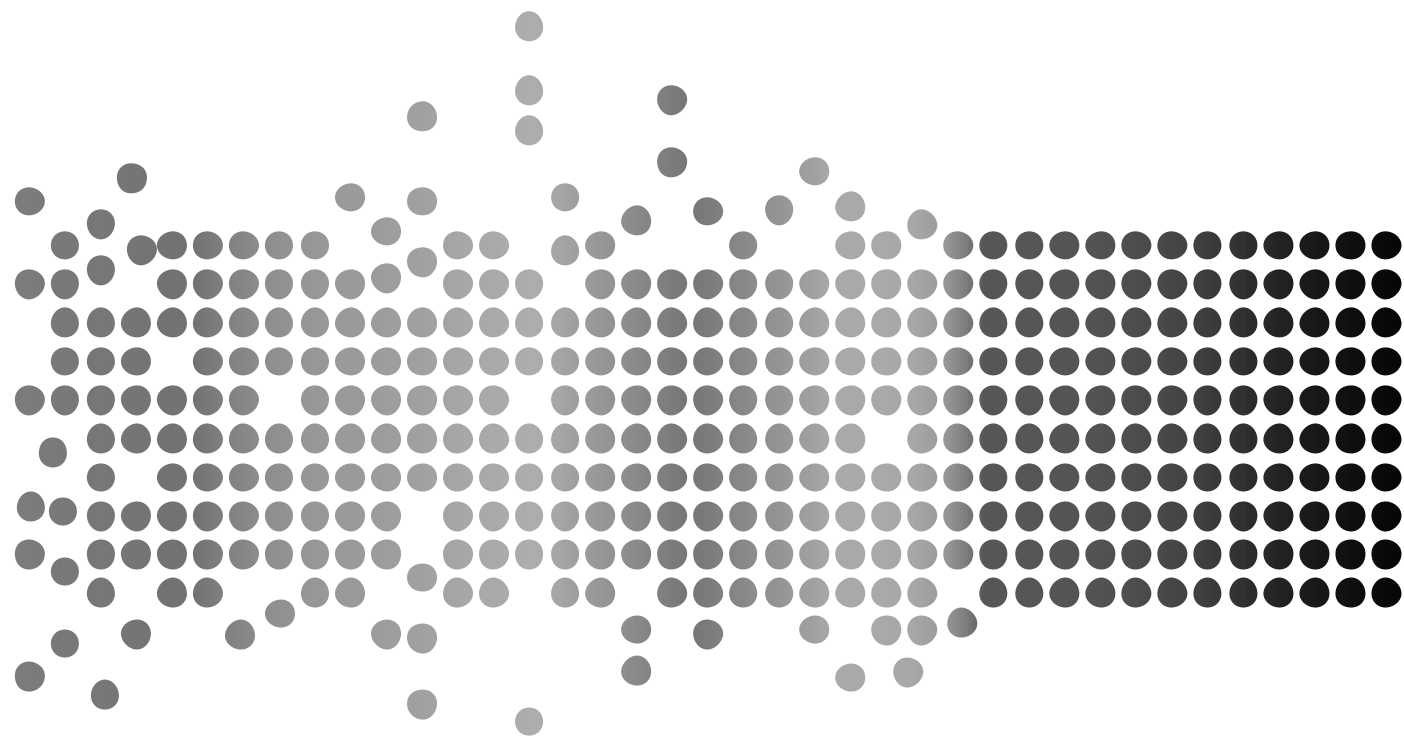




선진4국과 우리나라 사회보장체계 비교연구

최성은 · 선우덕 · 구인회 · 김인춘 · 백인립 · 임완섭 · 이주연 · 이기주



보 건 복 지 부
한국보건사회연구원



머리말

급속한 저출산·고령화 현상과 세계경제의 저성장을 통한 경기침체로 인해 복지국가의 지속가능성 및 향후 복지정책에 대한 방향성에 대한 논의가 한창 진행 중에 있다. 우리나라는 인구 및 사회구조의 변화, 경제위기 등을 겪으면서 중산층이 축소되고 노동시장이 변화되는 상황에 직면하고 있으며 이에 따른 국민의 복지수요가 증가하고 있는 실정이다. 특히 청년층의 구직난, 장년층의 구조조정에 대한 불안, 노년층의 고령화에 대한 불안 등 사회적 불안이 확산되고 있으며 고령화의 심화로 인한 의료비 증가, 소득보장지출 증가 등 각종 복지지출의 증가가 예상되며, 출산율저하로 인한 잠재 성장기반의 축소로 인해 선순환적 복지지출의 필요성이 증가하고 있다.

이러한 시점에서 향후 우리나라 복지체계의 구성 및 발전방향에 대한 심도 있는 논의가 필요하다. 복지정책에 있어 보편성 및 선택과 집중의 선택문제는 다양한 시각으로 바라 볼 수 있으며, 다양한 정책 조합을 통한 새로운 복지체계 구성도 시도할 수 있을 것이다. 하지만 새로운 정책방향 및 체계 구성에 앞서 한국의 복지체계 형성 과정을 뒤 돌아 보고 그간의 경과와 시행착오를 심도 있게 고찰함으로써 한국적 상황에 적합한 복지체계 방향성 제시를 위한 밑거름이 될 수 있을 것이다. 특히 이러한 우리의 현 상황을 각기 다른 특성으로 사회보장제도를 발전시켜온 선진국들과 비교해 살펴보고 이를 통해 시사점을 얻을 수 있다면 향후 정책방향 설정에 도움이 될 것으로 기대해 볼 있다.

이를 위해 복지국가 유형분류상의 특징적인 대표 국가들의 복지체계 비교분석을 통하여, 정치, 경제, 문화 등 한국적인 고유한 상황에 맞는 복지체제 모색이 필요하며 전통적인 가족과 국가의 역할이 주변적이며 시장의 역할이 중심적인 자유주의 체

제의 대표국가인 미국의 사례와, 국가의 역할이 중심적이며 보편적인 복지가 총괄적으로 제공되는 사회민주주의 체제의 대표적 국가인 스웨덴의 사례를 고찰하였다. 그리고 가족역할 중심의 근로자 수입보장을 주된 목표로 하는 보수 조합주의체제의 대표국가인 독일의 사례와, 우리나라와 비교적 정서, 문화 등이 유사한 아시아지역의 국가인 일본의 사례를 고찰하였다.

이렇게 본 연구는 이러한 주요 선진 4개국의 경험을 살펴보고, 이들에게서 우리나라가 현재 겪고 있는 문제점들과 향후 우리가 나아가야 할 방향성을 둘러싼 갈등을 조정할 수 있는 시사점을 도출하고자 사례국가에 대한 사회보장제도 전개과정 및 최근 현황을 정리하였다. 또한 사회보장제도의 재원을 살펴봄으로써 우리나라의 복지재정의 방향성에 대한 시사점을 얻고자 노력하였다. 그리고 최근에 벌어지고 있는 각 국가의 사례별 개혁동향을 통해 근로연계를 포함한 현재 사회보장제도의 개선 및 보완점을 살펴보았다. 이러한 작업들을 통해 넓은 시각에서 현재의 우리가 당면하고 있는 문제점과 향후 나아갈 바를 고찰할 수 있는 유용한 시각을 제공할 수 있었다고 생각된다. 물론 우리나라가 겪고 있는 문제에 대해 구체적이고 확정적인 해답을 제공한다는 의미에서의 유용성은 아니지만 문제해결에 고려하여야 할 요소와 그 방향에 대해서는 많은 시사점을 제공할 수 있다고 생각된다.

본 연구는 본 연구원의 최성은 연구위원의 책임 하에 본연구원의 선우덕 연구위원, 서울대학교 구인회 교수, 연세대학 동서문제연구원의 김인춘 교수, 연세대학교 백입립 교수 그리고 본 연구원의 임완섭 전문연구원, 이주연 전문연구원, 이기주 연구원의 참여로 완성되었다. 또한 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 본 연구원의 홍석표 박사와 김태완 박사에게 감사를 표한다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

2011년 11월

한국보건사회연구원장

김 용 하

요 약	1
제1장 한국 사회보장체계의 현황 및 특징	35
제1절 서 론	37
제2절 한국 사회보장체계의 형성과정과 현황	38
제3절 사회보장 전달체계 현황과 문제점	50
제4절 사회보장 재정현황과 문제점	56
제5절 한국 사회보장체계의 발전과정	61
제2장 스웨덴 사회보장체계	67
제1절 서 론	69
제2절 스웨덴 복지국가의 역사적 발전과 개혁	72
제3절 사회보장제도 개요	81
제4절 재정과 복지정책	100
제5절 시사점과 함의	115
제3장 독일 사회보장체계	125
제1절 서 론	127
제2절 독일 사회보장제도의 발달과정	133
제3절 독일 사회보장제도 개요 및 현황	139
제4절 사회보장 재정	157
제5절 사회보장제도의 최근 개혁과 사회보장제도의 성과	163
제6절 독일 사회보장제도의 중장기 비전 및 한국에 주는 시사점	174
제4장 미국의 사회보장체계	177
제1절 서 론	179

제2절 사회보장제도의 발전 및 전개과정의 특성	180
제3절 미국 사회보장의 개요 및 현황	185
제4절 사회보장 재정	214
제5절 시사점과 함의	222
제5장 일본의 사회보장체계	225
제1절 서론	227
제2절 사회보장제도의 전개과정 및 개요	229
제3절 재정현황과 복지정책	248
제4절 사회보장제도의 개혁방향 및 주요내용	259
제5절 사회보장제도의 성과와 시사점	266
제6장 선진국과 우리나라의 복지체계 비교	271
제1절 선진 4국 사회보장체계의 특징비교	273
제2절 선진 4국의 근로연계형 복지제도와 복지 거버넌스 비교	285
제3절 선진 4국의 경제사회적 환경과 복지재정 비교	291
제7장 결어: 바람직한 한국적 사회보장체계의 모색	305
제1절 사회보장개혁의 성과와 과제	307
제2절 사회보장재정의 전망과 과제	317
제3절 결어 : 바람직한 한국적 사회보장체계의 모색	322
참고문헌	327

표 목차

〈표 1-1〉 국민연금 가입자 추이	44
〈표 1-2〉 기초보장제도 수급자 규모 변화	46
〈표 1-3〉 연도별 건강보험 보장률 추이	48
〈표 1-4〉 보육료 지원 중앙정부 예산 추이	49
〈표 1-5〉 사회복지 전담공무원 배치현황	53
〈표 1-6〉 주요국의 정부기능별 재정배분(2009년)	58
〈표 1-7〉 사회복지분야 국고보조사업 및 지방이양사업 예산추이	60
〈표 1-8〉 복지부 국고보조사업 및 지방비부담 예산추이	60
〈표 1-9〉 각 정부별 복지정책 방향 및 성과	63
〈표 2-1〉 사회보장제도의 역사적 발전과정	79
〈표 2-2〉 기관별 사회보장제도 업무분장	89
〈표 2-3〉 주요 경제지표	101
〈표 2-4〉 주요 유럽국가의 세금부담률 변화(1925년-1996년)	102
〈표 2-5〉 OECD 세금부담률의 비교(2009년)	102
〈표 2-6〉 OECD 주요 국가들의 조세별 세수규모 비교(2008년)	103
〈표 2-7〉 2010년 기준 소득세 적용에 따른 세액 및 총임금대비 세율	104
〈표 2-8〉 스웨덴 고용주 사회보장세의 변화	105
〈표 2-9〉 주요국 고용주 사회보장세 비교(2007년)	106
〈표 2-10〉 스웨덴 고용주세의 배분(2007년-2010년)	106
〈표 2-11〉 주요 국가의 GDP 대비 총공공지출(2004년-2007년 평균)	108
〈표 2-12〉 주요 국가의 GDP 대비 사회지출	108
〈표 2-13〉 스웨덴 사회보장 지출 규모 추이	109
〈표 2-14〉 스웨덴 재정수지 규모 추이	109
〈표 2-15〉 스웨덴 사회보장 지출 내역	110
〈표 2-16〉 스웨덴 중앙정부 예산 지출(2010년)	110
〈표 2-17〉 스웨덴 기초지자체 예산	111
〈표 2-18〉 스웨덴의 시기별 복지지출과 재정, 세제 관계	113

〈표 2-19〉 주요 국가의 재정수지	114
〈표 2-20〉 OECD 국가들의 조세와 공적이전을 통한 소득재분배 규모	115
〈표 2-21〉 세금, 소득이전, 공공소비의 5분위 소득재분배 효과	116
〈표 2-22〉 스웨덴 공공지출의 지니계수 소득재분배 효과	117
〈표 2-23〉 스웨덴 계층간 소득종류별 비중 및 변화 비교	117
〈표 2-24〉 세금 및 이전소득이 실질 소득에 미치는 영향(20-65세)	118
〈표 3-1〉 2008년 독일 사회보장제도의 급여와 예산	128
〈표 3-2〉 1933년 나치 집권 이전 공공보험조합 현황	135
〈표 3-3〉 1970년대 독일의 공공보험 제도별 조합 현황	138
〈표 3-4〉 독일 사회법전의 제목	139
〈표 3-5〉 독일의 공공보험 제도별 조합 현황(2009년 기준)	140
〈표 3-6〉 독일 노령급여, 상병급여, 실업급여의 내용	144
〈표 3-7〉 독일 사회부조의 급여 항목	149
〈표 3-8〉 독일의 대표적인 민간 사회복지 사업단 연합단체	150
〈표 3-9〉 독일에서 사회서비스 제공 주체와 시설 현황	150
〈표 3-10〉 독일 내 주별 노인입소시설의 개수와 자릿수	156
〈표 3-11〉 독일의 GDP 대비 사회복지지출	157
〈표 3-12〉 독일의 정부지출 대비 사회복지지출	158
〈표 3-13〉 독일의 국민부담률 추이	159
〈표 3-14〉 독일 사회보험의 보험료(2009년)	162
〈표 3-15〉 독일의 고용보장제도 관련 '권리와 의무의 동시적 강화' 개혁 양상	166
〈표 3-16〉 독일의 GDP 증가율 & GDP 대비 사회복지지출	167
〈표 3-17〉 독일의 명목 GDP 대비 국가채무	168
〈표 3-18〉 독일의 실업률 추이	169
〈표 3-19〉 독일의 월 실업탈피율	170
〈표 3-20〉 독일 정규직과 비정규직의 수	171

〈표 3-21〉 독일의 빈곤율 추이	173
〈표 4-1〉 미국 사회보장제도의 구성	185
〈표 4-2〉 미국 사회보장법(Social Security Act)의 구성	186
〈표 4-3〉 EITC 수혜자 규모 및 환급금 총액 추이	201
〈표 4-4〉 미국 보건복지부의 전략목표 및 중점과제	211
〈표 4-5〉 연도별 급여세(FICA 세금)율, 평균임금인덱스 및 세금부담 가능한 최대 수입 추이	219
〈표 4-6〉 국가채무, 사회복지재정, 사회보장기금 추이 비교	221
〈표 5-1〉 일본 사회보장제도의 체계	230
〈표 5-2〉 일본 의료보험제도의 개요	231
〈표 5-3〉 일본 연금보험제도의 개요	233
〈표 5-4〉 일본의 사회보험유형별 운영주체(행정기구)	242
〈표 5-5〉 일본 고용형태별 고용자수의 추이	247
〈표 5-6〉 일본 사회보장급여비지출의 추이	248
〈표 5-7〉 일본 사회보장급부비와 사회보장이전 추이	249
〈표 5-8〉 일본 사회보장급부비 등의 추이	249
〈표 5-9〉 일본의 부문별 사회보장관계비 추이	250
〈표 5-10〉 국가간 사회보장급여비지출율의 비교(2007년)	250
〈표 5-11〉 일본 노인의료비와 국민의료비 추이	252
〈표 5-12〉 일본의 국민부담률(조세부담+사회보장부담)의 대국민소득비 추이	253
〈표 5-13〉 일본 사회보장의 급여와 부담 전망(2006년)	254
〈표 5-14〉 국가간 국민부담률의 비교(2007년)	254
〈표 5-15〉 2008년도 ILO 제19차 사회보장비용조사에 의한 사회보장재원(기초표)	255
〈표 5-16〉 일본 국민의료비의 재원조달 추이	258
〈표 5-17〉 일본 노인의료비의 재원조달 추이	259
〈표 5-18〉 일본 소득재분배에 의한 소득격차시정효과(지니계수)의 추이	267

〈표 6-1〉 선진 4국의 사회보장체계 구성	275
〈표 6-2〉 주요 선진국의 복지제도 비교	282
〈표 6-3〉 선진 4국의 근로연계형 복지제도	287
〈표 6-4〉 선진 4개 국가의 경제현황(2007년)	293
〈표 6-5〉 선진 4국의 분야별 사회지출 구성비(2007년)	301
〈표 6-6〉 선진 4국의 세입구조(2008년)	302
〈표 6-7〉 선진 4국의 세율 비교(2010년)	303
〈표 6-8〉 선진 4국의 보험료율	303
〈표 7-1〉 OECD 국가들의 사회지출(2007년)	309
〈표 7-2〉 2000년대 중반 소득분배의 국제비교	311
〈표 7-3〉 저임금 근로자의 규모 추이	313
〈표 7-4〉 비정규직 근로자 규모의 추이	314
〈표 7-5〉 건강보험 재정전망	319
〈표 7-6〉 장기요양보험 재정전망	319
〈표 7-7〉 국민연금 재정전망	319

그림 목차

[그림 3-1] 독일의 공공보험제도	129
[그림 3-2] 독일 의료보장체계의 구성	146
[그림 3-3] GDP 대비 사회복지지출	158
[그림 3-4] 정부지출 대비 사회복지지출	159
[그림 3-5] 국민부담률	160
[그림 3-6] GDP 증가율 & GDP 대비 사회복지지출	168
[그림 3-7] 명목 GDP 대비 국가채무	169
[그림 3-8] 독일의 실업률 추이	170
[그림 3-9] 월 실업탈피율	171

[그림 3-10] 독일의 정규직과 비정규직의 증감추이	172
[그림 3-11] 정규직과 비정규직의 증감(1991년-2008년)	172
[그림 3-12] 빈곤율	173
[그림 4-1] TANF 수혜가족 및 수혜자 수의 변화 추이	202
[그림 4-2] AFDC/TANF 탈수급 여성가구주의 취업률 추이	203
[그림 4-3] 저소득여성가구주 가구의 근로소득 및 공공부조성 급여소득 추이	203
[그림 4-4] 빈곤율 및 아동(18세미만) 빈곤율 추이	204
[그림 4-5] 미국 사회보장제도의 전달체계: 연방정부 관할부처 중심	207
[그림 4-6] 사회복지지출수준과 그 추이	214
[그림 4-7] 기능별 사회보장 지출 수준	215
[그림 4-8] 정부 총지출대비 사회복지지출 수준과 그 추이	216
[그림 4-9] 명목 GDP 대비 국가채무 추이	216
[그림 4-10] 재정수지 추이	217
[그림 4-11] 조세부담률 추이	218
[그림 4-12] 국민부담률 추이	218
[그림 4-13] 사회보장신탁기금(Social Security Trust Fund) 조달 경로	220
[그림 4-14] GDP 대비 국가채무 및 GDP 대비 사회복지재정 추이 비교	221
[그림 5-1] 일본 및 주요국가의 총의료비지출비율 비교(2007년)	251
[그림 5-2] 상대적 빈곤율의 연도별 추이	268
[그림 5-3] 저소득 및 고소득가구의 소득수준지수 추이	269
[그림 6-1] 선진 4국의 복지 전달체계 비교	290
[그림 6-2] 선진 4국의 인구 고령화율	295
[그림 6-3] 선진 4국의 출산율	295
[그림 6-4] 선진 4국의 1인당 GDP	296
[그림 6-5] 선진 4국의 경제성장률	296
[그림 6-6] 선진 4국의 물가상승률	297

[그림 6-7] 선진 4국의 경제활동참가율	298
[그림 6-8] 선진 4국의 여성 경제활동 참가율	298
[그림 6-9] 선진 4국의 실업률	299
[그림 6-10] 선진 4국의 청년 실업률	299
[그림 7-1] 한국의 사회지출 추이(1990년~2007년)	308
[그림 7-2] 지니계수의 추이(가처분소득 기준)	310
[그림 7-3] 상대빈곤율의 추이(중위소득 50% 미만)	310
[그림 7-4] 보건복지 재정지출 전망	318
[그림 7-5] 복지지출의 분야별 자원배분 현황(2011년)	320

요약

제1장 한국 사회보장체계의 특성

- 산업화 시기 한국은 발전국가 주도로 급속한 경제성장을 이루었지만 1990년대를 거치며 고용성장은 정체하고 급속하게 국제화된 경제환경에서 경제의 구조조정 압력과 고용불안은 가속화됨.
 - ‘90년대 말 외환위기는 개방경제가 본격화된 시대적 변화를 폭발적으로 드러낸 사건으로서 개방경제에 걸 맞는 사회체제, 복지제도의 발전을 이루는 계기가 됨. 이로 인해 본격화된 사회복지프로그램들의 구조적 개혁은 지난 십수년간 지속
- 한국의 사회보장체계의 전개과정의 특징
 - 산업화 시기 정부 정책의 최우선순위는 경제개발에 두어졌기 때문에 사회보장 프로그램들은 급속한 산업화 진행 속도와는 달리 매우 점진적으로 도입되었고, 공적 복지의 확대는 지체되었음.
 - 1997년 경제위기는 한국의 사회복지 발전에서 중요한 전기가 됨. 기존의 사회정책은 위기로 인한 욕구 증대에 대응하는 데에 무기력하여 경제위기는 곧 바로 사회 위기로 이어졌음.
 - 이러한 상황에서 시민들 사이에서 미흡한 사회안전망에 대한 비판이 제기되었고 정부 또한 긴급한 정책적 대응의 요구를 적극적으로 수용하고 관련 정책을 추진하였음. 그 결과 모든 사회보험의 가입대상이 거의 전 국민으로 확대되었고 국민기초생활보장제도의 도입을 통해 빈곤계층의 최저생활보장을 위해 노력함
 - 또한 지난 10여년 간 서구 복지국가의 지향을 가진 복지개혁을 거치며 취약 계층에 포용적인 방향으로 발전이 이루어지고 있음

제2장 스웨덴 사회보장체계

□ 2006년 이후 노동정책 개혁

- 2006년 보수연합정부 집권 이후 노동시장청의 조직 개편이 이루어졌음.
 - － 새로운 고용서비스를 제공하고, 근로자 및 사용자의 요구에 신속히 대응하고 유연한 고용정책을 위해 조직 개편이 이루어졌음.
 - － 고용서비스청(National Labor Market Administration, AMV)의 설립으로 노동시장청(AMS)과 지방노동위원회는 폐지되었고, 고용서비스청(AMV)을 중심으로 지역고용사무소와 그 아래 지방사무소를 두고 있음.
 - － 표적 집단 및 개별 산업분야(target groups and industry branches)에 맞춤형 고용서비스를 제공하고 있음.
- 1990년대 이후 고실업과 막대한 실업급여 재정지출로 인해 실업급여 개혁이 정치적 쟁점으로 부상하였는데, 급여수준 및 지급기간 개혁에 초점이 맞추어졌음.
 - － 스웨덴의 실업보험은 실질적으로 65세 은퇴시까지 무기한으로 주어지는데, 이는 1985년에 사회민주당 정부에서 제도 도입당시 노동시장위원회가 지원하는 직업훈련을 받거나 임시직을 가질 경우 다시 실업급여를 수급할 권리가 부여되도록 하였기 때문임.
 - － 실업급여 대체율이 90%에서 1993년 80%, 1996년 75% 축소되었고, 2007.1.1 실업보험법 개정으로 실업자의 고용 촉진위해 보험금 납입금 인상, 수혜대상 엄격한 심사, 급여액을 삭감하였음.
 - － 12개월 이내의 6개월간 월 80시간 이상 일해야 실업급여 자격이 되고, 근로자의 대학학업 중 실업급여 지급은 폐지되었음.
 - － 2007. 3. 5부터 첫 200일간 80% 급여율, 200일 이후에는 70% 급여율, 300일 이후 구직프로그램 참여 조건으로 65% 실업급여 지급함.
- 스웨덴 실업보험(The Swedish Unemployment Insurance Board, IAF)기금의 구성은 정부부담금(사용자 기여금)과 실업보험기금(회원 회비)으로 이루어져 있음.
 - － 실업보험기금은 노조가 관리하며 2008년부터 이들 기금을 정부가 감독하고 있음.

- 2005년 실업보험기금은 전체 실업급여비용의 13.5% 충당하고 있는 반면, 1935년 도입된 정부기금인 정부부담금은 지속적으로 증가하여(초기에는 30% 수준이었음) 실업급여비용의 87%를 부담하고 있음.
 - 병가급여 및 산재급여도 축소되었는데, 5일간의 무급실업이 도입되었고 결근비용도 사용자가 책임지게 하였음.
 - 기업, 사회보험청 등 관련 기관들이 사회복귀연계망을 구성하여 병가휴직자들의 건강상태를 3개월 마다 점검하여 노동시장으로의 조속한 복귀를 유도하고 있음.
- 스웨덴 사회정책 모델의 목적은 개인의 경제적 안전(economic security)을 공적으로 보장하여 직업과 성별, 나이에 관계없이 평등하고 인간다운 삶을 누릴 수 있도록 모든 생애 단계마다 그에 맞는 지원을 통해 안전을 보장하는데 있음.
- 출산 및 양육 시기, 투병 시기, 노령기 등 생애 기간 동안 맞게 되는 문제를 걱정 없이 해결할 수 있도록 지원하고 있으며, 개인의 필요에 의한 맞춤형 지원과 서비스를 제공하고 있음.
 - 또 다른 특징으로는 공공사회서비스가 잘 발달되어 있다는 것임. 사회서비스는 구성원 모두가 적극적이고 완전한 사회의 일원이 될 수 있도록 역량을 강화시키는데 그 목적이 있으며 이를 위해 사회구성원 모두가 각자의 삶에 책임을 가질 수 있도록 자기 계발을 지원하고 있음.
 - 이러한 복지국가를 제도적으로 발전시키기 위해 1930년대부터 지금까지 많은 법과 제도의 도입, 개혁이 이루어져 왔으며 그 과정에서 사회민주당의 역할이 컸지만 좌우파의 합의가 복지정책 발전에 큰 공헌을 하였음.
- 1960년대부터 크게 늘어난 재정지출은 보육서비스, 교육, 직업훈련, 보건의료 등 투자적 성격의 부문에 집중되었음. 또한 사회 전반적으로 안전도를 높여 실업급여, 산재급여, 공공부조와 같은 소비적 재정지출을 최소화하는데 노력함.
- 1970년대 들어 복지급여의 관대성이 강조되면서 복지지출이 급격히 증가하였고 이에 더해 세계적인 경기침체로 실업이 늘면서 재정문제가 크게 악화됨.
 - 이에 세금을 크게 늘림으로서 재정지출 문제를 해결해 왔지만 성장둔화와 고실업, 막대한 재정지출의 부작용으로 심각한 재정적자와 국가부채가 발

생하여 공공부문은 위기에 처하게 됨.

- 1990년대 들어 정치적 합의과정을 거쳐 세제개혁과 연금개혁을 비롯하여 근본적인 구조개혁이 추진되어 복지국가의 효율성이 제고되었음.
- 스웨덴의 우파정부는 2006년 집권 이후 사회적 합의, 평등, 복지국가라는 스웨덴 모델의 근간을 존중하면서 개혁을 통해 효율성을 크게 높여왔음. 복지급여를 축소하여 일하는 사람에게 더 많은 인센티브를 주고, 저소득층 감세와 실업자들에게 교육·훈련을 제공하여 능력과 인센티브를 제고시킴.

□ 스웨덴의 주요 사회보장 프로그램

- 사회보장프로그램은 사회서비스와 소득보장제도로 분류하여 살펴볼 수 있는데, 사회서비스의 주요 영역에는 아동보육서비스, 학교교육복지, 노동시장서비스, 보건의료서비스, 장애인서비스, 노인서비스, 개별 맞춤형서비스 등이 있어 있음. 이를 좀 더 자세히 살펴보면,
 - － 아동보육서비스는 기본적으로 1세부터 6세까지의 모든 아동에게 전일제 또는 파트타임으로 취학전 아동에 대해 이루어지고 있으며, 1995년부터 부모가 취업이나 학업 중인 1세부터 12세까지의 모든 아동들에게 기초자치구(municipalities)가 의무적으로 아동보육서비스를 제공하도록 하고 있는 등 1990년대 이후 아동보육 서비스의 민영화를 추진하고 있음.
 - － 스웨덴에서 교육은 공공 사회서비스로 간주되고 있음. 1990년대 이후, 운영주체, 성적평가 시스템, 커리큘럼 등에서 개혁이 이루어져 공공재정 지원을 받는 민간운영 형태인 자율학교가 확대됨. 그리고 스웨덴의 교육개혁은 당초 우려되었던 교육 불평등 문제는 심화되지 않은 것으로 평가되고 있음.
 - － 노동시장 서비스와 관련 1990년대 초까지 노동시장정책 프로그램은 직업훈련, 장애인 기술훈련, 임시고용, 구인지원, 청년고용지원이 대표적이었음. 그 후 실업, 특히 청년실업이 크게 늘면서 다양한 적극적 노동시장프로그램이 도입되고 있으며, 특히 청년 고용 제고에 정책의 역점을 두고 있음.
 - － 보건의료서비스는 모두에게 양질의 평등한 의료서비스를 제공하는 것이 목적임. 1990년대부터 보건의료서비스의 재정, 조직, 운영에 대한 논의가 활발하였게 진행됨과 동시에 의료서비스요금에 대한 본인부담금의 비중이 높

- 아짐. 2007년 치과 의료제도를 개혁하여 20세 이하 치과비용을 무료화시킴.
- － 1990년대 들어 다른 복지제도들이 축소된데 비해 신체 및 정신 장애인복지는 강화되었으며, 대규모의 민간노인시설 및 영리시설이 확대됨. 노인요양서비스 요금의 최고한도를 규제하는 법이 도입(2000년)됨. 개별 맞춤형 회서비스는 긴급 또는 특별히 서비스가 필요한 대상에게 제공되고 있음.
 - 소득보장제도에는 사회보험제도, 자녀가족지원급여, 실업급여 및 보충실업급여, 사회부조 등이 있으며 좀 더 자세히 살펴보면,
 - － 사회보험제도에는 병가보험, 산재보험, 장애연금, 유족연금, 노령연금이 등이 있어 해당 부분에 대한 보험으로서의 역할을 수행하고 있음.
 - － 자녀가족지원급여에는 부모보험, 아동수당, 주택수당, 아동연금, 보육수당, 생계수당 등이 있는데, 부모보험은 한 아이에 480일 동안 지급되며, 390일간은 소득의 80%를 지급하고 90일간은 하루 60크로나를 정액 지급함.
 - 아동수당은 소득 및 자산조사 없이 지원됨. 보편적인 기초아동수당은 월 900크로나이며, 16세 이상의 재학자녀는 월 950크로나의 수당을 받음. 셋째 아동은 월 254크로나, 넷째는 월 760크로나의 추가아동수당을 받음.
 - － 주택수당은 신청자의 소득심사에 따라 지원이 결정되며, 1992년 지자체 관할에서 사회보험청으로 관할이 이전되었으며 1990년대 들어 실업률이 높아지면서 가족의 소득이 줄어들게 되자 주택수당 지원금액이 크게 늘어남.
 - － 아동연금은 부모가 사망했을 때 유족연금으로 지원받는 제도이며,
 - － 현재 최소 실업급여 금액은 하루 320 크로나(세전)이며, 소득연계 실업급여는 이전 소득의 80%까지 가능(하루 680 크로나까지)함. 실업일로부터 100일까지는 하루 730크로나까지 가능함
 - － 사회부조는 자산조사를 통해 지원되는 대표적인 선별복지임. 사회부조 수급자 요건은 지방정부에서 정할 수 있으며, 기본적인 수급 의무 요건으로 구직활동, 정부고용프로그램 참여 등이 부과됨.
 - 사회보장제도 업무 분장
 - 주요 기관으로 보건사회부(Ministry of Health and Social Affairs, Social departementet)가 있음 보건사회부의 예산은 중앙정부 전체 예산의 1/3이 넘으며,

56개의 산하 정부기관들을 관리, 감독하는 동시에 담당 업무를 지원, 조정하고 입법, 보건복지 행정 사항을 담당하고 있음.

- 56개 정부기구 중 21개는 County Administrative Board(지방정부행정위원회)이며, 7개는 공기업임. 사회보장 관련 정부의 주요 산하기관으로는 보건복지청과 사회보험청, 연금청, 지방정부협의회 등이 있음.
 - 지방정부협의회는 의료보장제도의 운영 주체임. 하지만 사회보장 관련 최종 감독 및 책임은 중앙부처인 보건사회부에 있음.
 - 기관별 사회보장제도 업무분장

사회보호 부문	세부 내용	책임 기관
사회서비스	노인서비스 장애인서비스 아동 및 청소년서비스 가족지원서비스 가족문제치료서비스	보건복지청 (National Board of Health and Welfare)
사회보험	자녀가족 사회보험 및 급여 (주택수당 부모보험 아동양육수당 부조수당 등)	사회보험청 (National Social Insurance Agency)
	국민연금 (일반소득연금 프리미엄연금펀드 확정기초연금 유족연금수당)	연금청 (Swedish Pensions Agency)
	병가급여 장애보험	사회보험청 (Swedish Social Insurance Agency)

□ 복지 거버넌스

- 스웨덴의 지방자치단체는 총 21개의 광역자치구(란 Lan, 지방정부 county)와 290개의 기초자치구(코뮌 Kommun, 시군 municipality)로 구성되어 있음.
 - 국민보건과 의료서비스는 광역자치구의 중요 업무임. 의료서비스는 광역자치구의 일반의료기관에서 수행하고 있음.
- 지방정부는 ‘지방정부행정위원회’에 의해 운영되는데 이 위원회는 중앙정부가 임명함. 또한 선출된 대표들로 구성된 지방정부협의회(County Council)는 주요 사항을 결정하며 특히 보건의료서비스에 대한 업무를 관리, 감독함.
- 290개의 기초자치구는 지방세와 중앙정부의 교부금으로 재정을 운용하고 있

음. 대부분의 재정은 교육 및 복지관련 부문에 지출되며 기초자치구의 주요 기능은 주민에 대한 사회복지서비스 제공임.

— 지방정부와 기초자치구(코뮌)는 보건복지청, 사회보험청, 고용서비스청(전국 325개의 지역고용사무소 포함)과 긴밀한 협력관계를 유지하고 있음.

□ 고용 연계형 복지

○ 복지 이전에 고용을 강조하는 정책을 말함.

○ 스웨덴 사회정책은 ‘고용이 복지의 첫걸음’이라는 원칙에 따라 고용을 중시하고 있는데 이는 고용에 의한 소득으로 개인의 삶을 책임질 수 있고, 소득세와 사회보장기여금을 납부할 수 있게 되어 재정에 기여할 수 있기 때문임.

○ 고용 중시 복지모델은 인구가 적어 노동력이 부족했던 20세기 초부터 구축되어 왔음. 고용정책의 대표적 사례로는 적극적 노동시장정책을 꼽을 수 있음

— 적극적 노동시장정책은 실업자들에게 실업급여, 조기퇴직급여 등과 같은 ‘소극적 대책’을 제공하기보다 그들을 새로운 고용으로 순조롭고 빠르게 이동시키는 것을 목표로 함.

— 1970년대 후반부터 기업체는 공공 고용서비스 기관에 출산휴가나 병가 등의 결원 통지를 의무화하여 이 자리에 실업프로그램 훈련 중인 실업자의 고용을 지원하였음.

— 중앙의 노동시장청은 광역자치단체의 지방노동시장위원회에 노동시장정책에 대한 가이드라인을 정해주고 자원을 할당해 주는 업무와 기초자치구의 고용사무소 운영을 관리, 조정, 평가하는 업무를 수행하고 있으며 광역자치구의 노동시장위원회는 지역 노사정 대표로 구성된 지역고용서비스위원회를 통해 직업훈련 등 노동시장정책을 지역 환경에 맞게 조정하고 있음.

— 노동시장 재훈련은 다양한 형태가 있으며 노동시장청(AMS) 하에 있는 지방정부 차원에서 많은 교육기관들에 의해 제공되어 왔음.

— 1991년 경제위기 이후 실업이 크게 증가하면서 적극적 노동시장정책의 유효성에 대해 논란이 일기도 하였으나 고용증대를 위해 적극적 노동시장정책은 스웨덴의 주요 정부정책으로 자리 잡고 있음.

— 최근의 일자리 창출 및 고용증진을 위한 정책들이 효과를 보고 있는데, 특

히 Plus job program, New start jobs 프로그램이 성공적인 것으로 평가되고 있으며, 이민자가 많은 고실업지역에 New start offices가 운영되고 있음.

□ 스웨덴 복지모델의 시사점

- 스웨덴의 국가재정은 높은 수준의 인적자본 투자와 노동참여를 높이는데 집중한.
 - 보편적 가족수당과 아동수당 등 가족관련 복지정책은 소득재분배 뿐 아니라 출산 및 여성의 노동참여 제고에 기여하고 있음.
- 스웨덴 복지지출과 재정에 관한 검토 결과 다음과 같은 잠정적인 결론과 함의를 얻을 수 있음.
 - 첫째, 복지지출을 충당하고 재정건전성을 유지하기 위해서는 지속적인 경제성장이 유지되어야 함.
 - 둘째, 1960년대 이후 복지지출의 급속한 증가는 스웨덴 정부가 충분한 세금을 걷을 수 있을 만큼 신뢰를 얻고 있었다는 것을 전제로 함.
 - 셋째, 재정의 투명성과 효율성을 보장하는 국가의 역량이 중요함.
 - 넷째, 재정정책 목표가 단순하고 복지정책 또한 단순하고 명료해야 효과가 큼.
- 스웨덴 사례가 한국에 주는 시사점을 간략히 정리하면 다음과 같음. 무엇보다 복지정책이 확대되면 지출이 증대될 수밖에 없으며, 이는 세수의 유지 및 확대를 가능하게 할 지속적 경제성장과 세금인상이 전제된다고 하겠음.
 - 또한, 사용자(기업)의 복지지출 책임(사회보장세)이 커져야 하며, 재정지출의 투명성과 효율성이 보장되어야 하고 합리적인 재정목표가 필요함.
 - 마지막으로 복지제도에 대한 정치적 조정과 타협, 사회적 합의가 매우 중요함.

제3장 독일의 사회보장체계

□ 독일 사회보장체계의 최근 개혁

- 독일 사회보장제도는 1998년부터 2009년까지 연정에 참여했던 시민당에 의해 대대적인 변화를 경험했음.
- ‘Agenda 2010’을 수립하여 사회보장 개혁들을 추진했는데, 이는 ‘신자유주의-공급측면적 개념과 전략’(Pilz, 2004: 61)을 그 기반으로 하였음.
- Agenda 2010은 시민당이 추구했던 사회복지 개혁의 청사진으로 이를 통해 사회복지제도 뿐만 아니라 노동시장도 많은 변화를 경험했음.
 - 변화의 필요성으로 정부에 의해 제시된 것은 세계화되는 경제시장과 노령화의 심각성이었고, 이러한 변화된 추세에 사회정책과 노동시장을 적응시켜 성장과 고용 증대를 꾀하면서 사회복지지출을 감소시키고자 하였음.
 - Agenda 2010의 핵심내용으로 첫 번째로 한계세율을 54%에서 42%로 낮추고 면세소득선을 7,664 유로로 상승시켰음.
 - 실업급여 수급자에게 제공되는 일자리의 적합성을 보다 엄격히 하였고, 55세 이하의 실업급여의 기간을 12개월로 그리고 55세 이상 자는 18개월로 축소하였음.
 - 의료보험의 보장 약품의 종류를 대규모로 삭제하고자 하였고, 병원 이용 시 분기 별로 10 유로를 부담하도록 하였음.
 - 연금보험과 관련해서는 연금보험료를 19.5%로 고정하고자 하였고, 연금 환산 공식을 일정부분 변경하여 연금 비용 상승을 억제하고자 하였음.
 - 가족정책과 관련해서는 3세 이하 아동을 위한 탁아시설을 확충하고, 집에서 아이를 보는 부모에 대한 세금감소를 계획하였음.

□ 연금제도의 최근 개혁

- 연금보험료를 2020년까지 20%, 2030년까지 22%로 고정시켰고, 이에 따라서 연금수준도 과세전 소득의 43%, 과세후 소득의 64%로 낮아질 전망이다 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2006b: 251).
- 2001년에 리스터(Riester) 연금이 도입되었지만 이는 독립된 연금체계가 아니라 연금보험가입자가 민간연금에 가입하면 감세 등의 혜택을 주는 민

간보험 촉진책으로 독일정부는 이 제도를 통해 축소되는 공공연금의 몫을 상쇄하고자 함.

- 2003년에는 ‘노령기초급여’가 생겼지만, 이 제도는 기존 사회부조에서 노인을 위한 급여가 독립하여 일정부분 강화된 것이었음.
 - 피부양자 조건이 상당히 완화되어 자녀가 연 10만 유로보다 이하의 소득을 지니고 있다면 그 해당 노부모는 사회부조급여를 받을 수 가 있고, 2005년에 다시 사회부조법(사회법 XII)에 편입.

□ 의료보장제도의 최근 개혁

- 2005년에 의료보험 보험료 중에서 초과비용과 상병급여 재정분(0.9%)을 오직 피보험자만이 지불하도록 하였음.
 - 이는 고용인의 재정부담을 감소시켰지만, 1883년 비스마르크가 사회보험을 도입한 이후부터 견고히 지켜지던 노사 절반 부담의 원칙이 최초로 위반되는 역사적 사건이었음.
- 2009년에는 건강기금(Gesundheitsfonds)이 도입되었는데, 의료보험조합의 모든 보험료가 모인 후 다시 각 조합으로 분배되는 시스템이 형성되었음.
 - 다소 복잡한 중앙집권적 시스템의 형성은 중앙정부가 의료보장과 관련된 비용을 단호하게 조절하겠다는 의지를 관철시켰기 때문임.
 - 이를 통해 중앙정부는 각 의료보험조합 별로 결정되던 보험료율을 전국적으로 통일시키고자 시도하고 있으며, 건강기금에는 각 조합에서 징수한 보험료에 더하여 아동을 위한 중앙정부의 보조금이 투입됨.
- 2009년 의료보험의 사각지대에 있던 30만 명을 민간 의료 및 수발보험에 강제 가입시켰음.
 - 독일정부는 공공의료보험을 확장하고자 하였으나 실패하였고 그 대안이 민간의료보험에 ‘강제가입’시키는 것이었음.

□ 고용보장제도의 최근 개혁

- 독일 고용보장제도의 개혁은 4가지의 하르쯔(Hartz) 법을 통해 관철되었음.
 - Hartz I 법은 2003년에 도입되었고, 이를 통해 적극적 노동시장정책의 신규 기제들이 도입되었고, 동년에 Hartz II 법이 도입되었는데, 이는 저소득

자에 대한 사회보험료 경감정책을 포함하고 있음.

- 또한 이 법을 통해 소기업 창업을 위한 신규기제가 도입되어, 소규모 자
영업을 창업하는 사람들에게 일정의 국가지원이 지급되었음.
- 2004년의 Hartz III 법을 통해서도 연방고용청이 개혁되었는데, 관련 기관
들 간의 거버넌스 강화와 통제 강화가 이루어졌고, 직업교육 및 알선의 중
심 역할을 수행하는 Job Center가 창설되었음.
- 2005년의 Hartz VI 법을 통해서도 상기한 것처럼 실업보험급여와 실업
부조급여 그리고 노동능력자에 대한 사회부조급여가 실업급여 I와 실업급
여 II로 대체되었음.
- 이 법을 통해 실업급여 I의 급여지급기간이 축소되었고, 실업부조급여가
정액 형태의 실업급여 II로 대체됨.
- 이처럼 고용보장제도와 관련된 4번의 개혁을 통해 독일정부는 복지와 고용
간의 연계를 강화하고자 하였음.
- 최근 독일에서 진행된 고용보장 관련 ‘권리와 의무의 동시적 강화’ 개혁
양상을 도표로 간략히 정리해 보면 다음과 같음.

의무 측면의 강화	권리 측면의 강화
1. 급여기간 및 수준 - 보험/부조급여 수준 저하 - 최대 급여기간 단축 2. 가능조건/제재조치의 엄격화 - 보다 제한적인 적정 구직기회 정의 - 비준수에 대한 징벌적 제재 강화 3. 개인활동 요건 - 개인의 구직노력 감시강화 - 적극적 노동시장정책 계획에 필수 참여 (근로연계복지의 강화)	1. ‘전통적인’ 적극적 노동시장 정책 - 구직보조 및 카운셀링 - 직업훈련계획 - 창업보조금 - 정부보조 고용 - 전환(이동)보조금 2. 재정적 인센티브/근로소득 환급 - 수입무시조항 - 저임금 직업 수락 시 임금보조 (취업급여) 3. 사회서비스 - 사례관리, 개인화된 지원 - 심리적, 사회적 지원 - 육아지원 등

출처: Konle-Seidl, 2009: 15; 백인립에 의해 일정내용 추가됨.

□ 아동복지급여의 최근 개혁

- 독일의 아동복지급여와 관련된 가장 큰 개혁은 2008년에 ‘육아수당’

— 1986년부터 지급되던 ‘육이수당’은 출생 이후 최대 24개월 동안 지급받았고, 급여수준은 2002년에 월 307 유로임.

- 독일에서 ‘사회복지’, ‘사회보장’ 그리고 ‘복지국가’는 다소 생소한 용어임. 독일은 정통적으로 국가에 의해 이루어지는 복지 및 노동 정책을 ‘사회정책’ (Sozialpolitik)이라 불렀고 이러한 정책을 시행하는 국가를 ‘사회국가’(Sozialstaat)라 칭함.

□ 독일 사회보장제도 발달 과정

- 비스마르크 복지모델의 전형인 독일은 빌헬름 1세 왕정시절 세계 최초로 사회보험을 도입하였음. 1883년에 의료보험, 1884년에 산재보험 그리고 1889년 노령 및 장애연금이 차례로 도입되었음.
- 독일의 사회보험제도는 1890년 비스마르크 해임 이후인, 빌헬름 II세 황제 시절과 1919년부터 시작된 바이마르 공화국 시절에도 지속됨.
 - 가입자들이 확대되었고 보험제도의 종류도 확장되어, 1911년에는 유족보험이 도입되어 노령, 장애, 유족을 포괄하는 지금의 연금보험의 모습이 형성되었고 1927년 실업보험이 도입되어 4대 사회보험의 기틀을 갖추게 됨.
- 독일은 히틀러 집권이후 사회보험 조합들의 핵심요소인 자치행정도 폐지되고 사회보험조합들이 국가기구로 강제 전환됨.
- 2차 세계대전 후, 새롭게 형성된 민주공화정 아래에서 독일의 사회보험은 지

속적인 발전을 경험하게 됨.

- 1957년에 농민연금제도가 도입되었고 1950년대부터 의사와 변호사와 같은 전문 자영자들을 위한 연금제도가 형성되기 시작함.
- 1972년 연금보험은 보다 많은 자영자를 포괄하고자 개업 이후 2년 내에 연금보험에 가입하면 그 자영자를 의무가입자로 간주하는 규정을 도입함.
- 이러한 발전경로를 거쳐 독일의 공공연금제도는 1970년대에 이르면 총 7개의 법체제로 구성되게 되는데, 그것은 ①생산직노동자를 위한 연금보험, ②사무직노동자를 위한 연금보험, ③광업노동자 연금보험, ④수공업자 연금보험, ⑤농민연금제도, ⑥자유직업인 연금제도 그리고 ⑦공무원연금제도임.
- 의료보험도 노동자를 넘어 다른 부류로 의무가입자를 확대하여 왔음. 1941년 연금수령자, 1972년 자영농민, 1975년 장애인과 학생을 의료보험에 포괄함.
- 1970년대 중반에 전세계에 몰아닥친 경제위기는 독일 공공보험제도에도 지대한 영향을 미침.
- 이시기 이후부터 오늘날까지 독일 사회보험은 긴축과 재편의 흐름에 놓이게 됨. 운영기구 측면과 관련하여서는 사회보험 운영의 효율화 및 행정 간소화 명목에서 사회보험조합간의 통폐합이 이루어 졌음.
- 1990년 독일은 통일되어 서독의 사회보험제도들이 동독지역으로 그대로 이식되게 됨. 따라서 독일통일이 사회보험제도의 운영기구 및 전달체계에 미친 영향은 거의 없는 것으로 평가되고 있음.

□ 독일 공공보험의 법적 근거

- 총 12권으로 구성된 사회법(Sozialgesetz)에 근거하고 있음. 이 법에 근거하여 중앙정부가 급여 및 재정 등의 핵심사항을 결정하고 있음.
- 독일 사회법전

권호	제목	권호	제목
1	서론	7	산재보험
2	구직자를 위한 기초보장	8	아동 및 청소년 복지
3	고용촉진	9	장애인 재활과 사회참여
4	공동규정	10	전달체계
5	의료보험	11	요양보험
6	연금보험	12	사회부조

- 하지만 공공보험제도의 운영은 각 제도마다 분산되어 있는 다음의 보험조합들에서 이루어짐.

□ 전달체계와 거버넌스 시스템

- 독일은 수급자를 대면하는 사회보장기구들인 사회보험조합들은 행정적으로 국가로부터 독립된 상당히 자율적인 공법상의 기구들이고, 정부기구들은 주로 입법과 감독이라는 제한된 역할을 담당하고 있음.
 - 사회보험조합들은 공법상 자치행정조직이지만 조합의 활동범위가 전국차원인 조합들은 중앙정부 사회보장 관련 기구들의 감독을 받음.
- 사회보험과 관련된 중앙정부의 부처는 ‘노동사회부’이고 그 휘하에 ‘연방사회보험청’이 노동사회부 업무를 지원하고 있음. 그리고 ‘노동청’은 고용보장제도 관련 업무를 담당하고 있으며 ‘보건부’는 보건의료제도 관련 업무를 총괄함.
- 주정부 사업의 핵심은 학교시스템 구축, 대학운영, 경찰 시스템 관리, 행정전반 영역이며, 사회보장제도와 관련해서는 병원의 투자비용에 대한 책임이 있음
 - 또한 사회보험조합들의 사업과 업무에 대해 사후 감독 모니터링하는 역할을 담당하고 있음.
- 기초지자체의 사회보장관련 업무는 사회부조제도를 운영하고 사회복지서비스에 대한 계획을 세우는 것임.

□ 주요 사회보장 프로그램

- 사회보험급여(노령급여, 상병급여, 실업급여)

	급여종류	수혜 범위	급여수준과 기간	재정방식
노령 급여	노령연금	노동자	· 65세부터 지급 · 과세 전 소득의 48.6%, 과세 후 소득의 67.9%	19.9% (노사 반반씩 부담)
상병 급여	기업상병급여	노동자	· 6주 까지 · 과세 전 소득의 100%	고용인 부담
	공공상병급여	노동자	· 7주부터 78주 까지 · 과세 전 소득의 70%	0.9%(피용인 부담) ※ 의료급여를 위한 보험료 : 13.9%(노사 반반 부담)
실업 급여	실업급여 I	노동자	· 최소 6개월, 최대 24개월 (실업자의 연령과 보험료 지급기간에 따라) · 가족이 있는 경우 : 과세 후 소득의 67% · 독신인 경우 : 과세 후 소득의 60%	4.2% (노사 반반씩 부담)
	실업급여 II	취업자	· 6개월 마다 연장(자산조사 전제) · 독신 : 월 €351(가족이 있는 경우 추가됨)	세금

○ 독일 사회부조의 급여 항목

사회법 XII. 3장	일반빈민(노인, 장애인, 실업자 제외)에 대한 부조급여. 생계지원금 및 주거와 난방비용 등으로 구성됨
사회법 XII. 4장	노인과 장애인에 대한 기초보장: 빈곤한 노인과 장애인에 대한 부조급여 (2003년에 신설되었다가 2005년에 다시 사회법 XII의 4장으로 삽입됨)
사회법 XII. 5장	보건에 대한 지원: 특히 사회부조 수령자의 의료보험비에 대한 지원
사회법 XII. 6장	장애인의 사회통합을 위한 부조급여 및 지원(장애인 복지)
사회법 XII. 7장	수발(노령과 장애 시)에 대한 부조급여 및 지원
사회법 XII. 8장	특수한 사회적 상황(노숙자, 알콜중독자 등)에 있는 사람들에 대한 지원
사회법 XII. 9장	다른 생활상황에 처한 사람들에 대한 지원: 노인에 대한 지원(노인복지), 시각장애인에 대한 지원 등

○ 복지-고용 연계 프로그램

- － 실업급여 I은 실업 전 지난 3년 동안 12개월 간 고용관계에 있었던 사람들에게 지급가능한 제도로, 지급기간은 최소 6개월부터 최대 24개월까지이며 급여수준은 가족이 있는 경우 과세후 소득의 67%가 지급되고, 독신인 경우는 60%가 지급됨. 급여지급 기간은 6개월임.
- － 실업급여 II는 실업급여I의 수급이 끝난 경우나 실직을 당했을 때 실업급여 I의 수급권이 없는 사람들에게 지급되는 제도로, 자산조사를 전제로 하고 있고, 6개월마다 수급을 연장할 수 있음. 기존의 실업부조가 소득비례 급여였던 반면 실업급여 II는 정액으로 지급됨.

○ 사회수당(재원 : 조세)

- － 아동수당은 아동의 나이가 25세가 될 때까지 그 부모에게 지급되는 수당으로 25세까지 지급받기 위해서는 아동이 학교를 계속 다니거나, 직장이 있더라도 그 소득이 연에 8,004 유로 이하여야 함. 최대 월 184 유로까지 지급가능
- － 부모수당은 아이 출생 후 최대 14개월까지 지급되며, 아이 출생 직전 취득했던 실질소득의 평균에 의해 급여수준(평균 액수의 67%, 월 1800유로 이하)이 결정됨. 아이 출생 전에 생업소득이 없었다면 월 300유로 지급

□ 독일 사회보장 재정

- GDP 대비 사회복지지출은 증가 추세에 있지만, 1997년 시민당의 집권 이후 정부의 사회복지지출 축소 의도와 맞물려 2000년대에는 그 증가정도가 완만해졌으며 정부지출 대비 사회복지지출의 몫 역시 그 증가분이 낮아졌음.
- 조세부담률은 1999년 이후 국가채무의 증가 곡선과 달리 상당히 완만한 기울

기를 보이고 있음. 이것은 신자유주의 정책 노선에 상응하여 조세부담의 증가를 상당히 억제하고 있는 경향과 그 맥이 닿아 있음.

- 연방정부, 주정부 그리고 기초지자체는 자신에게 주어진 임무 수행을 위한 재원 마련을 위해 국가 세입을 분할함.
 - 독일 전체 세입의 40% 이상이 소득세와 법인세에서 나오며 다음으로 판매세와 부가가치세가 약 30%정도를 차지하고, 담배세나 물세 등의 소비세 그리고 토지세나 상속세 등의 부동산세가 나머지 30% 정도를 차지함.
 - 일반조세가 아닌 사회보험료의 구성은 아래와 같음.

	보험료율	노사분담여부
연금보험	19.9%	노사 반반씩
의료보험	13.9% + 0.9%	13.9% 노사 반반씩, 0.9%는 피용인 혼자 부담
수발보험	1.95%	노사 반반씩
실업보험	4.2. %	노사 반반씩
산재보험	피보험자의 급여수준과 사업장의 사고위험율에 따라 차등	사업주 혼자 부담

□ 사회보장제도 관련 시사점

- 독일 사회보험제도의 장점으로서는 직업 집단 내에서의 연대성과 자율성 그리고 급여의 높은 소득대체율을 들 수 있음.
 - 그러나 보험조합들이 직종별로 나누어져 있다 보니, 그 제도 자체의 복잡성은 차지해 두더라도, 인원 및 경비가 낭비되는 단점이 있음
 - 이러한 문제점보다도 더욱 심각한 것은 위에서 보았던 것처럼 사회적 안전망에서 자영업자들이 누락된다는 점임.
 - 사회보장제도 내에서 고소득의 자영업자와 일반 노동자간의 소득재분배가 이루어지지 않는 문제와 더불어, 사회보장제도에서 빈곤한 자영업자가 누락되는 문제는 독일 복지제도를 벤치마킹할 때 반드시 고려해야할 사안임.
- 독일의 사회서비스 영역에서는 중앙정부가 입법을 통해 큰 틀을 제시하고, 서비스 시설 관련 구체계획과 실행은 주정부를 거쳐 기초지자체를 통해 실행됨.
 - 사회서비스 시설의 운영 주체는 대부분 민간 기구들이지만, 그들에게 주어진 자율성은 요금협정체계를 통해 공공에 의해 규제되고 조절됨. 이러한 오랜 전통에 기반한 독일의 유기적 서비스 전달방식은 현재 사회서비스 체

계를 구성하고 있는 한국사회에 많은 시사점을 제공해 준다고 할 수 있음.

제4장 미국의 사회보장체계

□ 최근 복지개혁 동향

- 1996년의 복지개혁법은 2002년 9월까지의 한시적 법안으로 재승인이 이루어져 새로운 법안이 마련되어야 했지만 민주당의 반대로 통과되지 못하고 적용이 연장되어 오다가 2006년 2월에 복지개혁에 대한 재승인이 이루어졌음.
- DRA(Deficit Reduction Act) 2005는 TANF에 대한 재승인 뿐만 아니라 Medicaid의 예산 삭감 등 다양한 분야에서 정부지출을 억제하기 위한 방안들이 포함되어 있음.
 - － 수차례에 걸쳐 단기간의 법안 연장을 통해 유지되어 온 TANF Block Grant의 총재원을 동일한 수준으로 2010년까지 연장 지원 및 아동양육서비스에 대한 재정지원을 확대하기로 하였음(최현수 2006).
 - － 아동보육서비스에 대한 지원을 2005년 48억 달러에서 2006년부터는 Child Care Development Fund로부터 연간 2억 달러씩 5년간 총 10억 달러를 추가 지원.
 - 이에 따라 CCDF의 지원규모는 연간 48억 달러에서 50억 달러로 증가.
 - － 오바마 행정부는 2010년, 의료보장 사각지대 해소를 위해 “Patient Protection and Affordable Care Act”을 제정하여 메디케이드 프로그램의 수급자격을 확대하고, 연방정부는 빈곤선의 400% 이하의 국민들을 대상으로 의료보험료를 지원하며, 의료보험 확대를 위한 인센티브를 제공하여 의료보장제도를 확대하였음.
 - － 이로 인해 대부분의 미국인이 의료보장의 혜택을 받을 수 있게 되었는데, 근로빈곤층(실업자 또는 4인 가족 기준 연소득 \$29,327 미만)의 경우 메디케이드의 수혜를 받을 수 있게 되었고, 약 1600만 명이 의료사각지대에서 벗어날 것으로 예상됨.
 - － 이번 건보개혁은 100% 세금으로 충당되는 메디케이드의 확대 적용과 신규 민간의 의료보험가입 지원을 위해 향후 10년간 \$9400억 소요될 것으

로 예상되고 있음(이준규 외, 2010).

- 이의 충당을 위해 민간의료보험회사, 제약회사 그리고 의료기기 제조회사 등에 부담금 형태로 세금이 부과되고, 의료소비세가 신설되고, 메디케어 보험료를 인상하고 대신 메디케어에 투입되던 재정을 메디케이드를 위한 예산으로 전환할 계획임.

□ 미국사회보장제도의 특징

- 미국은 엄격한 자산조사와 낮은 수준의 급여를 제공하는 공공부조 중심으로 복지정책이 운영됨. 이러한 특징과 함께 다른 선진국들의 국가중심의 복지 시스템과 다른 민간 중심의 복지 시스템으로 인해 ‘미완성된 복지’라는 평가를 듣고 있음.
- 미국은 사회보장체계 역시 여러 가지 측면에서 유럽의 선진 국가들과 다르게 나타남. 이러한 특성을 갖게 되기까지는 많은 변화를 겪었고 이러한 역사적 경제적 배경의 차이는 유럽의 주요 선진국과 다른 사회보장체계를 갖게 하였음.
 - 1935년에 제정된 사회보장법(Social Security Act)은 사회보험과 공공부조 프로그램을 중심으로 특히 연방정부 차원에서 고령과 실업이라는 두 가지 사회적 위기에 대한 보장체계를 제공하였음.
 - 대공황 이후 지속적인 확대를 거쳐 온 미국의 사회보장제도는 1972년에는 ‘보충소득급여’가 도입됨.
 - 기존에 연방정부 일부지원과 주정부 운영으로 공동 관리되던 ‘노령부조’와 ‘맹인부조’ 그리고 1950년대 추가된 ‘영구완전장애인 부조’ 등의 공공부조를 통합하여 연방정부의 프로그램으로 전환하여, 연방정부차원에서 빈곤 고령자 및 장애인을 대상으로 하는 소득보장체계를 확립됨.
 - 하지만 사회보장제도는 1970년대 말 이후부터 미국의 인플레이션과 경기침체로 인하여 침체기를 가졌음. 이러한 상황에서 1983년도 레이건 행정부는 사회보장개혁위원회의 활동을 통하여 사회보장개혁을 실시하였음
 - 물가와 연동된 사회보장급여의 상승을 연기하고, 일부 대상자에 대하여 사회보장급여액에 소득세율을 부과하였으며, 퇴직연령을 65세에서 67세로 연장하는 등의 변화를 가져와 사회보장지출액이 감소됨.

- 1996년 클린턴 행정부는 개인책임과 근로기회조정법의 제정을 통하여 공공부조제도 중 하나인 AFDC를 개혁하여 TANF로 대체하였음.
 - － 수급권의 기한이 일정 기간으로 제한되었으며, 일정 시간동안 근로연계활동을 수행할 경우에만 급여가 제공되는 등, 권리로서의 AFDC 수급권이 ‘근로연계’라는 의무이행여부에 따르는 조건부 권리로 변모함.
- 2004년도에는 사회보장보호법(Social Security Protection Act)의 제정으로 사회보장프로그램에 대한 오남용사례를 방지하는 다양한 조항이 포함되었음.
- 오바마 정부는 2010년에 “Patient Protection and Affordable Care Act”을 제정
 - － 의료부조인 메디케이드 프로그램의 수급자격을 확대하고, 연방정부 빈곤선의 400% 이하의 국민들을 대상으로 의료보험료를 지원하며, 의료보험 확대를 위한 인센티브를 제공하는 등 의료보장제도를 확대하였음.

□ 미국 사회보장 프로그램의 개요

- 미국 사회보장제도는 프로그램의 구조(대상 자격기준, 기여도 등)에 따라서 사회보험, 공공부조 및 기타 서비스로 구분할 수 있으며, 제공의 형식에 따라 현금, 현물 및 조세형으로 구분됨.
- 사회보험에는 노령, 유족, 장애보험(OASDI), 실업보험, 산재보상보험 및 메디케어(Medicare) 등이 있음
- 공공부조에는 요부양아동가족한시보조(TANF), 일반부조(GA/GR), 보충소득프로그램(SSI), 저소득가정에너지보조(Energy Assistance), 공공주택 및 임대료보조, 푸드스탬프, 학교급식(School Food), 모자식량보조(Woman Infant and Children), 메디케이드(Medicaid), 아동건강보험(Children's Health Insurance Program), 그리고 근로장려세제(EITC) 등이 시행되고 있음.
- 기타 보건복지관련 서비스로는 고용훈련서비스, 아동복지서비스, 지역사회 모자보건서비스, 정신건강서비스, 교정복지서비스 등이 제공됨.

— 미국 사회보장제도의 구성

구분	사회보험	공공부조	기타 서비스
현금	노령, 유족, 장애보험 (OASDI)	요부양이동가족한시보조 (TANF)	
	실업보험(Unemployment Insurance)	일반부조(GA/GR)	
	산재보상보험	보충소득프로그램(SSI)	
현물	메디케어(Medicare)	저소득가정에너지보조 (Energy Assistance)	고용, 훈련서비스
		공공주택 및 임대료보조 (Public Housing, Subsidized Rental)	아동복지서비스
		SNAP(구)푸드스탬프	지역사회 모자보건 서비스
		학교급식(School Food)	정신건강서비스
		모자식량보조(WIC)	교정복지서비스
		메디케이드(Medicaid)	기타서비스(정보, 연계 등)
		아동건강보험(CHIP)	
조세형		EITC(Earned Income Tax Credits)	

○ 복지-고용 연계형 복지제도(TANF와 EITC)

— TANF(Temporary Assistance for Needy Families) : TANF는 빈곤층의 복지제도에 대한 의존성을 감소시키고 자활을 도모할 목적으로 도입됨. 이전에는 AFDC에 의하여 자녀를 둔 빈곤가구라면 누구나 수급을 받을 수 있었던 권리로서의 조항을 삭제하고 근로참여조건 및 한시적 조건 등 일정 조건을 만족시키는 대상자에 대하여 선별적으로 급여를 제공

- (수급조건) 수급가구로 선정되면 60일 이내에 근로활동계획을 수립하고 시행해야함. 또한 주당 40시간 이상의 근로활동에 참여하도록 규정하고 있음(단, 12개월 미만의 아동을 둔 가구는 제외됨).
- (급여에 대한 한시성) TANF는 급여를 받을 수 있는 기간을 생애기간 전체 중 60개월로 제한하고 있음. 수급기간을 어떻게 운영하는지 구체적인 사항은 주정부의 법으로 규정됨.
- 연방정부는 연도별 목표로 설정된 근로활동참여율을 달성하지 못한 주 정부를 대상으로 연방정부의 TANF예산을 삭감하는 조치를 취함으로써 주 정부 차원에서도 수급자에 대한 근로활동 참여를 강화하도록 하고 있음.

— EITC(Earned Income Tax Credit) : EITC 제도는 자녀가 있는 가구에

대한 소득세 환급제도로써 주로 저소득층 자녀가 있는 가구를 대상으로 함.

- 급여액은 자녀의 수에 따라서 차별성을 두고 적용되는데, 자녀가 없을 경우 \$399, 1인의 자녀가 있을 경우 \$2,662, 2인의 자녀가 있을 경우 \$4,400 등으로 자녀의 수가 증가됨에 따라서 환급액도 증가함.
- EITC 제도는 클린턴 정부의 고용과 연계된 복지의 확대를 목표로 한 복지개혁에 따라서 대폭 확대됨(급여 증가율을 확대함으로써 환급대상자와 환급금 액수를 확대하는 방식으로 이행).

□ 사회보장 법제

- 미국 사회보장제도의 법적 근간은 사회보장법(Social Security Act)임. 미국의 사회보장법은 1935년에 제정되어 여러 차례의 개정을 거쳤음. 현재의 사회보장법은 18개의 타이틀로 이루어져 있으며, 각 타이틀은 개별 사회보장프로그램 운영의 법적 근거를 제공함.

□ 복지 거버넌스

- 미국 사회보장제도의 전달체제로 가장 큰 부분은 사회보장청(Social Security Administration)임. 사회보장청은 노령, 유족, 장애보험(OASDI)과 보충적소득보장(SSI) 및 메디케어(Medicare) 등의 사회보험제도를 관할하고 운영하는 독립된 공공기관임.
- 메디케어의 경우 행정 및 운영은 보건후생부(Department of Health and Human Services)의 메디케어 및 메디케이드 센터(Center for Medicare and Medicaid)에서 관할하나 기본적인 대상기준, 자격기준, 보험금 지불과 관련된 내용은 사회보장청에서 취급함.
- 사회보장청은 지역별로 사무소를 두고 프로그램의 운영을 담당함.

□ 사회보장재정

- 미국의 사회복지재정(공공사회복지지출수준)은 타 선진국과 비교(OECD 평균 대비)하여 다소 낮은 편이나 '80년 이후 완만하게 증가해 왔음
- 그러나 조세부담률과 국민부담률에는 큰 변화가 없는 상태에서 재정수지 적자 폭이 최근 크게 증가하였고, 국가채무비율도 증가추세에 있기 때문에 정부지출 중 사회복지지출에 대한 부담도 증가할 것으로 보임.

○ 그러므로 앞으로 국가 재정수지의 개선이 이루어지지 않는다면 복지에 대한 국민부담률이 증가하거나 혹은 건축적 복지재정에 대한 요청이 증가되는 방향으로 변화가 예측됨.

○ 사회보장재정수준

- 1980년대 이후 미국은 대체적으로 GDP 대비 사회복지재정수준에 큰 변화를 보이지 않음을 알 수 있음. 1990년대 국가채무비중이 증가함에도 불구하고 GDP 사회복지재정수준은 완만한 상승세를 보임.
- 국가채무 수준의 추이를 사회보장기금 수준과 비교해 보면, 국가채무수준이 증가하는 1980년부터 1995년까지의 기간 동안과 그 이후의 기간을 비교하여 보면 사회보장기금의 연 순증감액의 규모는 1995년까지 60,000백만달러에 그치고 있으나, 이후 기간 동안에는 2~3배 수준으로 상승하였음.
- 따라서 재정상황의 개선은 사회보장기금 중 연순증감액의 증가와 그 시기를 같이 하고 있음을 알 수 있음.

□ 사회보장제도 관련 시사점

○ 1980년대 이후 탈규제·자유화 정책을 통한 복지축소 정책을 추진,

- 탈규제, 자유화 정책의 필요성을 너무 강조한 나머지 시장 경쟁이나 자유주의가 강화될수록 시장 실패를 해결할 수 있는 최소한의 장치나 제도가 반드시 확보될 필요가 있는데 이것을 간과하여 결과적으로 사회정책적 목표 달성에 크게 성공한 것으로 보이지 않는 것은 염두에 두어야 할 것임.
- 미국의 복지개혁은 경제가 호황일 경우에는 어느 정도 작동하지만 불황기에는 노동시장의 상황이 나빠져 이전의 복지 수급자들이 먼저 실험의 위험을 떠맡게 되는 문제점 역시 향후 정책 방향 설정시 고려되어야 할 사항임.

○ 과도하게 시장원리를 복지제도에 도입했다는 비판을 받고 있지만 유럽의 선진국들과 다른 역사적 배경과 민간중심의 사회보장체계는 단순히 정부의 복지관련 예산 수준으로 미국을 평가하기 어렵게 만드는 점 중 하나임.

제5장 일본의 사회보장제체계

□ 사회보장제도의 개혁방향 및 주요내용

- 일본 사회보장개혁의 방향은 안심과 활력을 위한 사회보장의 비전을 제시하는 것으로 되어 있는데, 구체적인 대책에 대해서는 기본방향으로 ‘세대간 공평’과 ‘공조(共助)’를 설정하고 있음.
- 궁극적으로 개혁의 기본적 방향성은 3대 기본이념(참여보장, 보편주의, 안심에 기반을 둔 활력)과 5대 원칙, 즉 모든 세대 대응형, 미래에 대한 투자, 분권적/다원적 공급체제, 포괄적 지원, 부담을 이전시키지 않는 안정적 재원 확보임.
- 일본의 사회보장의 개혁은 저출산 및 인구고령화에 따른 비용지출의 급증과 재원확보의 한계에서 추진되고 있음.
 - － 고령자관련 지출에서 연금과 의료 및 간호비용이 중심적인데, 이들 지출비용의 대부분이 현역근로자의 부담으로 지출되는 부과방식(pay-as-you-go system)으로 운영되고 있음.
 - － 저출산의 지속으로 근로계층이 줄어드는 상황에서 현 근로세대의 부담은 높아지고 있어 급여지출의 효율적인 개선에 초점을 맞추고 있음.

□ 부문별 개혁 동향

- 보육지원부문에서는 모든 자녀에게 양질의 성장발육환경을 보장하고 사회전체가 보육을 지원하는 것으로 자녀수당, 지역보육지원 등을 통하여 모든 아동 및 보육가정을 지원하고, 유치원 및 보육원의 일체화를 추진함.
 - 기초 자치단체가 실시주체가 되고, 자녀, 보육회의를 설치하며, 사회전체(국가, 지방, 사업주 및 개인)에 의한 비용부담, 정부의 추진체제 및 재원을 일원화하는 계획이 포함되어 있음.
- 취업촉진부문에서는 전원 참가형 사회를 실현하는 것으로 청년계층의 안정적인 고용을 확보, 여성취업의 확대, 고령자 취업의 촉진, 디센트 워크(근로의욕이 생기는 인간다운 업무)를 실현으로 비정규노동자대책으로 공정한 처우확보, 기간계약근로자에 대한 법 정비, 비정규근로자에 대한 사회보험 적용, 최저임금의 인상을 위한 노력 등이 포함되어 있음.
- 의료 및 간호부문에서는 서비스의 제공체제의 효율화 및 중점화와 기능강화를

도모하는 것을 목표로 하고 있음

－ 이를 위해 의사확보, 개호직원 등의 인재확보 및 자질의 향상, 병원/병상의 기능분화 및 기능강화, 재택 의료/개호체제의 강화, 지역포괄케어시스템의 확립, 고령자주택 등 거주서비스 (양로생활시설계통 서비스)의 강화에 따른 요양시설의 대기자 해소, 정신보건의료의 개혁, 인지증(치매)대책의 강화, 개호예방/중증화예방으로의 중점화 등이 포함되어 있음.

○ 보험자기능의 강화를 통한 의료/개호보험제도의 안전망기능 강화 및 급여의 중점화를 도모하고 있음

－ 취업상태와 무관하게 비정규직 근로자에 대한 피용자보험의 적용확대, 시정촌건강보험재정의 광역화 및 저소득자대책의 강화, 고도의료 및 고액 또는 장기간 걸친 의료의 중점화, 보험자기능의 강화, 고령자의료비/개호비 관련 고령세대와 현역세대간 공평한 부담 등이 포함되어 있음.

○ 연금부문에서는 새로운 연금제도의 골격을 마련하는 것으로 소득비례연금은 사회보험방식으로 운영하되, 직종을 불문하고 모든 자가 동일한 제도에 가입하고 소득이 동일하다면 동일한 보험료를 부담하고 동일한 급여를 받도록 하고, 최저보장연금은 조세를 재원으로 하고 고령기에 최저 수준 만큼은 지급할 수 있도록 한다는 것임.

－ 새로운 연금제도가 지향하는 방향성에 따라 현행제도를 개선시키는데, 취업방법, life-course의 선택에 영향을 주지 않는 제도, 피용자연금의 일원화, 최저보장기능의 강화, 능력에 따른 부담, 연금재정의 지속가능성 확보 등을 포함하고 있음.

○ 저소득계층대책(본인부담, 보험료, 주택대책)에는 종합합산제도(가칭)의 도입을 검토하는 것으로, 제도단위가 아니라 가계전체를 총액으로 생각해서 의료/개호/보육/장애에 관한 본인부담의 합계액을 상한으로 설정하고, 기초적인 소비지출을 바탕으로 부담상한을 연소득의 일정비율로 설정하는 등, 저소득자에게 유리하게 설정하는 것임.

○ 빈곤 및 격차부문에서는 현역세대의 안전망의 강화에 따른 자립을 지원하는 것으로 고용, 취업대책의 강화가 최우선이고, 고용보험의 재정기반을 안정화시

키고, 구직지원제도의 창설, 이직자용 주택수당 및 종합지원자금대부도 포함하는 제2의 안전망을 종합적으로 추진, 생활보호수급자, 주택수당수급자 및 모자가정의 모성에 대해 자치체 및 할로워크간 협정에 기초로 한 취업지원 등이 포함되어 있음.

- 최후의 안전망인 생활보호제도를 재검토하는 것으로 가득능력을 지닌 생활보호수급자용 자립/취업지원메뉴의 내실화 및 지원강화, 자녀의 빈곤세습 방지, 부정수급대책의 강화(의료부조의 적정화 및 빈곤비즈니스 배제), 객관적인 자료에 의한 생활보호기반의 검증 등이 포함되어 있음.

○ 장애인시책 장애인보건복지의 시행에 필요한 재원을 안정적으로 확보하는 것으로 장애인제도개혁추진본부에서 제도의 사각이 없는 지원제공 등을 내용으로 하는 장애인종합복지법(가칭)을 2012년에 국회에 제출하여, 2013년까지 시행을 목표로 하고 있음.

○ 사회보장개혁실현에 필요한 재원 확보부문에서는 재정의 지속가능성을 고려한 사회보장재원을 검토하는 것으로 조세와 일괄개혁 중에서 재정건전화를 동시에 달성하고, 지진재해 부흥으로의 지침간 관계를 고려하고, 일정표에 따른 대책을 시행하는 것임.

□ 일본사회보장제도의 전개과정

- 복지제도는 이미 1920년대부터 마련되었는데, 당시 설치된 연금이나 의료보험 등의 사회보험제도는 전비마련을 위한 하나의 수단으로 활용되는 수준에 머무름.
- 제2차 세계대전이 종료 후에는 국민들의 복지증진을 위한 대책으로 전환되었음. 1946년에 ‘생활궁핍자긴급생활원호요강’을 제정하여 지원을 시작하였고, 같은 해에 국가책임에 의한 보호의 원칙을 명문화한 생활보호법이 제정되었음.
- 일본은 한국전쟁을 계기로 높은 경제성장을 이룩하였고 세계경제의 호황기에 편승되어 일본경제가 고도성장을 구가하기 시작하면서 그 과실을 복지제도의 확충에 투입하였고, 그 결과로 각종 복지제도가 확충 또는 신설되기에 이르렀음.
 - 1961년에는 전국민의료보험화 및 전국민연금화를 달성, 1963년도에는 노인복지법, 1971년에는 아동수당법, 1973년에는 70세이상 고령자에 대한 의료비무료화제도, 1983년에는 노인보건법 등이 차례로 제정, 실시되게 되었음.

- 일본은 1970년도에 노인인구비율이 전체인구의 7%를 초과함으로써 고령화사회에 접어들게 되자, 1989년에 고령자보건복지대책5개년계획(일명, 골드플랜)을 수립하여 노인복지정책의 확대를 추진함.
- 급격한 고령화의 진전과 1990년대 초반의 거품경제의 붕괴 등으로 재정지출의 증가에 못 미치는 재정수입이 발생하여, 국채발행으로 국가재정을 유지하는 방법을 선택하였고, 사회보장제도에 대한 국고부담을 축소시키는 전략을 채택하는 등, 전반적으로 사회보장재정이 압박받는 현상이 발생함
 - － 이러한 현상으로 국고부담의 축소에 따른 이용자본인부담의 증가가 발생되고, 의료보험, 연금제도 등 사회보험제도의 급여수준도 하락되기에 이르렀음.
- 현재 복지의 주 수혜자인 고령자계층에게 투입되는 복지재원의 확보를 위해서 막대한 국채를 발행하고 있으나, 이는 결국 후세대의 막대한 부담으로 나타나기 때문에 일본정부로서도 재정개혁을 지속적으로 고민하고 대책을 수립 중에 있음.
 - － 즉, 복지지출의 증가율을 국민소득증가율 범위내에서 통제하는 등, 거시지표의 설정을 통해서 복지재정의 확대를 제어하려는 정책을 시행하고 있음.
- 사회보장제도의 개요
 - 일본의 사회보장제도는 크게 사회보험제도, 공적부조제도, 사회복지서비스로 구성되어 있으며, 그 이외에 보건의료제도 등이 존재하고 있는 형태임

구분	제도명칭	주요 사업내용
의료	의료보험	건강보험 선원보험 국가공무원공제조합 지방공무원공제조합 사립학교교직원공제조합 국민건강보험
	후기고령자의료제도, 전기고령자의료제정조정	(생략)
	생활보호(의료부조)	(생략)
	노동자재해보상보험(의료급여)	(생략)
	공비부담의료	결핵, 정신, 기타
	공중위생서비스	일반보건(건강증진대책, 생활습관병대책, 보건대책 등) 생활환경(생활환경시설, 식품보건, 화학물질 등) 노동위생(노동자 건강확보, 사업장 위생관리, 직업병 등) 환경보건(공해건강피해보상, 화학물질, 대기수질오염 등) 학교보건(학교보건, 학교급식 등)
연금	연금보험: 국민연금 국가공무원공제조합 지방공무원공제조합 사립학교교직원공제조합 기업연금, 국민연금기금	(생략)
	노동자재해보상보험(연금급여)	(생략)
복지	생활보호	의료부조 이외의 각종부조
	아동복지	보육소, 아동수당, 아동상담소, 아동양호시설, 학대방지 등
	모자복지	아동부양수당, 취업지원, 모자복지자금, DV방지대책 등
	장애자복지	지적, 신체, 정신장애인, 특별장애자수당 등
	노인복지	거택복지서비스, 시설서비스

○ 사회보장제도의 특징

- 일본의 사회보장제도는 우리나라와 동일하게 사회보험제도가 중심이고, 이를 뒷받침해주는 공적부조와 사회복지서비스로 구성되어 있음.
- 이는 일상생활에서 발생하는 사회적 위험(social risks)을 전국민에게 분산시킬 수 있는 각 사회보험제도를 도입하여 시행하고 있다는 것임.
- 다만, 사회보험제도는 보험료부담을 원칙으로 하고 있기 때문에 보험료를 부담하지 못하는 빈곤·저소득계층에 한하여 정부의 예산(조세)으로 지원해주고 있으며, 사회보험제도에서 벗어나 있는 필요한 서비스를 보편적으로 제공하는 사회복지서비스가 보완적으로 구축되어 있는 상태임.
- 재원조달 측면에 국가로부터의 지원금이 높은 수준이며 사회보험제도의 경우도 상당한 국가지원금을 투입하고 있는 실정임. 특히, 자영업자들의 경우에는 일부 계층을 제외하고는 영세한 자영업자가 대부분이어서 국가가 사용분에 해당하는 보험료(또는 급여지급분)를 대납해주는 형태를 띄고 있음.
- 사회복지서비스의 제공방식에 있어서 지방자치단체가 주체가 되어 각종 사회복지서비스를 해당 지역주민에게 제공하고 있지만, 대부분은 비영리단체

의 사회복지법인을 통해서 제공하는 방식을 취하고 있음.

○ 고용과 복지의 연계

- － 고용과 복지의 연계사업으로 할로워크사업을 실시하고 있는데, 주요 사업 대상은 모자가정세대, 생활보호수급자 및 장애인으로 되어 있음.
- － 이 사업은 ‘복지에서 고용으로’의 추진5개년계획과 관련이 있으며, 특히, 공적부조를 받고 있는 자에 대해 사회안전망을 확보하면서 가능한 한 취로에 의한 자립 및 생활의 향상을 도모하고 있음.

□ 사회보장제도의 성과와 시사점

- 결과적으로 사회보장재정에 대한 정부의 역할은 축소되는 반면에 사회보장제도가 자체의 역할은 확대되고 있음으로 해서 재분배소득에서의 소득불평등도가 사회보장제도에 의해 개선된 것으로 나타나고 있음.
- 하지만, 상대적 빈곤율은 1985년도이후 지속적으로 증가하고 있는데, 이는 근로현역세대에서의 상대적 빈곤율이 높게 차지하고 있기 때문으로 보임.
 - － 저소득계층의 소득수준이 저하되는 현상이 최근에 들어와 멈추고 있는 것은 사회보장의 혜택이 그만큼 저소득계층에 집중되었기 때문으로도 볼 수 있음.
 - － 고령자집단과 저소득집단으로의 사회보장지출이 소득불평등도, 상대빈곤율, 계층간 소득수준의 증가추이 등의 흐름에 영향을 주고 있는 것으로 판단됨.

제6장 선진국과 우리나라 복지체계 비교

□ 스웨덴, 독일, 미국, 일본의 사회보장체계 구성상의 특징

○ 스웨덴 사회보장체계 구성상의 특징

- － (특성) 전통적으로 빈곤, 질병, 육아등 사회적 위험에 대한 사회적책임이 강한 나라로, 보편적 복지의 기본원리가 작동하는, 다른 국가들에 비하여 공공부조보다는 사회서비스에 의한 사회안전망 구축이 눈에 띈.
- － (사회서비스) 학교교육, 주거, 보건의료, 노동시장등 매우 광범위한 분야에 걸쳐 높은 수준으로 제공됨.
 - 1970년 이후 지방자치단체가 최종서비스 제공을 책임지는 지방분권화
 - 스웨덴에서의 사회서비스는 공공부조로 탈락하기 전 사회안전망을 제공

하는 역할로 자리 잡게 되었음.

- － (사회보험) 1999년 사회보험법에 의하여, 총 26개에 달하는 보험과 수당이 사회보험으로 통합되었고, 이외에도 실업보험, 노동시장프로그램 참여수당, 추가돌봄수당 등 다양한 특별보험을 사회보험으로 통합 제공하고 있음.

○ 독일 사회보장체계 구성상의 특징

- － (특성) 광범위한 사회서비스 중심의 스웨덴과는 달리 독일의 사회보장제도는 근로자를 중심으로 한 사회보험제도가 사회보장제도의 근간을 이룸.
 - 이에 따라 근로자들에게는 높은 소득대체율의 사회보험이 제공되지만, 자영업자는 사회보험의 영역에서 벗어나게 되는 문제들이 내재하게 됨.
- － (사회보험) 가족역할 중심의 근로자 수입보장을 주된 목표로 하는 보수 조합주의로 분류되는 독일 사회보장체제는 가족의 역할이 실패하는 경우 국가가 개입하는 보충성의 원리에 근거하기 때문에, 공공부조나 사회서비스의 역할도 사회보험에 비하여 크지 않음.
- － (사회서비스) 공공부조체계에 속하여 운영되고 있으나, 민간부문이 사회서비스 운영에서 보다 큰 역할을 담당하고 있음.

○ 미국 사회보장체계 구성상의 특징

- － (특성) 미국의 경우 개인의 책임과 민간 및 시장의 역할이 강조되는 전통 하에 빈곤문제에 대한 국가적 개입이 그다지 강하지 않은 나라임.
 - 이에 따라 공공부조체제도 대상과 제도가 극히 제한적이며, 사회서비스도 일부 빈곤층에게만 한정되어 제공되고 있음.
- － (사회서비스) 주정부의 책임하에 민간이 일선에서 공급하는 형태로 분권화되어 있어, 시장원리가 적용되는 경쟁체계가 작동하고 있음.
 - 미국의 경우는 공공부조 수준이 낮기 때문에 오히려 민간이 제공하는 사회서비스의 역할이 공공부조보다는 큰 편임.
- － (사회보험) 전국민대상의 노령, 유족, 장애연금등 연금보험(OASDI)과 실업보험, 산재보험이 제공되고 있음.
 - 그러나 전국민에 대한 공적인 건강보험제도가 제공되지 않고, 민간 건강보험이 주된 보험제도로 역할을 하고 있음. 공적 건강보험은 빈곤층 및

노인을 대상으로 하는 메디케이드와 메디케어가 제공되고 있음.

○ 일본 사회보장체계 구성상의 특징

- － (특성) 일본의 사회보장체제는 의료보험, 연금보험, 고용보험, 노동자재해보상보험, 개호보험 등 5개 사회보험과, 공공부조로서 생활보호제도, 아동, 가정, 장애인, 고령자등에 대한 사회서비스로 구성되어 있음.
- 사회보장제도의 특징은 국고부담주도형 사회보장제도의 확충이라는 점임.
- － (사회보험) 직역·지역별 등으로 분리된 체계여서 고용 및 임금 등에 있어서 나타나는 격차를 사회보험 체제 내에 그대로 반영하는 형태임.
- 의료보험제도는 건강보험, 국민건강보험제도 등 8개의 제도가 독립적으로 운영되고 있고, 연금보험제도도 8종류의 제도로 구성되어 있음.
- － 일본은 북유럽 국가들처럼 보편적 가족수당은 부재하지만, 아동수당이 도입되어 확대와 축소를 거듭하여 왔음.

□ 선진4국의 사회보장제도 구성 비교

구분	스웨덴	독일	일본	미국
사회보험	·가주거반보험(의료보험, 부모보험, 병가보상, 아동수당 등 14개 보험 및 수당) ·소득기반보험 ·특별보험수급(실업보험, 노동시장프로그램 참여수당 등)	·공공연금제도 ·의료보험 ·수급보험 ·산재보험 ·실업보험	·의료보험 ·연금보험 ·개호보험 ·고용보험 ·노동자재해보상보험	·노령 유족, 장애보험(OASDI) ·실업보험(Unemployment Insurance) ·산재보상보험
공공부조	·사회서비스 의미 내에 사회부조와 사회복지서비스가 혼재	·사회부조(Sozialhilfe) (일반국민에 대한 부조급여, 노인과 장애인에 대한 기초보장, 보건지원, 실업급여 등)	·생활보호제도 ·자립지원프로그램 ·의료부조	·일반부조(GA/GR) ·보충소득프로그램(SSI) ·메디케어(Medicare) ·TANF ·학교급식(School Food) ·모자식양육보조(WIC)등
사회서비스	·아동보살핌서비스 ·학교교육복지 ·노동시장 서비스 ·보건의료서비스 ·장애인·노인서비스 ·개별 맞춤형사회서비스 ·아동 및 청소년서비스 ·가족지원서비스 등	·공공부조 제도에 속함	·아동가정복지서비스 ·장애인복지서비스 ·노인복지서비스 ·전상방자전물자 등의 원호	·고용, 훈련서비스 ·아동복지서비스 ·지역사회 모자보건 서비스 ·정신건강서비스 ·교정복지서비스 ·가정서비스(정보 연계 등)

□ 선진4국의 복지제도별 비교

- 독일의 연금제도는 일원체계 사회보험방식이며, 소득비례 부과방식(pay as

you go system)으로 운영됨. 스웨덴의 노령연금은 공공부조형 연금과 소득비례 사회보험식 연금의 이원체제로 구성되어 있음. 미국은 소득비례형 사회보험방식의 일원체제로 노령연금을 운영하고 있음.

○ 건강보험 운영방식은 국가 주도하의 국가사회보험방식(NHI)로 운영되거나 지자체 주도하의 지역사회보험방식(SHI), 혹은 국가주도하의 현물서비스 제공방식 (NHS)으로 운영됨.

－ 우리나라는 NHI방식으로 운영되고 있으며, 보험료는 근로자와 사용자가 반반 부담하는 형태로, 국가주도 건강보험이 부재한 미국보다는 공적 보험이 잘 제공되고 있지만, 스웨덴과 같이 국고부담의 의료서비스와 현금급여를 제공하는 등 광범위한 의료보장을 제공하지는 못함.

－ 일본의 경우는 근로자대상 건강보험은 국가가, 지역가입자는 지자체가 책임지고 운영하는 형태로 분리되어 지자체의 역할과 재원분담이 큰 형태로 나타나고 있음. 미국은 전국민 대상 건강보험 제도는 부재하며, 65세 이상 노인 및 장애인에 대한 의료급여만이 제공되고 있음.

□ 재원배분 비교

○ 일본의 경우 노령, 보건, 유족, 장애, 가족, 실업, 적극적노동시장정책부문 순으로 재원배분이 되고 있는 것을 볼 수 있음.

－ 일본의 경우 GDP대비 가족관련 지출은 OECD평균보다는 작지만, 미국보다는 약간 크게 나타나고 있음. 유럽국가들처럼 보편적이고 관대한 가족관련 수당제도는 부재하나, 선별적인 아동수당제도가 도입되어 가족관련 지출의 포션이 비교적 크게 나타나고 있는 것으로 보임.

－ 유럽국가들의 GDP대비 적극적노동시장정책부문 지출 비중이 상대적으로 높게 나타나는 데 반하여, 적극적노동시장정책의 규모도 OECD평균보다는 낮은 수준으로 나타나고 있음.

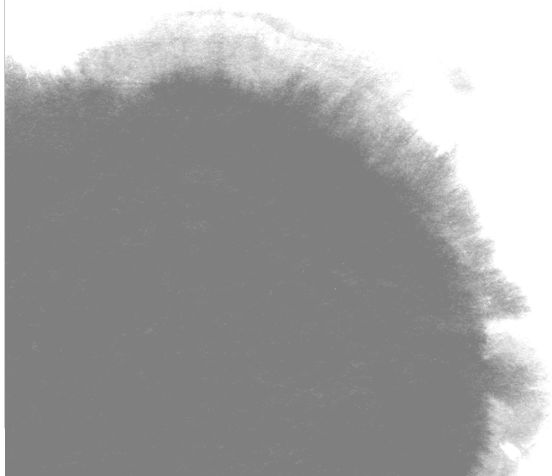
○ 가족역할 중심의 근로자 수입보장을 주된 목표로 하는 보수 조합주의체제의 대표국가인 독일의 복지지출 재원배분을 살펴보면 노령, 보건, 유족, 장애, 가족, 실업, 적극적 노동시장정책의 순인 것을 알 수 있음.

○ 스웨덴의 경우 노령, 보건, 장애, 가족, 적극적 노동시장정책, 실업, 유족, 주

하고 있는 점이 중요함.

- 우리나라에서 복지재원이 과소한 또 하나의 이유로는 정부예산 중 보건복지 지출이 차지하는 비중이 OECD 국가들에 비해 낮다는 점임. 재정지출의 구조 조정을 통해서 적정수준으로 복지지출 비율을 높이는 노력이 요구됨.
- 지방의 복지재정은 국고보조사업, 2005년 지방이양된 분권교부세 사업, 지방정부의 자체사업으로 나누어 볼 수 있음. 지방 복지재정의 대부분은 공공부조제도 중심으로 편성되어 있는 국고보조사업에 소요됨. 지방이양사업이 경우에도 분권교부세 지원의 부족으로 지방재정을 악화시키는 요인이 되었음.
 - 국고보조사업에서 중앙과 지방의 재원분담에 대해서는 지방비가 과도하다는 지적이 지속되었음. 복지분야 국고보조사업의 총량이 늘어, 국고보조사업을 위해 지방자치단체가 부담해야 할 재원이 증가하고 있음을 알 수 있음.
 - 지방정부가 지방비 부담과 단순 집행 책임만을 가질 뿐 사업의 기획이나 설계 등 주요한 의사결정 과정에서 배제되고 있는 점도 문제점으로 지적됨.
 - 참여정부는 2005년에 국고보조사업의 일부를 지방이양하였음. 사회서비스의 경우 지역적 실정에 맞추어 주민 욕구에 민감하게 대응하는 것이 필요한 만큼 국고보조사업으로 진행되던 사회서비스 사업들을 지방정부로 이양한 분권화의 기본적 방향은 적절한 것으로 평가됨.
- 복지국가로서의 성패가 성장과 분배의 선순환적 사이클에 달려있음.
 - 한국적 복지모형의 정립에 있어서는 성장과 분배의 선순환적 사이클을 작동시킬 수 있는 복지지출 강화와 재정투자의 우선순위 설정에 따른 투자방향 모색이 선행되어야 함
 - 성장과 분배의 선순환적 사이클이 작동하기 위해서는 현행 복지제도가 노동과 복지의 연계, 일자리지원, 복지사각지대 해소, 복지전달체계 개선과 효율화를 위한 투자 강화 등을 통하여 개선되어야 하고 복지 포폴리즘적 요소를 배제한 복지수요의 반영에 따른 재정투자방향 모색이 필요함.
- 경제주체들이 참여하는 경제 발전과 복지향상을 동시에 추구하여 과도한 차별과 불평등을 완화할 수 있는 사회보장체계의 구축이 요구되며 인구 고령화·저성장 등 경제사회적 변동요인에 대하여 능동적으로 유연하게 대응할 수 있는, 국민이 하나

01

한국 사회보장체계의 현황 및 특징

제1장 한국 사회보장체계의 현황 및 특징

제1절 서론

한국 사회보장체제의 특성에 대해서는 그간 다양한 논의가 이루어졌다. 흔히 한국은 일본, 대만 등 동아시아국가들과 공통적인 특성을 가진 것으로 평가되어 동아시아 복지체제의 맥락에서 그 성격을 논의하였다. 동아시아 복지체제, 그리고 그 한 예인 한국 복지체제가 서구와 다른 양상을 보이는지, 서구와의 차이가 있다면 무엇 때문에 그런 차이가 발생했는지에 대해 관심이 집중되었다. 첫째 문제와 관련해서는 동아시아 국가들의 복지발전 양상이 서구와 크게 다르지 않다는 주장이 없지 않다(Lindert, 2004; Kim, 2008). 하지만 일반적으로는 한국 등 동아시아 국가들은 산업화 기간 빠른 경제성장에도 불구하고 국가 주도의 공공복지 확장이 이루어지지 않았다는 점에서 서구와의 차이가 많이 지적되었다. 그리고 이러한 차이를 가족을 중시하는 유교주의 영향으로 설명하는 초기 견해가 존재하였다(Jones, 1993). 비교적 최근에서는 경제성장을 우선하는 동아시아 국가들의 발전주의적 혹은 생산주의적 노선을 강조하는 견해 등이 제시되었다(Holliday, 2000). 또 일부 서구학자들은 동아시아 복지체제를 서구의 보수주의 복지체제와 자유주의 복지체제의 혼합으로 설명하기도 하였다(Esping-Andersen, 1997).

한국, 대만 등 지난 10여년에 걸쳐 이루어진 동아시아 국가들의 복지개혁은 이러한 논쟁을 한층 복잡하게 만들었다. 1990년대 말 외환위기 이래로 한국에서 이루어진 복지개혁으로 국가복지 확장 등 중요한 진전이 이루어졌다고 보는 견해가 있는가 하면, 경제성장에 사회정책을 종속시키는 기본 노선에서 달라진 점이 없다고 보는

의견이 있고, 더 나아가서는 사회정책이 신자유주의적 개혁의 일환일 뿐이라는 강한 비판도 존재한다(김연명 편, 2002).

이 글에서는 그간의 이러한 상호 대립적인 다양한 의견들을 기반으로 하여 한국 사회보장체계의 실태와 특성을 검토한다. 이 글에서는 한국의 사회보장체계가 산업화 시기 경제성장을 우선하는 발전국가의 보조적 수단으로서 친기업적이고 근로계층과 취약층에 대해서는 매우 배제적인 특성을 띠면서 형성, 발전하였다고 본다. 그러나 지난 10여년 서구 복지국가의 지향을 가진 복지개혁을 거치며 한국의 사회정책은 취약계층에 포용적인 방향으로 발전을 이루었다고 본다. 그러나 한국의 사회보장체계는 아직 과거의 발전주의적 유산을 극복했다고 볼 수 없으며 이로 인해 양극화, 고령화 등에 성공적으로 대처하고 있지 못한 한계를 가진 것으로 보았다.

이하에서는 한국 사회보장체계의 역사적 형성 과정과 지난 10여년 기간의 확충과 발전 과정을 살펴보고, 한국 사회보장체계의 현황을 점검한다. 또 사회보장확충의 성과를 평가한다. 이러한 검토를 통해 한국 사회보장체계의 특성을 진단하고 향후 발전전망을 모색한다.

제2절 한국 사회보장체계의 형성과정과 현황

1. 산업화 시기 사회보장체계의 형성

한국은 산업화 시기 고속 경제성장의 성공적인 예로 잘 알려져 있다. 1960년대 이후 산업화가 본격화되기 이전에는 한국은 세계 최빈국 중 하나였다. 지금 한국은 세계에서 십 위권에 접근하는 경제규모를 자랑하고 있다. 1990년대 이전 한국은 연평균 8-9%의 성장률을 보였고, 1990년대 이후에도 연평균 6%가 넘는 성장을 이루어왔다. 이러한 유례없는 경제성장을 이루는 데에는 정부의 적극적인 개입이 큰 역할을 하였다. 많은 서구 국가들은 시장경제의 자발적인 힘에 의거하여 성장을 이룬 것으로 알려져 있다. 하지만 서구 국가들과는 달리 한국은 국가가 경제성장에서 주도적인 역할을 한 대표적인 사례로서, 일본, 대만 등과 함께 발전주의 국가

(developmental state)로 꼽힌다(Woo-Cumings, 1999).

1960년대 이후 발전국가 주도 하에 진행된 급속한 산업화는 또한 소득불평등을 개선시키는 변화를 초래하였고, 취업기회의 확대를 통해 가구소득을 증대시킴으로써 빈곤 수준에도 커다란 영향을 미쳤다. 이러한 소득분배의 개선에 힘입어서 1990년대 중반까지, 특히 외환위기를 거치면서 사회문제로 본격 등장하게 되기까지 우리 사회에서 소득불평등과 빈곤은 중심적인 사회적 쟁점으로 등장하지 않았다.

산업화 시기 한국 사회복지의 발전은 최소한의 수준에 머물렀다. 정부 정책의 최우선순위는 경제개발에 두어졌고, 정부는 사회권이나 재분배정책에 대해서는 거의 관심을 기울이지 않았다. 따라서 우리나라 사회보장 프로그램들은 급속한 산업화 진행 속도와는 달리 매우 점진적으로 도입되었고, 공적 복지의 확대는 지체되었다.

1961년에는 『생활보호법』의 입법으로 최초의 공공부조제도가 등장하였지만, 1990년대까지 노인, 장애인, 편부모가족 등 소수 취약집단에 대해 매우 제한적인 급여를 제공하는 제도로 유지되었을 뿐이었다. 사회보험제도의 도입은 1963년 『산업재해보상보험법』의 제정으로 시작되었다. 1977년에는 피용자 500인 이상의 대규모 사업체의 근로자들을 대상으로 의료보험제도가 도입되었다. 우리나라의 공적연금제도 중 공무원연금은 1960년, 군인연금은 1963년, 사립학교교원연금은 1975년부터 도입되었다. 국민연금은 1988년 10인 이상의 상시직 근로자를 고용한 기업의 피용자와 고용주를 의무가입대상으로 하여 시작되었다. 1992년에는 의무가입대상이 근로자 5인 이상의 기업으로 확대되었고, 1995년에는 농촌지역의 농어민, 자영업자가 가입대상으로 포괄되었다. 소규모 사업장의 피용자와 도시 자영업자로 이루어진 나머지 인구집단은 1999년에 국민연금의 가입대상으로 포함되었다. 1995년에는 고용보험제도가 등장하여 이후 실업에 대한 안전망으로서 역할을 하게 되었다. 이들 사회보험제도는 정부의 재정적 책임은 최소화하기 위해, 고용주와 피용자의 기여에 전적으로 의존하는 방식으로 운영되도록 하였다. 의료보험 등의 주요 사회보험이 직역별 체제로 상대적인 안정계층으로부터 조직된 것도 같은 맥락에서 이해할 수 있다.

