이후 2011년 7월에는 「장애인연금법」이 제정되었고, 2013년 4월 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」이 국회를 통과하는 등 수요자 중심의 복지정책 및 제도들이 새로이 신설·발전하고 있는 실정이다.

그러나 최근 나타나는 주목할 만한 현상은 등록장애인구 수의 감소현상이다. 위에서 살펴본 바와 같이 우리나라 등록장애인의 수는 2011년도 까지 지속적으로 증가해왔으나 2012년 약 8천명 가량이 감소하였으며, 2014년 6월 현재 2013년도 등록장애인 관련 데이터가 공표되지 않아 장애인구 규모의 감소 추이에 대해서는 좀 더 지켜볼 필요가 있으나, 최근 도입된 '장애심사'의 강화 그리고 2003년 이후 장애범주 확대에 대한 논의가 부재한 정책적 환경을 감안하였을 때, 등록장애인 수 감소현상은 향후에도 지속될 것으로 전망된다.

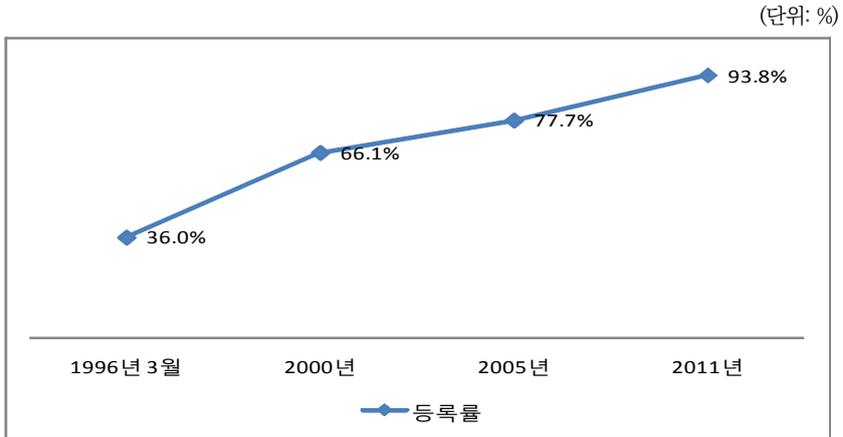
[그림 2-2] 등록장애인 수의 변화

(단위: 천명)



또한 전체 추정 장애인 대비 등록장애인 비율은 지속적으로 증가하고 있는데, 1996년 3월 등록장애인은 약 38만 명으로 당시 전체 추정 장애인의 36.0%가 등록장애인으로 등록하였고, 이후 2000년 66.1%, 2005년 77.7%, 2011년 93.8%의 장애인이 등록장애인으로 등록하여 지속적으로 증가하는 추세에 있다. 이는 1996년 이전 장애인 복지혜택이 미비하고, 장애에 대한 사회적 인식이 부족하여 장애인으로서의 노출을 기피하였기 때문에 ‘장애인으로 등록하려는 장애인의 비율(장애인등록률)’이 낮았으나(권선진, 1996), 2000년대 들어 장애에 대한 사회적 인식의 증대, 전화료나 철도요금 감면, 활동지원서비스 및 장애인연금의 도입과 같은 장애인 정책의 확대로 ‘장애인 등록률’을 현저히 증가하고 있다. 이러한 추세가 지속된다면 향후 장애인출현율에 따른 추정 장애인 수와 등록장애인의 수 사이의 차이는 점점 좁혀질 것으로 전망된다.

[그림 2-3] 장애인 등록률 변화



자료: 권선진(1996), 2005년, 2011년 「장애인실태조사」조사결과보고, 「2010 장애인통계」재구성

## 2. 고령장애인<sup>35)</sup> 규모의 추이와 현황

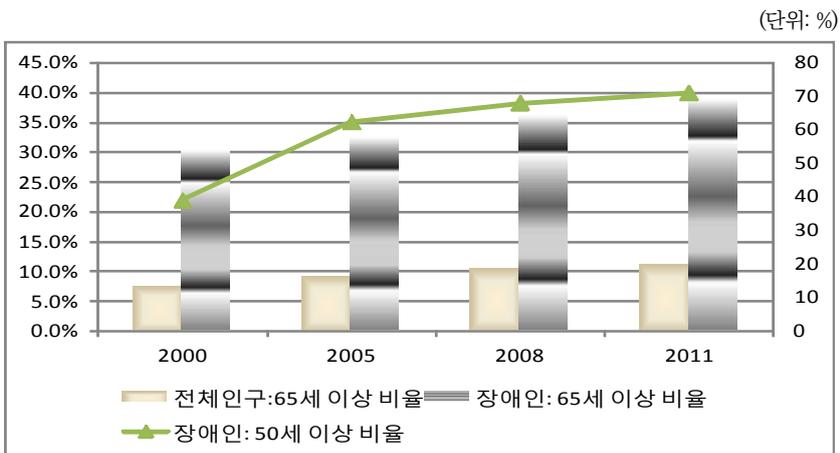
최근 장애인구의 특징을 살펴보면, 전체인구의 고령화로 인한 장애인 구 및 장애인의 고령화가 뚜렷이 나타나고 있다. 2011년 현재 우리나라 전체 재가 장애인구 중 65세 이상 고령장애인이 차지하는 비율은 38.8%이며, 이는 2000년 30.3%에 비해 8.5%p 증가하였다. 이러한 증가율은 전체 인구 중 노인인구의 증가율과 비교해 보면 2~3배 수준 높은 수준이라 할 수 있다.

특히 장애인의 경우, 기본적으로 가지고 있는 장애의 특성에 의해 조기 노화가 진행되기도 하고, 50세 이상 장애인이 경험하는 신체적·정신적

35) 본 장에서는 현재 여러 문헌에서는 '노령 장애인', '장애 노인', '장애 어르신' 혹은 '노인성 장애인' 등으로 사용하고 있어, 복지대상의 혼란과 개념의 어려움이 존재함. 따라서 본 연구에서는 이러한 혼란과 어려움을 줄이기 위해 (1) 장애인구의 고령화로 인한 65세 이상 '노령장애인'과 (2) 65세 이상 노인인구의 노인성 질병에 의한 장애를 가지고 있는 '장애노인' 모두를 '고령장애인'으로 정의하여 사용하였음.

쇠퇴 및 질병에 대한 저항력의 약화 그리고 각종 퇴행성 장애, 질병 등의 노화(aging)로 인한 만성질환은 나이가 들에 따라 쇠퇴하거나 악화되는 경향이 있기 때문에(Harley, et al., 2003; He, Sengupta, Velkoff, and Debarros, 2005), 장애인의 고령화를 살펴볼 때에는 50세 이상 중·고령장애인의 특성을 함께 포괄하여 살펴볼 필요가 있다. 우리나라의 장애인구 중 중·고령 장애인의 비율은 2000년 39.1%이던 것이 2005년 62.3%, 2008년 68.1%, 2011년 71.1%로 확인한 증가율을 나타내고 있다(2000년, 2005년, 2008년, 2011년 장애인실태조사).

[그림 2-4] 장애인구 중 65세 이상 비율 vs 50세 이상 중·고령 장애인의 비율



자료: 보건복지부(2012), 2011년 장애인실태조사 결과 발표자료, 2000년, 2005년, 2008년, 2011년 「장애인실태조사」재구성

우리나라 고령장애인(고령으로 인한 장애인구 및 장애인의 고령화 포함)의 특성을 살펴보면, 비고령장애인(65세 미만의 장애인)에 비해 경증의 장애를 가지고 있으며(84%), 65세 이상 고령장애인의 장애유형은 시각, 청각, 뇌병변 장애가 많은 것으로 나타났다.

〈표 2-7〉 장애등급과 유형

(단위: %)

구분	등급		장애유형						
	중증	경증	간 장애	간질 장애	뇌병변 장애	시각 장애	신장 장애	심장 장애	안면 장애
비노령장애인 <sup>1)</sup>	27.8	72.2	0.4	0.8	7.4	8.6	2.8	0.6	0.1
노령장애인 <sup>2)</sup>	21.6	78.4	0.1	0.2	10.4	15.7	1.3	1.0	0.0
장애노인 <sup>3)</sup>	16.0	84.0	0.1	0.0	13.6	12.3	1.7	0.8	0.0

구분	장애유형							
	언어 장애	자폐성 장애	장루요루 장애	정신 장애	지적 장애	지체 장애	청각 장애	호흡기 장애
비노령장애인 <sup>1)</sup>	1.1	0.9	0.3	4.8	9.2	55.3	7.0	0.5
노령장애인 <sup>2)</sup>	0.8	0.0	0.8	0.6	0.5	53.0	14.7	0.9
장애노인 <sup>3)</sup>	0.7	0.0	1.0	0.4	0.3	52.2	15.6	1.1

주: 1) 비노령 장애인: 64세 이하의 장애인

2) 노령장애인: 장애가 64세 이하 비노령기에 발생하여 65세 이상으로 노령이 된 장애인

3) 장애노인: 65세 이상 노인이 된 상태에서 노인성질환 등으로 장애를 가지게 된 장애노인  
 자료: 변용찬 외(2010). 「2009 장애인복지인프라 개선방안 연구II」(2008년 「장애인실태조사」분석).

이러한 결과는 2011년도에 수행된 연구결과와 일치하는데 노령장애인과 장애노인의 장애정도는 1,2 등급의 중증인 경우보다 경증인 경우가 대부분인 것으로 나타났다.

〈표 2-8〉 장애등급과 유형

(단위: %)

구분	장애 등급					
	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	6등급
노령 장애인 <sup>1)</sup>	12.4	18.8	23.5	17.9	16.7	10.7
장애 노인 <sup>2)</sup>	7.6	14.6	26.4	20.3	20.5	10.6

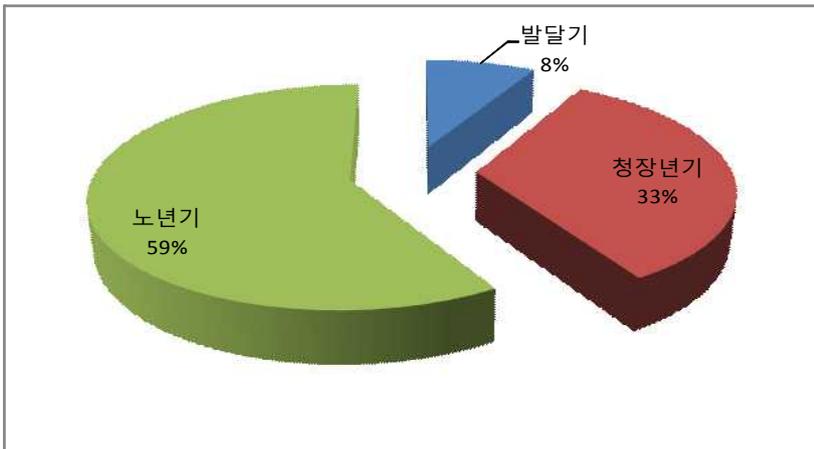
주: 1) 노령장애인: 장애가 64세 이하 비노령기에 발생하여 65세 이상으로 노령이 된 장애인

2) 장애노인: 65세 이상 노인이 된 상태에서 노인성질환 등으로 장애를 가지게 된 장애노인

자료: 김성희 외(2011). 「장애노인 서비스 연계 방안 연구」(2008년 「장애인실태조사」분석).

또한 고령장애인의 장애발생 시기를 60세 이상 '노년기, 19~59세 '청장년기' 그리고 18세 이하 '발달기'로 나누어 살펴본 결과, 노년기의 장애발생은 58.7%, 청장년기의 장애발생은 33.1%, 발달기의 장애발생은 8.2% 나타났다(김성희, 2013).

[그림 4-5] 고령장애인의 장애발생 시기

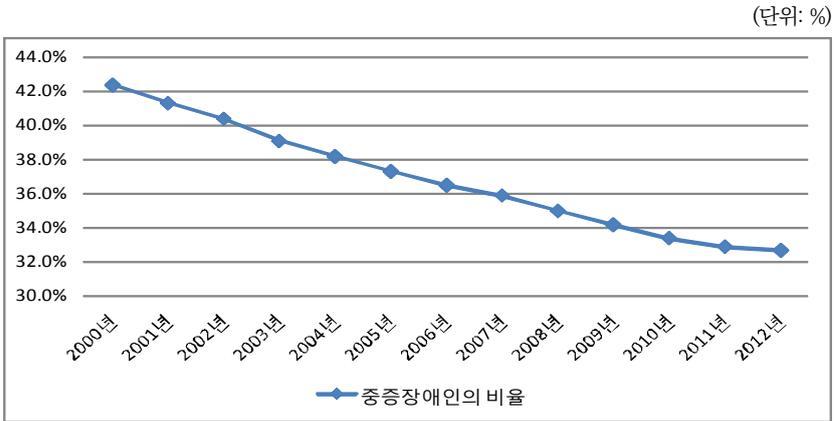


자료: 김성희 (2013). 「2013년 보건복지 현황 및 대응방안」

특히나 등록장애인구의 특징 중 두드러지는 또 다른 특징은 중증장애인 비율의 감소를 들 수 있다. 중증장애인의 비율은 2000년 42.4% 이던 것이 2005년 37.3%로 낮아졌으며, 2008년 35%, 2011년 32.9%, 2012년 32.7%로 낮아지고 있다. 연도별 중증장애인 비율의 감소에 대한 원인으로 크게 두 가지를 생각해 볼 수 있는데, 첫째는 2010년 이후 활동지원제도 및 장애연금과 같은 중증장애인 대상 정책의 시행에 따른 '장애정도심사' 규정의 강화로 인한 중증장애인 비율의 감소를 생각해 볼 수 있고, 두 번째로 고령장애인의 증가에 따른 경증장애인의 증가에 기인한 것으로 추측할 수 있다. 특히 2000년 이후 50세 이상 중·고령 장애인의 수

가 급속도로 증가된 점을 고려하면, 50세 이상 중·고령 장애인의 증가와 중증장애인의 감소는 일정부분 관련이 있을 것으로 추측된다. 고령장애인의 장애정도가 대부분 경증인 점을 고려하였을 때, 2000년대 이후 점진적으로 줄어든 중증장애인의 비율은 '장애정도심사' 규정의 강화보다는 고령장애인의 증가현상과 관련이 있을 것으로 추측된다. 하지만 이러한 추측을 뒷받침할 만한 구체적인 연구는 진행된 바 없으므로 중증장애인 비율의 감소와 고령장애인 비율의 증가의 관련성에 대해서는 보다 객관화된 연구를 통한 검증이 필요하다.

[그림 2-6] 연도별 중증장애인의 비율



자료: 장애인고용공단·고용개발원(2013), 「2013 장애인통계」

### 3. 국제비교

#### 가. 장애의 정의 및 장애인구의 증가

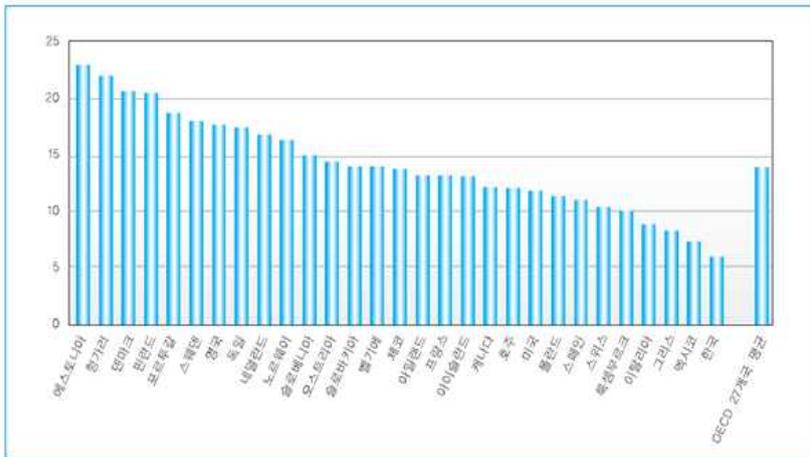
앞서 설명하였지만, 전 세계적으로 장애인출현율은 장애에 대한 ‘사회적 모델’의 적용과 함께 점차로 증가하고 있는 추세이다. 이전 의료적 모델에서는 ‘장애’를 ‘개인’의 문제로 보았기 때문에 장애를 가지고 있는 개인이 장애에 대해 책임을 가지게 되어 의료전문의의 지시에 따라 의료적 상태를 치료하는 것에 초점을 맞추었다. 그러나 사회적 모델은 ‘장애’의 문제를 ‘우리 사회’ 및 ‘사회구성원’의 태도에 기인하는 것으로 보아 ‘장애’의 문제에 대한 책임을 개인이 아닌 사회에 둔다. 따라서 사회적 모델에서는 장애인이 경험하는 물리적·태도적 장애물을 제거하고, 사회의 편견을 제거하는 부분에 초점을 맞추어 ‘장애’를 정의한다. 따라서 사회적 모델에 기초한 장애인정책의 패러다임은 장애인의 권리 및 인권의 문제로 발전하였다.

장애인출현율과 관련된 국제비교를 살펴보면, 2000년대 후반 OECD 회원국의 근로연령대(20~64세)인구의 장애인출현율을 살펴보면, 우리나라의 경우 6% 수준으로 OECD 회원국 중 가장 낮은 것을 확인할 수 있다(윤상용, 2010). 일반적으로 국가별 장애인출현율은 국가별 법정장애의 범주 및 정의의 차이 때문에 편차를 보일 수밖에 없으나, WHO에 따르면 전 세계 인구의 15.6%(18세 이상 인구 42억중 약 6억 5천만 명)가 장애인으로 추정된다고 보고한 바 있다(WHO, 2012). 보다 구체적으로 살펴보면, WHO 보고서에서 세계건강조사(WHS)를 통해 59개국의 18세 이상 성인인구 중 평균 장애인출현율을 도출한 결과, 고소득 국가에서는 11.8%의 장애인출현율이, 저소득 국가에서는 18%가 장애인으로 추정

된다고 보고하고 있다.

[그림 2-7] OECD 국가의 근로연령층(20~64세)의 장애인출현율

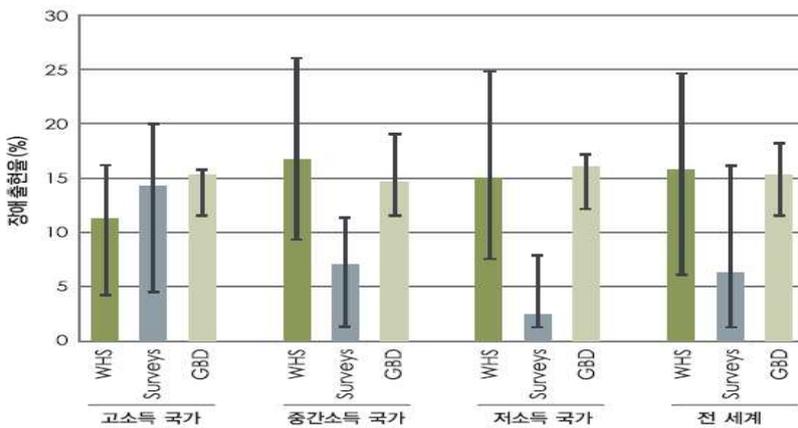
(단위: %)



자료: 윤상용 (2010), 재인용

[그림 2-8] 국가적 경제수준에 따른 장애인출현율

(단위: %)



주: WHS: 세계 건강조사, GBD: 세계질병부담(2004), Survey: 이용 가능한 자료들의 평균.  
출처: WHO(2011), 「World Report on Disability」.

우리나라의 낮은 장애인출현율은 (1) 국가별 장애의 정의가 다르고 (2) 이를 측정하는 방식의 차이에서 기인한다. 외국의 '장애' 정의를 살펴보면, 일본을 제외한 대부분의 나라에서는 의학적 기준 외에 일상생활에 제한을 받거나 사회활동능력이나 노동능력에 제한이 있는 자를 포괄적으로 '장애인'으로 간주하고, 이들 인구를 장애인출현율로 추정하고 있다. 즉, 사회적 모델에 입각한 '장애' 정의를 적용한다. 또한 장애인구 수를 측정하는 방법의 차이에도 출현율에 차이가 있는데, 장애인구 수 측정의 방법은 크게 (a) 장애인 등록제도를 이용하는 방법과 (b) 인구센서스 자료를 활용한 방법으로 나뉜다. 우리나라를 포함한 일본, 싱가포르, 대만 등의 국가에서는 장애인 등록제도를 이용하여 현행 장애인의 규모를 파악하고 있으며, 미국, 스웨덴과 같은 선진국에서는 인구센서스를 통하여 정기적으로 장애인출현율을 파악하고 있다 (변경희, 2012, 재인용). 인구센서스를 통해 장애인 규모를 파악할 때에는 장애인 본인이 '자기평가에 의한 장애인출현율'을 구하는데 반해, 등록제도를 가지고 있는 우리나라의 경우 '장애'로 인정하는 '장애범주'가 의료적 기준에 의하여 판정되는 경우만 장애로 인정하기 때문에 장애의 정의가 매우 협소한 구조를 가지고 있다. 이에 장애인출현율이 현저히 낮을 수밖에 없다(윤상용, 2010).

〈표 2-9〉 외국의 장애인출현율 및 장애범주

국가	장애인구비율 (연도)	장애범주	'장애'의 정의
일본	4.8% (1995)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 정신지체, 정신장애</li> <li>○ 내부장애: 신장, 호흡기, 신장, 방광, 직장, 소장 기능장애</li> </ul>	의학적 기준에 의하여 판정된 자를 '장애'로 정의 (우리나라와 가장 비슷)
미국	19.4% <sup>1)</sup> (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 신체장애(지체, 시각, 청각, 언어) 외형성추형, 신경계, 근골격계, 감각기관장애</li> <li>○ 정신질환, 발달장애, 정서장애, 학습장애, 알코올중독</li> <li>○ 내부장애: 생식기, 소화기, 비뇨기, 피부, 혈액내분비계, 암, AIDS 등 포괄적</li> </ul>	의학적 기준 및 일상생활에 제한을 받는 자, 사회활동능력, 노동능력의 제한이 있는 자를 포괄적으로 '장애'로 간주
스웨덴	20.6% <sup>2)</sup> (1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 신체장애(지체, 시각, 청각, 언어)</li> <li>○ 정신지체, 정신장애, 학습장애, 정서장애, 약물알코올중독</li> <li>○ 내부장애: 폐질환, 심장질환, 알레르기, 당뇨</li> <li>○ 사회적장애: 의사소통이 어려운 외국 이민자, 타인 의존자 등 포괄적</li> </ul>	
호주	20.0% <sup>2)</sup> (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 신체장애(지체, 시각, 청각, 언어, 안면기형)</li> <li>○ 정신지체, 정신장애, 정서장애, 약물알코올중독</li> <li>○ 내부장애: 심장, 신장, 호흡기, 당뇨, 암, AIDS 등 포괄적</li> </ul>	
독일	8.4% <sup>2)</sup> (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 신체장애(지체, 시각, 청각, 언어, 안면기형)</li> <li>○ 정신지체, 정신질환, 정서장애</li> <li>○ 내부장애: 호흡기, 심장순환기, 소화기, 비뇨기, 신장, 생식기, 신진대사, 혈관, 피부 등 포괄적</li> </ul>	

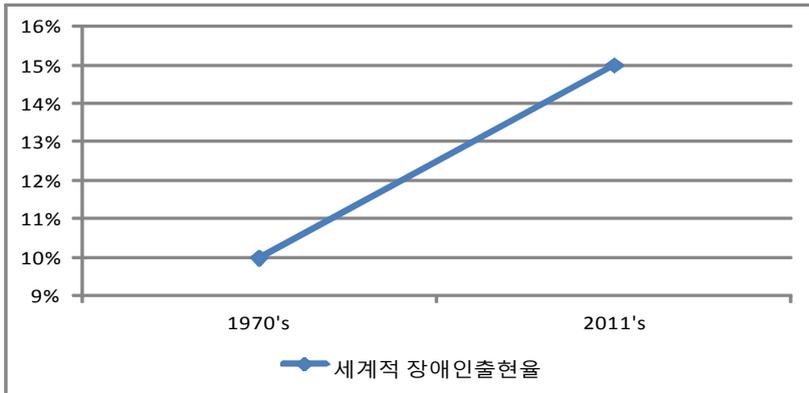
주: 1) Mont (2007) 자료의 장애인출현율은 각 국가의 센서스 데이터를 중심으로 출현율을 구했음.

2) OECD(2003) 자료의 장애인출현율은 근로연령(20세~64세) 중 장애인출현율을 뜻함.

자료: Mont (2007) 및 OECD (2003), 재구성

1970년대 WHO에서 발표한 장애인출현율은 전 세계인구의 10% 수준이었으며, 2011년 WHO의 발표에서는 전 세계 인구(65억명)의 약 15%인 10억 인구가 장애인이라고 발표하고 있다. 이에 반해 한국의 등록 장애인구 감소 현상은 세계적인 추세에 역행하는 현상으로 이해할 수 있다.

[그림 2-9] 세계적 장애인출현율



자료: WHO(2011). 「World report on disability」

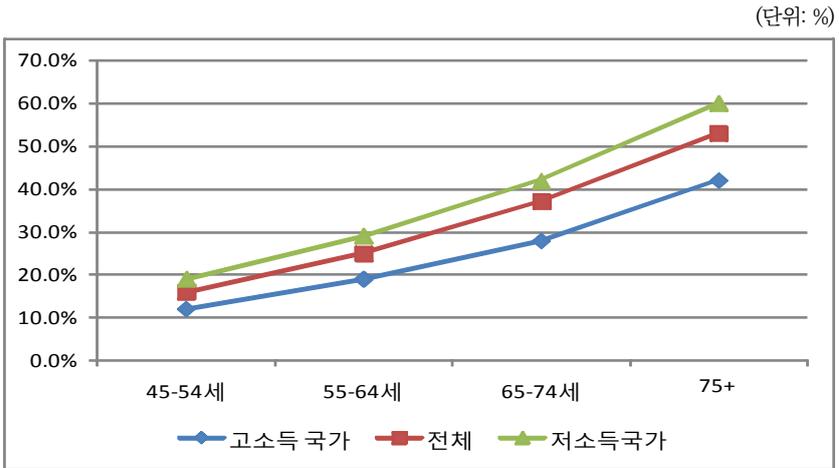
## 나. 고령장애인의 증가

우리나라의 고령장애인구의 증가는 세계적 고령장애인증가 현상과 일치하며, 아시아 국가의 고령장애인의 증가는 해외 다른 선진국가의 경우보다 높은 편이다. WHO(2011)에 의하면 세계적 고령화는 고령장애인의 증가와 관련이 있으며, 노인인구의 규모는 지속적으로 증가하고 있고, 고소득 국가의 60세 이상 인구의 장애인출현율은 29.5%로 추정되며, 저소득 국가의 경우 43.4%로 추정 된다(WHO, 2011).

고령장애인의 특성을 살펴보면, 후천적이며 만성적인 상태로 장애의 상태는 완화되거나 나아지거나보다 쇠퇴할 가능성이 높다. 때문에 장애인출현율은 연령이 증가할수록 증가하는 경향이 있다(황주희, 2011, 재인용). 다시 말하면, 연령이 증가 할수록 고령자가 장애를 경험할 확률은 증가한다(Harley, et al., 2003; Tepper & Cassidy, 2004; He, Sengupta, Velkoff, and Debarros, 2005). 이에 전세계적인 인구 고령화에 따른 고령장애인의 증가는 향후 지속될 것으로 전망되며, 특히 아

시아국가들의 인구 고령화에 따른 고령장애인의 증가 추세는 더욱 가속화 될 것으로 예측된다.

[그림 2-10] 연령별 장애인출현율

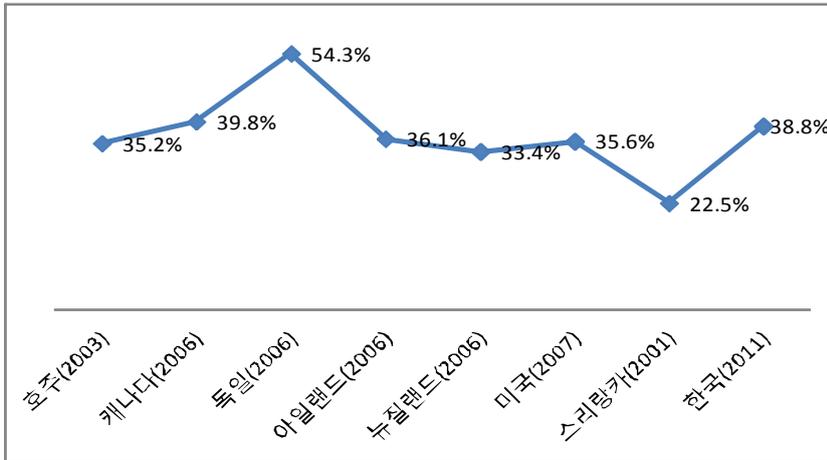


자료: WHO(2011). 「World report on disability」, 재인용

독일의 장애인구 중 고령장애인(65세 이상)의 비율은 54.3%를 차지하고 있으며, 캐나다 39.8%, 아일랜드 36.1%, 미국 35.6%, 호주 35.2%, 뉴질랜드 33.4%를 차지하고 있다(WHO, 2011, 재인용). 우리나라의 장애인구 중 고령장애인의 비율은 38.8%로 독일과 캐나다 다음으로 높다.

[그림 2-11] 장애인구 내 고령장애인(65세 이상) 비율

(단위: %)



자료: WHO(2011). 「World report on disability」. 재인용 및 보완

## 4. 쟁점과 이슈

### 가. 장애범주 확대에 대한 논의의 부재

일반적으로 장애범주 확대에 대한 논의는 ‘장애인복지발전 5개년 계획’을 통해 이루어져 왔다. 1차 장애범주 확대에 대한 논의는 1997년 「제 1차 장애인복지발전 5개년 계획」의 장애범주 확대 계획에 따라 신장 및 심장장애, 정신장애, 자폐성 장애, 뇌병변장애 총 5종이 추가되어 확대되었고, 2003년 7월 2단계 장애범주 확대에 따라 호흡기 장애와 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 간질장애 5종이 새로 추가되어 현재의 15개 유형의 장애범주로 확대되었다. 이후 2003년 ‘제 2차 장애인복지발전 5개년 계획’에서 지속적 장애범주 확대에 대한 의지를 공표한 후, 2006년 우리원(보사연)에 의해 「3단계 장애범주 확대방안 연구」가 수행(변용

찬 외, 2006)되었으나, 2003년 이후 더 이상의 장애범주 확대 없이 현재에 이르고 있다. 2012년 제정된 「제 4차 장애인정책 종합계획」에서도 장애범주 확대에 대한 논의는 포함되지 못하였다.

