

네덜란드

독일

미국

스웨덴

영국

이탈리아

일본

중국

프랑스

한국

호주



K O R E A

주요국의 사회보장제도

한국



주요국의
사회보장제도
:
한국

【 연구진 】

정 기 혜 한국보건사회연구원 선임연구위원

김 용 하 순천향대학교 교수

이 지 현 한국보건사회연구원 연구원

한국편

주요국의 사회보장제도

© 한국보건사회연구원, 2012

초판 1쇄 인쇄 | 2012년 7월 15일

초판 1쇄 발행 | 2012년 7월 20일

발행인 | 최병호

발행처 | 한국보건사회연구원

주 소 | 122-705 서울특별시 은평구 진흥로 235

전 화 | 대표전화 02-380-8000

등록번호 | 1994년 7월 1일(제8-142호)

홈페이지 | <http://www.kihasa.re.kr>

인쇄처 | (주)한국장애인고용안정협회

값 11,000원

ISBN 978-89-8187-892-4 94330

978-89-8187-882-5 (전12권)

* 잘못된 책은 교환하여 드립니다.

[주요국의
사회보장제도
...
한국]

[한국편 집필진]

주 제	저 자	
역사적 전개과정	강 신 욱	한국보건의사회연구원 연구위원
사회보장 관리체계	강 혜 규	한국보건의사회연구원 연구위원
인구구조 및 인구문제	이 삼 식	한국보건의사회연구원 연구위원
	최 효 진	한국보건의사회연구원 연구위원
경제와 정부재정	최 성 은	한국보건의사회연구원 연구위원
소득분배와 사회보장 재정	최 성 은	한국보건의사회연구원 연구위원
최근 사회보장 개혁동향	강 신 욱	한국보건의사회연구원 연구위원
고용보험 및 고용정책	김 태 홍	한국여성정책연구원 선임연구위원
연금제도	신 화 연	한국보건의사회연구원 부연구위원
재해보험	이 철 선	한국보건의사회연구원 연구위원
공공부조	김 태 완	한국보건의사회연구원 연구위원
의료제도	정 형 선	연세대학교 교수
의료보장	정 형 선	연세대학교 교수
노인장기요양보험	정 형 선	연세대학교 교수
고령자 및 장애인복지서비스	이 민 경	한국보건의사회연구원 전문연구원
아동 및 보육서비스	김 효 진	한국보건의사회연구원 전문연구원
주택 및 주거 서비스	조 소 영	강남대학교 교수

C·O·N·T·E·N·T·S

제1부 사회보장제도 총괄 9

제1장 역사적 전개과정 10

제2장 사회보장 관리체계 20

제3장 인구구조 및 인구문제 41

제4장 경제와 정부재정 69

제5장 소득분배와 복지재정 90

제6장 최근 사회보장 개혁동향 110

제2부 소득보장제도 117

제1장 고용보험제도와 고용정책 118

제2장 연금제도 154

제3장 재해보험 192

제4장 공공부조 228

제3부 의료보장과 사회서비스제도	261
제1장 의료제도	262
제2장 의료보장	293
제3장 노인장기요양보험	336
제4장 고령자 및 장애인복지서비스	355
제5장 아동 및 보육 서비스	387
제6장 주택 및 주거서비스	411

제1부

사회보장제도 총괄

제1장 역사적 전개과정

제2장 사회보장 관리체계

제3장 인구구조 및 인구문제

제4장 경제와 정부재정

제5장 소득분배와 복지재정

제6장 최근 사회보장 개혁동향

제 1 장

역사적 전개과정

| 제1절 | 1980년대 이후 한국사회보장제도 발전의 특징

1. 개괄적 특징

한국 사회보장제도의 역사적 기원을 어느 시점부터 고찰할 것인가 하는 것은 그 자체가 하나의 논점이 될 수 있다. 관점에 따라서는 1945년 해방 이후부터 혹은 그 이전부터 현재 제도의 초기 형태를 발견하고자 할 수 있다. 반대로 경제성장이 본격화되면서 성장의 주역으로 지칭되던 제조업 부문 근로자를 대상으로 사회적 보호 기제의 도입이 논의되었던 1960년대 초반으로 거슬러 올라 갈수도 있을 것이다.¹⁾

하지만 이 글에서는 1980년대 이후의 사회보장제도 발전을 간략하게 살펴볼 것이다. 1980년대 이후로 한정하는 것은 사회보장제도의 발전 양상을 특징짓는 주요한 사회적 현상, 그 가운데에서도 경제발전과 사회적 세력 사이의 관계 변화, 그리고 정치질서의 민주화가 특징적으로 나타난 시기가 1980년대이며, 그 결과 오늘날의 사회

1) 1960년대 이후 한국 사회보장제도의 발전을 서술하고 있는 문헌으로는 한국경제60년사 편찬위원회 편(2010) 『한국경제 60년사, V권』 참조.

보장의 기본적 특성을 구성하는 주요한 모습이 형성된 시기가 1980년대라는 판단 때문이다.

1980년대 이후 한국 사회보장제도의 발전 단계는 다시 세 가지 국면에 의해 특징지워진다. 첫 번째 국면은 정치적 민주화를 둘러싼 갈등이 폭발하고 그 결과 적어도 정치권력의 민주화를 둘러싼 절차적 민주화가 완성되기까지의 국면으로 1980년부터 1992년까지의 시기를 의미한다. 이 시기의 사회보장제도의 발전은 매우 선별적이었으며, 많은 경우 정치적 이유에 따른 불균등 발전의 양상을 보이기도 했다.

두 번째 국면은 1993년 이후로, 세계화가 사회보장제도의 발전에 본격적으로 영향을 미치기 시작한 시기로 설명될 수 있다. 결과적으로 1997년에는 경제위기를 경험하였고, 이 시기를 경유하면서 경험한 대량 실업과 빈곤의 출현은 사회보장제도의 발전에 중요한 계기로 작용하였다.

1990년대 후반 이후 사회보장제도는 빠르게 확장되었음에 틀림없다. 1990년대 후반 이후 형성된 우리나라 사회보장제도의 모습은 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 사회보장제도의 양적 특성을 보자면, 사회지출은 OECD 평균과 비교해도 매우 낮은 수준이며, 지난 10년간 빠른 속도로 확충하였으나 여전히 다양한 사회적 욕구를 충족시키기에 미흡한 상태이다.

둘째, 제도의 외형적 틀 면에서는 1998년을 기점으로 주요 사회보험의 가입대상을 1인 이상 전체 사업장으로 확대하였으나, 비정규직 임금근로자와 영세자영업자 대부분이 사각지대에 남아 있는 상황이다. 증가하는 빈곤층에 대한 소득보장을 강화하기 위해 기초생활보장제도를 도입하였으나, 전체 빈곤층 중 보호를 받지 못하는

집단의 규모가 큰 상황이다.

한편 사회보장제도를 확충하는 과정에서 나타났던 중요한 문제점은 다음과 같이 요약된다.

첫째는 성장주의적 담론이 지배적이었다는 사실이다. 즉 경제성장이 가구의 소득을 증대시키면 이는 빈곤의 해소는 물론 복지욕구의 상당한 부분을 해소해줄 것이라는 생각이 그것이다. 이러한 생각은 보수적인 정치집단은 물론 관료 사회나 학계에서도 광범위하게 퍼져있던 생각이었다.

둘째, 주로 노동시장서 안정된 지위에 있는 대규모 사업장 정규직 노동자를 중심으로 사회보험제도를 형성하는 전략을 취해왔다는 점이다. 이 점은 1997년 위기 이후 노동시장의 유연화가 급속히 진행되면서 상대적으로 열위에 있는 노동자들이 오히려 사회적 보호의 범위 내에 머무르지 못하게 되는 역설을 초래하게 되었다.

셋째, 빈곤층에 대한 소득보장과 관련해서 가족의 책임과 근로의무를 강조하는 경향을 나타냈다. 결과적으로 빈곤층에 대한 지출은 확대되었으나 여전히 큰 사각지대를 해소할 수 있는 근본적인 대책 마련에는 한계를 드러내고 있다.

넷째, 제도의 확충과 신설에 따른 재정부담과 그에 상응하는 기업이나 가계의 조세부담에 대해 체계적인 고려가 이루어지지 못했다는 점이다. 이로 인해 단기간에 사회보장제도를 급속히 증가시켜야 할 필요에 직면할 때마다 재원부담을 둘러싼 사회적 논란은 반복되었고 복지확대에 대한 사회적 합의의 형성이 방해받고 있다.

요컨대 한국은 과거 고도성장기 동안 성장주의 담론의 그늘 아래서 사회보장제도 확충을 소홀히 해왔었으나 세계화, 인구구조의 변화, 기술구조의 변화 등으로 인해 사회구성원들이 직면하는 다양한

사회적 위험이 증가하자 사회보장제도의 확장이 불가피해졌다. 하지만 20세기 유럽 복지국가처럼 사회보험 확대에 기반한 복지확장 전략을 추진하는 것이 용이하지 않은 상황이다. 특히 자영업자의 규모가 크고 노동시장의 유연성이 확대됨에 따라 비정규직이 증가하는 현실은 이러한 어려움을 가중시키고 있다.

또한 한국의 사회보장제도는 민주화 이후 정치체제의 불안정성에 따른 제약도 받고 있다. 정당정치에의 불안정성은 사회정책에 대한 지속가능한 비전을 가진 정치집단의 출현을 저해하였다. 그 결과 정당 보다는 행정부 주도의 제도 확대가 진행되었다. 또한 사회보장제도를 확충하는 과정에서 다양한 이해관계집단의 요구를 조정할 수 있는 사회적 합의기구가 취약했다는 점 또한 지적해야 할 것이다.

이하에서는 이러한 기본적 특징에 대한 인식을 전제로 주요 제도별 사회보장제도의 발전에 대해 개괄할 것이다.

2. 사회보장예산의 양적 변화

2009년 현재 한국의 공공사회복지지출 비중은 GDP 대비 약 9.6%로 추정된다.²⁾ 이는 OECD국가의 평균의 절반에도 훨씬 미치지 못하는 매우 낮은 수준이다. 일부에서는 연금제도가 성숙해지지 않은 데에서 그 원인을 찾기도 하지만, 시간의 경과에 따른 연금지급 대상자의 확대를 고려하더라도 단기간 내에 OECD 평균 수준으로 사회보장지출이 확대될 것을 기대하기는 어려운 현실이다.

이렇게 사회보장 지출이 낮은 데에는 복지제도 자체의 발달이 지체되었다는 점이 가장 큰 원인이 될 것이다. 특히 경제위기로 인해

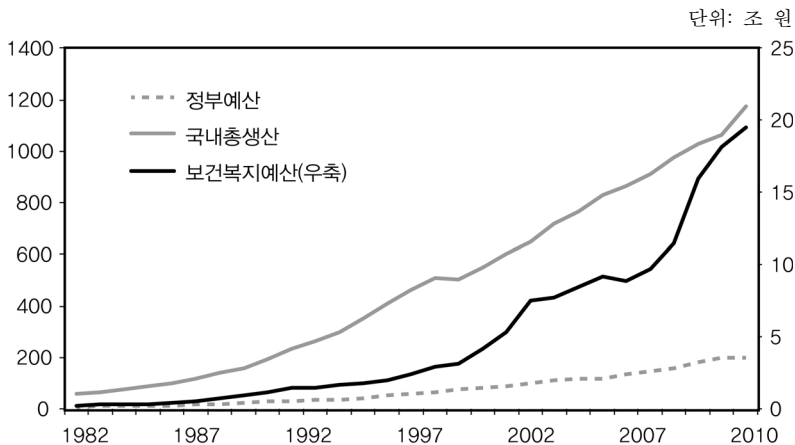
2) KOSIS.

실업과 빈곤에 따른 사회적 비용이 대규모로 발생하기 이전까지는 사회보장 관련 지출의 증가가 매우 완만하게 이루어졌었다.

아래의 [그림 1-1-1]은 보건복지분야의 예산이 어떻게 증가하여 왔는지를 국내총생산 및 정부예산의 증가 추이와 함께 보여준다. 이 그림을 통해 1997년 전후의 양상이 뚜렷하게 비교되는 것을 확인할 수 있다. 1997년 이전까지는 빠른 경제성장에 비해 보건복지분야의 예산증가는 매우 완만했었고 그 결과 GDP 대비 보건복지예산의 비중도 1%에 미치지 못했었다. 심지어 1993~1997년간에는 정부예산 증가율(18.8%)에 보건복지예산 증가율(17.9%)이 미치지 못하기도 하였다. 하지만 경제위기 이후 사회보장제도의 확충과 함께 보건복지 예산이 급속히 증가하여 경제성장 속도나 정부예산 증가 속도를 앞지르기 시작하였다.

최근 들어서의 급속한 재원 투입 증가에도 불구하고 한국사회가

[그림 1-1-1] GDP, 정부예산 및 보건복지예산의 규모 변화



자료: 통계청, KOSIS

직면한 사회적 위험의 수준을 감안한다면 현재와 같은 사회보장 지출이 부족하다는 것은 더욱 분명해진다. 예를 들어 우리나라의 빈곤율(특히 노인빈곤율)이 OECD 국가 가운데에서 여전히 높은 편에 속한다는 것, 그리고 빈곤율과 불평등 지표는 최근에도 계속 악화되고 있다는 점을 고려하면 사회보장지출 확대의 필요성 또는 압력은 지속될 것으로 전망된다.

Ⅱ 제2절 | 주요 제도별 발전

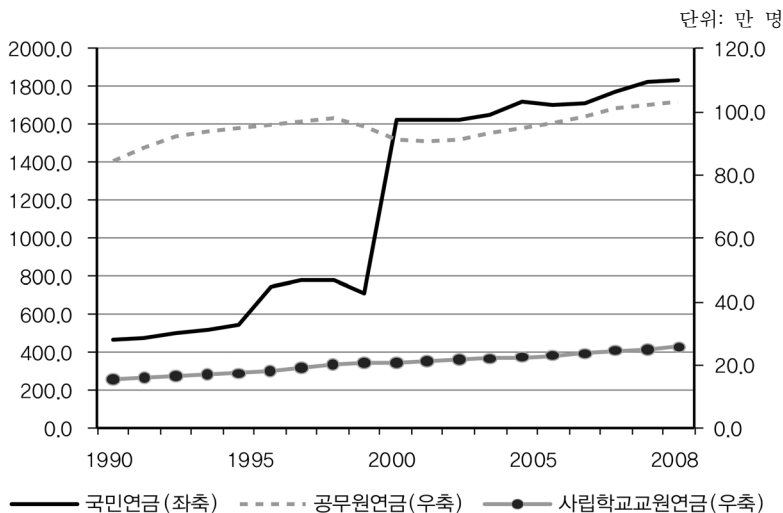
1. 사회보험

한국의 사회보험 중 건강보험은 다른 제도에 비해 일찍 자리 잡은 것이라고 말할 수 있다. 1963년 의료보험법 제정 이후 점진적으로 가입대상이 확대되어 왔기 때문이다. 실제로 1980년에는 전 국민의 30%가 혜택을 받았으며, 1985년 52%로 증가하였고, 1989년에는 전 국민으로 확대되었다. 따라서 이론적으로는 전 국민이 건강보험의 혜택을 받고 있는 것을 알 수 있다. 하지만 보험료 체납 등으로 인해 실제 건강보험을 이용하는 인구는 2007년 3월 현재 전 국민의 96.8%로 나타나고 있으며, 건강보험 가입자라 하더라도 높은 자부담 문제는 해결해야 할 숙제로 남아 있다. 즉, 현재의 건강보험체계 하에서는 가입자가 중질환에 걸리는 경우, 높은 자부담으로 인해 가계에 심각한 타격을 받게 되기 때문이다. 이러한 문제점으로 인해 1990년대 후반 이후 건강보험은 중질환에 대한 보장성을 확대하는 조치와 체납 등으로 인해 의료서비스를 이용하지 못하는 빈곤층을

보호하는 정책에 초점을 두고 있다.

국민연금은 1998년 가입대상을 확대한 이후 18세 이상 인구 중 가입자 비율이 급격하게 올라가게 된다. 이는 국민연금 가입대상 기업을 1인 이상 전체 사업장으로 확대한 결과라고 말할 수 있다. 그리고 이러한 조치에 따라, 사회보험의 포괄범위는 과거에 비해 큰 폭으로 확대되었고 사회보장제도가 전반적으로 서구와 유사한 외관을 갖추게 되었다. 하지만 문제는 사회보험이 20세기 중반 서구 복지국가에서 나타났던 것과 같이 전체 가입대상의 90%수준에 육박하지 못하고 있으며, 이러한 추세는 앞으로도 장기간 계속될 것이라는 점이다. 이는 노동시장에서 상대적으로 안정적인 지위를 누리고 있는 근로자를 중심으로 복지가 확충되고 있으며, 나머지 인구집단에 대한 복지대책이 취약하다는 것을 의미한다.

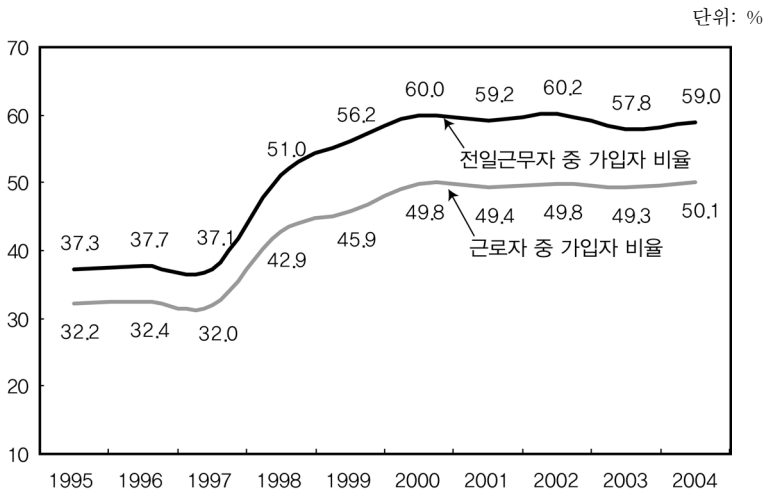
[그림 1-1-2] 공적연금 가입자 규모 변화 추이(1990년 이후)



자료: 보건복지부

고용보험은 1998년 가입대상을 1인 이상 전체 사업장으로 확대한 이후, 가입자 규모가 빠른 속도로 증가하고 있다. 하지만 문제는 고용보험이 전체 가입대상 임금근로자의 50% 수준에 정체되어 있어, 사실상 사각지대가 크고, 임시직이나 일용직과 같은 비정규직 근로자들을 대상으로 하는 고용보험의 확대가 이루어지지 않고 있음을 의미하는 것이다. 그리고 이는 임금근로자 중 보험가입자 규모의 변화에 비해 상용직 임금근로자 중 보험가입자의 규모변화가 매우 적다는 것을 통해 확인할 수 있다.

[그림 1-1-3] 고용보험 가입 근로자 비율의 변화



이상의 현황은 1990년대 후반 이후 한국 복지국가의 확장이 사회보험 중심으로 이루어짐에 따라 전체적으로 사회보장제도를 통해 보호받는 인구집단의 규모가 크게 증가하였지만, 노동시장에서 고용불안을 경험하고 있는 많은 비정규직 근로자(고용보험)와 영세자영업자는 그로부터 배제되어 있으며, 이러한 문제점은 여전히 심각

한 상태임을 의미하는 것이다. 이 점에서 사회보험 중심의 확장전략은 빈곤층 및 취약계층에 대한 보호문제를 야기하고 있다.

2. 공공부조제도³⁾

1997년 경제위기 맞이하여 한국은 전례 없이 높은 실업률과 빈곤율을 경험하였다. 사회안전망이 충분히 갖추어지지 않은 상태에서 발생한 대량 실업으로 인해 증가하는 빈곤층에 대한 소득보장대책을 강화해야 할 필요성이 대두되었다. 정부는 2000년 국민기초생활보장제도를 제정함으로써 이들에 대한 보호를 강화하였다. 국민기초생활보장제도는 빈곤층의 생활보호를 국가의 의무이자 국민의 권리로 명시화하고 있다는 점, 보호 대상의 선정에서 인구학적 특성을 고려하지 않는다는 점(즉 근로능력이 없어도 우선 보호를 받을 수 있다는 점), 그 결과 빈곤층에 대한 보호의 규모나 일인당 급여의 규모를 기존 생활보장제도에 비해 크게 확대하였다는 점 등에서 빈곤층 생활 보호에 큰 기여를 한 것으로 평가받고 있다.

하지만 지나치게 까다로운 재산의 소득환산조건이나 부양의무자 조건 등으로 인해 다수의 소득빈곤층이 이 제도의 보호를 받지 못하고 있다는 점, 근로능력이 있는 수급층에 대해 시행된 자활지원 제도의 성과(노동시장 진입)가 약하다는 점, 그리고 소요 예산의 급속한 증가에도 불구하고 빈곤화 예방기능이 취약하다는 점이 여전히 문제로 지적되고 있다.

3) 현행 대표적 공공부조제도인 국민기초생활보장제도의 역사, 현황, 특성 등에 대한 상세한 설명은 이태진 외(2011) 『국민기초생활보장제도 10년사』, 한국보건사회연구원·보건복지부를 참조할 것.

국민기초생활보장제도가 현재 한국의 공공부조제도에서 압도적인 비중을 차지하고 있는 것은 사실이지만, 기타 다양한 공공부조 프로그램이 운영되고 있다. 그 가운데 대표적인 것이 기초노령연금으로, 이 제도는 과거에 국민연금에 가입하여 보험금을 납부한 실적이 없는 혹은 그 기회를 부여받지 못한 현 세대의 노인들을 지원하기 위한 소득제도이다. 기여에 의거하여 보험금을 지급하고 있지 않다는 점에서 이 연금은 표현과는 달리 저소득 노인층에 대한 공공부조성 급여라고 보아도 무방할 것이다. 그 외에도 다양한 부처들이 저소득층이나 취약층을 지원하기 위한 다양한 지원제도를 운영하고 있다.⁴⁾

4) 다양한 부처가 시행중인 공공부조성 급여의 종류와 내역, 특징 등에 대해서는 강신욱 외(2011) 『복지정책의 효율적 관리방안 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원을 참조할 것.

제2장

사회보장 관리체계

| 제1절 | 사회보장 관리체계의 개요

1. 사회보장제도와 관리 기구⁵⁾

우리나라 사회보장기본법에 의하면, 사회보장이란 ‘출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상시키는 데 필요한 소득·서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 말한다’(개정 사회보장기본법 2012. 1). 사회보험, 공공부조⁶⁾와 함께, 사회서비스는 ‘국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등의 분야에서 인간다운 생활을 보장하고 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원 등을 통하여 국민의 삶의 질이 향상되도록 지원하는 제도’이다.

이와 같은 사회보장부문의 제도 운영을 위한 관리 기구의 기본

5) 본 원고는 그간 필자가 작성했던 원고들(참고문헌에 제시)을 기초로 하여 수정 보완하였음을 밝혀둔다.

6) “사회보험”은 국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험의 방식으로 대처함으로써 국민의 건강과 소득을 보장하는 제도, “공공부조”는 국가와 지방자치단체의 책임 하에 생활 유지 능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하는 제도로 설명하고 있다.

구도는 다음과 같다.

〈표 1-2-1〉 사회보장제도 영역별 관리기구 및 전달체계의 구조

중앙정부					지자체		민간
중앙 부처		보험 공단	특별행정기 관		시군구	읍면동	주요 기관
사회 보험	국민 연금	복지부	→	연금 공단			
	건강 보험	복지부	→	건보 공단			
	고용 보험	노동부	→	→			
	산재 보험	노동부	→	근로복지 공단			
	노인요 양보험	복지부	→	건보 공단			
공공 부조	기초 보장	복지부	→	→	○	○	종합 복지관
	자립 지원	복지부	→		○	○	→ 지역자활 센터
사회 정책 부문 서비스	고용 지원	노동부	→	고용지원 센터	일자리 센터		
	교육 복지	교육부	→	지방 교육청	→	○	
	주거 복지	국토부	→	→	→	○	
	보건	복지부	→	→	보건소		
복지 서비스	노인	복지부	→	(건보 공단)	○	○	→ 노인 복지관등
	장애인	복지부 노동부	→	(연금 공단)	○	○	→ 장애인 복지관
	아동	복지부 여성부	→	→	○	○ (드림 스타트)	→ 지역아동 센터
	가족	여성부	→	→	○	→	건강가정 센터

자료: 강혜규a(2011)

사회보장제도를 관리하는 공공행정기관으로서, 공공부조제도등의 사회복지사업 관련 행정을 담당하는 지방자치단체 사회복지부서와 사회보험제도 운영을 담당하는 공단들을 살펴 볼 수 있다. 지방자치단체의 경우 사회복지행정을 담당하는 16개 시·도, 230개 시·군·구 및 3,464개 읍·면·동의 인력은 총 20,926명(2010년 6월 기준)이며, 이 중 사회복지직 공무원은 1만 여명으로 확인된다.

〈표 1-2-2〉 전국 지자체 사회복지담당 인력 현황

단위: 명

구 분	계	시도	시군구 본청	읍면동			
				소계	동	읍	면
계	22,461	1,535	10,609	10,317	6,185	877	3,255
사회복지직	10,335	296	4,440	5,599	3,476	510	1,613
행정직 등	12,126	1,239	6,169	4,718	2,709	367	1,642

주: 2010년 6월 기준 보건복지부 취합자료
자료: 강혜규 외(2011)

사회보험관련 주요 기관은 5대 사회보험을 관리하는 국민건강보험공단, 국민연금공단, 근로복지공단 등이 있다. 지역사무소 현황을 보면, 국민건강보험공단은 전국 6개 지역본부에 178개 지사, 국민연금공단은 91개 지사, 근로복지공단은 6개 본부 46개 지사를 두고 있다.

〈표 1-2-3〉 사회보험 관리 기구 현황

	국민건강보험공단	국민연금공단	근로복지공단
지역 사무소	6개 지역본부 178개 지사	91개 지사	6개 본부 46개 지사

자료: 각 공단 홈페이지

이와 함께 사회보험 유관기관의 총 종사자는 2만4천 명에 이르는 것으로 파악된다. 국민건강보험공단 종사자가 12,404명으로 가장 많았으며, 국민연금공단 4,627명, 근로복지공단 4,940명이다. 국민건강보험공단 종사자 중 2,102명은 노인장기요양보험제도 운영을 위한 요양직이다.

〈표 1-2-4〉 사회보험기관 종사자 현황

단위: 명

계	국민건강 보험공단	건강보험 심사평가원	국민연금 공단	사립학교교직원 연금관리공단	공무원연금 관리공단	근로복지 공단
24,491	12,404	1,743	4,627	187	490	4,940

자료: 2011년 기준 공공기관 경영정보 공개시스템 검색

한편, 사회복지부문의 서비스 사업을 담당하는 복지부 소관 민간 시설은 다음과 같다. 이들 기관에 종사하는 인력은 2010년말 기준 총 387,374명(생활시설 78,877명, 이용시설 308,497명)으로 파악된다. 전체 종사자 중 보육시설 인력이 59.1%, 노인시설(생활 및 이용시설) 인력이 27.0%(104,572명)로서 이 두 분야의 인력이 전체의 86.1%를 차지한다.

노인장기요양기관 전문 인력은 280,332명(2011년 6월말 기준, 노인시설 종사자 수와 일부 중복)으로서, 요양보호사 262,720명, 사회복지사 6,202명, 의사(촉탁포함) 1,194명, 간호사 8,666명, 치과위생사 17명, 물리(작업)치료사 1,533명이 포함된다.

〈표 1-2-5〉 사회복지부문 시설 및 인력 현황

단위: 개소, 명

	생활시설		이용시설	
	시설수	종사자	시설수	종사자
전 체	5,170	78,877	47,574	308,497
노 인	4,172	57,440	2,832	47,132
장애인	452	12,689	2,167	13,272
아 동	305	5,405	3,700	8,074
정신질환자	199	2,359	93	435
부랑인(노숙인)	37	888	94	387
결핵한센	5	96	—	—
지역자활센터	—	—	242	1,853
사회복지관	—	—	425	8,260
보육시설	—	—	38,021	229,084

주: 노인생활시설 : 양로시설, 공동생활가정, 노인복지주택, 노인요양시설,
노인요양공동생활가정

노인이용시설 : 노인전문병원, 노인재가시설, 노인복지관(경로당, 노인교실,
노인휴양소 제외)

아동생활시설 : 양육시설, 직업훈련, 보호치료, 자립지원, 일시보호, 종합시설
(아동공동생활가정 제외)

아동이용시설 : 아동상담소, 아동전용시설, 아동복지관, 지역아동센터

장애인생활시설 : 장애유형별 생활시설, 중증장애인 요양시설, 장애영유아 생활시설

장애인이용시설 : 지역사회 재활시설, 직업재활시설, 장애인생산품 판매시설

자료: 보건복지부, 2011 주요업무참고자료.

Ⅱ 제2절 | 사회보장 관리체계의 변천

－ 공공 사회복지 전달체계를 중심으로

1. 사회복지제도의 발전과 전달체계 정책의 변화

사회복지 전달체계의 개편이 필요하다는 문제제기에 기반하여 90년대 전반부터 정부의 개편 시도가 이루어졌으며, 주로 ‘공공 사회복지 전달체계’에 초점이 두어졌다. 기초자치단체인 시·군·구(읍·면·동)을 중심으로 조직 구조를 개편하는 시범사업이 두차례 실시되었고, 2006년에는 전국단위로 복지기능을 강화하는 조직 구조 및 업무재배치가 추진되었다. 또한 전산정보시스템을 개편, 구축하고 지방자치단체 공공 복지인력 7천 명을 대거 증원하는 정책이 추진되었다.

그간의 복지전달체계 변화를 파악하기 위하여, 공공 복지행정을 중심으로 변화의 주요 계기와 배경이 된 사회복지제도의 변화 내용을 살펴 보았다.

첫째, 사회복지전문요원제도를 도입한 1988년 이전으로서, 정부의 전달체계 관련 정책적 시도는 전무했던 시기였다. 800명의 채용으로 시작된 사회복지전문요원제도는 최초로 사회복지행정의 전문성을 인정한 계기가 되었다.

둘째, 사회복지전문요원이 증원되고 지자체 별정직에서 일반직으로 전환하는 등의 변화가 있었던 90년대의 10년간으로서, 사회복지사업법에 전달기구 설치의 근거 조항이 마련되었으나, 보건복지사무소 시범사업(1995~1999)이 추진되었을 뿐 그 결과의 정책 반영은 전혀 이루어지지 않았다. 사회복지전문요원제도 도입 10년이 지난

1999년, 지방 별정직 신분은 지방 사회복지직으로 전환되었고, 이후 복지제도의 집행은 지속적으로 지방자치단체 복지부서에서 담당하게 되며 공공 복지전달체계로서 그 위치를 공고히 갖게 되었다.

셋째, 기초생활보장제도가 도입된 2000년 이후 5년간이다. 기초보장의 보충급여 방식이 도입되면서 자산조사가 강화되고, 근로연

〈표 1-2-6〉 공공 사회복지 전달체계: 정책의 변천과 시기별 특성

시기 구분	계기	전달체계관련 정책 변화	주요 복지정책 변화
복지행정의 발아기 1960~1987	사회복지전문요원 제도 도입 이전	· 전달체계 관련 정책적 시도 전무	· 생활보호제도 및 시설입소 중심 복지제도 운영
복지행정의 성숙기 1988~1999	사회복지전문요원 증원 및 일반직 전환	· 보건복지사무소 시범사업 실시(1995~99) · 사회복지전문요원의 일반직 전환(1999년)과 함께 지자체 중심 공공 복지전달체계 공 고화	· 노인복지, 장애인복지등은 현금급여 지급, 시설 입소, 일 부 이용시설 서비스 연계와 생활보호대상가구 중심 지원
복지행정의 도약기 2000~2005	기초생활보장제도 도입· 정착	· 사회복지사무소등 전달체계 개편 모색, 통합조사·서비스 연계 전문화 실험(2004~ 06)	· 기초보장 보충급여 도입과 자산조사 강화 · 조건부수급, 자활지원등 근 로연계방식 도입
복지행정의 전환기 2006~2009	지자체 주민생활지원 기능 강화 개편	· 복지사업 이양등 지방화의 본격 추진(2005년 이후) · 지역사회복지계획 수립, 지 역사회복지협의체 운영등 시 군구중심 복지 운영기반 마 련(2005년 이후) · 복지부 내 공공-민간-정보 관련 복지 전달체계 개선 TF 운영(2008)	· 사회정책의 부각, 정책 영역 의 확대 · 다양한 서비스의 제도화(바 우처사업, 노인장기요양, 보 육 등)
복지행정의 혁신기 2010~	사동망 구축 및 사례관리 사업 추진	· 사회복지통합관리망 구축을 필두로 복지중심 전달체계 구축에 대한 정책 관심 고조 · 시군구 서비스연계팀에서 '위 기가구 사례관리사업' 실시 · 지자체 복지인력 7천 명 증원 결정	· 통합적 서비스 제공의 필요 성 증대 · 복합적 욕구를 가진 수요자 확대에 주목 · 경제위기 이후 근로빈곤층 확대등 고용지원 요구 증가

자료: 강혜규a(2011)

계 요소를 도입한 조건부수급·자활지원 정책이 추진되면서 복지행정업무의 질적 변화가 요구되는 계기가 되었다. 또한, 보육서비스 확대정책의 핵심이던 보육료지원 업무가 공공 복지행정의 주요 영역으로 자리잡기 시작했다. 지자체 내 전담 복지기구 설치를 시도한 사회복지사무소 시범사업(2004~2006)이 추진되었으며, 시범사업에서 실험된 통합조사·서비스연계팀 모형을 반영한 전국단위 시군구 복지행정 조직 개편이 준비되었다.

넷째, 본격적으로 복지부문의 지방화, 분권화가 추진되면서 지자체 중심의 공공 복지 전달체계에 대한 변화의 요구가 한층 확대되었다. 2005년부터 분권교부세제도 도입을 통한 사회복지사업의 지방 이양, 지자체별 지역사회복지계획 수립, 민관 협력의 공식 기제로서 지역사회복지협의체의 구성·운영은, 시군구 중심의 지역사회복지 수행 기반의 마련, 지역사회 차원의 복지전달체계에 관심이 두어지는 계기가 되었다. 특히 유관 정부부처가 함께한 “지자체 주민생활지원 기능 강화 개편”을 통해 지자체 복지행정 부서에서 복지부를 비롯한 유관 복지정책 집행, ‘주민생활지원’이라는 광의의 복지서비스 기능을 강화하도록 조직, 업무, 인력의 재배치 방안을 추진한 것이다.

다섯째, 복지행정 혁신의 필요성을 알리는 다양한 변화가 집약적으로 나타나고 있는 시기로서, 2010년에는 시군구 사회복지통합관리망 구축과 이와 병행한 복지부서 조직 개편이 있었고, 시군구내 서비스연계팀 인력 배치를 통해 ‘위기가구 사례관리’ 사업이 추진되었다. 2011년에는 지방자치단체 복지담당공무원 7천 명을 3년간 증원하기로 결정함으로써, 공공 복지행정의 방향을 전환하는 기반을 마련한 것으로 보인다. 복합적 욕구를 가진 수요자 확대와 함께 통

합적 서비스 제공의 필요성이 증대되고, 특히 경제위기 이후 근로빈곤층 확대등 고용지원 요구가 증가되는 등 사회적 위험과 욕구의 변화에 따라 보다 새로운 복지 전달체계 틀의 모색이 요청됨을 시사하고 있다.

2. 전달체계 개편 정책의 주요 내용 및 시사점

다음은 복지행정의 양적, 질적 변화를 초래한 제도 및 환경 변화 속에서 추진된 복지 전달체계 관련 정책을 보다 구체적으로 검토하여, 그 시사점을 파악하고자 한다. 주요 복지 전달체계 관련 정책으로서 우선 보건복지사무소 시범사업, 사회복지사무소 시범사업, 시군구 주민생활지원 행정 개편 정책을 살펴보았다.

첫째, 보건복지사무소 시범사업(1995~1999)은 보건소 조직에 시범사업 수행을 위한 복지담당부서로 복지사업과(계)를 설치하고, 복지사업과(계)내에 방문간호팀을 구성·운영하도록 하여, 읍면동의 사회복지전문요원이 모두 보건소에서 근무, 시군구의 사회복지업무와 이원화한 모형이다. 그러나 보건·복지 연계사업을 위한 보건부문과의 사전 협의·준비가 미흡하여, 보건소 조직에 1개 과의 공간적 통합만 추진한 형태였고, 시군구는 일반 복지업무, 보건복지사무소는 취약계층 복지업무로 분리되는 경향, 읍면동 복지전문요원의 부재의 문제를 극복하지 못한 한계를 남기게 되었다.

둘째, 사회복지사무소 시범사업(2004~2006)은 최일선단위를 시군구로 조정(모든 복지직 시군구 집중 배치)하고, 통합조사팀과 서비스연계팀을 설치하여 핵심업무(대상자 선정-급여-관리)의 분담체계를 도입함으로써, 업무절차별 분담 시스템을 통해 조사의 일관성 향

상 및 전문화를 도모하였고, 서비스연계팀 운영을 통해 최초로 서비스지원을 위한 기반을 마련하였다는 점이 그 성과로 파악된다. 그러나, 읍면동사무소에 복지직이 배치되지 않아 실질적인 접근성이 저하되면서 주민 불만이 야기되었고, 통합조사, 서비스연계업무, 읍면동담당의 업무 변화 이외 노인, 장애인등 사업담당과는 실질적 시범사업 범위에서 배제된 한계가 지적되었다.

셋째, 시군구 주민생활지원 행정 개편(2006~2007)은 시군구 주민생활지원국을 8대 영역 중심으로 재구조화하고, 통합조사팀과 서비스연계팀을 설치하며, 읍면동에 주민생활지원팀(6급 담당)을 신설하여 주민생활지원을 위한 복지서비스 기능을 강화하도록 한 것이다. 그러나 실제 추진과정에서 읍면동에 신설된 6급의 90% 이상이 일반행정직 배치로 ‘무보직6급을 위한 개편’이라는 비판이 제기되었고, 일반행정직의 복지업무 기피로 읍면동 주민생활지원팀 신설 취지는 약화(찾아가는서비스, 사례관리 등 곤란)되었다. 실질적 프로그램 및 연계기반이 미비한 상태에서 복지, 보건, 고용을 비롯한 “8대 영역”의 강조는 내실없는 개편이라는 부정적 평가를 촉발하기도 하였다. 또한 전산시스템 고도화 과정에서 실질적 통합적 대상자관리, 업무연계가 조기에 추진되기 곤란한 여건으로서 개편의 효과가 크게 가시화되지 않은 채 비판적 평가를 받았으며, 공공 전달체계 개편의 요구는 지속되었다.

이와 같이 정부에서 추진한 공공 복지 전달체계의 개편 정책은 기존 전달체계에서 ‘사회복지’ 부문의 전문성을 고려하여 일반 행정체계로부터 분리된 전담기구를 설치하고자 한 조직 재구조화 차원의 접근이 중심이었다. 전달체계 개선 모형은 모두 지방자치단체의 기관으로, 시군구단위 설치를 고려하였으며, 중앙정부 특별행정기관

형태의 전달기구 설치가 시도된 적은 없었다.⁷⁾ 또한 인력 확충은 전혀 없이 지자체 내 조직 개편 및 인력의 재배치만을 시도하는 과정에서, 급속하게 증가하는 다양한 정책의 집행 수요로 인하여, 개선 효과는 크게 체감되지 않았다. 무엇보다 지자체의 종합행정 여건에서 사회복지업무의 중요성, 특수성을 공감하는 지자체 전반의 인식이 형성되지 않은 상황에서 일반행정직의 적극적 복지업무 수행이 필수 요건이었는데, 이는 단기간에 이루어지지 않았다. 오히려 점차 다양하고 복잡해지는 사회복지업무는 사회복지직이 전담해야 한다는 일반행정직의 복지업무 기피 현상은 가속화되었다.

따라서, 사회복지업무를 중심으로 혹은 사회복지업무만 전담하는 공공 전달체계가 필요하다는 현장과 학계의 요구는 지속되고 있다. 전달체계의 내부 구성원으로서 복지행정 및 서비스 담당자들은 무한대로 확대될 듯한 복지업무의 부담을 우선 줄이고, 사회복지직으로서 전문성을 발휘할 수 있는 업무에 집중가능하도록 하는 업무 여건을 마련하는 일, 정책적으로는 확대되는 복지재정과 급여관리가 보다 효율적으로 이루어지도록 하고, 다종다양한 복지 욕구에 공공과 민간이 협력, 대응하여 복지 체감도를 높이도록 하는 전달체계의 새로운 지평에 대한 갈증이 여전한 것이다.

그러나, 최근의 전달체계 개선 정책의 동향을 살펴 보면, 정부는 이러한 인식에 기반하여 정책 추진을 준비하고 있는 것으로 감지된다.

2010년부터 개통, 운영된 사회복지통합관리망의 구축은 2009년 6월 발표된 「사회복지 전달체계 개선 종합대책」(총리실 주관 관계부처 합동)을 통해 알려지게 되었다. 이 뿐만 아니라, 복지사업 중복

7) '사회복지사무소'는 사회복지사업법 제15조에 의한 복지사무전담기구이며, 지방자치법 제104조에 의한 시·군·구의 직속기관으로 설치하는 방안이었다.

조정 등 전달체계 개선 정책의 추진을 가시화한 범정부의 대책이 발표되었다.⁸⁾ 지자체 복지업무 지원시스템인 ‘사회복지통합관리망(행복e음)’의 운영으로, 급여행정의 통합적 수행을 가능하게 하는 업무효율화의 기반이 마련되었다. 시스템의 안정화, 고도화에 따라 지자체 복지행정부서의 업무수행 시스템이 효율화되고, 복지직의 핵심 업무를 자산조사에서, 복지전문성이 요구되는 상담과 서비스지원 업무로 전환할 수 있는 계기가 될 것으로 보인다.⁹⁾

복지부의 2010년 연두업무보고에서는 사회복지통합관리망을 중심으로 타부처, 지자체, 민간복지자원까지 단계적으로 연계(행안부 등 관계부처 협력)를 추진하고, 중앙부처 복지급여, 서비스 자격·이력정보 통합관리¹⁰⁾를 추진중인 것으로 밝히고 있어, 이와 같은 계획이 실현되면 지역사회 중심의 복지 시스템 마련의 기반으로서 사회복지통합관리망이라는 전산정보시스템이 일정 역할을 담당하게 될 것으로 보인다.

한편, 공공행정의 책임성을 담보할 사회복지의 주요 실천 방법으로서 ‘사례관리’ 사업이 추진되었고, 지자체 복지인력 증원¹¹⁾과 함께

8) 주요 내용은 복지서비스의 중복수혜를 막고 사각지대를 해소, 공무원의 부정수급과 복지예산 누수 방지를 주요 목표로 제시함. 9개 부처 249개 복지사업을 정비, 159개로 조정, 사회복지통합관리망 구축, 개인별·가구별 지원현황 통합관리, 현금성 복지급여를 단일계좌(복지관리계좌)로 지급, 다양한 유형의 민간 사회복지시설 기능 조정 방안 등이 포함되었다.

9) 특히 기초보장제도를 비롯 15개 주요 복지급여사업의 업무수행 절차를 통합적으로 개편, 자산조사 항목을 통일·표준화, 개별적으로 각각 수행하던 조사를 1번의 조사로 해결하여, 행정 효율화에 크게 기여할 것으로 기대되었다. 자산조사에 필요한 공적자료의 전산연계범위를 대폭 확대하여 조사의 정확성·공정성을 높여, 시스템 기반의 자산확인 의존도 향상과 함께, 사회복지담당공무원의 자산조사 집중을 해소하고, 전문직의 업무 수행이 요청되는 복지상담, 서비스연계, 사례관리 등을 수행할 여력을 만들고자 하였음. 또한 매우 미진했던 급여변동 관리의 강화도 기대되고 있다.

10) 통합관리 대상 사업은 '10년 4개 부처 112개 사업에서 '11년 자력관리는 11개 부처 149개 사업, 이력관리는 13개 부처 292개 사업으로 확대 예정하였다.

11) 지자체 사회복지담당공무원을 '14년까지 단계적으로 7,000명 증원, 읍면동에 약

사례관리의 정착 방안이 발표되었다(2011. 7. 13. 국무총리실·관계 부처 합동). 그 내용은 “충원되는 사회복지직 배치를 통해 기존 시 군구 서비스연계팀을 확대·개편, ‘희망나눔지원단(가칭)’을 설치·운영하고, 복지종합상담 및 통합사례관리를 강화”한다는 것이다.

공공부문의 ‘사례관리’ 수행은 ‘읍면동에서의 초기상담—자산(생활 실태)조사—급여 지급—사후변동관리’라는 지자체 복지행정부서의 관행적 업무 수행절차를 혁신할 계기로 작용할 수 있다. 현재까지는 초기 단계로서 민간과의 역할범위 문제, 지자체 내 적절한 수행 인력과 구조의 문제 등을 중심으로 논란 속에 발전 방안이 모색되고 있다.

또한 ‘지역복지’ 강화를 위한 정책적 접근이 주목된다. 지금까지 ‘(공공) 전달체계 개편’을 중심으로 중앙정부의 정책이 대상자에게 일관되게, 원활하게 전달되는 절차와 구조에 관심이 두어졌다면, 이제는 지역사회의 특성, 역동성을 감안한 지역단위 서비스 시스템을 중심 축으로 하여 정책 추진의 관점이 전환되고 있는 것으로 이해된다.

‘지역복지’의 개념은 다양한 차원으로 정의되고 있으나, 지방화, 분권화, 사회복지에 대한 사회적 관심의 확대와 함께, 주요 정책영역 혹은 실천의 장으로서의 의미를 더해가고 있다. 이는 정책 집행을 담당하는 지자체에 대한 중앙정부의 관심 제고라는 차원에서 기존 전달체계의 관심 영역과 일치하기도 하며, 지역 주민에 대한 수요에 민감하게 대응할 수 있는 “복지 수행 주체”로서 지자체 및 민

70% 배치될 예정이다. '12~14년에는 사회복지직 신규채용 배치(70%)와 행정직의 복지업무 배치(30%)를 병행추진하고, 육아휴직결원 인원(550명), 지방공무원 자연 결원분의 10%(약 800명)을 복지직으로 충원, 3년간 3400여명의 인건비 국비보조(지방 70%, 서울50%)가 추진된다.

간 주체들의 강점 및 필요성을 인식하고 있다는 점에서, 보다 확대된 지평에서의 전달체계 논의를 가능하게 한다.

정부는 최근 전국 지자체의 사회복지직 공무원으로 「지역복지 모니터링단」을 구성하였다. 이와 같은 구조가 정착, 활성화되면 중앙정부의 정책 방향이 지자체 복지공무원의 실질적인 업무 수행과정에서 지자체 여건을 감안하여 반영되도록 주도하는 효과와 함께 향후 지역 사회 중심의 전달체계 구성을 가능하게 하는 단초가 될 것으로 기대된다. 전달체계의 실질적인 개선을 위해서는 전달체계의 전체 구도에 대한 중앙정부의 논의와 함께 지자체 복지부서의 복지담당공무원, 특히 사회복지직의 역할이 매우 중요한 시점이기 때문이다.

2012년 12월 23일 보건복지부의 연두업무 보고에서는 ‘보다 건강한 국민, 보다 촘촘한 복지, 보다 안정된 노후’를 목표로 8개 주요 정책과제가 제시되었으며, 이 중 ‘체감도 높은 효율적 복지전달체계 마련’이 포함되었다.

첫째, 복지부 중심으로 각부처 복지사업의 대상자 선정, 중복 여부 등을 점검·조정하고, 사업 신설·변경시 사전협의를 의무화하도록 사회보장기본법 개정을 추진하며, 사회복지통합관리망의 연계범위를 101개 사업에서 186개 사업으로 확대하여 복지사업의 총괄 조정 및 통합 관리를 추진하는 내용이다.

둘째, 시군구 ‘희망복지지원단’을 통하여 사례관리 및 복지자원 관리를 강화하는 방안이다. 2012년 3천 명을 포함하여 2014년까지 총 7천 명의 복지담당공무원을 확충하고 2012년 4월 희망복지지원단을 구성하여, 지역별 통합 사례관리체계를 강화하는 방안이다. 개별 사례관리사업(드림스타트, 자활, 장애인사례관리, 교육복지투자사업 등)과 방문형서비스(방문보건사업, 독거노인돌봄사업 등)간 연계방

안을 마련하여 사업간 시너지 효과를 제고하는 내용도 포함되었다.

셋째, 지역 내 복지자원관리시스템을 개발, 희망복지지원단의 지역 자원 총괄 및 배분기능을 강화하고, 지역사회복지협의체의 연계범위를 고용, 주거, 교육 서비스까지 확대하는 방안도 추진기로 하였다.

Ⅲ 제3절 | 사회보장 관리체계의 쟁점과 과제

1. 다기화된 전달체계로 인한 복지서비스 전달의 비효율성의 개선: 통합적 복지수행 기반 마련

복지정책은 보건복지부 소관 정책이 대부분을 차지하지만, 최근 각 부처에서 추진중인 복지사업은 교육과학부, 고용노동부, 보건처 등 13개 부처의 총 292개(복지부 2011년 업무보고 자료)로, 유관 부처의 복지 정책 추진이 점차 증가하고 있다.

다음과 같이 주요 복지제도 영역별로 소관 부처 및 집행기관을 살펴보면, 각 제도간에 그리고, 대상별 지원 과정에서 유기적인 연계를 갖기 어려운 분산적인 운영구조임을 알 수 있다.

- 사회복지서비스 제도 운영 기관 분산: 국민건강보험공단(노인 장기요양), 국민연금공단(장애인활동지원), 지자체(민간복지서비스기관)
 - 노인: 지자체, 건강보험공단
 - 장애인: 지자체, 국민연금공단
 - 아동: 지자체, (읍면동)드림스타트사업, (민간)지역아동센터
- 소득보장(현금급여) 운영 기관 분산: 지자체, 국민연금공단

- 취업취약계층 지원 체계 분절: 지자체 복지부서(자활지원) 및 일자리센터, 복지부 자활센터, 노동부 고용지원센터

이와 같은 전달체계의 구조로 인하여, 제도 관리운영상의 비효율성과 함께, 이용자의 욕구를 고려한 통합적 서비스가 어렵고, 정보접근성·물리적접근성·편의성을 높이기 어려운 문제가 지적되어 왔다.

따라서, 통합적 복지서비스 제공을 위한 인프라의 내실화가 우선적인 과제가 될 것이다. 현재 사회복지통합관리망(행복e음)의 연계범위를 중앙부처·지자체·민간복지자원까지 단계적으로 확대하는 시스템의 고도화가 추진중이다. 이와 함께, 주요 복지급여·복지서비스에 대한 On-Line 신청시스템 구축으로 이용자의 접근성과 편의성이 높은 시스템을 구축할 필요가 있다.

또한, 복지-고용 연계의 강화가 가능한 지원 체계 마련은 우선순위가 높은 과제이다. 지역사회단위 서비스 집행기관에서 취업취약계층, 근로빈곤층 등에 대한 적극적인 노동시장 참여, 자활을 적극 지원하는 복지정책과 적극적 노동시장정책의 강한 결합이 필요하다. 이는 세계적 추세로서, 특히 관련 공공행정기관(전달체계)의 통합 시도가 확산되어 온 사례를 영국의 JobcentrePlus, 호주 Centrelink, 뉴질랜드 Work & Income, Community Link 등에서 확인 할 수 있다.

2. 찾아가는 서비스의 부진: 최일선 창구의 복지기능 강화

지자체 복지행정부서에서는 읍면동 근무 복지직에게 ‘모든 복지’ 업무가 맡겨지고 있어¹²⁾, 본연의 상담, 서비스지원, 찾아가는 서비

12) 읍면동 주민센터의 복지업무는 일반행정직과 복지직이 담당하고 있으나, 일선창구에서 복지수요자, 복지민원인의 대면상담의 경우 특히 복지직에게 집중되고 있는데,

스 수행이 어려운 실정이다. 이는 ‘사각지대 발굴이 곤란하여, 방치된 보호대상자가 빈번하게 발견’되어 언론으로부터 질타를 받게되는 주요한 원인이다.

2011년 1월 한국보건사회연구원 조사에 따르면, 실제 수행 방문 상담 건수(주평균 6.6건) 대비 필요하지만 수행하지 못한 건수(20.1건)는 3배에 달하는 것으로 나타난다.

또한 읍면동의 종합행정 환경과 읍면동장의 인식 여하에 따라, 찾아가는 서비스의 수행 수준은 동일 지자체 내에서도 매우 큰 편차를 보인다. 전체 60%에 달하는 읍면동에 사회복지직 공무원 1인 이하 근무하여, 가구 방문, 찾아가는 서비스가 거의 불가능한 실정이다.

지역주민의 접근성이 가장 높은 읍·면·동 주민센터의 복지기능 강화가 필요하다. 기능의 강화는 곧 업무의 충실한 수행이 가능한 인력과 업무의 배치를 필요로 하며, 충분한 상담을 통해 복지수요자의 욕구를 초기단계에서 누락없이 파악(screening)하는 절차, 필요한 서비스를 바로 연계, 의뢰하는 절차의 체계화가 중요한 과제이다.

3. 지자체 복지행정의 서비스 여건 개선:

복지담당인력의 확충과 활용

“調査하다 早死한다”는 자조적인 호소가 등장할만큼, 사회복지전담공무원의 자산조사 업무의 집중도가 높았으며, 이는 포괄적이고 충실한 복지지원을 불가능하게 하였다. 즉, 사회복지행정의 주요 절차인 ‘상담-조사-책정-급여·서비스-사후관리 업무’ 중 “조사-책정”에

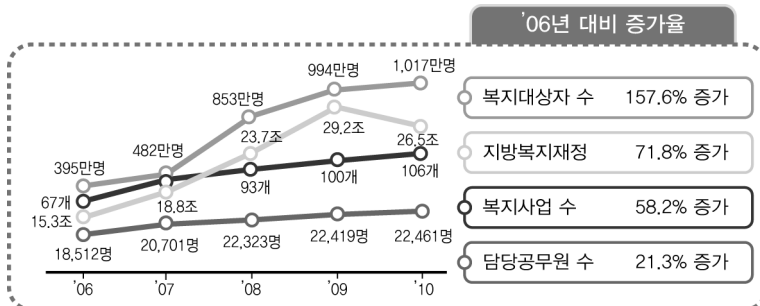
1개 사무소 평균 1.3명에 불과한 복지직은 이러한 여건 속에서 업무 과부하 상태인 것으로 파악되고 있다.

큰 비중이 두어져 왔으며, 전국 지자체 복지담당공무원 22,338명(복지직 10,496명) 중 복지직 약 2,300명이 신청·조사업무(초기상담 제외)를 담당하는 셈이다. 이는 시군구 본청 통합조사·관리 팀에 배치된 인력이 2천 명(복지직은 약 1,500명)으로 집계되고 있으며, 읍면동 근무 복지직 5,600명의 직무 중 급여신청관련 업무는 14%로 나타나고 있다는 조사결과에 근거한다(2011년 1월 한국보건사회연구원 조사결과).

지난 5년간 복지대상자는 157.6%, 지방복지재정은 71.8%가 증가하였으나, 담당공무원은 21.3% 증가에 그친 것으로 알려졌다(보건복지부 2011. 1).

일반행정직은 사회복지 업무담당을 기피하고, 잠깐 머물러 가는 곳으로 인식하는 경향이 심화되고 있다. 이는 복지업무가 복잡하다는 인식(복지업무 지침 및 용어의 어려움), 대상자 응대의 어려움(일반주민이 아닌, 문제가 많고 대화가 어려운 취약계층이 대부분: 알콜중독 등), 인사상의 불이익(업무의 생소함으로 인해 실적평가에서 불이익)에 기인하고 있다(강혜규 외 2011).

[그림 1-2-1] 복지대상 증가율



자료: 보건복지부, 2011. 1

복지 전달체계의 문제로서 인력 부족과 열악한 근무여건으로 충실한 복지서비스 제공이 어렵다는 점은 오랫동안 지적되어 왔다.

지방자치단체 복지행정 부서의 인력은 '10.6월 현재 총 22,461명으로 파악되었다. 이 중 사회복지직은 10,335명으로서(시도 2.9%, 시군구 43.0%, 읍면동 54.1%), 시군구당 19.3명, 읍면동당 1.6명이 배치된 셈이다. 특히, 대민서비스를 담당하는 읍면동의 인력 부족이 심각한 것으로 지적되고 있는데, 전체 읍면동의 60% 정도가 복지직이 1명 있거나 없는 것으로 파악되고 있다. 이와 같은 상황에서, 복지예산 및 사업 증가에 걸맞는 복지직의 확충이 뒷받침되지 못해 왔다(2011년, 복지담당 공무원 7천 명 증원 결정).

지자체의 사회복지인력 관련 문제점을 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 일반행정직은 사회복지 업무담당을 기피하고, 잠깐 머물러 가는 곳으로 인식하는 경향이 심화되고 있다. 이는 복지업무의 복잡성(복지업무 지침 및 용어의 어려움), 대상자 응대의 어려움, 인사상의 불이익(업무의 생소함으로 인해 실적평가에서의 불이익), 타 직렬 업무라는 인식에 기반한 거부감 등이 주요 기피 이유(강혜규 외 2011)로 제시되고 있다.

둘째, 전문적 복지업무의 수퍼비전이 가능한 팀장-과장 등의 상급자가 부족하다. 5급 및 6급 복지직은 전국 약 1,200명에 불과(시군구당 4~5명 수준)하다.

셋째, 사회복지직 중 여성의 비율(75.5%)이 높아 출산휴가·육아휴직(549명)으로 인한 업무공백이 크고, 기타 결원에 대한 충원도 미흡하다.

이와 같은 일선 현장의 인력 부족 문제는 충실한 상담, 정보제공,

찾아가는 서비스 등 국민이 체감할 실질적인 복지서비스 지원을 미흡하게 한다. 게다가 복지업무 특성에 대한 일반행정의 이해가 저조하여, 사회복지직의 상시적인 업무 과중과 재량적인 인적서비스(human service) 수행에 애로를 초래한다. 복지제도의 급속한 확대 추세로 일선 행정의 과중한 업무 부담 및 지방의 재정 부담 폭증을 발생시키는 상황의 고려 속에서, 복지업무의 특성과 부과량을 고려한 관리체계의 운영, 적정 인력의 배치는 매우 핵심적인 과제가 되고 있다.

참고문헌

- 강혜규·박해육·김은정·박경희·최현수·전봉기·장은진(2011). 지방자치단체 복지인력 실태 및 증원 규모 분석 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 강혜규(a)(2011.11.8). 한국의 사회복지 전달체계: 새로운 지평의 모색을 위한 과제. 사회복지서비스 전달체계 발전을 위한 국가간 비교 심포지엄 자료집.
- 강혜규(b)(2011. 4.13.). 사회복지 전달체계의 효율화: 체감도를 높일 복지서비스 이용기반 마련. 복지서비스 향상을 위한 공개토론회 자료집. 한국개발연구원·한국보건사회연구원·한국노동연구원 공동 개최.
- 강혜규(2011. 2.). 지역복지의 부상, 지방 사회복지행정의 중요성과 사회복지직의 역할. 전국사회복지행정연구회 워크숍 발표자료.
- 강혜규(2009. 9.). 국민기초생활보장제도의 효율적 운영과 발전을 위한 전달체계의 조건과 개선과제. 국민기초생활보장제도 10주년 기념 심포지엄 발표자료. 한국보건사회연구원.
- 강혜규·이현주·최균·안혜영·김영중·전지현·김은정·박소현(2008). 사회복지서비스 공공전달체계 개선방안. 보건복지가족부·한국보건사회연구원.
- 성은미·강혜규·안태숙·홍선미·이은(2011). 사회복지서비스 전달체계 개선방안 연구: 경기도 무한돌봄센터를 중심으로. 경기복지재단.
- 이태수·강혜규(2008). 사회복지공무원 20년의 평가와 향후 역할에 대한 도전적 모색. 전국사회복지행정연구회 20주년 기념 세미나 자료집.

제3장 인구구조 및 인구문제

| 제1절 | 인구구조

1. 인구변동요인

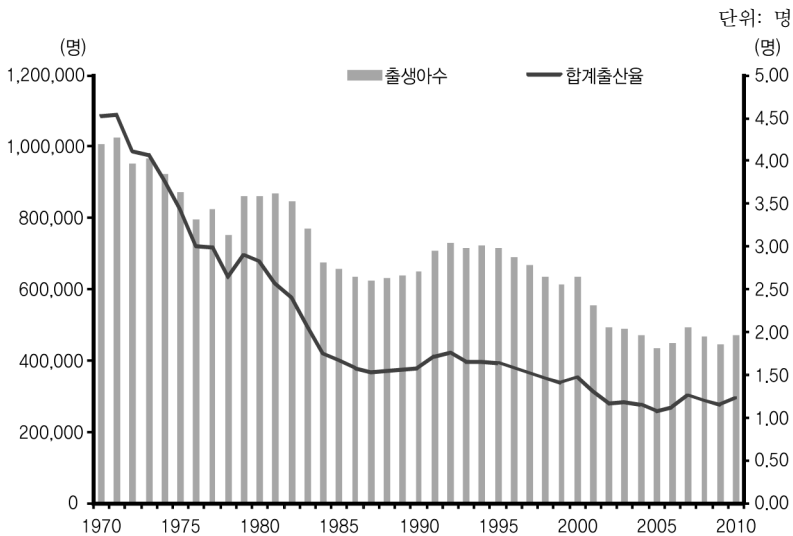
한 국가의 인구규모 및 인구구조는 인구변동요인 즉, 출산, 사망 및 국제이동의 상호작용에 의해 결정된다. 이 같은 인구변동요인들은 경제, 고용, 사회보장, 문화, 환경 등 제 영역들과 상호작용을 통해 끊임 없이 변화하는 속성을 가진다. 따라서 한 국가의 사회보장 제도의 과거 추이와 현재의 모습은 물론 미래의 방향을 명확하게 이해하고 예견하기 위해서는 우선적으로 그 국가의 인구 현상을 파악하는 것이 중요하다.

가. 출산

인구학적으로 한 국가의 출산수준 또는 출산력(fertility)은 합계출산율(total fertility rate)로 측정되는데, 혼인상태와 상관없이 한 여성이 가임기(15~49세) 동안 낳게 될 평균 자녀수를 의미한다. 한국의 합계출산율(이하에서는 ‘출산율’로 표기함)은 1960년 6.0명으로 아주 높았으나 1961년부터 시작된 인구증가억제정책과 급속한 경제·사회 발전 등의 영향으로 급격하게 낮아져 불과 약 20년이 지난 1983

년에 인구대체수준(2.1명)에 도달하였다. 이후 1990년대 중반까지 약 10년 동안 출산율은 다소 불규칙적이기는 하지만 1.6명 내외 수준에서 안정적으로 유지되었다. 그러다 1997년 외환위기 이후 출산율은 다시 급격하게 낮아지기 시작하여 2000년대에 들어서는 1.2명 내외 수준에서 장기화되고 있다. 특히 2005년에는 출산율이 1.08까지 낮아졌으며, 이후 다소 작은 폭으로 등락을 거듭하여 2010년에는 1.23명으로 나타난다.

[그림 1-3-1] 합계출산율 및 출생아수 변동 추이(1970~2010년)



자료: 통계청, KOSIS.

한국의 출산율은 전통적인 저출산국가들에 비해서도 아주 낮은 수준이다. 많은 OECD 국가들에서 출산율은 1990년대 중반에서 2000년대 초반 사이 저점에 도달한 이래 지속적으로 증가하고 있다. 예를 들어, 미국, 프랑스, 스웨덴, 영국 등의 경우 합계출산율은 최

근 1.9명 이상으로 인구대체수준에 근접하고 있다. OECD 국가들의 합계출산율의 평균은 2002년 1.60명을 저점으로 상승하기 시작하여 2008년에는 1.71명으로 나타난다.

한국은 획기적인 조치를 통해 출산율 반전의 계기가 없을 경우 ‘저출산덫’에 빠질 우려가 높아지고 있다(이삼식 외 2010). Lutz 등 (2007)에 의하면 세 가지 요인이 충족된 경우 ‘저출산덫(hypothesis of low fertility trap)’에 빠진 것으로 진단하고 있다. 첫 번째 인구학적 요인(demographic component)로 향후 가임기 여성인구가 급격하게 감소함에 따라 출산율이 일정 수준에서 유지될 경우에도 출생아수가 급격하게 감소할 것이라는 것이다. 실로 가임기 여성인구(15~49세)는 2010년 1,313만 명에서 2020년 1,171만 명, 2030년 991만 명 등으로 지속적으로 감소할 것으로 전망되고 있다(통계청 2011). 두 번째 사회학적 요인(sociological component)으로 이상자녀수가 1980년대 중반 이래 2.0~2.3명에서 유지되었으나 2009년에는 2.0미만으로 감소한 것이다. 세 번째 경제적 요인(economic component)으로 저출산·고령화에 따라 젊은 세대의 야망(aspirations)과 기대소득이 감소하고 있다는 것이다(이삼식 외 2010).

나. 사망

평균수명은 지속적으로 증가하고 있다. 1970년에 전체 인구의 평균수명은 불과 61.93세에 불과하였으나 약 40년 후인 2009년에는 80.55세로 거의 20세가 증가하였다. 동 기간 남성의 평균수명은 58.67세에서 76.99세로 18.32세 증가하였으며, 여성의 평균수명은 65.57세에서 83.77세로 18.20세 증가하였다. 경제 및 사회 발전의 초기에는 자녀수 감소에 따른 모성사망 감소 등의 영향으로 인하여 여성의 평균수명이 보다 빠르게 증가하였다면(Samsik Lee 1988), 최

근에 올수록 상대적으로 평균수명이 낮은 남성에게서 보다 빠른 증가 추이가 나타난다. UN은 평균수명이 55세 이상일 경우 매 5년마다 2.5씩 증가(연령별로)하며 기대수명이 70세 이상인 경우에는 그 증가폭이 감소하는 것을 발견하고, 이를 UN모델에 적용하였다(UN 1956). 요컨대 한국 여성의 평균수명은 이미 높은 수준에 이르러 증가폭이 둔화된 반면, 남성의 평균수명은 증가폭이 상대적으로 더 크기 때문이다.

실로 한국인의 사망률은 보건의료기술 발달, 질병 퇴치, 영양상태 증진, 생활습관 개선 등에 기인하여 급격하게 낮아졌다. 이와 같은 요인들은 향후에도 계속 사망률 감소에 유리한 방향으로 변화할 것이며, 그에 따라 한국인의 평균수명은 지속적으로 증가할 것이다. 통계청의 2011년도 인구추계에 의하면 한국인의 평균수명이 2060년에 남자 85.76세, 여성 90.30세로 증가할 전망이다(통계청 2011).

〈표 1-3-1〉 평균수명 변동 추이 및 전망

단위: 세

	남 성	여 성
1970	58.67	65.57
1975	60.19	67.91
1980	61.78	70.04
1985	64.45	72.82
1990	67.29	75.51
1995	69.57	77.41
2000	72.25	79.60
2005	75.14	81.89
2009	76.99	83.77
2010	77.20	84.07
2020	79.31	85.67
2030	81.44	86.98
2040	83.42	88.21
2050	85.09	89.28
2060	86.59	90.30

주: 2010년 이전은 실측치, 2010년부터는 전망치임.
자료: 통계청 KOSIS(2012.2.7).

다. 국제이동

국제이동은 국내로 이동하거나 국외로 이동하여 그 곳에서 90일 이상 체류하는 경우를 의미한다. 따라서 국내에 유입하거나 국외로 유출하는 인구 중 90일 미만 동안 체류하는 경우에는 국제이동으로 간주하지 않는다. 이러한 국제이동의 수준 즉 국제이동력은 주로 순이동(1년 동안 국내 유입 인구에서 국외 유출 인구를 뺀 이동자수)으로 측정하는데, 플러스 순이동인 경우에는 전체 인구를 증가시키고 마이너스 순이동인 경우에는 전체 인구를 감소시킨다.

내국인의 순이동은 2000~2010년간 2009년 21,005명으로 플러스로 나타난 것을 제외하면 전 기간에 걸쳐 마이너스로 나타난다. 보통 해외 유학, 취업 등으로 전입 내국인보다 전출 내국인이 더 많은데, 2009년에는 세계 금융위기의 여파로 환율이 상승하는 등 경제적 여건의 변화에 따라 국내로 유입한 내국인이 상대적으로 더 많았음을 의미한다. 이렇게 지난 10년간 순유출한 내국인은 총 624,986명에 이른다. 이와 달리 외국인의 순이동자수는 2005년 -10,879명과 2009년 -627명을 제외하면 지난 10년간 플러스로 나타난다. 즉 외국인 관련 제도의 변화¹³⁾나 국내 경제 여건의 변화에 따른 일시적인 경우를 제외하면 2000년대에 국내 유입 외국인이 유출 외국인보다 상대적으로 더 많았다. 이 기간 동안 외국인의 순이동 규모는 플러스 682,074명으로 내국인의 마이너스 순이동 규모를 상회하였다.

13) 외국인산업기술연수제도는 근로자 신분인 연수생 신분으로 외국인을 사실상 노동에 종사케 하면서 외국인력의 편법 활용, 사업체 이탈, 임금 체불, 근로자 인권 침해, 송출 비리, 불법체류자 양산 등 각종 문제를 야기하였다. 이러한 폐단을 방지하고 안정적인 외국인력 수급을 위하여 2003년에 '외국인근로자의 고용 등에 관한 법률'을 제정하여 2004년부터 합법적인 단순기능인력 도입 제도인 외국인고용허가제를 시행하였다(김원숙 2010).

내국인과 외국인을 함께 고려한 전체 인구의 순이동자수는 2000년 플러스, 2001~2005년간 마이너스 그리고 2006~2010년간에는 플러스로 나타난다. 요컨대, 2000년대에 들어 2001~2005년 기간 동안에는 국제이동력이 총인구의 증가에 부정적인 기여를 하였으나 이후 최근 까지 기간 동안에는 내국인의 순유출에도 불구하고 외국인의 대량 유입으로 인하여 긍정적인 기여를 한 것으로 평가할 수 있다. 즉 2000년대에는 내국인의 마이너스 순이동과 외국인의 플러스 순이동 간의 상호작용을 통하여 순수하게 57,088명이 증가하였다.

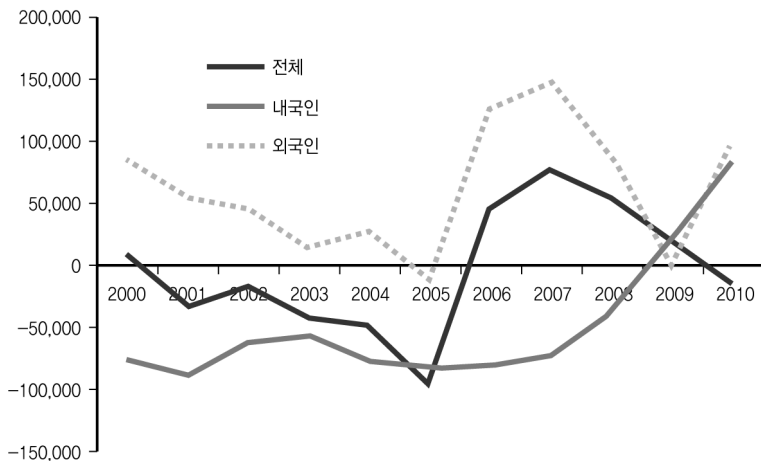
〈표 1-3-2〉 국제이동(순이동자수) (2000~2010년)

단위: 명

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
전체	8,123	-32,209	-16,255	-42,413	-48,913	-94,505	47,633	77,678	55,302	20,378	82,269
내국인	-76,181	-87,219	-61,824	-56,939	-76,895	-83,626	-81,088	-70,610	-36,884	21,005	-14,725
외국인	84,304	55,010	45,569	14,526	27,982	-10,879	128,721	148,288	92,186	-627	96,994

〔그림 1-3-2〕 국제이동(순이동자수) (2000~2010년)

단위: 명



자료: 통계청 KOSIS(2012.2.7).

이와 같이 최근에 들어 외국인의 순이동이 플러스로 지속되고 있는 결과 국내 체류(90일 이상 기준) 외국인의 규모가 증가하고 있다. 국내 체류 외국인은 국적미취득 외국인근로자, 결혼이민자, 유학생, 기타 등 장기체류자와 단기체류자로 구성된다(국적취득 외국인은 제외). 국내 체류 외국인은 1990년 만해도 약 5만 명에 불과하였으나, 2000년에 49만 명, 2010년에는 126만 명으로 급격하게 증가하였다. 지난 10년간 157%가 증가한 것이다. 총인구 대비 비율도 1999년 0.8%에 불과하였으나, 2010년에는 2.5%까지 높아졌다. 외국인의 성비는 2000년 154에서 2010년에는 127로 낮아져, 여전히 남성외국인이 우세하나 여성외국인이 상대적으로 더 빠르게 증가하고 있음을 알 수 있다(이삼식 외 2011).

〈표 1-3-3〉 국내 장단기 체류 외국인(한국국적 미취득)(1999~2010년)

단위: 명, %

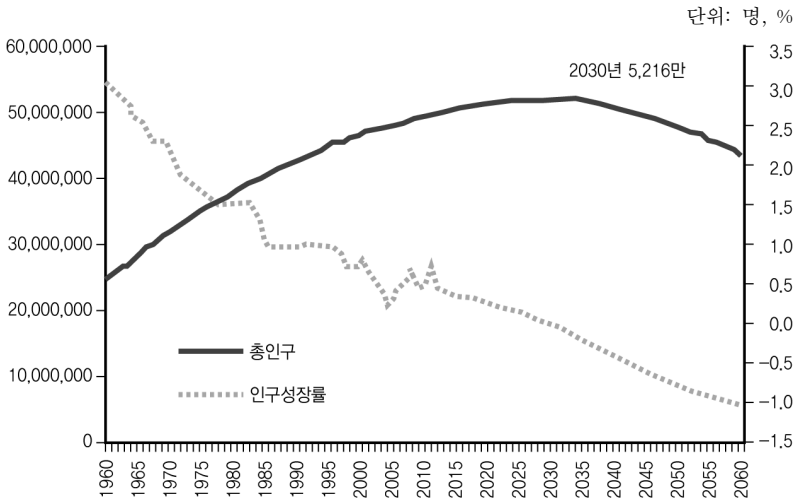
	전체	남성	여성	총인구 중 비율
1999	381,116	225,019	156,097	0.8
2000	491,324	297,920	193,404	1.0
2001	566,835	337,422	229,413	1.2
2002	629,006	370,290	258,716	1.3
2003	678,687	404,629	274,058	1.4
2004	750,873	449,146	301,727	1.5
2005	747,467	440,259	307,208	1.5
2006	910,149	537,385	372,764	1.8
2007	1,066,273	617,494	448,779	2.1
2008	1,158,866	660,021	498,845	2.3
2009	1,168,477	655,913	512,564	2.3
2010	1,261,415	706,918	554,497	2.5

주: 총인구 대비 비율 산정 시 총인구는 주민등록인구에 등록외국인의 합을 이용함
 자료: 법무부, 「출입국관리통계연보」매년도.

2. 인구성장

인구변동요인들이 상호작용한 결과로서 총인구는 1960년 2,501만 명에서 1967년 약 3천만 명(3,013만 명), 1984년 약 4천만 명(4,041만 명) 그리고 2010년 4,941만 명으로 50년 동안 약 2배가 증가하였다. 그러나 통계청 2011년도 추계에 의하면 향후 총인구는 2030년 5,216만 명을 정점으로 감소하기 시작하여 2060년에는 4,396만 명에 도달할 전망이다. 2060년 총인구 규모는 1992년 4,375만 명과 유사한 수준으로 추계되었다.

[그림 1-3-3] 총인구 및 인구성장률 추이와 전망(1960~2060년)



주: 2010년까지 실측치, 2010년 이후부터는 전망치임.
 자료: 통계청 KOSIS(2012.2.7).

연평균 인구증가율은 1961년 3.01%에서 1971년 처음으로 2% 미만(1.99%), 1983년에 1.5% 미만(1.49%), 1985년에 1% 미만(0.99%), 2003년 0.5%, 2010년 0.46%로 낮아졌다(통계청 2011). 즉, 초기에

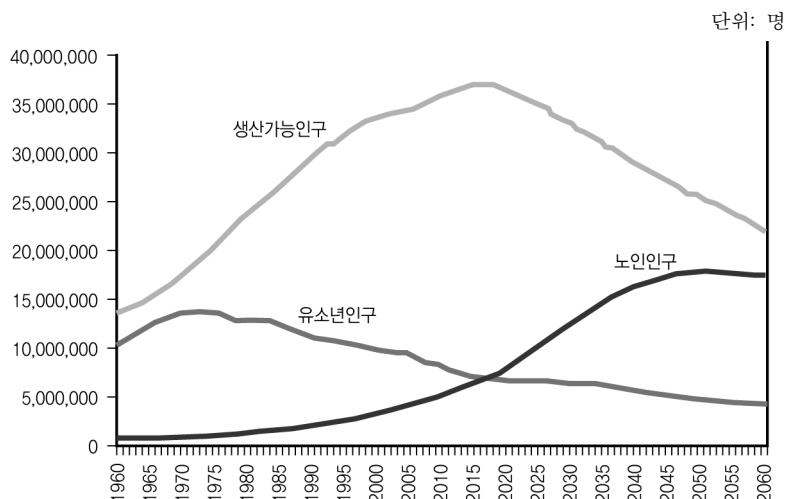
인구증가율은 급격하게 낮아졌으나 그 속도는 점차 둔화된 것으로 나타난다. 이러한 인구증가율은 더욱 낮아지다가 총인구가 정점에 이른 2030년에 0%에 도달하며, 이후에는 마이너스 성장세로 전환할 것이다. 인구 감소폭이 점차 커지면서 2060년에 인구증가율은 -1.00%까지 높아질 전망이다.

3. 인구구조

출산, 사망 및 국제이동 즉 인구변동요인들이 변화함에 따라 인구의 연령구조도 급속도로 변화하였다. 인구구조를 진단하기 위해서는 일반적으로 인구를 유소년인구(0~14세), 생산가능인구(15~64세) 그리고 노인인구(65세 이상)로 구분한다. 고령화 수준은 총인구 대비 노인인구의 비율로 측정한다. 이와 같은 연령계층의 변화는 노동력 규모, 노동계층의 부담, 사회보장 대상 등을 파악하는데 매우 중요하다.

우선 보육과 교육의 주 대상이 대부분 포함되어 있는 유소년인구가 1960년 1,059만 명에서 1972년 1,386만 명까지 증가하였으나, 이후 감소세가 지속되어 2010년에는 798만 명으로 나타난다. 최근의 저출산현상이 지속될 경우 유소년인구는 더욱 감소할 것이다. 즉, 유소년인구는 2020년 679만 명, 2030년에 658만 명 그리고 2060년에는 447만 명까지 감소할 전망이다(통계청 2011). 이 중 영유아(0~5세)는 2010년 273만 명에서 2020년 271만 명, 2030년 258만 명 그리고 2060년에는 176만 명으로 감소할 전망이다. 총인구 중 유소년인구가 차지하는 비중은 1960년 무려 42.3%에서 2010년 16.1%까지 낮아졌으며, 최근 출산수준이 지속되는 경우 2060년에 10.2%로 더욱 낮아질 전망이다.

[그림 1-3-4] 연령집단별 인구 추이와 전망(1960~2060년)



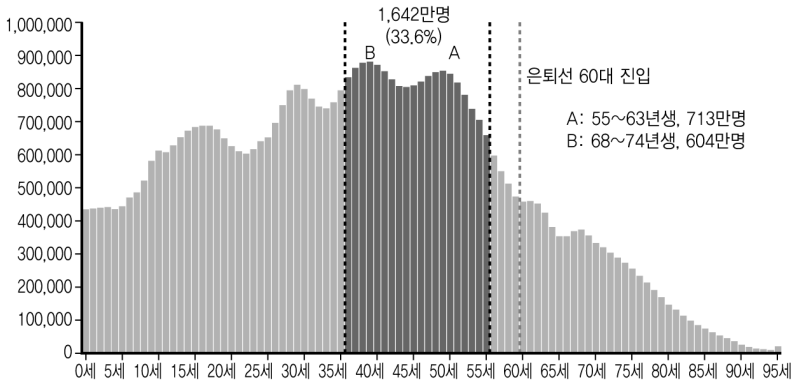
주: 2010년까지 실측치, 2010년 이후부터는 전망치임.
 자료: 통계청 KOSIS(2012.2.7).

생산가능인구(15~64세)는 1960년 1,370만 명에서 2010년에 3,598만 명으로 지속적으로 증가하였으며, 이러한 증가세는 몇 년간 더 이어져 2016년에 3,704만 명을 정점에 도달할 전망이다. 그러나 이후 생산가능인구는 감소세로 전환하여 2060년에는 2,187만 명으로 2016년에 비해 1,500만 명 이상 감소할 전망이다. 총인구 대비 생산가능인구의 비중은 1966년 53.0%로 저점에 도달한 후 계속 증가하여 2010년에는 72.8%로 높아졌다. 생산가능인구 비중은 2012년 73.1%를 정점으로 감소세로 전환되어 2060년에는 49.7%까지 낮아질 전망이다.

노인인구(65세 이상)는 1960년 73만 명에서 2010년 545만 명으로 증가하였다. 향후에도 베이비붐세대(1955~1974년생)가 본격적으로 노년층에 진입하는 등의 영향으로 노인인구는 2020년 808만 명, 2030년 1,269만 명, 2049년 1,800만 명까지 증가한 후 감소할 전망이다.

[그림 1-3-5] 베이비붐세대(1955~1974년생) 분포

단위: 명



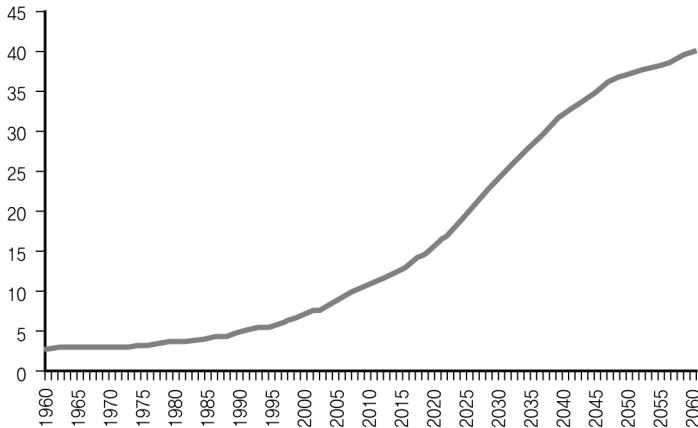
자료: 통계청, KOSIS.

특히 후기고령인구(85세 이상)는 2010년 37만 명에서 2020년 81만 명, 2030년 132만 명, 2060년 448만 명으로 계속 증가할 전망이다. 후기고령인구 대부분은 노후생활을 전적으로 누군가에 의존하여야 하며, 보건의료비 지출이 급격하게 증가한다는 점에서 사회보장 측면에서 매우 중요하다. 즉 노인인구는 총량적으로도 중요하나 노인인구의 다양한 구성 특히 노인인구의 고령화에도 주목을 하여야 할 것이다.

노인인구의 비중은 1960년 2.9%에서 1990년 5.1%, 2010년 11.0%로 높아졌다. 향후 베이비붐세대(1955~1974년생)가 본격적으로 노년층에 진입하고 저출산현상의 장기적인 지속으로 인하여 유소년인구 및 생산가능인구가 계속 감소하여 고령화 수준은 급속도로 높아질 전망이다. 통계청의 2011년도 추계에 의하면 노인인구 비율은 2020년 15.7%, 2030년 24.3%, 2060년에는 40.1%로 지속적으로 높아질 전망이다. 2050년경에 한국의 고령화 수준은 세계 최고 수준이 될 전망이다(UN 2009).

[그림 1-3-6] 고령화(총인구중 노인인구비율) 추이와 전망(1960~2060년)

단위: %

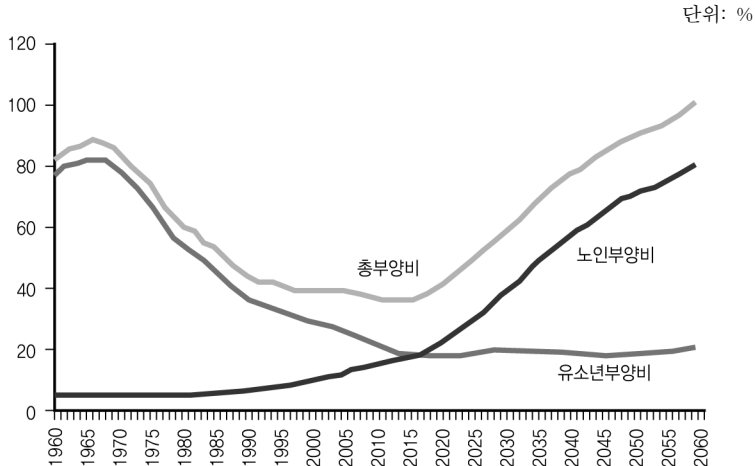


주: 2010년까지 실측치, 2010년 이후부터는 전망치임.

자료: 통계청 KOSIS(2012.2.7).

이와 같은 연령구조의 변화에 따라 생산가능인구의 부양부담을 의미하는 부양비도 급격하게 변화하고 있다. 출산을 저하에 기인한 유소년인구의 감소로 인하여 유소년부양비(생산가능인구 100명당 유소년인구)는 1960년 77.3에서 2010년 22.2로 급격하게 감소하였으며, 통계청(2011)에 의하면 최근의 저출산이 지속될 경우 2050년에 18.9까지 낮아질 전망이다. 노년부양비(생산가능인구 100명 당 노인 인구수)는 노인인구 증가에 따라 1960년 5.3에서 2010년 15.2로 높아졌다. 이후에도 베이비붐세대의 노년층 진입으로 인하여 2020년 22.1, 2030년 38.6, 2060년 80.6으로 계속 증가할 전망이다. 이렇듯 유소년부양비와 노년부양비는 서로 상반되게 전개되고 있는데, 이를 합한 총부양비는 저출산으로 인하여 급격하게 감소하여 2012년 36.8을 최저점에 이르나 이후에는 노인인구 증가에 따라 급격하게 증가할 전망이다.

[그림 1-3-7] 부양비 추이와 전망(1960~2060년)



주: 2010년까지 실측치, 2010년 이후부터는 전망치임.

총부양비=유소년부양비+노년부양비,

유소년부양비=(0~14세 인구)/(15~64세 인구)*100

노년부양비=(65세 이상 인구)/(15~64세 인구)*100

자료: 통계청 KOSIS(2012.2.7).

Ⅱ 제2절 | 인구문제

1. 인구변동의 파급효과

일반적으로 출산율이 인구대체수준에서 장기간 지속될 경우에는 인구규모의 증감이 없을 뿐더러 인구구조도 계속 고령화되지 않고 일정 수준에서 유지되는 이른바 안정인구(stable population)에 도달하게 된다. 그러나 한국의 출산율은 이미 장기간에 걸쳐 인구대체수준 미만에서 유지되고 있고, 더욱이 최근에는 세계 최저 수준의 초저출산율이 장기화되고 있다. 앞서 통계청의 2011년도 인구추계 결과를 통해 볼 수 있듯이, 그간 누적된 저출산의 영향만을 감안해도

향후 인구고령화가 가속적으로 진척될 것이며, 더욱이 출산율이 인구 대체수준에 가까이 회복되지 않는다면 인구 감소가 가시적으로 나타날 것이다. 이와 같은 인구 감소(특히 생산가능인구) 및 인구고령화가 문제로 인식되고 있는 배경에는 사회·경제적으로 심각한 문제를 유발할 것이기 때문이다.

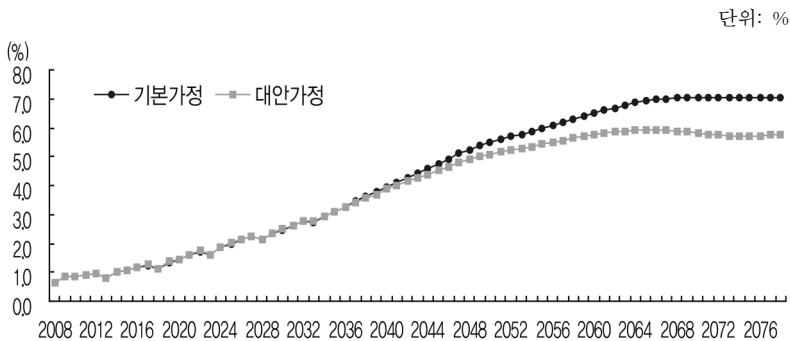
구체적으로 저출산·고령화가 지속될 경우 한국의 노동력증가율은 당분간 OECD 평균보다 높을 것이나 2020~2050년간에는 급격한 마이너스 성장을 하여 출산력 저하와 인구고령화의 효과가 2020년 이후 본격화될 전망이다(방하남 외 2004). 특히, 베이비붐세대(1955~1963년생으로 총인구의 14.6%를 차지함) 712만 명 중 취업자가 532만 명이며, 그 중 자영업자·무급종사자를 제외한 임금근로자는 311만 명으로 2010~2018년 기간에 은퇴함에 따라 향후 노동력 부족이 심화될 것으로 추정된다. 저출산·고령화에 따라 50세 이상 취업자의 비중은 2000년 25% 미만인데 비해 2050년에는 50%를 넘을 것으로 전망되는 반면, 핵심노동력인 25~49세 취업자 비율은 2000년 66%에서 2050년에 44%로 줄어든 전망이다. 생산가능인구의 평균연령은 급격하게 증가하여 노동력이 고령화되면 노동생산성 증가율(출산율 1.2명 유지시)은 2000년대 1.8%에서 2040년대 1.1%로 감소할 것으로 추정되고 있다(문형표 외 2004).

저출산은 아동관련 상품·서비스의 수요를 감소시켜 일자리가 감소할 전망이다(김현숙·우석진 2009). 출생아수 1명이 줄어들면 생애주기 동안 1.15개의 일자리가 감소하는 효과가 발생할 것이다. 이미 신생아수 감소로 2003~2007년 간 산부인과가 8.5%, 소아청소년과가 7.8% 감소한 바 있다(대한의사협회 2008). 결국 출생아수 1명이 줄어들면 생애주기 동안 12억 2천만 원의 산업산출 효과가 감소할 것

이다. 60대 이상 가구의 소비규모는 40대의 65%, 50대의 70%에 불과하다(통계청 2009). 즉 그간 주택, 교육 등 각종 시장에서 소비를 주도해온 거대 인구집단인 베이비붐세대의 은퇴는 주택, 교육, 노동 시장에서의 내수를 위축할 우려가 높다. 일례로 주택 수요가 감소하고 주택건설량도 2008년 471,000호에서 2012년 464,000호, 2020년 451,000호로 감소할 전망이다(배순석 외 2007).

저출산·고령화의 영향으로 2055년부터 국민연금 가입자수가 수급자수보다 적어지기 시작하는데, 2044년부터 당년도 지출이 총수입을 초과하여 적자가 발생하고 적립기금은 2060년에 소진될 전망이다(국민연금재정추계위원회·국민연금운영개선위원회 2008).

[그림 1-3-8] GDP대비 연금급여지출 비율 추이(2008~2078년)



주: 기본가정은 합계출산율이 2030년 1.28명으로 상승 후 유지, 대안가정은 2015년까지 1.60까지 상승 후 유지

자료: 국민연금재정추계위원회·국민연금운영개선위원회(2008).

저출산·고령화로 건강보험 가입자보다 적용인구가 더 빠르게 증가하여, 보험료 적자가 급격하게 증가할 것으로 추정되고 있다. 보험료수입대비 보험급여비 비율이 2011년 1.36배에서 2030년 1.61배로 증가하여 건강보험 재정위험도가 증가할 전망이다(김진수 외

2007). 이에 따라 국민연금과 건강보험의 재정을 안정화하기 위하여 보험료를 인상이 불가피하여 국민의 부담이 가중될 것이다.

고령화에 따라 사회보장지출이 증가하나 생산가능인구 감소로 세입기반이 약화되어, 재정 수입과 관련된 정책 변화 및 다른 분야의 지출 감축이 이루어지지 않을 경우에는 재정 적자가 점차 확대될 것으로 전망되기도 한다. 저출산·고령화 관련 정부 지출이 2060년 국내 총생산(GDP)의 13%로 높아져 선진 7개국(G7) 평균(약 4%)의 3배 수준으로 높아질 것으로 예상되고 있다. 이에 따라 국제통화기금(IMF)은 저출산·고령화 추세가 지속될 경우 2020년을 고비로 잠재성장률이 급격히 떨어지는 한편, 정부의 부채규모가 GDP의 300%를 초과해 사실상 ‘국가파산’ 상황에 이를 것으로 경고한 바 있다(Feyzioglu, Tarhan, M. Skaarup and M. Syed 2008).

저출산·고령화로 인한 노동력 부족 및 고령화, 노동생산성 저하, 내수 위축 및 자본스톡 감소, 사회보장지출 증가, 재정수지 악화와 조세부담 증가(가처분소득 감소) 등으로 인하여 경제성장과 개인복지가

〈표 1-3-4〉 실질 GDP 성장을 전망(2006~2075년)

단위: 증가율, %

	TFR 2030년 1.28까지 상승 후 유지	TFR 1.6까지 상승 후 유지	TFR 0.97까지 감소 후 유지	TFP (총 생산요소)
2006~2010	5.8	5.8	4.8	1.4
2011~2020	5.4	5.3	4.1	1.3
2021~2030	4.0	3.8	2.8	1.2
2031~2040	2.5	2.5	1.7	1.2
2041~2050	1.6	1.9	1.2	1.2
2051~2060	1.3	1.7	0.9	1.2
2061~2075	1.0	1.7	0.7	1.2

자료: 한진희, 최경수, 신석하 외(2007).

크게 위축될 우려가 높아지고 있다. 최근의 저출산현상이 지속될 경우(합계출산율이 2030년 1.28명까지 상승 후 유지 시), 실질 GDP성장률은 2006~2010년 연평균 5.8%에서 2041~2050년 1.6%, 2061~2075년 1.0%로 빠르게 둔화될 전망이다(한진희 외 2007).

2. 인구정책

인구 변화를 유도하기 위한 국가의 노력은 정책을 통해 가능하다. 그러한 정책으로 인구정책을 들 수 있다. 인구정책은 정부가 인구변화에 직접 혹은 간접적으로 영향을 미치기 위한 이용하는 계획적으로 설정하거나 수정한 제도적인 준비 또는 특정한 프로그램들로 정의된다(이삼식 2004). 실로 인구에 영향을 미칠 수 있는 정책은 그 범위가 방대하여 거의 모든 국가정책이 직·간접적으로 관련되어 있다(박상태 2003). 예컨대, 고용정책, 식량정책, 주택정책, 복지정책 모두 인구과정에 영향을 미치고 있다. 게다가 인구의 질적 측면에 영향을 미칠 수 있는 모든 정책(교육 등)도 인구정책의 범주에 포함시킬 수 있다.

인구정책은 접근방법에 따라 “인구조정정책”과 “인구대응정책”으로 구분할 수 있다. 인구조정정책은 양적 인구정책으로 인구규모나 구조를 변경시키기 위해 출생, 사망, 이동 등 인구변동요인에 직접적인 영향을 미치기 위한 정책을 의미하며, 이는 출산억제정책(anti-natal policy), 출산장려정책(pro-natal policy), 이민정책, 인구분산정책, 보건의료정책, 인구자질향상정책 등을 포함한다. 이들 정책의 목표를 구현하기 위해 단순히 인구학적 접근뿐만 아니라 사회경제적 접근을 매개 수단으로 이용한다. 예로, 출산을 효과적으로 억제하기 위해 사

회보험 혜택을 주거나, 일부 혜택을 제약하는 보험정책을 인센티브 혹은 제제로 적용하는 것이다. 따라서 광의의 인구조정정책에는 가족 정책, 고용정책, 복지정책, 보건정책, 주택정책, 교육정책 등이 포함된다(이삼식 외 2006).

인구대응정책은 인구의 질적인 측면을 강조하는 정책으로 인구 변동의 결과에 대한 사후적인 대응정책을 의미한다. 즉, 인구 변동에 따라 제 분야에서 많은 문제들이 발생하게 되는데, 이에 대응하기 위해 가족정책, 여성정책, 복지정책(사회보장정책), 주택정책, 식량정책, 교육정책, 고용정책, 환경정책 등이 실시된다. 인구조정정책과 달리 인구대응정책은 인구문제와 관련된 제 사회현상과 결부된 만큼, 더 광범위하여 일반적인 사회정책으로 이해되기도 한다(이삼식 외 2006).

가. 출산율 제고

저출산·고령화로 인한 사회경제적 문제를 사전에 예방하거나 완화시키기 위해서는 무엇보다도 출산율을 높이는 노력이 중요하다. 저출산현상은 경제적 요인, 사회문화적 요인 등이 복합적으로 작용하여 인구학적 요인에 영향을 미친 결과로서 원인 접근법이 중요하다.

저출산의 경제적 요인으로는 1997년 외환위기, 2000년대 후반 글로벌 경제위기 등 거듭되는 경제위기 등에 따른 실업, 고용불안정, 소득불안정 등으로 결혼 및 출산 연기 내지 포기(중단) 경향이 지속되고 있다. 이는 경제적 충격이 가족생활에 그대로 전달되는 것을 의미하는 것으로 경기불황, 실업·고용불안정, 결혼연기, 출산축소, 출산율 급감 메커니즘이 작동하게 된다. 스웨덴의 출산율이 롤러코스터와 같이 경기순환, 고용정책 등과 맞물려 변동한 사례를 찾아볼

수 있다(Hoorens, Parkinson, and Grant 2005). 일본의 경우에도 1990년대 중반 이래 장기적인 경기 불황과 구조조정으로 ‘평생직장 보장’이 사라지면서, 출산을 더욱 하락한 바 있다(Ogawa 2003).

우리나라의 출산율은 경제적 위기 시 큰 폭으로 하락하나 이후 경기회복 시 높아지지 않는 비탄력적 특성을 유지하고 있는데, 이는 자녀양육안전망 부재 및 정책수준 미흡 등에 기인한다.¹⁴⁾ 게다가 실업, 고용불안정 등 취업난 가중으로 인하여 고학력화와 학벌주의가 강화되어 교육기간이 연장되고 사교육이 선호되는 등 만혼화를 촉진시키고 자녀양육비용을 상승시키는 작용을 하고 있다.¹⁵⁾ 거듭된 경제위기 등으로 인한 결혼 및 출산 좌절 경험은 경제회복 시에도 결혼 및 출산에 대한 불확실성이 지속되어 비혼과 무자녀 가치관이 우리사회에서 고착화될 것으로 우려되고 있다. 특히, 경제위기를 거치면서 본인과 자녀의 미래에 대한 불확실성이 증가하여 적게 낳아서 제대로 키워내야 한다는 소자녀관이 더욱 강화되는 경향도 있다(이삼식 외 2010).

저출산의 사회문화적 요인으로 취업난 가중 등 고도의 경쟁사회에 대응한 과도한 사교육비, 주거비용 등 우리 사회의 만성화된 고비용 구조는 결혼과 출산에 대한 부담을 가중시키는 반면, 자녀에 대한 노후보장 기대감 감소 등으로 자녀의 효용을 감소시키고 있다. 여성의 고학력화, 경제활동 참여 증가 등으로 선택의 폭은 넓어지

14) 이러한 경향은 선진국 대부분에서 나타나는데, 스웨덴의 경우 1990년대 초 경기 불황 시 출산율이 소폭으로 떨어지고, 이후 경기 회복 시 출산율이 조기에 회복하여 2000년 1.54명에서 2008년 1.91명으로 상승한 바 있다.

15) 국내 고졸자 중 대학진학자 비율은 2009년 81.6%까지 높아졌으며(교육기술과학부·한국교육개발원 2009). 입직연령은 한국의 경우 25.0세(대졸자 26.3세)(한국노동연구원 2006)로 미국 22.0세, 프랑스 23.2세, OECD 평균 22.9세(국무조정실 2007)에 비해 아주 높다.

고, 가족의 소득구조가 남성일인소득형태에서 맞벌이형태로 급속하게 전환된 반면, 성분업적 가족문화 지속(여성에게 편중된 자녀양육과 가사노동 등), 가족친화적 고용문화 부재(경력단절, 고용상 불이익 등), 가족지원기능 약화, 인프라 미비 등으로 가정생활과 직장생활을 병행할 수 있는 여건이 취약해지고 있다.

실증적으로 취업기혼여성(20~44세)이 첫째아 출산 시 경력이 단절되는 비율은 2009년 47.7%로 높다(이삼식 외 2009). 야근, 회식, 휴무일근무 등 장시간근무 관행도 결혼, 출산 및 자녀양육에 장애요인으로 작용하고 있다. 2007년 한국인의 연간근로시간은 2,316시간으로 세계 최장이며, 그리스(2위) 2,122시간, 미국(9위) 1,798시간, 일본(10위) 1,785시간, 프랑스(26위) 1,553시간, OECD 평균 1,770시간에 비해 상대적으로 높다(OECD 2009).

취업여성의 욕구는 증가한데 반해, 핵가족화 등의 영향으로 노부모 등 비공식적 가족지원망은 약화로 인하여 0~2세 자녀에 대한 돌봄서비스 취약한 실정임이다 예로, 친인척의 비공식적 지원망의 수요충족률은 12.7%에 불과하며(서문희 외 2009), 현재 30%가 시설을 이용하고 있는 영아(0~2세)의 보육이 취약하여 특히 맞벌이가족의 자녀양육 부담을 해소하지 못하고 있는 실정이다. 가족 내에서도 부부간 가사 및 육아에 대한 적절한 분담이 이루어지지 못한 것도 여성의 일-가정 양립을 어렵게 하고 있다. 생활시간조사에 의하면, 가사노동시간(가정관리와 가족보살피기를 합한 시간)에 대해 맞벌이가구의 경우 남편 37분, 부인 3시간 20분, 비맞벌이가구의 경우 남편 39분, 부인 6시간 18분(통계청 2009) 등 남성의 가정 내 육아와 가사 분담 미흡한 실정이다.

이와 같은 일-가정 양립 곤란 문제로 인하여 여성이 주 출산기에

노동시장에서 이탈하는 후진국형 여성연령별 경제활동참가율 M-curve가 유지되고 있어, 여성경제활동참가율과 출산율 모두 낮은 수준에서 유지되고 있다. 특히, 취업자, 임금근로자 등의 출산율이 더욱 낮으며, 맞벌이부부 등이 집중된 중산층에서 기회비용이 커 출산 수준이 더욱 낮은 ‘함몰현상’ 발생하기도 한다(이삼식 외 2009).

경제위기, 고용불안정, 자녀양육비 부담 증가, 일-가정 양립 곤란, 자아실현과 삶의 질 중시 경향 등의 영향으로 가족가치관(결혼관, 자녀관)이 약화되고 있다. 미혼남성(20~44세)의 23.4% 및 미혼여성의 16.9%만이 반드시 결혼해야 한다는 태도를 보였으며, 기혼여성 중 자녀가 반드시 필요하다는 태도는 24.8%로 낮은 수준으로 나타난다(한국보건사회연구원 2009).

정부는 이와 같은 저출산의 원인들을 해소하기 위하여 제1차 저출산고령사회기본계획(2006~2010)과 제2차 저출산고령사회기본계획(2011~2015)을 통해 다각적인 노력을 기울이고 있다. 기본적으로 과거에 가족(특히 여성)에게 출산·양육의 책임을 전가하였던 것을 국가와 사회가 부담하는 체계로 패러다임을 전환시키는 노력을 하였다(이삼식 외 2010).

