

발간등록번호

11-1352000-001910-01

정책보고서 2017-01



복지환경 변화를 고려한 복지서비스 및 인프라 중장기 발전전략 연구

- 4차 산업혁명 대비 복지전략

원종욱 · 함영진 · 이철선 · 박세경 · 이삼식
김상철 · 우해봉 · 황도경 · 강혜규 · 안형석

【책임연구자】

원종욱 한국보건사회연구원 선임연구위원

【주요저서】

인구구조 변화와 사회보장 재정의 사회경제적 파급효과 연구(2차년도)
한국보건사회연구원, 2016.

인구영향평가 제도 도입을 위한 기반 구축 연구
경제·인문사회연구회·한국보건사회연구원, 2016.

【공동연구진】

함영진 한국보건사회연구원 연구위원

이철선 한국보건사회연구원 연구위원

박세경 한국보건사회연구원 연구위원

이삼식 한국보건사회연구원 선임연구위원

김상철 한세대 사회복지학과 교수

우해봉 한국보건사회연구원 연구위원

황도경 한국보건사회연구원 부연구위원

강혜규 한국보건사회연구원 연구위원

안형석 한국보건사회연구원 연구위원

제출문 <<

보건복지부장관 귀하

본 보고서를 귀부와 용역계약(2017.3.9.)한 「복지환경 변화를 고려한 복지서비스 및 인프라 중장기 발전전략 연구: 4차 산업혁명 대비 복지전략」의 결과물로 제출합니다.

2017년 6월
한국보건사회연구원 원장
김 상 호

발간사 <<

우리나라는 장기간 지속되어 온 고용 없는 성장으로 인해 청년실업이 심각한 수준의 사회문제로 대두되었고 노후생활보장제도 확충이 만족할 만한 수준에 이르지 못하여 노인빈곤 또한 심각한 수준에 이르고 있다. 저출산 정책 또한 지난 10년 간 정부의 많은 노력에도 불구하고 출산율이 개선되지 않고 오히려 낮아져 인구절벽이 현실로 다가오는 증차대한 난제를 안고 있다.

이러한 사회적 환경과 함께 4차 산업혁명이라는 새로운 경제패러다임의 도래는 지금까지 경험한 사회문제를 더욱 악화시킬 가능성이 매우 높아졌다. 여러 직군에서 요구되는 작업이 인공지능 등으로 대체되면서 고용 없는 성장이 더욱 가속화되고 불평등이 악화될 가능성이 높아지고 있다. 4차 산업혁명의 진전과 저성장 그리고 인구고령화라는 여건 변화는 국민들의 복지수요 증대와 다양화로 이어질 것으로 전망되어 한국보건사회연구원은 중장기적 관점에서의 복지서비스 및 인프라 발전을 위한 연구를 수행하게 되었다. 본 연구는 급변하는 사회·경제 환경 속에서 확충이 필요한 복지서비스의 내용과 인프라 구축방안을 모색하는 내용으로 구성되어 있다. 현금서비스는 별도의 보고서에서 다루고 있어 본 보고서는 현물서비스를 중심으로 집필되었다.

복지서비스 및 인프라를 9개 분야(복지전달체계: 공공 및 민간, 사회서비스 일자리 확대, 사회서비스 경쟁력 강화, 부모보험제도 도입 방안, 한국형 미니잡의 도입(가칭: 스마트잡), 국민연금 사각지대 해소, 의료비부담완화: 재난적 의료비 지원사업 제도화 방안, 지역사회보장 균형발전 지원, 사회보장위원회 기능 재정립)로 구분하여 연구를 진행하였다. 본 연구는 원종욱 선임연구위원의 책임 하에 원내 함영진 연구위원, 이철선 연구위원, 박세경 연구위원, 이삼식 선임연구위원, 우해봉 연구위원, 황도경 부연구위원, 강혜규 연구위원 그리고 한세대 김상철 교수가 참여하였다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 연구자의 의견이며 보건복지부 또는 한국보건사회연구원의 공식적 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2017년 6월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

제1장 연구배경 및 목적	1
제2장 복지전달체계: 공공 및 민간	7
제3장 사회서비스 일자리 확대	29
제4장 사회서비스 경쟁력 강화	49
제5장 부모보험제도 도입 방안	69
제6장 한국형 미니잡의 도입(가칭: 스마트잡)	83
제7장 국민연금 사각지대 해소	111
제8장 의료비부담완화: 재난적 의료비 지원사업 제도화 방안	135
제9장 지역사회보장 균형발전 지원	153
제10장 사회보장위원회 기능 재정립	173
제11장 결론	185
참고문헌	191

표 목차

〈표 1-1〉 공공부문 사회복지지출 규모(2013년): GDP 대비 %	5
〈표 2-1〉 지자체 사회복지 공무원 추이: '07년-'16년	11
〈표 2-2〉 연도별 복지담당공무원 확충이력	13
〈표 2-3〉 사회복지담당공무원 7,000명 확충 계획	14
〈표 2-4〉 복지직 신규확충 실적	14
〈표 2-5〉 복지담당 공무원 총원 개요	15
〈표 2-6〉 읍면동 복지허브화 관련 업무유입 및 필요인력	16
〈표 2-7〉 읍면동 행정복지센터 필요인력	17
〈표 2-8〉 복지허브화 완성 및 안정화를 위한 복지공무원 인력수요 예측	18
〈표 2-9〉 총원인력의 지역별 차등배치를 위해 활용된 지표	19
〈표 2-10〉 지표별 기초통계	19
〈표 2-11〉 차등분류를 위해 활용된 점수 활용법	20
〈표 2-12〉 '복지분야 확충'의 점수별 차등분류 결과	21
〈표 2-13〉 '읍면동 복지허브화'의 점수별 차등분류 결과	22
〈표 2-14〉 지역사회보장협의체 상근간사 배치	24
〈표 2-15〉 사회복지담당공무원 인력증원에 따른 예산 소요	25
〈표 3-1〉 재정지원 사회서비스 일자리 수 및 연평균 증감률: '12~'16	32
〈표 3-2〉 보건복지부 재정지원 사회서비스 일자리 증가 수 및 비중: '12~'16	32
〈표 3-3〉 보건복지부 아동 관련 사회서비스 일자리 현황	33
〈표 3-4〉 상시 4인 이하 종사자 고용 사회복지시설의 근로기준법 예외 조항	34
〈표 3-5〉 4대 바우처 근로자 사회보험 가입률	34
〈표 3-6〉 4대 바우처 법정근로 수당 지급현황	34
〈표 3-7〉 한국 등 5개국의 사회서비스 산업의 일자리 창출규모, 비중, 연평균 증감율: '09~'15	35
〈표 3-8〉 사회서비스 일자리 창출을 위한 벤치마킹 국가 선정	36
〈표 3-9〉 한국이 유럽 3개국 벤치마킹 시, 추정되는 사회서비스 취업자 규모 : '15년 기준	37
〈표 3-10〉 보건 분야 4대 직업의 한국과 유럽 3개국 간의 격차 비교	37
〈표 3-11〉 한국 보건 분야 4대 직업의 일자리 추정	38
〈표 3-12〉 4대 의료업 제외 한국의 사회서비스 일자리 추정	39
〈표 3-13〉 사회복지시설 일자리 추정: '15~'17	40

〈표 3-14〉 사회복지시설 일자리 추정: '18~'20	40
〈표 3-15〉 사회복지시설 일자리 추정: '21~'22	41
〈표 3-16〉 사회복지시설 일자리 추정: 인력배치기준 적용 증가수 적용(22년 기준)	41
〈표 3-17〉 2017~2022년 사회복지시설 일자리 추정: 인력배치기준 적용 증가수 적용	42
〈표 3-18〉 사회적 경제 조직의 종사자 증가 규모	44
〈표 3-19〉 2016~2022 보건복지부 관리 연도별 생성 일자리 규모	45
〈표 3-20〉 2017~2022년 보건복지부 관리 사회복지 일자리 생성 연도별 예산	46
〈표 3-21〉 보건복지부 4대 바우처 일자리 통계 집계 방식 비교: 2013년 기준	47
〈표 3-22〉 대비표	48
〈표 4-1〉 주요국의 서비스 산업 및 부가가치 비중과 1인당 노동생산성(2013 기준)	52
〈표 4-2〉 주요국의 서비스업종별 고용 비중(2013 기준)	53
〈표 4-3〉 전체 사업체 및 사회서비스업 사업체 규모 대비 사회서비스 사업체 수 변화 추이	56
〈표 4-4〉 전국 사업체 및 서비스업 종사자 수 대비 사회서비스 종사자 수 변화 추이	56
〈표 4-5〉 사회서비스 사업체 유형별 연평균 수입액의 규모 분포	62
〈표 4-6〉 사회서비스 공동브랜드 개발·보급을 위한 중장기 추진일정	65
〈표 5-1〉 캐나다 퀘벡주 부모보험 급여 유형 및 수준	77
〈표 5-2〉 부모보험: 가입 대상	78
〈표 5-3〉 부모보험: 육아휴직 급여수준	79
〈표 6-1〉 근로형태별 근로자의 변화	87
〈표 6-2〉 초단시간 근로자의 산업별 분포	88
〈표 6-3〉 초단시간 근로자 범주의 임금수준	91
〈표 6-4〉 2003~2016년 사이의 미니잡 고용의 변화	95
〈표 6-5〉 전업 미니잡 근로자의 업종별 성별 고용현황(15세~65세) (2015년 6월기준)	96
〈표 6-6〉 미니잡 근로자의 실질 근로시간(2014년, 2015년)	96
〈표 6-7〉 미니잡 근로자의 계약상 근로시간(2014년, 2015년)	97
〈표 6-8〉 시간당 임금과 미니잡 근로자의 월 최대 근로가능시간	97
〈표 6-9〉 미니잡 근로자의 시간당 임금 수준(2014년, 2015년)	98
〈표 6-10〉 일반 근로관계와 미니잡의 사회보험료 및 부담금의 비교(2017년 기준)	100
〈표 6-11〉 450유로 미니잡 근로자의 연금보험료 계산(2015년~2017년)	101
〈표 6-12〉 100유로 미니잡 근로자의 연금보험료 계산(2015년~2017년)	102
〈표 6-13〉 제조생산부문의 다양한 미니잡 근로의 연금보험료 계산(2015년~2017년)	103

〈표 6-14〉 민간가계부문의 다양한 미니잡 근로의 연금보험료계산(2015년~2017년)	103
〈표 6-15〉 초단시간 근로자수 추계(2016~2022년)	105
〈표 6-16〉 초단시간 근로자 국민연금 가입 연금보험료 지원(2018-2022)	107
〈표 7-1〉 18~59세 인구의 공적연금 적용 현황(2010년 12월 → 2015년 12월)	115
〈표 7-2〉 65세 이상 노인인구의 공적연금 수급률 현황(2010년 12월 → 2015년 12월)	116
〈표 7-3〉 연금종별 월평균 지급액(2015년 12월 말 기준)	117
〈표 7-4〉 국민연금(노령연금) 수급률 및 소득대체율 전망	117
〈표 7-5〉 연금 수급권의 중층 구조 전망	119
〈표 7-6〉 연금 수급권 유형별 소득대체율 전망(국민연금 수급권자 대상)	119
〈표 7-7〉 연금 수급권 유형별 소득대체율 전망(중복 수급권자 대상)	120
〈표 7-8〉 국민연금 사각지대 해소 대책 개관	121
〈표 7-9〉 국민연금 사업장가입자와 지역가입자의 보험료 납부율 추이(납부 기한 내 납부 기준)	125
〈표 7-10〉 국민연금 지역 소득신고자의 유형별 특성(2015년 12월 말 기준)	125
〈표 7-11〉 저소득 국민연금 지역 소득신고자 보험료 지원 대상자 추계치	127
〈표 7-12〉 저소득 국민연금 지역 소득신고자 보험료 지원 재정(국비) 소요 추계치	127
〈표 7-13〉 출산 크레딧 제도 개선(안)	128
〈표 7-14〉 출산 크레딧 제도 개선(안) 지원 대상(출생아) 추계치	129
〈표 7-15〉 출산 크레딧 제도 개선에 따른 재정(국비) 소요 추계치: 크레딧 지원 시기 조정	130
〈표 7-16〉 출산 크레딧 제도 개선에 따른 재정(국비) 소요 추계치: 크레딧 인정기간 확대	130
〈표 7-17〉 대비표: 저소득 지역가입자 연금보험료 지원	133
〈표 7-18〉 대비표: 출산 크레딧 제도 개선: 크레딧 지급 시기 조정 및 인정기간 확대	133
〈표 8-1〉 중증질환 재난적 의료비 지원 사업 현황('16.11.30.기준)	141
〈표 8-2〉 의료비 지원사업 현황	143
〈표 8-3〉 의료비 지원 자격기준('14년 기준 예시)	146
〈표 8-4〉 재난적 의료비 제도 방안 기준에 따른 대상자 수 및 소요재정	148
〈표 8-5〉 소요예산 추계	149
〈표 8-6〉 대비표	152
〈표 9-1〉 복지운영 패러다임의 변화 방향	158
〈표 9-2〉 시군구별 주요 복지지표 현황(2015년 기준)	159
〈표 9-3〉 지역활성화 지역 선정 규모	160
〈표 9-4〉 지역활성화 지역 선정지표	161

〈표 9-5〉 사회보장부문의 지역 지원제도 사례	161
〈표 9-6〉 사회보장특별지원 구역의 지원 대상 및 예산(안)	171
〈표 9-7〉 대비표	172
〈표 10-1〉 신규소요예산	183
〈표 11-1〉 2018~2022년 사업별 소요예산 추계(국비 기준)	188

그림 목차

[그림 1-1] 경제성장률 장기전망	4
[그림 2-1] 지자체 사회복지 공무원 증감률: '07년-'16년	11
[그림 2-2] 지역사회보장협의체를 중심으로 한 민관협력 체계 활성화 전략	24
[그림 2-3] 사회복지담당공무원 증원('19-'21년)으로 복지담당공무원 대비 수급자 수 변화	26
[그림 4-1] 우리나라 제조업과 서비스업의 생산성 비교	52
[그림 4-2] 한국표준산업분류(제9차 개정) 상의 서비스업과 사회서비스업의 개념적 포괄	54
[그림 4-3] 사회서비스 사업체 유형별 종사자 규모에 따른 분포	62
[그림 5-1] 부모보험 : 육아휴직 급여체계	79
[그림 6-1] 초단시간 근로자의 성별 추이	88
[그림 6-2] 연령 및 학력별로 본 2002~2015년 성별 시간제 근로자 추이(명)	89
[그림 6-3] 2002, 2015년 간 업종별로 본 초단시간 근로형태별 근로자의 증감(명)	90
[그림 8-1] 의료비 중 공공재원 비중 추이(%)	138
[그림 8-2] 국민의료비 대비 본인부담 비율, 2014년(혹은 최근)	139
[그림 8-3] 가구 소비에서 차지하는 본인부담 의료비 비율, 2013년(혹은 최근)	139
[그림 9-1] 사회보장 특별지원구역 지정 절차	169
[그림 11-1] 2018~2022년 연도별 소요예산(연간 총계) 추계	189

제 1 장

연구배경 및 목적

1

연구배경 및 목적 <<

1. 연구의 배경

4차 산업혁명이 이미 전 세계적인 흐름으로 이어지고 있음은 주지의 사실이다. 인공지능, 사물인터넷 등이 주요 요인으로 인식되는 4차 산업혁명(The Fourth Industrial Revolution)은 2016년 1월 다보스 포럼(World Economic Forum)에서 실질적인 소개가 됐고, 이후 4차 산업혁명이 무엇이며 이 혁명이 가져올 파급효과에 대한 논의가 이루어졌다. 다보스 포럼에서 언급된 4차 산업혁명은 물리적, 디지털 및 생물학적 영역 사이의 경계가 허물어지는 것이 특징이다. 그리고 4차 산업혁명의 속도는 이전 세 번의 산업혁명과는 달리 발전 속도가 선형적 성장을 넘어 지수적으로 성장할 정도로 진화 속도가 급격하다. 다보스 포럼 창립자이자 집행 위원장인 클라우스 슈바프(Klaus Schwab)는 이로 인해 4차 산업혁명이 모든 국가의 거의 모든 산업에 혼란을 가중시킬 것이고, 이러한 변화는 생산, 관리, 거버넌스의 전체 시스템의 변화를 예고하고 있다고 언급했다.

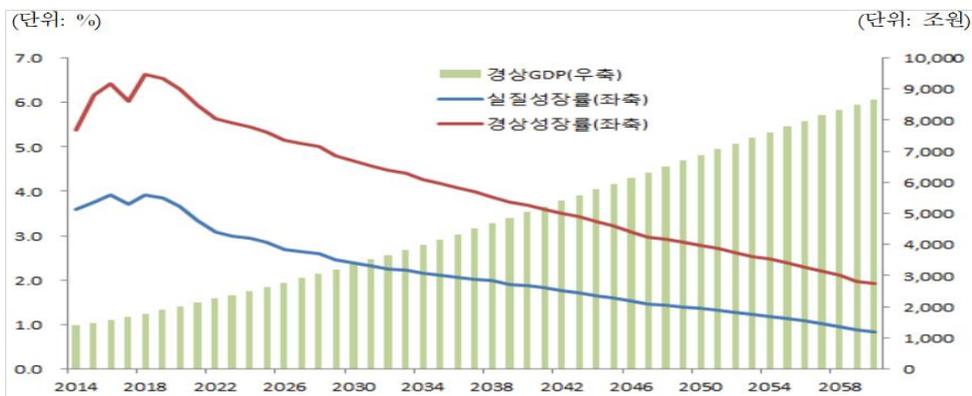
인공지능, 사물인터넷, 로봇공학, 나노기술 등의 기술혁신은 효율성과 생산성을 증가시켜 삶의 질을 향상시킬 수 있는 잠재력을 가지고 있다. 그러나 경제학자인 에릭 브리놀프슨(Erik Brynjolfsson)와 앤드류 맥아피(Andrew McAfee)가 지적한 것처럼, 4차 산업혁명은 노동 시장을 큰 혼란에 빠뜨려 큰 불평등을 초래할 수 있다.¹⁾ 또한 고용시장은 저숙련, 저임금과 고숙련, 고임금으로 분리되어 사회적 긴장감을 증가시킬 것이다. 또한, 다보스 포럼의 The Future of Jobs 보고서에서 15개국을 대상으로 실시한 조사에 따르면 2015~2020년 직군별로 사무·행정 4,759천명, 제조·생산 1,609천명, 건설·채굴 497천명 등 예술·디자인·엔터테인먼트·스포츠·미디어, 법률, 시설·정비 직군에서 순고용 감소가 발생하며, 비즈니스·금융 492천명, 경영 416천명, 컴퓨터·수학 405천명 등 건축·엔지니어링, 영업·관리직, 교육·훈련 직군에서 순고용 증가가 발생할 것으로 나타났다. 이처럼 직군의 역할을 4차 산업혁명으로 대변되는 인공지

1) 2016년 다보스 포럼 연례회의 내용의 일부를 인용하였음.

능 및 로봇 등 첨단 기술이 대체하면서 실업의 문제가 당면 과제로 부상하게 될 것으로 보인다. 즉, 여러 직군에서 요구되는 작업이 인공지능 등으로 대체되어 일자리 문제가 큰 문제로 부각될 가능성이 매우 높은 상황이다. 기술, 산업 구조 변화에 따른 일자리 지형 변화, 요구되는 직무 역량의 변화는 모두 4차 산업혁명이 가져올 주요 변화의 특성으로 이해할 수 있다²⁾.

우리나라는 현재 전 세계적으로 일어나고 있는 일자리 문제 등의 기조와 더불어 사회경제적 측면에서 여러 좋지 않은 조건과 맞물려 있는 상황이다. 경기 불황 지속, 대외적인 경제 불확실성 등으로 낮은 수준의 경제 성장세가 지속될 것으로 전망되고 있는 점은 현 경제 여건을 보여주는 사례라 할 수 있다. 실제로 국회예산정책처(2014)는 실질성장률을 '14~'20년 3.8%, '21~'25년 3.0%, '26~'30년 2.6%로 전망하고, 경상 성장률을 '14~'20년 6.2%, '21~'25년 5.6%, '26~'30년 5.0%로 지속적으로 하락할 것으로 전망하고 있다. 실업률이 증가하고 있으며, 특히 청년실업률은 최근 들어 더 높은 실정이다. 또한 양극화 관점에서 분배지표는 전반적으로 개선되어 왔으나, 최근 경기부진으로 인한 임시일용직 감소 등의 영향으로 분배지표는 악화되고 있다. 한편으로 고령화로 인해 만성질환의 증가와 의료비 급증의 문제가 야기되는 것도 우호적이지 않은 여건을 보여준다 할 수 있다.

[그림 1-1] 경제성장률 장기전망



자료: 국회예산정책처(2014, p.13). 2014~2060년 장기 전망

2) 김진하(2016), 제4차 산업혁명 시대, 미래사회 변화에 대한 전략적 대응 방안 모색, 한국과학기술평가원 R&D, ln(15호).

또한 복지지출은 늘고 있지만 아직 주요 국가에 비해 낮은 수준이다. 2017년 복지에 산(보건, 사회복지, 노동, 보훈)은 129.5조 원으로 전체 정부 재정지출의 32.3%를 차지하고 있다. 우리나라는 GDP 대비 공공사회복지지출 비중은 2013년도 기준 9.3%로 꾸준히 증가하고 있으나, OECD 평균인 21.1%와 단순 비교하면 약 44% 수준이고, OECD 국가 중 멕시코 다음으로 낮은 수준이다. 그리고 조세 및 공적이전소득의 빈곤율 개선효과는 OECD에 비해 낮은 수준이다.

〈표 1-1〉 공공부문 사회복지지출 규모(2013년): GDP 대비 %

(단위: %)

구분	OECD 평균	프랑스	이태리	그리스	영국	일본	미국	한국	멕시코
2013년	21.1	31.5	28.6	26.0	21.9	23.1	18.8	9.3	(7.4)
2003년	19.0	28.6	23.6	19.0	19.0	17.6	15.9	5.1	6.2

주: ()안은 2011년
자료: OECD 사회복지지출통계(SOCX)(2017년 3월 9일 인출)

2. 연구의 목적

복지사각지대 역시 여전히 존재하며, 복지체감도는 낮은 상황이다. 이러한 상황에 대한 노력의 일환으로 기초생활보장제도를 맞춤형 급여체제로 개편하였으나, 제도의 혜택을 받지 못하는 '비수급 빈곤층'은 여전히 존재하고 있다. 이는 임시직, 일용직 등 근로빈곤층의 상당수가 공공부조와 사회보험의 혜택에서 제외되었기 때문이다. 또한 아동, 청년, 근로빈곤층은 상대적으로 제도의 혜택에서 소외되어 새로운 취약계층으로 부각되고 있다. 그리고 그간의 의료보장 강화에도 불구하고 여전히 높은 의료비 부담으로 고액 의료비 영역에 대한 추가 보장이거나 재난적 의료비 지원 등의 요구는 지속되고 있다.

지금까지 논의한 바와 같이 4차 산업혁명의 진전과 저성장이라는 여건 변화는 국민들의 복지수요 증대와 다양화로 이어질 것이다. 4차 산업혁명에 따른 소득 양극화 및 실업 문제는 더욱 심화되고 이에 국민들은 적극적인 사회복지 확대에 대한 요구가 증가할 것으로 예상된다. 1인 가구, 고령인구 증가에 따라 돌봄, 정서, 안정 등 분야의 사회서비스 요구가 크게 증가할 것으로 예측된다. 더불어 고혈압, 당뇨병 등 만성질환이

늘어나고 있는 상황에서 예방적 건강 관리에 대한 국민 관심이 증가하는 복지 수요가 증가할 것이다. 따라서 선제적인 사회안전망 구축과 함께 일자리 감소에 대응할 수 있도록 사회복지서비스 분야 일자리 창출 강화가 필요하다. 지역 또는 세대 간 균형 있는 복지정책을 통한 격차 완화 및 사회적 갈등 예방도 요구된다 하겠다.

또한 최근 새로운 사회 정책 기조로서 ‘포용적 성장³⁾’이 대두되고 있다. OECD 각료 이사회(16.6월)에서 대부분의 국가는 노동생산성 증가율 둔화, 소득분배 악화 추세에 따라 지속 가능하고 포용적인 성장을 위한 해법을 논의하였다.

이러한 복지환경 변화의 요구에 대응하기 위하여 중장기적 관점에서의 복지서비스 및 인프라 발전을 위한 연구가 필요한 시점이다. 이에 본 연구에서는 다음과 같이 복지서비스 및 인프라를 9개 분야(복지전달체계: 공공 및 민간, 사회복지서비스 일자리 확대, 사회복지서비스 경쟁력 강화, 부모보험제도 도입 방안, 한국형 미니잡의 도입(가칭: 스마트잡), 국민연금 사각지대 해소, 의료비부담완화: 재난적 의료비 지원사업 제도화 방안, 지역사회보장 균형발전 지원, 사회보장위원회 기능 재정립)로 구분하여 세부 분야별 연구를 진행하였다.

3) 포용적 성장은 소득과 사회·경제적 불평등은 장기적으로 성장을 악화시킨다는 인식 하에 기존의 경제성장 중심에서 벗어나 사회 구성원의 삶의 질 향상, 사회의 다양한 불평등 문제 해소, 계층 간 형평성 있는 분배를 추구하는 복합적 개념이다.

제 2 장

복지전달체계: 공공 및 민간

2

복지전달체계: 공공 및 민간 <<

1. 과제개요 및 모델

가. 연구 목적

공공영역의 복지전달체계는 복지급여를 기획하는 정부로부터 복지대상자에게 이르는 전 과정을 일컬으며, 이는 조직, 재원, 인력, 기능, 사무분장 등을 포괄한다. 그간 복지 전달체계 개편은 복지행정 효율화를 위한 핵심과제로 추진되어 왔으며, 다양한 시범사업과 정책개편이 시도되었다. 그러나 증가하는 복지업무에 비해 부족한 인력과 조직 간 업무협조의 한계는 시급히 개선해야할 문제점으로 제기되어 왔다. 2016년부터 2018년까지 3개년 동안 추진되는 읍면동 복지허브화의 안정화를 위해서도 인력의 적정규모와 조직 간 협력체계 구축이 중요하다.

이에 따라 본 연구의 목적은 다음과 같다. 첫째, 읍면동 복지허브화의 안정화를 위한 인력증원의 적정 규모를 제시한다. 그 동안 추진되었던 복지담당 공무원의 충원 사례를 살펴보고, 이에 근거하여 향후 복지업무의 적절한 대응에 필요한 복지담당 공무원의 규모를 제시한다.

둘째, 지역현장에서 민관협력 활성화를 위한 방안을 살펴본다. 민관협력을 통한 맞춤형 복지업무의 추진이 강조되고 있지만, 지역 현장에서는 유기적인 민간 연계가 이루어지는데 한계가 있다. 이에 본 연구에서는 지역현장에서 민관협력 증진을 위한 공공과 민간영역의 조직간 연계 방안을 제시한다.

나. 연구 흐름

본 연구는 지역 현장에서 복지업무의 안정화를 위해 필요한 복지담당인력 충원 규모를 제시하고, 맞춤형 복지업무의 내실화를 위한 민관협력 증진 방안을 제시하는 데 목적이 있다. 이런 맥락에서 다음과 같은 연구흐름을 갖는다.

첫째, 그간 추진하였던 인력충원 사례를 살펴본다. 특히, 복지담당 인력충원은

2012년~2014년 3년간 7,000명 충원사례와 2015년~2018년 3년간 6,000명 사례를 중심으로 추이를 살펴본다. 그리고 2016년 읍면동 복지허브화의 민관협력 실적을 살펴보고, 주요 한계점을 분석한다.

둘째, 지자체 복지담당 공무원의 충원 규모를 계상하기 위해 일선현장의 복지업무 유입 내용을 살펴보고, 이에 근거하여 지자체 현장에서 필요한 인력 규모를 제시한다. 그리고 민관협력의 활성화에 필요한 중간조직의 필요성을 제시한다.

마지막으로, 지자체 복지담당 인력의 충원 규모를 직렬별, 정원순증과 결원대체로 구분하여 연도별 채용추이를 제시한다. 민관협력 활성화를 위한 공공과 민간 영역의 조직간 연계방안을 제시한다.

2. 제도현황 및 문제인식

가. 복지담당 공무원 실태 및 문제인식

1) 복지담당 공무원 인력 현황

2016년 기준 복지담당 공무원은 33,756명이다. 이는 일반직 전체 공무원의 11.1% 수준이다. 사회복지 담당공무원의 수는 2007년 보다 약 13,055명이 증가하였고, 일반직 전체 공무원 대비 비중은 2.9% 증가한 수준이다. 사회복지 담당공무원은 사회복지 직렬과 일반행정직렬 등 기타직렬로 구성되며, 이중 사회복지직렬은 2016년 기준 20,143명이다. 이는 일반직 전체 공무원의 6.6% 수준이며 2007년 10,050명 보다 약 두 배 수준으로 늘었다.

〈표 2-1〉 지자체 사회복지 공무원 추이: '07년-'16년

(단위: 명)

구분	'07년	'08년	'09년	'10년	'11년	'12년	'13년	'14년	'15년	'16.6월
일반직 전체 정원	252,059	243,273	243,426	244,683	246,104	249,570	252,186	255,750	302,395	305,508
사회복지 담당공무원 (비율)	20,701 (8.2%)	20,323 (8.4%)	22,419 (9.2%)	22,843 (9.3%)	23,259 (9.6%)	26,236 (10.5%)	28,722 (11.4%)	30,448 (11.9%)	32,375 (10.7%)	33,756 (11.1%)
복지직렬 (비율)	10,050 (4.0%)	10,114 (4.2%)	10,189 (4.2%)	10,393 (4.2%)	10,581 (4.3%)	12,566 (5.0%)	14,338 (5.6%)	15,939 (6.2%)	17,379 (5.7%)	20,143 (6.6%)

2) 복지담당 인력규모 관련 문제인식

사회복지업무의 증가에 따라 복지담당 공무원의 수는 지속적으로 확대되었다. 그럼에도 불구하고 복지담당 인력부족 문제는 지속적으로 제기되고 있다.

첫째, 사회복지직렬 공무원 수는 증가추세에 있지만 증감률은 감소하고 있다. 특히 2011년 대비 2012년 1,985명 증가에 따른 18.8%를 기점으로 증감률은 감소하고 있다.

[그림 2-1] 지자체 사회복지 공무원 증감률: '07년-'16년

(단위: 명)



둘째, 그간 지자체 복지담당 공무원의 충원은 지속적으로 이루어졌지만, 복지인력 순증효과 미비, 육아휴직 결원, 복지담당 행정직의 이탈 및 잦은 교체 등으로 실질적인 인력 확충 효과는 낮다.

마지막으로, 복지담당공무원 충원은 2015~2017년 3개년 계획으로 이루어졌지만, 2018년 복지허브화의 완성을 위해서는 추가 증원이 필요하다. 읍면동 복지허브화는 2016년 980개소까지, 2017년 2,100개소까지(순증 1,120개소), 2018년 3,502개소(순증 1,402개)에 적용할 계획이다. 따라서 2018년 읍면동 복지허브화 추진을 위해 추가증원이 필요하다. 특히, 맞춤형 부과 업무로 예상되는 위기아동 사례관리와 맞춤형 장애인업무 등을 고려하여 적정 복지담당인력 충원이 절실한 상황이다.

나. 민관협력 실태 및 문제인식

지역 내 복지자원을 공유하고, 지역 복지문제에 대해 실효성 있는 복지대응력을 강화하기 위해서는 공공영역뿐만 아니라 민간영역 간 협력이 필요하다. 읍면동 복지담당 공무원을 대상으로 인식조사 한 결과 복지허브화 내실화를 위해서는 민관협력 증진(39.4%)이 중요하다고 조사되었으며, 민관협력을 통해 복지자원 발굴과 사각지대 발굴의 효율적인 수행이 필요하다고 보았다(함영진, 2016).

2016년 읍면동 복지허브화가 추진된 1,094개 읍면동에서는 복지대상자 방문상담 1,067천 건, 맞춤형 복지서비스 912천 건을 제공하였다. 그리고 읍면동 지역사회보장협의체를 중심으로 주민과 민간시설의 협력을 강화하였다. 이를 통해 지역 내 민간 복지자원 약 223억 원을 연계하였으며, 사각지대 및 자원발굴을 위해 71천 명이 참여하였다. 즉, 읍면동 복지허브화 시행으로 민관협력에 대한 일정부분 효과를 보이고 있다.

현재 지역복지 공공영역은 17개 광역자치단체, 228개 기초자치단체의 3,502개 읍면동 복지행정센터의 맞춤형 복지팀과 시군구·읍면동 지역사회보장협의체를 중심으로 구성되어 있다. 그리고 민간 복지시설은 2005년 7,821개에서 2007년 13,507개로 급증하였다. 그러나 두 영역 간 협력은 각 영역의 특성, 지역 구조, 역할 등에 있어 한계가 있다. 지역 사회복지 민관협력을 위한 협력체계를 구축하기 위해서는 공공과 민간영역 간 연계체계 마련이 중요하다. 즉, 공공과 민간영역 간 협력을 위한 제도적 환경조성이 필요하다.

3. 국내외 유사 또는 관련 정책

최근 들어 지자체 복지담당 공무원의 확충은 2012년부터 2014년까지 7,000명, 2015년부터 2017년까지 6,000명이다. 복지업무 담당 공무원의 충원은 사회복지직렬 뿐만 아니라 직렬 간 협업 강화를 위해 일반행정직렬의 혼합 증원과 자연결원에 대한 보강으로 추진되었다.

〈표 2-2〉 연도별 복지담당공무원 확충이력

(단위: 명)

구 분	'11년-'14년 3개년 계획				'15년-'17년 3개년 계획				
	계	'12년	'13년	'14년	계	'15년	'16년	'17년	
계	5,940	3,000	1,800	1,140	4,823	1,600	1,600	1,623	
사회 복지직	소 계	4,140	2,100	1,300	740	3,360	1,120	1,120	1,120
	정원 순증	3,340	1,800	1,000	540	2,880	960	960	960
	자연결원 대체	800	300	300	200	480	160	160	160
행정직	소 계					1,463	480	480	503
	행정직 순증					983	320	320	343
	행정직 재배치	1,800	900	500	400	480	160	160	160

2011년부터 2014년까지 사회복지인력 7,000명 충원계획이 추진되었다. 첫째 2011년에 1,060명을 신규충원 예정인원 510명과 육아휴직 결원인원 550명을 채용코자 하였다. 그리고 2012년부터 2014년까지는 5,940명을 채용계획을 수립하였다. 이의 구성은 순증으로 3,340명을 채용하고, 행정직렬 공무원을 복지담당업무로 재배치하는 1,800명과 자연감소 정원대체 800명 등 기존인력 공무원을 활용하여 복지담당 공무원을 2,600명 증원한다는 계획이었다.

〈표 2-3〉 사회복지담당공무원 7,000명 확충 계획

(단위: 명)

구 분	계	'11년	3개년 계획				
			계	'12년(50%)	'13년(30%)	'14년(20%)	
계	7,000	1,060	5,940	3,000	1,800	1,140	
복지직 신규확충	소계	5,200	1,060	4,140	2,100	1,300	740
	정원 순증	3,850	510	3,340	1,800	1,000	540
	자연감소 대체	1,350	550	800	300	300	200
행정직 재배치	1,800	-	1,800	900	500	400	

2011년부터 2014년까지 사회복지인력 확충 실적을 살펴보면 신규채용 5,535명과 타 직렬 공무원의 복지업무 재배치 1,800명, 총 7,335명이 복지업무 담당으로 신규채용 및 이체되었다. 신규채용은 사회 복지직렬 정원 순증과 자연감소 대체분 확충을 위한 2011년 1,060명, 2012년 2,100명, 2013년 1,300명 그리고 2015년 740명으로 총 5,200명을 채용하였다. 그리고 일반행정 분야 업무조정을 통해 행정직 1,800명을 복지업무 분야로 이체하였다.

〈표 2-4〉 복지직 신규확충 실적

(단위: 명)

구 분	계	2011년	2012년	2013년	2014년	
계획	복지직 신규확충	5,200	1,060	2,100	1,300	740
실적	복지직 신규확충	5,535	2,591	1,439	1,505	

4. 세부추진방안 및 일정

가. 복지담당 공무원 충원

1) 인력충원 방향

2018년까지 읍면동 복지허브화를 완성하고, 지역 내 복지수요에 적극적으로 대응하기 위해서는 복지담당 인력의 확충이 필요하다. 즉, 현재 복지담당 인력확충 계획이 2017년까지기 때문에 2018년 복지허브화의 전국 확산과 지역복지 기능 확대를 위한 복지담당 인력의 충원이 필요하다. 이를 도표화 하면 다음과 같다.

〈표 2-5〉 복지담당 공무원 충원 개요

	단기	중장기
시점	2018년	2019~2022년(4년)
지역	읍면동	시도·시군구·읍면동
목적	읍면동 복지허브화 완성 및 시군구 맞춤형 복지기능 강화	읍면동 복지허브화 안정화 및 복지기능 확대
방식	신규채용 + 타 직렬 이체	신규채용 + 타 직렬 이체

2018년까지 전국 3,502개 읍면동에 확산될 계획임에 따라 맞춤형 복지업무의 확장으로 업무 부담이 예상된다. 특히, 읍면동 복지행정 업무가 법정급여 집행에서 맞춤형 복지 업무로 변화하여 아동 및 장애인 사례관리, 민관협력 관련 복지업무의 증가가 불가피할 것으로 예상된다. 이를 해소코자 중장기적으로 2019년부터 2021년까지 시도, 시군구 그리고 읍면동의 복지담당 공무원의 추가배치가 필요하다.

〈표 2-6〉 읍면동 복지허브화 관련 업무유입 및 필요인력

주체	업무분장	유입업무	비고(추가 필요인력)
시도	복지사업기획·관리	복지허브화 종합모니터링 ※	복지허브화 모니터링 1인
시군구	사업관리 희망복지지원 통합조사관리	지역 민관협력 ※※※ 맞춤형서비스 코디네이터 ※※※ 위기아동통합관리 ※※※ 노인맞춤형서비스 ※※ 장애인맞춤형서비스 ※※※※	맞춤형 코디네이터 3인 위기아동통합관리 1인 장애인 통합서비스 1~2인 맞춤형 노인서비스 1인
읍면동	상담 및 급여신청 사각지대발굴 찾아가는 상담 사례관리 민관협력·자원관리	범정부·자체·특화사업 ※※ 위기아동통합관리 ※※※ 노인맞춤형서비스 ※※ 장애인맞춤형서비스 ※※※※ 민관협력 ※※※※	맞춤형팀 4인 총원 - 既3인+増4인=7인 체제 일반동 2 총원 - 増2인=2인 체제
시군구+읍 면동	자연감소 및 육아휴직 결원 대체(전체 복지담당공무원 10%)		

2) 인력충원 규모

읍면동 복지허브화의 안정화와 지역복지 기능의 효과적 대응을 위해서는 복지공무원의 확충이 필요하다. 이를 시도, 시군구 그리고 읍면동 측면에서 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 읍면동 복지허브화의 안정화를 위해서는 광역자치단체 단위에서 지속적인 관리와 모니터링이 필요하다. 특히, 지역특성을 고려하여 읍면동 조직구성, 인력배치, 실적관리 등을 전달할 수 있는 인력이 광역자치단체별 복지허브화 모니터링 담당인력 3명, 총 51명 충원이 필요하다. 그리고 읍면동 복지허브화의 안정적 추진을 위해서는 기초자치단체별 담당인력 3인이 필요하다. 즉, 17개 광역자치단체별 3명, 총 51명과 226개 기초자치단체별 3명, 총 678명 충원이 필요하다.

둘째, 기초자치단체의 주요 업무는 복지사업관리, 희망복지지원 및 통합조사관리 업무이다. 그러나 지역단위 민관협력 업무를 증진하고 장애인, 노인, 아동 등 맞춤형서비스를 관리할 수 있는 인력이 필요하다. 아동 맞춤형 복지서비스를 제공하기 위해 시군구 단위로 아동 맞춤형 지원인력 3인과 장애인 맞춤형 코디네이터 1~2인의 인력이 필요

요하다. 그리고 노인 맞춤형 코디네이터 1명씩 총 229명의 충원이 필요하다.

셋째, 읍면동 행정복지센터에서는 초기상담, 찾아가는 서비스 등 맞춤형 복지업무의 수행이 필요하다. 그러나 범정부 복지사업과 자체 복지사업 그리고 읍면동 단위의 특화사업이 지속적으로 증가하고 있고, 노인, 장애인, 아동 등 맞춤형 복지서비스에 대한 요구가 늘어나고 있다. 아울러 읍면동 단위 민관협력이 강조되면서 이를 증진시킬 복지담당 인력이 필요하다. 이를 위해 기본형 지역과 권역형 중심지역은 4인 이상의 충원이 필요하고, 권역형의 일반지역은 2인 이상의 충원이 필요하다. 즉, 2019년부터 2021년까지 맞춤형 복지팀 설치지역은 4명씩 9,580명, 미설치 지역은 2명씩 2,214명, 총 11,794명이 필요하다.

마지막으로 복지담당 공무원의 퇴임 등 자연감소와 육아휴직 결원 인력의 대체 인력을 안정적으로 확보하기 위해 사회복지공무원 인력확충이 필요하다. 이를 위해 2,510명의 인력충원이 필요하고, 2019년부터 2022년까지 매년 628명씩 충원이 필요하다.

〈표 2-7〉 읍면동 행정복지센터 필요인력

(단위: 명)

구 분		합 계	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년
충원인력 총계		16,962	4,872	5,418	3,023	3,023	626
충원 목적	충원 분야						
맞춤형서비스강화 (시도 시군구인력증원)	① 총괄관리 ② 아동 ③ 노인 ④ 장애인 등	1,446	1,446	-	-	-	-
복지허브화 확산 및 내실화 (읍면동 인력증원)	① 맞춤형 복지팀 지원 ② 일반 읍면동 지원 등 ③ 부족인력충원	13,006	3,426	4,790	2,395	2,395	
복지공무원 Pool 운영	육아휴직 등 결원 대비	2,510	-	628	628	628	626

이를 종합하여 충원시나리오를 살펴보면 2018년부터 2022년까지 복지허브화 안정화 및 복지기능 대응력 강화를 위해 단계적으로 복지담당 공무원 충원이 필요하다. 특히, 맞춤형 복지업무가 확대되면서 시도, 시군구 그리고 읍면동 단위에서 복지담당 공

무원의 확충이 필요하다.

첫째, 단기적으로 2018년 복지허브화 완성을 위해 4,872명의 충원이 필요하다. 이를 위해서는 복지직 3,410명, 행정직 등 1,462명의 충원규모이다. 둘째, 중장기적으로 복지허브화의 안정화와 복지기능 확대를 위해 2019년부터 2022년까지 12,090명의 충원이 필요하다. 이는 읍면동 복지허브화의 안정화, 특히 맞춤형 복지기능의 확대를 위해 읍면동 행정복지센터 복지담당공무원의 충원규모이다.

따라서 읍면동 복지허브화를 위해 2022년까지 단기, 중장기로 구분하여 살펴보면 총 16,962명의 복지담당 공무원의 충원이 필요하다. 복지담당공무원 충원 직렬은 사회복지직과 행정직 등 기타직렬로 구분되고, 정원순증과 결원대체로 구분된다.

〈표 2-8〉 복지허브화 완성 및 안정화를 위한 복지공무원 인력수요 예측

(단위: 명)

		계	18년	19년	20년	21년	22년
복지직	총계	16,962	4,872	5,418	3,023	3,023	626
	소계	11,873	3,410	3,793	2,116	2,116	438
	정원순증	10,330	2,967	3,300	1,841	1,841	381
	결원대체	1,543	443	493	275	275	57
행정직 등	소계	5,089	1,462	1,625	907	907	188
	정원순증	4,427	1,272	1,414	789	789	163
	결원대체	662	190	211	118	118	24

주: 1) 사회복지직과 행정직 비율조정은 기존 채용실태('11-'14년, '15-'17년)를 고려함.

2) 사회복지직:행정직=7:3과 정원순증:자연결원대체, 8.7:1.3을 고려하여 산정함.

3) 충원인력의 지자체 배치

가) 인력 배치 기준

앞서 산출된 복지담당 공무원의 합리적 배치를 위해 다양한 접근이 필요하다. 복지공무원의 배치는 업무량에 비례하여 인력의 배치가 필요하다. 따라서 본 연구에서는 복지업무량에 영향을 미치는 복지대상자 규모에 비례하여 배치 기준을 설정하였다. 이를 위해 전국 228개의 시군구별 인구학적 특성, 특히 지자체 총인구 수, 생계급여 수급자 수, 노인 수, 아동 수 그리고 등록 장애인 수를 지표로 활용하였다. 각 지표는 세부

분류별 다빈도의 소요인원 수를 중심으로 3분위 또는 5분위로 서열화하였다. 그리고 지표별 특성에 따른 소요인원의 차등적 분배를 계상하였다. 지표별 점수화를 위해 활용된 각 지표는 2016년도 12월 기준, 주민등록인구통계를 활용하였으며, 총 인구수 대비 각 연령구간 수로 비율을 산출하였다. 그리고 각 비율별 기초통계를 산출한 후, 1분위와 3분위를 기준으로 3개의 집단으로 구분하여, 3분위는 3점, 2분위는 2점, 1분위는 1점으로 차등 배점하였다.

〈표 2-9〉 총원인력의 지역별 차등배치를 위해 활용된 지표

지표	내용	지표 가공방법	출처
총인구수	각 시군구별 총인구수	1분위와 3분위를 기준으로 3단계로 분류 높은 분위부터 높은 점수를 할당	행정자치부(2016), 주민등록인구통계
국기초수급비	$\frac{\text{국민기초생활보장 수급자수}}{\text{해당 지자체의 총인구수}}$		
노인인구비	$\frac{\text{65세이상 노인인구수}}{\text{해당 시군구의 총인구수}}$		
아동인구비	$\frac{\text{만6세 미만의 미취학아동수}}{\text{해당 지자체의 총인구수}}$		
장애인구비	$\frac{\text{장애등급을 부여받은 인구수}}{\text{해당 지자체의 총인구수}}$		통계청 등록장애인 통계

주: 주요 복지대상자의 규모를 중심으로 지자체 복지담당자의 거시적 업무량 파악

총원인력의 지역별 차등배치를 위해 활용한 지표별 기초통계는 〈표 2-10〉과 같다.

〈표 2-10〉 지표별 기초통계

(단위: 명, %)

구분	평균	표준편차	최소값	1분위	중앙값	3분위	최대값
총인구수	226,738	220.821	10,001	54,680	153,750	338,355	1,194,041
노인인구비	0.190	0.077	0.070	0.130	0.162	0.250	0.370
영유아인구비	0.062	0.017	0.030	0.049	0.061	0.072	0.122
장애인구비	0.065	0.022	0.025	0.045	0.058	0.083	0.114
국기초수급비	0.038	0.015	0.007	0.026	0.037	0.047	0.089

지표별 분위를 통해 산출한 점수는 각 세부분류별 소요인원의 최빈값을 중간으로 산정하여, 총 3구간의 차등분류 범위를 설정하였다. 예를 들면, ‘맞춤형 서비스 강화’ 분야에서 ‘아동·장애인·노인’ 세부 분야의 지역별 소요인원의 최빈값은 맞춤형 서비스의 강화를 위해 1로 설정하였으며 차등분류 범위를 0명에서 2명으로 설정하였다. 지역별 소요인원의 최빈값은 해당 업무를 수행하기 위해 전국 지자체를 기준으로 1명이 필요하다는 의미이다. 그리고 ‘읍면동 복지허브화’ 완성을 위해 ‘맞춤형복지팀 지원’ 세부 분야의 최빈값은 4, 그리고 ‘일반 읍면동 지원’의 최빈값은 2로 설정하였고, 인력배치 차등분류 배치 범위는 각각 3명~8명 그리고 2명~4명으로 설정하였다. 위 과정을 통해 산출한 점수는 각 세부구분별 수혜대상의 특성과 매칭하여 차등분류하며, ‘총괄관리’와 ‘읍면동 복지허브화’는 총인구점수, 노인인구점수, 아동인구점수, 장애인점수 그리고 기초생활수급점수를 합산하여, 3 또는 5분위 별로 구분한 종합점수를 산정하였다.

〈표 2-11〉 차등분류를 위해 활용된 점수 활용법

(단위: 명)

구분	세부구분	활용지표	소요인원 최빈값**	차등분류 범위
맞춤형 서비스 강화	총괄	종합점수(총 인구, 장애인, 노인, 영유아 인구비)	3	2 ~ 4명
	노인	노인인구점수(노인 인구비)	1	0 ~ 2명
	아동	아동점수(영유아 인구비 기준)	1	
	장애인	장애인점수(장애인 인구비)	1	
복지허브화 확산 및 내실화	맞춤형	종합점수 (총 인구, 장애인, 노인, 영유아 인구비)	4	3 ~ 8명
	일반형		2	2 ~ 4명

주: 업무영역별 인력배치는 지역의 특성(인구, 복지대상자 비율)을 고려하여 차등 배치함.

※※ 소요인원 최빈값은 해당 업무를 수행하는데 필요한 지자체 평균 인력을 의미함.

세부 분류별로 부합하는 지표를 활용하여 분위를 산출한 후 지역별 인구학적 특성에 따른 복지담당 공무원의 차등배치 결과를 살펴보면 아래 〈표 2-12〉와 같다. 첫째, ‘총괄관리’의 경우는 2분위에 해당되는 소요인원 3명의 유형이 가장 빈도가 높았으며, 2명의 경우, ‘군’의 빈도가, 3명 이상의 경우, ‘시’의 빈도가 제일 높았다. 즉, 복지대상자가 많은 대도시일수록 총괄관리에 필요한 복지담당공무원을 추가 배치가 필요함을

의미한다. 다른 아동, 노인, 장애인 맞춤형 복지업무 지원을 위한 세부분류는 1명 총원 빈도가 가장 높았다. '노인'의 경우는 '시'에서, '유아의 경우는 '구'에서 높은 빈도가 나타났다. '장애'의 경우 '구'와 '군'에서 비슷한 빈도를 보였고, 소요인원 0명은 대상자 규모가 작은 '군' 지역의 빈도가 높았고, 총원인원 2명의 경우는 장애인 비율이 높은 '시'에서 빈도가 높게 나타났다.

