

경제·인문사회연구회 협동연구총서 08-15-05

협동연구 2008-02-5

사회지출이 경제성장에 미치는 효과에 관한 연구(1차년도)
사회투자의 경제파급효과

조현승 외

주관 연구기관: 한국보건사회연구원

협력 연구기관: 한국교육개발원, 한국노동연구원, 산업연구원,
한국조세연구원

사회지출이 경제성장에 미치는 효과에 관한 연구(1차년도)
사회투자의 경제파급효과

경제인문사회연구회 협동연구총서 08-15-05
협동연구 2008-02-5

발행일 2008년 12월
저자 조 현 승 외 (산업연구원)
발행인 김 용 하
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록인쇄처 1994년 7월 1일 (제8-142호)
예원기획
가격 5,000원

© 한국보건사회연구원 2008

ISBN 978-89-8187-547-3 93330

ISBN 978-89-8187-553-4 93330[전6권]

발간사

‘경제성장’은 한국사회에 있어서 가장 이슈가 되는 사안이라 해도 과언이 아닐 것이다. 우리 경제는 과거 급속한 발전을 이루어왔으며, 현재도 선진국 진입을 위해 경제의 양적·질적 성장을 위해 꾸준히 노력해오고 있다. 선진국으로의 진입은 경제의 양적규모도 중요하지만 국민의 삶의 질 향상도 동시에 추구되어야만 가능할 것이다. 경제성장이 삶의 질의 상당부분을 설명해줄 수 있으나, 거시경제 지표로 설명될 수 없는 부분에 있어서는 정부개입에 의한 공공적 사회지출로 충족되어야만 할 것이다. 사회지출은 교육투자, 사회서비스 활성화, 기타 고용친화적 사회정책 등을 포괄적으로 포함한다.

한정된 자원의 배분에 있어 성장과 사회지출 간 우선순위에 대한 논의와 논쟁이 그간 있어왔고, 사회지출의 증가규모나 속도에 있어서도 이견이 있을 수 있다. 사회지출과 경제성장은 대체의 관계가 아니라 상호보완의 관계가 있다는 선행연구가 많이 있었고, 특히 사회지출이 경제의 성장과 발전에 긍정적인 파급효과를 미칠 수 있다는 해외 연구논문을 많이 발견할 수 있다.

본 연구는 우리나라의 사회지출과 거시변수 간 상호 파급효과의 규모와 경로를 다양한 시각에서 분석을 시도한 것이다. 건강투자, 교육투자, 사회서비스 활성화 등이 국가경제에 어떤 영향을 미치는지를 부분적으로 그리고 통합적으로 분석해보았다. 본 연구만으로 우리나라의 사회지출과 거시경제 간 상호관계를 완전하게 규명할 수는 없을 것이다. 그러나 본 연구가 둘 간의 역할과 작용을 규명하는 데 일조를 할 것이라는 데는 의심이 없다.

끝으로, 본 연구에 참여해 준 한국교육개발원, 한국노동연구원, 산업연구원, 한국조세연구원 연구진에게 감사의 뜻을 전한다.

2008. 12.
한국보건사회연구원장
원 장 김 용 하

목 차

| | |
|----------------------------------|----|
| 요 약 | 7 |
| 제1장 서론 | 17 |
| 제2장 사회서비스 현황분석 | 19 |
| 제1절 국내 사회서비스산업 현황 | 19 |
| 제2절 사회서비스지출의 국제비교 | 29 |
| 제3장 주요 국가별 사회서비스의 산업화 흐름 | 34 |
| 제1절 사회복지시스템의 유형 | 34 |
| 제2절 사회서비스 산업화의 개념 | 35 |
| 제3절 주요 국가별 사회서비스정책의 변화과정 | 38 |
| 제4장 사회서비스의 경제적 효과 - 산업연관분석 | 83 |
| 제1절 개요 | 83 |
| 제2절 최종수요유발효과 분석 | 84 |
| 제5장 요약 및 결론 | 93 |
| 참고문헌 | 96 |
| 부 록: 사회서비스산업의 발전 방향 | 99 |

표 목 차

| | | |
|---------|-------------------------------------|----|
| 〈표 2-1〉 | 사회서비스업 통계 분류 | 20 |
| 〈표 2-2〉 | 우리나라 사회서비스 현황 | 22 |
| 〈표 2-3〉 | 2005년도 서비스업종별 매출액과 인건비 비교 | 23 |
| 〈표 2-4〉 | 보건업과 사회복지사업 현황 | 25 |
| 〈표 2-5〉 | 보건업의 세부부문별 매출액 변화추이 | 26 |
| 〈표 2-6〉 | 사회복지사업의 세부부문별 매출액 변화추이 | 28 |
| 〈표 2-7〉 | OECD국가들의 GDP대비 사회지출 비중(2003년) | 30 |
| 〈표 2-8〉 | 우리나라의 GDP대비 사회지출 비중(2003년) | 31 |
| 〈표 3-1〉 | Medicare와 Medicaid | 40 |
| 〈표 3-2〉 | 개호보험제도의 서비스 일람 | 75 |
| 〈표 3-3〉 | 개설주체별 개호보험 시설 수 | 79 |
| 〈표 3-4〉 | 개호보험제도의 효과 | 80 |
| 〈표 4-1〉 | 산업별 생산유발계수 | 85 |
| 〈표 4-2〉 | 의료서비스산업의 산업연관분석 결과 | 86 |
| 〈표 4-3〉 | 사회복지서비스산업의 산업연관분석 결과 | 86 |
| 〈표 4-4〉 | 산업별 부가가치 유발계수 | 87 |
| 〈표 4-5〉 | 산업별 취업 유발계수(2003년) | 90 |
| 〈표 4-6〉 | 산업별 중간 수요율과 중간 투입률 | 92 |

그림목차

| | |
|---|----|
| [그림 2-1] GDP대비 공공사회지출의 비중 국제비교 | 31 |
| [그림 2-2] 1인당 GDP수준과 공공사회지출의 비중 추이 | 32 |

요 약

제1장 서 론

- 최근 들어, 고령화, 소득수준의 향상, 여성 사회활동 참여 증가 등과 같은 경제 및 사회 환경의 변화로 인한 사회서비스에 대한 수요가 다양화·고급화되는 경향보이고 있음.
 - 그러나 현재 우리나라의 사회서비스는 이러한 수요 변화에 원활하게 대처할 수 있는 서비스 공급체계가 충분히 성숙되지 않은 상황이며, 사회서비스에 대한 경제학적 분석이 매우 부족한 상황임.
- 본 연구의 목적은 사회서비스의 본질적인 측면 중 하나인 공공성 유지를 전제하면서, 사회서비스의 효율성 제고 방향을 모색하는 것임.
 - 이와 함께 사회서비스의 경제적 파급효과를 산업연관분석을 이용하여 분석함.
- 보다 구체적으로, 본 연구에서는 공공성이 강조되는 보건의료와 사회복지서비스 등 사회서비스 부문의 민간참여 확대와 이를 통한 경쟁 환경 조성을 통하여 사회서비스의 효율성 제고를 모색하는 동시에 공공성을 어떻게 지속적으로 유지할 것인가에 대한 방향을 제시하고자 함.

제2장 사회서비스의 현황과 전망

1. 우리나라 사회서비스산업 현황

□ 우리나라의 사회서비스업은, 2000년 이후 지속적으로 성장하였음.

- 사업체 수와 종사자 수뿐만 아니라, 사업체당 매출액과 종업원 1인당 인건비도 지속적으로 상승
- 사회서비스업이 전체 서비스업에서 차지하는 비중도 2000년 2.3%에서 2006년 3.1%로 상승
- 또한, 사회서비스업의 고용 비중도 2000년 11.2%에서 2006년 12.3%로 상승

〈표 1〉 우리나라 사회서비스 현황

(단위: 개, 명, 백만원)

| | 사업체수 | 종사자수 | 인건비 | 1인당 인건비 | 매출액 | 사업체당 매출액 | 매출액 비중 |
|------|--------|---------|------------|------------|------------|-------------|-----------|
| 2000 | 63,696 | 484,145 | 6,719,504 | 13.88 | 20,381,164 | 319.98 | 2.3% |
| 2001 | 57,783 | 476,763 | 8,568,462 | 17.97 | 24,527,345 | 424.47 | 2.6% |
| 2002 | 63,676 | 523,863 | 9,531,035 | 18.19 | 27,878,007 | 437.81 | 2.6% |
| 2003 | 66,818 | 553,685 | 10,947,805 | 19.77 | 30,477,970 | 456.13 | 2.7% |
| 2004 | 70,110 | 592,779 | 12,898,358 | 21.76 | 34,187,827 | 487.63 | 2.9% |
| 2005 | 71,281 | 633,036 | 13,730,189 | 21.69 | 35,998,216 | 505.02 | 2.9% |
| 2006 | 75,753 | 683,662 | 15,350,479 | 22.45 | 41,124,004 | 542.87 | 3.1% |

주: 비중은 서비스산업 전체 매출액 대비 사회서비스 매출액을 의미
 자료: 통계청, 서비스업 통계자료

□ 사회서비스업 내에서는 보건업의 비중이 절대적으로 높음.

- 2006년도의 경우, 매출액 측면에서 보건업은 사회서비스업의 89.3%를 차지하며, 종사자 수와 사업체 수에서도 70% 이상의 비중

- 보건업은 사회서비스업 전체에서 차지하는 비중이 높을 뿐만 아니라, 사업체당 매출액과 종업원 1인당 인건비도 사회복지사업에 비해 크게 상회

<표 2> 보건업과 사회복지사업 현황

(단위: 개, 명, 백만원)

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 사업체수 | 42,121 | 42,636 | 46,911 | 49,181 | 50,857 | 51,621 | 54,088 |
| | 66.10% | 73.80% | 73.70% | 73.60% | 72.50% | 72.40% | 71.40% |
| 종사자수 | 366,684 | 384,917 | 420,819 | 442,517 | 466,478 | 490,926 | 524,457 |
| | 75.70% | 80.70% | 80.30% | 79.90% | 78.70% | 77.60% | 76.70% |
| 매출액 | 18,779,460 | 22,695,147 | 25,719,740 | 27,951,918 | 31,022,288 | 32,077,582 | 36,726,975 |
| | 92.10% | 92.50% | 92.30% | 91.70% | 90.70% | 89.10% | 89.30% |
| 인건비 | 6,071,942 | 7,613,467 | 8,512,879 | 9,733,787 | 11,190,613 | 11,753,454 | 12,919,448 |
| | 90.40% | 88.90% | 89.30% | 88.90% | 86.80% | 85.60% | 84.20% |
| 1인당 인건비 | 16.56 | 19.78 | 20.23 | 22.00 | 23.99 | 23.94 | 24.63 |
| 사회복지서비스업 | | | | | | | |
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| 사업체수 | 21,575 | 15,147 | 16,765 | 17,637 | 19,253 | 19,660 | 21,665 |
| | 33.9% | 26.2% | 26.3% | 26.4% | 27.5% | 27.6% | 28.6% |
| 종사자수 | 117,461 | 91,846 | 103,044 | 111,168 | 126,301 | 142,110 | 159,205 |
| | 24.3% | 19.3% | 19.7% | 20.1% | 21.3% | 22.4% | 23.3% |
| 매출액 | 1,601,704 | 1,832,198 | 2,158,267 | 2,526,052 | 3,165,539 | 3,920,634 | 4,397,029 |
| | 7.9% | 7.5% | 7.7% | 8.3% | 9.3% | 10.9% | 10.7% |
| 인건비 | 647,562 | 954,995 | 1,018,156 | 1,214,018 | 1,707,745 | 1,976,735 | 2,431,031 |
| | 9.6% | 11.1% | 10.7% | 11.1% | 13.2% | 14.4% | 15.8% |
| 1인당 인건비 | 5.51 | 10.40 | 9.88 | 10.92 | 13.52 | 13.91 | 15.27 |

- 이상에서 살펴본 바와 같이, 우리나라의 사회서비스업은 아직까지는 전체 서비스업에서 차지하는 비중이 낮으나, 2000년대에 들어 빠르게 성장하고 있음.

4 사회투자의 경제파급효과

1. 사회서비스 지출 국제비교

□ OECD의 SOCX 자료에 의하면, 우리나라의 GDP대비 사회서비스 지출은 OECD 평균에 비해 크게 낮은 것으로 나타났음.

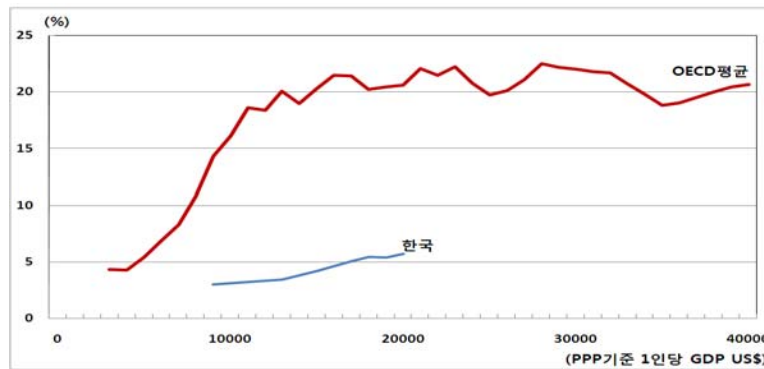
〈표 3〉 우리나라의 GDP대비 사회지출 비중(2003년)

(단위: %)

| | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | |
|-------|-------|------|------|------|------|------|-----|
| 총사회지출 | 4.1 | 4.9 | 8.4 | 7.9 | 7.5 | 8.1 | |
| 공공지출 | 3.0 | 3.5 | 5.1 | 5.4 | 5.4 | 5.7 | |
| 민간 지출 | 법정지출 | 1.0 | 1.3 | 3.2 | 2.3 | 1.9 | 2.2 |
| | 자발적지출 | 0.0 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 |
| | 계 | 1.1 | 1.4 | 3.4 | 2.5 | 2.1 | 2.4 |

자료: OECD Social Expenditure Database(SOCX)

[그림 1] 1인당 GDP수준과 공공사회지출의 비중 추이



주: 1인당 GDP에 따른 OECD국가들의 공공부문 사회서비스지출 비율을 소득구간별로 평균한 것이며, 각 소득구간 중 관측되지 않은 공공사회지출의 비율은 내삽법으로 추정하였고, OECD평균선은 각 구간별 OECD평균의 산포도를 구간별 이동평균한 추세선임.

자료: OECD Social Expenditure Database(SOCX);
World Bank(2007), World Development Indicators.

- 2003년도 기준으로 OECD국가의 GDP 대비 총 사회서비스지출의 평균비율은 24.5%수준이지만, 우리나라의 총 사회서비스지출은 OECD 평균의 1/3 수준인 8.1%
- 1인당 GDP 수준을 고려할 때에도 우리나라의 공공사회지출은 낮은 수준이며, 그 증가 속도도 매우 완만한 추세임.
 - OECD국가들의 경우 평균적으로 1인당 GDP가 5천 달러에서 1만 달러에 이르는 동안 GDP 대비 공공사회지출의 비율이 약 5%내외에서 17~18%수준으로 크게 증가
 - 즉, 소득수준을 고려하여도 우리나라의 공공사회지출 비율은 OECD 평균에 비해 낮은 수준
 - 즉, 소득수준을 고려하여도 우리나라의 공공사회지출 비율은 OECD 평균에 비해 낮은 수준

제3장 주요 국가별 사회서비스의 산업화 추이

1. 사회서비스 산업화의 개념

- 산업화와 관련된 개념 중에 시장화(marketization), 준시장화(quasi-marketization), 민영화(privatization) 등이 있음.
- 시장화란 공공부문이 소유 및 관리하던 부문을 시장 지향적(market-oriented) 성격을 갖도록 하는 과정으로 보통 공공서비스에 시장원리를 도입하는 것을 의미
 - 시장화의 수단으로는 정부보조금삭감, 규제완화(deregulation), 구조조정(organizational restructuring), 분권화(decentralization), 민영화

6 사회투자의 경제파급효과

(privatization) 등 존재

- 준시장이란 전통적인 공공부문의 행정·재정적 이익을 잃지 않으면서 자유시장의 효율성을 획득하기 위해 고안·시행되는 공공기관의 제도적 구조(institutional structure)를 의미
 - 준시장화는 특히, 공공복지서비스에 있어서 시장원리를 도입하는 수단으로 많이 시행되고 있는데, 경쟁원리의 도입으로 복수의 서비스공급자로부터 구입자나 소비자가 선택이 가능하기 때문에 공급자경쟁을 통해 공공서비스의 질적 향상을 유도할 수 있다는 장점 존재
- 민영화는 공공부문으로부터 민간부문으로 사업의 소유권을 이전하는 것 혹은 절차를 의미하며, 넓은 의미에서 민영화는 공공부문의 기능을 민간부문으로 이전시키는 모든 현상 혹은 행위를 지칭함.
 - 즉, 국가 및 공공단체가 특정기업에 대해 갖는 법적 소유권을 민간부문으로 이전하는 것을 의미

2. 주요 국가별 사회서비스정책의 변화과정

가. 미국

- 유럽식 복지체제가 보편적 원리, 제도적 보호, 총체적 사회보장을 특징으로 하는 반면, 미국의 자유주의적 복지체제는 선택적 원리, 시장경쟁과 사적 복지, 보험료에 기초한 최소한의 보호를 기본원칙으로 하고 있음.
 - 따라서 정부의 일반세수를 통하여 전 국민을 상대로 총괄적인 사회보장을 제공하는 유럽의 복지체제와 달리 미국의 사회복지 서비스 재원은 기본적으로 수혜자들이 납부하는 사회보험료에서 충당

- 이러한 차이로 인해, 미국에서는 복지혜택의 수혜자격이 유럽에 비해 까다롭고 사회서비스 공급에서 민간 기관의 역할이 증시되고 있음
 - 미국은 현재 사회서비스 분야에서 민간 부분의 참여가 가장 두드러지는 국가
- 미국의 사회서비스 정책은 1930년대 대공황의 여파로 본격적으로 추진되었다고 볼 수 있음.
 - 보다 구체적으로, 공황 타개를 위한 뉴딜 정책의 일환으로 1935년 제정된 사회보장법이 미국 사회복지 정책의 출발점
- 미국 사회복지체계의 확립된 시기는 1960년대~1970년대에 일어났으며, 이 시기에 현재 미국 사회서비스의 핵심인 Medicare와 Medicaid가 시행되기 시작하였음.
- 미국의 사회서비스는 1980년대에 들어 사회복지지출 삭감과 민간참여 확대라는 큰 변화를 겪음.
 - 1980년대 미국 사회서비스는 사회복지서비스의 민영화 혹은 시장화, 현금지급 방식보다는 세금공제 혜택을 통한 간접적 지원 방식 확대, 근로 의욕 고취를 위한 근로연계복지 프로그램 강화, 연방정부에서 주정부로 권한 대폭 이양 등이 특징
 - 민영화와 권한이양이라는 흐름은 이후에도 큰 변화 없이 지속
- 현재 미국의 사회복지서비스는 민영화와 경쟁환경의 변화로 인해 시장구조가 변화하고 있고, 전반적으로 시장기능의 활성화로 효율성이 증가할 것으로 예상됨.
 - 특히, 효율성이 낮은 사회복지조직들이 경쟁에서 도태되며 경쟁력이 강한 조직들로 대체되는 것은 전반적인 시장 효율성을 제고

8 사회투자의 경제파급효과

- 그러나 과거 복지서비스를 제공하던 소규모 사회복지조직이 퇴출되면서 복지 사각지대가 형성될 수 있다는 우려도 존재

나. 영국

- 영국은 사회복지가 가장 먼저 발달한 국가 중 하나임.
- 사회적 혼란과 전쟁고아 및 주택 문제 등을 해결하기 위하여 베버리지 경 등이 1942년 발간한 베버리지 보고서 이후, “요람에서 무덤까지”라는 경제적인 소득보장책인 사회보장체계가 확립되었음.
 - 베버리지 보고서에 의해 제도화된 사회복지시스템은 영국식 보편주의적 사회복지 시스템의 핵심적인 역할을 담당
- 그러나 1979년 대처정부의 집권으로 영국의 복지시스템의 기초가 변화되었음.
 - 작은 정부를 통한 효율성 제고를 표방한 대처 정부의 집권으로, 영국은 1980년대부터 공공부문의 민영화와 복지지출의 삭감을 경험
- 가장 주목할 만한 변화로는 의료와 주택정책을 들 수 있음.
 - 국민보건서비스법(NHS)은 준시장을 통한 경쟁촉진을 추구하는 방향으로 변화되었으며, 공공주택은 대대적으로 민영화
- 이러한 대처 정부의 사회복지 정책기조는 이후의 정권에서도 큰 변화가 없이 계속되고 있으며, 현재 영국은 유럽 국가들 중에서는 사회복지 부문에서 가장 민영화가 많이 진행되어 있는 국가임.

다. 독일

- 독일은 국가차원의 사회보험을 세계 최초로 도입한 국가로 유럽형 보편주의 복지시스템의 기초를 제공한 국가임.

- 독일의 사회보험은 사회주의자들의 정치적 위협에 대항하기 위한 유인책의 일환으로 비스마르크에 의해 1880년대에 도입되었는데, 이후 독일 경제는 사회주의 요소가 강하고 복지시스템이 매우 잘 갖추어진 국가로 발전
- 사회주의적 복지시스템을 갖추고 있었던 독일도, 1990년대 이후, 세계화의 흐름 속에서 사회서비스에 부분적인 민영화를 통한 준시장화를 시도하고 있음.
 - 현재까지는 보편주의적 복지시스템을 바탕으로 한 복지국가의 기조는 유지되고 있으나, 향후에도 독일 복지정책의 기조가 계속 유지될 지에 대해서는 불확실한 요소가 있음.
- 2005년 메르켈 정권의 집권 이후, 아젠다 2010 발표를 통하여 복지지출을 삭감하고 경제 전반에 효율성 제고하려 하고 있음.
 - 특히, 신공공관리(New Public Management)에 의한 준시장화가 사회복지서비스 전반에 걸쳐 진행되고 있는데, 사회복지시스템에 경쟁 환경 조성을 통한 효율성 제고가 그 핵심적인 내용
- 현재 진행 중인 아젠다 2010 프로젝트의 결과를 아직 예측할 수는 없으나, 독일의 복지정책 기조에도 다소 변화가 올 것으로 예상됨.
- 이 변화가 영국과 같은 정책기조의 근본적인 변화로 이어질지, 아니면 사회 전반의 효율성 제고를 위한 부분적 개혁으로 마무리될 지는 당분간 관심의 대상이 될 것임.

라. 스웨덴

- 스웨덴은 보편주의적 복지를 지향한다는 측면에서 독일과 유사하지만, 독일이 사회보험 위주의 복지를 제공하는 반면 스웨덴은 사회서비스

10 사회투자의 경제파급효과

위주의 복지를 제공한다는 점에서 차이가 있음.

- 특히, 제 2차 세계대전 이후, 스웨덴의 사회서비스 중심의 복지정책이 크게 강화
- 스웨덴의 사회복지의 팽창과 발전을 지속하여 왔으나 1970년대부터 시작된 유럽 전역의 경기침체와 고령화로 대표되는 인구구조의 변화로 인해, 1980년대 후반부터 복지정책이 부분적으로 변화되기 시작하였음.
- 1980년대 말부터 2006년까지 스웨덴의 복지정책 변화는 크게 3단계로 구분이 가능함.
 - 1단계는 1986년~1990년 기간으로, 이 시기에는 사회서비스의 분권화와 규제완화가 시작
 - 보수당이 집권한 1990년부터 1994년 기간을 2단계로 구분할 수 있는데, 이 시기에는 시장친화적 환경을 조성하여 비용삭감과 소비자 만족 제고에 주력
 - 이 시기에 준시장화(quasi-market)로 대표되는 부분적인 민영화의 기초 형성
 - 마지막으로 1994년 사회당이 재집권한 이후에는, 민영화 및 시장원리 확대 보다는 공공계약을 통한 사회서비스의 안정적 제공에 주력
- 스웨덴은 공공부문의 역할을 중시하는 기조 속에서 부분적으로 사회서비스의 민간위탁을 이행하는 형태를 선호하고 있음.
- 아직까지 평가하기는 이르지만, 보수당이 2006년말 재집권하며 민영화가 진전될 것이라는 예상이 지배적임.
 - 특히 조만간 부유세가 폐지되고 종부세 또한 상당 부분 감면될 예정이어서, 복지예산의 감축이 지속될 것으로 예상

마. 일본

- 유럽 국가들이 기독교 단체를 중심으로 구휼사업과 같은 초기 사회복지시스템을 갖춘 것과 달리, 일본은 다른 동아시아 국가들과 같이 유교적 전통에 입각한 친족 간의 상호부조 원칙이 초기 사회복지시스템을 형성하였음.
- 일본에서 정부차원의 사회복지지는 미 군정시기에 시작되었다고 볼 수 있음.
 - 이 시기에 연합군 사령부에서 전쟁 빈민 구제 등을 목적으로 사회복지 개혁을 주도하면서, 일본의 현대적인 사회복지시스템이 형성
- 일본의 사회복지서비스는 1950년대부터 1970년대까지 확대되어 나갔으나 1980년대부터 시작된 일본 사회의 고령화와 장기침체로 인해, 1990년대부터 사회복지서비스의 근본적인 기초 변화가 일어나고 있음.
 - 가장 중요한 변화는 사회복지서비스 공급체계에 민간부문의 역할 확대를 통한 준시장화의 가속화
 - 특히, 개호보험의 도입이 가장 주목할 만한 내용
- 개호보험제도는 보험방식에 의한 재정 운영과 준시장의 도입을 특징으로 하고 있음.
 - 개호보험은 사회보험의 형태를 통해 이용자와 국가가 절반씩 부담하는 혼합형 제도
 - 즉, 보험료의 일부를 수혜자가 부담하는 것으로 사회보험의 부분적인 유료화
- 이러한 복지서비스의 유료화는 복지서비스에 어느 정도 시장논리를 도입하는 계기가 되었음.
 - 즉, 일본의 개호보험은 재정(사회보험방식)과 공급(민간기업, 비영

12 사회투자의 경제파급효과

리조직의 진입을 인정)을 분리하여 서비스공급자간의 경쟁을 촉진함으로써 효율화를 도모

- 개호보험의 도입으로 일본 사회복지사업에 시장메커니즘이 부분적으로 도입되어 효율성이 높아졌다는 긍정적인 평가가 있으나, 시장 메커니즘 도입에 따른 문제점도 제기되고 있음.
- 가장 대표적인 비판은 개호서비스의 질 저하임.
 - 또한, 영리법인의 경우 수익성 위주 경영과 빈번한 사업철수 등으로 복지사업 운영이 불안정해진 점도 문제로 지적
- 일본은 개호보험 도입과 같은 준시장화를 통해 효율성 증대와 같은 성과를 이루어냈으나, 민간영리기업의 참여가 사회서비스의 공공성을 저해한다는 비판도 있음.
 - 이러한 비판에 대해, 일본 정부는 주기적인 법개정 등을 통하여 꾸준히 보완해 나간다는 계획을 공표
 - 향후, 일본의 사회서비스는 민영화와 시장화라는 큰 기조를 유지할 것으로 전망

바. 해외 사례의 정책적 시사점

- 이상에서 살펴본 바와 같이, 대다수의 국가에서 사회서비스 분야에 대해 민간부문의 역할을 증대하고 경쟁을 촉진하는 방향으로 정책의 초점을 맞추고 있음.
 - 심지어는 복지국가의 전형으로 인식되고 있는 스웨덴에서조차도, 민간 부문의 참여확대와 준시장화를 통한 경쟁 도입을 시작
- 현재까지는 대다수의 국가들에서 사회서비스의 민영화와 경쟁촉진을 통해 재정지출 축소와 효율성 증대라는 긍정적인 효과를 얻은 것으로

평가되고 있음.

- 그러나 이러한 흐름에 대해, 사회서비스의 공익성 저하라는 부작용 등과 같은 부작용도 존재

- 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도를 시행하는 우리나라에게 특히, 일본의 사례는 많은 시사점을 주고 있음.
- 제도시행과 함께 서비스의 질 저하 방지를 위한 정부차원의 노력이 수반되어, 민간사업체들의 도덕적 해이와 역선택 등과 같이 민영화 이후에 나타날 수 있는 부작용들에 대한 지속적인 보완책 마련이 반드시 신속하게 이루어져야 함.

제4장 사회서비스의 경제적 효과 - 산업연관분석

1. 생산유발효과

- 제품의 가공도가 높은 산업의 경우 생산유발 효과가 높게 나타나고 있으므로 서비스산업의 생산유발계수는 상대적으로 낮을 수밖에 없으나, 의료서비스산업의 생산유발계수는 1.762, 사회복지서비스의 생산유발계수는 1.789로서 타 서비스산업(1.587)에 비해서는 높은 편으로 나타났음.
 - 의료서비스산업은 자체적인 생산증가분인 2010년 47조원, 2015년 96조원, 2020년 208조원으로 분석되었으며, 전산업에서 동일한 기간 동안 80조원, 161조원, 312조원의 생산을 유발
 - 사회복지서비스산업은 자체적인 생산증가분인 2010년 6조 5천억원, 2015년 9조 1천억원, 2020년 11조 8천억원으로 분석되었으며, 전산업에서 동일한 기간 동안 12조원, 16조원, 21조원의 생산을 유발

2. 부가가치 유발효과

- 부가가치 유발계수는 농림어업, 광업 등 원시산업의 경우 높게 나타나고, 원자재 수입 의존도가 높은 제조업(0.643)의 경우 상대적으로 낮게 나타남.
 - 의료서비스산업의 경우 0.868로서 전체 서비스산업의 평균치(0.894)와 유사하게 나타났으며, 사회복지서비스산업의 경우는 0.918로서 매우 높은 것으로 나타났음.
 - 의료서비스산업은 2010년에 39조 5천억 원, 2015년에 119조 6천억 원, 2020년에 173조 5천억 원의 부가가치 유발효과 발생
 - 한편, 사회복지서비스산업은 같은 기간 동안 각각 5조 9천억원, 8조 4천억원, 10조 8천억원의 부가가치 유발효과 발생

3. 취업유발효과

- 의료서비스산업의 경우 취업유발계수는 19.5명으로 전체 서비스산업 평균에 비해 약간 낮지만 전체 산업 평균에 비해서는 상당히 높은 편이며, 사회복지서비스산업의 경우는 27.6명으로서 매우 높았음.
 - 의료서비스산업 발전으로 인한 의료서비스산업에서의 2008년부터 2020년까지의 누적 취업자 증가는 229만 명이며 타산업에서의 간접유발은 100만 명으로서, 전체 유발인원은 329만 명으로 추정
 - 사회복지서비스산업에서는 직접유발인원이 2008년부터 2020년까지의 누적 취업자 증가는 14만 명이며 타산업에서의 간접유발은 5만 명으로서, 전체 유발인원은 19만 명으로 추정

제5장 결론

- 우리나라의 사회서비스업은 아직까지는 전체 서비스업에서 차지하는 비중이 낮으나, 2000년대에 들어 빠르게 성장하고 있음.
- 그러나 이러한 국내 사회서비스산업의 빠른 성장에도 불구하고, 아직까지 우리나라의 GDP대비 사회서비스 지출은 OECD 평균에 비해 크게 낮은 수준임.
 - 2003년도 기준으로 OECD국가의 GDP 대비 총 사회서비스지출의 평균비율은 24.5%수준이지만, 우리나라의 총 사회서비스지출은 8.1%로 OECD 평균의 1/3 수준
- 현재상태의 단순비교 뿐만 아니라, 1인당 GDP 수준을 고려할 때에도 우리나라의 공공사회지출은 낮은 수준이며, 그 증가 속도도 매우 완만한 추세임.
- 사회서비스산업이 우리나라 GDP에서 차지하는 비중이 아직까지는 낮지만, 여성의 경제활동 참여 증가, 핵가족화, 고령화 등으로 인하여 사회서비스의 수요가 빠르게 증가할 것으로 예상됨.
 - 그러나 수요 증가에 비해 사회복지시스템의 구축은 선진국들에 비해 상대적으로 늦어, 현재의 추세가 지속된다면 향후 사회복지사각지대의 확대 및 보건의료 서비스 공급 부족 등과 같은 문제를 겪게 될 가능성 존재
- 사회서비스 수요 증가에 대처하기 위해 공공지출의 확대가 필요하지만, 증가하는 수요를 모두 공공부문에서 충당하는 것은 국가 재정 운용에 큰 부담이 될 것임.
 - 따라서 준시장 도입과 이를 통한 경쟁촉진으로 민간부문의 역할

16 사회투자의 경제파급효과

증대가 필요함.

