연구보고서 2006-13

한국 사회복지정책의 평가와 발전방안 연구

김 승 권　조 흥 식
김안나　김유경　강은정
신현웅　윤상용　조윤화

한국보건사회연구원

머 리 말

1980년대 이후 한국사회는 경제발전이라는 시대적 과업을 달성하기 위한 산업화 과정에서 소외되었던 사회개발에 대한 관심을 갖기 시작하고 복지재정을 증가시키기 시작하였다. 그럼에도 불구하고 국민의 기대에 미치지 못하여 심한 갈증을 느끼고 있었다. 더군다나 지난 20세기 말에 불어 닥친 경제위기 이후 복지욕구는 더욱 증대되고 있는 반면, 경기침체의 징후가 있는 동시에 고용 없는 성장, 저성장 등의 현상이 지속될 것으로 전망된다. 심지어 소득, 산업, 건강, 고용, 교육, 문화 등 각 분야에서의 사회양극화 심화와 이로 인한 사회적 갈등의 고조는 '저출산-고령사회'로의 급속한 이행과 함께 국가발전의 위협요인이 되고 있음이 현실이다.

따라서 복지환경의 변화를 예측하고 복지수요를 전망하여 새로운 접근방법에 의한 복지정책을 강구할 필요가 있다. 급격한 출산율 하락과 인구고령화의 지속으로 복지부담이 증가할 것으로 전망된다. 이는 사회복지의 개입의 필요성을 의미하는 것이다. 또한 소비자주권(Consumerism)에 입각하여 복지수혜자의 선택과 욕구를 충족시킬 수 있는 복지시스템으로의 개편이 요구되고, 시설복지 중심에서 재가복지 중심의 체계개편과 지역복지의 중요성이 증대될 것으로 전망된다. 더군다나 사회복지재정이 충분하지 못한 한국사회에서는 복지정책의 제도개선 및 효율성 강화, 정책의 우선순위에 따른 정책추진 등이 강력히 요구된다. 이는 제한된 재정의 효과를 극대화 할 수 있는 방안임과 동시에 국민의 복지욕구의 충족을 극대화할 수 있는 유일한 길이다.

본 연구의 목적은 한국의 사회복지정책을 전체 및 분야별로 측정하고, 복지국가로서의 위상을 달성하기 위해 합리적이고 효과적인 사회복지 발전방안을 모색함으로써 궁극적으로 복지수준의 향상을 도모하고 국민의 삶의 질을 증진시키는데 있다.

본 연구는 당 원 사회정책연구본부장 김승권 연구위원의 책임으로 원내·외 연구진에 의하여 수행되었다. 매 분야마다 연구수행 및 보고서 집필이 공동으로 이루어졌으며, 전체 연구진의 노고에 깊이 감사드린다.

본 연구결과가 한국 사회복지의 발전에 기여하고 궁극적으로 국민 개개인의 삶의 질이 개선되고, 모든 가족이 안정될 수 있기를 기대한다. 마지막으로 본 연구를 위하여 좋은 의견을 주신 충남대학교 전광희 교수, 숙명여자대학교 서영숙 교수, 강남대학교 이성용 교수에게 감사를 드린다. 아울러 원내 검토자인 당원의 선우덕 연구위원과 조애저 부연구위원에게 심심한 사의를 표한다.

2006년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

목 차

Abstract ····· 17

요 약 ····· 19

제1장 서 론 ····· 89
제1절 연구의 필요성 및 목적 ····· 89
제2절 연구의 내용 및 방법 ····· 91

제2장 사회복지정책 평가의 이론 및 선행연구 ····· 96
제1절 사회복지정책 평가의 이론 ····· 96
제2절 사회복지정책 평가 관련 국내·외 선행연구 ····· 106
제3절 사회복지정책 평가의 이론 및 선행연구의 시사점 ····· 116

제3장 국내·외 사회복지정책의 발전과 복지환경 변화 ····· 124
제1절 복지국가의 모형 ····· 124
제2절 주요 외국의 사회복지정책 발전 ····· 129
제3절 한국의 사회복지정책 발전 ····· 136
제4절 복지환경의 변화 전망 ····· 141

제4장 한국 사회복지정책의 평가틀 ····· 148
제1절 사회복지정책 평가틀 개발 ····· 148
제2절 사회복지정책 평가분야 및 평가영역의 개발 ····· 150
제3절 사회복지정책 평가 대표지표 개발 ····· 152
제4절 사회복지정책 평가요소의 적절성 ····· 158
제5절 대표지표의 정의 및 산출방식 ····· 168

제5장 사회복지정책 평가요소의 우선순위 설정 ····· 240
제1절 델파이 조사의 개요 ····· 240
제2절 분야의 우선순위 설정 ····· 240
제3절 영역의 우선순위 설정 ····· 241
제4절 대표지표의 우선순위 설정 ····· 244
제5절 대표지표의 우선순위 설정 및 가중치 적용 ····· 253

제6장 한국 사회복지정책의 평가결과와 의미 ····· 265
제1절 사회복지정책의 대표지표 평가결과 ····· 267
제2절 사회복지정책의 영역별 평가결과 ····· 367
제3절 사회복지정책의 분야별 평가결과 ····· 377
제4절 사회복지정책의 전반적 평가결과 및 의미 ····· 383
제5절 평가결과의 종합논의 ····· 385

제7장 한국 사회복지정책의 발전방안 ····· 386
제1절 한국 사회복지정책의 비전과 목표 ····· 386
제2절 한국 사회복지정책의 기본방향 및 분야별 발전방안 ····· 388

참고문헌 ····· 414

[부록] '한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사' 설문지 ····· 423

표 목 차

〈표 2- 1〉 수요와 공급간 격차측정을 위한 지표 ····· 105
〈표 2- 2〉 사회복지정책 평가지표 체계의 구성 ····· 119
〈표 3- 1〉 복지국가의 유형별 특성 비교 ····· 125
〈표 3- 2〉 미쉬라의 복지국가 모형 ····· 126
〈표 3- 3〉 퍼니스와 틸튼의 복지국가 모형 ····· 129
〈표 4- 1〉 사회복지정책 지표체계를 중심으로 한 평가틀 ····· 150
〈표 4- 2〉 한국 사회복지정책 평가틀의 기본구조 ····· 151
〈표 4- 3〉 사회복지정책 평가대상 분야 ····· 151
〈표 4- 4〉 복지인프라 확충 분야의 영역별 평가 대표지표 ····· 152
〈표 4- 5〉 안정된 소득보장 분야의 영역별 평가 대표지표 ····· 153
〈표 4- 6〉 복지서비스 확충 분야의 영역별 평가 대표지표 ····· 153
〈표 4- 7〉 보육·교육보장 분야의 영역별 평가 대표지표 ····· 154
〈표 4- 8〉 일자리 보장 분야의 영역별 평가 대표지표 ····· 155
〈표 4- 9〉 의료 및 건강보장 분야의 영역별 평가 대표지표 ····· 155
〈표 4-10〉 한국 사회복지정책의 평가틀 ····· 156
〈표 4-11〉 사회복지정책 평가 대분야 구성의 적절성 ····· 158
〈표 4-12〉 사회복지정책 평가영역 구성의 적절성 ····· 159
〈표 4-13〉 복지재정영역 대표지표의 적절성 ····· 160
〈표 4-14〉 복지인력영역 대표지표의 적절성 ····· 160
〈표 4-15〉 복지시설영역 대표지표의 적절성 ····· 161
〈표 4-16〉 취약계층소득보장영역 대표지표의 적절성 ····· 161
〈표 4-17〉 보편적 소득보장영역 대표지표의 적절성 ····· 162
〈표 4-18〉 취약계층 서비스 보장영역 대표지표의 적절성 ····· 162

〈표 4-19〉 보편적 서비스 확충영역 대표지표의 적절성 ····· 163
〈표 4-20〉 교육의 공공성영역 대표지표의 적절성 ····· 164
〈표 4-21〉 교육의 질 보장영역 대표지표의 적절성 ····· 164
〈표 4-22〉 취약계층 교육보장영역 대표지표의 적절성 ····· 165
〈표 4-23〉 보편적 교육보장영역 대표지표의 적절성 ····· 165
〈표 4-24〉 취약계층 일자리 보장영역 대표지표의 적절성 ····· 166
〈표 4-25〉 보편적 일자리 보장영역 대표지표의 적절성 ····· 166
〈표 4-26〉 일자리의 건강성영역 대표지표의 적절성 ····· 167
〈표 4-27〉 의료보장영역 대표지표의 적절성 ····· 167
〈표 4-28〉 건강보장영역 대표지표의 적절성 ····· 168
〈표 5- 1〉 사회복지평가지표 대분야의 우선순위 ····· 241
〈표 5- 2〉 복지인프라확충분야의 영역 우선순위 ····· 241
〈표 5- 3〉 안정된 소득보장분야의 영역 우선순위 ····· 242
〈표 5- 4〉 복지서비스 확충분야의 영역 우선순위 ····· 242
〈표 5- 5〉 보육·교육보장분야의 영역 우선순위 ····· 243
〈표 5- 6〉 일자리 보장분야의 영역 우선순위 ····· 243
〈표 5- 7〉 의료 및 건강보장분야의 영역 우선순위 ····· 243
〈표 5- 8〉 복지재정영역 대표지표의 우선순위 ····· 244
〈표 5- 9〉 복지인력영역 대표지표의 우선순위 ····· 244
〈표 5-10〉 복지시설영역 대표지표의 우선순위 ····· 245
〈표 5-11〉 취약계층 소득보장영역 대표지표의 우선순위 ····· 246
〈표 5-12〉 보편적 소득보장영역 대표지표의 우선순위 ····· 246
〈표 5-13〉 취약계층 서비스 보장영역 대표지표의 우선순위 ····· 247
〈표 5-14〉 보편적 서비스 확충영역 대표지표의 우선순위 ····· 248
〈표 5-15〉 교육의 공공성영역 대표지표의 우선순위 ····· 248
〈표 5-16〉 교육의 질 보장영역 대표지표의 우선순위 ····· 249
〈표 5-17〉 취약계층 교육보장영역 대표지표의 우선순위 ····· 249
〈표 5-18〉 보편적 교육보장영역 대표지표의 우선순위 ····· 250

〈표 5-19〉 취약계층 일자리보장영역 대표지표의 우선순위 ····· 250
〈표 5-20〉 보편적 일자리보장영역 대표지표의 우선순위 ····· 251
〈표 5-21〉 일자리의 건강성영역 대표지표의 우선순위 ····· 251
〈표 5-22〉 의료보장영역 대표지표의 우선순위 ····· 252
〈표 5-23〉 건강보장영역 대표지표의 우선순위 ····· 252
〈표 5-24〉 각 대분야·영역·대표지표의 가중치 산출식 ····· 253
〈표 5-25〉 사회복지평가지표 대분야의 가중치 ····· 254
〈표 5-26〉 복지인프라확충분야의 영역 가중치 ····· 254
〈표 5-27〉 안정된 소득보장분야의 영역 가중치 ····· 255
〈표 5-28〉 복지서비스 확충분야의 영역 가중치 ····· 255
〈표 5-29〉 보육·교육보장분야의 영역 가중치 ····· 255
〈표 5-30〉 일자리 보장분야의 영역 가중치 ····· 256
〈표 5-31〉 의료 및 건강보장분야의 영역 가중치 ····· 256
〈표 5-32〉 복지재정영역의 대표지표 가중치 ····· 257
〈표 5-33〉 복지인력영역의 대표지표 가중치 ····· 257
〈표 5-34〉 복지시설영역의 대표지표 가중치 ····· 257
〈표 5-35〉 취약계층 소득보장영역의 대표지표 가중치 ····· 258
〈표 5-36〉 보편적 소득보장영역의 대표지표 가중치 ····· 258
〈표 5-37〉 취약계층 서비스 보장영역의 대표지표 가중치 ····· 259
〈표 5-38〉 보편적 서비스 확충영역의 대표지표 가중치 ····· 260
〈표 5-39〉 교육의 공공성영역의 대표지표 가중치 ····· 260
〈표 5-40〉 교육의 질 보장영역의 대표지표 가중치 ····· 261
〈표 5-41〉 취약계층 교육보장영역의 대표지표 가중치 ····· 261
〈표 5-42〉 보편적 교육보장영역의 대표지표 가중치 ····· 262
〈표 5-43〉 취약계층 일자리보장영역의 대표지표 가중치 ····· 262
〈표 5-44〉 보편적 일자리보장영역의 대표지표 가중치 ····· 263
〈표 5-45〉 일자리의 건강성영역의 대표지표 가중치 ····· 263
〈표 5-46〉 의료보장영역의 대표지표 가중치 ····· 263

〈표 5-47〉 건강보장영역의 대표지표 가중치 ····· 264
〈표 6- 1〉 공공사회지출의 시계열비교(GDP 대비 비중) ····· 267
〈표 6- 2〉 공공사회지출의 국제비교(GDP 대비 비중) ····· 268
〈표 6- 3〉 국민 1인당 복지비용의 시계열비교 ····· 269
〈표 6- 4〉 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율의 시계열비교 ····· 270
〈표 6- 5〉 국민 1인당 민간재정의 시계열비교 ····· 271
〈표 6- 6〉 OECD 국가의 공공사회지출과 법정민간지출(2001) ····· 271
〈표 6- 7〉 인구 천명당 사회복지전담 공무원수의 시계열비교 ····· 272
〈표 6- 8〉 분야별 인구 천명당 공무원수 국제비교 ····· 273
〈표 6- 9〉 인구 천명당 의료인 수의 시계열 비교 ····· 274
〈표 6-10〉 인구 천명당 의료인 수의 국제비교(2004년) ····· 274
〈표 6-11〉 인구 천명당 복지생활시설의 충분성의 시계열비교 ····· 275
〈표 6-12〉 일본의 사회복지시설 수 및 정원 ····· 276
〈표 6-13〉 인구 10만명당 복지관수의 시계열비교 ····· 277
〈표 6-14〉 장기요양병상수의 시계열비교 ····· 278
〈표 6-15〉 장기요양병상수의 국제비교 ····· 278
〈표 6-16〉 치매·중풍노인요양시설 수요충족률의 시계열 비교 ····· 279
〈표 6-17〉 장기요양 시설보호율의 국제비교 ····· 279
〈표 6-18〉 아동인구 천명당 지역아동센터수의 시계열 비교 ····· 280
〈표 6-19〉 OECD 국가의 상대빈곤율 ····· 282
〈표 6-20〉 아동빈곤율의 시계열 비교 ····· 285
〈표 6-21〉 아동빈곤율의 국제비교 ····· 286
〈표 6-22〉 국민기초생활보장수급자 현황 ····· 286
〈표 6-23〉 장애급여 수급률 시계열비교 ····· 287
〈표 6-24〉 장애급여 수급률의 국제비교 ····· 288
〈표 6-25〉 장애인가구 월평균 소득 시계열비교 ····· 289
〈표 6-26〉 비장애인가구 대비 장애인가구 소득 비중의 국제비교 ····· 290
〈표 6-27〉 공적연금 수급률의 시계열비교 ····· 291

〈표 6-28〉 공적연금 지출수준 전망(GDP 대비 %) 국제비교 ····· 292
〈표 6-29〉 국민연금 수급률의 시계열비교 ····· 293
〈표 6-30〉 실업급여 수급률의 시계열비교 ····· 294
〈표 6-31〉 실업급여 수급률의 국제비교 ····· 294
〈표 6-32〉 출산여성근로자수 대비 산전·후 휴가급여자 비율의 시계열비교 295
〈표 6-33〉 급식아동비율의 시계열 비교 ····· 296
〈표 6-34〉 급식지원노인비율의 시계열 ····· 297
〈표 6-35〉 방과후 활동수혜율의 시계열 비교 ····· 298
〈표 6-36〉 국내입양비율의 시계열 비교 ····· 299
〈표 6-37〉 국내입양규모의 국제비교 ····· 300
〈표 6-38〉 공적노인요양보호비율의 시계열 비교 ····· 301
〈표 6-39〉 공적노인요양보호비율의 국제비교 ····· 301
〈표 6-40〉 주거급여 수혜율 현황 ····· 302
〈표 6-41〉 2006년도 최저주거비 현황 ····· 303
〈표 6-42〉 공공임대주택 비율 ····· 305
〈표 6-43〉 노인생활체육참여율의 시계열 비교 ····· 306
〈표 6-44〉 노인생활체육참여율의 국제비교 ····· 306
〈표 6-45〉 노인여가시설이용률의 시계열 비교 ····· 307
〈표 6-46〉 노인정보화율의 시계열 비교 ····· 308
〈표 6-47〉 노인교통사고 사망률1)의 시계열 비교 ····· 309
〈표 6-48〉 노인교통사고 사망자수의 국제비교 ····· 309
〈표 6-49〉 아동안전사고사망률의 시계열 비교 ····· 310
〈표 6-50〉 아동안전사고사망률의 국제비교(1996~2000) ····· 310
〈표 6-51〉 아동학대발생률의 시계열 비교 ····· 311
〈표 6-52〉 아동학대발생률1)의 국제비교(2003) ····· 311
〈표 6-53〉 장애인 편의시설 설치율 시계열비교 ····· 312
〈표 6-54〉 장애인 정보격차 시계열비교 ····· 313
〈표 6-55〉 산전·후휴가급여 육아휴직 비율의 시계열비교 ····· 315

〈표 6-56〉 육아비용 정부 부담률의 시계열 비교 ····· 317
〈표 6-57〉 육아비용 정부부담률의 국제비교(2005) ····· 317
〈표 6-58〉 GDP 대비 사교육비 지출률의 시계열비교 ····· 318
〈표 6-59〉 GDP 대비 사교육비 지출률의 국제비교 ····· 318
〈표 6-60〉 보육교사 1인당 아동수의 시계열 비교 ····· 319
〈표 6-61〉 학교전(Pri-primary) 교사 1인당 아동수의 국제비교(2004) ····· 320
〈표 6-62〉 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수의 시계열비교 ····· 321
〈표 6-63〉 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수의 국제비교 ····· 321
〈표 6-64〉 대학교수 1인당 학생수의 시계열비교 ····· 322
〈표 6-65〉 대학교수(tertiary education) 1인당 학생수의 국제비교 ····· 323
〈표 6-66〉 취약계층의 보육교육비 지원아동비율의 시계열 비교 ····· 324
〈표 6-67〉 취약보육서비스 수혜율의 시계열 비교 ····· 325
〈표 6-68〉 장애인 고등교육 이수율 시계열비교 ····· 326
〈표 6-69〉 특수교육 수혜율 시계열비교 ····· 326
〈표 6-70〉 만 5세아 무상보육률의 국제비교 ····· 327
〈표 6-71〉 육아서비스 수혜율의 시계열 비교 ····· 328
〈표 6-72〉 평생학습참여율의 시계열비교 ····· 329
〈표 6-73〉 평생학습참여율의 국제비교 ····· 330
〈표 6-74〉 중고령자 고용률의 시계열 비교 ····· 331
〈표 6-75〉 중고령자 고용률의 국제비교 ····· 331
〈표 6-76〉 일자리수요 및 중장기 전망(추정) ····· 332
〈표 6-77〉 자활사업 참여자 추이 ····· 333
〈표 6-78〉 자활사업 참여를 통한 탈수급률 ····· 334
〈표 6-79〉 장애인 고용률 시계열비교 ····· 335
〈표 6-80〉 장애인 고용률 국제비교(20~64세) ····· 336
〈표 6-81〉 전체 인구 대비 장애인 실업률 ····· 337
〈표 6-82〉 OECD 국가의 장애인 실업률(20~64세) ····· 338
〈표 6-83〉 고용률(15~64세)의 시계열비교 ····· 339

〈표 6- 84〉 고용률의 국제비교 ····· 340
〈표 6- 85〉 청년고용률의 시계열비교 ····· 341
〈표 6- 86〉 청년고용률의 국제비교 ····· 341
〈표 6- 87〉 재직자 훈련 참여율의 시계열비교 ····· 342
〈표 6- 88〉 여성고용률의 시계열비교 ····· 343
〈표 6- 89〉 여성고용률의 국제비교 ····· 344
〈표 6- 90〉 중장년 실업률의 시계열비교 ····· 345
〈표 6- 91〉 중장년 실업률(25~54세)의 국제비교 ····· 345
〈표 6- 92〉 전체 근로자 중 비정규직 비율의 시계열비교 ····· 346
〈표 6- 93〉 전체 근로자 중 비정규직 비율의 국제비교 ····· 347
〈표 6- 94〉 정규직 대비 비정규직 임금수준의 국제비교 ····· 348
〈표 6- 95〉 EU국가의 상용직 및 임시직의 임금비교 ····· 348
〈표 6- 96〉 연도별 빈곤층 의료보장률 추이 ····· 350
〈표 6- 97〉 의료보장 영역의 기본수준과 한국의 수준 ····· 354
〈표 6- 98〉 건강수명의 시계열 비교 ····· 356
〈표 6- 99〉 건강수명의 국제비교 (2002년 추정치) ····· 357
〈표 6-100〉 영아사망률의 시계열 비교 ····· 358
〈표 6-101〉 OECD 평균 영아사망률과의 비교 ····· 358
〈표 6-102〉 흡연율의 시계열 추이 ····· 359
〈표 6-103〉 매일 흡연자 비율의 OECD 국가간 비교 ····· 359
〈표 6-104〉 성인 1인당 순수 알코올 소비량 ····· 360
〈표 6-105〉 성인 1인당 순수 알코올 소비량의 국제비교 ····· 361
〈표 6-106〉 중등도 운동실천율의 시계열 비교 ····· 362
〈표 6-107〉 비만 유병률(20세 이상) ····· 363
〈표 6-108〉 비만율의 국제비교 ····· 363
〈표 6-109〉 예방 가능한 외상 사망률 ····· 364
〈표 6-110〉 예방 가능한 외상 사망률의 국제비교 ····· 364
〈표 6-111〉 지역간 의료이용의 형평성 지수 (EQ) ····· 365

〈표 6-112〉 지난 2주간 외래방문 회수에 대한 HIwv 지수 ····· 366
〈표 6-113〉 지난 1년간 입원 일수에 대한 HIwv 지수 ····· 366
〈표 6-114〉 복지재정영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 368
〈표 6-115〉 복지인력영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 369
〈표 6-116〉 복지시설영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 369
〈표 6-117〉 취약계층 소득보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 370
〈표 6-118〉 보편적 소득보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 370
〈표 6-119〉 취약계층 서비스 보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 371
〈표 6-120〉 보편적 서비스 확충영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 372
〈표 6-121〉 교육의 공공성영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 372
〈표 6-122〉 교육의 질 보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 373
〈표 6-123〉 취약계층 교육보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 373
〈표 6-124〉 보편적 교육보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 374
〈표 6-125〉 취약계층 일자리보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 375
〈표 6-126〉 보편적 일자리보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 375
〈표 6-127〉 일자리의 건강성영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 376
〈표 6-128〉 의료보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 376
〈표 6-129〉 건강보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과 ····· 377
〈표 6-130〉 복지인프라확충분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 377
〈표 6-131〉 안정된 소득보장분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 378
〈표 6-132〉 복지서비스 확충분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 379
〈표 6-133〉 보육·교육보장분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 380
〈표 6-134〉 일자리 보장분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 381
〈표 6-135〉 의료 및 건강보장분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 382
〈표 6-136〉 전체 사회복지정책의 평가결과 ····· 384
〈표 6-137〉 평가결과 상위 수준의 복지정책 ····· 385
〈표 7- 1〉 최우선 추진 복지정책 유형 ····· 389
〈표 7- 2〉 차순위 추진 복지정책 유형 ····· 400
〈표 7- 3〉 후순위 추진 복지정책 유형 ····· 403

그 림 목 차

〔그림 1- 1〕 연구의 흐름도 ····· 93
〔그림 2- 1〕 사회복지정책 성과의 효율성과 대응성의 관계 ····· 100
〔그림 3- 1〕 경제성장률, 물가상승률, 실업률의 추이: 1980~2001 ····· 138
〔그림 3- 2〕 1인당 국민소득, Gini 계수, 빈곤율의 추이: 1975~2001 ····· 139
〔그림 3- 3〕 한국사회 복지환경의 변화 전망 ····· 141
〔그림 4- 1〕 사회지출의 범위 ····· 169
〔그림 6- 1〕 사회복지정책 평가의 흐름도 ····· 266
〔그림 6- 2〕 상대빈곤율 추이(연간) ····· 282
〔그림 6- 3〕 지니계수 ····· 284
〔그림 6- 4〕 OECD 28개국의 지니계수 비교 ····· 284
〔그림 6- 5〕 의료급여 종별 빈곤층 의료보장률 연도별 추이 ····· 350
〔그림 6- 6〕 우리나라 연도별 급여보장률(환자본인부담률) 시계열 비교 ··· 352
〔그림 6- 7〕 급여보장률(환자본인부담률) 국제 비교(2001년 기준) ····· 352
〔그림 6- 8〕 OECD 국가의 GDP 15000달러 시절 급여보장률(환자본인부담률) 비교 ·· 353
〔그림 6- 9〕 OECD 국가의 공공재정비중 비교 2001년 ····· 355
〔그림 6-10〕 복지인프라확충분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 378
〔그림 6-11〕 안정된 소득보장분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 379
〔그림 6-12〕 복지서비스 확충분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 380
〔그림 6-13〕 보육·교육보장분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 381
〔그림 6-14〕 일자리 보장분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 382
〔그림 6-15〕 의료 및 건강보장분야의 영역 및 대분야 평가결과 ····· 383
〔그림 6-16〕 전체 사회복지정책의 평가결과 ····· 384
〔그림 7- 1〕 한국의 사회복지 비전과 목표 ····· 387

Abstract

A Study on Evaluation and Development of Social Welfare Policies in Korea

Korea society undergoes advent of the aged society, decrease in economically active population, and changes of family function with nuclear family. In addition, Problems of modern society have been increased roles of social welfare policies. Despite the recent increase in the social expenditure, welfare satisfaction is very low. Accordingly, we evaluate the social welfare policies with new approaches for predicting the changes of the outside circumstances and the demand of social welfare.

This study aims to examine the current status of Korea's social welfare policies, seek comprehensive strategies for the establishment of welfare state, and suggest effective means for improvement.

Based on three distinct approaches, in terms of policy evaluation, characteristics of policy evaluation, and changes of social welfare policy, policy evaluation systems were discussed. we develop the indices to evaluate the social welfare policies, and analyze the Delphi examination.

This study improves a level of social welfare policies with evaluating a part of social welfare and comparing Korean social welfare with an advanced country. Therefore, finally, evaluating of social welfare policies supplies to improve the social welfare satisfaction in Korea.

요 약

제 1 장 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

□ 연구의 필요성

— 한국사회는 현대사회의 문제점들로 인해 사회복지정책의 역할이 증대되고 있음.

- 인구의 급속한 고령화, 경제활동인구의 감소, 핵가족화에 따른 가족기능의 약화 및 상실, 빈부격차 심화에 따른 사회적 갈등의 증가 등

— 사회복지재정의 지속적 증가에도 불구하고 국민의 복지만족도는 매우 낮은 수준에 있으며, 향후 복지를 둘러 싼 외부환경의 변화를 예측하고 복지수요를 전망하여 새로운 접근방법에 의한 복지정책을 강구 필요

- '저출산-고령사회'의 지속으로 복지부담이 증가할 것으로 전망됨.
- 사회양극화(소득, 산업, 건강, 고용 등)의 심화는 분배정책의 중요성을 강조하게 될 것임.

— 복지지출의 효과성을 검토하고, 다른 한편으로는 복지확충을 위한 근거를 제시하여야 할 필요성이 제기됨.

□ 연구의 목적

— 본 연구는 한국의 사회복지정책을 전체 및 분야별로 측정하고, 복지국가로서의 위상을 달성하기 위해 합리적이고 효과적인 복지발전방안을 모색함으로써 궁극적으로 복지수준의 향상을 도모하는데 있음.

- 사회복지정책의 현재 수준을 전체 및 분야별로 평가함으로써 복지수준의 균형적 발전을 도모함.
- 전체 및 분야별 복지수준의 국제비교를 통하여 한국복지의 현주소를 파악하고 선진국과의 복지수준 차이를 규명함.
- 사회복지의 발전방안을 제시함으로써 궁극적으로 한국복지수준의 향상을 도모하고 국민의 복지 체감도를 증대함.

2. 연구의 내용 및 방법

□ 연구내용

— 이론 및 선행연구

- 정책평가론과 사회복지정책평가론의 두 측면에서 접근함.
- 사회복지정책 평가에 대한 국외 선행연구로는 UN, OECD, 미국, 영국, 일본의 탈상품화 지표 등을 검토하였으며, 국내연구로는 사회지표를 포함한 정책연구기관과 개별학자들을 연구결과를 검토함.
- 이론 및 선행연구의 검토결과가 본 연구에 주는 시사점을 도출함.

— 국내·외 사회복지정책의 과거와 미래

- 사회복지정책의 발전은 국내·외 사회복지정책의 과거와 현재를 조명하는 것임.
- 복지국가의 모형은 에스핑-엔더슨(Esping- Andersen), 미쉬라(Mishra), 퍼니스와 틸튼(Furniss & Tilton) 등의 복지국가 모형을 중심으로 논의함.
- 외국과 우리나라의 사회복지정책 발전을 살펴봄.
- 복지환경 변화는 복지다원주의의 확산(서비스 공급주체의 다양화), 수요자 중심의 복지원칙 강화, 복지대상의 변화 및 확산, 복지서비스의 효율성 강조, 지역사회복지의 중요성 증대, 다양한 가족의 출현과 가족기능 약화, 기혼여성의 경제활동참가 증대, 고도화된 정보화 사회 등 일곱 가지를 중심으로 논의함.

— 한국 사회복지정책의 평가틀

- 사회복지정책 평가틀의 개발은 분야 및 평가영역의 개발, 대표지표의 개발, 평가요소의 적절성 판단, 그리고 대표지표의 정의 및 산출방식 설명 등을 포함함.
- 평가틀은 6개 분야, 16개 영역, 77개 대표지표로 구성되었으며, 이의 적절성 여부를 판단하기 위하여 델파이 조사방식에 의한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」를 실시함.
- 대표지표의 개념적 정의와 중요성, 지표산출의 방식을 제시함.

— 사회복지정책 평가를 위한 대표지표 개발 및 우선순위 설정

- 분야별 대표지표 개발하고 대표지표의 우선순위 설정함.
- 우선순위 설정은 개별 분야, 개별영역, 개별 대표지표의 가중치를 산출하는데 결정적인 역할을 함.

— 한국 사회복지정책의 평가와 의미

- 첫째 단계, 정책평가의 가장 기초요소인 대표지표의 시계열 분석, 국제비교 등에 근거하여 복지수준을 5점 척도로 측정함.
- 둘째 단계, 대표지표의 평가결과와 영역별 가중치에 기초하여 산출함.
- 셋째 단계, 영역별 평가결과와 분야별 가중치에 기초하여 산출함.

— 한국 사회복지정책의 발전방안

- 사회복지정책의 기본방향과 추진전략 및 사회복지정책의 분야별 발전방안을 제시함.

□ 연구방법

— 문헌고찰

- 사회복지정책의 평가 및 복지수준 측정과 관련된 국내 및 국외의 기존 문헌을 고찰함.
- 다양한 복지정책을 검토, 비교하여 한국 사회복지정책의 발전방안 모색

에 활용함.

— 기존자료 분석

- 개발된 77개 대표지표의 국내 시계열 자료를 생산하기 위하여 기존자료를 분석함.
- 대표지표의 국제비교를 실시하기 위하여 국내·외 기존자료를 수집하고 재분석을 실시함.

— 델파이 조사 및 분석

- 델파이 조사는 첫째, 분야, 영역, 대표지표의 적절성 검토를 위한 목적과, 둘째, 분야, 영역, 대표지표의 우선순위 설정을 통하여 평가요소의 가중치(weight) 산출을 목적으로 함.
- 델파이 조사의 대상은 사회복지 및 보건의료분야의 박사급 연구원, 교수, 박사과정 학생 등이며, 조사는 동 분야의 전문가 120인을 대상으로 실시하였으며, 활용 가능한 조사완료는 105명이었음.

— workshop 및 정책자문회의 개최

- 연구의 원활한 수행과 질적 향상을 위하여 원내·외 전문가와 전체 연구진이 참여하여 다음과 같이 세 차례의 workshop을 실시함.
- 첫 번째 workshop은 연구의 시작단계에서 연구계획서를 발표하고 이를 수정 및 보완하기 위함.
- 두 번째 workshop은 연구의 중간단계에서 당초 계획된 대로 연구수행이 이루어지고 있는지와 보다 바람직한 방향으로 연구내용 및 방법을 조정하기 위함
- 마지막 workshop은 연구의 마지막 단계에서 실시하였으며 주요 논의내용은 연구결과를 검토하고 활용방안을 논의하기 위함.

제 2 장 사회복지정책 평가의 이론 및 선행연구

1. 사회복지정책 평가의 이론

□ 정책 평가론

— 20세기 중반 이후 정부 부문이 급속히 팽창하고 다양한 프로그램들을 수행하게 됨에 따라 정부 활동에 대한 관심이 대폭 증가하고, 그 효과에 대한 평가의 필요성이 제기됨.

- 정부 활동의 평가에 대한 관심은 초기에는 당시의 요구에 부응하는 '프로그램 평가(Program evaluation)'에 두어졌으나, 차차 관련된 많은 활동으로 그 범위를 넓히게 됨.

— 평가의 개념은 크게 정부의 정책이나 사업의 효과성 또는 효율성을 측정하는 것과, 측정되고 산정된 결과를 정책과정에 반영하기 위한 인과분석 및 환류 등을 포괄하는 것으로 두 가지의 개념을 포함함.

— 정책평가에는 프로그램 평가, 성과점검/검토, 그리고 성과감사 등 세 가지 유형이 있으며, 이 유형을 필요에 따라 통합하여 사용하는 추세에 있음.

- 프로그램 평가론은 응용 사회과학의 확산에 따른 정부 프로그램에 대한 회고적인 평가 작업이며, 다른 하나는 자원 배분의 효율화를 위한 PPBS 움직임임.
- 성과점검/검토(Performance Monitoring/Review)는 평가 대상은 프로그램으로부터 정부 활동 전반으로, 평가의 관심은 효과성으로부터 효율성과 집행과정으로 확대됨으로써 평가 방법으로서 점검(Monitoring)을 강조하게 됨.
- 성과감사는 감사는 전통적인 범위를 넘어서 정부 프로그램이나 활동의 실적, 효율성과 효과성에 대한 사정을 포함하는 것임.

□ 사회복지정책 평가론

— 오늘날 각국의 사회복지정책은 신공공관리론에 입각한 산출(outcome, performance)에 초점을 맞추고 있으며, 정부의 사회복지정책 성과의 격차를 일정한 투입으로부터 최대의 산출을 생산하거나 일정한 산출에 대해 최소한의 투입으로부터 달성될 수 있다는 효율성(efficiency)의 차원에서 접근하는 것이 필요함.

— 사회복지정책 평가에 중요한 것은 정부의 사회복지정책 성과에 대한 국민의 대응성 문제로 국민들이 정부로부터 자신들의 복지에 대한 수요 등과 관련하여 어느 정도 혜택을 받았으며, 그 혜택은 국민들의 욕구를 어느 정도 만족시켜 주었는가를 의미함.

- 정부는 복지공급에 따른 산출의 효율성뿐만 아니라 국민의 복지수요에 대한 요구를 자원투입에 반영하여 나타나는 대응성 차원에서 정책을 집행하여야 할 것임.

— 사회복지정책 평가를 하기 위해서는 사업평가 및 평가지표가 필요함.

- 사업평가는 특정 사업의 중요한 제반 측면과 그 가치를 체계적이고 분석적으로 평가하고 평가결과의 신뢰성과 유용성을 추구하는 일임.
- 정책평가 지표는 정책의 형성, 집행, 분석평가를 위한 경제, 사회조건의 변화에 관한 통계 및 측정 자료이며, 사회복지정책평가지표는 사회복지의 현상을 나타내는 복지지표(welfare indicators)임.

— 평가지표(복지지표)에 관한 이론적 관점들은 경제학적 접근, 심리학적 접근, 사회학적 접근, 사회복지학적 접근으로 구분할 수 있음.

- 경제학적 접근은 복지의 개념을 소득과 소득분배의 함수관계로 파악하고, 객관적 지표를 중시하며, 객관적인 환경(경제적 측면 강조)을 통해서 복지 수준을 주로 판단함.
- 심리학적 접근은 주관적 삶의 체험감으로 복지수준을 판단하고, 전반적인 만족도 또는 복지감, 그리고 객관적인 지표에 대한 주관적 만족도를

강조함.

- 사회학적 접근은 객관적인 지표와 주관적인 지표는 상호 보완적인 관계에 있다고 보며, 복지지표의 설정에 있어서 경제적 측면뿐만 아니라 비경제적인 측면에도 주목하고, 객관적인 지표에 상응하는 생활만족도 지표와 같은 주관적 지표를 설정하려고 노력함.
- 사회복지학적 접근은 복지지표의 설정을 평등과 사회보장이라는 측면에서 주민의 욕구와 문제에 대한 대응이라는 관점에서 출발하여, 사회복지학적 접근은 주로 복지지표를 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스를 중심으로 설정하며, 주관적 지표보다는 객관적 지표를 선호하는 경향이 있음.

— 사회복지정책 평가의 측정 단위는 개인, 가구(가족), 지역사회(지역), 국가 등으로 구분할 수 있음.

- 복지의 측정 단위를 개인으로 하는 것은 생활만족도와 같은 주관적 지표이거나 지역 단위에서 기초적인 복지지표 자료가 제대로 구축되지 않은 경우에 주로 적용됨.
- 측정 단위를 가구 또는 가족으로 하는 것은 주민 개개인의 특성보다는 가족 단위의 사회경제적 특성에 주목하는 사회과학자들이나 정부관료 등에 의해서 주로 적용됨.
- 복지의 측정 단위를 지역사회 또는 지역(시·군 또는 도 등)으로 하는 것은 지역(사회)개발이나 지역 간의 비교·분석에 주목하는 지역개발 관련 학자들이나 행정가, 지역사회 지도자 등에 의해서 주로 적용됨.

2. 사회복지정책 평가 관련 국내·외 선행연구

□ 국외 연구

— 국제연합(UN)은 사회지표가 갖는 이론적 성격보다는 개발도상국의 통계자료의 실정과 현실을 더 감안하여 국제기관 중에서는 가장 먼저 사회지

표의 체계화를 시도함.

- 개발도상국의 생활수준을 계측하기 위한 지표체계를 만들었음. 이는 영역과 지표 등 2단계 구조로 만들었는데, 7개 영역(영양, 주거, 건강, 교육, 여가, 안전, 환경) 20개 지표로 구성됨.
- 객관적인 사회지표의 체계를 갖추게 된 것은 국제연합(UN)이 1975년에 발간 한 '사회인구통계 시스템의 방향'(Towards a System of Social and Demographic Statistics)이라는 보고서인데, 이후 사회지표 작성의 지침서가 되었음.
- UN(1995)이 발간한 '세계여성 1970～1990(The World's Women: 1970～1990')에서는 여성 사회지표로 인구성장·분포와 환경, 가족, 건강, 교육과 훈련, 권력과 영향력 등을 중심으로 제시함.
- 2003년에는 UN아태경제사회위원회(UNESCAP)에서 성 지표(Gender Indicators)라는 성인지 지표 분석틀을 발간함.
- UN의 지표관련 연구들은 대상이 전 세계라는 것, 그리고 하나의 기준을 마련한다는 것에 큰 의미가 있음.

— OECD

- 1973년 'OECD 제국의 공통적인 사회적 관심영역'보고서 관련 지표체계는 8개 관심분야(건강, 교육과 학습, 고용 및 근로생활의 질, 시간과 여가, 재화와 서비스의 지배력, 물적 환경, 사회적 환경, 개인의 안전), 15개 영역 및 24개의 지표로 구성되었음.
- 주관적 지표와 객관적 지표를 통합하고 있다는 측면에서는 OECD체계가 상대적 우위성이 있다고 할 수 있음.

— 미국

- 미국은 1969년 '사회보고서(Social Report)'에서 처음으로 사회지표를 작성함.
- 이 보고서의 지표체계는 ① 건강과 질병, ② 사회이동성, ③ 물리적 환경, ④ 소득과 빈곤, ⑤ 공공질서와 안전, ⑥ 과학, 교육, 예술, ⑦ 참여와 소외의 7개 영역으로 나누고, 각 영역의 실태를 가용 자료를 이용해

서 계량적으로 제시하면서 그 추세와 문제점을 평가하였음.

- 국가수준의 사회지표 체계의 작성은 중단되었으나 지역별 사회지표의 작성은 활발하게 이루어지고 있음.
- 한 예로 플로리다 주 잭슨빌 시의 경우 시의 사회발전을 측정하고 시의 정책 결정이나 계획 수립에 유용한 자료로 활용하기 위한 목적으로 지표를 개발하였음.
- 잭슨빌 시의 지표체계는 10개 영역(경제환경, 공공안전, 건강, 교육, 자연환경, 교통, 행정, 사회환경, 문화, 여가)으로 구성되어 있는데, 2000년대의 분야별 목표 지표를 제시한 것이 특징임.
- 미국의 많은 연구들은 건강, 교육, 취업, 주거, 여가, 소득 등을 중시하며, 복지의 객관적 측면뿐만 아니라 주관적 측면도 함께 중시하고 있음.

— 영국

- 영국의 사회복지정책 평가지표는 OECD의 사회지표 체계를 수용하여 1971년부터 통계청에서 '사회의 경향(Social Trends)'이라는 보고서를 발간하고 있음.
- 영국의 복지지표 체계는 13개 부문(인구, 가구와 가족, 교육, 고용, 수입과 재산, 지출과 자원, 보건과 개인 사회 서비스, 주택, 환경, 여가, 사회 참여, 범죄와 법 집행, 교통)의 58개 세부관심영역으로 구성되어 있음.
- 영국의 사회지표 체계의 많은 지표들은 영국이 처한 심각한 사회문제인 지역간 갈등, 이혼, 실업 등의 문제를 반영하고 있음.

— 일본

- 일본은 총무청 통계국에서 '사회생활통계지표(Social Indicators by Prefecture)'를 지역별로 작성하여 발표하였음.
- 사회생활통계지표는 13개 부문(자연환경, 인구·세대, 경제기반, 재정, 학교교육, 노동, 가계, 사회교육·문화·스포츠, 거주환경, 사회보장, 건강·의료, 안전, 생활시간의 배분)으로 구성되어 있는데, 이 지표의 특징은 지역비교가 가능한 지표 및 통계를 제시하고 있음.

- 1986년 ‘국민생활지표(NSI)’ 이후 ‘신국민생활지표(PLI: People’s Life Indicators)’를 발표함.
- 본 지표는 생활지표로서의 활동영역지표와 구조변화지표로 구성되어 있어 활동영역은 8개 영역(주거, 소비, 노동, 양육, 건강, 여가, 교육, 교제)으로 구성되고, 구조변화지표는 5개 영역(고령화, 국제화, 집중화, 정보·서비스화, 그린화)으로 되어 있음.
- 신국민생활지표는 개인생활의 활동을 중심으로 하여 개인의 생활을 둘러싸고 있는 사회구조의 변화를 파악한다는 특징이 있음.

— 탈상품화 지표

- Esping-Andersen(1990)은 복지국가들이 갖고 있는 프로그램들 가운데 국민연금, 질병보험, 실업보험 등 세 개 프로그램들의 탈상품화 효과의 정도를 사회복지발달의 기준으로 보았음.
- 탈상품화(de-commodification)란 개인의 복지가 시장에 의존하지 않고도 이루어질 수 있는 것으로, 즉, 인간(노동)의 상품화를 전제하는 자기 조절적 시장경제체제의 허구로부터 사회자체를 보호하는 사회복지 기제를 말함.
- 탈상품화 지표를 만들기 위하여 첫째, 최저 급여액의 평균 근로자임금에 대한 비율, 둘째, 평균급여액의 평균 근로자임금에 대한 비율(replacement rate), 셋째, 급여를 받을 수 있는 자격조건(기여년수), 넷째, 전체 프로그램 재원에서 수급자가 지불하는 비율, 다섯째, 실제 수급을 받는 사람들의 비율 등의 변수들을 측정함.

□ 국내 연구

— 우리나라의 사회지표는 1978년 정부에 의해서 ‘사회지표시안’이 마련되었으며, 1979년부터 ‘한국의 사회지표’라는 이름 아래 매년 통계청에서 공표되고 있음.

- 한국의 사회지표는 그 체계가 유형상 국제연합의 사회인구통계 체계모

형을 따르고 있어 양자의 지표영역구분이 매우 유사함.

- 1997년에는 현실생활에 대한 국민의 만족도를 파악하기 위한 주관적 지표를 사회지표 속에 포함시키기 위하여 1997년 사회통계조사(Social Statistics Survey)를 처음으로 실시하였음.

— 정규현(1994)은 삶의 질 지표구성을 위한 전문가 의견조사를 통해 삶의 질이 소득, 환경, 복지 등 세 부문으로 구성된다고 설정하고, 12개 하위지표를 분석하였음.

— 한국보건사회연구원(1996)은 “한국인의 삶의 질: 현황과 정책과제”에서 삶의 질을 구성하는 관심영역 및 관련 사회지표를 선정하고, 이에 의한 삶의 질 측정을 시도하였음.

— 하혜수(1996)는 지방정부에서 제공하는 6개 부문의 서비스대상과 6개 분야로 규정한 서비스수준을 결합하여 삶의 질 구성요소를 10개 부문 34개 객관적 변수로 세분화하고, 43개 도시의 삶의 질과 도시경쟁력 지수를 추정, 지방정부의 정책 산출 수준을 평가하였음.

— 사회복지정책의 공급과 수요와의 관계에서 수요영역의 측정지표들을 다음과 같음.

- 류진석 외(2002)는 인구 대비 노령인구비율을 들고 있는데, 이는 노령화 사회의 진전과 더불어 노인인구가 중요한 복지수요로 대두되었기 때문일 것임.
- 하혜수(1996)는 생활보호대상자비율, 박희봉·이희창(2001)은 저소득주민수, 류진석 외(2002)는 빈곤인구비율, 아동인구비율, 장애인등록자비율 등 사회소외계층의 비율을 사회복지수요 측정을 위한 지표로 활용함.

— 사회복지정책의 공급영역 측정지표를 복지지출과 복지자원의 영역으로 구분하여 살펴보면 다음과 같음.

- 복지지출 영역에서 류진석 외(2002), 조영훈(2001), 김상구 외(2000) 등 많은 선행연구들이 사회복지예산 및 비율을 측정지표 제시함.

- 류진석 외(2002), 박희봉·이희창(2001), 홍준현(1999, 2001) 등은 사회복지시설 수를 사회복지 공급수준을 측정하기 위한 지표로 들고 있음.
- 종합병원, 개인병원, 한방병원, 보건소 등의 의료기관을 포함한 의료시설종사자 수는 서비스의 발전정도를 나타내는 지표로 널리 사용함(홍준현, 1999).
- 홍준현(1999), 박희봉·이희창(2001) 등은 도시공원 면적을 복지공급지표로 들고 있는데, 공원은 지역주민의 건강한 생활과 여가활용을 위한 중요한 자원이라고 할 수 있기 때문임.

3. 사회복지정책 평가의 이론 및 선행연구의 시사점

□ 평가 개념틀의 정립 필요

— 체계화된 복지지표를 개발하기 위해서는 이론적 접근을 토대로 사회복지를 종합적이고 포괄적으로 분석할 수 있는 개념모형(틀)의 설정이 반드시 필요함.

- 지표가 이론적 준거모형에 근거하여 산출된다면, 그 지표의 가치가 한층 높아질 뿐만 아니라, 의미 있는 지식을 제공해 줄 수 있음.
- 목표달성을 위한 과업의 진행 상태를 알려준다거나 그 과업의 진행과정에 영향을 미치는 새로운 요인에 관한 정보를 제공해 줄 수 있음.
- 사회복지제도의 중요단계나 영역의 발전을 확인하고, 각 영역이나 부분간의 관계, 목표와 수단 간의 관계 등을 알 수 있음.

— 복지지표로 이용할 수 있는 관련 지표로는 삶의 질 지표, 사회지표, 생활수준지표, 기본생활수요지표, 의식조사지표 등을 들 수 있음.

- 삶의 질 지표는 일상생활의 질을 파악하는 것으로 여기서 '질'이란 개념은 특정한 가치 판단과 결합되어 어떤 사물의 합목적성을 표현하는 규범적 개념으로 사용되고 있음.
- 사회지표는 삶의 질에 영향을 미치는 요인들의 양적 수준을 파악하기

위한 객관적 지표가 주류를 이루며 사회적 상태를 총체적이고 집약적으로 나타내는데 목적이 있음.

- 생활수준지표는 삶에 직접 영향을 미치는 주요 요소들에 관심을 두는 소규모의 지표체계이나 생활수준지표는 객관적 지표 위주이기 때문에 국민의 정신적 행복과 만족감을 제대로 반영할 수 없다는 한계가 있음.
- 기본생활수요지표는 삶의 일반적인 수요보다는 인간의 일상생활에 필수 불가결한 기초수요에 관심을 둠.
- 의식조사지표는 삶의 질에 영향을 미치는 요인들에 대한 주관적 만족도를 측정하는 지표임.

— 개념적 모형을 설정하는데 체계분석적 접근방법을 가장 많이 활용함.

- 체계분석적 접근방법은 체계를 구성하고 있는 각 하위체계간의 상호관련성과 상호작용을 규명하고, 체계가 놓여있는 환경과의 상호관련성과 상호작용을 분석하려는 것임.
- 체계는 환경으로부터 투입요인을 받아들이고, 그것을 산출로 전환시켜 체계자체의 유지와 성장을 꾀하고 환경에 산출을 배출하는 과정을 지속하는 것으로서, 체계접근은 이러한 체계요소간의 상호관련성을 포괄적이고, 총체적이며, 역동적으로 파악하려는 것임.

— 체계분석적 접근방법을 기반으로 하여 바람직한 사회복지정책 평가지표체계의 구성은 환경과 '투입-과정-산출'과 환경이라는 체계 전반적인 역동성을 토대로 하여 지표체계를 구성한 것임.

- 투입요인과 관련한 평가지표로는 사회복지를 위해 투입되는 인력과 재원 등 눈에 보이는 자원(국가예산, 전문 인력의 수, 보건 및 사회복지시설, 기관의 수, 사회복지대상자)과, 사회복지 의식으로 사회가 사회복지에 어느 정도의 자원을 투입하려 하며, 투입되는 자원에 대해 어떻게 인식하는가, 그리고 사회복지에 대해 얼마만큼의 열망을 갖는지 등을 포함함.
- 과정요소는 사회복지체계 내에서 사회복지자원이 어떻게 배분되는가를

보여주는 것으로 객관적 평가지표에는 효율성을 기반으로 하는 비용편익비(cost-benefit ratio)가 주요한 척도가 될 것이고, 주관적 지표로서는 앞에서 성과지표와 관련한 기대성(소망성)에 대한 평가기준들이 여기에 해당됨.

- 산출요소는 사회복지정책의 집행이라는 측면과 집행된 결과, 그리고 사회적인 영향 등을 포괄하는 가장 핵심적인 정책평가의 과정임.

□ 사회복지정책의 구성요소 분석 필요

— 사회복지지표를 개발하기 위한 이론적 모형의 첫 번째 단계는 사회복지정책의 구성요소를 분석하는 것임.

— 이는 복지국가유형론을 저술한 Furniss & Tilton이 분류한 사회보험 프로그램(social insurance program), 자산평가 프로그램(means-test program), 그리고 보편적 프로그램(universal program)의 분류임.

- 사회보험 프로그램에는 갹출에 근거한 서비스를 원칙으로 하는 것으로서, 우리의 현실적인 제도로서는 연금보험, 의료보험, 산업재해보상보험, 실업보험 등 4대 사회보험이 해당됨.
- 자산평가 프로그램이란 개인의 소득이 미리 정하여진 최저생활수준(national minimum)에 달하지 않는 경우에 그 차이를 메워서 최저생활을 보장하기 위한 것임.
- 보편적 서비스란 기본적으로 무갹출이므로, 조세로 그 재원을 조달하며, 부족한 부분에 대하여는 수익자부담 원칙이 적용되는 분야임.

□ 사업평가의 특성 고려

— 사업평가에는 다음과 같은 점들을 반드시 고려해야 함.

- 사업평가는 분석적(analytical)이어야 함
- 사업평가는 체계적(systematic)이어야 함.
- 사업평가는 신뢰성(reliability)을 가져야 함.

- 사업평가는 쟁점 중심(issue-oriented)으로 진행되어야함.
- 사업평가는 수요자의 요구에 부합해야 함.

□ 사회복지정책 평가의 특성에 대한 이해

— 사회복지정책 평가의 특징은 다음과 같음.

- 사회복지정책은 사회문제의 해결에 있어서 본질적인 대립을 기본으로 하기 때문에 정치적임.
- 사회복지정책의 결과와 효과가 장기적으로 나타나는 성격을 가짐.
- 사회복지정책 평가에서 중요한 것은 대상집단을 확인하는 것과 비대상 집단에 대한 정책효과를 확인하는 것임.
- 사회복지정책 산출을 사회복지정책 영향과 혼돈하지 말아야 함.
- 사회복지정책에 대한 평가는 대체로 양적인 측면뿐만 아니라 질적인 측면까지 매우 광범위한 영역을 평가해야 하는 장기적 연구를 요함.
- 사회복지정책 평가에서 직면하는 가장 큰 어려움 중의 하나는 비용 대 편익의 크기를 측정하는 일임.

□ 사회복지정책 평가 지표체계의 신뢰성과 타당성

— 사회복지정책 평가 지표체계의 신뢰성과 타당성 확보에 성공하려면 다음과 같은 점에 유의해야 함.

- 사회복지정책 평가에 대한 신뢰성과 타당성 확보의 출발점은 객관적 지표를 중점적으로 활용함으로써 해결할 수 있음.
- 전문가 델파이를 통하여 평가 지표체계의 타당성을 추구할 수 있음.
- 사회복지정책을 평가하려면 무엇보다도 통합지표의 구성이 필요함.

제 3 장 국내·외 사회복지정책의 발전과 복지환경 변화

1. 복지국가의 모형

□ 에스핑-엔더슨(Esping-Andersen)의 복지국가 모형

— 에스핑-엔더슨(Esping-Andersen, 1990)은 복지국가 유형을 자유주의 복지국가, 조합주의 복지국가, 사회민주주의 복지국가 등 세 가지로 구분함.

- 자유주의 복지국가는 개인에 대한 가족의 보호를 강조하고 국가의 개입을 최소화하는 특성을 가지며, 저소득층 및 요구호자 중심의 복지를 강조하는 유형임.
- 조합주의 복지국가는 전술한 영미형에 비해 사회보험을 중요시하는 특성을 가지며, 피용자 중심의 사회보호를 강조하는 유형임.
- 사회민주주의 복지국가는 가족의 역할을 크게 사회화하는 특성을 가지며, 전체 국민을 대상으로 한 복지를 강조하는 유형임.

□ 미쉬라(Mishra)의 복지국가 모형

— 미쉬라(Mishra)는 복지국가 위기의 해결책으로서 조합주의에 입각한 새로운 형태의 통합복지국가만이 혼합경제와 복지국가의 근본정신에 위배되지 않으면서 복지국가의 위기를 타개할 수 있는 진정한 대안이 될 수 있다고 주장함.

- 조합주의 혹은 통합복지국가 모형을 제시하고 그것과 유사한 구조를 가진 다원주의 혹은 분화복지국가를 대조시킴으로서 통합주의 특징을 설명하고 있음.

□ 퍼니스와 틸튼(Furniss & Tilton)의 복지국가 모형

— 퍼니스와 틸튼(Furniss & Tilton, 1983:34~42)은 복지국가를 국가의 개인생활에 대한 개입이라는 측면에서 다음의 세 유형으로 구분하였음.

- 개입의 유형과 개입으로부터 도움을 받는 집단, 공공정책(public policy)의 경향에 따라 적극국가(the positive state), 사회보장국가(the social security state), 그리고 사회복지국가(the social welfare state) 등

— 적극국가의 일차적인 목적은 경제성장을 위한 정부와 기업간의 제휴에 있으며, 복지는 경제적 효율성에 저해되지 않은 범위 안에서만 시행됨.

- 적극국가의 복지원리는 경제구조에 따라 좌우되고 있으며, 적극국가에서는 공적부조보다는 사회보험 원리가 지배적이며, 이는 경제적인 생산을 위한 노동유인책이 되기고 함.
- 적극국가의 복지정책은 티트머스가 분류한 잔여적 모형(residual model)에 가까운 것이며, 복지정책은 경제정책에 예속되고, 국가 전체의 부의 증진과 노동유인이라는 사회통제적 기능을 수행하는 것임.
- 적극국가는 균형 잡힌 경제성장과 기업이익의 보호라는 일종의 개인주의적, 자유방임적 자본주의 원리가 아직도 잔존하고 있는 형태로서 복지국가의 초기유형에 속함.

— 사회보장국가는 적극국가에서처럼 정부와 기업가의 협동을 유지하면서, 국민의 복지를 위해 최저수준(national minimum)을 보장하려는 정책을 폄.

- 국민적 최저수준의 보장이라는 측면에서 사회보장국가는 복지국가의 원리를 채택하게 되어 복지국가의 한 유형으로 분류되고, 완전고용정책을 추구한다는 점에서 적극국가와 구별됨.
- 사회보장국가는 사회보험원리로서는 해결하지 못하는 사회문제 해결을 위해, 국가이익이라는 공동의 연대의식에서 다양한 정책을 시도함.
- 사회보장국가를 지배하는 복지원리는 평등이라기보다는 기회균등이라는 것이 타당함.

— 사회복지국가는 정부와 기업간의 협동이라는 원리보다도 훨씬 높은 국가적 차원에서 제반 정책을 통합적으로 실시하고 있음.

- 국민의 생활의 질을 증진시키는데 특히 관심을 가질 뿐만 아니라 부의 편중을 막고 이로부터 야기되는 사회문제를 해결하는데 관심을 가짐.

- 시민들에게 최저생활의 보장과 일반적인 평등을 성취하고자 보건위생, 아동보호시설, 법률구조서비스 등 의 광범위한 공공서비스를 시행하여 사회보험과 공적 부조로써 해결하지 못한 점을 보완하고 있음.
- 정책형성 과정에 시민을 참여시켜 소외된 집단과 노동자 집단에 까지 사회적 연대의식을 갖게 하고 있음.

2. 주요 외국의 사회복지정책 발전

□ 1970년 대 이전 외국의 사회복지정책 발전

— 서구 자본주의 국가에서 복지국가 태동의 계기는 19세기 후반 국가에 의한 사회보험의 제도화에서 비롯됨.

— 19세기 후반까지는 제도의 목적이 빈민의 복지라기보다는 공공질서 유지, 부랑자 통제, 노동시장 관리 등 자본주의적 산업화의 촉진을 위한 것이었음.

— 1883년 독일에서 세계최초로 사회보험방식의 의료보험제도를 채택한 이래 1880~1920년 기간에 대부분의 서구국가에서 근로자 사업재해보험, 의료보험, 연금 보험 등 주요 보험제도를 도입함.

— 1920~'45년 기간에는 제2세대 복지제도인 실업보험과 가족(아동)수당 등의 복지제도가 확충되었으며, 1945년 이전까지는 서구 자본주의 국가에서 전 국민의 60%를 포함하는 수준으로 복지수혜자의 범위가 확대되었고, 국가복지예산은 GDP 대비 5% 이상으로 증가하였음.

— 2차대전 종결이후, 1945~'75년까지는 복지국가 발전의 황금기(Golden Age)에 해당함.

- 서구자본주의 국가들은 산재보험, 의료보험, 노령연금, 실업보험, 가족수당 등의 복지제도들을 완벽하게 구성하였으며, 또한 공적부조와 개인적 사회서비스를 위한 제도를 확충함.
- 서구 자본주의 사회에는 모든 사회적 위협에 대비하는 복지제도의 포괄

성(comprehensiveness), 전 국민을 대상으로 복지서비스를 제공하는 복지수혜범위의 보편성(universalism), 그리고 복지급여의 적절성(adequacy)이라는 원칙을 충족하는 복지국가가 정착됨.

— 영국

- 1897년 산재보험제도, 1908년 연금제도, 1911년 의료보험과 실업보험, 1945년에는 가족수당제도가 도입되어 복지국가의 제도적 기초가 완비되었음.
- 1942년 「비버리지보고서」를 기초로 전후 노동당의 애틀리 행정부는 국민보험제도 도입(1946년), 국민보건서비스창설(1946년), 빈민법을 대체하는 국민부조제도를 도입(1948년)하여 영국의 복지국가가 완성됨.
- 잔여주의적 접근방법에 기초한 빈민법 체계를 청산하고, 세계최초로 보편주의적인 복지국가를 탄생시킴.

— 스웨덴

- 1901년에 산재보험제도, 1913년에 연금제도를 도입, 의료보험제도의 경우 질병시 현금급여(cash benefits)제도를 1891년, 의료급여(medical benefits)제도를 1913년에 각각 도입하였음.
- 실업보험제도를 1934년에, 가족수당(아동수당)제도를 1948년에 도입하여 복지국가의 제도적 기초가 완비된 시기는 다른 서구 자본주의 국가보다 약간 늦은 편에 속함.
- 32년 이후 집권한 사민당이 지속적으로 복지제도 확충을 시도하였으나 대공황, 전쟁, 그리고 취약한 국내사정으로 실질적인 성과를 거두지 못하였으며, 2차대전이후에 진정한 의미의 복지국가가 완성되었음.
- 1946년에는 전 국민을 대상으로 하는 노령연금제도가 도입되었고, 1948년도에는 아동수당제도, 1955년부터 전 국민을 대상으로 무료에 가까운 의료서비스제도가 시작됨.

□ 1970년대 이후 외국의 사회복지정책 발전(복지국가의 위기)

— 1970~'80년대 초반에 이르기까지 복지국가 위기에 관한 논의가 무성하였

으나, 실제로 서구 자본주의 복지국가는 성공적으로 적응하였고, 모순은 제고되지 않았을지라도 효율적으로 관리되었음.

- 첫째, 전후 복지국가의 전성기를 지탱하여온 몇 가지 원칙에 관한 초계급적, 초당정인 합의가 붕괴되었음.
- 둘째, 복지국가에 대한 국민여론도 상당히 변화하였음.
- 셋째, 사회민주주의의 쇠퇴현상임.

— 영국

- 1980년 대처리즘 또는 신보수주의의 등장으로 잔여적 접근으로 회귀함.
- 신보수주의 정권의 복지원칙은 국가복지를 통한 노동력의 탈상품화(de-commodification)경향에서 후퇴하여 노동력을 재상품화시킴으로서 노동유인을 제고함.
- 새로운 복지원칙을 실현하는 구체적인 수단은 사회복지지출의 삭감, 보편적 서비스의 축소, 민영화, 분권화 등이었음.

— 스웨덴

- 사민당의 정책대응의 기조는 사민당 내의 우피와 좌파의 중간지점인 '제3의 길(The Third Way)'로 요약됨.
- 사민당은 보수연정에 의하여 계획되었던 복지삭감정책들을 모두 원점으로 돌리겠다는 공략을 제시함.
- 복지국가의 체계 유지 및 동결을 위하여 필요한 경우 복지서비스 공급의 분권화(decentralization)와 민영화(privitazation)를 추구한다는 방침을 가지고 있었음.

3. 한국의 사회복지정책 발전

□ 근대화 이전의 복지정책 변천

— 1960~'70년대의 박정희 정부 시절은 성장을 통한 전 국민의 빈곤탈피가 최우선의 국정목표였음.

- 극빈층의 빈곤구제 차원의 복지정책이 중심이었고 노동수요가 노동공급을 초과함으로써 꾸준히 일자리 창출이 일어났음.

— 노동의 초과수요로 도시에 유입된 농촌인구의 주거, 의료 등 빈곤문제가 등장하여, 빈곤퇴치를 슬로건으로 내세워 각종 복지관련 법을 제정함.

- 이 시기에 생활보호제도와 함께 산재보험, 공무원·군인연금이 도입되었고, 1975년에 사학연금, 1977년 직장의료보험과 빈곤층 의료보호의 도입, 1979년 공무원교원의료보험제도가 도입되었음.

□ 근대화 이후의 복지정책 변천

— 1980~'92년의 전두환·노태우 정부 하에서는 국제수지의 흑자, 고도의 경제성장, 노동공급의 부족 등으로 특징 지워지면서 경제발전이 지속되었으며, 중진국 권에 진입할 정도로 국민소득이 증대하였음.

- 국민소득의 급격한 상승으로 상대적 배분문제의 갈등이 발생하는 부작용을 경험하였으며, 정권 안보 차원에서 복지확대의 필요성이 증대한 시기였음.
- 성장에서 상대적으로 덜 이익을 누린 계층들이 사회적 빈곤감 혹은 상대적 박탈감에 빠졌으며, 노동자 파업은 물론 시민운동이 각종 사회문제를 제기함.
- 이 시기의 복지제도들은 1988년 국민연금제도와 최저임금제도, 농어촌의료보험제도가 시행되었으며, 1989년에는 전국민의료보험제도가 시행됨.

— 1993~'97년에는 최초의 문민정부인 김영삼 정부가 집권한 시기로 성장과 복지를 균형 있게 접근하려는 노력하였으며, 기존 복지제도의 내실화에 꾸준히 힘쓴 시기임.

- 경제성장의 과실이 배분되고(trickle down effect), 각종 사회복지 정책적 대응으로 소득분배지수 및 빈곤율 등 분배의 형평성이 개선되었음.
- 산업별 직종별 임금격차가 축소되면서 빈곤문제도 크게 개선되었으나, 호황기를 지나면서 상대적 빈곤율은 증가하였음.

- 이 당시의 복지제도의 확충으로서는 의료보장 급여수준을 확대하였고, 고용보험제도를 도입(1995)하고, 농어촌 국민연금제도를 도입(1995)하는 등 선진국 사회보장의 골격을 갖추는 시기였음.

— 1998~2002년은 김대중 정부가 집권한 시기로써 국정이념으로서 복지를 내세운 최초의 정부였음.

- 1998년 경제위기로 대량실업이 발생하고 빈곤율이 급등하는 등 기존의 사회복지제도의 틀로서는 신속하고 효과적으로 대응하기 어려운 상황에 직면하게 됨.
- '생산적 복지'의 기치 하에 사회안전망을 구축하기 위하여 1999년 전국민연금제도 실시, 2000년 10월 기초생활보장제도 도입
- 2000년 7월 의료보험통합과 의약분업 등 보건의료정책의 전환점을 마련한 개혁을 단행함.

— 2003년에 노무현 정부가 집권하면서 '참여복지'의 기치 하에 생산적 복지기조를 계승하고 더욱 발전시켜나갈 것을 공약으로 제시함.

- 전반적으로 기존 복지제도의 확대와 내실화에 힘쓴 시기였으며, 새로운 복지제도의 도입을 위한 기반을 마련하는 데에 노력함.
- 기초보장, 장애수당 대상자, 노인일자리를 확대하며, 빈곤아동에 대한 지원을 확대하는 등 사회서비스의 개선에도 노력함.
- 보건의료 부문에서는 건강보험의 보장성을 강화하기 위한 로드 맵을 발표하고 추진(2008년까지 70%의 보장성 확보)하고 있으며, 2005~09년까지 4조 3천억원의 공공보건의료 확충계획을 수립하여 공공의료를 강화하고 있음.
- 긴급복지지원법을 제정(2005년 12월)하고 24시간 긴급지원을 위한 보건복지 통합 콜센터 129를 운영, 저출산대책으로써 '저출산고령사회기본법'을 제정하고 대통령이 위원장을 맡는 저출산고령사회위원회를 출범시켜 5개년 기본계획을 마련하고 있음.

— 우리나라의 복지정책은 성장위주의 국가전략을 추진하는 과정에서 성장의

부작용을 보완하거나 정치적인 지지 획득의 수단으로 도입되고 확대되어 온 경향이 강하였음.

- 경제위기가 발발하면서 DJ정부가 출범한 1998년 이후 약 10년간은 우리나라 역사상 복지와 보건문제가 국정의 가장 중요한 의제로 설정되고 해법을 제시하는 시기였음.
- 한국사회에서의 복지제도 도입이나 확장은 1970년대 후반, 1980년대 후반, 1990년대 중반과 같은 호황기에 각종 복지제도의 신규도입 및 확장이 집중적으로 이루어졌음.

4. 복지환경의 변화 전망

□ 복지다원주의의 확산(서비스 공급주체의 다양화)

— 다양한 사회주체들이 복지의 공급에 참여하는 복지체계를 갖고 있으며, 최근에는 국가분야 외에도 시장부문과 자원부문의 역할이 중요하게 다루어지고 있음.

— 복지다원주의를 지나치게 강조하는 것은 복지에 대한 국가의 책임회피 가능성이 없지 않으므로 우려되는 측면이 있음.

- 국가의 복지책임이 미약할 뿐만 아니라 민간복지자원의 역량이 취약한 한국사회에서 복지다원주의로의 이행이 급속히 진행될 가능성이 없지 않음.
- 세 공급주체 간의 합리적인 역할분담을 통해 효율적·효과적인 선진형 복지체계가 구축될 수 있도록 되어야 할 것임.

□ 수요자 중심의 복지원칙 강화

— 전통적으로 사회복지에서는 복지 수요자가 가진 욕구, 즉, 느끼는 욕구(felt needs)보다는 복지공급자가 평가하는 욕구, 즉, 규범적 욕구(normative needs)에 기초하여 서비스를 제공해 왔음.

— 양질의 복지서비스 제공을 위해서는 여러 가지 조건이 충족되어야 하지

만, 1990년대 이후 새롭게 '수요자 지향(consumer orientation)'이라는 개념이 등장함.

- 복지수요자의 욕구의 파악에 우선순위를 두고, 서비스 정보를 수요자에게 보다 많이 전달하기 위해 다양한 방식으로 정보를 제공하며, 그리고 서비스의 접근성 제고를 위해 제공주체의 하향 분권화, 서비스 제공시간의 유연화 등을 제공하는 것임.

□ 복지대상의 변화 및 확산

— 세계에서 가장 빠른 속도의 '저출산과 인구고령화'로 인하여 아동복지대상의 축소와 노인복지대상의 확대가 급격히 빠르게 진행되고 있으며, 지난 세기 말에 닥친 경제위기의 극복과정에서 사회양극화 현상이 두드러지고 있음.

— 첫째, 아동복지 대상의 절대적 감소는 보편적 복지서비스 대상으로서의 아동을 의미하는 것이며, 사회적 취약계층으로서의 아동이 감소됨을 의미하는 것은 아님.

— 둘째, 낮은 출산율의 지속화와 평균수명의 연장, 그리고 가족부양 가치관의 쇠퇴 등으로 인하여 노인부부가구와 노인독신가구는 증대될 것으로 전망됨.

— 셋째, 빈부격차는 어느 사회에서나, 어느 시대에서나 존재하고 있었으나, 한국사회에서는 경제위기 극복과정에서 더욱 심화되고 있어 '사회양극화'라는 용어를 사용할 정도로 심각한 수준이 되었음.

□ 복지서비스의 효율성 강조

— 전달체계는 업무의 효율성 및 효과성을 증대시켜 목표달성을 가능하게 하는데 중요한 역할을 함.

- 전달체계를 개선하여 복지 및 관련 사업의 효율성을 증대시키고 불필요한 예산낭비를 예방하여 서비스의 질적 개선을 도모하기 위해 요구됨.

□ 지역사회복지의 중요성 증대

— 복지업무의 지방이양 확대에 따라 지자체가 지역실정에 맞는 복지계획의 수립과 집행, 복지자원의 조정과 관리 등을 해 나가야 함에도 불구하고 지자체 스스로의 정책 개발능력과 경험이 부족하여 복지의 지방분권이 조급히 추진되었다는 비판을 받아 왔음.

— 참여정부는 국가균형발전, 지방분권 강화에 따라 지역복지의 중요성이 크게 부각되었음.

• 특히, 지방자치단체 복지종합평가는 지표개발과 현장평가를 실시하였고, 우수사례를 발굴하여 타 지자체에 확산하는 등 지역사회복지의 증진을 위해 노력하였음.

□ 다양한 가족의 출현과 가족기능 약화

— 단기간에 이룩된 산업화, 도시화 및 서구화의 영향으로 한국가족은 크나큰 변화를 경험하고 있음.

• 개인주의적 가치관의 확산, 가족구조의 축소 및 분화, 성역할의 변화, 여성의 사회활동 증대 등은 가족변화의 주요 요인이라 할 수 있음.

• 최근 경제적 어려움을 겪고 있는 많은 가족에게서 그 기본적 기능인 경제적·정서적 기능 약화와 가정폭력의 발생 등이 대량 발생되고 있음.

— 최근 한국사회에서의 가족들은 기능이 크게 약화되고 있음.

• 한국가족은 '기능의 상실' 또는 '기능의 축소'가 진행되고 있으며, 한국가족은 가부장제적 가치관의 잔존, 전통적 요소와 서구적 요소의 충돌, 사회변화에의 부적응으로 인한 가족문제 등 다양한 요인으로 인하여 서구가족과는 다른 양상으로 변화되고 있음.

□ 기혼여성의 경제활동참가 증대

— 여성들이 경제활동에 참여함으로써 금전획득능력을 갖게 됨으로써 가사분

담에 대한 요구를 증가시키고, 출산부담을 줄이려는 노력 등으로 이어져 여성자신뿐 아니라 가족에게도 직·간접적인 영향을 끼치게 됨.

- 부인취업은 가족의 경제적 기능뿐만 아니라 자녀의 출산, 양육, 고령층의 부양, 부부간의 관계와 역할 및 권력의 배분 등 가족생활 전반에 큰 변화를 가져옴.

□ 고도화된 정보화 사회

— 한국사회는 세계수준의 정보화 시대에 진입하였으며, 이는 두 가지 측면에서 접근할 수 있음.

- 복지대상의 확대를 의미하는 것으로 정보격차, 정보소외계층, 사이버에서의 일탈행위, 사이버 상의 정보로부터 발생되는 일탈행위 등으로 인하여 야기되는 부정적 측면이 있음.
- 복지정보네트워크의 구축으로 복지자원의 한계를 극복하고 복지정책의 효율성을 증대시킬 수 있는 기제로서 역할을 하는 긍정적인 측면이 있음.

— 개인, 가족, 사회에서는 이러한 정보기기에 익숙해 져 있고 이에 대한 기대가 높아 이에 걸맞은 복지정보네트워크의 구축은 필수적임.

- 다양한 복지주체들에 대한 지도감독과 업무연락, 보고체계, 의견수렴 등에 복지정보 네트워크를 이용함으로써 신속하고 효율적인 복지전달체계의 구축이 가능함.

제 4 장 한국 사회복지정책의 평가틀

1. 사회복지정책 평가틀의 개발

□ 평가틀 개발의 전제

— 사회복지정책 평가는 주관적인 심리적 요소가 강하고, 또한 장기간에 걸쳐서 정책효과가 드러나는 등 단기간에 정책 산출 영향을 볼 수 없는 문

제들 때문에 객관성이 있는 기존자료의 활용이 필요함.

- 사회복지정책 평가틀의 기본인 지표개발을 위해서는 지표의 정의 및 기초자료에 대한 전문가의 검토가 필요함.

— 사회복지정책 분야 및 영역과 관련하여 고려할 것은 사회복지정책의 범주를 결정하는 것임.

— 정책의 평가틀에 직접적으로 영향을 주는 것은 주요한 것으로는 산출과 환경 부문임.

- 정책의 산출내용과 그 영향력에 대한 평가야말로 정책평가의 핵심임
- 여기에는 사회복지정책이 지향하는 소득재분배 효과, 최저생활보장, 사회안전망 완비, 그리고 보편적 프로그램 확충 등이 얼마나 달성되었는가 하는 문제와 직결됨.

□ 평가틀의 개발

— 사회복지정책 평가틀의 기본체계에서 주관적 지표는 가능한 한 공급, 수요간 격차를 살펴보는데 주로 활용하되, 전체 정책 평가의 무게는 역시 객관적 지표에 두어야 한다는 점임.

- 사회복지정책 전반에서뿐만 아니라 사회복지정책의 특별한 분야에 집중적으로 평가할 때에도 언제나 응용해서 사용할 수 있을 것임.
- 지역별 비교나 국가간 비교에서도 응용하여 사용할 수 있을 것임.

2. 사회복지정책 평가분야 및 평가영역의 개발

□ 전체 구조 및 평가분야의 개발

— 사회복지정책 평가틀은 분야, 영역, 그리고 대표지표로 구성함.

- 본 연구에서는 6개 분야, 16개 영역, 그리고 77개 대표지표 임.

□ 평가영역의 개발

— 한국의 사회복지정책을 평가하기 위해 6개 분야를 설정함.
  • 복지인프라 확충, 안정된 소득보장, 복지서비스 확충, 보육·교육보장, 일자리 보장, 그리고 의료 및 건강보장 등

— 각 분야는 역 2~4개의 영역으로 구성됨.
  • 복지인프라 확충분야는 복지재정, 복지인력, 복지시설 등 3개 영역이 개발됨.
  • 안정된 소득보장분야는 취약계층 소득보장, 보편적 소득보장 등 2개 영역이 개발됨.
  • 복지서비스 확충 분야는 취약계층 서비스 보장과 보편적 서비스 확충의 2개 영역이 개발됨.
  • 보육·교육보장 분야는 교육의 공공성, 교육의 질 보장, 취약계층 교육보장, 보편적 교육보장 등 4개 영역이 개발됨.
  • 일자리 보장 분야는 취약계층 일자리 보장, 보편적 일자리 보장, 일자리의 건강성 등 3개 영역이 개발됨.
  • 의료 및 건강보장 분야는 의료보장과 건강보장의 2개 영역이 개발됨.

3. 사회복지정책 평가 대표지표 개발

□ 복지인프라 확충 분야

— 복지인프라 확충 분야는 총 11개 대표지표로 복지재정 영역은 4개 지표, 복지인력 영역은 2개 지표, 그리고 복지시설 영역은 5개 지표로 평가되어짐.
  • 복지재정영역의 대표지표는 GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률), 국민 1인당 복지비용, 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율, 전체 복지재정 중 민간재정의 비율임.
  • 복지인력영역의 대표지표는 인구 천명당 사회복지전담공무원수, 인구 천명당 보건의료인력수 등임.
  • 복지시설영역의 대표지표는 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수, 인구

10만명당 복지관수, 노인인구 천명당 장기요양병상수, 치매·중풍노인요양시설 수요충족률, 아동인구 천명당 지역아동센터 수임.

□ 안정된 소득보장 분야

— 안정된 소득보장 분야는 총 10개 대표지표로 취약계층 소득보장 영역 6개 지표, 보편적 소득보장 영역은 4개 지표로 평가되어짐.

- 취약계층 소득보장영역의 대표지표는 상대빈곤율, 기초생활보장 수급자 비율, 지니계수 추이, 아동빈곤율, 장애급여 수급률, 장애인가구 월평균 소득 등
- 보편적 소득보장영역의 대표지표는 공적연금 수급률, 국민연금수급률(제도부양비), 실업급여 수급률, 산전·후휴가급여 국가부담률 등

□ 복지서비스 확충 분야

— 복지서비스 확충 분야는 총 18개 대표지표로 취약계층 서비스 보장 영역은 7개 지표, 보편적 서비스 확충 영역은 11개 지표로 평가되어짐.

- 취약계층 서비스 보장영역의 대표지표는 아동 및 노인 급식지원율, 방과후 활동 수혜율, 국내입양비율, 공적노인요양보호비율, 주거급여 수혜율, 주거급여수준, 공공임대주택 재고율 등
- 보편적 서비스 확충영역의 대표지표는, 노인생활체육 참여율, 노인여가시설 이용률, 노인정보화율, 노인교통사고 사망률, 아동안전사고사망률, 아동학대발생률, 장애인편의시설 설치률, 장애인정보화율, 임신출산비용 대비 국가지원비율, 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율, 불임발생 대비 지원비율 등

□ 보육·교육보장 분야

— 보육·교육보장 분야는 총 13개 대표지표로 교육의 공공성 영역은 2개 지표, 교육의 질 보장 영역은 3개 지표, 취약계층 교육보장 영역은 4개 지

표, 그리고 보편적 교육보장 영역은 4개 지표로 평가되어짐.

- 교육의 공공성영역의 대표지표는 육아비용 정부부담률, GDP 대비 사교육비 지출률 등
- 교육의 질 보장영역의 대표지표는 보육교사 1인당 아동수, 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수, 대학교수 1인당 학생수 등
- 취약계층 교육보장영역의 대표지표는 취약계층 보육교육비 지원아동비율, 취약보육서비스 수혜율, 장애인 고등교육 이수율, 특수교육 수혜율 등
- 보편적 교육보장영역의 대표지표는 만5세아 무상보육률, 일반계층 보육교육비 지원아동비율, 육아서비스 수혜율, 평생학습참여율 등

□ 일자리 보장 분야

— 일자리 보장 분야는 총 13개 대표지표로 취약계층 일자리 보장 영역은 6개 지표, 보편적 일자리 보장 영역은 5개 지표, 그리고 일자리의 건강성 영역은 2개 지표로 평가되어짐.

- 취약계층 일자리 보장영역의 대표지표는 중고령자 고용률, 노인일자리 충족률, 자활사업 참여율, 자활사업성공률, 장애인 고용률, 장애인 실업률 등
- 보편적 일자리 보장영역의 대표지표는 고용률, 청년고용률, 재직자 훈련참여율, 여성고용률, 중장년 실업률 등
- 일자리의 건강성영역의 대표지표는 전체 근로자 중 비정규직 비율, 정규직 대비 비정규직 임금수준 등

□ 의료 및 건강보장 분야

— 의료 및 건강보장 분야는 총 12개 대표지표로 의료보장 영역은 3개 지표, 건강보장 영역은 9개 지표로 평가되어짐.

- 의료보장영역의 대표지표는 빈곤층 의료보장률, 건강보험 급여보장률, 국민의료비 중 공공부문지출 비율 등
- 건강보장영역의 대표지표는 건강수명, 영아사망률, 흡연율 ,성인 1인당 순수 알코올 소비량, 규칙적 중등도 운동실천율, 비만율, 예방가능 응급

환자 사망률, 지역간 의료이용 형평률, 계층간 의료이용 형평률 등

4. 사회복지정책요소의 적절성

□ 사회복지평가지표 대분야 구성의 적절성

— 사회복지평가지표 대분야 구성의 적절성은 '매우 적절' 14.3%, '적절' 70.5%, '부적절' 14.3%, '매우 부적절' 1.0%로 나타났음.

- 전문가의 84.8%가 '(매우) 적절'하다고 응답하여 대분야의 구성은 적절한 것으로 사료됨.

□ 사회복지평가지표 영역 구성의 적절성

— 전반적으로 대분야에 대한 영역 구성은 '매우 적절' 혹은 '적절'의 응답이 '(매우) 부적절'의 응답에 비해 높은 것으로 나타났음.

- 복지인프라확충분야의 영역 구성은 90.4%, 안정된 소득보장분야의 영역 구성은 80.0%, 복지서비스 확충분야의 영역 구성은 80.0%가 (매우) 적절하다고 응답하였음.
- 보육·교육보장분야의 영역 구성은 73.4%, 일자리 보장분야의 영역 구성은 77.2%, 그리고 의료 및 건강보장분야의 영역 구성은 76.1%가 (매우) 적절하다고 응답하였음.

□ 사회복지정책 평가영역별 대표지표의 적절성

— 복지인프라확충분야

- 복지재정영역의 대표지표는 GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)는 95.3%, 국민 1인당 복지비용은 92.4%, 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율은 87.6%, 전체 복지재정 중 민간재정의 비율은 86.7%가 (매우) 적절하다고 응답하였음.
- 복지인력영역의 대표지표에 대해 인구 천명당 사회복지전담공무원수

83.8%, 인구 천명당 보건의료인력수 85.8%가 (매우) 적절하다고 응답하여 두 지표 모두 적절한 것으로 나타났음.

- 복지시설영역의 대표지표에 대해 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수 80.0%, 인구 10만명당 복지관수 80.0%, 노인인구 천명당 장기요양병상수 88.5%, 치매·중풍노인요양시설 수요충족률 89.5%, 아동인구 천명당 지역아동센터 수 79.1%가 (매우) 적절하다고 응답하였음.

— 안정된 소득보장분야

- 취약계층 소득보장영역의 대표지표에 대해 상대빈곤율 90.4%, 지니계수 추이 89.5%, 아동빈곤율 88.5%, 기초생활보장 수급자 비율 91.4%, 장애급여 수급률 85.8%, 장애인가구 월평균 소득 78.1%가 (매우) 적절하다고 응답하였음.
- 보편적 소득보장영역의 대표지표에 대해 공적연금 수급률 95.2%, 국민연금수급률(제도부양비) 92.4%, 실업급여 수급률 87.6%, 산전·후휴가급여 국가부담률 81.9%가 (매우) 적절하다고 응답하였음.

— 복지서비스 확충분야

- 취약계층 서비스 보장영역의 대표지표에 대해 아동 및 노인 급식지원율 96.2%, 방과후 활동 수혜율 86.7%, 국내입양비율 65.7%, 공적노인요양보호비율 94.3%주거급여 수혜율 88.6, 주거급여수준 86.7%, 공공임대주택 재고율 84.8%가 (매우) 적절하다고 응답하였음.
- 보편적 서비스 확충영역의 대표지표에 대해 노인생활체육 참여율 75.2%, 노인여가시설 이용률 91.4%, 노인정보화율 83.8%, 노인교통사고 사망률 61.9%, 아동안전사고사망률 74.3%, 아동학대발생률 91.4%, 장애인편의시설 설치률 94.3%, 장애인정보화율 91.5%, 임신출산비용 대비 국가지원비율 86.7%, 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율 94.3%, 불임발생 대비 지원비율 70.3%가 (매우) 적절하다고 응답하였음.

— 보육·교육보장분야

- 교육의 공공성영역의 대표지표에 대해 육아비용 정부부담률 96.2%, GDP 대비 사교육비 지출률 88.6%가 (매우) 적절한 것으로 나타남.
- 교육의 질 보장영역 대표지표에 대해 보육교사 1인당 아동수 93.3%, 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수 95.3%, 대학교수 1인당 학생수 89.5%가 (매우) 적절한 것으로 나타남.
- 취약계층 교육보장영역의 대표지표에 대해 취약계층 보육교육비 지원아동비율 93.4%, 취약보육서비스 수혜율 92.4%, 장애인 고등교육 이수율 91.3%, 특수교육 수혜율 93.2%가 (매우) 적절한 것으로 나타남.
- 보편적 교육보장영역의 대표지표에 대해 만5세아 무상보육률 96.2%, 일반계층 보육교육비 지원아동비율 95.2%, 육아서비스 수혜율 93.4%, 평생학습참여율 91.4%가 (매우) 적절한 것으로 나타남.

— 일자리보장분야

- 취약계층 일자리 보장영역의 대표지표에 대해 중고령자 고용률 94.3%, 노인일자리 충족률 86.7%, 자활사업 참여율 87.6%, 자활사업 성공률 80.0%, 장애인 고용률 96.2%, 장애인 실업률 87.6%가 (매우) 적절한 것으로 나타남.
- 보편적 일자리 보장영역의 대표지표에 대해 고용률 94.3%, 청년고용률 94.3%, 재직자 훈련 참여율 86.7%, 여성고용률 97.1%, 중장년 실업률 96.2%가 (매우) 적절한 것으로 나타남.
- 일자리의 건강성영역의 대표지표에 대해 전체 근로자 중 비정규직 비율 93.3%, 정규직 대비 비정규직 임금수준 95.2%가 (매우) 적절한 것으로 나타남.

— 의료 및 건강보장분야

- 의료보장영역의 대표지표에 대해 빈곤층 의료보장률 94.3%, 건강보험 급여보장률 94.3%, 국민의료비 중 공공부문 지출 비율 92.4%가 (매우) 적절한 것으로 나타남.
- 건강보장영역의 대표지표에 대해 건강수명 96.2%, 영아사망률 90.5%, 흡

연율 82.9%, 성인 1인당 순수 알코올 소비량 80.0%, 중등도 운동실천율 81.0%, 비만율 87.6%, 예방가능 응급환자 사망률 93.4%, 지역간 의료이용 형평률 95.3%, 계층간 의료이용 형평률 96.2%가 (매우) 적절한 것으로 나타남.

5. 대표지표의 정의 및 산출방식

□ 복지인프라 확충 분야

— 복지재정영역

- GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)는 국내 총생산(GDP) 중 공공부문의 영역에서 사회복지를 필요로 하는 국민에게 실제로 돌아가는 몫이 어느 정도 비율을 차지하는 가를 포괄적으로 파악하는데 있음.
- 국민 1인당 복지비용은 국민 1인당 복지재정은 모든 국민에게 실제로 돌아가는 몫을 파악하여 보편적 서비스 관점에서의 복지수준을 측정하는데 있음.
- 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율은 전체 복지재정 중 복지서비스 재정비율을 파악하여 우리나라의 복지서비스 발전정도 및 보편적 복지 수준을 간접적으로 측정하는데 있음.
- 전체 복지재정 중 민간재정의 비율은 전체 복지재정 중 민간재정비율을 파악하여 일반정부에 의한 서비스 이외의 민간부문 서비스 수준을 가늠하고, 민간부문의 복지를 활성화 시키는데 있음.

— 복지인력영역

- 인구 천명당 사회복지전담공무원수는 사회복지전담공무원의 담당업무의 효율성, 복지욕구에 대한 체계적인 서비스 제공 수준 등을 간접적으로 파악하는데 있음.
- 인구 천명당 보건의료인력(의료인) 수는 인구 천명당 보건의료인력(의료인) 수는 인구 천만 명당 의사 수로 정의하며, OECD Health Data의 기준으로 의사는 한의사를 포함하며 치과의사는 제외함.

— 복지시설영역

- 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수는 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수를 산출하여 생활시설의 충분성, 즉, 취약계층(요보호아동, 노인, 장애인 등)에 대한 생활시설의 보호능력을 파악함.
- 인구 10만명당 복지관수(사회복지관, 장애인복지관, 아동복지관, 노인복지관, 여성회관 등)를 산출하여 이용시설의 충분성을 파악함.
- 노인인구 천명당 장기요양병상수는 장기요양병상수를 65세 이상 노인인구 천명에 대비하여 살펴 본 것으로, 장기요양병상수는 실비노인요양시설, 유료노인요양시설, 노인전문요양시설, 유료노인전문요양시설에 설치되어 있는 병상수를 의미함.
- 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률은 장기요양보호서비스 체계구축에 대비하여 치매·중풍노인요양시설의 설치 수준을 파악함.
- 아동인구 천명당 지역아동센터 수를 산출하여 방과 후 아동복지서비스 수준을 파악함.

□ 안정된 소득보장 분야

— 취약계층 소득보장영역

- 상대빈곤율은 전체 가구 수 대비 중위소득 50% 이하의 가구 수의 비율을 살펴봄.
- 지니계수 추이는 빈부격차와 계층간 소득분포의 불균형 정도를 나타내는 것으로 소득이 얼마나 균등하게 분배되어 있는지를 평가하는 것임.
- 아동빈곤율은 아동의 복지수준을 파악하는 지표로서 전체 아동이 있는 가구 중에서 빈곤아동가구의 비율을 말하며 빈곤아동가구란 빈곤가구에 살고 있는 아동이 있는 가구를 의미함.
- 기초생활보장 수급자 비율은 전체 인구 대비 국민기초생활보장제도 수급자수의 비율을 살펴봄.
- 장애급여 수급률은 장애수당과 장애연금을 수급하고 있는 장애인이 전

체 등록장애인 중에서 차지하는 비중을 의미함.

- 장애인가구 월평균 소득은 장애급여 등의 공적이전 소득을 포함한 장애인가구의 월평균 소득과 함께 이를 비장애인가구의 소득과 비교함.

— 보편적 소득보장영역

- 공적연금 수급률은 65세 이상 노인 중 공적연금(국민연금, 공무원연금, 사학연금, 군인연금) 수혜자수를 측정함.
- 국민연금 수급률(제도부양비)은 국민연금제도 가입자 중 수급자수를 측정하여 국민연금제도의 성숙 및 노후생활보장 수준을 파악함.
- 실업급여 수급률은 월 평균 실업자 중 월 평균 실업급여 수급자수를 파악함.
- 산전·후휴가급여 국가부담률은 산전·후휴가급여에 대한 국가지원부담률을 측정함.

□ 복지서비스 확충 분야

— 취약계층 서비스 보장영역

- 아동 및 노인 급식지원율은 아동 중 급식지원아동의 비율과 노인 중 급식지원 노인의 비율을 측정함.
- 방과후 활동 수혜율은 저소득층 아동·청소년 중에서 방과후 활동에 참여한 비율을 측정함.
- 국내입양비율은 입양아동중 국내입양아동의 비율을 측정함.
- 공적노인요양보호비율은 전체 노인인구 중에 장기요양보호서비스를 받고 있는 노인의 비율을 살펴 봄.
- 주거급여 수혜율은 총 인구 대비 시설거주자를 제외한 기초보장수급자수의 비율을 살펴봄.
- 주거급여수준은 현재 시행되고 있는 주거급여의 수준을 살펴보는 것으로 가구별 최저생계비 산출시 최저주거비 수준을 의미함.
- 공공임대주택 재고율은 총 주택 수 대비 공공임대주택 재고 비율을 살

펴봄.

— 보편적 서비스 확충영역

- 노인생활체육 참여율노인 중 생활체육에 참여한 노인의 비율을 측정한 것임.
- 노인여가시설 이용률은 노인 중 여가시설을 이용하는 노인의 비율을 측정함.
- 노인정보화율은 노인 중 최근 1개월 이내 인터넷을 이용한 노인의 비율을 측정함.
- 노인교통사고 사망률은 노인 인구 10만명당 교통사고 사망노인 수를 측정함.
- 아동안전사고사망률은 아동인구 10만명당 안전사고 사망아동수를 측정함.
- 아동학대발생률은 아동인구 천명당 아동학대발생률을 측정함.
- 장애인편의시설 설치율은 장애인의 자유로운 이동과 사회 참여의 기반이 되는 인프라로서 편의증진법의 규정에 의해 실제로 어느 정도 설치되고 있는 가를 파악함.
- 장애인정보화율은 장애인의 정보화 수준이 전체 국민과 비교해서 어느 정도 수준인지를 파악함.
- 임신출산비용 대비 국가지원비율은 임신출산비용에 대한 국가지원 수준을 측정함.
- 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율은 산전·후휴가급여자 중 육아휴직급여자 비율을 측정함.
- 불임발생 대비 지원자의 비율은 불임여성에 대한 국가지원비율을 측정함.

□ 보육·교육보장 분야

— 교육의 공공성영역

- 육아비용 정부부담률은 총 육아비용 중 정부에서 부담하는 비율을 측정함.
- GDP 대비 사교육비 지출률은 GDP 대비 사교육비 지출수준을 측정함.

— 교육의 질 보장영역

- 보육교사 1인당 아동수는 보육여건의 수준을 측정하는 지표로 보육교사 1인당 아동수를 측정함.
- 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수는 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수를 측정하여 초·중·고등학교 교육여건을 파악함.
- 대학교수 1인당 학생수는 우리나라의 대학교수(tertiary education) 1인당 담당하고 있는 학생수를 측정하여 대학의 교육여건 수준을 살펴봄.

— 취약계층 교육보장영역

- 취약계층 보육교육비 지원아동비율은 시설을 이용하는 아동 중에서 보육료를 지원받는 저소득층의 비율을 측정함.
- 취약보육서비스 수혜율은 영유아 중에서 특수보육시설 및 서비스를 이용하는 영유아 수의 비율을 측정함.
- 장애인 고등교육 이수율은 장애인의 전문대학 이상 고등교육기관 이수율을 전체 국민의 동비율과 비교함.
- 특수교육 수혜율은 특수교육대상자 중 특수학교 및 일반학교 일반학급·특수학급에서 특수교육을 받는 학생수의 비율을 파악함.

— 보편적 교육보장영역

- 만5세아 무상보육률은 시설을 이용하는 만5세아 인구 중에서 무상보육을 지원받는 아동수의 비율을 측정함.
- 일반계층 보육교육비 지원아동비율은 시설을 이용하는 아동 중에서 두 자녀 이상을 양육하는 일반계층을 대상으로 보육·교육비를 지원받는 아동수의 비율을 측정함.
- 육아서비스 수혜율은 영유아 아동인구 중에서 육아시설을 이용하는 영유아 수의 비율을 측정함.
- 평생학습참여율은 15세 이상 가구원 중 평생학습에의 참여자 수에 의하여 선출함.

□ 일자리 보장 분야

— 취약계층 일자리 보장영역

- 중고령자 고용률은 중고령자 중에서 취업자의 비율을 측정함.
- 노인일자리 충족률은 일자리를 희망하는 노인인구 중에서 취업한 노인수의 비율을 측정함.
- 자활사업 참여율은 자활사업 대상인원 중 자활사업 실제 참여인원을 살펴봄.
- 자활사업 성공률은 자활사업의 성공여부를 탈수급을 기준으로 하여, 자활사업 참여인원 중 탈수급자 비율을 살펴봄.
- 장애인 고용률은 전체 장애인 중에서 취업하고 있는 장애인의 비율인 장애인 고용률과 함께, 상대적 고용률로서 전체 국민 대비 장애인 고용률을 파악함.
- 장애인 실업률은 장애인 실업률과 함께, 전체 국민 대비 장애인 실업률을 의미하는 상대적 실업률을 파악함.

— 보편적 일자리 보장영역

- 고용률은 전체 생산가능인구 중 취업인구 비율을 측정하여 우리나라의 노동시장 상황을 파악함.
- 청년고용률은 청년 생산가능인구 수 중 청년 취업자 비율을 산출하는 것임.
- 재직자 훈련 참여율은 고용보험 피보험자 중 직업훈련에 참여한 자의 비율을 측정함.
- 여성고용률은 여성 생산가능인구 수 중 여성 취업자비율을 측정함.
- 중장년 실업률은 전체 경제활동인구(45~54세) 중 조사대상 주간동안 의사와 능력을 가지고 있으면서도 전혀 일을 하지 못하였으며 일자리를 찾아 적극적으로 구직활동을 하였던 사람의 비율을 측정함.

— 일자리의 건강성영역

- 전체 근로자 중 비정규직 비율은 임금 근로자 중 비정규직 근로자 비율

을 측정함.

- 정규직 대비 비정규직 임금수준은 정규직 3개월 임금평균에서 비정규직 3개월 임금 평균 수준을 측정함.

□ 의료 및 건강보장 분야

— 의료보장영역

- 빈곤층 의료보장률은 전체 인구 수 중 빈곤층 의료보장제도인 의료급여 수급자 비율이 얼마인지를 파악함.
- 건강보험 급여보장률은 전체 의료비 중 공적 건강보험에서 부담하는 급여가 차지하는 비율이 얼마인지를 살펴보는 것으로 의료이용시 환자가 실제로 부담하는 본인부담의 비율을 의미함.
- 국민의료비 중 공공부문지출 비율은 국민의료비 중 공공재정 비중은 전체 우리나라 의료비 중 국가 세금 또는 공적건강보험료 등 공공부분이 부담하는 비율을 살펴봄.

— 건강보장영역

- 건강수명은 출생 시 무장애 기대여명 (disability-free life expectancy) 혹은 건강보정 기대여명(health-adjusted life expectancy)을 측정하는 것임.
- 영아사망률은 첫돌이 되기 전에 사망하는 확률로 연간 출생아 1,000명당 영아(1세 미만) 사망자 수를 파악함.
- 흡연율은 평생 100개비 이상 흡연한 자로서 현재 매일 또는 가끔 흡연하는 자의 비율(%)을 살펴봄.
- 성인 1인당 순수 알코올 소비량은 15세 이상 인구 1인당 주류 판매량 중 순수 알코올의 양을 측정함.
- 규칙적 중등도 운동실천율은 지난 1주일간 숨이나 심장박동이 조금 증가하는 신체활동을 하루 30분 이상 주 5일 이상 실천하는 인구의 비율(%)을 측정함.
- 비만율은 대상인구중 체질량 지수(body mass index, kg/m^2)가 25 이상의

과체중(overweight)과 비만(obese)을 모두 포함한 인구를 측정하는 것임.

- 예방가능 응급환자 사망률 응급의료기관에서 사망한 환자 중 생존할 가능성이 25%이상이었던 환자의 비율을 측정함.
- 지역간 의료이용 형평률은 전국의 138개 중진료권별 입원율 건당 입원일수, 건당 진료일수에 있어서 최대값과 최소값의 비인 EQ(external quotient)를 측정함.
- 계층간 의료이용 형평률은 동일한 요구에 대한 동일한 치료수준, 즉, 수평적 형평성이 얼마나 달성되고 있는 가를 측정함.

제 5 장 사회복지정책 평가요소의 우선순위 설정

1. 델파이 조사의 개요

□ 델파이 조사내용

— 한국의 사회복지정책평가지표를 개발하기 위하여 사회복지관련 전문가 및 공무원들과의 정책자문회의를 통하여 개발된 사회복지정책평가지표를 '델파이 조사'를 통하여 전문가 의견을 수렴함.

- 첫 단계, 지표의 대분야에 대한 전문가 의견조사임.
- 둘째 단계, 지표의 영역에 대한 전문가 의견조사임.
- 마지막 단계, 대표지표에 대한 전문가 의견조사임.

□ 델파이 조사대상

— 사회복지관련 국책연구기관인 한국보건사회연구원의 박사급 연구원, 사회복지·보건의료 전공교수 및 대학원 박사과정 학생, 사회복지관련 연구기관의 박사급 연구원 등을 대상으로 함.

- 전체 조사대상은 120명이었으며, 이 중 105명이 유효한 응답을 하였음.

2. 분야의 우선순위 설정

□ 사회복지평가지표 대분야의 우선순위

— 1순위는 복지인프라확충분야가 40.0%로 가장 높았으며, 다음은 안정된 소득보장분야 33.3%, 복지서비스 확충분야 10.5% 등의 순이었음.

• 2순위는 안정된 소득보장분야 29.5%, 3순위와 4순위는 보육·교육보장분야가 각각 21.9%, 24.8%, 5순위는 보육·교육보장분야와 일자리 보장분야가 각각 21.9%, 6순위는 의료 및 건강보장분야가 23.8%로 가장 높았음.

3. 영역의 우선순위 설정

□ 사회복지평가지표 영역의 우선순위

— 복지인프라확충분야 영역의 1순위는 복지재정영역이 84.8%로 가장 높았으며, 다음은 복지인력영역 10.5%, 복지시설영역 4.8% 등의 순이었음.

— 안정된 소득보장분야 영역의 1순위는 취약계층 소득보장영역이 69.5%로 가장 높았으며, 다음은 보편적 소득보장영역이 30.5%이었음.