〈표 2-12〉 '복지분야 확충'의 점수별 차등분류 결과

(단위: 개, 명, %)

분위별 배치인력 규모/ 지역구분	총괄			노인			유아			장애			합계
	1분위	2분위	3분위										
	2명	3명	4명	0명	1명	2명	0명	1명	2명	0명	1명	2명	
구	21개	21개	27개	33개	36개	0개	8개	51개	10개	6개	56개	7개	276명
	(0.27)	(0.22)	(0.38)	(0.56)	(0.33)	(0.00)	(0.14)	(0.44)	(0.18)	(0.33)	(0.35)	(0.14)	
군	43개	28개	11개	4개	25개	53개	45개	28개	9개	12개	62개	8개	328명
	(0.56)	(0.29)	(0.15)	(0.07)	(0.23)	(0.88)	(0.80)	(0.24)	(0.16)	(0.67)	(0.39)	(0.16)	
시	13개	48개	33개	22개	48개	7개	3개	36개	38개	0개	43개	34개	325명
	(0.17)	(0.49)	(0.46)	(0.37)	(0.44)	(0.12)	(0.05)	(0.31)	(0.67)	(0.00)	(0.27)	(0.69)	
계	77개	97개	71개	59개	109개	60개	56개	115개	57개	18개	161개	49개	929명
	(1.00)	(1.00)	(1.00)	(1.00)	(1.00)	(1.00)	(1.00)	(1.00)	(1.00)	(1.00)	(1.00)	(1.00)	
소요 인력	154명	291명	284명	0명	109명	120명	0명	115명	114명	0명	161명	98명	1,446명

주: 총괄, 노인 등 업무영역별 지표점수를 기준으로 분위를 설정하여 지자체를 유형화하고, 분위를 기준으로 복지담당 인력을 차등 배치함.

읍면동 복지허브화 내실화를 위해 '맞춤형 복지팀 지원'과 '일반 읍면동 지원'으로 구분하여 총원인력 배치가 필요하다. 맞춤형 복지팀의 경우 최빈값을 4로 규정하고, 전체 읍면동을 대상으로 5분위로 구분하였다. 이는 맞춤형 복지팀의 내실화를 위해서는 전국 지자체 평균 4명의 인력총원이 필요하다는 의미이다. 그리고 일반형 읍면동 지원의 경우는 최빈값을 2로 설정하고, 총원인력 산정을 위해 전국 일반 읍면동을 3분위로 분류하였다. 이의 총원인력 차등배치 결과를 살펴보면 다음 〈표 2-13〉과 같다.

첫째, 맞춤형 복지팀 지원의 복지담당 공무원의 규모는 3~4명의 빈도가 가장 높았으며 '군'에서의 빈도가 가장 높게 나타났다. 그러나 맞춤형 복지팀 내실화를 위해 5명 이상 배치가 필요한 지역의 구성을 살펴보면, '군'은 1개 지역에 불과하지만, 대도시의 '구'는 5개, '시'는 6개 지역으로 도출되어 농산어촌 지역보다 대도시의 총원비중이 높게 나타났다. 일반 읍면동 지원을 위한 총원은 농어촌(군) 지역에서는 2명, 도시(시·구) 지역에서는 3명 또는 4명의 복지담당 공무원 배치의 필요성이 도출되었다.

〈표 2-13〉 '읍면동 복지허브화'의 점수별 차등분류 결과

(단위: 개, 명, %)

지역 유형	맞춤형						일반형			
	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	합계	1분위	2분위	3분위	합계
	3명	4명	5명	7명	8명		2명	3명	4명	
구	21개 (0.27)	20개 (0.27)	22개 (0.37)	1개 (0.20)	5개 (0.42)	69개	21개 (0.27)	21개 (0.26)	27개 (0.38)	69개
군	43개 (0.56)	28개 (0.37)	10개 (0.17)	0개 (0.00)	1개 (0.08)	82개	43개 (0.56)	28개 (0.35)	11개 (0.15)	82개
시	13개 (0.17)	27개 (0.36)	27개 (0.46)	4개 (0.80)	6개 (0.50)	77개	13개 (0.17)	31개 (0.39)	33개 (0.46)	77개
계	77개	75개	59개	5개	12개	228개	77개	80개	71개	228개
구	968명 (0.36)	996명 (0.31)	1,112명 (0.41)	28명 (0.07)	224명 (0.42)	3,328명	196명 (0.40)	133명 (0.16)	216명 (0.24)	545명
군	1,236명 (0.46)	816명 (0.25)	296명 (0.11)	0명 (0.00)	12명 (0.02)	2,360	187명 (0.38)	171명 (0.21)	55명 (0.06)	413명
시	496명 (0.18)	1,424명 (0.44)	1,292명 (0.48)	380명 (0.93)	300명 (0.56)	3,892	104명 (0.21)	516명 (0.63)	636명 (0.70)	1,256명
계	2,700명	3,236명	2,700명	408명	536명	9,580명	487명	820명	907명	2,214명

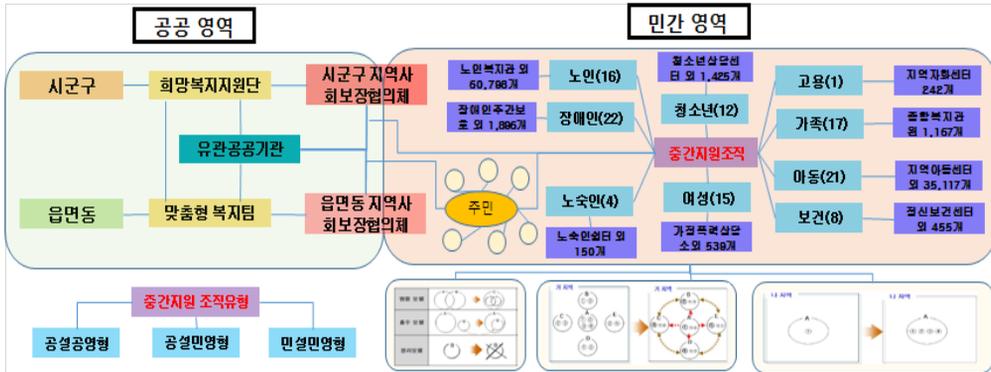
주: 읍면동 맞춤형 복지팀 설치 여부를 분류하고 해당 읍면동의 인구, 노인, 장애인, 아동 등 종합지표점수를 기준으로 분위를 설정하여 지자체를 유형화하고, 분위를 기준으로 복지담당 인력을 차등 배치함.

나. 민관협력 활성화 방안

그간 공공 복지전달체계 개편마다 ‘민관협력’을 강조하였다. 2016년 읍면동 복지허브화 개편에서도 민관협력이 맞춤형 복지업무의 핵심으로 제시되었다. 따라서 2016년 읍면동 지역사회보장협의체를 중심으로 복지사각지대 약 239,370 가구를 발굴하였고, 약 45,757백만 원의 민간 복지자원을 발굴 등 민관협력의 가시적 성과를 보였다. 그럼에도 불구하고, 지역복지 수행의 핵심 주체인 지자체, 보건소, 기타 공공기관, 민간 복지시설 간 유기적인 연계는 한계가 있다. 특히, ‘시군구·읍면동 지역사회보장협의체’의 형식적 운영과 민민연대의 부족 및 민간기관의 참여유인 체계에 한계가 상존한다. 이를 해소하기 위해서는 민관협력을 위한 중간조직 역할이 중요하며, ‘지역사회보장협의체’를 중심으로 하여 민관협력 증진이 필요하다. 특히 지역사회보장협의체의 안정적 운영과 민간기관의 민관협력에 적극적으로 반응할 수 있는 유인체계 마련이 필요하다.

첫째, 지역 민관협력 중간조직을 중심으로 민관협력이 유기적으로 운영될 수 있는 모델 구축이 필요하다. 이를 위해서는 지역사회보장협의체의 역할과 기능을 강화하여 공공과 민간의 중간지대 마련이 필요하다. 그리고 민민연대를 강화할 수 있는 중간지원조직의 구축이 필요하다. 지역 내 대표 민관기관에게 민간영역 중간조직으로서 권한과 재정지원을 해주고 민민연대의 구심점으로 확대발전시킬 필요성이 있다. 이를 통해 1:N의 관계인 공공과 민간의 관계를 강화하고 N:N의 관계인 민민연대의 강화가 필요하다.

[그림 2-2] 지역사회보장협의체를 중심으로 한 민관협력 체계 활성화 전략



둘째, 지역사회보장협의체 운영 안정화를 위한 상근간사 배치가 필요하다. 현재 전국 지역사회보장협의체에 상근간사 미배치 지역이 53개소이다. 단기적으로는 시군구 지역사회보장협의체에 상근간사가 미배치되어 있는 53개 시군구에 인력지원이 필요하다. 중기적으로는 시군구 내 읍면동 지역사회보장협의체 지원을 위한 권역별 담당 상근인력이 시군구별 4명 이상씩 배치가 필요하다. 그리고 장기적으로는 전국 3,502개 읍면동 지역사회보장협의체별 상근간사 배치가 필요하다.

<표 2-14> 지역사회보장협의체 상근간사 배치

구분	지역	목적	필요인력	비고
단기	미배치 53개 지역	시군구 지사협 역할(민관협력 등) 안정화	53명	(53개 시군구×1명)
중기	시군구별 권역별 배치	시군구-읍면동 지사협 연계 및 읍면동 지사협 역할 강화	912명(A)	(228시군구×4권역×1명 상근간사)
장기	1,232개소	읍면동 지사협 역할 안정화	2,590명	(3,502읍면동×1명)-912명(A)

주: '16년 기준 175개 시군구에 상근간사 208명 배치되었으나, 53개 시군구는 미배치

5. 대상자 및 예산추계

2018년부터 2022년까지 복지담당 공무원의 순증인력은 16,962명이다. 이는 2018년 4,872명이고 2019년에서 2021년까지 12,090명이다.

복지담당 공무원 순증인력을 위한 예산은 7,080억 원이 소요될 것을 계상된다. 이는 2018년 394억 원, 2019년 1,226억 원, 2020년 1,989억 원, 2021년 2,004억 원 그리고 2022년에 1,467억 원의 예산소요가 추정된다. 사회복지전담공무원 채용 시 인건비는 3년간 한시적 국고지원이 소요된다. 서울과 지방을 구분하여 국고와 지방비로 소요예산을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 2-15〉 사회복지담당공무원 인력증원에 따른 예산 소요

(단위: 억 원, 명)

연도	2018	2019	2020	2021	2022
국비	394	1,226	1,989	2,004	1,467
인력 확충규모	4,872 (복지직3,898)	5,418 (복지직4,334)	3,023 (복지직2,418)	3,023 (복지직2,418)	626 (복지직500)

주: 1) 지방공무원 9급, 1인당 지원 단가 30,000천원, 국고보조율 서울 50%(전체 인원의 13%), 지방 70%(전체인원의 87%) 설정 후 계상
2) 소요예산은 국비 67% + 지방비 33%로 구성

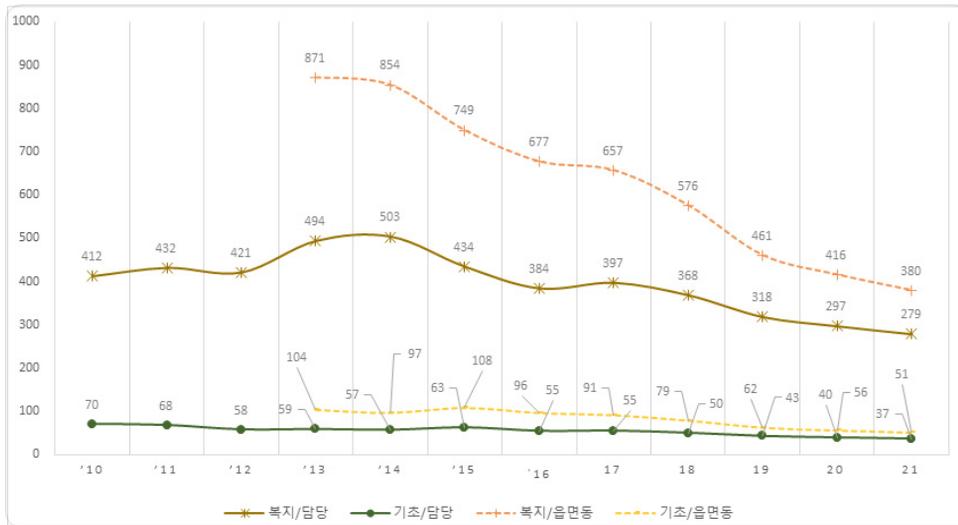
6. 기대효과

앞서 살펴본 바와 같이 읍면동 복지허브화의 완성과 안정화를 위해서는 2018년부터 2022년까지 16,962명의 복지담당 공무원의 충원이 필요하다. 그리고 약 7,080억 원의 예산이 소요될 것으로 추정된다.

복지담당공무원의 충원의 기대효과는 다양한 측면에서 살펴볼 수 있다. 특히 복지공무원의 책무 범위측면에서 1인당 담당 복지대상자 수의 변화를 살펴볼 수 있다. 이와 같이 복지담당공무원 인력증원으로 2021년 복지담당공무원 1인당 기초생활수급자 수는 37명으로 2010년 약 70명의 절반 수준으로 낮아질 것으로 예측된다. 그리고 2021년 기준 읍면동 복지담당공무원 1인당 기초생활수급자는 37명으로 2013년 104명보다 월등히 낮아지고, 복지수급자는 2013년 871명에서 2021년 380명 수준으로 낮아

질 것으로 예측된다. 복지담당 공무원이 지원할 복지대상자의 수가 줄어들수록 읍면동에서 맞춤형 복지업무 수행이 원활히 수행될 수 있을 것이며, 나아가 대국민 복지체감도 증진에 기여할 것이다.

[그림 2-3] 사회복지담당공무원 증원('19-'21년)으로 복지담당공무원 대비 수급자 수 변화



주: 복지(복지급여수급자), 기초(기초생활수급자), 담당(복지담당공무원), 읍면동(읍면동 복지담당공무원)

7. 고려사항

읍면동 복지허브화의 완성과 안정화를 위해서는 복지담당 공무원의 충원은 중요하다. 그러나 복지담당 공무원의 채용만으로 정책목표를 달성하기는 어렵다. 즉, 채용된 공무원의 효율적 인사관리와 역량제고를 위한 다양한 지원책 마련이 필요하다.

첫째, 앞서 제시한 2021년까지 16,962명의 순조로운 인력증원이 중요하다. 2018년부터 연도별 복지·행정직 순증분이 적시에 임용·배치될 수 있도록 범정부적 협조가 필요하다. 특히 지방자치단체 조직 및 인사업무를 담당하고 있는 행정자치부와의 공조가 필요하고, 시도 광역자치단체와 시군구 기초자치단체 조직 및 인사담당부서의 독려가 필요하다.

둘째, 채용된 복지담당 공무원의 역량강화를 위한 교육지원이 필요하다. 현재 신규 복지공무원 채용 후 직무교육은 4일이고 승진에 필요한 연간 80시간의 상시학습시간

중 복지교육 10%이다. 물론 현재 시군구 자체교육, 시도 인재개발원, 보건복지인력개발원 등에서 다양한 직무교육이 제공되고 있지만, 전국 복지담당 공무원을 포괄하기에는 한계가 있다. 따라서 복지담당공무원 신규채용의 효과를 극대화 하기 위해서는 교육체계 보완이 절실하다.

마지막으로 복지담당 공무원의 업무부담을 완화하고 효율적인 업무처리를 위해서는 급여기준 표준화 등 제도개선이 필요하다. 온라인 및 유선정보화 기술을 활용하여 읍면동 복지담당공무원이 매몰되어 있는 단순 신청 및 접수업무 부담을 완화하고, 급여기준 등 소득재산조사 항목 및 기준을 표준화하여 전국 3,000명 규모의 통합조사인력의 업무 과부하문제를 해소할 필요성이 있다. 예를 들면, 현재 온라인 신청률이 18%에 그치고 있는 보육료, 양육수당, 유아학비, 초중고 학비 등 단순신청이 가능한 복지급여는 읍면동 내방신청보다는 온라인 및 유선으로 신청접수업무를 전환할 필요성이 있다. 즉, 온라인 및 유선 신청 기능을 강화하여 읍면동 복지행정팀의 업무 부담을 해소하고, 여유인력을 맞춤형 복지팀으로 전환하여 활용할 필요성이 있다. 그리고 범정부 복지사업의 급여기준 표준화와 사례관리 등 정보시스템 업무처리의 단순화를 통해 복지담당 공무원의 업무부담 경감대책이 필요하다.

지역복지 구현을 위해 민관협력은 핵심 사안이다. 공공영역과 민간영역간 협력을 이끌어 내기 위해서는 영역 간 협조를 기반으로 유인책 마련이 필요하다.

첫째, 지역 민관협력 협의체에 대한 기능 조정이 필요하다. 현재 지자체에는 주민자치협의회와 주민자치협의체 그리고 읍면동·시군구 지역사회보장협의체 및 민간 자생단체 등이 존재한다. 소수의 주민들이 여러 위원회에서 활동하다 보니 운영주체는 유사하며, 기능의 중복현상이 발생하고 있기 때문에 지역복지협의체를 중심으로 주민참여와 지역복지 기능을 강화할 필요성이 있다.

둘째, 민관협력을 강화하기 위해서는 민간영역의 이해관계자들의 참여와 협조가 필수적이다. 이를 제고할 수 있는 민간기관의 참여 유인책 마련이 필요하다. 현재 민관복지자원의 공유와 사례관리 등 업무협력을 위해 정보시스템 구축 등 다양한 노력이 이루어지고 있다. 하지만, 실질적인 민관협력을 위해서는 지역 내 복지관련 조직들을 둘러싼 법, 제도, 재정 등에 대한 체계화가 필요하다. 특히, 민간기관 협조유인을 위한 평가체계 및 재정 인센티브체계 마련이 필요하고, 민간위탁 사무내용 중 민관협력 의무사항을 명확히 할 필요성이 있다. 예를 들면, 민관협력을 통한 사례관리 협력, 복지자

원 발굴 등이 시설평가 및 지자체 지표로 반영하여 일정기간 강제화된 추진 전략마련이 필요하다. 그리고 민간기관이 사례관리 등 민관협력 업무에 참여할 때 성과에 기반한 서비스구매계약방식 등 재정인센티브 부여 체계 마련이 필요하다.

제 3 장

사회서비스 일자리 확대

3

사회서비스 일자리 확대 <<

1. 과제개요 및 모델

본 과제는 2017년부터 2022년까지 향후 약 5년간 국가 고용전략으로서 사회서비스 일자리 확대 가능성을 타진하기 위하여 시도되었다. 따라서 본고에서는 사회서비스 일자리의 영역을 양적인 측면과 질적인 측면 2가지 관점에서 고찰하였다. 우선, 양적 측면에서는 현재 중앙정부차원에서 추진되고 있는 재정지원 사회서비스 사업으로 인해 창출되는 일자리 외에 추가적으로 창출할 수 있는 사회서비스 영역을 검토하였고, 둘째는 질적으로는 사회서비스 일자리가 좋은 일자리로써 자리매김할 수 있는 방안을 제시하였다.

특히, 양적으로 본고에서는 1단계로 해외 선진국 특히 일본, 독일, 영국, 프랑스 4개국과의 비교를 통해 사회서비스 일자리 창출 방향을 위한 벤치마킹 국가를 설정한 다음, 2단계에서 벤치마킹 국가 대비 부족한 한국의 사회서비스 일자리 창출영역을 검토하였다. 그리고 3단계에서는 복지부의 사회서비스 일자리 창출 영역 외 추가적으로 일자리 창출이 가능한 사회복지시설 일자리 등에 대한 창출 여력을 검토하였다.

2. 제도현황 및 문제인식

박근혜 정부 출범 이후 사회서비스 일자리는 국가 고용전략 측면에서 주도적인 역할을 해온 것으로 평가된다. 2012년부터 2016년 4년 동안 전산업의 취업자 연평균 증감률은 1.5%에 불과했지만, 정부의 재정지원 사회서비스 일자리는 연평균 7.5% 증가했기 때문이다. 즉, 4년간 재정지원 사회서비스 일자리 사업으로 발생한 일자리는 35.6만 명으로 이는 동일기간 발생한 전산업 취업자 수 155.4만 명의 23%를 차지한다. 이 중 보건복지부가 관리하는 사회서비스 일자리 증가 수는 34.3만 명으로 4년간 창출된 범정부 재정지원 사회서비스 일자리의 96.4%를 차지하고 있다.

〈표 3-1〉 재정지원 사회서비스 일자리 수 및 연평균 증감률: '12~'16

(단위: 천 명)

구 분		'12	'13	'14	'15	'16	연평균 증감률
재정 지원 사회 서비 스	전체 (68)	1,067.2	1,133.5	1,206.0	1,326.4	1,423.6	7.5%
	복지부 (31)	970.7	1,029.4	1,101.8	1,221.9	1,314.3	7.9%
	여가부 (9)	18.5	27.6	24.5	24.2	25.0	7.8%
	교육부 (5)	49.9	45.3	48.1	50.6	53.8	1.9%
	문체부 (8)	16.2	18.9	20.0	19.6	19.9	5.3%
	환경부 (5)	1.6	1.6	1.6	1.8	1.7	1.7%
	산림청 (4)	7.1	7.1	6.6	5.5	5.0	-8.4%
	보훈처 (2)	1.1	1.2	1.2	1.4	1.4	7.4%
	문화재청 (3)	1.1	1.2	1.2	1.3	2.6	23.2%
	산업부(1)	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.5%
산업	전산업	24,681	25,066	25,599	25,936	26,235	1.5%
	제조업	4,105	4,184	4,330	4,486	4,481	2.2%
	건설업	1,773	1,754	1,796	1,823	1,845	1.0%
	교육 서비스업	1,744	1,748	1,807	1,818	1,846	1.4%
	보건업 및 사회복지	1,399	1,554	1,693	1,770	1,851	7.2%

자료: 보건복지부 재정지원사회서비스 일자리 현황 자료, 통계청(2016), 경제활동조사

〈표 3-2〉 보건복지부 재정지원 사회서비스 일자리 증가 수 및 비중: '12~'16

(단위: 명, %, 원)

일자리 사업 명		4년간 일자리 증가수	사업별 일자리 비중	1인당 인건비
전 체		356,373	100.0	4,540,046
보 건 복 지 부	소계	343,204	96.3	4,534,359
	노인장기요양보험사업운영	122,267	34.3	1,587,502
	노인일자리지원	144,067	40.4	961,116
	영유아보육료지원	19,757	5.5	11,901,344
	산모신생아건강관리사지원사업	8,478	2.4	3,284,116
	장애인활동지원사업	28,816	8.1	9,188,300

그러나 문제점을 살펴보면 우선, 〈표 3-2〉에서 보는 바처럼 보건복지부의 재정지원 사회서비스 일자리 사업은 노인대상 사업에 치중하는 의존도가 매우 높고, 투자된 재원을 인건비라고 가정해 볼 때, 상용직 일자리라고 보기 어렵다. 실제로 2012~16년까지, 4년간 범부처 재정지원 사회서비스 사업으로 창출된 일자리 35.6만 명 중 노인장기요양보험사업운영과 노인일자리 사업으로 인해 창출된 일자리 수는 26.6만 명으로 전체의 약 74.7%를 차지한다. 또한 처우에 있어서도 1인당 인건비를 고려 시, 노인장

기요양보험사업운영사업은 연간 158만 원, 노인일자리 사업은 96만 원으로, 거의 아르바이트 수준에 불과하다.

둘째는 복지부 관련 재정지원 사회서비스 일자리 중 저출산 현상 가속화로 영유아 보육 교사 등 청년 대상의 일자리 창출 여력이 감소하고 있다는 점이다. 대표적인 청년 일자리인 영유아보육료 지원사업의 경우, 2016년 기준, 종사자는 26.6만 명으로 4년간 1.9% 증가에 그친 것으로 나타난다. 그리고 차등형 보육지원의 경우, 지난 4년간 179.6% 증가하였으나, 그 규모는 438명으로 매우 적다. 이외 취약계층 또는 장애인 아동 관련 일자리에서도 연평균 증가율이 높은 일자리가 존재하나 그 규모가 작은 반면에, 지역아동센터와 같이 일자리수가 큰 사업에서는 연평균 증가율이 낮은 것으로 파악된다.

〈표 3-3〉 보건복지부 아동 관련 사회서비스 일자리 현황

(단위: 명, %)

일자리 사업 명	'16년	'12~'16년	
	일자리 수	연평균 증감률	일자리 증가수
요보호아동그룹홈운영지원	1,524	16.3%	692
영유아보육료지원	266,867	1.9%	19,757
시간차등형보육지원(시간제보육사업)	459	179.6%	438
방과후돌봄 서비스(아동복지교사)	3,633	3.2%	436
방과후돌봄 서비스(지역아동센터운영)	9,415	3.2%	1,128
취약계층아동 등 사례관리(구, 아동통합서비스 지원)	994	16.3%	451
발달재활서비스	5,728	5.4%	1,081
언어발달지원	168	13.6%	67
통합사례관리사지원	928	0.0%	0
인공임신중절예방(마더세이프전문상담센터)	8	0.0%	0

셋째는 보건복지부 관련 사회서비스 일자리 사업 종사자들이 근로기준법 상 근로자임에도 불구하고, 4인 이하 소규모 사업장 적용 예외 등으로 인해 처우가 매우 열악하다는 점이다. 근로기준법 제11조 2항에는 상시 4명 이하의 근로자를 사용하는 사업 또는 사업장에 대해서 대통령으로 정하는 바에 따라 이법의 일부규정을 적용할 수 있다고 직시되어 있다. 따라서 보건복지부는 사회복지시설 사업지침 등에 근로기준법 적용을 명시하면서, 한편으로는 4인 이하 소규모 사업자 예외 규정에 의거 초과근로나 연장근로로 인한 가산금 미지급 등 근로기준법 상의 근로자 보상과 관련된 권리를 상당

부분 제한하고 있다. 또한 4대 바우처 서비스의 경우, 영리 등 민간 서비스 제공기관에 대한 관리 미흡으로 4대 보험 가입율과 법정근로수당 지급율도 낮은 상황이다.

〈표 3-4〉 상시 4인 이하 종사자 고용 사회복지시설의 근로기준법 예외 조항

근로기준법	주요 내용
제14조	- 사업자의 취업규칙과 기숙사 관련 사항 등의 게시·비치 의무
제19조 2항 및 법 제33조	- 노동위원회 신청 및 이행 강제금 관련
제23조 제1항	- 부당한 해고, 휴직, 정직, 감봉 기타 및 징벌 금지업무
제24조, 제25조	- 경영상 이유에 의한 해고의 제한 및 해고자 재고용 관련
제27조	- 해고사유 등의 서면통지
제28조부터 제33조	- 부당해고 등의 구제신청 등 노동위원회 관련사항
제46조	- 사용자(시설장) 귀책사유로 인한 휴업시 휴업수당 지급관련
제50조부터 제53조	- 주 40시간(1일 8시간) 근로시간 및 탄력적 근로시간제, 선택적 근로시간제, 연장근로의 제한 관련사항
제56조부터 제57조	- 연장·야간·휴일근로에 대한 가산수당 및 보상휴가제 관련
제58조부터 제59조	- 근로시간 계산의 특례 및 근로시간 및 휴식시간의 특례관련사항
제60조부터 제62조	- 시설 종사자의 연차 유급휴가 관련 사항
제73조부터 제75조	- 생리휴가 및 육아시간
제77조	- 기능 습득자의 보호
제93조부터 제97조	- 취업규칙의 작성 및 단체협약의 준수 등

자료: 보건복지부(2017), 2017 사회복지시설 관리안내

〈표 3-5〉 4대 바우처 근로자 사회보험 가입률

구분	2013년 9월 기준		
	소계	60시간 이상 근무자	60시간 미만 근무자
총 근로자(명)	54,611	45,397	9,214
국민 가입자(명)	34,424	31,146	3,278
연금 가입률(%)	63.0	68.6	35.6
건강 가입자(명)	38,270	34,609	3,661
보험 가입률(%)	70.1	76.2	39.7
고용 가입자(명)	38,936	34,725	4,238
보험 가입률(%)	71.3	76.5	46.0

자료: 이철선의(2014), 돌봄서비스 종사자 임금체계 표준화 방안연구, 보건복지부.

〈표 3-6〉 4대 바우처 법정근로 수당 지급현황

구분	가사 간병	노인 돌봄	장애인 활동지원	산모 신생아
기관(개)	160	339	331	51
주휴수당(%)	64.2	50.7	25.6	45.1
연차수당(%)	57.4	41.3	22.6	23.5
연장근로수당(%)	27.8	27.1	22.3	45.1
휴일근로수당(%)	21.6	23.9	47.6	25.5
야간근로수당(%)	15.4	15.9	48.2	23.5

주: 한국보건사회연구원, 돌봄서비스 근로자 처우개선 방안 연구, 2012를 재분석

3. 중장기 사회서비스 일자리 창출 가능성 검토

우선, 사회서비스 부문 일자리 창출 가능성을 검토하기 위해 제1단계로 한국과 해외 선진국의 전체 취업자 중 사회서비스 부문 취업자 비중을 비교하였다. 대상 국가는 한국보다 GDP 대비 사회복지 지출 비중이 높은 일본, 영국, 독일, 프랑스 4개국이었다. 그 결과 '15년 기준, 한국의 사회서비스 일자리 규모는 전체 취업자의 22.4%인 반면에 일본은 23.9%, 독일은 28.6%, 영국 32.6%, 프랑스는 33.9%였다.

〈표 3-7〉 한국 등 5개국의 사회서비스 산업의 일자리 창출규모, 비중, 연평균 증감율: '09~'15

(단위: 천 명, %)

국가	구분	'09	'12	'15		연평균 증감율
				수	%	
일본	전체 취업자	62,820	62,700	63,760	100.0	0.2
	공공행정, 국방 및 사회보장 행정 (O)	2,250	2,280	2,340	3.7	0.7
	교육서비스업 (P)	2,870	2,950	3,030	4.8	0.9
	보건업 및 사회복지 서비스업 (Q)	6,210	7,060	7,840	12.3	4.0
	기타 개인 서비스 업 등 (S)	2,100	2,080	2,060	3.2	-0.3
	사회서비스	13,430	14,370	15,270	23.9	2.2
독일	전체 취업자	38,279	38,933	40,025	100.0	0.7
	공공행정, 국방 및 사회보장 행정 (O)	2,580	2,580	2,589	6.5	0.1
	교육서비스업 (P)	2,370	2,471	2,637	6.6	1.8
	보건업 및 사회복지 서비스업 (Q)	4,527	4,871	5,104	12.8	2.0
	기타 개인 서비스 업 등 (S)	1,140	1,100	1,134	2.8	-0.1
	사회서비스	10,617	11,022	11,464	28.6	1.3
영국	전체 취업자	28,630	29,163	30,578	100.0	1.1
	공공행정, 국방 및 사회보장 행정 (O)	1,838	1,672	1,705	5.6	-1.2
	교육서비스업 (P)	2,928	3,077	3,253	10.6	1.8
	보건업 및 사회복지 서비스업 (Q)	3,737	3,870	4,143	13.5	1.7
	기타 개인 서비스 업 등 (S)	755	729	861	2.8	2.2
	사회서비스	9,259	9,348	9,962	32.6	1.2
프랑스	전체 취업자	25,674	25,804	26,424	100.0	0.5
	공공행정, 국방 및 사회보장 행정 (O)	2,612	2,448	2,430	9.2	-1.2
	교육서비스업 (P)	1,741	1,848	1,996	7.6	2.3
	보건업 및 사회복지 서비스업 (Q)	3,266	3,474	3,880	14.7	2.9
	기타 개인 서비스 업 등 (S)	688	705	642	2.4	-1.1
	사회서비스	8,307	8,475	8,948	33.9	1.2
한국	전체 취업자	23,506	24,681	25,936	100.0	1.7
	공공행정, 국방 및 사회보장 행정 (O)	1,032	951	936	3.6	-1.6
	교육서비스업 (P)	1,831	1,744	1,818	7.0	-0.1
	보건업 및 사회복지 서비스업 (Q)	998	1,399	1,770	6.8	10.0
	기타 개인 서비스 업 등 (S)	1,211	1,286	1,277	4.9	0.9
	사회서비스	5,072	5,380	5,801	22.4	2.3

자료: 프랑스는 ILO, 기타 국가는 OECD Data 기반, 사회서비스 분류 기준은 ISIC rev. 4를 기준으로 분류

2단계로 사회서비스 일자리 창출을 위한 벤치마킹 국가 선정을 위해 각국의 재정 투입 대비 사회서비스 일자리 창출 수, 즉 생산성을 비교하였다. 그 결과, 사회서비스 일자리 창출을 위한 벤치마킹 대상국으로 유럽 3개국 평균을 적용하기로 결정하였다. 일본의 경우 '13년 기준 GDP 대비 사회복지 부문 지출 비중(23.1%) 대비 전체 취업자 중 사회서비스 취업자 비중(23.5%) 비율이 1.02로 영국(1.52), 독일(1.14), 프랑스(1.07)보다 낮고, 한국과 일자리 비중 격차가 1.5%p 정도만이 존재해 벤치마킹 대상국으로 부적절하다고 판단했기 때문이다. 반면에 유럽 개별 국가는 한국 대비 사회서비스 일자리 비중 격차가 6.2~11.5%p 각각 존재하지만 영국은 '10년(22.8%)부터, 독일은 '06년(26.1%)부터, 그리고 프랑스는 '14년(31.7%)부터 GDP 대비 공공사회복지 부문 지출 비중이 감소하고 있어 특정 국가를 선정해 일자리 창출 기준으로 삼는 것은 위험성이 높다고 판단했기 때문이다.

〈표 3-8〉 사회서비스 일자리 창출을 위한 벤치마킹 국가 선정

(단위: %, %p, 배)

구분	한국	일본	독일	영국	프랑스	유럽3개국
투입: GDP 대비 공공사회복지 지출 비중	10.1	23.1	25.0	21.5	31.7	26.1
산출: 전체 취업자 중 사회서비스 비중	22.4	23.5	28.6	32.6	33.9	31.7
투입 대비 산출 비율	2.2	1.0	1.1	1.5	1.1	1.2
한국 대비 각국 사회서비스 일자리 비중 격차	-	1.1	6.2	10.2	11.5	9.3

주: 일본은 2013년 기준, 기타 국가는 2015년 기준
 자료: OECD, GDP 대비 사회복지예산 지출 비중

3단계인 일자리 창출 가능성 분석에서는 만약 한국이 유럽 3개국을 벤치마킹한다면 어느 정도 일자리 창출이 가능한지를 살펴보았다. 그 결과 향후 약 242만 명의 일자리가 창출할 수 있을 것으로 파악되었다. 세부적으로 유럽 3개국의 4대 사회서비스 산업 일자리 비중을 한국에 적용해 보면 보건업 및 사회복지 서비스의 일자리 창출 여력은 약 177만 명으로 가장 컸으며, 공공행정, 국방 및 사회보장 행정 부문은 약 32.4만 명으로 두 번째로 분석되었다. 그러나 기타 개인서비스업종의 경우에는 현재보다 약 58만 명 정도 감소할 것으로 추정되었다. 이와 같은 추정치는 한국의 GDP 대비 공공사회복지 지출 비중이 15년 기준 9.7%에서 유럽 3개국의 평균인 26.1%에 도달했을 경우를 가정한 수치이다.

〈표 3-9〉 한국이 유럽 3개국 벤치마킹 시, 추정되는 사회서비스 취업자 규모: '15년 기준

(단위: 천 명, %, %p)

구분	한국		유럽 3개국 평균 %	한국과 유럽 3개국 격차	유럽 3개국 벤치마킹 시 일자리 창출 수(15년 기준)
	수	%			
전체 취업자	25,936	100.0	100.0	-	-
공공행정, 국방 및 사회보장 행정	936	3.6	7.1	3.5	900
교육서비스업	1,818	7.0	8.3	1.3	324
보건업 및 사회복지 서비스업	1,770	6.8	13.7	6.8	1,773
기타 개인 서비스 업 등	1,277	4.9	2.7	-2.2	-579
사회서비스 취업자	5,801	22.4	31.7	9.3	2,421
GDP 대비 복지 지출 비중	-	9.7	26.1	16.4	-

4단계, 보건업 및 사회복지 서비스업 중 보건 의료 인력의 경우, 2017~2022년까지 약 13.4만 명의 일자리 창출이 가능할 것으로 추정되었다. 한국의 보건업 및 사회복지 서비스업 취업자 비중은 58:42로 프랑스(49:51)를 제외한 독일(57:43), 영국(57:43)과 크게 다르지 않다. 그러나 의사, 간호사, 치과의사, 약사 등 4대 의료 인력 중 간호사 비중은 한국보다 유럽 3개국이 약 4.9%p 높다. 즉, 한국은 의사 1인당 2.5명 정도의 간호사가 배정되지만 유럽 3개국은 3.6명 정도로 약 1.1명 정도가 많다는 것이다. 또한 2014년 GDP 대비 국민의료비 수준은 한국이 7.1%로 유럽 3개국과 약 3.5%p 격차만이 존재한다. 따라서 의료비 지출이 고령화와 맞물린다면 간호사 인력 확충이 가장 필요한 일자리라고 판단된다.

〈표 3-10〉 보건 분야 4대 직업의 한국과 유럽 3개국 간의 격차 비교

(단위: 천 명, %)

구분	한국('14)			유럽3개국 평균			유럽3개국 대비 격차		
	수	%	GDP 대비%	수	%	GDP 대비%	수	%	GDP 대비%p
소계	450	100.0	7.1*	1,091	100.0	10.6	641	0	3.5
의사	112	24.8		240	22.0		128	-2.8	
간호사	283	62.8		744	67.7		461	4.9	
치과의사	22	5.1		49	4.4		27	-0.7	
약사	33	7.3		58	5.8		25	-1.5	

자료: OECD 기준, *GDP 대비 국민의료비 지출 수준

이와 관련하여 2010년부터 2015년까지 OECD Health Data 자료 중 한국의 4대 의료직업의 5년간 연평균 증가율을 고려하여 '18~'22년까지 일자리 수를 추정해 보면 2022년에 4대 의료직종의 총 일자리 수는 65.3만 명으로 추정되며, 2017~22년까지 약 13.4만 명의 일자리가 추가적으로 생성될 것으로 예상된다. 그리고 이 일자리 수가 적용될 경우에 의사 1명당 간호사 비율은 3.2명으로 유럽 3개국 평균 3.6명에 거의 근접할 것으로 나타났다. 즉 현행 일자리 추세를 지속한다면 한국의 4대 직업별 비중이 <표 3-11>의 유럽 3개국 평균치에 근접한다는 것이다.

<표 3-11> 한국 보건 분야 4대 직업의 일자리 추정

(단위: 천 명, %)

구분	'17	'18	'19	'20	'21	'22	일자리		
							연평균 증가율	22-17년 증가수	22년 기준 %
소계	519,098	543,326	568,826	595,670	623,931	653,688	4.7	134,589	100.0
의사	121,443	125,168	129,008	132,965	137,044	141,247	3.1	19,804	21.6
간호사	339,348	359,047	379,890	401,942	425,275	449,962	5.8	110,614	68.8
치과의사	24,670	25,255	25,855	26,468	27,096	27,739	2.4	3,068	4.2
약사	33,637	33,855	34,074	34,295	34,517	34,740	0.6	1,103	5.3

주: OECD Health Data 중 2010년부터 2015년까지 각 직업별 5년간 연평균 증가율을 적용하여 추정
 자료: OECD Health Data 2016. OECD Statistics

5단계에서는 4단계에서 분석된 4대 의료 직업군 이외의 사회서비스 산업군에서 향후 5년간 창출가능한 일자리 수를 추정하였다. 추정 절차는 재정 투자 등 현행 정책이 유지된다는 가정아래 2010~2015년까지의 약 5년간 연평균 취업자 증가율을 적용하였다. 그 결과, 4대 의료 직업을 포함한 한국의 사회서비스 산업이 창출가능한 일자리 수는 총 118.6만 명으로 추정되었다. 그 중 가장 많은 세부 산업군은 4대 의료 직업군을 제외한 보건 및 사회복지 서비스업으로 그 수가 99만 명 정도이고, 다음은 기타 개인 서비스로 약 6.5만 명이였다.

〈표 3-12〉 4대 의료업 제외 한국의 사회서비스 일자리 추정

(단위: 천 명, %)

구분	'17	'18	'19	'20	'21	'22	일자리		
							연평균 증가율	22-17년 증가수	22년 기준 %
전체 취업자	26,830	27,289	27,755	28,230	28,712	29,203	1.7	2,373	100.0
공공행정 등	927	922	917	913	908	903	-0.5	-23	3.1
교육서비스업	1,826	1,830	1,834	1,837	1,841	1,845	0.2	19	6.3
보건 및 사회복지	2,101	2,289	2,494	2,718	2,961	3,227	9.0	1,125	11.0
- 4대 의료 제외	1,582	1,746	1,925	2,122	2,337	2,573	10.9	990	8.8
기타 개인서비스	1,302	1,315	1,328	1,341	1,354	1,367	1.0	65	4.7
사회서비스 소계	6,156	6,356	6,573	6,809	7,064	7,342	3.5	1,186	25.1
- 4대 의료 제외	5,637	5,813	6,004	6,213	6,440	6,688	2.3	1,051	22.9

주: OECD Statistics Data 중 2010년부터 2015년까지 각 산업별 5년간 연평균 증가율을 적용하여 추정, 4대 의료 직업군을 제외한 보건 및 사회복지 서비스업의 경우, 4대 직업군에 관한 OECD Health Data 2016을 적용하여 제거 후, 2010년부터 2015년까지 5년간 연평균 증가율을 적용하여 추정

자료: OECD Health Data 2016, OECD Statistics

6단계에서는 보건복지부 일자리 사업 중 하나인 사회복지시설 종사자의 향후 5년간 일자리 증가수를 추정하였다. 추정방법은 〈표 3-13~15〉처럼 우선 2013~2015년까지 2년간 연평균 종사자 수의 증가율을 적용하였다. 그런 다음 〈표 3-16〉에서 보는 것처럼 2022년을 종점으로 현재 사회복지시설 종사자들의 과도한 업무량을 반영하는 현 종사자 1명 당 직무난이도¹⁾를 적용하여 추가인력을 추정하였다. 직무난이도 적용시설은 생활시설 중 노인(112%), 아동(113%), 장애인(108%), 노숙인(112%), 정신(113%) 등 5개 시설이고, 이용시설은 아동(106%), 사회복지관(108%), 지역자활센터(109%) 등 3개 시설이었다. 결핵 및 한센 생활시설과 종사자 수가 가장 많은 어린이집은 직무난이도 조사자료가 부재하여 기존 2년간 연평균 증가율만을 고려하였다. 그 결과 2017~2022년 향후 5년간 사회복지시설에 연평균 증가율을 적용해 생성될 종사자 수는 약 15.7만 명으로 추정되었고, 이 중 13.3만 명은 연평균 종사자 증가율에 의해 생성되는 일자리 수이고, 2.4만 명은 2022년 종점을 기준으로 직무난이도를 적용해 추가적으로 창출가능한 일자리 수이다.

1) 이철선 외(2016), 사회복지분야 종사자의 시설별, 직무별 적정임금 산정을 위한 연구, 한국보건사회연구원

〈표 3-13〉 사회복지시설 일자리 추정: '15~'17

(단위: 명)

구분	'15			'16			'17		
	전체	생활	이용	전체	생활	이용	전체	생활	이용
합계	515,678	118,529	397,149	537,005	127,019	409,986	559,485	136,212	423,272
노인	130,229	91,881	38,348	139,778	99,816	39,962	150,080	108,437	41,644
아동	16,556	5,997	10,559	17,297	5,997	11,300	18,089	5,997	12,092
장애인	32,863	17,368	15,495	33,484	17,923	15,561	34,123	18,496	15,627
정신보건	3,285	1,975	1,310	3,285	1,975	1,310	3,285	1,975	1,310
노숙인	1,470	1,224	246	1,485	1,224	261	1,502	1,224	278
결핵 및 한센	84	84	0	84	84	0	84	84	0
지역자활센터	1,928		1,928	1,928	0	1,928	1,928	0	1,928
사회복지관	8,196		8,196	8,462	0	8,462	8,738	0	8,738
어린이집	321,067		321,067	331,201	0	331,201	341,656	0	341,656

주: 16년 이후 시설 및 종사자 수 추정은 '13~'15년 연평균 증가율 적용, 9개 사회복지시설 중 '13~'15 연평균 증가율이 (-)인 아동생활시설, 노숙인 생활시설, 결핵 및 한센 생활시설, 정신보건 이용시설, 지역자활센터 5개 시설은 인력 수 증감없이 고정하는 것으로 설정(시설 종사자는 시설면적에 의해 인력 수가 배치되는 경향이 있어 수용자가 줄어도 종사자 수는 유지하는 것으로 가정)

자료: 사회보장정보원, 사회복지시설 및 종사자 수, 보건복지부(2016), 보건복지통계

〈표 3-14〉 사회복지시설 일자리 추정: '18~'20

(단위: 명)

구분	'18			'19			'20		
	전체	생활	이용	전체	생활	이용	전체	생활	이용
합계	583,194	146,168	437,025	608,215	156,952	451,263	634,637	168,634	466,003
노인	161,198	117,802	43,397	173,198	127,975	45,223	186,154	139,028	47,126
아동	18,938	5,997	12,941	19,846	5,997	13,849	20,817	5,997	14,820
장애인	34,780	19,087	15,694	35,457	19,697	15,760	36,154	20,326	15,827
정신보건	3,285	1,975	1,310	3,285	1,975	1,310	3,285	1,975	1,310
노숙인	1,519	1,224	295	1,537	1,224	313	1,557	1,224	333
결핵 및 한센	84	84	0	84	84	0	84	84	0
지역자활센터	1,928	0	1,928	1,928	0	1,928	1,928	0	1,928
사회복지관	9,022	0	9,022	9,315	0	9,315	9,618	0	9,618
어린이집	352,440	0	352,440	363,565	0	363,565	375,041	0	375,041

주: 16년 이후 시설 및 종사자 수 추정은 '13~'15년 연평균 증가율 적용, 9개 사회복지시설 중 '13~'15 연평균 증가율이 (-)인 아동생활시설, 노숙인 생활시설, 결핵 및 한센 생활시설, 정신보건 이용시설, 지역자활센터 5개 시설은 인력 수 증감 없이 고정하는 것으로 설정(시설 종사자는 시설면적에 의해 인력 수가 배치되는 경향이 있어 수용자가 줄어도 종사자 수는 유지하는 것으로 가정)

자료: 사회보장정보원, 사회복지시설 및 종사자 수, 보건복지부(2016), 보건복지통계

〈표 3-15〉 사회복지시설 일자리 추정: '21~'22

(단위: 명)

구분	'21			'22			일자리 증가 수('22-'17)		
	전체	생활	이용	전체	생활	이용	전체	생활	이용
합계	662,555	181,290	481,265	692,073	195,005	497,068	132,588	58,792	73,796
노인	200,144	151,035	49,110	215,255	164,079	51,177	65,175	55,642	9,533
아동	21,857	5,997	15,860	22,969	5,997	16,972	4,880	0	4,880
장애인	36,870	20,976	15,895	37,608	21,646	15,962	3,486	3,150	335
정신보건	3,285	1,975	1,310	3,285	1,975	1,310	0	0	0
노숙인	1,577	1,224	353	1,600	1,224	376	98	0	98
결핵 및 한센	84	84	0	84	84	0	0	0	0
지역자활센터	1,928	0	1,928	1,928	0	1,928	0	0	0
사회복지관	9,930	0	9,930	10,253	0	10,253	1,516	0	1,516
어린이집	386,879	0	386,879	399,090	0	399,090	57,435	0	57,435

주: 16년 이후 시설 및 종사자 수 추정은 '13~'15년 연평균 증감을 적용, 9개 사회복지시설 중 '13~'15 연평균 증가율이 (-) 인 아동생활시설, 노숙인 생활시설, 결핵 및 한센 생활시설, 정신보건 이용시설, 지역자활센터 5개 시설은 인력 수 증감 없이 고정하는 것으로 설정(시설 종사자는 시설면적에 의해 인력 수가 배치되는 경향이 있어 수용자가 줄어도 종사자 수는 유지하는 것으로 가정)

자료: 사회보장정보원, 사회복지시설 및 종사자 수, 보건복지부(2016), 보건복지통계

〈표 3-16〉 사회복지시설 일자리 추정: 인력배치기준 적용 증가수 적용(22년 기준)

(단위: 명)

구분	연평균 증가수('17~'22)			인력배치기준 변경 증가 수			전체 일자리증가 수		
	전체	생활	이용	전체	생활	이용	전체	생활	이용
합계	132,588	58,792	73,796	24,597	22,585	2,012	157,185	81,377	75,808
노인	65,175	55,642	9,533	19,689	19,689		84,864	75,331	9,533
아동	4,880	0	4,880	1,798	780	1,018	6,678	780	5,898
장애인	3,486	3,150	335	1,732	1,732		5,218	4,882	335
정신보건	0	0	0	237	237		237	237	0
노숙인	98	0	98	147	147		245	147	98
결핵 및 한센	0	0	0				0	0	0
지역자활센터	0	0	0	174		174	174	0	174
사회복지관	1,516	0	1,516	820		820	2,336	0	2,336
어린이집	57,435	0	57,435				0	0	57,435

주: 인력배치기준 변경으로 인한 추가 인력수 추정은 〈표 3-15〉의 2022년 추정 일자리수를 기반으로 추정, 2022년 인력 수에 각 시설별 직무난이도를 적용해 산출

자료: 한국보건사회연구원(2016), 사회복지분야 종사자의 시설별, 직무별 적정임금 산정을 위한 연구, 보건복지부

4. 세부추진방안

앞서 분석된 일자리 규모와 보건복지부 내 사회서비스 일자리 중장기 추계 자료를 부가하여 산정해 볼 때 다음과 같은 중장기 사회서비스 일자리 창출전략을 추진할 필요가 있다고 판단된다.