- 해외 사례에서 나타났듯이, 사회서비스 분야의 민간참여 확대는 세계적인 추세라 할 수 있음.
 - 그러나 주요 선진국들에서 민간 참여확대가 공공성 저하로 이어진 사례존재
 - 특히, 우리나라와 사회적·문화적 유사성이 높은 일본에서 개호보험 도입 초기에 겪었던 문제들은 반면교사로서 깊이 있는 분석 필요
- 사회서비스에 대한 투자의 효율성을 증가시키면서 공공성을 유지하기 위해서는 다양한 각도에서 사회서비스 관련 정책을 검토해야 함.
 - 사회서비스 확충에 대한 다양한 학제 간의 논의 절충 필요

제1장 서론

최근 들어, 경제 및 사회 환경의 변화와 함께 사회서비스에 대한 수요가 질적·양적으로 확대되고 있으며, 이러한 확대 추세는 향후에도 지속될 전망이다. 고령화와 여성 사회활동 참여 증가로 인한 사회서비스 수요에 대한 양적 증가가 예상되며, 소득 증가로 인해 사회서비스 수요의 다양성도 높아질 것으로 판단된다. 특히, 소득수준과 의식수준의 향상에 따른 질 높은 삶의 추구, 소득소비형에서 시간소비형으로 소비패턴 변화, 소비자주권의 확대 등으로 사회서비스에 대한 수요가 다양화·고급화되는 경향보이고 있다.

현재 우리나라의 사회서비스 관련 정책은 과거 사회서비스의 사회복지론적 접근에서 산업적 접근이 추가되어가는 방향으로 패러다임이 전환되고 있다. 따라서 사회서비스에 대한 경제학적 분석에 대한 연구수요가 높으나, 아직까지는 경제학적 분석이 매우 부족한 상황이다. 또한, 경제학적 분석이 그 주제가 사회서비스 분야에서 민간기업 참여 확대에 집중되고 있다. 그러나 효율성만을 분석한다면, 사회서비스의 공공성이 심각하게 저해될 소지가 존재한다. 즉, 공공성 저하를 최소화하면서 효율성 제고를 모색하려는 종합적인 연구는 거의 전무한 상황이다.

본 연구의 목적은 사회서비스의 본질적인 측면 중 하나인 공공성 유지를 전제하면서, 사회서비스의 효율성 제고 방향을 모색하는 것이다. 보다 구체적으로, 본 연구에서는 공공성이 강조되는 보건의료와 사회복지서비스 등 사회서비스 부문의 민간참여 확대와 이를 통한 경쟁 환경 조성을 통하여 사회서비스의 효율성 제고를 모색하는 동시에 공공성을 어떻게 지속적으로 유지할 것인가에 대한 방향을 제시하고자 한다. 이와 함께 사회

서비스의 수요를 전망하고, 이를 바탕으로 향후 사회서비스의 고용 및 생산 유발효과를 분석하고자 한다.

한편, 본 연구의 구성은 다음과 같다. 먼저 서론에 이어 제Ⅱ장에서는 사회서비스의 현황을 수요와 공급측면에서 정량적으로 분석하고, 주요 선진국의 발전 현황과 비교하며, 사회서비스산업의 경제적 위치 및 파급효과와 더불어 향후 중장기적 전망을 수행한다. 제Ⅲ장에서는 사회서비스의 산업화를 위한 발전방향을 설정하기 위해, 사회서비스가 우리나라보다 먼저 발전한 주요국들의 사회서비스 관련 정책기조 변화와 산업화 동향을 파악한다. 마지막으로 제Ⅳ장에서는 결론을 제시하고자 한다.

제2장 사회서비스 현황분석

제1절 국내 사회서비스산업 현황

1. 자료

본 연구에서 분석하는 사회서비스업은 보건의료서비스와 사회복지서비스만을 대상으로 하고 있다. 사회서비스에 대한 통계자료는 각종 민간협회나 연구소 등에서 자체적인 실태조사 등을 통하여 제공하고 있으나, 이 자료들은 기타 거시변수와의 일관성이 부족한 경우가 많다. 공공부문에서 사회서비스에 대한 통계자료를 제공하는 가장 대표적인 기관은 한국은행과 통계청이다. 한국은행의 국민계정에서는 산업을 78개로 구분하여 각 산업들의 부가가치를 보여주고 있다. 본 연구의 범위에 해당하는 보건의료 및 사회복지와 관련되어서는 의료 및 보건을 산업, 국공립, 비영리 등 3개 부문으로 분류하고 있으며, 사회복지부문은 국공립과 비영리 등으로 분류하고 있다.

통계청에서는 한국은행 국민계정보다 더 세분화된 분류에 따른 자료를 제공한다. 통계청에서는 5년 주기로 전수조사인 서비스업총조사를 실시하며 서비스업총조사를 실시하지 않는 연도에는 샘플조사인 서비스업 통계조사를 실시한다. 보건의료 및 사회복지와 관련된 산업으로서 서비스업총조사 및 서비스업 통계조사에 포함된 업종은 다음의 <표 2-1>에 정리되어 있다.

〈표 2-1〉 사회서비스업 통계 분류

| | | | |
|-----------|---------|-------------|-------------------|
| 보건업 | 의료업 | 병원 | 종합병원 |
| | | | 일반병원 |
| | | | 치과병원 |
| | | | 한방병원 |
| | | 의원 | 일반의원 |
| | | | 방사선진단및병리검사의원 |
| | | | 치과의원 |
| | | | 한의원 |
| | | 공중보건의료업 | 공중보건의료업 |
| | | 기타의료업 | 조산원 |
| 유사의료업 | | | |
| 구급차서비스업 | | | |
| 그 외 기타의료업 | | | |
| 수의업 | 수의업 | 수의업 | |
| 사회복지사업 | 수용복지시설 | 노인수용복지시설 | 노인수용복지시설 |
| | | 심신장애인수용복지시설 | 신체장애인수용복지시설 |
| | | 기타수용복지시설 | 정신질환자및약물남용자수용복지시설 |
| | | | 아동및부녀자수용복지시설 |
| | 비수용복지시설 | 보육시설 | 그 외 기타수용복지시설 |
| | | | 보육시설 |
| | | 기타비수용복지사업 | 직업재활원 |
| | | | 그외기타비수용복지시설 |

자료: 통계청, 서비스업 통계조사

서비스업총조사는 전체 서비스업종을 대상으로 하는 반면, 서비스업통계조사에서는 부동산 및 임대업(70~71), 사업서비스업(72,74,75), 교육서비스업(80), 보건 및 사회복지사업(85~86), 오락, 문화 및 운동관련 서비스업(87~88), 기타 공공,수리 및 개인서비스업(90,92,93) 등을 대상으로 한다. 즉, 서비스업통계조사는 규모가 크고 부가가치가 높은 통신업(64)과 금융 및 보험업(65~67) 등이 제외되므로, 전체 서비스업을 충분히 대표한다고 하기는 어렵다. 그러나 보건 및 사회복지사업은 산업세분류까지 세분화된 분류를 바탕으로 자료가 제공되고 있다.

통계청의 자료는 한국은행의 자료에 비해 더 세분화되어 있을 뿐만 아니라, 매출액, 기업규모, 영업비용, 종사자 성비 등과 같은 다양한 자료를 제공하고 있다. 그러나 2003년 이전의 통계청 자료는 관측치가 누락된 부분이 많아 장기시계열 확보가 불가능하다. 반면, 한국은행의 자료는 1990년대 중반 이후부터는 자료 확보가 가능하다는 장점이 있다. 또한, 통계청의 자료가 서비스업만을 대상으로 하여 전산업 대비 비중을 알기 어렵지만, 한국은행의 자료에서는 사회서비스와 다양한 거시변수들을 쉽게 비교할 수 있다.

그러나 이러한 장점들에도 불구하고, 한국은행의 자료는 산업중분류 이하의 통계치를 제공하지 않아 보건의료 및 사회복지사업의 특성을 충분히 설명할만한 자료를 제공하지 못한다는 치명적인 약점이 있다. 따라서 본 연구에서는 통계청의 서비스업통계조사와 서비스업총조사를 주로 활용하여 논의를 전개하고자 한다. 한국은행의 자료는 전산업 대비 비중이나 장기추세를 보기위해 부분적으로 활용된다.

2. 사회서비스의 규모 및 고용현황

전술하였듯이, 본 연구에서 사회서비스는 보건업과 사회복지사업으로 구성된다. 통계청 자료에서는 보건업에 수의업을 포함하고 있으나, 보건업을 사회서비스의 범위에 포함시키는 것은 바람직하지 않으므로, 본 연구에서는 수의업을 제외한 나머지 업종들을 대상으로 현황을 분석한다¹⁾.

또한, 서비스업대비 사회서비스업의 비중을 계산할 경우, 서비스업은 전통서비스업에 해당하는 음식·숙박 및 도소매업종을 제외한 나머지 업종들의 합과 평균만을 포함한다. 전통서비스업들이 서비스업 전체에서 차지하는 비중은 높은 반면 인건비와 매출액 평균이 너무 낮아, 이들을 포함시켜 1인당 인건비와 사업체당 매출액을 계산한다면 나머지 대부분의 업종

1) 수의업이 보건업에서 차지하는 비중은 2006년도 매출액 기준으로 0.64%에 불과하다.

들이 서비스업 평균을 상회하게 된다. 즉, 하나의 outlier로 인해 전체 업종들의 평균치가 상대적으로 높아 보이게 되어, 의미 있는 결과를 도출하기 어렵게 된다. 따라서 도소매업 및 음식숙박업 등과 같은 전통서비스업들은 제외하고 평균을 계산하는 편이 더 의미 있는 결과를 보여줄 수 있다. 그리고 일관성을 유지하기 위하여 종사자 수나 사업체 수 분석에서도, 전통서비스업종들을 제외하고 분석하기로 한다.

우리나라의 사회서비스업은, <표 2-2>에 정리되어 있듯이, 2000년 이후 지속적으로 성장하였다. 사업체 수와 종사자 수뿐만 아니라, 사업체당 매출액과 종업원 1인당 인건비도 지속적으로 상승한 것으로 나타났다. 이러한 증가로 인해, 사회서비스업이 전체 서비스업에서 차지하는 비중도 2000년 2.3%에서 2006년 3.1%로 상승하였다. 또한, 사회서비스업의 고용 비중도 2000년 11.2%에서 2006년 12.3%로 상승하였다.

<표 2-2> 우리나라 사회서비스 현황

(단위: 개, 명, 백만원)

| | 사업체수 | 종사자수 | 인건비 | 1인당 인건비 | 매출액 | 사업체당 매출액 | 매출액비중 |
|------|--------|---------|------------|------------|------------|-------------|-------|
| 2000 | 63,696 | 484,145 | 6,719,504 | 13.88 | 20,381,164 | 319.98 | 2.3% |
| 2001 | 57,783 | 476,763 | 8,568,462 | 17.97 | 24,527,345 | 424.47 | 2.6% |
| 2002 | 63,676 | 523,863 | 9,531,035 | 18.19 | 27,878,007 | 437.81 | 2.6% |
| 2003 | 66,818 | 553,685 | 10,947,805 | 19.77 | 30,477,970 | 456.13 | 2.7% |
| 2004 | 70,110 | 592,779 | 12,898,358 | 21.76 | 34,187,827 | 487.63 | 2.9% |
| 2005 | 71,281 | 633,036 | 13,730,189 | 21.69 | 35,998,216 | 505.02 | 2.9% |
| 2006 | 75,753 | 683,662 | 15,350,479 | 22.45 | 41,124,004 | 542.87 | 3.1% |

주: 비중은 서비스산업 전체 매출액 대비 사회서비스 매출액을 의미
 자료: 통계청, 서비스업 통계조사

전체 서비스업의 성장속도와 비교하여 보면 사회서비스의 빠른 성장이 더욱 두드러진다. 서비스업 총조사가 실시되었던 2001년과 2005년 기간 동안 서비스업 전체 매출액과 종사자 수가 각각 28.8%와 13.0% 증가한 반면, 사회서비스 부문에서는 동기간 동안 매출액과 종사자 수가 각각 46.8%와 32.8% 증가하였다.

2000년대에 들어, 사회서비스업에서는 양적인 성장뿐만 아니라, 일정 수준의 질적인 개선도 보이고 있으나, 여전히 사업체의 규모와 1인당 인건비는 높지 않은 수준이다. 2005년도 기준으로 사회서비스업의 사업체당 매출액과 1인당 인건비는 각각 약 448.39백만원과 21.55백만원으로, 도소매업 및 음식숙박업 등의 전통서비스업을 제외한 전체 서비스업의 평균인 약 757.32백만원과 22.43백만원보다 다소 낮은 것으로 나타났다.

〈표 2-3〉 2005년도 서비스업종별 매출액과 인건비 비교

(단위: 개, 명, 백만원)

| | 사업체수 | 종사자수 | 매출액 | 인건비 | 사업체당 매출액 | 1인당 인건비 |
|--------------------------|---------|-----------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 통신업 | 9,028 | 135,527 | 50,438,395 | 5,590,534 | 5,586.88 | 41.25 |
| 금융 및 보험업 | 33,904 | 588,080 | 347,827,707 | 22,613,235 | 10,259.19 | 38.45 |
| 부동산 및 임대업 | 105,613 | 385,147 | 35,082,352 | 4,877,110 | 332.18 | 12.66 |
| 사업서비스업 | 84,226 | 1,052,167 | 81,851,704 | 24,586,005 | 971.81 | 23.37 |
| 교육 서비스업 | 120,721 | 1,189,784 | 56,376,208 | 32,519,547 | 467.00 | 27.33 |
| 사회서비스업 | 74,104 | 638,774 | 36,191,640 | 13,765,614 | 488.39 | 21.55 |
| 오락, 문화 및 운동관련 서비스업 | 117,444 | 370,383 | 31,035,580 | 3,940,897 | 264.26 | 10.64 |
| 기타 공공, 수리 및 개인서비스업 | 339,609 | 779,585 | 31,161,537 | 7,394,146 | 91.76 | 9.48 |
| 전체* | 884,649 | 5,139,447 | 669,965,123 | 115,287,088 | 757.32 | 22.43 |

주: 전체는 도소매업 및 음식숙박업 등의 전통서비스업을 제외한 나머지 서비스업의 합계임.

자료: 통계청, 서비스업 통계조사

사회서비스업 내에서는 보건업의 비중은 절대적으로 높다. 2006년도의 경우, 매출액 측면에서 보건업은 사회서비스업의 89.3%를 차지하며, 종사자 수와 사업체 수에서도 70% 이상의 비중이다. 보건업은 사회서비스업 전체에서 차지하는 비중이 높을 뿐만 아니라, 사업체당 매출액과 종업원 1인당 인건비도 사회복지사업에 비해 크게 높다.

2006년도 현재 보건업의 사업체당 매출과 종사자 1인당 인건비는 각각 6억 7천 9백만원과 2천 5백만원으로 사회복지사업의 2억 3백만원과 1천 5백만원을 크게 상회하고 있다. 이와 같이, 보건업의 매출과 인건비가 높은 이유는 보건업에 해당하는 업종이 고도의 전문성을 지닌 고부가가치업종인 의료업인 반면, 사회복지사업은 의료업에 비해 전문성이 낮고 비교적 규모가 영세한 업체들이 많기 때문이다. 그러나 2000년대에 들어, 본격적인 고령화를 비롯한 사회구조의 변화로 인해 사회복지사업의 시장이 확대되고 수요가 다양해지면서 사회복지사업의 매출액과 인건비 비중이 다소나마 상승하고 있는 추세이다.

〈표 2-4〉 보건업과 사회복지사업 현황

(단위: 개, 명, 백만원)

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 사업체수 | 42,121 | 42,636 | 46,911 | 49,181 | 50,857 | 51,621 | 54,088 |
| | 66.10% | 73.80% | 73.70% | 73.60% | 72.50% | 72.40% | 71.40% |
| 종사자수 | 366,684 | 384,917 | 420,819 | 442,517 | 466,478 | 490,926 | 524,457 |
| | 75.70% | 80.70% | 80.30% | 79.90% | 78.70% | 77.60% | 76.70% |
| 매출액 | 18,779,460 | 22,695,147 | 25,719,740 | 27,951,918 | 31,022,288 | 32,077,582 | 36,726,975 |
| | 92.10% | 92.50% | 92.30% | 91.70% | 90.70% | 89.10% | 89.30% |
| 인건비 | 6,071,942 | 7,613,467 | 8,512,879 | 9,733,787 | 11,190,613 | 11,753,454 | 12,919,448 |
| | 90.40% | 88.90% | 89.30% | 88.90% | 86.80% | 85.60% | 84.20% |
| 사업체당 매출액 | 445.85 | 532.30 | 548.27 | 568.35 | 609.99 | 621.41 | 679.02 |
| 1인당 인건비 | 16.56 | 19.78 | 20.23 | 22.00 | 23.99 | 23.94 | 24.63 |
| 사회복지사업 | | | | | | | |
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| 사업체수 | 21,575 | 15,147 | 16,765 | 17,637 | 19,253 | 19,660 | 21,665 |
| | 33.9% | 26.2% | 26.3% | 26.4% | 27.5% | 27.6% | 28.6% |
| 종사자수 | 117,461 | 91,846 | 103,044 | 111,168 | 126,301 | 142,110 | 159,205 |
| | 24.3% | 19.3% | 19.7% | 20.1% | 21.3% | 22.4% | 23.3% |
| 매출액 | 1,601,704 | 1,832,198 | 2,158,267 | 2,526,052 | 3,165,539 | 3,920,634 | 4,397,029 |
| | 7.9% | 7.5% | 7.7% | 8.3% | 9.3% | 10.9% | 10.7% |
| 인건비 | 647,562 | 954,995 | 1,018,156 | 1,214,018 | 1,707,745 | 1,976,735 | 2,431,031 |
| | 9.6% | 11.1% | 10.7% | 11.1% | 13.2% | 14.4% | 15.8% |
| 사업체당 매출액 | 74.24 | 120.96 | 128.74 | 143.22 | 164.42 | 199.42 | 202.96 |
| 1인당 인건비 | 5.51 | 10.40 | 9.88 | 10.92 | 13.52 | 13.91 | 15.27 |

자료: 통계청, 서비스업 통계조사

보건업과 사회복지사업을 더 세분화하여 살펴보면 다음과 같다. 보건업에서는 병원(54.44%)과 의원(40.89%)이 차지하는 비중이 압도적이다. 2006년도의 경우, 병원과 의원을 합하면 보건업 전체 매출의 95%를 넘으며 종사자 수도 보건업 전체 종사자 수의 94.65%에 이른다. 한편, 기타의료

업과 공중보건의료업의 비중은 매우 낮은 수준이다. 2006년도 에 기타의 료업과 공중보건의료업의 매출은 전체 보건업 매출에서 차지하는 비중은 각각 3.57%와 1.11%에 불과하다.

보다 세분화하여 살펴보면, 보건업에서 가장 높은 비중을 차지하는 부 문은 종합병원으로, 종합병원의 매출액은 2006년도의 경우 전체 보건업 매출에 42.43%에 이른다. 일반의원(23.38%)과 치과의원(10.08%)도 10% 이 상의 점유율을 보였다.

〈표 2-5〉 보건업의 세부부문별 매출액 변화추이

(단위: 백만원)

| | | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 증가율 |
|----------|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| 병원 | 종합병원 | - | 10,012,403 | - | - | - | 13,906,913 | 15,582,602 | 9.25 |
| | 일반병원 | - | 1,994,828 | - | - | - | 3,254,107 | 3,960,263 | 14.70 |
| | 치과병원 | - | 30,371 | - | - | - | 95,976 | 107,827 | 28.84 |
| | 한방병원 | - | 241,472 | - | - | - | 296,258 | 341,751 | 7.19 |
| | 병원 계 | - | 12,279,074 | - | 14,237,349 | 16,514,027 | 17,553,254 | 19,992,443 | 10.24 |
| 의원 | 일반의원 | - | 5,820,675 | - | - | - | 7,483,131 | 8,585,808 | 8.08 |
| | 방사선진단및병 리검사의원 | - | 242,528 | - | - | - | 537,335 | 564,406 | 18.40 |
| | 치과의원 | - | 2,088,971 | - | - | - | 3,160,970 | 3,701,986 | 12.12 |
| | 한의원 | - | 1,210,564 | - | - | - | 1,720,624 | 2,165,483 | 12.33 |
| | 의원 계 | - | 9,362,738 | - | 12,336,052 | 13,030,335 | 12,902,060 | 15,017,683 | 9.91 |
| 공중보건 의료업 | 공중보건의료업 | - | 935,778 | - | 1,095,375 | 1,191,144 | 1,215,305 | 1,310,130 | 6.96 |
| 기타 의료업 | 조산원 | - | 1,881 | - | - | - | 1,501 | 1,744 | -1.50 |
| | 유사의료업 | - | 30,184 | - | - | - | 36,936 | 47,788 | 9.62 |
| | 구급차서비스업 | - | 4,737 | - | - | - | 10,466 | 10,860 | 18.05 |
| | 그외 기타의료업 | - | 80,755 | - | - | - | 358,060 | 346,327 | 33.80 |
| | 기타의료업 계 | - | 117,557 | - | 283,142 | 286,782 | 406,963 | 406,719 | 28.18 |
| 계 | | 18,779,460 | 22,695,147 | 25,719,740 | 27,951,918 | 31,022,288 | 32,077,582 | 36,726,975 | 10.11 |

보건업은 2000년대에 들어 10.11%의 연평균 성장률을 보이고 있다. 보건업 중에서 가장 빠른 성장을 보이고 있는 업종은 그외 기타의료업과 치과병원으로 동기간 동안 각각 33.80%와 28.84%의 연평균 성장률을 기록하였다. 그러나 두 업종 모두 보건업에서 차지하는 비중이 1.0% 미만이므로, 성장률에 큰 의미를 부여하기는 어렵다. 규모가 큰 종합병원과 일반의원의 연평균 성장률은 각각 9.25%와 8.08%로, 꾸준히 성장하고 있는 것으로 나타났다.

사회복지사업은 크게 수용복지시설과 비수용복지시설로 분류되며, 비수용복지시설의 비중이 압도적으로 높다. 2006년 기준으로 비수용복지시설의 매출액은 전체 사회복지 매출액의 70.0%에 해당한다. 2000년대 이후 연평균 증가율을 보면, 수용복지시설과 비수용복지시설이 각각 22.21%와 17.95로 모두 빠르게 상승하고 있다.

비수용복지시설 중에서는 보육시설과 기타비수용복지사업이 유사한 비중을 차지하고 있다. 수용복지시설의 경우에는 노인수용복지시설의 비중이 가장 높아, 2006년도 전체 수용복지시설 매출의 41.41%를 차지하고 있다. 노인수용복지시설은 매출규모가 클 뿐만 아니라 2000년 이후 연평균 성장률도 33.64%로 나타나, 매우 빠르게 증가하는 부분임을 알 수 있다.²⁾ 노인복지시설의 매출증가는 최근 들어 급속히 진행되는 노령화가 그 원인으로 분석된다.

2) 비수용복지시설 중에서는 직업재활원의 연평균 성장률이 35.32%로 가장 높았으나, 직업재활원의 매출이 사회복지사업 전체에서 차지하는 비중이 3.93%에 불과해 큰 의미를 부여하기는 어렵다.

〈표 2-6〉 사회복지사업의 세부부문별 매출액 변화추이

(단위: 백만원)

| | | | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 증가율 |
|-----------------|-------------------------|---------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 수용 복지 시설 | 노인수용 복지시설 | 노인수용복지 시설 | - | 128,076 | - | 226,462 | 292,906 | 469,397 | 545,961 | 33.64 |
| | 심신 장애인 수용 복지시설 | 신체장애인수 용복지시설 | - | 133,483 | - | - | - | 232,018 | 254,874 | 13.81 |
| | | 정신질환자및 약물남용자 수용복지시설 | - | 87,097 | - | - | - | 181,760 | 208,027 | 19.02 |
| | | 계 | - | 220,580 | - | 356,597 | 403,431 | 413,778 | 462,901 | 15.98 |
| | 기타수용 복지시설 | 아동및부녀자 수용복지시설 | - | 110,113 | - | - | - | 241,845 | 246,308 | 17.47 |
| | | 그외기타수용 복지시설 | - | 24,750 | - | - | - | 54,255 | 63,114 | 20.59 |
| | | 계 | - | 134,863 | - | 203,400 | 252,369 | 296,100 | 309,422 | 18.07 |
| 수용복지시설 계 | | | 772,374 | 483,519 | 673,529 | 786,459 | 948,706 | 1,179,275 | 1,318,284 | 22.21 |
| 비수용 복지 시설 | 보육시설 | | - | 841,586 | - | 1,030,139 | 1,301,800 | 1,466,692 | 1,573,468 | 13.33 |
| | 기타 비수용 복지사업 | 그 외 기타 비수용 복지시설 | - | 468,992 | - | - | - | 1,117,805 | 1,332,391 | 23.22 |
| | | 직업 재활원 | - | 38,101 | - | - | - | 156,862 | 172,887 | 35.32 |
| | | 기타 비수용 복지 사업 계 | - | 507,093 | - | 709,455 | 915,034 | 1,274,667 | 1,505,277 | 24.31 |
| | 비수용복지시설 계 | | | 829,330 | 1,348,679 | 1,484,738 | 1,739,593 | 2,216,833 | 2,741,359 | 3,078,745 |
| 사회복지사업 계 | | | 1,601,704 | 1,832,198 | 2,158,267 | 2,526,052 | 3,165,539 | 3,920,634 | 4,397,029 | 19.13 |

자료: 통계청, 서비스업 통계조사

이상에서 살펴본 바와 같이, 우리나라의 사회서비스업은 아직까지는 전체 서비스업에서 차지하는 비중이 낮으나, 2000년대에 들어 빠르게 성장하고 있다. 서비스업 전체 매출에서 차지하는 비중이 지속적으로 상승하고 있을 뿐만 아니라, 사업체당 매출이나 1인당 인건비 상승 등과 같이 질적인 요소도 개선되어가고 있는 것으로 나타났다.

사회서비스 내의 부문별 비중을 살펴보면, 현재까지는 보건업이 사회서비스에서 차지하는 비중이 압도적으로 높으나, 고령화를 비롯한 사회구조의 변화로 인해 사회복지사업의 비중이 다소나마 상승하고 있는 추세이다.

제2절 사회서비스지출의 국제비교³⁾

우리나라의 GDP대비 사회서비스 지출은 OECD 평균에 비해 크게 낮은 것으로 나타났다. 2003년도 기준으로 OECD국가의 GDP 대비 총 사회서비스지출의 평균비율은 24.5%수준이지만, 우리나라의 총 사회서비스지출⁴⁾은 OECD 평균의 1/3 수준인 8.1%로 나타났다. 민간지출은 2.2%로 OECD 평균 3.0%에 크게 낮은 수준은 아니었지만, 공공지출이 5.7%에 불과하여 OECD 평균인 21.5%에 비해 크게 낮았다.

GDP대비 사회서비스 지출이 가장 높은 국가는 스웨덴(34.3%)이며, 프랑스(31.4%)와 독일(30.2%)도 30.0% 이상의 높은 지출구조를 가지고 있다. 반면 우리나라와 더불어 아시아 국가인 일본은 21.0%로, 소득수준에 비해 매우 낮은 사회서비스 지출을 보이고 있다.

법적으로 강제되지 않은 민간의 자발적 지출의 경우에는 미국이 9.7%로 압도적으로 높은 수준이며, 민간법정지출을 포함한 민간지출도 미국이 10.0%로 가장 높은 수준으로 나타난다. 미국은 공공부문의 사회서비스 지출액은 OECD 평균보다 낮지만, 민간부문의 활발한 지출로 인하여, 총 사회서비스 지출은 OECD 평균을 상회하고 있다. 그 원인으로는 미국의 사회서비스의 민영화 수준이 타국가들에 비해 상대적으로 높기 때문으로 추측된다.

3) 사회서비스산업의 국제비교에는 「OECD Social Expenditure Database(SOCX), 2007」이 이용되었다.

4) OECD SOCX에서는 공공사회지출(일반정부지출+사회보험급여)과 민간사회지출(민간법정 지출+민간자발적 지출)을 합한 것으로 산출하고 있다.

〈표 2-7〉 OECD국가들의 GDP대비 사회지출 비중(2003년)

(단위: %)

| | 총 사회지출 | 공공지출 | 민간지출 | | |
|---------|--------|------|------|-------|------|
| | | | 법정지출 | 자발적지출 | 계 |
| 호주 | 22.4 | 17.9 | 1.2 | 3.2 | 4.5 |
| 오스트리아 | 28.1 | 26.1 | 0.9 | 1.2 | 2.1 |
| 벨기에 | 30.4 | 26.5 | 0.0 | 3.9 | 3.9 |
| 캐나다 | 22.7 | 17.3 | 0.0 | 5.4 | 5.4 |
| 체코 | 21.5 | 21.1 | 0.2 | 0.1 | 0.4 |
| 덴마크 | 30.1 | 27.6 | 0.2 | 2.3 | 2.5 |
| 핀란드 | 27.1 | 22.5 | 3.5 | 1.2 | 4.6 |
| 프랑스 | 31.4 | 28.7 | 0.4 | 2.3 | 2.7 |
| 독일 | 30.2 | 27.3 | 1.2 | 1.8 | 3.0 |
| 그리스 | 23.7 | 21.3 | 0.0 | 2.4 | 2.4 |
| 헝가리 | 22.7 | 22.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 아이슬랜드 | 23.8 | 18.7 | 5.1 | 0.0 | 5.1 |
| 아일랜드 | 16.4 | 15.9 | 0.0 | 0.5 | 0.5 |
| 이탈리아 | 26.4 | 24.2 | 1.8 | 0.5 | 2.3 |
| 일본 | 21.0 | 17.7 | 0.7 | 2.6 | 3.3 |
| 한국 | 8.1 | 5.7 | 2.2 | 0.2 | 2.4 |
| 룩셈부르크 | 24.9 | 22.2 | 2.6 | 0.1 | 2.7 |
| 멕시코 | 7.0 | 6.8 | 0.0 | 0.2 | 0.2 |
| 네덜란드 | 28.3 | 20.7 | 0.7 | 7.0 | 7.7 |
| 뉴질랜드 | 18.5 | 18.0 | 0.0 | 0.5 | 0.5 |
| 노르웨이 | 27.7 | 25.1 | 1.6 | 1.0 | 2.6 |
| 폴란드 | 23.0 | 22.9 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 포르투갈 | 25.0 | 23.5 | 0.4 | 1.1 | 1.5 |
| 슬로바키아 | 18.6 | 17.3 | 0.2 | 1.1 | 1.3 |
| 스페인 | 20.6 | 20.3 | 0.0 | 0.3 | 0.3 |
| 스웨덴 | 34.3 | 31.3 | 0.6 | 2.4 | 3.0 |
| 스위스 | 28.8 | 20.5 | 7.2 | 1.1 | 8.3 |
| 영국 | 27.4 | 20.6 | 0.8 | 6.0 | 6.8 |
| 미국 | 26.2 | 16.2 | 0.4 | 9.7 | 10.0 |
| OECD 평균 | 23.9 | 20.7 | 1.1 | 2.0 | 3.2 |

자료: OECD Social Expenditure Database(SOCX)

〈표 2-8〉 우리나라의 GDP대비 사회지출 비중(2003년)

(단위: %)

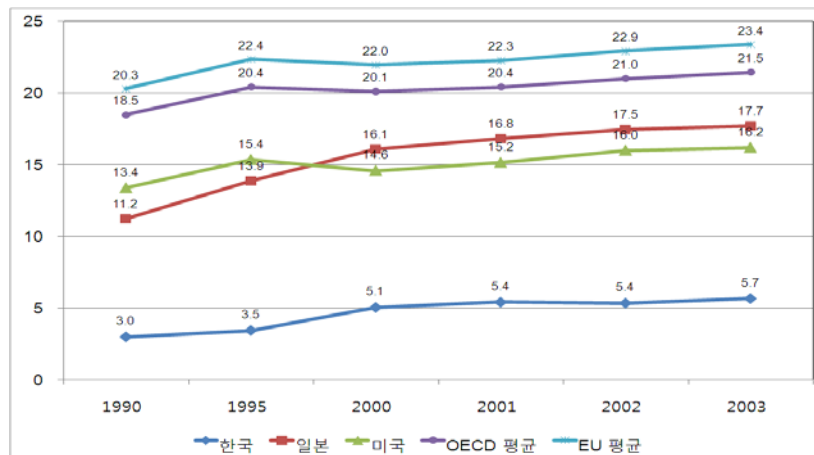
| | | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|----------|-------|------|------|------|------|------|------|
| 총사회지출 | | 4.1 | 4.9 | 8.4 | 7.9 | 7.5 | 8.1 |
| 공공지출 | | 3.0 | 3.5 | 5.1 | 5.4 | 5.4 | 5.7 |
| 민간 지출 | 법정지출 | 1.0 | 1.3 | 3.2 | 2.3 | 1.9 | 2.2 |
| | 자발적지출 | 0.0 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 |
| | 계 | 1.1 | 1.4 | 3.4 | 2.5 | 2.1 | 2.4 |

자료: OECD Social Expenditure Database(SOCX)

우리나라의 GDP에 대한 공공부문의 사회서비스지출의 비율은 1990년에서 2003년 기간 동안 2.7%p가 높아져 연평균 5.5%의 비율로 상승하고 있다. 그러나 2003년 기준으로 우리나라의 GDP에 대한 공공부문의 사회서비스지출의 비율은 5.7로 OECD 평균인 21.5%의 1/4에 불과한 수준이다.