수혜자의 측면에서 보면, 1990년대 중반 이전의 사회보장제도는 공무원이나 대기업의 근로자와 같은 상대적 특권집단에게 사회보험의 혜택을 제공하고 취약계층에 대해서는 매우 형식적인 정부지원을 제공하는 특성을 띠고 있었다. 발전국가 하에서

도입된 사회복지 프로그램들은 시민의 사회적 권리나 평등을 보장하는 것을 목표로 하기보다는 공공부문과 핵심산업부문의 노동력을 동원하는 수단으로 기능하여 경제 성장의 보조적 수단으로서의 성격을 띠고 있었다(Lee, 1999).

1980년대 민주화 이전 시기, 권위주의적 정부들은 급속한 경제성장의 추진을 위해 평화로운 노사관계를 필요로 하였다. 이들 정부는 노동운동을 억압하였고 단체교섭행위에 엄격한 제한을 가하였다. 대신에 정부는 대기업 근로자들에게 연공형 급여와 종신고용, 해고제한, 법정퇴직금 보장, 기타 부가급여 등의 혜택을 제공하였다(OECD, 2000). 이들 노동자들은 제한적이지만 사회보장체계의 혜택도 받았다. 이러한 점에서 산업화 시기 발전주의 사회정책은 기업복지(company-based welfare) 중심 체제라고 할 수 있다.

이들 핵심노동자들은 가족 내의 유일한 가계부양자로서 가족의 생계를 책임졌다. 이렇게 핵심노동자들을 대상으로 고용보호와 기업복지가 이루어지고 사회보장급여도 이들에게만 제한적으로 제공되던 이러한 분배체제는 1990년대 중반까지 지속되었다. 급속하게 경제가 확장됨에 따라 완전고용에 가까운 상태가 계속되는 상황에서 이러한 분배체제는 심각한 위기를 거치지 않고 유지될 수 있었다.

남성 가장을 대상으로 기업단위로 이루어진 분배체제는 당시 한국의 전통적 가족 형태에도 잘 부합하였다. 한국에서는 가족주의가 강하고 여성의 경제활동참가는 낮은 상황이어서 아동 보육과 노인 부양 등이 가족 내에서 여성의 역할로 해결되었다. 이러한 돌봄 기능을 지원하기 위한 사회서비스는 발전이 매우 미흡하였다. 전쟁 이후 외국 원조에 의존하여 제공되던 시설보호 중심의 사회서비스는 1960년대에 들어서도 큰 변화 없이 지속되었고 국가의 역할은 생활보호와 같은 긴급한 경제적 욕구에 대한 대응에 그치고 있었다(이현주 외, 2003). 1960·1970년대 시설보호 중심 사회서비스의 수혜층은 주로 아동과 장애인이었다. 특히 영세가정, 결손가정 영아를 대상으로 한 요보호 아동 프로그램의 비중이 커서 1960년도 전체 472개 복지시설 가운데 80%가 아동복지시설이었다.

한국 사회복지서비스에서 있어서 독특한 정부-민간의 관계를 형성하게 된 최초의 제도적 틀은 1970년에 제정된 사회복지사업법을 통해 나타난다. 사회복지사업을 하는 기관들을 법에 규정된 사회복지법인으로 한정되었으며 정부는 이들 사회복지시설

과 단체들에 보조금을 지급하여 사회복지서비스 공급을 제한적으로 지원하였다. 복지서비스에 대한 자원투여를 최소화하려는 발전주의 정부는 사회복지법인제도를 활용하여 국가의 복지서비스 제공의무를 대행하도록 한 것이다(이혜경, 1998).

1980년대는 아동, 노인, 장애인에 대한 사회복지서비스에 있어서 전환이 이루어진 시기라고 할 수 있다. 특히 1987년 민주화 이후 큰 변화가 일어났다. 시설보호만이 아니라 재가장애인에 대한 급여 실시가 본격화되는 등 장애인에 대한 복지서비스가 확대되었다. 저소득 장애인에 대한 의료비·자녀교육비 지급, 보장구 교부, 생계보조수당 등 경제적 지원과 더불어 일반 장애인에 대한 각종 이용요금 할인혜택이 실시되었다(이현주 외, 2003). 노인에 대한 사회복지서비스가 확대된 시기도 1980년대 말부터이다. 1987년부터 재가노인복지사업이 실시되어 재가보호서비스도 가정봉사원 파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설로 다양화되었다. 뿐만 아니라 시설보호의 경우도 무료·실비·유료 양로시설, 요양시설, 치매전문요양시설 등 다양한 시설의 설립근거가 마련되었다. 이 시기에는 사회복지관, 재가복지센터 등 사회복지이용시설 역시 확충되었다.

이렇게 이 시기에는 사회복지서비스의 대상범위가 확대되었고 내용이 다양화되었으며, 특히 이용시설의 확충이 이루어졌다. 그러나 서비스 제공은 거의 모두 생활보호 수혜자와 의료부조 대상자 그리고 저소득층에 한정되어 있었다. 예를 들어 아동 복지서비스의 경우 시설보호, 위탁보호, 소년소녀가정보호, 결연, 건강검진 등 아동 부문 복지서비스의 수혜자는 대부분 공공부조 수혜대상자이고 보육료 지원이나 모자 저소득 가정 아동 학비 및 양육비 지원, 급식비 지원도 차상위 계층까지이며 장애인이나 노인의 경우에도 서비스 제공 대상은 생활보호대상자이거나 저소득층으로 한정되었다.

2. 외환위기 이후 사회보장의 확장

(1) 소득보장제도의 발전과 현황

1997년 경제위기는 한국의 사회복지 발전에서 중요한 전기가 된다. 실업률은 위기 이전 2.5%에서 1999년 전반 8.5%로 급등하였다. 완전고용 상태에 근거를 두고

작동하였던 산업화 시기 사회보장체계는 실업자와 그 가족들에게 아무런 도움을 제공하지 못하였다. 이들 가족들은 아무런 사회적 보호 없이 경제적 불안정과 심각한 궁핍에 그대로 노출되었다. 기존의 사회정책은 위기로 인한 욕구 증대에 대응하는데 무능력하였다. 경제위기는 곧바로 사회 위기로 이어졌다.

이러한 상황에서 시민들 사이에서 사회안전망의 구축을 경시해온 정부에 대한 비판이 제기되었다. 복지확장에 긍정적인 태도를 가진 김대중 정부 또한 긴급한 정책적 대응의 요구를 적극적으로 수용하였다. 이렇게 하여 우리나라 역사상 최초로 사회복지정책 영역에서 진지하고도 적극적인 노력이 시작되었다.

김대중 정부가 사회복지개혁에서 역점을 둔 것은 특정 직종 종사자들을 대상으로 하여 분리되어 있는 직역별 체계를 전국민 대상의 단일보험체제로 통합을 추진하며, 그 법적 가입대상을 취약계층을 포함하여 전국민으로 확대하는 것이었다. 이러한 노력의 결과 2000년대 초까지는 법적인 규정상으로 모든 사회보험의 가입대상이 거의 전 국민으로 확대되었다.

우리나라 공적 연금제도는 일반 국민을 대상으로 하는 국민연금제도와 공무원, 군인, 사학교원 등 특수직역 종사자를 대상으로 하는 공무원연금, 사립학교교원연금, 군인연금의 직역연금제도로 분리되어 발전하였다. 외환위기 이후 개혁과정에서 이러한 직역별 체제에는 변화가 없었다. 하지만 피용자 중심의 국민연금제도를 자영업자까지 포괄하는 제도로 확대하는 중요한 변화가 일어났다. 국민연금은 1990년대까지는 5인 이상 사업체 노동자와 농촌 지역 주민을 대상으로 포괄하였는데, 1999년에 도시 자영업자, 임시·일용근로자 및 4인 이하 영세사업장 근로자로 적용대상을 확대하였다. 이에 따라 국민연금제도는 피용자 중심 제도에서 피용자와 자영자를 포괄하는 제도로 확대되었고, 공적연금제도는 전국민을 가입대상으로 포괄하는 노후소득보장제도로서 자리매김하게 되었다. 후술하듯이, 2000년에는 직장별, 지역별, 직역별로 나뉘어진 수백개의 의료보험조합을 건강보험공단 단일 조직으로 통합하는 보다 급진적인 개편도 이루어졌다.

고용보험제도는 1995년 피용자 30인 이상 규모의 사업장을 대상으로 도입되었다. 고용보험의 가입범위는 너무 제한되어 있었고 실업급여의 자격요건 또한 너무 엄격한 것으로 드러났다. 1998년에 고용보험의 가입대상은 1인 이상 사업체의 피용자들

로 확대되었다. 실업급여의 수급자격 또한 완화되었다. 산업재해보상보험은 제도 도입 초기에는 광업과 제조업의 근로자들만이 가입대상자였으나 일인 이상의 근로자를 고용한 모든 산업의 모든 기업이 적용대상에 포함되게 되었다.

1990년대 말에 이루어진 중요한 변화 중 또 하나는 공공부조제도에서 나타났다. 2000년에 생활보호제도를 대체하면서 등장한 국민기초생활보장제도는 빈곤한 시민은 정부로부터 급여를 받을 사회적 권리를 가지고 있다는 새로운 사고를 반영하고 있다. 국민기초생활보장제도의 수급자격은 모든 빈곤층으로 확대되었다. 근로능력 있는 성인의 경우에도 근로의무를 이행하는 경우에는 모든 급여를 받을 수 있게 되었다. 국민기초생활보장제도는 권리성 제도(entitlement program)다. 즉 정부는 예산 부족 등 어떠한 이유로도 수급자격을 갖춘 대상가족에 대한 국민기초생활보장 급여를 제공하는 것을 거부할 수 없다. 새로이 등장한 공공부조제도는 보편주의적 사회보험을 보충하는 최후의 안전망으로서의 역할을 부여받았다.

노무현 정부는 김대중 정부가 이룬 복지개혁의 기초 위에서 사회보장 사각지대 해소를 추진하여 양극화와 고령화 추세에 대응해야 할 과제를 안고 있었다. 먼저, 노무현 정부에서는 국민연금 가입확대를 위한 노력을 지속하면서 연금 개혁을 추진하였다. 국민연금은 1999년 연금 가입 대상을 전국민으로 확대하면서 가입자 수가 1627만 명으로 늘었다. 그 이후 가입자 수는 꾸준히 증가하여 2009년까지 1840만 명이 되었다. 또 2003년부터 사업장 적용 확대를 추진하여 사업장 가입자 수가 2009년 986만 명으로 늘고, 지역가입자 수도 약 870만 명에 다달았다.

그러나 이러한 성과에도 불구하고 지역가입자 중 보험료를 납부하지 않는 납부예외자가 많아 2006년 이후로도 그 규모가 가입자의 27%인 500만 명 선으로 유지되고 있어 근로세대의 연금사각지대가 넓다. 더욱이 노령세대에서 노후소득보장을 받지 못하고 있는 인구규모는 훨씬 크다. 65세 이상 노인 중 공적연금 수급자는 2008년 22.8%에 그쳤다(윤석명, 2010).

이 시기 국민연금 가입 확대노력이 한계를 보인 것은 가입자의 보험료 기여에만 의존한 가입 확대 전략 탓이 크다. 납부예외자 대다수는 소득수준이 낮은 불안정 고용상태의 노동자들과 영세 자영업자들로서 기여금 납부능력이 떨어진다. 기존의 사회보험 정착 전략은 상당한 수준의 고용안정성을 전제로 하는 것이었다. 하지만 노

동시장에서는 고용증가가 정체하고 비정규직 등 고용불안정이 크게 늘어나는 상황에서, 발전주의 시대 대기업을 대상으로 적용된 이러한 전략을 고수하는 것은 연금 사각지대 해소에 효과적이지 못함이 드러났다.

〈표 1-1〉 국민연금 가입자 추이

(단위: 개소, 명)

연도별	구분	총가입자	사업장가입자	지역가입자	임의가입자	임의계속가입자
88.12		4,432,695	4,431,039	-	1,370	286
92.12		5,021,159	4,977,441	-	32,238	11,480
95.12		7,496,623	5,541,966	1,890,187	48,710	15,760
96.12		7,829,353	5,677,631	2,085,568	50,514	15,640
99.12		16,261,889	5,238,149	10,822,302	32,868	168,570
01.12		16,277,826	5,951,918	10,180,111	29,982	115,815
02.12		16,498,932	6,288,014	10,004,789	26,899	179,230
03.12		17,181,778	6,958,794	9,964,234	23,983	234,767
04.12		17,070,217	7,580,649	9,412,566	21,752	55,250
05.12		17,124,449	7,950,493	9,123,675	26,568	23,713
06.12		17,739,939	8,604,823	9,086,368	26,991	21,757
07.12		18,266,742	9,149,209	9,063,143	27,242	27,148
08.12		18,335,409	9,493,444	8,781,483	27,614	32,868
09.12		18,623,845	9,866,681	8,679,861	36,368	40,935
10.12		19,228,875	10,414,780	8,674,492	90,222	49,381
11.08		19,609,696	10,805,549	8,604,682	141,464	58,001

*자료 : 국민연금관리공단

노무현 정부는 2007년 국민연금법 개정을 통해 연금재정의 지속가능성을 높이려 하였고 또 사각지대 해소를 위한 새로운 대책을 마련하였다. 연금 사각지대에 있는 노인에 대한 지원책으로 기초노령연금을 도입하였다. 기초노령연금은 1990년 후반 도입된 경로연금을 대체, 확대한 제도이다. 이명박 정부가 출범한 이후인 2008년에 노인 중 하위소득자 60%를 대상으로 급여를 지급하기 시작하여 2009년부터는 노인 중 하위소득자 70%를 대상으로 급여를 지급하고 있다. 2010년 현재 375만 명의 노인이 급여를 지급받는다. 기초노령연금 급여는 국민연금 가입자 월평균소득액의 5% 수준으로 2010년 현재 홀몸 노인은 최대 9만원, 부부 노인은 15만2천 원이다. 소득인정액이 증가할수록 급여가 감액되어 최저 2만원의 급여가 주어진다. 이렇게 기초노령연금은 급여 대상은 넓은 한편 급여 수준은 낮아, 연금 사각지대 빈곤노인에 대한 지원 효과엔 한계가 있었다. 기초노령연금은 급여를 2028년까지는 국민연

금 가입자 월평균소득액의 10% 수준으로 인상하도록 하여 이러한 문제를 완화하고자 하나, 다른 한편으로는 저소득층의 국민연금 가입에 부정적인 인센티브로 작용할 우려가 제기된다.

2010년에는 저소득층 중증장애인을 대상으로 하는 공공부조제도가 도입되었다. 우리나라는 20년 전부터 저소득 장애인에 대해 장애수당을 지급하였는데, 중증장애인을 대상으로 장애인연금을 도입함에 따라 기존의 장애수당은 경증장애인으로 대상으로 하는 제도로 축소되었다. 장애인연금은 18세 이상 중증장애인 중 하위소득자 60% 가량을 대상으로 하여 2010년 현재 23만3천명에게 급여가 지급되고 있다. 급여는 2010년 현재 근로능력 상실을 보전하는 기초급여 9만원과 장애로 인한 추가비용을 보전하는 부가급여 5~6만원으로 구성된다. 기초급여는 기초노령연금과 마찬가지로 국민연금 가입자 평균소득의 5% 수준으로 되어 있다. 부가급여는 추가비용의 30%수준에 해당되는데, 50% 수준까지 인상하는 것을 목표로 하고 있다.

노인, 장애인 이외의 전통적인 취약계층으로는 한부모가정을 들 수 있다. 2004년 현재 이러한 자산기준을 충족하는 6세미만 아동을 양육하는 한부모가정에 대해서는 월 2만원 수준의 아동양육지원비를 지급하였다. 2005년부터는 급여를 5만원으로 인상하여 지급하고 있다. 2006년부터는 차상위계층 한부모 가정의 13세미만 아동에 대해서도 급여를 지급하는 등 대상을 단계적으로 확대하는 계획이 추진되었다.

노무현 정부는 고용보험 가입자 확대를 위해서도 노력하였다. 2004년 일용근로자까지 고용보험의 적용을 확대하는 등 적용예외자를 줄이는 노력을 지속하였다. 그 결과 2002년 임금근로자의 48%이던 가입자는 꾸준히 늘어 2009년 58%선으로 되었지만, 아직 취약근로자 집단 다수가 미가입 상태에 남았다.

노무현 정부는 기초보장제도를 보완하는 노력을 기울였다. 2000년 기초보장제도 실시와 함께 149만 명으로 증가한 수급자 수는 2002년까지 131.5만 명으로 줄었지만, 노무현 정부 기간 꾸준히 증가하여 2003년 137만 명에서 2009년에는 157만 명으로 늘어 전체 인구의 3.22%가 보호를 받게 되었다. 기초생활급여, 의료급여 등을 총괄한 중앙정부 기초보장 예산지출도 2003년 3조 7295억원, GDP의 0.49%에서 2007년 6조 5797억, GDP의 0.67%로 늘었다. 이러한 변화는 수급자 증가 외에도 부양의무자 기준 완화, 재산기준 개선, 최저생계비 인상 등 노무현 정부의 제도 개선 노력이 반영된 것으로 볼 수 있다.

〈표 1-2〉 기초보장제도 수급자 규모 변화

(단위: 가구, 명, %)

연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
총수급자 가구	688,354	698,075	691,018	717,861	753,681	809,745	831,692	852,420	854,205	882,925	878,799
총수급자 인원	1,488,874	1,419,995	1,315,185	1,374,405	1,424,088	1,513,352	1,534,950	1,549,848	1,529,939	1,568,533	1,549,820
전체 인구 대비	3.17	3.00	2.76	2.87	2.96	3.14	3.18	3.20	3.15	3.22	3.10

자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각년도.

그러나 국민기초생활보장제도의 지속적인 개선 노력에도 불구하고 재산의 소득환산제나 부양의무자 기준의 문제로 인해 노인을 중심으로 한 과반수의 빈곤층을 사각지대에 남겨두고 있다. 특히 급속한 노인인구, 노인가구의 증가로 인해 사각지대 노인빈곤층 문제는 빈곤정책의 핵심적인 과제로 부상하고 있다.

또 근로능력자의 탈수급과 자립지원에서는 별 진전을 거두지 못하였다. 국민기초생활보장제도에서는 현금급여는 최대급여액에서 가구소득을 뺀 차액을 지급하는 보충급여 방식으로 운영되고 있다. 이러한 보충급여방식은 한정된 예산으로 빈곤완화를 최대화하기 위해 선택된 것이지만, 근로소득이 증가(감소)함에 따라 급여액이 100% 감소하는 결과를 초래하여 근로동기에 부정적 효과를 미칠 수 있다. 또 국민기초생활보장제도는 통합급여방식으로 운영되어 수급자격을 획득한 경우 현금급여와 함께 의료급여, 교육급여 등의 현물급여를 수급하게 된다. 이러한 현물급여의 수급자격이 현금급여의 수급자격과 연계되어 있어 수급자격을 잃는 순간 현금과 현물 모든 급여를 받을 수 없게 된다. 이러한 ‘통합급여체계’는 수급자의 탈수급노력과 근로동기를 제약하는 영향을 미치는 것으로 지적되어 왔다.

국민기초생활보장제도에서는 근로능력 있는 수급자에 대한 근로의무(work requirement)가 비취업자의 자활사업참여 조건의 부과라는 형태로 새로이 도입되었다는 점이다. 그러나 조건부수급자의 규모도 작고 자활사업에 대한 참여도도 애초의 기대보다 훨씬 저조한 상태이다. 또 수급자의 자활에 미치는 긍정적인 효과가 확인되지 않고 있다. 그 결과 국민기초생활보장제도에 의한 근로능력 있는 빈곤층에 대

한 급여 제공이 이들의 근로동기를 떨어뜨리고 복지의존성을 키우는 부작용을 초래한다는 우려가 지속되고 있다.

노무현 정부는 기초보장제도 보완에서 더 나아가 일을 하면 생계가 보장되도록 하는(making work pay) 근로가족 지원정책을 구축하고자 하였다. 저소득 근로가구에 대한 소득지원과 근로 유인을 위해 도입되었다. 근로장려세제는 저소득가구에 대해 근로를 많이 할수록 급여를 많이 지급하는 방식으로 설계되어 있어, 기초보장제도와 같은 전통적인 공공부조가 갖고 있는 소득지원과 자립지원의 상충성을 크게 완화할 것으로 기대되었다. 이러한 점에서 근로장려세제는 기초보장제도에 비해 근로빈곤층에 적합한 성격을 가진 제도로서, 근로빈곤층이 기초보장 수급을 탈피하도록 유인하는 데에도 긍정적인 영향을 미칠 것으로 보았다. 근로장려세제는 이명박 정부 출범 이후인 2008년 제도가 도입되어 2009년 59만 1천 가구에 대해 4,537억원의 세금 환급을 실시하였는데 가구당 급여가 연 최대 120만원으로 빈곤을 완화하기에 미흡한 수준이다.

(2) 의료보장과 사회서비스의 발전과 현황

의료보험은 1977년부터 500인 이상의 근로자를 고용한 대기업을 대상으로 시작되었다. 1979년부터는 300인 이상 기업으로, 1981년부터 100인 이상 기업으로 확대되었고, 1988년부터 5인 이상 사업장으로 당연적용대상을 확대하였고, 당연적용대상이 아닌 자들이 지역가입자가 되는 것을 허용하였다. 그리고 1988년부터는 농어촌 지역으로 1989년부터는 도시지역으로 의료보험이 확대되어 전국민 의료보험시대로 들어서게 되었다. 이렇게 건강보험의 대상인구는 급속히 확대되었지만, 급여수준은 매우 제한적이었고 보험료율도 낮은 수준을 유지하였다. 결과적으로 환자들은 의료서비스 이용 시에 높은 본인부담비용을 치러야만 한다. 이러한 높은 본인부담은 의료서비스 이용에서 저소득가족에게 심각한 재정적 장벽으로 작용한다.

의료보험은 가입자 유형에 따라 139개의 피용자 대상 직장조합과 227개의 자영자 대상의 지역조합, 공무원 및 교직원 조합으로 조직되어 조합단위로 운영이 이루어졌다. 이러한 의료보험의 조합식 구조는 계층간 차이를 유지시키는 기능을 한다는 비판을 받았고, 의료보험조합들 사이의 재정능력의 불균등 또한 심각한 문제가 되고

있었다. 김대중 정부는 이러한 의료보험조합의 문제들에 대한 해결책으로 세 가지 종류 의료보험조합의 통합을 추진하여, 2000년에는 건강보험공단이라는 단일한 조직이 등장하게 되었다. 이러한 건강보험통합은 건강보험의 재원조달과 위험분산 기능을 강화하여 보장성 확대를 위한 제도적 기반이 되었다.

노무현 정부는 이러한 기초 위에서 건강보험 보장성 확대를 추진하였다. 이와 관련된 정책변화로선 우선 2004년에는 의료비 지출이 6개월에 300만원을 초과하는 경우 초과액을 상환해 주는 진료비 본인부담금 상환제 도입을 들 수 있다. 2007년에는 본인부담금 상한선을 6개월 200만원으로 인하하였다. 이명박 정부가 들어선 이후인 2009년에는 연간 본인부담 상한선을 소득구간별로 차등 적용(하위 50% 이하 소득계층은 200만원, 50-80% 계층은 300만원, 상위 20% 계층은 400만원)하게 변했다.

노무현 정부는 또 2005년부터 2008년까지 건강보험 보장성 확대계획을 추진하였다. 이 계획은 건강보험 보장성을 선진국 수준으로 확대하는 것을 목표로 하였다. 이 계획은 매년 건강보험 재정상황을 고려하여 암 등 중증질환을 대상으로 본인부담률을 20%에서 10%로 낮추거나 의료적 비급여(의약품, 검사 등)에 대한 급여를 확대하는 방식으로 추진되었다. 보장성 강화노력은 일정한 성과를 거두었다. 2004년 61.3%이던 건강보험 보장률은 2007년 64.6%로 향상되었다. 암환자 보장률은 2004년 49.6%에서 2007년 71.5%로 올랐고, 500만원 이상을 부담하는 고액환자에 대한 보장률도 2004년 49.0%에서 2007년 67.6%로 증가되었다(최기춘 외, 2009).

표 1-3) 연도별 건강보험 보장률 추이

구분	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
전체	61.3%	61.8%	64.3%	64.6%	62.2	64.0
암 환자	49.6%	66.1%	71.0%	71.5%	69.8	67.9
고액 환자	49.0%	59.6%	64.7%	67.6%	64.0	64.6

자료: 최기춘 외(2009) ; 최영순 외(2010)

하지만 건강보험 보장성의 개선 정도는 선진국 수준으로 보장률을 강화한다는 목표와 거리가 먼 것이었다. 이는 국가 간의 보장성을 비교하기 위한 가장 일반적인 지표인 총 국민의료비 중 공공재원(조세, 건강보험 등)의 비율을 통해서 알 수 있다.

2008년 55%인 우리나라의 국민의료비 대비 공공의료비 비중은 OECD 국가 중 미국, 멕시코에 이어 낮아서 전국민 공공의료보험이 있는 나라 중에는 가장 낮은 수준이다.

이렇게 보장성 목표 달성이 미흡한 가장 중요한 이유로는 건강보험료에 기초한 소극적인 재정전략을 들 수 있다. 중증질환에 대한 본인부담율을 낮추는 방식은 수요 증가를 통해 간접적인 의료비를 증가시킨다. 보장성 확대계획 이후인 2005년에서 2007년까지 3년간 2조3천억의 추가적인 급여비가 발생하였는데, 비용 증가의 상당 부분은 본인부담을 인하 때문에 발생한 것으로 보인다. 건강보험료를 통한 재원조달로는 이러한 비용을 충당하며 보장성을 크게 확대하기 어려웠다.

2000년대 이후에는 사회서비스의 확충이 크게 이루어졌다. 노무현 정부 시기에는 아동, 노인, 장애인 등을 대상으로 하는 사회서비스가 본격적으로 확대되었다. 보육, 장기보호 등 돌봄 영역 사회서비스에서는 취약계층과 저소득층에 대한 선별적인 서비스로부터 제도가 시작되어 중산층을 포괄하도록 대상을 넓히는 발전 전략을 밟았다. 아동보육의 지원 대상이 도시근로자 평균소득 가구까지를 포함하도록 확대되었다. 아래표는 노무현 정부 출범 이전인 2002년 2,102억에 불과하던 중앙정부 보육료 지원예산이 2008년에는 1조 4178억으로 급격하게 증가하였음을 보여준다. 지방정부가 중앙정부 예산만큼 대응지출을 하는 점을 생각하면 전체 보육재정은 중앙예산의 두 배 정도가 될 것으로 보인다.

『표 1-4』 보육료 지원 중앙정부 예산 추이(단위: 억원)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
보육료지원	2,102	3,120	4,050	6,001	7,910	10,435	14,178	17,104	21,275	24,783

노무현 정부는 장기요양욕구를 가진 노인에 관련서비스를 제공하여 당사자의 삶의 질을 향상하고 가족의 수발부담을 완화하는 것을 목적으로 노인장기요양보험제도를 추진하여 2008년 제도가 도입되었다. 65세 이상 노인 가운데 중증 노인성질환을 가진 이는 시설급여와 재가급여를 받을 수 있게 되었다. 이 제도에서는 장기요양보험료를 통한 재원조달로 서비스 이용자의 본인 부담을 전체 비용의 20% 이하로

낮추었다. 이용자의 서비스 만족도도 비교적 높은 것으로 알려져 있고, 수발자 부담도 크게 감소시켜 제도 도입의 기본 취지를 실현하고 있는 것으로 보인다. 그러나 장기요양 대상자가 노인의 12%가 넘을 것으로 추산됨에도 불구하고 2009년 8월 현재 서비스 이용자는 노인 인구의 4.2%에 그치고 있다. 또 2007년에는 중증장애인에 대한 활동보조인제도가 도입되어 1, 2차 시범사업이 실시되었고, 2011년 1급 중증 장애인 5만명을 대상으로 장애인활동지원제도가 시행중에 있다.

제3절 사회보장 전달체계 현황과 문제점

우리나라의 주요한 소득보장제도와 의료보장제도는 사회보험 방식으로 운영된다. 이러한 사회보험들은 각 보험별로 전국적으로 단일한 관리조직을 두고 중앙정부의 관할 아래서 집행이 이루어진다. 국민연금과 건강보험은 보건복지부의 감독 아래 별도의 공단이 집행을 담당하고, 고용보험과 산재보험은 고용노동부의 감독 아래 집행조직이 운영되고 있다. 2008년 도입된 노인장기요양보험의 운영은 건보공단에서 담당하고 있으며, 장애인장기요양제도인 장애인활동지원제도는 국민연금공단이 관리운영을 맡고 있다.

그 외 기초보장제도와 기초노령연금, 장애인연금 등 주요 공공부조제도는 보건복지부의 관리·감독 아래 지방정부가 정책의 집행을 담당한다(그 예외는 근로장려제도로 정책의 기획과 관리·감독은 기획재정부에서, 집행은 국세청에서 담당). 1995년 보건복지사무소 시범사업과 같이 중앙정부가 공공부조 전달체계를 직접 관리하는 시도나, 2004년에서 2006년까지의 사회복지사무소 시범사업처럼 지방정부 내에서 상대적으로 독립성을 지닌 특별집행조직을 두려는 시도가 있었지만, 공공부조사업의 전달체계는 지방정부의 몫으로 되었다. 2000년대 이후에는 현금성 공공부조 급여 이외에도 사회서비스가 확대되면서 지방정부가 집행을 담당하는 급여가 크게 증가되었다. 특히 2005년 참여정부는 지방분권화를 추진하였고, 중앙정부의 국고보고사업으로 이루어지던 많은 사회서비스를 지방정부의 사업으로 이양하였다.

이러한 우리나라의 사회복지 전달체계에서 일차적으로 지적되는 문제는 복지와 고용서비스의 결합을 실현하는 데에 어려움이 있다는 점이다. 복지서비스의 대상자

들에게 고용서비스 제공을 통한 자립이 매우 중요한 현안이 되고 있으나 복지서비스와 고용서비스는 부처별로 분산되어 제공되고 유기적인 연계·조정이 이루어지기 어려운 환경 가운데 있다. 이러한 이유로 지방정부 차원에서 고용안정센터와의 유기적인 협력관계를 마련하는 방안부터 중앙정부 차원에서 보건복지부와 고용노동부를 통합하는 방안까지 다양한 개선책이 제기되고 있다. 2000년대 이후 일본과 영국, 독일에서 이루어진 복지부처와 고용부처의 통합 사례의 평가를 통해 개선방안의 모색이 필요한 상황이다.

공공부조를 다루는 공공 사회복지전달체계는 1960년 제정된 「생활보호법」 하에서 생계급여의 책정과 지급이라는 단순한 업무를 시군구 혹은 읍면동의 여러 업무 중 하나로 취급하는 것에서 시작되었다. 이후 1980년대에 이르러 사회복지서비스의 필요성이 증가함에 따라 1987년 사회복지전문요원제도가 도입되면서 비로소 공공부조 전달체계가 성립되었다고 볼 수 있다(박영미·김경명, 2007).

지난 10여 년 간 사회복지 급여 및 서비스가 크게 발전하여 다양한 서비스가 도입되는 변화가 일어났다. 공공부조 현금급여의 종류와 지급대상자가 크게 늘고 현금급여 이외에 다양한 사회서비스 제공 업무가 추가되었다. 그러나 지방정부의 전달체계에서는 복지업무 증가에 상응하는 전문인력의 양적 증가가 이루어지지 않았다. 또 인력과 체계가 자산조사를 통한 대상자의 선정과 현금급여의 지급과 관리라는 기존 상태를 벗어나지 못하여 사회서비스 확대추세를 반영하는 전달체계로 질적인 변화를 이루지 못하였다. 복지업무에서 사회서비스의 비중이 커짐에도 불구하고 사회서비스 제공에 대한 중앙집권적 통제가 강하여 지방정부가 지역사회 욕구에 적절히 대처하는 자율적 권한을 행사할 여지가 적었다. 이로 인해 증가된 서비스들이 분절적으로 운영되어 서비스의 중복과 누락이 발생한다는 지적이 제기되었다.

2006년에는 공공 전달체계의 전국적 변화를 시도한 첫 번째 중앙정부 정책으로 시군구-읍면동 기구의 재편이 진행되었다(강혜규 외, 2008). 2006년 전달체계 개편은 보건복지사무소나 사회복지사무소와 같이 별도의 전담기구를 설치하는 것이 아니라 기존의 시군구 및 읍면동의 조직과 직제를 개편하였다는 점에서 이전 개편시도와 다르다. 이에 따라 시군구에서 주민생활지원 기획 및 서비스 조정·연계, 통합조사 등을 담당하도록 하였고, 읍면동 사회복지 전담공무원은 상담 및 사례관리를 담당하

도록 하였다.

이명박 정부는 출범 이후 2009년에는 수요자 중심의 복지전달체계 구축을 내세우며 ‘사회복지전달체계 개선 종합대책’을 발표하였다(보건복지가족부, 2009). 대책에서는 시군구 단위에서 급여대상자 수혜자격 관리업무, 민관협력 및 자원연계, 사례관리를 통해 요보호가구에 대한 관리를 강화하도록 하였고, 읍면동의 사회복지 담당공무원은 상담 및 서비스 안내, 지원가구 발굴 등의 서비스에 중점을 두도록 하였다. 또 부처별 복지전산망을 연계하고, 급여의 부정수혜와 중복지원과 서비스누락을 막기 위해 사회복지통합관리망을 구축하였다. 약 120여개의 복지급여 및 서비스 이력을 개인별·가구별로 통합관리하게 되었고 복지급여 계좌를 수급자 1인당 1개로 단일화하였다. 그 외에도 민간복지 전달체계의 효율화를 추진하였다(강혜규·최성은, 2010).

이렇게 2006년 이래 공공전달체계 개편 노력이 지속되었지만, 충분히 그 결실을 거두지 못하였다. 무엇보다 중요한 한계로는 복지업무의 양적 증대와 사례관리 등 사회서비스 연계·조정 업무에 대처하기 위해서는 복지담당인력의 증원과 전문성 강화가 필요하나, 업무가 급증하는 복지분야에서도 공무원 증원을 억제하는 기조를 유지한 것을 들 수 있다. 사회복지 전담공무원의 배치현황을 살펴보면, 2000년 국민기초생활제도 도입과 2005년 이후 사회서비스 확대를 거치면서 충원되어 2010년에는 정원이 10,496명에 이르고 있다. 이들은 1999년에 일반 지방직으로 전환되었고, 지속적인 충원을 통해 담당 수급자 수가 줄어드는 등 근무여건이 개선되고 있으나, 여전히 업무가 과중하다(박영미·김경명, 2007). 증대하는 복지업무와 사례관리를 수행할 인력과 재원투자가 불충분한 상황에서 조직개편만으로는 성과를 거두기 어려운 점을 인식하고 정부는 사회복지전담공무원을 2014년까지 7천명 증원하기로 계획하고 있다.

〈표 1-5〉 사회복지 전담공무원 배치현황

(단위: 명)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
정원	3,000	3,000	4,200	4,800	5,444	7,144	7,144	7,159	9,738	10,205	10,515	10,706	11,270	11,634
현원	-	-	-	-	-	6,738	6,977	7,136	9,094	9,805	10,113	9,945	10,334	10,496

자료: 박영미·김경명(2007); 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 2010.

사회서비스가 확대되고 그 중요성이 커지면서 사회서비스 전달에서 공공과 민간의 관계를 재정립하는 것도 주요한 과제로 남아있다. 정부가 사회서비스 제공자 역할을 확대해온 서구와는 달리 우리나라에서는 정부는 기관 운영을 위한 보조금을 지원하고 민간기관이 사회서비스 제공자 역할을 담당하는 방식으로 발전하였다. 이러한 서비스 제공방식은 정부의 복지지출을 최소화하면서 서비스 욕구에 제한적으로 대응하는 발전주의적 복지체제의 특성이라 하겠다. 정부는 재원이 서비스에 적절하게 배분되어 이용자 욕구가 충족되도록 하는 데에 관심을 기울이기 보다는, 재원이 정부규정에 맞게 집행되고 재정지원의 급격한 증가가 일어나지 않게 하는 데 관심을 두었다(남찬섭, 2009). 그 결과 민간부문의 장점인 전문성과 효율성, 이용자 욕구에 대한 반응성이 구현되지 못하고 있으며, 공공은 재정집행에 대한 감독에 비해 서비스 품질 향상을 위한 기능이 미비한 실정이다. 이러한 공공과 민간의 관계는 민간부문이 종속적인 위계관계 속에서 공공의 규제를 받는 것을 특징으로 하는 것으로 평가되었다(이봉주 외, 2008).

그러나 2000년대 이후에는 정부는 과거와는 달리 사회서비스 공급에 대한 재정 지원을 확대하였고 이를 통해 사회서비스 공급에서 공공의 역할을 확대하였다. 특히 중산층을 포괄하는 넓은 수요자층으로 재정지원을 확대하여 서비스 이용자 부담을 덜어주는 노력을 기울였다. 또한 민간의 서비스 공급자에 대한 지원을 중심으로 이루어진 공공과 민간의 관계를 효율화하고, 수요자에 대한 지원 중심으로 재편을 추진하는가 하면 더 나아가서 사회서비스 제공에서 영리기관의 역할을 확대하고자 하였다. 기존 공급자 중심의 전달체계에서는 공급자가 서비스 수요자를 선택하는 방식으로 서비스 전달이 이루어지고, 따라서 공급자에게는 서비스 질을 강화할 유인이

결핍되며 수요자보다는 정부의 요구를 우선하는 경향이 있는 것으로 지적되었다(김용득, 2007). 더욱이 정부의 지원을 받는 비영리기관이나 공공 제공기관에만 의존해 서는 증대하는 서비스 수요에 부응하기 어렵게 된 점도 이러한 변화를 촉진하였다.

기존의 대표적인 공급자 지원방식인 기관운영 보조금 지원방식에 대해서는 서비스 구매계약 방식(purchase of service contract)이 대안으로 제기되고 있다. 또 장기요양보험제도 도입과 지역사회서비스 혁신사업, 사회서비스 바우처제도 등을 통해 수요자 지원방식이 확대되었다. 공급주체에서 영리부문의 비중이 커지는 변화 또한 나타나고 있다.

우리나라에서 서비스 구매계약의 예로는 최근 보건복지부의 성과관리형 자활시범 사업을 들 수 있다. 2009년부터 실시된 이 사업에서는 민간의 영리·비영리 기관은 보건복지부와 계약을 맺고 직업훈련·취업알선·양육·간병·사회적응 등의 사회서비스를 연계하여 취업과 창업을 지원하는 서비스를 제공한다. 그리고 민간기관은 서비스 제공이 성과를 달성하는 정도에 따라 보건복지부로부터 예산을 지원받는다. 이 시범사업의 평가에 따르면 서비스가 취업에 성공적이라고 평가된다(전병힐, 2010). 그러나 자활시범사업의 예와는 달리, 우리나라에서 계약방식에 의한 효과를 성취하기 위한 조건이 갖추어졌는지에 대해서는 회의적인 의견이 적지 않다. 대다수 연구에서는 민간의 서비스 공급에서 경쟁 여건이 충분히 형성되어 있지 않은 점을 고려할 필요가 있고, 공공부문의 서비스 관리능력을 강화하는 것이 중요함을 지적한다(조연숙, 2004; 이봉주 외, 2008).

다음으로 바우처는 재화 및 서비스 선택에 있어 이용자의 한정된 구매력을 보조하는 정부의 장려금이다. 이때 정부로부터 서비스 이용자에게 제공되는 장려금은 소비자에게 ‘선택권’을 주는 수단이 된다. 이렇게 소비자에 선택권이 주어진 서비스 영역에서 민간영리와 비영리부문의 공급자들은 클라이언트로부터 바우처 재원을 얻기 위해 경쟁하게 된다. 그리고 공급자 간 경쟁의 증가는, 공급자로 하여금 보다 낮은 비용으로 고품질 서비스를 생산하도록 자극할 것이 기대된다(Steuerle and Twombly, 2002). 그러나 현실에서는 사회서비스 조직들의 경쟁이 제한적이고, 소비자가 시장정보에 쉽게 접근하기 어려워 소비자 선택이 이루어지기 어려운 제약이 존재한다(강혜규, 2007; 전운선, 2007). 우리나라에서 공급자 간 경쟁과 이용자 선

택이 모두 제한적으로 이루어진 노인돌보미 바우처 사업은 그 예가 되겠다(양난주, 2009).

장기요양서비스 분야에서 사회보험 도입은 수요자 지원방식이라는 점에서 바우처 제도와 유사한 효과를 가질 수 있다. 그런데 이 경우는 사회서비스 바우처와 달리 영리업체의 허용으로 경쟁시장이 형성된 경우이나, 여러 부작용이 나타나고 있다. 정부가 제도 시행 초기 서비스 제공자 확보에만 치중한 나머지, 제공 기관과 인력, 서비스에 대한 적절한 질 관리를 경시하였고, 공급자의 난립으로 영세업체들이 인건비 삭감 위주의 과당경쟁을 벌여 서비스 제공인력에 대한 처우가 열악해지고 서비스 질 하락에 대한 우려가 증대되었다(윤희숙 외, 2010).

이러한 문제는 서비스 공급기관들의 경쟁여건이 형성된 경우에도 서비스 질 관리를 위한 공공부문의 노력이 미흡한 경우 수요자의 욕구충족으로 이어질 수 없음을 보여준다. 즉 공공부문의 적극적인 역할 확대 없이는 경쟁과 선택의 추구가 종종 사회서비스 질 향상과 수용자 만족도 제고의 결과로 반드시 이어지지 않음을 현실은 보여주고 있다. 이렇게 공공에서의 서비스 직접 제공이 아니라 다양한 민간의 서비스 제공자에 대한 지원을 통해서 서비스 제공을 확대하는 경우에는 민간의 다양한 주체들에 의해 제공되는 서비스를 기획, 조정하며, 서비스의 질 향상을 위한 정부 역할을 강화하는 것이 중요하다. 민간 공급이 어려운 영역에서는 공공시설을 공급하고 시설과 인력 관리, 서비스 개선을 위한 공적 지원을 확대하고 정부의 평가와 규제 역할도 적극적으로 수행되어야 한다.

제4절 사회보장 재정현황과 문제점

1. 중앙재정

향후 수십년간 우리나라 복지지출은 자연증가가 가파르게 일어나게 되어있다. 한 재정추계에 따르면, 2009년 GDP의 8%대인 정부 복지지출은 2030년에는 14%로 늘고 2050년에는 20%대로 올라간다(박형수·전병목, 2009). 이런 복지지출 증가는 빠르게 진행되는 인구고령화의 결과다. 수명이 늘고 출산률이 떨어져 노인인구 비율이 커지니 이들에 지출되는 연금이나 의료비가 전체 GDP에서 차지하는 비율이 빠르게 늘어나는 것이다.

이러한 고령화 추세는 선진산업국가들이 공통적으로 경험하는 것이지만, 우리나라는 저출산 추세가 심각하여 매우 빠른 속도로 높은 수준의 고령화에 이르고 있는 문제가 있다. 2000년 인구의 7%를 차지하는 노인인구가 2018년 14%로 증가하여 고령사회로 진입하게 되고 2026년에는 인구의 20%를 노인이 차지하는 초고령사회로 진입할 것으로 예측되고 있다. 현재의 추세가 지속된다면 2050년에는 우리나라 인구의 38%가 노인으로 구성되어 세계 최고 수준의 고령화에 이르게 된다. 이런 급속한 고령화에는 저출산이 결정적인 요인이다. 1997년 외환위기를 거치며 1.5 아래로 내려간 출산율은 2002년 1.17까지 더욱 떨어진 후 크게 개선되지 않아 2010년 1.23에 머무르고 있다. 따라서 이러한 고령화 추세에 대응하여 저출산 대책 등 사회적 투자를 크게 늘리는 한편, 노인인구의 증가에 대응하여 연금, 의료 등의 영역에서 복지재정 대책을 마련하는 것이 필요하다.

국민연금제도 등 공적연금제도에서 장기적인 재정 안정화 대책이 특히 중요하다. 공적연금의 재정적 불균형은 제도의 구조적 문제에서 비롯된 부분이 있다. 이 문제는 지난 연금 개혁의 과정에서 적지 않게 해소되었지만, 재정안정화를 위한 추가적인 개혁이 여전히 필요한 상황이다. 국민연금의 경우 제도 도입 시에는 40년간 보험료를 납부한 가입자에게 제공되는 급여수준은 평생소득 평균액의 70%에 달하도록 설계되었으나 1998년 법개정으로 60%로 낮추어졌다. 노무현 정부는 2007년 국민연금법 개정을 통해 연금재정의 지속가능성을 높이는 개혁방안을 도입하였다. 개

정법에서는 재정 안정화를 위해 60%인 연금급여의 소득대체율을 2008년 50%로 내리도록 하였고 다시 2028년까지 점진적으로 40%로 내리도록 하였다. 하지만 연금재정의 수지균형을 위해서는 9%인 보험료율을 상향 조정하는 등의 추가적인 대책이 필요한 것으로 지적된다. 의료의 경우에도, 건강보험의 재정지출을 효율화하는 지출통제방안을 마련함과 함께 재정수입을 증대하는 방안을 모색하는 것이 요구되는 상황이다. 이러한 연금과 의료 재정의 구조개혁과 함께, 연금과 의료 재정 악화의 더욱 큰 원인으로 된 저출산과 그로 인한 급속한 고령화에 대한 대책을 마련하는 것이 연금재정 안정을 위해서도 매우 긴요하게 되었다.

다른 선진제국과 마찬가지로 우리나라도 장기적인 관점에서 연금에서 급여수준을 조정하거나, 의료에서 지출효율화 방안을 모색하는 것이 복지재정에서 중요하다. 하지만 국제 비교적 시각에서 볼 때 우리나라 복지재정의 주요 문제는 복지지출이 과대한 데에 있기 보다는 우리의 복지재원이 과소한 데에 있다. 우리나라에서 조세와 사회보험료를 합친 국민부담률은 2006년 현재 GDP의 26%로서, 37%를 넘는 OECD 평균치와 비교해 11%p 정도 적은 셈이다. 이 격차의 절반은 우리 소득세 수입이 OECD 국가들보다 적어 생긴 것이고, 나머지 절반은 부가가치세와 사회보험료율이 낮기 때문이다. 한국의 개인소득세수는 GDP 대비 4.1%로서 OECD 평균 9.2%보다 5.1%p 작다. 부가가치세수는 한국이 GDP 대비 4.5%인데, OECD는 6.8%로서 2.3%p의 세수차이가 있다. 사회보험기여금은 한국이 5.7%이지만 OECD는 9.4%로 3.7%p 작다(Jones, 2009).

소득세수가 적은 이유로는 세금 감면 등으로 근로자 절반이 세금을 내지 않는 것과 적정 세 부담을 하지 않는 경향이 큰 자영업자 규모가 30%대를 차지하고 있는 점이 중요하다. 부유층에 대한 최고 소득세율은 2007년에 우리나라가 35%로서 OECD 평균치 43%에 비해 낮지만, OECD에서 16%에 불과한 면세근로자의 비율이 47%나 되어 나머지 계층의 소득세 부담 또한 매우 낮다. 한국에서는 최고세율이 평균소득의 3.5배 이상 고소득자에 적용되지만, OECD에서는 평균소득의 2배이면 최고세율에 적용된다는 점을 고려하면 한국의 소득세제는 비교적 누진적인 것으로 볼 수 있다(Jones, 2009).

우리나라에서 복지재원이 과소한 또 하나의 이유로는 정부예산 중 보건복지 지출

이 차지하는 비중이 OECD 국가들에 비해 낮다는 점을 들 수 있다. 산업화 시기 높은 비중을 차지하던 경제 분야 지출은 최근 들어 꾸준히 줄었고 이와 반대로 보건복지지출 비중은 꾸준히 증대하였다. 2005년 정부 예산의 24.5%이던 보건복지지출은 2009년 현재 정부예산의 28.6%를 차지하게 되었다. 그러나 이러한 비중은 OECD 국가들이 정부예산 중 복지지출 비율인 40~50%에 비해서는 크게 낮은 수준이다. 재정지출의 구조조정을 통해서 적정수준으로 복지지출 비율을 높이는 노력이 요구된다.

〈표 1-6〉 주요국의 정부기능별 재정배분(2009년)

(단위 : %)

국가(연도)/정부기능	프랑스	독일	일본	스웨덴	미국	한국
일반공공행정	12.8	12.9	12.3	13.6	11.5	5.71
국방	3.3	2.4	2.3	2.7	11.7	10.29
공공질서 및 안전	2.4	3.5	3.6	2.6	5.4	4.47
경제사업	5.5	7.6	11.3	8.5	10.1	20.21
환경보호	1.6	1.4	3.6	0.6	..	-
주택 및 지역개발	3.7	1.6	1.8	1.4	3.1	6.30
보건	14.8	14.5	19.9	13.5	20.5	1.05 (8.55)
오락, 문화 및 종교	3.0	1.4	0.3	2.2	0.7	0.94
교육	11.0	9.2	10.0	13.2	15.8	14.44
사회보호	42.0	45.6	34.9	41.6	21.1	20.05
미분류	-	-	-	-	-	16.54
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
복지재정(보건+사회보호)	56.8	60.1	54.8	55.1	41.6	21.1 (28.6)

자료: OECD Stats; 옥동석(한겨레, 2011년 2월7일) 재인용.

주: 한국의 괄호 안 숫자는 국민건강보험공단을 포함하여 추정한 수치임.

2. 지방재정

지방의 복지재정은 국고보조사업, 2005년 지방이양된 분권교부세 사업, 지방정부의 자체사업으로 나누어 볼 수 있다. 지방 복지재정의 대부분은 공공부조제도 중심

으로 편성되어 있는 국고보조사업에 소요된다. 특히 국고보조사업의 규모가 증대하면서 지방 복지재정 부담 증대의 주요 요인으로 등장하였다. 지방이양사업이 경우에도 분권교부세 지원의 부족으로 지방재정을 악화시키는 요인이 되었다.

많은 사회복지사업은 국고보조사업으로 운영되고 있는데, 국고보조금에 대응하는 지방비 부담이 과중하여 지방의 복지재정난의 주요 원인으로 작용하고 있다. 특히 우리나라의 주요 공공부조제도는 국고보조사업으로 운영되어 중앙정부와 지방정부가 그 재원을 분담하여 왔다. 국세청이 관장하는 근로장려세제는 중앙정부 사업으로서 그 예외에 해당된다. 기존의 복지분야 국고보조사업 중 사회서비스 등 일부는 2005년 복지분권화 개혁으로 지방으로 이양되었지만, 기초보장제도(의료급여 포함)등 소득보장 성격의 공공부조 급여는 여전히 국고보조사업으로 남아 있다. 여기에 기초노령연금, 장애인연금 등 국고보조사업이 증가함에 따라 지방비 부담이 급증하였다. 기초보장급여는 국고보조비율이 서울은 50%, 지방은 80%로, 나머지는 지방비로 충당하도록 되어 있었다. 기초노령연금제도에서는 시군구의 재정자주도와 노인인구비율에 따라 40~90%까지 차등적으로 국고보조를 하고 있다. 장애인연금의 경우에는 기존 장애수당과 마찬가지로 서울에는 50%, 지방에는 70%의 국고보조를 하고 있다. 2000년대 이후 급증한 영유아 보육료지원사업의 경우에는 지방비 부담이 50%를 차지한다. 지방 간 재정격차가 지속되면서 기초노령연금에서 차등보조가 처음으로 도입된 후, 2008년부터는 기초보장급여에서도 차등보조방안이 도입되어 서울에서는 자치구에 따라 40~60%를 국비로 보조하고, 지방은 70~90%를 보조하도록 개편되었다.

국고보조사업에서의 이러한 중앙과 지방의 재원분담에 대해서는 지방비가 과도하다는 지적이 지속되었다(이재원, 2005). 특히 국고보조사업의 규모가 계속 커지면서 지방의 재정부담이 커졌다. 아래 표에서 보듯이, 전체 사회복지예산에서 국고보조사업 예산이 차지하는 비중은 70~80%이고 그 증가율은 2005년 이후 15.3%에 이르고 있다. 이렇게 복지분야 국고보조사업의 총량이 늘어, 국고보조사업을 위해 지방 자치단체가 부담해야 할 재원이 증가하고 있음을 알 수 있다(구인회·양난주·이원진, 2009).

국고보조사업의 지방비 부담 증가속도는 중앙정부가 지방정부에 지원하는 일반재

원인 지방교부세 증가속도를 크게 앞지르고 있다. <표 1-8>을 보면 복지부 국고보조사업은 2005년에서 2010년 사이 매년 24.2%씩 증가하였다. 이로 인해 지방비 부담은 2005년 1조 7,800억원에서 2010년 7조 100억원으로 매년 33.6%씩 늘었다. 하지만 지방정부가 중앙정부로부터 지원받는 지방교부세는 연평균 6.8%씩 증가하여, 국고보조사업 지방비 지출을 위한 지방정부의 재정부담이 과중해짐을 알 수 있다.

〈표 1-7〉 사회복지분야 국고보조사업 및 지방이양사업 예산추이

(단위: 억원, %)

	이양 전			이양 후			연평균 증가율		
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	이양 전	이양 후	전체
사회복지예산(A)	86,481	94,264	106,678	128,858	153,220	172,825	11.1	19.8	15.5
국고보조사업(B)	70,378	74,459	87,513	95,051	115,884	135,485	11.7	15.3	13.5
비중(B/A)	81.4	79.0	82.0	73.8	75.6	78.4	80.8	74.7	78.4
국고보조금(C)	49,488	51,554	61,027	64,977	78,690	92,495	11.3	13.8	12.5
비중(C/B)	70.3	69.2	69.7	68.4	67.9	68.3	69.7	68.2	69.1
지방비(D)	20,890	22,905	26,486	30,074	37,194	42,990	12.6	18.6	15.6
비중(D/B)	29.7	30.8	30.3	31.6	32.1	31.7	30.3	31.9	30.9

자료: 감사원(2008).

〈표 1-8〉 복지부 국고보조사업 및 지방비부담 예산추이

(단위: 조원, %)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	연평균 증가율
정부총지출	209.6	224.1	238.4	262.8	301.8	292.8	6.9
보건복지부 예산	8.91	9.71	11.53	15.85	19.27	19.29	17.4
복지부 국고보조사업	4.95	6.04	7.82	11.63	13.89	14.11	24.2
대응 지방비	1.78	2.15	2.85	5.18	6.27	7.01	33.6
지방교부세	20.1	21.5	24.5	28.9	26.6	27.4	6.8

자료 : 국회예산정책처, 2010 대한민국 재정 ; 국가재정운용계획 2011~2015(지방재정분야)

이렇게 국고보조사업에 대한 지방비 부담이 급증하자, 개선방안에 대한 논의도 이루어지고 있다. 기초보장제도나 기초노령연금 등 주요 공공부조제도는 사회보험이 아직 정착하지 않은 우리나라 상황에서 소득보장을 위한 주요 제도로서 역할을 하고 있어 국가사무로서의 성격이 강하므로 기초생활보장급여·기초노령연금 등의 사업에

대한 국비부담을 늘려 중앙정부의 재정책임을 강화하는 방안(구인회 외, 2009), 차등보조율제 적용 확대 및 개선 방안(김을식 외, 2007; 박혜자, 2009) 등이 제기되었다. 지방정부가 지방비 부담과 단순 집행 책임만을 가질 뿐 사업의 기획이나 설계 등 주요한 의사결정 과정에서 배제되고 있는 점도 문제점으로 지적된다.

참여정부는 2005년에 국고보조사업의 일부를 지방이양하였다. 사회복지분야에서는 보건복지부 소관 국고보조사업 140개 중 67개(5,959억원)가 지방이양되었다. 지방이양사업에 대한 한시적인 재정지원 장치로는 분권교부세를 도입하고 2010년에는 보통교부세로 통합하도록 하였다. 그러나 지방이양사업의 예산증가 추이를 살펴보면, 지방이양 후 67개 사업의 총 예산은 연평균 19.4% 증가하였는데, 국비는 12.6%, 지방비는 26.7% 증가하여 지방비 비중이 이양 전 52.8~54.4%에서 이양 후 63.7~67.1%로 증가하였다. 이는 분권교부세를 통한 국비 지원이 지방이양사업 예산 소요에 비해 과소하여 지방비 부담이 커진 결과이다.

사회서비스의 경우 지역적 실정에 맞추어 주민 욕구에 민감하게 대응하는 것이 필요한 만큼 국고보조사업으로 진행되던 사회서비스 사업들을 지방정부로 이양한 분권화의 기본적 방향은 적절한 것으로 평가된다. 그러나 지방정부의 재정적 기반이 취약한 우리나라 지방분권의 현실에서는 사업의 권한은 지방으로 이양하더라도 재정 부담에서는 중앙정부의 역할을 축소하지 않는 방식의 분권화 추진이 필요하였다. 그러나 실질적인 분권화 과정은 사업에 대한 결정 권한은 여전히 중앙정부가 행사하는 부분이 많고 재정적 책임은 지방으로 전가하는 방식으로 집행되어 많은 무리와 부작용을 낳게 되었다(구인회 외, 2009).

제5절 한국 사회보장체계의 발전과정

산업화 시기 한국은 발전국가 주도로 급속한 경제성장을 이루었다. 이러한 성공으로 제조업 분야 대기업 부문에서 안정적인 일자리가 지속적으로 확대되었다. 발전국가는 보호주의적 지원정책을 통해 중소기업, 자영업, 농업 등의 분야에서도 고도성장의 과실을 나누었다. 이 시기 주요한 복지는 공공부문과 대기업 부문의 기업복지 중심으로 이루어졌고 공공복지 또한 이들 핵심 산업인력에 대한 사회보험 제공을 중

심으로 제한적으로 발전하였다. 그러나 1990년대를 거치며 고용성장은 정체하고 급속하게 국제화된 경제환경에서 경제의 구조조정 압력과 고용불안은 가속화되었다. 1990년대 말 외환위기는 개방경제가 본격화된 시대적 변화를 폭발적으로 드러낸 사건으로서 개방경제에 걸맞는 사회체제, 복지제도의 발전을 이루는 계기가 되었다. 외환위기와 함께 본격화된 사회복지프로그램들의 구조적 개혁은 지난 십수 년 간 지속되었다.

국민의 정부는 “생산적 복지”를 내세우며 개방화가 요구하는 경제의 구조조정을 추진하며 그 과실과 고통을 공유하는 복지개혁을 추진하였다. “생산적 복지” 개념은 복지가 경제의 지속적 발전에 기여하는 생산적인 성격을 가졌음을 강조하여 과거 산업화 시기 복지를 낭비적인 것으로 보고 모든 자원을 경제적 투자에 집중하던 사고방식을 극복하고자 하였다. 국민의 정부는 개방화 시대에 걸맞는 복지 발전의 새로운 패러다임에 따라 사회보험의 전국민 적용 확대, 국민기초보장제도의 도입 등 복지 확충의 중요한 전기를 마련하였다.

국민의 정부를 계승한 참여정부 또한 “동반성장” 노선을 제시하며 복지확충 노력을 지속하였다. “동반성장” 또한 성장의 과실을 계층간에 고르게 향유하여 지속가능한 사회적, 경제적 발전을 도모하여야 함을 주장하고 이러한 맥락에서 복지의 적극적인 역할을 강조하였다. 참여정부는 사회보험의 적용 확대, 국민기초보장제도 정착, 보완 등 소득보장제도의 확충노력을 지속하면서 의료보장성을 강화하고 아동 보육과 노인 장기보호 등 사회서비스 영역에서 정부의 역할을 늘리는데 크게 기여하였다.

국민의 정부와 참여정부에 걸친 복지개혁은 중산층과 대기업 근로자 중심의 사회보험을 취약계층을 포함한 전국민 대상으로 확대하는데 기여하였다. 또 근대화된 공공부조제도를 정착시켜 증대되는 빈곤문제에 대응하였다. 또 보육, 장기요양 등 사회서비스의 급속한 확충이 이루어졌다. 이러한 복지개혁의 지배적인 관심은 평등과 재분배, 사회적 연대를 높이는 것에 있어서 복지국가의 사회정책으로서의 면모를 띠게 되었다. 21세기로의 전환기에 이루어진 이러한 복지정책의 확대는 경제성장 지상주의가 지배하던 산업화 기간의 발전국가 시대와 대비되는 것이며, 국제적으로도 주목받을 만한 것이었다. 지난 십수년간의 사회경제적 전환기를 거치며 한국의 복지국가는 그 기본적 열개를 갖추게 되었고, 산업화와 민주주의에 성공한 한국이 이제 복지국가로 진입하고 있다.

〈표 1-9〉 각 정부별 복지정책 방향 및 성과

구분	복지정책 방향 및 성과
박정희 정부	<ul style="list-style-type: none"> □ 억압적 발전국가에 의해 급속한 산업화를 위한 자본축적 지원 및 권위주의 정권의 지배정당성 획득을 위한 전략적 복지 □ 한국 사회복지제도의 기본적 틀을 마련했다는 점에서는 긍정적인 평가 가능 <ul style="list-style-type: none"> ○ 생활보호법을 비롯한 각종 사회복지법 제정, 공무원연금법과 군인연금법 등 특수직 연금제도 실시 ○ 사회보장에 관한 법률과 사회보험제도로써 산재보험법과 의료보험법 제정을 통해 사회복지 기반 마련 □ 1973년 국민복지연금법은 유신정권의 정당성 확보를 위해 제정되었으나, 석유위기에 따른 경제적 불안정으로 연기하고 의료보험제도를 실시 <ul style="list-style-type: none"> ○ 의료보험의 재원은 피고용인과 고용인이 반반 부담하고 국가는 행정비용만을 부담하여 국가재정개입을 최소화하는 기술관료적 행정편의주의 반영 □ 임금근로자인 직장인을 대상으로 하는 의료보험제도가 1977년부터 시행됨으로써 건강보장을 위한 중요한 진전이 있었음.
전두환 노태우 정부	<ul style="list-style-type: none"> □ 전두환 정부시절 ‘복지사회’ 건설이 등장하였고, 노태우 정부에서는 ‘국민복지’ 중진이 슬로건이었음. <ul style="list-style-type: none"> ○ 국민복지연금법을 개정하여 국민연금제도를 1988년에 도입함. 실시된 국민연금 제도는 각출형 연금제도로 제도 시행 후 상당기간 적립기금이 누적될 수 있도록 설계되어 경제성장을 위한 투자자금의 기능도 수행. ○ 의료보험의 전국민 확대가 1987년에 전격적으로 이루어짐. ○ 사업주 배상책임보험 성격에 머물던 산재보험제도가 1989년 법 개정으로 사회보험제도로써 발전적으로 개편됨. □ 경제가 빠르게 성장함에 따라(3저효과 등으로 두 자리 수 경제성장과 대규모의 무역수지흑자가 실현) 절대적 빈곤이 극복, 지니계수 등 소득분배 지표개선됨. <ul style="list-style-type: none"> ○ 노태우 정부 시기에는 임금수준이 크게 높아지고 노동소득분배율도 제고됨. ○ 복지정책보다는 경제성장에 따른 Spillover Effect가 크게 영향을 미침
김영삼 정부	<ul style="list-style-type: none"> □ “삶의 질의 세계화를 위한 대통령 복지구상”을 발표, 복지개혁의 방향과 기본원칙 제시(’94.3) 및 국민복지기획단 구성(’94.5) <ul style="list-style-type: none"> ○ “21세기 국민복지”의 비전 구호 아래 ‘한국적 복지모형’의 정립을 시도 <ul style="list-style-type: none"> - 국민복지의 목표는 균형된 복지국가 건설로, 가족·이웃·지역사회·국가로 이어지는 한국형 복지공동체 구축 도모 ○ 생산적·예방적 사회복지를 중심개념으로 설정하고, 5원칙과 6대 정책과제를 제시했으나, 대통령의 복지구상은 단순 구상 수준의 간략한 내용만 담김. <ul style="list-style-type: none"> - (기본방향) 경제개발과 사회개발을 상호 보완하여 국민복지 증진 - (주요원칙) 최저수준 보장, 생산적 복지, 공동체적 복지, 정보화·효율화, 안전 증시 <ul style="list-style-type: none"> ※ 생산적 복지 : 복지 대상자 스스로 사회·경제활동에 생산적으로 참여하여 복지수준을 향상하도록 함. ○ 고용보험제도 시행, 국민연금제도가 농민 및 농어촌지역 자영자에게 확대, 공무원 교원 의료보험조합과 지역의료보험조합의 통합을 위한 국민의료보험법이 제정, 민간복지 활성화를 위한 사회복지공동모금법 제정 등 중요 사회보장 제도 입법 시행

구분	복지정책 방향 및 성과
김대중 정부 “생산적 복지”	<p><input type="checkbox"/> ‘생산적 복지’ 도입 배경</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1997년 외환금융위기로 인한 사회적 위기극복을 위해 경제위기 극복과정에서 사회적 안전망 구축에 1차적인 목적을 두고 출발 ○ 대통령비서실 내 “삶의 질 향상 기획단”을 설치·운영하여 생산적 복지 제시(‘99.8) <ul style="list-style-type: none"> ※ ‘생산적 복지’의 용어가 국가의 복지이념과 관련되어 본격적으로 언급되기 시작한 것은 김영삼 정부의 ‘삶의 질 세계화를 위한 국민복지의 기본구상’인. <p><input type="checkbox"/> (정의) 생산에 기여하는 복지 또는 생산에의 참여를 통한 복지</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 일을 통하여 시장경제에 참여하는 계층에 대한 일차적인 분배체계를 마련함. 즉, 신자유주의에서 제시한 노동과 연계한 복지시스템의 성격을 가짐. ○ 국가에 의한 재분배를 도모하여 모든 국민이 빈곤선 이하에서 생활하지 않도록 기초 생활 보장 ○ 사회보험제도 확충 내실화 및 취약계층의 자립·자활 지원 ○ 시장경쟁에서 탈락한 취약계층에 대한 적극적 교육과 훈련을 통해 일할 의욕과 능력을 제고하고자 하였으나 성과를 거두지 못함. <p><input type="checkbox"/> 미국의 ‘Workfare’, 스웨덴의 ‘Active Labor Market Policy’, 영국의 ‘Welfare to Work’ 등과 유사한 개념</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 위 국가들은 사회복지지출 부담을 줄이고 복지수급자의 노동시장으로의 유입을 유도, 노동력 공급을 전제로 급여가 주어지는 복지제도의 특성을 가짐. ○ 김대중 정부의 생산적 복지는 과소복지에서 적정복지로 나아가기 위한 복지이념으로서, 외국의 복지확대에서 복지축소 지향의 정책과는 상이
노무현 정부	<p><참여복지></p> <p><input type="checkbox"/> 참여복지 도입 배경</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 경제위기를 극복하는 과정에서 배태된 사회적 불평등의 심화, 노동시장 유연화로 인한 고용의 불안정성 증대, 노령화 및 사회적 결속력의 약화 등을 극복 - 상대빈곤 해소 및 국민들의 높은 복지요구 등 새로운 복지수요 대응하여 전체 국민의 삶의 질 향상 도모 <p><input type="checkbox"/> (정의) 정책 결정과 집행, 평가 과정에 국민이 주체적으로 참여하고 지역사회, 민간자원의 공동참여를 적극 유도하는 복지로 참여민주주의 이념에 기반을 둠.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 국가의 적극적인 복지역할 증대와 국민의 능동적인 복지정책 참여를 통해 지속 가능하고 수준 높은 복지제도 구축 지향(정책내용이기보다는 정책과정). ○ (기본 방향) 분배를 통한 성장잠재력의 극대화, 저소득층 위주의 복지에서 보편적 복지로, 복지에 대한 국가 책임의 강화 및 민간 참여의 확대 ○ 학술적인 이론적 배경이 모호, 정책적 근거가 빈약함. <p><사회투자형 복지모형></p> <p><input type="checkbox"/> 참여정부 중반 이후의 복지담론으로 성장과 분배의 선순환, 저출산·고령화 대비의 필요성 등 노무현 정부의 주요 의제를 뒷받침하는 핵심적 논거로 사용</p> <p><input type="checkbox"/> 사회투자자의 특징</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 경제정책과 사회정책의 통합, 기회 재분배 투자(특히 인적자본 투자) 강조, 교육과 훈련을 통해 많은 사람들을 경제활동에 참여하도록 지원 ○ (주요 프로그램)근로연계복지와 적극적 노동시장정책 등을 포괄하는 활성화정책, 아동과 여성친화적 정책 등의 사회복지서비스 프로그램, 자산형성 접근법 <p><input type="checkbox"/> 추진 실패 : 재원조달 문제, 국민 대부분이 추가적인 증세를 통한 복지확대에 부정적인 분위기가 조성됨으로써 새로운 패러다임으로의 전환시도가 좌절됨.</p>

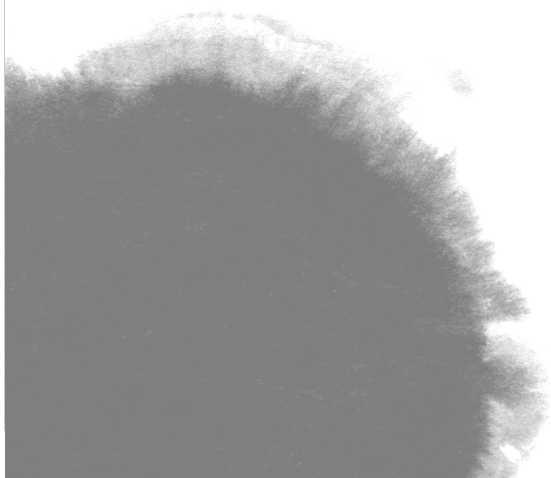
구분	복지정책 방향 및 성과
이명박 정부 “능동적 복지”	<input type="checkbox"/> 능동적 복지의 배경 <ul style="list-style-type: none"> ○ 1999년 벨기에 정부의 능동적 복지 국가(active welfare state)를 시작으로, 2000년 리스본의 EU 정상회담에서 유럽의 사회정책방향으로 채택 ○ Esping-Anderson은 위험이 일어나기 전에 적극적으로 위험에 대처할 수 있는 역량을 키움으로써 위험에 처할 가능성을 낮추고 위험에 처하더라도 스스로의 힘으로 벗어날 수 있도록 하는 방식이라고 설명 ○ 성장과 분배의 공생적 발전모델을 추구했다는 점에서 김대중, 노무현 정권과 유사
	<input type="checkbox"/> 5대 국정지표로서의 ‘능동적 복지’ <ul style="list-style-type: none"> ○ (정의) 빈곤과 질병 등 사회적 위험을 사전에 예방하고, 위험에 처한 사람이 일을 통해 재기할 수 있도록 돕고, 경제성장과 함께 하는 복지 ○ (전략목표) 평생복지기반 마련, 예방·맞춤·통합형 복지, 시장기능을 활용한 서민 생활 안정, 사회적 위험으로부터 안전한 사회 ○ 사회구성원의 인적 역량에 미리 투자하고, 일자리와 연계한 저소득층의 탈빈곤 및 자립(특히 노인, 장애인, 여성의 일자리)을 적극적으로 지원
	<input type="checkbox"/> 능동적 복지의 필요성 <ul style="list-style-type: none"> ○ 복지의 양적 확충과 사회안전망 구축에도 불구하고 예방적 차원의 보건복지서비스 및 복지서비스 전달체계의 미흡으로 국민의 복지 만족도 및 서비스 체감도는 낮음.
	<input type="checkbox"/> 참여복지와의 차별성 <ul style="list-style-type: none"> ○ 복지에 대한 개인의 권리와 책임의 균형을 강조 ○ 성과와 경제성을 고려한 민간과 시장을 활용한 효율적 복지 지향 ○ 계보조에 초점이 맞추어져 왔던 복지에서 일을 통한 복지로의 전환
	<input type="checkbox"/> 집권후반기에 서민중심 공정사회 강조 <ul style="list-style-type: none"> ○ 글로벌 경제위기를 성공적으로 극복하면서 양극화 해소와 사회통합정책이 강조 ○ 기회균등 차원에서의 공정사회 전환 논의가 제기되고 있음. ○ 그러나 전반적인 재정긴축 기조로 인하여 복지재정에 대한 우선순위에도 불구하고 국민의 복지욕구 증가 부응에는 한계

그러나 이러한 한국 사회보장의 발전에도 불구하고, 국민의 정부와 참여 정부는 양극화와 고령화의 추세에 맞서 빈곤 악화와 중산층의 삶의 질 하락을 막는 데 성공하지 못했다. 복지국가 구축노력이 한계를 보인 데에는 대기업 정규직 중심의 핵심노동자층과 중소기업, 비정규직의 주변 노동자층으로 분단된 노동시장의 이중구조를 개혁하여 고용성장의 활력과 안정성을 회복하지 못한 점을 우선 들 수 있다. 고용의 활력이 떨어지고 고용 양극화가 지속되는 상황에서 복지확충이 효과를 내기 어렵다. 또 복지확장 추진에도 불구하고 복지재정 확충을 위한 적극적인 노력 없이 소극적으로 사회보험 기여금에 의존한 재정조달 전략을 고수한 것도 크게 작용하였다. 사회보험 기여금 의존 전략이라는 발전주의 유산으로 발전주의 복지제도를 극복하려 한 것에 좌절의 씨앗이 있었다.

2008년 새로 등장한 이명박 정부는 한편으로는 “능동적 복지”를 내세워 복지확충의 기초를 거스르지 않을 의지를 보이면서, 다른 한편으로는 감세와 규제완화를 통한 경제성장을 강조하는 양면적 태도를 보였다. 국민의 정부와 참여정부의 복지확충에 대한 비판적인 인식은 과거 산업화 시기 발전국가의 고속 경제성장에 대한 높은 평가와 관련되어 있다. 그럼에도 불구하고 양극화와 고령화로 나타나는 변화된 사회환경에서 복지의 역할은 인정하고 복지의 능동적 성격을 강화하고자 한다. 이동을 대상으로 한 인적자본 투자의 중요성을 강조하거나 마이크로 크레딧 확충을 통한 서민, 빈곤층의 자립지원을 강조한다. 그러나 감세와 재정균형을 강조하는 기초를 유지하고 있어 복지확충에서 주목할 성과를 내기는 쉽지 않은 상황이다.

02

스웨덴 사회보장체계



제2장 스웨덴 사회보장체계

제1절 서론

스웨덴은 높은 수준의 복지국가로 잘 알려져 있다. 개인의 경제적 안전(economic security)을 공적으로 보장하여 직업과 성별, 나이에 관계없이 평등하고 인간다운 삶을 누릴 수 있도록 한다. 스웨덴 사회정책 모델은 이러한 경제적 안전을 보장하고 능력을 계발할 수 있는 기회를 제공함으로써 사회 집단들 간의 격차를 줄이는데 그 목적이 있다. 국가와 지방자치단체로 이루어진 공공부문은 사회구성원의 복지에 중요한 의료 보건, 노인케어, 아동보육, 교육 등의 사회서비스를 제공하고, 사회보험 및 아동수당 등의 사회급여를 지급하고 있다. 놀라운 것은 이러한 사회정책 목표를 위해 세계 최고 수준의 세금과 복지를 하고 있음에도 경제적으로 성공적인 나라라는 점이다.

스웨덴 사회정책 모델은 모든 생애 단계마다 그에 맞는 지원을 통해 안전을 보장하는데 그 목적이 있다. 출산 및 양육 시기, 투병 시기, 노령기 등 생애 기간 동안 맞게 되는 문제를 걱정없이 해결할 수 있도록 지원하고 있다. 또한 개인의 필요에 의한 맞춤형 지원과 서비스를 제공하고 있다. 스웨덴 복지국가는 공공사회서비스가 뛰어나다는 특징이 있다. 사회서비스는 구성원 모두가 적극적이고 완전한 사회의 일원이 될 수 있도록 역량을 강화시키는데 그 목적이 있다. 사회구성원 모두가 각자의 삶에 책임을 가질 수 있도록 자기 계발을 지원하는 것이다. 일할 수 있는 사람은 모두 일을 할 수 있도록 하여 사회급여 대상자가 되지 않도록 하고, 현금 지원은 단기적 사회안전망의 역할을 하고 있다(Ministry of Health and Social Affairs, Sweden).

이러한 복지국가를 제도적으로 발전시키기 위해 1930년대부터 지금까지 많은 법과 제도의 도입, 개혁이 이루어져 왔다. 역사적으로 스웨덴 복지국가 모델은 장기간 집권한 사회민주당에 의해 주도적으로 구축되었다. 그러나 사회민주당에 의해서만 발전되어 온 것이 아니고 복지국가 발전의 초기부터 우파인 농민당과의 연립정부 등 좌우파 합의로 복지정책을 발전시켜 왔다(Steinmo 2010).

스웨덴은 수준 높은 공공사회서비스와 분배효과가 큰 사회급여에서 뿐만 아니라, 높은 세금과 막대한 공공지출로 복지와 재정, 복지와 경제성장 측면에서도 중요한 사례가 되고 있다. 높은 복지수준에도 불구하고 스웨덴은 이러한 문제를 비교적 성공적으로 해결해 왔다. 스웨덴 복지국가가 여전히 소득분배와 공공사회서비스 부문에서 중요한 역할을 하고 있으며, 경제성장과 재정운용 면에서도 큰 문제가 없기 때문이다. 스웨덴 복지모델은 분배의 효율성과 성장친화성을 중시해 왔는데, 1960년대부터 크게 늘어난 재정지출은 보육서비스, 교육 및 직업훈련, 보건의료 등 투자적 성격의 부문에 집중되었다. 또한 고용을 늘리고 사회 전반적으로 안전도를 높여 실업급여, 산재급여, 공공부조와 같은 소비적 재정지출을 최소화하는데 노력해 왔다. 성장과 분배의 스웨덴 방식은 성장과 고용, 고숙련의 인적자본과 생산적인 복지가 핵심이었다.

1970년대 들어 복지급여의 관대성이 강조되면서 복지지출이 급격히 증가하였고 이에 더해 세계적인 경기침체로 실업이 늘면서 재정문제가 크게 악화되었다. 이에 국가는 세금을 크게 늘림으로서 재정지출 문제를 해결해 왔다. 그러나 성장둔화와 고실업, 막대한 재정지출의 부작용으로 심각한 재정적자와 국가부채가 발생하여 공공부문은 위기에 처하게 되었다. 1990년대 들어 세제개혁과 연금개혁을 비롯하여 복지국가에 대한 근본적인 구조개혁이 추진되었다. 중요한 점은 이 모든 개혁이 정치적 합의에 의해 이루어졌다는 것이다. 그 결과 1990년대 이후 세제, 복지, 재정 등 각 분야에서 개혁이 본격적으로 이루어지면서 복지국가의 효율성이 제고되어 왔다. 1994년 재집권한 사회민주당 정부가 이러한 개혁을 추진하는데 주도적인 역할을 하였으며 경제적 성과와 복지정책의 분배 효율성을 높여왔다. 재정개혁을 통해 1994년 GDP 대비 10%가 넘는 재정적자를 1998년부터 흑자로 바꾸었다. 이 과정에서 재정지출 규모 자체가 축소된 것이 아니라 재정지출의 효율성을 높이는데 주력

하였고 경제성장에 따른 세수의 증대가 중요한 기여를 했다. 스웨덴은 2006년 말 이후 현재까지 중도우파연합이 집권하고 있다.¹⁾ 스웨덴의 우파정부는 2006년 집권 이후 국민 대다수가 지지하는 사회적 합의, 평등, 복지국가라는 스웨덴 모델의 근간을 존중하면서 개혁을 통해 효율성을 크게 높여왔다. 복지급여를 축소하여 일하는 사람에게 더 많은 인센티브를 주고, 저소득층 감세와 실업자들에게 교육·훈련을 제공하여 능력과 인센티브를 제고시켜 왔다. 2008년 세계금융위기 이후, 특히 일부 유럽 국가들의 재정 및 국가채무 위기 상황에서 복지는 물론 높은 성장과 생산성을 달성함에 따라 스웨덴 모델은 좌우파를 막론하고 많은 국가들에게 크게 주목되고 있다.²⁾

복지국가와 재정의 관계는 중요하고도 어려운 과제이다. 재정기조(fiscal position)를 어떻게 유지할 것인지, 재정지출의 규모를 얼마나 할 것인지, 재정지출 구성을 어떻게 할 것인지를 정하는 문제는 복지국가의 성격과 내용에 결정적인 영향을 미치게 된다. 재정기조란 재정의 적자 또는 흑자를 의미하며 이는 재정의 팽창 또는 축소와도 관련된다. 그러나 성장이 지속된다면 재정확대에도 불구하고 재정적자 문제가 발생하지 않을 수도 있지만 마이너스 성장의 경우에는 재정축소, 즉 긴축재정에도 불구하고 재정적자 문제가 발생할 수 있다. 또한 공공지출을 위해 재정적자를 감수할 것인지 아니면 재정 건전성을 우선할 것인지를 문제에도 직면하게 된다. 재정 건전성이 중요한 재정목표 중 하나이기는 하지만 어느 부문에 대한 재정지출이냐에 따라 성장을 촉진하고 분배를 더 잘 할 수도 있기 때문에 재정적자에도 불구하고 지출을 늘릴 수도 있다. 따라서 재정을 어떻게 할 것인가 하는 문제는 각국의 경제적 상황 뿐 아니라 정치적 상황, 정부의 정책목표 등에 따라 다르게 나타나게 된다.

많은 연구들은 재정규모에 따른 큰정부와 작은정부의 논의보다 효율적인 정부가 복지국가의 지속가능성을 높인다고 한다(Price et al 2008). 또한 얼마나 지출하느냐 만큼 어디에 지출하느냐가 경제적 목표와 분배를 달성하는데 중요한 영향을 미치

1) 2006년 9월 총선 당시 중도우파연합은 친노동적 입장을 견지하면서 스웨덴 모델을 업그레이드하고 복지 정책을 보다 내실있게 발전시키겠다고 공약한 바 있다.

2) 2010년 9월 우파정부가 재집권에 성공한 요인은 기존의 복지모델을 유지하면서 경제성장과 실업 감소, 건전재정, 국가경쟁력 제고 등에 성공했기 때문이다. 우파정부는 고세금, 고복지에도 강한 경제를 달성하여 ‘스웨덴=가장 성공적인 사회’라는 평가를 지속시키고 있다.

게 된다. 세금으로 구성된 재정자원을 교육, 건강, 사회보장 등에 효율적으로 지출함으로써 결과적으로 재정이 경제, 즉 생산부문에 다시 투입되는 효과를 크게 하는 것이 중요하다. 이는 바로 공공지출을 통해 경제성장을 제고하고 성장의 이득을 분배하는 선순환을 달성하는 것이다. 결국, 공공지출이 경제성장에 기여하고 분배를 보장하는 것은 재정자원을 어떻게 지출하고 얼마나 효율적으로 지출하느냐에 달려있게 된다.

이 연구는 스웨덴의 사회보장체계의 발전 배경, 사회보장 법제, 사회보장 재원, 사회보장 제도의 주요 특징 및 주요 프로그램, 복지거버넌스, 정보 및 통계, 사후 관리, 사회보장제도의 성과 등에 대해 조사하고 분석하고자 한다. 이를 위해 먼저 스웨덴 복지국가의 발전과 특징을 간략히 서술할 것이다. 둘째, 주요 사회보장제도와 복지 거버넌스, 법제, 위원회 현황, 정보 및 통계 관리 등을 검토할 것이다. 셋째, 재정수입 및 재정지출의 구조와 특징, 복지재정의 소득재분배 효과, 재정건전성 문제 등을 주요 통계 자료를 중심으로 분석하고자 한다. 예산과 재정목표의 연계성을 간단히 분석하여 경제와 복지의 상호보완성을 검토한 후 경험적 함의를 찾고자 한다. 마지막으로 스웨덴 사회보장제도의 성과와 함의를 검토할 것이다.

제2절 스웨덴 복지국가의 역사적 발전과 개혁

1. 스웨덴 복지국가의 발전 배경과 특징

스웨덴 복지국가의 특징은 대부분 조세수입을 재원으로 하여 저소득층을 포함, 모든 국민을 대상으로 소득보장과 다양한 공공 사회서비스를 제공하는데 있다. 1891년 자발적인 건강보험에 대해 국가가 기여금을 지원하면서부터 복지정책이 시작되어 1901년에 고용주 책임을 강제한 산재보험법이, 1913년에는 연금제도가, 1931년에는 병가보험이 각각 도입되었다. 1928년 사회민주당 한손(Per-Albin Hansson) 당수가 공식적으로 주창한 ‘국민의 집(Folkhemmet, the People's Home)’ 개념은 스웨덴 복지제도의 근간이 되었다. 국가는 국민의 집과 같은 역할을 통해 노동자 및 전체 사회적 약자를 국가가 보호하여 일정 수준의 삶의 질을 보장하고 평등한 사회

적 권리를 갖도록 해야 한다는 것이다. 또한 ‘국민의 집’은 계급간 다리를 놓는 역할을 하면서 사회 계층간 협력과 상호이해의 중요성을 강조하였다(신필균 2011; 신정완 2011). 이러한 평등적, 보편적 복지의 사상은 1930년대 이래 지금까지 스웨덴 복지국가의 이념으로 자리잡아 왔다(Esping-Andersen 1988). 1930년대 스웨덴 사회민주당은 점진적 개혁주의와 복지국가주의, 자본계급과의 협력 등을 추구함으로써 지지기반을 확고히 하고 경제성장과 복지국가의 기반을 마련하였다.

스웨덴 복지국가는 사회민주당이 집권한 1932년 이후 한손 수상(재임 1932-46) 정부가 빈곤추방과 인간적인 삶을 보장하려는 계획으로부터 본격화되었다. 실업자들을 보호하기 위해 1934년 실업보험제도가 되었고 1935년에는 연금지급액이 상향되었다. 1938년 사회복지위원회가 구성되었고, 평등주의적 보편주의 원칙하에 연금, 가족수당, 의료보험, 산재보험 등이 확대, 도입되었다. 당시 스웨덴도 대공황의 영향을 받아 실업과 빈곤문제가 심각하였는데 이들을 보호하기 위한 사회정책이 논의되었다. 일반 국민들의 전반적인 생활여건 향상을 위해 적극적 노동시장정책, 주택건설보조금제도, 특별실업보험제도 등 스웨덴식 뉴딜정책이 시행되었다. 이러한 개혁적인 사회정책의 재원은 소득세, 상속세, 재산세의 누진율을 크게 높임으로서 충당되었다.³⁾ 사회민주당 정부가 복지개혁을 추진하는데 있어 당시 정치적으로 강했던 보수적인 농민당과의 연정(소위 ‘적록赤綠 연정’)이 중요한 역할을 하였다. 또한 1938년, 국가의 적극적인 중재에 의해 살츠셰바덴(Saltsjöbaden) 노사대타협이 이루어져 스웨덴의 사회 코포라티즘이 본격적으로 발전하게 된 것도 스웨덴 복지국가가 발전하는데 중요한 기반이 되었다(Pontusson 1992; Steinmo 2010).⁴⁾

2차 세계대전이 끝난 후 1938년 사회복지위원회의 보고서를 기반으로 복지개혁을 추진하여 1950년대 초에 기본적인 복지제도가 완성되었다. 1946년 연금개혁을 시작으로 1947년 아동수당법, 1949년 산업재해보상법, 1954년 주택수당법, 그리고

3) 이 시기에는 중간계층 이상이 경제적 부담을 대부분 담당하였는데 부유한 개인 사업가의 경우, 80%가 넘는 소득세, 누진적 재산세, 강제적 사회보험부담금 등으로 연소득의 100%가 넘는 세금을 징수받기도 하였다. 반면 법인은 낮은 수준에서 유지하여 기업의 자본을 생산적인 투자로 유도하였다. Pontusson and Swenson 1996; Steinmo 2010) 참고

4) 스웨덴이 1930년대에 복지개혁을 추진할 수 있었던 또 다른 중요한 요인은 20세기 전후, 당시 세계화 시기, 높은 경제성장을 달성하여 자본축적이 이루어져 있었으며 1차 세계대전에 개입하지 않았기 때문이다. Magnusson(2000), Shonfield(1965), Whyman(2003) 참조

1955년에는 병가보험법이 도입됨으로써 보편적인 사회보험제도가 구축되었다. 1955년에는 국민 모두에게 거의 무료로 가까운 의료서비스제도가 시작되었다. 스웨덴 복지국가모델은 1930년대 스웨덴 경제학자 군나르 뮈르달(Gunnar Myrdal)이 제시한 사회민주주의형 모델로 알려져 있다(Carlson 1990). 뮈르달의 ‘생산적 복지’ 개념은 저소득층에 모든 급여를 나누어주는 복지체제 대신, 모든 국민에게 생활에 필요한 서비스를 국가가 직접 제공하는 사회서비스 중심의 복지국가 전략이었다. 의료, 교육, 보육, 노인요양과 같은 서비스를 정부가 직접 운영, 제공함으로써 일정 수준 이상의 삶을 모두에게 보장하는 것이다. 이러한 공공소비로 스웨덴은 영미모델은 물론, 독일, 네덜란드 등 대륙모델에 비해 사회서비스 인프라 수준이 높고, 실업수당 중심의 소극적 노동시장정책보다 교육, 훈련 중심의 적극적 노동시장정책 지출이 훨씬 많다.

1950년대 후반 큰 정치적 논란과 이념투쟁을 가져온 보충연금제도의 개혁(1959년)은 임금소득자들, 특히 화이트칼라 계층이 가장 큰 혜택을 봄에 따라 사회민주당은 사무직 계층으로부터 상당한 지지를 받게 되었다. 이에 따라 대부분의 사무직 노동자들은 노동계급과 더불어 복지국가의 강력한 지지자가 됨으로써 복지국가의 팽창을 뒷받침했다. 스웨덴 복지국가는 1960년대에 들어 소득대체가 가능할 정도의 사회적 급부시스템이 구축되기 시작하였다. 당시 사민당은 ‘강력한 사회’라는 이념으로 더 큰 평등을 위해 적극적인 국가의 역할이 정당화되었고 이에 따라 복지가 더 확대되었다(김수진 2007, 224). 1968년 아동가정 주택보조비, 1972년 출산유급휴가제, 1974년 부모보험제 등 1970년대까지 사회보험, 공적부조, 사회서비스 등 모든 사회복지제도가 완비되었다. 그 결과, 노동계급과 중간계급 모두 보편적 사회보장 프로그램을 통해 제공되는 국가복지의 틀에 의해 통합되었으며, 복지는 시민적 권리이자 사회적 권리로 인식되게 되었다.

연금을 제외한 사회보험의 소득대체율은 1970년대에 이르러 80-90% 수준에 달하였다. 사회보험의 높은 소득대체율은 평등주의를 강조한 분배정책에서 비롯되었으며, 개인기여와 복지급여 간의 관계가 약한 스웨덴 복지제도의 특징을 보여준다. 공공부조와 함께 기초연금제도 또한 중요한 소득재분배 기능을 수행해 왔다. 그 결과, 소득평등 수준이 가장 높은 복지국가가 되었다(Kenworthy 2007; Steimo 2010).

사회보험제도보다 더 평가받는 스웨덴 복지국가의 특징은 탁아, 노인 보살핌, 교육, 의료 등 완벽한 사회서비스를 정부가 거의 무료 또는 낮은 비용으로 제공하는데 있다. 이러한 사회서비스의 재정지출은 EU 평균의 두 배에 이른다. 1970년대 공공부문 지출은 GDP의 60%를 상회하여 유럽 OECD국가 평균 45-50%과 비교되었다. 1970년 누진세를 더 강화하고 간접세를 더 늘림으로써 급증한 재정지출을 충당하였다. 1973년에는 기초연금기여금을 고용주 부담으로 전환하면서 사회보험비용에 대한 고용주의 부담이 늘어났다(Holmlund 1983; Lindbeck 2001).

스웨덴 복지국가는 이인부양자모델(dual-breadwinner model)에 기반하고 있어 여성의 노동시장 참여율을 높이는 역할을 하는 것도 중요한 특징이다. 무상 혹은 국가보조를 받는 공공탁아서비스는 관대한 아동수당 및 가족수당, 부모보험과 함께 복지국가를 여성친화적으로 만들어 왔다. 노동시장 참여와 육아를 양립시키며, 동시에 사회적으로 요구되는 출산율을 유지시키는 데에도 중요한 영향을 주고 있다. 적극적 노동시장정책을 통해 일할 수 있는 사람은 가능한 한 많이 일하게 만드는 고용정책은 세제와 복지수급 등에서 여성에게도 동등한 근로자의 권리를 보장해 왔다. 20세기 초부터 부족한 노동력을 여성들이 채우면서 고용평등정책이 도입되었고, 1960년대 이후 공공서비스부문에서 크게 증가한 노동력 수요로 여성의 노동시장참여율이 높아지면서 많은 분야에서 성평등이 보다 확고해졌다.

정치사회적으로 사회 코포라티즘적 계급타협 체제에 기반한 스웨덴 복지국가는 독창적인 제도적 특징을 가지고 있다. 재분배정책은 산업정책과 노동시장정책, 조세정책, 그리고 임금정책이 상호 긴밀하게 연계되어 있다. 복지정책이 수요측면과 공급측면을 동시에 조절하는 렌-마이드너(Rehn-Meidner) 노동시장모델에 의한 국가경제 관리 방식의 일부였다는 점이다(Whyman 2003; 김수진 2007). 렌-마이드너 모델은 노사간 연대임금협상으로 임금격차와 임금인상을 줄이고 생산성이 높은 기업의 성장을 도와 산업합리화를 촉진하는 것이다. 이는 완전고용 하에서 인플레이 유발적인 복지국가의 한계를 극복할 수 있게 함으로써, 복지정책의 생산주의적 기능을 제고하고 복지국가의 정치적, 경제적 기반을 강화하는데 기여했다. 산업합리화로 발생한 실업자를 위한 적극적 노동시장정책은 복지국가의 핵심 축으로 작용했는데 이는 고용이 임금소득자들에게 있어 그 자체가 가장 중요한 복지의 원천이기도 했지만, 복

지국가의 재정적 기반을 견고히 하는데도 큰 기여를 했기 때문이다. 높은 임금과 사회보험 비용 등으로 스웨덴의 노동비용이 높지만 노동으로 배분되는 사회적 자원의 규모를 크게 한다는 점에서 중요한 재분배 역할을 해왔다. 스웨덴 모델의 핵심 특징은 높은 수준의 소득평등, 보편적 복지국가와 세금정책, 높은 노조조직율과 경제 집중도, 노사간 평화 및 협력, 세계 최고 수준의 세금과 사회지출, 높은 수준의 성평등으로 요약할 수 있다.

1960년대까지 스웨덴은 서유럽국가들에서 뿐 아니라 OECD 내에서도 뛰어난 경제 성과를 내면서 동시에 높은 수준의 복지를 성취해 왔다. 낮은 실업률을 유지하여 수혜대상자를 가능한 한 감소시키는 전략을 추진해왔다. 적극적 노동시장정책이라는 제도적 장치를 통해 복지비용을 최소화하면서 세입을 극대화하는데 성공함으로써 포괄적 사회복지제도가 갖는 재정적 비용의 문제를 어느 정도 해결할 수 있었다. 높은 노동비용만큼 노동생산성의 증가를 가져오게 함으로써 기업의 경쟁력을 유지하고 고용을 제고함으로써 복지국가와의 선순환을 이루어냈다. 스웨덴에서는 공공부문에 의한 2차 분배 뿐 아니라 노동시장에 의한 1차 분배가 중요한 역할을 해왔다. 1930년대부터 중시해온 완전고용정책, 1950년대 이후의 연대임금제도에 의한 임금조정 등이 시장임금 격차를 축소시켜 사회적 평등과 소득안정에 기여해 왔다. 1980년대 이후 시장임금 격차가 커지면서 교육정책과 노동시장정책이 적극적으로 추진되어 왔다. 1차 분배가 악화될수록 2차 분배로 소득격차를 해결하기 어려워지고 장기적으로 사회경제적 부작용도 커지기 때문이다.

2. 1990년대 초 경제위기와 스웨덴 복지국가의 개혁

스웨덴 복지국가는 2차 대전 후 경제호황, 유권자들의 정치적 압력, 정당간 경쟁, 진보적 정치 환경 등으로 원래의 구상 이상으로 계속 팽창해 왔다. 다행히 높은 경제성장은 세수를 크게 늘려 복지재정을 뒷받침했다. 1960년대와 1970년대에 집중적으로 도입된 복지정책은 이러한 전후 경제성장이 지속될 것임을 전제한 것이었다. 그러나 복지국가가 최고조에 달한 1970년대에 세계적 경제위기가 발생하였고, 이에 따라 재정적자 등 부작용이 나타나게 되었다. 수출경제에 기반한 경제 상황이 악화

되면서 세금수입은 줄고 복지지출이 크게 늘어났기 때문이다. 공공부문에 고용된 인구, 병가 및 육아휴직자, 노령연금자, 조기퇴직자, 노동시장프로그램 참여자, 실업자 등 공공부문으로부터 소득을 보장받는 인구비중도 크게 늘어났다. 이러한 상황에서 스웨덴 복지국가는 보수세력으로부터 국제경쟁력을 떨어뜨리는 주요 요인으로 비판을 받게 되었다.

1970년대 들어 노사관계, 세제, 복지 등에서 급진적 개혁이 최고조에 달했던 1976년 사회민주당은 선거에 패하고 44년 만에 집권한 우파정부는 처음으로 복지체제에 대한 조정을 시작하였다.⁵⁾ 1980년에는 파트타임 근로자에 대한 연금지급액을 임금의 65%에서 50%로 축소하고, 병가보험에 대한 대기일을 도입하였다. 의료 및 주택에 대한 수혜자 부담원칙을 도입하였고 사회서비스의 비용 절감을 추진하였다. 그럼에도 크게 늘어난 복지재정은 세금인상에도 불구하고 해결이 어려워지게 되었다. 1970년대 중반 이후 심화된 경기 침체는 고용유지, 보조금 등 재정책대를 통한 경제 활성화를 위해 지출이 크게 늘었기 때문이다. 1976년 집권한 우파 연합정부도 재정지출을 축소하지 않았다. 더구나 조선업 등 사양산업에 대한 우파 정부의 막대한 구제금융으로 재정적자는 더욱 악화되었다(Lindbeck 1997). 이에 우파정부는 긴축정책과 증세를 실시하였으나 1982년 선거에서 인플레이 등 경제운용의 실패와 복지축소에 대한 유권자들의 반발로 패하였다.

사회민주당 정부는 우파정부가 단행한 복지개혁의 대부분을 폐기함과 동시에 복지국가의 지속가능성을 높이기 위한 개혁을 시도하였다. 연금개혁을 위한 연금위원회가 1984년에 설치되었다. 악화된 경제 상황에서 높은 복지급여와 재정적자를 해결하기 위해 한편으로 성장과 고용을 촉진하고, 다른 한편 외채를 조달하였다. 1980년대까지 OECD 국가들 가운데 거의 유일하게 완전고용을 유지했던 스웨덴은 1990년대 들어 전후 최악의 실업률을 기록하게 되었다. 1991-2년의 경제위기 상황에서 재정지출에 의한 인위적인 완전고용정책을 포기한데 따른 결과였다.

이미 1980년대 들어 신자유주의적 경제정책이 도입되었고 1990년대 초 인플레이와 거품경제로 인한 스웨덴 금융위기는 심각한 재정위기를 초래하였다. 이러한 경제위기와 노동시장의 문제는 곧 바로 복지국가의 위기로 발전하였다. 완전고용 자체가

5) 대표적으로 임노동자기금제(wage-earners' fund), 산업민주주의의 확대, 급격한 세금인상 등이다.

스웨덴 복지국가의 핵심적 내용이었을 뿐 아니라, 실업증가와 고용감소는 실업급여 지급 및 세금수입 감소로 재정에 이중의 부담을 안겨주었기 때문이다. 완전고용에 기반한 고세율-고복지의 스웨덴 복지모델은 1970년대 이후 변화된 경제 환경에서 과중한 비용부담과 부작용으로 재정적자와 기업 파산, 민간부문의 실업 등을 초래하게 된 것이다. 고성장과 완전고용이 더 이상 담보되지 않게 되면서 공공부문에 대한 구조조정은 불가피해졌다. 1990년대 들어 스웨덴의 EU 가입이 추진되고 1991년 다시 우파정권이 집권하면서 스웨덴 복지국가는 새로운 상황에 진입하게 되었다. 1991-92 금융위기와 1993년 이후의 고실업으로 재정적자가 심화되면서 복지프로그램의 축소와 자유주의적 연금개혁이 이루어졌다. 1990년대 초반은 사회복지제도 뿐 아니라 조세제도의 개혁이 동시에 이루어지면서 스웨덴 복지국가가 근본적으로 변화한 시기였다.⁶⁾ 1990-91년 세제개혁으로 개인소득세와 법인소득세의 세율이 대폭 하향 조정된 반면 간접세인 부가가치세가 인상되고 다양한 세금감면제도가 철폐되었다(김인춘 2007).

재정적자를 해소하기 위한 제1순위로 복지지출의 삭감이 현실화되면서 복지국가의 재편이 불가피해졌고 이러한 상황에서 세계화와 유럽통합의 가속화는 복지국가의 재편을 재촉하였다. 본격적인 개혁은 1991-2년 금융위기를 극복하는 과정에서 우파 연립정부와 사회민주당이 1992년 시장의 역할을 강화하는 것을 내용으로 한 정책프로그램(crisis package)에 합의함으로써 구체화되었다. 이 정책프로그램은 복지수당의 축소, 복지행정기구의 재편 등 사회복지에 대한 국가개입을 축소하는 내용을 포함하고 있었다. 1994년 사회민주당이 재집권한 후에도 재정적자 감축을 위해 공공부문의 구조조정이 지속되었다. 안정적인 복지재정 확보가 불확실해지고 재정압력이 심화되었기 때문이다.⁷⁾ 개인의 책임을 강조하고 경제활동에 대한 동기부여를 강화시켜 전반적으로 복지제도가 혜택중심에서 급여중심으로 전환되었고, 그에 따라 스웨덴 복지체제의 특징인 보편성이 약화되었다. 복지수당의 축소, 복지행정기구의 재편 등으로 국가의 복지개입은 다소 줄어들었다. 1991년의 세제개혁은 한계소득세와 법

6) 린드벡은 ‘세 개의 스웨덴 모델(Three Swedish Models)’을 구분하면서, 1990년대 이후의 부분적 자유화 모델을 1870-1970의 시장지향적 모델, 1970-1990년의 개입주의적 모델과 구분하고 있다(Lindbeck 2001).