〈표 3-17〉 2017~2022년 사회복지시설 일자리 추정: 인력배치기준 적용 증가수 적용

(단위: 천 명)

산업분류	사회서비스 산업	보건복지부	
	22-17년 증가수	일자리수	세부 일자리 과제
사회서비스 소계	1,186	825.8	-
공공행정 등	-23	9.4	사회복지 공무원 확충
교육서비스업	19	-	-
4대 의료직	135	134.6	4대 의료직
		18.9	간호간병통합서비스 인력
4대 의료 제외 보건 및 사회복지업	990	663.0	사회서비스+사회복지시설
		505.8	- 중장기 사회서비스 일자리
		215.1	1. 사회서비스 일자리
		280.0	2. 재정지원 사회서비스 일자리
		7.7	3. 청년고용절벽해소
		-0.9	4. 청년여성취업연계방안
		-0.7	5. 주요일자리과제
		4.6	6. 기타 신규과제
		157.2	- 사회복지시설 일자리
		132.6	1. 5년간 연평균 증가
24.6	2. 인력배치기준 수정		
기타 개인서비스	65	-	-

주: 보건복지부(2017)내 사회서비스 일자리 중장기 추계 외, 본 보고서 추계 자료

우선, 양적으로 향후 5년간 약 60만개 이상의(최대 82.6만개, 4대 의료인력 등 포함 시) 일자리 창출이 가능할 것으로 판단된다. 최소 60만개는 복지부의 중장기 사회서비스 일자리 50.5만개와 사회복지 공무원 확충 9.4만개를 더한 수치이다. 그리고 최대 82.6만개는 최소 일자리 외에 4대 의료직 인력과 사회복지시설 일자리 창출을 포함한 수치이다. 이는 동일기간 사회서비스 산업에서 창출가능한 일자리 수 118.6만개 중 최소 50.5~69.6%에 해당하는 일자리를 보건복지부가 창출할 수 있다는 것을 의미한다.

우선 보건업의 4대 의료직 분야에서 향후 5년간 약 13.5만개의 일자리와 간호간병통합서비스 1.9만개 등 총 15.4만개 정도가 창출 가능하며, 그 중 가장 중점으로 삼아야 할 부분은 간호사(11.0만 명)로써 보건업 분야의 71.4%에 해당한다. 둘째, 기존 사회서비스 분야에서는 향후 5년간 약 50.6만개의 일자리 창출이 가능할 것으로 추정된다. 다만 일자리 창출가능성이 큰 노인장기요양보험사업과 노인일자리 사업의 경우 고령화 가속으로 인해 현 기존 정책유지만으로도 일자리 창출목표 달성이 가능한 반면에 영유아 보육료 지원 등 저출산 관련 일자리 수는 지속적으로 감소할 가능성이 높아 이에 대한 보완 사업 발굴이 필요하다. 셋째, 사회복지시설 일자리는 현 연평균 증가율을 고려 시, 향후 5년간 13.2만 명의 일자리 창출이 가능하며, 여기에 기존 종사자들의 업무량 분담을 고려한 추가인력 2.4만 명을 합친다면 총 15.7만 명의 일자리 창출이 가능하리라고 판단된다.

둘째, 질적 차원에서 보건복지부는 사회서비스 종사자들에 대한 처우개선을 위해 근로기준법상의 근로자 기준을 전 사업에 적용할 것을 적극 고려할 필요가 있다. 사회서비스 일자리가 비록 경력단절여성이나 취약계층을 대상으로 하나 국민의 세금이 투입되는 정부사업에 참여하는 만큼 근로자로서의 의무와 권리 적용은 당연하다고 판단된다. 또한 사회복지시설에 종사하는 사회복지사들의 경우 4년제 대학을 졸업하고 자격증을 취득한 고급인력임에도 불구하고 종사자 규모 4인 이하 기업 근로기준법 예외조항에 의해 근로자로서 권리를 제한하는 것은 향후 사회복지시설의 확충과 서비스 질 향상에 있어 큰 장애물로 등장할 가능성이 높다. 따라서 예선 주무부처인 기획재정부와의 협조를 통해 지금까지 미지급하던 초과 연장근로 수당 등 법정 근로수당에 대한 예산 확보를 우선적으로 추진해야 할 것이다.

셋째, 보건복지부는 사회서비스 일자리 창출 계획에 있어서 기존의 수요자 방식이 아닌 공급자 방식을 적용하는 관리방안을 추진할 필요가 있다. 저출산-고령화 현상으로 인해 지속적으로 예산은 증가하겠지만, 수요자 방식의 관리는 사회서비스 종사 근로자 처우와 서비스 제공 사고에 대응하는 데 한계가 있기 때문이다. 이를 위해서는 정보확보 차원에서, 보건복지부를 비롯한 재정지원 사회서비스 일자리 사업과 관련된 범부처 제공기관들의 종사자 현황 등 정보통합 시스템 구축이 시급하다. 재정지원 일자리 사업으로 인한 근로자 수 등에 대한 부정확한 정보는 예산의 비효율성 증진, 기관과 종사자간의 노동쟁의, 제공기관과 사업부처 간의 갈등유발 등 다양한 문제를 유발시킬

수 있기 때문이다. 이 과정에서 간과되어서는 안 될 부분은 보건복지부의 시설평가 정보와 사회보장정보원에 축적된 국고보조금 지급기관인 사회복지시설 정보시스템이다. 특히 사회보장정보원의 사회복지시설 정보시스템의 경우, 수록된 정보가 부정확하여 시스템 구축 투입 대비 그 실효성이 의문 시 되고 있다.

이외 사업체 관리 정책 중 종사자 처우가 열악한 영리기관을 대체하는 방안으로서 협동조합 등 사회적 경제 조직을 적극적으로 재정지원 사회복지서비스 사업에 참여하게 하는 방안도 검토할 필요가 있다. 사회적 경제 조직은 2013년 이후, 연 10% 이상 종사자 수가 증가하고 있으며, 주로 서비스 분야를 중심으로 지역 내 자급적 복지와 일자리 창출 등 지역 공동체 활성화에 주력하고 있다. 특히, 사회적 경제 조직은 영리사업과 비영리사업을 동시에 추진할 수 있다는 기능으로 인해 재정 자립도가 높고, 종사자 및 사업자의 이중자격으로 종사자 처우가 영리기업 대비 우수한 것으로 프랑스, 이탈리아 등 해외사례에 나타나 있다²⁾.

〈표 3-18〉 사회적 경제 조직의 종사자 증가 규모

(단위: 명, %)

구분	2013		2014		2015		2016		종사자 연평균 증감율
	시설	종사자	시설	종사자	시설	종사자	시설	종사자	
전체	9,212	108,947	12,318	113,310	14,928	125,992	19,014	160,176	13.7
협동조합	3,447	10,876	6,282	14,992	8,349	19,925	10,808	25,793	33.4
사회적기업	1,653	39,069	1,756	39,195	1,949	43,389	2,700	59,121	14.8
인증 사회적기업	1,012	23,919	1,251	27,923	1,506	33,527	1,713	37,509	16.2
예비 사회적기업	641	15,150	505	11,272	443	9,862	987	21,612	12.6
자활기업	1,340	9,755	1,275	9,647	1,339	777.6	1,464	4,628	-22.0
마을기업	1,119	10,177	1,249	10,281	1,342	11,513	1,342	11,513	6.4

주: 예비 사회적기업 종사자 수는 인증 사회적기업의 시설 당 종사자수를 곱해 산정, 협동조합 등의 연평균 증감율은 13~16년까지, 마을기업의 연평균 증감율은 13~15년 기준으로 산정, 16년 자료는 15년 자료를 대체

5. 대상자 및 예산추계(5년간, 국비기준)

2017~22년까지 향후 5년간 82.6만개 일자리를 창출하기 위해서는 총 21조 원 정

2) 이철선 외(2013), 친서민정책으로서의 사회복지서비스 일자리 확충 전략 III: 사회복지서비스 산업-제3섹터-고용창출연계모델, 한국보건사회연구원

도의 국비기준 예산이 추가적으로 필요할 것으로 추정되었다. 이 예산은 82.6만개의 일자리가 5년간 연평균 증가율에 의해 생성된 후 22년까지 유지된다는 가정 하에 산출된 예산 추정치이다. 즉 18년도에 생성된 일자리는 22년까지 유지되며, 인건비 항목의 예산이 18년 이후 22년까지 지속적으로 투자된다는 것을 의미한다. 그리고 일자리 중 사회복지관과 같이 지방비로 지원되는 일자리에 대한 예산은 본 추정에서는 제외하였다. 총 5년간 21조 원의 예산을 투자해 생성되는 일자리 중 가장 예산 비중이 큰 일자리 분야는 사회복지시설 종사자의 일자리 확대 분야로써 약 10조 원의 예산이 소요될 것으로 추정되며, 전체 추가 예산 중 48.7%를 차지할 것으로 예상된다. 그리고 두 번째로 비중이 큰 분야는 사회서비스 일자리와 재정지원 사회서비스 일자리로 각각 5.3조 원과 3.2조 원의 예산이 소요될 것으로 추정된다. 한편 의사 등 4대 의료 직종은 민간 일자리로 정부재정 없이 대학 정원조정 등 제도완화만으로 가능할 것으로 예상된다.

〈표 3-19〉 2016~2022 보건복지부 관리 연도별 생성 일자리 규모

(단위: 명)

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2022	일자리 증가수 (17~22)
합계	125,234	139,897	148,770	162,514	178,291	196,371	825,843
사회복지 공무원	734	977	1,300	1,729	2,300	3,059	9,364
의료업: 의사	3,614	3,725	3,839	3,957	4,079	4,204	19,804
의료업: 간호사	18,618	19,699	20,843	22,052	23,333	24,687	110,614
의료업: 치과의사	572	585	599	613	628	643	3,068
의료업: 약사	216	218	219	221	222	223	1,103
간호간병통합서비스	1,295	1,789	2,472	3,415	4,719	6,520	18,915
사회서비스 일자리	33,069	36,026	39,236	42,721	46,505	50,614	215,102
재정지원사회서비스 일자리	43,393	47,142	51,210	55,627	60,421	65,628	280,028
청년고용절벽해소	1,180	1,284	1,397	1,520	1,654	1,800	7,653
청년여성취업연계방안	-539	-354	-217	-112	-26	-171	-880
주요일자리과제	-309	-217	-152	-107	-76	-172	-724
기타신규과제	911	395	567	813	1,165	1,670	4,610
사회복지시설 일자리	22,480	23,709	25,021	26,422	27,918	29,518	132,588
인력배치기준 수정	0	4,919	2,437	3,644	5,449	8,148	24,597

〈표 3-20〉 2017~2022년 보건복지부 관리 사회복지 일자리 생성 연도별 예산

(단위: 백만 원)

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2022	예산 증가 ('17~'22)
합계	755,933	1,737,812	2,784,899	4,001,710	5,425,901	7,101,948	21,052,270
사회복지 공무원	11,866	28,206	50,533	80,861	121,867	177,082	458,549
의료업: 의사	-	-	-	-	-	-	-
의료업: 간호사	-	-	-	-	-	-	-
의료업: 치과의사	-	-	-	-	-	-	-
의료업: 약사	-	-	-	-	-	-	-
간호간병통합서비스	-	-	-	-	-	-	-
사회서비스 일자리	204,837	440,829	711,892	1,022,413	1,377,306	1,782,075	5,334,516
재정지원사회서비스	123,391	265,165	427,609	613,283	825,059	1,066,150	3,197,268
청년고용절벽해소	5,990	12,884	20,795	29,853	40,202	52,003	155,738
청년여성취업연계	-114	-195	-249	-283	-297	-348	-1,374
주요일자리과제	-2,850	-4,995	-6,635	-7,916	-7,276	-8,989	-35,813
기타 신규과제	-	-	-	-	-	-	-
사회복지시설 일자리	412,813	876,829	1,397,530	1,980,978	2,633,893	3,363,743	10,252,975
인력배치기준 수정	-	119,088	183,425	282,518	435,146	670,230	1,690,409

주: 2018년도 이후 연도별 예산은 17년도 이후 일자리 수를 더하여 계상. 사회복지공무원 1인당 인건비는 사회복지 공무원 9급 1~6호봉 기준, 사회복지시설 일자리 및 인력배치기준 1인당 인건비는 사회복지사 1호봉 월 평균 1,967,264원 기준, 이외 각 일자리 영역 1인당 인건비는 2016년 보건복지부 1인당 인건비를 산출하여 적용하였고 2017년 이후 부터는 연평균 임금 상승률 3%를 적용, 4대 의료업의 경우 민간 발생 일자리임으로 국가 예산 비적용, 기타 신규과제와 해외인력진출 양성을 제외한 세부 4개 청년여성 취업연계방안은 비예산 사업으로 진행, 사회복지시설 중 사회복지관은 지방이양시설로 국비기준에서 제외 시켰으나, 장애인공동생활가정, 아동양육시설은 통계상 분류가 어려워 국비에 포함, 어린이집 교사의 인건비 중 국고 비중은 50%로 적용
 자료: 보건복지부 내부자료(2017)

6. 기대효과

본고에서는 2017~22년까지 향후 5년간 한국의 일자리 창출분야에서 사회복지서비스 산업이 기여할 수 있는 가능성을 파악하는데 초점을 맞추어 일자리 규모와 종사자의 질 개선이라는 2가지 측면을 고려하여 분석하였다. 그 결과, 양적으로는 우선, 2017~2022년까지, 약 5년간 약 118만 명의 일자리 창출이 가능하며 그 중 70% 정도인 82.6만 명의 일자리가 보건복지부 정책 하에 가능하리라 판단된다. 이중 기존 사회복지서비스 일자리 50.6만개의 일자리는 노인장기요양보험 등 노인 대상 돌봄사업으로 4~50대 경력단절여성의 일자리 창출에 기여할 가능성이 높다. 둘째는 앞서 언급한 경력단절 여성 일자리 이외에 사회복지 공무원 0.9만 명, 의사 등 4대 의료직 13.5만 명, 사회복지사 등 사회복지시설 일자리 15.7만 명 등, 총 30.1만 명의 일자리는 최근 사회적으로 이슈화되고 있는 청년일자리로 향후 보건복지부가 청년일자리 창출에 어느

정도 기여할 수 있다는 점을 보여준다고 판단된다.

한편, 질적인 부문에서 보건복지부가 본고의 세부추진 방안에서 제시한 것처럼 전 사업장에 대하여 근로기준법 등 노동관련 법 적용을 추진한다면 지금까지 질 낮은 일자리로 인식되어온 정부재정지원 사회서비스 일자리가 좋은 일자리로 전환될 가능성이 높다고 판단된다. 특히 사회복지시설의 경우 인력배치기준 수정으로 인한 추가적인 인력 보완이 이루어진다면 기존 종사자들의 업무량 경감과 더불어 시설 이용자들에게 대한 서비스 품질 개선도 동반될 것이라고 기대한다.

7. 고려 사항

향후 5년간 사회서비스 일자리 창출을 위한 중장기 계획을 추진함에 있어 보건복지부가 우선적으로 고려해야 할 요인으로는 다음과 같이 3가지가 존재한다. 우선, 창출해야 할 일자리 수 측면에서 통계적 오류가 존재할 수 있다는 것이다. 현행 보건복지부 통계 집계 방식은 수요자 중심으로 되어 있어, 수요자 1인당 서비스 제공자 수가 일자리 수로 집계되는 경향이 있다. 실례로 2013년 기준, 노인돌봄 등 복지부의 4대 바우처 종사자 수는 총 6.7만 명으로 집계되고 있으나, 2013년 9월 기준 4대 바우처 기관 별로 집계한 근로자 수는 약 5.5만 명으로 약 20%가 과대계상된 것으로 나타난다.

〈표 3-21〉 보건복지부 4대 바우처 일자리 통계 집계 방식 비교 : 2013년 기준

(단위: 명, 원)

복지부 현행 집계			공급자 방식 집계		
사업 구분	일자리 수	월 임금	기업구분	근로자 수	월 임금
소계	67,528	-	소계	55,208	-
노인돌봄 서비스	20,803	387,731	5인 미만	1,065	437,497
가사간병 서비스	3,469	327,616	5~10인 미만	2,386	434,383
산모신생아 서비스	2,808	647,124	10~30인	10,993	636,643
장애인활동지원사업	40,448	591,618	30~100인 미만	19,764	842,021
			100인 이상	21,000	906,257

주: 복지부 현행 집계의 월임금은 월 1인당 인건비 중 기관 운영비 15%를 제한 금액, 공급자 방식 집계 통계는 이철선 외(2014), 돌봄서비스 종사자 임금체계 표준화 방안연구에서 사회보장정보원의 협조를 얻어 기관별 임금을 산정한 결과임

또한 수혜자 방식으로 집계된 종사자 1인당 월 임금은 32~64만 원으로 거의 아르바이트 수준이지만, 제공기관 종사자의 임금 관련 조사 자료를 살펴보면 수요자 방식으로 집계된 통계치 보다 평균 11~30만 원 높은 43~90만 원 정도로 나타난다. 종사자 1인이 특정서비스 1개만을 제공하는 것이 아니라 2개 이상의 서비스를 중복으로 제공하고 있기 때문이다. 이는 향후 보건복지부가 일자리 창출을 위해 중점으로 추진해야 할 노인장기요양보험사업이나, 노인일자리 사업에서도 동일할 것으로 예상된다.

두 번째는, 예산 집행에 있어 근로자가 아닌 시설장 즉 사업주에 대해서도 계속적으로 인건비 지급을 유지할 것인가 하는 문제이다. 보건복지부가 담당하고 있는 사업 중에 약 51만 명의 일자리를 창출하는 사회복지시설 사업의 경우, 사업자인 시설장에 대해서도 인건비를 지급하고 있다. 즉 사회복지시설은 보건복지부 산하 공공기관이 아닌 민간기관의 사업주에게 일반관리비 항목의 활동비가 아닌 인건비를 지급하고 있는 것이다. 이는 향후 보건복지부가 종사자 처우개선을 위한 예산 집행 시, 제도 오류로 인해 불필요한 국가예산을 추가적으로 집행해야 한다는 점을 의미한다. 이와 관련하여 근로기준법 제2조 제2호에서는 사용자의 정의를 사업주 또는 사업경영 담당자, 그 밖에 관한 사항에 대하여 사업주를 위하여 행위 하는 자로 규정하고 있으며, 대법원 판례(1995.12.22, 대법 95누 3565)서도 복지법인 산하의 복지시설 시설장이나 이사를 근로자가 아닌 사업주로 판단되고 있다.

〈표 3-22〉 대비표

(단위: 명, 백만 원)

구분	'17년 신생 창출 일자리 수 및 예산	18~22년까지 5년간 창출 누적 일자리 수 및 예산
일자리 생성 규모	125,234	825,843
추가 예산	755,933	21,052,270

제 4 장

사회서비스 경쟁력 강화

4

사회서비스 경쟁력 강화 <<

1. 정책추진 여건 및 문제인식

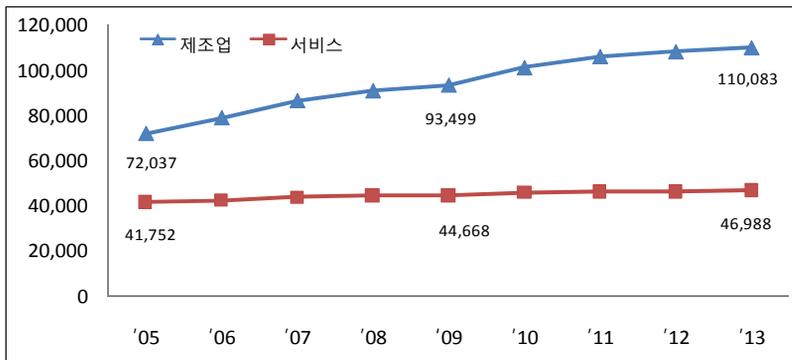
가. 사회서비스의 개념적 논란

소득수준의 향상, 인구 고령화, 전통적 가족기능의 약화, 여성 경제활동 참여율의 증가와 돌봄의 사회화 및 관련 기술 산업의 발달 등은 서비스 수요의 확대를 견인하는 주요 요인으로 꼽히고 있다. 이러한 신규 서비스 수요가 증가하면서 서비스 경제화가 진전되게 되는데, 서구 선진국의 사례를 살펴보면 대체로 국민 1인당 소득 5천~1만 달러 수준에서 시작되었다. 이에 세계적인 서비스 경제의 진전에도 불구하고 상대적으로 지체된 서비스업의 발전과 경제 재도약을 위한 돌파구로서 정부는 관계부처 합동으로 「경제 활력 제고와 일자리 창출을 위한 서비스경제 발전 전략」을 발표한 바 있다. 한국의 서비스 경제화 진행 수준이 선진국에 비해 더디게 진행되고 있으며, 제조업 위주의 경제정책, 서비스 R&D 투자 부진, 서비스업에 대한 각종 진입·행위규제 등으로 서비스의 경쟁력이 향상되지 못하고 경제성장 전반의 견인차 역할을 수행하는 것도 한계에 다다르고 있다는 문제의식을 전제로 한 발전전략이다. 또한 노동력, 자본, 정보 기반에서 혁신적 기술과 창의적 아이디어로 부가가치 창출요소가 이동하는 4차 산업혁명에 직면하여 융복합, 신기술, 경쟁력 강화에 초점을 맞춘 서비스업을 육성하고 신성장 동력으로 활용하기 위한 서비스업 발전 전략의 중요성을 강조하는 것이기도 하다(관계부처합동, 2016).

실제, '90년 대 이후 서비스업의 고용 비중은 증가하고 있으나 부가가치 증가는 2000년대 중반 이후의 정체상태에 머물고 있다. 고용비중이 증가하고 있다고 하기는 하지만, 한국의 서비스업의 고용비중은 2013년도 기준 69.5%로, 서비스업의 고용비중이 높은 네덜란드 82.7%, 영국 82.9%, 미국 80.1%에 비하10%p 이상 낮은 수준에 머물고 있다. 서비스 업종별로 살펴볼 때에도 한국 서비스업 중에서 고용비중이 높은 유통·운수 및 음식·숙박업의 고용이 28.1%로 가장 높은 반면, 전문 과학기술업 및 관리지원서비스업과 공공행정 및 교육 및 보건의료·복지서비스업의 고용 비중은 각각

8.8%와 17.0%이다. 이를 G7국가 평균 및 OECD 평균과 비교할 때, 유통, 운수 및 음식·숙박업의 고용비중은 높은 반면, 부가가치 창출 가능성이 높은 전문서비스업 부분의 고용비중은 상대적으로 낮다. 서비스업의 노동생산성은 OECD 국가 평균의 80% 수준으로 '13년도 기준 OECD 회원국(26개국) 중에서 21위에 머물렀다. (그림 4-1, 표 4-1, 표 4-2 참조).

[그림 4-1] 우리나라 제조업과 서비스업의 생산성 비교



자료: 관계부처합동(2016). 「서비스경제 발전전략」에서 재인용. p.1.

<표 4-1> 주요국의 서비스 산업 및 부가가치 비중과 1인당 노동생산성(2013 기준)

(단위: %, 천달러)

구 분		한국	미국	독일	일본	영국	프랑스	네덜란드
서비스업	고용비중	69.5	80.1	73.8	71.5	82.9	79.3	82.7
	부가가치비중	59.3	77.9	68.9	72.4	78.0	78.7	76.2
	1인당 노동생산성	47	89	59	63	65	68	62
전체 고용률('14년)		65.3	68.1	73.8	72.7	72.6	64.2	73.1

자료: 관계부처합동(2016). 「서비스경제 발전전략」에서 재인용. p.3.

서비스 경제화의 더딘 전개에도 불구하고 서비스업에 대한 경제적, 정책적 기대수준을 염두에 둔다면, 사회서비스업이 갖는 정책적 의의와 고용 및 부가가치 창출의 가능성에 비해 서비스업의 전략 업종으로 고려되지 못하고 있는 것으로 보인다. 사회서비스업은 개정 사회보장기본법(시행 2013.1.27.)이 사회서비스에 대한 명백한 법적 정의를 제시하고 있음에도 불구하고, 구체적 정책 범주에 대한 논의와 정책 추진의 책임 주체

등에 관한 실질적 논의는 답보상태에 머물고 있다. 사회서비스가 생산되고 이용되는 과정에서 사회서비스를 독립된 산업이나 업종 영역으로 분류하는 것에 대한 충분한 사회적, 정책적 논의가 진행되거나 공감대가 마련된 상황은 아니기 때문이다.

〈표 4-2〉 주요국의 서비스업종별 고용 비중(2013 기준)

(단위: %)

구분	제조업	서비스업	서비스업				
			유통·운수 음식·숙박	정보통신	금융보험	전문·과학 관리·지원	공공·행정 교육·보건
한 국	16.7	69.5	28.1	2.8	3.4	8.8	17.0
G7	12.9	76.6	24.3	3.1	3.3	12.8	22.6
OECD	13.9	72.9	24.7	2.9	3.0	11.1	23.8

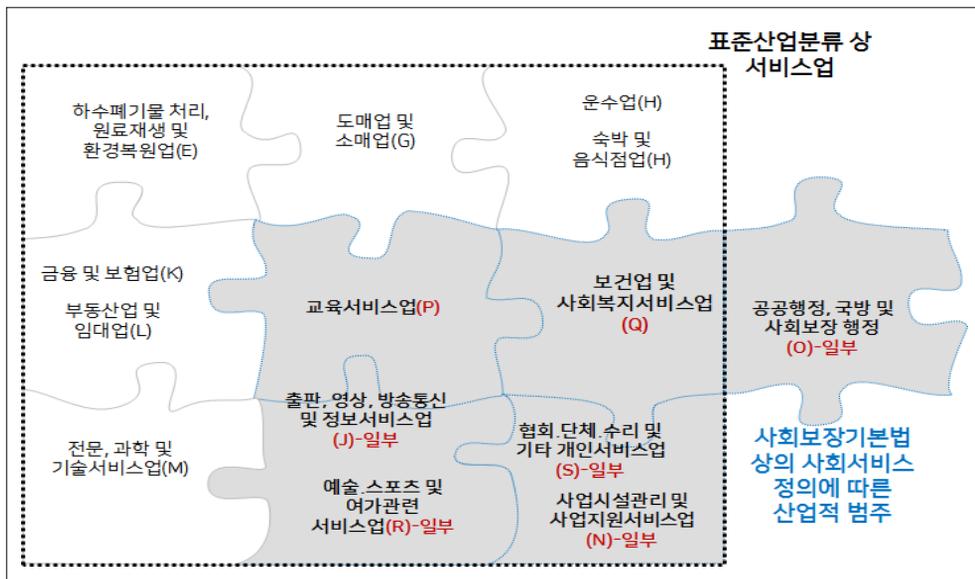
자료: 관계부처합동(2016). 「서비스경제 발전전략」에서 재인용. p.4.

사회보장기본법 상의 사회서비스 정의 규정에 따르면 한국표준산업분류 및 기초 통계 분류 상에서 사회서비스는 서비스업의 일부를 포함하면서 동시에 공공행정, 국방 및 사회보장 행정(O)을 포괄하는 개념이다(그림 4-2 참조).¹⁾²⁾ 물론 사회서비스의 정책적 범위나 범주화에 대한 논란은 관련 정책을 수립, 추진해 온 복지 선진국들의 경험과 사례에서 나타듯이 관련 정책 논의가 촉발되고 이를 구체적 정책 수단화 하는 과정에서 고려되는 경제적, 제도적 여건이나 사회적 합의 수준에 따라 얼마든지 유연하게 조정될 수 있다. 다만 사회서비스라는 용어에서 ‘사회’가 갖는 의미는 현금 또는 현물 급여와 구분되는 서비스를 집합적 행동에 의해 제공·전달하고, 서비스의 공급과 이용 목적이 사회적 욕구와 사회적 관계의 조직화 수준에 따라 욕구충족의 정도가 결정된다는 점에 착안할 필요가 있다. 서비스 제공의 동기 자체가 이윤추구와 같은 경제적 동기

- 1) 사회보장기본법 제3조(정의)는 사회서비스를 국가, 지방자치단체 및 민간 부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등의 분야에서 인간다운 생활을 보장하고 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원 등을 통한 국민의 삶의 질이 향상되도록 지원하는 제도로 정의하고 있음.
- 2) 서비스업은 한국표준산업분류(제9차 개정, 2007.12.28.) 상의 21개 대분류 중에서 13개 산업부문을 포함하는 산업 영역으로서 다음의 대분류가 포함됨: 하수·폐기물 처리, 원료재생 및 환경복원업(E), 도매 및 소매업(G), 운수업(H), 숙박 및 음식점업(I), 출판, 영상, 방송통신 및 정보서비스업(J), 금융 및 보험업(K), 부동산업 및 임대업(L), 전문, 과학 및 기술서비스업(M), 사업시설관리 및 사업지원서비스업(N), 교육서비스업(P), 보건업 및 사회복지서비스업(Q), 예술·스포츠 및 여가관련서비스업(R), 협회·단체·수리 및 기타 개인서비스업(S)

와 차별화되며, 사회참여, 이타주의, 사회적 지지·지원(social support)와 같은 사회적 동기를 전제로 한다고 보아야 할 것이다(박세경 외, 2013). 또한 복지서비스의 내용적 측면에 있어 집합적이고 사회적 성격이 강한 것은 비공식적 방법을 통한 해결을 시도하기 보다는 사회 전체의 집합적 노력을 통한 문제 해결에 초점을 두고 있다는 점을 강조하는 것으로, 복지서비스의 기본 성격은 공익적이고 이타주의적 성격을 기저에 두게 된다고 볼 수 있을 것이다.

[그림 4-2] 한국표준산업분류(제9차 개정) 상의 서비스업과 사회복지서비스업의 개념적 포괄



이렇게 공공재로서 복지서비스의 성격을 규정하게 되면 서비스의 공급과정에 있어 공공부문의 다양한 형태의 개입과 관리 시도가 자연스럽게 수용될 수 있을 것이다. 아울러 복지서비스 정책의 목표는 빈곤퇴치와 특정계층의 욕구해결 또는 양극화, 사회적 배제와 같은 주요 사회문제의 해결 측면에서 설정될 수 있을 뿐만 아니라, 다른 한편에서는 전체 사회구성원의 기본적 사회권의 충족 차원으로 확장될 수도 있다.

나. 사회서비스업의 산업적 위상: 사업체 수와 고용자 규모를 중심으로

「전국사업체조사」 자료를 이용하여 사업체 규모와 종사자 규모를 전체 사업체 및 종사자 규모와 비교하여 사회서비스업의 산업적 위상을 살펴보았다.³⁾ 2016년 5월 공표된 2014년도 기준 「전국사업체조사」을 분석 자료로 활용하였는데, 「전국사업체조사」의 산업분류는 제9차 개정 한국표준산업분류(Korean Standard Industrial Classification, 이하 KSIC) 체계를 중용하고 있다. 그러나 사회서비스업은 한국표준산업분류 상에서 별도로 구분되어 있지 않기 때문에, 사회서비스 사업체와 종사자 규모를 파악하기 위해서는 한국표준산업분류 상에서 사회서비스업을 확인하는 절차가 선행되어야 한다. 이를 위해 지난 2013년, 보건복지부의 사회서비스업 관련 정책수립에 필요한 기초 통계 작성을 위해 통계청과 협의를 통해 지정한 사회서비스업 특수분류 체계(Social Service Industrial Special Code, 이하 SSISC)를 활용하였다. 한국표준산업분류체계(KSIC)에서 사회서비스업은 사업시설관리 및 사업지원서비스업(N), 공공행정, 국방 및 사회보장 행정(O), 교육서비스업(P), 보건업 및 사회복지서비스업(Q), 예술, 스포츠 및 여가 관련 서비스업(R), 협회 및 단체, 수리 및 기타서비스업(S), 그리고 가구 내 고용활동 및 달리 분류되지 않는 자가소비 생산 활동(T) 등 7개 대분류 체계를 아우른다. 이를 바탕으로 사회서비스업 특수분류체계(SSISC)는 한국표준산업분류(KSIC)의 소분류(3-digit) 부터 세세분류(5자리-digit)까지 고려하여 분석 자료를 정리한 것이다.

「전국사업체조사」 결과에 따르면 1998년 외환위기 이후 우리나라의 전국 사업체 수는 증가 추세를 유지하고 있다. 2014년 말 기준으로 3,813천여 개소에 이르러 2008년 대비 16.8%가량 증가하였다(통계청, 2015). 2014년 기준 전체 사업체 3,813천여 개소에서 서비스업이 차지하는 비중은 85.7%로 2008년에 비해 1.1%p 가량 감소하였으나, 전체 종사자 수에서 서비스업 종사자가 차지하는 비중은 동 기간 중 눈에 띄는 변화 없이 70% 수준을 유지한 것으로 나타났다.

3) 「전국사업체조사」는 전국의 지역별 사업체의 규모와 분포를 파악하여 정책수립과 평가, 기업의 경영계획 수립 및 학술연구 등의 기초자료로 활용하도록 통계청이 실시하는 지정통계임. 특히 각종 통계조사의 모집단 명부를 제공하는 조사통계로서 모든 사업체를 대상으로 하되 일부 사업체(개인 경영 농림, 어업 사업체, 국방 및 가사서비스업, 국제기구 및 외국기관, 고정설비가 없거나 영업장소가 일정치 않은 간이 판매상 등)는 제외됨.

한편, 사회서비스업 사업체 수가 서비스업 사업체 규모에서 차지하는 비중은 2008년 5.4%에서 꾸준히 증가하면서 2014년에는 1.2%p 증가한 6.64%를 차지하였다. 2008년에서 2014년까지 기간 중 사회서비스 사업체는 154천여 개소에서 217천여 개소로 증가율이 41.1%에 이르러, 같은 기간 중 전국 사업체 수가 3,265천여 개에서 3,813천여 개로 16.8% 증가한 것과 비교해 볼 때, 사회서비스 사업체의 가파른 증가 추세를 엿볼 수 있다. 사회서비스 사업체의 62%는 개인사업체 형태로 운영되고 있었으며, 사회서비스업 중에서 상담·재활서비스업(31.7%), 돌봄서비스업(24.3%) 등의 개인사업체 비율이 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

사회서비스 부문 종사자가 서비스업 종사자 규모에서 차지하는 비중은 2008년 19.1%에서 2014년에는 22.7%로 3.6%p 증가하였다. 2008년에서 2014년까지 기간 중 사회서비스 종사자 수는 50% 이상 증가하였고, 특히 돌봄서비스업(76.3%), 사회참여 지원서비스업(60.2%), 문화·체육 관련 시설 이용의 지원 서비스업(50.5%) 등의 종사자 증가가 두드러지고 있다. 사회서비스산업 종사자의 성별 분포를 살펴보면, 여성 종사자 수가 남성 종사자 수보다 2배 가량 높아 2014년 기준으로 여성종사자 수는 전체 종사자 중 67.4%를 차지한다.

〈표 4-3〉 전체 사업체 및 사회서비스업 사업체 규모 대비 사회서비스 사업체 수 변화 추이

(단위: 명, %)

구분	사회서비스 (A)	서비스업 (B)	서비스업 대비 사회서비스 사업체 (A/B*100)	전체 사업체 (C)	전체 대비 사회서비스 사업체 (A/C*100)
2008년	153,898	2,832,620	5.43	3,264,782	4.71
2012년	199,109	3,114,891	6.39	3,602,476	5.53
2014년	217,173	3,268,247	6.64	3,812,820	5.69

〈표 4-4〉 전국 사업체 및 서비스업 종사자 수 대비 사회서비스 종사자 수 변화 추이

(단위: 명, %)

구분	사회서비스 (A)	서비스업 종사자 (B)	서비스업 대비 사회서비스 종사자(A/B*100)	전국 사업체 종사자 (C)	전국 사업체 대비 사회서비스 종사자 비중 (A/C*100)
2008년	2,187,645	11,446,361	19.11	16,288,280	13.43
2012년	2,889,872	13,053,041	22.14	18,569,355	15.56
2014년	3,196,135	14,071,150	22.71	19,899,786	16.06

다. 정책추진 성과와 한계

지난 10여년의 정책 추진 과정에서 보건복지부 사회서비스 정책은 일자리 창출에 방점을 두고 다음과 같은 정책적 성과를 창출할 수 있는 기반을 확보하였다. 우선, 첫째, 새로운 서비스 전달을 위해 사회서비스 공급방식의 시장화·산업화 모색을 통한 서비스 제공 인력 및 기관 등 관련 인프라를 단기간에 확충하고, 서비스 공급주체의 다변화를 추동하였다. 그 결과 둘째, 일반인의 사회서비스 이용 경험이 점진적으로 증가하고 있으며, 그간 제도적으로 뒷받침되지 못했던 다양한 서비스 욕구 대응에 있어서 정책적 민감성을 높이고, 서비스 이용에 대한 만족도를 향상 시킬 수 있었다. 이러한 과정에서 셋째, 이용자 중심 사회서비스 공급의 정책적 가치를 실험하고 복지수급자 편중의 서비스 정책에서 보편적 대상으로 사회서비스 지원 대상으로 확장을 시도하였다. 또한 넷째, 사회서비스 공급 기반의 꾸준한 정비를 통해 서비스 업종 영역으로 자리매김할 수 있는 근간을 마련하기 위해 다양한 노력을 경주하였다.

그러나 전술된 정책성과 기반의 이면에는 구체적인 사회서비스 전달방식으로서 특정 행정수단에 불과한 ‘사회서비스 전자바우처사업’을 중심으로 정책추진이 이루어졌기 때문에, 전체 사회서비스 영역에 영향력을 파급시키는데 한계에 직면하고 있는 현실 또한 부정할 수 없다. 이는 사회서비스 총량의 부족과 사회보장기본법 상의 서비스 범위와 실제 정책적·제도적 접근 수단의 불일치로 인한 서비스 정책범위의 혼선을 야기하는 원인이 되기도 한다.

또한 대상자별, 욕구별, 생애주기별 사회서비스 전달과정에서의 여전히 통합적 접근이 미흡한 실정이다. 현행 서비스 공급 및 전달체계는 이용자의 욕구의 우선순위에 따른 설계가 아니므로 불필요한 서비스가 확대되거나 긴급하고 중요한 욕구의 보장성 저하되는 경우 발생할 수밖에 없었던 것이다. 또한 서비스 자원의 기능에 따라, 또는 지역별로 나타나는 편차의 문제는 그 간극을 좁히지 못하고 있으며, 대인서비스로서 사회서비스의 성격을 고려할 때, 인력수급의 불균형 문제는 심각한 문제가 아닐 수 없다. 다시 말해, 사회서비스 분야 일자리의 질에 관한 논란이 지속되면서 의미 있는 고용창출이라 평가받기 어려우며, 서비스 제공인력의 진입조건 또한 통제되지 못하면서 대인서비스로서 사회서비스의 품질을 담보하지 못하고 있다. 이와 맞물려 서비스 품질관리 체계가 체계적으로 도입·추진되지 못하면서 서비스의 품질을 담보할 수 없을 뿐만 아

나라, 서비스 품질 경쟁보다는 단순 공급 경쟁이 과열되어 품질 저하에 대한 우려가 증폭되고 있는 실정이다. 시장화 방식의 급작스러운 도입으로 농어촌의 공급자 부족현상과 시장질서의 붕괴로 시장실패와 부적정 급여에 관한 우려가 표면화된 바 있고, 기존 잔여적 복지서비스 공급모델과 전달체계가 그대로 공존하면서 잠금 현상의 심화되고 있다는 지적도 제기되고 있다.

2. 사회서비스 부문 주요 국가의 정책동향

앞서 회서비스의 정책 대상은 취약계층에 한정될 수도 있고 욕구를 갖는 보편적 대상 전체를 고려할 수도 있음을 지적하였다. 이는 사회서비스를 구성하는 주요 서비스의 형태와 기능이 문제행동이나 위기상황에 대한 치료적 개입과정이 강조될 수 있지만 동시에 사전 예방적 차원에서 일반적인 접근도 얼마든지 가능하기 때문이다. 이러한 관점에서 유럽연합 집행위원회(European Commission)가 견지하고 있는 사회서비스에 관한 입장은 상당한 설득력을 갖는데, 이들은 유럽연합 내 전체 인구집단의 관심과 욕구를 반영함으로써 공익(general interests) 달성을 추구하는 주요 수단으로서 사회서비스 정책이 유럽 국가들에서 사회정책의 목표 설정과 추진 과정에서 심각하게 고려할 것을 권고한 바 있다(European Commission, 2007).

특히 삶의 질 향상과 사회적 보호 장치로서 사회서비스의 핵심은 사회보장(social security), 고용지원(employment and training services), 공공주거(social housing), 보육(child care), 장기요양(long-term care), 그리고 각종 사회적 지원 서비스를 포함한다고 명시하였다. 또한 이들 서비스 유형은 유럽연합의 사회적, 경제적, 지역적 응집성을 높이고 고용률 제고와 사회통합, 나아가 경제성장을 이루어 내는 주요 전략 수단이라고 보았다(<http://ec.europa.eu/social/main.jsp>에서 인출, 2016. 10.31). 유럽연합 회원국에 대한 사회서비스 정책의 중요성과 효과성을 강조하기에 앞서 집행위원회는 사회서비스의 특성을 공공서비스와의 유사성과 차별성을 갖고 진단한 바 있는데(European Commission, 2007), 그 내용은 다음과 같다.

첫째, 사회서비스는 사회연대성의 원칙을 근간으로 공급하게 되므로 사회서비스를 통해 해결하고자 하는 문제는 사회구조적 이슈로부터 파악된다는 것이다. 이에 따라

사회서비스를 통한 사회적 보호(social protection)의 기능이 강조될 수밖에 없으며, 정책적으로 사회서비스의 양적, 질적 통제를 위한 적절한 규제가 당위성을 갖게 되고 보았다. 이때 보편적 서비스 욕구에 대응하는 것을 우선으로 하지만, 자산조사 또는 서비스 욕구를 초래하는 위기의 정도와 욕구의 강도 등에 따른 선별적 제공도 함께 고려될 수 있다는 것이다.

둘째, 사회서비스가 취약계층 보호의 기능을 우선 수행하면서도 사회구성원이 갖고 있는 시민권적 기본권을 보장하는 수단이 되기 때문에 보편적 서비스와 잔여적 서비스, 포괄적 서비스와 개인 맞춤형 서비스를 동시에 제공할 수 있어야 한다고 주장한다. 따라서 국가는 생애주기 전반에 걸친 사회서비스 욕구에 대해 보편적으로 접근하여 사회서비스 이용을 희망하는 모든 사람들이 적절한 서비스를 이용할 수 있도록 기본적인 권리와 접근성을 보장해야 한다고 보았다. 아울러 특정 집단의 취약성에 대응할 수 있는 전문적이고 집중적인 서비스 전달방식도 동시에 고려할 것을 제안하였다.

셋째, 사회서비스를 공급하는 과정에서 이용자와 제공자 간의 정보 비대칭의 문제가 내재적으로 존재하고 있어, 이에 대한 대응이 필요하다고 강조한다. 이러한 정보 비대칭의 문제는 서비스 유형이나 전달방식, 욕구의 강도와 공급실태 등에 따라 매우 상이하기 때문에, 정책적으로 이용자의 욕구를 충족시키기 위한 제도적 규제나 서비스 품질관리의 중요성이 강조되어야 한다는 것이다. 또한 정보 비대칭의 문제로 야기될 수 있는 심각성 때문에 사회서비스의 공급 과정에서 공공에 의한 적절한 개입과 조정기능, 품질관리가 필요하다고 강조하였다.

마지막으로 사회서비스가 갖는 공익적 지향(General Interest)과 공공적 성격에도 불구하고 공급주체를 공공과 민간(Public vs Private), 영리와 비영리(For Profit vs Non Profit)의 성격에 따라 특정 주체로 국한하거나 제한할 필요가 없다는 것이다. 이용자의 사회서비스 욕구를 충족시키고, 보다 효과적이고 효율적으로 서비스를 전달할 수 있도록 제공주체들이 기본적인 서비스 품질에 대한 요구조건 등을 순응하는 것이 중요하다고 보았다. 이러한 맥락에서 다양한 서비스 공급주체로서 사회적 경제주체 또는 자원봉사자의 참여는 물론 서비스 공급에 필요한 자원확보 차원에서 민간의 기부와 자원협력이 정당화되는 것이다. 또한 서비스 이용자의 욕구 민감성을 향상시키기 위해서는 지역사회 단위의 욕구에 대한 진단과 이를 바탕으로 하는 서비스의 개발, 지역사회 토착적인 서비스 공급방식의 다원화에 대한 사회적 합의가 필요할 수 있음을 전제하였다.

3. 추진방안: 사회서비스 수요 견인 및 공급역량 강화를 위한 공동브랜드 확장 전략

가. 사회서비스 공동브랜드 제안 배경

일반적으로 브랜드(brand)는 소비자에게 전달되는 서비스를 다른 제품 서비스와 구별하여 차별적으로 인식할 수 있도록 특정 이미지와 결합한 것을 의미한다. 최근에는 지역 농수산물물을 비롯하여 각종 재화를 동일 또는 유사한 제품으로 생산·판매하고, 자금, 기술 및 마케팅 관련 장애요인을 공동으로 해결하기 위해 공동으로 신규브랜드를 개발·사용하는 공동브랜드가 확산되고 있다. 상품의 식별과 출처의 표시, 나아가 품질을 보증하는 기능을 갖는 브랜드를 통해 타 제공주체에 의한 상품을 구별하고, 생산과정을 식별하여 해당 상품에 대한 차별적 신용과 신뢰를 키워나가고 있는 것이다. 이를 바탕으로 나아가 타 제품이나 서비스에 대해 동일한 브랜드를 사용할 수 없도록 차단함으로써 차별적 성과와 효능을 확산시키는 수단이 되기도 한다. 다시 말해, 공동브랜드의 핵심은 고유 브랜드를 개발하여 초기 고정투자에 대한 투자 효율성을 높이고, 소비자에게 브랜드를 효과적으로 인지시킨 후 그 효과와 성과를 공유하는 개념이다. 관련 선행연구들에 따르면 공동브랜드를 이용할 경우, 제품 종류를 다양화시킴으로써 광범위한 소비자 계층에 브랜드 인지도를 높이고, 신제품 개발 과정의 부담을 분담하여 소량 다품종 생산·전달을 통해 시장 수요 변화에 대해 탄력적으로 대응할 수도 있다.

본 절에서는 정제 상태의 사회서비스에 대한 일반인의 수요 견인을 위한 일 방안으로 정부지원 사회서비스 부문에 대한 공동브랜드 개발을 제안하고자 한다. 인간다운 생활을 보장하고 보다 나은 삶의 질에 대한 추구는 사회서비스 욕구의 근원이자 수요 발생의 기본 출발선이 된다. 그리고 사회보장기본법에 근거하여 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등의 분야에서 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원 등 다양한 서비스를 이용할 수 있다. 그러나 앞서 사회서비스의 개념적 논란에 대해 언급한 바와 같이, 일반 국민의 사회서비스에 대한 이해도와 정책적 체감도는 매우 낮은 수준이다. 일례로 지난 2015년도 사회서비스 수요·공급 실태조사의 결과에 의하면 일반인들의 사회서비스에 대한 인지도는 73.9%로 상당한 수준에 이른 것으로 보인다(박세경 외, 2015). 그러나 실제 인지도 수준을 좀더 구체적으로 살펴보면, 정부 사회서비스 제공 사실을 들어본 적이 있을 뿐, 구체적 사항은

전혀 알지 못하는 경우가 50.8%에 이른다. 정부가 공급하는 사회서비스의 대략적인 내용을 인지하고 있는 경우는 22.4%이고, 구체적 내용까지 자신있게 알고 있다는 응답 비율은 0.7%에 불과하였다.

한편, 일반인들의 사회서비스의 인지도 수준이 낮을 뿐만 아니라 실제 이용 경험률도 매우 제한적이다. 상담, 재활, 돌봄(성인돌봄과 아동돌봄), 보건의료 및 건강관리, 교육 및 정보제공, 고용, 주거, 문화, 환경서비스 영역에 대해 일반인들의 이용 경험률을 조사한 결과, 일반가구의 평균 사회서비스 이용 개수는 0.7(SD=0.90)개로 1개 미만으로 파악되었다. 서비스 영역별로 살펴보면 문화생활 참여와 향유, 여가생활 등을 지원하기 위한 '문화 서비스'의 이용률이 36.0%로 가장 높았으며, 운동처방이나 영양보조, 금연클리닉 등 신체적 건강의 유지와 증진을 위한 '보건/의료/건강관리 서비스'의 이용률이 12.1%로 뒤를 이었다. 다음으로는 '아동돌봄 서비스(5.8%)', '고용 및 취업 서비스(5.0%)', '환경 서비스(3.7%)', '재활 서비스(2.9%)', '교육 및 정보제공 서비스(2.6%)', '성인돌봄 서비스(2.0%)' 순이었으며, '상담 서비스'(1.5%)와 '주거 서비스(0.5%)'의 경우 2% 미만의 서비스 이용률을 보였다(박세경 외, 2015).

사회서비스에 대한 수요 집단의 낮은 인지도와 제한된 이용 경험의 다른 한축에서, 서비스 공급의 영세성 또한 사회서비스 정책성과 확산의 걸림돌로 작용하고 있다. 2015년도 사회서비스 수요·공급 실태조사의 결과에 의하면, 2014년 1년간 영업활동 및 보조금 지원 등으로 얻은 총수입(매출, 수익 총액)이 2014년 회계연도 결산기준(2014년 1~12월)으로 평균 488.3백만 원으로 나타났다. 한편, 사회서비스 사업체의 수입액 규모를 살펴보면, 연평균 수입액이 1억 이상, 5억 미만이라고 응답한 비율이 전체의 48%를 차지하고 있다. 그러나 연평균 1억 원 미만의 총수입 규모를 밝힌 사업체 비율이 전체의 36.4%를 차지하며, 이러한 영세사업체의 49.2%는 사회서비스 일반사업체였고, 보건업 및 사회복지서비스업 사업체가 25.7% 포함되어 있다(표 4-4 참조). 한편 사회서비스 사업체의 종사자 규모를 살펴보면, 5명 미만의 소규모 사업체가 전체의 53.0%를 차지하고 있으며, 특히 사회서비스 일반사업체의 73.7%는 소규모 사업체 형태로 영업활동 수행 중으로 나타났다.