2006년에 이루어진 「3단계 장애범주 확대방안 연구」에서는 (1) 장애의 중증도, (2) 치료비의 정도, (3) 장애에 대한 사회의 편견 등으로 인해 더 많은 사회적 불리(handicap)를 경험하는 장애유형, (4) 비교적 객관적인 장애판정기준이 개발 가능한 장애유형 그리고 (5) 법정장애범주 포함에 대한 사회적 관심도와 장애인들의 요구가 많은 장애유형(변용찬 외, 2006)을 기준으로 하여 향후 확대예정 장애유형에 대한 기초자료를 제공하는 바 있다.

대신, 활동지원제도 및 장애인연금제도의 도입으로 인해 이러한 제도들의 주된 대상자가 1-3급 중증 장애인으로 한정되고, '장애정도 심사'가 강화되면서, 현행 장애판정제도의 문제점들이 제기되었다. 제기된 장애판정제도의 문제점으로는 (1) 의학적 기준에 근거한 장애등록 및 장애등급은 여전히 사회적모형을 반영하지 못하고 의료적 모델에 국한되어 있다는 지적과 (2) 장애판정기준의 객관성 부재의 문제, (3) 장애유형 간 형평성 문제, 그리고 (4) 장애등급의 복지서비스 수급 대상자 결정 기준과 같은 비합리성 문제 등이 제기되어 장애계에서는 2010년 이후 지속적으로 '장애등급제폐지'를 제시하였다. 이에 '장애등급제폐지' 이슈는 박근혜 정부의 140대 국정과제에 포함되어 있는 상황이다(보건복지부, 2013).

〈표 2-10〉 장애분류 및 장애범주

대분류	중분류	소분류	세분류	확대예정 장애범주
신체 장애	외부 신체 기능 장애	지체장애	절단장애, 관절장애, 지체기능장애, 변형 장애 등	피부질환 장애
		뇌병변장애	중추신경의 손상으로 인한 복합적인 장애	
		시각장애	시력장애, 시야결손장애	
		청각장애	청력장애, 평형기능장애	
		언어장애	언어장애, 음성장애, 구어장애	
		안면장애	안면부의 추상, 함몰, 비후 등 변형으로 인한 장애	
	내부 기관 장애	신장장애	투석치료 중이거나 신장을 이식받은 경우	소화기장애, 비뇨기장애, 만성통증, 압, 기타 신체장애
		심장장애	일상생활이 현저히 제약받는 심장기능 이상	
		간장애	일상생활이 현저히 제약받는 만성중증 간 기능 이상	
		호흡기장애	일상생활이 현저히 제약받는 만성중증 호흡기 기능 이상	
		장루·요루장애	일상생활이 현저히 제약받는 장루·요루	
		간질장애	일상생활이 현저히 제약받는 만성중증 간질	
정신 장애	정신지체	지능지수가 70 이하인 경우		
	정신장애	정신분열증, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애, 반복성 우울장애	만성 알코올·약물 중독, 기질성뇌증 후군, 치매, 기타 정신장애	
	발달장애(자폐증)	소아자폐 등 자폐성 장애	기타 정신발달장애	

자료: 변용찬 외(2006). 「3단계 장애범주 확대방안 연구」

## 나. 등록장애인구 감소의 원인 분석 필요

등록장애인구 감소 현상에 대해서는 향후 추이를 좀 더 살펴볼 필요가 있겠으나, 이러한 감소추이는 1989년 '장애인등록' 제도를 도입한 이후 처음 있는 일로 이에 대한 명확한 원인규명과 현재 장애인구의 특성과의 관련성에 대한 고찰이 반드시 필요하다. 왜냐하면 장애인구의 규모는 한 사회의 장애에 대한 사회적 관점을 반영하는 것이고, 장애인복지 정책의 재정 규모 등을 파악할 수 있는 주요한 지표인 만큼 장애인구 수에 대한 변화에 대해서 주목해야 한다. 현재 등록장애인의 감소현상에 대한 연구는 아직 진행된 바가 없고, 이에 대한 원인도 명확히 제시된 바가 없다. 단지 장애인고용공단의 「2013년 장애인통계」에서 등록장애인의 감소에 대한 원인으로 최근 이루어진 '장애정도 심사제도'의 강화를 조심스럽게 추측하고 있을 뿐이다. 정부는 2010년 활동지원제도 및 장애인연금의 시행을 앞두고 '장애등급판정기준'을 강화하였고, 초기 활동지원서비스 신규 신청자 및 장애인연금 신규 신청자에 한하여 등급 재심사를 시작하여 2011년 이후 모든 신규 장애등록 대상자 신규장애등급재심사가 확대되었다. 따라서 신규장애등급심사과정에서 장애인으로 등록되는 사례가 제한되고 있을 가능성도 있다. 또한 2003년 이후 더 이상의 장애범주 확대가 없는 상황에서, 이미 장애인으로 등록된 고령장애인의 노화 혹은 질병으로 인한 '사망' 사례의 증가가 등록장애인구 감소에 직·간접적으로 영향을 미쳤을 가능성도 생각해 볼 수 있다. 그러나 이에 대한 구체적인 연구는 진행된 적으므로 추후 연구를 통한 분석 그리고 이에 대한 대응방안을 고민하여야 할 것이다.

## 다. 고령장애인에 대한 용어의 통일 및 연령적 개념 정의 필요

우리나라의 장애인구 중 고령장애인의 비율은 점차 증가하고 있다. 장애인의 노화에 따른 장애특성과 고령의 노화 특성을 고려한 연령적 개념 정의가 필요하다. 고령장애인에 대한 연령 기준은 그 인구집단이 가지는 특성을 고려하여 정책적 개입의 시기를 결정하는 사회적 합의의 문제이다. 따라서 고령장애인에 대한 개념을 명확히 하여야 관련 연구 결과들을 비교·분석할 수 있으므로 ‘고령장애인’에 대한 용어의 통일이나 개념의 통일 그리고 연령적 개념의 정리가 필요하다.

현재 장애와 노화를 경험하는 인구에 대하여 ‘장애노인’, ‘노령장애인’, ‘고령장애인’ 등의 용어가 혼용되어 사용되고 있다. 일부 연구에서는 장애인이면서 노화를 경험하는 대상만을 한정하여 연구를 진행하거나, 노인 집단 중 장애를 경험하는 집단으로 연구를 진행하기도 하기 때문에 이에 대한 용어의 통일이 필요하다. 또한 고령장애인의 연령 기준과 관련해서는, 많은 연구에서 「노인복지법」과 「저출산고령사회기본계획」의 연령 기준인 65세를 기준으로 ‘노인’을 정의하여 연구를 수행하였으며, 60세를 기준으로 정의하는 연구도 일부 존재한다. 또한 「고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률」에서는 55세 이상을 고령자로, 50~54세를 준고령자로 정의하고 있어 이러한 기준을 따르는 연구도 일부 존재한다. 그러나 오랜 기간 장애를 경험하고 있는 장애인의 노화는 일반적으로 비장애 인구 보다 15~20년 빠르게 나타나는 조기노화(Premature Aging)의 형태임을 강조하는 지적도 있고(Trieschman, 1987), 장애인은 장애발생 시기와 장애유형에 따라 실제 삶의 모습은 크게 다를 수 있으므로 연령적 구분에는 분명한 한계가 존재한다.

그러나 연령적 구분이 가지는 명확성과 이용의 편의성 등을 감안하면

연령적 구분을 전혀 무시할 수도 없다. 따라서 고령장애인에 대한 연령적 구분은 보다 유연한 방향으로 고려하여야 하며, 장애인의 노화가 상대적으로 비장애인구에 비해 빠른 점을 감안하면, 50세 이상의 장애인을 ‘고령장애인 혹은 준·고령장애인’으로 정의하고(김용탁, 2007; 김성희 외, 2012), 필요에 따라 65세 기준을 사용하되 ‘고령장애인’의 구분을 준·고령장애인으로 포괄적으로 구분하는 것이 적절할 것이나 이에 대해 사회적 합의가 필요하다.

## 라. 고령장애인을 위한 복지서비스 간 연계 필요

전 인구의 고령화로 인하여 장애인구의 고령화 및 노인의 노화로 인한 장애인구의 증가 현상이 나타나고 있다. 일반적으로 고령장애인의 이슈는 ‘노화로 인한 장애 경험’과 ‘장애인의 노화’로 구분되어 논의된다. 이러한 이분법적 접근은 전자의 경우 노인복지영역에서, 후자의 경우 장애인복지영역에서 다루고 있다. 그러나 노화와 장애의 이슈는 생애 전반에 걸친 연속적 개념이기 때문에 장애인복지영역과 노인복지영역으로의 엄격한 구분이 어렵다(김성희 외, 2012). 이에 해외 선진국의 사례를 살펴보면, 장애인과 노인 서비스의 연계에 초점을 두고 있는 것을 확인할 수 있다. 예를 들어 장기요양제도를 살펴보면, 장기요양의 주 대상자는 65세 이상 노인이거나 전 연령층의 장애인으로 하고, 장기요양서비스를 제공할 수 있도록 설계되어 있다. 장기요양의 욕구를 가지는 주된 대상자를 전연령에 걸친 장애인과 노인으로 정하고, 장애로 인한 특화 서비스 욕구가 있는 장애인에 대하여 자립생활이념에 맞도록 추가적으로 주정부 차원이나 카운터 차원에서 특화 서비스를 제공받을 수 있도록 설계되어 있다.

그러나 우리나라의 경우, 장애정도가 아닌 연령에 의한 이원화 정책으로 인해 장기요양제도는 (1) 노인을 대상으로 하는 노인장기요양과 (2) 6세 이상 65세 미만의 장애인을 대상으로 하는 장애인활동지원제도로 구분되어 있고, 복지서비스도 노인복지서비스와 장애인복지서비스로 구분되어 있는 것이 현실이다. 고령장애인이 가지는 복지욕구는 노인복지와 장애인복지 양 분야에 걸쳐 발생되므로 각 분야의 서비스연계를 통한 자원의 효율적 이용이 가능 할 수 있도록 개편이 필요하다. 즉, 현 체계 내에서는 고령장애인을 위한 통합적 노력이 부족하고, 복지전달체계상의 이원화로 인한 현장에서의 연계가 불가능한 상황이므로(김성희 외, 2012) 노인복지와 장애인복지 서비스 간 연계를 위한 관련 전문가 및 이용자의 인식개선, 제도의 정비, 전달체계의 개편, 그리고 재정지원방식의 변화를 고민해야 할 필요가 있다.

#### 4. 정책 대응

##### 가. 장애 정의(범주)의 확대에 대한 논의: 방향성 및 정책대안

최근 우리나라의 장애인구 규모부분에서 주목해야 할 뚜렷한 특징은 등록장애인구의 감소현상이다. 2000년대 들어 2차례에 걸친 장애범주 확대와 장애인복지정책의 급속한 발전은 등록장애인구의 비율을 증가시켰으며, 2011년 장애인실태조사에 의하면 우리나라 등록장애인 비율은 추정장애인구의 93%에 달해 사실상 등록장애인구와 추정장애인구에 대한 개념 구분이 무색할 정도로 이에 대한 차이가 좁혀진 상황이다. 최근 도입된 장애인복지정책은 2007년 4월 「장애인차별금지법」의 제정, 2011년 「장애인활동지원법」의 제정, 같은 해 장애아동 재활치료서비스

(현재 발달재활서비스로 변경)의 바우처 제도 도입, 2011년 「장애인연금법」의 제정, 그리고 2013년 4월 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」이 국회를 통과하는 등 권리 중심적이고 수요자 중심의 복지정책 및 제도들이 새로이 도입되어 추진되고 있다. 그러나 장애인복지정책의 권리중심적인 제도설계와 이를 이용하는 장애인의 복지체감도는 장애인복지정책의 발전 및 성숙만큼 높지 못하다. 또한 제공되고 있는 복지서비스의 주요 대상이 중증장애인에게만 치중되어 있기 때문에 복지정책 및 제도와 이를 이용하고 있는 장애인구의 욕구 간 차이는 이전보다 크다. 이는 다시 말하면 1990년대 후반 부터 사회적 모델 및 자립생활 이념에 대한 논의가 활발히 전개되면서 장애인복지정책은 급속도로 발전하였으나, 이를 이용하는 ‘장애인’(‘장애정의 및 범주’의 측면)에 대한 논의의 부재로 사회적 합의를 함께 이루지 못했다는 의미이다. 즉, 복지서비스의 확충에도 불구하고 이를 이용할 수 있는 장애인구의 규모는 계속적으로 제한되었다.

앞서 살펴보았으나, 전 세계적으로 장애의 정의 및 범주는 기존 ‘의학적 모델’의 적용에서 사회적 모델로 전환되었고, 의학적 기준 외에 장애인 개인의 사회·환경적 요인들을 반영하는 포괄적인 수준으로 확대되고 있다. 또한 전 세계적 추세인 인구 고령화와 함께 고령장애인구의 증가가 뚜렷한 특징으로 대두되고 있어 장애인구의 규모는 전세계인구의 10%에서 15%로 상향되고 있는 추세이다. 그러나 우리나라의 장애정의는 이러한 세계적인 추세를 반영하지 못하고 있다. 장애의 정의는 한 사회의 장애에 대한 사회적 관점의 반영수준이기도 하기 때문에 지금의 시점에서 등록장애인구의 감소가 의미하는 바에 대해 구체적으로 고민해야 할 필요가 있다. 이에 현행 제도들의 검토를 통한 등록장애인구의 감소가 일시적인 현상인지 아니면 향후 지속될 것인지와 관련된 구체적인 연구가 필

요하며, 이에 대한 원인규명도 함께 이루어져야 한다.

장애 정의에 있어 사회적 모델의 채택은 현행 제도와 복지재정과 같은 경제 여건 그리고 사회적 여건을 고려했을 때, 그리 간단하지 않다. 제도의 큰 변화는 기존 복지서비스 수급자의 변화를 야기하며 이는 큰 혼란을 야기할 수 있기 때문이다. 따라서 장애 정의 및 범주의 확대를 위해서는 (1) 장애의 중증도, (2) 치료비의 정도, (3) 장애에 대한 사회의 편견 등으로 인해 더 많은 사회적 불리(handicap)를 경험하는 장애유형, (4) 비교적 객관적인 장애판정기준이 개발 가능한 장애유형 그리고 (5) 법정장애 범주 포함에 대한 사회적 관심도와 장애인들의 요구가 많은 장애유형(변용찬 외, 2006) 등의 기준에 부합하는 장애유형들을 현행 장애 범주에 포함시키는 방안을 고민하여야 할 것이다. 2006년 이미 제 3차 장애범주 확대를 위한 연구를 진행 한 바 있지만, 이미 8년이 지난 시점에서 이전의 연구 결과를 활용하는 것은 현행 장애인구의 특성 및 사회적 요구 등을 반영하지 못하는 한계를 가지고 있다. 따라서 향후 제 3차 장애 범주 확대를 위한 연구를 진행하여 장애인의 권리실현을 위한 노력을 게을리 하지 말아야 할 것이다.

보다 장기적으로 장애범주의 확대는 장애인복지서비스 수급자를 결정 짓는 중요한 부분이고, 우리사회에서 소외되고 어려움이 처해있는 장애인들의 인간다운생활을 영위할 권리를 부여하고 존엄과 가치를 지원할 수 있는 기본적인 방안이다. 따라서 장애범주의 확대는 우리나라의 장애인복지정책의 선진화를 위해서 그리고 장애인의 복지 형평성 측면에서도 반드시 달성(권선진, 1996)되어야 할 것이다.

## 나. 고령장애인의 증가를 반영한 정책의 방향성 및 정책대안

인구의 고령화에 따른 고령장애인의 증가는 장애인복지서비스의 주요 대상자가 고령장애인으로 전환되는 것을 의미하기도 한다. 특히 50세 이상 중·고령장애인의 비율은 2000년 39.1%이던 것이 2005년 62.3%, 2008년 68.1%, 2011년 71.1%로 증가하고 있고, 65세 이상 고령장애인이 차지하는 비율은 2000년 30.3%에서 2011년 38.8%로 8.5%p 증가하였다. 이러한 증가율은 전체 인구 중 노인인구의 증가율과 비교해 보면 2~3배 수준 높은 수준으로 향후 장애인복지의 대상자와 노인복지대상자의 구분은 점점 모호해 질 우려가 있다(변용찬 외, 2010). 다시 말하면 현행 노인복지와 장애인복지의 연령에 따른 구분의 의미가 약화될 가능성이 크다는 뜻이다(변용찬 외, 2010). 따라서 향후 장애인복지 정책은 고령장애인의 증가가 가져오는 복지정책의 변화에 대응할 수 있도록 변화하여야 한다. 또한 고령장애인의 특성 및 욕구를 반영하여 복지서비스의 내용을 변화시키고 새로운 복지서비스를 개발·지원할 필요가 있다. 현행 장애인복지관의 주된 서비스 대상이 지적·자폐성 장애인인긴 하지만, 전체 장애인구의 특성을 감안한다면 고령장애인을 위한 서비스가 이전보다 확충되어야 할 필요가 있다. 또한 지적·자폐성 장애인의 고령화에 따른 서비스 욕구를 반영한 프로그램 개발이 시급하다. 장기적으로 고령장애인을 위한 서비스 개발은 장애인의 노화가 가지는 조기노화의 특성을 반영하여 50세를 전후하여 개입할 수 있도록 설계하고, 고령장애인을 위한 이차적 장애 및 조기노화를 방지하고 예방할 수 의료적 서비스 내용(물리치료 등)을 확대하여야 할 필요가 있다. 즉, ‘노화’에 따른 의료적 서비스의 개입이 가능하도록 설계되어야 할 것이다.

지금 현재 장애인복지 대상자는 18세 이상이면 연령의 구분 없이 ‘장

애인등록제도'를 통하여 장애인으로 등록된 자에 한하여 서비스를 제공하고 있다. 이에 반해 노인복지 대상자는 65세를 기준으로 65세 이후의 노인에게 서비스를 제공하도록 하고 있어, 65세 이상의 고령장애인은 노인복지서비스 대상으로 전환된다. 이에 대한 실례가 '장기요양 제도'이다. 장애인이 장애로 인하여 일상생활의 도움을 필요로 하게 되면, 활동지원제도를 통하여 활동보조인에 의한 일상생활 지원을 받게 된다. 그러나 장애인이 65세가 넘어가면 '노인장기요양 서비스' 대상으로 전환하도록 되어 있어 연령에 따라 복지서비스 대상이 이원화된다. 그러나 장기요양 서비스를 제외한 대부분의 장애인복지서비스는 '등록된 장애인'이면 누구나 이용할 수 있기 때문에 65세 이후라도 장애인등록증만 있으면 이용이 가능하다. 즉, 65세 이상의 고령장애인은 노인복지와 장애인복지서비스의 중복 수혜 대상이고, 복지재정의 중복이 일어날 수 있는 가능성이 크다. 향후 고령장애인구가 더욱 증가하면 이러한 복지재정의 중복 현상은 두드러질 것인데, 이에 대한 명확한 해결책을 고민하여야 한다. 이에 대한 대안으로 제시되는 것이 장애인복지서비스와 노인복지서비스 간 연계를 활성화 하는 것이고, 이를 체계적으로 관리할 수 있는 환경을 만들어 재정적 효율적 사용을 권장하는 방안이 있다. 현재 상태에서는 노인복지서비스와 장애인복지서비스는 연령의 구분 및 장애의 유무에 따라 분절되어 있고, 서비스 전달체계 및 재정지원방식도 이분화되어 있어 현장에서 '연계'를 시도하려고 해도 현실적인 한계로 인해 시행이 어렵다. 특히 복지시설의 재정은 지방자치단체에 의해 지원되기 때문에 복지시설의 서비스 제공에 있어 지방자치단체별 지역적 칸막이도 연계의 어려움으로 지적되고 있다.

따라서 노인복지와 장애인복지 서비스 간 연계를 위해서는 단기적으로 관련 전문가 및 이용자의 인식개선을 통한 현장에서의 노력들이 전개되

고, 장기적으로는 장애인복지와 노인복지 간 제도의 정비, 전달체계의 개편, 그리고 재정지원방식의 변화 등을 도모할 필요가 있다. 현재 지역사회에서는 ‘장애노인 복지관’이나 ‘복지센터’ 등 대상별 서비스 방식의 한계를 극복하려는 노력들이 새로이 시도되고 있다. 즉, 현행 제도의 한계와 장애인복지 대상자의 고령화와 노인복지 대상자의 장애이슈를 함께 고민하고 이를 해결하기 위한 노력들이 전개되고 있다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 현재 사회복지 시설평가에서는 현행 제도의 측면만을 고려하기 때문에 이러한 노력들에 대한 적절한 점수를 받지 못하는 한계가 있다. 고령장애인을 위한 ‘연계사업’ 진행 시 점수배점에서 인센티브를 받아 시설평가에서 높은 점수를 받을 수 있도록 시설평가 항목의 재검토가 요구된다.

노인복지와 장애인복지 서비스 간 연계를 위한 장기적 비전은 노인복지와 장애인복지 서비스 간 연계를 통하여 고령장애인의 상황과 환경에 맞는 서비스를 양 제도 내에서 연계하여 제공함으로써 고령장애인에게 적절히 개입할 수 있도록 연계체계를 구축하는 것이다. 일례로 ‘고령장애인’과 같은 양 서비스 간 중복수혜 대상자들의 경우 바우처와 같은 수요자 중심의 재정지원방식의 도입으로 장애인복지나 노인복지 서비스 중 본인이 선택권을 강화할 수 있는 체계를 구축하는 것이다. 이러한 접근은 고령장애인의 양 제도 간 소외의 이슈와 재정의 중복 문제를 해결할 수 있는 적절한 방법이 될 수 있을 것으로 보인다. 또한 이를 위해서는 노인복지와 장애인복지 시설 종사자 및 이용자를 대상으로 서로를 이해할 수 있는 인식개선의 노력이 필요하며, 고령장애인이 양제도 어느 곳을 방문하더라도 노인복지와 장애인복지서비스에서 제공하고 있는 서비스를 본인이 필요에 따라 제공받거나 연계 받을 수 있는 구조가 마련되어야 할 것으로 보인다. 이러한 연계체계는 서비스 연계과정 및 추후 모니터링을

포함한 체계로 계획되어야 할 것이다.

또한 고령장애인을 위한 서비스 연계의 측면에서 우리나라의 장기요양 제도에 대한 지속적인 검토도 필요하다. 현재 우리나라의 장기요양제도는 정책의 연령적 구분에 따라 ‘노인장기요양’과 ‘장애인활동지원’으로 구분되어 있으나, 고령장애인의 경우 노화로 인한 신체적·정신적 쇠퇴로 요양에 대한 욕구가 다른 장애인구 집단에 비해 높기 때문에 노인복지의 요양중심 서비스와의 연계가 다른 장애인구 집단에 비해 더욱 필요하다. 해외 선진국의 장기요양의 서비스 대상은 장기요양의 욕구를 가진 장애인과 노인 모두를 서비스 대상으로 정하고, 대상의 구분 없이 요양의 욕구를 가진 사람에게 일상생활지원을 제공한다. 우리나라의 장기요양제도는 제도의 계획에서부터 ‘노인장기요양’과 ‘장애인활동지원’으로 구분되어 시작되었으나, 향후에는 장기요양의 욕구가 높은 장애인과 노인을 통합하고 ‘장기요양제도(현 노인장기요양제도, 명칭의 변경 필요)’를 통해 충분한 서비스 제공이 이루어질 수 있도록 통합하고, 장애인의 특성 및 이들의 자립생활 지원을 위한 목적으로 추가적인 활동지원서비스 제공이 이루어 질 수 있도록 제도의 통일성과 효율성 측면의 지속적 검토가 필요하다(김찬우, 2013). 특히나 고령장애인의 경우 고령으로 인해 야기되는 장애의 의료적인 지원의 필요성을 고려하여 장기요양의 측면에서 의료영역의 서비스 제공이 충분히 가능할 수 있도록 제도의 설계에 있어 추가적인 고려가 필요할 것이다.

## 발표 3. 노인일자리 현안과 정책대응

### 1. 추이와 현황

우리나라의 65세 이상 노인 경제활동참여율은 2000년 이후 약 30% 전후를 유지하고 있으며, 2014년 7월자 기준 33.8%를 기록하고 있다. 이는 50~64세 준고령자의 경제활동참여율 61.2~76.1%의 약 1/2 수준이다.

〈표 2-11〉 연령집단별 경제활동참여율 추이

(단위: %)

구분	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014.7
전체	61.2	62.0	62.1	61.9	61.5	61.0	61.3	63.2
20-29세	64.9	65.7	66.3	65.3	63.6	63.2	62.8	64.6
30-39세	75.2	75.2	74.9	75.5	75.2	74.6	75.0	76.9
40-49세	79.2	79.0	79.1	79.5	80.1	79.8	80.0	80.7
50-59세	68.7	69.5	69.4	70.1	72.0	72.7	73.8	76.1
60-64세	54.3	55.9	53.7	55.8	55.1	55.5	57.8	61.2
65세이상	29.6	30.7	29.8	30.5	30.6	29.4	30.7	33.8

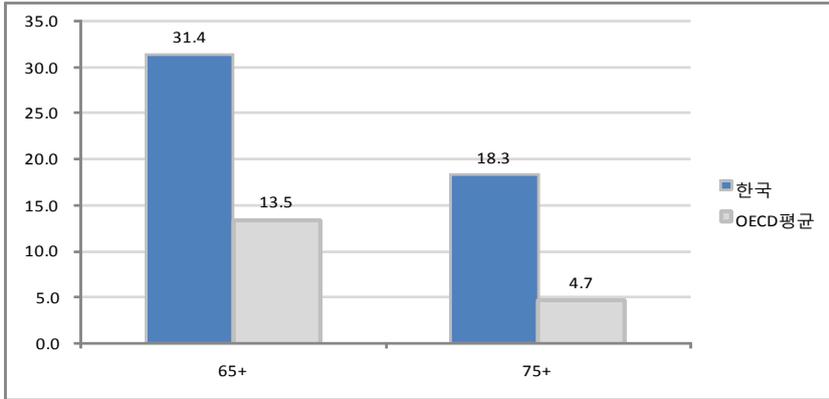
주: 전체는 15세 이상인구를 의미함

자료: 통계청, 국가통계포털, 경제활동인구조사-연령별 경제활동인구 총괄

국제비교를 살펴보면, 우리나라의 65세 이상 노인 경제활동참여율은 2013년 기준 31.4%로 OECD평균 13.5%에 비해 2배 이상 높은 수준이며, 연령이 증가할수록 격차는 더욱 확대되어 75세 이상 후기노인의 경제활동참여율은 OECD 평균의 약 4배 수준이다(우리나라 18.3%, OECD 평균 4.7%).

[그림 2-12] 경제활동참가율의 국제비교

(단위: %)



자료: Online OECD Employment Database(<http://stats.oecd.org/>)

높은 노인 경제활동참여율은 노인의 사회참여를 높이고 스스로 노후소득을 획득한다는 점에서 긍정적으로 평가할 수 있음에도 불구하고, 우리나라는 공적연금제도의 미성숙과 급속한 고령화로 노후소득에 대한 대비가 부족한 노인들이 열악한 근로조건에서 노동시장에 남아있다는 점에서 부정적인 시각이 더 크다고 볼 수 있다.

따라서 우리 정부는 노인집단의 소득 지원을 위한 다양한 정책을 시행하고 있으며, <표 4-12>와 같이 고용노동부와 보건복지부는 근로능력과 근로의사가 있는 고령자 및 노인이 더 오래 노동시장에서 남아있게 하기 위해 제도적 기반 마련 및 재정투입 등을 통해 활발하게 지원하고 있다. 두 부처는 연령을 기준으로 목표대상을 구분하고 있다. 고용노동부는 50세 이상 64세 미만의 준고령자를 대상으로 퇴직준비 및 재취업 등의 지원하고 있으며, 보건복지부는 본 절에서 살펴보고자 하는 65세 이상 대상의 노인일자리 사업을 실시하고 있다. 즉 고용노동부는 정규 노동시장에 진입하거나 퇴출할 때 공적서비스가 제공되지만, 보건복지부는 정부가

직접적으로 일자리를 제공하는 형태로 볼 수 있다.

〈표 2-12〉 고령자 일자리 관련 정책 현황

부처	법령	정책	비고
고용노동부	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖고용상 연령차별금지 및 고령자 고용 촉진에 관한 법률</li> <li>· 고령자: 55세 이상</li> <li>· 준고령자: 50~55세 미만</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖제2차 고령자 고용촉진 기본계획 (2012-2016)</li> <li>· 세대간 일자리 함께하기 지원 강화</li> <li>· 주된 일자리에서 오래 일하기 지원 확대</li> <li>· 퇴직준비·능력개발 지원 강화</li> <li>· 조기 재취업 및 일자리 지원 확대</li> </ul>	재직자 퇴직준비 및 실업자 취업정책 중심
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖노인복지법</li> <li>· 노인: 65세 이상</li> <li>❖저출산고령사회 기본법</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖제2차 저출산고령사회기본계획 보완계획 (2012-2015)</li> <li>· 안정적 노후소득 보장</li> <li>· 사회참여 활성화로 적극적 노년의 삶</li> <li>※ 노인일자리사업</li> </ul>	고령사회 총체적 대책

자료: 고용노동부 및 보건복지부 홈페이지

한편 현 정부는 정권 초기 노인일자리 사업의 질적 및 양적 확대를 도모하기 위한 계획과 의지를 표명하였으며, 양적으로 4년간 연간 5만개 노인일자리 신규 창출, 질적으로 참여수당을 현재의 2배 수준으로 단계적 인상, 참여기간 12개월로 확대할 계획이라고 밝히고 있어 향후 노인일자리 사업의 큰 변화가 예상된다. 따라서 본 절에서는 현재 우리나라 노인일자리 사업의 현황 및 쟁점과 이슈 등에 대해 짚어보고, 보다 사업 효과성을 제고할 수 있는 정책대응을 제시하고자 한다.

노인일자리 사업은 앞에서 언급한 것처럼, 2004년부터 정부의 공적재원을 투입하여 정부가 직접 일자리를 창출하는 것이다. 즉, 노동시장의 대표적인 취약계층인 65세 노인이 주정책대상이며, 근로능력과 자발적 의지가 있는 노인은 참여 가능한 형태이다.

사업의 목적은 일자리를 통해 적극적인 사회참여와 소득보충, 건강증진 등 노인문제를 예방하고 노인인력 활용에 대한 사회 인식을 개선하는 것에 두고 있으며, 일자리의 사업유형은 〈표 4-13〉과 같이 재정 지원규모에 따라 크게 공공분야(사회공헌형)와 민간분야(시장진입형)로 구분된

다. 그리고 사회공헌형은 다시 공익형과 교육형, 복지형으로, 시장진입형은 인력파견형, 공동작업형, 제조판매형<sup>36)</sup>으로 분류되어 총 6가지 사업 유형으로 세분된다.