— 복지서비스 확충분야 영역의 1순위는 취약계층 서비스보장영역이 70.5%로 가장 높았으며, 다음은 보편적 서비스 확충영역이 29.5%이었음.

— 보육·교육보장분야 영역의 1순위는 교육의 공공성영역이 37.1%로 가장 높았으며, 다음은 취약계층 교육보장영역 23.8%, 보편적 교육보장영역 20.0% 등의 순이었음.

— 일자리 보장분야 영역의 1순위는 취약계층 일자리 보장영역이 59.0%로 가장 높았으며, 다음은 보편적 일자리 보장영역 24.8%, 일자리의 건강성 영역 16.2% 등의 순이었음.

— 의료 및 건강보장분야 영역의 1순위는 의료보장영역이 73.3%로 가장 높았으며, 다음은 건강보장영역이 26.7%이었음.

4. 대표지표의 우선순위 설정

□ 사회복지평가지표 영역별 대표지표의 우선순위

— 복지인프라확충분야

- 복지재정영역 대표지표의 1순위는 GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)가 67.6%로 가장 높았으며, 다음은 국민 1인당 복지비용 25.7%, 전체 복지재정 중 복지서비스 재정비율 5.7% 등의 순이었음.
- 복지인력영역 대표지표의 1순위는 인구 천명당 사회복지전담공무원수가 80.0%로 가장 높았으며, 2순위는 인구 천명당 보건의료인력수가 80.0%로 나타났음.
- 복지시설영역 대표지표의 1순위는 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수가 45.7%로 가장 높았으며, 다음은 인구 10만명당 복지관수 25.7%, 노인인구 천명당 장기요양병상수 13.3% 등의 순이었음.

— 안정된 소득보장분야

- 취약계층 소득보장영역 대표지표의 1순위는 상대빈곤율이 49.5%로 가장 높았으며, 다음은 기초생활보장 수급자 비율 21.9%, 지니계수 추이 16.2% 등의 순이었음.
- 보편적 소득보장영역 대표지표의 1순위는 공적연금 수급률이 68.6%로 가장 높았으며, 다음은 국민연금수급률(제도부양비) 19.0%이었음.

— 복지서비스 확충분야

- 취약계층 서비스 보장영역 대표지표의 1순위는 아동 및 노인 급식지원율이 41.0%로 가장 높았으며, 다음은 공적노인요양보호비율 29.5%, 주거급여 수혜율 9.5% 등의 순이었음.
- 보편적 서비스 확충영역 대표지표의 1순위는 장애인편의시설 설치율이 27.6%로 가장 높았으며, 다음은 노인여가시설 이용률 15.2%, 아동학대발생률14.3% 등의 순이었음.

— 보육·교육보장분야

- 교육의 공공성영역 대표지표의 1순위는 육아비용 정부부담률이 75.2%로 가장 높았으며, 2순위는 GDP 대비 사교육비 지출률 75.2% 이었음.
- 교육의 질 보장영역 대표지표의 1순위는 보육교사 1인당 아동수가 74.3%로 가장 높았으며, 다음은 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수 18.1% 이었음.
- 취약계층 교육보장영역 대표지표의 1순위는 취약계층 보육교육비 지원 아동비율이 65.7%로 가장 높았으며, 다음은 취약보육서비스 수혜율 24.8% 이었음.
- 보편적 교육보장영역 대표지표의 1순위는 만 5세아 무상보육률 59.0%로 가장 높았으며, 다음은 육아서비스 수혜율 19.0% 이었음.

— 일자리보장 분야

- 취약계층 일자리보장영역 대표지표의 1순위는 중고령자 고용률이 41.0%로 가장 높았으며, 다음은 자활사업 참여율 24.8%, 장애인 고용률 12.4% 등의 순이었음.
- 보편적 일자리보장영역 대표지표의 1순위는 고용률이 73.3%로 가장 높았으며, 다음은 청년고용률 15.2% 이었음.
- 일자리의 건강성영역 대표지표의 1순위는 전체 근로자 중 비정규직 비율이 73.3%로 가장 높았으며, 2순위는 정규직 대비 비정규직 임금수준이 73.3% 이었음.

— 의료 및 건강보장분야

- 의료보장영역 대표지표의 1순위는 빈곤층 의료보장률이 55.2%로 가장 높았으며, 다음은 국민의료비 중 공공부분 지출 비율 22.9%, 건강보험 급여보장률 21.9% 등의 순이었음.
- 건강보장영역 대표지표의 1순위는 건강수명이 62.9%로 가장 높았으며, 다음은 계층간 의료이용 형평률 18.1% 이었음.

5. 대표지표의 우선순위 설정 및 가중치 적용

□ 대표지표의 우선순위 설정 및 가중치 적용

— 사회복지평가지표를 구성하고 있는 대분야, 영역, 대표지표에 대해 복지수준을 나타내는 중요성에 따라 각각 우선순위를 부여하였음.

- 각 대분야 및 영역 그리고 대표지표의 우선순위의 분석을 통하여 우선순위에 따라 높은 점수를 배정함.
- 배점은 마지막 순위일 경우 1점을 부여하여 순위가 올라갈수록 1점씩 차등적으로 높은 점수를 부여함.
- 각 대분야 및 영역 그리고 대표지표가 획득하는 점수는 우선순위에 해당하는 빈도수에 배점을 곱하여 합한 값임.
- 각 대분야 및 영역 그리고 대표지표의 가중치는 각 대분야 및 영역 그리고 대표지표의 총 합계점수에서 각 분야 및 영역, 대표지표가 차지하는 점수의 비율임.

□ 사회복지평가지표 대분야의 가중치

— 사회복지평가지표 대분야에 대한 가중치는 안정된 소득보장분야(0.215)가 가장 높았음.

- 다음은 복지인프라확충분야(0.199), 복지서비스 확충분야(0.154), 일자리 보장분야(0.151), 의료 및 건강보장분야(0.144) 등의 순이었음.

□ 사회복지평가지표 영역의 가중치

— 복지인프라확충분야의 영역에 대한 가중치는 복지재정(0.460)이 가장 높았음.

- 다음은 복지인력(0.300), 복지시설(0.240) 등의 순이었음.

— 안정된 소득보장분야의 영역에 대한 가중치는 취약계층 소득보장(0.565)이 가장 높았으며, 다음은 보편적 소득보장(0.435)이었음.

— 복지서비스 확충분야의 영역에 대한 가중치는 취약계층 서비스 보장(0.568)이 가장 높았으며, 다음은 보편적 서비스 확충(0.432)이었음.

— 보육·교육보장분야의 영역에 대한 가중치는 교육의 공공성(0.277)이 가장 높았음.

- 다음은 취약계층 교육보장(0.260), 교육의 질 보장(0.236), 보편적 교육보장(0.227) 등의 순이었음.

— 일자리 보장분야의 영역에 대한 가중치는 취약계층 일자리 보장(0.40.5)이 가장 높았음.

- 다음은 보편적 일자리 보장(0.332), 일자리의 건강성(0.263) 등의 순이었음.

— 의료 및 건강보장분야의 영역에 대한 가중치는 의료보장(0.578)이 가장 높았으며, 다음은 건강보장(0.422)으로 나타났음.

□ 사회복지평가지표 영역별 대표지표 가중치

— 복지인프라확충분야

- 복지재정영역의 대표지표에 대한 가중치는 GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)(0.351)가 가장 높았음.
- 복지인력영역의 대표지표에 대한 가중치는 인구 천명당 사회복지전담공무원수(0.600)가 가장 높았음.
- 복지시설영역의 대표지표에 대한 가중치는 인구 천명당 복지생활시설정·현원수(0.242)가 가장 높았음.

— 안정된 소득보장분야

- 취약계층 소득보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 상대빈곤율(0.227)이 가장 높았음.
- 보편적 소득보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 공적연금 수급률(0.350)이 가장 높았음.

— 복지서비스 확충분야

- 취약계층 서비스 보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 아동 및 노인

급식지원율(0.192)이 가장 높았음.

- 보편적 서비스 확충영역의 대표지표에 대한 가중치는 장애인 편의시설 설치율(0.125)이 가장 높았음.

— 보육·교육보장분야

- 교육의 공공성영역의 대표지표에 대한 가중치는 육아비용 정부부담률(0.548)이 가장 높았음.
- 교육의 질 보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 보육교사 1인당 아동수(0.449)가 가장 높았음.
- 취약계층 교육보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 취약계층 보육교육비 지원아동비율(0.354)이 가장 높았음.
- 보편적 교육보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 만5세아 무상보육률(0.330)이 가장 높았음.

— 일자리보장 분야

- 취약계층 일자리보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 중고령자 고용률(0.190)이 가장 높았음.
- 보편적 일자리보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 고용률(0.287)이 가장 높았음.
- 일자리의 건강성영역의 대표지표에 대한 가중치는 전체 근로자 중 비정규직 비율(0.578)이 가장 높았음.

— 의료 및 건강보장분야

- 의료보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 빈곤층 의료보장률(0.379)이 가장 높았음.
- 건강보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 건강수명(0.172)이 가장 높았음.

제 6 장 한국 사회복지정책의 평가결과와 의미

1. 사회복지정책의 대표지표 평가결과

□ 복지인프라 확충 분야

— 복지재정영역

- GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)는 OECD 국가의 공공사회지출 평균(21.2%)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라의 공공사회지출 수준(6.1%)을 살펴보면, 1.4점으로 평가됨.
- 국민 1인당 복지비용은 OECD평균을 높은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라의 국민 1인당 복지비용은 1.4점으로 낮은 수준으로 나타남.
- 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율은 전체 재정 중 복지서비스 재정비율이 높은 수준을 5점으로 간주하면, 1점 수준으로 평가됨.
- 전체 복지재정 중 민간재정의 비율은 우리나라의 민간법정급여가 상대적으로 높은 편으로 제시되어 1점으로 평가됨.

— 복지인력영역

- 인구 천명당 사회복지전담 공무원수는 미국의 인구 천명당 전담공무원수 3.0명을 가장 높은 수준(5점)살펴본 결과, 1점으로 평가됨.
- 인구 천명당 보건의료인력수는 2000년 이후 인구 대비 의사 수가 소폭 증가하였지만, OECD 국가들 가운데 최하위층에 속하여 1점으로 평가됨.

— 복지시설영역

- 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수는 2005년 현재 복지생활시설은 인구 천명당 2.2명이 입소할 수 있는 것으로 나타나 1점으로 평가됨.
- 인구 10만명당 복지관수는 종합사회복지관의 경우 인구 10만명당 1개소가 적절하므로 우리나라의 인구 10만명당 복지관수는 3.5점으로 평가됨.
- 노인인구 천명당 장기요양병상수는 OECD 평균인 인구천명당 4.0개 병상수를 가장 높은 수준(5점)으로 간주할 때 0.6점으로 평가됨.

- 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률은 OECD 평균인 6.69%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라의 장기요양시설보호율은 0.6점으로 평가됨.
- 아동인구 천명당 지역아동센터 수는 저소득층 아동뿐만 아니라 일반아동이 시설을 이용하는데 부족한 것으로 나타나 1점으로 평가됨.

□ 안정된 소득보장 분야

— 취약계층 소득보장영역

- 상대빈곤율은 기존의 상대빈곤율의 경우 2인 이상 도시가계를 중심으로 계측한 값이라 농촌 단독가구의 빈곤율이 높음을 고려했을 때 1점으로 평가됨.
- 지니계수 추이는 OECD 국가의 지니계수 평균을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, OECD 평균보다 소득불평등이 약간 높게 나타나는 우리나라의 지니계수는 4.5점으로 높이 평가됨.
- 아동빈곤율은 OECD 평균을 가장 낮은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라는 4.5점으로 높이 평가됨.
- 기초생활보장 수급자 비율은 OECD와 비교한 결과 0.8점으로 평가됨.
- 장애급여 수급률은 OECD 회원국의 장애급여 수급률 평균(29.5%)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 3.4점으로 평가됨.
- 장애인가구 월평균 소득은 OECD 회원국의 비장애인가구 대비 장애인가구의 소득 비중 평균(85%)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 3.1점으로 평가됨.

— 보편적 소득보장영역

- 공적연금 수급률은 외국의 경우 2003년 현재 미국 93%, 영국 91%, 일본 84%로 나타나 우리나라는 1점으로 평가됨.
- 국민연금수급률(제도부양비)은 2000년 현재 우리나라의 노령연금지출비중은 GDP 대비 2.1%이어서 OECD 평균 7.4%보다 훨씬 낮은 수준으로

우리나라의 국민연금 수급률 수준은 1점으로 평가됨.

- 실업급여 수급률은 독일의 실업급여 수급수준을 최고점(5점)으로 간주하면, 우리나라의 실업급여 수급률의 수준은 0.9점으로 평가됨.
- 산전·후휴가급여 국가부담률은 산전·후휴가급여를 100% 국가가 부담하고 있는 국가를 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라의 산전·후휴가급여 국가부담률은 1.7점으로 평가됨.

□ 복지서비스 확충 분야

— 취약계층 서비스 보장영역

- 아동 및 노인 급식지원율은 아동빈곤율 증가, 노인의 절대빈곤율 상승 등으로 급식지원규모가 감소한 결과 동 지표의 수준은 1점으로 평가됨.
- 방과후 활동 수혜율은 Vision2030에서 2030년도의 목표치로 제시한 비율 75.0%를 5점으로 간주하면, 2.1점으로 평가됨.
- 국내입양비율은 영국을 5점으로 기준할 경우 국내입양 수준은 1.2점으로 평가됨.
- 공적노인요양보호비율은 Vision2030에서 2030년도의 목표치로 제시한 12.1%를 5점으로 간주하면, 2005년도의 1.4%는 0.6점으로 평가됨.
- 주거급여 수혜율은 영국의 경우 약 430만 가구가 주거급여를 수혜받고 있어 이를 5점 평점으로 간주하면, 0.9점으로 평가됨.
- 주거급여수준은 최저생계비의 약 17.7%로 이를 일본과 비교해 5점 평점으로 살펴본 결과 3.5점으로 평가됨.
- 공공임대주택 재고율은 OECD 국가 중 주요선진국들의 공공임대주택 재고율 평균을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라의 공공임대주택 재고율은 1.9점으로 평가됨.

— 보편적 서비스 확충영역

- 노인생활체육 참여율은 선진국 3개국 중 가장 높은 수준을 보인 프랑스를 5점으로 간주하면, 우리나라의 노인생활체육참여율은 3.7점으로 평가됨.

- 노인여가시설 이용률은 노인(종합)복지회관만을 기준으로 볼 때 2005년은 4.8%로 일부 노인만이 참여하는 것으로 나타나 1점으로 평가됨.
- 노인정보화율은 사이버 시대에 노인의 정보화 접근제고의 필요성 측면에서 6세 이상 인구의 정보화 수준을 목표로 설정 할 때 2005년 노인의 인터넷 이용률은 0.8점으로 평가됨.
- 노인교통사고 사망률은 영국의 6.9명을 가장 바람직한 수준(5점)으로 볼 때 우리나라의 노인교통사고 사망률은 0.8점으로 평가됨.
- 아동안전사고사망률은 선진국 중에서 아동안전사고사망률이 가장 낮게 나타난 스웨덴 및 영국을 5점으로 간주하면, 우리나라의 아동안전사고사망률은 2.3점으로 평가됨.
- 아동학대발생률은 아동인구 천명당 학대발견율은 가장 높은 미국을 5점으로 간주하면, 0.1점으로 평가됨.
- 장애인편의시설 설치율은 비전2030에서 제시한 2030년 장애인 편의시설 설치율 100%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 3.8점으로 평가됨.
- 장애인정보화율은 비전2030에서 제시한 2030년 장애인정보화율 100%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 2.1점으로 평가됨.
- 임신출산비용에 대한 국가지원비율은 일본의 85%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라는 국가지원비율이 약 32%로 1.9점으로 평가됨.
- 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율은 1993년 일본(1인당 GDP 34,506달러) 48.1%, 2001년 독일(1인당 GDP 22,908달러) 39만명과 비교할 때 우리나라는 1점 수준으로 평가됨.
- 불임발생 대비 지원비율은 우리나라의 불임치료의 건강보험 적용수준은 50%정도로 OECD 국가의 100% 지원을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라 불임발생 대비 국가지원정도는 2.5점으로 평가됨.

□ 보육·교육보장 분야

— 교육의 공공성영역

- 육아비용 정부부담률은 육아비용 정부부담률이 가장 높은 독일을 5점으로 간주하면, 우리나라의 육아비용정부부담률은 2.3점으로 평가됨.
- GDP 대비 사교육비 지출률은 OECD 국가의 GDP 대비 사교육비 지출의 평균 0.7%를 가장 좋은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라는 1점으로 평가됨.

— 교육의 질 보장영역

- 보육교사 1인당 아동수는 OECD 국가 중 가장 낮은 수치를 보인 스웨덴을 5점으로 간주하면, 우리나라는 2.4점으로 평가됨.
- 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수는 OECD 평균을 가장 좋은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라의 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수의 수준은 3점으로 평가됨.
- 대학교수 1인당 학생수는 OECD 국가의 대학교수 1인당 평균 학생수를 최고수준(5점)으로 간주하면, 우리나라의 대학교수(Tertiary education) 1인당 학생수 수준은 3점으로 평가됨.

— 취약계층 교육보장영역

- 취약계층 보육교육비 지원아동비율은 지원아동비율이 90% 수준에 달성되는 것을 5점으로 간주하면, 2005년의 40.7%는 2.3점으로 평가됨.
- 취약보육서비스 수혜율은 2005년 영유아 아동인구의 2.1%만이 취약보육서비스를 제한적으로 이용하는 것으로 나타나 1점으로 평가됨.
- 장애인 고등교육 이수율은 전체 국민의 고등교육 이수율과 같게 되는 것을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 1.7점으로 평가됨.
- 특수교육 수혜율은 100%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 3.1점으로 평가됨.

— 보편적 교육보장영역

- 만5세아 무상보육률은 OECD 국가의 만5세아 무상보육 즉, 100% 지원을 5점으로 간주하면, 1.7점으로 평가됨.
- 일반계층 보육교육비 지원아동비율은 도시 근로자 가구의 평균소득 130% 이하 가구까지 확대를 목표로 설정할 때, 3.8점으로 평가됨.
- 육아서비스 수혜율은 Vision2030에서 2030년도의 목표치인 74%를 5점으로 간주하면, 3.2점으로 평가됨.
- 평생학습참여율은 2000년 OECD 국가의 평생학습참여율 평균(35.6%)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 2.4점으로 평가됨.

□ 일자리 보장 분야

— 취약계층 일자리 보장영역

- 중고령자 고용률은 Vision2030에서 2030년도의 목표치인 65%를 5점으로 간주하면, 4.5점으로 평가됨.
- 노인일자리 충족률은 노인일자리 충족률의 2030년도 목표치인 75.0%를 5점으로 간주하면, 1.3점으로 평가됨.
- 자활사업 참여율은 프랑스의 자활지원 프로그램과 비교할 경우 우리나라는 현재 자활사업에 61,000명 정도 참여하고 있어 1.3점으로 평가됨.
- 자활사업 성공률은 영국 뉴딜 프로그램 참여자 중 13주 이상 지속적으로 취업한 사람의 비중이 26.47%로 이들 중 대부분(21.6%)이 일반취업을 하고 있어 이를 우리의 자활사업 성공률과 비교해 보면, 1.0점으로 평가됨.
- 장애인 고용률은 우리나라의 장애인의 상대적 고용률과 OECD 회원국의 상대적 고용률을 직접적으로 비교하기에는 무리가 있으나 전반적으로 살펴보면, 2점으로 평가됨.
- 장애인 실업률은 OECD 회원국의 장애인의 상대적 실업률 평균(1.7배)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 0.8점으로 평가됨.

— 보편적 일자리 보장영역

- 고용률은 OECD 국가 중 영국의 고용률 수준 72.6%를 목표로 하여 우리

나라의 현 고용률 수준을 살펴본 결과 4.4점으로 평가됨.

- 청년고용률은 2005년 OECD 국가의 청년고용률 평균(42.8%)을 가장 적정 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라의 청년고용률은 3.5점으로 평가됨.
- 재직자 훈련 참여율은 재직자 훈련 참여율은 독일(81%) 수준을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라의 재직자 훈련 참여율은 2.2점으로 평가됨.
- 여성고용률은 2005년 OECD 국가의 여성고용률 평균(56.1%)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 우리나라의 여성고용률은 4.7점 수준으로 평가됨.
- 중장년 실업률은 OECD 국가와 실업률을 직접적으로 비교하기에는 무리가 있으며, 우리나라의 실업률의 경우 낮게 측정되는 경향으로 중장년실업률은 3점으로 평가됨.

— 일자리의 건강성영역

- 전체 근로자 중 비정규직 비율은 OECD 국가의 시간제 및 기간제 비율과 비교한 결과 우리나라는 중간수준(노동부, 2005)으로 3점으로 평가됨.
- 정규직 대비 비정규직 임금수준은 EU 13개국 평균 72%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주하면, 4.3점으로 평가됨.

□ 의료 및 건강보장 분야

— 의료보장영역

- 빈곤층 의료보장률은 국과 일본의 중간수준인 우리나라의 빈곤층 의료보장률은 2.5점으로 평가됨.
- 건강보험 급여보장률은 OECD 평균보다 적고 평균의 50% 수준이어서 2.5점으로 평가됨.
- 국민의료비 중 공공부문지출 비율은 OECD 평균 71.7%를 최고점으로 간주하면, 우리나라의 국민의료비의 공공재정 부담비중은 52.0%이어서 3.6점으로 평가됨.

— 건강보장영역

- 건강수명은 OECD 국가 중 건강보정 기대여명이 가장 낮은 터키의 건강보정 기대여명을 최저 점수인 1점으로 두고, OECD 평균을 최고 점수인 5점으로 두었을 때, 2002년 현재 전체 3.5점으로 평가됨.
- 영아사망률은 1996년부터 OECD 평균 영아사망률보다 낮은 결과 5점으로 평가됨.
- 흡연율은 남녀를 모두 포함한 전체 성인에 대해서는 3점으로 평가됨.
- 성인 1인당 순수 알코올 소비량은 OECD 국가와 비슷하거나 낮은 수준인 것으로 나타나 5점으로 평가됨.
- 중등도 운동실천율은 '2010년 국민건강증진종합계획'(보건복지부, 2005)의 목표인 30%를 5점, 0%를 0점으로 둘 때, 2005년 현재 21.8%는 3.6점으로 평가됨.
- 비만율은 OECD 대부분의 나라보다는 현저히 낮은 수준으로 5점으로 나타남.
- 예방가능 응급환자 사망률은 싱가포르와 미국의 과거 수준보다 훨씬 높아 2점으로 평가됨.
- 지역간 의료이용 형평률은 건당 입원일수와 건당 진료일수는 크게 차이가 나지 않고 입원율 있어서 크게 차이가 난다는 주어진 자료를 가지고 평가를 해야 한다면 본 지표는 3점으로 평가됨.
- 계층간 의료이용 형평률은 우리나라의 의료이용에 있어서 계층간 형평성은 저소득계층에서 의료수요에 비해 의료이용이 더 큰 불형평성이 있는 것으로 나타나 4점으로 평가됨.

2. 사회복지정책의 영역별 평가결과

□ 사회복지정책의 영역별 평가결과

— 영역의 수준(P_k)은 다음식과 같이 각 영역에 속하는 대표지표들에 부여된 5점 만점 값을 가중평균하고, 이를 100으로 지수화 하여 산출함.

— 대분야의 수준(SRI_k)은 각 영역 수준 점수에 가중치를 적용하여 산출한 값임.

— 전체 사회복지정책 수준(TRI_k)은 대분야의 수준 점수(SRI_k)에 가중치를 적용하여 도출된 값임.

□ 복지인프라 확충 분야

— 복지재정영역의 수준은 4개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 25.2점으로 평가됨.

— 복지인력영역의 수준은 2개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 20.0점으로 평가됨.

— 복지시설영역의 수준은 5개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 27.8점으로 평가됨.

□ 안정된 소득보장 분야

— 취약계층 소득보장영역의 수준은 6개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 54.8점으로 평가됨.

— 보편적 소득보장영역의 수준은 4개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 21.5점으로 평가됨.

□ 복지서비스 확충 분야

— 취약계층 서비스보장영역의 수준은 7개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 30.3점으로 평가됨.

— 보편적 서비스 확충영역의 수준은 11개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 36.0점으로 평가됨.

□ 보육·교육보장 분야

— 교육의 공공성영역의 수준은 2개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 35.2점으로 평가됨.

— 교육의 질 보장영역의 수준은 3개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 54.6점으로 평가됨.

— 취약계층 교육보장영역의 수준은 4개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 38.4점으로 평가됨.

— 보편적 교육보장영역의 수준은 4개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 54.9점으로 평가됨.

□ 일자리 보장 분야

— 취약계층 일자리보장영역의 수준은 6개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 38.7점으로 평가됨.

— 보편적 일자리 보장영역의 수준은 5개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 74.3점으로 평가됨.

— 일자리의 건강성영역의 수준은 2개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 71.0점으로 평가됨.

□ 의료 및 건강보장 분야(2개)

— 의료보장영역의 수준은 3개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 53.2점으로 평가됨.

— 건강보장영역의 수준은 9개 대표지표 수준에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 75.1점으로 평가됨.

3. 사회복지정책의 분야별 평가결과

□ 복지인프라 확충 분야

— 복지인프라확충분야의 수준은 3개 영역의 수준에 가중치를 적용한 결과 24.3점으로 평가됨.

□ 안정된 소득보장 분야

— 안정된 소득보장분야의 수준은 2개 영역의 수준에 가중치를 적용한 결과 40.3점으로 평가됨.

□ 복지서비스 확충 분야

— 복지서비스 확충분야의 수준은 2개 영역의 수준에 가중치를 적용한 결과 32.8점으로 평가됨.

□ 보육·교육보장 분야

— 보육·교육보장분야의 수준은 4개 영역의 수준에 가중치를 적용한 결과 45.1점으로 평가됨.

□ 일자리 보장 분야

— 일자리보장분야의 수준은 3개 영역의 수준에 가중치를 적용한 결과 59.0점으로 평가됨.

□ 의료 및 건강보장 분야

— 의료 및 건강보장분야의 수준은 2개 영역의 수준에 가중치를 적용한 결과 64.2점으로 평가됨.

4. 사회복지정책의 전반적 평가결과 및 의미

□ 사회복지정책의 전반적 평가결과 및 의미

— 전체 사회복지정책 수준은 6개 대분야의 수준에 가중치를 적용한 값으로 65.8점으로 평가됨.

- 6개 대분야의 수준은 의료 및 건강보장분야가 64.2점으로 가장 높았음.
- 다음은 일자리 보장분야 59.0점, 보육·교육 보장분야 45.1점 등의 순이었음.

5. 평가결과의 종합논의

□ 평가결과의 종합논의

— 6개 분야의 평가결과를 보면, 60점이 넘는 분야는 1개(의료 및 건강보장)에 불과하였고, 나머지 5개 분야는 낮은 수준이었음.

- 특히, 복지인프라 확충 분야는 20점대, 복지서비스 확충 분야는 30점대로 매우 저조하였음.

— 영역별로 살펴보면, 최고 높은 평가점수를 나타낸 영역은 건강보장이었고(75.1점), 다음은 보편적 일자리 보장(74.3점), 일자리의 건강성(71.0점) 등의 순이었음.

- 특히, 전체 16개 영역 중 이들 3개 영역만이 70점대에 있었고 나머지 13개 영역은 최저 20점대까지 낮은 수준에서 넓게 분포되어 있어 복지영역별 평가점수의 편차가 매우 심한 것으로 나타났음.

— 대표지표를 살펴보면, 전체 77개 지표 중 평가결과 상위권으로 볼 수 있는 4점 이상의 경우는 10개에 불과하였음.

제 7 장　한국 사회복지정책의 발전방안

1. 한국 사회복지정책의 비전과 목표

□ 한국 사회복지정책의 비전과 목표

— 한국사회가 지향하는 방향은 전체 국민들에게 '안정된 삶과 희망'을 주는 진정한 복지사회의 구현임.

- 첫째, 안정된 소득보장, 둘째, 보육·교육의 양적·질적 보장, 셋째, 일자리 보장, 넷째, 의료 및 건강보장, 다섯째, 복지서비스의 보편적 제공 등 임.

— 한국 사회복지의 비전을 "건강하고 역동적인 복지사회(Creating a healthy and dynamic welfare society) 구현"으로 설정함.

— 비전을 달성하기 위한 한국 사회복지의 목표는 다음과 같음.

- 첫째, 인간으로서의 존엄과 가치, 인간다운 삶, 그리고 행복추구 등 헌법상의 권리를 보장하기 위하여 모든 국민이 어떠한 차별도 받지 않고 기본생계를 유지하고, 더 나아가 문화적 생활이 가능하도록 안정된 소득을 보장함(안정된 소득보장).
- 둘째, 영아~노인에 이르기까지 전체 생애주기동안 '배움'이 지속될 수 있도록 평생교육을 강화함(보육·교육의 양적·질적 보장).
- 셋째, 일을 할 능력과 의지가 있는 모든 국민에게 일자리의 기회를 제공하여 빈곤의 늪(trap of poverty)에 빠지지 않고 안정된 소득이 확보될 수 있도록 함과 동시에 삶의 보람을 체감할 수 있도록 함(일자리 보장).
- 넷째, '선예방, 후치료'에 기초하여, 국민건강이 유지되고 전체국민에게 형평성 있는 질적 의료서비스가 담보되는 건강한 사회를 조성함(의료 및 건강보장).
- 다섯째, 노령, 장애, 사망 등 사회적 위험과 갈등에 보편적으로 대처할 수 있는 복지서비스 체계를 구축하고, 저출산고령사회에 대비한 출산 및 육아, 아동의 건전한 발육을 위한 지원 서비스가 강화되어야 함(복지서

비스의 보편적 제공).

- 여섯째, 사회복지재정, 사회복지 전담인력, 사회복지시설(생활시설 및 이용시설) 등 사회복지 인프라를 확충하여 전술한 네 가지 목표의 달성을 지원함(복지인프라 확충).

2. 한국 사회복지정책의 기본방향 및 분야별 발전방안

□ 사회복지정책의 기본방향

— 한국 사회복지정책의 분야별 발전방안의 기본방향은 다음과 같이 여섯 가지로 제시됨.

- 첫째, 사회복지분야의 평가결과가 낮은 분야에 우선순위를 둔 정책을 추진함.
- 둘째, 취약계층 뿐만 아니라 중산층을 포함한 보편적 복지에 중점을 둔 복지정책을 추구함.
- 셋째, 사전예방에 중점을 둔 복지정책을 추진함으로써 문제의 해결 및 치료에 소요되는 복지비용을 최소화함.
- 넷째, '고용 없는 성장', '저출산-고령사회', '양성평등사회' 등 사회변동을 적극 감안한 복지정책을 추진함.
- 다섯째, 복지관련 재정, 인력, 시설 등 복지인프라를 단계별로 확충하여 정책의 달성가능성을 증대함.
- 마지막으로 한국 사회복지제도의 건강성 증대와 더불어 국민의 도덕적 해이(moral hazard) 감소를 도모하여 복지정책의 효율화를 극대화 함.

□ 사회복지정책의 발전방안(최우선 추진 복지정책)

— 최우선으로 추진되어야 하는 복지정책은 각 영역의 평가점수가 100점 기준으로 40점 미만인 경우에 해당됨.

- 이는 16개 영역 중 9개 영역으로 이들 영역 중에서 대표지표의 평가점

수가 2점 이하인 경우를 우선 최우선 추진 복지정책으로 분류함.

— 사회복지인력의 확충

- 복지인프라 확충분야의 사회복지인력 영역에 정책의 최우선 우선순위를 두어야 함.
- 사회복지전담공무원과 보건의료인력을 충원하여야 할 것임.
- 복지인력의 확충으로 대국민 복지서비스를 향상시켜야 할 것이며, 이들 인력의 자질 향상을 통한 서비스의 질적 증대가 이루어져야 함.
- 아울러 사회복지전담공무원 이외의 민간복지인력의 전문성 제고를 근무환경 개선과 재교육의 활성화도 동시에 추진되어야 할 것임.
- 우리나라는 인구 당 의사 수가 적음으로 말미암아 3차 의료기관에서의 대기시간이 길고 진료시간은 짧아 환자들의 불만이 높은 편이므로 의사 수를 늘리는 방안을 강구할 필요가 있음.
- 특히, 만성질환의 증가로 한방서비스에 대한 수요가 증가하므로 한의사의 공급을 늘리는 방안도 같이 고려해야 할 것임.

— 보편적 소득보장정책의 강화

- 보편적 소득보장정책인 실업급여 수급률, 공적연금 수급률, 국민연금수급률(제도부양비), 그리고 산전·후휴가급여 국가부담률 등이 증대되어야 함.
- 평가결과가 가장 낮은 실업급여 수급률을 증대시키기 위한 제도개선을 통하여 실업자 및 실업가정의 생활안정을 도모할 필요가 있음.
- 산전·후휴가를 사용할 수 있도록 가족친화적 기업문화를 정착하고, 임신·출산관련 건강보험 적용 대상의 확대, 육아휴직제도 사용의 어려움이 없도록 고용보장, 대체인력 확보 등에 정책적 관심을 두어야 할 것임.

— 사회복지재정의 확충

- 보편적 복지서비스의 확충을 위한 복지재정을 확충해 나가야 할 것이며, 민간재정이 복지서비스 분야에 투입될 수 있도록 제도를 개선해 나가야 할 것임.
- 저소득층 대상의 재정투입에 대한 효율성을 강화하기 위한 제도개선이

요구됨.

— 복지시설의 확충

- 노인요양을 위한 사회적 인프라가 조속히 확충되어야 할 것임.
- 특히, 노인수발보장제도 시행 목표시기인 2008년도까지 요양수요가 충족될 수 있도록 『치매·중풍 등 중증노인보호 특별대책(2005.9)』을 마련하여 시설인프라의 조기 확충이 추진되어야 할 것임.
- 시설인프라확충의 공급방향은 공급자의 다양화로 공공부문과 민간부분의 참여를 보장하고 유도하되 공공부문의 비중을 확대하며, 공공보건의료의 확충 등이 고려되어야 할 것임.
- 아울러 복지생활시설과 지역아동센터의 확충이 이루어져야 할 것으로 판단됨.

— 취약계층 복지서비스 보장

- 첫째, 공적 노인요양보호를 확충함.
- 둘째, 주거급여를 확대하고 급여수준을 인상함.
- 셋째, 아동 및 노인대상의 급식지원을 강화함.
- 넷째, 국내입양이 활성화될 수 있도록 정책을 강화함.
- 다섯째, 공공임대주택 보급을 확대함.

— 교육의 공공성 강화

- 사교육비 지출이 감소되어야 함.
- 철저한 정책모니터링을 통해 공교육이 정상화될 수 있도록 하고, 방과후 교실을 강화하는 방안도 적극 검토할 필요가 있음.
- 교육양극화 해소 및 사교육비 부담 완화 차원에서 저소득층 아동을 대상으로 방과후 활동 지원대상이 큰 폭으로 확대되어야 할 것임.

— 보편적 복지서비스의 강화

- 첫째, 아동학대의 발생을 예방하고 피학대아동을 보호하는 체계를 강화함.
- 둘째, 노인 정보화 사업을 강화함.
- 셋째, 노인 교통사고 감소방안이 적극 추진되어야 함.

- 넷째, 노인여가시설 이용을 증대하고 운영 내실화를 기함.
- 다섯째, 육아휴직을 활성화시키도록 함.
- 여섯째, 임신·출산비용의 국가지원을 확대함.

— 취약계층 교육보장

- 첫째, 취약계층 영유아에 대한 보육서비스를 강화하고 특히, 장애아 보육, 농어촌 보육을 확대함.
- 둘째, 장애인 고등학교 교육이수를 증대시킬 수 있는 정책이 강화되어야 함.

— 취약계층 일자리 보장

- 첫째, 자활사업이 성공률을 높여야 함.
- 둘째, 장애인 실업해소를 위한 정책과 고용증대 정책이 강화되어야 함.
- 셋째, 노인일자리가 확충되어야 함.
- 넷째, 자활사업의 참여가 증대되어야 함.

— 기타 최우선 복지정책

- 영역의 평가점수는 매우 낮은 수준이 아니지만 대표지표가 2점 미만인 경우로 4개 지표 임.
- 첫째, 기초생활보장 수급자를 확대함.
- 둘째, 상대빈곤율을 낮추는 정책적 노력이 필요함.
- 셋째, 만 5세아 아동의 무상보육·교육비 지원대상 및 지원비율을 확대함.
- 넷째, 재직자의 훈련참여가 증대될 수 있도록 정책적으로 지원함.
- 다섯째, 응급환자 보호체계를 강화함.

□ 사회복지정책의 발전방안(차순위 추진정책)

— 차순위로 추진되어야 하는 복지정책은 각 영역의 평가점수가 100점 기준으로 40~60점 미만인 경우 중 대표지표의 평가점수가 2점 보다 높고 3점 미만인 경우임.

— 취약계층 대상의 방과후 활동 지원
- 취약계층 아동에 대한 방과후 활동을 적극 지원함.
- 방과후 활동은 지역아동센터, 학교, 보육시설 등 이용가능한 모든 시설을 활용함으로써 아동의 접근성을 증대시킬 수 있도록 노력함.

— 아동안전, 장애인 정보화, 불임지원 등 보편적 서비스 강화
- 첫째, 아동안전사고사망을 감소하는 방안이 적극 강화되어야 함.
- 둘째, 장애인 정보화 보급을 강화함.
- 셋째, 불임지원을 확대함

— 육아비용 정부부담 증대를 통한 교육의 공공성 강화
- 보육서비스를 필요로 하는 모든 영유아가 보호자의 사회경제적 배경, 장애정도, 지역 또는 연령에 따른 차별 없이 균등하게 보육서비스를 받을 수 있어야 함.

— 보육교사 1인당 아동수 감소를 통한 영유아보육의 질 보장
- 교사 1인당 아동 비율(1:3) 및 특수교사 배치기준(아동 9인당 1인) 등을 강화함.
- 시설면적을 확대(7.83㎡)하고 장애아 보육시설에 상해보험 등 각종 보험 가입 확대로 시설운영의 안정성을 제고함.

— 취약계층 보육교육비 지원 확대
- 영유아 보육·교육비의 정부 지원을 확대함.
- 만 0~4세 아의 차등보육·교육비 지원대상 및 지원비율을 확대함.
- 지원대상을 도시근로자 가구 평균소득 70%에서 단계적으로 130%까지 확대하고, 만 0~4세 정부지원대상아동을 80% 수준까지 제고함.

— 평생학습 참여의 확산
- 평생학습을 효율적으로 추진하기 위한 기반을 제공할 수 있는 중앙정부 차원의 지원 네트워크를 구축함.
- 정부 부처별로 고령화·지식정보화 사회에 대응하기 위하여 시행하고 있

는 다양한 형태의 평생직업교육정책을 재검토하여 정책 및 예산의 중복성 및 비효율성을 분석함.

- 지역간 학습 격차 등 지방자치단체가 개별적으로 해결하기 어려운 평생학습 정책 현안을 해결하기 위해서도 국가적 차원의 평생학습 추진체계의 정립이 필요함.
- 지역·계층간 교육격차를 해소하기 위한 국가 차원의 지원을 강화함.

— 중장년 실업률 감소에 의한 보편적 일자리 보장

- 첫째, 중고령자 실업자에게 직업훈련을 실시하여 이들의 직업능력을 극대화 하는 것이 필요함.
- 둘째, 고용안정 인프라 확충을 통한 효율적인 취업지원 서비스가 필요함.
- 셋째, 사회 각 부문이 실업극복과 일자리 보장을 위한 역량결집이 필요함.

— 비정규직 감소에 의한 일자리의 건강성 확보

- 첫째, 비정규직 관련 법안이 시행되는 대로 관련 인프라를 신속히 갖추어 비정규직에 대한 차별이 실질적으로 근절되도록 해야 함.
- 둘째, 비정규직에 대한 직업능력개발 지원을 각자에게 맞는 맞춤형 직업능력개발과 고용서비스를 제공하도록 함.
- 셋째, 비정규직의 고용형태에 따른 특성과 유형에 따른 차별화된 맞춤식 대책이 필요함.

— 빈곤층 의료보장 및 건강보험 급여보장 증대

- 첫째, 빈곤층이면서 의료욕구가 필수적이고 생계형 체납으로 국가가 의료보장을 해 주어야할 필요가 있는 차상위계층과 체납세대 등을 의료급여로 전환하는 노력을 기해야 함.
- 둘째, 건강보험의 급여보장률을 강화하기 위해 중증질환의 입원 본인부담을 10% 낮추고, 3대 비급여 항목을 급여로 전환해 주어야 함.

— 흡연, 의료의 지역형평성 제고로 건강보장 강화

- 첫째, 흡연 감소를 위한 금연정책이 보다 강화되어야 함.

• 둘째, 의료의 지역형평성 제고를 위한 정책이 강화되어야 함.

□ 사회복지정책의 발전방안(후순위 추진 복지정책)

— 후순위로 추진되어야 하는 복지정책은 각 영역의 평가점수에 제한받지 않고 선정된 대표지표의 평가점수가 3~4점 미만인 경우임.

— 복지관 확충에 의한 복지시설 인프라 구축

• 정부 및 지방자치단체는 지역사회 내 주민들의 특성에 따른 사회복지시설을 구축하도록 함.
• 시설의 역할을 재정립시키도록 운영비 및 시설 구축비를 지원함.
• 조건부 및 미신고시설을 신고시설로 양성화 시켜 서비스 질을 고양시켜야 할 것임.

— 장애급여 제공 확대에 의한 취약계층 소득보장

• 향후 중앙정부 예산을 비롯한 장애인복지자원의 배분은 우선적으로 생활안정과 고용안정 영역에 집중하되, 복지서비스 확충과 교육보장에도 적절한 자원을 배분해야 할 것임.
• 장애수당의 경우, 차차상위계층까지 확대하고 지급액도 장애로 인한 추가비용을 100% 보전하는 수준인 16만원까지 인상되어야 할 것임.
• 장애연금의 경우에는 지나치게 엄격하게 규정되어 있는 연금수급요건을 완화하여 많은 장애인들이 연금수급자가 될 수 있도록 개선이 되어야 함.

— 취약계층 주거급여 수준 향상

• 국민기초생활보장제도에 통합되어 운영되는 현 주거급여 체계에서 급여의 충분성과 대상의 포괄성을 확보함.
• 현행 주거급여 운영과정에서 발생하고 있는 과잉급여 부분의 조정을 통해 중소도시 기준 전세주거비와 월세주거비 차액을 월세가구에 보전해 주는 방식을 통하여 월세가구의 불충분한 주거급여를 현실화 시키도록 함.
• 주거급여 대상을 차상위계층까지 확대하고, 급여는 빈곤선 120% 이상에 해당하는 비수급 및 차상위계층의 주거비 과부담 임차가구를 대상으로

하며, 해당최저주거비와 해당가구의 소득 20%의 차액을 지급하도록 함.
- 주거급여를 분리하여 별도의 개별급여로 운영하도록 함.

— 노인생활체육 및 장애인 편의시설 설치에 의한 보편적 서비스 확충
- 노인생활 체육을 강화하기 위한 보편적 서비스를 대폭 확충함.
- 장애인편의증진법 등에 의무 설치토록 되어 있는 편의시설이 장애인들의 편의에 맞게 100% 설치되어야 할 것임.
- 저상버스를 2013년까지 전체 시내버스의 50% 수준으로 확대하고 2008년까지 도시철도 역사 내 엘리베이터 등의 설치를 완료해야 할 것임.

— 각급 학교 교사 ·교수의 담당 학생수 축소에 의한 보육·교육의 질 보장
- 보육교사 양성체계를 강화함.
- 보육교사의 전문성 제고 차원에서 보수교육의 지원을 확대하고 참여율을 제고함.
- 보육시설 근로환경 및 처우개선을 위하여 기본보조금 지원과 보육인력의 급여기준을 연계하고, 근무여건 개선을 위한 시간연장형 교사의 지원을 확대하며, 대체교사 지원제도를 도입함.
- 초·중·고등학교의 교육의 질을 향상시키기 위하여 전임 교사를 적극 채용하고, 수업시간량을 줄이도록 함.
- 특히, 초등학교의 교사를 OECD 평균 교사 당 15명 수준으로 교사를 충원해야 할 것임.
- 대학의 경쟁력을 높이기 위해, 교수들의 질을 높이고 적정한 규제에 따른 교수를 채용하여 학생의 경쟁력을 고양시켜야 할 것임.

— 특수교육 강화를 통한 취약계층 교육보장
- 특수교육진흥법을 전면 개정하여 장애인 생애주기별 교육체계를 정립하고, 장애영아(만3세 미만) 무상교육 및 장애 유아·고등학생 의무교육화의 기반을 구축하기 위한 인프라를 확충해야 할 것임.
- 특수학급 증설 및 통합학급 특수교사 배치 및 특수교육보조원 배치 확대 등의 장애인 교육서비스 제공 기반을 강화해야 할 것임.

— 보육교육비 지원 및 육아서비스 확대

- 첫째, 보육의 책임을 보호자에서 국가와 사회가 함께하는 사회 구성원 모두의 책임으로 전환해야 함.
- 둘째, 보육서비스 제공을 보육시설의 공급자 중심에서 부모 및 아동의 욕구에 부응하는 수요자 중심으로 제공함.
- 셋째, 보육서비스의 질적 수준 향상을 요함.
- 넷째, 보육서비스 수혜대상을 저소득층 등 선별적 접근방식에서 보육서비스를 필요로 하는 모든 아동에게 균등하게 제공되는 보편적 접근방식으로 전환하여야 함.

— 청년고용 증대를 위한 보편적 일자리 보장

- 첫째, 중소기업의 육성, 중소기업의 근로자 복지제도 확충 등을 통해서 일자리를 창출함.
- 둘째, 경력을 중시하는 채용 관행의 변화에 대응하여 직장체험의 기회를 확대함.
- 셋째, 대학의 경쟁력을 강화하여 학생의 취업증진을 위한 대학의 자발적인 노력을 강화함.
- 넷째, 고용안정 인프라를 구축하여 국가 차원에서 취업애로 계층에게 일자리 정보와 직업훈련 및 진로 상담을 제공하여 중소기업의 일자리 부족과 청년을 포함한 취업애로 계층에게 일자리를 연결시키도록 함.
- 마지막으로 취약청년층 개인별 종합취업지원서비스를 도입함.

— 국민의료비의 공공지출 확대

- 첫째, 국민건강보험을 포함한 공공의료부문의 투자가 지속적으로 확대되어야 함.
- 둘째, 건강보험 보장성을 강화해야 함.
- 셋째, 건강보험 보장성 강화를 위해 약제비를 적정화해야 함.
- 넷째, 의료전달체계 개편, 의약품 사용량 적정화 등이 이루어져야 함.

— 건강수명 연장 및 중등도 운동실천율

- 첫째, 건강수명의 연장을 위한 정책이 강화되어야 함.
- 둘째, 국민들의 운동시설에의 접근도를 향상하기 위하여 지역 내 걷기 전용코스나 자전거 전용도로 등 운동시설을 확충하고 방과 후 운동시설을 제공하는 노력이 필요함.
- 또한 아동, 근로자, 노인, 만성질환자 등 대상자별로 적합한 운동 프로그램을 개발하여 보급하는 것이 바람직함.

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 필요성 및 목적

한국 사회는 인구의 급속한 고령화, 경제활동인구의 감소, 핵가족화에 따른 가족기능의 약화 및 상실, 빈부격차 심화에 따른 사회적 갈등의 증가 등 현대 사회의 문제점들로 인해 사회복지정책의 역할이 증대되고 있다. 특히, 지난 20세기 말에 불어 닥친 IMF 경제위기 이후 복지욕구는 더욱 증대되고 있음에도 불구하고 복지재정의 지출수준은 국민의 기대에 미치지 못하고 있는 실정이다. 즉, GDP에서 차지하는 공공사회지출 비중은 1990년 3.1%에서 2001년 6.1%로 증가하였지만 2001년 OECD 국가 평균치(21.2%)의 약 29%에 불과한 낮은 수준이어서 복지재정의 확충이 더욱 요구되고 있다.

다른 한편으로 비록 낮은 수준의 사회복지재정임에도 매년 빠른 속도로 재정증가가 이루어져 왔음에도 불구하고 국민의 복지만족도는 상승하지 않고 매우 낮은 상태에 머무르고 있다. 즉, 전반적인 보건복지정책에 대하여 만족수준은 몇몇 조사결과에서 보여 주듯이 매우 낮은 수준이다. 최근의 조사에서는 만족도가 7.6%에 불과하였으며, 불만족도는 35.3%로 높아 사회복지의 양적확충과 질적 개선이 필요함을 보여주는 것으로 이해된다(한국보건사회연구원, 2006). 특히, 배우자가 있는 계층, 고학력층, 고소득층의 만족도가 낮아 저소득층 중심의 복지에서 보편적 복지로의 정책 확대와 복지서비스의 확충이 필요한 것으로 판단된다.

종합하면, 사회복지재정이 불충분하고, 복지정책의 제도개선, 효율성 강화, 그리고 정책의 우선순위에 따른 정책추진 등이 요구되며, 이러한 조건이 충족될 때 국민의 복지만족도가 증대될 수 있을 것으로 사료된다. 아울러 급격한 한국사회의 변동과 함께 향후 사회복지환경이 어떻게 변화될 것인가를 예측하고 이

에 대응하는 복지정책을 구사(驅使)할 필요가 있다. 다시 말해 향후 복지를 둘러 싼 외부환경의 변화를 예측하고 복지수요를 전망하여 새로운 접근방법에 의한 복지정책을 강구할 필요가 있다. 이는 급격한 출산율 하락과 인구고령화의 지속으로 복지부담이 증가할 것으로 전망된다는 점, 사회양극화(소득, 산업, 건강, 고용 등)의 심화는 분배정책의 중요성이 강조되어 사회복지의 개입 필요성이 더욱 강하게 요구될 것이라는 점, 그리고 개인중심의 가치관 확산으로 위기가정이 증대하고 이로 인해 가족불안정 및 사회문제가 야기될 것이라는 점이 대표적이라 하겠다. 따라서 이에 적극적으로 대처하기 위한 사회정책적 개입이 요구될 것이다.

또한 소비자주권(Consumerism)에 입각하여 복지수혜자의 선택과 욕구를 충족시킬 수 있는 복지시스템으로의 개편이 요구되고, 시설복지 중심에서 재가복지 중심의 체계개편과 지역복지의 중요성이 증대될 것으로 전망되며, 그리고 국민연금제도의 지속적 추진에 힘입은 소득보장체계의 개편 필요성이 요구될 것으로 판단된다.

이를 위한 방편으로 한편으로는 복지지출의 효과성을 검토하고, 다른 한편으로는 복지확충을 위한 근거를 제시하여야 할 필요성이 제기된다. 먼저 복지지출의 효과성을 검토하기 위해서는 복지정책의 효과성을 측정하고 기존정책의 문제점을 파악하여 효과성을 증대시키고 국민의 만족수준을 증대시키기 위한 방안을 강구할 필요가 있다. 이어서 향후 집중되고 강화되어야 할 복지정책을 도출하여 복지재정의 확충을 위한 근거자료를 제시할 필요성도 제기된다.

이러한 측면에 입각하여 본 연구는 한국의 사회복지정책을 전체 및 분야별로 측정하고, 복지국가로서의 위상을 달성하기 위해 합리적이고 효과적인 사회복지 발전방안을 모색함으로써 궁극적으로 복지수준의 향상을 도모하고 국민의 삶의 질을 증진시키는데 주요 목적을 가진다.

본 연구의 보다 구체적인 목적은 다음과 같이 제시된다.

첫째, 사회복지정책의 현재 수준을 전체, 분야, 영역, 그리고 대표지표별로 평가함으로써 복지수준의 균형적 발전을 도모한다.

둘째, 대표지표 복지수준의 국제비교를 통하여 한국복지의 현주소를 파악하

고 선진국과의 복지수준 차이를 규명한다.

셋째, 사회복지의 발전방안을 제시함으로써 궁극적으로 한국복지수준의 향상을 도모하고 국민의 복지체감도를 증대하는 것이다.

제 2 절 연구의 내용 및 방법

1. 연구내용

가. 이론 및 선행연구

사회복지정책 평가관련 다양한 이론과 국내·외 선행연구를 검토하였다. 먼저 이론과 관련해서는 정책평가론과 사회복지정책평가론의 두 측면에서 접근하였는데, 전자는 정책평가의 의미와 유형을 살펴보며, 유형으로는 프로그램 평가론, 성과점검·검토, 성과감사 등을 논의하였고, 후자는 사회복지정책 평가의 의미, 사업평가, 평가지표 등을 살펴보았으며, 평가지표의 이론적 관점, 평가의 측정단위와 분석기법, 복지지표의 개발과 이용방법 등을 포함하여 논의하였다.

사회복지정책 평가에 대한 국외 선행연구로는 UN, OECD, 미국, 영국, 일본 탈상품화 지표 등을 검토하였으며, 국내연구로는 사회지표를 포함한 정책연구기관과 개별학자들을 연구결과를 검토하였다.

마지막으로 이론 및 선행연구의 검토결과가 본 연구에 주는 시사점을 도출하였다. 특히, 사회복지정책 평가틀의 기본전제와 평가틀의 내용을 제시하였다.

나. 국내·외 사회복지정책의 발전 및 복지환경 변화

사회복지정책의 발전은 국내·외 사회복지정책의 과거와 현재를 조명하는 것이다. 아울러 복지환경 변화는 사회복지정책의 미래를 전망하기 위한 필수요건으로서 정확한 복지수요의 측정과 복지서비스 수준 향상을 위해 필요하다.

따라서 복지국가의 모형을 검토하였는데, 본 연구에서는 에스핑-엔더슨(Esping-Andersen), 미쉬라(Mishra), 퍼니스와 틸튼(Furniss & Tilton) 등의 복지국가 모형을

중심으로 논의하였다. 이어서 외국과 우리나라의 사회복지정책 발전을 살펴보았는데, 한국의 사회복지정책 발전은 근대화 이전과 이후로 구분하여 논의하였다.

복지환경 변화는 복지다원주의의 확산(서비스 공급주체의 다양화), 수요자 중심의 복지원칙 강화, 복지대상의 변화 및 확산, 복지서비스의 효율성 강조, 지역사회복지의 중요성 증대, 다양한 가족의 출현과 가족기능 약화, 기혼여성의 경제활동참가 증대, 그리고 고도화된 정보화 사회 등 일곱 가지를 중심으로 논의하였다.

다. 한국 사회복지정책의 평가틀

사회복지정책 평가틀의 개발은 분야 및 평가영역의 개발, 대표지표의 개발, 평가요소의 적절성 판단, 그리고 대표지표의 정의 및 산출방식 설명 등을 주요 내용으로 포함하였다. 평가틀은 6개 분야, 16개 영역, 77개 대표지표로 구성하였으며, 이의 적절성 여부를 판단하기 위하여 델파이 조사방식에 의한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」를 실시하였다. 마지막으로 대표지표의 개념적 정의, 중요성, 지표산출의 방식 등을 제시하였다.

라. 사회복지정책 평가요소의 우선순위 설정

본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」에 기초하여 분야, 영역, 대표지표 등의 우선순위를 설정하였다. 이러한 결과는 개별 분야, 개별영역, 개별 대표지표의 가중치를 산출하는 기초자료로 활용되었다.

마. 한국 사회복지정책의 평가결과와 의미

사회복지정책의 평가는 3단계로 추진되었다. 첫째 단계는 정책평가의 가장 기초요소인 대표지표의 시계열 분석, 국제비교 등에 근거하여 복지수준을 5점 척도로 측정하였다. 둘째 단계는 대표지표의 평가결과와 영역별 가중치에 기초하여 산출하였다. 셋째 단계는 영역별 평가결과와 분야별 가중치에 기초하여 최종적으로 산출하였다. 이러한 결과는 한국 사회복지정책의 전체 및 분야별

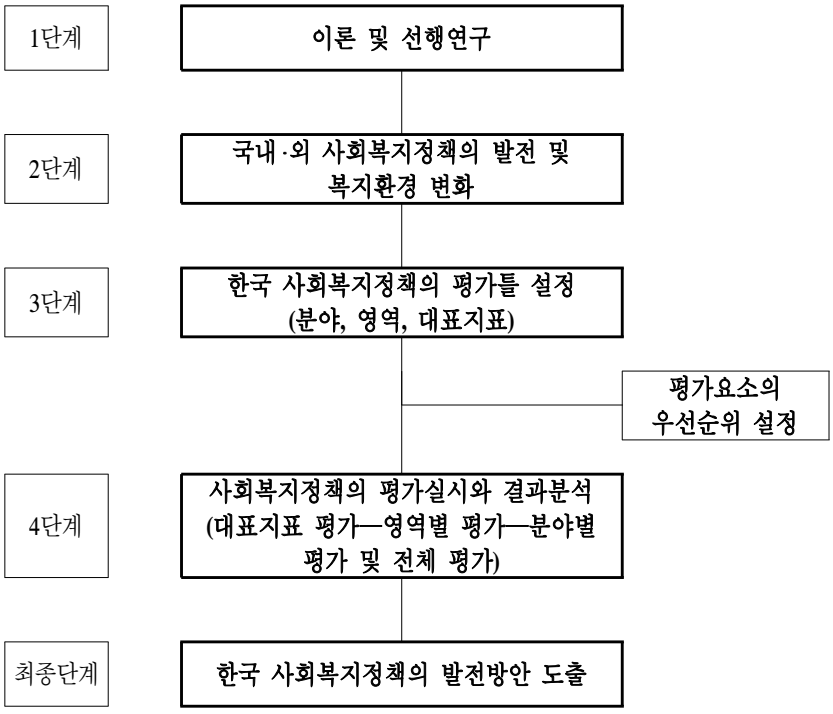
복지수준이 되는데, 이에 기초하여 사회복지정책의 분야, 영역, 대표지표의 문제점과 의미가 도출된다.

바. 한국 사회복지정책의 발전방안

전술한 분석결과를 토대로 한국 사회복지정책의 기본방향과 추진전략을 설정하고, 분야별 발전방안을 제시한다.

이상에서 설명된 연구의 내용에 기초한 본 연구의 분석 틀은 다음 [그림 1-1]과 같이 제시된다.

［그림 1-1］ 연구의 흐름도



2. 연구방법

가. 문헌고찰

사회복지정책의 평가 및 복지수준 측정과 관련된 국내 및 국외의 기존문헌을 고찰한다. 아울러 다양한 복지정책을 검토, 비교하여 한국 사회복지정책의 발전 방안 모색에 활용한다.

나. 기존자료 수집 및 재분석

개발된 77개 대표지표의 국내 시계열 자료를 생산하기 위하여 기존자료를 분석한다. 아울러 이들 대표지표의 국제비교를 실시하기 위하여 국내·외 기존자료를 수집하고 재분석을 실시한다.

다. 델파이 조사 및 분석

델파이 조사는 두 가지 목적을 가진다. 첫째, 분야, 영역, 대표지표의 적절성 검토를 위한 목적이 있다. 둘째, 분야, 영역, 대표지표의 우선순위 설정을 통하여 평가요소의 가중치(weight) 산출을 목적으로 한다.

델파이 조사의 대상은 사회복지 및 보건의료분야의 박사급 연구원, 교수, 박사과정 학생 등이다. 조사는 동 분야의 전문가 120명을 대상으로 실시하였으며, 활용 가능한 완료 조사대상은 105명이었다.

라. workshop 및 정책자문회의 개최

연구의 원활한 수행과 질적 향상을 위하여 보고서 검독자를 포함한 원내·외 전문가와 전체 연구진이 참여하여 세 차례의 workshop을 실시하였다. 첫 번째 workshop은 연구의 시작단계에서 연구계획서를 발표하고 이를 수정 및 보완하기 위한 것이었으며, 두 번째 workshop은 연구의 중간단계에서 당초 계획된 대로 연구수행이 이루어지고 있는지와 보다 바람직한 방향으로 연구내용 및 방법을 조정하기 위한 것이었다. 세 번째 workshop은 연구의 최종 단계에서 실시하였으며 주

요 논의내용은 연구결과를 검토하고 활용방안을 논의하기 위한 것이었다.

또한 본 연구를 수행하기 위하여 사회복지정책 관련 각계 전문가, 정책입안자 등이 참여한 정책자문회의가 개최되었다. 동 회의에서는 현행 정책의 문제점과 새로운 정책대안 마련을 중심으로 논의하였다.

제 2 장　사회복지정책 평가의 이론 및 선행연구

제 1 절　사회복지정책 평가의 이론

한국 사회복지정책의 평가와 발전방안을 강구하기 위해서는 무엇보다도 사회복지정책 평가의 이론 및 국내외 선행연구를 살펴볼 필요가 있다. 그런데 사회복지정책의 평가기준을 설정하는 것이 결코 쉽지 않다는 한계가 있다. 그 이유는 다음의 다섯 가지로 요약된다. 첫째, 사회복지정책의 수준과 정도를 다르게 해석하거나 구체적으로 측정하는 방법에서 다를 수 있기 때문이다. 둘째, 사회복지정책 수준을 보는 기준이 시대의 흐름에 따라 달라질 수가 있기 때문이다. 셋째, 그 나라의 문화와 관습에 따라 일반적으로 갖는 국민의 사회복지정책 수준에 대한 인식에서 차이가 나기 때문이다. 그리고 마지막으로 보편적인 사회복지정책 수준을 잴 수 있는 종합적인 잣대가 아직 개발되지 못했기 때문이다.

그럼에도 불구하고 사회복지정책의 수준과 정도를 평가하는 기준을 만들고자 하는 노력은 지금까지 많이 이루어져 오고 있다. 이러한 노력들을 정리하면 대체로 다음과 같은 다섯 가지로 분류할 수 있다. 첫째, 사회복지 지출비용의 정도, 둘째, 주요한 사회복지 프로그램의 도입 시기, 셋째, 주요 사회복지 프로그램의 수, 넷째, 사회복지 프로그램의 질적 내용, 다섯째, 사회적으로 수용하고 있는 복지모형 등이다. 물론 이러한 기준은 하나만 선택하거나 혹은 여러 개 조합되어 종합적으로 볼 수도 있지만 사회복지정책의 수준과 정도를 분석하는 다양한 측면에 따라 적절히 선택하여 활용할 수 있다.

이러한 5가지 분류 가운데 가장 이상적인 사회복지정책 수준과 정도를 평가하는 기준은 사회복지 프로그램의 내용과 관련하여 그것의 효과와 효율을 바탕으로 기준을 설정하는 것이다. 즉, 사회복지정책 프로그램의 수요측면에서의 대상자, 급여의 수준, 정책 프로그램의 공급측면에서의 전달체계 등을 중심으로

기준을 설정하는 것이다.

1. 정책평가론

가. 정책평가의 의미

20세기 중반 이후 정부부문이 급속히 팽창하였고, 다양한 프로그램들을 수행하게 됨에 따라 정부 활동에 대한 관심이 대폭 증가하였으며, 그리고 그 효과에 대한 평가의 필요성이 제기되었다. 정부활동의 평가에 대한 관심이 초기에는 당시의 요구에 부응하는 '프로그램 평가(program evaluation)'에 두어졌으나, 점차 관련된 많은 활동으로 그 범위를 넓히게 되었다.

사회복지정책 평가를 분석하기 위해서는 평가에 대한 개념을 이해할 필요가 있다. 일반적으로 평가는 웹스터(Webster) 사전에 있듯이, "대상에 가치를 부여하는 활동"으로 정의된다. 그리고 평가의 개념은 크게 두 가지로 나누어 정리해 볼 수 있다. 하나는 정부의 정책이나 사업의 효과성 또는 효율성을 측정하는 것이고, 다른 하나는 측정되고 산정된 결과를 정책과정에 반영하기 위한 인과분석 및 환류 등을 포괄하는 것이다. 이러한 정책평가는 세 가지 유형으로 구분되는데 아래에서 설명된다.

나. 정책평가의 유형

정책평가에는 프로그램 평가, 성과점검·검토, 그리고 성과감사 등 세 가지 유형이 있다. 그리고 이러한 세 가지 유형의 정책평가와 관련하여 역사적으로 볼 때 대체로 '프로그램 평가에서 → 성과점검·검토 → 성과감사'로 발전되었음을 알 수 있다.

1) 프로그램 평가론

프로그램 평가는 크게 두 가지 방향에서 진행된다(Chelimsky, 1985). 하나는 응용 사회과학의 확산에 따른 정부 프로그램에 대한 회고적인 평가작업이며,

다른 하나는 자원배분의 효율화를 위한 PPBS 움직임이다. 전자는 엄격한 과학적 연구방법을 정부 프로그램의 효과평가에 사용하는 것을 의미하며, 후자는 체계적인 연구를 통해 프로그램과 예산을 연계함을 의미한다. 시간이 흐르면서 평가연구에 대한 이 두 가지 흐름은 서로 구분하기 어려워졌으며 양자가 혼합되었다고 하겠다.

그러나 1960년대 후반 PPBS가 실패하게 됨으로써 정책평가에서 과학적 합리성의 성취가 매우 어렵다는 것을 깨닫게 하였다. 아울러 응용 사회과학적 입장에서 추진되었던 각종 프로그램에 대한 평가 역시 방법론적 엄격성에 입각하여 추진된 결과 사회적 적합성에 의문이 제기되었고, 평가방향에 수정을 가하도록 만들었다.

2) 성과점검·검토(performance monitoring·review)

성과점검·검토(performance monitoring·review)는 첫째, 프로그램 평가 및 합리적 모형에 대한 확신이 약화되고 방법론적인 엄격성의 완화가 자연스럽게 용인되었으며, 둘째, 평가 대상은 프로그램으로부터 정부활동 전반으로, 평가의 관심은 효과성으로부터 효율성과 집행과정으로 확대됨으로써 평가방법으로서 점검(monitoring)을 강조하게 되었다.

점검은 당시 많은 선진국 정부의 목표였던 비용통제를 위한 기본적인 자료를 제공하고, 집행과정에서의 개선을 취할 수 있는 방법으로서 빠르게 도입되었다. 프로그램 평가의 경험 역시 적절한 자료의 확보가 불가결의 요소임을 확인시켜 주었으며, 점검의 중요성을 일깨워 주었다. 그 결과 각국의 감사 기관들은 전통적 감사의 한계를 인식하고, 감사의 범위와 감사기관의 기능을 확장하여 정부활동의 효율성 및 효과성에 대한 평가를 시작하게 되었으며, 이러한 변화들은 프로그램평가보다는 정책평가라는 포괄적인 용어의 사용을 촉진·확산시켰다.

3) 성과감사

감사는 전통적으로 회계검사(accounting·attest·financial audit)와 직무감찰(com-

pliance audit)로 구성된다. 그러나 Gray, Jenkins, & Segsworth(1993)는 예산, 감사 및 평가의 관계에 대한 국제 비교연구를 수행하면서, “감사는 전통적인 범위를 넘어서 정부 프로그램이나 활동의 실적, 효율성과 효과성에 대한 사정을 포함하는 것이라는 넓은 정의가 일반적으로 통용되어 가고 있음을 발견할 수 있다”고 밝히고 있다. 이러한 경향을 통칭하여 성과감사(performance audit)라 부른다.

전통적인 감사는 세출이나 행위가 정해진 권한 내에서 수행되었는가에 대한 책무성에 초점을 두었으나, 성과감사는 세출이나 행위가 관리적 측면에서 적절하였는가의 책무성도 묻는다. 따라서 감사관들은 그들이 효율성을 다룰 때는 경영자문관처럼 기능하고, 정책의 효과성을 다룰 때는 정책분석가나 정책평가자가 되는 것이나 다름없다(Gray, Jenkins & Segsworth, 1993)..

이렇게 볼 때, 대체로 오늘날 평가의 유형은 정부의 정책이나 사업의 효과성 또는 효율성을 측정함과 동시에 측정되고 산정된 결과를 정책과정에 반영하기 위한 인과분석 및 환류 등을 포괄하여 평가하는 것으로 위의 세 가지 유형을 필요에 따라 통합하여 사용하는 추세에 있음을 알 수 있다.

2. 사회복지정책 평가론

가. 사회복지정책 평가의 의미

기존의 사회복지정책은 주로 정책결정자에 대한 지원의 역할과 집행에 관심을 기울이는 투입과정(input)에 초점을 맞추는데 비해, 오늘날 각국의 사회복지정책은 신 공공관리론에 입각한 산출(outcome, performance)에 초점을 맞추고 있다(문신용·윤기찬, 2004). 따라서 정부의 사회복지정책 성과의 격차를 일정한 투입으로부터 최대의 산출을 생산하거나 일정한 산출에 대해 최소한의 투입으로부터 달성될 수 있다는 효율성(efficiency)의 차원에서 접근하는 것이 필요하다.

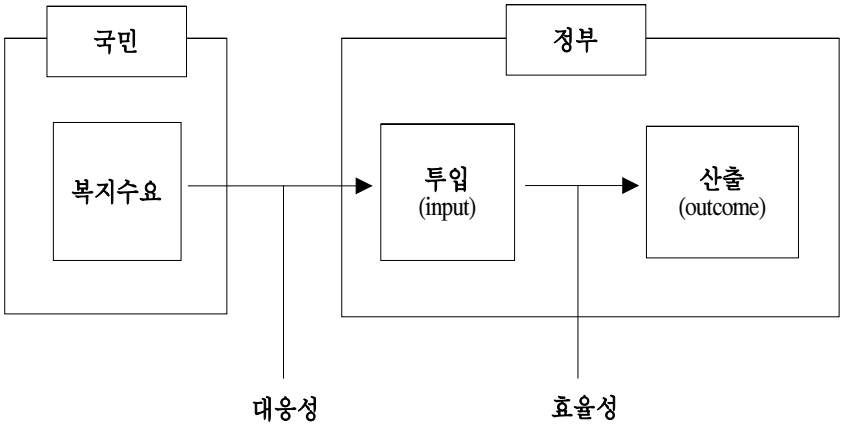
효율성에 관한 연구는 1950년대 이후 미국을 중심으로 전개되었으며, 1970년대 효율성 개념과 다양한 측정방법의 정립시기와 1980년대 이후 효율성기법의 적용시기 등을 거쳐 날로 발전하고 있다(이영범, 2004). 우리나라에서도 많은

연구들이 사회복지정책의 상대적 효율성이나 특정사업(program)의 효율성 등을 실증적으로 다루어 오고 있다.

또한 사회복지정책 평가에 중요한 것은 정부의 사회복지정책의 성과에 대한 국민의 대응성 문제이다. 대응성(responsiveness)은 국민의 요구 및 선호에 대한 공무원의 반응간의 일치도(correspondence)를 의미한다. 즉, 사회복지정책에 대한 욕구(수요)와 관련하여 정부가 얼마나 충족시켜 주는가 하는 문제로서 정부의 복지공급 수준의 문제와 관련된다. 다시 말해 대응성은 국민들이 정부로부터 자신들의 복지에 대한 수요 등과 관련하여 어느 정도 혜택을 받았으며, 그 혜택은 국민들의 욕구를 어느 정도 만족시켜 주었는가를 의미한다.

이렇게 볼 때 오늘날 사회복지정책 평가와 관련하여 정부는 복지공급에 따른 산출의 효율성뿐만 아니라 국민의 복지수요에 대한 요구를 자원투입에 반영하여 나타나는 대응성 차원에서 정책을 집행하여야 할 것이다. 이러한 내용의 맥락은 다음 [그림 2-1]에서 제시된다.

〔그림 2-1〕 사회복지정책 성과의 효율성과 대응성의 관계



나. 사업평가

사회복지정책 평가를 하기 위해서는 무엇을 평가해야 하는가 하는 문제가 제기된다. 일반적으로 평가 대상의 주가 되는 것은 역시 사업평가이다. 사업평가의 의미는 다양하게 정의되고 있다. 그것은 사업평가가 여러 학문분야와 관련을 맺고 있으며 서로 다른 종류의 기관과 사람들이 사업평가를 실시하고 있고, 사업평가가 다루는 주제가 광범위하며, 그리고 사업평가가 만족시켜야 하는 고객의 욕구 또한 다양하기 때문이다.

OECD(1999)에 따르면 사업평가는 "특정 사업의 중요한 제반 측면과 그 가치를 체계적이고 분석적으로 평가하고 평가결과의 신뢰성과 유용성을 추구하는 일"이라 하였듯이 사회복지정책 평가가 잘 되려면 이러한 사업평가에 관심을 가져야 한다.

다. 평가지표

사회복지정책에 관한 정책과 사업의 평가를 위한 여러 가지 시도를 살펴보면, 지표의 개발과 이용이 핵심주제가 된다. 그런데 지표를 어떠한 개념으로 정의할 것인가 하는 것은 결코 쉬운 일이 아니다. 이는 목적, 방법, 구조 및 유형의 측면에서 지표가 갖는 성격이 다르기 때문이다.

우선 박성복(1996)은 '지표란 사회의 중요한 조건에 관하여 지수(indexes)로서 계량화된 자료'라고 정의하고 있다. 아울러 정책의 차원에서 정의를 했을 때는 '정책의 형성, 집행, 분석평가를 위한 경제, 사회조건의 변화에 관한 통계 및 측정자료'로도 볼 수 있다.

또 다른 지표의 개념은 성과측정치(performance measures)와 성과지표(performce indicators)로 양분되어 있다. 우선, 성과측정치는 산출과 성과의 변화간의 인과관계가 명확하며 측정이 용이하여 성과를 보다 직접적이고 분명하게 나타내 주고 있는 경우를 말한다. 반면에 성과지표는 활동 또는 산출과 성과간의 관계가 불분명하여 측정이 어렵고 성과가 간접적이고 불명확한 경우에 적용된다. 그런가 하면 현재 지표사업을 광범위하면서도 다양하게 하고 있는 OECD의 경우는

사회현상의 광범위한 측정을 통해 이 둘의 통합적 접근방법을 따르고 있다.

이렇게 볼 때, 사회복지정책의 평가지표는 바로 사회복지의 현상을 나타내는 복지지표(welfare indicators)가 될 수밖에 없다. 복지지표에 관한 연구는 여러 가지 측면에서 이루어져 왔지만 일반적인 사회지표나 일반국민, 일반여성, 청소년을 대상으로 하는 것이 대부분이다. 예를 들면, 「한국의 사회지표」는 1979년에 최초로 128개 지표를 대상으로 공표된 이래 매년 작성되고 있는데, 지표의 수는 1980년 151개, 1990년 262개, 2000년 531개, 2001년 537개, 2004년 501개이다. 2004년의 사회지표 체계는 13개 관심영역(인구, 가족, 소득과 소비, 노동, 교육, 보건, 주거와 교통, 정보와 통신, 환경, 복지, 문화와 여가, 안전, 사회 참여) 및 청소년 통계로 구성되어 있다.

그리고 사회지표의 작성에는 각급 통계기관에서 생산하는 기존통계를 이용하여 체계적으로 재분류하여 작성하는 방법과 기존통계에서 생산되지 않는 주관적 및 사회적 관심사 등에 대하여 직접 사회통계조사를 실시하여 작성하는 방법을 이용하고 있다.

1) 복지지표에 대한 이론적 관점

복지지표에 관한 이론적 관점들은 경제학적 접근, 심리학적 접근, 사회학적 접근, 사회복지학적 접근으로 구분할 수 있다(박대식 외, 2002(b)). 이들 네 가지 접근유형을 간략하게 설명하면 다음과 같다.

첫째, 경제학적 접근은 복지의 개념을 소득과 소득분배의 함수관계로 파악한다. 경제학적 접근은 객관적 지표를 중시하며, 객관적인 환경(경제적 측면 강조)을 통해서 복지 수준을 주로 판단한다.

둘째, 심리학적 접근은 주관적 삶의 체험감으로 복지수준을 판단한다. 심리학적 접근은 전반적인 만족도 또는 복지감과 객관적인 지표에 대한 주관적 만족도를 강조한다. 산업사회의 도래와 물질적인 삶의 발전은 인간생활과 관련한 기본적인 사회조건에 대하여 생각하게 만들었다. 이러한 시대적 분위기는 특히 경제 분야를 넘어 인간존중의 측면에서 보다 나은 사회를 만들기 위한 관심과

연구로 확대되었다.

셋째, 사회학적 접근은 객관적인 지표와 주관적인 지표는 상호 보완적인 관계에 있다고 본다. 사회학적 접근은 복지지표의 설정에 있어서 경제적 측면뿐만 아니라 비경제적인 측면에도 주목하며, 객관적인 지표에 상응하는 생활만족도 지표와 같은 주관적 지표를 설정하려고 노력한다.

넷째, 사회복지학적 접근은 복지지표의 설정을 평등과 사회보장이라는 측면을 강조하여 주민의 욕구와 문제에 대한 대응이라는 관점에서 출발한다. 즉, 복지지표는 사회 저변에 깔려 있는 기초적이고 공통적인 사회욕구가 사회적으로 중요하다고 인정을 받아 정부 개입에 의한 재화와 서비스로써 해결될 수 있어야 한다는 가정에서 개발된다는 것이다. 그리하여 사회복지학적 접근은 주로 복지지표를 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스 등을 중심으로 설정하며, 주관적 지표보다는 객관적 지표를 선호하는 경향이 있다.

한편, 이러한 복지지표를 나타내는 대표적인 지표에는 사회지표(social indicators)를 들 수 있다. 사회지표의 기능에 대해서도 학자들에 따라 다양하다. Land & Spilerman(1975)은 사회지표의 기능을 사회정책적 기능, 사회변동적 기능, 그리고 사회정보적 기능 등으로 크게 세 가지로 나누고 있다. 첫째, 사회정책적 기능은 특정한 정부 공공정책을 평가하고 국민경제계정과 유사한 사회계정체계를 설정하는 것을 말한다. 둘째, 사회변동적 기능은 사회적 조건을 측정하고 삶의 질 내지는 인간생존의 조건에 관한 정보를 마련하여 여러 경제지표를 보완하는 것, 그리고 사회변동을 측정하는 것을 말한다. 마지막으로 사회정보적 기능은 사회 보고체계의 개선과 장래에 있을 사회적 사건과 사회생활의 예측의 기능으로 정리하고 있다.

이처럼 사회지표는 이미 많은 국가에서 채택되고 있으며, 보다 다양하고 합리적인 정책 마련을 위하여 활용되고 있다. 특히, 최근에는 각 분야별로 다양한 지표체계가 개발되어 보다 전문화되어 가는 추세이다.

2) 평가의 측정단위와 분석기법

사회복지정책 평가의 측정단위는 개인, 가구(가족), 지역사회(지역), 국가 등으로 구분할 수 있다(박대식 외, 2002b). 복지의 측정단위를 개인으로 하는 것은 생활만족도와 같은 주관적 지표이거나 지역단위에서 기초적인 복지지표 자료가 제대로 구축되지 않은 경우에 주로 적용된다. 즉, 개인단위의 복지측정은 지역단위 이상의 상위단계 복지지표 생산에서 기초가 된다.

그리고 측정단위를 가구 또는 가족으로 하는 것은 주민 개개인의 특성보다는 가족단위의 사회경제적 특성에 주목하는 사회과학자들이나 정부관료 등에 의해서 주로 적용된다. 그리고 지역단위에서 기초적인 복지지표 자료가 제대로 구축되어 있지 못한 경우에는 지표의 분석단위는 지역단위(예를 들면, 시·군·구)로 설정하되 기초자료의 장기적 구축이라는 측면에서 복지의 현실적 측정단위를 가족이나 가구로 설정하게 된다.

또한 복지의 측정단위를 지역사회 또는 지역(시·군·구 또는 시·도 등)으로 하는 것은 지역(사회)개발이나 지역 간의 비교·분석에 주목하는 지역개발 관련 학자들이나 행정가, 지역사회 지도자 등에 의해서 주로 적용된다. 복지의 측정단위를 국가로 하는 것은 복지수준의 도시·농촌 간의 비교, 국가 간의 비교 등의 경우에 주로 적용된다. 이러한 예로는 UNDP나 OECD에서 발표하는 각종 국제비교 지표들을 들 수 있다.

한편, 정부의 사회복지정책 성과의 차이를 비교·분석하기 위한 방법으로서는 자료포락(DEA) 분석기법을 주로 많이 활용한다. DEA 분석기법은 개별조직의 효율성 점수를 통해 조직간 상대적 비교가 가능하고, 투입이나 산출요소를 계량화할 수 없는 한계를 극복할 수 있다. 물론 이러한 자료포락 분석은 한 해 동안의 효율성을 규모에 따라 수익불변(CRS)을 가정하는 CCR모형과 규모에 대한 수익변화(VRS)를 가정하는 BCC모형으로 구분되고 의사결정단위(DMU)가 투입과 산출요소의 수를 합한 것보다 많아야 한다는 가정을 충족해야 한다.

이상의 이론을 바탕으로 한 사회복지의 수요와 공급간 격차를 측정하기 위한 여러 지표들 중 공통적으로 학자들이 지적한 지표들을 정리해 보면 다음 <표

2-1>과 같다.

〈표 2-1〉 수요와 공급간 격차측정을 위한 지표

영역		측정지표
복지수요		• 인구 대비 노령인구비율(65세 이상) • 인구 대비 국민기초생활수급자 비율 • 인구 대비 장애인 등록자비율 • 전체 세대 대비 소년소녀가구 비율 (소년소녀가구 수÷전체 가구수)×10,000 • 주민 10만명 당 범죄건수
복지공급	복지지출	• 예산 대비 사회개발비 비율 • 주민 1인당 사회개발비
	복지자원	• 사회소외계층 대비 복지시설수 (복지시설수÷사회소외계층)×1,000 • 의료기관 종사자비율 (의료기관종사자÷총인구)×100 • 주민 1인당 공원면적(㎡)

3) 복지지표의 개발과 이용방법

일반적으로 지표개발 과정은 다음과 같은 절차를 따른다. 연구진에 의한 1차 시안의 개발 → 1차 시안에 대한 전문가 검토 → 2차 시안의 개발 및 개별지표의 정의, 산식, 집계항목 및 자료원 정리 → 2차 시안에 대한 전문가 검토 → 지표확정 과정으로 실시되고, 마지막으로 지표체계를 적용하여 관련 통계자료를 살펴보게 되는 것이다.

첫째, 문헌 및 관련 지표체계의 비교분석에 의거하여 기본방향을 설정하고 이에 기초하여 지표체계(안)을 개발하는데, '분야—관심영역—세부관심영역—개별지표'로 구성된다.

둘째, 개발한 1차 지표체계(안)에 대하여 그 분야 전문가 및 지표전문가들에게 검토 의견을 요청하여 접수한 의견 중에서 연구진이 설정한 기본원칙에 상응하며 지표체계의 재구성에 도움이 되는 의견들을 반영한다.

셋째, 제2차 시안은 제1차 시안에 대한 전문가 의견을 가능한 범위에서 수용하여 체계를 재구성하고 개별지표를 조정한다. 그리고 조정된 각 개별지표의 정의 및 산식, 집계항목 및 이용가능한 자료원을 정리한다.

넷째, 수정·보완한 2차 지표체계(안) 및 각 개별지표에 대한 정의, 산식, 집계항목, 가용 자료원 등에 대한 전문가 의견을 수렴하기 위하여 전문가에 대한 2차 델파이 조사를 실시한다.

다섯째, 제2차 델파이 조사 결과, 특히 지표개발 관련 내용과 가용 자료원 측면을 중점적으로 반영하여 최종적으로 분야-관심영역-세부관심영역-개별지표의 지표체계를 확정한다.

마지막으로 개발된 지표를 가용 통계자료 등에 시범 적용함으로써 한국의 복지수준 및 통계생산 현황을 알아본다.

제 2 절　사회복지정책 평가 관련 국내·외 선행연구

사회복지정책의 평가와 관련하여 종합적이고도 체계적인 평가는 사회지표를 비롯한 사회복지서비스 대상자 중심의 평가이다. 즉, 아동, 노인, 장애인, 여성 등을 대상으로 하는 지표가 대표적이다.

1. 국외 연구

사회복지정책 평가지표의 배경이 되는 인간의 기본적 욕구와 필요는 매우 다양하고 시간의 흐름에 따라 변화하기 때문에 평가지표가 나타내려는 것과 그 구조적 체계에 대한 정의와 이론이 확립되어 있지 못한 상태이다. 비록 국가마다 경제사회 발전단계에 적합한 섬세한 지표체계를 설정하려는 노력을 해 오고 있지만 아직 정설이 없는 가운데 국제기구 또는 개별국가 수준에서 대표적인 체계유형만이 제시되고 있다.

대부분의 국가들은 독자적인 사회복지정책 평가 지표체계를 고안하기보다는 국제기구에서 제시한 사회지표 체계를 받아들여 각국의 사회·경제적 발전 현황

과 가용자료의 수준에 적합하게 수정·보완하여 나름대로 독특한 지표체계를 구축하고 있는 형편이다. 따라서 국제기관이나 우리보다 앞선 선진국의 사회지표 체계를 검토해 볼 필요가 있으며, 아울러 그리 많지는 않지만 개인이 연구한 지표체계들도 검토할 만하다고 할 수 있다.

가. 국제연합(UN)

국제연합(UN)이 '사회통계'에 관심을 갖기 시작한 것은 1960년대부터이나 사회지표 개발이 본격적으로 시도된 것은 1970년대 들어서면서부터이다. 국제연합 사회개발연구소(United Nations Research Institute on Social Development: UNRISD)는 개발도상국의 생활수준을 계측하기 위한 지표체계를 만들었다. 이는 영역과 지표 등 2단계 구조로 만들어져 있는데, 7개 영역(영양, 주거, 건강, 교육, 여가, 안전, 환경)의 20개 지표로 구성되어 있다.

이렇게 간단한 형태를 취한 것은 개발도상국에서 나온 자료가 갖는 가용성과 비교 가능성을 고려한 것이라 하겠다. 즉, 사회지표가 갖는 이론적 성격보다는 개발도상국의 통계자료의 실정과 현실을 더 감안하였기 때문이다. 그렇지만 국제기관 중에서는 가장 먼저 사회지표의 체계화를 시도했다는데 의의가 크다.

그 이후 국제연합 사회개발연구소는 사회지표 자체를 발전시키기보다는 개발도상국 발전지표와 관련된 자료들을 축적하는 데이터 뱅크를 설립하는 데에 역점을 두었다. 그러나 이 데이터 뱅크에 있는 모든 통계자료를 사회지표로 보기는 어려우며, 이러한 통계가 과연 개발도상국의 발전상태를 객관적으로 측정할 수 있는가에 대하여 상당한 논란이 있었다.

객관적인 사회지표의 체계를 갖추게 된 것은 국제연합이 1975년에 발간한 「사회인구통계 시스템의 방향(Towards a System of Social and Demographic Statistics)」이라는 보고서인데, 이후 사회지표 작성의 지침서가 되었다. 이 보고서에서 제시한 복지지표는 11개 부문(① 인구의 규모, 구조, 출생, 사망, 이동, ② 가족형성, 가족, 가구, ③ 사회적 계층과 이동, ④ 소득분포, 소비, 자산형성, ⑤ 주거, ⑥ 시간배분 및 여가, ⑦ 사회보장과 복지서비스, ⑧ 교육, ⑨ 경제활

동, 고용 서비스, ⑩ 보건, 의료서비스, ⑪ 질서, 공안서비스)이었다. 그러나 이러한 지표체계는 포괄적이어서 어떤 사회에서도 이용될 수 있는 장점이 있는 반면에, 이상적인 방향을 나타내는 규범적인 것이 아니었기 때문에 사회적 가치나 목표를 나타내는 주관적 지표는 제외되었다.

한편, 국제연합(UN)은 1975년을 '세계여성의 해'로 선포하고 1975년부터 1985년까지를 '유엔 여성 10년'으로 설정하였다. 1985년 나이로비에서 개최된 제3차 세계여성회의에서 국제연합 사무국 통계부에서 172개국의 여성의 상태를 비교하기 위한 39가지의 지표를 제시하였다. 그 이후 UN(1995)이 발간한 「세계여성 1970～'90(The World's Women: 1970～'90)」에서는 인구성장·분포와 환경, 가족, 건강, 교육과 훈련, 권력과 영향력 등을 중심으로 한 여성 사회지표를 제시하였다.

그리고 UNDP(1995)의 「인간개발보고서(Human Development Report)」는 인간개발의 범주를 구성하는 4대 원칙으로 ① 노동과정에 참여할 수 있는 생산성, ② 경제적·정치적 참여기회에 대한 형평성, ③ 물적·인적·환경적 자원의 세대간 지속성, ④ 신의 삶의 방향을 결정하는 권리의 획득 등을 설정하고, UN회원국을 대상으로 인간개발에 대한 성취도를 평가하는 인간개발지수(Human Development & Index: HDI)를 추정하였는데, 성 평등의 진전, 성 불평등의 측정, 여성의 일의 가치화 등을 강조하였다. 특히, 남녀평등지수(GDI), 남녀권한척도(GEM), 교육에서의 성 불평등 정도, 경제활동에서의 성 불평등 정도, 정치참여 등은 여성의 현재 지위를 나타내주는 것으로 의미가 있다. 그리고 UNCSD는 1996년 사회, 경제, 환경, 제도의 네 가지 영역에서 '의제 21(agenda 21)'의 주요 분야를 포괄하는 132개의 지속가능발전지표를 제시한 바 있다.

2003년에는 UN아태경제사회위원회(UNESCAP)에서 성 지표(Gender Indicators)라는 「성인지 지표 분석틀」을 발간하였다. 이 보고서는 1994년에 나온 「아태지역여성통계일람표(The Statistical Compendium on Women in Asia and the Pacific)」와 1999년에 발간된 「아태지역여성통계(Statistics on Women in Asia and the Pacific)」를 반영하였다.

이러한 성인지 지표의 분석틀은 여성의 삶의 질을 향상시키고 양성평등을 촉

진하기 위해서 점차 강조되고 있다. 지표의 분석틀은 12가지의 주요 관심분야[주1]와 제도적 조치 및 재정적 조치로 구성되어 있다. 각 주요 관심분야에는 전략적 목표가 설정이 되어 있는데, 여기에서 지표는 여성의 복지와 성 평등 목표 달성을 위한 방향성 제시와 효과적인 국가 시스템을 구축하는 길잡이가 된다.

이렇게 UN의 젠더(gender) 통계 및 지표는 모두 성 평등이라는 목적의식을 가지고 정책적으로 접근하려는 특징이 있다. 또한 성 분리 통계가 이루어지고 있어 성별 비교가 가능하다는 점과 국가간 비교도 용이하다는 점을 특징으로 가지고 있다. 국제연합(UN)의 지표관련 다양한 간행물들은 대상이 전 세계라는 것, 그리고 하나의 기준을 마련한다는 것에 큰 의미가 있다. 기본적인 지표의 틀을 제공하면서, 그 지표는 정책을 형성하기 위한 하나의 바탕임을 제시하고 한국에서의 양성평등지표가 양성평등이라는 정책적 목적을 보다 세부적으로 분류할 수 있도록 해 주었다(문유경 외, 2005).

나. OECD

OECD 회원국 대표들은 1973년 「OECD 제국의 공통적인 사회적 관심영역」이라는 보고서를 발간하였다. 여기에서 '사회적 관심'이란 단순한 수단이나 간접적인 의미를 가지는 것이 아니라 사회복지에 기본적이며 직접적인 중요성이 있으며, 실증적으로 정의할 수 있는 열망 또는 복지를 관심영역으로 정하고 있다. 이 지표체계는 8개 관심분야,[주2] 15개 영역, 24개 지표로 구성되었는데, 1982년에 개편되어 지표수만 33개로 증가되었다.

이상에서 UN의 사회·인구통계 및 OECD의 사회적 관심체계에 대하여 살펴보았는데, 포괄하고 있는 영역의 범위가 상이함을 알 수 있다. 영역의 포괄성이라는 측면에서는 UN의 사회·인구통계가, 주관적 지표와 객관적 지표를 통합하고 있다는 측면에서는 OECD체계가 상대적 우위성이 있다고 할 수 있다.

주1) 12개 주요 관심분야는 여성과 빈곤, 여성의 교육과 훈련, 여성과 건강, 여성에 대한 폭력, 여성과 무력분쟁, 여성과 경제, 권력 및 의사결과 여성 등임.

주2) 8개 관심분야는 건강, 교육과 학습, 고용 및 근로생활의 질, 시간과 여가, 재화와 서비스의 지배력, 물적 환경, 사회적 환경, 개인의 안전 등임.

다. 미국

미국은 1969년 「사회보고서(Social Report)」에서 처음으로 사회지표를 작성하였다. 이 보고서는 사회지표에 대한 최초 보고서라고 할 수 있는데, 이후의 이 분야 연구에 많은 참고가 되었다. 이 지표체계는 ① 건강과 질병, ② 사회이동성, ③ 물리적 환경, ④ 소득과 빈곤, ⑤ 공공질서와 안전, ⑥ 과학, 교육, 예술, ⑦ 참여와 소외 등의 7개 영역으로 구분하고, 각 영역의 실태를 가용자료를 이용해서 계량적으로 제시하며 그 추세와 문제점을 평가하였다.

이 사회지표는 이후 몇 차례 개정이 이루어져 1980년에 「사회지표 III(Social Indicators Ⅲ)」으로 발표되었다. 이 사회지표 체계의 특징은 관심영역의 포괄성과 주관적 지표의 통합이라고 할 수 있다. 이 사회지표의 체계는 11개 부문[주3)]과 58개 세부관심영역으로 구성되어 있다. 그러나 1980년에 사회지표 체계가 발표된 이후 사회지표에 대한 국가수준의 보고서 발간은 중단되었다.

미국의 경우, 국가차원의 사회지표체계 작성은 중단하였으나 지역별 사회지표의 작성은 활발하게 이루어지고 있다. 한 예로 플로리다 주 잭슨빌 시에서는 시의 사회발전을 측정하고 시의 정책결정이나 계획수립에 유용한 자료로 활용하기 위한 목적으로 지표를 개발하였다. 잭슨빌 시는 1985년에 비영리민간단체인 지역협의회법인이 상공회의소와 시 정부의 협력을 얻어 사회지표 체계를 개발하여 매년 보고서를 발간하고 있는데, 1991년에 지표체계를 개정하였다. 잭슨빌 시의 지표체계는 10개 영역(경제환경, 공공안전, 건강, 교육, 자연환경, 교통, 행정, 사회환경, 문화, 여가 등)으로 구성되었는데, 2000년대의 분야별 목표 지표를 제시한 것이 특징이다. 미국에서는 복지지표와 관련하여 여러 가지 연구가 다양하게 진행되어 왔다. 그러나 대부분의 연구들은 건강, 교육, 취업, 주거, 여가, 소득 등을 중시하며, 복지의 객관적 측면뿐만 아니라 주관적 측면도 함께 중시하고 있다(문유경 외, 2005).

주3) 11개 부문은 인구 및 가족, 건강과 영양, 주거와 환경, 교통, 공안, 교육과 훈련, 사회 참여, 문화·여가·시간이용, 노동, 사회보장과 복지, 소득과 생산성 등임.

라. 영국

영국의 사회복지정책 평가 지표는 OECD의 사회지표 체계를 수용하여 1971년부터 통계청에서 '사회의 경향(Social Trends)'이라는 보고서를 발간하고 있다. 지표를 개발한 목적은 사회의 현재 상태와 그 변화를 파악하여 정책결정이나 공공토의를 위한 참고자료로 이용하기 위한 것이다.

영국의 복지지표 체계는 13개 부문(인구, 가구와 가족, 교육, 고용, 수입과 재산, 지출과 자원, 보건과 개인 사회 서비스, 주택, 환경, 여가, 사회참여, 범죄와 법 집행, 교통 등)의 58개 세부 관심영역으로 구성되어 있는 포괄적 체계이다. 이처럼 영국 사회지표 체계에 담고 있는 많은 지표들은 영국이 처한 심각한 사회문제인 지역간 갈등, 이혼, 실업 등의 문제를 반영하고 있다. 또한 사회보고(social reporting)의 기능을 강조하여 사회현상과 변화되는 환경에 대한 논의까지를 포함하고 있다.

마. 일본

일본은 총무청 통계국에서 '사회생활통계지표(Social Indicators by Prefecture)'를 지역별로 작성하여 발표한다. 국제연합의 '사회인구통계 체계'를 수용하여 1976년에 도도부현 자료를 중심으로 시작하였으며, 1981년에 시구정촌으로 확대하였다. 이 사회생활통계지표는 13개 부문주4)으로 구성되어 있는데, 이 지표의 특징은 지역비교가 가능한 지표 및 통계를 제시하고 있다는 점이다.

이와는 별도로 국민생활심의회에서는 1986년에 '국민생활지표(NSI)'를 발표하였다. 그 후 국민생활심의회의 국민생활지표를 대폭 개편한 것이 경제기획청 국민생활국의 '신국민생활지표(PLI; People's Life Indicators)'이다. 본 지표는 생활지표로서의 활동영역지표와 구조변화지표로 구성되어 있다. 활동영역은 8개 영역(주거, 소비, 노동, 양육, 건강, 여가, 교육, 교제 등)으로 구성되고, 구조변화지표는 5개 영역(고령화, 국제화, 집중화, 정보·서비스화, 그린화 등)으로 되

주4) 13개 부문은 자연환경, 인구·세대, 경제기반, 재정, 학교교육, 노동, 가계, 사회교육·문화·스포츠, 거주환경, 사회보장, 건강·의료, 안전, 생활시간의 배분 등임.

어 있다. 신국민생활지표는 개인생활의 활동을 중심으로 하여 개인의 생활을 둘러싸고 있는 사회구조의 변화를 파악하는 특징을 지닌다.

바. 탈상품화 지표

Esping-Andersen(1990)은 복지국가들이 갖고 있는 프로그램들 가운데 국민연금, 질병보험, 실업보험 등 세 개 프로그램의 탈상품화 효과의 정도를 사회복지 발달의 기준으로 보았다. 여기서 탈상품화(de-commodification)란 개인의 복지가 시장에 의존하지 않고도 이루어질 수 있는 것으로, 즉, 인간(노동)의 상품화를 전제하는 자기 조절적 시장경제체제의 허구로부터 사회자체를 보호하는 사회복지 기제를 말한다.

그는 탈상품화 지표를 만들기 위하여 다음의 5가지 변수들을 측정하였다. 첫째, 최저급여액의 평균 근로자임금에 대한 비율, 둘째, 평균급여액의 평균 근로자임금에 대한 비율(replacement rate), 셋째, 급여를 받을 수 있는 자격조건(기여년수), 넷째, 전체 프로그램 재원에서 수급자가 지불하는 비율, 다섯째, 실제 수급을 받는 사람들의 비율 등이다.

2. 국내 연구

우리나라의 사회지표와 지표관련 기존의 선행연구들을 중심으로 살펴본다. 우선 현재 발간되고 있는 우리나라의 사회지표는 1978년 정부에 의해서 '사회지표시안'이 마련되었으며, 1979년부터 '한국의 사회지표'라는 이름 아래 매년 통계청에서 공표되고 있다.

한국의 사회지표는 그 체계가 유형상 국제연합의 사회인구통계 체계모형을 따르고 있어 양자의 지표영역구분이 매우 유사하다. 1997년에는 현실생활에 대한 국민의 만족도를 파악하기 위한 주관적 지표를 사회지표 속에 포함시키기 위하여 1997년 사회통계조사(Social Statistics Survey)를 처음으로 실시하였으며, 그 후 통계청 조사통계국에 의해서 매년 실시되고 있다. 이때 연도에 따라서 2~3개 부문에 역점을 두어 국민의 주관적 의식을 측정하기 위한 항목들을 조

사하고 있으며, 사회지표의 개발은 특수지표의 개발에 자극을 주었다.

국내의 지표개발과 관련된 주요 선행연구들을 살펴보면 다음과 같이 요약된다. 먼저 정규현(1994)은 삶의 질 지표구성을 위한 전문가 의견조사를 통해 삶의 질이 소득, 환경, 복지 등 세 부문으로 구성된다고 설정하고, 12개 하위지표를 분석하였다.

중앙일보사(1995)의 연구에서는 '살맛나는 도시' 만들기를 주창하며 전국 74개 도시에 대해 ① 건강한 생활, ② 안전한 생활, ③ 교육·복지, ④ 경제생활, ⑤ 편리한 생활, ⑥ 문화생활 등 6개 분야, 36개 지표를 분석하였다. 이 연구에서는 이들 지표의 분포와 함께 항목별 중요도(가중치)와 주관적 만족도를 감안하여, 전체적인 생활여건으로서 전국 74개 도시의 순위를 선정하는데 중점을 두었다.

한국보건사회연구원(1996)은 "한국인의 삶의 질: 현황과 정책과제"에서 삶의 질을 구성하는 관심영역 및 관련 사회지표를 선정하고, 이에 의한 삶의 질 측정을 시도하였다. 그리고 세계 174개국의 통계자료를 수집·분석하여 부문별 및 전 부문 종합지수를 산출하였고, 이를 비교함으로써 우리의 삶의 질 현 주소를 파악하였다. 여기서 삶의 질의 개념은 "개인 및 인구집단이 향유하는 물리적, 비 물리적 가치의 총화"로 정의되었다. 그리고 삶의 질을 보건·의료 부문, 경제부문, 교육 부문, 문화·정보 부문 등 4개 부문으로 구분하여 살펴보았으며, '삶의 질'의 국제비교를 제시하였다.

하혜수(1996)는 지방정부에서 제공하는 6개 부문의 서비스 대상과 6개 분야로 규정한 서비스 수준을 결합하여 삶의 질 구성요소를 10개 부문 34개 객관적 변수로 세분화하고, 43개 도시의 삶의 질과 도시경쟁력 지수를 추정, 지방정부의 정책 산출 수준을 평가하였다. 이현송(1997)은 보건, 교육, 노동, 문화 및 정보, 형평 등 삶의 질의 5대 요인을 추출하여 우리나라와 OECD 국가들을 비교하였다. 국민생활심의회의 2001년 '도시의 삶의 질에 관한 연구'는 35개 지표를 사용하여 1995년과 1998년 사이 우리나라 72개 도시의 평균적 삶의 질 수준과 도시 간 삶의 질의 격차를 분석하였다(이광희, 2003).

한 분야에 대한 보다 심층적인 분석을 통해서 정책을 마련하기 위해서는 그

분야에 대한 지표를 개발하고 현 상태를 측정하여 반영하는 것이 필수적이다. 따라서 지표와 관련한 최근의 우리나라 연구들은 청소년, 아동, 인적자원개발, 복지분야 등 특정 부문의 지표와 지역통계 및 지표로 세분화되는 경향을 보이고 있다. 특히, 이와 같은 세부부문 지표로는 서문희 외(2003)의 '아동권리지표 개발에 관한 연구', 김해동 외(2001)의 '인적자원개발지표 및 지수' 연구, 한국교육개발원(2001)의 '유아교육 지표 개발', 여성부 편(2002)의 '인적자원개발에 관한 성인지적 지표생산방안 연구', 그리고 유네스코한국위원회(1998)의 '청소년 관련 지표 연구' 등이 있다.