구체적으로 자녀양육가정의 경제적·사회적 부담을 경감하기 위하여 보육에 대한 국가 책임을 강화하고, 조세 및 사회보험 혜택을 확대하고 있다. 다자녀가정에 대한 주택 공급의 유연화를 통해 공급을 확대하고자 하였다. 다양하고 질 높은 육아지원 인프라를 확충하고, 노동시장 변화에 따라 수요자의 욕구에 적합하도록 육아지원서비스를 다양화하기 노력을 경주하고 있다. 특히, 2011년에는 5세 누리과정을 도입하였고, 소득하위 70% 이하 가정을 대상으로 보육료와 유치원비 전액(정부지원단가)을 지원하였다(보건복지부 2011).

시설보육의 사각지대를 해소하고자 아이돌봄 서비스를 전국으로 확대하였다(여성가족부 2011).

사교육비 경감을 위하여 공공교육을 강화하고자 하였으며, 그 일환으로 마이스터고·특성화고를 도입하고, 대학 등록금 부담을 경감하기 위하여 등록금 인상률 억제, 등록금 안정화를 위한 제도 마련, 국가장학금 지원 확대, 든든학자금 도입 및 대출금리 인하 등이 추진되었다(교육과학기술부 2011).

임신·출산에 대한 국가의 지원체계를 확립하는 노력도 이루어졌다. 신생아의 체계적인 건강관리를 위한 기반 구축, 출산·육아관련 정보 및 신뢰성 있는 상담서비스 제공 등 모성 및 영유아 건강관리를 체계화하였고, 난임부부를 지원하였으며, 산모도우미 지원을 통해 핵가족화시대에 사적육아지원인프라가 미흡한 상황을 해소하고자 하였다(정부합동 2010).

가족친화·양성평등 사회문화 조성의 중요성을 부각시키고, 특히 제2차 기본계획에서는 일·가정 양립을 가장 중요한 정책 영역으로 부각시켰다. 산전후휴가급여 지원 확대, 육아휴직제도 활성화, 근로형태 유연화, 출산·육아기 이후 노동시장 복귀 지원, 가족친화적 기업 인증제 도입 등 일과 가정의 양립 환경을 조성하기 위한 노력을 본격적으로 시작하여 ‘일 중심’에서 ‘일과 가족생활의 조화로 전환’시키는 계기를 마련한 것이다. ‘가족친화 사회환경조성 촉진에 관한 법률’을 제정하여 가족가치를 확산하였고, 가족친화기업 인증제를 확대하였다. ‘경력단절여성 등의 경제활동촉진법’을 제정(2008)하고 여성새로일하기센터를 운영하여 2009~2011년간 경력단절여성 28만 9천 명을 재취업시키기도 하였다(여성가족부 2011). 친밀하고 평등한 가족생활문화를 조성하기 위하여 학교·사회교육을 강화하였다.

아동과 청소년에게 건강하고 안전한 성장환경을 제공하기 위한 예방적·적극적 투자를 통해 인구의 질적 성장을 담보하고자 하였다(이삼식 2012).

나. 인구고령화 대응

인구고령화에 대응하기 위하여 정부는 저출산고령사회기본계획을 통하여 노인의 소득보장과 요양보장을 위한 제도적 기반의 큰 틀을 구축하고자 하였다. 기초노령연금제도를 도입하여 노인의 기본적 소득보장을 실현하였으며, 노인장기요양보험제도를 도입하여 노인과 가족의 요양욕구를 해소하고 요양보호서비스 제공을 위한 인프라를 충족시키고자 하였다. 노인의 삶의 질을 향상시키기 위하여 보건복지를 비롯한 주택, 교통, 여가문화, 생활체육 등 다양한 영역에서 정책 개발을 추진하였다(이삼식 2012).

여성, 고령자, 외국인력 등 잠재인력의 경제활동 참여와 관련한 법·제도 개선 등을 통해 노동시장의 유연화를 강화하고자 하였다. 즉 여성인력의 특성을 고려한 다양한 직업훈련기회 제공 및 이들의 고용 유인을 위한 제도적 지원체계 마련을 통해 여성인력 활용을 활성화시키기 단초를 마련하고, 임금피크제 보전수당, 고용장려금 등 지원을 통해 고령자 고용 기피 요인을 제거하고, 작업장 환경 개선 등을 통해 고령자에 안전한 직장환경을 마련하며, 외국인력 도입 절차 완화 및 국내 정착을 위한 각종 지원 등을 통해 전문외국인력 유치 활성화의 기초를 마련하고자 하였다. 수요자 중심의 인력개발 지원 및 관련 프로그램의 운영 등을 통해 인적자원의 직업능력개발 기회를 확대함으로써, 이들의 경쟁력 및 활용성 제고를 도모하고자 하였다(이삼식 2012).

고령친화산업진흥법 및 시행령 제정·시행을 통해 제도적 기반을 마련하는 등 고령친화산업육성의 초석을 마련하는 노력을 하였다. 구체적으로 우수 고령친화제품(서비스) 지정·표시제도 도입, 고령친화제품 표준화 확대, 고령사회 금융기반 조성 등이 포함된다(이삼식 2012).

다. 인구정책 평가

한국사회에서의 저출산고령사회에 대응한 정책은 선진국에 비해 역사가 짧은 만큼 일정한 한계성이 존재한다. 저출산정책 부문의 경우 광범위한 사각지대가 존재하는데다가 수준도 낮다는 이중 문제로 인하여 국민의 체감도와 신뢰도가 낮은 실정이다. 자녀양육에 대한 경제적 지원은 예산 상 한계로 저소득층을 중심으로 추진하였으며, 그 결과 중산층 이상이 배제되었다. 수혜 계층도 낮은 지원수준으로 만족도가 낮다. 참고로 GDP 대비 가족지출(세금 감면 제외) 비율은 2005년 기준으로 OECD 평균이 2.3%(프랑스 3.8%, 영국 3.6%, 일본 1.3% 등)인데 비해, 우리나라는 2011년 0.66%(GDP대비 저출산대책 예산 비율)에 불과하다. 일-가정 양립 정책은 비정규직 등 고용보험 미가입 사업장 근로자 등에 적용되지 못하고 있다. 고용보험 가입자의 경우에도 가족친화적인 고용문화 부재와 낮은 임금대체수준 등으로 인하여 일-가정 양립제도를 제대로 활용하지 못하고 있다. 만혼화에 대한 대책은 여전히 미흡한 실정이다. 사교육비는 감소추세로 들어섰으나, 사교육비 경감에 대한 학부모의 체감도는 매우 낮은 실정이다(이삼식 2012).

고령사회부문의 경우 제1차 기본계획에서는 현 노인층만을 주요 대상으로 하여 향후 급격히 증가할 베이비붐세대의 노인층으로 진

입에 대한 고려가 부족하였다. 이에 따라 정부는 노인보건복지를 중심으로 하는 사후적 접근방식 뿐 아니라 향후 가까운 시일 내에 노년기에 접어들 중고령층 즉 베이비붐세대에 대한 사전예방적 정책을 강화하기에 이르렀다. 그러나 여전히 고령화로 인해 겪게 될 사회변화에 대한 대응체계는 미흡한 실정이다. 예를 들어, 지속가능한 사회보장체계 구축, 노동력 부족 해소를 위한 고용관행의 변화와 고령인력의 적극적인 활용방안 모색 등이 구체적이지 못하며 근본적인 대응책의 제시가 미흡하였다. 한국사회의 경우 중고령자 뿐 아니라 고령자의 경제활동참여율은 고령사회를 이미 경험하고 있는 국가와 비교해 볼 때 상당히 높은 수준이다. 따라서 중고령자 인력활용 정책은 경제활동참여보다는 상대적으로 낮은 고용의 질에 대한 접근이 필요하다. 노인일자리사업과 치매지원관리, 독거노인보호, 농촌건강장수마을 육성사업 등의 경우 저소득 또는 농촌의 일부지역 노인들을 대상으로 시행함으로써 예산비중이 낮아 정책체감도가 낮은 실정이다. 고령사회에서 노동력 부족에 대응한 여성인력 및 고용인력 활용을 촉진시키기 위해 여성, 노인에 대한 차별 의식 개선과 고용문화 조성에 대한 노력을 강화하는 노력이 미흡하였다. 외국적동포와 외국인 근로자 등 도입과 관련 인구자질과 사회통합 측면을 고려한 정책 마련 및 체계적인 추진이 미흡하였다(이삼식 2012).

참고문헌

- 고용노동부(2011). 2012년 업무보고.
- 교육과학기술부(2011). 2012년 업무보고.
- 교육과학기술부·한국교육개발원(2009). 교육통계.
- 국무조정실(2007). 내부자료.
- 국민연금재정추계위원회·국민연금운영개선위원회(2008). 2008 국민연금재정계산 국민연금 장기재정추계 및 운영개선방향.
- 김상호(2007). 연금소득과 가계저축: 한국노동패널을 이용한 실증분석. 「경제학연구」, 제55집(제3호), pp.119-142.
- 김원숙(2010). 우리나라 외국인정책의 역사적 전개에 관한 소고. 외교안보연구원 글로벌리더십과정.
- 김진수·노상윤·이동현·최인덕(2007). 건강보험 중장기 재정전망과 정책과제 : 2008~2030. 국민건강보험공단.
- 김현숙·우석진(2009). 출산이 일자리 창출과 생산에 미치는 경제적 효과. 보건복지가족부.
- 대한의사협회(2008). 제1차 의료기관 폐업률.
- 문형표·김대일·김동석·김소영·김용하·박창균·안종범(2004). 인구고령화와 거시경제. 한국개발연구원.
- 박상태(2003). 인구정책. 『한국의 인구(김두섭 외 편)』, pp645~673. 통계청.
- 방하남·신동균·김동현·신현구(2004). 인구고령화와 노동시장. 한국노동연구원.
- 법무부. 출입국관리통계연보. 각 연도.
- 보건복지부(2011). 2012년 업무보고.
- 배순석·김근용·전성제·김형석·봉인식·Ebizuka Ryokichi(2007). 주택수급여건 변화에 대응한 주택공급체계 개편방안 : 주택보급률

- 110% 초과, 고령화 및 저출산에 대한 대응. 국토연구원.
- 서문희·김은설·최진·안재진·최혜선·김유경·조애저(2009). 2009년 전국
국보육실태조사-가구조사보고서. 보건복지가족부·육아정책개발센터.
- 여성가족부(2011). 2012년도 업무추진계획.
- 이삼식(2011). 100세 대응을 위한 미래전략: 인구 및 사회보험재정 전망
과 과제. 한국보건사회연구원.
- 이삼식·변용찬·김동희·김형석(2004). 인구고령화의 전개와 인구대책
(인구구조 고령화의 경제·사회적 파급효과와 대응과제, KDI 협
동과제). 한국보건사회연구원.
- 이삼식·신인철·김정연 외(2006). 지방자치단체 저출산 대응 인구정책
효과성 분석 및 우수정책 개발 촉진방안. 보건복지부·한국보건
사회연구원.
- 이삼식·전영준·신화연·최효진(2011). 저출산·고령사회에서 외국인 유
입의 파급효과 분석. 한국보건사회연구원.
- 이삼식·최효진·오영희·서문희·박세경·도세록(2009). 2009년도 전국
결혼 및 출산동향조사. 보건복지가족부·한국보건사회연구원.
- 이삼식 외(2010). 향후 5년간 추진할 저출산고령사회 핵심 연구과제. 보
건복지부·한국보건사회연구원.
- 이삼식(2006). 가치관의 변화가 결혼 및 출산 행태에 미치는 영향, 「보건
사회연구」, 26(2), pp.95~40. 한국보건사회연구원.
- 이삼식(2012). 2012년도 저출산·고령화 대응 정책의 변화와 전망. 「보건
복지포럼」, 2012. 1월호. 한국보건사회연구원.
- 정부합동(2006). 제1차 저출산고령사회기본계획(2006~2010).
- 정부합동(2010). 제2차 저출산고령사회기본계획(2011~2015).
- 통계청(2009). 2009 사회조사보고서.
- 통계청(2011). 장래인구추계.
- 한국노동연구원(2006). 중장기 인력수급전망.
- 한진희, 최경수, 신석하 외(2007). 고령화 사회의 장기 거시경제변수 전
망: 2006~2080. 한국개발연구원.

- Feyzioğlu, Tarhan, Michael Skaarup and Murtaza Syed(2008.1). 『Addressing Korea's Long Term Fiscal Challenges』. IMF Working Paper.
- Hoorens, S., A. Parkison, and J. Granct(2005). 『Sweden's Varying Success in Offsetting Low Fertility』. OECD 주요국 저출산대책 동향 및 효과성 평가를 위한 국제회의. 한국보건사회연구원.
- Lutz, Wolfgang, Vegard Skirbekk, and Maria Rita Testa(2007). 『The Low-Fertility Trap Hypothesis: Forces that May Lead to Further Postponement and Fewer Births in Europe』. Vienna Yearbook of Population Research(2006), pp.167-192.
- OECD(2009). Employment Outlook.
- OECD. Family database.
- Samsik Lee(1988). 『Cause of Death by Age and Sex: An Examination of the Pattern of Mortality in the Republic of Korea, 1985』. UN-ARE Cairo Demographic Center Research Monograph Series, No. 18: pp. 603-642. Cairo Demographic Center, December 1988(English).
- United Nations(1956). Methods of Population Projections by Age and Sex, Manual III(Manuals on methods of estimating population). ST/SOA/ Series A, Population Studies, No.25, 1956.

제 4 장

경제와 정부재정

| 제1절 | 경제성장과 구조 변화

1. 경제성장 여건의 변화와 경제전망

우리나라의 경제는 전후복구 이후 10%를 상회하는 경제성장율을 보이며 짧은 기간내에 괄목할 만한 경제성장을 이루었으나, 1997년의 외환위기와 이후 2008년 글로벌 금융위기를 거치며 경제성장률이 둔화되는 저성장 국면에 직면하게 되었다. 산업화가 전개되었던 60년대는 수출진흥정책과 더불어 평균 7.69%의 경제성장률을 달성하였고, 이후 70년대는 중화학공업 육성등 정부주도의 공업화가 가속화 되며 평균 10.12%의 경제성장률의 고도성장가도를 걷게 되었다. 80년대는 금융자유화와 대외개방의 확대가 이루어지기 시작했고, 평균 8.64%의 경제성장률을 보이며 고도성장가도를 지속하였다.

고도성장기의 경제성장은 산업화에 의한 광공업부문의 빠른 성장에 의해서도 상당량 주도되었다고 볼 수 있다. 산업별 GDP 성장기여도를 보면 70년대와 80년대에 광공업분야의 GDP 성장 기여도가 2.15%와 2.08%로 전체 GDP 성장의 40%이상을 차지하는 것을 볼 수 있다. 이 시대에는 광공업분야의 GDP성장률도 전체 GDP성장률보다 급속한 속도로 증가하여 왔음을 볼 수 있다. 70년대의 경우 광

공업 분야의 평균 GDP성장률은 16.32%에 달하고 있다. SOC 및 서비스업의 GDP 성장 기여도는 70년대 이후 감소하기 시작하여 2000년대에는 2.25% 기여도에 그치고 있다.

수요부문별로는 고성장시대에는 총소비가 GDP성장에 대한 기여가 상당히 높았던 반면, 저성장기로 접어들면서 점차 성장 기여도가 총수출로 옮겨감을 볼 수 있다. 총투자의 성장기여도는 경제개발이 본격화됨에 따라 증가하기 시작하였으나, 외환위기 이후 2000년대에 들어서는 총투자부문의 성장기여도가 현격히 감소된 것을 볼 수 있다. 80년대 후반부터 관찰되기 시작하는 우리나라 저축율의 현저한 감소추세와도 연관되어 투자와 저축의 동반하락 현상을 보이고 있다. 총투자부문의 성장률은 60년대 경제개발의 본격화와 함께 평균 약 23%에 달하는 등 급속히 성장한 것을 볼 수 있다. 총수출의 성장률도 60년대의 수출진흥정책에 힘입어 평균 약 29%의 성장률을 보이며 동기간 이후 급속한 성장세를 유지했었던 것을 볼 수 있다.

〈표 1-4-1〉 경제성장률 추이와 산업별, 수요부문별 GDP 성장기여도

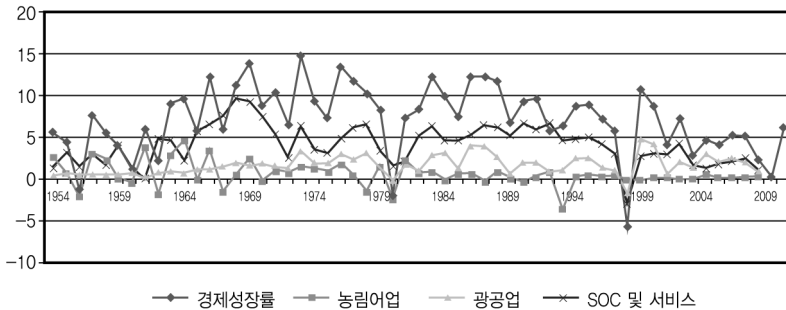
단위: %

	53~59년	60~69년	70~79년	80~89년	90~99년	2000~09년
경제성장률	4.30	7.69	10.12	8.64	6.68	4.43
농림어업	0.98	1.22	0.59	0.17	-0.36	0.02
광공업	0.47	1.00	2.15	2.08	1.60	2.04
SOC 및 서비스	2.42	5.16	4.91	4.71	4.03	2.25
총소비	4.60	5.23	5.86	5.08	3.96	2.47
총투자	0.03	2.15	3.14	2.26	2.11	1.01
총수출	0.03	0.52	1.71	1.87	3.28	5.31
총수입	0.09	-1.09	-2.25	-1.81	-2.94	-2.74

주: 1970년 이후는 2000년 불변가격 기준, 그 이전은 1975년 불변가격 기준
 자료: 한국은행, 경제통계시스템(<http://ecos.bo.or.kr>), 한국경제 60년사

[그림 1-4-1] 부분별 경제성장률 기여도

단위: %



주: 1970년 이후는 2000년 불변가격 기준, 그 이전은 1975년 불변가격 기준

자료: 한국은행, 경제통계시스템(<http://ecos.bo.or.kr>), 한국경제 60년사에서 재인용

〈표 1-4-2〉 산업별, 수요부문별 GDP성장률

단위: %

	53~59년	60~69년	70~79년	80~89년	90~99년	2000~09년
경제성장률	4.30	7.69	10.12	8.64	6.68	4.43
농림어업	3.17	4.57	3.41	2.03	1.09	0.72
광공업	12.33	14.98	16.32	10.07	7.18	7.52
SOC 및 서비스	4.28	8.51	7.76	7.68	6.02	3.90
총소비	4.57	6.00	7.50	7.02	5.86	4.41
총투자	11.20	22.86	16.22	9.11	6.72	3.76
총수출	8.35	29.16	23.92	11.59	13.73	11.04
총수입	1.18	21.13	17.11	10.00	11.07	9.99

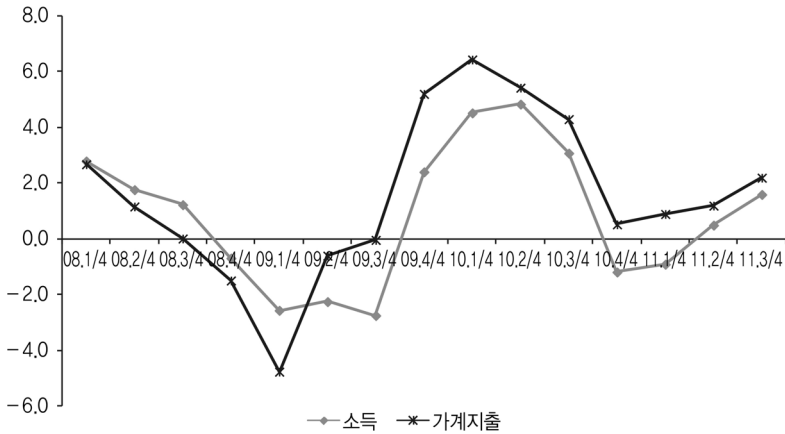
주: 1970년 이후는 2000년 불변가격 기준, 그 이전은 1975년 불변가격 기준

자료: 한국은행, 경제통계시스템(<http://ecos.bo.or.kr>), 한국경제 60년사에서 재인용

그러나 정부주도하의 성장전략에 따른 부작용의 누적은 1990년대 후반 외환위기로 이어지며, 기업의 도산과 실업등으로 인한 고용구조의 변화와 실직가정의 증가등으로 인한 소득분배구조의 악화를 가져오게 되었다. 이러한 경제적 여건변화와 함께 저출산고령화등 인구구

[그림 1-4-2] 소득과 가계지출 추이

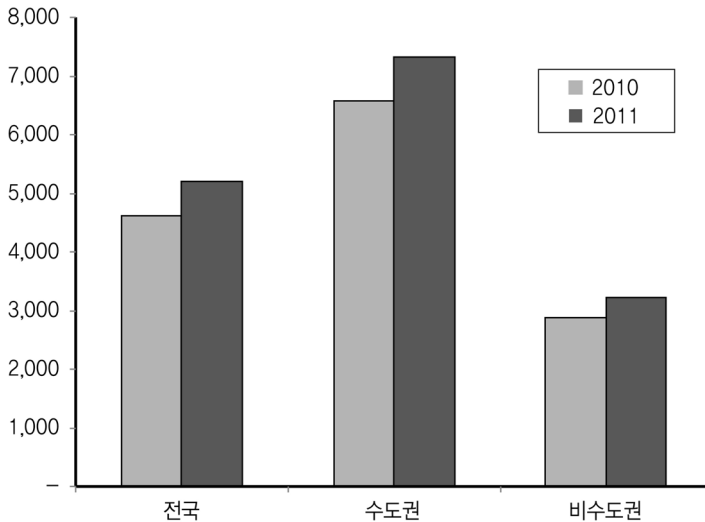
단위: %



자료: 최성은 외, 보건복지 정책수요조사 및 분석방안, 2012에서 재인용

[그림 1-4-3] 가구당 부채수준

단위: 만원



자료: 최성은 외, 보건복지 정책수요조사 및 분석방안, 2012에서 재인용

조의 변화와 이혼율의 급증 등 가족구조의 변화는 고용구조의 변화와 함께 성장동력을 악화시키게 되는 등 장기적인 저성장국면으로의 가도가 구가되고 있다. 최근에는 주택경기부진과 함께 가계부채의 급속한 증가도 성장을 저해하는 요소로 작용하고 있다. 국내 연구기관들의 2012년 경제성장을 전망은 3.6%~4.0%대로 낮게 전망되고 있다. 중장기 경제성장률도 2020년대에는 연평균 2.8%, 2030년대에는 1.7%로 저성장국면에 접어들 것으로 전망되고 있다(KDI 2010).

대외적으로는 금융시장개방등 세계화의 가속화 물결속에서 빈번히 발생하고 있는 글로벌경제위기와 남유럽국가의 재정위기로 인한 세계 금융시장의 불확실성이 국내경제에도 많은 영향을 미치고 있다. 남유럽국가의 재정위기가 근본적으로 지속되고 있어 선진국가

〈표 1-4-3〉 세계 경제성장률 추이 및 전망

단위: %

		2009	2010	2011	2012
세	계 ¹⁾	-0.7	5.1	4.0	4.0
선	진 국	-3.7	3.1	1.6	1.9
미	국	-3.5	3.0	1.5	1.8
일	본	-6.3	4.0	-0.5	2.3
유	로 지 역	-4.3	1.8	1.6	1.1
개	도 국	2.8	7.3	6.4	6.1
아	시 아 ²⁾	7.2	9.5	8.2	8.0
중	국	9.2	10.3	9.5	9.0
대	만	-1.9	10.9	5.2	5.0
인	도	6.8	10.1	7.8	7.5
브	라 질	-0.6	7.5	3.8	3.6
러	시 아	-7.8	4.0	4.3	4.1

주: 1) IMF의 세계 전체 성장률은 PPP방식의 추정치.

2) 한국, 일본, 대만, 홍콩, 싱가포르를 제외(선진국에 포함).

자료: IMF, World Economic Outlook, September 2011.

최성은 외, 보건복지 정책수요조사 및 분석방안, 2012에서 재인용

들의 가계 및 기업의 경제활동이 상당기간 위축될 것으로 예측할 수 있어, 2012년 세계경제 성장률은 4.0%대로 전망되고 있다(IMF). 성장률이 높은 개발도상국과 신흥국가들의 2012년 경제성장률도 2011년에 비해 낮을 것으로 전망되고 있고, 재정위기가 해소되지 못한 유럽국가들의 경제성장률도 2012년 1.1%로 전년대비 0.5%p 낮아질 것으로 전망되고 있다.

2. 고용과 노동시장

가. 경제활동참가율과 실업률

취업률과 경제활동참가율은 꾸준히 증가하여 왔으나 외환위기 이후 경기침체에 의한 고용구조의 변화와 함께 경제활동참가율이 저하된 이후 성장세가 둔화되고 있다. 2000년대에 들어서는 제조업의 감소와 함께 저성장국면에 돌입함에 따라 일자리수의 증가가 약화되고 있어, 고용없는 성장에 대한 우려도 대두되고 있다. 산업부문별 취업자수를 보면, 광공업분야의 취업자수는 경제개발기에 급증하였다가 2000년대에 들어서면서 감소되는 것을 알 수 있다. 반면 SOC 및 서비스분야의 취업자수는 지속적으로 급증하고 있는 것을 볼 수 있다. 한편, 우리나라의 실업률은 주요 선진국과 비교하여 낮은 편이기는 하지만, 60년대 이후 지속적인 감소추세에서 외환위기를 겪으며 실업률의 급증을 경험하였다. 이후 악화된 실업률에서의 회복이 더디게 이루어지고 있어 2000년대에 들어서는 예년보다 높은 실업률을 보이고 있다.

〈표 1-4-4〉 경제활동참가율과 실업률 추이

단위: %

	53~59년	60~69년	70~79년	80~89년	90~99년	2000~09년
경제성장률	4.30	7.69	10.12	8.64	6.68	4.43
경제활동참가율	—	56.99	58.49	57.96	61.07	61.60
여성경제활동참가율				43.36	47.79	49.66
실업률	—	6.57	4.00	3.80	3.27	3.62

주: 실업률은 63년부터임.

자료: 한국은행, 경제통계시스템(<http://ecos.bo.or.kr>), 한국경제 60년사에서 재인용

〈표 1-4-5〉 산업부문별 취업자수 추이

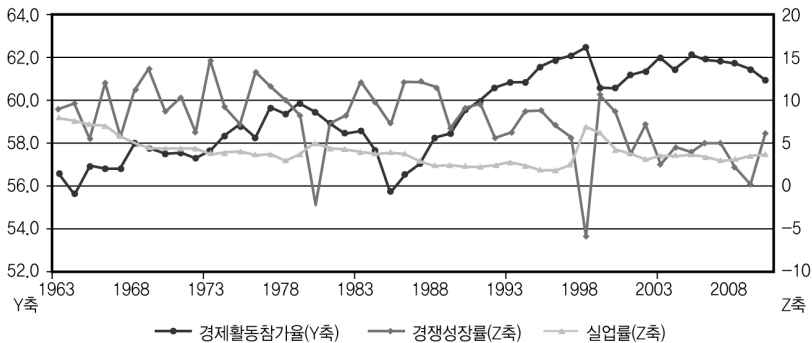
단위: 천 명

	60~69년	70~79년	80~89년	90~99년	2000~09년
총 취업자	8,381	11,623	27,848	19,754	22,512
농림어업	4,759	5,202	4,019	2,542	1,917
광공업	924	2,217	3,812	4,696	4,228
SOC 및 서비스	2,656	4,205	7,396	12,516	16,367

자료: 한국은행, 경제통계시스템(<http://ecos.bo.or.kr>), 한국경제 60년사에서 재인용

[그림 1-4-4] 경제활동참가율과 실업률 추이

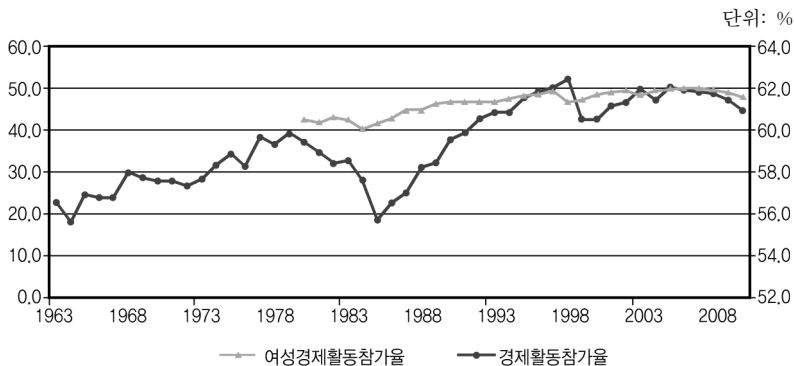
단위: %



여성경제활동참가율은 주요 선진국과 비교하여 낮은 수준으로 2007년 기준 53.2%로 OECD평균 59%보다 훨씬 낮은 수준이지만, 80년대 이후 지속적으로 증가하고 있다. 여성경제활동참가율의 증가와 출산율의 저하 추세가 함께 대두되고 있어, 여성인적자본의 잠재성장률 제고효과를 상쇄하는 측면에 대한 우려도 있다. 이러한 우려에 더하여 현재까지의 보육지원정책이 맞벌이부부등 취업여성에게 경제적 유인을 제공하지 못하는 측면도 있었다. 그러나 현재 보육지원이 중산층까지 확대되어져 가고, 보육의 공공화와 보육시장의 문제점들이 개선되어지면 여성경제활동참가율의 지속적 증가와 잠재성장률 제고효과를 거둘수 있을 것으로 보여진다.

최근 고용시장의 문제점으로 대두되고 있는 사안중 하나는 청년 실업률의 증가이다. 청년경제활동참가율은 학력이 높아짐과 더불어 80년대 이후 지속적으로 감소추세이나 경기침체의 여파와 일자리수 감소, 청년층의 중소기업기피등의 현상으로 인해 2000년대 후반 감소추세가 가속화되고 있다. 이에 따라 외환위기 이후 급증한 청년실업률 또한 회복세가 더디게 나타나고 있다.

[그림 1-4-5] 여성경제활동참가율 추이



〈표 1-4-6〉 청년 경제활동 참가율 및 실업률

단위: %

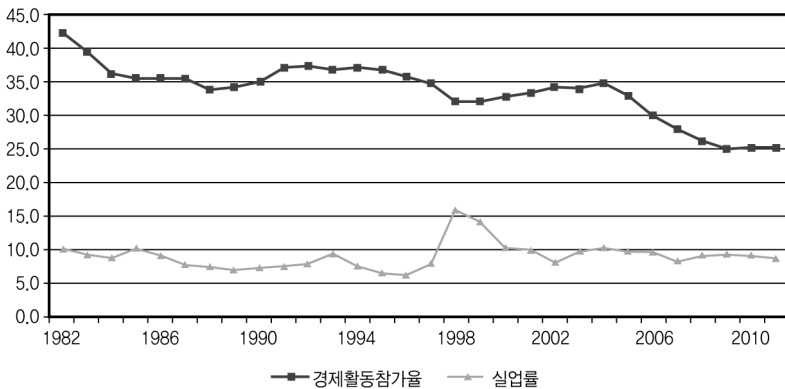
	82~89년	90~99년	2000~09년
청년경제활동 참가율	36.7	35.6	31.2
청년 실업률	8.6	8.8	9.3

주: 15~24세 기준임.

자료: 국가통계포털(<http://kosis.go.kr>)

[그림 1-4-6] 청년 경제활동 참가율 및 실업률

단위: %



주: 15~24세 기준임.

자료: 국가통계포털(<http://kosis.go.kr>)

나. 노동시장의 구조 변화와 임금격차

외환위기 이후 노동시장은 실업률의 증가와 함께 비정규직이 확대되고, 저임금근로자의 비중이 확대되는 등 저숙련 노동자의 지위가 하락되는 방향으로 변화되는 추세에 있다. 우리나라의 저임금근로자와 비정규직의 비중은 주요 선진국과 비교하여도 높은 수준이다. 저임금근로자의 비중은 2000년대에 들어 증가 추세에 있음을 볼 수 있다. 저임금근로자는 주로 비정규직에서 높게 나타나고 있으며,

여성과 중고령자 집단에서도 저임금근로자 비중이 높은 것으로 나타나고 있다(이병희 외 2008). 비정규직의 비중도 2000년대에 들어 급속히 증가하고 있어, 2003년 약 32.6%에서 2004년에는 약 37%로 증가하였고, 2011년에는 비정규직 근로자가 전체 임금근로자의 약 34.2%에 달하게 되었다. 이는 2005년 기준 OECD 국가 평균인 12.8%에 비교하여 보면 매우 높은 비율임을 알 수 있다. 노동시장의 이러한 변화는 근로빈곤층의 문제와 양극화의 심화, 중산층의 축소 등 우리나라 소득분배구조의 전반적 악화에 근본적인 원인을 제공하고 있다.

〈표 1-4-7〉 저임금 근로자의 규모 추이

단위: %

	2001.8	2002.8	2003.8	2004.8	2005.8	2006.8	2007.8	2008.8	2009.8	2010.3
임금근로자	22.6	23.2	24.1	26.3	26.6	25.8	27.4	26.0	26.2	26.5
정규직	17.5	18.8	17.6	19.7	19.4	19.0	20.2	19.0	17.3	18.7
비정규직	36.3	35.0	37.7	37.5	39.1	38.3	40.2	39.7	42.7	42.4

자료: 최성은 외, 선진4국과 우리나라 사회보장체계 비교연구, 2011에서 재인용

〈표 1-4-8〉 비정규직 근로자 규모의 추이

단위: 천 명

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
임금근로자	14,149	14,584	14,968	15,351	15,882	16,104	16,479	17,048	17,510
비정규직	4,606 (32.6)	5,394 (37.0)	5,483 (36.6)	5,457 (35.5)	5,703 (35.9)	5,445 (33.8)	5,754 (34.9)	5,685 (33.3)	5,995 (34.2)

주: 매년 8월 기준임

자료: 최성은 외, 선진4국과 우리나라 사회보장체계 비교연구, 2011에서 재인용

비정규직과 저임금근로자의 높은 비중이외에도 노동시장의 문제점으로 대두되고 있는 것이 기업규모별 임금격차가 증가하는 문제

이다. 우리나라의 명목임금 상승률은 경제개발 전반기인 70년대와 이후 노동조합이 활성화된 80년대에 걸쳐 빠르게 성장하였다. 70년대의 노동생산성 증가율이 평균 약 1.7%인 것에 비하면 명목임금의 급속한 상승은 생산성의 증가라기보다는 생산비용을 증가시키는 부담으로 작용했음을 짐작할 수 있고, 이시기의 높은 물가상승률을 일부 설명하고 있다고 볼 수 있다. 명목임금의 상승률은 외환위기 이후 상당한 감소되어 2000년대 임금과 물가의 안정이 이루어 졌다고 볼 수 있다. 그러나 금융위기를 극복하는 과정에서 물가상승률이 급격히 증가하여 명목임금상승율을 상회하게 되었다.

한편 대기업과 중소기업의 평균임금의 격차도 2000년대에 들어서 더욱 벌어지고 있는 추세에 있어 소득분배구조 악화의 요인으로 작용하고 있다. 대기업의 평균임금을 100으로 보았을 때 중소기업의 평균임금은 90년대 평균 약 75.8이었으나 2000년대에는 65.5로 대기업과의 임금격차가 심화되고 있는 것을 볼 수 있다.

〈표 1-4-9〉 임금상승률과 노동 생산성 증가율 추이

단위: %

	70~79년	80~89년	90~99년	2000~09년
명목임금상승률	26.30	14.37	11.22	6.90
실질임금상승률	9.79	6.63	5.20	3.62
생산성 증가율	1.71	3.16	3.67	2.78
노임단가상승률	24.31	11.02	7.27	4.02
물가상승률	15.21	8.42	5.73	3.13
생산자물가상승률	25.57	12.88	15.87	7.05

주: 실질임금은 소비자 물가를 이용하여 계산, 생산성은 취업자 1인당 부가가치 기준.
노임단가=명목임금/취업자 1인당 부가가치.

1965년 이후 소비자 물가는 2005년 기준, 그 이전은 2000년 기준, 생산자 물가는 2005년 기준

자료: 한국은행, 경제통계시스템(<http://ecos.bo.or.kr>), 한국경제 60년사

〈표 1-4-10〉 기업규모별 평균임금

단위: 원, %

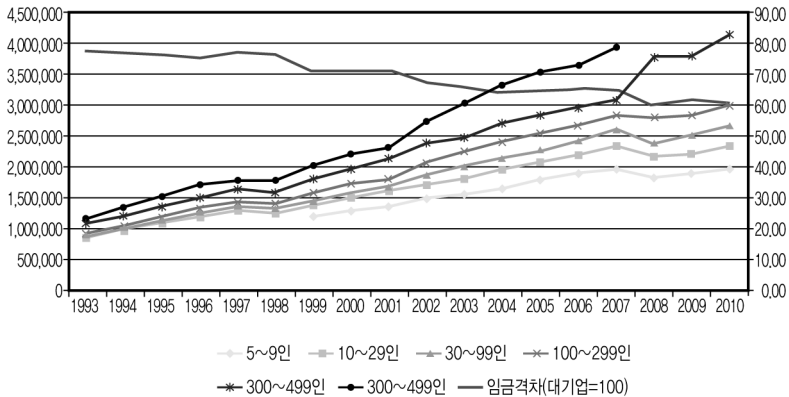
	93~99년	2000~09년
전체(5인 이상)	1,299,629	2,258,456
중소규모(5~299인)	1,187,381	2,032,460
대규모(300인 이상)	1,571,573	3,130,259
대기업대비 중소기업의 평균임금(대기업=100)	75.8	65.5
5~9인	1,191,922	1,661,514
10~29인	1,143,680	1,950,040
30~99인	1,187,449	2,136,586
100~299인	1,260,705	2,380,565
300~499인	1,442,744	2,804,662
500인 이상	1,609,107	3,091,887

- 주: 1. 5~9인은 1999년 임금임. 500인 이상은 2000~2007년의 평균임.
 2. 1998년 이전 전산업 및 중소기업 전체는 종사자수 10인 이상 기준임.
 3. 월평균 임금총액은 정액 및 초과급여액과 특별급여액의 합계임.
 4. 2007년 이후 단위조사명 및 추정방법 변경으로 인하여 이전 수치와 단순 비교할 수 없음.

자료: 국가통계포털, 사업체노동력 조사(구 사업체 임금근로시간 조사).

[그림 1-4-7] 기업규모별 임금격차 추이

단위: 원, %



- 주: 1. 월평균 임금총액은 정액 및 초과급여액과 특별급여액의 합계임.
 2. 2007년 이후 단위조사명 및 추정방법 변경으로 인하여 이전 수치와 단순 비교할 수 없음.

자료: 국가통계포털, 사업체 노동력 조사(구 사업체 임금근로시간 조사).

| 제2절 | 정부재정

1. 재정지출과 국민부담율

우리나라 정부 재정부문의 규모는 OECD국가들 중에 현저하게 낮은 수준이다. 2009년 기준 GDP대비 일반정부 재정지출의 비율은 33.1%로 OECD국가 중 가장 규모가 작은 것으로 나타나고 있다.¹⁶⁾ 뒷부분에서 좀더 논의하겠지만, 우리나라 정부규모가 작은 것은 복지지출이 아직까지는 주요 선진국가에 비하여 낮은 수준인 것에 기인한다. GDP대비 중앙정부 재정지출 비중은 80년대까지는 현저한 감소추세로 나타나는데, 이는 고도성장기의 GDP 성장률이 중앙정부 재정지출을 상회하였기 때문이다. 2000년대에 들어서면서 GDP 대비 중앙정부 재정지출의 규모는 이전보다 높아지고 있다.

세입측 규모도 OECD국가들에 비하여 낮은데, 2008년 기준 국민 부담율은 26.5%로 OECD평균 34.8%보다 현저히 낮다. 우리나라의 조세부담율은 고도의 경제성장이 이루어진 70년대에 급격히 증가하였고, 재정지출 규모가 평균적으로 감소하는 80년대와 90년대에도 지속적으로 증가되어 왔다. 외환위기 이전까지 우리나라 재정운용의 기초는 균형재정을 유지하는 것이었는데, 이러한 기초는 90년대까지 통합재정수지가 평균적으로 하향추세에 있는 것에도 반영되고 있다. 정부규모의 GDP대비 비중의 하락에도 불구하고, 조세부담율은 지속적 상승추세에 있는 것도 국제적으로 비교적 건전한 재정

16) 일반정부 재정지출은 국민계정과 OECD에서 발표되는 중앙정부와 지방정부의 재정지출이다. 이에는 국민건강보험지출 및 공공부문의 지출이 포함되어 있지만, 국민주택기금은 제외된다. 반면 통합재정상의 중앙정부 재정지출은 IMF의 Government Finance Statistic(GFS) 기준을 따르며, 통합재정수지의 산정에 있어 순융자를 포함한다.

을 유지할 수 있었던 이유이기도 하다. 국민부담율은 사회보험의 도입과 정착이 이루어진 90년대부터 현재까지 급속히 증가하고 있음을 볼 수 있다. 국민연금의 도입과 확대, 전국민 건강보험시대의 도래와 함께, 급속한 고령화와 소득증가로 인한 의료비 상승은 건강보험 재정안정화를 위한 보험료의 지속적 인상을 불가피하게 하였다.

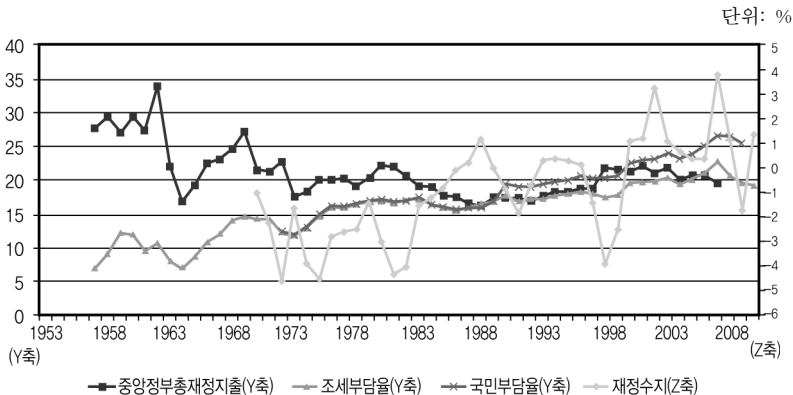
〈표 1-4-11〉 재정운용 추이

단위: GDP 대비 %

	53~59년	60~69년	70~79년	80~89년	90~99년	2000~09년
통합재정수지	—	—	-2.71	-1.35	-0.99	1.50
중앙정부 총지출 (통합재정)	28.10	24.69	20.18	18.91	18.69	20.98
일반정부 총지출 (국민계정)	—	—	18.1	19.6	21.4	27.1
조세부담율	9.47	10.81	14.60	16.61	17.70	20.38
국민부담율	—	—	14.82	16.52	19.90	23.95

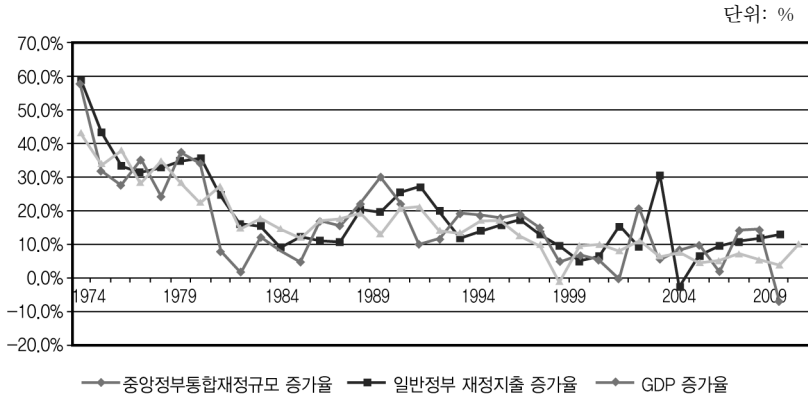
자료: OECD stats(stats.oecd.org), 한국은행, 경제통계시스템(http://ecos.bo.or.kr).

〔그림 1-4-8〕 중앙정부 재정지출과 조세부담율



자료: OECD stats(stats.oecd.org), 한국은행, 경제통계시스템(http://ecos.bo.or.kr).

[그림 1-4-9] 재정지출 증가율



자료: 디지털회계예산시스템(www.digitalbrain.go.kr), 국가통계포털(<http://kosis.go.kr>)

2. 자원배분 추이와 특징

우리나라의 분야별 재정투입 비중을 살펴보면 OECD 국가들에 비하여 분단상황이라는 특수성하에 국방비 지출 비중이 크고, 경제개발부분에 대한 투자비중이 큼을 알 수 있다. 2009년의 경우 국방비 비중은 일반정부 총지출대비 8.9%로 이스라엘, 미국 다음으로 세 번째로 높고, 경제지출 비중은 21.8%로 아이슬랜드 다음으로 높다. 일반정부 국방비 지출 비중은 1970년대에 평균 28.5% 였는데, 90년대 이후 비중이 대폭 축소되었음을 알 수 있다. 수송, 통신, 농림수산, 제조업, 건설업등 경제부분에의 높은 재정투입 비중은 정부 주도하의 강력한 경제개발을 꾀하였던 경제성장 초기에는 불가피한 선택이었을 수 있으나, 현상황에서의 성장전략에 맞는 자원배분인지에 관해서는 재검토의 필요성이 있을 듯하다. 교육부분에 대한 재원투입 비중도 OECD국가들과 비교하여 높은 편에 속하고 있다. 교

육부분에의 투자는 1990년대부터 이전에 비해 감소하고 있는 추세이다. 부문별 재원투입 비중이 OECD국가들에 비하여 낮게 나타나고 있는 부문은 사회보호와 보건부문이다. 사회보호부문에의 투자 비중은 사회보장제도의 발전과 사회보험 도입과 확대와 더불어 지속적으로 증가되어 왔다. GDP대비 사회복지지출이 OECD 평균에 비하여 낮은 수준으로 평가되고 향후에도 보육 및 가족에 대한 복지수요, 고령화로 인한 복지지출의 증가, 연금급여지출의 가속화로 인한 지출비중의 확대가 예상되고 있다. 보건부문의 지출도 노인의료비와 국민의료비의 증가와 함께 70년대에는 평균 1.8%였던 것이 2000년대에는 평균 11.3%로 지속적 증가세를 보이고 있다. 향후 정부재정규모의 증가는 상당부분 복지지출의 증가에 기인할 가능성이 크기 때문에, 총 파이의 증가와 더불어 사회복지와 보건부문에 대한 재원투입의 비중도 높아질 전망이다.

〈표 1-4-12〉 일반정부 기능별 재정지출의 국제비교(2009년)

단위: GDP 대비 %, 괄호 안은 구성비

	일반	국방	치안	경제	환경 보호	주택	보건	문화 및 지역	교육	사회 보호	일반 정부 총지출
덴마크	7.5	1.5	1.2	3.1	0.5	0.6	8.8	1.7	8.0	25.4	58.4
	(12.9)	(2.5)	(2.0)	(5.3)	(0.9)	(1.0)	(15.1)	(3.0)	(13.7)	(43.5)	(100.0)
프랑스	7.2	1.9	1.3	3.1	0.9	2.1	8.4	1.7	6.2	23.7	56.5
	(12.8)	(3.3)	(2.4)	(5.5)	(1.6)	(3.7)	(14.8)	(3.0)	(11.0)	(42.0)	(100.0)
핀란드	7.4	1.7	1.5	5.1	0.4	0.5	8.0	1.2	6.6	23.9	56.3
	(13.2)	(3.0)	(2.7)	(9.0)	(0.6)	(0.9)	(14.2)	(2.2)	(11.8)	(42.5)	(100.0)
스웨덴	7.5	1.5	1.4	4.7	0.4	0.8	7.4	1.2	7.3	23.0	55.2
	(13.6)	(2.7)	(2.6)	(8.5)	(0.6)	(1.4)	(13.5)	(2.2)	(13.2)	(41.6)	(100.0)
벨기에	9.2	1.1	1.9	5.9	0.6	0.3	8.0	1.3	6.3	19.5	54.2
	(17.0)	(1.9)	(3.4)	(11.0)	(1.2)	(0.6)	(14.8)	(2.4)	(11.7)	(36.0)	(100.0)

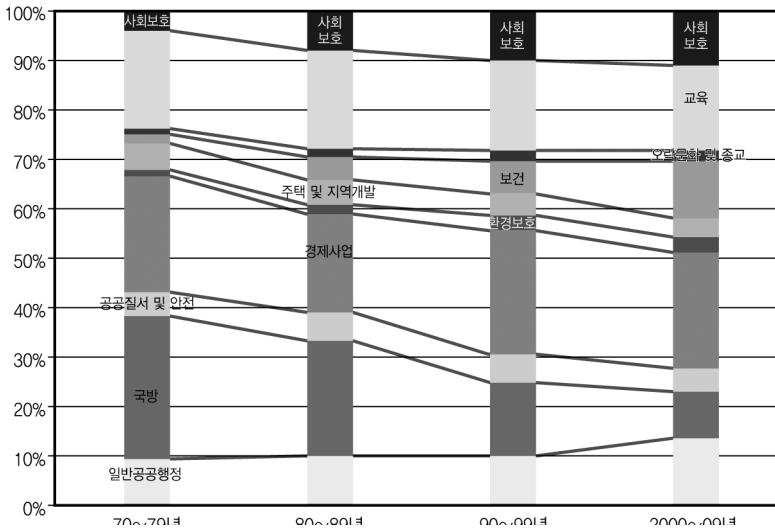
	일반	국방	치안	경제	환경 보호	주택	보건	문화 및 지역	교육	사회 보호	일반 정부 총지출
그리스	10.7	3.6	1.9	5.3	0.7	0.4	6.0	0.6	4.5	19.5	53.2
	(20.1)	(6.7)	(3.6)	(9.9)	(1.2)	(0.7)	(11.3)	(1.1)	(8.5)	(36.7)	(100.0)
오스 트리아	6.9	0.8	1.6	5.0	0.5	0.7	8.2	1.1	5.8	21.8	52.3
	(13.1)	(1.6)	(3.0)	(9.5)	(1.0)	(1.4)	(15.7)	(2.0)	(11.1)	(41.7)	(100.0)
이탈리아	8.7	1.6	2.0	4.4	0.9	0.8	7.5	0.9	4.8	20.4	51.9
	(16.7)	(3.0)	(3.8)	(8.5)	(1.8)	(1.6)	(14.4)	(1.7)	(9.2)	(39.2)	(100.0)
영국	4.5	2.7	2.8	4.3	1.1	1.5	8.5	1.2	6.9	18.0	51.5
	(8.6)	(5.3)	(5.4)	(8.4)	(2.1)	(2.9)	(16.4)	(2.3)	(13.5)	(35.0)	(100.0)
네덜란드	7.7	1.5	2.0	5.8	0.9	1.1	6.8	1.5	6.0	18.1	51.4
	(15.1)	(2.9)	(3.9)	(11.2)	(1.8)	(2.1)	(13.3)	(2.9)	(11.7)	(35.3)	(100.0)
아이 슬란드	10.2	0.0	1.6	6.0	0.7	0.5	8.4	3.7	8.6	11.3	51.0
	(20.0)	(0.1)	(3.2)	(11.8)	(1.3)	(1.0)	(16.4)	(7.3)	(16.8)	(22.2)	(100.0)
헝가리	10.3	0.8	2.0	5.5	0.7	1.2	5.0	1.4	5.3	18.3	50.5
	(20.5)	(1.6)	(3.9)	(10.9)	(1.3)	(2.4)	(9.9)	(2.8)	(10.4)	(36.2)	(100.0)
슬로 베니아	5.8	1.5	1.7	5.0	0.9	0.9	6.9	1.8	6.7	18.0	49.1
	(11.8)	(3.0)	(3.5)	(10.1)	(1.9)	(1.8)	(14.0)	(3.7)	(13.6)	(36.5)	(100.0)
아일랜드	3.8	0.5	2.0	7.4	1.3	2.1	8.9	0.9	5.6	16.5	48.9
	(7.7)	(1.1)	(4.1)	(15.0)	(2.8)	(4.2)	(18.1)	(1.7)	(11.4)	(33.8)	(100.0)
포르투갈	6.9	1.4	2.2	3.9	0.7	0.6	7.1	1.1	6.7	17.4	48.0
	(14.4)	(3.0)	(4.6)	(8.0)	(1.5)	(1.3)	(14.7)	(2.4)	(13.9)	(36.1)	(100.0)
독일	6.1	1.2	1.7	3.6	0.7	0.7	6.9	0.7	4.4	21.6	47.5
	(12.9)	(2.4)	(3.5)	(7.6)	(1.4)	(1.6)	(14.5)	(1.4)	(9.2)	(45.6)	(100.0)
노르웨이	4.9	1.8	1.0	4.5	0.7	0.7	7.9	1.4	6.2	18.3	47.3
	(10.4)	(3.7)	(2.2)	(9.4)	(1.4)	(1.5)	(16.6)	(3.0)	(13.0)	(38.7)	(100.0)
체코	4.7	1.1	2.2	7.6	0.7	1.2	8.0	1.5	5.0	14.0	45.9
	(10.3)	(2.4)	(4.7)	(16.4)	(1.6)	(2.6)	(17.4)	(3.2)	(10.9)	(30.5)	(100.0)
스페인	5.2	1.0	2.1	5.6	1.0	1.2	6.7	1.8	5.0	16.1	45.8
	(11.3)	(2.3)	(4.7)	(12.3)	(2.1)	(2.6)	(14.7)	(3.8)	(10.9)	(35.2)	(100.0)
폴란드	5.7	1.1	2.0	5.3	0.7	1.2	5.1	1.3	5.6	16.5	44.4
	(12.8)	(2.4)	(4.4)	(12.0)	(1.5)	(2.6)	(11.6)	(3.0)	(12.6)	(37.1)	(100.0)
일본	5.2	1.0	1.5	4.8	1.5	0.8	8.5	0.1	4.3	14.9	42.5
	(12.3)	(2.3)	(3.6)	(11.3)	(3.6)	(1.8)	(19.9)	(0.3)	(10.0)	(34.9)	(100.0)

	일반	국방	치안	경제	환경 보호	주택	보건	문화 및 지역	교육	사회 보호	일반 정부 총지출
룩셈 부르크	4.4 (10.3)	0.3 (0.7)	1.0 (2.3)	4.8 (11.4)	1.1 (2.7)	0.8 (1.9)	5.0 (12.0)	1.9 (4.4)	5.0 (11.8)	17.9 (42.5)	42.2 (100.0)
미국	4.9 (11.5)	4.9 (11.7)	2.3 (5.4)	4.2 (10.1)		1.3 (3.1)	8.7 (20.5)	0.3 (0.7)	6.7 (15.8)	8.9 (21.1)	42.2 (100.0)
슬로 바키아	5.4 (13.1)	1.5 (3.6)	2.6 (6.2)	5.2 (12.5)	0.7 (1.6)	0.8 (1.8)	7.8 (18.7)	1.1 (2.6)	4.3 (10.4)	12.2 (29.5)	41.5 (100.0)
스위스	3.8 (11.4)	0.9 (2.7)	1.7 (5.1)	4.2 (12.4)	0.5 (1.6)	0.2 (0.6)	1.9 (5.6)	0.9 (2.7)	5.7 (16.9)	13.8 (41.0)	33.7 (100.0)
한국	4.6 (14.1)	2.8 (8.5)	1.4 (4.1)	7.3 (22.1)	1.0 (3.2)	1.4 (4.2)	4.3 (13.1)	0.8 (2.5)	5.2 (15.8)	4.1 (12.4)	33.1 (100.0)

자료: OECD Stats, 최 성은(2011), “사회보장재정과 재원조달에 관한 연구“에서 재인용

[그림 1-4-10] 일반정부 기능별 재정지출 추이

단위: %



자료: 국가통계포털(<http://kosis.go.kr>)

3. 국가채무와 재정건전성

우리나라는 외환위기 이전까지 균형재정 달성을 재정운용의 기조로 삼아왔었던 까닭에, 재정수지는 비교적 균형재정을 달성하며 건전하게 유지되어 왔고 국가채무 수준도 OECD국가들에 비교하면 낮은 수준이다. 그러나 외환위기 이후에는 위기극복을 위한 재정지출의 확대로 재정수지가 악화되기 시작하였고, 국가채무도 급속히 증가하였다. 1998년에는 중앙정부의 통합재정수지적자가 GDP 대비 약 3.9%까지 이르렀으나, 이후 점차 개선되어 2000년에는 흑자로 반전하였다. 통합재정수지에서 사립학교교직원 연금, 국민연금 등의 사회보장성 기금누적분을 제외한 중앙정부의 재정사정은 좀 더 나은 상태로, 1996년~2005년 기간중 평균 약 2%대의 재정적자를 나타내고 있다. 1998년 GDP 대비 약 -5.1%까지 악화되었다가 점차 개선되어왔다.

국가채무도 1996년 GDP대비 8.2%였던 것이 1998년에는 14.8%로 급증하였고, 2005년에는 29.6%로 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있다. 이는 1997년 경제위기 당시 정부보증채무의 급격한 증가에 기인한 바 크다. 위기 당시 약 300억 달러에 이르는 은행의 해외부채에 대한 정부보증이 이루어 졌고, 예금보험공사와 자산관리공사가 예금손실분 보전과 무수익여신문제처리를 위하여 채권을 발행한 것이 급증의 요인이다. 정부보증채무는 외환위기 이전 1996년에 1.7% 수준이던 것이 1999년에는 15.4%까지 증가하였고, 2001년에는 17.2%까지 증가하다 이후 감소추세에 있다. 그러나 국가채무는 정부의 감세기조에 이은 남유럽국가 및 미국등 선진국가들의 재정위기가 글로벌 금융위기 극복 과정에서 재정지출의 확대와 더불어

다시금 증가추세를 보이게 되었다. 세계 경제성장의 둔화에 대한 불안이 강화됨과 동시에 정부의 재정운영기조도 균형재정의 달성과 재정건전성 유지로 복귀하였다. 하지만 대선국면에서의 복지지출 증가와 보육의 공공화등 복지확대가 예고됨에 따라 이에 따른 재정건전성 유지를 위해서는 추가적 국민부담율의 증가가 필요한 시점에 이르게 되었다.

〈표 1-4-13〉 중앙정부채무비중의 추이

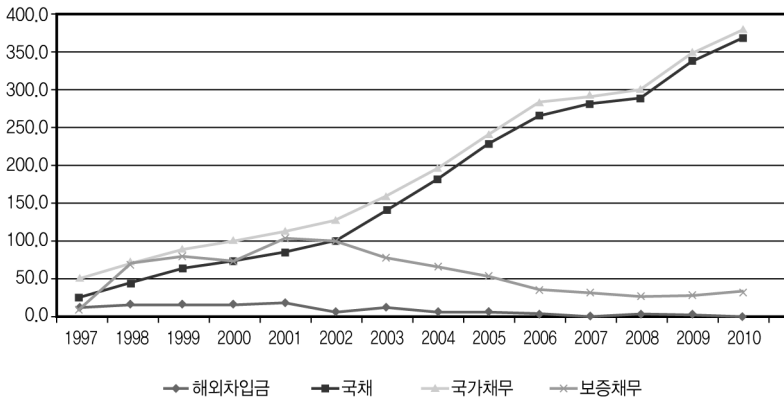
단위: GDP 대비, %

	53~59년	60~69년	70~79년	80~89년	90~99년	2000~09년
중앙정부채무	8.47	11.09	18.15	17.45	11.78	24.38
정부보증채무	1.36	7.73	4.73	6.84	6.00	9.94

자료: 대한민국정부, 2010 국가채무관리보고서, 2011, 한국은행, 경제통계시스템(<http://ecos.bo.or.kr>)

[그림 1-4-11] 국가채무 추이

단위: 조 원



자료: 대한민국정부, 2010 국가채무관리보고서, 2011, 지식경제부, 연도별 재정금융통계.

참고문헌

- 국가통계포털(<http://kosis.kr>).
- 고영선(2011). 분배구조의 변화와 사회정책의 방향(I). 한국개발연구원.
기획재정부. 연도별 국가재정운용계획. 기획재정부.
- 김문길 외(2011). 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원.
- 대한민국정부(2010). 국가채무관리보고서 2011.
- 디지털회계예산시스템(<http://www.digitalbrain.go.kr>).
- 최성은(2011). 이전지출의 사회후생효과분석에 관한 연구. 재정학연구.
- 최성은 외(2011). 선진4국과 우리나라 사회보장체계 비교연구. 보건복지부.
- 최성은 외(2012). 보건복지정책수요 및 분석방안. 보건복지부.
- 한국경제 60년사 편찬위원회(2010). 한국경제 60년사. 한국개발연구원.
- 한국은행경제통계시스템(<http://ecos.bok.or.kr>).
- OECD stats(<http://stats.oecd.org>).

제5장

소득분배와 복지재정

| 제1절 | 소득분배 현황과 복지지출의 효과성

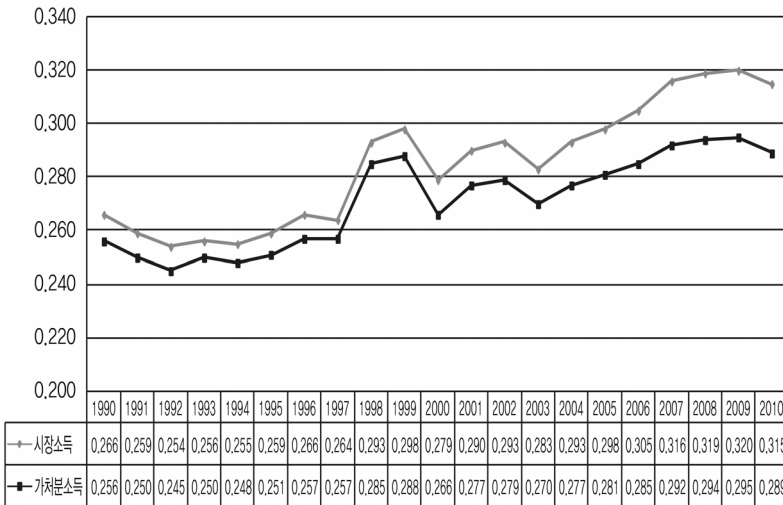
1. 소득분배 현황

우리나라의 소득불평등도는 OECD국가들에 비하여 높은 것으로 나타나고 있다. 2000년대 중반의 경우 우리나라 소득불평등도는 OECD 30개국 평균 지니계수 0.311보다 0.002가 더 큰 것으로 나타나고 있다. 우리나라의 소득분배구조는 외환위기를 겪으며 악화된 이후 지속적인 악화추세에 있다. 가처분소득과 시장소득의 지니계수는 90년대 초반 개선의 기미를 보이다 외환위기 이후 급격한 악화세를 보이고 있다. 가처분소득의 지니계수는 1990년 0.26에서 외환위기 직후 1999년에는 0.29로 나빠졌고, 이후 2000년에는 예년 수준 가까이 접급하였다가 2010년에는 외환위기때와 유사한 상태로 복귀하였다.

중위소득 50% 기준 상대빈곤율의 악화 추세는 더욱 현저하다. 상대빈곤율은 1990년 약 7.1%에서 지속적으로 증가하여 2010년에는 약 12.5% 까지 증가하였다. 경상소득 기준 2인 이상 도시근로자의 상대빈곤율은 90년에서 97년까지의 기간동안은 평균 8.2%(‘90~’97)였던 것이 98년에서 2003년까지의 기간동안은 평균 10.1%로, 이후

2004년에서 2008년까지는 약 11.3%로 증가하였다. 중위소득 50% 기준 상대빈곤율은 OECD 30개국 평균의 약 138% 수준으로 높은 편이다. 90년대 중반 이후 대부분의 OECD 국가에서 빈곤율이 높아졌으나, 우리나라의 빈곤율 증가폭은 상대적으로 더 심한 편이다. 빈곤의 깊이(depth)를 나타내는 빈곤갭도 OECD 30개국 평균에 비해 126% 수준으로 나타나고 있다. 소득갭비율도 외환위기 이후 악화되기 시작하여 수적인 측면에서 뿐아니라 빈곤의 깊이도 악화되고 있음을 보여주고 있다. 소득갭비율은 외환위기가 지난 이후에도 회복되지 못하고 최근에 들어 더욱 악화되는 추세에 있음을 볼 수 있다.

[그림 1-5-1] 우리나라 가구소득의 지니계수 추이(1990~2010년)



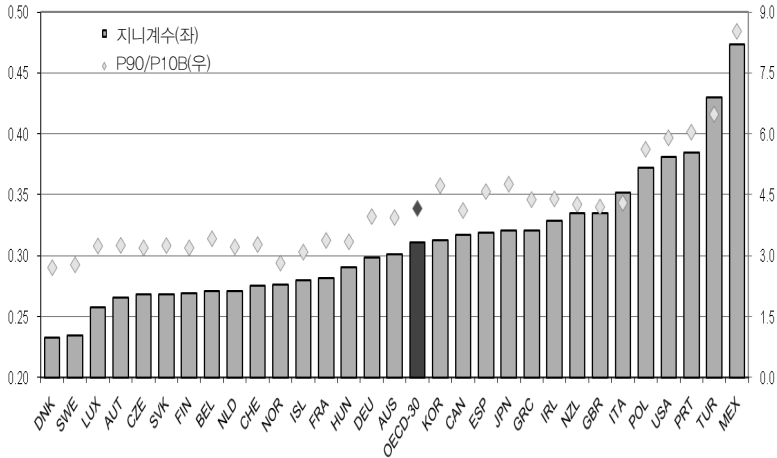
주: 도시 2인 이상 비농가 가구임

가처분소득 = 시장소득 + 공적이전소득 - 공적비소비지출.

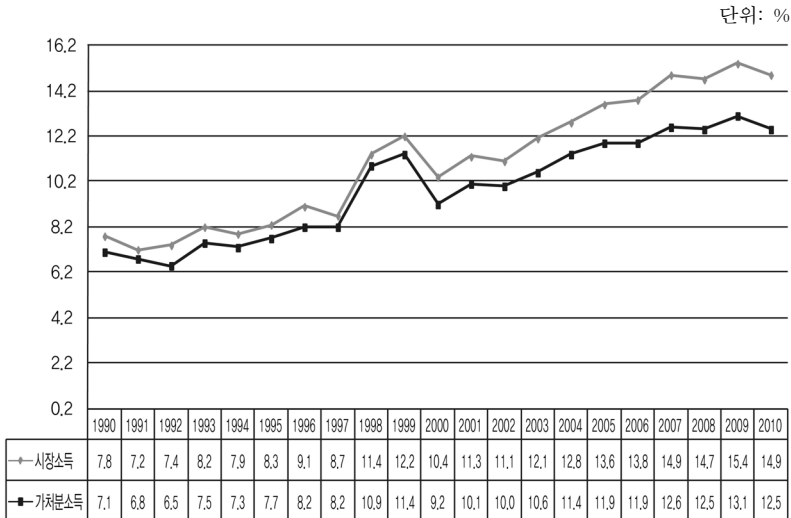
시장소득(세전소득) = 근로소득 + 사업소득 + 재산소득 + 사적이전소득.

자료: 국가통계포털(www.kosis.kr) 소득분배지표.

[그림 1-5-2] 소득불평등도 국제비교(2000년대 중반)



[그림 1-5-3] 상대빈곤율의 추이(중위소득 50% 미만, 1990~2010년)



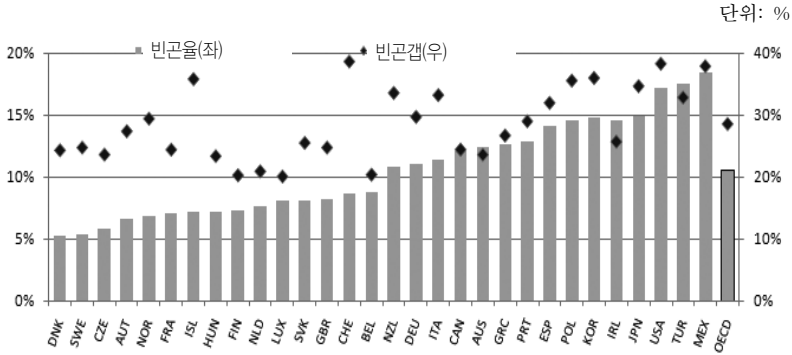
주: 도시 2인 이상 비농가 가구임

가처분소득 = 시장소득 + 공적이전소득 - 공적비소비지출.

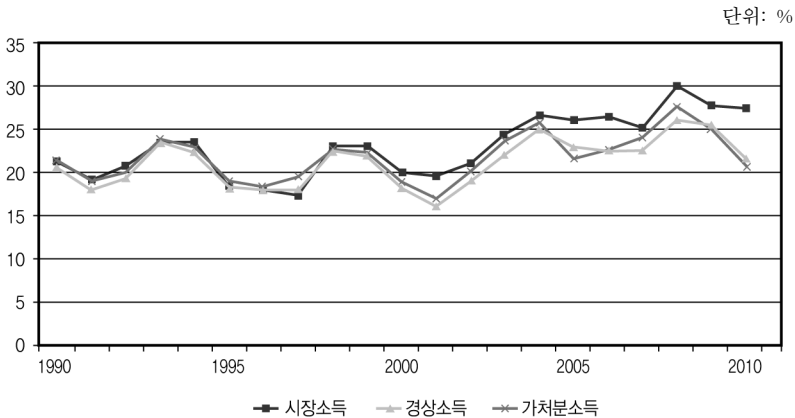
시장소득(세전소득) = 근로소득 + 사업소득 + 재산소득 + 사적이전소득.

자료: 국가통계포털(www.kosis.kr) 소득분배지표.

[그림 1-5-4] 빈곤율의 국제비교(2000년대 중반)



[그림 1-5-5] 소득갭 비율



주: 동일비율 최저생계비 기준, 도시근로자 기준

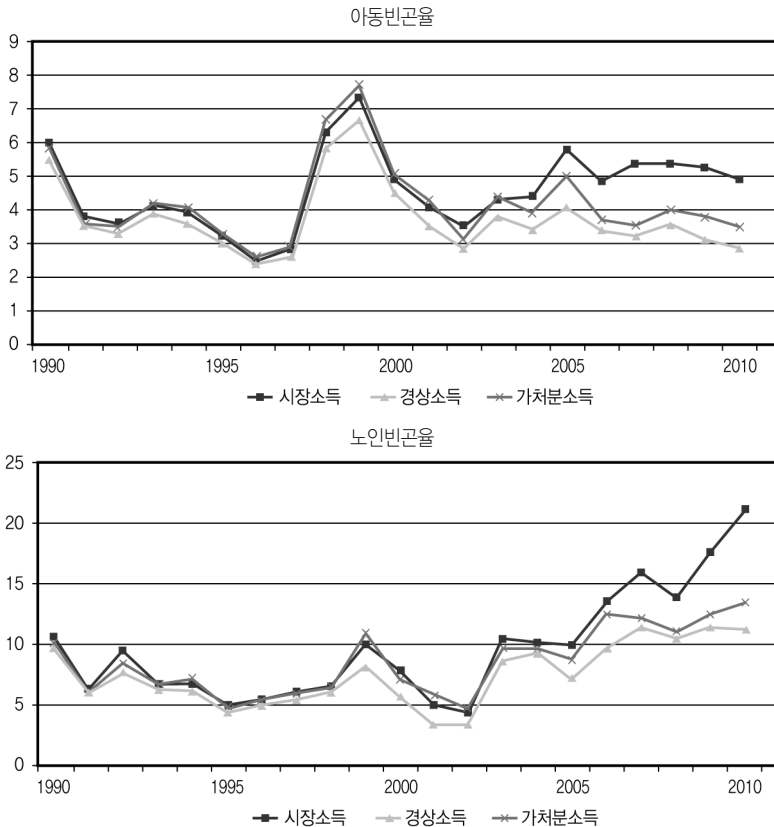
자료: 김문길 외(2011), 빈곤통계연보, 한국보건사회연구원

우리나라의 노인빈곤율은 외국과 비교하여 매우 높은 것으로 알려져 있다. 2000년대 중반 한국의 노인빈곤율은 45.1%로 OECD 평균 13.5%에 비하여 현저하게 높게 나타나고 있다. 노인빈곤율도 비슷한 추이를 보이며 외환위기 이후 급격한 악화추세에 있는 것을 볼 수 있다. (OECD기준) 2000년대 후반에 들어서는 연금급여가 본격화 되기 시작하였고, 기초노령연금이 도입되었으나 아직까지 우리

나라 노인빈곤율을 완화시키는 효과는 미미하였던 것으로 나타나고 있다. 그러나 연금수급대상자의 확대에 의한 연금급여 수급이 향후 보다 본격화 되면 노인빈곤율은 향후 감소 할 것으로 전망된다. 아동빈곤율은 OECD 평균 12.4%보다는 낮은 10.2%(OECD 기준)으로, 노인빈곤율보다는 심각도가 덜 해보인다. 하지만 아동빈곤율 역시 외환위기 당시 급격히 악화되었고, 이후 회복세가 더디게 진행되고 있다.

[그림 1-5-6] 아동 빈곤율과 노인빈곤율 추이

단위: %



주: 동일비율 최저생계비 기준, 도시근로자 기준.

자료: 김문길 외(2011), 빈곤통계연보, 한국보건사회연구원.

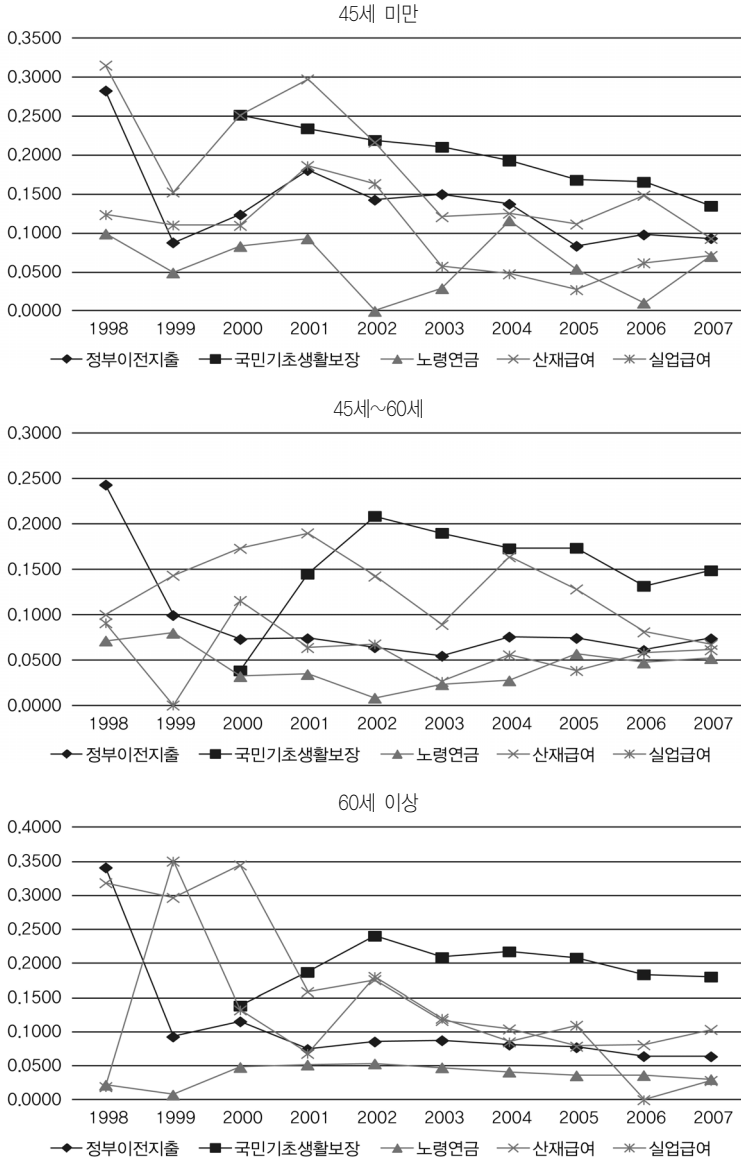
2. 복지지출의 효과성

외환위기 이후 최근까지 소득분배구조의 악화추세는 전국민 사회보험시대가 개막되고 사회보장제도가 빠르게 발전한 90년대와 외환위기 이후 사회안전망강화와 함께 급속히 증가한 복지지출의 규모와는 상반되는 현상이라는 점에 주목할 필요가 있다. 사회보장지출의 효율성이 축소되어 가고 있지는 않는지 의구심이 드는 측면이다. 1998년에서 2007년까지 국민기초생활보장급여, 노령연금, 산재급여 및 실업급여의 소득재분배 효과와 사회후생효과를 분석한 연구에 의하면, 지출의 효과성을 나타내는 만 원당 소득재분배 효과와 사회후생효과가 동기간동안 전 연령그룹에서 전반적인 하락 추세를 보여주고 있다(최성은 2011). 이러한 하락세는 외환위기 극복 이후인 2002년 이후 보다 명확하게 나타나고 있다. 이로 미루어 보건대, 우리나라 복지지출의 빈곤완화와 소득재분배상황 개선에 대한 효율성이 축소되어 가고 있다고 유추할 수 있다.

이러한 지출 효율성 축소 가능성의 근간에는 사회보장제도 사각지대에 있는 빈곤층의 문제와 고용시장의 문제등 사회보장제도의 구조적 취약점도 있고, 사회보장 전달체계상의 비효율성 문제와 복지의존도와 근로의욕 저하등 비효율성을 초래하는 제도상의 문제점들도 내재해 있다고 보여진다. 2006년의 경우 가구 경상소득이 최저생계비 대비 120% 이하이면서 기초보장제도의 수급을 받지 못하는 계층(차상위계층)은 전국 가구의 약 12%(약 194만 가구), 인구의 약 9.5%(약 459만 명)인 것으로 추정되고 있다(이현주 외 2008). 또 가구소득이 최저생계비 100% 이하인 비수급 빈곤층은 전 인구의 약 2.1%로 추정되고 있다. 사회보험 수급자에도 광범위한 사각지대가

[그림 1-5-7] 연령별 만 원당 소득재분배 효과 추이(1998~2007년)

단위: %



자료: 최성은(2011), “이전지출의 사회후생효과분석에 관한 연구”에서 재인용

존재하고 있다. 전체 공적연금 가입대상자의 31.4%가 사각지대에 있으며, 소득 1·4분위에서는 40% 이상인, 소득 6분위까지도 약 30%에 해당하는 비율이 사회보험의 사각지대에 놓여져 있다. 또한 공공 부조제도가 통합급여 및 보충적급여의 형태로 제공됨에 따라 탈빈곤율 및 탈수급율이 구조적으로 저조하도록 설계된 측면이 있어, 고용과 복지 연계를 통한 탈빈곤 및 탈수급 유도가 필요하다.

한편, 양극화로 인한 사회통합의 저조는 사회전반적인 복지 체감도를 떨어뜨리는 사회적 환경을 제공하고 있다. 대상별로 다양한 복지욕구와 구조변화의 파악이 필요하다. 빈곤층의 구성도 근로빈곤층 혹은 여성가구주의 증가율이 높아지는 구조로 변화하고 있는데, 이러한 변화에 상응하는 지원제도가 필요하다. 또한 복지제도별로 실효성이 낮고 체감도가 낮은 제도가 다수 존재하여 지출의 효율성을 저감하고 있다. 예를 들면, 현행의 기초노령연금은 막대한 재원소요에 비하여 체감도가 저조하다. 보조수단별로 볼때는, 현금수당이나 현물지원에 비해 세금공제를 통한 혜택은 체감도가 떨어지며 소득역진적인 문제점이 있으므로 지양함이 바람직하다. 출산장려나 가족에 대한 혜택도 현행의 소득공제 형태는 소득역진적이며 수혜 체감도가 떨어지므로, 세액공제나 현금수당으로 대체하는 방안도 고려해 볼 필요가 있다. 국민연금의 낮은 소득대체율, 낮은 건강보험 보장성등으로 인한 사회보험 수혜 체감도가 저조한 측면도 고려할 필요가 있다.

Ⅱ 제2절 | 복지재정

1. 복지지출 현황과 전망

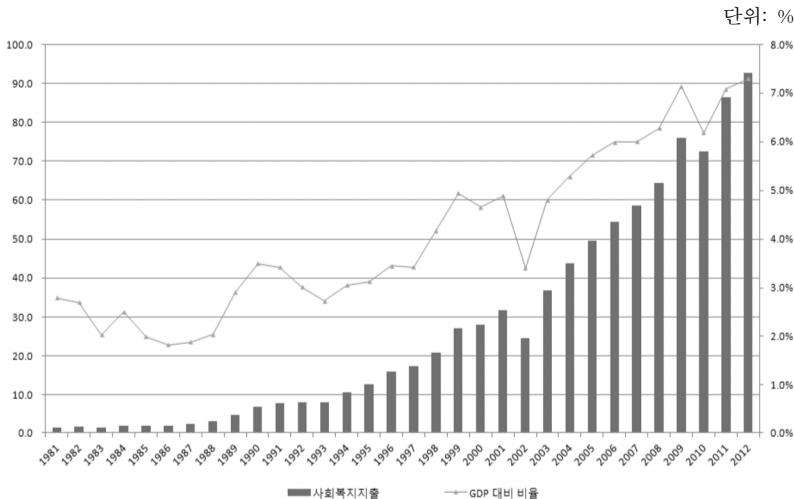
우리나라의 복지지출 규모는 주요 선진국가들에 비해 빠른 기간 동안 급속하게 증가하였다. 복지지출의 규모는 OECD의 공공사회복지지출(SOCX)과 GFS 기준을 따른 정부통합재정상의 세출 및 순융자의 기능별 분류상 복지지출 및 일반정부 기능별 분류상 복지지출 통계가 각각 다른 기준으로 발표되고 있다.¹⁷⁾ 정부통합재정상의 세출 및 순융자의 기능별 분류상 복지지출은 지방정부의 지출은 포함하고 있지 않고, 건강보험지출도 정부통계가 아니므로 포함되고 있지 않다. 반면 국민계정상의 일반정부 재정지출에는 지방정부의 지출외에도 국민건강보험관리공단의 국민건강보험지출과 공공부문의 지출이 포함되지만 국민주택기금은 제외되고 있다. 복지지출 규모의 국제비교시에는 주로 OECD기준의 공공사회복지지출(SOCX)가 사용되고, 우리나라 정부의 복지지출수준을 논함에 있어서는 통합재정상의 복지지출 규모가 자주 사용되고 있다. 2009년의 경우 우리나라 OECD SOCX 기준 공공사회복지지출은 102조 원, 중앙정부 통합재정기준 복지지출은 76조 원, 일반정부 기능별 분류상 복지지

17) 일반정부 기능별 분류는 일반공공행정, 국방, 공공질서 및 안전, 경제, 환경, 주택 및 지역개발, 보건, 오락, 문화 및 종교, 교육 및 사회보호로 나뉜다. 이중 복지지출은 주택 및 지역개발, 보건, 사회보호를 포함한다. 중앙정부 통합재정상의 세출 및 순융자의 기능별 분류는 1995년 이전과 이후가 다르다. 1994년까지는 일반공공행정, 국방, 교육, 보건, 사회보장 및 복지, 주택건설 및 지역사회개발, 기타 지역사회사업, 경제사업, 분류불능 및 기타목적의 9개 부문으로 분류되었다. 1995년부터는 일반공공행정, 국방, 공공질서 및 안전, 교육, 보건, 사회보장 및 복지, 주택건설 및 지역사회개발, 오락문화종교, 연료 및 에너지, 농림수산업, 광업제조업건설업, 수송 및 통신, 기타경제사업, 구분류의 지출의 14개 부문으로 분류되었다. 복지지출은 이중 보건, 사회보장 및 복지, 주택건설 및 지역사회개발을 포함한다.

출 통계는 104.6조 원이다.

OECD기준 공공사회복지지출은 2007년 GDP 대비 7.5%로 OECD 국가 평균의 약 38%정도로 낮은 수준이지만, 90년 이후 연평균 5.93%의 증가율로 빠르게 증가하였다. 동기간동안 OECD국가 평균 공공사회복지지출의 연평균증가율이 0.52%임을 감안하면 최근 20~30년동안 우리나라 사회복지지출이 급격히 성장해 온 것을 알 수 있다. 80년대 이후 중앙정부 통합재정상의 사회복지지출증가율은 16.9%로, 중앙정부총지출 증가율 15.1%를 상회하는 수준으로 증가하여 왔다. 고도성장기를 지나 저성장기로 접어들기 시작한 90년대에는 사회보험의 대상자 확대, 외환위기 이후 국민기초생활보장제도의 도입등 사회안전망 확충이 시작되어, 사회복지지출의 연평균 증가율이 GDP성장률을 상회하게 되었다. 이후 사회서비스 확대

[그림 1-5-8] 중앙정부 통합재정상의 복지지출 추이



주: 2011, 2012년 GDP는 추정치임.

자료: 기획재정부, 년도별 재정운용계획, 국가통계포털(<http://kosis.go.kr>)

〈표 1-5-1〉 복지지출 연평균 증가율

단위: %

	80~89년	90~99년	2000~09년
중앙정부 통합재정 사회복지지출증가율	16.3%	16.9%	11.7%
일반정부 사회복지지출 증가율	17.6%	17.0%	14.4%
OECD 공공사회복지지출 증가율	—	22.5%	14.3%
중앙정부통합재정규모 증가율	13.3%	15.1%	8.7%
일반정부지출 증가율	15.3%	14.6%	11.2%
GDP 증가율	16.9%	12.4%	6.5%

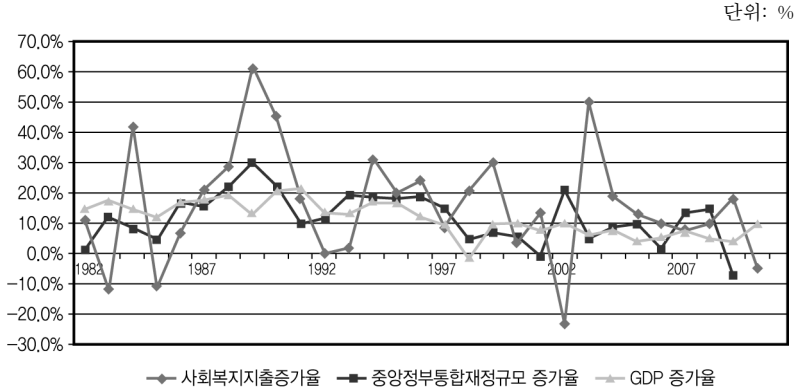
자료: 디지털회계예산시스템(www.digitalbrain.go.kr), 국가통계포털(<http://kosis.go.kr>)

및 보육지원 확대, 기초노령연금 및 노인장기요양보험의 도입등이 이루어 저 복지지출의 증가율은 정부총지출 증가율을 훨씬 상회하는 수준으로 증가를 지속하여 왔다.

최근 몇 년 동안은 부문별 정부 재원의 투입 중 사회복지부문(주택, 노동, 보훈 포함)의 비중이 가장 높아지게 되는 등, 복지분야의 규모성장은 괄목할 만 하였다. 2012년 복지부문 지출은 전년대비 약 6.4% 증가한 약 92조 원으로, 정부 총지출의 28.2%를 차지하며 기타 다른 정부의 부문별 지출보다 높은 재원투입을 보이고 있다. 그러나 GDP 대비 복지지출 비중은 전년도 7% 대비 6.7%로 감소하였다.

2000년대 후반 복지부문 지출의 증가는 국민연금급여 지출의 본격화에 기인하는 바 크다. 공적연금의 급여지출이 본격화 됨에 따라 최근 들어서는 매년 급여지출액이 크게 성장하고 있다. 공적연금 증가율은 2006년 7.5%, 2007년 10%, 2008년 12.8%, 2009년 11.2%, 2010년 9.1%, 2011년 8.5%, 2012년 11.4%로 전체 복지지출 증가율을 상회하고 있다. 연금급여지출과 건강보험 국고지원분을 제외한 복지부문 지출은 2012년 약 55조로 전년대비 3.9% 증가에 그치고 있다.

[그림 1-5-9] 복지지출 증가율 추이



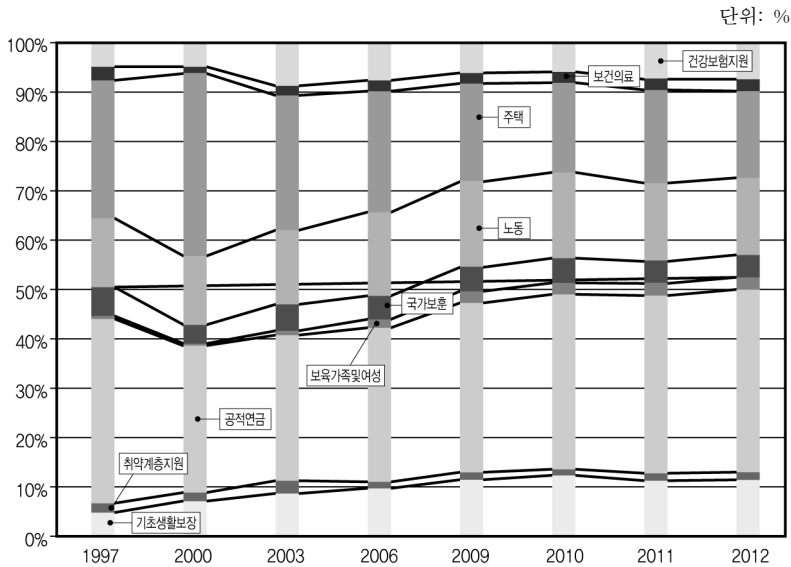
자료: 디지털회계예산시스템(www.digitalbrain.go.kr), 국가통계포털(<http://kosis.go.kr>)

복지지출은 향후에도 지속적으로 늘어날 것으로 전망된다. 복지지출의 증가요인은 다음과 같다. 첫째, 복지지출의 대부분이 경직적인 법정지출이어서 매년 자연적으로 증가하는 경향이 있다는 것과, 둘째, 저출산 고령화등 인구구조적 변화로 인한 노인의료비, 노후소득보장비의 증가가 예상되며, 셋째, 출산율제고, 보육의 공공화등의 수요에 의한 향후 보육지원의 확대가 대거 예상되며, 넷째, 선거철 포퓰리즘적 복지지출의 증가요인이 있다는 점이다. 기존의 복지제도를 유지할 경우 GDP대비 복지지출은 2010년 약 8.9%~10.9%에서 2030년 경에는 약 15.2%~20.6%정도로 증가할 것으로 전망되고 있다. 이러한 증가는 대부분 건강보험지출, 연금급여 지출, 장기요양보험 지출 등, 노인의료비 및 노후소득보장비의 증가에 기인하는 것이다.

2. 복지부문 자원배분

복지부문 자원배분의 추이를 보면 공적연금, 주택, 노동, 건강보험지원을 포함한 보건의료, 국민기초생활지원, 보훈, 보육 및 취약계층 순으로 자원 배분이 이루어 지고 있다.¹⁸⁾ 1997년~2000년 경제위기 동안 급격히 증가한 분야는 기초생활보장(연평균 26.6%), 주택(22%), 노동(13.8%), 건강보험지원(13%), 취약계층지원(9.3%) 순이다. 주택부문은 IMF 경제위기동안 임대 및 분양 주택건설사업이 절

[그림 1-5-10] 복지부문 자원배분



18) 건강보험공단의 건강보험지출은 정부부문의 복지지출에 포함되지 않고 있기에 여기서는 건강보험에 대한 국고지원분만을 포함한 복지지출의 자원배분 현황을 제시하고 있다.

반정도 감소한 반면, 주택임대, 전세용자등 수요자 용자사업의 비중이 커지면서 현재까지 급격한 상승을 보이고 있다. 노동부문은 1997년 경제위기동안 공공근로를 포함한 고용안정사업 예산의 증가로 가파른 증가세를 보였다. 건강보험지원부문의 증가세는 1998년 지역의료보험조합 통합 및 보험재정악화에 기인한 것이다. 기초생활보장과 취약계층지원부문은 사회안전망의 강화와 함께 증가폭이 한정될 것으로 전망할 수 있다. 보육부문에의 재원투자는 보육료 지원 대상의 확대, 무상보육의 확대 및 양육수당의 도입과 확대에 따라 최근에 들어 현저히 증가하고 있다.

복지부문별 재원배분의 OECD국가와의 비교에는 통상 OECD기준 공공사회복지지출을 활용하게 된다. OECD국가 평균적으로 노령(33.5%), 보건(30.2%), 장애(11.1%),가족(10.1%), 유족(5%) 순으로 재원배분이 이루어지고 있음을 알 수 있다. 우리나라는 보건(46.5%), 노령(21.4%), 장애(7.3%), 가족(6.1%) 순이나 기타부문에의 재원배분이 전체 공공사회복지지출의 10.3%로 주요 선진국에 비해 높은 비중을 보이는 것을 볼 수 있다. 전반적으로 보아 우리나라는 보건, 실업(3.3%) 부문에 대한 재원배분이 OECD국가들에 비해 높은 반면, 노령, 가족, 적극적노동시장부문에의 재원배분은 주요 OECD국가들에 비해 매우 낮은 편이다.

노령부문의 경우 전체 GDP 대비 비중도 1.6%로 주요 선진국가에 비해 매우 낮고, 재원배분수준도 낮게 나타나고 있다. 이는 어느정도 우리나라의 연금제도가 주요 선진국에 비해 미성숙하여 연금급여지출이 본격화되지 않은 것에 기인한다고 보여진다. 또한 우리나라는 고령화속도가 가속화되는 시점에 있으나, 현재까지는 고령화가 진행되어온 주요 선진국들에 비해 노인인구비율이 낮은 탓도 있

다. OECD국가 평균 노인인구비율 14.2%에 비해 우리나라 노인인구 비율은 9.9%로 낮은 편이다. 하지만 이러한 낮은 재원배분 현황을 놓고, 노령부문의 재원배분을 향후 더욱 강화해야 한다고 결론짓기는 힘들다. 급속한 고령화속도, 노인의료비의 증가와 연금급여지출의 본격화는 향후 노령부문의 지출을 급속히 증가시킬것으로 예상되기 때문이다. 또한 최근들어 신규 도입된 기초노령연금과 노인장기요양보험으로 인한 신규 지출 증가요인이 존재하기 때문이다. 우리나라의 노인빈곤율은 주요선진국에 비해 높은 것으로 나타나고 있기는 하지만, 향후 기존제도의 지출증가와 더불어 노인빈곤율도 상당부분 완화될 것으로 전망되고 있다. 향후 자연적 재원배분의 증가가 예상되는 부문이라 할 수 있다.

가족부문에의 재원배분도 OECD국가들의 경우보다 매우 낮게 나타나고 있다. 가족부문에의 재원배분 비중에 관한 논의는, 각나라의 복지레짐에 따른 차이가 있으므로 신중할 필요가 있다. 보육의 공공화가 이루어진 보편적 복지형의 북유럽국가들과는 가족부문의 제도에 있어서 극명한 차이가 있기 때문이다. 우리나라의 보육지출은 최근들어 급속히 증가하여 왔고, 저출산국면을 맞아 저출산극복이라는 측면에서 보육료지원대상의 확대와 양육수당의 도입등이 이루어져왔다. 현재 우리나라는 무료보육료지원 대상의 확대와 양육수당 확대등 자녀양육관련 지출의 확대가 예상되므로, 가족부문의 재원배분 비중도 향후에는 증가할 것으로 보여진다. 그러나 가족부문에 대한 배분이 북유럽국가의 경우와 유사하게 가야 할 것인가에 대해서는 의문의 여지가 있다.

〈표 1-5-2〉 복지부문 자원배분의 국제비교(2007년)

단위: GDP대비 비율임, ()은 구성비

	노령	유족	장애	보건	가족	적극적 노동시장	실업	주택	기타	계
프랑스	11.1 (38.9)	1.7 (6.2)	1.8 (6.2)	7.5 (26.4)	3.0 (10.5)	0.9 (3.2)	1.4 (4.8)	0.8 (2.7)	0.3 (1.2)	28.4 (100.0)
스웨덴	9.0 (32.9)	0.5 (2.0)	5.0 (18.4)	6.6 (24.1)	3.4 (12.3)	1.1 (4.0)	0.7 (2.4)	0.5 (1.7)	0.6 (2.2)	27.3 (100.0)
오스트리아	10.7 (40.7)	2.0 (7.4)	2.3 (8.8)	6.8 (25.7)	2.6 (9.9)	0.7 (2.6)	0.9 (3.5)	0.1 (0.4)	0.3 (1.1)	26.4 (100.0)
벨기에	7.1 (26.9)	1.9 (7.2)	2.3 (8.9)	7.3 (27.8)	2.6 (9.7)	1.2 (4.6)	3.1 (11.9)	0.1 (0.6)	0.7 (2.5)	26.3 (100.0)
덴마크	7.3 (27.9)	0.0 (0.0)	4.4 (16.7)	6.5 (25.0)	3.3 (12.6)	1.3 (5.0)	1.9 (7.4)	0.7 (2.7)	0.7 (2.8)	26.1 (100.0)
독일	8.7 (34.4)	2.1 (8.2)	1.9 (7.5)	7.8 (31.2)	1.8 (7.3)	0.7 (2.9)	1.4 (5.5)	0.6 (2.4)	0.2 (0.7)	25.2 (100.0)
핀란드	8.4 (33.7)	0.8 (3.3)	3.6 (14.3)	6.0 (24.1)	2.8 (11.3)	0.9 (3.5)	1.5 (6.2)	0.2 (1.0)	0.5 (2.2)	24.9 (100.0)
이탈리아	11.7 (47.2)	2.4 (9.7)	1.7 (7.0)	6.6 (26.7)	1.4 (5.6)	0.5 (1.8)	0.4 (1.8)	0.0 (0.1)	0.0 (0.1)	24.9 (100.0)
헝가리	8.3 (36.0)	1.3 (5.8)	2.7 (11.5)	5.2 (22.7)	3.5 (15.1)	0.3 (1.4)	0.7 (2.9)	0.9 (3.9)	0.1 (0.6)	23.1 (100.0)
포르투갈	9.2 (41.0)	1.6 (7.1)	2.1 (9.5)	6.6 (29.5)	1.2 (5.1)	0.5 (2.3)	1.0 (4.4)	0.0 (0.0)	0.3 (1.1)	22.5 (100.0)
스페인	6.5 (30.3)	1.9 (8.9)	2.5 (11.7)	6.1 (28.1)	1.2 (5.7)	0.7 (3.4)	2.1 (9.8)	0.2 (0.9)	0.3 (1.2)	21.6 (100.0)
그리스	10.0 (47.0)	2.0 (9.4)	0.9 (4.2)	5.9 (27.5)	1.1 (5.1)	0.2 (0.8)	0.5 (2.2)	0.5 (2.2)	0.4 (1.8)	21.3 (100.0)
노르웨이	6.2 (29.9)	0.3 (1.2)	4.3 (20.6)	5.7 (27.4)	2.8 (13.5)	0.6 (2.7)	0.2 (1.0)	0.1 (0.7)	0.6 (2.9)	20.8 (100.0)
룩셈부르크	4.8 (23.5)	1.7 (8.3)	2.7 (13.2)	6.4 (30.8)	3.1 (15.2)	0.5 (2.3)	0.9 (4.1)	0.1 (0.7)	0.4 (2.0)	20.6 (100.0)
영국	5.8 (28.1)	0.1 (0.7)	2.4 (11.9)	6.8 (33.3)	3.2 (15.8)	0.3 (1.5)	0.2 (1.0)	1.4 (7.0)	0.2 (0.8)	20.5 (100.0)

	노령	유족	장애	보건	가족	적극적 노동시장	실업	주택	기타	계
네덜란드	5.3 (26.2)	0.2 (1.2)	2.9 (14.6)	6.0 (29.6)	2.0 (9.9)	1.1 (5.4)	1.1 (5.7)	0.4 (1.9)	1.1 (5.5)	20.1 (100.0)
폴란드	8.7 (43.6)	2.0 (9.9)	2.4 (11.9)	4.6 (22.8)	1.3 (6.5)	0.5 (2.5)	0.3 (1.6)	0.1 (0.4)	0.2 (0.8)	20.0 (100.0)
OECD평균	6.4 (33.5)	1.0 (5.0)	2.1 (11.1)	5.8 (30.2)	2.0 (10.1)	0.5 (2.4)			0.7 (3.6)	19.3 (100.0)
체코	6.9 (36.8)	0.7 (4.0)	2.3 (12.5)	5.8 (30.6)	2.0 (10.6)	0.3 (1.4)	0.6 (3.1)	0.1 (0.3)	0.1 (0.8)	18.8 (100.0)
일본	8.8 (47.0)	1.3 (6.9)	0.8 (4.2)	6.3 (33.7)	0.8 (4.2)	0.2 (0.9)	0.3 (1.7)		0.3 (1.4)	18.7 (100.0)
스위스	6.3 (34.0)	0.4 (1.9)	3.0 (16.2)	5.6 (30.2)	1.3 (6.8)	0.6 (3.2)	0.6 (3.4)	0.1 (0.6)	0.7 (3.7)	18.5 (100.0)
뉴질랜드	4.2 (22.7)	0.1 (0.7)	2.5 (13.4)	7.1 (38.5)	3.0 (16.6)	0.4 (1.9)	0.2 (1.2)	0.8 (4.1)	0.1 (0.8)	18.4 (100.0)
캐나다	3.8 (22.6)	0.4 (2.3)	0.9 (5.3)	7.0 (41.6)	1.0 (5.7)	0.3 (1.7)	0.6 (3.3)	0.4 (2.3)	2.6 (15.2)	16.9 (100.0)
아일랜드	3.1 (19.1)	0.8 (4.9)	1.8 (10.7)	5.8 (35.6)	2.6 (15.9)	0.6 (3.9)	1.0 (6.0)	0.3 (1.7)	0.4 (2.2)	16.3 (100.0)
미국	5.3 (32.7)	0.7 (4.3)	1.3 (8.1)	7.2 (44.7)	0.7 (4.1)	0.1 (0.7)	0.3 (2.1)		0.5 (3.4)	16.2 (100.0)
호주	4.3 (26.9)	0.2 (1.1)	2.2 (14.0)	5.7 (35.9)	2.4 (15.3)	0.3 (1.9)	0.4 (2.5)	0.3 (1.8)	0.1 (0.5)	16.0 (100.0)
슬로바키아	5.4 (34.2)	0.8 (5.3)	1.5 (9.4)	5.2 (33.0)	1.8 (11.4)	0.2 (1.4)	0.4 (2.4)	0.0 (0.0)	0.5 (3.0)	15.7 (100.0)
아이슬란드	2.3 (15.8)	0.0 (0.1)	2.2 (15.3)	5.7 (39.4)	2.9 (19.6)	0.0 (0.3)	0.2 (1.3)	0.6 (4.2)	0.6 (4.0)	14.6 (100.0)
터키	5.0 (48.0)	1.2 (11.5)	0.1 (1.3)	4.1 (39.1)	0.0 (0.1)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)			10.5 (100.0)
한국	1.6 (21.4)	0.3 (3.4)	0.6 (7.3)	3.5 (46.5)	0.5 (6.1)	0.1 (1.7)	0.3 (3.3)		0.8 (10.3)	7.5 (100.0)
멕시코	1.1 (15.9)	0.2 (3.4)	0.1 (0.8)	2.7 (36.8)	1.0 (13.8)	0.0 (0.3)		1.3 (17.4)	0.8 (11.7)	7.2 (100.0)

자료: 최성은(2011)에서 재인용, OECD Stats.