사회서비스, 특히 대인사회서비스의 경우, 제공인력 1인당 서비스 공급량이 한정되어 있고, 공급과정 전반의 노동생산성 등을 고려할 때, 반드시 대규모 사업체가 수익률이 높고 안정적 운영을 기대할 수 있다고 보기 어렵다. 오히려 사업체 규모를 일부 고려하

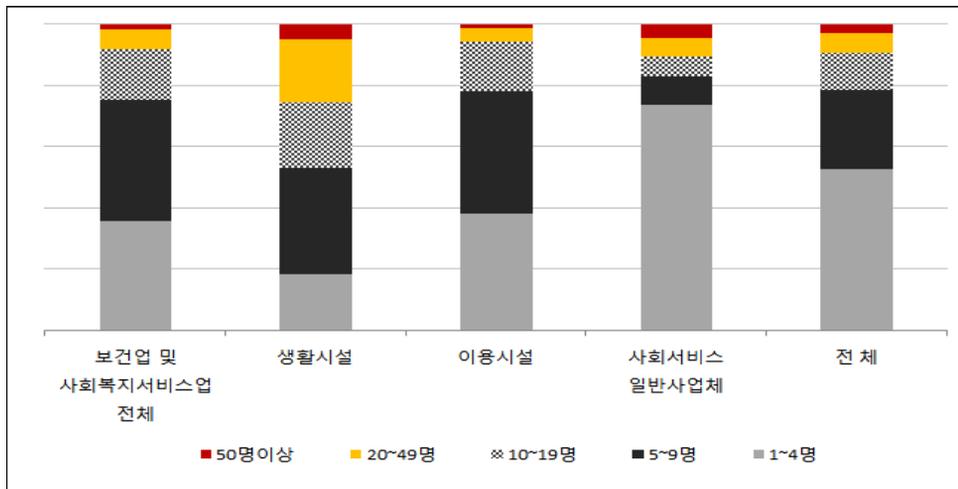
더라도 기본적인 수익구조를 갖추어 제공인력의 근로자성을 보호하고, 이를 근간으로 서비스의 품질을 보장할 때 사업체의 지속성장을 도모할 수 있다. 다만 이들 소규모 영세 사업체 지원 또는 이들 기관을 통해 제공되는 서비스 품질관리에 대한 구체적 대안 마련이 시급한 것은 분명하다.

〈표 4-5〉 사회서비스 사업체 유형별 연평균 수입액의 규모 분포

	전체 (N=4,100)	보건의업 및 사회복지서비스업 (N=2,239)		일반사업체 (N=1,861)	
		생활시설 (N=270)	이용시설 (N=1,969)		
5천만원 미만	16.1	6.3	8.4	6.0	27.9
5천~1억 미만	20.3	19.4	7.1	21.1	21.3
1억~5억 미만	48.0	60.1	45.0	62.2	33.3
5억~10억 미만	8.2	8.8	18.3	7.5	7.5
10억~50억 미만	6.2	5.1	20.7	3.0	7.6
50억 이상	1.2	0.2	0.4	0.1	2.4
계	100.0 (4,100)	100.0 (2,239)	100.0 (270)	100.0 (1,969)	100.0 (1,861)

자료: 박세경 외(2015). 사회서비스 수요공급 실태조사에서 재인용. p.425.

〔그림 4-3〕 사회서비스 사업체 유형별 종사자 규모에 따른 분포



자료: 박세경 외(2015). 사회서비스 수요공급 실태조사에서 재인용. p.426.

나. 사회서비스 공동브랜드의 개발

광의의 사회서비스가 아니더라도 보건복지부 소관 사회서비스는 일부 보건의료 서비스를 제외하고는 기존 잔여적 복지서비스와의 차별성에 대한 논란도 여전히 진행형이다. 이에 덧붙여 사회서비스에 대한 수요 확대가 담보상태에 머물게 되면서 서비스 공급주체들의 영세성과, 사회서비스 품질을 공적으로 담보할 수 있는 품질관리 체계가 본격적으로 가동되지 못하는 상황은 사회서비스 수요를 위축시키는 악순환을 야기하고 있다. 이에 신규 서비스의 개발 차원이 아니라 전체 사회서비스를 아우르는 공동브랜드 전략을 시도함으로써 수요를 견인해 볼 수 있다고 제언하는 것이다.

사회서비스 제공기관들은 대부분 소자본으로 정부 보조금에 의지하여 운영되어 왔거나, 보조금 지원 규모에 따라 운영 규모가 결정되고 있다. 이러한 상황에서 적은 자본으로 자체 서비스 브랜드를 개발하여 이익을 창출하고 더 좋은 서비스 전달을 위한 서비스 품질 제고를 위한 재투자를 기대하기 어렵다. 따라서 지역사회서비스투자사업 등을 우선으로 복지부 소관의 사회서비스 사업들에 대해 공동으로 브랜드를 개발하여 이를 마케팅 역량화한다면 보다 안정적인 서비스 공급기반을 구축해 나가는 동시에 적극적인 수요 견인이 가능할 것으로 기대한다.

구체적으로는 복지부 소관 사회서비스 사업 가운데 공동브랜드 적용이 가능한 사업을 선정하여 공동브랜드의 도입단계, 정치화 단계 및 강화단계로 구분되는 브랜드 관리 형태의 정책관리 운영이 필요하다. 특히, 정부지원 서비스의 공동브랜드화라는 최초 도입에 대해 일반 국민들, 그리고 사회서비스 이용자들이 브랜드 이미지를 이해할 수 있도록 사회서비스 브랜드의 위상과 특성을 규명해내야 할 것이다. 그리고 이러한 공동브랜드 마케팅을 통해 확산되는 사회서비스 경험을 바탕으로 사회서비스 공동브랜드의 가치를 확대하고 인식범위를 확산시키는 정치화 단계를 준비할 수 있어야 한다. 그리고 복지부 소관 다른 사회서비스 영역으로 사회서비스 공동브랜드의 가치를 일반화시키는 강화전략을 추구해야 한다. 이러한 도입→정치화→강화 단계의 브랜드 확산 전략은 가장 보편적인 브랜드 관리 과정과 상통하는 것이다.

다만, 사회서비스 공동브랜드 관리를 위해서는 현행 소관부처, 소관부서의 담당공무원 인력만으로는 한계가 있다. 공동브랜드의 관리 전담을 위한 조직 구성이 요구되며, 장기적으로 독립법인화가 필요할 수 있다. 공동브랜드 관리를 위한 독립 법인의 형태

는 주식회사가 적절하다는 것이 기존 선행연구에서 제언하는 사항이다. 그러나 사회서비스가 제시하는 사회 정책적 지향과 사회적 기본 가치 등을 고려할 때, 주식회사 형태의 사회서비스 공동브랜드 전담 관리 조직의 형태에 관해서는 충분한 검토와 대안 마련이 필요한 부분이다. 주식회사의 형태의 관리 조직은 사회서비스가 일반 시장서비스와 차별화되는 공공성의 가치를 유지, 발전시키는데 한계가 분명하기 때문이다.

그러나 분명한 전제는 사회서비스 공동브랜드 관리를 위한 전담조직의 설치와 운영 방안이 마련되어야 한다는 점이다. 사회서비스 전담조직은 공동브랜드 전략에 수반된 사회서비스의 기획·발굴, 생산·이용, 그리고 그 성과의 측정을 전문적으로 수행하는 기능을 전담하도록 하는 것이다. 또한 사회서비스 산업화와 시장화 추진에 대한 정책적, 사회적 합의를 기반으로 공동브랜드 관리조직과 서비스를 생산, 전달하는 제공주체 간의 생산과 마케팅 기능을 전문화하고 특화하는 노력이 필요하다. 개별 제공주체들의 입장에서 미흡한 서비스 마케팅 기능을 중심으로 기능하고, 양질의 서비스 생산과 전달을 위한 전문화는 제공기관 중심으로 분업화하는 것이다. 사회서비스 공동브랜드 관리 조직은 사회서비스 수요를 예측하고, 사회서비스에 대한 이용자의 경험과 욕구 변화를 객관적으로 파악·분석하여 신규 사회서비스를 개발하거나 전문화된 제공주체들과 협력하여 전문화된 서비스 공급기반을 확충해갈 수도 있다.

한편, 사회서비스 전담 관리조직은 공동브랜드의 관리 이외에 서비스 품질관리를 위한 실행조직의 기능이 반드시 병행되어야 한다. 중앙정부 차원에서 사회서비스 정책은 서비스 수요와 공급의 밑그림을 제시하는 동시에 원칙적인 서비스 품질 관리에 방점을 두어야 한다. 서비스 이용자의 구체적 욕구와 필요에 민감하게 대응하면서 가용 자원을 활용하여 서비스 공급기반을 실질적으로 작동시키는 것은 사회서비스 전담조직의 실행 지원체계를 중심으로 지자체에서 분담하는 것이 적절하기 때문이다. 이러한 과정에서 사회서비스 제공인력의 자격관리와 처우개선을 위한 노력은 간과할 수 없는 기능이기도 하다.

다. 추진일정

사회서비스 공동브랜드 확장을 위해 도입기→성장기→성숙기→안정기의 단계적이고 치밀한 추진 전략이 필요하다. 우선, 2017년 도입기 또는 도입 준비기에는 사회적

비스 공동브랜드 개발·확장의 타당성에 대한 심층적 검토를 진행하도록 한다. 연구용역 또는 현행 사회서비스전자바우처사업의 공동브랜드화를 위한 컨설팅 등을 통해 공동브랜드 확산 전략의 타당성을 검토하고, 이에 대한 긍정적 확신과 구체적 추진 전략을 바탕으로 전개하도록 한다. 특히 사회서비스 공동브랜드의 우선 추진대상 사회서비스 유형을 선정하고, 서비스 제공기관들이 공동브랜드의 가치와 이미지를 공유하는 단계가 도입기의 주요 목표가 되어야 한다.

이 과정에서 일반 사회서비스 이용자 및 잠재적 서비스 대상에게 사회서비스 공동브랜드에 대한 지명도를 높이고 긍정적 이미지를 심어주는 홍보가 적극적으로 전개되어야 할 것이다. 사회서비스 공동브랜드의 도입기에는 또한 우수 사회서비스 제공기관 등을 중심으로 공동브랜드 참여 서비스의 품질과 전달과정 일체를 철저히 관리하여 공동브랜드 사회서비스의 차별성을 입증하는 것이 관건이 된다. 공동브랜드 사회서비스의 차별적 성과를 입증하기까지는 최소 3~5년이 소요될 수 있다. 즉, 공동브랜드 전략은 단순히 다종다양한 사회서비스 공급체계가 단일의 브랜드를 공유하는 것에 머물지 않고, 사회서비스의 기획·발굴 및 생산과 이용, 그리고 그 성과 측정의 전 단계를 체계적이고 효율적으로 관리·운영하는 방식의 도입을 의미하는 것이며, 이는 하루아침에 이루어질 수 있는 것이 아니다.

〈표 4-6〉 사회서비스 공동브랜드 개발·보급을 위한 중장기 추진일정

연도별 주요 추진내용		2017	2018	2019	2020	2021~2025
도 입 기	사회서비스 공동브랜드 개발 타당성 진단	■				
	공동브랜드 개발 및 전담조직 설치 -사회서비스 공동브랜드 이미지 확정		■	■		
	사회서비스 공동브랜드 확산 시범사업 공동브랜드 서비스 효과성 비용편익 분석			■	■	
성 장 기	사회서비스 공동브랜드 중장기 추진전략 수립 (타당성 진단 및 비용편익 분석 입증 시에만 추진)				■	
	-사회서비스 공동브랜드 광고 촉진전략 수립				■	
	-사회서비스 공동브랜드 가격전략 수립 -사회서비스 공동브랜드 전달체계 정비				■	
성 안 숙 /정 기 기	사회서비스 공동브랜드 고도화 단계 -공동브랜드 가치 증대 및 확장 -특화 사회서비스 공급체계 모델링: 전문화, 분화된 서비스 생산라인 조직화				▨	■
	사회서비스 공동브랜드 확장 안정기 -사회서비스 혁신 및 서비스 기획능력 향상					■

4. 고려사항

사회서비스 공동브랜드 전략은 반드시 사회서비스 공급 확충을 위한 시장화 논의와 병행되어야 하는 것은 아니다. 앞서 공동브랜드 관리·운영을 위한 전담조직으로서 주식회사가 가장 일반적일 수 있으나, 이는 사회서비스의 시장화 추진에 대한 정책적, 사회적 합의를 전제해야 한다고 제안하였다. 여기서 시장화 전략에 대한 정책적 논의는 주식회사라는 조직형태의 특징을 고려하여 제공주체의 이윤추구에 대해 사회서비스 정책이 어떠한 입장을 견지할 것인가에 대한 검토와 입장 정리가 필요하기 때문이다.

사회서비스 확충 논의가 처음 도입되던 시점, 빠른 시일 내에 사회서비스 공급기반을 확충하고 임계수준에 다다른 복지재정을 고려하여 사회서비스 공급 재정의 다변화를 목적으로 민간 공급주체의 적극적 유입이 정책목표로 표방된 바 있다. 사회서비스 전자바우처사업을 수행하는 과정에서 민간 공급업체가 적극적으로 사업참여를 고려할 수 있도록 제공기관의 이윤추구가 전략적, 정책적으로 수용된 것이다. 물론, 이는 전통적인 복지서비스 공급주체들과의 갈등과 혼란을 야기하는 주요 원인이 되어왔고, 지금까지도 그 논란의 불씨는 살아있는 듯하다. 다만, 현실적으로 사회서비스 공급주체들의 서비스 공급방식이 당초 기대했던 적극적 이윤 추구의 방향으로 전개되지 않았고, 수요 집단의 서비스 이용 경험도 매우 제한적인 수준에 머물러 있다.

그러나 중장기적으로 사회서비스의 정책 방향을 제설정하고, 급증하는 서비스 욕구에 민감하게 대응하면서 관련 정책 논의를 선도하기 위해서는 시장경제의 핵심 마케팅 전략을 포함하여 다각도에서 검토될 필요가 있고, 이러한 정책논의 방향은 궁극적으로 국민의 삶의 질 향상과 서비스 욕구 충족에 있음에는 이견이 없을 것이다. 다만, 그간 사회서비스 공급 경험에서 들어나는 시장실패와 정부실패의 쟁점들에 대해 어떻게 대응하고 보완책을 제시할 것인가는 향후 정책추진의 과제로 남는 것이다. 특히, 서두에서 제안한 바와 같이, 사회서비스를 사회적 욕구 해결을 위한 공익적 차원의 서비스 공급과 전달, 그리고 사회서비스의 이용이 사회구성원의 기본적 사회권으로 고려된다면 사회서비스 공동브랜드 전략은 경제적 이윤 추구의 차원을 넘어서 사회적 목적 달성을 위한 서비스 공급정책의 전략적 기제로 충분히 그 효과를 발휘할 수 있을 것이다.

【참고: 사회서비스 중장기 정책 비전과 추진 목표】



자료: 박세경 외(발간예정). 사회서비스 정책 진단 및 고도화 연구에서 재인용.

제 5 장

부모보험제도 도입 방안

5

부모보험제도 도입 방안 <<

1. 과제 개요 및 모델

한국 사회에서 초저출산 현상이 장기간 지속되고 있는 주된 이유 중 하나는 일-가정 양립의 곤란이다. 이에 그간 일하는 부모의 일-가정 양립을 지원하고자 관련 휴가·휴직 제도의 도입 및 확대 등의 노력을 기울여 왔고, 실로 출산전후휴가 및 육아휴직 이용자는 증가하여 왔다. 최근에는 남성의 휴가·휴직 사용자도 증가하고 있다. 그러나 이와 같은 노력에도 불구하고, 여전히 제도 자체가 가지고 있는 한계로 이용 대상자가 한정되어 있는 것이 사실이다. 이러한 제도의 내재적 한계를 보완하기 위하여 '부모보험제도' 도입을 제안하고자 한다.

'부모보험제도'는 현재 출산전후휴가나 육아휴직제도가 고용보험 하에서 운영되어 발생하는 제도의 사각지대를 없애고, 출산 및 양육으로 인한 휴가·휴직 기간 동안 발생하는 임금 손실을 최소화 하여 일하는 모든 부모의 일-가정 양립을 지원하는 것을 목표로 한다. 이를 통해 경력 단절을 예방하여 경제활동참가율을 높이고, 더 나아가서는 출산율 제고와 고령사회에의 안정적인 대응에도 기여할 것으로 기대된다.

2. 제도현황 및 문제인식

가. 제도 현황

현재 우리나라에서 대표적인 일-가정 양립 제도로서 출산전후휴가와 육아휴직이 운영되고 있다. 출산전후휴가(유산·사산 휴가포함)는 출산전후휴가가 끝난 날 이전에 고용보험 피보험 단위 기간이 통산하여 180일 이상인 임신한 여성 근로자가 출산 전후 90일(다태아는 120일) 간 사용할 수 있는 제도이다. 휴가 기간 동안에는 통상 임금의 100%가 급여로 제공되는데, 이러한 급여는 기업 특성에 따라 고용보험이나 사업주를 통해 지급된다. 고용보험법 시행령 제15조의 우선지원대상기업¹⁾에 해당하는 경우에는 90일(다태아는 120일)간 450만 원 한도(다태아는 120일 600만 원)로 고용보험에

서 급여가 지급되고, 대규모 기업의 경우에는 최초 60일(다태아는 75일)은 사업주가 그리고 그 이후 30일(다태아는 45일)은 고용보험에서 급여가 지급된다. 따라서 고용보험을 통해 지급된 한도보다 근로자의 통상임금이 더 많은 경우에는 사업주가 차액을 지급하여야 한다. 출산전후휴가는 임신한 모든 여성근로자가 사용할 수 있으나, 출산 전후휴가급여는 휴가가 끝난 날 이전에 피보험단위기간²⁾이 통산 180일 이상인 경우에만 받을 수 있다. 피보험단위기간이 180일이 되지 않는 경우에는 사업주가 임금을 지급해야 한다.

육아휴직은 만 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀를 둔 근로자가 그 자녀를 양육하기 위하여 최대 1년간 사용할 수 있는 제도이다. 육아휴직 기간 동안 급여가 지급되는데, 이를 받기 위해서는 몇 가지 조건을 충족시켜야만 한다. 즉, 사업주로부터 30일 이상 휴직을 부여 받고 육아휴직 개시일 이전에 피보험 단위 기간이 통산하여 180일 이상인 경우에만 휴직 급여 수급이 가능하다. 단, 육아휴직 대상자가 과거에 실업급여를 받았을 경우에 인정 받았던 피보험 단위 기간은 제외한다. 한편, 같은 자녀에 대해 피보험자 부부가 동시에 육아휴직(30일 미만은 제외)을 사용할 경우에는 급여는 1명에 대해서만 지급된다. 현재 육아휴직 급여는 통상임금의 40%로서 월 상한 100만원, 하한 50만원이 지급되고 있다. 휴직 급여 중 25%는 직장 복귀 6개월 후에 합산하여 일시불로 지급된다. 남성의 육아휴직 장려 차원에서 ‘아빠의 달’이 시행되고 있다. 이는 같은 자녀에 대해 부모 모두가 순차적으로 육아휴직을 사용하는 경우, 두 번째 사용하는 부모에게 육아휴직 급여로서 3개월 간은 통상임금의 100%(상한 150만원)을 지급하는 제도이다. 현재 사업주는 근로자가 소정의 요건을 갖추어 육아휴직을 신청하면 반드시 이를 허용³⁾하여야 하나, 휴직 기간 동안 임금을 지급할 법적인 의무는 없다.⁴⁾

-
- 1) 우선지원대상기업은 광업 300인 이하, 제조업 500인 이하, 건설업 300인 이하, 운수·창고 및 통신업 300인 이하, 기타 100인 이하 사업장, 2) 중소기업법 제2조 제1항 및 제3항의 기준에 해당하는 기업
 - 2) 피보험기간 중 보수 지급의 기초가 된 날
 - 3) 「남녀고용평등과 일가정양립지원에 관한 법률」 제19조제1항
 - 4) 다만, 단체 협약, 취업 규칙 등에 임금의 전부 또는 일부를 지급한다고 규정되어 있는 경우에는 이에 따라야 한다.

나. 문제 인식

앞서 살펴보았듯이 출산전후휴가와 육아휴직 기간 동안의 급여는 고용보험에서 지급되고 있다. 이에 따라 유급으로 출산전후휴가 및 육아휴직을 사용하기 위해서는 일정 조건을 충족시켜야만 한다. 출산전후휴가의 경우에는 휴가가 끝난 날 이전에 고용보험 피보험단위기간이 통산하여 180일 이상인 경우이며, 육아휴직의 경우에는 육아휴직 개시일 이전에 피보험단위기간이 통산하여 180일 이상인 경우에 급여를 받을 수 있다. 동 규정에 의하여 고용보험 미가입 근로자나 피보험 단위 기간이 180일 미만인 경우에는 출산전후휴가나 육아휴직 기간 동안 급여를 받을 수 없다. 여기에는 자영업자, 고용보험 미가입 사업장의 근로자 등이 해당될 것이다. 2016년 8월 기준 임금근로자의 고용보험가입율은 69.6%이다. 특히, 비정규직의 고용보험가입율은 42.8%로 낮다.⁵⁾ 자영업자의 경우에는 육아휴직이 별도로 부과되지 않고, 임의가입자에 한하여 비자발적인 사유로 폐업 시 실업급여로서 가입 당시 선택한 기준보수의 50%를 받을 수 있다.

한편, 고용보험은 크게 ‘실업급여’와 ‘고용안정 및 직업능력개발’ 사업으로 분리되며, 휴가·휴직 기간 동안의 급여는 실업급여를 통해 지급되고 있다. 현재 실업급여는 고용보험 피보험자가 실직한 경우 일정 기간 동안 실직자의 생활 안정을 도모하고, 자신의 능력과 적성에 맞는 새로운 직장에 복귀할 수 있도록 적극적인 구직 활동을 지원하기 위한 목적으로 지급하고 있다. 여기에는 구직급여, 취업촉진수당, 모성 보호·육아 지원의 급여가 해당된다. 이와 같이 실업급여 내에서 휴가·휴직 관련 급여가 지급된다 보니 임금대체수준이 제한될 수밖에 없고, 실업급여 기금의 안정성도 위협받을 수 있다. 실로 실업급여 지출액 중 출산전후휴가와 육아휴직급여로 지출되는 비중은 빠른 속도로 증가하고 있다.

5) 통계청 국가통계포털. 경제활동인구조사. <http://kosis.kr>

3. 국내외 유사 또는 관련 정책

가. 스웨덴의 부모보험제도

스웨덴은 기존에 여성에게만 초점을 두었던 모성휴가를 대체하여 생부에게도 휴가를 제공하여 노동시장과 가정에서의 여자와 남자의 평등을 진작하기 위하여 1974년에 부모보험제도를 도입하였다. 동 제도의 궁극적인 목표는 ① 아동의 행복(well-being), ② 여성의 경제적 독립, ③ 남성의 가정에의 참여이며, 이중 ②와 ③은 맞벌이부양체계와 가정에서의 역할 특히, 자녀돌봄에 대한 양성평등과 관련이 있다(Earles, 2008). 또한 여성이 출산휴가를 장기간 갖게 될 경우 직장에서의 장기공백으로 인한 노동생산성 저하 등의 문제 때문에 장기적 측면에서 고용주들이 여성보다는 남성고용을 선호해 여성에게 불평등한 노동시장이 형성될 수 있을 가능성을 억제하기 위한 것이었다(최연혁, 2011).

부모보험제도는 일하는 부모가 임신, 출산, 자녀 질병 시 간호 등으로 휴직한 경우에 발생한 소득 상실분을 보상하기 위한 제도이다. 우선, 자녀가 태어났을 때 남성에게 10일 간의 추가 휴가가 주어진다. 육아휴직으로는 아동 당 총 480일이 주어진다. 휴직 급여는 390일 동안은 평상시 급여의 80%를 지급하며(소득이 낮거나 전혀 없는 경우에는 최저액 지급), 나머지 90일 동안에는 1일 고정급여를 지급한다. 자격기간이 충족되지 않은 경우에는 최초 180일간 지급하는 임금의 80% 대신 최저액을 지급받는다. 60일(mom's month 또는 dad's month)⁶⁾을 제외한 나머지 일수는 부모 간 양도할 수 있다. 육아휴직은 자녀가 8세까지 사용할 수 있으며, 1일을 분할하여 사용이 가능하다. 육아휴직은 1주일 당 7일, 5일, 3일 등 자유로운 선택이 가능하고, 1일의 경우에도 전일, 1/4, 1/8 등 융통성 있게 이용이 가능하며, 급여액은 비례적으로 적용한다.

12세 미만의 자녀의 질병(혹은 16세 이하의 장애가 있는 자녀가 있을 때)으로 자녀 돌봄이 필요한 경우에는 일시적으로 유급 휴직을 사용할 수 있다. 이러한 일시부모휴직은 최대 1년간을 제공하는데, 자녀 1명당 최대 60일 간 부모보험 혜택을 받을 수 있고 질병이 아주 심한 경우에는 연장이 가능하다. 이는 고용주에게 어려움을 주나 법적

6) 1995년 개혁 시에 30일이었으나, 2002년 개혁 시 60일로 증가

으로 해고를 금하고 있다.

이러한 제도는 고용주와 자영업자의 보험료로 구성된 부모보험(parental insurance) 기금에서 운영되고 있다.⁷⁾ 보험료율은 매년 조사 후 정해진다. 자영업자의 경우 세금을 적게 내나 부모보험료율이 고용주와 동일한 수준인 이유는 자영업자가 부모보험을 적게 사용하기 때문이다. 근로자는 부모보험료를 납부하지 않는데 그 이유로는 현실적으로 급여가 평상시 임금의 80%만 지급되기 때문이다. 즉, 부모보험은 궁극적으로 고용주가 근로자를 위하여 의무적으로 조성하여야 하는 것으로 인식하고 있다.

나. 캐나다 퀘벡주의 부모보험제도

퀘벡주는 캐나다 전국은 물론 다른 어느 주보다도 인구고령화가 빠르게 진행되고 있었다. 베이비붐세대가 은퇴를 시작하면서 퇴직연금 등이 사회적 문제로 등장하였다. 퀘벡주 주민은 상대적으로 고소득층이 집중되어 있는 관계로 이들 베이비붐세대가 본격적으로 은퇴를 하면 퇴직연금의 재정문제가 심각해질 수 있기 때문이다. 퇴직연금 재정은 주정부와 연방정부가 50:50을 책임지게 되어, 그만큼 고소득 베이비붐세대가 많은 퀘벡주 정부와 주민 입장에서는 심각한 문제로 인식할 수밖에 없었다. 게다가 상대적으로 베이비붐세대가 집중된 퀘벡주에서 이들의 은퇴는 노동력 부족이라는 또 다른 문제를 야기하고 있다. 특히, 퀘벡주의 출산율이 캐나다 주들 중 가장 낮아 미래에 노동력 부족이 더욱 심화되고, 이에 따라 퇴직연금 재정 부족도 심화될 것으로 전망되고 있었다.

이에 따라 퀘벡주는 저출산 및 인구고령화에 대응하기 위하여 출산을 회복과 여성경제활동참가율 제고라는 두 목적으로 동시에 추구할 수 있는 사회개혁을 모색하게 되었다. 즉, 1990년대 중후반부터 퀘벡주는 가족정책에 대하여 보다 적극적인 입장을 취하게 되었다. 1997년에는 가족정책을 개정하여 ① 가족에 대한 보편적 지원을 통한 형평성 제고와 저소득가족에 대한 지원 증대, ② 부모가 일과 가족에서의 균형을 이룰 수 있도록 지원, ③ 아동발달 지원 및 동등한 기회 제공에 목표를 두었다. 이들 목표 달성을 위한 방안의 일환으로 부모보험제도 도입에 대한 논의가 본격적으로 등장하였다. 당시

7) 스웨덴의 사회보험은 5대 보험으로 구성된다. 연금(pension insurance), 상병보험(sickness insurance), 산재보험(work injury insurance), 고용보험(unemployment insurance), 부모보험(parental insurance)이다.

캐나다 연방 정부에서는 고용보험을 이용하여 모성휴가와 육아휴직 급여를 제공하고 있었는데, 이로 인해 고용보험에 가입하지 않은 자영업자와 파트타임 근로자가 사각지대에 놓여 있고 임금대체율이 55%로 낮다는 문제점들이 있었기 때문이다. 따라서 부모보험제도 도입은 논의 초기부터 퀘벡주의 사회적 욕구와 지지가 높았다. 퀘벡주에서 부모보험제도(Quebec Parental Insurance Plan, QPIP)는 2006년 1월부터 본격적으로 시행되었다.⁸⁾

부모보험제도는 세 가지 기본목적を 가지고 있다. 첫째, 일하는 부모 지원이다. 자녀 출산 및 입양으로 휴직하는 동안 근로자들의 임금을 지원하기 위한 것으로, 이를 통해 가족의 재정적 안정, 일-가정 양립 지원, 고용지속의 효과를 기대하고 있다. 둘째, 여성 경제활동참가율 제고를 통한 경제 활성화이다. 잠재적인 인력 부족을 완화함으로써 노동시장에 융통성 있게 대응하여 퀘벡주 경제를 지원하고, 젊은 근로세대의 기대를 충족시키고자 한다. 셋째, 저출산·고령화 대응이다. 사회발전과 경제성장 간 조화를 통해 퀘벡사회가 인구고령화에 대응하기 위한 것이다.

부모보험을 통해 제공되는 휴가·휴직은 모성휴가(maternity benefits), 부성휴가(paternity benefits), 육아휴직(parental benefits) 및 입양휴직(adoption benefits)으로 구분된다. 이러한 휴가·휴직은 휴직 기간과 임금 대체율에 따라 2개의 플랜으로 구분된다. 기본플랜(Basic Plan)은 휴직 기간이 상대적으로 긴 반면, 임금 대체율은 55~70%범위로 상대적으로 낮게 설계되어 있다. 반면 특별플랜(Special Plan)은 휴직 기간은 상대적으로 짧지만 임금 대체율은 75%로 상대적으로 높게 설계되었다. 특별플랜을 두고 있는 주된 이유로는 자영업자에 대해서는 '조기에 영업 재개' 등을 위하여 그리고 고소득자에 대해서는 '길어진 휴직으로 인한 임금 상실 최소화' 등을 위하여 보다 짧은 기간의 휴직을 선호하는 경향을 반영하기 위한 것이다.

모성휴가(maternity benefits)는 임신, 출산 혹은 유산(임신 19주 이후)에 해당하는 여성에게 제공한다. 유사산휴가의 경우에도 동일한 휴직기간, 급여 등을 적용하고 있다. 기본플랜(Basic Plan)을 선택한 경우 18주 동안 임금의 70%를 급여로 지급받는다. 특별플랜(Special Plan)을 선택한 경우에는 15주 동안 임금의 75%를 급여로 지급받는다. 모성휴가 급여는 특별한 경우를 제외하고 선택한 플랜에 따라 출산 전 16주~

8) 캐나다 많은 주에서 휴직급여 인상을 요청했으나 현실적으로 육아휴직제도를 고용보험에서 분리하기 어려운 실정이다. 주 정부 중 누나부트준주만이 부모보험제도 도입에 관심을 가지고 있다.

출산 후 18주 기간까지 지급된다.

부성휴가(paternity benefits)는 남성만 사용이 가능한데, 휴직하고자 하는 남성은 평상시 자녀와 함께 생활하여야 한다. 기본플랜(Basic Plan)을 선택한 경우 5주 동안 임금의 70%를 급여로 지급받는다. 특별플랜(Special Plan)을 선택한 경우에는 3주 동안 임금의 75%를 급여로 지급받는다. 부성휴가는 자녀 출산 시 바로 사용할 수 있으며, 특별한 경우를 제외하고 출산 후 52주 이내에 사용해야 한다. 고용주의 허락이 있으면 1주씩 분할하여 사용이 가능하다.

육아휴직(parental benefits)은 부모가 공유하여 사용이 가능하며, 휴직하고자 하는 부모는 평상시 자녀와 함께 생활하여야 한다. 기본플랜(Basic Plan)을 선택한 경우 7주 동안 임금의 70% 그리고 25주 동안 임금의 55%를 급여로 지급받는다. 특별플랜(Special Plan)을 선택한 경우에는 25주 동안 임금의 75%를 급여로 지급받는다. 육아휴직은 자녀출산과 동시에 사용이 가능하되 출산 후 52주 이내로 사용해야 한다. 육아휴직은 부와 모가 공유할 수 있는데, 동시에 사용할 수 있고 순차적으로 나누어 사용할 수도 있다.⁹⁾ 이 외 입양휴직(adoption benefits)도 있다. 육아휴직과 입양휴가는 부모 간 분할 사용이 가능하다. 분할 방법은 부모의 선택에 따라 결정된다.

〈표 5-1〉 캐나다 퀘벡주 부모보험 급여 유형 및 수준

	이용기간 및 급여수준	
	기본플랜(Basic Plan)	특별플랜(Special Plan)
모성휴가	18주 임금대체율 70%	15주 임금대체율 75%
부성휴가	5주 임금대체율 70%	3주 임금대체율 75%
육아휴직	7주 임금대체율 70%, 25주 임금대체율 55%	25주 임금대체율 75%
입양휴직	12주 임금대체율 70%, 25주 임금대체율 55%	28주 임금대체율 75%

부모보험 가입 자격을 취득하기 위해서는 임금근로자나 자영업자이어야 하고, 피보험 자격기간 동안 퀘벡부모보험이나 고용보험의 보험료를 납부하여야 한다(법 제3조 1항). 부모보험 급여를 받으면서도 평상 시 일의 40%까지 근로할 수 있는데, 이는 퀘벡주 부모보험이 모든 사람들에게 동등한 사회보장 권리 제공, 가족 재정 안정화(보장)을 도모하는 목적을 가지고 있기 때문이다.

9) 피보험 소득의 수준에 따라 급여 수준이 결정되기 때문에 대체적으로 부부 중 소득이 상대적으로 적은 사람이 육아휴직을 이용하는 경향이 있다.

4. 세부추진방안¹⁰⁾

가. 대상

부모보험 보험료 납부자는 고용주와 임금근로자 및 자영업자(의무가입)가 되며, 수급자는 부모보험 가입자인 임금근로자와 자영업자가 된다. 부모보험 제도 도입 초기에는 출산과 육아를 앞둔 일정한 가입기 연령층부터 부모보험료를 부과하여 시간 경과에 따라 모든 연령계층으로 확산되는 방안을 고려하도록 한다.

〈표 5-2〉 부모보험: 가입 대상

	가입자(납부자)
대상	- 고용주 - 임금근로자(임시·일용직 등도 일정 근로기간 이상 의무가입) - 자영업자(의무가입) *제도 도입 초기에 근로자와 자영업자는 일정한 가입기 연령층부터 부모보험료 부과

나. 급여

출산전후휴가(유사산휴가 포함)의 기간과 급여 수준 등은 현행 제도와 동일하게 적용한다. 즉, 임신 중인 여성에게 90일을 제공하며, 급여의 상한액은 통상임금에 상당하는 금액이 135만 원을 초과하는 경우에는 135만 원이며, 하한액은 통상임금에 상당하는 금액이 피보험자의 휴가개시 전 1월간의 소정근로시간에 휴가개시일 당시 적용되던 최저임금법에 의한 시간단위에 해당하는 최저임금액을 곱한 금액(최저기준월액)보다 낮은 경우에는 최저기준월액이다. 근로자 수 등이 대통령령이 정하는 기준에 해당하는 기업인 경우에는 출산전후휴가(유사산휴가) 급여를 휴가기간 전체에 대해 부모보험으로 지급하고, 그렇지 않은 기업의 경우에는 당초대로 30일 한도 내에서 지급하도록 한다.

육아휴직(입양 포함)은 현행대로 부와 모 각각에 1년까지 허용한다. 육아휴직 이용

10) 이 부분은 이삼식 외(2013)의 내용을 발췌하여 정리하였으며, 일부 방안에 대해서는 부분적으로 수정한 것임을 밝혀둔다.

을 보다 활성화하기 위하여 일정 기간(예로 6개월 간)에는 육아휴직 급여를 평상 시 임금의 60~80%까지 지급하고, 나머지 기간(예로 6개월 간)에는 40~60% 수준을 지급하도록 한다. 이는 부와 모 각각에 적용한다. 현행 아빠의 달을 그대로 적용하여 부와 모 모두 육아휴직을 이용하면 두 번째로 이용하는 대상에 대해서 3개월 기간 동안 양성평등보너스의 형태로 급여를 추가 지급하도록 한다. 이와 같은 육아휴직 급여체계는 남성, 비임금근로자나 임시일용직 등의 경우 육아휴직으로 인한 ‘기회비용’을 줄이고자 상대적으로 짧은 육아휴직 기간을 선호하는 경향이 있는 상황에서 적극적인 육아휴직 참여를 유도하기 위하여, 육아휴직 이용 기간의 차이에 따른 형평성을 제고하고, 육아휴직 후 노동시장으로의 복귀율을 높이기 위한 것이다.

[그림 5-1] 부모보험: 육아휴직 급여체계

부와 모 각 최대 12개월		
부 또는 모	6개월(A)	6개월(B)
다른 성의 부모	3개월(C)	3개월(A) 6개월(B)

주: A는 특별급여율, B는 일반급여율, C는 양성평등보너스(현 '아빠의 달'에 준함)

<표 5-3> 부모보험 : 육아휴직 급여수준

	정률제		징액제	하한~상한액(양성평등보너스 경우)
	특별급여율(A)	일반급여율(B)	양성평등보너스(C)	
1안	60%	40%	70%	50만 원~200만 원(250만 원)
2안	70%	50%	80%	75만 원~250만 원(300만 원)
3안	80%	60%	80%	100만 원~300만 원(350만 원)

주: 현행 고용보험 하에서 급여율은 40%, 하한액~상한액은 50~100만 원(아빠의 달의 경우 첫째아 150만 원, 둘째아 부터 200만 원)

5. 대상자 및 예산추계(5년간, 국비기준)

부모보험에 의한 제도로 국비 불요

6. 기대효과

부모보험제도는 기본적으로 현행 육아휴직 등에 관한 제도를 개선하여 사각지대를 해소하고, 임금대체수준을 높여 적극적인 이용을 유도하고, 제도의 지속가능성을 담보하기 위하여 재원을 안정화하는 것이다. 이러한 제도 개선은 궁극적으로 육아휴직률 등을 제고하여 가임기(15~49세) 여성고용률을 높이고 출산율을 제고하여 저출산현상을 극복하는 효과를 거둘 것으로 기대된다. 실제로 OECD 국가들 사이에 1세 미만 자녀를 둔 여성의 육아휴직(국가에 따라서는 출산전후휴가 포함) 사용률과 여성(25~54세) 고용률 간 정(+)의 관계가 나타나며, 남성의 육아휴직률 역시 여성의 고용률을 높이는 효과를 보이고 있다(이삼식 외, 2014). 여성뿐만 아니라 남성의 육아휴직 이용률도 출산율과 정(+)의 상관관계가 나타나고 있다(이삼식 외, 2014). 여성의 일-가정 양립으로 인한 고용 유지는 기회비용을 줄임으로써 그리고 다른 한편으로 서구사회에서 가계 중 높은 비중을 차지하고 있는 여성의 임금이 보전되는 효과가 발생하여 그만큼 시간적으로나 경제적으로 자녀양육이 용이해지기 때문으로 풀이할 수 있다. 이러한 관점에서 부모보험제도의 도입은 저출산·고령사회에 대비하여 출산율을 높이는 동시에 노동력 부족 및 사회보장 부담에 대응하는 복합적인 효과가 나타날 것으로 기대할 수 있다.

7. 고려사항

부모보험제도 도입과 관련한 예상 쟁점들은 세 가지로 정리할 수 있다. 첫째, 기존의 고용보험과의 관계 정리이다. 기존의 고용보험 가입자는 그대로 고용보험료를 납부하고, 추가로 부모보험료를 납부하여야 한다. 그런데 고용보험료에는 일정부분 출산전후휴가나 육아휴직의 급여에 해당하는 부분이 포함되어 있다는 가정 하에서 일부를 고용보험료에서 부모보험료로 이전하여야 하는 과제가 있다. 추가 보험료 납부에 대해서는

부모보험의 필요성을 홍보하는 등을 통해 사회적 합의를 구해야 할 것이다.

둘째, 비임금근로자 등의 부모보험 의무화에 대한 저항이다. 비임금근로자나 영세사업장의 고용보험 미가입자의 경우 근로형태가 비정형적이거나 일시적인 경우가 많은 점에서 더욱 그렇다. 그러나 현재 일정 조건의 모든 근로자는 4대 보험 가입을 의무화하고 있고, 자영자 등의 경우 두루누리사업 등을 통해 고용보험 가입을 권장하고 있는 만큼, 부모보험 가입을 초기부터 의무화하는 것이 중요하다. 이와 관련, 홍보 등을 통해 부모보험 가입의 필요성을 이해시키는 등 사회적 합의가 필요한 대목이다.

셋째, 징수체계에 관한 것이다. 부모보험료의 징수 역시 현행 건강보험공단을 통한 4대 보험 징수의 일원화체계에 편입하여 추진할 경우 비용 편의적이라고 할 수 있다.

제 6 장

한국형 미니잡의 도입
(가칭: 스마트잡)

6

한국형 미니잡의 도입 << (가칭: 스마트잡)

1. 과제 개요 및 모델

정부는 2013년부터 고용률 70%를 국가의 핵심 정책의 하나로 설정하여 추진하고 있으며, 이 목표를 달성하기 위하여 단시간근로를 확대시키고 있다. 이러한 정부의 정책은 기존의 남성생계부양자모델을 탈피하여 일과 가정의 양립이 가능한 고용 패러다임으로의 전환을 위한 정부의 의지가 반영된 것이기도 하다.

주 40시간 미만의 근로를 하는 단시간근로자도 근로기준법의 적용을 받는다. 주 15시간, 월 60시간 이상 근로할 경우 국민연금 등의 4대 보험에 가입할 수 있다.

한편으로 주당 15시간 미만 근로하는 초단시간근로자도 지속적으로 증가하고 있다.¹⁾ 하지만 초단시간근로자는 연금보험 등의 4대보험, 퇴직급여, 주휴수당과 연차휴가 등을 보장 받지 못하고 있고, 이로 인하여 질 낮은 일자리라는 비판이 강하게 제기되고 있다. 특히 초단시간근로자에 대한 사회보험의 적용 배제 또는 임의 가입 조항은 단시간근로의 양극화를 부추기며, 오히려 보호가 더 필요한 초단시간근로자를 사회보험의 사각지대로 내모는 것으로, 이로 인해 일부 사업장에선 고의로 초단시간 근로를 계약하는 관행까지 발생하고 있다. 법에서의 직장가입자로서 임의선택 방식은 사용자의 비용 절감 시도로 인해 초단시간근로자와 같은 비정규직의 고용을 확대시키게 된다.

현재의 초단시간 근로제가 ‘양질의 단시간근로’ 혹은 ‘지속 가능한 단시간근로’제가 되기 위해서는 법제도적 보완이 필요하다. 어떤 조건이 지속가능하고 양질의 단시간근로제를 위해 필요한 지에 대해서는 다양한 견해가 제시되고 있다.²⁾

이러한 상황에서 독일에서 시행되고 있는 미니잡 제도는 우리나라의 초단시간근로

1) 근로기준법 제18조에서는 “4주 동안(4주 미만으로 근로하는 경우에는 그 기간)을 평균하여 1주 동안의 소정근로시간이 15시간 미만인 근로자”를 초단시간 근로자로 규정하고 있음.

2) 예컨대 이준협(2013)은 양질의 단시간근로의 요소에 관해서는 ① 자발적인 사유로 단시간근로 선택, ② 지속적으로 근무 가능, ③ 공적 연금 및 고용보험 제공, ④ 시간당 임금이 전일제근로의 70%라는 4가지 요소를 들고 있음.

가 가지는 문제를 보완할 수 있는 대안으로 고려할 수 있다. 하르츠개혁과 함께 2003년부터 실행된 미니잡은 독일의 고용률을 크게 증가시키는데 기여했다고 평가되고 있다. 독일의 미니잡은 임금기준으로는 월 450유로 미만의 근로에 해당하고, 기간 기준으로는 연간 70일 혹은 3달 이하의 단기고용에 해당한다. 미니잡 고용이 독일에서 증가한 이유는 근로자와 사용자에게 사회보험 및 조세의 혜택이 부여되기 때문이다. 미니잡 근로자의 경우에 법적 사회보험에 가입의무가 면제되었으나, 2013년부터는 연금보험가입이 의무화되었다.

가칭 스마트잡은 독일의 미니잡을 한국에 도입할 경우의 명칭으로, 경력단절여성 등 수요자 맞춤형 일자리를 창출하고, 사회보험료 지원 등의 요건설정을 통해 현재의 초단시간 근로의 문제를 완화하여 일자리의 질을 확보하는데 그 목적이 있다. 특히 초단시간 근로의 63%가 사회서비스 관련 분야인 점을 고려하면, 돌봄노동에 종사하는 여성의 열악한 근로조건을 개선하는데 기여할 수 있을 것이다.

2. 제도현황 및 문제인식³⁾

통계청의 경제활동인구부가조사를 통해 초단시간근로자의 규모를 살펴볼 수 있다. 2002년부터 2015년까지 일주일에 15시간 미만 근로하는 초단시간 근로자의 추이를 분석하면 그 수는 2002년의 186,543명에서 2015년에는 585,453명으로 지속적으로 증가했다.⁴⁾ 초단시간 근로자는 2008년 금융위기 이후에만 30만 명 이상 증가하였다. 초단시간 근로자는 2003년과 2005년에는 -8.4%, -7.4% 증가율을 나타내었으나, 그 외의 기간에는 계속 증가하였고, 2006년에는 37.3%, 2010년에는 24.5%의 높은 증가율을 보였다. 최근의 경우 2012년에서 2014년 사이에는 증가율이 둔화되었으나 2015년에는 다시 12.5%의 높은 증가율을 보였다. 이와 함께 시간제근로자 중 주당 근로시간이 15시간 이상 36시간 미만인 일반단시간 근로자와 주당 근로시간이 15시

3) 한국비정규노동센터가 2016년 발간한 “초단시간 근로자 인권상황 실태조사”에서 분석한 자료를 기초로 재구성하였음. 2002년부터 2015년까지 통계청의 경제활동인구조사 근로형태별부가조사를 이용하여 임금 근로자 중 시간제로 일한다고 응답한 사람 중에서, 일주일에 15시간 미만 일한 초단시간 근로자와 주당 15시간 이상 36시간 미만 일한 단시간 근로자, 그리고 전일제 근로자의 추이를 비교한 것임.

4) 2016년 10월 통계청이 발표한 ‘취업시간별 취업자’에서는 2016년 3분기 기준으로 일주일 근무시간이 1시간~17시간인 취업자는 124만 3천 명으로, 1년 전 동 기간보다 9만 1천 명 증가한 것으로 나타났다. 이 규모는 2011년 3분기에 154만 명을 기록한 후 가장 많은 것임.

간 미만인 초단시간 근로자, 그리고 전일제 근로자의 추이를 비교한 결과, 2002~2015년의 연평균 증가율이 초단시간 근로(9.2%), 일반단시간 근로(7.6%), 전일제 근로(2.2%) 순으로 높아 이 기간 동안 초단시간 근로가 가장 빠르게 증가했음을 볼 수 있다.

〈표 6-1〉 근로형태별 근로자의 변화

(단위: 명, %)

	규모			전년 대비 증가율		
	초단시간 근로자	일반단시간근로자	전일제 근로자	초단시간 근로자	일반단시간 근로자	전일제 근로자
2002	186,543	620,256	12,821,635			
2003	170,907	757,996	13,219,895	-8.4	22.2	3.1
2004	200,731	871,187	13,512,182	17.5	14.9	2.2
2005	185,777	858,458	13,924,005	-7.4	-1.5	3.0
2006	255,015	880,033	14,215,700	37.3	2.5	2.1
2007	262,314	939,111	14,681,425	2.9	6.7	3.3
2008	272,079	956,544	14,873,170	3.7	1.9	1.3
2009	312,766	1,112,133	15,052,088	15.0	16.3	1.2
2010	389,392	1,230,878	15,427,851	24.5	10.7	2.5
2011	456,275	1,238,574	15,807,840	17.2	0.6	2.5
2012	460,888	1,365,464	15,907,414	1.0	10.2	0.6
2013	497,536	1,385,810	16,356,544	8.0	1.5	2.8
2014	520,352	1,491,055	16,744,618	4.6	7.6	2.4
2015	585,453	1,612,148	17,076,541	12.5	8.1	2.0

자료: 한국비정규노동센터(2016). 초단시간 근로자 인권상황 실태조사

초단시간근로자의 근로실태를 살펴보면, 2015년 8월을 기준으로 일주일에 15시간 미만 근로하는 초단시간근로자 가운데 가장 높은 비율을 차지하는 것은 보건사회서비스업(26.5%)이었고, 다음으로 공공행정국방(15.8%), 교육서비스업(13.8%), 숙박음식업(13.0%), 도소매업(12.0%) 순이었다. 초단시간근로자는 특히 사회서비스 분야의 근로자 비율이 높은 것이 특징으로 나타나는데, 공공행정국방, 교육서비스업, 보건사회서비스업, 예술스포츠여가업, 개인서비스업을 포함한 사회서비스 분야가 전체에서 63.3%를 차지하였다. 이는 숙박음식업(13.6%), 도소매업(13.5%), 제조업(10.6%), 시설관리업(10.5%), 건설업(10.4%)의 순인 비정규직의 산업별 분포와 많은 차이를 보였고, 제조업(20.7%), 도소매업(11.6%), 보건사회서비스업(8.8%), 교육서비스업(7.6%), 숙박음식업(7.4%)의 순인 피고용자 전체의 구조와도 큰 차이를 보였다.