지역을 중심으로 각 부문의 지표 및 통계를 설계한 것으로는 부산여성정책개발센터(2001)의 '부산지역 여성노인복지 지표'(부산여성정책동향, 2001 겨울), 통계청(2002)의 '시·군 100대 지표', 개별 지자체에서 발행하는 '통계연보' 등이 있다. 또한 최근 인천지역을 대상으로 '사회복지발전지표'를 개발하고 '복지발전수준'을 측정한 연구가 김승권 외(2005)에 의하여 실시되었다. 동 연구는 13개 대분야[주5], 47개 소분야, 351개의 개별지표로 구성하였으며, 인천광역시의 복지발전수준을 100점 만점에 65.8점으로 제시하였다. 그리고 대분야, 소분야, 지표의 복지수준 측정결과에 따라 우선 추진정책을 제안함으로써 인천광역시의 복지수준 향상을 위한 문제점 해소 및 향후 정책방향을 설정하였다.

한편, 사회복지정책의 공급과 수요와의 관계에서 수요영역의 측정지표들을 살펴보면, 우선 류진석 외(2002) 등은 인구 대비 노령인구비율을 들고 있는데, 이는 노령화사회의 진전과 더불어 노인문제가 중용한 복지수요로 대두되었기 때문이다. 하혜수(1996)는 생활보호대상자비율, 박희봉·이희창(2001)은 저소득주민수, 그리고 류진석 외(2002)는 빈곤인구비율, 아동인구비율, 장애인등록자비율 등 사회소외계층의 비율을 사회복지수요를 측정하기 지표로 활용하였다. 하

주5) 13개 대분야는 민의 삶의 질에 직접적인 영향을 주며 동시에 사회복지와 간접적으로 관련을 갖는 기초분야와 사회복지수준에 직접적으로 영향을 주는 사회보장 및 사회복지서비스 분야로 크게 설정하고, 전자에는 인구·가구와 경제·고용·교육을, 후자에는 사회복지총괄, 사회보장, 노인복지, 장애인복지, 가족복지, 여성정책·복지, 아동·청소년복지, 보육, 보건·의료. 식품·위생 등임.

혜수(1996)는 사회복지수요를 측정하기 위한 지표로 범죄건수를 지적하고 있는데, 지역주민들의 생명과 재산을 위협하는 지역 내 범죄를 방지할 수 있는 지방정부의 조직화된 노력이 필요하다는 점에서(박희봉·이희창, 2001), 사회복지수요를 측정할 수 있는 측정지표로 선정하였다.

다음으로 사회복지정책의 공급영역 측정지표를 복지지출과 복지자원의 영역으로 구분하여 살펴보면 다음과 같다(류진석 외, 2002). 첫째, 복지지출 영역에서 류진석 외(2002), 조영훈(2001), 김상구 외(2000) 등 많은 선행연구들이 사회복지예산 및 비율을 측정지표로 들고 있다. 그러나 여기서 일반적으로 사회복지공급은 지방정부의 총예산 중에서 사회보장비를 의미하기도 하고, 때로는 광의의 사회복지공급 산출을 위해, 전체예산 중 사회개발비 비율과 주민 1인당 사회개발비를 사회복지 공급수준을 측정하기 위한 측정지표로 삼기도 한다. 특히, 주민 1인당 사회개발비를 측정지표로 선정하는 것은 각 시군의 사회개발비의 규모가 크다고 하더라도 실질적으로 주민에게 배분되는 규모가 작다면 복지수준이 높다고 하기 어렵기 때문일 것이다. 둘째, 류진석 외(2002), 박희봉·이희창(2001), 홍준현(1999, 2001) 등은 사회복지시설 수를 사회복지 공급수준을 측정하기 위한 지표로 들고 있다. 셋째, 종합병원, 개인병원, 한방병원, 보건소 등의 의료기관을 포함한 의료시설종사자 수는 서비스의 발전정도를 나타내는 지표로 널리 사용되었다(홍준현, 1999). 마지막으로 홍준현(1999), 박희봉·이희창(2001) 등은 도시공원 면적을 복지공급지표로 들고 있는데, 공원은 지역주민의 건강한 생활과 여가활용을 위한 중요한 자원이라고 할 수 있기 때문이다(Bangs, Hong, & Nelson, 1993).

그러나 이상의 사회복지정책 관련 지표개발 연구들을 보면, 사회복지에 대한 이론적 근거가 희박하다는 점과 사회적 합의에 따른 가치 개념이 배제되어 있다는 한계를 드러내고 있음은 분명하다.

제 3 절 사회복지정책 평가의 이론 및 선행연구의 시사점

사회복지정책 평가를 객관적으로 하기는 쉽지 않다. 그나마 복지지표를 만들어 평가한다는 것은 그래도 나름대로 의미가 있다고 할 수 있다. 다만 기존연구들을 보면 몇 가지 한계를 발견할 수 있는데, 이를 정리하면서 본 장(章)의 시사점을 제시한다.

1. 평가 개념틀의 정립 필요

사회복지지표의 개발을 위해서는 먼저 사회복지 전체를 조망하고 분석할 수 있는 개념틀의 정립이 필요함에도 불구하고 개념틀의 정립이 잘 되지 않고 있음을 알 수 있다. 이러한 일정한 틀(framework)을 설정하지 않고서는 특정한 상황에서 요구되는 지표의 유형을 일관성 있게 확인하기 어려우며, 개념적으로 구분되는 상이한 복지지표들을 타당성 있게 구분해 내기는 사실상 어렵다.

일반적으로 지표개발을 위한 준거틀의 필요성을 다음과 같이 제시할 수 있다. 첫째, 어떤 지표든지 지표는 실증적 자료를 근거로 만들어지기 때문에 이 지표들은 포괄적인 사회이론이나 다른 체계적 개념틀에 근거하지 못하는 단점이 있다. 왜냐하면, 그러한 지표들은 전체적인 사회복지의 기능을 거시적인 관점에서 보지 못하기 때문이다. 따라서 지표가 이론적 준거모형에 근거하여 산출된다면, 그 지표의 가치가 한층 높아질 뿐만 아니라, 의미 있는 지식을 제공해 줄 수 있는 것이다. 둘째, 여러 영역에서 사회복지의 발전을 알려주는 지표들이 추출되었다 할지라도, 그 지표들 간에 어떤 인과관계가 있는가를 밝혀주지는 못한다. 그러나 지표가 이론에 근거하여 만들어질 때는 목표달성을 위한 과업의 진행 상태를 알려준다거나 그 과업의 진행과정에 영향을 미치는 새로운 요인에 관한 정보를 제공해 줄 수 있다. 셋째, 어떤 지표에서 지수를 산출함으로써 사회복지의 각 영역, 또는 부문의 위치를 알 수 있는 이점이 있으나, 이를 통해 그것들을 통합시키거나, 어떤 일반적 원리를 발견하기는 어렵다. 즉, 부분별 접근은 사회복지의 목표, 구조, 기능을 복합적으로 분석하고 정의하는 데는

적합하지 않은 것이다. 그러나 사회복지의 목표에 따른 이론이나 개념모형에 근거하여 사회복지지표가 만들어진다면, 이를 통해서 사회복지제도의 중요단계나 영역의 발전을 확인하고, 각 영역이나 부분간의 관계, 목표와 수단 간의 관계 등을 알 수 있다.

따라서 체계화된 복지지표를 개발하기 위해서는 이론적 접근을 토대로 사회복지를 종합적이고 포괄적으로 분석할 수 있는 개념모형의 설정이 반드시 필요하다고 하겠다. 그리고 이를 위해서는 기존 관련지표들을 잘 활용하는 게 우선 필요하다. 복지지표로 이용할 수 있는 관련 지표로는 삶의 질 지표, 사회지표, 생활수준지표, 기본생활수요지표, 의식조사지표 등을 들 수 있다.

삶의 질 지표는 일상생활의 질을 파악하는 것으로 여기서 '질'이란 개념은 특정한 가치 판단과 결합되어 어떤 사물의 합목적성을 표현하는 규범적 개념으로 사용되고 있다. 따라서 삶의 질 지표란 '살아가는 일이 더 좋아지거나 나빠지는 상태'를 파악하는 것이라 할 수 있다(이재기 외, 1998).

사회지표는 삶의 질에 영향을 미치는 요인들의 양적 수준을 파악하기 위한 객관적 지표가 주류를 이루고 있다. 사회지표의 작성목적은 사회적 상태를 총체적이고 집약적으로 나타내는데 있다. 사회지표의 예로서는 통계청의 「한국의 사회지표」를 들 수 있다.

생활수준지표는 삶에 직접 영향을 미치는 주요 요소들에 관심을 두는 소규모의 지표체계라고 할 수 있다. 즉, 생활수준지표는 축소된 형태의 사회지표라고 할 수 있다. 그러나 생활수준지표는 객관적 지표 위주이기 때문에 국민의 정신적 행복과 만족감을 제대로 반영할 수 없다는 한계가 있다.

기본생활수요지표는 삶의 일반적인 수요보다는 인간의 일상생활에 필수 불가결한 기초수요에 관심을 둔다. 본 지표는 대다수 개발도상국가들의 경우 관련 통계생산의 기반이 대단히 열악하다는 현실을 감안하여 만든 축약된 형태의 사회지표라고 할 수 있다.

의식조사지표는 삶의 질에 영향을 미치는 요인들에 대한 주관적 만족도를 측정하는 지표이다. 의식조사지표는 지역 주민의 상이한 개인적 특성, 사회·경제적 계층, 그리고 상이한 삶의 질에 대한 욕구와 태도를 지역정책에 반영할 수

있다는 점에서 중요한 의미를 가진다(박대식·최경환, 2002a).

이러한 관련 지표들을 잘 검토한 후, 개념모형을 설정하기 위해서는 본격적인 정책평가를 행하기에 앞서서 가장 일반적이고 효과적으로 쓰이는 접근방법을 선택하는 것이 중요하다. 접근방법 가운데 가장 일반적으로 활용할 수 있는 방법으로 체계분석적 접근방법을 들 수 있다. 체계분석적 접근방법은 체계를 구성하고 있는 각 하위체계간의 상호관련성과 상호작용을 규명하고, 체계가 놓여있는 환경과의 상호관련성과 상호작용을 분석하려는 접근방법이다. 체계는 환경으로부터 투입요인을 받아들이고, 그것을 산출로 전환시켜 체계자체의 유지와 성장을 꾀하고 환경에 산출을 배출하는 과정을 지속하는 것으로서, 체계접근은 이러한 체계요소간의 상호관련성을 포괄적이고, 총체적이며, 역동적으로 파악하려는 것이다.

이러한 체계분석적 접근방법을 기반으로 하여 바람직한 사회복지정책 평가지표체계의 구성을 정리하자면 다음 <표 2-2>와 같다. 여기서 객관적 지표는 앞에서 언급한대로 주로 효율성 개념을 토대로 하며, 반면에 주관적 지표는 대응성 개념을 반영하는 것이다. 그리고 체계분석의 전체 과정과 관련하여 '환경과 투입(environment and inputs)—과정(conversion process)—산출과 환경(outputs and environment)' 이라는 체계 전반적인 역동성을 토대로 하여 지표체계를 구성하고자 한 것이다.

이 모형에서 투입, 과정, 산출의 각 요소에 포함된 변인은 다음과 같다.

첫째, 투입요인과 관련한 평가지표로는 두 가지를 들 수 있다. ① 사회복지자원으로서, 사회복지를 위해 투입되는 인력과 재원 등 눈에 보이는 자원인데, 사회복지분야에 투입되는 국가예산, 전문인력의 수, 보건 및 사회복지시설, 기관의 수, 사회복지대상자 등이며, ② 사회복지 의식으로 사회가 사회복지에 어느 정도의 자원을 투입하려 하며, 투입되는 자원에 대해 어떻게 인식하는가, 그리고 사회복지에 대해 얼마만큼의 열망을 갖는지 등을 포함한다. 이러한 변인들에 대한 지표는 국방, 경제 등 다른 국가사업에 비해 사회복지가 제도로서 어떤 위치를 점하는가를 보여주며, 또 사회복지의식은 사회복지에 어느 정도의 자원이 투입되는가에 영향을 미치게 된다.

둘째, 과정요소는 사회복지체계 내에서 사회복지자원이 어떻게 배분되는가를 보여주는 것으로 투입요소의 영향을 많이 받는다. 과정요소와 관련한 정책평가 지표로는 정책분석과 관련된 대안평가 기준이 해당될 것이며, 객관적 평가지표에는 효율성을 기반으로 하는 비용편익비(cost-benefit ratio)가 주요한 척도가 될 것이고, 주관적 지표로서는 앞에서 성과지표와 관련한 기대성(소망성)에 대한 평가기준들이 여기에 해당된다.

셋째, 산출요소는 사회복지정책의 집행이라는 측면과 집행된 결과, 그리고 사회적인 영향 등을 포괄하는 가장 핵심적인 정책평가의 과정이다. 사회복지체계에서 산출된 정책이 초래한 여러 효과와 그러한 효과를 받아들이는 사회의 요구가 어느 정도 일치하는가를 나타내 주는 지표들이 포함되는 것으로서 간접적 소득재분배의 효과와 최저생활보장, 사회안전망 완비, 보편적 사회복지 프로그램 확충 등의 객관적 지표들과 함께, 앞에서 언급한 일반적 정책평가지표 등인 대응성과 만족도가 해당된다.

〈표 2-2〉 사회복지정책 평가지표 체계의 구성

지표 / 체계(system)	객관적 지표	주관적 지표
환경과 투입 (environment and inputs)	• 정부투입 사회복지재정(예산) • 사회복지전문인력 현황 • 보건 및 복지시설·기관 현황 • 복지대상자 현황 • 자원봉사자 현황	• 주민참여 열망성
과정 (conversion process)	• 비용편익비 • 효율성	• 기대성(소망성)
산출과 환경 (outputs and environment)	• 사회안전망 완비 • 최저생활보장 • 보편적 프로그램 확충 • 소득재분배 효과	• 만족도 • 대응성

2. 사회복지정책의 구성요소 분석 필요

사회복지지표를 개발하기 위한 이론적 모형의 첫 번째 단계는 사회복지정책

의 구성요소를 분석하는 것이다. 복지국가유형론을 저술한 Furniss와 Tilton이 분류한 사회보험 프로그램(social insurance program), 자산평가 프로그램(means-test program), 그리고 보편적 프로그램(universal program)의 분류가 사회복지정책을 분류하는 데에 일반화된 분류방법이다(Furniss & Tilton, 1977).

첫째, 사회보험 프로그램에는 갹출에 근거한 서비스를 원칙으로 하는 것으로서, 우리의 현실적인 제도로서는 연금보험, 의료보험, 산업재해보상보험, 실업보험 등 4대 사회보험이 해당된다.

둘째, 자산평가 프로그램이란 개인의 소득이 미리 정하여진 최저생활수준(national minimum)에 달하지 않는 경우에 그 차이를 메워서 최저생활을 보장하기 위한 것이다. 이것을 수급하기 위해 어느 정도 부족한가, 즉, 어느 정도 보충하여 채워주면 좋겠는가를 조사할 필요가 있다. 이를 위하여 개별사례마다 자산평가를 실시하는 것으로, 현재 우리나라에서 실시하는 국민기초생활보장법에 의한 서비스가 대표적인 것이다.

셋째, 보편적 프로그램은 기본적으로 무갹출이므로, 조세로 그 재원을 조달하며, 부족한 부분에 대하여는 수익자부담 원칙이 적용되는 분야이다. 복지선진국에서는 일정한 범주에 속하는 사람에게는 권리로서 급부를 제공하는 제도로서, 수당제도라고 할 수 있다. 따라서 복지국가의 정책 중에서는 비교적 발달한 2세대 정책이라고 할 수 있다. 그러나 미국과 우리나라에는 아직 보편적인 수당제도가 확립되어 있지 않다.

3. 사업평가의 특성 고려

일찍이 European Commission(1997)은 쉽게 정의하기 어려운 사업평가의 다양한 측면을 고려하여 다음과 같이 사업평가의 주요 특성을 설명하고 있는데, 이러한 점들을 반드시 고려할 필요가 있다.

첫째, 사업평가는 분석적(analytical)이어야 한다. 즉, 사업평가를 위해서는 일반적으로 인정된 연구기법을 사용해야 한다. 둘째, 사업평가는 체계적(systematic)이어야 한다. 사업평가는 엄밀한 계획 하에 선택된 연구기법을 일관

되게 적용해야 한다. 셋째, 사업평가는 신뢰성(reliability)을 가져야 한다. 다른 평가자가 동일한 자료에 동일한 연구기법을 적용할 경우 동일한 사업평가 결과가 도출될 수 있어야 한다. 넷째, 사업평가는 쟁점중심(issue-oriented)으로 진행되어야 한다. 사업평가는 사업의 적절성·효율성·효과성 등 사업과 관련된 중요한 쟁점들을 다루어야 한다. 다섯째, 사업평가는 수요자의 요구에 부합해야 한다. 주어진 정치적 환경, 사업의 제약요인, 그리고 가용자원의 범위 내에서 정책결정자에게 유용한 정보를 줄 수 있도록 사업평가를 설계하고 실시해야 한다.

4. 사회복지정책 평가의 특성에 대한 이해

다음과 같은 독특한 사회복지정책 평가의 특징을 이해해야 좋은 평가를 할 수 있다.

첫째, 사회복지정책은 본질적으로 정치적이다. 왜냐하면, 사회문제의 해결에 있어서 본질적인 대립을 기본으로 하기 때문이다. 즉, 비용과 편익 중 무엇이 고려되어야 하는가? 경제성장 중심이냐, 아니면 재분배정책이냐? 그리고 사회복지서비스를 위하여 어느 정도 규모의 재정지출을 할당할 것이냐에 대하여는 시민사회의 성숙도, 사회운동, 노동운동 등의 전개에 이르는 다양한 조건들과 연계되기 때문이다.

둘째, 사회복지정책의 결과와 효과가 장기적으로 나타나는 성격을 갖는다. 사회복지정책의 많은 문제들은 정책이 제정된 후 집행과정에서 발생하며, 대부분 정부의 사회복지정책에 대한 평가는 엄청난 예산이 투입된 활동들의 결과와 효과가 주로 인간의 삶의 질과 직결하여 제공된 것이기 때문에 장기적으로 나타나는 성격을 갖고 있다. 따라서 단기간에 정책의 결과와 효과를 정확히 측정할 수 없으며, 또한 국민들에게 당장 알려지지 않는 성격이 있음을 간과해서는 안 된다.

셋째, 사회복지정책 평가에서 중요한 것은 대상집단을 확인하는 것과 비대상집단에 대한 정책효과를 확인하는 것이다. 부수효과들은 편익이나 비용 중에서 하나가 될 것이다. 따라서 교환조건(trade-off)의 가치들 중에서 그래도 가장 바

람직한 효과를 낼 수 있는 것이 결정되어져야 할 것이다.

넷째, 사회복지정책 산출을 사회복지정책 영향과 혼돈하지 말아야 한다. 정부 활동의 측면, 즉, 정책 공급자의 측면에서 편익을 측정하여서는 안 되며, 정책이 개인, 집단, 사회에 초래한 변화의 측면에서 정책의 영향을 식별해 낼 수 있어야 한다.

다섯째, 사회복지정책에 대한 평가는 대체로 양적인 측면뿐만 아니라 질적인 측면까지 매우 광범위한 영역을 평가해야 하는 장기적 연구를 요함을 명심해야 한다.

여섯째, 사회복지정책 평가에서 직면하는 가장 큰 어려움 중의 하나는 비용 대 편익의 크기를 측정하는 일이다. 예를 들면, 비용은 당연히 금액으로 측정되지만, 교육이나 건강, 자존심의 가치와 정신적 측면을 어떻게 비용으로 환산할 수 있을 것인가가 사회복지정책 평가에서 가장 큰 과제라고 할 수 있다.

5. 사회복지정책 평가지표 체계의 신뢰성과 타당성

사회복지정책 평가지표 체계의 문제는 연구자의 주관성 측면에서 벗어나고 있지 못하다는 점이다. 즉, 신뢰성과 타당성 확보에 성공하려면 다음과 같은 점에 유의해야 한다.

첫째, 사회복지정책 평가에 대한 신뢰성과 타당성 확보의 출발점은 객관적 지표를 중점적으로 활용함으로써 해결할 수 있다. 왜냐하면 객관적 지표에서 산출항목의 점수가 높게 나왔다면, 주관적 지표에서 산출항목의 점수도 높게 나와야 할 것으로 생각된다. 이 점을 통하여 나름대로 신뢰성을 구축할 수 있을 것이다.

둘째, 전문가 델파이를 통하여 평가 지표체계의 타당성을 추구할 수 있다. 그러나 델파이가 문제를 해결하지 못하는 경우도 생각할 수 있다. 전문가들의 의견이 매우 다양하여서 조정하기 어려운 경우도 있는 것이다.

셋째, 사회복지정책을 평가하려면 무엇보다도 통합지표의 구성이 필요하다는 점을 강조하고자 한다. 하나의 사회복지제도가 있다면 그 출발은 그 제도의 목

표에 대한 파악이 필요하고, 또 그 목표에 따른 제도운영이 존재하게 된다. 다시 말해서, 사회복지제도를 평가하는 지표체계는 우선 제도의 목표를 전제하는 성과지표와 제도의 구조적 특징과 성숙을 말해주는 관리·운영지표를 모두 포함해야 한다. 그리고 거기에 덧붙여 사회복지제도의 하위 구성요소들 간이나 사회복지제도 전체와 하위 구성요소간의 유기적 관계를 보여주는 통합지표를 형성함으로써 정책과정에 활용하게 될 환류적 정보가 완성될 수 있게 하는 것이다.

제 3 장　국내·외 사회복지정책의 발전과 복지환경 변화

복지정책의 새로운 비전과 전략을 수립하기 위해서는 그 동안의 복지정책이 걸어온 길을 되돌아보고 향후 복지환경이 어떻게 변화될 것인가를 전망할 필요가 있다.

제 1 절　복지국가의 모형

제도적 측면에서 복지국가이기 위해서는 다음의 네 가지가 충족되어야 한다. 첫째, 복지가 국가정책의 중요한 원리이어야 하고, 둘째, 복지의 주체가 국가이어야 하며, 셋째, 복지의 수혜대상이 전체 국민이면서, 넷째, 복지의 완결성(completeness)이 확보되어야 한다(심익섭, 2005). 더군다나 복지국가이라 할지라도 개별국가에 따라 독특한 특성을 갖고 있어 다양한 복지국가 모형을 보이고 있다. 이를 정리한 대표적 학자들의 견해를 간략히 살펴본다.

1. 에스핑-엔더슨(Esping-Andersen)의 복지국가 모형

Esping-Andersen(1990)은 복지국가 유형을 자유주의 복지국가, 조합주의 복지국가, 사회민주주의 복지국가 등 세 가지로 구분하였다. 먼저 자유주의 복지국가는 개인에 대한 가족의 보호를 강조하고 국가의 개입을 최소화하는 특성을 가지며, 저소득층 및 요구호자 중심의 복지를 강조하는 유형으로 '영미형(앵글로색슨형)' 또는 '자유주의형'이라고 칭한다. 이에 속하는 대표적 국가로는 영국, 미국, 캐나다, 호주, 뉴질랜드 등이 있다. 조합주의 복지국가는 전술한 영미형에 비해 사회보험을 중요시하는 특성을 가지며, 피용자 중심의 사회보호를 강조하는 유형으로 '대륙형(유럽형)' 또는 '보수주의형'이라고 칭한다. 이에 속

하는 대표적 국가로는 프랑스, 독일, 오스트리아, 이태리 등이 있다. 마지막으로 사회민주주의 복지국가는 가족의 역할을 크게 사회화하는 특성을 가지며, 전체 국민을 대상으로 한 복지를 강조하는 유형으로 '북구형(스칸디나비아형)' 또는 '사민주의형'이라고 칭한다. 이에 속하는 대표적 국가로는 스웨덴, 노르웨이, 덴마크, 핀란드 등이 있다. 이와 같은 복지국가의 유형별 특성을 간략히 비교하면 다음 <표 3-1>과 같이 제시된다.

〈표 3-1〉 복지국가의 유형별 특성 비교

유형 / 특성	자유주의 복지국가	조합주의 복지국가	사회민주주의 복지국가
급여대상 (복지대상)	• 저소득층, 요구호자 중심	• 피용자 중심	• 전 국민 대상
급여의 종류 및 범위	• 극소화(공공부조 및 제한적 사회보험)	• 필요시 확대(공공부조·확대된 사회보험)	• 극대화(욕구에 따른 생활수준)
급여수준	• 최저생계비(국민적 최저수준)	• 계급과 지위에 따른 차이(국민적 최저수준 이상)	• 중간계급 생활수준
사회보험 운영체계 및 본인부담	• 분립적 운영체계 • 높은 본인부담	• 분립적 운영체계 • 높은 본인부담	• 통합적 운영체계 • 낮은 본인부담
복지의 재분배 기능	• 미약한 재분배	• 미약한 재분배	• 강력한 재분배
고용정책	• 약한 완전고용정책	• 약한 완전고용정책	• 강한 완전고용정책
복지급여에 대한 사회권으로의 인정	• 인정되나 빈자로서의 낙인이 따름	• 인정되나 중요시 하지 않음(빈자로서의 낙인 약함)	• 사회권으로 인식이 강하고 이를 중시함
복지급여의 근거로서 계층화	• 빈자와 부자로 계층화	• 직역간 계층화(직역간 소득차이로 실제로는 빈부계층화)	• 계층화가 특별히 나타나지 않음
시장, 가족, 사회의 역할비중	• 시장: 중심적 • 가족: 주변적 • 사회: 주변적	• 시장: 주변적 • 가족: 중심적 • 사회: 보조적	• 시장: 주변적 • 가족: 주변적 • 사회: 중심적
가족책임 수준과 가족복지서비스	• 강력한 가족책임 • 미약한 가족복지서비스	• 강력한 가족책임 • 미약한 가족복지서비스	• 미약한 가족책임 • 강력한 가족복지서비스
해당국가	• 영국, 미국, 캐나다, 호주, 뉴질랜드	• 프랑스, 독일, 오스트리아, 이태리	• 스웨덴, 노르웨이, 덴마크, 핀란드, 네덜란드

자료: Esping-Andersen, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity, 1990.

2. 미쉬라(Mishra)의 복지국가 모형

Mishra(1984)는 복지국가 위기의 해결책으로서 조합주의에 입각한 새로운 형태의 통합복지국가만이 혼합경제와 복지국가의 근본정신에 위배되지 않으면서 복지국가의 위기를 타개할 수 있는 진정한 대안이 될 수 있다고 주장하였다. 따라서 미쉬라는 <표 3-2>와 같이 조합주의 혹은 통합복지국가 모형을 제시하고 그것과 유사한 구조를 가진 다원주의 혹은 분화복지국가를 대조시킴으로서 통합주의의 특징을 설명하고 있다.

〈표 3-2〉 미쉬라의 복지국가 모형

유형 / 특성	분화복지국가	통합복지국가
지지자	• 케인즈, 베버리지	• 후기 케인즈주의자
해당국가	• 미국, 영국	• 오스트리아, 스웨덴, 서독, 네덜란드
경제영역	• 수요측면에서의 경제조절 • 수요의 창조나 억제를 위한 정부의 경제활동 활성화 조치(재정정책 및 금융정책)	• 수요측면과 공급측면(이윤, 투자, 임금수준, 인플레이션, 노동시장 조건 등)에서의 경제조절 • 광범위한 경제문제의 조절 및 합의 형성
사회복지영역	• 경제와 구별되는 상대적인 자율성 유지 • 경제와 관련하여 뚜렷한 연계를 거의 갖지 않는 국가의 사회적 서비스 제공	• 경제 및 경제정책으로부터 자율적인 영역으로 간주하지 않음 • 사회와 경제 간의 상호의존성과 상호관련성이 제도화됨 • 사회와 경제 간의 기능적 관계 및 상충관계는 정책결정에 정보를 제공
정치형태	• 이익집단 다원주의적 성격 • 정치형태 및 사회의 의사결정과정에서 자유경쟁 또는 시장모델적용 • 산업분야에서의 자유로운 집단 협상 방식을 선택 • 조직화된 집단, 정당 및 의회를 통한 분파적 이익의 추구 • 사회적 책임이 결여된 경제력 행상 • 의회주의적 정부형태 • 완전한 시민적 정치적 자유	• 중앙집권적 다원주의 성격 • 광범위한 경제 및 사회정책에 걸쳐 주요 이해집단의 대표와 최고조합들의 협상 • 경제집단의 상호 의존성이 인식되어 계층협력과 사회적 합의의 형태로 제도화됨 • 주요 경제집단에 사회적 책임존재 • 의회주의적 정부형태 • 완전한 시민적 및 정치적 자유

자료: Mishra(1984); 김상균(1992); 김승훈(2005) 재인용.

3. 퍼니스와 틸튼(Furniss & Tilton)의 복지국가 모형

Furniss & Tilton(1983)은 복지국가를 국가의 개인생활에 대한 개입이라는 측면에서 개입의 유형과 개입으로부터 도움을 받는 집단, 그리고 공공정책(public policy)의 경향에 따라 적극국가(the positive state), 사회보장국가(the social security state), 그리고 사회복지국가(the social welfare state)의 유형으로 나누어 이들의 특징을 고찰하고 있는데, 이러한 유형구분은 결국 역사적인 경험을 바탕으로 하여 이루어진 것이라 할 수 있다.

먼저 적극국가의 일차적인 목적은 경제성장을 위한 정부와 기업간의 제휴에 있다. 적극국가 정책의 근저에는 복지보다는 경제를 우선하는 생각이 지배하고 있다. 따라서 복지는 경제적 효율성에 저해되지 않은 범위 안에서만 시행된다. 정부는 높은 수준의 소비와 기업활동을 유지할 수 있도록 최소한의 완전 고용 정책을 시도한다. 이와 같이 적극국가는 기업과 법률적, 정치적 집단과의 공존적 관계를 유지하면서, 규제되지 않은 시장이 지닌 난점과 잠재적인 분배에의 요구로부터 재산소유자를 보호하기 위한 것이다.

적극국가의 복지원리는 경제구조에 따라 좌우되고 있다. 적극국가에서는 공적부조보다는 사회보험 원리가 지배적이며, 이는 경제적인 생산을 위한 노동유인책이 되기고 한다. 이러한 측면에서 볼 때, 적극국가의 복지정책은 티트머스가 분류한 잔여적 모형(residual model)에 가까운 것이며, 복지정책은 경제정책에 예속되고, 국가 전체의 부의 증진과 노동유인이라는 사회통제적 기능을 수행하게 된다. 따라서 적극국가는 균형 잡힌 경제성장과 기업이익의 보호라는 일종의 개인주의적, 자유방임적 자본주의 원리가 아직도 잔존하고 있는 형태로서 복지국가의 초기유형에 속할 것이다. Furniss & Tilton은 '모든 시민에게 소득을 보장하며, 경제적 질서로부터 얻는 자율성과 독립성을 가로막지 않는, 복지국가의 기본적인 기능을 수행하지 않는가는 이유로 인하여 적극국가는 복지국가가 아니다'는 주장을 하고 있기도 하다.

다음으로 사회보장국가는 적극국가에서처럼 정부와 기업가의 협동을 유지하면서 국민의 복지를 위해 최저수준(national minimum)을 보장하려는 정책을 편

다. 국민적 최저수준의 보장이라는 측면에서 사회보장국가는 복지국가의 원리를 채택하게 되어 복지국가의 한 유형으로 분류되고, 완전 고용정책을 추구한다는 점에서 적극국가와 구별된다. 사회보장국가는 사회보험원리로서는 해결하지 못하는 사회적 문제를 해결하기 위해, 국가 전체 이익이라는 공동의 연대의식 아래 갖가지 정책을 시도한다. 이것이 바로 국민의 최저수준이라는 개념인데, 이는 모든 시민이 권리로서 여기에 준하는 다양한 복지급여를 받아야 한다는 의미를 내포하고 있다. 그러나 이 국민적 최저수준 이상에서는 자본주의의 원리가 그대로 존속하고 있으며, 개인과 개인 간의 자유로운 경쟁을 인정한다. 또한 사회보험의 원리도 여전히 존재하여 국가는 노동에 대한 유인, 기회, 책임을 억압하지 않는다. 이러한 점에서 볼 때, 사회보장국가를 지배하는 복지원리는 평등이라기보다는 '기회균등'이라는 것이 타당하다.

마지막으로 사회복지국가는 정부와 기업간의 협동이라는 원리보다도 훨씬 높은 국가적 차원에서 제반 정책을 통합적으로 실시하고 있다. 예를 들면, 정부와 기업의 이원적인 체계는 노동자집단 혹은 소비자 집단 등의 다원화된 욕구를 통합하는 정책을 시도한다. 또 사회복지국가는 완전고용을 실시하는데 있어서 적극국가와 사회복장국가가 시도해온 공공사업에 의해서가 아니라, 노동시장에서의 정부와 노동조합간의 협동에 의해서 실현되는 방식을 취한다(황진수, 1993; 김승훈, 2005 재인용).

사회복지국가는 국민의 생활의 질을 증진시키는데 특히 관심을 가질 뿐만 아니라 부의 편중을 막고 이로부터 야기되는 사회문제를 해결하는데 관심을 가진다. 이러한 기본정신을 표현하는 제도적인 장치는 환경계획과 연대의식에 기반을 둔 임금체계이다. 이것은 국민에게 쾌적한 환경을 제공함으로써 생활을 질적 향상을 꾀하려는 시도로 이해되며, 공해 및 오염을 방지하기 위해 개인의 소유재산권의 규제는 물론 사회적 감독을 강화하는 노력을 한다. 또 부와 재산의 불평등한 편재를 막기 위해 노동자와 사용자의 위화감을 해소하고 사회적 단결과 평등이라는 보다 큰 목적을 포함하고 있다.

사회복지국가는 시민들에게 최저생활의 보장은 물론, 더 나아가 일반적인 평등을 성취하고자 보건위생, 아동보호시설, 법률구조서비스 등 의 광범위한 공공

서비스를 시행하여 사회보험과 공적부조에 의하여 해결하지 못한 점을 보완하고 있다. 또한 사회복지국가에서는 이 정책형성 과정에 시민을 참여시켜 소외집단과 노동자 집단에까지 사회적 연대의식을 갖게 하고 있다.

〈표 3-3〉 퍼니스와 틸튼의 복지국가 모형

유형 / 특성	적극국가	사회보장국가	사회복지국가
해당국가	• 미국	• 영국	• 스웨덴
국가정책의 목적	• 자유시장의 불안정성과 재분배의 요구로부터 자본가 보호	• 국민의 생활안정	• 국민 평등과 화합
국가정책의 방향	• 경제성장을 위한 정부와 기업의 협조 • 완전고용정책의 극소화	• 완전고용정책의 극대화 • 기회균등의 실현 • 모든 국민에게 직접적 혜택부여	• 정부와 노조간의 협력에 의한 완전고용정책 • 환경계획 • 최하계층의 요구사항을 우선고려
사회정책의 방향	• 경제적 효율성에 기여할 수 있는 복지서비스만 실시 • 수평적 재분배와 수익자 부담의 원칙에 입각한 사회보험 프로그램 강조 • 잔여적 복지모형 • 복지정책은 사회통제의 수단	• 국민최저수준의 보장(개인의 복지권과 국가의 의무 인정) • 기본생존수준 이하의 빈곤은 퇴치가능 • 기본생존수준은 전체 국민의 생활수준의 향상에 따라 개선 • 사회보험제도 외에 정부의 무상서비스의 필요성 인정	• 국민최저수준 이상의 보장 • 사회보장과 사회부조 프로그램의 실시를 위한 정부지원의 극대화 • 권력의 분산과 시민참여의 확대

자료: Furniss & Tilton(1983); 김상균(1992); 김승훈(2005) 재인용

제 2 절 주요 외국의 사회복지정책 발전

서구 선진국에서 복지제도의 도입이나 확장은 지난 세기의 불황(독일 1840년대 및 1860년대), 금세기 1920～'30년대의 대공황, 제2차대전 이후, 1960～'70년대의 불황기 등에 이루어지는 경향을 보였다. 즉, Peter Flora & Jens Alber(1981)

의 분석에 의하면 19세기말 마지막 20년을 근대복지국가의 도약단계로 보고, 이들은 이 시기의 사회복지관련 공공지출 및 사회보험 등 제도혁신의 관계를 보았다. 장기적인 지출통계를 확보할 수 있는 국가들을 살펴보면, 20세기로의 전환시점부터 2차대전 말까지 GNP에 대한 공공지출(주로 사회보험과 공적부조)의 비율은 3개 국가에서 3배 증가하였다. 그리고 정부예산 중 사회지출의 비율은 독일이 약 30%에서 62%까지 상승, 영국이 약 20%에서 47%까지 상승, 스웨덴이 20세기 초부터 1960년까지 약 30%에서 53%까지 상승하였다. 이 기간 중의 증가속도는 전쟁기간 동안에는 축소되고 불황기에는 크게 신장하는 모습을 보였다.

1970년대 석유가격위기(oil-price crisis)를 분기점으로 서구 선진 자본주의 국가에서 복지가의 확대경향은 크게 둔화되었다. 이러한 현상을 복지국가 '성숙(maturity)'의 증거(Heclo, 1981)로 보는 견해도 있으나, 실제로 서구 자본주의 복지국가가 1970년대 중반을 기점으로 커다란 위기 또는 전환기에 처해있음을 부인하기 어렵다(OECD, 1981; Mishra, 1984; Offe, 1984; 남궁근, 1995 재인용). 그러나 이러한 위기의 극복을 위한 정책대응(policy response)의 방향은 국가에 따라 상당히 다르게 나타나고 있다.

본 연구에서는 1970년대 이후의 복지국가정책에 대해서 각각 신보수주의적 정책과 사회조합주의적 정책이라는 매우 대조적인 대응전략을 선택한 영국과 스웨덴의 복지정책을 중심으로 살펴본다.

1. 1970년 대 이전 외국의 사회복지정책 발전

서구 자본주의 국가에서 복지국가 태동의 계기는 19세기 후반 국가에 의한 사회보험의 제도화에서 비롯되었다. 서구 사회에서 국가가 빈민의 통제와 구제를 위하여 빈민법 제도를 도입한 것을 14세기까지 소급된다. 그러나 19세기 후반까지는 제도의 목적이 빈민의 복지라기보다는 공공질서 유지, 부랑자 통제, 노동시장 관리 등 자본주의적 산업화의 촉진을 위한 것이었다. 1883년 독일에서 세계최초로 사회보험방식의 의료보험제도를 채택한 이래 1880~1920년 기간

에 대부분의 서구국가에서 근로자 사업재해보험, 의료보험, 연금 보험 등 주요 보험제도를 도입하였다. 도입초기에는 수혜자의 범위와 수혜의 수준이 지극히 제한적이었지만, 19세기 후반기에 제도화된 사회보험 프로그램은 오늘날 복지국가의 가장 중요한 제도적 요소로 정착되었다.

이어서 1920~'45년 기간에는 제2세대 복지제도인 실업보험과 가족(아동)수당 등의 복지제도가 확충되었으며, 1945년 이전까지는 서구 자본주의 국가에서 전 국민의 60%를 포함하는 수준으로 복지수혜자의 범위가 확대되었고, 국가복지 예산은 GDP 대비 5% 이상으로 증가하였다.

2차대전 종결이후, 1945~'75년까지는 복지국가 발전의 황금기(Golden Age)에 해당한다. 이 기간 중에는 서구자본주의 국가들은 산재보험, 의료보험, 노령연금, 실업보험, 가족수당 등의 복지제도들을 완벽하게 구성하였으며, 또한 공적 부조와 개인적 사회서비스를 위한 제도를 확충하였다. 국가에 따라 차이는 있으나, 사회보험제도의 경우 복지수혜자의 수는 1970년 이르러 거의 100% 까지 확대되었으며, 국가복지비 지출은 GDP 대비 20% 이상의 수준으로 증가하였다. 따라서 이 기간 중 서구 자본주의 사회에는 모든 사회적 위협에 대비하는 복지제도의 포괄성(comprehensiveness), 전 국민을 대상으로 복지서비스를 제공하는 복지수혜범위의 보편성(universalism), 그리고 복지급여의 적절성(adequacy)이라는 원칙을 충족하는 복지국가가 정착되었다.

영국의 경우 산재보험제도를 1897년 도입하였고, 연금제도는 1908년 이래 점진적으로 도입하였다. 한편 의료보험과 실업보험은 1911년에 도입되었으며, 1945년에는 가족수당제도가 도입되어 복지국가의 제도적 기초가 완비되었다. 1942년 「비버리지보고서」를 기초로 전후 노동당의 애틀리 행정부는 국민보험제도 도입(1946년), 국민보건서비스 창설(1946년), 빈민법을 대체하는 국민부조제도를 도입(1948년)하여 영국의 복지국가가 완성되었다. 이로서 영국은 잔여주의적 접근방법에 기초한 빈민법 체계를 청산하고, 세계 최초로 보편주의적인 복지국가를 탄생시켰는데, 영국의 복지국가는 케인지안 경제정책의 토대위에 비버리지의 구상을 결합한 것으로 흔히 'Keynes-Beveridge 복지국가'로 지칭된다.

한편, 스웨덴에서는 1901년에 산재보험제도, 1913년에 연금제도를 도입하였

다. 의료보험제도의 경우 질병시 현금급여(cash benefits)제도를 1891년, 의료급여(medical benefits)제도를 1913년에 각각 도입하였다. 이어서 실업보험제도를 1934년에, 가족수당(아동수당)제도를 1948년에 도입하여 복지국가의 제도적 기초가 완비된 시기는 영국뿐만 아니라 독일 등 다른 서구 자본주의 국가보다 약간 늦은 편에 속한다. 스웨덴에서는 32년 이후 집권한 사민당이 지속적으로 복지제도 확충을 시도하였으나, 대공황과 전쟁, 그리고 취약한 국내사정으로 실질적인 성과를 거두지 못하였으며, 2차대전 이후에 진정한 의미의 복지국가가 완성되었다. 전후 사민당은 1938년에 설립되어 10년 동안 활동해 왔던 「사회복지위원회」보고서를 기초로 복지개혁에 착수하였다. 1946년에는 전 국민을 대상으로 하는 노령연금제도가 도입되었고, 1948년도에는 아동수당제도, 1955년부터 전 국민을 대상으로 무료에 가까운 의료서비스제도가 시작되었다.

이와 같이 1950년대에 완비된 스웨덴의 복지제도의 확충은 1960년대에도 지속되었다. 그렇지만 1950년대까지의 주요 관심사는 균등한 급여체계에 기초한 보편적, 포괄적 소득보장체계의 확립 및 공공서비스의 범위를 확대하는 것이었던 반면, 1960년대 이후에는 소득대체가 가능할 정도의 충분한 급여가 강조되었다는 점에서 차이가 있다. 즉, 사회보장급여에 적용된 소득비례급여방식이 충분한 급여를 보장하는 장치로 도입되었다. 한편 영국에서도 1960년대에는 소득비례연금, 실업보험제도 등이 유사한 이유에서 도입되었다(남궁근, 1995).

2. 1970년대 이후 외국의 사회복지정책 발전(복지국가의 위기)

1970～'80년대 초반에 이르기까지 복지국가 위기에 관한 논의가 무성하였으나, 실제로 서구 자본주의 복지국가는 성공적으로 적응하였고, 모순은 제고되지 않았을지라도 효율적으로 관리되었다. 서구 자본주의 국가에서 복지국가의 위기를 극복하기 위한 흐름은 다음과 같다.

첫째, 전후 복지국가의 전성기를 지탱하여온 몇 가지 원칙에 관한 초계급적, 초당정인 합의가 붕괴되었다. 그 합의란 ① 포괄적 복지국가의 유지, ② 혼합경제의지지, ③ 완전고용 및 지속적 경제성장정책 등이었다. 이러한 합의의 포기

는 선진자본주의 국가의 사회 및 정치질서의 근본적 재구성을 의미한다.

둘째, 복지국가에 대한 국민여론도 상당히 변화하였다. 1970년대 말 1980년대 초에 복지국가에 대한 국민의 지지도는 매우 낮았다. 1980년대 후반부터 이러한 지지도가 상당히 회복하였으나, 전후 전성기 때와 같은 강한 지지는 없었다.

셋째, 사회민주주의의 쇠퇴현상이다. 복지국가에 대한 국민의 지지가 쇠퇴한 증거 중의 하나가 사회민주주의 정당의 선거에서의 후퇴와 정치적 우파의 부흥이다.

이러한 일반적인 흐름은 복지국가의 위기에 대한 대응노력에는 국가별로 상당한 다양성이 나타나고 있다. 영국의 경우, 1980년 대처리즘 또는 신보수주의의 등장으로 잔여적 접근으로 회귀하였다. 신보수주의 정권의 복지원칙은 국가복지를 통한 노동력의 탈상품화(de-commodification)경향에서 후퇴하여 노동력을 재상품화시킴으로서 노동유인을 제고한다는 것이다.

이와 같은 새로운 복지원칙을 실현하는 구체적인 수단은 사회복지지출의 삭감, 보편적 서비스의 축소와 민영화, 분권화였다. 대처정부가 집권하기 이전인 1978년 공공지출이 GDP에서 차지하는 비중은 44.0%였다. 이러한 비율은 1986년까지 오히려 증가추세를 보였으며, 1988년과 1990년 39.3%와 40.1%로 감소하는 경향을 보였으나 1992년에는 다시 44.8%로 증가하였다. 그러나 노인인구가 지속적으로 증가하면서 연금과 NHS의 지출이 증가하였고, 대향실업의 지속에 따른 실업급여와 보충급여가 크게 증가한 상태에서 지출규모가 소폭 유지하였다는 것은 실질적인 복지지출의 수준면에서 삭감이 발생했다는 것을 의미한다.

대처정부에 의하여 추진된 사회보장제도는 소득관련보충급여(ERS)의 폐지와 수당에 세금 부과, 실직기간 연결인정기간의 변화, 실업수당에서 부양가족에 따라 축소 적용하는 지급률의 폐지, 직장연금의 축소, EC의 요청에 의한 균등대우조항의 도입, 1988년 사회보장법안에서의 보험금 조건의 변경 등은 실업자에게 불리하게 처해진 조치들로 볼 수 있다. 또한 보편적 서비스를 축소하여 민영화를 시킨다는 전략은 국민연금에서 소득연계요소의 민간부문 선택이 가능하도록 하였고, NHS에서 세탁 등 비진료 서비스와 NHS환자들의 수술을 담당하는 민간병원과 위탁계약을 통하여 일부 서비스의 민영화를 추진하였다.

한편, 복지국가의 위기에 대한 스웨덴 사민당의 정책대응의 기조는 사민당 내의 우피와 좌파의 중간지점인 '제3의 길(The Third Way)'로 요약된다. 1970년대 후반과 1980년대 초에 걸쳐서 격렬한 논란과 지도부의 조정을 거쳐서 결정된 이 전략의 핵심은 완전고용과 복지국가의 골격은 유지하되, 공공지출을 삭감하는 대신 더 이상의 확대를 억제하는 선에서 동결한다는 것이다.

1982년 선거를 앞두고 사민당은 노동시장 지출의 증대를 통한 완전고용의 회복, 노령연금의 물가에의 완전한 연동에 의한 산정(full indexation), 질병급여의 대기일 폐지, 실업보험에 대한 엄격한 규제의 무효화, 기초지방자치단체의 탁아시설에 대한 국가보조금 삭감의 무효화 등 보수연정에 의하여 계획되었던 복지삭감정책들을 모두 원점으로 돌리겠다는 공략을 제시하였다. 이 선거에서 승리한 사민당은 권력에 복귀하여 중도우파에 의하여 위협받게 된 복지국가의 복원에 나서게 된다.

그러나 당시 스웨덴은 오랫동안 지속된 재정적자의 문제와 더불어 국제수지 적자, 즉, 국가경재역의 회복문제에 직면하고 있었기 때문에 상황은 매우 어려웠다. 이러한 딜레마 속에서 복지국가의 재편의 지침으로 등장한 것아 기존복지국가 체계의 유지 및 현 수준에서의 동결이라는 정책의 기조라고 볼 수 있다. 한편 스웨덴은 복지국가의 체제유지 및 동결을 위하여 필요한 경우 복지서비스 공급의 분권화(decentralization)와 민영화(privatization)를 추구한다는 방침을 가지고 있다.

1982년 이후 스웨덴의 GDP 대비 총재정지출은 감소추세를 보이고 있다. 이와 같이 GDP에서 차지하는 국가재정의 비중을 낮출 수 있었던 것은 의료부문의 지방화 등으로 업무의 일부를 광역지방자치단체(country)에 성공적으로 이관할 수 있었기 때문으로 판단된다. 또한 국가재정적자는 1982년 -31.2%로부터 상당히 호전되어 1990년에는 -7.9% 수준으로 낮아진 것으로 나타났다. 이러한 지표들은 공공지출의 동결이라는 사민당 정부의 목표에 일정한 정도 접근한 것으로 생각된다.

그러나 총량복지지출 부분은 스웨덴의 복지지출은 감소하지 않고 오히려 증가한 것으로 볼 수 있다. 즉, 1982년 GDP 대비 32.0%였던 복지지출은 1986년

까는 31.7%를 유지하였으나, 1988년의 35.5%, 1990년 35.8%, 그리고 1991년 37.1%까지 상승한 것으로 나타났다. 그러므로 복지지출의 현상유지라는 사민당의 목표에도 불구하고, 스웨덴의 복지지출은 팽창의 흐름을 계속하고 있는 것으로 평가된다.

스웨덴의 1980~'90년대 사회복지지출의 구성비를 살펴보면, 가장 구성비가 큰 노령연금과 질병급여에서 그 비중이 놀랄 만큼 일관성을 유지하고 있다는 점이 특징이다. 노령연금과 질병급여, 특히 의료서비스의 경우, 스웨덴이 서구 선진복지국가 중에서 가장 높은 수준의 급여수준을 유지하고 있다는 점은 잘 알려진 사실이다. 또한 영국과 비교할 경우, 스웨덴의 복지정책에서 뚜렷하게 대조되는 것은 실업급여의 비중이 점점 축소되고 있다는 점이다. 이는 스웨덴이 복지국가의 위기에도 불구하고 낮은 실업률을 계속 유지해 왔음을 반증하는 것이다. 스웨덴의 실업률은 1983년 3.7%를 기록한 이래 점차 낮아져 1980년대 후반에는 2.0% 미만의 낮은 실업률을 유지해 왔다. 이러한 통계는 10%선을 넘나드는 영국과 비교되는 것으로 실업자에 대한 실업급여의 차이에서 나타나는 결과로 판단된다. 영국과 비교할 경우, 또 한 가지 뚜렷하게 비교되는 점은 자산조사를 거치는 국민부조의 비중이 매우 미미할 뿐만 아니라(1.0% 미만), 그 비중이 크게 변하지 않는다는 점이다. 영국에서 자산조사를 거치는 소득관련급여의 비중이 매우 높으며 또한 상승하는 추세에 있는 것과는 크게 대조적이다.

한편 재원조달의 출처를 살펴보면, 국가가 지출하는 재원의 비중은 1982년 28.8%에서 점차 감소하여 1991년에는 22.1%로 나타났고, 반면 지방정부의 재원의 비중은 1982년 28.4%에서 1991년에는 45.6%로 증가하였다. 이는 국가가 복지비 지출의 상당부문을 지방정부와 민간에 이전하였음을 뜻하며 지방분산화가 상당정도 이루어진 것으로 평가될 수 있다(남궁근, 1995).

제 3 절　한국의 사회복지정책 발전

1. 근대화 이전의 복지정책 변천

1960～'70년대의 박정희 정부 시절은 성장을 통한 전 국민의 빈곤탈피가 최우선의 국정목표였다. 이에 따라 극빈층의 빈곤구제 차원의 복지정책이 중심이었고 노동수요가 노동공급을 초과함으로써 꾸준히 일자리 창출이 일어났다. 노동의 초과수요로 도시에 유입된 농촌인구의 주거, 의료 등 빈곤문제가 등장하였고, 아울러 농촌인구의 빈곤도 문제였다. 빈곤퇴치를 슬로건으로 내세워 각종 복지관련 법을 제정하였다. 한편 경제력 집중의 가속화, 토지에 대한 투기로 지가 및 주택가격이 급등하였고, 10%를 넘는 물가앙등으로 소득분배가 악화되고 상대적 빈곤과 박탈감이 팽배화 하는 등의 심각한 사회적 갈등이 본격적으로 발생하였다. 이에 따라 민주화운동과 노동운동이 시작되었다. 이 당시에 도입된 복지제도들은 1960년대 초반에 생활보호제도와 함께 산재보험, 공무원·군인연금이 도입되었고, 1975년에 사학연금, 1977년 직장의료보험과 빈곤층 의료보호의 도입, 1979년 공무원교원의료보험제도가 도입되었다.

2. 근대화 이후의 복지정책 변천

1980～'92년의 전두환·노태우 정부 하에서는 국제수지의 흑자, 고도의 경제성장, 노동공급의 부족 등으로 특징 지워지면서 경제발전이 지속되었으며, 중진국권에 진입할 정도로 국민소득이 증대하였다. 그렇지만 국민소득의 급격한 상승으로 상대적 배분문제의 갈등이 발생하는 부작용을 경험하였다.[주6] 따라서 정권안보 차원에서 복지확대의 필요성이 증대한 시기였다고 평가할 수 있다. 부동산 및 증권의 투기가 절정에 달해 심각한 사회문제로 부상하였고 상대적 빈곤감이 사회에 깊숙이 파고들었다. 서민층의 '내집 마련의 꿈'이 좌절되어 새

주6) 일인당 국민소득 $2,000～3,000으로 향상되어 미국의 복지확장기인 1960년대 초의 $3,000대(1962년 $3,029)이나 일본의 복지원년이라고 칭하는 1970년대 초반(1972년 $2,843)의 수준과 경상가격에서 유사한 수준이었음.

로운 사회문제로 등장하였고, 부(富)의 분배격차 확대에 따라 자산의 축적을 포기한 서민들이 과소비하는 양상을 보이기도 하였다.

성장에서 상대적으로 덜 이익을 누린 계층들이 사회적 빈곤감 혹은 상대적 박탈감에 빠졌으며, 노동자 파업은 물론 시민운동이 각종 사회문제를 제기하였다. 성장 진행단계에서 허쉬만의 터널효과가 발생하던 시기였다.[주7] 이 시기의 복지제도들로써 1988년 국민연금제도와 최저임금제도가 시행되었으며, 농어촌 의료보험제도가 시행되었다. 1989년에는 전국민의료보험제도가 시행되었다.

1993～'97년에는 최초의 문민정부인 김영삼 정부가 집권하였다. 민주화의 진전과 더불어 선진국 진입을 목표로 국제연합, 국제연합 안전보장이사회, OECD에 가입하였다. 성장과 복지를 균형 있게 접근하려는 노력의 시기였으며, 기존 복지제도의 내실화에 꾸준히 힘쓴 시기였다.[주8] 경제성장의 과실이 배분되고(trickle down effect), 다양한 사회복지정책의 추진으로 소득분배지수 및 빈곤율 등 분배의 형평성이 개선되어 왔다. 산업별 직종별 임금격차가 축소되면서 빈곤문제도 크게 개선되었다.[주9] 그러나 호황기를 지나면서 상대적 빈곤율은 증가하였다. 이 당시의 복지제도의 확충으로서는 의료보장급여수준을 확대하였고, 고용보험제도를 도입(1995)하고, 농어촌 국민연금제도를 도입(1995)하는 등 선진국 사회보장의 골격을 갖추는 시기였다.

1998～2002년은 김대중 정부가 집권한 시기로써 국정이념으로서 복지를 내세운 최초의 정부였다. 1998년 경제위기로 대량실업이 발생하고 빈곤율이 급등하는 등 기존의 사회복지제도의 틀로서는 신속하고 효과적으로 대응하기 어려운 상황에 직면하였다. 즉, 기존의 복지제도가 위기 시에 사회안전망으로서의 기능을 하는 데에 한계를 보였다. '생산적 복지'의 기치 하에 사회안전망을 구축하

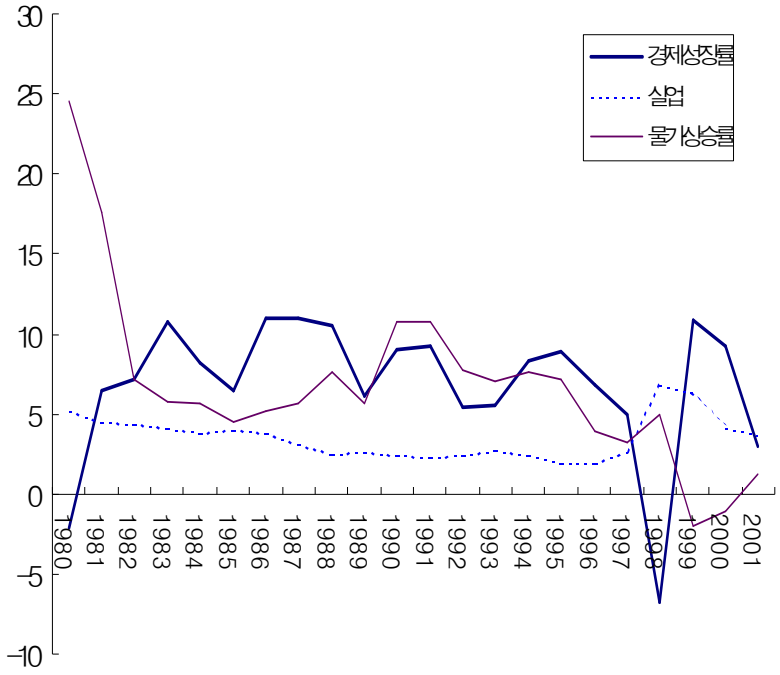
주7) 경제발전초기에 성장의 과실이 일정 시기가 지난 뒤 자신에게 돌아오리라는 기대가 성장 뒤에도 실현되지 않을 때 사회적 불만과 갈등이 표출되는 현상을 의미함(정창영, 1987).

주8) 1993년 지니계수는 0.3097(시부 0.3063, 군부 0.3101)이어서 일본, 대만은 물론 OECD의 국가 중에서도 낮은 위치에 있음.

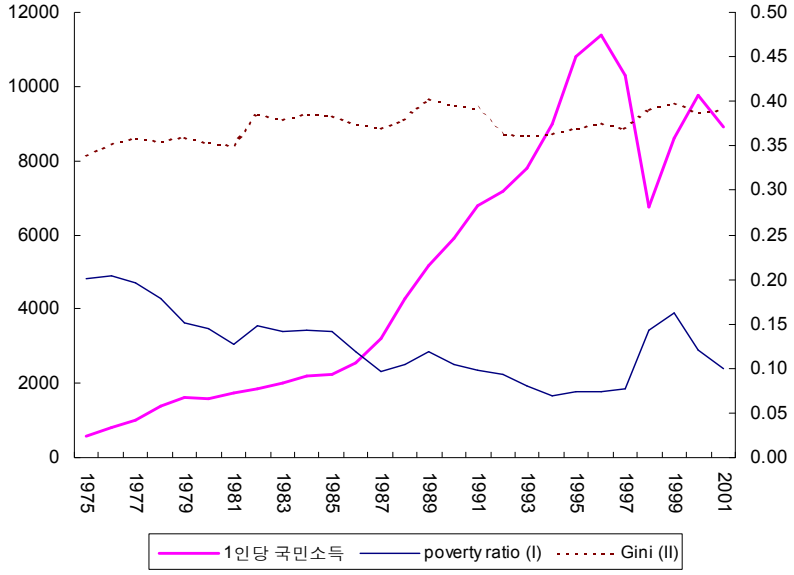
주9) 생활보호대상자의 인구비율은 94년 4.3%, 97년 3.1%로 감소되어 있고 정부의 실질적 급여대상이 되는 생계보호의 대상은 1997년 국민의 0.8%에 불과; 1991년 최저생계비 추정치를 기준한 도시의 절대빈곤율도 급격히 감소하여 1967년 83.0%에서 1995년 2.3%로 저하되었음.

기 위하여 획기적인 복지 확대와 복지 및 보건의료의 개혁과정을 거쳤다. 즉, 공공근로와 실업급여를 확대하였고, 한시적 생활보호 등 부조적 사업을 확대하였으며, 1999년에는 전국민연금제도를 실시하였으며, 2000년 10월에 기초생활보장제도를 도입하였다. 2000년 7월에는 의료보험통합과 의약분업 등 보건의료정책의 전환점을 마련한 개혁을 단행하였다.

〔그림 3-1〕 경제성장률, 물가상승률, 실업률의 추이: 1980~2001



〔그림 3-2〕 1인당 국민소득, Gini 계수, 빈곤율의 추이: 1975~2001



주: Gini와 빈곤율은 전체 도시가구를 기준으로 1995년까지 박찬용(1998), 1996~98년은 박찬용(1999), 이후는 도시근로자가구 추이를 참조하여 필자 추정

2003년에 노무현 정부가 집권하면서 '참여복지'의 기치 하에 생산적 복지 기조를 계승하고 더욱 발전시켜나갈 것을 공약으로 제시하였다.[주10] 전반적으로 기존 복지제도의 확대와 내실화에 힘쓴 시기였으며, 새로운 복지제도의 도입을 위한 기반을 마련하는 데에 노력하고 있다. 즉, 기초생활수급자와 의료급여수급자를 확대하는 등 기초보장의 확대를 추진하고 있다. 장애수당 대상자를 확대하거나, 노인일자리를 확대하며, 빈곤아동에 대한 지원을 확대하는 등 사회서비스의 개선에도 노력하였다.

보건의료 부문에서는 건강보험의 보장성을 강화하기 위한 로드맵을 발표하고

주10) DJ정부는 '국민의 정부'로 명명하였고, 노무현 정부는 '참여정부'라는 명칭을 사용함.

추진(2008년까지 70%의 보장성 확보)하고 있으며, 2005～'09년 까지 4조 3천억원의 공공보건의료 확충계획을 수립하여 공공의료를 강화하고 있다. 그 외 기존 복지제도로 대처하기 어려운 위기상황에 대처한 긴급복지지원법을 제정(2005년 12월)하고 24시간 긴급지원을 위한 '보건복지 통합콜센터 129'를 운영하고 있다. 새로운 복지수요의 증대에 대처하여 복지제도를 신설하고 인프라 확충에 노력하였다. 저출산대책으로써 '저출산·고령사회기본법'을 제정하고 대통령이 위원장을 맡는 저출산·고령사회위원회를 출범시켜 5개년 기본계획을 마련하고 있다.

이상과 같이 우리나라의 복지정책은 성장위주의 국가전략을 추진하는 과정에서 성장의 부작용을 보완하거나 정치적인 지지 획득의 수단으로 도입되고 확대되어온 경향이 강하였으나, 경제위기가 닥치고, DJ 정부가 출범한 1998년 이후 약 10년간은 우리나라 역사상 복지와 보건문제가 국정의 가장 중요한 의제로 설정되고 해법을 제시하는 시기가 되었다.

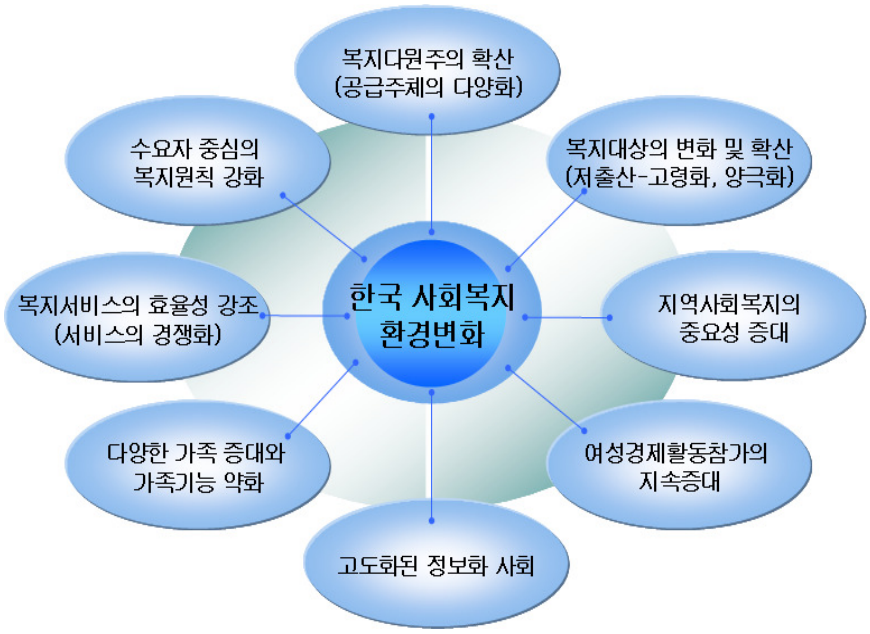
서구와는 달리 한국사회에서의 복지제도 도입이나 확장은 1970년대 후반, 1980년대 후반, 1990년대 중반과 같은 호황기에 각종 복지제도의 신규도입 및 확장이 집중적으로 이루어졌다.[주11] 그런데 근래에 불황속에서의 사회양극화 문제가 커다란 정책적 화두로 제기됨에 따라 복지투자가 성장에 선순환적으로 기여하는 방향으로 정책적인 논의가 모아지고 있다. 이에 따라 국가정책의 큰 틀 속에서 복지투자의 확대계획을 수립하는 가운데에 투자의 우선순위와 경제성에 따른 전략적인 자원배분과 제도·조직·인력의 구조조정방안을 마련해야 할 필요성이 대두되고 있다.

주11) 1960년대 중후반, 1980년대 초반, 1990년대 초반과 같은 불황시기에는 경제적 투자지원 증대로 인해 정부의 복지제도의 도입 및 확대와 재정지출은 위축되었음.

제 4 절 복지환경의 변화 전망

한국사회에서 복지환경은 급속하게 변화하고 있다. 1980년대부터 서구 선진국에서 나타난 다원주의의 경향이 우리 사회에서도 본격화됨으로써 사회복지 분야에서도 지방화, 민영화, 시장경제화의 물결이 강하게 불어오고 있다. 따라서 지역사회복지계획의 수립에 있어서 반드시 고려되어야 할 변화를 제시하면 복지다원주의의 확산(서비스 공급주체의 다양화), 수요자 중심의 복지원칙 강화, 복지대상의 변화 및 확산(저출산-고령화 및 양극화의 심화), 복지서비스의 효율성 강조(복지서비스의 경쟁화), 지역사회복지의 중요성 증대, 다양한 가족의 증대와 가족기능 약화, 여성경제활동참가 증대, 그리고 고도화된 정보화 사회의 도래 등이다(김승권 외, 2005, 2006 참조).

[그림 3-3] 한국사회 복지환경의 변화 전망



1. 복지다원주의의 확산(서비스 공급주체의 다양화)

다양한 사회주체들이 복지의 공급에 참여하는 복지체계를 갖고 있으며, 최근에는 국가분야 외에도 시장부문과 자원부문의 역할이 중요하게 다루어지고 있다. 그렇지만 복지다원주의를 지나치게 강조하는 것은 복지에 대한 국가의 책임회피 가능성이 없지 않으므로 우려되는 측면이 있다. 특히, 국가의 복지책임이 미약할 뿐만 아니라 민간복지자원의 역량이 취약한 한국사회에서 복지다원주의로의 이행이 급속히 진행될 가능성이 없지 않다.

따라서 세 공급주체 간의 합리적인 역할분담을 통해 효율적·효과적인 선진형 복지체계가 구축될 수 있도록 되어야 할 것이다. 특히, 시장부문과 자원부문이 적절한 역할수행을 할 수 있기 위해서는 국가부문의 역할이 중요하다. 김원종 외(2000)는 국가부문의 역할을 중개자, 조정자, 제공자로 구분하여 제시하고 있다.[주12)]

2. 수요자 중심의 복지원칙 강화

전통적으로 사회복지에서는 복지 수요자가 가진 욕구, 즉, 느끼는 욕구(felt needs)보다는 복지공급자가 평가하는 욕구, 즉, 규범적 욕구(normative needs)에 기초하여 서비스를 제공해 왔다.[주13)] 양질의 복지서비스 제공을 위해서는 여러 가지 조건이 충족되어야 하지만, 1990년대 이후 새롭게 등장한 것이 '수요자 지향(consumer orientation)'이라는 개념이다. 즉, 복지수요자의 욕구의 파악에 우선순위를 두고, 서비스 정보를 수요자에게 보다 많이 전달하기 위해 다양한 방식으로 정보를 제공하며, 그리고 서비스의 접근성 제고를 위해 제공주체의 하

주12) 중개자의 역할은 다양한 제공주체들과 복지욕구를 가진 사회구성원간의 연계를 중개하는 것이고, 조정자의 역할은 여러 제공주체들이 가진 갈등구조의 문제, 가령 시장의 소유자와 비소유자 간의 불평등이나 자원부문의 토박이와 뜨내기 간의 불평등 문제를 조정하는 것이며, 그리고 제공자의 역할은 사회적 취약계층을 위한 복지욕구로서 국가 주도적으로 추진되어야 한다는 것임.

주13) 이러한 접근은 복지의 총량을 증대하고, 전 국민에게 보편적인 서비스를 제공하는 과정에서 중요한 역할을 수행하였음.

향 분권화, 서비스 제공시간의 유연화 등을 제공하는 것이다.

이와 같은 수요자 중심의 복지서비스의 중요성은 시간이 흐름에 따라 더욱 중요하게 다루어질 것으로 전망되며, 향후 4년간 이를 정착시키기 위한 노력이 다각적으로 이루어져야 할 것이다.

3. 복지대상의 변화 및 확산

최근 한국사회에서는 복지서비스의 대상이 변화되고 있을 뿐만 아니라 더욱 확대되고 있다. 즉, 세계에서 가장 빠른 속도의 '저출산과 인구고령화'로 인하여 아동복지대상의 축소와 노인복지대상의 확대가 급격히 빠르게 진행되고 있다. 또한 지난 세기 말에 닥친 IMF 경제위기의 극복과정에서 사회양극화 현상이 두드러지고 있다는 사실이다. 이러한 점에 대한 이해는 다음과 같은 세 가지로 크게 요약된다.

첫째, 아동복지 대상의 절대적 감소는 보편적 복지서비스 대상으로서의 아동을 의미하는 것이며, 사회적 취약계층으로서의 아동이 감소됨을 의미하는 것은 아니다. 오히려 사회복지의 대상으로서의 아동은 증가하게 될 가능성이 높다. 이는 해체가족, 피학대아동, 결식아동, 미혼모 아동, 장애아동 등 보호를 필요로 하는 아동이 증가할 것으로 예측되기 때문이다.

둘째, 낮은 출산율의 지속화와 평균수명의 연장, 그리고 가족부양 가치관의 쇠퇴 등으로 인하여 노인부부가구와 노인독신가구는 증대될 것으로 전망된다. 특히, 80세 이상의 초고령노인의 증가로 치매노인이 급증하게 될 것이다. 따라서 사회적 취약계층으로서의 노인이 증대될 뿐만 아니라 보편적 복지서비스의 대상으로서의 노인도 증가하게 되어 사회복지의 핵심대상은 노인일 것임은 확실하다. 그런데 노인복지서비스는 아동복지서비스와는 달리 경제적, 정서적, 보건의료적 측면에서 보다 많은 문제를 해결해야 하는 특성을 가진다. 따라서 적절한 수준의 노인복지를 보장하기 위해서는 보다 많은 인력투입과 다양한 서비스 제공이 요구될 것으로 전망된다.

셋째, 빈부격차는 어느 사회에서나, 어느 시대에서나 존재하고 있었다. 그렇

지만 한국사회에서는 IMF 경제위기의 극복과정에서 더욱 심화되고 있어 '사회양극화'라는 용어를 사용할 정도로 심각한 수준이 되었다. 이는 기존 빈곤층은 더욱 고착화되는 측면이 있을 뿐만 아니라 일부 중산층의 몰락으로 빈곤층이 더욱 확산되는 반면에 일부 상류층은 소득증대가 급속히 발생된 데서 빚어진 결과라 하겠다. 이러한 양상은 분배적 측면이 강조되지 않는 한 결코 쉽게 해결할 수 없는 한계를 가진다. 그렇지만 경기침체를 극복하여야 함이 우선 과제인 현재의 한국사회를 감안한다면 성장보다 분배를 우선 정책으로 추진하기는 어려울 것이다. 이는 사회양극화가 쉽사리 해소되지 않을 것이며, 사회안전망의 구축이 더욱 필요함을 의미한다. 결과적으로 보편적 복지를 표방하면서 취약계층에 대한 더욱 큰 관심을 기울여야 함을 시사하는 것이다. 따라서 사회복지서비스의 대상이 더욱 확대되어야 함을 단적으로 알 수 있다.

4. 복지서비스의 효율성 강조

전달체계는 업무의 효율성 및 효과성을 증대시켜 목표달성을 가능하게 하는데 중요한 역할을 함은 재론의 여지가 없다. 그만큼 전달체계는 사업의 성패에 결정적인 역할을 하게 되며, 이는 사회복지에서도 예외일 수 없다. 이는 전달체계를 개선하여 복지 및 관련 사업의 효율성을 증대시키고 불필요한 예산낭비를 예방하여 서비스의 질적 개선을 도모하기 위하여 반드시 요구된다. 그럼에도 불구하고 복지분야의 공공조직과 민간조직이 복잡하게 얽혀있고, 업무 또는 서비스가 지나치게 중복되어 있으면서도 조직 간의 연계가 잘 이루어지지 않는 등 문제점이 노출되어 있음은 향후 개선되어야 할 문제점이다.

5. 지역사회복지의 중요성 증대

본격적인 지방자치제도가 실시되었지만 오랫동안 지방행정기관이 중앙부처의 서비스 전달기관으로 활용되어 왔기 때문에 중앙부처와 지자체의 수평적·협조적 행정관계 구축이 미흡하였다. 복지업무의 지방이양 확대에 따라 지자체가 지역실정에 맞는 복지계획의 수립과 집행, 복지자원의 조정과 관리 등을 해 나

가야 함에도 불구하고 여전히 지자체 스스로의 정책 개발능력과 경험이 부족하여 복지의 지방분권이 조급히 추진되었다는 비판을 받아 왔다.

참여정부는 국가균형발전, 지방분권 강화에 따라 지역복지의 중요성이 크게 부각하였다. 구체적인 정책으로는 67개 사회복지사업 지방이양('05.1)[주14], 민·관 복지협력기구인 지역사회복지협의체 구성 의무화('05.7), 지역복지계획수립 의무화('06.6), 주민생활지원서비스 공공전달체계 개편 추진('06.7), 그리고 지방자치단체 복지종합평가('06.8~10) 등을 추진하였다.

특히, 이 중에서도 지방자치단체 복지종합평가는 지표개발과 현장평가를 실시하였고, 우수사례를 발굴하여 타 지자체에 확산하는 등 지역사회복지의 증진을 위해 노력하였다. 또한 우수 지자체에 대한 포상과 약 40억의 특별지원금을 배분함으로써 사업의욕을 고취함과 동시에 지역사회복지정책의 기획, 추진, 성과 등의 측면에서 경쟁을 유도함으로써 보다 복지정책의 기반조성, 효과성, 효율성 등을 강조하는 복지발전을 유도하였음은 의미가 크다.

6. 다양한 가족의 출현과 가족기능 약화

단기간에 이룩된 산업화, 도시화 및 서구화의 영향으로 한국가족은 크나 큰 변화를 경험하고 있으며, 특히 개인주의적 가치관의 확산, 가족구조의 축소 및 분화, 성역할의 변화, 여성의 사회활동 증대 등은 가족변화의 주요 요인이라 할 수 있다. 더군다나 최근 경제적 어려움을 겪고 있는 많은 가족에게서 그 기본적 기능인 경제적·정서적 기능 약화와 가정폭력의 발생 등이 대량 발생되고 있음은 '가족위기'라는 표현이 어색하지 않을 정도이다.

김승권 외(2004)의 연구에서는 다양한 가족을 가족구조 측면의 다양한 가족, 가족원의 특성에 따른 다양한 가족, 생활양식의 변화에 따른 다양한 가족, 그리

주14) 복지사업의 지방이양이 가져올 영향에 대해서는 상반된 견해가 있음. 하나는 지역의 특성을 반영한 다양하고 자율적인 복지서비스의 확대를 가능하게 할 것이라는 긍정적인 측면이 있는 반면, 다른 하나는 재정확보 과정에서 사회복지는 후순위로 밀리게 되어 사회복지가 위축될 것이라는 부정적 측면이 있다. 따라서 지역사회단위에서 복지관계자들이 어떻게 대처하느냐에 의하여 지역복지의 수준은 크게 좌우될 수 있을 것임.

고 탈 근대적 측면의 다양한 가족으로 대분(大分)하여 가족의 다양성을 논의하였다. 가족구조 측면에서는 한부모가족, 미혼모가족, 무자녀가족, 노인가족 등이 주류를 이룰 것이고, 가족원의 특성에 따라서는 재혼가족, 입양가족, 국제결혼가족('이주가정'이라 불리기도 함) 등이 중심이 될 것이며, 생활양식의 변화에 따라서는 맞벌이가족, 주말부부가족, 기러기가족 등이 있을 것이다. 마지막으로 탈 근대적 사회의 특징 중 하나인 다원성과 개인의 자율성을 최대한 존중하며, 권위적인 사회질서의 거부 및 평등적 관계를 지향하는 방식의 하나로 나타나는 다양한 가족으로는 미혼독신가족, 동거가족, 동성애가족, 공동체가족 등이 있을 것으로 전망된다.

그런데 가족유형을 불문하고 최근 한국사회에서의 가족들은 기능이 크게 약화되고 있다는 지적이다. 즉, 한국가족은 '기능의 상실' 또는 '기능의 축소'가 진행되고 있음은 이견이 없다. 또한 한국가족은 가부장제적 가치관의 잔존, 전통적 요소와 서구적 요소의 충돌, 사회변화에의 부적응으로 인한 가족문제 등 다양한 요인으로 인하여 서구가족과는 다른 양상으로 변화되고 있다는 것이다(김승권 외, 2000; 신용하·장경섭, 1996; 함인희, 1995).

가족기능은 가족구성원이 역할을 수행함으로써 나타나며, 그 과정에서 개별 가족원은 사회변화와 가족원간의 관계변화에 의하여 직접적인 영향을 받게 되는데, 특히 기능을 수행하는 개별가족원의 존재여부가 중요한 역할을 하기 때문에 가족형태와도 밀접한 관련을 갖게 된다. 우리나라의 가족기능은 경제위기 이후 급속하게 약화되었다고 한다. 그렇지만 어떤 수준인지에 대한 연구는 매우 희박하다.

7. 기혼여성의 경제활동참가 증대

한 개인에게 소득이 발생된다는 것은 그 자체만으로도 큰 의미를 지닌다. 특히 전통적 사회에서 지배적이었던 성역할 분리에 따라 주로 가사를 담당해 오던 여성들이 경제활동에 참여함으로써 금전획득능력을 갖게 되는 것은 가사분담에 대한 요구를 증가시키고, 출산부담을 줄이려는 노력 등으로 이어져 여성

자신뿐 아니라 가족에게도 직·간접적인 영향을 끼치게 된다. 즉, 부인취업은 가족의 경제적 기능뿐만 아니라 자녀의 출산, 양육, 고령층의 부양, 부부간의 관계와 역할 및 권력의 배분 등 가족생활 전반에 큰 변화를 가져온다고 한다(김승권, 2004).

향후 한국사회에서는 교육수준의 상승 및 여성의 자아성취욕구 증대와 함께 향후 여성의 경제활동참가는 더욱 가속화할 것으로 전망되며, 젊은 층이 많이 거주하고 있는 지역에서는 이러한 양상이 더욱 현저히 나타날 것으로 전망된다. 특히, 사무관리직, 전문직에의 여성취업은 자녀에게 긍정적인 측면의 성역할 모형이 되고 있다. 다만, 사회복지적 측면과 자녀양육의 측면에서 이들 가정을 위한 서비스의 확충과 다양화가 더욱 증대될 것으로 전망된다.

8. 고도화된 정보화 사회

한국사회는 세계적 수준의 정보화 시대에 진입하였다고 판단된다. 실제로는 정보화 시대를 넘어서 '정보시대'에 살고 있다고 하겠다. 개인, 가족, 사회에서는 다양한 유형의 정보기기에 익숙해 져 있고, 이에 대한 기대가 높다.

그런데 고도화된 정보화는 복지측면에서 양면성을 지닌다. 하나는 복지대상의 확대를 의미하는 것으로 정보격차, 정보소외계층, 사이버에서의 일탈행위, 사이버 상의 정보로부터 발생되는 일탈행위 등으로 인하여 야기되는 부정적 측면이 있다. 다른 하나는 전술한 것과는 상반되게 복지정보네트워크의 구축으로 복지자원의 한계를 극복하고 복지정책의 효율성을 증대시킬 수 있는 기제로서 역할을 하는 긍정적인 측면이 있다.

다양한 복지주체들에 대한 지도감독과 업무연락, 보고체계, 의견수렴 등에 복지정보 네트워크를 이용함으로써 신속하고 효율적인 복지행정이 가능할 것이다. 복지정보 네트워크의 활용을 극대화하기 위해서는 업무의 표준화, 각종 기록 및 보고서식의 표준화가 필요할 것이다. 또한 정보 네트워크 구축에 필수적인 소프트웨어의 개발·보급이 이루어져야 한다. 또한 신속한 서비스 제공을 위해 모든 서비스 공급주체가 홈페이지와 전자우편을 갖고 있어야 할 것이다.

제 4 장　한국 사회복지정책의 평가틀

제 1 절　사회복지정책 평가틀 개발

1. 평가틀 개발의 전제

사회복지정책 평가가 갖는 일반적인 문제는 사회복지정책 자체가 인간의 일상생활과 삶의 질에 초점을 맞추다보니 주관적인 심리적 요소가 강하고, 장기간에 걸쳐서 정책 효과가 드러나는 등 단기간에 정책의 성과를 볼 수 없다는 것이다. 또한 이러한 이유로 인하여 사회복지정책 평가를 이해하는 것이 연구자에 따라 주관성 측면에서 벗어나지 못하는 한계를 갖고 있다. 따라서 정책평가의 신뢰성과 타당성 확보를 위해서는 객관성을 많이 보여주는 기존자료를 활용하는 것이 바람직하다고 사료된다.

이를 위해서는 연구진에 의해서 개발된 사회복지정책 평가의 분야 및 영역에 대한 1차 시안을 사회복지전문가에게 제시하고, 의견을 수렴할 필요가 있다. 이어서 개별지표의 정의, 산식, 집계항목 및 자료원 정리 등이 포함된 2차 시안을 개발하여 이에 대한 재차 전문가 검토가 필요하다. 이것이 완전히 끝난 후에 연구진들이 모여 최종지표의 확정과정을 거쳐 평가틀을 완성하는 것이 바람직한 방향이라고 하겠다.

여기서는 1차 시안의 근거가 되는 사회복지정책 평가지표 체계를 여러 이론들과 국내·외 연구들이 주는 함의를 바탕으로 하여 제시하고자 한다. 물론 기본적인 틀은 체계론적 접근방법을 활용하였으며, 객관적 지표를 기본으로 하였다. 정책 대응성을 나타내는 주관적 지표의 경우는 정책 소비자인 일반주민들의 만족도 조사자료를 활용하여 해결할 수 있다.

한편, 사회복지정책 분야 및 영역과 관련하여 고려할 것은 사회복지정책의 범위문제로서 정책평가 분야와 직결된다. 일반적으로 사회복지정책 프로그램은 사회안전망 차원에서 소득보장, 복지서비스, 교육보장, 고용보장(일자리 보장),

의료보장, 주거보장 등 6대 분야가 일반적으로 포함되는데, 정책 프로그램별로 선택하여 집중적으로 평가를 시도할 수 있을 것이다. 이러한 각 분야에는 구체적인 정책 프로그램 영역이 구성되는데, 영역은 주로 복지대상자의 성격과 연결 짓게 된다. 즉, 정책 대응성 문제와 결부되는 것이다. 여기에는 모든 주민들의 욕구와 관련짓는 보편적 프로그램에 대한 평가와 특별한 욕구충족이 필요한 취약계층을 위한 특별 프로그램에 대한 평가 등 크게 둘로 구분된다.

한편, 이러한 분야 및 영역을 체계론적 접근방법에 대입하게 되면 환경과 투입 부문에 있는 중앙과 지방정부에서 투입하는 사회복지예산(재정), 사회복지 전문인력 현황, 보건 및 복지시설·기관 현황, 자원봉사자 현황 등은 사회복지대상자의 현황과 비교하여 정책산출로 환원될 것이다.

정책의 평가틀에 직접적으로 영향을 주는 것은 주요한 것으로는 산출과 환경 부문이다. 모든 정책평가가 그러하듯이 정책의 산출내용과 그 영향력에 대한 평가야말로 정책평가의 핵심임에 틀림없다. 여기에는 사회복지정책이 지향하는 소득재분배 효과, 최저생활보장, 사회안전망 완비, 그리고 보편적 프로그램 확충 등이 얼마나 달성되었는가 하는 문제와 직결된다. 여기서 최저생활보장과 보편적 프로그램 확충 등은 궁극적으로 사회안전망의 완비와 관련되기 때문에 이 속에 묶을 수 있을 것이다.

2. 평가틀의 개발

전술한 내용을 바탕으로 사회복지정책 평가틀의 기본체계를 개발할 수 있다. 다만 주관적 지표는 가능한 한 공급, 수요간 격차를 살펴보는데 주로 활용하되, 전체 정책 평가의 무게는 역시 객관적 지표에 두어야 한다는 점을 주의해야 할 것이다. 그리고 이러한 평가틀은 사회복지정책의 전반적 평가에서 뿐만 아니라 특별한 복지분야에 초점을 맞추어 평가할 때에도 언제나 응용해서 사용할 수 있을 것이며, 그리고 지역별 비교와 국가간 비교에서도 유용하게 사용할 수 있을 것으로 판단된다. 사회복지정책 지표체계를 중심으로 한 평가틀을 제시하면 <표 4-1>과 같다.

〈표 4-1〉 사회복지정책 지표체계를 중심으로 한 평가틀

지표 / 체계(system)	객관적 지표	주관적 지표
환경과 투입 (Environment and Inputs)	• 사회복지대상자(보편적 프로그램 대상자, 취약계층 프로그램 대상자) 대비 중앙 및 지방정부의 투입 사회복지예산) • 사회복지대상자(보편적 프로그램 대상자/취약계층 프로그램 대상자) 대비 사회복지전문인력 및 자원봉사자 현황 • 사회복지대상자(보편적 프로그램 대상자, 취약계층 프로그램 대상자) 대비 보건 및 복지시설·기관 현황	• 주민참여 열망성: 주민만족도 조사에 포함
과정[1] (Conversion process)	-	-
산출과 환경 (Outputs and Environment)	• 사회안전망 완비 - 소득보장 내용 - 복지서비스 내용 - 교육보장 내용 - 고용보장 내용 - 의료 및 건강보장 내용 • 소득재분배 효과	• 만족도: 주민만족도 조사에 포함 • 대응성: 주민만족도 조사에 포함

주: 1) 과정에 대한 평가는 효율성 차원에서 비용편익비를 계산하는 것인데, 이는 정책의 평가지표 개발과는 다른 행정 및 관리 차원에서 다루어지는 문제이기 때문에 정책 평가틀에서는 직접적으로 다루지 않게 되며, 간접적 영향으로만 다루게 됨.

제 2 절 사회복지정책 평가분야 및 평가영역의 개발

1. 전체 구조 및 평가분야의 개발

본 연구에서는 사회복지정책 평가틀을 분야, 영역, 그리고 대표지표로 구성하였다. 평가틀의 구조는 6개 분야, 16개 영역, 그리고 77개 대표지표이다(표 4-2 참조). 가장 중요한 것인 평가분야를 결정함에 있어서 많은 논의가 있었으나 최종적으로 정책의 대상에 의한 분류보다는 기능별 분류에 의한 분야를 결정하였다. 즉, 한국 사회복지정책을 평가하기 위한 6개 분야는 복지인프라 확충, 안정된 소득보장, 복지서비스 확충, 보육·교육보장, 일자리 보장, 그리고 의료 및

건강보장 등이다.

〈표 4-2〉 한국 사회복지정책 평가틀의 기본구조

분야	영역	대표지표
6개	16개	77개

2. 평가영역의 개발

평가틀 6개 분야의 각각은 2~4개의 영역으로 구성되어 있는데, 이를 분야별로 제시하면 다음과 같다. 복지인프라 확충 분야는 복지재정, 복지인력, 복지시설 등 3개 영역, 안정된 소득보장 분야는 취약계층 소득보장, 보편적 소득보장 등 2개 영역이 개발되었다. 복지서비스 확충 분야는 취약계층 서비스 보장과 보편적 서비스 확충의 2개 영역, 보육·교육보장 분야는 교육의 공공성, 교육의 질 보장, 취약계층 교육보장, 보편적 교육보장 등 4개 영역이 개발되었다. 일자리 보장 분야는 취약계층 일자리 보장, 보편적 일자리 보장, 일자리의 건강성 등 3개 영역, 의료 및 건강보장 분야는 의료보장과 건강보장의 2개 영역이 개발되었다.

〈표 4-3〉 사회복지정책 평가대상 분야

분야	영역
복지인프라 확충	• 복지재정 • 복지인력 • 복지시설
안정된 소득보장	• 취약계층 소득보장 • 보편적 소득보장
복지서비스 확충	• 취약계층 서비스 보장 • 보편적 서비스 확충
보육·교육보장	• 교육의 공공성 • 교육의 질 보장 • 취약계층 교육보장 • 보편적 교육보장
일자리 보장	• 취약계층 일자리 보장 • 보편적 일자리 보장 • 일자리의 건강성
의료 및 건강보장	• 의료보장 • 건강보장
6개 분야	16개 영역

제 3 절 사회복지정책 평가 대표지표 개발

1. 복지인프라 확충 분야

복지인프라 확충 분야의 3개 영역에 대한 평가 대표지표는 다음과 같다. 먼저 복지재정 영역은 4개 지표, 복지인력 영역은 2개 지표, 그리고 복지시설 영역은 5개 지표로 구성되었다(표 4-4 참조). 따라서 복지인프라 확충 분야는 전체 11개 대표지표에 의하여 평가되었다.

〈표 4-4〉 복지인프라 확충 분야의 영역별 평가 대표지표

분야	영역	평가 대표지표
복지인프라 확충 (11개)	복지재정 (4개)	• GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률) • 국민 1인당 복지비용 • 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율 • 전체 복지재정 중 민간재정의 비율
	복지인력 (2개)	• 인구 천명당 사회복지전담 공무원수 • 인구 천명당 보건의료인력수
	복지시설 (5개)	• 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수 • 인구 10만명당 복지관수 • 노인인구 천명당 장기요양병상수 • 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률 • 아동인구 천명당 지역아동센터 수
3개 영역		11개 대표지표

2. 안정된 소득보장 분야

안정된 소득보장 분야의 2개 영역에 대한 평가 대표지표는 다음과 같다. 취약계층 소득보장 영역은 6개 지표, 보편적 소득보장 영역은 4개 지표로 구성되었다(표 4-5 참조). 따라서 안정된 소득보장 분야는 전체 10개 대표지표에 의하여 평가되었다.

〈표 4-5〉 안정된 소득보장 분야의 영역별 평가 대표지표

분야	영역	평가 대표지표	
안정된 소득보장	취약계층 소득보장	• 상대빈곤율 • 지니계수 추이 • 장애급여 수급률	• 기초생활보장 수급자 비율 • 아동빈곤율 • 장애인가구 월평균 소득
	보편적 소득보장	• 공적연금 수급률 • 실업급여 수급률	• 국민연금수급률(제도부양비) • 산전·후휴가급여 국가부담률
2개 영역		10개 대표지표	

3. 복지서비스 확충 분야

복지서비스 확충 분야의 2개 영역에 대한 평가 대표지표는 다음과 같다. 취약계층 서비스 보장 영역은 7개 지표, 보편적 서비스 확충 영역은 11개 지표로 구성되었다(표 4-6 참조). 따라서 복지서비스 확충 분야는 전체 18개 대표지표에 의하여 평가되었다.

〈표 4-6〉 복지서비스 확충 분야의 영역별 평가 대표지표

분야	영역	평가 대표지표	
복지서비스 확충	취약계층 서비스 보장	• 아동 및 노인 급식지원율 • 국내입양비율 • 주거급여 수혜율 • 공공임대주택 재고율	• 방과후 활동 수혜율 • 공적노인요양보호비율 • 주거급여수준
	보편적 서비스 확충	• 노인생활체육 참여율 • 노인정보화율 • 아동안전사고사망률 • 장애인편의시설 설치율 • 임신출산비용 대비 국가지원비율 • 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율 • 불임발생 대비 지원비율	• 노인여가시설 이용률 • 노인교통사고 사망률 • 아동학대발생률 • 장애인정보화율
2개 영역		18개 대표지표	

4. 보육·교육보장 분야

보육·교육보장 분야의 4개 영역에 대한 평가 대표지표는 다음과 같다. 교육의 공공성 영역은 2개 지표, 교육의 질 보장 영역은 3개 지표, 취약계층 교육보장 영역은 4개 지표, 그리고 보편적 교육보장 영역은 4개 지표로 구성되었다(표 4-7 참조). 따라서 보육·교육보장 분야는 전체 13개 대표지표에 의해 평가되었다.

〈표 4-7〉 보육·교육보장 분야의 영역별 평가 대표지표

분야	영역	평가 대표지표
보육·교육보장	교육의 공공성	• 육아비용 정부부담률 • GDP 대비 사교육비 지출률
	교육의 질 보장	• 보육교사 1인당 아동수 • 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수 • 대학교수 1인당 학생수
	취약계층 교육보장	• 취약계층 보육교육비 지원아동비율 • 취약보육서비스 수혜율 • 장애인 고등교육 이수율 • 특수교육 수혜율
	보편적 교육보장	• 만5세아 무상보육률, • 일반계층 보육교육비 지원아동비율 • 육아서비스 수혜율 • 평생학습참여율
4개 영역		13개 대표지표

5. 일자리 보장 분야

일자리 보장 분야의 3개 영역에 대한 평가 대표지표는 다음과 같다. 취약계층 일자리 보장 영역은 6개 지표, 보편적 일자리 보장 영역은 5개 지표, 그리고 일자리의 건강성 영역은 2개 지표로 구성되었다(표 4-8 참조). 따라서 일자리 보장 분야는 전체 13개 대표지표에 의하여 평가되었다.

〈표 4-8〉 일자리 보장 분야의 영역별 평가 대표지표

분야	영역	평가 대표지표
일자리 보장	취약계층 일자리 보장	• 중고령자 고용률 • 노인일자리 충족률 • 자활사업 참여율 • 자활사업 성공률 • 장애인 고용률 • 장애인 실업률
	보편적 일자리 보장	• 고용률 • 청년고용률 • 재직자 훈련 참여율 • 여성고용률 • 중장년 실업률
	일자리의 건강성	• 전체 근로자 중 비정규직 비율 • 정규직 대비 비정규직 임금수준
3개 영역		13개 대표지표

6. 의료 및 건강보장 분야

의료 및 건강보장 분야의 2개 영역에 대한 평가 대표지표는 다음과 같다. 의료보장 영역은 3개 지표, 건강보장 영역은 9개 지표로 구성되었다(표 4-9 참조). 따라서 의료 및 건강보장 분야는 전체 12개 대표지표에 의하여 평가되었다.

〈표 4-9〉 의료 및 건강보장 분야의 영역별 평가 대표지표

분야	영역	평가 대표지표
의료 및 건강보장 (12개)	의료보장 (3개)	• 빈곤층 의료보장률 • 건강보험 급여보장률 • 국민의료비 중 공공부문지출 비율
	건강보장 (9개)	• 건강수명 • 영아사망률 • 흡연율 • 성인 1인당 순수 알코올 소비량 • 규칙적 중등도 운동실천율 • 비만율 • 예방가능 응급환자 사망률 • 지역간 의료이용 형평률 • 계층간 의료이용 형평률
2개 영역		12개 대표지표

결과적으로 전체 평가틀과 대표지표의 생산방안은 다음의 <표 4-10>과 같이 제시된다.

〈표 4-10〉 한국 사회복지정책의 평가틀

분야	영역	평가 대표지표	생산방안		
			기존 통계	기존통계 가공	신규 생산
복지인프라 확충	복지재정	• GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)	○		
		• 국민 1인당 복지비용		○	
		• 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율	○		
		• 전체 복지재정 중 민간재정의 비율	○		
	복지인력	• 인구 천명당 사회복지전담 공무원수		○	
		• 인구 천명당 보건의료인력수		○	
	복지시설	• 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수		○	
		• 인구 10만명당 복지관수		○	
		• 노인인구 천명당 장기요양병상수		○	
		• 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률		○	
		• 아동인구 천명당 지역아동센터수		○	
안정된 소득보장	취약 계층 소득 보장	• 상대빈곤율	○		
		• 기초생활보장 수급자 비율	○		
		• 지니계수 추이	○		
		• 아동빈곤율	○		
		• 장애급여 수급률	○		
		• 장애인가구 월평균 소득		○	
	보편적 소득 보장	• 공적연금 수급률		○	
		• 국민연금수급률(제도부양비)		○	
		• 실업급여 수급률	○		
		• 산전·후휴가급여 국가부담률		○	
복지 서비스 확충	취약 계층 서비스 보장	• 아동 및 노인 급식지원율		○	
		• 방과후 활동 수혜율		○	
		• 국내입양비율	○		
		• 공적노인요양보호비율	○		
		• 주거급여 수혜율		○	
		• 주거급여수준		○	
		• 공공임대주택 재고율	○		
	보편적 서비스 확충	• 노인생활체육 참여율	○		
		• 노인여가시설 이용률	○		
		• 노인정보화율	○		
		• 노인교통사고 사망률	○		
		• 아동안전사고사망률	○		
		• 아동학대발생률	○		
		• 장애인편의시설 설치율	○		
		• 장애인정보화율	○		
		• 임신출산비용 대비 국가지원비율		○	
		• 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율		○	
		• 불임발생 대비 지원비율		○	

〈표 4-10〉 계속

분야	영역	평가 대표지표	생산방안		
			기존통계	기존통계 가공	신규 생산
보육·교육 보장 (13개)	교육의 공공성	• 육아비용 정부부담률		○	
		• GDP 대비 사교육비 지출률	○		
	교육의 질 보장	• 보육교사 1인당 아동수		○	
		• 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수		○	
		• 대학교수 1인당 학생수		○	
	취약계층 교육보장	• 취약계층 보육교육비 지원아동비율		○	
		• 취약보육서비스 수혜율		○	
		• 장애인 고등교육 이수율		○	
		• 특수교육 수혜율		○	
	보편적 교육보장	• 만5세아 무상보육률		○	
		• 일반계층 보육교육비 지원아동비율		○	
		• 육아서비스 수혜율		○	
		• 평생학습참여율	○		
일자리 보장 (13개)	취약계층 일자리 보장	• 중고령자 고용률	○		
		• 노인일자리 충족률		○	
		• 자활사업 참여율		○	
		• 자활사업 성공률		○	
		• 장애인 고용률	○		
		• 장애인 실업률	○		
	보편적 일자리 보장	• 고용률	○		
		• 청년고용률	○		
		• 재직자 훈련 참여율		○	
		• 여성고용률	○		
		• 중장년 실업률		○	
	일자리의 건강성	• 전체 근로자 중 비정규직 비율	○		
		• 정규직 대비 비정규직 임금수준	○		
의료 및 건강보장 (12개)	의료보장	• 빈곤층 의료보장률		○	
		• 건강보험 급여보장률	○		
		• 국민의료비 중 공공부문지출 비율	○		
	건강보장	• 건강수명	○		
		• 영아사망률	○		
		• 흡연율	○		
		• 성인 1인당 순수 알코올 소비량	○		
		• 규칙적 중등도 운동실천율	○		
		• 비만율	○		
		• 예방가능 응급환자 사망률	○		
		• 지역간 의료이용 형평률		○	
		• 계층간 의료이용 형평률		○	

제 4 절 사회복지정책 평가요소의 적절성

1. 사회복지정책 평가 대분야 구성의 적절성

사회복지정책 평가를 위한 평가틀의 대분야는 복지인프라확충, 안정된 소득보장, 복지서비스 확충, 보육·교육 보장, 일자리보장, 의료 및 건강보장으로 총 6개 대분야로 구성되어 있다. 사회복지평가지표 대분야 구성의 적절성은 '매우 적절' 14.3%, '적절' 70.5%, '부적절' 14.3%, '매우 부적절' 1.0%로 나타났다. 즉, 84.8%가 '(매우)적절'하다고 응답하여 대분야의 구성은 적절한 것으로 사료된다.

새로운 대분야를 제시한 소수의견으로는 주거보장 8.6%, 문화여가, 복지서비스 질, 양성 평등적 복지정책 등의 분야가 각각 1.0% 등이었다.

〈표 4-11〉 사회복지정책 평가 대분야 구성의 적절성

(단위: %, 명)

대분야	매우적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
• 복지인프라확충 • 안정된 소득보장 • 복지서비스 확충 • 보육·교육 보장 • 일자리 보장 • 의료 및 건강보장	14.3	70.5	14.3	1.0	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

2. 사회복지정책 평가영역 구성의 적절성

사회복지정책 평가를 위한 평가틀의 영역은 대분야별로 2~4개로 이루어져 전체 16개로 구성되어 있다. 전반적으로 대분야에 대한 영역 구성은 '매우 적절' 혹은 '적절'의 응답이 '(매우)부적절'의 응답에 비해 현저히 높아 평가틀이 적절한 것으로 파악되었다.

복지인프라확충분야의 영역은 90.4%, 안정된 소득보장분야의 영역은 80.0%, 복지서비스 확충분야의 영역은 80.0%, 보육·교육보장분야의 영역은 73.4%, 일자리

보장분야의 역은 77.2%, 의료 및 건강보장분야의 영역은 76.1%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 따라서 6개 대분야에 대한 영역구성은 적절한 수준이라 사료된다.

새로운 영역을 제시한 소수의견으로는 복지인프라확충 분야에 전달체계 영역 5.7%, 복지서비스 확충분야에 복지서비스 질 영역 3.8% 등이 있었다.

〈표 4-12〉 사회복지정책 평가영역 구성의 적절성

(단위: %, 명)

대분야	영역	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
복지인프라확충	• 복지재정, 복지인력, 복지시설	35.2	55.2	9.5	-	100.0 (105)
안정된 소득보장	• 취약계층소득보장, 보편적 소득보장	19.0	61.0	18.1	1.9	100.0 (105)
복지서비스 확충	• 취약계층 서비스 보장, 보편적 서비스 확충	17.1	62.9	19.0	1.0	100.0 (105)
보육·교육보장	• 교육의 공공성, 교육의 질 보장, 취약계층 교육보장, 보편적 교육보장	12.4	61.0	23.8	2.9	100.0 (105)
일자리 보장	• 취약계층 일자리 보장, 보편적 일자리 보장, 일자리의 건강성	14.3	62.9	20.0	2.9	100.0 (105)
의료 및 건강보장	• 의료보장, 건강보장	17.1	59.0	22.9	1.0	100.0 (105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

3. 사회복지정책 평가영역별 대표지표의 적절성

가. 복지인프라확충 분야

복지재정영역의 대표지표의 적절성은 전반적으로 '매우 적절' 혹은 '적절'의 응답이 '(매우)부적절'의 응답에 비해 높은 것으로 나타났다. 즉, GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)는 95.3%, 국민 1인당 복지비용은 92.4%, 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율은 87.6%, 전체 복지재정 중 민간재정의 비율은 86.7%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 부적절하다고 응답한 경우는 전체 복지재정 중 민간재정의 비율이 13.4%로 가장 높았다. 이 영역의 새로운 대표

지표로서 제시된 것은 없었다.