7) 1990년대 초 금융위기 당시 금융기관에 대한 정부의 구제금융(공적자금)은 GDP의 4%에 달하였다.

인세를 인하했는데 이로 인해 재정수입이 감소하였고 경기침체로 재정지출은 증가하였다. 1996년 보건의료개혁을 통해 보건의료 인력의 구조조정, 학교통폐합을 통한 교육예산 지출 축소, 지방공공조직 축소 및 지방교부금 삭감, 1999년 연금개혁을 통한 국가부담금의 축소 등이 그것이다. 복지소비자의 본인부담금 증가와 복지서비스 공급자간의 경쟁 도입도 이루어졌다(최연혁 2011). 다음 절에서는 스웨덴 사회보장 제도의 구체적인 내용에 대해 검토하고자 한다.

〈표 2-1〉 사회보장제도의 역사적 발전과정

- 1950년대까지 도입된 주요 사회보장정책
- 1891년 자발적인 건강보험에 대해 국가 기여금 지원
- 1901년 고용주 책임을 강제한 산재보험법 도입
- 1913년 노인연금제도 도입
- 1931년 병가보험 도입
- 1934년 실업보험제도 도입
- 1935년 노인연금 지급액 인상
- 1937년 모성보호지원금제도, 주택건설지원제도
- 1946년 연금개혁(연금 인상)
- 1947년 아동수당법,
- 1949년 산업재해보상법,
- 1954년 주택수당법
- 1955년 확대된 병가보험법
- 1955년 국민 모두에게 거의 무료의 의료서비스제도
- 1959년 소득연계의 보충연금제도의 개혁

<표 계속>

- 1960년대 도입된 주요 사회보장정책
 - 1962년 장애연금의 자산조사 폐지
 - 1963년 병기수당 기간 상한제 폐지
 - 1967년 병기수당 소득대체율 80%
 - 1964년 실업급여 지급기간 130일에서 150일로 확대
 - 1968년 아동양육가정 주택보조비
 - 1969년 기초노령연금에 대한 추가 급여 도입(자산조사 있음)
- 1970년대 확대된 주요 제도
 - 1970년 60세 이상 근로자의 장애연금 자격에 노동시장 상황 요건 도입됨
 - 1972년 출산유급휴가제 도입
 - 1974년 부모보험제 도입
 - 1974년 실업급여 기간 150일에서 300일로 확대(55세 이상은 450일)
 - 1974년 실업급여 자격이 안되는 실업자에게 현금지원제도 도입
 - 1976년 파트타임 근로자 연금 도입(60세 이상, 소득대체율 65%, 80년대 50%)
 - 1976년 은퇴연령 67세에서 65세로 감축
 - 1974년 아버지 출산휴가 수당
 - 1976년 기초장애연금에 대한 추가 급여 인상
 - 1977년 산업재해 수당 및 연금 자격 대폭 확대, 병기수당 소득대체율 90%
- 1980년대 사회보장 관대성 증가
 - 1980년 출산수당 인상
 - 1982년 아동수당 인상(셋째 이하)
 - 1987년 노동시장훈련프로그램의 실업급여 재신청 자격 부여
 - 1989년 실업수당 소득대체율 90%로 인상
- 1990년대 복지개혁 및 사회보장 급여 축소
 - 1991년 병기수당 축소
 - 1991년 아동수당 및 주택수당 인상
 - 1996년 모든 사회보험의 소득대체율 75%로 축소(65%까지 축소)
 - 1999년 연금개혁으로 연금 축소

제3절 사회보장제도 개요

1. 핵심 특징

스웨덴 복지국가는 ‘요람에서 무덤까지’의 사회보장을 실현하고 있다. 스웨덴 복지국가는 1930년대부터 공공부문의 확대와 함께 시작되었으며, 국가 개입과 사회민주주의적 목표가 반영된 자본주의적 시장경제에 기반해 왔다. 스웨덴 복지국가는 적극적 노동시장정책이 가져온 높은 고용 수준과 이에 따른 근로자의 소득세와 고용주의 사회보장분담금(고용주 사회보장세)을 주요 재정으로 하고 있다. 관대한 소득이전과 포괄적인 공공사회서비스에 기반한 보편적 복지국가를 통해 사회적 평등을 실현해 왔다.

스웨덴 소득분배 제도의 특징은 첫째, 단기적으로 소득상실과 빈곤 문제를 공적으로 해결해 주는데 있다. 둘째, 장기적으로 경제사회적 기회의 평등을 달성하기 위해 적극적 노동시장정책 지출 비중이 높고 공공사회서비스 비중이 높다는 점이다. 공공사회서비스 지출은 GDP 대비 26.2%(2000년)로 다른 선진국들보다 훨씬 높다(덴마크 25.1; 독일 19.0; 영국 18.6; 노르웨이 19.0; 오스트리아 19.4; 이태리 18.0%임). 장기적으로 경제적, 사회적 기회의 평등을 위해 교육비 지출도 높다. 공공교육비 지출은 1990년대 이후 복지 및 재정개혁에도 불구하고 GDP 대비 5.3%(1990)에서 7.4%(2000년)로 증가하였는데, 교육을 포함한 사회서비스의 공공소비는 소득재분배에도 크게 기여하고 있다. 셋째, 아동양육을 지원하는 복지가 잘 발달되어 있는데, 이는 아동 시기부터 계층적 제약을 받지 않고 평등하게 교육받고 능력을 개발할 수 있도록 하기 위한 것이다. 아동수당, 주택수당, 부모보험, 아동보육서비스 등이 그것이다.

스웨덴 사회보장제도는 1990년대 초의 경제위기와 세제개혁, 그리고 복지개혁으로 크게 변화하였다. 기본적인 틀은 유지되고 있으나 효율성과 효과성을 높이기 위해 급여의 축소, 민영화, 요금인상 등이 도입되었다. 반면 아동복지, 치과의료서비스 등 혜택이 확대된 경우도 많다.

2. 주요 사회보장 프로그램

1) 사회서비스

가) 아동보육서비스

스웨덴의 아동 양육 및 보육서비스 정책의 목적은 성장 시기 아동들의 계발 잠재력을 북돋아주고 사회집단간 차이가 아동들에게 영향을 미치지 않도록 양육 환경을 공평하게 만드는데 있다. 또한 부모가 아동 양육을 취업이나 학업과 병행할 수 있도록 지원해준다. 스웨덴의 아동보육서비스는 기본적으로 1세부터 6세까지의 모든 아동에게 전일제 또는 파트타임으로 취학전 아동에 대한 보육서비스를 제공하고 있다. 스웨덴 정부는 1995년부터 부모가 취업이나 학업 중인 1세부터 12세까지의 모든 아동들에게 기초자치구(municipalities)가 의무적으로 아동보육서비스를 제공하도록 했다.

1998년에는 아동보육을 관할하는 법령을 사회서비스법(Social Service Act)에서 교육법(Education Act)으로 이관했다. 보육센터(daycare centre)라는 이름은 프리스쿨(pre-school)로 변경하고 교육기능을 강화하였다. 이로서 부모의 취업 여부와 관계 없이 모든 아동이 아동보육서비스를 받도록 만들고 있다. 이러한 교육기능 확대 방안은 2000년 11월 의회가 실업이나 휴직 중인 부모의 아동에게도 하루 최소 3시간의 프리스쿨 활동을 법제화함으로써 강화되었다.⁸⁾

1990년대 이후 아동보육서비스(preschool/daycare, registered childminding home or after-school care)를 받는 아동의 수가 크게 늘어 3~6세 아동의 아동보살핌서비스 비율은 64%(1990년)에서 82%(1999년)로 늘었다. 같은 기간, 7~9세 아동의 보살핌서비스 비율도 49%에서 63%로 증가했다. 1990년대 이후 스웨덴에서 아동보육서비스는 보편성이 더욱 강화되는 방향으로 발전하였다.

1990년대 이후 또 다른 중요한 변화는 아동보육서비스의 민영화이다. 스웨덴의 민영화는 공적 재정지원과 비영리적 민간운영(대부분은 부모협동체(parental co-op), 일부 기업 형태)의 민관 통합 방식을 말한다. 이러한 민영기관을 이용하는 아동 비율은 5%(1990년)에서 15%(1999년), 최근에는 25%로 늘었다. 부유층의 경우 사립

8) *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s*(Minister for Health and Social Affairs, 2002) 참조

시설을 더 많이 이용하는 편이다.

아동보육시설 이용 요금은 소득에 비례하고 있으며 1990년대 이후 요금이 인상되면서 부모부담 비중이 높아졌다. 그러나 최근 요금상한선이 도입되어 요금인상과 부모부담이 낮아지고 있다. 교사 1명당 아동 수가 늘어나면서 서비스 질에 대한 문제가 제기되기도 하였지만 여전히 아동보육서비스의 질은 높은 수준이다. Pre-school의 경우 전일제 교사 1명당 아동 5-6명, after-school의 경우 18-20명 수준이다. 이는 1980년대까지 각각 4-5명, 8-9명에 비해 높아졌음을 알 수 있다.

기초자치구는 세전 가구소득의 최대 3%(첫째아이), 2%(둘째아이), 1%(셋째)까지 보육료로 받을 수 있다. 현재 보육료는 첫째 아이의 경우 월 1,260 크로나를, 둘째의 경우 월 840 크로나를, 셋째의 경우 월 420 크로나를 초과할 수 없다.

나) 학교교육복지

스웨덴에서 교육은 공공 사회서비스로 간주되고 있다. 의무교육기관 또한 1990년대 이후 큰 변화가 있었는데, 운영주체, 성적평가 시스템, 커리큘럼 등에서 개혁이 이루어졌다. 1990년대 스웨덴 교육 개혁에서 특히 중요한 것은 공공재정 지원을 받는 민간운영 형태인 자율학교의 확대이다. 그러나 영리적 자율학교도 증가하고 있으며 이들 학교의 학생 부모는 대부분 고소득층이다. 의무교육학교에 대한 공공재정은 교사 수 감축 등으로 1990년대 전반기에 축소되었으나 그 후 주로 학생 수의 증가로 재정예산은 다시 늘어나게 되었다. 스웨덴의 교육개혁은 당초 우려되었던 교육불평등 문제는 심화되지 않은 것으로 평가되고 있다(Bjorklund et al. 2005).

다) 노동시장 서비스

1990년대 초의 경제위기와 이에 따른 1990년대 전반기의 고실업은 적극적 노동시장정책 프로그램의 확대와 프로그램의 다양화와 분권화를 가져왔다. 1990년대 초까지 노동시장정책 프로그램은 5가지가 있었다. 직업훈련, 장애인 기술훈련, 임시고용, 구인지원, 청년고용지원이 그것이다. 그 후 실업, 특히 청년실업이 크게 늘면서 다양한 적극적 노동시장프로그램이 도입되었다. 맞춤형고용지원, 작업기술개발프로그램, 임시공공고용, 청년창업 지원 등이 그것이다. 특히 중앙정부와 지방정부는 청년고용 제고에 정책의 역점을 두고 있다.

라) 보건의료서비스

보건의료서비스는 스웨덴의 대표적인 보편적 사회서비스의 하나이다. 보건의료서비스의 목적은 모두에게 양질의 평등한 의료서비스를 제공하는데 있다. 1990년대 들어 보건의료서비스의 재정, 조직, 운영에 대한 논의가 활발하였으며, 1992년 노인 의료서비스개혁과 1995년의 정신과의료개혁이 특히 중요한 성과였다. 또한, 기초자치구의 의료서비스가 강화되었는데, 기초자치구는 장기요양서비스에 대한 업무책임이 커지게 되었고 광역자치구(지방정부)는 응급의료서비스에 대한 업무책임이 강화되었다. 성과중심 수가시스템의 의료 구매자-제공자 모델이 도입되었고, 특히 1차 진료에서 민간의료서비스 기관이 일반화되었다. 의료 구매자-제공자 모델은 1990년대 초 의료제도 개혁의 핵심으로 의료서비스의 효율성을 높이기 위한 것이다. 광역자치구 의회는 자치구내 각 기관들의 역할과 기능, 책임을 분명히 하였다. 의료서비스 구매자인 광역자치구 의회는 의료서비스를 제공하는 병원과 계약을 맺어 환자수와 진료내용에 따라 결정된 비용을 병원에 지불하고 있다. 병원의 운영 책임을 강화한 것이다.

1990년대 들어 의료서비스요금에 대한 본인부담금이 늘어났다. 이는 의료서비스 ‘과잉소비’를 줄이는 효과와 의료서비스를 제대로 받지 못하는 문제를 동시에 가져왔다. 투약과 치과서비스에 대한 요금도 늘어났다. 또한 보건의료부문의 개혁으로 간호사 등 인력이 감축되었다.

의료서비스센터는 저렴하게 이용할 수 있다(100-150 크로나). 입원은 하루 80 크로나이다. 12개월간 의료비가 900 크로나 이상이면 나머지 비용은 무료이다. 20세 이하의 의료비는 전액 무료이다. 스웨덴에서는 치과의료서비스가 사회적 문제로 대두되었는데, 저소득층은 비싼 요금으로 치과서비스를 제대로 이용하기 어려웠기 때문이다. 이에 2007년 치과의료제도를 개혁하여 20세 이하의 치과서비스 비용을 전액 국가에서 부담하여 무료화 하였다.

마) 장애인서비스

1990년대 들어 다른 복지제도들이 축소된데 비해 신체 및 정신 장애인복지는 강화되었다. 장애인개별지원제도가 도입되어 보다 효과적인 장애인서비스가 이루어지고 있다.

바) 노인서비스

1990년대 들어 대규모의 민간노인시설 및 영리시설이 확대되었다. 반면, 가정보호도 증가하였다. 2000년에는 노인요양서비스 요금의 최고한도를 규제하는 법이 도입되어 부담을 최소화하고 있다.

사) 개별 맞춤형사회서비스

개별 맞춤형사회서비스는 긴급 또는 특별히 서비스가 필요한 대상에게 제공된다. 크게 소득지원서비스, 아동 및 청소년 사회서비스, 중독자보호서비스로 되어 있다.

2) 소득보장제도

가) 사회보험제도

소득보장을 위한 사회보험제도로 병가보험, 산재보험, 장애연금, 유족연금, 노령연금이 있다.

나) 자녀가족지원급여

스웨덴은 자녀가족수당이 매우 관대하다. 이들 자녀가족에 대한 소득보장지원제도는 부모보험, 아동수당, 주택수당, 아동연금, 보육수당, 생계수당 등이 있다.

(1) 부모보험

임신모 수당은 소득의 80%를 최대 50일간 지급한다. 부모보험은 한 아이에 480일 동안 지급되며, 390일 동안은 소득의 80%를 지급하고 90일 동안은 하루60크로나를 정액으로 지급한다. 480일은 부모간에 동일하게 사용되고 180일은 부모 누구나 자유롭게 사용할 수 있다. 임시부모보험은 아픈 아이를 양육하는 부모에게 12세까지 지급된다. 아기 아버지는 10일간 유급 출산휴가가 있다.

(2) 아동수당

아동수당은 소득 및 자산조사 없이 지원되는 대표적인 보편복지이다. 모든 가족의 자녀에게 정액 지급되는 것으로 자녀가족에게 매우 중요한 소득원이다. 스웨덴은 가

족에 대한 복지정책이 특히 관대하다. 가족복지는 곧 아동복지이기도 하다. 아이를 양육하기 좋은 조건을 만드는 것이고 가족의 행복과 안전을 위해 국가가 사회보장을 제공하고 있다.

보편적인 기초아동수당은 월 900 크로나이다. 16세 이상의 재학 자녀는 월 950 크로나의 아동수당(extended child allowance)을 받는다. 셋째 아동은 월 254크로나의 추가아동수당을 받는다. 넷째의 경우 월 760 크로나의 추가아동수당을 받는다.

고등학교에 재학 중인 학생은 1년 중 9개월 동안 월 950 크로나의 학생수당은 받는다. 아동이 있는 가족의 주택수당은 월 600 크로나를 받는다. 별거시 양육모(또는 부)에게 월 1,173 크로나의 생활유지비를 국가에서 지급하고 있다.

(3) 주택수당

주택수당은 신청자의 소득심사에 따라 지원이 결정되는 선별적 복지이다. 주택수당은 1992년 지자체 관할에서 사회보험청으로 관할이 이전되었다. 아동수당과 함께 재분배 효과가 큰 주택수당은 1990년대 들어 실업률이 높아지면서 가족의 소득이 줄어들게 되자 주택수당 지원금액이 크게 늘어났다.

(4) 아동연금

아동연금은 부모가 사망했을 때 유족연금으로 지원받는다. 아동간병수당은 아이가 아프거나 장애로 부모가 집에서 아이를 돌볼 수 있도록 지원하는 제도이다.

다) 실업급여 및 보충실업급여(실업부조)

월 임금의 80%를 보장하던 실업급여는 2007년 말부터 실업일로부터 100일까지는 70%, 다시 200일까지는 65%로 감축하였다. 급여기간은 실업보험기금에 의해 결정되는데 현재 급여기간은 300일이며 300일까지 연장될 수 있다. 최소 실업급여 금액은 하루 320 크로나(세전)이며, 소득연계 실업급여는 이전 소득의 80%까지 가능하나 하루 680 크로나까지만 지급된다. 실업일로부터 100일까지는 하루 730 크로나까지 가능하다.

스웨덴은 장기실업자와 병가근로자의 증가를 막기 위해 실업급여와 병가급여를 줄여왔다. 스웨덴의 사회보장시스템은 수준 높고 접근이 용이한 아동보육센터와 가

족수당으로 부모 모두가 노동시장에 참여하도록 돕고 있다(2인부양자 모델). 특히, 고용에서의 성평등이 강조되어 왔는데, 평등고용법에 따라 고용, 근로조건, 자기계발 등에서 남녀 모두에게 평등한 권리를 보장하고 있다. 동일노동 동일임금 규칙이 적용되고 있으며, 성별 임금격차에 대한 규제가 강하다.

라) 사회부조

사회부조는 자산조사를 통해 지원되는 대표적인 선별복지이다. 1990년대 전반의 경기침체와 고실업, 1990년대 후반 이후 경기가 회복되었으나 양극화로 인한 저소득층의 증가로 장기사회부조 수급자가 늘어났다. 사회부조 수급자 요건은 지방정부에서 정할 수 있다. 기본적인 수급 의무 요건은 구직활동을 해야 하고, 정부고용프로그램에 참여해야 하며, 어떤 일이라도 해야 한다는 것이다.

3. 사회보장제도 업무 분장 및 복지 거버넌스

1) 주요 기관

가) 보건사회부(Ministry of Health and Social Affairs, Socialdepartementet)

보건사회부는 11개의 스웨덴 중앙부처(Ministries) 중 실질적으로 가장 중요한 부처이다. 보건사회부의 예산은 중앙정부 전체 예산의 1/3을 넘고 있다. 보건사회부는 56개의 산하 정부기관들을 관리, 감독하는 동시에 담당 업무를 지원, 조정하고 입법, 보건복지 행정 사항을 담당하고 있다. 56개 정부기구 중 21개는 County Administrative Board(지방정부행정위원회) 이며, 7개는 공기업이다. 보건복지청(The National Board of Health and Welfare), 사회보험청(Forsakringskassan, Swedish Social Insurance Agency), Apoteket(National Corporation of Swedish Pharmacies), Systembolaget(Swedish Alcohol Retail Monopoly), the Swedish National Institute of Public Health, Smittskyddsinstitutet(Swedish Institute for Communicable Diseases), the Medical Products Agency, the Ombudsman for Children in Sweden, the National Board of Housing, Building and Planning, the National Property Board, the Swedish Agency for Public Management and Lantmateriet 등이 산하 정부기관들이다.⁹⁾

보건사회부의 부처 조직은 대표 장관 1명(Minister for Health and Social Affairs and head of the Ministry of Health and Social Affairs)과 분야별 장관 3명(Minister for Public Administration and Housing; Minister for Social Security; Minister for Children and the Elderly)으로 구성되어 있다. 여기에서 알 수 있듯이, 스웨덴에서 주택공급은 보건사회부 소관이다. 국민들의 주거복지를 국가의 책임으로 보고 있기 때문이다. 또한 장례(매장이나 화장)도 정부에서 담당하고 있다. 260여 명의 부처 직원 중 35명은 정무직 직원이다. 4명의 장관은 모두 정무직이다.

나) 보건복지청(National Board of Health and Welfare, Socialstyrelsen)

보건복지청은 보건사회부 산하 정부기관으로 다양한 지식과 정보를 제공하고, 자료 및 통계를 구축하며 정책보고서를 발표한다. 보건복지청은 스톡홀름에 중앙기구가 있으며 6개의 지역사무소가 각 담당 지역의 보건의료서비스 및 사회서비스에 대한 감독과 지원을 담당한다. 즉, 보건복지청은 모든 의료서비스 및 사회서비스 업무를 담당하고 있다.

다) 사회보험청(National Social Insurance Agency, Riksförsäkringsverket)

사회보험청은 연금을 제외한 모든 사회보험 업무를 담당하고 있다. 다만, 실업보험은 정부의 감독 하에 노조에 의해 운영되고 있다.

라) 연금청(Swedish Pensions Agency, Pensionsmyndigheten)

2010년 1월 1일자로 설립된 모든 국가연금 전담 국가 기관이다. 연금행정 업무의 간소화, 연금 가입자 편의 제고, 업무 효율성을 위해 별도의 연금청을 설립하였다.

마) 지방정부협의회(Swedish Association of Local Authorities, Svenska Kommunförbundet)

스웨덴 지방정부는 특히 의료서비스를 담당하고 있다. 지방정부협의회는 지방정부의 재정 및 인적자본, 복지서비스 등에 대해 협의하고 다양한 보고서를 내고 있다.

9) This is the Ministry of Health and Social Affairs(Ministry of Health and Social Affairs, Sweden)
<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/16/48/42/639fa9bd.pdf>

〈표 2-2〉 기관별 사회보장제도 업무분장

사회보호 부문	세부 내용	책임 기관
사회서비스	노인서비스 장애인서비스 아동 및 청소년서비스 가족지원서비스 가족문제치료서비스	보건복지청 (National Board of Health and Welfare)
사회보험	자녀가족 사회보험 및 급여 (주택수당 부모보험 아동양육수당 부조수당 등)	사회보험청 (National Social Insurance Agency)
	국민연금 (일반소득연금 프리미엄연금펀드 확정기초연금 유족연금수당)	연금청 (Swedish Pensions Agency)
	병가급여 장애평호	사회보험청 (Swedish Social Insurance Agency)

출처: Swedish Pension Agency
(http://www.pensionsmyndigheten.se/AboutYourPensions_en.html)
Statistics Sweden(http://www.scb.se/Pages/SubjectArea_10641.aspx)

스웨덴 사회보장제도의 주요 관리 및 집행기관은 보건복지청, 사회보험청, 연금청이며, 의료보장제도의 운영 주체는 지방정부협의회이다. 물론 최종 감독 및 책임은 중앙부처인 보건사회부에 있다.

2) 복지 거버넌스

스웨덴의 지방자치단체는 총 21개의 광역자치구(란 Lan, 지방정부 county)와 290개의 기초자치구(코뮌 Kommun, 시군 municipality)로 구성되어 있다. 지방정부(Lan)는 지역주민들에 대한 의료서비스 제공을 주로 담당하고 있다. 광역자치구 지방정부의 예산은 지방세(31.5%의 근로소득세) 수입이 80% 수준으로 대부분을 차지하고 국고보조금이 9%, 의료서비스 이용자 부담분이 4%를 차지하고 있다. 의료서비스 제공 외에도 교육 및 문화활동 지원 등의 업무 담당하고 있다. 국민보건과 의료서비스는 광역자치구의 중요 업무이다. 의료서비스는 광역자치구의 일반의료기관에서 수행한다. 복지행정은 지방정부에 상당한 자율성이 부여되고 있다. 지방정부는 조세권한이 있으며 평균 31.5%의 근로소득세(지방세)를 가져간다.

지방정부는 County Administrative Board(지방정부행정위원회)에 의해 운영되는 데 이 위원회는 중앙정부가 임명한다. 또한 선출된 대표들로 구성된 지방정부협의회(County Council)는 주요 사항을 결정하며 특히 보건의료서비스에 대한 업무를 관리, 감독한다.

290개의 기초지자구는 지방세와 중앙정부의 교부금으로 재정을 운용한다. 대부분의 재정은 교육 및 복지관련 부문에 지출된다. 기초자치구의 주요 기능은 주민에 대한 사회복지서비스 제공이다. 대학을 제외한 모든 교육 제공, 아동보육, 생활보호, 장애인복지서비스, 노인복지서비스, 가족상담, 환경 및 공중보건 등의 공공 사회서비스를 제공하고 있다. 기초자치구의 예산지출은 복지분야가 전체 예산의 50%를 넘고 있다. 주로 보육 및 탁아, 노인 및 장애인 서비스가 그것이다. 기초자치구인 코문은 주민의 일상생활과 복지서비스를 책임지며 각종서비스를 제공하고 교육, 주택관련 서비스를 운영하고 있다. 코문행정사무소는 주민의 생활과 복지를 담당하고 있다.

지방정부와 코문은 보건복지청, 사회보험청, 고용서비스청(전국 325개의 지역고용사무소 포함)과 긴밀한 협력관계를 유지하고 있다.

3) 사회보장법, 정보 및 통계 관리, 위원회 현황

가) 사회보장 관련법

사회보장제도의 주요 관련법은 사회보험법(Social Insurance Act, 1999년 11월 4일 반포, 2001년 1월 1일 발효), 사회서비스법(Social Services Act, 2001년 6월 7일 반포), 사회부조법(The Assistance Benefit Act, 1993년 5월 27일 반포)이 있다. 이 법의 내용은 해당 사이트¹⁰⁾에서 확인할 수 있으며 주요 내용은 다음과 같다.

10) <http://www.scribd.com/doc/32167396/Social-Services-Act-in-Sweden>

<사회보험법(Social Insurance Act)>

- 1999년 11월 4일 반포, 2001년 1월 1일 발효
- 구성 및 내용(총 5장으로 구성)
 - 제1장: 총칙(General provision)
 - 제2장: 거주와 근로(Residence and work in Sweden)
 - 제3장: 사회보험(Social insurance)
 - 제4장: 해외거주 기간의 급여(Benefits in connection with a period spent abroad)
 - 제5장: 사회보험 사항의 통지 및 절차(Notification and processing of social insurance matters)
- 사회보험(제3장)의 주요 내용
 - 1) 거주 기반 보험
 - 의료보험, 부모보험, 병가보상, 재활 및 특수 보험(4개의 보험)
 - 아동수당, 아동입양수당, 부조, 주택수당, 생계지원금, 연금자주택보충수당, 장애급여 및 돌봄수당, 유족연금 및 유족아동수당 등 14개의 보험 및 수당,
 - 2) 소득 기반 보험
 - 병가현금수당 및 임신현금수당, 부모현금수당, 소득연계병가보상, 재활수당 (4개 보험)
 - 직업상해보험, 돌봄휴직수당, 소득연계노령연금, 유족연금 및 유족아동수당 (4개 보험)
 - 3) 특별보험 수급
 - 실업보험, 노동시장프로그램 참여수당, 추가돌봄수당, 박사과정학생수당 등 다양한 특별보험이 있음

<사회서비스법(Social Services Act)>

2001년 6월 7일 반포, 사회서비스의 목적: 공공사회서비스는 민주주의와 연대의 기반 위에 사회구성원의 i) 경제사회적 안전, ii) 삶의 조건의 평등, iii) 사회생활에의 적극적 참여를 제고하는데 있다. 사회서비스는 개인과 집단의 고유한 능력과 자원을 개발하고 키우는데 목적이 있다.

○ 구성 및 내용(총 16장으로 구성)

제1장: 사회서비스의 목적(The objectives of social services)

제2장: 기초자치단체의 책무(Municipal responsibilities)

제3장: 기초자치단체 사회복지위원회의 업무

(Tasks of the municipal social welfare committee)

제4장: 사회부조 자격(Entitlement to assistance)

제5장: 다양한 집단에 특별지원(Special provisions for various groups)

제6장: 가정내 보살핌(Care in family homes and in homes for care or residence)

제7장: 사적서비스에 대한 지원(Provisions on private services)

제8장: 요금(Charges)

제9장: 회복(Recovery etc.)

제10장: 위원회(Committees)

제11장: 업무 처리(Handling of business)

제12장: 데이터 관리(Data processing)

제13장: 사회서비스 감독(Supervision of social services)

제14장: 남용 신고(Reporting of abuses)

제15장: 비밀유지(Confidentiality)

제16장: 기타 지원(Sundry provisions)

나) 위원회 현황

스웨덴은 특별히 필요할 경우 위원회를 구성하여 특별 임무를 실행하도록 하고 있다. 보건사회부에는 이미 많은 산하 기구들이 존재하고 있어 이 기구들이 각각 고유한 업무를 수행하고 있다. 가장 최근의 위원회는 1999년 2월 스웨덴 정부가 보건사회부 장관에게 1990년대 스웨덴 복지의 개혁과 변화에 대해 총체적으로 분석, 평가하고 향후 방향과 계획에 대해 논의할 것을 지시함에 따라 ‘복지위원회(Welfare Commission)’가 구성되었다. 요아킴 팔메(Joakim Palme) 옉살라대학 교수가 위원장으로 임명되었다. 보건복지부는 주요 학자 및 전문가의 연구, 관련 기관과의 협조를 통해 여러 측면에서의 연구와 평가 작업을 실시하였다. 각 부문에 대한 독립적인 연구가 시작되었고, 관련 정부기관의 자료와 업무 지원으로 2001년 10월 위원회 최종보고서가 작성되었다.

이 보고서 *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s*(Minister for Health and Social Affairs, 2002)는 1990년대 복지 현황을 개인의 자원 측면에서 분석하고 있다. 건강, 교육 자원, 일, 노동조건 및 임금, 소득 및 경제적 자원, 사회적 연대 및 안전도에 대해 전체적으로 분석한 후, 특별 집단의 복지 변화에 대해 분석하고 있다. 아동, 청년, 싱글맘, 장애인, 노인에 대한 분석이 그것이다. 제도적 차원에서 1990년대의 복지현황을 분석, 평가하고 있다. 복지서비스에서 아동보육, 학교, 노동시장제도, 보건, 장애인보살핌서비스, 노인보살핌서비스, 개별 사회서비스에 대해 평가하고 있다. 소득보장에서 자녀가족 현금 지원, 사회보험, 실업급여, 사회부조, 소득보장 급여가 소득분배에 미치는 영향에 대해 평가하고 있다.

이 보고서는 1990년대 스웨덴의 급속한 사회경제적 환경 변화로 개인의 복지자원과 복지제도에서 큰 변화가 있었다고 평가하고 있다. 경제구조의 변화, 노동시장의 변화 등으로 개인 및 사회집단 간 격차가 커졌으며 노령화, 실업 등의 문제를 지적하고 있다.

1991-93년 심각한 경제위기 이후, 그리고 1994년 EU 가입에 따른 제도 변화로 스웨덴 복지국가는 많은 개혁과 변화를 겪어왔다. 기본적인 복지제도는 유지되고 있으나 전반적으로 혜택이 줄었으며 사회적 격차가 이전에 비해 커져왔다. 2006년 이후 우파정부가 집권하면서 복지제도의 효율성을 위한 민영화가 진행되고 있다. 스웨

덴은 1998년 연금개혁 등을 통해 많은 문제들을 극복해 왔다. 1990년대 후반부터 스웨덴 경제의 경쟁력이 크게 제고되고 복지개혁의 성과가 나타나면서 일자리 창출과 사회서비스 발전이 이루어졌다.

다) 정보, 통계 및 사후 관리

스웨덴의 복지 관련 정보 및 통계는 기본적으로 보건복지청(National Board of Health and Welfare, Socialstyrelsen)이 담당하고 있다. 보건복지청은 보건사회부 산하 정부기관으로 다양한 지식과 정보를 제공하는 임무를 가지고 있으며, 복지 관련 자료 및 통계를 구축하고 있다. 이외에도 스웨덴 통계청이 복지관련 통계를 내고 있으며, 보건복지부의 정보담당과(Information Division)에서 관련 정보를 제공하고 있다.

모니터링 및 사후 관리는 보건사회부 산하 기관인 Swedish Agency for Public Management(Statskontoret)가 업무에 대한 평가와 모니터링 업무를 하고 있다. 의료 및 보건서비스에 대한 평가와 분석은 보건사회부 산하 기관인 Swedish Agency for Health and Care Services Analysis가 퀄리티와 효율성에 대한 평가, 정부의 의료개혁 효과에 대해 평가하고 있다. 사회보험조사부(Swedish Social Insurance Inspectorate, ISF)는 사회보험 행정에 대해 독립적인 감독기능을 수행하고 있다. 아동음부즈만은 아동의 권리와 아동 복지에 대해 모니터링하고 있다. 중요한 것은 보건사회부를 비롯하여 보건복지 관련 모든 기관이 자체적으로 관련 업무의 효과성과 효율성을 위해 최선을 다하고 관리하고 있다는 점이다.

4. 복지·고용 연계형 복지

1) 적극적 노동시장정책(Active Labor Market Policy, ALMP)

스웨덴의 복지·고용 연계형 복지라는 것은 무엇보다 복지 이전에 고용을 강조하는 정책을 말한다. ‘사회정책 이전以前의 사회정책’이라고 불리는 노동정책은 고용, 임금, 노사관계, 단체협약 등을 관할하는데, 이는 노동시장에 의한 1차 분배를 최대한 공정하고 효율적으로 하기 위한 것이다. 독일을 비롯하여 유럽에서 복지와 경제

에서 경쟁력을 달성한 국가들은 노동정책을 통해 일자리를 늘리고 근로빈곤층을 최소화하고 있다.

스웨덴 사회정책은 ‘고용이 복지의 첫걸음’이라는 원칙에 따라 고용을 중시하고 있는데 이는 첫째 고용에 의한 소득으로 개인의 삶을 책임질 수 있고, 둘째 고용을 통해 소득세와 고용주 사회보장기여금을 납부할 수 있게 되어 재정과 사회보험기금에 기여할 수 있기 때문이다. 고용으로 현재의 노동소득과 미래의 사회급여 소득을 보장할 수 있는 것이다. 또한 고용이 늘수록 실업급여 등 당장의 재정지출 부담을 줄일 수 있다. 스웨덴의 사회보험은 개인별로 되어 있으며 더구나 1990년대 이후 연금 등 소득연계 사회급여가 크게 확대되면서 복지에서 일의 중요성이 더욱 커졌다.

스웨덴은 세계 최고 수준의 고용률(남녀 모두)을 보이고 있다. 즉, 일할 수 있는 국민은 모두가 일할 수 있도록 지원하고 인센티브를 주는 것이며, 근로소득에 비례해서 복지급여(특히, 연금과 실업급여)를 제공하는 것이다. 생애기간 중 근로가능 기간에는 노동시장에 참여하여 경제활동을 하도록 하며 이로써 세금을 내고 연금을 납부하는 것이다. 그리고 노령, 질병, 출산, 육아 등 근로가 가능하지 못한 생애기간에는 국가로부터 소득(생활)보장을 받는 것이다. 즉, 근로하는 사람 따로 복지받는 사람 따로가 아니라, 한 개인의 생애기간 동안 근로가능 기간에 일을 함으로서 더 많은 복지를 보장해주는 것이다. 이러한 근로소득연계 복지급여시스템은 연금개혁으로 더 강화되었다. 이러한 고용 중시 복지모델은 인구가 적어 노동력이 부족했던 20세기 초부터 구축되었다. 복지국가 초기부터 모두가 일을 할 수 있도록 공공사회서비스를 강화해 왔던 것이다.

스웨덴은 1930년대부터 완전고용을 스웨덴 모델, 즉 복지국가의 최우선적 목표로 설정해 왔다. 스웨덴의 적극적 노동시장정책은 1930년대 경제공황 당시 실업자들에게 일자리 이동 지원, 직업재훈련 등으로 시장임금에 가까운 공공근로 일자리 제공에서부터 시작되었다. 1950년대 중반부터 본격화된 동일노동/동일임금의 연대임금정책에 따른 산업합리화정책은 노동시장에 대한 정부의 적극적인 지원을 필요로 하였다. 산업합리화로 일자리를 잃은 근로자에게 직업재교육을 통해 새로운 산업 및 지역에 노동이동을 촉진해야 했기 때문이다. 고용지원정책, 교육 및 훈련, 일자리창출정책 등 ‘적극적 수단’에 초점을 맞추어 사양산업에서

성장산업으로 노동이동을 촉진함으로써 직장보장보다 직장이동을 통한 고용보장을 목표로 하였다. 노동시장 재훈련 또한 노동력 이동을 강화하는 것을 목적으로, 직업 훈련, 공공부문의 실업구제사업, 고용보조금, 청년실업대책, 직장이동장려서비스, 실업수당 지급 등의 정책이 시행되어 왔다.

가) 적극적 노동시장정책

적극적 노동시장정책은 실업자들에게 실업급여, 조기퇴직급여 등과 같은 ‘소극적 대책’을 제공하기보다 그들을 새로운 고용으로 순조롭고 빠르게 이동시키는 것을 목표로 한다. 이는 바로 근로복지(workfare)의 핵심으로 공공 고용서비스를 통해 노동력 이동을 높여왔다. 1970년대 후반부터 기업체는 공공 고용서비스 기관에 출산휴가나 병가 등의 결원 통지를 의무화하여 이 자리에 실업프로그램 훈련 중인 실업자의 고용을 지원하였다.

고용부 산하의 노동시장청(Labor Market Board, AMS)은 고용, 실업 등 노동시장 상황을 전담하는 정부 기구이다. 노동시장 상황에 대처하고 완전고용을 위한 고용서비스, 직업훈련, 직업전환 및 이주 보조금 등에 주력해 왔다. 중앙기구인 노동시장청(AMS), 20개의 지방노동시장위원회(County Labor Market Boards), 325개의 지역 공공고용사무소로 구성되어 있다. 중앙의 노동시장청은 광역자치단체의 지방노동시장위원회에 노동시장정책에 대한 가이드라인을 정해주고 자원을 할당해 주는 업무와 기초자치구의 고용사무소 운영을 관리, 조정, 평가하는 업무를 수행한다. 광역자치구의 노동시장위원회는 지역 노사정 대표로 구성된 지역고용서비스위원회(local employment services committee)를 통해 직업훈련 등 노동시장정책을 지역 환경에 맞게 조정한다.

노동시장 재훈련은 다양한 형태가 있으며 노동시장청(AMS) 하에 있는 지방정부 차원(20개의 County Labor Boards)에서 많은 교육기관들에 의해 제공되어 왔다. 실업수당 수준의 급여로 재훈련프로그램을 받을 수 있는 자격은 공공고용서비스에 등록된 실업자이거나 실업의 위험에 직면한 사람들이다. 1991년 경제위기 이후 실업이 크게 증가하면서 적극적 노동시장정책의 유효성에 대해 논란이 일기도 하였으나 고용증대를 위해 적극적 노동시장정책은 스웨덴의 주요 정부

정책으로 자리잡고 있다. 1980년대 말까지 스웨덴의 직업훈련은 전적으로 중앙정부 담당(실무기술 습득을 중심으로 2년간 학교에 기반한 시스템)이었으나 1990년대 이후 지방자치단체가 직업훈련 역할을 담당하고 있다. 최근의 일자리 창출 및 고용증진 위한 정책들이 효과를 보고 있는데, 특히 Plus job program, New start jobs 프로그램이 성공적이다, 고실업지역 특히 이민자가 많은 고실업지역에 New start offices가 운영되고 있다.

2) 2006년 이후 노동정책 개혁

2006년 보수연합정부 집권 이후 노동시장청의 조직 개편이 이루어졌다. 새로운 고용서비스를 제공하고, 근로자 및 사용자의 요구에 신속히 대응하고 보다 유연한 고용정책을 위해 조직 개편이 이루어졌다. 고용서비스청(National Labor Market Administration, AMV)의 설립으로 2008년 1월부터 기존의 노동시장청(AMS)과 20개의 지방노동위원회는 폐지되고 재조직된 고용서비스청(AMV)을 중심으로 68개의 지역 노동시장 구역을 중심으로 지역고용사무소를 두고 그 아래 지방사무소를 두고 있다. 이러한 조직 개편의 목적은 효과적이고 유연하며, 비용면에서 효율적인 조직운영과 구직자와 사용자 모두에게 확실한 고용서비스를 제공하기 위한 것이다. 표적 집단 및 개별 산업분야(target groups and industry branches)에 맞춤형 고용서비스를 제공하고 있다.

스웨덴의 노동시장정책은 실업급여의 제공과 고용지원으로 구분되는데, 월평균 소득의 최대 80%에서 65%의 실업급여를 최대 30개월 동안 지급하고 무료의 직업훈련프로그램을 제공한다. 실업급여는 두 가지가 있는데, 노동조합이 운영하고 정부로부터 재정지원을 받는 실업보험과 1974년에 도입된 보충실업수당제도가 그것이다. 보충실업수당제도는 노동시장에 새로 진입하는 사람들로, 대부분 기존 실업보험의 수급 대상이 되지 않는 사람들을 지원한다.

실업보험과 보충실업수당은 공통적으로 아래와 같은 자격기준이 충족되어야 한다. 실업보험 급여를 위해서는 자격조건과 노동조건이 충족되어야 하며 보충실업수당 급여를 위해서는 교육조건을 충족해야 한다. 첫째, 급여를 받기 위해서는 최소 12개월 이상 노동조합의 실업보험기금에 가입되어 있

어야 한다. 둘째, 12개월 중 6개월 동안 월 80시간 이상 일을 해야 하고 고용 사무소에 구직자 등록을 하고 제공된 일자리를 수용해야 한다. 셋째, 실직자가 실업 급여와 고용서비스를 받기 위해서는 실업보험기금과 기초자치단체의 고용사무소에 등록해야 한다.

소득비례의 통상적인 실업급여를 받을 수 있는 자격이 안 될 경우, 정률의 기초 실업급여를 받게 되는데 세금으로 충당되는 공공실업기금에서 지급되고 있다. 기초 실업급여는 일할 수 있는 조건이 되면 20세부터 받을 수 있다. 적극적 노동시장정책인 교육훈련프로그램은 모든 실직자에게 제공되고 있다. 구직활동지원, 고용 상담, 직업훈련, 창업지원, 고용가능성 제고 등이 이루어지고 있다.

1990년대 이후 고실업과 막대한 실업급여 재정지출로 인해 실업급여 개혁이 정치 쟁점으로 부상하였다. 급여수준 및 지급기간 개혁에 초점이 맞추어졌다. 스웨덴의 실업보험은 실질적으로 65세 은퇴시까지 무기한으로 주어지는데, 1985년에 사회민주당 정부에서 도입된, 실업급여가 종료되는 시점에서 실업자가 노동 시장위원회가 지원하는 직업훈련을 받거나 임시직을 가질 경우 다시 실업급여를 수급할 권리가 부여되는 제도 때문이다. 실업급여 대체율이 90%에서 1993년 80%, 1996년에 75% 축소되었다. 2007.1.1 실업보험법 개정으로 실업자의 고용 촉진위해 보험금 납입금 인상, 수혜대상 엄격하게 심사, 급여액 삭감하였다. 12개월 이내의 6개월간 월 80시간 이상 일해야 실업급여 자격이 된다. 근로자의 대학학업 중 실업급여 지급은 폐지되었다. 2007. 3. 5부터 첫 200일간 80% 급여율, 200일 이후에는 70% 급여율, 300일 이후 구직프로그램 참여 조건으로 65% 실업급여 지급한다. 스웨덴 실업보험(The Swedish Unemployment Insurance Board, IAF)기금의 구성은 정부부담금(사용자 기여금)과 실업보험기금(회원 회비)으로 이루어져 있다. 실업보험기금은 노조가 관리하며 현재 38개의 기금이 운영되고 있다. 2008년부터 이들 기금을 정부가 감독하고 있다. 2005년 현재, 실업보험기금은 전체 실업급여비용의 13.5% 충당하고 있는 반면, 1935년 도입된 정부기금인 정부부담금은 지속적으로 증가하여(초기에는 30% 수준이었음) 실업급여비용의 87%를 부담하고 있다. 병기급여 및 산재급여도 축소되었는데, 5일간의 무급실업이 도입되었고 결근비용도 사용자가 책임지게 하였다. 기업, 사회보험청 등 관련 기관들이 사회복지연

계망을 구성하여 병가휴직자들의 건강상태를 3개월 마다 점검하여 노동시장으로의 조속한 복귀 유도하고 있다.

5. 사회보장 관련 중장기 계획 부분

스웨덴 정부는 지난 7월 총리 직속의 미래위원회(Future Commission)를 설치하기로 결정하였다¹¹⁾. 미래위원회는 스웨덴의 미래를 논의하고 고령화, 복지, 사회적 불평등, 환경 등의 도전에 대비하기 위해 구성하는 것으로, 총리를 위원장으로 하고 우파 집권 4당 연합의 당 대표 4인과 독립적 전문가들을 임명한다고 한다. 최종 위원회 구성은 올 가을에 완료된다고 한다. 미래위원회는 인구 고령화 문제와 고령화가 복지에 미치는 영향 검토, 이민자의 사회통합에 관한 논의, 민주주의, 사회적 불평등 및 사회적 배제 문제, 기후 환경문제 등을 주요 의제로 한다고 한다. 미래위원회는 2013년 3월에 임무를 완료할 예정이다. 이 위원회 보고서에는 스웨덴 복지제도의 중장기 방안이 포함될 것으로 보인다.

스웨덴 정부가 얼마나 스웨덴 복지시스템의 유지를 위해 대비하고 준비하는지는 2004년 9월에 발간된 스웨덴 재무부(The Ministry of Finance)의 <2003/04 The Long-Term Survey of the Swedish Economy>이라는 제목의 정부보고서를 보면 알 수 있다. 이 보고서가 중요한 것은 복지서비스 수요가 증대될 것에 대비하여 스웨덴 복지국가의 지속가능한 미래를 위해 2020년까지 장기적 대응책을 마련하기 위한 것이기 때문이다. 재무부는 세금, 경제성장, 공공부문 생산성, 민영화 등 여러 측면에서 스웨덴 복지시스템을 유지하기 위한 방안을 모색하고 있다. 중요한 것은 재무부가 복지시스템의 주요 목표인 소득분배의 효과를 제고해야 하고, 소득재분배와 시민의 안전을 담보하는 복지시스템을 보호하고 강화해야 한다고 인식하고 있다는 점이다. 특히, 소득이 증가함에 따라 증대될 복지서비스(의료, 교육, 보육, 아동서비스, 노인서비스, 장애인서비스 등) 수요를 적용범위와 질 quality 모두에서 대응할 수 있어야 한다고 강조하고 있다. 이 보고서는 이러한 복지수요가 충족되지 않으면 공적 복지시스템의 정당성이 약화될 것이라고 한다. 복지서비스는 필요에 따라 지급

11) <http://www.thelocal.se/34716/20110704/> (government to appoint 'future commission').

능력과 무관하게 무상 또는 최소한의 비용으로 보장해야 하고, 복지서비스 접근의 평등성과 서비스의 동등성(equivalence)을 강조하고 있다. 재무부는 복지정책의 소득재분배 기능 뿐 아니라 경제적 효율성 및 안정화 기능을 인정하면서 이러한 기능들간의 긴밀한 연계와 균형이 중요하다고 강조하고 있다. 재무부는 국민들의 복지수요를 충족시키고, 정의와 평등의 가치를 지키며, 고용확대와 경제성장에 기여하는 최적의 방안을 찾기 위해 노력하고 있다. 세계 최고의 세금/복지수준임에도 재무부가 향후 복지수요 확대에 대응하여 여러 해결 방안을 모색하고 있는 것을 볼 때 스웨덴 복지국가의 경쟁력이 어디에서 비롯되는지 알 수 있을 것이다.

제4절 재정과 복지정책¹²⁾

1. 재정과 예산

1) 재정수입의 구조와 특징

스웨덴이 높은 복지지출을 유지해 올 수 있는 이유는 무엇보다 지속가능한 경제성장이 이루어지면서 개인과 법인으로부터 충분한 세금을 징수할 수 있었기 때문이다. 스웨덴 세금시스템 특징 개인별 세제, 넓은 과세기반, 세제 단순화, 높은 세금수입, 높은 소득세 및 소비세, 낮은 법인세와 높은 기업 고용주세(사회보장세)를 특징으로 하고 있다. 1990년대 후반 이후 현재까지 경제성장으로 세금이 늘면서 재정흑자를 유지하고 이에 더해 국가소유자산을 매각하여 국가채무를 줄여 오고 있다. 자국 화폐인 크로나의 강세로 외화채무 가치가 낮아지는 효과도 보고 있다. 다른 유럽 국가들이 글로벌 금융위기와 재정위기로 성장의 어려움을 겪고 있는 상황에서 스웨덴은 2010년에 5.7%의 높은 경제성장률을 달성하였다. 이에 따라 재정과 정부부채 상황도 개선되었다.

12) 제4절은 2011년 5월 20일 한국유럽학회 학술대회에서 “스웨덴의 복지국가와 재정”이라는 제목으로 발표된 논문의 내용을 확대, 보완한 것임을 밝힌다. 한국유럽학회에서 발표된 논문은 한국유럽학회가 발간하는 학술지인 『유럽연구』 29권 3호(2011년 12월)에 “복지국가와 재정-스웨덴 사례”라는 제목으로 게재될 예정이다.

〈표 2-3〉 주요 경제지표

(단위 : %)

	1994	1997	1999	2006	2007	2008	2009	2010
경제성장률	4.2	2.4	4.6	4.3	3.3	-0.6	-5.3	5.7
재정수지GDP대비	-10.9	-1.5	0.9	2.2	3.6	2.2	-0.7	-0.2
정부부채GDP대비	76.6	74.3	64.7	41.4	35.7	33.1	37.2	33.7
실업률	8.0	8.0	5.6	7.1	6.2	6.2	8.3	8.4

출처: Statistics Sweden; Eurostat

스웨덴 복지국가는 안정적인 막대한 재원이 보장되어야 하는 체제이다. 따라서 복지국가를 운용하기 위한 재정을 어떻게 확보할 수 있는지는 중요한 문제가 된다. 스웨덴 복지제도는 1960년대와 70년대에 최고조로 발전하였고 이 시기에 재정지출이 크게 늘어났다. 고세율의 소득세, 다양한 간접세, 법인세, 높은 고용주세(사회보장분담금)가 스웨덴 복지국가의 주된 재원이 되어 왔다. 생산부문의 성과가 분배부문인 복지국가를 지탱하는데 중요한 역할을 하는 만큼 기업의 경쟁력과 이에 따른 고용은 중요한 세급원이 되었다.

아래 표들은 주요 국가들과 비교한 스웨덴의 세금부담 변화와 수준을 보여준다. 오늘날 스웨덴은 GDP 대비 세계 최고 수준의 세금부담율과 국민부담률을 가지고 있지만 1960년까지는 미국은 물론 다른 유럽 국가들과 비슷하거나 오히려 낮았다. <표 2-4>에서 보듯이, 1960년 세금부담은 28.7%로 노르웨이나 독일보다 낮았다. 1960년대와 70년대에 복지제도가 많이 도입되면서 복지비용이 크게 증가되었고 그만큼 세금부담도 늘어나기 시작하였다. 1970-71년의 세제개혁으로 소득세율이 크게 늘었으며 특히 중소기업주의 자본소득세가 급격히 증가하였다. 1960년대는 대내외적으로 성장이 지속됨에 따라 세수도 증가하여 늘어난 재정지출의 해결이 가능하였다. 그러나 1970년대 들어 세계경제가 침체되고 기존 복지제도의 지출 또한 누적적으로 크게 늘어나면서 재정을 충당하기 위해 세금을 크게 늘리게 되었다. 1970년대 들어 소득세의 급격한 인상과 기업의 고용주세를 대폭 상향조정하면서 세계 최고 수준의 세금부담을 갖게 되었다. 1970년대의 세금인상은 1980년대까지 이어져, 1960년 28.7%의 세금부담률이 1977년 53.5%로 급격히 높아졌고 1990년 55.7%로 사상 최고 수준에 이르게 된다.

〈표 2-4〉 주요 유럽국가의 세금부담률 변화(1925년-1996년)

(GDP대비 %)

	스웨덴	덴마크	노르웨이	핀란드	영국	독일
1925	16.0	19.6	20.9	21.6	22.6	17.8
1933	18.9	20.1	25.1	20.1	25.2	23.0
1950	21.0	19.8	-	27.8	33.1	30.1
1960	28.7	25.3	32.0	27.5	27.33	33.9
1977	53.3	41.9	47.5	41.2	36.6	38.2
1996	55.2	52.0	45.0	48.8	35.9	42.0

자료 : 최연혁(2011)

1990년대 들어 세계개혁과 대대적인 복지개혁으로 스웨덴의 세금부담률이 낮아지기 시작하였다. 2000년에는 51.9%, 2005년에는 49.4%로 낮아졌고 아래 표에서 보듯이 2009년에는 47.2%로 덴마크 다음의 세금부담률을 보여주고 있다.

〈표 2-5〉 OECD 세금부담률의 비교(2009년)

(GDP 대비 %)

순위/ 국가	%		
		10 헝가리	39.1
1 덴마크	48.2	11 슬로베니아	37.9
2 스웨덴	47.2	12 룩셈부르크	37.5
3 이태리	43.5	13 독일	37.0
4 벨기에	43.2	14 포르투갈	35.2
5 핀란드	43.1	15 OECD 평균	34.8
6 오스트리아	42.8	17 영국	34.3
7 프랑스	41.9	27 일본	28.1
8 노르웨이	41.0	30 한국	25.6
9 네덜란드	39.1	32 미국	24.0

출처: OECD Revenue Statistics 2010

그러면 스웨덴의 재정 세입은 어떻게 구성되어 있는지 살펴보자. 아래 표는 주요 국가들의 사회보장분담금을 포함한 전체 조세별 세수규모를 보여주고 있다. 사회보장분담금을 포함한 전체 세금, 즉 국민부담률은 2008년 기준으로 스웨덴이 가장 높다. 세부적으로 보면 스웨덴의 개인소득세 비중이 다른 나라에 비해 높고, 사회보장분담금도 높은 수준임을 알 수 있다. 사회보장분담금에서 중요한 점은 고용주가 사회보장분담금을 절대적으로 많이 부담한다는 사실이다. 스웨덴의 법인세는 다른 국가들과 비슷하지만 사회보장분담금은 높은 것이다.¹³⁾ 아래 표에서 보듯이, 다른 국

가들과 비교해 볼 때, 근로자(소득세)와 기업(사회보장분담금, 즉, 고용주세)이 부담하는 높은 직접세가 재정 수입의 큰 부분을 담당하고 있다. 다음으로 간접세인 소비세의 부담이 높다. 1990-91년 세제개혁으로 개인소득세와 법인세의 부담이 낮아지고 소비세의 부담이 높아졌음을 감안하면 스웨덴의 복지재정에서 직접세 비중이 매우 높았음을 알 수 있다.¹⁴⁾

〈표 2-6〉 OECD 주요 국가들의 조세별 세수규모 비교(2008년)

(GDP 대비 %)

국가	직접세		사회보장분담금		재산세	소비세	국민부담률
	개인소득세	법인세	피고용자	고용주			
미국	9.9	1.8	2.9	3.3	3.2	4.8	26.1
영국	10.7	3.6	2.6	3.9	4.2	10.3	35.7
프랑스	7.5	2.9	4.0	10.9	3.4	10.6	43.2
독일	9.6	1.9	6.1	6.5	0.9	10.5	37.0
스웨덴	13.8	3.0	2.7	8.7	1.1	12.8	46.3
일본	5.6	3.9	4.8	5.0	2.7	5.1	28.1
한국	4.0	4.2	2.4	2.6	3.2	8.4	26.5

자료 : OECD stat, Revenue Statistics 활용

조세수입에서 가장 큰 비중을 차지하는, 개인이 부담하는 소득세는 어떻게 구성되어 있는지 살펴보자. 스웨덴의 소득세는 1970년대 이후 급속히 늘어 80%에 이르는 한계소득세율을 보였다. 1991년의 세제개혁으로 개인소득세가 대폭 축소(한계소득세율 51% 수준)되었기 때문에 1970년대와 80년대의 높은 세금부담율은 누진적인 개인소득세가 큰 비중을 차지하였음을 알 수 있다. <표 2-7>는 2010년 기준, 스웨덴의 소득세 적용에 따른 세액 및 총임금대비 세율을 보여주고 있다. 저소득층에게는

- 13) 스웨덴의 고용주세(사용자가 부담하는 급여세(payroll tax)임)는 1950년에 도입되었다. 도입 당시에는 6%였으나 급격히 증가하여 1970년대 말에는 40%에 달하였다. 이러한 높은 고용주세는 기업의 이윤을 줄이는 결과를 가져왔으며 스웨덴의 수출의존적 경제구조로 인해 기업에 대한 이윤보장도 중요했다. 따라서 기업의 고용주세는 궁극적으로는 근로자 부담, 즉 임금축소로 이어졌다는 연구(Holmlund 1983)도 고려해야 할 것이다.
- 14) 스웨덴의 법정법인세율은 매우 높았다. 1970년 52.6%, 1980년 57.5%, 1984년 62.6%, 1989년 57.4%, 1990년 47.8%였다. 물론 투자에 대한 세금공제로 실효세율은 이 보다 훨씬 낮았다. 법정법인세율은 1990-1년의 세제개혁으로 크게 낮아져 1991-3년 30.0%, 1994년 이후 현재까지 28%를 유지하고 있다.

일괄적으로 지방세만 징수하고 고소득층은 지방세에 더해 국세를 징수한다.¹⁵⁾ 국세는 2단계에 걸쳐 징수하게 되는데 소득이 높을수록 세율이 크게 올라간다. 연봉이 300,000크로네 이하의 근로자에게는 평균적으로 31%의 지방세만 징수하고 연봉이 1,000만 크로네 이상의 봉급자에게는 지방세와 국세 포함 54.9%의 세금을 부담한다(최연혁 2011). 스웨덴 복지국가의 보편성은 세금부담에서도 나타나는데 저소득층에 대한 소득세는 OECD에서 가장 높으며 연금 등 복지급여에도 세금을 부과하고 있다. 그러나 저소득층에 대한 소득이전 수준이 높기 때문에 과세도 가능한 것이다(Steinmo 2010, p.36).

〈표 2-7〉 2010년 기준 소득세 적용에 따른 세액 및 총임금대비 세율

총임금 Gross Income	지방세 평균 31%	국세 20%	국세 3%	총임금대비 세율
300,000	93,000			31.0%
500,000	155,000	25,580		36.1%
800,000	248,000	85,580	13,365	43.0%
1,000,000	310,000	150,400	23,364	48.3%
10,000,000	3,100,000	1,925,580	473,000	54.9%

출처: 최연혁(2011), Swedish Tax Office

국세 1차 상한 연봉기준: 372,100/ 국세 2차 상한 연봉기준: 532,700

스웨덴 복지 재원의 중요한 한 축이 바로 고용주세로 대표되는 사회보장세이다. 소득세에 더해 스웨덴 복지재정의 중요한 재원은 고용주세(employer's tax)이다(박노호 1994). 고용주세는 법인세와 별도로 고용주 또는 기업이 부담하는 사회보장세금으로, 피고용인의 연금, 건강보험료, 부모보험료, 산업재해보험, 노동시장기금(labor market fund, 인력구조조정준비금 또는 실업세) 등이 그것이다. 아래표는 스웨덴 고용주세의 변화를 보여준다. 1970년에는 11.90%였으나 그 후 급속히 증가하여 1980년에는 32.45%, 1990년에는 사상 최고 수준인 38.97%로 크게 높아졌다. 1960년대, 70년대에 도입한 다양한 복지제도로 복지지출이 급격히 증대되었고 이에 따라 고용주세금도 크게 늘어났기 때문이다. 1990년은 스웨덴의 GDP 대비 세금부

15) 지방세의 경우 지방자치체마다 세율의 차이가 있기 때문에 평균적으로 31.5%를 부담하고 있다.

담율이 사상 최고 높은 해였고 기업의 고용주세 부담도 가장 높았음을 알 수 있다. 스웨덴 복지국가의 중요한 특징 중 하나는 기업 부담이 높다는 점이다. 사회보장분담금의 거의 대부분을 고용주가 부담하여 다른 국가들에 비해 고용주세금이 매우 높다. <표 2-8>에서 보듯이, 피고용자와 고용주 부담은 각각 OECD 평균 3.0%, 5.5%, 스웨덴 2.8%, 11.3%로 피고용자의 부담은 OECD 평균보다 낮고 고용주의 부담은 2배이다. 1990년대 중반 이후 고용주세가 감소되었지만 기업이 여전히 높은 부담을 담당하고 있다. 스웨덴 복지국가는 기업(고용주)의 부담(책임)으로 발전되었고 지속되고 있음을 알 수 있다.¹⁶⁾

〈표 2-8〉 스웨덴 고용주 사회보장세의 변화

연도	임금대비 기여율
1970	11.90%
1975	24.27
1980	32.45
1985	33.46
1990	38.97
1995	32.84
2000	32.92
2005	32.46
2010	31.42

출처: Swedish Tax Office

아래 표는 2007년 기준 주요국 고용주 사회보장세를 비교한 것이다. 여전히 30%가 넘는 스웨덴의 고용주 사회보장세는 다른 국가들과 크게 비교된다.¹⁷⁾

16) 피고용자의 사회보장세 기여는 1992년까지 제로(0)였으며, 1993년 임금대비 0.95%에서 점점 늘어나 1999년 6.95%임(OECD 1999, p. 169). 사회보장분담금의 거의 대부분을 고용주가 부담하는 것과 같이 스웨덴 기업(자본)이 복지국가에 책임을 지는 것은 1938년의 사회적 타협에서 비롯되었다. 강력한 노동운동과 시민주의 정권하에서 자본세력은 경영권과 노동의 협력을 보장받았다.

17) 참고로 한국 고용주 사회보장세는 국민연금 4.5% 건강보험 2.82% 고용보험 0.7% 산재보험 0.6% 장기요양보험(건강보험료의 6.55%)로 구성되어 있다.

〈표 2-9〉 주요국 고용주 사회보장세 비교(2007년)

국가	임금대비 기여율
미국	6.2 %
영국	17.05
독일	22.9
프랑스	28.53
네덜란드	21
핀란드	20.55
스웨덴	30.56
한국	8.208(2011)

출처: Eurostat

아래표는 스웨덴 고용주세의 배분을 보여주고 있다. 2010년 기준, 고용주가 근로자 임금의 31.42%를 납부하는 사회보장세는 퇴직연금 10.21%, 유족연금기금 1.70%, 건강보험 5.95%, 산업재해보험 0.68%, 부모보험 2.20%, 노동시장기여금 4.65% 등으로 구성된다. 노동시장 기금은 기업의 인력구조조정이 불가피할 때 노동시장기금으로 실업자수당을 지급하고 적극적 노동시장정책을 시행하게 하는 재원이다. 이러한 제도는 노동시장의 양적, 질적 유연성을 높여 산업경쟁력을 높이는데 중요한 역할을 해왔다.

〈표 2-10〉 스웨덴 고용주세의 배분(2007년-2010년)

용도	2007	2008	2009	2010
퇴직연금	10.2	10.21	10.21	10.21
사망시 가족승계연금비용	1.70	1.70	1.70	1.70
건강보험료	8.78	7.71	6.71	5.95
부모보험료	2.20	2.20	2.20	2.20
산업재해보험	0.68	0.68	0.68	0.68
노동시장기금	4.45	2.43	2.43	4.65
일반부담세	4.40	7.49	7.49	6.03
합계	32.42%	32.42%	31.42%	31.42%

* 일반부담세: 국가가 일반세로 활용함

출처: 최연혁(2011), Swedish Tax Office

<세금 및 재정 관련 주요 기관>

- 재무부(Ministry of Finance) : 경제, 금융, 재정 관련 국가의 정책 집행 및 입법 활동
- 국가재정관리청(Swedish National Financial Management Authority, Ekonomistyrningsverket, ESV) : 재무부 산하의 행정기구로 국가기관 재정을 관리하고 감사하는 기관
- 국가채무처(Swedish National Debt Office, Riksgalden) : 국가채무를 관리하는 기관임
- 국가재정정책위원회(Swedish Fiscal Policy Council) : 재정효율 및 재정준칙을 위해 재정정책 평가 및 자문 기관. 2007년 설립
- 국세청(Swedish Tax Agency, Skatteverket) : 징세 업무
- 통계청(Statistics Sweden, Statistiska centralbyran, SCB) : 복지통계 및 지표 개발 및 작성 담당

2) 재정지출의 구조와 특징

일반적으로 재정지출은 재정수입에 따라 결정되며, 수입에 비해 지출이 더 많으면 재정적자가 나타나고 지출이 더 적으면 재정흑자가 나타나게 된다. 아래표는 주요 국가의 GDP 대비 공공지출(% , 2004-2007년 평균)을 보여주고 있다. 이 표는 2008년 글로벌 금융위기 이전의 4년 평균 지표이기 때문에 각국의 정상적인 공공지출 규모를 알 수 있다. 스웨덴은 가장 높은 수치를 보이고 있으며, 한국은 OECD 평균뿐 아니라 일본이나 미국보다 훨씬 낮은 규모를 보여주고 있다.

▶ 재정지출의 중점 목표: 효율성과 복지의 질 균형 추구

이를 위해,

- 전반적으로 지출 억제
- 우선순위 아래의 프로그램 제외
- 비용 축소

1990년대 이후 연금 등 급여 삭감(세금인하와 함께)되었으나 보건의료, 공교육, 적극적 노동시장정책, 영유아보호정책의 지출은 확대되었다.

〈표 2-11〉 주요 국가의 GDP 대비 총공공지출(2004년-2007년 평균)

(단위 : %)

스웨덴	54.4	OECD평균	43.6
프랑스	52.9	노르웨이	42.2
덴마크	52.5	캐나다	39.9
독일	45.8	일본	36.9
네덜란드	45.5	미국	36.7
영국	43.9	한국	27.3

출처: OECD

아래표는 주요 국가의 GDP 대비 사회지출 비중을 보여주고 있다. 스웨덴의 높은 세금부담은 주로 복지비용을 위해 사용되기 때문에 사회지출 비중이 높다. 스웨덴의 경우 GDP 대비 54.4%의 공공지출 중 27.3%(2007년) 포인트가 복지지출에 사용되고 있는 것이다. 즉, 공공지출의 약 50.2%가 복지부문에 지출되는 것이다. 스웨덴 국가 예산이 복지를 중심으로 운용되고 있음을 알 수 있다.

〈표 2-12〉 주요 국가의 GDP 대비 사회지출

(단위 : %)

국가	1980	1990	2000	2005	2007
스웨덴	27.2	30.2	28.4	29.1	27.3
덴마크	24.8	25.1	25.7	27.2	26.1
네덜란드	24.8	25.6	19.8	20.7	20.1
프랑스	20.8	24.9	27.7	29.0	28.4
독일	22.1	21.7	26.6	27.2	25.2
영국	16.5	16.8	18.6	20.6	20.5
캐나다	13.7	18.1	16.5	17.0	16.9
일본	10.4	11.3	16.5	18.6	18.7
한국	..	2.8	4.8	6.4	7.6
OECD 평균	15.6	17.6	18.9	19.8	19.2

출처: OECD stat, Social Expenditure

아래표들은 스웨덴 사회보장 지출 규모 추이와 재정수지 규모 추이를 보여주고 있다. 1991-3년의 경제위기로 사회보장 지출이 크게 늘었고 이에 따라 재정적자가 심각했다. 1994년과 1995년의 엄청난 재정적자는 지속적으로 줄었는데, 경제성장과 함께 복지개혁, 재정개혁 등 정부에 대한 국민의 신뢰와 재정긴축의 부담을 모든 국민에게 공평하게 분담한 것이 중요한 요인이었다고 한다(Persson 1996).

〈표 2-13〉 스웨덴 사회보장 지출 규모 추이

(각년도, GDP 대비 %)

1993	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
37.3	30.7	29.9	30.4	31.3	32.2	31.6	31.1	30.4	29.2	29.5	32.2

출처: Statistics Sweden

〈표 2-14〉 스웨덴 재정수지 규모 추이

(각년도, GDP 대비 %)

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
-10.9	-7.4	-3.2	-1.5	0.7	0.9	3.6	1.5
2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
-1.3	-1.0	0.6	2.2	2.3	3.6	2.2	-0.7

출처: Eurostat

GDP 대비 사회지출 비중은 약간의 변동적인 모습을 보여주고 있다. 1990년대 초 경제위기로 실업 등 사회지출이 급증했던 1993년에는 37.3%였다. 1990년대 중반 이후 경제회복으로 경제성장을 이루고 그만큼 복지지출이 줄면서 1999년 30.7%, 2000년 29.9%, 2002년 31.3%, 2007년에는 29.2%로 변동되었다. 그러나 경제위기로 2009년에는 32.2%로 늘어났다. 2006년 우파정부가 집권하면서 복지개혁으로 약간의 감소가 있었지만 2009년 32.2%로 전반적으로 30% 수준의 복지지출을 유지하고 있다. 자세한 사회보장 지출내역은 아래표와 같다.

〈표 2-15〉 스웨덴 사회보장 지출 내역

(단위: million SEK)

항목	2004	2005	2006	2007	2008	2009(%)
병가/의료	219,079	219,453	229,378	234,694	241,856	247,843(8.0)
장애	120,602	126,743	133,481	138,177	137,778	140,730(4.6)
노인	306,942	319,558	328,084	345,643	370,423	392,512(12.7)
유족	18,007	17,941	18,072	17,971	17,968	18,077(0.6)
가족/아동	76,943	79,653	87,781	91,448	96,836	99,586(3.2)
실업	50,962	51,161	47,861	33,905	27,932	40,322(1.3)
주택수당	14,561	14,775	15,008	14,736	14,695	14,746(0.5)
사회배제	16,959	16,624	17,444	18,354	19,815	21,954(0.7)
사회보장 급여 합계	824,055	845,908	877,109	894,928	927,303	975,770(31.6)
행정 및 기타 지출	15,942	16,380	17,015	18,261	18,517	17,871(0.6)
사회지출 합계	839,997	862,288	894,124	913,189	945,820	993,641(32.2)
% of GDP	31.6	31.1	30.4	29.2	29.5	32.2

출처: "Social security in Sweden 1993-2009: Expenditure for social protection continues increase" Statistics Sweden May 19, 2011

2000년대에도 사회보장지출 금액은 지속적으로 늘어났다. 가장 큰 비중은 노인부문의 지출이다. 노령연금과 노인보살핌서비스가 그것이다. 그 다음은 의료지출로 나타나고 있다. 아래표들은 중앙정부와 기초지자체의 예산지출 항목을 보여주고 있다.

〈표 2-16〉 스웨덴 중앙정부 예산 지출(2010년)

지출항목	크로네 billion		
1 국가통치	11.7	15 학비보조	22.6
2 경제 및 재무	12.1	16 교육 연구	53.2
3 세무, 관세, 회계	9.4	17문화 미디어 여가	11.3
4 사법	35.5	18건설주택 인프라	1.6
5 국제활동	2.0	19 지역발전	3.2
6 국방 및 위기관리	45.7	20환경 자연보전	5.2
7 국제원조	26.7	21 에너지	2.7
8 이민국	7.1	22 교통 통신	39.8
9 건강의료,사회보장	56.0	23 농림어업	17.4
10병가수당장애연금	99.9	24 산업 무역	8.5
11 노인수당	41.5	25 지방교부금	75.7
12 가족아동수당	70.2	26정부채무이자비용	23.4
13사회통합, 성평등	5.2	27 EU 분담금	30.4
14 노동시장	68.6	합계	786.4
		예산외 연금비용	222.9

출처: Ministry of Finance

스웨덴 재정정책안(2011 Spring Fiscal Policy Bill)이 제시한 정책목표는 다음과 같다(Ministry of Finance). 재정목표는 단순하면서도 그 강도가 센 것이 특징이다. 구체적으로 2011년 재정정책 목표로, 더 많은 일자리 제공, 세계적 금융위기에 대처하기 위한 견고한 금융시스템 구축, 수준 높은 교육시스템 달성, 양질의 공공서비스 및 선택의 자유와 접근성을 보장하는 수준 높은 복지시스템 유지, 그리고 각 부문의 지속가능한 발전을 명시하고 있다. 이러한 재정 목표를 위한 공공부문 지출(2011년)은 다음과 같이 구성되어 있다. 사회보장 42.6%, 교육 13.5, 보건의료 13.8, 공공행정 11.5, 국방 2.8, 경제산업분야 8.7, 기타 7.0(합계 100%) (출처: OECD Economic Surveys: Sweden 2011, Ministry of Finance, Sweden)

다음표에서 보듯이 기초자치구의 예산지출은 복지 분야가 전체 예산의 50%를 넘고 있다. 주로 보육 및 탁아, 노인 및 장애인 서비스가 그것이다. 보육 및 아동서비스 12%, 노인 및 장애인 서비스 30%, 가정 및 개인치료 서비스 9% 이다. 교육 지출은 34%로 가장 비중이 크다.

〈표 2-17〉 스웨덴 기초지자체 예산

활동영역	예산지출
정치영역	1 %
사회기반시설 및 예방	6 %
여가 및 문화	6 %
보육 및 아동서비스	12 %
교육(초중고등)	34 %
노인 및 장애인 서비스	30 %
가정 및 개인치료 서비스	9 %
기타활동	1 %
생활서비스 활동	1 %

출처: 최연혁(2011)

스웨덴 복지국가의 정치사회적 기반은 경제적 성과와의 적합성, 그리고 중산층 이상의 유권자에게 양질의 사회서비스를 제공할 수 있는 능력에 달려있다. 이는 곧 공공소비부문의 계급양극화를 가져오지 않는 범위에서 공공서비스의 선택권을 확대하고 동시에 양질의 서비스를 위해 세금을 더 많이 걷는 일이 발생하지 않는 것을 의미한다. 복지국가의 효율성이 크게 높아진 것이다. 1990년대 이후 경제 효율성에 미치는 분배정책의 부정적 영향도 크게 완화되었다. 사회서비스의 비효율, 세금 및 복지급여로 인한 개인적 선택의 왜곡, 도덕적 해이 등의 문제가 크게 개선되어 왔기 때문이다. 특히, 공공부문의 효율성이 높아지고 세제개혁으로 세금왜곡을 줄였으며

임금대체률을 낮춤으로서 복지급여문제도 완화되었다. 스웨덴 복지국가는 소득보장과 사회서비스의 측면에서 여전히 뛰어난 제도를 유지하고 있다. 고용정책은 정치적으로 우선순위에 있으며 적극적 노동시장정책 또한 중요하게 시행되고 있다. 노동정책의 경제 및 복지에 미치는 영향은 매우 크기 때문이다. 기업과 노조가 기술 및 시장조건의 변화에 적응하기 위한 제도의 혁신에 협력하면서 스웨덴 모델은 다시 경쟁력을 갖게 되었다.¹⁸⁾

〈표 2-18〉 스웨덴의 시기별 복지지출과 재정, 세제 관계

시기	복지지출 배경	재정 및 세제
1960년대	기존 복지제도의 지출 누적 복지제도의 범위와 적용 확대로 복지지출 크게 증가	세금부담율 급증 28.7%(1960)에서 53.3%(1977) 고용주세의 급격한 인상
1970년대	노동시장 문제 등장 노동시장정책 지출 크게 증가 복지급여의 관대성 확대됨	사회지출 GDP 대비 27.1%(1980) 1970-71년 세제개혁으로 소득세 인상 1970년대 중반이후 경기 침체로 재정지출 증대 1979년대 말 재정적자
1980년대	기존 제도 유지 가족정책 관련 지출 확대됨	1980년대 초중반 재정적자, 세금 인상 1980년대 후반 재정흑자 사회지출 증가 27.1%(1980)에서 30.2%(1990)
1990년대	복지개혁 사회보험 급여 감축	1991-2 금융위기 1990-91년 세제개혁으로 세금 인하 1990년대 초중반 심각한 재정적자
2000년대 이후	복지지출 억제 및 합리화	재정개혁 지속, 재정흑자 유지 사회지출 30.1%(2005)로 거의 변동 없음

2) 복지지출과 재정건전성

공공지출, 특히 복지지출이 클 경우 재정건전성 문제가 나타날 수 있다는 주장이 많다. 복지지출이 많을 경우 경기 침체시 세금은 줄고 복지지출은 늘어 재정적자가 심해질 수 있기 때문이다. 지출을 줄이지 못하고 세금인상이 어렵게 되면 그만큼 국가채무는 늘어나게 된다. 그러나 복지지출이 많다고 해서 재정적자가 나타나는 것은

18) 린드벡은 스웨덴 모델을 시기별로 3단계로 나누어 1870-1970년 시기를 시장지향적 스웨덴 모델, 1970-1990년 시기를 개입주의 모델, 1990년 이후를 부분적 자유화 모델로 보고 있다(Lindbeck 2009). 1970년대와 1980년대는 복지가 크게 확대되고 세금도 크게 늘어난 시기였다.

아니다. 재정적자에는 여러 가지 요인이 작용하며, 최근 스웨덴의 경우 1980년대 초, 1990년대 초에 심각한 재정적자를 겪었다. 스웨덴은 1970년대와 80년대에 세금을 크게 늘려 급속히 늘어난 재정을 충당하였다. 그럼에도 1970년대 후반부터 재정적자가 악화되어 1982년 GDP 대비 16%에 이르고 외채도 급격히 증가하게 되었다.¹⁹⁾ 1991-2년의 금융위기로 엄청난 공적자금이 투입되면서 1990년대 초중반에도 심각한 재정적자를 겪게 되었다. 더 이상 세금을 인상할 수도 없었을 뿐 아니라 1991년 세제개혁으로 세금은 낮아졌다. 두 번의 재정적자는 직접적으로 경제정책의 문제에서 비롯되었다고 할 수 있으나 재정지출의 큰 부분이 복지관련 지출인 만큼 복지지출의 문제도 없지 않을 것이다. 1993년 12%의 재정적자는 복지개혁, 재정개혁과 세계경제의 호황으로 1997년 2%로 축소되었다(김인춘 2007). 1990년대 중반 이후 성장을 촉진하고 복지지출 및 재정 개혁을 통해 재정건전성을 달성할 수 있게 되었다. 아래 표는 1995년 이후 5년 단위로 스웨덴 등 주요 국가의 재정수지(fiscal balance)를 보여주고 있다.²⁰⁾

〈표 2-19〉 주요 국가의 재정수지

	(GDP 대비%)			
	1995	2000	2005	2010
스웨덴	-7.3	3.6	1.9	-0.3
덴마크	-2.9	2.2	5.0	-2.9
네덜란드	-9.2	2.0	-0.3	-5.3
프랑스	-5.5	-1.5	-3.0	-7.0
독일	-9.7	1.3	-3.3	-3.3
영국	-5.8	3.7	-3.3	-10.3
캐나다	-5.3	2.9	1.5	-5.5
미국 ¹	-3.3	1.5	-3.3	-10.6
한국	3.5	5.4	3.4	0.0
OECD전체	-4.8	0.1	-2.8	-7.7

자료: OECD Economic Outlook

19) 1970년대 후반부터 세계경제 위기로 스웨덴 경제가 침체에 빠지면서 많은 민간기업이 도산위기에 직면하게 되었고, 당시 보수연정이었음에도 고용 등 주로 정치적 이유로 이들을 국유화하면서 재정적자는 더욱 악화되었다. 사실 스웨덴으로서는 엄청난 재정적자였고 이러한 빚 서비스를 위해 새로운 형태의 자본 조달이 필요했다. 스웨덴 정부는 규제된 금융시장 외부의 금융기관을 통해 해외로부터 돈을 조달하게 되었고, 그 결과 비은행금융기관이 크게 늘어났고 스웨덴 정부의 통화, 신용, 환율정책의 자율성은 약화되었다. 이러한 1980년대의 자본시장 탈규제정책은 1991-2년 금융위기의 중요한 한 원인이 되었다.

20) 유럽연합(EU)은 GDP 대비 3% 이내의 재정적자 한도를 정하고 있다.

제5절 시사점과 함의

1. 사회보장제도의 소득재분배 효과

1) 큰 규모의 소득재분배

복지지출의 중요한 목표는 소득보장과 공공소비를 통해 소득재분배를 달성하는 것이다. 실제로 세금과 공공지출(소득이전, 공공서비스)은 소득재분배에 중요한 영향을 미치는 것으로 알려져 있으며, 사회적 불평등과 양극화 문제를 해소하는데 있어 세금과 공적소득이전의 역할은 중요하다(Lindert 2002). 아래표는 OECD 주요 국가들의 세전소득, 세후소득(공적이전 포함)에 대해서 지니계수를 계산하여 소득재분배의 규모를 분석한 결과이다. 스웨덴은 2000년 기준 0.447의 세전 지니계수가 재분배를 통해 0.252로 축소되었다. 재분배 규모가 큰 국가들은 세금뿐 아니라 공적이전을 통한 재분배가 중요하게 이루어지고 있음을 볼 수 있다. 한국은 미국에 비해서도 재분배 규모가 매우 작음을 알 수 있다.

〈표 2-20〉 OECD 국가들의 조세와 공적이전을 통한 소득재분배 규모

	연도	지니계수		재분배 크기 (지니계수 개선율, %)		
		세전소득	세후소득	전체	조세	공적이전
벨기에	1977	0.481	0.260	45.9	13.1	32.8
덴마크	1992	0.426	0.236	44.6	10.6	34.0
네덜란드	1999	0.440	0.248	43.6	15.3	28.3
스웨덴	2000	0.447	0.252	43.6	8.3	35.3
핀란드	2000	0.430	0.247	42.6	9.8	32.8
독일	2000	0.459	0.264	42.5	12.0	30.5
프랑스	1994	0.485	0.288	40.6	3.5	37.1
노르웨이	2000	0.406	0.251	38.2	9.9	28.3
오스트리아	1994	0.452	0.311	31.2	10.8	20.4
영국	1999	0.500	0.345	31.0	5.8	25.2
캐나다	2000	0.413	0.302	26.9	9.7	17.2
미국	2000	0.469	0.368	21.5	10.7	10.9
12개국 평균		0.444	0.281	36.6	9.8	26.8
한국	1996	0.302	0.298	1.3		
한국	2000	0.374	0.358	4.3		

자료: Malher and Jesuit(2004), 유경준(2003), 정세은(2011)에서 재인용

스웨덴 재정지출의 높은 재분배 효과는 5분위 소득 비교를 통해서도 볼 수 있다.²¹⁾ 상위 20% 성인은 전체 요소소득의 45%를 차지하고 하위 20% 성인은 4%를 갖는다. 이러한 요소소득(소득총액) 격차는 세금과 공적소득이전 이후의 가처분 소득에서 크게 완화되는데, 요소소득 5분위 격차가 10배가 넘는 비율은 세금과 소득이전을 통해 3.4배로 크게 완화된다. 사회서비스에 대한 개인공공소비를 고려하면 그 격차는 2.3배로 더 줄어든다.

〈표 2-21〉 세금, 소득이전, 공공소비의 5분위 소득재분배 효과

Income quintile	Factor incomes	가처분소득	가처분소득+공공소비
1	4	10	14
2	10	15	16
3	17	18	18
4	24	22	21
5	45	35	31
Total	100%	100%	100%
5분위/1분위비율	10.3	3.4	2.3

Ministry of Finance

출처: OECD Economic Surveys: Sweden(2002, p. 151)

2) 스웨덴 공공사회서비스의 재분배 효과

재분배는 현금지원 뿐 아니라 모두에게 혜택이 분배되는 의료보험, 보건서비스, 아동 및 유아복지, 노인복지, 교육, 각종 보조금 등의 형식으로도 이루어진다. 세금, 소득이전, 공공서비스소비는 소득계층에 따른 차이 뿐 아니라 연령집단에 따라서도 큰 차이가 있다. 세금은 대부분 근로시기에 납부되는 반면, 공공지출은 연금과 노인 서비스를 통해 노인연령집단에 집중된다. 아동수당, 부모보험 등을 통해 아동청소년 연령집단에게도 상당 부분 배분되고 있다. 공공지출은 가족유형에 따른 소득차이를 조정하는 역할도 하고 있다. 가장 높은 가처분소득을 갖는 무자녀부부 가족유형과

21) 이 표는 가구가 아니라 개인을 분석한 것임. 한국의 경우, 2009년 기준 종합소득세 기준으로 상위 20% 소득자가 전체 소득의 71%를, 근로소득세 기준으로는 42%를 차지하는 것으로 나타났다(2011. 4.25 국세청 발표)

가장 낮은 가처분소득을 갖는 유자녀싱글부모 간의 가처분소득 격차는 세금과 소득 이전, 공공서비스소비를 통해 크게 줄어든다. 아래 표에서와 같이 지니계수를 통해서도 세금과 공공지출의 재분배 효과를 확인할 수 있다.

〈표 2-22〉 스웨덴 공공지출의 지니계수 소득재분배 효과

	GINI coefficient	Change in GINI coefficient
Factor incomes	0.49	
Transfers	0.33	-0.16
Disposable income	0.26	-0.07
Disposable income plus individual public consumption	0.20	-0.06

Ministry of Finance, Sweden

출처: OECD Economic Surveys: Sweden(2002, p. 151)

3) 소득보장제도의 소득분배에의 기여

저소득층으로의 소득이전이 크게 이루어지고 있다. 선별적 급여(주택수당, 사회부조)는 갈수록 저소득층에 중요한 소득원이 되고 있다. 실업증가와 소득격차가 커졌던 1990년대의 소득종류 별 소득분배를 보면 하층 20%의 경우 선별적 급여의 비중이 커졌음을 알 수 있다. 또한 연금 소득의 경우 하층은 그 비중이 줄어들었는데 비해 상층의 경우 그 비중이 늘어났다. 이는 소득연계연금이 커지고 있기 때문이다.

〈표 2-23〉 스웨덴 계층간 소득종류별 비중 및 변화 비교

	1991년(%)	1999년(%)
(하위 20% 계층)		
근로소득	32.9	34.7
자본소득	5.0	2.5
연금소득	27.5	18.1
여타 사회보험 및 사회급여	23.7	30.4
선별지원소득(자산조사식 사회부조, 주택수당)	11.0	14.4
(상위 20% 계층)		
근로소득	69.8	63.6
자본소득	14.0	18.5
연금소득	10.2	13.2
여타 사회보험 및 사회급여	6.1	4.5
선별지원소득(자산조사식 사회부조, 주택수당)	0.1	0.2

출처: Joakim Palme, 2002 Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s

〈표 2-24〉 세금 및 이전소득이 실질 소득에 미치는 영향(스웨덴 사례, 2007년, 연간소득, 20-65세)

(단위 : 크로나)

시장임금	37,577	103,594	200,271	290,154	529,592
이전소득	48,109	66,506	55,020	37,776	35,118
총소득	85,339	169,434	254,307	326,092	560,856
소득세금	12,607	35,728	61,831	90,764	183,336
가처분소득	72,732	133,706	192,476	235,328	377,520
세율(%)	14.8	21.0	24.2	27.5	32.7

이전소득 - 연금, 아동가족수당, 실업급여, 병가수당, 장애수당, 출산수당, 사회부조 등
출처: Steinmo 2010

하위 20% 계층의 경우 근로소득 비중은 전체 소득의 34.7 %를 차지하고 있어 다양한 사회급여와 사회부조의 비중이 매우 큼을 알 수 있다. 즉 소득재분배의 크기가 매우 커다는 것을 알 수 있다. 스웨덴 이전소득제도의 배분배 효과는 경제위기시에 더 두드러진다. 이는 스웨덴의 사회정책 시스템이 무엇보다 정규 노동시장으로부터 벗어난 사람들을 보호하는 역할을 수행하기 때문이다. 1990년대 이후 실업과 비정규고용이 늘면서 노동소득이 더욱 불균등해졌다. 다만, 소득불평등이 커짐에도 불구하고 세금과 소득이전으로 소득분배 상황은 전체적으로 거의 변하지 않았다. <표 2-23>은 세금과 이전소득이 가처분소득 분배에 미치는 영향을 상세히 보여주고 있다. 저소득층의 경우 가처분소득은 시장임금의 거의 2배에 이른다.

2. 스웨덴 복지국가의 경쟁력과 지속가능성

고세금과 고복지에도 불구하고 1990년대 중반 이후 국가경쟁력, 경제성장 지표 또한 유럽에서 가장 좋은 그룹에 속해 있다. 세계화와 유럽통합으로 사회적 격차가 확대되었으나 스웨덴 고유의 공공정책으로 소득분배를 개선하고 각 분야의 효율성과 생산성을 제고하고 있다. 노동참가와 육아를 동시에 가능하게 하는 공공 사회서비스, 적극적 노동시장정책을 통한 노동력의 동원, 인적자본 개발에 대한 강조 등 전통적인 스웨덴의 분배정책은 오히려 세계화라는 새로운 경제환경에 대한 적응을 용이하게 하고 있다.

1990년대 초 경제위기 이후 재정개혁을 추진해 왔다. 총지출 한도를 법적으로 정하고 지출관리를 강화해 왔다. 재정개혁을 위한 지출의 방향은 첫째, 전반적으로 지출을 억제하고, 둘째 우선순위 정하여 낮은 순위의 복지프로그램은 제외하고, 마지막으로 비용축소 압력을 가하는 것이다. 이는 ‘적은 돈으로 더 많이 하는(do more with less)’ 것으로 재정효율성을 높이는데 중점을 두고 있다(OECD 2002). 전반적으로 지출규모 줄이고 경제에의 부담을 줄임으로서 공공지출의 질과 효율성을 제고하는 것이다.

2000년대 들어 스웨덴은 높은 경제성과와 삶의 질을 유지하고 있다. EU 가입 이후 시장개방으로 생산성이 제고되었으며 노동시장 참가율이 높아지고 복지급여 의존도가 낮아지고 있다. 분배정책의 지속, 중간 및 저소득층에 대한 감세, 성장지향적 개혁 아젠다로 사회통합을 제고하면서 경제성장을 달성하고 있다. 이는 세금원을 확대하고 교육 및 노동시장정책으로 보다 평등한 고용성과와 기회평등을 가져오고 있다(Ministry of Finance). 복지국가의 지속가능성은 경제성장, 효율성, 거시경제적 안정에 직결되어 있다. 경제적 성과는 고복지와 사회통합 등의 사회적 목표를 실현 시키는데 중요한 요소이다. 따라서 장기적 경제성장과 고용증대를 창출할 수 있는 국가능력은 매우 중요하며, 이를 위해 복지국가는 높은 수준의 인적자본 투자와 노동참여를 높이는데 집중한다. 보편적 가족수당과 아동수당 등 가족관련 복지정책은 소득재분배 뿐 아니라 출산 및 여성의 노동참여 제고하는데 기여하고 있다. 스웨덴의 국가재정은 이러한 역할을 수행하는데 초점이 맞추어져 있다.

물론 소득재분배 측면에서도 괄목할 만한 성과를 보여주고 있는데, OECD 주요국 빈곤율을 보면 스웨덴 복지시스템의 양극화 해소 측면에서의 성과를 알 수 있을 것이다. 2000년대 중반의 빈곤율은 미국 17.1%, 일본 14.9%, 캐나다 11.7%, 독일 10.9%, 영국 8.3%, 스웨덴 5.3%, OECD 평균 10.6%로 나타나고 있다. 스웨덴의 시장소득 지니계수에 비해 매우 낮은 가처분소득 지니계수에서 소득불평등 감소라는 성과와 낮은 빈곤율 성과에서 높은 수준의 사회적 평등을 보여주고 있다. 이는 스웨덴 사회보장제도 정책의 효과성이 높다는 것을 말하며 이러한 높은 효과성은 제도와 지출의 효율성과 직결된다고 할 것이다. 참고로 한국은 2009년 21%로 매우 높은 빈곤율을 보여주고 있다.

이러한 특성과 더불어 교육과 노동시장 부문의 재정지출은 경제성장의 토대가 되고 있다. 사회적 불평등을 감소시키고 인적자본의 질적 향상을 위한 정책적 노력은 고속련/고임금 수출산업의 대외경쟁력을 유지시키는데 있어서 뿐 아니라, 내수산업의 생산성 제고를 위해서도 힘이 되고 있다. 높은 생산성과 높은 수준의 고용은 다시 높은 수준의 복지국가를 유지하는데 필요한 막대한 세금원을 제공하고 있는 것이다. 노사협력에 기반하여 ‘고속련-고부가가치-고임금 전략’을 시행하여 고속련 노동력이 스웨덴 경제를 발전시키는데 크게 기여하게 만들고 있다.

스웨덴은 고부가가치 제조업 및 고부가가치 서비스산업의 경쟁력 향상을 목표로 하고 있지만 탈규제된 저임서비스부문과 안정된 고임금부문으로 분리된 ‘이중경제(dual economy)’를 수용하지 않고 있다. 노동시장의 경쟁력을 제고함으로써 1차 분배를 개선하고 경제의 생산성을 높이는 것이다. 교육에 의한 인적자본 투자는 노동 시장에서 근로자가 직면할 위험을 줄이는 가장 좋은 방법으로 보기 때문이다. 노동시장의 균형발전을 추구하는 ‘win-win’전략이 가능한 것은 스웨덴의 노동시장과 단체협상, 노조 등 강력한 노동시장제도들이 상호 긴밀히 연관되어 있기 때문이다. 스웨덴의 공공정책은 무엇보다 성장, 고용, 공공복지, 사회통합을 목표로 하고 있다. 특히, 사회통합을 위해 임금격차의 축소, 빈곤감소, 삶의 조건의 동질화 등을 추구하고 있다. 이러한 목표를 위한 노동보호 제도 및 인적자본 정책은 매우 시사적이다. 고세금과 고복지에도 스웨덴 복지모델이 경쟁력을 갖는 이유이다.

3. 복지지출과 재정 관계의 시사점

스웨덴 복지지출과 재정에 관한 검토 결과 다음과 같은 잠정적인 결론과 함의를 얻을 수 있다. 첫째, 늘어나는 복지지출을 충당하고 재정건전성을 유지하기 위해서는 지속적인 경제성장이 유지되어야 한다는 점이다. 1990년대 초 경제위기를 겪은 후에도 복지가 크게 축소되지 않은 것도 개혁을 통해 성장을 유도해 왔기 때문이다. 더 많은 사람이 노동시장에 참여하고 경제의 생산성을 높여 성장을 달성하는 것은 고복지의 전제조건이 되는 것이다. 경제성장은 무엇보다 고용을 늘려 노동시장에 의한 1차 분배를 보장할 수 있고 소득세와 법인세, 고용주세 등의 세입이 안정적으로

확보될 수 있기 때문이다.

둘째, 1960년대 이후 복지지출의 급속한 증가는 세금을 크게 늘리게 만들었다. 개인소득세와 고용주세를 크게 늘렸는데 이는 스웨덴 국가가 충분한 세금을 걷을 수 있을 만큼 신뢰를 얻고 있기 때문이다(Rothstein 1998). 스웨덴 복지재정에서 사용자 즉 기업의 부담이 높은 것은 매우 특징적이다.²²⁾ 사회적 합의 또는 대타협이 스웨덴의 지속가능한 복지국가를 지속가능하게 만드는데 중요한 기여를 해 왔다. 복지제도가 다수 도입된 1960년대와 1970년대에 복지지출이 급격히 증가하였지만 기업이 복지지출의 일정 부분을 담당해 왔기 때문에 가능하였다.

셋째, 재정의 투명성과 효율성을 보장하는 국가의 역량이 중요하다. 스웨덴은 재정지출의 효율성과 효과성을 높이고 재정수지와 정부채무를 일정 수준에서 유지하기 위해 엄격한 재정준칙을 정하고 있다. 이는 복지지출과 재정에 대한 국가의 역량을 보여준다. 1994년 EU 가입으로 지출 축소와 세입 증가에 초점을 맞춘 재정건전화 계획을 추진하였다.

넷째, 재정정책 목표가 단순하고 복지정책 또한 단순하고 명료한 것이 그만큼 효과가 크다는 점이다. 많은 정책목표와 나열된 많은 복지정책은 정책수행을 위한 자원을 분산시키기 때문이다.

4. 1990년대 이후의 도전과 개혁

1991-3년 심각한 경제위기 이후, 그리고 1995년 EU 가입에 따른 제도 변화로 스웨덴 복지제도는 많은 개혁과 변화가 있었다. 기본적인 복지제도의 틀은 유지되고 있으나 전반적으로 혜택이 줄었으며 사회적 격차가 이전에 비해 커져왔다. 2006년 이후 현재까지 우파정부가 집권하면서 복지제도의 효율성을 위한 민영화가 진행되고 있다.

1991-3 경제위기는 스웨덴 복지모델에 큰 영향을 주었다. 복지체제는 그대로 유지되었지만 수급자격과 규칙은 매우 엄격해져 사회보험과 실업보험의 급여가 축소되었다.

22) 스웨덴의 실효 법인세율은 다른 유럽 국가들에 비해 낮게 유지되어 왔지만 높은 고용주세금은 근로자 사회보험 비용을 거의 담당해 왔다. 복지국가에 대한 기업의 책임은 그 역사가 오래되었다. 1938년 노사대타협으로 기업들이 고용과 임금, 재산관련 높은 세금을 부담한다는 합의가 이루어졌다. 이것이 가능할 수 있었던 것은 그 전에 이룩된 자본축적에 기인한다. 이에 대한 보상으로 사회민주당 정부는 기업가의 경영권과 노동시장 유연성을 보장하게 된다.

장기실업자와 병가근로자가 크게 늘어 재정부담이 커졌기 때문이다. 병원은 의료서비스를 제공하는데 어려움을 겪었고 노인보살핌 서비스가 다소 약화되었다. 아동보살핌은 질적으로 다양한 서비스가 제공되고 있다. 최근 들어 보살핌서비스의 재가족화(가정에서의 양육) 경향이 나타나고 있다.

이러한 대내외적 상황에서 스웨덴 복지모델을 지속시키기 위해 정부는 고용창출과 복지개혁을 중점적으로 추진해 오고 있다. 노인인구 비중이 높은 상태에서 고복지체제를 유지하는데 비용이 많이 든다(65세 이상 18%). 이에 여성고용을 더욱 강조하고 있다. 실업 이민자를 노동시장에 참여시키고 이민노동자를 받아들여 왔다(최근에는 이민 제한, 외국인 인구비중 7.8%). 연금개혁 등 복지체제를 개혁하고 있다.

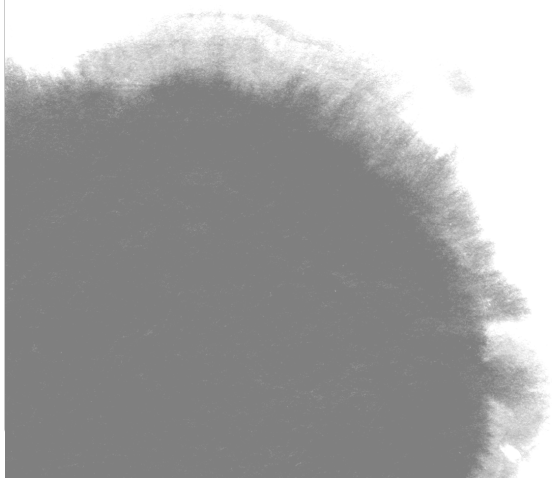
연금, 실업보험 등 사회보험의 급여는 축소되었지만 공공사회서비스는 더욱 발전되고 있다. 공공사회서비스의 생산적 기능과 재분배 기능을 중요시하기 때문이다. 탁아, 의료 등 주요 공공서비스 개혁은 서비스의 질을 제고하고, 선택의 자유와 접근성 면에서 성공적인 개혁을 추진하였다. 노동시장 참가와 육아를 동시에 가능하게 하는 공공 사회서비스, 적극적 노동시장정책을 통한 노동력의 동원, 인적자본 개발에 대한 강조 등 스웨덴의 복지·노동정책은 세계화에 대한 적응을 용이하게 하여 국가 경쟁력을 강화하는 역할을 해 왔다.

마지막으로 정치적 타협과 사회적 합의가 중요했다. 어떤 복지국가를 어떻게 발전시키고 어떻게 운용해 나갈 것인가에 대해 정당간 협의가 중요했다. 연금개혁, 세제개혁은 효율적인 재정을 유지하고 성장을 촉진하는데 정당들이 합의한 결과이다. 물론, 이러한 면은 스웨덴의 정당정치가 그만큼 합의를 추구하고 연정에 의해 정부가 운영되어온 기간이 많기 때문일 것이다. 스웨덴 모델이 성공하게 된 중요한 요인 중 하나는 안정된 정당정치와 연합정부에 있다. 정당의 안정은 합의정치를 가능하게 해 주고 연합정부를 통해 권력의 공유를 가능하게 만들기 때문이다. 스웨덴은 1960년대 이후 복지지출의 급속한 증가와 이에 따른 고세금, 심각한 재정적자 발생, 세제개혁, 재정개혁 등 복지와 재정에서 많은 변화가 있었지만 정치적 결단과 사회적 합의로 해결해 왔다. 오늘날 스웨덴 복지국가의 정치사회적 기반은 복지정책이 경제적 목표와 적합성을 가져야 하며, 중산층 이상이 만족할 수 있는 양질의 사회서비스 제공, no more tax에 있다고 하겠다.

스웨덴 사례가 한국에 주는 시사점을 간략히 정리하면 다음과 같다. 무엇보다 복지정책이 확대되면 지출이 증대될 수밖에 없다는 점이다. 이는 세수의 유지 및 확대를 가능하게 할 지속적 경제성장과 세금인상이 전제된다고 하겠다. 둘째, 사용자(기업)의 복지지출 책임(사회보장세)이 커져야 한다는 점이다. 물론, 이는 매우 정밀한 분석이 요구된다. 기업의 부담이 지나치게 되면 그 부작용도 커지기 때문이다. 이러한 측면에서 임금조정이 필요할 수 있다. 재정지출의 투명성과 효율성이 보장되어야 하며 고강도의 재정목표가 필요하다는 점이다. 복지정책의 명료성이 높아야 하며 공공사회서비스의 생산적 기능과 분배적 기능이 강조되어야 한다. 마지막으로 복지제도에 대한 정치적 조정과 타협, 사회적 합의가 매우 중요하다는 점이다.