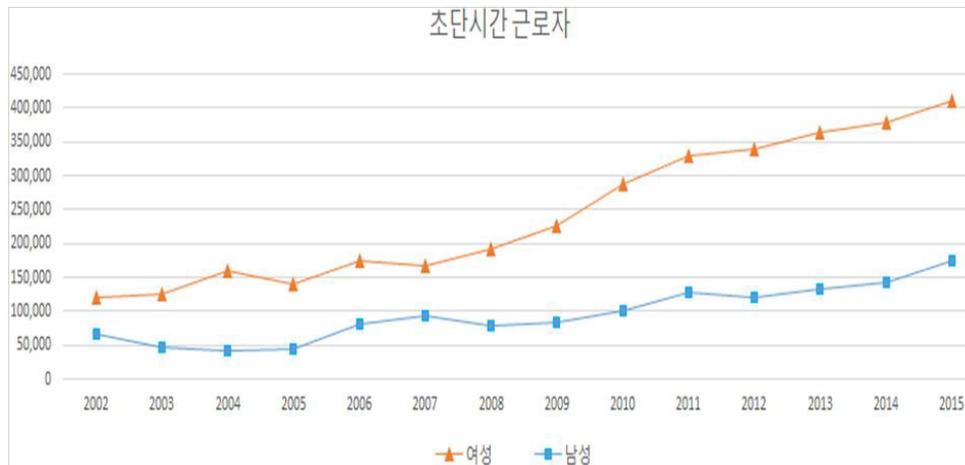
〈표 6-2〉 초단시간 근로자의 산업별 분포

(단위: 명, %)

산업	초단시간근 로자수(명)	초단시간내 비율(%)	비정규직수 (명)	비정규직내 비율(%)	피고용자전체	피고용자내 비율(%)
농업어업임업	3,397	0.6%	109,980	1.3%	125,358	0.6%
제조업	17,277	3.0%	911,437	10.6%	4,005,886	20.7%
전기가수수도업	1,037	0.2%	14,095	0.2%	90,917	0.5%
건설업	5,945	1.0%	895,219	10.4%	1,388,334	7.2%
도소매업	70,221	12.0%	1,166,374	13.5%	2,235,299	11.6%
운수업	880	0.2%	238,812	2.8%	783,012	4.1%
숙박음식업	76,333	13.0%	1,169,570	13.6%	1,426,077	7.4%
출판영상방송업	3,713	0.6%	155,160	1.8%	714,463	3.7%
금융보험업	3,156	0.5%	300,957	3.5%	750,637	3.9%
부동산임대업	10,384	1.8%	233,802	2.7%	363,430	1.9%
전문과학서비스업	3,442	0.6%	186,170	2.2%	909,663	4.7%
시설관리업	12,443	2.1%	902,490	10.5%	1,166,217	6.0%
공공행정국방	92,657	15.8%	276,180	3.2%	950,328	4.9%
교육서비스업	80,941	13.8%	634,689	7.4%	1,458,214	7.6%
보건사회서비스업	155,045	26.5%	710,175	8.2%	1,694,536	8.8%
예술스포츠여가업	12,127	2.1%	189,851	2.2%	289,345	1.5%
개인서비스업	29,640	5.1%	439,500	5.1%	780,883	4.0%
자가소비생산활동	6,822	1.2%	63,750	0.7%	63,750	0.3%
국제 및 외국기관	0	0.0%	2,837	0.0%	19,222	0.1%

자료: 통계청 근로형태별부가조사 2015년 8월 조사, 한국비정규노동센터(2016): 초단시간 근로자 인권상황 실태조사

〈그림 6-1〉 초단시간 근로자의 성별 추이

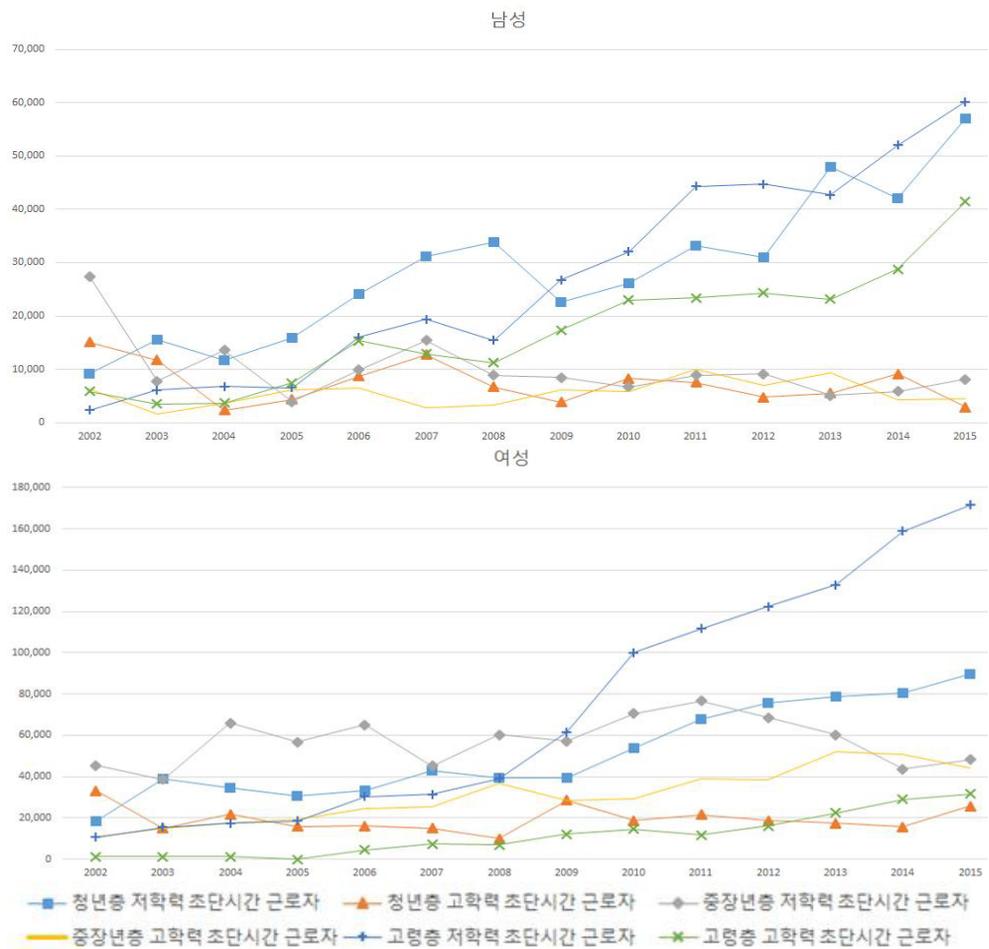


자료: 한국비정규노동센터(2016): 초단시간 근로자 인권상황 실태조사

초단시간 근로자를 연령별로 살펴보면 고령층이 304,769명으로 가장 많았고, 다음으로 청년층이 175,387명 이었으며, 중장년층은 105,297명으로 나타났다. 초단시간

근로자를 성별로 구분하여 살펴보면 여성이 남성보다 양적인 측면에서도 많았으며, 그 증가 속도도 빠름을 볼 수 있다. 초단시간 근로자는 2002년 여성(120,279명)이 남성(66,264명)보다 약 1.8배 많았는데, 2015년에는 여성 411,307명(70.3%), 남성 174,146명(29.7%)으로 2.4배까지 격차가 벌어지게 되었다. 또 2015년은 2002년 대비 여성은 3.4배, 남성은 2.6배 만큼 규모가 커졌고, 연평균 증가율도 여성이 9.9%로 남성 7.7%보다 더 높았다.

[그림 6-2] 연령 및 학력별로 본 2002~2015년 성별 시간제 근로자 추이(명)



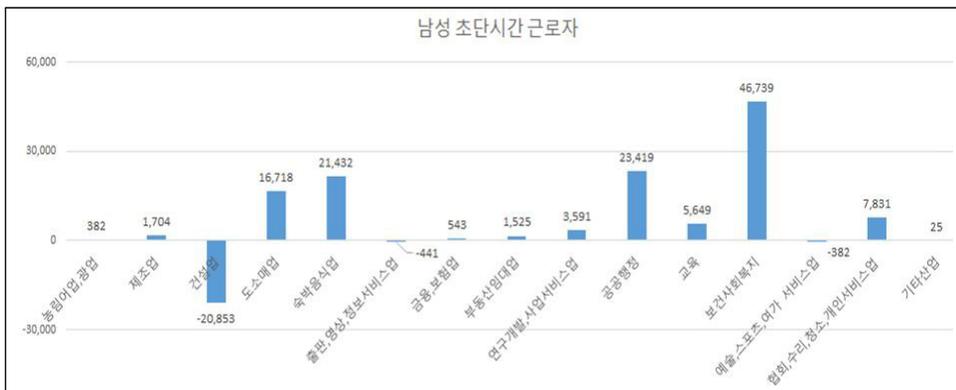
자료: 한국비정규노동센터(2016). 초단시간 근로자 인권상황 실태조사

초단시간 근로자의 특성을 성별로 살펴보면 남성은 2008년까지는 저학력 청년층이 차지하는 비율이 가장 높았으나, 2009년부터는 저학력 고령층의 증가가 두드러져 2013년을 제외하고는 가장 높은 비율을 나타내고 있다.⁵⁾ 저학력 청년층도 2012년 이후 증가세를 유지하고 있다. 한편으로 2009년부터는 고학력 고령층도 지속적으로 증가하고 있다.

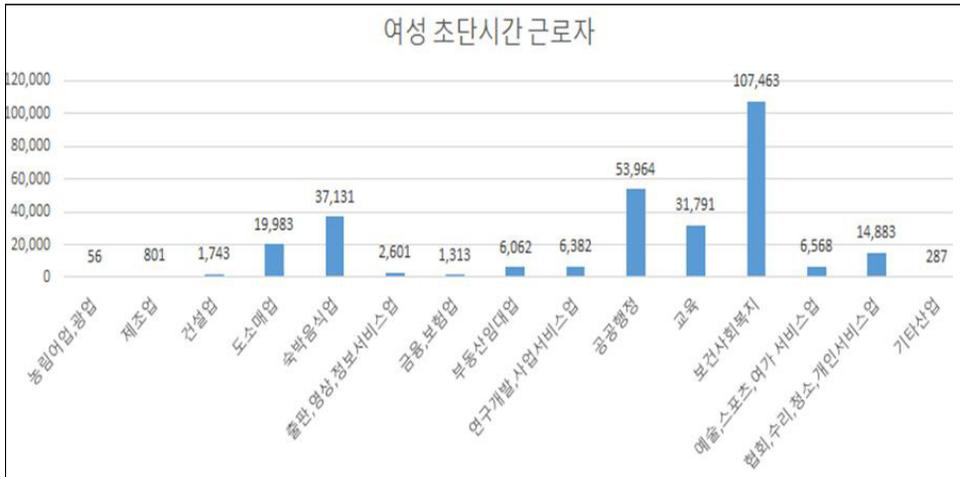
여성은 저학력 중장년층의 비율이 2008년까지 가장 높았으나, 2009년부터는 저학력 고령층의 비율이 압도적으로 다수를 차지하고 있다. 저학력 청년층도 2009년부터 계속 증가세를 보이고 있고, 2012년부터는 저학력 중장년층을 증가하고 있다.

따라서 초단시간 근로는 남녀 모두 저학력 계층을 중심으로 확산되고 있지만, 고령자의 비율이 높고 무엇보다 여성 초단시간 노동시장에서 저학력 고령자가 현저하게 증가하고 있다. 중졸 이하 저학력의 고령층 여성이 초단시간 근로자의 핵심을 차지하고 있고 그 다음으로 고졸 이하의 저학력 청년층 여성, 저학력 고령층 남성, 저학력 청년층 남성이 높은 비중을 차지하고 있다. 한편 여성은 남성과 달리 저학력 중장년층과 고학력 중장년층에서도 초단시간 근로자 수가 상당히 많은 숫자를 유지하고 있다. 이는 경력단절여성이 초단시간 근로를 통하여 다시 노동시장에 재진입하는 경우가 상당함을 보여주는 것이라 할 수 있다.

[그림 6-3] 2002, 2015년 간 업종별로 본 초단시간 근로형태별 근로자의 증감(명)



5) 연령을 청년층은 15~34세, 중장년층은 35~59세, 고령층은 60세 이상으로 구분한 후, 청년층과 중장년층은 학력기준을 고졸 이하와 초대졸 이상으로, 고령층은 중졸 이하와 고졸 이상으로 각각 분류하여 연령 및 학력별로 분석한 것임.



자료: 한국비정규노동센터(2016). 초단시간 근로자 인권상황 실태조사

2002년과 2015년 초단시간 근로자의 업종별 변화를 분석하면, 남성과 여성 모두 보건사회복지업에서 증가폭이 가장 크게 나타났다. 남성의 경우는 46,739명이 증가하였고, 여성의 경우에는 107,463명이 증가하였다. 성별과 상관없이 초단시간 노동시장에서 사회서비스업이 현저하게 높은 비중을 차지하고 있으며, 특히 고령층 초단시간 근로자의 증가가 현저하게 나타났다.

〈표 6-3〉 초단시간 근로자 범주의 임금수준

(단위: 만원, 천명, %)

임금 (단위: 만원)	~10 미만	10~20 미만	20~30 미만	30~40 미만	40~50 미만	50~60 미만	60~70 미만	70~80 미만	80~90 미만	90~ 100 미만	100~ 200 미만	200~ 이상	평균 임금
근로자 수 (단위: 천명)	22	41	256	58	26	26	17	9	11	0.8	23	8	35.5 만원
비율 (단위: %)	4.5	8.3	51.4	11.7	5.2	5.1	3.5	1.9	2.1	0.2	4.6	1.5	

주: 가중치를 적용한 수치임

자료: 2013.8월 경제활동인구조사 근로형태별 부가조사 분석, 최옥금·조영은(2014)에서 재인용

초단시간 근로자 범주에 속하는 근로자의 임금수준을 살펴보면, 2013년 8월 기준으로 주 15시간 미만 단시간 근로자의 평균 임금은 35.5만 원이며, 임금 구간별로는 20

만 원~30만 원 미만 구간에 해당하는 근로자가 51.4%, 30만 원~40만 원 구간이 11.7%를 차지하며, 10만 원~20만 원 미만 구간에 해당하는 근로자는 8.3%였으며, 월 10만 원 미만의 임금소득 근로자도 4.5% 존재하였다.

이러한 초단시간 노동시장이 확산한 주된 이유는 주로 저학력 고령층 여성의 증가에 의한 것이었다. 그런데 이들 사회서비스 분야의 초단시간 노동시장의 확대가 새로운 복지 수요에 부응하고 여성고용률을 증가시키고 일·가정의 양립을 가능케 한다는 기대에 대해서 비판이 제기된다. 무엇보다 저학력 고령층 여성을 기반으로 함으로써 초단시간 노동시장이 질적으로 더 열악해지고 근로하는 노인의 삶도 개선되지 않을 위험이 많다는 것이다. 따라서 초단시간 근로의 확산이 노동시장과 개인에 미치는 영향은 긍정적으로 볼 수 없다는 것이다.

주당 15시간 미만의 초단시간 근로가 양질의 일자리로 인정받지 못하는 중요한 이유는 근로기준법의 적용에서 제외되고 4대 사회보험 중 산재보험을 제외한 고용보험, 국민연금, 국민건강보험의 의무가입 대상이 아닌 임의가입 대상이어서 사회보험 보호를 받지 못하는 경우가 많다는 것이다. 한편으로 이들은 근로기준법상 유급주휴일/주휴수당과 연차유급휴가/연차수당의 적용 대상에서 제외되고, 1년 이상 근무하더라도 근로자퇴직급여보장법이 규정한 퇴직금 수혜 대상에서 제외된다. 또한 2년을 초과하여 근무하더라도 기간제법에 따른 무기계약직 전환 대상에서 제외된다.

3. 국내외 유사 또는 관련 정책

유럽의 국가들 사이에 공통으로 적용되는 단시간노동 혹은 경미고용의 기준은 없으며, 그 대처방안도 다양하게 존재한다.

오스트리아는 월 임금소득이 425.70유로(2017년 1월 1일 기준)를 초과하지 않을 경우 경미고용(Geringfügige Beschäftigung)의 고용관계로 간주하고 있다.⁶⁾ 노동법상 사회보험 의무고용과 경미고용 근로자 사이에 차이는 거의 없다. 경미 고용 근로자는 단체협약에 다른 최저임금, 특별급여(Sonderzahlungen), 상병급여(Entgeltfortzahlung im Krankenstand), 휴가 등의 요구 권리를 가진다. 경미고용

⁶⁾ <https://www.wko.at/>

사용자는 산재보험료 1.3%와 연금보험과 건강보험의 일괄보험료 16.4%를 포함한 17.7%를 부담한다.

스위스의 경우는 연간 2,300 스위스프랑 (2011년 1월 1일 이후)을 초과하지 않으면 경미고용(geringfügig)에 해당한다. 스위스의 경미고용은 근로자가 등록을 원하는 경우가 아니라면 근로관계에서 보험료가 부과되지 않는다.

벨기에에는 독일과 같이 보험료가 면제되는 미니잡은 존재하지 않는다. 벨기에에는 법적인 최저임금과 모든 임금근로자와 자영업자에게 법적인 보험의무가 부과된다. 벨기에에는 전일제 근로가 아니라 하더라도 모든 고용은 최저임금 혹은 더 높게 최소 주당 13시간 이상을 보장하여야 한다.⁷⁾

영국의 영시간 근로계약(Zero Hours Contracts)은 1996년 합법화된 초단기 계약 근로제도이다. 호출형 근로계약으로도 불리는 영시간 근로계약은 근로시간을 미리 결정하지 않고 사용자가 필요로 하는 경우에 부정기적으로 일하는(on call work) 근로 계약방식이다. 대기시간에는 보수가 지불되지 않고 수행한 근로시간에만 보수가 지불된다. 사용자는 최저근로시간을 보장할 의무가 없고, 근로자는 제공된 근로를 받아들일 의무가 없다. 영국 통계청은 영시간 근로계약 상태에 있는 근로자는 2012년 25만 명 정도로 전체 근로자의 0.8%인 것으로 추정하였으나, 다른 조사에서는 2013년 100만 명 정도로 전체의 3~4%에 이른다고 추정하기도 하였다(정민아, 2014).

독일에는 2003년부터 장기실업자의 고용인용과 전업주부의 고용증대를 위하여 일정한 월 급여액 이하의 일자리를 대상으로 하는 미니잡을 도입하였다. 미니잡은 다른 선진국에 존재하지 않는 독일 특유의 경미고용(geringfügig Beschäftigung)제도이다.

미니잡은 임금과 기간의 기준으로 구분되고, 산업(제조·생산)부문과 가사(민간가계) 부문으로 구분된다.

임금기준으로는 월소득 450유로 이하의 경미보상(Entgeltgeringfügigkeit)을 의미하며, 450유로 미니잡 근로자는 대개 규칙적으로 근로하고 월 450유로 이하의 고용 소득을 얻는다.

기간기준으로는 연간 70일 혹은 3달 이하의 단기고용, 경미기간(Zeitgeringfügigkeit)(2015년 1월부터 기존의 50일에서 70일로 변경되었고, 2달에

7) https://de.wikipedia.org/wiki/Geringf%C3%BCgige_Besch%C3%A4ftigung

서 3달로 변경, 2019년 1월부터 다시 50일, 2달 기준으로 환원예점)을 의미하는데, 기간기준의 미니잡 근로자는 규칙적으로 근로하지 않고 경우에 따라 근로하고, 소득의 수준은 관계없다.

미니잡 근로자는 산업부문과 민간가계부문에서 일할 수 있는데, 보험료와 미니잡-센터(Minijob-Zentrale)의 등록에 따라 차이가 발생한다.

월 소득이 450유로를 초과하고 단기고용보다 장기간 고용될 경우, 규칙적으로 월 450유로 이상의 고용소득을 올리고 연간 3달 혹은 70일 이상 근로할 경우, 더 이상 미니잡고용이 아니고 사회보험이 의무화된다. 이 경우 고용주는 미니잡-센터가 아닌 관할의 건강금고에 등록한다.

미디잡(Midijob)은 근로자가 규칙적으로 월 450.01유로~850유로 사이의 소득을 올릴 경우에 해당한다.

2013년 독일에서 시간당 9.30유로 이하의 저임금 근로에 종사하는 근로자는 813만 명 정도였다. 독일의 근로자 가운데 다양한 그룹이 저임금 근로의 위험에 처해있다. 열악한 근로조건에 처한 근로자 그룹의 저임금 비율은 미니잡 근로 종사자에서는 76.1%, 25세 이하의 청년에서 51.5%, 직업 교육을 받지 못한 무자격자에서는 43.9%, 기간제 근로에서는 41.7%, 외국인에서는 34%, 여성에서는 30.5%를 기록하였다.⁸⁾ 한편 저임금 근로자 가운데 미니잡, 규칙적 파트타임 및 전일제고용으로 구분하면 각각 차지하는 비율은 39.1%, 19.9%, 41.1%였다.

미니잡의 수는 2003년 이후 급격하게 증가하였다. 2003년 6월 약 5백 6만 명의 미니잡 근로자는 2016년 6월 7백 8십만 명으로 증가하였다. 이 가운데 약 5백1십만 명은 전업으로 미니잡 근로를 하고 있으며, 약 2백 6십만 명은 부업으로 미니잡 근로를 하고 있다. 부업으로 미니잡 근로를 하는 수는 지속적으로 증가하여 전체 미니잡에서 차지하는 비율이 2003년 6월 17.5%에서 2016년 6월 33.6%로 증가하였다. 이에 반해 전업으로 미니잡 근로를 하는 수는 2007년 이후 일정한 수준으로 유지되었고, 2014/2015년에는 약간 감소하였는데, 이는 법적 최저임금의 도입의 영향을 받은 것이다. 미니잡의 수는 그 후 다시 증가하였다.

8) Kalina, Th., Weinkopf, C., Niedriglohnbeschäftigung 2013, IAQ-Report 03/2015. Datenbasis SOEP

〈표 6-4〉 2003~2016년 사이의 미니잡 고용의 변화

(단위: 백만 명)

	전업 미니잡	부업 미니잡	미니잡 총계
2003년 6월	4.66	0.98	5.6
2003년12월	4.84	1.22	6.1
2004년12월	5.16	1.52	6.7
2005년12월	5.19	1.62	6.8
2006년12월	5.24	1.74	7.0
2007년12월	5.26	1.87	7.1
2008년12월	5.23	1.98	7.2
2009년12월	5.31	2.05	7.4
2010년12월	5.27	2.12	7.4
2011년12월	5.23	2.24	7.5
2012년12월	5.21	2.36	7.6
2013년12월	5.22	2.43	7.7
2014년12월	5.17	2.50	7.7
2015년12월	5.01	2.57	7.6
2016년 6월	5.14	2.61	7.8

자료: Bundesagentur für Arbeit(2017), Beschäftigungsstatistik

2015년 경미고용 근로자 7백4십만명 가운데 전업 미니잡 근로자는 4백 9십만 명 정도였고, 이 중 15세에서 65세까지는 4.0백만 명 정도이다. 전업 미니잡 근로자들의 업종별 성별 고용구조를 살펴보면 여성이 압도적으로 높은 비율을 차지하고 있음을 볼 수 있다. 전업 미니잡 근로자 가운데 여성은 68%를 차지하고 있으며, 남성은 여성의 절반에 못 미치고 있다. 이 가운데 보건 및 사회복지분야에 여성 비율이 82%로 가장 높았다. 반대로 운수 및 창고업의 경우 여성의 비율이 가장 낮았다. 업종별로는 자동차 판매 및 수선, 비즈니스 서비스, 요식 및 숙박업, 기타서비스 사적가계, 보건 및 사회복지 순으로 전업 미니잡 종사자 수가 많았다.

〈표 6-5〉 전업 미니잡 근로자의 업종별 성별 고용현황(15세~65세) (2015년 6월기준)

(단위: %)

	여성	남성	전업 미니잡 근로자 수(백만)
전체	68	32	3.98
보건 및 사회복지	82	18	0.39
교육 및 강의	62	38	0.17
기타 서비스, 사적가계	78	22	0.45
공공 행정, 국방: 사회보험	66	34	0.06
요식 및 숙박업	67	33	0.55
금융 및 보험서비스	78	22	0.03
자동차 판매 및 수선	71	29	0.77
비즈니스 서비스	66	34	0.76
정보 및 통신	56	44	0.08
농림수산	62	38	0.05
가공업	67	33	0.29
운수 및 창고	41	59	0.21
광업, 에너지, 수자원/폐기물처리	45	55	0.02
건축업	43	57	0.14

자료: Statistik der BA; Bundesagentur für Arbeit, 2016 Juni

미니잡은 2015년 도입된 법적 최저임금의 도입의 영향을 받고 있다. 미니잡 근로자의 평균 근로 시간은 2014년과 2015년에 일정하게 유지되었다. 12.5시간~20시간 사이의 근로자의 비율은 약간 감소하였으나, 10시간 이하의 근로자 비율은 거의 일정하게 유지되었다. 반면 10시간~12.5시간 사이의 근로자의 비율은 6% 가량 증가하였다. 미니잡 근로자는 법적 기준인 월 450유로 상한의 조건아래 53시간 이상을 근로할 수 없다.

〈표 6-6〉 미니잡 근로자의 실질 근로시간(2014년, 2015년)

(단위: %)

	2014년	2015년
~5시간	10.6%	10.6%
5시간~10시간	39.5%	40.4%
10시간~12.5시간	13.4%	17.9%
12.5시간~15시간	18.0%	14.5%
15시간~20시간	15.3%	11.6%
20시간~	3.2%	5.1%

자료: SOEP v32; WSI(2017), Policy Brief Nr.9에서 인용

〈표 6-7〉 미니잡 근로자의 계약상 근로시간(2014년, 2015년)

	2014년	2015년
~5시간	11.6%	11.4%
5시간~10시간	43.4%	43.9%
10시간~12.5시간	15.0%	21.2%
12.5시간~15시간	14.9%	11.7%
15시간~20시간	13.0%	8.1%
20시간~	2.1%	3.6%

(단위: %)

자료: SOEP v32; WSI(2017), Policy Brief Nr.9에서 인용

법적 최저임금은 2017년 1월부터 4% 인상되어, 8.50유로에서 8.84유로로 인상되었다. 이로 인해 기존에 최저임금을 받는 미니잡 근로자는 월 최대 52.94시간(8.50유로*52.94=449.99유로) 근로가 가능하였는데, 2017년 1월부터는 월 최대 50.90시간(8.84유로*50.90=449.96유로) 근로가 가능하다. 따라서 최저임금의 적용을 받는 근로자는 2017년부터 약 2시간 적은 시간을 근로하게 되는 것이다.

〈표 6-8〉 시간당 임금과 미니잡 근로자의 월 최대 근로가능시간

시간당 임금	미니잡 근로자의 월 근로 상한시간
8.50유로	52.94
8.60유로	52.33
8.70유로	51.72
8.80유로	51.14
8.84유로(최저임금: 2017.1.1.일부터 적용)	50.90
8.90유로	50.56
9.00유로	50.00
9.10유로	49.45
9.20유로	48.91
9.30유로	48.39
9.40유로	47.87
9.50유로	47.37
9.60유로	46.88
9.70유로	46.39
9.80유로	45.92
9.90유로	45.45
10.00유로	45.00

자료: DGB, Was bedeutet der neue Mindestlohn 2017 für den Minijob?, 2016. 10.31

<http://www.dgb.de/was-bedeutet-der-neue-mindestlohn-2017-fuer-den-minijob>

〈표 6-9〉 미니잡 근로자의 시간당 임금 수준(2014년, 2015년)

(단위: %)

	2014년	2015년
~3.50유로	4.9%	4.8%
3.50유로~5.50유로	17.0%	15.3%
5.50유로~7.50유로	27.4%	19.5%
7.50유로~8.50유로	9.7%	10.8%
8.50유로~9.50유로	12.6%	17.6%
9.50유로~11.50유로	11.7%	12.4%
11.50유로~	16.6%	19.7%

자료: SOEP v32; WSI(2017), Policy Brief Nr.9에서 인용

법적 최저임금의 도입은 미니잡 근로자의 시간 당 임금에 영향을 미쳤다. 2014년에 평균 5.9% 상승하여 8.94유로에서 2015년 9.47유로로 증가하였다(WSI, 2017). 하지만 법적으로 최저임금이 도입되었다 하더라도 미니잡 근로자 가운데 최저임금 이하의 임금을 없애지는 못하였다.

SOEP-Date연구에 따르면 2014년에는 시간 당 최저임금인 8.5유로 이하의 임금을 받는 비율이 59.1%였는데, 법적 최저기준의 도입 후 다소 상황이 개선되기는 하였으나 여전히 50.45%의 미니잡 근로자가 최저임금의 적용을 받지 못하였다. PASS-Date 연구에서는 8.50유로 이하의 시간 당 임금을 받는 미니잡 근로자의 비율이 2014년 60.9%에서 2015년에는 48.5%로 감소한 것으로 나타났다. 이 분석은 한편으로는 미니잡 근로자의 많은 수가 최저임금 기준 이하의 시간당 임금을 받고 있다는 것을 의미하며, 다른 한편으로는 최저임금 법률이 아직 전 산업분야에 제대로 적용되고 있지 않다는 증거이기도 한다. 최저임금 미적용은 특히 숙박 요식업과 소매상에 많이 분포되어 있다.

미니잡 근로를 하는 근로자는 근로소득세를 면제받고, 건강보험, 장기요양보험 및 실업보험에 가입할 의무가 없다. 다만 2013년부터 연금보험가입의 의무가 부과되었다. 하지만 이 경우에도 근로자가 신청을 하면 연금보험 가입을 면제받을 수 있다(opt-out 규칙). 2016년 6월의 경우 80% 이상의 미니잡 근로자가 opt-out 규칙을 적용하였다. 그런데 전업 미니잡 근로자의 경우는 대개 다른 방식으로 건강보험의 적용을 받는다. 가정주부의 경우는 남편을 통해 추가 비용 없이 보험의 적용을 받으며, 학생은 학생보험 혹은 가족건강보험을 통해서, 연금수급자는 연금수급자 건강보험을 통해서 보험의 적용을 받는다. 게다가 미니잡 범주에 속하는 실업자 혹은 요구호자는

사회법전 제3권 혹은 사회법전 제2권의 틀안에서 건강보험의 적용을 받는다.

2017년 1월 1일 기준으로 독일의 일반근로관계에서 사용자는 연금보험료를 9.35%, 건강보험료를 7.3%, 장기요양보험료를 1.275%, 고용보험료를 1.5%, 파산부담금으로 0.09%, 합계 총임금의 19.515%를 사회보험료로 부담한다. 여기에 산재보험, U1, U2가 추가로 부과된다. 산재보험료율은 사용자만 부담하는 것으로 작업장의 위험등급에 의해 차별적으로 적용된다. U1은 질병시 임금의 계속지급을 위해 30명이 이하의 사업장에 적용되며, U2는 출산·임신 중의 모성보호를 위해 기업의 규모와 관계 없이 적용되는데, 건강보험금고에서 부담률을 결정하며 사용자만 부담한다.

미니잡 근로자를 고용하는 사용자는 일반 근로관계와 다른 사회보험료율의 적용을 받는다. 미니잡 내에서도 제조생산부문과 민간가계부문은 다른 보험료율의 적용을 받는다. 제조생산부문의 사용자는 총임금의 15.0%를 연금보험료로 부담하며, 건강보험료는 총임금의 13%를 부담한다. 다만 고용보험과 장기요양보험료는 부담하지 않는다. 여기에 질병시의 임금 계속지급을 위한 부담금(U1)에 0.9%, 모성보호를 위한 비용(U2)으로 0.3%, 파산부담금(U3)으로 0.09%를 부담하고, 임금소득세, 교회세 및 통일연대세를 포함하는 일괄과세로 총수입의 2%를 추가로 부담하게 된다. 사용자는 이를 합하면 임금 총수입중 31.29%를 부담하게 된다. 여기에 위험등급에 따라 차별적인 보험료율 적용을 받는 산재보험이 추가된다.

대개 일반 가정에서 요구하는 요리, 세탁 및 청소, 간병, 육아 및 정원 관리 등과 같은 가사서비스를 제공하는 민간가계부문의 미니잡 고용의 경우 사용자는 연금보험으로 총임금의 5.0%, 건강보험 5.0%, U1 0.9%, U2 0.3%, 일괄과세 2%, 산재보험 1.6%를 부담하게 된다. 사용자는 이를 합하면 임금 총수입 중 14.8%를 부담하게 된다.

단기취업 미니잡 사용자는 산재보험을 제외한 사회보험료는 면제되지만, 일괄조세를 25% 부담하게 된다. 제조생산부문과 민간가계부문의 경미 저임금고용 사용자가 2%의 일괄조세를 미니잡-센터에 납부하는데 비해, 단기취업 미니잡 사용주는 일괄조세를 해당세무서(Betriebsstättenfinanzamt)에 납부한다. 여기에 U1에 0.9%, U2으로 0.3%, U3으로 0.09%(민간가계부문일 경우 면제)를 부담한다.

〈표 6-10〉 일반 근로관계와 미니잡의 사회보험료 및 부담금의 비교(2017년 기준)

취업형태 부담금 지불자	일반 근로관계			미니잡(사용자)		
	소계	사용자	근로자	제조생산 부문	민간가계 부문	단기취업
법정연금보험 ¹⁾	18.70	9.35	9.35	15.0 3.7(근로자 부담)	5.0 13.7(근로 자부담)	-
건강보험 ²⁾	14.60 +1.1	7.30	7.30 +1.1	13.0	5.0	-
장기요양보험 ³⁾	2.55	1.275	1.275	-	-	-
산재보험 ⁴⁾				차등적용	1.6	차등적용
고용보험 ⁵⁾	3.0	1.5	1.5	-	-	-
일괄조세				2.0	2.0	25
U1(질병 시 임금계속지급)				0.9	0.9	0.9
U2(임신 및 모성관련비용)				0.3	0.3	0.3
U3(파산부담금)	0.09	0.09		0.09	-	0.09
합계	40.04	19.515	20.525	31.29	14.8	26.29

주: 1) 법정연금보험 기여율은 2012년 19.6%에서 2013년 18.9%로 인하되었다가, 2015년 이후 18.7%를 유지하고 있음.

2) 건강보험료율은 사용자와 근로자가 동등한 7.3%를 부담하고 보험자가 추가로 1.1%를 부담.

3) 장기요양보험 기여율은 2017년 1월 1일부터 0.2%증가하여 2.55%(아동이 없는 경우 2.8%)로 인상되었음.

4) 제조생산부문에서 산재보험은 위험등급에 따라 차별적인 보험료율이 적용되나, 민간가계부문에서는 1.6%의 단일 보험료율이 적용됨.

5) 고용보험 기여율은 2011년 1월 1일 3%로 인상되어 2017년까지 동률을 유지하고 있음.

자료: www.lohn-info.de 에서 발췌 후 재작성한 것임.

미니잡 근로관계에 있는 근로자는 일반근로관계에 있는 근로자와 다른 사회보험료율의 적용을 받는다. 일반근로관계에 있는 근로자는 연금보험료율 9.35%, 건강보험료율 7.3%+1.1%, 장기요양보험료율 1.275%, 고용보험료율 1.5%, 합계 총임금의 20.525%를 사회보험료로 부담하게 된다. 일반 근로관계에서 사용자와 근로자는 산재보험료를 제외하고 총임금의 40.04%를 사회보험료로 부담한다.

이에 반해 미니잡 근로자는 2012년 말까지는 산재보험을 제외한 사회보험의 가입 의무에 면제되었으나, 2013년 1월 1일부터는 연금보험에도 가입의무가 부과되었다. 2015년 1월 1일부터 제조생산부문 미니잡고용의 근로자가 부담하는 연금보험료율은 일반근로관계의 연금보험료율 18.7%와 제조생산부문 사용자 부담분인 15.0%의 차이인 3.7%를 부담하고, 민간가계부문 미니잡고용의 경우 일반근로관계의 연금보험료율 18.7%와 민간가계부문의 사용자 부담분인 5%의 차이인 13.7%가 적용된다.

다수의 고용관계가 중복된 경우의 사회보험료 계산은 복수로 미니잡 고용상태에 있

는지 또는 미니잡 근로를 부업으로 하느냐에 따라 달라진다. 임금소득의 합이 450유로 이하인 경우는 복수의 미니잡 근로를 하더라도 사회보험 가입의무가 면제되지만, 복수의 미니잡을 통한 임금소득이 기준금액을 초과할 경우는 사회보험료를 납부해야 한다. 하지만 부업으로 미니잡 근로를 하는 경우는 사회보험료 가입이 면제된다.

위의 미니잡 근로관계와 일반근로관계의 사회보험료 및 기타부담을 살펴보면, 근로자는 연금보험을 제외하고는 기본적으로 조세와 사회보험 가입의무에서 면제되어 이득을 볼 수 있다. 하지만 미니잡 근로관계에 있는 사용자는 일괄조세와 사회보험료를 합하여 총임금의 31.29%를 부담하여 일반근로관계에 있는 사용자가 부담하는 총임금의 19.515%보다 많은 부담을 하게 된다. 그럼에도 사용자가 미니잡 근로자를 계속해서 고용하는 이유는 그 비용을 근로자에게 전가하기 때문이다.

기존에 사회보험료 가입 의무가 면제되었던 미니잡 고용에서 2013년부터 새로이 미니잡 근로를 할 경우 연금보험에 의무 가입하여야 한다. 2017년의 경우 사용자가 이미 총임금의 15%(민간가계부문은 5%)를 일괄보험료로 지불하였기 때문에 미니잡 근로자는 완전한 보험료율(18.7%)에 달성하기 위해서는 3.7%(민간가계부문은 13.7%)의 보험료를 부담하면 된다.

〈표 6-11〉 450유로 미니잡 근로자의 연금보험료 계산(2015년~2017년)

	제조생산부문	민간가계부문
연금보험료율	18.7%	18.7%
사용자 부담분	15.0%	5.0%
근로자 부담분	3.7%	13.7%
근로자 월 근로소득	450유로	450유로
사용자 부담액	67.5유로(450*15.0%)	22.5유로(450*5.0%)
근로자 부담액	16.65유로(450*3.7%)	61.65유로(450*13.7%)
근로자 순 소득	433.35유로	388.35유로

월 450유로의 근로 소득을 올리는 미니잡 근로자의 경우 제조생산 부문에서는 월 16.65유로의 연금보험료를 근로자가 부담하고 사용자는 67.5유로를 보험료로 부담하여 근로자의 순 소득은 433.35유로가 된다. 민간가계 부문의 경우는 근로자의 부담은 61.65유로이며, 사용자는 22.5유로를 부담하여 근로자는 388.35유로의 순 소득을 올리게 된다.

〈표 6-12〉 100유로 미니잡 근로자의 연금보험료 계산(2015년~2017년)

	제조생산부문	민간가계부문
연금보험료율	18.7%	18.7%
근로자 월 근로소득	100유로	100유로
연금보험 총보험료	32.73유로(175*18.7%)	32.73유로(175*18.7%)
사용자 부담액	15유로	5유로
근로자 부담액	17.73유로(32.73-15)	27.73유로(32.73-5)
근로자 순 소득	82.27유로(100-17.73)	72.27유로(100-27.73)

한편 미니잡 근로자를 위한 전체 연금보험료 산정의 기초가 되는 최소 기준 급여액(최저 과세표준)은 월 155유로에서 2013년 1월 1일부터는 월 175유로로 인상되었다. 이에 따라 미니잡 근로자의 월 임금이 175유로 이하인 경우에도 175유로를 기준으로 보험료가 산정된다. 따라서 미니잡 근로자가 월 근로소득으로 100유로를 버는 경우, 175유로의 소득을 기준으로 보험료가 계산된다. 연금보험액 총액은 175유로의 18.7%인 32.73유로가 되며, 제조생산 부문의 경우는, 사용자가 100유로의 15%인 15유로를 연금보험료로 부담하며, 미니잡 근로자는 32.73유로와 15유로의 차액인 17.73유로의 연금보험료를 부담하게 되는 것이다. 민간가계 부문의 경우는 사용자가 100유로의 5%인 5유로를 연금보험료로 부담하며, 미니잡 근로자는 32.73유로와 5유로의 차액인 27.73유로의 연금보험료를 부담하게 되는 것이다.

〈표 6-13〉과 〈표 6-14〉는 제조생산 부문과 민간가계 부문의 다양한 근로소득의 연금보험료 총액과 근로자와 사용자 부담액을 계산한 것이다. 임금이 증가함에 따라 연금보험의 총보험료와 사용자 부담분은 증가하지만, 최저 과세표준 175유로 규정으로 인하여 제조생산 부문의 근로자 부담액은 임금이 100유로일 때 17.73유로로 임금이 450유로일 경우의 16.65유로보다 높은 보험료를 부담하고 있다. 민간가계 부문의 경우는 200유로 이하의 임금 수준일 경우 근로자의 부담액은 100유로의 임금을 받을 경우보다 적게 나타난다.

〈표 6-13〉 제조생산부문의 다양한 미니잡 근로의 연금보험료 계산(2015년~2017년)

	100유로	175유로	250유로	350유로	450유로
연금보험 총보험료 (최저 과세표준 175유로)	32.73유로	32.73유로	46.75유로	65.45유로	84.15유로
사용자 부담액 (임금의 15%)	15.00유로	26.25유로	37.50유로	52.50유로	67.50유로
근로자 부담액	17.73유로	6.48유로	9.25유로	12.95유로	16.65유로

〈표 6-14〉 민간가계부문의 다양한 미니잡 근로의 연금보험료계산(2015년~2017년)

	100유로	175유로	250유로	350유로	450유로
연금보험 총보험료 (최저 과세표준 175유로)	32.73유로	32.73유로	46.75유로	65.45유로	84.15유로
사용자 부담액 (임금의 5%)	5.00유로	8.75유로	12.50유로	17.50유로	22.50유로
근로자 부담액	27.73유로	23.98유로	34.25유로	47.95유로	61.65유로

독일에 도입된 미니잡이 도입될 때 정책적 목표는, 경력단절여성의 노동시장 재통합과 이행노동시장의 관점에서 실업자, 특히 장기 만성실업자의 노동시장 편입 및 대량으로 존재해 왔던 불법노동을 합법화하는 것이었다.

경력단절여성의 노동시장 재통합과 관련해서는 출산 및 육아로 인해 비경제활동인구로 존재하지만 실제로는 경제활동에 대한 의지가 있는 유희 여성노동력을 노동시장으로 이끌어냈다는 점에서 목적인 결과를 가져왔다고 볼 수 있다. 짧은 근로시간과 근로소득에 대한 면세 및 사회보험료 면제라는 혜택이 전일제 정규직 배우자를 가진 여성에게는 상당히 매력적인 제도로 받아들여지고 있고, 근로자들뿐만 아니라 사업주에 대해서도 정규직에 비해 적은 노동비용을 부담하도록 제도가 설계되어 미니잡에 대한 사업주들의 선호도 역시 높은 편이라고 할 수 있다. 한편으로, 경력단절여성의 노동시장 재통합 통로를 저임단순직무로 좁혀 놓는 의도치 않은 결과를 초래했다고도 할 수 있다. 이 경우, 여성단독가구나 여성이 가구주로서 자녀를 부양해야 하는 경우에는 저임고용의 낮은 고용의 질로 인해 오히려 상대적으로 양질의 일자리를 얻을 기회를 박탈당하게 될 수도 있다.

한편 실업자의 노동시장 통합과 관련해서는 부정적인 측면이 더 두드러진다. 미니잡을 통해 제공되는 일자리의 성격이 간편하지만 별다른 숙련이 필요하지 않은 단순직무 위주이기 때문에, 정규직 노동시장으로의 이동이 필요한 실업자들에게는 이직을 위한

경력 또는 직업능력개발이라는 핵심적 측면을 전혀 제공하지 못하고 있다.

한편 미니잡이 기본적으로 근로자의 사회보험료와 조세를 면제하는 것은 독일의 복지국가모델의 원칙에 위배되며 정의를 훼손한다는 비판이 있다. 독일의 복지모델에는 연대성원칙(Solidaritätsprinzip)이 사회보험의 중요한 원칙의 하나이다. 하지만 미니잡 근로자의 경우 독자적인 사회보험의 권리가 부여되지 않고, 전업 근로 남편을 통한 건강보험 혜택과 같이 대부분 전일제 근로관계에 있는 근로자를 통하여 사회보험의 혜택을 누리고 있다. 또한 2백만이 넘는 근로자가 주업을 가지고 있는 상태에서 미니잡을 부업으로 근로하고 있는데, 이 경우에도 사용자를 통한 2%의 일괄조세를 제외하면 조세와 사회보험이 면제된다. 이러한 이유로 미니잡의 등장으로 연대성의 원칙이 훼손되었다는 것이다(Weinkopf, 2012; Brandt, 2006). 이는 한편으로 사회보험료를 부담하는 근로관계를 감소시켜 사회보험의 재정적 기초를 약화시키고 나아가 추가적인 일자리 창출에도 부정적인 영향을 미치게 된다.

독일에서도 법적 최저임금 이하의 미니잡 근로자가 상당수 존재함을 확인한 바 있다. 2015년부터 독일에 최저임금이 도입되었음에도 여전히 법적 최저기준을 적용받지 못하는 미니잡 근로자가 절반 가까이 있는 현실이다. 독일은 최저임금 도입 기간이 짧은 관계로 향후 미적용 근로자가 점점 줄어들 것으로 예상된다. 우리나라의 경우도 최저임금 이하 근로자가 2014년 235만 명으로 전체 근로자의 12.8%에 달하는 연구가 있다(성재민, 2014). 보건업 및 사회복지서비스업의 경우 2007년 65만 8천 명에서 2014년 153만 4천 명으로 증가했는데 이 가운데 14만 7천 명이 최저임금 이하를 받는 것으로 나타났다. 주로 환경미화원, 요양보호사, 가사 및 육아도우미, 어린이집 교사 등이 이에 해당하였다. 이들에 대한 최저임금 적용을 엄격하게 감독해야 할 것이다.

4. 대상자추계(5년간)

〈표 6-15〉 초단시간 근로자수 추계(2016~2022년)

(단위: 명)

	연령	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
산업 전체 초단 시간 근로	15~ 59	280,689	306,512	334,712	365,505	399,132	435,852	475,950	519,737
	60~	304,770	332,809	363,427	396,863	433,374	473,244	516,783	564,327
	전 체	585,459	639,321	698,139	762,368	832,505	909,096	992,733	1,084,064
사회 서비스 분야 초단 시간 근로	15~ 59	177,426	193,749	211,574	231,039	252,295	275,506	300,852	328,531
	60~	192,984	210,739	230,126	251,298	274,418	299,664	327,233	357,338
	전 체	370,410	404,488	441,701	482,337	526,712	575,170	628,085	685,869

〈표 6-15〉는 2018년에서 2022년까지 향 후 5년간 초단시간 근로자를 추정해 본 것이다. 2015년 8월 조사에서 주 15시간 미만 초단시간 근로자는 585,459명이었고, 이 가운데 사회서비스 분야에 종사하는 근로자는 370,410명이었다. 60세 이상의 비율 52.1%, 15~59세의 비율 47.9%, 사회서비스 분야가 차지하는 비율 63.3%, 2002년~2015년 연평균 증가율 9.2%를 적용하여 산업 전체와 사회서비스분야의 초단시간 근로자수를 추계한 것이다.⁹⁾

산업전체의 초단시간 근로자는 2015년 585,459명에서 2022년 1,084,064명으로 증가할 것으로 예상되며, 사회서비스분야로 제한할 경우 2015년 370,410명에서 2022년 685,869명으로 증가할 것으로 예상된다.

한국에 독일의 미니잡과 유사한 제도를 도입할 경우 핵심은 현재 국민연금의 혜택을 받지 못하는 초단시간 근로자들이 연금을 받을 수 있는 방안을 도입하는 것이다.

한국비정규노동센터의 분석에 따르면 2015년을 기준으로 주 15시간 미만의 근로자 58.5만 명 가운데 54.2만 명(92.5%) 정도가 연금보험에 미가입 상태였다. 초단시간

9) 그 동안 질 낮은 일자리로 비판받았던 최단시간 근로에 대한 인식개선으로 미니잡을 희망하는 전업주부나 경력단절 여성의 진출이 늘어날 것과, 한편으로는 한국형 미니잡이 주로 사회서비스 분야에 중점을 두기 때문에 서비스 수요의 증가 특히 노인 인구의 증가에 의한 자연증가분을 고려하면 2002년~2015년 사이의 초단시간 근로의 연평균 증가율 9.2%를 넘어 설 가능성이 있음.

근로자 가운데 60세 이상이 약 52.1%를 차지하여, 국민연금의 보험료를 지원 할 경우 대상인 15세에서 59세는 약 26.0만 명 정도로 추산할 수 있다. 그리고 이 가운데 공공 행정국방, 교육서비스업, 보건사회서비스업, 예술스포츠여가업, 개인서비스업을 포함한 사회서비스 분야가 전체에서 63.3%를 차지하였다. 따라서 전체 초단시간 근로자가 아니라 교육을 포함한 사회서비스분야를 분리하여 연금 미가입자에 대한 보험료를 지원 할 경우 그 대상자는 약 16.5만 명 정도로 추정할 수 있을 것이다.

연금 보험료 지원방안은 대상별로는 60세 미만 전체 초단시간 근로자를 대상으로 하는 것과 사회서비스 분야에 종사하는 초단시간 근로자를 우선 지원하는 방안으로 나눌 수 있을 것이다. 지원 비율은 현행의 두루누리 사업과 같이 근로자와 사용자의 부담분 각각의 50%를 지원하는 방안과, 근로자 부담분은 50%를 지원하고 사용자 부담분은 100% 지원하는 방안으로 나눌 수 있을 것이다. 첫 번째 경우는 연금보험료 총 9% 가운데 사용자 부담분과 근로자 부담분인 4.5%의 절반인 2.25%와 2.25%의 합인 4.5%를 지원하는 방안이며, 두 번째는 사용자 부담분인 4.5% 전부와 근로자의 부담분의 절반인 2.25%를 지원하여 임금의 총 6.75%를 지원하는 방안이다. 최옥금·조영은(2014)의 분석에 의하면 2013년 8월 기준으로 초단시간 근로자의 평균 임금은 35.5만 원이었다. 이를 기초로 월 평균 40만 원으로 가정하면, 4.5%에 해당하는 금액은 18,000이 되고, 6.75%에 해당하는 금액은 27,000원이 된다.

한국형 미니잡이 도입 될 경우 향후 5년간의 소요예산액은 다음과 같이 추정할 수 있다. 2002년~2015년 연평균 증가율 9.2%를 적용하여 추정한 초단시간 근로자 가운데 60세 미만을 대상으로 하여 사용자 부담분, 근로자 부담분 각각 50% 지원(보험료의 4.5% 지원)시 소요예산은, 산업전체의 경우는 2018년 월 66억 원에서 2022년 월 94억 원으로 증가할 것으로 예상되며, 사용자 부담분 100%, 근로자 부담분 50%을 지원(보험료의 6.75% 지원)할 경우 소요예산은 2018년 월 99억 원에서 2022년 월 140억 원으로 증가할 것으로 예상된다. 이 가운데 사회서비스 분야를 분리해서 지원한다면, 각각 절반을 지원할 경우 2018년 월 42억 원에서 2022년 월 59억 원으로 증가할 것으로 예상되며, 사용자 부담분 100%, 근로자 부담분 50%을 지원(보험료의 6.75% 지원)하면 2018년 월 62억 원에서 2022년 월 89억 원으로 증가할 것으로 예상된다.