〈표 4-13〉 복지재정영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
복지 재정	• GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)	42.9	52.4	3.8	1.0	100.0(105)
	• 국민 1인당 복지비용	42.9	49.5	7.6	-	100.0(105)
	• 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율	31.4	56.2	11.4	1.0	100.0(105)
	• 전체 복지재정 중 민간재정의 비율	21.9	64.8	12.4	1.0	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

복지인력영역의 대표지표에 대해 인구 천명당 사회복지전담공무원수 83.8%, 인구 천명당 보건의료인력수 85.8%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표로서 제시된 것은 '사회복지공무원 1인당 저소득층 인구수' 6.7%, '인구 천명당 민간기관 복지부문 종사자 인력수' 3.8% 등이 있었다.

〈표 4-14〉 복지인력영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
복지 인력	• 인구 천명당 사회복지전담공무원수	31.4	52.4	14.3	1.9	100.0(105)
	• 인구 천명당 보건의료인력수	24.8	61.0	12.4	1.9	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

복지시설영역의 대표지표에 대해 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수 80.0%, 인구 10만명당 복지관수 80.0%, 노인인구 천명당 장기요양병상수 88.5%, 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률 89.5%, 아동인구 천명당 지역아동센터수 79.1%가 (매우)적절하다고 응답하여 전반적으로 적절한 것으로 사료된다. 이 영역의 새로운 대표지표로서 제시된 것은 '등록장애인 인구수 대비 장애인 복지시설 수'가 2.9% 있었다.

〈표 4-15〉 복지시설영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
복지 시설	• 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수	26.7	53.3	18.1	1.9	100.0(105)
	• 인구 10만명당 복지관수	29.5	50.5	19.0	1.0	100.0(105)
	• 노인인구 천명당 장기요양병상수	33.3	55.2	8.6	2.9	100.0(105)
	• 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률	30.5	59.0	8.6	1.9	100.0(105)
	• 아동인구 천명당 지역아동센터수	24.8	54.3	19.0	1.9	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

나. 안정된 소득보장분야

취약계층 소득보장영역의 대표지표에 대해 상대빈곤율 90.4%, 지니계수 추이 89.5%, 아동빈곤율 88.5%, 기초생활보장 수급자 비율 91.4%, 장애급여 수급률 85.8%, 장애인가구 월평균 소득 78.1%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표로서 제시된 것은 '노인빈곤율' 6.7%, '수급자의 소득보장 만족도' 2.9% 등이 있었다.

〈표 4-16〉 취약계층소득보장영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
취약계층 소득보장	• 상대빈곤율	35.2	55.2	8.6	1.0	100.0(105)
	• 지니계수 추이	30.5	59.0	9.5	1.0	100.0(105)
	• 아동빈곤율	29.5	59.0	11.4	-	100.0(105)
	• 기초생활보장 수급자 비율	37.1	54.3	7.6	1.0	100.0(105)
	• 장애급여 수급률	24.8	61.0	14.3	-	100.0(105)
	• 장애인가구 월평균 소득	18.1	60.0	20.0	1.9	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 소득보장영역의 대표지표에 대해 공적연금 수급률 95.2%, 국민연금수급률(제도부양비) 92.4%, 실업급여 수급률 87.6%, 산전·후휴가급여 국가부담률 81.9%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표에 대한 의견

은 없었다.

〈표 4-17〉 보편적 소득보장영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
보편적 소득보장	• 공적연금 수급률	39.0	56.2	3.8	1.0	100.0(105)
	• 국민연금수급률(제도부양비)	36.2	56.2	6.7	1.0	100.0(105)
	• 실업급여 수급률	29.5	58.1	12.4	-	100.0(105)
	• 산전·후휴가급여 국가부담률	21.9	60.0	17.1	1.0	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

다. 복지서비스 확충분야

취약계층 서비스 보장영역의 대표지표에 대해 아동 및 노인 급식지원율 96.2%, 방과후 활동 수혜율 86.7%, 국내입양비율 65.7%, 공적노인요양보호비율 94.3%, 주거급여 수혜율 88.6, 주거급여수준 86.7%, 공공임대주택 재고율 84.8%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표로서 제시된 의견은 없었다.

〈표 4-18〉 취약계층 서비스 보장영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
취약계층 서비스 보장	• 아동 및 노인 급식지원율	34.3	61.9	3.8	-	100.0(105)
	• 방과후 활동 수혜율	25.7	61.0	11.4	1.9	100.0(105)
	• 국내입양비율	16.2	49.5	33.3	1.0	100.0(105)
	• 공적노인요양보호비율	42.9	51.4	3.8	1.9	100.0(105)
	• 주거급여 수혜율	25.7	62.9	9.5	1.9	100.0(105)
	• 주거급여수준	28.6	58.1	11.4	1.9	100.0(105)
	• 공공임대주택 재고율	24.8	60.0	12.4	2.9	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 서비스 확충영역의 대표지표에 대해 노인생활체육 참여율 75.2%, 노

인여가시설 이용률 91.4%, 노인정보화율 83.8%, 노인교통사고 사망률 61.9%, 아동안전사고사망률 74.3%, 아동학대발생률 91.4%, 장애인편의시설 설치율 94.3%, 장애인정보화율 91.5%, 임신출산비용 대비 국가지원비율 86.7%, 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율 94.3%, 불임발생대비 지원비율 70.3%가 (매우)적절하다고 응답하였다.

따라서 노인여가시설 이용률, 아동학대 발생률, 장애인편의시설 설치율, 장애인정보화율, 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율은 90.0% 이상이 적절하다고 응답하여 대표지표로서의 선정이 매우 잘된 것으로 평가된다. 그렇지만 본 영역을 구성하고 있는 대표지표 중 불임발생 대비 지원자의 비율은 38.1%가 (매우)부적절하다고 응답한 반면, 이 영역의 새로운 대표지표를 제시한 전문가는 없었다.

〈표 4-19〉 보편적 서비스 확충영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
보편적 서비스 확충	• 노인생활체육 참여율	13.3	61.9	24.8	-	100.0(105)
	• 노인여가시설 이용률	27.6	63.8	7.6	1.0	100.0(105)
	• 노인정보화율	14.3	69.5	15.2	1.0	100.0(105)
	• 노인교통사고 사망률	19.0	42.9	38.1	-	100.0(105)
	• 아동안전사고사망률	28.6	45.7	25.7	-	100.0(105)
	• 아동학대발생률	38.1	53.3	7.6	1.0	100.0(105)
	• 장애인편의시설 설치율	48.6	45.7	5.7	-	100.0(105)
	• 장애인정보화율	21.0	70.5	8.6	-	100.0(105)
	• 임신출산비용 대비 국가지원비율	36.2	50.5	13.3	-	100.0(105)
	• 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율	41.0	53.3	4.8	1.0	100.0(105)
	• 불임발생 대비 지원비율	17.1	53.3	26.7	2.9	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

라. 보육·교육보장분야

교육의 공공성영역의 대표지표에 대해 육아비용 정부부담률 96.2%, GDP 대비 사교육비 지출률 88.6%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운

대표지표로는 'GDP 대비 공교육비 지출률'이 2.9%이었다.

〈표 4-20〉 교육의 공공성영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
교육의 공공성	• 육아비용 정부부담률	45.7	50.5	3.8	-	100.0(105)
	• GDP 대비 사교육비 지출률	41.0	47.6	11.4	-	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

교육의 질 보장영역의 대표지표에 대해 보육교사 1인당 아동수 93.3%, 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수 95.3%, 대학교수 1인당 학생수 89.5%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표를 제시한 전문가는 없었다.

〈표 4-21〉 교육의 질 보장영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
교육의 질 보장	• 보육교사 1인당 아동수	43.8	49.5	6.7	-	100.0(105)
	• 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수	42.9	52.4	4.8	-	100.0(105)
	• 대학교수 1인당 학생수	27.6	61.9	9.5	1.0	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

취약계층 교육보장영역의 대표지표에 대해 취약계층 보육교육비 지원아동비율 93.4%, 취약보육서비스 수혜율 92.4%, 장애인 고등교육 이수율 91.3%, 특수교육 수혜율 93.2%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표를 제시한 전문가는 없었다.

〈표 4-22〉 취약계층 교육보장영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
취약계층 교육보장	• 취약계층 보육교육비 지원아동비율	52.4	41.0	6.7	-	100.0(105)
	• 취약보육서비스 수혜율	52.4	40.0	7.6	-	100.0(105)
	• 장애인 고등교육 이수율	37.1	54.3	7.6	1.0	100.0(105)
	• 특수교육 수혜율	37.1	56.2	5.7	1.0	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 교육보장영역의 대표지표에 대해 만5세아 무상보육률 96.2%, 일반계층 보육교육비 지원아동비율 95.2%, 육아서비스 수혜율 93.4%, 평생학습참여율 91.4%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표를 제시한 전문가는 없었다.

〈표 4-23〉 보편적 교육보장영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
보편적 교육보장	• 만5세아 무상보육률	50.5	45.7	3.8	-	100.0(105)
	• 일반계층 보육교육비 지원아동비율	38.1	57.1	4.8	-	100.0(105)
	• 육아서비스 수혜율	41.0	52.4	6.7	-	100.0(105)
	• 평생학습참여율	29.5	61.9	8.6	-	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

마. 일자리보장 분야

취약계층 일자리 보장영역의 대표지표에 대해 중고령자 고용률 94.3%, 노인일자리 충족률 86.7%, 자활사업 참여율 87.6%, 자활사업 성공률 80.0%, 장애인 고용률 96.2%, 장애인 실업률 87.6%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표를 제시한 전문가는 없었다.

〈표 4-24〉 취약계층 일자리 보장영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
취약계층 일자리 보장	• 중고령자 고용률	34.3	60.0	5.7	-	100.0(105)
	• 노인일자리 충족률	38.1	48.6	13.3	-	100.0(105)
	• 자활사업 참여율	37.1	50.5	11.4	1.0	100.0(105)
	• 자활사업 성공률	35.2	44.8	20.0	-	100.0(105)
	• 장애인 고용률	47.6	48.6	2.9	1.0	100.0(105)
	• 장애인 실업률	30.5	57.1	11.4	1.0	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 일자리 보장영역의 대표지표에 대해 고용률 94.3%, 청년고용률 94.3%, 재직자 훈련 참여율 86.7%, 여성고용률 97.1%, 중장년 실업률 96.2%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표를 제시한 전문가는 없었다.

〈표 4-25〉 보편적 일자리 보장영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
보편적 일자리 보장	• 고용률	46.7	47.6	4.8	1.0	100.0(105)
	• 청년고용률	45.7	48.6	4.8	1.0	100.0(105)
	• 재직자 훈련 참여율	30.5	56.2	12.4	1.0	100.0(105)
	• 여성고용률	43.8	53.3	1.9	1.0	100.0(105)
	• 중장년 실업률	35.2	61.0	2.9	1.0	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

일자리의 건강성영역의 대표지표에 대해 전체 근로자 중 비정규직 비율 93.3%, 정규직 대비 비정규직 임금수준 95.2%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표를 제시한 전문가는 없었다.

〈표 4-26〉 일자리의 건강성영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
일자리의 건강성	• 전체 근로자 중 비정규직 비율	57.1	36.2	5.7	1.0	100.0(105)
	• 정규직 대비 비정규직 임금수준	55.2	40.0	3.8	1.0	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

바. 의료 및 건강보장분야

의료보장영역의 대표지표에 대해 빈곤층 의료보장률 94.3%, 건강보험 급여보장률 94.3%, 국민의료비 중 공공부문 지출 비율 92.4%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표를 제시한 전문가는 없었다.

〈표 4-27〉 의료보장영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
의료보장	• 빈곤층 의료보장률	53.3	41.0	5.7	-	100.0(105)
	• 건강보험 급여보장률	53.3	41.0	5.7	-	100.0(105)
	• 국민의료비 중 공공부문 지출 비율	54.3	38.1	6.7	1.0	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

건강보장영역의 대표지표에 대해 건강수명 96.2%, 영아사망률 90.5%, 흡연율 82.9%, 성인 1인당 순수 알코올 소비량 80.0%, 중등도 운동실천율 81.0%, 비만율 87.6%, 예방가능 응급환자 사망률 93.4%, 지역간 의료이용 형평률 95.3%, 계층간 의료이용 형평률 96.2%가 (매우)적절하다고 응답하였다. 이 영역의 새로운 대표지표를 제시한 전문가는 없었다.

〈표 4-28〉 건강보장영역 대표지표의 적절성

(단위: %, 명)

영역	대표지표	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	계(수)
건강보장	• 건강수명	51.4	44.8	3.8	-	100.0(105)
	• 영아사망률	44.8	45.7	8.6	1.0	100.0(105)
	• 흡연율	26.7	56.2	16.2	1.0	100.0(105)
	• 성인 1인당 순수 알코올 소비량	21.9	58.1	17.1	2.9	100.0(105)
	• 중등도 운동실천율	24.8	56.2	16.2	2.9	100.0(105)
	• 비만율	38.1	49.5	10.5	1.9	100.0(105)
	• 예방가능 응급환자 사망률	42.9	50.5	4.8	1.9	100.0(105)
	• 지역간 의료이용 형평률	50.5	44.8	3.8	1.0	100.0(105)
	• 계층간 의료이용 형평률	50.5	45.7	2.9	1.0	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

제 5 절 대표지표의 정의 및 산출방식

1. 복지인프라 확충 분야

가. 복지재정

□ 지표명 : GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)

— 지표의 정의 및 산출방식

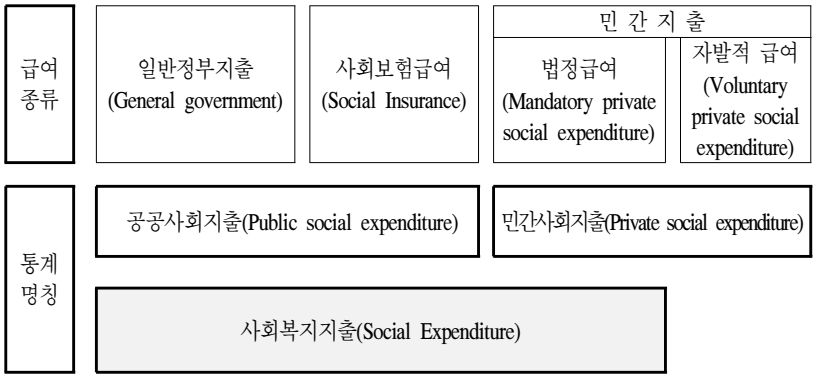
공공사회복지지출의 개념을 설명하기에 앞서, 사회복지지출의 개념을 제시하고자 한다. OECD에서는 사회복지지출(Social Expenditure)을 “가구와 개인이 복지에 불리한 환경에 처해있는 동안 공적제도에 의한 사회적 급여나 재정적 지원”이라 정의하였다. 다만 급여혜택이나 재정지원 등 특별한 재화와 용역에 대한 직접지급이나 개별계약 또는 이전은 포함하지 않는다(고경환 외, 2003).

사회복지지출은 공공사회지출 및 법정민간급여로 구성되어 있으며 이는 연금(노령현금급여, 유족급여 등)급여, 근로연령인구에 대한 소득지원(장애현금급여, 직업상해 또는 질병급여, 가족현금급여, 실업급여, 주거급여, 기타), 공공보건지

출, 기타 사회서비스(노인과 장애인에 대한 서비스, 가족서비스, 적극적 노동시장정책 등)를 포함한다.

사회복지지출은 한 국가의 대략적인 복지발달 수준을 가늠케 하며, 복지발전 수준을 알아보기 위한 중요한 기준으로 사용된다(김미혜 외, 2003). 또한 복지비 지출의 변화를 분석하는 것은 이것이 복지국가 발달의 중요한 양적인 측면의 지표이고, 장기간에 걸친 다수사례의 분석을 통해 복지국가의 변화에 대한 전반적인 추이를 보여줄 수 있다는 장점을 가진다(강철희 외, 2000). 즉, 경제발전의 수준, 노령인구의 증가 등의 요인은 사회복지지출에 영향을 미치고 있는 것으로 나타나므로(김미혜, 2003; 강철희 외, 2000; 강혜규, 2005) 사회복지지출은 특정국가의 인구사회학적 변화와 경제변화 등에 따른 복지국가 발달수준을 파악하는데 유용하다고 사료된다.

〔그림 4-1〕 사회지출의 범위



주: 일반정부지출 = 중앙정부+지방정부+비영리공공기관

공공사회복지지출은 일반정부의 복지지출(공공부조 및 사회복지서비스)과 사회보험급여가 포함된 것이다. 일반정부지출은 보건·복지·노동서비스, 공공부조 등과 같은 현물·현금 급여로서 복지혜택이 필요한 가구와 개인에게 공공부문에

서 공급하는 것이다. 따라서 본 지표의 목적은 국내 총생산(GDP) 중 공공부문의 영역에서 사회복지를 필요로 하는 국민에게 실제로 돌아가는 몫이 어느 정도 비율을 차지하는 가를 포괄적으로 파악하는데 있다. 이는 국가의 복지 지원 및 복지국가 발달 수준을 파악하는데 있어 큰 의의를 가질 것으로 여겨진다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{GDP 대비 공공사회지출 규모} = \frac{\text{공공사회복지지출}}{\text{GDP}} \times 100$$

□ 지표명 : 국민 1인당 복지비용

— 지표의 정의 및 산출방식

복지비용은 “복지에 악영향을 미치는 특정한 환경에 처해 있는 가구 또는 개인에게 공공기관 또는 민간기관이 현물 또는 현금급여를 제공하고, 재정적 기여를 하는 총비용”(고경환 외, 1999)으로 사회보장비를 일컫는다. 사회보장은 “질병·장애·노령·실업·사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 빈곤을 해소하며 국민생활의 질을 향상시키기 위하여 제공되는 사회보험·공공부조·사회복지서비스 및 관련 복지제도(사회보장기본법 제 3조)로서, 이를 위한 제반의 공공 및 민간지출을 말한다.

우리나라의 사회보장예산(social security)은 사회개발예산에 포함되어 있으며, 사회보험(social insurance), 보훈(patriots & veterans affairs), 근로자 복지(worker’s welfare), 기타 사회복지(other activities for social welfare), 직업훈련(vocational training), 직업안정(vocational security), 보건위생(health & public hygiene), 보건복지행정(health & welfare adm.)으로 이루어져 있다. 이러한 사회보장비는 인구사회학적 변화, 경제적 변화, 정치적 변화와 밀접한 관련성이 있다. 즉, 저출산·고령화시대의 도래, 경제양극화의 심화 등 사회경제적 변화에 따라 복지재정에 영향을 미친다. 따라서 본 지표의 목적은 모든 국민에게 실제로 돌아가는 평균 복지비용을 파악하여 보편적 서비스 관점에서의 복지수준을 측정하는데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{국민 1인당 복지비용} = \frac{\text{전체 복지재정}}{\text{인구수}}$$

□ 지표명 : 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라의 복지환경은 복지다원주의의 확산, 수요자 중심의 복지원칙 강화, 복지대상의 변화 및 확산 등으로 급속하게 변화되고 있다. 복지환경의 급속한 변화는 복지서비스의 기능 및 범위를 넓히고, 최저생활보장 뿐만 아니라 보편적 서비스 확충의 필요성을 요구하기 시작하였다.

사회보장기본법에 따르면, 사회복지서비스는 "국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움을 필요로 하는 모든 국민에게 상담·재활·직업소개 및 지도·사회복지시설 이용 등을 제공하여 정상적인 사회생활이 가능하도록 지원하는 제도"를 말한다. 즉, 사회복지서비스에는 아동복지서비스, 노인복지서비스, 장애인복지서비스, 여성복지서비스, 한부모 가정복지서비스 등이 있으며, 각 사업법에 근거하여 다양한 범주별 사회복지서비스의 형태로 존재하고 있다. 따라서 사회복지서비스 재정은 국가, 지방자치단체, 민간기업 및 개인이 사회구성원의 정상적인 사회생활이 가능하도록 제공하는 개별적 및 전문적 측면에서 지원되는 모든 비용을 포함한다. 이와 달리 공공부조는 "사회보장제도의 하나로서 모든 국민이 인간다운 생활을 영위하도록 하기 위해 국가 및 지방자치단체의 책임 하에 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 제도"(사회보장기본법 제3조)이다. 따라서 공공부조 재정은 국민기초생활보장제도의 지원액으로 볼 수 있다.

사회복지의 역사가 발전하면서 선진 복지국가에서는 사회복지서비스가 공공부조로부터 분리되어 공공부조와 다른 대상, 다른 목적을 갖게 되었다. 사회발전이 안된 나라는 공공부조로부터 사회복지서비스의 대상이 분리되었지만 여전히 저소득층을 주 대상으로 서비스를 지원하는 것이 일반적이며, 발전된 사회에서는 사회복지서비스가 보편적으로 이용되고, 보다 광범위하게 채택됨으로써

특별한 도움이나 보호의 욕구에 있는 사람들을 위한 서비스에 한정되지 않고 그 기능과 범위가 더 넓어지면서 모든 시민에 대한 서비스 적용으로 일반화되는 경향을 갖고 있다(Kahn, 1969; 남세진·조흥식, 1996 재인용).

따라서 본 지표의 목적은 전체 복지재정 중 복지서비스 재정비율을 파악하여 우리나라의 복지서비스 발전정도 및 보편적 복지 수준을 간접적으로 측정하는 데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율} = \frac{\text{복지서비스재정}}{\text{전제 복지재정}} \times 100$$

□ 지표명 : 전체 복지재정 중 민간재정의 비율

— 지표의 정의 및 산출방식

민간재정(private social expenditure)은 민간에 의해 부분적으로 충당되며, 급여는 사회적 보호와 재분배적 성격을 가진 사회적 급여 의미를 지닌다. 이에는 민간에서 제공되는 법정급여(mandatory private social expenditure)와 자발적 급여(voluntary private social expenditure)가 있다. 법정민간급여는 경제행위자(대체로 고용주)들이 민간보험 등을 통하여 의무적으로 제공하도록 되어 있는 급여를 의미한다. 표면상 사회복지 재원 및 운영이 민간에 의해 이루어지고 있으나 정부로부터 세제상의 혜택 또는 재정적 지원을 받으며 정부의 규제를 받는 부분이다. 예를 들면, 덴마크, 스웨덴, 독일, 영국 등에서는 정부가 고용주에게 일정기간 동안 상병급여를 제공하도록 규정하고 있으며, 민간보험에 의한 산재급여의 제공도 강제하고 있다. 우리나라는 법정퇴직금, 출산휴가급여, 상병 휴가기간 동안의 유급급여가 있다(고경환 외, 2003). 자발적 급여는 공적 전달체계 외부에서 제공되는 민간급여로 법적으로 명문화되어 있지 않으며 사회복지재원 및 운영이 정부의 지원 없이 주로 고용주나 NPO에 의해 이루어지는 부문을 의미하고 있다. 우리나라의 경우 민간모금(공동모금), 기업의 복지재단, 고용주의 자발적 급여가 있다.

OECD는 사회복지지출을 산출하는데 자발적 급여를 제외한다. 이에 따라 민

간재정은 법정민간급여의 의미로 파악할 수 있다. 민간법정급여의 경우 산출하는 범위가 나라마다 상이하여 비교하는데 어려움이 있다. 즉, 우리나라는 근로기준법상의 법정퇴직금을 민간법정급여로 간주하여 사회지출에 포함시켰으나, 선진국의 경우 퇴직금은 대부분 기업퇴직연금으로 지급되며 사회지출에 포함시키지 않아 우리나라의 민간법정급여가 상대적으로 높은 편으로 제시된다. 따라서 본 지표의 목적은 전체 복지재정 중 민간재정비율을 파악하여 일반정부에 의한 서비스 이외의 민간부문 서비스 수준을 가늠하고, 민간부문의 복지를 활성화 시키는데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{전체 복지재정 중 민간재정의 비율} = \frac{\text{민간재정(민간법정급여)}}{\text{복지재정(사회지출)}} \times 100$$

나. 복지인력

□ 지표명 : 인구 천명당 사회복지전담 공무원수

— 지표의 정의 및 산출방식

사회복지전담공무원 제도는 1986년 9월 '국민복지증진대책'에 의하여 대도시·저소득층 밀집지역의 복지요구에 능동적으로 대처하고자 일선 동사무소에 전문 사회복지인력을 배치하는 계획으로 1987년 7월부터 사회복지전문요원으로 배치되면서 시작하였다. 전담공무원제도는 별정직공무원의 임용으로 시작하여 1991년에 사회복지직렬을 도입하고 1999년 12월에는 전 사회복지전문요원이 전직시험을 통하여 사회복지직공무원의 직렬에 편입하게 되어 한국 공공 사회복지행정조직에서 전문 사회복지인력으로 신분이 안정되었다(황미경, 2006).

최근 2006년 7월 1일부터 지방자치단체 '주민생활지원서비스전달체계 개편' 방안에 따라 시·군·구와 읍·면·동에서 주민관리 업무를 대폭 축소하면서 사회복지기능을 강화하게 되었으며, 신설 팀의 구성으로 사회복지인력의 확대, 사회복지서비스 전달체계의 강화, 보편적인 서비스와 전문적인 서비스를 체계적으로 처리하도록 하였다.

사회복지전담공무원은 주민의 욕구를 중심으로 최대한 서비스를 수행하고 복지전달체계를 효율적으로 운영하는 역할을 담당한다. 그러나 그동안 일반 행정 중심의 종합행정, 과도한 업무량과 자율성 결여 등으로 역할과 책임을 다하기가 어렵거나 복지욕구에 적절한 서비스를 제공하기에 미흡한 경우가 많았다. 따라서 본 지표의 목적은 인구 천명당 사회복지전담공무원수를 측정하여 사회복지전담공무원의 담당업무의 효율성, 복지욕구에 대한 체계적인 서비스 제공 수준 등을 간접적으로 파악하는데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{인구 천명당 사회복지전담 공무원수} = \frac{\text{사회복지전담공무원 현원}}{\text{인구수}} \times 1{,}000$$

□ 지표명 : 인구 천명당 보건의료인력(의료인) 수

— 지표의 정의 및 산출방식

본 지표는 인구 천명당 보건의료인력(의료인) 수는 인구 천만 명당 의사 수로 정의한다. OECD Health Data의 기준에 근거하여 의사의 개념에는 한의사를 포함하며 치과의사는 제외한다.

본 지표는 국민의 건강을 향상시키기 위하여 필요한 대표적인 보건의료 인력의 충분한 정도를 의미한다. 즉, 인구수 대비 의사수가 높을수록 국민이 보건의료의 문제가 있을 때 보건의료서비스에 접근을 쉽게 할 수 있다고 볼 수 있는 것이다. 그러나 국가마다 보건의료체계, 즉, 보건의료서비스 전달체계가 상이하고 의사의 생산성이 다르기 때문에 인구 대비 의사 수에 비례해서 국민의 의료서비스 접근도 혹은 만족도가 높아지는 것은 아니라는 점을 인식하여야 한다. 즉, 본 대표지표의 평가결과의 해석에 주의가 필요하다는 것이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{인구 천명당 보건의료인력(의료인) 수} = \frac{\text{의사수}}{\text{인구수}} \times 1{,}000$$

다. 복지시설

□ 지표명 : 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라의 사회복지 생활시설은 1950년 초반부터 1970년 중반까지는 사회방위적인 단계로서 6.25 전쟁으로 인한 전쟁고아, 빈곤가정의 아동 및 전쟁미망인들에 대한 외국정부 및 구호단체들의 원조 및 후원을 통해서 아동보호시설을 중심으로 시설보호가 활성화되었다. 1970년 중반부터 현재까지는 사회보장적 단계로서 시설수용자들에 대한 자활 및 자립에 사회적인 관심이 높아지고 공적부조제도를 중심으로 생활시설에 대한 중앙정부 및 지방정부의 재정적인 지원도 강화되었다.

사회복지생활시설[주15]은 노인, 장애인, 아동, 여성, 가족, 부랑인 등을 대상으로 장기 혹은 단기 동안 시설 내에서 치료, 상담, 직업재활 등의 서비스를 제공한다. 즉, 특수한 욕구 또는 가정생활상의 이유로 보호가 필요한 클라이언트에게 가정을 대신하여 생활의 장을 보장해 주며, 자활 및 재활서비스를 제공하여 이들의 사회복귀를 최대한 돕는 것이 생활복지시설의 목적이다. 그러나 입소자들에 대한 최저한의 의식주 문제의 해결과 생활시설의 외형적인 확장에만 중점을 두고 시설을 운영하는 문제점이 대두었고(허준수, 2001), 급속한 고령화의 대책으로 마련되고 2008년 7월 도입예정인 노인장기요양보험제도에 따라 요양시설의 확충 및 서비스 제공 인력 등에 대한 대책 마련이 시급해졌다.

따라서 본 지표의 목적은 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수를 산출하여 생활시설의 충분성, 즉, 취약계층(요보호아동, 노인, 장애인 등)에 대한 생활시

주15) 노인복지생활시설은 양로, 실비양로, 유료양로, 노인요양, 노인전문요양, 실비노인전문요양, 유료노인전문요양시설, 개인운영신고시설을 포함하였고, 장애인복지시설은 지체·뇌병변, 시각장애인, 청각·언어장애인, 정신지체·발달장애인, 중증장애인, 장애영유아시설, 장애인유료복지시설, 개인운영신고시설 포함. 아동복지시설은 아동양육시설, 아동일시보호시설, 아동보호치료시설, 아동직업훈련시설, 자립지원시설, 아동공동생활가정, 개인운영신고시설이 포함. 기타는 부랑인복지시설, 정신보건시설, 결핵·한센시설임.

설의 보호능력을 파악하는데 있다. 이는 생활시설의 전문성을 제고하고, 취약계층 뿐만 아니라 어떤 사람이건 가정으로부터 보호받지 못할 경우 사회 안에 그들을 위한 안전망을 구축하는 데 있어 큰 의의를 가질 것으로 여겨진다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{인구 천명당 복지생활시설 정·현원수} = \frac{\text{복지생활시설 현원(정원)}}{\text{인구수}} \times 1{,}000$$

□ 지표명 : 인구 10만명당 복지관수

— 지표의 정의 및 산출방식

지역사회복지관은 1880년대 영국과 미국의 인보관활동(social settlement movement)에서 그 기원을 찾을 수 있다. 우리나라의 경우, 1906년 원산 인보관 운동에서 태동하여 1970년대 말까지 오늘날 사회복지관 운영의 기본골격을 마련하였으며, 1980년대 이후 사회복지관은 양적인 면에서나 질적인 면을 증대시켰다. 특히, 1983년 사회복지사업법의 개정에 따라 사회복지관은 공식적으로 국가의 지원을 받는 근거가 마련되었다(이택용 외, 2001).

보건복지부는 사회복지관을 '지역사회 내에서 일정한 시설과 전문 인력을 갖추고 지역사회의 인적·물적 자원을 동원하여 지역사회복지를 중심으로 종합적인 사회복지사업을 수행하는 사회복지시설'이라고 정의하였다(보건복지부, 2004). 즉, 사회복지관은 사회복지서비스 욕구를 가지고 있는 모든 지역사회주민을 대상으로 보호서비스, 재가복지서비스, 자립능력 배양을 위한 교육훈련 등 지역주민이 필요로 하는 복지서비스를 제공하고, 가족기능 강화 및 주민상호간 연대감 조성을 통한 각종 지역사회문제를 예방·치료하는 종합적인 복지서비스 전달기구로서 지역사회 주민의 복지증진을 위한 중심적 역할을 수행한다는 의미이다.

우리나라는 1995년부터 본격적인 지방자치시대를 맞이하고 있다. 이에 따라 지방자치단체의 자치역량이 강화되어 지역사회복지 증진을 위한 사회복지관의

역할이 더욱 중요시 되고 있다. 따라서 본 지표의 목적은 인구 10만명당 복지관수(사회복지관, 장애인복지관, 아동복지관, 노인복지관, 여성회관)를 산출하여 이용시설의 충분성을 파악하는 데 있다. 이는 지역사회주민들의 욕구를 충족시킬 수 있는 수준의 사회복지서비스를 제공하고, 주민들이 참여하는 공급자적 역할을 수행하는데 큰 의의를 가질 것으로 여겨진다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{인구 10만명당 복지관수} = \frac{\text{복지관수}}{\text{인구수}} \times 100{,}000$$

□ 지표명 : 노인인구 천명당 장기요양병상수

— 지표의 정의 및 산출방식

최근 고령화가 진전되면서 일상생활을 혼자 수행하기 어려워 장기 수발서비스를 필요로 하는 노인이 증가함에 따라 지역사회 내에서 수발서비스를 제공하기 위한 인프라 확충이 요구되고 있다. 장기요양서비스는 한 사람이 일상생활을 하는데 있어서 필요한 모든 도움을 장기간에 걸쳐 제공하는 서비스를 말한다. 장기요양 보호노인이 필요로 하는 서비스는 대인서비스, 건강보호서비스, 사회보호서비스를 포함한다. 대인서비스(personal care service)는 주로 일상생활상의 기본활동, 즉, 식사, 배설, 목욕, 일상생활동작 등에 대한 서비스를 말하며, 건강보호서비스(health care service)는 영양, 건강관리, 간호, 투약관리, 기능회복훈련, 재활훈련 등의 서비스를 말한다. 그리고 사회보호서비스(social care service)는 주로 IADL 활동과 관련되는 세탁, 청소, 요리, 집안일, 사회관계, 심리·사회 문제해결 등의 서비스를 포괄한다.

따라서 본 지표는 장기요양서비스 체계구축에 대비하여 장기요양병상수의 설치 수준을 파악하기 위한 것이다. 본 지표는 장기요양병상수를 65세 이상 노인인구 천명에 대비하여 살펴 본 것으로 장기요양병상수는 실비노인요양시설, 유료노인요양시설, 노인전문요양시설, 유료노인전문요양시설에 설치되어 있는 병

상수를 말하는 것이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{노인인구 천명당 장기요양병상수} = \frac{\text{장기요양병상수}}{\text{노인인구}} \times 1000$$

□ 지표명 : 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률

— 지표의 정의 및 산출방식

인구고령화의 급속한 진행으로 한국 사회에서는 80세 이상의 후기 노인인구가 증가하고 치매·중풍 등 장기 수발서비스를 필요로 하는 노인이 증가하고 있다. 그렇지만 이와는 상반되게 핵가족화, 여성의 사회참여 증가 등으로 가족에 의한 수발보호는 한계에 이르고 있으며, 간병을 위한 비용은 가계에 큰 부담을 줌으로써 사회적 부담에 대한 필요성이 증대되고 있다. 따라서 고령사회에 대비하여 노인의 건강수준을 향상시키고 이들에 대한 건강보장을 강화하기 위한 공적 노인요양보호 체계구축이 요구되고 있다. 장기요양서비스는 한 사람이 일상생활을 하는데 필요한 모든 도움을 장기간에 걸쳐 제공하는 서비스로 목욕시키기, 옷 입히기, 먹여주기, 침실이나 의자에 눕히거나 일으키기, 화장실로의 이동과 화장실 사용, 재활과 기초 의료서비스와의 결합 등이 포함된다.

본 지표는 장기요양보호서비스 체계구축에 대비하여 치매·중풍노인요양시설의 설치 수준을 파악할 수 있다는 점에서 중요하다. 본 지표는 치매·중풍으로 시설보호가 필요한 노인 대비 치매·중풍 전문요양시설에 설치된 병상수의 비율인 치매·중풍 노인의 시설보호율을 의미한다. 치매·중풍노인요양시설은 노인전문요양시설, 유료노인전문요양시설을 말하고, 노인요양시설수용가능 병상수는 이와 같은 유형의 시설에 설치되어 있는 병상수를 의미한다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{치매·중풍노인요양시설 수요 충족률} = \frac{\text{노인요양시설 수용가능 병상수}}{\text{시설보호필요대상 노인수}} \times 100$$

□ 지표명 : 아동인구 천명당 지역아동센터수

— 지표의 정의 및 산출방식

지역아동센터의 시초는 1980년 후반부터 운영되어 온 공부방(야학)이라 할 수 있다. 초기의 공부방은 저소득층을 위한 구빈적인 목적에서 시작되었지만 일부에서 요구되던 방과 후 아동지도의 필요성이 기혼여성의 취업증가와 아동의 방과 후 생활에 대한 관심의 증가로 다양한 계층에서 요구되면서 제도권 내에서 논의되기 시작하였다. 1990년 이후부터 지역아동센터에 관한 시범사업 및 교육이 시작되어 1996년 이후에는 방과 후 아동지도에 대한 활성화 방안 등이 제시되어 2003년 아동복지법의 개정(제16조)으로 지역아동센터를 도입하고 2004년 7월부터 본격적으로 시행하였다(장진, 2005).

지역아동센터는 저소득층 아동을 위해 미국의 헤드스타트와 같은 맥락에서 설치되어졌으며, 저소득층 밀집지역, 영구임대주택 등 빈곤아동이 많은 취약지역에 지역사회아동의 보호 및 교육, 건전한 놀이와 오락, 급식 등을 기본적으로 제공하고, 보호자와 지역사회의 연계 등 아동의 건전육성을 위하여 종합적인 아동복지서비스를 제공함이 주요 목적이다. 한국여성개발원의 연구(1996)에 따르면, 방과 후 아동지도의 목적은 맞벌이 부부의 자녀들 뿐 아니라 편부·편모, 와병 등의 이유를 가진 부모가 자녀를 안심하고 맡길 수 있도록 하기 위한 것이고, 나아가 모든 부모들의 자녀교육 문제를 해결하는데 일익을 담당토록 하는데 있다고 하였다. 결과적으로 지역아동센터는 방과 후 시간동안 아동을 안전하게 보호하고 교육함으로써 아동들의 바람직한 성장, 발달을 지원하고, 맞벌이 부부와 한부모의 취업활동을 도우며, 그리고 일반가정 부모의 사회활동을 원활하게 할 수 있도록 지원하는 것으로 목적으로 한다.

최근에는 기혼여성의 취업증가와 이에 기인된 맞벌이 부부의 증가로 저소득층뿐만 아니라 일반 아동의 방과 후 교육 및 보호 등의 역할이 확대되고 있다. 따라서 본 지표의 목적은 아동인구 천명당 지역아동센터수를 산출하여 방과 후 아동복지서비스 수준을 파악하는데 있다.[주16] 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{아동인구 천명당 지역아동센터수} = \frac{\text{지역아동센터수}}{\text{아동인구수}} \times 1{,}000$$

2. 안정된 소득보장 분야

가. 취약계층 소득보장

□ 지표명: 상대빈곤율

— 지표의 정의 및 산출방식

상대적 빈곤은 특정 사회의 전반적인 생활수준과 밀접한 관련 하에 여타 사회구성원들의 소득 수준과 비교했을 때, 상대적으로 소득이 낮은 계층을 빈곤층으로 정의한다(김안나 외, 2005). 상대적 빈곤은 상대적 불평등의 개념에 기초하며 이에 따른 빈곤선 역시 각 사회의 관습과 생활수준에 따라 다르게 책정될 수 있어 어느 수준에서 해당 빈곤선을 정하는가의 문제는 많은 논란이 되고 있다. 쟁점의 핵심은 빈곤의 기준이 되는 소득을 평균소득으로 하느냐, 중위소득으로 하느냐, 그러한 소득의 몇 %를 빈곤선으로 책정할 것이냐 등의 문제이다. 평균 혹은 중위 소득의 비율은 상대적 빈곤을 측정하는 가장 오래된 방법으로 오늘날에도 가장 널리 활용되고 있는 방법이다. 그러나 이러한 기준을 정하는데 과학적이고 공식적으로 합의된 사항이 없으므로 학자에 따라 빈곤선의 기준을 다르게 사용하고 있는 것 또한 현실이다.

현재 OECD에서 사용하고 있고 우리나라에서도 통용되고 있는 상대적 빈곤선은 중위소득의 50%이다. 본 연구에서 사용되는 지표 역시 전체 가구수 대비 중위소득 50% 이하 가구수의 비율을 적용하였으며, 지표의 산출방식은 다음과 같다.

주16) 미국 YMCA에 의하면, 조사대상의 거의 100%의 아동들이 그들의 수업과 사교활동을 개발해 줄 수 있는 안정되고 좋은 방과후 프로그램이 중요하다고 했으며(YMCA of the USA, 1998; 이경희, 2003 재인용), 최근 한 연구에서는 방과후 학습 프로그램은 보호제공, 풍부한 경험과 긍정적 사회활동 제공, 학업 성취향상과 발달뿐만 아니라 아동과 청소년이 비행행위에 빠지지 않도록 하는 역할도 하는 것으로 나타남(이경희, 2003).

$$\text{상대빈곤율} = \frac{\text{중위소득50\% 이하의 가구수}}{\text{전체 가구수}} \times 100$$

□ 지표명: 지니계수 추이

— 지표의 정의 및 산출방식

지니계수는 빈부격차와 계층간 소득분포의 불균형 정도를 나타내는 것으로 소득이 얼마나 균등하게 분배되어 있는지를 평가하는 지표로 소득분배의 분석에서 가장 많이 사용하는 불평등 지표이다(이정우, 1991). 본 지표는 소득불평등도를 측정하는 가장 일반적인 지표로서, 로렌츠 곡선에 수치를 부여함으로써 분배상태에 대한 비교를 가능하게 하는 곡선이다. 즉, 절대적 평등선(대각선) 아래 삼각형 전체의 면적 대비 대각선과 로렌츠 곡선 사이 면적의 비율로서 측정되며, 완전평등일 경우 0, 완전불평등일 경우 1로 나타난다. 이는 한 사회의 불평등 정도를 0에서 1까지 하나의 숫자로 나타내는 것으로 그 값이 클수록 불평등 정도가 높고, 작을수록 불평등 정도가 낮다는 것을 의미한다. 본 지표는 소득 불평등의 정도를 간단하고 명료하게 나타낼 수 있어 국가간 비교와 한 국가 내 시계열적 비교에 유용하게 사용된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$GINI = \frac{1}{2\mu n^2} \sum_i \sum_j | y_i - y_j |$$

□ 지표명 : 아동빈곤율

— 지표의 정의 및 산출방식

빈곤의 일반적인 정의는 욕구가 충분히 만족되지 않은 상태라고 할 수 있다(Drewnowski, 1976). 또한 사회마다 정책적으로 빈곤의 기준을 정해 놓고 개인이 처한 상황이 기준보다 미달일 경우 빈곤으로 규정하는 절대적 빈곤과 한 사회를 구성하는 구성원들과 상대적으로 비교하여 개인의 상황이 미달일 경우 빈곤으로 규정하는 상대적 빈곤이 있다. 절대적 빈곤선의 책정방법은 기본적 욕

구방법과 음식비 비율 방법 등이 있으며, 상대적 빈곤선의 책정방법에는 평균 또는 중위소득의 비율과 소득분배상의 일정비율, 다운센트(Townsend)방법 등 세 가지가 있다. 한편 아동빈곤은 아동이 있는 가구의 빈곤을 말하는 것으로 이는 노동시장의 변화 즉, 가구주의 근로소득에 따라 큰 영향을 미친다. 또한 미혼모, 이별, 사별 등으로 인한 가족구조의 변화 또한 아동빈곤율을 증가시키는 경향이 있다(류연규·최현수, 2003).

아동빈곤율은 아동의 복지수준을 파악하는 지표로서 중요하다. 본 지표는 아동이 있는 전체 가구 중에서 빈곤아동가구의 비율을 말한다. 아동빈곤율은 최저생계비를 빈곤선으로 한 절대빈곤율과 상대빈곤선 가운데 중위소득 50%, 60%를 빈곤선으로 한 상대빈곤율 등으로 측정된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{아동빈곤율} = \frac{\text{빈곤가구의 아동인구}}{\text{아동인구}} \times 100$$

□ 지표명 : 기초생활보장 수급자 비율

— 지표의 정의 및 산출방식

2005년 현재 우리나라의 전체 인구 47,278,951명(통계청 인구총조사, 2005) 중 1,513,352명이 국민기초생활보장 수급자로 등록되어 있다. 따라서 전체 인구 중 국민기초생활보장수급자 비율은 약 3.2%이다. 이를 수급자의 형태별로 보면, 일반수급자가 94.2%, 시설수급자 5.8%로 일반수급자가 대부분을 차지하고 있다.

본 지표는 전체 인구 대비 국민기초생활보장제도 수급자수의 비율이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{기초생활보장 수급자 비율} = \frac{\text{국민기초생활보장수급자수}}{\text{전인구}} \times 100$$

□ 지표명 : 장애급여 수급률

— 지표의 정의 및 산출방식

장애는 산업사회에서 퇴직, 가계부양자의 사망 등과 함께 장기간의 경제적 비보장을 초래하는 대표적인 요인 중의 하나이다. 따라서 경제적 비보장을 방지하기 위해서는 무엇보다도 장애발생을 완화하기 위한 대책들을 마련하여 실시해야 할 것이다. 그렇지만 장애의 원인 요소들을 예측하고 통제하는 인간 지식과 기술의 불완전성으로 인해 장애 자체의 발생을 억제하는 데는 한계가 클 수밖에 없다. 그렇다면 또 다른 대책은 장애발생에 따른 경제적 비보장 자체를 제거하는 것이다.

이는 다시 두 가지 대책으로 구분될 수 있다. 하나는 장애가 발생했을 때 경제적 비보장에 놓이지 않도록 사회적 차원에서 장애인에 대한 경제적 지원 대책을 마련하는 것이다. 우리나라에서 이에 해당하는 대표적인 프로그램은 국민기초생활보장제도와 장애인복지법상의 장애수당을 들 수 있다. 다른 하나는 장애의 발생을 대비하여 사전에 경제적 보장책을 미리 준비해 두는 것으로 대표적인 제도로 국민연금과 산업재해보상보험제도를 들 수 있다.

이러한 제도 중에서 장애수당은 일반적 빈곤에 대한 소득보장제도라고 할 수 있는 국민기초생활보장제도의 각종 급여와 달리 빈곤 장애인의 장애로 인한 경제적 어려움에 대한 직접적인 지원제도로서의 성격을 지닌다. 또한 국민연금의 장애연금은 일반 국민 전체를 대상으로 한 다는 점에서 취업근로자만을 대상으로 하는 산재보험에 비해 장애관련 소득보장제도로서 더 근본적인 제도라고 할 수 있다.

따라서 본 연구에서는 장애라는 사회적 위험에 대응하는 소득보장제도로서 장애수당과 장애연금을 장애급여로 규정하여 장애급여의 보장의 범위를 파악해 보고자 한다. 구체적으로 장애급여 수급률은 장애수당과 장애연금을 수급하고 있는 장애인이 전체 등록장애인 중에서 차지하는 비중을 의미한다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{장애급여 수급률} = \frac{\text{장애수당 수급자 수 + 장애연금 수급자 수}}{\text{전체 등록장애인 수}} \times 100$$

□ 지표명 : 장애인가구 월평균 소득

— 지표의 정의 및 산출방식

비장애인에 비해 장애인은 가구 및 개인의 소득이 낮다는 것이 유수한 국내외 선행연구를 통해 실증적으로 입증되어져 왔다. 장애인이 비장애인에 비해 상대적으로 빈곤할 수밖에 없는 이유는 다음의 두 가지 요인이 복합적으로 작용하기 때문이다. 첫 번째 요인은 장애인이 비장애인에 비해 생활비가 더 많이 든다는 점이고, 두 번째 요인은 장애인의 소득이 비장애인의 소득에 비해 낮다는 점이다. 즉, 비장애인에 비해 지출은 많고 소득은 적으니 상대적으로 빈곤할 수밖에 없는 것이다. 장애인의 소득 수준이 낮은 것은 자신의 노동력을 판매함으로써 생활을 영위해야 하는 자본주의경제체제 하에서 장애에서 비롯된 낮은 교육수준, 직업능력의 부족으로 상징되는 인적자본의 취약성과 함께, 사회전반의 장애에 대한 부정적인 인식에서 발생하는 장애인에 대한 차별 때문이라고 할 수 있다. 또한 장애인의 생활비가 비장애인에 비해 더 많이 드는 것은 장애인의 경우에 의료비, 재활보조기구 구입비, 교통비 등의 영역에서 장애로 인한 추가지출 비용이 발생하기 때문이다. 따라서 본 연구에서는 우리나라 장애인의 경제적 어려움을 장애인가구의 월평균 소득과 함께 비장애인가구의 소득과의 비교를 통해 객관화하고자 한다.

장애인가구의 월평균 소득이 장애인복지 지표로서 갖는 또 다른 의의는 앞서 살펴본 장애 관련 소득보장제도로서 장애급여의 효과성(effectiveness) 또는 충분성(adequacy)을 간접적으로 측정할 수 있다는 데 있다. 장애수당과 장애연금의 장애급여 수급률은 장애라는 사회적 위험에 대비한 사회보장제도의 혜택을 받고 있는 장애인이 전체 장애인 중에서 얼마나 되는 지를 보여주는 지표로서, 제도의 포괄성(comprehensiveness)에 관한 지표라고 할 수 있다. 그러나 장애급여 수급률만으로는 장애관련 소득보장제도가 장애로 인한 장애인의 경제적 어

려움을 어느 정도 완화시켜 주었는지를 충분히 파악하기 어렵다. 따라서 이를 측정하기 위해서는 장애관련 소득보장제도의 효과성 또는 충분성에 관한 또 다른 지표가 필요한데, 현재 우리나라 전체 장애인을 대상으로 이러한 효과를 직접적으로 측정할 수 있는 지표는 없으며, 다만 장애급여 등의 공적이전 소득을 포함한 장애인가구의 월평균 소득과 함께 이를 비장애인가구의 소득과 비교해 봄으로써 간접적으로 측정해 볼 수 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{비장애인가구 대비 장애인가구 소득 비중} = \frac{\text{장애인 가구 월평균 소득}}{\text{비장애인 가구 월평균 소득}} \times 100$$

나. 보편적 소득보장

□ 지표명 : 공적연금 수급률

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라의 공적연금제도는 1960년 1월 공무원연금보험제도의 도입을 효시로 하여 1963년 1월에는 군인연금법이 법제화되었다. 1973년 12월에 사립학교 교원연금법이 제정되어 1975년부터 그 시행에 들어갔다. 국민연금제도는 1988년에 10인 이상 사업장의 정규직 근로자를 당연 적용대상으로 하여 처음 도입되었으며, 1999년 이후 전 국민 연금시대를 펼쳤다.

공적연금제도는 소득감소나 소득상실에 의해 초래되는 사회적 위험 들 중 노령, 장애, 질병, 사망 등으로 발생하는 경제적 문제에 대응하는 사회보험[주17]제도의 하나로서, 노령에 따른 경제적 어려움을 해결하는 수단으로 중요한 의미를 갖는다. 즉, 국민의 사회적 위험발생으로 인하여 소득중단의 사유가 발생한 경우에 국민의 생활안정과 복지증진에 기여함을 목적으로 연금급여를 실시하고, 한 가정의 소득자 상실 등 소득중단의 경우에 최저생활을 보호·유지시키는

주17) 사회보험이란 국가가 사회정책을 수행하기 위하여 보험의 원리와 방식을 도입하여 만든 것으로, 구체적으로 국민을 대상으로 질병·사망·노령·실업 기타 신체장애 등으로 인하여 활동능력의 상실과 소득의 감소가 발생하였을 때에 보험방식에 의하여 그것을 보장하는 제도를 말함.

역할을 수행하는 것이다.

OECD 국가들에서 공적연금은 이용대상 범위 및 노후소득구성에서 차지하는 비중 면에서 가장 중요한 노후소득원이라고 할 수 있다. 국제비교연구에 따르면 노후 총소득에서 공적연금이 차지하는 비중은 국가마다 상이한 경향이 있으며, 그러한 연장선상하에서 근로소득, 사적연금, 사적저축, 사적이전 등 사적 소득원들의 역할 또한 국가마다 차이를 보이는 경향이 있다(Disney et al., 1998; OECD, 2001; 권문일, 2003 재인용). 그럼에도 불구하고 국가에서 수렴현상을 보이는 것은 일반적으로 소득이 낮을수록, 연령이 높을수록 공적연금이 노후 총소득에서 차지하는 비중이 높으며, 특히 저소득계층의 경우에는 공적연금이 노후소득의 거의 유일한 소득원인 경향이 있다(권문일, 2003).

따라서 본 지표의 목적은 65세 이상 노인 중 공적연금(국민연금, 공무원연금, 사학연금, 군인연금) 수혜자수를 파악하여 공적연금제도의 성숙 및 노후소득보장수준을 파악하는데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{공적연금 수급률} = \frac{\text{65세 이상 공적연금 수혜자수}}{\text{65세 이상 노인수}} \times 100$$

□ 지표명: 국민연금수급률(제도부양비)

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라의 국민연금제도는 1988년에 10인 이상 사업장의 정규직 근로자를 당연 적용대상으로 하여 처음 도입되었으며, 1992년에는 5~9인 이상 사업장 근로자에 까지 확대되었다. 그 후 1999년 4월에는 도시지역 자영업자에게도 전면적으로 확대 적용되어 전 국민 연금시대를 맞이하게 되었다(유금옥, 2002). 즉, 18~60세 미만의 국민을 대상으로 하여 국민의 사회적 위험 발생으로부터 국민의 생활안정과 복지 증진에 기여하였다고 볼 수 있다.

국민연금제도는 국민의 노령·폐질 또는 사망에 대하여 연금급여를 실시함으로써 국민의 생활안정과 복지증진에 기여하는 것을 목적으로 한다(국민연금법

제1조). 이러한 연금제도는 안정된 노후생활을 영위할 수 있도록 해주는 사회안전망의 필수적 장치이다(노인철, 2003). 구체적으로 살펴보면, 국민연금제도의 비용은 원칙적으로 가입자, 사용자, 정부가 부담하게 되어 있으며, 급여는 국민연금법 제47조 및 제48조의 규정과 그 지급사유에 따라 기본연금액과 가급연급액으로 구성된다. 기본연금액은 개개인의 소득수준과는 관계없이 모든 가입자의 평균소득을 기초로 하는 균등부분과 가입자 개인의 가입기간 중의 소득수준에 의하여 산정되는 소득비례부분 및 가입기간에 의하여 계산되며, 물가상승률에 따라 매년 조정된다. 급여의 종류는 노령연금, 장해연금, 유족연금 그리고 반환일시금 등으로 대별되며, 노령연금은 동법 제56조의 규정에 의한 가입시기, 연령, 소득원 등에 따라 완전노령연금, 감액노령연금, 재직노령연금, 조기노령연금, 특별노령연금, 분할연금 등 여섯 가지 종류로 세분된다(정규명, 2005).

현재 국민연금은 '저부담-고급여'의 보험율 수준과 납부예외자 문제 등으로 적정 연금 개혁을 추진 중이며, 공무원연금과의 통합 방안 등을 논의하고 있는 실정이다. 따라서 본 지표의 목적은 국민연금제도 가입자 중 수급자수를 파악하여 국민연금제도의 성숙 및 노후생활보장 수준을 파악하는데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{국민연금 수급률} = \frac{\text{국민연금수급자}}{\text{국민연금가입자}} \times 100$$

□ 지표명 : 실업급여 수급률

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라는 고용보험제도를 통하여 실직근로자에 대한 실업급여 지급 및 실직자의 재취업을 촉진하기 위한 일련의 취업지원서비스를 제공하고 있다. 고용보험제도는 1979년 말 정치적 불안과 경제적 불황으로 실업률이 높아질 때 제도도입에 대한 필요성이 제기되었으나 정부와 기업간의 이견으로 유보되었다. 1980년부터 '제5차 경제사회발전 5개년 계획', '제7차 경제사회발전 5개년 계획'

을 통하여 1993년 고용보험법을 공포함으로써 1995년 7월부터 본격적으로 고용보험제도가 시행되었다(황계자, 2004).

고용보험제도에서 지원하고 있는 실업급여는 근로자가 실직한 경우 일정기간 동안 급여를 지급하여 실직자 및 그 가족의 생활안정을 도모하고 자신의 능력과 적성에 맞는 새로운 직장에 재취직할 수 있도록 지원하는 제도이다(노동부, 2004). 실업급여에는 구직급여와 취직촉진수당의 두 가지로 구분된다. 구직급여[주18]는 실직자의 생활안정을 위하여 지급하는 급여로서 실업급여의 가장 핵심을 이루는 급여이다. 그리고 실직자에 대한 보호를 강화하기 위해 부상·질병 등으로 취업이 불가능한 수급자격자에 대해 구직급여에 갈음하여 지급하는 상병급여제도와 구직급여를 연장하여 지급하는 구직급여연장제도를 마련하여 시행하고 있다. 취직촉진수당은 구직급여를 받고 있는 근로자가 빠른 시일 내에 새로운 직장을 구하는 것을 도와주기 위하여 지급하는 급여로서 조기재취직수당, 직업능력개발수당, 광역구직활동비, 이주비 등으로 세분화 할 수 있다(노동부, 2004).

따라서 본 지표의 목적은 월평균 실업자 중 월평균 실업급여 수급자수를 산출하여 실직근로자에게 실업급여 지급 및 실직자의 재취업 서비스를 확충하는데 있다. 이는 실직자 및 가족에게 생활안정을 도모하고 재취업의 기회를 제공하는데 의미 있는 것으로 사료된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{실업급여 수급률} = \frac{\text{월평균 실업급여 수급자수}}{\text{월평균 실업자수}} \times 100$$

□ 지표명 : 산전·후휴가급여 국가부담률

— 지표의 정의 및 산출방식

산전·후휴가는 모성보호제도를 통하여 임신 중 이거나 출산한 여성근로자에

주18) 구직급여는 실직 전 18개월 중 고용보험가입사업장에서 180일 이상 근무하고, 근로의 의사와 능력이 있음에도 불구하고 취업하지 못하거나, 구직노력을 적극적으로 하는 실직자를 대상으로 이직전의 평균임금 50%를 제공하는 것임(노동부, 2004).

게 급여 및 휴식기간을 제공함으로써 모성 보호, 임산부와 수유모의 건강보호 등의 목적이 있다. 산전·후휴가를 설명하기에 앞서 모성보호제도의 개념을 살펴보고자 한다. 모성보호제도는 여성의 임신, 출산 및 육아 등에 관한 정책을 포괄적으로 의미하는 것으로, 협의로는 출산, 태아검진, 유·사산, 생리휴가, 야간, 연장, 휴일근로제한 및 여성사용금지직종 등을 들 수 있고, 광의로는 육아시간, 육아휴직 및 배우자의 출산간호휴가제도 등을 포함하고 있다(노동부, 2004).

산전·후휴가의 변천과정을 살펴보면, 산전·후휴가는 사업주가 산전·후휴가기간(근로기준법 제72조)의 급여비용을 전액 부담하였으나, 2001년 남녀고용평등법의 개정[주19]으로 산전·후휴가기간이 90일로 확대되면서 종전의 60일은 사업주부담으로 하고 늘어난 30일은 고용보험에서 지급하는 것으로 결정되었다. 2006. 1월 이후 종전의 지원을 확대하여 우선 지원대상기업 근로자가 2006년 1월 1일 이후 출산하는 경우에는 90일간의 급여를 고용보험에서 지급한다(노동부, 2004).

산전·후휴가급여는 출산을 전후로 하여 90일의 산전·후휴가를 부여받은 근로자에게 급여를 지급하는 제도로서 출산한 여성근로자에게 근로의무를 면제하고, 임금상실 없이 휴식을 보장받도록 하는 것이다. 따라서 산전·후휴가는 30대 연령에 임신·출산 등의 사유로 노동시장에서 이탈되는 등 경력단절 현상을 막고, 임산부 및 수유자의 건강을 보호하는 것을 목적으로 한다.

본 지표의 목적은 산전·후휴가급여에 대한 국가지원부담률을 측정하여 근로자 여성의 임신 및 출산으로 인한 건강 문제 및 직장의 불안정성 등의 위험으로부터 국가 및 기업이 적극적으로 보호하는데 있다. 이는 근로자여성의 직업연속성 보장, 여성 건강악화 방지, 생활 안정 등을 지원하여 미래의 출산율 증가 및 유능한 여성 인력의 확보, 기업의 경쟁력을 강화시킬 수 있다는 점[주20]에서 의미 있는 것으로 사료된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

주19) 남녀고용평등법을 개정하여(제18조) 출산휴가기간 중 무급기간인 30일분의 비용을 국가에서 지급 하는 근거규정을 마련하고, 고용보험법에 산전·후휴가급여제도를 신설함으로써 우리나라의 모성보호가 개인의 책임에서 사회의 책임으로 전환 근거가 마련됨.

주20) 스웨덴의 경우 세계에서 가장 관대한 출산휴가 및 부모휴가를 제공하는 국가 중 하나로 꼽히며, 이러한 관대한 휴가제도는 스웨덴의 출산율에 중요한 영향을 끼치고 있는 것으로 분석됨(장혜경 외, 2005).

$$\text{산전·후휴가급여 국가부담률} = \frac{\text{국가지원액}}{\text{산전·후휴가급여}} \times 100$$

3. 복지서비스 확충 분야

가. 취약계층 서비스 보장

□ 지표명 : 아동 및 노인 급식지원율

— 지표의 정의 및 산출방식

급식지원아동은 가정빈곤, 가족해체, 가정위탁 아동, 소년소녀가정, 부모(보호자)의 실직·질병·가출 및 직업적 특성, 아동학대·방임·유기·부양기피 및 거부, 그밖에 여러 가지 사유로 인한 가정사정으로 보살핌을 받지 못하거나, 끼니를 거르거나, 먹는다 해도 필요한 영향을 충분히 공급받지 못하는 경우에 식사나 혹은 관련 식품을 지원받고 있다. 지원대상은 18세 미만의 취학 및 미취학 아동과 18세 이상인 경우에도 고등학교에 재학중인 아동을 포함한다.

아동급식지원비율은 급식지원 대상아동의 기본적인 욕구 충족과 건강한 육성상태를 측정하는 지표로서 중요한 의미를 갖는다. 본 지표는 아동 중 급식지원 아동의 비율을 측정한 것으로 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{아동급식지원비율} = \frac{\text{급식지원 아동수}}{\text{아동수}} \times 100$$

급식지원노인은 가정형편이 어렵거나 기타 부득이한 사정으로 식사를 거르는 경우 경로식당을 설치하여 무료로 급식을 지원하고 있다. 또한 치매·중풍 등 노인성 질환으로 거동이 불편한 노인을 대상으로 2000년 4월부터 도시락 무료배달사업을 실시하고 있다.

본 지표는 노인 중 급식지원노인의 비율을 측정한 것으로 급식지원 대상노인의 기본적인 욕구 충족과 건강상태를 측정한다는 점에서 중요한 의미를 갖는다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{노인급식지원비율} = \frac{\text{급식지원 노인수}}{\text{노인수}} \times 100$$

□ 지표명 : 방과후 활동 수혜율

— 지표의 정의 및 산출방식

여성의 경제활동의 증가, 이혼·별거·사별 등으로 인한 가족해체의 증가, 그리고 핵가족화 등으로 가족유형이 다양화 되고 있고 가족기능이 약화됨으로써 한국사회에서 아동의 양육환경은 점차 열악해지고 있다. 이러한 환경변화 속에서 초등학생을 둔 가구 중 방과후 프로그램을 이용할 의향이 있는 경우는 60%에 달함에도 실제로 방과후 프로그램을 이용하는 경우는 9.4%에 불과하였다. 특히 저소득층 아동일 경우 방과후 집에서 보내는 비율(42.1%)이 높고 보호자 없이 혼자 보내는 경우도 10.6%에 달하고 있어 지역사회 저소득층 아동을 대상으로 방과후 프로그램이 필요한 것으로 나타났다. 이와 같이 방과후 프로그램에 대한 보육수요는 높으나 부처간 업무분산 등으로 활성화되지 못하고 있다.

이러한 측면에서 방과후활동프로그램의 수혜율은 사교육비의 부담 없이 방과후에도 양질의 다양한 교육기회가 제공되는 사회를 측정하는 지표로서 중요하다. 본 지표는 저소득층 아동·청소년 중에서 방과후 활동에 참여한 비율을 측정한 것이다. 방과후 활동이란 지역사회의 빈곤·결손 아동·청소년을 대상으로 방과후에 보호, 학습지원, 상담, 급식, 지역사회와의 연계 등 종합적인 서비스를 제공하는 것을 말한다. 여기에는 방과후 보육, 지역아동센터, 청소년공부방, 청소년 방과후 아카데미, 방과후 학교 등이 포함된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{방과후활동수혜율} = \frac{\text{방과후 활동참여 아동·청소년수}}{\text{아동·청소년수}} \times 100$$

□ 지표명 : 국내입양비율

— 지표의 정의 및 산출방식

저출산 시대에 인구의 자질향상 측면에서 가정보호의 내실화를 통한 아동의 건전한 육성을 위하여 출산·양육에 대한 사회적 책임이 요구된다. 그럼에도 아동이 건강하게 육성할 수 있는 보호체계가 미흡한 실정이다. 이런 맥락에서 입양은 저출산 시대에 아동을 정상적인 가족보호형태로 육성할 수 있는 제도중의 하나이다. 그러나 국내입양은 국외입양보다 소극적으로 이루어지고 있으며, 그 주요 요인으로 혈연을 중시하는 보수적 가족관, 부모중심의 입양, 비밀입양으로 인한 아동선정 조건, 국내입양 전문기관의 부족 등이 지적되고 있다(이동원 외, 2001). 입양가족을 위한 사회적 지원에는 입양 장애아동을 대상으로 양육보조수당 및 의료비가 제공되고 있다. 양육보조수당은 월 50만원으로 아동이 18세가 되는 때까지 지급되며 고등학교에 재학중인 때는 졸업시 까지 지원된다. 의료보험 지원으로는 입양된 장애아에 대해서 무료 진료를 제공하고 있다. 또한 보육시설에서 제공되는 교육비를 지원하며 중·고등학교 재학생 또는 입학생에게 수업료와 입학금을 면제해 주고 있다. 그리고 보육시설에 우선 입소가 가능하도록 하며, 입양가족에게 소득공제를 제공한다.

따라서 본 지표는 전체 입양아동중 국내입양아동의 비율이다. 동 지표는 저출산시대에 출산·양육의 여건 조성, 아동의 건전한 육성, 그리고 인구자질 등을 파악하는 지표로서 중요한 의미를 갖는다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{국내입양비율} = \frac{\text{국내입양아동수}}{\text{입양아동수}} \times 100$$

□ 지표명 : 공적노인요양보호비율

— 지표의 정의 및 산출방식

고령화의 진전으로 신체적 및 정신·인지적 장애로 장기요양서비스를 필요로

하는 노인은 2003년 400천명에서 2008년 503천명으로 증가할 것이 추정된다. 이중에서 시설서비스가 필요한 노인은 2003년 79천명에서 2008년 99천명으로의 증가가 예측된다. 그럼에도 2003년 현재 시설보호충족률은 31.5%에 불과하다. 특히 치매노인은 전문요양시설이나 노인전문병원·요양병원 등 대규모 시설에서 보호받고 있는데, 치매의 특성상 중증도에 부합된 서비스와 보호를 받을 수 있는 소규모의 '그룹 홈' 방식의 보호가 요구된다.

한편 재가요양서비스가 필요한 노인은 2003년 321천명에서 2008년 403천명으로 증가할 것이 예측되나 2003년 재가보호충족률은 4.7%에 머무르고 있다. 또한 허약노인을 대상으로 낮 동안에 신체적 기능을 회복시켜 줄 수 있는 재활중심의 훈련센터가 마련되어 있지 못하다. 부분적으로 저소득 노인층을 대상으로 방문물리치료서비스를 제공하고 있을 뿐이다. 이는 장기요양서비스를 필요로 하는 노인의 증가에 비하여 장기요양서비스 제공을 위한 시설의 공급이 상당히 부족한 수준임을 의미하는 것이다.

따라서 고령화 진전으로 장기요양서비스의 수요가 급증하는 시점에서 공적노인요양시설의 설치 수준을 파악하는 것은 중요한 의미를 가진다. 본 지표는 전체 노인인구 중에 장기요양보호서비스를 받고 있는 노인의 비율을 살펴 본 것이다. 장기요양생활보호노인수는 노인요양시설, 실비노인요양시설, 노인전문요양시설에서 보호를 받고 있는 노인수를 말한다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{공적노인요양보호비율} = \frac{\text{장기요양생활보호노인수}}{\text{노인인구}} \times 100$$

□ 지표명: 주거급여 수혜율

— 지표의 정의 및 산출방식

현 국민기초생활보장제도 내에서 주거급여는 기초보장제도 수급자 중 시설거주자가 아닌 가구를 대상으로 이들에게 보다 나은 주거환경과 주거안정을 도모하기 위해 임차료, 전·월세 보증금 대여, 유지수선비 지원 등의 명목으로 현금

또는 현물급여 방식으로 지급되고 있다. 원칙적으로는 대상자의 주거유형에 따라 주거급여의 종류와 내용이 달라지나 현실적으로는 기초보장수급자들을 대상으로 최저생계비 내에 포함되어 가구규모에 따라 동일금액을 지급하고 있다.

이에 저소득층 주거지원의 대표적 형태인 주거급여의 경우 현 국민기초생활보장제도의 수급자에게 보충급여의 형식으로 지급되고 있는 실정이다. 본 지표는 총 인구수 대비 시설거주자를 제외한 기초보장수급자 수의 비율을 살펴본 것이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{주거급여 수혜율} = \frac{\text{시설거주자를 제외한 기초보장수급자 수}}{\text{총 인구수}} \times 100$$

□ 지표명: 주거급여수준

— 지표의 정의 및 산출방식

현재 시행되고 있는 주거급여는 우리사회의 대표적인 공공부조제도인 국민기초생활보장제도의 틀 안에서 저소득층의 주거보장 달성을 위해 주거비 지원의 명목으로 운영되고 있다. 그러나 주거급여의 대상자가 기초생활보장제도 수급가구로 한정됨으로써 빈곤층의 주거빈곤 해소라는 본연의 취지를 달성하기에는 부족한 측면이 있다.

이러한 기초보장제도의 수급자로 한정된 주거급여 대상자 선정은 이로 인한 사각지대를 양성하였고 이를 해결하기 위해서는 주거급여 대상자의 확대가 시급하다. 즉, 주거빈곤가구의 개념을 정의할 때 기초보장제도 수급기준인 최저 소득수준(최저생계비) 뿐만이 아니라, 주거비부담이 과다한 가구 혹은 최저주거기준 미달가구 등 주거빈곤에 대한 추가적인 개념 정의가 필요하리라 사료된다.

본 지표는 현재 시행되고 있는 주거급여의 수준을 살펴보는 것으로 가구별 최저생계비 산출시 최저주거비 수준을 의미한다. 최저생계비 산정 시 최저주거비란 재산이 없는 가구가 최저주거기준(건교부 2003년 공시)이 갖추어진 주거에서 살아가는데 필요한 최소한의 비용으로 통상적으로 최저주거기준에 있는

주택에 거주하는 비용과 월 주택사용료의 합산액을 의미한다(김미곤 외, 2005). 현재 집행되고 있는 주거급여 수준의 산출방식은 다음과 같다.

주거급여 수준 = 가구별 최저생계비 산출시 최저주거비 수준

□ 지표명: 공공임대주택 재고율

— 지표의 정의 및 산출방식

공공임대주택이란 무주택서민의 주거안정을 도모하기 위한 것으로 공공 또는 민간이 정부재정 또는 국민주택기금을 지원받아 전용 25.7평 이하로 건설하여 5년 이상 임대하는 모든 임대주택을 총칭하는 것으로 정의하고 있다(대한주택공사, 2004). 이러한 임대주택은 국가 또는 지자체의 재정으로 건설하거나 국민주택기금을 지원받아 건설하는 것으로 임대보증금과 임대료가 규제되며, 임대의무기간은 5년, 10년, 20년 및 50년으로 다양하다. 사업의 주체는 국가, 지방자치단체, 주택공사, 민간업체 등이며, 민간이 순수한 자기자금으로 건설한 민간건설임대주택은 임대의무기간이 5년인 임대주택을 말한다.

임대주택건설은 1993년 임대주택법이 전면 개정되면서 임대주택건설이 촉진되어 1990년대 중반이후 증가하기 시작하였으나 외환위기를 맞아 감소하는 추세를 보이다가 2000년 20만호 국민임대주택건설 정책에 따라 비중이 점차 증가하고 있는 상황이다. 본 연구에서 활용하고 있는 공공임대주택 재고율은 총 주택수 대비 공공임대주택 재고 비율을 의미한다. 지표의 산출방식은 다음과 같이 제시된다.

$$\text{공공임대주택 재고율} = \frac{\text{공공 임대주택 재고}}{\text{총 주택수}} \times 100$$

나. 보편적 서비스 확충

□ 지표명 : 노인생활체육 참여율

— 지표의 정의 및 산출방식

건강이란 '단순히 신체의 질병이나 손상이 없을 뿐 아니라 신체적·정신적·사회적으로 건강한 상태'라고 세계보건기구(WHO)의하여 정의되고 있다. 즉, 건강은 마음과 신체, 정신이 잘 조화된 상태로 의미하는 것이라 하겠다. 이와 같은 맥락에서 노인의 신체적 및 정신적인 기능을 유지시키기 위해서는 건강증진프로그램이 필요하다. 동 프로그램은 노인의 건강수준을 유지·증진하여 건강한 노후생활을 영위할 수 있도록 한다.

이런 의미에서 노년기의 건강증진프로그램의 일환으로 생활체육은 중요한 역할을 한다. '생활체육'이란 지역주민의 체육에 대한 욕구 및 수용에 대응하고, 그 활동을 사회적인 차원에서 지원해주는 모든 내용들을 포괄하는 개념이다. 노인의 체육활동 지원으로는 게이트볼 지원사업, 노인복지시설에 대한 운동용구 지원, 시·도 생활체육협회의 생활체육프로그램 등이 추진되고 있다.

따라서 노인의 건강증진프로그램의 일환인 생활체육의 참여수준은 노인의 건강과 체력을 유지할 수 있도록 하는 지표로서 중요하다. 본 지표는 노인 중 생활체육에 참여한 노인의 비율을 측정한 것으로 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{노인생활체육참여율} = \frac{\text{생활체육 참여 노인수}}{\text{노인인구}} \times 100$$

□ 지표명 : 노인여가시설 이용률

— 지표의 정의 및 산출방식

여가의 개념은 휴식, 기분전환, 사회적 성취 및 개인적 발전을 위해 사용되는 활동시간을 의미한다. 이런 맥락에서 노인의 여가활동은 노인의 삶의 질 향상에 중요한 부분을 차지하며, 노인여가시설의 이용은 노인의 여가활동 참여를

보여주는 것이라 할 수 있다. 노인여가시설은 노인이 여가활동을 즐길 수 있는 모든 시설을 말하며, 노인여가서비스 기관에는 노인교육을 위한 노인대학, 노인학교, 노인교실과 노인(종합)복지회관, 경로당(노인정) 등이 포함된다. 지역사회 노인복지서비스 제공의 중심역할을 하는 노인복지회관은 2005년 163개소로서 여가서비스 뿐 아니라 포괄적인 서비스를 제공하고 있다. 또한 경로당은 52,786개소로 노인과 가장 밀접한 관계를 맺고 있으며 노인의 거주지와 가장 가까운 곳에 설치되어 있어 모임의 장소로 활용되고 있다.

따라서 노인여가시설 이용률은 활기차고 건강한 노후생활의 질적 수준을 보여줄 수 있는 지표로서 중요하다. 본 지표는 노인 중 여가시설을 이용하는 노인의 비율을 측정한 것이다. 여기서는 노인의 여가프로그램을 다양하게 제공하는 노인(종합)복지회관을 이용하는 노인의 비율에 초점을 두었다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{노인여가시설 이용률} = \frac{\text{노인여가시설 이용자수}}{\text{노인인구}} \times 100$$

□ 지표명 : 노인정보화율

— 지표의 정의 및 산출방식

최근 정보화시대로 접어들면서 풍부한 정보량, 신속 정확한 정보의 전달, 효율적인 정보변환과 정보창조를 통하여 정치·경제·문화·교육 등 사회 제반 영역에서 총체적인 전환을 경험하고 있으며, 이는 새롭고 다양한 사고와 전문화된 지식 및 기술 습득을 요구하고 있다. 한국사회에서 정보화 환경의 급변에도 불구하고, 노인은 정보화 사회에 무지하고 정보화의 필요성을 인식하지 못하며, 정보화에 대한 의지도 매우 약한 실정이다. 특히, 노인 특성상 새로운 지식이나 기술의 습득이 늦고 거부감이 높다는 점을 감안할 때 노인의 정보격차는 심각해질 것이 예상된다. 즉, 지식과 정보의 가치가 중요시되는 정보화 사회에서는 세대간 정보격차는 노인의 삶의 질에 부정적인 영향을 미치게 된다. 이에 정보

격차가 없는 사회구현을 지향하면서 2001년 정보격차 해소에 관한 법률을 제정하고 종합적이고 체계적인 노력을 모색하고 있으며, 2003년 1월 정보격차해소를 전담하는 한국정보문화진흥원을 전담기관으로 정하여 국내·외 정보격차 해소 정책을 시행하고 있다.

노인의 정보화는 다양한 정보와 지식으로부터 소외를 예방하고 세대간, 노인 집단간의 연계를 유지하며 급변하는 정보화 사회에 대응하기 위해서 필요한 부분이다. 따라서 노인의 정보화율은 노인의 정보화 접근권의 수준을 측정하는 지표로서 중요하다. 본 지표는 노인 중 최근 1개월 이내 인터넷을 이용한 노인의 비율을 측정한 것으로 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{노인정보화율} = \frac{\text{인터넷 이용노인수}}{\text{노인인구}} \times 100$$

□ 지표명 : 노인교통사고 사망률

— 지표의 정의 및 산출방식

인간의 신체적·정신적 능력은 교통상황에 대처하는 능력에 직접적인 영향을 준다. 노인은 고령화되면서 신체적·정신적 기능이 저하되고 이로 인해 교통상황에서 대처능력, 즉, 시력, 청력 및 사고신경능력이 약화되어 사고위험도가 높아진다. 정부에서는 교통사고자 감소목표 달성을 위해 제5차 교통안전기본계획(2002～'06년)을 수립하여 실시하고 있다. 노인교통안전 특별대책으로는 대한노인회 등과 협조하여 노인운전자 표시부착제 도입을 위한 방안을 마련하고, 노인을 위한 교통안전교육 지침 및 녹색어머니 등 교통안전지도교사를 선발하여 교통안전교육을 활성화한다. 그리고 노인을 배려한 교통안전시설 등을 확충한다. 예를 들면, 마을과 도로에 대한 속도제한의 하향을 조정·검토하고, 신호주기를 노인에 맞게 설치 가능토록 매뉴얼에 명문화하고 장소별로 적정 신호주기를 조정한다. 또한 보·차도 분리시설, 길 어깨 등을 확보한다. 이 외에도 교통안전 반사재를 부착하고 홍보포스터 등을 활용한 홍보활동을 실시한다.

따라서 노인교통사고 사망률은 우리나라의 보행 및 교통 환경체계에서 노인의 안전 수준을 측정하는 지표로서 중요하다. 본 지표는 노인 인구 10만명당 교통사고 사망 노인수를 측정한 것으로 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{노인교통사고 사망률} = \frac{\text{교통사고 사망 노인수}}{\text{노인인구}} \times 100{,}000$$

□ 지표명 : 아동안전사고사망률

— 지표의 정의 및 산출방식

세계보건기구(WHO)에서는 안전은 개인과 지역공동체의 건강과 복지를 위하여 위험과 육체적, 정신적 또는 물질적인 해로움을 초래하는 조건들이 조절되는 상태이며, 사고란 인정되는 장해나 고의가 아닌 사건으로 정의하고 있다.

아동안전사고는 성인에 비해 사망 및 증상의 비율이 높고 인격발달과 정서에 심각한 영향을 끼치게 된다는 점과 가족위기와 해체를 막기 위한 사회적 비용의 증가는 국가의 경쟁력까지 저하시킴에도 사회적인 공감을 얻지 못하였다.

아동안전사고가 정책적인 단초를 제공한 것은 1989년 발표된 아동권리협약으로 모든 아동은 안전한 환경에서 성장할 권리가 있으며, 이를 충족시키는 것은 사회의 기본적인 책임이라고 규정하고 있다. 1991년 아동권리협약의 비준, 1996년 OECD 국제기구의 가입을 통하여 아동의 안전조치 권고 압력을 받고부터 아동안전이 아동복지의 중요한 부분을 차지하게 되었다.

2003년을 「어린이안전 원년」으로 선포하고 관계부처 합동으로 7개 분야 58개 과제를 제시한 「어린이안전종합대책」을 발표하였다. 주요내용은 어린이 보행안전을 확보하고 교통사고 예방을 위해 어린이 보호구역 1,600개소를 개선하고, 스쿨존 캠페인 전개와 보호구역내 지도·단속활동을 강화하였으며, 도로교통법을 개정하여 특수학교·보육시설 주변까지 어린이 보호구역으로 확대하고 6세 미만 어린이 앞좌석 승차시 보호장구 착용을 의무화하였다. 물놀이 사고예방을 위해 사고다발지역 9,369개소에 위험지역 안내표지판을 설치하였고, '119 시민

수상구조대'를 운영하고 있다. 주택난간 설치기준을 강화하여 추락사고를 예방하였고, 어린이의 개봉이 어렵게 설계된 '어린이 보호포장 의무화'를 시행하였으며, 그리고 바퀴운동화·레이저용품 등 사고다발용품에 안전검사의무대상 및 세관장 확인대상으로 지정하여 위해요인에 대한 근본적인 대책을 강구하였다. 또한 어린이 급식의 안정성 확보를 위해 급식시설 현대화 및 직영전환을 추진하였고, 어린이기호식품 제조·판매업소 단속강화 등 불량식품 방지노력을 추진하였다. 초등학교 안전교육시간 확보와 안전점검의 날(매월 4일) 운영, 안전체험차량을 이용한 순회 안전교육 실시, 다양한 안전체험 행사개최, 그리고 어린이 안전정보 제공 강화 등 안전교육과 안전문화를 확산하였다.

아동의 안전은 아동복지와 건강을 유지하고 건전한 미래세대의 육성을 통한 인구의 삶의 질에 중요한 근간이 된다. 이런 맥락에서 아동안전사고사망률을 살펴보는 것은 우리나라 아동의 안전 수준을 측정하는 지표로서 중요한 의미를 갖는다. 본 지표는 아동인구 10만명당 안전사고 사망 아동수를 측정한 것이다. 여기서 아동안전사고 유형에는 차량사고, 화상, 이물질 삼킴, 추락, 부딪힘 등 상처 병원치료, 타박상, 골절, 질식, 중독 등이 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{아동안전사고사망률} = \frac{\text{안전사고 사망 아동수}}{\text{아동인구}} \times 100{,}000$$

□ 지표명 : 아동학대발생률

— 지표의 정의 및 산출방식

아동학대란 보호자를 포함한 성인에 의하여 아동의 건강·복지를 해치거나 정상적인 발달을 저해할 수 있는 신체적·정신적·성적폭력, 가혹행위 및 아동의 보호자에 의하여 이루어지는 유기와 방임으로 정의하고 있다(아동복지법 제2조).

유엔(UN)의 아동권리협약(CRC)에서는 아동이 건강하고 안전한 성장발달 권리를 추구하고 동시에 발달위기로부터 적절한 보호를 받을 권리를 보장할 수

있도록 구체적인 기준을 제시하고 있다. 그러나 우리나라는 가부장적인 유교전통의 영향으로 자녀양육은 개별 가정의 사적인 영역으로 보장되었기 때문에 사회적 관여가 어려운 분위기가 형성되어 왔으며 그 결과 아동보호 문제에 대한 사회적 인식이 선진국에 비하여 낮으며 이와 관련된 법적·제도적 장치마련이나 재정비가 최근에 이르러서야 가시화되고 있다. 즉, 1990년 채택된 아동권리에 관한 국제협약에 따르면 협약 당사국은 아동이 학대나 착취, 차별, 폭행과 방임 등으로부터 보호받기 위한 법적, 제도적 장치를 의무화 하도록 하여 1991년 우리나라는 동 협약에 대해 비준함으로서 협약을 이행할 책임을 가지게 되었다.

정부에서는 2003년을 「어린이안전 원년」으로 선포하고 관계부처 합동으로 7개 분야 58개 과제를 제시한 「어린이안전종합대책」을 발표하였다. 그중 아동학대 관련 주요 내용은 아동보호전문기관 39개소를 설치하여 전문서비스를 실시하고 실종아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률을 제정·시행하며 학교폭력 대책단 및 자진신고기간 운영, 청소년 성범죄자 신상공개 등 폭력과 성범죄 안전대책 등이다.

아동보호는 아동인구의 잠재력을 극대화하여 미래 사회의 생산적 구성원으로 육성함을 의미하는 것으로 국가의 인적자원개발 측면에서 중요한 정책가치를 갖는다. 이런 맥락에서 아동학대발생률을 살펴보는 것은 우리나라 아동의 보호 수준을 측정하는 지표로서 중요하다. 본 지표는 아동인구 천명당 아동학대발생률을 측정한 것이다. 아동학대발생률은 아동학대 발생정도 뿐만 아니라 신고율에 의해서도 영향을 받으며 신고율도 아동학대예방센터의 노력에 영향을 받는다. 또한 지역주민의 아동학대 신고의식과 아동학대를 보는 지역사회의 문화에 따라서도 영향을 받는다. 여기서 아동학대건수는 아동학대로 판정된 사례에 국한된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{아동학대발생률} = \frac{\text{아동학대건수}}{\text{아동인구}} \times 1{,}000$$

□ 지표명 : 장애인편의시설 설치율

— 지표의 정의 및 산출방식

장애인 편의시설은 장애인의 이동을 자유롭게 한다는 측면에서 장애인의 사회통합이라는 장애인복지의 궁극적 목적을 실현하기 위한 가장 기초적인 인프라이다. 우리나라에서 본격적으로 장애인 편의시설이 설치되고, 편의시설 설치가 국가의 주요 책무로 인식되기 시작한 것은 1998년 4월에 「장애인·노인·임산부등의편의증진보장에관한법률(이하 편의증진법)」이 시행된 이후부터라고 할 수 있다. 편의증진법에 따르면, 법 시행 이후 신축된 공공건물 및 공중이용시설, 도로, 공원, 공동주택 등은 편의시설 설치를 의무화하도록 하였으며, 또한 매년 편의시설 실태조사(5년마다 전수조사 실시)를 실시하여 조사결과, 미설치 및 부적정 설치시설에 대해서는 시정명령 등 행정조치를 하도록 하였다. 그리고 체계적인 편의 증진정책 추진을 위해 시설주관기관(중앙행정기관 및 지방자치단체)은 5년마다 편의시설 설치계획을 수립·시행하고 국가는 시설주관기관의 계획을 토대로 편의시설설치 등 장애인 편의증진에 관한 국가종합계획을 수립·시행하도록 하였다.

따라서 본 지표는 장애인의 자유로운 이동과 사회 참여의 기반이 되는 인프라로서 장애인엘리베이터, 경사로, 점자 블럭 등의 각종 장애인 편의시설이 앞서 살펴본 편의증진법의 규정에 의해 실제로 어느 정도 설치되고 있는 가를 파악하기 위한 것이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{장애인 편의시설 설치율} = \frac{\text{실제 편의시설 설치 수}}{\text{편의시설 설치 대상 수}} \times 100$$

□ 지표명 : 장애인정보화율

— 지표의 정의 및 산출방식

현대는 정보화시대이다. 정보 불평등은 정보라는 희소자원이 불균등하게 배분되는 현상, 혹은 정보의 불균등 배분이 구조적 수준에서 제도화되어 나타나

는 현상을 의미하며, 정보격차란 정보 불평등의 하위개념으로서 정보 불평등 현상을 구체적 현실에서 확인할 수 있는 경험적 지표로 사용할 수 있는 개념이다. 정보격차의 측정 지표는 정보기기 및 서비스 접근(정보 접근)으로서 컴퓨터와 네트워크 서비스(pc 통신, 인터넷)의 소유·접근과 성능 및 질(컴퓨터·모뎀 기종, 초고속망 사용 여부 등), 정보기기 및 서비스 이용(정보 이용)으로서 이용 여부와 이용시간, 그리고 정보기기 및 서비스 활용능력(정보 활용능력)으로서 컴퓨터의 숙련도와 각종 소프트웨어 활용 능력 등으로 구성된다. 일반적으로 정보격차는 성별, 연령별 정보이용(인터넷 이용) 실태뿐만 아니라, 지역, 학력, 소득, 직업별 정보이용 실태를 통해서 확인되는데, 조사에 따르면 여성, 노인, 농어촌 거주자, 빈곤계층과 함께 장애인이 정보취약계층을 구성하고 있었다.

본 연구에서는 정보격차 측정 지표 중 가장 많이 이용되고 있는 인터넷 사용율을 통해 급속도로 재편되고 있는 정보화시대속에서 장애인의 인터넷 이용률이 어떠한 수준인지에 의해 파악하였다. 이는 전체 국민 인터넷 이용률과의 비교를 통해 '장애인 정보격차'도 산출할 수 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{장애인 정보화율} = \frac{\text{장애인 인터넷 이용률}}{\text{전체 장애인}} \times 100$$

□ 지표명 : 임신출산비용 대비 국가지원비율

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라의 출산수준은 사회경제적인 발전에 의한 국민들의 생활수준의 향상과 결혼·가족 등에 대한 가치관 변화, 1990년대 이전에 강력하게 추진해 왔던 출산억제정책 등에 의해 세계에서 유례를 찾아볼 수 없는 속도로 급속히 낮아지고 있으며, 2004년도 우리나라의 합계출산율은 1.16명으로 세계에서 매우 낮은 수준이다. 이에 따라 우리나라는 모성 및 영유아 건강에 대한 지원을 확대하기 시작하였고, 출산과 양육에 유리한 환경 조성을 위하여 출산·양육에 대한 사회 책임을 강화하였다.

모자보건사업(2006)에 따르면 임산부의 산전·산후·분만관리를 체계적으로 실시하여 안전하고 건강한 분만을 유도하고 태아와 모성의 건강증진을 도모하기 위해 임신 조기진단, 임부 소변검사 등을 실시하고 있다. 구체적으로 살펴보면, 2000년 7월 1일부터 임부산전관리 건강보험 급여를 실시하였고, 2004년 12월 1일부터 풍진검사와 선천성기형아검사(트리플테스트)의 건강보험 급여를 추진하였다. 2005년부터는 자연분만으로 출산한 경우, 입원료, 분만비 등 보험진료비에 대하여 보험급여 본인부담금이 면제되었으며, 미숙아 치료비에 대한 법정 본인 부담 및 미숙아 치료약제에 대한 보험급여를 확대 하였다.[주21] 특히, 2006년 8월 요양기관 외에서 출산한 경우 건강보험에서 지급되었던 종전의 요양비(현금급여) 첫째 자녀 7만6천원, 둘째자녀 이후 7만1천원에서 자녀구분 없이 25만원으로 대폭 인상하는 것을 입안예고 하였다(보건복지부, 2006).[주22] 또한 출산가정에 공공분야 산모·신생아도우미를 통한 가정방문 서비스를 지원하여 산모 및 신생아 건강관리 및 출산가정의 경제적 부담 완화, 사회적 일자리 창출에 기여하도록 하였다. 동 정책은 임신·출산과 관련된 보험급여 확대, 본인부담 진료비 면제, 산모·신생아 도우미 서비스 등을 통하여 산모의 임신·출산 비용의 부담을 완화시키고, 직장과 가정을 양립하도록 하는 등의 산모에게 임신·출산에 유리한 환경을 제공토록 하는 것이다.

따라서 본 지표의 목적은 임신출산비용에 대한 국가지원 수준을 측정하여 저출산 시대의 도래로 임신과 출산에 대한 사회적 책임을 강화시키는데 있다. 이는 임신·출산의 경제적 부담을 완화시키고, 태아와 모성의 건강 증진을 도모하여 광의로는 미래에 대한 경쟁력 강화 및 투자로서 큰 의의를 가질 것으로 사료된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

주21) 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원자는 2000년 494명, 2002년 1,049명, 2005년 3,075명으로 증가추세이며, 지원액은 2005년 현재 7,500백만원으로 전년 대비 3배가량 증가함(보건복지부, 2005).

주22) 출산비 급여수혜자는 2001년 377명, 2003년 334명, 2004년 483명으로 점차 증가 추세임(국민건강보험공단, 2005).

$$\text{임신출산비용 국가지원율} = \frac{\text{국가지원비용}}{\text{임신출산비용}} \times 100$$

□ 지표명 : 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율

— 지표의 정의 및 산출방식

육아휴직제도는 모성보호제도를 통하여 지원되고 있으며, 근로자가 피고용자의 신분을 유지하면서 자녀의 양육을 위해 일정기간 직무에 종사하지 않도록 휴가를 주는 제도이다. 육아휴직급여제도는 근로자의 직장과 가정의 양립지원을 위해 '01.8월 고용보험법 개정 시 도입되어 '01.11월부터 시행되어 만 1세 미만의 영아를 가진 남녀 근로자가 그 영아를 양육하기 위해 육아휴직을 실시하는 경우 육아휴직기간동안 고용보험기금에서 매월 40만원의 육아휴직급여를 지급한다(노동부, 2004).

육아는 여성만의 몫이 아닌 부모의 책임이며, 다음세대 구성원의 양육이라는 점에서 사회전체의 책임이라고 할 수 있다. 특히, 숙련된 여성노동력을 계속 확보하고 여성취업을 확대하기 위해서는 육아에 대한 사회적 지원 및 직장과 가정의 양립 정책이 뒷받침되어야 한다. 또한 육아휴직의 제도화도 중요하지만, 제도로서 성립된 휴직제도가 복직이 보장되는 '고용보장' 요건을 확보하는 것이 매우 중요하다.

그러나 많은 여성들이 산전·후휴가 후 육아휴직을 원함에도 불구하고 사업장에서의 제한점과 제도의 미도입으로 인하여 기회를 상실하고 있는 경우가 많이 있다.[주23] 특히 최근 한국사회에서 사회문제로 대두되고 있는 저출산 현상이 육아에 대한 사회적 지원이 부족하기 때문에 발생된다는 점을 감안한다면 육아휴직제도의 활성화를 위한 대책이 강구되어야 할 필요가 있다. 따라서 본 지표의 목적은 산전·후휴가급여자 중 육아휴직급여자 비율을 측정하여 육아휴직제

주23) 국무조정실(2005)에서 시행한 저출산관련 정책추진 조사에 따르면, 육아휴직제의 활용이 미흡한 이유로 "육아휴직 복귀후 불이익에 대한 불안감"을 가장 크게 꼽았고, 다음으로 "육아휴직 대체인력 비용부담 등 사용자가 꺼려하는 분위기 때문"으로 나타남(장혜경 외, 2005).

도의 활성화를 도모하는데 있다. 이는 육아에 대한 사회적 지원 강화, 직장과 가정을 양립하는데 큰 의의를 가질 것으로 사료된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{산전·후휴가 대비 육아휴직 비율} = \frac{\text{육아휴직급여자}}{\text{산전·후 휴가급여자}} \times 100$$

□ 지표명 : 불임발생 대비 지원비율

— 지표의 정의 및 산출방식

'불임'은 배우자와 동거하면서 피임을 하지 않고 정상적인 부부관계를 가진 상태에서 1년 이내에 임신이 되지 않거나 생존아를 출산할 수 있는 임신을 지속할 수 없는 상태로 정의된다(건강증진사업지원단, 2006).

우리나라의 불임부부는 2000년 기준 약 140만 쌍, 기혼여성의 불임률 13.5%(보건사회연구원, 2003)로 계속 증가할 것으로 전망된다. 연령별로는 15~39세 635천 쌍, 40~44세 765천 쌍으로 추정된다. 건강보험공단에 따르면 2002~'04년 기간중 불임진단을 받은 사람은 343천명으로 2002년 96천명, 2003년 117천명, 2004년 130천명으로 불임부부는 지속적으로 증가하는 것으로 추정된다(보건복지부, 2006). 불임부부의 지속적인 증가에 따라 불임문제를 개별가정의 문제가 아닌 사회현상으로 간주하여 대처해야 할 필요성이 제기되고, 불임부부의 경제적 부담을 경감하는 정책 및 대안이 제시된 것은 2006년 이후부터이다.

우리나라는 현재 불임관련 질환에 대하여 일정기간 임신이 되지 않아 불임이 의심되는 경우 그 원인을 알기위한 검사 또는 임신촉진 목적의 배란촉진제 사용 등에만 국민건강보험이 적용(국민건강보험법 제39조 제2항)되고 있어, 불임진단 이후 실제 임신을 위한 시험관 아기(IVP-ET), 인공수정(IUI)등 고가의 불임시술에 대해서는 건강보험제도에서 제외된 의료공급체계를 가지고 있다(건강증진사업지원단, 2006). 따라서 불임시술비용은 불임여성에게 상당한 경제적 부담으로 작용할 것이며, 저소득 계층은 이에 대한 체감효과가 더욱 클 것이다. 이에 따라 현재 2006년부터 도시근로자가구 월평균 130%이상의 불임부부에게

시험관아기 등 보조생식술(안, 인공수정 제외)에 150만원을, 기초생활보장 수급자에게는 255만원을 지원하고 있다.

외국의 경우, 불임치료서비스에 대한 법률, 지침 등에 따라 체계적으로 불임시술을 지원하고 있으며, 전달체계를 통하여 효율적으로 불임부부의 지원급여, 지원 서비스 등을 수행하는 것으로 나타났다. 미국의 경우, 1992년 '불임클리닉 성공률에 대한 법률(Fertility Clinic Success Rate and Certification Act)'을 제정하여 모든 불임클리닉은 '질병통제센터(Center of Disease Control)'에 매년 시술건수 및 성공률을 보고하게 되어 있으며, 시술에 대한 지원은 사보험만 있는 것으로 나타났다. 그러나 프랑스와 벨기에, 덴마크, 이스라엘은 불임부부에 대한 시술비를 국가가 100%로 지원하는 것으로 나타났다(건강증진사업지원단, 2006).

따라서 본 지표의 목적은 불임여성에 대한 국가지원비율을 측정하여 불임에 대한 사회·국가의 책임을 증대시키고, 출산을 희망하는 가정이 자녀를 가질 수 있도록 하는 등의 적극적 출산지원 정책으로서 큰 의의가 있는 것으로 사료된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{불임발생 대비 지원비율} = \frac{\text{불임 국가지원비용}}{\text{불임 치료비용}} \times 100$$

4. 보육·교육보장 분야

가. 교육의 공공성

□ 지표명 : 육아비용 정부부담률

— 지표의 정의 및 산출방식

1991년 보육사업의 발전과 함께 보육예산규모는 지속적으로 확대되어 왔으며 1992년 450억원에 불과하던 국고예산도 2005년에는 약 6천억으로 증가하였다. 그럼에도 예산규모는 전체 육아비용에 대한 정부 분담률 측면에서 낮은 수준이다. 보육비용에 대한 정부와 보호자의 분담 측면에서 보면 정부 부담분은 시설

별로 지원하는 지원금, 보육료 등으로 산출되며, 보호자 부담분은 보육료 중 정부의 아동별 지원금을 제외한 만큼이 해당된다. 우리나라 보육비용의 정부 부담분은 2005년 38% 수준으로 증가하였으나 이는 선진국의 정부 부담률인 60~70%에 크게 미달하는 수준이다. 이는 조사결과에서도 잘 나타나고 있는데 보육시설 이용부모의 61.6%가 현 비용 수준에 부담을 느끼고 있으며 영아를 둔 취업모의 61.9%가 혈연에 의존하고 있는 실정이다(여성부·한국보건사회연구원, 2005).

보육의 공공성 증대와 육아에 대한 사회적 책임 강화를 위해서는 국가의 역할과 재정 확대가 요구된다. 따라서 육아비용 정부부담률은 저출산 시대에 아동양육으로 인한 경제적·사회적 부담을 경감시키기 위한 육아의 공공성 수준을 측정하는 지표로서 중요한 의미를 갖는다. 본 지표는 총 육아비용 중 정부에서 부담하는 비율을 측정한 것이다. 여기서 '육아비용'이란 어린이집, 놀이방, 유치원, 선교원 등의 육아시설을 이용하는 총 비용을 말하며, 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{육아비용의 정부부담률} = \frac{\text{정부재정부담 비용}}{\text{총 육아비용}} \times 1{,}000$$

□ 지표명 : GDP 대비 사교육비 지출률

— 지표의 정의 및 산출방식

일반적으로 사교육비는 학부모나 학생이 교육을 위하여 직접 지출하는 경비를 말하며, 이는 개인과외비, 학원비, 부교재구입비 등이며, 공교육비는 공공교육기관, 교육관련 공공부조 등을 말한다.

2004년 교육인적자원부 실태조사 결과에 따르면, 우리나라의 전체 사교육비 규모는 2001년 10.7조에서 2003년 13.6조원으로 크게 증가하였고, 과외를 받는 학생의 비율도 2000년 58.2%에서 2003년 72.6%로 매우 급격하게 증가하였다. 이에 따라 정부에서는 2004년 2월 '공교육 정상화를 통한 사교육비 경감대책'

을 발표한바 있다. 이는 수능과외 대체(e-Learning), 교과과외 흡수(수준별 보충학습 실시), 재능·영어 과외수요 충족(특기·적성교육 활성화), 탁아수요 흡수(초등 저학년 '방과후 교실' 운영) 등으로 사교육 수요를 공교육 체계 내에 흡수하는 것이 목적이었다. 단기적으로는 동 정책의 효과를 볼 수 있었으나, 사교육비 감소에는 영향을 주지 않은 것으로 나타났다.