3. 복지부문 국고보조사업과 지방비

복지부문의 국고보조사업은 총 국고보조사업의 33.4%(2007년)을 차지하여, 보건복지지출에 따른 지방비 부담도 크다. 복지부문의 국고보조사업은 기초생활보장, 취약계층지원, 보육, 노인 및 청소년 지원, 보건의료부문의 약 130여 개가 존재한다. 지자체 복지지출의 절반이상은 국고보조사업으로 구성되어 있고 지자체 전체 예산의 약 19%(2010년)가 사회복지부문에 투입되고 있기때문에, 중앙정부의 복지지출의 증가와 함께 지방정부의 지방비 매칭 부담 증가추세가 뚜렷이 나타나고 있다. 보건복지부 국고보조금의 예를 들면, 보건복지부 사업에 대한 지자체 매칭 지방비 비중은 2007년 26.4%에서 2011년에는 31.3%로 증가하였다. 보육지원의 경우 무상보육대상이 확대되었고, 이후 각당의 총선공약에서도 양육수당 및 무상보육료 지원이 확대되는 것으로 나와있다. 현재 영유아 보육사업은 서울은 10~30%, 지방은 40~60%의 차등보조율이 적용되고 있다. 2011년 영유아보육료 지원예산 1조 9,346억 원에 대한 평균 지방비 부담은 약 9,789억 원에 달하여, 지방비 포함 영유아보육료지원금은 약 2조 9,135억 원에 달한다. 지방소비세 인상등 지방자체재원을 증가시킬 것으로 계획은 되어있으나, 지자체의 부담이 높아짐에 따른 불협화음도 커질 전망이다. 복지부문 사업의 중앙정부와 지자체간의 책임성에 대한 재논의와 분류를 통한 국고보조율의 재조정이 필요한 시점이라고 보여진다.

〈표 1-5-3〉 복지 부문 국고보조사업관련 지방비 부담

단위: 조 원, %

구 분		2005	2006	2007	2008	2009	2010	연평균 증가율
중 앙 재 정	정부총지출	209,6	224.1	238,4	262,8	301.8	292.8	6.9
	－ 사회복지분야 지출	44.54	50.52	56.10	62.91	73.42	73.92	10.7
	보건복지부							
	－ 예산(일반회계, a)	8.91	9.71	11.53	15.85	19.27	19.29	16.7
	－ 국고보조사업(b)	4.95	6.04	7.82	11.16	13.02	14.11	23.3
	(예산 중 보조사업 비중, b/a)	55.6	62.2	67.8	70.4	67.6	73.1	－
	－ 대응 지방비 부담(c)	1.78	2.15	2.85	5.07	6.15	7.01	31.5
지 방 재 정 (순계)	(보조사업 대비 지방비 비중, c/b)	36.0	35.6	36.4	45.4	47.2	49.7	－
	세입·세출예산 규모(d)							
	－ 당초예산	92.37	101.35	111.99	124.97	137.53	139.86	8.7
	－ 최종예산	107.06	115.47	128.04	144.45	156.70	－	10.0
	사회복지분야(g)							
	－ 당초예산	－	－	17.28	21.65	24.15	26.53	15.4
	－ 최종예산	12.89	15.32	18.81	23.71	29.16	－	22.6
	(예산 중 사회복지 비중, f/d)	12.0	13.3	14.7	16.4	18.6	19.0	－
	자체수입(지방세+세외수입, e)							
	－ 당초예산	57.07	60.67	65.92	73.65	80.84	79.43	6.8
	－ 최종예산	66.65	69.63	78.05	84.07	86.37	－	6.7
	지방교부세(f)							
	－ 당초예산	17.20	19.32	21.41	24.13	26.51	25.55	8.2
	－ 최종예산	19.65	20.93	24.53	30.68	28.10	－	9.4
	일반재원(자체수입+교부세, e+f)							
	－ 당초예산	74.27	79.99	87.33	97.78	107.35	104.98	7.2
	－ 최종예산	86.30	90.56	102.58	114.75	114.47	－	7.3

주: 1) 2007년까지는 사회보장예산, 2008년부터는 사회복지분야 예산 기준

2) 각각 최종예산 기준으로 산출, 2010년은 당초예산 기준

자료: 국회예산정책처 ‘복지재정 운용실태와 정책과제’, 행정안전부 ‘지방자치단체 예산개요’, 각년도

참고문헌

- 국가통계포털(<http://kosis.kr>).
- 고영선(2011). 분배구조의 변화와 사회정책의 방향(I). 한국개발연구원.
기획재정부. 연도별 국가재정운용계획. 기획재정부.
- 김문길 외(2011). 빈곤통계연보. 한국보건사회연구원.
- 대한민국정부(2010). 국가채무관리보고서 2011.
- 디지털회계예산시스템(<http://www.digitalbrain.go.kr>).
- 최성은(2011). 이전지출의 사회후생효과분석에 관한 연구. 재정학연구.
- 최성은 외(2011). 선진4국과 우리나라 사회보장체계 비교연구. 보건복지부.
- 최성은 외(2012). 보건복지정책수요 및 분석방안. 보건복지부.
- 한국경제 60년사 편찬위원회(2010). 한국경제 60년사. 한국개발연구원
- 한국은행경제통계시스템(<http://ecos.bok.or.kr>).
- OECD stats(<http://stats.oecd.org>).

제6장

최근 사회보장 개혁동향

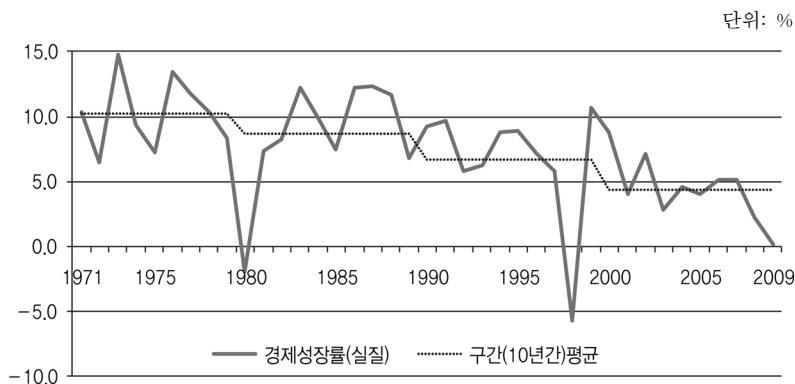
| 제1절 | 최근 주요 정책환경의 변화

1. 경제사회적 여건 변화

가. 성장률의 저하

2000년대 후반 한국의 사회보장제도 발전의 방향을 규정하는 정책환경의 특징 중 가장 중요한 것은 경제성장률의 저하와 저성장국면으로의 진입이라고 할 수 있다. 이는 과거 1980년대까지의 경제

[그림 1-6-1] 경제성장률 변화 추이



자료: 통계청, KOSIS

사회정책의 전략의 근간이 재검토되어야 함을 의미한다. 즉 양적 요소투입의 증가로 경제성장을 견인하고, 성장이 고용 및 소득분배를 보장함으로써 복지욕구를 해소하는 구조가 더 이상 작동하지 않는다는 것이다.

나. 노동시장의 변화

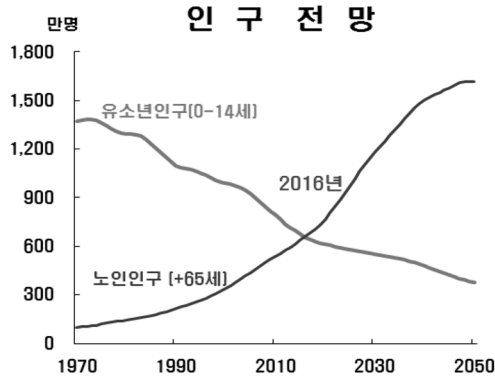
1997년 위기 이후로 진행된 노동시장 유연화의 결과 비정규직 근로자가 광범위하게 존재하고 여전히 자영업 종사자의 비중이 높다는 점이다. 비정규직 근로자의 비율이 줄지 않고 있으며 근로조건이나 임금 측면에서 정규직 근로자와의 격차가 여전히 존재한다는 점은 이 계층에 대한 사회적 보호 확대의 필요성을 시사한다. 특히 지난 10여 년의 정책적 노력에도 불구하고 영세사업장 종사 근로자나 비정규직 근로자의 사회보험(특히 고용보험 및 국민연금) 가입률 증가가 여전히 답보상태라는 점은 이 계층에 대한 사회적 보호의 확대 전략에도 근본적인 재검토가 있어야 한다는 점을 의미하는 것이다.

다. 인구구조의 변화

이미 우리 사회가 직면한 급속한 고령화의 위험은 여러 차례 진행되었다. 실제로 2000년대 이후 신설되거나 확대된 사회보장제도 가운데 다수는 고령화의 위협에 대해 단·장기적으로 대응하기 위한 것이다. 기초노령연금제도가나 보육료 지원제도가 그 대표적인 예일 것이다. 하지만 이러한 정책적 대응 만으로도 급속한 고령화가 야기할 것으로 예상되는 의료비증가, 노인빈곤의 증가, 생산인구의 감소, 연금재정 압박 등 다양한 사회적 문제를 대응하기에는 여전히 역부족일 것이다.

[그림 1-6-2] 유소년인구와 노인인구 규모 변화 전망

단위: 만 명



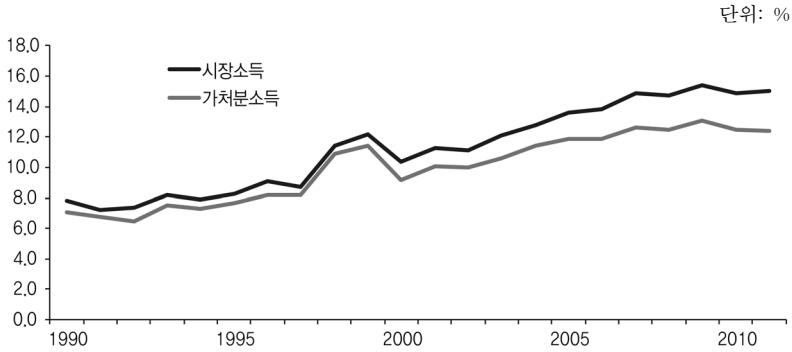
자료: 통계청, KOSIS

라. 분배구조의 악화

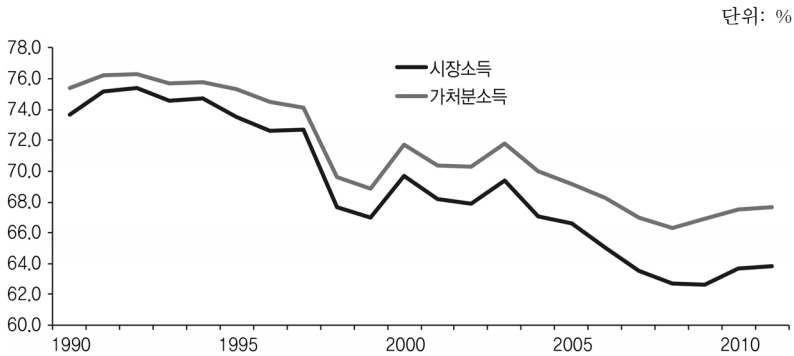
경제성장의 둔화와 더불어 분배구조의 악화, 즉 불평등의 확대 또는 양극화가 진행되고 있다는 점이다. 아래의 [그림 1-6-3]~[그림 1-6-5]은 지난 20년간, 더구나 최근의 5년간에도 빈곤은 증가하고 불평등이 심화되었으며 중산층은 위축되었다는 점을 보여준다. 불평등의 확대는 비단 한국사회에만 국한된 것이 아니고 다수의 OECD국가에서 나타나는 현상이며, 그것도 단기적 현상이 아니라 적어도 1980년대 이후 지속적으로 진행되어 온 현상이다.¹⁹⁾ 하지만 이러한 일반성 이외 한국이 갖는 특수성은 문제의 심각성을 더하고 있다. 저소득층의 실질소득이 지속적으로 감소하고 있는 데 반해 사회보장제도는 이들이 직면한 사회적 위험에 대응하기에는 충분히 발달되어 있지 못하다는 것이다.

19) OECD(2008) Growing Unequal? Income distribution and poverty in OECD countries참조.

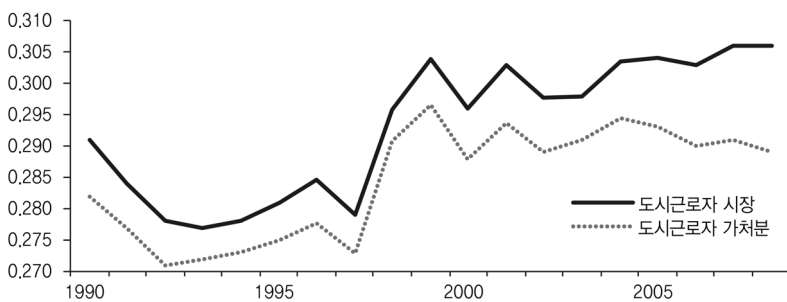
[그림 1-6-3] 도시근로자가구 상대빈곤율 변화



[그림 1-6-4] 도시근로자 가구 중산층 비중 변화



[그림 1-6-5] 도시근로자 가구 지니계수 변화



Ⅱ 제2절 | 제도적 대응 및 과제

이러한 도전요인에 대응하여 최근 들어서도 사회보장제도는 계속적인 변화와 발전을 지속하여 왔다. 2000년을 기점으로 사회보험과 공공부조제도로 구성되는 사회보장제도의 외형적 틀이 갖추어진 이래, 이후에는 기존 제도들의 대상범위나 급여수준을 높이려는 노력이 지속적으로 이루어져왔다. 그 대표적인 예가 기초노령연금제도의 실시(2008), 근로장려세제의 실시(2008), 장애인연금제도의 실시(2010) 등 소득보장제도 측면에서의 발달과 영유아보육료지원(2006), 노인장기요양보험제도 실시(2008) 등이 그것이다.

그러나 여전히 사회보장제도의 광범위한 사각지대가 존재하고 동시에 저소득층의 소득지위가 악화됨에 따라 다수 국민들의 안정적 생활이 위협받고 있다. 특히 최근에는 의료, 주거, 보육, 교육 등 필수적 생활영역에서의 지출부담이 과중해짐에 따라 이들 영역의 복지욕구 해소에 국가의 지출확대를 요구하는 목소리가 점차 높아지고 있다.

현재 한국의 사회보장제도는 한편으로는 양적 확대와 동시에 다른 한편으로는 질적 내실화의 과제를 동시에 안고 있다. 사회보장지출의 양적 확대가 물론 필요하지만 동시에 사회보장제도가 국민의 탈빈곤 및 자립을 지원하고 근로유인을 강화하여 장기적으로 지속가능한 사회보장체제를 구축해야하는 과제를 안고 있는 것이다. 동시에 사회보장에 필요한 재원의 확대를 위해 불가피하게 국민부담률의 확대가 요구되는 바, 그에 대한 지지기반을 확보해야 하는 이중의 과제를 안고 있다.

최근 논의되고 있는 사회보장제도의 핵심과제 가운데에서 국민기

초생활보장제도를 현행 통합급여체계에서 욕구별 급여체계로 전환 하자는 논의는 제도의 효과성(빈곤예방 및 탈빈곤촉진)을 제고함과 동시에 근로유인을 강화하자는 논의라고 평가할 수 있다. 한편 영세 사업장 근로자에 대한 사회보험료 지원방안은 사회보장의 사각지대 해소와 고용의 양적, 질적 개선(공식고용으로의 전환)을 목표로 한다고 볼 수 있다. 근로장려세제의 대상 및 소득구간 개편 역시 소득 보장 기능의 강화와 근로유인 효과의 제고를 목표로 하는 제도 개선안의 예라고 볼 수 있을 것이다.

제2부

소득보장제도

제1장 고용보험제도와 고용정책

제2장 연금제도

제3장 재해보험

제4장 공공부조

제 1 장

고용보험제도와 고용정책

| 제1절 | 한국의 고용보험제도

우리나라는 1993년 고용보험법을 제정하고 1995년 고용보험제도를 도입하였다. 우리나라의 고용보험제도는 실업을 예방하고 실업급여를 통해 실직자의 생계를 지원한다. 또한 취업애로계층의 고용을 촉진하며 직업능력개발을 통해 생산성 및 취업가능성을 제공하는 적극적 노동시장 역할을 수행하고 있다. 일반적으로 고용보험제도는 강제적 고용보험제도, 임의적 고용보험제도 및 실업부조제도 등으로 유형을 구분할 수 있는데, 우리나라 고용보험제도는 강제적 제도에 속한다. 따라서 사회보험방식에 의해서 일정한 요건에 해당하는 근로자는 의무적으로 적용대상이 된다.

임의적 고용보험제도는 노동조합에 의해 자발적으로 설립된 실업기금으로서 정부로부터 인가를 받아 운영되는 형태이다. 따라서 노동조합 조합원이 아닌 근로자는 개인의 선택에 의해서 고용보험 가입여부를 결정할 수 있는 제도이다. 실업부조제도는 보험의 형태는 아니지만 소득조사(income test)를 전제로 저소득 실업자에 대하여 전액 정부가 부담하는 실업급여를 지급하는 제도를 말한다.

1. 고용보험 적용대상

우리나라 고용보험제도의 적용대상 사업체는 고용보험법 제정 당시에 고용보험의 적용범위에 따라 실업급여와 고용안정사업·직업능력개발사업으로 이원화 하였다. 그래서 실업급여의 적용대상은 상시근로자 30인 이상, 고용안정사업·직업능력개발은 70인 이상의 사업 또는 사업장이었다. 고용보험제도 적용대상 사업장은 이후 점차 확대되어 1998년 1월부터 실업급여는 10인 이상으로, 고용안정·직업능력개발사업은 50인 이상 사업장으로 확대되었고, 동년 3월부터 실업급여는 5인 이상 사업장, 7월부터 고용안정사업·직업능력개발사업은 5인 이상 사업장까지 적용확대 되었다. 그리고 1998년 10월부터는 1인 이상 전 사업장까지 적용이 확대되었다.

이와 같은 고용보험 적용대상 사업장의 확대로 인해서 2012년 현재 1인 이상 근로자를 고용하는 모든 사업장은 고용보험에 의무적으로 가입하여야 한다. 다만 법인이 아닌 농업·임업·어업 및 수렵업 중 상시 4인 이하의 근로자를 고용하는 사업, 건설업자가 아닌 자가 시공하는 공사로서 총 공사금액이 2천만 원 미만 건설공사 및 연면적 100제곱미터 이하인 건축물의 건축 또는 연면적이 200제곱미터 이하인 건축물의 대수선에 관한 공사와 가사서비스업은 적용이 제외된다.

대상 사업장에 종사하는 모든 근로자는 고용보험제도의 적용대상이 되지만, 고용형태의 특성으로 인해서 제도 시행초기부터 적용하기에 부적합한 근로자는 적용에서 제외되었다. 먼저 65세 이상인자와(고용안정·직업능력개발은 적용), 1월간 소정근로시간이 60시간(1주간 소정근로시간 15시간) 미만인 자는 적용에서 제외되었다. 2004년 1월 1일부터는 일용근로자 그리고 60세 이후에 새로이 고용

되는 자(64세까지 적용)에 대하여도 고용보험 적용이 확대되었고, 시간제근로자의 적용범위도 대폭 확대되었으며, 2006년 1월 1일부터는 65세 이상인 자의 경우에도 고용안정·직업능력개발사업(실업 급여 제외)을 적용받도록 하였다.

이 외에도 특정직종에 따른 적용제외근로자로서 공무원(별정직·계약직공무원은 2008년 9월부터 임의가입 가능), 사립학교교직원 연금법 적용자, 별정우체국 직원 등은 적용대상에서 제외되어 있다. 자영업자의 경우 자영업자는 자기를 피보험자로 하여 고용보험(고용안정·직업능력개발사업에 한함)에 임의가입이 가능하다. 외국인은 원칙적으로 고용보험 적용대상이 아니다. 그러나 국내거주 자격(F-2) 및 영주의 자격(F-5)을 갖고 있는 외국인은 취업활동에 아무런 제한이 없으므로 당연 적용대상이다. 기타 국내취업활동이 가능한 체류자격을 가진 외국인(C4, E-1~E-8, E-10, F-4, H-2)에게는 보험가입을 희망하는 경우에 적용되고, 비전문취업(E-9)의 경우 당연 적용 대상이었다가 2006년 1월 1일부터 임의적용으로 변경되었다. 주재(D-7), 기업투자(D-8) 및 무역경영(D-9)의 체류자격을 가진 자는 그 외국인의 본국법이 자국의 고용보험제도를 우리나라 국민에게 적용하지 아니하는 경우에는 적용이 제외되는 상호주의가 적용된다. 출입국관리법상 일정한 체류자격이 없는 외국인의 경우에는 국내 고용이 금지되어 있으므로 이른바 불법취업 근로자는 당연히 고용보험의 적용 대상이 되지 않는다.

2. 고용보험료

우리나라 고용보험사업에 소요되는 비용은 노사가 각각 부담한

다. 보험가입자인 사업주와 피보험자인 근로자로부터 징수하는 보험료는 고용안정·직업능력개발사업 보험료와 실업급여 보험료로 구분하여 산정된다. 우리나라의 보험요율은 보험수지의 추이와 경제상황 등을 고려하여 1,000분의 30범위 내에서 결정된다. 고용안정·직업능력개발사업 보험료(사업규모별로 0.25%~0.85%)는 사업주가 전액을 부담한다. 그러나 실업급여 보험료(0.9%)는 노·사가 각각 보험료의 1/2씩 부담한다. 다만, 노동조합으로부터 급여의 명목으로 지급받는 노조전임비 등 사업주로부터 임금을 지급 받지 않는 경우에는 근로자가 그 전액을 부담하게 된다.

2011년 이후 우리나라 고용보험요율을 보면 실업급여의 경우 사업주가 0.55%, 근로자가 0.55% 부담한다. 고용안정·직업능력개발사업 보험료는 기업규모에 따라 차등이 있어서, 상시근로자 150인 미만 기업 0.25%, 150인 이상(우선지원대상기업) 0.45%, 150인 이상~1,000인 미만 0.65%, 1,000인 이상 기업, 국가·지방자치단체(직업훈련의무업체)의 보험료는 0.85%이다. 사업주는 사업장의 근로자 개인별 월평균 보수 전체의 합계액에 보험료율을 곱하여 납부해야할 보험료를 산정한다.²⁰⁾ 여기서 근로자 개인별 월평균 보수는 사업주가 신고한 전년도 보수총액 자료 및 근로자 고용정보(피보험자 취득·상실 등) 신고를 기초로 산정한다.²¹⁾ 근로자가 부담하는 보험료는 사업주가 보수 지급 시 원천공제 한다. 확정보험료는 전년도에 피보험자인 근로자에게 지급한 보수총액에 해당 보험료율을 곱하여 산정한다.

20) 고용안정·직업능력개발사업 보험료는 ‘당해 보험년도 보험가입자인 근로자의 임금총액 × 고용안정·직업능력개발사업 보험요율’, 실업급여 보험료는 ‘당해 보험년도 보험가입자인 근로자의 임금총액 × 실업급여 보험요율’로 산정됨.

21) 우리나라 사업주는 매년 2월말까지 전년도 전체근로자에게 지급한 보수총액 자료를 근로복지공단에 신고해야 함. 또한 보수총액신고, 개산보험료 및 확정보험료를 신고하지 않거나 허위신고 하는 경우에는 300만 원 이하의 과태료가 부과될 수 있음.

3. 고용보험기금 현황

우리나라 고용보험기금은 고용보험법 제 78조에 따라 징수된 보험료와 징수금, 적립금, 기금운영수익금과 그 밖의 수입에 의해서 조정된다. 2010년 고용보험기금 운영규모는 7조 6,164억 원이다. 수입은 고용보험료 4조 2,184억 원과 이자수입 등 5,523억 원으로 <표 2-1-1>에서 보는 바와 같이 총 4조 7,707억이었고, 여유자금 회수 규모가 2조 8,457억 원이었다. 그리고 지출은 사업비 6조 11억 원이었고, 여유자금운영은 1조 6,153억 원이었다.²²⁾

고용보험법에 의하면 고용노동부장관은 대량실업의 발생이나 그 밖의 고용상태의 불안에 대비한 준비금으로서 그 연도의 지출비용을 초과하는 여유자금을 적립하여야 한다.²³⁾ 그리고 여유자금의 적립규모는 고용안정·직업능력개발사업 계정의 경우, 연말 적립금을 해당 연도 지출액의 1배 이상 1.5배미만으로 유지하고, 실업급여 계정의 경우, 연말 적립금을 해당 연도 지출액의 1.5배 이상 2배미만으로 유지해야 한다.²⁴⁾ 이러한 적립금은 금융기관 및 재정자금에 예탁되어, 유가증권 매입 등을 통해 관리, 운영되고 있다.

우리나라 고용보험 적립금 현황을 보면 2006년 9조 3,635억 원에서 지속적으로 감소하는 추이를 보여 2008년 8조 2,173억 원, 2010년에는 5조 277억 원이 되었다. 그리고 적립금배율을 보면 고용안정·직업능력개발사업 계정의 경우, 2006년 결산기준 2.4에서 2007년 1.7, 2008년 1.7, 2009년 1.2로 지속적으로 하락하였다가, 2010년에

22) 고용보험기금 운영규모는 수입측면에서 보면 '고용보험료+이자수입+여유자금회수'이고, 지출측면은 '사업비+여유자금운영'임.

23) 고용보험법 제84조(기금의 적립) 제1항.

24) 고용보험법 제84조(기금의 적립) 제2항.

1.5로 소폭 증가하였다.

〈표 2-1-1〉 연도별 고용보험기금 수입, 지출 추이

단위: 억 원

구 분		'06결산	'07결산	'08결산	'09결산	'10결산
	수입(a)	40,975	41,594	45,059	47,655	47,707
	사업비(b)	38,537	47,358	50,757	67,245	60,011
총계	차액(a-b)	2,438	△5,764	△5,699	△19,592	△12,304
	연말적립금(c)	93,635	87,871	82,173	62,581	50,277
	적립금배출(c/b)	2.4	1.9	1.6	0.9	0.8
	수입(a)	15,563	15,531	16,430	17,717	17,920
고용	사업비(b)	15,694	20,226	18,467	21,951	18,426
	차액(a-b)	△131	△4,695	△2,037	△4,235	△506
직능	연말적립금(c)	38,238	33,543	31,506	27,271	26,765
	적립금배출(c/b)	2.4	1.7	1.7	1.2	1.5
	수입(a)	25,412	26,063	28,629	29,938	29,787
실업	사업비(b)	22,843	27,132	32,290	45,294	41,585
급여	차액(a-b)	2,569	△1,069	△3,661	△15,357	△11,798
	연말적립금(c)	55,397	54,328	50,667	35,310	23,512
	적립금배출(c/b)	2.4	2.0	1.6	0.8	0.6

자료: 고용노동부(2011), 「2011년판 고용보험백서」, p.323.

실업급여 계정의 적립금배출도 지속적으로 하락하는 추이를 보여 2006년 2.4, 2007년 2.0, 2008년 1.6, 2009년 0.8, 2010년 0.6이었다. 이에 따라 실업급여의 적립금배출은 2009년에 접어들면서 고용보험법이 정하고 있는 법적 요건을 충족하지 못하게 되었다. 이와 같은 현상은 지속적인 수혜자 증가, 수급 상한액 인상, 임금인상 등으로 인한 지출 증가와 함께 2008년 국제 금융위기 등에 기인한 것이다. 이에 따라 고용노동부는 재정건전성과 연계하여 보험료율 조정의 필요성을 느끼고, 2011년에 근로자와 사업주가 각각 부담하는 실업급여 보험료율을 0.9%에서 1.1%로 인상하였다.²⁵⁾

고용보험기금 총지출액을 자세히 살펴보면, 2007년 4조 7,358억 원에서 2009년 6조 7,245억 원으로 지속적으로 증가하였다. 그러나 2010년에는 6조 11억 원으로 전년에 비해서 10.8% 감소하였다.

〈표 2-1-2〉 연도별 고용보험기금의 집행실적

단위: 개소, 명, 백만 원

구 분		2007			2008			2009			2010		
		사업장	연인원	금 액	사업장	연인원	금 액	사업장	연인원	금 액	사업장	연인원	금 액
총 계		551,438	5,893,330	4,735,809	504,717	6,138,024	5,075,663	520,897	8,214,997	6,724,539	396,498	6,462,370	6,001,084
고용안정·능력개발 계		551,438	4,626,827	1,990,362	504,717	4,903,718	1,801,913	520,897	6,616,155	2,153,580	396,498	5,039,779	1,797,756
고 용 안 정 · 직 업 능 력 개 발 사 업 · 개 별 사 업	고용조정지원금	6,187	88,815	35,795	5,472	91,198	32,869	44,697	943,833	313,295	8,486	107,856	53,420
	고용창출지원금	18,439	40,710	104,272	16,772	33,417	88,563	22,248	30,558	79,882	19,402	27,139	83,546
	고용촉진장려금	321,739	674,109	275,530	250,740	574,282	214,938	168,057	421,509	153,550	106,694	281,678	139,565
	직장보육시설지원	628	4,918	13,104	663	5,976	15,839	782	6,894	17,319	1,828	16,980	24,593
	건설근로자고용	15,792	3,636	22,632	18,009	1,422	26,171	23,868	1,448	33,847	21,778	400	29,680
	직업능력개발훈련지원	187,663	3,300,197	340,924	210,738	3,654,216	382,581	257,190	4,503,595	432,942	234,234	3,764,139	346,763
	유급휴가훈련지원	990	7,133	13,823	2,323	9,324	15,071	4,065	13,294	15,320	4,086	10,873	10,951
	직업훈련 시설·장비대부	-	-	7,600	-	-	8,360	-	-	9,775	-	-	6,688
	실직자 재취업훈련	-	65,242	152,604	-	70,565	160,899	-	88,094	249,726	-	206,739	234,945
	수강지원금	-	269,045	52,782	-	287,827	53,506	-	280,667	56,033	-	262,689	49,614
기 타	-	173,022	971,296	-	175,491	803,116	-	326,263	791,891	-	361,286	817,991	
실업급여 계		-	1,066,503	2,658,832	-	1,234,306	3,173,602	-	1,598,842	4,465,227	-	1,422,591	4,098,530
실 업 기 금 · 기 타	소 계	-	1,066,503	2,658,832	-	1,234,306	3,173,602	-	1,598,842	4,465,227	-	1,422,591	4,098,530
	구직급여	-	838,704	2,122,596	-	961,607	2,473,060	-	1,271,357	3,591,122	-	1,213,013	3,487,576
	취업촉진수당	-	148,246	310,536	-	175,028	391,737	-	221,525	517,430	-	92,103	198,965
	산전후휴가급여	-	58,368	132,412	-	88,526	166,631	-	70,580	178,477	-	75,742	192,564
	육아휴직급여	-	21,185	60,989	-	29,145	98,431	-	35,400	139,724	-	41,732	178,121
	기 타	-	-	32,299	-	-	43,743	-	-	38,474	-	-	41,314
사업운영비		-	-	86,615	-	-	100,148	-	-	105,732	-	-	104,798

자료: 고용노동부(2011), 「2011년판 고용보험백서」, p.327.

2010년 지출내역을 보면 <표 2-1-2>에서와 같이 실업급여 4조 985억 원, 고용안정 및 직업능력개발사업 1조 7,977억 원 그리고 사업운

25) 고용노동부, '고용보험실업급여요율 인상 안내문', 2011년 4월 6일.

영비가 1,049억 원 이었다. 실업급여는 2007년 이후 지속적으로 증가하였다가, 2010년에 잠시 감소하는 추이를 보였다. 이에 비해 고용안정 및 직업능력개발사업은 연도별 등락을 보여, 2007년 1조 9,903억 원에서 2008년 1조 8,019으로 다소 감소하였다. 그리고 2009년 다시 2조 1,535억 원으로 증가하였다가, 2010년에서 감소하는 현상을 보였다. 사업운영비는 2007년 이후 대체로 증가하는 추이를 보였다.

Ⅱ 제2절 | 고용보험사업의 주요 내용

우리나라의 고용보험사업은 크게 세 가지로, 실직자의 생계지원 및 재취업을 촉진하는 실업급여 사업, 실업의 예방, 재취업촉진 및 노동시장 취약계층의 고용촉진을 위한 고용안정사업, 그리고 근로자의 생애 직업능력개발체제 지원하는 직업능력개발사업으로 구성 되어 있다.

1. 고용안정사업

고용보험의 고용안정사업은 산업구조의 변화와 기술진보과정에서 근로자의 고용안정을 보장하면서 기업의 고용조정을 합리적으로 지원하기 위한 제도이다. 즉, 고용안정사업은 실직자를 대상으로 급여를 지급하는 전통적인 실업보험제도와 달리 노동시장 여건 변화에 적극적으로 대응하기 위한 수단이다. 우리나라의 고용안정사업은 1995년도 고용보험을 도입하면서 휴업수당지원금, 인력재배치지원금, 전직훈련지원금, 고령자다수고용지원, 육아휴직장려금, 직장

보육시설설치비용 등의 6개 제도로 출발하여 적극적 노동시장정책으로서의 기능 수행과 그 성격을 강화하는 방향으로 발전하였다.

[그림 2-1-1] 고용안정사업 개편 전·후 비교(2011년)

구분	2010년 제도	개편(2011년 이후)
고용 조정	고용유지지원금 전직지원장려금	현 제도 유지(제도개선) 취업지원 민간위탁사업으로 통합
고용 창출	중소기업근로시간단축지원금 교대제전환지원금 중소기업고용환경개선지원금 중소기업전문인력활용장려금	고용창출지원사업으로 통합(재량지출사업) *중소기업근로시간단축지원금은 '11년까지 시행
고용 촉진	신규고용촉진장려금	(취업애로계중) 고용촉진지원금(제도개선)
	고령자 고용촉진장려금(다수고용, 정년연장, 정년퇴직자계속고용) 임금피크제보전수당	고령자고용연장지원금(제도 개선) * 다수고용장려금 폐지
	육아휴직 등 장려금 및 대체 인력채용장려금 임신출산후 계속고용지원금	임신·출산여성고용안정지원금(제도개선)
고용 촉진 시설	직장보육시설 보육교사 등 인건비 지원 직장보육시설 설치비 지원	직장보육시설지원
지역 고용	지역고용촉진지원금 * 지역고용위기시 작동	현 제도 유지(제도개선)
건설 근로자	건설근로자퇴직공제부금의 지원	기존사업에 포함(건설근로자 고용구조개선사업)
	건설근로자고용보험관리지원금	현 제도 유지(일몰제 도입)

자료: 고용노동부(2010), 인력 미스매치 완화를 위한 고용안정사업개편방안(요약본).

고용안정사업은 2010년 1월에 고용유지지원금, 신규고용촉진장려금 등 총 16개 사업으로 확대되었다. 그리고 2011년에는 고용안정사업을 전면 개편하여 [그림 2-1-1]과 같이 2010년에 16개에 이르는 의무지출지원금을 7개 지원금 및 3개 재량지출 사업으로 재편하였다. 2011년부터 시행되는 고용안정사업의 개편 내용을 자세히 살펴

보면 먼저, 제도개선 이후에 현재 제도 그대로 유지되는 사업은 고용유지지원금, 신규고용촉진장려금, 지역고용촉진지원금으로 모두 세 가지이다. 그리고 기존 제도를 유지하되 6개 사업을 3개로 통·폐합한 사업은 다음과 같다. 고령자고용촉진장려금, 임금피크제보전수당은 ‘고령자 고용연장지원금’으로, 육아휴직 등 장려금과 대체인력채용장려금, 임신출산후계속고용지원금은 ‘임신·출산여성고용안정지원금’으로, 그리고 직장보육시설 보육교육인건비 지원, 직장보육시설 설치비지원사업은 ‘직장보육시설 지원’사업으로 통·폐합되었다.

이 외에 중소기업근로시간단축지원금, 교대제전환지원금, 중소기업고용환경개선지원금, 중소기업전문인력활용장려금은 ‘고용창출지원사업’으로 통·폐합됨과 동시에 재량사업으로 전환되었다. 다만 중소기업근로시간단축지원금은 2011년까지 한시적으로 운영되고 있다. 건설근로자고용보험관리지원금에는 일몰제가 도입되었고, 전직지원장려금, 건설근로자퇴직공제부금 지원제도는 기존 민간위탁사업에 포함되었다. 그리고 고령자고용촉진장려금 중 다수고용촉진장려금은 폐지되었다.

2011년 현재 고용보험제도에서 운영하고 있는 고용안정사업을 자세히 보면 아래와 같다.

먼저 고용창출지원 사업으로 일자리 함께하기 지원사업, 고용환경 개선 지원 사업, 시간제 일자리 창출 지원 사업, 유망창업기업 고용 지원사업, 전문인력 채용 지원사업의 지원요건과 지원수준 및 지원기간을 정리하였다.

가. 고용창출지원 사업

1) 일자리 함께하기 지원

가) 지원요건

기업이 일자리순환제, 교대제, 실근로시간단축제 도입으로 새로 만든 일자리에 실업자를 고용하여 근로자수가 증가하는 경우(제도 도입 다음달부터 6개월간 월평균근로자수가 제도 도입 월 직전 6개월간 월평균근로자수 초과)에 지원한다.

나) 지원수준 및 지원기간

제도 도입 후 6개월 경과시 증가인원 1인당 360만 원, 이후 추가 6개월 경과시 360만 원 지급하고, 제도 도입 전 월평균근로자수의 30%를 한도로 지원한다.

2) 고용환경 개선 지원 사업

가) 지원요건

“제조업 또는 지식기반서비스업”을 영위하는 우선지원 대상기업의 사업주가 고용환경을 개선하고 실업자를 고용하여 근로자수가 증가하는 경우(환경개선 완료월과 다음 2개월간 월평균근로자수가 개선 계획서 제출 월 직전 3개월간 월평균근로자수 초과)에 지급한다.

나) 지원수준 및 지원기간

고용환경개선 투자금액의 50%(5천만 원 한도)와 증가인원 1인당 120만 원(최대 30명 한도)을 합산한 금액 지급한다. 투자금액 지원은 증가인원 1인당 1천만 원 한도로 지원한다.

3) 시간제 일자리 창출 지원 사업

가) 지원요건

사업주가 사업수행에 필요한 직무 분할, 근무체계 개편, 새로운 시간제직무 개발 등으로 새로 만든 일자리에 실업자를 근로계약기간의 정함이 없는 시간제근로자로 고용하는 경우에 지원한다.

나) 지원수준 및 지원기간

새로 고용된 시간제 근로자 1인당 임금의 50%(월 40만 원 한도)를 6개월 경과시 마다 지급(2회)하고, 사업계획서 제출월 말일 피보험자수의 10%를 한도로 지원한다.

4) 유망창업기업 고용 지원사업

가) 지원요건

‘신·재생에너지산업 또는 콘텐츠·소프트웨어산업’에 해당하는 상시10인 미만인 창업기업(창업 후 6개월 이상 2년 이내)의 사업주가 실업자를 고용하는 경우에 지원한다.

나) 지원수준 및 지원기간

고용 후 6개월 경과시 1인당 288만 원, 이후 추가 6개월 경과시 432만 원 지급(임금의 75% 한도)하고, 동일사업주에 대하여 누적하여 2명 한도로 지원한다.

5) 전문인력 채용 지원사업

가) 지원요건

“제조업 또는 지식기반서비스업”에 해당하는 우선지원 대상기업의 사업주가 실업상태인 전문인력을 고용하거나 대기업으로부터 지원받아 사용하는 경우에 지원한다.

나) 지원수준 및 지원기간

고용(사용) 후 6개월 경과시 1인당 432만 원, 이후 추가 6개월 경과시 648만 원 지급(임금의 75% 한도)하고, 동일사업주에 대하여 누적하여 3명 한도로 지원한다. 50세 이상자 고용(사용)시 1인 추가 지원한다.

나. 고용조정지원 사업

1) 지원요건

경기변동·산업구조변화에 따라 고용조정이 불가피한 사업주²⁶⁾가 휴업(1개월간 소정근로일수의 20/100을 초과하여 휴업을 실시하고 휴업수당을 지급), 휴직(근로자에게 1개월 이상 유·무급휴직을 부여), 훈련(고용유지에 적합한 훈련을 실시), 인력재배치(업종전환 후 종전 업종 종사근로자의 50% 이상을 새로운 업종으로 재배치)와 같은 고용유지조치를 하고 근로자의 고용을 유지하는 경우(계절적요인 등에 의한 것은 지원배제)에 지원한다.

2) 지원수준 및 지원기간

고용유지조치 기간 동안 사업주가 근로자에게 지급한 휴업·휴직수당의 2/3(대규모기업 1/2)를 지급하고, 훈련은 지급임금의 3/4(대규모기업 2/3) 및 훈련비를 지급, 무급휴직은 1인당 20만 원 지급, 그리고 인력재배치는 지급 임금의 3/4(대규모기업 2/3) 지급한다. 그리고 지원기간은 휴업·훈련·휴직을 합하여 180일 이내(인력재배치는 1년간)이다. 180일간 고용유지조치 후 훈련을 실시할 경우 90일 까지 연장 지원한다.

26) 매출액·생산량이 전년대비 15% 이상 감소하는 경우 등

다. 고령자 등 고용촉진·안정지원 사업

1) 고령자고용연장지원금

가) 정년연장 지원금

- 지원요건: 기존의 정년을 폐지하거나, 만 56세 이상으로 1년 이상 연장하는 사업장에 지원한다.
- 지원수준 및 지원기간: 해당 사업장에서 18개월 이상 근무한 후 정년폐지·연장으로 계속 근로하는 근로자 1인당 월 30만원씩 1년간 지급한다. 다만 정년폐지·연장 후 5년 이내에 기존정년 두달 후 계속 근무하는 자에 한정한다.

나) 정년퇴직자재고용

- 지원요건: 정년을 57세 이상으로 정한 사업장에서 18개월 이상 근무한 정년퇴직자를 정년 후 퇴직시키지 아니하거나 3개월 이내에 재고용하는 사업주에게 지원한다.
- 지원수준 및 지원기간: 재고용된 고령자 1인당 월 30만 원씩 6개월(500인 이하 제조업은 12개월)간 지원한다.

2) 고용촉진지원금

가) 지원요건

고용노동부장관이 지정하는 취업지원프로그램(취업성공패키지 등)을 이수하고 직업안정기관 등에 구직등록한 자를 고용한 사업주에게 지원한다. 기간제근로자로 채용한 경우, 사업주의 배우자, 4촌 이내의 혈족·인척, 고용촉진지원금 지급대상자 중 자발적으로 퇴사한자의 1년 내 고용 등 일부 경우에는 지원을 배제한다.

나) 지원수준 및 지원기간

고용 후 6개월 경과시 260만 원(우대지원자 340만 원), 이후 추가 6개월 경과시 390만 원(우대지원자 520만 원) 지급(임금의 75% 한도)한다. 여기서 우대지원자는 중증장애인, 월 임금 150만 원 이상인 기초수급자를 말한다.

3) 임신·출산여성 고용안정지원금

가) 지원요건

근로자에게 30일 이상(산전후휴가기간 제외) 육아휴직(또는 육아기 근로시간단축)을 부여하고 휴직 종료 후 30일 이상 계속 고용하는 경우에 지원한다.

※ 육아휴직(또는 육아기 근로시간단축) 전 30일이 되는 날부터 (산전후휴가에 이어 사용할 경우 산전후휴가 전 30일이 되는 날부터) 새로 대체인력을 고용하여 30일 이상 계속 고용하고, 육아휴직(또는 육아기 근로시간단축)을 사용한 근로자를 30일 이상 계속 고용하는 경우에 지원한다.

※ 산전후(유·사산)휴가중이거나 임신 중에 계약기간 또는 파견기간이 종료된 자와 계약기간 종료 즉시 또는 출산 후 1년 이내에 1년 이상으로 하는 근로계약 체결하거나 기간의 정함이 없는 근로계약을 체결한 경우에 지원한다. 기간 정함 없는 경우는 우대 지원한다.

나) 지원수준 및 지원기간

육아휴직(또는 육아기 근로시간단축)기간(대규모기업의 경우 산후유급휴가기간 포함)동안 1인당 월 20만 원을 지급하고(육아휴직

종료 후 30일 이상 고용시 장려금 50% 지원, 6개월 계속 고용시 나머지 50% 지원), 육아휴직(또는 육아기 근로시간단축) 기간 중 (산전후휴가에 이어 사용할 경우 산전후휴가기간 포함) 대체인력을 사용한 기간 동안 1인당 월 30만 원(대규모기업 20만 원)을 지급한다.

※ 근로계약기간을 1년 이상으로 하는 근로계약을 체결한 사업주에게 6개월간 매월 400,000원 지원한다.

※ 기간을 정하지 아니한 근로계약을 체결한 사업주에게 첫 6개월간 매월 300,000원, 이후 6개월간 매월 600,000원 지원한다.

라. 기타 고용안정사업

1) 임금피크제지원금

가) 정년연장형

- 지원요건: 근로자 대표의 동의를 받아 정년을 56세 이상으로 연장한 사업장에서 18개월 이상 근무하고, 50세 이후 일정 시점부터 임금이 감액된 근로자(임금감액율: 피크임금 대비 20% 이상)에게 지원한다.
- 지원수준 및 지원기간: 피크임금 대비 80% 이하로 감액되는 부분을 임금이 감액된 날부터 최대 10년간 연 600만 원 한도로 지원한다.

나) 재고용형

- 지원요건: 정년이 57세 이상인 사업장에서 18개월 이상 근무하고, 정년퇴직한 후 계속 고용 되거나 3개월 이내에 재고용되면

서 임금이 감액된 근로자에게 지원한다.(임금감액율: 정년 전(55세 이후)에 임금을 감액하는 경우 피크임금 대비 20% 이상, 정년 이후부터 임금을 감액하는 경우 피크임금 대비 30% 이상)

- 지원수준 및 지원기간: 정년 전(55세 이후)에 임금이 줄어든 근로자는 피크임금 대비 80% 이하로 감액되는 부분을, 정년 이후 임금이 줄어든 근로자는 피크임금 대비 70% 이하로 감액되는 부분을 재고용된 날부터 최대 5년간 연 600만 원 한도 내에서 지원한다.

다) 근로시간단축형

- 지원요건: 정년연장 되거나 재고용된 근로자의 소정근로시간이 피크임금 시점 대비 50% 미만으로 감소된 근로자에게 지원한다.(정년연장 또는 재고용된 근로자의 지원요건(임금감액을 제외)은 정년연장형, 재고용형과 동일), (임금감액율: 피크임금대비 50% 이상)
- 지원수준 및 지원기간: 피크임금 대비 50% 이하로 감액된 부분을 정년연장 시는 임금이 감액된 날부터 최대 10년간, 재고용 시는 재고용된 날부터 최대 5년간 300만 원 한도 내에서 지원한다.

2) 고령자 등 고용환경개선 지원

가) 지원요건

고령자·여성 또는 장애인인 피보험자등의 고용안정 및 취업의 촉진을 위하여 관련 시설이나 장비를 설치하거나 개선하고자 하는 사업주에 대하여 그에 필요한 비용의 일부를 융자해 준다.

나) 지원수준 및 지원기간

고령자 고용환경개선자금융자는 고령자친화시설·장비를 설치·개선·교체·구입하고자 하는 사업주에게 최대 10억 원까지 연리 3%로 융자해 준다. 장애인 고용환경개선자금융자는 장애인편의시설, 작업시설, 부대시설을 설치하고자 하는 사업주에게 장애인 1인당 5천만 원, 사업장당 15억 원까지 연리 3%로 융자해 준다. 여성 고용환경개선자금융자는 여성전용휴게실, 모유수유실, 기숙사 등 여성친화시설을 설치하고자 하는 사업주에게 최대 5억 원까지 연리 3%로 융자해 준다.

3) 직장보육시설설치·운영비 지원

가) 지원요건

보육시설을 단독 또는 공동으로 설치·운영하는 사업주에게 지원한다.

나) 지원수준 및 지원기간

직장보육시설 시설장·교사·취사부 인건비를 월 80만 원 지원한다. 중소기업 직장보육시설 운영비를 월 120~480만 원 지원한다. 시설관련 융자금은 7억 원 한도 내에서 연리 1~2%, 5년거치 5년 균등분할 상환으로 융자해 준다. 시설전환비는 최고 2억 원, 사업주단체는 5억 원 내에서 지원한다. 유구비품비는 최고 5천만 원 내에서 무상지원한다.

4) 건설근로자고용보험 관리지원금 지원

가) 지원요건

건설업을 행하는 사업주가 사업장별로 고용관리책임자를 선임하여 일용근로자 피보험자격의 신고(근로내용확인신고) 등 고용보험 사무 처리를 해야 한다. 법정 기한 내 전자적 방법(EDI, 건설고용보험카드)으로 신고해야 한다.

나) 지원수준 및 지원기간

피보험자격 관련 신고실적에 따라 월 20만 원(50~199인)에서 50만 원(700인 이상)까지 차등 지원한다. 건설고용보험카드를 활용한 신고실적에 따라 월 20만 원(50~199인)에서 50만 원(400인 이상)까지 추가 지원한다.

3. 직업능력개발사업

고용보험에 의한 직업능력개발사업은 크게 사업주의 직업능력개발훈련지원과 근로자 지원사업으로 나뉘어진다. 사업주의 직업능력개발훈련 지원은 사업주가 납부한 고용보험료를 재원으로 사업주가 소속 근로자, 채용예정자, 구직자의 직무능력향상을 위해 직업훈련을 실시하는 경우, 훈련실시에 따른 비용의 일부를 지원함으로써 직업능력개발훈련 실시를 촉진하는 사업이다. 근로자의 자율적 직업훈련 개발지원사업은 중소기업 근로자와 비정규직 근로자 등 취약 근로자의 자율적 직업능력개발 촉진하는 사업이다.

가. 사업주 지원사업

1) 직업능력개발 훈련지원

가) 직업능력개발 훈련

- 지원요건: 지방관서의 장으로부터 훈련과정의 인정을 받은 후 직업훈련을 자체 또는 위탁으로 실시하는 경우에 해당한다. 지원을 받을 수 있는 직업훈련은 집체훈련, 현장훈련, 원격훈련, 혼합훈련이다.
- 지원수준 및 지원기간: 집체훈련은 직종별 훈련비용 기준단가에 조정계수와 훈련시간 그리고 훈련수료인원을 적용한 금액에 80%를 지원하고 우선지원 대상기업은 100%를 지원한다. 현장훈련은 집체훈련 지원금액의 40%를 지원한다. 인터넷원격훈련은 소요훈련비용의 80%를 지원하나 우선지원 대상기업은 100%를 지원한다. 우편원격훈련은 소요훈련비용의 80%를 지원하고 우선지원 대상기업은 100%를 지원한다.

나) 기간제 등 훈련 우대

- 지원요건: 기간제·단시간·파견·일용근로자에게 지원한다.
- 지원수준 및 지원기간: 임금지원은 소정훈련시간에 최저임금법에 따른 시간당 최저임금을 적용하여 지원된다. 우선지원 대상기업은 최저임금액의 100분의 120으로 적용된다.

2) 유급휴가훈련지원

가) 유급휴가훈련지원

- 지원요건: 150인 미만 기업 또는 우선지원 대상기업의 경우, 7일 이상의 유급휴가를 부여하여 30시간 이상의 훈련 실시하는

경우에 지원한다. 기타기업은 60일 이상의 유급휴가를 부여하여 180시간 이상의 훈련 실시하는 경우에 지원한다.(1년 이상 재직근로자)

- 지원수준 및 지원기간: 임금지원은 소정훈련시간에 최저임금법에 따른 시간당 최저임금을 적용하여 지원된다. 우선지원 대상기업은 최저임금액의 100분의 150으로 적용된다. 훈련비 지원은 집체훈련 지원과 동일 기준으로 지원한다.

나) 대체인력채용우대

- 지원요건: 150인 미만 기업 또는 우선지원 대상기업으로 30일 이상의 유급휴가를 부여하여 120시간 이상의 훈련을 실시하면서 빈 자리에 근로자를 새롭게 채용한 경우에 지원한다.
- 지원수준 및 지원기간: 대체인력 임금지원은 소정근로시간에 최저임금법에 따른 시간당 최저임금을 적용하여 지원한다. (소정근로시간 × 최저임금법에 따른 시간당 최저임금), 훈련비 및 훈련생 임금은 유급휴가훈련과 동일 기준으로 지원한다.

3) 직업능력개발훈련 시설·자금대부

가) 지원요건

직업능력개발 훈련시설을 설치하거나 훈련 장비를 구입하고자 하는 사업주, 사업주단체, 근로자단체, 훈련법인, 고용노동부지정 훈련 시설에 지원한다.

나) 지원수준 및 지원기간

사업주, 사업주단체, 근로자단체, 직업능력개발훈련법인 및 직업능력개발훈련시설에 60억 한도로 소요자금의 90% 범위 내에서 대

부를 지원한다. 대부금리는 우선지원 대상기업 연1%, 중소기업직업 훈련컨소시엄 참여 대기업 1%, 대규모기업 2.5%, 직업능력개발훈련 법인 등 4% 이다.

나. 근로자지원사업

1) 근로자수강지원금 지원

가) 지원요건

우선지원 대상기업 근로자, 이직 예정자로서 훈련 중 또는 훈련수료 이후 90일 이내에 이직한 자, 그리고 고용보험 임의가입 자영업자가 자비부담으로 직업훈련을 수강한 경우에 지원한다. 이 경우에 소정일수의 80% 이상 출석하여야 한다.

나) 지원수준 및 지원기간

직종별 훈련비용 고시단가의 100%범위 이내에서 수강비용의 80% 지원한다. 음식서비스, 기타 서비스 직종, 외국어의 경우에는 50% 지원한다. 1인당 연간 100만 원 한도 내 그리고 재직 기간 5년간 300만 원 한도 내에서 지원한다.

2) 근로자능력개발카드에 의한 수강지원

가) 지원요건

기간제근로자, 단시간근로자, 파견근로자, 일용근로자가 근로자능력개발카드를 발급 받고 고용노동부 장관의 인정을 받은 훈련과정을 수강하는 경우 훈련종료 후 훈련 기관에 훈련비용 지급한다.

나) 지원수준 및 지원기간

1인당 연간 100만 원 내 재직기간 5년간 300만 원 한도 내에서 지원한다. 지원한도액은 근로자수당지원금과 합산하여 적용된다.

3) 근로자 학자금 및 훈련비 대부

가) 지원요건

근로자 본인의 능력개발을 위해 기능대학, 사이버대학 또는 전문대 이상의 학교에 입학하거나 재학 중인 피보험자에게 지원한다.

나) 지원수준 및 지원기간

등록금(입학금, 수업료, 기성회비 등) 전액을 2년제 또는 4년제 대학 졸업 후 1년 거치 4년 상환으로 지원한다. 금리는 거치기간 연 1% 상환기간 연 3%이다.

4) 국가기간전략산업직종 훈련지원

가) 지원요건

직업안정기관에 구직 등록한 15세 이상의 실업자·비진학 청소년에게 지원한다.

나) 지원수준 및 지원기간

훈련비는 직종별 훈련비용 기준단가에 조정계수, 단위기간중의 훈련시간 그리고 평균 훈련생 수를 적용하여 지원한다. 훈련수당은 훈련 수당 월 20만 원, 교통비 월 5만 원을 단위기간 출석일수가 100분의 80 이상인 자에게 지원한다. 기숙사비는 월 212,500원과 식비 월 6만6천 원을 지원한다.

5) 전직실업자 취업훈련지원

가) 지원요건

고용보험 피보험자였던 실직자로서 직업안정기관에 구직등록하고 직업훈련을 받고자 하는 경우에 지원한다.

나) 지원수준 및 지원기간

훈련비는 1인당 200만 원 범위 내에서 실훈련비를 지원한다. 훈련수당은 교통비로 1일 2,500원에 출석일수를 적용하여 월 5만 원 한도 내에서 지원하고 식대는 1일 3,300원에 출석일수를 적용하여 6만6천 원 한도 내에서 지원한다.

3. 실업급여사업

실업급여사업은 근로자가 실직한 경우, 일정기간 동안 급여를 지급하여 실직자 및 그 가족의 생활안정을 도모하고 자신의 능력과 적성에 맞는 새로운 직장에 재취업할 수 있도록 지원하는 제도이다. 실업급여는 1995년 제도가 도입된 이후 1997년 말 이후 외환 경제 위기, 2008년 글로벌 금융위기, 그리고 실업시기에 실직자의 생계보장을 지원 하였다. 즉, 실업급여제도는 실직자를 위한 1차 사회안전망 기능을 하고 있다.

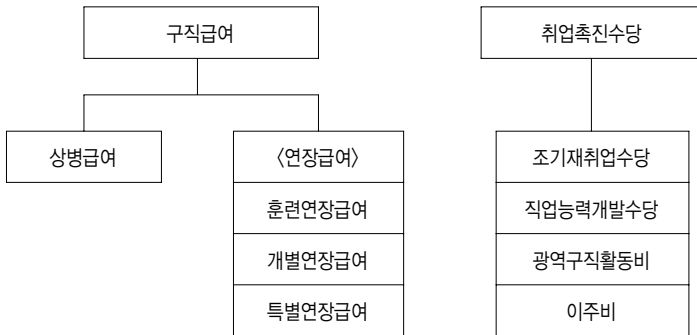
가. 구직급여

우리나라의 실업급여는 크게 구직급여와 취업촉진수당으로 구성되어 있다([그림 2-1-2]).²⁷⁾ 이 중에서 구직급여는 실직자의 생활안

27) 고용보험법 제37조(실업급여의 종류).

정을 위하여 지급하는 급여이다. 이러한 실업급여는 부상·질병 등으로 취업이 불가능한 수급자격자를 위해서 구직급여 대신에 지급하는 상병급여제도와 실직급여를 연장하여 지급하는 연장급여제도가 있다.

[그림 2-1-2] 우리나라 구직급여의 구성



실업급여를 자세히 보면 먼저 구직급여는 고용보험 적용사업장에서 근무하는 피보험자가 경영상 해고, 계약기간 만료 등의 사유로 이직한 경우에 지급된다. 급여수준은 이직 전 18개월 동안 180일 이상의 피보험단위기간을 충족하면 이직 전 평균임금의 50%(1일 최고액 4만 원)를 피보험자의 피보험기간 및 연령에 따라 90~240일까지 차등 지급된다.²⁸⁾ 하나의 수급자격에 대해 구직급여를 지급받을 수 있는 일수인 소정급여일수를 자세히 보면 <표 2-1-3>과 같다.²⁹⁾ 구직급여를 지급받기 위해서는 1~4주에 1회씩 직업안정기관에 출석

28) 최저임금보다 낮은 경우에는 최저임금의 90%(‘99.12.31 이전 이직자는 70%)에 해당하는 금액을 지급받을 수 있다. 고용보험법 제40조(구직급여의 수급 요건).

29) 고용보험법 [별표 1] 구직급여의 소정급여일수(제50조제1항 관련).

하여 실업 인정을 받아야 하며, 실업 인정을 받은 일수분에 대해서만 구직급여를 지급한다. 자영업자의 경우 구직급여의 소정급여일수가 다소 차이가 있어서 피보험기간이 1년 이상 3년 미만이면 90일, 3년 이상 5년 미만이면 120일, 5년 이상 10년 미만이면 150일, 10년 이상이면 180일이다.³⁰⁾

상병급여는 수급자격자가 수급기간 중 질병·부상 또는 출산으로 7일 이상 취업이 불가능한 경우에는 구직급여 대신에 지급된다. 상병급여는 ‘실업의 신고를 한 이후’에 질병·부상 또는 출산으로 취업이 불가능하여 ‘실업 인정을 받지 못한 날’에 대해서 지급한다. 출산의 경우에는 출산일로부터 45일간 지급한다.

〈표 2-1-3〉 구직급여의 소정급여일수

단위: 일

연령 \ 피보험기간	1년 미만	1년 이상 3년 미만	3년 이상 5년 미만	5년 이상 10년 미만	10년 이상
30세 미 만	90일	90일	120일	150일	180일
30세 이상~50세 미만	90일	120일	150일	180일	210일
50세 이상 및 장애인	90일	150일	180일	210일	240일

자료: 고용보험법 [별표 1] 구직급여의 소정급여일수(제50조제1항 관련).

상병급여는 실업급여 신청 후 7일 이상의 질병·부상으로 실업인정을 받지 못한 경우 혹은 수급자격자가 출산으로 인해 취업이 불가능한 경우에 구직급여액과 같은 금액을 지급한다. 상병급여 신청절차는 거주지 관할 고용센터에 상병급여(출산시) 청구서를 제출(대리인 청구가능)한다. 일반적인 경우는 치유된 이후 14일 이내 청구, 출산은 출산 후 45일 경과한 날 이후 14일 이내 청구, 그리고 장기상병 수급

30) 고용보험법 [별표 2] 자영업자의 구직급여의 소정급여일수(제69조의6 관련).

기간 도과의 경우 수급기간 종료 후 30일 이내에 청구한다.

연장급여 유형에는 개별연장급여, 특별연장급여, 훈련연장급여가 있다. 이 중에서 개별연장급여는 구직급여 소정급여일수가 종료되어 감에도 불구하고, 취업하지 못한 수급자격자에게 지급한다. 이와 같은 수급자격자 중에서 취업이 특히 곤란하고 생계가 어려우면서 일정요건에 해당되는 자에게 60일간 개별연장급여를 지급한다.³¹⁾ 급여 수준은 구직급여일액의 70%이다. 최근 개별연장급여의 지급실적을 보면 2007년 673명(지급액 8억 1,200만 원)에서 2009년 5,162명(76억 8,500만 원)으로 급증한 이후, 2010년에는 4,615명(68억 1,600만 원)으로 다소 감소하였다. 특별연장급여는 실업의 급증 등으로 재취업이 특히 어렵다고 판단되는 경우에 발동하여 60일의 범위에서 구직급여를 연장하여 지급한다. 수급액은 구직급여일액의 70%이다.

마지막으로 훈련연장급여의 지급대상은 다음의 조건을 충족하여야 한다. 직업능력개발 훈련 등을 받으면 재취업이 용이하다고 판단되는 수급자격자, 국가기술자격법에 의한 기술자격증이 없거나 그 기술에 대한 수요가 없는 경우, 최근 1년간 직업능력개발훈련을 받지 않은 자, 실업의 신고일로부터 직업안정기관장의 직업소개에 3회 이상 응하였으나 취업이 되지 않은 자를 말한다. 이와 같은 수급자격자에게는 훈련 등을 지시하고 훈련 기간 동안 훈련연장급여를 지급한다. 수급액은 구직급여일액의 100%이고 최대 2년까지 지급 가능하다.

31) 고용보험법 제52조(개별연장급여), 고용보험법 시행령 제73조(개별연장급여의 지급 등).

나. 취업촉진수당

취업촉진수당은 구직급여 수급자의 적극적인 구직활동을 통한 조기 재취업을 장려하기 위한 인센티브로 도입된 제도이다. 앞에서 언급했듯이 취업촉진수당에는 조기재취업 수당, 직업능력개발수당, 광역구직 활동비 및 이주비가 있다. 이러한 취업촉진수당의 지급요건과 수급액은 <표 2-1-4>과 같다.

조기재취업 수당은 구직급여 소정급여일수를 남기고 안정된 직장
에 재취직하거나 스스로 영리를 목적으로 사업을 영위하는 경우에
남은 소정급여 일수의 일정액을 지급함으로써 조기 재취업을 촉진
하기 위해 도입되었다. 지급대상은 재취직한 사업주에게 6개월 이
상 지속적으로 고용된 경우, 고용계약기간이 6개월 미만이라도 6
개월을 넘겨 계속 근무한 경우이다. 그리고 자영업으로 조기재취업
수당을 받기 위해서는 ‘자영업활동계획서’제출 후 1번 이상 자영업

<표 2-1-4> 취업촉진수당의 요건 및 수급액

	요 건	수 급 액
조기 재취업 수당	- 대기기간이 지난 후 구직급여의 소정급여 일수를 30일 이상 남기고 재취직한 사업주에게 계속하여 6개월 이상 고용(사업을 영위한)된 경우	- 구직급여 잔여일수의 1/2(재취직 당시 55세 이상 및 장애인인 2/3) 지급
직업능력개발 수당	- 수급자격자가 직업안정기관의 장의 지시에 의한 직업능력개발훈련 등을 받는 경우	- 훈련기간 중의 교통비, 식대 등 - 5,000원/1일
광역 구직 활동비	- 직업안정기관의 소개에 의해 구직활동을 거주지에서 멀리 떨어진 지역(50km 이상)에서 할 경우	- 숙박료 실비(1일 4만 원 한도) - 운임 실비(교통수단별 중등급) ※ 공무원여비규정 준용
이주비	- 취업하거나 직업안정기관의 장이 지시한 직업능력개발훈련 등을 받기 위해 주거를 이전할 필요가 있는 경우	- 실비(2.5톤 이상 실비의 80%를 지급하되 5톤 한도) 지급

자료: 고용노동부(2011), 「2011년판 고용보험백서」, p.249.

활동으로 실업인정을 받고, 6개월 이상 계속하여 사업을 영위한 경우에 해당된다.

광역구직 활동비 청구는 수급자격자가 직업안정기관의 소개에 의하여 광범위한 지역에 걸쳐 구직활동을 하는 경우에 활동비를 청구할 수 있는 서비스를 말한다. 수급자격자의 광역구직활동비 청구 요건은 직업안정기관장의 소개에 의한 구직활동과 구직활동에 소요되는 비용이 방문 사업장의 사업주로부터 지급되지 아니하거나 지급되더라도 그 지급액이 광역구직활동비의 금액에 미달할 것, 수급자격자의 거주지로부터 구직활동을 위하여 방문하는 사업장까지의 거리가 편도 50km이상일 것이다. 이주비는 수급자격자가 취업하거나 직업안정기관장이 소개한 직업능력개발훈련 등을 받게 된 경우로서 ‘거주지 관할 직업안정기관의 장’이 주거의 변경이 필요하다고 인정할 것, 수급자격자를 고용하는 사업장의 사업주로부터 이주에 소요되는 비용이 지급되지 않거나 그 지급액이 이주비에 미달할 것을 지급요건으로 하고 있다. 그리고 근로계약기간을 1년 미만으로 정하여 취업하는 경우에는 지급하지 않는다.³²⁾

다. 육아휴직급여 등 모성보호급여

산전후(유산·사산)휴가급여는 휴가가 끝난 날 이전 피보험단위기간이 통산하여 180일 이상이고, 「근로기준법」 제74조에 따른 산전후(유산·사산)휴가 등을 부여받은 경우에 지급한다. 지급수준은 우선지원 대상기업은 90일분, 그 외의 기업은 30일분(최고 : 135만원~405만 원, 최저 : 최저임금)이다. 산전후휴가급여는 휴가를 시작

32) 고용보험법 시행령 제90조(이주비) 1항 3호.

한 날(대규모 기업은 휴가 시작 후 60일이 지난 날) 이후 1개월부터 종료 후 12개월 이내에 사업장 소재지 관할 또는 거주지 관할 고용 센터에 신청(30일 단위로 신청 가능)해야 한다.

육아휴직급여는 육아휴직 시작일 이전 피보험단위기간이 통산하여 180일 이상이고, 육아휴직을 30일 이상 부여받은 경우에 지급된다. 육아휴직 전 통상임금의 40%를 지급(상한액 100만 원, 하한액 50만 원)하는데, 육아휴직급여 중 일부(15%)는 직장복귀 6개월 후 일시불로 지급(다만 월 실수령액이 50만 원 미만인 경우 월50만 원 지급)한다.

Ⅲ 제3절 | 한국의 최저임금제도

1. 최저임금제도 개요

가. 최저임금제도 도입과 효과

최저임금제는 노·사간의 임금결정과정에 국가가 개입하여 임금의 최저수준을 정하고, 사용자에게 이러한 수준 이상의 임금을 지급하도록 법적으로 강제함으로써 저임금 근로자를 보호하는 제도이다. 우리나라에서는 1953년에 「근로기준법」을 제정하면서 제34조와 제35조에 최저임금제의 실시 근거를 두었으나, 당시 우리 경제가 최저임금제를 수용하기 어렵다는 판단에 따라 이 규정을 운용하지 않았다.³³⁾

1970년대 중반부터 지나친 저임금을 해소하기 위하여 정부가 행

33) 최저임금위원회 homepage, ‘최저임금제도 개념 및 연역’.

정지도를 하여 왔으나 저임금이 일소되지 못했다. 이에 따라 저임금의 제도적인 해소와 근로자의 일정한 수준 이상의 안정된 생활을 보장해 주기 위하여 최저임금제도 도입이 불가피해졌다. 또한, 우리 경제도 이 제도를 충분히 수용할 수 있는 수준에 도달하였다고 판단하여 1986년 12월에 「최저임금법」을 제정·공포하고 1988년 1월부터 실시하게 되었다.

최저임금제도 시행에 따른 기대효과는 최저임금액 미만을 받고 있는 근로자의 임금이 최저임금액 이상 수준으로 인상되는 것에 따른 저임금 해소와 임금격차 완화 그리고 소득분배 개선, 근로자 생활 안정과 사기를 제고에 따른 노동생산성 향상, 저임금을 바탕으로 한 경쟁방식을 지양 그리고 적절한 임금을 지급하도록 하여 공정한 경쟁 촉진과 경영합리화 등이 있다.³⁴⁾

그러나 최저임금제는 기업으로 하여금 이윤을 극대화하기 위해 노동생산성이 낮은 근로자를 자동화를 통한 자본재로 생산요소를 대체시킬 가능성도 높여주는 효과가 있다. 그리고 최저임금제는 기업에게 자원분배면에서 비효율성을 야기 시키며 총생산성 감소를 초래할 수 있다. 또한 정부의 최저임금제 도입을 통한 규제는 노동생산성이 낮은 저임금근로자의 노동가격을 높여 고용기회를 제한할 수도 있다.³⁵⁾

나. 최저임금제도 적용범위

최저임금제도의 적용범위는 근로자를 사용하는 모든 사업 또는 사업장에 적용된다. 그리고 최저임금법을 적용받는 사업자의 근로

34) 최저임금위원회 homepage, '최저임금제도 시행 효과'.

35) 최저임금위원회 homepage, '최저임금제도 시행 효과'.

자는 상용근로자 뿐만 아니라 임시직·일용직·시간제 근로자와 외국인근로자 등 고용형태나 국적에 관계없이 ‘근로기준법’에 따른 근로자이면 모두 적용된다.³⁶⁾제도 적용대상 사업 또는 사업장에서 동거의 친족만을 사용하는 사업과 가사사용인, 선원법의 적용을 받는 선원 및 선원을 사용하는 선박 소유자는 적용되지 않는다.³⁷⁾

사용자는 최저임금제도의 적용을 받는 근로자는 최저임금액 이상의 임금을 지급하여야 한다. 그러나 ‘정신장애나 신체장애로 근로능력이 현저히 낮은 자’, ‘그 밖에 최저임금을 적용하는 것이 적당하지 아니하다고 인정되는 자’에 대해서는 최저임금적용이 제외된다.³⁸⁾여기서 사용자가 법 제7조에 따라 고용노동부장관의 인가를 받아 최저임금의 적용을 제외할 수 있는 자는 ‘정신 또는 신체의 장애가 업무 수행에 직접적으로 현저한 지장을 주는 것이 명백하다’고 인정되는 사람으로 한다.³⁹⁾

2. 최저임금수준 심의 및 결정방법

우리나라 최저임금 결정은 최저임금위원회가 심의, 의결하여 결정한다. 최저임금위원회는 근로자를 대표하는 위원, 사용자를 대표하는 위원, 공익을 대표하는 위원 각각 9명으로 구성되어 있다. 그리고 이들 근로자위원, 사용자위원 및 공익위원은 고용노동부장관의 제청에 의하여 대통령이 위촉한다.

36) 최저임금법 제2조(정의).

37) 유길상, 민동세(2008), 최저임금제도 적용 실태 및 제도 개선방안에 관한 연구, 노동부, p. 15.

38) 최저임금법 제7조(최저임금의 적용 제외).

39) 최저임금법 시행령, 제6조(최저임금 적용 제외의 인가 기준).

최저임금위원회의 기능은 최저임금에 관한 심의 및 재심의, 최저임금 적용 사업의 종류별 구분에 관한 심의, 최저임금제도의 발전을 위한 연구 및 건의 그리고 그 밖에 최저임금에 관한 중요 사항으로서 고용노동부장관이 회의에 부치는 사항의 심의를 한다.⁴⁰⁾

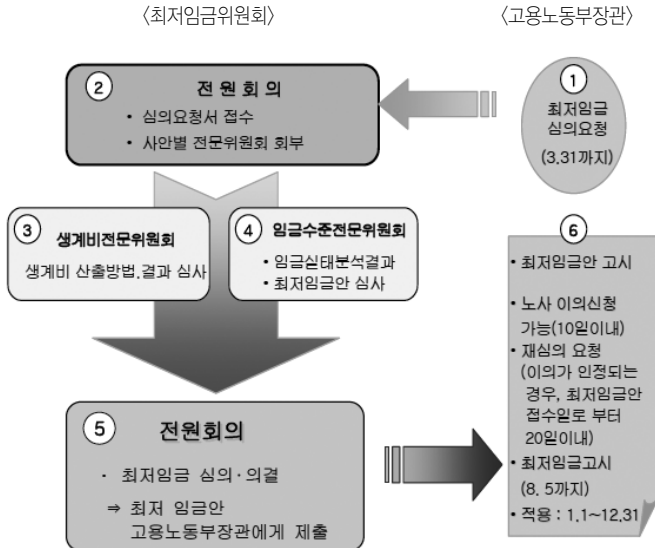
우리나라 최저임금수준 결정절차는 [그림 2-1-3]과 같다. 즉, 최저임금법에 의해서 고용노동부장관은 매년 3월 31일까지 다음년도 최저임금의 심의를 요청한다. 최저임금위원회는 고용노동부장관으로부터 최저임금에 관한 심의요청을 받은 날로부터 90일 이내에 이를 심의하여 최저임금안을 고용노동부장관에게 제출한다. 최저임금위원회로부터 최저임금안을 제출받은 고용노동부장관은 이를 최저임금안으로 고시하고, 「최저임금법」 제9조제2항에 따라 근로자를 대표하는 자와 사용자를 대표하는 자는 고시한 날로부터 10일 이내에 고용노동부장관에게 이의를 제기할 수 있으며 이의가 없으면 최저임금 고시를 하여 매년 8월 5일까지 최저임금액을 결정한다. 고시된 최저임금은 다음 연도 1월 1일부터 12월 31일까지 효력을 발생한다.

고용노동부장관이 결정·고시하는 최저임금수준은 일·주 또는 월 단위의 결정도 가능하나 반드시 시간급으로도 표시(통상 시간급과 8시간 기준 일급으로 표시)하도록 하고 있다. 그리고 사업 종류별 결정·고시도 가능하나 '89년 이후 전 산업 단일액으로 결정·고시하고 있다.

최저임금액은 1인 이상 근로자를 사용하는 모든 사업 또는 사업장에 사업의 종류를 구분하지 않고 적용되나, 근로자의 근무형태 등에 따라 적용되는 최저임금액이 다르다. 즉, 수습사용 중에 있는 자로서 수습사용한 날부터 3개월 이내인 자, 「근로기준법」 제63조제3

40) 최저임금법, 제13조(위원회의 기능).

[그림 2-1-3] 최저임금결정 절차



자료: 최저임금위원회(2011), 「Point정리, 최저임금제」, p. 9.

호에 따라 감시 또는 단속적으로 근로에 종사하는 자로서 사용자가 고용노동부장관의 승인을 받은 자는 감액 적용된다.

우리나라 1988년 이후 최저임금수준은 <표 2-1-5>와 같다. 그리고 2012년도에 시행되고 있는 최저임금수준을 보면 일반 근로자는 시간급 4,580원 또는 일급(8시간 기준) 36,640원이다. 그리고 감액적용 근로자의 경우 수습사용 중에 있는 자로서 수습사용한 날부터 3개월 이내인 자(10% 감액)는 시간급 4,122원 또는 일급(8시간 기준) 32,976원이다. 고용노동부장관의 승인을 받은 감시 또는 단속적 근로에 종사하는 자(20% 감액)는 시간급 3,664원 또는 일급(8시간 기준) 29,312원이다.

〈표 2-1-5〉 연도별 최저임금액 추이

단위: 원, %

연 도 별	적 용 업 종	시 간 급	일 급 (8시간기준)	월환산액 (226시간기준)	인상률 (시간급기준)
'88	10명 이상제조업	1그룹462,50 2그룹487,50	3,700 3,900	111,000 117,000 (240시간기준)	— —
'89	10명 이상 제조업, 광업, 건설업	600	4,800	144,000 (240시간기준)	1그룹 29,7 2그룹 23,7
'90	10명 이상 전산업	690	5,520	165,600 (240시간기준)	15.0
'91	"	820	6,560	192,700 (235시간기준)	18.8
'92	"	925	7,400	209,050 (226시간기준)	12.8
'93	"	1,005	8,040	227,130	8.6
'94,1 ~ 8	"	1,085	8,680	245,210	8.0
'94,9 ~ '95,8	"	1,170	9,360	264,420	7.8
'94,9 ~ '96,8	"	1,275	10,200	288,150	9.0
'96,9 ~ '97,8	"	1,400	11,200	316,400	9.8
'97,9 ~ '98,8	"	1,485	11,880	335,610	6.1
'98,9 ~ '99,8	10명 이상 전산업	1,525	12,200	344,650	2.7
'99,9 ~ '00,8	"	1,600	12,800	361,600	4.9
'00,9 ~ '11,23	5명 이상 전산업	1,865	14,920	421,490	16.6
'00,11,24 ~ '01,8	"				
'01,9 ~ '02,8	"	2,100	16,800	474,600	12.6
'02,9 ~ '03,8	"	2,275	18,200	514,150	8.3
'03,9 ~ '04,8	"	2,510	20,080	567,260	10.3
'04,9 ~ '05,8	"	2,840	22,720	593,560 (209시간기준)	13.1
'05,9 ~ '06,12	"	3,100	24,800	647,900 (209시간기준)	9.2
'07	"	3,480	27,840	727,320 (209시간기준)	12.3
'08	1명 이상 전산업	3,770	30,160	787,930 (209시간기준)	8.3
'09	"	4,000	32,000	836,000 (209시간기준)	6.1
'10	"	4,110	32,880	858,990 (209시간기준)	2.75
'11	"	4,320	34,560	902,880 (209시간기준)	5.1

※ 1그룹 : 식료품, 섬유, 의복, 가죽, 신발, 나무, 종이, 고무, 플라스틱, 도기, 자기, 전기기기, 기타제조업

2그룹 : 음료품, 담배, 가구, 인쇄출판, 산업화학, 기타화학, 석유정제, 석유석탄

자료: 최저임금위원회(2011), 2011년 포인트정리 최저임금제, p. 6.

참고문헌

- 김재원(1995). 최저임금제도의개선방안: 1994년도 최저임금 결정과정에서 나타난 문제점을 중심으로. 한국노동연구원.
- 배무기외 4인(1983). 한국임금의 정책과제와 제도개선 연구. 노동부.
- 유길상, 민동세(2008). 최저임금제도 적용 실태 및 제도 개선방안에 관한 연구. 노동부.
- 고용노동부(2010). 인력 미스매치 완화를 위한 고용안정사업개편방안(요약본).
- 고용노동부(2011). 2011년판 고용보험 백서.
- 고용노동부(2011. 4. 6.). 고용보험실업급여요율 인상 안내문.
- 최저임금위원회(2011). 2012년도 적용 최저임금 심의·의결 경위.
- 최저임금위원회(2011). 2011년 주요 국가의 최저임금제도.
- 최저임금위원회(2011). 2011년 포인트 정리 최저임금제도.

제2장 연금제도

| 제1절 | 공적연금제도

우리나라의 공적연금제도는 일반국민을 대상으로 하는 국민연금과 공무원연금, 사립학교교직원연금, 군인연금의 특수직역연금으로 구분된다.

〈표 2-2-1〉 공적연금제도 현황(2010년말 기준)

구분	국민연금	특수직역연금		
		공무원연금	사학연금	군인연금
도입연도	1988년	1960년	1975년	1963년
관장기관 (집행기관)	보건복지부 (국민연금 공단)	행정안전부 (공무원 연금공단)	교육과학기술부 (사립학교교직원연 금공단)	국방부 (보건복지관실 군인연금과)
적용대상	18세 이상 60세 미만 국민	국가 및 지방공무원, 법관, 경찰관	사립학교 교직원	하사 이상 직업군인
가입자 수	19,710천 명	1,052천 명	267천 명	170천 명
연금수급자 수	2,821천 명	311천 명	37천 명	79천 명
급여지출규모	8조 6,359억 원	8조 4,821억 원	1조 2,684억 원	2조 51억 원
기 금	누적기금	323조 9,908억 원	5조 8,307억 원	11조 2,282원
	기금소진	2059년	2002년	2032년
				1973년

주: 1) 군인연금기금은 2009년말 기준임.

자료: 각 연금종별 2010년 통계연보(단, 군인연금은 2009년 통계연보 참조)

국민연금과 특수직역연금은 급여형태 및 급여산식에서 커다란 차이점이 있다. 순수 노령연금만 지급하는 국민연금과 달리 특수직역 연금은 노령연금, 퇴직금, 산재보상 등의 성격이 혼재되어 있으며, 생애평균소득에 근거하여 연금액을 산정하는 국민연금과 달리 특수직역연금은 퇴직직전 3년간의 소득을 기준으로 연금액을 산정하고 있다. 한편 급여산식에서는 균등부분과 소득비례부분의 합으로 구성된 국민연금과 달리 특수직역연금은 소득비례부분으로만 구성되어 소득재분배 기능이 없다. 이 밖에 소득대체율과 보험료율, 연금수급위한 최소가입기간, 연금수급개시연령 등에서도 양 제도는 많은 차이점이 존재하고 있다. 그러나 국민연금과 특수직역연금제도 모두 불균형한 수급구조로 인해 연금재정의 장기불안정이라는 공통된 문제점에 노출되어 있다.

Ⅱ 제2절 국민연금제도

1. 제도 개요 및 현황

가. 가입대상

국민연금제도는 국내에 거주하는 18세 이상 60세 미만의 국민을 가입 대상으로 하며, 공무원·사립학교교직원·군인 등 특수직역연금 가입자 및 수급자는 가입 대상에서 제외한다. 가입자는 가입종별로 사업장 가입자, 지역가입자, 임의가입자, 임의계속가입자로 구분되며, 사업장과 지역가입자는 당연적용대상자로 분류된다. 사업장 가입자의 경우 2003년 이전에는 5인 이상 사업장의 사용자와 근로

자가 적용 대상이었으나, 2003년부터는 5인 미만 사업장까지 적용 범위가 확대되었다.

지역가입자의 경우 1995년에는 제도 적용이 농어촌 지역에 한정되었다. 이후 1999년 도시자영자에 대한 확대적용으로 지역가입자 비중이 급격하게 증가하였으나, 그동안 지역가입자에 속하였던 5인 미만 사업장이 2003년 사업장 가입자에 편입됨에 따라 전체 국민연금 가입자 중 지역가입자의 비중이 감소하는 추세를 보이고 있다.

임의가입제도는 국민연금 가입연령이 60세 미만인데 반해 60세에 도달하였어도 연금수급에 필요한 최소가입기간을 충족시키지 못한 자가 계속 가입하여 국민연금 수급권을 확보하고자 하는 경우 이들에게 기회를 부여하기 위하여 마련된 제도이다.

임의가입자는 무소득 전업주부 등 본인의 가입신청에 따라 가입의 기회가 열려있는 가입대상을 의미한다. 임의계속가입자는 60세 이후에 본인의 희망에 따라 65세가 될 때까지 국민연금에 가입하는 자를 뜻하는데, 기존에는 60세 미만이었던 시기에 국민연금에 가입이력이 있었던 자로 한정하였으나, 2011년 6월 7일부터는 보험료 납부사실이 없어도 가입이 가능하도록 가입요건을 완화하였다.

최근 전업주부 등을 중심으로 국민연금에 대한 가입이 증가하면서 2009년말 8만 명에서 2010년에는 14만 명으로 증가하였고 2011년 10월에는 21만 명으로 나타났다.

국민연금제도가 강제 가입원칙을 따르고 있음에도 불구하고 가입대상자, 특히 지역가입자의 경우 가입자의 자발적인 신고에 의해 연금가입이 이루어지고 있는 것이 국민연금의 현실이다. 이처럼 지역가입자의 소득활동여부를 신고주의 방식에 의존함으로써, 실제 소득행위를 하는 상당수의 지역가입자가 소득활동을 하지 않는 것으

〈표 2-2-2〉 국민연금 가입자수 추이

단위: 천 명

연도	총가입자수 (가)+(나)+(다)	사업장 가입자수 (가)	지역 가입자수 (나)	임의(계속)가입자 (다)
1988	4,433	4,431	—	1
1995	7,497	5,542	1,890	65
1999	16,262	5,238	10,823	202
2000	16,210	5,676	10,419	114
2005	17,124	7,950	9,123	51
2006	17,740	8,605	9,086	49
2007	18,268	9,149	9,063	54
2008	18,355	9,493	8,781	60
2009	18,624	9,867	8,680	77
2010	19,229	10,415	8,674	140
2011.10	19,710	10,912	8,585	214

자료: 국민연금공단(2012). 2011년 10월 국민연금 월별통계. www.nps.or.kr에서 인출.

로 분류되어 지역가입자의 납부예외비율이 높은 편이다. 2011년 10월 기준 지역가입자 중 납부예외자가 482만 명으로, 전체가입자의 약 24.5%가 납부예외인 것으로 나타난다.

1988년 10인 이상 사업장을 대상으로 도입된 국민연금제도는 점진적인 제도 확대과정을 거쳐 1999년 4월 도시지역 자영자에게도 제도가 적용됨에 따라 이른바 전 국민 연금시대를 맞이하게 되었다.

이처럼 외형적인 측면에서의 급속한 제도 확대 이면에는 어두운 면도 적지 않은 것이 우리 국민연금의 현실이다. 본인이 보험료를 납부하여야만 연금을 수급할 수 있는 사회보험방식제도로 운영되는 국민연금의 가입자 상당수가 여러 가지 이유로 인해 보험료를 납부하지 못하고 있기 때문이다. 보험료를 납부하던 가입자도 경제적 어려움 등의 이유로 보험료를 체납하는 경우가 빈번하게 발생하고 있

다. 이러한 현상을 그대로 방치할 경우 이들 대부분이 무연금 또는 저연금자로 전락하게 되어 노후 빈곤 등에 기인한 노후 소득 양극화가 불가피한 실정이다.

〈표 2-2-3〉 국민연금 납부예외자수 추이

단위: 천 명, %

연도	총가입자수	사업장 가입자수(가)	지역 가입자수(나)		총가입자수 대비 납부예외자수
				납부예외자수(다)	
1995	7,432	5,542	1,890	239	
1999	16,061	5,238	10,823	5,513	34.3
2000	16,095	5,676	10,419	4,446	27.6
2005	17,073	7,950	9,123	4,634	27.1
2006	17,691	8,605	9,086	4,936	27.9
2007	18,268	9,149	9,063	5,107	28.0
2008	18,355	9,493	8,781	5,026	27.4
2009	18,624	9,867	8,680	5,052	27.1
2010	19,229	10,415	8,674	5,100	26.5
2011	19,710	10,912	8,585	4,821	24.5

자료: 국민연금공단(2012). 2011년 10월 국민연금 월별통계. www.nps.or.kr에서 인출.

나. 연금보험료 부과

국민연금은 보험료를 납부한 가입자에게 가입기간에 비례하여 연금을 지급하는 사회보험방식을 채택하고 있어, 가입자에게 매월 소득의 일정부분을 보험료로 부과하고 있다. 사업장의 경우는 사용자와 가입자가 보험료를 반반씩 균분하여 부담하는 반면, 지역·임의·임의 계속가입자는 본인이 전액 부담한다. 국민연금제도 도입시 3%였던 보험료율은 점차 인상되어 현재 9%를 유지하고 있는데 향후 보험료율은 5년마다 시행 예정인 재정계산 결과를 반영하도록 하고 있다.

연금보험료는 보험료 부과 기준소득에 보험료율을 곱하여 산정하는데, 부과대상소득은 가입자의 소득월액을 토대로 일정하게 등급화한 표준소득월액을 사용한다. 기준소득월액은 상하한액의 범위 내에서 결정되는데 1995년부터 2009년까지는 하한액 22만 원, 상한액 360만 원을 적용하였다.

2010년부터는 국민연금 기준소득월액 상하한액을 국민연금 급여산식 중 전체가입자의 3년 평균소득월액(A값) 상승률에 연동하여 매년 조정하고 있다. 2011년 7월부터 적용하고 있는 상한액은 375만 원이고 하한액은 23만 원이다.

〈표 2-2-4〉 국민연금 기준소득월액 상·하한액

단위: 만원

기준소득월액	1988~1994	1995~2009	2010	2011
하한액	7만 원	22만 원	23만 원	23만 원
상한액	200만 원	360만 원	368만 원	375만 원

다. 급여지급

국민연금제도에 가입 이력이 있었던 자에게 은퇴 또는 장애·사망 등의 예상치 못한 재해가 발생할 경우 다양한 급여가 지급된다. 급여의 형태는 연금과 일시금으로 대별되며, 급여 발생원인에 따라 노령연금, 장애연금, 유족연금 등의 연금이 지급되고, 반환일시금, 장애일시금, 사망일시금 등의 일시금도 지급된다. 보험료 납부기간이 10년 이상인 경우에는 연금이, 10년 미만일 때에는 일시금이 지급된다.

국민연금급여액은 기본연금과 가급연금의 합으로 구성된다. 기본연금은 보험료 납부기간, 수급직전 3년도 전체가입자의 평균소득과

납부기간 동안의 개인별 표준소득월액의 평균액에 의해 결정되는 반면, 가급연금액⁴¹⁾은 가족수당적 성격의 급여 속성을 지니고 있다.

기본연금액은 국민연금에 가입한 기간동안 보험료 납부월수와 보험료를 납부하던 시기의 소득대체율에 따라 결정된다. 또한 연금 수급직전년도 3년간 국민연금 전체가입자의 평균소득⁴²⁾과 본인이 과거 보험료를 납부할 당시의 표준소득월액을 수급직전년도 시점에서 재평가한 개인별 소득수준⁴³⁾을 반영하여 기본연금액을 결정한다.

국민연금액 = 기본연금액 + 부양가족연금액

기본연금액 = $k \times (A값 + B값) \times (1 + 0.05n)$

k: 40년 가입시 소득대체율(가입시점별로 1.8~1.2)

A값: 전체 가입자 최근 3년간 평균소득월액

B값: 본인의 생애평균소득월액

n: 20년 이상 가입기간

〈표 2-2-5〉 국민연금 소득대체율

가입시점	소득대체율 (40년 가입시)	급여산식 중 소득대체율 결정상수	개정시기
1988~1998	70%	2.4	
1999~2007	60%	1.8	1998년 법개정
2008	50%	1.5	2007년 법개정
2009~2027	매년 0.5%씩 인하	1.485~1.215	
2028 이후	40%	1.2	

41) 2005년 현재 배우자에게는 연 190,760원, 자녀·부모에게는 127,170원을 지급함.

42) 기본연금액 산식 중 'A값'으로, 물가상승을 반영한 전체가입자 평균소득월액의 수급 직전년도 3년간 평균으로 산정함.

43) 기본연금액 산식 중 'B값'으로, 가입자 개인의 가입기간 중의 표준소득월액을 연금 수급전년도의 현재가치로 재평가한 평균으로 산정함.

국민연금급여 중 노령연금은 연령과 가입기간에 따라 완전·감액·조기·재직자·특례노령연금으로 구분된다. 노령연금 수급에 필요한 최소가입기간이 10년이고 현재 연금수급연령(조기노령연금 제외)은 60세이나, 2013년부터 5년마다 1세씩 상향조정되어 2033년 이후에는 65세부터 연금을 수급하도록 되어 있다. 노령연금 수급권자와 이혼한 60세 이상인 배우자가 가입기간 중 혼인기간이 5년 이상이면 혼인기간에 해당하는 만큼 연금액을 균분하여 지급받을 수 있는 분할연금 제도가 1999년 1월부터 시행되고 있다.

2007년 7월부터는 중고령자의 근로의욕을 높이기 위해 연기연금 제도가 시행되고 있는데, 노령연금 수급자가 소득활동을 할 경우 연금감액 대신 연금수급을 연기함으로써 소득활동에 대한 인센티브를

〈표 2-2-6〉 국민연금 노령연금 급여종류

노령연금	수급조건	연금액
완전노령연금	60세 이상, 가입기간 20년 이상인 경우 단, 65세 미만일 경우 소득이 있는 업무에 종사하지 않음	기본연금액+부양가족연금액
감액노령연금	60세 이상, 가입기간 10년 이상 20년 미만인 경우, 단, 65세 미만일 경우 소득이 있는 업무에 종사하지 않음	기본연금액×50%+부양가족연금액 · 가입기간이 1년씩 증가할때마다 기본연금액의 5%씩 증액
조기노령연금	55세 이상 60세 미만, 가입기간 10년 이상으로, 소득이 있는 업무에 종사하지 않는 자가 본인이 신청할 경우	기본연금액×50%×70%+부양가족연금액 · 가입기간이 1년씩 증가할때마다 기본연금액의 5%씩 증액 · 연령 1세씩 증가할때마다 6%씩 증액
재직자 노령연금	60세 이상 65세 미만, 가입기간 10년 이상으로, 소득이 있는 업무에 종사할 경우	기본연금액×50%×50%+부양가족연금액 · 가입기간이 1년씩 증가할때마다 기본연금액의 5%씩 증액 · 연령 1세씩 증가할때마다 10%씩 증액
특례노령연금	60세 이상, 가입기간 5년 이상으로, 제도도입 당시 이미 고연령으로 최초가입기간을 만족시키지 못하는 경우	기본연금액×(25%~95%)+부양가족연금액

주: 기본연금액은 가입기간이 20년 미만일 때에는 20년을 기준으로 산정함.

제공하고 있다. 재직자노령연금 수급자가 연금수급 시점을 늦출 경우 연기한 기간만큼 1년에 7.2%씩⁴⁴⁾ 연금액을 증액하여 연기연금을 지급하고 있다.

장애연금은 국민연금 가입 중 발생한 질병·부상 등으로 장애를 입은 경우, 장애가 지속하는 동안 장애 정도에 따라 지급하는 연금을 의미한다. 장애등급은 장애정도에 따라 1등급~3등급으로 구분하고, 등급별로 연금액이 20%씩 차등 지급되어 기본연금액의 60%(1등급)~100%(3등급)을 지급한다.

유족연금은 가입자, 가입자이었던 자 또는 노령연금 수급자나 장애연금 1·2등급 수급권자가 사망하였을 때 그 유족에게 지급하는

〈표 2-2-7〉 국민연금 수급자수 추이

단위: 천 명

연도	총수급자수	연금				일시금			
		계	노령 연금	장애 연금	유족 연금	계	장애 일시금	반환 일시금	사망 일시금
1988	3	-	-	-	-	3	-	3	0
1990	257	5	-	0	5	252	0	252	0
1995	876	78	38	7	32	798	2	796	0
2000	928	618	482	22	114	309	2	304	3
2005	1,758	1,652	1,350	54	248	106	4	96	6
2006	1,986	1,859	1,518	62	279	127	5	115	6
2007	2,244	2,111	1,732	67	312	134	5	121	8
2008	2,518	2,367	1,950	72	345	151	5	138	8
2009	2,770	2,603	2,149	75	379	168	4	154	10
2010	2,975	2,821	2,330	76	414	155	3	141	10
2011.10	3,102	2,976	2,458	75	443	127	3	114	10

자료: 국민연금공단(2012). 2011년 10월 국민연금 월별통계. www.nps.or.kr에서 인출.

44) 2007년 도입당시에는 6%였으나, 2011년 12월 31일에 7.2%로 개정되었음.

〈표 2-2-8〉 국민연금 급여지출 추이

단위: 십억 원

연도	총급여액	연금				일시금			
		계	노령 연금	장애 연금	유족 연금	계	장애 일시금	반환 일시금	사망 일시금
1988	0	-	-	-	-	0	-	0	0
1990	42	3	-	0	3	39	0	39	0
1995	876	78	38	7	32	798	2	796	0
2000	928	618	482	22	114	309	2	304	3
2005	1,758	1,652	1,350	54	248	106	4	96	6
2006	1,986	1,859	1,518	62	279	127	5	115	6
2007	2,244	2,111	1,732	67	312	134	5	121	8
2008	2,518	2,367	1,950	72	345	151	5	138	8
2009	2,770	2,603	2,149	75	379	168	4	154	10
2010	2,975	2,821	2,330	76	414	155	3	141	10
2011.10	3,102	2,976	2,458	75	443	127	3	114	10

자료: 국민연금공단(2012), 2011년 10월 국민연금 월별통계, www.nps.or.kr에서 인출.

연금으로, 사망한 자의 가입기간이 10년 미만인 경우에는 기본연금액의 40%, 10년 이상 20년 미만일 때는 50%, 20년 이상에 대해서는 기본연금액의 60%가 연금으로 지급된다.

연금수급요건을 충족하지 못한 경우에 지급되는 일시금에는 반환 일시금·장애일시금·사망일시금 등이 있다. 일시금은 국민연금 가입 중 납부한 보험료에 3년 만기 정기에금이자율에 해당하는 이자를 합산하여 산정한다.

라. 국민연금기금

국민연금기금은 보험료수입과 급여지출규모가 결정되면 전년도 국민연금기금에 기금투자수익률을 적용한 투자수익을 산정하여 매

년 재정수지를 산출한다. 국민연금기금은 1988년 제도시행 이래 2011년 10월 기준 연금보험료 및 기금운용수익금 등으로 413조 원을 조성하여 연금급여지급 등으로 69조 원을 지출하여 345조 원의 적립금을 운용하고 있다.

〈표 2-2-9〉 국민연금기금 추이

단위: 조 원

연도	적립 기금	수입				지출			신규 조성자금 (가-나)
		계 (가)	연금 보험료	기금 투자수익	기타	계 (나)	급여 지출	기타	
2000	62	15	10	5	0	2	2	0	14
2005	164	27	19	8	0	4	4	0	23
2006	190	30	20	10	0	5	5	0	26
2007	220	36	22	14	0	5	5	0	30
2008	235	23	23	-4	0	6	6	0	16
2009	278	50	24	26	0	7	7	0	42
2010	324	55	25	30	0	9	9	0	46
2011.10	345	29	23	6	0	8	8	0	21

주: 시가기준

자료: 국민연금공단(2012). 2011년 10월 국민연금 월별통계. www.nps.or.kr에서 인출.

〈표 2-2-10〉 국민연금기금 운용계획(안)(2012년)

단위: 억 원

국민연금기금	2011년 계획(A)	2012년 계획(안)(B)	비고	
			증가액(B-A)	증가율
지출	109,102	125,446	16,344	15%
- 연금급여지급	103,598	119,418	15,820	15.3%
- 제도운영사업비	1,525	1,959	433	28.4%
- 기금운영비	3,979	4,070	91	2.3%

자료: 보건복지부(2011). 2012년도 예산 및 기금운용계획(안) 개요.

2. 국민연금 재정전망

국민연금은 장기적 관점에서 재정건전성을 평가하고 제도의 발전 방향을 제시하기 위하여 1998년 국민연금법 개정시 재정계산제도를 도입하였다. 보건복지부 장관은 5년마다 국민연금 재정수지를 계산하고 국민연금 운영전반에 관한 계획을 수립하도록 되어 있으므로 2003년에 이어 2008년에 제2차 재정계산이 시행되었다.

2003년 재정계산 결과에 따라 보험료는 그대로 유지하고 급여수준을 낮추는 것을 주요골자로 하는 개정안이 우여곡절 끝에 2007년 7월 국회를 통과하였다. 1차 재정계산에서 장기적인 재정안정화를

〈표 2-2-11〉 국민연금 재정전망

단위: 십억 원, 배

연도	총수입			총지출	수지차	적립기금		적립률 ³⁾	GDP 대비 총지출	부과방식 보험료율 ⁴⁾
	계	보험료 수입 ¹⁾	투자 수익			경상가	2010년 불변가 ²⁾			
2010	44,763	21,275	23,488	8,834	35,929	319,380	319,380	37.1	0.8%	3.6%
2020	92,928	41,893	51,036	27,563	65,365	831,421	646,352	28.1	1.3%	5.8%
2030	142,629	66,521	76,108	73,980	68,649	1,481,476	944,802	19.2	2.2%	9.9%
2040	185,597	95,882	89,716	168,361	17,236	1,921,694	1,005,377	11.4	3.4%	15.7%
2050	202,836	135,606	67,230	312,100	-109,263	1,438,839	617,526	5.0	4.6%	20.6%
2060	171,724	171,724	0	492,824	-321,100	-	-	-	5.5%	25.7%
2070	228,411	228,411	0	689,559	-461,148	-	-	-	5.9%	27.0%
2080	301,789	301,789	0	907,413	-605,624	-	-	-	5.9%	26.9%
2090	388,665	388,665	0	1,218,116	-829,451	-	-	-	6.1%	28.0%
2100	504,568	504,568	0	1,917,068	-1,412,500	-	-	-	7.3%	34.0%

주: 1) 보험료를 9% 유지시 보험료 수입

2) 물가상승률로 할인

3) 해당연도 총지출 대비 전년도 적립기금

4) 보험료 부과대상 총소득 대비 급여지출

자료: 한국보건사회연구원(2011)

주요목표로 추진되었으므로 2008년 시행된 제2차 재정계산에서는 재정안정화보다는 국민연금제도 운영의 중장기 방향을 설정하는 데에 주안점을 두었는데, 구체적으로 기준소득월액 상하한 변동, 사각지대 해소방안 등이 제시되었다.

2007년 개정법을 반영한 국민연금 장기재정전망 결과를 살펴보면, 수급자가 본격적으로 발생하는 2040년대 이전까지는 수입이 지출보다 많은 구조를 유지한다. 그러나 2042년에 처음으로 수지적자가 발생할 것으로 전망되면서 이후 기금이 급속히 감소하여 2058년에 기금이 소진될 것으로 예상된다. GDP 대비 총지출 비율은 2010년 0.8%에서 급격하게 증가하여 2050년에는 4.6%로 나타나고 이후에도 꾸준히 증가하여 장기적으로 7.3%(2100년 기준)에 달할 것으로 전망된다.

Ⅲ 제3절 | 공무원연금제도

1. 제도 개요 및 현황

공무원연금제도는 공무원의 퇴직 또는 사망과 공무로 인한 부상·질병·폐지에 대하여 적절한 급여를 실시함으로써, 공무원 및 그 유족의 생활안정과 복리향상에 기여함을 목적으로 하고 있다. 1949년 8월에 국가공무원법을 제정하였으나 한국전쟁과 그 이후 국가재정의 부족 및 화폐가치의 급격한 변동 등 사회·경제적인 사정으로 인해 공무원연금제도의 실시가 지연되었다. 이렇게 10여년이 경과된 후 1960년 공무원연금법을 공포·시행함으로써 국가책임 하에 공무

원연금제도가 시작되었다.

1960년 중앙 및 지방의 일반직공무원, 판검사, 경찰직 등 237천 명을 대상으로 도입된 공무원연금제도는 시간이 지남에 따라 적용 대상 공무원 수가 지속적으로 증가하여 1995년 95만 7천 명으로 4 배 이상 증가하였다. 그러나 최근 정부구조조정과 교육공무원 정년 단축 등으로 퇴직 공무원 수가 증가함에 따라 1999년 91만 3천 명으로 감소세를 보여 2010년 기준 105만 2천 명의 공무원이 가입하고 있다. 국민연금의 제도부양비 개념과 유사한 공무원연금의 부양률(공무원수 대비 연금수급자수)은 연금수급자의 꾸준한 증가로 인해 1985년 1.3%에서 2010년 29.6%로 급격하게 증가하였다.