사업유형별로 예산지원 기준을 구체적으로 살펴보면, 사회공헌형은 노인일자리 예산에서 참여노인의 인건비 및 부대경비를 전액 지원하는데 반해, 시장진입형은 공동작업형 및 제조판매형과 같이 일정기간 사업비와 참여자 인건비를 일부 보충지원하거나 인력파견형처럼 부대 경비만을 지원하고 있다.

〈표 2-13〉 노인일자리사업 유형과 예산지원 기준

		유형				국고 보조
		인건비(월)	참여 기간	부대경비	계	
사 회 공 헌 형	공익형	20만원	9~12 개월	14만원(예산범위내 공익형 12~14만, 교육/복지형 14~16만원) ※ 연중일자리 16만원	192~256 만원	50% (서울 30%)
	교육형					
	복지형					
시 장 진 입 형	인력파견형	-	연중	15만원 (예산 범위내 탄력적용 가능)	10~15만원	
	공동작업형	-	연중	180만원	180만원	
	제조판매형	-	연중	200만원	200만원	
수행기관 전담인력		109만원	11개 월	-	1,199만원	

주: 1) 공익형 지역사회환경개선사업은 전년도 시/도 사회공헌형 대비 배정비율의 3% 증가 이내 추진. 나머지 유형은 시/도 자율적 판단에 의해 실시

자료: 한국노인인력개발원 홈페이지

노인일자리 사업의 참여요건에서 연령기준(만 65세 이상)을 엄격하게 적용하고 있지만, 만60~64세도 예외적으로 참여가 가능하다. 현재 공익

36) 공동작업형과 제조판매형은 원래 시장형으로 통합되어 있었으나, 2014년부터 구분되었다.

형에서 초등학교급식도우미와 복지형에서 노노케어사업은 만60~64세도 참여가능하며, 다만 재산세액 조사 후 저소득층을 우선 참여토록 하고 있다. 그 외 사회적기업 연계지원사업(시범, 공익형)과 교육형, 공동작업형, 제조판매형, 인력파견형도 만60~64세에 대해서는 예외적으로 참여를 허용하고 있다<sup>37)</sup>. 현재 노인일자리 사업의 참여요건에는 사업유형별에 따라 소득기준이 적용되기도 하며, 공익형과 복지형사업은 신청자 중 만 65세 이상인 자는 기초노령연금수급권자에 한하여 참여가 가능한 것으로 제한하고 있다(보건복지부, 2014; p.22). 사업유형별 참여자의 선발 주요기준이 <표 4-14>에 요약 제시되어 있다.

<표 2-14> 사업유형별 참여자 선발 주요기준

구분		주요기준
사회 공헌형	공익형	기초노령연금수급권자(소득인정액), 노인일자리 참여경력(신규참여)
	교육형	관련 외부교육 이수여부 및 전문성, 기초노령연금 수급여부(가점)
	복지형	기초노령연금수급권자(소득인정액), 전문성
시장 진입형	인력파견형	경력 및 관련 외부교육 이수여부
	공동작업형	경력 및 관련 외부교육 이수여부
	제조판매형	경력 및 관련 외부교육 이수여부

주: 사업수행기관은 지방자치단체, 시니어클럽, 노인복지회관, 대한노인회, 노인복지센터, 사회복지관 등임.

자료: 보건복지부(2014), p.24.

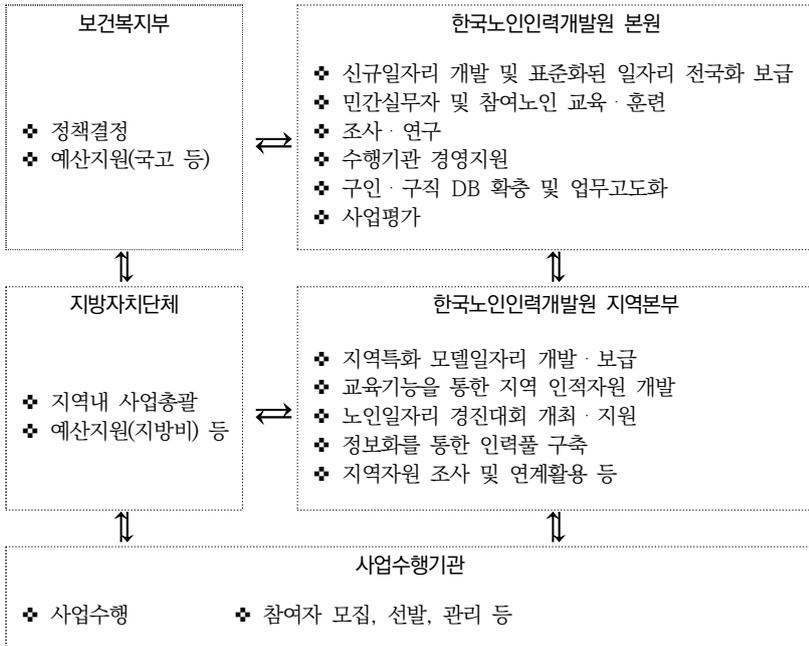
한편 노인일자리 사업은 다른 공적소득보장과 중복 수혜되지 않고, 취약계층의 참여를 원활히 하기 위해 아래와 같이 참여제외자를 규정하고 있다.

- 국민기초생활보장법에 의한 수급자. 다만 의료급여 2종 수급권자는

37)

- 모두 참여를 허용하고 있으며, 의료급여 1종 수급자 중에서는 국가유공자, 북한이탈주민 등일 경우만 참여가 가능함
- 정부부처 및 지자체에서 추진 중인 일자리사업 참여자
  - 국민건강보험 직장가입자(인력파견형은 제외)
  - 장기요양보험 등급판정자. 다만 등급외자는 참여 가능

[그림 2-13] 노인일자리사업 추진체계



주: 사업수행기관은 지방자치단체, 시니어클럽, 노인복지회관, 대한노인회, 노인복지센터, 사회복지관 등임.

자료: 보건복지부(2014), p.11.

[그림 4-13]에 제시된 것과 같이 노인일자리 사업의 추진체계를 살펴 보면, 보건복지부는 노인일자리 사업의 정책결정 및 국비 예산지원을 하며 지방자치단체는 지역 내 사업총괄 및 지방비 예산을 지원하고 있다.

그리고 한국노인인력개발원 본원은 전국의 노인일자리사업의 추진 지원을 총괄하며, 한국노인인력개발원 지역본부는 지역 내 순수민간분야 일자리 개발 및 보급, 지역 인적자원 개발 등의 역할을 수행한다. 사업수행 기관에는 지방자치단체, 시니어클럽, 노인복지관, 대한노인회, 복지센터 등이 있으며, 사업참여자 모집 및 선발, 교육, 현장투입 등의 일자리 관련 제반 업무 등을 수행한다.

〈표 2-15〉 연도별 노인일자리사업 창출실적

(단위: 개, %)

구분	합계 (증감)	사회공헌형	시장진입형	시장자립형
2004	35,127 -	32,173	2,954	-
2005	47,309 (34.7)	42,745	4,564	-
2006	83,038 (75.5)	73,712	9,326	-
2007	115,646 (39.3)	103,415	12,231	-
2008	126,370 ( 9.3)	110,389	15,981	-
2009	222,616 (76.2)	195,798	26,818	-
2010	216,441 (-2.8)	191,676	24,765	-
2011	225,497 ( 4.2)	194,480	25,866	5,151
2012	248,395 (10.2)	217,710	25,539	5,146
2013	261,598 ( 5.3)	227,439	28,082	6,077

주: 1) 사회공헌형의 창출실적은 실제 참여기간을 9개월로 환산하여 추정한 것이며, 시장진입형은 누적참여인원으로 산출.

2) 2009년부터 시장형에 창업모델형 포함.

자료: 한국노인인력개발원 홈페이지에서 재구성

노인일자리 공급량을 살펴보면, 사업 실시 이후 단기간에 양적인 면에서 크게 성장하였으며 최근으로 올수록 증가율은 둔화되고 있는 것을 알 수 있다. 수행일자리 사업량이 2004년 35,127개에서 2013년 261,598개로 약 7.4배 증가하였다. 즉 2004년부터 2013년까지 전년 대비 증가

율은 평균 28.0% 수준이다. 그러나 높은 양적 성장은 사업초기에 해당하는 2005~2007년 사이에 최소 34.7%에서 최대 75.5%의 증가율을 달성한 데 기인하며, 이후 2009년 75.2% 증가 이후 마이너스 혹은 10% 미만의 낮은 증가율을 보이고 있다. 2013년은 전년 대비 증가율은 5.3%이다.

사업유형별로는 사회공헌형 위주의 양적 성장이 이루어진 것을 알 수 있다. 사회공헌형은 2004년 91.6%에서 2013년 89.0%로 큰 변화없이 노인일자리 사업의 대부분을 차지하고 있다. 반면 시장진입형은 같은 기간 8.4%에서 11.0%로 소폭의 증가에 머무르고 있다.<sup>38)</sup>

한편 2013년 65세 이상 노인의 취업자 수는 1,898천명인데 반해, 노인일자리 수는 261천개가 제공되고 있어 공공부문의 일자리는 12.1%에 불과한 것을 알 수 있다. 그러나 사업 초기 2.7%에 비해 비중이 크게 성장한 것이다.

〈표 2-16〉 연도별 65세 이상 취업자 수

(단위: 천명)

구분	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2013	2014.7
65세 이상	1,000	1,155	1,243	1,435	1,529	1,550	1,784	1,898	2,147

자료: 통계청. 국가통계포털. 경제활동인구조사-연령별 경제활동인구 총괄

2011년부터는 공적재정 투입이 없이 민간기업 및 단체와 연계한 3가지 자립형 노인일자리 사업이 실시되고 있다. 이들 3가지 사업은 시니어 인턴십, 고령자 친화기업, 시니어직능클럽이며 정부의 재정지원이 전혀 이루어지지 않는다는 점에서 기존의 노인일자리 사업과 차이가 크다. 먼

38) 시장자립형을 제외하고 산출한 수치이다.

저, 시니어인턴십 프로그램은 노인이 기업의 사업현장에 인턴으로 참여할 수 있는 기회를 제공하는 모델이며, 고령자 친화기업은 시장경쟁력과 지속성을 갖춘 노인일자리를 지원하기 위해 고령자 적합직종을 개발하는 기업설립을 지원하는 모델이다. 마지막으로 시니어직능클럽은 퇴직자 중에 전문경력을 보유한 노인을 대상으로 경륜나눔형 일자리를 제공하는 모델이다.

## 2. 국제비교<sup>39)</sup>

우리나라의 노인일자리 사업과 정확하게 일치하지는 않지만, 미국과 일본에서도 노인들을 대상으로 일자리 지원사업이 유사하게 이루어지고 있다.

미국은 고령자 지역사회서비스 고용프로그램(Senior Community Service Employment Program; SCSEP)을 운영하고 있다. SCSEP는 1973년부터 연방정부의 재정지원 하에 실시되는 공공 프로그램으로, 정부에서 취업기회를 직접 제공하는 것이 아니라 노동시장에서 취업을 위한 기술과 훈련을 제공받는 것이 특징이다.

해당 주에 거주하는 55세 이상 저소득가구(가구규모별 빈곤선 125% 이하)에서 실직한 고령자가 참여대상이며 연령 상한은 없다. 참여요건을 살펴보면, 연령기준 보다는 소득기준을 더욱 엄격하게 적용하고 있다. 그러나 참여자 선발 우선순위에서 65세 이상의 노인이 포함되어 있기 때문에 노인 대상 고용프로그램으로 볼 수 있다. 그 외 선발 우선순위에는 장애인, 영어를 읽지 못하거나 능숙하지 못한 자, 농어촌 거주자, 구인 및

39) 박경하 외(2013), 노인일자리 확대를 위한 중장기 정책방향, 한국노인인력개발원에서 요약·발췌함.

군인의 배우자, 고용 가능성이 낮은 자, 노숙인 또는 노숙 위험이 높은 자 등이 포함된다.

SCSEP의 최종목적은 정부의 보조금을 받지 않는 일자리로 취업하거나 자원봉사 활동으로 이행하는 것이다. 근로시간은 1일 최대 6시간, 주당 평균 20시간이며, 임금은 참여자의 성과에 관계없이 시간당 최저임금으로 고정되어 있다. 그동안 SCSEP는 경제적 자립을 성과로 강조하여 왔으나, 최근 변화가 보이고 있다. 자원봉사 활동 관련 지표가 SCSEP의 성과지표에 추가되는 등 고령자 사회참여 사업으로 의미를 부여하려는 노력이 보이고 있다(ETA, 2012; 박경하 외, 2013에서 재인용). 즉 SCSEP는 적절한 훈련을 통해 노동시장에 (재)진입할 수 있도록 지원하는 프로그램으로써 전 생애에 최대 48개월의 참여기간 제한규정이 있다.

한편 일본은 1980년부터 정부의 재정지원을 받는 민간단체로써 실버인재센터(Silver Human Resources Center)가 운영되어 고령자 대상 일자리 사업을 주도하고 있다. 다시말해 실버인재센터는 정부주도로 운영되는 것이 아니라, 지역공동체를 기반으로 고령노동자들이 조직하여 자주적이고 주체적으로 운영하는 형태이다. 실버인재센터를 통해 일자리를 제공받고자 하는 노인들은 회원으로 가입하여야 하며, 회원은 센터 사업 참여뿐만 아니라 조직과 사업 운영에도 직접 참여할 수 있다. 유료 회원제로 운영되며, 회원의 자격은 60세 이상의 건강하고 활동의사가 있는 고령자로 하고 있다. 그러나 참여자의 연령분포를 살펴보면, 60~64세 연령 비중이 8.5%에 지나지 않기 때문에, 대부분 65세 이상임을 알 수 있다(한국노인인력개발원, 2009).

실버인재센터에서 제공되는 일자리는 대부분 단순노무와 기능직 등 저숙련 직종이며, 임시적 및 단기적인 성격을 띠고 있다. 일자리제공 과정을 살펴보면, 지역사회 상황과 회원 개인의 기술 및 희망을 반영하여 고

용정보를 제공하게 되고 회원들이 이 정보를 활용하여 일자리를 선택하는 방식이다. 근로일수는 주당 평균 1~2일이며, 반복적으로 일자리를 제공받을 수 있다. 센터에서 제공하는 일자리의 질은 회원들의 욕구에 부합하지 않는 단기 저숙련 일자리가 대부분이라는 점에서 일자리의 질적 고도화에 대한 요구가 높아지고 있다.

〈표 2-17〉 노인일자리 사업의 해외 유사사례 비교

	목표	정책수단	참여조건	기타
미국 (정부)	경제적 자리 지원, 지역 사회 필요서비스 제공	제한된 기간동안 직업 훈련과 근로경험 제공	55세 이상, 저소득 ※ 소득기준 엄격	기간제한 (48개월)
일본 (민간)	사회참여	단기적 일자리 제공, 체계적 훈련 없음	60세 이상, 회원제 ※ 기준없음	회원제
한국 (정부)	소득창출, 사회참여	일자리 직접 제공, 체계적 훈련 없음	65세 이상, 저소득 가점 ※ 연령기준 엄격	없음

이와 같이 우리나라의 노인일자리 사업과 유사하게 미국과 일본에서 운영되는 프로그램을 살펴본 결과, 국가별로 유사점과 차이점이 확인된다. 미국의 SCSEP는 시간제 일자리를 최저임금수준에서 제공한다는 점에서 우리나라의 노인일자리 사업과 유사하지만, 참여대상 연령이 55세 이상이며 엄격한 소득기준이 있다는 것과 참여기간을 제한하고 정부의 재정지원을 받지 않는 일자리 취업을 강제하는 것에서 차이가 있다. 이는 국가보다 개인의 책임을 강조하는 미국의 복지정책 기조가 반영된 것으로 보인다(박경하 외, 2013).

일본의 실버인재센터는 주 참여대상이 65세 이상이며 일자리가 직접 제공되며, 일자리 특성상 특별한 기술을 요구하지 않는 저숙련 직종이라는 것이 우리의 노인일자리 사업과 유사하다. 반면 실버인재센터는 민간

에서 유료 회원제 형태로 운영된다는 것과 지역사회에서 일자리를 의뢰 받아 회원에게 분배한다는 것, 지역사회 참여에 중점을 두는 부분에서는 차이가 있다.

미국과 일본의 고령자 일자리 지원 정책을 통해 시사점을 정리하면, 우리나라 노인일자리 사업도 미국과 같이 장기적으로는 정부의 직접적 일자리 제공이 아니라 근본적으로 노인의 근로능력 향상을 통해 노동시장에 자력으로 진입할 수 있도록 전환되는 것이 바람직해 보인다. 일본의 센터에서 일자리의 질에 대한 요구가 점차 강화되고 있다는 점과 센터의 사업 확대가 민간분야의 시장을 압박하고 있다는 비판도 직접적인 일자리 제공 형태에는 한계가 있는 것으로 보여진다. 우리나라 노인일자리 사업의 질적 내실화에 대한 요구는 앞으로 더욱 커질 것이며, 일본과 달리 우리나라는 공적 재정 투입이 수반된 일자리 창출이기 때문에 향후 정부의 큰 재정부담이 될 소지가 있다.

그리고 시장진입형 및 독립형의 사업유형 비중이 증가할 경우 민간분야의 시장과 경쟁관계를 초래할 수 있다는 점에서 향후 정책적 대응에 이를 반드시 염두에 두어야 할 것이다.

### 3. 쟁점과 이슈

우리나라 노인일자리 사업은 지난 10여년 간의 급격한 양적 성장에도 불구하고 앞으로 질적인 측면에서 개선해야할 부분이 많다. 이와 관련하여 노인일자리 사업의 개선을 위한 그간 쟁점과 이슈를 살펴보면, 첫째 인건비 및 참여기간 등이 내실화 되어야 한다는 것이다. 참여노인 인건비는 2004년 월 20만원으로 설정된 이후 물가상승분 등의 반영 없이 2014년까지 그대로 유지되고 있어, 급여수준 상향에 대해 오랜 기간 논의되고

있지만 아직까지 정책에 반영되지 못하고 있는 실정이다.<sup>40)</sup>

인건비가 제공되는 사회공헌형 사업 이외에 시장형 사업의 급여수준 또한 열악한 수준이다. 사업 초기 시장형 사업의 소득수준이 공익형 보다 낮았지만, 최근 조금 상향되어 2012년 시장형 사업의 급여수준은 월평균 257,973만원이다.

따라서 박경화 외(2013)에 의하면, 노인일자리 사업 참여노인의 소득을 빈곤선 이상으로 보장하기 위해 급여수준을 30~40만원으로 인상할 필요가 있다는 주장이다.

〈표 2-18〉 시장형 노인일자리사업 급여수준 추이

(단위: 원)

	2010	2011	2012
1인당 월평균 보수	224,703	247,026	257,973

자료: 박경화 외(2013)

노인일자리 사업은 연중 내내 운영되는 것이 아니라 소득단절 기간이 발생하고 있다. 참여기간의 확대를 통해 소득안정성을 추구하기 위해서, 사회공헌형의 경우 2013년부터 기존 7개월에서 9~12개월로 연장된 바 있지만, 여전히 단속적인 사업이 많다. 따라서 사회공헌형의 참여기간을 일괄적으로 12개월이 되도록 확대할 필요가 있다. 시장진입형의 사업 참여기간은 더욱 짧은 실정이다. 2013년 기준 인력파견형의 평균 참여기간은 5.2개월, 공동작업형 및 제조판매형이 8.0개월에 지나지 않기 때문에 민간부문에서 참여기간을 확대하기 위한 인센티브를 제공할 필요가 있다는 것이다(한국노인인력개발원, 2014). 또한 주당 근로시간 또한 15시간

40) 시장진입형(공동작업형, 제조판매형)의 부대경비 지원은 130~150만원에서, 180~200만원으로 증대된 바 있다. 언제???

미만으로 소득보충적 목적에 적합하지 않다.

둘째, 사회공헌형의 경우 일관된 인건비 지원에서 벗어나 급여수준을 다양화할 필요성이 제기되고 있다. 노인의 노인일자리 참여동기는 86.1%가 경제적 도움이며, 참여 사업유형별로 참여동기의 차이가 나타나고 있다. 공익형 참여노인은 참여동기가 경제적 도움이라고 응답한 비율이 91.3%에 달하는 반면, 교육형은 51.7%이다. 교육형의 또 다른 참여동기로는 사회참여와 자기발전이 각각 24.5%, 14.8%로 확인된다. 따라서 예산효율성을 고려하여 노년기 근로에 대한 접근은 두 가지로 고려할 필요가 있다. 경제적인 이유로 일자리를 원하는 경우 급여수준 향상을 통해 소득보충 효과를 제고하고, 여가활동 및 사회참여를 위한 경우 무보수의 사회공헌으로 접근하는 것이 바람직하다는 것이다.

셋째, 시장진입형 사업의 내실화를 통해 '소득-육구 역전 딜레마'를 해결해야 한다는 것이다. 시장진입형 사업이 사회공헌형에 비해 노인들의 생계형 욕구에 부합하는 목적을 달성하기 위해서는 보다 양질의 노동을 통해 높은 수입을 얻을 수 있도록 개선되어야 한다. 또한 현재 노인일자리 사업에서 시장진입형의 비중이 11.0%에 불과하므로 보다 확대할 필요가 있다. 이는 장기적으로 정부의 재정부담을 완화시킬 수 있다는 측면에서도 중요한 이슈로 보여진다.

넷째, 수행기관의 전담인력 처우가 열악하고, 지역별로 사업관리체계의 편차가 큰 것으로 나타나고 있다. 최근 수행기관 전담인력은 급여수준 향상과 참여기간 확대가 되어, 2013년 참여기간은 9개월에서 11개월, 2014년 월 인건비 기준 100만원에서 109만원으로 9만원 상승하였지만 여전히 취약한 수준이다. 또한 지역별로 사업관리를 체계적으로 할 수 있도록 업무표준화 및 교육 필요하다는 것이다.

다섯째, 노인들의 욕구 대비 사업량이 충분하지 않은 상태이며, 향후

고령화의 진전으로 욕구는 더욱 증가될 것으로 예상되므로 일자리의 지속적인 양적 확대가 이루어져야 한다는 것이다. 박경하 외(2013)에 의하면, 노인일자리 수요는 2017년 약 91만명~114만명, 2022년 약 115만명~143만명으로 예측된다.

〈표 2-19〉 노인일자리사업의 수요예측

(단위: 천명)

	65세 이상 인구	최소	최대
2013년	6,138	792	988
2014년	6,386	824	1,028
2017년	7,119	918	1,146
2020년	8,084	1,043	1,302
2022년	8,911	1,150	1,435

주: 2011년 노인실태조사를 이용하여 산출함. 노인일자리 노인일자리사업 참여의향이 있는 노인 수에서 일반 취업자 전체를 제외한 것이 최소, 상용근로자 및 자영업자만을 제외(취업자 중 임시근로자 및 일용근로자는 포함)한 것이 최대임.

자료: 박경하 외(2013), 노인일자리 확대를 위한 중장기 정책방향, 한국노인인력개발원에서 재구성

여섯째, 노인일자리 사업 수행인력이 부족하며 업무분야에 부합하지 않는 전담인력이 배치된다는 것이다. 노인일자리 사업 수행기관에서 노인일자리 사업 업무를 전담 지원하기 위해 상근인력을 17개 시·도당(세종시 포함) 1명 씩, 사업수행기관은 참여노인의 136명당 1명을 배치하도록 기준을 정하고 있다. 사업수행기관의 전담인력 배치기준은 2010년 120명당 1명에서 변경된 것으로, 전담인력 1명이 담당하는 참여노인 수가 증가된 것이다. 이러한 전담인력 배치기준은 기관 및 사업 특성, 노인의 특성 등을 전혀 고려하지 않았다는 점에서 지적이 있다. 박경하 외(2012)에 의하면 전담인력 1명당 참여노인 수가 과다하며, 특히 시장형과 교육형은 전담인력 1명이 20~30명만 맡아도 업무가 과중한 것으로 밝혀졌다.

또한 전담인력은 여러 개의 사업단을 관리하며 사업구상 및 실행을 담

당하며, 사회복지업무와 관련된 전문성도 요구되지만, 특별한 자격제한이 없기 때문에 전담인력의 상당수는 해당 업무를 제대로 수행하기 어려운 것으로 확인된다(박경하 외, 2013).

일곱째, 고령자 관련 일자리 정책이 통합 관리되어야 한다는 주장이 있다. 현재 인구대상을 기준으로 고용노동부에서는 50~64세 준고령자를 대상으로 취업지원 서비스가, 보건복지부에서는 65세 이상 노인을 대상으로 노인일자리 사업이 실시되고 있다. 수요자 중심의 원스톱서비스를 위해 고용-복지종합센터가 남양주에 최초로 설치되어 성과가 보고되고 있으며, 각 지역으로 확산하기 위한 시도가 이루어지고 있다. 그러나 고용-복지센터에서는 고용노동부의 고령자 취업지원 서비스와 보건복지부의 노인일자리 사업의 연계가 잘 이루어지지 않는 것으로 보인다. 기대수명의 증가와 보건기술의 발달로 향후 일할 의지와 능력이 있는 노인이 지속적으로 증가될 것으로 예측되며, 노인의 연령 기준을 보다 70세 이상으로 상향하자는 논의가 이루어지는 것으로 미루어 일자리 정책에서는 연령기준이 아니라 소득기준 하에 한 개의 정부부처에서 일괄적으로 관리되는 것이 바람직하다는 것이다.

여덟째, 노인일자리 사업의 정체성 재정립이 필요하다는 것이다. 낮은 급여수준과 저숙련 일자리로 인해, 노인일자리 사업을 자원봉사활동으로 인식하는 경향이 있다. 이는 급여현실화와 주당 근로시간 및 참여기간 확대 등을 통해 근로성 강화를 고려해야 할 것이다.

아홉째, 전면적으로 떠오른 이슈는 아니지만 향후 노인일자리 사업이 더욱 확대되고 참여노인의 연령이 증가하면서 일자리에서의 안전 및 사고예방에 관심이 증대될 것으로 예상된다. 2010년 사고발생 건수는 88건(0.04%)에서 2013년 191건(0.07%)로 증가하고 있다. 사업참여자의 연령이 증가되면서, 사고발생 가능성은 더욱 증가할 것으로 보이므로 선

제적 대응책 마련이 필요할 것이다.

〈표 2-20〉 노인일자리사업 사고발생추이

(단위: 건, %)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년
사고발생 건수	88	97	134	191
비율	0.04	0.04	0.05	0.07

자료: 한국노인인력개발원(2014), 2013 노인일자리 통계 동향, p.79, 표 2-2-9를 재구성

마지막으로 노인일자리와 관련하여 간과하고 있는 부분으로 출퇴근서비스에 대해 살펴볼 필요가 있을 것이다. 아직까지 노인일자리 사업에 대한 논의에서 본격적으로 다루어지지 않고 있지만, 거주지와 일자리 장소와의 거리가 멀거나 교통편이 여의치 않을 경우 참가가 어려울 수 있을 것이다. 따라서 노인일자리 참여자격요건을 갖추고 참여의사가 있는 노인들의 이동권 보장을 통해 보다 원활하게 사업에 참여할 수 있도록 지원 체계를 마련하는 것도 필요하다.

이상의 쟁점과 이슈에 의하면, 기존 노인일자리 사업은 양적 확대 위주로 실시되었으나, 향후에는 노인의 개개인의 욕구 맞춤형 설계 및 양질의 안정적인 일자리 제공 등 질적 내실화가 필요하다는 것이다. 그동안 학계 등에서 노인일자리 사업의 질적 개선에 대한 논의가 활발하게 이루어졌음에도 불구하고, 개선이 어려웠던 이유는 정부의 정책적 의지에 반영되지 못하였기 때문인 것으로 보인다. 현 정부도 선거공약 및 국정계획을 통해 노인일자리 사업과 관련하여 4년간 연간 5만개, 총 20만개의 신규 일자리 제공 등 여전히 양적 확충에 정책적 비중을 두는 것으로 확인된다. 그러나 일을 통한 복지증진으로 노인빈곤 문제를 해결하기 위해서는 현재의 정부방향은 수혜대상 노인의 확대라는 양적 측면에서 수혜대상의 복지수준 현실화라는 질적 측면으로 옮겨가야 할 것이다.

#### 4. 정책 대응

노인일자리 사업의 에 대한 정책대응의 기본방향은 노인일자리 사업의 내실화에 맞추는 것이 바람직해 보인다. 그러나 노동시장 취약계층인 고령자를 대상으로 소득보충적 목적으로 시작된 노인일자리 사업은 그 당위성에 비해 예산 및 사업추진 환경에 제한이 많은 편이므로 단기적인 정책 기본방향이 질적 개선으로 급격히 전환되기는 어려울 것으로 판단된다. 따라서 정부의 국정과제의 실현, 현실적으로 예산 확보 및 실행가능성 등을 고려하여 단기적으로 정책의 기본방향을 설정하되, 중장기적으로는 노인일자리 질적 내실화에 방점을 두어야 할 것이다.

이러한 정책 기본방향 하에서 단기 및 중장기 정책과제를 제시하면 다음과 같다. 먼저 단기 정책과제로 노인일자리 사업의 양적 확충은 지속적으로 이루어져야 할 것이다. 이는 현 정부의 정책의지와도 부합할 뿐만 아니라, 우리 사회에서 노인인구 비중이 꾸준히 증가하고 있으며 노인 빈곤문제를 단기간 내에 해결하기는 어려워 보이기 때문이다. 따라서 정부의 예산을 고려하여 노인일자리 양적 확충에 가장 우선순위를 두되, 그 방안의 하나로 재정부담이 낮은 등 민간분야의 일자리 비중을 확대하기 위한 정책적 노력이 필요하다. 시장진입형과 자립형 노인일자리 사업을 활성화하기 위해 참여기간 확대 및 신규 일자리 발굴에 보다 적극적인 관심이 필요하며 참여기업에 대한 인센티브 제공, 사회적 경제와 연계를 적극적으로 확대할 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다.

일자리 질적인 개선을 위한 적극적인 노력이 있어야 할 것이다. 급여수준 향상을 통해 소득보충성격을 강화하고, 근로기간 확대로 소득안정성을 강화해야 한다. 또한 노인의 다양한 참여욕구 및 특성에 맞춰 일자리 유형별로 급여수준 및 근로기간의 다양화가 필요하며, 보다 양질의

괜찮은 일자리가 제공될 수 있도록 해야 할 것이다. 특히 민간분야 일자리에 참여하는 노인의 생계형 소득욕구에 대응하기 위해 시장진입형 및 자립형 일자리의 급여수준 현실화가 이루어지도록 지원이 필요해 보인다.