사교육비로 인한 가계의 경제적인 부담은 다른 소비수준을 줄여야 하기 때문에 현 소비생활의 질이 저하되는 문제를 낳는다. 또한 자녀를 교육시키는 시기는 생애주기 상 소득수준이 가장 높은 중년기이고 노후를 위해 저축을 해야 하는 시기인데 사교육비 부담으로 인해 저축여력이 부족하게 된다(이성림, 2006). 즉, 사교육은 주관적인 경제적 부담감을 높이고, 경제적 복지를 낮게 한다(정영숙, 1996; 이승신, 2002). 따라서 본 지표의 목적은 GDP 대비 사교육비 지출수준을 측정하여 사교육비로 인한 가계부담 및 교육 불평등과 같은 문제를 간접적으로 파악하는데 있다. 이는 공교육의 정상화 및 국가 교육 지원을 확대하여 모든 학생들이 평등하게 교육받는 것을 목적으로 한다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{GDP 대비 사교육비 지출률} = \frac{\text{사교육비 지출}}{\text{GDP}} \times 100$$

나. 교육의 질 보장

□ 지표명 : 보육교사 1인당 아동수

— 지표의 정의 및 산출방식

보육교사의 자격기준은 보육교사 1급은 보육교사 2급 자격을 취득한 후 3년 이상의 보육업무 경력과 여성가족부장관이 정하는 승급교육을 받은 자이거나 보육교사 2급 자격과 보육관련 대학원에서 석사학위를 취득한 자로서 1년 이상 보육업무 경력과 여성가족부장관이 정하는 승급교육을 받은 자가 해당된다. 보육교사 2급은 전문대학 또는 이와 동등 이상의 학교에서 여성가족부령이 정하

는 보육관련 교과목 및 학점을 이수하고 졸업한 자이거나 보육교사 3급 자격을 취득한 이후 1년 이상의 보육업무 경력과 여성가족부장관이 정하는 승급교육을 받은 자가 해당된다. 보육교사 3급은 고등학교 또는 이와 동등 이상의 학교를 졸업한자로서 여성가족부령이 정하는 교육훈련시설에서 소정의 교육과정을 수료한자이다(영유아보육법 제21조).

보육시설 종사자의 배치기준을 보면 만 1세 미만의 영아 3인당 교사 1인을 원칙으로 하며, 만1~2세 미만 영아 5인당 교사 1인, 만2~3세 미만 영아 7인당 교사 1인, 만3~4세 미만 유아는 15인당 1인, 그리고 만4 이상의 미취학 유아는 20인당 1인을 배치의 원칙으로 한다. 유아 40인당 1인은 보육교사 1급 자격을 가진 자이어야 한다. 또한 장애아 보육은 장애아 3인당 1인을 원칙으로 하며, 장애아 9인당 1인은 특수교사 자격소지자로 하고 있다(영유아보육법 제10조). 최근의 실태조사 분석결과를 보면, 교사 1인당 아동수는 만0~1세는 5.02명, 만2세 6.94명, 만3~5세 16.69명 등으로 나타나 보육시설의 교사대 아동 비율은 법적 기준보다 초과하고 있는 것으로 파악되었다(여성부, 2005).

교사대 아동비율은 보육서비스의 질적인 수준과 직접적인 관련성이 높기 때문에 보육교사 1인당 아동수는 보육여건의 수준을 측정하는 지표로서 중요한 의미를 갖는다. 본 지표는 보육교사 1인당 아동수를 측정한 것이다. 교사수는 재직교사(휴직자 포함)를 말하며 기간제 교사는 포함하되 대체교사, 시간제 교사 등은 제외한다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{보육교사 1인당 아동수} = \frac{\text{아동인구}}{\text{총 보육교사}}$$

□ 지표명 : 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수

— 지표의 정의 및 산출방식

1970년 이후로 교사 1인당 학생수는 점차 감소하고 있으나, 선진국에 비하면 미흡한 수준이다. 또한 과도한 담당 학생수와 수업시간량은 교사뿐만 아니라

그 수업을 받는 아이들에게도 영향을 미치는 것으로 나타났다. 한국교육개발원(2005)의 「학교교육 수준 및 실태분석연구: 초등학교」에 따르면, 교육여건의 구조적 실태에 교원 1인당 학생수를 포함하여 초등학교 교육 수준에 영향을 주는 요인을 분석한 결과, 교원 1인당 학생수는 초등학생의 읽기능력·수학능력·과학능력 점수에 영향을 주는 것으로 나타나, 교원 1인당 학생수는 교육 여건 및 교육수준과 밀접한 관련이 있는 것으로 분석되었다.

현재 우리나라는 초등교육의 경우 전담교사는 법정 정원의 63%만을 충족하고 있다. 따라서 우수교원의 확보와 교사 재교육 정책을 강화하여 초·중·고등학교육의 교사와 학습의 질적 향상을 위한 노력이 더욱 필요하다고 하겠다. 학교수, 학생수, 그리고 교원수의 변화는 교육의 양적 성장을 나타내는 지표이고, 교사 1인당 학생수는 교육여건의 개선수준을 나타내는 질적 지표이다(한국교육개발원, 2005). 따라서 본 지표의 목적은 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수를 측정하여 교육의 질을 제고하고, 공교육을 강화시키는데 큰 의의가 있는 것으로 사료된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{초·중·고등학교 교사 1인당 학생수} = \frac{\text{학생수}}{\text{초·중·고등학교 교사수}}$$

□ 지표명 : 대학교수 1인당 학생수

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라의 고등교육은 현재 적령인구에 대한 취학률이 60%를 넘어서고 있고 진학률이 80%를 넘어서는 등, 교육기회 면에서는 세계적 수준을 자랑하고 있다(한국교육개발원·교육인적자원부, 2005). 그러나 고등교육의 질 저하 및 체계 경쟁력의 약화라는 위기요인에 직면하고 있으며, 이제 초과 수요를 향유하기 어려워지고 있다. 기회확대의 추이에 대응하여 확대된 대학의 문화는 이제 고등학교 졸업자를 모두 흡수하고도 남게 되었다(이만희, 2004).

스위스의 국제경영개발연구원(IMB) 조사에 의하면, 기업의 최고경영자가 생

각하는 한국고등교육의 효율성은 조사대상 60개국 중 59위 였다(IMB, 2004; 한국교육개발원, 재인용). 이는 한국의 고등교육이 양적성장에만 집중되어 있고 질적 부분에는 실패한 것으로 판단할 수 있다. Caroll(2005)은 고등교육의 질을 평가하는 네 가지 기준으로 최저통제기준(minimum control standards), 과정통제기준(proceed control standards), 목표기준(target standards), 이중기준(dual standards) 등을 제시하고 반드시 이에 근거하여야 한다고 주장하였다. 최저통제기준은 일정수준 이하의 성과는 받아들일 수 없는 것으로 '모든 대학교원은 박사학위(Ph.D.)를 가져야 한다'는 예를 들 수 있다. 과정통제기준은 중앙치는 선택적이나, 어느 쪽의 분산이든지 간에 기준 밖에 있는 것은 인정할 수 없다는 것을 가정하는 것으로 예를 들어, 학생의 학습부담의 범위, 교수대 학생의 비율 등의 허용 가능한 범위 등을 말한다. 목표기준은 '품질이 곧 수월성'이라고 하는 개념으로 일정 수준에 미달하는 성취는 인정하지 않으나 모든 성과는 이전보다 더 나아질 수 있다는 것을 가정한다. 마지막으로 이중기준은 '모든 유형의 기준이 상호 배타적인 것은 아니다'라는 가정을 말한다(유현숙, 2005). 위의 4가지 근거에 따라 Caroll은 평가기준을 분류하였으며, 과정통제기준에서 교수대 학생의 비율 등의 지표는 교육의 질을 평가하는 주요 요인이라 볼 수 있다.

따라서 본 지표의 목적은 우리나라의 대학교수(Tertiary education) 1인당 담당하고 있는 학생수를 측정하여 대학의 교육여건을 살펴보는데 있다. 이는 고등교육기관 졸업자의 질을 향상 시키고, 고등교육의 질적 성장 및 고등교육 여건을 강화시키는데 의의를 가진다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{대학교수 1인당 학생수} = \frac{\text{학생수}}{\text{대학교수}}$$

다. 취약계층 교육보장

□ 지표명 : 취약계층 보육교육비 지원아동비율

— 지표의 정의 및 산출방식

정부는 특정기준 이하의 저소득층 아동에 대한 보육·교육 기회를 보장하기 위하여 보육비용 지원제도를 실시하고 있다. 보육비용은 수익자 부담을 원칙으로 하고 있으나 저소득층 자녀의 보육에 필요한 비용은 국가 또는 지방자치단체가 전부 또는 일부를 부담하고 있다. 보육비용의 지원계층은 2005년부터 4개 계층으로 하고 1층은 비용의 100%, 2층은 비용의 80%, 3층은 비용의 60%, 4층은 비용의 30%를 지원하고 있다.

취약계층의 보육교육비 지원대상은 법정지원아동, 기타 저소득층 아동 및 취학아동의 미취학에 따른 보육료 지원 등이 해당된다. 법정지원아동에는 국민기초생활보장법에 의한 수급권자의 아동으로 아동이 수급권자인 경우도 포함한다. 또한 「모부자복지법」에 의한 보호대상자로 선정된 모·부자가정의 아동이 해당되며, 아동복지시설에 거주하는 취학 전 2년까지의 아동도 해당된다. 기타 저소득층 아동으로는 맞벌이 부부가구로서 소득수준이 낮은 가구의 자녀, 편부모 가정, 보훈가족, 결손가정의 자녀 등 소득수준이 낮은 가구의 자녀, 기타 일반주민의 자녀 등이 해당되며 지원 원칙은 보육료 감면실태조사에 의거 기타저소득층 보육료 책정기준에 해당하는 자로서 예산의 범위 내에서 지원한다. 그리고 취학연령이 되었음에도 질병 등의 사유로 취학하지 못하는 저소득층 아동은 가구별 소득에 따라 저소득층 자녀 보육료를 지원할 수 있다.

취약계층 보육교육비 지원아동비율은 저출산 시대에 출산·양육에 대한 사회책임강화 측면에서 자녀양육의 경제적·사회적 부담 경감 수준을 측정하는 지표로서 중요한 의미를 갖는다. 본 지표는 시설을 이용하는 아동 중에서 보육료를 지원받는 저소득층의 비율을 측정한 것으로 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{취약계층 보육교육비 지원아동 비율} = \frac{\text{보육료를 지원받는 아동수}}{\text{시설 이용 아동수}} \times 100$$

□ 지표명 : 취약보육서비스 수혜율

— 지표의 정의 및 산출방식

취약보육서비스란 영아보육, 장애아보육, 시간연장형 보육, 방과후 보육, 휴일

보육 등의 다양한 보육서비스 형태를 말한다. 영아보육은 만2세 이하의 영아에게 서비스를 제공하는 형태이고, 장애아보육은 장애아를 비장애와 통합하여 보육서비스를 제공하는 장애아 통합보육과 장애아만에게 보육서비스를 제공하는 전담보육 등이 있다. 시간연장형은 기준 보육시간(07:30~19:30) 외에 시간을 연장하여 보육서비스를 제공하는 형태이다. 방과후보육은 초등학생을 대상으로 방과후에 보육서비스를 제공하는 형태이고, 휴일보육은 일요일 및 공휴일에 보육서비스를 제공하는 형태이다.

여성의 사회활동참여 확대, 핵가족화, 사회참여 욕구의 증대 등으로 다양한 보육수요가 야기되고 있다. 특히, 기혼여성의 취업과 다양한 근로형태로 인하여 시간연장형 보육과 시간제 보육수요가 많아졌다. 최근의 조사결과에 따르면, 미취학 아동을 둔 부모의 63.4%가 시간제 보육이 필요한 것으로 나타났다. 그러나 시간연장형 보육시설은 전체 보육시설의 4%에 불과한 실정이다. 그리고 특수교육이 필요한 장애아 비율은 2.7%로 추정되나 장애아 전담 및 통합시설 이용아동은 0.7%에 불과하다. 또한 도서·벽지 지역을 포함한 농어촌 지역은 보육시설이 적어 아동의 보육시설에의 접근도가 낮다. 최근 조사결과에 의하면, 농어촌 아동의 44%가 보육시설을 이용하지 않은 것으로 나타났다.

취약보육서비스 수혜율은 저출산 시대에 출산·양육에 대한 사회책임강화 측면에서 수요자 중심의 다양하고 질 높은 보육서비스 수준을 측정하는 지표로서 중요한 의미를 갖는다. 본 지표는 영유아 아동인구 중에서 특수보육시설 및 서비스를 이용하는 영유아수의 비율을 측정한 것이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{취약보육서비스 수혜율} = \frac{\text{특수보육시설·서비스 이용 영유아수}}{\text{영유아 아동인구}} \times 100$$

□ 지표명 : 장애인 고등교육 이수율

— 지표의 정의 및 산출방식

일반적으로 장애인은 비장애인보다 인적자본으로서 취약하다. 이는 장애인의

낮은 교육수준에 기인하는데, 특히 전문대학이상의 고등교육 이수율은 비장애인에 비해 매우 낮다. 장애인의 열악한 교육환경을 감안해 '특수교육 대상자 특별전형'이 1995년에 실시된 이후, 장애인이 대학에 입학할 수 있는 기회가 증가하였다. 그렇지만 '특수교육대상자 특별전형'을 대학의 임의에 맡겨두었다는 점과 함께 적절한 편의시설의 설치 부족과 시각·청각장애인이 경험하는 교재 및 강의 내용에 대한 접근의 불편은 여전히 장애인의 대학진학과 학업생활에 많은 어려움을 초래하고 있다.

본 지표는 대학 진학 및 학업에 있어서 장애인이 겪는 현실적 어려움을 반영하고, 궁극적으로 산업사회에서 장애인이 갖는 인적자본으로서의 취약성을 파악하기 위해 장애인의 전문대학 이상 고등교육기관 이수율을 전체 국민의 동비율과 비교해 보았다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{전체 국민 대비 장애인 고등교육 이수율} = \frac{\text{장애인 고등교육 이수율}}{\text{전체 국민 고등교육 이수율}} \times 100$$

□ 지표명 : 특수교육 수혜율

— 지표의 정의 및 산출방식

특수교육이란 특수교육대상자의 특성에 적합한 교육과정·교육방법 및 교육매체 등을 통하여 교과교육·치료교육 및 직업교육 등을 실시하는 것을 말한다(특수교육진흥법 제2조 제1호). 현재 특수교육 대상자의 초등학교 및 중학교 과정은 의무교육이며, 유치원 및 고등학교 과정은 유상교육이나 통합교육을 위한 특수학급이 턱없이 부족하고 교육과정별 학급설치도 불균형한 실정이다.

본 지표는 장애로 인해 학업에 어려움을 겪고 있는 장애아동 중에서 정규교육기관에서 교육의 혜택을 받고 있는 아동이 어느 정도 인지를 파악하기 위한 것이다. 여기에서 특수교육대상자란 3~17세의 전체 학령인구 중 2.71%에 해당하는 추정장애학생 가운데 일반학교에서 교육을 받을 수 있는 경증장애아를 제외한 학생수를 의미하며, 특수교육수혜율은 이들 특수교육대상자 중 특수학교

및 일반학교 일반학급·특수학급에서 특수교육을 받는 학생수를 말한다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{특수교육 수혜율} = \frac{\text{특수교육 수혜 학생수}}{\text{특수교육대상 학생수}} \times 100$$

라. 보편적 교육보장

□ 지표명 : 만5세아 무상보육률

— 지표의 정의 및 산출방식

정부는 만5세아 아동의 보육·교육 기회를 보장하기 위하여 보육비용을 지원하는 제도를 실시하고 있다. 만5세아 선정기준은 저소득층(0~4세) 보육·교육비 지원과 동일한 방식이나 월평균 소득의 한도가 0~4세 지원기준보다 높아 2005년 4인 가구 기준 272만원이다.

만5세아 무상보육비 지원대상은 법정지원아동, 기타 저소득층 아동 및 취학아동의 미취학에 따른 보육료 지원 등이 해당된다. 법정지원아동에는 국민기초생활보장법에 의한 수급권자의 아동으로 아동이 수급권자인 경우도 해당된다. 또한, 「모부자복지법」에 의한 보호대상자로 선정된 모·부자 가정의 아동이 해당되며, 아동복지시설에 거주하는 취학 전 1년까지의 아동도 해당된다. 기타 저소득층 아동으로는 보육료 감면대상자 실태조사에 의거 만5세아 기타 저소득층 보육료 책정기준에 해당하는 자이다. 그리고 취학대상 아동 중 질병 등의 사유로 취학 유예된 6세 아동에 대하여 만5세 무상보육료를 지원할 수 있다.

만5세아 무상보육률은 저출산 시대에 출산·양육에 대한 사회책임강화 측면에서 자녀양육의 경제적·사회적 부담의 경감 수준을 측정하는 지표로서 중요한 의미를 갖는다. 본 지표는 시설을 이용하는 만5세아 인구 중에서 보육비용을 전액 지원받는 아동수의 비율을 측정한 것으로 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{만5세아 무상보육률} = \frac{\text{지원받는 만5세 아동수}}{\text{시설이용 만 5세 인구}} \times 100$$

□ 지표명 : 일반계층 보육교육비 지원아동비율

— 지표의 정의 및 산출방식

출산율 저하에 따른 자녀수 감소로 인하여 자녀를 위한 의·식·주 측면의 단순한 부양부담은 감소하였으나 부모의 높은 자녀교육열과 다양한 복지욕구 등은 자녀를 위한 교육비 및 양육비 등을 증가시켜 오히려 가계부담을 가중시키고 있다. 이러한 자녀양육에 따른 비용부담은 빈곤가족의 부적절한 자녀양육의 주요 요인이 되고 있으며 자녀양육비로 인한 가계부담은 경제적으로 취약한 한부모가족, 저소득가족에서 현저하게 나타나고 있으며 결과적으로 출산율 저하의 한 요인으로 작용하고 있다.

한국사회에서 자녀양육 부담은 실태조사자료의 분석결과에서도 잘 나타나 있다. 2003년 조사결과에 의하면, 가구의 전체 소득 대비 자녀양육비 비율은 46.3%이었고, 소비 대비 자녀양육비 비율은 56.6%로 나타났다. 또한 가구의 가장 어려운 경제적 고통요인으로는 자녀양육 및 교육비(28.9%)와 사교육비(27.2%)가 큰 비중을 차지하는 것으로 분석되었다(김승권 외, 2003).

저출산 시대에 자녀양육부담의 증대는 소자녀관 형성과 출산기피에 직접적인 영향을 미칠 것으로 생각된다. 한편 아동을 건전하게 육성하는 것은 능력 있는 차세대 국민을 생산하는 것으로 사회적 책임이 요구된다. 따라서 일반계층의 보육교육비 지원아동비율은 저출산 시대에 아동양육 부담의 증가로 인한 경제적·사회적 부담의 경감수준을 측정하는 지표로서 중요한 의미를 갖는다.

본 지표는 보육시설을 이용하는 아동 중에서 두 자녀 이상을 양육하는 일반계층을 대상으로 보육·교육비를 지원받는 아동수의 비율을 측정한 것이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{일반계층 보육교육비 지원아동 비율} = \frac{\text{보육료를 지원받는 아동수}}{\text{시설 이용 아동수}} \times 100$$

□ 지표명 : 육아서비스 수혜율

— 지표의 정의 및 산출방식

육아시설의 전반적인 확충으로 보육시설을 이용하는 아동의 규모도 지속적으로 증가하여 1991년 8만 9천명에 불과하던 아동수는 2005년에는 97만 2천명에 달하였다. 그럼에도 운영주체 면에서 주로 민간 및 가정보육시설에 의존하고 있고, 국공립 및 법인시설은 13.9%에 불과하였다. 그리고 보육시설이 균형적으로 배치되지 못하여 보육시설 이용아동의 54.8%가 도보가 불가능한 거리의 시설을 이용하고 있었다.

특히, 사회적 취약계층이 거주하는 지역에 국공립보육시설의 설치가 미흡하여 사회통합 측면에서 장애요인이 되고 있다. 조사결과에서도 국공립보육시설에 대한 선호도는 59.2%로 민간시설 및 법인시설보다 높으나 이용아동수는 10.9%에 불과하였다. 국공립시설을 선호하는 이유는 양질의 서비스에 비하여 저렴한 비용, 신뢰 등이었다. 반면 예산의 70% 이상이 국공립·법인 등 정부지원시설에 집중되어 있고 민간시설은 정부지원이 낮아 상대적으로 질 높은 육아지원 서비스의 제공이 불가능한 실정임을 단적으로 알 수 있다.

저출산 시대에 출산과 양육에 필요한 환경조성 측면에서 다양하고 질 높은 육아지원 인프라 확충은 중요하다. 출산과 양육의 사회책임 강화 측면에서 육아서비스 수혜율은 자녀양육의 공보육 기반조성을 측정하는 지표로서 중요한 의미를 갖는다. 본 지표는 영유아 아동인구 중에서 육아시설을 이용하는 영유아수의 비율을 측정한 것이다. 여기서 육아시설이란 어린이집, 놀이방, 유치원, 선교원 등이 포함되며 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{육아서비스 수혜율} = \frac{\text{지원받는 만5세 아동수}}{\text{시설이용 만 5세 인구}} \times 100$$

□ 지표명 : 평생학습참여율

— 지표의 정의 및 산출방식

평생학습사회는 폐쇄적인 학교교육 체제와는 달리 다양한 학습경험을 인정하고 허용하는 열린사회 체제를 의미한다. 우리나라는 1999년 평생교육법을 제정하여 '학교교육을 제외한 모든 형태의 조직적인 교육활동'을 평생교육이라고 규정함으로써 평생교육의 법적 기틀을 확립하였고, 평생교육센터 및 지역평생교육센터의 근거 마련을 통하여 평생학습의 전문화와 지역화를 도모하였다.

또한 평생학습은 사회안전망의 중요한 한 부분으로서 국민들 개개인이 최저생활을 유지할 수 있도록 하는 교육기회를 제공해야 할 국가의 책무성을 강조하였다. 즉, 사회구성원들이 평생에 걸친 삶의 주기에서 사회적으로 필요한 수준의 학습을 받을 수 있는 기회를 가질 수 있도록 일차적으로 사회적 차원에서 보장하는 것이다(김영준, 2004).

평생학습의 중요성이 부각됨으로써 우리나라에서도 평생교육의 통계생산 및 지표개발의 연구가 지속적으로 이루어지고 있다(사회통계조사, 2004; 최돈민 외, 2003). 성인의 평생교육 참여와 관련된 통계는 OECD조사가 대표적이며, 지난 1년간 평생교육에 참여한 일수 및 평생교육재원, 평생교육 참여비율 등이 분석되어 있다. 우리나라의 경우는 평생학습참가율을 비교할 수 있는 통계는 없으나, 사회통계조사에서 1년 동안 평생학습(직장연수, 학원수강, 교양강좌 등)에 참여한 비율 등이 제시되어 있다(최돈민, 2004).

한국교육개발원(2003)의 「평생교육 지표개발 연구」에 따르면 평생교육지표는 "평생교육 체제가 추구하는 목적과 발전가치에 비추어 평생교육 체제의 현황을 평가할 수 있고, 평생교육 체제의 중요한 현상은 물론 그 변화를 나타내주며, 평생교육 정책을 결정하는 데 유용한 정보를 제공해 주는 일련의 표식체제 또는 통계치"라 정의하였다.

따라서 본 지표의 목적은 15세 이상 가구원 중 평생학습에 참여한 비율을 측정하여 국민 개개인에게 전 생애에 걸쳐 적정한 수준의 교육기회를 제공하는데

있다. 이는 개인적 능력 및 사회적 경쟁력을 고양시키는데 중요한 의미를 갖는 것이라 사료된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{평생학습참여율} = \frac{\text{지난 1년 동안 평생학습에 1번 이상 참여한 가구원수}}{\text{15세 이상 가구원수}} \times 100$$

5. 일자리 보장 분야

가. 취약계층 일자리 보장

□ 지표명 : 중고령자 고용률

— 지표의 정의 및 산출방식

인구의 고령화를 유발시키는 요인으로는 평균수명의 연장과 저출산으로 집약되며, 저출산으로 인한 인구의 고령화 추세는 생산활동에 참여 가능한 경제활동 계층이 감소한다는 것이다. 즉, 저출산은 연소인구의 감소를 의미하고 연소인구는 향후 생산가능연령계층으로 진입하기 때문에 그 인구의 감소는 노동력의 감소로 이어진다. 고령화의 진전은 노동력인구의 연령구조를 고령화 시키고 경제성장의 둔화 요인으로 작용할 가능성이 높고 조세수입의 감소, 사회보장기여금의 감소 등을 초래하여 재정수지를 악화시킬 가능성이 높다. 특히 고령화는 노동력 인구의 규모측면에서 노동력 인구의 감소와 노동력 인구의 고령화를 야기하여 노동력 공급에 부정적인 영향을 미친다. 그리고 고령자의 경제활동참가율이 점차 증가함에 따라 경제활동인구의 고령화는 생산가능인구의 고령화보다 더욱 빠르게 진행될 것으로 전망된다.

고령화로 인한 노동시장의 구조변화 속에서 다수의 기업이 근로자의 능력·성과보다는 연령을 중심으로 중고령자층을 우선 감원하고 있다. 조사결과에 따르면 정리해고시 연령을 고려한 사업체는 약 52%이고, 근속연수를 고려한 사업체는 46%에 해당된다(관계부처합동, 2006). 고령자고용촉진법에서 60세 정년을 권고하고 있으나, 이를 강제할 수 있는 수단이 없어 정년이 낮아지는 추세이다.

따라서 건강하고 고학력을 소지하고, 신용도 있으며 열심히 일할 의욕을 가졌음에도 불구하고 많은 중고령자층이 노동시장에서 배제되고 있다고 하겠다.

노동력 공급의 감소와 노인부양인구의 증가와 함께 노동력의 고령화 또는 중장년화는 급속한 속도로 진행되고 있으며 중고령자의 인적 구성도 고학력화되고 있는 점 등을 고려할 때 중고령자를 대상으로 하는 노인인력 활용은 향후 저출산 고령화시대를 대비하여 중요한 관건으로 작용할 것이다. 따라서 중고령자 고용률은 예비 노인층을 대상으로 향후 노인의 취업 능력 및 일자리수 추정 등 고용안정정책 수립에 중요한 지표이다. 본 지표는 중고령자 중에서 취업자의 비율을 측정한 것으로 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{중고령자 고용률} = \frac{\text{중고령취업자수}}{\text{중고령자수(55~64세)}} \times 100$$

□ 지표명 : 노인일자리 충족률

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라 노인인구 비율은 2000년 7.2%로 고령화 사회에 진입하였고 노인부양비는 2000년 10.0%에서 2005년 12.6%로 증가하고 있다. 고령사회가 빠르게 진행되고 고령사회가 가시화되면서 노인인력의 활용문제는 국가의 생산성 측면뿐 아니라 노인 부양부담과 관련하여 국가 차원에서 중요한 이슈가 되고 있다. 그러나 노인 일자리 사업은 소득보장뿐만 아니라 노인복지의 종합적인 측면에서 접근해야 할 것이다.

정부에서 제공하는 노인일자리사업에는 공익형, 교육복지형, 자립지원형 등이 있다. 공공의 이익을 도모하는 공익형 일자리로는 거리환경지킴이, 자연환경지킴이, 지역행정지킴이, 불법주차단속계도 등이 해당되고, 교육복지형 중에서 교육형은 복지시설 및 교육기관 등에서 교육 강의하는 일자리로 해설사, 교육강사, 건강관리(상담)사 등이 해당된다. 복지형은 소외계층의 생활안정과 행복추구를 지원하는 일자리로 소외계층 보호, 노-노 케어, 노인주거개선사업단, 노인

안전지킴이, 노인교통안전봉사단 등이 있다. 자립지원형 중에서 인력파견형은 수요처 요구에 의해 해당기관에 파견되어 일정기간동안 참여하는 일자리로 공원관리원, 주유원, 운전원, 급식지도원, 주차관리원 등이 해당된다. 시장형은 소규모 사업 및 소규모업체를 공동으로 창업하여 자체수입을 창출하는 일자리로 간병인 사업단, 도시락 사업, 유기농사업, 전통공예 등이 있다. 그리고 시니어클럽 노인일자리사업은 노인일자리를 창출하고 교육훈련 등을 실시한다. 대한노인회 취업지원센터에서는 취업상담 및 알선, 교육·훈련 등을 실시하고 있다.

고령화 시대에 건강하고 능력 있는 노인의 증가로 취업 및 사회활동을 희망하는 노인이 지속적으로 증가하고 있다. 이 시점에서 노인일자리 충족률은 노인의 경제적 자립 능력 및 건강하고 활기찬 노후생활 수준을 측정하는 지표로서 중요하다. 본 지표는 일자리를 희망하는 노인인구 중에서 취업한 노인수의 비율을 측정한 것으로 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{노인일자리충족률} = \frac{\text{취업노인수}}{\text{일자리를 희망하는 노인인구}} \times 100$$

□ 지표명 : 자활사업 참여율

— 지표의 정의 및 산출방식

자활사업은 근로능력이 있는 사람에게 일자리를 우선적으로 제공하고 그렇지 못한 사람에게 소득보장을 하는 근로연계 복지의 일환으로 구체화된 정책이다. 국민기초생활보장제도의 시행 이후 근로능력의 유무에 상관없이 국민의 최저생활을 보장하고자 하는 취지아래 근로능력이 있는 수급자뿐만이 아니라 실직 혹은 취업이 불안정한 비수급·차상위계층에 이르기까지 자활사업을 통한 직업훈련과 일자리가 제공되고 있다. 자활사업은 기초생활보장제도의 수급자 및 차상위 근로빈곤층에 대해 근로활동을 통해 빈곤에서 탈출할 수 있는 자립지원이 목적이다. 본 지표는 자활사업 대상인원 중 자활사업 실제 참여인원을 살펴본 것이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{자활사업 참여율} = \frac{\text{자활사업 실제 참여인원}}{\text{자활사업 대상인원}} \times 100$$

□ 지표명 : 자활사업 성공률

— 지표의 정의 및 산출방식

자활사업의 성과를 평가하는 자활성공률은 사회에 미치는 영향 또는 성과에 따라 다양하게 논의할 수 있다. 예를 들어 자활사업 실시에 따른 거시적 성과의 하나로 빈곤율 및 실업률의 감소 혹은 근로빈곤층의 감소 등 다양한 자활성공에 대한 지표를 제시할 수 있다. 그러나 이러한 거시데이타로 자활의 성공을 파악하기에는 그 직접적 원인을 유추하기가 어렵고 사회 전반적인 빈곤규모의 감소에 자활의 영향을 명확히 분리하는데 어려움이 있는 것 또한 사실이다. 따라서 자활사업 성공에 대한 직접적인 지표는 흔히 탈수급률이라 하여 자활사업 참여를 통해 공적부조, 즉, 국민기초생활보장제도에서 탈피한 수급자의 규모를 기준으로 삼고 있다.

본 지표는 자활사업의 성공여부를 탈수급을 기준으로 하여, 자활사업 참여인원 중 탈수급자 비율을 살펴본 것으로 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{자활사업 성공률} = \frac{\text{탈수급자}}{\text{자활사업참여인원}} \times 100$$

□ 지표명 : 장애인 고용률

— 지표의 정의 및 산출방식

고용은 비장애인은 물론 장애인에게 있어서 경제적 자립 및 사회적 참여를 가능케 하는 핵심적인 조건이다. 일반적으로 장애인은 장애로 인한 신체적 불편함과 장애에 대한 사회적 편견 및 차별로 인해 비장애인에 비해 취업률이 낮다. 따라서 각 국에서는 장애인의 취업률 제고를 위한 다양한 정책수단을 운용하고 있으며, 이는 크게 일반고용정책과 보호고용정책, 그리고 직업재활서비스

로 구분된다.

우리나라의 경우, 일반고용정책으로서 국가 및 지방자치단체, 사업주로 하여금 근로자수의 일정비율이상 장애인을 고용하도록 의무를 부과하는 장애인고용의무제를 실시하고 있다. 의무고용률 적용을 받는 사업체는 현재 월평균 상시근로자수가 300인 이상인 사업체 또는 건설업체는 노동부장관이 고시하는 일정 공사금액 이상인 사업체로서, 의무고용률 2%에 미달하는 장애인을 고용하는 사업주는 대통령령이 정하는 바에 의하여 매년 노동부장관에게 장애인 고용부담금을 납부하도록 되어 있다.

2004년 12월말 현재 의무고용현황을 살펴보면, 의무고용 장애인 52,753명, 의무고용률은 1.37%에 머무르고 있다. 한편 보호고용정책은 특정한 환경 하에서 장애인을 근로하도록 고용하는 형태로서 장애인 보호작업시설과 장애인 근로작업시설 등의 직업재활시설이 대표적이며, 2005년 현재 260개 직업재활시설에 7,684명의 장애인이 근로하고 있는 것으로 파악되었다. 그리고 직업재활서비스는 장애인을 대상으로 직업상담, 직업능력평가, 직업훈련, 취업알선 및 사후지도 등의 서비스를 제공하는 것으로서 노동부 산하의 장애인고용촉진공단과 보건복지부 산하의 장애인복지관 및 직업재활시설 등이 비취업 장애인을 대상으로 실시하고 있다.

본 연구에서는 고용이 장애인 자립에서 차지하는 의의를 부여하고, 더불어 장애인 취업률 제고를 위해서 우리나라에서 실시되고 있는 다양한 정책 수단의 효과를 검증하기 위해 장애인 고용률을 취약계층 일자리 보장 영역의 지표로 선정하였다. 지표의 구체적인 내용을 살펴보면 다음과 같다. 전체 장애인 중에서 취업하고 있는 장애인의 비율인 장애인 고용률을 산출하고, 이를 전체 국민의 고용률과 비교한다. 따라서 상대적 고용률의 의미를 가지는 것으로 이해될 수 있으며, 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{장애인 고용률(상대적 고용률)} = \frac{\text{장애인 고용률}}{\text{전체 국민 고용률}} \times 100$$

□ 지표명 : 장애인 실업률

— 지표의 정의 및 산출방식

전술한 장애인 고용률과 함께 장애인 실업률을 취약계층 일자리 보장의 또 다른 지표로 선정한 이유는 장애인 고용률만으로는 우리나라 장애인들의 열악한 고용환경을 제대로 보여줄 수 없기 때문이다. 우리나라 장애인 고용률은 OECD 국가에 비해 높은 편인데, 이를 우리나라 장애인의 고용환경이 상대적으로 우월하다고 해석해서는 곤란하며, OECD 국가 평균에 비해 매우 낮은 수준인 장애인구 출현율과 열악한 소득보장제도를 고려하여 해석해야만 한다.

장애로 인한 미취업원인을 고려한 우리나라 장애인 실업률은 OECD 국가 평균에 비해 매우 높으며, 전체 국민의 실업률과 비교한 상대적 실업률에 있어서도 타 국가에 비해 월등히 높은 상태이다. 이는 비장애인에 비해 빈곤한 대다수의 저소득층 장애인들이 장애수당, 장애연금 등 현금급여의 사각지대에 놓여 만성적 빈곤으로부터의 탈출 지원이 미흡한 상태에서 취업하고 싶어도 장애로 인한 인적자본의 취약성 및 사회적 차별로 인해 비장애인에 비해 취업하기가 훨씬 어렵다는 현실을 그대로 반영한 것이라고 할 수 있다.

바로 이러한 이유에서 장애인 실업률을 취약계층 일자리 보장의 또 다른 지표로 선정하여 취업 시장에서 장애인이 겪는 어려움을 객관화하고자 하였다. 지표의 구체적인 내용을 살펴보면 다음과 같다. 전체 장애인 중에서 실업상태에 있는 장애인 실업률을 산출하고, 이를 전체 국민의 실업률과 비교한다. 따라서 상대적 실업률의 의미를 가지는 것으로 이해될 수 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{장애인 실업률(상대적 실업률)} = \frac{\text{장애인 실업률}}{\text{전체 국민 실업률}} \times 100$$

나. 보편적 일자리 보장

□ 지표명 : 고용률

— 지표의 정의 및 산출방식

최근 노동시장에서는 구조조정으로 인해 정리해고가 빈번히 발생하고 있어 고용 불안이 높아지고 있으며, 지속적인 불황과 노사관계의 불안으로 기업들이 비정규직 채용을 선호함에 따라 고용의 질도 크게 악화되고 있다.

일반적으로 노동시장상황을 파악하기 위한 지표로서 실업률 통계가 주로 활용되고 있으나, 동 통계는 경제활동 참가 여부가 일관되지 않은 한계적 경제활동참가자에 의하여 상당 부분 영향을 받게 되는 문제점을 지니고 있다(김기호 외, 2005). 즉, 실업률은 「실업자수÷경제활동인구」로 정의되기 때문에 실망실업자와 같이 구직활동을 지속하다가 취업될 가망성이 없다고 판단하여 스스로 취업을 포기한 사람은 사실상 실업상태에 놓여 있으면서도 경제활동인구에서 제외되므로 통계상의 실업률은 실제보다 낮게 추계되는 경향을 보인다.

반면에, 고용률은 실업의 자발성 여부에 의해 영향을 받지 않게 되어 실업률이 지니는 문제점을 극복할 수 있다는 장점을 지니고 있다. 이는 실망실업자가 증가하는 경우에 실업자수는 감소하게 되지만, 취업자 수와 15세 이상인구는 변하지 않으므로 실업률이 떨어지더라도 고용률은 영향을 받지 않기 때문이다.

따라서 본 지표의 목적은 전체 생산가능인구 중 취업인구 비율을 측정하여 우리나라의 노동시장 상황을 파악하는데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{고용률} = \frac{\text{취업인구(15~64세 인구)}}{\text{전체 생산가능인구}} \times 100$$

□ 지표명 : 청년고용률

— 지표의 정의 및 산출방식

최근 노동시장의 구조조정과 경제 불황으로 인하여 청년실업은 더욱 구조화·

만성화됨에 따라 장기적으로 성장잠재력이 훼손될 수도 있어 청년고용 부문에 주목할 필요성이 크게 높아지고 있다(김기호 외, 2005). 청년 일자리의 상대적 감소, 경력직 우선채용 관행, 청년층 일자리의 질적 저하, 고학력화와 숙련불일치 현상, 구직자가 받기를 희망하는 임금과 실제 시장임금간의 격차 등이 청년 고용률에 영향을 주는 요인이라 할 수 있다. 즉, 우리경제의 성장속도가 둔화되면서 이에 따른 고용흡수력도 저하되었으며, 청년층 일자리가 상대적으로 감소하는 가운데 고용의 질 또한 악화된 것이다.

정부는 고학력화에 따른 청년실업 해소를 위해 2005년 1월 청년고용촉진대책을 수립하여 '학교-노동시장' 간 이행 원활화(school to work transition)를 중심으로 일자리 창출, 대학의 구조개혁, 직업진로지도 강화, 노동시장 인프라 구축 등 청년층의 고용을 중장기적으로 안정시키기 위한 대책을 지속적으로 추진중에 있으나(노동부, 2006), 단기간에 해결이 어려운 상황인 것으로 판단된다.

청년이 대학을 졸업하고 실업상태에 있는 것은 개인적 좌절과 함께 고급노동력의 사장 등 사회적, 경제적 문제를 야기하기 때문에 청년고용 문제는 해결되어야 할 중요한 사회적 과제이다. 따라서 본 지표의 목적은 청년 생산가능인구수 중 청년 취업자 비율을 산출하여 청년층의 고용 안정 및 실업을 해소하는데 의의를 가지는 것으로 판단된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{청년고용률} = \frac{\text{청년 취업자수(15~24세)}}{\text{청년 생산가능인구수(15~24세)}} \times 100$$

□ 지표명 : 재직자 훈련 참여율

— 지표의 정의 및 산출방식

최근 세계 경제가 급속한 글로벌화, 자유 경쟁 가속화, 정보화로 이행됨에 지식과 정보의 창출·공유·활용 능력이 경쟁력의 근원으로써 인식되고 있다. 기업 내부에서도 기존의 관료적·분업적 생산조직체계가 수평적·종합적 조직체제로 변화되면서 현장 조직구성원의 지적 능력의 제고를 요구하고 있다(노동부, 2006).

재직자 훈련은 이러한 경제체제 및 노동시장 구조의 변화에 근로자는 물론 기업이 능동적으로 대처하기 위해서 기업 또는 근로자 스스로 직업능력을 개발할 수 있도록 지원하는 제도이다. 또한 급격한 구조조정에 따라 생겨나는 전직자·실직자의 재취업을 촉진하고 노동이동을 원활하게 할 수 있도록 지원하는 것이다. 우리나라의 직업훈련제도는 1967년 「직업훈련법」의 제정으로 정식도입되었으며, 1976년에 사업주에 대한 직업훈련의무제를 근간으로 하는 「직업훈련기본법」이 제정·시행됨으로써 직업훈련제도의 틀이 확립되었다. 이후 1995년 7월 고용보험법에 의한 직업능력 개발사업이 도입되었으며, 직업훈련의 중점도 기능인력 양성에서 근로자의 평생직업능력개발로 확대 발전되어 종전의 「직업훈련기본법」을 폐지하고 1997년 12월 24일 근로자직업훈련촉진법을 제정하여 1999년 1월부터 시행하고 있다(노동부, 2006).

재직자 훈련에는 재직자 능력개발훈련, 유급휴가 훈련, 학자금대부지원, 근로자수강지원금을 포함한다. 구체적으로 설명하면, 재직자 능력개발 훈련은 사업주가 소속 근로자의 직무능력향상을 위해 직업훈련을 실시하는 경우 훈련비를 지원한다. 유급휴가 훈련은 사업주가 1년 이상 재직근로자를 대상으로 30일 이상(상시근로자수가 150인 미만인 사업 또는 우선지원대상기업의 경우는 재직근로자를 대상으로 7일 이상)의 유급휴가훈련을 부여하여 휴가의 전 기간에 대하여 통상임금 이상의 임금을 지불하고 당해 훈련의 수강에 소요되는 경비를 부담하는 것이다. 또한 근로자 학자금비용 지원은 고용보험 피보험자로서 기능대학법에 의한 기능대학, 고등교육법 또는 평생교육법에 의한 전문대학이상의 학교에 입학하거나 재학하고 있는 근로자에게 학자금 비용을 대부해준다. 마지막으로 재직근로자가 직업능력개발훈련을 수강한 경우 수강비용을 지원한다(노동부, 2006).

따라서 본 지표의 목적은 고용보험 피보험자 중 직업훈련에 참여한 자의 비율을 측정하여 재직자 직업능력을 개발하는데 있다. 이는 노동시장의 변화에 맞서 기업 및 자신의 능력을 제고시키고 나아가 사회 및 개인 경쟁력을 높이는데 의의를 가지는 것으로 판단된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{재직자 훈련 참여율} = \frac{\text{훈련 참여자수}}{\text{고용보험 피보험자수}} \times 100$$

□ 지표명 : 여성고용률

— 지표의 정의 및 산출방식

급속한 산업화를 겪은 우리나라의 경제활동참가율은 1960년 이후 꾸준한 증가추세를 보이고 있으며, 2005년에는 처음으로 여성의 경제활동참가율이 50%를 넘어섰다. 이는 여성의 교육기회 확대, 산업구조의 변화, 여성의 사회적 지위 향상 등으로 여성의 사회진출이 활발해지고 있음을 뜻한다.

그러나 출산 육아로 인한 경력단절(M-Curve), 대졸 고학력 여성의 경우에는 노동시장에서 퇴출한 이후 재진입을 포기하는 현상(L-Curve)이 지속되고 있다. 즉, 20대에 60%에 이르는 여성고용률이 30대에서는 40~50%대로 크게 떨어지고 있어(노동부, 2006), 이는 여성이 임신·출산 이후 재취업하거나 경력자로서 취업하기 힘들고, 고학력 여성의 눈높이에 맞는 일자리가 많지 않으며, 여성고용의 질이 악화되는 것을 의미한다.

이에 따라 정부는 급속한 고령화와 저출산 추세를 고려할 때 여성, 중고령자 등 고급 인적자원의 적극적 활용을 위한 기반 조성이 중요하다는 인식의 확산으로 '적극적 고용개선조치 제도'를 도입하였다. 적극적 고용개선조치는 여성고용비율 및 여성관리자 비율이 동종 산업비율 평균의 60%에 미달하는 기업에 대하여는 고용개선계획서를 수립, 제출토록 하는 등의 여성의 경제활동 및 고용을 촉진하고 여성고용의 질을 제고하는 내용을 담고 있다. 또한 유능한 인력 확보를 통한 기업의 경쟁력 강화를 도모하고, 취업여성의 경력단절을 예방하며, 이들의 사회·경제적 지위를 향상시키기 위해 모성보호와 직장보육시설 설치 확대 등 육아 지원으로 여성고용을 촉진하는 정책에 중점을 두고 있다.[주24)]

주24) OECD 국가의 출산율과 여성고용률과의 관계를 분석한 결과 '여성고용률이 높은 국가에서 출산율이 높다'는 결과가 나타났으며(노동연구원, 2005), 우리나라에서도 육아휴직, 산전·후 휴가제도 활성화, 직장보육시설의 지원 등을 통하여 여성고용을 촉진하고, 여성고용 환

따라서 본 지표의 목적은 여성 생산가능인구수 중 여성 취업자비율을 측정하여 여성의 사회참여 및 여성고용 환경 수준을 파악하는데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{여성고용률} = \frac{\text{여성 취업자수(15~64세)}}{\text{여성 생산가능인구수}} \times 100$$

□ 지표명 : 중장년 실업률

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라는 경기침체가 지속되자 기업들의 구조조정 바람이 불면서 30대 이상 중장년층의 실업자가 늘고 있으며, 이러한 추세는 최근에 더욱 심화되고 있다. 구조조정으로 실업상태에 빠진 중장년 실업자와 저학력 중장년 실업자들의 노동시장 재진입이 청년 실업자에 비하여 현격히 저조하며 오히려 장기실업으로 구조화되고 있다.

정부는 2001년 들어서면서 40만개의 일자리 창출과 실업률 3%대 유지를 목표로 하고 기존 공공근로 중심의 한시적 실업대책을 벗어나 근본적이고 구조적인 고용안정을 달성하겠다는 정책을 앞세운 종합실업대책을 발표하였다. 동 대책에는 중장년 실업자들을 대상으로는 각종 창업자금 융자를 통하여 소자본창업을 지원하겠다는 내용을 포함하고 있다(노동부, 2002). 그러나 중장년 실업자에 대한 지속적인 일자리 창출 악화, 유명무실한 '중장년 훈련수료자 채용 장려금' 지원, 연령을 해고기준으로 삼는 기업의 확대 등의 문제로 중장년 실업은 청년 실업문제 보다 더욱 심각한 수준으로 대두되었다. 또한 40~50대 실직자의 경우 자녀교육비 등 가계지출수요가 크다는 것을 감안하면 이들의 장기실업화는 사회적으로 심각한 영향을 미칠 수 있다(윤정열, 2003). 이에 따라 중장년을 고용하는 기업이나 중장년 근로자에 대한 근본적인 고용유인 혹은 근로유인이 제공되어야 한다는 논의와 대책이 마련되고 있다. 이는 임금피크제 도

경의 질을 개선한다면 출산율을 높일 수 있다는 것을 시사함.

입과 연금제도의 개선을 들 수 있다.

따라서 중장년층 실업은 개인적으로는 당사자 가계에 엄청난 부담을 주지만, 사회적으로도 축적된 업무와 노하우가 사장된다는 면에서 큰 손실임으로 사회적 안전망을 구축하여 중장년 고용을 활성화해야 할 것이다. 따라서 본 지표의 목적은 전체 경제활동인구(45~54세) 중 취업할 의사와 능력을 가지고 있으면서도 전혀 일을 하지 못하였으며 일자리를 찾아 적극적으로 구직활동을 하였던 사람의 비율을 측정하여 중장년 고용을 활성화하는데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{중장년 실업률} = \frac{\text{실업자수(45~54세)}}{\text{경제활동인구(45~54세)}} \times 100$$

다. 일자리의 건강성

□ 지표명 : 전체 근로자 중 비정규직 비율

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라는 외환위기 이후 비정규직이 크게 증가하면서 임금·근로조건 등 차별이 가시화되고, 양극화의 주요 현상으로 사회문제화 되었다. 비정규직의 급증 원인은 국제경제의 환경변화에 따른 기업의 '고용유연화' 전략으로서 노동수요 변화에 대응한 고용 및 임금 조정이 현실적으로 용이하지 않기 때문에 나타난 노동유연성 확보를 위한 비정규직 활용의 선호, 불공정한 원·하청 구조, 대기업·정규직 중심의 노동시장 제도와 관행, 산업구조의 서비스화 등이라 할 수 있다(유길상, 2006).

비정규직 개념에 대해 국제적으로 통일된 기준은 없으나, OECD에서는 고용기간이 짧은 유기계약근로자(Temporary worker), 시간제근로자(Part-time worker) 및 파견근로자(Temporary agency worker)정도를 비정규직으로 규정한다. 우리나라는 2002년 7월 노사정위원회 비정규특위에서 '비정규직은 고용형태를 기준으로 한시적 근로자 또는 기간제근로자, 시간제근로자 및 비전형근로자'로 정의

한 바 있다.[주25] 정부는 비정규직 보호 관련 3개 법안을 2004년 11월 8일 국회에 제출하여 2006년 11월 30일 국회 본회의에 직권 상정하여 의결하였으며, 2007년 7월에 시행됨으로써 비정규직의 법적 보호를 체계화하였다.[주26] 이러한 정부의 비정규직 보호에도 불구하고 비정규직은 제도적으로는 사회보험에 가입하도록 되어 있으나, 실제 가입률은 정규직의 절반수준으로 사회 및 기업에서 소외되고 있으며, 비정규직에서 정규직으로 이동하는 수준도 미흡한 실정이다.[주27]

따라서 본 지표의 목적은 임금 근로자 중 비정규직 근로자 비율을 측정하여 비정규직 차별을 해소하고 남용을 방지하는데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{전체 근로자 중 비정규직 비율} = \frac{\text{비정규직근로자}}{\text{임금근로자 수}} \times 100$$

□ 지표명 : 정규직 대비 비정규직 임금수준

— 지표의 정의 및 산출방식

2005년 8월 현재 비정규직 월평균임금은 정규직의 62.6%로 월평균 임금은

주25) 한시적 근로자는 근로계약기간을 정한 자 또는 정하지 않았으나 비자발적 사유로 계속근무를 기대할 수 없는 자, 시간제근로자는 근로시간이 짧은 파트타임 근로자, 비전형근로자는 파견근로자, 용역근로자, 특수고용 종사자, 가정 내 근로자(재택 및 가내), 일일(호출)근로자로 분류함.

주26) 비정규직 보호 관련 3개 법안은 「기간제 및 단시간 근로자 보호 등에 관한 법률(제정)」, 「파견근로자 보호 등에 관한 법률(개정)」, 「노동위원회법(개정)」 등으로서 주요 내용은 비정규직에 대한 차별시정제도를 도입하여 비정규직을 실질적으로 보호하는 것, 기간제 근로자의 사용기간을 2년으로 제한하여 기간제 근로자의 남용을 방지하는 것, 불법파견의 경우 파견기간이 2년을 초과하면 사용사업주에게 직접고용의무 부과 등(노동부 홈페이지:http://www.molab.go.kr).

주27) 비정규직에서 1년 동안 정규직으로의 이동은 15%수준이며, OECD 국가의 경우, 평균 30% 정도가 매년 비정규직에서 정규직으로 이동하고 있으며, 아일랜드, 포르투갈, 덴마크 등에서는 비정규직의 42% 정도가 1년 뒤 정규직으로 이동하고 있어 비정규직이 정규직으로의 가교 역할을 활발히 수행하고 있음(유길상, 2006).

정규직보다 37.4%가 낮은 것으로 나타났다. 이러한 비정규직의 임금수준 차이는 불공정한 원·하청 구조로 중소기업의 수익성이 악화되고 지불능력이 저하되면서 중소기업 일자리는 비정규직으로 충원되고 대기업과 중소기업, 정규직과 비정규직 간 임금격차가 확대되는데서 기인한다(유길상, 2006). 특히, 비정규직은 임금격차 이외에도 정규직에 비해 상대적으로 사회보험 가입이 적으며, 퇴직금, 상여금, 시간외 수당, 유급휴가 등 기업복지의 수혜에서도 소외되고 있다.

정부의 '비정규직 고용개선 종합계획'에 따르면 현 정규직 임금 수준 62.6%를 2010년에 70%로 확대하고, 직업훈련참여율 7.1%에서 15% 수준으로 확대하는 목표를 제시하였다. 또한 사회보험 가입률은 현 40%에서 60%로, 퇴직급여 수혜율은 20%에서 40%로 높이기로 하였다. 비정규직의 고용은 적극적 노동시장정책을 통한 기업규모 간 임금격차 완화, 사회안전망 구축, 고용형태에 따른 대책, 비정규직의 정규직 전환 촉진 등을 통해서 비정규직 문제를 해결할 수 있을 것이다.

따라서 본 지표의 목적은 정규직 3개월 임금평균에서 비정규직 3개월 임금평균 수준을 측정하여 기업규모 간 비정규직의 임금격차를 완화하는데 있다. 이는 비정규직의 차별 및 격차를 해소하며, 비정규직의 경쟁력 및 사회적 지위를 높이는 데 의의가 있는 것으로 사료된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{정규직 대비 비정규직 임금수준} = \frac{\text{비정규직 3개월 임금평균}}{\text{정규직 3개월 임금평균}} \times 100$$

6. 의료 및 건강보장 분야

가. 의료보장

□ 지표명 : 빈곤층 의료보장률

— 지표의 정의 및 산출방식

빈곤층 의료보장률의 정책방향은 건강보험 대상자 중 의료욕구가 필수적이고 생계형 체납으로 국가가 의료보장을 해 주어야할 필요가 있는 차상위계층과 체

납세대 등을 의료급여로 전환하는 노력이 필요하다. 장기적으로는 비수급빈곤층과 잠재적 빈곤층까지 모두 의료급여로 전환하는 노력을 하여야 할 것이다. 따라서 본 지표의 목적은 전체 인구수 중 빈곤층 의료보장제도인 의료급여 수급자 비율이 얼마인지를 판단하는데 있다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{빈곤층 의료보장률} = \frac{\text{의료급여 수급자수}}{\text{전체인구수}} \times 100$$

□ 지표명 : 건강보험 급여보장률

— 지표의 정의 및 산출방식

건강보험 급여보장률의 정책방향은 의료이용시 환자가 부담하는 실질 본인부담이 적어 의료접근성을 떨어뜨리지 않아야 하며, 경제적 이유로 꼭 필요한 의료이용을 하지 못하는 경우를 방지해야 한다. 그런데 우리나라 건강보험제도는 도입단계에서부터 국민부담을 최소화하면서 보험재정의 안정화를 가장 큰 목표로 삼았기 때문에 보장성이 낮다는 문제점을 가지고 있었다. 지난 건강보험이 도입된 지 30년이라는 길지 않은 기간 동안 계속적으로 보장성을 강화하여 왔지만 아직도 급여범위의 제한과 의료서비스 이용시 높은 본인부담제도로 인하여 타 OECD 국가들에 비해 보장성이 낮은 상태로 판단된다. 따라서 향후에도 건강보험의 보장률을 높여가는 것이 국가 정책방향으로 설정되어야 하며, 이는 본 지표가 선정된 중요한 이유이기도 하다.

따라서 본 지표는 전체 의료비 중 공적 건강보험에서 부담하는 급여가 차지하는 비율이 얼마인지를 살펴보는 지표로써 이를 역으로 살펴보면 의료이용시 환자가 실제로 부담하는 본인부담의 비율을 의미하며 본인부담률 수준으로 보장성을 판단할 수 있는 지표이다. 이 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{건강보험 급여보장률} = \frac{\text{환자본인부담액}}{\text{전체 총진료비}} \times 100$$

□ 지표명 : 국민의료비 중 공공부문지출 비율

— 지표의 정의 및 산출방식

우리나라는 의료공급체계가 민간 중심으로 되어 있고 공공보건에 투입되는 정부재원의 비중이 절대적으로 낮은 상태이다. 또한 건강보험 급여보장률에서도 언급한 바와 같이 건강보험이 부담하는 급여율도 낮아 공공재정비율이 낮은 상태이다. 하지만 국가 정책방향은 건강은 헌법이 보장한 기본권으로 국가가 책임져야 할 부분으로 공공보건체계를 강화하고 건강보험 보장성을 높이는 등 공공부담을 높여할 것이다. 따라서 본 지표는 국민의료비 중 공공재정 비중은 전체 우리나라 의료비 중 국가 세금 또는 공적건강보험료 등 공공부분이 부담하는 비율로써 얼마나 정부가 의료비 보장을 위해 개입하느냐를 측정하는 것이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{국민의료비 중 공공부문 지출비율} = \frac{\text{공공부담금액}}{\text{전체 총진료비}} \times 100$$

나. 건강보장

□ 지표명 : 건강수명

— 지표의 정의 및 산출방식

본 지표는 출생시 무장애 기대여명(disability-free life expectancy) 혹은 건강보정 기대여명(health-adjusted life expectancy)으로 정의한다. 무장애 기대여명은 활동제한이 없이 건강하게 살 수 있는 수명을 말하며, OECD 국가에서 각국의 건강수명을 비교할 때 사용하는 지표이다. 건강보정 기대여명은 성별 연령별 사망률과 성별 연령별 건강수준을 동시에 나타내는 지표로서 WHO에서 2002년 자료로 발표한 지표이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{건강수명} = \text{출생 시 무장애 기대여명(건강보정 기대여명)}$$

□ 지표명 : 영아사망률

— 지표의 정의 및 산출방식

영아사망률은 첫돌이 되기 전에 사망하는 확률로 연간 출생아 1,000명당 영아(1세 미만) 사망자 수로 정의된다. 영아사망률은 모성사망률과 함께 취약계층의 건강수준을 대표하는 지표이다. 즉, 영아사망은 영양 부족, 모성 불건강, 불결한 환경에서 오는 각종 감염 등에 의해 발생하므로 단순히 영아의 건강 수준뿐만 아니라 전체 국민의 건강수준, 생활수준의 척도가 된다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{영아사망률} = \frac{\text{연간 1세 미만의 영아 사망 수}}{\text{연간 출생아 수}} \times 1{,}000$$

□ 지표명: 흡연율

— 지표의 정의 및 산출방식

본 지표는 현재 흡연율은 평생 100개비 이상 흡연한 자로서 현재 매일 또는 가끔 흡연하는 자의 비율(%)로 정의된다. 흡연율은 OECD에서 규정하는 비의료적인 건강결정요인이다. 흡연은 폐암을 비롯한 각종 암, 만성폐쇄성 폐질환 등 호흡기계 질환, 심혈관계 질환, 소화기계 질환 등의 직접적인 원인으로 알려져 있다. 또한 흡연자 본인의 건강뿐만 아니라 주위 사람의 간접흡연으로도 흡연자와 동일한 종류의 질병이 발생할 수 있기 때문에 흡연 인구는 감소되어야 한다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{흡연율} = \frac{\text{평생 100개비 이상 흡연한 자이면서 매일 혹은 가끔 흡연하는 자}}{\text{대상 인구 수}} \times 100$$

□ 지표명 : 성인 1인당 순수 알코올 소비량

— 지표의 정의 및 산출방식

음주는 과다하게 할 때 간의 손상, 출혈성 뇌혈관질환 등을 일으키며, 습관적인 음주는 중독으로 이어질 수 있어 정신건강에 문제를 일으킬 수도 있다. 따라서 음주의 피해는 얼마나 자주 마시는가와 얼마나 많이 마시는가를 동시에 고려해야 그 정도를 가늠할 수 있다. 성인 1인당 순수 알코올 소비량은 음주의 빈도에 음주량을 곱한 개념으로 음주와 음주로 인한 건강문제를 연결하고자 할 때 바람직한 지표가 된다.

본 지표는 15세 이상 인구 1인당 주류 판매량 중 순수 알코올의 양으로 정의한다. 나라별로 순수 알코올 량은 맥주의 경우 4~5%로, 포도주는 11~16%로, 주정은 40%로 정의하는 것이 일반적이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{성인 1인당 순수 알코올 소비량} = \frac{\text{총 순수 알코올 소비량}}{\text{15세 이상 인구 수}}$$

□ 지표명 : 규칙적 중등도 운동실천율

— 지표의 정의 및 산출방식

중등도 운동은 만성질환을 예방하며, 만성질환자들에게는 장애를 예방할 수 있는 효과가 있다. 중등도 신체활동은 복식 테니스, 배구, 배드민턴, 탁구, 수영, 요가, 미용체조 등이 해당된다. 본 지표는 지난 1주일간 숨이나 심장박동이 조금 증가하는 신체활동을 하루 30분 이상 주 5일 이상 실천하는 인구의 비율(%)로 정의한다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{규칙적 중등도 운동실천율} = \frac{\text{중등도 운동 실천자 수}}{\text{대상 인구 수}} \times 100$$

□ 지표명 : 비만율

— 지표의 정의 및 산출방식

비만은 심혈관 질환, 뇌졸중, 당뇨, 근골격계 질환, 그리고 암 등의 주요한 위험 요인이다(National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 2000). 1997년 WHO는 21세기에 비만은 흡연과 함께 건강의 가장 주된 위험 요인이 될 것이라고 예측한 바가 있다(WHO, 1997). 본 지표는 비만은 체질량지수(body mass index, kg/m2)가 25 이상의 과체중(overweight)과 비만(obese)을 모두 포함한 개념이다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{비만율} = \frac{\text{BMI 25 이상인 인구 수}}{\text{대상 인구 수}} \times 100$$

□ 지표명 : 예방가능 응급환자 사망률

— 지표의 정의 및 산출방식

예방가능한 응급환자 사망률은 응급의료체계의 질을 나타내는 지표가 된다. 즉, 응급환자 발생시 신속하게 응급의료를 받을 수 있는 의료기관으로 이송되거나, 이송 이전에 적절한 응급처치를 받을 때 응급환자의 사망률을 감소시킬 수 있는 것이다. 본 지표는 응급의료기관에서 사망한 환자 중 생존할 가능성이 25% 이상이었던 환자의 비율이며, 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$\text{예방가능한 응급환자 사망률} = \frac{\text{생존 가능성이 25\% 이상인 자}}{\text{응급의료기관에서 사망한 자의 수}} \times 100$$

□ 지표명 : 지역간 의료이용 형평률

— 지표의 정의 및 산출방식

지역간에 의료이용의 격차가 크다는 것, 즉, 형평성이 낮다는 것은 의료수요

가 지역간에 크게 다르지 않을 때, 의료자원이 지역간에 고르게 분포되어 있지 못하다는 것을 의미한다. 의료자원이 부족한 곳에서는 제 때에 적절한 치료를 받지 못할 수 있기 때문에 모든 지역이 적정한 수준의 의료자원을 확보하여 의료이용을 할 수 있어야 한다.

따라서 본 지표의 산출방식은 전국의 138개 중진료권별 입원율 건당 입원일수, 건당 진료일수에 있어서 최대값과 최소값의 비인 EQ(external quotient)이다.

□ 지표명 : 계층간 의료이용 형평률

— 지표의 정의 및 산출방식

본 지표는 동일한 요구에 대한 동일한 치료수준, 즉, 수평적 형평성이 얼마나 달성되고 있는지 보여주는 지표인 HIwv 지수로 정의한다. 지표의 산출방식은 다음과 같다.

$$2\sigma_R^2 [hi/\eta - yi/\mu] = \alpha + \beta Ri + \mu i$$

여기서 hi와 η는 i번째 가구의 실제의료이용과 이들의 평균이며, yi와 μ는 i번째 가구의 의료이용기대치와 이들의 평균을 나타낸다. Ri는 지불능력의 분포에 있어서의 fractional rank를 의미하며, σ_R^2는 fractional rank의 표본변이를 나타낸다. 여기서 HIwv는 바로 β의 추정치이다.

제 5 장　사회복지정책 평가요소의 우선순위 설정

제 1 절　델파이 조사의 개요

1. 델파이 조사내용

본 연구의 목적인 한국의 사회복지정책평가지표를 개발하기 위하여 사회복지 관련 전문가 및 공무원들과의 정책자문회의를 통하여 개발된 사회복지정책평가지표를 '델파이 조사'를 통하여 전문가 의견을 수렴하였다. 첫 단계는 평가틀의 6개 대분야에 대해, 두 번째 단계는 평가틀의 16개 영역에 대해, 그리고 마지막 단계는 77개 대표지표에 대해 전문가 의견조사를 실시하였다.

2. 델파이 조사대상

본 연구를 위한 델파이 조사의 대상은 사회복지관련 국책연구기관인 한국보건사회연구원의 박사급 연구원, 사회복지·보건의료 전공교수 및 대학원 박사과정 학생, 사회복지관련 연구기관의 박사급 연구원 등을 대상으로 하였다. 전체 대상인원은 120명이었으며, 이 중 105명이 유효한 응답을 하였다.

제 2 절　분야의 우선순위 설정

1. 사회복지평가지표 대분야의 우선순위

사회복지평가지표 대분야의 우선순위를 살펴보면, 1순위는 복지인프라확충분야가 40.0%로 가장 높았으며, 다음은 안정된 소득보장분야 33.3%, 복지서비스 확충분야 10.5% 등의 순이었다. 2순위는 안정된 소득보장분야 29.5%, 3순위와

4순위는 보육·교육보장분야가 각각 21.9%, 24.8%, 5순위는 보육·교육보장분야와 일자리 보장분야가 각각 21.9%, 6순위는 의료 및 건강보장분야가 23.8%로 가장 높았다.

〈표 5-1〉 사회복지평가지표 대분야의 우선순위

(단위: %, 명)

대분야	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위
• 복지인프라확충	40.0	10.5	15.2	10.5	9.5	14.3
• 안정된 소득보장	33.3	29.5	12.4	9.5	10.5	4.8
• 복지서비스 확충	10.5	20.0	12.4	16.2	21.0	20.0
• 보육·교육 보장	2.9	9.5	21.9	24.8	21.9	19.0
• 일자리 보장	9.5	13.3	19.0	18.1	21.9	18.1
• 의료 및 건강보장	3.8	17.1	19.0	21.0	15.2	23.8
계(수)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

제 3 절 영역의 우선순위 설정

1. 사회복지평가지표 영역의 우선순위

복지인프라확충분야 영역의 1순위는 복지재정영역이 84.8%로 가장 높았으며, 다음은 복지인력영역 10.5%, 복지시설영역 4.8% 등의 순이었다. 2순위는 복지인력영역이 59.0%, 3순위는 복지시설영역이 61.0%로 가장 높았다.

〈표 5-2〉 복지인프라확충분야의 영역 우선순위

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위	3순위
복지인프라확충	• 복지재정	84.8	6.7	8.6
	• 복지인력	10.5	59.0	30.5
	• 복지시설	4.8	34.3	61.0
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

안정된 소득보장분야 영역의 1순위는 취약계층 소득보장영역이 69.5%로 가장 높았으며, 다음은 보편적 소득보장영역이 30.5%이었다.

〈표 5-3〉 안정된 소득보장분야의 영역 우선순위

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위
안정된 소득보장	• 취약계층 소득보장	69.5	30.5
	• 보편적 소득보장	30.5	69.5
계(수)		100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

복지서비스 확충분야 영역의 1순위는 취약계층 서비스보장영역이 70.5%로 가장 높았으며, 다음은 보편적 서비스 확충영역이 29.5%이었다.

〈표 5-4〉 복지서비스 확충분야의 영역 우선순위

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위
복지서비스 확충	• 취약계층 서비스 보장	70.5	29.5
	• 보편적 서비스 확충	29.5	70.5
계(수)		100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보육·교육보장분야 영역의 1순위는 교육의 공공성영역이 37.1%로 가장 높았으며, 다음은 취약계층 교육보장영역 23.8%, 보편적 교육보장영역 20.0% 등의 순이었다. 2순위는 취약계층 교육보장영역이 31.4%, 3순위는 교육의 질 보장영역이 33.3%, 4순위는 보편적 교육보장영역 38.1%로 가장 높았다.

〈표 5-5〉 보육·교육보장분야의 영역 우선순위

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위	3순위	4순위
보육·교육보장	• 교육의 공공성	37.1	21.0	23.8	18.1
	• 교육의 질 보장	19.0	22.9	33.3	24.8
	• 취약계층 교육보장	23.8	31.4	25.7	19.0
	• 보편적 교육보장	20.0	24.8	17.1	38.1
	계(수)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

일자리 보장분야 영역의 1순위는 취약계층 일자리 보장영역이 59.0%로 가장 높았으며, 다음은 보편적 일자리 보장영역 24.8%, 일자리의 건강성영역 16.2% 등의 순이었다. 2순위는 보편적 일자리 보장영역이 49.5%, 3순위는 일자리의 건강성영역이 58.1%로 가장 높았다.

〈표 5-6〉 일자리 보장분야의 영역 우선순위

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위	3순위
일자리 보장	• 취약계층 일자리 보장	59.0	24.8	16.2
	• 보편적 일자리 보장	24.8	49.5	25.7
	• 일자리의 건강성	16.2	25.7	58.1
	계(수)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

의료 및 건강보장분야 영역의 1순위는 의료보장영역이 73.3%로 가장 높았으며, 다음은 건강보장영역이 26.7%이었다.

〈표 5-7〉 의료 및 건강보장분야의 영역 우선순위

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위
의료 및 건강보장	• 의료보장	73.3	26.7
	• 건강보장	26.7	73.3
	계(수)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

제 4 절 대표지표의 우선순위 설정

1. 사회복지평가지표 영역별 대표지표의 우선순위

가. 복지인프라확충분야

복지재정영역 대표지표의 1순위는 GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)가 67.6%로 가장 높았으며, 다음은 국민 1인당 복지비용 25.7%, 전체 복지재정 중 복지서비스 재정비율 5.7% 등의 순이었다. 2순위는 국민 1인당 복지비용이 55.2%, 3순위는 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율이 61.9%, 4순위는 전체 복지재정 중 민간재정의 비율 80.0%로 가장 높았다.

〈표 5-8〉 복지재정영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위
복지재정	• GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)	67.6	20.0	8.6	3.8
	• 국민 1인당 복지비용	25.7	55.2	13.3	5.7
	• 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율	5.7	21.9	61.9	10.5
	• 전체 복지재정 중 민간재정의 비율	1.0	2.9	16.2	80.0
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

복지인력영역 대표지표의 1순위는 인구 천명당 사회복지전담공무원수가 80.0%로 가장 높았으며, 2순위는 인구 천명당 보건의료인력수가 80.0% 이었다.

〈표 5-9〉 복지인력영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위
복지인력	• 인구 천명당 사회복지전담공무원수	80.0	20.0
	• 인구 천명당 보건의료인력수	20.0	80.0
계(수)		100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

복지시설영역 대표지표의 1순위는 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수가 45.7%로 가장 높았으며, 다음은 인구 10만명당 복지관수 25.7%, 노인인구 천명당 장기요양병상수 13.3% 등의 순이었다. 2순위는 인구 10만명당 복지관수 27.6%, 3순위는 노인인구 천명당 장기요양병상수 37.1%, 4순위는 치매·중풍노인요양시설 수요충족률 27.6%, 5순위는 아동인구 천명당 지역아동센터 수 37.1%로 가장 높았다.

〈표 5-10〉 복지시설영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
복지시설	• 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수	45.7	16.2	9.5	12.4	16.2
	• 인구 10만명당 복지관수	25.7	27.6	10.5	21.9	14.3
	• 노인인구 천명당 장기요양병상수	13.3	25.7	37.1	15.2	9.5
	• 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률	10.5	21.0	18.1	27.6	22.9
	• 아동인구 천명당 지역아동센터 수	4.8	9.5	24.8	22.9	37.1
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

나. 안정된 소득보장분야

취약계층 소득보장영역 대표지표의 1순위는 상대빈곤율이 49.5%로 가장 높았으며, 다음은 기초생활보장 수급자 비율 21.9%, 지니계수 추이 16.2% 등의 순이었다. 2순위는 지니계수 추이 43.8%, 3순위는 기초생활보장 수급자 비율 31.4%, 4순위는 아동빈곤율 33.3%, 5순위와 6순위는 장애급여 수급률이 각각 45.7%, 20.0%로 가장 높았다.

〈표 5-11〉 취약계층 소득보장영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위
취약계층 소득보장	• 상대빈곤율	49.5	16.2	15.2	4.8	9.5	4.8
	• 지니계수 추이	16.2	43.8	10.5	9.5	6.7	13.3
	• 아동빈곤율	9.5	15.2	26.7	33.3	10.5	4.8
	• 기초생활보장 수급자 비율	21.9	10.5	31.4	23.8	6.7	5.7
	• 장애급여 수급률	1.9	8.6	7.6	16.2	45.7	20.0
	• 장애인가구 월평균 소득	1.0	5.7	8.6	12.4	21.0	51.4
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 소득보장영역 대표지표의 1순위는 공적연금 수급률이 68.6%로 가장 높았으며, 다음은 국민연금수급률(제도부양비) 19.0%이었다. 2순위는 국민연금 수급률(제도부양비) 61.0%, 3순위는 실업급여 수급률 63.8%, 4순위는 산전·후휴가급여 국가부담률 75.2%로 가장 높았다.

〈표 5-12〉 보편적 소득보장영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위
보편적 소득보장	• 공적연금 수급률	68.6	18.1	7.6	5.7
	• 국민연금수급률(제도부양비)	19.0	61.0	13.3	6.7
	• 실업급여 수급률	7.6	16.2	63.8	12.4
	• 산전·후휴가급여 국가부담률	4.8	4.8	15.2	75.2
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

다. 복지서비스 확충분야

취약계층 서비스 보장영역 대표지표의 1순위는 아동 및 노인 급식지원율이 41.0%로 가장 높았으며, 다음은 공적노인요양보호비율 29.5%, 주거급여 수혜율 9.5% 등의 순이었다. 2순위는 공적노인요양보호비율 21.9%, 3순위는 주거급여 수혜율과 공공임대주택 재고율이 각각 19.0%, 4순위는 주거급여 수혜율 22.9%,

5순위는 방과후 활동 수혜율 22.9%, 6순위는 주거급여수준 24.8%, 7순위는 국내입양비율 49.5%로 가장 높았다.

〈표 5-13〉 취약계층 서비스 보장영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	7순위
취약계층 서비스 보장	• 아동 및 노인 급식지원율	41.0	15.2	12.4	13.3	9.5	6.7	1.9
	• 방과후 활동 수혜율	4.8	19.0	10.5	14.3	22.9	21.0	8.6
	• 국내입양비율	4.8	1.9	8.6	11.4	10.5	13.3	49.5
	• 공적노인요양보호비율	29.5	21.9	18.1	10.5	7.6	8.6	3.8
	• 주거급여 수혜율	9.5	20.0	19.0	22.9	17.1	6.7	4.8
	• 주거급여수준	6.7	17.1	12.4	16.2	18.1	24.8	4.8
	• 공공임대주택 재고율	3.8	4.8	19.0	11.4	14.3	19.0	26.7
계(수)		100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 서비스 확충영역 대표지표의 1순위는 장애인편의시설 설치율이 27.6%로 가장 높았으며, 다음은 노인여가시설 이용률 15.2%, 아동학대발생률 14.3% 등의 순이었다. 2순위와 3순위는 아동학대발생률이 각각 19.0%, 18.1%이었고, 4순위와 5순위는 임신출산비용 대비 국가지원비율이 각각 15.2%, 12.4%, 6순위는 장애인정보화율 16.2%, 7순위는 노인생활체육 참여율과 노인여가시설 이용률 13.3%, 8순위는 장애인정보화율 18.1%, 9~11순위는 임신출산비용 대비 국가지원비율, 노인교통사고 사망률, 불임발생 대비 지원자의 비율 등이었다.

〈표 5-14〉 보편적 서비스 확충영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	7순위	8순위	9순위	10순위	11순위
보편적 서비스 확충	• 노인생활체육 참여율	6.7	5.7	3.8	7.6	7.6	7.6	13.3	16.2	5.7	13.3	12.4
	• 노인여가시설 이용률	15.2	8.6	10.5	9.5	9.5	10.5	9.5	9.5	8.6	4.8	3.8
	• 노인정보화율	1.0	7.6	5.7	6.7	9.5	13.3	13.3	12.4	10.5	8.6	11.4
	• 노인교통사고 사망률	5.7	8.6	7.6	9.5	5.7	5.7	7.6	10.5	11.4	16.2	11.4
	• 아동안전사고사망률	11.4	11.4	6.7	4.8	11.4	7.6	10.5	5.7	12.4	9.5	8.6
	• 아동학대발생률	14.3	19.0	18.1	3.8	10.5	9.5	9.5	8.6	2.9	1.9	1.9
	• 장애인편의시설 설치율	27.6	14.3	13.3	14.3	5.9	7.6	7.6	1.9	2.9	1.9	2.9
	• 장애인정보화율	1.9	3.8	6.7	11.4	9.5	16.2	8.6	18.1	10.5	11.4	1.9
	• 임신출산비용 대비 국가지원비율	8.6	12.4	11.4	15.2	12.4	3.8	4.8	9.5	13.3	7.6	1.0
	• 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율	7.6	7.6	13.3	10.5	11.4	12.4	8.6	3.8	12.4	12.4	-
	• 불임발생 대비 지원비율	-	1.0	2.9	6.7	6.7	5.7	6.7	3.8	9.5	12.4	44.8
계(수)		100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

라. 보육·교육보장분야

교육의 공공성영역 대표지표의 1순위는 육아비용 정부부담률이 75.2%로 가장 높았으며, 2순위는 GDP 대비 사교육비 지출률 75.2% 이었다.

〈표 5-15〉 교육의 공공성영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위
교육의 공공성	• 육아비용 정부부담률	75.2	24.8
	• GDP 대비 사교육비 지출률	24.8	75.2
계(수)		100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

교육의 질 보장영역 대표지표의 1순위는 보육교사 1인당 아동수가 74.3%로 가장 높았으며, 다음은 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수 18.1% 이었다. 2순위는 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수 74.3%, 3순위는 대학교수 1인당 학생

수 87.6%로 가장 높았다.

〈표 5-16〉 교육의 질 보장영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위
교육의 질 보장	• 보육교사 1인당 아동수	74.3	21.0	4.8
	• 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수	18.1	74.3	7.6
	• 대학교수 1인당 학생수	7.6	4.8	87.6
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

취약계층 교육보장영역 대표지표의 1순위는 취약계층 보육교육비 지원아동비율이 65.7%로 가장 높았으며, 다음은 취약보육서비스 수혜율 24.8% 이었다. 2순위는 취약보육서비스 수혜율 56.2%, 3순위는 장애인 고등교육 이수율 60.0%, 4순위는 특수교육 수혜율이 64.8%로 가장 높았다.

〈표 5-17〉 취약계층 교육보장영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위
취약계층 교육보장	• 취약계층 보육교육비 지원아동비율	65.7	24.8	7.6	1.9
	• 취약보육서비스 수혜율	24.8	56.2	11.4	7.6
	• 장애인 고등교육 이수율	4.8	9.5	60.0	25.7
	• 특수교육 수혜율	4.8	9.5	21.0	64.8
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 교육보장영역 대표지표의 1순위는 만 5세아 무상보육률 59.0%로 가장 높았으며, 다음은 육아서비스 수혜율 19.0% 이었다. 2순위는 일반계층 보육교육비 지원아동비율 44.8%, 3순위는 육아서비스 수혜율 41.9%, 4순위는 평생학습참여율이 70.5%로 가장 높았다.

〈표 5-18〉 보편적 교육보장영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위
보편적 교육보장	• 만5세아 무상보육률	59.0	19.0	15.2	6.7
	• 일반계층 보육교육비 지원아동비율	17.1	44.8	30.5	7.6
	• 육아서비스 수혜율	19.0	23.8	41.9	15.2
	• 평생학습참여율	4.8	12.4	12.4	70.5
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

마. 일자리보장 분야

취약계층 일자리보장영역 대표지표의 1순위는 중고령자 고용률이 41.0%로 가장 높았으며, 다음은 자활사업 참여율 24.8%, 장애인 고용률 12.4% 등의 순이었다. 2순위는 노인일자리 충족률 27.6%, 3순위는 장애인 고용률 26.7%, 4순위는 노인일자리 충족률 21.0%, 5순위는 자활사업 성공률 23.8%, 6순위는 장애인 실업률이 46.7%로 가장 높았다.

〈표 5-19〉 취약계층 일자리보장영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위
취약계층 일자리 보장	• 중고령자 고용률	41.0	12.4	21.0	8.6	14.3	2.9
	• 노인일자리 충족률	10.5	27.6	13.3	21.0	11.4	16.2
	• 자활사업 참여율	24.8	8.6	21.0	17.1	17.1	11.4
	• 자활사업 성공률	8.6	17.1	11.4	18.1	23.8	21.0
	• 장애인 고용률	12.4	24.8	26.7	15.2	19.0	1.9
	• 장애인 실업률	2.9	9.5	6.7	20.0	14.3	46.7
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 일자리보장영역 대표지표의 1순위는 고용률이 73.3%로 가장 높았으며, 다음은 청년고용률 15.2% 이었다. 2순위는 청년고용률 54.3%, 3순위는 여성고용률 39.0%, 4순위는 중장년 실업률 45.7%, 5순위는 재직자 훈련 참여율이

61.0%로 가장 높았다.

〈표 5-20〉 보편적 일자리보장영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위
보편적 일자리 보장	• 고용률	73.3	3.8	9.5	6.7	6.7
	• 청년고용률	15.2	54.3	18.1	10.5	2.9
	• 재직자 훈련 참여율	1.9	9.5	17.1	10.5	61.0
	• 여성고용률	5.7	19.0	39.0	26.7	9.5
	• 중장년 실업률	3.8	14.3	16.2	45.7	20.0
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

일자리의 건강성영역 대표지표의 1순위는 전체 근로자 중 비정규직 비율이 73.3%로 가장 높았으며, 2순위는 정규직 대비 비정규직 임금수준이 73.3%로 뒤를 이었다.

〈표 5-21〉 일자리의 건강성영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위
일자리의 건강성	• 전체 근로자 중 비정규직 비율	73.3	26.7
	• 정규직 대비 비정규직 임금수준	26.7	73.3
계(수)		100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

바. 의료 및 건강보장분야

의료보장영역 대표지표의 1순위는 빈곤층 의료보장률이 55.2%로 가장 높았으며, 다음은 국민의료비 중 공공부분 지출 비율 22.9%, 건강보험 급여보장률 21.9% 등의 순이었다. 2순위는 건강보험 급여보장률 60.0%, 3순위는 국민의료비 중 공공부문 지출 비율이 54.3%로 가장 높았다.

〈표 5-22〉 의료보장영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위
의료보장	• 빈곤층 의료보장률	55.2	17.1	27.6
	• 건강보험 급여보장률	21.9	60.0	18.1
	• 국민의료비 중 공공부문 지출 비율	22.9	22.9	54.3
계(수)		100.0(105)	100.0(105)	100.0(105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

건강보장영역 대표지표의 1순위는 건강수명이 62.9%로 가장 높았으며, 다음은 계층간 의료이용 형평률 18.1% 이었다. 2순위는 영아사망률 40.0%, 3순위는 흡연율 16.2%, 4순위는 지역간 의료이용 형평률 15.2%, 5순위는 예방가능 응급환자 사망률 18.1%, 6순위는 비만율 20.0%, 7~9순위는 중증도 운동실천율과 성인 1인당 순수 알코올 소비량이 가장 높았다.

〈표 5-23〉 건강보장영역 대표지표의 우선순위

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	7순위	8순위	9순위
건강보장	• 건강수명	62.9	4.8	7.6	11.4	5.7	1.0	2.9	1.9	1.9
	• 영아사망률	6.7	40.0	11.4	13.3	11.4	4.8	3.8	2.9	5.7
	• 흡연율	1.9	3.8	16.2	10.5	14.3	17.1	17.1	14.3	5.7
	• 성인 1인당 순수 알코올 소비량	1.9	2.9	2.9	9.5	12.4	17.1	12.4	21.0	20.0
	• 중등도 운동실천율	-	1.0	8.6	5.7	9.5	13.3	22.9	18.1	21.0
	• 비만율	1.0	2.9	10.5	9.5	14.3	20.0	12.4	14.3	15.2
	• 예방가능 응급환자 사망률	3.8	6.7	13.4	14.3	18.1	16.2	13.3	5.9	8.6
	• 지역간 의료이용 형평률	3.8	24.8	15.2	15.2	8.6	5.7	8.6	12.4	5.7
	• 계층간 의료이용 형평률	18.1	13.3	14.3	10.5	6.7	4.8	6.7	9.5	16.2
계(수)		100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)	100.0 (105)

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

제 5 절 대표지표의 우선순위 설정 및 가중치 적용

사회복지평가지표를 구성하고 있는 대분야에 복지수준을 잘 반영할 수 있는 순서대로 우선순위를 부여하였으며, 각 대분야의 영역과 각 영역의 대표지표에 대해서도 복지수준을 반영하는 중요성에 따라 우선순위를 부여하였다. 이러한 우선순위 부여를 통하여 본 절에서는 가중치를 다음과 같이 적용하였다.

각 대분야 및 영역 그리고 대표지표의 우선순위의 분석을 통하여 우선순위에 따라 높은 점수를 배정하였다. 배점은 마지막 순위일 경우 1점을 부여하였고, 순위가 올라갈수록 1점씩 차등적으로 높은 점수를 부여하였다. 예를 들면, 1순위에서 6순위로 구성되어 있을 경우 1순위는 6점, 2순위는 5점, 3순위는 4점, 6순위는 1점을 부여하였다.

각 대분야, 영역, 그리고 대표지표가 획득하는 가중치는 우선순위에 해당하는 빈도수에 배점을 곱하여 합한 값이 된다. 마지막으로 각 대분야 및 영역 그리고 대표지표의 가중치는 각 대분야 및 영역 그리고 대표지표의 총합계점수에서 각 분야 및 영역, 대표지표가 차지하는 점수의 비율이다.

대분야, 영역, 그리고 대표지표의 가중치를 산출하는 식은 다음과 같이 요약된다.

〈표 5-24〉 각 대분야·영역·대표지표의 가중치 산출식

우선순위	1	2	3	…	n	점 수	가중치(w_{kj})
배점 및 지표	n	n-1	n-2	…	1		
Ik1	a_1	a_2	a_3	…	a_n	$S(I_{k1})=\sum_{i=1}^{n} a_i \cdot (n-i+1)$	$w_{k1}=S(I_{k1})/S(t)$
Ik2	b_1	b_2	b_3	…	b_n	$S(I_{k2})=\sum_{i=1}^{n} b_i \cdot (n-i+1)$	$w_{k2}=S(I_{k2})/S(t)$
…	…	…		…	…	…	…
Ikn	z_1	z_2	z_3	…	z_n	$S(I_{kn})=\sum_{i=1}^{n} z_i \cdot (n-i+1)$	$w_{kn}=S(I_{kn})/S(t)$
						$S(t)=\sum_{j=1}^{n} S(I_{kj})$	$\sum_{j=1}^{n} \frac{S(I_{kj})}{S(t)}=1$
						n=우선순위 및 지표수	

1. 사회복지평가지표 대분야의 가중치

사회복지평가지표 대분야에 대한 가중치는 안정된 소득보장분야(0.215)가 가장 높았으며, 다음은 복지인프라확충분야(0.199), 복지서비스 확충분야(0.154), 일자리 보장분야(0.151), 그리고 의료 및 건강보장분야(0.144) 등의 순이었다. 대분야에서 가장 낮은 가중치가 부여된 분야는 보육·교육보장분야(0.138)로 나타났다.

〈표 5-25〉 사회복지평가지표 대분야의 가중치

대분야	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	점수	가중치
• 복지인프라확충	42	11	16	11	10	15	439	0.199
• 안정된 소득보장	35	31	13	10	11	5	474	0.215
• 복지서비스 확충	11	21	13	17	22	21	339	0.154
• 보육·교육 보장	3	10	23	26	23	20	304	0.138
• 일자리 보장	10	14	20	19	23	19	332	0.151
• 의료 및 건강보장	4	18	20	22	16	25	317	0.144

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

2. 사회복지평가지표 영역의 가중치

복지인프라확충분야의 영역에 대한 가중치는 복지재정(0.460)이 가장 높았으며, 다음은 복지인력(0.300), 복지시설(0.240) 등의 순이었다.

〈표 5-26〉 복지인프라확충분야의 영역 가중치

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위	3순위	점수	가중치
복지인프라확충	• 복지재정	89	7	9	290	0.460
	• 복지인력	11	62	32	189	0.300
	• 복지시설	5	36	64	151	0.240

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

안정된 소득보장분야의 영역에 대한 가중치는 취약계층 소득보장(0.565)이 가장 높았으며, 다음은 보편적 소득보장(0.435)으로 나타났다.

〈표 5-27〉 안정된 소득보장분야의 영역 가중치

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위	점수	가중치
안정된 소득보장	취약계층소득보장	73	32	178	0.565
	보편적 소득보장	32	73	137	0.435

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

복지서비스 확충분야의 영역에 대한 가중치는 취약계층 서비스 보장(0.568)이 가장 높았으며, 다음은 보편적 서비스 확충(0.432)으로 나타났다.

〈표 5-28〉 복지서비스 확충분야의 영역 가중치

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위	점수	가중치
복지서비스 확충	• 취약계층 서비스 보장	74	31	179	0.568
	• 보편적 서비스 확충	31	74	136	0.432

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보육·교육보장분야의 영역에 대한 가중치는 교육의 공공성(0.277)이 가장 높았으며, 다음은 취약계층 교육보장(0.260), 교육의 질 보장(0.236), 그리고 보편적 교육보장(0.227) 등의 순이었다.

〈표 5-29〉 보육·교육보장분야의 영역 가중치

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위	3순위	4순위	점수	가중치
보육·교육보장	• 교육의 공공성	39	22	25	19	291	0.277
	• 교육의 질 보장	20	24	35	26	248	0.236
	• 취약계층 교육보장	25	33	27	20	273	0.260
	• 보편적 교육보장	21	26	18	40	238	0.227

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

일자리 보장분야의 영역에 대한 가중치는 취약계층 일자리 보장(0.40.5)이 가장 높았으며, 다음은 보편적 일자리 보장(0.332), 일자리의 건강성(0.263) 등의 순이었다.

〈표 5-30〉 일자리 보장분야의 영역 가중치

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위	3순위	점수	가중치
일자리 보장	• 취약계층 일자리 보장	62	26	17	255	0.405
	• 보편적 일자리 보장	26	52	27	209	0.332
	• 일자리의 건강성	17	27	61	166	0.263

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

의료 및 건강보장분야의 영역에 대한 가중치는 의료보장(0.578)이 가장 높았으며, 다음은 건강보장(0.422)으로 나타났다.

〈표 5-31〉 의료 및 건강보장분야의 영역 가중치

(단위: %, 명)

대분야	영역	1순위	2순위	점수	가중치
의료 및 건강보장	• 의료보장	77	28	182	0.578
	• 건강보장	28	77	133	0.422

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

3. 사회복지평가지표 영역별 대표지표 가중치

가. 복지인프라확충분야

복지재정영역의 대표지표에 대한 가중치는 GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)(0.351)가 가장 높았으며, 국민 1인당 복지비용(0.301), 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율(0.223) 등의 순이었다. 복지재정영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 전체 복지재정 중 민간재정의 비율(0.125)로 나타났다.

〈표 5-32〉 복지재정영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	점수	가중치
복지재정	• GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)	71	21	9	4	369	0.351
	• 국민 1인당 복지비용	27	58	14	6	316	0.301
	• 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율	6	23	65	11	234	0.223
	• 전체 복지재정 중 민간재정의 비율	1	3	17	84	131	0.125

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

복지인력영역의 대표지표에 대한 가중치는 인구 천명당 사회복지전담공무원수(0.600)가 가장 높았으며, 인구 천명당 보건의료인력수(0.400)가 뒤를 이었다.

〈표 5-33〉 복지인력영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	점수	가중치
복지인력	• 인구 천명당 사회복지전담공무원수	84	21	189	0.600
	• 인구 천명당 보건의료인력수	21	84	126	0.400

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

복지시설영역의 대표지표에 대한 가중치는 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수(0.242)가 가장 높았으며, 다음은 인구 10만명당 복지관수(0.219), 노인인구 천명당 장기요양병상수(0.214), 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률(0.179)등의 순이었다. 복지시설영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 아동인구 천명당 지역아동센터수(0.146)로 나타났다.

〈표 5-34〉 복지시설영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	점수	가중치
복지시설	• 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수	48	17	10	13	17	381	0.242
	• 인구 10만명당 복지관수	27	29	11	23	15	345	0.219
	• 노인인구 천명당 장기요양병상수	14	27	39	16	10	337	0.214
	• 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률	11	22	19	29	24	282	0.179
	• 아동인구 천명당 지역아동센터수	5	10	26	24	39	230	0.146

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

나. 안정된 소득보장분야

취약계층 소득보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 상대빈곤율(0.227)이 가장 높았으며, 다음은 지니계수 추이(0.197), 기초생활보장 수급자 비율(0.190), 아동빈곤율(0.174), 그리고 장애급여 수급률(0.117)등의 순이었다. 취약계층 소득보장영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 장애인가구 월평균 소득(0.095)으로 나타났다.

〈표 5-35〉 취약계층 소득보장영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	점수	가중치
취약계층 소득보장	• 상대빈곤율	52	17	16	5	10	5	501	0.227
	• 지니계수 추이	17	46	11	10	7	14	434	0.197
	• 아동빈곤율	10	16	28	35	11	5	384	0.174
	• 기초생활보장 수급자 비율	23	11	33	25	7	6	420	0.190
	• 장애급여 수급률	2	9	8	17	48	21	257	0.117
	• 장애인가구 월평균 소득	1	6	9	13	22	54	209	0.095

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 소득보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 공적연금 수급률(0.350)이 가장 높았으며, 다음은 국민연금수급률(제도부양비)(0.292), 실업급여 수급률(0.219) 등의 순이었다. 보편적 소득보장영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 산전·후휴가급여 국가부담률(0.139)로 나타났다.

〈표 5-36〉 보편적 소득보장영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	점수	가중치
보편적 소득보장	• 공적연금 수급률	72	19	8	6	367	0.350
	• 국민연금수급률(제도부양비)	20	64	14	7	307	0.292
	• 실업급여 수급률	8	17	67	13	230	0.219
	• 산전·후휴가급여 국가부담률	5	5	16	79	146	0.139

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

다. 복지서비스 확충분야

취약계층 서비스 보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 아동 및 노인 급식지원율(0.192)이 가장 높았으며, 다음은 공적노인요양보호비율(0.184), 주거급여 수혜율(0.158), 주거급여수준(0.137), 방과후 활동 수혜율(0.134), 그리고 공공임대주택 재고율(0.109) 등의 순이었다. 취약계층 서비스 보장영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 국내입양비율(0.086)로 나타났다.

〈표 5-37〉 취약계층 서비스 보장영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	7순위	점수	가중치
취약계층 서비스 보장	• 아동 및 노인 급식지원율	43	16	13	14	10	7	2	564	0.192
	• 방과후 활동 수혜율	5	20	11	15	24	22	9	395	0.134
	• 국내입양비율	5	2	9	12	11	14	52	253	0.086
	• 공적노인요양보호비율	31	23	19	11	8	9	4	540	0.184
	• 주거급여 수혜율	10	21	20	24	18	7	5	465	0.158
	• 주거급여수준	7	18	13	17	19	26	5	404	0.137
	• 공공임대주택 재고율	4	5	20	12	15	20	28	319	0.109

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 서비스 확충영역의 대표지표에 대한 가중치는 장애인 편의시설 설치율(0.125)이 가장 높았으며, 다음은 아동학대발생률(0.116), 노인여가시설이용률(0.103), 임신출산비용 대비 국가지원비율(0.102), 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율(0.097), 아동안전사고사망률(0.091), 장애인정보화율(0.083), 노인교통사고 사망률(0.080), 그리고 노인생활체육 참여율과 노인정보화율(0.078) 등의 순이었다. 보편적 서비스 확충영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 불임발생 대비 지원비율(0.048)로 나타났다.

〈표 5-38〉 보편적 서비스 확충영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	7순위	8순위	9순위	10순위	11순위	점수	가중치
보편적 서비스 확충	• 노인생활체육 참여율	7	6	4	8	8	8	14	17	6	14	13	538	0.078
	• 노인여가시설 이용률	16	9	11	10	10	11	10	10	9	5	4	712	0.103
	• 노인정보화율	1	8	6	7	10	14	14	13	11	9	12	540	0.078
	• 노인교통사고 사망률	6	9	8	10	6	6	8	11	12	17	12	552	0.080
	• 아동안전사고사망률	12	12	7	5	12	8	11	6	13	10	9	634	0.091
	• 아동학대발생률	15	20	19	4	11	10	10	9	3	2	2	806	0.116
	• 장애인편의시설 설치율	29	15	14	15	6	8	8	2	3	2	3	869	0.125
	• 장애인정보화율	2	4	7	12	10	17	9	19	11	12	2	573	0.083
	• 임신출산비용 대비 국가지원비율	9	13	12	16	13	4	5	10	14	8	1	704	0.102
	• 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율	8	8	14	11	12	13	9	4	13	13	-	670	0.097
	• 불임발생 대비 지원비율	-	1	3	7	7	6	7	4	10	13	47	332	0.048

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

라. 보육·교육보장분야

교육의 공공성영역의 대표지표에 대한 가중치는 육아비용 정부부담률(0.548), GDP 대비 사교육비 지출률(0.416) 등의 순으로 나타났다.

〈표 5-39〉 교육의 공공성영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	점수	가중치
교육의 공공성	• 육아비용 정부부담률	79	26	184	0.584
	• GDP 대비 사교육비 지출률	26	79	131	0.416

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

교육의 질 보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 보육교사 1인당 아동수(0.449)가 가장 높았으며, 다음은 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수(0.351), 대학교수 1인당 학생수(0.200)로 나타났다.

〈표 5-40〉 교육의 질 보장영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	점수	가중치
교육의 질 보장	• 보육교사 1인당 아동수	78	22	5	283	0.449
	• 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수	19	78	8	221	0.351
	• 대학교수 1인당 학생수	8	5	92	126	0.200

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

취약계층 교육보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 취약계층 보육교육비 지원아동비율(0.354)이 가장 높았으며, 다음은 취약보육서비스 수혜율(0.298), 장애인 고등교육 이수율(0.193) 등의 순이었다. 취약계층 교육보장영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 특수교육 수혜율(0.154)로 나타났다.

〈표 5-41〉 취약계층 교육보장영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	점수	가중치
취약계층 교육보장	• 취약계층 보육교육비 지원아동비율	69	26	8	2	372	0.354
	• 취약보육서비스 수혜율	26	59	12	8	313	0.298
	• 장애인 고등교육 이수율	5	10	63	27	203	0.193
	• 특수교육 수혜율	5	10	22	68	162	0.154

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 교육보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 만5세아 무상보육률(0.330)이 가장 높았으며, 다음은 일반계층 보육교육비 지원아동비율(0.271), 육아서비스 수혜율(0.247) 등의 순이었다. 보편적 교육보장영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 평생학습참여율(0.151)로 나타났다.

〈표 5-42〉 보편적 교육보장영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	점수	가중치
보편적 교육보장	• 만5세아 무상보육률	62	20	16	7	347	0.330
	• 일반계층 보육교육비 지원아동비율	18	47	32	8	285	0.271
	• 육아서비스 수혜율	20	25	44	16	259	0.247
	• 평생학습참여율	5	13	13	74	159	0.151

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

마. 일자리보장 분야

취약계층 일자리보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 중고령자 고용률(0.190)이 가장 높았으며, 다음은 노인일자리 충족률(0.184), 자활사업 참여율(0.170), 장애인 고용률(0.164), 그리고 자활사업 성공률(0.158) 등의 순이었다. 취약계층 일자리보장영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 장애인 실업률(0.133)로 나타났다.

〈표 5-43〉 취약계층 일자리보장영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	점수	가중치
취약계층 일자리 보장	• 중고령자 고용률	43	13	22	9	15	3	419	0.190
	• 노인일자리 충족률	11	29	14	22	12	17	406	0.184
	• 자활사업 참여율	26	9	22	18	18	12	375	0.170
	• 자활사업 성공률	9	18	12	19	25	22	349	0.158
	• 장애인 고용률	13	26	28	16	20	2	362	0.164
	• 장애인 실업률	3	10	7	21	15	49	294	0.133

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

보편적 일자리보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 고용률(0.287)이 가장 높았으며, 다음은 청년고용률(0.245), 여성고용률(0.190), 그리고 중장년 실업률(0.157) 등의 순이었다. 보편적 일자리보장영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 재직자 훈련 참여율(0.121)로 나타났다.

〈표 5-44〉 보편적 일자리보장영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	점수	가중치
보편적 일자리 보장	• 고용률	77	4	10	7	7	452	0.287
	• 청년고용률	16	56	19	11	3	386	0.245
	• 재직자 훈련 참여율	2	10	18	11	64	190	0.121
	• 여성고용률	6	20	41	28	10	299	0.190
	• 중장년 실업률	4	15	17	48	21	248	0.157

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

일자리의 건강성영역의 대표지표에 대한 가중치는 전체 근로자 중 비정규직 비율(0.578), 정규직 대비 비정규직 임금수준(0.422) 등의 순으로 나타났다.

〈표 5-45〉 일자리의 건강성영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	점수	가중치
일자리의 건강성	• 전체 근로자 중 비정규직 비율	77	28	182	0.578
	• 정규직 대비 비정규직 임금수준	28	77	133	0.422

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

바. 의료 및 건강보장분야

의료보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 빈곤층 의료보장률(0.379)이 가장 높았으며, 다음은 건강보험 급여보장률(0.340), 국민의료비 중 공공부문 지출 비율(0.281) 등의 순이었다.

〈표 5-46〉 의료보장영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	점수	가중치
의료보장	• 빈곤층 의료보장률	58	18	29	239	0.379
	• 건강보험 급여보장률	23	63	19	214	0.340
	• 국민의료비 중 공공부문 지출 비율	24	24	57	177	0.281

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

건강보장영역의 대표지표에 대한 가중치는 건강수명(0.172)이 가장 높았으며, 다음은 영아사망률(0.142), 지역간 의료이용 형평률(0.123), 계층간 의료이용 형평률(0.120), 예방가능 응급환자 사망률(0.107), 흡연율(0.099), 비만율(0.088), 그리고 성인 1인당 순수 알코올 소비량(0.077) 등의 순이었다. 건강보장영역에서 가장 낮은 가중치가 부여된 대표지표는 중등도 운동실천율(0.073)로 나타났다.

〈표 5-47〉 건강보장영역의 대표지표 가중치

(단위: %, 명)

영역	대표지표	1순위	2순위	3순위	4순위	5순위	6순위	7순위	8순위	9순위	점수	가중치
건강보장	• 건강수명	66	5	8	12	6	1	3	2	2	811	0.172
	• 영아사망률	7	42	12	14	12	5	4	3	6	671	0.142
	• 흡연율	2	4	17	11	14	18	18	15	6	467	0.099
	• 성인 1인당 순수 알코올 소비량	2	3	3	10	13	18	13	22	21	364	0.077
	• 중등도 운동실천율	0	1	9	6	10	14	24	19	22	345	0.073
	• 비만율	1	3	11	10	15	21	13	15	16	414	0.088
	• 예방가능 응급환자 사망률	4	7	14	15	19	17	14	6	9	506	0.107
	• 지역간 의료이용 형평률	4	26	16	16	9	6	9	13	6	580	0.123
	• 계층간 의료이용 형평률	19	14	15	11	7	5	7	10	17	567	0.120

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

제 6 장　한국 사회복지정책의 평가결과와 의미

한국 사회복지정책의 평가를 위하여 본 연구에서는 각 분야별 및 영역별로 접근한다. 이는 각 분야 및 영역별 평가결과를 활용할 수 있는 장점이 있기 때문이다. 즉, 각 분야와 영역의 평가결과에 따라 재정투입과 정책개발에서 우선순위를 설정할 수 있어 정책의 발전방안을 모색할 수 있다. 본 장에서는 사회복지정책의 대표지표, 영역, 분야, 그리고 전체 평가결과와 의미를 설명한다. 특히, 대표지표를 제외한 영역, 분야, 전체의 평가결과는 대표지표, 영역, 분야의 우선순위 설정에 의하여 산출된 가중치(weight)가 적용되어 산출된다. 구체적인 평가단계는 다음과 같다(그림 6-1 참조).