[그림 2-1] GDP대비 공공사회지출의 비중 국제비교

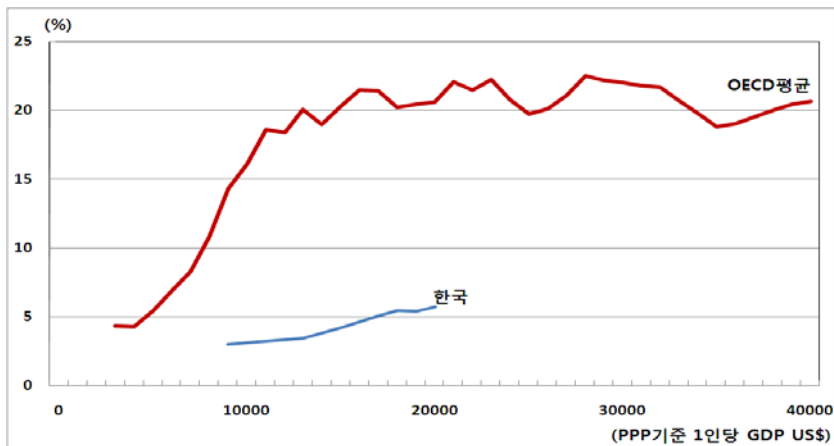
(단위: %)



주: EU 평균은 OECD 내 EU국가의 평균임.
 자료: OECD Social Expenditure Database(SOCX)

주요 OECD국가별 GDP대비 공공부문 사회서비스 지출의 비율은 2003년을 기준할 경우 스웨덴이 31.3%로 가장 높았으며, 프랑스와 독일도 각각 28.7% 27.3% 등으로 OECD 평균을 상회하고 있다. 반면, 영국(20.6%), 일본(17.7%), 미국(16.2%) 등은 평균보다 낮은 수준이다. 이러한 주요 선진국들의 공공사회지출의 비율은 높은 수준에서 계속 확대되는 추세로, 1990년에서 2003년 기간 동안 OECD 평균이 3.0%p 증가한 것으로 나타난다.

[그림 2-2] 1인당 GDP수준과 공공사회지출의 비중 추이



주: 1인당 GDP에 따른 OECD국가들의 공공부문 사회서비스지출 비율을 소득구간별로 평균한 것이며, 각 소득구간 중 관측되지 않은 공공사회지출의 비율은 내삽법으로 추정하였고, OECD평균선은 각 구간별 OECD평균의 산포도를 구간별 이동평균한 추세선임.

자료: OECD Social Expenditure Database(SOCX); World Bank(2007), World Development Indicators.

그러나 우리나라는 1990년에서 2003년 기간 동안 1인당 GDP가 8천 달러에서 1만9천 달러로 상승하였으나 공공사회지출의 비율은 OECD평균에 비해 훨씬 낮은 3.0%에서 5.7%로 소폭 확대되는 수준에 그쳤다. 즉, 우리나라의 공공사회지출 비율은 OECD 평균에 비해 소득수준을 고려할 경우에도 절대 수준뿐만 아니라 상승 속도도 매우 완만하다고 할 수 있다.

제3장 주요 국가별 사회서비스의 산업화 흐름

제1절 사회복지시스템의 유형

사회서비스의 근간이 되는 사회복지 시스템은 크게 유럽형과 영미형⁵⁾의 두 가지로 구분되며, 사회복지 시스템에 따라 유럽형 국가와 영미형 국가로 구분할 수 있다.

유럽형 국가들은 전통적으로 정부가 사회서비스를 전담하여 제공하는 복지국가 시스템을 추구하여 왔다. 즉, 사회적 약자에 대한 지원이 아니라 전 국민에게 사회서비스를 제공하는 보편주의 방식이 적용되어 왔다. 이에 해당되는 국가들로는 북유럽 국가들, 프랑스, 독일, 이탈리아 등을 대표적으로 들 수 있다.

영미형 국가들에서는 기본적으로 사회복지가 전 국민을 대상으로 하는 것이 아니라 저소득층이나 장애인 등과 같이 자기보호 능력이 부족한 특정 계층에 대한 보호라는 시각이 강하다. 따라서 영미형 시스템에서는 개인의 역할이 유럽형 시스템에서보다 강하고, 이로 인해 민간 참여도 상대적으로 활발한 편이다. 영미형 국가로는 영국, 미국, 아일랜드 등이 있다.

주요 선진국 중 일본은 유럽형이나 영미형으로 명확하게 구분하기는 어려우나, 전통적으로 사회서비스에서 정부의 역할이 강조되어 왔고 행정주도적인 복지서비스가 제공되었다는 점에서 유럽형에 가깝다고 볼 수 있다.

5) 영국은 원래 보편주의적 사회복지시스템을 구축한 대표적인 복지 선진국이었으나, 1970년대 후반부터 선별주의적 복지체제로 전환하였음. 현재는 사회복지 분야에서 다른 서유럽 국가들보다는 미국에 가깝다.

제2절 사회서비스 산업화의 개념

산업화는 18~19세기 영국 산업혁명 때 일어난 기술혁신과 대량생산 등의 공업화 과정에서 유래된 것으로, 생산활동의 분업화와 기계화로 인하여 산업활동이 확대 및 집중화 되는 과정이나 현상과 더불어 이로 인해 수반되는 사회적 문화적 변화 등을 의미한다. 그러나 근래에 들어서는 산업화라는 용어를 어떤 분야를 매개로하여 사업(business)을 통해 부가가치를 창출하는 활동과정의 의미로 사용되기도 한다.

예를 들면, 특정기술의 개발결과를 제품생산에 활용함으로써 부가가치를 창출하는 것을 의미하는 기술개발의 산업화로서, 바이오의 산업화, 나노기술의 산업화 등으로 표현되고 있으며, 이때에는 기술의 제품화나 상업화(Commercialization) 등과 동일 개념으로 사용되고 있다. 이하에서는 산업화와 관련된 개념인 시장화, 준시장화, 민영화 등에 대해 설명하고 있다.

1. 시장화

시장화란 공공부문이 소유 및 관리하던 부문을 시장 지향적(market-oriented) 성격을 갖도록 하는 과정으로 보통 공공서비스에 시장원리를 도입하는 것을 의미한다. 시장화의 수단으로는 정부보조금삭감, 규제완화(deregulation), 구조조정(organizational restructuring), 분권화(decentralization), 민영화(privatization) 등을 들 수 있다.

시장화는 공공부문에 시장기능에 의한 경쟁원리를 도입하여 더 나은 경제적 성과를 얻는다는 점에서 작은 정부(limited government)와 알맥상통하는 측면이 있으며, 시장화가 가장 극단적으로 진행되면 야경국가 형태의 경제정책으로 나타나게 된다.

2. 준시장화

준시장이란 전통적인 공공부문의 행정·재정적 이익을 잃지 않으면서 자유시장의 효율성을 획득하기 위해 고안·시행되는 공공기관의 제도적 구조 (institutional structure)⁶⁾를 의미한다. 준시장화는 특히, 공공복지서비스에 있어서 시장원리를 도입하는 수단으로 많이 시행되고 있는데, 경쟁원리의 도입은 복수의 서비스공급자로부터 구입자나 소비자가 선택이 가능하기 때문에 공급자경쟁을 통해 공공서비스의 질적 향상을 유도할 수 있다는 장점이 있다.

대표적인 예가 영국의 NHS(National Healthcare System)의 내부시장 (Internal Market)으로, 이것은 국가보조를 받는 지역보건기관(district health authority)들로 하여금 상호 경쟁을 유도함으로써 공공서비스로서의 이익을 잃지 않고 효율성을 제고한 것으로 평가되고 있다⁷⁾.

이러한 준시장에 대한 비판 중 가장 핵심적인 것이 소비자선별 (cream-skimming)의 문제가 초래된다는 주장이다. 즉, 경제적으로 지불능력이 낮은 소비자를 거부하는 행위가 나타난다는 것이다. 더욱이 이러한 소비자의 선별은 사회서비스에 대한 수요가 상대적으로 높은 취약계층 소비자(만성환자, 취약계층 노인과 아동 등)를 중심으로 초래될 경우, 사회서비스의 소비자 욕구 충족이라는 목표는 달성하기 어렵게 된다.

그러나 이러한 비판에도 불구하고, 현재 많은 국가들에서 사회서비스 분야에 준시장화를 추구하고 있다. 공공성을 일정 수준 이상으로 유지하면서 민간부문의 효율성을 도입하는 데에 준시장화를 대체할 만한 대안이 없다는 것이 가장 큰 이유로 생각된다. 본 연구에서 논의되는 사회서비스 산업화 방안도 기본적으로 준시장화를 통한 효율성 확대를 바탕으로 하고 있다.

6) Bartlett, W. and L. Le Grand(1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Palgrave Macmillan.

7) Le Grand, J.(2002), *The Labour Government and the National Health Service*, Oxford Review of Economic Policy.

3. 민영화

민영화는 공공부문으로부터 민간부문으로 사업의 소유권을 이전하는 것 혹은 절차를 의미하며, 넓은 의미에서 민영화는 공공부문의 기능을 민간부문으로 이전시키는 모든 현상 혹은 행위를 지칭하기도 한다. 즉, 국가 및 공공단체가 특정기업에 대해 갖는 법적 소유권을 민간부문으로 이전하는 것으로서, 넓은 의미로는 외부계약, 민간의 사회간접자본시설 공급, 공공서비스사업에 대한 민간참여 허용 등을 모두 포함하나, 보통은 소유권의 이전이 좁은 의미로 사용되고 있다.

공공성이 강한 분야에서 경쟁도입을 위한 방편으로 국영기업의 민영화가 사용되곤 한다. 기존의 독점적 국영기업의 지분을 민간에 이전하고 새로운 민간기업을 시장에 진입시켜 경쟁환경을 조성하는 방식이 대표적이다. 따라서 민영화와 경쟁환경 조성이 반드시 동시에 발생하는 것으로 인식되는 경우가 있다.

그러나 여기서 주의할 점은 민영화와 경쟁시장 조성은 동일한 의미가 아니라는 것이다. 만약 기존의 국영기업의 소유권이 이전될 뿐 시장에 새로운 진입이 일어나지 않는다면, 이는 경쟁시장과는 무관하다. 이 경우, 민영화가 오히려 효율성 증가 없이 공익성만 저해하는 결과를 초래할 수도 있다. 즉, 민영화란 경쟁환경 조성을 위해 필요한 여러 가지 여건 중 하나라는 것이다.

제3절 주요 국가별 사회서비스정책의 변화과정

1. 미국

가. 미국 사회서비스의 특징

미국 사회서비스는 자유주의적 복지체제(liberal welfare regime)로 분류될 수 있다. 미국의 경우, 실업보험과 연금보험 등 보편적 성격을 띠는 사회 복지정책에 대해, 정부의 일반예산으로 충당하기 보다는 수혜자들이 납부하는 보험료로 운영하고 있다. 즉, 미국의 사회복지 서비스는 기본적으로 수혜자들이 납부하는 사회보험료를 전제로 제공된다. 이는 정부의 일반세수를 통하여 전 국민을 상대로 총괄적인 사회보장을 제공하는 유럽의 복지체제와는 근본적으로 다른 점이다.

미국과 유럽은 사회서비스에 대한 재원조달 방식뿐만 아니라 사회보장에 대한 시각에서도 큰 차이가 난다. 유럽식 복지체제가 보편적 원리, 제도적 보호, 총체적 사회보장을 특징으로 하는 반면, 미국의 자유주의적 복지체제는 선택적 원리, 시장경쟁과 사적 복지, 보험료에 기초한 최소한의 보호를 기본원칙으로 하고 있다. 따라서, 미국의 복지제도는 퇴역군인(veterans), 약자(노령인구, 장애인), 모자(편모가정과 자녀), 빈곤층을 주요 대상으로 하며, 국민 전체에게 혜택을 제공하는 보편적 원리보다는 특정 계층을 대상으로 한 선택적 원리에 기초하고 있다.

이러한 차이로 인해, 미국에서는 복지혜택의 수혜자격이 유럽에 비해 까다롭고 사회서비스 공급에서 민간 기관의 역할이 중시되고 있다. 유럽 국가들에 비해 미국 사회서비스에는 민간 기관의 참여가 활발하며, 특히, 의료와 관련된 부분은 사보험의 비중이 매우 높다.

미국과 유럽 국가들의 사회서비스의 차이는 역사적 배경에서 비롯된다고 볼 수 있다. 미국은 정차 초기에 유럽 국가들과 달리 사회서비스가 민

간들의 자선에 의지하여 제공되었다. 연방 정부가 사회서비스에 본격적으로 개입한 것은 1960년대 이후라고 볼 수 있다.

물론 유럽 국가들도 정부의 적극적인 개입이 이루어진 것은 2차 세계대전 이후라고, 그 이전에도 영국의 구빈법과 같이 대다수의 유럽 국가들에서는 19세기 중반부터 정부차원의 사회복지서비스 제공 전통이 이어져 왔다.

즉, 미국은 민간 영역의 복지만이 제공되고 국가차원의 복지가 거의 전무한 상황에서 1960년대 이후 정부가 개입한 것이므로, 복지에서 민간부문의 영향력이 현재까지도 강하게 남아있다.

이러한 역사적 배경으로 인해, 미국에서는 유럽 국가들에 비해 사회서비스에서 민간기구들의 역할이 매우 중시되어 왔으며, 현재도 민영화와 상업화를 주도하고 있는 국가이다. 특히, 1980년대 이후 미국 사회서비스에서 민간 기관의 참여가 더욱 확대되었으며, 미국은 현재 사회서비스 분야에서 민간 부분의 참여가 가장 두드러지는 국가로 평가받고 있다.

나. 1980년대 이전 미국의 사회서비스

미국의 사회서비스 정책은 1930년대 대공황의 여파로 본격적으로 추진되었다고 볼 수 있다. 보다 구체적으로, 공황 타개를 위한 뉴딜 정책의 일환으로 1935년 제정된 사회보장법을 미국 사회복지 정책의 출발점이라 할 수 있다. 물론 그 이전에도 사회서비스는 존재하였으나, 주로 교회를 비롯한 자선단체들이 개인들의 선의에 바탕을 둔 기부금으로 극빈층을 지원하는 것이었으므로 국가차원의 사회복지 서비스는 매우 미약한 수준이었다⁸⁾.

1930년대에 기본적인 미국의 사회복지 구조가 만들어 졌는데, 이는 빈곤 문제를 개인의 영역으로 보던 과거의 시각에서 공공 부문 개입의 필요성을 인식하기 시작하였다는 점에서 큰 의미를 부여 할 수 있다. 1930~

8) 19세기 후반에도 주정부 차원의 빈민 지원이 있었으나, 이는 주로 한시적으로 제공되었으며 그 규모도 매우 적었다.

1960년에 시행된 주요 사회복지 정책으로는 요부양아동가족부조(Aid for Families with Dependent Children, AFDC), 실업보험, 퇴역군인수당, 노동자 보상, 식권(Food Stamp) 등을 들 수 있다.

미국 사회복지체계의 더욱 근본적인 변화는 1960~1970년대에 일어났으며, 이 시기에 사회복지서비스에 대한 정부의 재정지원이 대폭 증가하였다. 특히, 케네디 정부(1961~1963년)의 각종 사회복지 정책들은 미국 사회복지체계에 중요한 전환점이 되었으며, 이 시기부터 사회복지서비스에 대한 연방정부의 본격적인 개입이 시작되었다고 볼 수 있다.

이 시기에는 Head Start(미취학아동에게 조기교육의 기회 확대), Educational Act(빈곤계층에게 학비를 보조), 인력개발 및 훈련법, Job Corps(학교를 졸업한 청소년들에게 각 주거지역에 훈련기관을 설치하여 취업훈련을 제공) 등을 통해 사회복지서비스의 범위가 확대되었다. 또한, 현재 미국 사회복지서비스의 핵심인 Medicare와 Medicaid가 1965년에 시행되기 시작하였다.

〈표 3-1〉 Medicare와 Medicaid

| 구분 | Medicare | Medicaid |
|------|----------------------|------------------------|
| 운영주체 | 연방정부 | 주정부 |
| 재원 | 소셜시큐리티 세금공제분 적립한 것 | 주정부예산 및 연방정부지원금 |
| 자격요건 | 상당기간 세금 납부실적 | 세금 납부하지 않아도 자격 해당 |
| 대상자 | 은퇴 및 장애인 시민권자 및 영주권자 | 저소득층 임산부 등 극빈계층 (광범위함) |
| 성격 | 의료보험 | 의료비 보조 프로그램 |

1960~1970년대에는 사회복지서비스의 범위와 재정지원의 확대뿐만 아니라, 사회복지서비스 공급체계에 민간참여 확대라는 큰 변화가 시작되었다. 1960년대부터 연방정부가 지역사회행동기구, 지역 정신병원, 지역 의료기관, 그

리고 아동보호기관들을 포함한 다수의 새로운 사회 서비스 프로그램들을 민간에 위탁하기 시작하였다.

1967년 개정된 사회보장법에서는 공공기관이 직접 서비스를 제공하지 않고 민간 영리기관에 서비스를 위탁할 수 있도록 허용하는 조항이 신설되었는데, 이 개정으로 인하여 현재 미국 사회서비스 시장에서 민간 영리기관의 참여의 주요 수단인 서비스구매계약의 법적 근거가 마련되었다고 볼 수 있다.

미국에서 1960년대와 1970년대에 있었던 사회서비스의 변화는 연방정부의 재정지원 대폭 증대와 계약을 통한 민간 사회서비스 기관 참여 확대가 특징이다. 이에 따라, 이 시기부터 사회서비스의 시장화가 시작되었으며, 전체 수입원에서 민간기부금의 비중은 크게 감소하고 상대적으로 정부위탁계약과 무상증여는 증가하였다⁹⁾.

다. 미국 사회서비스의 시장화: 권한이양과 민영화

미국의 사회서비스는 1980년대에 들어 다시한번 대폭적인 변화를 겪는다. 레이건 행정부는 사회복지 예산 삭감과 민영 기관 참여 확대를 통한 시장화를 더욱 강하게 추진하였다. 또한, 사회복지서비스에 대한 주정부의 재량권을 크게 강화하였다. 레이건 행정부가 사회복지지출을 대폭 삭감한 원인은 재정적자 누적과 사회복지에 대한 사회적 시각 변화에서 찾을 수 있다. 1970년대 중반이후 미국경제에 적신호가 켜지고 재정적자가 누적되기 시작하면서 복지제도의 확대를 긍정적으로 바라보던 사회적 시선이 변화하기 시작하였다. 이 시기에, 미국에서는 천문학적 규모의 인적자본 투자와 사회보장제도의 확대 발전에도 불구하고 빈곤층은 여전히 사라지지 않았으며, 오히려 소득불평등은 더욱 악화되었다.

9) Bixby(1991)에 의하면, 1960년 사회서비스에 대한 전체 정부지출 중 연방정부의 비중은 36.6 퍼센트였으나, 1980년에는 64.6퍼센트로 증가했다.

복지지출 삭감의 가장 핵심적인 논거는 ‘복지제도 확대는 수혜자들의 복지의존성을 촉발해서 근로의욕을 감퇴시킬 뿐만 아니라, 편부모가정지원 확대에 의해 가족 해체가 확산된다는 것’이다. 즉, 국민의 권리와 최소한의 생활을 보장한다는 취지의 복지 혜택이 결국 가족의 기반을 파괴하고 노동윤리를 훼손하는 결과를 초래한다는 주장이 사회적 설득력을 얻게 되었다.

이러한 사회 분위기 조성되고 작은 정부를 지향하는 레이건 행정부가 들어서자, 복지지출 축소와 민간참여 확대가 추진되었으며, 미국 사회서비스의 기조는 이후 큰 변화 없이, 현재까지 이어지고 있다.

레이건 행정부의 복지축소 정책은 총괄예산조정법, 사회보장수정법, 가족지원법 등 세가지의 입법이 가장 핵심적이라고 볼 수 있다. 총괄예산조정법(OmniBus Reconciliation Act, OBRA)은 연방 사회 및 의료 프로그램에 대한 연방지출의 삭감(300억달러)과 프로그램의 운영원리를 대폭 강화한 법안이다. 즉, AFDC의 혜택을 조정하고 심사할 수 있는 권한이 주정부에 주어졌고, 기존에 실행하던 WIP(work incentive program)을 ‘주거지역근로 프로그램’(Community work experience program)으로 대체하여 근로복지연계 프로그램을 확대하였다.

사회보장수정법(Social Security Amendments, SSA)은 퇴직연금의 규모를 축소하고, 퇴직자 자녀에게 제공되는 혜택을 폐지하였으며, 21세기에 퇴직하는 사람들의 연금액수를 하향조정하도록 산출방식을 조정한 법안이다. 마지막으로 대표적인 근로연계복지 프로그램인 가족지원법은 모든 AFDC의 수혜자들로 하여금 주정부가 마련한 교육, 훈련프로그램(JOBS)에 강제로 등록하도록 규정하여 AFDC 수혜자들의 근로의욕을 고취시키려는 데에 목적을 두고 있다.

이러한 레이건 행정부의 복지정책의 특징은 사회복지서비스의 민영화 혹은 시장화, 현금지급 방식보다는 세금공제 혜택을 통한 간접적 지원 방

식 확대, 근로 의욕 고취를 위한 근로연계복지 프로그램 강화, 연방정부에서 주정부로 권한 대폭 이양 등으로 정리될 수 있다. 특히, 사회복지서비스의 민영화 혹은 시장화로 비용축소, 정부개입의 축소, 서비스 전달방식의 다양화 등을 추진하여, 재택간호, 병원, 아동보호 등의 분야에서 민간부분의 중요성이 크게 높아진 점이 두드러진다.

이후 미국의 사회복지제도는 레이건 행정부 시절에 구축된 민영화와 권한이양이라는 흐름에서 큰 변화가 없었으며, 이 후의 입법들을 살펴보면, 근로연계복지 강화와 권한이양 확대라는 흐름을 지속하고 있다.

레이건 행정부 이후 주목할 만한 입법으로는 1996년 제정된 “개인책임과 근로기회조정법”(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act, PRWORA)과 “빈곤가구를 위한 한시부조 프로그램”(Temporary Assistance to Needy Families, TANF)을 들 수 있다.

PRWORA는 현금부조를 줄이고 근로연계복지를 더욱 강화하는 것을 주요 내용으로 하고 있다. PRWORA에 의해 연방정부의 사회복지 재정운영 계획 및 지원방법의 주정부로의 권한 이양 등이 이루어 졌으며, 영리서비스 기관의 서비스구매계약제도 참여를 강화하였다.

TANF는 주정부의 재량권 확대에 초점을 맞추고 있다. TANF에 의해 연방정부는 복지 서비스를 위한 새 기금 프로그램들을 신설하였으며, 주정부와 지역정부들은 연방지원금 지출에 있어 더 많은 재량권을 부여받게 되었다. 확대된 재량권에는 지역 행정부가 현금지원을 복지 프로그램으로 전환할 수 있는 새로운 권한을 포함하였다.

1990년대 후반 다수의 주정부들은 이 확대된 재량권을 행사했는데, 당시 주정부들은 현금지원 수급자들에게 엄격한 제한과 규제를 부과하였다. 이에 따라, 많은 이들은 현금지원을 받을 수 없게 되었지만, 안정된 일자리를 구할 수 있도록 지원하는 다른 종류의 서비스를 제공받을 수 있게 되었다. 즉, 현금지원을 근로연계 서비스로 전환한 것이다.

1996년 PRWORA와 TANF의 입법으로 소득 유지 프로그램에 대한 연방 지원은 크게 감소했으나 동시에 복지 관련 서비스에 대한 연방지원은 크게 증가하였다¹⁰⁾. 전체적으로 1996년 복지법 개혁 이후 소득보전에 대한 지출을 축소하는 대신, 근로연계 복지서비스 등 인간서비스(human service) 부문에 대한 지출은 확대되었다고 볼 수 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이, 미국에서는 1960년대~1970년대에 사회복지서비스가 대폭 확대되었으며, 1980년대에 들어 사회복지서비스 부문에서 연방정부에서 주정부로의 권한이양과 민영화가 시작되었고, 이러한 기조는 현재까지 지속되고 있다.

미국 사회복지서비스의 최근 동향 중 특기할만한 점은 소득 유지 프로그램을 축소하고 대인서비스의 비중을 확대한다는 것이다. 특히, 근로연계 복지프로그램의 확대와 아동 복지 서비스의 확대 등 저소득층에 대한 소득보전보다는 근로의욕 고취와 직업능력 배양에 초점을 맞추고 있다. 즉, 미국에서는 복지서비스가 단순히 사회안전망으로서만 기능하는 것이 아니라 사회전반의 생산능력 향상을 위한 인적자원 개발의 도구로도 활용된다고 볼 수 있다.

라. 민영화 흐름에 대한 민영 복지 기관들의 대응

미국 사회복지서비스에서 권한이양과 민영화로 인해 주정부의 권한이 대폭 강화되었으며, 민간 영리 및 비영리 기관들에 대한 주정부의 영향력도 크게 강화되었다. 또한, 연방 정부의 지원금을 주정부가 사회복지서비스 프로그램에 배분하는 과정에서 민간위탁계약이 크게 증가하였고, 이로 인해 민간기관들의 경쟁이 촉진되었다.

1960년대~1970년대까지 사회복지서비스에 대한 연방지원이 크게 증가하던 시기에는 대다수 민간위탁계약의 지침과 규정이 그다지 엄격하지는

10) U.S. Department of Health and Human Services, 2005. Boyd and Billen, 2003.

않았다. 그러나 1980년대에 들어서는 민간위탁계약이 지속적으로 증가하고 유사한 성격의 민간단체들의 수가 증가하면서 복지시스템 합리화가 필요하게 되었다. 이에 따라 민간기구들에 대한 책임성 및 투명성 강화에 대한 요구가 강화되었고, 민간위탁계약도 성과 중심의 계약으로 전환되었다.

민간 기관에 대한 통제를 강화하기 위한 노력의 일환으로 주정부들은 복지서비스 기관들과의 계약에 있어 비용의 지불보상방식에서 행위당 수수료 방식으로 전환하였다. 과거에는 결정적인 문제만 발생하지 않으면 계약을 통한 공공 자금 지원이 유지되었으나, 업무성과와 지불보상을 연계하게 됨에 따라 재계약 여부가 불투명해지게 된 것이다. 정부와 민간기금지원자들의 이 같은 성과 평가 운영은 이전부터 그 필요성이 제기되었던 비영리 기관의 책임성을 제고시켰다는 평가를 받고 있다¹¹⁾.

이러한 결과평가를 통한 재계약여부 결정은 많은 민간기관들의 행태에 큰 변화를 야기하였다. 성과 중심의 서비스구매계약 확산은 과거 주로 정부와 비영리조직에 의해 서비스가 전달되던 사회복지서비스 영역에 민간 영리기구의 역할을 확대시켰으며, 이로 인해 사회복지서비스 부문에 경쟁환경이 강화되었다. 특히, 서비스 구매계약이 성과중심제로 전환되면서 규모가 크고 경영인프라가 잘 갖추어진 영리조직의 참여 확대가 본격화되었다.

이러한 환경 변화로 민간 조직들의 재편이 발생하였는데, 이는 크게 독자적 서비스 제공, 조직간 파트너십 구축, 하청계약, 합병 또는 매각 등의 4가지 유형으로 구분된다. 독자적으로 서비스를 제공하는 조직은 주로 규모가 크고 다양한 재원을 가진 조직들로, 이러한 조직들은 성과중심 서비스구매계약을 통한 경쟁 속에서 계약체결을 확대할 기회를 얻었다.

조직간 파트너십을 구축한 조직들은 일정 수준의 서비스 제공 능력은 있으나, 독자적 서비스를 제공하는 조직에 비해 업무의 다양함이나 재원의 규모가 부족한 중소 조직이 주를 이룬다. 비영리조직인 YWCA와 영리

11) Smith, 2007

조직인 Kaiser Group과 CNR Health의 파트너십이 대표적인 예다. YWCA, Kaiser Group, CNR Health가 파트너십을 형성하여 YWCA는 취업준비 및 고용알선, Kaiser Group은 직원교육과 인사관리, CNR Health는 컴퓨터 시스템 관리를 담당하고 있다.

하청계약은 주정부와 대규모 서비스구매계약을 체결한 (대형) 조직들로부터 하청계약을 체결하는 경우로, 독자적으로 서비스구매계약을 체결할 만한 역량이 부족한 소규모 사회복지들이 주를 이룬다. 특히, 지역기반 사회복지조직들이(Community-Based Organization) 이 유형에 속한다.

마지막으로 합병 또는 매각은 주로 경쟁 가속화로 독자적 생존이 어려워진 소규모 조직들에게서 일어난다. 대표적인 예가 미시간의 Arbor Circle Corporation으로 4개의 소규모 조직들(외래환자 상담서비스를 제공하는 소규모 조직, 재가복지서비스를 제공하는 조직, 입소시설서비스를 제공하는 조직, 보육서비스를 제공하는 조직)이 합병하여 결성된 조직이다.

이상에서 살펴본 바와 같이, 미국 사회서비스의 민영화는 정부의 영리 및 비영리 민간기관 서비스위탁계약의 대폭 증가를 통해 추진되었고, 이 과정에서 성과연계를 강화하여 경쟁환경의 조성에 주력하였다. 또한 연방정부의 역할을 재정 조달에 집중하고, 공공 재정의 운용은 주정부에 위임하는 방향으로 전개되었다.

민영화와 경쟁환경의 변화로 인해 사회서비스를 둘러싼 시장구조가 변화하고 있고, 전반적으로 시장기능의 활성화로 효율성이 증가할 것으로 예상된다. 특히, 효율성이 낮은 사회복지조직들이 경쟁에서 도태되며 경쟁력이 강한 조직들로 대체되는 것은 전반적인 시장의 효율성을 제고하게 된다. 그러나 과거 복지서비스를 제공하던 소규모 사회복지조직이 퇴출되면서 복지 사각지대가 형성될 수 있다는 우려도 있다.

2. 영국

가. 영국 사회서비스의 특징

영국은 사회복지가 가장 먼저 발달한 국가 중 하나로, 1942년 베버리지 보고서 발간 이후 “요람에서 무덤까지”라는 경제적인 소득보장책인 사회보장체계가 확립하였고, 이후 보편주의적 사회복지 시스템을 구축하였다.

베버리지 보고서는 2차 세계대전 이후의 사회적 혼란과 전쟁고아 및 주택 문제 등을 해결하기 위하여 베버리지경 등이 작성한 보고서로써, 빈곤을 개인의 문제가 아니라 사회경제적 요소로 보고 국가적 책임에 의한 문제해결 방안을 담고 있다. 이 보고서에서는 5대약(질병, 무지, 나태, 궁핍, 불결)을 선정하고 이의 해결을 위해 3대 원리(포괄성, 평등성, 최저생활보장)를 설정하였다. 또한 세부적인 6원칙 (최저생활 급여의 균일, 소득에 관계없는 균일각출, 관리책임의 동일화, 급여가 최저생활비로써 타당성이 있게 할 것, 계획은 포괄적이 되게 할 것, 수혜대상 분류)을 기준으로 정책을 추진하였다. 이에 따라 가족수당, 국민보험, 국가보조, 국민보건, 고용 직업에 관한 보험 등이 제도화되었다.

그러나 1970~1980년대 기간 동안 대처 정부의 공공부문 개혁 노력의 일환으로 복지 예산 삭감 등이 단행되었고, 현재는 개인의 책임과 자조를 강조하는 선별주의 원칙이 강하다. 현재 유럽 국가들 중에서는 사회복지 부문에서 가장 민영화가 많이 진행되어 있다.

나. 영국 사회서비스의 발전 추이

영국에서 정부차원의 복지시스템이 갖추어진 시기는 1940년대이지만, 19세기부터 부분적이거나 사회복지제도가 존재할 정도로 사회복지 시스템 구축이 다른 국가들에 비해 빨랐다¹²⁾. 영국에서 사회복지가 가장 먼저 발달하게 된 이유는, 산업혁명으로 인한 산업화가 가장 먼저 시작되어 이에

따른 도시빈민이나 아동 노동 착취와 같은 사회문제를 다른 국가들에 비해 일찍 경험하였기 때문으로 판단된다. 그러나 현재의 기준으로 보면, 제 2차 세계대전이 발생한 1940년대까지는 정부보다는 기독교 중심의 자선단체에 의한 복지가 주를 이루었고, 빈민 구제보다는 빈민 통제에 더 많은 관심이 기울여 졌다.