그리고 사업수행기관의 수행인력 배치기준을 현실화하고, 수행인력에 대한 급여수준을 높일 필요가 있다. 노인일자리 사업의 수행기관에서 보다 전문성을 갖춘 전담인력이 사업단을 관리하며 사업구상 및 실행을 원활하게 수행하기 위해서 전담인력의 자격요건을 강화하고 그에 따른 급여수준의 상향 조정이 이루어져야 한다. 또한 일자리에서의 안전 및 사고 예방을 위한 제도가 마련되어야 한다.

중장기적으로는 사업의 효율성을 제고하고 수요자 친화적인 제도로 전환되기 위한 노력이 필요하다. 이를 위해 우선 고령자의 사회참여 지원정책 일원화가 이루어져야 할 것이다. 준고령자 이상 인구의 일자리정책은 하나의 부처에서 통합될 수 있도록 환경 조성이 필요하다. 준고령자 이상의 일자리 정책은 연령기준이 아니라 소득기준에 의해서 재편성하여 일자리 정책이 통합 관리될 수 있는 법률적 및 제도적 기반을 마련할 필요가 있다.

그러나 노인일자리 사업과 관련하여 부처별로 산재된 정책을 개선하기 위해서는 현재 노인일자리 사업에 대한 정체성 재정립이 선행되어야 할 것이다. 노인일자리는 근로와 자원봉사의 중간적 형태를 취하고 있다.



## 발표 4. 노후설계 현안과 정책대응

### 1. 추이와 현황

#### 가. 노후설계 필요성

노후설계는 노년기에 경험하게 되는 경제 및 사회관계적 상실과 위험을 최소화하고 성공적인 노년기를 영위하기 위해 청·장년기부터 인생단계별 계획을 세우고 실천하는 것을 의미한다. 노후준비는 노년기의 삶에 대한 현실적인 기대를 갖게 하고, 노년을 위한 분명하고 장기적인 목적을 세우고 실천하도록 도와준다. 이러한 노후준비는 노년기 삶의 만족(Topa et al., 2009), 노년기의 신체적 및 정신적 건강(Wang, 2007), 은퇴에 대한 긍정적인 태도(Reitez & Mutran, 2004) 등과 밀접한 관련이 있는 것으로 보고되고 있다.

불과 몇 년전까지만 해도 노후설계라는 용어보다는 은퇴 준비(retirement preparation)이나 은퇴 계획(retirement planning)이 보편적으로 사용되었으며, 주로 남성 임금근로자가 생애 주된 일자리로부터 퇴직과 동시에 노년기로 접어드는 단계를 준비한다는 의미가 강했다. 즉, 기존의 은퇴준비나 은퇴계획은 남성, 임금근로자, 퇴직 직전의 중고령층을 대상으로 한 서비스라고 할 수 있다. 그러나 인구구조 및 노동시장의 변화를 겪으면서 이른 퇴직연령과 기대수명의 증가, 노후소득보장체계의 미성숙과 노인빈곤의 심화 등은 불확실한 노년 삶의 대한 불안을 증폭시키고 있다. 그리고 이러한 불안과 불확실성으로 인해 남성 임금근로자 뿐만 아니라 모든 사회구성원이 퇴직 직전이 아닌 비교적 이른 시기에 노년에 대한 준비를 할 수 있어야 한다는 주장이 설득력을 가지게 되었다. 이로 인해 은퇴준비, 퇴직준비, 은퇴계획은 상대적으로 협소한

개념으로 간주되고, 보다 포괄적인 의미인 노후설계나 노후준비, 생애설계 등의 용어들이 사용되고 있다.

전세계적인 인구고령화와 기대수명의 증가는 사회구성원 뿐만 아니라 사회 전체에 막대한 영향을 미치고 있다. 노인인구의 증가는 국가적으로 사회보장 부담의 증가, 경제성장 약화 등의 사회경제적 위험을 수반하며, 개인적으로는 부모부양에 따르는 경제적 및 정신적 부담 증가, 자녀 및 형제자매 수 감소로 인한 1차적 관계 약화 등의 어려움에 직면하게 된다.

한국의 경우, 고령사회의 가속화와 높은 노인빈곤은 노후준비의 중요성을 더욱 강화시키고 있다. 우리나라의 평균 퇴직 연령은 약 54세인 반면 기대수명은 81.3세로 퇴직 후 약 27년이라는 은퇴기를 보내게 된다. 그리고 OECD 국가들의 노인 빈곤율은 감소하고 있는 추세지만 한국의 노인 빈곤율은 2007년 44.6%, 2009년 45.1%, 2011년 47.2%로 이미 높은 상태에서 지속적으로 증가하고 있다. 또한, 66세와 75세 사이 노인의 소득은 전체 인구 대비 평균 62.4% 정도로 OECD 평균 90.1%에 훨씬 미치지 못하고 있다(OECD, 2013). 또한, 우리나라 중고령자의 주된 여가활동은 TV 또는 라디오 시청이 35.1%로 가장 높으며, 가족 및 친구 등과의 대화 18.2%, 혼자 하는 운동 11.7% 등의 순으로 대부분이 소극적이고 일상적인 여가활동을 하는 것으로 나타났다(권혁창 외, 2012).

이처럼 우리나라는 향후 비생산적이고 비활동적인 노년을 보내게 될 위험이 높은 노년층이 대량 발생할 것으로 예측되고 있다. 그리고 현재의 청장년 세대가 노후에 대한 대비를 하지 않는다면 길어진 노년을 빈곤한 노년과 무위의 노년으로 채우게 될 가능성이 높다고 할 수 있다. 그러므로 국민 스스로가 자신의 노후에 대해 관심을 갖고 노년기를 준비해 갈 수 있도록 국가 차원의 정책적 지원이 요구되고 있다.

노후준비는 전통적으로 재무설계를 중심으로 진행되어 왔다. 즉, 은퇴

와 함께 소득단절을 겪게 되는 어려움을 최소화하기 위해 저축이나 투자 등을 통해 경제적으로 여유로운 노년을 계획하는 것이 일차적 관심사였다. 그러나 노년의 삶이 보다 길어지고 다양해짐에 따라 노후준비는 영역은 다차원적으로 확대되었다. Law와 동료들(2006)은 노후준비 영역을 재무, 건강, 사회생활, 그리고 심리정서적 준비로 유형화하였다(Yeung, 2013 재인용). 재무준비는 정기저축이나 부동산과 같이 노년의 경제적 안정을 위한 활동이며, 건강준비는 규칙적인 운동이나 건강검진과 같은 건강유지 활동을 의미한다. 사회생활 준비는 노년기에 도움을 줄 수 있는 지지적 네트워크 혹은 취미나 여가생활을 함께 할 수 있는 사회적 네트워크 형성을 위한 활동을 말한다. 그리고 심리정서적 준비는 노년기의 신체적 및 정신적 변화에 대해 학습하고 준비하는 활동으로 책을 읽거나 워크샵에 참여하는 것을 포함한다.

최근 국내연구에서는 노후준비 영역을 노년기의 다차원적인 삶을 포괄할 수 있는 재무설계, 건강설계, 여가설계, 대인관계 설계의 네 가지 영역으로 구성하고 있다(이소정·박인, 2012; 홍백의 외, 2012). 종합적으로 노후설계는 건강하고 만족스런 노년기를 영위하기 위해 노년기 이전에 선제적으로 준비하기 위한 계획으로 경제적 준비와 신체적 준비 이외에 대인관계, 여가, 일자리, 주거, 경제활동 등의 영역<sup>41)</sup>에서의 통합적인 접근이 요구되고 있다.

41) 삼성생명 은퇴연구소(2012)는 노후준비 영역을 일, 가족과 친구, 주거, 마음의 안정, 재무, 건강 등 7개 생활영역으로, 골든라이프연구센터(KB금융지주 경영연구소, 2012)는 재무와 건강, 사회적 관계, 심리적 안정의 네 영역으로 제시

## 나. 정부차원의 노후준비 지원 정책 현황

노후설계에 대한 정책적 필요성이 증대되면서 중앙정부 차원에서 노후설계 프로그램과 진단지표를 개발하고, 관련 법 제정 등을 추진하고 있으나, 아직까지는 노후설계서비스의 보급이나 확대를 미진한 실정이다.

2000년대 후반부터 노후설계의 필요성에 대한 사회적 관심과 함께 관련 서비스 개발을 위한 준비 작업이 진행되었다. 한국노인인력개발원은 2007년부터 은퇴 예정자를 대상으로 은퇴 후 생애설계 프로그램(PBL)을 운영했으며, 노인일자리사업의 일환으로 노인생애경력조언자 양성 프로그램을 실시하였다. 그리고 노후설계서비스의 보급의 기초 작업으로 노후생활 설계교육 프로그램 개발(박상철 외, 2009)과 노후설계서비스 지원체계에 관한 연구(이소정 외, 2010) 등이 수행되었다. 2011년 보건복지부는 한국노인인력개발원과 공동으로 노후설계표준프로그램을 개발하였으며, 노후준비진단지표를 개발하여 국민연금공단과 한국노인인력개발원 사이트를 통해 일반 국민들이 본인의 각 영역별, 그리고 종합적인 노후 준비도를 진단할 수 있는 서비스를 제공하고 있다(지은정, 2013).

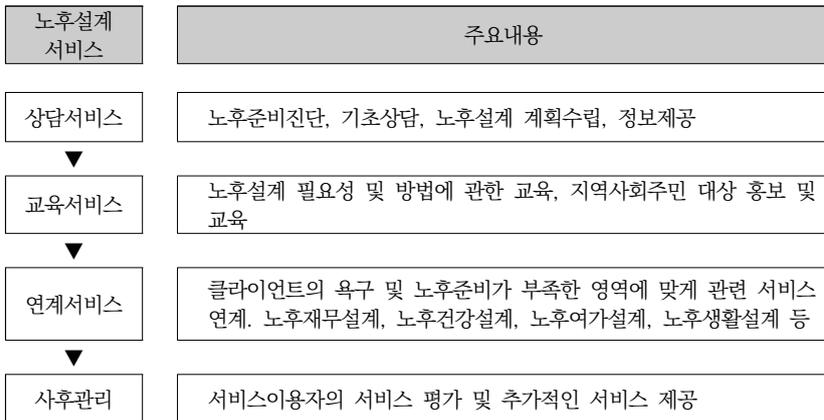
제2차 저출산·고령사회 기본계획에서는 ‘베이비붐 세대의 고령화 대응 체계 구축’의 일환으로 노년기 생애대비 노후생활 설계서비스의 개발과 보급에 대한 사항을 포함하였다. 그리고 2012년 5월에는 저출산·고령사회기본법을 개정하여 재무, 건강, 여가, 사회참여 등의 분야에서 노후설계서비스 제공에 대한 국가의 의무조항을 신설하였다. 제2차 저출산·고령사회 기본계획에서 제시한 노후설계 지원의 주된 내용은 다음과 같다.

노후설계 활성화를 위한 민관 협의회 및 지원체계 구축을 위해 노후설계종합지원센터를 중심으로 국민연금공단(재무관리), 한국노인인력개발원(일자리 연계), 민간기관(사회공헌활동), 대학(전문인력양성) 등과의 협

력체계를 구축을 제시하고 있다. 노후설계지원센터는 노후설계프로그램 개발 및 보급, 민관 네트워크 구축 및 연계, 노후설계서비스 제공 및 수요처 발굴 등의 역할을 수행하도록 명시하고 있다.

2013년에는 현 박근혜정부의 140개 국정과제 중 하나에 노후설계<sup>42)</sup> 영역이 포함되어 국가 차원에서 노후설계서비스의 중요성과 확산 의지를 엿볼수 있다. 국정과제에서 나타난 노후설계 교육의 주요 내용은 노후준비지표 마련, 노후설계교육 시범사업을 실시, (가칭) 노후설계지원법 제정, 대학교 혹은 부설 평생교육원, 국민연금 행복노후설계센터 등을 ‘지역노후설계지원센터’로 활용 등이 포함되어 있다(국무총리실, 2013).

[그림 2-14] 노후설계서비스 구성요소 및 내용



자료: 이소정·박인(2011), 국회(2013).

이에 같은 해(2013년)에 노후설계지원법이 발의되었으며, 이 법안은 노후설계에 대한 기본계획 수립, 노후준비지표 제공·보급, 노후준비기준

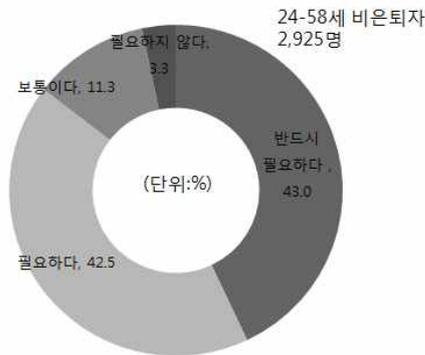
42) 47번. 편안하고 활력 있는 노후생활 보장 중 노후설계 교육 및 고령자 사회공헌 활성화

선 공표, 노후설계서비스 분야와 내용, 노후설계서비스 제공을 위한 제공 기관 설치·운영, 제공인력 양성·배치, 조사연구 등의 내용을 담고 있다(국회, 2013). 이 법안은 국민 스스로 노후를 준비할 수 있는 기반을 마련하여 노년기의 삶의 질 향상과 미래세대의 부양부담을 감소시키고, 노후준비를 개인만의 책임이 아닌 개인, 기업, 민간, 정부가 각자의 역할을 가지고 공동으로 준비하고 노력해야 함을 명시하고 있다.

#### 다. 노후준비실태

우리나라 성인의 약 85%는 노후준비가 필요하다고 인식하고 있으나(KB금융지주경영연구소, 2013), 은퇴자들의 3/4는 은퇴 전까지 노후준비를 전혀 하지 못한 것으로 나타났다(신세라, 2009).

[그림 2-15] 노후준비 필요성 인식

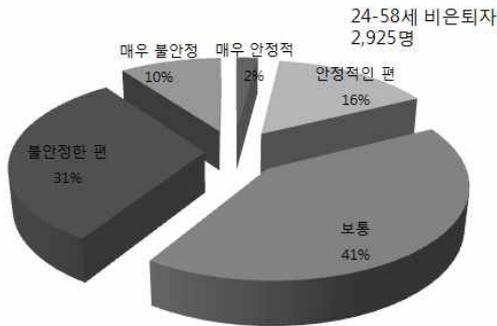


자료: KB금융지주경영연구소, 2013

이와 함께 우리나라 중고령자의 40.7%는 노년기에 독립적으로 생활할 수 있는 경제력을 가진 것으로 조사되었지만, 나머지 59.3%는 독립적

인 경제력이 없다는 것으로 나타났다(권혁창 외, 2012). 이러한 결과는 은퇴 후 삶이 불안정할 것으로 예상하는 비은퇴자의 비중이 41.0%에 이르는 것과 관련이 있다(KB금융지주경영연구소, 2013). 이를 통해 길어진 노년기에 대한 불안과 위기감이 증대됨에 따라 노후준비 필요성에 대한 사회적 공감대가 형성되고 있지만 실제 우리나라 사회구성원의 노후준비 수준은 매우 미흡한 것을 알 수 있다.

[그림 2-16] 은퇴후 안정적 삶에 대한 기대



자료: KB금융지주경영연구소, 2013

지금까지는 노후준비의 핵심 영역은 노후빈곤을 예방하기 위한 재무설계, 경제적 준비로 대표되어왔다. 그러나 안정적이고 만족스러운 노년을 위해서는 건강, 재무, 대인관계, 그리고 여가활동 영역에서 균형 잡힌 준비와 설계가 필요하다. 이러한 요구에 따라 최근 우리나라 국민의 은퇴준비수준개별이나 유형에 관한 연구들이 보고되고 있다.

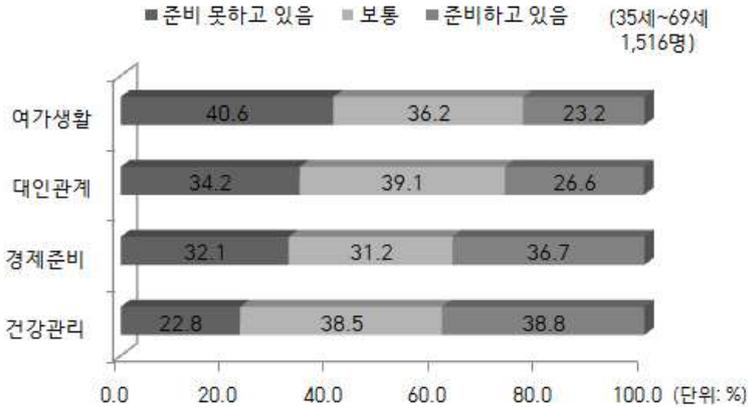
삼성생명 은퇴연구소에서 발표한 우리나라 가계의 은퇴준비종합지수<sup>43)</sup>(2012)는 100점 만점에 58.3점이었으며, 7가지 하위영역별 은퇴준

43) 은퇴생활을 여가, 일, 가족과 친구, 주거, 마음의 안정, 재무, 건강 등의 7가지 하위영역의 은퇴준비지수를 종합한 지수.

비지수는 51.1점(일)에서 63.9점(건강)으로 분포하였다. 이후 은퇴준비 영역을 재무, 건강, 활동, 관계 등 4개 영역으로 간략화하여 은퇴지수를 조사한 결과(삼성생명 은퇴연구소, 2014), 우리 국민의 은퇴준비 점수는 56.7점으로 '주의' 수준이었다. 그리고 영역별로는 재무영역(50.5% 위험), 활동영역(38.7% 위험), 건강(25.8% 위험), 그리고 관계(10.5% 위험) 순으로 준비정도가 낮은 것으로 나타났다. 연령별로는 30대의 은퇴준비 수준이 가장 낮았으며, 50대의 은퇴준비가 상대적으로 높았다.

노후준비의 영역별 현황을 분석한 결과(보건복지부, 2014), 여가생활, 대인관계, 재무, 그리고 건강영역에 대한 노후준비도는 전반적으로 낮았으며, 무엇보다도 여가와 대인관계에 대한 준비도는 매우 취약한 것으로 나타났다. 경제적 영역과 건강에 대한 노후준비를 하고 있다는 응답자는 각각 36.6%와 38.9%에 불과하였으며, 여가생활과 대인관계에 대한 준비는 23.2%와 26.6%로 더 낮았다. 전체 영역에 걸쳐 노후준비 수준이 낮은 것을 볼 수 있으며, 노년기 건강에 대한 인식과 준비는 상대적으로 높은 편이지만, 여가준비는 취약한 것을 볼 수 있다. 또한, 30대와 40대의 노후준비도도 다른 연령대에 비해 낮은 것을 볼 수 있다.

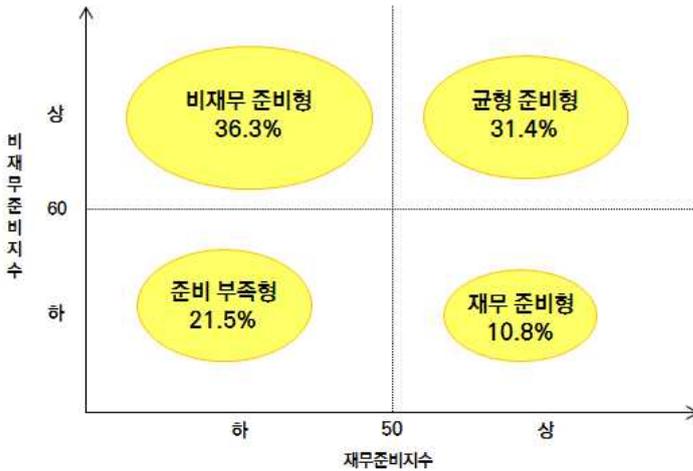
[그림 2-17] 영역별 노후준비 실태



자료: 보건복지부(2014), 노후준비 실태조사

비은퇴가구의 노후준비도를 재무영역과 비재무영역으로 구분하여 유형화하면 균형준비형, 재무준비형, 비재무준비형, 그리고 준비부족형으로 분류가능하다(KB금융지주경영연구소, 2012). 재무와 비재무영역에서 모두 일정수준 이상 준비를 한 균형준비형은 전체의 31.4%, 재무준비형은 10.8%, 비재무준비형은 36.3%로 나타났다. 그러나 비은퇴가구의 21.5%는 재무 및 비재무 영역 모두 노후준비가 부족한 유형으로 나타났다. 균형준비형은 가구주 연령이 상대적으로 낮고, 공무원 및 전문직 종사자 비중이 높은 반면 자영업 비중이 낮고, 미혼 또는 무자녀 기혼의 비중도 상대적으로 높았다. 그러나 준비부족형은 가구주 연령이 높고, 미혼 비중이 상대적으로 낮고, 자영업과 판매/서비스직 비중이 높은 경향을 보였다.

[그림 2-18] 비은퇴 가구의 노후준비 유형



자료: KB금융지주 경영연구소(2012)

우리나라의 노후준비는 아직까지 경제적 노후준비 혹은 노후재무설계 등의 용어로 경제적 측면이 강조되고 있다. 그러나 노년기는 경제적인 안정도 필수적이지만, 제3기 인생을 활동적으로 보내기 위한 개인의 신체적 및 정신적 건강, 가족과 이웃들과의 활발한 상호교류, 그리고 사회참여활동 등이 조화를 이룰 필요가 있다.

#### 라. 노후설계서비스 제공기관 및 서비스 내용<sup>44)</sup>

우리나라 노후설계서비스는 중앙정부, 공공 및 민간기업, 생명보험사 및 금융기관, 대학교, 민간단체, 그리고 일부 종교단체에서 제공되고 있다.

44) 2014년 6월 23일부터 7월 4일까지 노후설계, 은퇴준비 등에 관한 프로그램을 운영하고 있는 공공 및 민간 기관의 홈페이지 내용을 조사하여 검토한 내용을 제시함.

정부 차원에서는 국민연금공단, 한국노인인력개발원, 방송통신대학교 프라임칼리지, 여성가족부 지원사업<sup>45)</sup>, 그리고 일부 지자체의 이벤트성 프로그램이 운영되고 있다. 정부에서 제공되는 서비스는 주로 전국민을 대상으로 무료로 진행되며, 프로그램 내용은 재무설계와 비재무설계(건강, 여가, 사회적 관계, 주거 등)에 균형을 고려하여 개발되고 있다.

공공기업과 민간기업에서 운영하고 있는 노후설계서비스는 주로 퇴직 예정자를 대상으로 재무 및 비재무 영역에 대한 교육 및 컨설팅을 실시하고 있으며, 집합교육 뿐만 아니라 온라인, 모바일 교육도 병행하고 있다. 그러나 노후준비 프로그램 내용에 있어 기본적으로 재무영역(자산관리, 투자 등)이 강조되고 있으며, 일부 기업사례에서는 노후준비와 전직지원 프로그램과의 차별성이 모호한 경우도 있었다. 또한, 최근 조기퇴직이나 고령사회에 대한 불안감으로 노후설계 대상 연령층이 40세 중반까지 낮춰진 기업도 발견된다.

생명보험사와 금융기관에서 제공되는 노후설계서비스는 온라인 자가진단(시뮬레이션)과 상담서비스, 오프라인 교육 등이 진행되고 있다. 온라인 서비스는 고객 여부와 관계없이 일반 대중에서 제공하고 있으며, 오프라인 교육의 경우 주로 자사의 고객을 대상으로 실시하고 있다. 서비스 내용은 재무(재정) 설계에 대한 상담과 교육을 중심으로 구성되며, 일부 건강이나 여가 등의 정보도 제공하고 있다.

민간영역에서는 대학교(부설 연구소, 평생교육원 포함)<sup>46)</sup>, 시민/복지단체<sup>47)</sup> 등에서 노후설계서비스를 제공하고 있으며, 프로그램 대상은 은퇴전후 인구집단, 일반인 등으로 다양하게 분포하고 있다. 서비스 내용은

45) 2014년도 중고령여성 노후설계 역량강화 사업, 여성들의 경제적 권익향상을 위한 재무 및 생활설계 교육

46) 서울대학교 노화고령사회연구소, 한양대학교 고령사회연구소, 강남대학교 실버산업연구소 등이 있음.

47) 대표적인 프로그램으로 희망제작소의 행복설계아카데미가 있음.

일반적으로 재무 및 비재무 영역의 내용을 포괄하고, 무료인 서비스도 있지만 대학에서 진행되는 프로그램은 대부분 수강료를 지불해야 하는 것으로 조사되었다.

종교단체에서 제공하는 노후설계서비스와 유사한 프로그램은 시니어 아카데미의 형태로서 노년기 교육이나 자원봉사자 양성을 목적으로 진행되고 있으며, 해당 교육 내에서 미래설계, 노후준비 등에 관한 세부주제가 1-2 섹션 포함되어 있는 수준으로 진행되고 있다.

〈표 2-21〉 노후설계서비스 제공기관별 특성

구분	대상	서비스 유형	서비스 내용	비용
공공기관	전 국민	온라인, 교육, 특강 등	재무 및 비재무 영역	무료
공공 및 민간기업	주로 50대 퇴직예정자 (일부 40대 중반 포함)	온라인 및 집합교육, 상담, 컨설팅 등	재무, 비재무, 재취업, 창업, 귀농귀촌 등	무료 (일부 수강료 본인부담)
보험 및 금융사	전국민, 고객	온라인 자가진단, 상담, 컨설팅, 교육 등	재무 중심의 서비스 설계	무료
대학 및 민간단체	은퇴전후, 베이비부머, 일반인 등 다양	교육	재무 및 비재무	무료 또는 본인부담

## 2. 국제비교

해외 노후설계 관련 서비스를 보면, 선진국에서는 국가가 주도적으로 노후설계서비스를 개발하여 추진하기 보다는 주로 민간영역을 중심으로 제공되고 있다. 재무영역의 노후준비 측면에서는 공적연금제도가 발달하여 노후빈곤에 대한 두려움이 우리 사회보다 낮다고 할 수 있다. 그리고 은퇴 후 경제활동 참여에 대한 욕구도 높지 않으며 그리고 민간차원의 전

직지원서비스가 발달하여 고령자 고용이나 재무영역에서의 노후준비 등은 정책적으로 중요한 이슈가 되지 않았다고 할 수 있다(지은정, 2013). 비재무 영역에서는 어려서부터 여가문화 활동이 일상이 되고, 자원봉사 활동이나 가족이나 지역사회와의 관계에 대한 부분은 사적인 영역으로 인식되어 국가의 개입이나 지원은 상대적으로 부각되지 않았다.

민간이 주도적으로 노후설계서비스를 제공하고 있는 국가로 미국과 영국의 사례를 들 수 있다. 미국은 주로 기업복지 차원에서 퇴직준비 혹은 전직지원 프로그램을 운영하고 있다. 공공기관에서 근무하고 있는 근로자를 위한 퇴직준비교육과 정보를 제공하고 있으며, 기업과 단체에서는 자체적으로 퇴직준비교육을 실시하거나 컨설팅 업체를 통해 교육을 실시하고 있다(박상철 외, 2009). 퇴직준비프로그램의 역사가 상대적으로 길어 퇴직예정자의 직급, 산업, 직종 등에 따른 프로그램이 세분화 되어있으며, 은퇴 후 계획에 따라 자원봉사, 재취업, 창업 등에 따라 관련 정보와 교육훈련 프로그램이 다양화되어 있다. 예를 들면, 연방정부 인사관리처(Office of Personnel Management, OPM)<sup>48)</sup>은 연방공무원의 은퇴 교육프로그램을 담당하고 있으며, 퇴직예정 시점에 따라 단계별로(퇴직 가능 5년전, 1년전, 6개월 전, 그리고 2개월 전) 정보, 교육자료, 워크샵, 교육 등을 실시하고 있다. 미국은퇴자협회(AARP)<sup>49)</sup>도 베이비부머 및 노인을 대상으로 하는 다양한 정보와 교육, 재취업, 창업, 여가활동 등의 서비스를 제공하고 있다. 또한, 민간기업 사례로서 미국의 100년 이상된 목재회사인 와이저하우저(Weyerhaeuer)는 1984년부터 은퇴를 앞둔 근로자를 대상으로 은퇴교육을 실시해 왔다. 무엇보다도 근로자에게 적합한 생애설계를 위해 근로자의 욕구에 맞는 다양한 교육을 발전시켜왔다. 예

48) [www.opm.gov/retire](http://www.opm.gov/retire)

49) [www.aarp.org](http://www.aarp.org)

를 들면, 근로자의 연령대별 교육프로그램, 근로자의 복지제도 유형(노조, 비노조, 임원 등)에 따른 교육프로그램 등이 개발·운영되고 있다. 그리고 50대 이상 근로자 대상인 Healthy Wealthy Wise(HWW)는 와이어 하우스 은퇴교육의 대표 프로그램으로 2박 3일의 심화교육을 통해 생애설계, 재무설계, 부동산설계, 기업복지, 공적연금, 의료보험 등의 주제를 다룸과 동시에 근로자들의 행동변화를 위한 비재무적인 교육도 강조하고 있다.

영국의 은퇴설계서비스는 민간영역을 중심으로 제공되고 있다. 대표적인 노후설계 혹은 은퇴준비서비스 제공기관인 Life Academy<sup>50)</sup>는 은퇴준비교육 제공기관에서 출발하여 현재는 생애설계교육 제공기관으로 조직의 기능을 확대시켜왔다. 영국에서 20년간 대학원 석사과정 프로그램과 은퇴설계 프로그램을 운영해왔으며, 은퇴설계, 연금, 재무교육 등을 수행하는 독립적인 컨설팅 회사이다. Life Academy는 전 연령층을 대상으로 재무교육과 온라인 서비스를 제공하고 있으며, 퇴직전 준비코스, 재무교육코스 등을 운영하고 있다.

호주<sup>51)</sup>는 민간뿐만 아니라 정부에서도 은퇴관련 상담과 교육서비스를 제공하고 있다. 호주 정부의 휴먼서비스부(Department of Human Services)는 연령대와 관계없이 모든 성인을 대상으로 한 재무영역의 상담과 교육서비스를 제공하고 있으며, 재무정보서비스의 일환으로 은퇴설계서비스를 실시하고 있다. 그리고 센터링크(Centrelink)에서 제공하는 서비스 중 FIS(Financial Information Service)는 일반적인 재무 상담에서부터 은퇴설계에 관한 상담과 세미나 프로그램을 운영하고 있다. 재무상담 서비스의 주요 내용은 다음과 같다.