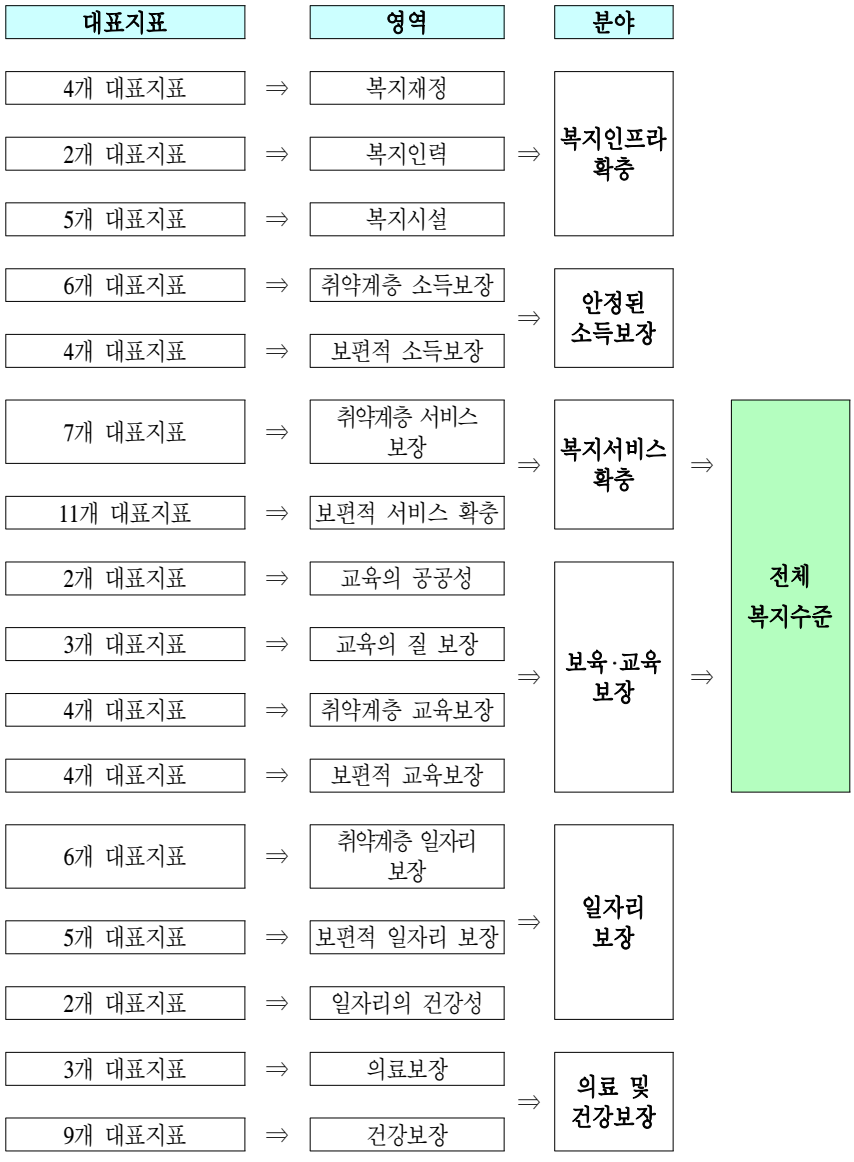
첫째, 77개 대표지표는 시계열 및 국제비교를 통하여 평가한다. 즉, 각각의 대표지표는 최고 5점 만점으로 산출되어지며, 평가되어진 대표지표는 다른 대표지표들과 비교 할 수 있는 장점이 있다.

둘째, 16개 영역은 각 영역을 구성하고 있는 대표지표에 가중치를 적용하여 평가한다. 예를 들면, 복지재정영역의 평가는 4개의 대표지표의 값에 가중치를 적용하여 100점 만점으로 환산한 후 더한 값이다.

셋째, 6개 분야는 분야를 구성하고 있는 각 영역에 가중치를 적용하여 평가된다. 즉, 복지인프라확충 분야의 평가는 전술한 바와 같이, 각 영역별 평가를 거친 후 복지재정 영역, 복지인력영역, 복지시설영역의 값에 가중치를 적용하여 더한 값이다.

넷째, 전체 복지수준은 각 분야에 가중치를 적용하여 평가한다. 즉, 전체 복지수준은 복지인프라확충분야, 안정된 소득보장분야, 복지서비스 확충분야, 보육·교육보장분야, 일자리보장분야, 의료 및 건강보장분야의 값에 가중치를 적용하여 더한 값이다.

〔그림 6-1〕 사회복지정책 평가의 흐름도



제 1 절 사회복지정책의 대표지표 평가결과

1. 복지인프라 확충 분야

가. 복지재정

□ 지표명 : GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 GDP에서 차지하는 공공사회지출 비중은 1990년 3.1%에서 2001년 6.1%로 증가하였다. 이는 사회보험과 공공부조가 경제위기 이후 국민의 정부 기간에 급속하게 확대되었고, 사회복지서비스도 1990년대 중반 이후 급속하게 확장된 것에 기인한다.[주28)]

〈표 6-1〉 공공사회지출의 시계열비교(GDP 대비 비중)

(단위: %)

구분	1990	1995	1997	1999	2001
한 국	3.1	3.6	4.2	6.9	6.1

주: 공공사회복지지출 = 일반정부의 복지지출 + 사회보험급여
자료: OECD(2004), Social Expenditure Data

Esping-Anderson(1990)[주29)]의 복지국가 유형구분에 의해 살펴보면, 북구형(사민주의형)인 스웨덴은 1990년 30.8%에서 2001년 28.9%로 감소하였고, 대륙형(보수주의형)인 프랑스와 독일, 이탈리아는 2001년 24.4~28.5% 수준이었다. 영

주28) 국민연금 전국민확대(1999. 4), 건강보험 통합(2000년), 산재·고용보험 전사업장 확대(1998, 2000년), 국민기초생활보장제도 시행(1999년 법률 공포, 2000년 10월 시행) 등(고경환, 2003).

주29) 에스핑 앤더슨(Esping-Anderson, 1990)의 복지국가유형 구분에 따른 자유주의 복지국가, 조합주의 복지국가, 사회민주주의 복지국가를 각각 영미형, 대륙형, 북구형으로 지칭함. 영미형은 개인에 대한 가족의 보호를 강조하고 국가개입의 최소화가 특징, 대륙형은 영미형에 비해 사회보험의 확대, 북구형은 가족의 역할을 크게 사회화한 것이 특징임.

미형(자유주의형)의 경우는 14.8~21.8%로 북구형과 대륙형보다 낮은 수준이었으나, 우리나라의 6.1%보다 높은 수준이었다. 우리나라는 2001년 OECD 국가 평균치(21.2%)의 28.8%에 불과하였다.

〈표 6-2〉 공공사회지출의 국제비교(GDP 대비 비중)

(단위: %)

국가	1990	1995	1997	1999	2001
프랑스	26.6	29.2	29.4	28.9	28.5
독 일	22.8	27.5	27.6	27.4	27.4
이탈리아	23.3	23.0	24.2	24.1	24.4
스웨덴	30.8	33.0	31.0	29.9	28.9
영 국	19.5	23.0	22.0	21.2	21.8
미 국	13.4	15.5	14.9	14.2	14.8
일 본	11.2	13.5	13.8	15.1	16.9
OECD 평균 (A)	19.1	21.4	21.2	21.0	21.2
한 국 (B)	3.1	3.6	4.2	6.9	6.1
B / A	16.2	16.8	19.8	32.9	28.8

주: 공공사회복지지출 = 일반정부의 복지지출 + 사회보험급여
자료: OECD(2004), Social Expenditure Data

— 지표평가

Vision 2030(2006)에 따르면, GDP 대비 공공사회지출비율을 2010년까지 10.9%, 2030년까지 20.6%로 높이는 것을 목표로 설정하였다. 따라서 OECD 국가의 공공사회지출 평균(21.2%)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하고, 우리나라의 공공사회지출 수준(6.1%)을 측정한 결과, 약 1.5점의 낮은 수준인 것으로 평가된다.

□ 지표명 : 국민 1인당 복지비용

— 시계열 및 국제비교

우리나라 복지재정은 2000년 80,737억원, 2003년 115,723억원, 2005년 135,858억원으로 점차 증가하였으며, 2004년의 복지재정은 전년에 비해 10.9%, 2005년

은 5.9%가 증가하였다. 우리나라의 국민 1인당 복지비용은 2000년 168,283원, 2003년 237,021원, 2005년 275,754원으로 점차 증가하는 것으로 나타났다.

〈표 6-3〉 국민 1인당 복지비용의 시계열비교

(단위: 억원, 명, 원)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005
전체복지재정	80,737	107,460	106,768	115,723	128,298	135,858
인구수	47,976,730	48,289,173	48,517,871	48,823,837	49,052,988	49,267,751
전체복지재정/인구수	168,283.7	222,534.4	220,059.1	237,021.5	261,549.8	275,754.4

주: 인구수는 주민등록인구이며, 외국인을 포함.
자료: 보건복지부(2005), 보건복지통계연보, 통계청, 통계정보시스템(KOSIS), 2006.

— 지표평가

우리나라의 국민 1인당 복지비용은 2005년 현재 27만원 수준이라 하더라도 대부분의 예산이 저소득층에게 지원되고 있는 실정이다. 본 지표는 외국과의 직접적인 비교에 어려움이 있어 'GDP 대비 공공사회지출비율'로 파악하고자 한다. 2001년 현재 우리나라의 'GDP 대비 공공사회지출비율'은 6.1%로 독일 27.4%, 일본 16.9%, 프랑스 28.5%, 덴마크 29.2%, 스웨덴 28.9% 등의 국가에 비해 현저히 낮으며, OECD 평균 21.2% 수준에도 미치지 못하는 것으로 나타났다. 따라서 OECD 평균을 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 우리나라의 국민 1인당 복지비용은 약 1.5점의 낮은 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 공공부조 재정은 2000년 2조 4천억원, 2003년 3조 5천억원, 2005년 4조 6천억원으로 점차 증가하였다. 사회복지서비스 재정은 2000년 2조 5천억원, 2003년 2조 3천억원, 2005년 3조 7천억원으로 2004년까지 증가하다가 2005년에는 감소하였다. 특히, 사회복지서비스 재정은 2005년 현재 공공부조 재

정의 80% 수준에 머물고 있다. 전체 복지재정 중 복지서비스 재정의 비율은 2000년 31.8%, 2002년 36.2%, 2005년 27.7%로 감소하였다.

〈표 6-4〉 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율의 시계열비교

(단위: 억원, %)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005
전체 복지재정	80,737	107,460	106,768	115,723	128,298	135,858
복지서비스	25,657	37,632	38,620	43,646	46,521	37,632
공공부조	24,090	32,696	34,034	35,228	39,127	46,149
복지서비스 비율	31.8	35.0	36.2	37.7	36.3	27.7

자료: 보건복지부(2005), 보건복지통계연보

— 지표평가

우리나라의 복지서비스 재정비율은 2005년 현재 전체 복지재정 대비 27.7%로 공공부조재정의 80% 수준에 머물고 있다. 우리나라와 선진국의 복지서비스 재정을 직접적으로 비교하는 데는 한계가 있으나 전반적으로 살펴보면, 선진국의 경우 복지서비스재정수준이 공공부조 재정보다 높은 수준으로 보편적 서비스를 지향하는 것으로 나타났다. 따라서 우리나라 복지서비스 비율이 65.0% 정도의 수준을 달성 가능 목표로 설정한 후 본 지표를 측정한 결과 2.1점 수준으로 평가할 수 있다.

□ 지표명 : 전체 복지재정 중 민간재정의 비율

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 사회지출(social expenditure)은 2001년 현재 8.7%이고, 법정민간지출은 2.6%, 공공사회지출은 6.1%로 나타났다.

〈표 6-5〉 국민 1인당 민간재정의 시계열비교

(단위: %)

구분	2001
계 (A+B)	8.7
공공사회지출(A)	6.1
법정민간지출(B)	2.6

자료: 보건사회연구원, 내부자료

법정민간사회지출의 OECD 평균은 0.8%, 우리나라는 2.6%이었다. 기업퇴직연금이 발달한 미국이나 영국, 일본의 경우 법정민간지출은 0.4~0.6%에 불과한 것으로 나타났다.

〈표 6-6〉 OECD 국가의 공공사회지출과 법정민간지출(2001)

(단위: %)

구 분	스웨덴	프랑스	독 일	이탈리아	영 국	미 국	일 본	한국	OECD 평균
계 (A+B)	28.9	28.5	28.8	25.8	22.3	15.2	17.5	8.7	22.0
공공사회지출(A)	28.9	28.5	27.4	24.4	21.8	14.8	16.9	6.1	21.2
법정민간지출(B)	-	-	1.4	1.4	0.5	0.4	0.6	2.6	0.8

자료: 보건사회연구원, 내부자료

— 지표평가

OECD 국가의 법정민간지출 평균을 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과 우리나라의 법정민간지출은 선진국에 비해 높은 수준으로 나타났다. 그러나 우리나라는 근로기준법상의 법정퇴직금을 민간법정급여로 간주하여 사회지출에 포함시켰으나, 선진국의 경우 퇴직금은 대부분 기업퇴직연금으로 지급되며 사회지출에 포함시키지 않아 우리나라의 민간법정급여가 상대적으로 높은 편으로 제시된다(고경환, 2003). 따라서 우리나라의 법정민간지출을 선진국을 기준으로 적용한 결과는 2점의 비교적 낮은 수준으로 평가된다.

나. 복지인력

□ 지표명 : 인구 천명당 사회복지전담 공무원수

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 사회복지전담공무원은 2000년 4,496명, 2002년 6,738명, 2004년 7,136명, 2005년 현재 9,904명으로 전년 대비 38.8%가 증가한 것으로 나타났다. 인구 천명당 사회복지전담 공무원수는 2000년 0.09명, 2002년 0.14명, 2004년 0.15명, 2005년 0.2명으로 꾸준히 증가하고 있는 추세이다. 그렇지만 국민의 복지욕구를 충족시키기 위한 복지사업 추진에는 여전히 부족한 실정이라 하겠다.

〈표 6-7〉 인구 천명당 사회복지전담 공무원수의 시계열비교

(단위: 인구 천명당 수)

구분		2000	2001	2002	2003	2004	2005
정원		4,800	5,444	7,144	7,144	7,159	9,738
현원	계	4,496	4,987	6,738	6,977	7,136	9,904
	1급	3,745	4,246	5,823	6,127	6,306	7,860
	2급	519	546	776	751	772	1,163
	3급	232	195	139	99	58	71
인구수		47,976,730	48,289,173	48,517,871	48,823,837	49,052,988	49,267,751
인구수/현원		0.09	0.10	0.14	0.14	0.15	0.2

주: 인구수는 주민등록인구이며, 외국인을 포함.
자료: 보건복지부(2006), 보건복지통계연보, 통계청, 통계정보시스템(KOSIS), 2006.

인구 천명당 공무원 비율을 OECD 주요 국가와 분야별로 비교하면, 사회복지분야에서 우리나라는 0.3명으로 일본 2.3명, 프랑스 0.7명, 미국 3.0명보다 낮은 수준 인 것으로 나타났다.

〈표 6-8〉 분야별 인구 천명당 공무원수 국제비교

(단위: 인구 천명당 공무원수)

국가	사회복지	국가안전	정부운영	교육·문화	경제·산업
한국	0.3	4.5	0.3	11.0	2.4
일본	2.3	5.0	0.2	21.3	2.4
프랑스	0.7	16.6	1.4	35.9	17.1
미국	3.0	15.0	3.0	38.4	11.0

주: 지방공무원인 교원과 경찰을 국가공무원에 포함, 국가공무원에서 군인 제외
자료: Highlights of Public Sector Pay and Employment Trends, OECD, 2002

— 지표평가

Vision 2030에 따르면 사회복지담당 공무원의 1인당 인구수는 2005년 3,800명, 2010년 3,320명, 2020년 2,160명, 2030년 1,000명으로 사회복지담당 공무원을 점차 확충하도록 계획하고 있다. 그러나 Vision 2030에서의 사회복지담당 공무원 1인당 인구의 목표치는 미국의 인구 천명당 전담공무원수 3.0명, 일본 2.3명에 비해 낮은 수준이라 할 수 있다. 또한 2005년 현재 우리나라의 사회복지담당 공무원 1인당 인구는 약 4,900명 정도로 Vision 2030의 2005년 목표치에 도달하지 못한 것으로 나타났다.

우리나라 Vision 2030의 목표치와의 비교가 가장 적절한 국가는 위의 표에 제시된 국가 중 프랑스이며, 이 국가의 인구 천명당 공무원수 0.7명을 가장 적정 수준(5점)으로 간주하여 측정하면, 2.1점의 비교적 낮은 수준으로 평가된다. 그러나 참여정부 이후 사회복지전담공무원이 양적으로 꾸준한 증가 추세를 보이는 것은 향후 우리나라의 사회복지수준을 한 단계 고양시키는데 긍정적인 영향을 줄 수 있을 것으로 판단된다.

□ 지표명 : 인구 천명당 보건의료인력수

— 시계열 및 국제비교

2000년 이래로 의사수는 조금씩 증가하고 있으며, 2004년 현재 인구 천명당 의사수는 1.6명인 것으로 나타났다.

〈표 6-9〉 인구 천명당 의료인 수의 시계열 비교

연도	인구 천명당 의사수
2000	1.3
2001	1.4
2002	1.5
2003	1.6
2004	1.6

자료: OECD, *OECD Health Data* 2006

멕시코가 우리나라와 같은 수준이었고 일본은 인구 천명당 2명, 캐나다, 영국, 미국이 각각 2.1명, 2.3명, 2.4명으로 우리나라보다 높았으며, 그리고 그 외의 국가는 더 높은 수준이었다. 따라서 우리나라의 의사수는 OECD의 대부분의 국가들보다 낮은 것으로 나타났다.

〈표 6-10〉 인구 천명당 의료인 수의 국제비교(2004년)

국가	인구 천명당 의료인 수
오스트리아	3.5
벨기에	4
캐나다	2.1
독일	3.4
그리스	4.9
헝가리	3.3
이태리	4.2
일본	2
한국	1.6
멕시코	1.6
영국	2.3
미국	2.4

자료: OECD, *OECD Health Data,* 2006

— 지표평가

인구 천명당 의사수를 평가함에 있어서 수치의 높고 낮음으로 단순히 좋고 나쁨을 판단하기는 어렵다. 건강수준에 있어서 동일한 결과 혹은 질을 낼 수

있다고 한다면 의사수가 적을수록 그 보건의료체계는 효율적이라고 할 수 있으나, 만약 의사수의 적음이 질이 낮은 보건의료서비스로 이어진다면 그것은 바람직하지 못한 것이다. 따라서 보건의료체계의 효율성과 보건의료서비스의 질에 대한 가치의 비중에 따라 인구 천명당 의사수의 가치를 평가할 수 있다. OECD의 보고서에 의하면 우리나라의 보건의료체계는 효율적이지만 서비스에 대한 만족은 낮은 편이어서 5점 만점에 3점 수준으로 평가된다.

다. 복지시설

□ 지표명 : 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수

— 시계열 및 국제비교

사회복지생활시설을 대상별로 노인, 장애인, 아동, 여성, 가족, 기타 분야로 살펴본 결과, 인구 천명당 사회복지생활시설의 입소자수는 2000년 1.6명, 2002년 1.7명, 2004년 1.8명, 2005년 2.2명으로 점차 증가하는 것으로 나타났다.

〈표 6-11〉 인구 천명당 복지생활시설의 충분성의 시계열비교

(단위: 명, 인구 천명당 입소자수)

구분		2000	2001	2002	2003	2004	2005
생활인원	계	78,625	81,306	82,548	84,934	85,992	108,920
	노인	13,907	16,625	18,000	19,848	20,231	37,919
	장애인	17,257	17,692	17,959	18,432	18,906	22,202
	아동	17,720	18,808	18,676	18,818	19,014	20,716
	여성[1]	-	-	1,164	1,259	1,608	1,649
	가족[2]	3,137	3,144	3,085	3,424	3,523	3,773
	기타	26,604	25,037	23,664	23,153	22,710	22,661
인구수		47,976,730	48,289,173	48,517,871	48,823,837	49,052,988	49,267,751
인구수/생활인원		1.6	1.7	1.7	1.7	1.8	2.2

주: 1) 여성복지시설을 제외하고 모든 시설은 현원이며, 여성복지시설은 가정폭력·성폭력피해자 보호시설, 성매매피해자보호시설임(정원).
2) 가족복지시설은 모부자복지지원시설임.

자료: 보건복지부(2005), 보건복지통계연보, 여성가족부(2006), 여성가족통계연보

〈표 6-12〉 일본의 사회복지시설 수 및 정원

(단위: 개소, 명)

시설유형	개소			정원		
	1990	1995	2003	1990	1995	2003
보호시설	351	340	294	22,287	21,780	20,267
노인복지시설	6,506	12,940	36,475	246,881	316,420	554,455
신체장애인시설	1,033	1,321	2,164	38,965	45,509	59,178
부인보호시설	53	52	50	1,752	1,744	1,507
아동복지시설	33,176	33,231	33,383	2,074,981	2,014,497	2,081,391
지적장애인보호시설	1,732	2,323	4,014	93,719	123,022	180,320
모자복지시설	92	92	85	-	-	-
정신장애인사회복귀시설	90	233	1,363	1,588	4,286	19,016
기타 사회복지시설	7,973	8,281	8,524	86,790	89,470	109,436
합계	51,006	58,786	86,352	2,566,963	2,616,728	3,025,570

주: 보호시설은 구호시설, 갱생시설, 의료보호시설, 受産시설, 숙소제공시설을 말함.
아동복지시설에는 보육시설(2003년 현재 22,391개소)이 포함됨.
자료: 후생노동성(2005), 후생노동백서(보건사회연구원·보건복지부, 「사회복지시설 종합발전계획」에서 재인용)

— 지표평가

2005년 현재 복지생활시설의 시설보호율은 인구 천명당 2.2명으로 선진국에 비해 생활시설이 부족한 것으로 나타났다. 특히, 일본의 경우 2003년 시설보호율은 7.4명으로 우리나라 보다 3배 정도 높았다.주30) 따라서 일본의 시설보호율을 기준으로 우리나라의 시설보호율을 측정한 결과 1.5점으로 매우 낮은 수준인 것으로 나타났다.

□ 지표명 : 인구 10만명당 복지관수

— 시계열 및 국제비교

인구 10만명당 사회복지관, 장애인복지관, 아동복지관, 노인복지관, 여성회관별로 개소수를 살펴 본 결과, 사회복지관, 장애인복지관 그리고 여성회관 수는

주30) 일본의 시설보호율은 2003년 인구 127,619천명 대비 사회복지시설 정원이며, 일본의 사회복지시설에는 보육시설이 포함되어 있는 관계로 아동복지시설을 제외하여 산출하였음.

증가하였으며, 인구 10만명당 복지관수는 2003년 1.6개소, 2004년 1.7개소이었다.

〈표 6-13〉 인구 10만명당 복지관수의 시계열비교

(단위: 명, 10만명당 개소, 개소)

구분	인구수	인구 10만명당 수	복지관					
			소계	사회복지관	장애인복지관	아동복지관	노인복지관	여성회관
2003	48,823,837	1.6	779	369	109	1	145	155
2004	49,052,988	1.7	813	379	121	1	152	160

주: 인구수는 주민등록인구이며, 외국인을 포함.
자료: 보건복지부, '하반기 장애인 지역사회재활시설 운영현황', '아동복지시설일람표', '사회복지시설 관리안내', 각 년도; 여성가족부, 내부자료

— 지표평가

2004년 현재 복지관수는 인구 10만명당 1.7개소이며, (종합)사회복지관의 경우 인구 10만명당 0.7개소로 나타났다. 김승권 외(2004)는 (종합)사회복지관의 경우 인구 10만명당 1개소를 적정 수준으로 제시하였으며, 우리나라 이용시설의 인프라 구축이 시급함을 지적한 바 있다. 따라서 (종합)사회복지관을 기준으로 살펴본 결과, 우리나라의 인구 10만명당 복지관수는 3.5점 수준으로 중간 이상인 것으로 나타났다.

□ 지표명 : 노인인구 천명당 장기요양병상수

— 시계열 및 국제비교

2000년 노인 인구 천명당 장기요양병상수는 0.2개이었고, 2005년에는 0.5개로 5년간 150%의 병상수가 증가하였다. 2005년 공공요양시설의 입소능력은 43% 수준으로 향후 고령화의 증가 속도를 고려할 때 장기요양병상수는 상당히 부족할 것으로 판단된다.

〈표 6-14〉 장기요양병상수의 시계열비교

(단위: 인구천명당 병상수)

구분	2000	2005
장기요양병상수	0.2	0.5

자료: 보건복지부, 2000, 2005.

OECD 국가의 장기요양병상수의 평균은 4.0개 수준으로 2003년에 일본은 5.0개, 영국은 3.5개이었다. 이와 같이 주요 OECD 국가의 장기요양병상수는 우리나라 보다 7~10배나 높은 수준으로 나타났다.

〈표 6-15〉 장기요양병상수의 국제비교

(단위: 인구천명당 병상수)

구분	일본(2003)	영국(2003)	OECD 평균	한국(2005)
장기요양병상수	5.0	3.5	4.0	0.5

자료: 정부·민간 합동작업단, 「함께가는 희망한국 VISION2030」, 2006. 8.

— 지표평가

장기요양병상수의 OECD 평균인 인구천명당 4.0개 병상수를 가장 높은 수준(5점)으로 간주할 때, 우리나라의 장기요양병상수는 2005년 0.5개로 5점 만점에 약 1점으로 매우 낮은 평가를 할 수밖에 없다.

□ 지표명: 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률

— 시계열 및 국제비교

치매·중풍노인요양시설 수요 충족률은 2003년 19.5%이었고, 2004년에는 29.1%로 9.6% 포인트가 증가하였다. 또한 2005년에는 34.3%로 2004년에 비해 5.2% 포인트, 2003년에 비해 14.8% 포인트로 2003년 이후 큰 폭으로 증가하였다. 그러나 향후 고령화율의 증가속도와 노인요양보험제도의 도입 등을 고려할 때 치매·중풍노인요양시설의 병상수는 상당히 부족할 것으로 판단된다.

〈표 6-16〉 치매·중풍노인요양시설 수요충족률의 시계열 비교

(단위: 개소수, 명)

구분	2003	2004	2005
전문요양시설 수용가능 병상수	6512	10,203	12,634
필요대상노인수	33,393	35,127	36,819
치매·중풍노인요양시설 수요충족률	19.5	29.1	34.3

주: 치매·중풍노인요양시설의 필요 대상 노인은 65세 이상 추정인구에 공적노인요양보장추진기획단·보건복지부(2004)에서 적용한 0.84%를 적용하여 산출한 수치임.

자료: 1) 통계청, 「시도별 장래인구추계」, 2005. 4.
2) 공적노인요양보장추진기획단·보건복지부, 『공적노인요양보장체계 개발연구(Ⅰ)』, 2004. 6.
3) 보건복지부, 「노인복지시설현황」, 2005.

치매·중풍노인요양시설 수요충족률은 국제자료가 산출되지 않아서 넓은 의미의 장기요양보호가 필요한 대상자의 시설보호율로 대체하여 OECD 국가와 비교하면 다음과 같다. 주요 OECD 국가들의 65세 이상 인구 대비 장기요양 시설보호율은 평균 6.69 수준으로 스웨덴이 7.9%로 가장 높았고, 영국이 2.0%로 가장 낮았다. 한편 우리나라는 0.8%는 OECD 주요 국가의 1/6~1/11에 불과한 수준이다.

〈표 6-17〉 장기요양 시설보호율의 국제비교

(단위: %)

구분	독일(1997)	프랑스(1997)	일본(1997)	스웨덴(1997)	영국(1997)	OECD 평균	한국(2005)
시설보호율	6.8	6.5	6.0	8.7	5.1	6.69	0.8

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 내부자료, 2006. 3.

— 지표평가

급속한 인구고령화 및 노인수발보험제도의 도입 등을 고려하여 2030년까지 치매·중풍노인요양시설 수요충족률의 목표치를 100%로 설정한다면, 2005년도 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률인 34.3%는 1.7점의 매우 낮은 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 아동인구 천명당 지역아동센터수

— 시계열 및 국제비교

아동인구는 2004년 1,134만명, 2005년 1,115만명, 2006년 1,096만명으로 점차 감소하고 있으며, 지역아동센터 수는 2004년 895개소, 2005년 1,709개소, 2006년 2,029개소로 지속적인 증가추세를 보이고 있다. 아동인구 천명당 지역아동센터 수는 2006년 현재 0.18개소이며, 국민기초생활보장아동 천명당 지역아동센터수는 5.08개소로 2004년과 2005년에 비하여 획기적으로 개선되고 있다.

〈표 6-18〉 아동인구 천명당 지역아동센터수의 시계열 비교

(단위: 명, 개소, 아동 천명당 수)

구분	2004	2005	2006
아동인구수(18세 미만)	11,335,159	11,150,494	10,969,338
국민기초생활보장아동수(18세 미만)	330,116	358,552	399,031
지역아동센터 수	895	1,709	2,029
이용아동수(1주 이용아동수)	23,000	44,000	59,000
아동인구 천명당 시설 수	0.08	0.15	0.18
국민기초생활보장아동 천명당 시설 수	2.71	4.77	5.08

자료: 보건복지부 내부자료.
보건복지부(2006),「보건복지부통계연보」

— 지표평가

우리나라의 지역아동센터는 저소득층뿐만 아니라 일반 아동의 방과 후 교육 및 보호 등을 수행하고 있으며, 참여정부 이후 지역아동센터의 역할이 지속적으로 확대되고 있다. 2006년 현재 전체 아동 천명당 시설 수는 0.18개소, 국민기초생활보장아동 천명당 시설수는 5.08개소로 저소득층 아동뿐만 아니라 일반 아동까지 동 시설을 이용하기에는 여전히 부족한 것으로 나타났다. 다시 말해 지역아동센터는 참여정부 기간중에 현저한 증가를 하여 하루 평균 이용아동이 5만 9천명으로 증가하였지만, 지속적으로 확충하고 기능을 확대하여 동 센터가 지역사회에서의 아동복지의 중추적 역할을 담당할 수 있도록 할 필요가 있다.

동 센터의 목적이 지역사회 아동의 보호 및 교육, 건전한 놀이와 오락의 제

공, 보호자와 지역사회의 연계 등 아동의 건전육성을 위해 종합적인 아동복지 서비스를 제공하는 것이므로 전체 아동이 동 센터를 이용할 수 있는 권리를 가진다고 하겠다. 특히, 현재의 지역아동센터의 주요 기능을 빈곤층 아동의 보호 및 교육에 둔다고 하더라도 많은 기초수급아동이 서비스에서 소외되어 있음을 알 수 있다.

국민기초생활보장 아동의 50% 이상이 지역아동센터를 이용한다는 기준으로 하여 필요한 지역아동센터는 6,861개소로 추정된다. 따라서 이를 기준으로 현 지역아동센터의 수준을 살펴본 결과 평가결과는 1.5점 수준에 불과한 것으로 판단된다.

2. 안정된 소득보장 분야

가. 취약계층 소득보장

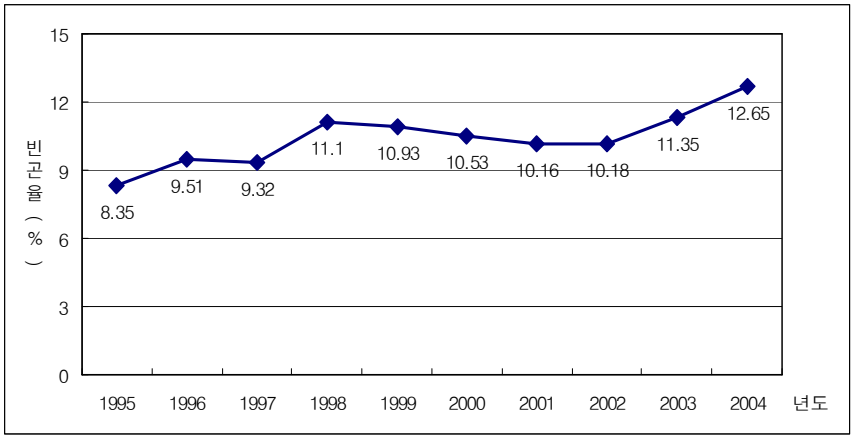
□ 지표명 : 상대빈곤율

— 시계열 및 국제비교

상대빈곤율 추이는 [그림 6-2]와 같다. 즉, IMF 외환위기 당시인 1998년은 11.1%로 외환위기 이전 년도에 비해 높은 상대빈곤율을 보였다. 그러나 이는 1990년 대 말경에는 다소 감소되었다가 최근에는 다시 증가추세로 돌아섰다. 특히, 2003년 들어 상대빈곤율은 급격히 증가하여 11.35%를 보였고, 2004년 에는 12.65%로 증가하였다.

［그림 6-2］ 상대빈곤율 추이(연간)

(단위: %)



주: 각 년도 도시가계 연보를 사용하여 경상소득 중위값의 50% 값을 빈곤선으로 사용하고, OECD기준 가구균등화 지수를 적용해 빈곤율 계산.
자료: 김안나 외 (2005)

OECD 등 국가간 빈곤율 비교시 사용되고 있는 중위소득의 50%를 기준으로 상대적 빈곤율을 살펴보면, 2001년 현재 우리나라의 빈곤율은 10%로 OECD 평균인 10.4%와 유사한 수준이었다. 스웨덴, 덴마크 등 북부 유럽국가들은 약 5%로 낮은 빈곤율을 보이고 있는 반면, 그리스와 이탈리아 등 남부 유럽국가들은 북부 유럽국가의 두 배가 넘는 13%에 이르는 등의 높은 빈곤율을 보이고 있다. 영국, 캐나다, 호주의 상대적 빈곤율은 약 11%로 OECD 평균과 유사한 수치를 나타내고 있고, 미국은 17%로 멕시코(20.3%) 다음으로 가장 높은 빈곤율을 나타내고 있다.

〈표 6-19〉 OECD 국가의 상대빈곤율

(단위: %)

기준연도	미국	호주	일본	OECD 평균
2000	17.1	11.2	15.3	10.2

자료: 대한민국 정부, 「비전 2030」, 2006.

또한 OECD 국가들이 현 우리나라의 소득 수준인 1인당 소득 $15,000을 달성했을 당시 빈곤율은 대부분의 국가들이 70년대 말 혹은 80년대 초 현재의 우리 수준에 도달하였으며, 당시 빈곤율은 각국마다 상이하게 나타났다. 즉, 1980년대 초 북·중부 유럽의 경우 낮은 빈곤율을 보인 반면, 남부 유럽이나 영·미국가들의 경우는 10%를 웃도는 높은 빈곤율을 보였다.

— 지표평가

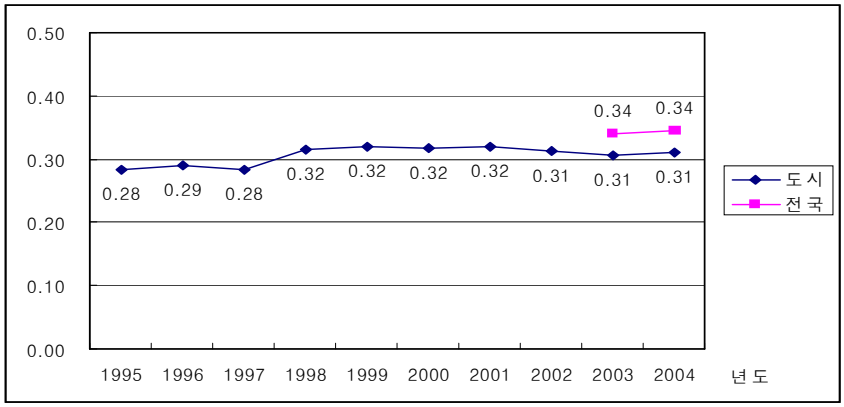
위의 그래프를 기준으로 우리나라의 상대빈곤의 수준을 OECD 평균과 비교하면, OECD의 평균 빈곤율을 5점으로 간주한 결과 우리나라의 상대빈곤율은 약 3.7점으로 평가할 수 있다. 그러나 기존의 상대빈곤율의 경우 2인 이상 도시가계를 중심으로 계측한 값으로 농촌 단독가구의 빈곤율이 높음을 고려했을 때 우리나라의 상대빈곤율은 더 높아질 수 있다. 이에 따라 동 지표의 평가결과도 낮아지게 된다. 예를 들어 한국보건사회연구원의 2004년 차상위 조사를 바탕으로 중위소득 50% 기준으로 상대빈곤율을 계측할 경우 약 20%에 달하는 빈곤율(이현주 외, 2005)을 보이고 있다. 따라서 OECD가 제공하는 국가별 지표와 상응하는 데이터가 없다는 점을 감안하여 우리의 상대빈곤율의 평점은 약 2.5점으로 나타났다.

□ 지표명 : 지니계수 추이

— 시계열 및 국제비교

지니계수를 도시가계조사를 이용하여 연도별로 살펴보면 아래와 같다. IMF 이전인 1997년까지는 각 연도별로 0.284, 0.291, 0.282 정도의 낮은 수준을 유지하다가 1998년 IMF의 영향으로 0.316으로 소득의 불평등 정도가 눈에 띄게 높아진 이후 지속적으로 비슷한 수준의 소득의 불평등도를 유지하고 있다. 2004년 지니계수인 0.310만을 볼 때 소득불평등도가 크게 높다고 할 수는 없으나 전체적인 추이 상으로는 0.2수준에서 0.3수준으로 소득의 불평등도가 꾸준히 상승세를 유지하고 있음을 알 수 있다(김안나 외, 2005).

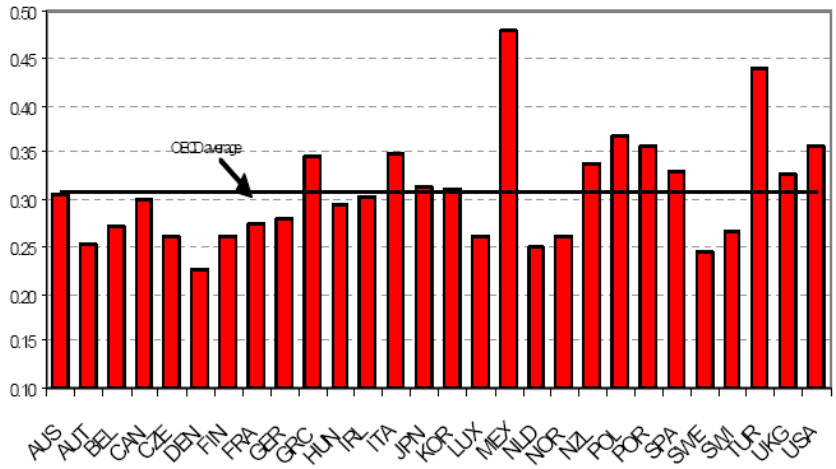
〔그림 6-3〕 지니계수



자료: 김안나 외(2005), 주: 통계청, (도시)가계조사, 연간자료 참조, 각 년도(경상소득 기준).

OECD 주요국들의 소득불평등도를 살펴보면, OECD 국가들의 지니계수는 평균 0.308이었다(OECD 2005). 한편, 우리나라의 지니계수는 0.340으로 나타나 OECD평균보다 약간 높은 수치를 보이고 있다.

〔그림 6-4〕 OECD 28개국의 지니계수 비교



자료: 한국노동연구원(2006), 소득분배 현황에 관한 국제비교, KLI 데이터센터 보도자료

— 지표평가

OECD 국가의 지니계수 평균을 5점 수준으로 간주하면, 우리나라의 지니계수 수준은 OECD 평균보다 소득불평등이 약간 높게 나타나 약 4점으로 판단된다.

□ 지표명 : 아동빈곤율

— 시계열 및 국제비교

아동빈곤율을 절대빈곤율과 상대빈곤율로 구분하여 살펴보면 다음과 같다. 아동의 절대빈곤율은 가구규모별 최저생계비 이하를 기준으로 산출한 것으로 1996년 3.63%에서 IMF 경제위기 영향으로 2000년에 7.68%로 급증하였으며 2004년 8.79%로 계속 증가하는 경향을 보였다. 상대빈곤율은 균등조정가처분소득이 중위소득 50% 이하로 설정하였으며, 1996년 7.61%에서 2000년 10.97%, 2004년 14.57%로 큰 폭으로 증가하였다. 이와 같이 아동빈곤율의 지속적인 상승은 IMF로 인한 경제위기 이후 빈곤탈출이 용이하지 않게 되면서 빈곤이 누적되는 결과로 이해된다.

〈표 6-20〉 아동빈곤율의 시계열 비교

(단위: %)

구분	1996	2000	2004
절대빈곤율	3.63	7.68	8.79
상대빈곤율	7.61	10.97	14.57

주: 1) 1996년은 아동 대상을 만 20세 미만, 2000년과 2004년은 만 18세 미만으로 산정함.
2) 절대빈곤율은 가구경상소득이 가구규모별 최저생계비 이하로 설정하였으며, 상대빈곤율은 균등조정가구경상소득이 중위소득 50% 이하로 설정함.
자료: 보건복지부·서울대학교 사회복지연구소, 『한국의 아동지표 2006』, 2006. 9.

주요 OECD 국가의 아동빈곤율은, 2000년에 미국이 21.7%로 가장 높았으며, 영국 16.2%, 일본 14.3%이었다. 스웨덴은 3.6%로 OECD의 다른 국가에 비하여 아동빈곤율이 낮은 것으로 나타났다. OECD 국가의 아동빈곤율의 평균은 10.6%이었으며, 우리나라는 이들 국가 중 스웨덴과 스위스 보다 2~4배 높았으

나 영국, 미국보다는 낮은 수준이었다.

〈표 6-21〉 아동빈곤율의 국제비교

(단위: %)

구분	프랑스 (2000)	독일 (2001)	일본 (2000)	스웨덴 (2000)	스위스 (2001)	영국 (2000)	미국 (2000)	OECD 평균	한국 (2000)
아동빈곤율	7.3	12.8	14.3	3.6	6.8	16.2	21.7	12.1	10.97

자료: OECD, 「Society at a Glance-OECD SOCIAL INDICATORS」, 2005.

— 지표평가

아동빈곤율의 OECD 평균을 가장 높은 점수인 5점으로 간주할 때, 우리나라의 아동빈곤율은 3.6점으로 중간 수준에 해당되어 아동빈곤율을 감소하기 위한 정책적 노력이 요구된다.

□ 지표명 : 기초생활보장 수급자 비율

— 시계열 및 국제비교

국가로부터 최저생활을 보장받는 국민기초생활보장제도 수급자추이를 연도별로 살펴보면 아래 표와 같다. 전체 기초생활보장 수급자 수는 2002년 이후 증가 추세에 있으며, 이를 수급자 형태별로 살펴보면 2005년도를 제외하고는 일반수급자 비율은 감소하고 시설수급자는 증가하는 경향을 띄고 있음을 알 수 있다.

〈표 6-22〉 국민기초생활보장수급자 현황

(단위: 명, %)

구분	계	일반수급자	시설수급자
2001	1,419,995(100.0)	1,345,526(94.8)	74,469(5.2)
2002	1,351,185(100.0)	1,275,625(94.4)	75,560(5.6)
2003	1,374,405(100.0)	1,292,690(94.1)	81,715(5.9)
2004	1,424,088(100.0)	1,337,714(93.9)	86,374(6.1)
2005	1,513,352(100.0)	1,425,684(94.2)	87,668(5.8)

자료 : 보건복지부, 2005년 국민기초생활보장 수급자 현황(2006.7)

— 지표평가

OECD 국가들은 공공부조에 의한 소득보장 뿐만이 아니라, 개별적인 급여기준에 의해 다양한 수당이나 급여가 지급되고 있어 폭 넓은 계층이 다양한 보조를 받고 있는 반면, 우리나라는 통합급여 체계로 인해 빈곤선 이하의 수급자에게 모든 급여가 지급되고 있는 상황이라 단순히 인구 대비 혜택을 받고 있는 사람들의 비율로 비교하기에는 무리가 있다. 이에 공공사회지출 중 연금을 제외한 소득지원 규모를 주요 OECD 국가들과 비교하면, OECD 국가들의 경우는 총 지출의 약 8.0%, 우리나라는 약 1.3%를 보이고 있다(OECD 2005). 따라서 우리나라의 수준을 OECD 국가와 비교한 결과 약 1.5점의 낮은 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 장애급여 수급률

— 시계열 및 국제비교

2001～'04년의 장애급여 수급률 추이를 살펴보면, 11% 내외에서 변화가 거의 없었으나, 2005년에는 19.9%로 전년도에 비해 약 10% 포인트가 상승했다. 이는 2005년에 장애수당의 지급대상 요건이 기존의 국민기초생활보장수급자 중 1, 2급의 중증장애인에서 전 등급의 장애인으로 확대되면서 장애수당 수급자의 수가 급증한 데 따른 결과로 사료된다.

〈표 6-23〉 장애급여 수급률 시계열비교

(단위: %, 명)

연도	장애급여 수급률 (B/A)	전체 등록 장애인 수(A)	장애급여 수급자 수(B)	
			장애수당 수급자	장애연금 수급자
2001	11.3	1,134,177	98,628	29,925
2002	10.6	1,294,254	102,539	35,070
2003	10.5	1,454,215	110,606	42,580
2004	10.6	1,610,994	120,061	50,869
2005	19.9	1,777,400	296,565	58,614

자료 : 보건복지부, 장애인복지사업안내 및 국민연금통계연보, 각 년도.

1990년대 말 기준, OECD 14개 회원국의 평균 장애급여 수급률은 29.6%이며, 유럽연합(EU) 10개 회원국의 평균 장애급여 수급률은 30.0%로 나타났다. 이는 2000년 기준의 우리나라 장애급여 수급률 10.3%의 3배, 그리고 2005년 장애급여 수급률 19.9%의 2배에 해당하는 것이다. 2005년 현재 우리나라 장애급여 수급률 19.9%는 우리나라 1인당 GDP(16,291달러)와 유사한 수준이었던 1997년 이탈리아의 장애급여 수급률 20.7%에 비해 0.8% 포인트 낮으며, 2005년 현재의 1인당 GDP가 우리나라보다 낮았던 1997년의 스페인(39.6%)과 포르투갈(21.2%)에 비해서도 낮았다. 장애수급률에 있어서 우리나라와 주요 외국의 이러한 차이는, 장애출현율을 고려한다면 실제로는 더욱 큰 차이가 있다고 할 수 있다. 즉, 1990년대 말 기준으로 OECD 회원국 전체의 장애출현율은 평균 14.0%로서 이는 2005년 우리나라 장애출현율 4.59%에 약 3배에 달하고 있다.

〈표 6-24〉 장애급여 수급률의 국제비교

(단위: %)

구분	장애급여 수급률	기준년도	1인당 GDP($)
오스트리아	20.9	1997	21,659
벨기에	39.0	1997	20,510
덴마크	34.3	1997	27,687
프랑스	22.8	1997	20,292
오스트레일리아	28.6	1996	21,043
이탈리아	20.7	1997	17,524
네덜란드	29.0	1997	21,151
노르웨이	28.4	1998	37,937
포르투갈	21.2	1997	9,403
스페인	39.6	1997	12,471
스웨덴	35.6	1997	23,940
스위스	18.5	1997	32,179
영국	37.0	1996	21,707
미국	39.2	1996	30,704
EU(10)	30.0	-	-
OECD(14)	29.6	-	-
한국	10.3	2000	9,628
한국	19.9	2005	16,291

자료: 1) OECD, Transforming disability into ability, 2003.
2) 한국보건사회연구원, 2005년도 장애인실태조사.

— 지표평가

OECD 회원국의 평균 장애급여 수급률인 29.5%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 우리나라의 장애급여 수급률은 3.4점으로 보통 수준보다 약간 높은 것으로 평가된다.

□ 지표명 : 장애인가구 월평균 소득

— 시계열 및 국제비교

우리나라 장애인 가구의 월평균 소득은 1995년 90.7만원, 2000년 108.2만원, 그리고 2005년에는 157.2만원으로 지속적으로 증가해 왔다. 그러나 비장애인가구 대비 장애인가구의 소득비중을 살펴보면, 1995년 50.0%에서 2000년에는 46.4%로 3.6% 포인트 낮아졌다가, 2005년에는 52.1%로 5.7% 포인트 상승하여 오히려 소득의 경향과는 다른 추이를 보였다.

〈표 6-25〉 장애인가구 월평균 소득 시계열비교

(단위: 만원, %)

연도	장애인가구 월평균 소득	비장애인가구 대비 소득 비중
1995	90.7	50.0
2000	108.2	46.4
2005	157.2	52.1

주: 비장애인가구의 소득은 당해년도 6월 기준 도시근로자 가구 평균 소득임.
자료: 1995년·2000년·2005년 장애인실태조사, 한국보건사회연구원.

2005년 현재 우리나라 장애인 가구의 가구소득이 비장애인가구의 가구소득에서 차지하는 비율은 52%로서, 2005년 현재 우리나라 1인당 GDP(16,291달러)와 유사한 수준이었던 1997년 이탈리아의 장애인가구의 상대적 소득비중 86%와 비교하면, 34% 포인트가 낮았으며, 1인당 GDP가 우리나라보다 낮았던 1997년의 스페인(74%)과 포르투갈(73%)에 비해서도 매우 낮은 수준이었다.

〈표 6-26〉 비장애인가구 대비 장애인가구 소득 비중의 국제비교

(단위: %)

구분	비장애인가구 대비 장애인가구 소득비중	기준년도	1인당 GDP($)
오스트리아	93	1997	21,659
벨기에	90	1997	20,510
캐나다	91	1998	21,223
덴마크	95	1997	27,687
프랑스	87	1997	20,292
독일	93	1996	21,043
이탈리아	86	1997	17,524
네덜란드	96	1997	21,151
노르웨이	89	1998	37,937
포르투갈	73	1997	9,403
스페인	74	1997	12,471
스웨덴	97	1997	23,940
스위스	94	1997	32,179
영국	77	1996	21,707
미국	70	1996	30,704
EU(11)	87	-	-
OECD(17)	85	-	-
한국	52	2005	16,291

자료: 1) OECD, Transforming disability into ability, 2003.
2) 한국보건사회연구원, 2005년도 장애인실태조사.

— 지표평가

OECD 회원국의 비장애인가구 대비 장애인가구의 평균 소득비중 85%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 우리나라의 장애급여 수급률은 3.1점의 보통 수준으로 평가된다.

나. 보편적 소득보장

□ 지표명 : 공적연금 수급률

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 공적연금에는 국민연금, 공무원연금, 사학연금, 군인연금 등이 있으며, 이들 연금 중 65세 이상자가 수급받고 있는 경우에 한해 공적연금 수급률을 산출했다. 그 결과, 공적연금 수급률은 2002년 10.0%, 2003년 11.5%, 2004년 13.9%, 2005년 16.8%로 점차 증가하는 것으로 나타났다.

〈표 6-27〉 공적연금 수급률의 시계열비교

(단위: 천명, %)

구분	2002	2003	2004	2005
공적연금 수급률	10.0	11.5	13.9	16.8
65세 이상 노인수	3,779	3,975	4,182	4,383
합계	378	456	582	737
국민연금	283	345	458	600
공무원연금	63	73	84	94
사학연금	7	10	9	10
군인연금	25	28	31	33

자료: 통계청, 「2006 고령자 통계」, 2006(재구성).

EU 15개국의 GDP 대비 공적연금 지출추계를 살펴보면, 2000년 10.4%, 2020년 11.5%, 2040년 13.6%로 최고치에 도달하고, 2050년에는 13.3%로 다소 감소할 것으로 전망되고 있다. 2000년 현재 영국을 제외한 프랑스, 독일, 이탈리아, 스웨덴은 GDP 대비 공적연금 지출수준이 9.0~13.8%로 우리나라의 2006년 0.5%보다 상당히 높은 수준인 것으로 나타났다. 우리나라의 장기적인 공적연금 지출수준은 2050년 7.2%로서 영국 다음으로 가장 낮은 것으로 전망되었다.

〈표 6-28〉 공적연금 지출수준 전망(GDP 대비 %) 국제비교

(단위: GDP 대비 %)

구분	2000	2010	2020	2030	2040	2050	변화최대치
한국	0.5(2006)	0.9	1.6	3.1	5.5	7.2	6.3
프랑스	12.1	13.1	15.0	16.0	15.8	-	4.0
독일	11.8	11.2	12.6	15.5	16.6	16.9	5.0
이탈리아	13.8	13.9	14.8	15.7	15.7	14.1	1.9
스웨덴	9.0	9.6	10.7	11.4	11.4	10.7	2.4
영국	5.5	5.1	4.9	5.2	5.0	4.4	-1.1
EU(15개국)	10.4	10.4	11.5	13.0	13.6	13.3	3.2

자료: Council of the European Union(2003). 한국은 국민연금연구원 데이터베이스(2005).(단, 우리나라 GDP 전망은 2004년 GDP 778,444십억원(경상)을 기초로 KDI(2001.10). "국민연금장기재정추계를 위한 거시경제변수전망"의 저성장 시나리오와 국민연금발전위원회의 물가상승률 가정치(3%)를 적용하여 명목 GDP를 추정함)(김수완, 한국보건사회연구원 국제사회보장동향, P77 재인용).

— 지표평가

우리나라의 공적연금 수급률은 2005년 현재 16.8%로 OECD 국가 중 노인빈곤율이 가장 높은 국가에 속하며(윤석명, 2006), 우리나라의 GDP 대비 공적연금 지출수준은 선진국의 하위수준이라 할 수 있다. Vision 2030에서는 공적연금 수급률을 2030년까지 65.5%로 증가시키도록 목표치를 제시하였다. 외국의 공적연금 수급률은 2003년 현재 미국 93%, 영국 91%, 일본 84%로 우리나라의 수준보다 높은 것을 알 수 있다. 이는 우리나라의 공적연금제도가 선진국에 비해 늦게 도입되어 나타난 결과로 판단된다. 따라서 우리나라의 2030년 목표치인 65.5%를 가장 높은 수준으로 간주한 결과, 공적연금 수급률은 약 2점의 낮은 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 국민연금수급률(제도부양비)

— 시계열 및 국제비교

국민연금가입자는 2001년 1,627만명, 2003년 1,718만명, 2005년 1,712만명으로

전년 대비 0.3% 증가하였다. 국민연금수급자는 2001년부터 지속적으로 증가하고 있으며, 국민연금 수급률은 2001년 5.8%, 2003년 6.8%, 2004년 9.0%, 2005년 10.3%로 지속적인 증가추세를 보였다.

〈표 6-29〉 국민연금 수급률의 시계열비교

(단위: 명, %)

구분	2001	2002	2003	2004	2005
국민연금가입자수	16,277,826	16,498,932	17,181,778	17,070,217	17,124,449
국민연금수급자수	955,803	1,059,365	1,177,378	1,541,630	1,766,589
국민연금 수급률	5.8	6.4	6.8	9.0	10.3

주: 납부예외자 포함.
자료: 국민연금관리공단, 「2005 국민연금통계연보」, 2006.

— 지표평가

우리나라의 국민연금은 국민의 사회적 위험발생에 대비하여 국민의 최저생활을 보장하는 것이다. 그러나 2005년 현재 국민연금 수급률은 10.3%이며, 2000년 우리나라의 노령연금지출비중은 GDP 대비 2.1% 수준으로 OECD 평균 7.4%보다 훨씬 낮은 수준이었다. 따라서 OECD 국가의 GDP 대비 노령연금지출비중을 가장 높은 수준(7.4%)으로 간주하여 우리나라의 국민연금 수급률을 측정한 결과, 우리나라는 1.5점의 매우 낮은 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 실업급여 수급률

— 시계열 및 국제비교

월평균 실업자수는 2002년 751.6천명, 2004년 859.9천명, 2005년 886.7천명으로 2005년 현재 전년 대비 3.1% 증가하였으며, 월 평균 실업급여 수급자는 108.9천명, 2004년 181.7천명, 2005년 213.1천명으로 증가하였다. 이에 따라 실업급여 수혜율은 2002년 14.5%, 2004년 21.1%, 2005년 24.0%로 증가하였으나, 실업급여의 보장수준은 여전히 낮은 것으로 나타났다.

〈표 6-30〉 실업급여 수급률의 시계열비교

(단위: 천명, %)

구분	2002	2003	2004	2005
월평균 실업자수	751.6	817.7	859.9	886.7
월평균 실업급여 수급자수	108.9	127.7	181.7	213.1
실업급여 수급률	14.5	15.6	21.1	24.0

자료: 한국산업인력공단·중앙고용정보원, 고용보험통계월보, 각 년도.
통계청, 통계정보시스템(KOSIS), 2006.

2002년 현재 우리나라 실업급여 수급률은 14.5%로 프랑스 46.7%, 독일 76.6%보다 2~3배 낮은 것으로 나타났다.

〈표 6-31〉 실업급여 수급률의 국제비교

(단위: %)

구분	2002
프랑스	46.7
독일	76.6

자료: 보건사회연구원, 내부자료.

— 지표평가

독일과 프랑스의 실업급여 평균 61.7%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과 우리나라의 실업급여 수급률은 약 1.5점의 매우 낮은 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 산전·후휴가급여 국가부담률

— 시계열 및 국제비교

2005년까지 우리나라 산전·후휴가의 이용규모는 2004년 39천명으로 산전·후휴가급여는 국가가 33.3%, 기업주가 66.7%를 부담하였다. 국가부담 규모는 전체 출산여성의 약 8%(4만명/49만명)에 해당되며, 임금대체율은 약 54% 수준이다. 그러나 2006년 1월부터 우선 지원대상기업의 근로자가 출산하는 경우에는

90일간의 급여를 국가에서 100%를 부담하도록 하여 국가의 산전·후휴가에 대한 보장수준을 높였다. 출산 여성 근로자 중 산전·후휴가 급여자의 비율을 살펴본 결과, 2002년 13.1%, 2003년 16.8%이었다.

〈표 6-32〉 출산여성근로자수 대비 산전·후 휴가급여자 비율의 시계열비교

(단위: 명, 백만원)

구분	2002	2003	2004	2005	2006
산전·후휴가급여수혜자수	22,711	32,133	38,541	41,104	11,535
산전·후휴가급여금액	22,606	33,522	41,610	46,041	13,291
출산 여성 근로자수[1)]	173,7292)	190,8503)	-	-	-
산전·후휴가급여수혜자수/출산여성근로자수×100	13.1	16.8	-	-	-

주: 1) 우리나라 임금 여성 근로자 중 기업근로자의 연령대별 출산율을 곱하여 산출.
2) 일용근로자 및 상용직 중 사립학교 교원 등 제외한 값임.
3) 일용근로자를 포함시킨 값임.

자료: 노동부, 모성보호급여 지급현황, 2006; 노동부, 고용보험법시행령개정(안), 2001.

1999년 일본(1인당 GDP 36,437달러), 독일(1인당 GDP 22,151달러), 프랑스(1인당 GDP 21,504달러)는 산전·후 휴가급여를 국가에서는 100% 부담하고 있어 결과적으로 우리나라는 OECD 국가의 1/3 수준에 머무르고 있다.

— 지표평가

우리나라의 산전·후 휴가급여 국가부담률은 33.3%로 산전·후 휴가급여를 100% 국가가 부담하고 있는 경우를 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과 우리나라의 산전·후 휴가급여 국가부담률은 2.0점으로 낮은 수준인 것으로 판단된다.

3. 복지서비스 확충 분야

가. 취약계층 서비스 보장

□ 지표명 : 아동 및 노인 급식지원율

— 시계열 및 국제비교

급식지원아동은 2001년 13,773명에서 2005년 214,009명으로 약 16배 증가하였다. 급식지원아동비율은 2001년 0.1%에서 2005년 1.9%로 참여정부 이후 급식지원아동에 대한 지원이 대폭 증가하였으나, 급식을 필요로 하는 아동 또한 지속적으로 증가하고 있어서 근본적인 해결이 되고 있지 않다.

〈표 6-33〉 급식아동비율의 시계열 비교

(단위: 명, %)

구분	2001	2002	2003	2004	2005
급식지원아동수	13,773	13,610	13,792	235,209	214,009
아동수	11,831,190	11,659,864	11,489,959	11,335,159	11,150,456
급식지원아동비율	0.1	0.1	0.1	2.1	1.9

주: 12월 말 기준임. 아동은 18세 미만 임.
자료: 보건복지부 내부자료

1999년 673개의 경로식당에서 84,000명의 노인이 무료급식을 지원받았으며, 2000년에는 101,000명, 2003년에는 113,000명의 노인이 지원받았다. 2004년의 무료급식지원노인수는 109,000명으로 이는 1999년보다 급식배달 노인인 25,000명이 증가된 실적이다.

급식지원노인비율은 1999년 2.6%에서 2000년 3.0%, 2003년 2.8%로 약간 증가하였으나, 2004년에는 2.6%로 1999년과 동일한 수준으로 저하되었다. 이는 무료급식지원 규모는 동일하나 고령화율의 증가로 매년 노인이 증가하기 때문으로 이해된다.

〈표 6-34〉 급식지원노인비율의 시계열

(단위: 명, %)

구분	1999	2000	2003	2004
급식지원노인수	84,000	101,000	113,000	109,000
(무료급식)	(84,000)	(84,000)	(89,000)	(84,000)
(급식배달)		(17,000)	(24,000)	(25,000)
노인수	3,204,095	3,394,896	3,975,338	4,181,772
급식지원노인비율	2.6	3.0	2.8	2.6

자료: 통계청, 「장래인구추계」, 1996. 12; 통계청, 「시도별 장래인구추계」, 2002. 5; 통계청, 「시도별 장래인구추계」, 2005. 4.

— 지표평가

급식지원아동비율은 급식을 필요로 하는 아동수의 증가로 인하여 지속적으로 늘어날 전망이다. 이는 빈곤아동률과 관련이 있는데, 우리나라 아동빈곤율은 IMF 이후 8.79%로 상승하여 전년대비 약 93%가 증가하였으며, 동 비율은 IMF 이전 수준으로 감소하지 못하고 일정수준을 유지하다 2005년에는 10.71%로 상승하는 추세를 보였다(한국보선사회연구원·기초보장평가센터). 이는 IMF 이후 급식지원이 필요한 아동수가 급격히 증가하였으며 동 규모는 적절한 지원이 이루어지지 못하고 있음을 말해준다. 따라서 정책목표가 결식아동이 없는 것이라고 할 수 있으므로 이를 5점으로 간주할 때 현재의 급식지원아동비율은 2.5점으로 미흡한 수준으로 평가된다.

급식지원노인비율은 매년 일정한 규모의 노인에게 급식을 지원할 경우 노인의 증가로 인해 지원비율은 감소할 전망이다. 그러나 노인가구의 절대빈곤율을 보면 IMF 이후인 1998년 12.98%로 급격히 상승하다가 2002년까지 하락세를 보이고, 최근 들어 11.8%로 다시 상승하는 것으로 조사되었다(한국보건사회연구원 기초보장평가센터, 2005). 이와 함께 핵가족화 및 가족해체 등으로 노인단독가구가 증가하고 있으며 또한 고령화율의 증가에 따른 치매·중풍 노인의 증가로 급식지원이 필요한 노인이 지속적으로 증가하고 있다. 그럼에도 불구하고 노인 급식지원수준은 이에 적절히 대응하지 못하고 있다. 따라서 정책목표가

결식노인이 없는 것이라고 할 수 있으므로 이를 5점으로 간주할 때 현재의 급식지원노인비율은 2.5점으로 미흡한 수준으로 평가된다.

결과적으로 아동 및 노인급식지원율은 5점 만점에 2.5점으로 미흡한 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 방과후 활동 수혜율

— 시계열 및 국제비교

최근 방과 후 가정에서 아동보호가 곤란하거나 학습 보충 등의 문제를 이유로 학원과 같은 사교육 기관을 이용하는 아동이 증가하고 있다. 그러나 사교육비 등 자녀교육비는 자녀양육가정에 큰 부담이 되며 출산중단의 주요 원인으로 작용하고 있다. 이런 측면에서 아동의 방과후 활동의 지원은 중요한 의미를 가진다. 우리나라 아동 중 방과후 활동의 지원을 받는 아동비율은 1996년 36.0%에서 2000년 40.0%로 다소 증가되었으나 2005년에 32.0%로 1996년보다 낮은 수준을 유지하였다.

〈표 6-35〉 방과후 활동수혜율의 시계열 비교

(단위: %)

구분	1996	2000	2005
방과후활동수혜율	36.0	40.0	32.0

자료: 보건복지부 내부자료, 각 년도.

— 지표평가

방과후활동수혜율은 선진국과의 비교자료가 없어서 정책적 비전을 5점 기준으로 설정하였다. 정부·민간 합동작업단이 제시한 Vision2030에서 방과후활동수혜율의 2030년도 목표치로 제시한 비율 75.0%를 5점으로 간주할 때, 2005년도의 32.0%는 2.1점의 낮은 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 국내입양비율

— 시계열 및 국제비교

전체 입양아동 중 국내에 입양된 아동의 비율은 1995년 32.0%, 2000년 41.7%, 2005년 42.1%이었고, 국외입양은 1995년 68.0%, 2000년 58.3%, 2005년 57.9%로 파악되었다. 주목할 점은 국외입양비율이 국내입양비율 보다 높으나, 점차 국내입양아 수와 전체 입양아 중에서 차지하는 국내입양아의 비율이 모두 증가하고 있다는 점이다. 이는 한국인의 입양에 대한 인식개선과 함께 국내입양의 활성화 노력이 반영된 결과로 생각된다.

〈표 6-36〉 국내입양비율의 시계열 비교

(단위: %, 명)

구분	1995	2000	2005
국내입양비율	32.0	41.7	42.1
(국외입양비율)	(68.0)	(58.3)	(57.9)
국내입양규모	1,025	1,686	1,641

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 각 년도.

미국의 국내 입양 아동수는 1990년대에 매년 약 120,000명의 아동들이 입양되어서 일정한 규모를 유지하고 있으며, 1992년의 입양아동수는 127,441명에 이르고 있다(U.S. Census Bureau, 2003). 또한 2000년에는 입양된 아동이 2,058,915명으로 미국가정 전체자녀의 2.5%에 이르는 것으로 나타났다(U.S. Census Bureau, 2000). 미국의 경우 국내입양은 주로 친척이나 계부모에 의한 입양이 주류를 이루고 있다. 영국은 매년 7,000명의 아동이 국내입양되며, 국외입양은 15분의 1 정도에 불과하여 대다수가 국내입양으로 이루어지고 있다(보건복지부, 1999). 국내입양규모는 우리나라에 비해 미국이 75.6배, 영국이 4.2배가 높았다.

〈표 6-37〉 국내입양규모의 국제비교

(단위: 명)

구분	미국(1992)	영국(1999)	한국(2000)
국내입양규모	127,441	7,000	1,686

자료: 1) U.S. Census Bureau, *Census 2000 special tabulation*, 2000.
2) 보건복지부, 내부자료, 1999.

— 지표평가

정부는 저출산시대의 출산·양육에 대한 사회적 책임 강화 측면에서 2020년까지 국외입양 Zero를 비전으로 설정하고 있다. 따라서 국내입양비율 100%를 최고점(5점)으로 간주할 때, 2005년도의 42.1%는 2.1점의 다소 낮은 수준으로 평가된다고 할 수 있다.

□ 지표명 : 공적노인요양보호비율

— 시계열 및 국제비교

65세 이상 인구 중 장기요양 생활시설 및 재가보호를 받고 있는 노인비율의 변화 추이를 연도별로 보면 다음과 같다. 공적노인요양보호비율은 1995년에 0.1%에서 2000년에 0.6%로 5년간 0.5% 포인트가 증가하였다. 또한 2005년에는 1.4%[주31]로 2000년에 비해 0.8% 포인트 높아졌으며, 1995년에 비해서는 1.3% 포인트가 증가하여 거의 14배나 확대되었다.

그러나 급속한 고령화로 인한 노인인구 증가 및 노인단독가구의 증가, 핵가족화 및 가족해체의 증가 등으로 노인보호환경이 약화되면서 시설보호가 필요한 노인이 증가할 것으로 예상된다.

주31) 2005년에는 65세 이상 인구 중 장기요양 생활시설보호를 받고 있는 노인비중은 전체노인의 0.6% 수준이고, 재가복지시설을 이용하고 있는 노인비중은 전체노인의 0.9% 수준이며, 실제로 생활시설보호를 받고 있는 노인 수는 29,963명(노인전문병원 입원 포함), 재가복지시설을 이용하고 있는 노인 수는 40,002명에 불과함.

〈표 6-38〉 공적노인요양보호비율의 시계열 비교

(단위: %)

구분	1995	2000	2005
공적노인요양비율	0.1	0.6	1.4

자료: 정부·민간 합동작업단, 「함께가는 희망한국 VISION2030」, 2006. 8.

공적노인요양보호 비율을 주요 OECD 국가들과 비교하면, 2000년에 독일은 10.1%, 일본은 8.7%이었으며 OECD 국가의 공적노인요양보호비율의 평균은 13.9%이었다. 주요 OECD 국가의 공적노인요양보호비율은 2000년을 기준으로 할 때 우리나라보다 15~23배까지 높은 수준이었으며, 2005년에는 6~10배가 높은 수준으로 나타났다. 따라서 우리나라의 공적 장기요양보호율은 OECD 주요 선진국가들 보다도 상당히 낮은 수준으로 판단된다.

〈표 6-39〉 공적노인요양보호비율의 국제비교

(단위: %)

구분	독일(2000)	일본(2000)	OECD평균(2000)	한국(2005)
공적노인요양비율	10.1	8.7	13.9	1.4

— 지표평가

공적노인요양보호비율의 OECD 평균을 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과 우리나라의 공적노인요양보호비율은 2005년 1.4%로 OECD 평균을 기준으로 할 경우 1점 수준에 불과한 것으로 평가 되어진다. 또한 정부·민간 합동작업단이 제시한 Vision2030에서 2030년도의 목표치로 제시한 12.1%를 최고점(5점)으로 간주할 때 2005년도의 1.4%는 평가점수 1점에 근접하는 매우 낮은 수준이라 하겠다.

□ 지표명 : 주거급여 수혜율

— 시계열 및 국제비교

주거급여 수혜율을 연도별로 살펴보면, 총 인구의 약 3%가량이 주거급여의 혜택을 받고 있는 것으로 나타났다.

〈표 6-40〉 주거급여 수혜율 현황

(단위: %)

구분	전 체 인 구	일반수급자	수혜율
2001	47,343,000	1,345,526	2.84
2002	47,640,000	1,275,625	2.68
2003	47,925,000	1,292,690	2.70
2004	48,199,000	1,337,714	2.78
2005	48,461,000	1,425,684	2.94

주거급여 수혜율을 다른 OECD 국가와 비교해보면 다음과 같다. 영국의 경우 주거급여(Housing Benefit)는 가구 전체소득이 일정소득 이하(2000년 기준 자신 £16,000 이하)의 저소득 임차인을 대상으로 한다. 그리고 전체 임차가구(639만 가구)의 67.2%인 430만 가구가 주거급여를 수혜하고 있으며, 이는 전체 임차가구의 2/3 이상에 해당된다. 한편, 미국의 주거급여에 해당되는 임대료 보조제도(Housing Choice Voucher Program)의 경우 저소득층 임차인에게 바우처 방식으로 보조금을 지급한다는 특징을 가지고 있다. 1999년을 기준으로 임대료 보조를 받는 가구를 살펴보면 140만 가구로 전체 임대가구(3,398만 가구)의 4.1%에 해당된다. 이는 가구소득이 AMI(지역중위소득)의 30% 이하인 가구가 700만 가구 이상임을 고려할 때 매우 작은 규모임을 알 수 있다(이태진 외, 2004).

— 지표평가

우리나라의 주거급여 수혜율을 OECD 국가들과 직접적으로 비교할 수 있는 자료가 미미한 관계로 위의 영국과 미국의 주거급여 대상자들과 비교해 보면,

주거급여 수혜가구는 약 76만 가구로 5점 만점에 1.5점 정도의 낮은 수준으로 판단된다.

□ 지표명 : 주거급여수준

— 시계열 및 국제비교

한국보건사회연구원의 2004년 최저생계비 계측시 최저주거비는 임대료, 관리비, 이사비, 복비, 수리비, 도배비 등으로 구성되었다. 이는 형식상으로 주거급여와 생계급여에 포함된 주거비를 통하여 최저주거를 보장하는 것이다. 이에 따른 2006년 최저주거비는 가구별 최저생계비의 17.7%로 가구원 수별 최저주거비는 다음과 같다.

〈표 6-41〉 2006년도 최저주거비 현황

(단위: 원/월)

가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인
생계급여에 포함된 주거비	40,913	90,837	124,067	164,808	184,111	217,532
주거급여	33,000		42,000		55,000	
계(최저주거비)	73,913	123,837	166,067	206,808	239,111	272,532

자료: 2006년도 국민기초생활보장사업 안내

주거급여의 수준을 OECD 국가들과 비교하면 다음과 같이 제시된다. 우리나라의 주거급여 수준은 앞서 제시한 표에서 볼 수 있듯이 1~2인 가구 월 33,000원, 3~4인 가구 월 42,000월, 5~6인 가구 월 55,000원이며, 임차가구에 대해서는 주거 현금급여의 100%를 지원하고, 자가 가구에 대해서는 주거 현금급여의 70% 및 주거 현물급여의 30%를 지원한다. 한편, 일본의 경우에는 주거급여가 임대료 및 지대, 가옥보수비로 구성되어 있으며, 현금급여를 원칙으로 한다(이태진 외 2004). 일반적으로 가구유형과 급지에 따라 급여액의 차이를 보이는데, 3인의 표준가구의 경우 주거급여는 약 54,000엔으로 생계급여와 주거급여를 합한 액수의 약 25.2%에 해당한다.

미국의 경우에는 AMI(지역중위소득)의 50% 미만인 저소득층을 대상으로, 실제 임대료와는 상관없이 지역별로 정해진 표준임대료와 가구가 지불 가능한 금액과의 차액을 임차인에게 증서(voucher)로 지급하도록 되어 있다. 독일은 주거급여의 기준으로서 가구가 적절한 주거를 확보하기 위해 소요되는 비용이 전체 지출의 15~25%를 넘지 않도록 보조하되, 연방정부의 주거급여 수준이 낮기 때문에 지방정부에서는 별도의 주거급여를 운영하고 있다. 프랑스의 경우에는 전 가구 소비지출에서 주거비중이 약 17% 정도로 상당히 많은 부분을 차지하고 있으나, 실제 지출한 주택비용 가운데 상당부분(대상자의 유형에 따라 20~60% 정도)을 보조받기 때문에 프랑스의 주거급여는 프랑스 국민의 주거비 부담 감소에 많은 기여를 하고 있는 상황이다. 스웨덴의 경우에는 저소득층의 경우 모든 주거비용을 지원받도록 되어있다.

— 지표평가

각 국가별 주거급여 형태의 다양화로 인해 OECD 평균 주거급여의 수준을 비교하는 것은 어려운 상황이다. 이에 우리나라의 주거급여 수준을 일본과 비교해 주거급여가 최저생활비에서 차지하는 비율을 가지고 주거급여의 수준을 상대적으로 평가해 보면 다음과 같다. 우리나라의 주거급여의 수준은 최저생계비의 약 17.7%로 이를 일본과 비교하여 5점 만점으로 환산하면 약 3.5점의 보통수준인 것으로 판단된다.

□ 지표명 : 공공임대주택 재고율

— 시계열 및 국제비교

현재 임대주택의 재고를 살펴보면, 2004년 12월 현재 총 1,150,054호로 전체 주택 12,989천호의 8.9%에 해당한다(건설교통부, 2005 주택업무편람). 이 중 저소득 가구 또는 주거빈곤가구가 일반적으로 지불 가능한 임대주택은 영구임대와 공공임대 그리고 국민임대로 이를 공공임대주택이라 할 수 있다(대한주택공사 2004). 2004년 12월 현재 영구임대가 190,077호, 50년간의 공공임대가 92,850

호, 5년간의 공공임대가 541,285호, 그리고 국민임대가 47,203호로 전체 임대 가구의 약 76%를 차지하고 있다. 이는 전체 주택의 약 6.7%에 해당되는 것이다.

공공임대주택 재고율을 OECD 국가와 비교해 보면, 우리의 임대주택 재고율은 6.7%로 네덜란드 36%, 영국 22%, 독일 20% 등의 수준보다 낮음을 알 수 있다.

〈표 6-42〉 공공임대주택 비율

국가	영국	네덜란드	독일	프랑스	일본	미국	한국
공공임대주택비율	22%	36%	20%	17%	7%	1%	6.7%

주: 한국('04년), 기타 국가('99～'00)년 기준
자료: 2005주택업무편람

— 지표평가

OECD 국가 중 주요 선진국의 공공임대주택 재고율 평균을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하여 평가한 결과, 우리나라의 공공임대주택 재고율은 1.9점의 낮은 수준으로 판단된다.

나. 보편적 서비스 확충

□ 지표명 : 노인생활체육 참여율

— 시계열 및 국제비교

60세 이상 노인 중 생활체육에 참여한 비율은 1994년 34.0%에서 1997년에 29.6%로 다소 감소하였고, 2000년에는 36.8%, 2003년은 53.3%로 큰 폭으로 증가하는 경향을 보였다. 전체 인구가 생활체육에 참여하는 비율과 비교하면 1994년에 37.6%, 1997년 38.8%, 2000년 33.4%, 2003년 39.8%로 1990년대에는 전체 인구에 비해 노인의 생활체육참여율이 낮은 수준이다가 2000년대에 오면서 노인의 생활체육참여율이 높아서 2000년대에 급격히 상승한 것으로 나타났다.

〈표 6-43〉 노인생활체육참여율의 시계열 비교

(단위: %)

구분	1994	1997	2000	2003
노인생활체육참여율	34.0	29.6	36.8	53.3

자료: 문화관광부, 『국민생활체육활동참여실태조사』, 각 년도.

노인이 생활체육에 참여하는 비율은 일본 60%, 미국 67%, 프랑스 73% 등으로 나타났다. 따라서 2003년을 기준으로 볼 때, 선진국의 생활체육에 참여하는 비율은 우리나라보다 7~20% 포인트 높은 수준임을 알 수 있다.

〈표 6-44〉 노인생활체육참여율의 국제비교

(단위: %)

구분	일본(2003)	미국(2003)	프랑스(2003)	한국(2003)
노인생활체육참여율	60	67	73	53.3

자료: 통계청, 국제지표

— 지표평가

선진국 3개국 중 가장 높은 수준을 보인 프랑스의 노인생활체육참여율 73%를 5점으로 간주한다면, 우리나라의 노인생활체육참여율 53.3%는 3.7점의 보통 수준에 해당된다.

□ 지표명 : 노인여가시설 이용률

— 시계열 및 국제비교

우리나라 65세 이상 노인의 여가시설이용률은 1998년 경로당(노인정)이 28.1%로 가장 높았고, 다음은 노인종합복지관 2.3%, 노인대학, 노인학교, 노인교실이 2.0%로 전반적으로 낮은 이용수준을 보였다. 2005년 이용률은 경로당 32.8%, 노인종합복지관 4.8%, 노인대학·노인학교·노인교실 3.9% 등으로 7년간

우리나라 노인여가시설의 이용률은 소폭의 증가를 보였다.

〈표 6-45〉 노인여가시설이용률의 시계열 비교

(단위: %)

구분	1998	2005
노인(종합)복지(회)관	2.3	4.8
경로당(노인정)	28.1	32.8
노인대학·노인학교·노인교실	2.0	3.9

자료: 1) 한국보건사회연구원, 『1998년도 전국노인실태 및 복지욕구조사』, 1998.
2) 한국보건사회연구원, 『2004년도 전국노인실태 및 복지욕구조사』, 2004.

— 지표평가

노인여가시설의 이용률은 노인(종합)복지회관만을 기준으로 볼 때 2005년은 4.8%로 일부 노인이 참여하는 것으로 나타났다. 노인의 경우 여가활동에 불만족한 이유 중의 하나로 여가시설 부족을 지적하고 있는 것은 주목할 만하다(한국의 사회지표, 2005). 노인복지회관의 경우, 인지율이 83.9%로 높았고, 향후 이용희망률은 25.5%의 높은 욕구를 보였는데 반해 현재 이용수준은 4.8%로 매우 저조한 것으로 나타났다. 시설의 이용희망 의향과 실제 이용과는 차이가 있으며, 또한 이용희망률은 실제이용률보다 높은 점을 고려하여도 2005년 노인여가시시설의 이용률은 5점 만점에 2.5점 수준으로 판단된다.

□ 지표명 : 노인정보화율

— 시계열 및 국제비교

60세 이상 노인 인구의 인터넷 이용률(월 1회 이상 인터넷을 이용한 사람의 비율)은 2001년 3.1%, 2002년 4.4%로 소폭으로 증가하다 2005년에는 11.9%로 2002년에 비해 2.7배로 대폭 증가하였다. 그리고 2006년 상반기에는 15.2%로 노인의 정보화율이 지속적으로 증가하였다.

〈표 6-46〉 노인정보화율의 시계열 비교

(단위: %)

구분	2001	2002	2005	2006
노인정보화율	3.1	4.4	11.9	15.2

자료: 1) 한국인터넷진흥원, 『2005년 정보화실태조사』, 2005.
2) 한국인터넷진흥원, 『2006년 상반기 정보화실태조사』, 2006.

— 지표평가

6세 이상 인구와 노인인구의 인터넷 이용률을 비교하면, 2001년에는 6세 이상 인구의 인터넷 이용률이 노인보다 약 17배가 많았고, 2002년에는 약 14배, 2005년에는 약 6배, 그리고 2006년 상반기에는 약 5배가 많았다. 따라서 6세 이상 인구와 노인인구 간의 인터넷 이용률 격차는 점차 줄어들고 있으나,주32) 노인의 정보화율은 6세 이상 인구에 비해 매우 낮은 수준임을 엿볼 수 있다. 또한 노인의 컴퓨터 및 인터넷에 대한 향후 이용욕구가 25.8%이었고, 정보화 교육에 대한 욕구도 16.2%이었다(한국보건사회연구원, 2005). 사이버 시대에 노인의 정보화 접근제고의 필요성 측면에서 2030년까지 노인의 정보화율의 목표치를 40%로 설정하여 5점 만점으로 간주할 때, 2006년 노인의 인터넷 이용률인 15.2%는 1.9점의 낮은 평가결과를 보였다.

□ 지표명 : 노인교통사고 사망률

— 시계열 및 국제비교

2004년 노인인구 10만명당 교통사고 사망자수는 41명이었다. 최근 5년간 전체 교통사고 대비 노인의 사망자 점유율을 보면 2000년 18.1%에서 2001년 19.5%, 2002년 22.1%, 2003년 23.7%로 교통사고로 사망한 인구 중 노인이 차지하고 있는 비율이 지속적으로 증가하는 경향을 보였다.

주32) 한국인터넷진흥원의 조사 자료에 의하면, 6세 이상 인구의 인터넷 이용률은 2001년에 52.9%, 2002년에 59.4%, 2005년에 72.8%, 2006년에 73.5%로 파악되었음.

〈표 6-47〉 노인교통사고 사망률[1]의 시계열 비교

(단위: %)

구분	2000	2001	2002	2003	2004
노인교통사고 사망률	18.1	19.5	22.1	23.7	26.4

주: 1) 노인교통사고 사망률은 전체 사고 대비 노인의 사망자 점유율을 말함.
자료: 도로교통안전관리공단, 『교통사고통계분석』, 각 년도.

노인교통사고 사망률을 주요 OECD 국가들과 비교하면, 2004년에 영국은 6.9명, 스웨덴은 7.7명으로 우리나라 노인의 교통사고 사망률이 이들 국가에 비해 약 5~6배 높은 수준으로 나타났다.

〈표 6-48〉 노인교통사고 사망자수의 국제비교

(단위: 노인 10만명당 사망자수)

구분	영국(2004)	스웨덴(2004)	한국(2004)
노인교통사고 사망자수	6.9	7.7	41

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 『복지재정의 비전과 과제』, 2006(미발간).

— 지표평가

노인교통사고 사망률은 영국과 스웨덴의 평균인 7.3명을 기준(5점)으로 살펴볼 때 우리나라의 2004년 노인교통사고 사망률은 1점에 근접하여 선진국 수준에 비하여 매우 미흡한 수준으로 나타났다. 한편 노인의 교통사고사망률은 2030년까지 노인 10만명당 12명에 달성하는 것을 목표로 설정하여 12명을 최고점(5점)으로 간주하면, 우리나라의 2004년 노인교통사고 사망률은 1.5점의 매우 낮은 평가결과이다.

□ 지표명 : 아동안전사고사망률

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 아동안전사고사망률은 2000년에 14.8명, 2005년에 8.3명으로 점차 감소하고 있으나 여전히 높은 수준이었다. 청와대 안전기획단에서는 2003년을

『아동 안전원년』으로 선포(2003. 5. 5)하였으며, 2003. 6월부터 아동 안전종합대책을 수립·추진하고 있다. 동 대책에 따르면, 아동 안전사고 사망자 수를 매년 10%씩 낮추어 2007년까지 2003년의 절반 수준인 635명까지 감축할 목표를 설정하고 있다.

〈표 6-49〉 아동안전사고사망률의 시계열 비교

(단위: 아동10만명당 명)

구분	2000	2005
아동안전사고사망률	14.8	8.3

자료: 보건복지부, 『아동복지사업안내』, 각 년도.

OECD 국가별 아동 10만명당 안전사고 사망률(1996~2000)을 살펴보면, 스웨덴, 영국은 3.8명, 이태리 4.1명, 네덜란드, 독일, 캐나다가 각 5.0,명 일본 5.8명, 미국은 10.2명으로 나타났다. 우리나라는 OECD 15개 국가 중 13위로 선진국에 비해 높은 수준이었다.

〈표 6-50〉 아동안전사고사망률의 국제비교(1996~2000)

(단위: 아동인구 10만명당 명)

한국	멕시코	스웨덴	영국	이태리	네덜란드	그리스	스페인
8.3	17.0	3.8	3.8	4.1	5.0	7.6	6.4
독일	일본	프랑스	호주	캐나다	폴란드	미국	-
5.0	5.8	6.5	7.3	5.0	7.4	10.2	-

자료: 보건복지부, 『2006 아동복지사업 안내』, 2006 재인용.

— 지표평가

선진국 중에서 아동안전사고사망률이 가장 낮게 나타난 스웨덴 및 영국(약 3.8명)을 5점으로 간주할 때, 우리나라의 아동안전사고사망률은 2.3점으로 중간 이하의 평가를 할 수밖에 없다.

□ 지표명 : 아동학대발생률

— 시계열 및 국제비교

2000년 아동학대 발생률은 43.7%이었다. 이를 학대유형별로 살펴보면, 신체적 학대 23.5%, 정서학대 19.0%, 방임 20.2%, 성 학대 1.1%로 조사되었다(이재연 외, 2000). 한편 아동학대신고전화를 통한 신고의무자의 신고율은 2001년 26.3%, 2002년 28.4%, 2003년 29.1%, 2004년 27.5%의 낮은 수준이었으나, 실제 아동학대 발생률은 이 보다 현저히 높은 수준일 것으로 추정된다.

〈표 6-51〉 아동학대발생률의 시계열 비교

(단위: 아동천명당)

구분	2000	2001	2002	2003	2004
아동학대발생률	43.7	(26.3)	(28.4)	(29.1)	(27.5)

주: ( )안은 아동학대발견율임.
자료: 보건복지부, 『아동복지사업안내』, 각 년도.

아동학대발생률의 국제비교는 아동학대 신고건수 및 아동학대 발견율이 가용자료이다. 따라서 이를 근거로 아동학대의 심각성을 살펴보면 다음과 같이 제시된다. 우리나라의 아동학대 신고건수는 4,983건으로 미국(3,353,000건), 영국(570,220건), 호주(198,352건), 일본(67,773건), 대만(47,582건) 등의 국가에 비해 아동인구를 감안하더라도 매우 낮았다. 즉, 아동인구 1,000명당 학대발견율은 우리나라는 0.2에 불과하여 미국(12.4), 호주(6.8)에 비해 현저히 낮았다.

〈표 6-52〉 아동학대발생률[1]의 국제비교(2003)

(단위: 명, 건)

구분	일본	미국	영국2)	호주2)	대만	한국
신고건수	67,773	3,353,000	570,220	198,355	47,582	4,983
판정건수	26,569	906,000	30,200	40,416	7,837	2,921
1,000명당 비율	1.2	12.4	2.7	6.8	1.4	0.2

주: 1) 아동학대발생률은 아동학대 발견을 말함.
2) 영국, 호주는 2002년 상반기~2003년 상반기 자료임.
자료: 중앙아동학대예방센터 내부자료

— 지표평가

아동학대발생률을 2030년까지 15%로 저하시키는 것을 목표로 설정하면, 2000년도 아동학대발생률인 43.7%는 1.7점으로 매우 미흡한 수준에 해당된다. 더군다나 아동학대 발생률은 지속적으로 증가하고 있다고 판단하고 있으며, 정책적 노력으로 아동학대의 발견도 증가하고 있음은 한국사회에서 아동학대의 심각성은 여전히 강하게 존재하고 있는 것으로 평가된다.

□ 지표명 : 장애인편의시설 설치율

— 시계열 및 국제비교

「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률」에 의거하여, 장애인 편의시설을 의무적으로 설치하도록 되어 있는 대상 시설 중에서 실제 편의시설이 설치된 시설수를 의미하는 장애인 편의시설 설치율은 1998년(12월말 기준) 47.4%에서 2003년(4월말 기준)에는 75.8%로 상승하였다.

〈표 6-53〉 장애인 편의시설 설치율 시계열비교

(단위: %)

연도	평균 설치율(B/A)	설치 대상 수(B)	실제 설치 수(A)
1998. 12	47.4	667,4711	316,614
2003. 4	75.8	877,257	665,293

자료 : 보건복지부, 2005년도 주요 업무 보고 자료.

— 지표평가

Vision 2030에서 제시한 2030년 장애인 편의시설 설치율 100%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 현재의 수준(75.8%)은 3.8점의 보통 수준인 것으로 평가된다.

□ 지표명 : 장애인정보화율

— 시계열 및 국제비교

2002년 37.0%이던 정보격차는 2003년에는 37.9%로 상승하였다가 2004년에 35.4%로 감소하였으며, 다시 2005년에는 30.9%로 감소하였다.

〈표 6-54〉 장애인 정보격차 시계열비교

(단위: %, %P)

연도	정보격차(B-A)	전체 국민 인터넷 이용률(B)	장애인 인터넷 이용률(A)
2002	37.0	59.4	22.4
2003	37.9	65.5	27.6
2004	35.4	70.2	34.8
2005	30.9	71.9	41.0

주: 2002～'004년은 12월 기준이며, 2005년은 6월 기준임.
자료: 한국정보문화진흥원, 2005년 정보격차해소백서.

— 지표평가

Vision 2030에서 제시한 2030년 장애인정보화율 100%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 2005년 현재의 수준(30.9%)은 2.1점으로 평균 이하의 평가를 할 수밖에 없다고 판단된다.

□ 지표명 : 임신출산비용 대비 국가지원비율

— 시계열 및 국제비교

우리나라 산모 1인당 분만비용은 약 130～180만원[주33]으로 추정되며, 임신·출산 관련하여 건강보험 적용 대상 항목은 정관·난관 복원수술, 주요 산전검사,

주33) 자연분만시 130만원 내외로 여기에는 주요 산전검사비용 90만원과 분만비용 40만원이 포함되며, 제왕절개시는 180만원의 비용으로 산전검사비용은 동일하고 분만비용으로는 약 80～120만원이 포함됨.

자연분만 및 미숙아의 본인부담액을 전액 지원하고 있다. 그러나 임신·출산비용 대비 건강보험에 적용되는 국가지원비율은 약 32% 수준에 불과하다.

GDP 대비 출산장려 관련 예산은 EU 15개국 평균이 2.2%이었으나, 프랑스는 2.6%로 높은 수준이었다. 임신출산비용의 국가지원비율은 2000년 일본 85%, 2004년 호주 48%, 2003년 프랑스 73%인 것으로 나타났다.

우리나라의 임신·출산비용 대비 국가지원은 2000년 일본(1인당 GDP 37,408달러) 85%, 2004년 호주(1인당 GDP 21,688달러) 48%, 2003년 프랑스(1인당 GDP 22,722달러) 73%에 비해 저조한 수준이었다.

— 지표평가

임신출산비용에 대한 국가지원비율이 가장 높은 일본(85%)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주한다면, 우리나라의 국가지원비율(32%)은 1.9점의 매우 낮은 평가결과를 보였다.

□ 지표명 : 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율

— 시계열 및 국제비교

산전·후휴가급여자는 2002년 23천명, 2003년 32천명, 2004년 38천명, 2005년 42천명으로 증가하였으며, 육아휴직이용자도 2005년 현재 10,700명으로 전년 대비 15.0% 증가한 것으로 나타났다. 우리나라의 산전·후휴가 대비 육아휴직 이용률은 2004년 24.1%, 2005년 26.0%로 낮은 수준임을 알 수 있다.

육아휴직급여를 살펴보면, 1993년 일본에서는 급여기간 52주, 임금대체율 25% 수준이었고, 1995년 독일(1인당 GDP: 20,951달러)에서는 급여기간 104주, 월 6,000DM을 지급하였다. 우리나라는 2005년 현재 산전·후휴가 급여기간 48주, 임금대체율 16% 수준으로 상대적으로 낮은 수준에 있었다.

〈표 6-55〉 산전·후휴가급여 육아휴직 비율의 시계열비교

(단위: 명, 백만원)

구분	산전·후 휴가급여(A)		육아휴직급여(B)				육아휴직률 (B/A)
	인원	금액	인원			금액	
			계	여	남		
02	22,711	22,606	3,763	3,685	78	3,087	16.6
03	32,133	33,522	6,816	6,715	104	10,576	21.2
04	38,541	41,610	9,303	9,122	181	20,803	24.1
05	41,104	46,041	10,700	10,492	208	28,242	26.0

자료: 노동부(2006), 모성보호급여 지급현황.

— 지표평가

우리나라의 산전·후휴가 대비 육아휴직 이용률은 1993년 일본(1인당 GDP 34,506달러) 48.1%, 2001년 독일(1인당 GDP 22,908달러) 39만명과 비교할 때 매우 저조하다. 한국보건사회연구원 내부자료에 의하면, 산전·후휴가 대비 육아휴직 이용률을 2030년까지 65.0%로 달성하는 것을 목표로 제시하였다. 이를 가장 높은 수준(5점)으로 간주한다면, 2005년 현재 산전·후휴가 대비 육아휴직 이용률은 26.0%로 평가결과는 2.0점의 낮은 점수를 부여할 수밖에 없다.

□ 지표명 : 불임발생 대비 지원비율

— 시계열 및 국제비교

우리나라 불임부부는 1990년 25만명에서 2000년 64만명으로 10년간 156%가 증가한 것으로 유배우 가임여성의 13.5% 수준(한국보건사회연구원, 2003)인 것으로 나타났다.[주34] 이와 같은 우리나라 부부의 불임발생 규모는 OECD 선진국의 10~20% 수준에 근접하고 있다. 특히, 불임부부의 경우 시험관 아기나 인공수정 등 본격적인 시술에 앞서 불임진단을 받기까지 비용이 많이 들어, 환자의 80% 이상이 불임진단을 받기위해 200만원 안팎의 비용을 지출하고 있고 200~

주34) 한국보건사회연구원의 '2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사' 자료 분석결과에 근거함.

500만원을 지출하는 비율도 12.8%인 것으로 보고되고 있다(건강증진사업지원단, 2006).

우리나라의 불임부부의 지원규모 및 수준은 전 불임부부를 대상으로 불임진단 및 무배란성 여성불임증 치료 등 부분적으로 건강보험을 적용받는다. 또한 저소득층 불임부부 및 국기초수급자를 대상으로 불임시술비용의 약 50%(수급자 85%) 수준을 지원한다. 불임치료의 건강보험 적용수준은 1987~2001년 미국(1인당 GDP 26,518~34,401달러), 2001년 독일(1인당 GDP 22,908달러), 프랑스(1인당 GDP 22,568달러) 등의 국가에서 100% 보험 적용되는 것을 감안한다면, 우리나라의 불임대책은 낮은 수준임을 엿볼 수 있다.

— 지표평가

우리나라의 불임치료의 건강보험 적용수준은 50.0%정도로 OECD 국가의 100% 지원을 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 우리나라 불임발생 대비 국가지원정도는 2.5점의 평가점수를 부여할 수 있다고 판단된다.

4. 보육·교육보장 분야

가. 교육의 공공성

□ 지표명 : 육아비용 정부부담률

— 시계열 및 국제비교

육아비용의 정부부담률은 2002년 25.4%에서 2003년 30.5%, 2005년 38.0%로 증가하였으며, 이에 힘입어 부모부담률은 2002년 74.6%에서 2003년 69.5%, 2005년에는 62%로 감소하였다. 그렇지만 국가차원에서 강력히 추진하고 있는 '보육의 공공성'이라는 정책방향을 감안한다면, 여전히 육아비용의 정부부담률은 낮고, 부모부담률은 높은 수준에 있다고 판단된다.

〈표 6-56〉 육아비용 정부 부담률의 시계열 비교

(단위: %)

구분	2002	2003	2005
육아비용 정부 부담률	25.4	30.5	38.0

자료: 1) 한국보건사회연구원, 「2002년도 전국 보육실태조사 보고」, 2002
2) 한국보건사회연구원 내부자료, 2003.
3) 정부·민간 합동작업단, 「함께가는 희망한국 VISION2030」, 2006. 8.

육아비용의 정부부담률을 OECD 국가와 비교하면, 독일은 81%, 프랑스 73%, 호주는 66%이었고, 일본도 60%로 우리나라의 육아비용의 정부부담률은 OECD 국가보다 현저히 낮은 수준으로 나타났다.

〈표 6-57〉 육아비용 정부부담률의 국제비교(2005)

(단위: %)

구분	독일	프랑스	호주	일본	한국
육아비용정부부담률	81	73	66	60	38

자료: 정부·민간 합동작업단, 「함께 가는 희망한국 VISION2030」, 2006. 8.

— 지표평가

육아비용정부부담률이 가장 높은 독일 81%를 5점으로 간주할 때 우리나라의 육아비용정부부담률은 2.3점으로 미흡한 수준이라 평가된다.[주35)]

□ 지표명 : GDP 대비 사교육비 지출률

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 교육비 지출은 2004년 1인당 459,894원, 2005년 568,143원으로 증가하였다. 또한 GDP 대비 교육비 지출은 2001년 2.9%, 2003년 2.8%, 2005년 3.3%로 나타났다. 우리나라의 GDP 대비 전체 교육비는 2002년 현재 7.1%로 공

주35) Vision2030에서 2030년도의 목표치를 기준으로 보면 2005년도의 38%는 3.0점으로 보통인 수준으로 판단됨.

교육비 4.2%, 사교육비 2.9%를 지출하고 있었다.

〈표 6-58〉 GDP 대비 사교육비 지출률의 시계열비교

(단위: GDP 대비 %)

구분	2002
1인당 교육비	7.1
공교육 비율	4.2
사교육 비율	2.9

자료: OECD, *OECD Factbook 2006,* 2006.

OECD 국가의 GDP 대비 교육비지출 평균은 5.8%, 공교육비 5.1%, 사교육비 0.7%로 공교육비 지출이 사교육 지출보다 높은 것으로 나타났다. 우리나라는 미국 다음으로 교육비 지출이 가장 많았으며, 공교육비 지출은 적은 수준이었다. OECD 국가 중 GDP 대비 사교육비 지출이 가장 큰 나라는 한국 2.9%, 미국 1.9%, 오스트레일리아 1.5% 순이었으며, 우리나라는 OECD 평균 0.7%보다 4배 정도 높은 것으로 나타나 사교육비 지출에 대한 부담이 높은 것으로 판단된다.

〈표 6-59〉 GDP 대비 사교육비 지출률의 국제비교

(단위: GDP 대비 %)

구분	1995			2002		
	공공	사교육	전체	공공	사교육	전체
OECD 평균	-	-	-	5.1	0.7	5.8
한국	-	-	-	4.2	2.9	7.1
오스트레일리아	4.5	1.2	5.7	4.4	1.5	6.0
오스트리아	5.9	0.3	6.2	5.4	0.3	5.7
덴마크	6.1	0.2	6.3	6.8	0.3	7.1
핀란드	6.2	-	6.3	5.9	0.1	6.0
프랑스	5.9	0.4	6.3	5.7	0.4	6.1
독일	4.5	1.0	5.5	4.4	0.9	5.3
이탈리아	4.7	-	-	4.6	0.3	4.9
일본	3.5	1.1	4.6	3.5	1.2	4.7
노르웨이	6.8	0.4	7.1	6.7	0.3	6.9
스웨덴	6.1	0.1	6.2	6.7	0.2	6.9
영국	4.8	0.7	5.5	5.0	0.9	5.9
미국	5.0	2.2	7.2	5.3	1.9	7.2

자료: OECD, *OECD Factbook 2006,* 2006.

— 지표평가

우리나라의 GDP 대비 사교육비 지출은 2.9%로 OECD 국가 평균 0.7%보다 4배 이상 높으며, OECD 국가 중 사교육비 지출이 가장 심각한 것으로 나타났다. 따라서 OECD 국가의 GDP 대비 사교육비 지출의 평균 0.7%를 가장 좋은 수준(5점)으로 간주하여 우리나라의 사교육비 지출수준을 살펴본 결과, 우리나라는 1.5점으로 매우 낮은 평가를 하게 된다. 이와 같은 평가결과는 교육인적자원부에서 사교육경감대책을 발표하고 의욕적으로 추진하고 있지만 가시적인 효과를 거두고 있지 못하고 있는 현실을 감안한 결과로 이해된다.

나. 교육의 질 보장

□ 지표명 : 보육교사 1인당 아동수

— 시계열 및 국제비교

보육교사 1인당 아동수는 1999년 16.0명이었고, 2002년 및 2003년에는 각 15.0명, 2004년 및 2005년에는 각각 12.0명으로 점차 감소하는 경향을 보였다. 따라서 최근의 보육환경은 보육교사 1인이 아동 12명을 담당하고 있음을 알 수 있다.