〈표 2-2-12〉 공무원연금 재직자수와 연금수급자수 추이

단위: 명, %

연도	재직자수 (가)	연금수급자				부양률 (나 / 가)
		계(나)	퇴직연금	유족연금	장해연금	
1982	667,554	3,742	3,556	140	46	0.6
1985	696,951	9,078	8,691	290	97	1.3
1990	843,262	25,396	23,844	1,355	197	3.0
1995	957,882	56,343	51,713	4,267	363	5.9
2000	909,155	150,463	140,387	9,412	664	16.5
2005	986,339	218,006	196,820	19,197	1,989	22.1
2006	1,009,145	236,274	212,560	21,475	2,239	23.4
2007	1,021,771	255,565	229,157	24,006	2,402	25.0
2008	1,030,256	279,766	250,476	26,725	2,565	27.2
2009	1,047,897	293,096	260,910	29,489	2,697	28.0
2010	1,052,407	311,429	276,188	32,045	2,750	29.6

주: 부양률은 공무원수 대비 연금수급자수(장해연금 및 장해유족연금수급자 제외)임.
자료: 공무원연금공단(2010), 2010년 공무원연금통계.

재직기간이 20년 이상인 공무원이 퇴직할 경우 연금과 일시금 중 하나를 선택할 수 있으며 연금 선택 비중이 1982년 기준 32.6%에서 2010년에는 93.4%로 급상승함에 따라 재정 불안정을 심화시키고 있다.

〈표 2-2-13〉 공무원연금 연금선택률 추이

단위: 명, %

연도	20년 이상 퇴직자수			연금선택률 (나 / 가)
	계(가)	연금선택(나)	일시금선택	
1982	5,106	1,666	3,440	32.6
1985	5,936	1,809	4,127	30.5
1990	8,427	4,203	4,224	49.9
1995	17,278	8,367	8,911	48.4
2000	27,542	21,527	6,015	78.2
2005	23,831	22,555	1,276	94.6
2006	19,805	18,384	1,421	92.8
2007	20,828	19,465	1,363	93.5
2008	25,941	24,353	1,588	93.9
2009	15,098	13,816	1,282	91.5
2010	19,967	18,646	1,321	93.4

주: 연금선택률은 재직기간 20년 이상 퇴직자수 중 연금선택자수임.

자료: 공무원연금공단(2010), 2010년 공무원연금통계.

공무원연금은 노후소득보장적 급여(퇴직연금, 유족연금, 퇴직일시금)와 재해에 따른 재해보상적 급여(요양 및 장애급여), 근로보상성격의 급여(퇴직수당) 등 여러 성격의 급여를 제공하고 있다.

급여지출 규모는 IMF 경제위기 이후 공무원 구조조정과정에 따른 퇴직자 증가로 인해 1997년 약 7조 원으로 급증한 이후 2000년부터 안정세를 찾은 이후 점진적으로 증가하여 2010년에는 8조 원을 상회하는 것으로 나타난다. 이들 지출 중 퇴직급여가 6조 원으로 전체 지출 중 높은 비중을 차지하고 있다.

〈표 2-2-14〉 공무원연금 급여지출 추이

단위: 억 원

연도	계	퇴직급여	유족급여	퇴직수당	재해보상급여	부조급여
1982	161	144	13	—	4	0
1985	231	199	22	—	6	5
1990	718	619	69	—	10	20
1995	2,627	1,834	120	614	20	39
2000	4,361	3,130	138	1,054	23	16
2005	5,945	4,367	300	1,196	58	24
2006	6,221	4,682	340	1,122	52	24
2007	6,856	5,160	380	1,230	59	26
2008	7,877	5,820	430	1,539	61	27
2009	7,684	6,234	477	884	61	27
2010	8,482	6,721	534	1,133	62	33

자료: 공무원연금공단(2010), 2010년 공무원연금통계.

공무원연금은 제도도입 이래 지속적으로 보험료율을 인상하여 왔는데, 2005년 말 기준 보험료율은 보수월액의 17%에 달하고 있다. 제도도입 당시 설정하였던 2.3%의 기여금 비율은 1969년에 3.5%, 1970년에는 5.5%, 1996년에는 6.5%, 1999년에는 7.5%, 그리고 2001년에는 8.5%로 점차적으로 상향조정되었다. 부과방식으로 설계된 공무원연금의 재정방식은 기여금 비율을 점차 상향조정함으로써 점차 수정적립방식에 가까운 제도로 운영되었다. 그러나 제도도입 이후 40여년이 경과한 공무원연금제도가 성숙단계에 진입하면서 재정 불안정 우려가 심화됨에 따라, 2000년 연금법 개정에서는 2001년 이후부터의 급여부족분에 대해서는 사용자(국가 또는 지방자치단체)가 전액 보전하는 형태로 전환하였다. 기금회계에 따르면 2010년 기준으로 공무원연금은 5조 원의 기금을 보유하고 있다.

〈표 2-2-15〉 공무원연금 재정수지 추이

단위: 십억 원

연도	기금회계		연금회계		
	기금	기금운용수익	수입 ¹⁾ (가)	지출 ²⁾ (나)	수지차 (가)-(나)
1982	770	114	268	161	107
1985	1,780	176	373	234	140
1990	3,579	335	790	724	66
1995	5,150	547	1,999	2,637	-639
2000	1,775	92	3,437	4,383	-946
2005	3,830	508	5,899	5,899	-
2006	4,223	393	6,178	6,178	-
2007	4,804	581	6,805	6,805	-
2008	4,686	118	7,829	7,829	-
2009	5,187	△501	7,630	7,630	-
2010	5,831	643	8,423	8,423	-

주: 1) 당해년도 공무원기여금과 정부보조금의 합계로 연금수입을 뜻함.

2) 당해년도 급여지급에 소요된 금액으로 연금지출을 의미함.

자료: 공무원연금공단(2011), 2010년 공무원연금통계.

공무원연금의 연금회계는 2011년부터 지출이 수입을 초과하는 적자를 국가 또는 지자체 부담으로 보전해 주는 국고보전금제도가 운영 중이다. 2012년 기금운용계획안에는 연금수입은 7조 4,387억 원, 연금지출은 8조 8,975억 원으로 보전금은 1조 4,588억으로 나타난다.

〈표 2-2-16〉 공무원연금 재정수지 추이

단위: 억 원

	2010년 결산	2011년 계획 (가)	2012년 계획안 (나)	증감 (나-가)
수입(다)	59,828	68,266	74,387	6,121
지출(라)	72,900	80,741	8,975	8,235
수지차(다-라)	-13,072	-12,474	-14,588	-2,114

자료: 공무원연금공단(2011.10)

2012년 공무원연금기금 운용계획안 중 정부보전금은 1조 4,588억 원으로 2011년 계획인 1조 2,474억 원에서 2,113억 원이 증가하는 것으로 나타난다.

〈표 2-2-17〉 공무원연금 보전금 현황

단위: 억 원

연도	보전금 합계	부담주체		
		국가	지방자치단체	철도
2008	14,294	4,751	9,380	162
2009	19,028	6,430	12,382	216
2010	13,072	4,478	8,444	149
2011년 계획	12,474	4,166	8,181	127
2012년 계획(안)	14,588	4,900	9,537	151

자료: 공무원연금공단(2011.10)

2. 2009년 공무원연금법 개정

1990년대 중반에 이르러 공무원연금제도의 수급구조 불균형과 제도가 성숙함에 따라 장기적으로 재정불안을 겪을 것으로 예측되어, 이에 대비하고자 2001년 연금개혁을 단행하였으나 재정불안정 문제는 여전히 조재할 것으로 전망되었다.

재정안정화 방안을 마련하기 위해서 정부는 2006년에 ‘공무원연금제도발전위원회’(이하 발전위)를 구성하여 제도개선안을 제시하도록 하였다. 2008년에는 발전위가 제시한 ‘공무원연금제도개선 정책건의안’을 토대로 정부의 개혁안이 만들어져 국무회의 심의 및 의결을 거친 후, 2009년 12월 31일 국회를 통과하게 되었다. 기여율의

인상, 급여산식의 조정 등 수급구조 조정 등을 골자로 하고 있다.

2000년대에 접어들면서 연금재정에 대한 책임을 미래 정부가 수용할 수 있는지에 대한 논란이 거세게 제기되기 시작하였다. 공무원 연금의 재정이슈가 공무원연금재정의 안정화 차원을 넘어서 정부재정의 부담가능성 문제로 확대되는 시기로 볼 수 있다.

1995년 연금법 개정 시 최소 5년 주기로 재정재계산제도를 법제화한 이래, 2000년과 2005년 2차례 재정재계산이 이루어졌는데 2005년 재정재계산에서는 재정 안정화 및 제도의 선진화를 위한 추가 대책을 모색함으로써 2010년 연금개혁의 초석을 이루었다.

2009년 공무원연금 법개정에서는 보험료 및 급여수준을 조정하였다. 다만 지급개시연령에 대해서는 재직자는 종전 제도를 적용하고 신규임용자에게만 65세를 적용하는 등 재직자와 신규임용자를 구분하고 있다. 이러한 모수개혁방안은 장기재정부담의 완화, 재직공무원 수급권의 보장 등을 지향하고 있다.

2009년 개정법의 주요내용을 살펴보면, 모든 공무원에게 급여산정보수로 과세소득의 65%로 추정되는 보수월액에서 과세소득개념인 기준소득월액을 적용하되 재직기간별 단계적으로 이행한다. 급여산식에 있어 재직연수 1년당 연금지급률을 1.9%로 낮추고, 연금보수 산정기간도 현행 퇴직전 3년 평균에서 전 재직기간 평균으로 전환한다. 보험료 역시 점차적으로 현행 5.525%수준에서 7%수준으로 상향조정하고, 연금급여의 상한을 공무원 평균보수의 1.8배로 둔다. 신규임용 공무원에 한정하여 적용되는 사항으로서, 지급개시연령을 65세로 상향조정하고, 유족연금의 급여수준을 퇴직연금의 60%로 하향조정한다.

〈표 2-2-18〉 공무원연금 법개정 내용(2009년 말)

구분	법개정전	2009년 개정법 주요내용
급여산정 기준소득	· 보수월액(기준소득월액의 65%)	· 기준소득월액 (과세소득)
연금산정보수 평균기간	· 퇴직전 최종 3년 평균보수	· 전체 재직기간 평균(법개정 이후부터 적용)
급여산정	· $[50\% + (\text{재직기간} - 20) \times 2\%]$ * 33년 재직 상한 : 76%	· 평균기준소득월액 $\times$ 재직기간 $\times$ 1.9%
수급개시 연령	· 60세('96 이후 임용자)	· 65세(시행일 이후 신규임용자)
기여금 및 부담금	· 보수월액의 8.5% (기준소득월액으로 환산시 5.5%)	· 기준소득월액의 7%까지 점진적으로 인상함. 2011년 → 6.7%, 2012년 → 7.0%
유족연금 지급률	· 퇴직연금액의 70%	· 퇴직연금액의 60%(시행일 이후 신규임용자)
연금액 소득상한	· 없음	· 전체 공무원 기준소득월액 평균액의 1.8배
연금액 조정	· 보수·물가간 $\pm 2\text{p}$ 내로 조정	· 2010~2014 : 보수·물가간 $\pm 3\text{p}$ 내 조정 · 2015년 이후: CPI 적용

〈표 2-2-19〉 공무원연금 재정전망

단위: 십억 원

연도	급여지출	보험료수입	정부보전금	급여지출 대비 정부보전금
2010	7,255	5,908	1,348	18.6%
2015	13,567	8,852	4,716	34.8%
2020	22,046	12,007	10,038	45.5%
2030	48,084	20,120	27,964	58.2%
2040	82,571	33,913	48,658	58.9%
2045	97,769	43,440	54,329	55.6%
2050	113,058	54,154	58,905	52.1%
2060	179,138	82,281	96,858	54.1%
2070	286,186	128,752	157,433	55.0%

자료: 한국보건사회연구원(2011)

2009년 공무원연금법을 적용한 공무원연금 재정전망결과를 살펴 보면 더내고 덜받는 식으로 개정되었음에도 불구하고 매년 정부보 전금이 필요하고 그 규모 또한 증가할 것으로 예상된다.

2009년 연금법 개정은 공무원 세대간 수급구조 이원화에 기초한 모수개혁을 지향하고 있는데 장기적으로 정부 부담을 감소시킨다고 평가할 수 있다. 그러나 연금법 개정에도 불구하고 미래의 후세대 및 정부가 여전히 추가 부담해야 하는 규모가 적지 않을 것으로 예상된다.

장기재정절감의 상당 부분이 공무원의 수급구조 조정으로 기인하고 있는데, 법개정에도 불구하고 공무원연금재정의 적자폭이 커질 것으로 전망되므로 미래 정부의 추가 부담이 불가피한 것으로 전망된다.

Ⅳ 제4절 | 사학연금제도

1. 제도개요 및 현황

1960년에 공무원연금제도가 시행됨에 따라 사립학교 교직원들에게도 국·공립학교 교원과 처우의 형평을 기하고 교직생활의 안정을 도모하기 위하여 연금제도 창설의 필요성이 제기되었다. 그 결과 1975년에 사립학교교직원의 퇴직·사망 및 직무상 질병·부상·장애 등에 대한 적절한 급여제도를 확립함으로써 교직원과 그 유족의 경제적 생활안정과 복리향상에 기여할 목적으로 사학연금제도가 도입되었다. 우리나라 3대 직역연금의 하나인 사학연금은 공적연금의 주된 기능인 노후소득보장, 민간의 산재보험과 퇴직금제도, 기타 상호부조적 성격의 제도 등 종합적인 사회보장 기능을 수행하는 제도로 자리매김하고 있다.

연금재정의 운용방식은 사학연금 재정이 장기적 차원에서 수지균형이 이루어지도록 보험료율을 결정하도록 되어 있다. 급여 지급에 필요한 책임준비금으로써 연금기금을 두고 있으며, 기금은 연금적립금, 잉여금, 기금운용수익금 등으로 구성하고 적립방식에 의하여 재정을 운용하도록 하고 있다. 연금재정의 주요 재원인 비용부담 방식에 있어서는 각출형제도(Contributory Pension Scheme)를 채택하여 가입자인 교직원과 사용자인 법인 및 국가가 공동으로 비용을 부담하고 있다.⁴⁵⁾

1975년 제도로 도입 당시 보험료율이 보수월액의 5.5%로 결정되었으나 단계적으로 상향조정되어 2010년 기준소득월액의 6.3%, 2011년 6.7% 그리고 2012년부터는 7.0%로 인상될 예정이다. 보다 구체적으로 부담금은 교직원이 재직하는(최장 33년)동안 교직원 본인이 개인 부담금으로 기준소득월액의 7%를 납부하고, 사용자로서 학교기관이나 국가가 나머지 기준소득월액의 7%를 일정 비율로 나누어 부담한다. 2012년부터 가입자 개인은 교원과 사무직원의 경우 각각 매월 기준소득월액의 7%를, 법인은 교원과 사무직원에 대하여 각각 7,000분의 4,117과 7,000분의 7,000을, 국가는 법인이 부담하여야 할 교원분의 7,000분의 2,883을 부담하게 된다. 다만, 사용자 책임 급여라고 할 수 있는 재해보상 급여와 퇴직수당에 소요되는 비용은 법인, 국가 및 공단이 부담하는 비각출형제도(Non-Contributory Pension Scheme)방식을 취하고 있다.

45) 사학연금의 소득보장급여인 퇴직 및 유족연금은 사용자(학교기관과 정부)와 교직원이 공동부담하고 있는데, 정부가 직접적인 사용자는 아니지만 사학교육기관의 재정적 어려움 및 교육의 공익성을 고려하여 비용부담자로서의 역할을 수행하고 있음. 사용자가 전액 부담하는 재해보상급여, 부조급여, 퇴직수당 등의 경우 사학연금에서는 공무원연금과 군인연금과 달리 급여종류에 따라 부담률이 다름.

〈표 2-2-20〉 법개정에 따른 사학연금 보험료율(2009년)

구 분	보험료율		부담자
	교 원	사무직원	
개인부담금	기준소득월액 × 7%		교직원
법인부담금	개인부담금의 7,000분의 4,117	개인부담금과 같은 금액	학교기관
국가부담금	개인부담금의 7,000분의 2,883		국가

주: 2012년부터 적용되는 보험료율임.

사학연금의 급여제도는 법률에 정해진 계산식에 따라 급여수준이 사전적으로 결정되고 재원조달은 사후적으로 결정되는 확정급여형 제도(Defined Benefit Plan)로 운영되는데, 크게 장기급여와 단기급여로 나누어진다. 장기급여에는 퇴직급여, 유족급여, 장해급여, 퇴직수당 등 총 14종류가 있으며, 단기급여에는 재해보상 급여로써 직무상요양비, 사망조위금 등 4종류가 있다.

퇴직급여와 유족급여는 소득보장 기능을 담당하는 주된 급여로 재직기간에 따라 연금, 일시금 또는 연금과 일시금이 혼합된 형태로 지급된다. 재직기간이 20년 미만인 경우에는 일시금을 수급하며, 재직기간이 20년 이상인 때에는 연금, 일시금, 연금과 일시금을 동시에 선택하여 수급할 수 있다. 재직기간이 1년 이상인 교직원은 민간기업의 퇴직금과 같은 성격의 급여로 퇴직수당을 수급할 수 있다. 교직원이 직무 중에 질병·부상을 당하거나 퇴직·폐직·사망한 때, 화재·홍수 등으로 교직원의 주택에 피해를 입었거나, 교직원 본인 또는 그 직계 존비속이 사망한 때에는 부조적 성격의 장·단기 재해보상급여를 각각 지급하며 비용은 전액 법인이 부담한다.

〈표 2-2-21〉 사학연금 연금급여액 현황

단위: 십억 원

연도	연금급여지출 (가)	연금수급자의 연금지출				나 / 가
		계(나)	퇴직연금	유족연금	장해연금	
1985	1	1	1	0	0	100.0%
1990	113	11	10	0	0	9.7%
1995	248	54	51	3	0	21.8%
2000	481	201	192	9	0	41.8%
2005	729	499	471	27	1	68.4%
2006	821	576	542	32	1	70.2%
2007	932	671	631	38	1	72.0%
2008	1,050	782	738	43	1	74.5%
2009	1,144	905	854	50	1	79.1%
2010	1,268	1,023	964	58	1	80.7%

자료: 사학연금공단(2011), 2010년도 사학연금통계연보.

가. 가입자와 수급자수

사학연금 가입자 수는 1975년 제도도입 이래 2010년 말까지 지속적인 증가추세를 나타내고 있다. 가입자수는 지속적으로 증가하여 2010년 말 기준 267,481명에 이르고 있으며, 퇴직자의 경우 사학연금 제도개선이 한창 논의되던 2007년에서 2008년 사이에는 급증하는 추세를 나타내었으나, 2009년에는 다소 주춤한 상태를 유지하다가 다시 완만한 증가세를 유지하고 있다.

연금수급자수는 1982년 13명이 최초로 발생한 데 이어 꾸준한 증가세를 나타내고 있는데, 특히 1997년 외환위기 이후 급격하게 증가하면서 2010년 말 기준 37,381명에 이르고 있다. 연금수급자의 증가는 사학연금이 성숙단계로 진입하면서 교직원의 재직기간이 길어지고 가입자 연령구조가 고령화되면서 연금선택률이 상승하였기 때문

으로 여겨진다.

연금선택률은 IMF 이전에는 30~40%대를 유지하였으나 1999년에 65.3%까지 급격한 상승과정을 거친 후 완만한 상승세를 계속하여 2010년에는 91.1% 수준을 보이고 있다. 부양률은 연금수급자가 최초로 발생한 1982년에는 0.01%에 불과하였으나 2000년대 중반부터 10%를 상회하면서 꾸준히 증가하여 2010년에는 14%에 이르고 있다.

〈표 2-2-22〉 사학연금 가입자수와 연금수급자수 추이

단위: 명, %

연도	교직원수 (가)	연금수급자수				부양률 (나 / 가)	연금 선택률
		계(나)	퇴직연금	유족연금	장해연금		
1985	123,821	233	228	4	1	0.2	22.2
1990	153,922	1,345	1,275	66	4	0.9	35.2
1995	181,128	3,950	3,646	295	9	2.2	37.4
2000	210,864	13,382	12,628	734	20	6.3	74.2
2005	236,726	22,206	20,414	1,748	44	9.4	86.5
2006	245,520	24,706	22,638	2,011	57	10.1	87.3
2007	250,652	27,816	25,459	2,292	65	11.1	89.5
2008	256,840	31,325	28,673	2,580	72	12.2	91.3
2009	261,608	34,137	31,177	2,875	78	13.0	91.1
2010	267,481	37,381	34,047	3,228	88	14.0	91.1

자료: 사학연금공단(2011), 2010년도 사학연금통계연보.

나. 재정수지 현황

사학연금은 공무원연금과 군인연금에 비해 늦게 제도를 도입한 관계로 2010년 현재 기금규모가 11조 원에 이르는 등 아직까지 재정은 건전하나 수급구조의 불균형으로 인해 장기적인 관점에서 재정 불안정이 불가피할 것으로 전망된다.

〈표 2-2-23〉 사학연금재정 추이

단위: 십억 원

연도	기금	수 입			지 출 (나)	수지차 (가 - 나)
		계(가)	부담금	투자수익		
1975	4	5	4	0	0	4
1980	98	42	26	16	6	36
1985	448	138	82	57	43	95
1990	1,164	300	171	129	122	178
1995	2,390	516	393	123	296	220
2000	3,952	910	749	161	787	124
2005	7,203	1,682	1,244	438	802	879
2006	7,857	1,601	1,357	244	947	654
2007	8,806	1,870			1,052	818
2008	8,806	1,729			1,392	337
2009	9,891	2,029			1,380	649
2010	11,228	2,277			1,246	1,031

자료: 사학연금공단(2011), 2010년도 사학연금통계연보.

2. 2009년 사학연금법 개정⁴⁶⁾

1975년에 사학연금제도가 도입된 이래 1990년대 들어서는 연금 제도의 내·외적 환경 변화로 새로운 상황에 직면하였다. 1997년 외 환위기를 극복하는 과정에서 금융시장의 변동성이 커지면서 이자율이 급락함에 따라 연금선택률이 크게 영향을 받아 1999년에는 일시 적으로 급여지출의 급격한 증가로 인해 제도도입 이래 처음으로 연금수지 적자가 발생하였다.

한편 사학연금과 수급부담구조가 동일한 공무원연금제도에 연금

46) 사학연금제도개선협의회(2008) 및 최재식(2010)의 내용을 기초로 재구성·보완하여 작성함.

수지 적자가 발생함에 따라 연금재정 문제가 심도 있게 논의되면서 1995년과 2000년 두 차례에 걸쳐 제도개선이 이루어졌으며, 2009년 제도를 개선한 공무원연금과 마찬가지로 사학연금도 더내고 덜받는 식으로의 법개정을 단행하였다.

2009년 법개정을 반영할 경우 사학연금기금은 2032년에 소진되어 이후에는 재정적자 보전을 위한 추가재정이 투입되어야 하는데, 그 규모도 시간이 지남에 따라 점차 확대될 것으로 전망된다. 재정 전망 결과가 시사하는 바는 공무원연금과 마찬가지로 2009년의 법 개정에도 불구하고 재정건전성 확보 차원에서는 추가적인 제도개혁이 불가피하다는 것이다.

〈표 2-2-24〉 사학연금 재정전망

단위: 십억 원

연도	총수입			총지출		수지차	적립금
	계	보험료 수입	투자수익	계	급여지출		
2010	2,115	1,372	743	1,283	1,248	832	11,228
2015	3,502	2,442	1,060	2,406	2,281	1,096	16,378
2020	4,946	3,635	1,311	4,327	4,208	618	20,759
2030	7,368	6,987	381	10,973	10,951	-3,605	5,408
2032	7,789	7,789	0	12,588	12,562	-4,798	-3,616
2040	11,660	11,660	0	20,404	20,364	-8,744	
2050	17,714	17,714	0	32,877	32,811	-15,162	
2060	25,547	25,547	0	54,289	54,181	-28,742	
2070	35,397	35,397	0	86,634	86,461	-51,237	

자료: 한국보건사회연구원(2011)

Ⅰ 제5절 Ⅰ 군인연금제도

1. 제도개요

군인연금제도는 군인이 상당한 기간동안 성실히 복무하고 퇴직하거나 심신의 장애로 인하여 퇴직 또는 사망한 때 혹은 공무상의 질병·부상으로 요양하는 때에 본인이나 그 유족에게 적절한 급여를 지급함으로써 본인 및 그 유족의 생활안정과 복리향상에 기여함을 목적으로 한다(군인연금법 제1조). 군인은 1960년 공무원연금제도의 적용대상이었으나 군복무의 특수성을 감안하여 1963년 공무원연금에서 분리하여 별도의 연금법을 제정·시행(법률 제1260호)하고 있으며, 공무원연금제도와 같이 본인이 납부하는 기여금과 국가가 부담하는 부담금 반환금, 기금 또는 다른 회계로부터의 전입금과 기타의 수입금을 세입으로 군인연금특별회계를 설치·운영하고 있다.

군인연금은 현역 또는 소집되어 군에 복무하는 군인에게 적용하고 있는데(군인연금법 제2조)⁴⁷⁾, 2010년말 현재 170천 명의 장기복무하사관과 장교가 군인연금에 가입되어 있다.

1995년에 인상된 보험료율(5.5→7.5%)은 2001년 1월에 8.5%로 인상되었고, 연금액 인상방식변경(재직자보수 → 소비자물가), 산정기준 변경(최종보수 → 3년 평균보수) 등 재정안정화를 위한 상당한 수준의 법 개정이 이루어졌다.

2002년 12월에는 연금액 조정방식(재직자와 격차 줄이고 상하간 역전보전)을 변경하고 매 5년마다 연금재정추계를 통해 재정안정화

47) 군에 복무하는 하사관 및 장교 등 직업군인에 국한하고 있으므로 단기하사관, 병역의무를 수행하기 위해 소집된 병은 당연적용대상에서 제외됨. 단 이들에게는 군인연금법 제31조에 한하여 재해보상급여의 적용은 가능함.

방안 강구토록 하였다. 2009년 8월에는 19.5년 미만자에 대한 공적 연금연계제도를 도입하였으며, 2010년에 국방부에서는 군 관련 실무자들로 구성된 군인연금 실무위원회를 통해 개정안의 초안을 마련한 이후 군, 학계, 연구기관 등의 전문가들로 구성된 군인연금 제도위원회를 구성하여 약 1여년간의 검토와 토의를 통해 군인연금법 개정안을 마련하였다.

국방부에서는 군인연금제도발전위원회 건의안을 토대로 청와대, 국회, 제대군인, 정부부처 등과의 수차례 논의과정을 통해 군인연금법 개정안을 마련하여 제출하였으며 현재 국회에서 검토 중에 있다.

군인연금을 포함한 공적연금제도는 현재 여러 가지 측면에서 도전을 받고 있다. 특히 군인연금제도는 몇 가지 측면에서 재정적 문제의 원인이 되어왔다.

군인연금제도는 상대적으로 고부양 형태를 갖고 있는데, 공무원의 경우 4명당 1명을 부양하지만 군인연금은 재직자 2.5명당 수급자 1명을 부양하는 고부양 구조이다. 또한 군 임무의 특수한 상황을 고려하여 군 간부의 정년을 짧게 설정함으로써(45~56세에 대부분 퇴직) 연금수급기간이 타 공적연금제도에 비해 장기화 되는 구조를 갖고 있다.

아울러 인구고령화에 따라 연금수급자가 지속적으로 증가하고 있다. 1960년에는 평균수명이 52세였으나 2010년에는 80세로 대폭 연장되었으며, 연금수급자는 1963년에 354명이었으나 2010년에는 80천여명으로 확대되었다.

연금수급구조 불균형의 근원은 그 동안 군인연금제도는 수입보다는 지출이 확대되는 방향으로 변화과정을 거쳐 왔다는 점이다. 특히 연금산정 기준보수가 지속적으로 확대되어 왔으며, 보험료율도 지

출에 비해 상대적으로 낮게 책정되어 왔고, 이와는 반대로 급여율은 지속적으로 인상함에 기인한다.

공무원과 사립교직원 연금법은 이미 개정되어 시행되고 있음에도 불구하고 군인연금법 개정안은 아직 개정이 이루어지지 않고 있어 현 시점에서 제도 개선에 따른 재정평가는 한계가 있다고 할 수 있다. 법 개정이 이루어져야 실질적인 재정평가가 가능하기 때문이다.

군인연금은 공무원연금의 정년제도와 달리 근속제 및 계급정년제로 운영됨으로써 조기에 퇴직하는 수급자가 다수 발생하여, 평균연금수급기간(중령기준 23년)이 공무원연금(사무관기준 14년)보다 긴 특징이 있다. 또한 공무원연금의 재직기간에 해당되는 복무기간 외에 전투종사기간에 대해서는 동기간의 2배가 복무기간으로 인정되는 예외규정이 있어 20년 이상의 장기수급자가 많으며, 다른 특수직역연금에 비해 일시금보다 연금선택률이 높다는 특징이 있다.

2. 적용현황

2009년말 기준으로 신규퇴직자규모가 약 17,000명에 달하며, 이중 20년 미만인 자가 14,000명 정도이다. 20년 이상인 신규퇴직자 3,000명 중에서 퇴직연금 선택자의 비중이 96.3%에 달하고 있어 퇴직자 대부분이 연금을 선호하는 것으로 나타나고 있다.

2010년 말 기준 군인연금 수급자수는 79,453명이다. 퇴역연금 수급자가 61,226명, 유족연금 수급자가 16,988명이다. 군인연금 수급자는 지속적으로 증가하고 있다. 매년 평균 2,455명 정도 증가 추세를 보이고 있으며 2007년 이후부터 증가폭이 상대적으로 확대되고 있다.

〈표 2-2-25〉 군인연금 신규퇴직자수 추이

단위: 명, %

연 도	신규 퇴직자수 (가+나)	20년 미만 (가)	20년 이상			연금선택률 (다 / 나)
			계 (나)	퇴역연금 신규수급자수(다)	퇴역일시금 신규수급자수	
1991	18,129	17,085	1,044	874	170	83.7
1995	16,723	14,398	2,325	1,831	494	78.8
2000	16,690	14,338	2,352	2,050	302	87.2
2005	15,404	13,114	2,290	2,159	131	94.3
2006	15,978	14,083	1,895	1,802	93	95.1
2007	17,008	14,458	2,550	2,430	120	95.3
2008	19,122	16,378	2,744	2,626	118	95.7
2009	16,944	13,725	3,219	3,099	120	96.3

자료: 국방부(2011), 2009년도 군인연금 통계연보.

〈표 2-2-26〉 군인연금 연금수급자 추이

단위: 명

구 분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
수급자수	64,722	66,785	68,537	70,865	73,445	76,358	79,453
증가(명)	-	2,063	1,752	2,328	2,580	2,913	3,095
비율(%)	-	3.19	2.62	3.40	3.64	3.96	4.05

2011년 군인연금 지출계획은 2조 3,523억 원이며 퇴직급여 지출에 2조 51억 원, 재해급여 및 퇴직수당에 3,466억 원이 지출될 예정이다. 수입은 보전금 1조 2,266억 원, 국가부담금 7,773억 원, 기여금 3,484억 원 등으로 구성되어 있다.

군인의 퇴직급여와 퇴직수당 등 각종 연금급여액을 지출하는 군인연금기금의 2012년도 운용계획안은 2조 7,077억 원으로 2011년에 비해 1,498억 원(5.9%) 증가하였다.

〈표 2-2-27〉 군인연금 수입 및 지출계획(안) (2011년)

단위: 억 원

지 출				수 입				
계	퇴직 급여	재해보상 급여, 퇴직수당	기금 관리비	계	자체 수입	일반회계전입금		
						소계	국가부담금	보전금
23,523	20,051	3,466	6	23,523	3,484	20,039	7,773	12,266

〈표 2-2-28〉 군인연금기금 운용계획(안) (2012년)

단위: 억 원

	2010년 결산	2011년 계획(가)	2012년 계획(안) (나)	비고	
				증가액 (나-가)	증가율
군인연금기금	23,189	25,579	27,077	1,498	5.9%

자료: 국방부(2011.9), 2012년도 예산 및 기금운용계획(안) 개요.

3. 2011년 군인연금 개정안

정부의 연금재정 안정화 및 연금제도 선진화 구현을 위한 공적연금개혁의 일환으로 추진되었으며, 공무원 및 사학연금법은 2010년 1월 1일부로 개정되어 시행되고 있으나 군인연금법은 아직까지 개정이 이루어지지 못하고 국회에서 논의 중이다.

군인연금 개정안은 2011년 1~5월에 입법예고와 법제처심사 그리고 국무회의 등을 거쳐 2011년 6월 8일에 개정안을 국회에 제출하여 현재에 이르고 있다.

개정안의 주요내용을 살펴보면 먼저 보험료 및 연금급여액 산정의 기준보수를 ‘보수월액’에서 ‘기준소득월액’으로 변경하였고 보험료율은 기준소득월액의 5.5%에서 7.0%까지 인상하고 있다. 복무기

간 33년 초과시에도 기여금 계속 납부하도록 하여 연금재정 안정화에 기여토록 하였다.

연금지급액 산정의 기준보수 적용기간을 퇴역전 3년 평균 보수월액에서 전기간 평균 기준소득월액으로 변경하여 낸 만큼 받는 구조로 개편하였다. 연금액 조정방법은 현행 물가인상률에 보수인상률을 고려하는 방식(정책조정)에서 물가인상률만으로 조정하는 방식으로 변경하였다.

유족연금 지급률은 퇴역연금액의 70%에서 개정 법률 시행일 이후 임용자의 유족에게는 60%를 지급하는 것으로 조정하였다. 이번 개정안에서는 일부계급의 고액 연금액 수급을 방지하기 위해 소득상한제를 처음으로 도입하였다.

Ⅱ 제6절 | 퇴직연금제도

2005년 12월에 신설된 「근로자퇴직급여보장법」에 따라 퇴직연금 제도를 시행하고 있는데, 이전에 일시금으로 지급했던 퇴직금을 연금 형태로 변화시켜 국민연금과 더불어 노후소득보장 기능을 강화한다는 취지하에 도입되었다.

2005년 12월 도입당시 5인 이상 사업장에서 2010년 12월부터는 4인 이하로 퇴직연금제도가 확대적용됨에 따라 중소·영세 사업장에 대해서도 퇴직연금제도가 도입되었다. 퇴직연금 적립금은 2006년말 7,568억 원에서 2011년말 49조 9,851억 원으로 급격하게 증가하고 있다. 1997년 도입된 퇴직보험 등이 2011년 이후에는 없어지면서⁴⁸⁾

48) 근로자퇴직급여보장법 부칙 제2조제2항

2011년말 적립금이 100조 원에 육박할 것으로 전망한 바 있으나 이에 비해서는 절반 수준에 해당한다.

2012년 1월 현재 퇴직연금 가입자수는 341만 명으로 전체 상용근로자수 913만 명 중 37.3%가 퇴직연금에 가입하고 있다. 이들 중 5인 이상 사업장 가입자수는 329만 명으로 5인 이상 사업장 가입자 전체 상용근로자 중 40.7%가 가입하고 있고 4인 이하 사업장 가입자수는 11.1%로 5인 이상 사업장에 비해 현저히 낮은 것으로 나타났다.

퇴직연금 가입자를 연금상품별로 살펴보면 확정급여형(Defined Benefits: DB)⁴⁹⁾이 69.1%로 가장 많았다.

〈표 2-2-29〉 퇴직연금 가입근로자 현황(2012년 1월)

단위: 천 명, %

구 분	합 계	DB형	DC형	IRA 특례
근로자수 (%)	3,406 (100)	2,354 (69.1)	976 (28.6)	78 (2.4)

자료: 고용노동부(2012), 2012년 1월 퇴직연금 도입현황, www.moel.go.kr

퇴직연금을 도입한 사업장수는 14만개로 전체 사업장 151만개 중 9.4%가 퇴직연금제도에 가입하고 있다. 사업장 규모별로 살펴보면 사업장 규모가 클수록 퇴직연금 가입률이 높은 것으로 나타났는데, 500인 이상 사업장 중 85.8%가 가입한 반면 10인 미만 사업장 중에서는 6.4%만이 가입하고 있다.⁵⁰⁾ 한편 공공기관 418개소 중에서는 201개소인 48.1%가 퇴직연금제도에 가입한 것으로 나타났다.

49) 확정급여형은 노사규정에 의해 약정된 금액을 연금 또는 일시금으로 지급하는 제도로, 근로자의 퇴직연금액은 회사의 사내유보금액과 동일함. 연금으로 받기 위해서는 10년 이상 가입해야 하고 55세 이상인 경우 수급가능함.

50) 4인 이하 전체 사업장 9.6만개 중 4.7%가 퇴직연금제도를 도입하고 있음.

퇴직연금제도에 대한 적용률이 그다지 높지 않은 것으로 나타나고 있는 배경을 살펴보면 퇴직연금제도가 도입된 이후 퇴직금 중간정산제가 지속되면서 연금형태가 갖는 잇점을 강조할 여지가 없었고 정부에서도 퇴직연금제도에 도입을 유인할 수 있는 세제혜택 등 제도적 장치가 미비하다는 점을 들 수 있다. 2012년 7월부터 시행되는 근로자퇴직급여보장법 개정⁵¹⁾에 따라 퇴직연금 중간정산이 엄격히 제한됨에 따라⁵²⁾ 퇴직연금 가입률이 높아질 것으로 예상된다.

〈표 2-2-30〉 퇴직연금 사업장 규모별 도입 현황(2012년 1월)

단위: 천개소

구 분	합 계	10인 미만	10인~ 29인	30인~ 99인	100인~ 299인	300인~ 499인	500인 이상
도입사업장수 (가)	142	81	38	16	4	0.7	1
전체사업장수 (나)	1,507	1,277	167	50	10	1	1
도입비율 (가/나)	9.4%	6.4%	22.8%	32.7%	43.1%	52.6%	85.8%

자료: 고용노동부(2012). 2012년 1월 퇴직연금 도입현황. www.moel.go.kr

퇴직연금에 가입한 14만개 사업장의 연금상품을 살펴보면 확정기여형(Defined Contributions: DC)⁵³⁾이 41.5%로 가장 많았고 확정급여형은 37.3%로 나타났다. 500인 이상 사업장에서 가입한 연금상품은 확정급여형이 64.4%로 가장 많은 반면, 상대적으로 고용이 불안

51) 국회 본회의를 통과하여 2011년 6월에 개정됨.

52) 퇴직연금 중간정산은 무주택자의 주택 구입, 본인 또는 가족의 요양, 천재지변의 발생, 개인 파산 등의 경우에만 가능함.

53) 확정기여형은 기업의 퇴직금 부담수준으로 기여하는 제도로, 근로자의 퇴직연금액은 기업과 근로자 각각의 운용수익결과에 따라 결정됨. 연금으로 받기 위해서는 10년 이상 가입해야하고 55세 이상인 경우 수급가능함.

정한 10인 미만 사업장의 경우 확정기여형이 38.3%로 가장 많았고 개인퇴직구좌형(Individual Retirement Account: IRA)⁵⁴⁾은 32.5%로 확정급여형보다 많은 것으로 나타났다.

〈표 2-2-31〉 퇴직연금 사업장 규모별·상품종류별 도입 현황(2012년 1월)

단위: 천 개소

구 분	합 계	10인 미만	10인~ 29인	30인~ 99인	100인~ 299인	300인~ 499인	500인 이상
DB형	54 (37.7)	23 (28.5)	17 (45.5)	9 (55.0)	3 (65.0)	0.5 (68.9)	0.6 (64.4)
DC형	59 (41.5)	31 (38.3)	20 (52.0)	7 (40.3)	1 (26.2)	0.1 (16.9)	0.1 (11.3)
DB형 & DB형 동시도입	3 (2.1)	0.5 (0.7)	0.9 (2.5)	0.8 (4.7)	0.4 (8.8)	0.1 (14.2)	0.2 (24.2)
IRA형	27 (18.7)	27 (32.5)	도입할 수 없음				
합계	142 (100.0)	81 (100.0)	38 (100.0)	16 (100.0)	4 (100.0)	0.7 (100.0)	1 (100.0)

자료: 고용노동부(2012). 2012년 1월 퇴직연금 도입현황. www.moel.go.kr

54) 개인퇴직구좌형은 퇴직연금을 일시금으로 지급할 경우 이를 적립 및 운용하기 위하여 퇴직연금사업자에게 설정한 저축계정을 뜻하는 것으로 직장을 옮기더라도 일시금을 통산하여 근로자의 은퇴 시까지 적립을 유도하기 위한 제도임.

참고문헌

- 공무원연금공단(2010). 공무원연금 법령집.
- 공무원연금공단(2011). 2010년 공무원연금 통계연보.
- 공무원연금공단, 공무원연금 재정현황과 전망(Annual Report). 각 년도.
- 공무원연금제도발전위원회(2008). 공무원연금제도발전위원회 건의안.
행정안전부.
- 공무원연금제도발전위원회(2007). 공무원연금제도의 재정개선 및 제도
선진화를 위한 정책건의. 행정자치부.
- 국민연금공단. 국민연금통계연보. 각년도.
- 국민연금재정추계위원회·국민연금운영개선위원회(2008). 2008 국민연
금재정계산: 국민연금 장기재정추계 및 운영개선방향.
- 국방부(2010a). 군인연금법 개정안.
- 국방부(2010b). 군인연금제도발전위원회 회의 및 참고자료.
- 국방부(2011). 2009년 군인연금 통계연보.
- 국방부(2011.9). 세입·세출 예산안 사업설명자료.
- 보건복지부(2011). 2010 보건복지백서.
- 보건복지부(2011.9). 2012년도 예산 및 기금운용계획(안) 개요.
- 사립학교교직원연금공단(2010). 사학연금 재정분석 연구.
- 사립학교교직원연금공단(2011). 2010년 사학연금 통계연보.
- 사립학교교직원연금공단(2011.9). 2012년도 예산 및 기금운용계획(안)
개요.
- 사학연금재정계산위원회(2010). 2010 사학연금 장기재정추계.
- 사학연금제도개선협의회(2008). 사학연금 제도개선을 위한 정책건의안.
- 송원근(2007). 퇴직연금제 도입 현황과 문제점. 「경제와 사회」. 한국산업
사회학회.

- 최재식(2010). 최재식의 공무원연금법 해설. 공무원연금공단.
- 한국보건사회연구원(2011.2). 100세 대응을 위한 미래전략-인구 및 사회
보험재정 전망과 과제.
- 한국사회보험연구소(2009). 미래지향적 군인연금제도 발전방안 연구.
- 행정안전부(2011.10). 2012년도 세입·세출 예산안 사업설명자료.

제3장 재해보험

— 산업재해보험과 근로자재해보장보험을 중심으로—

Ⅰ 제1절 | 재해보험 개관

1. 산재보험과 근재보험의 개념 및 차이

근로자가 업무상 재해로 인해 임금소득 활동이 불가능 할 경우 이를 보장해주는 제도로는 크게 사회 기초보장제도인 산업재해보험(이후 산재보험)과 민간 보험시장에서 판매되고 있는 근로자재해책임보장보험(이후 근재보험)이 있다. 우선 산재보험은 산재근로자와 그 가족의 생활을 보장하기 위하여 국가가 책임을 지는 의무보험으로 우리나라 최초의 사회보험제도이다. 원래 사용자의 근로기준법상 재해보상 책임을 보장하기 위하여 국가가 사업주로부터 소정의 보험료를 징수하여 그 재원으로 사업주를 대신해 산재근로자에게 보상을 해주는 제도로 1964년 도입되었으나, 점차 사회안전망으로서 범위를 확대해 가고 있는 추세이다. 주요 특성을 살펴보면 우선, 근로자의 업무상 재해에 대하여 사용자의 무과실 책임주의를 표방하고 있다. 둘째, 보험사업에 소요되는 재원인 보험료를 원칙적으로 사업주가 전액 부담한다. 셋째, 산재보험 급여의 경우 재해발생에 따른 손해 전체를 보상하는 것이 아닌 평균임금을 기초로 하는 정

률보상 방식을 채택하였다. 넷째, 산재보험은 자진신고 및 자진납부의 원칙으로 운영되고 있다. 마지막으로 재해보상과 관련된 이의 신청을 신속히 처리하기 위하여 심사 및 재심사청구 제도를 운영하고 있다.

한편 근재보험은 민간에서 운영 중인 재해보험으로서 일정한 사업장에 고용된 근로자가 보험기간 중 업무상 재해를 입은 경우, 사용자가 근로기준법 또는 선원법상의 재해보상금을 지급하고, 이외 민법상 손해배상책임분인 손해보상금을 담보하는 보험이다. 따라서 근재보험은 사업장과 계약형태에 따라 분류가 가능한데 우선 사업장의 경우, 국내·해외·선원·직업훈련생 근재보험으로 분류되며, 계약형태에 따라 근로자재해보상책임보험(Workmen's Compensation, W/C)과 사용자배상책임(Employer's Liability : E/L)로 나눈다. 근로자재해보상책임보험(W/C)은 근로기준법 및 직업훈련기본법에서 정한 재해보상금액을 보상하는 것으로, 구체적인 보상내용으로는 요양·휴업·장해·유족보상 및 장례비 지급이 있다. 그리고 사용자배상책임(E/L)은 산재보험이나 근로자재해보상책임보험의 보상금액 초과분에 대하여 사용자가 재해근로자에게 손해액을 보상하는 것으로서, 구체적 보상내용으로는 상실수익금·향후치료비·위자료 등이 있다.

근재보험과 산재보험간의 차이는 가입의무 차원에서 의무보험인 산재보험에 비해 근재보험은 의무 강제성이 없다는 것이다(단 선원근재는 의무조항). 또한 보상부문에 있어서도 산재보험은 사업주의 과실여부에 상관없이 보상하고 있지만 근재보험은 사업주 과실로 인한 민법상 손해배상액에서 산재법상 재해보상액의 초과분을 담보로 지급된다는 점에 차이가 있다. 따라서 가입대상에서 산재보험은

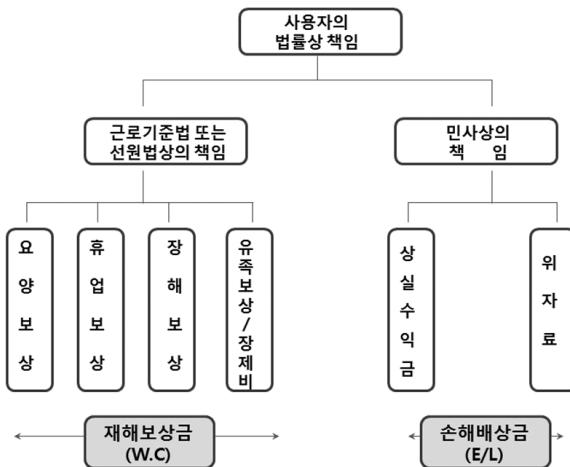
〈표 2-3-1〉 근재보험과 산재보험의 비교

구 분	근재보험	산재보험
가입주관	- 민영(손해보험사)	- 국가(노동부 산하 근로복지공단)
가입의무	- 강제성 없음(선원근재는 의무보험)	- 의무보험(일부사업(장) 제외)
사용자 보상부문	- 사업주 과실로 인한 민법상 손해배상액에서 산재법상 재해보상액 초과분 담보	- 과실여부 관계없이 업무상 재해보상
계약성립	- 당해 사업 개시일 보험계약 성립 및 사업 폐지·종료일에 보험계약 소멸	- 손해보험 일반 법리에 의한 보험계약 성립·소멸
보상책임	- 1회 보험료 미납입시, 사고가 발생하여도 보험자에게 보상책임 부과되지 않음	- 보험료 납입여부 관계없이 보상
보상내용	- 1인당 1사고로 결정 - 산재초과분으로 상실수익금, 향후치료비, 위자료 등 해당.	- 요양·휴업·장해·유족보상 및 장례비 - 요양보상은 실손보상, 기타 평균임금 기초로 지급
보험청구 소멸시효	- 소멸시효 2년(상법 제662조 의거)	- 소멸시효 3년 (산업재해보상보험법 제 96조 의거)
지급보험금 산출	- 피해근로자 임금에 의하여 산정하여 평균 임금, 또는 보험에 부여한 임금을 기준으로 산출	- 최저보상기준액 미달하는 경우, 저임금 근로자 보호를 위하여 기준금을 적용해 보험금 산출

주: 산재보험과의 비교를 위하여 근재보험의 경우, 사용자배상책임(W/C)의 내용만이 해당됨.

자료: 보험개발원, 「손해보험통계연보」2010., 안한진(2007) 석사논문 재구성.

[그림 2-3-1] 근재보험의 분류



상시근로자 1인 이상 고용주가(예외사업 제외) 가입대상이나, 근재보험은 산재보험 의무가입 대상자 제외 사용자와 산재보험 가입자 중 민법상의 손해배상책임 초과분을 우려하는 고용주로 구분된다.

2. 한국의 산재보험과 근재보험의 역사

우선, 한국의 산재보험의 역사를 살펴보면 크게 4 시기로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 근로기준법 제정 이전이고, 두 번째 시기는 근로기준법 제정 후부터 산업재해법 제정 이전이다. 세 번째는 산업재해법 제정 시기이며, 마지막으로 네 번째는 산업재해법 제정 이후이다. 우선 근로기준법 제정 이전은 노사간의 단체협약에 의해 보상이 이루어진 시기라고 요약할 수 있다. 즉, 일제통치기에 산업화로 인해 광업과 소규모 제조업에서 업무상 재해가 빈번하게 발생하면서 근로자 및 그 가족에 대한 보상기준 마련이 필요하였다. 따라서 1938년 광업권자로 하여금 광부의 업무상 부상, 질병, 사망, 폐질에 대하여 수급권자에게 부조하도록 하는 「조선광업령」이 개정되었고, 이에 「조선광부부조규칙」이 제정되었다. 이후 일제통치기와 미군정기(1945.8~1948.8)까지 부조규칙은 유지되었지만 당시 재해보상은 헌법 19조에(1948.7.17) 근로능력 상실자에 대한 생활보호만을 규정하였다. 특히 재해보상에 관한 법령이 제정되지 않아 산재근로자에 대한 재해보상은 노사간의 단체협약에 의하여 이루어졌다.

두 번째로 근로기준법 제정(1953년) 이후부터 산업재해보상보험법 제정(1963년) 이전 시기는 산업재해의 보상체계가 형태를 갖추기 시작한 시기라고 볼 수 있다. 1953년 5월 근로자의 지위향상과 생활보장을 위한 종합입법으로서 근로조건을 규정하는 근로기준법이 제정

·공포되었다. 해당법은 근로자를 고용한 사업주는 과실유무를 불문하고 재해근로자에게 보상하도록 하는 무과실 책임주의를 표방하며, 보상방법으로는 요양비, 휴업보상, 유족보상, 장의비가 포함된다. 하지만 실제사업주가 보상을 하지 않거나, 기업 부도로 재해보상이 이루어지지 않은 경우가 빈발하면서 사업주가 연대하여 책임지는 보험제도 도입의 필요성이 제기되었다.

세 번째로 산재보험법 제정(1963년)시기는 사회보험으로서 산재보험이 자리를 잡은 시기이다. 1963년 11월에 공포된 산업재해보상보험법(1964.7.1부터 시행)에서는 관리운영조직, 관리운영방식 및 재정부담자 등 정부에 의한 관리운영체계가 구체화되었고, 산재범위도 사업장재해와 직업병 외에 출퇴근 재해가 부분적으로 포함되었다. 또한 보상 중심의 산재보험 업무범위를 예방, 보상, 재활로 확대하였다.

네 번째로 산재보험 제정 이후(1964년 이후~현재)는 산재보험이 사회안전망으로서의 기능을 확대하는 시기라고 요약할 수 있다. 우선 제 1단계로 1964년부터 1986년까지 산재보험은 치료와 보상에 집중하였다. 따라서 요양급여의 지급대상 범위 확대, 휴업급여 수준 상승, 장해급여 등급 확대, 장애급여와 유족급여의 연금제 도입 등이 진행되었다. 제 2단계로 1986년부터 1989년까지는 산업안전보건법의 제정·시행으로 사업범위에 재해예방사업이 포함되었다. 제 3단계인 1989년부터 2000년까지는 기존의 근로기준법적용 사업장의 포함 및 적용범위의 확대, 휴업급여 수준의 상향조정 등을 통하여 전반적 보상수준이 인상된 시기이다. 제 4단계인 2000년부터는 산재보험사업에 재활사업이 포함되어 요양급여 범위에 재활치료가 포함되기 시작하였으며, 직업훈련비용, 직업훈련수당, 직장복귀지원금 등 직업재활급여가 법정화 되었다. 제 5단계인 2006년부터는 산재보험사업 관리운영에 노사가 참여하는 체제를 구축하기 시작하였는데

〈표 2-3-2〉 산재재해보험 제도의 연혁

시 기	특징	주요 내용
근로기준법 제정 이전	- 「조선광업령」(‘38) 「조선광부부조규칙」	- (대상) 광산에서 업무상 재해를 입은 근로자들과 가족에 대한 보상기준 마련 - (내용) 광업권자가 광부의 부상, 질병, 사망, 폐질에 대해 수급권자에게 부조 - (기간) 일제통치기와 미군정기(1945.8~1948.8)
	- 노사간 단체협약에 의한 재해보상	- (내용) 헌법 제17조에 근로의 권리, 제18조에 단결권, 단체교섭권, 단체행동권 (노동 3권), 제19조에 근로능력 상실자에 대한 생활보호를 규정(1948.7.17) - (운영방식) 재해보상에 관한 법령 미제정으로 노사간 단체협약에 의한 산재근로자에게 재해보상.
근로기준법 제정 이후~ 산업재해 보상보험법 제정 이전 (1953~1963)	- 근로기준법에 의한 사업주의 보상책임	- (내용) 개별 근로자의 지위향상과 생활보장을 위한 종합입법으로 근로조건을 규정한 근로기준법 제정(1953.5.10) - (제도) 근로자를 사용한 사업주의 무과실 책임에 의한 재해보상제도를 규정(근로기준법 제8장). - (보상) 근로자의 업무상 재해에 대해 사업주는 요양비, 평균임금의 60%에 해당하는 휴업보상, 신체장해 등급(제1~10급)따른 평균임금의 50~1,000일본 장해보상, 재해사망은 1,000일본의 유족보상 및 90일본 장의비 지급
산재보험법 제정 (1963)	- 산재보험법 제정 (1964.7.1)	- (내용) 업무상 재해에 대해 사업주가 연대 보상책임을 지는 사회보험제도 - (조직) 관장은 노동부장관, 업무일부는 근로복지공단에 위탁 - (관리) 전 산업 포괄 - (재정) 사업주가 부담, 정부가 관리비의 일부를 부담
	- 재해 및 업무범위	- (재해범위) 업무에 기인한 사업장 재해, 직업병 포함, 출퇴근 재해는 부분 포함 · 36개 질병과 중앙노동위원회 동의를 받아 노동부장관이 지정한 질병 - (업무범위) 예방, 보상, 재활 포함
산재보험법 이후 (1964~)	- 제1단계(1964~ 1986) : 치료와 보상 위주	- (요양급여 대상) 11일 이상(1964년 7월)→8일(1971년 1월)→4일(1982년 1월 이후) - (휴업급여수준) 평균임금의 60% → 70%로 인상(1989.4.1). - (장해급여) 장해등급 10등급 구분, 장해1등급은 평균임금의 1,000일본, 장해10등급은 50일본지급. → 14등급으로 확대(1971년 1월), 장해 1급~3급 연금제 도입 → 장해4급~7급 연금제 확대(1982.1.1) - (유족급여) 평균임금 1,000일본 지급 → 유족연금제도 도입(1971.1.1) → 연금제 지급율 인상(1982.1.1) / 유족 1인(연소득의 30%→52%), 2인(35%→57%), 3인(40%→62%), 4인(40%→67%)로 인상 - (장의비) 평균임금의 90일본을 장의비로 지급

시 기	특징	주요 내용
	- 제2단계(1986~) : 산재예방사업 포함	- (산업안전보건법 제정·시행) 근로자 안전보건을 위한 정부 차원의 예방사업 실시(1981.12) ·매년 산재보험 세출예산의 5%이상을 산재예방에 투자 (1990.1.13)
	- 제3단계(1989~) : 산재보험 적용범위 확대 및 보상수준 인상	- (범위 확대) 기존의 '근로기준법 적용 사업'에서 '모든 사업 또는 사업장'으로 확대(1989.4.1) - (보상수준 인상) 휴업급여 평균임금의 70%로, 장해보상일 시금(10%)과 장해연금(5%)도 인상, 장해 제1급~제3급의 경우 연금으로 지급받도록 의무화함 ·유족보상일시금(1,000일분→1,300일분), 장의비(평균임금의 90일분→120일분), 상병보상연금(5%)도 인상
	- 제4단계(2000~) : 산재보험 재활사업 포함	- (재활 및 사회복귀) 산재보험법의 목적(제1조)에 "재해근로자의 재활 및 사회복귀 촉진"을 명시(1999.12.개정) - (재활급여 법정화) 요양 중 물리치료, 심리 치료, 작업치료, 언어치료, 수중운동치료, 심리치료 등 의료재활 관련 치료 행위가 산재보험수가 반영(2007.12.14) ·직업훈련비용, 직업훈련수당, 직장복귀지원금, 직장적응훈련비, 재활운동비 지급
	- 제5단계(2008~) : 산재보험사업 관리 운영에 노사참여	- (제도개선) 노사정위원회 내에 「산재보험제도발전위원회」 설치하여 제도 개선 논의 후, 산업재해보상보험 전부 개정 법률안이 국회에서 의결(2007.11). - (관리운영) 산업재해보상보험심의위원회, 산재 심사·재심 사제도, 근로복지공단·산업안전공단·산재의료관리원 등 산재보험기구들에서 노사협의 추진

자료 : 윤조덕, 「보건복지부 정책세미나- 산재보험제도」, 한국사회정책연구원, 2010을 요약

이 기간 동안 노사정위원회내 「산재보험제도발전위원회」 설치, 산업재해보상보험심의위원회 등에서의 노사참여가 이루어졌다.

한편, 한국의 근재보험 역사는 1968년 8월, 당시 미국의 NCCI 표준 약관(1956년)을 기초로 영문약관을 신설하면서부터다. 그러나 실질적으로는 해외건설 진출이 시작되면서 해외취업근로자들에 대한 보험가입 의무화조치가 취해진 1978년부터로 보는 것이 일반적이다. 이후 근재보험은 사업장의 종류에 국·영문 약관이 혼용되어 사용되었으나, 1992년 9월 1일부터 영문약관을 국문약관 중심으로 개편하고, 높은 손해율로 인한 손보업계의 적자폭 누증을 낮추고자 요율체

계를 일부 보완·정비하였다. 그러나 2000년부터 5인 미만 사업장이 산재보험 의무가입대상으로 편입되는 등 일부 대상만이 근재보험의 대상으로 적용됨에 따라 점차 가입자 상승폭이 둔화되면서 오늘에 이르고 있다.

Ⅱ 제2절 | 한국의 재해보험 현황

본고에서는 한국의 재해보험 현황을 살펴보기 위하여 2000년 대비 2010년(근재보험은 2009년) 현황분석을 실시하였다. 그 이유는 2000년 당시, 한국경제가 실업률이 높은 외환위기 시대로서 사회보장보험으로 재해보험의 역할이 상대적으로 중요한 시기였고, 이를 기반으로 2010년 현황을 살펴보는 것이 사회보장보험으로서 재해보험의 현황을 정확히 파악할 수 있다고 판단하였기 때문이다.

1. 산재보험 현황

가. 적용

우선 산재보험의 적용대상에 대한 현황을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 한국의 산재보험 적용 근로자와 사업장은 2010년 말 각각 약 1,420만 명, 약 161만 개소로 동기간 전체 취업자(약 2,383만 명)와 전체 사업장(약 329만 개소) 대비 각각 59.6%, 46.5%로 낮은 수준이다. 그 이유는 첫째, 산업재해보상보험법에서 산재보험 적용대상자를 “근로자를 사용하는 모든 사업장에 적용한다(제6조)”고 명시하였지만 단서조항을 통해 “위험율·규모 및 장소 등을 고려하여 대통령령으로 정

하는 사업에 대하여는 이 법을 적용하지 아니한다”는 예외 규정을 두고 있기 때문이다. 둘째는 당연적용이 아닌 임의적용을 받는 비임금 근로자의 가입률이 낮기 때문이다. 산업재해보상법은 지속적인 개정을 통해 산업대상자의 적용을 확대해 왔는데 이 과정에서 비임금 근로자인 중소기업주나 화물, 건설·기계업종에서 고용원을 사용하지 않는 사업주도 포함되었다. 셋째, 산재보험이 사업주와 상시근로자의 계약 하에 성립된다는 점에서 취업자 중 비임금 근로자인 자영

〈표 2-3-3〉 산재재해보험 적용 및 비적용 대상

구분	산업	적용 대상
당연적용	- 금융·보험업, 광업, 제조업, 전기·가스, 수도사업, 운수, 창고 및 통신업, 벌목업, 기타의 사업(수렵업 제외)	- 1인 이상
	- 농업, 임업(벌목업 제외), 어업, 수렵업 중 법인이 아닌 경우	- 5인 이상
	- 건설업	- 공사금액 2천만 원 이상, 연면적 100제곱미터 이상 건축물의 건축, 연면적 200제곱미터 이상 건축물의 대수선 공사
임의적용	- 금융·보험업	- 보험가입자로서 50명 미만의 근로자를 사용하는 사업주
	- 운수	- 근로자를 사용하지 않는 여객 및 화물자동차 사업주
	- 건설	- 근로자를 사용하지 않는 건설기계업 사업주
특례적용	- 특수종사자	- 보험설계사, 콘크리트믹서트럭운전자, 학습지교사, 골프장 캐디
적용예외	- 공무원, 군인, 선원, 어선원, 사립학교 교직원 - 연면적 100제곱미터 이하인 건축물의 건축 또는 연면적 200제곱미터 이하인 건축물 대수선 공사 - 가구 내 고용활동(가내공업 종사자). - 농업, 임업(벌목업 제외), 어업 및 수렵업중 법인이 아닌 자의 사업으로서 상시근로자 수 5인 미만 - 근로자를 사용하지 않는 자영업자 - 방송구성작가 및 프리랜서 등 언론매체종사자 - 택배기사를 포함한 각종 지입차주 및 대리운전자 등 운수·하역·운송 관계종사자 - 신문·광고모집인·화장품판매·식음료판매 등 각종판매종사자 - 시청료징수원·건설원·AS수리기사, 간병인 등 기타 독립근로제공자	

업자에 포함되어 있는 무급종사자와 프리랜서와 같은 자유계약자 등은 적용대상에서 제외되었다.

둘째, 산재보험의 가입률은 근로자보다 사업장 중심으로 증가하고 있다. 2000년 이후 적용 사업장의 증가는 연평균 8.6%인 반면, 근로자는 연평균 4.1%에 그친다. 이는 산재보험 적용 정책이 사업주 중심으로 이루어져 왔고, 비적용 대상이었던 건설업, 임업, 어업, 농업 등의 사업장 중심으로 범위가 점차 확대되었기 때문이다. 또한 한국경제의 산업구조 변화로 인해 전체 사업장 중 구성비가 높았던 전통적 산업군인 광업이나 제조업, 운수창고통신업이 감소한 반면 사업장 수가 상대적으로 많은 서비스업인 금융보험업이나 유통 등 기타사업 부문 사업체가 증가한 것도 또 다른 원인으로 간주된다.

〈표 2-3-4〉 업종별 사업장 적용현황

단위: 개소, %, %p

구분	'00년		'10년		증 감		연평균 증감률
		구성비		구성비	개소	%p	
합계	706,230	100.0	1,608,361	100.0	902,131	0.0	8.6
금융보험업	6,803	1.0	35,995	2.2	29,192	1.3	18.1
광업	1,051	0.1	1,117	0.1	66	-0.1	0.6
제조업	164,817	23.3	269,630	16.8	104,813	-6.6	5.0
전기가스 상수도업	688	0.1	1,173	0.1	485	0.0	5.5
건설업	94,898	13.4	221,617	13.8	126,719	0.3	8.9
운수창고 통신업	26,996	3.8	46,264	2.9	19,268	-0.9	5.5
임업	1,922	0.3	7,540	0.5	5,618	0.2	14.6
어업	213	0.0	942	0.1	729	0.0	16.0
농업	1,031	0.1	5,462	0.3	4,431	0.2	18.1
기타의 사업	407,811	57.7	1,018,621	63.3	610,810	5.6	9.6

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용징수 실적분석」 2010.을 기초로 분석

〈표 2-3-5〉 업종별 근로자 적용현황

단위: 개소, %, %p

구분	'00년		'10년		증 감		연평균 증감률
		구성비		구성비	개소	%p	
합계	9,485,557	100.0	14,198,748	100.0	4,713,191	0.0	4.1%
금융보험업	375,289	4.0	601,637	4.2	226,348	0.3	4.8%
광업	20,261	0.2	12,548	0.1	-7,713	-0.1	-4.7%
제조업	2,749,361	29.0	3,196,182	22.5	446,821	-6.5	1.5%
전기가스 상수도업	50,195	0.5	54,080	0.4	3,885	-0.1	0.7%
건설업	2,228,719	23.5	3,200,645	22.5	971,926	-1.0	3.7%
운수창고 통신업	640,682	6.8	711,094	5.0	70,412	-1.7	1.0%
임업	65,179	0.7	77,232	0.5	12,053	-0.1	1.7%
어업	1,839	0.0	3,212	0.0	1,373	0.0	5.7%
농업	17,435	0.2	46,663	0.3	29,228	0.1	10.3%
기타의사업	3,336,597	35.2	6,295,455	44.3	2,958,858	9.2%	6.6%

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용정수 실적분석」 2010.을 기초로 분석

셋째, 중견기업 및 대기업의 적용은 감소하는 반면 소규모 기업들을 중심으로 적용대상이 확대되고 있다. 사업장 규모별 적용현황을 살펴보면 300인 이상 사업장들의 연평균 증가율은 2000년 대비 감소 추세인 반면 300인 이하 사업장, 특히 규모가 작은 사업장일수록 연평균 성장률이 점차 높아지는 경향을 보이고 있다. 이러한 현상은 사업장 규모별 근로자 현황에서도 나타나는데, 정부 정책이 산재보험 적용대상 중 소외계층이라고 할 수 있는 소규모 기업들에 대한 당연적용의 폭을 넓히는데 중점을 두었기 때문으로 풀이된다. 그러나 주의해야 할 점은 2010년 규모별 사업장 적용현황에서 5인 미만 사업장이 60.3%를 차지하고 있지만, 적용 근로자 비중은 상대적으로 적은 14.0%라는 점이다. 2010년 기준 우리나라 전체 근로자

〈표 2-3-6〉 사업장규모별 사업장 적용현황

단위: 개소, %, %p

구 분	'00년		'10년		증 감		연평균 증감률
		구성비		구성비	개소	%p	
합 계	801,099	100	1,608,361	100	807,262	0	7.2%
5인 미만	430,212	53.7	969,288	60.3	539,076	6.6	8.5%
5~9인 미만	130,268	16.3	207,436	12.9	77,168	-3.4	4.8%
10~29인 미만	99,857	12.5	152,744	9.5	52,887	-3.0	4.3%
30~49인 미만	19,958	2.5	28,514	1.8	8,556	-0.7	3.6%
50~99인 미만	13,808	1.7	17,342	1.1	3,534	-0.6	2.3%
100~299인 미만	9,195	1.1	9378	0.6	183	-0.6	0.2%
300~499인 미만	1,470	0.2	1,089	0.1	-381	-0.1	-3.0%
500~999인 미만	911	0.1	618	0.0	-293	-0.1	-3.8%
1000인 이상	522	0.1	335	0.0	-187	0.0	-4.3%
건 설 업	94,898	11.8	221,617	13.8	126,719	1.9	8.9%

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용징수 실적분석」 2010.을 기초로 분석

〈표 2-3-7〉 사업장규모별 근로자 적용현황

단위: 명, %, %p

구분	'00년		'10년		증 감		연평균 증감률
		구성비		구성비	개소	%p	
합 계	9,485,557	100.0	14,198,748	100.0	4,713,191	0.0	4.1
5인 미만	908,507	9.6	1,988,245	14.0	1,079,738	4.4	8.1
5~9인 미만	847,445	8.9	1,531,174	10.8	683,729	1.8	6.1
10~29인 미만	1,599,473	16.9	2,839,920	20.0	1,240,447	3.1	5.9
30~49인 미만	753,711	7.9	1,302,771	9.2	549,060	1.2	5.6
50~99인 미만	951,354	10.0	1,511,457	10.6	560,103	0.6	4.7
100~299인 미만	1,506,691	15.9	2,092,812	14.7	586,121	-1.1	3.3
300~499인 미만	559,894	5.9	708,548	5.0	148,654	-0.9	2.4
500~999인 미만	617,608	6.5	759,744	5.4	142,136	-1.2	2.1
1000인 이상	1,740,874	18.4	1,464,077	10.3	-276,797	-8.0	-1.7

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용징수 실적분석」 2010.을 기초로 분석

2,383만 명 중 5인 미만 사업체의 취업자 비중이 39.8%(949만 명)인 것을 고려해 볼 때, 소외계층에 대한 가입은 여전히 미진하다.

나. 징수

산재보험의 재원은 보험가입자인 사업주가 부담하는 보험료에 의해 조달된다. 즉 산재보험은 다른 사회보험과 달리 사용자 부담 원칙을 채택하고 있다. 이를 통해 사업주는 「근로기준법」상 재해보상 책임은 물론 민법 기타 법령에 의한 손해배상책임의 전부 또는 일부가 면제된다. 결국, 사업주는 사업주 부담원칙을 통해 법적·금전적 위험부담이 분산되는 대신 재해근로자는 신속한 보상을 받을 수 있는 것이다. 따라서 산재보험료는 사업주가 경영하는 사업장내 근로자의 임금총액에 동일 종류의 사업에 적용되는 보험료율(산재보험료율)을 곱한 금액으로 산정되며, 보험료율은 동일 업종의 보험료율에 의해 그 규모가 결정되는 형식을 취하고 있다.

징수 현황의 특징을 살펴보면 첫째, 수납율의 증가이다. 2010년 기준 산재보험 징수결정액과 보험료는 각각 4조 8,247억 원과 4조 5,993억 원으로 수납율은 95.3%에 이른다. 이는 2000년의 78.1%보다 17.2%p 높은 것이며, 연평균 2.0%씩 증가하였다. 실제로 지난 10년간 징수결정액 보다 수납액의 연평균 증가율이 2.1%p 높았는데 그 이유는 우선 보험료 신고·납부방법의 편리성 때문으로 풀이된다. 정부는 2004년부터 인터넷 전산망을 통한 보험료 납부를, 2006년 4월부터는 자동계좌이체를 통한 보험료 납부를 허용하였고, 보험료 공제혜택도 도입하였다. 그리고 2010년부터는 카드사를 통한 납부도 허용하고 있다. 또한 제도적인 보완도 중요한 원인으로 들 수 있다. 우선 보험료 산정에서 업종별로 정해진 획일적인 보험료율에서 벗어나 해당 사업

〈표 2-3-8〉 사업종류별 산재보험료율(2010년)

사 업 종 류	요율	사 업 종 류	요율
1. 광업			
석탄광업	360	계량기·광학기계·기타정밀	11
금속 및 비금속광업	236	기구제조업	
채 석 업	233	수제품 제조업	18
석화석광업	68	기타제조업	32
제 염 업	29	3. 전기·가스 및 상수도업	10
기타 광업	72	4. 건 설 업	37
연탄 및 응집고체 연료생산업	—	5. 운수창고 및 통신업	
2. 제조업		철도궤도 및 석도운수업	8
식품제조업	23	자동차여객운수업	22
담배제조업	9	화물자동차운수업	74
섬유 또는 섬유제품제조업(갑)	15	수상운수업, 항만하역 및 화물	34
섬유 또는 섬유제품제조업(을)	25	취급사업	
제재 및 베니어판 제조업	76	항공운수업	7
목제품 제조업	50	운수관련 서비스업	9
펄프·지류제조업 및 제본 또는	27	창 고 업	18
인쇄물 가공업		통 신 업	11
신문·화폐발행, 출판업 및 경인쇄업	9	6. 임업	66
인 쇄 업	17	7. 어업	
화학제품 제조업	18	어업	286
의약품 및 화장품 향료 제조업	10	양식어업및어업관련서비스업	12
코크스 및 석탄가스 제조업	29	8. 농업	28
연탄및응집고체연료생산업	84	9. 기타의 사업	
고무제품 제조업	26	농수산물위탁판매업	29
도자기제품 제조업	32	건물등의 종합관리사업	21
유리 제조업	24	위생 및 유사서비스업	33
요업 또는 토석제품 제조업	32	건설기계관리사업	—
시멘트 제조업	25	골프장 및 경마장운영업	17
비금속광물제품 및 금속제품제조업	49	기타의 각종사업	10
또는 금속가공업		전문기술서비스업	6
금속제련업	12	보건 및 사회복지사업	7
금속재료품 제조업	37	교육서비스업	8
도 금 업	23	0. 금융·보험업	7
기계기구 제조업	26		
전기기계기구 제조업	13		
전자제품 제조업	7		
선박건조 및 수리업	42		
수송용기계기구제조 및 수리업(갑)	25		
자동차·모터사이클수리업	25		
수송용기계기구제조 및 수리업(을)	22		

* 해외파견자 : 18 /1000

* 주한미군 : 7 /1000

자료: 고용노동부, 「2010년도 산재보험 사업연보」

장의 산재발생률을 감안해 보험료를 조정해 주는 개별실적요율 제도를 도입하였다. 그리고 사업주가 보험료를 법정기한 내에 신고하지 않거나 신고내용이 사실과 다른 경우에는 가산금 부여를, 납부기한 내에 납부하지 않는 경우는 연체금을 납부하도록 되어있다. 그리고 법정기한 내에 산재보험 가입신고를 하지 않거나 보험료를 납부하지 아니한 경우에는 사업장에서 업무상 재해로 인한 보험급여시, 사업주에게 보험급여 일부를 부담시키는 페널티제도를 도입하였다.

〈표 2-3-9〉 산재보험료 징수 현황

단위: 백만 원, %

	00년	01년	02년	03년	04년	05년	06년	07년	08년	09년	10년	연평균 증감율
징수 결정액	2,504,685	2,877,066	3,209,432	3,546,596	3,520,999	3,894,265	4,470,041	4,654,894	5,069,899	4,902,757	4,824,798	6.8
수납액	1,955,455	2,364,462	2,715,625	3,029,809	2,959,030	3,247,703	3,827,266	4,367,341	4,788,650	4,675,150	4,599,383	8.9
수납률	78.1	82.2	84.6	85.4	84.0	83.4	85.6	93.8	94.5	94.4	95.3	2.0

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용징수 실적분석」 2010.

둘째는 여전히 산재보험 소외계층인 5인 미만 사업장의 수납율이 상대적으로 낮다는 점이다. 2010년 기준 징수실적을 살펴보면 1,000인 이상 고용 사업장의 수납율은 100%이지만 사업장의 규모가 작아지면서 수납율도 감소하는 경향을 보인다. 특히 5인 미만 고용사업장의 경우 수납율은 83.87%이다. 이는 업종별 징수실적에서도 나타나는데 규모가 상대적으로 큰 금융보험업이나 전기가스수도업 등의 수납율은 95%이상을 상회하지만, 상대적으로 규모가 낮은 건설업이나 어업, 농업의 경우에는 수납율이 95% 미만에 그친다.

〈표 2-3-10〉 업종별 징수실적

단위: 백만 원, %

구 분	징수결정액	수납액	수납율
합 계	4,824,798	4,599,384	95.33
금 융 보 험 업	104,068	103,785	99.73
광 업	68,480	66,226	96.71
제 조 업	1,765,608	1,683,258	95.34
전기가스상수도업	19,868	19,841	99.86
건 설 업	1,248,180	1,174,809	94.12
운수창고통신업	263,878	255,470	96.81
임 업	51,132	49,791	97.38
어 업	737	613	83.19
농 업	17,123	16,133	94.22
기 타 의 사 업	1,285,725	1,229,458	95.62

〈표 2-3-11〉 규모별 징수실적

단위: 백만 원, %

구 분	징수결정액	수납액	수납율
합 계	4,824,798	4,599,384	95.79
5인 미만	411,115	344,821	83.87
5~9인	371,144	339,741	91.54
10~29인	756,238	720,337	95.25
30~49인	315,453	306,630	97.20
50~99인	391,955	386,471	98.60
100~299인	518,361	514,726	99.30
300~499인	144,038	143,636	99.72
500~999인	165,265	165,169	99.94
1000인 이상	503,050	503,045	100.00
건 설 업	1,248,180	1,174,809	94.12

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용징수 실적분석」 2010.

다. 보상 및 수지

산재보험법의 주요 목적 중 하나는 근로자의 ‘업무상 재해’를 신속하고 공정하게 보상하는 것이다. 따라서 근로자가 ‘업무상 재해’를 입어 부상, 질병, 장애, 사망을 하게 된 경우에는 산재보험법에 의한 보험급여를 지급받게 된다. 산재보험법 제정 당시에는 요양급여, 휴업급여, 장애급여, 유족급여, 장의비, 상병보상연금의 6가지만 지급되었지만 2000년에는 상시 또는 수시로 간병이 필요한 중증 장애자를 보호하기 위해 간병급여를, 2008년에는 산재근로자의 사회·직업복귀를 위한 직업재활급여를 도입하였다. 그리고 2010년에는 진폐근로자와 유족을 보호하기 위하여 진폐유족연금과 진폐보상연금을 도입하여 현재 10가지의 보험급여가 지급되고 있다.

〈표 2-3-12〉 산재보험급여 종류 및 내용

구 분	지 급 요 건	지급수준 및 지급기간	신청 절차
요양 급여	- 산재보험 적용사업장 소속 근로자가 업무상 부상 또는 질병으로 4일 이상 요양이 필요한 경우 지급	- 부상 또는 질병이 치유될 때까지 보험시설 또는 산재보험 지정 의료기관에서 요양(요양비용 일체는 요양기관에 직접 지급하는 것이 원칙임)	- 의료기관 등에서 산재 근로자 치료비 등을 근로복지공단에게 신청
휴업 급여	- 요양으로 인하여 취업하지 못한 기간 동안 지급	- 평균임금의 70% 지급 - 최고보상기준 : 1일 159,481원의 70% - 최저임금(1일 32,000원) 미달시 최저임금 지급	- 보험급여를 받고자 하는 자는 해당 보험급여에 대한 청구서 또는 신청서를 각각 근로복지공단에 제출
상병 보상 연금	- 2년 이상 요양 중인 재해자 중 폐질 제 1~3급 해당자에게 지급	- 제1급(329일분), 제2급(291일분), 제3급(257일분) 해당자에게 휴업급여 대신 지급	(다만 보험급여를 연금의 형태로 지급받고자 하는 경우 및 입원 중인 근로자가 휴업급여를 지급받고자 하는 경우에는 1회의 지급 청구서로 같음)
보 험 금 여	- 치료 종결 후 신체에 장애가 남아있는 산재근로자에게 장해보상 연금 또는 일시금 지급 (업무상 질병인 진폐에 걸린 근로자에게 연금으로 지급)	- 연금 : 제1급(329일분)~제7급(138일분) - 일시금 : 제8급(495일분)~제14급(55일분) * 제1급~제3급은 연금으로만 지급(최고 4년분 선급), 제4급~제7급은 연금과 일시금 중 선택(2년분 선급), 제8급~제14급은 일시금으로만 지급 (진폐장해등급별 진폐장해연금과 기초연금을 합산한 금액으로 하며, 진폐장해연금은 제1급~제3급(132일분), 제5급~제7급(72일분), 제9급~제13급(24일분)이며, 기초연금은 최저임금액의 100분의 60에 365를 곱하여 산정할 금액을 지급)	
유족 급여 (진폐 유족 연금)	- 업무상 사유로 사망한 근로자의 유족에게 지급 (진폐근로자가 진폐로 사망한 경우에 유족에게 지급)	- 연금 : 급여기초년액(평균임금 × 365)의 52%~67% - 일시금 : 평균임금의 1,300일분 - 진폐유족연금 : 사망 당시 진폐 근로자에게 지급하고 있거나 지급하기로 결정된 진폐보상연금과 같은 금액으로 하되 유족 보상연금을 초과 할 수는 없음	

구 분	지 급 요 건	지급수준 및 지급기간	신청 절차
장 의 비	- 업무상 사망에 대하여 실제 장제를 행한 자에 게 장의비 지급	- 평균임금의 120일분 - 최고 11,836,020원 - 최저 8,459,580원	
간 병 급 여	- 치료종결 후 장해등급 제1급~제2급에 해당 되어 실제로 간병급여 를 받는 자에게 지급	- 상시간병 1일당 38,240원 - 수시간병 1일당 25,490원	
직 업 재 활 급 여	- 직업훈련: 장해등급 제1 급~제12급에 해당하는 장해급여를 받은 자, 60 세 미만의 미취업자, 다 른 훈련 미해당자 - 직장복귀지원: 산재근로 자를 원직장에 복귀시켜 고용한사업주(장해등급 제1급~제12급)	- 직업훈련비용 및 직업훈련수당 - 직장복귀지원금, 직장적응훈련 비 및 재활운동비	

자료: 고용노동부, 「2010년도 산재보험 사업연보」

이와 관련해 산재보험의 보상 현황을 살펴보면 첫째, 지급액이 급상승했다는 점이다. 2010년 기준, 보상수급자는 253,279명이었으며 지급액은 2조 5,558억 원으로 2000년 대비 수급자는 연평균 8.3%, 금액은 9.2% 증가하였다. 이는 지난 10년간 근로자 연평균 적용증가율 4.1%와 보험료 징수액의 연평균 증가율 8.9%보다 높은 수치이다. 그 이유는 앞서 언급한 바와 같이 보상급여의 종류가 확대되었고, 그동안 산업재해의 혜택을 보지 못했던 소외계층들의 가입확대로 혜택을 보기 시작했기 때문으로 풀이된다.

둘째는 보상급여의 유형이 점차 변화하고 있다는 점이다. 급여종류별 지급실적을 살펴보면 2000년의 경우 요양급여의 금액비중이 29.2%, 휴업급여의 비중이 29.0%로 전체 급여비중의 58.2%에 달했다. 그러나 2010년의 경우, 두 급여의 비중은 43.2%로 감소한 대신 장애급여연금(24.0%)과 유족급여연금(6.9%)의 비중이 2000년 대비

21.1%p 증가한 것으로 나타난다. 특히, 두 급여가 연금 형태를 취하고 있다는 측면에서 보험수지상에 지속적인 부담요인으로 작용할 가능성이 높다. 이를 반영하듯 산재보험제도의 2000년 대비 징수결정액 수지율은 14.89%p 대비 증가한 73.03%였지만 수납액 수지율은 2000년 대비 2.14%p 증가한 76.61%였다.

〈표 2-3-13〉 급여종류별 지급실적

단위: 명, 건, 백만 원, %, %p

구분	'00년			'10년			증 감			증 감 률	
	수급자	금 액	구성비	수급자	금 액	구성비	수급자	금 액	구성비	수급자	금 액
합 계	114,401	1,456,266	100.0	253,279	3,523,734	100.0	138,878	2,067,468	0.0	8.3	9.2
요양급여	96,922	425,154	29.2	182,545	766,535	21.8	85,623	341,381	-7.4	6.5	6.1
휴업급여	79,929	422,464	29.0	121,836	753,066	21.4	41,907	330,602	-7.6	4.3	6.0
장해급여 일시금	19,400	223,749	15.4	37,274	553,512	15.7	17,874	329,763	0.3	6.7	9.5
장애급여 연금	8,380	136,706	9.4	52,272	844,360	24.0	43,892	707,654	14.6	20.1	20.0
유족급여 일시금	2,404	153,096	10.5	1,401	108,151	3.1	-1,003	-44,945	-7.4	-5.3	-3.4
유족급여 연금	770	6,162	0.4	17,528	243,974	6.9	16,758	237,812	6.5	36.7	44.5
상병연금	4,161	71,678	4.9	6,451	182,866	5.2	2,290	111,188	0.3	4.5	9.8
장의비	2,566	17,175	1.2	2,199	22,533	0.6	-367	5,358	-0.5	-1.5	2.8
간병급여	51	83	0.0	4,584	44,263	1.3	4,533	44,180	1.3	56.8	87.4
직업재활 급여	-	0	0.0	1,752	4,474	0.1	1,752	4,474	0.1	-	-

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용정수 실적분석」2010.을 기초로 분석

주: 장애급여와 유족급여에서 중복이 발생하는 수급자는 각 1명으로 계산

〈표 2-3-14〉 수지율 현황

단위: 백만 원, %p, %

	'00년	'10년	증 감	연평균 증감률
징 수 결 정 액(A)	2,504,685	4,824,798	2,320,113	6.8
수 납 액(B)	1,955,455	4,599,384	2,643,929	8.9
급 여 지 급 액(C)	1,456,266	3,523,734	2,067,468	9.2
수 지 율(C/A)	58.14	73.03	14.89	2.3
수 지 율(C/B)	74.47	76.61	2.14	0.3

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용징수 실적분석」 2010.을 기초로 분석

셋째는 소외계층에 대한 산업재해 보상 지급액이 급상승하고 있다는 점이다. 사업장 규모별 지급실적을 살펴보면 건설업을 제외하고, 5인 미만 사업장과 5~29인 미만 사업장의 2010년 지급액 구성비는 각각 14.5%, 20.1%로 2000년 대비 각각 3.8%p, 1.0%p 증가하였다. 반면에 규모가 큰 사업장일수록 구성비가 낮아지는 경향을 보이고 있다. 따라서 5인 미만 사업장과 5~29인 미만 사업장의 연평균 지급액 증가율도 각각 11.8%, 8.7%로 타 규모의 사업장보다 높은 편이다. 이를 반영하듯 사업 종류별 지급실적에서도 규모가 상대적으로 적을 것으로 예상되는 서비스업인 기타사업 부분의 지급 비중이 2000년 대비 6.5%p 증가한 것으로 나타났다. 결국 소규모 사업장들의 지급액이 높아지고 있다는 점은 물론 보험 적용 대상자들이 증가했다는 이유도 있겠지만, 산업재해 예방을 위한 교육 등이 규모가 큰 사업장들을 중심으로 이루어짐에 따라 소규모 사업장들이 소외되어 재해율이 높을 수 있다는 점을 시사한다 하겠다.

〈표 2-3-14〉 사업장규모별 지급실적

단위: 백만 원, %, %p

구분	'01년		'10년말		증 감		연평균 증감률
	지 급 액	구성비	지 급 액	구성비	지급액	구성비	
합 계	1,744,560	100.0	3,523,734	100.0	1,779,174	0.0	8.1
5인 미만	187,049	10.7	512,055	14.5	325,006	3.8	11.8
5~29인 미만	333,598	19.1	708,644	20.1	375,046	1.0	8.7
30~49인 미만	99,219	5.7	189,474	5.4	90,255	-0.3	7.5
50~99인 미만	107,155	6.1	219,119	6.2	111,964	0.1	8.3
100~299인 미만	156,726	9.0	284,471	8.1	127,745	-0.9	6.8
300~499인 미만	64,200	3.7	92,707	2.6	28,507	-1.0	4.2
500~999인 미만	84,708	4.9	120,823	3.4	36,115	-1.4	4.0
1000인 이상	160,424	9.2	293,589	8.3	133,165	-0.9	6.9
건 설업	551,481	31.6	1,102,852	31.3	551,371	-0.3	8.0

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용정수 실적분석」2010.을 기초로 분석

〈표 2-3-15〉 사업종류별 지급실적

단위: 명, 백만 원, %, %p

	'00년			'10년			증 감			연평균 증감률	
	수급자	금 액	구성비	수급자	금 액	구성비	수급자	금 액	구성비	수급자	금액
합계	114,401	1,456,266	100.0	253,279	3,523,734	100.0	138,878	2,067,468	0.0	8.3	9.2
금융보험업	763	9,402	0.6	1,498	23,363	0.7	735	13,961	0.0	7.0	9.5
광업	7,056	163,471	11.2	19,429	319,586	9.1	12,373	156,115	-2.2	10.7	6.9
제조업	51,952	538,235	37.0	86,958	1,232,024	35.0	35,006	693,789	-2.0	5.3	8.6
전기가스 상수도업	271	4,940	0.3	429	9,829	0.3	158	4,889	-0.1	4.7	7.1
건설업	26,216	479,138	32.9	60,078	1,102,852	31.3	33,862	623,714	-1.6	8.6	8.7
운수창고 통신업	8,775	92,452	6.3	12,640	178,882	5.1	3,865	86,430	-1.3	3.7	6.8
임업	1,592	8,556	0.6	4,453	41,622	1.2	2,861	33,066	0.6	10.8	17.1
어업	208	3,450	0.2	194	2,274	0.1	-14	-1,176	-0.2	-0.7	-4.1
농업	278	1,845	0.1	1,235	11,451	0.3	957	9,606	0.2	16.1	20.0
기타사업	17,611	154,778	10.6	66,586	601,850	17.1	48,975	447,072	6.5	14.2	14.5

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용정수 실적분석」2010.을 기초로 분석

라. 재활·복지

산재보험은 급여수준 인상에만 치중한 반면 치료종결 후 사회복귀 촉진을 위한 재활기능이 미비하다는 지적을 받아 왔다. 이에 정부는 산재근로자 재활사업 및 사회복귀의 중요성을 2000년 시행 법률에 명시하고, 재해근로자에 대한 사후관리 기능을 강화하기 시작하였다. 이는 재활·복지정책이 산재근로자의 단기적 생활안정 지원 외에 다시 일할 수 있는 노동정책 측면을 고려했다는 점에서 진일보한 것으로 평가된다.

〈표 2-3-16〉 재활·복지사업 체계 및 2010년 사업실적

구 분	사 업 명	사 업 내 용	2010년 실적
심리 재활	재활상담제	- 요양 중 심리안정·재활의욕 고취를 위한 상담 및 사례관리	- 총상담: 42,082명 - 직업배치: 5,445명
의료 재활	합병증 등 예방 관리제	- 치료종결 이후 업무상 상병의 악화, 재발 또는 합병증 방지를 위한 진료비 및 약제비 지원	- 카드발급/수급자 : 48,096명 - 지원금액 : 37,596백만 원
사회 재활	재활 스포츠 지원	- 대상 : 통원요양 환자 및 산재장해인(60세 미만)으로 팔·다리, 척추 등의 기능에 장애가 남은 재(예)정자 - 내용 : 스포츠활동에 대해 월 10만 원이내의 수강료 지원	- 선발인원 : 3,265명 - 지원금액 : 707백만 원
	사회적응 프로그램 운영	- 대상 : 업무상 재해로 입원, 통원요양 중인 자/산재장해인 - 내용 : 장애인복지관 등 전문기관에 위탁(참여자 1일당 교통비 실비, 식비 5천 원 지원)	- 운영기관 : 32개 - 교육인원 : 593명 - 지원금액 : 457백만 원
	진폐환자 취미활동반 지원	- 대상 : 진폐 등 진행성 질병으로 입원 중인 산재근로자 - 내용 : 취미활동 지원(1인 월 3만 5천 원이내의 실비 지원)	- 현황: 22개 의료기관, 81개 취미활동반 - 참여인원 : 1,938명 - 지원금액 : 238백만 원

구 분	사 업 명	사 업 내 용	2010년 실적
직업 재활	직업훈련비 용 지원	- 대상 : 요양 종결 후 직업에 복귀하지 못한 산재장해인(60세 미만) - 내용 : 훈련비(12개월 범위내 2회까지 연 600만 원 한도), 훈련수당(훈련시간·기간 등에 따라 차등지급)	- 선발인원 : 3,379명 - 수료인원 : 2,173명 - 취업자 : 1,534명 - 직업복귀율 : 70.6% - 지원금액 : 5,801백만 원
	원직장복귀 지원	<직업재활급여> - 직장복귀지원금 : 요양종결한 장해급여자를 원직장에 복귀시켜 6개월이상 고용을 유지한 사업주에 지급 - 직장적응훈련비 : 원직장에 복귀한 장해급여자에게 직무수행 및 직무전환에 필요한 직장적응훈련을 실시하고 종료한 다음날부터 6개월이상 고용을 유지한 사업주에 지급 - 재활운동지원 : 원직장에 복귀한 장해급여자의 직무수행 능력 향상을 위해 재활운동을 실시하고 종료한 익일부터 6개월 이상 고용을 유지한 사업주(예산사업) - 위 직업재활급여 내용과 동일, 단 직장적응훈련비는 월40만 원, 재활운동지원비는 월 10만 원 이내 실비 최대 3개월 지급	- 지원인원 : 828명 - 지원금액 : 2,603백만 원
	창업지원	- 대상 : 직업에 복귀하지 못한 산재장해인(60세 미만)으로 직업훈련 수료자·진폐장해인·창업업종 관련 자격증 소지자, 2년 이상 종사한 업종으로 창업을 희망하는 자 - 내용 : 1억 원 이내 점포를 공동명의로 임대, 최장 6년간 연리 3%로 지원	- 지원인원 : 108명 - 지원금액 : 7,142백만 원
복지 사업	생활안정자금 대부사업	- 대상 : 유족, 상병보상연금 수급자, 제1급~제9급 산재장해인 본인 및 자녀 - 내용 : 혼례비·의료비·장례비·차량구입비·주택이전비 등을 산용 1,000만 원 한도, 2년 거치 3년 분할상환	- 지원인원 : 1,637명 - 지원금액 : 12,996백만 원 대부
	산재장학사업	- 대상 : 유족, 상병보상연금 수급자, 제1~7급 근로자의 고등학생 자녀 - 내용 : 고등학교 등록비 지원(185만 원 한도)	- 지원인원 : 4,460명 - 지원금액 : 6,405백만 원
	대학학자금 대부사업	- 대상 : 유족, 상병보상연금 수급자, 제1급~제9급 산재장해인, 장기(5년 이상) 요양중인 이환 화탄소(CS₂) 근로자 본인, 배우자 및 자녀 - 내용 : 1인당 해당 학기 실제 납부등록금을 산재 근로자 1가구당 1,000만 원 한도 이내	- 지원인원 : 1,654명 - 지원금액 : 5,086백만 원

자료: 고용노동부, 「2010년도 산재보험 사업연보」, 근로복지공단, 「산재보험·고용정수 실적분석」 2010.

현재 재활·복지사업의 체계는 크게 심리재활, 의료재활, 사회재활, 직업재활, 복지사업의 5가지로 분류된다.

첫째, 심리재활은 산재장해인들이 갖는 자기행동 제한, 신체 부상에 따른 불안 및 욕구불만 등을 제거하고 새로운 가능성을 찾도록 도움을 제공하고자 하는 것으로 현재 상담제도가 운영 중에 있다.

둘째, 의료재활은 산재근로자가 일상생활에 필요한 신체의 일부를 상실하였을 때, 육체적 측면뿐만 아니라 정신적·직업적 측면까지 고려해 산재장해인의 신체 상태를 회복시켜 주는 제도로써 합병증 등 예방관리제가 있다.

셋째, 사회재활은 산재 장애인이 사회 및 가정생활에 적응할 수 있도록 지원하고 사회에 원만하게 통합할 수 있도록 하는 목적으로 현재 재활스포츠 지원 및 취미활동반 지원, 사회적응프로그램이 운영되고 있다.

넷째, 직업재활은 산재근로자의 원직장복귀 및 재취업, 창업을 목적으로 직장복귀지원사업, 직업훈련지원사업, 창업지원사업을 운영하고 있다.

다섯째, 복지사업은 산재근로자와 그 유족의 생활안정과 복지증진을 도모하기 위한 것으로 산재근로자 자녀들에게 일반교육 및 전문교육기회를 제공하고 산재근로자 가족이 자립기반을 갖추 수 있도록 금전적 지원을 하고 있다. 이외에 산재보험은 복지사업의 확대방안으로 근로자 생활안정자금 융자, 근로자 휴양콘도 지원, 직장보육시설 설치비용 융자 및 지원, 여성고용환경개선자금 융자, 직업훈련생계비 대부, 근로자 신용보증지원, 고용보험 실직자 창업지원, 체당금 지급 등의 사업을 실시하고 있다.

〈표 2-3-17〉 산재보험 복지사업 실적(2010년)

구분	대상	2010년 실적
근로자 생활안정자금 용자	- 소속사업장에 3개월이상 근무중인 월평균임금 170만 원이하 근로자(생활안정자금) - 신청일 이전 1년 이내 동안 1개월이상 임금체불된 근로자(임금체불근로자 생계비)	- 생활안정자금 지원인원 : 3,993명 - 지원금액 : 24,609백만 원, - 임금체불근로자 생계비 지원인원 : 5,045명 - 지원금액 : 23,944백만 원
근로자 휴양콘도 지원	- 월평균 170만 원 이하 근로자(주말 및 성수기 이용) - 전근로자, 50인 이하 사업주(평일 이용)	- 신청인원 : 21,926명 - 지원인원 : 5,159명
직장보육시설 설치비용 용자· 지원	- 여성근로자 고용촉진 및 육아부담을 해소하기 위하여 고용보험에 가입한 사업주 또는 사업주 단체	- 용자금액 : 3,230백만 원 (11개사업장) - 지원금액 : 6,635백만 원 (61개사업장)
여성고용환경 개선자금 용자	- 여성고용친화시설(모유시설, 탈의실, 휴게실, 수면실, 가족사, 샤워실 등) 설치를 원하는 고용보험 가입 사업주 또는 단체를 대상으로 소요자금 용자	- 용자금액 : 1,710백만 원 (6개사업장)
직업훈련 생계비 대부	- 고용보험 피보험 자격을 취득한 2,400만 원 미만 비정규직 근로자 또는 실업자(실업급여 수급자 제외)	- 지원인원 : 7,623명 - 지원금액 : 27,727 백만 원
근로자 신용보증 지원	- 보증·담보 여력이 없는 재직·산재근로자, 요양급여신청자, 직업훈련참가자	- 지원인원 : 44,114명 - 지원금액 : 171,288백만 원
고용보험 실직자 창업지원	- 고용보험 피보험자이었던 장기실업자, 실직여성가장, 실직고령자	- 지원인원 : 142명 - 지원금액 : 8,711백만 원
체당금 지급	- 도산기업에서 임금 등을 지급받지 못하고 퇴직한 근로자	- 지원인원 : 2,888개소 (58,718명) - 지원금액 : 263,884백만 원

자료: 근로복지공단, 「산재보험·고용징수 실적분석」 2010.을 요약

2. 근재보험⁵⁵⁾

근재보험의 현황을 살펴보면 첫째로 계약건수는 증가했으나 보험료는 감소하고 있다는 점을 들 수 있다. 2000년 86,352건이었던 계약건수는

55) 2010년 근로자재해 책임보장보험에 대한 보험통계 미발행으로 2009년 자료로 분석함.

2009년 152,184건으로 연평균 5.8% 증가하였다. 그러나 2000년 966억 원에 달했던 보험료는 2009년 912억 원으로 약 56억 원 정도(연평균 -0.6%)가 감소하였다. 이는 산재보험의 적용 범위확대로 인한 근재보험 가입자의 감소 방지를 위한 손해보험사들이 보험료율을 조정했기 때문으로 추정된다. 한편, 계약건수에서 국내 근재보험 가입건수는 증가하고 있는데 이는 기업의 합리적인 위험관리와 근로자의 복지후생 차원에서 기인한 것으로 판단된다. 또한 근로자로 인정받지 못해 산재보험 대상에서 제외되는 직업훈련생들이 직업훈련기관을 통해 직업훈련교육을 받는 중

〈표 2-3-18〉 보험종목별 계약건수

단위: 건, %, %p

구분	'00년		'09년		증 감		연평균 증감률
	계약건수	구성비	계약건수	구성비	계약건수	구성비	
합계	86,352	100.0	152,184	100.0	65,832	0	5.8
국내근재	76,871	89.0	120,688	79.3	43,817	-9.7	4.6
해외근재	1,021	1.2	3,326	2.2	2,305	1.6	12.5
선원근재	845	1.0	791	0.5	-54	-0.5	-0.7
직업훈련생	7,615	8.8	27,379	18.0	19,764	9.2	13.7

자료: 보험개발원, 「손해보험통계연보」2010.기반으로 분석

〈표 2-3-19〉 보험종목별 보험료

단위: 천 원, %, %p

구분	'00년		'09년		증 감		연평균 증감률
	보험료	구성비	보험료	구성비	보험료	구성비	
합계	88,465,795	100	91,265,519	100.0	2,799,724	0	0.3
국내근재	62,894,115	71.1	65,194,245	71.4	2,300,130	0.3	0.4
해외근재	6,514,998	7.4	15,544,884	17.0	9,029,886	9.7	9.1
선원근재	17,911,036	20.2	9,674,663	10.6	-8,236,373	-9.6	-6.0
직업훈련생	1,145,646	1.3	851,727	0.9	-293,919	-0.4	-2.9

자료: 보험개발원, 「손해보험통계연보」2010.기반으로 분석

발생할 수 있는 재해를 보상해 주기위해 도입된 직업훈련생 근재보험은 2000년 외환위기 이후 급상승한 청장년들의 실업률을 반영하듯 계약 건수가 연평균 13.7%로 급상승한 것으로 나타났다. 그리고 국내기업들의 글로벌 경향을 반영하듯 해외 근재보험의 계약 건수도 2000년 이후 연평균 12.5%의 급상승 경향을 보이고 있다.

둘째, 보험금과 손해액에서 국내 근재보험의 비중이 점차 증가하고 있다. 2000년 전체 국내 근재보험의 보험료 비중은 63.9%였으나 2009년에는 그 비중이 15.3%p 증가한 79.1%로 높아졌다. 손해액 역시 2000년에는 전체 손해액의 62.5%를 차지했지만 2009년에는 19.2%p 증가한 78.7%에 달한다. 특히 동기간 계약건수 중 국내 근재보험 비중이 9.7%p 감소했고 보험료 비중도 0.3%p로 상승한 것을 고려할 때, 보험금과 손해액의 비중 증가는 향후 보험수지 측면에서 국내 근재보험이 위험요소로 작용할 수 있다는 시사점을 제공한다.

셋째, 직업훈련생 근재보험의 보험금과 손해액이 급상승하고 있다는 점도 주목할 필요가 있다. 그 비중과 금액이 매우 미미하지만 2000년 9,136만 원에 불과했던 직업훈련생 근재보험 보험금은 연평균 7.1%의 고성장을 보이면서 2009년 18,097만 원으로 상승하였다. 손해액 역시 2000년에 3,143만 원에 불과했지만 2009년에는 연평균 성장률 18.0%를 보이면서 16,476만 원으로 증가하였다. 근로자가 아닌 학생신분인 직업훈련생들의 근재보험 보험금 및 손해액의 증가는 직업훈련생들이 산업재해 예방의 사각지대에 존재한다는 점뿐만 아니라 근재보험에 가입하지 않은 기타 직업훈련기관의 훈련생과 직업훈련 위주인 전문직 고등학생과 전문대 학생들의 수를 고려할 때 향후 그 심각성은 더욱 커질 것으로 전망된다.