영국에서 정부 차원의 사회복지를 위한 움직임은 제 2차 세계대전으로 발생한 사회문제들을 해결하는 과정에서 체계화되었다. 1940년대 초반 영국정부는 전쟁으로 인한 아동문제, 전쟁 부상자 문제, 주택 부족 문제 등이 심각한 상황이었으므로, 이를 타개하기 위해 사회보험과 관련 서비스에 관한 위원회(베버리지 위원회)를 창설하였다. 1942년 이 위원회에서 발간된 베버리지 보고서를 바탕으로 구체화된 다양한 복지입법은 영국 복지제도의 기초가 되었다. 즉, 영국의 사회복지시스템은 전후 재건 작업의 연장에서 시작되었다고 볼 수 있으며, 이 과정을 통해 영국 사회보장제도 기초가 확립되었다.

베버리지 보고서에 의해 제도화된 사회복지시스템은 국민보건서비스법(National Health Service, 1946년), 국민보험법(1946년), 가족수당법(1945년), 고용직업훈련법(노인·장애인 복지 서비스 포함, 1948년), 아동법(1948년) 등이 있다.

이러한 입법 중에서 특히, 국민보건서비스법과 국민보험법은 가장 중요한 제도로 볼 수 있다. 국민보건서비스법 의해 무상의료서비스 체계인 NHS가 설립되었는데, 이는 전시 응급의료체계를 계승한 것으로 병원의 국유화와 의사들의 공무원화를 그 핵심으로 하고 있다. 즉, 모든 보건의료서비스의 국유화를 의미하며, NHS는 향후에도 영국 사회복지서비스의 핵

12) 엘리자베스 구빈법은 1600년대에 제정되었으나 이를 본격적인 사회복지 입법으로 보기는 어렵고, 1834년 제정된 신구빈법에 의해 영국의 복지정책이 시작되었다고 볼 수 있다.

심으로 기능하고 있다. 또한, 국민보험법은 소득이 일정한 수준 이하일 때, 소득을 보전하는 여러가지 급부를 제공하는 제도로서, 현재까지도 영국의 가당 대표적인 사회보험으로 역할하고 있다.

위와 같은 입법 외에도 영국 복지시스템의 특징 중 하나인 주택정책도 이 시기에 정착되었다. 당시 영국에서는 나치의 무차별 폭격으로 생긴 주택 부족 문제를 해결하는 것이 전후 가장 시급한 과제 중 하나였으므로, 노동당 정부는 가능한 한 신속한 주택 공급을 시도하였다.

주택정책은 각 지방정부의 주도 하에 진행되었는데, 우선 임시방편으로 군 막사와 조립식 주택이 제공되고 파괴된 주택의 보수에 중점을 두었다. 동시에 민간 주택의 임대료 인상을 억제하기 위해 여러 가지의 임대료 규제법을 제정하였다. 이러한 정책의 영향으로 영국에는 공영(주로 시영)주택이 주거의 중요한 방편으로 자리 잡게 되었다. 이러한 기조는 공공부문 축소 노력으로 대대적인 민영화를 단행한 대처정부 집권 이전까지 유지되었다.

영국 복지행정 체제는 1960년대 후반 발표된 시봄보고서(Seebom Report, 1968년)에 의해 크게 변화되었다. 시봄보고서는 지역사회 중심의 (community-based) 서비스를 강조하였으며, 이에 따라 지방행정당국을 중심으로 공공과 민간의 다양한 서비스 제공이 시작되었다. 즉, 이 보고서를 바탕으로 영국의 사회복지서비스가 중앙정부에서 지방정부 및 민간참여 전달체계로 전환되기 시작하였다.

시봄보고서는 1965년에 구성된 시봄위원회(Seebohm Committee)가 작성한 보고서로, 지방행정의 대인사회서비스 조직과 책임을 검토하고 지역사회에 기초하여 가족 지향적인 서비스를 제공하는 새로운 사회서비스 부서의 창설을 제안하는 것을 골자로 하고 있다.

시봄보고서의 제안에 따라, 1971년 지방정부에 사회서비스국(Social Service Department : SSD)을 창설하였다. 1960년 후반 이후 사회복지서비

스의 주요한 정책적 근거가 된 시범보고서에서는 지역사회보호가 지방정부 사회서비스국의 서비스를 중심으로 고용, 교육, 주택당국, 가정원조, 경찰, 교회, 자원봉사조직, 친구, 이웃에 의한 서비스를 포괄하는 것으로 규정하였다.

보편주의를 바탕으로 확대 발전되어온 영국의 복지시스템은 1979년 대처정부의 집권으로 기조가 변화되었다. 작은 정부를 통한 효율성 제고를 표방한 대처 정부의 집권으로, 영국은 1980년대부터 공공부문의 민영화와 복지지출의 삭감을 경험하게 되었으며, 이에 따라 사회복지에 대한 기본적인 개념도 과거의 보편주의에서 미국식 선별주의로의 전환되었다. 이러한 대처 정부의 사회복지 정책기조는 이후의 정권에서도 큰 변화가 없이 계속되고 있다.

다. 영국 사회서비스의 산업화 모델: NHS와 주택정책에서의 민영화 흐름을 중심으로

1970년대 2차래의 석유파동 등으로 세계 경기가 침체에 빠지고 영국도 재정적자 규모가 지속적으로 확대되면서, 1979년 영국에서는 복지지출의 감소와 시장주의를 추구하는 대처정부가 집권하게 된다. 주지하다시피, 대처정부는 기본적으로 작은 정부를 표방하고 복지에 대한 과도한 지출에 대해 매우 비판적이었다. 이에 따라 1980년대 초반부터 영국에서는 복지지출 축소 및 민영화가 본격적으로 추진되었다.

대처정부는 전화, 전기, 가스, 수도 등 주요 공공부문을 매각하는 방법으로 민영화하였다. 그러나 복지부문에 대한 민영화는 타 부문에 비해 상대적으로 보수적으로 진행되었다. 시영주택의 매각과 같이 급진적인 민영화도 있었으나, 보건의료 등을 포함한 전반적인 사회복지 부문에 대해서는 민간 기구들의 참여를 부분적으로 허용하는 수준이었다.

국민보건서비스법(National Health Service, NHS) 개혁은 1989년 발표된

보건의료 백서발간과 함께 시작되었다. 보건의료 백서를 바탕으로 국민보건서비스 및 지역사회복지법(1990년)을 공포하며, 보건의료 부문의 준시장화(quasi-market)를 시도한 것이다.

개정법은 모든 국민들에게 소득에 관계없이 제공하고 조세로 그 재원을 충당한다는 기존의 무상의료서비스 체계 원칙은 유지하되 전달방식에서 부분적인 민영화를 추구하였다. 우선, 보건의료서비스의 공급자와 구매자를 엄격히 분리하여 내부시장(internal market)을 형성하였다. 과거에는 정부가 의료서비스의 공급자와 수요자의 역할을 동시에 하였으나, 개정법을 통하여 소비자들에게 진료소 선택권을 주어 일반개원의(General Practitioner, GP)들 간의 경쟁을 유도하게 되었다.

또한, 정부가 GP에게 연간 진료비를 일괄 지급하고 GP는 예산 범위 내에서 독립채산제로 자신의 진료소를 운영하는 GP 진료예산제를 도입하였다. 이로 인해, GP들의 수요자 유치 및 비용 절감 노력 등을 유도하였다.

이 밖에도 NHS Trust를 도입하고 질 높은 의료제공에 대한 인센티브제(Quality and Outcomes Framework, QOF)가 시행되었다. NHS Trust란 소유권은 정부가 그대고 가지고 있되 운영권을 민간에게 위탁한 독립채산제 병원을 도입한 것이다. 영국정부가 NHS Trust를 도입한 이유는 NHS를 민영화하지 않으면서도 기업의 인센티브제를 도입하여 효율성 증진이라는 민영화의 효과를 확보하고자 하는 데 있었다. 질 높은 의료제공에 대한 인센티브제의 시행을 통해 등록된 환자당 진료비를 정액으로 지급하는 지불제도인 인두제를 포기하고 추가적인 의료서비스를 하면 인센티브를 주는 방식을 도입하였다. 이를 통해, 추가적인 의료서비스 제공을 진료소별로 선택할 수 있도록 하고, 시간외 진료 등에 있어서도 일정 부분 선택권을 줌으로써 각 진료소가 형편에 맞춰 의료서비스 제공 범위를 조절할 수 있는 유연성을 제공하게 되었다.

영국정부는 이와 같은 보건의료서비스의 준시장화의 부작용을 최소화하

기 위하여 NHS 의사들의 진료행위의 성실성을 감사하기 위한 의료감사원 (Medical Audit)를 신설하였는데, 모든 NHS 병원의 모든 전문의의 진료 활동(진단과 진료, 의료자원 사용, 환자 진료 결과 등)이 감사의 대상이 되었다.

NHS 개혁으로 인해 의료서비스에서 경쟁 환경이 형성되고 소비자들은 더 폭 넓은 선택권을 부여받았다. 특히, 지나치게 긴 진료 대기시간 문제를 어느 정도 해결되었으며, 야간 및 주말 진료 등 진료시간의 다양화를 통해 소비자의 편의를 제고한 것으로 평가된다.

그러나, 의료서비스의 준 시장화에 대한 부정적인 시각도 존재한다. 우선, 의사들이 수익성이 좋지 못한 환자를 기피하는 현상이 발생하고, 의료 인력에 대한 교육이나 수련의 기회가 예전보다 줄어들어 장기적인 의료의 질 저하를 우려하는 목소리가 있다. 또한, NHS 예산에 대한 통제로 만성적인 간호사 부족 사태가 지속되고 있다.

NHS와 함께 영국 사회서비스의 축을 이루던 공공주택은 대처정부 집권 1년 후인 1980년부터 추진되었다. 공공주택 매각을 통한 주택 관련 복지 지출 축소는 대처정부가 집권 전부터 선거 공약으로 제시하였던 내용이다. 1980년 제정된 주택법(the Housing Act)에서는 시영 임대주택 세입자에게 자신이 세 들어 사는 집을 구입할 수 있는 법적 권리를 부여하는 방안을 포함시켰으며, 세입 기간에 따라 주택 가격을 할인하여 주었다.

공공주택 민영화는 주택조합에게 매각하는 방식과 세입자에게 매각하는 방식에 의하여 진행되었다. 보다 구체적으로, 보수당 집권시기인 1979~1997년 기간 동안 지방정부 직영이었던 약 100만호의 공공주택 건설 및 운영을 주택조합에게 이전하였다. 또한, 일정 기간 이상 공공주택에 거주 하였던 세입자에게 시세보다 낮은 가격으로 주택을 매각하는 방식으로, 동 기간 동안 약 200만호의 공공주택이 세입자에게 매각되었다.

이 후 노동당 정권 하에서도 주택사업의 민영화가 확대되었다. 연간 신규

민간 주택 건설은 약 15만호인 반면, 정부의 공공주택 공급은 전혀 없고, 주택조합의 신규 주택 공급도 연간 약 2만호에 불과한 것으로 추정된다.

영국은 주택사업의 민영화를 통해 많은 수의 세입자들이 공공주택을 구입하게 되었으며, 정부의 주택관련 지출이 축소되었다. 그러나 주택 구매 능력이 없는 저소득층의 경우에는 임대료 상승 등으로 어려움을 겪는 부작용도 있다.

대처정부 집권시기에는 NHS와 공공주택 외에도 Next Step Agency를 활용한 기타 행정서비스의 민영화도 진행되었다. Next Steps Agency란 행정 집행기능을 사업소 형태의 부처 내 별도조직(Next Steps Agency)으로, 사업소장에게는 인력, 보수, 예산 등 경영상의 자율성을 보장하고 엄격한 경영책임이 부과된다. 이를 실천하는 과정에서 영국은 외국인투자규제를 완화하여 해외자본 유치를 적극적으로 추진하게 되었다.

영국정부는 반관반민 단체인 각종 대행기구(Agency)를 설립하여 정부의 행정서비스를 대폭 이관·위임하기 위해, 다음과 같은 세부적인 방안들을 마련하였다. 정부가 대행기구에 명확한 목표를 부여하되 목표달성의 방법은 자율에 맡기며 다만 그에 상응하는 책임을 요구하도록 하였으며, 대행기구의 책임자는 공개경쟁을 통해 선발하여 관료주의 한계를 극복할 수 있도록 하였다. 이 제도를 통해서 차량등록, 여권발급 등 110여개 대민행정업무를 민영화하고, 1980년~1987년 기간 동안 11만여 명의 공무원을 감축하였다.

3. 독일

가. 독일사회서비스의 특징

독일은 국가차원의 사회보험을 세계 최초로 도입한 국가로 유럽형 보편주의 복지시스템의 기초를 제공한 국가다. 독일의 사회보험은 사회주의자

들의 정치적 위협에 대항하기 위한 유인책의 일환으로 비스마르크에 의해 1880년대에 도입되었는데, 이후 독일 경제는 사회주의 요소가 강하고 복지시스템이 매우 잘 갖추어진 국가로 발전하였다.

독일의 복지시스템은 조합주의와 보족성(subsidiarity)¹³⁾의 원칙에 기반하고 있으며, 강한 기독교 전통으로 인하여 사회복지에서 전국 규모의 네트워크를 구성한 민간 비영리기구들이 큰 역할을 하고 있다. 독일은 산업에서의 조합주의적 특성이 강한 국가로서, 이러한 특성이 복지시스템 구축에도 큰 영향을 준 것으로 추측 된다¹⁴⁾.

조합주의와 보족성 원칙의 결과로, 민간 비영리 기관인 복지협회가 독일 사회복지서비스 시스템에서 매우 중요한 역할을 하고 있다. 전국 규모의 네트워크를 가진 복지기관들은 분권화가 강한 독일의 사회복지서비스를 통합적으로 운영하는 것에 큰 도움을 주고 있다.

중앙정부는 주로 사회복지관련 규제 및 재정을 담당하고 지방정부는 복지협회를 포함한 민간기관에게 서비스를 위탁하는 방식이다. 즉, 지방정부는 민간기관과 수요자들을 연결시켜주는 중개자 역할을 하고, 복지협회를 포함한 민간기관들이 서비스를 공급하는 구조이다.

1990년대 이후, 독일도 세계화의 흐름 속에서 사회서비스에 부분적인 민영화를 통한 준시장화를 시도하고 있으나, 현재까지는 보편주의적 복지시스템을 바탕으로 한 복지국가의 기조는 유지되고 있다. 그러나 향후에도 독일 복지정책의 기조가 계속 유지될 지에 대해서는 불확실한 요소가 있다.

2005년 메르켈 정권의 집권 이후, 아젠다 2010 발표를 통하여 복지지출을 삭감하고 경제 전반에 효율성 제고하려 하고 있다. 현재 진행 중인 아

13) 보족성이라는 용어는 다양한 의미로 사용될 수 있으나, 독일 사회복지서비스에서의 보족성 원칙은 '민간이 사회복지서비스 제공을 책임지고 부족한 부분만을 정부가 보전해 주는 원칙'을 의미한다.

14) Bode, 2006.

젠다 2010 프로젝트의 결과를 아직 예측할 수는 없으나, 독일의 복지정책 기조에도 다소 변화가 올 것으로 예상된다. 이 변화가 영국과 같은 정책 기조의 근본적인 변화로 이어질지, 아니면 사회 전반의 효율성 제고를 위한 부분적 개혁으로 마무리될 지는 당분간 관심의 대상이 될 것이다.

나. 독일 사회서비스의 발전 추이

독일은 다른 유럽 국가들과 같이 기독교 전통이 강하여, 16세기 이래로 기독교 교회 중심의 사회복지가 제공되었다. 그러나 19세기 말 이전의 사회복지서비스는 개인의 자선이나 종교적 헌신에 주로 의존하였으며, 정부 차원의 복지서비스는 매우 제한적이었다.

독일에서 정부차원의 사회복지가 제공된 시기는 1880년대로, 비스마르크의 3대 사회보험 입법이 기원이 되었다. 비스마르크의 3대 사회보험은 3대 사회보험은 질병보험법(1883년), 근로자재해보험(1884년), 노령폐질보험(1889년)으로 구성되어 있으며, 세계 최초의 사회보험이다. 3대 사회보험은 새로운 형태의 국가 차원 사회복지시스템의 기초를 제공한 것으로 평가된다.

독일에서 3대 사회보험 입법의 가장 직접적인 원인은 독일의 빠른 산업화로 인한 노동자계급의 정치운동 표면화이다. 1875년 사회주의노동당 조직되면서 노동조합과 결합 힘이 커지기 시작하며 비스마르크 정부는 정치적 위협을 느끼게 되었다. 이에 비스마르크는 노동운동을 선동하는 자에게는 사회주의 탄압법으로 탄압을 하는 반면, 대다수의 노동자에 대한 회유책으로 사회보험을 제공하는 방안을 시도하였다. 비스마르크가 주도한 사회보장정책은 노동자를 위한 것이라기보다는 확산되는 사회주의를 방지하기 위한 정치적인 회유책이었다. 그러나 일반 국민들을 "강제보험"의 틀을 통해서 집합적으로 보호할 기틀을 마련하고 새로운 복지국가 시스템의 모델이 되었다는 점은 높이 평가된다.

독일에서 사회보장체계가 완성되었다고 평가되는 시기는, 세계 제 1차 대전 이후 성립된 바이마르 공화국 시기이다. 바이마르 공화국 시기의 주요 입법 내용은 같다: 1920년 제국부양법제정 (전쟁희생자와 유족자 보훈 제도), 1922년 청소년복지법 제정, 1924년 공적부조법 (기존의 빈민구제제도를 전반적으로 재조정하여 통일시킴), 1927년 직업보도 및 실업보험에 관한 법률 (지방적으로 실시되던 것을 전국적 단일화시킴)

제 2차 세계대전 이후 독일은 빠른 경제성장을 지속하며 사회복지도 확대하였다. 1957년 제1차 연금개혁에 의해 슬라이드 제도(동적연금)가 채택되었는데, 이는 인플레이션에 따라서 연금액의 실질가치가 감소되는 것을 보전해주는 제도이다. 또한, 1972년 제2차 연금개혁에서는 연금보험 가입범위를 자영업종사자와 주부까지 확대하고 급부수준을 상향조정하였다.

그러나 1980년대 후반부터 1990년대 초반 기간 동안 EC통합과 동서독 통일 등 복지를 둘러싼 외부환경의 변화로 인해, 독일은 다른 국가들과 같이 복지정책에 큰 변화를 맞이하게 된다. 이 당시 노령인구의 증가 및 출생률 저하와 같은 인구구조의 변화와 통일로 인한 재정지출의 증가 등으로 장래 연금재정의 악화가 예상되어 연금 조정이 불가피해 졌다.

이에 따라 1992년에 연금지급을 하향조정하는 내용을 포함하는 연금개혁법이 제정되었다. 보다 구체적으로, 세대간의 부양부담을 조정하는 새로운 재정조정메커니즘을 두어 세대간 형평성을 제고하였으며, 기준지급 개시 연령의 단계적 상향조정, 조기연금수급시의 감액지급/연기수급시 증액지급 등에 대한 규정을 만들었다.

독일 사회복지시스템에서 재정지출 축소라는 기조는 이후에도 지속되었다. 1988년에는 의료보험개혁법이 통과되어 개호급부(재택간호, 개호급부)가 도입되었는데, 이는 지출억제방법이라 볼 수 있다. 또한, 1993년 의료비 지출억제책으로 의료보험구조개혁법이 입법되어, 환자의 교통비, 치과보철, 입원 등에 관련된 본인부담액이 인상되고, 보험요율도 상승하였다.

의료보험구조개혁법은 의료수요억제책 외에도 의료보험의 공급시스템을 조정(병원재정구조 합리화 조치, 질병금고의 선택자유, 질병금고간 재정조정)의 개선, 보험의사에 대한 허가축소 등)하여 의료공급 측면에서의 지출을 억제하였다.

1990년대 독일의 사회복지 관련 입법 중 특기할만한 것은 1995년 제정된 수발보험으로, 이는 세계 최초의 공적개호보험이며, 독일에서는 재해보험, 의료보험, 연금보험, 실업보험에 이어 제5의 사회보험으로 자리 잡게 되었다.

수발보험은 노인 수발문제가 심화되면서 기존 공공부조와 사회보험 방식으로는 증가하는 노인복지 재원을 충당하기 어렵다는 현실적 여건으로 인해 도입되었다. 또한, 공공부조는 지방자치단체의 재정으로 운영되는데, 이것으로 인한 지방자치단체의 재정적 어려움 증가도 수발보험을 도입하게 된 주요한 원인 중 하나이다.

독일의 수발보험은 개호시설 이용자의 입소비용부담을 경감시키고 고령화사회에서 급증할 것으로 예상하는 개호문제를 가정 내에서 해결하도록 유도하되, 개호서비스 및 그 비용을 사회화하여 개호문제를 국민 전체가 함께 지도록 하는데 의의가 있다.

개호 급부는 재택개호급부 및 시설개호급부를 제공하기로 하되, 재택개호급부를 우선으로 하고 있다. 수발보험은 가족, 친척, 인근주민 등에 의한 개호를 사회적으로 보상해줌으로써 이제까지 무상으로 가족 개호를 해왔던 가족개호 노동을 유상화시킨 것으로 볼 수 있다.

독일에서는 1980년대 후반 이래 복지지출의 축소가 시도되었으며, 이러한 흐름은 2005년 메르켈 정부의 집권으로 가속화될 것으로 예상된다. 메르켈 정부는 노동시장의 유연성 확대와 복지지출 축소 등으로 대표될 수 있는 아젠다 2010을 발표하며 경제개혁을 시도하고 있다¹⁵⁾.

15) 아젠다 2010의 주요내용은 다음과 같다; 연금 의료보험 개혁: 법정정년 상향 조정(65

다. 독일 사회서비스 민영화 흐름: 신공공관리(New Public Management)에 의한 준시장화

전술한 바와 같이, 1980년대 후반부터 시작된 독일 대내외 환경의 변화(EU 창설, 동서독통일 등)로 인해, 독일이 전통적으로 유지해오던 사회보장제도는 재정적 측면에서 문제점을 드러내기 시작하였다. 이에 따라 독일은 1990년대 중반 이후부터 사회복지시스템에 경쟁 환경 조성을 통한 효율성 제고 노력을 시작하였다.

▶ 신공공관리를 통한 사회서비스 공급 방식의 변화

독일에서는 ‘신중도(Neue Mitte)¹⁶⁾’의 이념 하에 신공공관리(New Public Management) 운동이 확산되었고, 이에 의해 독일의 경제환경은 크게 변화하게 되었다. 신공공관리에 의해 기업의 조세부담을 완화하였고, 노동시장의 유연성을 높이는 방향의 정책이 진행 중에 있으며, 복지서비스와 관련된 부분에서 가장 대표적인 변화는 영리기관의 참여를 통한 경쟁환경 조성이다.

신공공관리를 통한 사회서비스 효율성 제고의 방향은 크게 유사시장 형성을 통한 경쟁 촉진과 계약방식의 변화를 통한 공급자 관리체계 변화로 요약될 수 있다. 사회서비스 부문의 유사시장 형성은 서비스 공급 계약에서 비영리기관의 영리기관에 대한 우선권 폐지를 통하여 이루어졌다¹⁷⁾.

세→67세), 의료기관 경쟁체제 도입, 노동시장 유연성제고: 해고방지법 개정과 실업수당의 축소, 직업소개소 민영화, 실업수당과 각종 사회자금(출산지원비, 주택수당 등) 통합 운영, 조세개혁을 통한 투자의욕 제고

16) 독일의 ‘신중도’는 전통적인 국가개입주의와 시장 지상주의의 중간을 의미하며, 영국의 ‘제 3의 길’과 유사한 개념이다.

17) 전술하였듯이, 과거에는 복지협회와 지방정부의 협의에 의해 사회서비스의 공급이 이루어져, 복지협회 소속의 비영리기관들이 타 기관들에 대해 서비스 공급에 대한 우선권을 가지고 있었다.

우선권폐지를 위해, 지방정부와 서비스 전달자의 계약에서 미국의 성과 중심 계약과 유사한 개념인 ‘할당금 계약(Zuwendungsvertrag)’이라는 계약 방식이 도입되었다. 할당금 계약은 서비스 전달자의 서비스 성과를 계량화하여 계약하는 방식으로, 이를 통해 지방정부는 각 기관들의 성과를 객관적으로 분석할 수 있는 기준이 마련되었다. 또한, 이로 인하여, 과거 지방 정부와 비영리기관의 안정적인 관계에 바탕을 둔 복지서비스 공급은 사라지고, 보다 경쟁적이고 효율성을 추구하는 사회서비스 시장이 형성되어가고 있다.

이러한 변화로 인해 비영리기관과 영리기관의 차이는 실질적으로 거의 없어지게 되었다. 이에 따라, 독일 사회복지체계에서 전통적으로 유지되어 오던 보충성의 원칙은 사실상 사라졌다고 볼 수 있으며, 독일은 새로운 복지시스템을 구축해나가고 있다고 평가된다.

▶ 수발 보험을 통한 영리기관의 참여 촉진

독일 수발보험은 질병이나 실직 혹은 정년을 위한 보험과 동등한 성격의 사회적 의무보험의 일종으로 1995년 제정되었다. 독일 수발보험을 관리하는 주체는 기존의 의료보험조합으로, 의료보험에 가입되면 자동적으로 수발보험에 가입된다. 수발보험료로는 급여의 1.7%이며, 독일국민의 90%가 의료보험 가입자인 동시에 수발보험 가입자이다.

수발보험은 재정을 수발보험조합에서 조달한다는 점에서 공공성을 지니지만, 수발서비스를 제공하는 대부분의 주체는 민간 비영리법인이다. 최근 들어 영리법인의 참여가 점차 확대되고 있으나, 아직까지는 비영리법인의 비중이 매우 높다.

사회서비스의 민영화와 관련되어 특기할만한 사실은, 수발보험에서는 보충성의 원칙이 적용되지 않아 영리기관과 비영리기관이 동등한 조건에서

경쟁을 하는 조건이 조성되었다는 것이다. 보다 구체적으로, 영리기관과 비영리기관이 동등한 자격으로 지방정부의 서비스 공급계약에 입찰할 수 있는 제도적 장치가 마련된 것이다. 수발보험을 시작으로 연방사회부조법 개정(1996년)과 아동 및 청소년 복지법(1998년) 개정을 통해 비영리기관이 영리기관에 대해 가졌던 우선권이 지속적으로 축소되어 가고 있다.

노인 수발 시장에서 아직까지는 비영리기관의 비중이 절대적이지만 영리기관의 참여가 조금씩 확대되어가는 추세이므로, 향후 경쟁이 점진적으로 강화될 것으로 예상된다. 또한, 성과평가 위주의 계약 방식에서의 변화로 인해, 비영리기관도 영리기업의 경영기법을 도입하는 등, 비영리기관과 영리기관의 경영 방식에 차이가 줄어들고 있다.

4. 스웨덴

가. 스웨덴 사회서비스의 특징

스웨덴은 보편주의적 복지를 지향한다는 측면에서 독일과 유사하지만, 독일이 사회보험 위주의 복지를 제공하는 반면 스웨덴은 사회서비스 위주의 복지를 제공한다는 점에서 차이가 있다. 특히, 제 2차 세계대전 이후, 스웨덴의 사회서비스 중심의 복지정책이 크게 강화되었다.

스웨덴에서 사회서비스 공급은 주로 지방정부가 담당하고 있다. 영국, 미국, 독일 등 대부분의 국가에서도 사회서비스의 운영을 지방정부가 담당하고 있으나, 스웨덴의 경우에는 운영뿐만 아니라 재정까지도 대부분 지방정부의 조세수입에 의존한다는 특징이 있다. 노인돌봄서비스의 경우 약 85%의 재원을 지방세수에 의해 중당하며, 중앙정부의 지원은 약 10%에 불과하다. 따라서 스웨덴에서는 복지행정의 분권화 정도가 다른 나라에 비해 더 강하다고 할 수 있다.

사회적 합의에 기초한 의사결정구조도 스웨덴 사회복지의 특징으로 볼

수 있다. 대표적인 이익단체인 노동조합과 사용자단체가 정부와 협의하여 거의 모든 사회적 의제에 대한 합의를 도출함에 따라, 사회복지 제도 및 지출수준에 대해서도 합의하에 도출한다. 이러한 사회적 합의의 전통은 19세기부터 정착되었는데, 의사결정 시간이 오래 걸린다는 단점이 있지만 정책실패에 대한 위험이 적다는 장점을 가지고 있다.

나. 스웨덴 사회서비스의 발전 추이

스웨덴은 근대 이전 ‘광장촌 태양분할제’와 같은 공동체 전통이 있었고, 이러한 전통이 사회주의적 사회서비스시스템 구축에 영향을 준 것으로 추론된다. 광장촌 태양분할제는 광장을 중심으로 각 가정의 대표자가 모여 일조시간이 짧은 스웨덴에서 함께 살아가기 위해 평등한 일조시간을 얻을 수 있도록 토지를 분할하는 제도로, 경작지는 태양을 평등하게 소유할 수 있도록 분할되었다.

이러한 제도가 발생한 이유는 스웨덴의 열악한 기후환경에서 비롯된 것으로 추측된다. 스웨덴의 지리적 위치 때문에 농노제가 성립할 수 없을 만큼 극심한 자연조건 밑에서 대부분의 농민 생활은 소규모 토지를 소유하는 빈궁한 자작농으로 생활하였으며, 광장을 중심으로 촌락공동체를 만들고 있었다. 따라서 이러한 공동운영체적 토지분할이 없이는 사회 유지 자체가 어려웠을 것으로 생각된다.

스웨덴에서도 다른 유럽 국가들과 같이 17세기~19세기까지는 주로 일반 국민들의 자선에 의해 사회복지가 공급되었다. 이 시기까지 국가 차원의 사회복지의 구비법에 의해 매우 제한적으로 공급되었었다. 1889년 사회민주당이 결성되고, 이 시기에 구세군운동, YMCA, YWCA 설립 등 비영리기관의 사회활동이 증가하기 시작하였다.

스웨덴에서 사회복지에 국가차원의 개입이 본격화된 것은 1932년 사회민주당이 집권하면서 부터로 볼 수 있다. 1937년 처음으로 보호를 중심으

로 하는 노인홈이 설치되었으며, 연금 수급자용 아파트가 건축되었다. 또한, 특별아동수당 지급(1937년), 보육사업의 정부원조 시작(1944년), 장애인을 원조하는 지역사회 의무에 대한 최초의 입법(1944년) 등이 지속적으로 이루어지며, 복지국가의 틀을 갖추어 나가기 시작하였다. 이 밖에도 1945년에 공적부조법이 제정되어, 노인홈이 구빈시설이 아니라 사회복지제도의 일환으로서의 복지시설로 자리 잡았다.

1940년대 이전까지는 스웨덴에서도 민간 기관들의 활동이 많았으나, 이 시기에 스웨덴 정부는 사회복지 부문을 거의 모두 공공부문으로 편입시켰다. 1940년대 이후, 스웨덴의 사회복지서비스는 모두 공공부문이 운영하였다고 할 수 있다.

1960년대에 들어, 사회서비스의 양적인 팽창뿐만 아니라 질적 향상이 필요하다는 주장이 제기되면서 기존의 사회복지 관련법들에 대한 개정이 대거 진행되었다. 이에 따라 신 아동복지법(1960년), 국민교육법(1962년), 중도장애아를 갖고 있는 가정에 대한 보조법(1964년), 신보육법(1975년) 등이 제정되었다.

스웨덴의 사회복지의 팽창과 발전을 지속하여 왔으나 1970년대부터 시작된 유럽 전역의 경기침체와 고령화로 대표되는 인구구조의 변화로 인해, 1980년대 후반부터 복지정책이 부분적으로 변화되기 시작하였다.

스웨덴은 경기침체 수출부진에 따른 재정악화에 따라 복지예산의 감축을 시작하였다. 특히 사회서비스를 제공하는 지방정부의 재정상태 악화가 심각해졌다. 또한, 재정악화와 함께 사회서비스 수요자들의 선택권을 확대해야한다는 주장이 설득력을 얻게 되었다. 이러한 배경 속에서 1980년대 말부터 단계적 복지정책 변화(사회서비스 분권화와 민영화)가 시작되었다.

1980년대 말부터 2006년까지 스웨덴의 복지정책 변화는 크게 3단계로 구분 가능하다. 1단계는 1986~1990년 기간으로, 이 시기에는 사회서비스의 분권화와 규제완화가 시작되었다. 그러나 본격적인 사회서비스의 민

영화가 이루어진 것은 아니고 분권화에 초점이 있었다고 볼 수 있다.