50) [www.life-academy.co.uk](http://www.life-academy.co.uk)

51) Centrelink 리플렛 및 웹사이트([www.humanservice.gov.au](http://www.humanservice.gov.au)) 참고

- 개인이 설정한 재무적 목적에 도달하기 위한 단기 및 장기 저축전략
- 자산관리 및 안전한 투자
- 배우자와의 별거, 이혼, 사별에 대한 대응
- 은퇴 계획
- 노인돌봄서비스, 노인의 주거(재가, 시설) 선택에 대한 정보 제공 등

FIS 세미나 프로그램은 현재 자신의 경제상태를 진단하고 미래의 경제적 변화에 대처하기 위한 교육을 제공하고 있다. 세미나는 무료로 제공되며, 현재 경제활동을 하고 있는 사람과 은퇴를 앞둔 사람, 그리고 이미 은퇴한 사람을 대상으로 하며, 가족이나 친구, 그리고 그룹 단위로 세미나를 신청할 수 있다. 세미나의 주요 내용은 자산관리, 대출 줄이기, 자산관리자 선택, 수입구조 이해, 노령연금, 은퇴 후 주거 선택, 노인돌봄서비스, 주택연금 등이 있다.

일본은 청장년기 단계에서 노후준비나 노후설계에 대한 정책적 관심은 부족하며, 주로 노년기에 진입한 이후 고령자의 사회참여와 같은 노인의 생산적인 활동에 정책의 초점을 두고 있다. 노후설계에 관한 정보나 서비스를 지속적으로 제공하는 민간기관이나 영리단체는 찾아보기 힘들며, 일부 노인대학 등의 과정에서 노후설계 과정이 개설되기도 하지만 일시적, 임시적으로 운영되고 있다(박상철 외, 2009). 그러나 선진국의 민간 기업처럼 일본의 일부 기업에서도 퇴직예정자를 대상으로 한 퇴직설계프로그램을 운영하고 있다.

공공 및 민간에서 노후설계서비스를 제공하는 해외 사례를 살펴본 결과, 국가마다 노후설계서비스 제공주체가 각기 다르지만, 은퇴준비, 퇴직준비 차원에서 중고령자나 퇴직예정자가 주된 서비스 대상자이며, 재무설계 중심의 서비스로 구성되고 있다는 점이 공통적으로 발견되고 있다. 우리나라는 호주와 유사하게 공공과 민간에서 노후설계서비스 제공을 강

조하고 있으나, 아직까지 공공과 민간에서 제공하고 있는 노후설계서비스가 보편화되거나 전문화되지 못하고 있는 실정이다.

대부분의 선진국은 고령화 속도가 한국과 비교하여 빠르지 않고, 노후설계는 국가가 아닌 개인의 영역이라는 사회적 인식 속에서 노후준비는 공공보다는 민간을 중심으로 발달하여 온 것이 사실이다. 그러나 한국은 급격한 고령화 사회를 거치면서 노후에 직면하는 문제가 개인차원의 문제를 넘어 사회 전체에 영향을 미치게 된다는 것을 경험하고 있다. 이로 인해 노년기에 경험하게 될 개인적 및 사회적 위험을 예방하고 완화하기 위한 방안 중 하나로 노후설계서비스에 대한 필요성이 제기되고 있다.

### 3. 쟁점과 이슈

우리나라 노후설계서비스에 대한 사회정책적인 주목을 받은 것은 불과 몇 년에 지나지 않으며, 그간 민간차원에서 산발적으로 진행되어 왔던 노후준비 관련 사업에 대한 종합적인 검토를 통해 우리나라 노후설계서비스의 쟁점과 문제점을 도출하고자 한다.

첫째, 생애주기를 고려한 장기적인 노후설계서비스 모델이 부재하다. 현재 노후설계서비스의 주된 대상은 은퇴를 앞둔 직장인이나 기업의 고객, 베이비부머 등으로 노년기 진입을 앞둔 50대 이후 중고령자로 제한되어 있다. 그러나 노후설계는 은퇴 직전 혹은 노년기 진입 직전에 이벤트성으로 혹은 단기적으로 실시하는 것이 아니라 장기적인 관점에서 성인기 전반에 걸쳐 주기적으로 계획을 세우고 점검해야 한다. 그러므로 노후설계의 정책대상은 40대 전후로 설정하여 장기적인 계획과 지원을 제공해야 한다. 그러나 각각의 인생단계에 맞는 삶의 과제가 각기 다르며, 연령대별 건강, 대인관계, 재무, 여가생활의 특성이 상이한 점을 반영하

여 연령대에 따라 노후설계의 초점이 달라져야 할 것이다.

둘째, 노후설계서비스 전달체계의 부재이다. 현재 진행되고 있는 노후설계서비스는 서비스 제공의 중심점이 없이 기업, 대학, 민간단체, 종교단체 등에서 산발적으로 이루어지고 있는 실정이다. 그리고 지역 내에서 노후준비서비스를 상시적으로 혹은 정기적으로 제공하는 제공기관 역시 찾아보기 힘들다. 이는 수요자 중심의 서비스 제공이 아닌 공급자 중심의 서비스의 가장 대표적인 형태라고 할 수 있다.

셋째, 노후설계서비스의 낮은 포괄성에 대한 부분이다. 현재 노후설계서비스의 이용계층은 주로 공공 혹은 대기업의 퇴직 예정자와 같이 상대적으로 직업위위가 안정적인 계층, 정규직 남성, 금융기관의 고객, 민간의 노후설계교육에 참여가능한 교육수준과 경제적 수준을 갖춘 계층이다. 일부 연구에서도 공무원·준공무원, 전문직 및 관련종사자, 사무직·경영관리직 순으로 노후준비수준이 높았으며, 자영업자와 기능직의 준비지수가 가장 낮은 것으로 보고되고 있다(KB 연구보고서, 2012). 최근 국민연금공단과 한국노인인력개발원을 통해 노후준비 진단과 온라인 상담 등은 보편화되었으나, 아직까지 홍보부족과 일부 계층의 온라인 접근성 부족으로 전 국민으로까지 포괄하지 못하고 있는 실정이다. 특히, 교육수준이 낮은 집단, 전문관리직 이외의 직업, 소득이 낮은 집단 등의 은퇴준비도가 낮음에도 불구하고(여운경, 2011), 노후대책이 절실히 필요한 저소득층, 저학력, 비정규직, 여성 등과 같은 계층은 노후설계서비스에 대한 인식이나 서비스 이용기회가 제한되어 있다.

넷째, 재무 및 건강관리 중심의 서비스 구조의 한계이다. 현재 제공되는 노후설계서비스의 내용은 제공기관의 특성에 따라 편차 존재한다. 금융 및 생명보험 기관은 주로 재무영역에 치중한 프로그램을 운영하는 반면, 민간기관이나 종교기관은 비재무적 영역을 중심으로 운영하는 경향

을 발견할 수 있다. 노년기 건강에 대한 관심이 증가하면서 노후준비 영역에 건강 이슈가 포함되고는 있으나, 이 밖에 여가활동이나 가족과 지역 사회 관계에 대한 내용은 등한시되고 있다. 노후설계는 활력있고 성공적인 노년기를 위한 사전 준비로 노년기는 경제적 안정뿐만 아니라 건강, 사회적 관계, 사회참여 등이 골고루 조화를 이루어져야 할 것이다.

다섯째, 노후설계 프로그램의 전문성 부족 문제가 지속적으로 제기되고 있다. 노후설계 프로그램의 전문성은 프로그램 내용과 제공인력의 차원에서 접근할 수 있다. 앞에서 언급했듯이 제공기관의 특성에 따라 노후설계 프로그램의 구조와 내용이 다르며, 심지어 노후설계라기 보다는 일반적인 건강관리나 재무관리에 가까운 프로그램을 운영하기도 한다. 이와 함께 노후설계 운영을 위한 전문인력도 부족하여 전문적인 프로그램을 기획하여도 유능한 강사는 섭외가 어렵고, 강사자격이나 강의수준에 대한 기준이 없어 이용자의 흥미나 기관의 편의를 반영한 강사를 섭외하기도 하는 것으로 나타났다(이소정 외, 2008).

여섯째, 노후설계서비스 제공의 지역적 편중성이다. 현재 제공되고 있는 오프라인 노후설계서비스는 주로 서울이나 대도시를 중심으로 제공되고 있어 전국적으로 노후설계서비스에 대한 지역적 편차가 심각하다고 할 수 있다. 물론 일부 지자체에서 지역주민을 대상으로 노후준비서비스를 제공하고 있으나 특강형식으로 진행되고 있는 경우가 대부분을 차지하고 있다. 그리고 노후설계서비스의 지역적 편중현상과 관련하여 지역 특성에 맞는 노후설계서비스의 차별화 또한 필요하다. 대도시 거주 주민과 도농복합도시 혹은 농어촌지역의 지역주민과의 직업적 특성, 생활양식, 지역사회 자원 등이 상이하므로 인구 및 지역특성을 반영한 서비스 내용, 제공방식 등의 차별화가 요구된다.

마지막으로 서비스의 연속성 부족의 문제이다. 노후설계서비스는 진단

과 상담, 교육, 연계, 그리고 사후관리로 구성된다. 그러나 우리나라에서는 주로 온라인에 의한 노후준비 자가진단과 오프라인에서의 교육을 중심으로 실시되고 있다. 노후준비를 위한 상시적인 상담서비스를 제공하고 있는 기관이 부재하며, 노후준비의 부족한 영역을 향상시키기 위한 연계기관에 대한 정보제공이나 기관간 네트워크는 거의 찾아보기 힘들다. 또한, 노후설계서비스를 기관 고유사업으로 상시적으로 제공하는 기업이나 지역사회기관은 없어 노후설계서비스는 주로 일회성 혹은 기획성 사업으로 운영하는 경우가 상당수 존재한다.

#### 4. 정책 대안

우리나라 국민의 노후준비 실태와 노후설계를 둘러싼 법적 및 사회적 환경을 파악함으로써 현재 직면하고 있는 이슈와 쟁점들을 살펴보았다. 향후 노후설계서비스의 보편화와 활성화를 위해서는 크게 법적 및 제도적 환경구축, 노후설계프로그램의 체계화와 전문화, 관련 기관들과의 연계성 확보, 그리고 사회적 인식 증진이 요구된다.

##### 가. 법적 및 제도적 환경구축

먼저, 노후설계서비스 법적·제도적 환경 구축을 위해 국회에 계류 중인 노후설계지원법의 제정을 서둘러야 할 것이다. 국민들이 가급적 이른 시기에 자신의 노후준비를 시작하기 위해서는 기업이나 민간단체의 역량만으로는 부족하며, 전국민을 포괄할 수 있는 서비스 제공시스템을 구축하기 위해서는 노후설계서비스가 법적으로 규정되어야 한다. 노후설계지원법 제정을 통해 노후설계서비스를 제공할 수 있는 독자적인 전달체계와

서비스 제공기관과 인력, 그리고 서비스 내용 등이 구체화하고, 보다 안정적이고 중장기적으로 서비스를 확대할 수 있는 기반을 마련할 수 있을 것이다.

둘째, 노후설계서비스 제공을 위한 일원화된 서비스 전달체계 구축이 필요하다. 노후설계프로그램의 개발, 관련 정보 구축, 전문인력의 양성과 교육, 대국민 인식제고, 관련 연구수행을 위한 중앙지원센터와 지역의 거점역할을 수행할 수 있는 지역지원센터의 지정·설립이 병행되어야 한다. 지역의 경우, 기존에 노후설계서비스를 제공하고 있던 대학, 평생교육기관, 사회복지관련기관 등을 활용하여 지역의 노후설계지원센터로 지정하고, 지역사회 안에서 운영되는 노후설계서비스 지원, 인력 및 정보 공유, 연계 등을 주도적으로 수행하도록 해야 할 것이다.

셋째, 일반 시민들이 이용할 수 있는 노후설계와 관련한 통합정보시스템을 구축해야 한다. 기본적으로 재무설계를 위한 공적 및 사적연금을 종합적으로 분석할 수 있는 정보시스템을 구축하여 개인별 재무현황과 이에 따른 전망을 제시할 수 있어야 할 것이다. 이와 함께 수요자 특성과 지역별 특성을 반영한 종합적인 노후준비 정보제공 기능도 수행할 수 있도록 구축되어야 한다.

넷째, 노후설계상담사 양성과 전문성 확보 노력이 필요하다. 기본적인 노후설계서비스에 관한 정보제공과 기초상담, 기초교육을 제공하기 위한 일반 노후설계상담사는 기존 사회복지사, 직업상담사 등을 활용할 수 있을 것이다. 그러므로 대학교 혹은 전문교육기관과 연계하여 교육과 실습을 통해 노후설계서비스를 제공할 수 있는 인력으로 전환할 필요가 있다.

재무, 건강, 여가, 관계 등의 영역에서 교육과 컨설팅을 제공할 전문노후설계상담사는 별도로 양성할 필요가 있다. 그리고 한 지원센터에서 각 영역별 전문상담사를 채용하기 어려우므로 관련 기관들과의 인력풀 공유

와 기관간 협력을 통해 전문서비스 제공인력을 유기적으로 활용할 수 있도록 해야 한다.

다섯째, 노후설계상담사 자격 관리가 필요하다. 현재 노후설계상담사, 생애설계상담사 등은 민간 대학이나 교육기관에서 일정시간의 교육을 이수하고 노후설계상담사나 생애설계상담사로 활동하고 있다. 노후설계서비스의 전문성을 담보하기 위해서는 노후설계를 일선에서 수행해야 하는 인력의 전문성이 선행되어야 하며, 관련 교육과 자격 관리에 대한 명확한 지침이 마련되어야 할 것이다.

#### 나. 노후설계프로그램의 체계화와 전문화

노후설계프로그램은 무엇보다도 우리나라 인구구조 및 경제환경 변화와 수요자의 특성에 맞춰 지속적으로 개선되어야 하며, 일반 국민이 쉽고 편리하게 서비스를 받을 수 있도록 상시적으로 운영되어야 한다.

이를 위해서는 먼저 노후설계서비스 표준매뉴얼 개발이 필요하다. 전 국민에게 공통적으로 제공되어야 하는 노후준비 영역별 정보의 내용, 그리고 기본 및 심화 프로그램의 내용에 관한 가이드라인이 필요할 것이다. 이를 위해서는 국내외 프로그램에 대한 심층분석, 관련 전문가 의견수렴, 노후준비 현황과 욕구에 대한 실태조사 등의 작업이 병행되어야 할 것이다.

둘째, 표준매뉴얼 개발과 함께 노후설계프로그램의 다양화 또한 요구된다. 상대적으로 건강하면서 경제활동에 열중하게 되는 30대와 40대, 은퇴를 앞두고 있으면서 건강과 가족과의 관계에 보다 집중하게 되는 50대 등에 맞는 연령대별 서비스, 도시와 농촌간의 인구 특성 및 지역간 차이를 반영한 프로그램, 사무직, 생산직, 전문직 등 직업군에 따른 노후설

계프로그램이 차별적으로 개발되어야 한다.

셋째, 노후설계프로그램에 대한 질적 관리를 위한 프로그램 평가 또는 인증제 도입을 고려해 볼 필요가 있다. 노후설계서비스가 가급적 빠른 시일 안에 일정 궤도에 안착하고, 기관간 혹은 지역간 프로그램의 질적 격차를 최소화하여 양질의 서비스를 제공하기 위해서는 정기적인 평가(인증) 방안이 모색되어야 할 것이다.

넷째, 노후설계 취약지역 및 취약계층에 대한 보다 집중적인 지원이 제공되어야 한다. 지역적으로는 농어촌지역 주민의 노후준비 현황과 대응책에 대한 연구와 농어촌 지역에 노후설계서비스를 제공하기 위한 서비스 제공기관 및 전문인력 확보에 대한 대책이 마련되어야 한다. 또한, 노후설계 취약계층으로 보고되고 있는 여성, 저소득층, 자영업자 등을 대상으로 한 노후설계패키지를 개발 및 보급해야 할 것이다.

#### **다. 노후설계서비스 지원기관들과의 연계성 확보**

노후설계서비스는 공공, 기업, 민간단체 등에서 수행하고 있으며, 노후설계서비스의 포괄지대를 넓히고 효율적인 서비스 제공을 위해서는 관련 기관들간의 원활한 협력이 전제되어야 한다.

첫째, 노후설계서비스 제공에 있어 기업의 역할을 강화하고, 서비스 제공기업을 대기업에서 중소기업으로 확대될 필요가 있다. 청장년층의 임금근로자의 노후준비 상담이나 교육은 소속 기업이나 기관에서 일차적으로 제공할 필요가 있다. 직장인의 경우, 퇴근 후 또는 주말에 관련 정보를 얻거나 교육에 참여할 시간적 여력이 부족한 실정이다. 그러므로 기업복지 차원에서 직원들의 노후설계에 대한 상담과 교육을 강화해야 한다. 특히 현재 대기업이나 공기업을 중심으로 진행되고 있는 노후설계서비스의

제한성을 극복하고, 중소기업, 민간 복지·보건의료 기관, 공무원 등의 근로자에 대한 노후설계서비스를 확대해 가야 할 것이다.

둘째, 공공-기업-민간부문의 네트워크 구축 노력이 병행되어야 한다. 전 국민 대상의 노후설계를 지원하기 위해서는 공공기관의 역량만으로는 부족하며, 서비스 제공에 따르는 사회적 부담이 증가하게 될 것은 자명한 일이다. 그러므로 공공과 민간과의 협력을 통해 기존의 기업과 민간부문의 노하우와 전문 인력을 공유함으로써 시너지 효과를 기대할 수 있을 것이다.

셋째, 지역사회내 자원활용을 강화할 필요가 있다. 사회복지관련 기관 이외의 지역사회내 유관기관들간의 네트워크를 강화할 필요가 있다. 노후설계지원센터의 주된 역할 중의 하나는 노후준비가 미흡한 영역에 대한 보완을 위해 지역사회내 관련 기관에 대한 정보제공과 의뢰이다. 예를 들면, 건강상의 문제가 있다면 지역내 보건소나 의료기관을 연계하고, 여가활동에 어려움이 있다면 지역사회내 문화체육시설, 동호회, 시민단체 등과의 연결을 지원할 수 있는 역할을 수행해야 할 것이다. 이를 통해 노후설계서비스가 사회서비스의 하나로 일상화될 필요가 있다.

## 라. 전 국민의 노후준비 인식제고

노후준비에 대한 인식제고를 위한 홍보와 캠페인을 통해 노후준비에 대한 국민적 인식을 증진시킬 필요가 있다. 최근 언론매체를 통해 노후준비에 대한 각종 기사들이 나오고 있으며, 은퇴자산의 부족으로 인한 막막한 노후생활에 대한 부정적인 정보들이 주를 이루고 있다. 현세대를 살고 있는 대부분의 국민들이 노년기를 위한 충분한 자산을 축적하지 못하고 있는 것이 사실이지만, 재무적인 측면을 지나치게 강조하면서 불안감과

공포감만을 조성하는 것은 바람직하지 않다고 생각된다. 노후준비의 제 영역에 관한 균형감있는 인식 증진과 바람직한 노후준비의 방법과 이로 인한 긍정적인 노년상에 대한 인식개선이 필요하다.



## Session 3

### 보건의료분야 현안과 정책과제

발표 1. 가치기반 지불보상 활성화를 위한 정책설계

발표 2. 의료기술 발전과 정책적 대응



# 3

## 보건의료분야 현안과 << 정책과제

### 발표 1. 의료의 가치 확대를 위한 지불제도 개편 : 가치기반 지불제도 확대

#### 1. 추이와 현황

- 급속한 노령화, 의료수요의 고급화, 만성질환의 확대, 보장성 강화 정책 등의 영향으로 향후 지속적인 국민의료비 증가가 예상되고 있음.
- 건강보험 진료비 지출에 대한 의료공급자의 책임을 증가시킬 수 있는 지불제도 도입의 필요성이 지속적으로 제기되어 왔음(신영석 외 2012: p. 96; 신현웅,·여지영 2014, p. 14).
  - 박근혜 정부는 “수가 및 지불제도 개선”을 “국정과제 48. 의료보장성 강화 및 지속가능성 제고”의 추진계획으로 선정하고 있으며, 이를 위해 건강보험의 진료비 보상체계를 포괄적 지불방식으로 개선하는 것을 명시하고 있음(관계부처 합동 2013, p.105).
- 대부분의 국가들은 지불단위를 서비스 단위에서 질병단위, 환자단위로 세부 서비스를 포괄하는 방식으로 확대함으로써 지출의 효율성에 대한 의료공급자의 책임을 강화시키고 있음.
  - 건강보험 지불제도의 기반이 되는 행위별수가제(Fee-For-Service system)는 공급자로 하여금 서비스량을 증가시켜 수입

을 확대시키는 경제적 유인 구조를 갖기 때문에, 현재의 방식으로  
는 향후 예상되는 지출증가요인을 통제하기 어려움.

〈표 3-1〉 OECD 국가에서 일차의료 공급자에 대한 진료비 지불방식

[일차의료 공급자에 대한 지불방식(주로 민간영역에서 제공되는 국가)]

국가	호주	오스트리아	벨기에	캐나다	체코	덴마크	에스토니아	프랑스	독일	그리스	아일랜드	이탈리아
진료비 지불 방식	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	.
	P4P	.	.	.	P4P	.	P4P	P4P	.	.	.	.
	.	.	Cap	Cap	Cap	Cap	Cap	.	.	.	Cap	Cap
	.	.	.	.	.	.	GB	.	.	.	.	.
							기타	.	.	.	.	.
국가	일본	룩셈부르크	네덜란드	뉴질랜드	노르웨이	폴란드	슬로바키아	스위스	영국	미국	한국	
진료비 지불 방식	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	.	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	
	.	.	P4P	P4P	.	.	.	.	P4P	P4P	P4P	
	.	.	Cap	Cap	Cap	Cap	Cap	Cap	Cap	Cap	.	
	.	.	GB	.	.	.	.	.	.	.	.	
								기타	기타	.		

[일차의료 공급자에 대한 지불방식(주로 공공영역에서 제공되는 국가)]

국가	칠레	핀란드	헝가리	아이슬란드	이스라엘	멕시코	포르투갈	슬로베니아	스페인	스웨덴	터키
진료비 지불 방식	FFS	.	.	.	.	.	.	FFS	FFS	FFS	.
	.	.	P4P	.	.	.	P4P	.	P4P	P4P	P4P
	Cap	.	Cap	.	Cap	Cap	Cap	Cap	.	Cap	Cap
	GB	GB	GB	GB	GB	GB	GB	.	.	.	.

주: FFS: Fee-For-Service  
P4P: Pay for Performance  
Cap: Capitation  
GB: Global Budget

Source: Question 28 & 34, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates

(일본은 HSCS 2008 반영). Modified from DELSA/HEA(2014)2, Table 2, 03-Apr-2014.

출처: 강희정(2014, p80)의 그림 1 재인용. 저자 재구성

- OECD 국가들 대부분이 행위별수가제 외에 다양한 지불 제도를 혼합해서 사용하고 있음(강희정 2014, p.80)(표 2-1).
  - 행위별수가제만을 단독으로 사용하는 국가는 독일, 그리스, 룩셈부르크, 일본 뿐 임.
  - 대부분의 OECD 국가들이 일차의료 공급자에 대한 지불방식에서 행위별수가제 외에 인두제, 성과지불제 등의 2~3개 지불 제도를 혼합하여 사용하고 있음.
  - 또한 공공영역에서 주로 일차의료가 제공되는 국가들에서는 행위별수가제보다 총액예산제와 인두제가 주요 방식으로 사용되고 있음.
  
- 입원서비스에 대한 공급자 지불방식에서도 대부분 OECD 국가들은 시술단위의 지불방식(Procedure Service Payment) 보다 DRG와 총액예산제(Prospective Global Budget) 방식을 사용하고 있음(앞의 책, p.83).
  - OECD 의료시스템 조사(2012년)에는 반영되지 않았지만, 한국도 입원서비스에 대해 7개 질환에 대해 포괄수가제 방식을 적용하고 있으며, 요양병원 입원에 대해서는 일당정액제가 도입되어 있음.

〈표 3-2〉 OECD 국가에서 재원조달시스템에 따른 입원서비스 공급자에 대한 진료비 지불 방식

사회보험기반 국가들의 입원서비스에 대한 공급자 지불방식

	공공			민간(비영리)			민간(영리)		
오스트리아	DRG			DRG			DRG		
벨기에		PGB			PGB				
칠레	DRG			DRG			DRG	L-I	
체코		PGB			PGB				PGB
에스토니아	DRG								
프랑스	DRG			DRG			DRG		
독일	DRG			DRG			DRG		
그리스	DRG			DRG					PSP
헝가리	DRG			DRG					PSP
이스라엘			PSP			PSP			PSP
일본	DRG			DRG					
한국 <sup>1)</sup>			PSP			PSP			
룩셈부르크		PGB			PGB				
멕시코		PGB				PSP			PSP
네덜란드	DRG			DRG					
폴란드	DRG			DRG			DRG		
슬로바키아			PSP			PSP			PSP
슬로베니아	DRG			DRG			DRG		
스위스	DRG			DRG			DRG		
터키		PGB			PGB				PGB
미국(메디케어)	DRG			DRG					PSP

주: DRG: Disease Related Groups

PGB: Prospective Global Budget

PSP: Procedure Service Payment

L-I : Line-Item Payment

1) 한국의 경우 최근까지 7개 질병군에 대한 DRG가 확대적용, 요양병원 입원에 대한 일당정액제, 공단일산병원과 공공병원에 대한 실폐괄수가제 시범사업 적용 현황이 반영되어 있지 않음.

Source: Question 31, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates.

Modified from DELSA/HEA(2014)2, Table 20, Table 21, 03-Apr-2014

출처: 강희정(2014, p83) 그림 3 재인용, 저자 재구성.

〈표 3-2〉 계속

조세기반 국가들의 입원서비스에 대한 공급자 지불방식

	공공영역			민간(비영리)			민간(영리)		
	DRG	PGB	L-I		PGB	PSP		PGB	PSP
호주	DRG					PSP			PSP
캐나다		PGB			PGB			PGB	
덴마크		PGB					DRG		
핀란드	DRG								
아이슬란드		PGB							
아일랜드		PGB			PGB				
이탈리아		PGB		DRG			DRG		
뉴질랜드		PGB							
노르웨이		PGB			PGB		DRG		
포르투갈		PGB				PSP			PSP
스페인			L-I		PGB				
스웨덴		PGB			PGB			PGB	
영국	DRG					PSP			PSP

주: DRG: Disease Related Groups  
 PGB: Prospective Global Budget  
 PSP: Procedure Service Payment  
 L-I : Line-Item Payment

Source: Question 31, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates.

Modified from DELSA/HEA(2014)2, Table 20, Table 21, 03-Apr-2014

출처: 강희정(2014, p83) 그림 3 재인용, 저자 재구성.

- 2014년 현재, 건강보험 지불제도는 외래와 입원 서비스 모두 행위 별수가제를 기반으로 하고 있으며, 일부 입원서비스 영역에서만 제한적으로 포괄적 지불방식을 도입하고 있음(표 2).
- 2000년 이후, 건강보험심사평가원의 적정성 평가가 시작되면서 점차 서비스의 질을 반영한 지불 방식의 여건이 갖추어졌음.
- 공급자에 대한 진료비 지불제도 개편은 지속가능한 건강보험 시스템 구축을 위한 필수 조건으로 논의되어 왔음에도 불구하고 공급자의 수입과 직결되는 문제인 만큼 일부 질병군의 입원서비스

와 요양병원에 한정적으로 추진되고 있음.

〈표 3-3〉 건강보험 진료비 지불제도 현황

지불방식		서비스범위	요양기관 범위						
			의원	병원	종합병원	상급종합	요양병원	약국	
행위별수가제 <sup>1)</sup>		입원	●	●	●	●		●	
		외래	●	●	●	●	●	●	
포괄적 지불방식	포괄수가 (DRG)	입원(7개 질병군)	●	●	●	●			
		외래							
	일당정액	입원					●		
		외래							
행위별+ 포괄적	신포괄수가 (시범사업)	입원(550개 질병군) <sup>3)</sup>		○	○				
		외래							
성과지불 보상제도	가감지급 <sup>2)</sup>	입원	급성심근경색			●	●		
			제왕절개분만			●	●		
			급성기 뇌졸중			●	●		
			수술의예방적항생제		●	●	●		
			요양병원 <sup>4)</sup>					●	
		외래	고혈압(인센티브만)	●					
			당뇨병(인센티브만)	●					
			약제급여평가	●					

주 1) 행위, 치료재료, 약제별 산정

2) 2007년 7월부터 2010년까지 급성심근경색증과 제왕절개분만의 평가결과를 활용하여 가감 지급 시범사업을 실시하였으며, 2011년부터 본 사업으로 확대되었고 현재까지 급성심근경색 증, 제왕절개분만, 급성기 뇌졸중, 수술 예방적 항생제, 고혈압, 당뇨병, 약제급여 등으로 확대 되었음(김계숙 2013, p53).

3) 공단일산병원, 40개 공공병원

4) 평가결과-수가연계 패네티입. 요양병원 적정성 평가 결과, 구조 및 진료부문 모두 하위 20%이 하인 기관에 대해 의사 등 인력확보 수준에 따른 입원료 가산 및 별도 보상을 6개월 동안 지급 하지 않는 것으로 2011년부터 실시된 평가결과 수가연계는 정액수가로 인한 요양병원의 의료 과소제공 및 진료행태의 기관간 변이를 줄이기 위한 목적으로 실시되고 있음(김계숙 2013, p54).

자료: 신현용, 여지영(2014, p13); 김계숙(2013, p54), 저자 재구성

□ 건강보험 약국을 제외한 의료기관에 지급된 2012년 요양급여 비용 중 정액수가 및 DRG로 지급된 비중이 7.08%(입원 15.2%, 외래

0.48%)에 불과하며, 92.2%가 여전히 행위별수가제를 기반으로 지급되고 있음(국민건강보험공단 2013, sheet 85)

- 동일한 통계치가 2013년에는 8.15%(입원 17.29%, 외래 0.43%)로 입원서비스 영역에서 약간 증가했지만 여전히 행위별수가제 방식에 의존적임(국민건강보험공단 2014, sheet 81).

□ 미국과 유럽을 중심으로 양 지향(volume driven)에서 가치 지향(value driven)으로 지불방식의 중심이 변화되고 있음(강희정 외 2013, p.31).

□ Porter(2010, p2)는 의료제공시스템 설계에 있어서 의료에 대한 보편적 보장과 접근이 필수적이지만 충분하지 않으며, 핵심이슈는 제공되는 의료의 가치(value)에 있다고 주장했음.

- 가치는 “지출된 비용 단위 당 얻게 되는 환자의 건강결과 (Patient health outcomes per dollar spent)”로서, 환자의 가치를 상당히 향상시키는 의료시스템으로의 개혁을 통해 의료공급자로 하여금 환자의 가치를 증가시키는 좋은 경쟁을 유도해야 한다고 주장하였음.