〈표 6-16〉 초단시간 근로자 국민연금 가입 연금보험료 지원(2018-2022)

(단위: 명, 원)

	연도	지원규모	사용자 부담분, 근로자 부담분 각각 50% 지원(보험료의 4.5% 지원)시 소요예산(월)	사용자 부담분 100%, 근로자 부담분 50% 지원(보험료의 6.75% 지원)시 소요예산(월)
산업전체 초단시간 근로자	2018	365,505	6,579,090,00	9,868,635,000
	2019	399,132	7,184,376,000	10,776,564,000
	2020	435,852	7,845,336,000	11,768,004,000
	2021	475,950	8,567,100,000	12,850,650,000
	2022	519,737	9,355,266,000	14,032,899,000
사회서비스 분야 초단시간 근로자	2018	231,039	4,158,702,000	6,238,053,000
	2019	252,295	4,541,310,000	6,811,965,000
	2020	275,506	4,959,108,000	7,438,662,000
	2021	300,852	5,415,336,000	8,123,004,000
	2022	328,531	5,913,558,000	8,870,337,000

5. 기대효과

미니잡의 한국적 모델인 스마트잡(가칭)이 도입될 경우 ‘질 낮은 일자리’로 비판되었던 초단시간 근로가 질적으로 어느 정도 향상된 일자리로 바뀔 수 있을 것이고, 경력단절여성들이 노동시장에 재진입하는 유인으로 작용할 수 있을 것으로 예상할 수 있다. 이와 함께 음성적으로 행해졌던 경제활동을 일부 양성화 할 수 있을 것으로 기대된다.

한편으로는 2012년에 10인 미만 사업장의 사업주와 근로자에게 고용보험료와 국민연금보험료를 지원하기 위해 도입된 ‘두루누리 사업’이 사각지대에 있는 근로자를 연금 안전망 안으로 흡수하는데 큰 성과를 내지 못하고 있는데, 법적으로 사회보험의 적용 제외대상인 취약층의 근로자에게 연금보험료를 지원함으로써 연금 사각지대의 해소에 기여할 수 있을 것으로 기대할 수 있다.

하지만 독일의 경우와 마찬가지로 비록 연금보험의 가입으로 인하여 일자리의 질이 일부 향상되는 효과는 기대할 수 있으나, 일단 초단시간 노동시장에 발을 담그면 정규직으로 이행할 가능성은 점점 희박해지고 계속 비정규직 일자리만 맴돌 수 있다. 따라서 이미 광범위하게 확산되어 있는 저임금 단시간 노동을 촉진한다는 비판이 제기될 수 있을 것으로 예상된다.

6. 고려사항(예상쟁점)

한국형 미니잡인 (가칭)스마트잡을 도입할 경우 고려사항을 정리하면 다음과 같다.

먼저, 무엇보다도 현재 국민연금 미적용자가 400만 명 정도로 예상되고, 다양한 형태의 비정규직 근로자가 존재하고 있다. 이러한 상황에서 다른 형태의 사회보험 사각지대의 근로자는 제외하고 초단시간 근로자에게만 연금혜택을 줄 경우 형평성의 문제가 제기될 수 있다.

둘째, 초단시간 근로자에게 연금가입 혜택을 줄 경우 2015년 기준으로 대상자가 17만 명 혹은 26만 명 정도인데, 이 숫자는 연금사각지대에 있는 근로자 전체의 10%에 미치지 못하는 수준으로, ‘언발에 오줌누기’라는 비판이 제기될 수 있다.

셋째, 초단시간 근로자에게 연금보험료를 보조할 경우 상당한 예산이 소요되는데, 연금보험료의 지원수준과 지원방법에 관한 사회적 합의가 요청되며, 이를 위한 지원근거법의 마련이 필요하다.

넷째, 독일에서는 2013년부터 최저 과세표준인 최소 기준 급여액이 175유로(21만원)로 설정되어 있다. 따라서 미니잡 근로자가 월 175유로 이하의 임금을 받을 경우에도 연금보험료 산정의 최저 기준을 175유로로 설정하여 보험료를 산정하고 있다. 하지만 독일의 경우는 정부의 보조금이 없이 사용자와 근로자의 부담으로 보험료의 재정을 조달하여, 근로자가 부담하는 보험료는 더 많은 임금을 받을 때 보다 더 많아지는 것을 보였다. 우리나라에 최소 기준 급여액을 설정할 것인가의 문제에 대한 논의는 의미가 있다고 여겨지며, 이 경우 본인의 부담과 사용자의 부담 및 정부 보조의 비율을 어떻게 할 것인가에 대한 논의가 추가로 진행되어야 할 것이다.

다섯째, (가칭)스마트잡을 도입할 경우, 스마트잡센터를 어떻게 설치하는가의 문제도 해결해야 할 과제이다. 독일의 경우 미니잡센터는 독일 연방관청으로, 모든 근소근로의 중심업무를 담당하고 있다. 2003년 4월 1일부터 2005년 10월 1일까지 미니잡-센터는 연방 광부보험공단(Bundesknappschaft)에 의해 운영되었으나, 2005년 10월 1일부터 독일광산·철도·해상연금금고(Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See)에 의해 운영되고 있다. 미니잡센터는 에센(Essen), 겔센키르헨(Gelsenkirchen)과 코트부스(Cottbus)에 위치해 있다. 하르츠개혁의 도입 이전에 미니잡 업무는 300개 이상의 건강금고(Krankenkassen)와 700개 정도의 세무소

(Finanzämter)가 보험료와 세금을 담당하였다.

우리나라에 스마트잡을 도입할 경우 별도의 센터를 설치운영하기 보다는 기존의 국민건강보험공단에서 스마트잡업무를 처리할 수 있을 것이다.

제 7 장

국민연금 사각지대 해소

7

국민연금 사각지대 해소 <<

1. 검토 배경

과거 한국 사회가 경험한 급격한 출산율 감소는 인구배당(demographic dividend) 효과를 통해 고도의 경제성장을 달성하는 과정에서 긍정적인 기여를 했던 것으로 평가되고 있다. 그러나 1990년대 이후 본격적으로 저성장 시대로 진입하는 한편 인구구조 또한 급격히 고령화됨으로 인해 현재 한국 사회는 과거와는 정반대의 상황에 직면하고 있다.

특히, 선진 복지국가들이 고도의 경제발전과 이에 기초하여 복지체계, 특히 노후소득보장체계를 완성한 후에 인구 고령화 문제에 직면한 반면 한국 사회는 경제적 부(wealth)의 축적과 복지체계 완성 전에 급격한 인구 고령화 현상을 경험함으로써 심각한 노후 빈곤 문제의 해결과 함께 장기 재정 건전성을 확보해야 하는 이중적 난제에 직면하고 있는 상황이다.

물론, 선진 복지국가들과 마찬가지로, 우리나라도 1988년에 국민연금, 1994년에 개인연금, 2005년에 퇴직연금, 2007년에 기초노령연금을 도입함으로써 최소한 외형적으로는 다층보장체계를 구축하고 있다. 그러나 다층체계를 구성하는 개별 제도의 노후소득보장 기능이 불완전함과 함께 각 제도 간 연계 또한 유기적이지 못한 문제가 있다는 점은 전문가들에 의해서 지속적으로 제기된 바 있다.

심각한 노후 빈곤 문제가 현재 한국 사회가 당면한 가장 중요한 현안 중의 하나라는 점에서 그리고 최근까지 다양한 공·사적 노후소득보장제도 개편 작업이 이루어졌음을 고려할 때, 현 노후소득보장체계에 대한 종합적인 진단과 평가 그리고 제도 내실화에 기초하여 노후 빈곤을 방지하고 급여 적정성을 제고하기 위한 방향 설정이 요청되는 시점이라고 할 수 있다.

이러한 점에서 본 장은 현재 우리나라 노후소득보장 분야에서 가장 중요한 이슈로 지적되는 사각지대 해소 문제를 검토하기로 한다. 노후소득보장 사각지대 해소가 다양한 제도와 연관되기는 하지만, 본 장은 우리나라 노후소득보장의 중심축이라고 할 수

있는 국민연금 사각지대 문제에 초점을 맞추어 문제를 진단하고 사각지대 해소 방향을 검토하기로 한다.

2. 사각지대 현황 및 문제점

가. 분석 대상 사각지대

사회보험 사각지대와 관련해서는 「적용」 사각지대와 「급여」 사각지대를 구분하는 것이 보다 일반적이라고 할 수 있다. 개념적으로 적용 사각지대와 급여 사각지대를 엄격히 구분하기도 하지만, 적용 사각지대와 급여 사각지대는 밀접히 연계된 문제라고 할 수 있다. 비록 적용 사각지대가 특정 시점을 기준으로 정의되는 측면이 있지만, 이러한 적용 사각지대 문제가 누적될 경우 연금 수급권을 획득하지 못하거나 연금 수급권을 획득하더라도 연금을 통해 노후 빈곤을 충실히 해소할 수 없는 저연금 문제가 나타난다는 점에서 적용 사각지대와 급여 사각지대는 밀접히 연계되어 있는 것이다. 사각지대 현황 파악 부분에서 소득대체를 지표로 통해 급여 적정성 문제를 부분적으로 검토하기는 하지만, 본 장에서는 대체로 「적용」 사각지대 문제에 초점을 맞추기로 한다. 사각지대의 정의와 관련하여 노후소득보장 사각지대(광의) 전체를 검토하는 것이 바람직한 측면이 있지만, 구체적인 정책 과제를 검토하는 본 연구에서는 국민연금 사각지대(협의) 문제에 초점을 맞추기로 한다.

나. 공적연금 적용 및 급여 현황

〈표 7-1〉에서 살펴볼 수 있듯이, 2015년 기준 국민연금 의무 가입 대상자인 18~59세 인구 대비 보험료 납부자(직역연금 포함)의 비율은 52.2%로 대상자의 절반 정도가 적용 사각지대에 속한다. 그러나 18~59세 기준 경제활동인구 대비 적용 사각지대를 살펴보면 그 비중은 대략 25% 정도로 크게 축소됨을 살펴볼 수 있다. 결국 현재의 국민연금 적용 사각지대 문제는 상당한 정도로 낮은 경제활동참가율과 관계됨으로 인해 단기간에 해소되기 어려운 측면이 있는 것이다.

비록 공적연금 사각지대가 크게 남아 있지만, 최근까지 사각지대는 지속적으로 축소

되는 모습을 보인다. <표 7-1>에서 살펴볼 수 있듯이, 비경활자, 경활자 중 공적연금 비적용자와 국민연금 납부예외자의 비중은 지속적으로 감소하는 추세를 보여 주고 있다. 반면 보험료 납부자 규모는 지속적으로 증가하는 모습을 보이는데, 18~59세 전체 인구 대비 국민연금 보험료 납부자의 비중은 2010년~2015년 기간에 걸쳐 대략 10%p 증가하였다(38.2% → 47.8%).

사회보험방식에 기초한 국민연금제도의 특성상 사각지대 해소 대책의 주된 대상자는 경제활동인구 중 보험료를 납부하지 않는 개인들이라고 할 수 있는데, 그 규모는 2015년 말 기준으로 대략 586만 명 수준이다. 물론 이 추정치에는 현 국민연금 적용 체계의 특성상 소득활동과 관계없이 가입자(납부예외자 포함)로 분류되는 개인들이 포함되어 있음에 유의할 필요가 있다. 예컨대, 배우자가 없는 27세 이상 비경활자의 경우에도 현 제도상 국민연금 의무가입자로 분류된다(납부예외자).

<표 7-1> 18~59세 인구의 공적연금 적용 현황(2010년 12월 → 2015년 12월)

(18~59세 총인구)					
32,577천명('10) (100.0%) → 32,911천명('15) (100.0%)					
(경제활동인구)					
21,978천명('10) → 23,071천명('15)					
(비경제활동인구) 10,599천명('10) ↓ 9,840천명('15)	(공적연금 가입자)				
	20,621천명('10) → 22,812천명('15)				
	(국민연금 가입자)				(지역연금 가입자)
	19,229천명('10) → 21,349천명('15)				
	(소속신고자)				
(공적연금 비가입자)	(납부예외자)		(보험료 미납자)		(지역연금 가입자)
1,357천명('10) ↓ 259천명('15)	5,104천명('10) ↓ 4,512천명('15)		14,125천명('10)→16,838천명('15)	(보험료 납부자)	1,392천명('10) ↓ 1,463천명('15)
			(보험료 미납자)	(보험료 납부자)	
			1,670천명('10) ↓ 1,093천명('15)	12,455천명('10) ↓ 15,745천명('15)	
32.5%('10) ↓ 29.9%('15)	4.2%('10) ↓ 0.8%('15)	15.7%('10) ↓ 13.7%('15)	5.1%('10) ↓ 3.3%('15)	38.2%('10) ↓ 47.8%('15)	4.3%('10) ↓ 4.4%('15)

주: 통계청과 공적연금 자료 간 작성 기준(시점) 차이 및 자료 부재로 인해 일부 통계치의 경우 정확한 지표 산출이 가능하지 않음; 연금 보험료 미납(장기) 기준은 2010년은 4개월 이상, 2015년은 13개월 이상임.
 자료: 김성숙 외(2011, p.38) 및 국민연금연구원(2016, p.19)에 기초하여 작성

공적연금 도입의 역사가 상대적으로 짧은 관계로 현 노인 세대의 국민연금 수급률은 65세 이상 전체 노인 인구의 3분의 1정도에 불과하다(2015년 말 기준 36.43%). 다만, 기초(노령)연금의 목표 수급률이 노인 인구의 70%인 관계로 기초(노령)연금을 포함하

는 전체 공적연금 수급률은 2015년 말 기준 85% 수준으로 상당히 높다. 국민연금 수급자 규모가 증가함에 따라 향후 국민연금과 기초연금 간 중복 수급자 또한 지속적으로 증가할 것으로 예상되는데, 2015년 기준으로 국민연금 수급자의 40% 이상이 기초 연금을 수급하지 못하는 것으로 나타나고 있다(1,022,773명). 기초(노령)연금 도입으로 인해 공적연금 수급률은 매우 높아졌지만, 현재까지 기초연금과 국민연금의 급여 수준이 상당히 낮다는 점에서 급여 적정성 확보 문제가 중요한 과제로 대두되고 있는 상황이다.

〈표 7-2〉 65세 이상 노인인구의 공적연금 수급률 현황(2010년 12월 → 2015년 12월)

(단위: 명, %)

구분	2010년 → 2015년		
65세 이상 인구(A)	5,506,352(100.00)	6,771,214(100.00)	
기초(노령)연금 수급자(B)	3,711,950(67.41)	4,495,183(66.39)	
국민(직역)연금(C)	소계	1,608,147(29.21)	2,742,708(40.51)
	국민연금	1,428,414(25.94)	2,467,059(36.43)
	공무원연금	155,999(2.83)	240,041(3.55)
	사학연금	23,734(0.43)	35,608(0.53)
국민(직역)연금+기초(노령)연금 중복 수급자(D)	817,849(14.85)	1,445,539(21.35)	
공적연금 수급자(B+C-D)	4,502,248(81.76)	5,792,352(85.54)	

주: 직역연금에서 군인연금과 별정우체국연금은 제외함.
 자료: 김성숙 외(2011, p.30), 보건복지부(2016)에 기초하여 작성

2015년 12월 말 기준 전체 국민연금 수급자의 평균 연금월액은 33만 8천 원 수준으로 현재까지 국민연금을 통해 노후 빈곤을 효과적으로 해소하기에는 한계가 있다. 현 수급자의 급여액이 낮은 배경에는 특례노령연금의 영향과 함께 초기 출생코호트의 경우 은퇴에 근접한 시점에서 국민연금이 도입된 관계로 충분한 가입기간을 확보할 수 없었던 것과 관련이 있다. 〈표 7-3〉에서 볼 수 있듯이, 국민연금 가입기간이 20년 이상인 수급자의 경우 노령연금 평균액이 883천 원으로 국민연금이 노후 빈곤 방지 측면에서 효과적으로 기능할 잠재력을 가지고 있다.

〈표 7-3〉 연금종별 월평균 지급액(2015년 12월 말 기준)

(단위: 천 원)

전체	노령연금							장애연금				유족 연금
	소계	20년 이상	10~ 19년	소득 활동	조기	특례	분할	소계	1급	2급	3급	
338	351	883	404	558	496	208	173	430	589	465	359	259

주: 기본+부양가족연금월액 기준이며, 전체 및 노령 소계 평균액 산정 시 분할연금은 제외됨.
자료: 국민연금공단(2016)

다. 국민연금 수급률 및 소득대체율 전망

앞에서 살펴본 65세 이상 노인층의 공적연금 수급 현황이 국민연금제도가 성숙되지 못한 현재의 상황과 밀접히 연관됨을 고려할 때 점차 제도가 성숙되는 미래의 연금 수급률과 급여 적정성 문제를 추가적으로 살펴볼 필요가 있다. 〈표 7-4〉에서 살펴볼 수 있듯이, 노령연금 수급률이 세대를 가로질러 상승 패턴을 보이지만, 중장기적으로도 수급권 사각지대가 작지 않을 것으로 전망되고 있다. 남성의 경우 대체로 제2차 베이비 붐 세대 이후 노령연금 수급권의 보편성이 크게 높아지는 반면 여성은 베이비 붐 에코 세대의 경우에도 대략 3분의 1이 노령연금 수급권을 획득하지 못할 것으로 전망되고 있다.¹⁾

〈표 7-4〉 국민연금(노령연금) 수급률 및 소득대체율 전망

(단위: %)

세대 구분	전체		남성		여성	
	노령연금 수급률	소득 대체율	노령연금 수급률	소득 대체율	노령연금 수급률	소득 대체율
베이비 붐('55-'63)	39.72	25.87	58.41	26.48	21.28	24.20
베이비 버스터('64-'67)	52.47	24.20	71.61	25.41	34.06	21.75
제2차 베이비 붐('68-'74)	61.18	23.28	78.88	23.37	44.43	23.14
제2차 베이비 버스터('75-'78)	73.23	22.59	88.18	21.30	59.33	24.37
베이비 붐 에코('79-'92)	73.51	23.60	83.65	21.97	64.16	25.55

자료: 우해봉 외(2016)의 자료를 활용하여 추정

1) 본 연구에서 산출한 노령연금 수급률과 소득대체율은 우해봉(2015)의 분석 결과와는 다소 상이한데, 이는 기초 자료로 사용된 국민연금 DB의 업데이트와 함께 조기노령연금 등 모형 개선 사항들을 반영하고 있다. 본 연구에서 사용된 국민연금, 퇴직연금, 개인연금의 수급률 및 소득대체율 산출 방법에 대해서는 우해봉 외(2016)의 연구를 참고할 수 있다.

물론 여성의 경우 유족연금 등을 통한 추가적인 보장이 가능할 수 있지만, 국민연금 수급권 사각지대 문제를 해결하는 동시에 급여 적정성을 강화하기 위해서는 여성의 노령연금 수급권 강화 문제가 중요한 이슈임이 지적될 필요가 있다. 장기적으로 노령연금 수급률이 지속적으로 상승하는 반면, <표 7-4>의 소득대체율 지표를 통해 살펴볼 수 있듯이, 국민연금을 통한 적정 소득보장 문제는 미래 세대의 경우에도 쉽게 해결하기 어려운 측면이 있다. 1가구(부부) 1연금 대신 1인 1연금 체제를 강조하는 이유가 여기에 있다.

라. 중층 연금 수급권 및 소득대체율 전망

다층보장체계를 강조하고 있지만, 향후 상당한 기간 동안 퇴직연금과 개인연금의 역할은 제한적일 것으로 전망된다. <표 7-5>의 베이비 붐 에코 세대의 사례에서 볼 수 있듯이, 중장기적으로도 국민연금 외에 퇴직연금이나 개인연금 수급권을 획득하는 개인들의 비중은 절반 정도 밖에 되지 않을 것으로 전망된다. 결국, 중단기적으로는 무연금자나 국민연금 단일 수급자의 비중이 높게 나타남으로써 노후소득보장 측면에서는 국민연금이나 기초연금과 같은 공적연금이 중심적인 역할을 담당할 수밖에 없는 상황을 시사하고 있다.

국민연금 외에 퇴직연금과 개인연금을 추가적으로 고려하더라도 국민연금 수급자의 통합 소득대체율은 대략 40% 수준에 그칠 것으로 전망된다(<표 7-6> 참고). 이렇게 국민연금, 퇴직연금, 개인연금을 아우른 통합 소득대체율이 상대적으로 낮게 나타나는 배경에는 국민연금에 비교한 퇴직연금과 개인연금 수급권 사각지대의 비중이 상대적으로 높다는 점이 자리 잡고 있다.

반면 국민연금, 퇴직연금, 개인연금 수급권을 모두 획득한(국민+퇴직+개인) 개인들의 통합 소득대체율은 베이비 붐 에코 세대의 경우 60% 이상으로 상당히 높을 것으로 추정된다(<표 7-7> 참고). 결국 퇴직연금이나 개인연금 등 사적연금을 통해 적정 노후소득을 확보하기 위해서는 국민연금과 유사한 수준으로 사적연금 수급권 확대가 필요한 상황이다. 그러나 중단기적으로 퇴직연금이나 개인연금과 같은 사적연금 수급권을 획기적으로 강화하는 것은 쉽지 않은 목표라고 할 수 있다.

〈표 7-5〉 연금 수급권의 중층 구조 전망

(단위: %)

세대 구분		무연금	국민연금	개인연금	국민+퇴직	국민+개인	국민+퇴직+개인
전체	베이비 붐('55-'63)	52.66	28.36	7.62	1.36	8.02	1.97
	베이비 버스터('64-'67)	40.64	30.42	6.89	7.19	7.29	7.56
	제2차 베이비 붐('68-'74)	32.52	30.43	6.31	11.25	7.83	11.66
	제2차 베이비 버스터('75-'78)	21.64	30.72	5.13	17.81	9.54	15.16
	베이비 붐 에코('79-'92)	19.92	22.96	6.57	21.56	9.52	19.48
남성	베이비 붐('55-'63)	33.93	41.70	7.66	1.28	12.16	3.27
	베이비 버스터('64-'67)	23.58	41.38	4.81	7.10	10.84	12.30
	제2차 베이비 붐('68-'74)	17.96	40.38	3.16	11.30	9.95	17.24
	제2차 베이비 버스터('75-'78)	9.85	37.51	1.97	23.67	9.37	17.63
	베이비 붐 에코('79-'92)	12.35	24.95	4.01	27.67	9.33	21.70
여성	베이비 붐('55-'63)	71.14	15.19	7.58	1.44	3.95	0.70
	베이비 버스터('64-'67)	57.04	19.89	8.90	7.28	3.88	3.01
	제2차 베이비 붐('68-'74)	46.28	21.01	9.29	11.21	5.82	6.39
	제2차 베이비 버스터('75-'78)	32.61	24.41	8.06	12.36	9.70	12.86
	베이비 붐 에코('79-'92)	26.91	21.12	8.93	15.92	9.69	17.42

주: 행 기준으로 산출된 상대 빈도임(각 행의 상대 빈도 합은 100%).
 자료: 우해봉 외(2016)의 자료를 활용하여 추정

〈표 7-6〉 연금 수급권 유형별 소득대체율 전망(국민연금 수급권자 대상)

(단위: %)

세대 구분		국민+퇴직	국민+개인	국민+퇴직+개인
전체	베이비 붐('55-'63)	26.64	30.20	30.97
	베이비 버스터('64-'67)	27.06	28.85	31.71
	제2차 베이비 붐('68-'74)	27.69	28.81	33.22
	제2차 베이비 버스터('75-'78)	28.65	28.40	34.46
	베이비 붐 에코('79-'92)	33.39	30.86	40.65
남성	베이비 붐('55-'63)	27.29	30.78	31.58
	베이비 버스터('64-'67)	28.60	30.39	33.56
	제2차 베이비 붐('68-'74)	28.40	28.82	33.85
	제2차 베이비 버스터('75-'78)	28.63	25.67	33.00
	베이비 붐 에코('79-'92)	33.54	27.87	39.43
여성	베이비 붐('55-'63)	24.89	28.64	29.32
	베이비 버스터('64-'67)	24.00	25.73	27.98
	제2차 베이비 붐('68-'74)	26.51	28.79	32.16
	제2차 베이비 버스터('75-'78)	28.66	32.18	36.47
	베이비 붐 에코('79-'92)	33.22	34.45	42.12

자료: 우해봉 외(2016)의 자료를 활용하여 추정

〈표 7-7〉 연금 수급권 유형별 소득대체율 전망(중복 수급권자 대상)

(단위: %)

세대 구분		국민+퇴직	국민+개인	국민+퇴직+개인
전체	베이비 붐('55-'63)	35.03	43.30	50.95
	베이비 버스터('64-'67)	34.97	40.98	52.43
	제2차 베이비 붐('68-'74)	35.59	40.50	53.62
	제2차 베이비 버스터('75-'78)	37.64	41.49	56.02
	베이비 붐 에코('79-'92)	44.16	43.32	62.23
남성	베이비 붐('55-'63)	37.31	42.46	50.37
	베이비 버스터('64-'67)	37.30	40.00	52.10
	제2차 베이비 붐('68-'74)	36.65	38.13	52.23
	제2차 베이비 버스터('75-'78)	37.01	36.28	52.37
	베이비 붐 에코('79-'92)	42.80	38.23	57.73
여성	베이비 붐('55-'63)	30.26	46.06	53.67
	베이비 버스터('64-'67)	30.73	44.16	53.74
	제2차 베이비 붐('68-'74)	33.96	45.52	57.18
	제2차 베이비 버스터('75-'78)	38.61	47.29	60.66
	베이비 붐 에코('79-'92)	46.01	48.69	67.39

자료: 우해봉 외(2016)의 자료를 활용하여 추정

3. 향후 핵심 정책 과제

가. 기존 국민연금 사각지대 해소 대책 개관

최근까지 다양한 사각지대 해소 대책들이 추진되었는데, 이들 대책들은 대체로 다음과 같이 유형화해 볼 수 있다. 첫째, 사각지대 해소 대책으로 가장 빈번히 논의된 방안은 본인의 직접적인 기여 없이 가입기간을 인정해 주는 크레딧 제도이다. 출산 크레딧과 군복무 크레딧은 물론 국민연금 보험료를 지원해 주는 제도(농어업인 보험료 지원, 두루누리 사회보험료 지원, 실업 크레딧) 또한 넓게는 크레딧 제도에 해당한다고 할 수 있다. 이들 사각지대 대책들은 정부 재정이든 국민연금기금이든 가입자를 위하여 직접적인 재정 지원이 이루어지는 특징이 있다.

둘째, 명시적으로 가입기간 인정이나 보험료 지원은 없지만, 국민연금 가입기간을 확대하여 수급권 사각지대를 해소하고 급여 적정성을 제고하는 다양한 조치들 또한 취해진 바 있다. 보험료 납부 시기를 유연하게 조정할 수 있는 국민연금 보험료 추납제도와 선납제도 및 과거 수령한 반환일시금을 반환하여 가입기간을 회복할 수 있는 반납

금 제도가 대표적이다. 임의가입 및 임의계속가입 제도 또한 가입기간 확대 측면에서 일정한 역할을 하는 제도로 언급된다.

마지막으로, 국민연금 가입기간 확대를 명시적으로 지향하지는 않지만, 국민연금 가입기간 확대로 이어질 수 있는 제도 개선 조치들이 있다. 대표적으로, 지역가입자의 사업장가입자 전환 정책은 가입자의 보험료 부담을 경감함으로써 가입기간 확대에 긍정적인 효과를 지니고 있다. 사업장가입자 전환 정책의 가장 최근 대상으로는 복수 사업장 단시간 근로자 및 18세 미만 근로자가 있다.

〈표 7-8〉 국민연금 사각지대 해소 대책 개관

구분		제도 내용				
출산 크레딧	대상	2008년 1월 1일 이후 출생(임양) 자녀				
	인정기간	1인	2인	3인	4인	5인+
		-	12개월	30개월	48개월	50개월
	재원	국비 30%, 기금 70%				
	인정 소득	국민연금 A값의 100%				
군복무 크레딧	대상	2008.1.1. 이후 입대자(현역병, 사회복무요원)				
	인정기간	6개월				
	재원	국비				
	인정소득	A값의 50%				
실업 크레딧	대상	국민연금 가입자 또는 가입자였던 개인 중 재산·소득 요건을 충족하는 18세 이상 60세 미만의 구직급여 수급자				
	인정기간	구직급여 수급 기간(1회당 3~8개월)(최대 1년)				
	재원	본인 25%, 고용노동부 일반회계 25%, 국민연금기금 25%, 고용보험기금 25%				
	인정소득	실직 전 3개월 평균소득의 50%(상한 70만 원)				
농어업인 국민연금 보험료 지원	대상	농어업인 임의가입자 및 농어업인 지역임의계속가입자				
	재원	국비(농어촌구조개선특별회계법)				
	기준소득	91만 원(16)				
	지원액	기준소득 이하		기준소득 초과		
	소득월액의 50% 정률 지원		기준소득 연금 보험료의 50% 정액 지원			
두루누리 사회보험료 지원	대상	10인 미만 사업장 종사 근로자 및 사용자				
	재원	고용노동부 일반회계				
	기준임금	140만 원 미만(16)				
	지원액	근로자 및 사용자, 신규 가입자 60% 및 기존 가입자 40%				
연금보험료 선납제도						
연금보험료 추납제도		경력 단절 여성 등				
반환일시금 반납제도						
임의가입제도		임의가입자 기준소득월액 하향 조정 등				
임의계속가입제도						
사업장가입자 전환 정책		복수 사업장 종사 단시간 근로자, 18세 미만자 등				

최근까지 추진된 국민연금 사각지대 해소 대책들을 종합해 보면 크레딧 제도나 연금 보험료 지원과 같은 재정 지원에 기초한 정책들도 있지만, 대체적으로 정부 혹은 국민연금기금 재정에 미치는 부정적인 영향을 최소화하는 한편 개인들의 자발적 선택에 기초하여 사각지대를 해소하고자 하는 방안들이 주를 이룬다고 할 수 있다. 비록 이러한 접근이 재정 건전성 확보 측면에서는 긍정적일 수 있지만, 현재까지 광범위하게 남아 있는 적용 사각지대를 획기적으로 축소하기에는 많은 어려움이 있는 것 또한 사실이다.

향후 사각지대 해소 대책들의 효과성을 높이기 위해서는 다음과 같은 사항들을 검토할 필요가 있다. 첫째, 복지 지출에 대한 요구는 증가하고 있지만, 정부의 재정적 여력에는 한계가 있다. 또한 국민연금이 적정 기여-급여 체계를 구축하지 못한 관계로 사각지대 해소를 통해 국민연금 수급권이 강화될 경우 불가피하게 국민연금 재정은 부정적인 효과를 초래할 수밖에 없는 상황이다. 비록 사각지대 축소(노후 빈곤 해소)와 재정 안정화를 동시에 강조하고 있지만, 이들 두 가지 목적을 어떠한 방식으로 조합할 것인가에 대한 뚜렷한 원칙 없이 제도 개편이 추진된 측면이 있다. 사각지대 축소와 재정 안정화가 일정 부분 상충적인 관계에 있음을 고려할 때 어떠한 원칙에 기초하여 이들 목표를 조화롭게 달성할 것인가에 대한 보다 세부적인 검토가 필요한 시점이다.

둘째, 다양한 사각지대 해소 대책들이 추진될 수 있지만, 사각지대 해소 대책 간 우선순위가 설정될 필요가 있다. 공·사적 연금을 가로질러 노후소득보장 사각지대를 해소하기 위한 수많은 방안들이 검토 및 추진되고 있지만, 정책적 개입의 우선순위에 대한 논의는 부족했던 것이 사실이다. 재정적 여력이 부족한 상황에서 수많은 사각지대 해소 대책들을 동시에 추진할 경우 정교한 제도 설계가 어려운 동시에 사각지대 대책의 효과성을 낮추는 상황으로 이어질 수 있다. 사각지대 해소 대책의 효과성을 극대화하기 위해서는 사회적 보호의 필요성, 재정적 제약 등 다양한 측면에서 정책적 개입의 우선순위를 설정하고 이에 기초하여 정교하게 제도를 설계할 필요가 있다.

마지막으로, 현재 추진되고 있는 사각지대 해소 대책의 효과성이 떨어지는 배경에는 대상 규모나 지원 수준이 낮은 점뿐만 아니라 다양한 대책 간 연계 없이 단순히 수많은 사각지대 해소 대책들이 병렬적으로 추진된 점도 자리 잡고 있다. 향후 사각지대 해소 방안의 효과성을 높이기 위해서는 사각지대 해소에 장애가 되는 요인들을 통합적으로 검토하는 방식이 보다 바람직한 측면이 있다. 보다 근본적으로, 현 국민연금제도의 기

본 틀을 유지한 상태에서 사각지대를 해소하기 어렵다면 노후소득보장제도의 틀을 개편하는 보다 구조적인 개혁 방안에 대한 검토 또한 필요할 것이다.

나. 향후 핵심 정책 과제

전 세계적으로 다층보장을 강화하는 추세이지만, 앞에서 살펴보았듯이, 중단기적으로 퇴직연금이나 개인연금과 같은 사적연금이 국민연금과 유사한 수준의 노후소득보장 기능을 수행할 것을 기대하기는 매우 어렵다. 그러나 노후소득보장에서 공적연금의 역할이 중요함에도 불구하고, 사회보험방식에 기초한 국민연금의 경우 가입 유인 제공과 소득 파악 능력을 강화하여 적용 사각지대를 점진적으로 축소시키는 방안 외에는 현 시점에서 획기적인 해결책이 없는 상황이다. 낮은 경제활동참가율에 기인한 적용 사각지대 문제는 단기적으로 해결할 수 없는 구조적인 문제이다. 다른 한편으로, 소득 활동을 하고 있음에도 불구하고 보험료를 납부하지 않는 배경에는 취약 근로계층의 열악한 노동시장 환경과 소득 파악 기반 부족이 자리 잡고 있다. 최근 들어 일용근로자 실태 조사 등 소득 파악 기반을 강화하고자 하는 다양한 시도가 이루어지고 있다. 그러나 취약 근로계층이 직면한 열악한 노동시장 환경을 고려할 때 단순히 소득 파악 기반 강화를 통해 사각지대 문제를 충실히 해결하기는 어려운 상황이기에 다양한 재정적 혹은 비재정적 가입 유인을 제공하는 조치 또한 필요하다고 할 수 있다.

앞에서도 언급했듯이, 향후 사각지대 해소 대책의 효과성을 극대화하기 위해서는 사회적 보호의 필요성, 재정적 조건 등 다양한 측면에서 정책적 개입의 우선순위를 설정하고 이에 기초하여 정교하게 정책을 설계할 필요가 있다. 정책 과제의 우선순위와 관련하여, 우선, 현 시점에서 적용 사각지대의 상당 부분을 차지하는 한편 기존 사각지대 해소 대책에서 고려되지 못한 저소득 지역가입자(영세 자영업자 등)의 적용 사각지대 문제를 완화시킬 필요가 있다. 현재 국민연금 지역가입자 집단의 경우 영세 자영업자를 포함하여 노동시장 상황이 열악한 동시에 소득활동을 하는 경우에도 소득 파악 인프라의 부족으로 인해 제도권 진입을 효과적으로 유도하기 쉽지 않은 상황이다. 또한 현재 사업주가입자의 경우 저임금 근로자를 대상으로 두루누리 사업이 진행되고 있다는 점에서 형평성 차원에서 연금보험료 지원 등 저소득 지역가입자를 대상으로 한 사각지대 해소 대책을 검토할 필요성은 높다고 할 수 있다.

저소득 지역가입자의 사각지대 해소와 함께 또 다른 핵심 정책 과제로 여성의 국민연금 수급권을 강화할 필요가 있다. 앞서서도 언급했듯이, 적정 노후소득보장 측면에서는 1인 1연금 체제가 바람직하지만, 여성의 국민연금 수급권 사각지대는 장기적으로도 작지 않을 것으로 전망되고 있다. 이러한 측면에서 크레딧 제도의 역할 강화에 대한 보다 적극적인 검토가 필요하다고 할 수 있다. 2007년 국민연금 개혁 과정에서 출산 크레딧 제도가 도입되었지만, 둘째 이상 출산에 대해 최대 50개월의 크레딧을 제공하고 있다. 그러나 우리나라의 합계출산율(TFR) 수준을 고려할 때 현재의 출산 크레딧 제도를 통해 여성의 국민연금 수급권 사각지대 문제를 효과적으로 해소하기는 쉽지 않은 상황이다. 이에 따라, 첫째 자녀에 대한 크레딧 지급 등을 포함하여 출산 크레딧 제도의 노후소득보장 기능을 제고하는 방안에 대한 검토 또한 중요한 정책 과제라고 할 수 있다.

4. 대상자 및 재정 소요 전망

본 절과 다음 절에서는 위에서 언급한 사회보험료 지원 사업과 크레딧 제도 강화 방안을 보다 세부적으로 검토하기로 한다. 사회보험료 지원 사업의 경우 국민연금 지역가입자를 대상으로 하여 새롭게 연금보험료를 지원하는 방안을 검토하며, 크레딧 제도의 경우 여성의 국민연금 사각지대 해소를 위하여 현 출산 크레딧 제도를 강화하는 방안을 검토하기로 한다.

우선, 사회보험료 지원 방안과 관련하여, 국민연금 지역가입자 집단에 납부예외자 또한 포함되지만, 연금보험료 지원 사업의 대상자는 소득신고자로 한정하기로 한다. 물론 연금보험료 지원에 따라 비공식적으로 소득활동을 하는 납부예외자 또한 소득신고자로 전환될 개연성도 존재한다. 그러나 현재까지 납부예외자 중에서 소득활동을 하는 개인들에 관한 신뢰할 만한 정보가 존재하지 않는다는 점에서 본 연구에서는 납부예외자를 지원 대상 모집단에 포함하지는 않기로 한다.²⁾

지역 소득신고자의 경우 이미 연금보험료 납부 대상자란 점에서 사각지대 해소 정책의 타당한 목표 집단인가에 관해 의문이 제기될 수 있다. 그러나 <표 7-9>에서 볼 수

2) 물론 이는 납부예외자에 국한되는 문제는 아니다. 납부예외자뿐만 아니라 비공식적으로 소득활동을 하는 적용제외자도 동일한 차원에서 해석될 수 있다.

있듯이, 소득신고자의 경우 사업장가입자에 비해 보험료 징수율이 상당히 낮다는 점이 지적될 필요가 있다. 소득신고자의 경우에도 적용 사각지대에 속할 위험이 현존하고 있는 것이다.

〈표 7-9〉 국민연금 사업장가입자와 지역가입자의 보험료 납부를 추이(납부 기한 내 납부 기준)

구 분	2011년 12월	2012년 12월	2013년 12월	2014년 12월	2015년 12월
사업장가입자	93.4%	93.6%	94.1%	94.2%	94.4%
지역가입자	62.2%	62.1%	60.9%	61.9%	61.9%

자료: 보건복지부 내부 자료.

〈표 7-10〉에서 살펴볼 수 있듯이, 2015년 12월 말 기준으로 국민연금 지역가입자 중 소득신고자는 3,791,244명이다. 현재 국민연금 지역가입자 중에서 국민연금 보험료 지원 혜택을 보는 개인들이 존재하는데, 농어업인 연금보험료 지원 대상자들이 여기에 해당한다. 2015년 말 기준으로 농어업인 연금보험료 지원 대상자는 373,228명으로 파악되고 있다(15년 예산안 기준 163,760백만 원)(국민연금연구원, 2016, p.30; 국회예산정책처, 2014, p.88). 지역 소득신고자에서 농어업인 국민연금 보험료 지원 대상자를 제한 3,418천 명 정도가 연금보험료 지원 대상 지역가입자 모집단이라고 할 수 있다.

〈표 7-10〉 국민연금 지역 소득신고자의 유형별 특성(2015년 12월 말 기준)

(단위: 천 명)

계	1 유형	3 유형	2 유형	4 유형
	과세 자료 보유		과세 자료 미보유	
	사업자등록증 보유	사업자등록증 미보유	사업자등록증 보유	사업자등록증 미보유
3,791,244	1,751,422	462,904	387,092	1,189,826

자료: 국민연금공단 내부 자료.

지역 소득신고자 중에서 제3 유형은 사업자등록증은 보유하고 있지는 않지만, 국제청 과세 자료가 존재하는 개인들이다. 일반적으로 제3 유형은 사회서비스업 및 개인서비스업에 종사하는 특수형태근로종사자, 일용 및 단시간 근로자와 같은 인적 용역 제공자로 추정되고 있다. 제3 유형(납부예외자 포함)의 경우 사업장가입자 전환 정책을

통한 연금보험료 부담 경감이 중요한 정책 방향인 것으로 논의되지만, 이와 관련하여 현재까지 큰 진전은 없는 상황이다. 이러한 점에서 사업장가입자로 전환되지 않고 있는 이들의 경우 또한 지역가입자 보험료 지원 대상 모집단에 포함되는 것이 적절한 것으로 판단된다.

통상적으로 사업자등록증을 보유하고 있지만, 국세청 과세 자료가 존재하는 않는 제 2 유형(387,092명)이 영세 자영자로 논의되며 연금보험료 지원의 필요성이 높은 집단으로 분류된다. 그러나 지역가입자를 유형별로 엄밀히 구분하기 쉽지 않은 동시에 특정 유형만을 목표 집단으로 하여 재정적 지원을 할 경우에 발생할 수 있는 형평성 문제를 고려할 때 전체 지역 소득신고자를 모집단으로 하여 지원 대상자를 선별하는 방식이 적절한 것으로 판단된다.

국민연금 지역 소득신고자 중 지원 대상 규모를 어느 수준에서 할 것인가에 대해서는 다양한 방안이 검토될 수는 있지만, 사업장가입자를 대상으로 한 연금보험료 지원이 저임금 근로자를 중심으로 이루어지는 것을 감안하면 지역가입자 보험료 지원 또한 저소득자를 중심으로 추진하는 것이 바람직하다고 판단된다. 저소득 지역가입자 중 현재까지 가장 빈번히 논의되는 대상 집단은 차상위계층이다.³⁾ 차상위계층의 경우 사회적 보호의 필요성이 높은 동시에 저임금 근로자를 대상으로 하는 사업장가입자 연금보험료 지원 사업과의 형평성 측면에서도 큰 문제는 없는 것으로 판단된다.

국민연금 지역 소득신고자 중 차상위계층을 연금보험료 지원 사업의 목표 집단으로 설정하는 것이 개념적으로는 명확하지만, 현실적으로 그 대상 규모 그리고 사업 추진에 따른 재정 소요액을 정확히 추정하는 것은 쉽지 않다. 현재까지 국민연금 지역 소득신고자 중에서 차상위계층의 정확한 규모 파악은 이루어지지 못하고 있다. 또한 지역가입자의 경우 사업장가입자와 달리 신고소득에 기초한 관계로 정확한 소득 파악이 가능하지 않은 또 다른 문제가 있다.

현 시점에서 신뢰할 만한 정보가 활용 가능하지 않다는 점에서 본 연구에서는 정확

3) 국민기초생활보장(생계급여, 의료급여) 수급자가 당연직용사업장에 종사할 경우 당연사업장가입자가 되지만, 본인의 희망에 따라 사업장가입자가 되지 아니할 수 있다. 사업장가입자가 아닌 국민기초생활보장(생계급여, 의료급여) 수급자는 현 제도상 (소득 활동과 관계없이) 지역가입자가 아니라 제도의 의무 적용에서 제외되며, 본인의 희망에 따라 임의가입이 가능하다. 결과적으로 저소득 지역가입자 연금보험료 지원 사업의 핵심 대상은 차상위계층이라고 할 수 있다. 다만, 소득 활동을 하는 생계급여 및 의료급여 수급자의 경우에도 본인 희망 시 지역가입자 가입을 통해 연금보험료 지원을 받을 수 있도록 하는 방안에 대한 검토 또한 필요한 것으로 보인다.

한 지원 대상 규모와 재정 소요액 대신 현 지역가입자 기준소득월액에 기초하여 보험료 지원 대상자와 재정 소요액을 개략적으로 추산해 보고자 한다. 2017년 지역가입자 연금보험료 지원에 필요한 재정 소요액 추정은 현재까지 활용 가능한 가장 최근 자료인 2016년 자료에 기초한다. 우선, 지역가입자 연금보험료 지원 대상자는 기준소득월액이 2017년 기준 1인 가구 차상위계층 기준선인 826,466원 이하를 대상으로 한다(중위소득의 50%).⁴⁾ 연금보험료 지원은 저소득 지역가입자로 분류되는 기준소득까지 소득수준에 따라 연금보험료의 50%를 지원하는 방식을 적용한다. 향후 5년 재정 소요액 추계에서는, 대상자 규모는 일정하게 유지되는 것으로 가정하며, 지역가입자 연간 소득상승률은 2%로 설정한다.⁵⁾ 이러한 가정들을 적용할 경우(농어민 연금보험료 지원 대상자 제외) 2016년 12월 말 지역 소득신고자 기준으로 국민연금 보험료 지원 대상자는 533천 명, 그리고 저소득 지역가입자 연금보험료 지원에 필요한 재정 소요액은 경상가격 기준으로 2018년 1,928억 원에서 2022년 2,087억 원 수준으로 추계된다.

〈표 7-11〉 저소득 국민연금 지역 소득신고자 보험료 지원 대상자 추계치

(단위: 천 명)

소득월액(천원)	300 미만	300~399	400~499	500~599	600~699	700~799	800~826	합계
대상자	10	12	22	99	140	220	31	533

〈표 7-12〉 저소득 국민연금 지역 소득신고자 보험료 지원 재정(국비) 소요 추계치

(단위: 억 원)

연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
재정 소요액	1,928	1,967	2,006	2,046	2,087

다음으로, 출산 크레딧 강화와 관련하여 다음과 같은 제도 개선 방안을 검토한다. 출산 크레딧 제도를 통해 여성의 연금 수급권을 강화하기 위해서는 자녀당 크레딧 인정 기간을 확대할 필요가 있다. 현 제도의 경우 자녀가 5명 이상일 경우 50개월의 출산 크레딧을 제공하고 있지만, 앞에서도 언급했듯이, 현재 한국 사회의 출산율(TFR) 수준을

4) 맞춤형 급여 체계로 전환됨으로 인해 2015년 7월 이후 차상위계층 선정 기준은 최저생계비의 120%에서 중위소득의 50%로 변경되었다.

5) 참고로, 국민연금 중기 재정 전망(2016~2020)의 경우 지역가입자의 평균소득월액 상승률을 1.75% 수준으로 전망하고 있다(박성민 외, 2015, p.52).

고려한다면(2016년 기준 합계출산율(잠정치) 1.170) 출산 크레딧 제도를 통해 여성의 연금 수급권을 강화하는 것은 현실적으로 매우 어려운 상황이다. 장기적으로도 합계출산율이 대체출산율(TFR = 2.1) 이상으로 상승하길 기대하는 것이 어렵다는 점을 고려하면 자녀 2~3명 수준에서 출산 크레딧 제도가 목표로 하는 가입기간(예컨대, 60개월)을 제공하는 것이 바람직하다. 또한 출산 크레딧 제도의 노후소득보장 효과를 강화하기 위해서는 현 제도에서 제외되고 있는 첫째 자녀를 포함할 필요가 있다.

물론 첫째 자녀를 포함하는 한편 자녀 2~3명 수준에서 출산 크레딧 제도가 목표로 하는 인정기간을 제공한다는 점에서 중장기적으로 재정적 부담이 크게 증가하는 문제가 있다. 재정적 부담을 줄이기 위해 인정소득을 축소하는 방안 등을 검토할 수는 있지만, 본 연구에서는 상대적으로 지원 대상자 규모가 큰 첫째 자녀의 가입인정 기간을 12개월로 하는 반면 둘째 이상 자녀에 대해서는 자녀당 24개월을 지급하는 방식으로 출산 크레딧 제도를 설계한다.

자녀당 크레딧 인정 기간 확대와 함께 크레딧 지원 시점 또한 중요한 의미를 갖는데, 본 연구에서는 연금 수급 시점에서 연금액을 지원하는 현행 방식 대신 출산 시점에서 보험료를 지원하는 방식으로 제도를 재설계한다. 현재의 연금액 지원 방식은 출산 크레딧 제도에 대한 체감도가 낮을 뿐만 아니라 크레딧 재원 부담을 미래 세대로 전가한다는 점에서 세대 간 형평성 측면에서도 바람직하지 않다. 출산 크레딧 제도의 특성상 전액 국비로 지원하는 것이 바람직하지만, 단기기간에 국비 부담이 급격하게 증가할 수 있다는 점에서 현재의 재원 부담 방식을 유지하기로 한다.

〈표 7-13〉 출산 크레딧 제도 개선(안)

구분	현행 제도					개선 방안	
	1인	2인	3인	4인	5인 이상	1인	2인 이상
인정 기간	-	12개월	30개월	48개월	50개월	12개월	12개월(첫째) + 둘째 이상 자녀당 24개월
재원	국비 30% & 기금 70%					좌동	
지원 방식	연금 수급 시점에서 연금액 지원 방식					출산 시점에서 보험료 지원 방식	
인정 소득	A값의 100%					좌동	

출산 크레딧 대상 규모 추계는 통계청(2017a)의 2016년 장래인구추계 자료를 사용하기로 한다. 다만, 출생순위별 출생아 수 전망에서는 2015년의 출생순위별 출생아 비중이 2018~2022년 동안 유지되는 것으로 가정한다. 분석상의 간명성을 유지하기 위해 다섯째 출생아 이상의 출생아는 모두 다섯째 출생자로 간주한다.⁶⁾ <표 7-14>가 연도별 출생아 수를 나타내는 관계로 정확한 크레딧 수급자 규모를 나타내는 것은 아니지만, 각 출생아별로 1명의 크레딧 수급자가 발생한다는 가정하에서는 출산 크레딧 수급자 규모를 보여 준다고 할 수 있다. 물론 출생아별로 1명의 크레딧 수급자가 발생하며 2018~2022년 기간 동안 동일한 개인이 여러 명의 자녀를 출산할 경우 출산 크레딧 수급자 규모는 <표 7-14>보다 작을 수 있으며, 다른 한편으로 자녀당 출산 크레딧을 배우자 간 배분하는 상황이 발생할 경우 출산 크레딧 수급자 규모는 <표 7-14>보다 커질 수 있을 것이다.

<표 7-14> 출산 크레딧 제도 개선(안) 지원 대상(출생아) 추계치

(단위: 명)

연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	합계
전체	410,770	409,075	407,623	407,013	407,440	2,041,921
첫째	214,793	213,907	213,148	212,829	213,052	1,067,728
둘째	156,087	155,443	154,892	154,660	154,822	775,904
셋째	34,866	34,722	34,599	34,547	34,583	173,316
넷째	4,124	4,107	4,092	4,086	4,090	20,499
다섯째 이상	900	896	893	892	893	4,474

<표 7-15>와 <표 7-16>은 본 연구에서 설계한 출산 크레딧 제도 개선에 따른 2018~2022년 기간의 재정 소요액(국비 30%)을 보여 준다. 우선, <표 7-15>는 출산 크레딧 지원 방식을 현행 연금액 지원 방식 대신 출산 시점 기준 보험료 지원 방식으로 변경할 경우에 나타나는 재정 소요액을 보여 주고 있다. 크레딧 지원 시점만을 조정하기에 현 제도와 마찬가지로 첫 번째 출생아에 대한 재정 소요는 발생하지 않는다. 연금 급여 수급 시점에서 연금액을 지원하는 현행 방식과 달리, 본 연구가 제안하는 것처럼

6) 2015년의 경우 다섯째 이상 출생아는 총 958명인데, 이 중에서 다섯째 출생아가 715명이며, 여섯째 출생아 이상자는 대략 25% 수준이다(통계청, 2017b).