보수당이 집권한 1990년부터 1994년 기간을 2단계로 구분할 수 있는데, 이 시기에는 시장친화적 환경을 조성하여 비용삭감과 소비자 만족 제고에 주력하였다. 이 시기에 준시장화(quasi-market)로 대표되는 부분적인 민영화의 기초가 다져졌다고 볼 수 있다.

마지막으로 1994년 사회당이 재집권한 이후에는, 민영화 및 시장원리 확대 보다는 공공계약을 통한 사회서비스의 안정적 제공에 주력하였다. 즉, 공공부문의 역할을 증시하는 기초 속에서 부분적으로 사회서비스의 민간위탁을 이행하는 형태를 선호하고 있다.

아직까지 평가하기는 이르지만, 보수당이 2006년말 재집권하며 민영화가 진전될 것이라는 예상이 지배적이다. 특히 조만간 부유세가 폐지되고 종부세 또한 상당 부분 감면될 예정이어서, 복지예산의 감축이 지속될 것으로 예상된다.

다. 스웨덴 사회서비스의 민영화 흐름: 의료서비스와 노인돌봄서비스를 중심으로

앞서 살펴본 바와 같이, 스웨덴의 사회서비스는 공공부문의 주도로 운영되어 왔으나, 1990년대에 들어 이러한 기초에 다소 변화가 발생하였다. 1990년대에 들어 인구의 고령화, 여성경제활동 참가 확대 등의 내부적 환경변화와 EU 창설과 같은 외부적 환경변화로 인해, 스웨덴에서도 다른 유럽 국가들과 같이 복지지출의 축소에 대한 유인이 강해졌다.

이러한 이유로 인해 1990년대 스웨덴 사회서비스에도 경쟁환경의 조성을 통한 준시장화가 시작되었다. 공공부문이 모든 사회서비스를 제공하던 구조에서 민간 비영리 및 영리기관의 참여를 부분적으로 허용하여, 1940년대 이후 처음으로 사회서비스영역에 민간기관의 활동이 재개되었다.

사회서비스 분야의 민간참여는 지방정부와 사회서비스 민간기관의 계약

을 통해서 가능하며, 중앙정부는 가격 및 서비스 품질 규제를 담당한다. 계약을 통한 민간의 참여는 매우 제한된 범위에서 허용되며, 현재는 규모도 매우 작은 수준이다. 그러나 사회민주주의적 복지국가의 전형인 스웨덴에서조차도 사회서비스가 준시장화 되어 가며 부분적으로나마 경쟁 환경이 조성되어 가고 있다는 점은 매우 큰 변화라 할 수 있다. 또한, 민간 기관 참여의 규모는 작지만, 민간 부문과의 경쟁으로 인하여 공공부문에서도 성과위주의 평가와 같은 시장 논리에 기초한 다양한 경영기법을 도입하고 있다는 점도 매우 중요한 변화라 할 수 있다.

이하에서는 스웨덴에서 민간 부문 참여가 비교적 활발하게 진행되고 있는 의료서비스와 노인돌봄서비스에 대해 논의하고자 한다.

▶ 스웨덴의 의료서비스 개혁

스웨덴은 모든 국민에게 무상 의료 서비스를 실시하였으나, 1990년대 초 외환 위기로 인한 의료기관과 의료진의 축소로 진료 및 수술대기 기간이 상당히 길어지자 이에 따른 불만이 고조되었다. 이러한 불만이 가중되면서, 이에 대한 해결책으로 1990년대에 의료부문에 준시장환경이 조성되었다.

1995년까지 대다수의 카운티에서 준시장 시스템을 받아들였는데, 준시장환경에서는 공공기관도 정액으로 정부 예산을 배정 받는 것이 아니라 성과에 기초해서 정부와 예산 및 고용량을 협상으로 결정한다.

1993년 Primary Doctor Reform을 통하여, 민간 의사들도 단체를 결성하여 정부의 펀딩을 공공기관과 동일한 조건으로 받을 수 있게 되었다. 경쟁환경 조성이라는 정책기조에 부합하도록, 펀딩 금액은 환자 수에 기초하여 지급된다.

민간의료기관은 2000년 기준으로 85%의 카운티에 설립되어 있으며, 전체 환자의 25%가 민간의료기관을 이용하는 것으로 나타났다. 지금은 전

체 의료 기관의 약 10%가 민영화되었으며, 스톡홀름 같은 대도시에서의 민영 의료기관은 이를 크게 상회하는 25% 수준에 이른다. 아직까지 스웨덴 의료서비스에서 공공 부문의 비중이 압도적이지만, 민간공급자와 공공공급자들 간의 경쟁 환경이 다소나마 형성되었다고 볼 수 있다.

▶ 노인돌봄서비스

1990년대 이후 스웨덴 노인돌봄서비스 영역에서의 변화는 크게 준시장화와 탈시설화로 요약될 수 있다. 노인돌봄서비스 영역에서는 대다수의 지방정부가 1990년대 이후 구매자와 공급자를 구분하는 준시장화 체제를 도입하였다.

과거에는 지방정부가 서비스의 공급과 제공을 직접 관리하였으나, 준시장체제를 도입하여 지방정부가 공공 및 민간 기관(영리 및 비영리)을 대상으로 공개 입찰을 하여 서비스공급자를 결정하는 방식으로 전환하였다. 즉, 지방정부의 결정권은 유지하면서 서비스 공급 자체는 계약에 근거하여 독립적인 공공 및 민간 기관에 의해 제공되는 것이다. 여기서 특기할 만한 사항은, 계약당사자 결정에 공개입찰 방식을 적용하여 가격 경쟁을 유도하였다는 것이다.

스웨덴은 준시장화와 더불어 노인돌봄서비스의 지출 축소를 위하여 노인 요양의 탈시설화를 유도하고 있다. 탈시설화는 독일에서도 적극적으로 활용하고 있는 지출축소책으로, 비용이 많이 드는 시설내 입소보다는 가족 구성원들에게 보조금을 지급하는 방식으로 재가서비스를 유도하고 있다. 2001년 기준으로 전체노인의 12%는 민간기관과의 계약에 의해 시설과 관련된 서비스를 받았으며, 8%는 사적으로 제공되는 재가서비스를 이용하였다.

5. 일본

가. 일본사회서비스의 특징

유럽 국가들이 기독교 단체를 중심으로 구휼사업과 같은 초기 사회복지시스템을 갖춘 것과 달리, 일본은 다른 동아시아 국가들과 같이 유교적 전통에 입각한 친족 간의 상호부조 원칙이 초기 사회복지시스템을 형성하였다.

정부차원의 공적부조는 메이지 유신 이후 시작되었는데, 1874년(메이지 7년) 제정된 ‘홀구규칙’이 대표적이다. 홀구규칙에서는 수혜대상자를 생활능력이 전혀 없는 빈민으로 철저히 제한하였으며, 쌀값을 기준으로 한 현금급여를 제공하는 것을 원칙으로 하였다. 홀구규칙은 최초의 공적부조라는 점에서는 의의가 크지만, 이는 본격적인 사회복지시스템의 정착이라고 보기는 어렵다. 오히려, 유신과 개화라는 정치적 변동에서 빈민계층의 폭동과 같은 사회불안 요소를 방지하기 위한 소극적인 구빈책의 성격이 더 강하였다.

일본의 사회복지의 미 군정시기에 확립되었다고 볼 수 있다. 이 시기에 전쟁 빈민이 당시 후생성 추산으로 800만 명에 이를 정도로 사회가 불안한 상황이었다. 이러한 상황을 극복하기 위해 연합군 사령부에서 사회복지 개혁을 주도하면서, 일본의 현대적인 사회복지시스템이 형성되었다. CHQ는 평등의 원칙, 공적책임의 원칙, 구제비 비 제한의 원칙 등 3원칙을 설정하였으며, 이 3원칙에 의해 1946년 구 생활보장 법이 1947년에 아동복지법, 1949년에 신체장애자복지법의 제정으로 소위 복지 3법이 성립하게 되었다.

이 CHQ의 3원칙은 처음에는 외압적인 요소로 시작하였지만 미국의 근대적 사회복지 이념이 등장하면서 일본의 사회복지 근대화에 민주화를 가져왔다고 평가한다. 이 후, 1950년대 들어서 일본 사회복지의 사회보험 중심으로 크게 전환하게 되어 지역보험의 확충이 이루어졌으며, 각종의 공제조합보험이 신설되면서, 일본 사회복지시스템의 기틀이 확립되었다.

일본의 사회서비스는 유럽 국가들과 달리 다른 나라(주로, 미군정)에 의해 현대화되었고, 이러한 기초의 변화 없이 1950년대부터 사회서비스가 확충되어 나갔다고 볼 수 있다. 그러나 1980년대부터 시작된 일본 사회의 고령화와 장기침체로 인해, 1990년대부터는 사회서비스의 근본적인 기초 변화가 일어나고 있다. 가장 중요한 변화는 사회서비스 공급체계에 민간 부문의 역할을 확대하여 준시장화를 시도하였다는 점이다.

일본은 개호보험 도입과 같은 준시장화를 통해 효율성 증대와 같은 성과를 이루어냈으나, 민간영리기업의 참여가 사회서비스의 공공성을 저해한다는 비판도 있다. 이러한 비판에 대해, 일본 정부는 주기적인 법개정 등을 통하여 꾸준히 보완해 나간다는 계획을 공표한 바 있다. 향후, 일본의 사회 서비스에서는 민영화와 시장화라는 큰 기초를 유지할 것으로 예상된다.

나. 일본 사회서비스정책의 변화

▶ 사회복지제도의 도입기

근대국가로서 일본의 사회서비스정책은 19세기 후반 메이지(明治) 시대에 제정된 홀구규칙(恤救規則, 1874년)¹⁸⁾을 시작으로 다이쇼(大正) 시대를 거쳐 쇼와(昭和) 초기의 구호법(1929년, 1932년 시행)으로 발전하여 왔다. 그러나 당시에는 빈민과 약자에 대한 자선적·구호적 성격과 함께 여타 국민들에 대한 부국강병정책으로서의 요소가 강하였다.

국민의 사회적 위험을 완화시키는데 있어서 국가 책임을 중시하는 근대적 사회보장제도의 기본적인 틀은 제2차 세계대전 후 전쟁피해 구제과정에서 형성되었다. 제대군인과 유족의 경제문제에 대처하기 위한 (구)생활보호법(1946년, 1950년에 현재의 생활보호법으로 전환), 전쟁고아를 위한 아동복

18) 빈민이나 이재민에게 금품을 주어 구제하는 제도로서 고령자나 장애인, 아동이 주된 대상이었음.

지법(1947년), 상이군인 등을 구제하기 위한 신체장애자복지법(1950년)이 차례로 제정되면서 일본의 현대적 사회복지정책(복지 3법 체제)이 확립되었다. 이후 사회복지 3법에 따른 복지서비스의 시행 주체를 명확하게 하기 위해 사회복지사업법(1951년)을 제정(2000년 사회복지법으로 개정)하였다.

▶ 사회복지제도의 확대기

1950년대 중반부터 70년대 초반까지 급속한 경제성장으로 국가재정이 확대되고 개인소득이 향상되자, 1950년대 후반 국민의료보험(國民皆保險)과 국민연금보험(國民皆年金)을 중심으로 한 사회보험제도를 도입하였다. 양 제도는 일본 사회보장제도의 양대 축을 구성하고 있으며, 생활보호법(1950), 고용보호법(1974)와 함께 질병, 사고, 실업, 고령화에 따른 위험을 완화시키는 중요한 사회정책으로서의 역할을 담당하였다.

또한 이 시기에는 이전의 복지 3법 체제를 기능적으로 확대시킨 복지 6법 체제를 도입함으로써 사회복지의 영역을 크게 확대하였다. 생활보호대상 노인 외에 노인일반을 종합적으로 다루기 위해, 생활보호법에서 분리·독립된 노인복지법(1963년)을 세계 최초로 제정하였다. 또한, 장애아 및 모자가정이 지닌 문제를 독립적으로 다루기 위해 기존의 아동복지법에서 분리·독립된 정신박약자복지법¹⁹⁾(1960년)과 모자복지법²⁰⁾(1964년)을 제정하였다.

▶ 사회복지제도의 조정기

1973년 유가급등으로 일본경제가 장기불황에 들어가게 되고 이에 따른 국가재정의 악화는 사회복지제도 전반에 대한 재검토를 요구하는 목소리

19) 1998년 지적장애자복지법으로 개칭

20) 1998년 모자 및 과부복지법으로 개칭

가 커졌다. 제 2차 오일쇼크를 거치면서 1980년대 후반에 들어 사회복지제도의 대한 재검토의 일환으로, 사회복지재정의 축소가 시작되었다. 보다 구체적으로, 정부예산에서 사회복지사무의 처리에 따른 국고부담률을 대폭 삭감하였다. 지금까지 기관위임사무로 되어 있었던 사회복지사무를 지방자치단체의단체사무로 전환하여 지자체의 자율성과 책임성을 강조하였다.

또한, 사회복지제도의 기본이념 및 제도운영의 기본방향 전환과 관련된 부분에서도 변화가 있었다. ‘사회복지의 정상화(normalization)’이념에 기초하여, 기존의 시설복지에서 재가복지로의 전환하고, 민간 사회복지사업자에 의한 사회복지서비스의 공급기회를 확대하였다.

▶ 사회복지제도 개혁기

사회복지제도 개혁은 크게 제1기와 제2기로 구분된다. 제1기 사회복지개혁의 중심내용은 1980년대 전반기에 제기되었던 고령자복지 분야를 중심으로 하는 제도개혁의 확대·강화라고 할 수 있다. 1983년에 이미 시행된 노인보건법에 이어 1986년에는 사회복지기초구상 간담회가 ‘사회복지개혁의 기초구상’을 제언하였다.

또한, 1986년 후생성은 ‘복지관계 3심의회 합동기획분과회²¹⁾’에 사회복지제도의 개혁방향에 대한 검토를 의뢰하였으며, 검토결과는 1989년 ‘금후 사회복지의 모습에 관하여’ 보고서로 제출되었다. 보고서에서는 중앙정부의 권한과 역할의 축소, 지자체 업무기능의 강화 등 지방분권 개혁의 기본방향, 재가복지 및 실버산업의 강화, 지역사회와 민간활동의 강화 등 사회복지제도의 기본방향을 제시하였다.

이러한 기본 방향에 맞추어, 1990년 6월에는 ‘노인복지법 등의 일부를 개정하는 법률’이 제정·공포되어 노인복지법, 신체장애자복지법 등 ‘복지관련

21) 중앙사회복지심의회, 중앙아동복지심의회, 신체장애자복지심의회.

8법'이 개정되었다. 개정법에 따라, 재가복지가 법제화되고, 기초자치단체인 시정촌(市町村) 및 도도부현(都道府縣)에게 노인보건복지계획의 수립을 의무화하였으며, 노인 및 신체장애자의 입소조치권이 시정촌에 이양되었다.

1990년대 전반까지의 사회복지개혁은 고령화 사회에의 대응과 재정지출의 억제를 위해 개인의 자조노력과 가족 및 지역사회의 역할을 강조하는 일본 독자적인 복지사회, 즉 '일본형 복지사회'의 구축을 목적으로 하였다. 특히, 재가복지의 충실, 시정촌의 역할 중시, 수익자 부담의 강화, 서비스 공급체제의 다양화 등을 강조하였다. 그러나 사회복지의 시장화나 산업화와 같은 근본적인 변화는 없었으며, 전후 일본 사회복지제도의 근간을 이루어 온 '조치제도(措置制度)²²⁾' 등 기본적인 틀은 그대로 유지되었다.

1990년대 후반 이후의 제2기 개혁은 전후 및 고도 경제성장기를 거치면서 형성되어 온 사회복지제도의 기초구조에 대한 개혁으로 볼 수 있다. 이 시기의 사회복지 개혁은 '사회보장체계의 재구축'이라는 슬로건 아래 종래까지의 개혁과는 질적으로 다른 커다란 전환을 가져왔다.

고령화의 급속한 진전과 함께 1990년대 이후에 나타난 저성장과 세계화의 영향으로 의료·연금제도의 코스트가 급증하게 되자, 1990년대 후반 이후 의료·연금·복지의 각 분야에 걸친 사회보장 및 사회복지의 구조개혁이 추진되었다. 사회보장구조개혁은 1995~96년에 실시된 '재정구조개혁'의

22) 조치제도란, 이용자의 자유로운 선택에 의한 계약방식과는 달리, 기초자치단체인 시정촌(市町村)이 장애인이나 아동, 노인 등 보호가 필요한 사람들을 대상으로 일방적인 판단에 따라 직권으로 행정처분을 내리는 제도이다. 이러한 조치를 민간 사회복지사업자에게 위탁하는 것을 조치위탁이라고도 한다. 조치제도는 사회복지서비스의 신청을 조치권자(행정)에게 하고, 대상자는 조치권자가 지정한 사업자로부터 급부를 받는 시스템이다. 사업자에 대해서는 사업비용을 위한 직접적인 시설보조가 이루어지므로 시설에 있어서의 소비자는 수급자가 아니라 조치권자이며, 시설에 관한 각종 정보는 조치권자에게 제공됨. 그러나 행정이 사회복지법인 등의 사업자에게 위탁하는 형식을 취함으로써 이용자에 의한 서비스 선택이 이루어지지 않고 서비스 공급자와 서비스 간에 명확한 거래관계가 성립되지 않아, 수요와 공급 간에 질적·양적으로 많은 괴리가 발생하였다.

일환으로 추진되었으며, 1996년 사회보장관계심의회 회장회의가 ‘사회보장구조개혁의 방향: 중간정리’를 통해 개혁의 방향을 제시하였다.

사회보장구조개혁의 기본방향은, 첫째, 국민경제와 조화시키면서 사회보장에 대한 국민의 수요에 적절히 대응하고, 둘째, 개인의 자립을 지원하는 이용자 중심 체제를 중시하며, 셋째, 공공·민간 간 적절한 역할 분담과 민간의 활력을 촉진하는 것이다.

사회보장구조개혁의 첫 단계로서, 1997년에는 보건·의료·사회복지서비스를 통합적으로 제공하는 노인 장기요양보험으로서의 개호보험이 제정되었다²³⁾. 1997년 아동복지법의 전면 개정으로 보육소 입소방식에서의 ‘조치제도’가 폐지된 데 이어, 개호관련 서비스분야에서도 ‘조치제도’가 폐지되고 계약중심의 ‘이용제도’가 도입되는 계기가 되었다. 이에 따라 일본의 사회복지정책은 少子高齡社會에 따른 새로운 형태의 아동복지와 고령자복지 수요에 대응하는 방향으로 전환되었다.

그러나 기존의 사회복지사업법에 기초하여 행정기관의 행정조치에 따라 속성별(노인복지, 아동복지, 장애인복지 등)로 관리·시행되어 왔던 복지서비스 전달체계는 개호보험법이나 개정 아동복지법 등으로 새롭게 나타날 사회복지 니즈에 대응하기 어려운 것으로 판단되었다.

이상과 같은 배경에 따라 사회복지제도 전반에 걸친 구조개혁이 단행되어, 2000년에 ‘사회복지의 증진을 위한 사회복지사업법 등의 일부 개정에 관한 법률(사회복지일괄법)’이 제정되었다. 이에 따라 기존의 사회복지사업법이 사회복지법으로 개정되고 사회복지의 기초구조 전반에 대해 근본적인 개혁이 단행되었다.

주요 입법 내용으로는 신체장애인복지법, 지적장애인복지법, 아동복지법(장애인 관련)의 개정 등이 있다. 이러한 입법을 통해 보조금 시스템인 조치제도를 폐지하고, 이용자 개인에 대한 금전적 급부인 ‘지원비 지급제도’

23) 2000년 4월 시행, 2005년 6월 1차 개정

를 도입하였다.

이와 같이, 사회복지법은 과거 50년간 행정기관의 ‘조치제도’를 중심으로 운영되어 왔던 사회복지제도를 이용자가 복지서비스를 선택하여 사업자와 대등한 입장에서 계약을 맺고 서비스를 이용하는 ‘이용계약제도’로 전환하는 계기가 되었으며, 사회복지사업에 다양한 주체가 참여하는 것을 전제로 하고 있어 사회복지의 시장화를 촉진하였다.

1990년대 후반부터 2000년 전반에 걸쳐 나타나게 된 사회복지제도의 기초구조에 대한 이러한 전면적인 제도개혁을 ‘사회복지 기초구조개혁’이라 일컬어지는데, 이와 같은 사회복지 개혁은 같은 시기에 진행되었던 지방분권 개혁과 연계되어 진행됨으로써 지역복지체제의 등장에도 기여하였다.

개호보험제도 도입을 시작으로 한 제2기 사회복지개혁은 다음과 같은 점에서 종래의 개혁과는 질적으로 다른 내용을 가지고 있다. 첫째, 개호보험 제도는 과거 행정책임에 의해 제공되어 온 개호·복지서비스를 이용자와 서비스 제공자의 사적계약에 기반을 둔 ‘이용제도’로 전환하고자 한 것이다.

개호·복지서비스는 그동안 ‘조치제도(措置制度)’라는 제도를 통해 제공되어 왔는데, ‘조치제도’하에서는 공적인 책임에 의해 이루어지는 복지조치를 공적인 감독아래 두기 위해 사회복지법인을 설립하고 여기에 사업을 위탁하는 대신 조치위탁비를 지급하는 것이다. 그러나 조치위탁비를 받는 대신 사회복지법인은 공적기관의 감독과 통제를 받게 되어 사회복지사업의 운영에 주체성과 적극성이 결여되고, 서비스 내용 또한 일방적으로 결정됨으로써 서비스 이용자가 자유롭게 서비스를 선택할 수 없다는 비판을 받아 왔다.

이에 반해, 사적계약에 기초한 ‘이용제도’는 고령자복지 분야와 보육소입소방식에서 시작되어 2003년에는 장애인 복지 분야에서도 도입되었는데, 서비스 이용자가 서비스 제공자와 대등한 입장에서 자유롭게 서비스를 선택할 수 있도록 하는 것을 목표로 하고 있다.

둘째, 동 개혁에서는 사회보장제도의 구조를 과거 가족이나 지역단위에서 개인단위로 변경하여 개인의 자립을 목표로 사회보장제도를 재구축할 것을 제안하고 있다. 1990년대 초까지의 고령사회대책은 우선적으로 가족이나 지역사회가 책임을 지고 각종 개호복지서비스를 정비하여 가정과 지역사회를 지원하는 ‘일본형 복지사회’의 구축에 기초하고 있다.

셋째, 조치제도의 폐지와 함께 사회복지 관련 재정부담도 지금까지의 공비(세금) 중심에서 보험료 중심으로 전환되었다. 마지막으로, 보건·의료·복지는 상호 관련이 깊은 분야임에도 불구하고 이전에는 ‘종단적’으로 운영되어 분야를 넘는 개혁은 거의 이루어지지 않았으나, 개호보험제도는 보건·의료·복지의 전 영역을 ‘횡단적’으로 관철하는 개혁이라고 할 수 있다.

사회복지 기초구조개혁의 주요 내용은 크게 ①이용자의 입장에 선 사회복지제도의 구축 ②서비스 질의 향상 ③사회복지사업의 충실과 활성화 ④지역복지의 추진 등으로 정리할 수 있다.

이용자의 입장에 선 사회복지제도의 구축: 행정이 행정처분에 의해 서비스 내용이 결정되는 ‘조치제도’로부터 이용자가 사업자와 대등한 관계에서 복지서비스를 선택하는 ‘이용제도’로 전환하고, 지역복지권리옹호제도, 애로 해결절차, 이용계약의 서면교부 등 이용자보호를 위한 제도의 창설
서비스 질의 향상: 사업자에 의한 서비스 질의 자기평가와 더불어 사업운영의 투명성 확보를 위해 사업자의 서비스내용에 관한 정보의 제공, 사회복지법인에 대해 재무제표 및 사업보고서 공시 의무화, 국가 및 지자체의 정보제공 체계 정비

사회복지사업의 충실과 활성화: 사회복지 수요의 다양화에 대응하기 위한 사회복지사업 범위의 확충, 사회복지법인의 설립요건 완화 및 운영의 탄력화

지역복지의 추진: 시정촌의 지역복지계획 및 도도부현의 지역복지 지원 계획 수립, 지적장애자 복지사무의 시정촌 이양, 사회복지협의회, 공동모금, 민생위원·아동위원의 활성화

다. 일본 사회서비스의 산업화 동향

▶ 개호보험제도- 보험방식에 의한 재정 운영과 준시장의 도입

개호보험제도는 보험방식에 의한 재정 운영과 준시장의 도입을 특징으로 하고 있다. 개호와 관련된 모든 비용을 국가재정에서 부담하는 영국이나 호주, 스칸디나비아 일부 국가(스웨덴, 노르웨이)와는 달리 일본의 개호보험은 사회보험의 형태를 통해 이용자와 국가가 절반씩 부담하는 혼합형 제도로 볼 수 있다.

개호보험제도의 재원은 서비스 이용자의 자기부담분(전체비용의 10%)과는 별도로, 나머지 비용에 대해 보험료 50%(제1호 피보험자 19%, 제2호 피보험자 31%)와 정부보조금 50%로 구성되어 있다. 이러한 복지서비스의 유료화는 복지서비스에 어느 정도 시장논리를 도입하는 계기가 되었다. 즉, 일본의 개호보험은 재정(사회보험방식)과 공급(민간기업, 비영리조직의 진입을 인정)을 분리하여 서비스공급자간의 경쟁을 촉진함으로써 효율화를 도모하였다고 볼 수 있다.

▶ 개호보험제도의 주요 내용

개호보험의 피보험자는 65세 이상의 제1호 피보험자와 의료보험에 가입하고 있는 40~64세까지의 제2호 피보험자로 구분된다. 피보험자의 보험료는 각 지방자치단체가 결정, 소득에 비례하여 징수하며, 제1호 피보험자의 경우에는 연금 급부액에서 공제되고 제2호 피보험자의 경우에는 의료보험료에 추가적으로 징수된다.

〈표 3-2〉 개호보험제도의 서비스 일람

| 구 분 | 재가서비스 | 시설서비스 |
|---------|--|---|
| 서비스의 종류 | 방문개호 방문입욕 방문간호 방문재활(rehabilitation) 통소재활(day care) 거택요양관리지도 통소개호(day service) 단기입소(생활개호 및 요양개호) 치매대응형 공동생활개호 특정시설입소자 생활개호 특정복지용구 판매 복지용구 대여 재가개호 복지용구구입비 등 제공 재가개호 주택개조비 등 지급 (손잡이 설치 및 문턱 해제) | 개호노인복지시설(특별양호노인홈) 개호노인보건시설(노인보건시설) 개호요양형 의료시설 요양형 병상군 노인성 치매질환 요양병동 개호력강화병원(시행후 3년간) |
| 구 분 | 지역밀착형개호서비스(2006.4도입) | 기 타 |
| 서비스의 종류 | 야간대응형 방문개호 인지증대응형 통소개호 소규모 다기능형 거택개호 인지증대응형 공동생활개호 지역밀착형 특정시설입소자 생활 개호 지역정착형 개호노인보건시설 입소자 생활개호 | 주택개량보수비의 지급 |

주: 2006년 4월에 도입된 개호예방서비스는 생략하였음.

자료: 健康保險組合連合會(編), 「社會保險年鑑 2007年版」, 2007. 4.

개호보험서비스는 이용자가 선택하는 개호의 종류에 따라 자택에서 방문개호 등의 서비스를 받는 재가서비스, 특별양호노인홈 등의 시설에 입소하는 시설서비스, 거주하던 지역에서 지역의 특성에 맞게 다양하고 유연한 서비스의 제공이 가능한 지역밀착형 서비스의 세 종류로 구분되며, 이용자는 서비스의 종류와 서비스 제공자(정부 또는 민간)를 자유롭게 선택할 수 있다.

개호보험의 재원은 보험료, 정부보조금, 그리고 서비스 이용자의 이용료(자기부담분)에 의해 충당된다. 보다 구체적으로, 서비스 이용자의 자기부담분이 전체비용의 10%이고, 보험료 50%(제1호 피보험자 19%, 제2호 피보험자 31%), 정부보조금 50%로 구성 된다.

▶ 개정 개호보험제도의 내용

개호보험제도의 시행과 함께 초기에 나타난 문제점들을 개선하기 위하여, 2005년 6월에는 개호보험법의 1차 개정이 이루어졌다. 이러한 개정은 요개호 노령자의 급증에 따른 재정지출의 증가로 인해 개호보험제도를 지속가능한 제도로 정착시키기 위해서는 급부를 효율화하고 중점화할 필요에 의해 이루어진 것이다. 개정된 개호보험제도의 주요 내용은 다음과 네 가지로 요약할 수 있다.

요지원 및 요개호 상태로 발전하기 전 단계부터 개호를 예방하기 위한 예방중시형 시스템으로 전환하고, 개호예방 케어 매니지먼트는 지역포괄 지원센터가 실시(예방중시형 시스템으로의 전환)

재가서비스와 시설서비스 간 이용자부담의 불균형을 개선하기 위해 시설의 거주비 및 식비를 보험급부 대상에서 제외(2005.10)하여 재가서비스의 경우와 같이 이용자가 부담하고, 저소득층의 부담을 경감하기 위해 보족급부제도²⁴⁾를 신설(시설급부의 개선)

고령자가 장기간 생활해 왔던 지역에서의 생활을 유지할 수 있도록 지역밀착형 서비스(소규모다기능형 재가개호, 야간대응형 방문개호, 치매대응형 공동생활 개호, 지역밀착형 특정시설 입주자 생활개호 등 서비스)를 도입하고, 고령자의 지역에서의 생활을 지탱하는 중심기관으로서 지역포

24) 시설에 있어서의 평균비용을 감안한 기준액과 저소득층 이용자 부담한도액 간의 차액을 보험료에서 보조해주는 제도

괄지원센터²⁵)의 설치를 추진(새로운 서비스체계의 확립)

개호서비스의 질 확보 및 향상을 위해 지정개호서비스 사업자에 대해 직원체제, 시설설비, 이용요금, 서비스 제공시간 등 개호서비스 내용 및 운영상황에 관한 정보의 공표를 의무화한 개호정보 공표제도를 도입하고, 지정개호서비스 사업자의 지정갱신제를 도입, 케어매니저의 자질 향상을 위해 자격갱신제의 도입과 연수를 의무화(서비스의 질적 향상)

특히 개정내용의 중심을 이루고 있는 예방중시형 시스템은 요개호 인정에서 경도의 개호대상자를 대상으로 하는 ‘신 예방급부’와, 요개호 인정에는 해당되지 않지만 향후 개호대상이 될 우려가 있는 사람을 대상으로 하는 ‘지역지원사업’의 두 가지로 구성된다. 또한, 지역포괄지원센터는, 공정하고 중립적인 입장에서의 종합상담 지원, 학대의 조기 발견·방지 등의 권리옹호, 포괄적·계속적인 케어매니지먼트 지원, 개호예방 케어매니지먼트라고 하는 네 가지 기능을 담당하는 지역의 중추기관으로 설립되었다.

한편, 5년마다 실시하기로 되어 있는 규정에 따라 2009년에 예정되어 있는 차기 개호보험 개혁에서는, 개호보험과 장애자지원제도의 통합을 포함한 개호의 보편화, 보험료 징수범위의 확대(29~39세의 대상 포함 문제), 지방의 인구감소에 따른 지방 개호체제의 정비 등이 주요 과제로 등장할 전망이다.

▶ 개호보험제도의 도입 결과

2000년 개호보험의 도입 이후 복지서비스의 공급주체도 종래 ‘조치제도’하에서의 사회복지법인 외에, 의료법인, 사단·재단법인, 영리법인, 비영리단체(NPO), 협동조합 등으로 다양화되어 민간사업자들의 참여가 활발히

25) 고령자 인구 3000~6000명 당 1개소 설치를 목표로 하고 있으며, 주임 케어매니저(개호지원전문원)·보건사·사회복지사의 3개 직종으로 배치되는데, 시정촌 지자체의 직영 외에도 사회복지법인, 의료법인, 주식회사, NPO 법인 등에 대한 위탁도 가능하다.

이루어지고 있다²⁶⁾.

그러나 개호보험제도가 인구노령화와 건강보험제도의 개혁 측면에서 추진되어 보건의료제도와 많은 유사점을 가지고 있고, 영리조직의 의료기관 설립이 금지된 것처럼 개호분야에서도 시설부문에 대해서는 영리조직의 소유가 금지되어 있다. 다시 말하면, 재가개호 분야에서만 영리기업의 참여가 인정되는 것으로, 이 점은 일본 사회서비스의 시장화가 매우 제한적으로 진행되고 있음을 의미한다.