〈표 2-3-20〉 보험종목별 보험금

단위: 천 원, %, %p

구분	'00년		'09년		증 감		연평균 증감률
	보험금	구성비	보험금	구성비	보험금	구성비	
합계	58,258,249	100	60,988,835	100.0	2,730,586	0	0.5
국내근재	37,199,867	63.9	48,271,902	79.1	11,072,035	15.3	2.6
해외근재	6,069,967	10.4	6,546,180	10.7	476,213	0.3	0.8
선원근재	14,897,050	25.6	5,989,782	9.8	-8,907,268	-15.7	-8.7
직업훈련생	91,365	0.2	180,971	0.3	89,606	0.1	7.1

자료: 보험개발원, 「손해보험통계연보」2010. 기반으로 분석

〈표 2-3-21〉 보험종목별 손해액

단위: 천 원, %, %p

구분	'00년		'09년		증 감		연평균 증감률
	보험금	구성비	보험금	구성비	보험금	구성비	
합계	54,676,600	100	62,627,326	100.0	7,950,726	0	1.4
국내근재	34,153,853	62.5	49,272,695	78.7	15,118,842	16.2	3.7
해외근재	5,190,931	9.5	6,622,667	10.6	1,431,736	1.1	2.5
선원근재	15,300,380	28.0	6,567,205	10.5	-8,733,175	-17.5	-8.1
직업훈련생	31,436	0.1	164,759	0.3	133,323	0.2	18.0

자료: 보험개발원, 「손해보험통계연보」2010. 기반으로 분석

Ⅲ 제3절 | 향후 과제

본고에서는 2010년을 기준으로 지난 10년간 한국의 재해보험이 어떻게 발전하였는가를 살펴보았다. 그 결과 5인 미만 사업장 등 그동안 소외 계층이었던 근로자들의 범위확대가 이루어지면서 사회안전망으로 조금씩 재해보험이 자리를 잡아가고 있다는 것을 알 수 있었다. 그럼에도 불구하고 전체 국민의 삶의 질 향상을 위한 사회

보험제도로써 재해보험이 해결해야할 시급한 과제들을 살펴보면 다음과 같다.

첫째는 대상 측면에서 재해보험 혜택을 받지 못하는 사각지대의 축소이다. 2009년 전체 취업자 2,350만 명 중 산재보험과 근재보험으로 인해 재해발생 시, 최소한의 소득보장이 확보된 근로자는 약 1,404만 명으로 59.7%에 불과하다. 즉, 40.3%에 해당하는 947만 명 정도가 사회안전망에서 벗어나 있다. 이 중에는 전체 취업자의 29.8%를 차지하는 자영업자와 이에 종속된 무급종사자가 약 700만 명이 포함되어 있다. 물론 산재보험과 근재보험이 근로자와 사업주간의 계약에 의해 성립된다는 관점에서 자영업자와 무급종사자들은 산재가입 의무가 없고, 보험료 산출근거인 평균 임금산출 파악이 어려운 등 문제점이 있다. 그러나 최근에 개정된 사회보장 기본법(2011.12.29)에서는 사회보장 대상을 모든 국민으로 설정하고 사회보장의 범위를 사회보험, 공공부조, 사회서비스로 규정하면서 ‘사회보험을 국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험의 방식으로 대처해 국민의 건강과 소득을 보장하는 제도’로 명시하였다. 따라서 사회보험으로서 재해보험의 대상범위를 상시근로자에서 국민으로 확대할 경우, 비임금근로자들의 재해보험 범위 포괄이 가능하다고 본다. 둘째는 산재보험의 대상이 임금근로자라는 현행 관점에서 볼 때, 산재보험에 적용되어야 하나 그렇지 못한 임금근로자 247만 명이 존재한다. 현행 산재보험 대상인 상시 근로자는 주 15시간 이상 근무를 충족해야 한다는 규정을 충족시켜야 한다. 이에 산재보험에서 제외되고 있는 임금근로자들은 아르바이트 등 단시간 근로자일 가능성이 높다. 따라서 주 15시간 규정보다는 임금근로자로서 이들을 제도권으로 포함시키는 노력이 요구된다. 결국, 향후 사회보장제도로써의 재해보험 정책은 사회안전망에서 벗어나 있는 소외계층을 포함시

키는데 더욱 노력할 필요가 있다는 것이다.

〈표 2-3-22〉 한국의 재해보험 적용 및 비적용 대상자 추정(2009년)

단위: 명, %

취업자	재해보험적용여부		종사상 지위		세부유형		비고
23,506,000	적용	14,037,111 (59.7%)	임금 근로자	13,983,429 (59.5%)	산재보험 가입자	13,831,245 (58.8%)	—
					근재보험 가입자	152,184 (0.6%)	—
			비임금 근로자	53,682 (0.2%)	고용원 有 자영업자	10,353 (0.04%)	— 산재보험 적용 — 중소기업주
					고용인 無 자영업자	43,329 (0.18%)	— 특수형태 고용종사자
	비적용	9,468,889 (40.3%)	임금 근로자	2,470,571 (10.5%)	—	—	—
					비임금 근로자	6,998,318 (29.8%)	고용원 有 자영업자
			고용인 無 자영업자	4,150,671 (17.7%)			—
			무급종사자	1,341,000 (5.7%)	—		

자료: 통계청, 「경제활동인구조사」 2010, 보험개발원, 「손해보험통계연보」 2010, 근로복지공단, 「산재보험·고용징수 실적분석」 2009를 기반으로 분석

주: 2010년 근재보험 통계결과 미발표로 2009년 기준으로 분석, ()는 전체 취업자 대비 비중

둘째는 보상측면에서 산업재해로 인한 공상처리 문제이다. 공상처리란 업무상 재해를 입은 근로자가 산재보험에 의한 보상을 포기하고 사용자에게 직접 보상을 받는 것을 의미한다. 현행 산재보험은 4일 이상의 치료를 받아야 하는 재해에서만 보상이 가능하다. 따라서 3일 이하의 업무상 재해에 대해서는 일상적으로 공상처리를 하곤 한다. 그러나 4일 이상 업무상 재해에 대해서도 공상처리를 하는 경우가

발생한다. 그 이유는 사용자측의 경우, 산재건수 증가로 인한 산재보험료 증가와 노동부의 행정감독 강화, 산재다발업체 인정 받게 되는 기업이미지 저하와 세금 및 금융혜택의 불이익 등 때문이다. 한편 근로자의 경우, 산재보험을 적용받지 않을 경우 장해연금 등 연금수급권이 소멸되고, 치료종결 후 후유증으로 인한 재요양시 지원을 받지 못하는 불이익이 발생할 수 있다. 그럼에도 불구하고 근로자들이 공상처리를 하는 이유는 산재보험 청구로 인한 휴직급여가 현재 월평균 임금의 70%로 낮고, 요양처리 후 원직장 복귀에 대한 고용불안이 존재하기 때문으로 추정된다. 한편 공상처리로 인한 산재은폐로 인해 우리나라 산업재해 통계는 신뢰성이 없다는 비판을 받아 온 지 오래다. 산재율은 세계 최저수준인데 반해 사망률은 반대로 최고수준이기 때문이다. 2008년 기준, 산재 사망만인률(1만 명당 사망자수)은 1.07명으로 OECD 회원국과 비교 시, 독일(0.22명)의 5배, 미국(0.38명)의 3배이지만 산재율은 0.7%대로, 미국의 4%대나 독일은 3%대에 비해 아주 낮다. 이와 관련해 산업안전보건연구원은 2007년 ‘국가안전관리 전략수립을 위한 직업안전 연구’를 통해 2006년 1년 동안 건강보험으로 치료한 이들 중 100만 1,400명이 산재보험 적용대상이라는 결과와 설문조사를 통해 근로자들이 산재를 건강보험으로 처리한 이유를 제시하였다. 이외에도 2010년 대한전문건설업체가 전문건설업자를 대상으로 실시한 산재은폐에 대한 설문조사에서는 66.5%가, 2011년 노동건강연대가 실시한 설문조사에서는 54.8%가, 2010년 대한건설정책연구원이 실시한 조사에서는 83.1%가 산업재해를 공상처리했다는 결과를 발표한 바 있다. 따라서 정부는 산업재해에 대한 공상처리 문제해결을 위해 의료기관이 산재보험 및 건강보험 여부를 직접 청구하도록 하고, 근로자들에 대한 산재보험제도 홍보를 강화하

며, 휴직급여 인상과 원직장 복귀 등의 고용안정에 대한 정책대안들을 검토할 필요가 있다.

〈표 2-3-23〉 산업재해를 건강보험으로 처리한 이유

구분	응답률
1. 회사가 산재보험에 들어있지 않아서	19.6%
2. 산재보험만으로 처리한 것으로 기억	12.0%
3. 산재보험제도를 몰라서	11.6%
4. 금액이 적어서	5.0%
5. 산재보험 신청해도 받을 수 없어서	2.9%
6. 회사에서 처리비용을 주어서	2.7%
7. 산재보험 절차가 복잡해서	2.3%
8. 회사로부터 불이익을 받을 것 같아서	1.0%
9. 기타 및 잘 모름	40.8%

자료: 산업안전보건연구원, 「국가안전관리 전략수립을 위한 직업안전 연구」, 2007.

셋째는 운영측면에서 재해보험제도의 효율성 강화이다. 산재발생시 신속한 응급처리와 신청, 그리고 보상행정과 재활은 사회보장서비스로서 재해보험이 갖추어야 할 필수 단계들이다. 그러나 현황을 살펴보면 정부의 지속적인 노력에도 불구하고 우리나라의 재해보험서비스의 효율성은 낮은 것으로 보인다. 우선 제 1 단계로 산재발생시 응급 처치의 경우, 윤조덕 등(2005)의 조사연구(538개 사업장)에 의하면 사업장내 재해발생시 응급 처치자들에 대한 조사에서 ‘사고당시 근처 동료근로자’가 54.5%, ‘119응급구조요원이 27.1%, ‘사업장 보건관리자 또는 산업보건약가 10.8%, ‘근로자 중 응급구조요원으로 훈련받은 자가 4.5%로 나타났다. 이는 산재 대상자들이 훈련받지 않은 동료 근로자들의 응급처치로 인해 부상이 심해질 수 있다는 것을 의미하며 향후 정책적으로 근로자들의 응급조치 교육 등이 강화되어야 함을 시

사한다. 2단계 신청의 경우, 산재보험의 적용요건인 인과관계 증명 이 기관이 아닌 개인에 의해 이루어지고 있다. 최근 삼성반도체 백혈 병 산재인정 소송의 경우에서 보듯이 잠복기를 거치는 직업병의 경 우에는 개인의 능력으로 그 인과관계를 증명하는 것이 어렵다. 따라 서 사건발생이나 직업병 발병시, 병원이나 특정기관을 통해 인과관계 를 초기에 증명하는 시스템 도입이 요청된다. 3단계 보상행정의 경우, 고용부의 산재보험사업연보에 의하면 2010년 기준, 산업재해 발생일로 부터 산재접수일까지는 40일이, 접수일로부터 산재요양 결정일 까지 는 12.1일이 걸리는 등 산재발생일로부터 요양결정일 까지 총 52.1일 이 소요되는 것으로 나타난다. 이는 산재 대상자에 대한 신속하고 전문 적인 치료가 지연되어 부상이 심해짐과 동시에 요양기간의 장기화 원 인이 될 수 있다는 점에서 행정서비스의 신속한 처리가 가능하도록 개선이 요청되는 사항이다.

〈표 2-3-24〉 최초요양결정 처리기간 단축 현황

단위: 건, 일, %

구 분	2007년	2008년	2009년	2010년	전년 대비 증감률
요양결정자수	93,542	99,109	102,915	102,484	-0.4
요양결정 처리기간	55.5	56.8	53.4	52.1	-2.5
재해일-접수일	45.1	46.7	43.3	40.0	-7.6
접수일-결정일	10.4	10.1	10.1	12.1	19.5

자료: 고용노동부, 「2010 산재보험사업연보」, 2011.

제4단계는 직장 복귀를 위한 재활과정이다. 이와 관련하여 근로복지 공단은 직업훈련을 제공하고 있으나, 문제는 짧은 훈련기간에 있다. 근로복지공단 자료에 의하면 2010년 훈련 선발자 1인당 평균 훈련기간

은 2.4개월이다. 물론 적은 예산상의 문제도 존재하겠지만 너무 짧은 직업훈련 양성은 산재 대상자들이 재활을 통해 원 직장에도 복귀하지 못할 경우에 새로운 직장에서도 비정규직 또는 저임금자로 채용될 가능성을 높인다.

〈표 2-3-25〉 1인 평균 훈련기간 및 훈련비용(2009~2010년)

단위: 월, 일, 시간, 원

		평균 훈련기간	주당 평균 훈련일수	1일 평균 훈련시간	1인 평균 약정 훈련비용	1인 평균 지급 훈련수당
예산	2009	2.8	4.6	3.1	954,033	645,981
	2010	2.4	4.7	3.3	1,086,971	831,969
급여	2009	3.1	4.7	3.2	1,165,157	1,393,874
	2010	2.6	3.6	2.6	1,239,996	1,438,268

자료: 근로복지공단, 「2010년 직업훈련지원사업 실적분석(내부자료)」, 2011.

마지막으로 넷째는 사회보험으로서 재해보험의 기능확대 시, 재정문제에 대한 재검토이다. 2010년 기준 산재보험의 보험수지율(보험료 대비 지급액 비율)은 76.6%이며, 2009년 기준 근재보험의 손해율은 69.3%이다. 따라서 현재 산재보험 및 근재보험의 보험수지는 양호한 것으로 판단된다. 그러나 최근의 산재보험 급여의 지급액 확대 추세와 앞서 언급한 비임금 근로자 등 소외계층에 대한 재해보험 확대 등이 부가된다면 산재보험의 재정수지가 악화될 가능성이 있다. 또한 문제시되고 있는 산재보험 공상처리 부문이 정부의 노력으로 감소한다면 건강보험에서 처리되었던 급여가 산재보험으로 전가되어 보상액이 급상승할 것이다. 이외에도 공상처리 감소를 위해 현행 70%로 설정된 휴업급여를 10%p 인상한다면 보험재정이 더욱 어려워질 가능성도 있다. 따라서 사회보장보험으로서 재해보험 확대를 위해서

는 우선 사업주들에게 사회보장보험으로서의 재해보험의 중요성을 인식시키고, 보험료 인상과 공상처리 감소 등에 대한 사회적 합의를 유도해내는 과정이 우선시 된다. 그리고 현행 운영관리 체제에서 부가적인 비용발생 요소를 제거하여 효율화하는 과정도 필요하다. 예를 들어 산재보험의 경우 징수업무를 국세청이 아닌 근로복지공단이 담당하고 있어, 근로복지공단은 징수업무를 위한 인력보충을 위해 비정규직을 채용하는 등 부가적인 업무에 비용을 지출하고 있다.

참고문헌

- 고용노동부(2011). 2010 산재보험사업연보.
- 근로복지공단(2011). 2010년 직업훈련지원사업 실적분석.
- 보험개발원(2010). 손해보험통계연보.
- 신수식(2004). 산업재해보상보험제도의 현안과제. 「보험개발연구」, 15(1).
- 산업안전보건연구원(2007). 국가안전관리 전략수립을 위한 직업안전 연구. 2007.
- 안한진(2007). 우리나라 사용자배상책임보험의 발전방향에 관한 연구. 전주대학교 경영대학원 석사학위논문.
- 이상윤(2011). 산재보험 개혁과제와 개혁의 우선순위. 노동건강연대.
- 윤조덕(2010). 보건복지부 정책세미나- 산재보험제도. 한국사회정책연구원을 요약.
- 윤조덕·윤순녕·김희걸·김상호·박수경(2005). 산재보험제도 발전방안에 대한 연구(재활·복지). 한국노동연구원.
- 통계청(2010). 경제활동인구조사.
- 현대경제연구원. 산업재해 예방이 경쟁력이다. VIP Report.

제4장 공공부조

| 제1절 | 서론

한국의 공공부조제도인 국민기초생활보장제도(이하 기초보장제도)는 1998년 발생한 IMF 경제위기를 배경으로 하고 있다. 당시 1961년에 도입된 생활보호제도가 존재하고 있었지만, 생활보호제도는 엄격한 자격기준을 두고 있었으며, 생활보호제도의 보호대상자에 대한 정부 지원의 수준은 매우 열악한 수준이었다⁵⁶⁾. 따라서 경제위기로 인한 국민들 특히 저소득층의 생활안정을 기하기에는 당시의 생활보호제도는 역부족이었으며, 새롭게 정권을 잡은 김대중 정부에서는 이와 같은 시대적 배경하에 기초보장제도를 공식적으로 도입하게 된다⁵⁷⁾.

경제위기 당시 우리나라의 경제상황을 보면 과거와 다른 대량실업의 발생에 직면하였지만 충분한 사회적 안전망을 갖추지 못한 상태였다. 당시 통계청이 발표한 1998년 ‘9월 고용동향’에 따르면 실업자는 7월 165.1만 명(7.6%)으로 IMF관리체제가 시작된 1997년 11월 2.6%(57만 명)이던 실업상황이 10개월만에 실업자가 100만 명이 증

56) 생활보호대상자를 위한 선정기준(연령, 인구학적 기준, 부양의무자기준)이 매우 강하게 작동하고 있었으며, 지원수준도 현금지원보다는 현물성지원에 중심을 두고 있었다.

57) 이하는 김미곤(2009), 이태진 외(2010)의 자료를 참고로 작성하였다.

가한 상태하였다. 이에 정부는 늘어나는 실업자를 보호하기 위해 실업대책관련 사회보장제도인 고용보험과 빈곤대책관련 사회보장제도인 생활보호제도에 추가적으로 공공근로사업, 직업훈련 등의 다양한 실업대책을 추진하였다. 하지만 당시 고용보험의 실업급여는 전체 실업자의 6.6%인 9.9만 명을 보호하는데 그쳤으며, 생활보호 역시 6.6%인 10.0만 명의 저소득 실업자를 보호하는데 불과하였다. 이와 같은 실업의 증가는 소득감소로 이어지고 이 과정에서 일부 저소득층 실업자들은 빈곤인구로 전락하게 되었다. 또한 실업은 이혼, 아동·노인 유기, 가출, 자살 등의 사회적 문제를 증가시키고, 가정을 해체시키는 주요한 요인이 되었다.

당시 생활보호제도는 고실업상태가 지속되면 근로능력이 있는 사람들의 빈곤문제가 심각한 사회문제로 발전하게 됨에도 불구하고 인구학적인 조건(18세 미만, 65세 이상)을 바탕으로 한 범주적 공공부조를 기본틀로 하고 있어 실효성 있게 대처할 수 없었다. 또한 소득과 재산기준의 중복적용으로 소득은 없지만 재산을 보유한 실직자를 대상으로 책정하지 못하고 있었다. 위와 같은 사유로 인해 생활보호제도가 최종적인 안전망으로서의 역할을 다하지 못하고 있다는 비판과 함께 그 생명력을 잃어가게 되었다.

1999년 참여연대 등 시민단체를 중심으로 국민기초생활보장법 제정추진연대회의(이하 연대회의)가 결성되어 본격적으로 국민기초생활보장법 제정을 위한 입법화 과정을 거치게 된다. 경제위기 상황과 연대회의의 많은 입법화 노력 끝에 당시 김대중 대통령의 울산방문을 통해 “중산층과 서민들이 안심하게 살 수 있도록 국민생활보장기본법을 제정하겠다”는 울산발언(1999.6.21)이 나왔으며, 이를 토대로 정부와 시민단체는 법안정비에 박차를 가해, 제206회 임시국회

(1999.8.2~1999.8.13)에서 여야 모두 국민기초생활보장법의 제정을 당론으로 확정한 상태에서 주무부서인 보건복지부도 적극성을 보이면서 법제정의 과정이 본격적으로 이루어지게 되었다. 결국 1999년 8월 9일 국민기초생활보장법은 법안심사소위와 보건복지상임위원회를 통과하고, 1999년 8월 11일에는 법제사법위원회, 그리고 다음 날 1999년 8월 12일에는 제206회 임시국회 본회의 의결을 거쳐, 1999년 9월 7일 법률 제6024호로 제정되었다.

우여곡절 끝에 제정된 국민기초생활보장법은 2000년 10월 제도시행을 보게 되었으며, 2012년 법이 제정된지 13년, 제도가 시행된지 12년의 시간이 지나고 있다. 2000년 이후 기초보장제도는 여러 번의 경제위기시(2003년 신용위기, 2008년 금융위기, 2011년 유럽재정위기)에 국민생활을 안정화시키고 사회안전망을 공공히 하는데 기여해 왔지만, 여전히 많은 빈곤층이 기초보장제도의 사각지대no-care zone에 놓여져 있는 문제를 지니고 있다. 여기서는 기존 생활보호제도 및 국민기초생활보장제도의 주요내용과 현황에 대해 살펴보고 현 기초보장제도가 지니고 있는 문제들에 대해 살펴보고자 한다.

Ⅱ 제2절 | 생활보호제도

생활보호제도는 기초보장제도가 도입되기 이전 우리나라의 대표적인 공공부조제도로 1961년부터 기초보장제도가 시행되기 이전까지 약 40여년간 유지되어온 제도이다. 생활보호제도는 우리나라가 경제발전 초기에 운영하던 공공부조제도로 시혜적·전여적이며, 공공부조 수급을 위해 까다로운 조건을 두고, 수급자들에 대한 낙인감

이 존재하도록 하는 선별적인 공공부조제도였다.

생활보호제도의 지원을 받게 되는 지원대상자의 선정도 까다로워서 생활보호의 대상으로는 생활보호법 제3조의 규정에 의하여 ① 65세 이상의 노쇠자, ② 18세 미만의 아동, ③ 임산부, ④ 질병 또는 심신장애로 인하여 근로능력이 없는 자, ⑤ 기타 생활이 어려운 자로서 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양할 능력이 없는 경우 보호의 대상이 되도록 하고 있다.

원천적으로 근로능력이 있는 사람에 대해서는 실업, 가구내 환자 발생 등의 생계위험에도 불구하고 생활보호의 지원을 전혀 받을 수가 없었다. 즉, 생활보호대상자는 실제로 부양자가 없고 근로능력이 없는 노인이나 아동을 원칙으로 하고 근로능력이 있어도 질병, 재해, 임신으로 인해 생활유지가 곤란한 사람을 추가 시키고 있으며 일시적으로 부양자가 없을 경우에도 포함시키고 있었다.

〈표 2-4-1〉 생활보호대상자의 보호내용

구 분	요 건	보호 내용
거택보호대상자 (생활보호법시행령 제6조제1호)	생활보호대상자로서 1. 65세 이상의 노쇠자 2. 18세 미만의 아동 3. 임산부 4. 폐질 또는 심신장애로 인하여 근로능력이 없는자 5. 위의 1호 내지 4호의 자들과 50세 이상의 부녀자로만 구성된 세대	생계보호 자활보호 교육보호 해산보호 장제보호 의료보호
시설보호대상자 (생활보호법시행령 제6조제2호)	생활보호대상자에 해당하는 자로서 주거가 없거나 주거가 있어도 그곳에서는 보호를 행할 수 없어 보호시설에 수용된 자	생계보호 자활보호 교육보호 해산보호 장제보호 의료보호
자활보호대상자 (생활보호법시행령 제6조제3호)	거택 및 시설보호대상자에 해당되지 아니하는 자로서 실질 기타의 사유등으로 생활이 어려운 요보호대상자(근로능력자를 가진 생활보호대상 세대)	자활보호 교육보호 의료보호 장제보호

자료: 보건복지부, 『생활보호 사업안내』, 각년도.

생활보호를 받게 되면 세가지 보호대상으로 구분되어 보호를 받게 된다. 즉 생활보호종류별로 ① 거택보호, ② 시설보호, ③ 자활보호로 나뉘지게 된다. 거택보호는 보호대상자가 자기의 주거지에 거주하면서 정부의 생활보호를 받는 것을 말하며, 시설보호는 농아시설, 양로시설 등 각종의 사회복지시설에 수용되어 있으면서 정부의 생활보호를 받고, 자활보호는 생활능력을 어느 정도 소유하고 있으나 절대빈곤층에 준하는 생활을 하는 사람을 대상으로 국가의 보호를 받는 것을 말한다. 이들에 대한 보호내용도 약간의 차이가 있었다.

생활보호대상자들이 지원받게 되는 급여와 그 수준에 대해 보면, 먼저 거택보호대상자들은 1994년 1인당 월지원액 65,113원에서 1999년에는 166,489원으로 10만 원 이상이 증가하였다. 이는 1996년에서 1998년까지 최저생계비가 현실화되기(생계보호의 급여수준을 최저생계비의 100%까지 보장) 시작하면서 크게 증가한 것이다. 지원인원의 경우에는 변화가 없었는데, 이유는 1994년 32만 명에서 1999년 33만 1천 명으로 변화가 없는데 이는 생활보호제도의 선정기준이 크게 작용하고 있다는 점이다. 시설보호대상자의 경우에도 1인당 지원액이 1994년 64,714원에서 1999년에는 12만 8천 원으로 두배 정도 증가하였다.

자활보호대상자의 경우에는 1인당 월지원액이 1994년 14,617원에서 1999년에는 41,329원으로 증가하였지만 증가폭은 매우 크지만 급여수준면에서는 거택 및 시설보호대상자에 비해서는 높은 수준은 아니었다. 생활보호제도의 경우 일을 할 수 있는 근로능력자에 대해서는 기본적으로 생계보호를 제공하고 있지 않음에 따라 급여에 있어 차이가 발생하고 있다.

〈표 2-4-2〉 생활보호대상자 관련 현황

단위: 가구, 원, 명

구 분		1994	1995	1996	1997	1998	1999
거 택	지원인원(가구)	320 (180)	307 (179)	296 (183)	297 (189)	301 (195)	331 (212)
	1인당 월지원액	65,113	77,639	106,541	133,222	161,806	166,489
	순생계비 (학비, 의료비제외)	50,496	62,660	84,319	104,082	121,518	125,163
시 설	지원인원	81	78	76	77	76	78
	1인당 월지원액	64,714	71,549	92,102	107,524	124,519	128,085
	순생계비 (학비, 의료비제외)	50,097	56,570	69,880	78,384	84,231	86,756
자 활	1인당 월지원액	14,617	14,979	22,222	29,140	40,288	41,329
	지원인원(가구)	1,501 (407)	1,370 (420)	1,134 (338)	1,040 (300)	798 (311)	766 (300)

자료: 보건복지부, 『생활보호 사업안내』, 각년도.

생활보호제도가 도입된 이후 생활보호제도를 통해 지원을 받은 가구 및 인구수를 살펴보면, 거택보호대상자로 생활보호자는 1965년 28만 7천 명, 영세민은 356만 3천 명의 수준이었다. 이후 생활보호자의 규모는 1970년까지 다소 증가하는 모습을 보이지만, 영세민의 경우에는 211만 6천 명까지 감소하고 있음을 알 수 있다.

1971년 이후 생활보호제도는 재가 및 시설보호로 구분되며, 생활보호는 다시 생활무능력자와 영세민으로 구별하여 보호가 이루어졌다. 먼저 생활무능력자의 경우에는 1970년 조금의 변화는 있지만 전반적으로 28만 명 수준에서 변하고 있으며, 영세민은 1971년 약 96만 명에서 1980년에는 150만 명까지 늘어났다. 시설보호대상자 역시 생활무능력자의 규모와 같이 1970년대 큰 변화없이 보호인원이 유지되었다.

〈표 2-4-3〉 생활보호 가구 및 인구수(1965~1970년)

단위: 가구, 명

구분	거택구호대상자			
	생활보호자		영세민	
	가구	인원	가구	인원
1965	133,718	287,640	740,118	3,563,179
1966	143,774	316,971	613,526	2,979,513
1967	140,528	347,472	542,285	2,635,746
1968	142,508	322,283	608,290	3,124,954
1969	166,838	346,711	512,376	2,553,694
1970	148,631	306,250	418,850	2,116,498

자료: 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 각년도.

이태진 외(2010), 『국민기초생활보장제도 10년사』, 보건복지부·한국보건사회연구원

〈표 2-4-4〉 생활보호 인구수 및 시설보호자 수(1971~1980년)

단위: 명

구분	재가보호			시설보호	
	계	생활무능력자	영세민	계	
	인원	인원	인원	시설	인원
1971	1,240,859	283,000	957,859	1,123	105,335
1972	1,107,138	283,000	824,138	1,113	97,235
1973	1,048,651	283,000	765,651	1,114	93,279
1974	989,015	283,000	706,015	1,134	94,702
1975	1,233,872	330,000	903,872	1,152	96,493
1976	1,962,548	330,987	1,631,561	1,159	95,918
1977	2,045,172	318,204	1,726,968	1,152	93,885
1978	1,943,635	289,013	1,654,622	1,130	91,306
1979	1,942,102	318,204	1,623,898	1,128	88,919
1980	1,782,056	282,000	1,500,056	1,166	92,401

자료: 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 각년도.

이태진 외(2010), 『국민기초생활보장제도 10년사』, 보건복지부·한국보건사회연구원

1980년대부터는 영세민이라는 표현보다는 자활보호란 표현으로 변경되면서, 생활보호제도는 기초보장제도가 도입되기 전까지 거택보호, 시설보호, 자활보호의 세가지 형태를 지니게 된다. 거택보

호의 경우 1981년 28만 명에서 이후 다소 증가하여 1999년에는 33만 명까지 증가하였다. 시설보호 역시 1981년 47,000명에서 1999년 78,000명으로 증가하였다. 반면에 자활보호의 경우에는 1981년 176만 명에서 1999년에는 약 77만 명으로 오히려 감소하였다.

전반적으로 기초보장제도가 도입되기 이전 생활보호를 통한 저소득층의 보호는 변화가 없이 현상을 유지하는 정도에서 제도가 운영되어 왔다는 점을 알 수 있다.

〈표 2-4-5〉 생활보호 인구수(1981~1999년)

단위: 명

구분	계 인원	거택보호 인원	시설보호 인원	자활보호 인원
1981	2,089,519	282,000	47,000	1,760,519
1982	3,419,866	282,000	52,300	3,085,566
1983	2,953,940	282,000	55,605	2,616,335
1984	2,555,659	282,000	59,558	2,214,101
1985	2,273,150	282,000	63,150	1,928,000
1986	2,173,550	283,650	70,900	1,819,000
1987	2,353,650	295,000	74,650	1,984,000
1988	2,300,071	318,294	65,020	1,916,757
1989	2,352,530	340,595	79,000	1,932,935
1990	2,256,191	339,423	81,383	1,835,385
1991	2,256,145	338,168	81,556	1,826,421
1992	2,176,447	338,168	83,279	1,755,000
1993	2,001,043	338,168	82,875	1,580,000
1994	1,902,862	320,414	81,448	1,501,000
1995	1,754,904	307,401	77,671	1,369,832
1996	1,506,010	295,767	76,001	1,134,242
1997	1,413,665	296,988	76,769	1,039,908
1998	1,175,187	300,902	76,265	798,020
1999	1,175,187	330,745	78,422	766,020

자료: 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 1981~1989.

보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1990~1999.

이태진 외(2010), 『국민기초생활보장제도 10년사』, 보건복지부·한국보건사회연구원

〈표 2-4-6〉 생활보호제도 발전과정

1961	· 「생활보호법」의 제정 · 생계보호 실시 · 생활보호법의 보호내용의 하나로 의료보호가 명기됨
1968	· 취로사업 실시
1974	· 취로사업이 생활보호사업의 보호내용으로 시작
1977	· 의료보호법 제정
1978	· 의료보호 실시
1979	· 생활보호대상자의 중학교재학생 자녀 수업료 지원
1981	· 직업훈련사업 실시
1982	· 「생활보호법」의 1차개정 · 생활보호사업에 교육보호와 자활보호가 추가됨 · 생활보호자를 거택보호자, 시설보호자, 자활보호자로 구분 · 교육보호라는 독립적 프로그램 시행 · 생업자금 융자제도 시행 · 대도시영세민 지방이주사업 실시
1986	· 자활보호 유사자에 대해서 의료부조 실시
1987	· 사회복지전문요원 일선 동사무소에 배치 · 교육보호 대상자를 실업계고등학교 재학생까지 확대
1989	· 영구임대주택 200만호 건설 착수
1990	· 대도시영세민 지방이주사업 폐지
1993	· 직업훈련을 노동부가 일괄담당
1994	· 의료보호자 분류에서 의료부조자를 폐기함 · 취로사업이 지방자치단체로 그 책임 및 관리가 이전
1996	· 차등급여제 도입 · 인문계 고교 수업료지원 · 자활지원센터 제도 도입
1997	· 「생활보호법」의 2차개정
1998	· 「한시적 생활보호사업」 실시
1999	· 국민기초생활보장법 공포(법률 제 6,024호), · 2000년 가구원수별 최저생계비 공표 · 생활보호법 폐지(2000.10.1)

Ⅲ 제3절 | 국민기초생활보장제도

1. 제도개요

기초보장제도는 1961년 이후 시행되던 기존의 생활보호제도를 대체하여 2000년 10월부터 시행되었다. 앞에서 살펴본 것과 같이 기존 생활보호제도는 1961년 생활보호법을 기초로 하여 이후 약 40여년간 우리나라의 대표적인 공공부조제도로서 자리를 차지하고 있었지만, 국가가 저소득 및 취약계층을 위한 시혜적 차원의 제도로서 저소득층을 위해서는 실제적인 혜택이 많이 주어지지 못하였다.

1998년 IMF경제위기를 맞아 실직 및 소득감소로 인해 저소득 및 취약계층의 어려움이 가중되자 기존 생활보호제도를 대체하기 위한 『국민기초생활보장법』(이하 기초법)의 필요성이 민간 및 학계에 의해 제기되었으며, 이를 정부와 국회가 받아들여 1999년 9월에 법안이 국회에서 통과되고 2000년 10월부터 기존의 생활보호제도를 대신하는 「국민기초생활보장제도」가 실시되었다.

생활보호제도가 저소득층 보호를 위한 시혜적 차원의 제도였다면 기초보장제도는 저소득층에 대해 국가책임을 강조하는 제도로서 기초보장수급자의 권리성을 강조하고 사회전체적인 빈곤의 책임을 강조하는 제도이다. 그러나 동시에 자활제도를 둬으로써 수급자들도 빈곤탈피를 위해 노력할 것을 규정하고 있다⁵⁸⁾.

기초보장제도의 세가지 핵심적인 사항으로는 최저생계비(기초법 6조), 소득인정액(기초법 5조), 보충급여제도(기초법 3조)를 들 수 있다(이하에서 설명).

58) 국민기초생활보장법 제1조(목적) 이 법은 생활이 어려운 자에게 필요한 급여를 행하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 조성하는 것을 목적으로 한다.

기초보장제도는 생활보호제도의 거택·자활보호구분과 수급권자 선정시 근로능력여부, 연령, 장애 등의 기준을 폐지하였으며, 1인 기준의 소득 및 재산기준을 소득인정액(2003년부터 시행)이라는 단일한 기준으로 변경하여 소득인정액 이하 가구에 대해서는 수급권을 인정하여 과거 생활보호제도에 비해 수급권자의 범위를 확대하고 선정기준을 과학화·합리화시켰다.

기초보장제도의 수급자로서 급여를 받기 위해서는 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자로서, 개별가구의 소득인정액이 최저생계비 이하에 해당되어야 한다. 그러나 실제 수급자들이 지원받게 되는 금액은 현금급여기준⁵⁹⁾을 기준으로 생계급여를 지급받게 된다.

〈표 2-4-7〉 가구규모별 최저생계비(2012년)

단위: 원

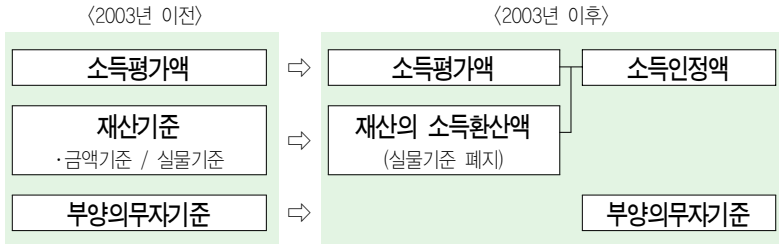
가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인
최저생계비	553,354	942,197	1,218,873	1,495,550	1,772,227	2,048,904	2,325,580

주: 1) 8인 이상 가구 : 1인 증가시마다 276,677원씩 증가
 자료: 보건복지부(2012), 『2012년도 국민기초생활보장사업안내』.

기초보장제도 도입 이후 2002년 12월까지의 개별가구의 소득인정액 대신 소득평가액기준과 재산기준을 이원적으로 적용해 왔으나, 수급자 선정에서의 형평성을 높이고 급여산정을 합리화하기 위하여 소득평가액과 재산기준을 통합한 소득인정액을 산정하여 선정 및 급여기준으로 활용하고 있다.

59) 현금급여기준은 최저생계비에서 현물로 지급되는 의료비·교육비 및 타법령에 의한 지원액을 제외한 금액으로 소득인정액이 전혀 없는 수급자가구가 지급 받을 수 있는 최고금액이다.

[그림 2-4-1] 소득인정액 도입에 따른 수급자 선정기준의 변화(2003년)



자료: 보건복지부(2012), 『2012년도 국민기초생활보장사업안내』.

〈표 2-4-8〉 기초보장제도 10년간 수급자 선정기준별 주요 변화

		1999년 (제정 당시)	2003년 (소득인정액 적용)	2005년 (부양의무자기준 완화)	2007년 이후 (부양의무자기준 완화)
소득 기준		- 소득평가액	- 소득인정액(=소득 평가액+재산의 소득환산액)이 최 저생계비 이하	좌동	좌동
재산 기준		- 재산금액 - 주택 및 농지면적 - 자동차			
부양 의무자 기준	범위 기준	- 직계혈족과 그 배 우자 - 생계를 같이하는 2 촌 이내 혈족	좌동	- 1촌 직계혈족과 그 배우자 - 생계를 같이하 는 2촌 이내 혈 족	- 1촌 직계혈족과 그 배 우자
	판정 기준	부양의무자의 소득 이 부양의무자 가구 최저생계비의 120% 미만, 재산가액이 재 산 선정기준의 120% 미만		좌동	- 부양의무자의 소득이 부양의무자 가구 최 저생계비의 130% 미 만(2006년 시행) - 노인·장애인·한부모 가구의 부양의무자 의 소득이 최저생계 비 185% 미만(2012 년시행)
선정방식		부양의무자기준, 소 득기준, 재산기준을 동시에 충족하는 경 우	부양의무자기준을 만족하고, 소득인정 액이 최저생계비 이 하인 경우	좌동	좌동

자료: 보건복지부(2012), 『2012년도 국민기초생활보장사업안내』.

이태진 외(2010), 『국민기초생활보장제도 10년사』, 한국보건사회연구원.

기초보장제도의 급여수준은 기존 생활보호제도에 비해 향상되었다. 즉, 생활보호제도상의 일률적인 급여지원방법에서 벗어나 보충급여의 원칙을 도입하여 최저생계비와 가구소득의 차액을 지급하는 제도로 변경한 것이다. 또한 급여명칭은 기존의 생계보호, 의료보호 등의 보호라는 의미에서 생계급여, 의료급여 등의 급여라는 변경을 통해 수급권자의 권리를 강조하였다. 급여의 종류로는 기존제도와 동일한 생계급여, 의료급여, 교육급여, 자활급여, 장제급여, 해산급여이외에 주거 및 긴급생계급여를 신설하였다.

2. 국민기초생활보장제도 주요 내용

가. 수급자 선정

1) 수급자 신청

기초보장제도로부터 급여를 지급받고자 하는 사람은 본인이 직접 관할 시장·군수·구청장에게 신청하거나(신청주의, 법21조1), 사회복지전담공무원이 관할지역내에 거주하는 자에 대해 본인 동의하에 직권으로 신청할 수 있도록 하고 있다(직권주의, 법21조2항). 신청인에 의해 관할 기관에 신청이 이루어진 경우, 관할 기관은 소득 및 재산, 부양의무자 조사(법22조)를 실시하고 조사결과에 따른 조사결과(14일 이내)를 신청인에게 통보하도록 되어 있다(법26조). 급여는 가구를 단위로 하여 급여를 지급하는 원칙으로 하되 필요하다고 인정되는 경우에 한해 개인을 단위로 하여 급여를 행하도록 했다(법4조3항).

2) 수급자 선정기준

기초보장제도의 대상자로 선정되기 위해서는 두가지 기준이 적용된다. 첫 번째는 소득인정액이 최저생계비 이하이어야만 되며, 두 번째는 부양의무자기준에 부합되는 경우에 수급자로 선정된다. 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산율을 통해 계산된다. 먼저 소득의 경우 소득평가액이란 개념을 통해 산정하고 있다.

$$\text{소득평가액} = \text{실제소득} - \text{가구특성에 따른 지출요인을 반영한 금품} \\ - \text{근로활동을 통해 얻은 소득에 대한 공제액}$$

가구특성에 따른 지출요인을 반영한 금품에는 기초노령연금의 일부급여, 장애(아동)수당, 아동양육비, 소년소녀가장 지원금, 자신의 소득에서 지출하고 있는 중고등학생의 수업료 및 입학금, 국민연금의 본인부담분(50%) 등이 포함된다.

〈표 2-4-9〉 근로소득 공제율

단위: %

구 분	공 제 율
장애인이 직업재활사업에 참여하여 얻은 소득	50
자활공동체에 참가하여 얻은 소득	30
학생이 얻은 근로소득 및 사업소득	30
자활근로(근로유지형 제외)에 참가하여 얻은 소득	30
행정기관 및 공공기관의 행정인턴에 참가하여 얻은 소득	10

자료: 보건복지부(2012), 『2012년도 국민기초생활보장사업안내』.

재산의 소득환산액은 재산의 종류별 가액에 기본재산액과 부채를 감한 금액에 재산의 종류별 환산율을 곱하여 계산한다. 재산가액의 선정기준은 현재의 “시가”를 기준(시행규칙 3, 4조)으로 하게 되며

재산의 종류에는 일반재산, 금융재산 및 승용차 등이 있다⁶⁰⁾. 기본 재산액의 경우에는 보장가구의 기초생활유지에 필요하다고 인정되는 금액에 대해서는 복지부장관이 고시하는 금액을 공제하도록 되어 있다.

〈표 2-4-10〉 기본재산액(2012년)

단위: 만 원

구분	대도시	중소도시	농어촌
2012	5,400	3,400	2,900
부양의무자가구	13,300	10,850	10,150

자료: 보건복지부(2012), 『2012년도 국민기초생활보장사업안내』.

재산의 소득환산율은 일반재산의 경우 지역별 전세가격 등 재산 수준, 신규수급자 규모 등을 감안하여 기초공제액을 초과하는 일반 재산의 환산율은 월 4.17%를 적용하고 있으며, 금융재산의 경우에는 현금화가 쉽다는 점을 감안하여 월 6.26%의 환산율을 적용하고 있다. 단 승용차의 경우에는 100%를 적용한다.

부양의무자 기준이란 부양의무자가 존재하고 그 부양의무자가 부양능력이 있는 가구는 수급권자의 범위에 해당하지 않는 것을 의미한다.

①부양의무자가 없는 경우, ②부양의무자가 있어도 부양능력이 없는 경우, ③부양의무자의 부양능력이 미약한 경우로서 수급권자에 대한 부양비 지원을 전제로 부양능력이 없는 것으로 인정되는

- 60) 가) 일반재산: 건축물, 토지, 주택·상가 등에 대한 임차보증금, 선박, 기타 가축·종묘 등 100만 원 이상의 동산과 지방세법에 의한 자동차(제196조의2) 중 일부
 나) 금융재산: 조사대상 가구의 가구원 명의의 현금, 수표, 어음, 주식, 국·공채 등 유가증권, 예금, 적금, 부금, 저축성 보험 및 금전신탁 등과 생활준비금 300만 원, 3년 이상 장기금융저축(1가구 1통장 연 300만 원 한도), 임대보증금은 공제
 다) 승용차: 지방세법에 의한 자동차(제196조의2) 중 일반재산에 해당되지 않는 자동차

경우, ④부양능력이 있는 부양의무자가 있어도 부양을 받을 수 없는 경우 중 하나라도 해당하면 부양의무자 기준을 충족하는 것으로 보고 있다. 부양의무자의 범위는 2005년 12월 법개정을 통해 2007년부터는 수급권자의 배우자, 수급권자의 1촌이내의 직계혈족(부모, 아들·딸 등), 수권권자 1촌의 직계혈족의 배우자(며느리, 사위 등)로 범위가 축소되었다.

〈표 2-4-11〉 부양능력 판정기준(2012년)

부양능력	소득 및 재산기준
부양능력 없음	- 부양의무자 가구소득 < $B \times 130\%$ 그리고 - 부양의무자 금융재산이 2억 원 미만(생활공제금(300만 원), 금융부채공제) 그리고 - 부양의무자 가구재산의 소득환산액 < $(A+B) \times 42\%$
부양능력 미약 ²⁾	- $B \times 130\% \leq$ 부양의무자 가구소득 < $(A+B) \times 130\%$ (노인·한부모·장애인가구의 부양의무자는 185% 미만) 그리고 - 부양의무자 가구재산의 소득환산액 < $(A+B) \times 42\%$
부양능력 있음	- 부양의무자 가구소득 $\geq (A+B) \times 130\%$ (노인·한부모·장애인가구의 부양의무자는 185% 미만) 또는 - 부양의무자 가구재산의 소득환산액 $\geq (A+B) \times 42\%$

주: 1) A는 수급권자 가구의 최저생계비, B는 부양의무자 가구의 최저생계비

2) 부양의무자에게 일정한 부양비를 부과하는 것을 전제로 함. 부양능력미약으로 판정된 부양의무자의 경우 수급권자와의 관계에 따라 상이한 부양비가 부과됨.

3) 42%의 의미: 1999년도 4인가구 재산기준(3,200만 원)의 120%(3,840만 원)에 대하여 월 1% 이자율을 가정할 경우 발생하는 월소득 384천 원과 4인가구 최저생계비(93만 원)와의 비율

자료: 보건복지부(2012), 『2012년도 국민기초생활보장사업안내』.

나. 급여

1) 급여의 원칙

기초보장제도를 통해 지급받게 되는 급여는 생계급여, 주거급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 의료급여 및 자활급여로 총 7개의 급여를 제공받게 된다. 기존 생활보호제도와 달리 기초보장제도는 급

여를 지급함에 있어 몇 가지 원칙을 지니고 있으며, 그 내용을 보면 최저생활보장, 보충급여, 자립지원, 개별성, 가족부양 우선, 타급여 우선, 보편성의 원칙을 두고 있다.

- 최저생활보장의 원칙: 생활이 어려운 자에게 생계·주거·의료 등 필요한 급여를 행하여 이들의 최저한의 생활을 보장
- 보충급여의 원칙: 급여수준을 생계·주거·의료·교육 급여액과 수급자의 소득인정액을 포함한 총금액이 최저생계비 이상이 되도록 보장
- 자립지원의 원칙: 근로능력 있는 수급자에게는 자활사업에 참여할 것을 전제로 급여 지급
- 가족부양 우선의 원칙: 급여신청자가 부양의무자에 의해 부양 받을 수 있을 경우 급여에 우선하여 부양의무자에 의한 보호가 먼저 행해져야 함.
- 타급여 우선의 원칙: 급여신청자가 다른 법령에 의하여 보호를 받을 수 있는 경우에는 기초생활보장 급여에 우선하여 다른 법령에 의한 보호가 먼저 행해져야 함.
- 보편성의 원칙: 수급자가 될 수 있는 국민은 성별·직업·연령·교육수준·소득원 기타 이유로 수급권을 박탈하지 못함.

2) 급여 종류⁶¹⁾

국민기초생활보장법에서는 7종의 급여를 보장하고 있다. 즉 생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 자활급여를 받을 수 있도록 하고 있다.

61) 보건복지부, 수급자현황 및 사업안내 내용정리

먼저 생계급여는 일반수급자를 대상으로 하는 생계급여와 일정한 조건을 전제로 급여를 지급하는 조건부 생계급여로 구분된다. 일반수급자를 대상으로 하는 생계급여는 의료·교육·자활급여의 특례자, 에이즈쉼터·노숙자쉼터 및 한국법무보호복지공단시설 거주자 등 국가 또는 지방자치단체로부터 생계를 제공받는 자를 제외한 모든 수급자를 대상으로 하고 있으며, 수급자에게 의복·음식물 및 연료비, 기타 일상생활에 기본적으로 필요한 금품을 지급하고 있다. 이때 지급되는 급여는 수급자 소득인정액과 가구별 최저생계비의 차액을 각종 급여로 지원하는 보충급여제도를 통해 지원하게 된다.

생계급여의 급여수준은 정부에서 정한 최저생계비에 타법지원액을 제외한 현금급여기준과 본인의 소득인정액을 제외한 금액을 지급하게 된다(보충성의 원칙).

〈표 2-4-12〉 최저생계비 및 현금급여기준(2012년)

단위: 원

구 분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구
최저생계비(A)	553,354	942,197	1,218,873	1,495,550	1,772,227	2,048,904	2,325,580
타 지원액(B)	100,305	170,789	220,941	271,093	321,245	371,398	421,549
현금급여기준 (C=A-B)	453,049	771,408	997,932	1,224,457	1,450,982	1,677,506	1,904,031
주거급여액(D)	87,656	149,252	193,079	236,908	280,736	324,563	368,392
생계급여액 (E=C-D)	365,393	622,156	804,853	987,549	1,170,246	1,352,943	1,535,639

주: 1) 8인 이상 가구의 최저생계비 : 1인 증가시마다 276,677원씩 증가

2) 8인 이상 가구의 현금급여기준 : 1인 증가시마다 226,525원씩 증가

자료: 보건복지부(2012), 『2012년도 국민기초생활보장사업안내』.

기초보장제도는 생활보호와 달리 생계급여를 지급함에 있어 경제위기와 같은 긴급한 위기상황 또는 가정내 갑자기 발생하는 어려움

에 대한 지원을 위해 별도의 긴급생계급여를 두고 있다. 즉 일반 생계급여를 지급하기 위한 절차에 시간이 소요됨에 따라 이를 지원하기 이전에 긴급히 생계급여를 하여야 할 필요가 있는 경우 시·군·구청장의 직권에 의해 생계급여를 지원하도록 하고 있다. 긴급생계급여의 지원대상자는 ① 주소득원의 사망, 질병, 부상, 사고, 사업부도·파산 등으로 생계유지가 어려운 경우, ② 부 또는 모의 가출, 행방불명 등으로 갑자기 생계유지가 어려운 경우, ③ 천재지변, 화재 등으로 재산·소득상의 손실이 발생하여 갑자기 생계유지가 어려운 경우, ④ 기타 거주지외의 지역에서 거주하고 있으나 소득이 없어 생계유지가 어려운 경우 등, ⑤ 기타 시장·군수·구청장이 긴급생계급여가 필요하다고 인정하는 경우 등을 두고 있다. 긴급생계급여의 급여수준은 최저생계비 중 식료품비(37.7%)에 해당하는 다음 금액을 지급(12년 기준)하고 있다⁶²⁾.

일반 생계급여와 달리 생계급여를 받기 위해 일정한 조건이 필요한 급여를 조건부 생계급여라 한다. 이는 기존 생활보호제도에서는 인구학적 기준에 따라 18세 이상 60세 미만의 대상은 생계보호를 받을 수 없었지만, 기초보장제도에서는 위와 같은 연령기준이 폐지됨에 따라 모든 수급대상자가 급여를 받을 수 있게 되었다. 그러나 위와 같은 조치로 인해 근로능력이 있는 청장년층이 일을 하지 않고 급여에 의존하게 되는 빈곤의 함정에 빠질 수 있는 문제가 있어 조건부 수급을 전제로 근로능력자에게 생계급여를 지급하도록 하고

62) <표> 긴급생계급여 수준(2012)

가구규모	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구
지급액(원)	208,802	355,528	459,929	563,330	668,731	773,132	877,533

주: 1) 8인 이상 가구는 가구원 1인 추가시 104,410원 추가지급

자료: 보건복지부(2012), 『2012년도 국민기초생활보장사업안내』.

있다. 조건부 수급자가 생계급여를 지급받기 위해서는 정부가 정한 자활지원계획에 따라 자활에 필요한 사업에 참가할 것을 조건으로 생계급여를 지원하고 있다. 위와 같은 조건을 이행하지 않은 경우에는 생계급여가 중지되며, 이때 수급자 가구 전체의 생계급여가 제외되는 것은 아니며, 조건을 불이행한 조건부 수급자 당사자 만의 급여가 제외되고 나머지 가족에 대한 급여는 계속 지급받을 수 있도록 하고 있다.

기초보장제도의 급여제도에서 신설된 것은 주거급여제도와 할 수 있다. 저소득층이 단순히 생계비만을 가지고서는 탈빈곤 및 탈수급에 한계가 있으며 무엇보다 주거안정이 중요하다는 측면에서 기초보장제도에서는 새롭게 주거급여제도를 도입하여 수급자들에게 이를 제공하고 있다. 주거급여는 우선적으로 수급자에게 주거안정에 필요한 임차료, 유지수선비 등을 지급하고 있으며, 주거급여와 생계급여에 포함된 주거비를 통하여 최저주거를 보장받는 것을 목적으로 한다. 단, 주거급여가 불필요하거나(시설수급자 등), 타법령 등에 의하여 주거를 제공하고 있는 수급자에 대해서는 주거급여를 제공하지 않고 있다⁶³⁾.

주거급여의 급여수준은 기존 정액급여에서 가구별 0원~최저주거비까지 정률급여로 지급하고 있다.

가구별 생계급여액 + 주거급여액 = 현금급여기준액 - 가구의 소득인정액 (80.652%) (19.348%) (100%)

63) 주거급여를 받고 있지 않는 제외대상자는 다음과 같다.

- 의료·교육·자활급여 특례수급자
- 보장시설에 거주하는 수급자
- 국가 및 지방자치단체가 운영비를 지원하는 ‘노숙자 쉼터’ 및 ‘법무부 산하 한국 법무보호복지공단시설’에 거주하는 수급자
- 의료기관에 3개월 이상 입원한 1인 가구로서 무료임차자 또는 주거가 없는 자
- 기타 에이즈쉼터 거주 수급자

〈표 2-4-13〉 주거급여 한도액(2012년)

단위: 원/월

가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인
최저생계비	553,354	942,197	1,218,873	1,495,550	1,772,227	2,048,904	2,325,580
주거급여 한도액	87,656	149,252	193,079	236,908	280,736	324,563	368,392

주: 1) 주거급여 한도액은 가구별 최저주거비(최저생계비의 15.84%)

또한 저렴한 비용으로 자가가구 등의 주거환경을 개선하고, 수급자가 참여하는 ‘집수리도우미사업’을 활성화하기 위하여 주거현물급여를 제공하고 있다(단, ‘자가가구’에 해당하진 않지만 수선 및 점검 서비스가 필요한 가구에 대해서도 지급 가능).

주거급여의 현금급여는 “자가가구 등”에 해당하는 수급자에게 가구별 현물급여액에 해당하는 금액을 차감한 나머지를 주거 현금급여로 지급하고 있다.

〈표 2-4-14〉 주거 현물급여 기준액(2012년)

단위: 원/월

가구수	1인	2인	3인	4인	5인
현물급여	26,000	45,000	58,000	71,000	84,000

주: 1) 8인 이상 가구는 1인 증가시 13,000원 추가

주거급여는 주거 현금급여 이외에 자가보유자들의 주거환경을 개선하고, 최저주거기준 이상에서 생활이 가능하도록 주거현물급여를 함께 지원하고 있다. 현물급여는 수급자가 참여하는 ‘집수리도우미사업’을 활성화하기 위한 목적도 있다. 주거현물급여는 3년에 1회 기준으로 수선수요가 발생하는 것으로 간주하여, 즉 대상가구당 3년에 1회 이상 현물주거급여를 실시하는 것을 원칙으로 하되, 불필

요한 경우는 제외하고 있다.

교육급여는 수급자 가구의 가구원중 초·중·고에 다니는 학생을 대상으로 하는 것으로 수급자중 중·고등학교에 입학 또는 재학하는 자 및 동등학력이 인정되는 각종학교, 평생교육법에 의한 평생교육시설의 학습에 참가하는 자에게 입학금·수업료·교과서대·학용품비 등을 지원하는 것이다.

해산급여는 수급자 가구의 산모에 대해 분만전과 분만후의 필요한 조치와 보호를 위해 수급자가 출산한 경우 해산비를 지급하는 것으로 출산여성에게 1인당 20만 원을 현금으로 지급하고 있다(추가 출생영아 1인당 10만 원 추가지급).

장제급여는 수급자가 사망한 경우 사체의 검안·운반·화장 또는 매장 기타 장제조치를 행하는데 필요한 금품을 지급하는 것으로 실제로 장제를 행하는 자에게 지급하고 있다. 급여는 근로능력이 없는 자로만 구성된 가구는 구당 50만 원, 근로능력이 있는 가구원이 있는 경우는 구당 40만 원을 현금으로 지급하며, 다만, 금전지급이 적당하지 아니하다고 인정되는 경우 물품도 지급 가능하다.

자활급여는 수급자들의 빈곤의 함정에 빠지지 않고 탈빈곤 및 탈수급 할 수 있도록 지원하는 제도라 할 수 있다. 즉, 자활사업을 통해 근로능력이 있는 저소득층이 스스로 자활할 수 있도록 자활능력을 배양하고, 기능습득 지원 및 근로기회를 제공하고 있다. 여기서 자활급여란 수급자들이 자활사업에 참여시 지원되는 각종 사업들에서 얻는 소득 등을 의미한다.

자활사업의 대상자는 조건부수급자, 자활급여특례자, 차상위계층이 참여하고 있다. 여기서 조건부수급자는 근로능력이 있는 수급자 가운데 자활사업 참여를 조건으로 생계급여를 지급받는 수급자를

말한다. 자활급여특례자는 자활근로, 자활공동체, 자활취업촉진사업 등 자활사업에 참여하여 발생한 소득이 소득인정액 선정기준을 초과한 수급자이며, 차상위계층은 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 자를 의미한다.

〈표 2-4-15〉 사업별 특성

구분	특징	비고
업그레이드형	시장진입형	투입예산의 20% 이상 수익금 발생, 일정기간 내 자활공동체 창업을 통한 시장진입 가능
	사회적 일자리형	수익성은 떨어지나 사회적으로 유용한 일자리 제공, 자활능력 배양 후 시장진입 지행(사업단 및 도우미 형태)
	인턴형	노동시장에서 자활인턴으로 근로하면서 기술 및 경력을 쌓아 취업유도, 자활인턴을 자활근로 사업으로 간주
근로유지형		근로능력 및 자활의지 유지하면서 향후 상위 자활사업 참여 준비(지자체 직접시행, 1일 5시간·주 4일 원칙)
		전체 자활근로사업의 35%(09년 기준 30%) 미만으로 추진

자료: 김태완 외(2011), 『기초생활보장제도 생계보장 평가 및 정책방향』, 연구10-13, 한국보건사회연구원.

자활사업 프로그램은 디딤돌사업과 자활근로사업을 축으로 하고 있으며, 디딤돌사업(사회적응 프로그램)은 자활의욕을 회복시키기 위해 정신건강 관련 전문상담, 치료 서비스 제공, 근로의욕고취 및 사회적응 교육, 지역연계 활동 등을 의미한다.

의료급여는 기초보장수급자 모두에게 지급되며, 수급자의 질병·부상·출산 등에 대해 지원하고 있다. 의료급여의 경우 급여일수 상한제가 시행되어 수급권자 1인당 연간급여를 받을 수 있는 급여일수를 365일(윤년 366일)로 제한하되, 의료급여일수 연장승인제도를

통해 필요시 급여일수 연장가능하도록 하고 있다(다만 정신 및 행동 장애, 뇌성마비 및 마비성증후군 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환을 가진 자에 대하여는 상한일수에 30일을 추가한 일수를 상한일수로 함.). 수급자가 의료급여를 받고자 할 경우에는 반드시 의료급여증과 신분증 등을 의료급여기관에 제출하여야 한다.

3) 급여원칙으로 살펴볼 수 있는 문제

급여와 관련되어 나타날 수 있는 사항은 보충성의 원칙과 자립지원의 원칙이라 할 수 있다. 두 원칙은 기초보장제도에서 중요한 원칙중 하나이고 서로 밀접한 연관성을 지니고 있다. 수급자가 되었더라도 본인의 노력이나 부양의무자 등의 지원을 통해 탈빈곤할 수 있도록 유도하고자 하는 것이 자립지원의 원칙이라 할 수 있다. 그러나 실제로 수급자들의 경우 지역사회활센터 혹은 기타 사업체 등에서 일을 하게 되는 경우 보충성의 원칙에 따라 소득이 늘어난 만큼 급여가 삭감된다. 비록 일부 근로소득에 대한 공제를 통해 수급자들이 일을 할 수 있도록 유도하고 있지만, 제도를 정확히 인지하고 있는 수급자들의 경우에는 급여가 줄어드는 것을 막기 위해 일을 하지 않거나, 일을 하더라도 신고하지 않는 경향을 보이고 있다.

이와 같은 현상은 기초보장제도 초기부터 문제제기가 이루어져 왔으나 제도가 안정화되면서 더욱 고착화되는 경향이 있으며, 궁극적으로 탈빈곤을 유도할 수 없다는 문제점을 지니고 있다.

3. 국민기초생활보장제도 주요 현황 및 한계

기초보장제도 수급자들의 수급추이를 살펴보면, 2000년 제도 도입 초기에는 전체 수급자는 약 148만 명으로 이중 일반수급자는 141만 명, 시설수급자는 6만 9천 명이었다. 생활보호제도의 자활보호제도는 폐지됨에 따라 148만 명 전체 수급자가 생계급여의 수급 대상자가 되었다. 이후 2000년대 초반에는 수급자 규모가 135만 명(2002)까지 감소하였으나, 2004년 이후 부양의무자 기준 등 선정기준의 완화에 따라 수급자규모가 다시 증가하였다. 2010년에는 약 155만 명으로 제도 도입 초반에 비해 약 7만 여 명이 증가하였다. 전체 인구 대비 수급률을 보면 2001년 전인구 대비 3.0%에서 2010년에는 3.1%으로 소폭의 증가만 있었다. 시설수급자는 제도도입 초기 약 7만 6천 명에서 지속적으로 증가하여 2005년 약 8만 8천 명으로 가장 많은 규모를 보였으며, 이후 감소하다 2010년 약 9만 2천 명으로 증가하였다.

위와 같은 수급자 규모의 변화는 2012년 부양의무자기준이 일부 완화됨에 따라 수급자가 늘어날 수 있지만 반면에 새로운 복지전망인 사회복지통합관리망(2010)에 따른 조사체계의 변화로 인한 수급감소 요인이 함께 존재하고 있다.

비록 기초보장제도가 생활보호에 비해 완화된 기준에 의해 제도를 운영하고 있지만 여전히 선정기준(부양의무자 및 소득인정액기준)으로 인해 많은 빈곤층이 수급 받을 수 있는 기회를 얻지 못하고 있다⁶⁴⁾.

64) 기초보장제도 사각지대의 규모는 소득인정액기준으로 2010년 기준 약 119만 명정도에 이르고 있는 것으로 추정되었다(이태진 외 2011).

〈표 2-4-16〉 기초생활보장수급자 연도별 추이(2000~2010년)

단위: 호, 명, %

구분	총수급자		일반수급자		시설수급자	수급률(%)
	인원	가구	인원	인원	인원	
1999	1,483,000 (540,000) ¹		1,414,000	69,000		·
2000	10월 전		1,444,000	76,000		·
	10월 후	1,488,874	688,354	1,412,473	76,401	·
2001	1,419,995	698,075	1,345,526	74,469		3.00
2002	1,351,185	691,018	1,275,625	75,560		2.84
2003	1,374,405	717,861	1,292,690	81,715		2.87
2004	1,424,088	753,681	1,337,714	86,374		2.96
2005	1,513,352	809,745	1,425,684	87,668		3.14
2006	1,534,950	831,692	1,449,832	85,118		3.18
2007	1,549,848	852,420	1,463,140	86,708		3.20
2008	1,529,939	854,205	1,444,010	85,929		3.15
2009	1,568,533	882,925	1,482,719	85,814		3.22
2010	1,549,820	878,799	1,458,198	91,622		3.1

주: 1) 생계비 지원대상인 거택보호와 시설보호 합계

수급률 = 총수급자 수/통계청 장래인구추계 기준 연도별 총인구 × 100

자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각 년도.

전체수급자를 연령대별로 살펴보면, 제도 도입 초기에는 십대(0~9세)의 규모가 약 12만 명(8.7%)에서 2010년에는 8만 3천 명(5.7%)로 비중이 점진적으로 감소하고 있다. 반면에 40~64세 또는 65세 이상의 경우 2001년 각각 41만 명(30.57%), 33만 명(24.84%)에서 2010년에는 51만 명(34.97%), 39만 명(26.83%)으로 증가하고 있다. 점차적으로 기초보장수급자의 연령대가 고령화되고 있다는 점에서 장년 및 노년층이 수급에서 탈피할 수 있도록 하는 방안과 더불어 안정적으로 생활을 유지하기 위한 정책들이 동시에 추구되어야 하는 어려움이 있다⁶⁵⁾.

〈표 2-4-17〉 연령별 일반수급자 연도별 추이

단위: 명

구분	0~4세	5~9세	10~19세	20~39세	40~64세	65세 이상	계
2001	34,549	82,903	277,658	204,810	411,334	334,272	1,345,526
2002	29,266	77,288	258,689	154,653	396,318	329,251	1,275,625
2003	29,287	79,755	257,477	182,411	403,233	340,527	1,292,690
2004	30,641	82,724	268,980	184,680	418,341	352,348	1,337,714
2005	32,015	87,408	293,715	193,753	451,136	367,658	1,425,684
2006	30,757	85,431	306,072	189,666	464,311	373,595	1,449,832
2007	29,405	79,163	310,662	184,567	473,186	386,157	1,463,140
2008	27,073	70,251	308,009	176,462	480,165	382,050	1,444,010
2009	28,338	65,428	315,207	180,140	505,759	387,847	1,482,719
2010	27,106	56,051	301,001	172,868	509,958	391,214	1,458,198

자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각 년도.

수급가구의 형태를 가구유형별로 살펴보면, 먼저 노인세대는 제도도입 초기 약 23만 7천 가구에서 2010년 약 24만 4천 가구로 크게 늘어나지 않은 반면에 모자세대 및 장애인세대는 노인세대와 비교시 많이 증가한 것을 볼 수 있다. 모자세대는 2001년 7만 가구에서 2010년 약 8만 6천 가구로 장애인세대는 10만 세대에서 2010년 17만 3천 세대로 각각 22.5%, 72.8%로 크게 증가하였다. 또한 모자세대 못지 않게 일반세대의 경우도 2001년 대비 2010년 약 34.2%가 증가하였다.

- 65) 기초보장수급자의 연령대가 고령화되는 또 다른 이유로 베이버부머세대(55~63년생)의 은퇴를 들 수 있다. 이들 세대는 빠른 산업화로 인해 충분한 노후준비를 하지 못한 상태이며, 시기적으로 2000년대의 경제위기를 겪으면서 조기퇴직, 상시구조조정의 피해를 직접적으로 겪은 세대라 볼 수 있다. 따라서 이들 세대가 계속적으로 퇴직하면서 노후준비가 불충한 사람들의 일부는 기초보장제도로 들어올 가능성이 높다.

〈표 2-4-18〉 가구유형별 수급자 연도별 추이

단위: 호

구분	노인세대	소년소녀 가장세대	모자세대	부자세대	장애인세대	일반세대	기타	합계
2001	237,443	13,613	70,152	19,128	100,313	217,462	39,964	698,075
2002	235,893	13,638	65,132	17,289	104,009	216,645	38,412	691,018
2003	238,790	13,932	66,636	17,158	112,987	230,827	37,531	717,861
2004	240,030	14,387	70,951	17,916	123,418	249,393	37,586	753,681
2005	244,565	14,823	77,985	19,450	136,892	276,227	39,803	809,745
2006	242,470	14,713	81,189	19,963	144,747	288,945	39,665	831,692
2007	245,935	14,475	82,920	19,934	154,066	294,872	40,218	852,420
2008	243,132	14,276	82,880	19,744	162,527	291,680	39,966	854,205
2009	244,529	13,533	86,961	21,115	171,330	302,202	43,255	882,925
2010	243,708	11,565	85,970	20,879	173,322	291,774	51,581	878,799

자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각 년도.

이하에서는 기초보장제도가 지니고 있는 당면 문제들에 대해 살펴보고자 한다. 여기서는 사각지대와 최저생계비에 대한 논의를 살펴보고자 한다. 기초보장제도의 주요한 축인 보충성의 원칙에 대한 사항은 앞에서 이미 살펴보아서 여기서는 제외하고자 한다.

첫 번째는 많은 연구들에서 지적되고 있는 기초보장제도의 사각지대 문제이다. 기초보장제도의 지원대상자는 앞에서 살펴본 것과 같이 제도의 선정기준 변화에 따라 수급자 규모의 변화가 나타나고 있지만 큰 측면에서는 수급자규모 변화는 크지 않다. 이와 같은 이유는 우선적으로 선정기준의 문제를 들 수 있다. 이미 앞에서 설명한 것과 같이 기초보장제도 선정기준중 하나인 부양의무자 기준은

제도 도입 이후 여러 차례 제도적 완화를 보였지만, 여전히 빈곤층이 수급자로 선정되지 못하는 강력한 기준으로서 작동하고 있다.

사각지대 규모에 대해 간단히 살펴보면⁶⁶⁾, 2003년, 2006년 및 2009년 사이 장애인가구, 노인가구의 경우에는 실제 소득인정액 기준 빈곤율보다도 낮은 기초보장제도의 수급율을 보이고 있다. 단지 일반가구의 경우에도 2003년과 2006년에는 약 3%와 2.5% 정도의 수급차이를 보이고 있었지만 2009년에는 다소 감소된 것을 확인할 수 있다.

〈표 2-4-19〉 기초보장제도의 가구유형별 사각지대

단위: %

구분		소득인정액 기준 빈곤율(A)	가구유형별 수급율(B)	사각지대(A-B)
2003년	장애인가구 ²	27.59	8.66	18.93
	노인가구	28.89	12.01	16.88
	한부모가구	24.98	7.60	17.38
	일반가구	5.14	2.20	2.94
2006년	장애인가구 ²	26.09	7.44	18.65
	노인가구	36.23	10.51	25.72
	한부모가구	21.67	8.61	13.06
	일반가구	5.60	3.13	2.47
2009년	장애인가구 ²	28.89	8.02	20.87
	노인가구	32.56	9.34	23.22
	한부모가구	21.94	7.701	14.24
	일반가구	3.59	3.26	0.33

주: 1) 2010년 자료를 기초로 함

2) 장애인가구는 2000년, 2005년과 2008년 장애인실태조사를 기초로 함. 따라서 추정에 있어 시차가 발생하고 있음

자료: 김태완 외(2011), 『기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 모형 개발연구』, 한국보건사회연구원

66) 동 분석은 한국보건사회연구원에서 최저생계비 계측을 위해 진행한 「국민생활실태 조사」의 통계자료를 이용하여 재분석한 것이다.

이와 같은 결과는 최근 연구인 이태진 외(2011)의 연구에서도 비슷한 양상을 보이고 있어 기초보장제도의 사각지대 문제가 저소득층의 생활안정을 위해 중요한 사항임을 알 수 있다.

두 번째는 최저생계비의 계측방식과 수준에 대한 논쟁이다. 아래 표에서 살펴보면 최저생계비 수준은 계측연도를 제외하고는 비계측년도에는 소비자물가상승률에 기초하여 증가하고 있다. 이를 기초로 4인가구의 평균소득과 중위소득과의 비율을 보면 2003년에는 평균소득대비 35.6%에서 감소하다 계측연도에 다시 상승하는 양상을 보이고 있다. 최종적으로 2010년에는 33.7%이었으며, 중위소득을 기준으로 한 경우도 비슷한 양상을 보이고 있다.

〈표 2-4-20〉 최저생계비 상대적 비율(4인·전가구·경상소득)

단위: 원, %

구분	최저생계비		평균소득			중위소득		
	금액	상승률 ¹	금액	상승률 ¹	비율 ²	금액	상승률 ¹	비율 ²
2003	1,019,411	3.0	2,862,612		35.6	2,631,363		38.7
2004	1,055,090	3.5	3,065,831	7.1	34.4	2,791,565	6.1	37.8
2004 (계측치)	1,103,235	8.2	3,065,831		36.0	2,791,565		39.5
2005	1,136,332	7.7	3,195,676	4.2	35.6	2,952,347	5.8	38.5
2006	1,170,422	3.0	3,373,814	5.6	34.7	3,094,784	4.8	37.8
2007	1,205,535	3.0	3,588,392	6.4	33.6	3,258,613	5.3	37.0
2007 (계측치)	1,232,569	5.3	3,588,392		34.3	3,258,613		37.8
2008	1,265,848	5.0	3,790,649	5.6	33.4	3,384,660	3.9	37.4
2009	1,326,609	4.8	3,838,385	1.3	34.6	3,466,735	2.4	38.3
2010	1,363,091	2.8	4,049,334	5.5	33.7	3,646,387	5.2	37.4

주: 1) 지표별 전년대비 상승률

2) 지표별 대비 최저생계비 비율

자료: 김미곤·여유진 외(2010), 통계청(각년도), 가계동향조사 원시자료

이와 같이 최저생계비의 수준이 변동하는 것을 방지하기 위한 방안으로 현재와 같은 절대적 방식의 최저생계비 계측을 상대적 방식으로 전환하는 것들이 논의되기도 한다. 하지만 상대적 방식의 경우에도 그 수준을 어디에서 결정해야 하는지에 대한 사회적 합의가 필요하다는 점에서 또 다른 논쟁을 발생하는 문제가 있다⁶⁷⁾.

〈표 2-4-21〉 국민기초생활보장제도 도입 및 발전과정

1999	· 국민기초생활보장법 공포(법률 제 6,024호) · 2000년 가구원수별 최저생계비 공표
2000	· 3~4월 국민기초생활보장제도 모의적용 사업 · 5~7월 소득 및 재산조사 실시 · 10월 국민기초생활보장제도 시행 ※ 주거, 자활 및 긴급생계급여제도의 도입 · 2001년 가구원수별 최저생계비 공표
2001	· 소득인정액 및 근로소득공제제도 시범사업 실시 · 2002년 가구원수별 최저생계비 공표
2002	· 2003년 가구원수별 최저생계비 공표
2003	· 소득인정액 실시
2005	· 부양의무자기준 완화(1촌이내의 직계혈족, 부양비 상향조정(120→130%))
2007	· 새울복지행정시스템 개통
2008	· 기초보장제도 예산 중앙 및 지방정부 부담비율 차등화 · 부양의무자기준 완화(수급자 기본재산액 2.5배→3.5배, 부양비 인해(아들인 경우 40%→30%, 수급자 이자소득폐지, 장기저축 공제액 인산(600→900만 원))
2009	· 재산의 기본재산액 상향(대도시: 3,800→5,400만 원, 중소도시 3,100→3,400만 원) · 한시생계보호 실시(장애인, 노인 등 취약계층 40만 8천 가구)
2010	· 사회복지통합관리망(행복e음) 개통
2012	· 장애인, 노인 한부모가구의 부양의무자기준 완화(부양비 상향조정(130→185%))

67) 이외에 기초보장제도의 현안으로 대두될 수 있는 이슈로는 지역별·가구유형별 최저생계비, 급여체계 개선, 자활사업에 대한 개편 등을 들 수 있다. 이들 문제는 2010년 보건복지부와 관련 연구자들이 함께 모여 「빈곤정책제도개선기획단」을 꾸려 논의가 진행되어오고 있다. 향후 위와 관련 연구결과가 나오면 별도의 연구들을 통해 다시 한 번 살펴보고자 한다.

참고문헌

- 김미곤(2012). 최저생계비 쟁점 및 정책과제. 「이슈&포커스」, 124호. 한국보건사회연구원.
- 김미곤(2009). 국민기초생활보장법 제정 10년의 성과와 과제. 「이슈&포커스」, 2호. 한국보건사회연구원.
- 김미곤(2005). 국민기초생활보장제도 시행 5주년 평가. 「보건복지포럼」, 10월(108호). 한국보건사회연구원.
- _____(1999). 국민기초생활보장법 제정. 「보건복지포럼」, 10월(37호). 한국보건사회연구원.
- 김미곤 외(2004). 2004년 최저생계비 계측조사 연구. 한국보건사회연구원.
- 김미곤 외(2001). 소득인정액 시범사업에 관한 연구(제1차년도). 한국보건사회연구원.
- 김미곤 외(2001). 2001년 최저생계비 및 재산기준에 관한 연구. 한국보건사회연구원.
- 김미곤 외(2000). 국민기초생활보장법 시행방안에 관한 연구 I. 한국보건사회연구원.
- 김태완 외(2011). 기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 모형 개발 연구. 연구11-22. 한국보건사회연구원.
- 김태완 외(2010). 기초생활보장제도 생계보장 평가 및 정책방향. 연구 10-13. 한국보건사회연구원.
- 박능후(1998). 기초보장제도의 역사적 발전과정과 함의. 「보건사회연구」, 20권(2호), pp1-47. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부. 보건복지백서. 각년도.
- _____. 생활보호 사업안내. 각년도.
- _____. 국민기초생활보장사업 안내. 각년도.

_____. 보건복지통계연보. 각년도.

여유진·김미곤 외(2007). 2007년 최저생계비 계측조사 연구. 한국보건사회연구원.

이태진 외(2011). 빈곤정책선진화를 위한 실태조사 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원(미발간).

이태진 외(2010). 국민기초생활보장제도 10년사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

정구필(1994). 생활보호제도의 운용실태와 개선방안에 관한 연구. 서울대 석사.

한국보건사회연구원(2008). 기초생활보장제도 개편방안에 대한 정책토론회. 2008. 4.

제3부

의료보장과 사회서비스제도

제1장 의료제도

제2장 의료보장

제3장 노인장기요양보험

제4장 고령자 및 장애인복지서비스

제5장 아동 및 보육 서비스

제6장 주택 및 주거서비스

제 1 장

의료제도

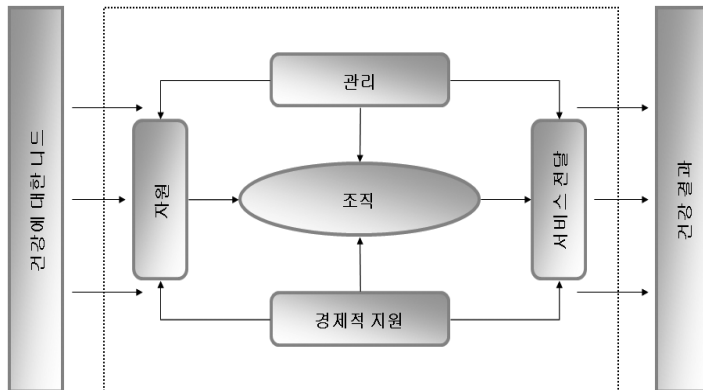
| 제1절 | 의료제도 개관

보건의료제도(이하, ‘의료제도’)는 의료서비스의 공급을 중심으로 한 축과 재원을 조달하여 이러한 서비스를 구입하는 수요의 축으로 구분될 수 있다. 한국의 의료제도는 공급 사이드는 민간이 주로 담당하고, 반면에 이를 위한 비용의 절반 이상은 공공 재원으로 충당하는 구조로 이루어져 있다.

한국의 의료제도는 재원조달을 통한 수요 측면을 건강보험제도에 주로 의존하다보니 그만큼 건강보험제도가 의료제도를 대변하다시피 하게 되었고, 의료제도의 기타 구성요소들은 큰 관심을 끌지 못해왔다. 특히 전국민이 건강보험제도에 속하는 한국에서는 건강보험제도의 적절한 운영 여부가 의료제도의 적절한 작동 여부를 의미하는 것으로 이해되고 있다고 해도 과언이 아니다. 건강보험제도가 건강보험에서 급여하는 서비스를 중심으로 그 질과 안전에 관여하게 되다 보면, 급여 대상이 아닌 의료서비스나 유사 의료서비스의 질과 안전에 대해서는 상당 부분 영역 밖에 방치해 두는 결과를 초래하게 될 수 있다. 의료제도에 관한 본 장에서는 건강보험이나 의료급여제도를 중심으로 한 의료보장을 넘어서서 의료제도 전체의 모습을 조망한다.

의료제도의 구성 요소와 기능 및 목표에 관한 설명을 풀어나가는 Røemer(1990)는 의료제도론의 고전에 해당한다⁶⁸⁾. 여기서는 의료제도가 ‘의료서비스의 제공을 위한 자원의 생산, 조직화, 재원조달 및 관리 과정의 결합’(combination of resources, organization, financing and management that culminate in the delivery of health services to the population)으로 규정된다.

[그림 3-1-1] 의료제도에서의 의료자원의 생산과 관리



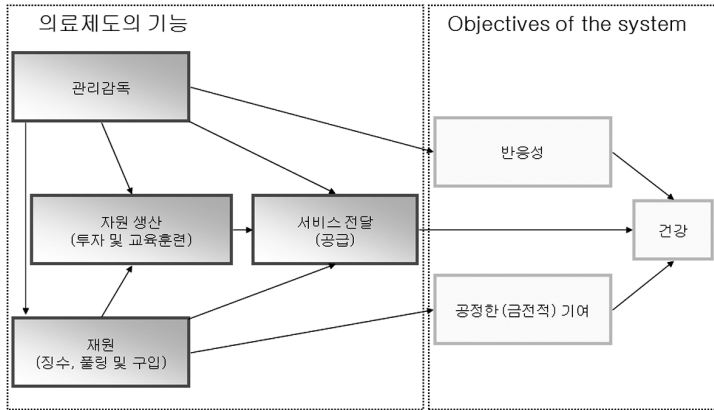
자료: Røemer M.(1990)

세계보건기구가 밀레니엄판 야심작으로 내놓은 ‘World Health Report 2000’(WHO 2000)은 의료제도에 대한 기존의 모든 논의를 정리해냈다고 할 정도로 종합적인 비전과 통찰력을 제시하고 있다. 최근 발간된 ‘System of Health Accounts 2011’(OECD·WHO·Eurostat 2011) 또한 의료제도를 기술함에 있어서 이러한 WHO(2000)의 철학을 계승하고 있는 것으로 보인다. 여기서는 이들 문헌에서 제시된

68) 이 또한 Kleczkowski(1984)의 논의를 바탕으로 하고 있다

의료제도의 구성요소를 중심으로 한국의 의료제도의 구조를 살펴본다. 가능한 한 OECD 국가들과의 비교를 통해 한국제도의 특징을 제시한다.

[그림 3-1-2] 의료제도에서의 의료자원의 생산과 관리



자료: WHO(2000)

Ⅱ 제2절 | 의료자원의 공급과 이용

1. 의료자원의 공급

의료자원은 의료제도의 절대적인 구성요소다. 의료자원은 인적 자원과 물적 자원으로 구분된다. 의료인력의 교육이나 의료물자의 생산은 교육제도나 일반 경제부문에서 이루어진다. 하지만 의료제도가 그러한 교육이나 생산에 일정 부분 관여하고, 이들 부문도 의료제도의 협조 하에 이러한 교육이나 생산에 임할 수밖에 없다. 적정한 양과 질의 의료자원이 제공되지 않고는 의료제도가 제대로 기

능할 수 없고, 그것은 결국 교육제도나 일반 경제부문에 악 영향을 미치기 때문이다.

인적 자원에는 의사, 약사, 간호사, 의료기사, 요법치료사, 보건진료원, 보건교육사, 방문간호사 등이 있고, 물질 자원에는 시설(병원, 통원시설, 특별클리닉, 장기돌봄시설, 보건소, 보건지소, 약국, 재활시설, 병리검사시설, 혈액원)과 의료장비 및 소모품(약, 의료용품)이 있다. 이들 문헌들은 여기에 더해서 ‘지식(knowledge)’의 개발을 생산될 자원의 하나로 설명하면서 그러한 지식으로 의학적 경험, 의약학적인 연구, 의공학 연구, 질병연구, 역학조사와 같은 의료기술과 관리기술을 들고 있다. OECD·WHO·Eurostat(2011)도 의료자원에 대한 이러한 세 가지 분류법을 그대로 활용하고 있다.

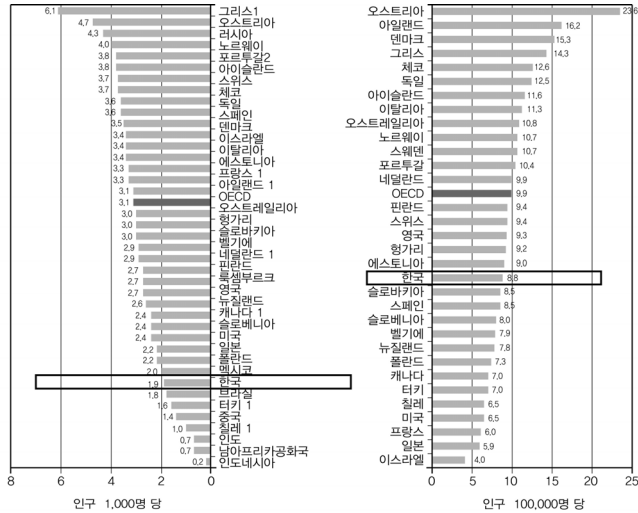
가. 인적 자원

한국의 의사수는 의료보장의 확대 과정에서 대폭 증가해왔다. 하지만 1990년대 중반 이후 입학정원이 동결되고 2003-4년부터 입학정원이 감축되면서 당분간 증가율이 둔화될 것으로 예상된다. [그림 3-1-3]에서 보듯이 한국의 ‘인구 천 명당 임상 의사수’ 1.9명으로 OECD 국가 평균 3.1명의 3분의 2 수준에 불과하다.⁶⁹⁾ 동 지표에는 한의사가 포함되어 있는데도 그렇다. ‘인구 십만당 의대 졸업자수’ 또한 8.8명으로 OECD 평균 9.9명에 못 미친다. 미국(6.5명)이나 일본(5.9명)보다는 높다. 단, 이 두 나라는 2000년대 후반부터 의사수의 부족을 공식적으로 선언하고 증원 대책을 실시하고 있는 국가이다.

69) 의사인력을 나타내는 지표로는 면허소지자수(licensed doctors), 취업의사수(active doctors), 진료종사자수/임상의사수(practising doctors)의 세 가지가 구분되는데 여기서의 지표는 ‘진료종사’ 의사수(이하, ‘임상의사수’)를 가리킨다.

[그림 3-1-3] 인구 천 명당 임상의사수 및 인구 십만 명당 의대졸업자수

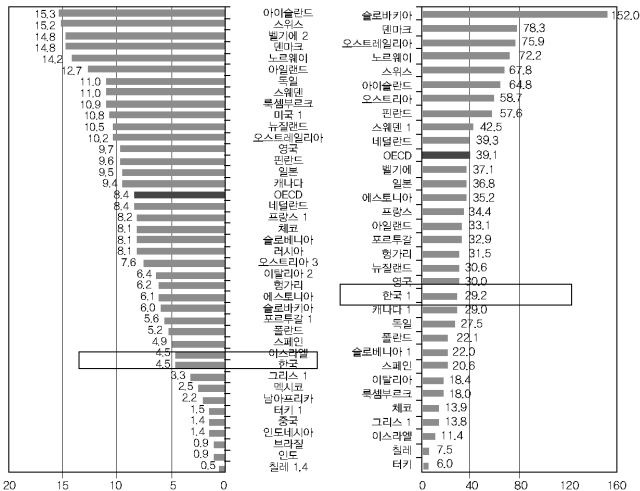
단위: 명



자료: Health at a Glance 2011(OECD)

[그림 3-1-4] 인구 천 명당 임상간호사수 및 인구 백만 명당 간호대 졸업자수

단위: 명



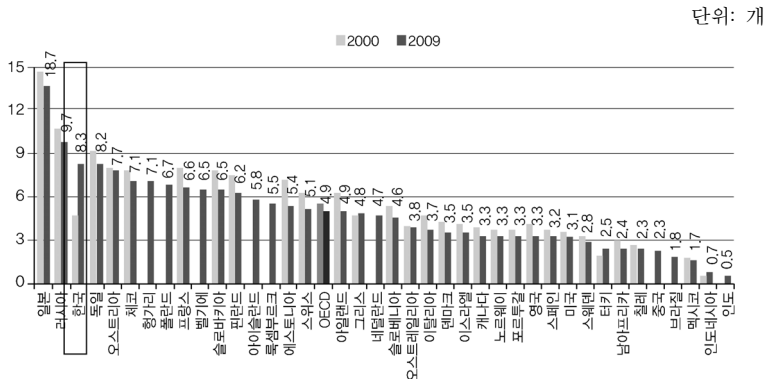
자료: Health at a Glance 2011(OECD)

간호 인력의 부족 문제는 더욱 심각하다. [그림 3-1-4]에서 보듯이, 한국의 인구 천 명당 임상간호사수 4.5명은 OECD 국가 평균 8.4명의 절반에 불과하다. 간호대 졸업자수 또한 OECD 평균의 4분의 3 수준이다. 특히 간호대학을 졸업하고 임상에 임하고 있지 않은 소위 유희간호인력이 많다.

나. 물적 자원

인적 자원의 부족과는 대조적으로 급성기병상수는 과잉을 걱정하고 있다. [그림 3-1-5]에서 보듯이, 한국의 인구 천 명당 급성기병상수 8.3개는 OECD 국가 평균 4.9개의 1.6배로, OECD 국가 중에서 우리보다 병상이 많은 국가는 일본밖에 없다. 더욱 주목할 것은 불과 10년 전인 2000년만 해도 우리의 급성기병상수는 OECD 국가의 평균보다 낮았다는 점, 그리고 일본을 포함한 대부분의 국가들이 병상수를 줄이고 있는데, 일부 저병상 국가를 빼고는, 유독 우리만 늘고 있다는 점이다.

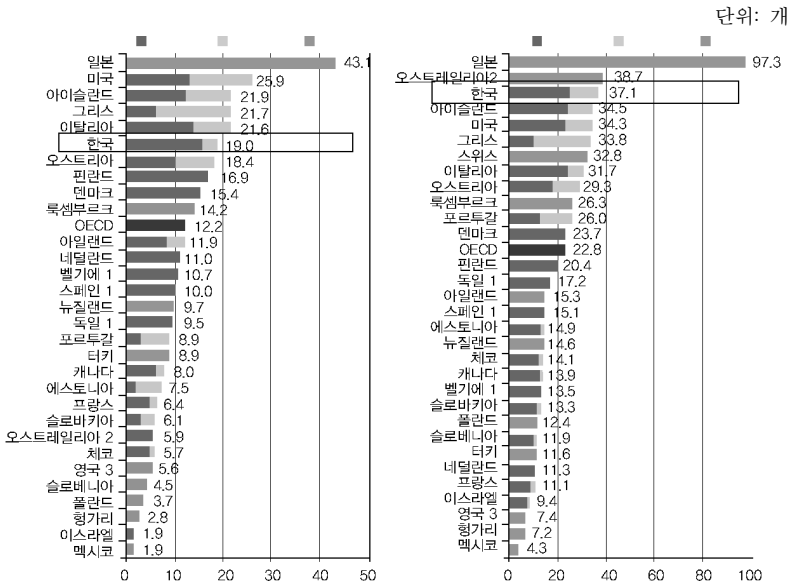
[그림 3-1-5] 인구 천 명당 급성기병상수



자료: Health at a Glance 2011(OECD)

병상과 마찬가지로 고급의료장비 또한 공급이 많은 편이다. [그림 3-1-6]은 한국의 인구대비 CT 및 MRI 보유대수가 일본, 미국 등과 함께 OECD 국가 평균을 훨씬 상회하고 있음을 보여준다. 이들 고급장비는 물적 자원으로서의 측면과 의료기술 즉, ‘지식(knowledge)’으로서의 측면을 동시에 가진다.

[그림 3-1-6] 인구 백만 명당 CT 및 MRI 보유대수



자료: Health at a Glance 2011(OECD)

2. 의료자원의 이용과 의료전달체계

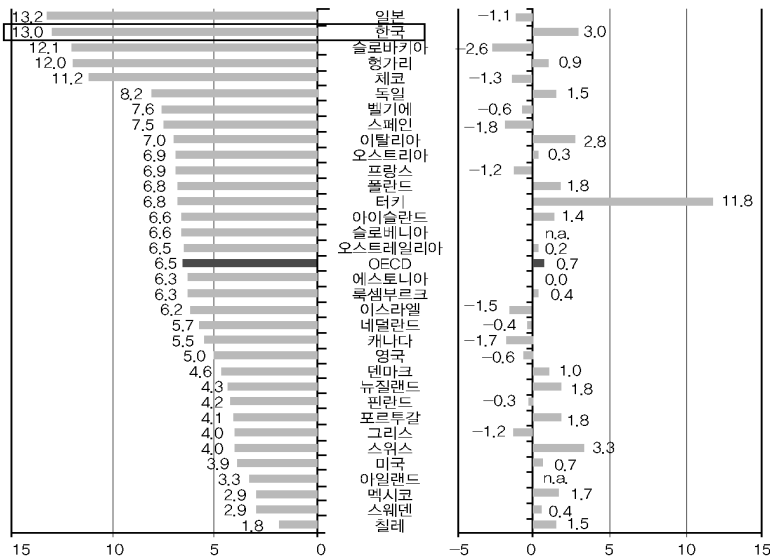
가. 의료자원의 이용

의료제도에서 산출되어 공급된 의료의 자원들이 어떻게 활동(activity)하고 이용(utilization)되고 있는지를 볼 필요가 있다. [그림

3-1-7] 은 의사인력의 대표적인 서비스인 외래 진찰(consultation)을 국민 1인당 1년에 몇 번 받는지를 보여준다. OECD 평균이 6.5회인데 우리국민은 13.0회로 2배다. 또한 계속 증가 추세에 있다. OECD 평균은 2달에 한번 방문하는 것인데, 우리 국민은 평균적으로 매달 한번 방문한다는 의미이다.

[그림 3-1-7] 국민 1인당 연간 진찰회수 및 지난 10년간의 증가

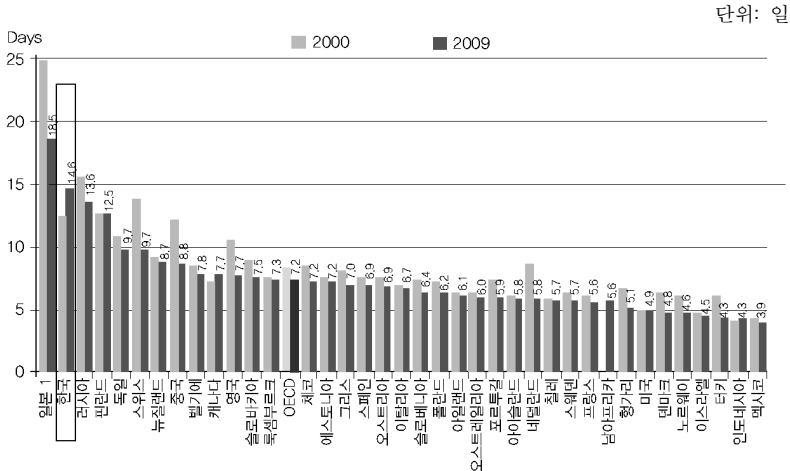
단위: 회



자료: Health at a Glance 2011(OECD)

병상에서 제공되는 대표적인 서비스인 입원의 회수는 한국이 OECD 국가의 평균 수준인데 한번 입원했을 때 병원에 체류하는 기간은 한국인이 평균보다 길다. [그림 3-1-8]에서 보듯이, 평균재원일수는 OECD 평균이 7.2일인데 한국 국민은 14.6일이었다. 또한 다른 국가들과는 달리 계속 증가 추세에 있다.

[그림 3-1-8] 평균재원일수



자료: Health at a Glance 2011(OECD)

나. 의료전달체계

의료전달체계란 ‘환자가 질환 수준에 적합한 의료제공기관을 이용하도록 하는 기전’을 일컫는다. 즉, 난이도가 낮은 질환은 시설, 인력의 투입이 상대적으로 적은 의료기관에서, 난이도가 높은 질환은 그에 맞는 수준의 시설, 인력의 투입이 이루어진 의료기관에서 의료를 이용할 수 있도록 함으로써 의료자원 활용의 배분적 효율성을 제고하기 위한 것이다. 필요에 따라서는 환자를 적합한 기관으로 후송(referral)하는 것이 요구된다.

이는 의료제공기관이 질환 수준에 적합한 형태로 구분되어 있는 것을 전제로 한다. 하지만 이러한 전제는 국가의 의료제도에 따라 충족도가 다르다. 병원이 ‘빈자의 수용소’로서 발전해온 서구의 경우와 성공한 개원의가 의원을 확대해서 병원을 만들어온 일본이나 한국의 경우는 여건이 다르다. 서구의 경우, 의원은 왕진해서 치료를

하거나 내왕하는 환자를 치료하던 의사들이 거주 또는 근무하던 곳이고, 병원은 이러한 개별적 의료의 혜택을 받을 수 없는 환자들을 수용하던 시설이 점차 의료기술을 갖추고 규모의 경제를 이룬 곳이다. 기원이 다른 만큼 기능의 차이가 뚜렷하다. 하지만, 일본이나 한국의 경우는 의원이 커져서 병원이 되는 경우가 많았기 때문에 의원과 병원의 기능이 뚜렷이 구분되지 않았다. 그만큼 서구와 한국의 의료제도 사이에는 의료전달체계의 의미와 역할이 다를 수밖에 없었던 것이다.

서구의 경우 1차의료(primary health care)를 주로 제공하는 의사들이 보던 환자가 보다 고급기술의 의료가 필요하거나 입원을 해야 하면 병원으로 후송(referral)하는 구조이었다. 하지만 한국에서는 입원실까지도 갖출 정도의 의원과 그보다는 조금 큰 시설인 병원은 서로 경쟁하는 관계에 있어왔다. 따라서 병원의 방대한 외래부문에서 제공되는 서비스는 의원에서의 서비스와 차별성이 크지 않았다.

우리나라에서도 전국민의료보험을 달성하던 1989년 7월에 ‘의료전달체계’라는 이름하에 건강보험 의료이용의 강제적 배분이 시도되었다. 여기에는 의원, 병원, 3차의료기관의 ‘기관’ 구분 외에도 ‘지역’ 구분의 개념이 동시에 작동했다. 3차의료기관을 이용하기 위해서는 환자가 속한 지역의 의원이나 병원의 진료의뢰서를 받아야 했다. 물론 그 이전에도 의료기관의 규모별로 본인부담 수준을 달리함으로써 의료이용의 효율화를 도모하고자 하는 정책은 시행되고 있었다. 하지만, 1989년의 ‘의료전달체계’는 의료이용 자체를 건강보험 환자를 대상으로 지역과 시설 간에 배분하고자 시도했던 것이다.

동 제도는 1998년에 진료권이 폐지됨으로써 근본이 무너졌고, 그나마 남아 있는 상급종합병원(3차의료기관) 이용을 위한 진료의뢰

서 발행 제도는 응급의료, 가정의학과 등 많은 예외를 통해 사실상 유명무실화되어 있다. ‘의료전달체계’는 의료제공기관이 지역 간에 균형적으로 배치되어 있고, 의료제공자와 환자 모두 질환의 난이도에 따라 적절한 기관을 선택하도록 하는 의지가 있어야 하는데 현실은 그렇지 못했다. 병원이 공공기관으로 발전해왔던 서구에서는 지역 간의 의료기관 배치가 어느 정도 균등화 되어있었지만, 병원이 민간의 자본력에 의해서 발전해온 한국은 자본력이 집중되어 있는 지역에 주로 배치가 되어 있다. ‘의료전달체계’는 환자들에게 불필요한 절차로 인식되었고 수용성(compliance)이 떨어져서 제도로써 존속이 어려워졌던 것이다.

3. 종합

이상에서 우리나라 의료제도에서의 의료자원의 공급 및 이용 수준을 확인하고 그 의미를 간단히 짚어보았다. OECD 국가의 평균이 반드시 자원의 적정 수준을 의미하지는 않는다. 그럼에도 본고에서 OECD 국가 평균과 비교한 한국의 위치를 여러 지표를 통해 확인한 것은 이를 통해 그려지는 전체상이 주는 시사점이 분명하기 때문이다.

전체적으로 볼 때 한국의 의료제도는 의사나 간호사와 같은 ‘인적 자원’의 투입을 최소화하면서 이를 병상, 의료기기 등의 ‘물적 자원’의 과다 투입을 통해서 보충하고 있다는 것을 알 수 있다. 이러한 세팅은 어떠한 사례 깊은 정책 판단에 따라 만들어진 것은 아니지만, 대체로 한국의 상황에 맞게 형성되어 온 것임은 부인할 수 없다. 필자의 판단으로는 인적 자원의 투입을 물적 자원의 투입으로 보충하는 방식은 그 반대의 경우보다는 바람직하다. 의료의 중심은 ‘서

비스'에 있고 특히 의료서비스 산업은 노동집약적이므로, 이를 통해 의료비용을 줄이고 국민의 부담을 줄일 수 있다. 실제로 우리의 조절된 국민의료비 수준도 일정 부분 이러한 제도 세팅에 기인한다고 본다.

한국 의료제도는 공급사이드는 민간 부문의 자유경쟁에 맡기면서 수요사이드에서 공적 관리를 하고 있는 특징을 지닌다. 민간 병의원은 기관수로 볼 때 94%가, 병상수로 볼 때는 89%가 민간 소유이다. 병원급만을 보면 공공병원의 병상이 전체 병상의 10%, 민간비영리 병원 병상이 65%, 민간영리병원 병상이 25%를 차지한다. 이는 OECD 국가의 평균 병상 구성인 공공병원 병상 72%, 민간비영리병원 병상 18%, 영리병원 병상 11%와 전혀 다른 구조로, 일본만이 우리나라와 비슷하다. 하지만 일본의 공공병원 병상의 비율은 26%로 우리보다는 높다.

우리는 민간 병상의 공급에 있어서 자유경쟁을 '방임'하고 있다는 점에서는 일본과 다르다. 일본은 지역별로 필요병상을 따져서 허가병상을 정한다. 그렇다고 해서, 일본의 규제 방식을 한국이 지금의 시점에서 채택하는 것은 늦은 감이 없지 않다. 이미 서울을 중심으로 과잉 집적되어 있는 병상을 강제적으로 축소시키는 것은 가능하지 않다. 오히려 기준병상을 강화한다든지, 건강보험 수가를 보다 정교하게 운영해서 그러한 과잉병상의 운영이 병원으로서도 경제적으로 도움이 되지 않게 느끼게 하는 유인, 역유인의 기전을 활용해야 한다. 이것이 행정의 묘미이고 자연스러운 방식이다.

심각성은 사실 의사인력의 부족한 공급에 있다. 병상은 부족하면 쉽게 늘릴 수 있지만 의사인력은 그렇지 않다. 의사의 부족을 체감하는 시점에서는, 문제 해결에 나서보았자 정책의 효과가 나기 시작

〈표 3-1-1〉 공공 및 민간병원의 급성기병상(2008~2009년)

단위: %

국가명	공공병원	민간비영리병원	민간영리병원
오스트레일리아	70	14	16
오스트리아	73	19	9
벨기에	34	66	0
캐나다	100	0	0
체코	91	0	9
덴마크	100	0	0
핀란드	89	0	11
프랑스	66	9	25
독일	49	36	15
그리스	69	3	28
헝가리	n.a.	n.a.	n.a.
아이슬란드	100	0	0
아일랜드	n.a.	n.a.	n.a.
이탈리아	82	17	2
일본	26	74	-
한국	10	65	25
룩셈부르크	68	29	3
멕시코	65	0	35
네덜란드	0	100	0
뉴질랜드	81	10	10
노르웨이	99	1	0
폴란드	95	0	5
포르투갈	86	7	8
슬로바키아	60	0	40
스페인	74	17	9
스웨덴	98	-	2
스위스	83	5	13
터키	90	0	11
영국	96	4	0
미국	n.a.	n.a.	n.a.

n.a.: Not available. 반올림으로 인해 열의 합이 100이 되지 않을 수 있음

역주: 일본은 개인병원을 모두 민간비영리로 잘못 분류하고 있음

자료: Health at a Glance 2009

하는 것은 십여 년 후이다. 언어 문제 등으로 한국인 의사에만 의존할 수밖에 없는 한국의 경우는 국내의 의대 졸업생이 거의 유일한 의사 공급원이다. 한국의 의대 입학정원은 1990년대 중반부터 억제되었고 2003~04년에는 3,300명에서 3,100명으로 대폭 줄어든 뒤 지금까지 억제 정책이 계속되고 있다. 더욱이, 여성 의사 및 부부 의사의 급증, 성형외과 등 비필수 진료과목의 확대, 제약업 등 타 부문에서의 수요 확대 등으로 ‘유효 의사공급’은 빠른 속도로 줄고 있다.