03

독일 사회보장체계



제3장 독일 사회보장체계

제1절 서론

독일에서 ‘사회복지’, ‘사회보장’ 그리고 ‘복지국가’는 다소 생소한 용어이다. 독일은 전통적으로 국가에 의해 이루어지는 복지 및 노동 정책을 ‘사회정책’(Sozialpolitik)이라 불렀고, 이러한 정책을 시행하는 국가를 ‘사회국가’(Sozialstaat)라 칭했다. 시대의 흐름을 반영하여 영미권의 용어인 사회복지, 사회보장 그리고 복지국가라는 용어 또한 이제는 독일에서도 자주 회자되지만 그 의미가 다소 애매한 경우들이 많다. 본 글의 주제인 ‘사회보장’이라는 용어도 독일 정부 부처 간에 통일된 의미로서 사용되지 않는 경우가 많다. 독일 ‘연방노동사회부’(Bundesministerium für Arbeit und Soziales)는 ‘사회보장’(Sozialen Sicherung)을 매우 폭넓게 규정하여 사회보장 제도에 다음의 정책들을 포함하고 있다. 아동수당과 육아수당, 모성보호, 고용촉진, 직업훈련, 노동권, 기업규범, 공동결정, 산재보험, 의료보험, 수발보험, 연금보험, 재화와 장애인의 참여, 전쟁피해자보상, 사회복지, 주택급여 등이 포함된다.(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2006a 참조). 이에 반해 독일 ‘연방통계청’(Statistisches Bundesamt)은 아래 표 1에서 보는 것처럼 같은 ‘사회보장’(Sozialen Sicherung)이라는 용어를 우리 식의 사회보험제도에 한정하여 사용하고 있다(Statistisches Bundesamt, 2010 참조).

따라서 본 글에서는 사회보장에 대해 나름의 규정을 내리고 그 규정에 근거하여 독일의 사회보장제도를 분석하도록 하겠다. 본 글에서는 사회보장제도를 ‘대중을 사회적 위험으로부터 보호하는 공공정책 또는 제도의 총체’로서 규정하고자 한다. 따

라서 사회보장제도의 개별영역은 개별 사회적 위험, 즉 노령, 질병, 요양, 실업, 유족, 장애, 작업장 사고, 이동출산, 최저생계 등에 대처하는 사회적 제도들로 구분 기능할 수 있을 것이다. 그러므로 흔히 사용되는 제도적 용어를 사용한다면 사회보험, 사회수당, 공공 부조, 사회서비스 등이 그 주류를 이룬다. 하지만 이는 분명 통상적 용어일 뿐이고, 사회 보장제도는 그 내용적으로 급여형성원칙에 근거한 ‘보험급여’, ‘부조급여’, ‘수당급여’ 그리고 ‘급여형태’에 근거한 ‘현금급여’, ‘현물급여’, ‘서비스급여’ 간의 복잡한 결합체계이다.

〈표 3-1〉 2008년 독일 사회보장제도의 급여와 예산

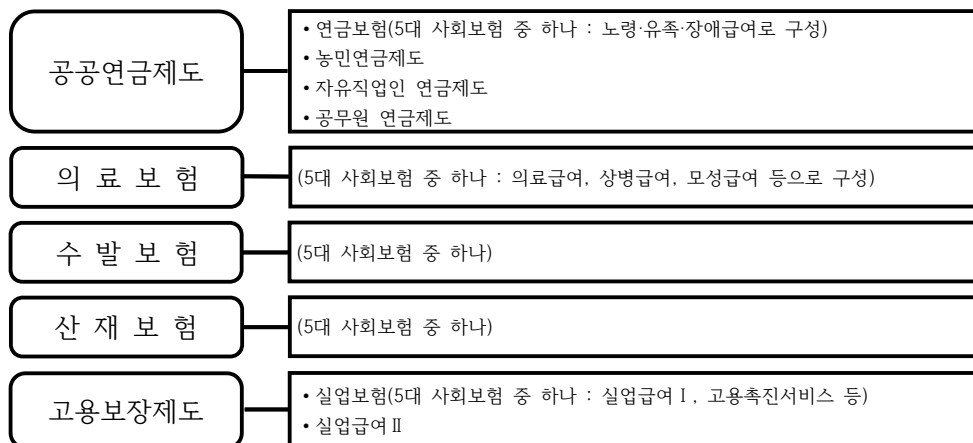
제도별 구분	비용		
	금액(백만 유로)	GDP 대비 %	사회예산 대비 %
1. 사회보장제도	439,343	17.7	64.0
1.1. 연금보험	244,813	9.9	33.8
1.2. 의료보험	158,865	6.4	22.0
1.3. 수발보험	19,071	0.8	2.6
1.4. 산재보험	11,907	0.5	1.6
1.5. 실업보험	28,734	1.2	4.0
2. 특별제도	7,257	0.3	1.0
2.1. 농민연금제도	3,012	0.1	0.4
2.2. 자유직업인 연금제도	3,534	0.1	0.5
2.3. 민간 연금보험	50	0.0	0.0
2.4. 민간 의료보험	-	-	-
2.5. 민간 수발보험	661	0.0	0.1
3. 공무원을 위한 제도	53,948	2.2	7.5
3.1. 연금	39,072	1.6	5.4
3.2. 가족수당	2,955	0.1	0.4
3.3. 기타 보조금	11,921	0.5	1.6
4. 고용자 급여	60,944	2.5	8.4
4.1. 기업 상병급여	28,500	1.1	3.9
4.2. 기업 노령연금	21,550	0.9	3.0
4.3. 공기업의 추가연금	9,700	0.4	1.3
4.4. 기타 고용자 급여	1,194	0.0	0.2
5. 보상급여	3,561	0.1	0.5
5.1. 사회적 보상	2,584	0.1	0.4
5.2. 부담조정	42	0.0	0.0
5.3. 재가급여	868	0.0	0.1
5.4. 기타 보상급여	67	0.0	0.0
6. 장려제도와 부조제도	134,543	5.4	18.6
6.1. 이동수당과 가족급여조정제도	36,680	1.5	5.1
6.2. 양육수당/육아수당	5,061	0.2	0.7
6.3. 실업급여 II	44,211	1.8	6.1
6.4. 실업부조 / 기타 근로지원	920	0.0	0.1
6.5. 교육장려급여	1,804	0.1	0.2
6.6. 사회부조	23,519	0.9	3.3
6.7. 아동 및 청소년 복지	21,562	0.9	3.0
6.8. 주택급여	787	0.0	0.1
사회예산 총계	691,802	27.9	100.0

출처: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011

위의 표는 사회급여와 관련된 예산 항목과 실제 비용 내역을 보여주고 있다. 이 항목 구분과 비용 수치는 독일 ‘연방통계청’이 작성하였으며, 이를 기준으로 전체 GDP 대비 그리고 전체 사회예산 대비 비율 또한 보여주고 있다.²³⁾ 급여별 세부 내역을 살펴보면 통상적으로 구분되는 사회보험, 공공부조, 사회수당, 사회서비스가 포함되어 있고, 이와 더불어 법정 기업급여 그리고 가입자를 대상으로 국가에 의한 재정지원이 동반되는 민간보험급여가 포함되어 있음을 알 수 있다.

각 제도별 급여 종류와 그 급여들 각각이 포괄하는 급여대상을 설명해 보면 다음과 같다. 첫 번째 항목인 ,1. 사회보장’은 상술한 것처럼 사회보장이란 용어 자체를 협의로 사용한 것으로서 결국 ,사회보험’ 제도를 가리킨다. 하지만 여기서 한 가지 상기하여야 할 점은 독일의 사회보험제도의 특수성이다. 스웨덴이나 영국과 같은 나라들은 피용인과 자영자를 모두 포괄하는 사회보험을 발전시켜왔다. 하지만 독일에서 사회보험이라는 제도는 오로지 피용인 중에서도 노동자만을 중심으로 발달되어 왔고, 그 외의 취업자들에 대해서는 별도의 특수한 보험제도를 도입하여 왔다. 따라서 사회보험제도의 원 기능에 입각하여 ,사회적 위험’(노령, 질병, 실업 등)에 따른 구분을 기준으로 독일의 공공보험제도를 재구성해보면 다음과 같다.

[그림 3-1] 독일의 공공보험제도



출처: 남찬섭·백인립, 2011: 11; 일부분 저자에 의해 수정됨.

23) 앞으로 논의될 내용은 백인립, 2005에서 2000년도 독일사회보장제도 예산을 중심으로 분석했던 내용을 2008년도 예산을 중심으로 일정 부분 업데이트한 것임을 밝힌다.

위의 공공보험제도는 기본적으로 5대 사회보험을 그 근간으로 하고 있다. 먼저 공공연금제도에는 위의 표 1에서의 ‘1.1. 연금보험’, ‘2.1. 농민연금제도’, ‘2.2. 자유직업인 연금제도’ 그리고 공무원을 위한 제도 중 ‘3.1.의 공무원 연금’이 포함된다. 그리고 다시 ‘1.1 연금보험’은 생산직노동자를 위한 연금보험, 사무직노동자를 위한 연금보험, 광업노동자 연금보험, 수공업자 연금보험이 통합된 것이다. 이 4가지 연금제도 관련 개별법들이 1992에 사회법 VI으로 통합되면서 급여조건과 연금산정공식 등에 있어서 동일한 규정을 따르게 되었다. 하지만 이 통합법 안에는 여전히 광업노동자와 수공업자에 대한 특별규정(보험료, 급여수준 및 정부보조금 등에 대한 특별 규정)을 포함하고 있다. 결국 연금보험의 기본적인 의무가입대상자는 공무원을 제외한 노동자들이다. 그리고 자영업자 중에서도 다음의 몇몇 부류가 의무가입 대상자이거나 연금보험에 의무가입할 수 있다. 수공업자, 가내공업자, 예술인·작가, 어민, 그리고 타인을 자신의 밑에 고용하지 않고 혼자 일하는 교사와 간호인 등의 몇몇 자영업 직업군은 의무적으로 가입해야 한다. 또한 타인을 자신의 밑에 고용하지 않고 지속적으로 ‘한 명’의 고용자만을 위해 일하는 자영업자는 의무적으로 가입해야 한다. 그리고 자영업을 시작한지 5년 안에는 본인의 신청을 통해 의무가입대상자가 될 수 있다. 한편 독일의 모든 국민은 연금보험에 임의가입을 할 수 있다. 하지만 이 임의가입자들은 의무가입자와는 다른 권리와 의무를 지닌다²⁴⁾.

농민연금제도와 자유직업인 연금제도는 연금보험처럼 노령, 장애 그리고 유족연금을 지급하는 자영업자만을 위한 공공연금제도이다. 농민연금제도에는 소득에 관계없이 모든 농민들이 의무가입된다. 또한 1995년부터는 기존 가입자의 배우자도 별도로 보험조합에 의무가입하여야 한다. 자유직업인 연금제도의 자유직업인은 자신들의 직업을 위한 공법상의 협회가 있어 그곳에 강제가입하여야 하며, 정부의 요금 통제에 의해 소득이 영향을 받는 자영업자들을 의미한다. 이러한 자유직업인에는 의사, 치과 의사, 수의사, 약사, 건축사, 변호사 등이 포함되며, 이들은 자신들만의 자유직업인 보험조합들에 강제가입하여야 한다. 공무원 연금제도는 공무원들의 노령, 산재, 사망 시에 연금을 지급하는 제도로써, 이를 위한 재원은 공무원들의 기여금없이 일

24) 임의가입자는 예를 들어 보험료 액수와 납입기간을 피보험자 마음대로 선정할 수 있으며, 장애연금에 대한 권리 등이 없다.

반세금으로만 충당된다²⁵⁾).

의료보험과 수발보험은 표 1의 ‘1.2. 의료보험’과 ‘1.3.의 수발보험’을 의미하고, 이 두 보험제도의 포괄대상자는 동일하다. 공무원을 제외한 모든 피용인은 의무가입 대상자이다. 자영업자 중에는 농민과 예술인·작가 등 매우 제한된 직업군만이 의무 가입할 수 있다. 임의가입제도도 존재하나 고소득의 피용인과 중증장애인 등에게 적용되는 조항이지 자영업자와는 별 관계가 없다. 단 피용자에서 자영업자로 전환한 경우 등은 계속 의료·수발 보험에 남아서 동일한 혜택을 누릴 수 있다. 하지만 이는 기존의 회원에 대한 우대차원이지 자영업자를 보호하기 위한 조치가 아니다.

산재보험(표 1의 ‘1.4. 산재보험’을 의미)에도 공무원을 제외한 피용자가 일차적 의무가입 대상자이다. 자영업자 중에는 농민, 어민, 가내공업자 그리고 간호인등의 몇몇 직업군이 의무가입 대상이고, 나머지 자영업자들은 재해보험 규약에 의거 여러 가지 조건이 맞을 때 의무가입 대상자가 될 수 있다. 이 두 부류에서 벗어난 자영업자들은 재해보험에 임의가입이 가능하다.

직업교육과 일자리 창출정책 등 독일의 적극적 노동시장 정책은 실업보험의 보험료로 운영되기 때문에, 고용보장제도라는 큰 틀 안에 실업보험급여와 함께 묶여 있다. 과거 실업보험급여는 ‘실업급여’와 ‘실업부조’로 구성되어 있었고, 이 둘 모두 실업보험 가입대상자만이 지급받을 수 있었다. 그러나 이러한 독일의 실업보험급여는 2005년 1월 대대적인 변화를 겪었다. 노동능력이 있는 사람들이 받던 사회부조와 실업부조가 합쳐지면서 ‘실업급여 II’가 되었고, 이는 실업자라면 신청해서 받을 수 있는 급여이다. 기존의 실업보험급여 중 실업급여는 ‘실업급여 I’이라는 이름을 가지게 되었고, 이 급여를 위한 실업보험 의무 가입대상자는 예전처럼 공무원을 제외한 피용인이다. 자영업자 중에는 자신의 의지에 의해 의무가입자가 될 수 있는데, 이처럼 의지에 의한 의무가입자가 되기 위해서도, 자영업을 시작한 시점으로부터 과거 2년 중 최소 12개월을 실업보험의 의무가입자이었거나, 자영업 시작 바로 직전 실업보험의 의무가입자이었어야 한다. 따라서 실업보험의 자영업자 관련 조항은 자

25) 이상의 공공연금제도는, 65세 이상 노령자들 소득의 78%를 충당하는 노령자를 위한 소득보장의 첫 번째 축으로서 역할하고 있다. 두 번째 축은 기업연금으로서 이 연금액은 노령자 소득의 7%를 차지하고 있고, 세 번째 축은 민간보험 등의 사적자구책으로서 이를 통해 총소득의 10%가 나온다(Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2003: 59).

영업자를 보호하겠다는 차원이 아니라, 기존 가입자에 대한 우대의 성격이 강하기 때문에 실업보험에서 자영업자는 제외된다고 간주해도 무방하다. 그리고 여기서 논한 ‘실업급여 I’은 표 1의 ‘1.5.’에 속하고, ‘실업급여 II’는 표 1의 ‘6.3.’으로 존재한다. 또한 비록 ‘실업부조’는 ‘실업급여 II’에 의해 대체되었지만, 2005년 개혁 전의 규정에 적용받는 사람들에게는 여전히 지급되고 있고 이 급여항목은 ‘6.4.’에서 발견할 수 있다.

이상에서 살펴본 것처럼 독일 공공보험제도에는 표 1의 ‘1. 사회보장제도’, ‘2. 특별제도’, ‘3. 공무원을 위한 제도’에 속한 거의 모든 급여가 포함됨을 알 수 있다. ‘2. 특별제도’ 중에서 지금까지 설명한 민간보험급여 항목은 최근에 신설된 것으로서 이는 독일 정부의 연금제도, 의료보험 그리고 수발보험 제도와 관련된 최근의 개혁을 반영하고 있다. 예를 들어 2001년 독일정부는 공공연금제도의 부담을 줄이고자 리스터(Riester) 연금을 도입하였다. 하지만 이 리스터 연금은 독립된 연금체계가 아니라 연금보험가입자가 기존의 민간연금에 가입하면 감세 등의 혜택을 주는 민간보험 촉진책이고, 이와 관련된 비용이 ‘2.3. 민간 연금보험’에 기술되게 된다. 민간 의료 및 수발보험과 관련해서는 최근 개혁을 설명하는 뒷부분에서 다루기로 한다.

표 1의 네 번째 항목 ‘고용자 급여’는 사기업 또는 공기업에 고용된 피용인을 위해 고용자가 지급하는 급여이다. 특히 ‘4.1. 기업상병급여’는 법정기업급여로서 노동자가 질병에 걸려 근무를 할 수 없을 때 최초 6주 동안 무조건 지급되고, 6주 이후에는 ‘1.2. 의료보험’에서 지급되는 ‘공공상병급여’에 의해 대체된다.

다섯 번째 항목인 ‘보상급여’는 주로 2차 대전 또는 군복부로 인해 생긴 인적, 물질적 피해를 보상하기 위한 제도로써, 그 피해자들에게 수당 또는 부조급여가 지급된다.

여섯 번째 ‘장려제도와 부조제도’에는 부조급여와 수당급여 또는 수당과 부조의 특징이 결합된 급여, 한마디로 말해 비보험급여들이 포함되어 있다. ‘6.6. 사회부조’와 ‘6.8. 주택급여’는 저소득자에 대한 자산조사급여이다. ‘6.1. 아동수당’과 ‘6.2. 양육수당’은 아동이 있는 가정에게 지급되는 수당급여 또는 수당적 성격이 강한 급여이다. ‘6.2. 양육수당’ 중에서 가장 큰 비중을 차지하는 급여는 ‘부모수당’이다. 아동수당과 차별되는 이 ‘부모수당’에 대해서는 독일의 사회수당 절에서 자세히 설명하기로 한다. 가족급여조정제도는 가정 내에 있는 아동으로 인해 받을 수 있는 세금감

면조치를 의미한다. ‘6.5. 교육장려급여’는 직업교육학생에 대한 교육지원금(수당급여)과 저소득층 자녀에 대한 교육지원금(부조급여)으로 구성되어 있다. ‘6.7. 아동 및 청소년 복지’는 말그대로 아동과 청소년에 대한 복지 서비스로 이루어져 있다.

지금까지 논의한 ‘직접급여’에 대비되는 ‘간접급여’로서 소득세 및 재산세 등의 세금감면제도 또한 독일에서 운영되고 있다. 비록 위의 사회예산에는 포함되고 있지 않지만 가족급여조정제도를 제외한 세금감면조치 비용은 총 3백4십억 유로로서 GDP의 1.4%에 해당된다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011: 8, 11).

앞으로 이어질 내용을 대략 개괄하면 다음과 같다. 먼저 독일의 사회보장제도 발달사를 기술할 것이고, 그 다음으로 사회보험제도의 내용에 대해 설명할 것이다. 그리고 이어서 의료서비스 체계, 사회수당과 사회부조 제도를 각각 설명하고, 끝으로 독일의 사회서비스 제도에 대해 분석할 것이다. 이러한 시스템에 대한 설명 이후 사회보장제도와 관련된 최근의 주요개혁과 그로 인한 사회적 결과 그리고 중장기 계획을 서술하는 것으로 이 글을 마치게 될 것이다.

제2절 독일 사회보장제도의 발달과정²⁶⁾

비스마르크 복지모델의 전형인 독일은 빌헬름 1세 왕정시절 세계 최초로 사회보험을 도입하였다. 1883년에 의료보험, 1884년에 산재보험 그리고 1889년 노령 및 장애연금이 차례로 도입되었다. 이 사회보험들은 생산직노동자 대부분과 저소득 사무직노동자를 포괄하였고(Frerich, 1996: 80, 86, 90), 한국의 건강보험에 해당하는 의료보험은 도입 초기부터 의료급여²⁷⁾와 상병현금급여를 지급하였다. 보수주의 복지국가 사회보장체계의 전형적인 특징 중의 하나인 공무원 연금은 노동자를 위한 사회보험이 도입되기 이전인 1873년에 이미 도입되어 있었다. 산업화와 함께 부상하던 사회주의 세력을 탄압하고, 오늘날의 공산당을 의미하는 ‘사민당’으로부터 노동자들

26) 본 절의 내용은 남찬삼백인립, 2010: 7-10의 내용을 일정 부분 수정, 보완한 것임을 밝힌다.

27) 한국의 건강보험에서는 의료기관에 의해 피보험자에게 제공된 의료서비스 관련 비용을 지불하는 행위를 요양급여라 칭한다. 하지만 2008년부터 시행된 노인장기요양보험에서의 간병급여 또한 요양급여라 칭함으로써 용어상의 혼선을 주고 있다. 따라서 본 논문에서는 요양보험의 급여를 요양급여라 칭하는 대신 건강보험의 요양급여를 의료급여라 칭하기로 한다.

을 격리시키고자 했던 비스마르크 수상은 사회보험을 도입함으로써 노동자들을 가부장적 군주적 국가체제로 포섭하고자 하였다. 따라서 비스마르크가 초기에 의도했던 사회보험 운영기관은 오늘날의 조합주의적 형태가 아닌 단일의 국가체계였다. 하지만 의회 내의 자유주의 세력과 중도세력은 이러한 비스마르크 안에 대해서 극렬하게 반대하였다. 사회보험의 운영기관이 국가가 되면 사회보험 체계를 통해 국가권력이 사회의 하부로까지 획일적인 방향으로 확장될 수 있고, 비록 군주제 하의 의회이지만 그나마 성숙된 민주주의가 심각하게 후퇴할 수 있음을 경고하였다. 결국 비스마르크의 의도 중 운영체계에 대한 계획은 좌절되고, 지역으로 나뉘어져 있으며 사회보험 가입자인 노동자와 그들의 고용인이 독립적으로 운영하는 자율행정체계로서 조합들이 사회보험을 운영하게 된다. 그리고 이 조합들은 새롭게 생성된 것이라기보다는 직업적 또는 지역적으로 나뉘어져 있던 기존의 민간공제조합 또는 민간보험기구를 활용하는 형태였다(Schmidt, 1998: 33-34). 이러한 우여곡절 끝에 형성된 사회보험조합의 전통은 오늘날까지 이어지고 있다.

독일의 사회보험제도는 1890년 비스마르크 해임 이후인, 빌헬름 II세 황제 시절과 1919년부터 시작된 바이마르 공화국 시절에도 지속적인 발전을 경험하게 된다. 1911년에는 ‘사무직노동자 보험법’이 도입되어 사무직노동자의 사회보험 가입을 확장하게 되고, 1923년에는 ‘제국광부조합법’이 도입되어 그 당시 주산업원료 생산자들이었던 광업노동자들을 사회보험에서 좀 더 우대하는 법체계가 정리된다(Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1975: 55). 이러한 사회보험 가입자 확대와 더불어 사회보험제도의 종류도 확장되게 된다. 1911년에는 유족보험이 도입되어 노령, 장애, 유족을 포괄하는 지금의 연금보험의 모습이 형성되고, 1927년에는 실업보험이 도입되어 4대 사회보험의 기틀을 갖추게 된다. 여기서 한가지 중요한 사실은, 연금보험, 의료보험, 산재보험 각각이 독립적인 조합들을 통해 운영하던 기존의 사회보험 체계와는 달리 실업보험은 운영기관으로서 전국을 포괄하는 단일의 국가기관을 설립하였다는 점이다. ‘직업소개와 실업보험을 위한 제국청’(Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung)이 건설되어 실업자를 위한 급여를 운영함으로써 기존의 민간노동자협회나 기초자치단체에서 지급하던 실업자를 위한 지원들이 사라지게 된다(Schmidt, 1998: 51-54;

Butterwegge, 2005: 49-52). 기타 다른 사회보험과 달리 실업보험이 단일의 국가기관으로서 운영기관을 갖출 수 있었던 데에는 그 당시의 시대적 배경을 반영한다. 비스마르크가 연금보험, 의료보험, 산재보험을 도입할 당시는 권위적 군주정치 시대였던 반면, 실업보험이 도입된 시기는 민주공화국 시기였다. 대통령과 수상에 의해 통치되는 이원집정부제 하에서 단일의 국가기관에 대한 국민적 반감이 비스마르크 시대에 비해 그만큼 적었으리라는 점은 충분히 예상가능하다.

〈표 3-2〉 1933년 나치 집권 이전 공공보험조합 현황

제도	도입연도	운영기관
공무원연금	1873년	연방정부와 지방정부
질병보험	1883년	1400여 개의 질병금고
산재보험	1884년	78개의 산재보험
연금보험	1889년	22개의 연금조합
실업보험	1927년	연방노동청

독일은 15년간의 짧은 공화정 시기 이후 다시 한번 권위적 전체정치의 시기를 맞게 된다. 1933년 집권한 ‘국가사회주의 노동자당’의 당수 히틀러는 이원집정부제를 폐지하고 총통(Führer)이 되어 전체주의적 통치시스템을 건설한다. 이와 함께 사회보험 조합들의 핵심요소인 자치행정도 폐지되고, 총통원칙(Führerprinzip) 하에서 정부에서 파견한 사람들이 사회보험조합을 운영하게 된다. 즉 이 시기에 사회보험조합들이 국가기구로 강제 전환되었던 것이다(Lampert & Althammer, 2004: 83). 더불어 연금보험, 실업보험, 의료보험의 보험료 징수 관련 업무가 의료보험으로 통합된 것도 이 독재정치의 시기이다²⁸⁾. 1942년에는 사회보험료 뿐만 아니라 조세와 관련된 징수업무를 통합하는 법안이 통과되었다. 이러한 징수통합의 의도는 한창 침략전쟁에 박차를 가하고 있는 독일에서 기타 다른 행정업무들이 조금이나마 전쟁수행에 걸림돌이 되지 않아야 했기 때문이었다(Engel, 1942: 238; Reidegeld, 2006: 497에서 재인용).

28) 산재보험의 적용·징수업무가 통합되지 않은 것은 이 보험의 경우 보험료를 사용자만 납부하고 있어서 통합의 필요성이 낮았기 때문이다.

나치 정부는 또한 사회보험 적용범위를 확대하여 보다 많은 국민들을 자신의 전제적 국가체제로 포섭하고자 하였다. 비스마르크가 유사한 이유로 노동자들을 포섭하였다면, 나치 독재시기에는 그 대상이 자영자였다. 예술인, 프리랜서로 일하는 교사와 보육자 그리고 산파(출산도우미) 등의 자영자 그룹이 사회보험의 의무가입자가 되었다. 또한 1938년에는 자영업 수공업자들을 위한 독립적인 연금보험제도가 도입된다. 비록 이 연금보험제도를 수공업자들만의 조직이 아닌 사무직노동자 연금보험 조합들이 운영하였지만, 자영업의 여러 직종 중 규모가 큰 수공업이라는 직종 전체가 사회보험에 편입되었다는 역사적 의미를 지닌다(Frerich, 1996: 82).

2차 대전 이후 독일은 분단되어 미국, 영국, 프랑스 점령지역에는 독일연방공화국(서독)이 설립되고, 소련 점령지역에는 독일민주공화국(동독)이 건설된다. 독일연방공화국이 건국 이후 사회보험제도와 관련하여 제일 먼저 취한 조치가 사회보험조합들의 자치행정을 복원한 것이었다. 흔히들 에스핑-안데르센(Esping-Andersen)의 복지국가 유형론에 대한 설명에 근거하여 독일의 조합주의적 전통을 후발산업화로 인해 남아 있던 길드제도와 연관시키는 경향이 있는데, 실상은 위에서 살펴본 것처럼 독일에서 조합주의적 원칙이란 나치시대에 파괴된 사회보험의 자치행정 복원이라는 민주주의 원칙의 회복과 직결되는 매우 예민한 사항이었던 것이다.

새롭게 형성된 민주공화정 아래에서 독일의 사회보험은 지속적인 발전을 경험한다. 1957년에 농민연금제도가 도입되었다. 비록 사회보험 중의 하나인 연금제도로 편입된 것이 아니고 독립적인 제도로 건설된 것이었지만, 자영자의 한 직종으로서 농민을 위한 공공연금제도가 형성되었다는 역사적 의미를 지닌다(Zacher, 2001: 546). 더불어 1950년대부터 자영업의 또 다른 직종 중의 하나인 의사와 변호사와 같은 전문직을 위한 연금제도가 형성되기 시작하였다. 이 공공연금제도 또한 사회보험으로 편입된 것은 아니었고, 중앙정부 차원이 아닌 주(州) 차원에서 공법상의 해당 전문직 협회를 중심으로 ‘자유직업인 연금제도’가 형성되었다(Frerich, 1996: 100-101). 또한 4대 사회보험 중의 하나인 연금보험제도 또한 이 시기에 의미있는 변화를 경험하였다. 1972년 연금보험은 보다 많은 자영자를 포괄하고자 자영업 개업 이후 2년 내에 연금보험에 가입하면 그 자영자를 의무가입자로 간주하는 규정을 도입하였고, 의무가입자가 아닌 독일국민들은 연금보험제도에 임의가입을 할 수 있

는 길을 열어 주었다(Frerich & Frey, 1996: 53-54).

이러한 발전경로를 거쳐 독일의 공공연금제도는 1970년대에 이르면 총 7개의 법 체계로 구성되게 되는데, 그것은 ①생산직노동자를 위한 연금보험, ②사무직노동자를 위한 연금보험, ③광업노동자 연금보험, ④수공업자 연금보험, ⑤농민연금제도, ⑥자유직업인 연금제도 그리고 ⑦공무원연금제도이다. 이러한 7가지 공공연금제도 중 전자 4개가 4대 사회보험 중의 하나인 연금보험에 속하고 위에서 밝힌 것처럼 예술인, 프리랜서 교사와 같은 몇몇 자영자 부류 또한 이 연금보험의 의무가입자로 존재하였다. 생산직노동자를 위한 연금보험제도는 주(州)를 단위로 분립된 18개의 ‘연금보험조합’과 연방 차원의 ‘철도보험조합’ 및 ‘항만보험조합’에 의해 운영되었다. 사무직노동자 연금보험은 ‘사무직노동자를 위한 연방보험조합’이 그리고 광업노동자 연금보험은 ‘연방광업조합’이 운영하였다. 그리고 수공업자 연금보험은 그동안 그 운영주체가 바뀌어서 전술한 주(州) 차원으로 분립된 생산직노동자를 위한 18개의 ‘연금보험조합’이 운영하고 있었다. 그 밖에 농민연금제도는 총 19개로 나누어진 농민연금조합들에 의해 운영되었고, 자유직업인 노령보장제도는 각 주마다 조직되어 있는 의사협회, 변호사협회, 약사협회, 건축인협회 등에 의해 운영되는 총 45개의 보험기구를 보유하고 있었으며, 공무원연금제도의 운영주체는 연방정부와 지방정부였다(Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1975: 101-103, 107, 115-116, 119).

의료보험 또한 그동안 노동자를 넘어 기타 다른 부류로 의무가입자를 확대하여 왔다. 1941년 연금수령자, 1972년 자영농민, 1975년 장애인과 학생을 의료보험에 포괄하였다. 의료보험은 지역, 직장, 직종별로 구분된 질병금고에 의해 운영되었는데, 1976년의 경우 총 1,436개의 질병금고가 있었다. 이러한 질병금고는 크게 8가지의 형태로 나누어 볼 수 있는데, 지역질병금고, 대기업을 위한 직장질병금고, 수공업자를 위한 동업조합질병금고, 농민질병금고, 항만질병금고, 연방광업조합, 생산직노동자 질병금고 그리고 사무직노동자 질병금고가 그것이다(Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1975: 175).

산재보험 또한 노동자를 피보험자의 중심에 두고 있지만 가내공업자와 농민 등으로 그 포괄범위가 확대되었고, 동업조합 등 총 78개의 산재조합에 의해 운영되었다(Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1975: 194-196). 끝으로 실업보

험은 노동자만을 의무가입대상자로 설정하고 있었고, 상술한 것처럼 단일의 국가기구에 의해 운영되었다. 연방노동청은 9개의 주노동사무소와 146개의 지역노동사무소를 두고 있었다(Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 1975: 232).

〈표 3-3〉 1970년대 독일의 공공보험 제도별 조합 현황

제도	운영기관	제도	운영기관
연금보험	22개의 연금조합	의료보험	1436개의 질병금고
농민연금제도	19개의 농민연금조합	산재보험	78개의 산재조합
자유직업인 연금제도	45개의 보험기구	실업보험	연방노동청
공무원 연금제도	연방정부와 지방정부		

1970년대 중반에 전세계에 몰아닥친 경제위기는 독일 공공보험제도에도 지대한 영향을 미쳤다. 경제위기 전까지가 사회보장제도의 확대시기였다면, 이 이후부터 오늘날까지 독일 사회보험은 긴축과 재편의 흐름에 놓이게 되었다. 운영기구 측면과 관련하여서는 사회보험 운영의 효율화 및 행정 간소화 명목에서 사회보험조합간의 통폐합이 이루어 졌다. 수많은 조합들로 나뉘어져 있음으로 해서 발생하는 인원과 경비의 낭비를 줄이고자 하는 의도였다. 사회보험조합간의 통폐합 과정과 결과에 대해서는 바로 아래 절에서 좀 더 자세히 설명하기로 한다.

1990년 독일은 통일이라는 역사적 대변혁을 경험하게 된다. 독일 통일은 서독과 동독간의 대등한 결합이 아닌 서독으로의 동독의 흡수통합이었기 때문에 서독의 사회보험 제도들이 동독지역으로 그대로 이식되게 된다. 따라서 독일통일이 사회보험제도의 운영기구 및 전달체계에 미친 영향은 거의 없는 것으로 평가되고 있다(Schmid, 2002: 107).

1995년에는 다섯 번째 사회보험의 영역으로 간주되는 수발보험이 도입된다. 독일은 소득자로서 남성의 역할과 가사전담자로서의 여성의 역할을 상정하는 가족주의에 근거한 사회체계에 기반하고 있기 때문에 공공서비스가 미발달되어 왔다. 하지만 80년대를 넘어오는 시점에서부터 여성의 사회진출이 늘어나고 특히 노령인구가 점차 증가하는 현실에서 노인부양을 어떤 사회주체가 담당할 것인가가 심각한 사회문제로 부각되었다. 독일에서 사회서비스는 사회부조에 포함되어 있고, 이 사회부조의 담당기관은 기초지자체이다. 따라서 수발서비스 제공은 기초지자체의 영역으로 볼 수 있

지만, 의료보험 또한 자신이 제공하는 급여 중 요양서비스가 포함되어 있기 때문에 의료보험 또한 서비스 제공자로서 간주될 수 있는 상황이었다. 이처럼 가족주의의 영향, 사회서비스 미발달, 수발서비스에 대한 사회적 욕구증대 그리고 담당주체간 모호한 역할분담과 갈등에 대한 해결책으로서 제시된 것이 바로 수발보험이었다 (Simon, 2005: 33). 수발보험은 도입 초기부터 질병금고가 담당하는 것으로 결정되었으며 의료보험의 피보험자들이 그대로 수발보험의 피보험자가 되었고, 기존에 내던 의료보험료에서 1%를 더 징수하였다.²⁹⁾

제3절 독일 사회보장제도 개요 및 현황

1. 사회보장제도의 법적 근거

독일의 사회보장제도는 총 12권으로 구성된 사회법(Sozialgesetz)에 근거하고 있다. 이 12권의 제목을 보면 각각의 법전이 어떤 사회보장제도를 규정하고 있는지를 가늠할 수 있다.

〈표 3-4〉 독일 사회법전의 제목

권호	제목	권호	제목
1	서론	7	산재보험
2	구직자를 위한 기초보장	8	아동 및 청소년 복지
3	고용촉진	9	장애인 재활과 사회참여
4	공동규정	10	전달체계
5	의료보험	11	요양보험
6	연금보험	12	사회부조

표에서 제시된 것처럼 위의 법들이 규정하는 제도는 주로 사회보험, 사회수당 그리고 사회부조이다. 8권의 아동 및 청소년 복지가 주로 규정하고 있는 것은 사회수당으로서 아동수당과 부모수당이고, 9권의 장애인 재활과 사회참여는 장애인에 대한 의무고용 등을 규정하고 있다. 즉 한국에서 흔히 말하는 사회복지서비스에 대한 법

29) 독일에서 수발보험이 도입될 수밖에 없었던 이와 같은 사회적 상황을 이해한다면, 영국과 스웨덴과 같이 사회서비스가 발달한 국가에서 왜 수발보험이 도입되고 있지 않는지를 이해할 수 있다.

각 사회보험조합 내의 자치운영조직들은 매 6년마다 조합원들에 의해 선출되며, 피보험자와 고용인이 공동으로 결정하는 구조를 형성한다. 이 조합들은 재정적으로 그리고 조직상으로 독립적으로 운영되고, 조합의 수입과 지출 면에 있어서도 스스로 책임져야 한다.

위 표 2에서 보았던 것처럼 독일 사회보험의 복잡한 구조에 상응하여 공공보험의 운영기관들도 매우 복잡다단한 구조로 되어 있다. 상술한 것처럼 1992년에 생산직 노동자를 위한 연금보험, 사무직노동자를 위한 연금보험, 광업노동자 연금보험, 수공업자 연금보험과 관련된 4가지 법이 하나로 합쳐져 사회법 VI가 되었고, 이 후로는 이 4가지 연금을 통틀어 ‘연금보험’이라 칭하게 되었다. 하지만 생산직노동자를 위한 연금보험조합, 사무직노동자를 위한 연금보험조합, 광업노동자 연금보험조합 등은 1970년대처럼 그대로 구분되어 존재했었다. 하지만 최근 들어 국가 재정 악화 등의 이유로 조합간의 통합 노력이 있었고, 결국 2005년에 사무직노동자 연금조합과 생산직노동자 연금조합이 통합되었다. ‘독일연방연금보험’이라는 연방차원의 조직이 새롭게 형성되었고, 주(州) 차원에 조직되어있던 기존의 생산직노동자 연금조합인 ‘연금보험조합’들이 ‘독일연방연금보험’의 ‘지역사무소’(Regionalträger)의 역할을 담당하게 되었다. 현재 총 25개의 지역사무소가 존재한다. 하지만 여기서 중요한 점 하나는 이 지역사무소들이 단순한 하부기관이 아니라 피보험자 대상별로 자신들만의 관할영역이 있는 반독립적인 기관들이라는 점이다. 연방차원의 철도보험조합과 항만보험조합 그리고 연방광업조합은 ‘광업·철도·항만 연금보험’이라는 조직으로 통합되었다. 이처럼 통합을 통해 새롭게 형성된 연금조합들은 연방차원의 조직들뿐만 아니라 지역사무소들 또한 그 운영에 있어서 예전과 같이 자치행정을 그 기반에 두고 있다. 결론적으로 현재 독일 연금보험 조합은 전국 단위의 2개 조합과 지방단위의 25개 조합으로 구성되어 있다.

농민연금조합 또한 그동안 9개로 축소되었고, 자유직업인 노령보장기구들은 전문직종의 확대에 의해 그사이에 증가하여 현재 89개가 되었지만 이 또한 현재 통합과정 속에 있다. 공무원연금제도의 운영주체는 오늘도 여전히 연방정부와 지방정부이다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009: 399-402, 794, 806, 858-859).

의료보험조합의 수는 그동안 급격하게 줄어 현재 202개의 질병금고가 존재하고 있고, 위에서 설명한 8가지 기본 타입 중 연금조합의 축소와 병행하여 항만질병금고와 연방광업조합이 없어지고 이를 ‘광업·철도·항만 연금보험’이 대체하게 되었으며, 사무직노동자 질병금고 그리고 사무직노동자 질병금고가 통합되어 ‘노동자 질병금고’가 되었다. 산재보험도 조합간 통합과정 속에 있으며 현재 58개의 산재조합이 존재

하고 있다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009: 258, 502-503).

위의 그림에서 보는 것처럼 실업보험을 포함한 고용보장제도의 운영기구는 여전히 연방정부 산하 노동청이다³⁰⁾. 그리고 위에서 한번 논의했던 것처럼 나치시절 전제적 개혁의 유산으로서, 연금보험, 의료보험, 수발보험 그리고 실업보험의 자격관리(적용)와 징수업무를 오늘날에도 질병금고가 담당하고 있다. 200여개의 질병금고가 상기한 4가지 사회보험의 보험료를 징수한 이후 연금보험조합들과 연방노동청에 일정액의 수수료를 떼 후 해당 보험료를 이전해 준다. 따라서 연금보험과 실업보험과 관련하여 연금보험조합과 연방노동청은 급여업무만을 담당하고 있다. 산재보험과 같이 피고용인에 대한 보험료 부과없이 고용인만 보험료를 납부하는 경우는 이러한 사회보험료 징수통합에 포함되지 않았다.³¹⁾

사회보험과 관련된 중앙정부의 부처는 ‘노동사회부’이고 그 휘하에 ‘연방사회보험청’이 존재하여 노동사회부 업무를 지원하고 있다. 그리고 상기한 것처럼 ‘노동청’은 고용보장제도 관련 업무를 담당하고 있다. 중앙부처로서 ‘보건부’ 또한 존재하는 데 이 부처는 보건의료제도 관련 업무를 총괄하고 있다. 이러한 중앙정부 기구들은 위에서 설명한 사회법에 의거하여 총체적인 계획을 세우고, 입법 활동을 하며 사회보험조합들을 감독하는 역할을 담당한다.

광역지자체인 주정부 사업의 핵심은 학교시스템 구축, 대학운영, 경찰 시스템 관리, 행정전반 영역에 있다. 사회보장제도와 관련해서는 병원의 투자비용에 대한 책임이 있고(이와 관련해서는 의료보장체계를 소개하는 아래의 절에서 다시 자세히 설명하도록 한다), 사회보험조합들의 사업과 업무에 대해 사후 감독 모니터링 하는 역할을 담당하고 있다.

여기서 사회보험조합들에 대한 감독권한과 관련하여 중앙정부와 지방정부 간의 구분된 역할에 대해 설명할 필요가 있다. 상술한 것처럼 사회보험 가입자를 직접 대면하면서 대민업무를 취급하는 각각의 사회보험조합들은 정부부처의 직할기관이 아니고 공법상의 자치행정조직이기 때문에 다른 국가에 비해 하부단위 운영기관들의

30) 연방노동청(Bundesanstalt für Arbeit)은 2004년에 그 이름이 ‘연방직업소개청’(Bundesagentur für Arbeit)으로 바뀌었다. 하지만 본 논문에서는 편의상 연방노동청으로 통칭하여 부르기로 한다.

31) 이상으로 설명한 독일 공공보험제도 운영기관에 대한 내용은 남찬섭·백인립, 2010: 11-12의 내용을 일정 부분 수정한 것임을 밝힌다.

자율성은 상당히 더 크다고 할 수 있다. 하지만 물론 이러한 자치조직들도 정부기구의 감독을 받는다. 사회보험조합의 활동범위가 일개 주 차원 안에서만 이루어지는 조합들은 주정부의 감독을 받게 된다. 이에 반해 조합의 활동범위가 전국차원인 조합들은 중앙정부 사회보장 관련 기구들의 감독을 받는다.

기초지자체의 사회보장관련 업무는 사회부조제도를 운영하고 사회복지서비스에 대한 계획을 세우는 것이다. 위에서 말했던 것처럼 사회복지서비스의 주요 운영주체는 비영리민간기관 즉 제 3섹터이다. 기초지자체와 제 3섹터간의 거버넌스 시스템에 대해서는 아래의 사회부조와 사회서비스 간의 관계를 설명하는 절에서 소개하고자 한다.

3. 사회보장 통계관리 및 사회보장위원회 현황

독일은 연방주의에 의거하고 있기 때문에 중앙정부 차원에서 국민들의 삶과 관련된 통계정보를 수집·관리하지 않는다. 독일연방공화국을 구성하는 16개의 각 주마다 통계청이 존재하고 이 주통계청들이 자신들 주에 거주하는 주민들과 관련된 모든 통계들을 수집하고 관리한다. 따라서 이 주통계청들이 사회보장 관련 통계자료도 개별 사회보장조합들로부터 수집하여 관리하고 있다. 연방통계청은 이러한 주통계청들로부터 관련 통계정보를 다시 수집하여 편찬하는 역할만을 담당하고 있다.

사회보장관련 업무와 관련된 독일 행정부 산하 위원회는 2개가 있다. 하나는 장애인 사회통합 관련 위원회이고 다른 하나는 위에서 설명한 사회보험조합 내 자치운영조직 선거(이를 Sozialwahlen, 즉 ‘사회선거’라 한다)를 관리하는 위원회가 있다. 사회보험조합 내 자치운영조직은 매 6년마다 조합원들에 의해 선출되고 이러한 ‘사회선거’를 관리하는 위원회가 중앙정부 차원에서 존재하고 있다. 각 위원회는 한국 처럼 무슨무슨 위원회라는 특정이름으로 명명되는 것이 아니라, 정부로부터 그 업무를 위임받은 자의 이름으로 명칭되어진다. 장애인 관련 위원회는 Hubert Hüppe 씨가 담당하고 있고, 사회선거 관련 위원회는 Gerald Weiß 씨가 담당하고 있다. 이러한 행정부의 위임자들이 위원회를 구성하고 관련 업무를 수행하면서 업무를 수행하는 과정에서 노동사회부와 긴밀한 협조를 하고 있다.

지면의 한계 상 독일 공공보험에 속하는 모든 급여의 급여수준과 기간에 대해 논할 수는 없다. 따라서 이 자리에서는 가장 비중있는 현금급여로서 노령급여, 상병급여 그리고 실업급여에 대해서만 소개하도록 하겠다.

	급여종류	수혜범위	급여수준과 기간	재정방식
노령급여	노령연금	노동자	· 65세부터 지급 · 과세 전 소득의 48.6% · 과세 후 소득의 67.9%	19.9% (노사 반반씩 부담)
상병급여	기업상병급여	노동자	· 6주 까지 · 과세 전 소득의 100%	고용인 부담
	공공상병급여	노동자	· 7주부터 78주 까지 · 과세 전 소득의 70%	0.9%(과용인 부담) ※ 의료급여를 위한 보험료 : 13.9%(노사 반반씩 부담)
실업급여	실업급여 I	노동자	· 최소 6개월, 최대 24개월 (실업자의 연령과 보험료 지급기간에 따라) · 가족이 있는 경우 : 과세 후 소득의 67% · 독신인 경우 : 과세 후 소득의 60%	4.2% (노사 반반씩 부담)
	실업급여II	취업자	· 6개월 마다 연장(자산조사 전제) · 독신인 경우 : 월 ₩351(가족이 있는 경우 추가됨)	세금

출처: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010

여기서 소개되는 노령급여는 공공연금 중 연금보험 급여만을 의미하고, 연금보험 급여 중에서도 유족과 장애급여를 제외한 노령연금의 내용이다. 노령연금보험 급여는 65세부터 지급되고, 2004년에 과세전 소득의 48.3%, 과세 후 소득의 68.9%라는 소득대체율을 지니고 있다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010: 369)

상병급여는 2절에서 논했던 것처럼 범규정상 고용인이 무조건 지급해야 하는 기업상병급여와 의료보험에서 지급되는 공공상병급여로 구성되어 있다. 2009년을 기준으로 기업상병급여는 질병 발생 시점부터 6주까지 지급되고, 과세전 소득의 100%를 수령할 수 있다. 공공상병급여는 7주부터 최대 78주까지 지급되고, 소득대체율은 과세전 소득의 70%이다.

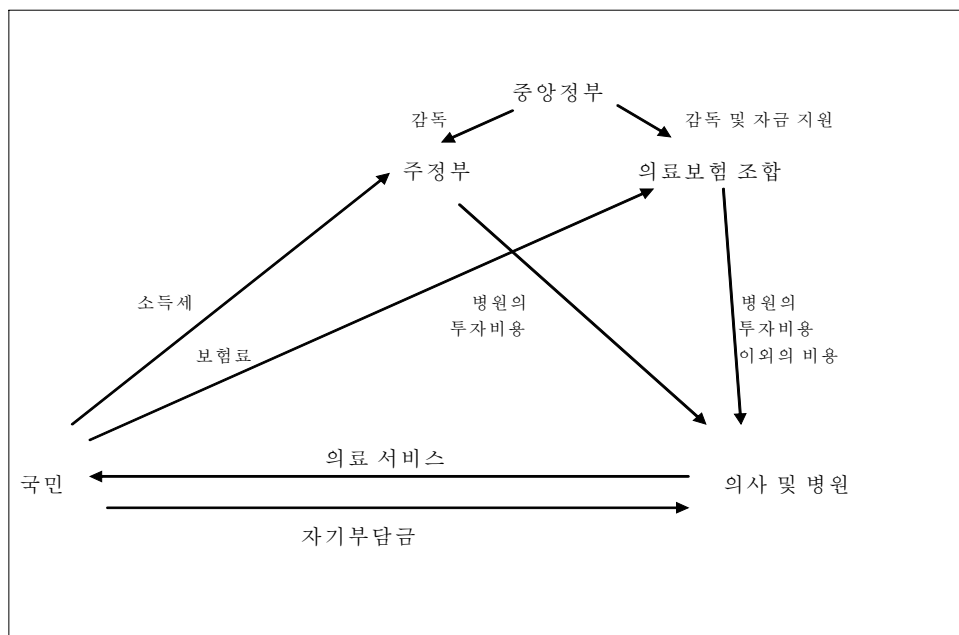
실업급여는 설명한 것처럼 실업급여 I과 실업급여 II로 구성되어 있다. 2009년을 기준으로 실업급여 I의 지급기간은 실업자의 연령과 보험료 지급기간에 따라 최소 6

개월부터 최대 24개월까지 차이가 있다. 급여수준은 가족이 있는 경우와 없는 경우로서 구분되는데, 가족이 있는 경우 과세후 소득의 67%가 지급되고, 독신인 경우는 60%를 수령할 수 있다. 실업급여 II의 경우는 자산조사를 전제로 지급되고, 6개월마다 수급을 연장할 수 있다. 2009년에 독신인 경우 월 351 유료를 받았고, 가족이 있는 경우 그 액수는 비례하여 증가한다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010).

5. 의료보장체계

독일의 의료보장체계는 한국과 유사한 점이 많다. 즉 주로 민간이 운영하는 병원과 의원이 의료서비스를 제공하고, 공공의료보험은 그 비용만을 지불한다는 점에서 그렇다. 하지만 한국보다 보다 오랜 전통을 지닌 독일 의료보장체계는 확실히 보다 견고한 공공성을 바탕으로 운영되고 있다. 먼저 병원의 소유주체를 살펴보면 공공병원 37.1%(병상 54.2%), 비영리병원 40.6%(병상 38.3%), 영리병원 22.3%(병상 7.4%)로 구성되어 있다(Simon, 2005: 192). 하지만 독일에서 병원 소유형태는 별 중요한 의미가 없다. 의료보험 가입자의 의료서비스 비용을 의료보험으로부터 지급하기 위해 의료공급자들이 국가와 계약을 맺기 시작한 1892년부터 현재까지 병원과 의원의 의사들은 작간접적인 국가의 통제 속에 놓여 있다. 1972년에는 의료시설의 현대화를 위해 병원의 투자비용을 지방정부가 책임지는 법이 통과되었다. 따라서 이 이후부터는 모든 병원의 경상비용은 의료보험이 지급하고, 투자비용은 주정부가 지불하는 시스템이 형성되었다. 물론 이를 위해서는 의원의 의사들처럼 병원들도 국가와 계약을 맺어야만 했다. 따라서 현재 공공과 계약을 맺지 않고 있는 병원은 전체 병원의 5.8%, 전체병상의 0.5%에 지나지 않는다. 이 소수의 미계약 병상은 주로 고소득자들이 이용하는 요양시설이 대부분을 이룬다. 따라서 독일 전체 병상의 99.5%가 국가와의 계약 속에 통제를 받고 있다는 현실은 병원의 소유주체가 누구인가 독일 의료보장체계에서 별 의미가 없음을 의미한다.

[그림 3-2] 독일 의료보장체계의 구성



독일에서 의원에 대한 보상은 행위별수가제와 총액계약제에 근거하고 있고, 병원의 경상비용에 대한 보상은 포괄수가제에 근거하고 있다.

6. 복자고용연계 제도³²⁾

2004년에 ‘연방노동청’(Bundesanstalt für Arbeit)은 그 이름이 ‘연방직업소개청’(Bundesagentur für Arbeit)로 바뀌었고, 산하 ‘노동사무소’(Arbeitsamt)도 ‘노동소개소’(Arbeitsagentur)로 개명되었다. 이처럼 관청의 이름을 바꿈으로써 정부의 고용 의지를 더욱 확고히 하였다. 그리고 각 지역에 직업교육 및 직업알선의 역할을 수행하는 Job Center가 창설되었다. 한편 그동안 주로 공공에서 이루어지던 직업훈련 및 알선업무 등과 관련해서도 민간기관의 참여를 확대하였다.

이러한 추세 속에서 독일정부는 적극적 노동시장정책 관련 조치들도 보다 강화하였다. 고용 또는 직업훈련 기간이 만료된 사람들은 개인적으로 지방 노동소개소에

32) 이 장의 내용은 Konle-Seidld, 2009의 내용을 요약, 정리한 것임을 밝힌다.

만료 3개월 이전까지 구직자로 보고할 의무가 있다. 이 보고를 준수하지 않게 되면 실업급여 수급자격이 1주일 간 박탈된다. 실업급여 신청자는 노동소개서에서 재취업을 위한 권리와 의무를 준수하겠다는 내용의 합의서를 개인적으로 작성하게 된다. 이는 필수적 의무사항이다. 실업급여 수급자 중에서 특정 고용장애(예를 들어 부채, 알코올 남용, 약물 오남용)가 있다면 이를 극복하기 위해 설계된 추가적인 조치들을 도입하였다. 정규직을 찾지 못하는 이들을 위해 공공고용의 기회 또한 확장되었다. 소위 1유로 일자리로 표현되는 이 일자리는 한국의 자활근로와 유사한 성격을 지니는 것으로서, 특히 실업급여 II 수급자들에게 고용기회를 제공하는 매우 중요한 제도로서 자리 잡았다. 1유로 일자리는 한시적으로 주어지는 일자리이고, 그 일자리 자체가 공공의 이해에 부합되어야 한다. 1유로 일자리는 근로가능성이 높으나 구직능력이 미미한 이들의 근로의지를 시험하는 기제로 종종 사용되고 있다.

실업급여 I은 실업 전 지난 3년 동안 12개월 간 고용관계에 있었던 사람들에게 지급가능하다. 실업급여 I의 지급기간은 실업자의 연령과 보험료 지급기간에 따라 최소 6개월부터 최대 24개월까지 차이가 있다. 급여수준은 가족이 있는 경우와 없는 경우로서 구분되는데, 가족이 있는 경우 과세 후 소득의 67%가 지급되고, 독신인 경우는 60%를 수령할 수 있다. 급여지급 기간은 개혁 전에 1년이었지만 개혁 이후 6개월로 축소되었다. 이러한 수급기간의 단축은 실업을 줄이고 조세 및 무임금 노동비용을 완화하는 목적으로 지니고 있었다. 수급자의 재취업 합의 거부 및 합의된 의무사항의 비준수, 합당한 사유 없는 실직, 일자리 제공에 대한 거부 및 공공고용기회의 거절은 최초 의무 위반 시 30%의 급여 삭감을 초래한다. 2차 의무위반 시 60% 삭감이 이루어지며, 일년 내에 위반이 재발할 경우 급여가 완전히 취소된다. 이 경우 헌법상의 최저생계를 보장하기 위해 의무재량권으로서 현물급여 제공이 남게 된다. 25세 미만 수급자에 대해서는 보다 강력한 제재조항이 주어진다. 최초 의무불이행 발생 이후 급여가 현물급여로 제한될 수 있다. 하지만 제재기간은 12주에서 6주로 감소가능하다.

실업급여 II는 실업급여I의 수급이 끝난 경우나 실직을 당했을 때 실업급여 I의 수급권이 없는 사람들에게 지급된다. 실업급여 II는 자산조사를 전제로 하고 있고, 6개월마다 수급을 연장할 수 있다. 기존의 실업부조가 소득비례급여였던 반면 실업금

여 II는 정액으로 지급된다. 독신인 경우 2009년에 월 351 유로를 받았고, 가족이 있는 경우 그 액수는 비례하여 증가한다. 실업급여 II와 관련하여 수급자에게 제공될 수 있는 일자리의 적합성이 강화되었고, 관대성 또한 감소되었다. 급여수급자는 어떠한 일자리든 수락할 것이 요구되며, 재취업 합의에서 연유하는 의무를 준수하여야 한다. 즉 실업급여 II는 보험급여인 실업급여 I보다 보다 엄격한 조건을 지니게 되었다. 더불어 12주의 자격박탈 기간 부과 등 제재정책 또한 강화되었다. 적정일자리 또는 적극적 노동시장프로그램에 대한 거부, 합당한 이유 없는 자진사퇴, 신규 일자리 구직노력 불충분, 노동소개소에 해고를 보고 하지 않는 경우에는 실업급여 II의 지급이 한시적으로 정지된다. 이처럼 수급조건이 강화되는 것과 동시에 근로를 유인하는 제도 또한 도입되었다. 대표적인 것이 저소득자에 대한 사회보험료를 경감해 주는 것이다. 월 소득이 400 유로부터 800 유로까지의 임금에 대해 사회보험료를 차등적으로 경감해주는 임금저하정책이 시행되어 저임금 일자리의 확대를 도모하였다. 또한 이 법을 통해 소기업 창업을 위한 신규기제가 도입되어, 소규모 자영업을 창업하는 사람들에게 일정의 국가지원이 지급되었다.

여기서 논의된 것 이외의 복지-고용연계 제도의 개혁과 관련해서는 최근 개혁을 설명하는 아래의 장에서 좀 더 자세히 설명하도록 하겠다. 그리고 복지-고용연계형 복지제도의 효과, 실업률 등에 대해서는 사회보장제도의 성과를 설명하는 장에서 소개하도록 하겠다.

7. 사회수당 제도

본 절에서는 ‘아동수당’과 ‘부모수당’을 중심으로 독일의 사회수당 제도에 대해 설명하도록 하겠다. 아동수당은 기본적으로 아동의 나이가 25세가 될 때까지 그 부모에게 지급된다. 단 25세까지 지급되기 위해서는 아동이 학교를 계속 다니고 있거나, 직장이 있더라도 그 소득이 연에 8,004 유로 이하여야 하는 조건이 있다. 아동수당은 최대 월 184 유로까지 지급가능하다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010).

부모수당은 아이 출생 후 최대 14개월까지 지급될 수 있다. 부모수당의 급여수준은 아이 출생 직전 취득했던 실질소득의 평균에 의해 결정된다. 그 평균 액수의 67%를 지급받게 되는데, 단 최대 월 1,800 유로를 넘을 수는 없다. 만일 아이 출생 전에 생업소

득이 없었다면, 신생아를 지닌 부모는 월 300 유로를 지급받는다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010). 아동수당과 부모수당 모두 조세로 재정된다.

8. 공공부조제도

독일의 공공부조제도의 이름은 사회부조(Sozialhilfe)이다. 사회부조의 주요재원은 주정부로 들어오는 지방세이고, 운영주체는 기초지방자치단체이다. 독일의 사회부조는 빈곤한 사람의 생계를 부조급여를 통해 지원해 주는 것뿐만 아니라, 노인, 장애인 등 특수한 상황에 있는 사람에 대한 도움까지를 포괄하고 있다. 사회부조의 근거법은 사회법 XII이다. 이 사회법 XII는 총 16장으로 구성되어 있고, 실질사업에 대한 내용 즉 부조급여 및 지원사업과 관계된 것은 3장부터 9장까지 이다. 이를 간략히 도표로 정리해 보면 다음과 같다.

〈표 3-7〉 독일 사회부조의 급여 항목

사회법 XII. 3장	일반빈민(노인, 장애인, 실업자 제외)에 대한 부조급여. 생계지원금 및 주거와 난방비용 등으로 구성됨
사회법 XII. 4장	노인과 장애인에 대한 기초보장: 빈곤한 노인과 장애인에 대한 부조급여 (2003년에 신설되었다가 2005년에 다시 사회법 XII의 4장으로 삽입됨)
사회법 XII. 5장	보건에 대한 지원: 특히 사회부조 수령자의 의료보험비에 대한 지원
사회법 XII. 6장	장애인의 사회통합을 위한 부조급여 및 지원(장애인 복지)
사회법 XII. 7장	수발(노령과 장애 시)에 대한 부조급여 및 지원
사회법 XII. 8장	특수한 사회적 상황(노숙자, 알콜중독자 등)에 있는 사람들에 대한 지원
사회법 XII. 9장	다른 생활상황에 처한 사람들에 대한 지원: 노인에 대한 지원(노인복지), 시각장애인에 대한 지원 등

사회법 XII. 3장에 의거 지급되는 생계급여에는 육체적 생존을 위한 최소 비용뿐만 아니라 사회문화생활을 유지할 수 있는 비용까지 포함된다. 기본적인 급여수준은 월 351 유로이고, 그 배우자에게는 이 액수의 90%, 아동에게는 60%가 지급된다. 그리고 이 급여 이외에도 집세와 난방비용이 추가로 지급되는데, 이 두 급여 수준은 급여 당사자의 개인적인 상황을 고려하여 결정된다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2010).

9. 사회부조와 사회서비스간의 관계

독일의 사회보장체계는 철저히 보속성(Subsidiarität)에 근거하여 운영되기 때문에 현금급여 뿐만 아니라 사회서비스도 가족이 제공할 수 없을 때 국가가 개입한다는 철학 하에 놓여 있다. 따라서 사회서비스도 공공부조체계에 속하게 된 것이다.

독일만의 또 다른 특징으로서 제3섹터, 즉 민간 사회복지 사업단이 발달해 있다는 점이다. 이 단체들이 독일 사회서비스 운영의 핵심 주체들이다.

〈표 3-8〉 독일의 대표적인 민간 사회복지 사업단 연합단체(Spitzenverbände für freie Wohlfahrtspflege)

단체명	비고
노동자복지 단체(Arbeiterwohlfahrt)	
독일 카리타스(Deutsche Caritasverband)	카톨릭 복지사업 기구
독일 평등 복지연합(Deutsche Paritätischen Wohlfahrtsverband)	
독일 적십자(Deutsches Rotes Kreuz)	
독일 디아코니(Diakonische Werk)	개신교 복지사업 기구
유대교 중앙복지기구(Zentralwohlfahrtsstelle der Juden)	

이처럼 독일에서는 제3섹터가 발달해 있기 때문에, 이러한 배경으로 인해 사회부조 법 내에서도 민간이 할 수 있는 일은 국가가 개입하지 않는다는 원칙을 명시하고 있다. 따라서 독일의 사회서비스는 주로 비영리 민간기관에서 운영하고 있고, 서비스 수급자 개인이 그 서비스 비용을 지불할 수 없는 한에서 국가, 즉 사회부조 시스템이 그 비용을 지불해 준다.

〈표 3-9〉 독일에서 사회서비스 제공 주체와 시설 현황

		공공기관	민간 사회복지 사업단	민간 영리시설
시 설	조사시점	전체 시설 수에서 차지하는 비율(%)		
1. 탁아 시설	2002	40.4	48.9	10.7
2. 청소년 시설	2002	9.2	62.2	28.6
3. 일반 병원	2001	36.2	40.3	23.5
4. 예방 재활 기관	2001	15.7	26.5	57.8
5. 노인 시설	2001	8.2	56.0	35.9
6. 재가복지시설	2001	1.9	46.2	51.9
7. 장애인 입소시설	2001	5.4	83.9	10.8

출처: Boeßenecker, 2005: 284

10. 독일 사회서비스의 실례: 노인입소시설을 중심으로³³⁾

기초지자체가 자신의 관할 지역에 새로운 노인입소시설이 필요하다고 판단하면, 비영리 사회복지 사업단과 접촉하여 한 기관을 선택하게 된다. 그리고 그 해당 비영리 사회복지사업단은 새로운 노인입소시설의 건축비 즉 투자비용을 은행대출을 통해 마련한다. 노인입소시설의 경상비용은 입소노인의 수발비용과 숙박비로 구성되는데, 입소노인의 수발비용은 중앙정부 산하에 있는 ‘수발보험’에서 개별적으로 지급하고, 입소노인의 숙박비는 기초지자체가 ‘사회부조’에서 개별적으로 지급한다.

따라서 상술한 경상비용 지급 때문에 노인입소시설을 운영하는 민간기관들은 요금 수준에 대해 매년 정부와 계약을 맺을 수밖에 없다. 비록 노인입소시설의 운영주체는 민간기구들이지만, 그들에게 주어진 자율성은 요금협정체계를 통해 공공에 의해 규제되고 조절되는 것이다.

이러한 공공기관, 즉 사회보험, 지방정부 그리고 중앙정부 그리고 민간 서비스 제공 기관들 사이의 역학 관계를 노인입소시설의 요금결정 방식과 관련 법규로 나누어 좀 더 자세히 살펴해보도록 하겠다.

가. 독일 노인입소시설의 요금결정체계

노인입소시설의 요금(Heimentgelt)은 크게 요양비(Pflegekosten), 숙식비(Hotelkosten) 그리고 투자비(Investitionskosten)로 구성된다. 요양비는 입소노인의 수발을 위한 비용으로 그 단계가 0부터 3까지 4가지로 구분된다. 1부터 3까지는 공공수발보험에서 규정한 3가지 요양등급을 의미하고, 요양비 단계 0은 요양의 필요가 단계 1보다 경미한 경우에 해당된다. 숙식비는 말 그대로 식사와 숙박을 위한 비용이고, 투자비는 시설비용을 의미한다. 입소시설의 건축비는 기본적으로 은행으로부터의 융자금에 기반한다. 따라서 입소시설들은 이 대출금을 장기적으로 상환해야 하는데, 이를 위해 입소노인들로부터 투자비를 받는 것이다.

이처럼 입소노인에게 받는 요금을 통해 입소시설들은 자신에게 필요한 운영비를 마

33) 이 절의 내용은 백인립, 2009에서 기재했던 내용을 일정부분 수정한 것임을 밝힌다.

련하게 된다. 그리고 노인입소시설들은 ‘입소시설법’(Heimgesetz) 2조 2항에 의거, 운영 및 재정에 있어서 독립적이기 때문에 요금을 자율적으로 결정할 수 있다. 하지만 이러한 자율성의 내면에는 국가기구의 실질적인 요금 통제 시스템이 작동하고 있다.

앞서 언급한 요금의 내부 사항 중 요양비는 수발보험에서 지불하게 된다. 그리고 나머지 숙식비와 투자비는 본인 부담이 기본이다. 본인 부담이라고는 하지만 대다수의 독일 노인들이 공공연금을 받고 있다는 점을 간과해서는 안된다. 즉 입소시설에서 생활하는 노인들은 자신이 받는 연금에서 숙식비와 투자비를 지불하게 된다. 노인 개인이 그 비용을 부담할 능력이 안되는 경우에는 사회부조의 담당자인 기초지자체가 그 노인의 자산을 조사한 후 사회부조를 통해 시설에 직접 비용을 지불하게 된다. 입소노인 중 사회부조를 받는 사람은 전체 입소시설노인의 대략 25 % 정도된다.³⁴⁾

여기서 중요한 점 하나는, 이처럼 노인시설들이 수발보험과 사회부조로부터 입소노인의 요금을 받기 위해서는, 노인시설들이 개별적으로 수발보험조합, 즉 의료보험조합과 기초지자체와 ‘공급계약’(Versorgungsvertrag)을 맺어야 한다는 점이다. 노인시설이 의료보험조합과 기초지자체와 맺는 2가지의 공급계약과는 별도로 ‘입소시설계약’(Heimvertrag)이라는 것도 있다. 이 입소시설계약은 입소노인 당사자와 시설이 맺는 계약을 지칭한다.

사회법 XI(이 법은 통상 "수발보험법"이라고도 불린다)에 따르면 ‘수발’에 대한 공급은 수발보험조합이 직접 하는 것이 아니라, 조합과 ‘계약’을 맺은 ‘요양시설’이 담당하는 것을 원칙으로 한다. 따라서 수발보험조합들은 자신의 가입자들을 위해 노인시설과 요양에 대한 ‘공급계약’을 맺게 되는데, 이 계약 속에는 시설이 입소노인에게 주어야 될 수발의 종류, 내용 그리고 범위에 대한 규정이 들어가게 되고, 이에 대한 비용을 지불해야 하는 수발보험조합의 의무와 그 가격 또한 포함되게 된다. 이 계약과 관련하여 중요한 점은 아무 시설이나 계약을 체결할 수 있는 것이 아니라, 사회법 XI에서 규정한 요양시설이 갖추어야 할 기본적인 조건들을 구비한 입소시설

34) Dürr(2004)와 Kost와 Wehling(2003)의 수치를 토대로 본 연구자가 환산한 2002년 값이다. 만일 입소노인이 사회부조를 받을 만큼 소득이 적지는 않지만, 그렇다고 충분한 돈을 지니지 못하고 있는 경우에는, 입소시설에 있더라도 '주택급여'(Wohngeld)를 신청할 수 있다. 주택급여 또한 신청자의 소득을 조사한 후 그에 맞추어 법에 규정된 급여가 지급되게 된다. 단 사회부조를 받으면서 주택급여를 신청할 수는 없다.

들만이 계약을 체결할 수 있는 자격을 얻는다는 점이다. 또한 수발보험조합과 노인 시설과의 계약은 사회부조 담당자 즉 기초지자체의 동의 속에서 이루어지게 된다.

노인입소시설은 수발보험조합과의 계약과는 별도로, 기초지자체와도 계약을 맺게 된다. 이 계약을 기초지자체의 입장에서 보게 되면 수발보험조합의 경우와 유사하게, 자신의 영역에 거주하는 노인들을 위해 그 노인들에 대한 복지공급 담당자와 공급계약을 맺는 형식이다. 이 계약에도 수발보험조합과의 계약과 유사하게, 요양 및 시설 서비스의 내용, 범위 그리고 질에 관한 내용과 기초지자체가 비용을 지불해야 하는 의무와 가격 등이 포함되게 된다.

그리고 이 공급계약 속에 포함되는 가격은 수발보험조합과 기초지자체와 노인시설이 ‘협상’을 함으로써 결정되게 된다. 노인시설은 자신 시설의 특수한 여러가지 여건을 토대로 일정액을 요구하고, 수발보험조합과 기초지자체는 자신들이 줄 수 있는 적정한 액수를 정한 후 가격협상에 임하게 된다. 요금의 항목별로 협상 내용을 살펴보면, 투자비에 대한 협상은 기초지자체와 노인시설이 하게 되고, 숙식비와 요양비에 대한 협상은 수발보험조합과 기초지자체가 함께 노인시설과 협상을 하게 된다.

이러한 협상을 통해 결정된 가격 즉 요금은 내용상으로는 수발보험으로부터 급여를 받을 수 있는 사람과 기초지자체로부터 사회부조를 받을 수 있는 저소득 노인을 위한 요금이지만, 실질적으로는 해당 시설 요금 자체를 규정하게 된다. 입소시설법에 의하면 개인이 자비로 돈을 내는 사람과 사회부조를 받는 사람을 구분하여 차별적인 요금을 받을 수는 없다. 그 결과 저소득 노인을 위해 기초지자체가 지불할 수 있는 요금이, 그 시설 입소노인 모두를 위한 요금이 되는 것이다.

물론 민간 영리시설 중 고급노인시설 같은 경우에는 지자체와 협상 자체를 맺지 않고, 자체적으로 요금을 높게 매기며, 사회부조 수급 노인을 아예 안 받는 곳도 있다.

나. 노인입소시설 관련 법규

연방정부는 독일의 헌법인 기본법(Grundgesetz)을 통해 ‘지방’은 민주적 대표기관을 구성할 것을 명문화 하고 있다(28조 1항). 그리고 이어서 그러한 자치조직이 지역의 용무를 담당할 것을 명시하고 있으며, 조세를 통한 재정 마련에 대한 보장 또한 규정하고 있다(28조 2항).

노인시설의 신축이 필요할 경우 기초지자체가 직접하기 보다는 민간 사회복지 사업단에 위임할 것을 사회법 XII 상에서 추구하고 있다. 사회법 XII 5조에서는 지자체와 민간 사회복지 사업단과의 관계에 대해 규정하고 있는데, 지자체들은 민간 사

회복지 사업단과 협력하고 그들의 활동을 지원해 줄 것을 법적으로 촉구하고 있다. 또한 민간 사회복지 사업단이 동의하는 한에서 지자체의 임무를 사업단에 위임할 수 있고, 사업단의 활동과 지자체의 활동이 겹치는 경우는 사회복지 사업단의 활동이 우선임을 명시하고 있다. 사회법 XII 75조 2항에서는 이를 더욱 구체화시키고 있는데, 민간 시설이 존재하고 있거나 그 시설이 증축 또는 신축될 수 있다면 지자체는 사회복지의 임무 수행을 위해 자신의 자체 시설을 새롭게 만들지 말 것을 촉구하고 있다. 즉 이는 민간 사회복지 사업단의 증축 또는 신축 의지가 없는 한에서만 공공 시설의 증축 또는 신축이 가능하다는 의미로 해석된다.

이렇게 하여 건설된 노인입소시설과 지자체는 사회법 XII 75조 2항과 3항에 의거 급여와 지급에 관한 계약을 맺고, 사회법 XII의 7장 61조-66조 ‘요양에 관한 지원’에 의거 입소노인이 자신의 능력으로 시설요금을 지불할 수 없는 한에서 사회복지조를 지급하게 된다. 이때 수발보험 조합도 사회법 XI 72조와 73조 ‘공급계약’, 4조와 84조, 85조의 ‘지불협정’ 그리고 80조a ‘급여와 그 질에 관한 협정’에 의거 노인시설과 계약을 맺는다.

노인입소시설에 대한 국가 기구의 감시와 감독에 대해서는 사회법XII가 아니라 또 다른 연방법인 "입소시설법"에서 규정하고 있다. 입소시설법은 입소시설에 입소하는 사람들(노인과 장애인)을 보호하기 위한 법이다. 입소한 사람들이 누릴 수 있는 권리와 그들에게 주어지는 서비스 즉 숙식과 돌봄에 대한 최소한의 조건들에게 대해 규정하고 있다. 또한 입소인의 권익 보호 차원에서 ‘입소시설계약’ 안에 어떤 내용이 담겨져야 할지도 규정하고 있다.

그리고 이 법은 이러한 규정들이 확실히 시행되느냐를 감시하기 위해 국가기구의 감독을 명문화 하고 있다. 감독을 위한 기구와 그 세부규정에 대해서는 주정부에 일임하였지만, 입소시설법 상에는 시설들은 최소 1년에 한번 검사받도록 되어 있다.

또한 입소시설법은 다양한 시행령을 지니고 있는데, "입소시설 건축물에 대한 시행령"(Heimmindestbauverordnung)에는 입소시설이 지녀야 될 건물 및 시설에 대한 최소한의 조건을 규정하고 있고, ‘입소 시설자의 참여권 보장에 관한 시행령’(Heimmitwirkungsverordnung)에는 입소인은 시설 내에서 그들의 삶과 직접적인 관련이 있는 영역에 대해서는 즉각적이고 포괄적인 정보를 얻을 권리와 함께 이

에 대해 논의할 권리를 가진다는 내용이 담겨 있다. ‘입소시설 보장에 관한 시행령’(Heimsicherungsverordnug)에는 입소시설이 행해야 할 의무에 관한 내용이, ‘입소시설 직원에 관한 시행령’(Heimpersonalverordnung)에는 입소시설에서 일하는 사람들의 자격조건 등에 관한 규정이 담겨 있다.

이 밖에 돌봄을 받는 이와 돌보는 이 등 돌봄 자체에 대해 규정한 연방법인 ‘돌봄에 관한 법’(Betreuungsgesetz)도 있다.

입소시설에 대한 연방정부의 지원으로는 ‘연방예산시행령’에 근거한 “연방의 노령 계획을 위한 지침들”(Richtlinien für den Bundesaltenplan)이 있다. 이는 노인복지와 노인근로의 지속적 발전을 위한 연방 차원의 촉진 방안들로 구성되어 있다. 2조 14항에서는 자택 또는 시설에서 요양이 필요한 노인을 위해 지원 할 수 있음을 명시하고 있고, 제 3조에서는 비영리 입소시설에 대한 지원금(Zuwendung)에 대해서 기술하고 있다. 지원금의 종류에는 입소시설 사업에 대한 ‘프로젝트 지원금’(Projektförderung)과 시설의 신축·개축과 관련된 ‘시설 지원금’(Institutionelle Förderung)이 있다. 그러나 이 지원금은 ‘부분지원’(Teilfinanzierung)의 의미가 강하다. 즉 사업이나 공사에 대한 전액지원은 지양하고, 시설 자체의 자구책에 대한 지원을 강조하고 있는 것이다. 시설이 구체적 자금비용 계획안과 함께 지원서를 제출하면, 심사를 거쳐 얼마의 지원금을 얼마 동안 줄 것인가를 연방정부는 결정한다.

독일 내 각 주에 소재한 노인입소시설의 개수와 자리수를 살펴보면 아래 표와 같다.

〈표 3-10〉 독일 내 주별 노인입소시설의 개수와 자리수

주	조사시기	주민수 ¹	입소시설의 개수	총 자리수	노인기숙 시설의 자리수	노인양호 시설의 자리수	노인요양 시설의 자리수	복합 시설의 자리수 ²
Baden-Württemberg	00.01.01	10,171.	895	76,000	895	4,500	63000	0
Bayern	00.06.30	12,444	1,211	119,813	19,284	19,593	75691	5,245
Berlin	00.12.31	3,388	341	31,551	2,247	155	27521	1,658
Brandenburg	99.12.31	2,568	229	18,647	174	390	18083	*
Bremen	00.06.30	663	71	6,029	133	35	3446	2,415
Hamburg	00.06.30	1,735	167	23,057	5,505	*	17,552	*
Hessen	99.12.31	6,089	536	46,353	2,023	1,214	21,794	21,322
Mecklenburg-Vorpommern	01.02.28	1,720	268	13,833	*	*	13,637	196

주	조사시기	주민수1	입소시설의 개수	총 자릿수	노인기숙 시설의 자릿수	노인양호 시설의 자릿수	노인요양 시설의 자릿수	복합 시설의 자릿수2
Niedersachsen	99.06.30	8,001	1,211	75,898	5,789	5,551	64,558	*
Nordrhein-Westfalen	00.06.30	18,075	1,729	155,625	10,580	3,543	130,555	10,947
Rheinland-Pfalz	00.02.01	4,061	372	36,644	4,711	3,180	26,753	*
Saarland	01.01.29	1,056	108	9,523	311	904	6,878	1,430
Sachsen	00.12.31	4,296	390	35,795	*	3,325	32,470	*
Sachsen-Anhalt	00.06.30	2,494	232	20,687	*	92	18,317	2,278
Schleswig-Holstein	00.06.30	2,829	597	34,640	430	554	24,863	8,793
Thüringen	00.06.30	2,355	191	14,889	0	24	14,865	0
총 합		82,501	8,448	716,984	59,687	43,060	559,983	54,254

*: 수치 없음

주1: 주민수는 2004년 12월 31일 수치이고, 단위는 천만이다

주2: 요양시설, 기숙시설, 양로시설 중 최소 2가지가 함께 공존하는 시설형태를 의미한다.

출처: Heimstatistik 2001과 독일 통계청 홈페이지, www.destatis.de 를 토대로 재구성

제4절 사회보장 재정

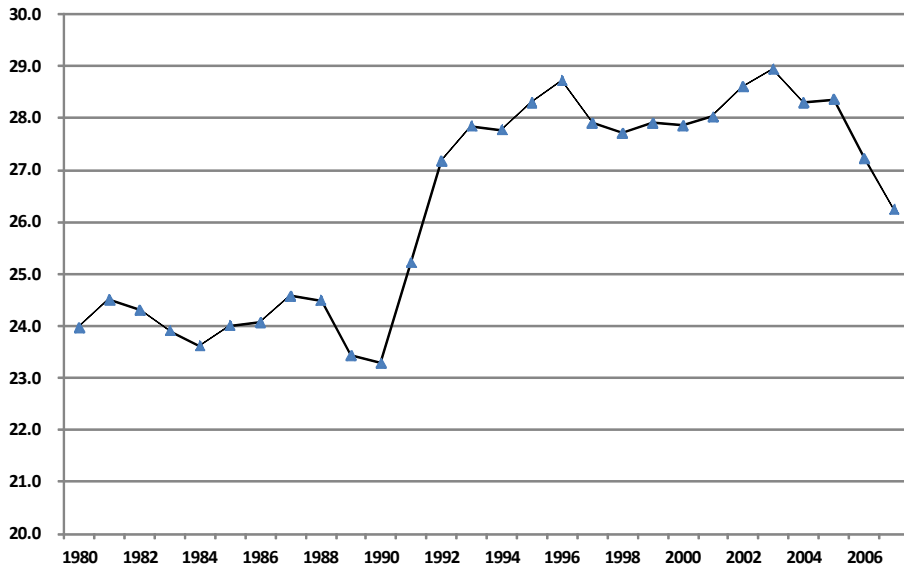
독일의 사회보장제도 재정을 지출측면에서 살펴보면, GDP 대비 사회복지지출은 2000년대 초반까지 증가 추세에 있는 것을 확인할 수 있다. 독일 통일 이후 급속하게 증가한 사회복지지출은 1997년 사민당의 집권 이후 사회복지를 축소하려는 독일 정부의 의도와 맞물려 2000년대에는 그 증가정도가 확실히 완만해졌다.

〈표 3-11〉 독일의 GDP 대비 사회복지지출

연도	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
%	24.0	24.5	24.3	23.9	23.6	24.0	24.1	24.6	24.5	23.4	23.3	25.2	27.2	27.8
연도	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
%	27.8	28.3	28.7	27.9	27.7	27.9	27.9	28.0	28.6	28.9	28.3	28.4	27.2	26.2

자료: OECD Stat, Social Expenditure

[그림 3-3] GDP 대비 사회복지지출



자료 : OECD Stat, Social Expenditure

앞의 <표 3-1>에서 2008년 총 지출은 27.9%였고, 총 지출 내에서 사회보험이 가장 높은 비중(64%)을 차지하고 있다. 사회부조는 3.3%로서 전체 지출에서 그리 큰 비중을 차지하고 있지 않지만, 부조 급여인 실업부조 II를 합치면 9.4%나 된다.

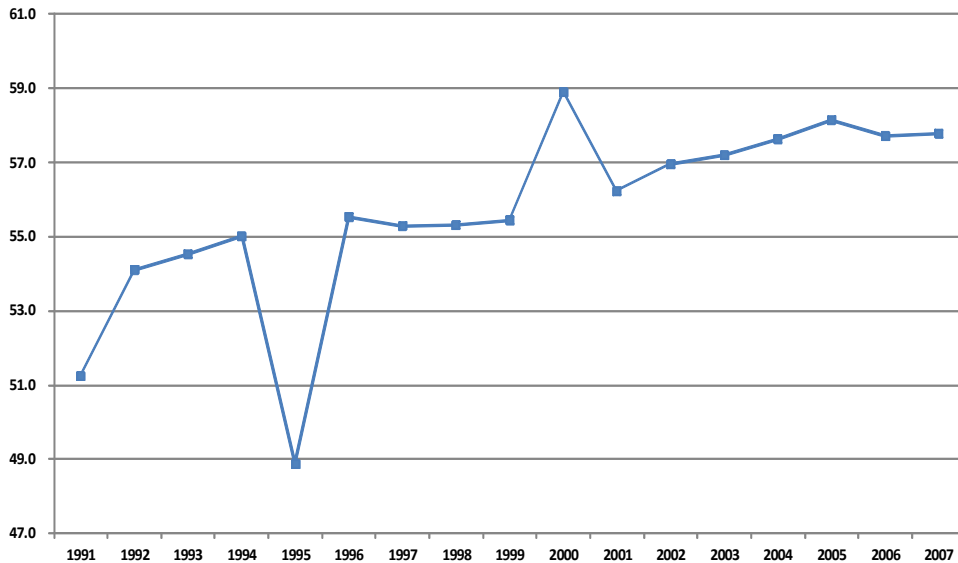
전체 사회복지지출에서 민간재원에 의한 지출에는 ‘2. 특별제도’ 내의 2.3. 민간 연금보험, 2.4. 민간의료보험, 2.5. 민간수발보험이 포함되고, ‘4. 고용자 급여’ 또한 포괄된다. 따라서 민간재원에 의한 급여 비중은 8.5%이다.

〈표 3-12〉 독일의 정부지출 대비 사회복지지출

연도	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
%	51.25	54.11	54.53	55.00	48.87	55.53	55.29	55.30	55.45
연도	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
%	58.88	56.22	56.94	57.19	57.62	58.14	57.71	57.77	

자료 : OECD Stat, Social Expenditure

[그림 3-4] 정부지출 대비 사회복지지출



자료 : OECD Stat, Social Expenditure

정부지출 대비 사회복지 지출의 몫을 보면 이 또한 증가한 양상을 보여주고 있다. 하지만 사민당 집권 전 시기인 1991년과 1997년을 비교해 보았을 때 4.04% 증가한 반면, 사민당 집권 이후인 2007년을 1999년과 비교해 보면 2.32% 증가했음을 알 수 있다. 즉 최근 독일 정부의 사회복지 감소정책으로 인해 그 증가분이 2배 정도 낮아졌음을 확인할 수 있다.

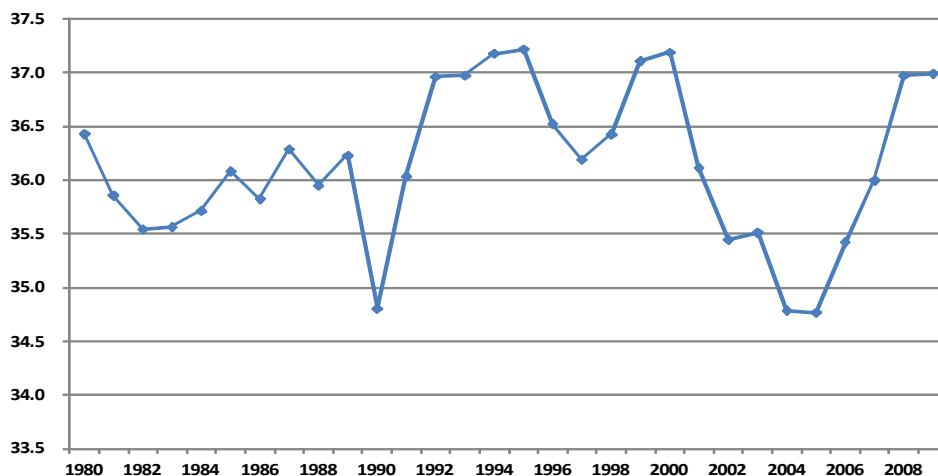
〈표 3-13〉 독일의 국민부담률 추이(GDP 대비 %)

년도	국민부담률	년도	국민부담률
1980	36.43	1995	37.22
1981	35.86	1996	36.52
1982	35.54	1997	36.19
1983	35.56	1998	36.43
1984	35.71	1999	37.11
1985	36.08	2000	37.19
1986	35.83	2001	36.11
1987	36.29	2002	35.45
1988	35.95	2003	35.51
1989	36.23	2004	34.79
1990	34.80	2005	34.77
1991	36.04	2006	35.42

년도	국민부담률	년도	국민부담률
1992	36.96	2007	36.00
1993	36.97	2008	36.97
1994	37.18	2009	36.99

자료 : OECD Stat, Revenue Statistics

[그림 3-5] 국민부담률(GDP 대비 %)



출처: OECD 홈페이지

국민들의 조세부담도 증가 일로에 있다. 하지만 1999년 이후의 최근 경향을 살펴 보면 국가채무의 증가 곡선과 달리 조세부담률은 상당히 완만한 기울기를 보이고 있음을 알 수 있다. 이는 독일정부의 신자유주의 정책 노선에 상응하여 조세부담의 증가를 상당히 억제하고 있는 경향과 그 맥이 닿아 있는 것이다.

연방정부, 주정부 그리고 기초지자체는 자신에게 주어진 임무 수행을 위한 재원 마련을 위해 국가 세입을 분할한다.³⁵⁾ 독일 전체 세입의 40% 이상이 소득세(특히 임금세)와 법인세에서 나온다. 다음으로 판매세와 부가가치세가 전체 재정의 약 30%정도를 차지하고, 담배세나 물세 등의 소비세 그리고 토지세나 상속세 등의 부동산세가 나머지 30% 정도를 차지한다.

‘연방세법’은 연방정부, 주정부, 기초지자체의 수입과 재정에 대해 규정하고 있고, 연방정부, 주정부, 기초지자체는 재정 분리 원칙에 따라 각각 자신에게 할당된 세금

35) 앞으로 논의될 연방정부, 주정부 그리고 기초지자체의 재원 분담에 대한 내용은 Scherf-Hofmann, 2003의 내용을 요약, 정리한 것이다.

을 관리한다. 예를 들어 담배세나 물세는 연방세이고, 자동차세, 맥주세, 상속세는 주정부 세금이며, 영업세와 토지세는 기초지자체의 세금이다. 덩치가 큰 소득세와 법인세는 통합세금으로 연방정부, 주 정부, 기초지자체가 법률에 정해진 비율에 따라 세금을 분할한다.

지방정부(주정부와 기초지자체)의 세입 구성을 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다. 우선, 지방정부 세입의 가장 큰 비중인 소득세는 전체 세입의 41.6% 정도를 차지했다. 판매세는 전체 세입의 5.5%를 차지했는데, 이 5.5%에서 3.3%를 뺀 2.2%는 연방정부에 납부됐다. 기초지자체가 그 지방의 세율을 스스로 결정할 수 있고, 기초지자체에 가장 비중 있는 세금은 영업세인데, 이는 전체 지방정부 세입의 34.9%를 차지했다. 그리고 이 34.9% 중 대략 5분의 1이상을 연방정부에 납부했다. 기초지자체의 세금 중 다음으로 비중 있는 지방세인 토지세는 2001년 지방정부 전체 세입의 16.5%를 차지했다.

이와 같은 과정을 통해 형성된 기초지자체의 재정은 각 기초지자체마다 다르고 불균등하기 때문에 주정부 법에 따라 균등화가 시도된다. 이를 위한 규정은 주마다 매우 다양한데, 재정을 균등화하는 방식은 크게 다음의 두 가지로 요약될 수 있다. 첫째, 재정분배 방식으로 기초지자체가 주정부로 납부한 재원을 통합하여 한 덩어리로 만든 후 다시 각각의 기초지자체에 재분배하는 것이다. 이때 재분배율은 지방의 특징 즉, 기초지자체가 수행해야 할 임무에 따라서 달라진다. 예를 들어, 사회부조 서비스 수요가 많은 지역에 재분배율은 높을 수 있다.

둘째는 재정보조 방식으로 ‘사업과 연결한 재정보조’와 ‘전반적 재정보조’라는 것이 있다. 사업과 연결된 재정보조는 말 그대로 재정이 부족한 기초지자체의 구체적인 욕구를, 일정한 사업을 통해 재정적으로 보조하는 것이다. 보통 비용이 많이 드는 시설비 보조가 가장 많다. 한편, 전반적 재정 보조란 특정 욕구와 관련하지 않고 지역사회의 수입과 지출의 격차가 심할 경우 전체 재정을 보조하는 방법이다. 이때 보조액수는 지역사회의 욕구 즉 예를 들어, 지역주민수 등을 기준으로 산출될 수도 있고, 혹은 해당 지역사회 수입과 지출의 격차에 일정 지수를 곱해 계산될 수도 있다. 원칙적으로, 사업에 연결된 재정보조가 전반적 재정보조 방식에 우선한다.

다음으로 국가에 의해 징수되는 세금 중 일반조세가 아닌 사회보험료의 구성을 분석해 보면 다음 표와 같다.

〈표 3-14〉 독일 사회보험의 보험료(2009년)

	보험료율	노사분담여부
연금보험	19.9%	노사 반반씩
의료보험	13.9% + 0.9%	13.9% 노사 반반씩, 0.9%는 피용인 혼자 부담
수발보험	1.95%	노사 반반씩
실업보험	4.2. %	노사 반반씩
산재보험	피보험자의 급여수준과 사업장의 사고위험율에 따라 차등	사업주 혼자 부담

출처 : Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009; 남찬섭, 백인립, 2010: 12에서 재인용

2009년 연금보험의 보험료율은 19.9%이었고, 노사 절반씩 부담했다. 농민연금제도의 보험료는 정액으로 책정되고, 따라서 급여도 정액으로 지급된다. 자유직업인 연금의 보험료는 해당 직종의 협회마다 다르며, 공무원 연금의 기여금은 없다. 이러한 공공연금제도의 재정은 기본적으로 보험료로 충당되지만 조세를 통한 국가의 지원 또한 존재한다. 예를 들어 연금보험의 경우 필요한 재원 중 4분의 1 가량이 조세를 통해 지원된다.

의료보험 중 피용인이 혼자 부담하는 0.9%는 2005년 의료보험료 개혁 시에 도입된 것이다. 이 개혁을 통해 전체 의료보험 보험료는 1%를 삭감된 반면 피용인 몫에 0.9%를 더하게 되었고, 이 0.9%는 상병수당과 치과진료를 위한 재원으로 사용하고 있다. 나머지 의료급여를 위한 보험료는 13.9%로서 노사 반반씩 부담한다. 이러한 의료보험에 대해서는 기본적으로 조세를 통한 국가지원이 없는 것이 원칙이다. 하지만 2009년 도입된 건강기금(이 건강기금에 대해서는 아래 최근 개혁 부분에서 다시 자세히 설명하기로 한다)과 관련하여 아동을 대상으로 한 국가 조세지원이 새롭게 생겨났다. 수발보험의 보험료는 1.95%이고, 이 또한 노사반반씩 부담한다.

실업보험의 보험료는 4.2%이다. 이 둘 모두 역시 노사 반반씩 부담한다. 상기한 것처럼 실업보험에는 실업급여 I만 포함된다. 따라서 실업급여 II는 조세를 재원으로 한다. 그리고 실업보험과 관련하여 적자가 발생하면 국가가 조세를 통해 그 적자분을 충당하도록 법으로 규정하고 있다. 산재보험은 어느 다른 나라들처럼 고용인만이 보험료를 지불한다.

제5절 사회보장제도의 최근 개혁과 사회보장제도의 성과

독일 사회보장제도는 1998년부터 2009년까지 연정에 참여했던 사민당에 의해 대대적인 변화를 경험했다. 사민당의 슈뢰더(Schröder) 수상은 ‘Agenda 2010’을 수립하여 이것을 기반으로 사회보장 개혁들을 추진했는데, 이는 ‘신자유주의-공급측면적 개념과 전략’(Pilz, 2004: 61)을 그 기반으로 하였다. 실제로 슈뢰더 수상이 추진했던 개혁들은 신자유주의의 첩병이었던 영국 블레어 정부의 신노동당 정책과 유사한 면이 많이 있다(Nullmeiner, 2004: 48). 기존의 복지급여들을 축소하고 복지와 노동과의 연계를 강화하며 노동시장을 급속하게 유연화하고자 하였다.

1. Agenda 2010의 개요

2003년에 발표된 Agenda 2010은 사민당이 추구했던 사회복지 개혁의 청사진이었다. 이를 통해 사회복지제도 뿐만 아니라 노동시장도 많은 변화를 경험했다. 변화의 필요성으로 정부에 의해 제시된 것은 세계화되는 경제시장과 노령화의 심각성이었다. 이러한 변화된 추세에 사회정책과 노동시장을 적응시켜 성장과 고용 증대를 꾀하였고, 사회복지지출을 감소시키고자 하였다.

다음은 Agenda 2010의 핵심내용이다. 이 계획 중 실제로 구현된 것도 있고, 계획으로만 그친 것도 있다. 먼저 조세제도와 관련해서는 한계세율을 54%에서 42%로 낮추고자 하였다. 그리고 면세소득선을 7,664 유로로 상승시켰다. 노동시장과 관련해서는 실업급여 수급자에게 제공되는 일자리의 적합성을 보다 엄격히 하고자 하였고, 55세 이하의 연령대에게 지급되는 실업급여의 기간을 12개월로 그리고 55세 이상 자에 대해서도 18개월로 축소하는 것이었다. 보건정책과 관련해서도 의료보험에 의해 보장되는 약품의 종류를 대규모로 삭제하고자 하였고, 병원에 갈 때 마다 분기 별로 10 유로를 내도록 하였다. 그리고 의료보험 보험료 중에서 치과비용과 상병급여 재정분(0.9%)을 오직 피보험자만이 지불하도록 하였다. 연금보험과 관련해서는 연금보험료를 19.5%로 고정하고자 하였고, 연금환산 공식을 일정부분 변경하여 연금 비용 상승을 억제하고자 하였다. 가족정책과 관련해서는 3세 이하 아동을 위한 탁아시설을 확충하고, 집에서 아이를 보는 부모에 대한 세금감소를 계획하였다.

2. 최근 개혁 동향

가. 연금제도의 최근 개혁

독일 연금제도와 관련하여 발생한 최근의 개혁을 살펴보면 다음과 같다. 독일정부는 연금보험료를 2020년까지 20%, 2030년까지 22%로 고정시켰다. 따라서 연금수준도 과세전 소득의 43%, 과세 후 소득의 64%로 낮아질 전망이다 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2006b: 251).

2001년에는 상술한 것처럼 리스터(Riester) 연금이 도입되었다. 하지만 이 연금제도는 독립된 연금체계가 아니라 연금보험가입자가 민간연금에 가입하면 감세 등의 혜택을 주는 민간보험 촉진책이다. 즉 독일정부는 이 제도를 통해 축소되는 공공연금의 몫을 상쇄하고자 한다.

2003년에는 ‘노령기초급여’가 생겼다. 하지만 이 제도는 기존 사회부조에서 노인을 위한 급여가 독립하여 일정부분 강화된 것이었다. 예를 들어 피부양자 조건이 상당히 완화되어 자녀가 연 10만 유로보다 이하의 소득을 지니고 있다면 그 해당 노부모는 사회부조급여를 받을 수 가 있다. 이 ‘노령기초급여’는 2005년에 다시 사회부조법(사회법 XII)에 편입되었다. 2029년부터 연금보험의 수급연령이 65세에서 67세로 연장된다.

나. 의료보장제도의 최근 개혁

상기한 것처럼 2005년에 의료보험 보험료 중에서 치과비용과 상병급여 재정분(0.9%)을 오직 피보험자만이 지불하도록 하였다. 이는 의료보험과 관련된 고용인의 재정부담을 덜어주기 위함이었고, 1883년 비스마르크가 사회보험을 도입한 이후부터 견고히 지켜지던 노사 절반 부담의 원칙이 최초로 위반되는 역사적 사건이었다.

2009년에는 건강기금(Gesundheitsfonds)이 도입되었다. 이 기금으로 의료보험조합의 모든 보험료가 모인 후 다시 각 조합으로 분배되는 시스템을 형성되었다. 이처럼 다소 복잡한 중앙집권적 시스템을 형성한 이유는 중앙정부가 의료보장과 관련된 비용을 단호하게 조절하겠다는 의지를 관철시켰기 때문이다. 또한 이를 통해 중앙정

부는 각 의료보험조합 별로 결정되던 보험료를 전국적으로 통일시키고자 시도하고 있다. 한편 이 건강기금에는 각 조합에서 징수한 보험료에 더하여 아동을 위한 중앙 정부의 보조금이 유입된다.

2009년에는 의료보험의 사각지대에 있던 30만 명을 민간 의료 및 수발보험에 강제가입시켰다. 이 민간의료보험은 공공 의료 및 수발보험과 동일한 급여혜택을 피보험자에게 제공하여야 한다. 독일정부는 전국민 의료보험 시대를 위해 공공의료보험을 확장하고자 하였으나 야당의 반대에 부딪혀 실패하였고 그 어정쩡한 대안이 민간 의료보험에 ‘강제가입’시키는 것이었다. 이러한 조치로 인해 표 1에서 보았던 ‘2. 특별제도’ 산하의 민간의료보험과 민간수발보험 관련 항목들이 생겨났다.

다. 고용보장제도의 최근 개혁

독일 고용보장제도의 개혁은 4가지의 하르쯔(Hartz) 법을 통해 관철되었다. Hartz I 법은 2003년에 도입되었고, 이를 통해 적극적 노동시장정책의 신규 기제들이 도입되었다(아래 표 3-15 참조). 동년에 Hartz II 법이 도입되었는데, 이는 저소득자에 대한 사회보험료 경감정책을 포함하고 있었다. 즉 월 소득이 400 유로부터 800 유로까지의 임금에 대해 사회보험료를 차등적으로 경감해주는 저임금 일자리 확대를 위한 임금저하정책이 시행된 것이었다. 또한 이 법을 통해 소기업 창업을 위한 신규기제가 도입되어, 소규모 자영업자를 창업하는 사람들에게 일종의 국가지원이 지급되었다.

2004년의 Hartz III 법을 통해서는 연방고용청이 개혁되었다. 고용보장제도와 관련된 기관들 간의 거버넌스 강화와 통제 강화가 이루어졌고, 직업교육 및 알선의 중심 역할을 수행하는 Job Center가 창설되었다. 한편 실제적인 직업훈련 및 알선업무 등과 관련해서 민간 위탁을 확대하였다. 2005년의 Hartz VI 법을 통해서는 상기한 것처럼 실업보험급여와 실업부조급여 그리고 노동능력자에 대한 사회부조급여가 실업급여 I와 실업급여 II로 대체되었다. 그리고 이 법을 통해 실업급여 I의 급여 지급기간이 절반으로 축소되었고, 소득비례급여였던 실업부조급여가 정액 형태의 실업급여 II로 대체됨으로써 그 급여수준이 낮아지는 결과를 낳았다.

이처럼 고용보장제도와 관련된 4번의 개혁을 통해 독일정부는 복지와 고용 간의

연계를 강화하고자 하였다. 최근에 일상적으로 표현되는 활성화(Activation) 정책을 견고히 수립하고자 하는 이러한 노력은 ‘요구와 촉진’(Fordern und Fördern)이라는 슬러건 속에서 진행되었는데, 한국어로 표현하자면 수급자를 대상으로 한 ‘권리와 의무의 동시적 강화’ 정도로 해석된다. 최근 독일에서 진행된 고용보장 관련 ‘권리와 의무의 동시적 강화’ 개혁 양상을 도표로 간략히 정리해 보면 다음과 같다.