개호관련 사업은 크게 (재가개호를 위한) 사업소와 (시설개호를 위한) 시설로 나눌 수 있는데, 2006년 10월 현재 총 사업소 수는 12만 1,704개, 시설 수는 1만 2,036개이다. 사업소는 재가서비스 사업소(7만 9,742개), 재가개호지원 사업소(2만 7,571개), 지역밀착형서비스 사업소(1만 1,099개), 개호예방지원 사업소(3,292개)로 구성되며, 시설은 개호노인 복지시설(5,716개), 개호노인 보건시설(3,391개), 개호요양형 의료시설(2,929개)로 구성된다.

설립주체 별로 보면, 사업소의 경우에는 방문개호(54.3%), 특정시설입거자 생활개호(79.0%), 복지용구 대여(88.9%), 특정복지용구 판매(93.3%), 인지증대응형 공동생활개호(52.9%)에서 민간영리법인 비율이 가장 높다.

한편, 개호서비스 이용자 수는 2000년 4월 149만 명(재택 97만 명, 시설 52만 명)에서 2년 후인 2006년 4월에는 348만 명(재택 255만 명, 시설 79만 명, 지역밀착형 14만 명)으로 136% 증가하였다. 특히, 개호보험제도가 재택 고령자의 개호 니즈에 적합함에 따라 재택 서비스는 시행 초기에 비해 163% 증가하였다. 또한, 서비스 양의 증가에 따라 개호서비스 총비용(이용자부담 포함)도 2000년 약 3.6조 엔에서 2007년에는 약 7.4조 엔(예산 기준)으로 거의 배증하였다.

26) 개호서비스 분야 외에, 2000년 4월에는 과거 시정촌 및 사회복지법인에 한정되었던 보육소 설치주체의 제한이 폐지되고 NPO, 주식회사, 학교법인 등의 보육소 설치가 가능하게 되었으며, 인가보육소에 대해서는 영리 경영을 인정하는 규제완화가 실시되었다.

〈표 3-3〉 개설주체별 개호보험 시설 수

| | 합계 | 도도 부현 | 시구 정촌 | 광역연 합·일 부사무 조합 | 적십자 사·사 회보험 단체 | 사회 복지 협의 회 | 사회 복지 법인 | 의료 법인 | 사단· 재단 법인 | 기타 법인 | 기 타 |
|---------------|-------|----------|----------|-------------------------|-------------------------|---------------------|----------------|----------|-----------------|----------|--------|
| 개호보험시설 | 12036 | 40 | 607 | 162 | 114 | 12 | 5767 | 4786 | 177 | 43 | 328 |
| 개호노인 복지시설 | 5716 | 33 | 331 | 134 | 7 | 10 | 5201 | .. | - | .. | - |
| 개호노인 보건시설 | 3391 | 4 | 128 | 18 | 69 | 2 | 533 | 2509 | 104 | 24 | - |
| 개호요양형 의료시설 | 2929 | 3 | 148 | 10 | 38 | - | 33 | 2277 | 73 | 19 | 328 |

주: 2006년 10월 1일 현재 수치임.

자료: 日本 厚生労働省, 「平成18年 介護サービス施設・事業所調査結果の概況」.

▶ 개호보험의 시장 메커니즘 도입효과

공적 개호보험제도는 일본의 사회복지서비스에 시장메커니즘을 도입하는 기폭제가 될 것으로 기대되고 있으나, 시설개호에 있어서의 민간기업 참여가 엄격히 제한되는 등 아직까지는 시장메커니즘 도입 정도가 매우 제한적이다.

일본 사회복지법은 사회복지사업을 제1종 사회복지사업과 제2종 사회복지사업으로 구별하고 있는데, 제1종 사회복지사업은 특별양호노인홈과 같이 대상자를 시설에 입소시켜 생활하게 하는 것이며, 제2종 사회복지사업은 노인복지센터 및 노인 통소개호사업의 경영 등과 같이 사업실시에 따른 폐해의 우려가 비교적 작은 사업을 포함한다.

〈표 3-4〉 개호보험제도의 효과

| | 급부의 대상과 형태 | 시장메커니즘의 도입·민영화 효과 |
|----------------|---|--|
| 노인홈 | 노인홈으로서의 급부는 특별양호노인홈, 개호노인보건의료시설, 개호요양형 의료시설에 한정 유료노인홈에서의 개호서비스는 시설개호가 아닌 재가개호로 간주하여 급부대상에 포함 | 개호대응형 유료노인홈(전체의 40%)의 경우 경쟁여건이 개선되나, 개호불필요 입거자가 많은 일반형(전체의 60%)의 유료노인홈에 대한 영향은 적음. 오히려 특별양호노인홈에 대한 민간참여를 허용하는 것이 경쟁촉진효과는 큼. |
| 방문개호·재가입욕·단기입소 | 급부대상(기업도 포함) | 경쟁조건이 비슷해짐으로써 시장메커니즘이 도입되고 민영화가 진전 |
| 배식·이송·긴급통보서비스 | 급부대상 제외(단, 보험재정에 여유가 있는 시정촌의 경우 급부대상으로 인정하는 경우도 있음) | 직접적 영향은 없으나 개호비용의 제3자 지급에 따른 가치분소득 증대 및 경제적 불안의 경감 등으로 잠재수요의 실현에는 기여 |
| 주택개량 | 급부대상 | 이전부터 민간이 참여하고 있어 민영화라고 하기는 어려우나 급부대상화에 따라 수요확대 기대 |
| 복지용구대여·판매서비스 | 대여는 급부대상, 구입은 배설·입욕 등 대여에 부적합한 용구에 한정 | |

자료 : 니ッセイ基礎研究所, 「歐美で進む介護サービスへの市場メカニズム導入」, 『ニッセイ基礎研 REPORT』, 1998. 2.

재가개호서비스의 경우 인허가사업이 아니므로 민간기업의 서비스 제공에 제한은 없으나, 시설개호서비스의 경우 그 경영주체는 국가와 지방공공단체, 사회복지법인 등으로 한정되어, 민간기업의 참여 자체가 법률에 의해 제한되어 있다. 즉, 공적 노인시설(특별양호노인홈, 양호노인홈, 輕費노인홈 등)의 설치·운영은 시정촌 및 사회복지법인에 한정되고, 민간기업에 의한 경영은 유료노인홈의 경우에만 가능하다. 이에 따라, 개호보험제도에 있어서의 시장메커니즘 도입효과는 주로 재가개호서비스 관련분야에만 한정될 것으로 예상된다.

한편, 개호보험의 도입으로 일본 사회복지사업에 시장메커니즘이 부분적으로 도입되어 효율성이 높아졌다는 긍정적인 평가가 있으나, 시장 메

커니즘 도입에 따른 문제점도 제기되고 있다. 가장 대표적인 비판은 개호서비스의 질 저하이다.

민간 영리법인의 개호시장 진입이 크게 증가함에 따라 이들에 의해 제공되는 개호서비스의 질과 관련한 문제가 발생하는 등 서비스 관리의 필요성 대두되었다. 영리법인의 경우 수익성 위주 경영과 빈번한 사업철수 등으로 복지사업 운영이 불안정할 뿐 아니라 부정행위 등으로 인한 지정 취소 사례가 다수 있었으며, 사업자에 의한 시설입소자의 역 선택, 중증 요개호자 등에 대한 서비스 제공 거부, 개호인의 빈번한 교체 및 개호기술 미흡에 따른 안전사고의 발생과 같은 문제도 발생하였다.

또한, 정부 및 지자체의 공적 책임의식의 후퇴도 큰 문제점으로 지적되고 있다. 과거 조치제도 하에서 지자체는 개호를 필요로 하는 주민에 대해 적절한 서비스를 결정하고 공급하는 의무를 지고 있었으나, 개호서비스의 시장화에 따라 개호서비스의 이용과 제공에 직접 관여하지 않게 됨으로써 공적 책임의식이 크게 후퇴하였다는 지적이 있다. 일부 지자체에서는 개호서비스 이외의 고령자 생활문제까지도 케어매니저에게 미루거나, 지자체 본연의 업무인 요개호 인정을 위한 방문조사까지도 재가개호 지원사업소에 위탁하는 등의 문제도 발생하였다.

6. 해외사례의 정책적 시사점

이상에서 살펴본 바와 같이, 대다수의 국가에서 사회서비스 분야에 대해 민간부문의 역할을 증대하고 경쟁을 촉진하는 방향으로 정책의 초점을 맞추고 있다. 심지어는 복지국가의 전형으로 인식되고 있는 스웨덴에서조차도, 민간 부문의 참여확대와 준시장화를 통한 경쟁 도입을 시행하고 있다.

영미형 사회복지시스템을 유지하고 있는 미국의 경우에는 사회서비스 민영화의 대상에 일반적인 사회복지서비스나 의료뿐만 아니라, 소방·구급

서비스와 교정사업 등 공익성이 매우 강한 사업들도 포함되어 있다. 또한, 유럽형 사회복지 시스템에 가까운 일본도 개호보험도입으로 사회복지의 많은 부분을 민영화하였으며, 우정사업의 민영화도 진행 중에 있다.

현재까지는 대다수의 국가들에서 사회서비스의 민영화와 경쟁축진을 통해 재정지출 축소와 효율성 증대라는 긍정적인 효과를 얻은 것으로 평가되고 있다. 그러나 이러한 흐름에 대한 비판도 강하게 제기되고 있다. 사회서비스의 공익성 저하라는 부분은 매우 우려되는 부작용으로, 특히, 일본의 사례가 우리에게 많은 시사점을 주고 있다.

일본에서는 개호보험이 실시된 이래, 시설 내의 고령자 학대, 사업자에 의한 시설 입소자의 역(逆)선택, 유료노인홈 퇴소자의 입소일시금 미반환, 가정방문원의 개호기술 미흡에 따른 안전사고의 발생, 사업자에 의한 개호보수의 부정청구 등 전문가들이 우려했던 문제들이 현실적인 문제로 표출되었다.

일본 정부는 주기적인 법 개정을 통하여, 이러한 문제들을 완화해 나가고 있다. 복지서비스 제공업자의 사업자 정보를 공개하도록 의무화시킨 「개호정보공표제도」를 통해 민간업자들의 투명성을 제고하였으며, 민간업체들의 성과에 대한 평가 강화 등을 통하여 문제들을 완화시켜 가고 있다.

우리나라도 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도를 시행하고 있다. 제도시행과 함께 서비스의 질을 확보하고 평가할 수 있는 일본과 같은 제도적인 장치를 지속적으로 보완해 나가야 할 것이다. 특히, 민간사업체들의 도덕적 해이와 역선택 등과 같이 민영화 이후에 나타날 수 있는 부작용들에 대한 지속적인 보완책 마련이 반드시 신속하게 이루어져야 한다.

또한, 사회서비스의 단순한 민영화는 효율성 증가라는 긍정적인 효과보다는 공익성 저하라는 부정적 효과를 확대할 가능성이 있다. 따라서 사회서비스 민영화가 성공적으로 진행되기 위해서는 경쟁환경 조성 및 서비스 질 유지와 지속적인 관리가 필수적이다.

제4장 사회서비스의 경제적 효과 - 산업연관분석

제1절 개요

산업연관분석이란 생산 활동을 통하여 이루어지는 산업간의 상호연관관계를 수량적으로 분석하는 방법이다. 국민경제는 하나의 산업이 하나의 생산물을 동일한 생산기술로 생산하는 활동이 아니라, 한 산업에서의 생산물을 다른 산업에서의 중간재로 사용하는 방식으로 상호 연관되어 있다. 그러므로 한 산업에서의 변화는 연쇄적으로 다른 산업에서의 변화를 발생시키고 최종적인 국민 경제의 활동으로 나타나게 된다. 이러한 이유에서 최종적인 국민경제의 활동은 단편적인 하나의 산업으로 파악하기보다는 각 산업에서의 연관관계를 고려한 총체적인 모습으로 이해할 필요가 있다.

산업연관분석은 각 산업간의 상호적인 중간재의 투입관계를 기반으로 이루어지게 되는데, 1년 동안 한 나라에서 생산되는 모든 재화와 서비스의 산업간 거래관계를 일정한 원칙과 형식에 따라 체계적으로 기록한 종합적인 통계표인 산업연관표에 의하여 이루어진다. 산업연관분석은 각 산업간 또는 경제의 각 부문 간 재화와 서비스의 흐름이 비교적 안정적으로 고정되어 있다는 가정에 기반 한다. 이는 복잡한 연관관계를 단순화하여 분석하게 해주는 역할을 하지만, 반면에 지나친 단순화라는 한계를 갖게 되는 근본적인 원인이 되기도 한다.

본 장에서는 한국은행 2003년 산업연관표에 기반 하여 의료서비스, 사회복지서비스를 대상으로 최종 수요의 변동이 가져오는 생산유발효과, 부가가치 유발효과, 취업유발효과를 분석하고, 각 산업간 연쇄효과 분석을 통해 사회서비스산업 확대에 따른 국민경제에의 영향을 분석하고자 한다.

이상의 분석은 의료서비스산업의 경우는 건강보험공단의 총진료비내역을 중심으로 하였고, 사회서비스산업의 경우는 통계청의 서비스산업통계조사를 기초로 하였다. 의료서비스산업의 경우는 통계청 자료에 비하여 건강보험공단의 자료는 외래, 입원, 약국 등 진료형태에 따라 구분하여 추계하고 있어 개념적으로 의료산업의 범위에 보다 적합할 뿐만 아니라, 연령별, 성별로 자세히 구분되어 있어 현재 의료산업의 현황 파악 및 향후 산업의 전망에 보다 적절히 활용할 수 있는 가능성이 높은 이유로 국민건강보험공단의 자료를 사용하였다.

제2절 최종수요유발효과 분석

각 산업에서의 생산 활동의 궁극적인 목표는 생산 과정에 투입되는 중간재가 아닌 소비(민간 및 정부), 투자, 수출 등의 최종 수요로 사용되는 상품 또는 서비스의 생산에 있다. 즉, 일정기간 중 한 나라에서 생산되는 재화와 서비스의 종류나 규모는 최종수요 구성이나 크기에 따라 결정되게 되므로 각 산업부문의 생산활동은 최종수요의 변동과 일정한 함수관계를 갖게 된다. 따라서 최종 수요의 어느 한 항목의 변화는 직접적으로 그 산업 자체의 변동뿐만 아니라 간접적으로 다른 산업의 변동까지 유발하게 된다. 구체적으로는 산업의 생산, 부가가치, 등으로 영향을 미치며, 이를 각각 생산유발효과, 부가가치 유발효과라고 부른다.

산업연과분석은 산업부문별 투입계수가 일정기간 안정적이라는 가정 하에서 최종수요의 변동이 각 산업부문의 생산활동에 미치는 직간접적 파급효과를 계산한다는 데 있다. 즉 산업연관표를 통해 최종수요와 산출, 부가가치의 기능적 관계를 파악하고 이를 통하여 각 산업부문의 최종수요변동이 유발하는 효과를 분해하는데 목적이 있다.

1. 생산유발효과

소비, 투자, 수출 등 최종 수요가 증가할 때 각 산업에서 직간접적으로 유발되는 생산의 증가를 나타내는 생산유발효과는 산업연관표상의 투입계수로부터 도출되는 생산유발 계수표에 의해 계산된다. 생산유발계수는 한 산업에서의 최종수요 한 단위 증가가 각 산업에서 유발하는 생산액 단위를 나타내며, 각 산업별로 이들의 총합은 한 산업에서의 최종수요증가가 경제전체에서 유발하는 생산액을 나타낸다. 이러한 생산유발액은 각 산업에서의 최종수요를 충족시키기 위한 생산에 필요한 타산업에서의 중간재로서의 생산을 포함하는 개념이다. 따라서 타산업으로부터 생산을 중간재로서 많이 사용하는 생산기술을 가지고 있는 산업일수록 생산유발효과가 크다. 참고로 산업연관표상의 산업별 생산유발계수는 <표 4-1>와 같다.

<표 4-1> 산업별 생산유발계수

| 산업 | 1995 | 2000 | 2003 |
|------------|-------|-------|-------|
| 농림어업 | 1.580 | 1.642 | 1.680 |
| 광업 | 1.542 | 1.588 | 1.574 |
| 제조업 | 1.946 | 1.959 | 1.972 |
| 전력가스수도및 건설 | 1.973 | 1.872 | 1.871 |
| 서비스 | 1.542 | 1.581 | 1.587 |
| 전산업 | 1.671 | 1.659 | 1.682 |

자료: 한국은행, 산업연관표

<표 4-1>를 보면 전산업 평균적으로 1단위의 최종 수요 증가는 경제 전체적으로 1.682단위의 생산 증가를 유발함을 알 수 있다. 이 중 제조업의 생산유발 계수는 1.972로서 농림어업(1.680), 광업(1.574), 서비스업(1.587)등에 비하여 높은 편이며, 제품의 가공도가 높은 산업의 경우 생산유발 효과가 높게 나타나고 있다. 따라서 서비스산업의 생산유발계수는 상대적으

로 낮을 수밖에 없으나, 의료서비스산업의 경우 1.762, 사회복지 서비스의 경우 1.789로서 타 서비스산업에 비해서는 높은 편이다.

<표 4-2> 의료서비스산업의 산업연관분석 결과

(단위: 백만원, 명)

| | 생산유발효과 | 부가가치 유발효과 | 취업유발효과 | | |
|------|------------|--------------|---------|---------|---------|
| | | | 직접유발효과 | 간접유발효과 | 합계 |
| 2003 | 33,587,960 | 16,558,808 | 258,519 | 113,356 | 371,874 |
| 2004 | 36,364,731 | 17,927,752 | 279,891 | 122,727 | 402,618 |
| 2005 | 39,939,929 | 19,690,318 | 307,408 | 134,793 | 442,201 |
| 2006 | 45,555,928 | 22,458,996 | 350,633 | 153,746 | 504,380 |
| 2007 | 54,672,853 | 26,953,625 | 420,804 | 184,515 | 605,319 |

<표 4-3> 사회복지서비스산업의 산업연관분석 결과

(단위: 백만원, 명)

| | 생산유발효과 | 부가가치 유발효과 | 취업유발효과 | | |
|------|-----------|--------------|--------|--------|---------|
| | | | 직접유발효과 | 간접유발효과 | 합계 |
| 2003 | 4,518,199 | 2,318,952 | 51,088 | 18,738 | 69,827 |
| 2004 | 5,662,011 | 2,906,010 | 64,022 | 23,482 | 87,504 |
| 2005 | 7,012,603 | 3,599,197 | 79,293 | 29,083 | 108,377 |
| 2006 | 7,864,702 | 4,036,534 | 88,928 | 32,617 | 121,545 |
| 2007 | 8,706,783 | 4,468,730 | 98,450 | 36,110 | 134,559 |

<표 4-2>과 <표 4-3>의 제 2열은 의료서비스산업 및 사회보건서비스에
서의 최종수요 증가가 유발한 생산액 증가분의 전망치를 나타낸 것이다.
의료서비스산업은 전산업에서의 생산유발액이 2003년부터 2007년간 각각
34조원, 36조원, 40조원, 46조원, 55조원이 되는 것으로 분석되었다. 사회
복지서비스산업은 전산업에서의 생산유발액이 2003년부터 2007년간 각각

5조원, 6조원, 7조원, 8조원, 9조원이 되는 것으로 분석되었다. 따라서 서비스산업처럼 타산업으로부터의 중간재 공급이 상대적으로 작은 산업들의 경우는 생산유발계수는 낮을 수밖에 없으나, 의료서비스산업의 경우 의약품 및 도소매에서의 간접적인 생산유발효과가 상대적으로 커서 타 서비스 산업에 비해 높은 1.762, 사회복지 서비스의 경우 1.789로 나타났다.

2. 부가가치유발효과

재화나 서비스에 대한 최종수요의 증가가 국내 생산을 유발하게 되는 효과는 앞 절에서 설명한 바와 같고, 이러한 생산은 다시 부가가치를 창출하게 되므로 결국 최종수요의 증가는 부가가치 창출의 원천이 된다. 이와 같이 최종 수요의 증가가 부가가치를 유발하게 되는 효과를 부가가치 유발효과라고 정의하고, 최종수요 1단위 증가에 대한 부가가치 유발 비율을 부가가치 유발계수라고 한다. 참고로 2000년 산업연관표상의 산업별 부가가치 유발계수는 <표 4-4>과 같다.

<표 4-4> 산업별 부가가치 유발계수

| 산업 | 1995 | 2000 | 2003 |
|------------|-------|-------|-------|
| 농림어업 | 0.913 | 0.892 | 0.886 |
| 광업 | 0.924 | 0.899 | 0.896 |
| 제조업 | 0.686 | 0.627 | 0.643 |
| 전력가스수도및 건설 | 0.835 | 0.797 | 0.801 |
| 서비스 | 0.908 | 0.886 | 0.894 |
| 전산업 | 0.746 | 0.714 | 0.741 |

자료: 한국은행, 산업연관표

<표 4-4>을 보면 전산업의 부가가치 유발계수는 0.741로 나타나고 있는데, 이는 최종수요 한 단위가 증가할 경우 직간접적으로 유발되는 부가가치가 평균 0.741단위임을 의미한다. 부가가치 유발계수는 농림어업, 광업 등 원시산업의 경우 높게 나타나고, 원자재 수입 의존도가 높은 제조업의 경우 상대적으로 낮게 나타난다. 의료서비스산업의 경우 0.868로서 전체 서비스산업의 평균치와 유사하게 나타났으며, 사회복지서비스산업의 경우는 0.918로서 매우 높은 것으로 나타났다.

서비스산업의 경우 대체적으로 수입을 유발하는 효과보다는 국내산업의 부가가치를 유발하는 효과가 상대적으로 크므로 평균적으로 높은 편이다. 그러나 의료서비스산업의 경우 의료기기, 의약품 등의 수입유발효과가 타 서비스산업에 비해 크므로 서비스산업 평균보다는 약간 작은 0.868의 부가가치 유발계수를 갖는 것으로 나타났으며, 사회복지서비스산업의 경우는 대부분의 생산활동이 국내생산에 의해 달성되므로 부가가치유발계수가 0.918로서 매우 높은 것으로 나타났다.

의료서비스산업은 2003년부터 2007년 동안 각각 16조 6천억 원, 17조 9천억 원, 19조 7천억 원, 22조 5천억 원, 27조원의 부가가치 유발효과가 있는 것으로 나타났으며, 사회복지서비스산업은 같은 기간 동안 각각 2조 3천억 원, 2조 9천억 원, 3조 6천억 원, 4조 원, 4조 4천억 원, 27조원의 부가가치 유발효과가 있는 것으로 분석되었다.

3. 취업유발유발효과

각 산업의 생산 활동은 본원적 투입요소인 자본과 노동 및 중간재를 결합하여 이루어진다. 따라서 생산물의 증가는 직접적으로 그 산업에서의 생산증가를 통해서 또한 간접적으로 타 산업에서의 생산증가를 유발하여 투입요소의 증가를 필연적으로 수반하게 된다. 이 중 노동투입의 증가를

분석하는 것이 취업유발효과분석이다. 여기서의 취업은 피용자(임금 근로자), 자영업주 및 무급가족종사자를 모두 포함한다. 취업유발계수는 산출액 10억원당 유발된 취업자의 비율을 말하며, 직접적으로 그 산업에서의 생산 증가에 의한 직접 취업 유발계수와 타 산업에서의 생산유발효과로 인한 간접취업유발계수로 나눌 수 있다.

취업유발효과는 생산 및 부가가치 유발효과와 마찬가지로 산업간 상호연관관계에 의해 발생하는 효과로서, 인력수급의 문제가 장기간에 걸쳐 훈련, 배치해야 한다는 점에서 적절한 노동투입 계획을 세우고 실행하는데 있어 정책적으로 매우 중요한 요소이다.

<표 4-5>에서 보는 바와 같이 전산업에서의 평균 취업유발계수는 16.9로서 생산액 10억원당 16.9명의 취업유발효과가 있다. 그리고 산업별 차이를 살펴보면, 농림어업, 서비스업 같이 노동집약적인 산업에서의 취업유발계수가 높고 제조업, 전력가스수도와 같이 자본집약적인 산업에서의 취업유발계수는 낮다. 이와 더불어 타산업과의 연관효과가 크지 않은 농림어업이나 서비스산업의 경우는 상대적으로 직접유발효과가 큰 반면, 제조업과 같이 타산업으로부터의 중간재 수요가 큰 산업의 경우는 간접유발효과가 상대적으로 크다. 의료서비스산업의 경우 취업유발계수는 19.5명으로 전체 서비스산업 평균에 비해 약간 낮지만 전체 산업 평균에 비해서는 상당히 높은 편이며, 사회복지서비스산업의 경우는 27.6명으로서 매우 높았다. 또한 간접유발효과가 전체 취업유발효과에서 차지하는 비중인 간접유발율은 의료서비스산업의 경우 0.33, 복지서비스의 경우 0.27로서 대부분의 취업유발이 자신의 산업에서 나타나는 것으로 분석되었다.

〈표 4-5〉 산업별 취업 유발계수(2003년)

| 산업 | 취업유발계수 |
|--------|--------|
| 농림어업 | 57.6 |
| 광업 | 9.8 |
| 제조업 | 12.1 |
| 전력가스수도 | 4.4 |
| 서비스 | 20.5 |
| 전산업 | 16.9 |

자료: 한국은행(2003) 산업연관표

의료서비스산업에서의 2003년부터 2008년까지의 직접 취업유발효과는 각각 258,519명, 279,891명, 307,408명, 350,633명, 420,804명이며, 타산업에서의 간접유발은 각각 113,356명, 122,727명, 134,793명, 153,746명, 184,515명으로 나타났다. 사회복지서비스산업에서는 2003년부터 2008년까지의 직접 취업유발효과는 각각 51,088명, 64,022명, 79,293명, 88,928명, 98,450명이며, 타산업에서의 간접유발은 각각 18,738명, 23,482명, 29,083명, 32,617명, 36,110명으로 분석되었다.

4. 산업간 연쇄효과

각 산업 간에는 타 산업에서 생산된 생산물은 중간 투입물로 사용하기도 하고 자신의 산업에서 생산된 생산물은 타산업의 중간 수요로 판매하면서 일정한 연관 관계를 갖는다. 이러한 연관 관계는 상호 관계의 성격에 따라 크게 두 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 전방연쇄효과(forward linkage effect)로서 타 산업에 중간재로서 판매하는 정도에 따라 결정되는 효과가 있고 둘째는 후방연쇄효과(backward linkage effect)로서 타 산업으로부터 구매하여 중간재로 투입하는 정도에 따라 결정되는 효과가 있다. 즉 전자는 타산업의 성장에 따라 연쇄적으로 영향을 받는 효과를 말하고, 후자는 자신의 산업에서의 성장이 타 산업에 연쇄적으로 영향을 주는 효

과를 말한다. 두 가지 개념 모두 한 산업에서의 선도적인 투자 및 생산증가가 산업 전체적으로 가져올 수 있는 확산의 정도를 파악하는데 이용되는 개념이다.

위의 두 가지 효과를 측정하는 방법에는 감응도 계수/영향력 계수 및 중간 투입률/중간 수요율을 사용할 수 있으나, 본고에서는 서비스산업이라는 특수성에 기인한 제약으로 중간 투입률/중간 수요율을 통한 분석에 한정한다.

전방연쇄효과를 측정하는 수단으로서의 중간 수요율은 한 산업에서의 생산물이 타 산업에서 중간재로서 사용되는 비율로 정의된다. 즉 전방연쇄효과는 한 산업의 생산물을 중간재로서 사용하는 타산업에서의 제약으로 해석할 수 있다. 한 산업에서의 생산물은 최종재로 수요되거나 타산업에서의 중간재로서 수요된다. 최종재로서 수요되는 경우는 자신의 산업에서의 수요증가만이 영향을 미칠 수 있는 반면에, 중간재로서 수요되는 경우는 타산업에서의 수요 증가가 간접적으로 영향을 미치게 되므로 타산업에서의 수요증가에 의한 2차적인 효과에 의존한다. 따라서 중간수요율의 값이 클수록 전방연쇄효과가 큰 산업이고, 따라서 타산업으로부터의 영향을 고려한 생산계획이 필수적이다.

$$\text{중간 수요율} = \frac{\text{중간 수요액}}{\text{총 수요액}} \times 100$$

반면에 후방연쇄효과를 측정하는 수단으로서 중간 투입률은 한 산업에서의 생산액 중 타 산업에서 중간재로 구매한 비율로서 정의되고, 값이 클수록 후방연쇄효과가 큰 산업이다. 한 산업에서의 생산증가는 자신의 산업뿐만 아니라 타산업으로부터의 중간재 수요를 증대시키게 된다. 따라서 후방연쇄효과가 큰 산업의 경우는 자신의 수요증대가 가져올 수 있는 타산업의 간접적인 생산증대효과를 고려한 생산계획을 세우는 것이 필요할뿐더러, 정책적인 측면에서도 중간투입의 원활한 공급도 고려한 분석이 요구된다.

$$\text{중간 투입율} = \frac{\text{중간 투입액}}{\text{총 산출액}} \times 100$$

〈표 4-6〉 산업별 중간 수요율과 중간 투입률

| 산업 | 중간수요율 | 중간투입률 |
|--------|-------|-------|
| 농림어업 | 67.3 | 40.6 |
| 광업 | 98.1 | 35.2 |
| 제조업 | 55.9 | 71.5 |
| 전력가스수도 | 71.2 | 54.7 |
| 서비스 | 38.8 | 38.0 |
| 전산업 | 48.5 | 55.9 |

자료: 한국은행, 산업연관표

의료서비스산업은 중간수요율이 0.04, 중간투입율이 0.49이며, 사회복지서비스산업은 중간수요율이 0, 중간투입율이 0.42로서 전후방 연관효과가 높지 않은 산업으로 나타났다. 그러나 중간 투입률의 경우 서비스산업 평균인 0.38에 비하여는 상당히 높은 편으로서 후방연관효과는 다소간 존재한다고 볼 수 있다. 그러나 중간수요율은 거의 0에 가까운 것으로 나타나 전형적인 최종수요형 산업임을 알 수 있다.

따라서 의료서비스산업 및 사회복지서비스산업의 활성화에 대한 정책적인 계획수립에 있어서 타산업에서의 원활한 중간재투입을 반드시 고려하여야 할 것으로 판단된다. 이는 한정된 자원을 효율적으로 배분하고자 우선순위를 정할 때 반드시 고려해야하는 부분이며, 의료서비스 및 사회복지서비스의 민영화 계획수립에 있어서 중요한 요인이 될 것으로 생각된다. 반면 중간수요율은 거의 0에 가까운 것으로 나타나 타산업에서의 수요증가가 전혀 영향을 미치지 못하는 전형적인 최종수요형 산업임을 알 수 있다.

제5장 요약 및 결론

2장에서 살펴본 바와 같이, 우리나라의 사회서비스에 대한 수요는 지속적으로 증가하고 있으며, 전 세계적으로도 사회서비스가 경제 전반에서 차지하는 비중이 높아지고 있다. 소득의 증가와 의학기술의 발달로 인하여 고령화가 전 세계적으로 진행되면서, 보건 및 사회복지에 대한 수요는 양적인 측면과 동시에 질적으로도 증가하는 추세이다.

우리나라의 사회서비스업은 아직까지는 전체 서비스업에서 차지하는 비중이 낮으나, 2000년대에 들어 빠르게 성장하고 있다. 서비스업 전체 매출에서 차지하는 비중이 지속적으로 상승하고 있을 뿐만 아니라, 사업체당 매출이나 1인당 인건비 상승 등과 같이 질적인 요소도 개선되어가고 있는 것으로 나타났다. 한편, 사회서비스 내의 부문별 비중을 살펴보면, 현재까지는 보건업이 사회서비스에서 차지하는 비중이 압도적으로 높으나, 고령화를 비롯한 사회구조의 변화로 인해 사회복지사업의 비중이 다소나마 상승하고 있는 추세이다.

국내 사회서비스산업이 빠르게 성장하고 있으나, 아직까지 우리나라의 GDP대비 사회서비스 지출은 OECD 평균에 비해 크게 낮은 수준이다. 2003년도 기준으로 OECD국가의 GDP 대비 총 사회서비스지출의 평균비율은 24.5%수준이지만, 우리나라의 총 사회서비스지출은 OECD 평균의 1/3 수준인 8.1%로 나타났다. 현재상태의 단순비교 뿐만 아니라, 1인당 GDP 수준을 고려할 때에도 우리나라의 공공사회지출은 낮은 수준이며, 그 증가 속도도 매우 완만한 추세이다.

사회서비스산업이 우리나라 GDP에서 차지하는 비중이 아직까지는 낮지만, 인구구조 및 소득 증가 등으로 인하여 사회서비스산업이 차지하는 비

증은 크게 상승할 것으로 예상된다. 더욱이, 사회서비스산업은 생산 및 고용에서의 경제적 파급효과가 전반적으로 타 서비스 업종들에 비해 높아, 향후 우리나라 국민경제에서 차지하는 사회서비스산업의 중요도는 크게 상승할 것으로 예상된다. 이러한 증가는 주로 인구 및 사회구조의 변화에서 기인한다. 보다 구체적으로, 여성의 경제활동 참여 증가, 핵가족화, 그리고 고령화 등이 그 원인이다.