〈표 6-60〉 보육교사 1인당 아동수의 시계열 비교

(단위: 명)

구분	1999	2002	2003	2004	2005
보육교사 1인당 아동수	16.0	15.0	15.0	12.0	12.0
(보육교사수)	39,815	53,934	57,403	77,395	85,985
(아동수)	640,915	800,991	858,345	930,252	989,390

자료: 여성가족부, 『여성통계연보』, 각 년도.

보육교사 1인당 아동수는 국가마다 보육의 범주와 체계가 상이하여 국제비교가 불가능하나 보육을 학교전 개념으로 포함하여 국가들과의 차이를 비교한다.

학교전 교사 1인당 아동수는 독일이 12명, 프랑스 18명, 스웨덴은 10명으로 우리나라보다 낮은 편이었으며, 영국은 19명으로 비슷한 수준이었고, 일본은 30명으로 우리보다 높았다. 우리나라는 OECD의 주요국가인 독일, 스웨덴보다 약 2배 높았다.

〈표 6-61〉 학교전(Pri-primary) 교사 1인당 아동수의 국제비교(2004)

(단위: 명)

연도	독일	프랑스	스웨덴	영국	일본	한국
보육교사 1인당 아동수	12	18	10	19	30	21

주: 1) 한국은 2005년도 자료임.
자료: 여성가족부, 『여성통계연보』, 각 년도.

— 지표평가

보육교사 1인당 아동수의 수준은 직접적인 국제비교 자료가 불충분하여 보다 넓은 범위인 '학교전 교사'의 개념으로 보고자 한다. 학교전 교사 1인당 아동수 수준은 OECD 국가 중 가장 양호한 수준을 나타내는 스웨덴의 10명을 가장 높은 점수(5점)로 간주할 때, 우리나라는 많은 정책적 노력에도 불구하고 2.4점으로 다소 미흡한 것으로 평가되며, 보육교사 1인당 아동수도 동일한 수준의 평가를 거양한다고 사료된다.

□ 지표명 : 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수

— 시계열 및 국제비교

초·중·고등학교 교사는 2005년 현재 38만명으로 전년 대비 1.4% 증가하였고, 초등학교의 학생수는 402만명으로 전년 보다 9만명 정도가 감소하였으며, 중·고등학교 학생은 증가한 것으로 나타났다. 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수는 2000년 23.6명, 2002년 21.8명, 2005년 20.5명으로 교사 1명이 약 20명 정도의 학생을 담당하는 것으로 나타났다.

〈표 6-62〉 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수의 시계열비교

(단위: 명, 수)

구분	초등학교		중학교		고등학교		교원 1인당학생수
	학생수	교원수	학생수	교원수	학생수	교원수	
2000	4,019,991	140,000	1,860,539	92,589	2,071,468	104,351	23.6
2001	4,089,429	142,715	1,831,152	93,385	1,911,173	104,314	23.0
2002	4,138,366	147,497	1,841,030	95,283	1,795,509	114,304	21.8
2003	4,175,626	154,075	1,854,641	99,717	1,766,529	115,829	21.1
2004	4,116,195	157,407	1,933,543	101,719	1,746,560	116,111	20.8
2005	4,022,801	160,143	2,010,704	103,835	1,762,896	116,411	20.5

자료: 통계청, 「한국의 사회지표」, 2005

OECD 국가의 초등교육(Primary education) 교사 1인당 학생수 평균은 2002년과 2003년 모두 16.5명, 2004년 15.3명이었으며, 중등교육(Secondary education)은 2002년 13.6명, 2003년 13.6명, 2004년 12.0명으로서 OECD 국가의 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수는 평균 약 12~15명으로 나타났다.

〈표 6-63〉 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수의 국제비교

(단위: 명)

구분	2002				2003				2004			
	초등교육	중등교육			초등교육	중등교육			초등교육	중등교육		
		전기	중기	전체		전기	중기	전체		전기	중기	전체
한국	31.4	20.7	16.5	18.4	30.2	19.9	16.0	17.8	29.1	20.4	15.9	17.9
독일	18.9	15.7	13.6	15.1	18.7	15.6	13.7	15.1	18.8	15.6	13.9	15.1
일본	20.3	16.2	13.7	14.8	19.9	15.7	13.5	14.5	19.6	15.3	13.2	14.1
프랑스	19.4	13.7	10.6	12.2	19.4	13.7	10.6	12.2	19.4	14.1	10.3	12.1
스페인	14.6	13.7	8.3	11.2	14.3	13.3	7.9	10.9	14.3	12.9	8.0	10.8
스웨덴	12.5	12.2	14.1	13.2	12.3	12.1	14.1	13.1	12.1	11.9	14.0	12.9
미국	15.5	15.5	15.6	15.5	15.5	15.5	15.6	15.5	15.0	15.2	16.0	15.5
OECD평균	16.6	14.4	13.1	13.6	16.5	14.3	13.0	13.6	15.3	12.0	11.5	12.0

자료: OECD, 「Education at a glance」, 각 년도.

우리나라의 경우, 초등교육 교사 1인당 학생수는 2002년 31.4명, 2003년 30.2

명, 2004년 29.1명으로 감소하였다. 그러나 우리나라의 초등교육 교사 1인당 학생수는 약 30명 정도로 2004년 현재 독일 18.8명, 스웨덴 12.1명 등 OECD 국가보다 약 1.5~2배정도 많은 것으로 나타났다. 또한 중등교육의 경우도 2004년 현재 17.9명으로 OECD 평균 12.0명에 미치지 못한 것으로 나타났다. 따라서 우리나라의 초·중·고등학교 교육 여건의 질은 OECD 국가에 비해 상당히 낮은 수준이라 판단된다.

— 지표평가

2004년 현재 우리나라의 초등교육 및 중등교육의 교사 1인당 학생수는 29.1명, 17.9명으로 OECD 평균 15.3명, 12.0명보다 많은 것으로 나타나 우리나라의 초·중·고등학교 교육 여건이 좋지 않음을 간접적으로 보여준다. 따라서 OECD 평균을 가장 높은 수준(5점)으로 간주한다면, 우리나라의 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수의 수준은 3점으로 보통수준의 평가결과를 보였다.

□ 지표명 : 대학교수 1인당 학생수

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 대학생수는 2005년 현재 302만명으로 전년 대비 0.4% 감소한 것으로 나타났으며, 교원수는 6만명으로 전년에 비해 4.4% 증가하였다. 대학교수 1인당 학생수는 2000년 52.1명, 2002년 52.9명, 2004년 49.7명, 2005년 47.4명으로 나타났다.

〈표 6-64〉 대학교수 1인당 학생수의 시계열비교

(단위: 명, 수)

구분	대학(원)교[1]		교원 1인당학생수
	학생수	교원수	
2000	2,829,015	54,348	52.1
2001	2,946,975	55,916	52.7
2002	3,020,993	57,054	52.9
2003	3,030,385	57,986	52.3
2004	3,034,491	61,021	49.7
2005	3,020,094	63,698	47.4

주: 전문대학, 일반대학교, 대학원 포함.
자료: 통계청(2005), 「한국의 사회지표」, 2005.

OECD 국가의 2004년 현재 대학교수 1인당 학생수는 평균 15.5명으로 우리나라 25.2명보다 약 10명 정도 적었으며, 특히, 스웨덴 9.0명, 일본 11.0명, 그리고 스페인은 11.7명으로 대학교수 1명당 약 10명 정도 담당하는 것으로 나타났다.

〈표 6-65〉 대학교수(tertiary education) 1인당 학생수의 국제비교

(단위: 명, 수)

구분	2002	2003	2004
한국	-	-	25.2
독일	12.6	12.5	12.7
일본	11.2	11.0	11.0
프랑스	17.9	17.6	17.8
스페인	13.0	11.8	11.7
스웨덴	9.1	9.0	9.0
미국	17.1	15.2	15.8
OECD평균	15.4	14.9	15.5

주: 고등교육(Tertiary education) 과정임.
자료: OECD, *Education at a glance*, each year.

— 지표평가

2004년 현재 우리나라의 대학교수 1인당 학생수는 25.2명으로 OECD 평균 15.5명보다 약 1.6배 정도 많으며, OECD 국가 중에서도 담당하는 학생이 가장 많은 것으로 나타났다. 따라서 OECD 국가의 대학교수 1인당 학생수 평균을 적정수준(5점)으로 간주한 결과, 우리나라의 대학교수(tertiary education) 1인당 학생수의 평가는 3점으로 보통수준이라 판단된다.

다. 취약계층 교육보장

□ 지표명 : 취약계층 보육교육비 지원아동비율

— 시계열 및 국제비교

취약계층의 보육·교육비를 지원 받는 아동의 비율은 2003년 32.0%에서 2004년에는 38.0%로 6%포인트 증가하였으며, 2005년에는 40.7%로 2003년에 비해 8.7% 포인트, 2004년보다 2.7%포인트 증가하였다.

향후 보육비용 지원에 대한 정책방향은 2006년부터 차상위계층까지 보육료를 전액지원하고 2007년부터는 도시근로자 평균소득가정에 보육료의 일부(20%)를 지원할 예정이다.

〈표 6-66〉 취약계층의 보육교육비 지원아동비율의 시계열 비교

(단위: %, 명)

구분	2003	2004	2005
보육교육비지원아동비율	32.0	38.0	40.7
(지원 아동수)	274,855	353,588	402,470
(시설이용 아동수)	858,345	930,252	989,390

자료: 여성가족부, 『보육통계』, 각 년도.

OECD 국가와 비교하면 스웨덴, 호주 등의 국가에서는 소득계층별로 차등보육료를 적용하여 국가의 전 소득계층을 포함하는데 비해 우리나라의 경우 보육비용을 개인에게 부담하고 있으며, 국가는 일부 저소득층의 비용을 부담하는 수준에 머물러 있다.

— 지표평가

OECD 국가의 경우 전 소득계층에게 보육교육비를 지원하는데 반해 우리나라는 일부 저소득층에게만 지원되는 실정이다. 향후 정책방향을 반영할 때 취약계층의 보육·교육비 지원아동비율은 2010년에 77%, 2020년 90%, 2030년까지 90% 수준을 달성하는 것을 목표로 설정하였다(한국보건사회연구원, 2006). 지원아동비율이 90% 수준에 달성되는 것을 5점으로 간주할 때 2005년의 40.7%는 2.3점으로 평균 이하의 낮은 수준이었다.

□ 지표명 : 취약보육서비스 수혜율

— 시계열 및 국제비교

전체 영유아 중에서 취약보육서비스를 이용하는 비율은 2003년에 1.3%에서

2004년 1.7%, 그리고 2005년에 2.1%로 지속적인 증가를 보였다.

〈표 6-67〉 취약보육서비스 수혜율의 시계열 비교

(단위: %, 명)

연도	2003	2004	2005
취약보육서비스 수혜율	1.3	1.7	2.1
특수보육시설·서비스 이용 영유아수	45,736	55,339	65,731
영유아 아동인구	3,474,231	3,308,130	3,158,538

자료: 1) 여성가족부, 『보육통계』, 각 년도.
2) 통계청, 『시도별 장애인구추계』, 2005. 4.

— 지표평가

최근 조사결과에 의하면, 취약보육서비스의 이용 욕구가 높은 것으로 나타났다(여성부·한국보건사회연구원, 2005). 시간제 보육은 응답자의 63.4%, 야간보육은 41.3%, 24시간 보육은 20.6%, 휴일보육은 24.7%가 필요한 것으로 조사되어서 수요자 중심의 다양한 서비스의 확대가 요구되고 있음을 의미한다. 2005년 취약보육서비스 수혜율은 취약보육서비스의 필요인구를 고려할 때, 5점 만점에 2.0점의 비교적 낮은 평가결과를 부여할 수밖에 없다.

□ 지표명 : 장애인 고등교육 이수율

— 시계열 및 국제비교

2005년 현재 전체 장애인 중 전문대 이상 졸업자 비율은 9.3%인 반면, 전체 국민의 동 비율은 27.8%로 나타나, 전체 국민 대비 장애인 고등교육 이수율은 33.5%에 불과했다.

〈표 6-68〉 장애인 고등교육 이수율 시계열비교

(단위: %)

연도	구분	장애인(A)	전체 국민(B)	A/B*100
2005	초대졸	2.7	8.5	31.8
	대졸	5.7	17.0	33.5
	대학원 이상	0.9	2.3	39.1
	계	9.3	27.8	33.5

자료: 통계청, 『2005년 인구센서스』, 2006; 한국보건사회연구원, 『2005 장애인실태조사』, 2006.

— 지표평가

장애인 고등교육 이수율이 전체 국민의 고등교육 이수율의 80% 수준으로 되는 것을 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 현재 수준은 2.1점으로 낮은 것으로 판단된다.

□ 지표명 : 특수교육 수혜율

— 시계열 및 국제비교

최근 장애학생의 통합교육 확산으로 특수학교 수는 크게 증가하지 않으나, 특수학급은 계속 늘어나는 추세에 있으며, 이로 인해 특수교육 수혜율도 2002년 51.1%에서 2003년 53.6%, 2004년 58.1%, 2005년 62.5%로 매년 상승하고 있었다.

〈표 6-69〉 특수교육 수혜율 시계열비교

(단위: %)

연도	특수교육 수혜율	특수학교 학생수	일반학교 학생수 (일반학급·특수학급)	전체 특수교육 수혜 학생수
2002	51.1	24,276	33,463	54,470
2003	53.6	24,192	31,516	53,404
2004	58.1	23,762	35,222	55,374
2005	62.5	23,449	40,023	58,362

자료: 교육인적자원부, 2006년도 특수교육연차보고서.

— 지표평가

특수교육 수혜율 100%를 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 현재 수준은 3.1점의 평가결과를 보였다.

라. 보편적 교육보장

□ 지표명 : 만5세아 무상보육률

— 시계열 및 국제비교

2005년 현재 만 5세아 무상보육률은 33%로 나머지 67%는 부모가 부담하는 것을 의미하여 보육의 공공성이라는 정책방향에서 볼 때 상당히 낮은 수준이다.

OECD 국가와 비교하면 미국, 스웨덴, 네덜란드, 벨기에 등은 100% 무상으로 지원하고 있어 우리나라보다 3배나 높은 수준이었다.

〈표 6-70〉 만 5세아 무상보육률의 국제비교

(단위: %)

연도	미국	스웨덴	네덜란드	벨기에	한국
만5세아 무상보육률	100	100	100	100	33

자료: 여성가족부, 『여성가족통계연보』, 2005.

— 지표평가

OECD 국가의 만5세아 무상보육 즉, 100% 지원을 5점으로 간주한 결과, 2005년 만5세아 무상보육률은 1.7점으로 매우 낮은 평가결과를 보였다.

□ 지표명 : 일반계층 보육교육비 지원아동비율

— 시계열 및 국제비교

두 자녀 이상을 양육하는 일반계층을 대상으로 하는 보육·교육비 지원 아동

비율은 2005년 7.4%이었다. 지원대상이 도시근로자가구의 평균소득 100% 이하를 대상으로 제한적 적용을 하고 있어 저출산 시대에 출산장려 측면에서는 낮은 수준으로 판단된다. 향후 두 자녀 이상 지원에 대한 정책방향은 2008년까지 도시근로자가구의 평균소득 100% 이하까지 적용되고 2009년부터 도시근로자가구의 130%까지 확대될 예정이다.

— 지표평가

두 자녀 이상을 양육하는 일반 계층을 대상으로 하는 보육·교육비 지원이 도시 근로자 가구의 평균소득 130% 이하 가구까지 확대하는 것을 목표로 설정하고, 도시근로자 가구의 평균소득 100% 이하 가구만을 대상으로 제한적으로 적용되는 지원아동 비율을 5점으로 환산한 결과 일반계층 보육교육비 지원아동 비율은 3.8점으로 보통 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 육아서비스 수혜율

— 시계열 및 국제비교

육아서비스 수혜율은 1995년 20%, 2000년 31%, 2005년 47%로 동 비율은 10년간 2배 이상이 증가하는 경향을 보였다. 특히, 유아서비스는 70%를 포괄하는 반면 영아의 경우는 20%의 수혜에 불과한 것으로 나타났다.

〈표 6-71〉 육아서비스 수혜율의 시계열 비교

(단위: %)

연도	1995	2000	2005
육아서비스 수혜율	20	31	47

자료: 여성가족부, 내부자료

— 지표평가

Vision2030에서 2030년도의 목표치인 74%를 5점으로 간주할 때, 2005년도의

육아서비스 수혜율인 47%는 3.2점으로 보통 수준이었다.

□ 지표명 : 평생학습참여율

— 시계열 및 국제비교

평생학습참여율은 2000년 17.2%에서 2004년 21.6%로 증가하였다. 성별로 살펴보면, 같은 기간에 남성은 19.4%에서 23.8%로 상승하였고, 여성은 15.2%에서 19.5%로 상승하였다.

〈표 6-72〉 평생학습참여율의 시계열비교

(단위: %)

구분	2000			2004		
	전국	남	여	전국	남	여
평생학습참여자 비율	17.2	19.4	15.2	21.6	23.8	19.5
직장연수	7.8	10.7	5.1	10.8	14.8	7.1
학원수강	3.6	3.1	4.0	4.1	3.4	4.8
교양강좌	3.3	1.9	4.5	4.6	2.6	6.4
직업훈련	2.1	3.4	0.9	2.1	3.2	1.2
Tv, 라디오 강좌청취 등	3.7	3.6	3.8	4.6	4.9	4.3
기타	0.4	0.5	0.4	0.3	0.2	0.3

자료: 통계청, 「사회통계조사보고서」, 각 년도

OECD 국가의 평생교육참여율을 살펴보면, 덴마크가 56%로 가장 높았으며, 다음은 스웨덴 54%, 미국 50% 등의 순으로 나타났다. 우리나라보다 참여율이 낮은 국가는 폴란드 14%, 포르투갈 13% 등 2개 국가에 불과하였다. 주요 선진국가에 비하여 현저히 낮은 한국사회의 평생교육참여율은 급속하게 고령화되고 있는 인구구조를 감안한다면 시급히 대책을 강구하여야 할 필요가 있음을 시사한다. 즉, 노인인력의 적극적인 노동시장 참여를 유도하고 기타 사회활동을 장려하기 위해서는 평생교육체계의 구축과 실질적인 참여 증대방안이 함께 고려되어야 할 필요가 있다.

〈표 6-73〉 평생학습참여율의 국제비교

(단위: %)

2000	참여율(Participation rate)			
	전기중등교육	후기중등교육 및 중등후 비고등교육	고등교육	전체
OECD 평균	20.6	40.8	58.2	35.6
호주	23	39	60	36
캐나다	12	25	43	29
체코	18	36	49	27
핀란드	31	48	72	50
독일	22	45	64	48
덴마크	36	59	75	56
폴란드	6	23	37	14
포르투갈	8	39	55	13
스웨덴	36	58	70	54
영국	33	58	75	45
미국	25	46	65	50

자료: 교육인적자원부, 「OECD 교육지표」, 2001.

— 지표평가

OECD 국가의 평생학습참여율 평균은 2000년 35.6%, 2004년 44.0%로 나타났다. 따라서 2000년 OECD 국가의 평생학습참여율 평균(35.6%)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주한다면, 우리나라의 평생학습참여율은 2.4점의 평가결과를 보여준다.

5. 일자리 보장 분야

가. 취약계층 일자리 보장

□ 지표명 : 중고령자 고용률

— 시계열 및 국제비교

중고령자 고용률은 1995년 63.6%에서 소폭으로 감소하여 2000년과 2003년에

각각 57.8%의 고용률을 보였다. 동 수준은 2005년에 약간 증가하여 58.7%로 나타났다.

〈표 6-74〉 중고령자 고용률의 시계열 비교

(단위: %)

구분	1995	2000	2003	2005
중고령자고용률	63.6	57.8	57.8	58.7

자료: 통계청, 『경제활동인구조사』, 각 년도.

OECD 국가의 중고령자 고용률은 2004년에 미국이 59.9%, 독일 39.2%, 일본은 63.0%이었으며, OECD 평균은 50.7%이었다. 우리나라는 OECD 평균보다는 높은 수준이나, 미국과 일본에 비해서는 낮았다.

〈표 6-75〉 중고령자 고용률의 국제비교

(단위: %)

구분	미국	독일	일본	스위스	OECD평균	한국
고령자고용률	59.9	39.2	63.0	69.5	50.7	58.7

자료: 정부·민간 합동작업단, 『함께가는 희망한국 VISION2030』, 2006. 8.

— 지표평가

중고령자 고용률의 수준은 OECD 국가 중에서 중고령자 고용률이 높은 수준인 스위스의 69.5%를 5점으로 간주하면, 우리나라의 중고령자 고용률은 4.2점으로 평가된다. 또한 고령화속도와 중고령자의 정년 연장, 임금피크제 등을 고려하여 2030년도 중고령자 고용률의 목표치를 75%로 설정한다면, 2005년도의 중고령자 고용률인 58.7%는 3.9점으로 평가되며, 본 연구에서는 이를 적용한다.

□ 지표명: 노인일자리 충족률

— 시계열 및 국제비교

'2004년 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사'(한국보건사회연구원)에 따르면,

우리나라 전체 노인 중 30.8%가 취업 중이고 미취업노인 중 취업희망노인은 전체노인의 11.8% 수준이었다. 일자리 희망노인(11.8%)은 '노인 미취업율(69.2%)×일자리가 없어서 취업 못하는 비율(17.1%)'이다. 노인일자리 수요충족률은 2004년에 5.1%, 2005년에 6.8%로 매우 낮은 수준이었다.

향후 노인일자리 정책방향은 2006년에는 취업희망노인 54만명 중 10만명에 대하여 일자리를 제공할 계획이며, 매년 2만 명씩 증가시켜 2009년에는 16만명까지 확대할 계획이다.

〈표 6-76〉 일자리수요 및 중장기 전망(추정)

(단위: 천명, %)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
노인인구	4,182	4,383	4,597	4,822	5,020	5,192	5,354
참여희망 노인(수요)	493	517	542	569	592	613	632
일자리 확충계획(실적치)	25 (35)	35 (47)	100	120	140	160	180
수요충족률(지표)	5.1 (7.1)	6.8 (9.1)	14.7	17.6	20.3	22.9	25.3

자료: 보건복지부, 내부자료.

— 지표평가

노인일자리 충족률의 정책방향은 2010년까지 30만개 일자리를 창출하고 지속적으로 확대 추진하는 것이다. 향후 취업 및 사회활동을 희망하는 노인의 증가추세를 고려하여 2030년도 노인일자리 충족률의 목표치를 70.0%로 설정하여 최고점(5점)으로 본다면, 2005년도의 노인일자리 충족률인 20.0%는 1.4점으로 매우 낮은 평가결과를 보인다.

□ 지표명 : 자활사업 참여율

— 시계열 및 국제비교

자활사업의 참여자의 연도별 추이를 살펴보면, 2001년 5만 5천명에서 2004년 약 6만 명으로 증가하였다. 참여자 중 수급자는 약 4만명 정도 규모를 유지하

는데 비해, 차상위계층은 증가하는 양상을 띠고 있다.[주36] 당초 기초생활보장제도 수급자의 자립지원을 목표로 도입된 자활사업에서 정책목표 대상으로 선정한 수급자의 참여가 감소하는 이유는 '참여에 따른 인센티브가 취약한 급여체계' 때문이다. 그러나 경제양극화 과정에서 발생하는 노동배제 빈곤층에 대한 지원방식의 하나로 자활사업의 필요성은 공히 인정되고 있어 제도개편이나 사업의 내실화를 통해 자활사업의 효과성을 극대화하는 노력이 필요하리라 사료된다.

〈표 6-77〉 자활사업 참여자 추이

(단위: 명)

구 분	계	수급자	차상위층
2001	55,000	39,000	16,000
2002	57,000	45,000	12,000
2003	59,862	42,907	16,955
2004	60,946	42,143	18,803

주: 자활사업 참여자 중 수급자는 일반수급자를 포함하며, 차상위층은 비수급빈곤층과 차상위층을 포함.
자료: 보건복지부 자활지원과 및 생활보장과, 각 년도

영국의 뉴딜(New Deal) 프로그램은 사회적 취약계층에 대한 자활지원정책의 핵심으로 근로연계복지(Welfare to Work)라는 틀 안에서 노동시장의 효율성을 증진시키고 장애인, 장기실업자 등 노동시장에서 불리한 사람들이 배제되지 않도록 추진되어 온 자활지원 프로그램이다. 월 평균 뉴딜사업 참가자 수는 약 288천명으로 청년과 장기실업자에 집중되어 시행되었다.

프랑스의 취약계층 대상 자활사업 프로그램은 운영주체별로 구분되며, 자활지원기업(EI), 비영리민간단체(AI), 임시자활기업(ETTI) 등이 있다. 이들 사업에 참여하는 인원수는 2000년 당시 한국의 자활사업과 유사한 최소적응수당(RMI) 수급자 등 취약계층 약 113천명을 포함하여 총 243,600명에 이른다(노대명 외, 2002).

주36) 이러한 양상은 수급자의 경우는 자활사업 참여자의 발굴이 힘들고, 차상위계층의 경우는 정부예산에 의해 결정되는 성격이 강함을 반영하는 것임.

— 지표평가

한국의 자활사업 참여율을 OECD 여타 국가들과 비교하는 것은 제도의 차이점 등으로 인한 한계가 노정된다. 다만, 한국의 자활사업과 유사한 프랑스의 자활지원 프로그램과 비교하면, 현재 자활사업에 61,000명 정도 참여하고 있는 자활사업 참여율의 평점은 1.5점에 해당되어 매우 낮은 평가결과를 보인다.

□ 지표명 : 자활사업 성공률

— 시계열 및 국제비교

자활사업 참여를 통한 탈수급률은 2001년 9.5%에서 2004년 5.4%로 점차 낮아지고 있다. 이는 자활사업에 '근로능력 미약자'가 상당수 포함되어 있어 자활사업 참여자 전체를 대상으로 '취업을 통한 탈빈곤'을 성과목표로 제시하는 것이 한계가 있음을 보여준다. 이러한 감소추이는 조건부 수급자의 규모가 증가하지 않고, 그 중 취업을 성과목표로 하는 프로그램(직업훈련 등)에 참여자가 한정되어 있기 때문이다. 따라서 전체적인 '취업을 통한 탈빈곤'보다는 세부 자활프로그램별로 성과를 산출하는 것이 타당할 것으로 사료된다.

〈표 6-78〉 자활사업 참여를 통한 탈수급률

(단위: 명, %)

구 분	자활성공자수	탈수급률(자활성공률)
2001.	7,101	9.5
2002.	4,990	6.9
2003.	4,307	6.8
2004.	4,131	5.4

자료: 보건복지부 자활지원과(2005)

— 지표평가

자활사업 성공률에 대해서는 각국마다 상이하게 접근하고 있어 우리의 탈수급의

개념과 직접적으로 비교하기에는 어려움이 따른다. 이에 영국의 대표적인 근로연계형 복지정책인 뉴딜 프로그램 참여자의 취업률을 통해 우리의 자활성공률과 비교하고자 한다. 영국 뉴딜 프로그램 참여자 중 13주 이상 지속적으로 취업한 사람의 비율이 26.47%로 이들 중 대부분(21.6%)이 일반취업을 하고 있었다. 이를 최고점(5점)으로 보면, 한국사회의 평가결과는 매우 낮은 1.0점에 불과하다.

□ 지표명 : 장애인 고용률

— 시계열 및 국제비교

15세 이상 장애인의 고용률은 1995년 31.8%에서 2000년 34.2%로 2.4% 포인트 상승하였다가, 2005년에는 34.1%로 2000년도에 비해 0.1% 포인트 하락하였다. 또한 상대적 고용률을 살펴보면, 2005년 전체 국민 고용률이 60.3%, 장애인 고용률이 34.1%로 나타나 상대적 고용률은 57%로 나타났다.

〈표 6-79〉 장애인 고용률 시계열비교

(단위: %)

연도	고용률		
	상대적 고용률	장애인	전체 국민
1995	-	31.8	-
2000	-	34.2	-
2005	0.57	34.1	60.3

주: 각 년도 전체 실업률은 6월 기준임.

자료: 한국보건사회연구원, 「장애인실태조사」, 1995, 2000, 2005.

2005년 현재 우리나라 1인당 GDP 규모와 유사한 1997년 이탈리아의 경우 장애인 고용률은 32.1%(상대적 고용률 60%)로서 우리나라와 유사했으며, 또한 2005년 현재 우리나라 1인당 GDP 규모보다 낮은 수준에 있는 1997년의 스페인과 포르투갈의 경우에도 장애인 고용률에 있어서는 우리나라의 상황과 뚜렷한 차이를 보이고 있지는 않았다.

〈표 6-80〉 장애인 고용률 국제비교(20~64세)

(단위: %)

구분	고용률			1인당 GDP
	전체	장애인	상대적 고용률	(기준년도)
호주	72.1	41.9	0.55	19,599(1998)
오스트리아	68.1	43.4	0.60	21,659(1997)
벨기에	58.7	33.5	0.54	20,510(1997)
캐나다	74.9	56.3	0.72	21,223(1998)
덴마크	73.6	48.2	0.61	27,687(1997)
프랑스	63.6	47.9	0.72	20,292(1997)
독일	64.8	46.1	0.67	21,043(1996)
이탈리아	52.2	32.1	0.60	17,524(1997)
멕시코	60.1	47.2	0.77	5,072(1996)
네덜란드	61.9	39.9	0.60	21,151(1997)
노르웨이	81.4	61.7	0.72	37,937(1998)
포르투갈	68.2	43.9	0.59	9,403(1997)
스페인	50.5	22.1	0.41	12,471(1997)
스웨덴	73.7	52.6	0.69	23,940(1997)
스위스	76.6	62.2	0.79	32,179(1997)
영국	68.6	38.9	0.53	21,707(1996)
미국	80.2	48.6	0.58	30,704(1996)
OECD(17)	67.6	45.1	0.60	-
한국	58.1	44.7	0.77	16,291(2005)

자료: 1) OECD, Transforming disability into ability, 2003.
2) 한국보건사회연구원, 2005년도 장애인실태조사.
3) 통계청 홈페이지

— 지표평가

OECD 국가 장애인의 상대적 고용률 평균(60%)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하고, 우리나라의 장애인의 상대적 고용률 수준을 살펴보면, 4.8점으로 OECD 회원국 평균에 거의 근접하는 수준으로 나타났다. 그러나 OECD 회원국의 장애출현율이 우리나라의 약 3배에 달하는 점을 감안한다면, 우리나라 장애인의 상대적 고용률과 OECD 회원국의 상대적 고용률을 직접적으로 비교하기에는 무리가 있다. 따라서 3점으로 조정하는 것이 바람직하다고 판단된다.

□ 지표명 : 장애인 실업률

— 시계열 및 국제비교

15세 이상 장애인의 실업률은 1995년 27.4%에서 2000년 28.4%로 1% 포인트 상승하였다가, 2005년에는 23.1%로서 2000년도에 비해 5.3% 포인트 감소하였다. 그러나 이는 전체 실업률 3.4%와 비교해 볼 때 6.8배 높은 수치로서 여전히 장애인의 실업률이 매우 높음을 알 수 있다.

〈표 6-81〉 전체 인구 대비 장애인 실업률

(단위: %)

연도	실업률		
	상대적 실업률	장애인	전체 국민
1995	-	27.4	1.9
2000	-	28.4	4.8
2005	6.9	23.1	3.4

주: 각 년도 전체 실업률은 6월 기준임.
자료: 1995년·2000년·2005년 장애인실태조사, 한국보건사회연구원.

2005년 현재 우리나라 1인당 GDP 규모와 유사한 1997년 이탈리아의 경우 장애인 실업률은 14.5%로 우리나라보다 매우 낮은 수준이었으며, 특히 장애인 실업률을 전체 실업률 13.2%와 비교해 볼 때, 거의 차이가 나지 않았다. 또한 2005년 현재 우리나라 1인당 GDP 규모보다 낮은 수준에 있는 1997년의 스페인과 포르투갈의 경우에도 장애인 실업률(상대적 실업률)에 있어서는 이탈리아와 마찬가지로 전체 실업률과 거의 유사한 수준으로 나타났다.

이는 우리나라 장애인들의 경우 비장애인에 비해 취업하기가 훨씬 더 어려운 반면, 주요 외국의 경우에는 취업 기회 및 취업 과정에 있어서 장애인이 받는 차별이 그리 크지 않음을 보여주는 것이라고 할 수 있다.

〈표 6-82〉 OECD 국가의 장애인 실업률(20~64세)

(단위: %)

구분	실업률			1인당 GDP (기준년도)
	전체	장애인	상대적 실업률	
호주	7.1	10.2	1.4	19,599(1998)
오스트리아	5.6	13.0	2.3	21,659(1997)
벨기에	14.4	22.8	1.6	20,510(1997)
캐나다	-	-	-	21,223(1998)
덴마크	9.4	15.7	1.7	27,687(1997)
프랑스	13.2	17.5	1.3	20,292(1997)
독일	9.3	20.5	2.2	21,043(1996)
이탈리아	13.2	14.5	1.1	17,524(1997)
멕시코	3.6	1.8	0.5	5,072(1996)
네덜란드	12.5	26.8	2.1	21,151(1997)
노르웨이	-	-	-	37,937(1998)
포르투갈	8.8	12.7	1.4	9,403(1997)
스페인	20.4	27.0	1.3	12,471(1997)
스웨덴	10.2	18.0	1.8	23,940(1997)
스위스	3.7	6.8	1.8	32,179(1997)
영국	6.9	17.2	2.5	21,707(1996)
미국	3.7	18.8	5.1	30,704(1996)
OECD(17)	8.4	14.3	1.7	-
한국	3.4	23.5	6.9	16,291(2005)

자료: 1) OECD, Transforming disability into ability, 2003.
2) 한국보건사회연구원, 2005년도 장애인실태조사.
3) 통계청 홈페이지

— 지표평가

OECD 회원국의 장애인의 상대적 실업률 평균(1.7배)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주하고, 우리나라의 장애인의 상대적 실업률 수준을 살펴보면, 1.0점으로 매우 낮은 수준으로 판단된다.

나. 보편적 일자리 보장

□ 지표명: 고용률

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 취업자는 2000년 2,015만명, 2003년 2,099만명, 2005년 2,150만명으로 2005년 현재 전년 대비 0.9% 증가 추세이다. 고용률은 2000년 61.5%, 2002년 63.3%, 2004년 63.6%, 2005년 63.7%로 나타났다.

〈표 6-83〉 고용률(15~64세)의 시계열비교

(단위: 천명, %)

시점	2000	2001	2002	2003	2004	2005
15세~64세	32,790	32,995	33,180	33,352	33,523	33,768
경제활동인구	21,127	21,395	21,759	21,810	22,164	22,383
취업자	20,155	20,502	21,014	20,998	21,313	21,506
실업자	972	895	745	813	850	877
고용률	61.5	62.1	63.3	63.0	63.6	63.7
실업률	4.6	4.2	3.4	3.7	3.8	3.9
경제활동참가율	64.4	64.8	65.6	65.4	66.1	66.3

자료: 통계청, 『경제활동인구연보』, 각 년도.

OECD 국가의 고용률 평균은 2001년 65.5%, 2003년 64.9%, 2005년 65.5%로 나타났으며, 2005년 현재 한국의 고용률은 63.7%로 OECD 국가 평균 65.5%, 덴마크 75.5%, 영국 72.6%, 캐나다 72.5%, 일본 69.3% 보다 낮은 수준이었다.

〈표 6-84〉 고용률의 국제비교

(단위: %)

시점	2001	2002	2003	2004	2005
OECD 평균	65.5	65.1	64.9	65.3	65.5
오스트레일리아	69.0	69.4	70.0	70.3	71.6
캐나다	70.8	71.4	72.2	72.5	72.5
덴마크	75.9	76.4	75.1	76.0	75.5
독일	65.8	65.3	64.6	65.0	65.5
프랑스	62.0	62.2	62.5	62.4	62.3
일본	68.8	68.2	68.4	68.7	69.3
한국	62.1	63.3	63.0	63.6	63.7
스웨덴	75.2	74.9	74.3	73.5	-
영국	72.5	72.3	72.6	72.7	72.6
미국	73.1	71.9	71.2	71.2	71.5

자료: OECD(2006), Employment outlook

— 지표평가

Vision 2030에 따르면 우리나라의 고용률을 2010년 67.0%, 2020년 70.0%, 2030년 72.0%로 달성하도록 장기 목표를 제시하였다. 이에 따라 OECD 국가 중 덴마크의 고용률 수준 75.5%를 목표로 하여 최고점수(5점)로 간주하면, 우리나라의 현 고용률은 4.2점의 매우 높은 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 청년고용률

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 청년취업자수는 2000년 204만명, 2003년 200만명, 2005년 182만명으로 전년 대비 8% 감소한 것으로 나타났다. 특히, 청년고용률은 2002년 31.5%, 2003년 30.8%, 2004년 31.2%, 2005년 29.9%로 감소하였다.

〈표 6-85〉 청년고용률의 시계열비교

(단위: 천명, %)

시점	2000	2001	2002	2003	2004	2005
15~24세	6,961	6,803	6,662	6,514	6,348	6,114
경제활동인구	2,297	2,280	2,293	2,231	2,212	2,034
취업자	2,049	2,047	2,097	2,007	1,980	1,826
실업자	249	234	196	225	231	208
고용률	29.4	30.1	31.5	30.8	31.2	29.9
실업률	10.8	10.3	8.5	10.1	10.4	10.2
경제활동참가율	33.0	33.5	34.4	34.2	34.8	33.3

자료: 통계청,「경제활동인구연보」, 각 년도

OECD 국가의 청년고용률 평균은 2002년 43.7%, 2003년 42.7%, 2004년 43.0%, 2005년 42.8%로 감소하는 추세이다. 2005년 현재 우리나라의 청년고용률은 29.9%로 OECD 평균 42.8%, 오스트레일리아 63.6%, 덴마크 62.0%, 영국 58.1%에 미치지 못하는 것으로 나타났다.

〈표 6-86〉 청년고용률의 국제비교

(단위: %)

시점	2002	2003	2004	2005
OECD 평균	43.7	42.7	43.0	42.8
오스트레일리아	61.1	61.8	62.4	63.6
캐나다	57.5	58.3	58.0	57.8
덴마크	64.0	59.4	61.3	62.0
독일	26.1	25.7	26.5	25.3
프랑스	24.1	27.0	26.4	26.0
일본	41.0	40.3	40.0	40.9
한국	31.5	30.8	31.2	29.9
스웨덴	46.5	45.1	42.8	-
영국	60.9	59.7	60.1	58.1
미국	55.7	53.9	53.9	53.9

자료: OECD(2006), Employment outlook

— 지표평가

2005년 OECD 국가의 청년고용률 평균(42.8%)을 최고점(5점)으로 간주하면, 우리나라의 청년고용률은 3.5점 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 재직자 훈련 참여율

— 시계열 및 국제비교

재직자 훈련 참여자는 2002년 174만명, 2004년 203만명, 2005년 현재 245만명으로 전년 대비 20.7% 증가하였으며, 재직자 훈련 참여율은 2002년 24.4%, 2003년 23.9%, 2004년 26.9%, 2005년 30.5%로 나타났다.

〈표 6-87〉 재직자 훈련 참여율의 시계열비교

(단위: 명, %)

시점	피보험자수	직업능력개발훈련 현황					재직자훈련참여자	참여율
		재직자 능력개발	유급휴가 훈련	실업자재 취업훈련	근로자학 자금대부	수강 장려금		
2002	7,171,277	1,681,862	5,963	88,372	24,443	35,537	1,747,805	24.4
2003	7,203,347	1,661,978	5,665	57,662	27,772	29,177	1,724,592	23.9
2004	7,576,856	1,958,130	6,425	53,710	30,978	38,908	2,034,441	26.9
2005	8,063,797	2,350,509	5,468	64,179	29,150	70,732	2,455,859	30.5

자료: 노동부, 『노동통계연감』, 각 년도.

재직자 훈련 참여율은 호주 66%, 독일 81%, 프랑스 73%, 일본 60%로 우리나라 수준보다 2~3배 높은 것으로 나타났다.

— 지표평가

호주(66%), 독일(81%), 프랑스(73%), 일본(60%)의 재직자 훈련 참여율 평균인 70.0%를 최고점(5점)으로 간주하면, 우리나라의 재직자 훈련 참여율은 2.2점으로 비교적 낮게 평가된다.

□ 지표명 : 여성고용률

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 여성고용률은 2000년 50.1%, 2003년 51.1%, 2005년 52.5%로 증가추세이다. 또한 여성경제활동참가율은 2000년 52.0%, 2003년 52.9%, 2005년 54.5%로 증가하였다.

〈표 6-88〉 여성고용률의 시계열비교

(단위: 천명, %)

시점	2000	2001	2002	2003	2004	2005
15세~64세	16,567	16,659	16,737	16,808	16,882	16,982
경제활동인구	8,623	8,796	8,956	8,899	9,130	9,254
취업자(여)	8,293	8,488	8,697	8,589	8,805	8,921
실업자	329	308	260	310	325	333
고용률	50.1	51.0	52.0	51.1	52.2	52.5
실업률	3.8	3.5	2.9	3.5	3.6	3.6
여성경제활동참가율	52.0	52.8	53.5	52.9	54.1	54.5

주: 15~64세만 포함
자료: 통계청, 『경제활동인구연보』, 각 년도.

OECD 국가의 여성고용률 평균은 2002년 55.3%, 2004년 55.8%, 2005년 56.1%이었다. 2005년 현재 한국의 여성고용률은 52.5%로 OECD 평균 56.1%, 덴마크 70.8%, 캐나다 68.3%, 영국 66.8%에 미치지 못하는 것으로 나타났다.

〈표 6-89〉 여성고용률의 국제비교

(단위: %)

시점	2001	2002	2003	2004	2005
OECD 평균	55.4	55.3	55.3	55.8	56.1
오스트레일리아	61.7	62.1	62.9	63.1	64.7
캐나다	65.9	67.0	67.9	68.4	68.3
덴마크	71.4	72.6	70.5	72.0	70.8
독일	58.7	58.8	58.7	59.2	59.6
프랑스	55.2	55.8	56.4	56.7	56.9
일본	57.0	56.5	56.8	57.4	58.1
한국	50.9	52.0	51.1	52.2	52.5
스웨덴	73.5	73.4	72.8	71.8	-
영국	66.0	66.3	66.4	66.6	66.8
미국	67.1	66.1	65.7	65.4	65.6

자료: OECD, *Employment outlook*, 2006.

— 지표평가

2005년 OECD 국가의 여성고용률 평균(61.7%)을 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 우리나라의 여성고용률은 4.3점으로 높은 수준으로 나타났다.[주37)]

□ 지표명 : 중장년 실업률

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 중장년 실업자는 2001년 123천명, 2003년 98천명, 2005년 현재 128천명으로 전년 대비 15.3% 증가하였다. 중장년 실업률은 2000년 2.9%, 2003년 2.1%, 2005년 2.4% 등으로 증가 추세를 보였다.

주37) 여성고용률 평균의 계산에서 그리스(46.2%), 이탈리아(45.3%), 멕시코(41.5%), 폴란드(47.0%), 터키(23.7%) 등은 제외함.

〈표 6-90〉 중장년 실업률의 시계열비교

(단위: 천명, %)

시점	2001	2002	2003	2004	2005
45세~54세	5,560	5,837	6,136	6,476	6,937
경제활동인구	4,226	4,459	4,629	4,906	5,282
취업자	4,103	4,377	4,531	4,795	5,154
실업자	123	83	98	111	128
고용률	73.8	75.0	73.8	74.0	74.3
실업률	2.9	1.9	2.1	2.3	2.4
전체 실업률	4.2	3.4	3.7	3.8	3.9
경제활동참가율	76.0	76.4	75.4	75.8	76.1

자료: 통계청, 『경제활동인구연보』, 각 년도.

OECD의 실업률은 경제활동 인구 중 "지난 한달 간 구직활동을 한 적이 있는 사람" 을 기준으로 한다. 즉, 구직활동기간 4주 동안 구직활동을 벌여 1시간 이상 일하면 취업자, 그렇지 못하면 실업자로 간주한다. OECD 국가의 중장년 실업률은 2002년 6.0%, 2003년 6.2%, 2004년 6.0%, 2005년 5.9%로 감소하였다. 2005년 현재 우리나라의 중장년 실업률은 3.4%, 미국 4.1%, 오스트레일리아 3.9%로 OECD 국가의 실업률 보다 낮은 수준으로 나타났다.

〈표 6-91〉 중장년 실업률(25~54세)의 국제비교

(단위: %)

시점	2002	2003	2004	2005
OECD 평균	6.0	6.2	6.0	5.9
오스트레일리아	5.1	4.8	4.2	3.9
캐나다	6.6	6.5	6.0	5.8
덴마크	3.7	5.0	4.7	4.2
독일	8.1	9.1	9.7	10.4
프랑스	8.1	9.1	9.7	10.4
일본	4.9	4.7	4.4	4.2
한국	3.0	3.1	3.2	3.4
스웨덴	4.2	4.9	5.5	-
영국	4.1	3.7	3.6	3.5
미국	4.8	5.0	4.6	4.1

자료: OECD(2006), Employment outlook

— 지표평가

2005년 OECD 국가의 중장년실업률 평균은 5.9%로 우리나라의 중장년실업률은 선진국보다 낮은 수준으로 나타났다. 그러나 우리나라의 실업률의 경우 낮게 측정되는 경향이 있어(김기호 외, 2005), 우리나라의 중장년실업률은 3.0점 수준으로 평가된다.

다. 일자리의 건강성

□ 지표명 : 전체 근로자 중 비정규직 비율

— 시계열 및 국제비교

우리나라의 비정규직 규모는 2004년의 539만명(37.0%)에서 2005년 548만명(36.6%)으로 약 9만명 증가하였다. 그렇지만 전체 임금근로자 증가로 비정규직의 비율은 0.4%포인트 감소한 것으로 나타났다.

〈표 6-92〉 전체 근로자 중 비정규직 비율의 시계열비교

(단위: 천명, %)

년월	임금근로자	정규직	비정규직(순계*)	한시적근로자		시간제근로	비 전 형 근 로					
					기간제		소계	파견근로	용역근로	특수고용형태	가정내근로	일일(단기)근로
2001 8월	13,540 (100)	9,905 (73.2)	3,635 (26.8)	1,865 (13.8)	1,477 (10.9)	878 (6.5)	1,702 (12.6)	135 (1.0)	307 (2.3)	810 (6.0)	256 (1.9)	298 (2.2)
2002. 8월	14,030 (100)	10,191 (72.6)	3,839 (27.4)	2,063 (14.7)	1,536 (10.9)	807 (5.8)	1,742 (12.4)	94 (0.7)	332 (2.4)	772 (5.5)	235 (1.7)	412 (2.9)
2003. 8월	14,149 (100)	9,543 (67.4)	4,606 (32.6)	3,013 (21.3)	2,403 (17.0)	929 (6.6)	1,678 (11.9)	98 (0.7)	346 (2.4)	600 (4.2)	166 (1.2)	589 (4.2)
2004. 8월	14,584 (100)	9,190 (63.0)	5,394 (37.0)	3,597 (24.7)	2,491 (17.1)	1,072 (7.4)	1,948 (13.4)	117 (0.8)	413 (2.8)	711 (4.9)	171 (1.2)	666 (4.6)
2005. 8월	14,968 (100)	9,486 (63.4)	5,483 (36.6)	3,615 (24.2)	2,728 (18.2)	1,044 (7.0)	1,907 (12.7)	118 (0.8)	431 (2.9)	633 (4.2)	141 (0.9)	718 (4.8)

주: 순계는 각 고용형태별 중복인원을 제외하고 산정한 숫자임.
자료: 노동부, 「'2005년 경제활동인구 보가조사 결과분석」, 2005.

우리나라의 경우 2001년 시간제근로자 7.5%, 기간제근로자 17.0%로 OECD 국가 중 중간수준이었다. OECD 국가 중 네덜란드의 경우 시간제근로자가 33.3%로 가장 높았으며, 슬로바키아는 상대적으로 1.9%로 가장 낮았다. 기간제 근로자는 스페인이 31.5%로 가장 높았으며, 미국은 4.0%로 OECD 국가 중 가장 낮았다.[주38)]

〈표 6-93〉 전체 근로자 중 비정규직 비율의 국제비교

(단위: %)

국 가	시간제 비율(2001)	기간제 비율(2001)
한국	7.5	17.0
호주	27.2	5.7
캐나다	18.1	12.8
덴마크	14.5	9.4
프랑스	13.8	14.9
독일	17.6	12.7
이탈리아	12.2	9.5
일본	24.9	12.8
네덜란드	33.0	14.3
노르웨이	20.1	9.3
스페인	7.9	31.5
스웨덴	13.9	14.8
영국	23.0	6.7
미국	13.0	4.0

자료: OECD(2003), Employment outlook(재구성)

— 지표평가

비정규직에 대해서는 각국마다 상이하게 접근하고 있어 우리의 비정규직 개념과 직접적으로 비교하기에는 어려움이 따른다. 이에 노동부 2005년 경제활동인구 부가조사 결과 분석을 활용하여 우리나라의 수준을 OECD 국가의 시간제

주38) 비정규직 개념에 대해 국제적으로 통일된 기준은 없으나, OECD에서는 고용기간이 짧은 유기계약근로자(temporary worker), 시간제근로자(part-time worker) 및 파견근로자(temporary agency worker)정도를 비정규직으로 파악함(노동부, 2005).

및 기간제 비율과 비교한 결과, 우리나라는 3점으로 보통수준의 평가결과를 보였다.

□ 지표명 : 정규직 대비 비정규직 임금수준

— 시계열 및 국제비교

비정규직 근로자의 월 평균 임금수준은 2001년 87.4만원, 2003년 102.8만원, 2005년 115.6만원으로 증가하였으며, 2005년 현재 정규직 월평균 임금의 62.6% 수준이었다. 평균근로시간(주)은 2005년 현재 41.5시간으로 정규직의 45.9시간에 비해 적었다.

〈표 6-94〉 정규직 대비 비정규직 임금수준의 국제비교

(단위: 만원, 시간, 개월, %)

구 분	평균임금(3개월)					평균근로시간(주당)				
	'01.8	'02.8	'03.8	'04.8	'05.8	'01.8	'02.8	'03.8	'04.8	'05.8
정규직	137.7 (100)	145.6 (100)	167.8 (100)	177.1 (100)	184.6 (100)	48.1 (100)	46.6 (100)	44.4 (100)	48.9 (100)	45.9 (100)
비정규직	87.4 (63.5)	97.7 (67.1)	102.8 (61.3)	115.2 (65.0)	115.6 (62.6)	41.4 (86.1)	40.7 (87.4)	40.3 (90.8)	43.0 (87.9)	41.5 (90.4)
전 체	124.2	132.5	146.6	154.2	159.3	46.3	45.0	43.1	46.8	44.3

자료: 노동부, 「2005년 경제활동인구 보가조사 결과분석」, 2005.

유럽연합(EU) 국가들의 임시직 임금은 상용직의 70% 정도로 나타났으며, 독일 83%, 벨기에 79%, 영국 74%로 나타나 우리나라 보다 높은 수준으로 나타났다.

〈표 6-95〉 EU국가의 상용직 및 임시직의 임금비교

(단위: %)

독일	벨기에	영국	프랑스	아일랜드	네덜란드	스페인	EU13개국 평균
83	79	74	71	67	63	53	72

주: 주 30시간 이상 일하는 근로자를 대상으로 한 임시직 시간당 임금의 상용직 시간당 임금에 대한 비중(%)

자료: OECD(2002), Employment Outlook.

— 지표평가

정부는 현 정규직 임금 수준 62.6%를 2010년에 70%로 확대하도록 하였으며, Vision 2030에 따르면 2030년까지 정규직 임금수준의 85%를 달성하는 것을 목표로 제시하였다. 따라서 2030년의 목표를 가장 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 우리나라의 정규직 대비 비정규직 임금수준은 3.7점 수준의 평가결과를 보였다.

6. 의료 및 건강보장 분야

가. 의료보장

□ 지표명 : 빈곤층 의료보장률

— 시계열 및 국제비교

우리나라 빈곤층 의료보장률 정책은 저소득층을 의료급여 대상으로 확대하는 방향으로 진행되어 왔다. 특히 2005년 이후 희귀난치성 질환 종류의 확대, 차상위계층 중 희귀난치성 및 만성질환자, 18세 미만 아동 등에 대한 수급권자 대상 확대 등 빈곤층 의료보장률을 높여왔다.

이러한 추세는 다음 <표 6-96>에 나타나는 바와 같이 2005년도에 3.58%로 1998년 2.89%에 비해 보장률이 월등히 높아졌다. 뒤이어 1999년 3.50%로 증가하게 된 것은 IMF 경제위기 상황에서 한시적으로 의료급여 2종 대상자로 편입시켰던 일시적인 현상이며, 이후 계속적으로 대상자 확대 노력을 강구해 왔다. 특히 본인부담이 적은 1종 수급자 비율이 1.42%에서 2.03%로 증가하여 빈곤층 의료보장을 강화해 왔다.

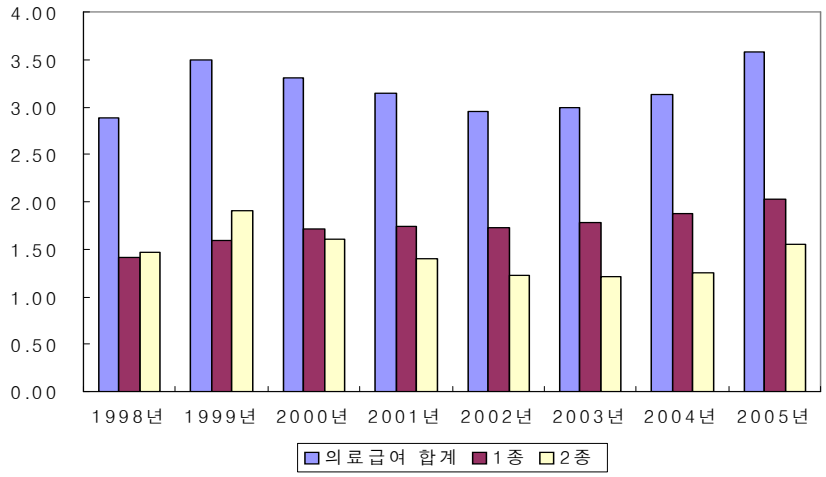
〈표 6-96〉 연도별 빈곤층 의료보장률 추이

(단위: %)

연도	전체적용인구	의료급여 계		1종		2종	
		적용인구	백분율	적용인구	백분율	적용인구	백분율
1998년	45,794,823	1,322,696	2.89	648,461	1.42	674,235	1.47
1999년	46,820,580	1,636,629	3.50	742,844	1.59	893,785	1.91
2000년	47,465,758	1,570,009	3.31	810,684	1.71	759,325	1.60
2001년	47,882,147	1,502,986	3.14	831,854	1.74	671,132	1.40
2002년	48,080,015	1,420,539	2.95	828,922	1.72	591,617	1.23
2003년	48,556,572	1,453,786	2.99	867,305	1.79	586,481	1.21
2004년	48,900,835	1,528,843	3.13	919,181	1.88	609,662	1.25
2005년	49,153,617	1,761,565	3.58	996,449	2.03	765,116	1.56

〔그림 6-5〕 의료급여 종별 빈곤층 의료보장률 연도별 추이

(단위: %)



그러나 외국과 비교해 볼 때 전체 인구 대비 미국(Medicaid)은 12.4%(2003년)로 우리나라보다 빈곤층 의료보장률이 월등히 높은 것을 나타났다. 우리나라도 2020년 8.3%를 정책목표로 삼고 있다.

— 지표평가

우리나라의 빈곤층 의료보장률은 2003년 기준 전체 인구 대비 미국(Medicaid) 12.4%로 나타난 반면 한국은 2020년 8.3%를 목표로 제시하고 있으며 2005년 3.50%로 저조한 상태이다. 하지만 미국은 공적 건강보험이 없어 국가 차원의 저소득층만이라도 보호할 필요가 있어 빈곤층 의료보장률이 높은 경향이 있고 우리와 유사한 일본의 의료부조의 경우는 1%내외로 우리나라에 비해 저조한 상태이다. 그리고 계속적인 빈곤층의 의료보장 확대 정책을 펴고 있다. 따라서 미국과 일본의 중간수준인 우리나라의 빈곤층 의료보장률의 평가점수는 3.0점으로 판단된다.

□ 지표명 : 건강보험 급여보장률

— 시계열 및 국제비교

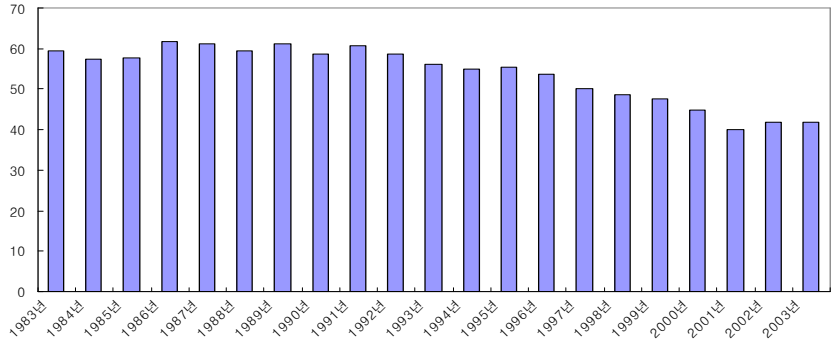
최근의 건강보험공단 조사결과에 의하면, 우리나라는 2004년 기준으로 보험급여율이 56.4%(약국 제외)이었다. 만약 약국부문을 포함할 경우 동 비율은 61.1%로 추산하고 있으며, 환자 본인부담률은 38.9%가 된다.

OECD Health Data 2005 자료에 의한 연도별 분포를 살펴보면 제도도입 시기 거의 60%에 달하던 본인부담비율이 1996년 의료보장성 강화를 위한 보험급여 확대 노력에 따라 점점 줄어들어 2003년 본인부담률이 41.9% 정도가 되었다. 즉, 연도별로 본인부담률이 적어져 보장성이 강화되는 추세를 보이고 있다.

우리나라 본인부담률 수준은 멕시코나 그리스를 제외하고는 매우 높은 편이며, 또한 대부분의 국가들이 30% 미만이고 과반수의 국가들이 20% 미만이며, OECD 평균은 20%이다. 미국의 경우 본인부담률이 낮게 나타나는 것은 민간보험이 발달되어있기 때문이다.

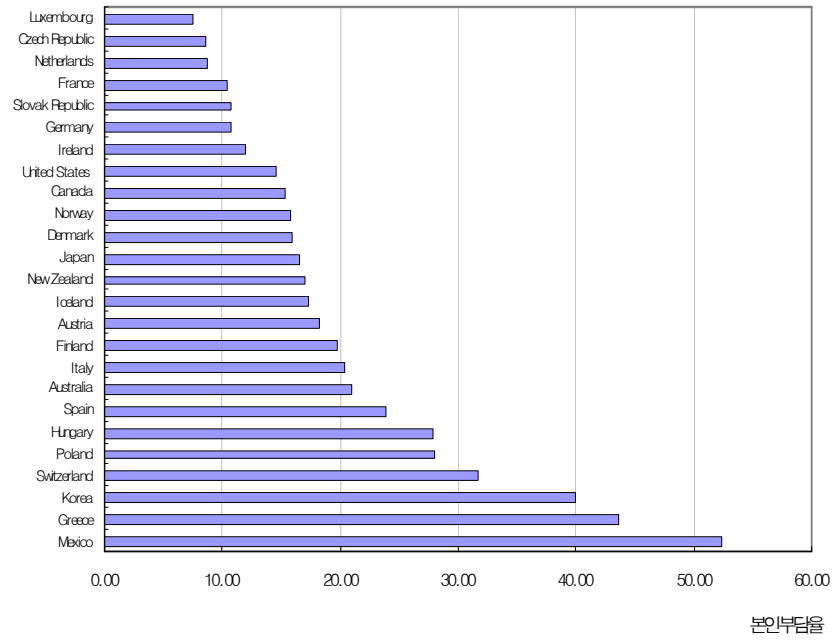
〔그림 6-6〕 우리나라 연도별 급여보장률(환자본인부담률) 시계열 비교

(단위: %)



〔그림 6-7〕 급여보장률(환자본인부담률) 국제 비교(2001년 기준)

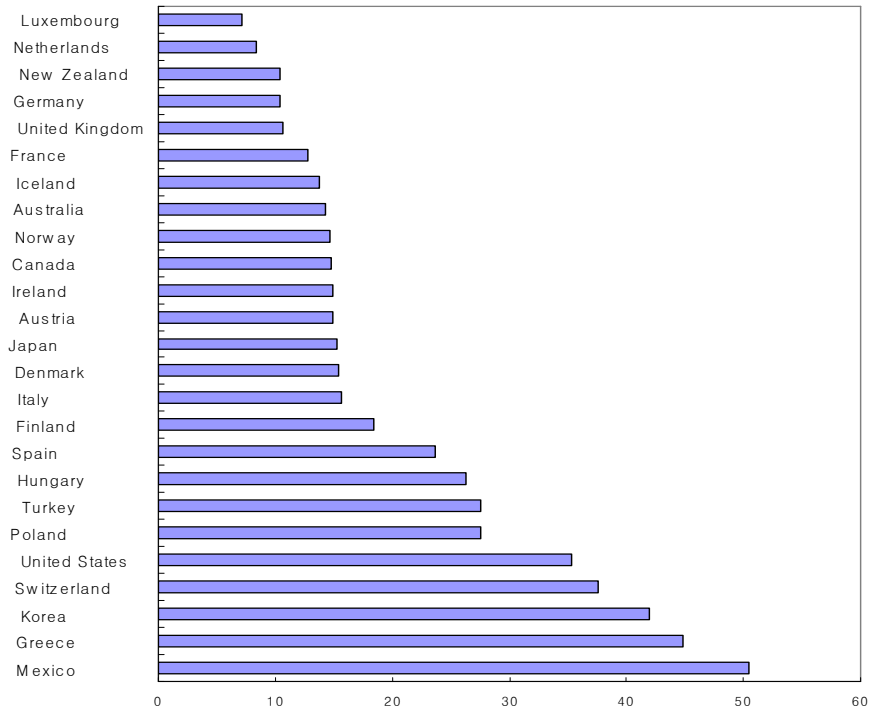
(단위: %)



현재 우리나라의 소득수준인 GDP 15,000달러일 당시의 다른 국가의 본인부담률을 살펴보더라도 멕시코와 그리스를 제외하고 우리나라의 본인부담률이 가장 높은 것으로 판단된다. 대부분의 국가들은 의료보장 도입 초기부터 본인부담률 수준을 20%미만으로 설정하여 설계되었으며, 소득수준이 15,000달러가 되지 않는 헝가리, 터키 등은 다른 나라들에 비해 상대적으로 본인부담률이 높지만 우리나라보다 적게 나타났다. 소득수준이 높은 미국의 경우 본인부담률이 상대적으로 높은 것은 공적보험이 거의 없고 민간보험이 발달하였기 때문으로 판단된다.

〔그림 6-8〕 OECD 국가의 GDP 15000달러 시절 급여보장률(환자본인부담률) 비교

(단위: %)



— 지표평가

의료비 본인부담률의 OECD 평균 20%를 최고점(5점)으로 간주한다면, 우리나라의 건강보험 급여보장률은 OECD 평균의 약 50%로 나타나 중간수준인 3.0점으로 평가된다.

□ 지표명 : 국민의료비 중 공공부문지출 비율

— 시계열 및 국제비교

국민의료비 중 공공재정 비율은 전체 우리나라 의료비 중 국가 세금 또는 공적건강보험료 등 공공부분이 부담하는 비율로써 얼마나 정부가 의료비 보장을 위해 개입하느냐를 측정하는 지표가 된다. 우리나라는 의료공급체계가 민간 중심으로 되어 있고 공공보건에 투입되는 정부재원의 비중이 절대적으로 낮아 공공재정비율이 52%로 매우 낮은 수준이었다.

〈표 6-97〉 의료보장 영역의 기본수준과 한국의 수준

(단위: %)

구분	OECD 수준			한국수준
	최 소	최 대	평 균(기본수준)	
본인부담률, %	52.30	7.53	20.29	40.00
입 원	40.58	0.67	15.78	33.62
외 래	92.22	5.41	35.85	50.72
본인부담/GDP, %	4.426	0.442	1.633	2.161
공공재정비중, %	44.72	91.42	71.74	52.00

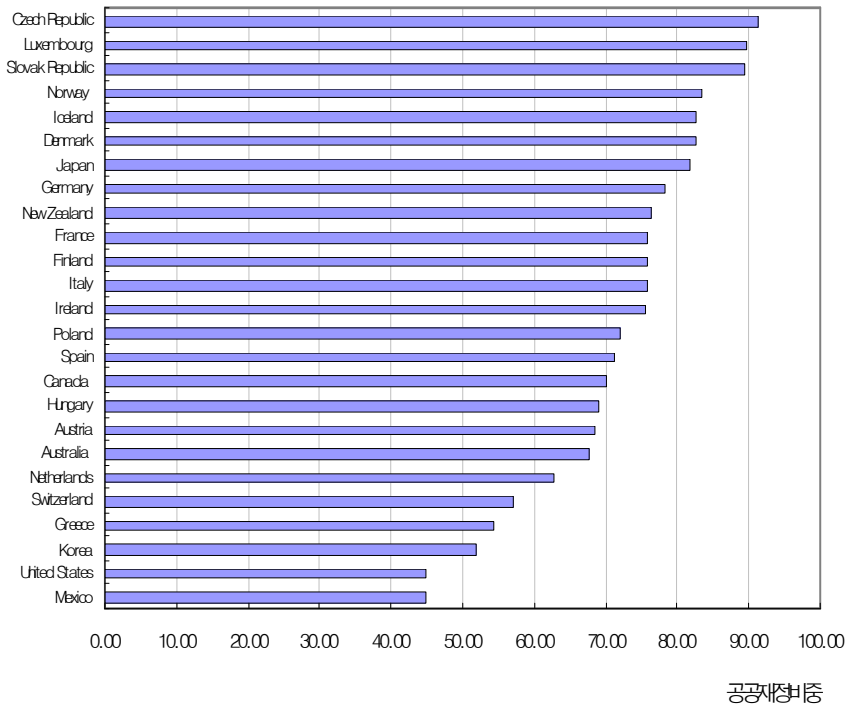
자료: OECD Health Data 2005

우리나라가 그리스나 스위스에 비해 국민의료비 중 공공재정비율이 낮은 이유는 공공보건에 투입되는 정부재원의 비중이 낮으며, 건강보험 급여범위도 적어 보장률이 떨어지기 때문으로 풀이된다. 그리고 GDP 대비 본인부담 비율도 OECD 평균보다 월등히 높아 개인이 부담하는 비율이 높고, 공공부담 비율이

낮다. 그리고 일본은 우리나라와 의료시스템이 유사함에도 80% 초과한 것으로 나타나 우리나라 공공재정비중이 열악함을 알 수 있다.

〔그림 6-9〕 OECD 국가의 공공재정비중 비교 2001년

(단위: %)



— 지표평가

OECD 평균 71.74%를 높은 수준(5점)으로 간주한 결과, 우리나라의 국민의료비의 공공재정 부담비중은 52.00%로 평가결과는 5점 만점에 3.6점으로 중간수준에 위치해 있다고 판단된다.

나. 건강보장

□ 지표명 : 건강수명

— 시계열 및 국제비교

1998년의 무장애 기대여명과 2002년의 건강보정 기대여명을 비교하면 남자는 1.5년, 여자는 5.4년이 증가하였다.

〈표 6-98〉 건강수명의 시계열 비교

연도	남자	여자
1998	63.3	65.4
2002	64.8	70.8

자료: OECD Health Data, 2001(1998년 자료); WHO, Global Burden of Disease Project, 2001(2002년 자료)

2002년 현재 한국인의 기대여명은 남자와 여자가 각각 72.8세, 80.0세이며, OECD 평균은 남자 74.7세, 여자 80.6세로 남자는 약 2세, 여자는 0.6세밖에 차이가 나지 않았다(OECD, 2005).

아래 제시된 <표>에 나타나듯이 건강수준을 보정한 기대여명은 단순한 기대여명보다 OECD 평균과 차이가 더 큰 것을 알 수 있다. 남자와 여자가 각각 OECD 평균보다 3.4세, 1.5세가 낮고, 전체적으로 2.5세가 낮았다. 이러한 사실은 우리나라 사람들이 질병이나 손상으로 인한 삶의 질의 상실 혹은 장애를 더 많이 겪고 있다는 것을 말해준다.

〈표 6-99〉 건강수명의 국제비교 (2002년 추정치)

국가	전체	남자	여자
호주	72.6	70.9	74.3
오스트리아	71.4	69.3	73.5
벨기에	71.1	68.9	73.3
캐나다	72.0	70.1	74.0
프랑스	72.0	69.3	74.7
독일	71.8	69.6	74.0
이탈리아	72.7	70.7	74.7
일본	75.0	72.3	77.7
한국	67.8	64.8	70.8
멕시코	65.4	63.3	67.6
네덜란드	71.2	69.7	72.6
뉴질랜드	70.8	69.5	72.2
스웨덴	73.3	71.9	74.8
터키	62.0	61.2	62.8
영국	70.6	69.1	72.1
미국	69.3	67.2	71.3
OECD 평균	**70.3**	**68.2**	**72.3**

자료: OECD, Society at a glance: OECD Social Indicators, 2005.

— 지표평가

OECD 국가 중 건강보정 기대여명이 가장 낮은 터키의 건강보정 기대여명을 최저 점수인 1점으로 간주하고, OECD 평균을 최고 점수인 5점으로 간주할 경우, 2002년 현재 우리나라의 건강수명의 위치는 전체 3.5점, 남자 2.5점, 여자 4.2점으로 보통 수준의 평가결과를 보인다.

□ 지표명 : 영아사망률

— 시계열 및 국제비교

전체 영아사망률은 1993년 이래로 꾸준히 감소하여 1993년의 10.5명에 비해 2002년에는 5.7명으로 약 절반 수준으로 감소하였다. 남아사망률이 여아사망률

보다 조금 높은 경향은 지속되고 있으나, 두 성별 모두에서 영아사망률은 계속 감소하고 있다.

〈표 6-100〉 영아사망률의 시계열 비교

(단위: 명)

구분	전 체	여 아	남 아
	영아사망률	영아사망률	영아사망률
1993	10.5	9.2	9.9
1996	8.0	7.4	7.7
1999	6.5	5.8	6.2
2002	5.7	5.0	5.3

우리나라의 영아사망률은 1993년 당시는 OECD 평균보다 높았으나, 1996년부터는 OECD 평균보다 낮은 추세를 유지하고 있었다.

〈표 6-101〉 OECD 평균 영아사망률과의 비교

(단위: 명)

연도	OECD 평균 영아사망률	한국 영아사망률
1993	9.5	9.9
1996	8.1	7.7
1999	7.1	6.2
2002	6.5	5.3

— 지표평가

우리나라의 영아사망률은 이미 1996년부터 OECD 평균 영아사망률보다 낮아 영아사망률의 수준은 최고점인 5점으로 평가된다.

□ 지표명 : 흡연율

— 시계열 및 국제비교

흡연율은 전체적으로 1998년의 36.5%에서 2005년의 31.4%로 감소하였다. 이

러한 감소는 남성 흡연율의 급속한 감소에 힘입은 것으로 1998년 남성 흡연율은 69.4%에 이르렀으나 2005년에는 56.1%로 감소하였다. 반면에 여성 흡연율은 1998년의 5.2%에서 2005년 5.7%로 다소 증가하였다.

〈표 6-102〉 흡연율의 시계열 추이

(단위: %)

연도	남자	여자	전체
1998	69.4	5.2	36.5
2001	65.4	4.0	31.7
2005	56.1	5.7	31.4

주: 대상은 20~59세임.
자료: 국민건강영양조사

OECD Health data에서는 매일 흡연자의 비율에 대한 자료를 제공하고 있어 매일 흡연자의 비율로 흡연율을 비교하였다. 매일 흡연자란 평생 100개 이상의 담배를 피운 자로서 현재 매일 흡연하는 사람을 말한다. 연령구분이 약간 차이가 나고 자료원의 연도가 다르지만 우리나라 매일흡연자의 비율은 미국을 비롯한 다른 선진국에 비하여 상당히 높은 것을 알 수 있다.

〈표 6-103〉 매일 흡연자 비율의 OECD 국가간 비교

(단위: %)

국가	남자	여자
뉴질랜드	25.0	25.0
덴마크	31.0	25.0
독일	29.8	19.1
미국	19.4	15.7
벨기에	30.0	25.0
스웨덴	16.7	18.3
영국	28.0	24.0
일본	48.3	13.6
핀란드	25.7	19.3
한국	49.3	4.8

주: 1) 우리나라 성인은 만19세 이상 기준이며, 2005년 조사결과임.
2) 기타 OECD 국가의 연령층은 15세 이상이며 2003년도 통계자료임.
3) 연령표준화하지 않은 비교임.
자료: OECD health data, 2005.

— 지표평가

남자의 흡연율은 OECD 국가 가운데 가장 높은 것으로 나타나 매우 낮은 1점 수준이었으며, 여자의 흡연율은 주요 OECD 국가 가운데 가장 낮아 최고점(5점)을 보였다. 따라서 남녀를 모두 포함한 전체 평가결과는 3점으로 보통 수준인 것으로 판단된다.

□ 지표명 : 성인 1인당 순수 알코올 소비량

— 시계열 및 국제비교

우리나라 성인 1인당 순수 알코올 소비량은 2000년의 8.9리터에 비해 8.3리터로 다소 감소하였다.

〈표 6-104〉 성인 1인당 순수 알코올 소비량

(단위: ℓ)

연도	성인 1인당 순수 알코올 소비량(리터)
2000	8.9
2001	7.9
2002	8.5
2003	8.6
2004	8.3

자료: OECD, OECD Health Data 2006

국가별로 순수 알코올 소비량이 우리나라보다 높은 국가로는 호주, 덴마크, 프랑스, 독일, 영국 등이었고, 캐나다, 이태리, 일본, 미국은 우리나라의 순수 알코올 소비량과 비슷한 수준인 것으로 나타났다.

〈표 6-105〉 성인 1인당 순수 알코올 소비량의 국제비교

(단위: ℓ)

국가	2004년 성인 1인당 순수 알코올 소비량
호주	9.8
캐나다	7.9
덴마크	11.4
프랑스	14.0
독일	10.1
이태리	8.0
일본	7.6
영국	11.5
미국	8.4
한국	8.3

자료: OECD, OECD Health Data 2006

— 지표평가

우리나라 성인의 1인당 알코올 소비량은 OECD 국가와 비슷하거나 낮은 수준인 것으로 나타났다. 1인당 알코올 소비량이 가장 높은 프랑스(14.0리터)를 1점, 가장 낮은 일본을 5점(7.6리터)으로 간주하면, 우리나라(8.3리터)는 4.5점의 높은 평가결과를 보인다.

□ 지표명 : 중등도 운동실천율

— 시계열 및 국제비교

국민건강영양조사에서 중등도 운동실천율의 조사 항목이 2005년에 국제적으로 통용되는 기준으로 바뀜에 따라 시계열 비교에 주의가 필요하다. 과거에는 1회 20분 이상 주 3회 이상의 숨이나 땀이 나는 운동을 하는 것이었다면, 2005년에는 숨이나 심장박동이(땀이 나느냐에 상관없이) 조금 증가하는 신체활동을 하루 30분 이상 주5회 이상 하는 것으로 정의되었다. 결국 2005년의 정의가 좀 더 엄밀해졌다고 볼 수 있다. 중등도 운동실천율의 비교 결과 남녀 및 전체 모두 과거와 비슷하거나 증가한 것으로 나타났는데, 수치상 나타나는 차이보다

실제 증가분이 크다는 것을 염두에 둔다면 중등도 운동실천율은 과거에 비해 증가하고 있다는 결론을 내릴 수 있다.

〈표 6-106〉 중등도 운동실천율의 시계열 비교

(단위: %)

연도	남자	여자	전체
1998	9.9	7.5	8.6
2001	22.2	19.4	20.6
2005	22.5	21.0	21.8

주: 1) 대상은 20세 이상임.
2) 1998년과 2001년의 정의는 2005년과 달리 "땀에 젖고 숨이 차는 운동을 1회 20분 이상 주 3회 이상실천"하는 비율임.
자료: 국민건강영양조사

— 지표평가

우리나라의 중등도 운동실천율은 현재 증가추세에 있다. 그러나 보건복지부의 '2010년 국민건강증진종합계획'(보건복지부, 2005)의 목표인 30%에는 못 미치고 있다. 목표인 30%를 5점, 0%를 0점으로 둘 때 2005년 현재 21.8%는 3.6점에 해당하여 중간 이상의 수준으로 평가된다.

□ 지표명 : 비만율

— 시계열 및 국제비교

20세 이상 성인 전체의 비만 유병률은 1998년 26.3%에서 2005년 31.7%로 증가하였다. 여자의 비만율은 1998년(27.0%)에 비해 2001년(27.9%)에 0.9%포인트 증가하였고, 2005년(28.0%)에는 거의 변화가 없다. 따라서 성인 전체의 비만율 증가는 남자의 비만 유병률 증가에 기인하는 것이라 판단된다.

비록 과거에 비해 성인의 비만율이 증가하는 경향을 보이기는 하지만 우리나라 성인의 비만율은 일본을 제외하고는 선진국의 그것보다 높지 않은 것으로 나타났다.

〈표 6-107〉 비만 유병률(20세 이상)

(단위: %)

연도	남자	여자	전체
1998	25.0	27.0	26.3
2001	32.2	27.9	29.6
2005	35.1	28.0	31.7

주: 1) 비만은 체질량지수(BMI, kg/m2) 기준으로 25이상임. 2005년 추계인구로 연령표준화함
자료: 제3기(2005) 국민건강영양조사

〈표 6-108〉 비만율의 국제비교

(단위: %)

국가	남자	여자	전체
캐나다	63.0	52.1	57.5
프랑스	40.5	29.0	34.6
독일	57.7	41.2	49.2
이태리	51.3	34.5	42.6
일본	27.8	22.4	24.9
뉴질랜드	62.2	50.2	56.2
영국	66.5	58.5	63.0
한국	35.2	28.3	31.8

자료: OECD, OECD Health Data 2006, 제3기(2005) 국민건강영양조사

— 지표평가

비만율이 점차 증가하고 있는 것은 사실이나 아직은 OECD 대부분의 나라보다는 현저히 낮은 수준임을 고려할 때 5점 수준인 최고점의 평가결과이다.

□ 지표명 : 예방가능 응급환자 사망률

— 시계열 및 국제비교

예방가능한 외상 사망률은 1998년 50.4%에서 2004년 39.6%로 감소하였지만, 40% 정도의 환자가 생존할 수 있었다는 것을 고려한다면 여전히 높은 수준이라고 할 수 있다.

〈표 6-109〉 예방 가능한 외상 사망률

(단위: %)

연도	예방 가능한 외상 사망률
1999	50.4
2004	39.6

자료: 서울대 의료관리학 교실

싱가포르와 미국의 몇 개 주의 예방 가능한 외상 사망률이 15%에서 27.7%의 범위에 있다는 사실은 우리나라의 예방 가능한 외상 사망률이 매우 높다는 것을 말해 준다.

〈표 6-110〉 예방 가능한 외상 사망률의 국제비교

(단위: %)

국가 및 연도	예방 가능한 외상 사망률
싱가포르 1998	22.4
미국 미시간 1996	27.7
미국 몬타나 1995	27.0
미국 몬타나 1999	16.0
미국 몬타나 2003	15.0
한국 2004	39.6

자료: 서울대 의료관리학 교실

— 지표평가

국내에서 예방가능한 응급환자 사망률이 감소하는 경향을 보이고 있다. 그렇지만 싱가포르와 미국의 과거 수준보다 훨씬 높아 평균보다는 다소 낮은 2점의 평가결과를 보이는 것으로 평가할 수 있다.

□ 지표명 : 지역간 의료이용 형평률

— 시계열 및 국제비교

입원율의 EQ는 27.38로 지역간 편차가 매우 큼을 알 수 있다. 3차성 내과계 진단군에서도 3.5의 EQ를 가져서 지역간 의료이용의 불형평성이 있었다. 건당

입원일수 및 진료일수의 EQ는 전체보다 3차성 내과계 진단군에서 더 컸다.

〈표 6-111〉 지역간 의료이용의 형평성 지수 (EQ)

구분	전체 입원	3차성 내과계 진단군
입원율	27.38	3.50
건당 입원일수	1.43	1.84
건당 진료일수	1.40	1.53

주: 3차성 내과계 진단군이란 질병의 중증도와 진단의 난이도가 높아, 높은 질과 많은 양의 의료 자원이 필요한 질환으로 3차 진료기관에서 다루어지는 것이 적합한 질환을 말함.
자료: 신영전·이원영·문옥륜, 의료이용의 지역간 격차, 보건행정학회지, 9(1), 1999.

— 지표평가

현재 지역간 의료이용의 형평을 평가하기에는 자료가 매우 부족한 것으로 판단된다. 즉, 지역간 형평성은 단순히 지역의 의료이용 발생만 가지고 판단하기보다는 지역의 의료이용 수요를 고려한 의료이용의 차이로 판단할 수 있는 것이다. 하지만 건당 입원일수와 건당 진료일수는 크게 차이가 나지 않고 입원율에 있어서 크게 차이가 난다는 주어진 자료를 가지고 평가를 해야 한다면 본 지표는 3점 수준의 평가결과를 보이는 것으로 판단된다.

□ 지표명 : 계층간 의료이용 형평률

— 시계열 및 국제비교

외래방문 횟수로 살펴 본 연령, 성, 주관적 건강수준, 만성질환을 보정한 우리나라의 HIwv 지수는 크기는 매우 작지만 음인 것으로 나타났다. HIwv 지수가 음인 경우는 빈곤층의 의료이용이 더 많은 불형평성을 의미하는데 핀란드, 영국, 미국이 대부분의 지수에서 양의 값, 즉, 빈곤층의 의료이용이 더 적은 불형평성을 가지고 있는 점과 대조적이다.

〈표 6-112〉 지난 2주간 외래방문 회수에 대한 HIwv 지수

구분	연령, 성을 보정한 HIwv 지수		
	만성질환 개수 보정	주관적 건강수준 보정	만성질환+주관적 건강수준 보정
한국(1998)	-	-0.011	-0.002
핀란드(1996)	+0.012	+0.035	+0.039
영국(1989)	-0.020	+0.010	+0.011
미국(1987)	+0.018	+0.042	+0.044

자료: 권순만 외, 「보건의료이용의 형평성」, 『보건경제연구』, 9(2), 2003.

입원 일수로 살펴본 HIwv 지수는 비교 대상의 외국과 마찬가지로 음으로 나타나 역시 빈곤층의 필요 대비 의료이용이 더 많은 것으로 나타났다.

〈표 6-113〉 지난 1년간 입원 일수에 대한 HIwv 지수

구분	연령, 성을 보정한 HIwv 지수		
	만성질환 개수 보정	주관적 건강수준 보정	만성질환+주관적 건강수준 보정
한국(1998)	-	-0.168	-0.162
핀란드(1996)	-0.110	-0.071	-0.061
영국(1989)	-0.102	-0.053	-0.058
미국(1987)	-0.076	-0.008	-0.008

자료: 권순만 외, 「보건의료이용의 형평성」, 『보건경제연구』, 9(2), 2003.

— 지표평가

현재 우리나라의 의료이용에 있어서 계층간 형평성은 저소득계층에서 의료수요에 비해 의료이용이 더 많은 불형평이 있는 것으로 나타났다. 이러한 형태의 불형평은 저소득계층의 의료이용이 더 적은 형태의 불형평보다는 나은 것이라고 볼 수도 있을 것이다. 이것이 저소득계층의 도덕적 해이에 의한 과다한 의료이용에 기인하는 것인지는 더 정교한 분석이 있어야 하겠지만, 의료자원이 수평적으로 형평성이 있게 분배되지 못하고 있다는 것은 자원 분배에 있어서 효율성 향상의 여지가 더 있다는 것을 의미한다. 따라서 우리나라의 계층간 의료이용 형평률은 4점의 다소 높은 수준으로 평가된다.

제 2 절 사회복지정책의 영역별 평가결과

영역의 수준(P_k)은 다음식과 같이 각 영역에 속하는 대표지표들에 부여된 5점 만점 값을 가중평균하고, 이를 100으로 지수화하여 산출하였다.

$$P_k = [\,(\sum_{j=1}^{n} I_{kj} \cdot w_j)/5] \times 100$$

단, $w_j =$ 각 대표지표에 부여된 가중치 ($\sum_{j=1}^{n} w_j = 1$)

대분야의 수준(SRI_k)은 각 영역 수준 점수에 가중치를 적용하여 산출한 값이다. 계산식은 다음과 같다.

$$SRI_k = \sum_{k=1}^{n} P_k \cdot W_k$$

단, $W_k =$ 각 영역에 부여된 가중치 ($\sum_{k=1}^{n} w_k = 1$)

전체 사회복지정책 수준(TRI_k)은 대분야의 수준 점수(SRI_k)에 가중치를 적용하여 도출된 값이다. 이를 계산식으로 표현하면 다음과 같이 제시된다.

$$TRI_k = \sum_{k=1}^{n} SRI_k \cdot W_k$$

단, $W_k =$ 각 대분야에 부여된 가중치 ($\sum_{k=1}^{n} w_k = 1$)

1. 복지인프라 확충 분야

가. 복지재정

복지재정영역의 평가를 위하여 4개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 33.9점으로 낮게 평가되었다. 이는 GDP 대비 공공사회지출규모 1.5점, 국민 1인당 복지비용 1.5점, 전체 복지재정 중 복지서비스 재정비율 2.1점, 그리고 전체 복지재정 중 민간재정의 비율이 2.0점으로 5점 만점에 대부분 1.5~2.0점 분포로 나타났기 때문이다.

〈표 6-114〉 복지재정영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
복지재정	• GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)	1.5	0.351	**33.9**
	• 국민 1인당 복지비용	1.5	0.301	
	• 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율	2.1	0.223	
	• 전체 복지재정 중 민간재정의 비율	2.0	0.125	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과

나. 복지인력

복지인력영역의 평가를 위하여 2개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 49.2점으로 낮게 평가되었다. 인구 천명당 사회복지전담공무원수는 2.1점, 인구 천명당 보건의료인력수는 3.0점으로 나타났다.

〈표 6-115〉 복지인력영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
복지 인력	• 인구 천명당 사회복지전담공무원수	2.1	0.600	**49.2**
	• 인구 천명당 보건의료인력수	3.0	0.400	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

다. 복지시설

복지시설영역의 평가를 위하여 5개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 37.3점으로 낮게 평가되었다. 인구 10만명당 복지관수가 3.5점으로 가장 높았으며, 다음은 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률 1.7점, 아동인구 천명당 지역아동센터수와 인구천명당 복지생활시설 정·현원수가 각각 1.5점 등의 순으로 나타났다.

〈표 6-116〉 복지시설영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
복지시설	• 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수	1.5	0.242	**37.3**
	• 인구 10만명당 복지관수	3.5	0.219	
	• 노인인구 천명당 장기요양병상수	1.0	0.214	
	• 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률	1.7	0.179	
	• 아동인구 천명당 지역아동센터수	1.5	0.146	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

2. 안정된 소득보장 분야

가. 취약계층 소득보장

취약계층 소득보장영역의 평가를 위하여 6개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 59.2점으로 보통수준으로 평가되었다. 지니계수 추이

가 4.0점으로 가장 높았으며, 다음은 아동빈곤율 3.6점, 장애급여 수급률 3.4점 등의 순이었다.

〈표 6-117〉 취약계층 소득보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
취약계층소득보장	• 상대빈곤율	2.5	0.227	**59.2**
	• 지니계수 추이	4.0	0.197	
	• 아동빈곤율	3.6	0.174	
	• 기초생활보장 수급자 비율	1.5	0.190	
	• 장애급여 수급률	3.4	0.117	
	• 장애인가구 월평균 소득	3.1	0.095	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

나. 보편적 소득보장

보편적 소득보장영역의 평가를 위하여 4개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 34.9점으로 낮게 평가되었다. 보편적 소득보장영역을 구성하고 있는 4개의 대표지표 평가결과는 5점 만점에 1.5~2.0점 수준으로 낮게 나타났다.

〈표 6-118〉 보편적 소득보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
보편적 소득보장	• 공적연금 수급률	2.0	0.350	**34.9**
	• 국민연금수급률(제도부양비)	1.5	0.292	
	• 실업급여 수급률	1.5	0.219	
	• 산전·후휴가급여 국가부담률	2.0	0.139	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

3. 복지서비스 확충 분야

가. 취약계층 서비스보장

취약계층 서비스보장영역의 평가를 위하여 7개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 41.0점으로 낮게 평가되었다. 주거급여수준이 3.5점으로 가장 높았으며, 다음은 아동 및 노인 급식지원율 2.5점, 방과후 활동 수혜율과 국내입양비율이 각각 2.1점 등의 순으로 나타났다.

〈표 6-119〉 취약계층 서비스 보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
취약계층 서비스 보장	• 아동 및 노인 급식지원율	2.5	0.192	**41.0**
	• 방과후 활동 수혜율	2.1	0.134	
	• 국내입양비율	2.1	0.086	
	• 공적노인요양보호비율	1.0	0.184	
	• 주거급여 수혜율	1.5	0.158	
	• 주거급여수준	3.5	0.137	
	• 공공임대주택 재고율	1.9	0.109	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임

나. 보편적 서비스 확충

보편적 서비스 확충영역의 평가를 위하여 11개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 47.5점으로 낮게 평가되었다. 장애인편의시설 설치율이 3.8점으로 가장 높았으며, 다음은 노인생활체육 참여율 3.7점, 노인여가시설 이용률과 불임발생 대비 지원비율이 각각 2.5점 등의 순이었다.

〈표 6-120〉 보편적 서비스 확충영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
보편적 서비스 확충	• 노인생활체육 참여율	3.7	0.078	**47.5**
	• 노인여가시설 이용률	2.5	0.103	
	• 노인정보화율	1.9	0.078	
	• 노인교통사고 사망률	1.5	0.080	
	• 아동안전사고사망률	2.3	0.091	
	• 아동학대발생률	1.7	0.116	
	• 장애인편의시설 설치율	3.8	0.125	
	• 장애인정보화율	2.1	0.083	
	• 임신출산비용 대비 국가지원비율	1.9	0.102	
	• 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율	2.0	0.097	
	• 불임발생 대비 지원비율	2.5	0.048	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

4. 보육·교육보장 분야

가. 교육의 공공성

교육의 공공성영역의 평가를 위하여 2개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 39.3점으로 낮게 평가되었다. 육아비용 정부부담률은 2.3점, GDP 대비 사교육비 지출률은 1.5점으로 나타났다.

〈표 6-121〉 교육의 공공성영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
교육의 공공성	• 육아비용 정부부담률	2.3	0.584	**39.3**
	• GDP 대비 사교육비 지출률	1.5	0.416	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

나. 교육의 질 보장

교육의 질 보장영역의 평가를 위하여 3개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 54.6점으로 보통 수준으로 평가되었다. 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수와 대학교수 1인당 학생수는 각각 3.0점, 보육교사 1인당 아동수는 2.4점으로 나타났다.

〈표 6-122〉 교육의 질 보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
교육의 질 보장	• 보육교사 1인당 아동수	2.4	0.449	**54.6**
	• 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수	3.0	0.351	
	• 대학교수 1인당 학생수	3.0	0.200	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

다. 취약계층 교육보장

취약계층 교육보장영역의 평가를 위하여 4개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 45.9점으로 낮게 평가되었다. 특수교육 수혜율이 3.1점으로 가장 높았으며, 다음은 취약계층 보육교육비 지원아동비율 2.3점, 장애인 고등교육 이수율 2.1점 등의 순이었다.

〈표 6-123〉 취약계층 교육보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
취약계층 교육보장	• 취약계층 보육교육비 지원아동비율	2.3	0.354	**45.9**
	• 취약보육서비스 수혜율	2.0	0.298	
	• 장애인 고등교육 이수율	2.1	0.193	
	• 특수교육 수혜율	3.1	0.154	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

라. 보편적 교육보장

보편적 교육보장영역의 평가를 위하여 4개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 54.9점으로 보통수준으로 평가되었다. 일반계층 보육교육비 지원아동비율이 3.8점으로 가장 높았으며, 다음은 육아서비스 수혜율 3.2점, 평생학습참여율 2.4점 등의 순이었다.

〈표 6-124〉 보편적 교육보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
보편적 교육보장	• 만5세아 무상보육률	1.7	0.330	**54.9**
	• 일반계층 보육교육비 지원아동비율	3.8	0.271	
	• 육아서비스 수혜율	3.2	0.247	
	• 평생학습참여율	2.4	0.151	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

5. 일자리 보장 분야

가. 취약계층 일자리 보장

취약계층 일자리보장영역의 평가를 위하여 6개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 40.8점으로 낮게 평가되었다. 중고령자 고용률은 3.9점으로 가장 높았으며, 다음은 장애인 고용률 3.0점, 자활사업 참여율 1.5점 등의 순이었다.

〈표 6-125〉 취약계층 일자리보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
취약계층 일자리 보장	• 중고령자 고용률	3.9	0.190	**40.8**
	• 노인일자리 충족률	1.4	0.184	
	• 자활사업 참여율	1.5	0.170	
	• 자활사업 성공률	1.0	0.158	
	• 장애인 고용률	3.0	0.164	
	• 장애인 실업률	1.0	0.133	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

나. 보편적 일자리 보장

보편적 일자리 보장영역의 평가를 위하여 5개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 72.3점으로 보통 이상으로 평가되었다. 여성고용률이 4.3점으로 가장 높았으며, 다음은 고용률 4.2점, 청년고용률 3.5점 등의 순이었다.

〈표 6-126〉 보편적 일자리보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
보편적 일자리 보장	• 고용률	4.2	0.287	**72.3**
	• 청년고용률	3.5	0.245	
	• 재직자 훈련 참여율	2.2	0.121	
	• 여성고용률	4.3	0.190	
	• 중장년 실업률	3.0	0.157	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

다. 일자리의 건강성

일자리의 건강성영역의 평가를 위하여 2개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 65.9점으로 보통 이상으로 평가되었다. 정규직 대비 비정규직 임금수준은 3.7점, 전체 근로자 중 비정규직 비율은 3.0점으로 나타났다.

〈표 6-127〉 일자리의 건강성영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
일자리의 건강성	• 전체 근로자 중 비정규직 비율	3.0	0.578	**65.9**
	• 정규직 대비 비정규직 임금수준	3.7	0.422	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

6. 의료 및 건강보장 분야

가. 의료보장

의료보장영역의 수준의 평가를 위하여 3개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 63.4점으로 보통 이상 수준이었다. 국민의료비 중 공공부문 지출비율이 3.6점으로 가장 높았으며, 다음은 빈곤층 의료보장률과 건강보험 급여보장률이 각각 3.0점 등의 순이었다.

〈표 6-128〉 의료보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
의료보장	• 빈곤층 의료보장률	3.0	0.379	**63.4**
	• 건강보험 급여보장률	3.0	0.340	
	• 국민의료비 중 공공부문 지출 비율	3.6	0.281	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

나. 건강보장

건강보장영역의 평가를 위하여 9개 대표지표 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 74.3점으로 평가되었다. 영아사망률과 비만율이 5.0점으로 가장 높았으며, 다음은 성인 1인당 순수 알코올 소비량이 4.5점, 계층간 의료이용 형평률 4.0점 등의 순이었다.

〈표 6-129〉 건강보장영역의 대표지표 및 영역 평가결과

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)	가중치	영역 평가결과 (100점 기준)
건강보장	• 건강수명	3.5	0.172	**74.3**
	• 영아사망률	5.0	0.142	
	• 흡연율	3.0	0.099	
	• 성인 1인당 순수 알코올 소비량	4.5	0.077	
	• 중등도 운동실천율	3.6	0.073	
	• 비만율	5.0	0.088	
	• 예방가능 응급환자 사망률	2.0	0.107	
	• 지역간 의료이용 형평률	3.0	0.123	
	• 계층간 의료이용 형평률	4.0	0.120	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

제 3 절 사회복지정책의 분야별 평가결과

1. 복지인프라 확충 분야

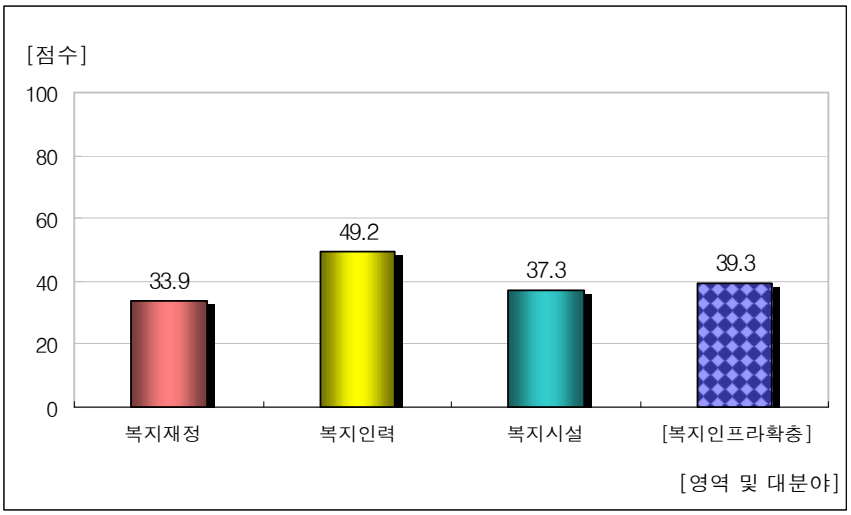
복지인프라 확충 분야의 평가를 위하여 3개 영역의 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 39.3점으로 낮게 평가되었다. 복지인력영역이 49.2점으로 가장 높았으며, 다음은 복지시설 37.3점, 복지재정 33.9점 등의 순이었다.

〈표 6-130〉 복지인프라확충분야의 영역 및 대분야 평가결과

대분야	영역	영역 평가결과 (100점 기준)	가중치	대분야 평가결과 (100점 기준)
복지인프라확충	• 복지재정	33.9	0.460	**39.3**
	• 복지인력	49.2	0.300	
	• 복지시설	37.3	0.240	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

〔그림 6-10〕 복지인프라확충분야의 영역 및 대분야 평가결과



2. 안정된 소득보장 분야

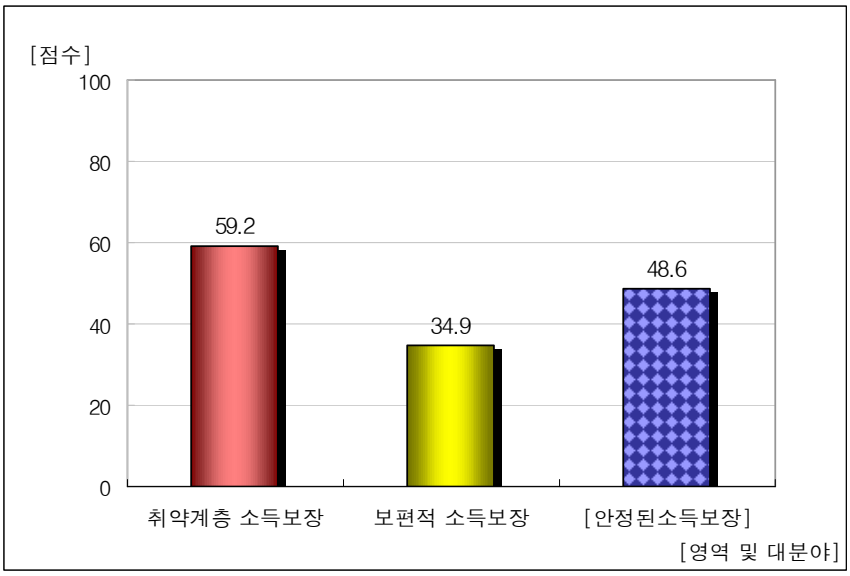
안정된 소득보장분야의 평가를 위하여 2개 영역의 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 48.6점으로 낮게 평가되었다. 취약계층소득보장영역은 59.2점, 보편적 소득보장영역은 34.9점으로 취약계층 소득보장영역의 수준이 보편적 소득보장영역의 수준보다 약 1.5배정도 높게 나타났다.

〈표 6-131〉 안정된 소득보장분야의 영역 및 대분야 평가결과

대분야	영역	영역 평가결과 (100점 기준)	가중치	대분야 평가결과 (100점 기준)
안정된 소득보장	• 취약계층소득보장	59.2	0.565	**48.6**
	• 보편적 소득보장	34.9	0.435	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

〔그림 6-11〕 안정된 소득보장분야의 영역 및 대분야 평가결과



3. 복지서비스 확충 분야

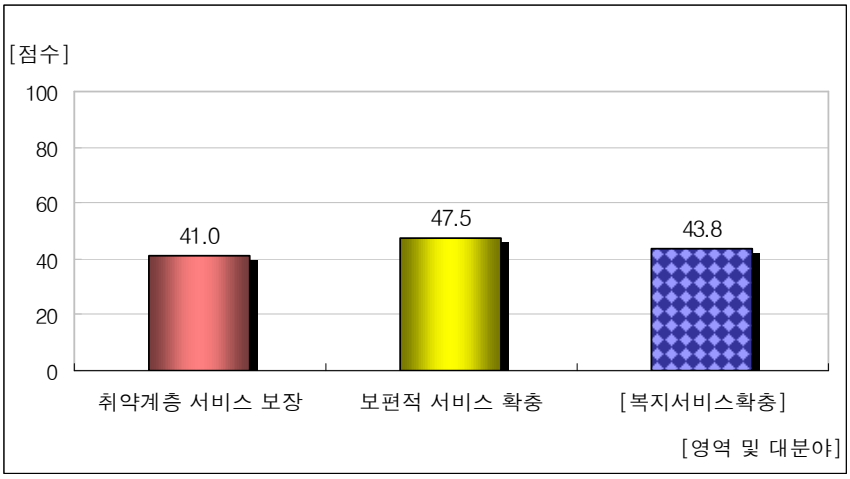
복지서비스 확충분야의 평가를 위하여 2개 영역의 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 43.8점으로 낮게 평가되었다. 보편적 서비스 확충은 47.5점, 취약계층 서비스 보장은 41.0점으로 보편적 서비스 확충 영역이 취약계층 서비스 보장에 비해 다소 높게 나타났다.