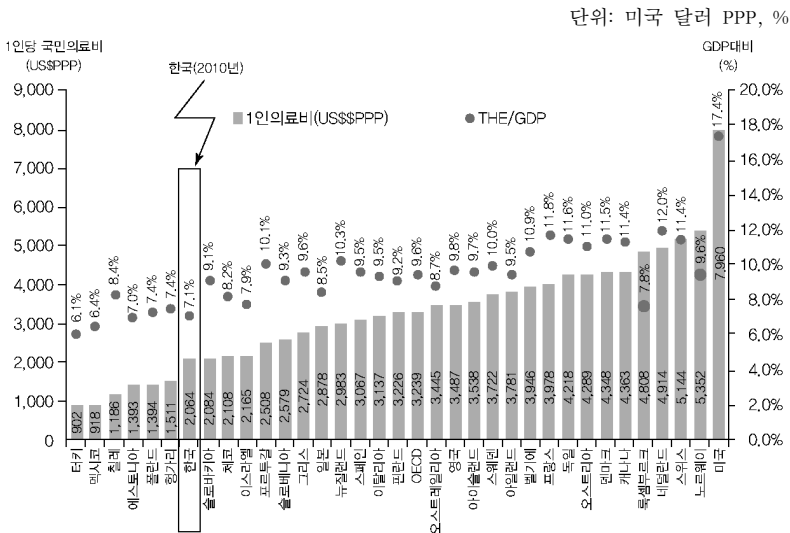
의료정책을 담당하는 관료들도, 이를 전공하는 보건경제학자들도 ‘의사유인수요’, ‘목표소득가설’에 매몰되어서 심각한 현실을 간과하고 있다. 지금은 의사의 유인수요 창출이 물리적으로 한계에 달하고 있는 상황이라고 보는 것이 맞을 것이다. 한국 진료의사 1인당(FTE: full time equivalent) 연간 외래 진찰 회수가 2009년 6,694회로 OECD 평균인 2,325회의 세 배 가까운 상황이다. 하지만, 박리다매식의 의료서비스는 의사를 위해서도 환자를 위해서도 바람직하지 않다. 의사들도 적절한 시간과 관심을 들여서 환자를 볼 수 있는 환경을 원할 것이고, 환자들로서도 그러한 의사 서비스를 기대한다. 이를 통해 의사 1인당 진료 횟수가 줄어든다면, 충분한 시간을 들이는 만큼 의사에 대한 진찰 수가가 상향조정되어야 한다. 그러자면 돈이 들 것이다. 그 돈은 결국 국민의 부담이지만, 그러한 추가적 돈의 지불이 진정한 ‘돈의 가치(value for money)’를 위한 것이라면 두려워해서는 안 된다.

Ⅲ 제3절 | 의료제도의 재원조달

1. 국민의료비의 규모

2010년의 국민의료비는 82.9조 원으로, GDP의 7.1%에 해당한다. [그림 3-1-9]에서 보듯이 한국의 ‘GDP 대비 국민의료비 비율’ 7.1%는 OECD 34개 국가 중 31번째에 해당한다. 터키(2008), 멕시코, 에스토니아가 각각 6.1%, 6.4%, 7.0%로 우리와 함께 낮은 비율의 국가군을 이룬다. 구매력지수로 환산한 한국의 1인당 국민의료비는 2,064 미국 달러(US dollar PPP)로 34개 국가 중 28번째이다.

[그림 3-1-9] OECD 국가의 ‘1인당 국민의료비’ 및 ‘GDP 대비 국민의료비’



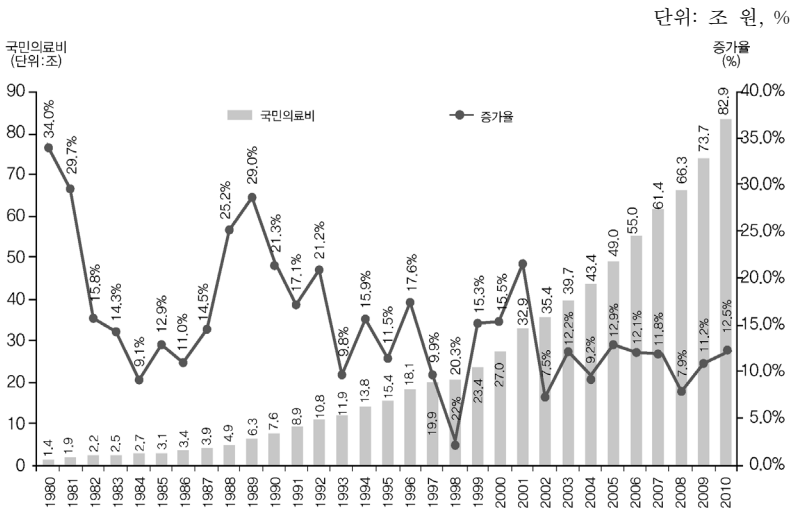
주: 2009년 수치. 단, 한국은 2010년, 터키, 포르투갈, 일본, 호주는 2008년, 그리스는 2007년.

자료: OECD Health Data 2011(Access date: 7-Dec-2011)

[그림 3-1-10]에서 보듯이, 국민의료비의 규모는 1980년 1.4조 원에 불과했으나, 그 이후 급격히 증가했다. 증가율 자체는 1980년대 평균 19.3%, 1990년대 평균 14.1%, 2000~2009년 평균 12.2%로 둔화되어 왔지만, 2000년대에도 계속되는 이러한 두 자리 증가율은 다른 여타 경제부문에서 보기 힘든 높은 증가율이다. 1998년에는 1997년 말에 시작된 금융위기로 인해 국민의료비의 증가가 둔화되었고(2.2%), 2001년에는 2000년 후반에 시행된 의약분업제도와 이에 수반된 수가인상 등의 영향으로 국민의료비 규모가 가파른 상승세를 보인 바 있다(21.9%).

그 뒤로 계속되는 보험진료비 억제책으로 증가세는 2002년과 2004년에 각각 7.5% 및 9.2%로 약간 완화된었으나, 보장성 강화대책이 시행되기 시작한 2005년 이후 다시 급증세를 보이고 있는 점이 주목된다. 2005년 12.9%, 2006년 12.1%, 2007년 11.8%로 두 자

[그림 3-1-10] 국민의료비의 추이(1980~2010년)



리 증가율이 계속되었으며, 2008년 다소 둔화되어 7.9%를 보였으나 2009년 11.2%와 2010년 12.5%로 다시 10% 이상의 증가를 이어가 의료제도의 지속가능성이 계속 쟁점이 되고 있다.

2. 재원의 공사 혼합

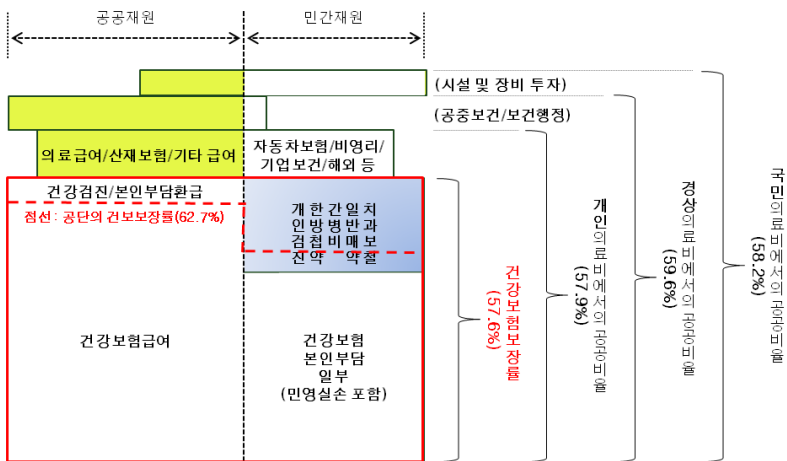
‘국민의료비’는 보건계정체계(System of Health Accounts: SHA)에서의 ‘Total Health Expenditure’에 대한 관행적인 번역어로, 한 국가의 보건의료관련 전체 지출을 지칭한다. 여기에는 ‘자본형성’을 위한 비용이 포함되어 있는데, 그 자금의 흐름이 국가 간에 상이해서 이를 포함할 경우 비교성(comparability)이 떨어진다는 지적이 있어왔다(OECD·WHO·Eurostat 2011).

‘경상의료비(Current Health Expenditure)’는 국민의료비에서 ‘자본형성’을 차감한 부분이다. 이는 다시 ‘개인의료비(Personal Health Expenditure)’와 ‘집합보건의료비’로 구성되는데, 개인의료비는 개인을 대상으로 제공되는 의료에 대한 지출이고 집합보건의료비는 집합적 다수를 대상으로 한 지출이다. 건강보험에서의 지출은 대부분 개인의료비에 속한다. [그림 3-1-11]은 이러한 의료비 총계치들의 외연 간의 관계와 각 구성 요소의 공사혼합(public-private mix)을 보여주고 있다.

2010년의 국민의료비는 82.9조 원, 경상의료비는 78.7조 원이었다. 경상의료비에서 다시 예방/공중보건, 보건행정관리 등의 집합보건의료비를 제외한 개인의료비는 73.0조 원으로 국민의료비의 88.0%에 해당한다. [그림 3-1-11]에서 보듯이 공공재원의 비중은 국민의료비가 58.2%, 경상의료비가 59.6%, 개인의료비가 57.9% 그리

고 건강보험의료비가 57.6%로, 개인의료비 외에 추가되는 항목의 성격에 따라 조금씩 달라진다. 여기서는 의료제도의 보건의료관련 지출 전체를 보여주는 국민의료비를 중심으로 그 재원 구성을 살펴 본다.

[그림 3-1-11] 국민의료비, 경상의료비, 개인의료비의 공공/민간 구성(2010년)



2010년 국민의료비의 58.2%(48.3조 원)는 공공재원에서, 나머지 41.8%(34.6조 원)는 민간재원에서 왔다. 공공재원은 사회보장기금재원 45.1%(37.4조 원)와 정부재원 13.1%(10.9조 원)로 구성되며, 민간재원은 가계직접부담재원 32.1%(26.6조 원)와 민영보험재원 5.6%(4.6조 원), 기타 4.1%(3.4조 원)로 구성된다. 공공재원 의료비의 GDP 대비 비율은 2010년 4.1%로, 2009년 4.0%보다 높아졌다.

국민의료비에서 차지하는 공공재원의 비중은 1980년대 초반 해도 20%를 갓 넘는 수준이었으나 꾸준한 보험급여 대상자의 확대로 1984년부터 30%대에 들어섰고 1989년 전국민의료보험 달성 후 1990년부

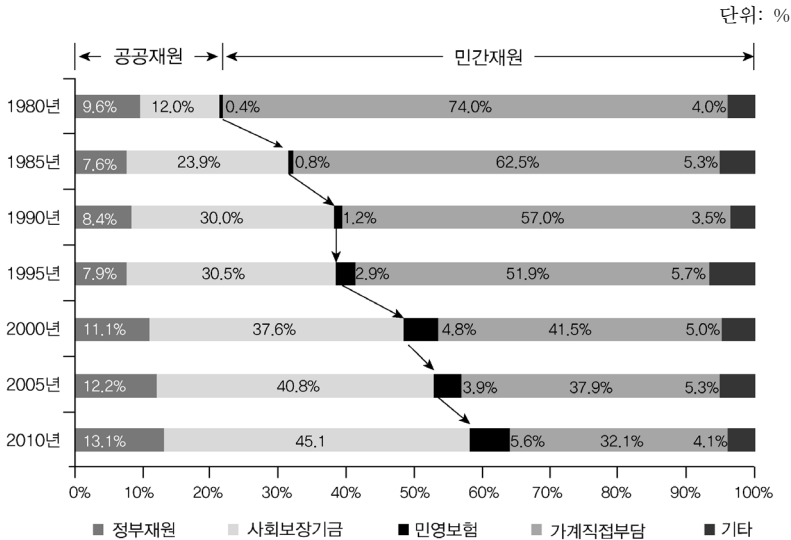
터 30% 중반 대를 유지하게 되었다. 1990년대 중반 이후 보험급여 확대 정책이 시행됨에 따라 공공재원의 비중은 다시 빠르게 증가했다. 의약분업의 시행과 동시에 의약품에 대한 건강보험의 급여수준이 크게 높아짐에 따라 2001년에는 공공재원의 비중이 54.9%(18.1조 원)로 급상승하였다. 공공재원의 비중은 2001년 중반 이후의 건강보험 재정 긴축정책의 영향으로 약간 하향세를 보이기도 했으나 이후 긴축 정책이 완화되기 시작하면서 2005년 52.9%(25.9조 원)에서 2006년 55.3%(30.4조 원)로 증가하였고, 다시 2009년 58.2%(42.9조 원), 2010년 58.2%(48.3조 원)로 상승세를 유지하고 있다.

공공재원 중에서 정부재원만을 보면, 1980년 9.6%이었으나 그 후 등락을 반복하다가 1994년 7.6%까지 떨어진 뒤 점차 증가하여 1999년 11.9% 수준에 달하였고, 2000~2004년 11%선을 유지하다가 다시 2005년 12.2%, 2006년 13.2%로 증가한 뒤 최근 이와 비슷한 수준을 유지하고 있다. 80년대에는 정부재원의 상당부분이 공중보건 및 행정관리비용이었으나 건강(의료)보험의 확대에 따라 정부재원의 비중이 상대적으로 줄어들었고, 90년대 중반 이후에는 의료보호 예산이 확대됨에 따라 그 비중이 다시 상승한 것이다.

민간의료비의 비중은 전체로서는 앞의 공공재원 비중과 반대의 경향을 보인다. 민간재원의 대부분을 차지하는 가계직접부담을 보면, 1980년에는 가계직접부담이 국민의료비의 74.0%를 차지할 정도로 비중이 컸으나 1983년 66.6%로 줄어든 후 80년대 전반에 걸쳐 차츰 감소했다. 전국민의료보험의 실시에 따라 1990년에는 57.0%로 급격히 줄어 처음으로 50% 대를 기록했고, 그 후 90년대 중반까지 완만한 감소를 보였다. 90년대 중반 이후에는 건강보험 급여 확대로 가계직접부담의 비중이 급격히 내려가 1996년 48.9%로 처음 40%

대에 들어섰고, 의약분업 직전인 1999년 및 2000년에는 각각 40.5% 및 41.5%로 줄어들었다. 의약분업 직후인 2001년에는 약제비에 대한 본인부담의 감소로 가계직접부담은 36.3%를 기록하였고, 2002~2004년 사이에는 재정긴축 정책의 영향으로 약간 상승한 37~38%선을 유지하다가, 2005년부터 시작된 보장성 강화대책의 영향으로 2010년에는 가계직접부담이 32.1%로 줄어들었다.

[그림 3-1-12] 국민의료비 자원 구성의 추이



자료: OECD Health Data 2012

| 제4절 | 의료의 질과 의료제도의 성과

1. 의료의 질에 대한 측정 및 보상

국민건강의 향상이라는 의료제도의 목표를 달성하기 위해서는 보다 효과적이고 안전하며 환자의 니드에 맞는 보건의료가 제공되어야 한다. 이는 의료의 질(quality of care)에 대해 적절히 보상함으로써 가능하다. 이를 위해서는 질에 대한 측정이 가능해야 한다. 하지만, 복잡하고 다차원적인 의료의 질을 측정하는 것은 쉽지 않다. ‘건강결과’에는 ‘임상적 효과’ 외에도 ‘삶의 질’이나 ‘소비자의 만족’과 같은 것이 포함되기 때문에 더욱 어렵다. 이러한 어려움에도 불구하고 의료의 질을 측정하려는 시도는 계속되고 있으며, 느리지만 진전이 이루어지고 있다.

의료의 질에 대한 공개는 소비자의 인식을 높이고 환자의 인지된 선택(informed choice)을 가능하게 하며, 이를 통해 공급자가 의료의 질을 높이려는 노력을 기울이게 하는 긍정적인 효과를 가진다. 한국에서 병원신입제도(hospital accreditation)는 1960년대부터 병원협회와 의사협회를 중심으로 실시되어왔고, 1985년에는 병원표준화사업이 시작되었다. 이것이 의료의 질과 관련된 공식적 프로그램으로서 거의 유일한 것이었다고 할 수 있다. 한국에서 의료의 질이 정책 이슈로 되고, 제공되는 의료의 질적 수준이 유지되는지가 공식적으로 평가되기 시작한 것은 2000년대에 들어와서이다. 최근에 만들어진 의료기관인증원은 인증 과정에서 의료기관으로부터 다양한 정보를 제공 받고 있고 이 정보는 공표된다. 또한 응급의료법에 따라 보건복지부는 매년 450개 응급의료기관에 대한 질평가 결과를 공표하

고 있다.

국민건강보험법을 근거로 2000년 설립된 건강보험심사평가원(이하 '심사평가원')은 그 주된 기능을 의료의 비용에 대한 심사와 의료의 적정성 평가에 두고 있다. 즉, 건강보험급여에 있어서 비용-효과성을 높이고 의료의 질을 보장하는 것이 법적 근거 하에 이루어지고 있다. 심사평가원은 2001년부터 의료의 질에 관한 정보체계를 구축하기 시작했고, 2005년부터는 이를 웹사이트에 올려서 환자가 참고할 수 있게 했다. 2005년에는 성과가 좋은 기관만을 올렸으나 2006년부터는 성과가 좋지 않은 기관도 공표하기 시작했다. 그 후 평가항목은 계속 확대되었고 2009년부터는 각 병원을 5등급으로 나누어 발표하기 시작했고 38개 수술에 대해서는 평균비용, 재원일수, 환자당 간호사 비율을 발표하기 시작했다.

한국은 IT가 발달해서 이미 1990년대부터 전자청구(EDI)시스템을 발전시켰고 병원 내에서 이와 결합된 전자의무기록(EMR)이 사용되고 있었다. 2010년 현재 99%의 병원, 92%의 의원, 96%의 약국, 전체 보건소가 EDI에 의해 청구를 하고 있다. 환자는 주민등록번호로 식별이 가능하기 때문에 어느 의료기관을 이용한 것이든 환자 단위로 연결이 가능하다. 이는 광범위한 질지표의 산출을 가능하게 한다. 그 지표의 질적 수준이나 다루는 범위 그리고 시계열적 연속성과 시의성은 가히 세계의 선두 그룹에 있고 타국의 벤치마킹의 대상이 될 만하다고 평가된다(OECD 2012).

심사평가원이 구축하고 있는 급성기 및 만성기 치료, 의약품 처방 등에 관한 질지표 등은 구조, 과정 및 결과 지표들을 적절히 조합하고 있다. 이러한 데이터들은 전국을 대상으로 하고 있고 그것도 시계열 데이터가 구축되고 있다는 점이 더욱 강점이다. 심사평가원에

서는 이러한 행정적 정보를 보충하기 위한 서베이를 의료기관을 대상으로 실시하여 빠진 정보를 채우고 보고된 정보를 확인하게 된다. 하지만 아직도 의원은 이러한 조사의 사각지대에 있다. 또한 이렇게 광범위하게 구축된 정보가 의료제공자의 의료의 질의 향상을 위해 충분히 사용되고 있는지는 계속적인 모니터링을 요한다. 취합된 정보가 의료제공자들에게 필요한 형태로 충분히 전달이 되지 못하고 있으며, 의료의 질을 높이기 위한 자극이 되지 못하고 있다는 지적이 있어왔기 때문이다. 2007년에 심근경색과 제왕절개를 대상으로 43개 상급종합병원에 적용되기 시작한 가감지급제도는 이에 대한 반성에서 출발한 것이다.

과거에는 질을 고려한 지불은 거의 없었다. 양을 기준으로 하여 지불이 이루어진다는 것에는 모든 제공자들이 제공 가능한 최선의 질적 수준이 유지되는 의료를 제공한다는 전제, 또는 최소한, 제공자 간의 경쟁은 환자의 선택을 통해 제공되는 의료의 질적 수준을 자연스럽게 높이게 될 것이라는 전제가 깔려있다. 하지만, 이러한 믿음에 대한 의문이 제기되고 한편으로 질을 평가하기 위한 제반 여건이 갖추어지면서 21세기에 들어서면서 ‘질에 대한 보상’이 강조되고 있다.

성과지불(P4P)방식은 말 그대로 ‘성과에 근거해서 의료제공자에게 지불하는 방식’이다. 여기서의 ‘성과’는 구조, 과정 및 결과를 모두 포함한다. P4P는 제공되는 의료의 양에 따라 지불하는 기존의 봉급제, 행위별수가제, DRG, 인두제 등과 차별화된다. 한국의 가감지급사업은 다음 단계로 중, 소규모의 병원들로 참여를 넓히고, 적용상병을 늘리며, 인센티브 적용수준을 조절해 가야 할 것이다. 무엇보다 중요한 것은 청구자료의 정보와 의무기록 정보를 잘 결합함으

로써 보다 풍부한 양질의 임상 질지표를 만들어 내는 것이다. 향후 이러한 기반이 어느 정도 갖추어지게 되면, 이러한 질 지표를 의료 제도의 투입 및 의료비에 관한 데이터와 결합하여 국가의료제도 성과보고서를 일정 주기로 발간할 수 있어야 한다. 이는 다시 질 지표의 발전에 강한 촉매가 될 것이다.

2. 건강수준과 의료제도의 성과

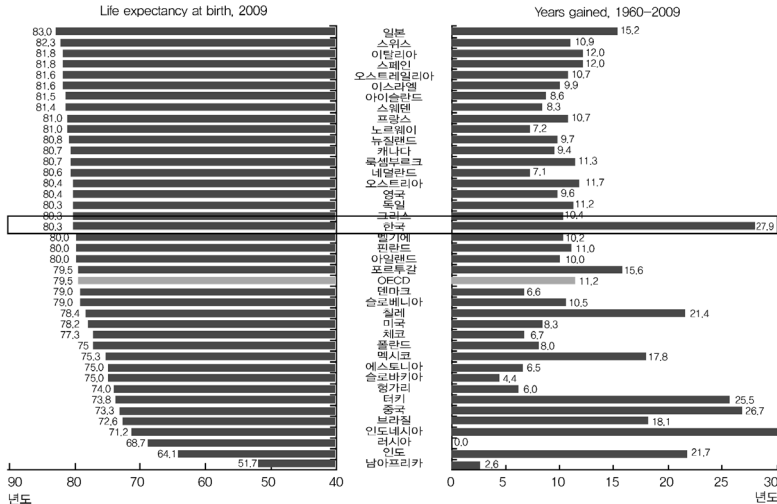
국민의 건강수준의 향상이 의료제도의 주된 목적이라는 점에 대해서는 이의가 없을 것이다. 다만 어떠한 지표가 국민의 건강수준의 향상을 가장 잘 대변하는지, 그리고 그러한 건강수준의 향상이 얼마만큼 의료제도의 성과에 기인하는지에 대해서는 다양한 의견이 있을 수 있다. 여기서는 OECD의 Health at a Glance 2011에 제시된 다양한 지표 중에서 건강수준과 관련된 지표를 중심으로 한국의 위치를 살펴보고 그 의미를 확인해본다.

가. 사망률 지표

[그림 3-1-13]에서 보듯이, 2009년 한국 국민의 남녀 평균 수명은 80.3세로 OECD 국가의 평균인 79.5세를 상회하고 있다. 더욱이 지난 50년 사이에 건강수명은 27.9년이 증가하여 OECD 국가 중 가장 높고 OECD의 평균인 11.2년의 2.5배에 달한다. [그림 3-1-14]에서 보듯이 한국의 평균수명은 소득 수준이나 투입되는 의료비 수준 이상의 성과를 보이고 있다.

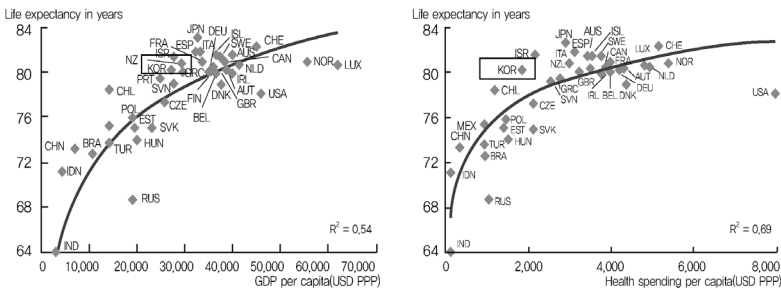
[그림 3-1-13] 평균수명 및 추이

단위: 세



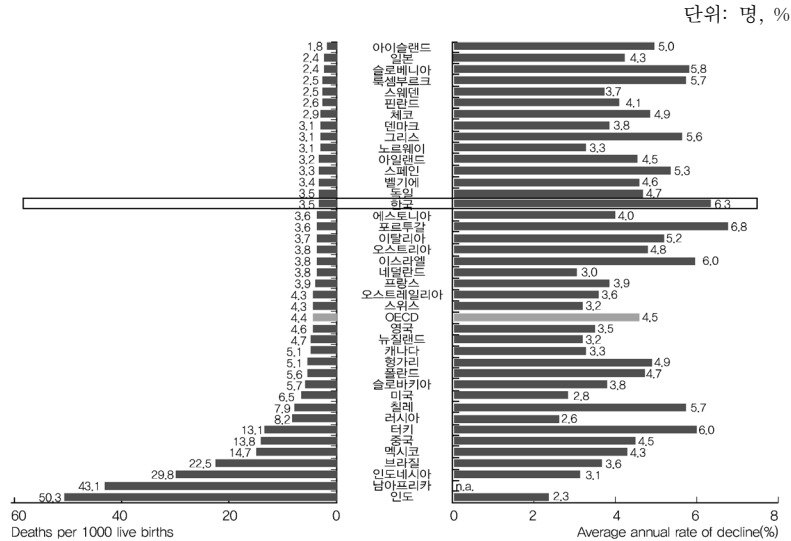
자료: Health at a Glance 2011(OECD)

[그림 3-1-14] 평균수명과 소득/의료비의 관계



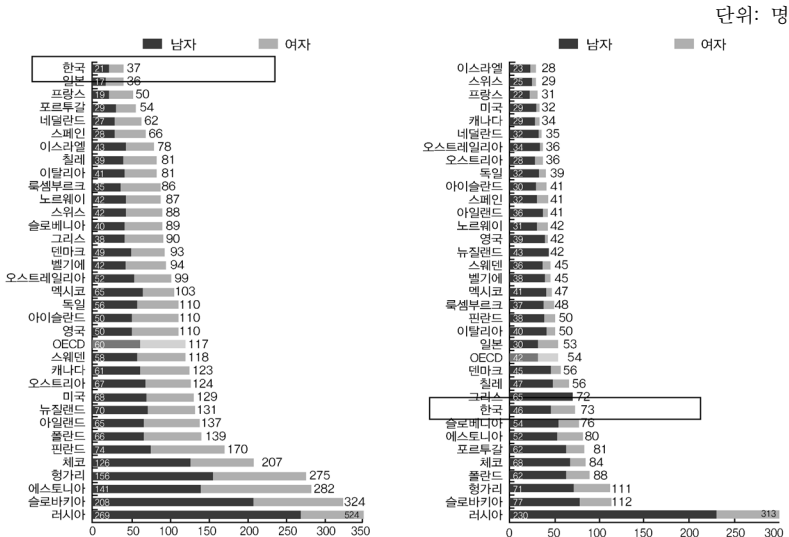
영유아사망률에서도 한국은 출생아 천 명당 평균 3.5명으로 OECD 평균 4.4명보다 낮고, 과거 40년간의 감소폭도 OECD 국가에서 가장 높은 국가에 속한다. 영유아사망률은 평균수명보다는 의료제도의 성과를 잘 보여준다는 점에서 의미 있는 결과로 볼 수 있다.

[그림 3-1-15] 영유아사망률 및 추이



자료: Health at a Glance 2011(OECD)

[그림 3-1-16] 허혈성심장질환 사망률 및 뇌졸중 사망률



자료: Health at a Glance 2011(OECD)

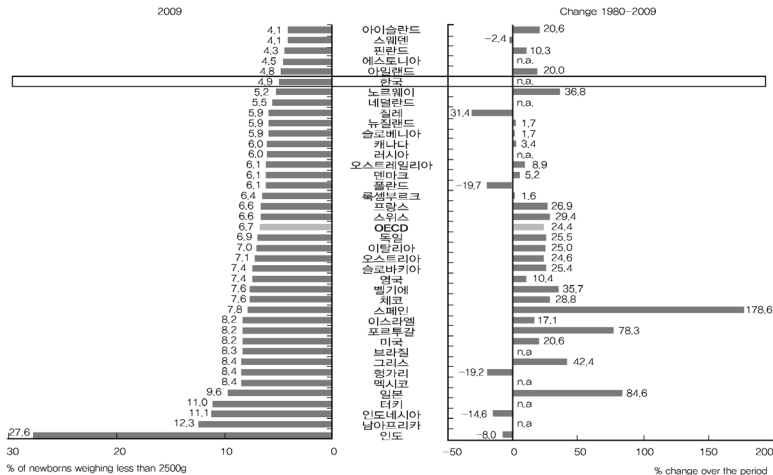
고령화의 진행과 만성질환의 증가에 따라 갈수록 중요성을 더해 가고 있는 심장질환과 뇌졸중에 의한 사망률을 보면, 한국 국민의 심장질환 사망률은 가장 낮은 반면 뇌졸중에 의한 사망률은 상대적으로 높은 편에 속한다. 한편, 그림으로 제시하지는 않았지만, 암에 의한 사망률은 대체로 남자는 OECD 평균보다 높고 여자는 낮다.

나. 기타 건강 지표

‘사망률’ 지표 외에도 불완전하지만 다양한 건강수준 지표가 국제 비교에 사용될 수 있다. 극히 제한된 인구층에 대한 것이긴 하지만 건강수준을 나타내는 지표로는 저체중아 출산율이 있다. 한국은 출생아의 4.9%가 2,500g 미만으로 태어나는데 이는 OECD 평균 6.7명보다 훨씬 낮다.

[그림 3-1-17] 저체중아 출산율

단위: %

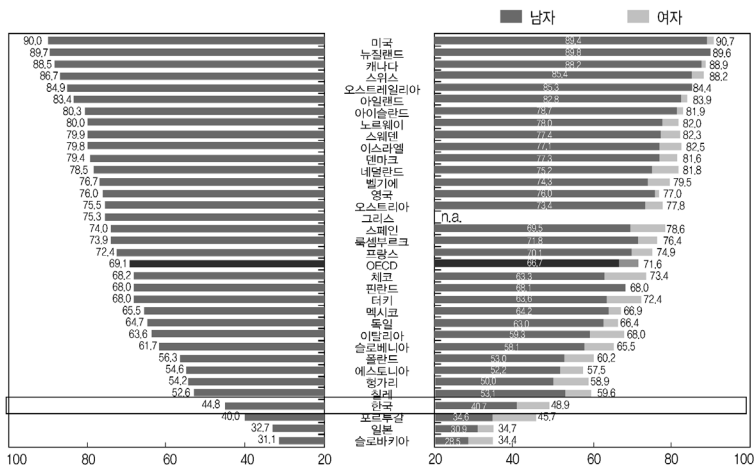


자료: Health at a Glance 2011(OECD)

스스로의 건강수준에 대한 주관적인 인식을 확인하는 조사는 상당수의 OECD 국가에서 이루어져왔다. 한국인은 건강이 양호한 것으로 답한 응답자의 비율이 44.8%로 OECD 평균 69.1%보다 훨씬 낮다. 이러한 경향은 일본 국민과 함께 매년 일관되게 나타난다. 하지만 이러한 응답은 문화적인 영향, 언어의 차이 등 다양한 해석을 가능하게 하기 때문에 실제적인 건강수준의 척도로 사용하는 데는 주의를 요한다.

[그림 3-1-18] 주관적 건강: 건강 양호로 응답한 비율

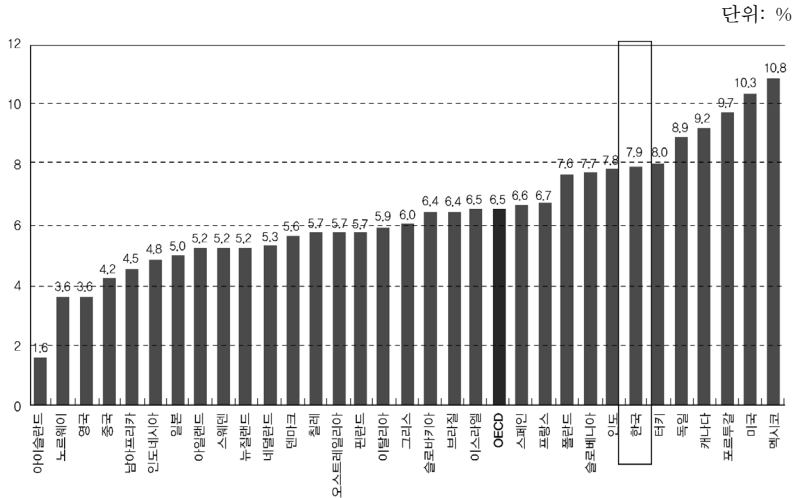
단위: %



자료: Health at a Glance 2011(OECD)

당뇨병 유병률은 7.9%로 OECD 평균 6.5%보다 높다. 암발생률은 OECD평균 수준이다.

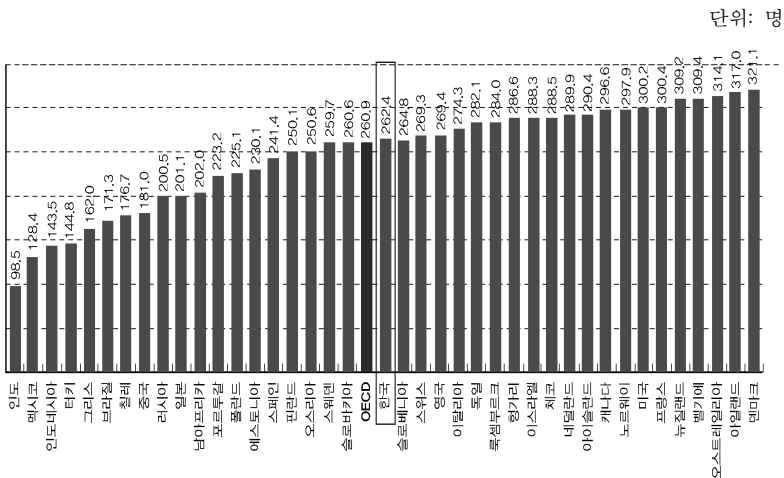
[그림 3-1-19] 당뇨병 유병률(2010년)



주: 20~79세 성인

자료: Health at a Glance 2011(OECD)

[그림 3-1-20] 암 발생률(2008년)



자료: Health at a Glance 2011(OECD)

다. 종합

한국 국민의 건강수준을 보여주는 다양한 지표를 통해 한국 국민은 이제 OECD 국가의 평균 이상의 건강 수준을 유지하고 있음을 확인할 수 있었다. 건강수준은 의료제도에 의해 결정되기 보다는 국민의 소득수준과 위생수준 등 환경요인의 영향이 크다는 주장이 강하다. 한국 국민의 건강수준의 향상도 소득수준의 향상과 위생환경의 조성 그리고 국민 영양 조건의 개선 등에 힘입은 바 클 것이다.

그렇지만 지난 50년 사이에 한국 국민의 건강수명이 28년이나 증가하여 OECD 국가 중 최고의 증가율을 보였다는 사실은 의료제도의 성과를 빼고서는 설명하기 힘들다. 소득수준과 의료비의 투입수준을 고려해도 한국 국민의 건강수준은 기대 수준을 넘어서고 있는 것도 확인되었다. 의료제도의 성과와 보다 관련성이 큰 것으로 해석되는 영유아사망률에서도 한국은 OECD 국가 중에서 사망률 감소 폭이 가장 큰 국가에 속한다. 이러한 여러 지표들을 종합해 볼 때 우리의 의료제도는 국민의 건강수준의 향상에 일정부분 기여하고 있음을 추정할 수 있다. 더욱이 이는 앞에서 살펴본 바와 같이 OECD 국가 중에서 가장 낮은 수준의 국민의료비로 달성한 결과라는 점에서 한국 의료제도의 높은 성과(performance) 즉, 비용-효과성을 추정케 한다.

참고문헌



- 보건복지부(2011). 2010년 국민의료비 및 국민보건계정. 보건복지부·연세대학교 의료복지연구소.
- Kleczkowski BM, Roemer MI, Van Der Werff A.(1984). National Health Systems and Their Reorientation Towards Health for All. Guidance for Policy Making. Geneva: World Health Organization.
- OECD(2011). Health at a Glance 2011. Paris: OECD.
- OECD(2012). Quality of care report: Korea. Paris: OECD.
- OECD·WHO·Eurostat(2011). System of Health Accounts 2011.
- Röemer M.(1990). National Health Systems of the World, Oxford University Press.
- World Health Organization, World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

제2장 의료보장

의료보장제도는 ‘국민이 보건의료서비스 등을 구입하기 위해 필요한 재원을 확보해주는 사회적 제도’로 규정할 수 있다. 이런 의미에서 앞 장에서 살펴본 의료제도의 구성요소 중에서 재원조달(financing)과 밀접한 관계를 가진다. 우리나라의 의료보장제도로는 보건복지부가 관장하는 건강보험 및 의료급여제도와, 노동부가 관

〈표 3-2-1〉 각종 의료보장제도의 급여지출 추이

단위: 십억 원

	건강보험	의료급여	산재보험
1980년	149	14	24
1985년	649	58	83
1990년	2,113	196	175
1995년	4,417	424	282
2000년	9,730	1,428	429
2001년	13,825	1,831	542
2002년	14,301	1,968	620
2003년	15,705	2,273	723
2004년	17,184	2,708	804
2005년	19,187	3,383	792
2006년	22,289	4,130	832
2007년	25,383	4,479	809
2008년	27,210	4,358	871
2009년	30,768	4,655	871
2010년	34,688	4,866	851

장하는 산업재해보상보험이 대표적이다. 건설교통부 소관의 자동차 보험도 특히 책임보험의 경우 일정 부분 의료보장의 역할을 하고 있지만, 민간보험회사가 운영하는 만큼 사회보장의 논의에서는 제외되는 것이 보통이다.

<표 3-2-1>에서 보듯이 건강보험제도는 제도 도입 초기인 1980년만 해도 급여액이 1,500억 원 수준이었는데, 1990년에는 2조 원, 2000년에는 10조 원으로, 2010년에는 다시 35조 원 규모로 늘었다. 의료급여 또한 급격히 늘어왔으며 증가율 면에서는 건강보험보다도 높았다. 반면에 산재보험은 제도 시행은 세 가지 제도 중에서 가장 먼저 했지만, 대상자가 국한되어 있기 때문에 규모의 증가가 크지 못했으며 특히 최근에는 큰 변동이 없다. 사실상 의료보장의 대부분은 건강보험제도와 의료급여제도를 통해서 이루어지고 있다고 해도 과언이 아니다. 여기서는 이들 두 제도를 중심으로 살펴본다.

| 제1절 | 건강보험제도

국민건강보험제도는 의료제도의 일부로서 의료제도의 정상적인 작동을 위해 재원조달(financing)의 기능을 주로 수행한다. 의료제도의 목표가 국민의 건강수준의 향상이라면, 건강보험제도는 재원의 적절한 조달을 통해서 이러한 최종적인 목표에 기여하게 된다. 그러나 여기서의 ‘재원조달’은 자금을 징수(collection)하는 것만이 아니고, 이를 적절히 집적(pooling)해서, 이를 가지고 의료서비스를 잘 구매(purchasing)하는 것을 모두 포함한다. 이를 통해 국민의 요구(need)에 맞는 의료서비스가 제공되면 결과적으로 건강수준의 향상

이 이루어질 수 있는 것이다.

1. 건강보험제도의 발전

우리나라 건강보험의 역사는 국민건강보험이 없었던 1977년 7월까지의 기간, 건강보험의 부분 적용 이후 전국민의료보험까지의 1977~1989년, 건강보험 급여의 확장기인 1990~2000년, 그리고 건강보험의 구조 변화기인 2000년 이후의 시기로 나누어 볼 수 있다(Jeong 2011).

① 자비부담의 시대 : 1977년 이전에는, 산업재해를 당한 근로자들을 위한 산재보험을 제외하고는, 모든 의료서비스에 대해 환자가 자비 부담을 해야 했다. 당시에는 산재보험이 의료와 관련된 유일한 사회보험이었다. 이 시기에는 공적인 의료수가가 없었기 때문에 공급자들은 동일한 의료서비스에 대해서도 상이한 가격을 부과할 수 있었다. 의료기관은 비쌌기 때문에 환자들은 경미한 증상의 치료를 위해서는 처방전 없이 약국에서 약을 구매하는 것이 보통이었다. 이러한 행위는 2000년의 의약분업으로 금지되기 전까지는 합법적이었기 때문이다.

② 건강보험 적용인구의 확대 : 1970년대에 한국에서 이룩된 급격한 경제성장과 상대적으로 뒤쳐져 있던 사회보장제도를 강화하려는 강력한 정치적 의지는 국가 최초의 강제적 의료보험을 도입하는데 동인이 되었고, 이에 힘입어 1977년 공적으로 재원이 조달되고 관리되는 사회보험으로서의 건강보험이 도입되었다. 건강보험 하에서는 제3자(보험자)가 일반 국민의 의료서비스에 대한 대가를 지불한다. 제도가 처음 시작될 때는 대기업의 직원에게만 적용되었다. 같은 해에 극

빈층을 대상으로 하는 의료보호제도도 시작되어 보험료 없이 세금으로 운영되었다. 처음에는 전체 국민 중 10% 정도에게만 의료보장이 제공되었지만 12년 후인 1989년에는 전국민의료보장이 달성되었다.

③ 건강보험 급여의 확대 : 전국민의료보험이 달성된 후에도 급여의 확대를 위한 노력이 계속되었다. 1989년 10월에는 약국의 처방약 조제도 급여패키지에 포함되었다. 보험 적용 일수도 1994년에 연간 180일이던 것이 계속 확대되어 2000년에는 이러한 제한이 없어졌다.

④ 건강보험 구조 개혁 : 21세기의 시작과 함께 건강보험제도에 구조개혁이 이루어졌다. 2000년 7월, 수백 개의 조합이 하나의 조직으로 통합되어 국민건강보험공단의 지부로 전환되었다. 공무원, 교직원 및 그들의 피부양자들을 대상으로 하는 공단과, 직장인과 그들의 피부양자들을 대상으로 하는 142개 보험자, 그리고 자영업자들을 대상으로 하는 227개 보험자들을 단일화시킨 개혁이었다. 2000년 하반기에는 의사는 약품의 조제가 아닌 처방만 하고 조제 행위는 약사들이 담당하는 의약분업이 단행되었다. 2000년대 중반 이후에는 급여패키지의 확대를 통해 건강보험의 보장성을 높이기 위한 시도가 계속되었다.

여기서는 건강보험 적용인구의 확대를 통한 전국민건강보험의 달성과정과 보험자 조합의 통합논쟁의 전개 과정을 비교적 자세히 기술한다.

가. 적용 인구의 단계적 확대

1) 제도의 도입

한국에서 공식적으로 사회보험으로서의 의료보험을 규정한 법은 1963년에 성립되었지만, 실제로 이러한 제도가 시작된 것은 1977년

이다. 이때부터 500인 이상의 큰 사업장이 법에 의해서 의무적으로 직장의료보험 조합을 만들기 시작했다. 1960년대 중반 이후 시범적으로 4개의 피용자 의료보험조합과 7개의 자영자 의료보험조합이 운영된 바 있으나 이는 어디까지나 자발적 조직이었다. 사회보험제도의 시행이라는 역사적인 전기가 마련된 배경에는 3차 경제개발 5개년계획(1972~1976)의 성공적 수행을 통해 경제적 기반이 갖추어진 점, 국민연금제도의 실시 유보로 의료에 있어서의 사회적 보장의 필요성이 더욱 커진 점, 정권 연장을 계속하던 박정희 정부가 정치적 명분이 필요한 상황에서 무상의료를 선전하는 북한과 경쟁의식을 가지게 된 점 등이 있다.

의료보험의 도입과 확대는 정부가 주도했다. 대통령의 관심 표명과 보건사회부 장관 및 관료의 추동에 힘입어 도입 작업이 가능했다. 제도의 구체적인 내용은 사회보장심의위원회의 연구 결과인 ‘국민보건향상을 위한 의료시혜 확대방안’이 근간이 되었다. 옆 나라 일본의 제도는 제도의 도입과 확대과정에서 우리의 시안을 만드는데 결정적인 참고가 되었다. 법률체계와 문화적 배경이 유사한 일본의 제도와 경험은 초기의 시행착오를 줄이기 위해서는 더 없이 좋은 자료를 제공했다. 그렇다고 일본의 제도를 그대로 이식한 것은 아니었다. 일본의 행위별수가제를 받아들였지만 일본과 같이 행위를 세분(병실료, 기준간호료 5등급, 의학관리과, 침상료, 환자복, 각종 가산제)하지 않도록 했고, 외래환자의 본인부담을 입원환자보다 높게 정했다.

당시의 경제기획원은 전국의 국공립병원과 시립 및 도립병원을 통합하는 국가 관장 의료보험을 대안으로 제시하면서 보사부 안에 반대했지만, 별로 영향을 미치지 못했다. 또한 총무처의 문제 제기

에 따라 공무원과 사립학교 교직원에 대한 별도의 보험자 조직이 만들어지게 되었다.

의사회와 병원협회도 의료보험 준비 과정에 적극 참여했다. 이들의 주된 관심은 수가제도에 있었다. 정부는 일본식 행위별수가제를 도입하려고 한 반면, 이들 의료단체들은 그 외에도 미국의 수가를 함께 참조해야 함을 강조했다. 수가는 정책적 성격 외에도 정치적 성격을 동시에 지니고 있었기 때문에 단순히 전문적 기술적 작업 이상의 줄다리기가 계속되었다.

전국경제인연합회도 초기부터 활발히 참여했다. 의료보험이 500인 이상의 대규모 사업장을 대상으로 5백 개에 가까운 조합을 만들어 운영하게 됨에 따라 이를 아우르는 전국의료보험협의회가 만들어지고 전경련이 의료보험사업을 함께 이끌어갈 정부의 파트너가 되게 되었다.

2) 제도의 확대

1977년 건강보험이 적용된 인구는 전체의 8.8%이었는데, 불과 12년만인 1989년에는 전국민의 94.0%가 건강보험의 대상자로 되고 나머지는 의료보호의 대상자가 되어 모든 국민이 의료보장의 우산 아래 놓이게 되었다. 무엇보다도 1988년 1월과 1989년 7월의 두 차례에 걸쳐서 이루어진 비직장인 가구에 대한 건강보험의 확대는 큰 성과였다. 하지만 전국 공통의 보험료 부과방식을 개발하여 이를 적용하는 과정에서 여러 가지 어려운 문제를 해결해야 했다(Jeong 2010).

건강보험의 확대는 단계적으로 이루어졌다. 보험료 납부가 가능한 공식부문에서 시작하여, 보험료 납부가 어려운 비공식부문에 대

한 적용으로 마무리하는 순서이었다. 1979년에는 공무원과 사립학교교직원을 대상으로 한 의료보험관리공단이 만들어졌다. 피보험자 수는 72만 명, 부양가족을 합한 전체 보험대상자는 290만 명이었다. 같은 해 7월에는 300인 이상 사업장으로 의료보험 적용대상이 확대되었다. 이로써 국민의 21%가 의료보험의 혜택을 보게 되었다. 300인 이상 사업장으로 확대하는데 가장 중요했던 두 가지 기준은 재정위험의 분산과 적정한 관리운영비의 유지였다. 이런 두 가지 기준을 충족시키기 위해 지역별로 조합을 묶는 방안이 채택되었다.

1981년부터는 건강보험 강제적용이 100인 이상 사업장으로 확대되었다. 박정희 대통령의 유고 이후 설치된 국가보위비상대책위원회를 통해 확대 작업은 일사천리로 진행되었다. 사업장 확대는 순조롭게 진행이 되어서 1983년에는 16인 이상 사업장으로, 1988년에는 5인 이상 사업장으로 확대되었다.

이러한 직장 적용자의 확대는 경제성장에 힘입어 어렵지 않게 진행되었으나, 계속되는 과제는 어떻게 직장이 없는 국민에게 의료보험을 확대할 것인가 이었다. 자영업자들은 의료보험의 혜택에서 소외되어 사회의 갈등 요인이 되고 있었다. 의료보험의 적용은 보험료를 직장의 고용주가 절반 부담해 준다는 것 이외에도, 보험 적용을 받지 않는 사람들에게 적용되는 일반수가보다 낮은 보험수가를 적용받게 된다는 점에서 큰 혜택이었다. 처음 실시되었던 1977년에도 보험수가 대비 일반수가는 1.4배의 수준이었는데, 보험수와 일반수가의 격차는 1980년대가 되면서 점점 벌어지고 있었다. 정권의 정치적 정당성이 더욱 필요했던 전두환 정부로서는 이를 해결하여야 할 필요성이 커졌다.

관건은 소득이 불분명하게 노출되는 이들에게 보험료를 무엇을

기준으로 어떻게 부과하는가 하는 것이었다. 이를 위해 1981년부터 강원도 홍천, 전북 옥구, 경북 군위에서 지역의료보험 1차 시범사업이, 1982년부터 경기도 강화, 충북 보은, 전남 목포에서 2차 시범사업이 시작되었다. 목포만이 도시 지역이고 나머지는 모두 농어촌 지역이었다.

시범사업에서 얻어진 경험을 바탕으로 1988년 1월부터는 농어촌 지역에 의료보험이 시작되었다. 보험 가입은 가족단위로 이루어졌다. 즉, 가장이 가입자로 보험료를 내고 피부양자가 함께 보험혜택을 보게 되는 형태이다. 이를 위해 군 단위로 134개의 조합이 조직되었다. 1989년 7월에는 우여곡절 끝에 110개 시·구 단위의 도시지역의료보험조합이 설립되어 거의 1천만 명에 이르는 도시지역피보험자들에 대해 보험급여가 시작됨으로써 사회보험으로서의 의료보험이 시작된 지 12년 만에 전국민의료보험이 달성되게 되었다.

이렇게 단기간에 이룩한 전국민 의료보험은 분명히 대단한 성공 사례이다. 어떻게 이러한 점진적 개혁이 그러나 서구 국가의 경험에서 볼 때는 급진적 개혁이라고 할 수 있을 정도로 짧은 기간 내에 가능했을까? 흔히 70년대부터 80년대에 걸친 빠른 경제성장이 원인으로 거론된다(Kwon 2008). 이러한 경제성장과 이를 통한 보험료 납부 능력의 형성은 물론 건강보험 형성의 필요조건이 될 것이다. 하지만 미국과 같이 한국보다 경제적 여건이 훨씬 좋으면서도 그러한 성과를 내지 못하고 있는 국가를 생각할 때 경제성장이 충분조건은 아님을 알 수 있다. 대통령의 정치적 리더십과 관료의 기술적 리더십이 중요한 역할을 했다. 군출신 대통령들이 정권쟁취의 명분을 사회통합에서 찾으려 했고 더욱이 당시까지의 권위주의적 정치 문화는 이들의 의지대로 사회의 각계각층이 따라가게 했다. 행정적

기술관료들도 이러한 권위주의 문화의 수혜자이면서 순응자로서 학자와 일반인들을 리드해 나갔다. 최소한 의료보험의 도입 및 확대 단계에서는 이들 정치가와 관료의 역할이 컸음을 부인하기 힘들다.

나. 보험자 조합의 통합

1) 초기의 통합논의

의료보험의 조합-통합 논의는 정치적인 양상을 보이면서 오랜 기간 계속되었다. 이는 1980년대 초부터 2000년대 초까지 20년에 걸친 건강보험제도사의 핵심 이슈이었고 거의 모든 사회단체와 이익집단들이 자기의 견해를 표명할 정도로 광범위한 논쟁거리였다. 관리운영체계라고 하는 것이 어찌 보면 형식에 해당할 수 있는 것인데 이를 둘러싸고 이렇게 논쟁이 전 방위적으로 이루어진 것은 독특한 사례에 해당된다 할 것이다.

1979년으로 예정된 300인 이상 사업장으로의 적용 확대는 적절한 조합규모가 얼마인가 하는 문제로 이어졌다. 전국의료보험협의회는 피보험자 2,000명 이하의 조합들을 공동조합으로 묶고 점차 10,000명 이상으로 확대할 것을 제안했고, 보건사회부는 일단 3,000명 미만의 조합을 통폐합한다는 계획을 확정하고 시행에 들어갔으나, 전두환 대통령이 들어서고 국가보위비상대책위원회가 해체되면서 통폐합 작업은 유야무야 되고 조합 92개가 줄어드는데 그쳤다.

1980년 새로 부임한 천 명기 보건사회부장관은 전국의료보험협의회와 공·교공단을 일원화하는 방안을 추진하려고 했다. 이에 대해 전국의료보험협의회가 ‘통합주의’에 반대하는 ‘조합주의’의 논리로 대응을 했고, 이는 기나긴 조합-통합 논쟁의 시발점이 되었다. 협의회의 반대 논리는 일원화를 하게 되면, ① 정부의 재정 부담이 가중

되며, ② 의료자원이 도시지역에 편중된 상황에서 일원화는 형평성에 위배되며, ③ 노사 간의 연대의식이 약화되며, ④ ‘알뜰한 재정관리’의 장점이 사라진다는 것이었다(한국인구보건연구원 1987). 보건사회부 내에서도 일원화 방안에 대해 반대하는 공무원들이 다수를 점하고 있었다. 신임 장관에 의해서 추진되었고 보사부 내의 일부 관료가 지지했던 일원화 방안은 대통령의 재검토 지시로 일단락된다. 이것이 전두환 정부 하의 1차 통합논쟁에 해당된다. 다만, 이 과정에서 의료보험 심사기구를 신규의 의료보험조합연합회로 일원화하고 전산시스템을 통합 운영하는 변화가 있었다. 1983년에는 보사부 내에서 통합방안을 추진했던 일부 관료들이 옷을 벗게 되는 소위 ‘의료보험 파동’이 생기게 되는데 이는 통합주의가 당시의 군사정부에 대항하는 민주화 운동과 맥을 같이하는 것으로 인식되는 계기가 되었다.

1988년 1월 농어촌지역의료보험이 실시되면서 의료보험에 대한 불만이 곳곳에서 터져 나왔다. 특히 농민들은 과다한 의료보험료 책정에 대해 반발하였고, 전국 각지에서 보험증을 반납하거나 보험료 고지서를 불태우는 행동을 보였다. 농민의 문제제기가 계속되자, 1987년 민주화 운동 이후 활동을 하고 있던 진보적 보건의료단체들이 이 문제에 개입하기 시작했다. 48개 단체가 참가한 ‘전국의료보험대책위원회’는 10월 ‘국민의료보장법(안)’을 채택했는데, 주요 내용은 의료보험을 통합일원화하고, 보험료는 소득에 따라 부과되 고 소득자에게는 누진율을 적용하고, 의료보호와 의료보험을 통합하는 것 등이었다.

보건사회부는 거의 1천만 명에 이르는 도시지역피보험자들에 대해 110개 시·구 단위의 도시지역의료보험조합으로 나누어 보험을

적용하려고 했으나, 시·도 단위의 광역조합을 설립할 것을 주장하는 집권 여당의 반대에 부딪혔다. 1988년 2월 들어선 새 정부에서 의료보험을 통합하려는 계획이 흘러나오고, 1988년 들어 농어민과 근로자, 의료전문가들이 중심이 된 통합을 위한 의료보장개혁운동이 전국적으로 전개되면서, 정부와 야당은 각자의 법안을 내놓았다. 정부와 공화당은 광역조합방식을, 평민당과 민주당은 통합방식을 주장하였다. 정부와 평민당은 지정제를 내세웠고, 민주당과 공화당은 계약제를 원했다. 평민당과 민주당은 심사기관으로 공단을, 의협과 공화당은 제3의 기구를 제안하는 등 사안마다 담고 있는 내용이 달랐다.

여소야대의 정국 하에서 시민단체의 세 야당 당사 점거농성, 3당 당수의 긴급회동에 이어 최종적으로는 통합주의의 내용을 담은 ‘국민의료보험법(안)’이 1989년 3월 만장일치로 국회를 통과되게 되었다. 이 법안은 보험수가심의회 신설, 일정 소득 이상자에 대한 보험료 누진을 적용, 진료비심사원 신설, 자영자 보험료에 대한 국고지원 등을 규정하고 있다. 하지만 직장인의 부담 증가 문제에 대한 언론의 비판적 논조가 계속되자 마침내 1989년 3월 노태우 대통령이 거부권을 행사하게 되었고, 결국은 7월부터 전국국민의료보험이 조합주의의 원칙하에 진행되기에 이른다. 이에 반발하는 의보대책위는 거부권 행사를 비난하고, 국회의 재의결을 이루기 위한 운동을 시작하였다. 의보대책위는 이 운동이 농민이나 보건의료인만의 협소한 운동이 되어서는 성공하기 어렵다는 판단 아래 노동자와 도시빈민 등 각계각층의 참여하는 ‘의료보장 쟁취 공동위원회’를 결성하였다. 하지만 정계 개편으로 여소야대 국면이 소실되면서 결국 이러한 운동은 소기의 목적을 달성하지 못하고 끝나게 되었다.

2) 통합의 추진

1993년 문민정부가 출발하자 통합논의가 재현되었다. 기존의 조합들을 하나의 보험자로 통합하는 이러한 통합개혁의 추진에 있어서 중심적인 역할을 했던 그룹은 1994년 출범한 ‘의료보험통합일원화와 보험적용확대를 위한 범국민연대회의(의보연대회의)’이었다. 총 22개의 보건의료단체, 노동단체, 농민단체, 시민단체가 참여했다. 의보연대회의의 설립 목적은 ‘의료보험 조합을 통합일원화하고, 보험적용을 대폭 확대하며, 공평한 보험료 부담으로 사회적 형평성을 실현’하는 것이었다(의료보험통합일원화와 보험적용확대를 위한 범국민연대회의, 1999). 1997년 10월 대통령이 여당인 신한국당을 탈당한 상황에서 신한국당의 황성균 의원은 통합안을 발의하게 되었고, 1997년 11월 이에 따른 국민의료보험법안이 국회 본회의를 통과하면서 통합이 추진되게 된다.

김대중 대통령의 ‘국민의 정부’는 의료보험통합을 100대 국정과제 중의 하나로 선정하고, 1998년 ‘의료보험통합추진기획단’을 만들어 통합의 구체안을 마련했다. 이에 따른 통합작업은 크게 3 단계로 나뉘어 이루어졌다. 1단계는 1998년 10월부터 진행되어 227개의 지역조합의 재정이 통합되고 지역조합과 공·교공단인 하나의 보험자인 국민의료보험관리공단으로 통합된 과정이다. 2단계는 2000년 7월 국민의료보험관리공단과 140개 직장조합을 통합하여 국민건강보험공단을 설치하고 건강보험심사평가원을 독립하는 과정이다. 3단계는 2003년 1월 재정 통합을 이루는 과정이다.

통합주의자들은 사회보험제도로서의 의료보험의 목적을 “연대의식(공동체의식)을 통해 사회적 통합을” 얻는데 있다고 보고 조합 방식은 “임의보험적 성격이 강하여 사회적 연대성을 저해하고” 있다고

보았다(김연명 2000). 반면에 조합주의자들은 의료보험이 “소비자 주권을 극대화할 수 있는” 방향으로, 지방자치라는 역사적 방향에 맞게 발전되어야 한다는 점과 보험이라는 재원조달 수단이 지속되는 한 의료보험체계는 “피용자 의료보험과 자영자 의료보험의 이원적 체계”일 수밖에 없다는 점을 강조했다(이규식 2000).

전체적으로 볼 때 조합방식이나 통합방식 어느 것이 통시대적으로 옳았다고 할 수는 없다. 의료보험제도가 도입되어 확대되는 초기에는 원래 통합 방식에 의한 진행이 가능하지 않았다. 최소한 1차 통합논쟁이 있었던 시기에는 통합방식에 의한 제도 운영은 제도의 확대에 장애 요인이 될 소지가 컸다. 통합 운영을 통해서 진정한 시너지 효과를 극대화시키려면 전산 등의 인프라의 구축이 필요해지는데 당시로는 이를 위한 여건이 되어 있지 않았다. 통합주의론자들은 통합만 되면 직장가입자의 재원을 통해서 지역주민의 의료보장을 실현할 수 있고 이러한 소득재분배를 통해 사회의 형평성이 높아질 것이라고 주장했다. 하지만, 직장가입자의 확대를 통해서 의료보험제도의 틀을 갖추어 가야 하는 당시의 상황에서는 이러한 방안으로는 직장인들의 동의를 얻어내기 힘들었다.

직장인들을 위한 의료보험이 틀을 갖추고 전산 인프라가 갖추어지기 시작하면서 여건은 통합운영의 장점이 나타날 수 있는 환경으로 바뀌고 있었다. 더욱이 난립하는 소규모 조합의 재정악화, 조합 사이의 형평성 문제 등이 대두되면서 통합 운영의 필요성이 커지고 정당성을 갖게 되었다. 보험료 부과방식의 통일이 핵심 쟁점으로 부각되었지만 이는 필요 이상으로 과장된 것이었다. 서로 다른 여건하에 있는 직장과 지역가입자들에게 단일의 부과방식은 오히려 불평등을 초래할 가능성이 크며, 여건이 다른 대상에게는 다른 부과방

식을 적용함으로써 부담 결과의 형평성을 추구하는 것이 필요하다. 소득과약의 정도가 현격히 다른 그룹을 구분하지 않고 단일의 부과 방식을 적용하는 것 자체가 형평성에 맞지 않다. 그런데, 한쪽에서는 단일부과방식이 불가능하니까 통합이 안 된다고 하고 한쪽에서는 단일부과방식이 바람직하고 가능하니까 통합해야 한다고 주장하고 있었다. 논쟁의 마지막 시점에 이르면 조합주의자와 통합주의자 사이의 논쟁은 이미 논쟁을 위한 논쟁 내지 자존심 싸움의 양상으로 변질되어 있었다. 여건이 갖추어지지 않은 시점에서 이상론을 주장하면서 논쟁을 유발하는 것이나, 여건이 변화했음에도 과거의 주장에 얽매는 것 모두 불필요한 사회적 낭비를 초래했다는 것이 긴 통합논쟁이 주는 역사적 교훈이다(Jeong 2012).

통합개혁은 관리운영체계에 관한 것이다. 물론 관리운영체계가 재원조달체계, 진료비 지불체계, 의료공급체계 등과 무관하지는 않았지만 이들 모두에 대한 논의에 앞서 선결해야 할 과제이었던지는 의문이다. 그럼에도 의료보험제도의 확대 이래 우리의 보험정책과 관련한 논쟁의 앞자리를 통합 논의가 점하고 있었던 것은 우연으로 치부해 버리기 어렵다. 대외적인 명분 뒤에 자리 잡고 있는 실제적인 이유 내지 실리를 확인하는 것은 전체 개혁의 흐름을 이해하는데 필수적이다.

김연명(2000)은 이를 실질적 이해관계를 통해서 예리하게 분석하고 있다. 조합 단위로 운영하는 기금에 대한 재정통제권을 둘러싼 이해관계, 조합 대표이사 임면권을 둘러싼 이해관계가 내재하고 있다는 점을 주목할 필요가 있다. 의료보험통합은 조합이 관리하던 적립금 운용을 통합 공단으로 이전하게 되는 것을 의미하므로, 조합이나 그 연합회의 입장에서는 쉽사리 동의하기 어려운 기득권의 상실

을 의미했다. 관료집단이나 정치집단의 입장에서조차 수백 개에 달하는 대표이사라고 하는 자리는 쉽사리 놓지 못하는 매력이었다. 관료 집단에게는 초기에 진행되던 조합방식을 계속 유지하려는 ‘행정의 일관성’ 논리도 작용했다. 일종의 경로의존(path dependence)이었다. 통합주의자들은 이러한 실질적 이해관계에서 비교적 자유로웠다. 조합을 둘러싼 기득권 집단의 부정적인 정보도 축적되어 갔다. 그러나 조합을 중심으로 한 운영에 문제가 있다고 해서 바로 조합을 통합해야 한다는 논리가 생기는 것은 아니었다. 통합의 실익은 그 자체로 입증되어야 했다. 하지만 의료보험 도입 초기의 상황에서 통합된 관리운영을 도입하는 것은 한계점이 많았다. 따라서 통합을 주장하기 위해서 일부의 무리한 이론적 근거들이 동원이 되었고, 이는 두고두고 공격의 대상이 되고 있다. 단일부과체계가 가능하다는 통합론자의 주장이 그 대표적인 것이다.

2. 건강보험제도의 구조

가. 관리운영

우리나라의 건강보험제도는 사회보장제도의 한 부분을 이룬다. 건강보험사업은 보건복지부장관이 관장한다. 하지만 건강보험의 관리운영은 보험자조직인 국민건강보험공단이 하게 된다.

국민건강보험법에 따르면 보건복지부장관소속하의 건강보험정책심의위원회는 요양급여의 기준, 요양급여비용에 관한 사항, 보험료의 조정 등에 관한 사항을 심의·의결한다. 공단은 가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료 및 징수금의 부과·징수, 보험급여의 관리, 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사

업, 보험급여비용의 지급, 자산의 관리·운영 및 증식사업, 의료시설의 운영, 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보, 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력 등의 업무를 관장한다. 공단은 예산안에 대해 보건복지부장관의 승인을 얻어야 한다. 공단의 주요사항은 이사회가 심의·의결한다. 공단의 조직·인사·보수 및 회계에 관한 규정은 이사회가 의결을 거쳐 보건복지부장관의 승인을 얻어 정한다. 즉, 공단은 독립된 법인이지만 공조직으로서의 제약을 강하게 받는다.

요양급여비용의 심사와 요양급여의 적정성 평가는 별도의 법인인 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”)이 담당한다. 이러한 심사와 평가를 위한 기준의 개발, 이러한 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력, 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무도 심사평가원의 업무로 규정되어 있다.

이상에서 보듯이 현행 건강보험제도는 70년대 의료보험제도 도입 당시와는 상당히 달라져 있다. 다분히 ‘한국형’ 제도로 불릴 수 있을 만큼 독특한 모습을 하고 있는 것이다. 외견상 사회보험방식을 취하지만 조합원의 자율성에 근거한 건강보험조합은 없어졌다. 보험자로서의 공단은 사회보장 목적을 달성하기 위한 정부의 정책을 이행하는 역할을 하고 있다. 그러면서도 법상으로는 공단이 보험자로 되어 있다. 건강보험사업의 주된 재원인 건강보험료는 실질적으로는 사회보장목적세와 큰 차이가 없다. 이름만 ‘보험료’이고, 이를 이유로 조세당국이 아닌 공단이 징수의 역할을 하고 있을 뿐이다. 물론 현행 보험료도 조세와는 차이가 있다. 조세는 면세점 이하의 계층에서는 징수하지 않기 때문에 모든 국민의 소득을 파악할 필요가 없지만, 보험료의 징수는 건강보험의 모든 피보험자를 대상으로 하기

때문에 기초생활보장 수급자가 아닌 모든 국민의 소득을 어떻게 해서든 파악하도록 노력해야 한다.

현행 통합건강보험체계는 조합 단위의 자율적인 운영이 가져다줄 장점을 놓치고 있다는 지적도 있지만, 전국 단위의 일관성 있는 사업 진행, 어차피 시장경쟁의 이점이 제대로 발휘되기 힘든 사회보험의 운영을 다수의 조합에 맡기는데 따른 불필요한 거래비용의 절약 등의 면에서는 장점을 보인다(Jeong 2010).

나. 보험료의 부과체계

건강보험의 발전 과정에서는 보험료를 어떻게 부과하여 징수할 것인가가 핵심과제가 된다. 이는 지금과 같이 이미 전국민건강보험 하에서 어느 정도 확립된 방식으로 징수된 돈으로 얼마나 양질의 의료서비스를 구입할 것인가에 정책적 관심 옮겨진 것과는 대조적이다. 직장보험의 경우는 임금소득에 보험료율을 곱하여 원천징수하는 것으로 해결이 되었지만 항시 문제가 되는 것은 지역보험의 경우였다. 따라서 여기서는 지역보험의 보험료 부과체계의 변화와 현재의 모습에 대해서 주로 살펴본다.

지역의료보험은 지역주민의 소득활동이 가입자와 가족 구성원의 협업에 의해 이루어지는 특징을 고려하여, 도입 시부터 가구 단위로 자격을 관리하고 납부 책임을 지는 방식이 채택되었다. 1981년의 1차시범사업에서 보험료는 모든 세대에게 균등하게 1,000원씩 부과하는 ‘세대당 기본보험료’와 ‘세대별 생활등급’에 따른 보험료 부분의 두 가지로 구성되었다. ‘세대별 생활등급’은 주민자치위원회가 세금 납부수준, 경작지규모, 생활수준 등을 고려하여 가구에 등급을 매기는 것이다. 시범사업 시작 초기엔 모든 가구를 3등급으로 나누었고,

1985년부터는 7등급으로 세분화했다. 이렇게 해서 정해진 1인당 금액에 가구원수를 곱하여 ‘세대별 생활등급’ 보험료 부분을 산출한다.

2차시범사업에서는 1차 시범사업의 경험을 참고하여 이를 보다 정교화한 4요소방식을 사용하였다. 보험료는 크게 ‘기본보험료’ 부분과 ‘능력비례보험료’ 부분으로 나뉜다. ‘기본보험료’에는 모든 가구에 동일하게 적용되는 ‘세대당 정액’과 ‘피보험자수’를 곱하게 되는 ‘피보험자당 정액’의 두 요소가, ‘능력비례보험료’에는 소득비례부분 및 재산비례부분의 두 요소가 포함된다. 처음에는 소득비례부분은 소득세와 농지세의 수준에 따라, 재산비례부분은 재산세액 수준에 따라 각각 7등급으로 나누었으나, 시범사업이 진행됨에 따라 이러한 등급은 보다 세분화되었다. 2차시범사업에서의 보험료 산정방식의 특징은 객관적인 자료에 근거하기 시작했다는 점이다. 또한 등급이 세분화됨에 따라 차등 부과에 따른 소득재분배 효과도 커지게 되었다. 하지만 조세자료가 가지고 있는 한계는 해결할 수 없었다. 이를 위해 ‘보험료조정위원회’를 두고 다양한 노력을 기울였지만 근본적인 해결은 어려웠다.

시범사업에서 누적된 경험은 1988년의 농어촌지역보험과 1989년의 도시지역보험 확대 시에 실제의 사업에 적용됨으로써 결실을 보게 된다. 실제 사업에서도 추정소득을 근거로 보험료를 산정한다는 점에서 시범사업의 내용과 기본 골격에 차이가 없다. 자영업자의 소득을 제대로 파악할 수 없는 데 따른 한계점은 계속되었고, 특히 1989년 도시지역에 보험이 확대되면서 그러한 한계점이 더욱 부각되었다. 능력비례보험료는 세액을 기준으로 하여 등급화하던 시범사업의 방식 대신에 소득액과 재산액을 기준으로 하여 등급화하는 방식으로 바꾸고, 소득도 국세청의 종합소득(근로소득, 사업소득, 임

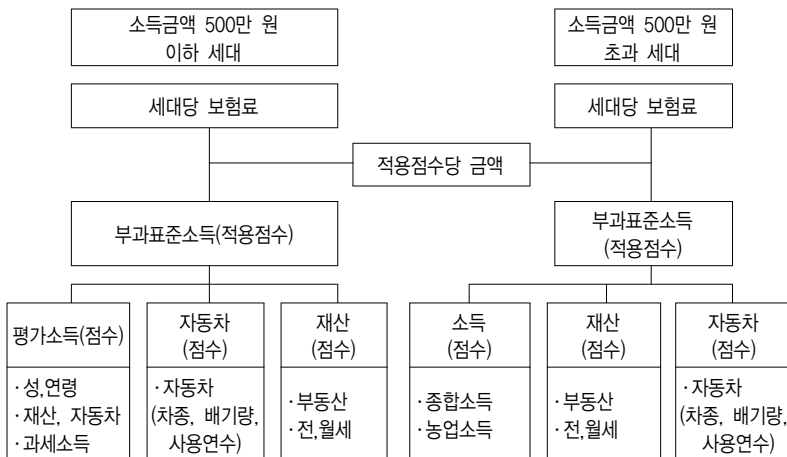
대소득), 농지소득, 연금소득, 기타 소득 등으로 그 범위를 확대했다. 전체보험료 중 ‘기본보험료’와 ‘능력비례보험료’의 배분 비율은 지역 주민의 파악된 소득과 재산 규모에 근거하여 산출한 표준배분율에 따라 결정한다.

1998년에는 지역조합들이 국민의료보험관리공단으로 통합됨에 따라 단일의 지역보험료 부과체계가 만들어졌다. 이에 따르면, 지역 가입자의 경우 과세소득이 500만 원을 초과하는 가구는 소득, 재산, 자동차를 부과요소로 사용하고, 그 미만인 가구는 성, 연령, 재산, 자동차, 과세소득을 통해 산정한 평가소득에 따른 점수, 재산에 따른 점수, 자동차 점수를 합산하여 부과한다. 이들의 경우에도 확인된 과세소득에 대해서는 이를 50만 원 구간으로 구분하여 1구간 당 평가소득 1등급을 가산하되, 최고등급 30등급을 넘지 않도록 하였다. 이러한 방식은 과거의 보험료 산정방식보다 세분화되어 있으나, 복잡한 만큼 투명성이 약한 것이 단점으로 지적된다. 하지만, 역진성이 강한 기본 보험료를 폐지하고 대신에 평가소득 보험료를 도입함으로써 부담에서의 공평성을 꾀하고자 했다. 물론 평가소득 보험료가 기본보험료와 다를 바 없다고 평가절하 하는 경우도 있지만, 종전의 기본보험료와는 달리 성격을 성별, 연령, 피보험자의 장애 정도까지 포괄적으로 고려하여 소득을 추정하고 있다.

2000년 단일보험자인 국민건강보험공단이 성립된 이후에도 2002년까지는 직장가입자와 지역가입자 간의 재정은 구분되어 관리되고 있었는데, 재정통합을 앞두고 지역과 직장 가입자의 보험료 부과방식을 통일하고자 하는 노력이 계속되었다. 건강보험 관리 조직의 단일화를 반대하는 그룹에서는 단일 부과체계가 개발되기 전까지는 재정 통합을 유예하라는 압박을 줄기차게 가하였다. 하지만, 소득과

악의 수준이 근본적으로 다른 상황에서는 두 그룹 간의 부과방식의 통일은 불가능했다. 2002년 새로 만들어진 부과 체계는 사실상 이전의 것과 차이가 없었다. 소득, 재산, 생활수준, 직업, 경제활동참가율 등을 참작하여 정한 부과 표준소득(적용점수)에 적용점수 당 금액을 곱하여 산출되는데, 과세소득에 대한 보험료의 등급을 종전 50등급에서 70등급으로 상향시키면서 소득 상한선을 확대한 것이 거의 유일한 차이였다. 종전의 소득상한금액은 1억 5,001만 원이었으나, 새로운 부과체계에서는 상한금액이 3억 9,401만 원으로 대폭 확대되어, 결과적으로 최고 보험료가 40만 원에서 110만 원으로 상향조정되었다. 그 후에도 단일부과체계를 위한 연구가 수행되었으나 결국 직장가입자와 지역가입자의 소득을 정확히 반영할 수 있는 형평계수를 제시하지 못한 채 여러 방식을 나열하는데 그치고 말았다(한림대사회과학연구소 2004). 참고로, 2012년 현재 지역보험료의 상한선은 월 210만 원이다.

[그림 3-2-1] 지역보험료 부과체계



보험료 부과체계는 ‘형평성’ 즉, 소득 수준에 따른 보험료가 부과 되도록 하는 것이 핵심이지만, 공단의 입장에서는 부과 관리에 있어서의 ‘행정적 편의성’도 있어야 하고, 보험료 납부자의 입장에서는 본인에게 부과된 보험료가 어떻게 산정되었는지를 납득할 ‘객관성/투명성’도 있어야 한다. 시범사업 당시에는 행정적 편의성을 고려하여 부과 방식이 단순했으나, 그 뒤로 형평성을 높이는 차원에서 점차 복잡해졌다. 특히 1998년 지역보험료 단일부과체계에서는 가입자의 성, 연령, 생활정도 등을 종합적으로 고려하여 소득을 추정함에 따라 복잡성이 커지게 되었다. 이러한 복잡성이 형평성을 높이고 있는지는 불확실한 반면, 낮은 투명성은 부과되는 보험료에 대한 지역 주민의 수용성을 떨어뜨려왔다.

향후 건강보험 급여는 크게 늘어나게 되어 있고 이는 보험료의 인상으로 연결될 수밖에 없는데, 이와 같이 직장간과 지역의 가입자간에 부과체계가 다른 상황 하에서는 보험료를 내지 점수당 단가를 높이는 데 한계가 있다. 직장인으로서 지역가입자의 누락된 소득에 대한 불만이 커질 것이고, 지역가입자로서도 계속적으로 인상되는 보험료의 근거가 불확실한만큼 납득하지 못하는 경우가 많아지기 때문이다. 그렇다고 소득단일의 보험료 부과 체계라는 이상을 실현하기에는 현실이 녹록치 않다. 이 모든 것이 소득 파악의 불비라는 현실에 기인한다. 지역주민에 대한 소득 파악, 직역간 소득의 등가성 확정 등은 지향할 목표이기는 하지만, 이를 전제로 한 동일 부과기준의 적용은 현재로서는 가능하지 않다.

한국에서는 비교적 짧은 시간 안에 비직장인들에 대한 보험료 부과방식이 정착되고 전국민의료보험이 달성될 수 있었다. 이러한 성공의 원인으로는 다음의 몇 가지를 생각할 수 있다. 첫째, 건강보험

제도의 확대 단계에서 저부담-저급여방식을 취함으로써 보험료 납부에 따르는 부담을 크지 않게 했다. 둘째, 국고 지원을 통해 지역가입자의 보험료를 비교적 낮은 수준으로 유지할 수 있었다. 1988년과 1989년에 지역가입자들에게 보험료가 처음 부과되었을 때 지역주민들의 저항이 있었다고는 해도, 국고지원을 통해 낮아진 보험료가 가계에 결정적인 부담을 줄 정도의 금액은 아니었기 때문에 제도에 대한 순응을 가져올 수 있었다. 셋째, 국민의 보험료 지불능력을 뒷받침할 경제성장이 지속되었다.

다. 보험급여

보험급여란 공단이 보험가입자 및 피부양자에게 제공하는 요양서비스를 말한다. 우리의 건강보험은 현물급여를 원칙으로 하고 있다. 요양비(출산비 포함), 장제비, 장애인보장구급여비, 본인부담액보상금, 본인부담상한제 등은, 건강보험공단통계연보 등 많은 문헌들이 이들을 ‘현금급여’로 기술하고 있으나, 강학 상으로는 ‘현물급여’에 해당한다. 이들 급여는 사후적으로 현금으로 보상하고 있기는 하지만, 실제로 급여된 의료서비스를 보상하는 것이라는 점에서는 일반적인 현물급여와 차이가 없다. 소득보상을 위한 상병수당과 같은 현금급여와는 구별되는 것이다.

국민건강보험법은 보험급여의 내용으로 요양급여와 건강검진을 구분하고 있다. ‘요양급여’란 ‘가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산의 경우에 보험자가 직접 또는 요양기관을 통하여 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술·기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등을 제공하는 것’이다. ‘건강검진’은 ‘가입자 및 피부양자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 실시

하는 것'으로 규정되어 있다. 긴급, 기타 부득이한 사유로 요양기관 외에서 요양서비스를 받거나 출산을 한 경우는 '요양비(출산비)'를, 장애인 가입자 및 피부양자에게는 '장애인보장구급여비'를 지급한다.

의료제공자에 대한 건강보험에서의 지불은 행위별수가제에 의한다. 요양급여의 항목별 건강보험수가는 상대가치점수에 점수 당 단가 즉, 환산지수를 곱한 금액이다. 요양급여의 항목의 상대가치점수는 ① 의사의 업무량, ② 인력·시설·장비 등 자원의 양, ③ 위험도를 고려하여 산정하며, 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회의 심의를 거쳐 고시로 정한다. 환산지수는 매년 공단 이사장과 의약계를 대표하는 자 사이의 계약으로 정한다. 매년 11월15일까지 다음 연도의 환산지수를 계약하지 못하면 복지부장관이 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 정하게 된다. 약제·치료재료에 대한 요양급여비용은 보건복지부장관이 정하는 상한금액 내에서 요양기관이 구입한 금액으로 상환하는 '실거래가상환제'가 1999년11월 도입된 이후 현재까지 유지되고 있다.

요양급여비용의 지급청구는 법상으로는 요양기관이 공단에 하도록 되어 있으나, 절차를 줄이기 위하여 요양기관은 요양급여비용청구서에 요양급여비용명세서를 첨부하여 심사평가원에 제출한다. 요양기관이 검체검사를 다른 요양기관 또는 검사기관에 의뢰하는 경우, 요양기관은 수탁기관의 요양기관기호 및 검사내역을 요양급여비명세서에 기재하여 청구하고, 수탁기관은 검체검사공급내역통보서를 수진자별로 작성하여 위탁기관별로 분철한 후 전자데이터교환(EDI)방식으로 해당 위탁기관 관할 심사평가원에 통보한다. 심사평가원은 청구된 급여내용이 요양급여기준에 적합한지를 심사하여 그 결과를 담은 요양급여비용지급통보서를 공단 및 해당 요양기관에 통보하고, 공단은 이에

따라 요양기관 또는 공급자에게 해당 요양급여비용을 지급한다.

가입자는 요양급여비용 중 일부를 ‘본인일부부담금’으로 의료제공자에게 직접 지불한다. 요양급여의 대상인 의료항목에 대한 본인부담을 법정본인부담금이라고 하지만, 환자는 실제로 치과보철료, 스케일링, 한방침약 등 보험급여가 되지 않는 항목 즉, 비급여 의료에 대한 전액부담을 포함하여 요양기관에 납부하게 된다. 법정본인부담금은 보험자의 재정 부담을 줄이는 의미도 있지만, 한편으로는 이용자의 비용의식을 유지시켜 의료이용에서의 도덕적 해이를 줄이는 데도 목적이 있다. 법정본인부담금은 요양급여비용의 일정비율을 부담하는 ‘정률제’를 원칙으로 하지만, ‘정액제’도 혼합적으로 사용되고 있다. 현재는 입원의 경우 20%의 본인부담률이, 외래의 경우 요양기관 종별에 따라 30~55%의 본인부담률이 적용되고 있다. 또한 과도한 본인부담이 의료에 대한 접근성을 저해하지 않도록 본인부담상한제도가 실시되고 있다.

국민건강보험법은 몇 가지 사유로 인한 사고에 대하여 피보험자의 부당한 이익을 배제하고 있다. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인한 때, 고의로 사고를 발생시킨 때, 고의 또는 중대한 과실로 정당한 이유 없이 보험자 또는 요양기관의 요양에 관한 지시를 따르지 아니한 때 등이다. 공단은 또한 사위 기타 부당한 방법 등으로 보험급여를 받은 자나 보험급여비용을 받은 요양기관에 대하여 부당이득 환수조치를 취한다.

3. 건강보험의 재정

건강보험의 주된 재원은 보험료이고, 정부지원금이 이를 보충한

다. 여기서의 ‘정부지원금’은 ‘국고지원금’과 ‘건강증진기금(담배부담금)’을 포함한다. 2010년의 건강보험재정은 보험료 33.9조 원, 급여비 34.9조 원으로 총수지율은 99.0%, 약간의 당기 적자이었다. 여기서의 보험료는 순수보험료 28.5조 원 외에도 정부지원금(보험재정 국고지원금+담배부담금) 4.9조 원이 포함된 광의의 보험료이고, 반면에 보험급여비는 공단에서 부담하는 건강진단비 0.8조 원까지 포함된 것이다. 참고로, 순수지율 즉, ‘순수보험료 대비 보험급여비’는 2010년 118.6%이었다. 이 두 가지 지표를 참고로 할 때, 현행 건강보험의 재정은 순수보험료만으로는 보험급여가 다 충당되지 못하나, 정부지원금과 담배부담금을 재원으로 하여 이를 보충하는 구조로 되어 있음을 알 수 있다.

1977년 의료보험이 처음 도입될 당시 보험료는 비교적 낮게 설정되었고 보험급여 수준도 낮았다. 기업과 직장인에 대한 부담을 너무 높일 수 없는 상황 하에서 보험급여 범위도 제한되었고 보험수가도 관행수가보다 낮게 설정될 수밖에 없었다. 반면에 환자의 본인부담률은 높게 설정되었다. 이러한 저부담-저급여 방식은 정부가 과도한 부담 없이 보편적 의료보장이라는 정책 목표를 달성할 수 있게 하기 위한 고육지책이기는 했지만, 현실적으로는 이것이 빠른 시간 안에 전국민을 의료보장의 우산 하에 둘 수 있었던 성공의 원인이기도 하다. 수가를 정부가 고시하는 방식 하에서건, 현재와 같이 건강보험공단과 공급자 단체들 사이의 계약에 의하는 방식에서건 보험수가는 강력한 통제 하에 있어왔다. 그 결과 건강보험 지출이나 국민의료비는 2000년대 전반까지는 비교적 낮은 수준으로 억제될 수 있었다.

의료이용자의 입장에서 볼 때, 한국의 건강보험제도에서는 환자

들이 서비스 제공자들을 선택하고 접근하는데 상당한 자유를 누릴 수 있다. 앞서서도 본 바와 같이 경제협력개발기구(OECD) 보건데이터에 의하면 한국의 국민 1인당 연간 의사방문회수 6.5회의 두 배인 13회나 된다. 한국의 인구수 대비 활동의사의 수가 OECD 국가들 중 두 세 번째로 적은 것(인구 1,000명 당 의사수는 OECD 국가 평균 3.1명인데, 한국은 1.7명)을 생각할 때, 이렇게 의사 방문회수가 많은 것은 환자에게는 낮은 금전 부담이, 의사에게는 행위별수가 제가 이유가 될 것이다.

가. 건강보험 재정의 안정과 보험급여의 확대

2000년 후반에 시행된 의약분업은 건강보험의 지출을 크게 높여서, 2001년의 건보재정은 수입 11.9조 원, 보험급여비 14.1조 원으로 2.2조 원의 당기적자를 보였다. 더욱이, 이 정도의 적자는 재정악화에 따른 정부의 긴급 자금투입으로 완화되어 나타난 것이며 실제의 적자 수준은 이보다 훨씬 컸다.

보험재정의 급격한 악화가 가시화되자 정부는 2001년 5월과 10월에 잇따른 긴급처방책을 내게 되었는데, 특히 보험료의 인상과 한시적 비급여 62개 항목의 설정은 그 백미를 이루게 된다. 보건복지부는 2001년 5월 「건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책」을 발표하여 급여제도의 합리적인 개선, 진료비 심사 강화, 약제비 절감, 건강보험의 수입증대 및 관리운영의 효율화, 의약분업의 안정적 정착, 제도 개선 등의 추진과제를 제시했다. 구체적으로는 2001년 7월부터 진찰료·처방료의 통합, 차등수가제, 야간진료 가산시간의 조정, 본인부담금의 조정 등이 단행되었고, 뒤이어 2001년 10월에는 2차 추가대책이 발표되었다. 이러한 정부의 대책에 맞추어 건강보

협공단에서도 「재정안정대책추진단」을 구성하고 21개 재정안정종합대책을 추진하였는데, 재정수입의 확보 측면에서 이루어진 지역징수를 제고, 자동이체율 증대, 지역가입자 신규부과자료 적용, 소득 있는 피부양자의 가입자 전환, 지역·직장간 보험료의 조정, 진료비 부담내역 통지 및 수진자조회 확대, 부당청구 및 부당수급 관리업무 강화, 의료기관 경영분석 및 원가분석, 관리운영비 절감 대책 등이 그것이다.

2002년에는 「국민건강보험재정건전화특별법」이 제정되어 지역보험재정에 대한 정부지원 50%(40%는 국고지원, 10%는 담배부담금지원)가 법제화되었다. 이와 함께, 3월부터 보험료가 6.7% 인상되고 4월부터 보험수가가 2.9% 인하됨에 따라 보험재정은 급속히 안정되었다. 또한 보건복지부는 2002년의 「국민건강증진 종합대책」에서 재정안정을 위한 3차 추가대책을 제시했다.

보험재정이 안정을 찾으면서 보험급여도 조금씩 확대되기 시작했다. 2004년에는 ‘본인부담액상한제’가 실시되었고, 특히 소득 수준별 차등화 개념이 도입되었다. 또한 암, 파킨슨병 등 희귀난치성 질환에 따른 의료비의 본인부담률을 입원 본인부담률 수준인 20%로 인하하였다. 감마나이프 수술이 보험급여 항목으로 포함되었다. 2005년에는 MRI, 미주신경자극기, 인공와우 등이 급여 대상이 되었고, 분만의 본인부담이 면제되게 되었으며, 정신질환 외래본인부담이 20%로 낮아졌다.

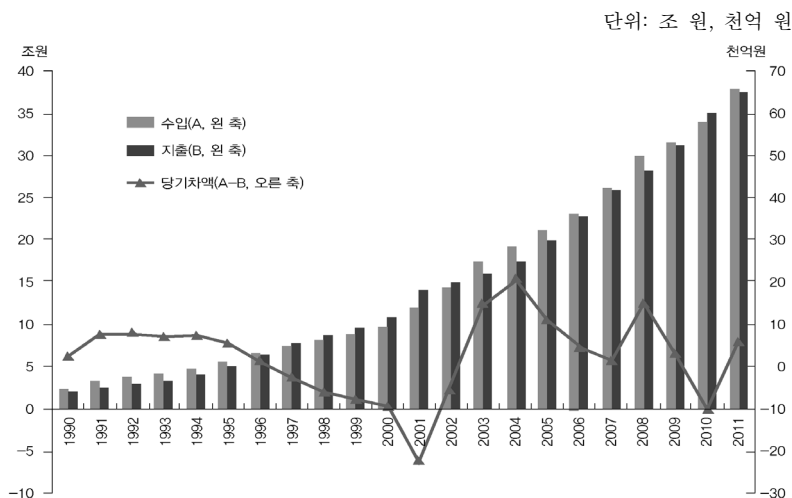
2005년 6월에는 보장성강화대책이 발표되면서 암 등 고액중증질환의 법정본인부담이 20%에서 10%로 경감되었다. 2006년부터는 만 6세 미만 입원아동 본인부담금이 면제되고, 장기이식수술이 급여 대상이 되었으며, 특정 암 건강검진 본인부담율이 경감되었다. 또한

5대암(자궁경부암, 위암, 유방암, 대장암, 간암) 무료 검진대상자가 보험료 기준 하위 50%로 확대되었다. 입원환자 식대에 보험이 적용되게 되었다. 단, 2008년부터는 식대의 본인부담률이 20%에서 50%로 상향조정되었고, 6세 미만 아동의 입원의 본인부담도 면제에서 10%로 상향 조정되었다.

나. 보험료의 증가와 국고지원의 확대

보험급여의 확대와 보장성 강화 정책은 보험재정의 추가적 지출을 의미한다. 건강보험의 주된 재원은 건강보험료인 바, 보험급여의 확대에 따라 보험료율도 계속 증가하여 왔다. 건강보험 조합의 통합 후인 2000년대 초반 해도 보험료율은 4% 미만이었었는데 2012년 현재는 5.8%로 높아졌다. [그림 3-2-2]에서의 수입의 변화는 대부분 보험료의 증가에 따른 것이다.

[그림 3-2-2] 건강보험재정의 추이(1990~2011년)

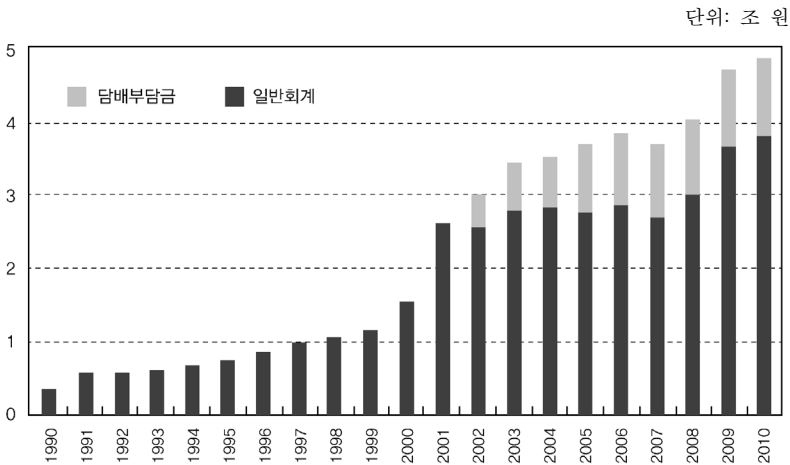


정부지원은 1999년 1조 원을 갓 넘는 수준이었으나, 건강보험 통합과 의약분업 파동을 겪으면서 2000년 1.6조 원, 2001년 2.6조 원으로 급격히 늘어났다. 정부지원의 증가는 2001년도의 재정적자를 완화시켰고, 건강증진기금으로부터의 추가적 지원은 2002년 이후에 수지균형 내지 당기이익을 이루는데 한몫했다. 그러나 그 후 건강증진기금은 보험재정에서 국고지원을 대체하는 경향을 보였다. 2002의 국고지원액은 2001년보다 오히려 217억 원이 줄어들었는데 건강증진기금에서 4,392억 원이 신규로 지원되었다. 2003년의 경우에도 보험재정을 위한 국고지원은 전년에 비해 큰 변화가 없는데 비해 건강증진기금 지원액은 6,446억 원으로 큰 증가를 보였다. 한마디로, 2002년부터 2006년 사이의 정부지원액의 증가는 건강증진기금 지원액의 증가에 의한 것이었다.

정부지원금은 초기에는 지역가입자에 대한 지원의 형태를 띠고 있었다. 하지만, 이는 의사, 변호사 등 전문직 고소득 자영업자와 일반 직장인 간의 형평성 문제를 내포하고 있었다. 과거에는 그나마 노인 등 취약계층의 비중이 지역조합에서 높다는 점에서 지원의 명분을 찾을 수 있었지만, 2003년 이후 재정까지 통합되게 됨에 따라 지역조합을 전제로 한 지원의 근거가 사라지게 된 것이다. 이에 따라 2007년부터는 직장가입자와 지역 구분 없이 ‘보험료 예상수입액’의 20%까지 국고지원액을 지원할 수 있도록 규정이 바뀌었다. 일반회계에 의한 지원 14%는 건보재정에 포괄적으로 지원되고, 담배 재원에 의한 지원은 6% 내에서 노인의료비에 지원된다. 앞에서 본 바와 같이 2006년까지는 건강증진기금으로부터의 지원이 늘어나고 국고 지원은 정체되는 현상을 보였으나 2008년 이후에는 반대로 건강증진기금 지원액은 고정되고 국고지원액이 늘어나는 경향을 보이고 있다.

2007년 2.7조 원이던 국고지원액이 2008년 3.0조 원, 2009년 3.7조 원, 2010년 3.8조 원으로 증가한 반면, 건강증진기금 지원액은 2007년 9,676억 원에서 2010년 1조631억 원으로 미미한 변화를 보이고 있는 것이다.

[그림 3-2-3] 건강보험재정에 대한 정부지원의 변화



자료: 건강보험통계연보, 각 연도

4. 건강보험의 개혁: 지불제도의 변화

한국의 건강보험에서 지불제도 개혁은 1990년대 후반부터 시도되었지만 아직도 그 주된 목적은 달성되지 못하고 있다. 1977년 건보제도가 도입될 당시부터 의료서비스의 비용은 입원이건 외래건 의원이건 병원이건 모두 행위별수가제에 의해서 상환되었다. 서비스 하나하나에 수가가 설정되어 있고, 지불액 규모는 서비스가 제공된 후에 서비스 양에 수가를 곱해서 사후적으로(retrospective) 결정된다. 이는 얼마나 지불해야 할지 모르는데 따른 위험을 지불자인 보

협자가 주로 떠안게 되는 점에서 의료제공자가 선호하는 방식이다.

반면에 진단에 따른 건당지불이나 에피소드별 지불 등의 포괄방식은 사전적으로(prospective) 수가나 지불 수준을 정한다. 이는 의료제공자들이 환자의 추가적 의료이용에 따라 사후적으로 생기는 금전적 위험과 경제적 결과를 떠안는다는 점에서 의료제공자들이 싫어하고(Ellis, McGuire 1993), 지불액에 대한 예측가능성이 커진다는 점에서 지불자가 선호한다. 포괄수가제는 그 포괄의 단위에 따라 DRG 지불, 건당지불, 일당지불, 인두제 등 다양하다. DRG 지불방식은 흔히 전향적지불제도/사전결정지불제도(prospective payment system)로 분류되고 있지만, DRG의 단위가격은 사전적으로 정해진다고 하더라도 실제의 상환액은 진단이 이루어진 뒤에야 정해진다는 점에서 중간단계결정방식(semi-prospective payment system)이라고 부를 수 있다(野口一重 2008).

현재 한국의 행위별수가제는 5천개 이상의 행위를 포함한다. 행위별수가제의 가장 큰 문제점은 의료제공자들이 서비스의 양을 늘림으로써 수입을 늘릴 유인을 제공한다는 점이다. 정부는 이러한 문제점을 인식하고 입원에서 K-DRG를 중심으로 한 포괄수가제를 도입하기 위한 제도 개혁을 시도한 바, 1994년 보건사회부 장관 자문기구로 운영되었던 ‘의료보장개혁위원회’는 이의 도입을 건의하게 된다. 1997년부터 포괄수가제 시범사업이 시작되었는데, 이는 이 무렵 문제가 된 적자 조합들의 등장과 무관하지 않다. 이러한 적자의 일부는 행위별수가제에 기인한다는 인식도 있었던 것이다.

가. 포괄수가제(K-DRG) 시범사업

포괄수가제 시범사업은 1997년부터 2001년까지 3차에 걸쳐 실시

되었다. 시범사업에 참여한 의료기관은 1997년 54개 의료기관에서 2001년 1,645개로 늘었다. 시범사업에 대한 심사평가원의 공식적인 결과 평가는 대체로 긍정적이었다(MOHW 2000). 의료비는 포괄수가제가 행위별수가제보다 3.2~10.3% 감소, 재원기간은 포괄수가제가 행위별수가제보다 4.3~9.3% 감소한 것으로 나타났다. 진료량이 줄었음을 추정할 수 있다. 진료행태 면에서, 1인당 항생제 사용은 9.7~24.9% 감소했다. 치료결과에서는 양자 간의 유의한 차이는 발견되지 않았다. 그러나 이러한 공식적인 평가결과에 대해 일부 학자들과 의료제공자들은 불신을 표시했다. 실제로 외래부문의로의 전이를 추정할 수 있다는 연구결과들도 있었다. 퇴원시의 항생제 조제는 23.6% 줄었고, 백내장 수술에서 가장 감소량이 컸다. 반면에, 항생제 사용은 퇴원 후에 평균 27.0% 늘었다. 이는 입원환자의 항생제 사용을 입원 외의 사용으로 대체했음을 추측케 한다. 또한, 입원 중의 검사 건수는 줄었지만, 이는 입원 전의 검사가 대체하고 있었다.

나. 포괄수가제 본사업

시범사업을 거쳐서 2002년부터 포괄수가제의 본사업이 실시되었다. 원래는 2001년 1월부터 본사업을 시작할 계획이었으나 의사들의 반대로 연기되었다. 2000년 후반의 의약분업에 대한 불만으로 의사들이 스트라이크를 벌이고 있던 시기였기 때문에, 의사들의 의사에 반하여 포괄수가제 개혁마저 밀어붙이기에는 정부도 힘이 부쳤다. 포괄수가제는 8개 질병군에 적용되었고, 이는 중증도와 환자 연령에 따라 더 세분화되었다. 이들은 맹장수술 및 분만을 제외하고는 모두 비응급성 수술이다. 이듬해인 2003년에는 산부인과 의사들의 강력한 요구에 따라 정상분만이 제외되어 7개 질병군으로 줄었다.

포괄수가제 지불은 병실료, 치료비 및 검사료를 포함하되, MRI, 초음파, 식대, 선택진료, 6인 미만 상급병실은 제외된다. 의료기관의 참여를 독려하는 차원에서 포괄수가제의 가격 수준은 해당 행위수가제의 경우보다 높은 선에서 설정되었다.

본래는 전체 질병군에 대해서 일괄적으로 포괄수가제를 적용해야 하나 의사들의 이해관계에 따라 일부 질병군에만 적용되었고, 이는 다른 질병군으로의 코드 전이 가능성 등의 여러 문제점을 내포하고 있었다. 또한 자발적으로 참여하는 의료기관만을 대상으로 함으로써 포괄수가제방식의 적용이 유리하다고 판단하는 의료기관만 참여하는 약점을 가지게 되었다. 즉, 포괄수가제로의 전환은 그 초기단계부터 제도 도입의 의미가 반감되어 있었다. 정부는 2003년 이를 강제적용방식으로 바꾸려고 시도하였으나 의료계의 반대로 무산되었다.

이러한 제도적 모순은 그 후 시정되지 않고 계속되어 현재는 원래 주된 대상이었어야 할 대형병원은 빠진 채 의원급만 주로 참여하고 있다. 상급종합병원의 경우 시범사업에서는 15개 기관까지 참여했으나 지금은 하나도 남아 있지 않다. 높은 가격을 받는 신의료기술은 포괄수가제 항목에 포함되지 않고 행위별수가 적용 항목으로만 추가된 점도 상급종합병원이 포괄수가제에 매력을 갖지 못하게 하는 원인이 되었다. 한편, DRG의 가격은 매년 인상되고 있는 행위별수가제의 가격에 연동되어 인상되었고, 약제나 치료재의 가격인하는 반영이 안 되었기 때문에 의료기관으로서는 이익이 되었다. 의원급의 참여 증가는 이에 따른 것이다.

그러나 상급종합병원이 참여하지 않고, 의원이 주로 참여한 것 자체가 제도의 실패를 의미하는 것이다. 비효율적인 병원은 행위별수

가제를 유지해서 비용을 만회하려 하고, 효율적인 병원은 포괄수가제를 선택하여 차액을 남기려고 했다. 효율성과 보험재정안정성의 모든 면에서 의도했던 것과 반대의 결과가 될 것이다. 비용 인하에 따른 DRG 가격의 인하도, 질을 확보하기 위한 의료기관 모니터링도 의료기관의 탈퇴를 초래할 것이 두려워서 시도하기 어려웠다. 지금에 와서는 DRG 지불제도를 철회하는 것도 어렵게 되었다. 이 방식이 유리해서 참여한 의원들이 반대하기 때문이다.