출산 시점에서 연금보험료를 지원할 경우 <표 7-15>처럼 단기적으로 추가적인 재정 소요가 발생하지만, 수익비가 1을 초과하는 현행 국민연금제도의 기여-급여 체계로 인해 국민연금 재정계산과 같은 장기 재정 전망에서는 재정(국비) 투입이 감소하는 모습을 보인다(국비 비율 고정).

<표 7-16>은 출산 크레딧 지원 방식을 현행 사후 지원 방식 대신 출산 시점에서 지원하는 방식으로 조정하였음을 전제로 크레딧 인정기간을 확대할 경우, 보다 구체적으로 첫째 자녀 12개월, 둘째 이상 자녀당 24개월의 인정기간을 출산 시점에서 지급할 경우의 (순)재정 소요액을 보여 주고 있다. <표 7-15>와 마찬가지로 <표 7-16>에서 출생순위가 높아질수록 재정(국비) 소요액이 감소하는 것은 고순위 출생아 규모가 작은 상황을 반영한다. 경상가격 기준으로 크레딧 인정기간 확대에 따른 추가적인 재정 소요액(국비 30%)은 2018년 3,367억 원에서 2022년 4,374억 원 수준으로 추계된다.

<표 7-15> 출산 크레딧 제도 개선에 따른 재정(국비) 소요 추계치: 크레딧 지원 시기 조정

(단위: 억 원)

연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
전체	1,844	1,974	2,107	2,247	2,396
첫째	0	0	0	0	0
둘째	1,341	1,435	1,532	1,633	1,741
셋째	449	481	513	547	583
넷째	53	57	61	65	69
다섯째 이상	1	1	1	2	2

<표 7-16> 출산 크레딧 제도 개선에 따른 재정(국비) 소요 추계치: 크레딧 인정기간 확대

(단위: 억 원)

연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
전체	3,367	3,605	3,847	4,102	4,374
첫째	1,845	1,975	2,108	2,248	2,396
둘째	1,341	1,435	1,532	1,633	1,741
셋째	150	160	171	182	194
넷째	18	19	20	22	23
다섯째 이상	14	15	16	17	18

5. 고려 사항

국민연금 사각지대 해소와 관련하여 본 연구에서는 저소득 지역가입자의 적용 사각지대 완화(연금보험료 지원)와 여성의 연금 수급권 강화(출산 크레딧 강화)를 핵심 정책 과제로 언급하였다. 본 연구에서 검토한 국민연금 보험료 지원이나 출산 크레딧 확대 방안은 생애주기적 측면에서 볼 때 은퇴기 이전에 연금보험료나 크레딧을 지원하여 은퇴기의 연금 수급권 확보와 급여 적정성을 제고한다는 점에서 단기적으로 빈곤 완화 효과를 기대하기는 어려운 정책 방안들이라고 할 수 있다. 기본적으로 저소득 지역가입자에 대한 연금보험료 지원이나 출산 크레딧 제공은 단기적인 효과 대신 중장기적 안목에서 노후 빈곤 완화를 목적으로 하는 제도라고 할 수 있다. 제도 개선이 갖는 이러한 성격을 염두에 두고 구체적인 정책 추진 과정에서는 다음과 같은 다양한 사항들을 면밀히 검토할 필요가 있을 것이다.

우선, 저소득 지역가입자를 대상으로 한 연금보험료 지원과 관련하여, 첫째, 저소득층에 대한 기준(예컨대, 차상위계층)을 어떻게 설정할 것인가의 문제이다. 본 연구에서는 기준소득월액을 기준으로 대상자를 선정하고 보험료 지원(재정 소요액) 수준을 결정하고 있지만, 지역가입자의 소득이 실제 소득이 아닌 「신고소득」이라는 점에서 실제 정책 추진 과정에서는 정확한 소득 파악과 이에 기초한 대상자 선정 작업이 필요할 것이다. 물론 소득 파악과 관련된 행정 비용을 어떻게 최소화할 것인가에 대한 검토 또한 필요할 것이다.

둘째, 국민연금 지역가입자들이 경험하는 경제적 어려움을 고려한다면 지원 대상자 규모는 현재의 농어업인 연금보험료 지원 대상자에 비해 매우 클 수 있다. 활용 가능한 재정상의 제약을 고려한다면 지원 대상 규모를 조정(혹은 기준소득 조정)하거나 지원 수준을 조정하는 추가적인 고려가 필요할 것이다.

셋째, 저소득 지역가입자를 대상으로 한 국민연금 보험료 지원 사업 대상자 규모가 작을 경우에는 큰 문제가 아니지만, 지원 대상 규모가 클 경우 국민연금 A값의 하락으로 인한 연금 급여의 적정성 문제가 발생할 개연성 또한 존재한다. 연금보험료 지원 대상 저소득 지역가입자의 규모가 클 경우 A값 산정 방식에 관한 추가적인 검토 또한 필요할 수 있을 것이다.

마지막으로, 재정적 제약이 존재하는 상황에서 연금보험료 지원 대상을 크게 확대하

는 것은 현실적으로 쉽지 않을 수 있다. 앞서서도 언급했지만, 현 지역가입자 중에서는 특수형태근로종사자나 단시간 근로자 등 잠재적으로 사업장가입자로 전환될 수 있는 개인들이 상당수 존재하는 것이 사실이다. 이들 개인들의 사업장가입자 전환이 쉽지 않은 과제이지만, 중장기적 과제로 지속적으로 추진될 필요가 있다.

다음으로, 출산 크레딧 제도의 확대와 관련하여 다음과 같은 사항들을 추가적으로 고려할 필요가 있다. 첫째, 크레딧 적용 대상에서의 우선순위 문제이다. 현행 제도의 경우 합의를 우선으로 하되 합의가 없을 경우 부부 간 크레딧을 균분하도록 하고 있다. 출산 크레딧 제도가 여성의 연금 수급권 강화를 목적으로 하고 있다는 점 그리고 대체로 여성이 주된 양육 활동 제공자임을 고려할 때 원칙적으로 주된 양육 활동 제공자에게 크레딧을 지급하는 방향으로의 제도 개선을 검토할 필요가 있다. 다만, 크레딧 수급자가 연금 수급권을 획득하지 못할 경우 배우자에게 출산 크레딧을 지급하는 예외를 인정할 필요가 있을 것이다.

둘째, 본 연구에서는 재정상의 고려에 기초하여 출산 크레딧 재원의 일부만을 국비가 부담하는 현행 틀을 유지하는 방식으로 제도 개선 방안을 검토하고 있다. 그러나 원칙적으로 출산 크레딧의 재원은 전액 국비로 조달하는 것이 바람직하다. 재정 부담의 급격한 증가를 고려하여 국비 지원의 비중을 현행 30%에서 향후 단계적으로 상향 조정하는 방안에 대한 검토가 바람직한 것으로 보인다.

마지막으로, 현재의 크레딧 제도는 출산 크레딧으로 명명되고 있지만, 일정 부분 양육 크레딧의 성격도 가지고 있는 것으로 볼 수 있다. 본 연구에서는 크레딧 제도 강화에 따른 재정 부담을 완화하기 위해 첫째 자녀에 대한 크레딧 인정기간을 12개월만 제한적으로 인정하고 있다. 크레딧의 노후소득보장 기능을 제고하기 위해서는 재정적 여건이 허용하는 대로 첫째 자녀에 대한 인정기간을 추가적으로 확대하는 방안을 검토할 필요가 있을 것이다.

〈표 7-17〉 대비표: 저소득 지역가입자 연금보험료 지원

구분	향후				
지원 대상	저소득 국민연금 지역가입자(소득신고자) 533천 명				
지원 수준	국민연금 보험료 2분의 1(4.5%) 지원				
예산(억 원: 국비)	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
	1,928	1,967	2,006	2,046	2,087

〈표 7-18〉 대비표: 출산 크레딧 제도 개선: 크레딧 지급 시기 조정 및 인정기간 확대

구분	향후				
지원 대상 (출생아 수)	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
	410,770	409,075	407,623	407,013	407,440
지원 수준	국민연금 A값의 9%				
예산(억 원: 국비)	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
	5,211	5,579	5,954	6,349	6,769

제 8 장

의료비부담완화: 재난적 의료비
지원사업 제도화 방안

8

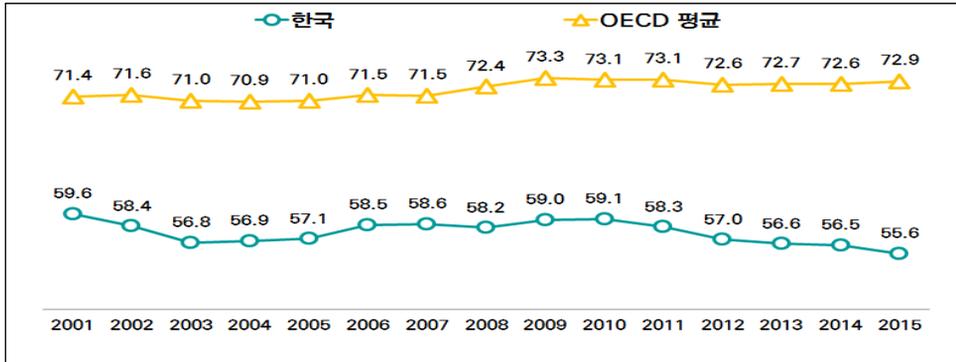
의료비부담완화: 재난적 의료비 << 지원사업 제도화 방안

1. 과제개요 및 모델

그 동안 우리나라는 1차 의료안전망인 건강보험과 2차 안전망인 의료급여제도의 지속적인 보장성 확대를 통해 의료의 사각지대 해소를 위한 노력을 해 왔다. 1989년 전국민 건강보험 실시 이후에 신규 급여항목 확대, 급여일수 및 급여기준 확대 등을 지속적으로 추진하였고, 「'05~'08 제1차 건강보험보장성 강화계획」과 「'09~'13 제2차 건강보험 보장성 강화계획」, 본인부담상한제의 실시 및 개선, 산정특례제도를 통한 4대 중증질환자와 6세 미만 아동의 본인부담 경감 등 다양한 보장성 강화정책을 수립하여 국민의 의료비 부담을 줄이고자 많은 정책들을 추진해 왔다. 하지만 보장성 강화정책의 속도 보다 빠른 비급여의 확대는 건강보험 보장성을 위협하는 주요 원인으로 작용하고 있으며, 건강보험제도의 조속한 정착을 위한 낮은 보험료 부담 수준 또한 건강보험 보장성 확대의 걸림돌로 작용하고 있다. 그 결과 그 간의 보장성 확대 노력에도 불구하고 우리나라 건강보험 보장률¹⁾은 아직까지도 60% 초반 대에 답보하고 있는 상황이다. 2015년 현재 우리나라 의료비 중 공공재원 비중은 55.6%로 OECD국가의 평균 공공재원 비중인 72.9%보다 17.3%p 낮은 수준이며 OECD 34개 국가 중 공공재원 비중은 31번째로 하위권에 머물고 있다. 더욱이 지난 15년 간 OECD 국가의 평균 공공재원의 비중은 1.5%p 증가한 반면 동기간 우리나라의 공공재원 비중은 오히려 4.0%p 감소한 것으로 나타났다.

1) 건강보험 보장률: ('09년) 65.0% → ('10년) 63.6% → ('11년) 63.0% → ('12년) 62.5% → ('13년) 62.0% → ('14년) 63.2%

[그림 8-1] 의료비 중 공공재원 비중 추이 (%)

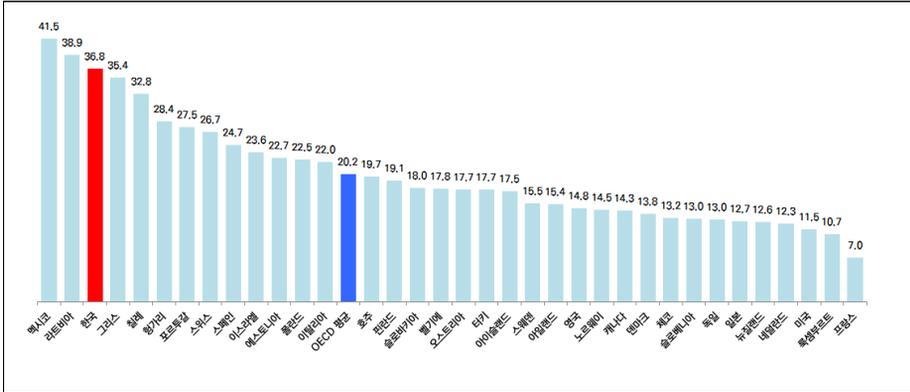


자료: OECD(2016), OECD Health Data2016, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.(Last updated: 12 October 2016).

건강보험에서 보장해주지 못하는 의료서비스에 대해 환자가 직접 지불해야 하는 높은 본인부담 의료비 수준은 의료 접근성에 있어 장애요인으로 작용하게 되며 또한 높은 본인부담 의료비는 가계의 경제적 부담을 야기하게 된다(OECD, 2012). 특히, 건강보험 보장률이 높지 않은 상황에서 비급여를 포함한 우리나라의 본인부담 의료비는 높은 수준이며 다른 나라에 비해서도 상대적으로 높게 나타나고 있다. 2014년 OECD 국가의 국민의료비 대비 평균 본인부담²⁾비중은 약 20.2% 수준인데 반해 우리나라는 36.8%로 OECD 국가의 평균 본인부담 의료비 보다 16.6%p 높은 수준이며, 이는 멕시코, 리트비아에 이어 OECD 국가 중 3번째로 본인부담³⁾이 높은 것으로 나타났다.

2) 본인부담 비율은 정부재원 또는 사회보장기금의 ‘공공재원’ 뿐만 아니라 민간의료보험이 사후 지불을 통해 의료비를 보험금으로 보존해주는 ‘실손형 민간보험’과 같이 사전적으로 풀링한(pooling) 재원에서 지불된 의료비(prepayment)를 제외하고 가계가 직접 지출한 의료비의 비율을 의미함.
 3) 본인부담 비율은 정부재원 또는 사회보장기금의 ‘공공재원’ 뿐만 아니라 민간의료보험이 사후 지불을 통해 의료비를 보험금으로 보존해주는 ‘실손형 민간보험’과 같이 사전적으로 풀링한(pooling) 재원에서 지불된 의료비(prepayment)를 제외하고 가계가 직접 지출한 의료비의 비율을 의미함.

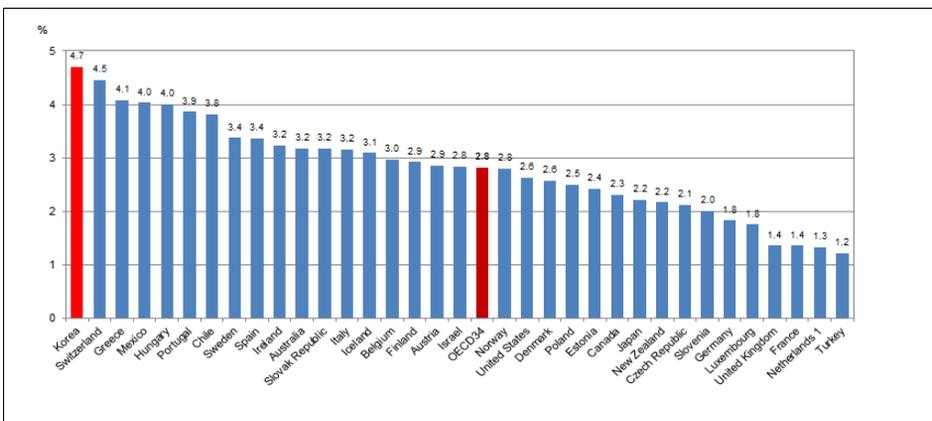
[그림 8-2] 국민의료비 대비 본인부담 비율, 2014년(혹은 최근)



자료: OECD(2016), OECD Health Data2016, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>. (Last updated: 12 October 2016)

의료비에 대한 높은 본인부담은 가구의 경제적 부담으로 이어지고 있다. OECD 국가의 최종 가구 소비에서 본인부담 보건의료비가 차지하는 비중을 살펴본 결과, 우리나라 가구소비 중 의료비 부담은 계속 증가하고 있으며 2013년도에는 OECD국가 중 가구의 의료비 부담이 가장 높은 것으로 나타났다. 2009년 우리나라 가구 소비에서 차지하는 평균 본인부담 의료비 비율은 약 4.3%로 그리스, 멕시코, 칠레에 이어 4번째로 높았으나, 2013년도 한국의 가구소비 중 본인부담 의료비가 차지하는 비중은 OECD 평균 2.8%에 비해 1.9%p 더 높은 4.7%로 OECD 34개국 중 최하위를 기록하였다.

[그림 8-3] 가구 소비에서 차지하는 본인부담 의료비 비율, 2013년(혹은 최근)



자료: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

그 간의 지속적인 보장성 확대 노력에도 불구하고 가구의 의료비 부담은 여전히 다른 국가에 비해 높은 수준이다. 건강보험제도의 빠른 정착을 위해 설계되었던 낮은 보험료 수준과 낮은 보장 수준 그리고 급여화 속도 보다 빠르게 증가하고 있는 비급여는 보장성 확대에 있어 가장 큰 걸림돌로 작용하고 있다. 그 결과 예상치 못한 고액 진료비 발생은 가구의 의료비 부담을 가중시키고 이러한 과부담 의료비는 특히 소득수준이 낮은 저소득 가구의 재난적 의료비 발생의 주요한 원인으로 작용하고 있다. 의료보장 수준이 낮은 상황에서 취약 계층에 대한 의료비 부담 완화와 이로 인한 빈곤화 방지를 위해서는 보장률이 일정 수준에 이르기까지 필수 비급여를 포함한 의료비 지원제도가 절실하다고 할 수 있다.

이에 정부는 법정 본인부담에만 적용되는 산정특례제도와 본인부담상한제로는 비급여로 인한 가계의 의료비부담을 줄일 수 없다는 판단으로 새 정부 출범과 함께 국정과제로서 비급여 개선방안을 제시하였고 「'14~'18 제3차 건강보험 보장성 강화계획」을 통해 고액질병인 4대 중증질환부터 단계적으로 급여화를 추진하고 있다. 하지만 3대 비급여부터 시작된 비급여의 급여화는 작업이 방대하고 긴 시간을 통한 사회적 합의를 요구하기 때문에 건강보험 보장성 강화와 3대 비급여 제도 개선 효과가 충분히 발생할 때까지 한시적으로 저소득층에 대해 『중증질환 재난적의료비 지원 사업』을 시행하였다. 4대 중증질환을 중심으로 '13년 8월부터 시행된 재난적 의료비 지원 사업은 환자가 실제 부담(비급여 포함)하는 의료비 모두를 지원범위로 포함하고 있어 가구의 실질적 의료비 부담 완화에 기여한 의료비 지원 사업 모형으로 평가되고 있다. 이후 재난적 의료비 지원 사업에 대한 지속시행의 요구도가 높아 '17년까지 연장 시행하는 것으로 결정되었으나, 향후 저소득계층의 의료 빈곤 방지를 위하여 향후 보장률이 일정 수준에 이르기 전까지 지속적인 사업운영을 위한 제도화 방안의 모색이 필요하다.

2. 제도현황 및 문제인식

중증질환 재난적의료비 지원사업(이하 '지원사업')은 「보건의료기본법」 제4조 1항 35) 및 제4항36), 제45조 제1항37)을 근거로 과도한 의료비 지출로 경제적 부담을 안고 있는 저소득 중증질환자 가구에 대한 의료비지원을 통해 가계파탄을 방지하고 국민생활의 안정을 제고하고자 시행되었다. 당초 이 사업은 정부가 국민의 의료비 부담완

화를 위해 시행한 4대 중증질환 보장성 강화 및 선택진료비·상급병실료 등 비급여 제도 개선이 본격화되기까지 한시적 보완대책으로 마련된 사업이었다. 이에 따라 『중증질환 재난적의료비 지원 사업』은 2013년 8월 1일부터 2015년 12월 31일까지 시행될 예정이었으나, 한시적 사업임에 불구하고 사업의 지속시행에 대한 요구도가 높아 2017년까지 연장되어 시행되고 있다. 2017년 중증질환 재난적 의료비 지원 대상과 지원기준은 다음과 같다. 먼저 의료급여·차상위 계층은 선택진료비, 상급병실료(특실 제외) 등 비급여를 포함한 1회 입원 진료비의 확정본인부담액이 100만 원 이상 발생한 경우이며, 가구 소득이 기준중위소득 80% 이하인 저소득 가구에 대해서는 확정본인부담금 200만 원 이상, 기준중위소득 80% 초과 100% 이하는 실제 본인부담액이 연간소득 대비 30% 이상인 경우에 한해 2천만 원 상한으로 확정본인부담 의료비 발생구간별로 50~70%까지 차등 지원⁴⁾을 하고 있다. '13년 사업 시행 이후 '14년에는 19,974명에 대해 580억 원, '15년에는 19,291명에 589억 원(1인당 약 300만원)이 지원되었으며 사업 적용 대상자의 보장률은 73.2%에서 82.2%로 약 9.0%p 높아진 것으로 평가되고 있다(임승지 외, 2016).

〈표 8-1〉 중증질환 재난적 의료비 지원 사업 현황('16.11.30.기준)

(단위: 백만 원, 건)

구 분	'13년		'14년		'15년		~'16.11월	
	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수
계	15,018	4,550	57,999	19,974	58,960	19,291	38,618	12,889
의료급여, 차상위자	3,804	1,567	14,656	6,658	16,867	6,581	11,599	4,794
중위소득 80% 이하자	8,770	2,470	30,622	10,250	33,953	11,225	22,366	7,489
중위소득 80%~120%	2,444	513	12,721	3,066	8,140	1,485	4,653	606

자료: 보건복지부 내부자료

『중증질환 재난적의료비 지원사업』은 '13년 추경과 사회복지공동모금회 모금액으로 사업을 시작하였고 '14년부터는 복권기금과 사회복지공동모금회 지원금을 활용한

4) 100만 원~500만 원은 50% 지원, 500만 원~1000만 원은 60% 지원, 1000만 원 초과는 70% 지원

매칭 펀드 방식으로 운영해 왔다. 『중증질환 재난적의료비 지원사업』은 우리나라 ‘저 부담-저급여’의 제한적 의료보장체계와 맞물려 양산된 비급여 본인부담금이 과부담 의료비를 유발하고 비급여에 대한 통제나 관리기전이 미흡한 상황에서 단계적 비급여의 급여화를 통한 보장률이 일정 수준에 이르기까지 재난적 의료비가 발생할 수 있는 저소득층을 보호하기 위해 시작된 한시적 의료안전망이라 할 수 있다. 그러나 한시적으로 시작된 사업의 한계로 인해 매년 안정적인 재원마련과 관리·운영의 근거 없이 운영되어 제도의 지속가능성을 예측할 수 없었고, 특히 저소득층임에도 산정특례제도 대상자인 4대 중증질환과 중증화상환자에게만 지원되어 타 질환자와의 형평성이 논란이 되어 왔다(임승지 외, 2016). 따라서 의료비 지원의 형평성, 지원 자격의 적절성, 안정적인 재원확보 방안 등에 충분한 고민과 함께 사업의 제도화 방안 모색이 필요할 것으로 보인다.

3. 국내외 유사 또는 관련 정책

우리나라의 의료비 지원제도는 크게 응급대불제도처럼 비용을 대불해 주는 제도와 장애인의료비지원, 암치료지원처럼 법정본인부담부분을 지원하는 사업, 그리고 희귀난치성질환이나 소아백혈병지원 등 비급여의 일부분까지 지원해주는 다양한 사업들을 시행되어 외형적인 의료안전망의 틀은 갖추고 있다고 할 수 있다. 하지만 현행 의료비 지원 사업들은 각 사업마다 대상자 선정기준, 급여수준, 관리운영 및 의료비 지원방식 등이 분절적으로 운영되고 있으며 내용 사업마다 다른 대상자 선정기준과 의료비 지원수준은 보장성과 형평성 측면에서도 문제점으로 지적되고 있다. 특히, 현재 비급여까지 포괄하여 지원하고 있는 『중증질환 재난적의료비 지원사업』은 특정 중증질환 중심으로 운영되어 지원의 형평성에 대한 논란이 지속되고 있으며, 전 국민을 대상으로 시행하고 있는 본인부담 상한제 역시 핵심문제인 비급여 본인부담을 고려하지 않아 정책 효과가 제한적이라는 한계가 존재한다.

〈표 8-2〉 의료비 지원사업 현황

예산	구분	대상자 선정				
		신청	접수	자격확인	자격조사 자료	대상자 선정
일반 회계	긴급의료지원	환자	시군구	시군구	복지행정시스템 금융재산조사 일제조사 기타 서류 등	시군구
	장애인 의료비 지원	환자	시군구	시군구	장애인 등록자료	시군구
	외국인근로자 등 소외계층 무료 진료 사업	환자 의료기관 방문	사업시행 의료기관	사업시행 의료기관	여권 등	사업시행 의료기관
	차상위계층 본인부담경감	환자	시군구	시군구	복지행정시스템 부양의무자 소득조사	국민건강 보험공단
국민 건강 증진 기금	미숙아·선천성 이상아 의료비 지원	환자	보건소	보건소	보험료 납부 영수증	보건소
	노인 개인수술	환자 시군구	한국실명 예방재단	한국실명 예방재단	기초생활보장 수급권자 여부	재단
	소아, 아동 암환자 의료비 지원사업	환자	보건소	시군구/ 읍면동 사무소 (자산조사)	복지행정시스템 금융재산조사 일제조사 기타 서류 등	보건소
	성인 암환자 의료비 지원사업	환자	보건소	보건소	국가암조기검진사업 대상자	보건소
	희귀·난치성 질환자 의료비 지원사업	환자	보건소	시군구 또는 읍면동 사무소 (자산조사)	복지행정시스템 금융재산조사 일제조사 기타 서류 등	보건소
	구강건강관리 (노인틀니)	환자	시군구	시군구	복지행정시스템	보건소
응급 의료 기금	응급의료 미수금 대불제도	의료기관	심평원	심평원	미수금 대불청구서 응급진료비 미납확인서	심평원
복권 기금	재난적 의료비 지원사업 ⁵⁾	환자	국민건강 보험공단 지사	국민건강 보험공단 지사	보험료 부과자료	국민건강 보험공단 지사

우리나라와 마찬가지로 의료보장을 위해 사회보험방식(social health insurance, SHI)의 건강보험제도를 시행하고 있는 벨기에에는 유럽의 선진국 중에서 본인부담률(25%~40%)이 비교적 높은 나라로서 재난적 의료비로부터 국민을 보호하기 위해 소

5) 사회복지공동모금회와 matching fund방식으로 운영

득수준에 따라 5구간 본인부담상한제를 시행하고 있으며 급여보장영역에서 보장하지 못하는 본인부담금을 지원하기 위해 건강보험재정의 일부로 특별연대기금(special solidarity fund, SSF)을 운영하고 있다. SSF는 정규급여항목에 없는 소수의 특정 의료서비스로 인한 고액 의료비 발생에 대한 최후의 의료안전망으로서 특별연대기금(SSF)을 질병장애보험공단(NIHDI)의 재원으로 1989년부터 건강보험법에 근거해 운영되고 있다. 대상자는 의료보험에 가입되어 있는 자로써 의료보험 혜택 대상자는 누구나 신청 가능하며, 소득에 관계없이 동일하게 적용된다. 벨기에 건강법에서 규정하고 있는 조건을 모두 충족할 경우, 특별연대기금(SSF)의 상환 대상 의료서비스로 고려될 수 있다고 규정하고 있다.

※ 특별연대기금(SSF)의 상환 조건

- 고가 의료서비스
- 환자의 생명에 위협을 줄 수 있는 질환
- 권위 있는 국제 의료기관들로부터 과학적 가치와 효과가 입증된 의료서비스
- 치료 가능한 진단·치료법에 대해 벨기에의 정규상환체계 내에서 수용 가능한 대안이 없는 경우
- 유럽연합 또는 유럽경제지역국가들에서 해당 의료서비스에 대한 권한이 있는 관련 전문의가 처방한 경우

마찬가지로 사회보험제도를 시행하고 있는 프랑스는 건강보험법에 근거한 ALD30(Les Affections de Longue Durée 30)제도를 운영하고 있다. 정규급여항목으로 대부분의 의료서비스를 커버하는 높은 보장성을 근간으로, 고가의 장기적 치료가 필요한 29개 질병 목록(ICD-10기준 약 400개 질환)에 대해 본인부담금을 전액 면제하는 ALD30 제도를 운영하고 있으며, 이 밖에 ALD31과 ALD32 제도를 통해 고가이면서 장기치료가 필요한 추가질환에 대해 심사를 통해 본인부담면제 혜택을 주고 있다. 이것이 가능한 것은 건강보험공단(CNAMTS)과 별도 조직인 최고보건청(HAS)에서 상근의사들이 모든 개별 질병치료의 과정에서 본인부담면제가 되는 서비스와 안되는 서비스를 명확히 구분한 가이드라인을 제시해 운영하고 있기 때문이다. 또한 급여보장목록에 없으나 효과성과 안정성이 기대되는 고가의약품에 대해 ATU제도를 운영

해 건강보험재정에서 지원하고 있다.

조세방식(national health services, NHS)의 의료보장제도를 운영하고 있는 이탈리아는 이탈리아에서 중증질환과 관련한 대부분의 의료서비스는 정규상환체계에서 급여되고 있으나, 희귀질환의 경우 정규급여목록에 없는 고가의 치료 및 의약품의 동정적 사용(compassionate use)을 위해 의약품청(Agenzia Italiana del Farmaco, AIFA)에서 AIFA 5% Fund를 운영하고 있다. 환자 본인부담금이 거의 없음에도 급여 보장목록에 없는 고가의 약에 대해 동정적 사용(同情的使用, compassionate use)이 가능하도록 의약품청(AIFA)에서 제약회사 판촉비의 5%를 각출하여 공적기금으로 『AIFA 5% Fund』를 운영해 지원하고 있다.

4. 세부추진방안 및 일정

기존 사업은 4대 중증질환(암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성 질환)을 중심으로 운영되면서 타 질환과의 형평성 문제가 지속적으로 제기되어 왔다. 따라서 보편적 제도화 방안을 모색함에 있어서 질환에 상관없이 모든 고액질환을 기준으로 과부담 의료비를 지원하되, 재난적 의료비에 취약한 저소득층을 중심으로 의료급여대상자와 차상위 계층을 포함한 소득하위 50%까지를 지원하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 재난적 의료비는 의료비가 소득의 일정수준을 초과해 발생하는 경우로서 모든 건강보험가입자에게 발생할 수 있으나, 공적 건강보험의 보장률이 높지 않은 상황에서 의료이용으로 인한 과부담은 주로 저소득계층에 집중된다는 점과 재원확보의 한계 등을 고려하여 우선적으로 저소득 계층을 대상으로 하는 방안이 검토되어야 할 것이다. 이는 소득수준을 고려해 차등화된 제도 기준을 적용함으로써 재난적 의료비가 많이 발생하는 저소득층에게 지원이 집중되도록 하는 것이다.

재난적 의료비 지원 사업의 제도화는 현재 시행하고 있는 『중증질환 재난적의료비 지원사업』 모형을 근간으로 설계할 수 있을 것이다. 먼저 의료비 지원기준은 현행 제도와 유사한 수준으로 의료급여·차상위계층의 경우 실 본인부담의료비가 100만 원 이상, 건강보험료 기준 가구소득 1~3분위는 연소득 대비 연간 의료비가 20% 이상 그리고 보험료 기준 4~5분위는 연소득 대비 연간 의료비가 30% 이상 발생 시 의료비를 지원하며 연간 최고 2천만 원 범위에서 지원하는 방안을 검토해 볼 수 있다.

〈표 8-3〉 의료비 지원 자격기준(‘14년 기준 예시)

(단위: 만 원)

구분	의료급여 ·차상위	건강보험					가입자				
		1분위	2분위	3분위	4분위	5분위	6분위	7분위	8분위	9분위	10분위
의료비지원 기준금액	정액	소득대비 20%			소득대비 30%			소득대비 40%			
	100	190	270	330	600	720	880	1,000	1,300	2,400	4,300

주: 의료비 기준은 매년 상한제와 같은 방식으로 의료비발생 기준을 정액으로 복지부 고시하는 방식 제안

기존 사업에서 금액구간을 3개 구간으로 나누어 확정본인부담금 100만 원~500만 원은 50% 지원, 500만 원~1000만 원은 60% 지원, 1000만 원 초과는 70% 지원하였으나, 기존 사업에 대한 평가 결과 고액 환자부담금에 대한 지원이 고소득자에 집중되는 경향이 나타났고 특히 전 질환으로 지원 대상이 확대됨에 따라 금액구간에 관계없이 연간 상한 2천만 원 범위 내에서 본인부담액의 50% 수준 지원으로 설계하는 것이 적절한 것으로 판단된다. 실제 재난적 의료비 지급 현황을 분석한 연구 결과⁶⁾에서도 전체 지원건의 86.6%는 500만 원 미만 건으로 나타나고 있으며 본인부담 500만 원 이상인 대상자 비중은 소득수준이 높을수록 증가한 것으로 나타났다.

지원기준은 고액질환으로 인한 과부담 의료비 완화 취지에서 입원의료비와 고액 항암치료제나 희귀난치성질환 등 일부 외래진료비 포함하여 지원하되, 재난적 의료비라 할 수 없는 보호자 식대, 간병비, 미용목적의 성형수술, 다빈치 로봇 수술 등의 선택적 비급여 처치는 지원에서 제외하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 또한 기존 사업에서 중증 질환 사업대상자 입원청구건의 99.8%가 입원일수 90일 이내로 나타났으며, 요양 성격의 입원 장기화를 방지하기 위하여 입원일수 상한기준은 제한하는 방안이 필요할 것으로 보인다.

관리 운영은 대상자 신청의 용이성, 접근성 및 급여비 관리의 전문성 등을 고려하여 건강보험공단에 위탁하여 사업 수행하도록 한다. 의료급여, 차상위 자격 대상자에 대해서는 현재 건보공단이 의료급여사업 수탁 중이며 차상위 경감자 대상자의 자격·급여정보를 보유하고 있으므로 의료급여, 차상위 자격 대상자는 직접신청을 하되 공단에서 지불보증을 하고, 병원에서 비용청구·정산을 진행하도록 하며, 건강보험 가입자는

6) ‘중증질환 재난적의료비 지원사업 효과평가 및 제도화 방안’, 국민건강보험공단, 2016

퇴원 후 60일 이내 공단에 의료비 신청하고 심사를 거쳐 공단에서 개인에게 현금을 지급하는 구조로 설계한다.

타 의료비지원사업과 관련해서는 여러 의료비 지원사업의 통합·일원화 필요성이 제기될 수 있으나 단기간 해결이 어려운 증장기적 과제이므로, 현재와 같이 지원 내역에서 중복이 발생하지 않도록 공제하되, “국고보조금 통합관리시스템”(17년 운용)에 따라 대상자를 관리하는 방안을 고려해 볼 수 있을 것이다.

재난적 의료비 지원사업의 제도화 있어 의료급여 등 대상자, 재원확보의 확장성·안정성을 고려할 때, 국민건강보험법령 개정이 아닌 특별법 제정이 필요할 것으로 판단되며 본 의료비 지원 사업 제도는 보장성이 일정 수준에 이르기까지의 브리지(bridge) 제도로서 한시법으로 제정하는 방안도 검토해 볼 수 있을 것이다. 사업의 목적, 재원, 지원 대상, 선정 기준, 자료 제공, 사후 관리 및 환수, 위임 및 위탁 등도 명시하여 별도 법 제정 시 안정적인 제도 시행과 지원 대상에 건강보험 대상자뿐만 아니라 의료급여 수급자까지를 포괄하는 방안을 모색하여야 한다.

5. 대상자 및 예산추계(5년간, 국비기준)

재난적 의료비 지원제도 방안의 제도대상 및 지원기준을 적용하였을 때 예상되는 대상자 수 및 소요재정의 변화를 추정하기 위하여 국민건강보험공단⁷⁾에서는 2014년 재난적 의료비DB, 의료급여DB, 건강보험DB의 통합DB를 이용해 제도화 기준을 적용한 시뮬레이션 분석을 시행하였다. 재난적 의료비가 발생한 모든 질환에 대해 소득 하위 50%까지 지원 시 15.8만 명에 약 2,555억 원 정도가 소요되며, 민간보험 가입자를 제외하는 경우에는 10.9만 명에 1,632억 원 정도가 소요되는 것으로 추계되었다⁸⁾.

7) ‘중증질환 재난적 의료비 지원사업 효과평가 및 제도화 방안’, 국민건강보험공단, 2016

8) 다만 추계결과는 제도시행에 따른 공급자 유인수요나 환자의 의료이용 증가를 고려하지 않았기 때문에 다소 과소추계의 가능성이 있고, 비급여 본인부담금이 2014년 건강보험 의료비실태조사 자료의 비급여율에 의한 추정된 값이라는 제한점이 있다.

〈표 8-4〉 재난적 의료비 제도 방안 기준에 따른 대상자 수 및 소요재정

(단위: 명, 백만 원)

		14년 현행	제도화	변화
계	대상자수	12,675	158,032	145,357
	소요재정	37,448	255,505	218,057
의료급여	대상자수	5,281	70,552	65,271
	소요재정	13,149	89,672	76,523
차상위	대상자수	1,151	20,824	19,673
	소요재정	3,533	25,917	22,384
건보소계	대상자수	6,243	66,656	60,413
	소요재정	20,766	139,916	119,150
1분위	대상자수	1,518	33,895	32,377
	소요재정	5,039	56,867	51,828
2분위	대상자수	1,165	15,111	13,946
	소요재정	3,796	31,994	28,198
3분위	대상자수	1,122	10,986	9,864
	소요재정	3,540	26,034	22,494
4분위	대상자수	1,201	3,784	2,583
	소요재정	4,052	13,323	9,271
5분위	대상자수	1,237	2,880	1,643
	소요재정	4,339	11,698	7,359

주: 환자본인부담 의료비가 재난적의료비 지원기준 초과 시, 법정본인부담금에 본인부담상한제를 적용한 후, 나머지 환자본인부담금의 50%를 지원하는 방안 (단, 단일주상병연속입원일수 90일까지 혹은 2천 만원 상한까지 지원함)

자료: 「중증질환 재난적의료비 지원사업 효과평가 및 제도화 방안」, 국민건강보험공단, 2016

국민건강보험공단의 추계는 2014년 데이터에 근거한 결과로 여기에 수가인상분을 반영한 제도화 사업의 소요예산은 '17년 현재 약 1,781억 원 정도로 예상되며 '18년부터 향후 5년간 재난적 의료비 지원 제도화 사업의 총 소요예산은 약 9,314억 원으로 예상된다.

〈표 8-5〉 소요예산 추계

(단위: 억 원)

	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	계
소요예산	1,781	1,821	1,862	1,904	1,947	9,314

주: 1) 국민건강보험공단 추계결과에 연도별 수가인상분 반영

2) '17년까지는 각 연도별 수가인상률을 반영하였고 '18년부터 이후는 지난 6년간의 평균 수가인상률(2.26%) 적용하였음.

자료: 「중증질환 재난적의료비 지원사업 효과평가 및 제도화 방안」, 국민건강보험공단, 2016

모든 질환을 대상으로 소득 하위 50%까지를 지원하는 재난적 의료비지원 제도화 방안을 모색함에 있어 재원마련에 대한 깊은 고민이 필요한 상황이다. 기존 사업에서는 주로 복권기금과 사회복지공동모금회 기부금을 활용하여 운영하여 왔으나 모든 질환으로 확대하여 운영하는 만큼 많은 기존 사업보다 많은 예산이 소요될 것으로 예상되고 있으며 지원 사업의 제도화를 모색함에 있어 중장기적으로 안정적인 재원확보 방안이 마련되어야 할 것이다. 이를 위해 다양한 재원확보 방안을 제시해 보면 다음과 같다. 첫째, 2016년 말 현재 건강보험 누적수지가 20조를 넘는 상황에서 이를 활용한 건강보험 적립금의 운용수익(연간 최대 3천억 원 규모)활용을 검토해 볼 수 있다. 둘째, 제약사 등 민간 기부금을 활용하는 방안이다. 이탈리아의 경우, 고가의 비급여 의약품에 대한 보장성 확대를 위해 세금을 높이기보다 법에 근거해 제약회사 판촉비의 5%를 기부 받아 기금으로 활용하고 있어 다양한 재정 확보 측면에서 고려해 볼 수 있을 것이다. 셋째, 건강보험에 지원되는 국고와 건강증진기금의 사용용도를 개정하여 활용하는 방안이다. 현행 국고지원은 법상 보험급여비, 관리운영비, 보험료 경감 지원 등으로 명시하고 있으며 건강증진기금도 건강검진, 흡연과 관련된 보험급여, 65세 이상 노인에게 대한 보험급여로 명시하고 있는바, 법 개정을 통해 건강보험제도권 내에서 운영하면서 의료급여 수급자는 국고, 저소득 건강보험 대상자는 건강보험재정으로 지원할 수 있다. 다만 가용 재원의 불분명한 구분은 건강보험 재정의 무분별한 증가 요인으로 작용할 수 있어 건강보험 제도 내에서 운영하되, 각 사업별 재원 규모는 구분 계리하여 관리하는 방안도 검토해 볼 수 있다. 마지막으로, 재원조달의 다각화로 정부지원(국고), 정부재원(복권기금 등), 민간기부금(사회복지공동모금회, 제약사 등) 등 범정부적 MOU를 통한 재원조달의 다각화를 모색할 수 있다. 벨기에의 경우, 보험료 외에 정부지원금, 부가가치세, 담배세, 제약회사 급여의약품 매출액의 1%과세 등의 다양한 재원을 확보하여 운영하는 것으로 알려져 있다.

6. 기대효과

국민건강보험공단의 연구⁹⁾에서는 사업적용 대비 제도화에 따른 의료비부담률, 재난적 의료비 경험가구수, 상대불평등지수를 이용한 의료비부담의 형평성 변화에 대해 시뮬레이션 분석 결과를 제시하였다. 본인부담상한제 전, 중증질환 재난적 의료비 지원 사업 전·후로 비교해 보았을 때, 사업대상자의 보장률은 각각 70.2%, 73.2%, 82.2%로 증가하였으며 이로 인해 전체 중증질환자의 보장률도 75.4%, 76.8%, 77.2%로 증가한 것으로 나타났다.

중증질환자 전체와 전 국민에게 미치는 영향은 적었지만, 기존 『중증질환 재난적의료비 지원사업』 대상자만을 볼 때, 상한제를 적용하고도 높은 의료비부담률을 절반수준으로 줄여주는 보장성 확대 효과를 보인 것으로 나타났다. 특히, 소득대비 의료비부담이 100%를 넘는 차상위계층과, 건강보험 소득10분위의 1,2분위 사업대상자의 본인부담의료비를 각각 691만 원→384만 원, 655만 원→323만 원, 665만 원→339만 원으로 감소되어 소득계층에 따라 사업적용 전 530만 원~1,185만 원의 본인부담의료비가 290만 원~763만 원으로 경감되는 효과를 보였다. 이러한 사업적용 전·후 의료비부담률 감소의 긍정적 효과는 재난적 의료비 기준을 초과해 의료비가 발생한 가구의 감소 효과로 이어졌다. 즉, 재난적의료비를 소득 대비 의료비 발생 40%기준을 적용할 때, 재난적 의료비 경험가구는 11,168가구에서 6,201가구로 4,967가구가 감소한 것으로 나타나 전체사업대상자 중 재난적 의료비 경험가구 비율이 68.9%에서 38.3%로 30.6%p 감소한 결과를 보였다(임승지 외, 2016). 다만 『중증질환 재난적의료비 지원사업』은 중위소득 120%까지만 적용되었고 그것도 4대 중증질환과 중증화상 환자에만 적용된 한계로 인해 전체 보장률에 있어서 매우 미세한 감소가 있었다. 따라서 특정 질환에 대한 지원이 아닌 고액 진료비가 소요되는 모든 질환에 대해 사업을 확대하며, 특히 재난적 의료비 발생에 취약한 저소득 계층에 대해 우선 지원함으로써 서민층 의료비 부담을 상당히 경감시킬 수 있을 것으로 예상된다. 즉, 재난적 의료비지원 제도화를 통해 민간보험에 가입할 경제적 여력이 없는 저소득 계층의 고액진료비로 인한 의료 빈곤화를 방지하여 1차 의료안전망인 건강보험과 2차 안전망인 의료급여제도와 더불어

9) '중증질환 재난적의료비 지원사업 효과평가 및 제도화 방안', 국민건강보험공단, 2016

명실 공히 3차 의료안전망으로서 저소득 계층의 실질적 의료비 부담 경감을 도모할 수 있을 것이다.

7. 고려사항

재난적 의료비 지원 제도화 방안은 비급여의 급여화와 비급여 필수의료서비스 관리가 완성될 때까지 가장 논란을 최소화 할 수 있는 방법으로 국민의 의료비부담을 줄이기 위한 브릿지(bridge) 제도로써 제안되었다. 비급여항목의 과부담 의료비에 대해서는 정규급여목록에 흡수될 때까지 지속적인 모니터링과 재난적 의료비 지원 제도에서의 비급여 지원범위에 대한 고민이 필요하다. 즉, 비급여 서비스에 대한 공급자 유인수요 및 수요자 불필요한 과다 이용이 가용지불능력에 연동될 수 있음을 고려해 의료이용의 도덕적 해이가 유발되지 않도록 하는 지원기준을 마련하여야 할 것이다. 재난적 의료비 지원 시 미용, 성형, 예방 목적 비급여, 유방 재건술, 효과 미 검증된 고가약 및 치료법, 선택적 비급여 등 지원 제외항목에 대한 세부적인 기준 마련이 필요할 것으로 보인다. 이를 위해 비급여 지원범위 설정을 위한 가이드라인을 마련하고 수집된 자료를 토대로 비급여 표준화 정책방향과 연계하여 활용할 수 있는 시스템의 구축도 필요하다. 그리고 수집된 비급여 정보를 활용하여 비급여 표준화의 근거 자료로 활용하기 위해서는 지원대상자의 비급여 포함 의료서비스 세부내역에 대한 전산구축이 반드시 필요하며, 업무특성을 고려한 전문 인력도 필요할 것이다.

이러한 논의의 연장선상에서 민간보험인 의료비 보장보험이나 실손보험과 중복적용을 허용할 것인지 허용하지 않을 것인지 대한 검토와 사회적 합의 또한 필요할 것으로 보인다. 기존 한시적 사업은 의료실비 지원하는 손해보험 가입자는 제외하되 정액 보상하는 생명보험 가입자는 포함하였다. 하지만 최후의 의료안전망으로 기능하도록 원칙적으로 지원 대상에서 민간보험 가입자를 제외할 것인지에 대한 고민이 필요하다. 이는 과도한 의료비 부담을 대비하여 민간보험에 가입한 저소득계층과의 형평성 문제가 발생할 수 있기 때문이다.

재원 조달 방안과 관련해서는 기존 한시적 사업에서 제도화를 목적으로 하고 있는 만큼 제도의 지속가능성을 염두에 두고 설계할 필요가 있다. 건강보험 누적적립금 운용수익을 활용하는 방안은 현 시점에서 재원확보가 용이하다는 장점이 있으나 향후 보

장성 확대, 노인의료비 증가, 저출산·경제성장률 둔화로 인한 보험료 부과기반 감소, 신 의료기술 등으로 인한 중장기적 재원확보가 불투명하며, 건강보험 재정으로 의료급여 대상자와 저소득층의 비급여 진료비까지를 지원하는 명분이 미흡할 수 있다. 또 다른 재원조달방안으로는 건강보험 제도권 내에서 운영하는 방안으로 건강보험 국고지원(보험료 예상수입액 14%)과 건강증진기금(보험료 예상수입액 6% < 당해 연도 부담금 예상수입액 65% 미만)을 활용하는 것이다. 저소득 취약계층 지원은 국가의 책임영역으로 안정적 재원기반, 국고지원의 당위성 확보가 가능하나 현행 국고지원의 필요성 및 규모에 대한 논란이 지속되는 상황이며 이마저도 한시적으로 지원되고 있다는 한계가 있다. 특히, 건강보험 제도권 내에서 운영하는 방안은 기존 소득에 따른 보험료 차등부과, 동일 급여 원칙에서 소득계층별 급여차등화로 패러다임이 전환됨에 따라 이에 대한 충분한 사회적 합의가 우선되어야 할 것이다. 마지막으로 제도화를 대비한 충분한 재원확보와 예산 조기 소진 시 대응 방안, 모든 질환으로 확대 시 그 간의 미충족 의료 수요로 인한 사업 초기 소요재정의 급증 가능성에 대해서도 검토가 필요할 것으로 보인다.

〈표 8-6〉 대비표

구분		현행	향후
지원대상	소득기준	의료급여 수급자, 차상위 계층 및 기준 중위소득 80% 초과100%이하	좌동
	질환기준	암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성 질환자, 중증화상 질환자	모든 질환
지원수준	소득구간	- 의료급여 수급자 및 차상위 100만원 이상 - 기준중위소득 80%이하는 2백만원 이상 - 기준중위소득 80% 초과 100% 이하는 연간소득 대비 30% 이상인 경우	- 의료급여 수급자 및 차상위 100만 원 이상 - 건보료 1~3분위는 연소득 대비 연간 의료비가 20% 이상 - 건보료 4~5분위는 연소득 대비 연간 의료비가 30% 이상인 경우
	지원수준	연간 2천만 원 범위내에서 본인부담 의료비 발생구간별로 50~70%까지 차등적용	연간 2천만원 범위 내에서 본인부담액 의료비의 50% 지원
관련예산		복권기금, 건강보험공단, 사회복지공동모금회	미정
사업 적용대상자 보장률 ¹⁾		사업 적용대상자 보장률 ▲9%p	-

주: 1) '중증질환 재난적의료비 지원사업 효과평가 및 제도화 방안', 국민건강보험공단, 2016

제 9 장

지역사회보장 균형발전 지원

9

지역사회보장 균형발전 지원 <<

1. 과제개요 및 모델

지역사회보장균형발전 지원은 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」에 근거하여, 새로운 제도의 운영을 모색하는 것이다.