〈표 3-15〉 독일의 고용보장제도 관련 ‘권리와 의무의 동시적 강화’ 개혁 양상

의무 측면의 강화	권리 측면의 강화
1. 급여기간 및 수준 - 보험/부조급여 수준 저하 - 최대 급여기간 단축 2. 가능조건/제재조치의 엄격화 - 보다 제한적인 적정 구직기회 정의 - 비준수에 대한 징벌적 제재 강화 3. 개인활동 요건 - 개인의 구직노력 감시강화 - 적극적 노동시장정책 계획에 필수 참여 (근로연계복지의 강화)	1. 전통적인 적극적 노동시장 정책 - 구직보조 및 카운셀링 - 직업훈련계획 - 창업보조금 - 정부보조 고용 - 전환(이동)보조금 2. 재정적 인센티브/근로소득 환급 - 수입무시조항 - 저임금 직업 수락 시 임금보조 (취업급여) 3. 사회서비스 - 사례관리, 개인화된 지원 - 심리적, 사회적 지원 - 육아지원 등

출처 : Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009; 남찬섭·백인림, 2010: 12에서 재인용

라. 아동복지급여의 최근 개혁

독일의 아동복지급여와 관련된 가장 큰 개혁은 2008년에 ‘육아수당’(Erziehungsgeld)이 ‘부모수당’(Elterngeld)으로 대체된 것이다. 1986년부터 지급되던 ‘육아수당’은 아이 출생 이후 최대 24개월 동안 지급받을 수 있었고, 2002년에 월 307 유로의 급여수준을 유지하고 있었다. 단 이 급여를 받기 위해서는 부모 중 한쪽이 취업활동을 하지 말아야 하며, 가족의 연 소득이 연 51,130 유로를 초과하지 말았어야 했다. 즉 이러한 식의 ‘부조 방식’을 사용함으로써 부유한 자를 걸러내고 중상층 이하의 사람들에게 소득을 보전해 주고자 하였던 것이다. 하지만 이 급

여는 상기한 것처럼 2008년에 개인별 소득에 근거하여 지급되는 ‘육아수당’으로 대체되었다. 이러한 육아수당으로의 대체 개혁은 복지와 노동과의 연계를 강화하고자 하는 의도였다. 아이 출산 전 취업 하에 있던 부모에 대한 급여를 강화함으로써 육아와 취업 간의 연계를 보다 견고히 하고자 하였다.

3. 사회보장제도 성과

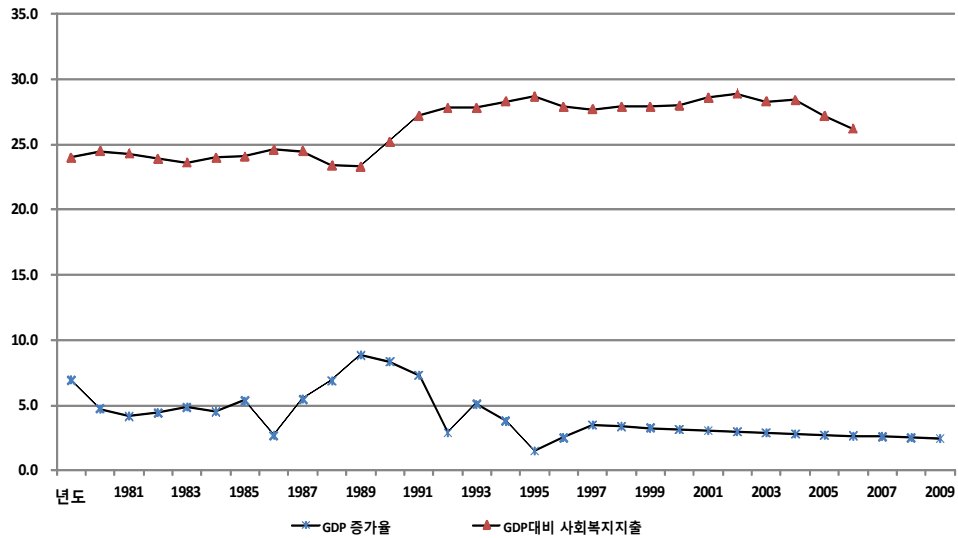
독일의 GDP 증가율을 보면 최근 들어 과거에 비해 확실히 어려운 상황임을 알 수 있다. 특히 2002년 이후로는 3% 이하선에 머물면서 그 증가 정도가 지속적으로 감소하고 있다. GDP 대비 사회복지지출은 증가 추세에 있는 것을 확인할 수 있지만, 1990년도에 비해 2000년대의 사회복지지출은 그 증가정도가 확실히 완만해져 있음을 알 수 있다. 이는 분명 사회복지를 축소하려는 독일 정부의 의도와 그 맥을 함께 하고 있는 것이다.

〈표 3-16〉 독일의 GDP 증가율 & GDP 대비 사회복지지출

년도	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
GDP 증가율	6.94	4.73	4.17	4.42	4.87	4.50	5.36	2.70	5.46	6.89	8.83	8.35	7.30	2.90	5.10	3.80
GDP대비 사회복지지출	24.0	24.5	24.3	23.9	23.6	24.0	24.1	24.6	24.5	23.4	23.3	25.2	27.2	27.8	27.8	28.3
년도	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
GDP 증가율	1.50	2.53	3.49	3.37	3.26	3.16	3.06	2.97	2.89	2.81	2.73	2.66	2.59	2.52	2.46	
GDP대비 사회복지지출	28.7	27.9	27.7	27.9	27.9	28.0	28.6	28.9	28.3	28.4	27.2	26.2				

출처: OECD 홈페이지

[그림 3-6] GDP 증가율 & GDP 대비 사회복지지출

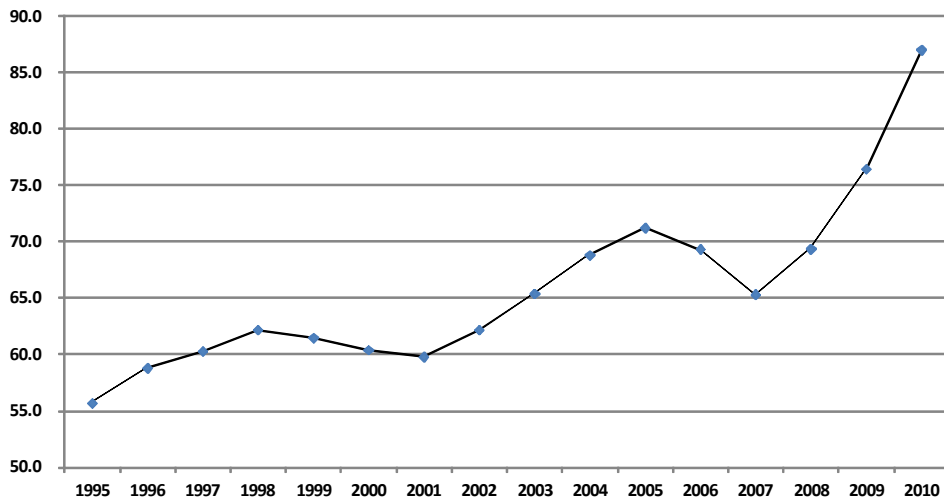


〈표 3-17〉 독일의 명목 GDP 대비 국가채무

연도	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
명목 GDP 대비 국가채무	55.7	58.8	60.3	62.2	61.5	60.4	59.8	62.2
연도	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
명목 GDP 대비 국가채무	65.4	68.8	71.2	69.3	65.3	69.3	76.4	87.0

자료: OECD Economic Outlook

[그림 3-7] 명목 GDP 대비 국가채무



자료: OECD Economic Outlook

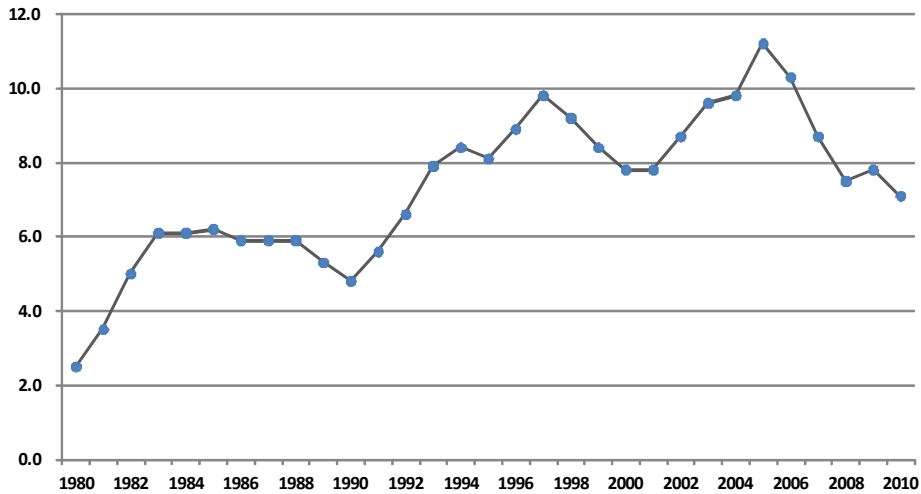
GDP 대비 국가채무를 살펴보면 지속적으로 증가 추세에 있음을 알 수 있다. 이는 GDP 증가율에서 확인했던 것처럼 독일 경제의 어려운 상황을 반영하는 한 양상이라 할 수 있다.

〈표 3-18〉 독일의 실업률 추이

연도	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
실업률	2.5	3.5	5	6.1	6.1	6.2	5.9	5.9	5.9	5.3	4.8	5.6	6.6	7.9	8.4	8.1
연도	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
실업률	8.9	9.8	9.2	8.4	7.8	7.8	8.7	9.6	9.8	11.2	10.3	8.7	7.5	7.8	7.1	

자료: OECD stat, Labour Force Statistics

[그림 3-8] 독일의 실업률 추이



자료: OECD stat, Labour Force Statistics

독일의 실업률은 분명 최근 들어 감소하고 있다. 독일 정부는 노동시장 유연화를 주요 국정 과제 중의 하나로 선정하면서 취업을 확대하고자 시도했고, 이는 그 노력이 반영된 결과라 할 수 있다.

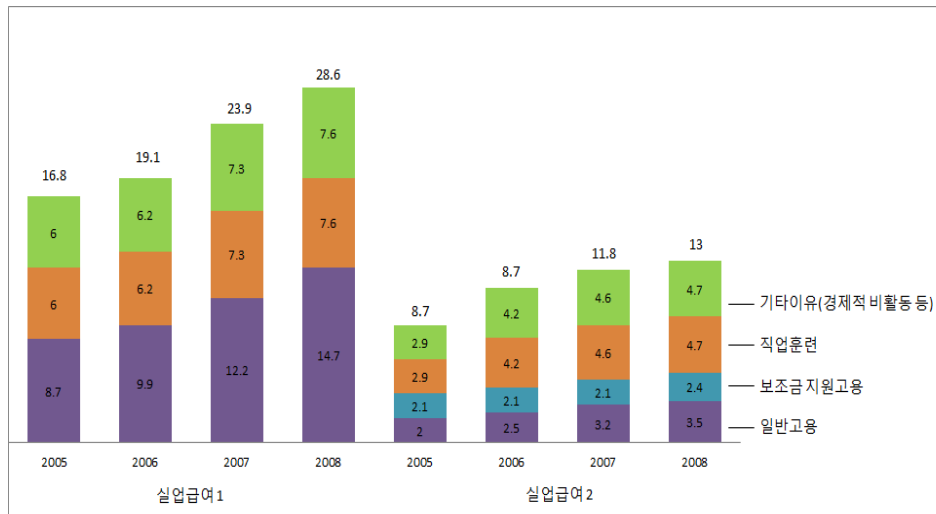
〈표 3-19〉 독일의 월 실업탈피율*

제도 구분	실업급여 1				실업급여 2			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
연도	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
총 실업탈피율	16.8	19.1	23.9	28.6	8.7	10.3	11.8	13.0
탈피사유: 일반고용	8.7	9.9	12.2	14.7	2.0	2.5	3.2	3.5
보조금 지원고용	-	-	-	-	2.1	2.1	2.1	2.4
직업훈련	6.0	6.2	7.3	7.6	2.9	4.2	4.6	4.7
기타이유(경제적 비활동 등)	6.0	6.2	7.3	7.6	2.9	4.2	4.6	4.7

주 : 월별 복지급여 수급 탈출자 월평균(등록실업자 수의 % 비율로 표시)

출처: IAB-Kurzbericht 13/2009. Konle-Seidl, 2009: 21에서 재인용. 저자에 의해 일정부분 수정됨

[그림 3-9] 월 실업탈피율



위의 그림은 실업급여 수급자의 실업탈피율과 그 사유를 설명해 주고 있다. 노동 시장정책과 관련하여 급여수급 조건을 강화하고 적극적 노동시장 정책을 확대하며, 국가보조금에 의한 고용을 확장한 것은 분명 효과가 있었던 같다. 하지만 실업의 감소율을 통한 고용 증가의 내면을 좀 더 면밀히 살펴보면 정규직이 아닌 비정규직의 증가가 새로운 추세로 뚜렷이 보인다.

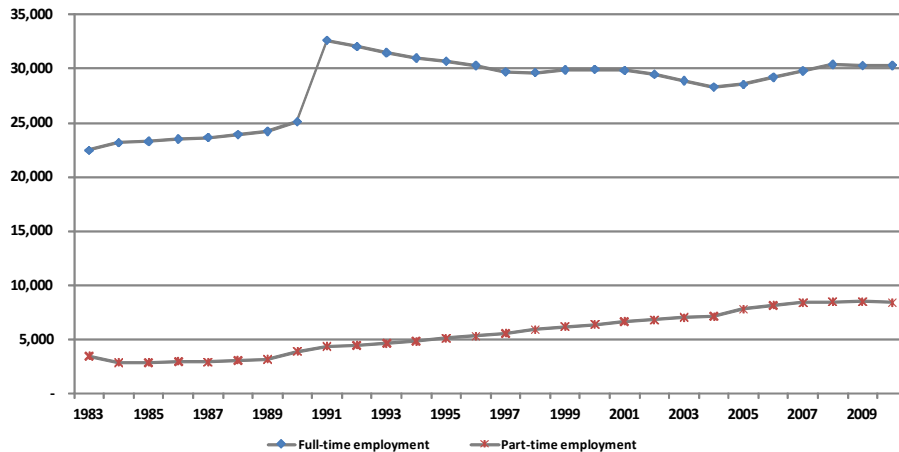
〈표 3-20〉 독일 정규직과 비정규직의 수

(단위: 천명)

구분	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Full-time employment	22,478	23,177	23,296	23,515	23,648	23,926	24,230
Part-time employment	3,469	2,874	2,871	2,973	2,914	3,073	3,175
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Full-time employment	25,108	32,627	32,052	31,477	31,000	30,685	30,326
Part-time employment	3,892	4,380	4,476	4,634	4,840	5,097	5,307
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Full-time employment	29,715	29,639	29,903	29,938	29,845	29,464	28,898
Part-time employment	5,584	5,898	6,186	6,386	6,682	6,811	7,029
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Full-time employment	28,335	28,553	29,216	29,816	30,399	30,298	30,330
Part-time employment	7,127	7,802	8,164	8,394	8,481	8,499	8,409

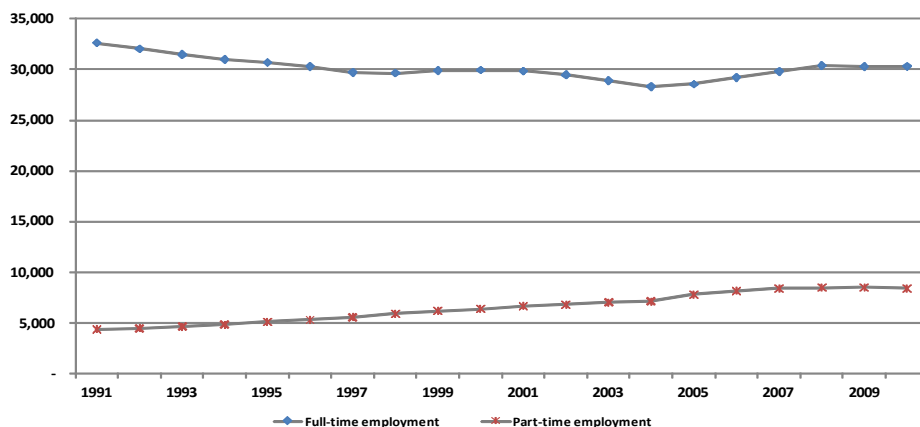
출처: OECD 홈페이지

[그림 3-10] 독일의 정규직과 비정규직의 증감추이(단위 : 천명)



정규직과 비정규직 관련 수치는 OECD에서 찾을 수 있는 정규직과 비정규직 관련 통계수치 중 독일 국내 기준을 기반으로 작성된 명수이다. 독일에서는 전통적으로 정규직을 5대 사회보험 가입자로 규정하고 있다. 위의 그림을 살펴보면 정규직은 감소하고 있는 반면 비정규직이 급속히 증가하고 있음을 알 수 있다. 즉 앞 선 그림에서 살펴본 실업률의 감소는 비정규직을 대량으로 확대하면서 가능할 수 있었던 결과임을 알 수 있다. 실제로 50% 이상의 독일 근로빈곤층이 비정규직 일자리를 가지고 있는 것으로 나타났다(Seidl, 2009: 26). 위의 정규직과 비정규직 증감 그림 중에서 1990년대 이후의 시기에만 초점을 맞추어 증감 현상을 보여주면 다음 그림과 같이 보다 명확해 진다.

[그림 3-11] 정규직과 비정규직의 증감(1991년-2008년)



끝으로 독일의 빈곤율을 살펴보면 아래의 도표와 그림에서 보는 것처럼 엄청나게 증가하고 있음을 알 수 있다. 즉 독일정부가 신자유주의 정책에 박차를 가한 2000년 이후 무려 5.5%가 증가하는 현상을 보여주었다. 이는 저임금 비정규직 일자리의 증가와 복지급여의 감소로 빚어진 결과로 해석된다.

〈표 3-21〉 독일의 빈곤율 추이

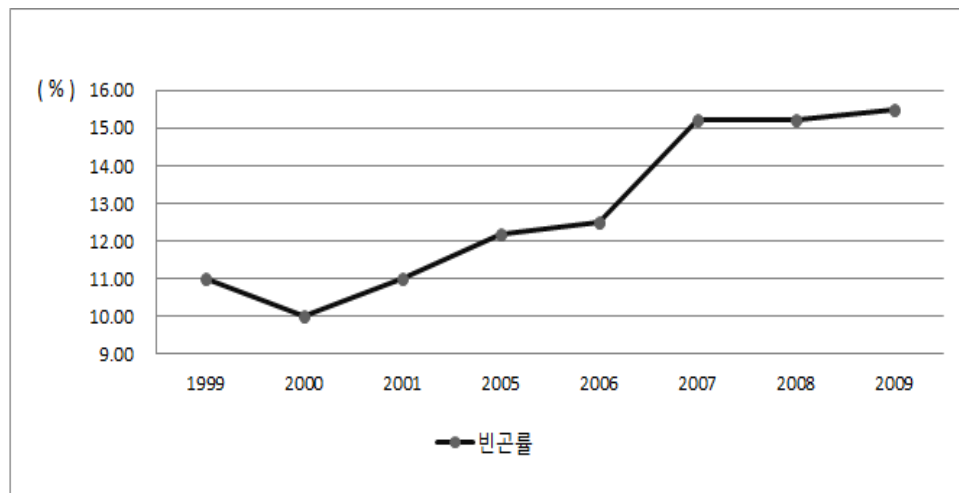
년도	1999	2000	2001	2005	2006	2007	2008	2009
빈곤율	11.00	10.00	11.00	12.20	12.50	15.20	15.20	15.50

주 1: 2002년부터 2004년까지의 통계수치 없음

주 2: 빈곤선은 중위소득의 50%로 규정

출처: EUROSTAT 홈페이지

[그림 3-12] 빈곤율



제6절 독일 사회보장제도의 중장기 비전 및 한국에 주는 시사점

신자유주의 정책을 주도했던 사민당은 결국 2009년 선거에서 집권에 실패한다. 1998년 집권에 성공했을 당시에는 의석비율이 40.9%였지만, 2009년 선거에서는 그 비율이 23.05%로 절반가량 감소하는 참패를 맞보았다. 이러한 사민당의 실패는 이미 예견된 사건이라 할 수 있을 것이다. 독일의 사민당의 주요 지지기반은 전통적으로 노동자였다. 하지만 사민당은 집권 기간 내내 복지축소와 노동시장 유연화를 앞세운 신자유주의 정책을 추진했고, 이는 결국 자신의 지지층인 노동자의 삶의 수준을 심각히 저하시켜 놓았다. 복지급여의 감소, 비정규직의 확대 그리고 빈곤의 증가는 사민당 지지자들의 등을 뒤돌리게 만든 것이다.

2009년 선거를 통해 보수층을 지지기반으로 하는 기독교사회당(기민당)과 자유민주당의 연정이 탄생했다. 실상 2006년부터 2009년까지 독일 정부는 기민당과 사민당의 연정이었는데, 이 두당은 근본적인 노선 차이로 인해 항상 불협화음 속에서 놓여있었다. 하지만 2009년 선거를 통해 사민당이 물러남으로써 진정한 보수주의 정권이 확립되는 기회를 마련하게 된 것이다. 현재 이러한 보수주의 정권은 1년 반의 시간을 보냈다. 하지만 이 정권 내에서도 노선 차이가 없는 것이 아니다. 특히 현 메르켈(Merkel) 수상으로 대표되는 기민당은 전통적으로 카톨릭과 보속성에 근거한 복지정책을 추구하여 왔다. 이 복지 노선은 가정이 노령, 질병 등 사회적 위기에 빠졌을 때 국가가 지원할 의무가 있다는 원칙을 견지해 왔고, 따라서 지난 100년간 독일 사회복지 정책의 확대에 주요한 기여 원인이기도 했다. 현재 기민당의 구세력은 아직도 이 복지노선을 정부의 핵심 과제로 간주하고 있지만, 소장 정치인들은 보다 신자유주의 정책을 추진할 것을 요구하고 있다. 따라서 현 독일 정권 하에서의 복지정책은 기존 보수주의 노선을 축으로 하면서도 시대의 흐름을 반영하여 신자유주의 정책이 근저에 깔릴 것으로 예상된다. 이러한 복잡한 보수주의 전략은 기존 사민당의 신자유주의 개혁 보다는 점 더 완만한 기울기의 신자유주의적 변화로 독일 사회에 반영되게 되리라 예상할 수 있다.

독일 사회보험제도는 직업 집단 내에서의 연대성과 자율성 그리고 급여의 높은 소득대체율이라는 장점을 지니고 있다. 그러나 독일 사회보험제도가 지닌 커다란 단

점은 보험조합들이 직종별로 나누어져 있기 때문에 그 제도 자체가 매우 복잡할 뿐만 아니라 인원과 경비가 낭비되는 문제점을 안고 있다는 것이다. 더불어 더욱 더 심각한 점은 위에서 보았던 것처럼 사회 안전망으로부터 다수의 자영업자들이 누락된다는 점이다(백인립, 2005: 40). 이는 사회보장제도 내에서 기업가와 같은 고소득의 자영자와 일반 노동자 간의 수직적 재분배 기능이 약함을 의미한다. 실업보험은 노동자만을 그 대상으로 하고 있고, 의료보험과 수발보험 그리고 산재보험에는 노동자 이외에 몇몇 자영자 그룹만이 의무가입대상자로 포괄되어 있다. 예를 들어 의료보험과 수발보험에 포괄되는 자영자는 전체 자영자의 8.7% 밖에 안 된다. 연금보험 또한 노동자를 중심으로 구성되어 있고, 연금보험 이외에 기타 다른 공공연금제도를 모두 합쳐도 전체 자영자 35%만이 공공연금제도에 의해 보호를 받고 있다(백인립, 2005: 36, 39).

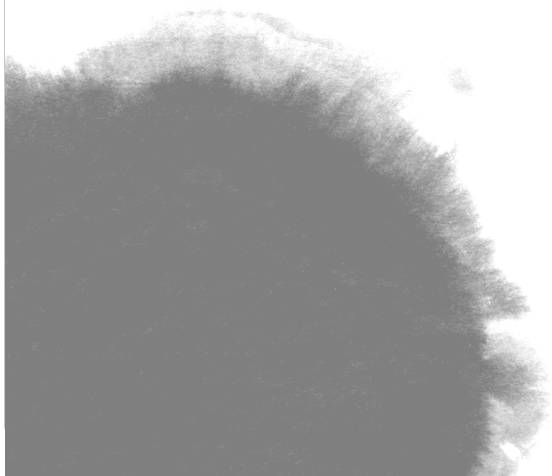
이처럼 독일 공공보험 제도 중 자영자를 가장 많이 포괄하고 있는 연금제도만을 보더라도 3명 중 2명의 자영업자가 공공연금제도에서 벗어나 있다. 이러한 예외집단에는 새롭게 증가하고 있는 ,솔로 자영업자'들도 포함되는데, 최근의 연구에 의하면 이 솔로 자영업자들의 대부분은 일반 노동자들보다 더 적은 소득을 버는 것으로 조사되었다(Betzelt, 2002).

독일 사회보장제도 내에서는 기업가와 같은 고소득의 자영업자와 일반 노동자간의 소득재분배가 원활히 이루어지지 않고 있다. 또한 사회보장제도라는 사회적 안전장치로부터 빈곤한 자영업자가 누락되는 심각한 문제를 안고 있다. 이러한 문제들은 한국이 독일 복지제도를 벤치마킹할 때 반드시 고려해야할 사안이다(백인립, 2005: 40).

독일의 사회서비스 영역에서는 중앙정부가 입법을 통해 큰 틀을 제시하고, 서비스 시설 관련 구체계획과 실행은 주정부를 거쳐 기초지자체를 통해 실행된다. 사회서비스 시설의 운영 주체는 대부분 민간 기구들이지만, 그들에게 주어진 자율성은 요금 협정체계를 통해 공공에 의해 규제되고 조절된다. 이러한 오랜 전통에 기반한 독일의 유기적 서비스 전달방식은 현재 사회서비스 체계를 구성하고 있는 한국사회에 많은 시사점을 제공해 준다고 할 수 있다(백인립, 2009: 91).

04

미국의 사회보장 제도



제4장 미국의 사회보장체계

제1절 서론

미국은 에스핑-엔더슨의 복지국가 유형 분류에 따르면 자유주의 국가에 해당된다. 자유주의 국가는 대체로 탈상품화(decommodification) 수준이 미약하며 엄격한 자산 조사와 낮은 수준의 급여를 제공하는 공공부조 중심으로 복지정책이 운영된다. 따라서 재분배 효과도 미약하게 나타난다. 이런 특징을 갖는 자유주의 체제에서는 다수의 국민은 시장 참여를 통해 생계를 유지하는 반면, 시장에 참여하지 못하거나 탈락한 이들은 국가에서 제공되는 급여에 의존하게 된다(김태성, 2007). 미국은 이러한 특성들과 함께 다른 선진국들의 국가중심 복지 시스템과 다른 민간 중심의 복지 시스템으로 인해 ‘미완성된 복지’라는 평가를 듣고 있다. 하지만 민간과 정부가 지출하는 전체적인 수준을 볼 때 복지관련 지출 수준은 적은 편이 아님을 알 수 있다. 하지만 다른 나라에 비해 빈부의 격차 및 사회보장제도의 보편성을 향한 개혁의 요구가 높은 특성을 가지고도 있다.

미국은 사회보장체계 역시 여러 가지 측면에서 유럽의 선진 국가들과 다르게 나타난다. 이러한 특성을 갖게 되기까지는 많은 변화를 겪었고 이러한 역사적 경제적 배경의 차이는 유럽의 주요 선진국과 다른 사회보장체계를 갖게 하였다.

미국의 사회보장제도는 1935년 사회보장법이 제정되기 전까지는 대체로 지역사회에 기반을 두고 있었다. 이러한 형태 하에서 지방정부, 자선기구, 이웃들이 시장결제를 통한 욕구를 충족시킬 수 없는 사람들에게 대해 구호를 제공하였다. 연방정부가 때때로 민간을 후원하기도 했지만 본격적인 사회보장제도의 발전은 1935년 사회보장

법이 제정되고 난 후 부터이다. 미국의 사회보장제도는 1970년대 전반까지 전성기를 맞이하나 1970년대 중반 석유파동으로 신보수주의의로 득세로 인해 약화되었다. (박병현, 2005)

본 연구에선 미국의 사회보장체계를 파악하고 우리나라에 대한 시사점을 도출하기 위해 먼저, 사회보장체계의 형성과정을 1930년대 이전, 1930~40년대, 1950~60년대, 1970~80년대, 1990~ 2000년대 로 구분하여 살펴본 후, 주요 프로그램의 현황 및 문제점을 살펴보고자 한다. 그리고 이러한 사회보장제도를 운영하기 위해 필요한 전다체계 및 재정관련 사항들을 살펴보고 최근의 이슈를 떠오르고 있는 근로연계 복지에 대해 살펴보고자 한다. 마지막으로 미국 사회보장제도의 동향 및 현황에서 얻을 수 있는 우리나라의 사회보장발전 방향에 대해 살펴보고 마지막으로 최근 미국의 복지 개혁의 동향과 그 시사점에 대해 살펴보고자 한다.

제2절 사회보장제도의 발전 및 전개과정의 특성

미국 사회보장제도는 1935년 사회보장법의 제정 이후 성립되어 본격적으로 발전되어 왔다. 본 절에서는 현재의 이르기까지 미국의 사회보장체계의 형성과정을 시기별(1930년대 이전, 1930 ~ 40년대, 1950 ~ 60년대, 1970 ~ 80년대, 1990 ~ 2000년대 등)로 구분하여 살펴보고자 한다³⁶⁾.

1. 1930년대 이전

1930년대 이전 미국의 사회보장제도는 매우 미약한 수준이었다. 18세기 독립전쟁과 이후 지속적인 이민자들의 유입에 따른 취약빈곤계층의 확대에도 불구하고, 전국적인 구빈 제도/프로그램은 시행되지 않았다. 이는 당시 미국에 팽배해있던 개인주의적인 요소와 1800년대 중반이후 확대된 다윈주의(Darwinism) 등의 영향으로 사

36) 본 절의 내용은 미국 사회보장청 홈페이지에 게재된 사회보장역사(Social Security History, www.ssa.gov)를 번역 및 발췌하여 정리함.

회 전반적으로 개인의 부(副)는 개인의 노력과 성취의 산물이며 사회가 빈곤자를 돕는 것은 이들의 사회적응을 저해한다고 보는 시각이 지배적이었기 때문이다. 사회제도적으로나 조직적으로 어려움에 처한 사람을 돕는 것은 부적절하다고 보았기 때문에 주로 엘리자베스 구빈법(Elizabethan Poor Law)적 철학에 의하여 지역사회별로 민간중심의 사적인 구호에 의존하는 체계를 형성하였다.

민간에서 수행된 구호활동은 19세기 후반에 이르러 조직화되었는데, 특히 자선조직협회(Charity Organization Society) 및 인보관운동(Settlement House Movement) 등을 중심으로 이루어졌다. 최초의 조직적 구호활동이었던 자선조직협회는 자원봉사자로 구성된 ‘친절한 방문자’를 빈곤가족에게 파견하여 빈곤자의 상황을 조사 및 등록하여 중복적인 수혜를 예방하고 자선을 제공하였으며 인보관운동은 이민자지역을 중심으로 기관(인보관)을 구축하여 간호, 영어교육 및 기타 사회서비스 등을 제공하였다.

이러한 민간중심의 구호활동은 20세기 초반에 이르게 되면서 점차 공공적인 성격을 띠게 되었다. 따라서 일부 주정부에서 공적인 구호가 필요하다는 입장을 견지하는 주정부법이 제정되었으며, 빈곤자를 지원하는 공공복지기관이 설치되기도 하였다. 1910년대는 몇몇 주에서 산업재해보상제도(workers compensation)가 도입되었으며, 아동이 있는 빈곤 한부모가구에 대한 부조(mother's pension) 프로그램이 도입되기도 하였다. 그러나 이러한 프로그램들은 행정인력 및 조직의 부족, 행정조직의 부패에 대해 우려하는 시각, 급여원칙에 대한 사회적 합의 미비 등으로 인하여 연방정부 중심의 프로그램으로 발전하지 못하였고, 일부 주정부 단위에서 개별적으로 실시되는 데에 그쳤다.

2. 1930년대 ~ 1940년대

1929년 주식시장의 붕괴로 촉발된 미국의 대공황은 국가 부(GNP)의 격감, 대규모의 실업, 중산계층의 몰락 등의 결과를 낳았으며 이제까지 빈곤에 대한 시각을 개인주의적 관점에서 공공의 책임적 관점으로 옮겨놓는 데 중요한 역할을 하였다. 즉 대공황으로 인하여 사회적으로 빈곤이 개인의 결함 때문이 아니라 사회경제의 구조

적 결함에 의해 야기될 수 있다는 사실에 대한 일반인의 각성과 합의가 도출될 수 있었다.

1933년부터 루스벨트 대통령 행정부는 FERA(the Federal Emergency Relief Administration)을 설치하여 지역사회 구호활동을 보조하였으며, CCC(Civilian Conservation Corps)를 발족시켜 산림 및 홍수해 지역의 개간산업에 젊은층의 노동력을 투입하는 방식으로 고용을 창출하고자 하였다. 이러한 각종 구호프로그램 및 고용진작 프로그램은 빈곤과 실업에 대한 국가의 적극적인 개입이라는 측면에서 의의가 있었으나 루스벨트 행정부는 이에 그치지 않았고 국민 개개인에게 닥칠 수 있는 여러 위기로부터 국민을 보호할 수 있는 사회보험제도를 구상하였다.

1935년에 제정된 사회보장법(Social Security Act)은 사회보험과 공공부조 프로그램을 중심으로 특히 연방정부 차원에서 고령과 실업이라는 두 가지 사회적 위기에 대한 보장체계를 제공하였다. 산업과 상업에 종사한 은퇴근로자에 대하여 연방정부는 노령보험과 실업보험체계를 제공하였으며, 빈곤인 고령자와 맹인에 대한 연방정부 예산보조 프로그램(후에 Supplemental Security Income 프로그램으로 대체됨)과 빈곤아동에 대한 공공부조(후에 Aid to Families with Dependent Children 프로그램으로 대체됨)가 마련되었다. 이 중 고령보험은 1939년에 수정되어 유족 과 피부양자에게도 급여혜택이 부여되었으며, 재정방식도 적립방식에서 부과방식으로 변경되었다.

이 당시 사회보장제도는 연방정부 차원에서 개인의 빈곤과 실업의 문제에 개입하고 지원하는 체계를 마련하였다는 점에서 그 의의가 크다고 볼 수 있으나, 의료보험 제도가 포함되지 않았고, 노령 및 실업보험의 대상자도 정규 고용근로자에 한정되어 가내공업, 농업 및 자영업 근로자는 혜택을 받지 못하게 되면서 상당수의 흑인과 여성이 배제되는 등 보건복지의 분야와 대상적인 측면에서 한계를 노정하였다.

3. 1950년대 ~ 1960년대

이 시기는 새로운 복지제도의 설립과 기존 제도의 대상 및 급여수준의 확대를 통하여 1930년대에 구축된 사회보장체계가 확대되었다. 1956년 기존의 사회보장제도

에 장애보험(Disability Insurance)이 추가되었는데, 본 제도는 1958년에 장애근로자의 피부양자에 대한 급여를 포함하고 1960년에는 50세 이상이라는 연령제한 조항을 삭제하였으며, 1967년에는 50세 이상 홀로 된 배우자에 대하여도 보험금이 지급되도록 개정되면서 점차 현재의 모습과 유사하게 진화하였다.

1960년대에는 빈곤과의 전쟁(War on Poverty)을 기치로 하여 다양한 새로운 현물급여제도가 확립되었다. 식품부조(Food Stamp, 1964년)와 빈곤층에 대한 의료부조(Medicaid, 1965년) 그리고 연금수급자를 대상으로 한 의료보험제도(Medicare, 1965년) 등이 새로이 도입되었다. 뿐만 아니라 기존에 제공되어 온 노령연금의 대상자 자격요건을 완화하고, 급여수준을 인상하였으며, 빈곤아동에 대한 공공부조인 ADC는 AFDC(Aid to Families with Dependent Children)로 변경되어 수혜대상 가정의 수도 급격히 증가하였다.

4. 1970년대 ~ 1980년대

1972년에는 보충소득급여(Supplemental Security Income: SSI)가 도입되어 기존에 연방정부 예산일부지원과 주정부 운영으로 공동 관리되던 노령부조(Old-Age Assistance)와 맹인부조(Aid to the Blind) 그리고 1950년대 추가된 영구완전장애인 부조(Aid to the Permanently and Totally Disabled) 등의 공공부조를 통합하여 연방정부의 프로그램으로 전환하여, 연방정부차원에서 빈곤 고령자 및 장애인을 대상으로 하는 소득보장체계를 확립하였다. 새로운 SSI 제도는 기존의 수혜자의 필요를 사정하여 지원액을 개별적으로 산정하는 방식에서 벗어나 연방정부 수준의 통일된 소득보장수준에 입각하여 급여를 제공하였으며, 수혜자격도 다소 완화되어 개인의 소득과 자원 중심으로 급여자격을 부여하였다.

또한 1972년과 1977년의 사회보장법 개정은 기존 사회보장급여가 부정기적으로 인상된 것을 수정하여 급여를 소비자물가지수(Consumer Price Index)와 연동하여 인상하도록 하면서 매년 사회보장급여가 생활비의 인상을 반영할 수 있도록 하였으며, 급여산출법이 안정된 소득대체율을 보장할 수 있는 방향으로 보완되어 사회보장 지출이 대폭 상승하였다.

그러나 이러한 사회보장제도의 확대는 1970년대 말 이후부터 미국의 인플레이션과 경기침체로 인하여 침체기를 가졌다. 1983년도 레이건 행정부는 사회보장개혁위원회의 활동을 통하여 사회보장개혁을 실시하였는데, 물가와 연동된 사회보장급여의 상승을 연기하고, 일부 대상자에 대하여 사회보장급여액에 소득세율을 부과하였으며, 퇴직연령을 65세에서 67세로 연장하는 등의 변화를 가져왔다. 이에 따라서 사회보장지출액은 감소하였다.

5. 1990년대 ~ 2000년대 초반

1996년 클린턴 행정부는 개인책임과 근로기회조정법(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act)의 제정을 통하여 공공부조제도 중 하나인 AFDC를 개혁하여 TANF(Temporary Assistance to Needy Families)로 대체하였다. 이에 따라 수급권의 기한이 일정 기간으로 제한되었으며, 주당 일정 시간 동안 근로연계활동을 수행할 경우에만 급여가 제공되는 등 급여대상 및 기간이 축소되었다. 이는 당시까지 미국 사회에서 저소득 아동가족에게 부여되어 온 권리로서의 AFDC 수급권이 ‘근로연계’라는 의무이행여부에 따르는 조건부 권리로 변모시켰다. 즉, 상당수의 기존 AFDC 수급자였던 저소득 한부모 가구주 여성에게 집에서 육아를 하는 동안의 소득손실을 보완할 수 있는 공공부조제도라기 보다는 근로를 유지하는 조건 하에서 한시적으로 가능한 급여로 그 의미가 전환되었다.

2004년도에는 사회보장보호법(Social Security Protection Act)의 제정으로 사회보장프로그램에 대한 오남용사례를 방지하는 다양한 조항이 포함되었으며, 2010년에 오바마 행정부는 환자보호 및 지불 가능한 돌봄법(Patient Protection and Affordable Care Act)을 제정하여 의료부조인 메디케이드 프로그램의 수급자격을 확대하고, 연방정부 빈곤선의 400% 이하의 국민들을 대상으로 의료보험료를 지원하며, 의료보험 확대를 위한 인센티브를 제공하는 등 의료보장제도를 확대하였다.

제3절 미국 사회보장의 개요 및 현황

미국 사회보장제도는 프로그램의 구조(대상 자격기준, 기여도 등)에 따라서 사회보험, 공공부조 및 기타 서비스로 구분할 수 있으며, 제공의 형식에 따라 현금, 현물 및 조세형으로 구분된다. 사회보험에는 노령·유족·장애보험(OASDI), 실업보험(Unemployment Insurance), 산재보상보험 및 메디케어(Medicare) 등이 있으며, 공공부조에는 요부양아동가족한시보조(TANF), 일반부조(GA/GR), 보충소득프로그램(SSI), 저소득가정에너지보조(Energy Assistance), 공공주택 및 임대료보조(Public Housing, Subsidized Rental), SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program), 학교급식(School Food), 모자식량보조(Woman Infant and Children), 메디케이드(Medicaid), 아동건강보험(Children's Health Insurance Program), 그리고 근로장려세제(Earned Income Tax Credit) 등이 시행되고 있다. 기타 보건복지관련 서비스로는 고용훈련서비스, 아동복지서비스, 지역사회 모자보건서비스, 정신건강서비스, 교정복지서비스 등이 제공된다.

〈표 4-1〉 미국 사회보장제도의 구성

구분	사회보험	공공부조	기타 서비스
현금	노령, 유족, 장애보험(OASDI)	요부양아동가족한시보조(TANF)	
	실업보험(Unemployment Insurance)	일반부조(GA/GR)	
	산재보상보험	보충소득프로그램(SSI)	
현물	메디케어(Medicare)	저소득가정에너지보조(Energy Assistance)	고용, 훈련서비스
		공공주택 및 임대료보조(Public Housing, Subsidized Rental)	아동복지서비스
		SNAP(구)푸드스탬프	지역사회 모자보건 서비스
		학교급식(School Food)	정신건강서비스
		모자식량보조(WIC)	교정복지서비스
		메디케이드(Medicaid)	기타서비스(정보, 연계 등)
		아동건강보험(CHIP)	
조세형		EITC(Earned Income Tax Credits)	

자료 : Blau, J. & Abramovitz, M.(2004) The Dynamics of Social Welfare Policy, Oxford University Press Inc: New York 의 미국 복지프로그램 내용 참조

본 절에서는 미국의 사회보장제도의 현황을 법제, 재원, 주요 프로그램 및 전달체계 등을 중심으로 살펴보고자 한다.

1. 사회보장 법제³⁷⁾

미국 사회보장제도의 법적 근간은 사회보장법(Social Security Act)이다. 미국의 사회보장법은 1935년에 제정되어 여러 차례의 개정을 거쳤다. 현재의 사회보장법은 18개의 타이틀로 이루어져 있으며, 각 타이틀은 개별 사회보장프로그램 운영의 법적 근거를 제공한다(표 4-2 참조).

〈표 4-2〉 미국 사회보장법(Social Security Act)의 구성

구분	내용
Title 1	고령자에 대한 노령부조(Old-Age Assistance)를 위한 주(state) 보조금
Title 2	연방 노령, 유족, 장애보험(OASDI) 급여
Title 3	실업급여(Unemployment Compensation)운영을 위한 주(state) 보조금
Title 4	요보호이동가족지원 및 아동복지서비스를 위한 주(state) 보조금
Title 5	모성아동건강서비스 블록그랜트
Title 7	행정(Administration)
Title 8	특정 제2차 세계대전 참전자에 대한 특별 급여
Title 9	고용안전 관련 기타 조항
Title 10	맹인부조를 위한 주(state) 보조금
Title 11	일반사항, 동료평가, 행정간소화
Title 12	주(state) 실업 펀드 선지급
Title 14	영구완전장애관련 지원을 위한 주(state) 보조금
Title 16	노령, 맹인 혹은 장애인 부조 프로그램(SSI 프로그램)을 위한 주(state) 보조금
Title 17	정신지체에 대한 포괄적 대응 계획을 위한 보조금
Title 18	노령 및 장애에 대한 건강보험
Title 19	의료부조프로그램에 대한 주(state) 보조금
Title 20	사회서비스 수행을 위한 주(state) 블록그랜트
Title 21	주(state) 아동건강보험프로그램(SCHIP)

자료: Compilation of the Social Security Law, Social Security Act,
http://www.socialsecurity.gov/OP_Home/ssact/ssact.htm

37) 본 내용은 미국의 사회보장법(Social Security Act)의 원문을 번역하여 요약한 것임.
http://www.socialsecurity.gov/OP_Home/ssact/ssact.htm

각 타이틀 별로 세부조항의 내용은 아래와 같다.

Title 1은 고령자에 대한 노령부조(Old-Age Assistance)를 위한 주(state) 보조금(Grants to States for Old-Age Assistance for the Aged)에 대한 조항으로 연방정부로부터 노령부조(Old-Age Assistance)를 실시하는 주정부에 대한 재정적인 지원을 하기 위한 법적 근거이며, 주정부가 노령부조프로그램의 계획을 연방정부에 제출하고, 연방정부의 급여지급과 주정부의 프로그램 계획 운용에 대한 사항을 규정하였다.

Title 2는 연방 노령, 유족, 장애보험(OASDI) 급여(Federal Old-Age, Survivors and Disability Insurance Benefits)를 위한 신탁기금조성과 보험 자격기준, 대상자 등 급여와 관련 제 규정, 보험급여의 가감, 부정수급에 대한 규정, 자영업자 임금에 대한 보험금 산정방식, 장애에 대한 정의, 재활서비스, 입원보험급여, 세금관련 자료의 처리 등 OASDI 제도를 수행하기 위한 제반 규정을 포함하였다.

Title 3는 실업급여(Unemployment Compensation)운영을 위한 주(state) 보조금 지급관련 조항으로 주정부의 실업급여프로그램 운용을 위한 보조금 지급과 관련된 사항, 관련된 주정부 법조항 등을 수록하였다.

Title 4는 요보호아동가족지원 및 아동복지서비스를 위한 주(state) 보조금(Grants to States for Aid and Services to Needy Families with Children and for Child-Welfare Services)에 대한 조항이다. 세부적으로는 4개의 부분(Part A, B, D, E)으로 구분되어 있으며, Part A는 TANF의 운용을 위한 주 보조금 지급과 관련하여 주정부의 계획수립, 자격요건, 행정절차, 연방정부가 규정한 근로연계의 내용을 포함한 대상자 요건, 부정수급에 대한 처벌, 통계취합 및 보고, 관련 연구 및 평가, TANF 수혜 가족의 자녀를 위한 보육서비스 등 19개 세부조항으로 구성되어 있다. Part B는 아동가족서비스로서 아동학대 및 방임과 관련된 아동복지서비스와 지역사회 기반의 가족지원 및 가족보존서비스에 대한 주정부의 운영규정과 연방정부의 예산지원관련 규정이다. Part D는 아동양육비 강제지급제도와 관련하여 연방정부의 부모찾기 서비스, 주정부의 계획수립 및 연방정부의 예산지원 등 프로그램 수행절차와 관련 규정을 포함한다. Part E는 가정위탁과 입양 등과 관련된 프로그램 내용 규정, 운영절차, 예산지원 등으로 구성된다.

Title 5는 모성아동건강서비스 블록그랜트(Maternal and Child Health Services Block Grant)관련 조항으로서 지역사회 저소득 모성 및 아동의 건강관련 서비스를 제공하고 영아사망률을 줄이기 위하여 연방정부에서 예산을 지원하고 주정부의 프로그램운동을 제공한다. 성교육 프로그램, 산전후 가정방문서비스, 산후서비스 등 관련 프로그램에 대한 운영규정을 포함한다.

Title 7은 사회보장제도의 행정(Administration)에 대한 법적 조항으로 사회보장제도의 행정체계, 구성요소 및 인력의 교육, 신탁기금의 운영과 관련된 사항 등의 법적 규정을 제공한다.

Title 8, 특정 제2차 세계대전 참전자에 대한 특별 급여(Special Benefits for Certain World War II Veterans) 조항은 급여에 대한 자격기준, 급여수준, 급여 지원절차 등 행정절차에 대한 규정을 포함하여 제2차 세계대전 참전자 중 소득수준이 낮거나, 고령자 등 특정한 요건을 충족시키는 경우 본 급여의 수혜자가 될 수 있도록 하였다.

Title 9는 고용안전 관련 기타 조항(Miscellaneous Provisions Relating to Employment Security)으로서 실업신탁기금(Unemployment Trust Fund)의 설립과 실업신탁기금 내에 고용안전 행정계좌(Employment Security Administration Account)의 설립을 규정하였으며, 연방정부에서 주정부로 예산의 전달방식, 예산액 및 기타 관련 행정절차에 대한 내용을 포함한다.

Title 10, 맹인부조를 위한 주(state) 보조금(Grants to States for Aid to the Blind) 조항은 주정부가 맹인에 대한 공공부조를 수행하기 위한 제반 행정절차와 연방정부의 예산지원에 대한 근거를 제공한다.

Title 11은 일반사항, 동료평가, 행정간소화(General Provisions, Peer Review, and Administrative Simplification)관련 조항으로 세부적으로 4개 부분(Part A ~ D)으로 구분된다. Part A는 사회보장제도의 수행과 관련된 일반사항(세부시행령, 제도명, 관련연구규정, 이민자관련 규정 등 특히 각 프로그램별 법조항에서 규정되지 못하는 통합적 규제조항)을 규정하며, Part B는 건강보호서비스의 활용 및 질제고 측면에서 수행되는 동료평가의 목적, 정의, 기능 및 책임, 절차 등을 제시하였다. Part C는 입양과 관련하여 행정절차의 간소화를 규정하였으며, Part D는 건강서비

스 관련 임상효과비교연구를 수행하도록 규정하고 있다.

Title 12, 주(state) 실업 펀드 선지급(Advances to State Employment Funds)조항은 주정부에서 지급되는 실업급여의 고갈을 방지하기 위하여 연방정부의 실업급여 관련 예산을 주정부로 선지급할 수 있도록 규정하였다. 본 조항은 선지급의 절차, 선지급금의 출처 등 세부운영사항을 제공하고 있다.

Title 14는 영구완전장애관련 지원을 위한 주(state) 보조금(Grants to States for Aid to the Permanently and Totally Disabled)을 지급하기 위하여 주정부의 프로그램 운용계획수립, 연방정부의 예산지급 방식 및 기준, 주정부의 프로그램 수행과 관련된 사항을 규정하고 있다.

Title 16, 노령, 맹인 혹은 장애인 부조 프로그램(SSI 프로그램)을 위한 주(state) 보조금(Grants to States for Aid to the Aged, Blind, or Disabled; Supplemental Security Income for the Aged, Blind, and Disabled)은 노령, 맹인 혹은 장애인을 대상으로 하는 보충소득프로그램의 수행과 관련된 전반적인 사항에 대한 규정을 제공한다. 즉, 주정부의 프로그램 운영계획수립, 연방정부의 예산지급, 주정부의 프로그램 수행관련 사항에 대한 규정 뿐 아니라 보충소득프로그램의 대상자 자격기준, 소득수준, 급여, 급여에 대한 물가연동규정, 행정절차 등의 세부사항이 포함된다.

Title 17은 정신지체에 대한 포괄적 대응 계획을 위한 보조금(Grants for Planning Comprehensive Action to Combat Mental Retardation)과 관련된 조항으로서 지역사회에서 정신지체관련 서비스(교육, 고용, 재활 및 복지 등)를 제공하기 위한 연방정부의 예산수립과 주정부로의 예산지급 그리고 주정부의 프로그램 수행관련 규정 등을 포함한다.

Title 18, 노령 및 장애에 대한 건강보험(Health Insurance for the Aged and Disabled)은 메디케어 프로그램의 전반적인 운용과 관련된 사항을 규정한다. 즉, 메디케어 대상자 기준, 건강보험적용범위, 보충적 의료보험제도, 초이스프로그램(Choice Program) 적용 및 운용개요, 처방약관련 제도 및 이와 관련된 행정절차와 예산 및 기본 운영사항과 관련된 규정 등이 포함된다.

Title 19는 의료부조프로그램에 대한 주(state) 보조금(Grants to States for Medical Assistance Program)으로 메디케이드와 아동건강보험(CHIP)의 주정부 계

획, 연방정부의 예산지원, 프로그램 운영관련 제반사항(자격기준, 혜택 및 제공기관 등)과 관련된 세부사항을 규정한다.

Title 20은 사회서비스 수행을 위한 주(state) 블록그랜트(Block Grants to States for Social Services)로 주정부가 다양한 사회서비스를 수행하는 데에 있어서 소요되는 재정에 대해 연방정부가 블록그랜트 방식으로 예산을 지원하도록 하는 규정이다. 세부규정 중 주정부에 대한 블록그랜트 지급방식, 주정부의 행정사항 및 감사 등이 제시되어 있으며 노인학대 피해지원센터 설립, 장기요양 활성화 등 노인관련 서비스에 대한 이행규정이 함께 수록되어 있다.

Title 21, 주정부 아동건강보험프로그램(State Children's Health Insurance Program)은 건강보험이 없는 저소득 아동을 대상으로 하는 건강보험을 제공하는 주정부에 대하여 연방정부의 예산지원과 주정부의 계획, 운영기준, 행정절차 및 보고 등 전반적인 사항에 대한 규정이다.

2. 주요프로그램(대상, 주체, 제공방법 등)

가. 노령, 유족, 장애보험(OASDI)

노령, 유족, 장애보험은 고령, 퇴직, 장애 등으로 인한 소득 상실 위험으로부터 소득을 보장하는 제도이다. 본 제도는 미국의 사회보장제도 중 가장 큰 규모로 운영되고 있는데 약 1억 5천 만 명 이상의 근로자를 대상으로 하며 4천 만 명 이상의 은퇴자, 유족 및 장애인에게 급여를 지급한다. 보험프로그램 대상자는 자영업자를 포함한 유급근로자이다. 철도근로자, 연방 및 주정부 공무원 등에 대해서는 별도의 연금프로그램이 운영되므로 제외되며, 일용직 농업근로자, 가내근로자, 선거관련 근로자 등과 연간 순이익이 400불 이하인 자영업자와 1984년 1월 1일 이전에 고용된 정부공무원도 제외대상이다.

지급기준은 노령연금보험의 경우 66세 이상이나 62세부터 감액되어 지급되는 조기연금혜택과 70세 이후부터 지급되는 연금연기혜택을 활용할 수 있다. 영구장애급여는 1년 이상 지속되는 신체적/정신적 장애로 인하여 유급직종에 종사하지 못한다

고 판정된 피보험자를 대상으로 한다. 단 만 21세 이후부터 장애발생 시까지 매년 1쿼터의 커버리지(최대 40쿼터)를 보유하고 있어야 하며, 장애발생 직전 10년의 기간 동안에는 20쿼터의 커버리지를 보유하여야 한다. 유족급여의 경우 고인이 연금수령자이거나 사망 시 만 21세로부터 매년 1쿼터의 커버리지(최대 40쿼터)를 보유한 자로서 홀로된 배우자 혹은 고인과 10년 이상 결혼생활을 유지한 이혼한 배우자에게 지급된다. 만일 이혼한 배우자가 60세 이전에 재혼하는 경우 연금지급은 중지된다. 또한 사망자의 유족인 고아와 부양부모에 대해서도 연금이 지급된다.

연금보험지급액 수준은 노령급여의 경우, 1950년 이래로 62세까지 받았던 평균임금에 과거 임금인플레이션 인덱스를 감안하되 가장 낮은 임금을 받았던 5년의 기간을 제외하여 산정하며 최대금액은 월 2,323불이다. 장애급여의 경우 1950년 이후 장애발생 시까지의 평균임금에 과거 임금인플레이션 인덱스를 감안하되, 가장 낮은 임금을 받았던 5년의 기간을 제외하여 산정하며 최대금액은 월 2,453불이다. 배우자급여액은 사망자의 만기퇴직 시 연금액의 100%를 수령한다. 단 만기퇴직 이전에 사망하거나 50대에 장애가 발생할 경우, 혹은 조기노령연금을 수령할 경우 연금보험액이 감소된다. 사망자의 유족에게는 연금액의 일정비율(18세 이하 자녀의 경우 연금액의 75%, 부/모의 경우 82.5% - 2인일 경우 150%까지)에 해당하는 금액을 제공한다.

본 보험의 예산은 매월 대상자(근로자)의 「근로자 보험료 기여분」과 「사업주 기여분」이 사회보장기금으로 축적되어 운용되는데 소득대비 근로자 보험료 기여비율은 자영업자의 경우 수입의 12.4%를 기여하고, 근로자의 경우 월급여의 6.2% 수준이다. 현재의 근로자가 현재의 연금보험수혜자에 대한 급여의 원천이 되는 방식인 Pay-As-You-Go 시스템으로 운용된다. 본 제도의 관할은 연방정부를 주축으로 하여 사회보장청(Social Security Administration)에서 수행하고 있다.

나. 실업보험(Unemployment Insurance)

본 제도는 근로자의 실직으로 인한 일시적 임금의 손실을 보전하고 실직자의 구매력을 제고하여 경기침체기간 동안에도 경제적 안정을 도모하고자 하는 목적으로

구축되었다. 보험의 대상자는 산업 및 상업에 종사하는 근로자와 연간 20주 동안 4인 이상이거나 연 1분기 당 1,500불의 급여를 지불하는 비영리기관의 근로자를 대상으로 한다. 따라서 대부분의 주 및 지역 정부 근로자, 가내근로자 및 75%의 농업 근로자가 해당되며 연방의 민간 및 군 근로자도 포함된다. 그러나 특정 농업 근로자, 종교기관 근로자, 임시근로자, 가내근로자, 자영업자 등이 제외되며 철도근로자를 대상으로 하는 연방정부 실업보험 체계는 별도로 운영되므로 이들도 제외된다.

지급기준은 근무처의 보험적용여부, 근로경력, 최소소득, 현임급수준, 실업이유, 적절한 직업을 수용하고자 하는 의지와 실직사유의 비자발성 등의 요인을 고려하는데, 대부분의 주에서 근로기간 동안 최소 수입이 주급여액 혹은 고분기 급여액의 수배이거나 일정기간의 총급여와 같은 수준일 것을 요구한다. 일부 주에서는 고용기간이 일정 주 수 이상이 되어야 하며, 1개 주는 특정 근로시간기준이 충족되어야 한다. 지급기준을 만족시키기 위해서 실직자는 고용서비스에 등록해야 하며, 근로능력이 있어야 하고, 적극적 구직활동을 수행하여야 한다. 정당한 사유없이 자발적으로 직장을 그만두었을 경우, 혹은 위법행위에 따라서 면직되었을 경우, 혹은 적절한 직업을 제안 받았으나 거절하였을 경우에는 급여를 받을 수 없다. 또한 실직자가 노동쟁의에 참여하는 경우에도 자격을 상실하며, 자격상실 기간은 주마다 다양하게 규정되어 있다.

급여액은 피보험자의 소득의 50%수준이며, 주정부별로 급여에 대한 산출식이 다양하다. 급여는 대부분의 주에서 최초 1주일의 대기기간 이후, 통상 26주 동안 지급된다. 부양가족에 대한 지원금은 실직자의 자녀 혹은 기타 부양가족 1인당 일주일에 1불 ~ 125불을 제공한다. 본 제도는 노동부 고용안전청에서 관할한다.

다. 산재보상보험(근로자 보상제도: Workers' Compensation)

근로자 직무 중 재해를 당하여 소득능력을 상실한 경우, 소득보전과 의료보장을 제공하고, 직무와 관련된 장애나 질병으로 사망한 경우, 근로자의 부양가족을 대상으로 급여를 지급한다. 근로자보상제도의 대상은 산업 및 상업에 종사하는 근로자와 대부분의 공공근로자(공무원)이며 농업, 가내수공업 등 일부 직업은 보험대상에서 제

외된다. 급여는 대상자 중 직무와 관련된 장애나 질병이 발생할 경우 적용되며, 급여의 유형은 일시장애급여, 영구장애급여, 배우자급여 등으로 구분된다.

일시장애와 영구장애급여의 경우 급여액은 근로자 소득의 3분의 2 수준이며, 주 정부의 규정에 따라서 다소 차이가 있다. 영구장애의 경우 9개 주에서 보험금 지급 기간은 312일~500주 사이로 제한되며, 부분장애의 경우 근로능력판정결과에 따라 감액된 급여가 지급된다. 진폐보험의 경우 월 연금액은 616불이며, 최대 월 가족연금은 1,232불 수준이다. 현금급여 이외에도 장애인 돌봄서비스가 지원된다. 배우자 급여의 경우 연금액은 사망자의 배우자에 대해서 사망자 생전 소득의 35%~70% 수준이고 부양자녀가 있는 배우자에게는 60%~80%가 지급된다. 또한 장례급여도 일시금으로 지급된다.

예산은 대부분 고용주의 보험금 부담(또는 자가보험)으로 이루어지며 평균비용부담은 근로자 1인당 급여의 1.58%수준이다. 근로자보상보험제도는 주로 사보험이나 자가보험 등으로 운영된다. 제도의 운영은 주정부 노동부에서 관할한다.

라. 메디케어(Medicare)

본 제도는 노령, 유족, 장애보험(OASDI)의 수혜자를 대상으로 제공되는 건강보험이다. 대상자는 고령자, 장애인 중 연금보험수혜자격이 있는 65세 이상인 자, 2년 이상 장애근로급여 수령해 온 자, 신장병 말기 환자 등이며 서비스 유형에 따라서 자발적으로 가입도 가능하다. 메디케어 건강보험은 현금급여가 아닌 현물(서비스)의 형태로 제공되며, 서비스 내용은 병원입원서비스, 통원치료 및 처방약지원 등을 포함한 등 기타 의료서비스 등을 포함한다.

사회보장법 타이틀 18의 조항에 따라서 메디케어는 4가지 서비스(Part A, B, C, D)로 구성되는데, Part A는 병원입원서비스, 퇴원 후 숙련된 간호시설 서비스, 재가 의료서비스와 호스피스서비스 등을 포함한다. 병원입원서비스는 최장 90일까지 제공되며, 수혜자는 입원일 당일 1일의 비용에 해당하는 금액을 지불하며, 그 밖의 입원 기간 중 비용은 Part A에서 지급된다.

Part B는 Part A에 가입된 사람들이 부가적으로 가입할 수 있는 보험으로, 외래

진료 및 통원치료서비스와 실험실비용 등을 보장한다. 매월 54불의 비용을 지불하면 관련 서비스에 대한 비용이 100불까지 면제되며 초과되는 비용의 80%는 Part B에서 부담하며 나머지 20%는 가입자가 부담한다.

Part C는 메디케어 어드밴티지(Medicare Advantage)로서 메디케어 Part A와 B 가입자들이 민간 의료보험사를 통한 건강보험서비스를 제공받을 수 있는 방법이다. 가입자들이 매월 건강보험료를 추가로(평균 135불 수준) 지불하고 항암치료, 신장투석치료, 치과/안과 치료 등의 의료서비스를 추가적으로 받을 수 있다. 메디케어+초이스 프로그램은 미국의 민간 의료보험제공기관의 발달된 인프라를 통하여 보험가입자들이 좀 더 편리하고 효율적인 서비스를 받을 수 있도록 하는 데 그 목적을 두고 있다.

Part D는 처방약보험(Drug Benefit Coverage)으로서 Part A와 Part B에 가입된 사람들의 처방약비용에 대한 비용을 보조하는 프로그램으로 가입자 개인이 선택한 플랜에 따라 매월 보험료를 지불하고, 처방약지출금액이 총 2,830불 이하인 경우 Part D가 그 비용일 일부 부담하며, 2,830불에서 4,550불 사이인 경우 250불을 환급하며 브랜드 약의 경우 비용의 50%만 부담하도록 하는 등 본인부담율이 단계별로 경감되도록 되어 있다. 또한 처방약지출총액이 총 4,550불 이상인 경우 피보험자는 총비용의 5%를 지불하고 나머지는 Part D가 부담한다.

메디케어의 예산은 병원입원서비스의 경우 모든 OASDI대상 근로자의 소득 중 1.45%를 기여하며, 기타 서비스의 경우 가입자의 보험금으로 충당된다. 또한 보장범위가 초과되는 서비스에 대한 비용은 가입자 개인이 개별적으로 부담한다. 본 제도는 보건복지부(Department of Health and Human Services)의 메디케어 및 메디케이드 센터(Center for Medicare and Medicaid)에서 관할한다.

마. 요부양아동가족한시보조(TANF)

요부양아동가족한시보조(Temporary Assistance to Needy Families, TANF)제도는 빈곤가구를 대상으로 현금급여와 근로의 기회를 제공하여 가족의 건강성과 자립을 강화하는데 목적을 둔다. 본 프로그램은 연방정부의 블록그랜트 예산을 제공하면

주 정부에서는 프로그램을 운영하는 방식으로 수행되며, 연방정부의 기본적 제도운영 가이드라인에 추가되는 세부적 내용은 주정부에서 임의적으로 결정하여 주별로 차별성을 두고 운영된다.

급여의 대상자는 18세 이하의 자녀를 둔 빈곤가구이며 급여를 제공받기 시작한 지 2년 내에 주당 30시간 이상의 근로연계요건(6세 미만의 자녀가 있는 경우에는 주당 20시간 근로활동)을 충족하여야 한다. 근로활동은 근로 및 직업탐색, 지역사회 서비스 참여, 직업훈련 및 교육, 2차 과정 이상의 교육 등을 포함한다.

급여수준은 주정부의 정책에 따라 상이하나 2004년도 3인 가구를 기준으로 월 170불(미시시피주) ~ 월 923불(알래스카주) 수준이며(M. Walters et al., 2004), 개인별로 급여기간의 한도가 정해져 있어 일평생 중 60개월 동안만 급여가 제공된다. 월급여의 액수는 주정부의 정책에 따라서 그리고 가족의 소득과 가족 수에 따라서 차등화되어 있다.

본 프로그램의 예산은 연방정부에서 블록그랜트 형식으로 주정부에 지급되며 지급액은 급여수혜자 규모 및 근로연계실적 등을 반영하여 정해진다. 프로그램의 운영은 보건복지부(Department of Health and Human Services)에서 관할한다.

바. 보충소득프로그램(SSI)

SSI 프로그램은 노령, 유족, 장애보험(OASDI)의 급여대상자가 되지 못하는 고령자, 맹인 및 장애인 중 일정 소득 및 자산기준 이하인 자들을 대상으로 현금급여를 제공하는 공공부조 프로그램이다. 급여의 대상자는 일정 소득 및 자산기준 이하의 65세 이상인 고령자와 65세 이하의 장애인 및 맹인이며, 타 공공부조 급여의 수급자는 두 가지의 급여 중 더 고액을 보장하는 프로그램의 혜택을 받게 된다. 자산이 개인 당 2,000불 이하이어야 하며 부부의 경우는 3,000불 이하로 보유하여야 한다. 또한 미국 시민권자나 혹은 영주권 소유자이면서 월소득이 SSI 급여액보다 적어야 SSI의 급여를 받을 수 있다.

급여수준은 개인 당 최대 월 674불 수준이며, 부부인 경우 월 1,011불까지 받을 수 있다. 이러한 급여는 매년 소비자물가지수의 변동을 반영하여 조정된다. 프로그

램의 예산은 연방정부의 일반수입(General Revenue)에서 충당되며 사회보장청에서 지역 SSI 수행 공공기관을 통하여 프로그램을 집행한다.

사. 메디케이드(Medicaid)

메디케이드는 일정 자격을 충족시키는 저소득 개인 및 가구를 대상으로 제공되는 건강보험서비스이다. 대상자는 공공부조서비스 수급자(SSI, TANF 등)의 대부분과 주정부에서 규정하는 일정 소득 이하의 개인 및 가구인데, 본 프로그램은 연방정부에서 큰 테두리인 가이드라인을 만들고 주정부에서 세부적인 정책을 결정하기 때문에 서비스대상자의 범위도 주정부의 기준에 따라 상이하게 적용된다.

제공되는 서비스는 연방정부의 가이드라인에 의해 병원입원, 통원진료, 실험실 및 엑스레이, 전문간호, 재가요양, 출산 등의 서비스를 기본적으로 제공하며, 기타 서비스는 주정부의 결정사항에 의하여 조정된다.

예산은 전체 프로그램 예산의 50%~83%가 연방정부 일반 조세수입으로 충당되며, 주정부가 나머지 예산을 충당한다. 메디케이드 프로그램은 보건복지부(Department of Health and Human Services)의 메디케어 및 메디케이드서비스 센터(Center for Medicare and Medicaid)에서 관할한다.

아. 기타 사회보장제도 및 서비스

1) 아동건강보험(CHIP: Children's Health Insurance Program)

아동건강보험의 대상자는 연방정부에서 규정한 빈곤선의 200% 이하인 소득을 보유한 가정의 아동이며 메디케이드 서비스의 혜택을 받지 못하는 차상위계층 가구의 아동을 타겟으로 하고 있다. 예산은 주정부에서 70%정도 분담하고 연방정부에서 나머지를 제공한다. 보건복지부(Department of Health and Human Services)의 메디케어 및 메디케이드서비스 센터(Center for Medicare and Medicaid)에서 관할한다.

2) EITC(Earned Income Tax Credits)

EITC는 일정 소득 이하의 근로자 개인 및 가구를 대상으로 하며 이들의 근로소

득세에 대하여 세금 환급금의 형태로 급여가 제공된다. 대상자 가구에 자녀가 있는 경우 소득금액의 점증율 및 점감율 등이 자녀수에 따라 변화하고 자녀가 많을수록 환급규모가 증가하게 된다(2010년도 기준, 무자녀 개인/가구의 경우 최대환급액이 \$457이며, 1자녀인 경우 \$3,050, 2자녀는 \$5,036 수준). 예산은 연방정부에서 지원하며, 국세청에서 관할한다.

3) 저소득가정에너지보조(Energy Assistance)

본 프로그램은 저소득가구를 대상으로 에너지(heating & cooling) 사용료를 지원한다. 보건복지부에서 관할하며, 연방정부에서 주정부로 블록그랜트 형식으로 지원한다.

4) 공공주택 및 임대료보조(Public Housing, Subsidized Rental)

공공주택서비스는 1940년대부터 저소득 양부모 근로가구를 대상으로 제공되었으나, 1960년대에 이르러 유색인종 및 취약가구 등이 주요 서비스 대상이 되었다. 본 서비스는 거주자의 임금수준에 따라서 월세를 시장가격보다 낮게 받을 수 있도록 하고 있으며, 주택도시개발부(Department of Housing and Urban Development)와 농림부(Department of Agriculture)의 농장서비스청(Farm Service Agency)에서 관할한다.

임대료보조서비스는 저소득가구를 대상으로 월세지원금 바우처를 제공한다. 월세 지원 바우처 금액은 월세의 30%정도 수준이며, 공공주택 외 민간의 주택 및 아파트 등에 대한 주거에 지원된다.

5) SNAP(구 Food Stamp; 식품권)

저소득 가구를 대상으로 영양적으로 균형있는 음식섭취를 할 수 있도록 지원한다. 본 제도는 농림부의 식품소비자서비스과에서 관할하며 연방정부 자원으로 바우처나 쿠폰을 제공하여 식품을 시장가격 이하로 구입(제공)할 수 있게 하고 있다. 기타 공공부조 수혜자에게도 중복적으로 지급이 가능하다.

6) 학교급식(School Food)

빈곤아동을 주요 대상으로 하며 학교아침급식프로그램(School Breakfast

Program), 특별우유급식프로그램(Special Milk Program), 여름급식서비스프로그램(Summer Food Service Program), 아동 및 성인돌봄 식품보조프로그램(Child and Adult Care Food Program) 등이 운영되고 있다. 아동의 건강한 섭식 및 성장을 위하여 학교급식을 무료로 제공한다.

7) 모자식량보조(WIC: Nutrition Program for Women, Infants and Children)

저소득 산전후 여성 및 영유아와 5세 이하의 아동에 대한 영양지원서비스이다. 지원방식은 서비스대상자에게 정해진 종류와 금액 이하의 식품을 구매할 수 있는 바우처를 지급하고 일반 마켓에서 쿠폰을 사용하여 식품을 구매하는 것이다. 농림부가 주정부의 보건부서와 협력하여 운영된다.

8) 기타서비스

기타 서비스는 주로 대상별로 제공되는 보건복지관련 서비스로서 보건복지부, 주정부 및 지역사회 기관 등에서 관할하는 서비스이다. 주요 서비스 내용은 다음과 같다.

고용, 훈련서비스는 주로 주정부의 고용서비스과(Employment Service)에서 관할하며, 연방정부의 후원하여 직업재활프로그램이 장애인의 취업을 위한 직업교육훈련 프로그램을 제공하고, TANF 수혜대상자의 근로연계를 위한 훈련/직업교육 등 서비스를 제공한다.

아동복지서비스는 주로 보건복지부(DHHS)에서 관할하며 아동학대 및 방임 피해 아동 및 가족에 대한 서비스인 입양, 가정위탁, 공동생활가정, 원가족복귀서비스 등을 제공한다. 그리고 지역사회 모자보건 서비스는 메디케어와 메디케이드를 보완하는 보건서비스프로그램으로 주정부별로 차별적으로 운영된다. 특히 영아사망률의 감소를 위한 보건서비스와 맹인 및 장애아동을 대상으로 재활서비스를 제공하며, 산전 모성보건서비스를 제공한다.

정신건강서비스는 Mental Retardation and Community Mental Health Center Construction Act(1963)에 의거하여 정신장애인의 탈시설화가 이루어지면서 지역사회정신보건센터를 중심으로 본격화 되었다. 주로 주정부 보건복지부에서 관할하며 개인과 그룹상담, 약물 및 알콜중독치료 그리고 그 밖의 다양한 정신보건서비스가 제공된다.

3. 복지·고용 연계형 복지제도

가. 운영현황

1) 요부양아동가족한시보조(Temporary Assistance for Needy Families: TANF)제도
 미국의 복지·고용 연계형 복지제도의 도입은 1996년 클린턴 정부의 개인책임과노동기회조정법(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996: PRWORA)이 제정되므로 본격화되었다. 1996년 이전까지 미국의 복지제도 중 현금으로 지급되는 급여에는 사회보험인 노령, 유족, 장애보험(OASDI), 실업보험(Unemployment Insurance), 산재보상보험(Worker's Compensation) 등과 빈곤층을 대상으로 하는 공공부조인 요부양아동가족지원제도(Aid to Families with Dependent Children: AFDC), 일반부조(GA/GR), 보충소득프로그램(Supplementary Security Income) 등으로 구성되었다. 이 중 사회보험제도는 개인의 기여, 특히 임금근로자 및 자영업자 등 노동활동을 수행한 개인의 기여에 따라서 지급되기 때문에 그 자체가 근로자(혹은 과거 근로자였던 은퇴자 및 장애인 등)를 대상으로 한다. 보충소득프로그램(SSI)은 빈곤층을 대상으로 하나, 주로 빈곤 노인 및 장애인 등 근로능력을 상실한 자를 대상으로 하기 때문에, 그리고 일반부조(GA/GR)는 소수의 주 정부에서 운영하는 제도이기 때문에 연방정부 차원의 고용연계에 대한 논의에서 제외되어 왔다. 다만 AFDC(Aid to Families with Dependent Children)는 근로능력이 있는 빈곤가족을 대상으로 권리(entitlement)로서 제공되어 왔기 때문에 수급자의 복지의존성을 확대하고 빈곤가구 내 빈곤의 악순환을 유인한다는 비판을 받아 왔다(Murray, 1984).

1996년 PRWORA는 이제까지 일정 소득이하의 자녀를 둔 빈곤가구에 대한 권리(entitlement)로 제공되었던 AFDC를 개혁하여 요보호아동가족일시부조(Temporary Assistance for Needy Families)로 변경하면서 이러한 권리는 제거되었다. TANF의 제정과 관련된 PRWORA의 주요 조항은 다음과 같다.

○ ‘권리’(entitlement)로서의 복지제도 종료

TANF는 이전까지 AFDC에 의하여 일정 소득이하의 자녀를 둔 빈곤가구라면 누

구나 수급을 받을 수 있었던 권리(entitlement)로서의 조항을 삭제하고 근로참여조건 및 한시적 조건 등 일정 조건을 만족시키는 대상자에 대하여 선별적으로 급여를 제공하게 되었다. 이는 빈곤층의 복지제도에 대한 의존성을 감소시키고 자활을 도모할 목적으로 도입되었다.

○ 수급조건: 근로활동참여를 필수 조건화

TANF는 수급가구로 선정되면 60일 이내에 근로활동계획을 수립하고 그에 따라 시행하도록 하고 있으며, 주당 40시간 이상의 근로활동에 참여하도록 규정한다(단, 12개월 미만의 아동을 둔 가구는 제외됨). 근로활동에는 노동시장에서 근로자로 취업, TANF 재원으로 제공되는 임금보조 고용(Subsidized Employment), 직업훈련, 구직활동, 직업교육 및 교육 등 다양한 유형의 근로를 포함한다.

○ 급여에 대한 한시성

AFDC는 빈곤가구의 수급자 개인 전 생애에 걸쳐 수급이 가능하였으나, TANF는 급여를 받을 수 있는 기간을 생애기간 전체 중 60개월로 제한하고 있다. 60개월의 수급기간을 어떻게 운영하는지 구체적인 사항은 주정부의 법으로 규정하도록 하고 있으며, 60개월을 12개월 단위로 수급과 비수급을 반복할 수 있는 경우, 60개월을 지속적으로 받고 종료하는 경우 등 다양한 방식으로 운영된다.

○ 혼외자녀출산 억제 및 양부모가정 장려

혼외자녀 출산을 억제하기 위하여 미혼모를 대상으로 학업 및 근로활동에 대한 참여의무를 부과하였으며, 양부모가정을 장려하기 위하여 건전한 결혼을 촉진하기 위한 연구 및 시범사업에 대한 재원 마련, 아동부양의무(Child Support Enforcement)제도의 강화, 아동보육서비스의 확대, 주정부별로 건전가정 육성을 위한 계획 수립 의무화 등 다양한 방안을 포함하고 있다.

TANF제도의 수급자 중 근로활동참여조항 예외자를 제외하고 근로활동에 참여하지 않는 자는 수급권이 박탈되도록 하고 있어 수급권이 근로유인이 되도록 하고 있다. 또한 근로활동 중 직업훈련, 구직활동 및 직업교육 등 직접적인 근로가 아닌 기타 활동을 주당 40시간 중 40%이하로 제한함으로써 정규근로활동을 통한 정기적

소득창출과 자활에 대한 필요성이 강화되었다.

또한 연방정부의 TANF 재원이 전달되는 주정부를 대상으로 TANF 수급자에 대한 근로활동참여비율을 '97년 25%에서 매년 5%씩 높아져 '07년에는 70%로 맞추도록 하고 있으며, 연도별 목표로 설정된 근로활동참여율을 달성하지 못한 주정부를 대상으로 연방정부의 TANF예산을 삭감하는 조치를 취함으로써 주정부 차원에서도 수급자에 대한 근로활동 참여를 강화하도록 하였다.

2) EITC(Earned Income Tax Credit)

EITC 제도는 자녀가 있는 가구에 대한 소득세 환급제도로써 주로 저소득층 자녀가 있는 가구를 대상으로 한다. EITC 제도가 적용되는 소득은 월급, 팁, 커미션 등 세금이 부과될 수 있는 근로소득과 자영업자의 순소득, 법정근로자의 소득 등이 포함된다. 급여액은 자녀의 수에 따라서 차별성을 두고 적용되는데, 자녀가 없을 경우 \$399, 1인의 자녀가 있을 경우 \$2,662, 2인의 자녀가 있을 경우 \$4,400 등으로 자녀의 수가 증가됨에 따라서 환급액도 증가한다(OECD, 2007).

이러한 EITC 제도는 클린턴 정부의 고용과 연계된 복지의 확대를 목표로 한 복지개혁에 따라서 대폭 확대되었다. 이는 급여 증가율을 확대함으로써 환급대상자와 환급금 액수를 확대하는 방식으로 이행되었으며, 이에 따라 본 제도의 급여증가율은 자녀가 없을 경우 7.65%, 1인의 자녀가 있을 경우 34%, 2인의 자녀가 있을 경우 40%이며 급여감소율은 자녀가 없을 경우 0.765%, 1인의 자녀가 있을 경우 15.98%, 2인의 자녀가 있을 경우 21.06% 등이다.

〈표 4-3〉 EITC 수혜자 규모 및 환급금 총액 추이

(단위: 백만명, 천만달러)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
EITC 수혜자	19.4	19.7	19.3	19.3	19.6	21.7	22.0	22.3	22.8	23.0	24.6	24.8	25.9
EITC 총액	30.4	31.6	31.9	32.3	33.4	38.2	38.7	40.0	42.4	44.4	48.5	50.7	57.9

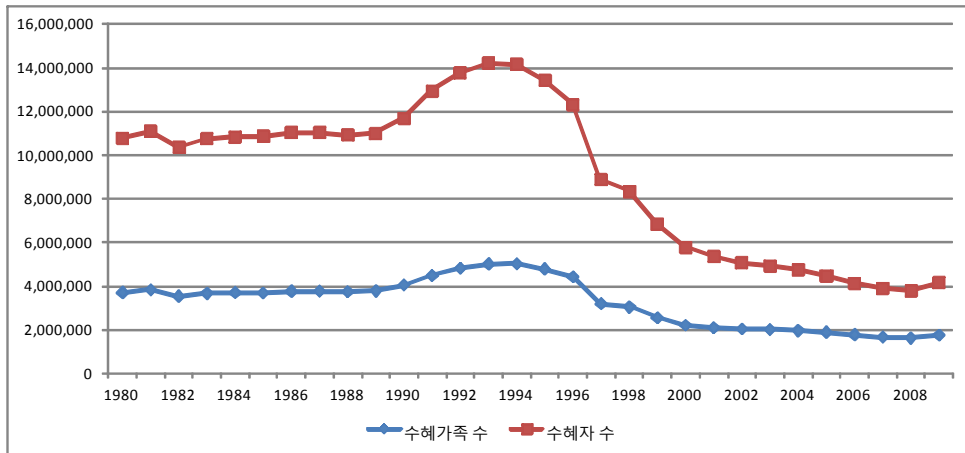
자료: Earned Income Tax Credit Statistics, Internal Revenue Services

나. 복지·고용 연계형 복지제도의 성과

1996년 미국의 복지·고용 연계형 복지로 개혁은 기존 TANF 수급자의 근로활동참여를 통한 복지 의존성 감소와 자활을 유도하고 근로소득을 증진하여 빈곤상태를 개선하는데 그 목적을 두었다. 따라서 PRWORA(Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation) 개혁의 성과를 이러한 당초의 목적에 대한 달성여부로 평가하고자 한다.

빈곤가구의 복지의존성의 직접적인 변화는 TANF 사례 수 및 수급자 수의 감소로 살펴볼 수 있다. TANF 수혜가족 및 수혜자의 수는 1990년부터 1994년까지 증가하다가, 1994년 이후 급격하게 감소하였다. 1994년부터 2005년 사이, 사례 수는 약 60%나 감소한 것으로 나타난다. 이는 1966년 요보호아동가족지원제도가 처음 도입된 이래 가장 낮은 수치로(Haskins, 2006), 복지개혁 이후 빈곤계층의 복지의존도가 하락한 것임을 알 수 있다.

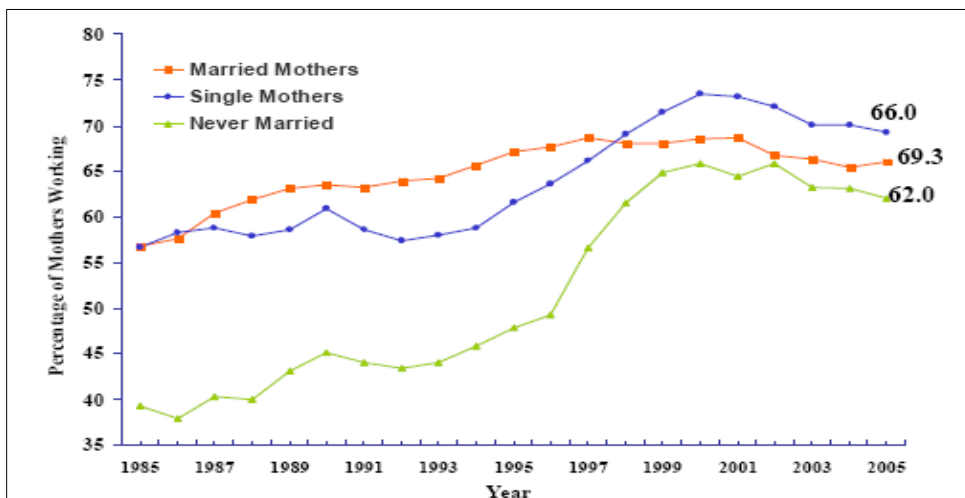
[그림 4-1] TANF 수혜가족 및 수혜자 수의 변화 추이



자료: TANF Caseload Data, Administration for Children & Families United States Department of Health and Human Services

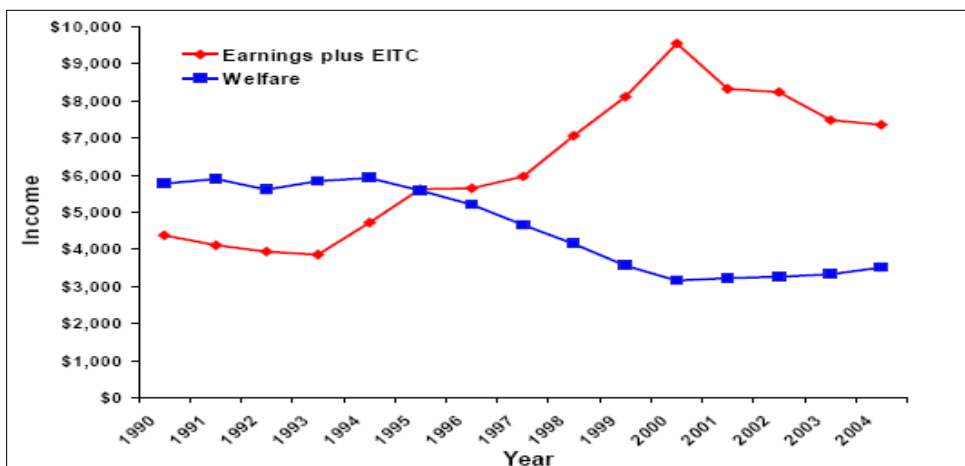
빈곤가구의 복지의존도 감소는 탈수급가구의 취업률과 빈곤가구의 소득구조 변화에서도 찾아볼 수 있다. 1996년 복지개혁과 더불어 기존 AFDC와 TANF의 주요 수급자인 빈곤여성가구의 탈수급 후 취업률이 증가하였는데, 특히 여성한부모가구주와 미혼모의 취업률이 급격히 증가하였다.

[그림 4-2] AFDC/TANF 탈수급 여성가구주의 취업률 추이



자료: Testimony of Ron Haskins, Committee on Ways and Means, Figure 1.

그림 0-00은 복지개혁 이후 빈곤가구주의 취업률 뿐 아니라 이들의 근로소득도 증가한 것을 보여주고 있다. 1994년을 기점으로 TANF 등 복지급여를 통한 소득액은 낮아지고, EITC를 포함한 근로소득이 60%가량 높아졌다. 즉, 복지개혁 이전 빈곤여성가구주는 대체로 TANF 등 현금급여성 공공부조에 의존하였던 데 반해 개혁 이후 근로소득이 증가하고 따라서 EITC의 효과도 더욱 확대되었다. 또한 총소득도 증가해서 개혁 이전 대비 약 25% 정도 증가하였음을 알 수 있다.

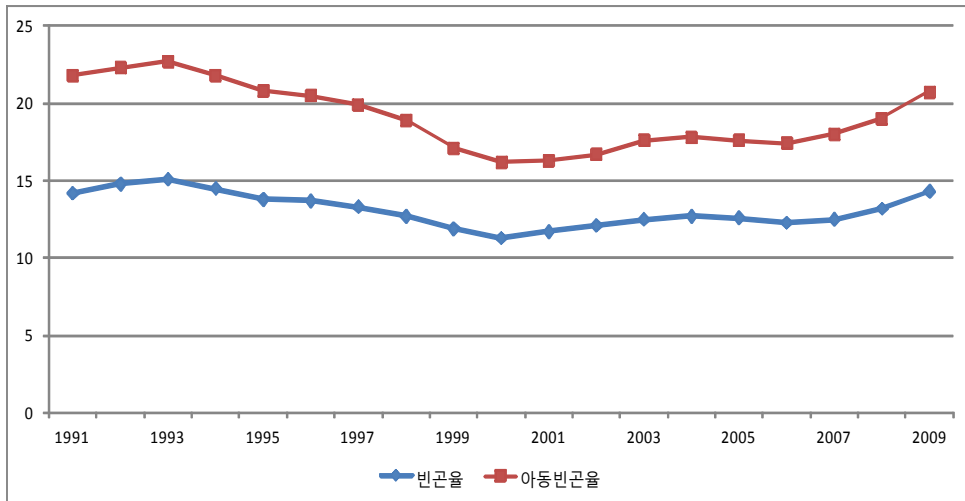
[그림 4-3] 저소득¹⁾여성가구주 가구의 근로소득 및 공공부조성 급여소득 추이

주: 1) 소득분위 전체의 5분의 2 이하인 가구

자료: Testimony of Ron Haskins, Committee on Ways and Means, Figure 2.

빈곤율의 경우 '90년부터 '93년 까지는 13.5%에서 15.1%까지 증가하였다. 1995년에도 13.8%라는 높은 수치를 나타내었지만 1996년 복지개혁 이후 빈곤율은 지속적으로 하락하여 2000년에는 11.3%까지 감소하였다. 하지만 2002년부터 다시 상승하기 시작하여 2010년 현재 기준 15.1%를 나타내고 있다. 아동(18세미만) 빈곤율의 경우 1996년까지 20%를 넘는 것으로 나타났지만 이후 점차 감소하여 '97년에는 19.9%, '00년에는 16.2%가 되었다. 하지만 전체빈곤율과 유사하게 2000년대에 들어서부터 다시 증가하여 2010년 기준 22.0%까지 다다르게 되었다.

[그림 4-4] 빈곤율 및 아동(18세미만) 빈곤율 추이



자료: U.S. CENSUS BUREAU : www.census.gov/techdoc/cps의 표를 이용 그림 작성

종합적으로 복지-고용연계제도로의 전환은 빈곤가구의 복지의존도를 낮추고 근로활동을 통한 소득증대에 기여하였다. 특히 '권리'로서의 급여를 근로활동에 대한 조건부 급여로 전환함으로써 빈곤가구들의 근로활동 참여를 확대하였다. 또한 EITC 제도의 근로소득공제로 인한 소득보전에 따라 근로의욕의 고취되고 총소득이 증대되는 긍정적인 효과를 가져왔고 볼 수 있다.]

4. 복지 거버넌스

가. 전달체계

미국의 사회복지서비스는 서구의 다른 선진 자본주의 국가와는 매우 다른 접근방식을 보이고 있다. 연방국인 미국의 사회복지서비스들은 강한 지방 분권적 성격을 가지고 있으며, 동시에 제도의 수혜자들에 대한 자조(self-support)의 원칙이 강조되는 경향을 보이고 있다. 연방정부의 채원과 운영지침이 기본적으로 주어지지만 집행 서비스 제공의 책임이 주정부와 지방정부에게 상당부분 이전되어 있어 미국의 사회복지전달체계를 하나의 통일된 체계로 정리하기는 어렵다. 즉, 주정부별로 지방정부별로 사회복지제도의 구체적인 운영체계 및 프로그램이 다양한 형태를 보이고 있다. (이현주 외 2003, 강해규 외, 2008).

미국 사회보장제도의 전달체계로 가장 큰 부분은 연방정부 중앙부처 중 보건복지부(Department of Health and Human Services, DHHS)와 사회보장청(Social Security Administration, SSA)이다. 사회보장청(SSA)은 노령·유족·장애보험(OASDI)과 Supplemental Security Income(SSI)를 관할하고 운영하는 독립된 공공기관³⁸⁾이다.

미국 보건복지부(Department of Health and Human Services, HHS)는 산하의 ‘메디케어와 메디케이드 서비스를 위한 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)’를 관리한다. CMS는 메디케어와 메디케이드 뿐만 아니라 저소득층 어린이를 위한 국가아동건강보험프로그램(State Children’s Health Insurance Program, SCHIP)도 관리한다. 연방정부 지출 총액의 13%를 차지하며, 2010년 기준으로 4550억 달러를 지출하였다. 메디케어의 경우 행정 및 운영은 보건복지부(Department of Health and Human Services)의 CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)에서 관할하나 기본적인 대상기준, 자격기준, 보험금 지불과 관

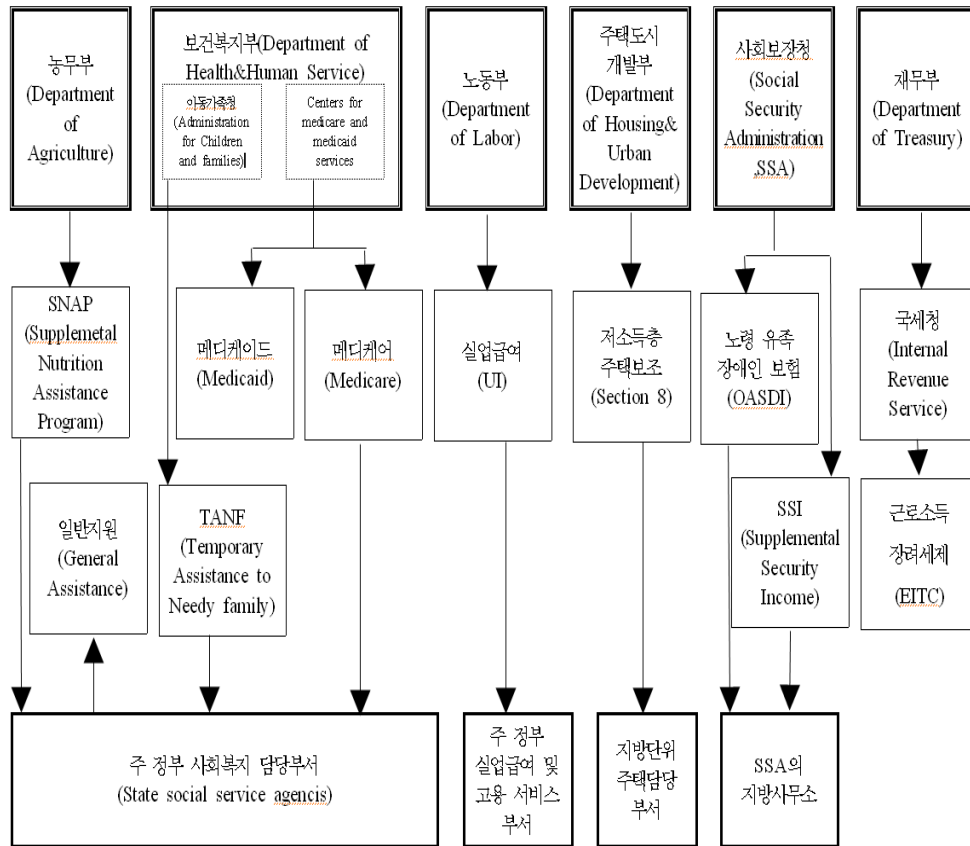
38) 사회보장청(SSA)은 1995년 보건복지부(DHHS)에서 분리되어 기능이 강화되었음. 약 60개의 독립행정기관이 존재하는데, 이 기관들은 정규법의 영역을 넘어선 관심사를 처리하도록 의회가 구성한 것으로 정부와 경제가 순조롭게 운영되도록 하는 역할을 하고 있으며, 그 업무가 초당적인 입장에서 추진할 필요성에 따라 설치된 조직들로 상당한 재량권을 가지고 있음.

련된 내용은 사회보장청(SSA)에서 취급한다. 사회보장청은 지역별로 사무소를 두고 프로그램의 운영을 담당한다.

보건복지부에서 담당하고 있는 주요 사업중에 TANF의 경우 보건복지부내 아동가족국(Administration for Children and families, AFC)에서 담당하고 있다. TANF 관련 정부간 역할분담을 살펴보면 연방정부수준에서는 TANF 재정지원을 하고 운영지침과 가이드라인 제시 및 관리감독의 역할을 하며, 주정부는 연방정부의 기본적인 운영지침 하에서 상당한 재량권을 가지고 구체적인 프로그램의 기획과 구성을 결정할 수 있다. 그래서 주정부 산하의 카운티에서는 주정부 마다 다양한 TANF 집행 현황 및 수준이 나타날 수 있다.(강혜규, 2008) 그리고 앞에서 언급했듯이 메디케어, 메디케이드 및 아동건강보험제도 등 의료관련 서비스는 보건복지부의 메디케어 및 메디케이드 센터에서 관할하고 있다.

해당 부처별 관할 제도 좀 더 살펴보면, 실업보험, 산재보상보험 및 기타 고용관련 서비스는 노동부(Department of Labor)의 고용 및 훈련청에서 담당 하고,예전, ‘푸드 스탬프’라 지칭된 SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program)와 모자식양보조(Special Supplemental food Programs for woman, infant and children, WIC) 등 식품과 관련된 서비스는 농무부(Department of Agriculture)에서 관할하며, 공공주택 및 임대료보조서비스 등 주거와 관련된 프로그램은 주택 및 주택 및 도시개발부(Department of Housing&Urban Development)에서 담당한다. EITC는 미 재무부 산하의 최대 산하 단체인 국세청(Internal Revenue Service)에서 관할하고 있다.

[그림 4-5] 미국 사회보장제도의 전달체계: 연방정부 관할부처 중심



자료 : Walker, Robert(2009) 자료 보완정리

나. 사회보장제도관련 위원회

지속적으로 운영되는 사회보장제도 관련 위원회는 미국 연방의회 상하원에 소속된 위원회들을 대표로 꼽을 수 있다. 두 개의 위원회 중 하원의 Committee on Ways and Means가 먼저 설립되었으며 상원의 재정위원회(The United States senate Committee on Finance) 1816년에 설립되어 관할 대상영역을 넓히면서 지금까지 왕성한 활동을 하고 있다.

먼저 하원(House of Representatives)에 소속되어 있는 Committee on Ways and Means와 그 하위 위원회로서 Subcommittee on Social Security를 살펴보면,

Committee on Ways and Means는 미국 의회에서 가장 오래된 주요 세법제정 위원회로 1789년에 설립되었으며, 사회보장시스템관련 부분이 의제로 다루어지게 된 것은 20세기에 이르러서이다. 위원회는 모든 범위의 세금, 관세 및 기타 정부수입증 대방안과 관련된 의제를 다루며 특히 사회보장, 실업급여, 메디케어, TANF, 아동위탁보호 및 입양 등 다수의 연방정부 프로그램 등의 의제를 다룬다. 세금과 관련된 각종 영역의 모든 법안이 본 위원회를 거쳐서 입안되기 때문에, 본 위원회의 역할과 비중은 상당히 높은 편이다. 112번째 의회의 본 위원회 의장은 Dave Camp 의원이며 다수당과 소수당에 소속된 36명의 위원들에 의하여 운영된다.

본 위원회는 6개의 세부위원회로 구성되는데, 통상(Trade), 사회보장(Social Security), Oversight(감독), Health(건강), Human Resources(인적자원), Select Revenue Measures(정부수입관련 방안) 등이 포함된다. 이 중 사회보장 세부위원회는 현재 Sam Johnson의원을 의장으로 운영되고 있으며 노령, 유족 및 장애보험(OASDI), 철도퇴직시스템, 근로세입 및 신탁기금의 운용 등 사회보장과 관련된 의제를 다룬다³⁹⁾.

상원 재정위원회(The United States senate Committee on Finance)는 조세와 기타 정부수입 방안, 관세 및 무역협정, 정부수입 배분 등 국가의 전반적인 재정관련 사항을 다루고 있으며, 사회보장법(Social Security Act)에 포함되어 있는 Medicare, Medicaid, CHIPS(The Children's Health Insurance Program)와 TANF(Temporary Assistance to Needy Families) 그리고 기타 보건 및 사회서비스 등 정부재정 및 이와 관련된 사회보장과 관련 의제들을 다루고 있다. 상원재정위원회는 6개 분야에 하부 위원회⁴⁰⁾를 가지고 있으며 이중 ‘Subcommittee on Health Care’와 ‘Subcommittee on Social Security, Pensions, and Family Policy’이 사회보장을 직접적으로 관할하는 하부 위원회이다. 상원의 재정위원회는 하원의 ‘Committee on Ways and Means’와 거의 유사한 기능을 하고 있지만 관

39) 본 내용은 Committee on Ways and Means의 홈페이지(<http://waysandmeans.house.gov/>) 자료를 참조함.

40) ‘Subcommittee on Health Care’, ‘Subcommittee on Taxation and IRS Oversight’, ‘Subcommittee on Energy, Natural Resources, and Infrastructure’, ‘Subcommittee on International Trade, Customs, and Global Competitiveness’, ‘Subcommittee on Social Security, Pensions, and Family Policy’, ‘Subcommittee on Fiscal Responsibility and Economic Growth’

할 영역에서 크게 다른 한 가지는 Medicare와 Medicaid 둘에 대한 관할권을 가지고 있다는 것이다. ‘Committee on Ways and Means’는 Medicare에 대한 관할권만을 가지고 있다. 그리고 관련 분야의 기관들과 관련 법들에 대해 평가하고 조사할 수 있는 권한이 있어 매우 영향력 있는 위원회로 평가받고 있다.

사회보장 관련 주요 성과를 살펴보면, 1996년에는 당시 대통령이었던 빌 클린턴과 공화당 주도의 국회에 대해 중재를 하였고, 결국 ‘복지개혁법’ PRWORA⁴¹⁾을 통해 1935년부터 시행되어 왔던 사회보장법의 기본철학과 틀을 바꿨다. 이 법의 핵심은 미국의 공적 부조제도 가운데 가장 중요한 프로그램인 Aid to Families with Dependent Children(AFDC)를 TANF로 바꾸어 지금까지 일정한 자격조건(빈곤선 이하의 소득, 아동, 여성세대주 등)만 갖추면 급여를 받을 수 있는 ‘권리’를 없애고 수급자들로 하여금 노동시장에서 강제로 일하도록 하는 ‘재상품화’를 강조하여, 강력한 근로연계복지 정책을 표명하는데 영향력을 발휘하였다. 그리고 1997년부터 시행된 미국 주정부 저소득층 아동의료보험(The State Children's Health Insurance Program, SCHIP)정책의 전개를 지원했다. 2003년에는 처방약의 범위에 대해 메디케어 대상자들에 대한 새로운 급여를 창설하는 것을 주도하였으며, 2009년 10월에는 건강보험개혁안을 가결하여 상원 본회의에 넘겼고 상원 주도의 건강보험개혁이 통과되는데 주요한 역할을 하였다.