다. 신포괄수가제도의 시도

2009년부터 일당지불방식을 일부 가미한 소위 ‘신포괄수가제도’ 시범사업이 진행되고 있다. 시범사업은 공단의 일산병원에서 시작하여 현재 국공립병원으로 확대 적용되고 있고, 이에 대한 평가 결과에 따라 민간병원에도 확대 여부를 결정할 것으로 알려져 있다. 기존의 포괄수가제와의 차이를 중심으로 신포괄수가제를 보면, 첫째, 포괄수가와 비포괄수의 합으로 결정되는데, 포괄수는 다시 건당의 기준수가 부분과 입원일수 만큼의 일당부분으로 나누어진다는 점, 둘째, 특수질환자, 일반환자의 특수서비스, 재원일수가 하위 5 percentile 이내이거나 95 percentile 이상인 경우, 단가가 10만 원 이상인 행위, 약제, 치료재료는 예외적으로 행위별수가로 지불한다는 점을 들 수 있다. 동 방식은 재원일수 감축 내지 비용절약의 인센티브를 정상군의 정액 부분에서 찾고 있다. 또한, DRG 실패의 원인인 의료기관의 반대를 감안하여 행위별수를 적용하는 예외의 경우를 다양하게 인정하고 있다.

이러한 신포괄수가제의 시행은 시작 이전부터 어려움을 겪고 있다. 의료제공자들과 시민사회단체와 학자들 모두로부터 비판을 받

고 있기 때문이다. 의료제공자들은 포괄하여 지불하는 방식 자체에 대해 반대하는 입장을 견지한다. 대형병원들의 경우 새로운 제도의 도입 없이도 재원일수를 줄이는 것이 경영에 도움이 되기 때문에 이미 이를 위해 노력하고 있고, 따라서 복잡하게 새로운 시도를 할 필요가 없다는 점을 내세운다. 시민사회단체 등도 실포괄수가제가 의료제공자들의 입장을 너무 반영하여 포괄방식의 장점을 이미 상실하고 있다고 비판한다.

라. 포괄수가제에 대한 찬반

대부분의 학자와 정책담당자들은 환자에 대해서 본인부담을 두듯이(demand-side cost sharing) 의료제공자에 대해서도 공급자본인부담(supply-side cost sharing)에 해당하는 지불제도를 둘 필요성을 강조해왔다. 의료제공자는 소비자에 비해 의료에 대한 지식과 정보를 더 많이 가지고 있으므로 더욱 효과적으로 의료비용을 최소화할 수 있다. 예를 들어 환자는 본인부담이 크면 불필요한 의료뿐 아니라 필요한 의료의 이용마저 줄이는 반면 의료제공자는 사전결정지불방식(prospective payment system)이 도입되면 불필요한 의료의 제공부터 우선적으로 줄인다(Rice 1998). 환자는 본인부담을 전부 부담하여야 하므로 경제적 위험을 분산할 수 없는 반면 의료제공자는 다양한 유형의 환자를 치료하므로, 사전적으로 결정된 의료비용에 비해 더 많은 비용이 소요되는 환자에게서 생기는 손해를 더 적은 비용이 소요되는 환자를 통해 만회할 수 있다. 또한, 포괄수가제를 설계함에 있어서 재정적인 이유 등으로 보험급여에서 제외된 비급여 항목을 포함하여 포괄함으로써 자연스럽게 급여를 확대할 수 있는 장점도 기대되었다.

포괄수가제에 대한 반대나 회의적인 의견도 만만치 않다. 병원과 의료계는 현행 행위별수가제가 공급자의 자율성을 가장 잘 보장해 준다는 점에서 이를 유지하기를 원하고, 반면에 포괄수가제에 대해서는 추후에 의료비 억제에 강력한 수단으로 전환될지도 모른다는 두려움으로 이를 반대하고 있다. 한편, 포괄수가제의 기원인 미국에서는 병원과는 독립적인 개방의사에 대한 보수를 제외한 병원비용만을 지불하도록 고안이 되어 있었기 때문에 동 제도가 한국에서 성공적으로 적용되기 어렵다는 주장도 있다. 특히, 의사들이 병원의 직원으로 고용되어 있는 한국의 경우 의사들이 병원의 수익 증대를 위해 비용을 외래 및 장기요양 쪽으로 전가할 가능성은 미국보다 더 크게 된다는 점도 지적되었다. 하지만, 미국의 DRG 분류체계를 모방해서 사용하는 프랑스(GHM)나, 독자적인 분류체계를 만들어 사용하는 네덜란드(DBC) 모두 입원, 외래의 구분 없이 진단군분류를 해서 지불에 연결시키는 것을 볼 때 입원, 외래의 구분이나 개방 병원제가 필요조건이 아님을 알 수 있다(Or 2011; Siok 2011).

복지부와 심사평가원은 의사들의 요구를 수용하여 행위별수가제의 요소를 보다 더 가미한 소위 ‘신포괄수가제’를 2009년부터 소수의 병원에서 시범 적용하고 있다. 그렇지만 기존의 DRG지불방식의 경험에 비추어볼 때, 핵심은 이러한 제도가 일정한 조건을 갖춘 의료기관에게 강제적용방식으로 확대될 수 있는가 하는 점이다. 현재 ‘신포괄수가제’의 가장 큰 난점은 학계와 의료계 모두 이를 비판하는 입장에 있다는 점이다. 중요한 것은 임상 의사들의 의견이 반영된 포괄(bundling)을 어떻게 합의해 낼 것인가 하는 것인데, 임상 의사들은 포괄 자체를 싫어하고 있다. 이러한 상황이 지속된다면, 의료비의 전체 총액에 대한 총괄관리방안의 도입이 더욱 힘을 얻게 될 것으로 보인다.

Ⅱ 제2절 | 의료급여제도

의료급여제도는 생활이 어려운 국민의 의료문제를 국가가 보장하기 위한 제도이다. 우리나라에서는 의료급여제도를 공공부조의 하나로 접근하고 있기 때문에 의료급여제도에 따른 급여가 국민기초생활보장의 한 형태로 제공되고 있고, 보건복지부 내의 담당과도 보건 의료정책실이 아닌 사회복지정책실 소속으로 되어 있다. 건강보험제도가 생계능력이 있는 사람들을 대상으로 하고 그들이 납부하는 보험료를 재원으로 하여 운영되는데 반해, 의료급여제도는 자산조사에 근거한 빈곤선 이하의 국민을 대상으로 하고 국가의 예산을 재원으로 하여 운영된다.

1. 제도의 발전과 수급자 현황

1961년 생활보호법이 제정되면서 의료보호에 관한 규정이 최초로 제정되었으나 시행령이 마련되지 못하여 구체적인 사업이 실시되지 못했다. 마침내 1977년 의료보호법이 제정되고 하위법령이 정비되면서 전액무료의 1종과 일부부담이 있는 2종(자활보호대상자)을 구분한 “의료보호제도”가 본격적으로 시작되었다. 1999년 국민기초생활보장법의 제정으로 2000년 이후에는 시혜적 차원의 생활보호제도가 권리적 차원의 기초생활보장제도로 탈바꿈하게 되었다. 이에 따라 제도명도 의료보호제도에서 의료급여제도로, 관련 법도 의료보호법에서 ‘의료급여법’으로 바뀌었고, 2002년부터는 보건복지부 내에 이를 전담하는 과 수준의 조직이 신설되었다.

의료급여의 수급권자는 대부분 국민기초생활보장법에 의한 기초

생활수급자로 구성되어 있다. 그 밖에 이재민, 의사자 및 의사자의 유족, 국내에 입양된 18세 미만의 아동, 독립유공자 및 국가유공자, 중요무형문화재의 보유자 및 그 가족, 북한이탈주민, 광주민주화운동관련자 등이 의료급여 수급권자가 된다.

2004년까지는 기존 수급자에 대한 사후관리를 강화하는 정책이 이루어졌으나, 2005년 이후에는 사회안전망 확충 정책이 진행되면서 정부의 지원을 받는 저소득층이 급증하고 의료급여 수급권자 수도 증가했다. 이에 따라 수급권자수는 2004년 153만 명에서 2005년 176만 명으로 급증했다. 그 뒤로 2006~2008년 사이에 수급권자수는 183~184만 명 선을 유지했으나, 차상위계층을 건강보험제도로 환원하는 정책에 따라 다시 2009년에는 168만 명으로 줄었다. 2010년 의료급여 수급자수는 167.4만 명으로 전체인구의 3.7%를 차지하고 있다.

〈표 3-2-2〉 의료급여 수급자 현황

단위: 천 명, %

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
수급자수	1,421	1,454	1,529	1,762	1,829	1,853	1,841	1,677	1,674
수급률	3.0	3.0	3.2	3.6	3.8	3.8	3.7	3.4	3.7

자료: 국민건강보험공단「의료급여통계」

수급률: 총인구 대비 의료급여 수급자수(총인구: 통계청 인구추계)

2. 관리운영

의료급여법은 의료급여의 보장기관을 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장으로 규정하고 있다.

의료급여비용은 국고보조금, 지방자치단체의 출연금 등을 재원으로 하여 시·도에 설치된 의료급여기금에서 충당된다. 광역시·도는 국고 80% 지방비 20%, 서울특별시는 국고 50% 지방비 50%의 비율로 부담한다. 서울특별시와 광역시의 경우는 특별시와 광역시가 지방비의 50%와 20%를 다 부담하고 자치구는 부담을 하지 않으며, 도의 경우는 도가 14~16%를, 시가 6%를, 군이 4%를 부담한다. 동기금은 일반회계와 구분하여 별도의 계정을 설정하여 관리한다. 각 시·도는 의료급여기금에서 보건복지부로부터 통보된 월별 예탁금액을 국민건강보험공단에 예탁하고 공단은 심사평가원의 심사결과에 따라 의료급여 비용을 지급하게 된다.

3. 재정현황

의료급여기금에서 의료제공자들에게 지불하는 비용(기금부담금)은 정부예산에 의해서 충당되도록 법에 의해 규정되어 있다. 따라서 기금이 부족해서 채불이 생기더라도 이는 단기적인 현상일 뿐이며, 장기적으로는 기금 재정의 수지는 해결되도록 되어 있다. 하지만, 의료급여의 지출은 결국 정부예산의 부담을 의미하므로 정부로서는 이러한 지출이 효과적이고 효율적으로 이루어지고 있는 것인지를 끊임없이 검토하지 않을 수 없게 된다. 즉, 의료급여제도에 있어서의 재정의 문제는 결국 수입보다는 지출의 문제에 초점이 모아진다.

의료급여 지출 규모는 1990년대 전반부에는 연간증가율이 10%대이었으나, 1990년대 후반부에 들어와서는 20%대(1999년의 경우는 48%)로 높아졌다. 2000년과 2001년 각각 21.8%, 28.4%의 증가율을 보이던 급여지출은 건강보험재정건전화 대책 등에 힘입어 잠시 한

자리수 증가율로 떨어지더니 2004년부터는 다시 급증하여 18.5%, 23.8%, 21.3%의 증가율을 보였다.

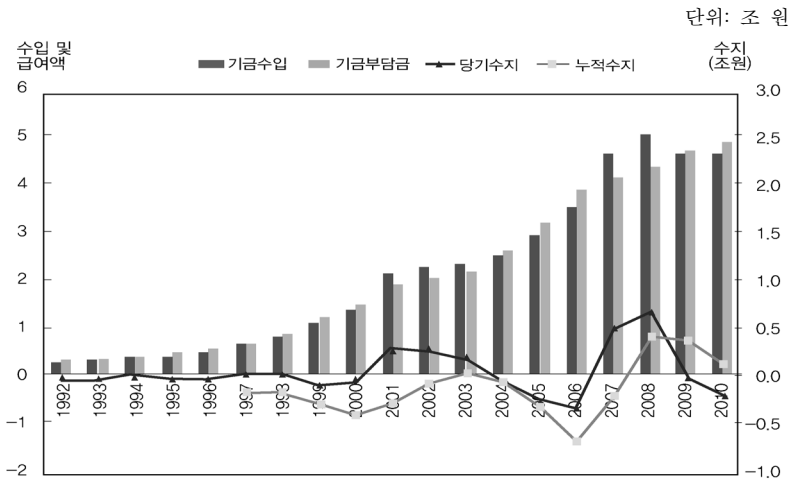
의료급여기금이 의료기관 등에 지불되어야 할 기금부담금보다 적으면 진료비체불이 발생하게 된다. 1990년대에는 줄곧 의료급여기금의 조성을 위한 예산이 기금부담금에 미치지 못해서 진료비의 체불이 계속되었으며 이는 끊임없는 민원의 대상이 되었다. 2001년부터는 4천 5백억 원의 추경예산을 편성하는 등 국고 및 지방비의 확대가 계속됨에 따라 2001년 2천 5백억 원, 2002년 2천 5백억 원, 2003년 1천 7백억 원의 당기 수입초과를 보였고, 이에 힘입어 2000년 4천 5백억 원까지 달했던 의료급여의 누적미지급액은 2001년 2천 9백억 원, 2002년 9백억 원으로 줄어들고 마침내 2003에는 미지급액이 해소되게 되었다. 그러나 2004년부터 기초수급대상자의 확대, 차상위 의료급여 확대 그리고 보장성 강화대책이 시행됨에 따라 부담금이 증가되어 다시 당기 및 누적 수지적자를 기록했고, 이러한 수지적자는 2006년까지 계속되었다.

참여정부는 2006년 7월 소위 ‘의료급여혁신종합대책’을 마련하여 제도의 효율적인 운영을 위한 일련의 정책을 추진했다. 이에 따라 2007년부터 부양의무자 기준을 완화하고 외국인배우자에게도 수급 자격을 부여하였으며, 만성폐쇄성질환자의 가정 산소 치료도 급여의 대상으로 했다. 동 종합대책의 핵심은 7월부터 실시된 ‘1종 수급권자에 대한 본인부담제’이다. 이는 1종 수급권자들에게 일정액의 건강생활유지비를 지원한 후 외래 진료비에 약간의 본인부담을 부과하는 것이었다. 당시 1종 의료급여수급자는 105만 명이었는데 이중 75만 명에게 월 6천 원씩 건강생활유지비를 지원하였다. 또한, 의료급여 상한일수를 초과한 수급자에게는 ‘선택병의원’이라는 명칭

의 ‘제한된’ 이용을 요구했다. 한편 이러한 대책을 원활히 수행하기 위해 의료급여자격관리시스템을 구축했는데, 이는 7만5천개의 의료기관과 약국을 건강보험공단의 수급권자 진료정보시스템과 실시간으로 전산 연계하는 것이었다. 또한 의료급여 사례관리 인력을 증원하고 사례관리사업지원단을 신설하여 의료급여의 이용 상담사업을 실시하였다.

2006년의 의료급여혁신종합대책이 구체화된 2007년부터는 의료급여기금이 적자에서 흑자로 바로 돌아서서 당기 흑자의 규모가 2007년 4천 8백억 원, 2008년 6천 3백억 원이 되었다. 하지만, 2009년 이후에는 다시 당기 적자가 발생하고 있다. [그림 3-2-4]에서 보듯이 급여지출에 따른 기금부담금은 빠르지만 일정한 추세로 증가하고 있는데 정부지원에 따른 기금수입의 규모가 정치상황에 따라 들쭉날쭉한 것이 반복되는 적자와 흑자의 이유가 되고 있다.

[그림 3-2-4] 의료급여기금의 수입 및 급여액



자료: 의료급여통계연보 및 보건복지부 내부자료를 기초로 산출

참고문헌

- 김연명(2000). 『의료보험 통합의 이해 관계·의의와 향후 과제』. 이종찬 (편집). 한국의료대논쟁. 서울: 소나무.
- 의료보험통합일원화와 보험적용확대를 위한 범국민연대회의(1999). 의 보연대회의 활동보고서: 의보통합 10년 투쟁사. 비매품.
- 이규식(2000). 『의료보험 통합 논리의 변화와 문제점』. 이종찬(편집). 한 국의료대논쟁. 서울: 소나무.
- 차홍봉 외(2004). 건강보험 재정통합 이후 새로운 보험료부과체계 설계 방안. 한림대사회과학연구소. 서울; 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.
- 한국연구보건연구원(1987. 12.). 도시지역주민에 대한 합리적인 의료보 험적용방안 연구.
- 野口一重(2008). DRG(DPC)方式の機能性とPPSの經濟的特徴, (遠藤久夫 外 編). 醫療保險·診療報酬制度, 근초書房.
- Ellis, R., McGuire, T.(1993). Supply-side and demand-side cost sharing in health care, Journal of Economic Perspectives, 7:135-51.
- Jeong, HS(2010). Expanding insurance coverage to informal sector populations: Experience from Republic of Korea, World Health Report(2010) Background Paper No. 38, WHO, Geneva.
- Jeong, HS(2011). Korea's National Health Insurance-Lessons From The Past Three Decades, Health Affairs, 30(1), pp.136-144.
- Jeong, HS, Niki, R.(2012). Divergence in the development of public health insurance in Japan and the Republic of Korea: A multiple-payer versus a single-payer system, International Social Security Review, 65(2), pp.51-73.

- Kwon, S.(2003). Payment System Reform for Health Care Providers in Korea, *Health Policy and Planning*; 18(1): 84-92.
- Kwon, S.(2008). “Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage”, in *Health Policy and Planning*, Vol. 23.
- Lee, J.C.(1997). The emergence of National Health Insurance in South Korea: High politics and low policy, *Ajou Medical Journal*, 2;2: 126-135.
- Ministry of Health and Welfare(2000). Evaluation of the 3rd-year pilot program on DRG-based payment, Seoul: Ministry of Health and Welfare.(Rice, 1998)
- Or, Z, and Bellanger M., France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market, (edited by) Busse R. et al, *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press. 2011.
- Rice, T.(1998). *The economics of health reconsidered*, Chicago: Health Administration Press.
- Siok, ST, van Ineveld, M. redekop, K., Ooijen L.H., the Netherlands: *The Diagnose Behandelend Combinaties*.(edited by) Busse R. et al, *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Open University Press. 2011.

제3장

노인장기요양보험

장기요양보험제도는 평상시 가입자로부터 징수한 보험료를 재원으로 하여 장기요양서비스(LTC: Long-term Care)를 필요로 하는 자에게 이를 제공하기 위한 사회보험제도이다. 우리나라에서는 2007년 4월 ‘노인장기요양보험법’이 제정되어 2008년 7월부터 ‘노인장기요양보험제도’가 시작되었다. 동 법은 동 제도의 목적을 ‘고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 하는 것’으로 규정하고 있다.

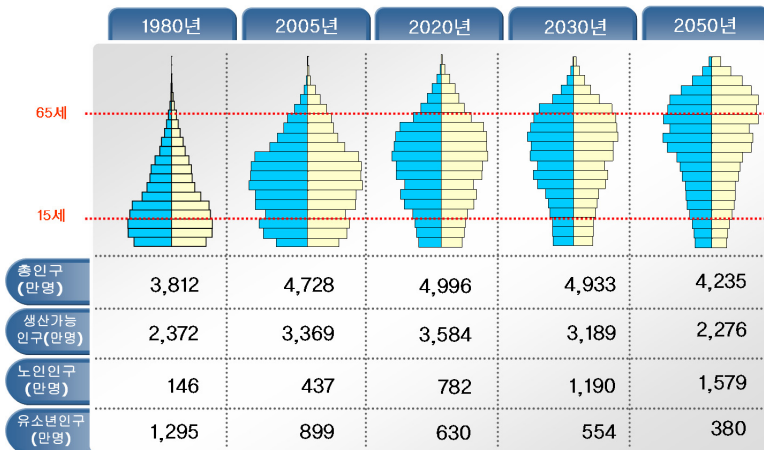
| 제1절 | 제도의 배경 및 의의

한국은 2000년대에 들어서면서 동시에 ‘고령화사회(aging society)’에 진입했다. 당시의 추세로 봤을 때 2018년에는 ‘고령사회(aged society)’, 2028년에는 ‘초고령사회(super-aged society)’에 진입될 것으로 예측되는 상황이었다(UN 2001). 2016년이면 생산가능인구(15~64세)가 3,619만 명을 정점으로 감소하기 시작하고, 2018년이면 총인구가

4,934만 명을 정점으로 감소한다고 예측되었다(통계청 2001). 고령 화사회에서 고령사회로 진입하는 데 프랑스는 115년, 스웨덴은 85년, 미국은 75년, 영국과 독일이 45년이 걸리는 것과 비교할 때 우리의 고령화 속도는 가히 세계적인도 강조되고 있었다.

[그림 3-3-1] 우리나라 인구구조의 변동추이 및 전망

단위: 만 명



자료 : 통계청, 「장래인구추계」, 2006

이러한 빠른 고령화는 치매·중풍 등 장기요양을 필요로 하는 노인의 수가 늘어남을 의미한다. 노인성 질환은 단기간에 치유되지 않고, 신체를 자유를 구속하기 때문에 주변의 시간과 노동력의 투입을 요한다. 노인 건강의 문제는 단순히 질병으로 고통 받는 개인의 문제일 뿐만 아니라, 이를 수발하는 가정의 경제적·정서적 고통으로 이어지고 다시 가족의 해체로 이어져 2차, 3차에 걸친 사회 문제를 일으킬 수 있다.

한편으로, 여성의 경제 참여가 늘고 맞벌이가 늘어남에 따라 가족

에 의한 간병 기능은 줄어들고 있다. 2000년대 초반 해도 중산, 서민층 가정이 이용할 수 있는 요양시설은 절대적으로 부족했다. 장기요양서비스는 공공부조사업을 통해 저소득층을 대상으로 제한적으로 제공되는 것이 일반적이었다. 이러한 상황에서 일반국민을 대상으로 전문적이고 체계적인 장기요양서비스를 제공하는 사회시스템을 갖추어야 한다는 목소리가 점차 커지고 있었다(고정민 2002). 더욱이 이웃 일본에서는 오랜 준비 끝에 2000년 4월부터 개호보험이 시작되었고 이것이 국내의 정책당국에는 큰 자극이자 참고가 되었다.

현행 노인장기요양보험은 ‘치매·중풍 등의 노화 및 노인성 질환으로 신체·정신적 기능이 쇠퇴된 대상자들에게 다양한 장기요양서비스를 제공하는 것을 목적으로 하는 사회보험’이다. 근로능력이 있는 계층으로부터 거둔 보험료를 재원으로 하며, 수발자의 유무나 경제적 상황에 따라 급여내용을 차별하지 않는다. 또한 모든 국민에게 공통으로 적용되는 기준인 ‘요양의 필요도’에 따라 등급을 판정한다. 노인장기요양보험은 건강보험과 마찬가지로 보건복지부장관이 관장하되, 보험자는 공단이 된다.

정부가 노인장기요양보험을 도입하면서 내세운 기대효과는 첫째, 비전문적 가족요양 체계에서 벗어나 계획적이고 전문적인 요양, 간호 서비스를 제공받을 수 있으며, 신체기능 호전 및 사망률 감소로 노인의 삶의 질이 향상된다는 점, 둘째, 가족의 정신적, 육체적, 금전적 부양부담을 경감시킨다는 점, 셋째, 장기요양관리요원 및 요양보호사의 고용창출과 사회서비스 일자리를 확대한다는 점, 넷째, 복지용구, 재활용구 산업을 활성화하고 지역요양시설을 확대하여 고령친화산업과 지역경제의 활성화에 기여한다는 점 등이었다.

Ⅱ 제2절 | 제도의 도입

1. 준비작업의 진행

2001년 8월 15일 정부는 고령화시대에 대비하여 노인요양보장제도를 도입할 계획임을 발표했다. 사실은 그 이전부터 노인요양보장제도를 시행하기 위한 준비체계의 구축 작업이 진행되었다. 2000년부터 2002년까지는 「노인장기요양보호정책기획단」이 활동하며 기초연구를 수행했고, 2003년 3월부터 1년간 「공적노인요양보장추진기획단」이 운영되었으며, 2004년 3월부터는 다시 1년간 「공적노인요양보장제도실행위원회」가 운영되었다. 이러한 과정을 거쳐 2005년 7월부터 3차에 걸친 시범사업이 이루어졌다. 2005년의 1차시범사업은 광주 남구, 강릉, 수원, 부여, 안동, 북제주의 6개 지역에서, 2006년의 2차시범사업은 부산 북구, 전남 완도를 추가한 8개 지역에서, 2007년의 3차시범사업은 인천 부평구, 대구 남구, 청주, 익산, 하동을 추가한 13개 지역에서 진행되었다. 이러한 시범사업에서의 경험과 결과는 실제 사업에서의 등급판정, 서비스이용 지원, 수가 수준 등을 결정하는데 중요한 근거가 되었다.

이러한 준비 과정에서 법안의 명칭, 대상자의 범위, 보험자 및 관리운영기관, 현금급여인정 여부 등 다양한 쟁점에 대해 광범위한 논의가 진행되었고, 특히 2차 및 3차 시범사업이 진행되는 동안 제도의 시행을 위한 구체적인 내용이 결정되어 갔다. 마침내 2007년 4월 27일에는 노인장기요양보험법이 제정되었고, 뒤이어 제도 시행을 위한 하위법령이 1단계('07.10.1 시행)와 2단계('08.7.1 시행)로 나누어서 이루어졌다. 동 법에 따라 신설된 장기요양위원회는 가입자,

공급자, 공익대표의 논의를 통하여 2007년 12월 31일에는 제도 시행 첫 해의 시설·재가 수가 및 보험료율을 결정했다.

논의 초기부터 ‘보험료 부담만 있고 서비스는 없는’ 제도가 될지 모른다는 우려가 계속되었기 때문에, 특히 이 시기에는 요양시설 인프라를 확충하고, 재가시설에 대한 민간의 참여를 유도하기 위한 노력이 경주되었다. 요양보호사 양성을 위한 교육이 2008년 2월부터 시작되었고 3월부터는 자격증이 교부되기 시작했다. 제도의 시행을 위해서는 국민들이 노인장기요양보험제도가 무엇이고 누가 신청 대상인지를 알아야 하기 때문에 이를 알리는 홍보도 대단히 중요했다. 관리운영주체인 건보공단도 조직·인력을 구성하고 전산시스템을 개발·교육하며, 각 지사에서 등급판정위원회를 구성·운영하고, 장기요양센터 개소를 위한 신청접수를 받는 등 실무적인 준비 작업을 진행했다. 2008년 4월부터 신청접수가 시작되었고, 마침내 7월부터 노인장기요양보험제도에 의한 요양서비스가 제공되기 시작했다.

2. 제도의 시행

노인장기요양보험제도의 시행 첫 해인 2008년은 여러 가지 면에서 연간 비교를 위한 유량(flow) 비교에 적합하지는 않다. 우선 하반기만 적용되었다는 점이 있고, 제도가 시작됨에 따른 신규 신청자, 대상자 및 이용자가 집중하게 된다는 점도 있다. 그럼에도 첫 해의 상황은 여러 면에서 의미가 깊기 때문에 12월 말의 현황을 살펴본다.

2008년의 누적 신청인원은 376,030(사망자 20,506 포함)명이었다. 이 중 등급판정을 마친 사람은 336,580명이었고, 그 중 인정자는 63.7%인 214,480명이었다. 이 중에서 147,801명(68.9%)이 장기요양

급여를 이용한 바, 시설급여 56,370명(26.3%), 재가급여 91,431명(42.6%)이었다.

인프라의 현황을 보면, 요양시설의 경우 당시 정부의 추계에 의한 수요는 충족하고 있는 것으로 파악되었다. 재가시설 또한 공급이 충분하며 일부지역은 과잉을 우려할 수준이 되었다. 요양보호사는 교육이 급하게 이루어지긴 했지만 제도 시행 전까지 6만 명 이상이 양성되었다.

〈표 3-3-1〉 제도 시행 단계까지의 재가기관의 수

단위: 개소

구 분	2006	2007	2008
방 문 요 양	523	767	4,362
방 문 목 욕	—	—	3,006
방 문 간 호	—	—	626
주 야 간	409	504	806
단 기	113	137	691
복 지 용 구	—	—	733

〈표 3-3-2〉 제도 시행 단계까지의 요양보호사의 수요 및 공급

단위: 명

구 분	2006	2007	2008
수 요	62,027	62,027	62,027
공 급	40,589	51,310	68,581
충 족 륜	65.4%	82.7%	110.6%

Ⅲ 제3절 | 급여대상자 및 요양시설

노인장기요양보험제도의 적용 대상은 전국민이고 보험료를 부담하는 자 즉, 노인장기요양보험가입자는 건강보험료 납부대상자와 같다. 장기요양인정을 신청 할 수 있는 대상자는 ‘65세 이상의 노인’ 또는 ‘65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 노인성 질병을 가진 자’의 두 그룹으로 나뉜다. 이들 중 대체로 ‘6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운’ 상황으로 인정되어 1-3등급의 판정을 받으면 장기요양급여를 받을 수 있는 대상자가 된다. 2012년 현재 시설급여는 2급까지, 재가급여는 3급까지 급여 대상이다.

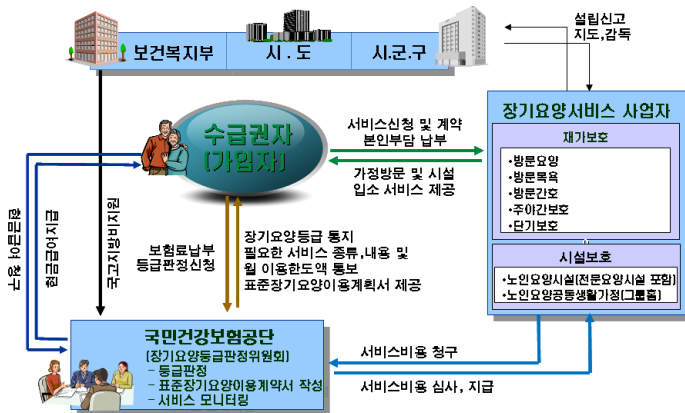
〈표 3-3-3〉 노인장기요양보험제도의 적용 대상자별 범위

구 분	범 위
적용 대상자	전국민 노인장기요양보험가입자(건강보험과 동일) + 의료급여적용 대상자
보험료를 부담하는 적용 대상자	노인장기요양보험가입자 (건강보험료 납부대상자)
장기요양인정을 신청 할 수 있는 대상자	65세 이상 노인 또는 노인성 질환을 가진 65세 미만의 국민
장기요양급여를 이용할 수 대상자	장기요양인정 신청인 중 6개월 이상 혼자서는 생활이 어려운 자로서 장기요양등급판정위원회에서 1~3등급의 장기요양인정을 받은 65세 이상 노인 또는 노인성 질환을 가진 65세 미만자

노인장기요양보험 급여를 받기 위해서는 먼저 국민건강보험공단에 장기요양인정 신청서를 제출하여 장기요양급여를 받을 자 즉, 수급자로 판정을 받아야 한다. 등급판정에는 1차판정과 2차판정이 있는데, 1차판정은 방문조사 내용을 컴퓨터 프로그램(통계적 기법과 과학적 검증으로 도출된 평가판정도구)에 입력하여 요양니즈 5개

영역에 따른 장기요양인정점수를 산출하는 절차이고, 2차판정은 공단의 각 지사별로 설치된 장기요양등급판정위원회에서 1차판정결과와 의사소견서 등을 토대로 장기요양등급을 최종적으로 결정하는 절차이다. 개략적으로 보면, 1등급은 ‘전적으로’ 타인의 도움이 필요한 상태, 2등급은 ‘상당부분’ 다른 사람의 도움이 필요한 상태, 3등급은 ‘부분적으로’ 타인의 도움이 필요한 상태이다. 이를 위한 세부적인 판정기준이 마련되어 있다.

[그림 3-3-2] 노인장기요양보험제도의 서비스 이용 체계



인정자수는 2011년 32.4만 명으로 전체 노인인구 564만 명의 5.7%이었다. 이는 2009년의 28.7만 명(5.4%)보다 증가된 수치이지만, OECD 평균 인정자 비중이 10%선이고, 일본에서 고령화 수준이 현재의 한국과 유사한 수준이었던 2000년에 일본의 노인인구 대비 인정자 비중이 8.7%이었던 것을 참고하면 아직은 낮은 편이다. 그만큼 인정기준을 비교적 엄격히 정하고 있는 것으로 판단된다.

2011년의 장기요양서비스 이용자수는 29.2만 명으로 이 중 10.5

만 명이 시설 이용자, 18.7만 명이 재가 이용자이었다. 2009년에 비해서 시설 이용자수의 증가 경향이 뚜렷하다.

〈표 3-3-4〉 노인장기요양보험제도 대상자 추이

단위: 명, %

	2008년	2009년	2010년	2011년
노인인구(명)	5,109,644	5,270,214	5,436,969	5,642,297
신청자수(명)	376,030	596,235	759,339	617,081
인정자수(명)	214,480	286,907	315,994	324,412
노인 중 인정자 비율	4.2%	5.4%	5.8%	5.7%
이용자수(명)	147,801	244,048	281,110	292,478
－ 시설	56,370	70,374	92,556	105,178
－ 재가	91,431	172,813	188,635	187,372

주: 연도말 기준

자료: 보건복지부 통계

입소시설과 재가기관을 합한 전체 요양시설수는 2011년 23,599개로 2009년에 비해서는 늘었으나 2010년과는 비슷한 수치이다. 입소 시설은 2011년 4,061개로 제도 시작 이후에도 매년 꾸준히 증가하고 있다. 시설충족률은 서울 70%를 제외하고는 대부분 여전히 100%를 넘어서고 있다. 재가기관의 경우, 방문요양 및 방문목욕, 방문간호 기관수는 감소하고 있고, 복지용구사업소는 지속적으로 증가 경향을 보인다.

〈표 3-3-5〉 요양시설의 추이

단위: 개

	2008년	2009년	2010년	2011년
기관수(개소)	11,941	21,701	23,698	23,566
－ 시설	1,717	2,629	3,751	4,061
－ 재가	10,224	19,074	19,947	19,505

주: 연도말 기준

자료: 보건복지부 통계

Ⅱ 제4절 | 급여의 종류와 이용 현황

1. 급여의 종류

장기요양급여에는 현물급여로 재가급여와 시설급여가 있고 현금급여로 가족요양비가 있다. 요양병원의 간병비는 노인장기요양법 상으로는 지급할 수 있도록 규정되어 있으나, 요양병원에서 비급여로 되어 있는 간병비와의 관계, 보험재정 등을 고려하여 아직 지급하지 않고 있다.

재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구대여로 구성되어 있다. 방문요양은 요양보호사가 수급자의 집을 방문해서 목욕, 배설, 화장실 이용, 옷 갈아입기, 머리감기, 취사, 생필품 구매, 청소, 주변정돈 등을 도와주는 것이다. 방문목욕은 목욕설비를 갖춘 차량을 이용하거나 수급자의 가정을 방문하여 목욕을 제공하는 것이다. 방문간호는 방문간호사가 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생을 제공하는 것이다. 주야간보호는 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매관리, 응급서비스 등 심신기능의 유지향상을 위한 교육, 훈련 등을 제공하는 것이다. 복지용구대여는 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 대여하는 것이다.

시설급여는 요양시설 입소서비스와 공동생활가정(그룹홈) 입소서비스가 있다. 요양시설 입소서비스는 요양시설에 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 것이고, 공동생활가정(그룹홈) 서비스는 공동생활을 통해 가정과 같은 주거 여

건과 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 것이다.

2. 이용 현황

수급자는 장기요양기관을 선택하고 급여이용에 관한 계약을 체결한 후 이용하게 되는데, 이 때 장기요양인정서과 함께 수령한 표준 장기요양이용계획서도 같이 제시하게 된다.

2011년 재가급여의 이용자수 및 이용금액의 현황은 <표 3-3-6>과 같다. 재가급여액 전체 중에서 81%에 달하는 1,001억 원이 방문요양에 지불되고, 주야간보호급여에 7%인 95억 원이 지불되며, 나머지는 미미하다. 특히 방문간호는 6억 원으로 0.5% 수준에 불과하다.

이는 재가급여 이용이 가사지원 중심으로 단순하게 이루어지고 있음을 보여준다. 수급자의 요양필요도에 따른 적절한 급여이용이

〈표 3-3-6〉 재가급여의 이용자수 및 이용금액(2011년)

단위: 개, 명, 백만 원, %

	기관수(개)			이용자수(명)	총금액(백만 원)	
		법인	개인			비율
계	19,505	4,024	15,481	173,502	123,981	100%
방 문 요 양	8,709	1,615	7,094	150,415	100,068	81%
방 문 목 욕	7,162	1,155	6,007	38,946	6,640	5%
방 문 간 호	692	164	528	3,822	636	1%
주야간보호	1,321	833	488	13,001	9,475	7%
단 기 보 호	234	77	157	1,421	777	1%
복 지 용 구	1,387	180	1,207	46,790	6,384	5%

주: 이용자수의 계는 재가서비스 종류별에 따라 각각의 중복을 배제한 급여이용 인원임
자료: 보건복지부 통계

이루어질 필요가 있다. 지역사회 내에서 노인의 자립생활을 유지하고 기능저하를 예방하기 위해서도 주야간 서비스를 활성화할 필요가 있다. 참고로, 일본의 경우 주야간보호는 전체 재가급여비의 27%에 이르고, 전체 급여비의 17%에 달한다. 또한, 수급자의 다양한 욕구에 탄력적으로 부응하기 위해, 복지용구의 전체 품목 및 대여품목을 확대하고 대여료를 합리적으로 조정해야 한다. 현행 대여료 구조에서는 장기 대여자의 경우 대여료를 원가 이상 지불하는 경우가 발생한다.

2011년 시설급여의 이용자수 및 이용금액의 현황은 <표 3-3-7>과 같다. 시설급여액 중에서 89%에 달하는 1,128억 원이 요양시설 입소서비스에 지불되고 나머지 11%인 143억 원이 공동생활가정 서비스에 지불된다.

〈표 3-3-7〉 시설급여의 이용자수 및 이용금액(2011년)

단위: 개, 명, 백만 원, %

	기관수(개)			이용자수(명)	총금액(백만 원)	
		법인	개인			비율
계	4,061	1,512	2,549	97,381	127,142	100%
요 양 시 설	2,489	1,259	1,230	87,231	112,822	89%
공 동 생 활 가 정	1,572	253	1,319	10,674	14,320	11%

주: 1) 기관수는 장기요양기관기호 단위로 지급한 기관수

2) 이용자수의 계는 입소시설 종류별에 따라 각각의 중목을 배제한 급여 이용인원
자료: 보건복지부 통계

| 제5절 | 재원의 규모 및 조달

1. 노인장기요양보험의 재원

노인장기요양보험의 재원은 장기요양보험료, 국가지원금, 이용자 본인부담으로 구성된다. 2011년의 보험재정을 보면 수입 3.2조 원에 지출 2.8조 원으로 4천억 원의 당기수지 흑자를 냈고 연말 현재 9천억 원 이상의 누적수지를 보이고 있다. 이러한 누적수지의 확대는 바람직한 것만은 아니며 앞으로 인정자의 니드에 따른 보험급여의 확대를 통해 누적수지의 적정관리를 꾀해가야 할 것이다.

〈표 3-3-8〉 노인장기요양보험의 재원 및 지출의 추이

단위: 억 원, %, 원

	2008년	2009년	2010년	2011년
재정(억 원)				
－ 수 입(국 고)	7,518(1,530)	20,238(3,284)	27,720(3,889)	31,732(4,603)
－ 지 출	5,731	18,791	25,547	27,714
－ 당기수지	1,787	1,446	2,174	4,018
－ 누적수지	1,787	3,234	5,407	9,425
보험료율	5.08%의 4.08%	5.08%의 4.78%	5.33%의 6.55%	5.64%의 6.55%
세대당 보험료(연평균)	2,555원	3,120원	4,782원	5,069원 ⁷⁰⁾

자료: 보건복지부 통계

장기요양보험료는 공단이 건강보험료, 국민연금보험료, 산재보험료와 함께 일괄 징수하여 노인장기요양보험에 해당 부분을 배분한다. 보험료를 재원으로 한 노인장기요양보험제도의 수입은 2011년 3.2조 원이었다. 이는 2009년 2.2조 원, 2010년 2.8조 원에서 크게

70) 신청자 누계에서 기존에는 사망제 포함→사망자 제외로 기준 변경

늘어난 것이다. 장기요양보험료는 2011년 현재 소득의 0.37%이고, 세대당 보험료 평균은 5,069원이다. 우리의 ‘소득 대비 장기요양보험료’⁷¹⁾는 일본의 1%, 독일의 2%에 비하여 낮은 편이다. 제도의 연착륙을 위해서 요양급여를 최소화하고 보험료율을 낮추는 방식으로 출발한 것을 확인할 수 있다.

국가는 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 부담하고, 의료급여수급권자의 장기요양급여 비용의 대부분을 부담한다. 2011년 국고부담은 4,601억 원으로, 이 또한 2009년 2,629억 원, 2010년 3,751억 원에서 빠르게 늘어난 것이다.

이용자는 이용 시에 본인부담액을 지불하는데 이는 노인장기요양보험의 재정을 구성하지는 않지만, 전체 노인장기요양보험제도를 생각할 때는 중요한 재원의 하나를 이룬다. 재가서비스를 이용할 경우에는 급여항목 전체비용의 15%, 시설서비스를 이용할 경우에는 20%를 본인부담으로 지불한다. 재가급여 4종(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주간보호) 또는 시설에 입소하여 시설급여를 받는 수급자는 등급별 월 한도액 범위 내에서 급여를 이용하되, 월 한도액을 초과한 비용은 본인이 전액을 부담한다. 요양등급에 따라 요양이 필요한 정도와 서비스 양이 다르다는 점에서 월 한도액은 등급별로 차등하고 있다.

71) ‘장기요양보험료’는 건강보험료에 ‘일정비율’을 곱하여 산정한다. 우리의 노인장기요양법은 이 ‘일정비율’을 ‘장기요양보험료율’로 규정하고 있으나 이는 강학상의 ‘보험료율’ 개념과는 차이가 있음에 주의해야 한다. 2011년의 경우 건강보험료율은 소득의 5.64%이고, 따라서 ‘장기요양보험료’는 ‘소득의 5.64%’에 ‘6.55%’를 곱하여 산정한다. 법상으로는 이 6.55%가 ‘장기요양보험료율’로 규정되어 있으나 강학상으로는, 그리고 일반적인 보험료율의 관점에서는 ‘장기요양보험료율’은 0.37%(5.64%에 6.55%를 곱한 값)가 된다. 국가 간의 보험료 수준을 비교하기 위해서는 소득의 몇 %가 보험료로 납부되는지를 따지게 되고 이것이 보통 보험료율로 인지된다는 점을 고려하면 노인장기요양법에서의 ‘장기요양보험료율’의 개념은 이에 배치되는 것을 알 수 있다.

국민기초생활보장법에 의한 수급자는 본인부담금 전액을 면제받으며, 의료급여수급권자 및 소득인정액이 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 일정금액 이하인 자는 본인부담금의 50%를 경감받는다. 즉, 재가급여의 경우 7.5%, 시설급여의 경우 10%를 본인부담으로 지불한다.

2. 국제기준에 비추어 본 우리나라의 장기요양지출

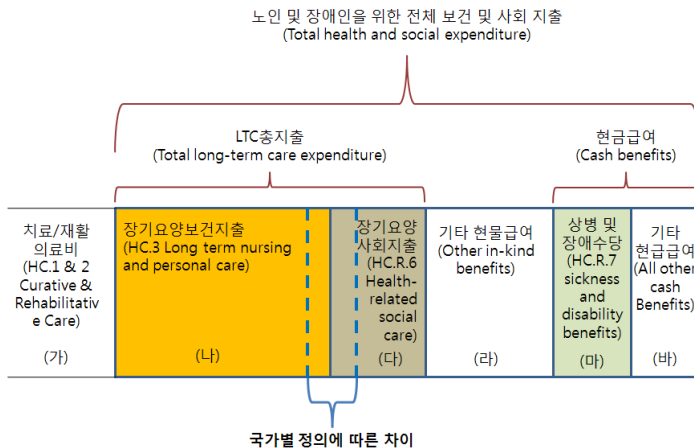
국제비교를 통한 시사점을 도출하는 작업은 장기요양(LTC) 분야에서도 활발히 이루어지고 있다. 장기요양보험은 건강보험에 비해서 상대적으로 최근에 발전되고 있는 제도다. 신규 도입을 검토하는 국가들이 타국의 선행적 경험을 찾으려 해도 많지 않다. 이는 비단 선행국가의 사례가 적어서만이 아니다. 국제비교를 위한 제도의 유형이나 다양한 제도 사례를 반영하기 위한 용어와 그 개념에 있어 국제사회에 일치된 합의가 이루어져 있지 않은 것도 한 이유가 된다. 상이한 관행의 국가 통계를 통일된 기준의 국가 단위 통계로 전환하는 작업이 아직 초기 단계에 있는 것이다.

앞에서 살펴본 노인장기요양보험제도에서의 수입 및 지출 규모는 우리의 보험제도에서의 장기요양지출에 관한 것이다. 하지만 국가마다 제도가 다르고 재원의 흐름이 다른 상황 하에서 이러한 수치들의 의미를 국제비교를 통해서 확인하는 데는 어려움이 따른다.

장기요양(LTC)지출과 관련하여서는 보건의료비 및 장기요양지출 통계의 국제 비교에 어려움을 주는 것으로 세 가지의 경계(boundary) 문제가 있다. 첫째, ‘일반의료와 장기요양의 경계’ 문제이다([그림 3-3-3]의 (가)와 (나)의 경계). 둘째, ‘장기요양서비스와 여타

서비스와의 구분'인데([그림 3-3-3]의 (다)와 (라)의 경계), 그 핵심은 '일상생활활동(ADL 및/또는 IADL)을 지원하는 것을 목적으로 하는 지 여부'에 있다. 의존적인 사람은 직업재활이나 특수교육 등의 서비스를 받게 되겠지만 이는 일상생활활동의 지원이 주된 목적이 아니기 때문에 장기요양지출에 포함되지 않는다. 셋째, '장기요양 내의 보건서비스(Long-term Health Care; LTHC)와 사회서비스(Long-term Social Care; LTSC) 사이의 경계'인데([그림 3-3-3]의 (나)와 (다)의 경계), 이것이 가장 어렵고 실제로 보건의료지출에 관한 통계의 기준인 '보건계정(System of Health Accounts)'의 논의에 있어서 가장 큰 쟁점이기도 하다. 서비스의 특성에 따라 구분하는지, 환자의 상태에 따라 구분하는지 아니면 서비스 제공인력이나 제공기관의 성격에 따라 구분하는지에 따라 같은 서비스도 다르게 분류될 수 있기 때문이다([그림 3-3-3]의 점선 표시 부분).

[그림 3-3-3] 장기요양의 경계 및 포괄범위



주: OECD(2007, 2008)의 개념을 재구성

<표 3-3-9>는 정형선(2010)에서 산출된 결과를 통해 국제비교가 가능한 장기요양(LTC)지출의 규모가 어느 정도이며, 이것이 국내의 노인장기요양보험에서의 급여지출규모와 얼마나 차이가 나고 있는지를 보여주고 있다. 여기서의 장기요양(LTC)지출은 OECD(2000)에 따른 개념으로, 국내의 제도인 ‘노인장기요양보험’ 이외의 수치들을 포함하고 있다[보다 자세한 내용은 정형선(2010) 참조].

2009년의 경우 전체 장기요양지출 4.7조 원은 GDP의 0.44%에 해당한다. 이는 ‘노인장기요양보험 급여지출’ 1.7조 원 및 이의 GDP 비율인 0.16%의 세 배에 가까운 규모이다. 장기요양지출은 노인장기요양보험제도가 시작되기 전에도 있었기 때문에 노인장기요양보험제도 시행 전후의 시계열적 변화를 살펴볼 수 있다. 장기요양지출의 GDP 비율은 2003년 0.04%에 불과하던 것이 2007년 0.22%, 2008년 0.29%, 2009년 0.44%로 늘어났고 특히 보험제도가 본격적으로

〈표 3-3-9〉 국제기준에 의한 LTC지출과 노인장기요양보험의
급여지출 비교(2003~2009년)

단위: 십억 원, %

년도	전체장기요양지출		장기요양지출의 공공재원			노인장기요양보험의 급여지출	
	십억 원	GDP 대비 비율	십억 원	공공재원비 중	GDP 대비 비율	십억 원	GDP 대비 비율
2003	306	0.04%	201	65.8%	0.03%		
2004	463	0.06%	285	61.5%	0.03%		
2005	793	0.09%	494	62.3%	0.06%		
2006	1,316	0.14%	811	61.7%	0.09%		
2007	2,144	0.22%	1,320	61.6%	0.14%		
2008	2,998	0.29%	1,902	63.4%	0.19%	427	0.04%
2009	4,703	0.44%	3,237	68.8%	0.30%	1,737	0.16%

자료: 정형선(2010)

시작된 2009년에 크게 늘어난 것을 알 수 있다. 참고로, OECD 국가의 ‘장기요양지출의 GDP 비율’ 평균은 1.25%이었다(정형선 2010).

전체 ‘장기요양지출의 공공재원’은 ‘노인장기요양보험의 급여지출’과 ‘건강보험에서 지불되는 장기요양보건서비스 관련 급여지출’을 포함한 3.2조 원이다. 이는 전체 ‘장기요양지출’ 4.7조 원의 68.8%이었다. 이 비율이 2000년대에 줄곧 61~65% 수준을 보이다가 2009년에 68.8%로 올라선 것은 노인장기요양보험제도의 본격적인 시행에 기인한 것이다. 다만, 동 제도의 영향이 생각보다 크지 않은 것은 본 연구에서의 장기요양지출에는 기존에 건강보험에 의해 제공되고 있는 요양병원에서의 지출이 포함되어 있기 때문이다.

참고문헌



- 고정민(2002). 고령화사회의 도래에 따른 기회와 위협. 삼성경제연구소. Issue paper.
- 정형선(2010). 국제기준에 따른 장기요양지출 통계 구축. 보건복지부·연세대학교의료복지연구소.
- 통계청(2001). 장래인구추계. 서울: 통계청.
- 통계청(2006). 장래인구추계 결과. 서울: 통계청.
- UN, World population prospects, United Nations, New York, 2001.
- OECD(2007). Key lessons for the system of health accounts revision from the 'Concepts, definitions and data sources for long-term care expenditure' project, DELSA/HEALTH/HA(2007)6.
- OECD(2008). Conceptual framework and definition of long-term care expenditure, Document for revision of the System of Health Accounts.
- OECD(2000). System of Health Account.

제4장

고령자 및 장애인복지서비스

| 제1절 | 고령자 및 장애인복지서비스 환경 변화

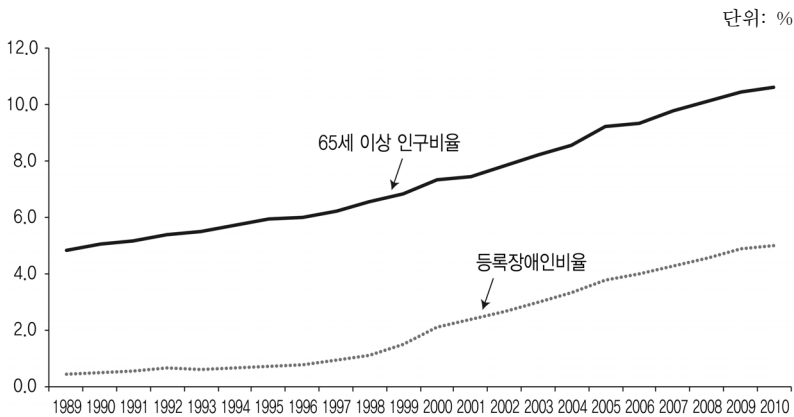
고령자 복지는 노인복지를 말하며, 만 65세 이상 등 노령인구에 대한 복지서비스를 말한다. 장애인복지는 사회에서 공유하고 있는 ‘장애’의 범주에 포함되는 집단에 대한 공적 복지서비스를 말한다. 노인복지는 노령 연령에 도달한 사람에게, 장애인복지는 ‘장애인등록제도’에 따라 등록된 장애인을 대상으로 복지 서비스를 제공하고 있으며, 노인복지 및 장애인복지서비스의 대상 집단은 연령 및 장애 등록여부에 따라 비교적 명확하게 구분이 된다.

복지서비스의 대상인구인 노인 인구 및 장애인 인구는 1980년대 이후부터 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있다. 전체 인구 중 65세 이상 인구비율은 1980년 3.8%, 1990년 5.1%, 2000년 7.2%로 고령화사회(고령인구비율 7%)에 진입하였고, 2010년 11.0%로 고령사회(고령인구비율 14%) 진입이 곧 이루어질 것으로 예상되고 있다. 2010년 현재 65세 이상 노인 인구는 535만 명에 이른다. 이러한 노인인구의 증가는 고령사회에 대한 범사회적 준비가 필요하다는 사회적 문제인식을 공유하게 하였다.

장애인의 경우, 전국인구추계 대비 등록장애인 수는 1990년 0.52%, 2000년 2.04%, 2010년 5.18%로 지속적으로 증가하고 있으

며, 연도별 등록장애인 수는 1990년 20만 명, 2000년 95만 명, 2005년 177만 명으로 지속적으로 증가하여 2010년 말 현재 등록장애인 수는 251만 명이다. 이는 2000년 이후 1차 및 2차로 진행된 장애범주 확대정책에 따른 것이기도 하며 인구 고령화에 따른 후천적 장애노인의 증가, 장애인복지서비스 확대와 장애에 대한 인식개선의 효과로 장애등록제에 대한 적극적 참여의 결과로 볼 수 있다.

[그림 3-4-1] 전국인구추계 대비 65세 이상 인구와 등록장애인 비율 (1989~2010년)



노인복지서비스와 장애인복지서비스는 특별한 전환점을 보이는 시점에 이르기 전까지는 주로 시설을 통한 수용과 보호의 대상으로 인식되어 왔으며, 잔여적 개념의 복지서비스를 제공해 왔다.

노인복지서비스는 노인복지법 제정(1981)에 따라 노인복지서비스에 체계를 구성하기 시작하였고, 노인복지장기발전계획(1999) 이후, 인구고령화 문제에 대한 범사회적 아젠다로 인식하기 시작하였으며 고령사회대책 및 사회통합 기획단(2003), 고령화 및 미래사회위원회

(2004)의 운영 등을 통해 구체적인 제도도입의 모색을 시작하였고, 2005년 저출산고령사회기본법, 2007년 노인장기요양보험법과 기초노령연금법 입법화를 통해 노인보건 및 복지의 한단계 도약을 이루었다.

장애인복지서비스는 1981년 심신장애자복지법 제정에 따라 장애인 개념 도입과 장애인복지시설에 대한 규정을 하기 시작하였고, 1989년 장애인복지법으로의 개정을 통해 장애인등록제를 도입하여 장애인복지서비스 대상을 명확히 규정하였다. 1990년 중증 및 중복장애인에 대한 생계지원으로 장애수당제도가 도입되었고, 1990년대에는 지역사회 소규모시설로 주간 및 단기보호시설, 장애인공동생활가정, 수화통역센터와 시각장애인심부름센터에 대한 국고지원이 시작되는 등 장애인복지시설 유형이 다양화되기 시작하였다. 2000년에 개정된 장애인복지법에 의해 장애 범주가 1차(2000년)와 2차(2003년)에 걸쳐서 확대되었고, 2007년 장애인 활동지원서비스의 시범적 실시 이후 전국사업으로 확대 실시, 2008년 장애아동재활치료 바우처사업이 실시되는 등 장애인 자립생활패러다임의 영향은 장애인복지 정책에 영향을 미쳤으며, 2010년 장애인연금법, 2011년 장애인 활동지원법이 제정되었다.

Ⅱ 제2절 | 고령자 및 장애인복지서비스 현황

1. 고령자 복지서비스 현황

노인복지서비스는 노인에게 제공하는 복지서비스로 영역별로 분류하자면 건강보장, 직업지원, 주거보장, 사회서비스의 영역으로 나누어 볼 수 있다⁷²⁾.

건강보장 영역은 2008년부터 실시되고 있는 노인장기요양보장보험제도에 의해 서비스가 제공되는 부분이 크며, 이외에 노인의료복지시설, 재가노인복지사업으로 등급의 자에게도 서비스를 제공하는 방문요양서비스, 방문목욕서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스, 재가노인지원서비스가 제공되고 있다. 그리고 치매노인에 대한 서비스를 제공하기 위해 보건소에 설치된 치매노인센터의 운영, 치매조기검진사업 및 노인건강진단사업, 노인안검진 중 개안수술 등이 제공되고 있다.

직업지원 영역은 노인 일자리지원사업이 가장 두드러진 사업이라고 할 수 있으며, 주거보장 영역에는 양로시설, 공동생활가정, 복지주택과 같은 노인주거복지시설의 운영을 통해 이뤄지고 있다.

사회서비스 영역에는 독거노인과 지역사회에 거주하는 돌봄이 필요한 노인에 대한 생활실태 파악, 지역사회 서비스 연계를 지원하는 노인돌봄기본서비스, 건강상태와 소득수준을 통해 더 도움이 필요한 대상에게 서비스를 지원하는 바우처를 통한 사회서비스 방식인 노인돌봄종합서비스가 있다. 이외에 경로당과 노인복지관을 통해

72) 분류기준참조: 석재은, 「2009 장애인복지인프라개선연구」, “장애인복지서비스와 노인복지서비스의 효과적 연계방안” 177p

여가문화 생활을 지원하고 있으며, 결식이 우려되는 노인에게 대한 무료급식지원사업, 교통시설 이용 및 공공시설 이용시 감면과 할인서비스를 제공하는 경로우대제 등이 있다.

〈표 3-4-1〉 노인보건복지사업

사업명		서비스 대상자		지원내용
		연령기준	자격기준	
건강 보장	노인장기 요양보험	65세 이상 또는 65세 미만 노인성 질병자	65세 이상 또는 65세 미만 노 인성 질병을 가진자로서 요 양보호를 필요로 하는 중등 중 이상(1~3등급)의 자	- 시설급여 - 재가급여 - 센터 이용, 복지용구 구입 또는 대여 - 특별현금급여
	노인복지 시설(의료)	65세 이상	노인성질환으로 요양을 필요 로하는 자로서 - 노인장기요양법 제15조에 따른 수급자 - 기초수급권자로서 65세 이 상의 자	- 노인요양시설 - 노인요양공동생활가정 - 소규모요양시설(입소시설)
	재가노인 복지사업	65세 이상	장기요양급여수급자 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자	- 방문요양서비스 - 방문목욕서비스 - 주간보호서비스 - 단기보호서비스 - 방문간호서비스(장기요양급여 수급자에 한함)
	치매상담 센터운영	60세 이상	치매노인과 그 가족	- 치매노인 등록 관리 - 치매노인 및 가족에 대한 상담 과 지원 - 치매예방 치매노인 간병에 대한 교육 - 재가치매노인 방문관리 - 치매노인 노인전문요양시설 입 소 안내
	치매조기 검진사업	60세 이상	60세 이상 모든 노인	- 치매 선별검사 - 진단검사 - 감별검사
	노인 건강진단	65세 이상	기초생활수급자 및 차상위 노인 중 희망자 기타 보건소장이 필요하다고 인정하는 자	- 1차검사 및 2차검사 실시
	노인안전검진 중 개안 수술대상	65세 이상	기초생활수급자 및 차상위 노인 중 희망자 기타 보건소장이 필요하다고 인정하는 자	

사업명		서비스 대상자		지원내용
		연령기준	자격기준	
직업 지원	노인 일자리사업	65세 이상 (일부 : 60~ 64세 가능)	노인일자리사업에 참여가능 한 노인	- 공공분야: 공익, 교육, 복지 - 민간분야: 인력파견형, 창업모 델형, 시장형
주거 보장	노인복지 시설(주거)	65세 이상	일상생활에 지장이 없는 자 로서 - 기초수급권자 및 적절한 부 양을 받지 못하는 자 - 도시근로자 월평균소득 이 하 가구 노인	- 무료, 실비, 유료입소
사회 서비 스 제공	노인돌봄 서비스	65세 이상	- 소득수준, 부양의무자 유무 등에 상관없이 실제 혼자 살고 있는 노인(기본) - 장기요양보험등급 외 A, B 의 노인, 전국가구 월평균 소득 150%이하(종합)	- 기본서비스(독거노인생활관리 사파견) - 종합서비스(노인돌보미바우처)
	노인여가 복지시설	65세 이상 60세 이상	없음	- 경로당 : 자원봉사활동, 공동작업장운 영, 노후생활교육, 레크레이션 활동, 건강운동 활성화, 노인복 지관 연계 프로그램 운영 등 - 노인복지관 : 평생교육지원, 취미여가지원, 고용지원, 건강생활지원, 정서 생활지원, 사회참여지원, 경로 당혁신프로그램, 주거지원, 소 독지원, 가족기능지원, 지역사회 회개발 및 연계 등
	결식우려노 인 무료급 식 지원	60세 이상	결식이 우려되는 노인	
	경로우대제	65세 이상	없음	

자료: 2009 장애인복지인프라개선방안연구Ⅱ, 한국보건사회연구원, 177pg 내용에 추가내용
보완함.

가. 건강보장

노인보건복지서비스는 노인장기요양보장보험제도에 의해 서비스가 제공되고 있으며(2010년 기준 장기요양보험 인정자 수 315천명), 장기요양 등급외로 판정을 받은 자 중 서비스를 필요로 하는 대상에게는 의료복지시설과 재가노인복지서비스 중심으로 건강보장 서비스를 제공하고 있다.

노인의료복지시설은 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 있는데, 장기요양 시설급여 수급자를 포함하여 시설급여 수급자는 아니나 학대받은 자, 기초수급자로 긴급조치대상자 등에게 서비스를 제공하고 있다. 2010년 말 현재, 노인의료복지시설은 노인요양시설 2,429개소에 85,538명이 이용하고 있으며(입소 정원 118,867명, 이용율 72%), 노인요양공동생활가정은 1,346개소에 8,572명이 이용하고 있어(입소 정원 11,361명, 이용율 75%), 노인의료복지시설을 이용하고 있는 노인의 수는 총 94,110명이며, 이용 가능한 수준은

〈표 3-4-2〉 노인의료복지시설 현황 및 증가율

단위: 개, %

	노인요양시설				노인요양 공동생활가정			
	시설수		입소자정원		시설수		입소자정원	
		증가율		증가율		증가율		증가율
2005	543	52.1	29,963	30.9	-	-	-	-
2006	815	50.1	40,589	35.5	-	-	-	-
2007	1,114	36.7	51,310	26.4	-	-	-	-
2008	1,332	19.6	66,715	30.0	422	-	3,500	-
2009	1,642	23.3	82,271	23.3	1,009	139.1	8,504	143.0
2010	2,429	47.9	107,506	30.7	1,346	33.4	11,361	33.6

자료: 노인복지시설현황, 보건복지부, 각년도. 2011년 보건복지통계연보, 보건복지부.

3,775개소 시설의 118,867명(입소정원)이다. 이외에 소규모요양시설에서 수발을 필요로 하는 노인에게 입소보호 및 재가보호서비스를 복합적으로 제공하고 있다.

재가노인복지사업은 방문요양서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스, 2010년부터 실시된 재가노인지원서비스가 있으며, 장기요양급여수급자 및 요양급여 수급자 외에 기초수급권자, 부양의무자로부터 적절하게 부양을 받지 못하는 자로서 혼자서 일상생활을 수행하기 어려워 재가서비스의 제공이 필요한 자에게 서비스를 지원하고 있다. 2010년 말 현재 방문요양서비스시설 1,118개, 주야간보호서비스시설 786개, 단기보호서비스시설 67개, 방문목욕서비스시설 525개가 운영되고 있다.

치매노인에 대한 서비스는 전국 보건소에 치매상담센터를 설치하고, 치매상담 전문요원을 배치하여 치매환자의 등록, 상담·교육, 방문지도, 치료 및 관리에 대한 걱정 정보를 제공하고 있다. 2006년부터 시작된 치매조기검진사업은 참여 보건소를 단계적으로 확대(2007년 87개소, 2008년 118개소, 2009년 192개소)하여, 2010년에는 전국 보건소 253개소에서 무료로 치매선별검사 및 진단검사를 실시하고 있다. 치매조기검진사업을 통해 2010년까지 발견해 낸 치매환자는 40,295명이다⁷³⁾.

이외에 주로 기초수급자 노인을 대상으로 서비스를 제공하는 노인건강진단, 노인 안검진 중 개안수술 지원이 있다. 노인건강진단은 1차와 2차로 구분 실시되며, 1차 건강진단은 12개 항목의 기본검사를 받고, 검사 결과 질환 의심자에게 2차 건강진단을 실시한다. 검사 후 유질환자는 보건소의 등록관리 및 공공의료기관과의 연계를

73) 2010 보건복지백서, 보건복지부(2011)

통해 보건 및 의료서비스의 체계적인 제공을 지원하고 있다. 저소득층 노인에 대한 정밀 안검진과 검진 결과 안질환 발생의 경우 치료 지원을 하고 있으며, 2010년에는 11,112명에게 안검진을 실시하고 3,908명에게 안질환에 대한 수술을 실시하였다.

나. 직업지원

노인에 대한 직업지원 서비스는 고령화 사회 도달 후 노령인구의 급증과 노령인구의 퇴직후 소득감소 등에 따른 빈곤의 문제를 고려할 때 정책적으로 매우 필요한 사업이다.

노인일자리지원사업은 만 65세 이상 노인에게 적합한 일자리를 창출하고 연계하여 퇴직 이후 지속적으로 근로할 수 있도록 지원함으로써 퇴직 이후 소득감소로 인한 경제적 어려움을 지원하는 제도이다. 일자리지원사업은 공공분야와 민간분야로 진행되는데, 공공분야는 공익형(지자체 영역에서 창출되는 일자리 중심), 교육형(특정 분야 전문지식을 갖춘 노인을 활용하여 교육사업 등 실시), 복지형(사회적으로 소외된 사람들을 지원하는 일자리 중심)으로 분류되어 창출된 일자리를 연계·지원하고 있다. 민간분야는 인력파견형, 시장형, 창업모델형으로 민간분야 보다 수요처의 요구에 부응하는 일자리로 구성되어 있으며 창업모델형은 노인이 접근하기 용이한 분야에서의 창업을 지원하는 사업으로 진행되고 있다.

일자리지원사업은 2010년 정부예산 1,366억 원의 예산이 투입되어 공공분야 191,000개, 민간분야 24,000개 노인일자리 창출의 성과를 나타냈다. 2004년부터 시작된 노인일자리지원사업은 보건복지부, 한국노인인력개발원, 지방자치단체 및 사업수행기관인 시니어클럽, 노인복지관, 대한노인회 등을 중심으로 수행되고 있다.

〈표 3-4-3〉 노인일자리지원사업 내용 및 성과

단위: 개

	분류	분류	세부사업명	추진 체계	2010년 성과(개)
공공 분야	공익형	지자체 업무영역에서 창출된 일자리로 지역사회 발전 및 개발에 공헌하는 공익성이 강한 일자리	· 미래세대지원사업 : 초등학교 급식도우미 · 자원회수및재활용사업 : 폐현수막 재활용사업, 폐의약품회수사업 · 녹색환경관리지원사업 : 자전거보관관리 및 수리지원, 친환경EM활용 · 지역사회관리지원사업 : 환경개선보호사업, 문화재관리지원사업 · 공공질서 계도지원사업 : 주정차질서 계도지원, 지하철이용질서 계도사업, 스쿨존 교통지원 · 공중이용시설 관리지원사업 : 도서관 관리지원, 생활근린시설 관리지원, 공공의료기관 및 복지시설 관리지원 · 기타지역특화사업 : 묘지상담도우미, 기타	지자체 중심	126,894
	교육형	특정분야 전문지식·경험 소유자가 복지시설 및 교육기관 등에서 강의하는 일자리	· 학습지도 강사파견사업 : 1-3세대 강사파견, 노-노교육 강사파견, 체육건강 강사파견 · 전문해설 및 안내지원사업 : 숲생태해설, 문화해설, 기타 안내지원 · 기타지역특화사업 : 기타 사업, 노인일자리 모니터링	노인 복지관 중심	17,480
	복지형	사회활동이 어려운 소외계층의 생활안정과 행복 추구를 지원하는 일자리	· 소외계층 돌봄지원사업 : 독거노인 돌봄지원, 거동불편 돌봄지원, 생활시설이용자 돌봄지원, 노인학대예방사업, 장애인 돌봄지원, 청소년 보호지원, 지역아동센터 연계지원 · 가족친화지원사업 : 다문화가정 지원, 한부모가족 지원사업 · 주거환경 개선지원사업 : 주거환경 개선사업 · 문화복지 지원사업 : 문화복지 지원사업 · 기타 : 기타 지역특화사업	재가 노인 시설 중심	47,302
민간 분야	인력 파견형	수요처의 욕구에 의해 교육수료 후 해당수요처에 파견되어 일정 임금을 지급받는 일자리	· 일회성파견사업 : 시험감독관 파견, 가정도우미 파견, 지역일손도우미 파견, 기타 · 지속파견사업 : 주유원파견, 경비원파견, 청소 및 미화원파견, 식당보조원 파견, 기타	다양한 수행기관	8,781

	분류	분류	세부사업명	추진 체계	2010년 성과(개)
	시장형	수요자의 요구에 의해 교육수료후 해당수요처에 파견되어 일정 임금을 지급받는 일자리	·일자리 지속형 : 공동작업장 운영, 지역영농사업, 특산물 제작 및 판매사업 ·수익창출형 : 식품제조 및 판매사업, 매장운영사업, 공산품제작 및 판매사업, 아파트택배, 지하철택배, 세차 및 세탁사업, 기타 서비스사업	시니어 클럽 중심	15,373
	창업 모델형	노인인식개선 및 사회적 파급효과를 도모할 수 있는 모델사업	·노인전용매장(실버카페, 휴게소, 실버용품매장), 떡 등 식품제조 판매업 등	공모에 의한 사업단 지정	611

자료: 2010 보건복지백서, 보건복지부(2011), 2011년 노인복지사업안내, 보건복지부

다. 주거보장

노인에 대한 주거보장 서비스는 노인양로(무료, 실비, 유료로 구분)시설을 중심으로 제공되어 왔으며, 2008년 노인장기요양보험제도 도입에 따른 노인복지법 개정(2007.8)에 따라 이러한 구분을 없애고 노인양로시설과 노인공동생활가정, 노인복지주택을 신설하여 노인주거복지서비스로 분류하고 있다.

양로시설은 노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 입소보호 서비스이며, 공동생활가정은 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이며, 복지주택은 노인에게 주거시설을 분양 또는 임대하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 서비스이다.

노인주거복지시설 현황은 2010년 기준 총 397개소에 16,000명이 이용하고 있는 것으로 나타났다. 양로시설이 300개소에 약 12,000명으로 전체 이용자의 약 74%를 차지하고 있어, 노인주거복지서비스

에서 시설보호서비스가 주된 내용임을 보여주고 있다. 공동생활가정 및 복지주택은 2008년 신설된 이후 시설수 및 입소자 정원이 증가세를 보이고 있어 향후 주거복지서비스에서 차지하는 비중이 확대될 것으로 보인다.

〈표 3-4-4〉 노인주거복지시설 현황 및 증가율

단위: 개, %

	양로시설				노인공동생활가정				노인복지주택			
	시설수		입소자 정원		시설수		입소자 정원		시설수		입소자 정원	
	증가율		증가율		증가율		증가율		증가율		증가율	
2005	270	-	11,131	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2006	351	30.0	12,509	12.4	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	384	9.4	13,014	4.0	-	-	-	-	-	-	-	-
2008	306	-20.3	11,520	-11.5	21	-	177	-	20	-	5,645	-
2009	285	-6.9	11,561	0.4	56	166.7	438	147.5	19	-5.0	2,354	-58.3
2010	300	5.3	11,906	3.0	75	33.9	618	41.1	22	15.8	3,652	55.1

자료: 2011년 보건복지통계연보, 보건복지부. 2010년 보건복지백서, 보건복지부(2011)
2009년 보건복지백서, 보건복지부(2010). 2008년 보건복지백서, 보건복지부(2009)

라. 사회서비스

노인복지서비스에서 독거노인에 대한 돌봄서비스, 저소득 노인에 대한 급식 및 도시락 배달 서비스, 경로우대 서비스, 여가문화생활 지원 서비스는 건강지원과 장기요양욕구에 대한 서비스지원과 함께 중요한 부분을 차지하고 있다.

노동시장 등 환경변화에 따라 가족지원체계가 약화되고 1인 가구가 증가하는 추세에 따라, 독거노인가구도 지속적으로 증가하고 있어 2008년 독거노인 추정수가 약 16만 명이었으나, 2012년에는 19만 명, 2014년에는 20만 명을 넘어설 것으로 추정되고 있다. 지역사

회에 거주하는 저소득, 독거노인에 대한 돌봄서비스로 보건복지부는 2007년부터 독거노인생활관리사파견사업(노인돌봄기본서비스)을 실시하고 있다. 서비스 대상은 주민등록상 동거자 유무와 상관없이 독거노인으로 소득, 경제상태, 주거, 사회적 접촉 등의 수준을 평가하여 서비스욕구가 높은 노인으로 선정되며, 2011년 기준 노인돌보미 5,485명이 파견되어 14만 명의 독거노인에게 기본적인 생활실태, 복지욕구파악, 서비스 연계 등을 지원하였다.

〈표 3-4-5〉 독거노인 수 추이

단위: 천 명, %

구분	전체 노인수	65세 이상 1인 가구	독거노인 수	전체노인 중 독거노인 비율
2008	5,016	931	160	3.2
2009	5,193	976	168	3.2
2010	5,357	1,021	176	3.3
2011	5,537	1,065	183	3.3
2012	5,742	1,111	191	3.3
2013	5,962	1,159	199	3.3
2014	6,178	1,206	207	3.3

자료: 보건복지백서, 보건복지부, 각년도.

주: 1) 자료: 통계청, 장래추계 인구·가구자료(2007)

2) 독거노인 : 사회적관계 단절, 영양급식 및 동작능력 제한, 높은 보건복지서비스 욕구 등으로 인해 보호가 필요한 1인 가구 노인

노인돌봄종합서비스는 2007년부터 실시된 사회서비스로 혼자서 일상생활이 어려운 노인에게 가사 및 활동지원 서비스를 바우처로 지원하는 서비스이며, 만65세 이상 장기요양보험 등급외 A,B의(요양서비스 필요)노인으로 전국가구 월평균소득 150%이하인 경우 서비스를 제공하고 있다. 서비스 내용은 방문서비스는 월 27~36시간의 일상생활 및 활동지원 서비스를 제공하고, 주간보호서비스의 경우에는 9

일~12일의 주간보호서비스를 제공한다. 2010년 기준 34,490명의 노인에게 서비스를 제공하였다.

지역사회 노인여가복지시설에는 경로당과 노인복지관이 있으며, 2010년 말 기준 경로당은 약 60,737개소, 노인복지관은 259개소가 설치·운영되고 있다. 경로당에서는 자원봉사활동, 공동작업장운영, 레크레이션 활동, 건강운동 활성화 등의 활력있는 노후 여가활동을 위한 다양한 프로그램을 운영하고 있으며, 지역사회내 프로그램과 서비스를 연계·조정·지원할 수 있는 경로당 순회프로그램 관리자를 배치하여 2010년 기준 312명이 활동하고 있다. 노인복지관에서는 노인 평생교육지원, 취미여가지원, 고용지원, 건강생활지원, 정서생활 및 사회참여 지원, 가족기능강화 사업 등 다양한 사업을 운영하고 있다.

결식우려노인에게 무료급식 지원사업은 경로식당을 통한 무료급식과 거동이 불편한 노인을 대상으로 하는 재가노인 식사배달 서비스가 있으며 가정형편이 어렵거나 부득이한 사정으로 식사를 거를 우려가 있는 60세 이상 노인에게 제공하고 있다.

경로우대제는 만 65이상 노인에게 대한 교통시설 이용(지하철, 기

〈표 3-4-6〉 노인 복지시설 연도별 현황

단위: 개, %

연도	노인여가복지시설		재가노인 복지시설	노인보호 전문기관
	계	경로당		
1995	25,742	25,316	53	—
2000	41,274	40,691	141	6
2005	54,785	53,616	851	17
2010	62,469	60,737	2,496	23

자료: 보건복지통계연보 보건복지부(2001). 노인복지사업지침, 보건복지부, 각년도.

차, 국내항공기) 및 국공립시설 이용시 할인과 감면을 하는 서비스로 노후 생활에 대한 간접적인 지원이라 할 수 있다.

2. 장애인복지서비스 현황

장애인복지서비스는 장애에 대한 예방과 조기발견, 재활서비스 제공, 장애유형에 맞는 직업재활 서비스의 제공, 현재는 기초수급자를 중심으로 서비스를 지원하는 거주시설 서비스, 자립생활 지원을 위해 2011년 제도화된 활동지원서비스, 복지관, 수화통역센터, 시각장애인도서관 등 지역사회재활서비스, 이동편의서비스로 구분할 수 있다.

〈표 3-4-7〉 장애인 복지사업

사업명	서비스 대상자		지원내용
	장애기준	자격기준	
의료 지원	장애인 재활병·의원	- 등록장애인	- 장애인단 및 치료 등 의료서비스 제공
	청각장애아동인공달팽이관수술비지원	청각장애인 - 만 55세 미만 저소득 장애인 - 수술로 소기의 성과를 보일 수 있는 자	- 수술비 및 재활치료비 지원
	장애인 재활보조기구 교부사업	- 등록장애인 - 국민기초 수급자 및 차상위	- 정해진 품목내에서 재활보조기구 무료 교부
	장애아동 재활치료사업	뇌병변, 지적, 자폐성, 언어, 청각, 시각 장애아동 - 만 18세 미만 - 전국가구평균소득 100% 이하	- 재활치료바우처 제공(월 16~22만 원)
직업 재활	장애인 직업재활시설	- 등록장애인	- 일반사업장에 취업이 어려운 장애인 대상의 보호고용 실시

사업명		서비스 대상자		지원내용
		장애기준	자격기준	
	장애인 생산품 판매시설 운영		- 장애인 직업재활시설에 근로하는 장애인	- 장애인 생산 물품에 대한 판로 확보
	중증장애인 직업재활 지원사업 수행기관		- 등록장애인	- 직업상담, 직업평가, 직업적응훈련, 취업알선, 지원고용 서비스 등 제공
	장애인 일자리지원사업		- 등록장애인	
주거 지원	장애인 생활시설	중증	- 국민기초생활보장 수급자 우선 입소	- 생활시설 입소 보호
	장애인 단기보호시설		- 등록장애인	- 재가장애인에 대한 일시적인 보호
	장애인 주간보호시설		- 등록장애인	- 재가장애인에 대한 낮 동안 보호 서비스 등 제공
	장애인 공동생활가정		- 등록장애인	- 가정과 같은 주거환경에 거주하면서 독립적인 생활에 필요한 재활 서비스 제공
자립 생활 지원	장애인 활동지원서비스	중증 (1급)	- 만 6세 이상 만 65세 미만 등록장애인 - 활동보조서비스 인정조사 표에 의한 방문조사 결과 220점 이상인 자	- 활동보조인 지원 (월 40시간~최대 180시간)
	근로인지원사업 (고용노동부)	중증	- 중증 장애인근로자	- 직장생활에서 장애인이 수행하는 직무 중 핵심업무를 제외한 부수적인 업무를 근로지원인의 도움을 받아 처리할 수 있도록 지원하는 서비스(월 100시간이 내/ 예산 한도내 지원)
지역 사회 재활 서비스	장애인복지관		- 등록장애인 및 가족	- 장애인에 대한 상담, 의료재활, 직업재활, 사회생활 적응 지도, 사회교육 및 계몽 사업 등
	장애인체육관		- 등록장애인 등	- 장애인의 체력증진 및 신체기능 회복 활동 지원
	장애인 심부름센터		- 등록장애인	- 민원업무대행, 중증장애인 이동 지원, 가사돕기 등 서비스 제공
	장애인 재활지원센터		- 등록장애인 및 가족, 관련 전문가	- 정보격차해소지원사업 외

사업명	서비스 대상자		지원내용
	장애기준	자격기준	
재가복지 봉사센터		- 등록장애인	- 재가장애인 방문, 상담, 의료·교육·재활 서비스 제공
지적장애인 자립지원센터		- 등록 지적장애인과 가족	- 상담지원, 지적장애인 사회활동 수행 보호를 위한 도우미 제공
장애인자립생활 지원센터		- 등록장애인 및 가족	- 장애인 자립생활과 관련된 동료 상담, PAS 등
청각장애인 수화통역센터		- 청각언어 장애인	- 출장 수화 통역 서비스 - 일반인에 대한 수화 교육
여성장애인 가사도우미 파견 사업		- 저소득 가정의 등록 여성장애인	- 여성장애인의 임신출산육아 및 가사활동 지원
이동 편의	장애인 특별운송사업 (장애인택시 등 운영)	- 이동에 장애를 가진 장애인 및 보호자	- 리프트 장착된 특장차 운영

자료: 2011년 장애인복지사업안내, 보건복지부

가. 의료지원

장애인에 대한 의료지원 서비스는 국민건강보험 의료체계 내에서 지원하는 내용을 제외하고 장애인에 대한 재활을 위해 지원되는 서비스를 의미한다.

장애인에 대한 의료재활시설으로 국립재활원이 의료재활서비스에 대한 선도적 역할을 수행하고 또한 지역사회중심재활사업(Community-based rehabilitation, CBR)⁷⁴⁾을 전국 60개 거점 보건소를 활용하여 추진

74) 지역사회중심재활사업(CBR): 장애에 대한 사회적 모델에 기반하여 복합적이고 포괄적인 장애인의 욕구에 효과적으로 대응하기 위해 장애인 서비스의 다양한 공급주체간 통합을 전제로 의료, 교육 및 훈련, 자립생활 및 일상생활의 지원 등 종합적인 서비스를 제공하고 조정할 수 있는 체계를 개발하고 보급하기 위한 사업이다(김만호 외 2008). 이를 위해 장애인 본인과 그 가족, 지역사회 주민을 훈련을 통해 재활요원화하여 인적자원을 확보하고, 지역사회의 기존 관련 기관과 단체 등 조직 및 하위체계를 활용하여 거점 보건소를 중심으로 재활서비스 전달체계를 구축 및 확대한다.

하고 있다. 권역별 재활병의원 신축사업은 장애인의 재활의료서비스의 욕구 상승에 따라 「공공보건의료 확충 종합대책」(2005. 12)의 일환으로 경기(인천 포함), 강원, 제주, 충청, 영남, 호남 등 6대 권역에 재활병원 건립을 지원하여 재활치료를 필요로 하는 장애인에게 전문적·체계적 재활 서비스를 제공하고자 실시하고 있다.

장애인의 자립생활을 위해 반드시 필요한 재활보조기구 지원 사업은 건강보험에서 장애인 보장구 보험지원금을 상향하여 본인부담금을 경감시켜주는 지원과 지자체에서 저소득 장애인에게 재활보조기구를 무료로 교부하는 사업이 있다. 2005년부터 건강보험 장애인 보장구 보험급여가 확대되어 고가 보조기구인 전동휠체어, 전동스쿠터, 장애인용 구두(정형외과용 구두) 등에 본인부담금이 경감되었고, 기초수급자의 경우 무료로 지원받게 되어 장애인의 이동편의 등에 필요한 보조기구의 보편적 보급이 가능하게 되었다. 이외에 지자체에서 실시하는 재활보조기구 무료교부 품목은 총 12개 품목⁷⁵⁾으로 각 품목의 기준금액 내에서 전액 지원되고 있다. 2008년 기준, 건강보험에서 장애인 보장구 급여지원은 총 89,318건이 지원되었으며, 2009년 기준 저소득 장애인 재활보조기구 무료 교부는 9,056건 지원되었다.

장애아동 재활치료사업은 2009년부터 실시된 사회서비스 바우처 사업으로, 성장기의 장애아동에 대한 정신적·감각적 기능 향상과 행동 발달을 위한 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보제공을 목적으로 실시되었다. 장애아동 1인에 대해서 22만 원의 재활치료비

75) 재활보조기구 무료교부 품목(총 12개 품목) : 욕창방지방석 및 커버, 음향리모콘, 자세보조기구, 음성탁상시계, 휴대용무선신호기, 기립보조기구, 진동시계, 식사도구, 보행보조기구, 음성증폭기, 시력확대 및 각도조절용구, 음성증폭기

용을 바우처 형식으로 보조하고, 소득수준에 따라서 최대 6만 원까지의 개인 부담금이 있다. 제공하는 서비스 내용은 언어·청능치료, 미술·음악치료, 행동·놀이·심리운동 치료 등 재활치료서비스와 장애조기발견 및 중재를 위한 부모상담 서비스이다. 2009년 18,005명이 이용하였고, 2010년에는 31,661명이 이용하여 서비스 이용이 급증하는 경향을 보이고 있다.

〈표 3-4-8〉 장애아동 재활치료사업 개요

	장애아동 재활치료사업
서비스 성격	장애아동 1인에 대한 바우처 형식의 재활치료비용 보조사업
서비스 내용	◦ 언어·청능치료, 미술·음악치료, 행동·놀이·심리운동 치료 등 재활치료서비스 ◦ 장애조기발견 및 중재를 위한 부모상담 서비스단, 작업치료 및 물리치료는 의료행위로 서비스 내용에서 제외
서비스 대상	◦ 전국가구평균소득 100% 이하 ◦ 만 18세 미만 장애아동(재가 및 시설입소 아동) ◦ 장애유형 : 뇌병변, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애아동(만 5세 미만 영유아의 경우 뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애로 예견되어 재활치료가 필요하다고 인정한 의사 진단서로 대체 가능) *지역사회서비스 투자사업에서 제공하는 문제행동조기개입서비스와 중복 혜택 불가 *교육과학기술부의 치료지원서비스와 중복혜택 불가
개인 부담금	면제에서 최대 월 6만 원까지의 가구 경제적 수준에 따른 개인 부담금

자료: 2010년 장애아동 재활치료사업, 보건복지부(2010)

나. 직업재활서비스

장애인에 대한 직업재활서비스는 1981년 심신장애자복지법과 동 법률에 근거하여 1986년 자립작업장 설치운영계획에 의하여 22개 보호작업장이 설치되면서부터 본격화되었다. 이 법률은 이후 개정되면서 직업재활시설 유형이 조금씩 달리 정의되었으며, 2011년 현

재 근로사업장과 보호작업장으로 시설유형이 개편되어 운영되고 있다. 장애인직업재활서비스는 장애인 직업재활시설 운영, 한국장애인개발원이 관리를 맡고 있는 중증장애인직업재활지원사업, 장애인 일자리지원사업, 한국장애인고용공단에서 제공하는 직업능력개발훈련사업, 직업평가, 지원고용 등의 사업이 있다.

〈표 3-4-9〉 장애인 직업재활시설 유형

	직업재활시설 유형
보호작업장	- 직업능력이 낮은 장애인에게 직업적응능력 및 직무기능향상훈련 등 직업재활훈련 프로그램을 제공하고, 보호가 가능한 조건에서 근로의 기회를 제공하며 이에 상응하는 노동의 대가로 임금을 지급하며, 장애인근로사업장이나 그 밖의 경쟁적인 고용시장으로 옮겨갈 수 있도록 돕는 역할을 수행함. - 근로장애인의 최소 인원은 10명 - 총 인원 중 장애인이 70% 이상이어야 하며, 근로장애인 중 60% 이상이 장애등급 3급 이상인 장애인이어야 함. 재가장애인의 비율은 50% 이상이어야 함.
근로사업장	- 직업능력은 있으나, 이동 및 접근성이나 사회적 제약 등으로 취업이 어려운 장애인에게 근로기회를 제공하고, 최저임금 이상의 임금을 지급하며 경쟁적인 고용시장으로 옮겨갈 수 있도록 돕는 역할 수행. - 근로장애인의 최소인원은 30명 - 총 인원 중 장애인이 70% 이상, 근로장애인 중 80% 이상이 장애등급 3급 이상인 장애인을 고용해야 함. 재가장애인의 비율이 50% 이상이어야 함.

자료: 한국장애인직업재활시설협회 홈페이지 <http://www.kavrd.or.kr/>

〈표 3-4-10〉 장애인 직업재활시설 연도별 현황

단위: 개, 명

연도	장애인 직업재활시설 수		보호작업장 시설수	근로시설 수
	계	이용인원		
1990	6	217	—	6
1995	8	419	—	8
2000	172	5,023	157	15
2005	244	7,684	144	100
2010	417	11,770	373	44

자료: 보건복지통계연보, 보건복지부, 각년도

2010년 현재 417개소의 직업재활시설에서 11,770명의 장애인이 근로하거나 직업적응훈련을 받고 있으며, 직업재활시설 이용 장애인의 70% 이상(8,035명)이 지적장애인으로, 일부 장애유형에 집중되어 있는 경향이 있다. 직업재활시설 중 보호작업장 수는 373개소로 89.4%로 차지하는 비율이 높으며 따라서 근로장애인의 월평균 급여 수준도 최저임금 수준에 미치지 못하는 경우가 많다.

중증장애인직업재활사업지원에 보건복지부가 중증장애인의 직업재활지원을 위하여 일선 장애인복지관(직업재활센터), 장애인단체, 장애인직업재활시설 등 186개소를 사업수행 기관으로 지정하여 직업상담, 직업능력평가, 직업적응훈련, 지원고용, 취업알선, 취업후 적응지도 등의 서비스를 제공하고 있다. 2010년 10월 기준 직업상담서비스를 22,950명에게 제공하였고, 취업서비스는 4,031명에게 제공하였다⁷⁶⁾.

장애인 일자리지원사업은 일반노동시장에서 취업이 어려운 장애인에게 정부가 직접 일자리를 제공하는 사업으로 전국주민자치센터의 행정도우미, 장애인간 동료상담, 주차단속 보조요원, 장애인 건강도우미, 학교급식도우미, 병원린넨실도우미, 관공서 청소도우미 등의 일자리가 개발되어 연계되고 있다. 2010년 기준 장애인복지일자리 3,952명, 장애인 주민자치센터도우미 2,529명, 미취업 시각장애인 안마사 236명에게 직접고용 일자리를 제공하였다.

이외에 한국장애인고용공단은 장애인고용서비스로 직업능력개발훈련, 지원고용 등 현장 훈련, 취업알선 등의 프로그램을 운영하고 있고 자영업장애인 지원, 장애인근로자 지원, 장애인고용 사업주 지원 등의 장애인직업재활 지원 사업을 실시하고 있다.

76) 한국장애인개발원 내부자료(2010. 10)

다. 주거지원서비스

장애인에 대한 주거지원서비스는 장애인생활시설을 중심으로 무연고 저소득 장애인이 시설에 입소·생활하면서 재활에 필요한 상담·치료·훈련 등의 포괄적인 서비스를 제공받는 시설 서비스를 의미하였다. 2011년 장애인복지법 개정 이후 지역사회시설 중 거주서비스를 제공하는 시설로 장애인 주간보호시설, 공동생활가정이 포함되었고, 장애인 거주서비스는 “거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정기간 동안 거주·요양·지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설”로 재정리되었다.

2010년 현재 장애인 생활시설 452개소, 단기보호시설 103개소, 주간보호시설 443개소, 공동생활가정 589개소로 총 1,587개소가 운영되고 있으며, 생활시설에 입소·생활하고 있는 장애인은 약 24천명 정도이다. 장애인 생활시설을 이용하는 장애인은 전체 등록장애인 250만 명의 1%도 안되는 미미한 이용 수준을 보이는데, 이는 생

〈표 3-4-11〉 장애인 주거시설 연도별 현황

단위: 개, 명

연도	계	장애인 생활시설 수		장애인 단기보호시설	장애인 주간보호시설	공동생활가정
			입소자 수			
1990	118	118	12,759	—	—	—
1995	166	166	14,421	—	—	—
2000 ¹⁾	334	195	17,215	15	61	63
2005	916	265	19,668	61	259	331
2010	1,587	452	24,395	103	443	589

주: 1) 장애인단기보호시설, 주간보호시설, 공동생활가정 현황은 2002년 현황임.

자료: 보건복지통계연보, 보건복지부, 각년도

활시설이 지역사회의 자립생활을 지원하는 거주시설로의 성격을 지니기 보다 수용·보호 시설의 성격을 갖고 있는 경우가 많고, 시설 이용 자격이 무연고, 저소득, 중증 위주로 지원하고 있기 때문이다. 향후 거주시설 개편 작업에 의해 장애인의 지역사회 자립생활을 지원하는 거주서비스 제공 시설로 기능할 것을 기대하고 있다.

라. 자립생활지원서비스

지난 20년간 한국사회에서는 사회적 권리보장에 대한 관심이 급격히 증가되었고, 특히 장애인 인권의식의 향상과 자기선택의 권리에 대한 인식이 높아지면서 자립생활(*Independent Living*)의 이념이 확산되었고, 지역사회 내에서 자립생활을 추구하는 장애인이 자기결정의 삶의 목표를 추구할 수 있도록 사회활동참여의 가능성과 기회를 넓히기 위한 지원이 증가되었다. 장애인 활동지원서비스는 이러한 사회적 지원의 하나로 장애인의 자립생활을 지원하는 사회서비스제도이다. 장애인 활동보조서비스는 2007년 시범사업 실시 이후, 2008년에 전국 사업으로 확대되었고 2011년 활동보조서비스 외에 방문목욕, 방문간호 서비스가 포함된 장애인활동지원제도로 법제화 되었다.

서비스 대상은 만 6~65세 미만의 등록 1급 장애인 중 별도 사정(인정조사표)평가에 의해 최종 이용자격이 부여되며, 월 최대 103시간(독거 특례지원인 경우 20~80시간 추가 가능) 이용이 가능하다. 서비스 이용현황은 2008년 25,000명에서 2010년에 32,000명으로 증가하였고, 정부보조금은 2008년 1,016억 원에서 2010년 2,016억 원으로, 서비스 제공 인력은 2008년 16,000명에서 2010년 27,000명으로 증가하는 등 서비스 이용규모나 정부지원금, 서비스 공급 규모에서 지속적인 증가세를 보이고 있다.

〈표 3-4-12〉 장애인 활동지원제도

	주요 내용
근거법	장애인 활동지원법(2011)
대상자	장애인복지법상 등록 1급 장애인(15종 전체), 만 6세 이상~ 만 65세 미만
서비스 제공시간	4등급으로 구분하여 월 42~103시간을 제공하며 독거 특례지원 대상자의 경우 20~80시간추가 지원가능
급여 내용	◦ 활동보조 : 신체활동지원, 가사활동지원, 이동보조서비스 등 ◦ 방문목욕 : 목욕차량 등 이용 ◦ 방문간호 : 간호, 요양에 관한 상담, 구강위생 서비스 등
지원방식	정해진 등급에 해당되는 만큼의 매월 일정액의 바우처 지원
본인부담금	기초생활수급자는 면제, 차상위 2만 원, 차상위 초과는 21,000~91,200원의 본인부담금

〈표 3-4-13〉 장애인 활동지원사업 현황

단위: 명, 백만 원

	2007	2008	2009	2010
이용자 수	14,515	23,946	31,636	32,691
정부 보조금	27,637	101,628	181,524	201,676
서비스 제공기관	—	409	453	508
서비스 제공인력	—	16,423	18,611	27,499

자료: 사회서비스관리원 홈페이지, <http://www.socialservice.or.kr/>

마. 지역사회재활서비스

보건복지부에서는 장애인 지역사회재활시설을 장애인복지관, 재활병의원, 주간보호시설, 단기보호시설, 공동생활가정, 장애인 체육관, 심부름센터, 수화통역센터로 구분하고 있다⁷⁷⁾. 이 시설들의 공통점은 지역사회에 거주하는 장애인의 필요와 욕구에 대해 서비스를 제공한다는 점이다.

77) 주간보호시설, 단기보호시설, 공동생활가정은 주거지원서비스에 포함.

장애인복지관은 장애인복지법 제48조제1항제2호 및 동법시행규칙 제32조 별표3에 의하면 “장애인에 대한 각종 상담 및 사회심리·교육·직업·의료재활 등 장애인의 지역사회 생활에 필요한 종합적인 재활 서비스를 제공하고 장애인에 대한 사회적 인식개선사업을 수행하는 시설”로 규정하고 있다. 또한 지역 장애인의 특성과 복지욕구에 맞는 다양한 서비스를 제공할 수 있도록 자원봉사자 활용, 지역내 복지자원의 동원 등 당해 지역사회의 자원을 개발, 활용할 수 있도록 하고 있다.

장애인 체육관은 장애인이 체육활동을 통하여 신체적인 기능회복과 재활을 목적으로 설치된 시설로 체육 시설 이용 제공 및 관련 프로그램을 제공하고 있다. 장애인의 이용율을 50%이상 높이도록 규정하고 있으며, 지역사회통합 차원에서 지역 주민의 이용을 허가하고 있다.

장애인 심부름센터는 이동에 상당한 제약이 있는 장애인에게 차량운행을 통한 직장 출·퇴근 및 외출보조 기타 이동서비스를 제공함으로써 장애인의 사회활동 기회를 확대하기 위한 시설로 사단법인 한국시각장애인연합회 및 시·도지부, 시·군·구 지회가 운영 주체이다.

수화통역센터는 의사소통에 지장이 있는 청각·언어장애인에 대한 수화통역 및 상담서비스를 제공함으로써 원활한 일상생활 및 사회생활을 도모하기 위한 시설이다. 운영주체는 사단법인 한국농아인협회로, 한국농아인협회에 “수화통역센터 중앙지부”를, 시·도협회에 “수화통역센터 지역지원본부”를 두며, 시·군·구 지부에 “수화통역센터”를 두는 식으로 운영하고 있다.

2010년 현재 장애인복지관 191개소, 체육관 27개소, 심부름센터

154개소, 수화통역센터 176개소로 총 548개소의 복지시설에서 서비스를 제공하고 있다. 이러한 지역사회재활시설 운영은 2005년 지방이양⁷⁸⁾되었으며, 향후 지역별 특성을 반영하여 시설운영과 관리가 이루어지게 되었다.

〈표 3-4-14〉 장애인 지역사회 복지시설 연도별 현황

단위: 개

연도	계	장애인복지관 (종합·단종)	체육관	심부름센터	수화통역센터
1990	26	26	—	—	—
1995	37	37	—	—	—
2000 ¹⁾	169	78	13	40	38
2005	384	130	22	124	108
2010	548	191	27	154	176

주: 1) 체육관, 심부름센터, 수화통역센터 현황은 2002년 현황임.

자료: 보건복지통계연보, 보건복지부, 각년도

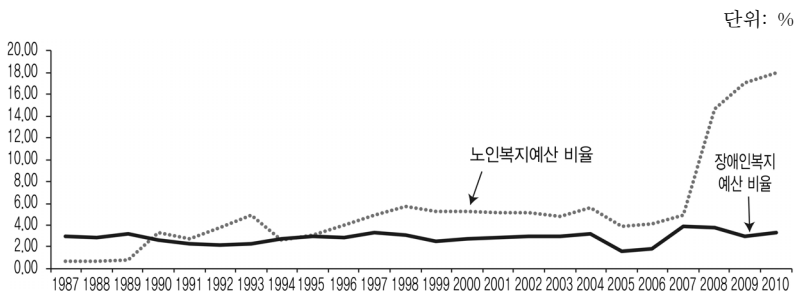
78) 2005년 장애인복지 지방이양 사업 : 1)장애인복지관운영 2)장애인재가복지센터운영 3)장애인 주간보호시설운영 4)장애인단기보호시설운영 5)공동생활가정운영 6)의료 재활시설운영 7)장애인 체육관운영 8)시각장애인심부름센터운영 9)시각장애인 재활·학습지원센터 운영 10) 청각장애인(수화통역센터운영) 11)지적장애인 자립지원센터운영 12)장애인해피콜봉사센터 운영 13)장애인특별운송사업 14)편의시설설치시민 촉진단 15)청각장애아동달팽이관수술 16)여성장애인가사도우미 17)장애인생활시설 운영 18)장애인직업재활시설운영 19)장애인복지관 기능보강 20)장애인체육관 기능보강 21) 장애인 지역사회재활시설차량 22)장애인생활시설 치과유니트 23) 지적장애인편의시설센터 운영 24) 장애인정보화지원센터 운영

Ⅲ 제3절 | 고령자 및 장애인복지서비스 향후 과제

노인복지서비스와 장애인복지서비스는 지난 20년간 확대되어 왔으며 특히 2000년 후반에 들어서 노인복지는 저출산고령사회에 대한 범사회적 대책 마련을 위한 노인장기요양보험제도 도입, 기초노령연금 도입 등을 통해 서비스 이용자, 정부 예산 등이 급증하고 있다. 보건복지부 예산에 대한 노인복지예산 비율을 보면 2007년 4.92%, 2008년 14.64%, 2009년 17.05%, 2010년 18.01%로 4년동안 4배이상 증가하고 있다. 이러한 증가의 주요 동인은 기초노령연금의 도입(2008)과 노인장기요양보험제도 도입(2008)에 따른 국가지원의 증가로 볼 수 있으나, 무엇보다도 노인복지를 취약계층에 대한 ‘복지’로의 접근에서 고령화사회에 대한 ‘사회적 정책’으로 접근방식의 변화에 따른 양적 확대로 볼 수 있다.

장애인복지예산을 통해서도 복지서비스의 변화를 파악할 수 있는데, 1990년대 초까지는 생활시설 중심의 주거지원과 지역복지의 비중이 압도적으로 높았으며, 1990년 대 중반 이후 현재에 이르기까지

[그림 3-4-2] 노인복지 및 장애인복지예산의 보건복지예산 대 비율
(1987~2010년)



주: 보건복지부 일반회계 예산 기준

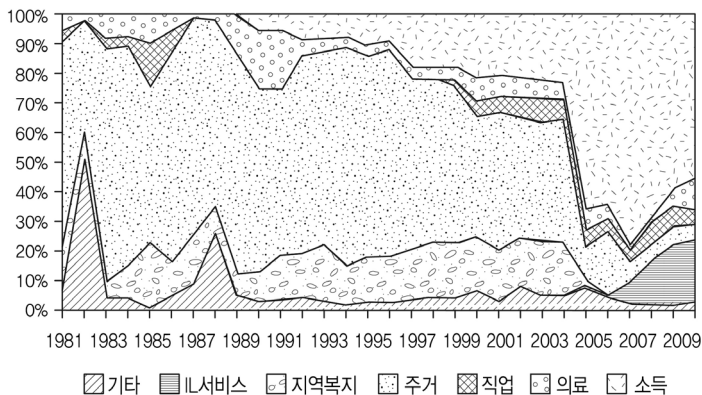
소득보장(장애인연금, 장애수당), 주거지원(생활시설), 지역복지가 장애인복지의 3대 영역으로 자리매김을 해왔다. 특별히 2000년 대 중반 이후부터는 자립생활지원서비스의 비중이 급격히 높아지는 추세를 보여주고 있다. 이러한 예산 비중의 변화는 전체적으로 장애인 생활시설, 장애인복지관 등 기관을 중심으로 제공되던 장애인복지가 2005년 지방이양사업으로 전환됨에 따라 점차 장애인연금(장애수당), 장애인 활동지원제도와 같이 장애인 개인에 대한 소득보장과 욕구에 기반한 수요자 중심의 사회서비스 제공으로 점차 변모되고 있음을 보여주는 것이라 할 수 있다.

이러한 예산 비중의 변화를 장애인복지 패러다임의 변화와 관련시켜 보면, 1980년대와 1990년대 초까지는 시설(공급자) 중심의 재할 패러다임이 지배적이었다면 1990년 대 중반 이후부터 2000년대에는 이용자 중심의 자립생활 패러다임의 영향력이 커지고 있는 것으로 볼 수 있다.

향후 노인복지서비스에서는 전체 인구의 11% 이상이 노인인구임

[그림 3-4-3] 장애인복지예산 항목 구성비 추이(1981~2010년)

단위: %



을 감안할 때 사회경제적 구조, 돌봄구조, 지역사회서비스 구조 등에서 전통적 노인복지정책을 넘어서는 고령사회에 따른 사회정책적 접근이 이루어질 것으로 보인다. 이는 경제활동, 돌봄서비스, 지역사회 생활구조에서 고령화에 대한 고려를 보편적으로 해야함을 의미한다. 아울러 노인에 대한 영양과 의료서비스의 통합적 접근, 보건과 복지의 통합적 제공 체계 구축 노력이 이루어질 것으로 보인다.