〈표 6-132〉 복지서비스 확충분야의 영역 및 대분야 평가결과

대분야	영역	영역 평가결과 (100점 기준)	가중치	대분야 평가결과 (100점 기준)
복지서비스 확충	• 취약계층 서비스 보장	41.0	0.568	**43.8**
	• 보편적 서비스 확충	47.5	0.432	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

〔그림 6-12〕 복지서비스 확충분야의 영역 및 대분야 평가결과



4. 보육·교육보장 분야

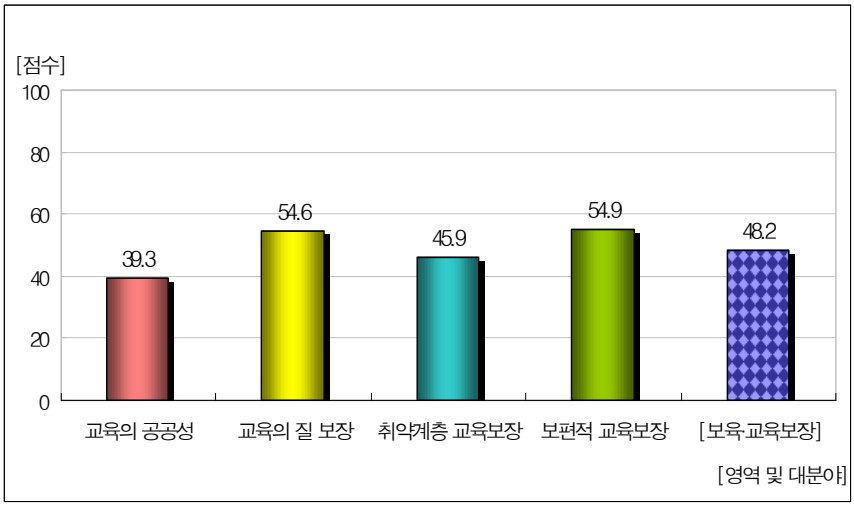
보육·교육보장분야의 평가를 위하여 4개 영역의 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 48.2점으로 낮게 평가되었다. 보편적 교육보장은 54.9점, 교육의 질 보장은 54.6점으로 보육·교육보장분야에서 가장 높았으며, 다음은 취약계층 교육보장이 45.9점, 교육의 공공성 39.3점 등의 순이었다.

〈표 6-133〉 보육·교육보장분야의 영역 및 대분야 평가결과

대분야	영역	영역 평가결과 (100점 기준)	가중치	대분야 평가결과 (100점 기준)
보육·교육보장	• 교육의 공공성	39.3	0.277	**48.2**
	• 교육의 질 보장	54.6	0.236	
	• 취약계층 교육보장	45.9	0.260	
	• 보편적 교육보장	54.9	0.227	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

〔그림 6-13〕 보육·교육보장분야의 영역 및 대분야 평가결과



5. 일자리 보장 분야

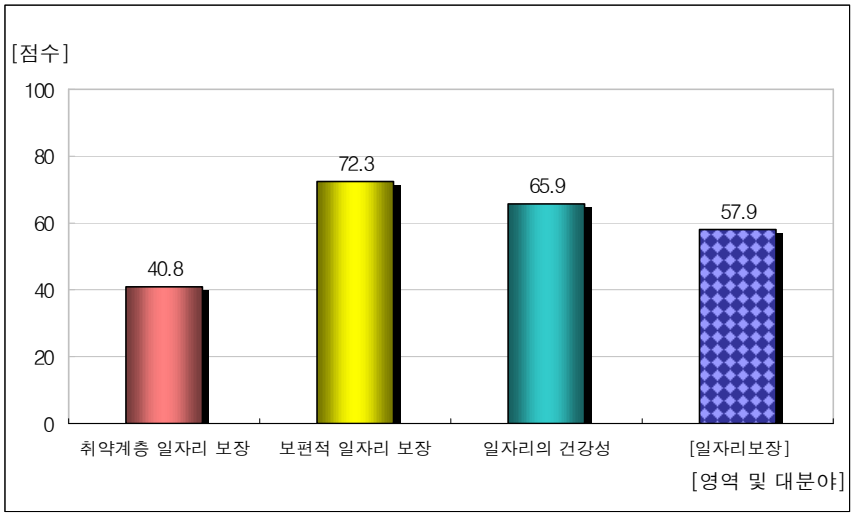
일자리보장분야의 평가를 위하여 3개 영역의 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 57.9점으로 보통수준으로 평가되었다. 보편적 일자리 보장은 72.3점으로 일자리보장분야에서 가장 높았으며, 다음은 일자리의 건강성 65.9점, 취약계층 일자리 보장이 40.8점 등의 순이었다. 특히, 취약계층일자리 보장영역은 그 외의 영역수준보다 약 1.5~2배 정도 낮게 평가되었다.

〈표 6-134〉 일자리 보장분야의 영역 및 대분야 평가결과

대분야	영역	영역 평가결과 (100점 기준)	가중치	대분야 평가결과 (100점 기준)
일자리 보장	• 취약계층 일자리 보장	40.8	0.405	**57.9**
	• 보편적 일자리 보장	72.3	0.332	
	• 일자리의 건강성	65.9	0.263	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

〔그림 6-14〕 일자리 보장분야의 영역 및 대분야 평가결과



6. 의료 및 건강보장 분야

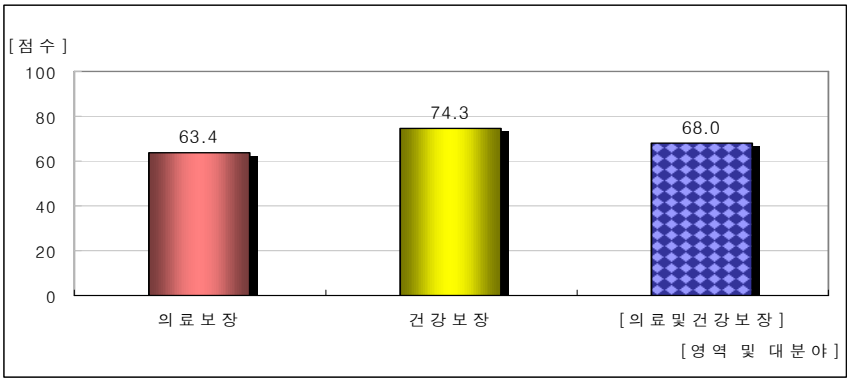
의료 및 건강보장분야의 평가를 위하여 2개 영역의 평가점수에 가중치를 적용한 결과 100점 만점에 64.2점으로 보통수준으로 평가되었다. 건강보장영역은 74.3점, 의료보장은 63.4점으로 건강보장영역이 의료보장영역의 수준보다 약 1.2배 정도 높게 나타났다.

〈표 6-135〉 의료 및 건강보장분야의 영역 및 대분야 평가결과

대분야	영역	영역 평가결과 (100점 기준)	가중치	대분야 평가결과 (100점 기준)
의료 및 건강보장	• 의료보장	63.4	0.578	**68.0**
	• 건강보장	74.3	0.422	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

〔그림 6-15〕 의료 및 건강보장분야의 영역 및 대분야 평가결과



제4절 사회복지정책의 전반적 평가결과 및 의미

전체 사회복지정책 수준은 6개 대분야의 평가점수에 가중치를 적용한 값으로 100점 만점에 50.1점으로 평가되었다. 이는 한국 사회복지정책이 보통수준의 평가결과를 득하였음을 의미하는 것이다.

6개 대분야의 수준을 100점 만점으로 보아 의료 및 건강보장분야가 68.0점으로 가장 높았으며, 다음은 일자리 보장분야 57.9점, 안정된 소득보장분야와 보육·교육보장분야가 각각 48.6점, 48.2점 등의 순으로 나타났다.

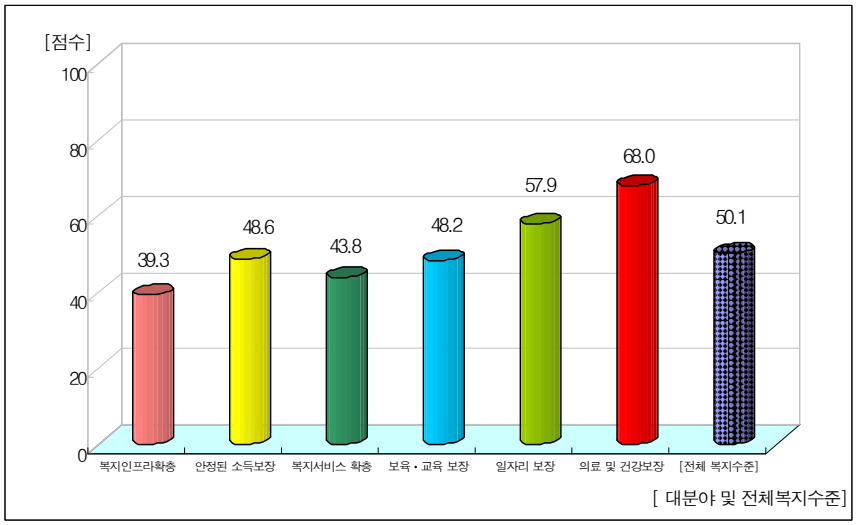
그런데 복지인프라확충분야, 복지서비스 확충분야의 점수는 6개 대분야 중 가장 낮은 수준으로 사회복지시설 및 복지재정 확충, 취약계층 및 보편적 사회복지서비스를 활성화해야 함을 시사한다.

〈표 6-136〉 전체 사회복지정책의 평가결과

대분야	대분야 평가결과 (100점 기준)	가중치	전체 사회복지정책 평가결과 (100점 기준)
• 복지인프라확충	39.3	0.199	
• 안정된 소득보장	48.6	0.215	
• 복지서비스 확충	43.8	0.154	**50.1**
• 보육·교육 보장	48.2	0.138	
• 일자리 보장	57.9	0.151	
• 의료 및 건강보장	68.0	0.144	

자료: 본 연구를 위한 「한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사」 분석결과임.

〔그림 6-16〕 전체 사회복지정책의 평가결과



[대분야 및 전체복지수준]

제 5 절 평가결과의 종합논의

본 장에서 살펴본 평가결과를 종합적으로 요약하면 다음과 같다. 6개 분야의 평가결과를 보면, 60점이 넘는 분야는 1개(의료 및 건강보장)에 불과하였고, 나머지 5개 분야는 낮은 수준이었다. 특히, 복지인프라 확충 분야는 30점대, 복지서비스 확충 분야, 안정된 소득보장 분야, 보육·교육보장분야 등은 40점대로 매우 낮은 평가결과를 보였다.

영역별로 살펴보면, 최고 높은 평가점수를 나타낸 영역은 건강보장이었고(74.3점), 다음은 보편적 일자리 보장(72.3점), 일자리의 건강성(65.9점) 등의 순이었다. 특히, 전체 16개 영역 중 2개 영역만이 70점대에 있었고 나머지 14개 영역은 최저 30점대(복지재정, 복지시설, 보편적 소득보장, 교육의 공공성 등)의 낮은 수준에서 폭 넓게 분포되어 있어 복지영역별 평가점수의 편차가 매우 심한 것으로 나타나 복지의 불균형적 발전이 이루어지고 있음을 단적으로 보여준다.

대표지표를 살펴보면, 전체 77개 지표 중 평가결과 상위권으로 볼 수 있는 4점 이상의 경우는 7개에 불과하였다. 이는 취약계층소득보장 영역의 지니계수 추이, 보편적 일자리 보장 영역의 고용률과 여성고용률, 그리고 건강보장 영역의 영아사망률, 성인 1인당 순수 알코올 소비량, 비만율, 계층간 의료이용 형평률 등의 대표지표 등이다.

〈표 6-137〉 평가결과 상위 수준의 복지정책

영역	대표지표	대표지표 평가결과 (5점 기준)
취약계층소득보장	• 지니계수 추이	4.0
보편적 일자리 보장	• 고용률	4.2
	• 여성고용률	4.3
건강보장	• 영아사망률	5.0
	• 성인 1인당 순수 알코올 소비량	4.5
	• 비만율	5.0
	• 계층간 의료이용 형평률	4.0

제 7 장　한국 사회복지정책의 발전방안

제 1 절　한국 사회복지정책의 비전과 목표

한국사회가 지향하는 방향은 전체 국민들에게 '안정된 삶과 희망'을 주는 진정한 복지사회의 구현이다. 이는 다음과 같이 다섯 가지 측면에서 해결되어야 달성 가능할 것으로 판단된다. 첫째, 안정된 소득보장, 둘째, 보육·교육의 양적·질적 보장, 셋째, 일자리 보장, 넷째, 의료 및 건강보장, 다섯째, 복지서비스의 보편적 제공 등이다.

이는 도시화, 공업화, 서구화가 급속히 진행된 후기산업사회에 위치해 있는 한국사회에서 다양하게 나타나고 있는 각종 사회적 위험과 갈등, 질병 등으로부터 국민의 삶을 안전하고 안정적이며 건강하게 지켜줄 수 있는 유일한 방안이라 판단된다. 즉, 이러한 정책적 노력은 모든 국민에게 최소한의 기본적인 삶(national minimum)을 보장하고, 더 나아가 안정된 삶과 희망찬 미래를 담보할 수 있는 기회(opportunity)를 보장하는 사회를 조성하는 기본요건이다.

따라서 한국 사회복지의 비전을 "건강하고 역동적인 복지사회(creating a healthy and dynamic welfare society) 구현"으로 설정한다. 또한 이와 같은 비전을 달성하기 위한 한국 사회복지의 목표는 다음과 같이 제시된다.

첫째, 인간으로서의 존엄과 가치, 인간다운 삶, 그리고 행복추구 등 헌법상의 권리를 보장하기 위하여 모든 국민이 어떠한 차별도 받지 않고 기본생계를 유지하고, 더 나아가 문화적 생활이 가능하도록 안정된 소득을 보장한다(안정된 소득보장).

둘째, 영아~노인에 이르기까지 전체 생애주기동안 '배움'이 지속될 수 있도록 평생교육을 강화한다. 즉, 보육·교육의 양적·질적 보장을 통하여 미래 성장동력을 강화하고 전체 국민의 인적자질을 위한 사회투자를 증

대한다(보육·교육의 양적·질적 보장).

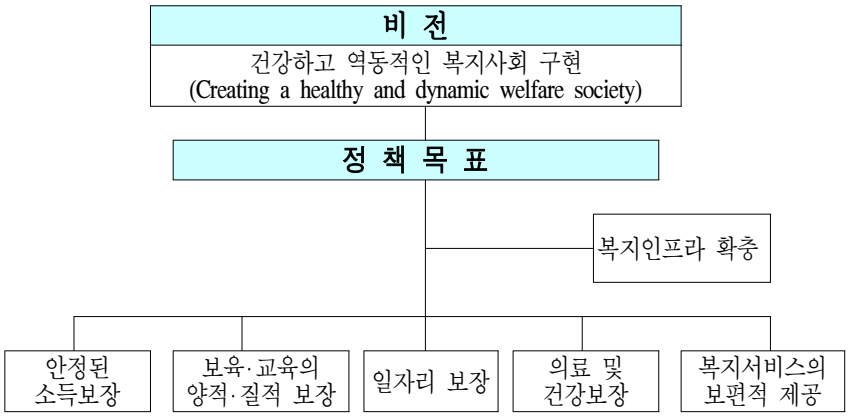
셋째, 일을 할 능력과 의지가 있는 모든 국민에게 일자리의 기회를 제공하여 빈곤의 늪(trap of poverty)에 빠지지 않고 안정된 소득이 확보될 수 있도록 함과 동시에 삶의 보람을 체감할 수 있도록 한다. 특히, 노인, 장애인, 여성 등 사회적 취약계층에 대한 일자리를 확충하는 정책을 강화한다(일자리 보장).

넷째, '선예방, 후치료'에 기초하여, 국민건강이 유지되고 전체국민에게 형평성 있는 질적 의료서비스가 담보되는 건강한 사회를 조성한다(의료 및 건강보장).

다섯째, 노령, 장애, 사망 등 사회적 위험과 갈등에 보편적으로 대처할 수 있는 복지서비스 체계를 구축하고, 저출산고령사회에 대비한 출산 및 육아, 아동의 건전한 발육을 위한 지원 서비스를 강화한다(복지서비스의 보편적 제공).

여섯째, 사회복지재정, 사회복지 전담인력, 사회복지시설(생활시설 및 이용시설) 등 사회복지 인프라를 확충하여 전술한 네 가지 목표의 달성을 지원한다(복지인프라 확충).

〔그림 7-1〕 한국의 사회복지 비전과 목표



제 2 절 한국 사회복지정책의 기본방향 및 분야별 발전방안

본 절에서는 전술한 사회복지정책의 비전 및 목표를 달성하기 위한 세부 발전방안의 기본방향을 제시하고, 이어서 평가결과에 근거하여 설정된 우선순위에 기초된 복지정책의 발전방안을 제시한다.

1. 사회복지정책의 기본방향

한국 사회복지정책의 분야별 발전방안의 기본방향을 다음과 같이 여섯 가지 제시한다.

첫째, 사회복지분야의 평가결과가 낮은 분야에 우선순위를 둔 정책을 추진한다.

둘째, 취약계층 뿐만 아니라 중산층을 포함한 보편적 복지에 중점을 둔 복지정책을 추구한다.

셋째, 사전예방에 중점을 둔 복지정책을 추진함으로써 문제의 해결 및 치료에 소요되는 복지비용을 최소화한다.

넷째, '고용 없는 성장', '저출산-고령사회', '양성평등사회' 등 사회변동을 적극 감안한 복지정책을 추진한다.

다섯째, 복지관련 재정, 인력, 시설 등 복지인프라를 단계별로 확충하여 정책의 달성가능성을 증대한다.

여섯째, 한국 사회복지제도의 건강성 증대와 더불어 국민의 도덕적 해이(moral hazard) 감소를 도모하여 복지정책의 효율화를 극대화 한다.

2. 사회복지정책의 발전방안

가. 최우선 추진 복지정책

최우선으로 추진되어야 하는 복지정책은 각 영역의 평가점수가 100점 기준으로 50점 미만인 경우에 해당된다. 이는 16개 영역 중 7개 영역(복지재정, 복지

인력, 복지시설, 보편적 소득보장, 취약계층 서비스 보장, 보편적 서비스 확충, 교육의 공공성, 취약계층 교육보장, 취약계층 일자리 보장 등)으로 대표지표의 평가점수가 2점 이하인 경우를 우선 최우선 추진 복지정책으로 분류하였다. 특히, 선정된 대표지표는 평가결과를 고려하여 점수가 낮아 우선적으로 추진되어야 하는 순으로 제시하였다. 아울러 영역의 평가점수는 매우 낮은 수준이 아니지만 대표지표가 2점 이하인 경우를 포함하였다.

〈표 7-1〉 최우선 추진 복지정책 유형

영역	대표지표	평가결과(5점 기준)
복지재정	• GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)	1.5
	• 국민 1인당 복지비용	1.5
	• 전체 복지재정 중 민간재정의 비율	2.0
복지시설	• 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수	1.5
	• 노인인구 천명당 장기요양병상수	1.0
	• 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률	1.7
	• 아동인구 천명당 지역아동센터수	1.5
취약계층소득보장	• 기초생활보장 수급자 비율	1.5
보편적 소득보장	• 공적연금수급률	2.0
	• 국민연금수급률(제도부양비)	1.5
	• 실업급여 수급률	1.5
	• 산전·후휴가급여 국가부담률	2.0
취약계층 서비스 보장	• 공적노인요양보호비율	1.0
	• 주거급여 수혜율	1.5
	• 공공임대주택 재고율	1.9
보편적 서비스 확충	• 노인정보화율	1.9
	• 노인교통사고 사망률	1.5
	• 아동학대발생률	1.7
	• 임신출산비용 대비 국가지원비율	1.9
	• 산전·후휴가 대비 육아휴직 비율	2.0
교육의 공공성	• GDP 대비 사교육비 지출률	1.5
취약계층 교육보장	• 취약보육서비스 수혜율	2.0
보편적 교육보장	• 만5세아 무상보육률	1.7
취약계층 일자리 보장	• 노인일자리 충족률	1.4
	• 자활사업참여율	1.5
	• 자활사업 성공률	1.0
	• 장애인 실업률	1.0
건강보장	• 예방가능 응급환자 사망률	2.0

1) 사회복지재정의 확충

무엇보다도 보편적 복지서비스의 확충을 위한 복지재정을 확충해 나가야 할 것이며, 민간재정이 복지서비스 분야에 투입될 수 있도록 제도를 개선해 나가야 할 것이다. 아울러 우리 사회에서의 복지재정은 증가하고 있으나 공공부조 영역에 투입되는 재정이 매우 크다는 점을 감안하여 저소득층 대상의 재정투입에 대한 효율성을 강화하기 위한 제도개선이 요구된다.

2) 보편적 소득보장정책의 강화

보편적 소득보장정책인 공적연금 수급률, 국민연금수급률(제도부양비), 실업급여 수급률, 그리고 산전후휴가급여 국가부담률 등이 증대되어야 한다. 공적연금 및 국민연금제도의 출발은 선진국가에 비해 아주 짧은 편이지만 제도의 보편성, 적절성, 재분배성 등의 측면에서 보면 큰 발전을 이루었다. 그러나 우리나라의 고령화 속도는 선진국에 비해 급속한 증가율을 보이고 있어 노후소득보장체제의 정비가 시급한 것으로 판단된다. 따라서 수급구조의 불균형을 완화시키고, 연금재정의 건전성을 도모함으로써 안정적인 노후의 삶을 영위할 수 있도록 국민의 동의와 제도의 개선이 필요하다. 또한, 평가결과가 가장 낮은 실업급여 수급률을 증대시키기 위해 제도개선을 통하여 실업자 및 실업가정의 생활안정을 도모할 필요가 있다. 마지막으로 산전·후휴가를 사용할 수 있도록 가족친화적 기업문화를 정착하고, 임신·출산관련 건강보험 적용 대상의 확대, 육아휴직제도 사용의 어려움이 없도록 고용보장, 대체인력 확보 등에 정책적 관심을 두어야 할 것이다.

3) 복지 인프라의 확충

우리나라의 복지 인프라 수준은 OECD 국가에 비해 매우 낮은 것으로 나타나 장기요양병상, 치매·중풍노인요양시설, 복지생활시설, 지역아동센터 등의 복지시설 확충이 시급하다. 구체적인 설명은 다음과 같이 제시된다. 첫째, 노인요양을 위한 사회적 인프라가 조속히 확충되어야 할 것이다. 물론 이는 노인수발

보험제도의 도입에 따라 다소 해결될 수 있을 것이나 제도정착의 성공을 위한 노력에 만전을 기하여야 할 것으로 사료된다. 공적노인요양제도의 기본이념은 노인이 인간의 존엄성을 유지하면서 살아갈 수 있도록 지원하는 자립생활 지원에 있으며 이를 바탕으로 하는 하는 기본방향은 요양보호의 욕구가 있는 노인은 누구라도, 언제 어디서나 필요한 서비스를 받을 수 있는 것에 중점을 둔다. 이를 위하여 지역사회중심의 장기요양보호 서비스 체계를 구축할 필요가 있다. 따라서 향후 급속한 고령화로 인한 요양수요 충족에 대응하기 위하여 장기요양 병상수를 OECD 국가의 평균수준인 4.0에 도달하기 위해서는 연차별로 큰 폭의 확충이 요구된다. 2010년까지는 노인인구 1,000명당 1.5의 병상수를 확보하고 2020년에는 3으로 확대하며 2030년에는 OECD 국가의 평균수준인 4까지 제고하는 계획이 추진되어야 할 것이다.

둘째, 치매·중풍 등 시설필요노인에 대하여 요양시설에서 서비스를 제공하는데 목표를 두고 치매·중풍노인 등 요양시설 수요 충족률을 2005년 45%에서 2008년에 100%가 달성되도록 설정한다. 장기요양보호가 필요한 노인을 포괄할 수 있는 보편적인 체계를 구축하는데 목표를 두고 2005년 1.4%에서 2030년까지 12.1%가 달성되도록 추진한다. 이를 위하여 「노인요양보호 인프라 10개년 확충 계획」을 수립하여 매년 약 100개소의 시설을 확충할 계획이다. 특히 노인수발보장제도 시행 목표시기인 2008년도까지 요양수요가 충족될 수 있도록 「치매·중풍 등 중증노인보호 특별대책('05.9)」을 마련하여 시설인프라의 조기 확충이 추진되어야 할 것이다. 시설인프라확충의 공급방향은 공급자의 다양화로 공공부문과 민간부분의 참여를 보장하고 유도하되 공공부문의 비중을 확대하며, 공공보건의료의 확충 등이 고려되어야 할 것이다.

셋째, 복지생활시설과 지역아동센터의 확충이 이루어져야 할 것으로 판단된다. 이는 재가보호가 어려운 취약계층의 시설보호가 더욱 강화되어야 하고 요보호아동 및 맞벌이 아동 등 저소득층 아동뿐만 아니라 일반아동을 대상으로 한 방과후 학습지도에 대한 욕구 충족이 필요함을 의미한다. 특히, 지역아동센터는 한국사회의 병폐로 간주되는 사교육비의 경감대책의 일환임과 동시에 미래 성장동력인 아동의 사회적 보호를 강화하는 방안으로서도 중요한 의미를 갖

는다고 하겠다.

마지막으로 사회복지시설 확충뿐만 아니라 사회복지인력 영역도 우선순위를 두어야 한다. 이를 위해서는 무엇보다도 사회복지전담공무원인력을 충원하여야 할 것이다. 특히, 복지인력의 확충으로 대국민 복지서비스를 향상시켜야 할 것이며, 이들 인력의 자질 향상을 통한 서비스의 질적 증대가 이루어져야 한다. 아울러 사회복지전담공무원 이외의 민간복지인력의 전문성 제고를 근무환경 개선과 재교육의 활성화도 동시에 추진되어야 할 것이다.

4) 교육의 공공성 강화

교육의 공공성 강화를 위해서는 무엇보다도 사교육비 지출이 감소되어야 한다. 교육인적자원부에서는 사교육비 경감대책의 일환으로 공교육 기능을 강화하고 있으나 제도개선이 미흡하여 실효를 거두지 못하고 있다. 따라서 철저한 정책모니터링을 통해 공교육이 정상화될 수 있도록 하고, 방과후 교실을 강화하는 방안도 적극 검토할 필요가 있다.

최근 아동의 방과후활동 수혜율이 32.0%라는 의미는 방과후 활동이 필요한 아동 중 일부아동만이 제도권 내에서 혜택을 받고 있으며 방과후 활동이 필요한 다수의 아동은 방치되고 있다는 것을 말한다. 특히, 빈곤가구의 증가와 가족해체 및 핵가족화, 여성의 경제활동 증가로 인하여 가정에서의 아동보호기능이 약화되고 있다. 따라서 아동의 자질 향상을 위하여 수요자 중심의 교육여건과 건강한 성장환경의 조성이 요구되며, 이를 위하여 사교육비 부담 없이 방과후에도 양질의 다양한 교육기회가 제공되는 사회가 조성되어야 할 것이다. 즉, 교육양극화 해소 및 사교육비 부담 완화 차원에서 저소득층 아동을 대상으로 방과후 활동 지원대상이 큰 폭으로 확대되어야 할 것이다. 향후 방과후 활동 수혜율은 2005년 32%에서 2030년까지 75%수준으로 확대되어야 할 것이다. 이를 위해서 방과후 보육프로그램을 확대하고 방과후 전담시설 허용을 통한 보육시설내 방과후 활동을 활성화하며, 청소년 수련시설을 활용하여 방과후 아카데미를 활성화한다.

5) 취약계층 일자리 보장

취약계층 일자리 보장 영역의 대표지표 중에서 자활사업의 성공, 장애인 실업해소, 노인일자리, 자활사업 참여, 장애인 고용증대 등을 위한 정책이 우선적으로 추진되어야 한다. 이를 보다 구체적으로 설명하면 다음과 같이 제시된다.

첫째, 자활사업의 성공률을 높이고, 자활사업의 참여를 증대시켜야 한다. 특히, 우리나라의 자활사업 프로그램과 대상의 다양화로 인해 외국과의 정확한 비교가 어려운 실정이다. 따라서 이에 자활사업 이외 사회적 일자리 등 좀 더 다양한 공적 일자리 사업의 프로그램과 성과에 대한 비교가 필요하다.

둘째, 장애인 실업해소를 위한 정책과 고용증대 정책이 강화되어야 한다. 현행 의무고용제도를 직업적 장애인 대상으로 전환하고, 장애인고용촉진공단은 의무고용제도 운영과 중증장애인 대상 직업재활사업 및 고용분야의 사례관리체계(통합고용지원팀)를 담당해야 할 것이다. 또한 장애인직업재활시설 유형을 재편하여 사실상 보호시설화한 직업재활시설은 보호시설로 재분류하고, 보호고용기능을 수행할 수 있는 시설만 보호고용시설로 분류하는 작업을 추진해야 할 것이다. 그리고 통합고용지원팀 설치 시범사업 추진과 동시에 공단, 특수교육기관, 복지관 등을 연계하여 지역별 장애인 직업교육 네트워크 체계를 구축하며, 시각장애인 고용대책을 포함하여 장애 유형별로 고용지원 대책을 추진해야 할 것이다.

셋째, 노인일자리가 확충되어야 한다. 활동적인 노인의 사회참여 여건 조성을 위하여 노인에게 적합한 일자리를 지속적으로 확대한다. 2006년 180천명에서 2010년까지 380천명으로 제고한다. 이때 정부와 민간의 분담비율은 2006년에 44:56에서 2010년에는 53:47로 정부의 분담비율을 확대한다. 노인일자리사업의 내실화를 위하여 일자리 수요에 맞는 맞춤형 일자리를 개발·보급한다. 방향은 단순 노무형태의 공익형 일자리 비율을 축소하고 '노·노케어' 형태의 복지형 일자리의 비율을 확대한다. 도한 참여노인의 보수지급을 현실화하고 참여기간을 단계적으로 확대한다. 그리고 사업수행기관의 인프라를 확충한다. 사업수행체계 강화를 위하여 시·군·구에 전담인력을 배치하고 도시지역에는 시장형 일자리 사업기관인 시니어클럽을 확대하고 농촌에는 자활후견기관을 활용한다.

6) 취약계층 복지서비스 보장

동 영역 중에서도 가장 낮은 평가점수를 보인 대표지표인 공적노인요양보호, 주거급여, 아동 및 노인 급식지원, 국내입양, 공공임대주택 보급 등에 정책적 노력이 요구된다. 이를 보다 구체적으로 설명하면 다음과 같이 제시된다.

첫째, 공적노인요양보호를 확충한다. 향후 급속한 고령화로 인한 요양수요 충족에 대응하기 위하여 공적노인요양보호비율을 2005년 1.4%에서 2030년까지 12.1%가 달성되도록 보편적인 체계 구축에 목표를 설정한다. 이를 위하여 『노인요양보호 인프라 10개년 확충 계획』을 수립하여 매년 약 100개소의 시설을 확충한다. 특히 노인수발보장제도 시행 목표시기인 2008년도까지 요양수요가 충족될 수 있도록『치매·중풍 등 중증노인보호 특별대책('05.9)』을 마련하여 시설인프라의 조기 확충이 추진되어야 할 것이다. 시설인프라확충의 공급방향은 공급자의 다양화로 공공부문과 민간부분의 참여를 보장하고 유도하되 공공부문의 비중 확대와 공공보건의료의 확충 등이 고려되어야 할 것이다.

둘째, 주거급여를 확대하고 급여수준을 인상한다. 그렇지만 우리나라의 주거보장수준을 비교하는데 는 기초자료가 미흡한 실정이므로 무엇보다도 다양한 주거보장 제도의 비교 연구가 선행되어야 할 것이다.

셋째, 아동 및 노인대상의 급식지원을 강화해야 한다. 우리나라의 급식지원아동비율은 급식을 필요로 하는 아동수의 지속적인 증가로 인하여 늘어날 것으로 전망된다. 이는 아동빈곤율 등과 관련이 있는데 우리나라 아동빈곤율은 IMF 이후 증가하여 그 이전으로 회복되지 못하고 계속 증가하는 경향을 보여서 결과적으로 급식지원이 필요한 아동수가 지속적으로 발생할 것이 예상된다. 급식지원의 정책대상인 아동규모를 확대하고는 있으나 급식아동의 급식문제를 단순히 '밥을 굶는 아동'의 문제만으로 간주해서는 안 되며 '사회적 아동방임(child abuse)'의 문제로 확대해서 보아야만 발전된 해결책의 강구가 가능하다. 따라서 충분한 영양 섭취가 될 수 있는 양질의 직접적인 식사 제공을 하게 하는 적절한 시설과 종합적인 시스템 구축이 필요하다.

또한 우리나라의 급식지원노인비율은 매년 일정한 규모의 노인에게 급식을

지원할 경우 노인의 증가로 인해 지원비율은 감소할 전망이다. 그러나 노인가구의 절대빈곤율을 보면 IMF 이후인 1998년 12.98%로 급격히 상승하다가 2002년까지 하락세를 보이고, 최근들어 11.8%로 다시 상승하는 것으로 추정되었다(한국보건사회연구원·기초보장평가센터, 2005). 이와 함께 핵가족화 및 가족해체 등으로 가족의 보호기능이 축소되고 노인단독가구가 증가함에 따라 급식지원이 필요한 노인이 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 또한 고령화율의 증가로 치매·중풍 노인의 증가도 예상되어 향후 노인 급식의 지원규모는 연차별로 큰 폭으로 확대되어야 한다.

넷째, 국내입양이 활성화될 수 있도록 정책을 강화한다. 국내입양은 저출산시대의 출산·양육의 장애 요인을 제거하고 아동의 건강한 성장을 보장하는 측면에서 활성화되어야 할 것이다. 이를 위하여 다양한 국내입양유인정책 등이 추진되어야 할 것이다. 입양문화 발전을 위한 의식을 개선한다. 입양에 대한 편견을 제거하고 올바른 입양인식과 필요성·중요성 등을 장려·홍보한다. 또한 입양부모를 대상으로 지원요건을 완화하고 절차 등 제도적으로 개선한다. 입양부모와 아동의 연령차이를 완화하고 입양부모의 기존 자녀수의 제한 규정을 보완하며 입양시 구비서류를 간소화한다. 그리고 입양관련 비용을 지원하고 입양아의 의료비와 보육료 지원 및 입양아 양육수당의 전면 도입을 통하여 경제적 부담을 대폭 완화한다.

다섯째, 공공임대주택 보급을 확대해야 한다. 사회취약계층을 위한 주거지원을 다변화하여 매입임대 주택 및 입주자 확대, 소득계층별 주거급여 지원, 주거환경 개선, 주택자금 융자 등 차등화된 지원체계를 구축하기 위하여 당초 1만호 매입계획('04～'08, 금년 2천호)을 금년부터 '15년까지 매년 4,500호씩 총 5만호를 매입·임대토록 제안한다. 시범사업에서 기초생활수급자를 대상으로 하던 것을 차상위계층까지 확대하며, 주거와 복지서비스와 연계한 그룹홈 지원대상을 종전 장애인에서 보호아동, 노인, 미혼모, 성폭력·가정폭력피해자, 탈성매매 여성, 가출청소년, 갱생보호자가정 등으로 다양화한다. 또한 자활의지가 있는 노숙인·쪽방거주자 등 단신계층도 매입임대주택에 입주할 수 있도록 300호를 시범적으로 운영하고, 매입 전세임대 방식을 도입하여 '05년 500호(수도권)

시범사업을 거쳐 '06년부터 전국으로 확대(매년 1천호씩 10년간 1만호 공급)하도록 한다.

7) 취약계층 교육보장

취약계층에 대한 교육보장 영역 중에서도 취약계층 대상의 보육서비스를 강화하고 장애인 고등학교 교육을 강화하여야 한다. 이를 보다 구체적으로 설명하면 다음과 같이 제시된다.

첫째, 취약계층 영유아에 대한 보육서비스를 강화한다. 보육시설의 이용시간을 다양화한다. 시간연장형 보육의 활성화를 위하여 시간연장형 보육교사 인건비 지원을 확대하고 시간연장형 보육교사 지원시 이용아동 및 운영시간에 대한 지원기준 완화로 활성화를 도모한다. 그리고 시간연장형 보육시설을 지역별로 균형있게 지정하고 인근보육시설과의 연계방안을 강구한다. 아동 및 교사의 안전을 위하여 안전장치 설치비를 지원한다. 시간제 보육시설 지원제를 도입한다. 보육시설 중 일부를 시간제 보육시설로 지정하고 중고령자 육아도우미를 지원한다.

둘째, 장애아 보육을 활성화한다. 장애아보육시설 확충으로 장애아동의 시설이용권을 보장한다. 장애아 전담시설을 매년 10개소씩 확충하고 장애아통합보육시설을 매년 100개소씩 확대 지정한다. 장애아 실태조사 등을 통하여 적재적소에 배치하여 장애아동의 보육시설 접근성을 제고하고 무상보육의 지원대상을 확대한다. 보육정보센터를 활용하여 장애아 보육관련 정보제공, 전문인력을 수급하고 부모와 아동에 대한 상담기능을 담당하고 지역사회와 연계시스템을 구축한다.

셋째, 농어촌의 보육서비스를 확대한다. 농어촌 보육서비스의 다양한 지원으로 소규모 국공립 보육시설을 우선 확충하고 초등학교 유휴공간을 활용하여 유치원과 보육시설을 병행 설치한다. 시간연장형 및 시간제 보육 우선 지원으로 농번기의 어려움을 해소하고 보육시설 차량운행비 지원을 민간시설까지 확대하고 운영비를 현실화한다. 이외에 출산농가도우미, 농어업인 영유아 양육비 등을 지원한다.

넷째, 장애인 고등학교 교육이수를 증대시킬 수 있는 정책이 강화되어야 한

다. 이를 위해 대학 내 장애인을 위한 별도의 추가 프로그램 제공 및 편의제공 등에 대한 근거를 마련하며, 장애인 특례입학을 모든 교육·사범대학으로 확대하고 학교평가에 반영해야 할 것이다.

8) 보편적 복지서비스의 강화

저소득층을 포함한 전체 국민을 대상으로 한 보편적 복지서비스가 강화되어야 한다. 이는 사회서비스의 확충에 의하여 가능할 것이나 재정부담을 감안하여 아동학대 발생예방, 노인 정보화, 노인 교통사고 감소방안, 노인여가시설 이용증대, 육아휴직 활성화, 임신·출산비용의 국가지원 확대 등의 정책을 우선적으로 추진할 필요가 있다. 이를 보다 구체적으로 설명하면 다음과 같이 제시된다.

첫째, 아동학대의 발생을 예방하고 피학대아동을 보호하는 체계를 강화한다. 아동학대 예방 및 방임아동 보호체계 강화를 위하여 아동학대·방임의 조기발견·예방체계를 구축한다. 이를 위하여 취약지역 영유아에 대한 아동보호서비스와 방문간호서비스를 연계하여 학대·방임예방 및 아동건강 상담 등 통합서비스를 지원한다. 그리고 통합적 아동보호체계를 구축하고 효율성을 강화한다. 즉, 아동학대와 방임의 근본적 예방과 조기발견을 위한 통합서비스체계를 마련하고 아동보호체계의 효율성 제고를 위해 아동학대 예방센터의 전문성을 강화한다. 또한 TV, 라디오 등 대중매체와 포스터 제작 등을 통해 아동학대 예방 홍보를 강화하고 학대유형별로 홍보 및 교육을 실시한다. 실종아동의 조기발견·보호시스템 구축 등으로 아동보호 인프라를 확대한다.

둘째, 노인 정보화 사업을 강화한다. 노인의 정보화율은 6세 이상 인구에 비해 매우 낮은 수준이었으나 컴퓨터 및 인터넷에 대한 향후 이용 욕구와 정보화 교육에 대한 욕구도 높았다(한국보건사회연구원, 2005). 노인을 대상으로 하는 정보화 교육을 확대하고 정보이용촉진을 위하여 정보통신기기를 보급하며 노인을 위한 온라인 포탈사이트를 확충하여 노인의 생활에 필요한 콘텐츠를 보완한다.

셋째, 노인 교통사고 감소방안이 적극 추진되어야 한다. 우리나라 노인의 교통사고 사망률은 노인 10만명당 43명으로 선진국에 비해 5~6배가 높았다. 따

라서 고령자층의 안전에 대한 다양한 욕구를 반영하여 고령자가 안전하고 편리하게 이용할 수 있는 교통환경을 조성한다. 고령친화적인 도로 및 교통시설의 설치기준을 마련하고, 고령자에 편리하고 안전한 대중교통 이용 및 보행환경을 조성한다. 횡단보도의 복원을 확대하고 지하철역에 엘리베이터 및 에스컬레이터를 100% 설치하며 저상버스의 보급을 확대하며 고령자를 위한 특별교통수단을 도입한다. 또한 노인복지시설 주변 및 노인통행이 많은 지역에 노인보호구역(실버 존)을 도입한다. 그리고 고령운전자에 적합한 교통환경기반을 마련을 위하여 노인보호차량(실버마크) 제도를 도입하고 적성검사시 안전교육 이수를 추진하며 노인교통사고 줄이기 운동을 추진한다.

넷째, 노인여가시설 이용을 증대할 수 있어야 한다. 노인여가시설의 이용률은 5% 미만으로 상당히 저조하였고 특히 노인복지회관의 경우 인지율이 높았고 이용욕구도 현재 이용수준보다 5배 이상 높았다. 따라서 지역별로 형평성 제고와 지역사회에서 노인복지의 구심적 역할을 할 수 있도록 노인복지회관의 양적 확대가 우선적으로 이루어져야 한다. 또한, 노인복지회관의 기능을 명확히 하고 안정적이고 표준화된 운영을 위하여 국가 지원 체계로 전환하여 일정수준 이상의 서비스가 제공되도록 운영 내실화를 기한다.

다섯째, 육아휴직을 활성화시키도록 한다. 육아휴직과 관련된 법제도들이 대별 사업장에서 철저하게 지켜질 수 있도록 감리감독과 장려정책을 동시에 펼쳐야 한다. 육아휴직을 사용하는 근로자가 더 이상 고용불안에 떨지 않도록 강력한 법 집행이 있어야 할 것이다. 특히, 육아휴직기간 만료 후 복직을 할 경우에는 정해진 규정에 의해 가급적 근로자와 합의하에 원직복직을 시키고 육아휴직을 이유로 해고, 대기발령, 급여삭감 등 어떠한 불이익 처분도 받지 않도록 해야 할 것이다. 또한 육아휴직을 활성화하기 위해 대국민 홍보를 활발히 진행하여야 한다, 육아휴직은 임신을 한 직장여성들의 선택이 아닌 필수라는 생각으로 사회전체 구성원들의 인식을 변화시켜야 할 것이다.

여섯째, 임신·출산비용의 국가지원을 확대한다. 모성 및 영유아 건강관리를 체계화하도록 지원하다. 즉, 신생아의 체계적인 건강관리를 위한 기반을 구축하는 것이다. 이를 위해 출산·육아관련 정보 및 신뢰성 있는 상담서비스를 제공

하고, 여성 생식건강 증진 프로그램을 지원하며, 모성·영유아 건강관리 및 영양관리 지원을 확대한다. 특히, 불임부부에 대해 불임검사 진료비를 지원토록 하며, 이후 시험관아기 등 불임시술비용을 적극적으로 지원해야 할 것이다. 또한 적극적인 산후도우미 서비스를 저소득층에서 일반인에게까지 확대한다. 마지막으로 기업에서의 임신·출산관련 지원대책, 일과 가정을 양립할 수 있는 문화가 확산되도록 해야 할 것이다.

9) 기타 최우선 복지정책

이들 정책은 영역의 평가점수는 매우 낮은 수준이 아니지만 대표지표가 2점 이하인 경우는 3개 대표지표이다. 이를 구체적으로 제시하면 다음과 같다.

첫째, 기초생활보장 수급자를 확대한다. 전체 기초생활보장 수급자 수는 2002년 이후 증가 추세에 있으나 2005년도를 제외하고는 일반수급자 비율은 감소하고 시설수급자는 증가하는 경향이다. 따라서 수급자 선정 시 차차상위계층까지 확대하여 빈곤의 사각지대에 놓인 저소득층을 법적 제도권 내에 진입될 수 있도록 제도 정비가 필요하다.

둘째, 만 5세아 아동의 무상보육·교육비 지원대상 및 지원비율 확대한다. 지원대상을 도시근로자가구 평균소득 130% 이하 가구까지 확대하고 지원비율은 80% 수준까지 높인다. 아동별 기본보조금 지원으로 부모 부담 보육료를 경감한다. 즉, 민간시설의 부모 부담 보육료를 국공립과 동일한 수준으로 조정한다. 장애등급과 무관하게 모든 장애아를 대상으로 보육료 전액을 지원하고 장애아 통합보육시설 지정을 확대하여 장애아동 무상보육지원대상을 확대한다.

셋째, 응급환자 보호체계를 강화한다. 특히, 예방 가능함에도 불구하고 응급체계가 잘 갖추어져 있지 않아 환자가 사망하는 경우를 방지해야 할 것이다.

나. 차순위 추진 복지정책

차순위로 추진되어야 하는 복지정책은 각 영역의 평가점수가 100점 기준으로 50~60점 미만인 경우(취약계층소득보장, 교육의 질 보장, 보편적 교육보장) 중 대표지표의 평가점수가 2점 보다 높고 3점 미만인 경우를 차순위 추진 복지정책으로 분류하였다. 특히, 선정된 대표지표는 평가결과를 고려하여 점수가 낮아 우선적으로 추진되어야 하는 순으로 제시하였다. 아울러 영역의 평가점수는 60점 이상이지만 대표지표가 2점 보다 높고 3점 미만인 경우는 차순위 추진 복지정책으로 분류하였다.

〈표 7-2〉 차순위 추진 복지정책 유형

영역	대표지표	평가결과(5점 기준)
취약계층소득보장	• 상대빈곤율	2.5
교육의질보장	• 보육교사 1인당 아동수	2.4
보편적 교육보장	• 평생학습참여율	2.4
보편적 일자리보장	• 재직자 훈련 참여율	2.2

1) 보육교사 1인당 아동수 축소를 통한 영유아보육의 질 보장

보육교사 양성체계 강화 및 보육서비스 체계 개선, 보육 인적환경 개선 등을 통하여 영유아보육의 질을 보장해야 할 것이다. 구제적인 설명은 다음과 같이 제시된다.

첫째, 보육교사 양성체계를 강화하는 것이 필요하다. 즉, 대학의 보육교사 양성교과목을 12과목(35학점)에서 15과목(42학점)으로 상향조정하고 보육실습기관은 평가인증시설로 제한하고 보육시설 매뉴얼을 개발·보급한다. 교육교사교육원의 신규지정을 중단하고 3급 보육교사 승급시 시험제도를 도입한다. 또한 3급 보육교사 양성시 응급처치사 자격취득이 가능토록 응급처리 교육을 강화한다.

둘째, 보육교사의 전문성 제고 차원에서 보수교육의 지원을 확대하고 참여율을 제고한다. 보수교육시 대체교사 인건비를 지원하여 근로환경을 개선하고 보육정보센터를 통하여 교육훈련기관 및 시도별 보수교육 정보를 공유한다. 또한 보수교육활성화를 위해 교육훈련명령제를 도입하고 전문교육기관, 대학 등에 대한 보수교육 위탁제도를 활성화하고 사이버 교육 등 다양한 프로그램을 마련한다.

셋째, 보육시설 근로환경 및 처우개선을 위하여 기본보조금 지원과 보육인력의 급여기준을 연계하고, 근무여건 개선을 위한 시간연장형 교사 지원을 확대하며, 그리고 대체교사 지원제도를 도입한다. 부당한 임면, 징계 및 퇴직요구 등 불이익 조치에 대해 보육정책위원회에 재심기능을 부여하고 보육행정시스템을 활용하여 최저임금 위반사례가 없도록 지도·감독한다. 보육인력 모성보호 및 보수교육활성화를 위하여 시·도 및 시·군·구 보육정보센터에 대체교사 인력뱅크 관리시스템을 구축한다.

넷째, 보육서비스의 질을 결정하는 중요한 구조적 요인은 교사대 아동비율이므로 보육의 인적환경이 개선되어야 한다. 만1세 미만의 교사대 아동비율은 1:3으로 조정하고, 만1~2세 미만은 1:5, 만2~3세 미만은 1:7, 만3~4세 미만은 1:15, 만4세~미취학 유아는 1:20으로 구성하여 개별 아동에 대한 보살핌 기능을 강화한다. 또한 장애아 보육은 교사대 아동비율이 1:3을 원칙으로 하고 장애아 9인당 1인은 특수교사 자격소지자로 배정하여 특수교사 배치기준을 강화함으로써 장애아보육의 질을 제고한다.

2) 평생학습 참여의 확산

우리나라의 평생학습 참여율은 점차 증가하는 추세이나 OECD 국가에 비해 낮은 수준으로 나타났다. 이에 따라 우리나라의 평생학습 참여율을 높이기 위한 구체적인 방안은 다음과 같이 제시된다.

첫째, 우리나라는 아직까지 평생학습 참여에 대한 자료가 미흡한 수준이다. 따라서 국제사회와 비교 가능한 지표생산이 필요하다.

둘째, 평생학습을 효율적으로 추진하기 위한 기반을 제공할 수 있는 중앙정부 차원의 지원 네트워크를 구축한다. 이를 위해 정부 부처별로 고령화·지식정보화 사회에 대응하기 위하여 시행하고 있는 다양한 형태의 평생직업교육정책을 재검토하여 정책 및 예산의 중복성 및 비효율성을 분석하여야 한다.

셋째, 지역간 학습 격차 등 지방자치단체가 개별적으로 해결하기 어려운 평생학습 정책 현안을 해결하기 위해서도 국가적 차원의 평생학습 추진체계의 정립이 필요하다.

넷째, 지역·계층간 교육격차를 해소하기 위한 국가 차원의 지원을 강화한다. 즉, 재정자립도가 낮은 지방자치단체의 경우 소외계층에 대한 학습지원이 극히 부족한 실정으로 교육안정망 차원에서 국가의 대책이 필요하다. 마지막으로 여성인적자원개발을 활성화하고, 직업성취프로그램 및 재직자 훈련프로그램 등의 평생학습체계 인프라를 구축하도록 한다.

3) 상대빈곤율의 감소를 위한 정책 추진

상대빈곤율을 낮추는 정책적 노력이 필요하다. 우리나라는 아직까지 취약계층에 대한 자료가 미흡한 수준이다. 따라서 국제사회와 비교 가능한 지표생산이 필요하며, 상대빈곤의 경우 소득과 수준의 통일성을 기해야 할 것이다. 특히, 기초생활보장의 경우 한국의 대표적인 공공부조제도로 다른 나라의 생계급여와 비교 가능하나 제도의 내용이 완전히 일치하지는 않다. 따라서 다른 나라와 동일하게 적용할 수 있는 공공부조 성격의 제도비교를 마련할 수 있는 방안이 시급히 강구되어야 한다.

4) 기타 차순위 추진 복지정책

기타 차순위 추진 복지정책은 영역의 평가점수는 60점 이상이지만 대표지표가 3점 미만인 경우로 재직자의 훈련참여율로 나타났다. 재직자 훈련은 근로자직업훈련촉진법의 제정으로 직업훈련의 자율성이 강화되었고, 민간의 훈련참여가 대폭 확대되었다. 그러나 고용보험을 통한 직업능력개발 지원제도는 기업 내 훈련의 효과성과 형평성을 제고하는 것을 목적으로 함에도 불구하고, 그 주된 수혜자가 대기업이고, 기업 내 훈련기회는 근로자간에 불균등하게 주어지는 문제점을 안고 있다. 따라서 직업훈련 참여율을 높이기 위하여 첫째, 여성·저학력·저숙련 근로자의 훈련기회를 균등하게 적용해야 할 것이며, 둘째, 훈련 실시 여건이 어려운 중소기업의 훈련참여를 촉진하기 위하여 초기업적인 공동훈련체재를 모색하고, 근로자의 자율적인 훈련을 촉진하기 위한 정책적 개선이 요구된다(김주섭, 2004). 특히, 일본의 경우 근로자의 평생직업능력개발을 지원하기 위한

능력개발급부금이 피보험자의 연령에 따라 중장년층에 대하여 지원대상 훈련의 폭을 확대함으로써 피보험자의 훈련수요를 우선적으로 고려하고 있다(유길상, 2003). 마지막으로 재직자 훈련을 강화하여 기업 경쟁력 강화 및 자기 개발 강화 및 중장년 실업에 대한 창업자금 지원, 중장년 실업 대비 가계운용 등에 대한 실질적인 프로그램을 지원하도록 한다.

다. 후순위 추진 복지정책

후순위로 추진되어야 하는 복지정책은 각 영역의 평가점수에 제한받지 않고 선정된 대표지표의 평가점수가 3~4점 미만인 경우이다.

〈표 7-3〉 후순위 추진 복지정책 유형

영역	대표지표	평가결과(5점 기준)
복지시설	• 인구 10만명당 복지관수	3.5
취약계층소득보장	• 장애급여 수급률	3.4
	• 장애인가구 월평균 소득	3.1
취약계층 서비스 보장	• 주거급여수준	3.5
보편적 서비스 확충	• 노인생활체육 참여율	3.7
	• 장애인편의시설 설치율	3.8
교육의 질 보장	• 초·중·고등학교 교사 1인당 학생수	3.0
	• 대학교수 1인당 학생수	3.0
취약계층 교육보장	• 특수교육 수혜율	3.1
보편적 교육보장	• 일반계층 보육교육비 지원아동비율	3.8
	• 육아서비스 수혜율	3.2
취약계층 일자리 보장	• 중고령자 고용률	3.9
보편적 일자리 보장	• 청년여성고용률	3.5
	• 중장년 실업률	3.0
일자리의 건강성	• 정규직 대비 비정규직 비율	3.0
	• 정규직 대비 비정규직 임금수준	3.7
의료보장	• 빈곤층 의료보장률	3.0
	• 건강보험 급여보장률	3.0
	• 국민의료비 중 공공부문 지출 비율	3.6
건강보장	• 건강수명	3.5
	• 흡연율	3.0
	• 중등도 운동실천율	3.6
	• 지역간 의료이용 형평률	3.0

1) 복지관 확충에 의한 복지시설 인프라 구축

사회복지시설은 정부의 지원과 민간기간 및 지역사회 주민의 참여를 통해서 전문인력과 자원봉사자들이 주민의 욕구와 문제에 대해서 개발적·예방적·치료적인 프로그램을 제공하는 역할을 한다. 즉, 주민의 욕구 및 평가, 지역사회 민간자원의 발굴 및 활용, 주민을 위한 사회교육을 지원하여 지역사회주민의 복지를 증진시키는 것이다.

우리나라는 지방 분권화 시대 도래로 지방자치단체 간의 사회복지수준 격차가 크게 나타나고 있다. 이는 기본적으로 사회복지시설 관련 인프라 구축이 되어 있지 않은 지역이 존재하고 있으며, 지역사회 주민들의 다양한 욕구에 사회복지시설이 대응하지 못하고 있기 때문이다.

따라서 정부 및 지방자치단체는 지역사회 내 주민들의 특성에 따른 사회복지시설을 구축하고, 시설의 역할을 재정립시키도록 운영비 및 시설 구축비를 지원해주어야 할 것이다. 또한 조건부 및 미신고시설을 신고시설로 양성화 시켜 서비스 질을 고양시켜야 할 것이다.

2) 장애급여 제공 확대에 의한 취약계층 소득보장

최근 장애인복지의 패러다임이라고 할 수 있는 장애인의 자립생활이 이루어지기 위해서는 무엇보다 장애인에 대한 소득보장과 고용보장을 통해 장애인의 경제적 여건이 개선되어야 한다. 따라서 향후 중앙정부 예산을 비롯한 장애인 복지자원의 배분은 우선적으로 생활안정과 고용안정 영역에 집중하되, 복지서비스 확충과 교육보장에도 적절한 자원을 배분해야 할 것이다.

장애수당의 경우, 2007년부터 지급대상이 차상위계층까지 확대되고, 지급수준도 중증은 7만원에서 13만원(차상위 9만원)으로, 경증은 2만원에서 3만원으로 인상되었다. 그러나 차차상위계층까지 확대하고 지급액도 장애로 인한 추가비용을 100% 보전하는 수준인 16만원까지 인상되어야 할 것이다. 또한 현실적으로 경제적 부담이 가장 큰 중증장애아동을 양육하고 있는 가구에 지급하고 있는 장애아동부양수당의 지급대상과 지급수준도 지속적으로 확대 및 인상해야

할 것이다. 한편 장애연금의 경우에는 지나치게 엄격하게 규정되어 있는 연금수급요건을 완화하여 많은 장애인들이 연금수급자가 될 수 있도록 개선이 되어야 한다. 구체적으로는 '장애' 개념에 소득가득능력이나 직업수행능력 반영함으로써, 기능 손실이란 의학적 측면에서는 장애의 범주에 포함되지는 않는다고 하더라도 직업수행능력이나 소득가득능력이 현저히 떨어져서 소득활동을 더 이상 할 수 없거나 하기 어려운 자들이 있다면 장애연금에 접근할 수 있도록 해주어야 할 것이다. 또한 가입 이전의 장애에 대해서 일부 수급권을 인정함으로써, 국민연금 가입 이전에 발생한 질병 또는 부상에 따른 장애일지라도 가입이후 그 장애의 악화로 인해 수입 있는 활동에 종사하기가 어렵게 되었다면 일정한 최소가입기간(예컨대 3년 내지 5년)을 설정하여 충족하면 장애연금수급권을 취득할 수 있도록 해 주어야 할 것이다.

이러한 장애수당과 장애연금의 개선 외에 장애가 초래하는 경제적 비보장을 제거하여 장애인가구가 비장애인가구와 대등한 소득수준이 되기 위해서는 장기적으로 모든 장애인에게 연금을 지급하는 기초연금을 도입할 필요가 있다.

3) 취약계층 주거급여 수준 향상

주거급여의 수준을 향상시키기 위하여 국민기초생활보장제도에 통합되어 운영되는 현 주거급여체계에서 급여의 충분성과 대상의 포괄성을 확보하도록 한다. 즉, 생계급여에 포함된 주거비를 주거급여로 이동하여 현재 수급자와 차상위 주거빈곤가구의 실질적인 주거안정 수단이 되도록 하는 것이다. 현행 주거급여 운영과정에서 발생하고 있는 과잉급여 부분의 조정을 통해 중소도시 기준 전세주거비와 월세주거비 차액을 월세가구에 보전해 주는 방식을 통하여 월세가구의 불충분한 주거급여를 현실화 시키도록 한다. 또한 주거급여 대상을 차상위까지 확대하고, 급여는 빈곤선 120% 이상에 해당하는 비수급 및 차상위계층의 주거비 과부담 임차가구를 대상으로 하며, 해당최저주거비와 해당가구의 소득 20%의 차액을 지급하도록 한다.

나아가 주거급여를 분리하여 별도의 개별급여로 운영하도록 한다. 주거급여

가 분리 운영되면 현금과 현물의 배합이 좀더 용이해지며, 수급자에게 지불하는 방안 외에 임대인에게 지급하는 방식 등 다양한 정책수단을 사용할 수 있고, 현재의 일괄지급방식에서 수급자의 개별 주거사정에 따라 개별화된 주거급여지급이 가능해지는 이점이 있다.

4) 노인생활체육 및 장애인 편의시설 설치에 의한 보편적 서비스 확충

첫째, 노인의 건강증진을 위하여 생활체육을 강화 한다. 이를 위하여 체육 인프라의 활용도를 제고한다. 학교, 공공기관 등 체육관련 인프라의 현황을 파악하고 관계 기관 및 전문가의 협력체계를 구축한다. 또한 주거지역 인근에 수요자 중심의 운동공간을 확충한다. 예를 들면 생활체육공원, 소규모 체육관, 자전거 도로 및 등산로, 학교운동장 등을 정비·공급한다. 그리고 국민체육센터를 확충하고 센터 내에 운동처방 기능을 추가하여 개인별 특성에 적합한 체육프로그램을 보급한다.

둘째, 무엇보다 장애인들이 자유로운 이동 및 사회참여가 가능하기 위해서는 편의증진법 등에 의무 설치토록 되어 있는 편의시설이 장애인들의 편의에 맞게 100% 설치되어야 할 것이다. 또한 편의시설의 핵심이라고 할 수 있는 버스 등의 대중교통수단 및 시설물에 대해서는 장애인 편의시설을 구비한 교통수단·시설이 대폭 확충되도록 저상버스를 2013년까지 전체 시내버스의 50% 수준으로 확대하고 2008년까지 도시철도 역사 내 엘리베이터 등의 설치를 완료해야 할 것이다.

5) 각급 학교 교사 ·교수의 담당 학생수 감소에 의한 교육의 질 보장

초·중·고등학교의 교육의 질을 향상시키기 위하여 전임교사를 적극 채용하고, 수업시간량을 줄이도록 한다. 교육의 질은 학급 교사·교수의 담당 학생수의 감소에 따라 교육 여건의 질을 개선시킬 수 있다. 이를 위해 초등학교의 교사를 OECD 평균 교사 당 15명 수준으로 교사를 충원해야 할 것이다. 고등교육시설의 경우도 마찬가지 이다. 대학의 경쟁력을 높이기 위해, 교수들의 질을 높이고

적정한 규제에 따른 교수를 채용하여 학생의 경쟁력을 고양시켜야 할 것이다.

6) 특수교육 강화를 통한 취약계층 교육보장

특수교육 수혜율 제고를 위해서는 우선 특수교육진흥법을 전면 개정하여 장애인 생애주기별 교육체계를 정립하고, 장애영아(만3세미만) 무상교육 및 장애유아·고등학생 의무교육화의 기반을 구축하기 위한 인프라를 확충해야 할 것이다. 또한 특수학급 증설 및 통합학급 특수교사 배치 및 특수교육보조원 배치 확대 등의 장애인 교육서비스 제공 기반을 강화해야 할 것이다.

7) 보육교육비 지원 및 육아서비스 확대

보육교육비 지원과 육아서비스를 확대한다는 것은 양육비 걱정 없이 질 높은 육아서비스를 받을 수 있는 환경을 조성하는 것으로, 이는 향후 보육에 대한 전반적인 패러다임의 전환을 요구하는 것이다. 이를 위하여 첫째 보육의 책임을 보호자에서 국가와 사회가 함께하는 사회 구성원 모두의 책임으로 전환한다. 둘째 보육서비스 제공을 보육시설의 공급자 중심에서 부모 및 아동의 욕구에 부응하는 수요자 중심으로 전환하고, 셋째, 보육시설의 양적 확충에서 보육서비스의 질적 수준 향상으로, 넷째, 보육서비스 수혜대상을 저소득층 등 선별적 접근방식에서 보육서비스를 필요로 하는 모든 아동에게 균등하게 제공되는 보편적 접근방식으로 전환하여야 한다.

8) 중고령자 고용률 증대

중고령 인력의 활용을 위한 생산적 고령화 시스템을 구축한다. 이를 위하여 점진적으로 연령차별금지를 법제화하고 정년제도를 개선한다. 연령차별금지 적용 영역을 채용·훈련분야부터 도입하여 해고 및 정년분야까지 단계적으로 확대한다. 정년연장의 여건 조성으로 정년연장을 위한 지원제도를 신설하고, 중고령자 고용촉진을 위한 고용 규제를 완화한다. 또한 기업의 임금체계를 개편하고 근로형태를 다양화한다. 즉, 연공급적 임금체계 개편을 위해 임금피크제 보전수

당, 컨설팅 비용 지원 등으로 임금피크제를 활성화한다. 근로형태 다양화의 일환으로 파트타임, 일자리나누기, 전문계약직 재고용 등의 지원을 통해 중고령자의 고용기회를 확대한다. 마지막으로 중고령자 고용촉진을 위한 인센티브를 강화한다. 중고령자고용촉진장려금을 활성화하고 퇴직인력의 퇴직준비 프로그램을 제공하며 중고령자 취업지원서비스를 확대한다.

9) 청년고용 증대를 위한 보편적 일자리 보장

적극적 노동시장 정책, 일자리 마련 등을 통한 고용 활성화 및 고용의 질적 향상을 도모한다. 특히, 청년실업을 낮추고, 고용증대를 위한 일자리가 적극 마련되어야 할 것이다. 구체적으로는 첫째, 중소기업의 육성, 중소기업의 근로자 복지제도 확충 등을 통해서 일자리를 창출한다. 둘째, 경력을 중시하는 채용 관행의 변화에 대응하여 직장체험의 기회를 확대한다. 연수기관들은 연수생들이 제대로 직장체험을 하고 진로설계를 할 수 있도록 지원과 세심한 배려가 있어야 할 것이다.
셋째, 대학의 경쟁력을 강화하여 학생의 취업증진을 위한 대학의 자발적인 노력을 강화해야 할 것이다. 넷째, 고용안정 인프라를 구축하여 국가 차원에서 취업애로 계층에게 일자리 정보와 직업훈련 및 진로 상담을 제공하여 중소기업의 일자리 부족과 청년을 포함한 취업애로 계층에게 일자리를 연결시키도록 한다. 덴마크와 아일랜드 등에서 최근 경제성장은 이와 같은 고용안정 인프라 투자의 효과에 기인한 바 크다. 마지막으로 취약청년층 개인별 종합취업지원서비스를 도입한다. 청년구직자의 특성 및 능력에 따른 상담 및 취업지원서비스를 제공하고, 중점 지원대상자를 선별하여 단계별 지원서비스를 제공토록 한다.

10) 중장년 실업률 감소에 의한 보편적 일자리 보장

첫째, 중장년 실업률 감소에 의한 보편적 일자리 보장의 초석으로 중고령자 실업자에게 직업훈련을 실시하여 이들의 직업능력을 극대화 하는 것이 필요하다. 특히, 정보·통신분야, 3D업종 등 시장수요가 많은 분야를 중심으로 직업훈련을 확대하는 것이 효율적일 것이다. 또한 훈련과 취업의 연계를 강화하기 위

해서 훈련대상자에 대한 훈련 전 상담활동을 강화하여 대상자의 희망과 적성에 맞는 훈련이 제공될 수 있게 하고, 훈련정보망을 강화하여 훈련관련 다양한 정보를 즉각적으로 검색 할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

둘째, 고용안정 인프라 확충을 통한 효율적인 취업지원 서비스가 필요하다. 이는 일자리에 대한 접근성의 강화 측면에서 중요하다. 특히 최근 몇 년 간 대량 발생한 기업구조조정에 따른 실직자의 원활한 재취업을 위해 이들을 위한 전담기구 또는 팀은 운영하여 취업알선, 직업훈련 및 창업안내 등의 서비스를 적극적으로 제공하는 것이 필요하다. 또한 중장년훈련수료자채용장려금과 같은 채용장려금제도 등을 다양하고 지속적으로 제공하여 실직자의 재취업을 촉진하며, 이들 고용주체의 고용부담을 감소시키는 노력이 필요하다.

다만, 실업극복과 보편적 일자리의 보장은 정부의 정책만으로 해결하는데 한계점이 있으며 따라서 사회 각 부문이 실업극복과 일자리 보장을 위한 역량결집이 필요하다. 특히 ,사업주의 경우 구조조정을 명분으로 고용조정에만 치중하기 보다는 인력양성을 통한 기업경쟁력 강화를 위해 노력을 해야 한다. 허나 불가피하게 중장년층을 대상으로 하는 고용조정을 해야 하는 경우에는 재직근로자가 원활하게 직장이동을 할 수 있도록 전문컨설팅회사를 통해 이직할 직원의 재취업이나 창업을 지원해주는 '전직지원프로그램(Outplacement Service Program)'을 적극적으로 운영하는 것이 필요하며, 정부에서는 이에 대한 적극적인 제도적 지원이 필요할 것이다.

11) 비정규직 감소 및 임금개선에 의한 일자리의 건강성 확보

비정규직 증가 자체를 부정적으로만 인식해 억제·규제하려고 한다면, 기업경쟁력 저하와 비정규직 고용불안을 심화시킬 수 있고, 왜곡된 비정규직의 활용을 방치할 경우에는 노동시장에서의 차별 확대 재생산과 인적 자원 손실로 인한 성장잠재력의 저하와 사회불안을 야기할 우려가 있다. 따라서 왜곡된 활용을 시정함으로써 노동시장 유연성과 안정성의 조화를 모색하는 균형적 대책이 필요하다. 첫째, 비정규직 관련 법안이 시행되는 대로 관련 인프라를 신속히 갖

추어 비정규직에 대한 차별이 실질적으로 근절되도록 해야 할 것이다. 특히, 기업규모 간 임금격차 완화에 초점을 맞출 필요가 있다. 둘째, 비정규직에 대한 직업능력개발 지원을 각자에게 맞는 맞춤형 직업능력개발과 고용서비스를 제공하도록 한다. 셋째, 비정규직의 고용형태에 따른 특성과 유형에 따른 차별화된 맞춤식 대책이 필요하다. 즉, 자발적 단시간 근로, 파견 등 은 비정규직의 고용형태에 따라 문제점 및 대책이 다르게 나타나기 때문에 이를 간과해서는 안 될 것이다.

12) 빈곤층 의료보장 및 건강보험 급여보장 증대

의료 및 건강보장의 정책방향은 빈곤층에 대한 의료보장률을 확대하고, 건강보험의 급여보장률을 강화하여 할 것이다. 이를 보다 구체적으로 설명하면 다음과 같이 제시된다.

첫째, 빈곤층의 의료보장을 강화한다. 빈곤층 의료보장률 확대와 관련된 구체적인 방안은 빈곤층이면서 의료욕구가 필수적이고 생계형 체납으로 국가가 의료보장을 해 주어야할 필요가 있는 차상위계층과 체납세대 등을 의료급여로 전환하는 노력을 기해야 한다. 그럼에도 불구하고 비수급빈곤층과 잠재적 빈곤층을 모두 의료급여로 전환하기에는 국가 재정의 한계 등으로 어려움이 있을 수 있다. 이러한 경우 일정기간동안 차상위계층과 의료급여대상자간 본인부담률 차이로 인한 소득의 역진 등의 부작용을 최소화하여야 필요가 있다. 이를 위해 차상위계층에서 많이 이용하고 진료비가 높은 중증질환 중심으로 의료급여 2종도 본인부담률을 10%로 낮추어서 의료급여 1종, 의료급여 2종, 차상위계층 그리고 건강보험 간의 보장률을 완만하게 하여 집단간에 소득역진문제 등을 해소해야 한다. 그리고 장기적으로는 선진외국에서와 같이 의료급여, 차상위계층, 건강보험 간의 보장성을 높여 서로 보장률의 차이가 없고 부담능력에 따라 부담에만 차등을 두는 형태로 가야 할 것이다. 또한 비수급빈곤층과 잠재적 빈곤층은 국가가 책임지는 의료급여로 보호하여 보험료부담을 면제해주고 부담능력이 있는 대상자들로 건강보험을 운영하여 빈곤층 의료보장률을 높이는 방향으

로 가야 할 것이다.

단기적으로는 빈곤층 의료보장률을 높이는 방안으로는 차상위계층 중 노인, 아동, 장애인 등 취약계층 중심으로 확대하고 대상자 선정기준을 완화하여 차상위계층을 의료급여로 확대하여야 한다. 그리고 체납세대 중 생계형 체납자의 경우도 의료급여를 확대해 주어야 한다.

둘째, 건강보험에 의한 급여보장이 강화되어야 한다. 건강보험의 급여보장률을 강화하기 위해 중증질환의 입원 본인부담을 10% 낮추고, 3대 비급여 항목을 급여로 전환해 주어야 한다. 그리고 100대 100 본인부담 항목에 대해 모두 보험을 적용하여 건강보험의 보장성을 확보하여 건강보험 급여보장성을 확보해야 한다. 의료급여제도에서도 2종 대상자의 본인부담률을 10%로 낮추고 장기적으로는 일당 정액 등 소액의 본인부담만을 부담하도록 해야 한다. 그리고 본인부담 상한제와 보상금제도를 현실적으로 바꾸어 보장성을 강화하여야 한다. 그리고 최종적으로는 비급여 항목을 급여항목으로 전환하여 비급여를 포함한 본인부담률 낮추어 건강보험 보장성을 확보해야 할 것이다.

13) 국민의료비의 공공지출 확대

국민의료비 공공지출 확대를 위해서는 첫째 국민건강보험을 포함한 공공의료부문의 투자가 지속적으로 확대되어야 한다. '공공지출 의료비'의 가장 높은 비율을 차지하는 것은 바로 건강보험이다. 2004년 현재 우리나라의 공공지출 의료비는 22조 2,862억 원이며, 그 중 건강보험에 의한 지출은 18조 5,722억 원으로 공공지출의 83.3%를 차지했으며, 따라서 국민건강보험의 공공의료부문의 확대가 필요하다.

둘째, 건강보험 보장성을 강화해야 한다. 현재 우리나라의 건강보험 급여율은 외국에 비해 낮다고 보는 것이 일반적이며, 비슷한 지표로 볼 수 있는 '국민의료비 중 공공지출 비율'을 살펴보면 OECD 국가 대부분은 공공지출 비율이 70% 이상인 반면 우리나라는 50%수준으로 미국, 멕시코 다음으로 낮다.

셋째, 건강보험 보장성 강화를 위해 약제비를 적정화해야 한다. 지난해 현재

건강보험 총 진료비의 29.2%를 차지하고 있는 약제비 비중을 낮춰 재정안정화를 꾀하는 것이 건강보험 보장성 강화를 위해 필요한 것이다.

넷째, 의료전달체계 개편, 의약품 사용량 적정화 등이 이루어져야 한다. 전문가들은 약제비를 줄이기 위해서는 '포지티브 리스트' 도입과 함께 의료전달체계 개편, 무분별한 의약품 사용 자제 등이 필요하다고 지적한다. 특히 주치의제도를 근간으로 하는 의료전달체계를 갖추는 것이 무엇보다 시급하며 약값과 관련근거를 바탕으로 한 합의와 정책이 필수적이라고 강조한다.

14) 건강수명 연장 및 중등도 운동실천율

첫째, 건강수명의 연장을 위한 정책이 강화되어야 한다. 보건의료정책 및 제도의 결과에 대한 대표적인 지표는 건강수명이다. 우리나라 건강수명은 단순한 기대여명보다 OECD 평균보다 더 낮았다. 이러한 사실은 우리나라 사람들이 질병이나 손상으로 인한 삶의 질의 상실 혹은 장애를 OECD의 평균적인 국가들보다 더 많이 겪고 있다는 것을 말해준다. 특히 여자보다 남자의 건강수명의 위치가 더 낮아(남자 2.5점, 여자 4.2점) 남자의 건강증진을 위한 노력이 더욱 필요한 것으로 보인다.

둘째, 중등도 운동실천율이다. 규칙적인 운동의 실천은 건강증진의 대표적인 전략이다. 우리나라의 중등도 운동실천율은 현재 증가추세에 있으나 보건복지부의 '2010년 국민건강증진종합계획'의 목표인 30%에는 못 미치는 것으로 나타났다. 국민들의 운동시설에의 접근도를 향상하기 위하여 지역 내 걷기 전용코스나 자전거 전용도로 등 운동시설을 확충하고 방과 후 운동시설을 제공하는 노력이 필요하다. 또한 아동, 근로자, 노인, 만성질환자 등 대상자별로 적합한 운동 프로그램을 개발하여 보급하는 것이 바람직하다.

15) 흡연, 의료의 지역형평성 제고로 건강보장 강화

첫째, 흡연 감소를 위한 금연정책이 보다 강화되어야 한다. 흡연은 수많은 질병의 원인으로 지목된다. 우리나라의 흡연율은 전체적으로 1998년의 36.5%에서

2005년의 31.4%로 감소하였고 특히 남성 흡연율은 급속히 감소하고 있다. 그러나 여전히 남성 흡연율은 현재 OECD 국가에서 가장 높다. 이처럼 높은 남성 흡연율은 우리나라 남성의 건강수명이 여성의 그것보다 OECD 평균보다 더 낮다는 점과 무관하지 않을 것이다. 현재 대국민 금연홍보 및 흡연자를 대상으로 한 금연클리닉 등 금연사업은 계속 추진되어야 할 것이며, 아동 및 청소년의 흡연 연령이 낮아지고 있는 점을 고려할 때 이들 계층에 대한 금연 교육을 더욱 강화시킬 필요가 있다.

둘째, 의료이용의 지역형평성 제고를 위한 정책이 강화되어야 한다. 현재는 농어촌 지역의 질 높은 의료기관의 부족으로 경인지역의 대형병원으로 환자들이 몰리고 있다. 보건진료소와 공공병원이 본인부담금을 낮춤으로 인해서 저소득계층의 의료이용 접근성을 향상시키는 역할을 하고 있으나 중증질환의 치료를 위해서는 공공병원의 서비스의 질의 향상을 제고하여 농어촌지역에서도 질 높은 의료서비스를 이용할 수 있도록 해야 할 것이다.

참고문헌

강윤호, 「지방자치와 기초자치단체의 사회복지정책 경향」. 『한국행정학보』, 제34권 제1호, 한국행정학회, 2000.

강혜규, 「지방정부 사회복지 지출 결정요인」, 연세대학교 대학원 박사학위논문, 2005.

경희대학교 예방의학·건강증진사업지원단, 『불임부부 지원체계 구축방안 연구』, 2006.

고경환·장영식·이내연, 『한국의 사회복지지출 추계:1990~2001』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2003.

고경환·장영식·도세록, 『한국의 사회복지지출 추계: OECD 추계방법을 중심으로』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 1999.

국민연금관리공단, 『2005 국민연금통계연보』, 2006.

교육인적자원부, 『공교육 정상화를 통한 사교육비 경감대책』, 2004.

기획예산처, 『2006 나라살림』, 2006.

김기호·장동구, 「고용률의 개념과 유용성 분석」, 2005 경제학 공동학술대회 자료, 한국경제학회, 2005.

김대원, 「통합시의 생산성 증대효과 분석」, 『한국행정학보』, 제33권 제3호, 1999.

김미혜·정진경, 「한국의 사회복지비 지출 변화요인에 관한 연구」, 『사회보장연구』, 제19권 제1호, 한국사회보장학회, 2003.

김상구 외, 「도시성장지표로서의 삶의 질 분석」, 『한국지방자치학회보』, 제12권 제1호, 한국지방자치학회, 2000.

김성종, 「지방공공서비스 공급의 생산효율성 구조 분석」, 『한국지방자치학회보』, 제30권, 2000.

김승권 외, 『고양시 지역사회복지계획 수립 연구』, 고양시·한국보건사회연구원, 2006.

김승권 외, 『경상남도 사회복지 중장기 발전방안 연구(2006~2025년)』, 경상남

도·한국보건사회연구원, 2006.
김승권 외,『인천광역시 사회복지발전지표 개발 연구』, 인천광역시·한국보건사회연구원, 2005.
김승권 외,『경기도 보건복지 10개년 발전계획(2006~2015년)』, 경기도·한국보건사회연구원, 2005.
김승권 외,『저출산 대비 인구정책 개발 및 범정부추진체계 수립 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2003.
김승훈,「전후 복지국가의 발달과 아동권리보호에 관한 연구」. 인하대학교 대학원 석사학위 논문, 2005.
김양분,『학교 교육 수준 및 실태 분석 연구』, 한국교육개발원, 2005.
김영준,「국가경쟁력 향상을 위한 평생학습의 정책방향」,『지방자치통권』, 190호, 현대사회연구소, 2004.
김인철,「분권화와 지역주민복지의 상관성: 보호대상 주민집단에 대한 광역정부의 복지관여 추이 분석」,『지방자치연구』, 제6권 제1호, 1994.
김재인,『방과후 아동지도제도 도입 및 운영방안』, 한국여성개발원, 1996.
김주섭 외 2인,『직업능력개발사업 효율성 평가분석』, 한국노동연구원, 2004.
김태성·성경륭,『사회복지정책』, 나남, 2001.
김태일,「지방자치의 실시가 기초자치단체의 사회복지지출에 미친 영향」,『한국행정학보』, 제7권 제1호, 한국행정학회, 1998.
김해동 외,『인적자원개발지표 및 지수』, 한국직업능력개발원, 2001.
남궁 근,「복지국가의 위기극복을 위한 정책선택의 비교연구」,『한국정책학보』, 1995.
남궁 근,「국민의료보험제도 채택배경에 관한 국가간 비교연구」,『사회과학연구』, 제13집 1호, 1995.
남세진·조흥식,『한국사회복지론』, 나남, 1995.
노운녕,「지방화 시대의 삶의 질 평가와 복지정책의 방향: 의정부시를 중심으로」,『신흥전문대논문집(자연과학)』, 19권, 1996.
노인철,「국민연금제도의 발전방향」,『연세사회복지연구』 9권, 연세대학교, 2003.

노동부,『2005년 경제활동인구 보가조사 결과분석』, 2005.
노동부,『노동통계연감』, 각 년도.
노동부,「모성보호급여 지급현황」, 2006.
노동부,「고용보험법시행령개정(안)」, 2001.
노동부,『고용보험백서』, 2004, 2006.
노동부,『여성과 취업』, 2006.
류진석 외,『수도권과 비수도권간의 지역격차』, 한울, 2000.
문석남,「지역격차와 갈등에 관한 한 연구: 영·호남 두 지역을 중심으로」,『한국사회학』, 제18권 제4호, 1984.
문신용·윤기찬,「사회복지서비스 생산성에 관한 통합적 연구」,『한국행정학보』, 제38권 제6호, 한국행정학회, 2004.
문유경 외,『국가균형발전모델의 성 주류화 전략개발(Ⅰ) : 양성평등지표의 개발』, 한국여성개발원, 2005.
박대식·최경환,『농촌지문의 삶의 질 측정에 관한 연구』, 한국농촌경제연구원, 2002a.
박대식 외,『여성농업인 복지지표 개발 연구』, 한국농촌경제연구원, 2002b.
문춘걸,『자료포락분석 및 그 변형기법을 통한 공공부문의 생산성측정』, 한국조세연구원, 1998.
박광덕,『사회복지개론』, 삼영사, 2002.
박성복,「지역발전격차의 분석 시론: 1994년의 광역자치단체를 중심으로」,『한국행정논집』 제8권 제2호, 1996.
박희봉·이희창,「경기도 남북의 지역격차에 관한 연구」,『지방정부연구』 제5권 제2호, 2001.
보건복지부,『하반기 장애인 지역사회재활시설 운영현황』, 2002~2005.
보건복지부,『아동복지시설일람표』, 2002~2006.
보건복지부,『사회복지시설 관리안내』, 2002~2006.
보건복지부,『보건복지통계연보』, 2005.
보건복지부,『모자보건사업안내』, 2006.
보건복지부,『아동복지사업안내』, 2006.

보건복지부,『보건복지백서』, 2006.
보건복지부,『불임부부지원사업안내』, 2006.
부산여성정책개발센터,『부산지역 여성노인복지 지표』, 2001.
부산여성정책개발센터,『부산여성정책동향』, 2001.
서문희 외,『아동권리지표 개발에 관한 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2003.
심익섭,「독일복지국가의 특성: 비교적 시각」,『독일사회복지론』, 엠-애드, 2005.
안희정,「삶의 질 만족도 조사에 관한 연구: 원주시를 중심으로」,『지역개발연구』, 제8호, 2000.
여성가족부, 내부자료
여성가족부,『여성가족통계연보』, 2006.
여성가족부,『인적자원개발에 관한 성인지적 지표생산방안 연구』, 2002.
유금옥,『공적연금제도의 효율성과 개선방안』, 집문당, 2002.
유길상,「비정규직 문제의 쟁점과 정책방향」,『(계간)감사』, 제90호, 2006.
유길상,『일본의 고용보험제도 연구(Ⅱ)』, 한국노동연구원, 2003.
유네스코한국위원회,『청소년 관련 지표 연구』, 1998.
윤석명,「핀란드 연금개혁 동향 및 시사점: 초고령사회에 대처하기 위한 2005년의 연금개혁 중심으로」,『국제사회보장동향』 가을호, 한국보건사회연구원, 2006.
유현숙,『고등교육개혁 국제동향 분석연구』, 한국교육개발원, 2005.
이광희,「한국 지방정부의 성과지표 개발 및 측정」,『한국지방자치학회보』, 제15권 제3호, 2003.
이경희,「미국의 방과후 프로그램」,『한국가족복지학회』, 제8권 제1호, 2003, pp.85~103.
이만희,『지방대학혁신 역량강화 사업추진 방안연구』, 한국교육개발원(2004).
이성림,「도시 가계의 사교육비 부담과 지출전략」,『소비자학연구』, 제17권 제2호, 2006, pp.115-131.
이승종·김흥식,「지방자치와 지방정부의 정책정향: 복지서비스 기능을 중심으로」.『한국행정학보』, 제26권 제2호, 1992.
이영범,「공공서비스제공의 효율성과 형평성의 관계에 관한 실증적 연구」.『한

국행정연구』, 제13권 제3호, 2004.
이인재 외, 『지역사회복지론』, 나남, 2006.
이재기 외, 「삶의 질의 개념, 구성요소 및 측정방법: A Survey」, 『사회과학논집』, 제8권 제2호, 1998.
이택용·노무지, 『지역사회복지론』, 양서원, 2005.
이현송, 「한국인의 삶의 질: 객관적 차원을 중심으로」, 『한국사회학』, 제31집, 한국사회학회, 1997.
이현주 외, 『공공부조와 사회복지서비스의 체계분석 및 재편방안』, 한국보건사회연구원, 2003.
장혜경·홍승아·송치선, 『주요 선진국의 저출산 대응정책 현황과 한국의 정책과제』, 국회 저출산 및 고령사회대책특별위원회, 2005.
전용수·최태성·김성호, 『효율성 평가를 위한 자료포락분석』, 인하대출판부, 2002.
정규명, 「공적연금제도 개혁방안에 관한 연구」,경성대학교 대학원 박사학위논문, 2005.
정규현, 『21세기 한국의 사회발전전략: 성장·복지·환경의 조화』, 나남, 1994.
정무권, 「지방자치와 지역복지」, 『지역발전연구』, 제4권, 1994.
정우열, 「인터넷참여와 공공대응성 분석」, 『한국사회와 행정연구』, 제12권 제3호, 2001.
정원식, 「지방자치시대의 도시간 지역격차의 실태와 영향요인 분석」, 『한국지방자치학회보』, 제13권 제1호, 2001.
정창영, 「한국의 경제발전과 사회발전」, 『경제성장과 사회발전』, 영남대학교 산업경제 연구소, 1987.
조영훈, 「지방분권화와 사회복지 제공의 지역간 격차」, 동의대학교 국제학술대회자료집, 2001.
중앙일보사, 「전국 74개시 비교평가 자료집: 삶의 질 입체분석」, 1995.
최돈민, 「한국의 평생교육수준, OECD 국가중 최하위」, 『교육개발』, 제31권 제6호, 2004.

최돈민 외,『평생교육 지표 개발 연구』, 한국교육개발원, 2003.
통계청,『경제활동인구연보』, 2000~2005.
통계청,『사회통계조사보고서』, 2000, 2004.
통계청,『한국의 사회지표』, 2005.
통계청, 통계정보시스템(KOSIS), 2006.
통계청,『2006 고령자 통계』, 2006.
통계청,『시군구 100대지표』, 2002.
하혜수,「지방정부의 정책산출평가모형에 관한 연구: 삶의 질 지표와 지역경쟁력지표를 중심으로」, 서울대학교 대학원 박사학위논문, 1996.
한국교육개발원·교육인적자원부,『교육통계연보』, 2005.
한국교육개발원,『유아교육 지표 개발』, 2001.
한국노동연구원,「여성고용률이 높은 국가가 출산율도 높다」,『노동리뷰』, 4월호, 2005.
한국보건사회연구원,「Jump 2006 연구초안 토론자료」, 2006. (미발간)
한국보건사회연구원,『한국의 사회지표 체계개편 연구(Ⅰ, Ⅱ)』, 1996.
한국산업인력공단·중앙고용정보원,『고용보험통계월보』, 2002~2005.
황계자,「실업, 고용안정시스템의 정착과 정책전략」, 연세대학교 경제대학원 석사학위논문, 2004.
황미경·김진학,「사회복지전담공무원의 전문직업적 정체성과 멘토관계의 관련성 연구」,『사회복지정책』, 제25권, 2006.
홍준현,「90년대 우리나라 지역격차의 실태분석」,『한국행정연구』, 제8권 제3호, 1999.
홍준현,「지방분권화와 지역격차의 상관관계」,『한국지방자치학회보』, 제13권 제1호, 2001.
Bang, R. L., Hong, J. H. & Nelson, L. N., *Pittsburgh Benchmarks: Quality of Life Indicators for the City of Pittsburgh and Allegheny County*. Pittsburgh: University Center for Social and Urban Research, 1993.
Cameron, D., "The Expansion of Public Economy: A Comparative Analysis", *American Political Science Review,* Vol.72, 1978.

Chelimsky, Eleanor, *Old patterns and new directions in program evaluation.* In Eleanor Chelimsky (ed.). Program Evaluation: Patterns and Directions, Washington, D. C.: The American Society for Public Administration, 1985.

Esping-Andersen, Gosta, *The Three Worlds of Welfare Capitalism,* Polity Press, 1990.

European Commission, *The Social Situation in the European Union,* 2003.

Furniss, Norman and Tilton, Timothy, *The Case For The Welfare State,* Indiana University Press. 1977.

Gray, Andrew, Bill Jenkins and Bob Segsworth, *Perspectives on budgeting, auditing, and evaluation: An introduction,* In Gray, Jenkins & Segsworth. 1993.

ILO, *World Labour Report 2000-Income Security and Social Protection in a Changing World,* Geneva: ILO, 2000.

Land, Kenneth C and Spilerman, Seymour, *Social Indicator Models,* Russell Sage Foundation Publications, 1975.

National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, Overweight, obesity and health risk, Archives of Internal Medicine 2000.

OECD, *Employment outlook*, 2001~2006.

OECD, *Education at a glance*, 2001~2005.

OECD, *OECD Factbook*, 2006.

OECD, *Highlights of Public Sector Pay and Employment Trends*, 2002.

OECD, Social Expenditure Data, 2004.

OECD, "Improving Evaluation Practices: Best Practice Guidelines for Evaluation and Background Paper," *PUMA/PAC*(99)1, January, 1999.

Peter Flora & Jens Alber, "Modernization, Democratization, and the Development of Welfare States in Western Europe", *The Development of Welfare States in Europe and America*, 1981.

Tankersley, W. B., "The Impact of External Control Arrangement on Organizational Performance", *Administration and Society,* Vol.32, No.3, 2000.

Wilensky, I., *The New Corporatism, Centralization, and the Welfare State*. Beverly

Hills: Sage, 1981.

Wong, K., “Economic Constraint and Political Choice in Urban Policymaking”, *American Journal of Political Science* 32, 1988.

WHO, Obesity-preventing and managing the global epidemic, World Health Organization: Geneva, 1997.

부 록

한국의 사회복지정책 평가지표 전문가 의견조사

응답자 일련번호		

인사말씀

안녕하십니까?

국책연구기관인 한국보건사회연구원에서는 정규과제로 「한국 사회복지정책의 평가와 발전방안 연구」를 수행하고 있습니다.

따라서 개발된 한국의 사회복지정책 평가지표(안)에 대해 사회복지 및 보건의료분야 전문가들의 의견을 수렴하여 확정하고자 합니다. 개발된 사회복지정책 평가지표(안)의 틀은 6개 대분야, 16개 영역, 그리고 77개 성과지표 등으로 구성되어 있습니다.

귀하께서 응답해 주시는 내용은 한국의 사회복지정책 평가지표를 개발하기 위한 귀중한 자료로 활용될 것입니다. 또한 응답내용은 통계 자료로만 처리되오며 비밀이 철저히 보장됨을 약속드립니다.

감사합니다.

2006년 12월

한국보건사회연구원
연구위원 김승권

※ 조사내용에 관한 문의사항이 있으시면 다음 연락처로 문의해 주십시오.

연락처: 전화: 02-380-8212, 8381 FAX: 02-384-3084
e-mail: kimsk@kihasa.re.kr

응답자 소속	
학위 / 직위	
이름	

한국보건사회연구원

질문 1. 사회복지정책평가지표의 대분야에 대한 의견입니다. 대분야의 구분이 적절한지에 대한 의견을 해당되는 칸에 **check(√)** 해 주시고, 대분야의 우선순위를 기재해 주십시오.

아울러 추가할 대분야가 있을 경우, 기타에 기재해 주시고 기타를 포함하여 우선순위를 선정해주십시오.

대분야	대분야의 적절여부				우선순위	우선순위(기타포함시)
6개 대분야	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	**※ 6개 대분야 중 우선순위 선정해 주십시요 (중요 순서대로 번호기입)**	**※ 대분야 중 기타에 의견이 있을 경우 적어주시고 우선순위를 선정해 주십시오**
1. 복지인프라확충 2. 안정된 소득보장 3. 복지서비스 확충 4. 보육·교육 보장 5. 일자리 보장 6. 의료 및 건강보장 7. 기타(_____)	☐	☐	☐	☐	1순위: ____ 2순위: ____ 3순위: ____ 4순위: ____ 5순위: ____ 6순위: ____	1순위: ____ 2순위: ____ 3순위: ____ 4순위: ____ 5순위: ____ 6순위: ____ 7순위: ____

질문 2. 사회복지정책평가지표의 대분야의 영역에 대한 의견입니다. 대분야에 포함되어 있는 영역이 적절한지에 대한 의견을 해당되는 칸에 check(√) 해 주시고, 영역의 우선순위를 기재해 주십시오.
아울러 추가할 영역이 있을 경우, 기타에 기재해 주시고 기타를 포함하여 우선순위를 선정해주십시오.

사회복지정책평가지표 틀		영역의 적절여부				우선순위	우선순위(기타포함시)
대분야	영역	매우 적절	적절	부적절	매우 부적절	※ 영역 중 우선순위를 선정해 주십시오. (중요 순서대로 번호기입)	※ 영역 중 기타에 의견이 있을 경우 적어주시고 우선순위를 선정해 주십시오
1. 복지인프라확충	1. 복지재정 2. 복지인력 3. 복지시설 4. 기타( )	□	□	□	□	1순위: ___ 2순위: ___ 3순위: ___	1순위: ___ 2순위: ___ 3순위: ___ 4순위: ___
2. 안정된 소득보장	1. 취약계층소득보장 2. 보편적 소득보장 3. 기타( )	□	□	□	□	1순위: ___ 2순위: ___	1순위: ___ 2순위: ___ 3순위: ___
3. 복지서비스 확충	1. 취약계층 서비스 보장 2. 보편적 서비스 확충 3. 기타( )	□	□	□	□	1순위: ___ 2순위: ___	1순위: ___ 2순위: ___ 3순위: ___
4. 보육·교육보장	1. 교육의 공공성 2. 교육의 질 보장 3. 취약계층 교육보장 4. 보편적 교육보장 5. 기타( )	□	□	□	□	1순위: ___ 2순위: ___ 3순위: ___ 4순위: ___	1순위: ___ 2순위: ___ 3순위: ___ 4순위: ___ 5순위: ___
5. 일자리 보장	1. 취약계층 일자리 보장 2. 보편적 일자리 보장 3. 일자리의 건강성 4. 기타( )	□	□	□	□	1순위: ___ 2순위: ___ 3순위: ___	1순위: ___ 2순위: ___ 3순위: ___ 4순위: ___
6. 의료 및 건강보장	1. 의료보장 2. 건강보장 3. 기타( )	□	□	□	□	1순위: ___ 2순위: ___	1순위: ___ 2순위: ___ 3순위: ___

질문 3. 사회복지정책평가지표의 성과지표에 대한 의견입니다. 각각의 분야 및 영역의 성과지표가 적절하게 선택되었는지에 대한 의견을 해당되는 칸에 check(√) 해 주시고, 우선순위를 기재해 주십시오.
아울러 추가할 성과지표가 있을 경우, 기타에 기재해 주시고 기타를 포함하여 우선순위를 선정해주십시오.

1) 복지인프라확충분야

대분야	영역	성과지표	지표의 적절여부				※ 성과지표 중 우선순위를 선정해 주십시오. (중요순서대로 번호기입)	※ 성과지표 중 기타에 의견이 있을 경우 적어주시고 우선순위를 선정해 주십시오
			매우 적절	적절	부적절	매우 부적절		
복지인프라확충	복지재정	1. GDP 대비 공공사회지출 규모(공공사회지출률)					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___	1순위:__ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___
		2. 국민 1인당 복지비용						
		3. 전체 복지재정 중 복지서비스 재정 비율						
		4. 전체 복지재정 중 민간재정의 비율						
		5. 기타 (_____)						
	복지인력	1. 인구 천명당 사회복지전담공무원수					1순위:___ 2순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___
		2. 인구 천명당 보건의료인력수						
		3. 기타 (_____)						
	복지시설	1. 인구 천명당 복지생활시설 정·현원수					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___
		2. 인구 10만명당 복지관수						
		3. 노인인구 천명당 장기요양병상수						
		4. 치매·중풍노인요양시설 수요 충족률						
		5. 아동인구 천명당 지역아동센터 수						
		6. 기타 (_____)						

2) 안정된 소득보장분야

대분야	영역	성과지표	지표의 적절여부				※ 성과지표 중 우선순위를 선정해 주십시오. (중요순서대로 번호기입)	※ 성과지표 중 기타에 의견이 있을 경우 적어주시고 우선순위를 선정해 주십시오
			매우 적절	적절	부적절	매우 부적절		
안정된 소득보장	취약계층소득보장	1. 상대빈곤율					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___	1순위:____ 2순위:____ 3순위:____ 4순위:____ 5순위:____ 6순위:____ 7순위:____
		2. 지니계수 추이						
		3. 아동빈곤율						
		4. 기초생활보장 수급자 비율						
		5. 장애급여 수급률						
		6. 장애인가구 월평균 소득						
		7. 기타 (_____)						
	보편적 소득보장	1. 공적연금 수급률					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___
		2. 국민연금수급률(제도부양비)						
		3. 실업급여 수급률						
		4. 산전·후휴가급여 국가부담률						
		5. 기타 (_____)						

3) 복지서비스확충분야

대분야	영역	성과지표	지표의 적절여부				※ 성과지표 중 우선순위를 선정해 주십시오. (중요순으로 1개~3개)	※ 성과지표 중 기타에 의견이 있을 경우 적어주시고 우선순위를 선정해 주십시오
			매우 적절	적절	부적절	매우 부적절		
복지서비스 확충	취약계층 서비스 보장	1. 아동 및 노인 급식지원율					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___ 7순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___ 7순위:___ 8순위:___
		2. 방과후 활동 수혜율						
		3. 국내입양비율						
		4. 공적노인요양보호비율						
		5. 주거급여 수혜율						
		6. 주거급여수준						
		7. 공공임대주택 재고율						
		8. 기타 (_____)						
	보편적 서비스 확충	1. 노인생활체육 참여율					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___ 7순위:___ 8순위:___ 9순위:___ 10순위:__ 11순위:__	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___ 7순위:___ 8순위:___ 9순위:___ 10순위:___ 11순위:___ 12순위:___
		2. 노인여가시설 이용률						
		3. 노인정보화율						
		4. 노인교통사고 사망률						
		5. 아동안전사고사망률						
		6 아동학대발생률						
		7. 장애인편의시설 설치율						
		8. 장애인정보화율						
		9. 임산출산비용 대비 국가지원비율						
		10. 산전후휴가 대비 육아휴직 비율						
		11. 불임발생 대비 지원비율						
		12. 기타 (_____)						

4) 보육·교육보장분야

대분야	영역	성과지표	지표의 적절여부				※ 성과지표 중 우선순위를 선정해 주십시오. (중요순서대로 번호기입)	※ 성과지표 중 기타에 의견이 있을 경우 적어주시고 우선순위를 선정해 주십시오
			매우 적절	적절	부적절	매우 부적절		
보육·교육보장	교육의 공공성	1. 육아비용 정부부담률					1순위:___ 2순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___
		2. GDP 대비 사교육비 지출률						
		3. 기타 (_____)						
	교육의 질 보장	1. 보육교사 1인당 아동수					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___
		2 초중고등학교 교사 1인당 학생수						
		3. 대학교수 1인당 학생수						
		4. 기타 (_____)						
	취약계층 교육보장	1. 취약계층 보육교육비 지원아동비율					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___
		2. 취약보육서비스 수혜율						
		3. 장애인 고등교육 이수율						
		4. 특수교육 수혜율						
		5. 기타 (_____)						
	보편적 교육보장	1. 만5세아 무상보육률					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___
		2. 일반계층 보육교육비 지원아동비율						
		3. 육아서비스 수혜율						
		4. 평생학습참여율						
		5. 기타 (_____)						

5) 일자리보장분야

대분야	영역	성과지표	지표의 적절여부				※ 성과지표 중 우선순위를 선정해 주십시오. (중요순서대로 번호기입)	※ 성과지표 중 기타에 의견이 있을 경우 작아주시고 우선순위를 선정해 주십시오
			매우 적절	적절	부적절	매우 부적절		
일자리 보장	취약계층 일자리 보장	1. 중고령자 고용률					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___ 7순위:___
		2. 노인일자리 충족률						
		3. 자활사업 참여율						
		4. 자활사업 성공률						
		5. 장애인 고용률						
		6. 장애인 실업률						
		7. 기타 (_____)						
	보편적 일자리 보장	1. 고용률					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___
		2. 청년고용률						
		3. 재직자 훈련 참여율						
		4. 여성고용률						
		5. 중장년 실업률						
		6. 기타 (_____)						
	일자리의 건강성	1. 전체 근로자 중 비정규직 비율					1순위:___ 2순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___
		2. 정규직 대비 비정규직 임금수준						
		3. 기타 (_____)						

6) 의료 및 건강보장분야

대분야	영역	성과지표	지표의 적절여부				※ 성과지표 중 우선순위를 선정해 주십시오. (중요순으로 1개~3개 선택)	※ 성과지표 중 기타에 의견이 있을 경우 적어주시고 우선순위를 선정해 주십시오
			매우 적절	적절	부적절	매우 부적절		
의료 및 건강 보장	의료보장	1. 빈곤층 의료보장률					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___
		2. 건강보험 급여보장률						
		3. 국민의료비 중 공공부문 지출 비율						
		4. 기타 (_____)						
	건강보장	1. 건강수명					1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___ 7순위:___ 8순위:___ 9순위:___	1순위:___ 2순위:___ 3순위:___ 4순위:___ 5순위:___ 6순위:___ 7순위:___ 8순위:___ 9순위:___ 10순위:___
		2. 영아사망률						
		3. 흡연율						
		4. 성인 1인당 순수알코올 소비량						
		5. 중등도 운동실천율						
		6. 비만율						
		7. 예방가능 응급환자 사망률						
		8. 지역간 의료이용 형평률						
		9. 계층간 의료이용 형평률						
		10. 기타 (_____)						

◈ 조사에 협조해 주셔서 감사합니다.◈

연구보고서 2006-13

한국 사회복지정책의 평가와 발전방안 연구

A Study on Evaluation and Development of Social Welfare Policies in Korea

발행일 2006년 12월 일 값 11,000 원
저 자 김 승 권 외
발행인 김 용 문
발행처 한국보건사회연구원
서울특별시 은평구 불광동 산42-14(우: 122-705)
대표전화: 02) 380-8000
http://www.kihasa.re.kr
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 대명기획

ⓒ 한국보건사회연구원 2006

ISBN 978-89-8187-403-2 93330