5. 사회보장 관련 중장기 계획

미국의 각 정부 부처들은 “행정성과 및 결과에 관한 법률(Government Performance and Results Act, GPRA)”에 따라 기관별 전략 계획을 마련해야 하며 매 3년마다 전략계획(Strategic plan)에 대한 업데이트가 이루어져야 한다. 전략 계획은 미국의 성과중심관리에 기인한다. 성과목표 다성에 중점을 두고 추진 운영되는 성과중심관리는 기본적으로 전략계획의 수립, 목표달성을 위한 운영계획의 수립,

41) PRWORA : The Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation(개인책임 및 근로기회 조정법) 주요내용은, 정액보고금제를 도입하여 권한을 주(州)로 대폭 이양하고, 평생 수급기간을 5년으로 제한하며, 모든 수급자에게 근로참여가 강제되며, 훈련이나 교육보다 직접 노동시장에서의 취업을 강조, 근로불참시 강제를 강화는 것 등으로 노동시장 참여를 복지수급의 조건으로 한다.

그리고 성과측정의 단계 속에서 이루어진다. GPRA는 연방정부의 모든 행정기관이 측정 가능한 산출과 연계된 5개년 전략계획을 수립하여 이를 토대로 연간운영계획을 수립하고 각각의 사업계획(program)은 객관적이고, 양적이며, 측정 가능한 목표를 제시하도록 요구하고 있다(Kravchuk and Schack, 1996: 348). GPRA가 요구하는 성과평가체계는 전략계획서(strategic plan), 연례성과계획(annual performance plan), 프로그램 성과보고서(program performance report)의 3부분으로 구성되어 있다(GAO, 1998: 18-21). 그 중에서 전략계획서는 각 부서의 정책목표와 운영방안 등이 중기적 관점에서 서술되어 있으므로 실제 정책 수행에 있어 가장 밀접하고 핵심적인 사회보장 계획이라 할 수 있다.

GPRA는 연방정부의 각 기본 사명(mission), 전략 목표(strategic goals), 구체적 목표(objectives), 이들을 달성하기 위한 방법(means)을 명시한 5개년 「전략계획서」를 작성하여 1997년 9월말까지 OMB와 의회에 제출하도록 하였고, 매 3년마다 수정하도록 하였다. 1999년 회계연도부터는 계량적 지표로 표현된 성과목표를 담은 ‘연례성과계획서’를 작성하여 매년 3월말까지 대통령과 의회에 제출하도록 의무화하였다(이종원, 2005).

앞에서 언급했듯이 전략계획서(strategic plan)는 기관의 설립목적을 달성하기 위해서 최소 5년간의 계획을 말한다. 인력, 자본, 정보등 기타자원을 가지고 기관의 목적을 어떻게 달성할 것인지를 기술하여야 한다. 또한 최소한 3년마다 계획을 재조정하여야 한다. 목적달성에 영향을 주는 주요한 외부요인에 대해서도 기술한다. 연간 프로그램 수행계획서의 경우, GPRA는 중앙정부예산관리처(Office of Management Budget)에 프로그램 예산과 활동에 관한 연간 프로그램 수행 계획서를 제출하도록 요구한다. 이 계획은 전략 계획에서 도출되어야 하며 실행행동을 설정하여야 한다. 각각의 실행행동들은 목표 지향적이어야 하고, 양적이고, 측정 가능한 것이어야 한다. 프로그램 목적달성에 필요한 과정, 기술, 인적, 물적 자원, 정보 다른 자원들에 대하여 기술하여야 한다.

미국 보건복지부의 전략 계획(2010-2015)의 주요 내용을 살펴보면 의료서비스의 변혁(Transform Health Care), 과학적 지식과 혁신의 증진(Advance Scientific Knowledge and Innovation), 미국인의 보건·안전·웰빙의 증진(Advance the Health, Safety,

and Well- Being of the American People), 효율성, 투명성, 책임성의 증대(Increase Efficiency, Transparency, and Accountability of HHS Programs), 보건 및 인적서비스 인프라와 노동력 강화(Strengthen the Nation's Health and Human Services Infrastructure and Workforce)이 중점과제로 추진되고 있다. 중점과제별 목표는 아래와 같다.

〈표 4-4〉 미국 보건복지부의 전략목표 및 중점과제

전략목표	목표(중점과제)
의료서비스의 변혁 (Transform Health Care)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Make coverage more secure for those who have insurance, and extend affordable coverage to the uninsured 2. Improve health care quality and patient safety 3. Emphasize primary and preventive care linked with community prevention services 4. Reduce the growth of health care costs while promoting high-value, effective care 5. Ensure access to quality, culturally competent care for vulnerable populations 6. Promote the adoption and meaningful use of health information technology
과학적 지식과 혁신의 증진 (Advance Scientific Knowledge and Innovation)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accelerate the process of scientific discovery to improve patient care 2. Foster innovation at HHS to create shared solutions 3. Invest in the regulatory sciences to improve food and medical product safety 4. Increase our understanding of what works in public health and human service practice
미국인의 보건·안전·웰빙의 증진 (Advance the Health, Safety, and Well-Being of the American People)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promote the safety, well-being, resilience, and healthy development of children and youth 2. Promote economic and social well-being for individuals, families, and communities 3. Improve the accessibility and quality of supportive services for people with disabilities and older adults 4. Promote prevention and wellness 5. Reduce the occurrence of infectious diseases 6. Protect Americans' health and safety during emergencies, and foster resilience in response to emergencies
효율성, 투명성, 책임성의 증대 (Increase Efficiency, Transparency, and Accountability of HHS Programs)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ensure program integrity and responsible stewardship of resources 2. Fight fraud and work to eliminate improper payments 3. Use HHS data to improve the health and well-being of the American people 4. Improve HHS environmental, energy, and economic performance to promote sustainability
보건 및 인적서비스 인프라와 노동력 강화 (Strengthen the Nation's Health and Human Services Infrastructure and Workforce)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Invest in the HHS workforce to meet America's health and human service needs today and tomorrow 2. Ensure that the Nation's health care workforce can meet increased demands 3. Enhance the ability of the public health workforce to improve public health at home and abroad 4. Strengthen the Nation's human service workforce 5. Improve national, state, local, and tribal surveillance and epidemiology capacity

자료 : Walker, Robert(2009) 자료 보완정리

6. 사후 및 대상자 정보 관리

대상자의 선정과 사후관리는 급여시스템을 효과적이고 효율적으로 만드는데 있어 가장 중요한 역할을 한다고 볼 수 있다. 물론 부정수급 및 오류수급을 막는 것이 가장 1차적인 시스템 효과성 및 효율성 제고방법이겠지만 사후관리 역시 대상 집단의 도덕적 해이와 제도의 지속가능성 제고 측면에서 볼 때 매우 중요하다. 미국은 복지 관련 급여의 대상 및 대상자 욕구(Needs)에 따라 개별 단위로 보장하고 있으며 제도별로 선정기준, 운영주체, 급여수준·지급방식 등이 상이하다. 이러한 급여시스템에 대한 모니터링은 미국 보건복지부 산하 Office of Inspector General이 1970년대 중반이후부터 지속적으로 전담하고 있다(이현주 외, 2008). 이러한 관리는 1990년대 중반 이후 복지개혁에 따라 강화되었는데, 앞에서도 살펴보았듯이 1996년 AFDC가 TANF로 전환되었는데 이때부터 관련 모니터링에 대한 큰 변화가 발생하였다.

'90년대 중반 복지개혁으로 인해 AFDC에서 TANF로 전환된 대상자들에 대해 근로연계조건이 강하게 부과되었으며, 이것을 위반했을 경우에 대한 제재(sanction)도 광범위하게 적용되었다. 이에 따라 1997년에서 1999년 사이 약 50만 명에 달하는 대상자들이 급여를 상실된 것으로 보고되었다⁴²⁾. 또한 AFDC에서 TANF로의 전환과 함께 지방정부의 재량권 강화가 이루어 졌다. 연방정부는 각 주에 자율성을 부여하는 대신 성과를 기준으로 지원을 차등화 시켰고 수급대상들이 근로연계 조건을 제대로 이행하고 있는지에 대한 모니터링 매우 중요해졌다. 또한 적용기준의 엄격해 지고 그 범위도 확대되었다(이현주 외, 2008).

미국은 공공부조의 역사가 오래되었기 때문에 이로 인해 소득과약 시스템이 매우 높은 수준으로 체계화 되어 있기 때문에 엄격한 자산조사를 통해 부정수급을 방지하고 있다. 포괄적인 전산 대조를 위한 수급 자격 검증 체계(Income and Eligibility Verification System, IEVS)는 현재는 제도가 바뀐 Food Stamp, AFDC 그리고 현재도 시행되고 있는 메디케이드의 수급 자격 심사 및 급여 수준 결정의 오류를

42) Goldberg, Heidi, & Liz Schott(2000). "A Compliance-Oriented Approach To Sanctions In State And County TANF Programs."Center on Budget and Policy Priorities. Available at <http://www.cbpp.org/archiveSite/10-1-00slip.pdf>

줄이기 위해서 제도화되었으며, 이를 통해 IEVS를 통해 주정부 공공기관이 신청인과 수급자의 소득, 사회보험 급여 등을 대조하도록 하고 있다. IEVS는 신청인 측면에서는 신청절차가 완료되면, 신청인의 고유번호, 성명, 사회보장번호, 성별, 출생일자가 컴퓨터에 기록된다. 다음으로 수급자체계에서는 수급 중인 사람들의 정보를 종류에 따라 다른 자료 및 다양한 시점에서 대조한다. IEVS와 같은 전산 시스템을 통해 수급자격을 정확히 심사할 수 있고 이는 미국에서 부정수급을 방지하는 모니터링 체계의 근간을 이룬다(한익희, 2005). IEVS가 SSI나 TANF 행정 과정의 효율성을 제고시키고 있으며, 모니터링 과정에서 대상자들에 대한 다양한 정보가 필요할 때, 모니터링 실무자들이 쉽게 접근하여 이용할 수 있는 장점이 있지만 IEVS 역시 몇 가지 점에서 한계점을 노출하고 있다. 먼저, 연방 데이터베이스 정보의 정확성이 다소 떨어지고, 중복되는 것이 있으며, 시간적으로 오래된 데이터가 많고, 접근성이 떨어진다. 둘째, 연방의 요구가 중요한 점들에서 너무 규범적이고, 불명확 하며, 일관성이 없다는 문제가 있다 셋째, 많은 주정부나 지방정부의 IEVS에 대한 행정 수행 능력이 낮다는 것이다. 이는 주로 부족한 직원과 부적절한 컴퓨터 장비들로 인해 생기는 문제이다(Kusserow, 1999). 이처럼 미국의 IEVS도 많은 장점에도 불구하고 인력과 장비 문제, 자료의 질과 관련된 문제, 자료를 만드는 과정의 부적절한 문제 등 많은 해결 과제를 안고 있다(이현주 외, 2008).

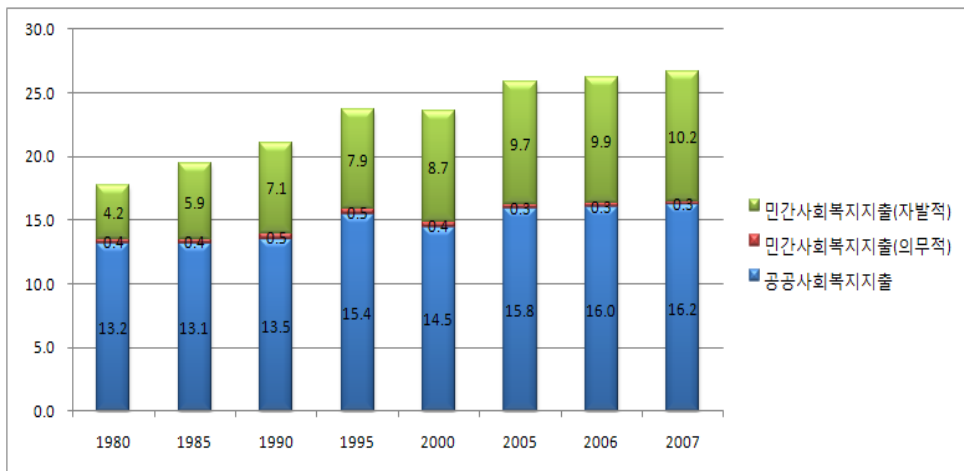
미국의 사회보장제도 수급자의 부정을 모니터링 하기 위한 수단으로 이용하는 것 중 하나가 EBT(electric benefit transfer) 수단 중에 하나인 ATM 카드이다. 현재 약 40개 주 이상에서 사용되고 있으며 이를 통해 급여나 서비스 제공기관은 수급자의 이용 및 소비 상황을 모니터링할 수 있게 되며, 각종 정보를 데이터로 확보할 수 있다. ATM 카드는 대상자들의 “낙인효과”를 다른 방법(현물지급, welfare checks) 줄일 수 있고, 행정 실무자들의 서류작업을 줄여 행정비용을 감소시키는 장점이 있다. 또한 도덕적 해이를 막는 효과적인 수단이 된다. 그럼에도 불구하고 카드를 사용하는 모든 과정과 내용이 노출되기 때문에 수급자의 사생활이 노출된다는 점에서 비판을 받고 있으며, 소비자로서의 법적 보호를 못 받고 있다는 점도 약점의 하나이다(Cook, 1999).

제4절 사회보장 재정

1. 재정현황

미국의 사회복지재정현황을 알아보기 위하여 1980년대 이후 공공 및 민간 사회복지지출수준 추이를 살펴보았다. 공공사회복지지출은 GDP 대비 16.2%('07년) 수준으로 1980년도 이후 대체로 아주 완만하게 증가한 것을 알 수 있다. 민간사회복지지출규모는 공공분야의 3분의 2가량 되는 10.5% 수준으로 1980년 이후 지속적으로 증가해 왔으며 특히 1990년 민간사회복지지출 규모는 공공의 절반수준까지 이르렀다. 미국의 공공분야 사회복지재정은 OECD 평균 GDP 대비 공공사회복지지출 규모(16.2%, '07년)에 미치지 못하나, 민간 분야 사회복지지출 수준은 OECD 국가 중 1위(2위: 벨기에 4.7%)로 사회복지분야에 있어서 민간영역의 재정투자가 강세인 특징을 보여준다.

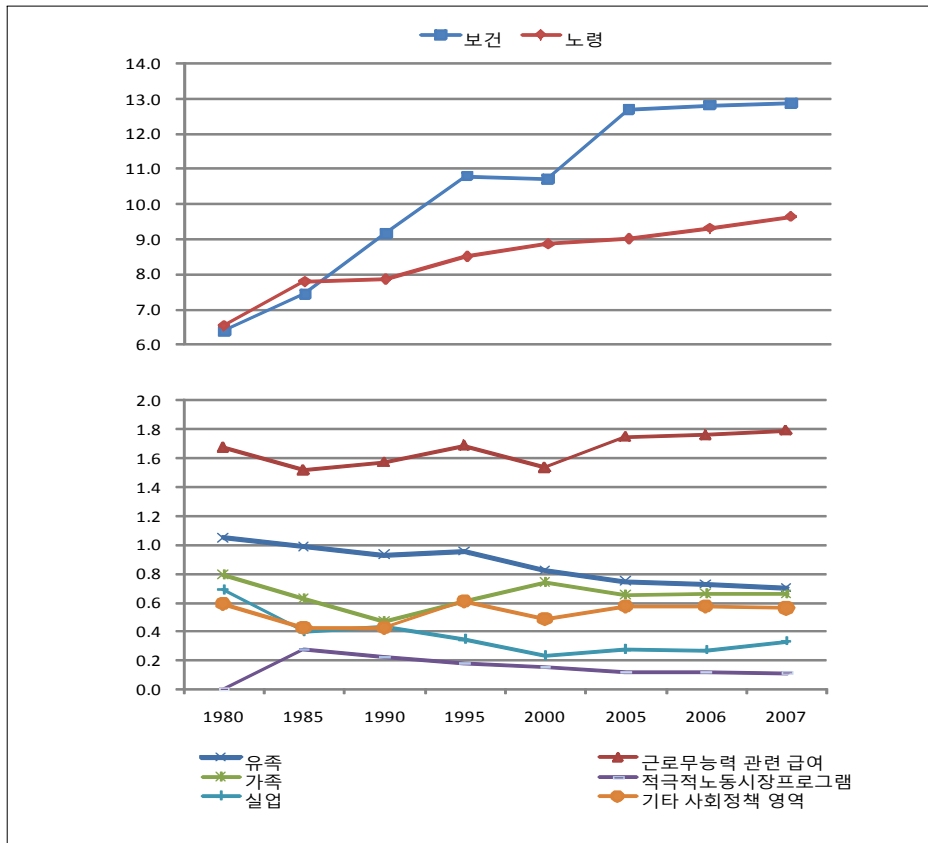
[그림 4-6] 사회복지지출수준과 그 추이



자료: OECD Social Expenditure Statistics

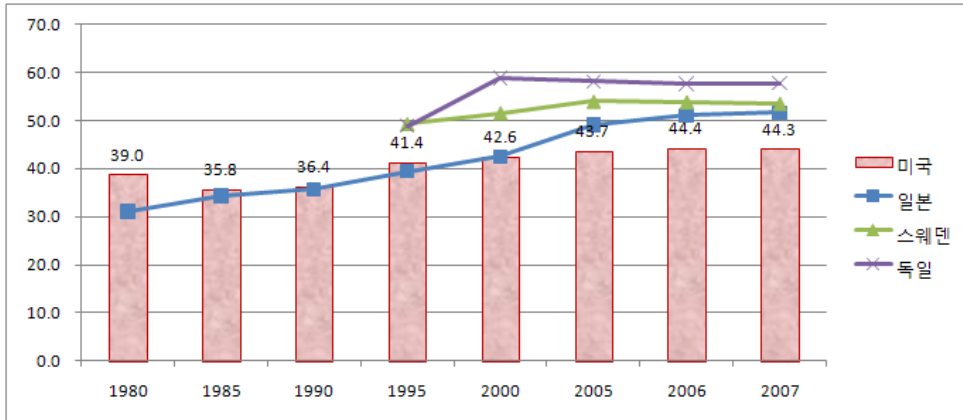
미국의 사회복지 지출수준을 기능별로 살펴보면 사회보장 지출의 대부분을 보건과 연금에서 차지하고 있음을 알 수 있음.

[그림 4-7] 기능별 사회보장 지출 수준



미국의 정부 총 지출 중 공공사회복지지출수준은 '80년 39.0%에서 다소 하락하였다가 '95년 41.4%로 다소 상승한 이후 완만하게 상승 및 보합세를 보여 '07년 44.3%를 차지하였다. 일본은 '00년 이후 정부 총지출대비 사회복지지출 수준이 미국을 추월, 상승세를 보여 '07년도에는 51.7%가량이었으며, 스웨덴과 독일은 각각 53.6%('07) 57.8%('07)로 역시 미국보다 높은 수준의 사회복지지출 비율을 나타냈다.

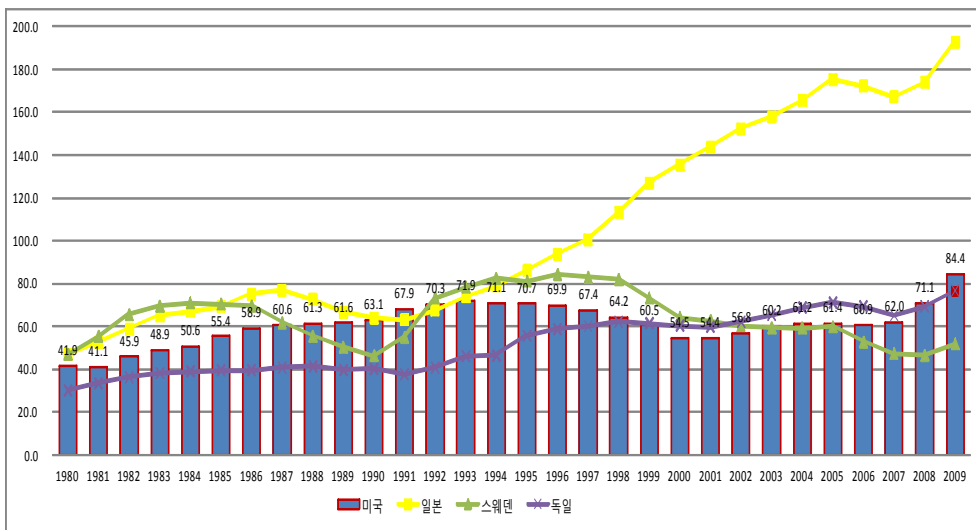
[그림 4-8] 정부 총지출대비 사회복지지출 수준과 그 추이



자료: OECD Social Expenditure Statistics

미국의 사회복지재정의 근간이 되는 재정 전반의 건전성을 알아보기 위하여 명목 GDP 대비 국가채무 추이 및 재정수지 추이를 살펴보았다. 명목 GDP 대비 국가채무는 '80년 41.9% 수준에서 '93년 71.9%까지 상승하였으나 다시 54.4%('01년)로 하락한 이후 증가하고 있는 추세이다. '09년 84.4%로 '80년 이후 최고의 국가채무 수준을 나타내고 있다. 기타 국가와 비교하면 일본의 국가채무수준이 가장 높으며, 스웨덴은 '90년대 이래로 점차 하락하여 '00년대 후반 들어 미국보다 더 낮은 수준을 유지하고 있으며, 독일은 미국과 다소 낮거나 유사한 수준인 것으로 나타났다.

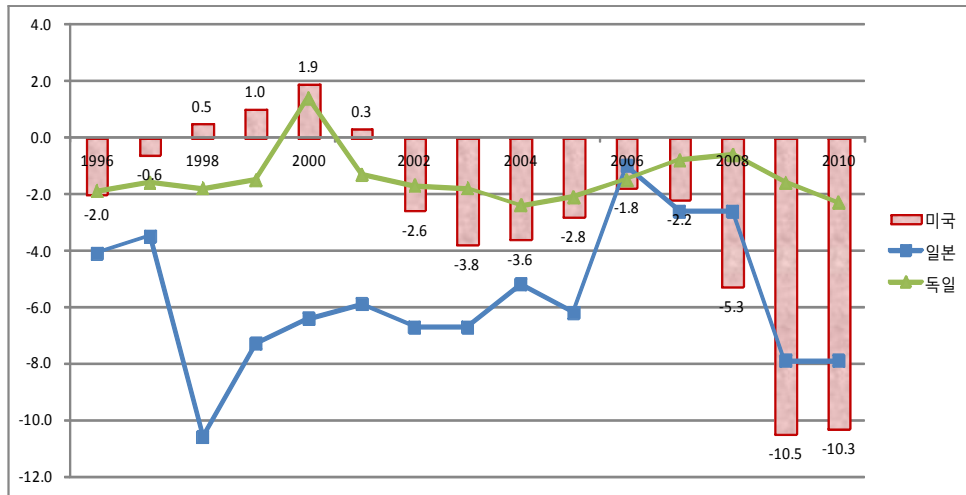
[그림 4-9] 명목 GDP 대비 국가채무 추이



자료: OECD Economic Outlook

미국의 재정수지는 '97년부터 '01년 사이 흑자를 기록하였다가 최근 -10% 수준으로 하락하였다. 이러한 최근의 하락세는 일본과 독일의 경우에도 일정부분 유사한 추세를 보이고 있으나, 하락폭은 미국보다 적어서 '10년 일본은 -8%대, 독일은 -2%대의 수준의 재정수지를 나타내었다.

[그림 4-10] 재정수지 추이

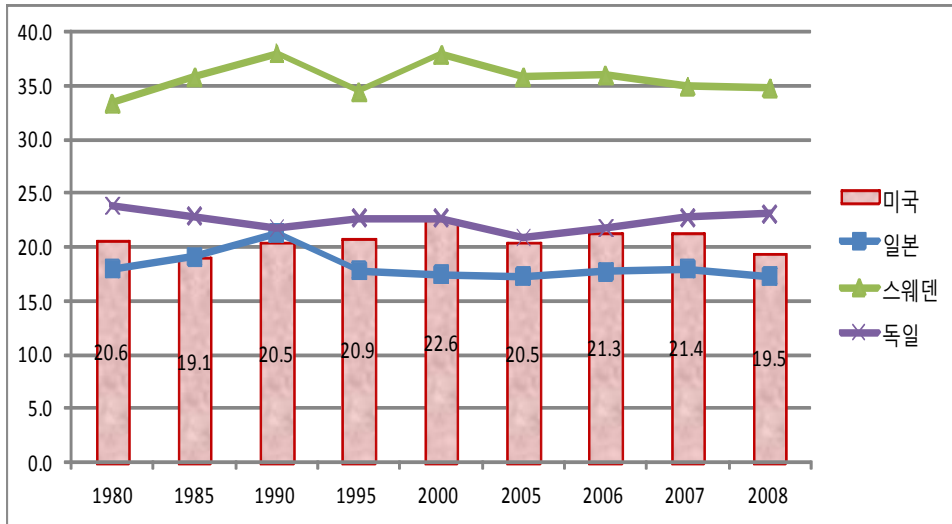


자료: OECD Economic Outlook, No. 89

미국의 조세부담률은 최근 약 30년간 20%수준을 유지하고 있으며 '05년 20.5%로 기타 선진국 중 일본 및 독일과 유사한 수준이나 스웨덴(35.8%)보다는 낮은 것으로 나타났다. 가장 최근인 2008년의 경우 19.5%로 약 30년 만에 20% 이하로 조세 부담률이 하락하였다. 일본과 스웨덴의 경우도 조세부담률이 하락했지만 독일의 경우 23.1%로 전년대비 0.3%p 증가하였다. 조세부담률은 일본에 이어 두 번째로 낮은 것으로 나타났다.

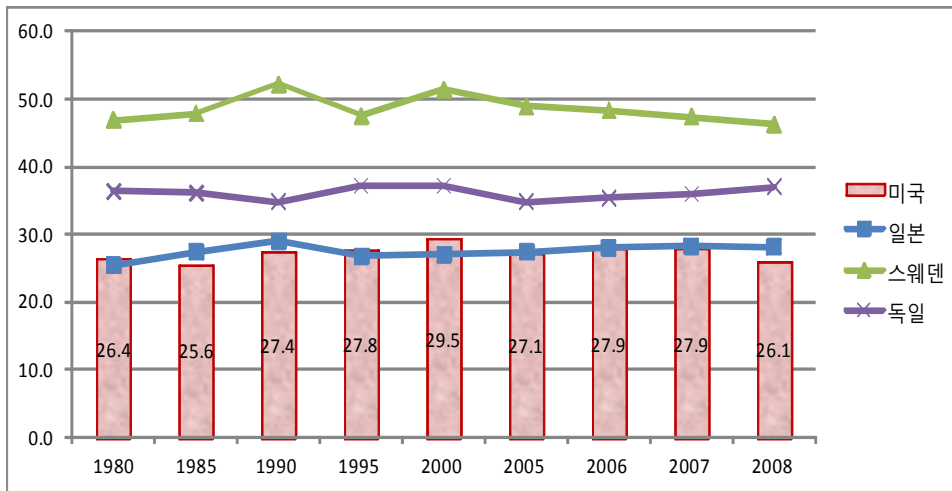
조세부담률에 사회보장부담을 포함한 국민부담률은 '80년 이후 25%~30%의 수준으로 나타났으며 '05년에는 27.1%로 일본(27.4%)과는 유사하였으나 스웨덴(48.9%)이나 독일(34.8%) 보다는 낮은 편이었다. '08년에 국민부담률은 26.1%로 다른 3개국에 비해 가장 낮은 부담비율을 보이고 있다.

[그림 4-11] 조세부담률 추이



자료: Revenue Statistics 1965-2006, OECD, 2007.

[그림 4-12] 국민부담률 추이



자료: Revenue Statistics 1965-2006, OECD, 2007.

종합적으로 살펴볼 때, 미국의 사회복지재정(공공사회복지지출수준)은 타 선진국과 비교(OECD 평균 대비)하여 다소 낮은 편이나 '80년 이후 완만하게 증가해 왔다. 그러나 조세부담률과 국민부담률에는 큰 변화가 없는 상태에서 재정수지 적자폭이 최근 크게 증가하였고, 국가채무비율도 증가추세에 있기 때문에 정부지출 중 사회복지지출에 대한 부담도 증가할 것으로 보인다. 그러므로 앞으로 국가 재정수지의

개선이 이루어지지 않는다면 복지에 대한 국민부담률이 증가하거나 혹은 긴축적 복지재정에 대한 요청이 증가되는 방향으로 변화가 예측된다.

2. 재원조달 방식

미국의 사회보장의 재원의 근간은 사회보장신탁기금(Social Security Trust Fund)이다. 사회보장신탁기금은 노령·유족·장애보험(OASDI) 및 메디케어 입원보험(Medicare Hospital Insurance)을 제공한다. 본 기금의 원천은 급여세(payroll tax)인데, 급여세의 징수는 임금근로자 및 고용주의 경우 연방보험기여법(Federal Insurance Contributions Act: FICA)에 의하여 규정되며 자영업자의 경우 Self-Employment Contributions Act(SECA)에 따라 규정된다. FICA 세금의 징수율은 근로자 개인별 임금의 15.3%이며 절반은 임금근로자가 부담하고 나머지 절반은 고용주가 부담하게 된다. 15.3% 중 12.4%는 노령·유족·장애보험(OASDI)의 재원이 되며 2.9%는 메디케어 입원보험(Medicare Hospital Insurance)의 재원으로 사용된다(아래 표 참조). 메디케어 입원보험에 소요되는 급여세의 경우 모든 소득에 대하여 적용되지만 노령·유족·장애보험(OASDI)에 소요되는 급여세는 최대 \$102,000('08년 기준)까지의 소득에만 적용된다. SECA 세금의 경우 징수율과 사용처가 동일하다.

〈표 4-5〉 연도별 급여세(FICA 세금)율, 평균임금인덱스 및 세금부담 가능한 최대 수입 추이

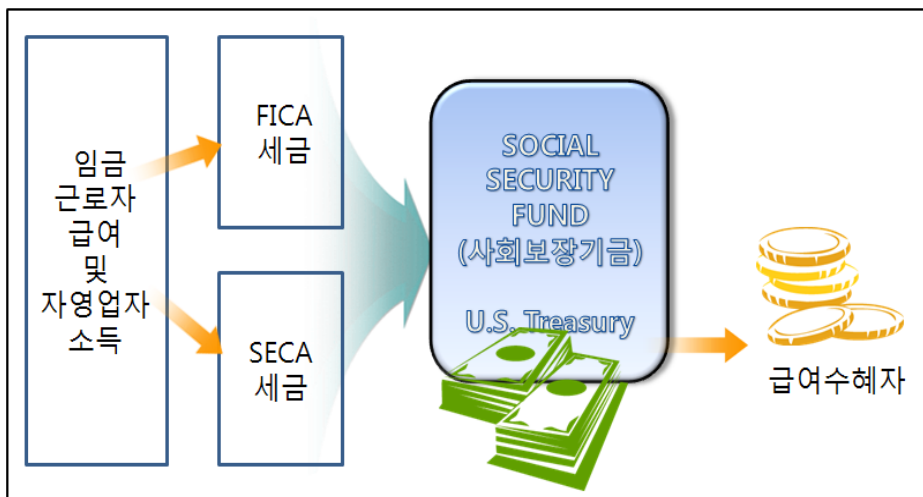
연도	근로자/고용주의 세금부담률(%)				계	평균 임금 인덱스	세금부과 가능한 최대 수입
	OASI	Disability Insurance (DI)	OASDI	Hospital Insurance (HI)			
1937	1.00	NA	NA	NA	1.00	\$1,138	\$3,000
1950	1.50	NA	NA	NA	3.00	2,544	3,000
1960	2.75	0.25	3.00	NA	3.00	4,007	4,800
1970	2.75	0.55	4.20	0.60	4.80	6,186	7,800
1980	4.52	0.56	5.08	1.05	6.13	12,513	25,900
1990	5.60	0.60	6.20	1.45	7.65	21,028	51,300
2000	5.30	0.90	6.20	1.45	7.65	32,155	76,200
2008	5.30	0.90	6.20	1.45	7.65	41,680	102,000

자료: Green Book 2008, p. 1-14, Table 1-5, Social Security Administration.

이러한 급여세가 면제되는 임금근로자는 공무원 등 별도의 퇴직급여시스템을 가지고 있는 자, 연봉 \$1,400 이하('08년 기준)의 선거업무종사자, 종교단체 대표(목사 등) 중 보험미적용자, 1984년 이전 고용된 연방정부 근로자, 대학생 근로자, 연봉 \$1,600 이하('08년 기준)의 재가근로자, 연간 순소득 \$400 이하('08년 기준)의 자영업자, 외국인 학생 및 외국인 농업근로자 등이다.

FICA와 SECA 세금은 매일 금융기관의 수천여개에 달하는 계좌로 취합되어 사회보장기금(Social Security Fund)계좌로 전달되며 이는 미국 재무부(U.S. Treasury)의 수입으로 관리된다. 따라서 궁극적으로 급여대상자에게 전달되는 사회보장수표는 재무부에 의하여 지불되고 사회보장기금 계좌에서는 지불된 금액만큼 차감된다.(재원조달 경로는 아래 그림 참조)

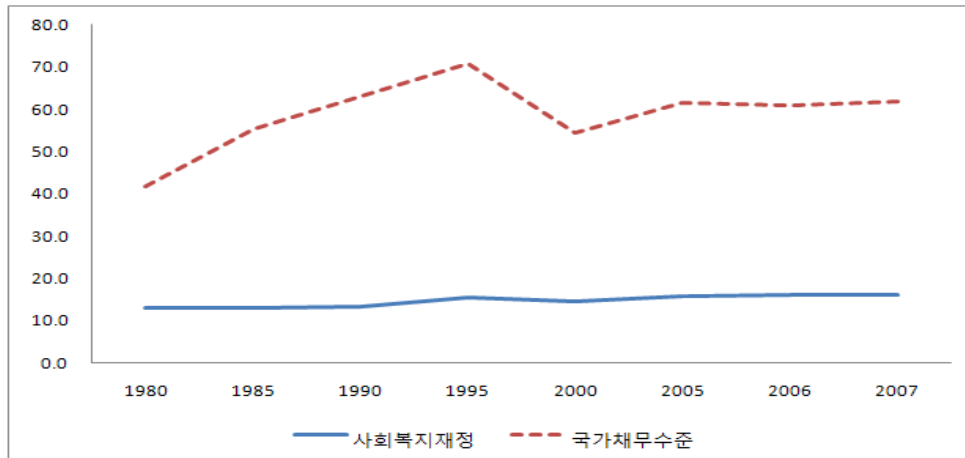
[그림 4-13] 사회보장신탁기금(Social Security Trust Fund) 조달 경로



3. 재정위기와 사회보장재정수준

그림 0-0은 미국의 GDP 대비 국가채무비율과 GDP 대비 사회복지재정(공공사회복지지출)을 비교함으로써 미국의 재정수준에 따른 사회복지재정수준의 변화를 살펴보고자 하였다. 1980년대 이후 미국은 대체적으로 GDP 대비 사회복지재정수준에 큰 변화를 보이지 않음을 알 수 있다. 1990년대 국가채무비중이 증가함에도 불구하고 GDP 사회복지재정수준은 완만한 상승세를 보인다.

[그림 4-14] GDP 대비 국가채무 및 GDP 대비 사회복지재정 추이 비교



자료: OECD Economic Outlook; OECD Social Expenditure Statistics

이번엔 국가채무 수준의 추이를 사회보장기금 수준과 비교해 보았다. 국가채무수준이 증가하는 1980년부터 1995년까지의 기간 동안과 그 이후(1995년부터 2007년까지)의 기간을 비교하여 보면 사회보장기금의 연 순증감액의 규모는 1995년까지 60,000백만달러에 그치고 있으나, 그 이후 기간 동안에는 2~3배 수준으로 상승하였다. 따라서 재정상황의 개선은 사회보장기금 중 연순증감액의 증가와 그 시기를 같이 하고 있음을 알 수 있다.

〈표 4-6〉 국가채무, 사회복지재정, 사회보장기금 추이 비교

(단위: %, 백만달러)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
사회복지재정	13.2	13.1	13.5	15.4	14.5	15.8	16.0	16.2
국가채무수준	41.9	55.4	63.1	70.7	54.5	61.4	60.9	62.0
사회보장기금 (연순증감)	-3,838	11,088	62,309	59,683	153,312	171,821	189,452	190,388
사회보장기금 (총자산)	26,453	42,163	225,277	496,068	1,049,445	1,858,660	2,048,112	2,238,500

자료: OECD Economic Outlook; OECD Social Expenditure Statistics; Trust Fund Data, Social Security Online.

제5절 시사점과 함의

1. 최근 복지개혁 동향

1996년의 복지개혁법은 2002년 9월 30일 이후에는 효력이 상실하게 되는 한시적 법안이므로 이에 대한 복지개혁법의 재승인이 이루어져 새로운 법안이 마련되어야 했지만 민주당 및 주정부 주지사들의 반대에 부딪혀 표류해 오다가 2006년 2월에 이르러서야 복지개혁에 대한 재승인 이루어졌다. DRA(Deficit Reduction Act) 2005는 TANF에 대한 재승인 뿐만 아니라 Medicaid의 예산 삭감 등 다양한 분야에서 정부지출을 억제하기 위한 방안들이 포함되어 있다. 좀 더 자세하게 살펴보면 그동안 수차례에 걸쳐 단기간의 법안 연장을 통해 유지되어 온 TANF Block Grant의 총재원을 동일한 수준으로 2010년까지 연장하여 지원하기로 했으며, 아동양육서비스에 대한 재정지원을 확대하기로 하였다(최현수 2006). 아동보육서비스에 대한 지원을 2005년 48억 달러 정도 지출하고 있는데 2006년 부터는 Child Care Development Fund로부터 연간 2억 달러씩 5년간 총 10억 달러를 추가로 지원해 주기로 하였다. 이에 따라 CCDF의 지원규모는 연간 48억 달러에서 50억 달러로 증가하게 되었다. 이외에도 사회보장급여의 근로연계 조건을 강화하여 복지급여에 대한 의존성을 감소시키는 정책들을 지속적으로 추진하였다.

오바마 행정부는 2010년, 의료보장 사각지대 해소를 위해 “Patient Protection and Affordable Care Act”을 제정하여 의료부조인 메디케이드 프로그램의 수급 자격을 확대하고, 연방정부 빈곤선의 400% 이하의 국민들을 대상으로 의료보험료를 지원하며, 의료보험 확대를 위한 인센티브를 제공하는 등 의료보장제도를 확대하였다. 이로 인한 효과들을 살펴보면 대부분의 미국 미국이 의료보장의 혜택을 받을 수 있게 되었다. 근로빈곤층(실업자 또는 4인가족 기준 연소득 \$29,327 미만)의 경우 메디케이드의 수혜를 받을 수 있게 되었다. 이를 통해 약 1600만 명이 의료사각지대에서 벗어날 것으로 예상된다. 이번 건보개혁은 100% 세금으로 충당되는 메디케이드의 확대 적용과 신규 민간의 의료보험가입 지원을 위해 향후 10년간 \$9400억 소요될 것으로 예상되고 있다(이준규 외, 2010). 이의 충당을 위해 민간의료보험회사, 제약회사 그리고 의료기기 제조회사 등에 부담금 형태로 세금이 부과되고, 의료

소비세가 신설된다. 또한 메디케어 보험료를 인상하고 대신 메디케어에 투입되던 재정을 메디케이드를 위한 예산으로 전환할 계획이다.

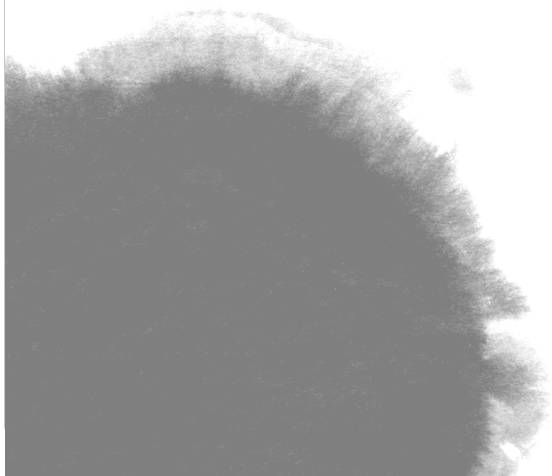
2. 미국의 사회보장제도의 전개와 시사점

미국의 경우 경쟁과 자조(self-support)를 강조하고 빈곤에 대해서는 개인 책임을 강조하는 개인주의적 사고방식과 시장경제를 중시하는 자유주의적 이념이 강하게 나타난 반면(이현주 외, 2003) 유럽의 국가들과는 달리 복지부문 확장에 큰 영향력을 미치는 노조 및 노동운동이 활발하게 나타나지 못한 이유로 미국의 복지제도 발전은 꾸준하고 체계적인 성장을 보였기 보다는 특정위기에 대응하기 위해 사회적 필요로 사회복지제도가 일정시기에 집중되는 경향을 보인다(강혜규, 2008). 19세기 까지 미국은 민간 중심의 구호활동이 주류를 이루다 20세기 초반에 이르러서야 공공적인 성격을 가지게 되었다. 1929년에 발생한 대공황으로 인해 국가의 적극적인 개입이 요구되었으며 이로 인해 1930~40년대 국가중심의 사회보장제도가 구축되었으며 1950~60년대에는 사회보장제도가 강화·확대 되었다. 1970년대에는 보충급여가 도입되었고 사회보장지출도 지속적으로 확대되어 오다 70년대 말 인플레이션과 경기 침체와 인해 1980년대 초 레이건 행정부는 사회보장개혁을 본격적으로 추진하게 된다. 1990년대 중반이후부터 근로와 연계한 사회보장제도가 강화되며 관련한 모니터링 및 제재조건도 강화되었다. 최근에는 의료개혁을 통해 의료보장의 사각지대를 해소하고 민간의료보험과의 공보험과의 역할 재정립을 위해 노력하였다. 1980년대 이후 미국에서 복지축소 정책은 탈규제·자유화 정책과 조화를 이루는 방향으로 진행했기 보다는 갈등과 충돌을 빚어내는 방향으로 진행된 것으로 평가받고 있다. 무엇보다도 탈규제, 자유화 정책의 필요성을 너무 강조하여 사회정책이나 복지제도에도 시장 논리를 무리하게 도입하려 한데에서 비롯된 문제란 의견이 있다. 시장 경쟁이나 자유주의가 강화될수록 시장 실패를 해결할 수 있는 최소한의 장치나 제도가 반드시 확보될 필요가 있는데 미국은 이러한 문제에 대해서 사회정책의 경제정책화라고 하는 입장을 고수하였고 결과적으로 사회정책적 목표 달성에 크게 성공한 것으로 보이지 않는다(김홍중 외, 2006). 미국의 복지개혁은 경제가 호황일 경우에는 어느

정도 작동하지만 불황기에는 노동시장의 상황이 나빠져 이전의 복지 수급자들이 먼저 실험의 위험을 떠맡게 되는 문제점이 있는 것으로 평가된다(박대식, 2008). 미국은 70년대 말부터 사회복지개혁을 통해 대상선정 및 수급조건을 강화하였고 이는 특히 근로와 연계해서 나타났다. 현재 유럽의 근로연계복지의 강화보다 먼저 이러한 작업들을 시작하였지만 과도하게 시장원리를 복지제도에 도입했다는 비판을 받고 있다. 하지만 유럽의 선진국들과 다른 역사적 배경과 민간중심의 사회보장체계는 단순히 정부의 복지관련 예산 수준으로 미국을 평가하기 어렵게 만드는 점 중 하나이다.

05

일본의 사회보장체계



제5장 일본의 사회보장체계

제1절 서론

일본의 복지제도는 이미 1920년대부터 마련되었는데, 당시 설치된 연금이나 의료보험 등의 사회보험제도는 전비마련을 위한 하나의 수단으로 활용되는 수준에 머무르고 있었다. 그러한 제2차 세계대전이 종료 후에는 국민들의 복지증진을 위한 대책으로 전환되었다. 즉, 제2차 세계대전의 종료직후, 일본에서는 빈곤문제가 긴급과제로 부각되었고, 전쟁종료이전에 제정된 구호법, 군사부조법, 모자보호법, 의료보호법, 전시재해보호법 등이 있었지만, 군인을 우대하는 대책이 중심적이었다. 그래서 1946년에 생활궁핍자긴급생활원호요강을 제정하여 지원을 시작하였고, 같은 해에 국가책임에 의한 보호의 원칙을 명문화한 생활보호법이 제정되었다.

1940년대에는 전쟁의 종료 후 연합국총사령부(GHQ)가 사회복지정책의 일환으로 제정된 것이 생활보호법 구법(1946년)이었고, 1947년 일본국헌법을 제정함으로써 신 생활보호법(1950년)을 비롯하여 아동복지법(1947년), 신체장애인복지법(1949년) 등이 제정되었다. 그리고 1951년도에 제정된 사회복지사업법은 사회복지사업의 전 분야에 걸친 공통적인 사항을 내용으로 하고 있다.

일본은 1950년대 한국전쟁을 계기로 높은 경제성장을 이룩하였고, 그 과실을 사회보장제도의 내실화로 투입함으로써 일본복지정책이 발전하기에 이르렀다고 하겠다. 즉, 세계경제의 호황기에 편승되어 일본경제가 고도성장을 구가하기 시작하면서 그 과실을 복지제도의 확충에 투입하였고, 그 결과로 각종 복지제도가 확충 또는 신설되기에 이르렀다. 즉, 1961년에는 전국민의료보험화 및 전국민연금화를 달성하였고,

1963년도에는 노인복지법, 1971년에는 아동수당법, 1973년에는 70세이상 고령자에 대한 의료비무료화제도, 1983년에는 노인보건법 등이 차례로 제정, 실시되게 되었다.

1950년대 중반이후는 고도경제성장을 지속하던 시기로 고용개선이나, 일반국민의 생활수준이 향상되고 있었다. 그러나, 경제성장의 혜택을 받지 못하는 계층간 격차가 확대되어 사회보장이 국가정책의 하나의 중심으로 설정되었고, 기존 구빈대책중심에서 고령세대, 모자세대 등 유형별 저소득층이나 방빈대책으로 전환하기에 이르렀다. 그러한 배경으로 전술한 바 있듯이 전국민의료보험화와 전국민연금화가 달성되는 계기가 되었다.

이어서, 일본은 1970년도에 노인인구비율이 전체인구의 7%를 초과함으로써 고령화사회에 접어들었고, 출산력저하 및 평균수명의 연장으로 고령화속도가 빠르게 진행되어 인구고령화대책을 서두르지 않으면 안되는 상황에 처하게 되었다. 그래서 1989년에 고령자보건복지대책5개년계획(일명, 골드플랜)을 수립하여 노인복지정책의 확대를 추진하게 되었다.

한편, 그동안 1970년 중반이후 2차례에 걸친 석유파동이 있었지만, 일본경제는 다른 선진국가들에 비해 경제불황이 적었고, 그 보다는 급격한 고령화의 진전과 1990년대 초반의 거품경제의 붕괴 등으로 재정지출의 증가에 못 미치는 재정수입이 발생하여, 국채발행으로 국가재정을 유지하는 방법을 선택하였고, 사회보장제도에 대한 국고부담을 축소시키는 전략을 채택하는 등, 전반적으로 사회보장재정이 압박받는 현상이 발생되었다. 이러한 현상으로 국고부담의 축소에 따른 이용자본인부담의 증가가 발생되고, 의료보험, 연금제도 등 사회보험제도의 급여수준도 하락되기에 이르렀다.

21세기 현재에는 지난 1990년대 거품경제의 붕괴이후 인구고령화와 맞물려 낮은 수준의 경제성장에 머물러 있음으로 해서 국가예산 확보차원에서 막대한 국채를 발행하여 재원을 확보할 수 밖에 없었다. 현재 복지의 주 수혜자인 고령자계층에게 투입되는 복지재원의 확보를 위해서 막대한 국채를 발행하고 있으나, 이는 결국 후세대의 막대한 부담으로 나타나기 때문에 일본정부로서도 재정개혁을 지속적으로 고민하고 대책을 수립 중에 있다. 즉, 복지지출의 증가율을 국민소득증가를 범위내에서 통제하는 등, 거시지표의 설정을 통해서 복지재정의 확대를 제어하려는 정책을 시행하고 있다.

제2절 사회보장제도의 전개과정 및 개요

1. 개요

일본의 사회보장제도는 크게 사회보험제도, 공적부조제도, 사회복지서비스로 구성되어 있으며, 그 이외에 보건의료제도 등이 존재하고 있는 형태이다. 단, 사회보장지출통계를 작성할 때, 제도별이 아닌 지출내용을 기준으로 집계하는 경우에는 연금, 의료 및 복지서비스분야로 구분하는 경우가 있다.

여기에서, 사회보험제도에는 의료보험, 연금보험, 고용보험, 노동자재해보상보험 및 개호보험제도의 5개 부문으로 구성되어 있으며, 사회복지서비스제도에는 아동가정복지, 장애인복지, 고령자복지, 지역복지 및 기타서비스, 전상병자전몰자원호 등으로 구성되어 있고, 공적부조제도로 생활보호제도가 있다.

전반적으로 일본의 사회보장제도는 우리나라와 거의 유사한 체제를 유지하고 있는데, 이는 우리나라가 일본의 제도모형을 벤치마킹하였기 때문이다. 그런데, 급속한 인구고령화의 현상은 사회보험제정의 악화를 초래하고 있지만, 사회복지서비스부문에서는 큰 변혁들이 발생하고 있다. 즉, 1980년대까지는 사회복지서비스가 행정조치에 의해 제공되던 시기였다는 것이다. 이는 주로 저소득계층을 서비스의 수급대상으로 함으로써 확보된 예산을 행정적으로 집행하는 선에서 서비스가 제공되고 있었다는 것을 의미한다. 좀 더 구체적으로 설명하면, 고령자나 장애인에 대한 복지서비스의 제공은 국가의 책임아래 복지서비스가 필요한지 아닌지를 평가하고 시설입소조치나 재가서비스의 제공조치를 취하고 있었다.

그러던 것이 개호보험의 도입이나 보육서비스제도의 개혁으로 행정조치에 의한 서비스가 이용자의 선택에 의해 제공되는 시기로 전환하게 되었다. 특히, 저출산으로 고통을 받고 있는 일본정부는 보육서비스의 강화를 통해서 출산력 회복을 꾀하고 있다는 데에서 사회복지서비스제도의 전반적인 개혁이 추진되고 있다고 하겠다.

참고로 사회보장제도의 유형을 의료, 연금 및 복지로 구분하는 경우에는 다음과 같은 제도가 각각 포함되고 있다.

〈표 5-1〉 일본 사회보장제도의 체계

구분	제도명칭	주요 사업내용
의료	의료보험: 건강보험 선원보험 국가공무원공제조합 지방공무원공제조합 사립학교교직원공제조합 국민건강보험	(생략)
	후기고령자의료제도, 전기고령자의료재정조정	(생략)
	생활보호(의료부조)	(생략)
	노동자재해보상보험(의료급여)	(생략)
	공비부담의료	결핵, 정신, 기타
	공중위생서비스	일반보건(건강증진대책, 생활습관병대책, 보건대책 등)
		생활환경(생활환경시설, 식품보건, 화학물질 등)
		노동위생(노동자 건강확보, 사업장 위생관리, 직업병 등)
		환경보건(공해건강피해보상, 화학물질 대기수질오염 등)
연금	연금보험: 국민연금 국가공무원공제조합 지방공무원공제조합 사립학교교직원공제조합 기업연금, 국민연금기금	(생략)
	노동자재해보상보험(연금급여)	(생략)
복지	생활보호	의료부조 이외의 각종부조
	아동복지	보육소, 아동수당, 아동상담소, 아동양호시설, 학대방지 등
	모자복지	아동부양수당, 취업지원, 모자복지자금, DV방지대책 등
	장애자복지	지적, 신체, 정신장애인, 특별장애자수당 등
	노인복지	거택복지서비스, 시설서비스

가. 사회보험제도의 내용

일본 사회보험제도의 모형은 통합형이 아닌 가입자의 특성을 감안하여 분리형으로 구축되어 있다. 즉, 직역을 중심으로 각종 위험에 대응하는 상부상조형식을 지니고 있어서 직역보험에서 누락된 일반주민 등은 지역단위로 보호하는 체계로 되어 있다. 다시 말하면, 피용근로자를 대상으로 한 직역보험에는 건강보험, 후생연금보험, 고용보험, 노동자재해보상보험이 있고, 특정직역의 노동자를 대상으로 한 보험에는 선원보험, 국가공무원공제조합, 지방공무원공제조합, 사립학교교직원공제조합이 있으며, 일반주민을 위한 지역보험에는 국민건강보험, 국민연금, 개호보험 등이 있다.

먼저, 의료보험제도의 개요를 정리하면 다음과 같다.

즉, 가입형태의 특징으로는 피용근로자의 경우, 기업규모에 따라서 가입하는 형태가 다르고, 자영자의 경우에는 농업자, 자영직종종사자, 그리고 무직자(연금수급자 포함)인 경우에는 직종보험 또는 거주지역의 시정촌에 소속되는 형태로 복잡다기하

게 형성되어 있다. 다만, 75세이상의 후기고령자인 경우에는 광역지역별로 일원화되어 있다. 보험급여의 특징으로는 진료비의 본인일부부담금도 연령에 따라서 차등적으로 적용, 부담하도록 하고 있으며, 현금급여가 지급되고 있다는 것이다. 특히, 출산육아일시금은 정상분만의 경우, 질병으로 간주하고 있지 않기 때문에 비보험의료급여에 해당하기 때문에 현금으로 지급하고 있다. 재원조달측면의 특징으로는 공제조합가입자와 퇴직피용자를 제외하고는 국고의 지원금이 존재하고 있다는 것이다.

〈표 5-2〉 일본 의료보험제도의 개요

제도명칭	보험자	가입자수 (2009.3월말)
전국건강보험협회관장건강보험: 중소기업근로자	전국건강보험협회	34,705천명
조합관장건강보험: 대기업근로자	건강보험조합(1,497개)	30,337천명
건강보험: 임의가입자	전국건강보험협회	17천명
선원보험	전국건강보험협회	144천명
국가공무원공제조합	공제조합(21개)	9,023천명
지방공무원공제조합	공제조합(55개)	
사학교직원공제조합	사업단(1개)	
국민건강보험: 농업, 자영업자	시정촌(1,788개) 국민건강보험조합(165개)	39,492천명
국민건강보험: 피용자보험퇴직자	시정촌(1,788개)	
후기고령자의료제도	후기고령자의료광역조합(47개)	13,458천명

제도명칭	보험급여	
	의료급여	현금급여
건강보험: 일반피용자(중소기업)	<ul style="list-style-type: none"> - 본인일부부담금 : 의무교육취학전, 20% : 취학후 70세미만, 30% : 70~75세미만, 20% - 입원시 식사요양비 - 고액요양비 - 입원시 생활요양비 	상병수당금, 출산육아일시금 등
건강보험: 일반피용자(대기업)		상병수당금, 출산육아일시금 등
건강보험: 임의가입자		상병수당금, 출산육아일시금 등
선원보험		상병수당금, 출산육아일시금 등
국가공무원공제조합		상병수당금, 출산육아일시금 등
지방공무원공제조합		상병수당금, 출산육아일시금 등
사학교직원공제조합		상병수당금, 출산육아일시금 등
국민건강보험: 농업, 자영업자	- 본인일부부담금: 10%	출산육아일시금, 장제비
국민건강보험: 피용자보험퇴직자		출산육아일시금, 장제비
후기고령자의료제도		장제비 등

〈표 5-2〉 계속

제도명칭	재원조달	
	보험료율	국고부담
건강보험: 일반피용자(중소기업)	9.34%	급여비의 13.0%
건강보험: 일반피용자(대기업)	조합별 차이 발생	정액보조
건강보험: 임의가입자(일용직 등)	1급(일액 360엔)~13급(3,020엔)	급여비의 13.0%
선원보험	9.25%	정액
국가공무원공제조합	-	없음
지방공무원공제조합	-	없음
사학교직원공제조합	-	없음
국민건강보험: 농업, 자영업자	세대별 응익, 응능의 합산 부담	급여비 등의 43%(시청촌, 32~55%(조합))
국민건강보험: 피용자보험퇴직자	세대별 응익, 응능의 합산 부담	없음
후기고령자의료제도	조합별 차이 발생	보험료 약 10% 지원금 약 40% 공비(정부예산) 약 50%

일본의 의료보험제도는 1922년 건강보험법이 제정되면서 시작되었는데, 1927년 전면 개정이 이루어지면서 10인이상의 사업장에 종사하는 근로자본인을 대상으로 의료급여(업무상 상병급여도 포함)제공하되, 피보험자본인에게만 연간 180일만 급여해주고 있었다.

그 후, 1961년도에 전국민의료보험화가 달성되어 모든 국민들이 의료보장의 혜택을 받게 되었고 1973년 노인의료비무료화가 되기 이전까지 보험의 내실화가 지속적으로 이루어져 왔다. 그리고 1983년 노인보건법에 시행됨으로써 각 의료보험제도의 의료급여는 노인의료수급대상자 이외의 자에게만 지급되게 되었고, 노인의료수급대상자는 노인보건법에 의해 의료서비스를 받는 것으로 개혁이 단행되었다. 아울러 1984년도에는 전반적인 의료보험제도가 또 한 차례의 개혁을 하게 되는데, 그 배경에는 국민의료비가 증대하고 각 의료보험제도간 급여와 부담의 측면에서 격차가 보이는 등, 공평성의 문제가 제기되게 되었다. 그래서, 보험급여수준이 낮아지면서 재정압박으로부터 벗어나려고 노력하였고, 각 보험자간 재정사정이 다르기 때문에 제도가 불안정해지는 것으로 해소하기 위해 퇴직자의료제도(1984년)를 만들거나 일용 근로자를 대상으로 한 별도의 의료보험제도를 폐지하여 재정적으로 안정적인 건강보험제도에 편입시키는 등 개선을 한 바 있다. 그렇지만, 우리나라와 같이 각 의료보험제도를 통합하지는 못하고 있고, 보험재정이 취약한 자영업자 등을 대상으로 하는 국민건강보험에 대한 개혁이 지속적으로 이어져 오고 있다.

나. 연금보험제도의 내용

일본의 연금보험제도는 의료보험에 비해서 부분적으로 통합된 형태를 보이고 있는데, 크게 나누어 민간기업의 피용자대상, 공무원 등 특수직역종사자대상, 자영자대상의 3대 제도로 구성되어 있다. 특징으로는 국민연금액을 모든 공적연금제도의 기초연금으로 지급하고 있으며, 추가적으로 각 피용자연금제도의 급여액이 합산, 지급되고 있다는 것이다.

〈표 5-3〉 일본 연금보험제도의 개요

제도명칭	가입대상	운영주체	피보험자수
후생연금보험	70세미만의 일반피용자, 선원, 일본철도, 일본담배산업, 일본전신전화의 직원, 농림어업단체직원	국가	3,444만명(2008년)
국가공무원공제조합	국가공무원	국가공무원공제조합연합회	104만명(2009년)
지방공무원공제조합	지방공무원	지방공무원공제조합(65개)	295만명(2008년)
사립학교교직원공제조합	사립학교교직원	일본사립학교진흥공제사업단	47만명(2008년)
국민연금	제1호: 20~60세미만자로, 2호, 3호가입자 제외 제2호: 피용자연금제도 가입자 제3호: 2호가입자의 배우자	국가	제1호: 2,001만명 제2호: 3,892만명 제3호: 1,044만명

제도명칭	급여내용	보험료율	국고지원
후생연금보험	노령후생연금 장해후생연금, 장해수당금 유족후생연금	본인: 8.029% (8.348%) 사용자: 8.029% (8.348%)	기초연금각출액의 1/2과 사무비전액
국가공무원공제조합	퇴직공제연금 장해공제연금, 장해일시금 유족공제연금	본인: 7.754% 사업주: 7.754%	기초연금각출액의 1/2과 사무비일부
지방공무원공제조합	퇴직공제연금 장해공제연금, 장해일시금 유족공제연금	본인: 7.754% 사업주: 7.754%	기초연금각출액의 1/2과 사무비전액
사립학교교직원공제조합	퇴직공제연금 장해공제연금, 장해일시금 유족공제연금	본인: 6.292% 사업주: 6.292%	기초연금각출액의 1/2과 사무비전액
국민연금	노령기초연금, 부가연금 장해기초연금 유족기초연금 과부연금 사망일시금	제1호: 월액 15,100엔 제2호: 피용자연금에서 각출 제3호: 피용자연금에서 각출	- 기초연금급여비의 1/2 - 보험료면제기간에 관련한 노령기초연금급여에 필요한 비용 - 사무비전액

민간기업의 피용근로자를 대상으로 하는 후생연금보험의 경우, 1954년에 신후생연금보험법이 제정됨으로써 2차 세계대전 이후 새로운 제도로 재출발하게 되었다. 주요내용은 우리나라의 국민연금보험제도와 마찬가지로 정액부분과 소득비례부분으로 되어 있었고, 노령연금의 지급개시연령을 남자는 60세, 여자 및 갱부는 55세로 하며, 가입기간은 20년 또는 25년으로 설정하고 있었다. 그 당시에 공무원 등 특정 직역에 종사하는 근로자를 위한 별도의 공제조합이 설립되기 시작하였는데, 이는 후생연금보험의 급여수준이 기존의 은급액수준보다 낮았고, 적립금의 운용방식도 차이가 있었기 때문이다.

그 이후 1961년 자영자를 대상으로 하는 국민연금제도(각출제)가 시행되었고, 기존 고령자나 저소득자를 위한 무각출복지연금도 1959년부터 도입되어 전국민연금화가 달성되었다. 이러한 각출제 국민연금제도를 보면, 농림어민, 자영자 등 20~59세자를 대상으로 하고 가입기간은 25년이상으로 되어 있었다. 또한, 전국민연금화를 계기로 제도간 가입이동에 따른 연금가입기간의 부족이 발생되어 각 개별제도의 가입기간은 노령연금을 수급받기에는 부족하지만 합산하면 연금수급에 필요한 가입기간을 충족하는 경우가 발생하여 이를 개선하기 위한 통산연금통칙법이 동시에 제정되었다. 또한, 전국민연금화를 이룩한 후에는 연금액의 수준을 향상시키는 쪽으로 제도개선이 꾸준히 이루어지고 있었다.

일본에서는 1973년을 ‘연금의 해’로 부르고 있는데, 이는 인구고령화의 급격한 진행, 부양의식수준의 변화 등을 계기로 연금제도에 대한 의식이 크게 바뀌게 되었기 때문이었다. 즉, 연금액수준을 대폭 인상하고, 연금액의 실질가치를 유지하기 위해 물가수준에 연금액을 연동시키는 물가슬라이드제를 도입하였다.

한편, 1985년도에 연금체계를 재편성하게 되었는데, 이는 기초연금이 도입되고 일본의 공적연금제도가 일원화되는 첫 단계를 디디는 해이기도 하다. 이러한 대개편의 목적은 본격적인 고령사회의 도래에 대비하고 공적연금제도를 장기에 걸쳐서 건전하고 안정적으로 운영해 가기 위한 기반을 구축하고, 세대내 및 세대간 공평성을 확보하기 위해서였다. 즉, 기존의 7개의 연금제도로서는 제도간 급여액의 격차가 발생해 있고, 급여가 과잉 또는 중복적으로 지급되는 사태도 발생하고 있기 때문에 이를 개선시키려는 취지가 컸던 것으로 보여진다.

여기에서 기초연금의 도입방식을 보면, 기존 국민연금을 모든 제도 가입자의 공통적인 기초연금으로 설정하고, 후생연금보험이나 공제연금의 소득비례부분을 추가로 지급하는 2층구조로 되어 있다. 이러한 기초연금의 도입에 따라서 취업구조나 산업구조의 변화에 영향을 받지 않고, 안정적인 제도운영이 가능함과 동시에 제도간 격차의 해소, 중복급여의 조정도 기할 수 있을 뿐만 아니라 가정주부(부인)에게도 연금권을 확립하고 장애연금을 내실화시키는 데에도 장점이 있었다는 것이다.

다. 개호보험제도의 내용

일본의 개호보험제도는 다른 사회보험과 비교하여 볼 때, 특징을 정리하면 다음과 같다. 가입자는 의료보험이나 연금보험과는 달리 직역이나 근로형태 등으로 구분하지 않고, 모든 사회보험제도의 가입자를 행정구역단위로 포괄하고 있으며, 그러한 이유로 보험자도 시정촌으로 되어 있다. 또한, 가입자의 적용대상연령은 40세이상인 자로 한정하고 있는데, 보험사고에 해당하는 장기요양(간병수발)의 욕구가 발생하더라도 서비스를 제공받기 이전에 사전적으로 급여대상자로서의 인정을 받아야 한다. 그렇다고 하더라도 40~64세의 가입자는 부차적인 조건으로 치매나 뇌졸중과 같은 노인성질환이 있어야 하는 것으로 되어 있다. 그렇지 않은 경우에는 개호보험제도와 유사한 장애인자립지원제도를 통해서 유사한 개호서비스를 받을 수 있도록 하고 있다.

그리고, 현금급여는 인정하고 있지 않으며, 현물급여만 지급하고 있고, 재원도 공공과 민간이 총재정의 절반씩 부담하고 있어서 완전한 사회보험형태라고 하기가 어렵다.

전체적으로 급여의 지급기간측면에서 보면, 의료보험은 단기보험적 성격, 연금보험은 장기보험적 성격을 각각 지니고 있는 반면에 개호보험은 급여개시도 비교적 후기고령기에 발생하고, 일단 급여가 시작되면 몇 개월에서 몇 년에 이르기까지 다양하나, 연금보험에 비해 중기 보험적 성격을 지니고 있다고 하겠다.

이러한 개호보험제도는 기존의 노인복지법과 노인보건법에 의해 제공되던 장기요양서비스를 하나의 제도로 통합하여 만들어진 것인데, 그 이유는 양 법률에 의한 서비스비용이 국고에 의해 조달되고 있었기 때문에 일반소득계층의 고령자는 서비스제공에 제한이 많았고, 고령자의 급증에 따른 정부의 고령자예산이 급팽창하는 것으로

나타나고 있어 국가로써 감당하기가 어려워지고 있었기 때문이다. 또한, 고령화가 심화되어 장기요양필요노인도 늘어나고, 장기요양이라는 것이 어느 가정이나 닥칠 수 있는 사회적 위험으로 표출됨으로써 저소득층위주의 서비스제공에 한계가 나타나, 보험료재정의 확보를 전제로 장기요양서비스를 보편적 서비스로 확대시킬 필요성이 높았기 때문이었다.

현행 개호보험제도는 1997년도에 입법화되었지만, 사전적인 준비는 1989년부터 시작되었다고 볼 수 있다. 다시 말하면, 공적서비스의 제공에 앞서서 서비스공급자의 적정확보가 우선적으로 필요하였기 때문에, 이를 확보하기 위한 방안으로 1989년에 고령자보건복지추진10개년계획(일명, 골드플랜)을 수립하여 추진하여 왔으며, 그것을 바탕으로 2000년도에 개호보험제도를 시행하기에 이르렀다.

그 후, 법률상으로 5년마다 제도개혁을 단행하는 것으로 명시되어 있어서 1차적으로 2005년도에 개혁을 단행하였고, 2차적으로는 2011년도에 법률개정이 이루어졌으며, 2012년도부터 본격적으로 개정내용이 적용될 예정으로 있다. 지금까지의 개혁내용을 요약하면, 보험재정의 급격한 팽창이 개혁배경이었다. 재정지출의 원인분석 내용을 보면, 일차적으로 경증의 기능장애로 장기요양급여수급자로 인정받은 자가 폭증하였고, 그들에 의한 급여비용의 비효율적 지출이 컸다는 것이다. 따라서, 제도 개혁의 핵심적인 내용은 경증의 기능장애노인으로 하여금 기능회복을 유도하는 개호 예방급여를 확충시키고, 전반적으로 보험급여수준을 축소시키는 것이었다.

이러한 일련의 조치로 증가일로에 있었던 전체노인인구대비 장기요양인정자율의 증가가 둔화되고 있으며, 경증의 기능장애노인의 개호급여비용에 대한 부담수준이 늘어난 것으로 나타나, 일단 보험재정의 압박에서 완화된 것으로 보고 있다.

라. 사회복지서비스제도의 내용

일본의 사회복지서비스제도에는 대상자에 따라서 아동가정복지, 장애인복지, 노인복지, 전상병자전몰자 등의 원호 등이 있고, 그 이외에 지역복지가 제공되는 실정이다. 이 중에서 일본의 인구구조의 변화에 따라 아무래도 아동가정복지와 노인복지가 중심적이라 할 수 있다.

이동복지는 전술한 바 있듯이 이미 1940년대에 아동복지법이 제정되었고, 소자화

대책의 일환으로 추진되고 있는 차세대육성지원대책이 2003년도에 관련법이 제정되었다. 일본에서의 소자화대책은 지난 1990년도에 합계출산력이 1.57로 나타나 충격으로 받아 들여져서 1994년도에 긴급보육대책등 5개년사업(엔젤플랜)을 책정하여 본격적으로 출산력제고에 노력을 기울이기 시작하였다. 그 후 신엔젤플랜(1999년)을 거쳐서 2002년도에는 소자화대책 플러스원을 책정하였고, 2003년도에는 소자화사회대책기본법과 차세대육성지원대책추진법을 제정하였으며, 2004년도에는 소자화사회대책대강과 자녀양육응원플랜을 책정하였다. 그 이후에도 출산력제고를 위해서 각종 대책을 강구하였고, 최근에는 자녀양육비전(2010년)도 책정하였다. 일본에서는 자녀양육대책의 일환으로 1971년도에 아동수당법을 제정하여 3세미만의 아동과 3세이상자로 구분하여 아동수당을 지급하고 있는데, 지난 2009년도부터 신청권이 들어서면서 확대된 자녀수당제도를 도입할 예정이었으나, 재원확보의 어려움으로 우여곡절 끝에 폐지하기로 2011년 8월에 여야가 합의한 것으로 발표되었다.

장애인복지는 1981년 세계 장애인의 해를 계기로 노말라이제이션의 이념에 입각하여 정책을 추진하게 되었다. 즉, 정부에 장애인대책추진본부가 설치되고, 1983년부터 10개년간 장애인대책에 대한 장기계획, 1993년부터 10개년간 장애인정책에 관한 신장기계획을 책정하는 등 장애인정책을 확대시켜 왔다. 특히, 1993년에는 심신장애인대책기본법이 장애인기본법으로 개정되어 장애인의 완전참여와 평등의 이념, 고용관련 민간사업자의 책무, 공공적 시설에서의 장애인에 대한 배려 등이 신규로 명시되었다. 1995년도에는 장애인플랜: 노말라이제이션 7개년전략이 작성되었는데, 이는 장애인이 지역사회에서 함께 생활할 수 있는 사회를 구축하는 것을 목표로 하는 이념을 기본으로 하고 있다. 그리고 2003년부터 10개년간 장애인기본계획이 책정되었고, 기존계획에서 명시하고 있는 리할리비테이션과 노말라이제이션의 이념을 유지하면서 장애의 유무와 관계없이 국민 모두가 서로 인격과 개성을 존중하는 공생사회의 실현을 제시하고 있다.

일본은 개호보험제도가 실시될 때, 장애인을 제외하면서 시작되었다. 이를 계기로 장애인정책당국자는 2000년 6월에 신체장애인복지법, 지적장애인복지법, 아동복지법 등을 개정하여 2003년부터 장애인지원비제도를 도입, 장기요양서비스의 욕구를 충족시키기 시작하였다. 그 후 지원비제도가 정신장애인을 대상에서 제외시켰고, 입소

시설에서 지역으로의 이행지원이나 일변취로에 대한 이행지원 등이 추진되지 못하고 있었고, 더구나 재정적 기반의 취약으로 예산부족에 허덕이고 있었다는 점 등을 들어 2005년도에 장애인자립지원제도가 마련되었다. 이로써 고령자를 중심으로 하고 있는 개호보험제도와 유사한 급여내용이 장애인에게도 제공되게 되었다.

추가적으로 일본의 장애인에 대해 지급되는 대표적인 사회수당으로 특별장애인수당, 특별아동부양수당, 특별장애인급여금이 있다. 특별장애인수당은 20세이상이고 일상생활에 항상 특별한 개호를 필요로 하는 재택의 중증장애인에게 수당을 지급하는 것으로 1986년부터 지급되고 있다. 20세미만의 재택의 중증장애아동에 대해서는 장애아동복지수당이 지급되고 있다. 특별아동부양수당은 기존의 중증의 지적장애아동에게 지급되는 제도로 1964년에 발족하였는데, 1966년부터 지급대상을 중증의 신체장애아동에게도 지급되고 해당아동의 부모에게 지급된다. 그리고 특별장애급여금은 국민연금에 가입되어 있지 않아서 장애기초연금을 받지 못하는 장애인에게 복지적 조치로 2005년도에 설립되었다. 그런데, 장애인본인의 소득이 일정액이상이거나 노령연금 등을 받고 있는 경우에는 지급제한이 있다.

노인복지는 1963년도에 노인복지법이 제정됨으로써 종합적이고 체계적으로 노인복지의 향상을 도모할 수 있었다. 일본의 인구고령화현상은 앞에서 설명하였듯이 다른 선진국가에 비해 고령화가 늦게 시작되었지만, 저출산의 지속과 빠른 평균수명의 연장으로 인구고령화속도가 상당히 빠르게 진행되고 있다. 특히, 평균수명의 연장은 여러 가지의 영향요인이 있을 수 있겠지만, 노인과 관련한 각종 보건의료복지정책의 수립 및 지원이 상당한 영향을 준 것으로 볼 수 있다. 즉, 법률 및 대책 측면에서 보면, 1961년 전국민의료보험화의 달성, 1973년 노인의료비 무료화의 실시, 1982년 노인보건법의 제정, 1989년 골드플랜의 수립, 2000년 개호보험의 실시 등을 들 수 있다.

그러한 인구고령화 등, 인구변화뿐만 아니라 가족구조의 변화도 빠르게 바뀌어 가고 있는데, 독거노인의 비율이 전체노인인구 중에서 차지하는 비율이 1980년 8.5%이던 것이 2009년 16.0%로 약 2배 수준으로 늘어났다. 여기에서 노인가구(65세이상인 노인만으로 구성되어 있거나, 18세미만의 미혼자녀로 구성된 가구)의 증가도 커서 2009년도에는 1975년도에 비해 8.8배나 증가한 것으로 나타나고 있다.

또한, 일본의 고령자들은 소득수준이 상당히 높은 것으로 지적하고 있는데, 노인가구

당 평균소득금액을 보면, 2008년도에 월평균 24.75만엔으로 일반근로자 월평균임금액(29.91만엔)의 약 83% 수준이다(일본 후생노동성, 2008년 임금구조기본통계조사 결과).

노인복지사업의 주요내용은 크게 재가복지서비스와 시설서비스, 치매고령자지원사업, 고령자학대방지사업, 고령자고립사방지사업 등이 있다. 이 중에서 재가 및 시설 서비스는 개호보험제도의 급여내용을 명시되어 있으며, 개호보험제도의 급여가 아닌 경우에는 노인복지법에 의해 다양하게 제공되고 있다고 하겠다.

한편, 일본의 지역복지사업은 그동안 빈곤, 아동, 장애인 등 분야별로 제도가 마련되었고, 1990년대의 복지제도개혁이후에는 개호보험법이나 장애인자립지원제도 등에 의해 이용자의 선택 및 계약에 의한 재가복지의 쪽으로 방향이 선회하고 있다. 최근의 2008년도부터는 생활터전 주변에서 주민상호간의 활동을 촉진시키고 지원이 필요한 자에 대한 돌봄 등을 활성화시키기 위해 지역복지활성화사업이 추진되고 있다. 이러한 지역복지사업을 추진하기 위해 시정촌, 특정비영리활동법인, 사회복지법인, 공익법인 등이 소지역에서 사업을 추진하도록 하는 소지역복지활동추진사업, 도도부현단위에서의 광역복지활동추진사업 등도 추진되고 있다.

그 이외에도 독거주민이 지역에서 안심하고 계속적으로 생활할 수 있도록 지원하는 안심생활창조사업이나 치매노인, 지적장애인, 정신장애인 중에서 판단능력이 불충분한 자가 지역에서 생활할 수 있도록 하기 위한 일상생활자립지원사업 등이 시행되고 있다.

또한, 지난 2000년도에 개호보험제도의 도입을 계기로 사회복지법내 지역복지의 추진이 명시되게 되었고 지역복지계획에 관한 규정도 설정되었다. 즉, 시정촌지역복지계획이나 도도부현지역복지계획이 수립되고 있는데, 2008년도에는 지역복지계획을 수립하고 있는 시정촌이 783개 지역, 도도부현은 37개 지역으로 나타나고 있다.

마. 공적부조제도(생활보호제도)의 내용

일본의 생활보호제도는 이용할 수 있는 자산, 가득능력, 다른 법이나 시책 등을 활용해도 최저한도의 생활을 유지할 수 없는 자에 대해 그 빈곤의 정도에 따라서 보호하고 최저한도의 생활을 보장함과 동시에 자립을 조장하는 것을 목적으로 한다고 되어 있다.

생활보호기준은 요보호자의 생활수요를 그 수요의 상태나 성질 등을 고려하여 생활부조, 교육부조, 주택부조, 의료부조, 개호부조, 출산부조, 생업부조, 장제부조 등의 8종류로 되어 있다. 이러한 부조지급액을 요보호자에게 지급하고 요보호자는 그 비용을 가지고 서비스를 이용할 때 사용하는 것으로 되어 있다. 예를 들면, 개호부조의 경우, 생활보호대상자는 개호보험으로부터 개호서비스를 이용할 때 개호비용의 일부(10%)를 본인일부부담금으로 지불하도록 되어 있어, 그 부담금을 개호부조금으로 지불하는 것이다.

그리고 지난 2005년도에 자립지원프로그램을 도입하였는데, 이는 생활보호실시기관이 관내의 피보호세대의 실상을 파악한 후 피보호자의 상태 및 자립저해요인에 대해 유형화를 시도하고 각각의 유형마다 추진해야 할 자립지원의 구체적인 내용 및 실시절차 등을 정하며 그에 따라 개개인의 피보호자에게 필요한 지원을 조직적으로 실시하는 것이다. 이 의미는 취로에 의한 경제적 자립을 위한 프로그램뿐만 아니라 신체나 정신의 건강을 회복유지하고 자신이 건강 및 생활관리를 하는 등, 일상생활에서의 자립된 생활을 보내거나 사회적인 연계를 회복유지하여 지역사회의 일원으로써 충실된 생활을 보낼 수 있도록 하는데 있다.

일본의 생활보호대상자비율은 1975~84년간에는 전국민의 1.2~1.24%범위내에 있었지만, 1995년도에 7%수준을 보이다가 그 이후 다시 상승하여 2008년도에는 1.25%로 증가한 것으로 나타나고 있다. 이 중에서 60세이상의 노인계층이 전체의 절반정도를 차지하고 있는데, 이는 60세이상 노인인구의 2.1%수준이다.

바. 사회보장제도의 관리기구

일본의 사회보험제도에 관한 관리운영체계를 보면, 중앙정부에서는 후생노동성이 중심이 되어 있는데, 동 성내에는 4개의 부서, 즉 노동기준국, 직업안정국, 보험국 및 연금국에서 대부분이 사회보험을 담당하고 있다. 다시 말하면, 보험국에서는 건강보험, 국민건강보험, 선원보험을 비롯한 의료보험에 대한 업무와 사회보험의료에 대한 행정도 담당하고 있다. 연금국에서는 국민연금과 후생연금, 국민연금기금 및 후생연금기금의 지도감독도 담당하고 있다. 노동기준국에서는 노동자재해보상보험, 직업안정국에서는 고용보험사업을 담당하고 있다.

그 이외에 사회보험청이 그동안 모든 사회보험업무를 담당해 오다가 연금기록문제 등이 발생하여 2010년에 폐지되었고, 2008년에 설치된 전국건강보험협회가 기존의 업무를 담당하게 되고, 2010년에는 일본연금기구가 설치되어 국민연금 및 후생연금사업을 담당하게 되었다.

그리고 각종 공제조합법의 기획입안, 조정 등과 공제조합에 대한 감독에 대해서는 재무성(국가공무원공제조합), 총무성(지방공무원공제조합), 문부과학성(사립학교교직원공제조합)이 각각 담당하고 있다.

지방행정기구로써는 도도부현에서 보험과와 국민연금과에서 담당하고 있었는데, 2000년 4월에 지방분권일괄법이 시행됨으로써 국가의 지방지분부국으로 이관되었다. 그래서 전국에 8개의 지방후생(지)국이 설치되어 있다. 그리고 사회보험청의 폐지로 기존의 지방사회보험사무국, 사회보험사무소를 대신하여 일본연금기구를 중심으로 현장관리 및 지원을 실시하는 9개소의 블록본부와 대면이 필요하지 않는 신고처리 업무는 47개소의 업무센터에서 담당하고, 사무소의 조사, 강제징수, 연금상당 등은 지역에 밀착된 312개소의 연금사무소가 담당하고 있다. 그리고 지방후생(지)국에서는 건강보험조합 및 후생연금기금 등의 지도감독에 관한 사무를 비롯하여 국립병원 기구의 관리 및 마약단속 등을 담당하고 있다.

한편, 사회보험제도에 대한 후생노동대신의 자문기관으로 사회보장심의회가 설치되어 있다. 이는 기존의 연금심의회, 의료보험복지심의회 등 8개의 심의회를 통합하여 지난 2001년도에 설치되어 있는데, 사회보장이나 인구문제에 관한 중요한 사항을 심의하고 있다. 그 이외에 중앙노동기준심의회, 노동자재해보상보험심의회, 중앙직업안정심의회 등 13개의 심의회를 통합하여 노동정책심의회가 설치되어 있으며, 각 지방후생국에는 지방사회보험의료협의회가 설치되어 있다.

그리고 사회복지의 행정조직을 보면, 후생노동성이 중심적인 행정기관으로 되어 있는데, 이에는 사회원호국, 노건국, 고용균등·아동가정국이 그 업무를 담당하고 있다. 그리고 지방공동단체의 조직에는 도도부현에 보건복지부, 민생부, 민생노동부, 생활복지부 등이 사회복지업무를 담당하고 있고, 전문행정기관으로 복지사무소, 신체장애인갱생상담소, 부인상담소, 아동상담소, 지적장애인갱생상담소 등이 설치되어 있다. 이 중에서 복지상담소는 전국에 1,237개소(2010년)가 설치되어 있다.

〈표 5-4〉 일본의 사회보험유형별 운영주체(행정기구)

대 상	법령	중앙행정부서	지방행정부서	관리운영주체
일 반 직 역	건강보험법	후생노동성 보험국	지방후생국 도도부현지부	건강보험조합
	후생연금보험법	후생노동성 연금국	블록본부사무센터	연금사무소
	고용보험법	후생노동성 직업안정국	도도부현 노동국	공공직업안정소
	노동자재해보상보험법	후생노동성 노동기준국	도도부현노동국	노동기준감독서
지 역	국민건강보험법	후생노동성 보험국	지방후생국	시구정촌
	국민연금법	후생노동성 연금국	블록본부사무센터 지방후생국	연금사무소 국민연금기금
	개호보험법	후생노동성 노건국		시구정촌
특 정 직 역	선원(선원보험법, 후생연금보험법, 고용보험법, 노동자재해보상보험법)	후생노동성 보험국 후생노동성 연금국 후생노동성 직업안정국 후생노동성 노동기준국	선원보험부 블록본부사무센터 도도부현 노동국	연금사무소 공공직업안정소 노동기준감독서
	국가공무원(국가공무원 공제조합법, 국가공무원퇴직수당법, 국가공무원재해보상법)	재무성 주계국 인사원 직원복지국		
	지방공무원(지방공무원 등공제조합법, 퇴직수당에 관한 조례, 지방공무원재해보상법)	경찰청장관관방 문부과학성 초등중등교육국 총무성 자치행정국		
	사립학교교직원(사립학 교교직원공제법, 고용보험법, 노동자재해보상보험법)	문부과학성 고등교육국		
노 인 의 료	고령자의료확보에관한 법률	후생노동성 보험국	도도부현	시구정촌

후생노동성 산하 일본의 사회보장제도의 개선과 관련된 논의기구를 정리하면 다음과 같다.

○ 사회보장심의회

통계분과회
통계분과회질병, 상해 및 사인분류전문위원회
통계분과회 생활기능분류전문위원회
통계분과회질병, 상해 및 사인분류부회
통계분과회질병, 상해 및 사인분류전문위원회
통계분과회질병, 상해 및 사인분류중앙학위원회
의료분과회
복지문화분과회
개호급부비분과회
연금자금운용분과회
복지부회
복지부회 생활보호제도실상에 관한 전문위원회
인구부회
인구구조변화에 관한 특별부회
의료보험부회
아동부회
아동부회 사회적양호에 관한 전문위원회
아동부회 사회적양호전문위원회
아동부회 아동학대방지를 위한 친권에 관한 전문위원회
국립아동자립지원시설처우지원전문위원회
의료부회
연금수리부회
연금부회
연금부회 경제전제전문위원회, 일본연금기구평가부회
장해자부회
장해자부회 신체장해·지적장해분회, 장해자부회 정신장해분회
의료관찰법부회
개호보험부회
후기고령자의료에 관한 특별부회
소자화대책특별부회
소자화대책특별부회 보육제일전문위원회, 소자화대책특별부회 보육제이전문위원회

○ 후생과학심의회

감염증분과회
감염증분과회 결핵부회
감염증분과회 감염증부회 폴리오 및 마신 예방접종에 관한 검토소위원회
감염증분과회 감염증부회 동물유래감염증위킹그룹
감염증분과회 감염증부회 에이즈·성감염증위킹그룹
감염증분과회 감염증부회 신형인플루엔자대책에 관한 검토소위원회
감염증분과회 감염증부회 감염증기술위킹그룹
감염증분과회 감염증부회, 의약품등제도개정검토부회, 감염증분과회 예방접종부회
감염증분과회 예방접종부회 일본뇌염에 관한 소위원회
감염증분과회 예방접종부회 백신평가에 관한 위원회
에이즈예방지침수정검토회
생활위생적정화분과회
과학기술부회
후생노동과학연구의 이익상반에 관한 검토위원회
과학기술부회 역학연구지침 수정에 관한 전문위원회
향후 중장기적후생노동과학연구에 관한 전문위원회
의학연구의 개인정보취급에 관한 전문위원회
과학기술부회 유전자치료임상연구에 관한 전문위원회
과학기술부회 유전자치료임상연구작업위원회
과학기술부회 인간 줄기세포를 이용한 임상연구에 관한 전문위원회
과학기술부회 인간 줄기세포를 이용한 임상연구에 관한 전문위원회 인간줄기세포 치료임상연구지침 책정에 대한 위킹그룹
과학기술부회 인간 줄기세포를 이용한 임상연구에 관한 지침수정에 관한 전문위원회
과학기술부회 인간 줄기세포 임상연구에 관한 전문위원회, 과학기술부회 인간줄기세포 임상연구에 관한 전문위원회
과학기술부회 과학기술정책에 관한 전문위원회, 과학기술부회 인간배아연구에 관한 전문위원회
과학기술부회 임상연구 지침에 관한 전문위원회
과학기술부회 임상연구 윤리지침에 관한 전문위원회
질병대책부회
질병대책부회 장기이식위원회
질병대책부회 난병대책위원회
질병대책부회 조혈간세포이식위원회
질병대책부회 류마치스·알레르기대책위원회
질병대책부회 크로이츠펜폴·야콥병 등 위원회
생식보조의료부회
지역보건건강증진영양부회
생활환경수도부회
생활환경수도부회 수질관리전문위원회
화학물질제도개정검토부회 (재설치)
화학물질제도 개정검토부회
화학물질제도 개정검토부회 화학물질심사규제제도 수정에 관한 전문위원회
화학물질제도 개정검토부회 화학물질심사규제제도 수정에 관한 전문위원회 (재설치)
화학물질제도 개정검토부회 화학물질심사규제제도 수정에 관한 전문위원회 위킹그룹
의약품판매제도 개정검토부회
의약품리스크 정도평가 및 정보제공 내용 등에 관한 전문위원회
건강위기관리부회

2010년이후 현 민주당 집권후 사회보장개혁을 위하여 설치된 기구는 다음과 같다.

- 정부·여당사회보장개혁검토본부: 2010년 10월28일에 1회 개최된 이후, 총 4회 개최
- 사회보장개혁에 관한 유식자검토회: 2010년 11월9일에 1회 개최된 이후, 총 5회 개최
- 사회보장개혁에 관한 집중검토회의: 2011년 2월 5일에 1회 개최된 이후, 총 4회 개최

사. 사회보장제도의 특징

일본의 사회보장제도는 우리나라와 동일하게 사회보험제도가 중심이고, 이를 뒷받침해주는 공적부조와 사회복지서비스로 구성되어 있다. 이는 일상생활에서 발생하는 사회적 위험(social risks), 즉, 노후의 소득보장, 질병, 실업, 산업재해, 간병수발에 이르기까지의 위험을 전국민에게 분산시킬 수 있는 각 사회보험제도를 도입하여 시행하고 있다는 것이다. 다만, 사회보험제도는 보험료부담을 원칙으로 하고 있기 때문에 보험료를 부담하지 못하는 빈곤·저소득계층에 한하여 정부의 예산(조세)으로 지원해주고 있고, 소득수준이 아닌 욕구(needs)를 기반으로 사회보험제도에서 벗어나 있는 필요한 서비스를 보편적으로 제공하는 사회복지서비스가 보완적으로 구축되어 있는 상태이다.

다만, 재원조달 측면에서 보면, 유럽국가들과는 다른 방식을 취하고 있는데, 이는 국가로부터의 지원금이 높다는 점이다. 사회보험제도는 피보험자의 보험료(사용자분 포함)로 대부분의 재원을 충당하는 것이 유럽국가들의 일반적인 방식임에도 불구하고 일본에서는 사회보험제도와 하더라도 상당한 국가지원금을 투입하고 있는 실정이다. 특히, 자영업자들의 경우에는 일부 계층을 제외하고는 영세한 자영업자가 중심이다보니, 본인의 보험료도 부담하기 어려운데다가 사용자분까지 부담하게 하는 것이 불가능하다는 판단아래 국가가 사용자분에 해당하는 보험료(또는 급여지급분)를 대납해주는 형태를 보이고 있다는 것이다.

한편, 사회복지서비스의 제공방식에 있어서 지방자치단체가 주체가 되어 각종 사회복지서비스를 해당 지역주민에게 제공하고 있지만, 지자체가 제공기관(사업자)이 되는 경우가 있지만, 대부분은 비영리단체의 사회복지법인을 통해서 제공하는 방식을 취하고 있다는 점이다. 유럽국가들에서는 지방자치단체가 복지재원의 부담자이면서 서비스의 제공자역할까지 수행하고 있는 것과는 다른 방식이다(사실 우리나라가

일본의 방식을 따르고 있다고 할 수 있음). 이러한 방식은 사회보험제도에서도 잘 나타나고 있는데, 즉 보험자가 사회보험서비스를 관리운영하고, 정부는 지도감독만 수행할 뿐이다.

아. 복지 및 고용의 연계

1) 고용의 동향

일본의 고용동향을 유효구입배율과 완전실업률의 추이를 통해서 살펴보면, 유효구입배율에서는 1970년대 초반에는 2배에 가깝게 늘어났다가 1975년도 이후 크게 하락하여 유지하고 있었으며, 1980년대 후반이후 다시 증가하다가 1990년도에 정점을 이루다가 중반이후 다시 하락한 채 유지되고 있었다. 2000년대에 들어와 서서히 증가하는 경향을 보이다가 2007년도에 정점을 이루고 나서 저하하는 경향을 보이고 있는데, 2009년도에는 0.5배에도 못 미치는 상황에 이르고 있다. 이에 따라 완전실업률도 2007년도 이후 다시 증가하여 2008년도에는 거의 4%수준에 이르고 있다.

여기에서 청년층의 고용상태를 보면, 남녀 모두 경기후퇴의 영향을 받아서 모든 연령계층에서 상승하였고, 그 중에서도 15~24세 연령층의 실업률은 10.1%로 크게 상승한 상태이다. 그만큼 신규 졸업자의 취직상황이 매우 어렵다는 것을 나타내고 있다. 또한, 시간제 또는 아르바이트직과 같은 프리터의 추이를 보면, 2003년도 217만명으로 정점을 이루다가 서서히 줄어들다가 2009년도에는 178만명 수준으로 감소한 것으로 나타났다. 그리고 비정규직의 근로자가 1990년도 20.2%에서 2009년도에는 33.7%로 증가하였는데, 그 대부분이 시간제 및 아르바이트종사자인 것으로 나타나고 있다.

〈표 5-5〉 일본 고용형태별 고용자수의 추이

	정규직	비정규직		
		합계	시간제, 아르바이트	파견사원 등
1990	3,488 (79.8)	881 (20.2)	710 (16.3)	171 (3.9)
1995	3,779 (79.1)	1,001 (20.9)	825 (17.3)	176 (3.7)
2000	3,630 (74.0)	1,273 (26.0)	1,078 (22.0)	195 (4.0)
2005	3,333 (67.7)	1,591 (32.3)	1,095 (22.2)	496 (10.1)
2009	3,380 (66.2)	1,721 (33.7)	1,153 (22.6)	568 (11.1)

자료: 총무성통계국, 「노동력조사」

2) 고용과 복지의 연계

일본에는 고용과 복지의 연계사업으로 할로워크사업을 실시하고 있는데, 주요 사업대상은 모자가정세대, 생활보호수급자 및 장애인으로 되어 있다. 이 사업은 ‘복지에서 고용으로’의 추진5개년계획과 관련이 있으며, 특히, 공작부조를 받고 있는 자에 대해 사회안전망을 확보하면서 가능한 한 취로에 의한 자립 및 생활의 향상을 도모하고 있다.

그 중에서 생활보호수급자의 고용연계사업의 내용을 살펴보면, 먼저, 복지사무소에서 자립의욕이 있는 생활보호수급자나 이동부양수당수급자를 선정하여 할로워크사무소에 요청을 한다. 그러면, 할로워크사무소 또는 복지사무소에서 복지사무소담당코디네이터, 직업안정소 담당코디네이터 등으로 구성된 취로지원메뉴선정팀이 지원대상자를 면접하고 5개의 메뉴에서 수급자의 실정에 맞는 메뉴를 선택한다. 그리고 할로워크에 구직신청을 하여 선택한 메뉴, 즉, 할로워크에서의 취직지원내비게이터에 의한 지원, 시범적고용의 활용, 할로워크에서의 공공직업훈련의 수강알선, 생업부조 등의 활용에 의한 민간의 교육훈련강좌의 수강장려, 일반의 직업상담 및 소개를 실시하여 취로에 의한 자립을 유도하는 것으로 되어 있다.

여기에서 생활보호수급자등 취직지원내비게이터제도를 보면, 그 직무로 지원대상자의 구직신청을 받고, 지원대상자의 희망 등을 들은 후 조기취직을 위한 계획을 책정하고 개개인에 맞춘 취직지원을 실시하는 것으로 되어 있다. 그들에 의한 주요 사업지원내용은 지원사업, 안정소의 활용방법, 관내의 구인상황, 고용상황의 설명, 구직활동에 있어서의 준비확립 및 불안해소, 취직에 관한 희망, 욕구파악, 수강하여야 할 세미나의 선정, 이력서 등 작성방법 지도 등으로 되어 있다.

제3절 재정현황과 복지정책

1. 복지재정의 현황추이

2010년 현재, 사회보장급여비지출의 대국민소득액(NI)비율은 31.36%로 추계되고 있다. 이는 10년전인 2000년도의 21.01%에 비해 10%p 증가한 수치이다.

2010년도의 사회보장급여비지출의 내역을 살펴보면, 연금부문이 53.2조원으로 전체의 50.4%, 의료보장부문이 32.1조원으로 30.4%, 복지 기타부문이 20.2조원으로 19.1%를 차지하고 있다. 또한, 복지기타부문 중 개호(장기요양)부문은 7.5조원으로 추계되고 있다. 또한, 기능별로 보면(2007년도), 고령자관계급여비(연금, 노인보건, 노인복지서비스, 고연령고용계속등)부문지출이 전체의 69.5%를 차지하고 있다.

2010년도 사회보장급여비의 재원조달구성은 보험료가 약 60%, 공비(국고, 지방비)가 약 30%를 차지하는 것으로 추계하고 있는데, 공비 중에서는 국고가 약 3/4을 차지하고, 이는 일반회계세출의 29.5%를 차지하고 있다.

〈표 5-6〉 일본 사회보장급여비지출의 추이

	1970	1980	1990	2000	2010(예산기준)
국민소득액 (조엔) A	61.0	203.9	346.9	371.8	336.4
총급여비 (조엔) B	3.5	24.8	47.2	78.1	105.5
연금	0.9	10.5	24.0	41.2	53.2
의료	2.1	10.7	18.4	26.0	32.1
복지기타	0.6	3.6	4.8	10.9	20.2
(B)/(A)	5.77%	12.15%	13.61%	21.01%	31.36%

자료: 후생노동성자료

〈표 5-7〉 일본 사회보장급부비와 사회보장이전 추이

(단위: 억엔, %)

	국민소득 (분배)		사회보장급부비			사회보장이전		
		증가율		증가율	대국민 소득비		증가율	대국민 소득비
1970	610,297	17.1	35,239	22.6	5.8	35,364	—	5.8
1975	1,239,907	10.2	117,693	30.4	9.5	118,260	30.2	9.5
1980	2,038,787	9.5	247,736	12.7	12.2	256,548	12.3	12.6
1985	2,605,599	7.2	356,798	6.1	13.7	367,801	6.3	14.1
1990	3,468,929	8.1	472,203	5.2	13.6	485,455	4.9	14.0
1995	3,689,367	△ 0.3	647,243	7.0	17.5	650,223	6.1	17.6
2000	3,718,039	2.0	781,191	4.1	21.0	789,724	5.5	21.2
2005	3,658,783	0.5	877,827	2.2	24.0	889,494	2.4	24.3
2006	3,752,258	2.6	891,098	1.5	23.8	906,045	1.9	24.1
2007	3,784,636	0.9	914,305	2.6	24.2	935,881	3.3	24.7
2008	3,515,221	△ 7.1	940,848	2.9	26.8	952,450	1.8	27.1

자료: 내각부경제사회총합연구소, 「국민경제계산연보」 (1980년이후는 93SNA기준)

국립사회보장·인구문제연구소, 「사회보장급부비」

〈표 5-8〉 일본 사회보장급부비 등의 추이

(단위: 억엔, %)

	사회보장급부비							국민소득 (억엔)	사회보장급 부비(대국민 소득비)
	합계 (억엔)	의료 (억엔)	비율 (%)	연금 (억엔)	비율 (%)	복지기타 (억엔)	비율 (%)		
1970	35,239	20,758	58.9	8,562	24.3	5,920	16.8	610,297	5.77
1975	117,693	57,132	48.5	38,831	33.0	21,730	18.5	1,239,907	9.49
1980	247,736	107,329	43.3	104,525	42.2	35,882	14.5	2,038,787	12.15
1985	356,798	142,830	40.0	168,923	47.3	45,044	12.6	2,605,599	13.69
1990	472,203	183,795	38.9	240,420	50.9	47,989	10.2	3,468,929	13.61
1995	647,243	240,520	37.2	334,986	51.8	71,738	11.1	3,689,367	17.54
2000	781,191	259,953	33.3	412,012	52.7	109,225	14.0	3,718,039	21.01
2001	813,928	266,309	32.7	425,714	52.3	121,905	15.0	3,613,335	22.53
2002	835,584	262,643	31.4	443,781	53.1	129,159	15.5	3,557,610	23.49
2003	842,582	266,048	31.6	447,845	53.2	128,689	15.3	3,580,792	23.53
2004	858,660	271,454	31.6	455,188	53.0	132,018	15.4	3,638,976	23.60
2005	877,827	281,094	32.0	462,930	52.7	133,803	15.2	3,658,783	23.99
2006	891,098	281,027	31.5	473,253	53.1	136,818	15.4	3,752,258	23.75
2007	914,305	289,462	31.7	482,735	52.8	142,107	15.5	3,784,636	24.16
2008	940,848	296,117	31.5	495,443	52.7	149,289	15.9	3,515,221	26.76

자료: 경제기획청, 「昭和53年版国民所得統計年報」, 「長期週及主要系列国民經濟計算報告」, 「平成12年版国民經濟計算年報」, 「平成22年版国民經濟計算年報」

〈표 5-9〉 일본의 부문별 사회보장관계비 추이

(단위: 억엔)

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010
일반지출	158,408	307,332	325,854	353,731	421,417	480,914	472,829	472,845	517,310	534,542
후생노동성예산	39,067	81,495	95,028	115,652	140,115	155,054	208,178	221,223	251,568	275,561
사회보장관계비	39,282	82,124	95,740	116,154	139,244	167,666	203,808	217,824	248,344	272,686
보험급여비	-	-	-	-	-	-	-	-	196,004	203,363
생활보호비	5,348	9,559	10,816	11,087	10,532	12,306	19,230	20,053	20,969	22,388
사회복지비	6,178	13,698	20,042	24,056	34,728	36,580	16,443	16,589	25,091	39,305
사회보환비	23,277	51,095	56,587	71,953	84,700	109,551	158,638	175,134	-	-
보건위생대책비	2,738	3,981	4,621	5,587	6,348	5,434	4,832	4,094	4,346	4,262
살상대책비	1,741	3,791	3,674	3,471	2,936	3,795	4,664	1,956	-	-
고령노령대책비	-	-	-	-	-	-	-	-	1,934	3,367
전년대비증가율(%)										
일반지출	23.2	5.1	0.0	3.8	3.1	2.6	△ 0.7	0.7	9.4	3.3
후생노동성예산	36.2	7.9	2.7	6.7	2.9	△ 4.6	3.1	3.0	13.7	9.5
구성비(%)										
사회보장관계비	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
보험급여비	-	-	-	-	-	-	-	-	78.9	74.6
생활보호비	13.6	11.6	11.3	9.5	7.6	7.3	9.4	9.2	8.4	8.2
사회복지비	15.7	16.7	20.9	20.7	24.9	21.8	8.1	7.6	10.1	14.4
사회보환비	59.3	62.2	59.1	61.9	60.8	65.3	77.8	80.4	-	-
보건위생대책비	7.0	4.8	4.8	4.8	4.6	3.2	2.4	1.9	1.7	1.6
살상대책비	4.4	4.6	3.8	3.0	2.1	2.3	2.3	0.9	-	-
고령노령대책비	-	-	-	-	-	-	-	-	0.8	1.2

주: 1) 각년도 예산액 기준

자료: 재무성 재무총합정책연구소, 「재정금융통계월보」

주요국가간 사회보장급여비지출을 비교를 보면, 연금부문에서는 영국, 미국을 상회하는 수준이지만, 타 유럽국가들에 비하면 낮은 수준이고, 의료부문은 모든 국가들에 비해 낮으며, 복지 및 기타부문은 미국보다는 높지만, 유럽국가들에 비하면 상당히 낮은 수준으로 나타나고 있다.