[그림 3-1] 미국 의료에서 제로섬(Zero-Sum) 경쟁



출처: Porter(2010, p4)

□ 전 세계 의료시스템들이 의료비 지출 증가에 대응하는 움직임은 가치(value)에 중점을 두고 있으며, 이를 위해 건강결과에서 변이, 임상진료에서의 의미 있는 차이들을 측정하고 보고하는 역량을 갖추는 노력을 하고 있음(Soderlund, et al. 2012, p.3).

○ 가치기반 의료를 구동시키는 것은 많은 의료개혁의 핵심이 되고 있으며, 이용도 심사(utilization review) 또는 비용 통제(cost control)의 전통적 접근방식보다 의료비 증가를 제한하는 효과적이고 지속가능한 접근법으로 평가되고 있음(Soderlund, et al. 2012, p.4).

○ 가치기반 지불제도는 의료시스템의 주요 참여자인 의료공급자가 이러한 변화의 방향에 맞게 진료실에서 의사결정을 하도록 경제적 인센티브를 주는 지불방식을 의미하는 것임.

○ 가치기반 지불의 설계는 의료공급자 단위로 의료서비스 제공의 질과 비용 수준이 측정 가능해야 하며, 고비용 시스템의 효율성 제고를 위해 의료공급자에 대한 중앙정부 또는 보험자의 통제력을 높이는 정책적 수단으로써 활용 가능성이 높음.

- 우리나라도 의료비 지출 증가 요인에 대응하는 지속가능한 의료시스템 구축을 위해 가치기반 의료의 지향이 지속적으로 제기되어 왔으며, 이러한 가운데 전문가, 학계, 정부 및 유관 기관들은 의료의 질 측정과 평가, 평가결과와 지불의 연계 등 제도적, 물리적 기반을 갖추는 인프라를 구축하는 노력을 해 왔다고 할 수 있음.
- 표 2에서 보듯이, 재정적 영향은 미비하지만 일부 영역과 질병에 대해 공급자의 비용 의식을 제고시키는 일당제 또는 포괄지불방식이 도입되고 있음.
- 아울러, 건강보험 적정성 평가 결과와 연계하여 지불에서 인센티브를 제공하는 가감지급 사업이 점진적으로 확대되고 있음.
  
- 하지만, 가치기반 지불제도는 시스템의 변화를 저항하는 기존의 공급자 진료수입 증대 방식과 맞물려 가속도를 내지 못하고 여러 가지 제도적, 물리적 한계에 부딪쳐 속도를 내지 못하고 있는 것으로 보임.
- 공급자에 대한 지불방식은 의료시스템의 변화를 유도하는 중요한 정책수단이라는 점에서 보험자와 공급자 간 직접적인 이해관계의 충돌로 인하여 변화가 쉽지 않으며, 우리나라도 같은 상황에 직면해 있음(강희정 2014, p.75).
  - 2012년 7월, 병의원 대상 DRG의 당연 적용에 대하여 의료계의 반대가 극심했던 사례를 들 수 있음.
  
- 그럼에도 불구하고 가치기반 접근은 의료시스템의 복잡한 이해관계 속에서 ‘비용대비 건강결과 향상’이라는 합리성을 갖춘 정책도구로

서 공급자와 보험자 간의 정면충돌을 피하며 대상을 넓혀 의료공급자의 참여와 책무성을 확대시키고자 하고 있음(강희정 2014, p.75).

- 성과측정의 대상에 질과 비용을 연계한 가치를 반영함으로써 성과연동지불제도는 가치기반 지불제도로의 연속적 과정에서 시작점으로 검토될 수 있을 것임(강희정 2013, p.33).
- 행위별수가제를 기반으로 일부에 영역에서 질 평가와 연계한 재정 인센티브를 지불하는 성과연동지불제도를 도입하고 있는 우리나라는 가치기반 지불제도로 변화의 초기 단계라고 할 수 있음.

□ 이 글에서는 현 단계에서의 가치기반 지불제도의 도입 현황으로서 성과연동지불제도의 도입 현황을 살펴보고, 향후 가치기반 지불제도의 확대를 위해 선결해야 하는 관련 쟁점과 과제를 검토함으로써 가치기반 의료를 지향하는 지불제도의 설계와 추진 방향을 제시하고자 함.

## 2. 국제 동향

□ 미국 오바마케어법(PPACA<sup>52</sup>)은 의료에서 성과와 가치를 측정하는 새로운 접근, 광범위한 보건정보기술(Health Information Technology)의 사용 장려, 보다 효과적이고 효율적인 의료의 제공과 이에 대한 지불 모형 개발을 촉진시키기는 역할을 하고 있음(Delbanco et al 2011, p.1).

---

52) Patient Protection and Affordable Care Act(PPACA, section 3022, 2012.1)는 ACO의 개발을 촉진하고 Medicare Shared Savings Program을 통해 ACO 개발을 위한 재정적 인센티브제도를 수립하도록 함(IHA, 2010).

- 특히, 법으로 시행되고 있는 메디케어 절감액 공유 프로그램 (Medicare Shared Savings Program)은 자발적으로 의료제공 네트워크를 구성한 책임의료조직(Accountable Care Organizations, ACOs)<sup>53)</sup>으로 하여금 환자 중심으로 연계·통합된 의료를 제공하도록 재정적 인센티브를 제공하고 있음 (Delbanco, et al 2011, p.2).
- ACO는 임상적으로 연계 통합된 의료를 제공하는 새로운 의료서비스 조직으로서, 정의된 인구집단의 건강을 관리하고 향상시키면서 총 의료비를 감소시키는 책임을 가지며, 주요 기대 성과는 다음과 같음 (North Carolina State Health Plan 2014, p.4).
  - 질 결과의 개선(Improved Quality Outcomes)
    - 연속적 의료과정 전반에 적용되는 측정 틀 : 의사, 병원, 장기의료, 재가의료 매트릭스
  - 비용의 감소(Reduced Cost)
    - 소비자: 보험료와 본인부담금의 감소
    - 공급자: 효율성 증가와 가치와 연계된 지불
    - 지불자 (보험자 또는 정부): 공급자 효율성 증가를 통한 총 의료비 감소
  - 더 좋은 의료(Better Care)
    - 의료에 대한 환자 경험(patient experience) 향상

53) PPACA에서 ACO(Accountable care 의 정의는 '소속된 일차의료 공급자들이 최소 5,000명의 메디케어 가입자의 의료를 연계 조정(coordinating care)하는 책임을 지는 조직으로 ACO에는 group practices, networks of practices, hospitals, hospital-physician joint ventures, 기타 그룹들이 포함될 수 있음(IHA, 2010).

- 의료의 연계(coordination of care) 향상
- 의료적 소통의 중심으로서 환자의 참여

□ 오바마 케어는 기존의 '분절적 의료시스템'을 '환자중심 의료연계시스템'으로 변화시켜 환자의 가치를 극대화시키기 위한 전략적 도구로서 지불제도와 서비스 제공 모형을 결합하여 제시하고 있음.

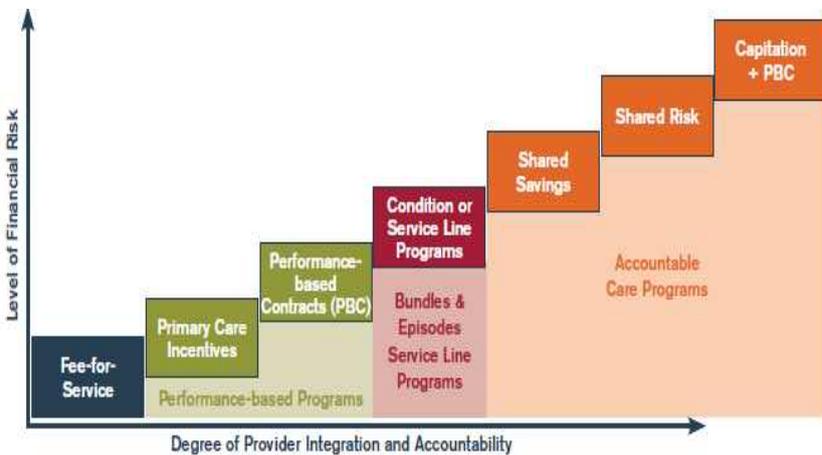
○ 궁극적으로 연속적 가치 의료 스펙트럼에서 공급자 지불 방식은 '공급자가 갖는 위험(provider risk)', '포함되는 서비스 범위(inclusion of services)', '질 인센티브(quality incentives)'의 세 가지 측면에서 가치기반 지불 수준의 강도를 높일 것임 (Delbanco et al 2011, p.3).

○ 가치기반 지불제도로의 변화는 '결과 중심 질(outcome based quality)과 비용 효율성(cost-efficiency)을 고려한 가치의 측정', '공급자의 통합과 책무성 수준', 공급자의 재정적 위험 수준이 점증적으로 증가하는 가치의료 스펙트럼으로 함께 접근될 수 있음(North Carolina State Health Plan 2014, p.4).

- 행위별수가제(Fee-for-Service)가 재정적 위험 수준과 공급자의 통합과 책무성 수준이 가장 낮으며, 인두제와 성과기반계약(performance based contracts)의 결합 방식이 가장 높음.
- 가치 의료 시스템 구축은 일차의료의 강화, 서비스 통합, 재정 위험의 공유로 확대될 수 있는데, 접근 순서에 따라 진료제공 형태 변화와 함께 가치기반 지불방식의 강도를 높여갈 수 있음.

- 1 단계: 기존의 행위별수가제 기반에서 일부 영역에 대해 질을 측정하고 재정 인센티브를 제공하는 성과기반계약(performance based contracts, PBC)으로 제도적·기술적 인프라 조성
- 2 단계: 특정 질환 또는 서비스 라인에 대해 공급자간 서비스를 통합하여 평가하고 지불하는 통합지불프로그램(Bundled Payment Program)을 도입함. 이 단계는 진료 관행의 변화를 동반함.
- 3 단계: 보다 확장된 인구집단을 대상으로 공급자의 책무성과 재정위험을 강화시키는 지불방식은 절감액 공유(shared savings), 위험 공유(shared risk), 인두제와 성과기반계약(capitation + PBC)의 방식으로 변화될 수 있음.

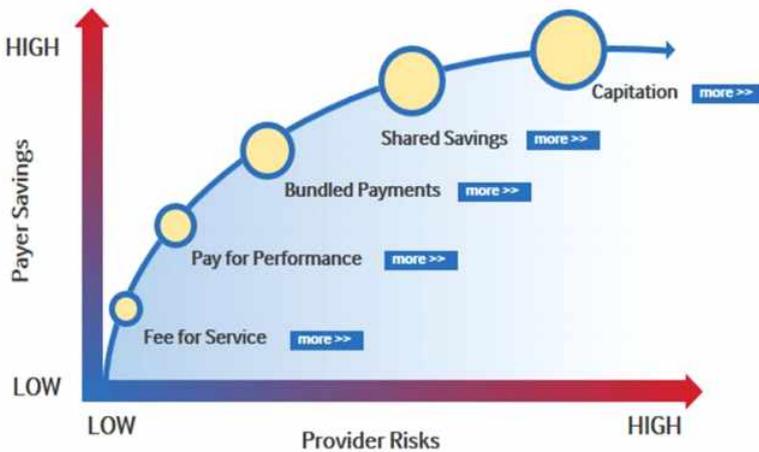
[그림 3-2] 가치의료 스펙트럼에서 지불방식의 변화



출처: North Carolina State Health Plan (2014), p.4.

- 결과적으로 가치기반 의료제도로의 변화는 공급자의 재정위험이 커지는 동시에 공급자 효율적 의료서비스 제공을 통한 지불자의 비용 절감 기회는 커지게 됨.

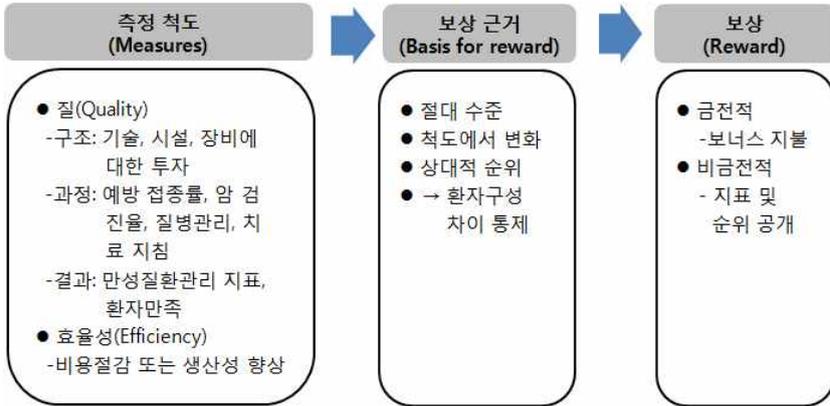
[그림 3-3] 위험기반 지불모형의 연속선



출처: Simpkins(2014), p.80

- 많은 국가들이 가치기반 의료의 유도를 위해 성과연동 지불방식을 활용하고 있음.
- 성과연동지불제도의 프로그램 운영 틀은 다음의 그림과 같은 기본 틀을 바탕으로 국가별 정책 목표와 과제를 달성하기 위한 도구로서 선택적으로 또는 부가적으로 형태를 변형하여 사용되고 있었음.

[그림 3-4] 성과연동지불(P4P) 프로그램의 틀(framework)



출처: OECD(2010), p.111

○ OECD 국가의 일차의료에서 P4P 시행 현황을 살펴보면, 일반적으로 예방적 의료, 만성질환 관리, IT 사업 참여, 환자 만족도, 의료 효율성(처방된 일반의약품 점유율)에 대해 성과지불제도가 시행되고 있음(강희정 2014, p.84)(표 3).

- 2012년 기준으로 일차의료 분야에서 16개 국가가 성과지불제도의 시행을 보고했음.

〈표 3-4〉 OECD 국가에서 일차의료에서 성과지불제도(P4P) 현황

참여 수준	국가	예방 의료	만성질환 관리	IT	환자 만족	효율성	기타	지불대상		측정		
								개인	조직	절대치	변화	순위
의무 참여	칠레	●	●	○	●	●	●	●	○	●	○	○
	한국	○	●	○	○	●	○	●	○	○	●	●
	터키	●	○	○	○	●	●	●	○	●	○	○
자발적 조건부 참여	호주	●	●	●	○	○	●	●	●	●	○	○
	프랑스	●	●	●	○	●	○	●	○	○	●	○
	멕시코	●	●	○	●	●	●	●	○	○	○	●
	뉴질랜드	●	●	○	○	○	○	○	●	●	●	○
	포르투갈	●	●	○	●	●	○	●	○	●	○	○
	미국	●	●	●	●	●	○	○	●	●	●	●
자발적 공개 참여	체코	●	○	○	○	○	●	●	○	○	○	●
	헝가리	●	●	○	○	●	○	○	●	●	○	○
	영국	●	●	○	●	●	○	○	●	●	○	○
정보 없음	스페인	●	●	○	○	●	○	●	○	●	●	○
	스웨덴	●	●	●	●	●	○	○	●	●	●	●

주: Estonia and the Netherlands also use P4P in primary care segment but did not provide specific information.

Source: Question 37, OECD Health system characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates.

Adapted from DELSA/HEA(2014)2, Table 29, 03-Apr-2014.

출처: 강희정(2014), p.84 표 5 재인용

- 일부 국가들은 특정 인구집단에 대한 의료 개선(호주, 칠레), 의료인력의 계속 교육(멕시코), 근무시간 후 의료접근도 향상(호주), 사전예약설정 기능 확대(체코)와 같이 서비스 공백, 환자의 편의 등 시스템 인프라 개선을 위해서도 성과지불방식을 사용하고 있음.
- 대부분의 OECD 국가들에서 P4P 사업에 참여하는 일차의료 의사의 성과지불액 수준은 전체 진료비 중 10%미만이지만,

예외적으로 영국이 (Quality and Outcome framework, QOF)은 의사소득의 약 15%를 차지함.

- 2012년 기준으로 OECD 국가들에서 입원서비스 P4P 프로그램을 보고한 국가는 11개 국가임(강희정 2014, p.85)(표 4).
  - 입원환자 P4P 프로그램에 참여하는 대부분의 국가들은 목표의 절대치 또는 상대적 변화에 대해서 성과를 측정하며, 일부 국가에서만 상환수준을 결정하기 위하여 등급(ratings)을 사용하고 있음.
  - 입원에서 P4P 프로그램들은 대부분 대기시간, 임상적 결과 및 과정의 적정성(심근경색 환자들을 위한 병원 도착 30분내 혈전용해제 투여 등) 같은 환자 경험 지표의 개선에 관심을 두고 있으며, 주관적으로 측정된 환자 만족을 반영하는 국가는 포르투갈, 영국, 미국에 한정됨.
  - 일부의 국가들만 입원의료 진료비에서 P4P 지불제도의 점유율을 제공하고 있는데, 대부분 1~4% 수준임.

〈표 3-5〉 OECD 국가에서 입원의료에 대한 성과지불제도(P4P) 현황

	국가	의료의 임상적 결과	적절한 과정의 사용	환자 만족	환자 경험	측정		
						절대치	변화	순위
의무 참여	한국	●	●	○	○	●	●	●
	호주	○	○	○	●	○	●	○
	스페인	●	●	○	●	●	●	○
	스웨덴	●	●	○	●	●	●	●
	포르투갈	●	●	●	●	●	○	○
	터키	○	●	○	●	●	○	○
자발적 공개 참여	룩셈부르크	○	○	○	○	●	○	○
	영국	●	●	●	●	●	●	○
정보 없음	일본	●	○	○	○	○	○	○
	미국	●	●	●	●	●	●	●

Note: Netherlands has P4P, but no additional information was provided, United States did not supply the information whether P4P is mandatory. Luxembourg reported "other" in focus of P4P - hospital management. In France aim of the P4P is efficient use of medication.

Source: Question 39, OECD Health system characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates

Adapted from DELSA/HEA(2014)2, Table 31, 03-Apr-2014.

출처: 강희정(2014), p.85 표 6 재인용

□ 미국은 오바마 개혁으로 환자중심 통합의료 제공을 위한 ACO의 형성과 연계한 지불방식의 변화로 가치기반 지불제도의 도입이 가장 진전되어 있음.

○ 2012년 현재, CMS는 의료시스템 인프라 구축과 의사의 참여를 독려하기 위한 다양한 인센티브 프로그램을 시행하고 있음(강희정 외 2013, p.104)<sup>54)55)</sup>.

54) 강희정 외(2013, p.104)의 CMS 인센티브 현황 관련 내용을 발췌하여 정리함.

55) Iowa, Kansas, Missouri, Nebraska 공급자들 대상으로 하는 인센티브 프로그램 현황 정보 참조 <http://wpsmedicare.com/j5macpartb/fees/incentive-programs/>

- EHR 인센티브 프로그램(Electronic Health Records(EHR) Incentive Program)
  - 2011년 초부터 참여, 프로그램에서 인증된 EHR 시스템 또는 모듈 사용에 대해 인센티브 제공, 개별 전문의는 메디케어 EHR 인센티브 프로그램을 통해 5년간 44,000불(\$44,000)까지 받을 수 있음.
- 전자처방 인센티브 프로그램(Electronic Prescribing(eRx) Incentive Program)
- 보건전문인력 부족지역 인센티브 프로그램(Health Professional Shortage Area(HPSA))
  - HPSA에서 제공되는 의사서비스에 대해 지불된 금액의 10%를 인센티브로 제공함.
- 보건 전문인력 부족지역의 외과 인센티브 지불 프로그램 (HPSA Surgical Incentive Payment Program (HSIP))
  - HPSA 인센티브 프로그램과 같이 이 지역 메디케어 환자의 주요 외과 시술에 대한 접근도 개선 위한 외과의사 인센티브 프로그램.
- 의사의 질 및 자원사용 보고(Physician Quality and Resource Use Reports (QRUR))
  - 2008년부터 시행되었으며, 의사에 대한 정보 피드백과 가치기반 지불 조정 프로그램(physician feedback/value-based modifier program) 시행을 위해 사전적으로 운영되고 있음.
  - 메디케어 행위별수가제 환자에 대해 제공된 자원 사용과 질을 유사한 진료과목의 비교그룹과 비교 평가한 결과를 개별 의사에게 피드백

- 의사의 질 보고 사업(Physician Quality Reporting Initiatives (PQRI))
  - 향후 가치기반 건강보험 설계를 위한 준비 작업으로 표준화된 질 정보를 보고하는 의사들에게 재정적인 인센티브를 제공.
- 일차의료 인센티브 프로그램(Primary Care Incentive Payment Program (PCIP))
  - 일차의료서비스를 제공하는 일정 자격의 일차의료 의사와 비 의료인을 대상으로 하며, 해당 전문분야는 가정의, 노인의학, 내과, 소아과 의사임.
  - 기본 진료 행위 등이 일차의료서비스로 정의되며, 일차의료 전문과로 등록되어 있거나, 정의된 일차의료서비스가 전체 청구금액의 60%이상을 차지하는 의사를 대상으로 2011년 1월부터 2016년 1월까지 연단위로 질을 평가하고 결과를 바탕으로 분기별로 지불액의 10%가 인센티브로 지급됨.

○ 2012년부터, 메디케어는 ACA를 통해 진료비 절감액 공유 프로그램(Shared Savings Program)을 시행하고 있고 통합지불방식(Bundled Payment Program)도 시범사업을 진행하고 있음.

- 가치기반 지불 설계를 위한 새로운 접근: 통합 지불(Bundling Payment)
  - 통합 지불은 급성기 병원에서의 입원과 퇴원 후 회복 기간(30일 또는 90일)에 관계된 에 모든 공급자의 서비스에 대한 비용을 통합하여 의료서비스 제공조직이 지불자와의 계약을 통해 사전에 설정한 금액을 지불하는 방식
  - 특정 질환 또는 서비스 라인에 대하여 관여하는 모든 전문

과목 및 시설 간에 긴밀한 파트너십을 갖도록 인센티브를 제공하는 것으로 ACO와 같은 자발적 공급자 네트워크 조직의 출현으로 시행이 가능해짐.

- 절감액 공유 프로그램은 Physician Group Practice Demonstration을 가능성을 평가하고 오바마 개혁법에 의해 2012년부터 ACO와 지불자간의 계약을 통해 시행되고 있음.
  - ACO가 사전에 지불자와 계약한 수준보다 낮게 지출하면 절감된 차액의 일정율을 지불자로부터 보상받는 방식임. ACO는 보상받은 절감액을 가입된 개별 의사에게 사전에 합의된 기준에 따라 배분함. 이는 역으로 사전 설정 수준보다 지출이 초과할 때 지불자의 손실분을 공급자가 일부 부담하는 위험공유 프로그램(risk sharing program)으로 발전할 수 있음(ValenceHealth 2013, p. 2).
  - 통합지불제도 설계는 통합 단위(Bundle)를 정의하는 것에서 시작되며, 주요 수술 등을 중심으로 정의 가능한 치료 사이클(cycle of care) 규정하며 대개 사전 조치 및 입원 후 30일 또는 90일까지 포함. 통합단위에 정의 후 환자 집단 정의, 결과지표 규정, 비용 추정, 가격 결정 등의 순서로 진행됨(Witkoski, et al. 2013).

[그림 3-5] 절감액 공유 프로그램(shared savings program)에서 지불 사이클



출처: ValenceHealth(2013, Figure 3)

### 3. 쟁점과 이슈

□ 가치기반 지불제도는 환자에게 중요한 가치를 극대화시키는 의로서비스 제공 모형과 지불기전의 조합임.

○ 보험자에게는 지출의 감소, 공급자에게는 재정적 이익의 증가, 환자에게는 향상된 건강결과를 경험하게 하는 의료제공모형과 지불메커니즘의 설계를 의미함(Witcowsk, et al. 2013).

○ OECD 국가들에서 행위별수가제를 기반으로 하는 대부분의 나라들이 특정 목표를 달성하기 위한 정책 수단으로써 성과연동지불제도를 부가적으로 활용하고 있음(강희정 2014, p.86).

- 이는 그림 2에서 행위별수가제로부터 가치기반 의료시스템으로 변화를 추구하는 초기 단계로서 현행의 서비스 제공 관행에서는 변화 없이 제한된 영역에 대해 과정(process) 또는 중간결과(intermediate outcome)의 질(quality) 수준 달성에 대

해 의료공급자에게 경제적 동기를 부여하는 방식임.

○ 가치기반 지불제도로의 변화는 환자의 건강결과에 대한 의료공급자의 책임과 경제적 위험을 비례적으로 증가시킬 것임(그림 3).

- 궁극적으로 개별 환자 뿐 아니라 인구집단의 가치를 극대화시키기 위해서는 공급자 별, 분절적 서비스 영역을 통합하는 의료서비스 제공 구조의 변화가 필요함.
- 대표적 예로, 미국 메디케어의 책임의료조직(ACO)은 가치기반 서비스를 제공하도록 유도하는 지불 메커니즘이라고 할 수 있음(Larson et al. 2012, p.2395).

□ 가치기반 지불제도는 의료공급자와 제공 장소의 벽을 허물고 환자 중심으로 의료를 연계하는 통합서비스 제공과 연계된 지불 기전임. 따라서 새로운 서비스 제공조직의 형성을 중심으로 시스템 전반에서 쟁점과 이슈들이 제기될 것임.

□ **병원-의사 간 환자 중심으로 의료 협력이 가능한가?**

○ 오래된 경쟁 관계와 불신으로 인한 협력 관계 구축이 어려울 수 있음.

- 우리나라 의료공급체계는 병원을 중심으로 구성되어 있으며, 의원, 병원, 대형병원이 모두 동일한 시장에서 환자 점유 경쟁을 하고 있음.
- 이는 환자수와 진료량을 증가시켜야 수입을 증대시키는 전통적 행위별수가제 기반 시스템의 결과임(이왕준 2014, p.42).
- 한편, 통합의료 제공 네트워크는 행정력과 고용의사 관리 경험

이 있는 병원 중심으로 구성될 가능성이 높지만, 큰 병원 중심의 네트워크 조직화는 이들 조직으로의 환자 집중을 심화시키고 전국적으로 균형 있는 질 향상을 방해 할 수 있음 (Goldsmith 2011, p.32).

- 메디케어 ACO는 개인의사와 병원들이 할당된 환자를 중심으로 의료를 연계하도록 협력관계를 갖춘 공급자 네트워크 조직으로서, 예방 의료와 일차 의료 기능을 강화시켜 병원 입원과 응급실 방문을 감소시킬 것으로 기대됨(Goldsmith 2011, p.32).
  - 이 경우, 병원은 입원 지출 감소로 보험자가 얻은 절감액의 일부를 돌려받아 손실분을 보충하는 지불 메커니즘(shared savings program)을 최대한 활용하는 방식으로 ACO를 운영할 것임<sup>56</sup>.
  - 병원이 주도하는 통합의료 제공조직은 전체 시스템의 비용을 증가시키고 균형 있는 시스템 질 향상을 유도하기 어려울 수 있음.
- 또한 병원과 개원 의사는 경제적 동기를 실현하는 방식에서 차이가 있고 중소병원과 개원의에 대한 정부 정책의 차별적 접근은 상호 갈등과 불신을 누적시켜 왔음.
- 결과적으로, 상호경쟁과 불신의 환경은 공급자 네트워크 조직 구성에 대한 의사의 참여를 방해할 것임.

○ 하지만, 건강보험에서 새로운 수입원 개발 동기의 증가는 가능성을 보임.

---

56) ACO를 형성하는 구성은 다양할 수 있음. 그룹진료 의사와 개별 의사들만 구성된 ACO도 있음.

- 지속적인 건강보험 보장성 강화와 비급여 축소는 의료공급자로 하여금 수입 감소를 우려시키고 환자수 증가 및 진료량 증대가 지속가능할 수 없는 가운데, 의료계 내부적으로 새로운 의료서비스 제공 모형과 지불 기전의 개발이 요구될 수 있음 (이왕준 2014, p.42).
- 특히, 대도시를 중심으로 경쟁 수준이 높은 공급자들 간에 경제적 인센티브의 기회를 확대하는 자발적 연대에 대한 동기가 형성될 수 있음.
  - 가치기반 지불제도 설계에 있어서 공급자는 의료제공의 책무성과 경제적 위험을 높게 감수할수록 동시에 경제적 인센티브를 얻을 기회도 확대될 수 있음(그림 3).
- 실제, Epstein 등(2014, p.99)은 2013년 미국 전역에서 메디케어 책임의료조직들(ACOs)의 분포 현황과 특성 분석 결과, 경쟁도가 높은 지역에서 ACOs가 유의하게 더 많이 형성되었다고 보고하고 있음.

**□ 통합 의료서비스 제공 조직을 형성하는 리더십과 거버넌스 실현을 기대할 수 있는가?**

- 공급자 네트워크 조직의 구성으로부터 성과(performance)를 내기 까지 리드 타임(lead time)이 필요함으로 오랜 시간동안 네트워크를 유지할 수 있는 리더십과 거버넌스 구조가 매우 중요함 (Fisher et al. 2012, p.2371).
- 2007년 Brooking-Dartmouth ACO collaborative model의 시범사업에 참여한 4개 ACO 형태 조직을 비교하면, 조직 형성을 위한 논의시작부터 최종 협정사인까지 최소 3년이 걸

렸음(Larson et al. 2012, p.2397).

- 공급자와 지불자간의 논의가 시작된 날부터 최종 협정문에 사인한 날까지 기간을 조사한 결과, 시범사업에 참여한 4개 조직(Healthcare Parters, Monarch Healthcare, Norton Healthcare, Tucson Medical Center)에서 각각 5년, 5년, '09년 4월 이후 '10년 8월까지 진행 중, 3년의 기간이 소요되었음.

○ 자발적인 조직 형성을 기대할 수 있는 상황인지, 아니면 조직의 형성을 주도할 수 있는 리더십의 발휘를 사전적으로 설정해야 하는지에 대한 문제임.

- 미국 메디케어는 ACO 인정 지침을 제시하고 경제적 인센티브로서 절감액 공유 프로그램(Shared Savings Program)과 같은 지불기전을 결합시킴으로써 의료공급자들의 자발적인 ACO 형성을 촉진시키고 있음(IHA 2010, p.1).
- 우리나라의 경우, 정부 또는 보험자가 공급자 조직의 자발적 형성을 유도하기 위한 충분한 사전 준비가 되어 있지 않기 때문에, 지역단위별로 조직을 운영하는 책임 기관(또는 단체)을 지정하여 조직 운영의 경험을 축적한 후 자발적 형성을 촉진해야 할 것임.
- 미국 메디케어 ACOs와 Shared Savings Program도 PGP(Physician Group Practices) Demonstration, Brookings-Dartmouth ACO collaborative 등 사전 시범사업의 경험을 토대로 발전된 것임.