우리나라는 여성의 경제활동 참여 증가, 핵가족화, 그리고 고령화의 속도가 매우 빠른 반면 사회복지시스템의 구축은 선진국들에 비해 상대적으로 늦어, 현재의 추세가 지속된다면 향후 사회복지 사각지대의 확대 및 보건의료 서비스 공급 부족 등과 같은 문제를 겪게 될 가능성이 높다.

사회서비스 수요 증가에 대처하기 위해 공공지출의 확대가 필요하지만, 증가하는 수요를 모두 공공부문에서 충당하는 것은 국가 재정 운용에 큰 부담이 될 것이다. 따라서 준시장 도입과 이를 통한 경쟁촉진으로 민간부문의 역할 증대가 필요하다. 해외 사례에서 나타났듯이, 사회서비스 분야의 민간참여 확대는 세계적인 추세라 할 수 있다. 그러나 주요 선진국들에서 민간 참여확대가 공공성 저하로 이어진 사례가 종종 발견된다. 특히, 우리나라와 사회적·문화적 유사성이 높은 일본에서 개호보험 도입 초기에 겪었던 문제들은 우리나라가 깊이 있게 분석하여 반면교사로 삼아야 할 것이다.

현재 우리나라에서 사회서비스 확충에 대한 사회적 공감대 형성은 어느 정도 이루어졌으나, 방법론에 대해서는 논의만 다양할 뿐 뚜렷한 방향이 설정되지 못하고 있다. 현재 우리나라에는 사회서비스 확충을 위하여 정부지출의 확대나 사회캠페인을 통한 기업이나 개인의 기부금 증액에 지나치게 의존하는 주장이 있는 반면, 공공성 저하나 공급부족과 같은 부작용에 대한 치밀한 분석이 부족한 상황에서 민영화 등을 통한 시장기능의 도입을 서두르자는 의견도 존재한다.

물론 상기의 주장들은 모두 현실적으로 다양한 사례를 분석하고 이론적

근거를 가지고 있는 경우가 많다. 그러나 특정 분야에 한정되거나 거시경제 전반을 다양하게 고려하지 못한 부분도 존재한다. 즉, 부분적으로는 합리적인 주장이지만, 우리나라의 경제와 사회 전반의 상황을 복합적으로 고려할 때는 한편으로 치우친 논리인 경우가 많다는 것이다. 따라서 사회 서비스 확충에 대한 논의는 사회복지나 보건의료 분야뿐만 아니라, 다양한 학제 간의 논의가 절충될 때 더욱 합리적인 결론이 도출될 수 있을 것이다.

참고문헌

- 건강보험공단(2002), 국민건강보험의 급여비 추이분석
- 김영순(2007) 외, 「복지국가 유형별 사회서비스의 발전과전과 시사점」, 『보건복지포럼』, 한국보건사회연구원
- 김주훈, 차문중(2007), 서비스부문의 선진화를 위한 정책과제
- 빈부격차 차별시정위원회(2006), 「사회서비스 제도화모형 구축에 관한 연구」.
- 빈부격차 차별시정위원회(2006), 「사회복지서비스 공급체계 개편에 관한 연구」.
- 석재은·김수정·여유진·남찬섭(2006), 『사회서비스 제도화모형 구축에 관한 연구』, 빈부격차·차별시정위원회.
- 석재은·이혜영·엄기욱·박용오·이재완·박진영(2007), 『노인장기요양보험제도 실시에 따른 신규 일자리 창출 조사』, 한국사회복지사협회·실업극복국민재단.
- 신봉춘(2006), 「일본의 개호보험제도 개혁」, 『국제사회보장동향』, 한국보건사회연구원.
- 신영전(2004), 「미국 사회복지정책변화와 메디케이드 매니지드 케어 도입 및 확대」, 『사회보장연구』, 제20권, 1호, pp.147-171.
- 엄기욱(2006), 「일본의 수요자 중심 노인보건복지서비스 전달체계」, 『국제사회보장동향』, 한국보건사회연구원.
- LG경제연구원(2005), 의료서비스산업의 환경 변화와 향후 전망.
- 요시무라 카츠미, 박성호 역(2005), 『일본의 개호복지』, 제이앤씨.
- 윤희숙(2005), 고령화와 공공의료비, 한국개발연구원

- 윤희숙, 권순만, 송미숙, 이태진, 정우진(2005), 인구고령화와 보건의료, 한국개발연구원
- 이가옥·우국희(2005), 「영국의 케어 제공자에 관한 정책 연구」, 『한국사회복지학』, 제57권 2호: pp.185-204, 한국사회복지학회.
- 이상일(2004), 「영국 공공복지서비스 전달체계의 재조직화: 배경 및 시사점」, 『사회복지정책』, 제18권, 3호, pp.157-177.
- 일본케어워크연구소, 선현규·임춘식 역(2006), 『일본의 개호보험제도』, 학현사.
- 정길홍(2003), 「한국의 케어복지 정책적 방안」, 『한국노인복지연구』, 제20권, 여름호: pp.271-306, 한국노인복지학회.
- 정상양(2007), 「Guest Editorial: 요양보호사의 전문성」, 『한국노년학연구』, 제16권, pp.3-7.
- 정재욱(2006), 「일본 사회복지제도의 개혁과 시사점」, 대왕사.
- 조정아, 이해은(2005), 「미국의 복지개혁 이후 사회복지조직의 적응양상에 대한 연구: 서비스구매계약제도를 중심으로」, 『사회보장연구』, 제21권, 4호, pp.137-160.
- 한국보건사회연구원(2007), 「사회서비스 확충방안 연구」.
- 한국은행(2008), 「사회복지서비스업의 현황과 정책방향」.
- 國立社會保障・人口問題研究所(2007), 「日本の社會保障」.
- 國立社會保障・人口問題研究所(2007), 「平成18年版 社會保障統計年報」.
- 健康保險組合連合會(編)(2007), 「社會保障年鑑 2007年版」, 東洋經濟新報社.
- 健康保險組合連合會(編)(2006), 「社會保障年鑑 2006年版」, 東洋經濟新報社.
- 厚生勞動省, 「平成18年 介護サービス施設・事業所調査結果の概況」.
- 厚生勞動省, 「平成17年度 介護保險事業狀況報告(年報)」.
- 稻澤公一・岩崎晋也(2008), 「社會福祉をつかむ」, 有斐閣.
- ニッセイ基礎研究所(1998), “歐美で進む介護サービスへの市場メカニズム導

- 入”, 「ニッセイ基礎研 REPORT」.
- 佐橋克彦(2006), 「福祉サービスの準市場化」, ミネルヴァ書房.
- 澁谷博史・平岡公一(編)(2004), 「福祉の市場化をみる眼—資本主義メカニズムとの整合性」, ミネルヴァ書房.
- 中村 實(2006), “医療・介護保険改革の今後”, 「知的資産創造」.
- 芝田英昭(2001), “社会福祉法の成立と福祉市場化”, 「立命館産業社会論集」, 36卷 4號.
- 山本 隆(2002), “介護保険制度と福祉行財政”, 「立命館産業社会論集」, 37卷 4號.
- Blomqvist, P.(2004), “The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Service in 1990s”, *Social Policy and Administration*, Vol.38, No.2, pp.139-155.
- Brian R. Munday(2007), “The Prospects and Challenges of Welfare Mix in Social Service Provision System”, 한국보건사회연구원 국제 심포지엄 자료집, 한국보건사회연구원.
- OECD, 「OECD Social Expenditure Database, 2007 edition」, 2007.
- Romseck, B.S., and J.M. Johnston(2005), “State Social Services Contracting—Exploring the Determinants of Effective Contract Accountability”, *Public Administration Review*, Vol.25, No.4.

[부록]

사회서비스산업의 발전 방향

1. 사회복지서비스 부문의 공급능력 확충

(1) 사회복지서비스 인력양성체계 정비

1) 사회복지서비스업의 근로조건 및 인력수요

① 사회복지서비스 인력의 종류

현재 우리나라의 사회복지서비스 관련 인력은 크게 케어서비스 일선인력, 사회복지사, 요양보호사로 구분된다. 케어서비스 일선인력은 환자 또는 케어가 필요한 대상에게 간병 또는 일상생활을 지원하는 인력들의 총칭으로 간병인, 가정봉사원, 간병도우미, 케어복지사, 전문간병인 등으로 구분된다.

간병인은 법적 근거가 없는 직종으로 가정이나 시설, 의료기간 등에 고용되어 법적 보호 없이 개인적인 계약에 의해 환자를 케어하고 보수를 받는 사람을 의미한다. 또한, 케어복지사는 민간에서 발급하는 자격으로 법적 지위를 가지지 못하며 그 외 가정봉사원, 간병도우미, 전문간병인은 지정기관에서 일정교육을 이수하고 가정, 시설, 그리고 산재의료원 등 요양급여 지정 기관에서 근무하는 인력을 포함한다.

<표 1> 케어서비스 일선인력 양성현황

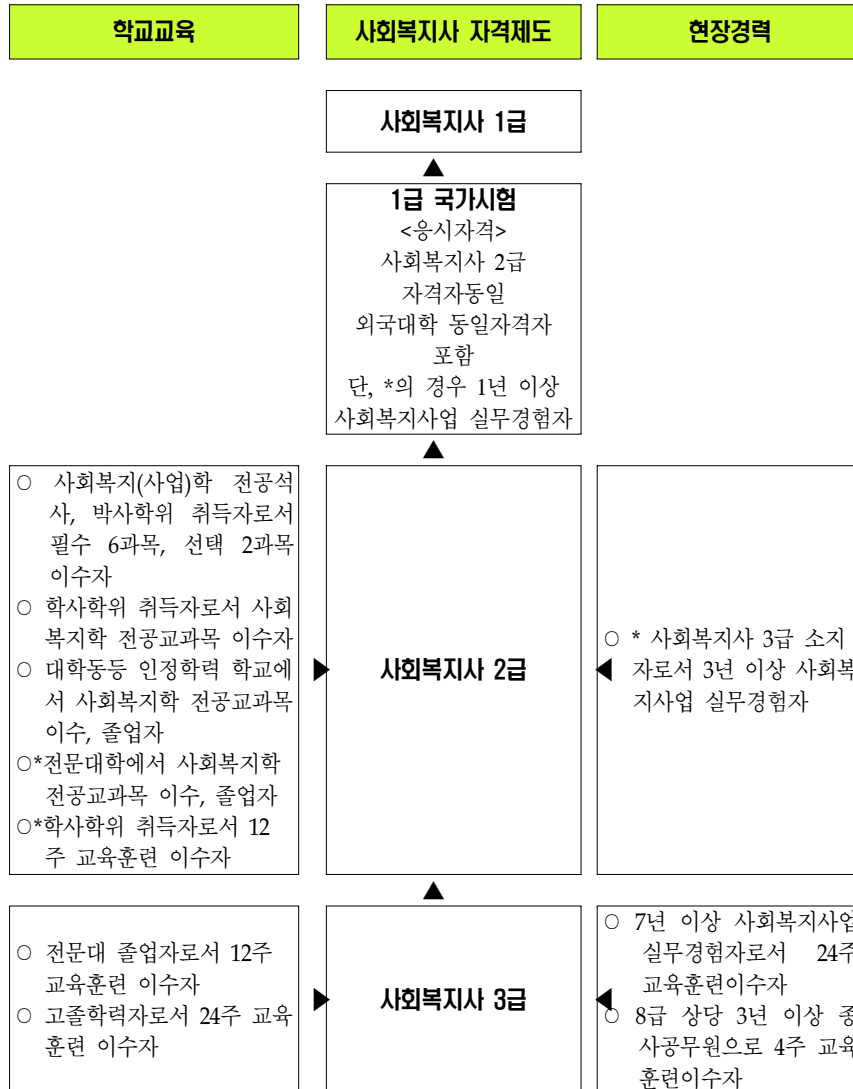
| 구분 | 간병인 | 가정봉사원 | 간병도우미 | 케어복지사 | 전문간병인 |
|-----------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| 법적 근거 | 없음 | 노인복지법 | 국민기초생활보장법 (차상위계층) | (없음)민간 | 산재보험법 |
| 서비스 제공장소 | 가정, 시설, 의료기관 | 가정 | 가정, 시설, 의료기관 | 가정, 시설 | 산재의료원 등 요양급여 지정기관, 가정 |
| 교육기관 (기간) | 민간단체, 대한적십자사 (다양한 형태) | 복지부 지정기관 (유급40, 무급20 시간) | 복지부지정기관 (이론 50, 실기 30시간, 실습 40시간) | 1급: 대학, 전문대학 2급:200-300 시간 | 노동부지정기관 총40시간(실습 16시간) |

자료: 한국보건사회연구원(2006)‘의료간병서비스 사회제도화 방안’

간병·일상생활 지원인력(간병인, 전문간병인, 가정봉사원, 간병도우미)의 경우 공식적인 교육과정 이수여부를 불문하고, 학력에 있어서도 제한을 두지 않는 것이 통상적이다. 단 케어복지사의 경우 한국케어복지협회에서 민간자격증을 주고 있는데 1급과 2급이 있는데, 1급은 일본의 개호복지사와 같은 자격수준의 교육(1650시간, 2년제 대학 중심)을 받으며, 2급은 홈헬퍼 1급, 2급(1급 230시간, 2급 130시간)과 거의 같은 수준의 교육을 이수한다.

사회복지사는 사회복지사업법에 의한 국가자격으로 사회복지관련시설에서 전문적 복지업무를 수행하는 인력으로 사회복지사에는 1급, 2급, 3급의 급수가 있다. 사회복지사는 1급, 2급, 3급으로 구성되며, 사회복지사 1급은 국가고시에 합격해야 하고, 현 사회복지사 자격체계와 학교교육, 현장경력 간의 관계는 아래 <그림 1>과 같다.

[그림 1] 사회복지사 자격체계와 학교교육, 현장경력 간의 관계



자료: 사회복지사업법 제11조(사회복지자격증의 교부 등) 및 12조(국가시험); 사회복지사업법시행령 제2조 및 별표 1, 제3조, 제4조 및 별표3

한편, 요양보호사는 개정 노인복지법 제39조의 2(2008.2.4시행)에 근거를 두고 있으며, 장기요양보험제도 하에서 요양대상자에 대한 케어 서비스를 제공하게 될 국가자격의 케어전문인력을 의미한다. 요양보호사는 노인장기요양보험제도의 실시와 함께 새로 만들어진 공적 자격으로 기존 일선에서 케어를 담당해왔던 가사·간병인, 홈헬퍼, 생활지도원보다 한층 더 업그레이드된 지식과 업무능력을 가지고 개호대상자의 신체 및 일상생활을 지원하고 관리하는 역할을 수행하고 있다.

요양보호사 자격 취득에는 두 가지 방법이 존재한다. 우선, 국가자격소지자(사회복지사, 간호사, 물리치료사, 간호·조무사)와 요양·재가 관련 경력 인정자들은 경력자로 인정받게 된다. 반면, 이러한 자격증이나 경력이 없는 사람들은 신규자로 분류되며, 신규자에게는 학력이나 연령제한은 없다. 요양보호사 자격 취득에 신규자에 대한 진입규제는 없으나, 경력자에 비해 더 많은 시간의 교육과정 이수가 필요하다. 각 자격별로 필요한 교육시간은 <표 2>와 <표 3>에 정리되어 있다.

<표 2> 요양보호사 1급 교육시간

| 구분 | | 총시간 | 이론 | 실기 | 실습 |
|-----------------|---------|-----|----|----|----|
| 신규자 | | 240 | 80 | 80 | 80 |
| 경력자 | 기타 | 160 | 80 | 40 | 40 |
| | 요양/ 재가 | 140 | 80 | 40 | 20 |
| | 요양 + 재가 | 120 | 80 | 40 | 0 |
| 국가자격 (면허)소지자 | 사회복지사 | 50 | 42 | | 8 |
| | 간호사 | 40 | 32 | | 8 |
| | 물리치료사 | 50 | 42 | | 8 |

〈표 3〉 요양보호사 2급 교육시간

| 구분 | | 총시간 | 이론 | 실기 | 실습 |
|-----|-------|-----|----|----|----|
| 신규자 | | 120 | 40 | 40 | 40 |
| 경력자 | 기타 | 80 | 40 | 20 | 20 |
| | 요양/재가 | 70 | 40 | 20 | 10 |
| | 요양+재가 | 60 | 40 | 20 | 0 |

② 사회복지서비스 인력의 근로조건

사회복지서비스 인력에 대한 공급주체별로 월 임금을 살펴보면, 전체 월평균 임금은 571,000원인 것으로 나타났다²⁷⁾. 공급주체 중에서 장애인복지관/자립생활지원센터 종사자의 월평균 급여는 438,000으로 가장 낮았으며, 월평균 급여가 가장 높은 지역자활센터의 임금도 700,000원에 불과한 것으로 조사되었다. 간병이나 일상생활을 지원하는 일선인력은 여성들이 대부분이며, 연령대 또한 40-50대가 주류를 이루고 있다. 이러한 성별 불균형은 낮은 직업적 위상과 저임금에서 기인하다고 볼 수 있다.

〈표 4〉 사회복지서비스 인력 공급주체별 월임금

| 구분 | 월 평균 임금(원) | 표준편차 |
|-----------------|------------|------|
| 가정봉사원파견센터 | 584,000 | 218 |
| 지역자활센터 | 700,000 | 144 |
| 노인복지회관 | 602,000 | 222 |
| 장애인복지관/자립생활지원센터 | 438,000 | 191 |
| 기타 돌보미 파견기관 | 492,000 | 196 |
| 전체 | 571,000 | 214 |

27) 조사대상기관 332개, 기관의 케어서비스 인력은 총 10,028명

<표 4>에서 알 수 있듯이, 현재 사회복지서비스 인력의 근로조건은 매우 열악한 상황이다. 그러나 요양보호사와 같은 사회복지서비스 인력의 수요가 증가할 것으로 예상되므로, 임금을 비롯한 근로조건은 어느 정도 개선될 것으로 예상된다. 그러나 현재 우리나라에는 사회복지서비스 인력의 고용 안정성 보장이나 사회보험 의무가입과 같은 근로조건이 명문화되어 있지 않아, 비정규직 양산으로 인해 근로조건 개선이 억지될 가능성도 존재한다. 이 경우, 이러한 수요 증가에 부합하는 안정적인 사회서비스 공급이 어려워 질 수 있다. 따라서 사회복지서비스 인력 고용의 양적인 충원과 함께 질적인 내용까지도 일정 부분은 제도화시켜 근로조건을 개선하는 것을 신중히 고려해야 한다.

③ 사회복지서비스 인력의 인력수요 전망

보건복지가족부는 2008년 5월말 현재 약 4만 명의 요양보호사가 배출되었고, 990여개 교육기관에서 9만2천여명의 교육생이 수강중이며, 1년 후에는 13만 명의 요양보호사가 배출될 것으로 전망하고 있다. 현재 전국에서 990개의 요양보호사 양성교육기관이 운용 중인 점을 고려하면, 요양보호사 자격자는 크게 늘어날 전망이다.

그러나 이러한 증가에도 불구하고 고령자수의 증가, 소득 및 수요의 다양화 등을 고려하면, 사회복지서비스 인력에 대한 수요는 계속해서 늘어날 것으로 전망된다. 이에 따라, 인력수급에 대한 지원직종으로 간호사, 간호조무사, 가정봉사원, 간병도우미, 무료/유료 간병인, 케어복지사 등의 기존 자격자들에 대한 활용방안이 논의 되고 있다.

요양과 관련된 유사인력 배출현황을 보면, 사회복지사 자격자는 85,499명이고 활동인력은 24,974명이며, 간호조무사는 304,024명의 자격자 중에서 약 26%인 79,000여명이 현재 업무에 종사하고 있다.

2006년 한국보건사회연구원의 보고서에 의하면, 전국에 간병인력은 약 25만 명이 될 것으로 추정되고 있고, 향후 잠재적 간병수요를 충족시키기 위해서는 현재 활동 중인 유료간병인력 30,861명 외에 약 103,480명의 인력이 추가로 요구된다고 전망되고 있다.

〈표 5〉 장기요양관련 유사인력 배출현황

(단위: 명)

| 사회복지사 | 간호사 | 전문(가정)간호사 | 간호조무사 | 간병전문인력 |
|---------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| 85,499명 (24,974) | 185,722명 (100,482) | 6,756명 (372) | 304,024명 (79,000) | 191,128명 (19,533) |

주: () 은 활동인력.

자료: 보건복지부, 공적노인장기요양보장제도 실행위원회 회의자료, 2004.

2) 국내 사회복지서비스 산업화에 대비한 인력양성 방안

① 국가차원의 자격관리 체계 마련

현재 우리나라에는 사회복지서비스 관련 인력의 자격관리가 매우 허술한 상황이다. 자격관리는 단순히 사회복지사나 요양보호사와 같은 자격증 발급만을 의미하는 것이 아니라, 교육기관의 질 관리나 표준화된 교재 개발 등을 포함하는 개념이다.

최근 들어, 노인장기요양보험제도의 실시와 함께 다양한 자격증이 남발되고 있다. 문제는 이러한 자격증 중에서 많은 수가 정부에서 인정하지 않는 민간자격증이라는 점이다²⁸⁾. 민간교육기관이 상업적 목적으로 남발

28) 가장 대표적인 예로 노인복지사를 들 수 있다. 노인복지사는 다양한 매체를 통해 광고가 되어 국가 공인자격증으로 오인되는 경우가 많으나, 이 자격증은 민간교육기관들이 상업적 목적에 의해 발급하는 자격증으로 취업 등에 별다른 혜택을 주지 못한다.

하는 자격증이 마치 정부가 공인하는 자격증인 것처럼 오인되는 사례가 빈번하게 발생하고 있다. 이는 정부의 자격관리체계가 허술한 틈을 악용한 사례로 볼 수 있다.

상업적 목적에만 치우친 나머지 과대광고 등을 통하여 민간교육기관이 자격증을 남발하는 것을 막는 것이 선결되어야 할 과제임에 틀림없지만, 민간자격증 남발 방지만으로 국가차원의 자격관리 체계가 마련되었다고 보기는 어렵다. 사회복지서비스 인력 교육기관의 질 관리와 표준화된 교육내용 및 교재 개발 등이 원활하게 이루어질 때, 국가차원의 자격관리 체계가 정비되었다고 볼 수 있다.

현재는 공인자격증도 철저한 관리가 부족한 상황에서 민간교육기관에 의해 쉽게 발행되고 있다. 이는 정부의 민간교육기관 모니터링 기능이 부족한데서 기인하는 측면도 있으며, 교육의 내용을 표준화하여 제공하지 못하는 데서 기인하는 측면도 있다. 다시 말하면, 현재는 정부가 제시한 교육시간을 민간교육기관에서 이수하면 해당 교육기관에서 자격증을 발급할 수 있다. 그러나 교육의 질적인 측면에 대한 감시는 엄격하게 이루어지지 않고 있다. 따라서 공인자격증에 대한 홍보와 함께 교육기관에 대한 관리 강화가 반드시 수반되어야 할 것이다.

일본, 독일, 영국 등과 같은 복지선진국에서는 사회복지서비스 인력 양성을 모듈화하고 표준화하는 등 국가차원의 자격관리를 강화하는 추세이다. 그 이유는 민간교육기관의 지나친 상업화로 인하여 사회복지서비스 인력의 질적 저하를 막기 위해서이다. 현재 우리나라의 사회복지서비스 인력양성은 양적인 확장에 지나치게 무게를 두어, 질적 관리가 소홀해 질 위험이 높은 상황이다.

물론 정부의 자격관리 강화는 사회복지서비스 인력에 대한 진입장벽으로 작용할 수도 있다. 그러나 현재와 같이 자격증이 남발되어 사회복지서비스 인력의 질적 저하가 우려된다면, 자격 관리 자체가 전혀 기능을 하지 못하여 사회적 비용만 발생하고 편익은 전혀 없는 최악의 상황이 나타날 수도 있다.

공인자격증을 활용하는 이유는 일정 수준 이하의 서비스 인력을 시장에서 제거하여 시장의 효율성과 사회적 후생을 높이기 위함이다. 그런데 자격증이 남발되어 자격증으로 인력의 수준을 전혀 판단할 수 없는 상황이 된다면, 자격증 발급관련 비용만 발생하고 사회적 편익은 전혀 없게 된다. 따라서 공인자격증 발급 교육기관에 대한 감시기능을 강화하고 교육내용을 모듈화하는 등 정부차원의 통합적인 자격 관리체계가 필요하다. 다만, 다수의 민간교육기관들이 인력 공급 시장에서 활발하게 경쟁하는 환경을 유지하여, 효율성을 유지하려는 노력이 수반되어야 한다.

② 국가차원의 인력정책 마련

우리나라 사회가 고령화 및 핵가족화와 같은 사회 및 인구구조의 변화로 인해, 사회서비스에 대한 수요가 증가할 것이라는 것에는 거의 이견이 없는 것으로 보인다. 또한, 수요증가에 따른 서비스 인력 부족이 나타날 수 있다는 지적도 다수 존재한다. 그러나 정교한 수요 전망이나 국가차원의 인력공급계획은 부실한 상황이다.

다양한 연구기관에서 사회서비스에 대한 수요 전망을 시도하고 있으며, 본 연구에서도 사회서비스 수요 전망을 시도하였다. 그러나 이러한 전망들이 모두 각자의 실태조사나 제한된 거시자료를 바탕으로 하고 있어 정교함이 떨어지고 일관성이 부족하다는 문제가 있다. 정부차원의 사회서비스 인력 정책을 수립하기 위해서는 사회서비스 수요조사 및 전망에 대한 정교한 연구가 필요할 것이다.

사회복지서비스 인력 수급을 원활하게 하는 방안으로, 사회복지서비스 관련 인력에 대한 교육과 직업알선을 통합하여 운영하는 것을 고려해 볼 수 있다. 현재 사회서비스 인력 교육은 민간교육기관에 위임되어 있는 상황에서 정부의 감시기능마저 약한 상황이다. 또한, 직업알선은 주로 노동

부에서 직업훈련과는 별도로 수행하고 있다.

이러한 구조에서는 인력수급 계획과 직업훈련이 유기적으로 조화되기 어렵다. 보다 구체적으로, 직업알선을 담당하는 기관에서는 어떤 업종에 어떤 직종이 필요한지 빠르게 확인할 수 있다. 그러나 이러한 자세한 정보가 직업훈련기관에게 정확하고 신속하게 전달되지 못할 경우, 한 업종에서는 구인난이 발생하는 반면 다른 업종에서는 구직난이 발생할 가능성이 높아지게 된다. 즉 인력수급계획과 직업훈련이 조화를 이루지 못하여 구조적 실업 완화에 도움을 주지 못하게 될 가능성이 있다는 것이다.

현재는 사회복지서비스 인력정책에 대한 정부의 총괄조정기능이 미약하여, 민간 영역에서 파편적으로 대응하거나 정부차원에서도 부처별로 독자적으로 대응해오는 과정에서 불필요한 사회적 낭비와 비용을 치루고 있다. 따라서 사회복지 산업의 인력정책을 총괄적으로 모색하고, 인력 개발 및 양성을 위한 종합적이고 체계적인 지원을 도모할 수 있는 중앙정부 조직의 마련을 숙고해 볼 필요가 있다.

(2) 사회복지서비스 부문의 시장기능 활성화

현재 우리나라의 인구 및 사회구조를 고려하면, 향후 사회복지지출이 크게 확대될 것으로 예상된다. 이를 모두 공공부문에서 충족시키려면, 정부의 사회복지지출도 이에 상응할 수준으로 대폭 상승해야 할 것이다. 우리나라의 사회복지지출이 OECD 국가들 중에서 최저 수준에 머물고 있으므로, 일정 수준 이상의 공공부문 사회복지지출은 수반되어야 할 것이다.

그러나 사회복지지출을 모두 공공부문에서 담당하여야 한다면 이는 향후 우리나라 재정에 큰 부담으로 작용할 것이다. 최근 들어, 복지선진국으로 알려진 북유럽국가들조차도, 고령화 등으로 인한 복지지출의 증가로 인해 사회복지에 민간참여를 확대하는 추세에 있다. 따라서 사회복지서

비스의 확대에 있어서 공공부문과 민간부문의 역할분담은 우리나라 실정에서 필수적일 뿐만 아니라, 세계적인 흐름이라 할 수 있다.

복지지출 증가로 인한 정부재정의 부담과 사회적 손실을 최소화하면서 증가하는 사회복지서비스 수요를 충족시키기 위해서는 공공부문과 민간부문의 적절한 역할 분담이 필요하다. 그러나 민영화 등을 통한 민간참여의 부작용에 대한 숙고가 부족한 상황에서 전면적인 규제완화를 통한 민간영리법인의 참여를 허용한다면, 사회복지서비스의 질적저하와 복지 사각지대의 확대와 같은 문제를 야기할 수도 있다.

일본의 개호보험 도입은 비교적 좋은 평판을 받고 있으며, 성공적인 민간참여 확대 사례로 인식되고 있다. 그러나 개호보험도 도입 초기에는 민간기업 참여가 서비스의 질 저하나 크리밍 등의 부작용을 야기한 사례가 있다. 일본은 이후 지속적인 제도의 보완으로 이러한 문제들을 완화시켜 나가고 있는 실정이다. 따라서 우리나라에서도 민간참여 확대와 함께, 이로 인한 부작용을 최소화하기 위한 제도적 보완에 세심한 주의를 기울일 필요가 있다.

또한, 민간부문의 확대를 다양한 분야에서 전면적으로 시행하는 것은 부작용이 발생할 경우 그 폐해가 매우 심각할 수 있다. 따라서 사회적 취약계층이나 약자에 대한 서비스는 공공부문의 공급확대를 우선시 하고, 서비스의 수요대상이 광범위한 경우나 필수성이 상대적으로 낮은 분야를 중심으로 민간부문의 공급을 확대해 나가는 방향을 설정하는 것이 합리적일 것이다. 특히, 사회복지서비스의 혜택을 차상위계층만이 아니라 중산층 이상으로 확대 적용한다면, 이 부분에 대해서는 공공부문의 지원보다는 민간참여를 적극적으로 유도하는 것이 바람직할 것이다.

그러나 현재 우리나라에서 사회복지서비스는 주로 공공부문에 의해 주도되고 있다. 많은 민간기관이 사회복지분야에서 활동하고 있지만, 이들의 대다수가 사실상 정부의 지원에 의해 운영되거나 정부의 지원을 받고 있

는 계층의 소비자들을 대상으로 운영되고 있다. 즉, 경쟁 환경에서 기업 활동을 통한 이윤창출을 추구한다기 보다는 공공부문의 지원에 의존하는 형태에 가깝다고 볼 수 있다.

이러한 상황에서 민간부문의 참여를 확대하기 위해서는 사회복지서비스 부문의 규제 개혁, 사회복지서비스 기업 지원체계 마련, 차별화된 서비스 시장 창출 등이 필요하다. 이하에서는 이러한 문제들에 대한 구체적인 논의를 진행하고자 한다.

1) 사회복지서비스 부문의 규제 개혁

민간부문의 참여촉진 및 확대를 위해서는 사회복지서비스 공급분야에 진입 장벽으로 작용하고 있는 다양한 규제를 개혁하는 것이 시급한 과제이다. 전술하였듯이, 공공부문의 재정부담 가중을 완화하고 자원의 효율적인 배분을 위하여 민간부문의 활발한 참여가 요구되지만 현재 사회복지서비스 부문에는 민간참여를 저해하는 다양한 규제가 존재하고 있다. 특히, 사회복지서비스 관련 업종은 공익성에 대한 지나친 강조로 인하여 관행적으로 규제대상에 포함되어 있는 실정이다. 따라서 사회복지서비스의 산업적 발전을 위해서는 우선 시장에서의 진입과 퇴출 비용을 낮추어 시장의 효율성을 제고할 필요가 있다.

간호사, 영양사, 조리사 관련 제도의 개선 및 간병·수발, 호스피스, 방문간호 등의 서비스 관련 제도화 등 현재 계획된 규제개혁과 제도개선은 지속적으로 추진해야할 것이다.²⁹⁾ 이외에도 사회복지관련 분야에서 문제점으로 지적되고 있는 민간시설에 대한 과잉규제, 민간영역에 과도한 부담 전가, 복지영역에 민간부문의 적극적 참여 저해 등과 관련된 규제 등도 개혁할 필요가 있다.

29) 의료서비스나 의약품 관련 규제에 대해서는 제 2절에서 자세히 다루어진다.