〈표 5-10〉 국가간 사회보장급여비지출율의 비교(2007년, GDP대비, %)

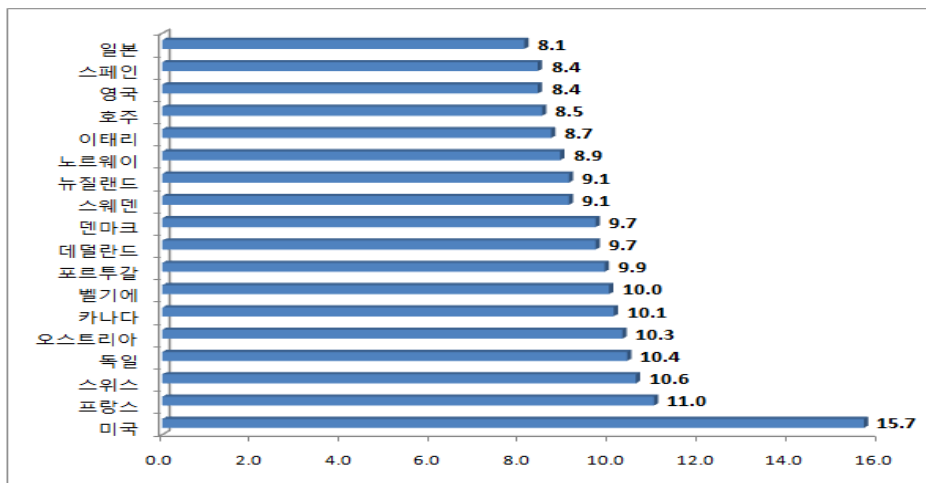
	일본	미국	영국	독일	스웨덴	프랑스
전체	19.26	16.50	21.32	26.24	27.70	28.75
연금부문	9.55	6.69	6.71	10.70	9.25	12.94
의료부문	6.30	7.38	6.84	7.85	6.58	7.49
복지기타부문	3.40	2.43	7.77	7.70	11.87	8.32
인구고령화율	21.5	12.6	16.0	20.2	17.4	16.6

자료: 후생노동성자료(OECD, Social Expenditure Database 참조)

2. 국민의료비재정의 현황추이

일본의 의료비지출율은 GDP대비 8.1%로 타 선진국 중에서 낮은 수준을 유지하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 그 요인으로 병상당 의사수나 간호사수가 낮은 공급체제요인과 보험의료수가 개정이나 환자부담의 인상 등, 여러 차례에 걸친 제도개혁 때문으로 설명하고 있다. 이 중에서 65세이상 노인이 차지하는 의료비비중은 2008년 현재, 전체 국민의료비의 55%를 차지하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이는 노인인구가 급증(전체인구의 22.1%)하고, 상병기간의 장기화에 기인하는 것으로 보고 있다.

[그림 5-1] 일본 및 주요국가의 총의료비지출비율 비교(2007년)



자료: OECD, Health Data 2010

한편, 노인의료비(75세이상 노인의 의료비)의 비중추이를 살펴보면, 과거부터 지속적으로 증가해오다가 2000년도 37.2%를 정점으로 감소하는 추세를 볼 수 있다. 이는 2000년도에 공적개호보험제도가 도입, 시행됨으로써 일반병원 등에서의 사회적 입원노인이 노인요양시설로의 입소가 크게 발생한 결과에 기인하는 것으로 보여진다. 그렇지만, 국민의료비측면에서 보면, 계속적으로 증가하고 있는 것을 볼 수 있는데, 이는 병원의 입원노인 의료비가 줄어들기는 하였지만, 개호보험제도에서의 의료지출이 과거에 비해 크게 확대됨으로써 나타난 현상으로 지적하고 있다.

〈표 5-11〉 일본 노인의료비와 국민의료비 추이

	노인의료비		국민의료비		노인의료비 비중	국민소득대비율	
	억엔	증가율	억엔	증가율		노인의료비	국민의료비
1975	8,666	30.3	64,779	20.4	13.4	0.70	5.22
1980	21,269	14.9	119,805	9.4	17.8	1.05	5.89
1985	40,673	12.7	160,159	6.1	25.4	1.56	6.13
1990	59,269	6.6	206,074	4.5	28.8	1.70	5.92
1995	89,152	9.3	269,577	4.5	33.1	2.38	7.20
2000	111,997	△ 5.1	301,418	△ 1.8	37.2	3.01	8.11
2005	116,443	0.6	331,289	3.2	35.1	3.18	9.05
2006	112,594	△ 3.3	331,276	△ 0.0	34.0	3.00	8.83
2007	112,753	0.1	341,360	3.0	33.0	2.98	9.02
2008	114,145	1.2	348,084	2.0	32.3	3.25	9.90

자료: 후생노동성 대신관방 통계정보부, 「국민의료비」

내각부 경제사회총합연구소, 「국민경제계산」

후생노동성 보험국, 「노인의료사업연보」, 「후기고령자의료사업연보」

2. 재원조달방식

국민부담률은 2010년 39.0%(국민소득대비)로, 이는 2008년도에 비해 1.6%p 줄어든 수치인데, 1986년도이후 대체적으로 35~39%수준에서 큰 변동이 없는 상태이다. 또한, 조세부담률은 줄어든 상태이지만, 사회보장부담율은 반대로 증가하고 있는 것으로 나타나고 있다.

2006년도 추계전망치에 의하면, 2015년도에는 보험료부담비중이 15.9%(국민소득 대비), 공비부담비중이 8.9%로, 공비부담분이 보험료부담분의 56%로 2006년도의 50%에 비해 증가할 것으로 예측하고 있다. 이는 아무래도 고령화의 심화로 인한 고령자지출비용을 공비로 충당하하여야 하기 때문인 것으로 풀이된다.

〈표 5-12〉 일본의 국민부담률(조세부담+사회보장부담)의 대국민소득비 추이

(단위: %)

	국민부담률	조세부담	사회보장부담
1955	22.2	18.9	3.3
1960	22.4	18.9	3.6
1965	23.0	18.0	5.0
1970	24.3	18.9	5.4
1975	25.7	18.3	7.5
1980	30.5	21.7	8.8
1981	32.2	22.6	9.6
1982	32.8	23.0	9.8
1983	33.1	23.3	9.7
1984	33.7	24.0	9.8
1985	33.9	24.0	10.0
1986	35.3	25.2	10.1
1987	36.8	26.7	10.1
1988	37.1	27.2	9.9
1989	37.9	27.7	10.2
1990	38.4	27.7	10.6
1991	37.4	26.6	10.7
1992	36.3	25.1	11.2
1993	36.3	24.8	11.5
1994	35.2	23.4	11.8
1995	36.7	24.0	12.7
1996	36.5	23.8	12.7
1997	37.1	24.0	13.1
1998	37.2	23.6	13.5
1999	36.7	23.1	13.6
2000	37.3	23.7	13.6
2001	38.0	23.7	14.3
2002	36.8	22.3	14.5
2003	36.3	21.8	14.5
2004	36.8	22.4	14.3
2005	38.4	23.8	14.6
2006	38.9	24.2	14.7
2007	39.5	24.6	15.0
2008	40.6	24.3	16.3
2009	38.8	21.8	17.0
2010	39.0	21.5	17.5

주: 1) 2008년까지는 실적치임.

2) 국민부담률=조세부담률+사회보장부담률

3) 1980년이후는 93SNA 기준이고, 1975년이전은 68SNA 기준임.

단, 조세부담은 조세수입베이스이고, SNA베이스와 다름

4) 2008년도의 「사회보장부담」은 2007년도이전의 실적치와의 정합성을 도모하기 위해 조정됨.

자료: 재무성홈페이지, 「국민부담률」

〈표 5-13〉 일본 사회보장의 급여와 부담 전망(2006년 5월 추계)

	2006년		2011년		2015년		(참고) 2025년	
	조엔	%	조엔	%	조엔	%	조엔	%
사회보장급여비	898 (91.0)	239 (24.2)	105 (110)	242 (25.3)	116 (126)	253 (27.4)	141 (162)	261 (30.0)
연금	474 (47.3)	126 (12.6)	54 (56)	125 (12.9)	59 (64)	128 (13.8)	65 (75)	120 (13.8)
의료	275 (28.5)	73 (7.6)	32 (34)	75 (8.0)	37 (40)	80 (8.7)	48 (56)	88 (10.3)
복지 등	149 (15.2)	40 (4.1)	18 (20)	42 (4.5)	21 (23)	45 (4.9)	28 (32)	53 (5.8)
그중에 개호	66 (6.9)	18 (1.8)	9 (10)	20 (2.3)	10 (12)	23 (2.7)	17 (20)	31 (3.7)
사회보장관련 재원조달	28 (84.3)	220 (22.4)	101 (105)	233 (24.3)	114 (121)	248 (26.3)	143 (165)	265 (30.5)
보험료부담	540 (54.8)	144 (14.6)	65 (67)	149 (15.4)	73 (77)	159 (16.6)		
공비부담	288 (29.5)	7.7 (0.8)	36 (38)	84 (8.9)	41 (45)	89 (9.7)		
국민소득	375.6	—	433	—	461	—	540	—

주: 1) 「%」는 대국민소득, 금액은 각년도 명목액

2) 공비는 2009년도에 기초연금 국고부담비율이 1/2로 인상

3) () 외의 값은 개혁을 반영하고 ()안의 수치는 개혁이전

자료: 후생노동성정책통괄관 정책평가관실 「社会保障の給付と負担の見通し(平成18年5月推計)」

주요국가간 사회보장부담률 비교를 보면, 국민부담률(사회보장부담+조세부담)은 일본이 GDP대비율로 27.6%(2010년)로 미국(28.7%)과 유사하지만, 영국(37.7%), 독일(39.4%), 프랑스(45.5%), 스웨덴(48.6%)에 비해 낮은 수준이다. 2010년도 일반회계의 공채의존도(=공채금/세입총액)가 48%에 이르고 있고, 공채잔액이 637조엔으로, 이는 일반회계세수의 약 17개년도분으로 추정된다.

〈표 5-14〉 국가간 국민부담률의 비교, 2007년

	일본	미국	영국	독일	스웨덴	프랑스
전체(국민부담) 대GDP비	27.6	28.7	37.7	39.4	48.6	45.5
사회보장부담 대NI비	17.5	8.5	10.6	21.9	17.1	24.2
조세부담 대NI비	21.5	26.4	37.8	30.4	47.7	37.0
재정수지 대GDP비	-9.4	-2.9	-2.6	-0.2	+3.8	-2.7

자료: 재무성자료

(단위 : %)

〈표 5-15〉 2008년도 ILO 제19차 사회보장비용조사에 의한 사회보장재원(기초표)

(단위: 백만원)

	합계	정부관장 건강보험	조합관장 건강보험	국민건강 보험	노인 보건	후기고령자 의료제도
합계	101,537,754	7,702,566	7,716,794	10,310,871	549,544	5,766,265
I. 사회보험료	57,447,622	6,674,216	6,810,767	3,543,398	-	821,251
사업주각출	27,326,132	3,310,995	3,736,562	-	-	-
민간사업주각출	22,770,508	3,310,995	3,736,562	-	-	-
공적사업주각출	4,555,625	-	-	-	-	-
피보험자각출	30,121,490	3,363,221	3,074,205	3,543,398	-	821,251
피용자각출	22,508,399	3,363,221	3,074,205	-	-	-
자영업자 및 연금수급자 각출	7,613,091	-	-	3,543,398	-	821,251
II. 공비부담	32,701,516	1,003,639	22,652	4,997,122	549,544	4,936,115
보통세	32,701,516	1,003,639	22,652	4,997,122	549,544	4,936,115
국고	23,467,002	1,003,639	22,652	3,424,888	368,006	3,171,436
지방비	9,234,514	-	-	1,572,235	181,538	1,764,679
목적세	-	-	-	-	-	-
국고	-	-	-	-	-	-
지방비	-	-	-	-	-	-
III. 기타 수입	6,881,438	24,712	468,384	1,705,642	-	8,513
자산수입	760,144	737	67,656		-	-
기타	6,121,295	23,975	400,728	1,705,642	-	8,513
IV. 적립금으로부터의 전입	4,507,178	-	414,991	64,708	-	386

<표 5-15> (계속)

(단위: 백만원)

	개호보험	후생 연금보험	후생연금 기금등	국민연금	농업자 연금기금등	선원보험
합계	5,216,080	32,605,750	1,441,742	5,495,238	1,020,322	67,392
I. 사회보험료	1,357,895	22,690,521	1,434,199	1,746,999	143,548	61,190
사업주각출	-	11,345,260	1,005,334	-	-	43,137
민간사업주각출	-	11,345,260	1,005,334	-	-	43,137
공적사업주각출	-	-	-	-	-	-
피보험자각출	1,357,895	11,345,260	428,866	1,746,999	143,548	18,052
피용자각출	-	11,345,260	428,866	-	-	18,052
자영업자 및 연금수급자각출	1,357,895	-	-	1,746,999	143,548	-
II. 공비부담	3,662,882	5,513,553	481	1,940,609	127,256	3,907
보통세	3,662,882	5,513,553	481	1,940,609	127,256	3,907
국고	1,608,034	5,513,553	481	1,940,609	127,256	3,907
지방비	2,054,848	-	-	-	-	-
목적세	-	-	-	-	-	-
국고	-	-	-	-	-	-
지방비	-	-	-	-	-	-
III. 기타 수입	195,303	1,041,200	5,221	1,633,931	258,636	2,295
자산수입	1,292	-	-	-	171	1,254
기타	194,011	1,041,200	5,221	1,633,931	258,465	1,041
IV. 적립금으로부터의 전입	-	3,360,476	1,841	173,700	490,882	-

	농림어업 단체직원 공제조합	사립학교 교직원공 제조합	고용보험	노동자재 해보상보 험	이동수당	국가공무 원 공제조합
합계	515,518	654,367	2,962,603	1,447,405	1,127,234	2,251,166
I. 사회보험료	25,547	530,869	2,459,840	1,090,354	299,274	1,922,516
사업주각출	25,547	262,846	1,476,638	1,090,354	299,274	1,156,670
민간사업주각출	25,547	262,846	1,476,638	1,090,354	209,335	-
공적사업주각출	-	-	-	-	89,939	1,156,670
피보험자각출	-	268,023	983,201	-	-	765,847
피용자각출	-	268,023	983,201	-	-	765,847
영업자및연금수급자각출	-	-	-	-	-	-
II. 공비부담	1,734	70,643	421,387	457	794,788	175,749
보통세	1,734	70,643	421,387	457	794,788	175,749
국고	1,734	64,043	421,387	457	242,150	175,749
지방비	-	6,600	-	-	552,639	-
목적세	-	-	-	-	-	-
국고	-	-	-	-	-	-
지방비	-	-	-	-	-	-
III. 기타 수입	488,237	52,855	81,376	356,595	33,172	152,901
자산수입	5,343	51,648	56,265	120,756	-	107,127
기타	482,894	1,207	25,112	235,838	33,172	45,774
IV. 적립금으로부터의 전입	-	-	-	-	-	-

<표 5-15> (계속)

(단위: 백만엔)

	존속조합 등	지방공무원 등공제조합	구령공제 조합등	국가공무원 재해보상	지방공무원 등 재해보상	구공공기업 직원유채재해
합계	262,400	6,305,231	7,245	11,040	29,432	7,253
I. 사회보험료	257,164	5,469,385	83	11,040	25,949	7,253
사업주각출	257,164	3,207,662	83	11,040	25,949	7,253
민간사업주각출	257,164	-	83	-	-	7,253
공적사업주각출	-	3,207,662	-	11,040	25,949	-
피보험자각출	-	2,261,724	-	-	-	-
피용자각출	-	2,261,724	-	-	-	-
자영업자및근로자각출	-	-	-	-	-	-
II. 공비부담	553	471,587	6,927	-	-	-
보통세	553	471,587	6,927	-	-	-
국고	553	4,340	6,927	-	-	-
지방비	-	467,247	-	-	-	-
목적세	-	-	-	-	-	-
국고	-	-	-	-	-	-
지방비	-	-	-	-	-	-
III. 기타 수입	4,683	364,260	41	-	3,483	-
자산수입	2,581	343,694	41	-	1,578	-
기타	2,102	20,565	-	-	1,905	-
IV. 적립금으로부터의 전입	-	-	194	-	-	-

	국가공무원 은급	지방공무원 은급	공중위생	생활보호	사회복지	전쟁희생자
합계	27,520	36,941	641,832	2,716,701	3,721,136	920,168
I. 사회보험료	27,425	36,941	-	-	-	-
사업주각출	27,425	36,941	-	-	-	-
민간사업주각출	-	-	-	-	-	-
공적사업주각출	27,425	36,941	-	-	-	-
피보험자각출	-	-	-	-	-	-
피용자각출	-	-	-	-	-	-
자영업자및근로자각출	-	-	-	-	-	-
II. 공비부담	95	-	641,832	2,716,701	3,721,136	920,168
보통세	95	-	641,832	2,716,701	3,721,136	920,168
국고	95	-	549,951	2,038,067	1,856,922	920,168
지방비	-	-	91,880	678,635	1,864,214	-
목적세	-	-	-	-	-	-
국고	-	-	-	-	-	-
지방비	-	-	-	-	-	-
III. 기타 수입	-	-	-	-	-	-
자산수입	-	-	-	-	-	-
기타	-	-	-	-	-	-
IV. 적립금으로부터의 전입	-	-	-	-	-	-

한편, 국민의료비의 재원조달 추이를 보면, 2008년 공비비중은 37.1%, 보험료비중은 48.8%, 환자부담등 비중은 14.2%로 나타나고 있다. 이는 지난 1985년도에 비하면, 보험료비중(54.3%)은 줄어든 반면에 공비비중(33.4%)과 환자부담등 비중(12.3%)은 늘어난 것으로 나타나, 1990년대이후 경제침체를 반영하고 있는 것으로 판단된다.

또한, 노인의료비의 재원조달추이를 살펴보면, 2007년도에는 공비비중이 42.2%, 보험자부담비중이 48.9%, 환자부담비중이 8.9%로 나타나고 있는데, 이는 1992년도에 비해 공비부담(30.1%)과 환자부담비중(3.9%)은 크게 늘어났고, 보험자부담비중(66.0%)은 크게 줄어들었다. 특히, 환자부담비중의 상승은, 고령자라 하더라도 연금액 등 소득수준이 높은 자가 많아지고 있기 때문에 본인일부부담율을 상향조정한 결과에 기인하는 것으로 판단된다.

〈표 5-16〉 일본 국민의료비의 재원조달 추이

	국민의료비 총액(억엔)	공비(억엔)			보험료(억엔)			기타(억엔)	
		총액	국고	지방	총액	사업주	피보험 자	총액	환자부담
1985	160,159	53,497	42,551	10,946	87,038	37,500	49,537	19,624	19,185
1990	206,074	64,699	50,787	13,912	116,069	50,402	65,667	25,307	24,884
1995	269,577	85,398	65,132	20,265	152,137	66,169	85,968	32,043	31,705
2000	301,418	99,949	74,302	25,646	160,910	68,318	92,592	40,561	40,291
2005	331,289	121,162	83,544	37,618	162,341	67,164	95,177	47,786	47,572
2006	331,276	121,746	82,367	39,379	161,773	66,529	95,244	47,757	47,555
2007	341,360	125,744	84,794	40,949	167,462	68,990	98,436	48,190	47,996
2008	348,084	129,053	87,234	41,819	169,709	71,110	98,599	49,323	49,141

자료: 후생노동성, 국민의료비

〈표 5-17〉 일본 노인의료비의 재원조달 추이

	1992		1996		2000		2002		2006		2007	
	억엔	(%)	억엔	(%)	억엔	(%)	억엔	(%)	억엔	(%)	억엔	(%)
합계	69,372	100.0	97,232	100.0	111,997	100.0	117,300	100.0	112,594	100.0	112,753	100.0
공비	20,891	30.1	30,088	30.9	31,374	28.0	32,945	28.1	45,709	40.6	47,609	42.2
국가	13,928	20.1	20,059	20.6	20,916	18.7	21,964	18.7	30,473	27.1	31,739	28.1
도도부현	3,482	5.0	5,015	5.2	5,229	4.7	5,491	4.7	7,618	6.8	7,935	7.0
시정촌	3,482	5.0	5,015	5.2	5,229	4.7	5,491	4.7	7,618	6.8	7,935	7.0
보험자	45,794	66.0	62,078	63.8	72,095	64.4	74,179	63.2	57,036	50.7	55,083	48.9
피용자보험	29,726	42.9	39,925	41.1	44,326	39.6	43,996	37.5	33,246	29.5	32,090	28.5
정관일반	13,750	19.8	18,933	19.5	21,365	19.1	21,358	18.2	17,201	15.3	16,808	14.9
조합	11,549	16.6	15,258	15.7	17,347	15.5	17,023	14.5	12,001	10.7	11,435	10.1
법3조2항	38	0.10	28	0.03	21	0.02	16	0.01	9	0.00	6	0.00
선원보험	143	0.2	154	0.2	140	0.1	124	0.1	77	0.1	70	0.1
공제조합	4,246	6.1	5,552	5.7	5,453	4.9	5,475	4.7	3,957	3.5	3,771	3.3
국보	16,068	23.2	22,153	22.8	27,770	24.8	30,183	25.7	23,790	21.1	22,992	20.4
환자부담	2,687	3.9	5,067	5.2	8,528	7.6	10,175	8.7	9,849	8.7	10,061	8.9
(임시특례)	-	-	-	-	(1,186)	(1.1)	-	-	-	-	-	-

자료: 후생노동성보험국, 「노인의료사업연보」

제4절 사회보장제도의 개혁방향 및 주요내용

1. 기본방향

2009년 9월, 민주당중심의 정권교체가 이루어진 이후, 2010년 6월에 『신성장전략~건강한 일본부활의 시나리오』를 작성하였고, 기본전략으로, 「강력한 경제」, 「강력한 재정」, 「강력한 사회보장」을 제시하고 있다.

동 계획의 추진기간을 2020년도까지로 책정하고, 달성목표를 분야별로 책정하고 있는데, 추진분야로는 ①그린 이노베이션에 의한 성장 및 이를 지원하는 자원확보, ②라이프 이노베이션에 의한 건강대국의 실현, ③아시아경제전략, ④관광입국, 지역 활성화전략, ⑤과학, 기술, 정보통신입국전략, ⑥고용, 인재전략, ⑦금융전략 등을 포함하고 있다.

여기에서, 2010년 10월이후 사회보장개혁에 관한 최근의 검토과정은 다음과 같이 정리할 수 있다.

- 2010.10.28: 정부여당 사회보장개혁검토본부 설치
- 2010.11.9~12.8: 사회보장개혁에 관한 유식자검토회
 - 사회보장의 현상과 과제
 - 사회보장개혁에 관한 현재까지의 주요 논의내용 및 재원 및 재정운영전략
 - 사회보장지원세제 및 상대적 빈곤과 재정, 고용
 - 사회보장개혁의 구체적 내용에 관한 논의내용 등
- 2010.12.10: 정부여당 사회보장개혁검토본부
 - 민주당 세 및 사회보장의 근본적 개혁조사회 중간보고
 - 사회보장개혁에 관한 유식자검토회보고
- 2010.12.14: 각의 결정
- 2011.1.21: 정부여당 사회보장개혁검토본부
 - 사회보장개혁에 관한 집중검토회의 설치
- 2011.1.31: 정부여당 사회보장개혁검토본부
 - 사회보장/세에 관한 번호제도 관련 기본방침 결정
 - 사회보장개혁에 관한 집중검토회의 위원 선정
- 2011.2.5: 사회보장개혁에 관한 집중검토회의
 - 향후 추진방향 논의

사회보장개혁의 방향으로는 안심과 활력을 위한 사회보장의 비전을 제시하는 것으로 되어 있는데, 일본 사회보장제도개혁의 방향성과 구체적인 대책에 대해서는 우선 기본방향으로 ‘세대간 공평’과 ‘공조(共助)’를 설정하고 있다.

그러한 사회보장제도개혁의 배경을 보면, 현재의 제도골격이 1960~70대 고도경제성장시기에 구축된 것으로, 당시의 기본전제가 정규직 고용, 종신고용, 완전고용, 지속적인 경제성장의 유지, 핵가족/전업주부의 표준세대모델, 기업에 의한 풍부한 복리후생, 지역 및 친족의 연계 등이었다.

그러나, 제도를 둘러싼 환경의 변화가 제도구축의 기본전제도 변화할 필요성이 대두되었다. 즉, 비정규직의 증가, 독거자(1인가구)의 증가, 도시지역의 고령화, 계층격차 및 빈곤문제, 그로벌화시대의 고용관행 등, 고용기반, 가족형태, 지역기반, 생활 및 리스크기반, 기업기반 등이 변화하고 있는 실정이다. 대부분의 사회보장비용이

적자국채로 충당되고, 부담을 후세대 및 차세대로 이전시키는 상황이 발생하였는데, 고령자에 대한 급여가 상대적으로 풍족하고 세대간 급여 및 부담이 불균형한 상태로 유지되고 있다는 것이다.

이러한 상기의 환경변화에 유념하면서 제도개혁시 참고사항으로는 (1)국민의 눈높이 수준에서 국민들의 자립을 지원하고, 안심하고 생활할 수 있는 기반을 정비하는 사회보장제도의 본원적 기능을 복원, 강화시키고, (2)안심, 공조, 공평성을 삼위일체로 추진한다는 것이다. 즉, 다양한 세대, 다양한 삶에 대응할 수 있는 사회, 한사람 한사람이 능력을 발휘하여 직업생활을 확보할 수 있는 사회를 조성, 새로운 형태의 지역내 상호지원 및 지역재생에 대한 기여, 세대간 공평성 확보, 빈곤/격차문제 해소를 통한 사회적 연대의 유지, 공조체제를 기본으로 한 국민상호간 책임과 부담을 상호분담하는 체제를 구축한다는 것이다.

궁극적으로 사회보장제도개혁의 기본적 방향성은 3대 기본이념(참여보장, 보편주의, 안심에 기반을 둔 활력)과 5대 원칙, 즉 모든 세대 대응형, 미래에 대한 투자, 분권적/다원적 공급체제, 포괄적 지원, 부담을 이전시키지 않는 안정재원을 확보하는 것이다. 여기에서 5대원칙을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 모든 세대 대응형 및 미래에 대한 투자부문으로 세대간 공평을 의도하는 사회보장제도를 구축하는 것이다. 고령세대뿐만 아니라 현역세대 및 장래세대에게도 배려하는 전세대 대응형으로 전환하고, 사람들 간의 상호연대/공조를 기초로 모든 세대가 신뢰감 및 납득감을 얻을 수 있는 사회보장제도를 구축한다. 그리고 현역세대의 취로 및 사회참여를 지원하면서 차세대를 육성하고, 남녀노소를 불문하고 고용을 중심으로 능력을 형성하여 발휘할 수 있는 기회를 확대시킨다. 이를 위해서는 고용을 통한 참여보장, 특히, 현역세대의 기초, 장래의 중핵이라 할 수 있는 젊은 계층의 자립지원을 강화하고, 아동, 보육지원을 강화하는 것으로 되어 있다.

둘째, 참여보장, 포괄적 지원(모든 사람이 참여할 수 있는 사회)으로 공조를 기반으로 한 중층적 안전망을 구축하는 것이다. 공조를 강화하여 사회의 분단 및 양극화를 초래하는 빈곤/격차 및 그 재생산을 방지/취소시키고, 사회전체가 지원하고, 지원이 가능한 사회보장제도를 확립시킨다. 그리고 공조를 기반으로 한 중층적인 안전망을 구축하는데, 이를 위해서는 제1의 안전망(전국민보험, 전국민연금체제)의 유동성

을 시정하는 것으로, 비정규직노동자에 대한 사회보험의 적용확대, 저소득계층대책의 강화 등이 포함된다. 그리고 Trampoline형의 제2의 안전망 구축으로 구직자지원제도의 창설, personal support services 추진 등이 포함되어 있는데, 최후의 안전망으로써의 생활보호제도의 개선을 제기하고 있다.

셋째, 보편주의 및 분권적/다원적 서비스공급체제로 다양한 주체의 연계/협력에 의한 지역포괄케어시스템을 구축하는 것이다. 기능분화 및 네트워크 구축으로 익숙한 지역에서 필요한 의료, 개호서비스를 계속적이고, 일체적으로 받을 수 있는 지역포괄케어시스템을 구축한다. 국민이 납득할 수 있고, 만족할 수 있는 질(quality)의 담보 및 효율적인 서비스를 제공하며, 지역을 기초로 인적/물적자원을 선택적이고 집중적으로 투입하여 기능강화 및 효율화를 동시에 실시한다. 즉, 안심하고 양질의 의료 및 개호를 제공할 수 있는 네트워크를 구축하고, 급여의 중점화 및 효율화를 도모하는 것을 포함하고 있다.

넷째, 안심에 기반을 둔 활력으로 신성장전략의 실현에 의한 경제성장의 선순환을 유지시키는 것이다. 사회보장은 수요측면과 공급측면에서 성장전략에 기여하는 여지가 크고, 일본경제의 성장은 사회보험료수입 및 세수의 안정적인 확보를 통해서 사회보장의 기능강화로 연결한다. 재정에 대해 과대한 부하를 걸게 하는 것도 지속가능한 사회보장으로 연결되지 않고 강한 경제, 강한 재정, 강한 사회보장이 선순환을 유발시키는 것도 중요하다. 즉, 의료이노베이션을 추진하는 것으로 지역고용에 투자하는 의료, 개호, 자녀양육분야에서의 고용확대, 취업촉진에 의한 고용확대 및 디센트워크의 실현, 사회보장개혁에 의한 안심창조를 통한 소비확대, 지원 등이 포함되어 있다.

2. 각 개별분야별 개혁내용

보육지원부문에서는 모든 자녀에게 양질의 성장발육환경을 보장하고 사회전체가 보육을 지원하는 것으로 자녀수당, 지역보육지원 등을 통하여 모든 아동 및 보육가정을 지원한다. 유치원 및 보육원의 일체화를 추진한다. 즉, 질 높은 유아교육, 보육의 일체적 제공, 보육의 양적 확대 및 다양한 보육서비스 강화에 의한 대기아동의

해소, 가정에서의 양육지원의 강화가 포함되어 있다. 그리고 새로운 일원적 시스템의 구축인데, 이는 기초 자치단체가 실시주체가 되고, 자녀, 보육회의를 설치하며, 사회전체(국가, 지방, 사업주 및 개인)에 의한 비용부담, 정부의 추진체제 및 재원을 일원화하는 계획이 포함되어 있다.

취업촉진부문에서는 전원 참가형 사회를 실현하는 것으로 청년계층의 안정적인 고용을 확보하고, 여성취업을 확대시키고 고령자의 취업을 촉진시키는 것을 포함하고 있다. 그리고 디센트 워크(근로의욕이 생기는 인간다운 업무)를 실현하는 것으로 비정규노동자대책으로 공정한 처우확보, 기간계약근로자에 대한 법 정비, 비정규근로자에 대한 사회보험 적용, 최저임금의 인상을 위한 노력 등이 포함되어 있다.

의료 및 개호부문에서는 의료 및 개호서비스의 제공체제의 효율화 및 중점화와 기능강화를 도모하는 것으로 의사확보, 개호직원 등의 인재확보나 자질의 향상, 병원/병상의 기능분화 및 기능강화, 전문직종간의 협동 및 역할분담의 재검토, 재택 의료/개호체제의 강화, 지역포괄케어시스템의 확립, 케어제공 고령자주택 등 거주계서비스의 강화에 따른 요양시설의 대기자 해소, 정신보건의료의 개혁, 인지증대책의 강화, 개호예방/중증화예방으로의 중점화 등이 포함되어 있다. 그리고, 보험자기능의 강화를 통한 의료/개호보험제도의 안전망기능 강화 및 급여의 중점화를 도모하는 것으로 이에선 취업상태와 무관하게 안전망을 제공하기 위해서 비정규직 근로자에 대한 피용자보험의 적용확대, 시정촌건강보험재정의 광역화 및 저소득자대책의 강화, 고도의료 및 고액 또는 장기간 걸친 의료의 중점화, 보험자기능의 강화, 고령자의료비/개호비 관련 고령세대와 현역세대간 공평한 부담 등이 포함되어 있다. 예방추진, 제도운영에 관련된 효율화 추진, 생활습관병의 예방, 개호예방/중증화대책, ICT 이용추진, 후발의약품의 사용촉진 등이 포함되어 있다.

의료이노베이션부문에서는 일본개발의 혁신적 의약품, 의료기기의 개발 및 실용화를 도모하는 것이다. 이는 연구개발의 추진, 즉, 임상연구의 질/양의 향상, 개별중점분야의 연구개발을 지원하고, 임상연구의 성과 등을 치료 및 승인으로 연결되기 위한 기반정비 및 효과적인 보험상환가격의 설정하는 것이다. 즉, PMDA에 의한 약사전략상담, PMDA 등의 체제강화, 실용화를 염두에 둔 레규라트리 사이언스의 추진, (독)의약기반연구소에 의한 오픈드럭 등의 개발지원 확충, 보험상환가격의 설정에서

의 의료경제적인 관점을 고려한 이노베이션평가 등의 재검토 등이 포함되어 있다. 그 이외에 의료상 필요한 의약품 및 의료기기의 환자에 대한 신속한 제공이 있는데, 이에는 신청 lag, 심사 lag 단축에 대한 대처, 의료보험제도에서의 대처 등이 포함되어 있다.

연금부문에서는 새로운 연금제도의 골격을 마련하는 것으로 소득비례연금은 사회보험방식으로 운영하되, 직종을 불문하고 모든 자가 동일한 제도에 가입하고 소득이 동일하다면 동일한 보험료를 부담하고 동일한 급여를 받도록 하고, 최저보장연금은 조세를 재원으로 하되, 고령기에 최저 수준만큼 수급할 수 있도록 한다는 것이다. 따라서, 새로운 연금제도가 지향하는 방향성에 따라 현행제도를 개선시키는데, 즉, 취업방법, life-course의 선택에 영향을 주지 않는 제도, 피용자연금의 일원화, 최저보장기능의 강화, 능력에 따른 부담, 연금재정의 지속가능성 확보 등을 포함하고 있다.

저소득계층대책(본인부담, 보험료, 주택대책)에는 종합합산제도(가칭)의 도입을 검토하는 것이다. 이는 제도단위가 아니라 가계전체를 총액으로 생각해서 의료/개호/보육/장애에 관한 본인부담의 합계액을 상한으로 설정하고, 기초적인 소비지출을 바탕으로 부담상한을 연소득의 일정비율로 설정하는 등, 저소득자에게 유리하게 설정하는 것이다. 2015년 이후에 이용범위가 확대 예정 될 사회보장/조세와 관련한 번호제도 등의 정보연계기반의 정비가 도입되는 것을 전제로 하고 있다. 그리고 고액요양비제도를 재검토하는 것으로 현역의 일반소득자 중에서 소득이 낮은 자의 본인부담상한액을 재검토하고 장기간에 걸친 고액의료비의 부담을 경감시키기 위해 연간 본인부담상한액 설정을 검토한다. 그 이외에 국민건강보험, 개호보험의 저소득자 대책 강화, 비정규직근로자에 대한 후생연금, 건강보험의 적용확대 및 주택지원의 체제강화를 검토한다.

빈곤 및 격차부문에서는 현역세대의 안전망의 강화에 따른 자립을 지원하는 것으로 고용, 취업대책의 강화가 최우선이고, 고용보험의 재정기반을 안정화시키고, 구직자지원제도의 창설, 이직자용 주택수당 및 종합지원자금대부도 포함하는 제2의 안전망을 종합적으로 추진, 생활보호수급자, 주택수당수급자 및 모자가정의 모성에 대해 자치체 및 할로워크간 협정에 기초로 한 취업지원 등이 포함되어 있다. 그리고 지역상호지원기반이 되는 체제를 강화하고, 생활지원에서 취업지원까지 일관된 지원(시

정촌주도에 의한 종합상담 및 사회자원의 유기적 연계를 실시하는 전임기관 설치(지원)을 실시한다. 또한, 최후의 안전망인 생활보호제도를 재검토하는 것으로 가득능력을 지닌 생활보호수급자용 자립/취업지원메뉴의 내실화 및 지원강화, 자녀의 빈곤세습 방지, 부정수급대책의 강화(의료부조의 적정화 및 빈곤비즈니스 배제), 객관적인 자료에 의한 생활보호기반의 검증 등이 포함되어 있다.

마지막으로, 장애인시책, 사회보장개혁실현에 필요한 재원 확보부문에서는 장애인보장복지의 시행에 필요한 재원을 안정적으로 확보하는 것으로 장애인제도개혁추진본부에서 제도의 사각이 없는 지원제공 등을 내용으로 하는 장애인종합복지법(가칭)을 2012년에 국회에 제출하여, 2013년까지 시행을 목표로 하고 있다. 또한, 재정의 지속가능성을 고려한 사회보장재원을 검토하는 것으로 조세와 일괄개혁 중에서 재정건전화를 동시에 달성하고, 지진재해 부흥으로의 지침간 관계를 고려하고, 일정표에 따른 대책을 시행하는 것이다.

3. 시사점

일본의 사회보장의 개혁은 저출산 및 인구고령화에 따른 비용지출의 급증과 재원 확보의 한계에서 추진되고 있다는 것이다. 인구고령화에 직접적인 영향을 받고 있는 고령자관련 지출에서 연금과 의료 및 간호비용이 중심적인데, 이들 지출비용의 대부분이 현역근로자의 부담으로 지출되는 부과방식(pay-as-you-go system)으로 운영되고 있다는 점이다. 특히, 저출산의 지속으로 근로계층이 얇아져 가고 있는 상황에서 현역근로세대의 부담은 과거에 비해 높아지고 있기 때문에 급여지출의 효율적인 개선에 초점을 맞추고 있다는 것이다.

추가적으로 고려해 볼 수 있는 것으로 일본의 사회보장재정은 그동안 상당한 국고투입이 가능했기 때문에 상대적으로 적은 보험료부담으로 국민들은 사회보장의 혜택을 받을 수 있었다는 것이다. 비록, 보험료부담의 불가능으로 사회보험제도로부터 급여권이 발생하지 않는 형식상의 피보험자들은 국가예산으로 제공되는 사회복지서비스를 긴급하게 수급할 수 있도록 하고 있기 때문에 국가의 사회보장재정에 대한 지원은 커질 수밖에 없는 구조를 지니고 있다. 그런데, 일본이 경제호황기를 구가하

던 시기에는 국가의 재정도 안정되어 있어 사회보장에 막대한 자금을 지원할 수 있었으나, 경제 활성화가 이루어지고 있지 못한 상태에서 보험료나 조세수입도 원활하지 못한 상태에서 경직성의 사회보장급여지출로 지속적인 재정투입이 필요하였기에 일본은 부득이하게 국채를 발행하여 이를 충당해 온 것도 사실이다. 이는 결과적으로 현행세대의 급여지출을 후세대가 지불하여야 하는 결과를 낳고 있어서 심각성이 표출되고 있는 상황이다.

이러한 일본의 경험은 우리나라에도 좋은 사례로 보여지고 있는데, 우리나라의 고령화속도가 일본보다 더 빠르게 진행되고 있어 그 준비대책은 일본보다 더 이른 시기에 세우지 않으면, 큰 혼란이 일어날 가능성이 높다고 하겠다. 또한, 일단 급여지출비용을 확대시켜 놓고, 이를 충당하기 위해 막대한 국채를 발행하여 후세대에게 부담을 지우게 하는 잘못을 발생시켜서는 안 될 것이다.

제5절 사회보장제도의 성과와 시사점

소득불평등도를 지니계수를 통해서 살펴보면, 2008년 현재, 재분배소득을 기준으로 할 때 0.3758로 나타나고 있는데, 이는 1993년의 0.3645에 비해 불평등도가 심해진 것으로 나타났다.

재분배소득의 지니계수가 당초소득의 계수에 비해 상당히 개선된 것으로 나타나고 있는데, 그 요인을 보면, 사회보장에 의해 개선된 정도(2008년)가 29.3%, 조세에 의해 개선된 정도가 3.7%로 산정되었다. 이는 과거에 비해 조세에 의한 개선도가 줄어든 반면에 사회보장에 의한 개선도는 늘어난 것으로 나타나고 있어, 정부의 역할이 줄어들고 있는 것으로 보인다.

〈표 5-18〉 일본 소득재분배에 의한 소득격차시정효과(지니계수)의 추이

	지니계수				지니계수 개선도		
	당초소득	①+ 사회보장급여금 -사회보험료	가처분소득 (②-세금)	재분배소득 (③+현물급여)	재분배에 의한 개선도	사회보장에 의한 개선도	조세에 의한 개선도
	①	②	③	④		(%)	(%)
1993	0.4394	0.3887	0.3693	0.3645	(%) 17.0	(%) 12.7	(%) 5.0
1996	0.4412	0.3798	0.3660	0.3606	18.3	15.2	3.6
1999	0.4720	0.4001	0.3884	0.3814	19.2	16.8	2.9
2002	0.4983	0.3989	0.3854	0.3812	23.5	20.8	3.4
2005	0.5263	0.4059	0.3930	0.3873	26.4	24.0	3.2
2008	0.5318	0.4023	0.3873	0.3758	29.3	26.6	3.7

주: 1) 재분배에 의한 개선도=1-④/①

2) 사회보장에 의한 개선도=1-②/①×④/③

3) 조세에 의한 개선도=1-③/②

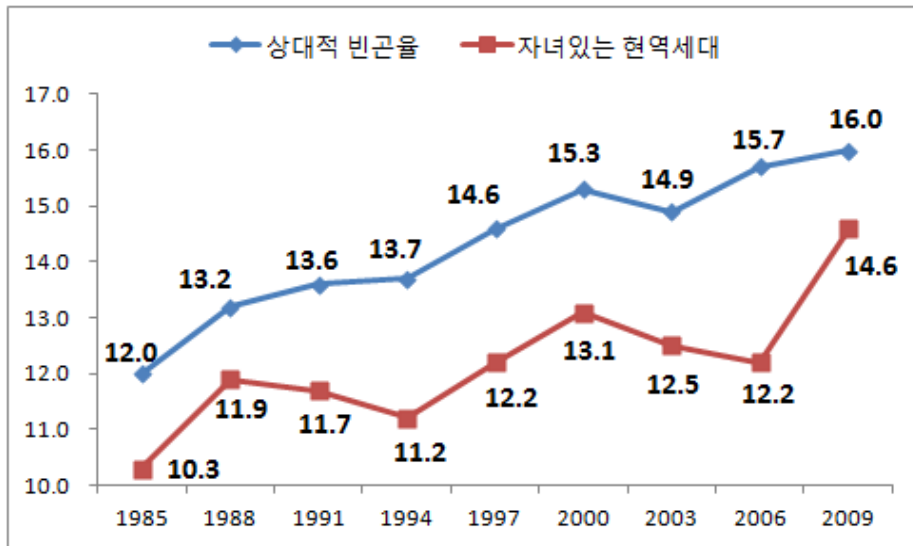
4) 1999년이전의 현물급여는 의료만이고, 2002년이후는 의료, 개호, 보육임.

자료: 후생노동성 정책통괄관부정책평가관실, 「소득재분배조사보고서」

일본의 상대적 빈곤율은 2000년경이후 중반까지 저하하고 있고, 일반적으로 국민들이 알고 있는 것과는 반대로 고이즈미정권 아래에서는 격차가 축소된 것으로 나타나고 있다. 이는 가계조사에 의한 소득격차의 동향과 일치하는 것으로 보인다.

그러나, 다시 한번 보면, 1980년대 중반이후 서서히 상승하는 경향을 띄고 있고 소득이 적은 노인가구를 제외한 자녀가 있는 현역세대에서의 수준은 전체를 밀돌고 있지만, 그 경향은 역시 증가하는 형태를 띄고 있다. 여기에서 2009년도의 경우 상대적 빈곤율과 자녀가 있는 현역세대의 빈곤율간의 격차가 상당히 축소된 것으로 나타나고 있다. 이것은 고령자가 현역세대보다 소득이 상대적으로 낮아서 고령자가 증가하면, 전체의 상대적 빈곤율과 현역세대의 상대적 빈곤율간 격차폭은 커지게 되어 있는데, 2009년도의 경우 경제침체가 발생하여 현역세대에서 빈곤율이 증가하였기 때문이다.

[그림 5-2] 상대적 빈곤율의 연도별 추이

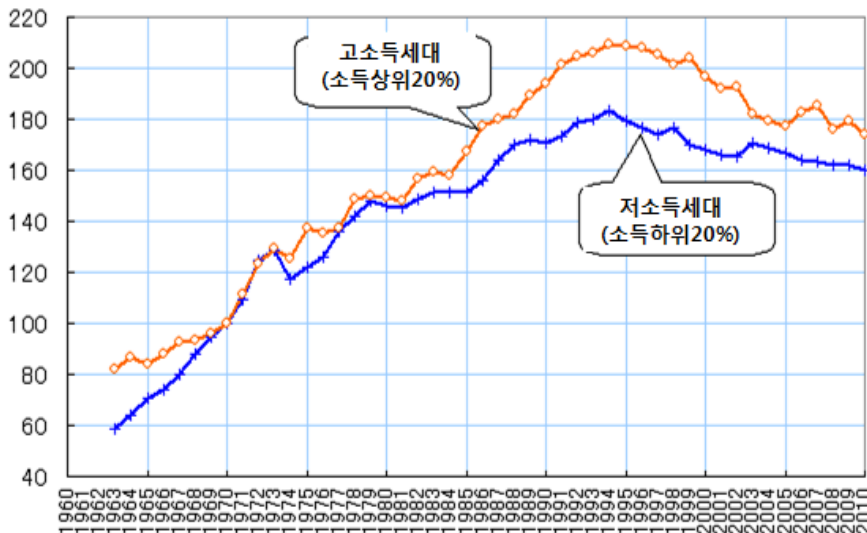


자료: 후생노동성, 평성22년 국민생활기초조사의 개황

한편, 저소득가구와 고소득가구의 소득수준의 추이를 보면, 다음과 같다. 일반적으로 소득격차가 확대한다는 것은 저소득계층의 소득수준이 하락하고 고소득계층의 소득수준이 상승하는 여러 가지의 가정을 상정할 수 있는데, 양 소득계층의 소득수준지수를 보면, 고도성장기에는 급격한 격차축소가 발생한 것으로 나타나고 있다. 이는 고소득계층의 소득이 상승했다기 보다는 저소득계층의 소득상승이 컸기 때문으로 해석하고 있다. 이 시기에는 공업이 발달하고 저소득층이 안정적인 기업고용으로 흡수되었기 때문에 나타나 결과로 보고 있다. 그러나 1973년 석유파동 이후 고소득계층의 소득증가가 저소득계층의 그것을 웃돌아 그 격차가 확대된 것으로 나타났다.

또한, 버블경제가 붕괴된 이후 1990년대 중반부터 장기경제전망이 불투명한 시기에는 저소득계층, 고소득계층 모두 소득수준이 저하하는 추세로 돌아섰고, 전가구로 보면, 격차는 그대로 유지되고 있었지만, 근로자세대에서는 약간 격차가 확대되는 현상을 보이고 있었다. 그리고 2000년대에 접어들어 와서는 고소득계층의 소득수준은 지속적으로 저하되었지만, 저소득계층은 저하가 멈추고 격차가 다시 축소하고 있는 것으로 나타나고 있다.

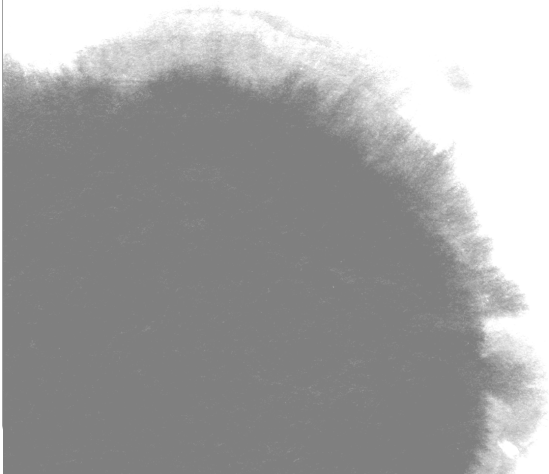
[그림 5-3] 저소득 및 고소득가구의 소득수준지수 추이



주: 1970년=100으로 한 경우. 자료: 후생노동성, 가계조사

결과적으로 사회보장재정에 대한 정부의 역할은 축소되는 반면에 사회보장제도 자체의 역할은 확대되고 있음으로 해서 재분배소득에서의 소득불평등도가 사회보장제도에 의해 개선된 것으로 나타나고 있다. 그럼에도 불구하고 상대적 빈곤율은 1985년도이후 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 이는 근로현역세대에서의 상대적 빈곤율이 높게 차지하고 있기 때문으로 보인다. 그러나, 저소득계층의 소득수준이 저하되는 현상이 최근에 들어와 멈추고 있는 것은 사회보장의 혜택이 그만큼 저소득계층에 집중되었기 때문으로도 볼 수 있다. 따라서, 고령자집단과 저소득집단으로의 사회보장지출이 전체적인 소득불평등도, 상대적 빈곤율, 계층간 소득수준의 증가추이 등의 흐름에 영향을 주고 있는 것으로 판단된다.

선진국과 우리나라의 사회보장체계 비교



제6장 선진국과 우리나라의 복지체계 비교

제1 절 선진 4국 사회보장체계의 특징비교

1. 선진 4국의 사회보장제도 구성상의 특징

앞장에서 우리는 스웨덴, 독일, 미국, 일본의 사회보장제도의 발달과정과 사회보장제도의 현황 및 최근 사회보장제도 개혁의 동향들을 살펴보았다. 이들 국가들의 사회보장제도의 특징을 정리하여 보면 다음과 같다. 스웨덴의 경우 보편적인 복지가 총괄적으로 제공되는 사회민주주의 체제의 대표적 국가로서 성공적인 북유럽 모형으로 간주되고 있다. 스웨덴은 전통적으로 빈곤, 질병, 육아등 사회적 위험에 대한 사회적책임이 강한 나라로, 사회보장제도에 있어서도 보편적 복지의 기본원리하에 다른 국가들에 비하여 공공부조보다는 사회서비스에 의한 사회안전망 구축이 눈에 띈다. 사회서비스는 1970년 이후 지방이양 되어 지방자치단체가 최종 서비스 제공을 책임지는 지방분권화가 이루어졌으며, 학교교육, 주거, 보건의료, 노동시장등 매우 광범위한 분야에 걸쳐 높은 수준으로 제공되고 있다. 스웨덴에서의 사회서비스는 공공부조로 탈락하기 전 사회안전망을 제공하는 역할로 자리 잡게 되었다.

한편, 스웨덴의 사회보험은 1999년 사회보험법에 의하여, 총 26개에 달하는 보험과 수당이 사회보험으로 통합되어, 실업보험, 노동시장프로그램 참여수당, 추가돌봄수당등 다양한 특별보험을 사회보험으로 통합 제공하고 있다. 총 26개의 의료보험, 부모보험, 병가보상, 재활 및 특수보험 등 4개 보험과, 주택수당, 부조수당, 아동양육수당, 유족아동수당 등 14개의 보험과 수당이 거주기반 보험으로, 또 소득기반 보험으로서 병가수당이 사회보험의 형태로 제공되고 있다.

광범위한 사회서비스 중심의 스웨덴과는 달리 독일의 사회보장제도는 역사적으로 근로자를 중심으로 한 사회보험제도가 사회보장제도의 근간을 이루고 있다. 이에 따라 근로자들에게는 높은 소득대체율의 사회보험이 제공되지만, 자영업자는 사회보험의 영역에서 벗어나게 되는 문제들이 내재하게 된다. 가족역할 중심의 근로자 수입보장을 주된 목표로 하는 보수 조합주의로 분류되는 독일 사회보장체제는 가족의 역할이 실패하는 경우 국가가 개입하는 보축성의 원리에 근거하기 때문에, 공공부조나 사회서비스의 역할도 사회보험에 비하여 크지 않다. 독일의 사회서비스는 공공부조 체계에 속하여 운영되고 있으나, 민간부문이 사회서비스 운영에서 보다 큰 역할을 담당하고 있다.

미국은 개인의 책임과 민간 및 시장의 역할이 강조되는 전통하에 빈곤문제에 대한 국가적 개입이 그다지 강하지 않은 나라이다. 이에 따라 공공부조체계도 대상과 제도가 극히 제한적이며 사회서비스도 일부 빈곤층에게만 한정되어 제공되고 있다. 사회서비스는 주정부의 책임하에 민간이 일선에서 공급하는 형태로 분권화되어 있어, 시장원리가 적용되는 경쟁체계가 작동하고 있다. 미국의 경우는 공공부조 수준이 낮기 때문에 오히려 민간이 제공하는 사회서비스의 역할이 공공부조보다는 큰 편이다. 사회보험의 경우 전국민대상의 노령, 유족, 장애연금 등 연금보험(OASDI)과 실업보험, 산재보험이 제공되고 있다. 그러나 건강보험은 전국민에 대한 공적인 건강보험제도가 제공되지 않고, 민간 건강보험이 주된 보험제도로 역할을 하고 있다. 국가가 제공하는 공적 건강보험은 빈곤층 및 노인을 대상으로 하는 메디케이드와 메디케어가 제공되고 있으며, 장애인에게는 연금보험(OASDI)에서 공적 건강보험이 제공되는 형태이다.

우리나라와 비교적 유사한 사회보장체제를 갖추고 있는 일본의 사회보장체제는 의료보험, 연금보험, 고용보험, 노동자재해보상보험, 개호보험 등 5개 사회보험과, 공공부조로서 생활보호제도, 아동, 가정, 장애인, 고령자등에 대한 사회서비스로 구성되어 있다. 일본의 사회보험은 직역별, 지역별 등으로 분리된 체계여서 고용 및 임금등에 있어서 나타나는 격차를 사회보험체제내에 그대로 반영하는 형태로 나타나고 있다. 의료보험제도는 건강보험, 국민건강보험제도 등 8개의 제도가 독립적으로 운영되고 있고, 연금보험제도도 8종류의 제도로 구성되어 있다. 일본 사회보장제도의

특징은 국고부담주도형 사회보장제도의 확충이라는 점을 들 수 있다. 일본의 사회보장제도는 전후 경제성장의 과정에서 사회보험을 위주로 발달하여오다가 고도 성장기로 접어들면서 사회서비스의 대상이 보편적으로 확대되어 가는 변화를 수반하고 있다. 일본은 북유럽 국가들처럼 보편적 가족수당은 부재하지만, 아동수당이 도입되어 확대와 축소를 거듭하여 왔다.

〈표 6-1〉 선진 4국의 사회보장체계 구성

구분	스웨덴	독일	일본	미국
사회보험	<ul style="list-style-type: none"> · 거주기반보험(의료보험, 부모보험, 병가보상, 재활 및 특수보험; 아동수당 등 14개 보험 및 수당) · 소득기반보험(병가현금수당 등 4개보험; 직업상해보험 등 4개보험) · 특별보험 수급(실업보험, 노동시장프로그램 참여수당 등) 	<ul style="list-style-type: none"> · 공공연금제도 · 의료보험 · 수발보험 · 산재보험 · 실업보험 	<ul style="list-style-type: none"> · 의료보험 · 연금보험 · 개호보험 · 고용보험 · 노동자재해보상보험 	<ul style="list-style-type: none"> · 노령, 유족, 장애보험(OASDI) · 실업보험(Unemployment Insurance) · 산재보상보험
공공부조	<ul style="list-style-type: none"> · 사회서비스 의미 내에 사회부조와 사회복지서비스가 혼재 	<ul style="list-style-type: none"> · 사회부조(Sozialhilfe) <ul style="list-style-type: none"> - 일반민민에 대한 부조급여 - 노인과 장애인에 대한 기초보장 - 보건지원 - 노숙자, 알콜중독자 등에 대한 지원 - 시각장애인에 대한 지원 - 실업급여 II 	<ul style="list-style-type: none"> · 생활보호제도 · 자립지원프로그램 · 의료부조 	<ul style="list-style-type: none"> · 일반부조(GA/GR) · 보충소득프로그램(SSI) · 메디케어(Medicare) · 요부양아동가족한시보조(TANF) · 푸드스탬프(식품권) · 학교급식(School Food) · 모자식량보조(WIC)등
사회서비스	<ul style="list-style-type: none"> · 아동보살핌서비스 · 학교교육복지 · 노동시장 서비스 · 보건의료서비스 · 장애인서비스 · 노인서비스 · 개별 맞춤사회서비스 · 아동 및 청소년서비스 · 가족지원서비스 · 가족문제치료서비스 	<ul style="list-style-type: none"> · 공공부조 제도에 속함 	<ul style="list-style-type: none"> · 아동가정복지서비스 · 장애인복지서비스 · 노인복지서비스 · 전상병자전몰자 등의 원호 	<ul style="list-style-type: none"> · 고용, 훈련서비스 · 아동복지서비스 · 지역사회 모자보건 서비스 · 정신건강서비스 · 교정복지서비스 · 기타서비스(정보, 연계 등)

2. 선진 4국의 복지제도별 비교

가. 연금보험

독일의 연금제도는 일원체계 사회보험방식이며, 소득비례 부과방식(pay as you go system)으로 운영된다. 노령연금 대상자는 견습생(apprentice)을 포함한 피용자, 자영업자, 3세 미만의 아동 양육자, 실업급여와 같은 사회보장급여 수급자, 군 복무자 또는 군복무 대신 커뮤니티 서비스로 복무하는 사람, 자원 간병인(care worker) 등이다. 특정 자영업자와 광부, 공무원, 농부 등에 대하여서는 특별연금체계가 적용된다. 5년이상 납부한 65세이상 노인은 연금급여를 수령할 수 있다. 보험료는 근로자와 고용주가 각각 9.95% 부담한다. 월소득에 따라 보험료의 차등이 있는데, 월소득이 400유로 미만인 경우는 고용주가 15%를 전액부담하며, 400~800유로인 경우 근로자는 감액된 보험료를 납부하도록 하고 있다.

스웨덴의 노령연금은 공공부조형 연금과 소득비례 사회보험식 연금의 이원체제로 구성되어 있다. 공공부조형 연금은 자산조사를 통해 저소득 고령자에게 제공하는 연금으로 일반조세를 재원으로 한다. 스웨덴의 사회보험식 연금은 명목적인 확정기여형(notional defined contribution, NDF)이다. 스웨덴의 소득비례연금은 3년이상 보험료를 납부한 65세 이상 노인은 수령가능하고, 완전연금을 받으려면 30년 이상 납부해야하는 체계이다. 최초 연금수급은 61세부터 가능하다. 소득비례연금을 받지 못하는 65세이상 노인중 스웨덴에 3년 이상 거주한 사람은 보증연금(guarantee pension)을 수혜할 수 있다. 스웨덴의 연금급여는 과세대상이다. 보험료의 경우 피용자보다 고용주의 보험료 부담률이 높다. 피용자의 기여금은 노령연금의 경우만 7%를 납부하며, 유족연금에 대한 보험료는 납부하지 않는다. 고용주 보험료 부담은 노령연금 10.21%와 유족연금 보험료 1.7%를 합하여 11.91%이다. 보증연금(guarantee pension)은 국고에서 지원한다.

미국은 소득비례형 사회보험방식의 일원체제로 노령연금을 운영하고 있다. 보험료는 노사가 양분하여 6.2%씩을 납부하고 있다. 연금급여는 누진적인 급여산식하에 지급되고 있으며, 소득구간에 따라 소득대체율이 15%에서 90%까지로 차등화되게 설계되어있다. 한편 자산조사를 통해 저소득 노인들에 대하여 보충연금급여

(supplemental security income)를 제공하고 있다. 일본의 노령연금은 정액급여형 보험과 근로자들에 대한 소득비례형 보험의 이원화 체계로 운영되고 있다. 노령연금의 연금급여는 정액의 기초연금과 추가적으로 소득비례부문으로 구성되어 있다. 정액 기초연금은 평균소득의 15.8%를 지급하며, 기초연금 수급은 65세부터 시작되는데, 최저 25년간 가입되어 있어야 하고, 완전기초연금을 수급받기 위해서는 40년간 가입하여야 한다. 소득비례형 연금은 소득의 0.5481%를 누적하여 지급된다. 한편 노인에 대한 공공부조 제도가 있는데, 60세 ~ 69세의 독거노인의 경우 주거급여외에 평균 소득의 19%가 지급되고 있다(JPY 919,810, 2008년).

나. 건강보험

건강보험 운영방식은 국가 주도하의 국가사회보험방식(NHI)로 운영되거나 지자체 주도하의 지역사회보험방식(SHI), 혹은 국가주도하의 현물서비스 제공방식(NHS)으로 운영된다. 우리나라는 NHI방식으로 운영되고 있으며, 보험료는 근로자와 사용자가 반반 부담하는 형태로, 국가주도 건강보험이 부재한 미국보다는 공적 보험이 잘 제공되고 있지만, 스웨덴과 같이 국고부담의 의료서비스와 현금급여를 제공하는 등 광범위한 의료보장을 제공하지는 못한다. 일본의 경우는 근로자대상 건강보험은 국가가, 지역가입자는 지자체가 책임지고 운영하는 형태로 분리되어 지자체의 역할과 재원분담이 큰 형태로 나타나고 있다. 독일 역시 SHI와 NHI가 혼재된 형태이지만 일본과 같이 역할분담이 뚜렷하다기 보다는 연방정부의 관리하에 지자체의 관리책임 등이 동반하는 형태로 나타나고 있다. 스웨덴은 전액 정부재원으로 조달되는 현물서비스 제공방식인 NHS 시스템으로 거주자들에게 의료서비스를 제공하되, NHI형태의 현금급여도 일정소득 이상인 대상자에게 제공되고 있다.

독일의 건강보험은 1883년 법령으로 제정된 오랜 역사를 보이고 있다. 이후 출산(1924년), 상병(1988년), 장기요양(1994년)등이 추가 법령화 되었다. 독일의 건강보험은 지역 및 직역금고 보험방식인 지역보험방식(SHI) 방식으로 운영되고 있다. 연소득 €49,950까지의 모든 근로자와 피보험자의 배우자 및 18세 이하 자녀가 대상이며, 광부, 예술인, 공무원, 자영농등에 대하여서는 특별제도가 적용되지만, 자영업자는 대상에서 제외되고 있다. 건강보험 대상자에게는 장기요양보험이 제공된다. 저

소득층의 의료이용시 본인부담금은 면제받을 수 있도록 되어있다.

건강보험 보험료는 근로자가소득의 7.9%를, 사용자가 평균적으로 피용자 임금총액의 7%를 부담하는데, 월소득 €400 이하인 피용자의 경우 사용자가 임금총액의 13%를 부담한다. 정부는 분만수당보조금, 실업자 및 국비훈련생 급여보조금, 학생 및 연금수급자인 농민의 건강급여보조금의 재원을 보조한다. 장기요양보험의 경우 대부분의 주에서 피보험자와 사용주가 기여금으로 소득의 0.975%를 각각 부담한다. 정부는 연방교육지원법상의 급여를 받는 실업자, 농부, 학생의 보험료를 부담한다.

이외에도 현금수당이 지급되는데, 12세 미만의 질병을 앓고 있는 아동을 돌보는 피보험자에게 질병수당(cash medical benefits), 상병기금(sickness funds)에 가입하고 있는 출산여성에게 출산수당(cash maternity benefits)을 지급하고 있다. 질병수당의 경우 고용주가 피보험자의 6주까지의 소득 100%를 지급하고, 그 후에는 상병기금이 78주(3년 동안 같은 질병에 대해)까지 총소득의 70%를 지급하고 있다. 상병기금의 대상자인 출산여성은 이전 3개월의 평균 순소득의 100%(최대 하루 €13)를 출산수당으로 1년 동안 지급받으며, 가입자가 아닌 여성근로자들에 대해서는 연방정부가 질병수당과 동일한 수준의 출산수당을 지급한다.

스웨덴의 건강보험은 국가 사회보험방식인 NHI방식과 보편적 현물급여 제공방식인 NHS방식이 혼합되어 있다. 스웨덴에 거주하는 모든 사람들에게 보편적 현물급여가 제공되고 있으며, 부모보험, 임신수당 등 사회보험방식의 현금급여는 소득이 연간 10,176 크로나 이상이 되면 대상자가 된다. 현금급여 보험료는 정부의 지원 없이 8.64%(부모 추가 2.2%)를 전액 사용자가 부담하며, 현물급여의 경우는 근로자와 고용주의 부담 없이 전액 정부가 부담하는 방식으로 운영되고 있다.

일본의 건강보험은 지역사회보험방식(SHI)과 국가사회보험방식(NHI)이 혼합된 시스템으로 운영되고 있다. 근로자 의료보험(EHI)은 국가보험방식으로 각 보험조합들을 국가가 통합적으로 관리하고, 근로자 보험이 적용되지 않는 국민대상 의료보험(National Health Insurance)은 지자체가 담당, 관리하는 방식이다. 1922년 근로자 건강보험이 최초 제정되어 도입되었고, 1938년에는 국가건강보험으로 개정되었으며, 1982년에는 노인을 대상으로하는 의료시스템이 도입 되었다. 근로자 의료보험의 경우 보험료는 근로자와 고용주가 각각 4.67%를 분담하고 있으며, 정부는 행정비용

전액과 급여와 노인요양급여의 16.4%를 지원한다. 국민의료보험(NHI)의 경우 정부는 급여의 50%를 지원하고 있다.

미국은 전국민 대상 건강보험 제도는 부재하며, 65세 이상 노인 및 장애인에 대한 의료급여만이 제공되고 있다. 주에 따라서는 근로자들에게 현금급여를 제공하는 경우도 있는데, 이때 보험료와 건강보험 급여액은 주정부마다 차이가 있다. 철도근로자에 대해서는 연방정부차원의 특별 건강보험체계가 존재한다.

다. 산재보험

산재보험은 자영업자를 대상자에 포함하는지, 정부 지원범위가 어디까지인지에 따라 국가마다 차이가 있다. 독일의 산재보험은 1884년 제정, 시행된 오랜 역사를 가지며, 자영업자를 제외한 모든 근로자들에게 적용되고 있다. 보험료 부담은 1.26%로 전액 사용자가 부담을 하지만, 농업상해보험과 학생들에 대한 보험료 지원, 주간보호시설에 있는 아동 등에 대해 보조금 지원 그리고 특정한 자원봉사활동에 종사하는 자에 대해서는 정부가 지원하고 있다.

미국의 산재보험은 1908년 연방근로자에 대한 법이 제정, 시행되었고, 자영업자를 제외한 대부분의 근로자들이 산재보험의 대상이 되고 있다. 보험료는 고용주가 전액 부담하지만, 주정부에 따라서는 근로자도 약간의 분담금을 지급하는 경우도 간혹 있다. 근로상해에 대한 행정적 책임은 50%정도의 주에서는 주 근로자 보상기관이 프로그램의 행정을 담당하며, 37.5%에서는 노동부에서 담당하고, 나머지 3개 주에서는 법원이 행정을 담당하고 있다.

스웨덴의 경우 산재보험은 1901년 최초 시행되었고, 모든 근로자와 자영업자가 산재보험의 대상이 된다. 보험료 0.68%도 자영업자와 고용주의 경우 동일하게 고용주가 부담한다. 스웨덴 사회보험부에서 관리 감독하며, 지역 및 지방 사회보험부서에서 프로그램을 운영하고 있다. 일본의 산재보험은 1911년 최초 제정, 도입되었으며, 일부 자영업자 및 5인 미만의 농림어업 종사자는 산재보험의 대상에서 제외된다. 최근 3년간 사고율에 따라서 총급여액의 0.3%에서 10.3%의 보험료를 고용주가 전액 부담하고, 정부는 보조금을 지원한다.

라. 실업보험

우리나라는 실업보험의 역사가 선진국들에 비해 비교적 짧은 편에 속한다. 우리나라의 실업보험제도는 급속히 성장, 확대되어 최근의 형태에 이르고 있다. 독일과 스웨덴의 경우는 실업보험이 소득비례형 사회보험방식외에도 저소득 빈곤층에 대한 공공부조 방식으로 제공되어 있어, 실업과 관련된 사회적 위험의 보호를 강화하는 반면 도덕적 해이의 유인도 보다 제공하고 있는 형태이다. 독일의 실업보험은 공공부조형의 경우는 수혜기간의 제한이 없으므로 실업과 관련된 도덕적 해이의 유인이 보다 광범위하게 존재한다고 볼 수 있다. 다만 스웨덴의 경우는 관대한 실업급여액(소득의 80%)의 지급에도 불구하고, 교육훈련서비스 참여여부, 수혜기간에 따른 실업급여액의 축소 등 도덕적 해이를 줄일 수 있는 제도적 장치가 보인다. 미국의 경우는 보다 소득의 50%인 급여수준과 26주간의 급여지급기간, 실업급여의 과세등 보수적인 실업급여 제공의 형태를 보이고 있다. 실업이라는 사회적 위험을 보다 적극적으로 보호하면서도, 실업급여가 실업률을 높이는 도덕적 해이를 제공하지 않도록 제도의 설계가 필요하다고 보여진다.

독일의 실업보험은 사회보험 및 공공부조 방식으로 제공되고 있다. 1927년 고용서비스와 실업보험에 대한 법이 제정되어 시행되었다. 비정규직 근로자를 제외한 대부분의 근로자는 실업보험의 대상이 되며, 빈곤 구직자에게는 공공부조형태로 실업급여가 제공되고 있다. 공공부조형 실업급여는 자산조사를 통하여, 근로능력이 있고 적극적인 구직활동을 하는 15세에서 은퇴연령까지의 빈곤층 구직자들에게 지급된다. 사회보험 혜택을 받는 근로자의 경우에도 더 나은 일자리를 찾는 경우 공공부조형 실업급여 대상자가 된다. 실업보험료는 근로자와 고용주가 각각 1.4%를 부담하며, 정부는 사회보험에 대한 부족분을 충당하기 위한 융자 및 보조금을 지원한다. 연방정부와 자치단체는 비기여적 실업급여의 비용을 지원하며, 공공부조형 실업급여에 대하여는 연방 및 지방 정부가 전체 재원을 조달한다. 보험형 실업급여는 6~32개월까지 지급되지만, 공공부조형 실업급여의 급여지급 기한은 무제한이다. 보험형 실업급여는 피보험자 소득의 67% 수준이며, 수혜한 실업급여는 과세대상이 되지 않는다. 실업급여의 관리는 연방노동사회정책부(Federal Ministry of Labor and Social Policy)가 전반적인 감독기능을 수행하고 연방 노동청(Federal Employment

Agency)은 기여형 급여를 관리한다. 지역 고용 사무소(Local employment offices)는 직업소개, 진로지도, 급여관리 등의 책임을 지며, 고용기관들과 69개의 허가된 지역 전달체계기관의 위원회는 비기여형 급여를 관리한다.

스웨덴의 실업보험도 독일과 유사하게 소득비례형 실업보험과 공공부조형 기초보험이 제공되고 있다. 스웨덴의 실업보험은 1934년 최초 시행되었으며, 기본적으로 구직활동중인 20세 이상 65세미만이 대상자가 된다. 실업보험의 가입에 있어서 기타 다른나라처럼 가입연수의 제한이 있는 것이 아니라, 직업교육 훈련서비스에 참여하는 자로 제한하고 있어서, 구직노력부분을 강조하고 있는 것을 알 수 있다. 실업보험의 경우 보험가입자와 고용주가 보험료를 분담하며 이에 대한 정부의 지원은 없다. 공공부조형 기초보험의 경우 정부가 재원을 담당한다. 보험형 실업급여는 급여의 최대 80%가 지급되며 이후 급여수여기간이 길어짐과 동시에 급여액도 줄어들지만, 최대 12개월(공공부조형 기초보험의 경우 6개월 ~18개월)까지 지급되며, 실업급여도 과세대상이 된다. 실업보험의 운영관리는 실업보험 위원회가 32개의 실업보험 자본을 관리감독하고 있다.

일본의 실업보험은 사회보험형으로, 1947년 제정되어 시행되었다. 65세 미만 임금근로자와 5인 미만의 농어업 및 임업 종사자가 대상자이며, 임의가입도 가능하다. 다만 주당 20 시간 미만 및 자영업자, 일용직 및 계절근로자는 제외되고 있다. 실업보험료는 근로자가 0.6%, 고용주가 0.95%(어업 및 임업 및 양조장 근로자 1.05%, 건설노동업자 1.15%)를 부담하고 있어, 고용주의 부담분이 더 크다. 정부도 실업급여를 부담하는데, 실업급여 및 특별 수당의 13.8%, 일용직 급여비용의 18.3%, 보험가입자가 고령노동자 및 아동 양육을 위한 사유일 경우 급여비용의 6.9%를 부담한다. 실업급여는 소득의 50~80%까지 최대 90일~300일까지 지급되며, 실업급여는 비과세이다.

미국의 경우 사회보험형 실업보험이 1935년 연방정부법으로 제정되었고, 주별로는 1932년부터 관련법이 제정되기 시작했다. 산업/상업체의 근로자 및 연간 20주 동안 4인 이상이거나 혹은 연 1분기 당 1,500불의 급여를 지불하는 비영리기관의 근로자를 대상으로 한다. 대부분의 주 및 지역 정부 근로자, 가내근로자 및 75%의 농업근로자가 해당되고, 연방 민간 및 군 근로자도 대상자가 된다. 철도근로자에 대해서는

특별 연방정부 실업보험이 별도로 존재한다. 알래스카, 뉴저지 및 펜실베이니아를 주를 제외한 지역에서 피보험자의 보험료부담은 없다. 고용주가 연방정부 프로그램에 대하여 과세가능급여의 0.8%를 부담하고, 주정부 프로그램에 대하여 5.4%의 기본보험료를 부담한다. 연방정부는 주 실업보상프로그램의 운영 및 실업급여의 지급을 위한 대부금, 추가 급여 프로그램의 재정을 보조하며, 주정부가 실업급여 재원을 책임진다. 실업급여는 피보험자 소득의 50%가 통상 26주간 지급되며, 수혜 된 급여는 과세대상이다. 실업급여의 관리는 노동부가 고용훈련청 및 근로인력보호사무소를 통하여 전국적으로 프로그램을 집행한다. 주 인력기관은 주정부 개별 프로그램의 수행을 담당하는데, 절반은 정도는 주정부 기관이고, 다른 절반은 독립된 이사회이다.

〈표 6-2〉 주요 선진국의 복지제도 비교

		한국	미국	일본	스웨덴	독일
노령 연금	체제	사회보험 (소득비례 일원체제)	사회보험 (소득비례 일원체제)	사회보험 (정액급여+ 소득비례 이원체제)	사회보험+부조 (소득비례+ 정액급여 이원체제)	사회보험 (소득비례 일원체제)
	대상	임금근로자 및 임의 가입자	임금근로자 및 자영업자	임금근로자 및 자영업자	스웨덴 거주자	건습생을 포함한 근로자, 자영업자등
	급여수급 기준	10년 이상 납부, 60세(2025년까지 65세로 연장됨)	66세 이상	65세 이상 25년 이상 납부자	3년 이상 거주자(부조) 및 3년 이상 납부	최소 5년이상 납부 64년 이후 출생자는 67세 이후
	보험료율	근로자:4.5% 고용자:4.5%	근로자:6.2% 고용자:6.2%	근로자:7.85% 자영업자: 15,100엔 고용자:7.85%	근로자:7% 자영업자: 7~10.21% 고용자:10.21%	근로자:9.95% 자영업자:19.9% 고용자: 9.95~16.45%
	관리 감독	보건복지부, 국민연금관리공단	사회보장청 (Social Security Administration)	후생노동성 연금관리부 (Pension Bureau of the Ministry of Health, Labour and Welfare)	스웨덴 연금부 (Swedish Pension Agency)	연방노동 사회정책부 (Federal Ministry of Labor and Social Policy) 연방독일 연금보험 (Federal German Pension Insurance)
건강 보험	체제	NHI (국가보험방식)	-노인 및 장애인을 위한 의료제도만 운영	SHI(지역 및 직역 금고)+ NHI(국가보험방 식)	NHI(현금)+ NHS(현물)	SHI (지역 및 직역 금고)
	대상	임금근로자 및 자영업자	의료급여제도만 운영	조합가입자 및 전국민	임금근로자 및 스웨덴 거주자	모든 임금 근로자, 특별제도로 예술인 및 자영업 포함 자영업자제외.

		한국	미국	일본	스웨덴	독일
	급여수급 기준	최소가입기간 없음	-	일본 거주자 및 조합가입자는 실직 후 2개월까지	스웨덴 거주자(현물)	최소가입기간 없음.
	보험료율	근로자: 2.665% 고용자: 2.665%	-	근로자: 4.67% 자영업자: 최대 630,000엔 고용자: 4.67%	근로자: 없음 자영업자: 9.61(+2.2)% 현물급여 -없음 고용자: 현금급여 9.61(+2.2)%, 현물급여 -없음	근로자: 평균 7.9% 고용자: 평균 7%
	관리감독 및 담당기관	보건복지부, 국민건강보험관리공단	-	후생노동성 건강보험관리부(Health Insurance Bureau of the Ministry of Health, Labour and Welfare), 1,815개의 건강보험조합(Japan Health Insurance Association)	스웨덴 연금부(Swedish Pension Agency) 현금급여 건강보전복지청(National Board of Health Welfare): 의료서비스	연방보건부(Federal Ministry of Health), 자정된 지방자치단체 각 질병기금(Regional physicians' associations)
	체제	보험	주에 따라 다름, 혹은 개인보험	보험	보험	보험
	대상	임금근로자	-	임금근로자	모든 임금근로자 및 자영업자	건설생을 포함한 임금근로자. 대부분의 자영업자 제외
	급여수급 기준	-	-	최소기준없음	최소기준없음	최소가입기간 없음.
산재 보험	보험료율	근로자: 없음 고용자: 0.7~36%	-	근로자: 없음 자영업자: 0.4~5.2% 고용자: 0.3~10.3%	근로자: 없음 자영업자: 0.68% 고용자: 0.68%	근로자: 없음 자영업자: 없음 고용자: 1.26%
	관리 감독	노동부	-	후생노동성의 산업재해 보상부(Work Injury Compensation Department within the Ministry of Health, Labour)	스웨덴 연금부(Swedish Pensions Agency), 지역 사회보험사무소(Regional and local social insurance offices)	연방노동사회 정책부(Federal Ministry of Labor and Social Policy)
	체제	보험	보험	보험	보험+부조	보험+부조
실업 보험	대상	임금근로자	연간 20주 이상 근로자	65세 미만의 임금근로자	20세 이상 65세 미만	건설생을 포함한 근로자. 자영업자 및 외국인근로자는 조건에 따라 적용

	한국	미국	일본	스웨덴	독일
급여수급 기준		-	2년간 12개월 이상 보험료 납부자	public employment service 자중 교육훈련 참가자	실업급여는 2년 동안 고용사무소에 등록된 자.
보험료율	근로자:0.45% 고용자: 0.7~1.3%	고용자 : 0.8%(주세) 5.4%(연방)	근로자:0.6% 고용주:0.95%	근로자없음 고용자: 임의가입프로그램은 기여금있음	근로자: 1.4% 고용주: 1.4%
급여 및 과세 여부		비례 과세	혼합방식 비과세	비례(실업보험) 정액(실업부조) 과세	비례(실업보험) 정액(실업부조) 비과세
최대급여 기간		26주	90~300일	12개월 (실업보험) 6~18개월 (실업부조)	6~32개월 (실업보험) 무제한 (실업부조)
관리 감독		노동부 (Department of Labor), 고용훈련청(Employment Training Administration), 근로인력보호사무소 (State workforce agencies)	후생노동성 고용안전부 (Employment Security Bureau in the Ministry of Health, Labour and Welfare)	실업보험위원회 (Swedish Unemployment Insurance Board), 32개의 실업보험 기금	연방노동사회정책부(Federal Ministry of Labor and Social Policy), 연방 노동청(Federal Employment Agency)
가속 수당					
체제	-	-	고용주 책임 및 사회부조	보편적 제도	부조
대상	-	저소득 및 미혼 자녀	중학교 졸업이전의 아동	스웨덴 거주자 중 16세 미만 아동이 있는자.	한명이상 아동이 있을 경우, 고아 등.
급여수급 기준	-	-	자산조사 없음		18세 미만(학생일 경우 25세 미만)
보험료율				근로자, 자영업자, 고용주 모두 없음. 정부 조세	근로자, 자영업자, 고용주 모두 없음. 정부 조세
관리 감독	-	-	후생노동성 (Ministry of Health, Labour and Welfare), 일본 연금서비스 지사(Japan Pension Service Branch Offices)	스웨덴 연금부 (Swedish Pensions Agency), 지역 사회보험 사무소 (Regional and local social insurance offices)	연방 가족노인여성청소년 부(Federal Ministry for Family, Seniors, Women, and Youth)

*출처: Social Security Administration, 2009,2010

제2절 선진 4국의 근로연계형 복지제도와 복지 거버넌스 비교

1. 선진 4국의 근로 연계형 복지제도비교

근로연계형 복지제도는 주로 취업조건부 급여, EITC, 급여의 소득공제, 재취업촉진 보너스 등을 들 수 있으며, 각 나라의 사회보장체계에 따라 그 필요성이 달라지는 측면이 있어 제도의 강약도 다르게 나타나고 있다. 미국의 공공부조제도는 국가 주도의 관대한 급여제공이나 실업자에 대한 보호보다는, 개인의 책임과 *workfare*를 강조하는 방향으로 발전되어 왔다. 이에 따라 미국은 EITC형 제도를 통한 근로유인형 복지체제가 가장 먼저 도입된 나라중 하나이며, 실업급여와 공공부조 급여에 대한 근로소득공제, 법정 최저임금제도등이 근로와 복지의 연계를 위해 시행되고 있어서, 근로유인형 복지체제가 가장 발달한 나라중 하나로 간주할 수 있다. EITC는 저소득층에게 소득보장을 하는 과정에서 일어나는 도덕적 해이, 즉 근로유인의 감소라는 현상을 방지하기 위한 제도로 볼 수 있다. 미국의 EITC는 전형적인 EITC의 형태로 효율적인 저소득층 소득지원이라는 취지를 가지고 가구단위 지원을 통해 근로와 복지연계를 유도하고 있다. 미국의 EITC는 근로세액공제의 형태로 제공되며, 자녀수에 따라 최대급여액 및 소득에 따른 급여액이 다르다. 두자녀를 기준으로 볼 때 소득이 \$35,263까지는 최대 \$4,400의 근로세액공제를 받을 수 있다. EITC와는 다르게, 실업급여나 공공부조 수급자들이 취업을 하여 근로소득을 가지게 되는 경우 근로소득의 일부를 소득공제하여 줌으로써, 급여수급을 위한 근로유인 감소를 방지하고 있다. 근로소득공제에 있어서 미국은 일정 수준까지는 정율방식으로 소득을 공제하여 주고, 그 이상의 소득에 대해서는 초과분만큼 소득공제하여 주는 방식을 택하고 있다.

전반적으로 자유주의 국가에 비하여, 북유럽국가의 근로유인형 복지체제는 약하다고 볼 수 있으나, 북유럽 국가들도 2000년대에 들어서는 EITC제도를 도입, 확산하는 등 근로유인형 복지체계를 강화하는 움직임이다. 스웨덴의 경우 재취업촉진보너스라든지, 최저임금, 급여의 소득공제 등 근로연계형 제도가 부재하다. 비교적 최근에 EITC가 도입되었으나, 실업급여 등이 관대하게 제공되고 있고 전반적인 사회보장의 수준이 높은 스웨덴의 EITC는 탈수급을 목표로 한다는 점에서 저소득층 소득

보장에 우선적인 목표를 띄고 있는 미국의 EITC와는 성격이 틀리다고 볼 수 있다. 스웨덴의 EITC는 개인단위로 지급되고 있다는 점에서 개인의 취업유인을 강화하는 측면이 강하고, 기존의 사회보장제도의 보완으로 활용되는 측면이 있다.

독일 역시 실업에 관한 관대한 급여가 제공되고 있어서 실업자에 대한 보호수준이 높게 발달되어 있어, 미국과 같이 실업에 대한 보호보다는 재취업이나 근로촉진을 강조하는 나라에 비하여 근로연계형 복지제도의 수준은 낮은 편이다. 독일의 경우 근로연계형 복지제도로써 EITC와 유사한 제도로 Mini job제도가 운영되고 있고 실업급여 미 및 실업부조에 대하여 근로소득공제를 적용하고 있다. Mini Job제도는 저소득근로자에게 대하여 사회보장기여금의 감액을 통한 급여를 제공하는데, 소득이 9,600유로까지는 최대 1,108 유로까지 감액된다. 소득이 4,800유로(평균소득의 12%) 도달 시까지는 100% 감액하여 주고, 이후 점감되도록 설계되어 있다.

일본은 비교적 우리나라와 유사한 사회보장체제를 가진 국가이지만 우리나라보다는 실업자에 대한 보호수준이 낮은 것으로 간주되고 있어, 근로연계형 복지제도의 필요성도 상대적으로 낮을 수 있다. 일본은 우리나라와 달리 EITC제도는 도입되지 않았으나, 실업자에 대한 재취업수당(Re-employment allowance)제도, 고용과 복지 연계 사업인 할로워크사업, 사회부조급여에 대한 소득공제제도를 시행하고 있다. 사회부조급여에 대한 공제는 하지 않고, 실업급여에 대한 소득공제를 허용하고 있는 우리나라와는 조금 상이하다. 일본의 재취업수당은 실업급여 수혜자들의 근로의욕고취를 위한 제도로, 주당 20시간 근로요건을 만족시키는 경우 남은 실업급여액의 1/3에 기초 실업급여를 곱한 금액을 급여로 지불하도록 하고 있다. 우리나라의 조기재취업수당도 주당 20시간 근로요건을 만족시키고, 실업급여 수급 후 50% 이상 급여가 남을 경우, 미수령 급여의 50%를 일시불로 수령가능하도록 하여 실업급여 수혜자들의 근로의욕고취를 유도하도록 하고 있다. 할로워크사업은 생활보호수급자, 장애인 등에 대하여 취직지원, 시범적고용, 공공직업훈련, 직업상담 및 소개를 실시하여 자립을 유도하는 사업이다.

〈표 6-3〉 선진 4국의 근로연계형 복지제도

국가	한국	일본	미국	독일
프로그램명	조기재취업수당 (Early re-employment allowance)	재취업수당(Reemployment allowance)	Earned Income Tax Credit(EITC)	Mini-job
급여 종류	급여	급여	세액공제(Non-wastable tax credit)	사회보장기여금(SSC) 감액
수령인	실업수당 수령인	실업수당 수령인	-자녀가 있는 경우 -저소득 층	저소득 근로자
최대급여액	미수령 급여의 50% 일시불로수령	남은 급여의 1/3에 기초 실업급여를 곱한 금액	-자녀가 없을 경우 :\$399 -한명의 자녀 :\$2,662 -두명의 자녀 :\$4,400	최대 감액 기여금은 1,108 유로
최소소득	없음	없음	없음	없음
근로시간 기준	주당20시간	주당 20시간	없음	없음
이전 기준	실업급여 수급 후 50% 이상 급여가 남을 경우	급여 수급기간이 남을 경우(최소 45일)	없음	없음
수급 시작 비율(Phase-in rate)	없음	없음	-자녀가 없을 경우 : 7.65% -한명의 자녀: 34% -두명의 자녀: 40%	-
탈 수급 시작 비율 (Phase-out rate)	없음	없음	경상소득 비율 -자녀가 없을 경우 :0.765% -한명의 자녀: 15.98% -두명의 자녀: 21.06%	6~21%
탈수급이 시작되는 소득	-	-	-자녀가 없을 경우 : \$6,530 -자녀가 있을 경우: 14,370(평균임금의 21%와 46%) -결혼했을 경우 모든 상황에서 \$2,000씩 증가	소득이 4,800유로(평균소득 의 12%) 도달 시까지 100% 감액
최대소득 기준	-	-	-자녀가 없을 경우 \$11,750 -자녀가 한명이 경우: \$31,030 -자녀가 두명일 경우 :35,263 -결혼했을 경우 모든 상황에서 \$2,000씩 증가	9,600 유로 (평균소득의 23%)
자산조사 단위	-	-	가족	개인

자료: OECD, Benefits and Wages, 2007

2. 선진 4국의 복지거버넌스 비교

일본의 지방자치단체는 세입의 1/3정도를 중앙정부에 의존하고 있다. 일본은 전통적으로 중앙집권적 국가였으나 점차 지방분권화되어가는 과정에 있어, 복지부문 전달체계도 분권화되고 복지에서 지역과 가족의 역할이 강조되고 있다. 중앙정부 복지정책은 노동성과 후생성의 부처통합이 이루어져 후생노동성에서 담당하고, 중앙정부 복지정책의 시행은 기초자치단체격인 시정촌에서 이루어지고 있다. 복지서비스의 담당은 광역자치단체인 도도부현 중심이었으나, 1980년대 말 이후 기초자치단체인 시정촌 중심으로 전환되었다. 복지서비스의 제공은 도도부현과 시정촌에 설치된 일선 복지사무소에서 이루어지고 있다. 이러한 측면은 우리나라의 복지전달체계와 상당히 유사한 부분이 많다. 일본은 노동성과 후생성의 부처 통합이 이루어져, 지자체 선에서도 복지사무소와 고용사무소로 볼 수 있는 할로워크와의 연계가 강화되었다는 점을 눈여겨 볼 만하다.

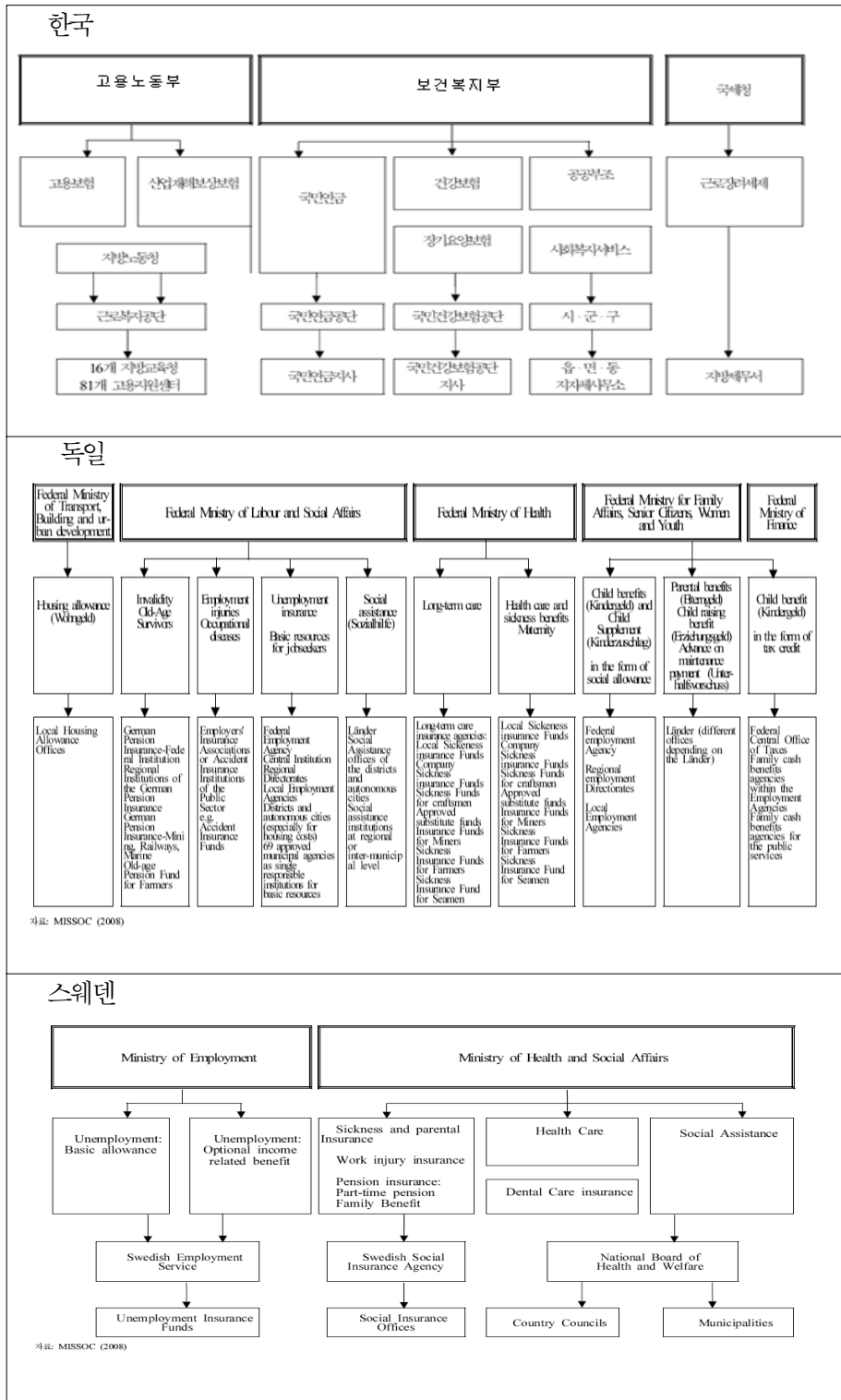
미국은 연방제국가로 주정부가 독립적 정부적 형태를 띠는 행정구조를 지니고 있다. 재정적으로도 분권화의 정도가 상당하고 행정사무적으로도 분권화의 정도가 상당한 국가로, 주정부 산하 지방정부들은 주정부의 권한을 위임받고 재정적인 지원도 받고 있다. 미국의 복지정책은 대체적으로 연방정부에서 주정부로 복지정책의 권한을 이양한 정도가 많아, 주정부별로 집행과 서비스 제공이 매우 상이하다. TANF를 비롯한 대부분의 프로그램은 주정부에서 관할하고 있지만, SSI처럼 복연방정부의 관리하에 있는 제도도 있다. TANF의 경우 보건복지부(DHHS)의 아동가족국(AFC)이 주무부처이며, 아동가족국의 지역사무소는 제도 및 재정관리를 감독하고 지침을 제공하고, 각 주정부의 가족부(OFA)가 실질적으로 집행과 운영을 담당한다. TANF의 재원은 연방정부의 통합보조금(block gran)가 약 65%정도를 담당하고 나머지는 주정부 재원으로 부담하고 있다. SSI의 경우 일체 연방정부의 일반조세로 재원부담이 되고 있는데, 사회보장청이 주무부처로서 10개의 연방정부 지역사무소를 통하여 서비스 전달을 담당하고 있다. 주정부 차원에서 연방정부의 SSI외에 추가적 보충급여를 지급하는 경우는 주정부가 집행을 할 수도 있다.

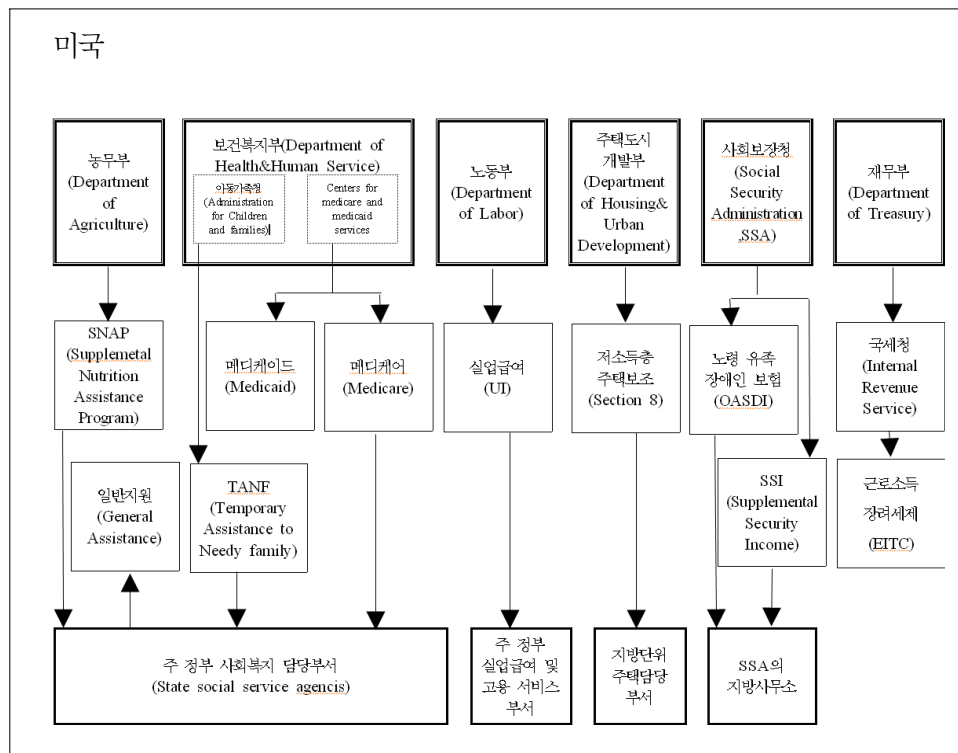
스웨덴은 행정 및 정책결정, 재원의 측면에서 지방정부의 권한이 매우 강화된 국

가로 유럽에서도 가장 강한 지방정부의 모습을 보이고 있다. 지방정부가 자율적으로 세액과 세율을 결정하는 등 예산편성과 과세권의 자율이 보장되고 있다. 스웨덴의 사회소비와 공공부조는 모두 기초자치단체인 꼬문의 소관하에 있어, 복지제도의 기획과 집행이 이루어지고 있다. 중앙부처인 보건복지부의 제도 집행은 독립행정기구인 보건복지청의 지역 사무국을 활용하여 이루어지고 있다. 스웨덴의 사회서비스와 공공부조는 꼬문의 사회서비스사무소에서 서비스가 통합적으로 제공되고 있다.

독일의 사회부조는 재정적 측면에서의 분권화의 정도가 강하다. 독일의 복지전달 체계는 노동사회부가 전반적인 정책설계와 급여의 최저선에 대한 지침을 마련하고, 광역자치단체가 급여수준을 정하며, 기초지자체가 재원과 서비스전달을 담당하고 있다. 기초지자체는 지방세와 주정부 및 연방정부로부터의 포괄보조금으로 재원을 마련한다. 즉 연방정부는 급여의 최소수준만 결정할 뿐, 서비스 전달과 집행 그리고 대부분의 비용부담을 지자체에 이양하고 있다.

[그림 6-1] 선진 4국의 복지 전달체계 비교





제3절 선진 4국의 경제사회적 환경과 복지재정 비교

1. 선진 4국의 경제사회적 환경과 복지지출

복지제도의 발전과 복지지출의 수준은 그 나라가 처한 정치, 경제, 사회적 환경과 밀접한 연관관계를 가질 수밖에 없다. 복지국가로 일찍이 접어든 복지선진국가들의 경우는 산업화로 인한 경제적 성장의 과실을 분배하는 과정과 경기사이클하에서 자체 복지모형의 성공과 실패를 경험하여 왔다. 시민주의나 조합주의로 분류되는 유럽 국가들의 경우 경기침체를 겪으며 증가되는 복지지출에 따라 다양한 복지위기를 경험하여 왔고, 이에 따른 복지개혁을 거듭하여 왔다. 경제위기시 실업률 증가, 저소득층 지원의 증가 등으로 복지지출이 증가하게 되면 소비를 촉진시켜 경기부양이 될 수 있는데, 복지지출의 증가가 경제의 여건에 의하여 경기부양에는 실패하고, 재정

적자만을 초래하며 물가수준만 상승시키게 되는 경우 복지위기가 나타나게 되는 것이다. 이는 복지지출의 수준을 살펴볼 때 각 국가의 사회문화 및 경제적 여건, 복지 모형의 역사적 발전 연혁도 함께 고려할 필요가 있음을 말해준다. 여기서는 복지지출과 고령화율, 출산율, 경제성장률, 국민부담률, 실업률 등을 함께 비교하여 보기로 한다.

우리나라의 공공복지지출은 2007년 기준 GDP의 약 7.5%임에 반해 스웨덴은 27.3%, 독일은 25.2%, 일본은 18.7%, 미국은 16.2%에 달하고 있지만 1인당 GDP, 노인인구비율, 국민부담률, 일반정부지출의 규모 등이 매우 상이함을 볼 수 있다. 첫째, 국민소득 \$20,000도달 시점이 한국은 2007년임에 반해 스웨덴과 미국은 1988년, 독일은 1990년, 일본은 1991년으로 우리나라가 크게는 20년에서 작게는 10년 남짓 뒤쳐진 국가임을 알 수 있다. 둘째, 2007년 기준 노인인구비율도 우리나라는 9.9%로 일본의 21.5%, 독일의 19.9%, 스웨덴의 14.2%, 미국의 12.6%에 비해 상당히 낮은 수준임을 알 수 있다. 우리나라는 국민연금의 도입역사가 짧아 연금급여의 지출이 최근에서야 이루어지기 시작하였고, 향후 연금급여지출이 본격화되고 고령화속도가 빨라지게 되면 노령분야 지출이 급격히 증가할 것임을 예측할 수 있다. 독일, 스웨덴을 포함한 대부분의 유럽국가들에서 복지황금기라고 불리는 1970년대 이전의 30년간 동안의 복지 팽창기는 이들 국가의 분배위주의 정권 및 정책과 더불어 이시기 인구고령화로 인한 연금지출의 증가가 상당한 요인으로 작용하였다. 이러한 상황은 이동양육을 비롯한 각종 보편적 복지수요에 대한 정치권의 슬로건과 연금지출의 본격화가 이루어지고 있는 현재 우리나라와 유사한 모습이지만, 이때 이들 국가들은 전후 경제가 급격히 성장하고, 낮은 실업률과 안정적인 물가수준 및 재정흑자 등을 경험하던 시기였음을 유의하여 볼 필요가 있다. 우리나라의 현 경제적 상황은 경제성장률이 둔화되고 물가상승의 압박과 재정건전성에 대한 우려가 팽배한 시점이므로, 적정 복지모형은 이들의 것과 다른 것일 수 있다.