공급자 중심 사회복지서비스전달 체계에서 이용자 중심체제로의 개편 작업이 지속적으로 진행될 것으로 전망된다. 이는 현 공급자 중심 서비스 전달체계의 단편적, 분절적인 서비스 제공을 통합적 사례관리 시스템⁷⁹⁾ 도입을 통해 이용자의 욕구에 부응하는 서비스 제공, 서비스 분절성 극복과 아울러 중복 서비스 및 서비스 사각지대의 최소화를 통해 전달체계의 효과성과 효율성을 높이고자 하는 노력이다.

노인 장애인(만 65세 이상 노인 중 장애인구) 증가에 따라 노인복지서비스와 장애인복지서비스의 중복 지대에 대한 고려가 예상된다. 이는 노인장기요양보험제도, 장애인 활동지원제도와 같은 유사제도의 동일 대상에 대한 개입전략의 정리에서부터, 지역사회 서비스 제공에 있어서 노인과 장애인이라는 대상별 분류에서 의료서비스, 건강관리서비스, 돌봄서비스, 여가생활서비스 등 영역별 접근으로의 재편의 가능성도 고려할 수 있다. 아울러 장애인복지에서의 자립생활패러다임의 영향에 따라 시설보호에 대한 새로운 관점의 도입으로 전통적인 저소득, 무연고자 중심의 시설보호에서 지역사회 자립생활을 지원하는 거주서비스로의 개편작업이 진행될 것으로 보인다.

79) 통합적 사례관리 시스템과 관련해서는 장애인복지서비스개편논의로 모형개발과 시범사업이 진행된 바 있는 ‘장애인지원센터’에서 수행하는 통합적 사례관리 시범사업을 예로 들 수 있다. 장애등록판정 단계에서 다영역 전문가의 통합적 사정 및 이용자 참여 보장을 통해 서비스 결과 및 연계, 지속적 사례관리를 수행하는 방식이다.

참고문헌

- 김성희 외(2011). 장애인서비스지원체계 개편연구. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 변용찬 외(2009). 2008년 장애인복지인프라개선방안연구. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 변용찬 외(2010). 2009 장애인복지인프라개선방안연구. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 윤상용 외(2010). 공공 사회복지서비스제도 최저수준 설정을 위한 기초 연구: 돌봄서비스를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 윤상용·이민경(2010). 지난 30년간(1981~2010년) 보건복지부 소관 장애인복지예산 분석- 규모의 적절성과 패러다임 변화에 대한 논의를 중심으로. 「재활복지」, 통권 33호.
- 이용표 외(2006). 고령지역사회의 발전을 위한 통합적 노인복지서비스 제공 모델 개발 연구. 보건복지부·가톨릭대학교.
- 정경희 외(2003). 지역별 노인복지 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 한국60년사편찬위원회(2010). 『한국경제60년사』, V. 사회복지·보건편, pp.333-377.
- 한국보건사회연구원(2008). 『보건복지예산 현황과 전망2008-Ⅰ』. 분석편.
- 한국보건사회연구원(2008). 『보건복지예산 현황과 전망2008-Ⅱ』. 통계편.
- 한국복지연구원(2011). 한국의 사회복지(2010-2011). 한울아카데미. pp. 203-269.
- 2007년 보건복지백서. 보건복지부.
- 2008년 보건복지백서. 보건복지부.
- 2009년 보건복지백서. 보건복지부.
- 2010년 보건복지백서. 보건복지부.

2011년 보건복지백서. 보건복지부.
2010년 노인보건복지사업안내. 보건복지부.
2011년 장애인복지사업안내(Ⅰ). 보건복지부.
2011년 장애인복지사업안내(Ⅱ). 보건복지부.
2001년 보건복지통계연보. 보건복지부.
2005년 보건복지통계연보. 보건복지부.
2007년 보건복지통계연보. 보건복지부.
2011년 보건복지통계연보. 보건복지부.
1996년 노인복지사업지침. 보건복지부.
2000년 노인복지시설현황. 보건복지부.
2001년도 노인보건복지 국고보조사업안내. 보건복지부.

사회서비스관리원 홈페이지 <http://www.socialservice.or.kr/>

한국장애인직업재활시설협회 홈페이지 <http://www.kavrd.or.kr/>

제5장

아동 및 보육 서비스

| 제1절 | 개 요

최근 저출산·고령사회에 선제적으로 대응하기 위하여 미래인적 자원 육성을 위한 아동투자과 국가의 육아·돌봄 책임이 강조되고 있다. MB정부 복지정책의 주요 성과중의 하나를 보육서비스 확대로 뽑을 수 있을 만큼 최근 5년 동안 보육서비스는 크게 진전하였다. 더불어 선거 등 정치일정을 앞두고 보육지원 확대는 당분간 계속해서 복지확대의 쟁점 중에서도 주요 화두가 될 것으로 예상된다. 이러한 사회적 배경과 복지 욕구에 근거하여 지난 몇 년간 보육정책은 서비스지원의 확대와 질적 수준 제고 등 양적·질적 측면에서 모두 강화되고 있다.

1. 보육서비스 관련 정책변화

우리나라에서 보육에 대한 사회 및 정부의 역할이 강조된 것은 오래된 일은 아니다. 과거 새마을 유아원 등 탁아사업 위주의 정책에서 1991년 「영유아보육법」이 제정되면서 ‘보육’으로 정부의 정책방향이 전환되었다. 그 이후 보육정책은 보육시설 확충 등 보육서비스의 양적 확대를 중심으로 진행되다가 최근 들어 평가인증제 실시

등 질적 성장도 함께 모색하고 있다.

이러한 보육정책은 ‘새싹플랜’, ‘새로마지플랜’, ‘아이사랑플랜’을 통해 구체화되고 국가의 역할을 강화하는 방향으로 추진되어 왔다. 또한 최근의 보육정책은 보육서비스에 대한 수요자의 정책체감도를 높이는 수요자 맞춤형 서비스를 지향하고 있다. 특히 제2차 저출산고령사회 기본계획이 실시된 2011년부터는 보육서비스 관련 지원내용에 다양한 변화를 가져왔으며 만 5세 누리과정 도입 등 계속해서 정부는 보육서비스 지원 확대와 관련하여 새로운 계획을 내놓고 있다.

〈표 3-5-1〉 보육서비스 관련 주요 변화(1999~2012년)

시기	정책, 제도 도입 및 변화	내용
1999년	만5세아 보육료 지원 실시	소득수준에 따른 차등지원
2005년 1월	보육교사 국가자격증제도 도입	
2006년 12월	어린이집 원장 국가자격증제도 시행	
2006년 1월	어린이집 평가인증제 시행	
2009년 7월	양육수당 도입	차상위계층, 24개월 미만, 월 10만 원
2009년 9월	보육전자바우처 도입	아이사랑 카드로 변경
2010년	다문화가정 자녀 보육료 전액지원	
2011년	양육수당 지원대상 및 금액 확대	차상위 계층, 36개월 미만, 월 10~20만 원
2011년	수요자 중심 어린이집 운영모델 확대	공공형 어린이집 사업, 어린이집 이용시간 다양화 시범사업
2012년 3월	0~2세 보육료 전액지원 확대	
2012년 3월	만5세 누리과정 도입	만5세 보육료 전액지원
2012년	보육교사 처우 개선	5세 담당 월 30만 원 지원, 0~4세 5만 원 지원)
2012년 12월	어린이집 ‘정보공시제’ 도입	(영유아보육법 개정)

〈표 3-5-2〉 보육서비스 지원 확대 계획

구분	유아학비·보육료	양육수당
1단계 (~11년)	■ 지원대상 지속 확대 *('08) 차상위 → ('09) 소득하위 50% → ('11) 소득하위 70%	■ '09.7월 양육수당 도입 ■ 지원대상 및 금액 확대 *('10) 24개월 미만, 10만 원 → ('11) 36개월 미만, 10~20만 원
2단계 (~12년)	■ 5세 누리과정 및 0~2세 유아교육·보육 지원 확대	■ 장애아동에 대해 취학전 (84개월)까지 양육수당 지원
3단계 (~13년)	■ 3·4세 누리과정 도입	■ 양육수당 지원대상 확대 (소득하위 70%)

[그림 3-5-1] 연령별 보육료 및 양육수당 지원비교(2012~2013년)

자료: 보건복지부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>)

앞서 언급한 것처럼 최근 보육서비스 관련 정책은 급변화하고 있다. 가장 최근 정부가 발표한 보육계획(2012년 1월 18일)에서는 2013년부터 3, 4세 누리과정이 도입되어 소득하위 70%가구에 지원되던 것이 전 계층으로 확대되며, 양육수당 지원도 차상위 계층에서 소득하위 70%로 대폭 확대된다.

2. 최근 예산 변화

최근 보육에 대한 국가역할을 강화하려는 정책적 노력은 보육관련 예산을 통해서 알 수 있다. 보육관련 예산은 계속해서 증가하였으며 2012년 보육예산은 2.7조 원으로 지난 10년간 약 8.5배에 증가하였으며 최근 5년 동안 약 2배 증가하였다.

〈표 3-5-3〉 10년간 보육예산 추이

단위: 억 원

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
보육분야	3,120	4,037	6,001	7,910	10,435	14,178	17,104	21,275	23,783	26,527

자료: 보건복지부(연도별) 보육사업안내; 보건복지부(연도별) 보육통계

2012년 보건복지부 예산 중에서도 보육분야 예산은 약 7.4%이며 사회복지예산에서는 약 9.5%를 차지한다. 이는 기초생활보장(약 7.9조)와 공적연금(약 12.5조)과 같은 사회보장제도를 제외하고 취약 계층 지원 중에서는 노인(약 3.9조) 다음으로 높은 비중을 차지하였다. 전년대비 증가율로는 6.4%로 노인보다 높았다.

이러한 최근에 이루어진 보육예산의 급증은 영유아보육료지원 확대에 기인한다. 보육예산중에서 특히 영유아보육료 지원은 크게 확

〈표 3-5-4〉 보건복지부 소관 예산안 부문별 내역(2012년)

단위: 억 원

구분	2011년(A)	2012년안(B)	11년 대비	
			B-A	%
총 지 출(A+B)	335,694	363,454	27,760	8.3
【사회복지(A)】	262,993	287,917	24,924	9.5
○기초생활보장	75,168	79,023	3,855	5.1
○취약계층지원	10,505	11,819	1,314	12.5
○공적연금	109,106	125,456	16,350	15.0
○보육	25,600	27,241	1,641	6.4
○노인	37,313	38,648	1,335	3.6
○사회복지일반	5,301	5,730	429	8.1
【보건(B)】	72,701	75,537	2,836	3.9
○보건의료*	15,599	15,429	△170	△1.1
○건강보험	57,102	60,108	3,006	5.3

자료: 국회예산정책처(2011). 2012년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고

대되어 2008년 8,089억 원에서 2012년 20,215억 원으로 5년간 12,136억 원이 증가하였다. 앞서 언급했듯이 보육서비스와 관련해서 최근 가장 많은 변화가 있었던 것은 보육서비스 지원의 확대로 2009년에는 양육수당을 도입하였고 2011년에는 소득계층에 따라 차등적으로 지원하던 보육료를 보육료 전액지원 대상을 중산층(소득하위 70%)까지 보육료 지원을 확대하였다. 2012년에는 만5세 누리과정과 만0~2세의 보육료 지원을 도입하였다.

〈표 3-5-5〉 보육사업 예산

단위: 백만 원

		2009	2010	2011	2012
계		1,710,430	2,127,510	2,478,380	2,652,780
보육시설운영지원(종사자 인건비)		339,883	349,528	395,023	422,653
영유아 보육료 지원	소계	1,282,168	1,632,204	1,934,611	2,021,514
	0~4세 보육료지원	1,013,586	1,368,880	1,734,401	1,866,013
	만5세아 보육료 지원	135,600	127,753	101,168	13,475
	장애아무상보육료 지원	49,040	46,271	43,735	43,317
	두자녀이상보육료 지원	83,942	85,641	—	—
	맞벌이가구보육료 지원	—	9,659	43,756	45,448
	다문화가정보육료지원	—	—	11,551	9,565
	시간연장 보육료 지원	—	—	—	33,890
	농어업인 보육료 지원	—	—	—	9,806
보육시설 기능보강		21,147	9,438	14,650	11,867
보육인프라 구축		16,348	12,181	16,250	15,377
보육시설 평가인증		3,401	3,401	4,975	6,026
보육 시설 지원	소계	15,093	55,093	23,077	72,697
	근무환경 개선 등	15,093	55,093	15,093	55,755
	공공형 어린이집 지원	—	—	7,984	16,942
보육시설 미이용아동 지원		32,390	65,664	89,794	102,646
만 5세아 공통과정*		—	—	258,600	1,138,800

주: *교육과학기술부 지방교육재정교부금 사업

자료: 보건복지부 보육통계 각년도; 국회예산처(2011). 2012년도 예산안 및
기금운용계획안 검토보고서

Ⅱ 제2절 | 아동 및 보육 서비스 현황

1. 보육서비스 관련 인프라 현황

가. 보육시설 유형별 현황

2010년 보육시설은 약 3.8만개소로 10년 전인 2000년에 비하여 약 2배 증가하였으며 이용 아동수도 2010년 127만 9천 명으로 10년 전보다 2배 증가하였다. 시설유형중에서도 가정보육시설이 2005년

〈표 3-5-6〉 연도별 보육시설 및 이용아동 현황

단위: 개, 명

구분		계	국·공립 보육시설	법인 보육시설	민간보육시설			부모협동 보육시설	가정 보육시설	직장 보육시설
					소계	법인 외	민간개 인			
2010	시설	38,021	2,034	1,468	14,677	888	13,789	74	19,367	401
	아동수	1,279,910	137,604	114,054	723,017	51,126	671,891	1,898	281,436	21,901
2009	시설	35,550	1,917	1,470	14,368	935	13,433	66	17,359	370
	아동수	1,175,049	129,656	112,338	675,714	52,718	622,996	1,655	236,892	18,794
2008	시설	33,499	1,826	1,458	14,275	969	13,306	65	15,525	350
	아동수	1,135,502	123,405	113,894	669,465	53,818	615,647	1,491	210,438	16,809
2007	시설	30,856	1,748	1,460	14,083	1,002	13,081	61	13,184	320
	아동수	1,099,933	119,141	118,211	668,390	55,906	612,484	1,444	177,623	15,124
2006	시설	29,233	1,643	1,475	13,930	1,066	12,864	59	11,828	298
	아동수	1,040,361	114,657	120,551	641,137	58,808	582,329	1,238	148,240	14,538
2005	시설	28,367	1,473	1,495	13,748	979	12,769	11,346	263	42
	아동수	989,390	111,911	125,820	622,482	56,374	552,360	129,007	12,985	933
2000	시설	19,276	1,295	2,010	9,294	324	8,970	6,473	204	미분류
	아동수	686,000	99,666	157,993	352,574	15,949	336,625	67,960	7,807	미분류
1995	시설	9,085	1,029	928	3,197	22	3,175	3,844	87	미분류
	아동수	293,747	78,831	77,187	93,225	591	92,634	42,116	2,388	미분류

주: 201012.31 현황

자료: 보건복지부(2011). 2010년 보육통계.

이후 크게 증가하였는데 이는 2005년 기본보조금이 도입되었기 때문으로 판단된다.

현재 시설유형별로 보면 민간 어린이집이 대다수이며 국·공립보육시설은 5.3%로 법인보육시설 3.8%로 비교적 공공성이 강한 어린이집은 9.2%로 소수이다(<표 3-5-6> 참조). 2010년 어린이집 공급률은 56.9%로 아동수대비 어린이집 이용률은 46.8%이다. 반면 국·공립 어린이집 공급률은 5.6%로 아동수 대비 국공립어린이집 이용비율은 10.8%이다.

〈표 3-5-7〉 보육 공급률 및 이용률(2010년)

단위: %

	공급률	이용률	국공립 공급률	국공립 이용률
보육 아동*	62.7	31.6	7.0	5.8
보육 시설	56.8	46.8	5.6	10.8

자료: 보건복지부(2011). 2010년 보육통계

* 보육공급과 이용율 산출시 영유아 인구수는 0~5세인 반면에 보육아동은 만6세 이상도 포함되어 있으므로 약간 과대 추정되었을 것임

〈표 3-5-8〉 연도별 어린이집 설치 사업 중앙정부 예산 현황

단위: 백만 원, 개소

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
국공립 신축	예산	38,280	19,800	20,216	9,910	10,948	1,982	2,706
	개소수	400	110	112	50	46	10	16
리모델링	예산	—	—	4,925	950	1,050	475	615
	개소수	—	—			45	19	25
장애아 전담 신축	예산	3,445	2,559	2,166	714	476	238	475
	개소수	30	12	10	3	2	1	2

자료: 여성가족부·보건복지부(각년도). 보육예산 내부자료; 서문희(2011), 재인용

이처럼 국·공립어린이집에 대한 선호도는 높지만, 여전히 국공립 어린이집의 증가 수준은 저조하다. 이는 예산을 통해서도 확인할 수 있는데 2005년 이래 국공립어린이집 설치 예산은 점차 감소하였다.

나. 특수 보육시설 현황

아동의 특수한 보육욕구를 충족하기 위해서 영아전담 보육시설, 장애아 전담·통합 보육시설 등을 운영하고 있으며 보육시간을 탄력적으로 이용할 수 있도록 방과후 지정시설, 시간연장 지정 시설, 휴일 및 24시간 지정시설 등이 있다.

현재 영아전담시설은 665개소로 24,398명의 영아들이 이용하고 있으며, 시간연장지정시설은 3,910개소로 16,278명의 아동이 기준보

〈표 3-5-9〉 특수 보육시설의 유형

유형	정의
영아전담 보육시설	2004년 이전 영아전담시설로 지정받았거나 국고보조금으로 영아전담 신축비를 지원받은 시설로 보육정원을 기준으로 만2세 미만반이 2세반보다 많게 되도록 운영
장애아 전담 보육시설	미취학장애아만을 20명 이상 보육하기 위하여 「영유아보육법시행규칙」에 따른 시설 및 설비를 갖추고 상시 18명 이상의 장애아를 보육하는 시설
장애아 통합 보육시설	정원의 20% 내에서 장애아종일반을 편성·운영하거나 장애아종일반을 별도로 편성하지 않은 채 미취학장애아를 3명이상 통합 보육하고 있는 보육시설
방과후 지정시설	초등학생을 대상으로 방과후 보육서비스를 제공하는 시설
시간연장 지정시설	기준보육시간(07:30~19:30)을 경과하여 최대 24:00까지 시간을 연장하여 보육하는 시설
휴일 지정시설	일요일 및 공휴일에 보육하는 시설
24시간 지정 시설	24시간동안 보육서비스를 제공하는 시설

육시간보다 연장하여 보육시설을 이용하고 있다.

〈표 3-5-10〉 특수 취약 보육시설 운영 현황

단위: 개, 명

구분	영아 전담시설	장애아 전담시설	장애아 통합시설	방과후 지정시설	시간연장 지정시설	휴일 지정시설	24시간 지정시설
시설수	665	160	756	838	3,910	152	125
아동수	24,398	6,068	3,518	12,642	16,278	13	546

주: 아동수는 특수시설 유형별로 해당 보육서비스를 이용하는 아동수만 계산됨(예: 장애아통합시설 756개소에서 장애아동만 3,518명). 2010.12.31현황

자료: 보건복지부(2011), 2010년 보육통계

다. 보육정보센터 및 육아종합지원센터

보육정보센터는 영유아 보육에 대한 지역내 보육정보와 육아지식 등을 제공하고, 상담을 통한 보육시설 이용자의 편의를 도모하기 위해 운영되는 기관으로 직접적으로 영유아를 보육하는 시설은 아니다. 보육시설 2010년 말 보육정보센터는 중앙보육정보센터 1개소, 시도 보육정보센터 17개소, 시군구 보육정보센터 39개소로 총 57개소가 운영중으로 대부분 민간단체에 위탁 운영되고 있다.

정부는 2012년부터는 가족·공동체의 육아기능을 보완할 수 있는 지역사회 중심의 육아지원기관으로 육아종합지원센터의 설립을 지원한다. 육아종합지원센터는 가정양육을 체계적으로 지원하는 전문적 인프라로 어린이집 보육 이외 양육지원 프로그램의 다양성을 보장하여 가정양육 부모에 대한 보육서비스를 제공하고 자체 놀이터를 갖추지 못한 소규모 어린이집들에 놀이공간 제공 및 문화공연 관람 등 어린이집 지원기능을 동시에 수행할 것이다.

2. 보육서비스 관련 제도 현황

가. 보육 바우처(아이사랑카드) 제도

보육서비스의 체감도를 높이고 수요자 중심의 서비스를 실현하기 위하여 정부는 2009년 9월부터 정부지원 보육료를 전자카드 형태로 부모에게 직접 지급하여 결제하도록 하는 아이사랑카드제도를 도입하였다. 2010년 말 아이사랑카드를 사용하는 어린이집은 38,021개 소이며 어린이집을 이용하는 아동 128만 명 중 정부지원 대상을 포함한 105만 명이 아이사랑카드를 발급 받아 사용 중이다.

나. 어린이집 평가인증 제도

어린이집 평가인증제도는 보육서비스의 질적 수준 제고를 위하여 2004년 영유아보육법 개정으로 법적 근거를 마련하고 2005년도 시범운영 등을 거쳐 2006년도부터 본격 시행하였다. 2011년 평가인증 통과시설은 27,392개소로 약 72.6%가 인증을 통과하였다. 현재 신규인증뿐 아니라 평가의 유효기간을 두어 재인증을 계속해서 실시하고 있다. 이러한 어린이집 평가인증 제도를 통해 정부는 어린이집의 서비스의 질을 효과적으로 관리하고 이용자(부모)가 합리적으로

〈표 3-5-11〉 보육시설 설치·운영 및 평가인증 현황(2011년)

단위: 개소, %

시설 유형	국공립	법인	직장	가정	부모협동	민간	합계
전체시설	2,034	1,468	401	19,367	74	14,677	38,021
인증통과시설	1,964	1,434	263	13,202	28	10,719	27,592
인증율(%)	96.5	97.7	65.6	68.2	37.8	73.0	72.6

어린이집을 선택할 수 있도록 정보를 제공하는 시스템을 구축한 것이다.

3. 보육서비스 지원 현황

가. 보육시설 이용 지원(보육료 지원)⁸⁰⁾

영유아보육법 제10조에 의하여 국공립, 법인, 직장보육시설, 가정보육시설, 부모협동시설, 민간보육시설을 이용하는 영유아는 보육료 지원을 받을 수 있다. 정부보육료 지원은 원칙적으로 부모가 아이사랑카드를 결제하면 해당어린이집으로 입금되는 바우처 형식으로 지원된다.

2010년 보육료 지원 아동수는 약 878,000명으로 전체 보육아동 대비 68.7%로 보육료를 지원받았다. 연령별로 살펴보면 0세 70.3%, 만1세 69.9%, 만 2세 67.0%, 만 3세 66.8%, 만 4세 68.9%, 5세 이상이 71.5%로 5세와 0세가 상대적으로 높았으며 만 3세가 가장 낮게

〈표 3-5-12〉 보육료 지원 건수(2010년)

단위: 명

구분	차등보육료	만5세아 무상보육료	두자녀 이상	장애아	계
전체보육아동수	1,130,632	149,278	-	-	1,279,910
보육지원아동수	755,100	94,621	14,221	14,938	878,880
비율	66.8	63.4			68.7

주: 농림부 지원이 제외됨

자료: 보건복지부, 보육통계 2010

80) 정부의 보육비용지원은 종사자 인건비, 기능 보강등과 같이 보육시설을 지원하는 것과 부모의 보육료를 지원하는 것으로 구분할 수 있는데 여기서는 부모의 보육비용을 경감시키기 위하여 보육료를 지원하는 것으로 한정하여 살펴보고자 한다.

나타났다.

최근 보육서비스 관련 지원은 계속 확대되어 2011년에는 0~4세 아동에게 차등으로 지급되었던 보육료를 소득하위 70%이하 가구는 전액을 지원하도록 변경되었다. 또한 2012년부터는 만 5세, 만0~2세 아동의 경우 소득에 관계없이 보육료가 일정금액 지원되며 만3·4세의 경우 현행과 같이 소득하위 70%에 대해 지원이 실시된다.

〈표 3-5-13〉 연령별 보육료 지원대상 및 금액(2012년)

단위: 원

	0세	1세	2세	3세	4세	5세
지원 대상	소득제한 없음	소득제한 없음	소득제한 없음	소득하위 70%	소득하위 70%	소득제한 없음
지원 금액	394,000	347,000	286,000	197,000	177,000	200,000

1) 만 5세아 보육료 지원(누리과정)

취학직전 연령인 만 5세아에 대해서는 1999년 하반기부터 보육료와 교육비를 지원하여 점차 그 대상과 범위를 확대하였으나 무상보육이라는 제도 취지와 달리 소득수준에 근거하여 지원하고 있다는 비판이 계속 제기 되어 왔다. 이에 2011년 만5세 이하 아동을 둔 가정 중 소득기준으로 전체 70%의 가정에 대해 지원하던 것을 2012년부터는 만5세아 모두에게 확대 지원한다. 지원액도 2011년 월 17만 7천 원에서 2012년 20만 원, 2014년 24만 원으로 높이고, 2016년에는 월 30만 원으로 늘려 지원할 계획이다. 이는 1997년에 법제화⁸¹⁾되었음에도 15년간 완성하지 못한 만5세아 교육·보육에 대한 국가의 책임 강화한 것이다.

81) 만5세아 무상교육은 「초·중등교육법」(97), 「유아교육진흥법」(98)에 명시된 이후 「유아교육법」(04)으로 단일화, 무상보육은 「영유아보육법」(97)에 계속 명시

〈표 3-5-14〉 만 5세 보육료 지원 단가 인상계획

단위: 만 원

	2003~2009	2009.7 ~2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
지원대상	소득 수준별 연령별 차등지원	소득하위 70%	소득제한 없음				
지원금액	차등보육료 지원	17.7	20	22	24	27	30

자료: 보건복지부 보도자료(2012.)

이러한 보육료 지원의 재원부담은 지방교육재정교부금으로 지원된다⁸²⁾. 지금까지 만5세아 유치원비는 지방교육재정교부금으로 부담하고, 어린이집 보육비는 국고와 지방비로 부담하였으나, 2012년부터는 모든 만5세아 교육·보육비를 지방교육재정교부금에서 지원하려는 것으로서 2012년 1조 1,388억 원이 책정되었다.

또한 지원의 확대뿐만 아니라 유치원 교육과정과 표준보육과정으로 이원화되어 있는 만5세 과정을 '5세 누리과정'으로 일원화하여 더욱 질 높은 보육·교육과정을 제공하고 초등학교와의 연계를 강화하였다.

2) 만 0~4세아 보육료지원

2011년부터 소득하위 70% 이하 가구의 만0~4세 아동이 어린이집(국·공립, 법인시설 및 민간시설 포함)을 이용할 경우 보육료를 지원하였다. 2012년부터는 0~4세 영유아 중에서 0~2세 아동은 소득과 관계없이 전 계층에게 보육료를 지원하고 있으며 3~4세 아동은 소득하위 70% 가구를 대상으로 보육료를 지원하고 있다. '13년부터는 만 3, 4세 유아에 대하여 가정의 소득수준과 관계없이 유치원비,

82) '11년(2,586억 원) → '12년(11,388억 원) → '13년(11,569억 원) → '16년(13,991억 원)

보육비를 지원할 예정이다. 아울러 지원단가도 만 5세와 같이 연차적으로 인상할 계획이다.

〈표 3-5-15〉 만 0~4세아 보육료지원 기준단가(2012년)

단위: 원

구분	인건비 지원시설	미지원시설		
		계	기준단가	기본보육료
0세	394,000	755,000	394,000	361,000
1세	347,000	521,000	347,000	174,000
2세	286,000	401,000	286,000	115,000
3세	197,000	197,000	197,000	—
4세	177,000	177,000	177,000	—

3) 맞벌이가구 보육료 지원

소득수준에 따라 지원하는 3~4세아에게만 적용되는 제도로 맞벌이 가구로서 부와 모 모두의 소득을 합산한 금액의 25%를 감액하여 소득인정액을 산정할 경우 해당 가구의 소득인정액이 소득하위 70%에 해당하는 가구의 만3~4세아의 보육료를 지원하는 제도이다.

4) 장애아 무상보육

보호자의 소득에 상관없이 장애인복지카드를 소지한 미취학 만5세이하 장애아동을 원칙적으로 지원화되 특수교육대상자로 선정된 아동, 취학연령이 되었음에도 초등학교에 취학하지 못한 아동 등을 대상으로 한다. 이러한 장애아동을 위해서는 교사대 아동비율을 1:3 반을 편성하고 장애아 전담보육교사 또는 특수교사를 별도 배치하여 보육할 경우 월 394천 원을 지원하며, 이러한 비율을 준수하지 못한 경우는 해당 반별 보육료 상한액을 지원한다.

5) 다문화 아동보육료 지원

제2차 저출산고령사회 기본계획에 의해 도입된 제도로 2011년부터 다문화가족지원법에 따른 다문화가족 자녀중 취학전 만0세~5세 아에 대해서는 보호자의 소득수준에 상관없이 보육료를 지원하고 있다.

6) 방과후 보육료 지원

차상위 이하 및 장애아동에 해당되는 만 12세 이하 초등학교 취학아동이 방과후에 어린이집을 일일 4시간 이상 이용하는 경우 일반 아동을 만4세아 정부지원 단가 보육료의 50%를 장애아동은 장애아 무상보육료 단가의 50%를 지원해준다. 방학기간동안 종일제 보육을 실시한 경우는 100% 지원해주고 있다.

7) 시간연장형 보육료 등 지원

시간연장형 보육료에는 시간연장, 야간, 24시간, 호일보육료를 포함한다. 시간연장보육료는 매월 60시간 이용료에 해당되는 만큼 기준시간 초과(19:30~24:00) 보육료는 시간당 2,700원으로 월 162,000원 한도내에서 지원하며, 장애아동의 보육료는 시간당 3,700원으로 월 222,000원 한도내에서 지원한다.

야간보육료는 야간보육(19:30~익일 7:30)이 필요하다고 판단되는 아동으로 주간에 어린이집을 이용하지 않는 아동에 대하여 월보육료 지원 단가와 동일하게 지원한다.

24시간 보육료 지원의 대상은 부모가 야간에 경제활동에 종사하는 가정, 한부모 또는 조손가정 등의 아동으로 주간보육도 이용하고 야간보육이 불가피하다고 판단되는 아동에 대해 24시간 보육료를

지원한다.

휴일보육료는 정부지원 일 보육료의 150%를 지원하며 시간제 보육료는 종일제 보육을 이용하지 않는 법정저소득층 및 장애아동을 대상으로 법정저소득층 아동에게는 3,000원, 장애아동에게는 3,900원을 지원한다.

나. 보육시설 미이용 지원(양육수당 지원)

양육수당은 보육시설 및 유치원을 이용하지 않는 아동을 지원하여 부모의 양육부담을 경감하고 보육료 지원아동과의 형평성을 제고하기 위해 2009년 도입된 제도이다. 지원대상과 금액을 계속 확대하여 2013년부터는 지원대상이 차상위에서 소득하위 70%까지 확대됨에 따라 '12년 9.6만 명에서 '13년 64만 명으로 6배 이상 대폭 확대될 예정이다.

2010년 양육수당을 지원받은 아동은 51,838명으로 0세 24,447명, 1세 27,391명으로(보건복지부 2011) 0~1세 아동의 5.8%가 양육수당을 지원받은 것으로 나타났다.

〈표 3-5-16〉 양육수당 지원 내용 및 향후 계획

단위: 만 원

	2009~	2011	2013년
지원대상 소득	차상위 (소득하위 15%)	차상위 (소득하위 15%)	소득하위 70%
지원대상 연령	24개월 미만	36개월 미만	36개월 미만
지원 금액	10만 원	0세 20만 원 1세 15만 원 2세 10만 원	

자료: 보건복지부 보도자료(2012)

다. 가정내 파견보육서비스(아이돌보미)

2006년부터 정부는 시간제 아이돌보미 서비스사업을 실시하여 2010년에는 종일돌봄서비스를 도입하였다. 아이돌보미 사업은 「건강가정기본법」에 근거하고 있으며 여성가족부 주관으로 실시하고 있다.

아이돌보미 서비스는 0~12세 초등학교 이하 아동이 있는 가정에 아이돌보미를 파견해 보육, 어린이집 등·하원 지원, 놀이 활동 등을 제공하는 서비스이다. 소득하위 70%가구는 서비스 이용료를 소득기준에 따라 가형, 나형, 다형으로 구분하여 일정비용을 차등적으로 지원하여 준다. 종일제 돌봄서비스의 경우 한달(200시간)기준 이용료가 100만 원으로 소득수준에 따라 본인 부담금이 40만 원에서 60만 원에 달하며, 시간제 서비스의 경우 기본적으로 시간당 5,000원으로 본인부담금이 1,000원에서 4,000원이다.

〈표 5-17〉 종일 돌봄서비스 가격 및 지원내용

단위: 만 원

유형	이용단가	정부지원	본인부담	소득기준
가형	100만 원	60만 원	40만 원	소득하위 50%
나형	100만 원	50만 원	50만 원	소득하위 60%
다형	100만 원	40만 원	60만 원	소득하위 70%
초과	100만 원	0	100만 원	

자료: 여성가족부(2010) 아이돌보미 사업안내.

Ⅲ 제3절 | 쟁점과 과제

보육의 공공성 확보와 보육서비스의 질 향상은 보육서비스의 기본적 쟁점이자 중요한 과제로 제시되고 있다. 특히 2012년부터 실시되는 만5세 누리과정, 0~2세 보육료 지원과 2013년 3~4세 누리과정 도입으로 미취학아동 전체를 대상으로 확대될 보육지원계획에 따라 더욱 보육서비스의 공공성과 질을 제고하는 것이 강조되고 있다.

1. 보육의 공공성⁸³⁾ 확립

내년에는 보육서비스에 대한 지원이 확대되어 전계층이 보육시설의 이용을 무상으로 할 수 있게 된다. 보육료 지원의 확대의 제일차적 목표가 부모들의 보육료 부담의 완화인 것은 분명하며 현재 정부는 보육확대의 비전을 ‘유아교육·보육에 대한 국가의 책임강화’라고 밝히고 있다. 그러나 이를 통해 궁극적으로 추구하는 보육서비스정책의 방향이 무엇인지에 대해서는 분명한 입장을 밝히고 있지 않다. 현재 정부는 만5세 누리과정을 도입하는 등 막대한 재정을 투자하면서 보육의 공공성에 대해서 언급하지 않고 있다. 이는 무상여부 등 보육서비스에 대한 지원의 문제에 국한된 것이 아니라 보육전달체계 및 구조 전반에 관한 것과 관련되어 있기 때문으로 볼 수 있다.

가. 국공립 어린이집의 확충

보육의 공공성 확립을 지적하면서 가장 먼저 논의되는 것이 보육

83) 공보육은 국가나 사회가 아동보육에 대한 책임성을 지니고 보육시설의 설치와 그 프로그램뿐만 아니라 종사자의 인건비와 아동의 수용비까지 부담하는 것이라 할 수 있다(표갑수 2006).

서비스의 전달체계에 대한 것이다. 이것은 국공립 어린이집의 확충 논의시 항상 제기되는 문제이다. 한국 보육의 공공성 논의에서 국공립어린이집 확충이 중심을 차지한 데에는 어린이집 유형별 서비스 질적 차이가 결국 공급자의 특성에 따라서 차이가 난다는 사실이 큰 영향을 미쳤다(안현미, 김송이 2011). 2009년 보육실태 조사결과(서문희 외 2009)에 따르면 민간어린이집에 비해 국공립어린이집 서비스는 교사에 대한 만족도가 높고, 보육비용이 낮고, 건강관리, 급·간식관리 만족도가 높았다.

우리나라 보육공급은 총량적으로 충분한 수준이지만 구조적으로는 국공립어린이집의 비중은 낮다. 부모들이 국공립어린이집을 선호하는 이유는 영유아 서비스에 대한 보다 효과적인 정부통제와 지원의 차이, 공공성 높은 운영으로 인한 투자 효과 극대화를 기대하기 때문이다(서문희, 최윤경, 김문정 2011).

보육의 공공성의 확립을 위해서는 보육서비스 이용자의 부담을 최소화하고 보육서비스의 질을 담보할 수 있는 보육체계를 갖추는 것이 기본이다. 따라서 국·공립 보육시설의 확충에 대한 문제는 오히려 보육료 지원의 확대계획과 더불어 수요자의 요구도가 높아질 것이며 더 강조될 수 있다.

나. 민간 어린이집의 준공영화(공공형 어린이집)

최근 민간, 가정어린이집의 서비스 수준을 국공립어린이집 수준으로 끌어올려 공공성을 강화하겠다는 '제3의 보육체계'가 지자체별로 추진되고 있다. '제3의 보육체계'란 최근 민간보육시설의 시설은 영비를 지자체가 지원하고 관리, 감독함으로써 '준공영화'의 성격을 띠고 있는 보육체계를 의미한다. 기존 보육시설 유형을 설립 및 운

영주체에 따라 구분 시 정부나 지자체가 설립하고 (위탁)운영하고 있는 공공(public)어린이집(제1의 보육체계), 법인 외 및 개인이 설립하고 운영하고 있는 민간(private)어린이집(제2의 보육체계)과는 다른 새로운 보육체계이다. 2009년 서울시와 부산시에서 도입하여 추진하고 있는 서울형 어린이집과 부산형 어린이집, 그리고 이를 벤치마킹하여 2011년 7월 이후부터 시범실시하고 있는 중앙정부의 ‘공공형어린이집’ 정책이 그 대표적인 예이다(안현미, 김송이 2011).

2011년 시범사업을 실시한 공공형 어린이집은 민간 개인·가정 어린이집 중에서 평가인증 등의 결과가 우수한 어린이집에 일정한 운영비를 지원함으로써 국·공립 어린이집 수준의 운영기준을 적용하는 것으로 국공립 어린이집의 확충의 대안으로 볼 수 있다. 이는 현재 전체 어린이집의 포화상태인 점과 현 민간어린이집의 국공립 어린이집 설치 확대 반대에 대한 대안으로 민간어린이집의 질을 발전시키기 위한 대안책으로 도입되었다. 그러나 수요자 입장에서 공공형 어린이집을 국공립어린이집의 대안으로 보기에는 역부족이다.

2. 보육서비스의 질 제고

지금까지 제한된 보육료 지원, 낮은 서비스 질 등은 보육 서비스에서 문제점으로 지적되어 왔다. 국가적 현안인 저출산 문제를 완화시키기 위하여 보육서비스는 양적으로 급격하게 성장하였다. 이러한 양적 확충 위주로 인하여 현재 보육시설은 38,000개소가 넘고 있으나, 이러한 보육시설에 대한 지도·감독이 미흡하여 서비스의 수준을 담보하지 못하고 있다. 최근에는 일부 어린이집의 아동학대 및 안전사고로 인한 아동의 사망사고가 끊이지 않고 있다.

따라서 이러한 서비스의 양적 확대뿐만 아니라 질적 수준을 제고하기 위하여 보육서비스 개선의 노력이 필요하다. 특히 수요자 중심으로 보육기관 서비스를 개선하는 등 보육아동 및 부모의 만족도를 제고하기 위한 다각적인 방안과 함께 시행하는 것이 보다 효과적일 것이다. 보육서비스의 질을 제고하기 위해서는 우선적으로 수요자 입장에서 ‘믿고 맡길 수 있는 어린이집’이 확충되어야 한다.

가. 보육교사 근무환경 개선

보육의 질을 좌우하는 것은 보육서비스를 제공하는 주체인 보육교사의 역량이기에 보육의 질을 개선하기 위하여 가장 우선시 되어야 할 것은 보육교사의 근무환경 개선이라 볼 수 있다. 그러나 장시간 근로환경, 낮은 처우 등 근로환경의 열악성은 계속해서 문제로 지적되고 있다. 2009년 보육실태조사에 따르면 보육교사의 월 평균 급여는 약 126만 원이며 평일 평균근무시간은 9.5시간으로 산출되었다. 2010년부터 일부 보육교사들에 대한 수당지급을 점차 확대하고 있으나 이는 보육교사 처우 개선의 근본적 해결책이 될 수 없다. 특히 민간어린이집은 정부지원이 이루어지는 국공립어린이집에 비해 근로환경이 열악하여 이직율이 높으며 전문성 높은 보육교사의 확보가 어렵다. 이처럼 전체 보육교사의 근무환경을 개선하고 보육시설 유형간 근로환경 격차를 해소하는 것은 보육서비스의 질적 개선에 선결되어야 할 과제이다.

나. 평가인증 사업의 내실화

어린이집 제1차 평가인증 시행에 대하여 적절성과 효과성 평가를

실시한 결과(서문희·김은기·김명순 외 2009), 어린이집 평가인증제도가 보육서비스의 질 관리 수단으로서 유용하였다. 평가인증제도가 정부입장에서는 유용한 보육서비스의 질 관리 수단일 수 있지만 보육서비스의 수요자인 부모에게는 보육서비스를 선택하는 유용한 정보로 자리잡지 못하였다.

현재 평가인증 결과에 대해서는 보육서비스의 수요자인 부모에게 구체적 정보가 공개되지 못하고 있다. 현재는 인증통과 어린이집 명단만 공개될 뿐 그 점수나 등급을 알 수 없다. 따라서 이러한 평가인증결과를 어린이집 선택의 기준으로 활용되지 못하고 있으며 평가인증 제도에 대한 부모들의 인지정도가 높지 않다. 2011년 8월 어린이집의 평가인증 결과를 공표할 수 있도록 영유아보육법을 개정하였다. 이 규정에 따라 2013년 8월부터는 어린이집 평가결과가 공표되어야 하므로 어린이집 정보공개를 제도에 대한 준비가 필요하다.

다. 보육서비스의 안정성에 대한 관리·감독 강화

최근 어린이집 내에서 발생한 아동학대 사건과 아동안전 사고 등으로 인하여 보육서비스의 질 중에서도 보육서비스의 안정성에 대한 중요성이 부각되고 있다. 예전에 급식위생 등 건강과 영양에 중점을 두었다면 최근에는 시설안전, 아동권리 등의 영역이 중요성이 더 강조되고 있다. 이러한 점을 감안하여 어린이집 평가인증 사업 시 평가기준에 관련기준을 충분히 반영하여야 하며 근본적으로는 어린이집에 대한 관리·감독이 강화되어야 할 것이다. 어린이집 내 학대 및 안전사고를 예방하기 위한 철저한 보육교사에 대한 스크리닝 및 보수교육 등이 계속해서 실시되어야 하며 학대행위자에 대한 가중처벌 및 어린이집 설치 관련 규제를 강화해야한다.

참고문헌

- 국무총리실, 교육과학기술부, 보건복지부(2011). 만5세 어린이 교육·보육. 국가가 책임진다. 보도자료(2011.5.2).
- 국무총리실, 기획재정부, 교육과학기술부, 행정안전부, 보건복지부(2012). 내년 만 3~4세아도 '누리과정(공통과정)'도입 및 '0~2세아에 대한 양육수당 대폭 확대' 보도자료(2012.1.18).
- 국회예산정책처(2011). 2012년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고. 보건복지부(2011). 2010년 보육통계. 보건복지부.
- 보건복지부(2012). 2012년 보육사업 안내. 보건복지부.
- 안현미·김송이(2011). 한국의 보육공공성과 '제3의 보육체계'-서울형어린이집을 중심으로-. 「한국영유아보육학」, 69, pp.107-137.
- 서문희·김온기·이정원·송신영·원종욱(2010). 평가인증 활성화 및 민간보육시설 서비스질 제고 방안.
- 서문희·김은설·최진·안재진·최혜선·김유경·조애저(2009). 2009년 전국보육실태조사. 보건복지부·육아정책연구소.
- 서문희·최윤경·김민정(2011). 2011 보육정책의 성과와 과제. 육아정책연구소.
- 여성가족부(2010). 아이돌보미 사업 안내.
- 표갑수(2006). 공보육을 위한 보육정책의 쟁점분석과 과제. 「한국영유아보육학」, 25, pp.305-337.

제6장 주택 및 주거서비스

| 제1절 | 주택·주거서비스 현황

1. 개 요

우리나라 국민의 주거권은 헌법 제35조3항 ‘모든 국민이 쾌적한 주거생활을 할 수 있도록 노력하여야 한다’로 보장된다. 특히, 노화, 장애, 질병 등으로 인하여 삶의 안전 위기에서는 헌법 제34조 모든 국민의 인간다운 생활을 할 권리와 더불어 노인과 청소년, 신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민에 대한 국가 보호로서 주거안전망 보장을 포함한다.

한국동란 이후 국가재건과 산업화과정을 거치면서, 대도시 중심의 주택공급과 주거환경 개선을 정부주도사업으로 추진하였다. 전후 베이비 붐으로 출산율 증가와 핵가족화, 인구이동 등으로 대도시 인구는 폭증하였고 주택요구가 우선순위 사회논쟁이었지만, 1990년까지 주택보급율은 60%를 넘지 못하였다. 90년대 이후 경제안정 성장기를 거치면서 주택보급율은 급상승하여 2008년을 계기로 100.7% 이상의 주택보급율을 달성하였다(<표 3-6-1>).

저소득계층을 위한 임대주택은 1998년부터 시작되어, 2002년 참여정부에서 ‘참여복지와 삶의 질 향상’의 실현중점과제로서 ‘10년간

〈표 3-6-1〉 연도별 주택보급률(1967~2010년)

단위: 천 호, 천 가구, %

	1967	1973	1982	1991	1995	2000	2005	2008 (추계)*	2010
가구수	2,343.3	3,545.8	6,285.7	10,491.9	11,132.8	11,928.1	15,887.2	16,618.8	17,339.4
주택수					9,570.4	11,472.4	15,622.6	16,733.1	17,672.1
보급율	60.4	38.4	63.9	60.0	86.0	96.2	98.3	100.7	101.9

자료: 통계청, 한국도시연감(~2010)

*: 국토해양부 주택정책과, 장래인구추계 반영

〈표 3-6-2〉 연도별 점유형태별 주택(1980~2010년)

단위: 천 가구, %

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
총계	3,545.8	6,104.2	7,160.3	11,132.8	14,312.1	15,887.2	17,339.5
자가	58.6	53.6	49.9	53.3	54.2	55.6	54.3
전세	23.9	23.0	27.8	29.7	28.2	22.4	21.7
월세	15.5	19.8	19.1	14.5	14.8	19.0	21.4
기타	2.0	3.7	3.1	2.5	2.8	3.1	4.9

자료: 통계청, 한국도시통계(~2005), 주거실태조사(2011)

〈표 3-6-3〉 연도별 사업자별 임대주택 공급(1994~2010년)

단위: 천 호, %

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
총계	32.9	140.9	203.9	262.3	309.3	376.6	472.0	543.9	634.5	730.6	913.6	1,014.4	1,330	1,335	1,341.7	1,311.4	1,399.3
주택건설 사업자	97.5	97.5	96.1	87.2	85.7	84.0	83.1	79.1	75.5	72.2	71.9	69.8	70.8	68.0	67.9	70.4	72.1
건축법 허자가	0.1	1.2	1.6	2.1	2.1	2.1	2.4	3.9	7.0	7.2	8.4	8.9	11.6	11.0	12.4	8.8	9.3
매입임대 사업자	2.4	1.3	2.3	10.7	12.2	13.9	14.6	17.0	17.5	20.6	19.7	21.3	17.6	21.0	19.7	20.8	18.6

자료: 통계청, 임대주택통계(1994~2010) 자료를 백분율 산정함

(2003~2012) 국민임대주택 100만호 건설⁸⁴⁾계획을 세우고 차상위 계층 및 주거환경정비 지구 내 저소득 가구를 우선순위 지원계획하였다.

결과적으로, 자가주택 보유율은 1995년(53.3%) 이후 전국민의 절반 이상이 자가주택을 보유하게 되었고(<표 3-6-2>), 2005년을 계기로 임대주택 공급은 100만호를 초과달성하게 되었다(<표 3-6-3>).

주택보급을 100% 이상 초과달성하면서 정부주도형 주택물량공급 정책을 수혜자 중심의 주거복지정책으로 전향하였다. 주택법 제5조의2(최저주거기준의 설정)을 신설하고(2003.7.25), 쪽방, 비닐하우스 등 주거최저수준 이하 및 준주택 거주자에게 안정된 주거보장을 추진하였다. 2003년을 기점으로 주거환경개선사업과 더불어 매입임대 사업은 총임대주택의 20%이상을 점유하게 되었고, 주택공사와 시·도는 임대아파트 건설에 더하여 소규모 임대주택 매입임대를 병행하여 임대아파트 입주곤란한 주거취약계층에게도 임대주택을 지원할 수 있게 되었다.

2. 주택·주거지원 개념

주택·주거지원정책은 국토해양부 및 보건복지부, 시·도 등 다각적으로 수행되며, 주거취약계층에게 주택공급, 수준급 주거환경 제공, 주거 안전망 실현, 입주자 삶의 질 개선을 위한 서비스 제공, 사회서비스 및 복지서비스 사례관리 등 공급자 중심의 주택공급에서 나아가 수혜자 주거복지까지 포괄적 개념으로 확대하고 있다.

국토해양부의 “주거지원”은 주택공급과 주거서비스 제공을 포함하며, 주거지원 개념⁸⁴⁾을 다음과 같이 정의하였다.

84) 국토해양부 훈령제739호(2011.9.30), 주거취약계층 주거지원업무처리 지침 제1조(목

- ① 임대주택 공급⁸⁵⁾ : 건설·매입임대사업과 전세임대사업
- ② 최저주거기준 이하 주거취약환경 개선 : 쪽방·고시원·비닐하우스 및 준주택 거주자 지원⁸⁶⁾
- ③ 무주택⁸⁷⁾, 저소득자, 노숙인 쉼터 및 부랑인복지시설 거주자⁸⁸⁾ 등 주거안정망 실현 : 자립능력이 없거나 위기에 처하여 정부의 주거권 보호가 불가피한 자
- ④ 주거취약자 삶의 질 향상을 위한 서비스 지원⁸⁹⁾⁹⁰⁾ : 입주자 맞춤요구 해결을 위한 주거복지 및 재가·사회서비스, 보건의료, 고용·취업·창업지원, 복리시설 등 제공

보건복지부의 “주거지원”은 주거급여제도로 전달되며 그 대상자 즉 주거급여 수혜자는 국토해양부의 주택·주거지원 우선순위 선정 대상으로 포함된다.

주거급여는 국민기초수급자⁹¹⁾, 장애인 등록자⁹²⁾, 아동복지시설 퇴소자, 한부모 가족, 소년소녀가장세대, 구금시설 수용자의 가족구성원⁹³⁾, 노숙인⁹⁴⁾ 등 주거안정에 필요한 임차료 및 유지수선비, 기타 대통령이 정하는 수급품 등을 지급하여, 주거지원을 실현한다.

적) 및 제2조(정의).

85) 국민임대건설 등에 관한 특별조치법(2003.12.31 제정), 현행 보증자리주택건설에 관한 특별법(2012.8.1 시행)

86) 주택법 제5조의2(최저주거기준의 설정)(2003.7.25 신설), 현행 주택법(법률 제9405호, 2009.2.3 일부개정) 제5조의 3(최저주거기준 미달가구에 대한 우선지원 등), 제5조의 4(주택 임차료의 보조 등).

87) 주택공급에 관한 규칙 제2조제9호

88) 부랑인 및 노숙인 보호시설 설치·운영규칙 제2조제2호 및 제2의2.

89) 장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법(법률 제9542호, 2009.3.25 제정)

90) 국토해양부 훈령 제739호, 주거취약계층 주거지원 업무처리 지침 제20조

91) 국민기초생활보장법 제2조제2호의 수급자

92) 장애인복지법 제32조

93) 긴급복지지원법 제2조

94) 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률

특히 보건복지부의 노인, 장애인, 아동보호생활시설 입소자에게는 각 입소요구에 따른 주거복지시설로서의 기능을 별도로 지원한다.

주택·주거지원은 국토해양부, 보건복지부, 고용노동부, 시·도 등 관계부처가 다양하더라도 공통으로 ‘주거취약자를 위한 주거안정망 개념’을 공유한다.

즉, 주거복지 개념은 ‘복지국가 국민이 최저주거생활을 영위하고 노화, 장애, 질병 등 삶의 안전위기에 대한 주거서비스도 포괄적으로 포함하여 안녕(well-being)한 주거권을 보장’하는 것이다. 주거복지는 70~80년대의 무주택자를 위한 주택공급정책에서 발전하여, 21세기 이후 주거취약자의 포괄적 주거지원을 위한 “주택과 주거환경, 주거서비스”를 통합제공하는 확대개념으로 발전되었다. 최저주거기준 이상의 주택을 제공하거나 임대료를 보조하되, 보건복지 및 고용취업 등 입주자 주거생활 향상을 위한 사회서비스를 통합제공하여 주거안전의 위협요인을 제거하고 주거생활을 보장하여 복지국가 이념을 실현하는 것이다.

Ⅱ 제2절 | 주택·주거정책의 발전과 변화

주택·주거지원정책은 제6공화국 이후의 경제개발계획 및 복지국가 개념 발전과 더불어 양면적 사회성숙과 더불어 발전되었다. 민주주의와 복지국가 개념이 정립되면서 개인적 주거문제를 정부의 주거보장·지원제도로 성숙시키기에는 산업화로 인한 생활향상과 국민권한 보장에 대한 국민의식이 성숙되었기 때문이다. 정부 주도형 주택물량공급정책으로 주택수요에 호응하고 현재는 수요자의 주거

안정과 삶의 질 향상을 추구하는 포괄적 주거보장정책으로 발전하게 되었다.

1. 주택공급 확충기(1960~1980년대)

전쟁 후 폐허로부터의 재건 열망은 건축 붐으로 이어지고, 특히 60년대 산업화와 더불어 도시인구급증은 대도시 주택수요 폭등을 초래하였다. 미국과 영국 등 주요선진제국에서는 산업혁명 이후 대도시로 집중된 노동자의 주택수요가 누적되다가 제2차세계대전 이후 정부재건 및 복지정책 발전과 더불어 정부가 주도하는 대규모 임대주택 공급을 제도화하였다. 우리나라에서도 서구와 유사하게 전후 재건, 베이비붐세대 성인기 진입 등 누적된 주택수요에 더하여 대도시로 몰린 산업노동자의 주택요구가 노동자 권익보호이슈와 함께 60~80년대 사회분규로 표출되면서 정부개입과 공공주택지원을 제도화하게 되었다.

정부가 주도하여 주택물량을 확충하고, 대한주택공사(1962)와 한국토지개발공사(1979)를 설립하여 공공주택을 공급하였다. 주택건설10개년계획(1972~1981)을 수립하고, 주택건설촉진법(1977), 택지개발촉진법(1980)을 제정하여 정부의 주택공급 근거를 마련하였다.

동시에 80년대는 복지제도의 급진시대로서, 취약계층 지원을 위한 주거지원 형 복지생활시설을 확충하고 주거와 복지서비스를 병합제공하도록 하였다. 즉, 보호아동, 장애인, 노인 등 주거와 사회보호를 요하는 의존형 취약계층에게 생활복지시설에서 주거를 해결하면서 동시에 케어를 제공하였다. 생활시설 입주가 곤란한 취약계층에게는 주거급여를 지원하여서 이 무렵 사회 전반적으로 팽대한 저

소득취약계층을 위한 정부지원을 복지제도화 하였다.

일반서민에 대한 지원은 80년대 후반에 이르러 정부 주도형 공공주택으로 대량공급하였으며, 주택뿐 아니라 보건·복지, 교육, 근로자 보호 등 총괄적 사회이슈 해결과제와 더불어 진행되었다. 70~80년대에 걸쳐 비약적으로 발전된 경제력과 중산계층이 형성되면서, 주택은 재산관리 수단으로서 사회격차와 갈등요인이 되었고, 노동자와 서민을 위한 정부지원요구가 고조되었다. 저소득계층을 위한 주거지원은 사회적 갈등과 분규해결을 위하여 불가피한 정부과제로 추진되었다.

2. 공공주택 공급제도 발전기(1990년대)

90년대는 시·도정부와 민간자본, 민·관합동사업 등 주택공급체계를 다양화하고, 영구임대주택을 보급하고 유관 법제화 등 주거지원정책을 체계화하고 제도적 발전을 이룬 시기이다.

90년대는 문민정부(93년) 및 지방자치제(95년)가 시작되면서 로서 지방정부에게 주택공급·개발 자율권을 허용하고, 전국적 공공임대주택 공급을 위한 제도적 기반을 구축하였다. 지원제도로서 ‘도시저소득층의 주거환경개선을 위한 임시조치법(1988)’, 영세민 전세자금 지원(1990), 공공임대주택 공급(1992, 1998) 등을 제정하였다. 지방정부의 공공주택 공급은 각 지방자치단체별 지방공사를 설립하여 해당 지역의 주택공급을 주관하도록 하였다. 89년에 설립된 SH공사, 경기도시공사에 더하여 90년대에 들어서 각 지방정부의 지방공사가 설립되고 각 지역별 시·도립 임대아파트를 공급하면서 98년 이후 공공임대주택이 전국적으로 확산되었다.

지방자치단체 이 외에도 민간주택사업자 동참⁹⁵⁾, 주택시장 활성화
 화를 위한 제도화로 주택수요를 충족하고 주택보급율 90%이상⁹⁶⁾을
 달성하였다. IMF경제위기(1997) 대응책으로 주택 관련 규제완화, 소
 형주택건설 의무화 폐지(1998), 분양가 자율화(1998), 주택저당채권
 유통화(1999) 등 민간주택사업자의 주택공급을 개방하였다.

지방자치단체와 민간주택사업자 등 다양화된 주택공급체제로 인
 하여 주택수요 충족을 위한 물량은 확충되었으나, 역으로 주택가격
 의 급상승 문제가 발생되어, 주택가격의 시세차익을 기대한 투자가
 들이 형성되고 주택을 재산형성 수단으로 이용하여 과잉투자와 사
 회적 물의를 초래하였고, 여전히 서민과 취약계층 중 공공임대주택
 입주혜택을 받지 못하는 잔여수요 등으로 인한 사회적 격차와 주택
 의 환경적 요건 등의 문제는 여전히 심각하였다.

3. 주거복지 성숙기(2000년대~현재)

2000년대는 주거복지 개념을 정립하고 주거취약계층 보호와 지원
 을 위한 주거복지, 즉 자력으로 주거공간을 마련하지 못하는 최하위
 주거취약자에게는 정부가 주거를 보장하는 ‘주거 안전망⁹⁷⁾’ 그리고
 최저수준 이상의 주거환경을 보장한다는 ‘주거환경 개선사업’, ‘준주
 거시설 거주자 보호’ 등으로 주거복지를 제도화하고 발전시킨 시기
 이다.

국민의 정부와 참여정부는 서민정책을 표방하며 10년에 걸친 정

95) <표3-6-3> 참조

96) <표 3-6-1>, 95년 주택보급율 86.0%, 2000년 96.2%

97) 헌법 제35조③항 및 제34조

책적 지속성이 유지되었다. 문민정부 및 국민의 정부에서 내세운 주택의 양적 공급정책을 참여정부와 실용정부까지도 지속적으로 이어가면서, 영구임대주택에 더하여 국민임대주택, 장기임대주택 등으로 보완하여 그 수혜대상의 범위를 국민기초생활보장법에 의한 수급권자 이외에도 일반서민까지 확대하여 임대주택 공급목표 100%를 달성하였다(2005). 참여정부는 전 정부의 주택물량공급 확대정책을 유지하면서도 동시에 주거환경개선사업에 중점을 두었고, 실용정부는 임대주택 입주자의 삶의 질 향상을 위하여 수혜자 요구해결을 위한 주거서비스와의 병합지원 등으로 수요자 요구해결을 목표로 하는 “주거복지” 정책으로 전환되는 계기가 되었다.

98년 국민의 정부 출범으로 복지분야에서의 저소득계층 주택·주거지원, 주거급여 등을 제도화 하였다. 한국사회복지사협회 설치(1997.8.22) 및 국민기초생활보장법을 제정⁹⁸⁾하고 국민기초생활보장법의 수급권자에게 주거급여⁹⁹⁾를 지급하였다(2000). 주거급여¹⁰⁰⁾는 수급자의 주거안정을 위한 임차료 및 유지수선비, 기타 수급품 등을 포함한다. 국민임대주택 입주자를 위한 각종 자금지원제도를 마련하여, 무주택자 주택구입자금 확대(2000)에 의한 자금지원으로 2001년부터 국민장기임대주택에 입주가 시작되었고, 국민임대주택 100만호 건설(2002) 등 대규모공급으로 일반서민들까지도 지원, 확대되었다.

참여정부(2003)는 주택건설촉진법¹⁰¹⁾을 주택법으로 변경하고, 저

98) 기초생활보장법(1999.9.7 제정) 제1조(목적) 이 법은 생활이 어려운 자에게 필요한 급여를 행하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 조성하는 것을 목적으로 한다.

99) 제7조(급여의 종류) ①생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 자활급여

100) 제11조(주거급여) ①주거급여는 수급자에게 주거안정에 필요한 임차료, 유지수선비 기타 대통령령이 정하는 수급품을 지급하는 것으로 한다.

소득계층의 주거환경개선사업에 중점을 두었으며, 이로 인하여 주택공급만이 아니라 수요자 요구해결 중점으로 정책이 전환되었다. 지자체장의 주거실태조사 의무화¹⁰²⁾, 주택건설기준에 주택의 배치와 세대간 경계벽, 구조내력 등 기준을 규정하였다. 최저주거기준¹⁰³⁾을 설정하고, 그 미달가구에 대하여는 2004년부터 우선지원을 하였다. 이어서 영구임대주택에 입주하지 못하는 최저주거수준 이하의 미달가구와 준주택 거주자들을 위하여 「쪽방·비닐하우스 거주가구 등 최저주거기준 미달가구 지원대책」¹⁰⁴⁾을 확정하였다.

2007년부터 쪽방·비닐하우스·고시원·여인숙 거주자에게 다가구주택 등 매입, 저렴한 임대주택을 제공하여 '07~'12년까지 총 5,173가구 지원하여 주거안정을 도모하고, 주거생활보장 및 입주자 취업알선 등 복지서비스를 포괄적으로 제공하여 주거취약계층을 위한 주거복지를 제도화하였다.

실용정부(2008)는 최저주거기준 미만 주거취약자에게 주거안정과 복지서비스를 통합지원하는 입주자 요구지원과 삶의 질 향상을 위한 “주거복지”로 국가의 주택·주거서비스 지원의무¹⁰⁵⁾를 규정하고, 그 시행령¹⁰⁶⁾으로 국가와 지방자치단체장의 주거복지증진사업 제공

101) 주택건설촉진법(1970.4.2 제정)

102) 주택법(2003.5.29 전부개정) 제5조(주거실태조사), 제21조(주택건설기준 등) ①항 1. 주택의 배치·세대간 경계벽·구조내력 등에 관한 주택건설기준.

103) 주택법(2003.7.25 개정) 제5조2(최저주거기준의 설정 등), 제5조3(최저주거기준 미달가구에 대한 우선지원 등) ; 최저주거기준(건설교통부 공고 제2004-173호, 2004.6.15 제정)

104) 2007년 6월 국무총리 주재 국정현안정책회의 확정, 9월 국토해양부 업무지침 발표, 2008년 7월 주거복지재단에 업무위임

105) 장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법(2009.3.25 제정) 제3조(삶의 질 향상을 위한 국가 등의 지원)

106) 장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법 시행령(2010.7.15) 제3조(입주자의 주거복지증진을 위하여 필요한 사업)

의무를 규정하여 일자리 창출과 고용촉진, 정신장애인, 알코올중독자를 위한 상담 및 교육, 독거노인, 장애인, 아동 등을 위한 돌봄서비스 등을 제공하고 관련 예산편성과 보고를 의무화하였다.

즉, 2000년대는 주거취약계층을 위한 주거지원정책을 주거안정과 고용·보건복지서비스까지 통합적으로 제공하게 되어 역사적 전환점이 되었다. 사회복지분야에서도 주거권 보장에 대한 전폭적 정책 전환이 이루어졌으며 특히 긴급복지지원법¹⁰⁷⁾ 및 부랑인복지시설 설치·운영규칙¹⁰⁸⁾을 부랑인 및 노숙인보호시설 설치·운영규칙¹⁰⁹⁾로 개정하여 폭력피해자, 부랑인과 노숙인 등에 대한 주거보호를 법제화하여 주거안정을 통하여 사회적 상처를 치유하고 보호하는 기능을 병합하였다.

아동복지법, 장애인복지법, 노인복지법 등 사회복지생활시설 수혜자를 위한 주거복지 개념이 반영되고, 지역사회생활 거주를 위한 퇴소 후 주거보장도 제도화되었다,

2000년 이후의 주택·주거지원은 주택보급율 100% 이상이라는 주택안정을 달성하여 주택수요를 충족하였고, 나아가서 저소득 및 주거취약계층, 주거환경 불량 등의 개선을 위하여 주거지원에 복지가 병합되어 “주거복지”를 추진하게 되었다. 주택보다는 주택 안의 입주자, 즉 사람이 중심이 된 “주거지원·사회서비스가 결합된 주거보장”으로 발전되었으며, 주거복지증진의 개념정립과 수혜자 중심의 주거지원으로 정책전환의 가치가 의미있다.

107) 긴급복지지원법(2005.12.23 제정) 제2조(정의), 제9조(긴급지원의 종류 및 내용)

108) 부랑인복지시설 설치·운영규칙(2000.8.1 제정) 제2조(정의) 2. 부랑인 복지시설

109) 노숙인 및 부랑인 보호시설 설치·운영규칙(2005.1.5 일부개정) 제2조(정의)2. 부랑인 복지시설, 2의2 노숙인 쉼터

| 제3절 | 주택·주거지원정책

1. 주택·주거 실태와 지원수요

우리나라 주택 현황은 <표 3-6-4>와 같이 총가구 중 1가구(79%) 중심의 핵가족 거주형태를 구성하고, 3가구(15%) 거주는 단독주택 거주자로 방 4개 이상의 가옥에서 공동거주하는 양상이다. 방수는 총가옥의 81.1%가 방 4개 이상을 사용하였다.

주택의 종류는 아파트(54%)가 주류를 이루고, 단독주택(34%), 다세대 주택(8%), 연립주택(3%), 비거주용 건물 내 주거(1%) 등으로 주거실태를 보였다. 비거주용 건물 내 주거자 수는 전국적으로 566,000명이며, 3가구 이상 다수의 가구가 공동거주하는 형태이다.

가구수 대비 주택수로서 산정한 주택 보급률은 2010년 101.9%로 조사되어서(<표 3-6-1>), 총괄 보급률은 가구마다 주택공급요구가 충족된 것처럼 해석될 수 있다. 그러나 2가구 이상 공동거주하는 가구에서 단독거주로 독립하기를 희망하는 가구가 지속적으로 증가할 것이므로 이들을 위한 주택공급과 주거지원의 과제가 남아있다. 특히 비거주용 건물내 거주자 566,000명에게는 우선순위 주거환경 개선 및 주거지원을 요하는 대상이 된다.

점유형태별 주거형태(<표 3-6-2>)와 비교하면, 전국의 월세(21.4%) 및 기타(4.9%) 거주자가 26.3%로서 주거불안과 지원정책을 요하는 수요자로 추정된다.

즉, 주택보급율 100% 이상이라는 보고기록 이외의 자, 비거주용 건물내 거주자 566,000명과 월세 및 주거불안자가 전주택수의 26.3%로서 약 365만 주택 거주자가 우선적 주거지원 수요자로 추정된다.

〈표 3-6-4〉 한국의 가구별 주택의 종류, 거주가구수, 방수

단위: 천 명, 천 호, %

주택의 종류	가구원 (천 명)		주택수 (천 호)	주택 내 - 총 방 수(단위 : 천 호)			
				1개	2개	3개	4개 이상
총계	46,490	100%	13,883 (100%)	83 (0.6%)	269 (1.9%)	2,283 (16.4%)	11,248 (81.1%)
· 1가구	36,945	79%	12,769	83	267	2,274	10,145
· 2가구	2,355	5%	456	0	2.2	7.9	446.1
· 3가구 이상	7,190	15%	658	0	0	0	658
단독주택	15,941(34%)		3,797	21	109	446	3,221
· 1가구	6,679		2,726	21	107	439	2,159
· 2가구	2,211		427	0	1.8	6.4	418.8
· 3가구 이상	7,051		644	0	0	0.6	630.1
아파트	25,008(54%)		8,185	17.8	92.6	1,416	6,658.6
· 1가구	24,980		8,178	17.8	92.6	1,415.5	6,652.1
· 2가구	27.5		6.2	0	0	0.5	5.7
· 3가구 이상	0.5		0.8	0	0	0	0.8
연립주택	1,456(3%)		503	3.3	8.8	105.4	385.1
· 1가구	1,448		501	3.3	8.8	105.2	383.7
· 2가구	8.0		1.8	0	0	0.2	1.6
· 3가구 이상	0		0.2	0	0	0	0.2
다세대 주택	3,518(8%)		1,246	32.4	45.8	292.9	974.9
· 1가구	3,510		1,244	32.4	45.8	292.6	873.2
· 2가구	8.1		1.9	0	0.01	0.3	1.6
· 3가구 이상	0.06		0.01	0	0	0	0.01
비거주용 건물내 주거	566(1%)		151	8.2	13.7	21.9	107.2
· 1가구	327		118	8.2	13.3	21.2	75.3
· 2가구	101		19	0	0.4	0.6	18.0
· 3가구 이상	137		14	0	0	0.1	13.9

자료: 통계청(2010), 주택총조사표.

http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp?parentId=H#jsClick

2. 주택·주거 공급

국토해양부의 2011년도 주택종합계획¹¹⁰⁾에 의거, 주택공급물량 목표를 민간과 공공 분양주택으로 28.8만호, 그리고 임대주택은 보금자리주택을 중심으로 11.6만호를 공급한다고 계획하였다. 전체적으로 4.5% 공급율을 증가하지만, 그 비중을 임대주택에 치중하여 서민주거지원정책을 강조하였다. 분양주택 공급율은 8.2% 감축하고, 대신 공공, 민간임대주택 공급율을 81.8% 제고한다는 계획이다.

임대주택의 구체적 공급계획은 공공임대주택 38천 호 및 장기전세·10년임대 58천 호를 중점으로 한다(<표 3-6-6>). 전세임대 및 전세자금 지원은 2010년도에도 중점성과를 거둔 주거지원형태로서(<표 3-6-7>), 향후 주택공급이 서민과 취약계층을 위한 주거지원정책으로 전향함을 알 수 있다.

〈표 3-6-5〉 유형별 주택공급계획(2011년)

단위: 천 호, %

구 분	'10년 실적	'11년 계획	증감(%)
전 체	387	404	4.5
분양주택	314	288	△8.2
임대주택	73	116	59.6
(국민, 영구임대)	34	45	33.9
(공공, 민간임대)	39	71	81.8

자료: 국토해양부, 2011년도 주택종합계획.

110) http://www.mltm.go.kr/USR/policyData/m_34681/lst.jsp?s_category=p_sec_2&p_category=201

〈표 3-6-6〉 임대주택 공급계획(2011년)

단위: 천 호

구 분		계	공 공		민 간
			NH	지자체	
계		116	67	36	13
공 공	소 계	103	67	36	
	영 구 임 대	7	6	1	
	국 민 임 대	38	26	12	
	장기전세 · 10년 임대	58	35	23	
민 간	소 계	13	—	—	13
	기금 지원 공공임대	2	—	—	2
	민 간 임 대	11	—	—	11

자료: 국토해양부, 2011년도 주택종합계획

〈표 3-6-7〉 저소득·사회취약계층, 무주택자 지원실적(2010년)

단위: 억 원

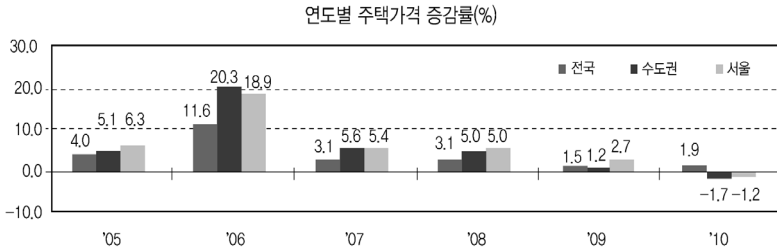
주 택 공 급 지 원		국민주택 기금 지원		
구 분		지원실적	지원항목	지원금액(억 원)
맞춤형 임대지원	소년소녀 가정 지원	809세대	임대주택 건설·매입	40,911
	기존주택 매입임대	6,983세대	분양주택 건설	42,064
	기존주택 전세임대	7,760세대	주택구입 및 전세자금	68,000
	신혼부부 전세임대	5,003세대	주택개량자금	50
저소득 가구 전세자금 지원		3.4만 세대	기 타	679
근로자·서민 전세자금 지원		11.9만 세대	계	151,704

자료: 국토해양부, 2011년도 주택종합계획

주택의 물량공급정책은 서민과 저소득계층을 지원하되, 향후의 주택계획은 주택가격이 안정되고([그림 3-6-2]), 주택물량 100% 초과달성되면서, 정부의 공공주택공급은 최하위 저소득계층과 노인, 장애인 등 특정보호요구를 집중관리하고, 일반인에게는 생산성과 그린주택 등 공급계획을 ‘주거복지’에서 ‘도시 품격’으로 격상하였다.

제4차 국토종합계획 수정계획(2011~2020)¹¹¹⁾에 의하면, 도시·주

[그림 3-6-1] 연도별 주택가격 증감률



택·토지계획으로 ‘기초적 삶의 질 보장’, ‘주거복지 향상’, ‘임대주택 공급확대’의 당초계획을 수정하여 ‘주거수준의 선진화’, ‘인구감소 고령화에 대응한 수요맞춤형 주택정책’ 등으로 ‘도시재생 및 품격있는 도시조성’과 ‘한국형 녹색콤팩트도시 조성’을 추구한다. 즉, 임대주택 중심의 주택공급을 1인가구용 소형주택, 고령자 전용주택, 도심소형주택, 타운하우스 등으로 중점전략을 전환하고, 취약가구 중심의 주거환경개선정책을 산업 활성화, 정주 여건개선, 환경친화적 녹색주택 보급을 확대하여 주거단지의 주거환경을 질적 개선하여 도시 품격 향상을 추구한다.

글로벌 시대 선진제국 위상에 부응하는 주택수준과 저출산고령화 시대 재가·주거서비스를 통합공급하고, 주거환경을 취약환경 개선보다는 생태환경 효과에 중점을 두고 소비자 위주정책으로 전환하여 공급계획이다.

3. 주거복지

주거복지는 최저주거기준 이하 거주자 및 준주택 거주자, 즉 쪽방

111) http://www.mltm.go.kr/USR/policyData/m_34681/dtl.jsp?id=1775

·비닐하우스·고시원·여인숙에 거주하는 자 및 범죄피해자 등에게 주거환경 개선과 주거안정에 필요한 임대주택을 저렴하게 제공하고, 입주자를 위한 사회서비스 및 자활 등을 지원하는 정책이다.

대단위 주택공급을 목표로 하는 보금자리주택에 비하여 주거복지 는 자활의 기반을 마련하고 긴급상황에 대한 보호지원적 의미를 인정받으며, 기존주택을 정부가 매입 혹은 임대하여 수혜자에게 재임 대하는 형식으로 지원한다.

보금자리주택은 노인, 장애인, 소년소녀가장세대 등 특정보호요구를 지닌 수혜자들을 대상으로 중소형 저가공공분양주택 혹은 장기 임대주택을 제공하여 자가주거율을 도모하고 2018년까지 150만 호 공급계획으로 주택보유율 제고방안이다. 입주자에게도 시중가의 60~70%의 저렴한 국민주택 혹은 시중가의 30%에 해당되는 저가지원으로 영구임대주택 혜택을 지원받게된다. 주거안정과 더불어 입주자의 삶의 질 향상을 위한 사회서비스까지 맞춤형으로 재가서비스로 제공하여 주택과 생활보호를 통합해결하는 지원정책이다.

가. 주거복지의 주택지원

쪽방·비닐하우스·고시원·여인숙에 거주하는 자 및 범죄피해자 등에게는 기존주택을 매입임대, 전세임대 및 긴급주거지원 등의 형태로 제공받게 된다.

1) 매입임대

국민주택규모공동주택(전용85㎡ 이하), 다가구주택, 다중주택을 LH공사 및 지방공사에서 매입하여 수혜자에게 시중임대료 30%이내 저렴한 가격으로 임대지원하는 것이다.

2) 전세임대

LH공사 등이 기존주택을 전세임대하여 수혜자에게 지원한도내 전세금의 5%, 월임대료는 전세지원금의 이자에 해당되는 연 2%로 저가 부담으로 주거안정을 도모하는 지원제도이다.

3) 그룹홈 임대

장애인, 노인, 보호아동, 미혼모, 성폭력피해자, 가정폭력피해자, 탈성매매여성, 가출청소년, 갱생보호자, 아동복지시설퇴소자, 북한 이탈주민입주자 등 일반주택에서 공동생활하며 자활교사 혹은 사회 복지기관의 지도하에 일상생활에 필요한 서비스를 지원받으며 자립을 도모하는 주거지원이며 일반적으로 2년 계약하되 회수제한없이 재계약 가능하다.

4) 소년소녀가정 주거지원

「빈곤아동 희망투자전략」의 일환으로 사회취약계층 아동 및 청소년의 주거생활안정을 위하여 지원하며, 18세 미만의 아동으로만 구성된 세대 혹은 18세 미만의 아동이 부양능력이 없는 부모와 동거하거나 실질적으로 가정을 끌어가는 세대를 지원한다.

기초생활수급자 중 18세 미만 소년소녀가장세대, 교통사고 유자녀 가정, 가정위탁아동, 아동복지시설 퇴소자 등이 수혜대상이 된다.

5) 긴급주거지원

폭력피해자, 범죄자의 가족 혹은 범죄자로 인한 피해자, 재난 피해자 등 일시적 거처를 필요로 하는 쉼터 및 자활 등 서비스를 제공하는 긴급주거지원이다.

나. 전세자금 지원

저소득 가구 전세자금대출, 근로자 서민전세자금대출, 근로자 서민구입자금 등을 지원한다. 전세자금대출은 도시 저소득 무주택 세입자의 주거안정을 위하여 국민주택기금에서 저리 전세금 대출을 받도록 취급은행에 추천하여 지원하는 제도이다.

영구임대주택, 국민임대주택, 기존주택 전세임대주택 입주자 및 입주 예정자, 연소득 3천만 원 이하의 신혼부부, 연소득 3천만 원 이하의 무주택 세대주 등은 수혜자가 된다.

다. 맞춤형 사회서비스 지원

주거복지 및 주거지원의 취지는 취약계층의 주거불안 및 최저주거환경개선을 위한 주거안정을 도모하고, 궁극적으로는 주거지원기간 동안 자활의 기반을 마련함에 있다.

입주자에게는 삶의 질 향상과 생활의존요구를 해결하기에 필요한 사회서비스를 제공하며, 그 서비스로는 상담, 정서지원, 명절 지원, 문화 체험, 모임 지원, 급식 지원, 의료지원, 금전관리 지원, 자활지원 등을 포함한다.

4. 주거복지 사례관리

우리나라 주택·주거지원은 국토해양부, 보건복지부, 시·도지사 등 다각적으로 주도하므로 수혜대상 선정 및 사업운영절차도 다양하게 진행되어 왔다. 그러나 이러한 다각적 진행방식은 수혜자 및 관계자에게 혼선을 초래하여 2011년 9월 30일 이후 시·군·구 지방

자치단체를 주거복지사례관리 주관기관으로 조정되었다¹¹²⁾.

지방자치단체에서 주거지원 수요를 발굴하고 주택마련과 사회서비스 제공을 위한 사례관리를 수행한다.

가. 주거복지 운영기관의 사회복지서비스 제공과 사례관리

기존의 주거복지사업은 주거복지재단을 책임기관으로 하며, 재단은 운영기관과 주택을 선정하고, 운영기관은 개정안 제20조(사회복지서비스의 제공)에 의거, 수혜자의 생활보호지원서비스를 제공하고 자활 및 고용촉진, 직업훈련, 직업알선 등 통합적 지원을 제공하고, 각 수혜자별 사례관리 및 프로그램 연계 등을 운영하고 지원한다.

주거복지재단은 국토해양부 장관의 위임을 받아서 수혜자 사례관리 서비스영역¹¹³⁾으로 상담과 재활, 정서지원, 문화 지원, 사회참여, 급식 및 도시락 지원, 의료지원, 금전지원, 일자리, 고용, 자활지원 등 유관서비스 지원요구를 사정하고, 서비스 연계 및 제공, 결과 파악, 재계획 등을 지정하였다.

나. 장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상을 위한 사례관리

영구임대주택 및 국민임대주택, 소규모 임대주택, 쉼터 등 주거지원을 받는 입주자는 주로 노인, 장애인, 소년소녀 가장세대, 폭력 피해자 및 기타 사유로 돌봄을 필요로 하는 수혜자들이기 때문에 일반적으로 노화와 질병, 장애에 대한 돌봄서비스를 기본으로 제공하며, 건강상태가 지역사회 참여활동이 가능하면 직업교육과 취업알

112) 국토해양부(2011.9.30), 주거취약계층 주거지원을 위한 업무처리지침 전부 개정안

113) 주거복지재단(2011.2) 주거취약계층 거주자를 위한 임대주택 입주민 복지서비스 매뉴얼. 제20조 사회복지서비스.

선 등 자활사업을 제공하게 된다.

장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상을 위한 지원법 제2조 4. “복지서비스 시설” 및 제3조(입주자의 주거복지증진을 위하여 필요한 사업) 등에 의거, 각 입주자에게는 직업상담과 직업자활, 정신장애 및 알콜중독에 대한 치료와 재활, 상담, 교육, 지원, 독거노인, 장애인, 아동을 위한 돌봄서비스 등을 제공하여야 하며, 운영기관은 유관 사회복지사업을 실시하거나 설치하여야 하고, 입주자에게 해당 사례요구 사정을 위한 상담과, 서비스 배정, 결과확인, 평가 및 보고 등 일련의 사례관리 기록을 보관하고, 사업 운영은 지방자치단체장과 협의하여야 한다.

Ⅰ 제4절 | 결론 및 시사점

1. 주거취약자 지원과 지역·사회통합

저소득계층을 위한 주거지원은 본질적으로 사회통합에 목적을 두고 있다. 한국정부는 주택부족을 해결하기 위하여 물량공급 위주의 주택지원정책으로 2010년에는 주택보급을 101.9%(<표 3-6-1>), 자가 보유율 54.3%를 달성하였으나(<표 3-6-2>), 저소득계층을 위한 국민임대단지를 대규모 단지¹¹⁴⁾로 조성함으로써 일반사회와 구분된 주거문화를 형성하게 되어서, 진정한 사회통합 효과를 이루었는지에 대하여는 회의적이며 지역개발 저해요인도 우려된다.

영국의 경험에 의하면, 60~70년대 대규모 사회주택 공급정책이

114) 국민임대특별조치법(2005.12.27), 60만평 이상규모.

80년대에 도심 슬럼화와 우범지역으로 변질되었다. 영국의 공공임대주택 입주자는 자긍심 상실과 탈지역 현상을 초래하였고, 대응책으로 영국정부는 80년대부터 도심 재개발계획과 민간주택 매입지

〈표 3-6-8〉 각국의 임대주택 분포와 케메니의 임대시장 유형분류

단위: %

구 분	자가비중	공공임대 비중	임대 중 공공임대 비율	공공3분위 이하 비율	Kemeny 임대시장 유형분류
스웨덴	54	21	49	49	단일
덴마크	53	20	43	—	단일
핀란드	63	18	53	—	이중
노르웨이	77	5	22	—	이중
네덜란드	54	35	76	44	단일
스위스	35	3	5	—	단일
독일	43	6	11	44	단일
오스트리아	58	21	53	—	단일
프랑스	56	19	43	38	단일?
벨기에	68	7	23	52	이중
아일랜드	79	8	38	—	이중
영 국	69	21	68	62	이중
호 주	71	6	23	—	이중
뉴질랜드	71	5	22	—	이중
캐나다	64	6	17	—	이중
미 국	67	1	3	100*	이중
스페인	82	1	9	—	이중
그리스	74	0	0	—	이중
이탈리아	75	5	26	—	이중
포르투갈	55	3	14	—	이중
일 본	61	7	21	—	이중
한 국	54	4	7	81	이중

자료: 김수현(2011), 외국의 주거복지 어떻게 볼 것인가?, 『주거복지의 새로운 패러다임』, 사회평론, p.285.

원정책으로 전환하는 것이 불가피하고, 결과적으로 60년대 자가보유율(44%)이 임대주택 거주율(55%) 보다 저조하였으나 2000년 이후는 자가보유율(70%)이 임대주택(30%)보다 높아져서¹¹⁵⁾ 도심의 재개발은 민간주택 중심으로 임대주택을 분산시킴으로서 해결의 계기를 마련하였다.

김수현(2011)은 우리나라의 저소득계층 주거지원을 공공임대에만 의존하기보다는 영국과 같이 자가소유를 지원하고, 민간임대주택도 임대가격과 요건을 공공임대주택과 유사하게 조정하여 민간임대주택을 활성화하여야 한다고 지적하였다. 김수현(2011)은 한국의 임대주택정책이 Kemmeny의 이중임대시장¹¹⁶⁾에 해당되는데, 세계의 공공임대주택 정책과 비교하면(<표 3-6-8>), 공공임대비율(4%)이 저조하고 저소득계층으로 집중되어서(81%) 이중임대시장 구조 하에서는 민간주택 활용도 제도화하여야 한다.

즉, 저소득계층의 임대주택을 지원하되, 일반인과 구분하거나 낙인적 요소를 배제하여야 하는데 그 방안으로 일반민간주택에 자유롭게 입주하고, 정부는 주택지원금만 지급하는 것이 바람직하다. 2009년 장애인 주거실태조사에서 공공임대주택(39.7%)보다는 일반셋집(60.3%)을 선호하고, 주거지원으로는 자금 저리융자(16.89%) 및 주거비 보조(39.75%)를 희망하였다¹¹⁷⁾. 주거지원정책은 대규모 임대주택단지보다는 수혜자가 자유롭게 임대주택을 선택하도록 하고, 정부는 주택바우처 혹은 주거급여 등 재정적 지원을 하는 것이 사회통합적 취지에 부합되고 지역개발을 위하여도 민간주택을 활성화하고, 오히

115) <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-household-survey/2007-report/index.html>

116) Kenny, J.(1995, 2006)의 이론으로 공공임대주택은 사회안전망 기능에 해당되는 소규모이며, 민간주택시장과는 분리.

117) 김근용 외(2010), p.159, 170.

러 정부는 바우처 혹은 임대주택 요건을 제도화하여야 한다.

주택바우처에 대하여는 서울시 및 일부 지방자치단체에서 중앙정부에 비하여 앞서 제도화하겠다는 의지를 보이고 있다. 현재로서는 여러 가지의 가능성을 검토 중에 있으나 미국은 주택바우처로서 공공임대주택에 집중되는 취약계층을 민간주택으로 분산하고 일반주거환경에서 삶의 질 향상을 이루도록 민간임대주택 이용비용을 주택바우처로 지원함으로써 입주자 스스로 주거환경 선택권을 보장하기도 한다. 우리나라도 공공임대주택 물량제한정책으로 향후 주택바우처 제도화는 불가피하다고 판단되며, 제도 선행에 앞서 실용적 연구검토가 필요하다.

2. 최저주거기준에 저출산·고령화 및 장애인,노숙인, 실업 등 주거서비스 지원요건 추가

저출산고령화 및 입주자의 복지지원서비스 요구를 주거시설과 기준으로 반영하여야 한다. 기존의 대량적 주택공급정책은 70~80년대 베이비부머들이 결혼과 독립가구를 구성하면서 폭등하는 주택수요 대응책이었으나, 베이비 부머세대 노령화로 인하여 주택공급정책을 물량지원보다는 소비자 요구해결을 위한 주거환경개선정책으로 전환하고 최저주거기준으로 서비스 공급요건을 포함하여야 한다.

저출산 및 인구 증가율 둔화현상으로 인하여 향후 가구 증가율은 2010년 1.39%(평균 가구원 2.73명), 2020년 0.77%(평균가구원 2.48명)으로 추계¹¹⁸⁾되었고, 가구변동에 상응하여 주택수요 증가폭이 둔

118) 통계청, 2010~2060 장래인구 추계: <http://kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp>
http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=252623

화되고 가구당 가구원 수는 감축된다. 따라서 주택공급정책은 저출산·고령화사회의 인구변동과 소비자 요구에 호응하여 조정되어야 하고 양적 공급보다는 주거기준과 주거환경에 치중되어야 한다.

기존의 지원정책은 ‘분양권 우선순위’를 제공하는 것으로서 공급정책의 일환이며, 현 ‘최저주거기준’ 역시 주택의 물리적 환경요건만을 판단하기 때문에 “주택” 자체에 대한 것일뿐 “주거서비스” 개념은 반영되어 있지 않다.

기존 최저주거기준으로는 입식부엌, 수세식 화장실, 온수 목욕시설, 침실당 면적 등을 반영한다. 2010년 최저주거기준 미달가구¹¹⁹⁾는 184천 가구로서 총가구의 10.6%에 해당되고, 2006년 16.6%에 비해 감소실태를 보였다(그림 3-6-2). 부엌과 화장실의 최저기준 미만 가구는 각 1.4% 및 3.5%이었다.

〈표 3-6-9〉 부엌과 화장실 등 주거시설 기준

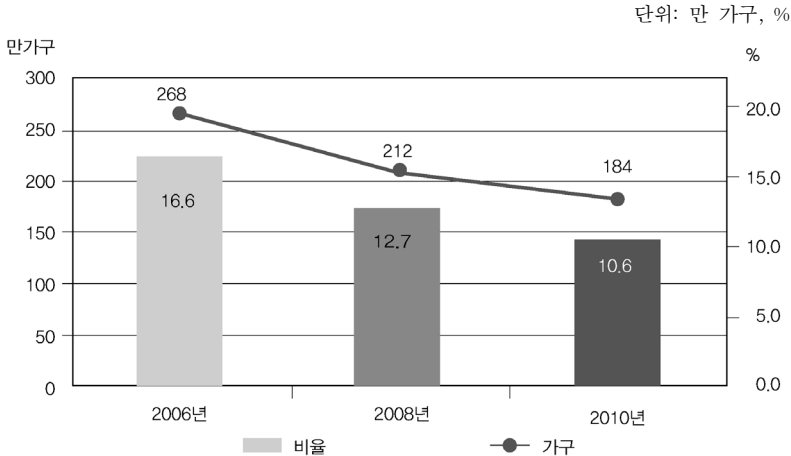
단위: 개, %

구 분		계
계		17,300,000개
부 엇	입식부엌	98.6%
	재래식 부엌	1.1%
	부엌 없음, 무응답	0.2%
화장실	수세식	96.5%
	재래식	3.3%
	화장실 없음, 무응답	0.2%

자료: 국토연구원, 2010년도 주거실태조사 통계보고서, 주거 및 주거환경에 관한 통계표(표61) 재구성.

119) 국토연구원, 2010년도 주거실태조사 보고, 통계표 61.

[그림 3-6-2] 최저 주거기준 미달가구



자료: 국토연구원, 2010년도 주거실태조사 보고

http://www.mltm.go.kr/USR/NEWS/m_71/dtl.jsp?id=95068697

주거환경 개선은 주택의 물리적 환경개선 뿐 아니라 주거서비스를 제공할 수 있는 시설요건도 주거기준으로 포함되어야 한다.

즉, 저출산 정책으로 여성 친화력과 양육환경 개선 등을 포함하고, 고령화 및 장애인 지원정책으로 케어서비스 접근성과 이동 편의 시설 등을 추가하여야 한다.

주택·주거지원을 수요자 중심정책으로 전환하면서, 주거서비스 공급을 위한 주거시설요건 강조되므로 단지 내 공공보육시설과 노인복지시설 확충¹²⁰⁾보다는 지역별 차이와 입주자 개개인의 서비스 요구가 각 주거기준으로 확인되어야 한다.

고령화사회의 고령자 주택정책으로 ‘취약노인 지원’보다는 각 도시 특성에 맞추어 고령자의 주택요구를 반영하여 도시발전계획으로 발전시켜야 한다고 지적된 바 있다(최영국 2011). 즉, 대전, 원주, 서

120) 국토해양부, http://www.mltm.go.kr/USR/policyData/m_34681/dtl.jsp?id=1775

천군 등과 같이 녹색전원도시로만 발전시키기 보다는 저출산·고령화사회 대비책으로 1~2인 중심의 소규모 주택과 교통편의, 재가서비스 보완 그리고 지역사회내에서 동참할 수 있는 일자리 및 여가활동이 가능한 환경적 지원정책 등을 보완하여야 한다는 것이다.

장애인지원주택은 노인주택과 마찬가지로 공공임대주택 입주자격과 의료·교육·직업재활·생활환경개선 등 지원서비스를 제공하여야 하며¹²¹⁾, 장애의 편의도모를 위한 구조 및 설비기준¹²²⁾, 편의시설 설치 및 보수비용¹²³⁾ 등을 지원한다. 우리나라의 등록 장애인 수는 총 2,419,439명이며, 2,112.4가구에 해당되는데, 장애등급별로 중증장애인은 공공임대주택을 선호하고 경증장애인은 일반개인주택의 임대를 선호하였고¹²⁴⁾, 장애인 생활시설 입소자 중에는 1급(32.97%) 및 2급(32.75%) 등 중증장애자로서 서비스 수혜를 이유로 입소한다. 즉, 장애인에게는 장애의존도와 재활 및 지원서비스에 대한 접근성과 이동 편의성, 건강환경 등이 개선되면, 가급적 일반주택에 일반인과 마찬가지로 거주하기를 선호하지만, 현실적으로는 장애지원의 문제해결이 선행요건이다. 노인주택단지의 서비스 접근성과 이동 편의성 등은 장애인에게도 마찬가지로 적용된다. 일본의 유니버설 디자인이나 영국의 중증케어주택(Extra Care Housing) 및 케어제공 주택(Supported Housing) 등 “주거와 서비스 결합형 주택”과 “이동 편의성 혹은 이동보조” 등을 보장하여야 한다. 우리나라의 장애 편의지원시설 및 기구 등은 이동보조를 지원하는 수준이고, 사회서비스 지원제도는 마련되었으나 아직 활성화가 미흡하다. 장애인 임대주택과 서

121) 장애인복지법 제27조.

122) 보금자리주택 건설 등에 관한 특별법 시행령 제22조

123) 장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상지원법 제3조

124) 김근용 외(2010), 2009년도 주거실태조사 연구보고서, p.48, 160

비스 제공 혹은 접근성 등이 고령화 도시와 함께 건강도시 및 서비스 도시환경을 갖춘 여건에서 주거보장이 되어야 한다.

노숙자 및 장기 실업자에 대한 주거지원과 주거환경요건에 대하여도 시급을 다투어 보완되어야 한다. 일부 마을에서 마을형 기업 혹은 마을 공동사업, 일자리 지원 등은 공공임대주택과 취약계층 밀집주거환경으로 필히 구비되어야 하는 요건이다. 특히 노숙자의 장기적 부랑을 차단하고, 심리 보강이 이루어지도록 환경적 지원이 필요하다. 주택지원과 더불어 노숙차단을 위한 주거환경적 요건, 즉 실업극복 훈련이나 일자리 연계 등이 주거환경요건으로 보완되어있는 지를 사례관리로 확인 후 배정하여야 한다.

3. 삶의 질 향상을 위한 친환경·건강 주거환경개선과 주택·주거지원서비스의 맞춤형 통합관리

국토해양부¹²⁵⁾는 ‘임대주택 공급확대’를 ‘녹색주택 보급 확대’로 수정하고, ‘도시재생 및 품격있는 도시조성’과 정주여건 개선정책을 발표하면서 향후 주택공급정책을 웰빙(well-being)에 대한 소비자 기대에 부응하고자 하였다.

전국도시의 주거환경을 건강도시 기준으로 비교하면(김은정 외 2011), 강남구(1.227), 서초구(1.080), 과천(0.826) 등이 최상의 수준이었고, 수도권 중에서도 인천 도서지역과 경기도 동북부 권역은 극히 취약하여서 농촌지역은 평균(-0.620)이었고, 지역편차가 심각한 것을 알 수 있다. 건강도시 여건을 활성화하면, 범죄율 2% 감소효과

125) 국토해양부(2011), 제4차 국토종합계획 수정계획(2011~2020), p.80~83.
http://www.mltm.go.kr/USR/policyData/m_34681/dtl.jsp?id=1775

와 사회적 비용이 약 362억~1조 9621억 원이 절감효과가 있어서, 공공임대주택단지의 우범화 및 슬럼화문제 예방책으로도 고려되어야 한다.

우리나라 건강도시 예로서 제주 올레길, 국립공원 둘레길, 그리고 각 지방자치단체별로 추진되는 보행로, 자전거 길, 탐방 길, 도시공원·녹지 등을 들 수 있다. 2003년부터 추진되는 광양만 경제자유구역의 신대배후단지와 2006년부터 추진하고 있는 순천만 생태공원의 배후도시는 건강도시 개념을 반영하여 건강생태회랑과 공원·녹지 등을 거주지역과 조화롭게 개발되고 있다.

일본도 2006년 초고령화 사회로 진입하면서 ‘건강문화 21’을 이념으로 건강증진 개념을 건강도시건설계획에 반영하여, 2009년 기준 전국 1,710시정촌 중 70%¹²⁶⁾가 실행 중에 있다. 대표 사례로서, 후쿠로이시의 2010년 SMILE 운동¹²⁷⁾, 후쿠로이시의 워킹 코스, 미즈케시의 smart wellness city 등은 건강도시 개념으로 발전시키는 도시이다.

영국에서는 건강도시 개념을 민주주의 및 형평성 개념으로 적용하였는데, 김혜승(2011)이 소개한 주민지원 정책(Supporting People Strategy)에 해당된다. 즉, 임대주택 거주자 중 독거노인과 장애인을 위하여 일반입주자들과 형평성 있는 주거환경을 제공하겠다는 취지하에 주택과 지원서비스를 통합하여 관리하는 정책이다. 임대주택을 상담하면서 동시에 입주자의 장애 혹은 노인 등 가구 구성원의 특성을 반영하고, 이들의 홈케어 서비스 요구를 사례관리하여 주거와 해당되는 사회서비스를 맞춤형으로 배정 및 연계한다.

126) 김태환 외(2011), p.69

127) 김태환 외(2011), p.73 : S=sport, M=meal, I=internal fat, L=life, E=enjoy.

주택만을 물량공급하기 보다는 “입주자의 주거서비스 지원”의 개념으로 입주자 및 가족 구성원의 케어·고용·교육 등 지원서비스를 먼저 판단하고, 그 서비스 요구를 해결하거나 지원할 수 있는 주거 환경, 주거서비스 등을 제공함으로써 ‘주택’보다는 ‘주거’ 개념으로 전환하고 주거·서비스가 통합관리되어야 한다.

4. 부처간 통합형 주거복지 사례관리

주택·주거지원정책은 국토해양부 및 보건복지부, 시·도 등 다각적 정책으로 추진되기 때문에 부처간 혹은 정부간 정책의 중복과 혼선을 초래할 수 있으므로, “주거복지 사례관리”를 제도화하여 부처간 혹은 제도간 혼선이나 중복, 혹은 사각지대 문제 등을 해결하고, “주택”과 “주거지원서비스”를 맞춤형으로 관리하여야 한다.

주거복지의 수혜자인 기초생활수급자 및 독거노인, 장애인, 소년 소녀 가장세대, 준주택 거주자 등은 보건복지부 통합사례관리 대상과 중복이 되며, 실질적으로 기존의 동사무소 수급자 관리업무 또한 대규모 공공임대주택단지관리를 중심으로 이루어졌으나, 수혜자 케어요구와 주거환경적 요건을 병합하여 사례관리되어야 한다.

주거지원 수혜자에게 “주택과 사회복지서비스” 병합형태의 사례관리를 활성화하여 기존 노인복지법, 장애인복지법, 아동복지법, 정신보건법, 지역사회보건법, 긴급복지지원법, 노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 등에 의거, 기존의 서비스를 연속공급되도록 한다.

특히, 노인주거복지시설¹²⁸⁾ 및 장애인 생활시설¹²⁹⁾, 아동보육시

128) 노인복지법(1997.8.3 개정) 제32조(노인주거복지시설)

설¹³⁰⁾131) 등 주거복지시설과 지역사회 거주 선택권을 보장하고, 수혜자가 시설과 지역사회의 이동을 상담, 사례관리하여 서비스와 보호, 자활, 교육 및 훈련 등의 연속성이 보장되도록 지원이 필요하다.

129) 장애인복지법(1999.2.8 전부개정, 2000.1.1.시행) 제24조(주택의 보급) 및 제48조(장애인복지시설)①항 1. 장애인생활시설.

130) 아동복지법(1981.4.13 전부개정) 제13조(시설보호아동에 대한 조치)

131) 주택공급규칙 제31조(2006년 초 개정)

참고문헌

- 국토해양부(2011). 주거취약계층 주거지원업무처리 지침.
 _____(2011). 국토종합계획 수정계획(2011-2020).
http://www.mltm.go.kr/USR/policyData/m_34681/dtl.jsp?id=1775
 김근용 외 (2010). 2009년도 주거실태조사:장애인 연구보고서. 국토해양
 부(발간등록번호 11-1611000-001039-01).
 김수현(2011). 외국의 주거복지 어떻게 볼 것인가?. 주거복지의 새로운
 패러다임, 「사회평론」, p.279-310.
 김응정 외(2011). 녹색성장형 건강도시의 경제적 가치추정 및 활성화 방
 안 연구. 국토연구원 : 2011-38.
 김태환 외(2011). 건강장수도시 조성의 현황과 과제. 국토연구원 : 2011-
 59.
 김혜승 외(2011). 2010년도 주거실태조사-연구보고서-. 국토연구원(국토
 해양부 용역보고서: 발간등록번호 11-1611000-000436-01).
 김혜승(2011). 영국 Brighton & Hove시 주거전략 건강영향평가(HIA)의
 시사점. 「국토연구원, 국토정책 Brief」, 제351호.
 진정수, 전성제(2009). 선진국의 저소득층 주택정책 동향. 국토연구원 :
 2009-29.
 최영국 외(2011). 100세 시대를 대비한 국토 및 도시정책 방향과 과제.
 국토연구원 : 2011-60.
 통계청. 임대주택통계(1994~2010). 주거실태조사(2011).
 _____. 한국도시연감(~2010). 한국도시통계(~2005). 주택총조사(2010)
http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp?parentId=H#jsClick

Kenny, J.(1995). From Public Housing to Social Market : Rental Policy

Strategies in Comparative Perspective. London : Routledge.

김수현(2011). 외국의 주거복지 어떻게 볼 것인가?. 주거복지의 새로운 패러다임. 「사회평론」, p.285에서 재인용.

_____(2006). “Corporation and Housing Regimes”, Housing, Theory and Society, Vol.23, No.1, pp.1-18.

김수현(2011). 외국의 주거복지 어떻게 볼 것인가?. 주거복지의 새로운 패러다임. 「사회평론」, p.285에서 재인용.



한국의 사회보장제도 K O R E A