〈미국 메디케어 PGP 시범사업 개요〉

- PGP 시범사업은 최초 의사 P4P 사업으로 "메디케어 행위별 수가제 Physician Group Practice" 단위로 질과 비용을 평가하고 절감액을 기반으로 지불 인센티브를 제공하는 가치기반 지불 설계의 초기 사업으로 평가됨.
- PGP 시범사업의 목표는 메디케어 Part A와 Part B간의 진료 연계 유도, 케어 매니지먼트 프로그램 및 진료 과정의 재설계 등에 대한 투자를 통해 비용 효율성과 의료 효과성을 증진하는 것이었으며, 인구집단에 대한 건강결과를 향상시킨 의사들에 대해 보상함으로써 임상현장에서 가치기반 의사결정을 유도하고자 하였음.
- 2005년에 시작 당시, 10개의 PGP가 참여하였고 5년간 진행되었으며, 질 향상과 비용 절감 효과가 있었던 것으로 평가되고 있음.
- 이 사업의 경험과 성과는 이후 가치기반 지불 설계의 추진을 위한 바탕이 되었음.
- 2012년 1월부터 시행된 오바마 의료개혁법(PPACA)에 근거하여, ACO 개발 촉진을 위해 비용 절감액의 일부를 돌려주는 지불 기전인 '절감액 공유 프로그램(shared savings program)'의 기본 모형이 되었음.

출처: 강희정 외(2013, pp.128-129)에서 발췌하여 요약 재정리

○ 서로 다른 지역적 환경 하에서 서비스 제공 조직의 형성에 기여하는 요인들은 다음과 같음(Larson et al. 2012, p.2399).

① 집행 리더십과 거버넌스

- 가치 의료로 문화를 변화시키는 강력한 리더십 발휘가 필요

함. 우리나라에서 자발적 네트워크 구성을 유도할 때, 참여하는 의료공급자들과 유대관계를 갖고 강력한 리더십을 발휘하는 역할을 누가 수행할 수 있을지 의문임.

- 메디케어 ACO는 설립기준에 근거기반 의료와 환자 참여를 촉진시키는 과정의 정의, 질과 비용 지표의 보고, 의료 연계 등을 담당하는 운영기구(governing body)를 두도록 하고 있으며, 여기에는 참여 공급자 또는 지정 대리인 외에 보험 가입자(환자) 대표도 참여하도록 하고 있음.
- 네트워크 조직을 운영하는 지도력의 발휘는 조직마다 다를 수 있음. 미국 메디케어 ACOs 에서도 지역기반 일차의료 의사 팀, 전문 경영인 고용 등 다양함.

## ② 보험자-공급자의 관계

- 공급자 조직의 형성은 보험자와 새로운 관계 설정을 필요로 함. 지금까지는 의료계 단체와 수가의 수준을 결정하는 환산 지수 계약을 함으로써 모든 의료공급자에게 일괄적인 영향을 미쳤지만, 새로운 관계의 형성은 형성된 조직에 따라 목표수준과 조건(귀속되는 환자의 할당, 성과 지표, 데이터 공유 협정 등)을 달리 하여 계약을 할 수 있는 탄력적 관계로 변화될 수 있음(Larson et al. 2012, p.2400).
- 이는 정부 또는 보험자 주도의 의료 정책 수립과 결정에서 의료공급자의 참여와 협력을 확대시키는 좋은 계기가 되는 동시에 해결해야 할 과제가 될 것임.

## ③ 성과기반 지불제도의 경험

- 질 기반 성과연동지불제도는 이러한 변화의 훌륭한 경험을

제공하게 될 것임. 조직의 성과 지표로서 질을 측정하는 틀의 설계와 측정 가능성을 높이는 것은 현행 행위별 수가제에서 조금씩 확대해 온 적정성 평가 및 가감지급 사업에서의 자원과 경험을 바탕으로 하게 될 것임.

- 우리나라 건강보험에서 질 평가 대상이 주로 종합병원 이상 대규모 병원을 중심으로 하고 있다는 점에서, 공급자 조직 구성에 필수적인 개원의사, 2차 병원 등이 성과지불제도에 대한 경험이 미약하다고 할 수 있음.
- 최근 외래서비스에 대해 고혈압, 당뇨 관리와 약제 사용에 대한 평가를 하고 있지만, 질과 연동한 성과기반 지불제도의 시행 경험으로는 부족한 수준임.
- 이러한 경험 부족은 우리나라에서 의료 연속선(care continuum)에서 공급자가 협력하는 제공조직의 형성까지 상당한 시간이 소요될 수 있으며, 사전 인프라 구축의 중요성과 필요성을 제시해 줌.

○ 아울러, 지불메커니즘을 통한 경제적 인센티브가 지도력과 거버넌스에 영향을 미칠 것임.

#### □ 공급자 조직 형성을 촉진하고 가치기반 지불제도로 변화하기 위한 인프라는 충분한가?

○ 의료정보기술(Health Information Technology)의 활용을 위한 지원 필요

- 의료서비스 공급 조직으로 협약된 각각의 진료장소 내에서는 전자의무기록시스템을 갖추고 있다고 해도 장소를 달리하여 조직에 참여하는 공급자 간에 정보를 교류할 수 있는 통합 데

이더 수집 및 정보 공유 시스템의 구축이 요구됨.

- 환자 중심의 의료연계를 촉진하기 위해서는 병원 내 의사와 외부 의사들 간의 정보 연계 시스템 구축을 위한 기술적 또는 재정적 지원이 필요할 수 있음.
- 특히, 환자에 대한 의뢰 또는 새로운 서비스 결정을 위해서는 다른 공급자의 서비스 또는 약제 처방내역에 대한 실시간 공유 (real-time information coordination)가 필요할 수 있음.

○ 서비스 공급 조직의 개발, 형성, 운영을 위한 기본 로직 모델의 개발과 공유 필요

- 공급조직의 개발, 형성, 평가 등을 위한 기본 로직 모델(logic model)의 개발 필요
  - 자발적 공급조직의 형성, 운영을 위해 보험자와 계약을 위한 요건 등 기본 지침을 개발하여 제공해야 함.
- 새로운 서비스 공급 조직의 적정 분포를 위한 청사진 개발 필요
  - 미국과 달리, 우리나라는 국토면적이 넓지 않고 교통이 발달하여 원거리 진료가 상대적으로 용인한 편임.
  - 관리적 측면에서, 미국 ACO와 같은 한국형 서비스 조직의 형성을 유도하기 위해서는 지역기반 일차의료 기능을 확대함으로써 전체 의료 과정의 효율성을 제고하고 규모의 경제를 통한 비용 대비 가치를 최적화 시킬 수 있는 조직의 적정 규모와 설치되는 지역 단위(새로운 개념의 진료권 설정 등)에 대한 분석과 권고가 필요함.
  - 새로운 전달체계의 구축과 관련되므로 충분한 사전 설계가

필요함.

○ Clinical Practice Guideline, Critical Pathway, Process Map, Care Management program 등 임상적 의사결정을 지원하는 자원의 개발과 공유가 필요함.

- 새로운 서비스 공급조직은 할당된 인구집단에 대한 건강결과 (또는 의료의 질)와 비용 효율성을 높이는 공동의 목표를 달성하기 위해 표준적 지침이 필요함.
- 조직에 참여하는 일차의료의사, 전문의, 병원 등이 의료의 연속선에서 환자에게 적절한 서비스가 적시에 제공되고 중복되는 일이 없도록 서비스를 연계하고 효율적이고 효과적인 의사결정을 할 수 있도록 지원하는 Clinical Practice Guideline, Critical Pathway, Process Map 등이 사전에 준비되어 있어야 하며, 이는 의사들의 참여 촉진, 형성된 새로운 서비스 제공 조직의 임상적 관리를 위해서도 필요함.
- 또한 환자 중심 의료연계를 촉진시키기 위하여 특정 질환군 또는 만성질환 중심으로 환자 등록, 전자 처방, 환자 자가 관리 등을 지원하는 케어 매니지먼트 프로그램이 준비되어 있어야 하며, 별도의 케어 매니지먼트 수가를 책정함으로써 의료연계를 보다 적극적으로 유도할 수 있을 것임.

○ 아울러, 질과 비용에 대한 공급자 단위 성과 평가 및 보고 역량도 충분히 갖추어져야 함.

- 성과 평가를 위한 측정의 틀, 질과 비용의 측정 지표, 측정 자료, 산출 및 적용 가능성 등 공급자 단위의 평가와 보고의 역량 점검이 필요하며, 지불 기전과 연계한 단계적 보안을 설계할

수 있음.

#### 4. 추진 방향

##### □ 기본 방향

- 가치의료를 지향하도록 서비스 제공 체계를 변화시키기 위한 정책수단으로서 지불제도가 적용되는 서비스 범위, 공급자의 책무성과 경제적 위험도 수준의 확대 측면에서 가치기반 지불방식의 단계적 접근 방향을 제시하고자 함.
- 결과적으로, 가치기반 지불제도는 건강보험제도 참여자가 가치의료를 지향함으로써 모두 이익을 얻는 방식으로 설계되어야 함.
  - 즉, 보험자에게는 불필요한 지출의 감소, 공급자에게는 좋은 질의 서비스를 제공함으로써 더 많은 재정 인센티브의 기회 확대, 환자에게는 부담의 감소와 향상된 건강결과를 경험하도록 의료제공과 지불방식의 연계 모형을 설계하는 것임 (Witcowsk, et al. 2013)

##### □ 가치기반 지불제도로 변화의 접근 방식

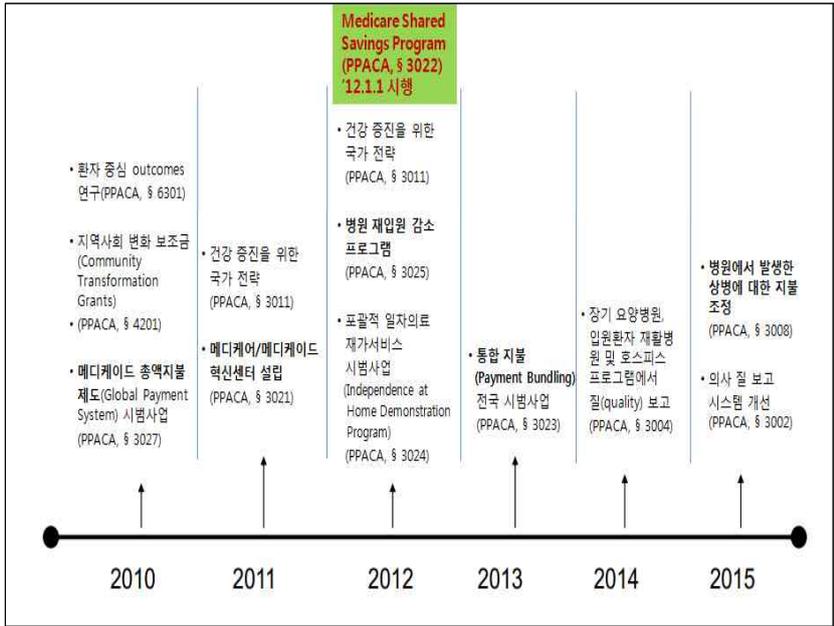
- 의료서비스 제공모형, 인프라 구축과 연계한 단계적/다각적 가치기반 지불제도의 확대가 추진되어야 함.
  - 특정 질환군, 환자군, 서비스 영역에 따라 다양한 지불제도의 조합이 필요하며, 단계적으로 outcome 기반 질과 비용 효율성을 측정하여 성과에 따라 공급자 감수하는 재정위험으로 확대시키는 방향으로 변화를 유도함.

- long-term care, low-intensity primary care, unscheduled care 등 서비스 영역의 특성에 따라 유동적인 지불방식의 접근 필요(Goldsmith, 2011, p.36)

○ 새로운 서비스 제공 모형의 자발적 형성을 지원하고 이를 촉진하기 위한 지불 방식의 개발과 사업 추진을 추진하기 위한 국가적 관리 체계 구축

- 가치 의료의 지향을 목적으로 국가의 추진 로드맵 수립과 이를 담당하는 조직 설립
- 미국 메디케어는 ACO 기반의 의료제공체계 개편과 이를 견인하는 가치기반 지불제도의 확대를 추진하는 로드맵을 수립하고 있음(그림 6).
  - 2012년 메디케어 절감액 공유 프로그램을 시행하면서 환자 중심으로 서비스 연계를 촉진하는 가치기반 지불제도로의 혁신적인 변화가 시작되었다고 할 수 있음.
  - 환자를 중심으로 공급자간 서비스 연계 스펙트럼을 더욱 넓혀 진료비를 지불하는 통합 지불제도 시범사업이 진행중이며, 의료연계 기능의 제고를 위해 병원 재입원율이 높은 기관에 대해 재정적 손실을 주는 프로그램을 시행하고 있음.
  - 단계적으로 임상 현장에서 질과 가치의 향상에 더 많은 보상을 하고, 반대의 경우 재정적 리스크를 확대하는 변화를 계획하고 있음.

[그림 3-6] 미국 메디케어 ACO 추진 일정



자료: Roble & Spitzer (2010), p.11

○ 아울러, 정부 또는 보험자는 다양한 서비스 제공 모형과 계약 방식을 개발하여 제공함으로써 의료공급자들이 지역 환경에 맞는 대안을 갖도록 지원해야 함.

- 초기에 의료공급자의 자발적 형성을 기대하기 어렵다면, 지역 거점 공공병원이 새로운 조직 형성의 관리기구 역할을 하도록 하고 지역 내 일차의료기관, 병원 간에 서비스 연계 체계를 구축함으로써 ‘지역기반 환자중심 통합 서비스 시범사업’을 시행할 수 있음.
- 미국 메디케어가 ACO 형성을 위해 오랜 기간 시범사업을 수행하고 장기적인 로드맵을 수립하여 추진하고 있음을 고려할

때, 정부와 보험자는 중장기적인 로드맵을 수립하여 시범사업 추진과 성과를 공유하고 이를 바탕으로 전반적인 서비스 제공 체계의 변화와 가치기반 지불제도의 확대를 모색해야 할 것임.

□ 단기적 방향 : **현 시스템 하에서 성과지불제도의 확대와 인프라 구축**

○ 외래 서비스로의 성과지불제도의 확대

- 일차의료의 활성화를 통한 입원과 응급실 방문의 예방 등 환자의 서비스 이용 여정을 효과적으로 효율화시키기 위해서는 외래 분야에서의 가치 지향성을 확대시켜야 함.
- 현재, 질 기반 성과연동지불제도를 점차 외래 서비스 분야로 확대시킬 필요가 있음.
  - 적용 범위를 확대 할 뿐 아니라 결과 지표 중심의 성과연동 지불제도로 확대시켜야 함.
  - 현재, 당뇨, 고혈압에 대해서 환자 등록과 서비스 제공 중심으로 성과를 평가하고 있으며, 투약관리는 처방비용 절감액에 중심을 두고 있음.
  - 외래 단계에서의 적절한 예방과 관리가 건강결과 향상에 기여하는 측면에서, 당뇨, 고혈압 외에 심혈관 질환, 심부전, 천식 및 호흡기 질환, 정신건강 및 약물남용, 골관절 질환 등의 외래 서비스 영역에 대해 성과지불제도를 확대하고 단계적으로 입원서비스와 연계하는 서비스 제공 방식을 도입함으로써 가치기반 지불제도 확대를 추진할 수 있을 것임(강희정 2013, p.154).

○ 가치기반 지불제도 도입의 기반 구축

- 행정적/임상적 리더십과 관리 기능
  - 행정적 구조 : 관리 인력 구성, 절감액 인센티브를 받고 배분하는 역량
  - 자본 조성, 현금 운용 및 준비금 :  
새로운 서비스 제공 조직의 기본 운영 체계 구성을 위한 초기 비용, 사업 손실 및 기준 성과 미달 시 보험자와 손실액 공유를 위한 지불 준비금 등의 자금 운영이 요구됨.
  - 임상적 관리 :  
환자 위험도 보정을 위한 분류체계 개발, 주 임상경로, 프로세스 맵 등 의료의 효과성과 효율성을 제고할 수 있는 근거 기반 관리 도구 개발 및 보급
- 공통의 IT 시스템
  - 임상적 관리와 의료연계를 위한 EMR 보급을 확대하고 환자-공급자, 공급자-공급자 간 소통의 개선을 위해 활용될 수 있도록 지원해야 함.
- 재정적 및 분석적 역량
  - 통합 데이터 시스템을 통한 자료 분석을 통해 모범 진료(best practices)을 모델링하고 공유해야 하며, 보고(reporting) 역량을 향상시켜야 함.
- 제도적 조정 및 지원
  - 서비스 제공모형과 지불방식의 변화가 현재의 법과 제도적 규정에 충돌하지 않도록 조정하고 초기 비용 투자에 대한 보

상을 세제 혜택 및 자금 지원 방법 등이 필요함.

□ 중·장기적 방향 : 서비스 제공 방식의 개편과 연계한 공급자의 가치 기반 재정위험 확대

- 통합 지불(Bundled Payment)의 단위 포괄화와 대상 확대
  - 특정 질병군 또는 서비스 라인(line) 등에 대해 일차의료, 입원 서비스, 재활 및 회복, 장기요양 또는 호스피스 서비스까지 공급자가 제공하는 장소의 벽을 넘어서 환자중심으로 서비스 연계 범위를 점차 확대하여 이를 하나로 묶어 진료비를 상환함으로써 서비스 제공 모형과 지불 방식을 결합한 가치기반 지불제도로 전면 개편을 기대할 수 있음.
  - 통합지불방식(bundled payments)은 행위별수가제가 갖는 분절적 의료행태를 변화시켜 환자중심으로 전체 서비스의 효율성과 의료공급자 간 통합의료(coordinated care)를 장려할 것임.
- 환자 중심 연계 서비스 제공의 효과를 확대하기 위해서는 공급자 간 서비스 협력 범위를 확대하는 것이 필요하며, 실제 임상현장에서 작동하기 위해서는 서비스 제공범위와 동일한 단위로 지불 단위가 포괄적으로 묶이는 변화가 필요함.



## 발표 2. 의료기술혁신을 위한 정책과 개선방안<sup>57)</sup>

### 1. 추이와 현황

- 모바일 헬스(mHealth)분야를 포함하여, 유전자 분석을 통한 맞춤형 치료제, 줄기세포, 인공조직 및 장기 등 보건의료분야에서는 눈부신 혁신이 일어나고 있음. 그러나 우리나라 보건의료산업은 연구개발에 따른 기술혁신이 더디고, 시장에서의 경쟁도 연구개발 투자에 의존한 경쟁과 제품차별화보다는 영업과 마케팅에 의존하는 경향이 있음
- 그 원인은 우리나라의 경우 보건의료분야에서 혁신시스템이 활발히 작동하지 않기 때문으로 진단할 수 있음. 다른 산업분야와 달리 보건의료기술분야는 대학 등 과학기구, 시장 및 규제기구, 병원 등이 상호 의존적인 관계에 있으며, 의료기술의 혁신과 확산 역시 이런 기구들간의 상호작용의 결과로 분석할 수 있음
- 본 절에서는 연구개발단계에서부터 제품판매허가, 신의료기술 평가, 보험급여 단계까지의 일련의 흐름에서 보건의료분야에서의 혁신을 유도하기 위해 필요한 정책방안을 모색하고자 함
- 이를 위해 먼저 현재 국내 보건의료산업에서의 연구개발 투자 현황과 의료기술 평가와 보험급여 과정을 살펴본 뒤, 국제비교를 통해 특히 글로벌 제약산업의 발전과정을 살펴봄으로써 시사점을 얻고, 정책적 측면에서의 쟁점과 이슈를 조망한 뒤 정책과제를 도

57) 의료기술은 '질병의 예방, 진단, 치료, 재활 및 건강 향상을 목적으로 하는 의약품, 의료기기, 시술, 지원체계라고 정의함

출하는 순서로 논의하고자 함

### 가. 보건의료산업의 연구개발 투자

- 우리나라의 보건의료분야 연구개발 투자 규모를 보면 '13년 기준 약 1조 344억원으로 정부 전체 R&D의 약 6.1%를 차지하고 있음
- 연구개발 투자가 주로 정부 투자에 의존하고 있는 것이 특징임. 예를 들면, 보건의료분야 중 제약산업은 고정비용(fixed cost)이 높고, 한계비용이 일정한 비용구조를 가지고 있어, 연구개발을 통한 혁신만이 시장에서 글로벌 시장에서 경쟁력을 확보할 수 있는 산업구조("Schumpeterian industry")를 가지고 있으나, 연구개발 투자비중이 낮고, 성과도 취약함
  - 민간투자 비중('11) : 전기전자 90.4%, 보건의료 38.2%, 산업 평균(74.8%)
  - 제약사 매출액 대비 R&D 투자 비중('10) : 세계 10대 제약사 15.6%, 국내 10대 제약사 8.2%(5억\$, Pfizer 1개사의 5.3%에 해당)
- 주요 선진국의 보건의료분야 R&D 비중 : 미국 23%(35조원), 영국 18%, EU 19%

〈표 3-6〉 보건의료 R&D 투자 비중('13년)

정부 R&D 전체 (16.9조원, 100%)	HT R&D (약 1조 344억원, 6.1%)	복지부 R&D (4,341억원, 2.6%)
-----------------------------	------------------------------	----------------------------

자료: 보건복지부 내부자료

- 민간 R&D는 보건의료 분야 공급자가 영세한 기업구조로 타 산업분야, 글로벌 기업 대비 크게 저조한 이유로 민간 R&D 투자 취약

□ 국가 연구개발 사업 연구개발 투자 현황

- 우리나라 보건의료분야 연구개발 사업은 각 부처별 근거법령에 따라 연구개발사업 수행. 현재 보건복지부, 미래창조과학부, 산업통상자원부 등 여러 부처에서 수행하고 있음 (박은자, 2013)
  - 연구비 기준으로 교과부가 37.6%로 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 보건복지부 28.55, 지경부 24.2% 순이었음
  - 연구단계별로는 기초연구 37.8%, 개발연구 30.6%의 비중이 큰 반면, 응용연구는 16.0%로 비중이 작음
  - 보건의료분야 주무부처인 보건복지부 연구개발 사업은 기초연구 15.4%, 개발연구 29.1%, 응용연구 33.5% 점유 (교육과학기술부 기초연구 비중 57.8%, 지식경제부 개발연구 58.1%)
- 우리나라는 각 부처별 근거법령을 토대로 보건의료분야 연구개발 사업을 진행, 실제 연구수행 주체와 연구주제가 크게 다르지 않아 유사 중복의 가능성 높음
- 국가 연구개발 사업의 최상의 심의기구인 국가과학기술심의회에서 예산조정 기능 수행하나, 각 부처별 소관 전문위원회를 운영하고 있어 소관 부처 간 연계가 원활하지 않음 --> 유사한 연구가 반복되거나 연구성과간 연계가 되지 않아 연구개발사업의 효율성이 떨어짐
  - 복지부소관사업은 생명복지전문위원회, 산업부중기청 소관사

업은 주력기간전문위원회, 미래부 소관사업은 첨단융합전문  
위원회에서 담당

□ 보건의료 R&D 투자에 대한 성과 평가 (국가과학기술심의회 운영위  
원회(2014))

○ 기초 기반 기술 연구개발 역량은 향상되었으나, 실용화, 사업화  
성과 창출을 위한 핵심 기술력은 아직 미흡

- '03~'06년 대비 '09~'12년 SCI(E) 논문 건수 증가율 ('12 생  
명공학 육성기본계획)

• 한국 1.83배, 미국 0.75배, 일본 0.94배, 영국 1.01배, 중  
국 3.06배

- '02~'05년 대비 '11~'12년 기술력 지수 증가율 ('13 생명공학  
정책연구센터)

• 한국 1.73배, 미국 0.82배, 일본 0.87배, 영국 0.63배, 중국  
1.6배

- 범부처 차원의 대형 R&D 기획 추진, 첨단의료복합단지·뇌연  
구원 등 핵심인프라 구축

○ 신약개발 분야등에서 일부 가시적 성과가 있으나, 핵심기술, 제품  
개발 전반의 성과가 부족하고 그에 따른 의약품 등의 대외의존도  
도 증가

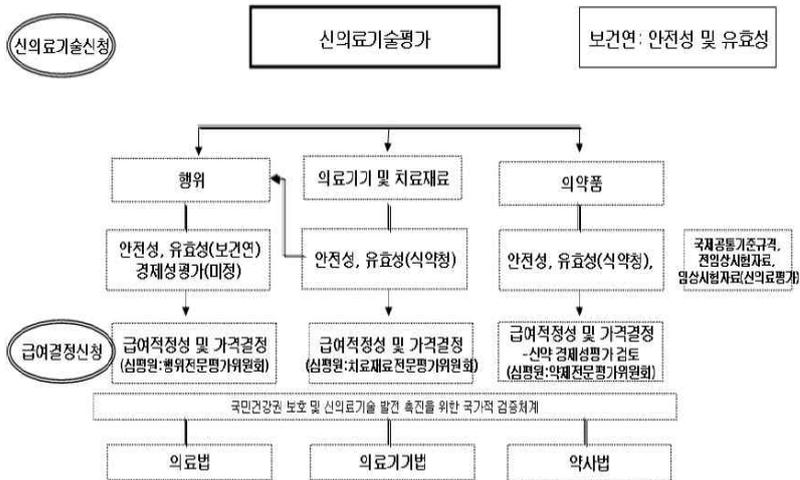
- 국내 제약기업에서 미FDA 임상 3장 6건 진행중('13년 한국신  
약개발연구조합)

- 의약품 무역수지: ('07) 23.6 --> ('11년) 31.6억달러

## 나. 의료기술 평가와 보험급여

- 산업의 특성상 의료기술에 대한 판매허가 심사와, 급여결정여부, 보험급여 가격 등이 의료기술의 혁신의 발생과 확산에 직접적인 영향을 주고 있음
- 우리나라의 경우 의약품/의료기기의 품목허가 및 의료행위의 신의료기술 평가를 위해서는 안전성 및 유효성 평가를 받고, 급여결정을 위해서는 급여적정성 평가가 이루어지고 있어 평가 기준이 평가 목적에 따라 구분되어 있음

[그림 3-7] 의료기술 평가와 보험급여 개요



자료: 최윤정 등(2014)

## 1) 혁신의료기술에 대한 심사과정

□ 의약품: 안전성·유효성 평가 및 GMP심사(2008년 이후)

- 의약품 제조를 업으로 하려는 자는 대통령령(시설기준령)으로 정하는 시설기준에 따라 필요한 시설을 갖추고 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 식약처장의 허가를 받아야 함 (약사법 제31조 제1항)
- 제조업자가 그 제조한 의약품을 판매하려는 경우에는 품목별로 식약처장의 제조판매품목허가를 받거나 제조판매품목 신고를 하여야 함 (약사법 제31조 제2항)

[그림 3-8] 의약품 제조판매, 수입품목 허가 절차



자료: 식약처, 의약품 품목허가 및 신고해설서, 2014

- 의약품 품목 허가, 심사기간: 원료의약품 품목 허가 총 처리기간 60일, 신약 총 처리기간
  - 품목허가: 안유 심사 불필요 품목( 25일), 안유심사 필요 품목

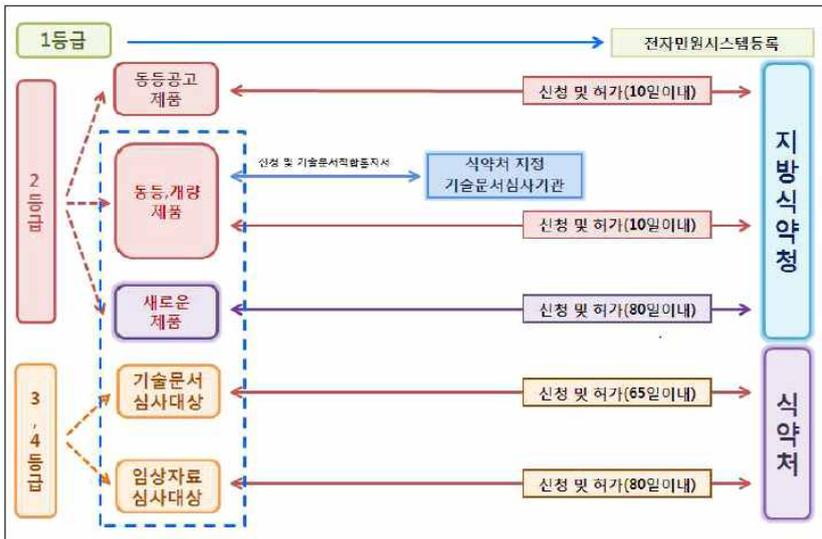
(70일), GMP평가대상 완제의약품 (120일, 원료의약품인 경우 60일)

- 품목신고: GMP 비대상(10일), GMP 대상 완제의약품(120일, 원료의약품 60일)

□ 의료기기: 안전성·유효성 평가 (GMP심사 2014.9편입예정)

- 제조(수입) 품목 허가를 받거나 제조(수입) 품목 신고를 하고자 하는 경우, 기술문서, 시험검사성적서, 임상시험 자료 등 필요한 자료를 식품의약품 안전처장에게 제출 (의료기기법 제6조 및 제14조)

[그림 3-9] 의료기기 심사절차



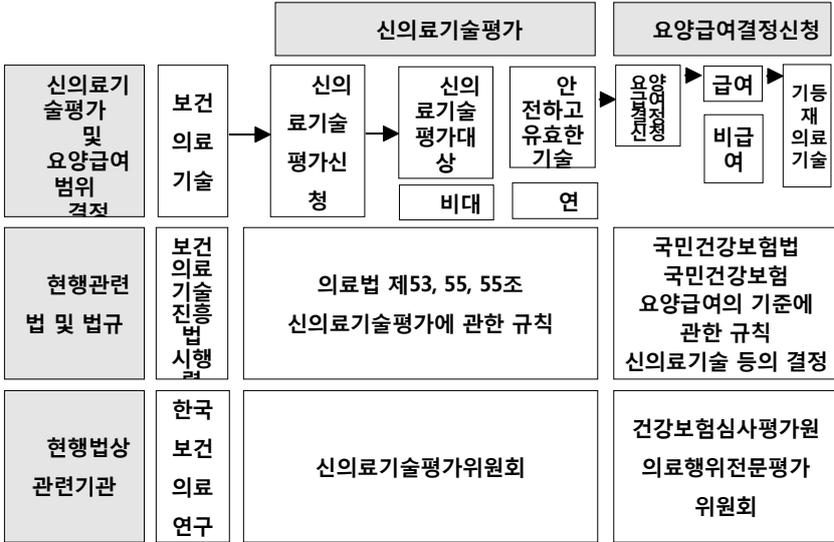
\* [Dashed Box] : 기술문서심사대상

자료: 식품의약품 안전처, 알기쉬운 의료기기 가이드라인 활용 핸드북, 2014

□ 의료행위: 2007년 신의료기술평가제도 도입

- 의료기술평가에 관한 규칙 제2조), 의료행위로서 완전히 새로운 기술(New Technology), 기존행위와 목적, 대상, 방법이 변경된 기술, 이미 확립된 기술이나 적용수가 미등재된 행위 포함됨
- 신의료행위 등재 및 조정 절차
  - 1단계(신청): 신의료기술평가 신청이 이루어지면 평가 대상인지에 대한 심의가 이루어짐. 조기기술(안전성, 유효성을 평가하기에 근거가 아직 부족한 상태의 기술) 또는 기존기술(건강보험급여 또는 비급여로 인정된 기존 기술과 동일하건 유사한 기술)인 경우 평가 비대상
  - 2단계(평가): 전문소위원회 심의를 거쳐 신의료기술평가위원회가 심의. 평가과정에서 신의료기술(안전성과 유효성이 입증된 기술)과 연구단계기술(안전성, 유효성이 확인되지 않는 기술)로 구분
  - 3단계(공표): 최종 의료기술평가 보고서 완성, 공표