셋째, 우리나라의 정부부문 규모는 이들 나라에 비해 현저히 작은 것을 볼 수 있다. 우리나라 일반정부 지출규모가 GDP대비 28.7%임에 반해, 스웨덴은 51%, 독일은 43.6%, 일본은 35.9%, 미국은 36.8%임을 볼 수 있다. 넷째, 국민부담률도 우리나라는 26.5% 이지만, 스웨덴은 46.3%, 독일은 37%, 일본은 28.2%임을 볼 수 있

다. 미국의 경우는 국민부담률이 26.1%로 우리나라보다 낮게 나타나고 있다. 다섯째, 일본과 미국의 경우 재정수지를 보면 각각 GDP의 -2.5%, -2.8%로 적자재정을 운영하고 있는 것을 알 수 있다. 일본의 경우는 사회보장지출 등이 국채를 통해 재원조달되고 있는 형태이지만, 대부분의 국채가 국내에서 소화되는 등의 이유로 재정건전성의 문제가 아직까지는 심각하게 대두되고 있지 않다. 미국의 경우는 최근 적자재정에 따른 재정건전성의 문제가 경제에 심각한 영향을 미치고 있는 것을 볼 수 있다. 우리나라는 그간 역사적인 균형재정기조의 유지로 재정건전성이 비교적 잘 관리되어 왔다고 볼 수 있다. 향후에도 균형재정기조는 유지될 것으로 전망되고 있어, 복지지출이 증가하는 경우 국민부담률의 증가는 불가피할 것으로 전망된다.

여섯째, 스웨덴, 독일은 실업률이 2007년 기준 각각 6.1%, 8.4%로 매우 높은 것을 볼 수 있다. 관대한 실업급여 및 실업부조의 제공 등이 실업에 대한 도덕적 해이 현상으로 연결되었을 가능성이 높아 보인다. 국민소득 \$20,000도달 시점인 1988년 스웨덴의 실업률은 1.8%, 1990년 독일의 실업률은 4.2%였는데 현재 실업률이 많이 증가하였음을 볼 수 있다. 스웨덴의 경우는 높은 공공사회복지지출 수준에도 불구하고 국민부담률이 높고, 관대한 가족수당, 부모보험 등으로 인한 여성고용률이 매우 높으며, 사회보장급여도 과세대상이 되기 때문에 재정수지가 비교적 건전하게 유지되어 온 것을 볼 수 있다. 반면 독일은 1990년 당시에는 국민부담률이 34.8%, 재정수지가 -2.8%였으나 2007년에는 국민부담률도 46.3%로 상승하였고, 여성고용률도 63.2%로 상승하는 등 재정수지가 개선되는 모습을 볼 수 있다.

〈표 6-4〉 선진 4개 국가의 경제현황(2007년)

(단위 : \$, %)

국가	1인당 GDP	재정 수지	여성 고용률	실업률	일반 정부지출	국민 부담률	공공사회 복지지출	노인인구 비율
한국	26,574	4.7	53.2	3.2	28.7	26.5	7.5	9.9
일본	33,635	-2.5	59.5	3.9	35.9	28.2	18.7	21.5
미국	46,434	-2.8	65.9	4.6	36.8	26.1	16.2	12.6
독일	34,683	0.2	63.2	8.4	43.6	37.0	25.2	19.9
스웨덴	36,785	3.8	73.2	6.1	51.0	46.3	27.3	17.4
OECD평균	33,077	-1.3	57.5	5.7	41.2	35.4	19.3	14.2

국가	\$20,000 도달시점	재정수지	여성고용률	실업률	국민부담률	공공사회 복지지출	노인인구 비율
한국	2007	4.7	53.2	3.2	26.5	7.5	9.9
일본	1991	1.8	56.6	2.1	28.6	11.5	12.6
미국	1988	-3.7	63.0	5.5	28.4	13.1	12.3
독일	1990	-2.8	52.2	4.2	34.8	21.7	14.9
스웨덴	1988	3.3	80.1	1.8	51.4	30.0	17.8
OECD(26)		-1.5	59.0	6.3	36.3	19.5	14.0
	연평균 증가율			90년 이후 연평균 증가율			
	1980년대	1990년대	2000년대				
한국	..	8.95%	6.64%	5.93%			
일본	0.75%	4.05%	1.78%	3.02%			
미국	-0.06%	0.83%	1.64%	1.10%			
독일	-0.10%	2.29%	-0.77%	0.86%			
스웨덴	0.86%	-0.22%	-0.58%	-0.60%			
OECD평균	1.12%	0.98%	0.27%	0.52%			

* 재정수지, 일반정부지출, 국민부담률, 공공사회복지지출은 GDP대비 비율임.

**헝가리, 멕시코, 폴란드, 터키는 \$20,000 미만이므로 2007년 기준으로 작성함. 단, OECD 평균에서는 제외함

***해당연도의 결측값이 있을시 근접년도 값으로 대체 - 재정수지: 독일(91년), 룩셈부르크(90년)-여성고용률:아이슬란드(91년), 스위스(90년)- 실업률: 독일(91년), 스위스(90년) 값임. 단, 근접년도 차이가 3년 이상일 경우 결측값으로 입력.

****재정수지, 국민부담률, 공공사회복지지출은 GDP대비 비율임.

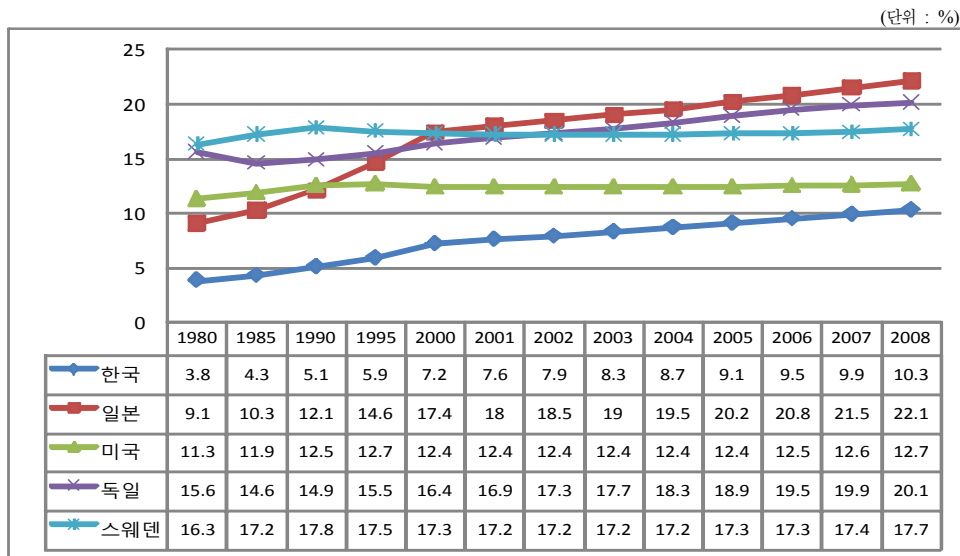
*****여성고용률부분의 OECD(26) 평균 오스트리아를 제외한 평균임

자료: OECD Stats. National Accounts, Social and Welfare Statistics, Taxation and Market Regulation

다음으로 인구구조는 복지지출과 밀접한 상관관계가 있다. 선진 4국의 노인 인구 비율 변화추이를 살펴보자. 스웨덴은 인구가 워낙 작기도 하지만, 노인인구비율이 1980년대이후로 17%대에서 증가가 급속하지 않고 비교적 유지되고 있는 것을 볼 수 있다. 출산율 또한 1980년 1.84명에서 2007년 2.12명으로 비교적 안정적인 증가세를 보이고 있어, 인구고령화로 인한 급속한 지출증가의 부담이 적었다고 유추할 수 있다. 독일의 경우는 노인인구 비율이 1980년 15.6% 수준에서 2008년 20.1%로 비교적 완만한 상승세를 보이고 있다. 출산율도 1980년의 1.68명에서 2000년~2002년 사이 약간 떨어졌으나, 이후 완만한 상승세를 보여 2008년에는 1.91명으로 완만한 상승세를 보이고 있다. 인구고령화로 인한 급속한 지출증가의 부담이 역시 크지 않았다고 유추할 수 있다. 미국도 출산율, 고령화율 모두 완만한 추이를 보이고 있다. 다만 일본의 경우는 인구고령화가 급속히 진전되는 것을 볼 수 있고, 반면 출산율은 급속히 떨어지고 있어, 고령화관련 지출의 부담이 커왔고, 향후에도

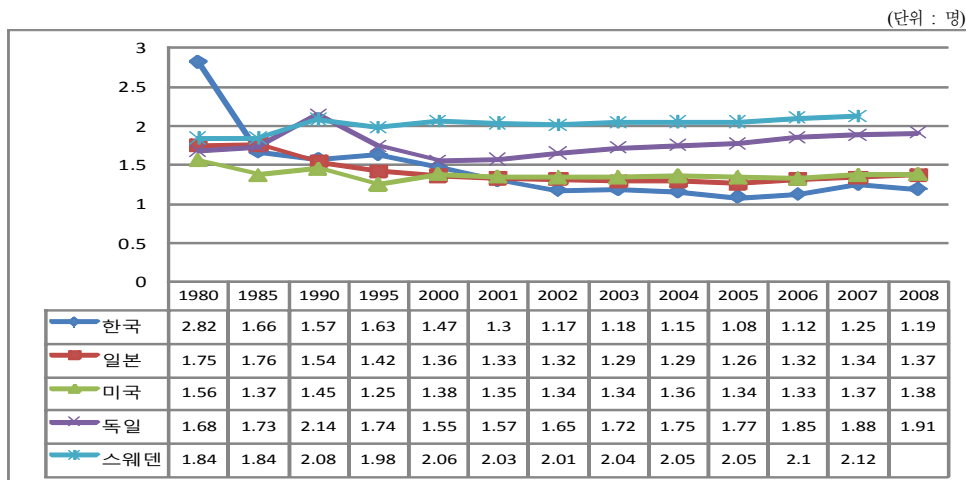
커질 것임을 알 수 있다. 우리나라의 인구구조도 일본과 유사한 추이를 보이고 있어, 향후 고령화관련 지출의 부담이 커질 것으로 예상할 수 있다.

[그림 6-2] 선진 4국의 인구 고령화율



자료: OECD stats

[그림 6-3] 선진 4국의 출산율

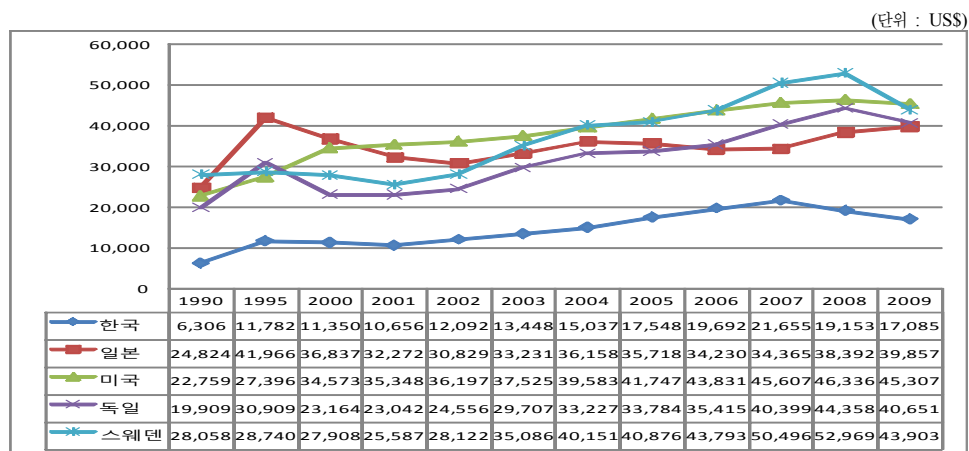


자료: OECD stats

여덟째, 선진 4국의 경제성장정도를 살펴보면, 한국의 경우 개발도상국으로 높은 경제성장률을 보이고 있다. 1인당 GDP가 높은 선진 4개국 중에서는 2008년 이후는 둔

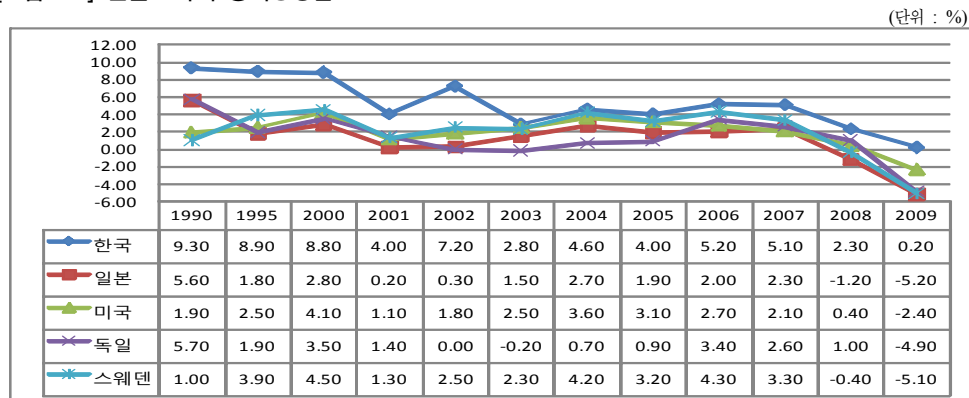
화되었으나, 스웨덴이 높은 1인당 GDP에 비하여서도 매우 높은 경제성장률을 유지하고 있는 것을 볼 수 있다. 일본은 잃어버린 10년 현상이라 일컬어지듯, 경제성장률이 급속히 둔화된 것을 볼 수 있다. 다음으로 물가상승률을 살펴보면, 스웨덴, 독일의 물가상승률은 높은 소비세 비중에도 불구하고 비교적 낮게 유지되고 있음을 볼 수 있다. 미국의 경우는 물가상승률이 2000년대 후반들어 상승하는 추이를 보이고 있다. 일본은 낮은 소비세와 더불어 상대적으로 물가상승률이 낮게 유지되어 오고 있다.

[그림 6-4] 선진 4국의 1인당 GDP



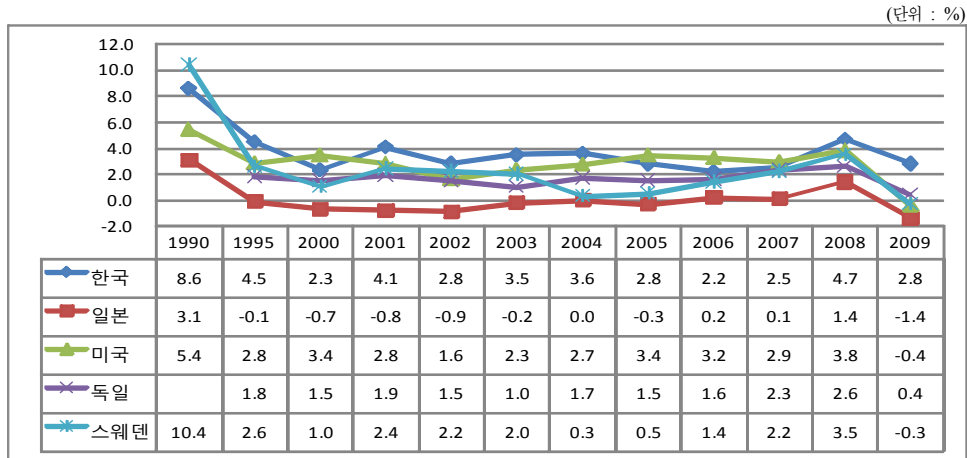
자료: OECD Stats.

[그림 6-5] 선진 4국의 경제성장률



자료: OECD Stats.

[그림 6-6] 선진 4국의 물가상승률

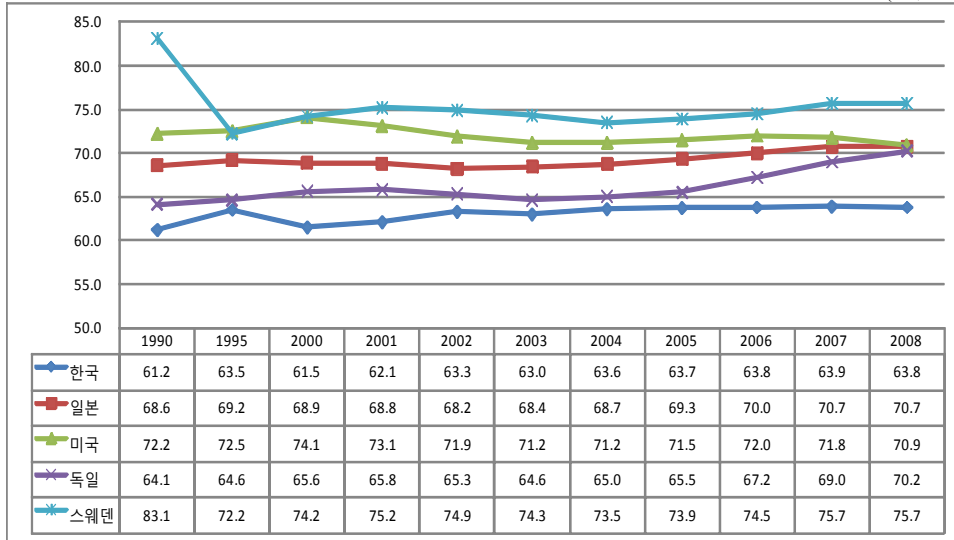


자료 : 통계청 국가통계포털(kosis.kr)

마지막으로 스웨덴은 높은 경제활동참가율과 여성경제활동참여율을 보이고 있고, 이러한 요인이 스웨덴의 성장동력으로 작용하고 있음을 알 수 있다. 스웨덴의 경우는 여성경제활동 참가율이 이들 국가중에서도 높는데, 자녀양육의 공적책임강화가 여성인력을 보다 잘 활용할 수 있도록 하여 동반성장이 가능하도록 하는 기제로 작용하는 듯이 보인다. 반면 독일의 경우는 경제활동참여율과 여성 경제활동 참가율이 스웨덴과 미국보다 낮게 나타나고 있다. 독일은 관대한 가족수당에도 불구하고 그렇지 않은 미국보다 여성경제활동 참가율이 낮게 나타나고 있어, 가족정책의 여성인력 활용효과가 충분히 나타나지 않고 있는 것으로 보인다. 독일의 경우 실업급여가 축소되기 시작하였던 2003년~2006년 이후에는 경제활동참여율이 증가하고 있는 것을 볼 수 있는데, 이는 독일 사회보장체제가 복지의존도 및 근로의욕 쇠퇴 등으로 인한 비효율성 문제를 내재하고 있었다는 점을 시사해준다. 이는 2006년 이후 감소하는 실업을 추이에서도 확인할 수 있다. 독일은 관대한 실업급여 및 실업부조로 인해 다른 국가에 비해 높은 실업률의 문제를 보여주었다고 할 수 있다. 청년실업을 또한 2004년까지는 증가추세에 있었으나, 이후 감소하는 것을 볼 수 있다. 미국의 경우는 경제활동참가율이 이들 국가에 비해 낮은 수준에서 유지되어 오고 있다. 반면, 미국의 여성경제활동 참가율은 비교적 높은 수준에서 유지되어 오고 있는 것을 볼 수 있다. 미국의 실업률은 독일을 제외한 다른 선진국가들과 유사한 수준에서 최근 들어 급속히 증가하고 있는 것을 볼 수 있다.

[그림 6-7] 선진 4국의 경제활동참가율

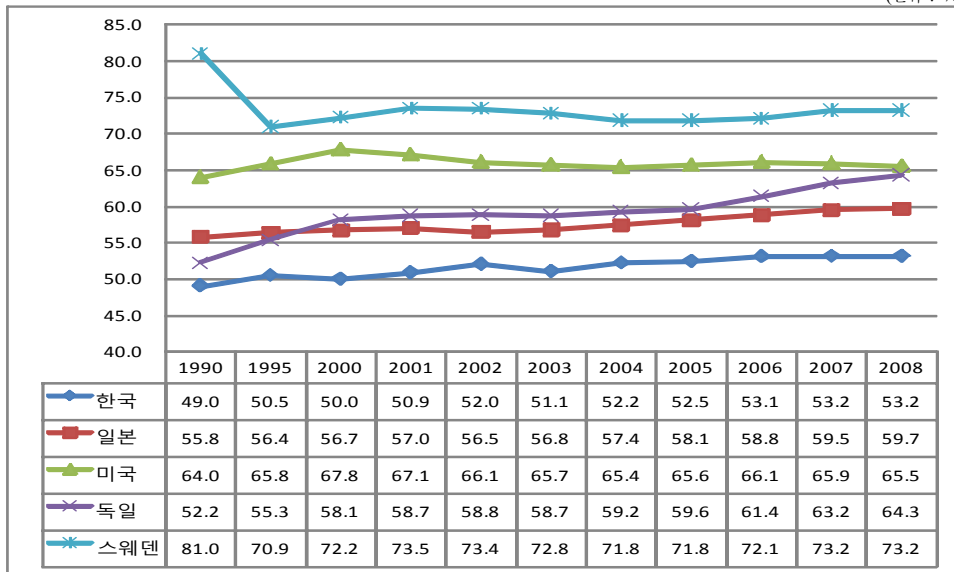
(단위 : %)



자료: OECD Stats.

[그림 6-8] 선진 4국의 여성 경제활동 참가율

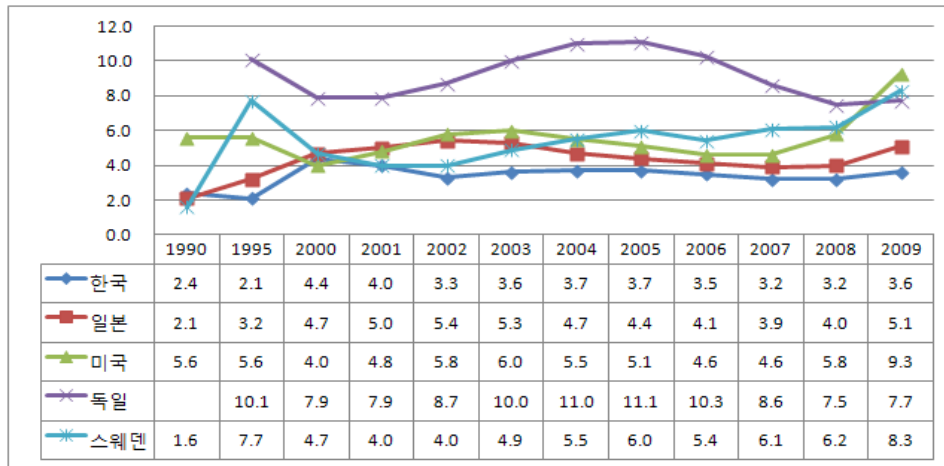
(단위 : %)



자료: OECD Stats.

[그림 6-9] 선진 4국의 실업률

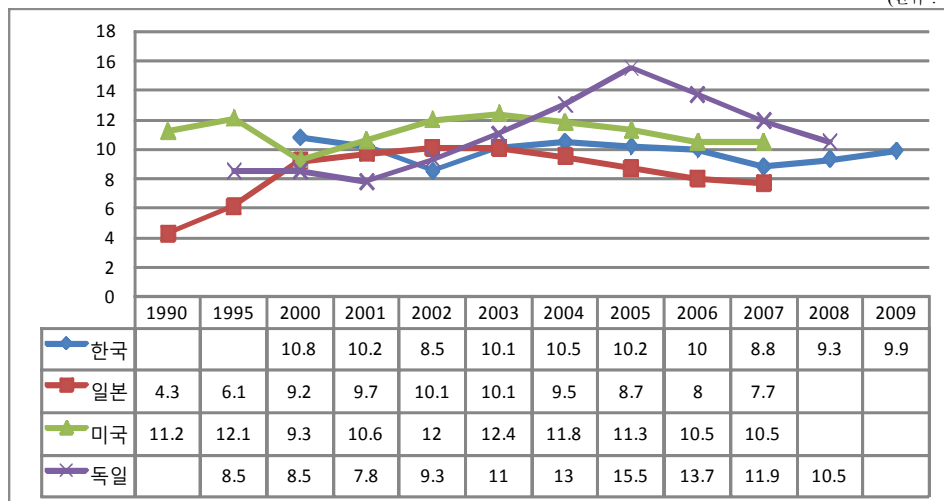
(단위 : %)



자료 : 통계청 국가통계포털(kosis.kr)

[그림 6-10] 선진 4국의 청년 실업률

(단위 : %)



자료 : 통계청 국가통계포털(kosis.kr)

2. 선진 4국의 복지부문 자원배분 비교

복지국가 유형별 대표 선진 4개 국가의 복지지출의 구성비를 살펴보면 다음 표와 같다. 먼저 우리나라와 비교적 정서, 문화 등이 유사한 아시아지역의 국가인 일본의 경우 노령관련 지출(GDP의 8.79%, 복지지출 대비 약 47%), 보건(GDP의

6.3%, 복지지출 대비 약 34%), 유족(GDP의 1.3%, 복지지출 대비 약 6.94%), 장애(GDP의 0.79%, 복지지출 대비 약 4.23%), 가족(GDP의 0.79%, 복지지출 대비 약 4.23%), 실업(GDP의 0.31%, 복지지출 대비 약 1.265%), 적극적노동시장정책 부문(GDP의 0.16%, 복지지출 대비 약 0.87%) 순으로 재원배분이 되고 있는 것을 볼 수 있다. 노령관련 지출이 가장 비중이 큰 것은 일본의 노인인구비율이 21.5%로 OECD국가 중 최상위임을 반영하는 것으로 보인다. 일본의 경우 GDP대비 가족관련 지출은 OECD평균보다는 작지만, 미국보다는 약간 크게 나타나고 있다. 유럽국가들처럼 보편적이고 관대한 가족관련 수당제도는 부재하나, 선별적인 아동수당제도가 도입되어 가족관련 지출의 포선이 비교적 크게 나타나고 있는 것으로 보인다. 유럽국가들의 GDP대비 적극적노동시장정책부문 지출 비중이 상대적으로 높게 나타나는 데 반하여, 적극적노동시장정책의 규모도 OECD평균보다는 낮은 수준으로 나타나고 있다.

가족역할 중심의 근로자 수입보장을 주된 목표로 하는 보수 조합주의체제의 대표 국가인 독일의 복지지출 재원배분을 살펴보면 노령, 보건, 유족, 장애, 가족, 실업, 적극적 노동시장정책의 순인 것을 알 수 있다. 독일 역시 노인인구비율이 19.9%로 OECD 평균 14.2%보다 높다. 노령과 보건관련 지출이 전체 복지지출의 약 66%를 차지하며, GDP대비 16.5%를 차지하고 있다. 독일의 경우 적극적 노동시장정책은 GDP의 0.72%(복지지출 대비 약 2.87%)로 OECD평균보다 높다. 실업급여의 경우는 GDP의 1.38%((복지지출 대비 약 5.5%))로 보편적인 복지가 총괄적으로 제공되는 사회민주주의 체제의 대표적 국가인 스웨덴의 경우보다 높게 나타나고 있다.

스웨덴의 경우 노령, 보건, 장애, 가족, 적극적 노동시장정책, 실업, 유족, 주택의 순으로 재원 배분되었다. 스웨덴의 경우 상대적으로 높은 적극적노동시장정책 지출 비중(GDP 대비 1.1%, 전체 복지지출 대비 4.02%)과 장애관련 지출, 그리고 OECD 평균보다는 높으나 다른 국가에 비해 상대적으로 낮은 보건관련 지출(GDP 대비 6.58%, 전체 복지지출 대비 24.09%)을 들 수 있다. 스웨덴에서는 실업관련 복지지출보다 적극적노동시장정책관련 지출의 비중이 높게 나타나고 있는 것을 볼 수 있다.

전통적인 가족과 국가의 역할이 주변적이며 시장의 역할이 중심적인 자유주의 체

제의 대표국가인 미국의 경우 보건관련 지출이 GDP의 7.24%, 전체 복지지출의 44.7%로 노령부문 지출보다 높게 나타나고 있다. 미국의 복지 분야 재원배분은 보건, 노령, 장애, 유족, 가족, 실업, 적극적노동시장정책 순임을 볼 수 있다. GDP대비 적극적노동시장정책 부문 지출은 우리나라보다 낮은 수준으로 나타나고 있다는 점이 특이할 만하다. 우리나라는 아직 인구 고령화율이 OECD국가들에 비해 낮고 연금 제도가 성숙하지 않아 급여지출이 본격적으로 이루어지지 않고 있다는 이유로 인해 노령관련 지출이 이들 나라에 비해 눈에 띄게 적게 나타나고 있다. 우리나라의 복지 재원 배분은 보건, 노령, 장애, 가족, 유족, 실업, 적극적 노동시장정책 순으로 미국과 유사한 패턴이다.

〈표 6-5〉 선진 4국의 분야별 사회지출 구성비(2007년)

(GDP대비 비율, ()은구성비)

	한국	일본	미국	독일	스웨덴	OECD평균
노령	1.61 (21.41)	8.79 (46.98)	5.30 (32.74)	8.65 (34.39)	8.98 (32.90)	6.45 (33.48)
유족	0.25 (3.36)	1.30 (6.94)	0.70 (4.32)	2.06 (8.20)	0.54 (1.98)	0.97 (5.02)
장애	0.55 (7.32)	0.79 (4.23)	1.31 (8.08)	1.89 (7.50)	5.02 (18.40)	2.14 (11.10)
보건	3.50 (46.50)	6.30 (33.69)	7.24 (44.67)	7.85 (31.18)	6.58 (24.09)	5.81 (30.19)
가족	0.46 (6.09)	0.79 (4.23)	0.66 (4.06)	1.83 (7.28)	3.35 (12.28)	1.95 (10.14)
적극적노동시장	0.13 (1.73)	0.16 (0.87)	0.11 (0.70)	0.72 (2.87)	1.10 (4.02)	0.46 (2.39)
실업	0.25 (3.32)	0.31 (1.65)	0.33 (2.06)	1.38 (5.50)	0.67 (2.44)	- -
주택	- -	- -	- -	0.61 (2.41)	0.47 (1.73)	- -
기타	0.77 (10.29)	0.26 (1.41)	0.55 (3.38)	0.17 (0.68)	0.59 (2.17)	0.70 (3.62)
총 공공사회복지지출	7.53 (100)	18.70 (100)	16.20 (100)	25.16 (100)	27.30 (100)	19.26 (100)

자료:OECD Stats.

복지재원의 비교에 앞서 먼저 선진 4국의 세입구조를 살펴보자. 우리나라는 소득 세수가 GDP대비 3.1%로 주요 선진국에 비하여 낮은 편에 속하며, 전체 수입에서 차지하는 비중도 11.6%로 낮은 편이다. 법인세수는 GDP대비 4.2%로 주요 선진국

에 비하여 높은 편이며, 전체 수입에서 차지하는 비중도 16%로 높은 편이다. 하지만 우리나라 법인세의 GDP 탄력성은 1.175(1981 ~2009년)으로 GDP증가율에 대하여 비교적 단위 탄력적으로 세수가 증대할 전망이다. 우리나라 법인세율은 주요 국가에 비해 비교적 높은 편으로, 향후에도 경제성장촉진과 외자 유치를 위한 법인세율 인하가 요구되는 실정이므로, 법인세분야 세수확충을 위해서는 세원투명성 제고를 통한 세원확대가 주요수단으로 고려되고 있다. 간접세수는 GDP 대비 8.4%로 북유럽국가나 자유주의 국가를 제외하고는 높은 편이며, 전체 수입에서 차지하는 비중도 직접세 31%보다 약간 높은 31.6%수준이다. 대부분의 국가(뉴질랜드, 덴마크, 호주, 노르웨이, 캐나다, 미국, 스위스, 스웨덴, 일본, 독일 등)에서 평균적으로 직접세 비중이 간접세보다 높은 경향이 있다. 사회보장기여금(social security contributions) 수입은 GDP대비 5.8%로 주요 선진국들에 비해 낮은 편이다. 프랑스, 오스트리아, 독일, 네덜란드, 벨기에, 체코등의 국가에서는 사회보장기여금의 규모가 상대적으로 매우 높게 나타난다. 이들 국가들의 경우 고용주 부담률이 높은 경우가 많다.

〈표 6-6〉 선진 4국의 세입구조(2008년) (GDP대비 비중, %)

	총세 입 부담	직접세							간접세 부담	사회보장기여금				기타
		직접세 총부담	개인			법인				총 기여 금	개인	법인	자영 업자	
			개인 총부 담	소득 세	자본	법인 총부 담	이윤	자본						
한국	26.5 (100)	8.2 (31.0)	4.0 (15.1)	3.1 (11.6)	0.9 (3.4)	4.2 (16.0)	4.2 (16.0)	0.0 (0.0)	8.4 (31.6)	5.8 (21.8)	2.4 (8.9)	2.6 (9.6)	0.9 (3.2)	4.1 (15.6)
일본	28.2 (100)	9.5 (33.7)	5.6 (20.0)	5.6 (20.0)	0.0 (0.0)	3.9 (13.7)	3.9 (13.7)	0.0 (0.0)	5.1 (18.0)	10.9 (38.6)	4.8 (17.2)	5.0 (17.8)	1.0 (3.6)	2.7 (9.7)
미국	26.1 (100)	11.8 (45.2)	9.9 (38.1)	9.3 (35.6)	0.7 (2.5)	1.8 (7.1)	1.7 (6.3)	0.2 (0.7)	4.6 (17.7)	6.5 (25.1)	2.9 (11.0)	8.7 (33.3)	0.4 (1.3)	3.2 (12.1)
독일	37.0 (100)	11.5 (31.1)	9.6 (26.0)	9.6 (26.0)	0.0 (0.0)	1.9 (5.1)	1.9 (5.1)	0.0 (0.0)	10.6 (28.5)	13.9 (37.6)	6.1 (16.6)	6.5 (17.7)	1.2 (3.4)	1.0 (2.8)
스웨덴	46.3 (100)	16.8 (36.3)	13.8 (29.8)	13.0 (28.1)	0.8 (1.8)	3.0 (6.4)	3.0 (6.4)	0.0 (0.0)	12.8 (27.7)	11.5 (24.8)	2.8 (6.0)	8.5 (18.4)	0.2 (0.5)	5.2 (11.2)
OECD 평균	34.8 (100)	12.4 (35.6)	9.0 (25.9)	8.4 (24.1)	0.1 (0.3)	3.5 (10.1)	3.3 (9.5)	0.0 (0.0)	10.8 (31.0)	9.0 (25.9)	3.3 (9.5)	5.2 (14.9)	1.0 (2.9)	2.6 (7.5)

자료:OECD Stats. Revenue Statistics의 항목임.

* Revenue Statistics의 세부항목은 총세입부담(Total tax revenue), 직접세 총부담(on income, profits and capital gains), 개인 총부담(of individuals),소득세(on income and profits), 자본(on capital gains), 법인 총부담(of Corporate), 이윤(On profits), 자본(On capital gains), 간접세 부담(goods and services), 사회보장기여금(Social security contributions), 기타는 나머지 항목의 합.

** ()는 총세입부담에 대한 비중임.

〈표 6-7〉 선진 4국의 세율 비교(2010년)

	소득세		법인세	소비세	사회보장기여			
					근로자*		고용주**	
	최저	최고			최저	최고	최저	최고
한국	15.00	35.00	22.0	10.0	3.11	4.5	5.31	9.81
일본	10.00	40.00	30.0	5.0	0.4	12.175	0.83	12.605
미국	15.00	35.00	35.0	18.0	1.45	6.2	1.45	13.85
독일	14.00	45.00	15,825 (15,0)	19.0	11.35	20.71	11.35	19.56
스웨덴	20.00	25.00	26.3	25.0	7.0		31.42	

* 한국 사회보장기여 근로자 보험료율의 최저항목은 건강보험료와 고용보험의 합. 최고 항목은 국민연금 보험료율임.

**한국 사회보장기여 고용자 보험료를 최저항목은 건강보험, 고용보험, 산재보험의 합, 최고는 건강보험, 고용보험, 산재보험, 국민연금 보험료합임.

*** 일본, 미국, 독일은 각 소득에 따른 각 사회보험료율의 합임.

**** 스웨덴 근로자는 연금제도만 정률 부담함.

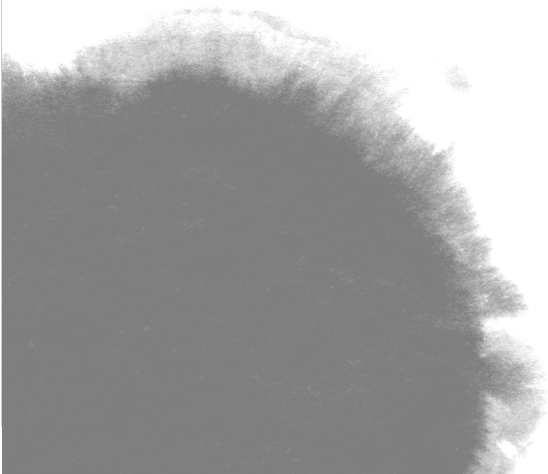
자료:OECD TaxDatabase 2010년기준

〈표 6-8〉 선진 4국의 보험료율

	독일	대한민국	미국	일본	스웨덴
노령연금	근로자:9.95% 고용자 : 9.95~16.45%	근로자:4.5% 고용자:4.5%	근로자:6.2% 고용자:6.2%	근로자:7.852% 고용자:7.852%	근로자:7% 고용자:10.21%
건강보험	근로자:평균7.9% 고용자:평균7%	근로자:2.665% 고용자:2.665%	-	근로자:4.67% 고용자:4.67%	근로자:없음 고용자:현금급여 9.61%, 현물급여 -없음
산재보험	근로자:없음 고용자:1.26%	근로자:없음 고용자:0.7~36%	-	근로자:없음 고용자:0.3~10.3%	근로자:연금기여 내 고용자:연금기여 내
실업보험	- 근로자: 1.4% - 고용주: 1.4%	근로자:0.45% 고용자:0.7~1.3%	-고용주 : 0.8%(주세) 5.4%(연방)	- 근로자: 0.6% - 고용주: 0.95%	근로자:없음 고용자:임의가입 프로그램은 기여금있음
장기요양	- 근로자: 0.85% - 고용주: 0.85%	근로자: 건강보험료의 13.1% 고용자: 건강보험료의 13.1%		- 근로자: 단계에 따라 0.5~2.0% 까지 - 고용주: 단계에 따라 0.5~2.0% 까지	-단일프로그램으로 운영하지 않음

07

결어: 바람직한 한국적 사회보장체계의
모색



제7장 결어: 바람직한 한국적 사회보장체계의 모색

제1 절 사회보장개혁의 성과와 과제

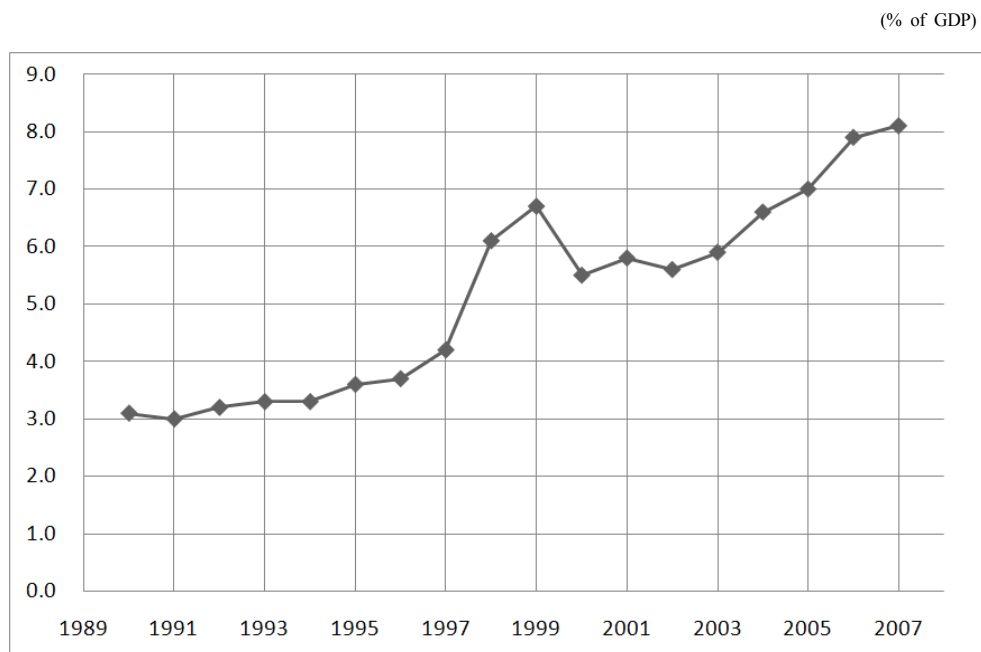
1. 사회보장의 성과와 한계

한국은 서구에 비해 매우 뒤늦게 산업화의 과제에 부딪치면서 잘 발전된 관료조직의 주도하에 모든 사회경제적 기구를 경제개발이라는 목적에 종속되도록 조직하여 성공적인 경제성장을 이룬 것으로 평가된다. 한국은 일본, 대만과 함께 관료조직의 힘으로 경제성장을 주도한 발전국가(developmental state)의 성공적인 사례로 꼽힌다(Woo-Cumings, 1999). 발전국가의 개입주의 전략은 경제성장에서 큰 성과를 거두었지만, 발전국가가 주도한 산업화 시기 사회복지 발전은 최소한의 것에 그쳤다. 정부 정책의 최우선순위는 자원을 경제개발에 집중하는데 두어졌고, 산업화 시기 사회정책은 사회정의 실현을 목표로 하기보다는 경제성장을 위한 보조적 수단으로서 간주되었다. 이러한 이유로 이 시기 사회정책은 발전주의적 사회정책(developmental social policy)라 할 수 있다(Holliday and Wilding, 2003). 특히 이 시기 사회정책은 친기업적, 노동배제적 특성을 지녔고, 취약계층에 대한 지원에서 매우 인색한 특성을 지녔다. 이러한 점에서 저소득 근로계층과 취약층에 대해 매우 배제적인(exclusive) 태도를 보인 사회정책이라 할 수 있다.

외환위기 이후 10여년에 걸친 사회보장 확충은 빈곤완화와 사회연대를 촉진하려는 목적을 가지고 있었고 사회복지급여의 제공에서 국가의 역할이 증대되었다는 점에서 과거의 사회복지확대와 구분된다(김연명, 2002). 특권층을 대상으로 한 기여적

방식의 사회보험과 취약계층 대상의 전근대적 공공부조 등 과거의 복지제도가 국가의 재정책임을 최소화하는 선에서 이루어지던 것과는 달리 외환위기 이래의 복지개혁은 국가의 책임을 확대하여 취약계층을 보호하는 방향으로 발전하였다. 이제 사회정책은 경제발전의 목적을 실현하기 위한 보조적 수단에서 사회권과 재분배 실현이라는 독자적 목표를 갖는 국가정책으로서 등장한 것이다. 이러한 점에서 우리나라 사회정책은 경제위기를 거치면서 노동배제적 특성이 완화되고 보다 포용적인(inclusive) 양상을 띠게 되었다고 할 수 있다.

[그림 7-1] 한국의 사회지출 추이(1990년~2007년)



자료: OECD(2011), Social Expenditure-Aggregated data, stats.oecd.org.

주: 사회지출은 공공(public) 지출과 법정민간(mandatory private) 지출을 합한 것임.

지난 시기 사회복지개혁의 영향은 사회지출의 추이에서 부분적으로 확인된다. 위 그림은 1990년부터 2007년까지 한국의 사회지출의 변화를 GDP의 퍼센티지로 보여 준다.⁴³⁾ 우리나라 사회지출은 1990년에는 GDP의 3.1%를 차지하고 있었다. 그러나

43) 여기서 사회지출은 OECD가 복지지출의 추정치로 장기간 공표하여온 수치로서, 정부가 직접 관리하는 공공지출만이 아니라 법정 민간지출을 포함한다.

외환위기 직후인 1999년에는 사회지출의 수준이 6.7% 이상으로 치솟았다가 감소된 후 2000년부터 다시 증가세를 보였다. 2007년까지는 8.1%로 올랐다.

그러나 한국 복지국가의 발전정도는 여전히 제한적인 것이었다. 우리의 사회지출은 2007년 GDP의 8.1%로서 OECD 평균 19.8%에 비해 10%p 이상 떨어진다. OECD의 새로운 복지지출 추정치인 순사회지출로 볼 경우에는 GDP의 10.7%로 높아지지만, 여전히 OECD의 다른 국가들과는 비교가 되지 않을 정도로 낮은 수준이다.

[표 7-1] OECD 국가들의 사회지출(2007년, GDP대비 %)

	프랑스	독일	스웨덴	영국	미국	일본	한국	OECD 평균
사회지출	28.7	26.2	27.7	21.3	16.5	19.3	8.1	19.8

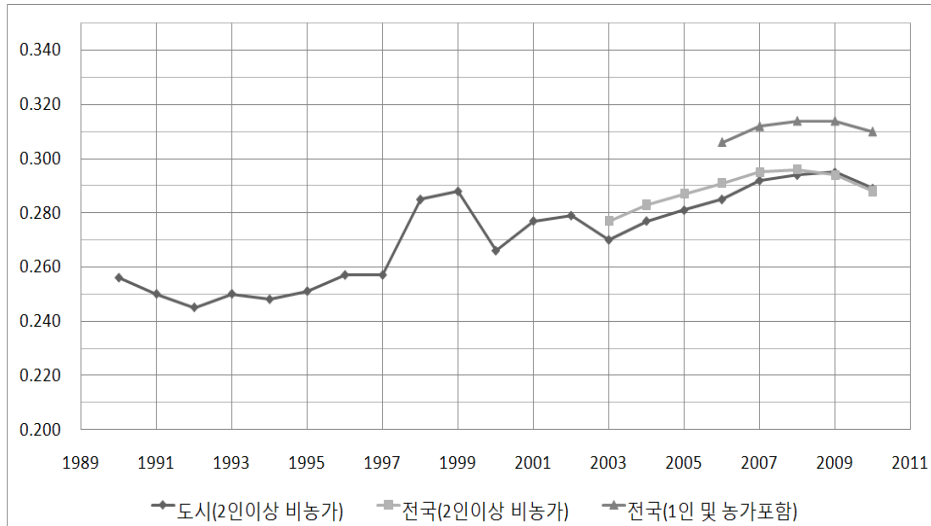
자료: OECD(2011), Social Expenditure-Aggregated data, stats.oecd.org.

주: 사회지출은 공공(public) 지출과 법정민간(mandatory private) 지출을 합한 것임.

더욱이 지난 10년간 사회보장의 확대에도 불구하고 우리의 분배상황은 악화추세를 지속하였다. 우리나라 소득분배의 악화추세는 지난 1990년대 초반을 거치면서 시작되었고, 특히 외환위기 이래로 본격화되었다. <그림 7-2>에서는 통계청 자료에 따라 1990년에서 2010년까지의 지니계수 추이를 보이고 있다. 2인 이상 도시가구의 그래프에서 나타나듯이, 우리나라의 지니계수는 1992년에 가장 낮은 수준을 보였다.⁴⁴⁾ 1990년대 초반은 산업화된 한국에서 가장 평등한 시기였던 것으로 보인다. 그런데 소득불평등도가 1998년 외환위기 시기에 크게 악화되었다. 위기 진정과 함께 다소 개선되는 듯했으나, 2000년대 초반을 거치며 다시 불평등의 악화추세가 나타났다. 2010년 현재 지니계수는 외환위기 직후시기와 비슷한 0.289의 수치를 보인다. 전체 가구를 대상으로 가구소득의 불평등을 측정한 지니계수는 이보다 훨씬 커서 2010년에 0.310이었다.

44) 지니계수는 0에서 1 사이의 값을 가지며 수치가 커질수록 불평등도가 증감함을 의미한다. 국제 비교에서는 일반적으로 지니계수가 0.3 이하이면 소득분배가 양호한 상태에 있는 것으로 본다.

[그림 7-2] 지니계수의 추이(가처분소득 기준)

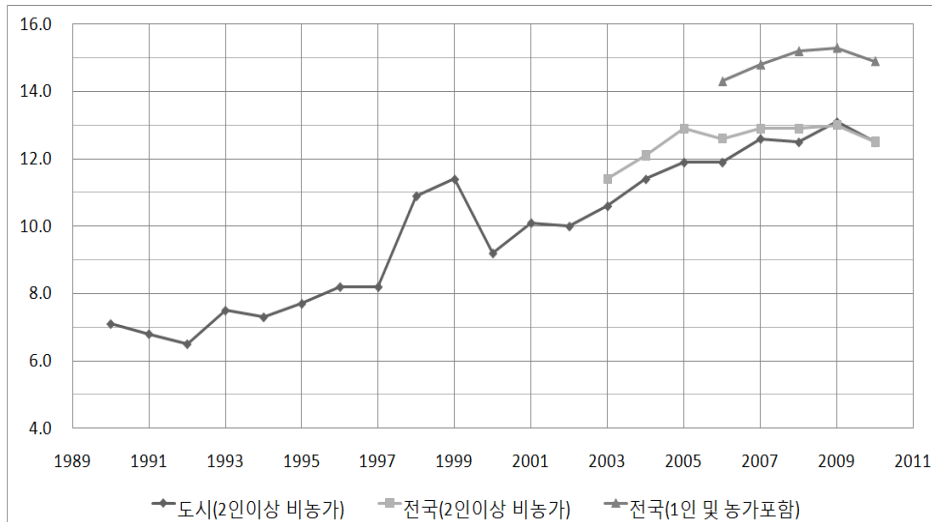


자료: 통계청(2010), 소득분배지표.

주: 가처분소득 = 시장소득 + 공적이전소득 - 공적비소비지출.

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

[그림 7-3] 상대빈곤율의 추이(% , 가처분소득 기준, 중위소득 50% 미만)



자료: 통계청(2010), 소득분배지표.

주: 가처분소득 = 시장소득 + 공적이전소득 - 공적비소비지출.

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

우리나라 전체인구 중 중위소득 50% 미만의 상대빈곤층의 규모로 나타난 빈곤 추이에 따르면, 이 시기 우리나라 소득분배 상황은 한층 심각하다(<그림 7-3> 참조). 2인 이상 도시가구를 보면, 1990년 상대빈곤층의 규모는 전체의 7.1%를 차지하여 낮은 수준을 보이나, 그 이후에는 지속적으로 증가하였다. 외환위기 시기인 1999년에 11.4%였던 빈곤율은 한동안 주춤하였지만, 2010년에는 12.5%로 외환위기를 넘는 수준을 유지하고 있다. 2010년 기준 전체 가구에 대한 상대빈곤율은 도시가구의 빈곤율보다 훨씬 높은 수치인 14.9%에 달한다는 점도 주목할 필요가 있다.

우리나라의 소득분배실태는 OECD의 다른 나라들과 비교하면 어떤 상태일까? <표 7-2>에 따르면, 2000년대 중반 현재 스웨덴, 덴마크 등의 북구권 국가들은 지니계수가 0.23대로 가장 평등한 상태를 보이며 프랑스, 독일 등 유럽대륙국가들도 0.3미만의 비교적 양호한 상태를 보인다. 한편 미국, 영국 등은 0.38과 0.33 등 가장 높은 불평등도를 보인다. 한국은 소득불평등도에서 OECD 국가들 중 중간수준으로 나타나 지니계수가 OECD 평균치인 0.31대를 보인다.

‘표 7-2) 2000년대 중반 소득분배의 국제비교

국가	지니계수	상대빈곤율(%)
미국	0.381	17
영국	0.335	8
캐나다	0.317	12
이탈리아	0.352	11
독일	0.298	11
프랑스	0.281	7
핀란드	0.269	7
스웨덴	0.234	5
덴마크	0.232	5
일본	0.321	15
한국	0.312	15
OECD 평균	0.311	11

자료: OECD income distribution questionnaire, OECD(2008), Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. p.52, p.154.

주: 상대빈곤율은 중위소득 50% 미만 기준. 한국은 2005년, 다른 나라들은 2004~2005년의 수치임. 일본은 지니계수 2003년, 빈곤율 2000년.

그러나 OECD 국가들에 비교할 때, 한국의 빈곤실태는 소득불평등도에 비해 한층 나쁘다. 중위소득 50% 기준으로 본 한국의 상대빈곤율은 15%로서 미국의 17% 다음의 예외적으로 높은 수준을 보인다. OECD 평균 빈곤율이 11%로서 다수의 OECD 국가들은 그보다 낮은 수준의 빈곤율을 보인다. 지난 10여 년에 걸친 빈곤 증가가 국제비교에서도 확인되는 것이다. 자료로 제시하지는 않았지만, 1990년경에는 우리나라의 빈곤은 OECD의 중간 정도의 수준에 있었다(구인회, 2006). 2000년대 후반에는 한국은 OECD 국가 중 가장 높은 수준의 빈곤율을 보이는 국가군에 속하게 되었다.

소득분배 악화 이외에도 저소득층의 소비기회가 급격하게 악화되고 있다. 경제가 외환위기로부터 회복된 2000년 초반부터 주택가격의 급격한 상승이 이루어졌다. 의학기술의 진보와 함께 의료비용도 치솟았다. 더구나 치솟는 교육비 지출로 개인과 가족들은 큰 경제적 부담을 지게 되었다. 이들 의료, 교육, 주거는 현대사회를 살아가는 데 필수적인 서비스이다. 때문에 많은 복지국가에서 국민들이 이들 서비스를 이용하는 것을 공적으로 지원한다. 그러나 OECD의 다른 국가들에 비해 한국사회에서는 개인과 가족들이 이들 서비스에 대한 소비지출의 많은 부분을 직접 부담해야 한다. 사적인 부담수준이 높다보니 저소득층은 큰 경제적 부담을 지게 되고, 더 나아가 서비스 이용에도 제약을 받게 된다. 이들 필수적 서비스에 대한 공적인 지원은 특히 저소득층의 지출부담을 낮추어주는 역할을 하고, 따라서 소득불평등을 완화하는 역할을 한다. 그러나 한국에서는 이들 서비스에 대한 지출의 많은 부분을 개인과 가족이 사적으로 부담하기 때문에 경제적 불평등과 빈곤은 소득의 분배실태가 보여주는 것보다 훨씬 심각한 상태라고 보아야 한다.

2. 사회보장의 과제

그간의 사회보장 확충노력은 복지국가 발전을 위한 지향에도 불구하고 변화된 시대의 새로운 도전에 대해서 효과적으로 대응하지 못하였다. 우리나라 사회정책은 보다 포용적인 방향으로 진전하였지만, 발전주의 사회정책의 유산을 극복하였다고 보기 어렵다. 무엇보다도 외환위기 이후 전개된 사회보장제도의 확충으로는 비정규직

확대 등 저숙련 노동자의 지위를 하락시키는 노동시장의 변화추세가 소득분배악화로 이어지는 것을 막기에는 역부족이었다. 이 시기 저임금근로자의 규모 추이는 이러한 변화를 잘 보여준다. 아래표에서 나타나듯이, 전체 임금근로자 중 저임금근로자의 비중은 2000년대에 지속적인 증가추세를 보인다. 임금이 중위임금의 2/3 미만인 근로자를 저임금근로자로 규정하는 OECD 정의에 따르면, 2001년 임금근로자의 23%를 차지하던 저임금근로자는 2004년부터는 26%를 넘어 섰고 2010년에는 26.5%에 달하게 되었다. 국제적으로도 한국의 저임금근로자의 비중은 높은 수준이다. 비정규직, 여성, 중고령자에서 저임금 근로자의 비중이 높은 것으로 나타났다(이병희 외, 2008).

〈표 7-3〉 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: 노동연구원, 노동리뷰 2010년 6월호 통계 프리즘과 이병희 외(2008) 자료 활용

아래표는 비정규직 근로자의 규모 추이를 보여준다. 표에서 나타나듯이, 우리나라에서 비정규직의 비중은 매우 빠르게 증가하였다. 2003년에는 비정규직 근로자가 전체 임금근로자의 약 32.6%를 차지하였으나, 2004년에는 비정규직 근로자가 전체의 약 37%로 증가하였다. 이후 감소한 후 증가세가 지속되어 2011년 현재 비정규직 근로자는 전체 임금근로자의 약 34.2%이다. OECD 기준 비정규직에 해당하는 임시 근로자(temporary workers) 규모는 더 빠른 속도로 증가한 양상을 보인다. 한국은 비정규직 고용이 OECD의 다른 국가들에 비해 매우 큰 규모이다. 2005년 한국의 비정규직은 거의 30%에 달하여 스페인 다음으로 큰 수준이다. OECD 국가들의 평균치가 12.8%이니 한국의 비정규직 규모가 놀라운 수준임을 알 수 있다(Grubb, Lee, and Tergeist, 2007).

〈표 7-4〉 비정규직 근로자 규모의 추이(매년 8월 기준임)

(단위:천명)

	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	5,394	5,483	5,457	5,703	5,445	5,754	5,685	5,995
	(32.6)	(37.0)	(36.6)	(35.5)	(35.9)	(33.8)	(34.9)	(33.3)	(34.2)

자료 : 통계청(www.kosis.go.kr)

지난 개혁은 사회보험의 가입대상을 확대하고 공공부조제도를 근대화하였지만, 다수 취약계층을 노동시장에서의 차별적 처우와 사회보장의 사각지대로부터 벗어나게 하는 데에 한계를 보였다. 특히 지난 사회복지개혁의 성패 기준을 핵심노동자 중심의 사회보호와 주변 취약계층의 방치라는 발전국가 시대의 사회정책을 극복하여, 취약계층으로 사회보호를 확대하였는가에서 찾는다면 그 한계는 더욱 두드러진다.

우선, 근로빈곤층을 위한 고용안전망 구축에 어려움을 초래하였다. 근로빈곤 문제의 뿌리에는 저소득층 다수가 고용이 불안정하고 고용보험 등 사회보험 미가입 상태에 있어 실직 시의 생계지원과 재취업지원 대책이 매우 미흡한 상황에 놓여있다. 고용불안정이 심화되는 환경에서 기업 단위에서 고용안정성을 확보하려는 노력과 함께 사회보험 가입 확대와 개선을 통해 사회적인 범위에서 고용과 소득의 안정성을 기하는 것은 매우 중요하다. 그러나 근로빈곤층을 위한 고용안전망 구축 노력은 사회보험 적용제외대상을 축소하고 보험료 징수를 위한 행정체계를 개선하는 선에 머물렀다. 그러나 그간의 경과를 영세업체 사용자와 근로자의 경우 보험료 부담분을 감면하고 가입을 장려하는 등 정부의 적극적인 재정지원 없이는 고용안전망 구축에서 성과를 보기 어려움이 확인되었다(이병희, 2010).

근로빈곤층에 대한 고용안전망 구축 노력이 성과를 거두기 위해서는 국민연금과 건강보험을 포함하여 사회보험 사각지대 전체를 같이 해소하는 접근을 취해야 한다. 가입자의 입장에서는 고용보험료를 납부하게 되면 이와 연계되어 있는 다른 사회보험료에 대한 납부 부담도 발생한다. 이 점은 국민연금, 건강보험, 고용보험, 3개 사회보험 중 하나라도 직장가입하지 않은 459만 명 가운데 382만 명이 3개 사회보험 모두에 가입하지 않았다는 사실에서도 확인된다(이병희, 2010). 따라서 지원대책도

사회보험 전체의 가입을 지원하는 방향으로 추진되어야 성과를 거둘 수 있다. 특히 보험료 부담이 큰 연금 가입 확대가 중요하다.

건강보험 보장성 확대도 한국 사회보장의 중요한 과제로 남아있다. 과거 중증질환의 본인부담률 인하 방식의 보장성 확대전략은 해당 의료서비스의 가격 하락을 의미하여 이용량 증대를 초래한다. 이러한 의료비 증가 상황에서 보장성 확대를 실현하기 위해서는 건강보험료 증가와 함께 정부재정을 확충하는 전략을 취해야 했다. 다른 한편으로는 의료비 증가를 통제하는 효과적인 전략을 선택해야 했다. 이런 점에서 보장성 확대 전략을 질환별 본인부담률 인하 방식에서 누적 의료비 본인부담상한제 중심으로 전환하는 것을 고려했어야 했다. 본인부담상한제의 실효성을 높이기 위해서 건강보험에서 보장하지 않는 비급여 서비스 중 필수의료 항목을 급여로 전환하는 노력이 필요했다. 진료비 지불제도를 합리적으로 개편하여 의료공급자에 의한 유인 수요를 통제하는 것도 해결되지 않았다. 건강보험의 보장성이 낮은 결과, 가구의 소비지출 중 의료비의 비중이 높고 저소득층은 과도한 지출부담으로 빈곤층으로 전락하는 현실이 지속되고 있다.

정부는 보육, 장기보호 등 사회서비스 영역에서는 정부재정 지원을 늘리거나 보험료를 통한 재정조달 방식으로 지원을 늘려 서비스 대상을 넓혔다. 그러나 여전히 서비스 대상이 저소득층에 제한되어 있는 경우가 많고, 장기요양의 경우 서비스에서 제외된 대상자도 많다. 정부의 사회서비스 전략에 대해서는 공공공급의 확대노선을 취하지 않은 점에 대해 비판이 많다. 그러나 민간기관을 통한 서비스 제공 기조를 유지하면서 수요자 중심적 접근을 도입하거나 지방분권화를 추진한 전략은 나름의 장점을 갖는다. 소득보장 영역과는 달리 사회서비스 영역에서는 지역적 실태와 수요자 욕구를 중심에 두는 접근을 강조하는 것은 서구 복지국가에서 나타난 관료적 경직성을 피하고 서비스 효율을 높이는 전략으로서 의의를 갖는다.

그러나 정부에서는 공공과 민간의 협력 전략이 재정부담을 줄이기 위해 정부의 공적 역할을 방기하고 지방이나 민간에 책임을 전가하는 방식으로 집행된 면이 적지 않다. 공공성을 높이기 위한 시설과 인력에 대한 지원과 서비스의 질 관리를 위한 평가와 규제자로서 정부의 적극적인 역할, 지방 자율성을 제고하기 위한 중앙정부의 책임이 방기된 면이 크다. 이러한 문제점은 사회서비스 인력에 대한 처우 악화와 서비스 질 하락 등으로 사회서비스 발전의 제약요인으로 되었다.

정부는 이렇게 정부재정의 적극적인 확충을 피하면서 소극적으로 사회보험료와 수혜자부담에 의존한 재정조달 전략을 탈피하지 못한 결과, 근로빈곤 문제나 연금 개혁, 건강 보장성과 사회서비스 확대 등의 과제에서 큰 성과를 거두지 못하였다. 정부는 조세 저부담 체계를 유지하는 위에서 재정적 균형을 강조하는 재정적 보수주의를 벗어나지 않았고 이러한 정부의 재정기조는 과거 발전주의 유산의 성격이 강하다. 그간의 사회보장정책은 공공부조와 사회서비스에서 정부재정의 역할을 확대하였다는 점에서 발전주의를 극복한 양상을 보인다. 하지만 급여 확장을 위한 재원조달을 사회보험료나 이용자 부담에 크게 의존하고 정부재정의 역할에 대해 소극성을 보였다는 점에서 발전주의적 유산을 보게 된다. 이명박 정부 들어서는 이러한 발전주의 유산에 신자유주의적 감세노선이 결합하여 복지확충의 여지를 더욱 좁혔다.

그간 정부는 사회보장확충을 위해서 노력했지만, 이에 상응하는 방향으로 재정을 개혁하는 장기적인 전략은 크게 고려하지 않았다. 정부는 공공부조와 사회서비스 지출 증가에 필요한 재원을 주로 정부재정의 지출구조 개선을 통해서 마련하면서 연금과 의료, 고용의 영역에서는 주로 사회보험료 재원에 의존한 개혁을 추진하였다. 우리나라에서 정부는 전통적으로 복지로 인한 재정부담을 피하는 방안으로 사회보험료 재원에 크게 의존하였다. 노무현 정부 또한 재정적으로는 사회보험료 의존 경향을 보여, 발전주의적 체제를 극복한 복지국가 구축을 지향하면서 그 방법에서는 발전국가의 유산을 벗어나지 못했다. 건강보험료에 의존한 보장성 확대, 장기요양보험 실시 등으로 사회보험료에 대한 재정적 의존성을 유지하였다.

그러나 근로소득에 대한 원천징수방식으로 징수되는 사회보험 기여금에 의존한 재원조달로는 급격한 재원확충이 어렵다. 또 현재 사회보험 기여금은 주로 근로소득에 연동되어 있어 고용에 부정적인 영향을 미친다(Pontusson, 2005). 아울러 사회보험기여금에 대한 과도한 의존은 피용자와 자영자 간의 조세 형평성 측면에서도 문제를 발생시킨다. 최근까지도 건강보험료 등에서는 피용자와 자영자의 기여금 부담 차이가 더욱 벌어지고 있다. 이러한 격차는 조세 공평성에 대한 피용자의 불만을 증가시키고 사회보험료 인상을 어렵게 만드는 중요한 요인으로 되었다. 따라서 급증하는 복지지출에 대비하기 위해서는, 소득세수 확대, 부가가치세와 사회보험기여금의 세율인상 등으로 국민부담률을 늘리는 다양한 방안을 강구해야 한다.

제2절 사회보장재정의 전망과 과제⁴⁵⁾

1. 사회보장재정의 현황과 전망

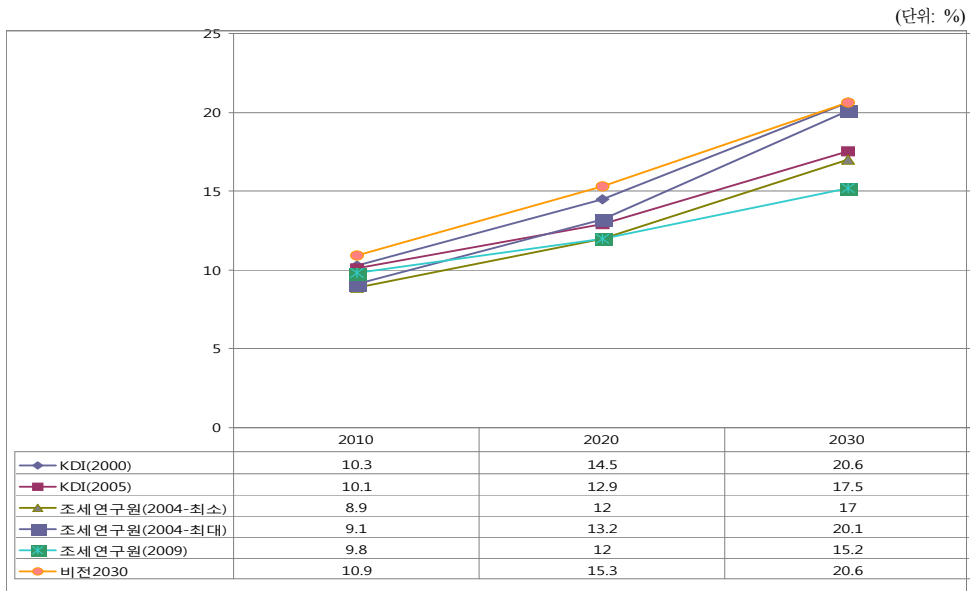
우리나라 복지재정은 비교적 단기간 내에 걸쳐 이루어진 사회보험의 도입과 확대, 경제위기시의 사회안전망 강화와 재정지출확대과정에서 양적인 급성장을 이루어왔다. 건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험 등 4대 사회보험이 비교적 빠른 기간 내에 정착 및 확대되었고, 경제위기를 거치며 국민기초생활보장제도가 도입되었다. 지난 10년간 복지예산의 변화추이를 보면, 복지예산증가율(15.7%)은 일반예산증가율(8.8%)의 1.78배를 유지하여 온 것을 볼 수 있다. 최근 들어서는 저출산고령화 등의 인구구조변동 국면에 따른 보육지원 확대와 제5의 사회보험이라 불리 우는 노인 장기요양보험 및 기초노령연금의 도입으로 복지재정의 규모가 더욱 팽창하고 있다. 2011년 기준 우리나라의 복지지출은 국민건강보험공단의 건강보험지출을 포함하여 약 122조원(건강보험지출을 포함한 정부총지출의 약 36%)에 이르렀다.⁴⁶⁾

복지지출은 대부분 대상자 및 급여수준이 법령으로 정해져 있으므로(법정지출의 비중이 약 89%), 보건복지지출은 현 제도를 유지하기만 하여도 자연적으로 증가할 것으로 예상되고 할 수 있다. 급속한 고령화속도에 따른 인구구조의 변화는 국민의료비 증가로 인한 건강보험지출 및 노인장기요양보험 지출의 급속한 증가와, 노후소득보장을 위한 기초노령연금 및 연금지출의 급속한 증가를 예고하고 있다. 보건복지지출의 장기전망 연구들은 GDP 대비 보건복지지출 비율이 2010년의 8.9% ~ 10.9%에서, 2020년경 약 12% ~ 15.3%로 증가할 것으로 전망하고 있다. 이들 연구들에 의하면 2030년경에는 보건복지지출이 GDP의 약 15.2% ~ 20.6%까지 증가할 것으로 전망되고 있다.

45) 본 절은 최성은(2011)의 내용중 일부를 수정, 보완하여 작성되었음.

46) 기획재정부의 기능별 분류에 따른 복지지출에서 복지지출이라고 간주하기 어려운 조사관련 주택부문 지출을 제외하고, 특수직연금 지출과 국고지원분을 제외한 공단의 건강보험 지출을 포함한 규모임.

[그림 7-4] 보건복지 재정지출 전망



자료: 한국보건사회연구원 내부자료

건강보험지출의 경우 2011년 현재 약 38조원수준에서 2015년 경에는 약 48조 ~ 58조원까지 증가할 것으로 전망되고 있다(박형수외, 2009; 박일수 외, 2010; 한국보건사회연구원, 2011). 노인장기요양보험의 경우는 2009년 약 1조 9천억원에서 2015년 경에는 약 3.4조원 ~ 5.5조원까지 증가할 것으로 전망되고 있다(최인덕외, 2010; 박형수외, 2009; 한국보건사회연구원, 2011). 노인 장기요양보험은 현재 대상자가 65세이상 인구의 5.1%로 과소하다는 문제점이 제기되고 있는데, 만약 대상자를 노인의 10%까지 확대하는 경우 현행대비 약 4,200억원(국비지원액기준)이 추가소요될 것으로 예상되며, 이에 따른 보험료 인상이 불가피할 것으로 예상되고 있다(국회에 산정책처, 2011). 국민연금지출은 2011년 현재 약 10조원에서, 연금급여의 본격화와 고령화의 심화등으로 인해 2015년 경에는 약 15.4조 ~ 17.1조로 증가할 것으로 전망되고 있다(박형수외, 2009; 한국보건사회연구원, 2011). 사학연금기금은 2020년 경 고갈될 것으로 전망되고 있다.

기초노령연금은 65세이상 노인 70%에 대하여 월 급여 9.1만원을 지급하여 2011년 현재 약 2조8,266억원의 국비가 소요되고 있으나, 노인빈곤율이 OECD국가중 최고인 점등에 근거하여 급여수준과 대상의 확대 필요성이 제기되어왔다. 기초노령

연금의 급여기준을 현행 국민연금A액(가입자평균소득, 179만원, 2011)의 5%에서 6%로 올리는 경우 약 5,600억원의 추가재원이 소요될 것으로 전망되고 있다(국회예산정책처, 2011). 반면 기초노령연금의 적용노인비중을 80%로 올리는 경우 약 4,000억원의 추가재원이 소요될 것으로 전망되고 있다(국회예산정책처, 2011).

〈표 7-5〉 건강보험 재정전망

(단위: 조)

	2009	2010	2015	2020	2030	2040	2050
박형수 외, 2009	28.2	30.6	48.2	70.5	134.9	212.3	293.9
박일수 외, 2010			54.1	81.1	137.0		
신영석, 2011			57.9	93.1	138.3	368.0	623.4

자료: 박형수 외, 2009. 사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구

박일수 외, 2010. 건강보험 중장기 재정전망 연구

신영석, 2011. 100세 대응을 위한 미래 전략세미나

〈표 7-6〉 장기요양보험 재정전망

(단위: 조)

	2009	2010	2015	2020	2030	2040	2050
박형수 외, 2009	2.0	2.4	5.5	9.2	22.2	40.9	60.8
최인덕 외, 2010		2.5	4.0	5.9	15.6		
김진수, 2011			4.7	6.8	14.0	28.0	48.8

자료: 박형수 외, 2009. 사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구

최기춘 외, 2010. 노인장기요양보험 중장기 재정운용전망과 정책과제

김진수, 2011. 100세 대응을 위한 미래 전략세미나

〈표 7-7〉 국민연금 재정전망

(단위: 조)

	2009	2010	2015	2020	2030	2040	2050
박형수 외, 2009	8.6	9.5	17.1	30.0	81.3	179.1	314.5
윤석명 외, 2011		8.8	15.4	27.5	73.9	168.3	235.3
연금공단 내부자료		7.0		30.3	84.2	203.3	383.8

자료: 박형수 외, 2009. 사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구

윤석명 외, 2011. 100세 대응을 위한 미래 전략세미나

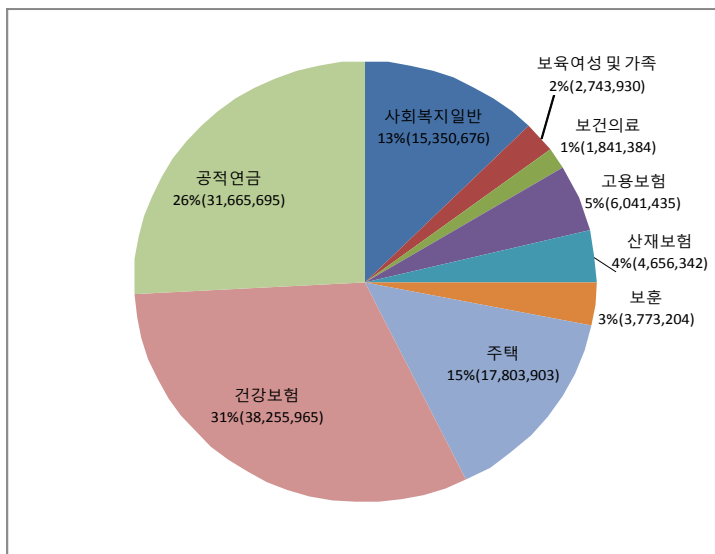
국민연금연구원 내부자료(2007. 4)

2. 복지 자원배분 현황과 시사점

우리나라 복지지출의 자원배분 상황을 살펴보면, 사회보험지출이 전체의 약 66%

를 차지하고 있는 것을 볼 수 있다. 사회보험 분야별로 살펴보면, 건강보험이 약 31%, 공적연금 26%, 고용보험 및 산재보험이 각각 5%와 4%를 차지하고 있다. 사회보험외의 기초생활보장지출, 취약계층지원, 사회서비스 및 일자리관련 지출은 전체 복지지출의 약 13%를 차지하고 있다. 이중 최근 들어 급속히 증가하고 있는 보육 및 가족관련 지출은 전체 복지지출의 약 2%를, 보건의료부문 지출은 전체 복지지출의 1%정도를 차지하고 있다. 회계별로 보면 일반조세를 세원으로 하는 일반회계지출이 약 26%이며, 특별회계지출이 약 1%, 기금지출이 약 89조원으로 전체 복지지출의 73%를 차지하고 있다.

[그림 7-5] 복지지출의 분야별 자원배분 현황(2011년, 백만원)



주) 사회복지일반은 기초생활보장, 취약계층, 노인, 청소년, 노동기타, 사회복지일반 사업임
 자료: 각년도 부처별기금운용계획, 건강보험공단 통계연보, 국가재정통계연보

주요국가들의 복지지출의 자원배분현황과 비교해볼 때, 우리나라는 노령관련 지출, 가족, 적극적 노동시장부문 지출의 비중이 OECD국가들에 비해 낮은 편이며, 보건 관련 지출 및 실업 관련 지출은 OECD국가들에 비해 높은 편이다. 노령관련지출은 GDP대비 1.61%(전체 복지지출대비 21.41%)로 OECD국가들에 비해 낮은 수준이

며, 복지재정에서 차지하는 비중도 낮다. 이는 우리나라의 노인인구비율은 9.9%로 OECD 국가 평균 14.2%보다 낮기 때문이기도 하지만, 우리나라의 노인 빈곤율이 선진국들에 비해 높은 이유를 보여주고 있다. 고령화속도가 빠르게 진행되고 있는 상황에서 향후 인구고령화와 더불어 노령관련 지출의 증가가 예상되며, 관련 사회 보험료의 인상 및 국고지원 증가와 기초노령연금 등 노인관련 복지재원 증가에 따른 추가적 세수확충이 필요할 것으로 예상된다. 고령화속도의 조정과 노후소득보장체계에 대한 개선과 준비를 통한 재정절감노력이 추가적 재원확충에 선행하여 이루어져야 할 부분이다.

한편, 보육, 자녀양육에 관한 지원등 가족분야의 지출은 GDP의 0.46%(전체 복지지출대비 26.09%)로 주요선진국에 비해 낮은 수준이다. 자녀양육의 국가책임에 대한 공감대가 형성되어 자녀양육지원을 위한 지출들이 보편적인 복지제도의 형태로 이루어질 경우 가족관련 지출의 급속한 증가가 예상되며, 이때는 추가적 세수확충 규모가 다른 분야에 비해 클 것으로 예상된다. 우리나라의 여건상 북유럽 국가들처럼 관대한 자녀양육에 관한 수당 등을 제공하는 것은 현실적으로는 어려운 일로 보인다. 일본의 경우 아동수당을 도입하였으나, 재정적 문제로 확대와 축소를 거듭하고 있는 것을 볼 수 있다. 일본은 국채로 아동수당 등 늘어난 복지지출을 부담하여 높은 재정적자를 보이고 있어, 우리나라가 이를 쉽게 벤치마킹하기도 어려운 상황이다. 자녀양육의 공적책임과 지출이 높은 유럽국가들의 경우 고용주부담율이 큰 것을 종종 볼 수 있다. 자녀양육에 관한 공적 책임이 강화되고, 이에 대한 보장이 늘어날 필요성에 비해 현실적인 재원의 문제가 걸림돌이 될 수 있다. 이에, 보육관련 지출이 여성노동공급확충을 유도할 수 있도록 제도유인을 강화하고, 보육료지원과 관련된 비효율적 구조개선이 선결되어야 하며, 한국적 상황 하에서 자녀양육에 대한 개인, 국가, 기업의 책임이 공조될 필요성 있다.

적극적노동시장정책에 관한 지출은 GDP의 약 0.13%(전체 복지지출대비 1.73%)로 주요선진국가에 비하여 낮은 편이다. 복지국가들의 경험을 살펴볼 때, 복지국가로서의 성패가 성장과 분배의 선순환적 사이클에 달려있는 만큼 적극적노동시장정책 분야는 중점적으로 투자되어야 할 부분으로 보인다. 향후 관련 지출의 증가와 추가적 재원확충이 요구되는 부분이라 할 수 있다.

제3절 결어 : 비람직한 한국적 사회복지체계의 모색

우리나라는 산업화와 복지국가의 역사가 100년 이상인 복지선진국들에 비하여, 후발산업국가로서 급속한 복지제도의 확충을 이루어 왔으며, 균형재정의 기조하에 비교적 건전한 국가재정관리가 이루어져 왔다. 복지선진국가들의 경험을 보아도 경제성장의 과실을 분배와 복지국가 구축으로 누리는 과정에서, 경제위기시 성장을 위한 복지지출의 감축등을 여러번 경험하고 있음을 볼 수 있다. 이로 미루어 복지국가로서의 성패가 성장과 분배의 선순환적 사이클에 달려있음을 확인할 수 있다. 한국적 복지모형의 정립에 있어서는 성장과 분배의 선순환적 사이클을 작동시킬 수 있는 복지지출 강화와 재정투자의 우선순위 설정에 따른 투자방향 모색이 선행되어야 함을 알 수 있다. 성장과 분배의 선순환적 사이클이 작동하기 위해서는 현행 복지제도가 노동과 복지의 연계, 일자리지원, 복지사각지대 해소, 복지전달체계 개선과 효율화를 위한 투자 강화 등을 통하여 개선될 필요성이 있다. 복지 표폴리즘적 요소를 배제한 복지수요의 반영에 따른 재정투자방향 모색이 필요하다.

성장과 분배의 선순환적 사이클이 작동하기 위해서는 우선적으로 사회복지지출이 양극화 해소, 빈곤을 감소 등 분배상황의 개선을 통한 사회통합을 강화할 수 있어야 한다. 그러나 각종 분배지표에 나타난 우리나라 사회복지지출의 효과성은 그다지 고무적이지는 않다. 사회복지지출의 효과성을 제고하기 위하여서는 먼저 공공부조제도가 복지의존도를 높이거나 근로유인을 저해하지 않도록 제도를 개선할 필요성이 있다. 국민기초생활보장제도의 경우 현재의 통합급여형태를 개별급여로 전환하여 탈수급 유인을 높여줄 필요가 있다. 생계급여 수급자격과 더불어 의료, 교육, 주거 등의 혜택이 동시에 패키지로 주어지지 않도록 의료급여와 교육급여 등의 현물급여는 의료와 교육에 대한 수혜자격을 따로 마련하는 개별급여 체계로 전환할 필요성이 있다. 한편 최저생계비이하 가구에 각종 정부지원이 몰리는 중복적인 제도도입을 지양하고, 사회복지통합관리망 강화 등을 통한 중복수혜 등의 폐해를 방지하여야 한다.

또한 부처간 역할이 중첩되는 사업영역에 관한 역할조정과 유기적 연계가 필요하다. 노인일자리사업, 사회서비스 일자리사업, 자활사업 등에 관한 보건복지부와 고용노동부의 역할정립과 유기적인 연계는 노동과 복지의 연계라는 주요과제를 위해 선

행되어야 할 과제이다. 부처에 따라 상이한 정책목표를 가지고 추진되는 연관사업들은 보다 통일된 정책목표하에 통일되게 추진될 필요성이 있다. 또한 보다 명료하고 단순한 사회보장정책목표하에 사업과 예산이 책정될 필요가 있다. 예산절차에 있어서도 성과주의 예산의 정착과 강화를 통하여 지출의 효율성을 강화할 필요가 있다. 한편, 사회복지사업의 경우 대부분 사무적 집행은 일선 지방자치단체에서 이루어지나 재원은 중앙과 지방자치단체가 나누어 부담하게 되는 것에서 중앙과 지방의 입장이 첨예하게 대립되는 상황들이 발생하여 문제가 되고 있다. 중앙정부의 성과주의 예산의 정착과 더불어 지방자치단체의 성과관리강화를 위한 시스템 개선과 성과주의 예산 정착이 필요하다.

우리사회는 현재 앓아지는 중산층, 경제성장의 둔화, 사교육비 증가 및 주택관련 가계부채의 증가 등 중산층의 삶이 각박해져 가고 있는 가운데, 중산층까지를 포함하는 다양한 복지서비스의 제공에 대한 요구가 증가하는 것으로 보여 진다. 그러나 복지 지출규모의 지속적 증가는 제한된 재원을 배분하는 문제를 떠나, 우리사회가 추가적으로 부담해야 할 국민부담률의 증가를 의미하기 때문에 해결되기 어려운 문제이다. 국민부담률의 증가에 앞서 복지재정 운용에 있어서 우선적으로 개선되어야 할 문제들을 선결해야 할 것이다. 복지지출 규모면에서의 증가가 사회안전망 확충, 근로빈곤층 문제, 저출산고령화 문제 등, 우리사회의 다양한 복지수요 충족으로 환류 되어야 할 필요성이 있다. 지속가능한 사회보장체제의 확립을 위해서는 중복적인 사업에의 지출, 복지전달체계상에 있어서의 누수 등의 문제를 해결하여 지출의 효율성을 제고할 수 있어야 한다.

한국적 복지모형 정립과 시행에 있어서는 적정 복지지출부담 수준에 대한 국민적 합의가 필요하다. 국민적 합의를 바탕으로 한 재원확충과 관련하여서는 단계적 방안이 필요할 것으로 사료된다. 우선적으로 복지 전달체계의 개선, 부처 간 역할의 조정 등을 통한 지출의 효율화와 세출구조조정, 예산 및 기금의 구조조정, 예산운용의 효율화 등 노력이 선행되어야 한다. 이를 위해서는 조세감면제도의 정비 및 축소를 통한 재원확충 노력이 선행될 필요가 있다. 더 나아가 복지수요증가, 재정여건의 변화 등 변화하는 상황에 대응할 수 있는 현행 조세구조의 개편, 사회보장세의 신설, 민간부문의 역할 강화, 고용주 기여를 통한 신규재원확보 등의 패러다임 변화가 요

구된다. 중장기적으로는 목적세와 부담금등 특별회계와 기금의 재원과 지방세와 국세 항목의 구조조정 등 재정운용상의 비효율성 개선을 통한 재원확보의 가능성을 타진할 필요가 있다. 기금, 특별회계 등의 재원과 목적세 부담금등을 재편하는 구조조정을 통한 예산 효율성 도모와 추가적 재원확보가 필요하다. 부처간 예산의 사용에 있어서도 유사한 성격의 사업들에 대하여서는 부처가 다르다 하더라도 기금 등의 재원을 공유할 수 있는 방안이 필요하다.

또한 정부의 역할을 보완할 수 있는 민간의 재원분담 등 민간부분의 역할 강화가 필요하다. 이를 위해서는 사회적기업 육성등을 통한 민간부분의 활용, 나눔 및 기부 문화 확산과 종교단체 자원의 활용 등의 방안이 제고될 필요성이 있다. 복지에는 부담이 항상 동반됨을 인식하면서, 적정부담의 증가를 통하여 보다 효과적인 복지가 창출될 수 있는 분야를 중심으로 복지영역을 확보하고, 부담과 급여의 재분배 시스템을 정립하여 형평성과 평등성이 조화될 수 있도록 하여야 한다. 복지가 개인의 자발성과 가족의 역할을 억제하지 않고 오히려 개인의 창의와 능력을 발휘할 수 있는 여건을 조성하고, 가정의 가족부양부담 경감을 통하여 가정이 경제적 문제로 파탄되거나 불행해지지 않도록 지원하는 복지역할을 제고하여야 한다. 이를 위한 가계·기업·사회·국가의 연계와 공조가 요구된다.

이제 한국은 그간의 복지개혁의 한계를 극복하고 나아가기 위해 다시한번 발전의 비전과 전략을 가다듬어야 할 시점에 있다. 이러한 한국 복지국가의 비전은 복지확충에서 정부의 적극적인 역할 확대라는 전제 위에서 추진되어야 한다. 복지의 저발전을 낳은 발전주의 유산을 벗어나지 못하는 소극적 접근으로는 우리 사회의 빈곤과 불평등을 해결하기가 어렵고 고령화라는 새로운 시대환경에 대응하기도 어렵다. 한국복지국가 건설을 위한 효과적인 전략을 구체화하는 작업 또한 정부의 적극적인 역할이라는 전제 위에서 진전을 기대할 수 있다.

정부의 복지확충은 현재 한국의 경제규모, 복지제도의 발전상태, 재정적 제약여건을 생각할 때 중복지-중부담의 복지국가를 목표로 하여야 한다. 빈곤과 불평등으로 대표되는 선별적이고 시장의존적인 저부담-저복지의 영미식 복지국가의 폐해를 답습할 수는 없다. 그러나 사회민주주의 정당의 영향력 아래 제2차 세계대전 이후의 경제적 번영기에 유럽에서 발달한 고부담-고복지의 복지국가를 당면의 목표로 설정하

는 것도 비현실적이다.

중복지-중부담의 복지국가는 고용친화적인 방향으로 추진되어야 한다. 이 점에서 과도한 고용보호와 고용대체적인 소득보장을 특징으로 하는 유럽대륙 모델은 우리의 목표가 될 수 없다. 그리고 높은 재정 부담에 기초하여 공공고용 확장을 추진한 북구 모델과는 달리 고용확장은 민간 고용에서 구해져야 한다. 사회보장에 기초한 노동시장 유연성 제고, 민간고용의 확장은 적절한 재정부담으로 복지국가를 실현하는 기초가 될 것이다.

참고 문헌

- 강혜규, 2007. “사회서비스 확대전략과 지역사회의 사회복지서비스 공급체계”. 비판과 대안을 위한사회복지학회 추계학술대회 발표원고
- 강혜규·이현주·최균·안혜영·김영중·전지현·김은정·박소현(2008). 사회복지서비스 공공 전달체계 개선방안. 보건복지가족부·한국보건사회연구원.
- 강혜규·최성은, 2010. “사회복지 재정 및 전달체계의 현황과 과제”. 보건복지포럼, 166: 94-104.
- 구인회·양난주·이원진, 2009, “참여정부 복지분권화에 대한 비판적 고찰”, 《한국 사회복지학》 61(2): 61-84.
- 김연명 편. 2002. 한국복지국가성격논쟁 I, 인간과 복지.
- 김용득, 2007. “외환위기 이후 10년의 사회복지서비스 정책: 쟁점과 과제”, 『한국 사회복지연구회 추계 학술대회 자료집』 146-172.
- 김을식·홍운기·이해승, 2007. 사회복지 국고보조금 개선방안. 감사원 평가연구원.
- 김인춘, 2007 『스웨덴 모델 - 독점자본과 복지국가의 공존』 삼성경제연구소
- 남찬섭, 2009. “최근 사회복지서비스 변화의 함의와 전망”. 상황과 복지, 28: 7-49.
- 남찬섭, 백인립, 2010: “사회보험료 징수통합의 함의와 전망: 새로운 경로의 창출인가?”. 『한국 복지국가, 어디로 가고 있나』. 2010년 비판과 대안을 위한 사회복지학회 추계학술대회 자료집: 1-29.
- 남찬섭, 백인립 (2011): “선진국 사회보험에서 적용 징수 급여업무의 통합사례에 관한 연구 - 제도통합과 조직통합에 대한 역사적 고찰을 중심으로”, 한국사회복지학, 63(2). 5-29.
- 박기백, 김진, 전병목. 2004. 『재정지출의 소득재분배 효과』 한국조세연구원
- 박영미·김경명, 2007. “지방공공복지 전달체계 개편과정에 관한 분석”. 지방정부연

- 구, 11(4): 223-245.
- 박형수·전병목, 2009. 사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구. 한국조세연구원.
- 박혜자, 2009. “복지분야 국고보조금사업의 차등보조율제 도입 및 개선방안”. 한국 거버넌스학회, 16(1): 31-55.
- 백인립, 2009. “독일 노인입소시설에서 지방정부, 중앙정부, 사회보험 그리고 민간기관 사이의 역학관계”, 『보건복지포럼』, 154호, 87-91.
- 백인립, 2005, “자영자에 대한 사회보장제도: 독일,” 『국제노동브리프』, 제3권, 제4호, 30-40.
- 보건복지가족부, 2009. 사회복지전달체계 개선 종합대책.
- 보건복지부. 각년도 국민기초생활보장 수급자 현황.
- 신정완. 2011. "페르 알빈 한손(Per Albin Hansson)의 정치노선과 리더십" <스칸디나비아 연구> 12호 한국스칸디나비아학회
- 양난주, 2009. “노인돌보미바우처 정책집행분석: 선택과 경쟁은 실현되는가?”. 한국 사회복지학, 61(3): 77-101.
- 옥동석. 2011. “지속가능성: 국민경제, 재정 그리고 복지.” 『지속가능한 한국형 복지체제 모색을 위한 선진복지국가 경험의 비교연구』 한국보건사회연구원
- 윤석명, 2010. “연금보험의 사각지대: 국민연금과 기초노령연금의 제도개선방향을 중심으로” 서울대학교 행정대학원 정책&지식 포럼 발표문.
- 윤희숙·박능후·전병유·권용진, 2010, 노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안, 《KDI 포커스》 3: 1-7.
- 이병희·정진호·이승렬·강병구·홍경준, 2008. 『저소득 노동시장 분석』, 한국노동연구원.
- 이병희, 2010. “고용보험 사각지대 실태와 해소방안” 서울대학교 행정대학원 정책 & 지식 포럼 발표문.
- 이봉주·김용득·김문근, 2008. 사회복지서비스와 공급체계: 쟁점과 대안. EM커뮤니티.
- 이혜경, 1998. “민간 사회복지부문의 역사와 구조적 특징”, 『동서연구』 제10권 2

호: 41-75.

이현주 외, 2003. 공공부조와 사회복지서비스의 체계분석 및 재편방안, 한국보건사회연구원.

전병희, 2010. “1차년도 성과관리형 자활사업 분석”. 제1차년도 성과관리형 자활사업사업의 성과 및 발전방향, 한국조세연구원: 113-168.

전운선, 2007. “노인돌보미 바우처 사업”. 복지동향, 2007년 10월호: 30-33.

조연숙, 2004. “사회복지서비스 민간위탁 성과요소에 따른 정부의 대응: 플로리다주를 중심으로”. 한국행정학회 춘계학술대회 발표자료, : 734-755.

정세은 2011 “복지와 재정건전성” 국회 경제법 연구회 발표 자료(2011. 4. 7)

최기춘·이호용·고민정·이선미, 2009, 『건강보험 보장성 정책 평가 및 확대 대상 검토』, 국민건강보험공단 건강보험 정책연구원.

최성은, 2011. “복지재원확보 마스터 플랜: 얼마를 어떻게 마련해야 하는가?”, 선진화비전토론회.

최연혁 2011 “스웨덴 복지제도의 변화와 도전: 지속적 복지제도의 방향성에 관한 논의” 한국보건사회연구원 내부발표 자료(2011. 3. 30)

Agell, Jonas, Peter Englund, Jan Sodersten. 1998. Incentives and Redistribution in the Welfare State: The Swedish Tax Reform New York: Palgrave Macmillan

Administration for Children & Families(2011), TANF Caseload Data

Bergh, Andreas. 2008. "Explaining the Survival of the Swedish Welfare State: Maintaining Political Support through Incremental Change Financial Theory and Practice 32(3): 233-254

Betzelt, Sigrid, 2002. Soziale Sicherung „Neuer“ Selbständiger: Reformperspektiven im Spiegel europäischer Nachbarstaaten, ZeS-Arbeitspapier Nr. 10/2002, pp. 30-40.

Blau, J. & Abramovitz, M.,2004. The Dynamics of Social Welfare Policy, Oxford University Press Inc: New York

Boeßenecker, Karl-Heinz, 2005. Spitzeverbände der Freien Wohlfahrtspflege,

Juventa Verlag Weinheim und München.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2006a. Soziale Sicherung im Überblick, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2006b. Übersicht über das Sozialrecht, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2009. Übersicht über das Sozialrecht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011. Sozialbudget 2010, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (ed.), 1975. Übersicht über die soziale Sicherung, Bonn
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2003 Ihre Rechte als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005 Sozialhilfe und Grundsicherung, Bonn
- Bjorklund et al. 2005. The Market Comes to Education in Sweden: An Evaluation of Sweden's Surprising School Reforms Russell Sage Foundation Publications
- Butterwegge, Christoph, 2005. Krise und Zukunft des Sozialstaates, VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Carlson, Allan. 1990. The Swedish Experiment in Family Politics: The Myrdals and the Interwar Population Crisis Transaction Publishers
- Committee on Ways and Means, 2008. Green Book 2008
- Dürr, Ursula, 2004. Organisationsentwicklung in den Einrichtungen der stationären Altenpflege, Marburg: Tectum
- Engel, Hans, 1942. Die Entwicklung der Rentenversicherung im Kriege, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 42, pp. 237-256.
- Eklund, Klas "Nordic capitalism: Lessons learned" World Economic Forum

Davos 2011

Esping-Andersen, Gosta. 1988. Politics against Market Princeton University Press

Esping-Andersen, Gosta (ed.) 1996. Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies London: Sage

Freeman, Richard B., Birgitta Swedenborg, Robert H. Topel(eds.). 2010. Reforming the Welfare State: Recovery and Beyond in Sweden (National Bureau of Economic Research Conference Report) Chicago, IL: The University Of Chicago Press

Frerich, Johannes, 1996. Sozialpolitik - das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, 3. Aufl., München: Oldenbourg

Frerich, Johannes / Frey, Martin, 1996 Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, 2. Aufl., Bd. 3, München: Oldenbourg

Hadenius, Axel. 1986. A Crisis of the Welfare State?: Opinions about Taxes and Public Expenditure in Sweden Almqvist & Wiksell International

Hall, Peter and David Soskice (eds.). 2001. Varieties of Capitalism. Oxford: Oxford University Press

Haskins, R., 2006. Testimony of Ron Haskins, Committee on Ways and Means

Hicks, Alexander. 1999. Social Democracy and Welfare Capitalism: A Century of Income Security Politics. Ithaca: Cornell University Press

Holmlund, Bertil. 1983. "Payroll Taxes and Wage Inflation: The Swedish Experience" Scandinavian Journal of Economics 85(1): 1-15

Internal Revenue Services, 2011. Earned Income Tax Credit Statistics

Iversen, Torben, Jonas Pontusson & David Soskice. 2000. Unions, Employers and Central Banks: Macroeconomic Coordination and Institutional Change in Social Market Economies Cambridge: Cambridge University Press

- Johansson, Dan, Du Rietz, Gunnar and Stenkula, Mikael. 2010. "The Marginal Tax Wedge of Labor in Sweden from 1861 to 2009." SNEE Working Paper(April 2010).
- Kenworthy, Lane. 2007. Egalitarian Capitalism: Jobs, Incomes, and Growth in Affluent Countries Russell Sage Foundation
- Kildal, Nanna and Stein Kuhnle(eds.) 2005. Normative Foundations of the Welfare State: The Nordic Experience Routledge
- Kost, Andreas / Wehling, Hans-Georg (ed.), 2003. kommunalpolitik in den deutschen Ländern, Bundeszentrale für politische Bildung
- Lampert, Heinz /Althammer, Jörg, 2004. Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Aufl., Berlin: Springer
- Lindbeck, Assar. 1997. Swedish Experiment: Economic & Social Policies in Sweden After WWII Center Business Studies
- Lindbeck, Assar. 2001. "Lessons from Sweden for Post-Socialist Countries." In János Kornai, Stephan Haggard, Robert R. Kaufman(eds.) Reforming the State: Fiscal and Welfare Reform in Post-Socialist Countries Cambridge: Cambridge University Press
- Lindert, Peter. "Why the Welfare State Looks Like a Free Lunch," Working Paper 02-7 University of California, Davis - Department of Economics and National Bureau of Economic Research, 2002
- Magnusson, Lars. 2000 Economic History of Sweden London: Routledge
- Mares, Isabela. 2006. Taxation, Wage Bargaining and Unemployment Cambridge University Press
- Ministry of Finance, Sweden, "The budget for 2011: from crisis to full employment" 12 October 2010
- Ministry of Finance, Sweden, "The Swedish Economy in figures" 18 April 2011
- Murray, C.,1984. Losing Ground: American Social Policy, 1950-1980

- OECD, 1999. Economic Surveys: Sweden
- OECD, 2002. Economic Surveys: Sweden
- OECD, 2008. Economic Survey of Sweden
- OECD, OECD Social Expenditure Statistics
- OECD, OECD Economic Outlook
- OECD(2007), OECD Revenue Statistics 1965-2006, OECD.
- Persson, Goran. 2006. "The Swedish experience in reducing budget deficits and debt" Economic Review Q 1 Federal Reserve Bank of Kansas City, Kansas City, USA
- Pontusson, Jonas. 1992. The Limits of Social Democracy: Investment Politics in Sweden Ithaca: Cornell University Press
- Price, Robert et al 2008 "Strategies for Countries with Favourable Fiscal Position" Working Paper 655 OECD
- Rodrik, Dani. "Why Do More Open Economies Have Bigger Government?" Journal of Political Economy 106(5)(1998): 997-1032
- Reidegeld, Eckart, 2006. Staatliche Sozialpolitik in Deutschland 2 - Sozialpolitik in Demokratie und Diktatur 1919-1945, VS-Verlag.
- Rothstein, Bo. 1998. Just Institutions matter: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State New York: Cambridge University Press
- Scherf, W. & Hofmann, K.(2003), "Die kommunale Finanzverfassung: in Kost, A. & Wehling,H. G. (Hg.), Kommunalpolitik in den deutschen Landern, Westdeutscher Verl. Wiesbaden, pp. 313~.334.
- Schmid, Josef, 2002. Wohlfahrtsstaaten im Vergleich - soziale Sicherungssysteme in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme, 2. Aufl., Opladen: Leske + Budrich
- Schmidt, Manfred, G., 1998. Sozialpolitik in Deutschland - Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, 2. Aufl., Opladen: Leske + Budrich

- Schwartz, Herman. 1993. "Small States in Big Trouble: State Reorganization in Australia, Denmark, New Zealand and Sweden in the 1980s," *World Politics* 46: 527-55
- Shonfield, Andrew. 1965. *Modern Capitalism*
- Simon, Michael, 2005. *Das Gesundheitssystem in Deutschland - Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*, Verlag Hans Huber
- Södersten, Jan. 1993. "Sweden." In Dale Jorgensen. and Ralph Landau (eds.), *The Tax Reform and the Cost of Capital. An International Comparison*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Social Security Administration, Trust Fund Data, Social Security Online
- _____, 2009. *Social Security Programs Throughout the World: Americas*
- _____, 2010. *Social Security Programs Throughout the World: Asia*
- _____, 2010. *Social Security Programs Throughout the World: Europe*
- _____, 2011. *Compilation of the Social Security Law*
- Statistisches Bundesamt, 2010. *Statistisches Jahrbuch 2010*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Steinmo, Sven. 1996. *Taxation and Democracy: Swedish, British and American Approaches to Financing the Modern State* Yale University Press
- Steinmo, Sven. 2010. *The Evolution of Modern States: Sweden, Japan, and the United States* Cambridge University Press
- Svallfors, Stefan. 1995. "The End of Class Politics?: Structural Cleavages and Attitudes to Swedish Welfare Policies" *Acta Sociologica* Vol. 38(1): 53-74
- Svallfors, Stefan. 2006. *The Moral Economy of Class: Class and Attitudes in*

Comparative Perspective Stanford University Press

Swenson, Peter. 2002. Capitalists against Markets: The Making of Labor Markets and Welfare States in the United States and Sweden New York: Oxford University Press

Verband deutscher Rentenversicherungsträger, 2003 Rentenversicherung im internationalen Vergleich, Bad Homburg

Walker, Robert. 2005. Social Security and Welfare: Concepts and Comparisons, Open University Press

Whyman, Philip. 2003. Sweden and the 'Third Way': A macroeconomic evaluation Ashgate Publishing

Zacher, Hans F., 2001. Grundlagen der Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (ed.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 1, Baden-Baden: Nomos, pp. 333-684