『노인보호전문기관』을 국가 및 지방자치단체가 직접 설치·운영하지 않을 경우 “여가노인복지시설”과 “재가노인복지시설”에 대해서만 시도지사로부터 지정받아 운영할 수 있도록 하고 노인주거복지시설과 노인의료복지시설에서는 노인보호전문기관을 지정받을 수 없도록 제한하는 것이 대표적인 과잉규제라 할 수 있다. 이외에도 10인 이상의 장애인 근로자를 고용하는 사업주는 장애인 직업생활상담원을 선임하도록 규정한 것은 오히려 장애인 고용을 억지하는 역효과를 초래하는 규제이다.

사회복지서비스 분야에 진입규제도 다수 존재한다. 여성·가족·청소년을 위한 민간 상담 및 보호시설의 설치·운영에 대한 기준을 정부가 법으로 정하고 있으며, 상담시설에 대한 신고의무는 사실상 인가제로 운영되고 있다. 또한, 사설화장장과 사설납골시설에 대하여 민법상의 재단법인을 원칙으로 하고 있는 것도 진입규제의 한 유형이다.

물론 사회복지서비스 분야의 모든 규제가 불합리한 것은 아니며, 공익성 등을 고려하여 반드시 유지되어야 하는 규제도 많이 있다. 그러나 민간참여가 바람직한 분야에 대한 규제개혁은 지속적으로 수행되어야 한다. 특히, 경쟁 자체를 저해하는 진입규제나 실효성이 적은 규제들과 같이 규제의 편익보다는 비용이 높은 규제들에 대한 개선이 이루어져야 보다 활발하게 민간부문의 참여가 촉진될 것이다.

2) 사회복지서비스 기업 지원체계 마련

현재 사회복지서비스 기업들의 규모는 전반적으로 영세하다고 볼 수 있으며, 이러한 영세성과 비전문성은 사회복지서비스산업의 발전을 저해하는 요소로 작용하고 있다. 사회복지서비스 기업은 영세하고 각 지역별로 세분화되어 있는 경우가 일반적이기 때문에 전국적인 시장을 대상으로 사업을 운영하는 경우가 많지 않다. 이는 전국적인 조직을 갖추고 기업활동을 영

위하는 대기업이 다수 분포되어 있는 여타 업종의 경우와는 전혀 다른 상황이다. 사회서비스 산업에서는 이처럼 소규모·지역별 업체들이 중심을 이루고 있어, 전국적인 네트워크 구성이 부실하고 정보교류 등 외부경제 효과나 규모의 경제 실현이 이루어지지 않고 있다. 이러한 문제점들을 합리적으로 극복하기 위해서는 다양하고 전문적인 정보가 필수적이므로 이를 위한 산학연정의 관련 전문가들로 구성된 지원체계가 필요하다.

따라서 사회복지서비스 기업들의 경영 전반이나 회계 등에 대한 컨설팅을 제공하고 정보화를 지원할 중앙정부 차원의 조직 구성을 고려해 볼 수 있다. 실질적인 운용은 지자체에 맡겨 지역별 특성을 고려한 경영지원 업무를 수행하되 중앙정부에서 재원을 지원하는 방안이 합리적일 것으로 판단된다. 이러한 지원을 통하여, 사업주체의 사회복지서비스시장에 대한 정보교류 및 이해증진, 합리적인 의사결정과 효율적인 경영활동의 전개, 다양한 기관들 간의 협력 체계 구축 혹은 M&A를 통한 조직의 대형화 등을 도모할 수 있을 것이다.

3) 차별화된 서비스 시장 창출

현재 우리나라의 사회복지지출은 주로 차상위계층 이하를 대상으로 한 저소득층 지원에 집중되어 있다. 공공부문의 사회복지정책이 유럽 및 일본에 비해 미성숙한 우리나라의 실정에서는 저소득층 지원 중심의 사회복지지출이 자연스러운 현상이라 할 수 있다.

그러나 사회복지서비스를 사회 전계층을 대상으로 한 사회안전망 구축이라는 개념을 생각한다면 현재의 사회복지지출 구조는 변화되어야 한다. 즉, 중산층 이상 계층이 저소득층으로 전락하는 것을 사전에 방지할 뿐만 아니라, 전국민의 삶의 질을 제고하기 위해서는 사회복지서비스의 다양화가 필요하다.

공공부문의 지출확대만을 바탕으로 사회서비스를 중산층까지 확대 적용하는 것은 당분간 요원할 것으로 예상된다. 따라서 현재 제공되고 있는 저소득층 지원책의 일환인 사회서비스와는 차별화된 시장을 형성하여 이 부분에 민간참여를 적극적으로 유도하여야 할 것이다.

올해부터 보건복지가정부에서 진행 중인 사회서비스 선도사업도 이러한 문제인식하에서 중산층 이상 대상의 사회서비스 제공을 목표로 하고 있다. 과거에 제공되었던 사회서비스가 생존권 등 기초생활을 영위할 수 있게 하는 수준의 최소한의 서비스였다면, 사회서비스 선도사업에 포함된 내용은 보다 다양한 종류의 서비스를 포함하고 있다. 즉, 중산층 이상을 대상으로 한 차별화된 서비스가 시장을 형성할 수 있도록 중앙정부 차원에서 초기 시장형성을 도와주기 위한 방안들이 구체화된 것이다. 따라서 사회서비스 선도사업은 다양한 사회서비스 시장이 형성될 시점까지 지속적으로 운용되어야 하며, 진행 과정에서 정교한 수요조사를 동반하여야 할 것이다.

사회서비스 시장의 다양화는 전국민의 삶의 질 개선과 함께 사회서비스 기업들의 다양화를 꾀할 수 있는 계기가 될 수 있다. 사회서비스 시장이 차별화되고 구매자의 층이 확대된다면, 사회서비스 시장의 크기 자체가 크게 성장할 것이다. 특히, 구매력이 높은 중산층 이상의 잠재수요가 시장에서 현실화될 경우에는 이윤창출이 가능한 다양한 서비스의 개발이 이루어질 것으로 예상된다. 이 경우, 민간영리기업의 진입이 증가하게 될 것이며, 이에 따라 다양한 경영기법의 함께 사회서비스산업 전반의 효율성이 높아질 것으로 예상된다. 이를 통해 새로운 서비스 개발과 시장차별화 뿐만 아니라 기존 서비스의 질적 개선과 기업들의 경영효율성 향상이 가능할 것이다.

2. 의료서비스산업의 발전방향

(1) 의료서비스 공급체계의 개선

의료서비스는 전통적으로 시장에서 자유롭게 거래되는 경제재, 즉 시장에서 공급과 수요가 일치하는 균형가격에 의해 균형량이 결정되는 서비스라기 보다는 국가가 당연히 제공해야 하며 국민으로서 당연히 누릴 수 있는 권리가 보장되는 공공재라는 관점에서 이해되어 왔다. 따라서 산출, 고용 등의 산업적 관점에서의 육성보다는 시장의 실패로 인한 부작용을 개선하기 위한 정부의 개입이 필수적이며, 이로 인한 가격 및 수량의 규제가 당연시 되어 왔다. 이와 더불어 의료의 산업화 논의가 시작되기 전인 불과 몇 년전만 하더라도 의료산업의 확대보다는 국민건강을 훼손하지 않는 범위내에서 국민의료비를 억제하는 것이 보다 중요한 정책적 과제였다. 이로 인하여 의료서비스에 대한 가격의 통제 및 공급방식 등에 대한 통제가 일반적인 상황이 되어 OECD 국가 중 거의 최저의 국민의료비 수준을 보여왔다.

그러나 근래에 들어서 의료의 산업화 논의가 본격화되면서 이러한 필수재로서의 의료서비스로서의 성격보다는 하나의 ‘재화’로서의 성격이 부각되면서 의료산업의 발전을 위한 여러 시각에서의 논의가 진행 중이다. 이러한 논의 중에는 비영리법인으로만 한정되어 있는 의료서비스의 공급 주체를 영리법인까지로 확대하여 의료서비스의 공급체계를 보다 다양화하고 효율적으로 개선하기 위한 논의, 경직된 의료서가제도를 개선하여 시장에서 결정되는 의료서비스의 가격으로 현실화시키자는 논의, 의료보험체계 역시 국민건강보험의 단일체계가 아닌 사보험의 도입을 통한 효율성 확보 등이 포함된다. 이러한 논의들의 공통점은 기존에 공공재적인 시각에서 규제하던 의료서비스 분야에 경쟁적인 요소를 도입하여 시장에서 자유롭게

게 거래되도록 개선하고자 하는 데 있다. 이를 통하여 국내 의료서비스산업을 육성시키는 목적을 달성함과 동시에 경쟁을 통해 의료연구를 활성화 시킴으로써 기술경쟁력을 제고시키고, 해외환자 유치 등을 통해 적극적인 수요확대를 도모하고자 하는 목적이 있다.

이러한 관점에서 고령화 사회로의 빠른 이행과정 속에서 급속히 증가할 것으로 예상되는 고령인구의 의료비 증가는 기존의 건강보험재정으로 해결하기 보다는 의료의 산업화를 통한 민영화 방식이 보다 효율적이다. 정부의 부담보다는 민간보험을 확대하여 일정부분 해결할 수 있을 뿐만 아니라, 정부의 지원에 의해 낮은 본인 부담금 비율이 정해지고 있는 상황에서는 수요의 과다한 증가가 예상되므로 수익자 부담의 원칙에 의해 해결하는 것이 보다 적절할 것으로 보인다. 특히 고령인구의 의료서비스는 정보의 비대칭성으로 인하여 공급자에 의한 의료서비스 구매가 이루어질 가능성이 높으므로 이를 해결할 수 있는 시장메커니즘의 도입이 요구된다고 하겠다.

(2) 의료의 공공성 확보

이상과 같은 의료서비스의 산업화 시도는 그 타당성에도 불구하고 기존의 공공재로서의 당위성을 포기함으로써 야기할 수 있는 부작용이 예상되므로 보다 신중한 접근이 필요하다.

첫째, 의료서비스 수요의 커버리지 축소의 문제가 발생할 가능성이 높다. 현재의 의료서비스 체계는 여러 문제점에도 불구하고 의료서비스의 대상에서 제외되는 대상을 최소화시킴으로써 국민건강의 증진이라는 의료서비스 본래의 목적에 매우 충실한 의료체계이다. 다시 말해 낮은 가격으로 전국민의 의료서비스 접근권을 보장해 왔다. 그러나 의료서비스의 산업화를 통해 시장에서 결정되는 가격과 수량으로 유지되는 체계의 경우,

이에서 소외되는 계층이 발생될 가능성이 높으므로 이에 대한 적절한 고려와 대비가 필요할 것으로 판단된다. 특히 이와 같은 의료서비스의 제외 대상이 될 가능성이 높은 계층은 주로 저소득계층, 어린이, 노인 등 의료서비스의 need가 높은 계층, 지방거주 계층 등이므로 이에 대한 대비가 절실하다고 하겠다.

둘째, 국민의료비의 급격한 증대로 인해 국민경제적인 부담이 가중될 가능성이 있다. 현재의 의료제도는 의료서비스 산업을 육성시키는데 부적합한 것으로 평가되고, 그 근거로서 여타 선진국에 비해 낮은 국민의료비 비중이 제시되어 왔다. 그러나 이러한 분석은 다른 측면에서는 국민의료비가 국민경제의 부담으로 작용하지 않고 있다는 관점에서 재해석될 수 있다. GDP 대비 국민의료비 비중이 OECD 국가의 평균치인 8.9%, 미국의 15.3%에 크게 미달된다는 사실은 이와 같은 관점에서 낮은 의료비 부담으로 인한 국민후생의 증대로 해석될 수 있다. 따라서 의료서비스 산업의 육성을 통한 국민의료비의 자연스러운 상승은 국민 후생적 측면에 대한 고려를 통해 조심스러운 접근이 요구된다고 볼 수 있다.

(3) 의료수요의 확대와 의료공급체계의 발전

의료수요는 소득의 증가와 더불어 빠르게 증가하는 특징이 있는 반면, 우리나라와 같이 인구구조의 변동으로 인해 급격히 고령화 사회로 진입함으로써 빠르게 증가할 가능성도 존재한다. 본 연구의 경우 후자에 초점을 맞추어 의료서비스 전망을 수행하였으며, 향후 노인인구를 중심으로 의료수요가 증가할 가능성이 높음을 보였다.

의료의 산업화 논의를 통해 달성할 수 있는 의료서비스의 효율적인 공급은 기술발전이 요구되는 특정한 분야에서 긍정적인 효과가 기대된다. 이와 더불어 고령인구에 대한 의료서비스도 그 특성상 생명과 직접적으로

연결된다기 보다는 삶의 질에 대한 문제로 취급되면서 대표적으로 시장경제에 의해 해결될 수 있는 분야로 인식되어 왔으며, 이로 인해 민간의 참여가 활발하게 진행되고 있는 분야이다. 그러나 이러한 고령인구의 의료서비스는 또한 역선택(adverse selection) 또는 민간에 의해 유리한 환자의 선택(cream screaming)이 발생할 수 있는 대표적인 분야이기도 하다.

이와 같이 고령화 사회로의 진입은 국민의료비의 급증과 이에 따른 재정적인 부담의 가중이라는 현실과 시장실패가 나타날 가능성이 높은 고령인구의 의료서비스 특성사이에서 적절한 균형을 맞추어야 하는 정책적인 과제를 부여하고 있다. 따라서 원칙적인 의료서비스의 산업화 논의에서 벗어나 고령인구의 의료서비스 수요의 특수성을 고려한 접근이 필요해 보인다. 즉 향후의 의료서비스 공급체계의 발전방향은 전 의료서비스 공급체계를 대상으로 하기보다는 노인의료체계를 따로 분리하여 정책결정을 하는 것이 보다 적절할 것으로 판단된다.

노인의료서비스의 수요는 다른 계층의 의료서비스 수요와는 달리 급성 질환보다는 만성질환의 비중이 상대적으로 높은 것으로 알려져 있다. 따라서 이에 대한 전문적인 의료기관 내지는 장기적인 요양시설 등에서의 치료가 보다 효과적일 수 있다. 그러나 현재 이에 대한 정책적인 대비는 요양병원 내지는 요양시설에 대한 정부의 재정적인 지원 등에 국한된 소극적인 형태로 진행되고 있다. 이에 대한 적절한 대비가 없을 경우 급증하는 고령인구가 기존 공공재정에 의해 보장되는 의료체계 또는 건강보험 체계에 머무를 가능성이 높아 의료재정의 큰 부담을 작용할 가능성이 높으므로, 고령인구의 의료서비스에 대한 새로운 재정지원제도의 마련, 적절한 가격제도의 마련 및 사회복지와의 협조 등을 통하여 적절한 정책적 방안을 마련해야 할 필요성이 있다.

3. 사회서비스 관련 통계 개선

사회서비스 관련 연구를 수행하는 데 겪는 어려움 중에서 통계 자료의 불충분이 자주 지적되고 있다. 이는 비단 사회서비스 뿐만 아니라 서비스 산업 관련 연구 전반에서 공통적인 현상이기도 하다. 그러나 여타 서비스 업종들의 경우에는 각종 협회나 관련 단체 등에서 다양한 추정치들을 발표하는 등, 사회서비스 분야에 비해서는 가용한 통계치들의 범위가 넓은 것이 일반적이다.

현재 공공기관에서 발표되는 사회서비스 통계자료 중에서 가장 많이 사용되는 통계 자료는 통계청의 「서비스산업통계조사」와 한국은행의 「국민계정」이다. 사회서비스 전체의 부가가치가 총부가가치나 GDP 등에서 차지하는 비중이나, 산업연관분석을 활용한 경제적 파급효과 분석 등과 같이 거시경제 변수들과의 비교 분석에는 한국은행 「국민계정」 통계치가 유용하게 사용될 수 있다. 그러나 II장에서 설명한 바와 같이, 한국은행의 「국민계정」은 세분류 수준의 통계치가 제공되지 않는다는 약점이 있다.

통계청의 「서비스산업통계조사」는 비교적 자세한 분류에 따른 통계치를 제공하고 있다. 그러나 「서비스산업통계조사」는 전 산업을 대상으로 한 조사가 아니므로, 국민경제 전체에서 차지하는 비중과 같은 거시변수들과의 상관관계 분석에서는 약점이 존재한다. 이러한 약점에도 불구하고 「서비스산업통계조사」는 세분류 수준의 통계와 세부업종별 사업체 수나 종사자 수와 같은 다양한 정보를 제공하기 때문에, 비교적 자세한 기초 분석에 유용하게 사용될 수 있다.

그러나 기존의 사회서비스 관련 연구들을 보면, 한국은행 「국민계정」의 자료와 「서비스산업통계조사」보다는 자체적인 실태조사가 더 많이 활용되고 있다. 특히, 지난 수년간 사회서비스에 대한 깊이 있는 분석이나 향후 전망에 활용된 자료에서는 상기의 두 자료가 거의 사용되지 않고 있다.

그 원인으로서는 통계 분류의 낙후성이 가장 크다고 볼 수 있다. 현재 「서비스산업통계조사」에서는 사회복지서비스를 수용복지와 비수용복지로 구분하고 있으나, 현재 사회복지 관련 연구에서 수용복지와 비수용복지라는 용어는 더 이상 사용되지 않고 있다. 최근에는 사회복지서비스를 크게 산후조리서비스, 장애인돌봄서비스, 노인돌봄서비스 구분하여 분석하고 있다. 그리고 이러한 분류 하에서 사회복지서비스 관련 실태조사와 수요추계 등이 수행되고 있다. 즉, 「서비스산업통계조사」의 분류체계가 매우 낙후되어 있다는 것을 알 수 있다.

물론, 정부차원의 통계조사가 반드시 연구자들의 편의만을 위해 진행될 수는 없겠지만, 학계와 업계에서 더 이상 사용되지 않는 기준에 기초한 과거의 분류를 유지하는 것은 바람직하지 않다. 최근 들어 여성사회참여의 증가, 핵가족화, 고령화, 저출산 등과 같은 인구 및 사회구성의 변화로 인해 노인, 청소년, 장애인 등을 대상으로 한 복지서비스의 시장규모도 크게 변화할 것으로 예상된다. 다시 말하면, 노인관련 시장규모가 다른 부분에 비해 상대적으로 크게 증가할 것이다. 그러나 현재 「서비스산업통계조사」의 분류체계에서는 이러한 변화를 정확히 인지하기 어렵다. 보다 구체적으로, 노인관련 복지서비스 중에서 향후 수요가 크게 증가할 것으로 예상되는 노인관련 재가서비스가 ‘그 외 기타 비수용 복지시설’에 포함되어 있는 반면, 노인수용복지시설은 수용복지시설의 한 부분으로 분류되고 있다. 따라서 노인관련 사회복지서비스의 규모를 파악하기 어렵다. 산후조리서비스와 장애인돌봄서비스에도 노인돌봄서비스와 같은 문제가 존재한다.

「서비스산업통계조사」에서의 보건업은 의료산업 전체를 포괄하는 것이 아니라 주로 진료서비스에 국한된 통계치만을 포함하고 있다고 볼 수 있다. 이에 따라, 의료서비스의 일부로 간주되는 약국의 매출액은 보건업이 아니라 도소매 유통에 포함되어 있다. 또한, 의약품 생산도 보건업에는 포함되지 않는다.

물론 이는 의료산업에만 국한된 문제가 아니다. 여타 산업에서도 생산과 부가서비스가 별도의 항목으로 분류되어 산업이나 제품의 가치사슬의 규모를 제대로 반영하지 못하는 경우가 많이 있다. 그러나 병·의원의 진료서비스와 의약품의 판매는 같은 가치사슬에 놓여 있을 뿐만 아니라, 진료와 판매가 동일한 판매자의 결정(의사의 판단)에 의해 이루어지는 경우가 매우 많다는 점에서 여타 산업과 차별성을 갖는다. 또한, 진료서비스와 의약품 판매 모두 국민건강보험의 통제를 받는다는 점도 여타 산업과 차별화되는 점이다.

따라서 의료산업을, 정보통신산업의 경우와 같이, 별도의 항목으로 분류하여 통계치를 제공하는 것을 신중히 고려해 볼 만 하다. 물론 의료산업의 중요성이 정보통신산업보다 적다는 인식이 일반적이다. 그러나 기존의 연구와 본 연구의 수요추정에서 나타난 바와 같이, 의료산업의 크기는 노령화와 함께 매우 빠르게 증가할 것으로 예상된다. 즉, 산업의 특수성과 성장성을 동시에 고려한다면, 의료산업을 정보통신산업처럼 개별항목으로 구분하여 통계치를 제공하는 방안도 생각해 볼 수 있다.

분류체계의 재구성은 통계 전문가들뿐만 아니라 사회서비스 관련 학계나 업계 전문가들의 의견을 충분히 수렴하여 진행되어야 할 것이다. 또한, 국민건강보험공단, 국민연금관리공단, 건강보험심사평가원, 대한의사협회, 병원협회 등과 같이 자체적인 사회서비스 관련 데이터베이스를 구축하고 있는 다양한 기관들과의 정보 공유를 통해, 조사의 효율성을 높이는 방안도 고려해 볼 수 있다.

4. 사회서비스 부문에 대한 금융 및 세제지원

현재 우리나라에는 다양한 종류의 벤처 및 중소기업 지원정책이 존재하며, 금융지원이나 세제혜택 등 정책적 수단도 다수 존재한다. 그러나 이러

한 정책지원의 대다수가 제조업에 집중되어 있어, 사회서비스 관련 기업에 대한 정부의 정책지원은 제한적으로 이루어지고 있다.

서비스업에 대한 지원이 부족한 원인은 1960년대부터 지속되어온 우리나라의 제조업 위주 산업발전전략에서 찾을 수 있다. 과거 우리나라는 제조업 주도의 성장을 추구하여 왔으며, 이 과정에서 서비스산업에 대한 기업관련 정책금융이나 조세제도는 상대적으로 미흡하였던 것이 사실이다. 정부의 재정 및 인력양성 지원도 주로 기술개발과 관련된 분야에 집중되어 있어, 상대적으로 컨설팅이나 비즈니스모델 개발과 같은 서비스 R&D에 대한 지원이 원활하지 못하다.

물론 사회복지서비스 관련 업종에서 부분적으로 정부의 재정지원이나 조세 혜택 등이 있어왔고, 최근에는 사회적기업육성법이 제정되는 등 정부차원의 지원이 확대되고 있다. 그러나 그럼에도 불구하고, 아직까지는 정부의 금융 및 세제지원이 제조업을 위주로 수행되고 있다.

전술하였듯이, 사회서비스 기업들은 타업종에 비해 규모가 영세하고 경영기법이 발달하지 못한 경우가 일반적이다. 또한, 물적 담보능력이 낮은 사회서비스 기업들은 자산의 담보가치가 낮아, 민간 금융기관을 통한 대출 등과 같은 자금조달이 매우 어려운 실정이다. 이러한 상황에서 정부의 기업관련 정책금융이나 조세제도마저 제조업에 비해 상대적으로 미흡하기 때문에 정부의 중소기업관련 정책지원이 사회서비스 산업의 발전에 큰 도움이 되지 못하고 있다.

사회서비스 업종에 민간참여를 적극적으로 유도하기 위해서는 관련 업종의 현실에 부합하는 금융지원이나 세제혜택 등 정책적 수단의 강구가 필요하다. 다시 말하면, 제품개발이나 설비투자를 중심으로 진행되고 있는 정부의 금융지원은 제조업위주의 기준설정이므로, 서비스업 기업들에게는 서비스업의 현실을 반영한 지원 기준을 바탕으로 정부의 지원을 수행하여야 할 것이다. 이하에서는 정부의 지원을 금융지원과 조세지원으로 구분하여 자세히 살펴보기로 한다.

(1) 금융지원제도

현재 정부에서 제공하는 중소기업 금융지원 정책은 다양하지만, 중소기업 정책자금과 신용보증지원의 운용현황과 문제점에 대해 집중적으로 살펴보기로 한다. 우선 중소기업 정책자금은 성장유망 중소기업을 발굴하고 선택적으로 집중 지원하는 제도로서, 2008년 현재 중소기업 정책자금은 2조 6,344억 원이 운용되고 있다.

중소기업 정책자금의 운용계획은 창업 및 혁신형 중소기업에 대한 지원 강화, 투자 지원을 위한 설비투자 중심으로 자금 공급, 업종별 제한 부채비율의 예외적용 범위 확대 등이 포함된다. 한편, 정책의 실효성을 제고하기 위해 정책자금의 업종별 제한 부채비율 예외적용범위를 창업 3년 미만에서 창업 5년 미만 기업으로 확대하였으며, 시장상황을 고려하여 정책자금 대출금리를 고정금리에서 분기별 변동금리(공공자금관리기금 대출금리, -0.53%p)로 전환하였다. 이밖에도 기술성과 사업성위주 자금평가제도를 확대 실시하고, 부채부담형 대출 비중을 축소하기 위한 성장공유 대출제도의 시범 도입하였다.

<표 6>에 나타난 바와 같이, 중소기업 정책자금의 대부분이 중소벤처창업과 시설개선 등과 같이 제조업 지원위주로 운용되고 있다. 서비스업 관련 지원은 소상공인 지원 외에는 눈에 띄는 부분이 없다. 즉, 사회서비스업뿐만 아니라 대부분의 서비스업이 중소기업정책자금의 지원을 받기 어렵다고 볼 수 있다.

〈표 6〉 2008년 중소기업 정책자금과 지원규모 및 조건

| 자 금 | | 2008년 예산(억원) | 지원한도 (시설/운전) | 대출기간(거치) (시설/운전) | 적용금리 |
|------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|
| 중소벤처창업 | | 6,400 | 연간 20억 연간 5억 | 8년 이내(3) 5년 이내(2) | 공자기금 대출금리 - 0.53% |
| 개발기술사업화 | | 1,200 | 연간 10억 연간 3억 | 8년 이내(3) 5년 이내(2) | - 0.53% |
| 경영혁신 신자금 | 시설개선 | 7,904 | 연간 30억 연간 5억 | 8년 이내(3) 3년 이내(1) | - 0.53% |
| | 지식기반서비스 숙육성 | 1,000 | 연간 10억 연간 5억 | 8년 이내(3) 3년 이내(1) | - 0.53% |
| | 기업간협력 | 2,527 | 연간 40억 연간 5억 | 10년 이내(5) 5년 이내(2) | - 0.53% |
| 긴급경 영안정 자금 | 원부자재 | 1,750 | 연간 5억 | 3년 이내(1) | - 0.53% |
| | 재해복구 | 500 | 연간 10억 | 3년 이내(1) | - 1.23% |
| | 수출금융 | 663 | 10억 | 180일 이내 | - 0.53% |
| 구조조 정자금 | 희생특례 | 200 | 연간 10억 | 3년 이내(1) | +2.27% |
| | 사업전환 | 1,100 | 연간 30억 연간 5억 | 8년 이내(3) 5년 이내(2) | - 0.53% |
| | 무역조정 | 300 | 연간 30억 연간 5억 | 8년 이내(3) 5년 이내(2) | - 0.53% |
| 소상공인지원 | | 2,400 | 50백만원 | 5년 이내(1) | + 0.12% |
| 자산유동화지원 | | 400 | 50억 | 5년 이내 | 채권금리 |
| 합 계 | | 26,344 | | | |

중소기업 정책자금과 함께 중소기업 지원제도에서 큰 비중을 차지하는 신용보증 지원도 제조업 위주로 운용되고 있다. 신용보증 지원은 담보력이 부족한 중소기업의 원활한 자금 조달을 지원하기 위해 신용보증을 지원하는 것으로, 신용보증기금, 기술보증기금 및 지역신용보증재단을 통해 보증이 이루어진다.

신용보증기금은 혁신제품 생산기업 및 성장동력산업 영위기업을 중심으로 창업활성화를 위한 혁신형 창업기업에 신용보증을 지원하고 있다. 기

술보증기금은 벤처·Inno-Biz·기술 창업기업 등 기술혁신형 중소기업을 중심으로 신용보증을 지원하며, 기술평가보증도 확대하여 지원하고 있다. 또한, 지역신용보증재단은 지역 소기업 및 소상공인 신용보증 지원을 위해 1996년 이후부터 운영되고 있으며, 2007년 현재 16개 지역신용보증재단에서 2.3조원 보증공급규모를 운용하고 있다.

위의 세 기관 중에서 신용보증기금과 기술보증기금은 모두 제조업 중에서 벤처기업을 대상으로 신용보증을 지원하고 있으며, 지역신용보증재단만이 유일하게 서비스업 관련 기업의 신용보증(소상공인 신용보증)을 포함하고 있다. 그러나 지역신용보증재단도 기본적으로 제조업 위주로 운영되고 있으며, 사회서비스 관련 기업들에 대한 지원은 거의 없는 실정이다.

이상에서 본 바와 같이, 우리나라에서 정부차원의 중소기업 금융 지원 대책은 벤처기업 등 주로 기술개발과 깊게 관련된 중소제조업체를 대상으로 하고 있다고 볼 수 있다. 즉, 서비스업체에 대한 지원은 매우 미약하며, 특히, 사회서비스 관련 기업들이 정부의 지원을 받기는 매우 어려운 실정이다.

(2) 세제지원제도

현재 우리나라에서 중소기업에 대한 조세지원제도의 대상기업은 조세특례제한법 제2조에 근거하여 <표 7>에 제시된 업종을 주 영위하는 기업으로 한정하고 있으며, 이러한 업종들에 포함되는 기업들을 대상으로 다양한 조세지원이 이루어지고 있다. 구체적으로, 창업 및 벤처기업 지원, 투자촉진 지원, 연구·인력개발 지원, 재무개선 및 구조조정 지원 등으로 구분하여 법인세 감면 및 세액공제 등의 혜택이 주어진다.

〈표 7〉 조세지원 대상 주 영위 사업

| | | | | | |
|----|---------|----|----------------|----|-----------|
| 1 | 제조업 | 11 | 연구및개발업 | 21 | 포장 및 충전업 |
| 2 | 광업 | 12 | 방송업 | 22 | 영화산업 |
| 3 | 건설업 | 13 | 정보처리 및 컴퓨터 관련업 | 23 | 공연산업 |
| 4 | 엔지니어링산업 | 14 | 자동차정비업 | 24 | 전문디자인업 |
| 5 | 물류산업 | 15 | 의료업 | 25 | 뉴스제공업 |
| 6 | 선박관리업 | 16 | 폐기물·폐수처리업 | 26 | 광고업 |
| 7 | 여객운송업 | 17 | 오수·분뇨등관련영업 | 27 | 무역전시산업 |
| 8 | 어업 | 18 | 작물재배업 | 28 | 직업기술분야학원 |
| 9 | 도·소매업 | 19 | 축산업 | 29 | 관광사업 |
| 10 | 전기통신업 | 20 | 과학 및 기술서비스업 | 30 | 노인복지시설운영업 |
| | | | | 31 | 토양정화업 |

조세지원도, 중소기업 금융지원과 같이, 제조업위주로 이루어지며, 특히, 사회서비스의 산업화를 위한 지원은 거의 없는 실정이다. 해당 업종 중 의료업과 노인복지시설운영업 등이 포함되어 있으나, 조세지원 대상은 극히 제한적이다.

창업 및 벤처기업 지원의 경우, 지원대상이 수도권 과밀억제권역 외의 지역에서 창업한 중소기업 및 벤처기업으로 한정되어 있다. 그러나 사회서비스에 대한 수요가 높은 지역은 인구밀도가 높은 수도권에 집중되어 있기 때문에, 많은 수의 사회서비스 관련 기업들이 사실상 지원 대상에서 제외된다. 또한, 연구·인력개발 지원과 재무개선 및 구조조정 지원 등은 지원 대상에서 소비성 서비스업을 배제하고 있다. 즉, 사회서비스는 소비재적 성격이 강하므로 조세지원의 혜택에서도 제한적으로 적용되게 된다.

물론 사회복지시설과 같이 공공성이 높은 업체들은 중소기업 조세혜택과 무관하게 다양한 세제 혜택을 받을 수 있다. 그러나 현재 운영되고 있는 사회복지시설들의 대부분은 저소득층을 대상으로 한 시설이므로, 질적

으로 차별화된 다양한 서비스를 제공하는 사회서비스 관련 기업들에 대한 조세 지원은 이와 다른 측면에서 다시 고려되어야 한다. 다시 말하면, 중산층 이상을 대상으로 한 다양한 업태의 사회서비스 제공 업체들이 본격적으로 공급을 시작하여 시장이 형성되게 하기 위해서는, 이러한 기업들에게도 제조업체들에게 제공되는 조세지원 방안이 적용되어야 할 것이다. 따라서 조세지원 대상 주 영위 사업 범위에 사회서비스 관련 기업도 포함하여 창업·벤처기업, 투자촉진, 연구·인력개발, 재무개선·구조조정 등과 관련된 조세지원의 혜택을 사회서비스 관련 기업도 누릴 수 있도록 개선할 필요가 있다.