[그림 3-10] 신의료행위 등재 절차



자료: 고득영(2013)

- 2012년 12월 말 기준 총 1,123건('07년 55건, '08년 359건, '09년 142건, '10년 135건, '11년 194건, '12년 238건) 신청, 이 중 비대상 결정 건은 560건, 평가대상 결정건은 518건으로 나타남. 평가완료된 건수 중 신의료기술 판정을 받은 건은 363건, 연구단계 판정 111개

〈표 3-7〉 신의료기술평가 결과

구분	총 신청 건수	심의 전	신의료기술평가위원회 심의											
			안전성·유효성 평가비대상 결정						안전성·유효성 평가대상결정					
			계	기존 기술	조기 기술	신청 취하	기타	계	평가 진행 중	평가완료				
										소계	신 의료 기술	연구 단계	기타	
총계	1,123	45	560	151	285	91	33	518	29	489	363	111	15	
2007	55	-	30	12	10	7	1	25	0	25	15	8	2	
2008	359	-	193	67	95	13	18	166	0	166	132	29	5	
2009	142	-	90	33	35	15	7	52	0	52	38	12	2	
2010	135	-	70	13	33	21	3	65	0	65	44	17	4	
2011	194	1	89	9	56	21	3	104	0	104	72	30	2	
2012	238	44	88	17	56	14	1	106	29	77	62	15	0	

자료: 한국보건의료기술평가학회, 2013, p33

## 2) 혁신의료기술에 대한 보험급여 결정 메카니즘

- 의약품: 2007년 이후 보험급여 선별등록제 및 경제성 평가과정을 거침, 신약가치 평가에서 '혁신성'이 평가의 주요요소임 (박실비아, 2014)
  - 혁신성은 향상된 치료적 가치(added therapeutic value)로 평가되며, 우리나라를 포함한 호주, 영국, 캐나다, 스웨덴, 노르웨이 등은 QALY(Quality-adjusted-life-years)를 측정하여 판단함
  - 그러나 '기술적 혁신' 또는 '약리학적 혁신'에 대해서는 인정하고 있지 않음. 즉 치료효과의 향상이외에 기술적 진보 또는 투여과정의 개선만으로 가격 우대를 받기는 어려움
- 의료기기: 의료장비는 의료행위 수가에 포함되므로 별도 가격산정이 이루어지지 않음. 치료재료는 기존의 치료재료와 유사한 것은 건강보험심사평가원에서 급여여부 판단하는 절차를 따르고,

새로운 의료행위와 결합하는 경우 신의료기술 평가를 받고 급여 여부 결정

- 의료기기는 급여여부가 결정되기 전에는 판매할 수 없는 네가티브 시스템으로 관리, 따라서 신의료기술평가와 건강보험급여 평가절차에 소요되는 시간이 의료기기개발업체에는 실질적인 시장진입 시점에 큰 영향

- 의료행위: 신의료기술평가에서 신의료기술로 인정된 행위에 대해 대체가능성, 비용효과성, 급여의 적정성 등을 검토하여 급여여부 결정

〈표 3-8〉 신의료기술의 급여/비급여 결정 건수 현황

연도	심의결정사항				고시건수
	계	급여	비급여	기타	
2011	61	20	38	3	56
2012	34	7	27	-	31
2013	57	22	35	-	38

자료: 심평원 내부자료

- 의료행위 수가: 2001년부터 미국식 자원기준 상대가치(RBRVS) 도입

- 상대가치 수가에는 경제성평가에서와 같은 비용효과성 분석이 이루어지고 있지 않음
- 상대가치점수는 소요된 자원 소모량을 기준으로 요양급여 대상 행위의 가치를 상대적으로 비교한 점수(국민건강보험법 시행령 제24조)

〈표 3-9〉 상대가치 구성요소

업무량	진료비용	위험도
· 주시술자의 시간, 노력에 대한 보상	· 임상인력 인건비, 장비비, 재료비 보상 · 간접비용	· 의료사고와 관련된 분쟁해결 비용 보상

## 2. 국제비교

### 가. 제약산업의 발전과정에서의 연구개발 투자와 혁신

□ 근대 제약산업은 1880년대 "제2의 산업혁명" 시기에서 시작됨. 유럽에서는 독일과 스위스의 화학 회사가 유기화학분야의 한 분야로 제약분야를 발전시킴. 반면 미국에서는 대부분 철도한 전신 네트워크가 세워진 후 도매/생산업체가 일반의약품과 전문의약품을 시장에 공급하면서 발전(생산업체는 주로 식품/동물/미네랄 등 자연에서 추출된 물질을 이용), 2차 세계 도중 발견된 페니실린을 비롯한 기타 항생제와 sulfa 의약품이 개발되면서 급팽창하기 시작, 유럽 대륙국가들은 전쟁으로 성장이 멈춘 시기에 미국(Merck, Fizer 등)과 영국( )은 전쟁 특수를 누림

○ 유럽에서는 독일이 선구자로, 질병치료와 관련된 아래의 두가지 접근 방법이 성공한 데 따른 결과임

- 첫째, 합성의약품(synthetic organic drugs)의 상업화의 성공임. Hoechst 이외에 독일과 스위스의 선구자 (Bayer, Ciba, Geigy, Sandoz 등), 독일의 소규모 제약업체 (E.Merck, Schering, von Hyden)과 스위스의 F.Hoffmann-La 깨춘 가 전세계 시장에 아스피린,

phenacetin(진통해열제), barbiturate(진정제, 최면제로 쓰이는 식물), 디프테리아/콜레라/파상풍 치료혈청 등이 공급됨

- 둘째, Louis Pasteur와 Robert Koch의 미생물학분야와 면역학분야에서의 새로운 발견으로 개발된 항독혈청(serum antitoxins) 과 백신의 개발에 따른 결과로 주로 정부가 지원한 파리의 파스퇴르 연구수와 Hoechst에 의해 재정지원을 받은 베를린의 Koch연구소가 주인공

- 미국 대표적인 도매/생산업체는 Eli Lilly, Abbott, Smithline, Upjohn, Suibb, Parke Davis, 독일에 기반을 둔 Merck, Schering 등은 유럽에서 발전한 생물학, 면역학 등을 흡수하고, 연구소를 세워 자체 개발 역량을 강화함

□ 1970년대와 80년대는 화학산업 등 다른 연관산업의 성장이 정체된 시기였는데 반하여, biochemistry, generic engineering 등의 분야에서 과학기술이 크게 진보함에 따라 새로운 기회를 맞음. 이 분야에서의 과학기술 발전은 새로운 인재와 접근 방법을 필요로 했으며, 이를 충족할 신생 벤처기업들이 대거 등장하고, 기존 기업들은 이들을 흡수하기 시작함

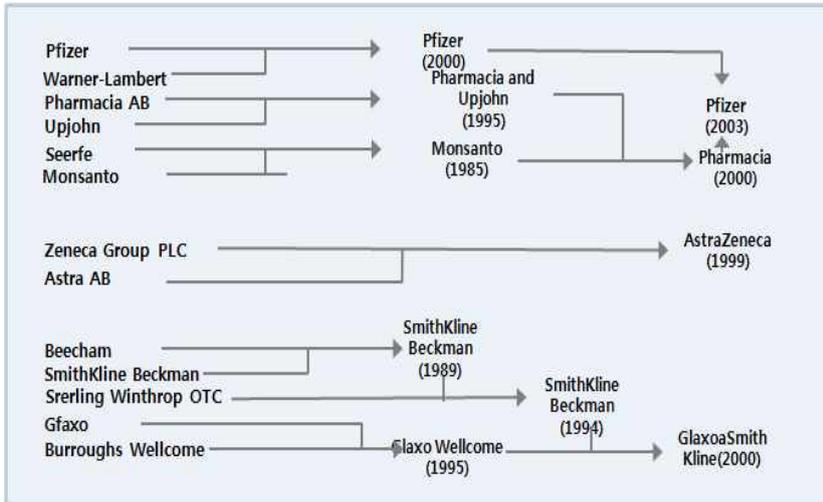
- 먼저 biochemistry 분야에서 microbiology와 enzymology의 학문적 성과와 시행착오에 의한 프로세스에서 디자인에 의한 후보물질 발견 방법으로 전환

- 더욱 혁명적인 것은 1953년 rDNA (recombinant DNA) 발견과 유전 공학(generic engineering)의 발전임

□ 1990년대: 인수합병의 시대

- 1980년대 리딩 화학회사들의 제약시장 진입과 바이오의약품 기술의 적응과정에서 제약업체들의 합병이 활발히 이루어짐

[그림 3-11] 1990년대 글로벌 제약기업 인수합병 사례



- Thomas (1994)<sup>58)</sup>는 글로벌 제약시장에서 2차대전 이후 영국 제약산업이 크게 발전한 반면, 비슷한 기술수준을 보유하고 있던 프랑스가 쇠퇴한 원인을 정부의 산업정책의 실패에서 찾음
- 첫째, 영국이 의약품 가격정책에서의 기업친화적 정책, 외국인 투자규제 완화 등 외국과의 적극적인 경쟁정책을 취한데 반하여 프랑스는 과도한 가격통제, 보호주의 정책을 취하면서 미국, 스위스 등의 글로벌 기업과의 경쟁을 회피했다고 지적. 프랑스는 결과적

58) L.G. Thomas, "Implicit industrial policy: the triumph of Britain and the failure of France in global pharmaceuticals", Industrial and Corporate Change, 3 1994, pp. 451-489.

으로 혁신기술마케팅 역량·글로벌 투자역량 획득 실패함에 따라 국내시장 보호에는 성공하였으나 글로벌 경쟁시장에서는 경쟁력 무너졌다고 평가.

- 둘째, 영국에서는 1911년 National Insurance Act을 도입한 이래 강력한 국가혁신시템을 세우고, 2차 대전 중 페니실린 등의 약품생산을 위해 정부, 병원 의사, 제약산업계간의 긴밀한 협조가 있었던데 반해, 프랑스는 독일 점령하에서 제약연구에 대한 직접 지원 등이 어려웠고, 정부 연구소에 과도하게 의존하면서 의료계와의 연결고리가 약해진 점을 원인으로 지적
- Chauveau(2006)는 미국 연구개발 모델을 병원과의 유기적 협력관계로 정의
  - 'American model'은 병원이 의약품, 의료기기 개발과정에 적극적으로 참여하는 모델을 말함. 병원에서 지식을 창출하여 기업에서 사업화한 뒤 병원에서 다시 임상적용하는 순환관계를 형성함으로써 제품 개발 활성화
  - 미국 메사추세츠 종합병원-암젠사의 관절염치료제 엔브렌(Enbrel) 개발 사례, 엔더슨암센터-노바티스의 백혈병 치료제 글리벡(Glevec) 개발 사례 등
- 우리나라는 소비자 전자기기제품에서 미국, 유럽의 경쟁사들을 제치고 세계 1위를 하고 있으나 제약분야는 유럽과 미국 등 선진국의 장벽을 뛰어넘지 못하고 있음. 이러한 근본 원인은 진입장벽(barriers to entry) 때문이라는 지적이 대세 (Alfrd Chandler 2005)

- 어떤 기술이든 새로운 기술을 이용하여 상업화에 성공한 제품은 지식을 축적하면서 강력한 진입장벽을 형성함. 전자제품이나 컴퓨터의 경우 산업이 형성된 시기가 1950년대 이후로 일본이 초기에 시장에 진입하여-초기에는 진공관(vacuum tube), 트랜지스터, 집적회로, 마이크로 프로세서의 4가지 전자기기에 대한 지식 축적으로 진입이 가능- 장벽을 형성함
- 제약산업의 경우 1880년대부터 화학과 생물학 분야에서 이미 매우 많은 기업이 참여하여 새로운 기술과 제품을 쏟아냄으로써 높은 진입장벽을 형성함. 최근 바이오텍 분야가 초기 기술 단계로 아직까지 진입장벽이 높지 않기 때문에 이 분야에서 조직 역량(organizational capabilities)를 갖춘다면 경쟁력을 형성할 수 있음

## 나, 선진국의 연구개발 투자 (박은자 등 2014)

- 미국: 2014년 미연방정부의 연구개발예산은 1,428억불로 이 중 보건의료연구개발 320.5억불(22.4%). 국립보건원(NIH)의 비중이 보건의료연구개발예산의 95.1%로 국립보건원을 통해 예산 집행
- 유럽: 리스본전략에 따라 유럽지역의 과학기술 연구 및 혁신을 위해 유럽집행위원회(EU)차원에서 연구개발 기획 및 집행하고 있음. Framework horizon 2020은 2014년부터 2020년까지 계획으로 총예산 규모 870억 유로 중 보건, 인구변화, 복지프로그램에 91억 유로 투자예정
- 일본: 1995년 제정된 과학기술기본법에 따라 내각분에 설치된 과학

기술종합계획에 따라 예산 배분, 2012년 과학기술 총예산 36,936 억엔 중 생명과학분야 예산은 3,201억엔(8.7%) 차지

- 우리나라와 비슷하게 여러 부처에서 분담하여 보건의료분야 연구 개발 수행. 후생성은 보건의료정책 주무부처로 과학기술 총예산의 4.6% 사용

#### 다. 의료기술 평가와 보험급여

- 근거중심 의사결정을 지원하기 위해 각 국가에서는 1990년대 초반부터 의료기술 평가가 시행되어 옴. 주요국(독일, 영국, 호주, 캐나다, 미국 메디케어 등)에서는 급여를 위해 의료기술 평가를 실시하는 체계를 갖추고 있으나 우리나라는 안전성 및 유효성 평가와 급여 결정은 이원화되어 있음
- 영국의 대표적인 의료기술 평가기관인 NICE는 의료기술의 보건의료편익 및 비용을 평가하여 잉글랜드, 웨일즈, 북아일랜드 지역의 NHS의 의료기술 사용에 대하여 권고<sup>59)</sup>
  - 의료기술평가신청은 해당지역의 NHS, 임상외, 환자, 간병인 등이 가능
  - NICE내 의료기술평가센터(CHTE)에서 의료기술 평가담당. 6가지 프로그램이 운영 중이며 이중 기술사정 프로그램(Technology Appraisal Programme)에서 NHS 적용가능 여부 평가

59) 최윤정 등, “신의료기술파악제도 성과평가 및 운영개선 방안 연구”, 2014 pp. xx

- NICE 기술평가 프로그램: 기술사정프로그램, 진단프로그램, 의료기술평가프로그램, 임상가이드라인 프로그램, 중재기술 프로그램, NICE외의 국가 프로그램
- 우리나라 보건의료연구원(NECA)는 보건의료 편의 및 비용을 평가하지는 않고, 안전성, 유효성을 평가한다는 점에서 차이가 있음
- 미국의 공적 급여인 메디케어 프로그램의 급여결정(NCD, national coverage determination)은 CMS에서 결정
- CMS는 메디케어 MEDAC 으로부터 자문을 받거나 AHRQ에 공식적인 의료기술평가를 의뢰하여 최종 급여 결정
- 검토되는 기술유형은 메디케어에서 제공되는 모든 서비스

〈표 3-10〉 외국의 의료기술 평가기구

국가	미국	영국	캐나다	호주	스웨덴	우리나라
시작연도	1999년	1993년	1999년	1998년	1992년	2007년
기구	AHRQ	NETSCC	CADTH	MSAC	SBU	NECA

### 3. 쟁점과 이슈

#### 가. 연구개발 투자를 위한 자원 배분

- 보건의료산업에서의 핵심적인 질문중의 하나는 연구개발 투자를 하기 위한 필요조건이 일정규모 이상 기업 크기(매출액 등)가 되어야 하며, 기업규모가 커지면 연구개발이 증가할 것인가에 대한 논란임
- 보건의료산업에서의 연구개발 투자는 주로 공정 개발(혁신) 보다 는 제품 개발(혁신) 분야에 대한 투자임<sup>60)</sup>. 이는 연구개발 투자의 목적이 제품차별화 이기 때문임.
- 연구개발 투자의 규모의 경제, 범위의 경제에 대한 계량적 연구결과는 엇갈림
  - Cohen and Klepper(1996a)<sup>61)</sup>는 제품혁신은 특허를 통해 혁신 자체로부터 수익이 발생할 수 있기 때문에 기업규모와 관계가 약할 수 있다고 지적. 즉 기업규모가 크다고 연구개발의 생산성이 높아지는 것은 아니라고 봄
  - Comanor(1965)<sup>62)</sup>는 1955~1960년 미국 제약기업의 연구개발 투자(연구개발 인력)가 제품개발에 어떤 영향을 미치는

60) 공정혁신은 평균 생산비용을 감소시켜 기업의 이익을 창출하는 것을 말하고, 제품혁신은 신규수요나 가격상승을 통해 이윤을 증가시키거나 또는 혁신 결과물인 특허권으로부터 수익을 발생시키는 활동을 말함

61) Cohen, Wesley M. and Steven Klepper, "Firm size and nature of innovation within industries: The case of process and product R&d." Review of Economics and Statistics, 78(2), May 1996a, 232-243

62) Comanor, William S. 1965. "Research and Technical Change in the Pharmaceutical Industry." Review of Economics and Statistics 47(2):182-190

지 분석한 결과, 소규모 제약회사의 경우 연구개발 투자에 대한 규모의 경제가 있었으나, 대형 회사의 경우 규모의 비경제가 있는 것으로 조사됨.

- Vernon and Gusen(1974)는 1965~1970년 미국 제약회사의 연구개발 투자 자료를 이용한 결과 대형 제약회사가 소규모 제약회사보다 더 혁신적이라고 추정하였음. 이는 기업규모와 혁신활동간 실증분석한 Scherer (1965a, 1965b)

○ 최근 연구는 Cockburn and Henderson (1996, 2001)<sup>63)</sup>은 연구(research) 단계와 개발(development) 단계를 구분하여 실증 분석한 결과, 연구단계에서는 규모의 경제와 범위의 경제가 존재하나, 개발단계에 있는 프로젝트의 경우 성공확률(NDA, new drug application)은 규모(개발에 투입된 비용)와는 통계적으로 유의하지 않고, 범위(투자하고 있는 질병군 수)와는 유의하게 나타남. 그러나 이러한 효과도 기업 터미 변수를 분석에 넣을 경우 범위의 경제 효과 사라짐

○ Cockburn and Henderson의 연구는 기업내에서 그리고 기업간 지식유출(knowledge spillover)에 의해 프로젝트의 성공확률이 증가한다는 것을 반증, 즉 기업이 획득한 과학적 지식 기반(knowledge base, 또는 knowledge capital)이 가장 기업의 연구개발 투자의 성공여부에 가장 중요한 요소이며, 이 요소가 연구개발투자의 규모 또는 범위의 경제요소는 크게 중요한 요소가 아니라는 결론임

---

63) Cockburn, Iain, and Rebecca Henderson. 2001. "Scale and Scope in Drug Development: Unpacking the advantages of size in pharmaceutical research." *Journal of Health economics* 20(6): 1033-1057

- 최근 연구결과에서는 보건의료기술의 혁신은 보건의료기술의 혁신과 관련된 구성요소들- 대학 등 과학기구, 시장 및 규제기구, 병원-이 선순환 과정을 거치면서 직식을 끊임없이 축적하는 과정에서 혁신이 일어난다고 보고 있음(김대중 2014)
- 피드백 메카니즘이 타 분야에 비해 중요한 이유는 인체구조의 복잡성에서 기인하는 높은 불확실성 때문에 효과적인 치료방법이 개발되었더라도 이를 적용할 때 어떤 반응이 일어날지 사전에 정확히 예측하기 어려우며, 문제해결방안을 찾는 과정에서 기존에 수립된 지식이 변경·축적되는 과정에서 혁신이 일어난다고 봄
- 우리나라 제약기업들의 혁신활동에 대한 평가에서도 연구개발 인력이나 연구개발 투자에 대한 절대규모는 미미하지만 대부분 혁신활동의 기반이 되는 연구개발 조직을 구축하고 있으며, 전반적으로 연구개발 인력과 연구개발 투자를 활성화하기 위한 노력을 하고 있는 것으로 평가됨. 그러나 핵심사업을 지원하는 네트워크 및 생태계 환경이 활성화되지 못한 상태로서, 향후 네트워크 활성화 및 건강한 생태계 환경조성을 통한 기업들의 혁신 활동을 지원해야 할 필요성이 높은 것으로 지적됨((2012, 문혜선)

#### 나. 의료기술 평가와 보험급여

- 보건의료 분야에서의 혁신은 자원배분의 효율성과 건강수준의 향상이라는 두가지 목표 간 충돌 야기. 따라서 어떠한 정책적 목표를 우선시할 것인가가 쟁점임
- 기술발전이 고용을 늘리고 소득을 늘리는 동시에 건강수준도 늘

리고 더 높은 생산성으로 경제성장에 기여할 수 있다면 충돌의 문제 없으나. 건강재는 보건의료 서비스에 대한 접근, 전국민 건강 수준의 향상 (노약자, 장애인, 저소득계층 등)이 중요한 정책 목표임

○ 정부는 자국의 가격정책은 단기적인 보험재정에 비중을 두고 정책을 수립하고, 동적 효율성, 즉 연구개발(R&D)가 충분히 이루어지도록 투자하는 문제는 선진국에 떠넘기는 방향을 수립하고 싶은 유혹에 빠질 수 있음.

- 의료비 절감목표는 신기술 도입을 제한하는 정책-예를 들면 제네릭 의약품 사용 장려, 의약품 가격 인하 등-을 추진하고, 연구개발 인센티브에 부정적인 영향을 주게 됨, 이러한 의료비 절감정책은 경제학에서 말하는 정태적 효율성과 동적효율성간의 시간불일치 문제(time inconsistency problem)<sup>64</sup>을 야기함.

- Newhouse(1992) 연구에 의하면, 미국에서 의료비 상승요인을 추정한 결과, 의료비 상승의원인의 50%는 신의료기술에 있다고 지적함. 나머지는 수요요인(인구고령화, 소득 증가 등)과 공급요인(공급자유인수요, 생산성 격차 등)에 의함. 동일한 결론이 미국 CBO(2008)에서도 확인됨

- 매년 제약분야에서 새로운 처방의약품들이 시장에 출시되지만 일부 선진국들만이 이 신약을 개발할 능력이 있음. 그러나

<sup>64</sup> 시간 불일치 문제: 단기적으로는 신제품 가격을 한계 비용에 생산하도록 하는게 효율적이거나, 장기적으로는 연구개발 투자에 따른 사회적 기대이익과 그러한 투자를 하는데 소요되는 자본의 한계비용이 일치하는 지점까지 연구개발 투자가 이루어지도록 가격을 높여야 하는 문제.

이런 정책은 높은 비용을 지불할 수 있음. Danzon, Wang, and Wang(2005)에 의하면 의약품 출시 timing에 영향을 주는 요인은 기대가격과 시장규모로 다국적 기업의 입맛에 따라 시장출시 지연이 발생, 신규 의약품 접근에 제약을 받을 수 있음

- 보건의료기술의 혁신과 확산에는 건강보험체계가 절대적인 역할을 함. 신의료기술이 개발된다고 하더라도 신의료기술개발자의 투자비용회수가 불확실 하다면 기술투자에 대한 투자여부 및 속도에 영향을 줄 수 밖에 없음
- 사회적으로 효율적인 수준의 신의료기술(줄기세포, 유전자치료제 등) 공급을 위해 보험등재여부를 포함하여, 어느 정도까지 보험에서 커버할 것인지, 가격은 어느정도로 할 것인지가 중요한 문제가 됨
- 이를 위해 현재의 의료기술 평가와 보험급여의 가버넌스를 포함하여, 의료기술평가에 반영되어야할 가치, 평가과정의 효율성을 높일수 있는 방안 등을 검토하여야 함

## 4. 정책 대응

### 가. 정책대응의 기본방향

- 연구개발투자의 지원을 확대하고 효율화
  - 국가과학기술심의회영 예산조정기능을 강화하고, 소관 전문위원회 운영 효율화
  
- 혁신에 대한 인센티브 확대 및 혁신시스템 구성 간의 협력 유인
  - 공공기관, 대학, 병원과의 네트워크가 활성화 될 수 있도록 기업과 공공기관, 대학, 병원에게 연구 참여 인센티브 다양화 및 협력 유인
  - 신속한 평가시스템 및 근거기반 의사결정 체계의 구축
  - 비용효과성이 높은 제품(행위)에 대해 인허가 과정을 효과적으로 지원
  - 보험 급여 결정에 수반되는 다양한 가치-기술혁신 포함-의 조화가 필요함
  
- 지속적인 제네릭 약가인하 및 신약에 대한 약가 우대 정책 지속 추진
  - 신약개발 등 혁신성과에 대한 충분한 보상이 되도록 가격결정제도 유지하여, 기업들에게 혁신에 참여할 인센티브 제공

## 나. 제도 및 정책의 단기적인 정책 과제

- 10개 국립대병원의 연구중심 병원 지정 및 지원
  - 국립대 병원 중심으로 의료산업 cluster를 육성하여 지역단위로 연구기관, 제약업체, 의료기기업체 등과 네트워크를 형성해 연구자들이 팀을 이루어 연구를 진행하도록 기획
  - 기존국립대 병원의 기능을 임상진료 중심에서 연구중심으로 기능 재정립
  
- 신속한 평가시스템 구축
  - 의약품/의료기기의 안유심사, 의료행위의 신의료기술평가과정에서 임상치료효과가 높은 제품 및 행위의 우선심사 대상선정 심사
  - 현재 의약품 우선(신속)심사제도: 내성이 발현되는 등 현존하는 치료법으로 치료가 불가능하거나, 적용대상이 드물고, 대체의약품이 없어, 신속한 도입이 요구되는 희귀의약품 등 (의약품의 품목허가, 시고, 심사규정 제58조)
  - 의료기기의 경우 우선(신속) 심사제도 없음
  
- 제약회사/의료기기업체의 제품 개발 실패 정보 sharing
  - 공급업체의 실패한 경험을 거래하는 시장을 조성하여 거래가 이루어지도록 제도화
  - 개발을 포기한 업체의 실패경험은 후속 개발자에게 소중한 자산이 될 수 있으므로 이러한 거래가 이뤄지도록 할 경우 제품개발 혁신을 활발하게 할 수 있을 것임

- 신의료기술(의료행위)의 경제성 평가 및 조건부 급여제도 도입
  - 신의료기술(행위)는 현재 안전성과 유효성 평가 후 심평원에서 급여등재를 위해 급여적정성 평가를 하고 있으나 엄격한 평가가 이루어지고 있지는 않음
  - 경제성 평가를 통해서 환자에게 이익이 큰 신의료기술은 조기도입하도록 유도
  - 캐나다와 영국 등은 의약품 뿐만 아니라 의료기술 전반에 걸쳐 경제성 평가를 국가주도로 시행중
  
- 신생 유망 기술 탐색제도 도입 및 평가방법 절차의 개선 (NECA 추진 중)
  - 기존 신의료기술 평가가 의료기술 효과성과 안전성 검증에서 더 나아가 신생유망한 의료기술을 발굴하고 유망한 의료기술에 대한 근거창출 등에 자원을 투입함으로써 혁신의료기술 R&D에 중복, 지연 투자문제 등을 해소하는데 도움이 될 수 있을 것
  - 신생유망기술 탐색제도는 임상 도입 이전단계의 의료기술을 대상으로 하며, 의료기술을 효율적으로 관리하고 평가하는 체제를 구축하기 위함
  - 유럽 등에서는 활발하게 진행, 신생의료기술(new and emerging health technology) 모니터링과 경보시스템 가동을 위한 상시 탐색기구들이 설립 운영되어옴. 그러나 국내에는 그동안 신생의료기술을 검토하여 선제적 정보제공 역할을 담당하는 주체가 없었음<sup>65)</sup>

- 근거창출을 위한 자원 마련하여 유망 의료기술에 대해 근거창출을 돕고 이후 평가가 이루어질 수 있도록 해야함

□ 제한적 신의료기술 승인제도 (2014년 7월 도입)

- 임상적 근거창출을 전제로 일정기간 제한적으로 신의료기술로 승인한 후 해당 신의료기술의 효과에 대한 연구결과가 확보되면 재평가하는 제도 (이선희, 2014)
- 대체기술이 없거나 희귀 질환의 치료 또는 검사를 위해 신속히 임상에 도입할 필요가 있는 의료기술에 대해 적용
- 대체 치료법이 없는 질환이나 희귀질환 환자에게 치료 기회를 확대하고 유망한 의료 기술을 조기 도입하여 국내 의료기술을 발굴에 도움이 될 것
  - 2014년 7월 도입 대상 신기술은 `당뇨병성 하지 허혈환자에 대한 줄기세포 치료술`을 비롯해 △폐암의 광역동 치료술 △망막질환에서 광각 이파장 레이저검안경검사 △근골격계 질환의 자가 골수 줄기세포치료술 △심근경색증의 자가 말초 줄기세포 치료술 △건병증 환자의 혈장치료술 △종양감축술 후 복강내 온열화학요법 등 9개 신의료기술이 대상
- 제한적 신의료기술 승인제도의 사례는 영국의 (Only in Research)프로그램 등이 있음
  - OIR 프로그램: NICE 의 의료기술 가치평가에서 '유망해 보이

65)

[http://medicaldevice.khidi.or.kr/board.es?mid=a10105000000&bid=0006&act=view&list\\_no=1160](http://medicaldevice.khidi.or.kr/board.es?mid=a10105000000&bid=0006&act=view&list_no=1160), 2014년 8월 28일 접속

기는 하나 아직 근거가 부족하다고 결론을 내리는 경우' 임상  
연구 측면에서만 사용할 수 있도록 하는 프로그램