지역 간 사회보장 수준의 차이를 최소화하면서 전반적인 수준 향상을 유도할 방안으로서, 지자체 복지의 중앙 의존도를 경감하고 지자체가 주도적으로 사회보장 기반을 강화해 가도록 지원하는 데 목적이 있다. 특히 ‘균형적’ 발전은 지역 차원의 격차가 곧 주민의 삶의 질 수준, 형평성에 영향을 미친다는 점에 주목하고, 그 격차를 줄이기 위한 정책적 개입을 시도하는 것이다.

법적 근거가 마련된 ‘사회보장특별지원 구역 운영’을 통해 취약지역 지원을 추진하여, 복지 및 보건의 취약도가 심각하고 재정여력이 미약한 지역에 대한 투자를 통해 사회보장수준 제고의 마중물 효과를 창출하는 데 목적을 둔다.

이를 위해서는 다차원의 단계적 준비가 필요하다. 첫째, 기본적으로 제도 운영의 기본 틀로서, 지역 선정 방법, 선정 단위, 선정 기준, 선정 규모, 지원 내용, 지원 방식을 결정해야 한다. 둘째, 제도 운영의 객관성과 합리성을 담보할 ‘지역사회보장지표’의 활용체계를 마련하는 노력이 병행되어야 한다. 지역사회보장지표는 지자체간 사회보장 수준의 현상과 변화를 공유할 근거이며, 이를 통해 지역의 특별지원에 대한 타당성을 확보할 수 있다. 셋째, 제도를 운영할 주체로서 보건복지부는 물론 사회보장위원회, 광역자치단체의 역할 범위, 협력 체계 마련이 필요하며, 특히 광역자치단체의 기초자치단체 균형발전 지원 역량을 강화해야 제도의 지속가능성과 실효성을 높일 제도가 될 것이다. 넷째, 사회보장부문 정부부처간 협력체계 마련은 유사 지역지원 제도의 중복성, 유사성을 고려한 운영의 효율성을 높일 우선순위가 높은 과제이다. 다섯째, 무엇보다 안정적인 재원을 마련하고 이에 앞서 사회적 공감대를 형성하는 과정이 중요한데, 지역사회보장 균형발전을 위한 ‘특별회계¹⁾’의 운영을

1) ‘특별회계는 국가에서 특정한 사업을 운영하고자 할 때, 특정한 자금을 보유하여 운용하고자 할 때, 특정

검토해 볼 수 있다.

〈사회보장특별지원구역 운영안 개요〉

- (선정 대상) 다른 지역에 비해 현저하게 사회보장 수준이 저조하면서, 지자체(시군구)의 재정여건이 열악한 경우, 사회보장 특정분야(아동, 노인 등)의 수준이 다른 지자체 보다 현저히 낮으면서, 이를 개선하려는 지자체 의지가 높은 경우 등
- (선정 절차) 사회보장위원회 또는 시·도 사회보장위원회의 심의를 통한 선정
- (선정 근거) 지역사회보장지표 수준 또는 지역사회보장계획의 평가 결과 등 객관적, 과학적인 근거 활용
- (주요 고려사항) 보건, 고용, 주거, 문화 분야 등의 취약지역 지원이 각 부처소관 법에 근거하여 운영중이므로, 이를 감안하여 사회복지부문의 운영방안 및 전체 사회보장영역의 종합적 고려방안 검토 필요

2. 제도현황 및 문제인식

2015년 7월부터 시행된 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」에는 ‘지역 사회보장 균등 실현 노력(제4조)’이 기본원칙으로 포함되었다. 지역사회보장의 균형발전(제45조), 지자체에 대한 지원(제47조), 사회보장 특별지원구역 운영(제48조) 등은 구체적인 실행 조항으로 그 원칙을 반영하고 있다.

(제45조 지역사회보장의 균형발전) 중앙행정기관의 장 및 시·도지사는 지자체간 사회보장 수준 차이의 최소화를 위한 예산 배분, 급여제공 기관 등의 배치에 필요한 조치를 하여야 한다.

(제47조 지자체에 대한 지원) 중앙행정기관의 장은 지자체장에게 사회보장사업 수행에 필요한 비용을 지원할 수 있고, 이 경우 평가결과를 반영할 수 있다.

(제48조 사회보장 특별지원구역 운영) 중앙행정기관의 장 또는 시·도지사는 영구임대주택단지, 저소득층 밀집 거주지, 그 밖에 보건, 복지, 고용, 주거, 문화 등 특정 분야의 서비스가 취약한 지역을 사회보장 특별지원구역으로 선정하여 지원할 수 있다.

‘사회보장 특별지원구역 운영’은 이 법안에서 제시하는 지역사회보장 균형발전을 위한 핵심적인 제도로서, 시행령을 통해 제도 운영의 근거를 마련하고 있다. 사회보장 특

한 세입으로 특정한 세출에 충당함으로써 일반회계와 구분하여 회계처리할 필요가 있을 때에 법률로써 설치(국가재정법 제4조)하는데, 특별회계설치 근거법률에 의해서만 설치가 가능하고 현재 국가균형발전특별법을 포함, 19개의 법률이 해당된다.

별지원구역 운영은 지역 간 사회보장 수준 차이를 최소화하고 전반적인 수준 향상을 유도할 지역사회보장 균형발전 지원체계를 마련하기 위한 목적으로, 지역사회보장지표를 통해 사회보장 수준이 열악한 지역을 사회보장위원회의 심의를 통해 선정한다는 제도의 기본 틀을 제시하고 있다.

〈사회보장급여법 시행령 제24조. 사회보장 특별지원구역의 선정등〉

- ① 중앙행정기관의 장 또는 시도지사는 특정 지역의 보건의료, 사회복지 등 분야별 지역사회보장지표 수준 또는 지역사회보장계획의 평가 결과를 고려하여 사회보장위원회 또는 시도 사회보장위원회의 심의를 거쳐 사회보장 특별지원구역을 선정할 수 있다.
- ② 지역사회보장지표는 보건복지부장관이 관계중앙행정기관의 장과 협의하여 지역사회보장계획 시행연도의 전년도 6월30일까지 정할 수 있다.
- ③ 중앙행정기관의 장 또는 시도지사는 사회보장 특별지원구역의 선정을 위한 세부기준 및 요건을 정할 수 있다.
- ④ 중앙행정기관의 장 또는 시도지사는 사회보장 특별지원구역을 선정하기 위하여 필요하면 해당 지역의 사회보장 관련 실태 등에 대하여 기초조사를 직접 실시하거나 전문기관에 조사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 중앙행정기관의 장 또는 시도지사 해당 지방자치단체의 장에게 기초조사에 필요한 자료의 제출을 요청할 수 있다.
- ⑤ 중앙행정기관의 장 또는 시도지사는 사회보장 특별지원구역을 선정한 경우에는 그 결과를 해당 지역을 관할하는 시도지사 및 시장군수구청장에게 통보하여야 한다.

그간 국가복지 확대에 따라 복지재정의 증가가 지속되면서, 중앙정부는 높은 복지 부담을 안게 되었고, 지자체는 주도적으로 복지를 추진할 수 있는 여건이 제약되는 구조가 고착화되었다. 우리의 지방자치 역사도 짧지만 사회복지부문의 분권화·지방화에 주목한 것은 약 10여년에 불과하다. 지자체가 복지 전달체계의 주축으로 활용되면서도 실질적인 분권과 신뢰 구축, 역량 강화는 미진한 것이다.

예컨대, 현재 전체 사회복지사업의 중앙과 지자체 부담은 6:4의 비율로 나타난다. 2016년 지자체 기능별·재원별세출예산(순계)에 따르면, ‘사회복지’ 부문 총 예산 76조 4천억 원 중 시도비 및 시군구비는 29조 7천억 원, 38.9%에 해당한다(지방재정통합공개시스템 자료로 산출). 지자체 부담이 적지 않으나, 국가(보조금)사업이 전체 사회복지예산 중 약 91%를 차지하고 있어, 지자체가 기획하는 자체사업은 8% 남짓에 해당한다(행정자치부, 2015회계연도 지방재정연감 자료).

향후에도 복지에 대한 사회적 수요는 부단히 증가할 것으로 예상되므로, 국가복지를 운영하는 중앙정부와 지방자치단체가 보다 균형적이고 지속가능한 운영체제로 그 패러다임을 전환할 필요가 있다.

〈표 9-1〉 복지운영 패러다임의 변화 방향

현행	향후
<ul style="list-style-type: none"> • 중앙정부 기획 • 사업별 보조금 배분 	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체의 주도성 강화 • 지자체의 재량적 재원 활용
<ul style="list-style-type: none"> • 전국단위 평균치 기준의 제도 설계, 균질적 집행 • 지역간 격차의 심화 	<ul style="list-style-type: none"> • 개인 욕구 특성, 상이한 지역 여건을 감안한 기획, 운영 • 지역간 편차의 축소와 부진지역의 자생력 강화

지역간 편차를 고려하지 않은 현재까지의 접근으로는 형평성을 담보한 정책 효과를 기대하기 어려울 것으로 예상된다.

지방재정력의 격차가 매우 큰 상황은 주지의 사실이다. 예컨대 재정자주도는 최고 87.1(경기과천시)에서 최저 28.4(광주북구)로 큰 편차(2016년 총계산기준, 지방재정 통합공개시스템)가 존재한다.

지역의 여건은 개인별 삶의 조건과 복지에 영향을 미치므로, 지역간 편차의 축소, 부진 지역의 지원을 위한 특별한 관심과 개입이 필요하다.

사회보장수준의 지역간 차이는 지자체의 재정여건, 주민복지에 대한 지자체(장)의 의지, 복지수요의 규모, 복지자원, 주민의 복지의식 및 참여 등의 복합적인 작용으로 발생한다. 특히, 지역 간 자원의 분포 불균형 등으로 지역주민의 사회보장급여 이용 접근성을 제약하는 결과가 초래되는데, 현재 확인할 수 있는 시·군·구 단위의 복지 여건을 살펴 보면 다음과 같이 상당한 편차가 존재한다.

〈표 9-2〉에서 시군구별 주요 복지 지표 현황(2015년 기준)을 살펴 보면, 노인 비율(최저 6.2%, 최고 36.3%), 유소년인구 비율(최저 5.9%, 최고 20.7%)의 편차를 비롯하여, 기초보장수급자 비율도 최저 0.7%, 최고 8.9%, 1인당 지자체 사회복지예산액도 최저 427천 원, 최고 1,820천 원으로 차이가 큰 상황이다.

〈표 9-2〉 시군구별 주요 복지지표 현황(2015년 기준)

영역	지표	단위	평균	최소값	최대값
지역 인구구조	유소년인구(14세 이하) 비율	%	12.6	5.9	20.7
	생산가능인구(15~64세) 비율	%	69.4	55.6	78.3
	노령인구(65세 이상) 비율	%	18.0	6.2	36.3
복지 수요자	출생아(0세) 비율	%	0.7	0.3	1.5
	유아(1~5세) 비율	%	4.1	1.9	7.3
	노인(65세 이상) 비율	%	18.0	6.2	36.3
	장기요양대상자 비율	%	1.2	0.4	3.0
	등록장애인 비율	%	6.4	2.5	11.3
	기초보장 수급자 비율	%	3.8	0.7	8.9
지자체 복지예산	지자체 총예산 대비 사회복지예산 비율	%	29.2	7.7	63.0
	1인당 지자체 사회복지예산액	천원	996	427	1,820
아동돌봄	영유아 천명당 어린이집 정원	명	684	388	1,163
	국공립 어린이집 정원 비율	%	15	0	72
	어린이집 평가 인증률	%	80	15	100
	유치원 교원 수 대비 원아 수	명	12	6	17
성인돌봄	장애인 돌봄 욕구 규모	명	13,146	627	58,441
	1인 가구 비율	%	30	17	46
	노인인구 천명당 노인여가복지시설 수	개소	10	1	33
	장기요양급여 이용자 수	명	1,883	84	7,591
보호안전	자동차 천대 당 교통사고 건수	건	11	4	28
	주민 만명 당 화재 발생건수	건	12	3	33
	소방공무원 1인당 담당 주민수	명	1,137	184	3,309
	구조구급대원 1인당 담당 주민수	명	4,502	619	24,881
	사고사망률	명	29	0	89
건강	보건의료 예산 비율	%	2	1	5
	필요의료서비스 미치료율	%	12	1	24
	걷기 실천율	%	41	17	73
	인플루엔자 예방접종률	%	43	29	63
	일반건강검진 수검률	%	74	64	86
	인구 천명당 의료기관 병상수	개	13	0	52
	인구 천명당 의료기관 종사 의사수	명	3	1	22
	스트레스 인지율	%	26	11	37
주관적 건강수준 인지율	%	46	32	64	

자료: 한국보건사회연구원(2016. 발간예정), 「지역사회보장균형발전지원센터 운영 보고서(2): 지역사회보장 현황 분석」의 내용 중 발췌하여 제시함.

이와 같은 상황을 감안할 때 사회보장급여법에 근거하여, 사회보장 수준이 취약한 지역을 ‘사회보장 특별지원구역’으로 선정하여 사회보장수준 향상을 유도하기 위한 준

비가 필요하다. 지자체의 개선 노력과 객관적 취약성을 고려하여 사회적 수용도를 높이고, 실질적 격차 완화를 달성할 방안을 마련하는 것이다.

3. 국내외 유사 또는 관련 정책

지역단위 지원 정책을 운영중인 사례를 사회보장부문을 중심으로 살펴보면, 성장촉진지역(국토교통부, 국가균형발전특별법), 지역활성화지역(국토교통부, 지역개발지원법), 문화환경 취약지역(문화관광부, 지역문화진흥법), 고용재난지역(고용노동부, 고용정책기본법), 의료취약지(보건복지부, 공공보건의료법) 등을 찾아볼 수 있다.

이 중 국토부 지역활성화 지원 사례를 살펴 보면, 그 취지는 성장촉진지역 유형화를 통해 낙후심화지역을 차등지원하는 것이다. “낙후지역 중 개발수준이 다른 지역에 비하여 현저하게 열악하고 낙후도가 심한 지역에 대하여 도지사의 요청을 받아 지역활성화지역으로 지정할 수 있다(지역개발지원법 제67조)”.

지역활성화 지역은 각 도별로 성장촉진지역의 30% 범위에서 선정하여, 전체 성장촉진지역(70개)의 31.4%인 22개 시군이 해당된다.

〈표 9-3〉 지역활성화 지역 선정 규모

구분	계	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남
성장촉진지역(A)	70	7	5	6	10	16	16	10
지역활성화지역(B)	22	2	2	2	3	5	5	3
비교(B/A)	31.4%	28.6%	40.0%	33.3%	30.0%	31.3%	31.3%	30.0%

지역의 선정은 도지사가 평가·선정 후 국토부장관에게 지정 요청하는데, 일반적 낙후도를 반영하는 공통지표(법정지표)와 지역별 특성 요인을 반영할 수 있는 특성지표(자율지표)로 평가한다.

〈표 9-4〉 지역활성화 지역 선정지표

구분	공통지표		특성지표	
성격	기본지표		자율지표	
근거	지역개발지원법 67조3항		지역개발지원법 시행령 제63조	
내용	법정요건	평가지표	도별	평가지표
	지역총생산	대상 시군 GRDP	강원	①지역접근성, ②여객·화물량, ③토지규제율, ④고령화수준, ⑤취약계층 비율
	재정상황	재정력지수(3개년 평균)	전북	①고령화(65세 이상)율
	지역산업	지방소득세(3개년 평균)	경북	①노령화지구, ②100인당 의사수, ③ 기초생활수급자율, ④지방세징수액
		근무 취업인구 변화율(10년)		
인구변화율	평균 인구변화율(10년)	경남	①고령화율, ②사업체증가자 수	

정부의 지원은 일반 성장촉진지역에 비하여 포괄보조를 차등·우선하는데, 해당지역 기반시설에 대하여 성장촉진지역 접근성 시설 예산 범위 내에서 타당성 검토를 거쳐 포괄보조금 지급규모를 확대(50%)하여 지원한다. 일반 성장촉진지역은 200억 범위, 지역활성화지역은 300억 범위이다. 공모형 소규모 사업 선정시 지역활성화 지역 사업에 대한 가점 부여 및 공모를 통한 수요응답형 교통서비스 운영 지원이 이루어진다. 또한 시·도는 지역개발지원법에 의한 「낙후지역발전 특별회계」를 설치하고 지역활성화 지역에 대해 보조사업 등 차등 지원할 수 있다.

〈표 9-5〉 사회보장부문의 지역 지원제도 사례

	성장촉진지역	지역활성화지역	문화환경 취약지역	고용재난지역	의료취약지
주체	국토교통부	국토교통부	문화관광부	고용노동부	보건복지부
근거법	국가균형발전특별법	지역개발지원법	지역문화진흥법	고용정책기본법	공공보건의료법
	제16조 (성장촉진지역 등의 개발)	제3장 (지역활성화지역의 지정 및 지원)	제9조 (문화환경취약지역 우선 지원 등)	제32조의2 (고용재난지역의 선포 및 지원 등)	제12조 (의료취약지의 지정·고시)
	시행 2009.4.22.	시행 2015.1.1.	시행 2014.7.29	본조신설 2014.1.21	2013.2 전면개정법
운영 개요	제2조(정의) 6. “성장촉진지역”이란 생활환경이	제67조(지역활성화지역의 지정) ① 국토교통부장	① 국가와 지방자치단체는 지역 간 문화격차 해소와	고용노동부장관은 대규모로 기업이 도산하거나 구조	① 보건복지부장관은 주기적으로 국민의 의료 이용

<p>열악하고 개발수준이 현저하게 저조하여 해당 지역의 경제적·사회적 성장을 촉진하기 위하여 필요한 도로, 상수도 등의 지역사회기반시설의 구축 등에 국가와 지방자치단체의 특별한 배려가 필요한 지역으로서 소득, 인구, 재정상태 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 지역을 말한다.</p> <p>제16조(성장촉진 지역 등의 개발) 국가와 지방자치단체는 성장촉진 지역, 특수상황 지역, 농산어촌 등의 생활환경을 개선하고, 특성 있는 지역발전을 위하여 다음 각 호의 사항에 관한 시책을 추진하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 교통망 등 지역 사회기반시설의 확충에 관한 사항 2. 주민의 소득창출기반의 확충에 관한 사항 3. 특성 있는 향토 자원의 개발 및 활용에 관한 사항 4. 도시환경의 개선과 교육·의료·복지의 증진에 관한 사항 5. 그 밖에 성장촉진지역, 특수상황 지역, 농산어촌 등의 개발을 위하여 필요한 사항 <p>[전문 개정 2009.4.22.]</p>	<p>관은 낙후지역 중 개발수준이 다른 지역에 비하여 현저하게 열악하고 낙후도가 심한 지역에 대하여 도시사의 요청을 받아 지역활성화지역으로 지정할 수 있다. 이 경우 그 지정 목적의 달성에 필요한 최소한의 범위에서 지정하여야 한다.</p> <p>② 도지사는 제1항에 따라 지역활성화지역의 지정을 요청할 때에는 미리 관계 시장·군수와 협의하여야 한다.</p> <p>③ 도지사는 제1항에 따라 지역활성화지역의 지정을 요청할 때에는 지역총생산, 재정상황, 지역산업, 인구변화율 등 국토교통부장관이 고시하는 기준에 따라 종합평가한 결과를 함께 제출하여야 한다.</p> <p>④ 제1항에 따른 지역활성화지역 지정의 구체적인 요건은 대통령령으로 정한다.</p> <p>제68조(지역활성화지역의 지정 절차 등) ① 국토교통부장관은 지역활성화지역을 지정할 경우 미리 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여야 한다. 지정된 지역활성화지역을 변경하려는 경우에도 같다.</p> <p>② 국토교통부장관은 지역활성화지역을 지정하거</p>	<p>지역문화의 균형 발전을 위하여 농산어촌 등 문화환경이 취약한 지역에 필요한 지원과 시책을 강구하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 문화환경이 취약한 지역에 대하여 주민의 문화예술 향유 기회를 보장하기 위하여 사업을 우선적으로 시행할 수 있다.</p> <p>③ 문화환경 취약 지역에 대한 선정 및 지원에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>	<p>조정 등으로 지역의 고용안정에 중대한 문제가 발생하여 특별한 조치가 필요하다고 인정되는 지역에 대하여 고용재난지역으로 선포할 것을 대통령에게 건의할 수 있다.</p> <p>② 고용재난지역의 선포를 건의받은 대통령은 국무회의의 심의를 거쳐 해당 지역을 고용재난지역으로 선포할 수 있다.</p> <p>③ 고용노동부장관은 고용재난지역으로 선포할 것을 대통령에게 건의하기 전에 관계 중앙행정기관의 장과 합동으로 고용재난조사단을 구성하여 실업 등 피해상황을 조사할 수 있다.</p> <p>④ 고용재난지역으로 선포하는 경우 정부는 행정상·재정상·금융상의 특별지원이 포함된 종합대책을 수립·시행할 수 있다.</p> <p>⑤ 고용재난조사단의 구성·운영 및 조사에 필요한 사항과 제4항에 따른 지원의 내용은 대통령령으로 정한다.</p>	<p>실태 및 의료자원의 분포 등을 평가·분석하여야 한다.</p> <p>② 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가·분석 결과 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정·고시할 수 있다.</p> <p>③ 제2항에 따라 의료취약지를 지정 때에는 부족한 의료서비스의 대상 및 종류에 따라 구분하여 지정할 수 있다.</p> <p>④ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정·고시된 의료취약지에 대하여 보건 의료 공급이 원활하게 이루어질 수 있도록 다음 각 호의 지원을 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 보건의료 인력의 공급에 대한 지원 2. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관의 설립 및 운영을 위한 비용의 보조 등 ⑤ 제1항에 따른 평가·분석에 필요한 사항과 제2항 및 제3항에 따른 의료취약지 지정의 기준, 방법, 절차 및 기간 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <p>위임행정에 의해 응급의료분야 의료취약지 지정[시행 2015.12.21.] 102개 취약지 선</p>
--	---	---	--	--

	<p>나 변경할 때에는 이를 관보에 고시하여야 한다.</p> <p>제69조(지역활성화지역 지정의 해제) 국토교통부장관은 지역활성화지역에 대하여 지원 또는 개발사업의 완료 등으로 지정 목적을 달성하거나 개발의 전망이 없게 되었을 때에는 도지사의 요청을 받아 관계 중앙행정기관의 장 및 해당 지방자치단체 장과 협의하여 지역활성화지역의 지정을 해제할 수 있다.</p> <p>제70조(지역활성화지역에 대한 지원) 국가와 지방자치단체는 지역활성화지역의 발전을 위하여 다음 각 호에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 우선적으로 지원할 수 있다.</p> <p>1. 「사회기반시설에 대한 민간투자법」 제2조제1호에 따른 사회기반시설의 설치·유지 및 보수에 관한 사항</p> <p>2. 교육·문화·관광시설 설치 및 유치, 교통서비스의 개선에 관한 사항</p> <p>3. 농림업·해양업·수산업의 생산기반 육성에 관한 사항</p> <p>4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항</p>				<p>정(위기도 3등급 구분)</p>
<p>시행령 제2조의2(성장촉진지역의 지정 등) ① 「국가균형발</p>	<p>시행령 제65조(지역활성화지역의 지정 요건) 국토교통부장</p>	<p>시행령 제6조(문화환경취약지역의 선정 및 지원) ① 법 제</p>	<p>시행령 제30조의2(고용제한조사단 구성 및 운영 등) ① 법 제</p>	<p>시행규칙 제8조(의료취약지의 지정 절차) ① 보건복지부장관은</p>	

<p>전 특별법」 제2조제6호에서 “대통령령으로 정하는 지역”이란 「지방자치법」 제2조제1항제2호에 따른 시·군·구 중 시·군을 대상으로 연평균 인구변화율, 소득 수준, 재정 상황 및 지역 접근성 등을 법 제22조에 따른 지역발전위원회가 5년마다 종합평가한 결과 지역사회기반시설의 구축 등에 국가와 지방자치단체의 특별한 배려가 필요하다고 인정되는 지역 중에서 지역발전위원회의 심의를 거쳐 행정자치부장관과 국토교통부장관이 공동으로 지정·고시하는 지역을 말한다. <개정 2013.3.23, 2014.3.11, 2014.11.19., 2016.1.22> ② 행정자치부장관과 국토교통부장관은 제1항에 따라 성장촉진지역을 지정하려는 경우에는 관계 중앙행정기관의 장 및 관계 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사와의 협의를 거쳐야 한다. <개정 2013.3.23, 2014.3.11., 2014.11.19> ③ 시·도지사는 제2항에 따른 협의를 위하여 의견을 제출하려는 경우에는 미리 해당 특별시·광역시·</p>	<p>관은 법 제67조제1항에 따라 지역 활성화지역을 지정하려는 경우에는 다음 각 호의 요건을 고려하여야 한다. 1. 지역 총생산 또는 재정 자립도가 다른 지역에 비하여 현저하게 낮을 것2. 해당 지역의 인구가 일정 기간 지속적으로 감소하거나 정체되어 있을 것 3. 경제적 여건 변화로 종래의 지역 산업이 급격히 쇠퇴하여 새로운 소득기반의 조성이 필요할 것4. 그 밖에 지역접근성, 재난·재해 등 지역 특성에 따라 균형 있는 개발을 위하여 특별한 지원이 필요할 것 제66조(지역활성화지역에 대한 우선지원) ① 법 제70조에 따라 국가가 우선적으로 지원하는 구체적인 항목과 지원비율 등은 국토교통부장관이 기획재정부장관과 협의하여 정한다. ② 법 제70조에 따라 지방자치단체가 우선적으로 지원하는 구체적인 항목과 지원비율 등은 해당 지방자치단체의 조례로 정한다. 제67조(특별회계의 운영) ① 도지사는 법 제71조에 따른 낙후지역발전 특별회계를 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 지방자</p>	<p>9조제1항에 따른 문화환경이 취약한 지역은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 지역 중에서 선정한 다. 1. 법 제11조제1항에 따른 지역문화 실태조사 결과 다른 지역과 문화격차가 큰 것으로 나타나는 지역 2. 「문화예술진흥법」 제23조의2에 따른 문화소외계층이 다른 지역에 비하여 상대적으로 많이 거주하고 있는 지역 3. 「도서·벽지 교육진흥법」 제2조에 따른 도서·벽지, 「폐광지역 개발 지원에 관한 특별법」 제2조제1호에 따른 폐광지역 등 다른 지역에 비하여 문화예술 향유 기회가 적은 지역 4. 그 밖에 문화체육관광부장관 또는 지방자치단체의 장이 문화격차 및 문화환경의 개선이 필요하다고 인정하는 지역 ② 기본계획과 시행계획에는 문화환경 취약지역을 지원하는 내용이 포함되어야 한다.</p>	<p>32조의2제3항에 따른 고용재난조사단은 단장 1명을 포함하여 15명 이하의 단원으로 구성한다. ② 단장은 고용노동부 소속의 고위 공무원단에 속하는 공무원으로 하고, 단원은 고용노동부 및 관계 중앙행정기관의 소속 공무원과 고용·노동 등의 분야에 관한 전문지식과 경험이 풍부한 민간 전문가로서 고용노동부장관이 지명하는 사람으로 한다. ③ 고용재난조사단은 실업 등 피해의 규모 및 실태, 필요 지원의 내용 등에 관하여 조 부장관 및 관계 중앙행정기관의 장에게 그 결과를 보고하여야 한다. ④ 고용재난조사단은 실업 등 피해상황 조사가 필요한 경우 도산·실업 등이 발생한 사업의 사업주, 관계 중앙행정기관의 장 및 지방자치단체의 장 등에 관련 자료의 제출을 요청할 수 있다. 이 경우 자료의 제출을 요청 받은 사업주 등은 특별한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다. ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 고용재난조사단의 구성 및 운영에 필요한 사항은 고</p>	<p>법 제12조제1항에 따라 다음 각 호의 사항을 2년마다 평가·분석하여야 한다. 1. 인구 수, 성별·연령별 인구 분포, 소득 등에 따른 지역 내 국민의 의료 이용 실태에 관한 사항 2. 의료인력·의료기관의 수 등 지역 내 의료공급에 관한 사항 3. 지역적 특성을 고려한 의료기관 접근성에 관한 사항 4. 그 밖에 의료자원 공급에 관한 사항 ② 보건복지부장관은 제1항의 평가·분석 결과가 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정·고시하는 경우 그 지역을 관할하는 시·도지사에게 지체 없이 통지하여야 한다.</p>
--	---	--	---	---

<p>특별자치시·도·특별자치도에 속한 시·군의 장의 의견을 들어야 한다. <개정 2014.3.11.> ④ 제1항에 따라 성장촉진지역으로 지정된 시·군의 장은 도로 및 상수도 등 경제적·사회적 성장촉진에 필요한 사회기반시설을 구축하려는 경우에는 이에 관한 사업계획을 수립하고, 이를 국토교통부장관에게 제출하여야 한다. 사업계획을 변경하려는 경우에도 또한 같다. <개정 2013.3.23></p>	<p>치단체에서 운영하는 유사한 성격의 특별회계와 통합하여 운영할 수 있다. ② 국토교통부장관은 필요한 경우에는 지방자치단체의 장에게 낙후지역발전 특별회계의 운용상황을 보고하게 할 수 있다.</p>		<p>용노동부 장관이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 정한다. [본 조 신 설 2014.7.21] 제30조의3(고용제한지역에 대한 지원) 법 제32조의2 제4항에 따른 고용제한 극복에 필요한 행정상·재정상·금융상의 특별지원 내용은 다음 각 호와 같다. < 개 정 2015.5.26.> 1. 「국가재정법」 제51조에 따른 예비비의 사용 및 「지방재정법」 제58조에 따른 특별지원 2. 「중소기업진흥에 관한 법률」에 따른 중소기업창업 및 진흥기금에 서의 융자 요청 및 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금의 우선적 신용보증과 보증조건 우대 요청 3. 「소상공인 보호 및 지원에 관한 법률」 제14조에 따른 소상공인을 대상으로 한 조세 관련 법령에 따른 조세감면 4. 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료 징수 등에 관한 법률」 제28조에 따른 고용보험·산업재해보상보험 보험료 또는 징수금 체납처분의 유예 및 같은 법 제39조에 따른 납부기한의 연장 5. 중앙행정기관 및 지방자치단체</p>	
---	--	--	---	--

				가 실시하는 일자리사업에 대한 특별지원 6. 그 밖에 고용재난지역의 고용안정 및 일자리 창출 등을 위하여 필요한 지원 [본 조 신 설 2014.7.21]	
--	--	--	--	---	--

4. 세부추진방안 및 일정

가. 선정 기준 및 방법

사회보장 특별지원 구역은 절대적 취약지역과 특정분야 취약지역을 구분하여 집행하는 방안을 제안한다.

절대적 취약지역은 ‘다른 지역에 비해 현저하게 사회보장 수준이 저조하면서, 지자체(시군구)의 재정여건이 열악한 경우’로, 특정분야 취약지역은 ‘사회보장 특정분야(아동, 노인 등)의 수준이 다른 지자체 보다 현격히 낮으면서, 이를 개선하려는 지자체의 지가 높은 경우’로 그 개념을 정의한다.

선정의 기준은 정책 추진의 방향성과 여건에 따른 상대적 기준이 될 것인데, 시군구 중 사회보장수준이 저조하고 재정여건이 열악한 일정 비율 이하(예, 10% 22개 or 5% 12개 시군구)를 절대적 취약지역으로 일괄 선정하여 심화 관리하는 방안을 고려해 볼 수 있다.²⁾

특정 분야 취약지역은 특정 분야의 수준이 저조하고 개선이 필요한 지자체(예, 분야별 10개 시군구)를 특정분야 취약지역으로 정하고(특정분야 지원 자격 부여), 해당 지자체가 특별지원구역 지정을 희망하는 경우, 관련 계획서를 작성, 신청하고, 중앙 혹은 시·도가 심사하여 선정하는 방안이 가능할 것이다. 무엇보다 후보지역의 계획서에 대한 컨설팅을 실시하여 보다 진전된 계획을 제출하게 하면서 역량 강화의 기회를 부여하고, 지역사회보장협의체가 개선 영역별 계획 작성을 주도하는 방안이 검토되어야 할

2) 국토부의 ‘지역활성화지역’은 성장촉진지역(국토교통부) 중 낙후도가 심한 22개 지자체를 선정함.

것이다.

선정의 기본 요건은 사회보장의 수준과 지역 재정여건을 종합적으로 심의 평가한다. 이를 측정하는 방안으로서 지역사회보장지표를 활용하고 지역사회보장지표 값이 포함된 지역사회보장계획 평가결과를 종합적으로 고려하도록 한다.

단, 현재 개발된 지역사회보장지표 체계를 전면 활용하기까지는 정비기간이 필요하며, 지역사회보장계획 평가체계도 대폭 개선할 필요가 있다. 현행 지역사회보장지표(225개) 중 현재 생산중인 지표는 1/4 수준이므로, 생산체계의 보강이 필요하다.

시범사업이 착수될 경우, 적실성이 높은 지표를 선별하고 개발을 검토하는 것이 중요한 과제가 될 것이다. 운영 초기에는 객관적인 데이터 수집이 가능한 핵심지표들을 중심으로 운영할 수 있을 것이다.

또한 지역사회보장지표는 사회보장의 영역을 감안하여 10개 영역³⁾으로 설정되었는데, 사회보장부문의 부처간 유사 제도와의 운영 방식에 따라 활용 지표 영역이 영향을 받을 것이다.

시행령 제25조(사회보장 특별지원구역에 대한 지원)에 포괄적으로 지원 내용이 명시되고 있으므로, 이에 준하여 지원안 마련이 추진될 것이다.

〈사회보장급여법 시행령 제25조. 사회보장 특별지원구역에 대한 지원〉

사회보장위원회 심의를 거쳐 사회보장 특별지원구역에 대하여 다음의 행정적·재정적 지원을 할 수 있다

- ① 사회보장 증진사업 수행에 필요한 경비 지원
- ② 사회보장급여 제공 확대를 위한 인력 및 서비스 제공기관등 기반 구축 지원
- ③ 지역주민의 생활여건 개선 및 지역사회보장지표 향상을 위한 지원

기본적으로 사회보장 증진에 필요한 사업에 사용하도록 사용 권한을 해당 지자체(시·군·구)에 부여하는 포괄보조금 방식이 적절할 것으로 보이며, 예컨대 취약 지자체가 제출한 사업계획을 검토하고 포괄적으로 승인하여 지원하는 방안이다.

특정 취약분야의 경우, 그 분야가 확인된 경우 특정 사업에 한정하여 사용하도록 지

3) 10개 영역의 지역사회보장지표는 돌봄(아동) 23개, 돌봄(성인) 20개, 보호안전 16개, 건강 29개, 교육 20개, 고용 20개, 주거 24개, 문화여가 23개, 환경 14개, 총괄(삶의 질 및 지역 인프라) 35개 등임.

정 지원하는 방안이 적절할 것이다. 예컨대 아동 돌봄서비스 인력 확충 지원, 노숙인쉼터 운영 지원 등이 해당된다.

나. 선정 단위 및 기간

사회보장특별지원구역은 기본적으로 기초자치단체(시·군·구)를 단위로 설정하도록 한다. 사회보장 운영의 기본 책임이 실질적으로 시군구를 단위로 하고 있고, 선정의 근거로 삼고자 하는 지역사회보장지표의 산출이 시·군·구 단위를 목표로 하는 바, 지역 사회보장 수준 분석 및 지역사회보장계획 평가 결과 등이 시·군·구 수준으로 제시될 것이므로, 이를 근거로 선정할 필요가 있다.

다만 시·군·구 전체가 아닌, 일부 읍·면·동 혹은 몇 개 읍·면·동의 권역만 취약한 경우가 존재하므로, 이에 대한 선정도 필요하다(예, 국토부 도시재생지역 등 참고).

특별지원구역 지원기간은 기본 3년으로 하고, 매년 계획 대비 추진성과를 평가하여, 그 결과에 따라 2회의 연장이 가능하도록 하는 방안을 검토할 수 있다. 타 제도의 운영 사례를 보면, 국토부 성장촉진지역은 5년마다 지정고시하고 있으며, 복지부 의료취약 지역은 2년마다 실태조사를 실시하고 있다.

다. 시행 주체 및 절차

사업의 시행은 보건복지부가 주관하되, 사회보장위원회(시도 사회보장위원회)와 협의하여 시행하도록 한다. 사회보장위원회 주관으로 선정 계획을 수립하고, 평가, 심의를 진행한다.⁴⁾

4) 사회복지분야를 범위로 시작할 경우, 운영 주관은 보건복지부가 담당하는 것이 적절할 수 있을 것임.

[그림 9-1] 사회보장 특별지원구역 지정 절차



라. 추진방안

시범사업(2018~20년)을 거쳐 2021년부터 본 사업을 실시하는 방안이 가능하다. 이 때 절대적 취약지역은 3년 단위로, 특정분야 취약지역은 1년 단위로 선정한다.

지원 규모는 전체 지자체 중 하위 10%(23개 시군구) 수준으로 하여, 절대적 취약지역(13개 시군구), 특정분야 취약지역(10개 시군구)을 지원하며, 시범사업에서는 절반 수준으로 우선 운영한다.

이를 위한 준비사항을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 특별지원구역 선정을 위한 지역사회보장지표 수준 또는 지역사회보장계획의 평가 결과를 반영할 수 있는 사전 준비로서, 우선 보건, 고용, 주거, 문화 분야 등의 취약지역 지원이 각 부처별로 운영 중이므로, 이를 감안한 사회보장부문 종합 운영방안 마련이 필요하다. 의료취약지(복지부), 지역활성화지역(국토부), 문화환경 취약지(문화부) 등 지역단위 지원정책과의 중복성·유사성, 협력 및 병행 운영의 방안이 해당된다.

둘째, 사회보장 특별지원구역 선정의 근거자료를 마련하는 과정으로서 우선 지역사회보장추진현황 분석의 객관성을 확보하는 준비가 필요하다.⁵⁾ 지역사회보장지표를 중

5) 그러나, 국토-문화-고용-보건의료 관련 취약지역 설정 요건은 단순한 편임, 성장추진지역 및 지역활성화지역은 인구밀도, 연평균 인구 변화율, 근무 취업인구 변화율, 지방소득세, 재정력 지수 또는 재정자립도, 지역접근성 등을, 의료취약지는 인구 수, 성별·연령별 인구 분포, 소득 등 의료 이용 실태, 의료인력·의료기

심으로 한 사회보장 추진현황 분석틀 개발, 지역사회보장지표의 시군구단위 수집-활용체계가 마련될 때까지 일부 핵심지표를 활용하는 방안을 검토하는 것이다.

또한 지역사회보장지표 체계를 발전시켜나가는 일이 필요불가결하다. 지역사회보장계획의 평가 혹은 지역사회보장수준 분석을 위해서는 지표의 변용 및 활용안에 대한 구체적인 검토가 필요하다.⁶⁾

셋째, 사회보장 특별지원구역 운영을 위한 세부기준 및 요건이 마련되어야 한다. 특별지원구역의 선정 및 지원의 세부 절차로서, 근거자료 산출 여건을 고려한 단계적 발전방안이 도출되어야 할 것이다.

넷째, 관련 의견 수렴 기회를 마련하고 예산 확보 및 법적 근거를 보강하는 일이다. 전문가 및 지자체 관계자 등의 의견 수렴을 통한 운영안을 보완하고, 시범사업 및 본 사업의 운영 예산의 안정적인 확보 방안이 마련되어야 할 것이다.

5. 대상자 및 예산추계(5년간, 국비기준)

지역사회보장 균형발전 지원을 위한 광역 지자체의 책임성을 고려, 최소한의 지방비 매칭 방식으로 사업을 추진한다(국고보조율 90%).⁷⁾

먼저 사업의 추진은 2018년부터 3년간의 시범사업, 2021년부터 본 사업의 추진을 제안할 수 있다.

사업의 지원 규모는 정책 추진의 여건을 고려하여 결정될 것인데, 필요 규모를 제안해 보면 다음과 같다.⁸⁾

시범사업(2018~2020)의 경우, 절대 취약지는 5개 지역에 대하여 20억 원을 3년간 지원, 특정 취약지는 5개 지역에 대하여 10억 원을 단년도 지원하고, 본 사업(2021~)이 실시될 경우, 절대 취약지는 13개 지역에 대하여 50억 원을 3년간 지원, 특정 취약지는 10개 지역에 대하여 25억 원을 단년도 지원하는 방안이다.

관의 수 등 의료공급 관련 사항, 지역 특성 등을 고려한 의료기관 접근성 등을 활용함.

6) 지역사회보장지표는 2015년 하반기 1차 개발 완료된 상태로서, 선행통계개발 사례를 감안할 때, 3년 이상의 보강작업이 필요할 것으로 예상됨. 유관 사례를 보면, 통계청의 지역사회지표는 2012년 개발에 착수, 최근 생산을 검토 중인 것으로 파악됨.

7) 개별 법령에 따른 기존 취약지역 지원제도의 경우, 사업내용에 따라 보조율 50~100%의 차등 지원이 이루어지고 있음.

8) 예산 규모는 담당과의 자료를 참고함.

〈표 9-6〉 사회보장특별지원 구역의 지원 대상 및 예산(안)

구분	2018	2019	2020	2021	2022	계
	시범사업			본 사업		
지원 규모(국비, 억 원)	155	165	165	840	840	2,165
- 취약지역운영	135	135	135	810	810	2,025
- 군발센터운영	20	30	30	30	30	140
지원 대상(개소수)	10	10	10	23	23	-

6. 기대효과

사회보장 특별지원구역의 운영은 다음과 같은 기대효과가 예상된다.

첫째, 1차적으로 지자체별 지역사회보장수준 공표를 통해 지자체의 관심을 유발하게 되므로, 지자체의 상호 벤치마킹을 통한 사회보장 수준의 상승효과를 기대할 수 있다.

둘째, 특별지원구역의 운영은 지역 여건의 고려가 미흡한 기존 중앙의 정책을 보완하게 되어, 지속적 혹은 긴급한 위기 수준의 지자체 주민에 대한 복지지원을 통해 사회 안전망으로 기능할 수 있다.

셋째, 특별지원구역의 운영은 객관적 비교·평가와 사회적 합의가 가능한 정보 산출에 근거하며, 특히 지역사회보장지표 활용 등을 통한 근거기반의 정책 추진은, 정책의 신뢰도를 높이고, 지자체의 체계적인 지역사업 추진을 촉진할 것으로 예상된다.

7. 고려사항

첫째, ‘지역 단위’ 지원, ‘취약’ 지역에 대한 사회적 합의, 공감대 형성이 필요할 것이다. 특히 복지 부문에서 ‘취약 지역’을 지원하는 제도는 처음 시도되는 것이므로, 개인·가구가 아닌 지역을 단위로 한 예산 지원의 당위성, 필요성에 대한 논거가 무엇보다 중요할 것이다. 이와 함께 지자체 의지·재정여력 등에 대한 판별이 용이하지 않으므로, 이를 면밀하게 판단할 객관적 기제 마련이 필요하다. 이와 관련하여 도시재생지역 선

정·지원(도시재생 활성화 및 지원에 관한 특별법) 등 지역단위 지원에 대한 타당성, 필요성 등의 근거 확보의 사례를 참고할 필요가 있을 것이다.

둘째, ‘사회보장 범위’ 운영에 대한 부처간 협의가 필요하다. 현재 의료취약지(복지부), 지역활성화지역(국토부), 문화환경 취약지(문광부) 등 지역단위 지원정책이 운영되고 있으므로 중복성·유사성을 파악하고, 협력 및 병행 운영의 필요성을 검토하는 것이다. 또한 활용 예산 확보를 위한 부처간, 광역자치단체와의 협의가 필요하다.

〈표 9-7〉 대비표

구분	현행	향후
지원대상	-	(시범사업) 10개 지역 (본 사업) 23개 지역
지원수준	-	(시범사업) 절대 취약지 20억 원, 특정 취약지 10억 원 (본 사업) 절대 취약지 50억 원, 특정 취약지 25억 원
관련예산	-	(시범사업) 150억 원(2018~20, 각년도) (본 사업) 900억 원(2021~22, 각년도)

제 10 장

사회보장위원회 기능 재정립

10

사회보장위원회 기능 재정립 <<

1. 과제개요

가. 사회보장위원회의 위상 강화

사회보장제도 전반에 걸쳐 정책의 기본방향과 각종 프로그램을 총괄·조정하는 컨트롤타워로서 제 기능을 발휘할 수 있는 체계는 마련되었으나 실질적으로 정책에 반영되는 데는 한계를 보이고 있다. 실질적인 컨트롤타워 역할 수행을 위해서는 조직의 위상 강화 방안 마련이 필요하며 위상 강화는 외형적인 측면과 기능적인 측면 모두 고려해야만 한다. 외형적인 위상 강화는 지위격상, 기능독립, 전문위개편 등이 고려될 수 있고 기능적인 위상 강화는 업무영역의 확장을 통해 실질적 권한을 위임받는 것이라고 본다.

1) 위상 강화를 위한 외형적 지위 격상

외형적 위상 강화는 지위 격상을 의미하는 것으로 정책의 실질적 총괄·조정을 위해 대통령 직속 위원회(위원장 : 대통령)로 격상하고, 위원장이 주재하는 본회의를 정례화하는 것이다. 본회의를 정례화하기 위해서는 민간위원장이 공동위원장을 맡을 필요가 있다. 참고로 저출산 고령사회 기본법(제23조① 저출산·고령사회정책에 관한 중요사항을 심의하기 위하여 대통령 소속하에 저출산·고령사회위원회를 둔다)이 좋은 사례일 것이다. 또 다른 방안은 복지부의 사회정책 총괄기능을 강화(사회부총리 등)하는 방안으로 사회정책을 총괄하는 컨트롤타워로서의 사보위 역할을 독립시켜 강화하는 방안이다.

2) 시의적절한 아젠다 발굴 및 관리

현재 전문위원회는 전문가 중심으로 운용되고 있어 장점도 있으나 다양한 의견 수렴이 어려운 한계도 있다. 보다 구체적이고 시의적절한 안건 작성 및 정책 발굴을 위해 정부위원(각부처 국장급)도 전문위원으로 참여하는 방안 등 전문위 구성을 다양한 형

태로 운영하는 것을 검토해 볼 필요가 있다. 참신한 아젠다를 발굴하기 위해서는 아젠다 작성 전 과정에 관계 부처가 참여하여 정부정책 방향과도 일치하고 민간위원의 참신함도 추가된 아젠다 작성이 필요하다. 위원회 등 회의체 형태로 아젠다를 발굴하는 것과 함께 현안이슈 논의를 주도하기 위해 공청회 개최 및 책자 발간 등 다양한 스펙트럼의 전문가들이 자유롭게 의견을 개진할 수 있는 통로를 마련해 주는 것이 필요하다. 아젠다 발굴을 위한 포럼을 구성하여 다양한 아이디어를 발굴하는 경우 상향식 안건개발이라는 명분을 확보하여 위원회에서 수용될 가능성을 높일 수 있을 것으로 예상된다.

나. 사보위의 업무영역확장을 통한 실질적 권한강화

사회보장위원회의 역할은 단순히 안건을 논의하는 차원에서 벗어나 실질적으로 제도변화를 이끌어내어 사회보장정책의 발전방향을 견인하는 역할을 수행하는 것이다. 이를 위해서는 전 부처와 지자체의 협조가 필요하고 제도 개선방향에 대한 구체적인 협의가 가능하기 위해서는 협의조정제도의 내실화와 예산편성과 사업평가의 실질적 권한강화 등 업무영역의 확장이 필요하다.

1) 협의·조정제도의 개선

지자체와의 사회보장제도 신설 등에 따른 협의·조정제도를 내실화하여 신뢰성을 제고할 필요가 있다. 현재 협의·조정제도는 지자체의 자체복지사업을 구속하려는 제도로 인식되고 있는 것이 사실이다. 제도 시행초기에는 나타난 문제점을 종합적으로 고려하여 한 단계 발전된 형태로 제도를 성숙시켜나갈 필요가 있다. 우선, 조정절차를 명확하게 하고 조정개시시점/조정기한 및 위원회 단계별(제도조정전문위-실무위-위원회) 역할을 명시하는 것이 필요하다. 또한 위원구성의 대표성 제고 등 조정 절차의 객관성 확보(법령개정)가 필요하다. 제도에 대한 신뢰도가 제고되려면 협의조정 과정에서 지자체에게 실질적으로 도움을 줄 수 있는 서비스 제공이 포함되어야만 한다. 지자체가 기피하는 제도로 인식되기 보다는 지자체의 자체복지사업을 발전시킬 수 있는 컨설팅서비스 등을 제공하여 일방적 관리·감독제도에서 양방향 소통적 제도로 적극 활용되는 것이 필요하다. 이를 위해서는 협의와 관련된 지원업무를 전담기관에 위탁하고

협의자료 DB구축 등 자료의 체계적 관리 및 정보공개 등이 수반되어야 한다.

2) 예산편성과 사업평가의 실질적 권한강화

사회보장제도의 실질적 컨트롤타워 역할은 예산편성부터 시작하여 예산사업의 성과 평가까지 이어지는 전 과정을 실질적으로 관리할 수 있는 업무역량과 권한이 주어져야 가능하다고 본다. 신설사업은 신설의 정당성이 확보되어야만 예산편성이 가능하며 기존 사업은 평가를 통해 사업을 더욱 발전시킬 것인지 아니면 중단할 것인지 등이 예산편성단계부터 관리되어야만 한다. 세부사업별로 실제 예산배정은 기재부가 담당하지만 예산배정을 위한 평가는 사보위에서 수행하는 것이 적절하다고 본다. 평가가 가능하기 위해서는 해당 부처와 지자체가 예산편성을 하는 단계에서 사업의 목적과 기능 그리고 예상되는 기대효과가 자동적으로 점검될 수 있는 예산편성지침이 필요하다. 사업을 신설하는 경우, 사업신설 이전 거쳐야할 단계별 점검사항과 사업시행 이후 관리방안이 제시되는 포괄적 가이드라인의 구축과 교육이 필요하다. 기존 사업의 경우 지침과 가이드라인을 근거로 사업의 추진 과정과 성과를 평가하여 예산배정이 이루어져야한다.

2. 제도현황 및 문제인식

사회보장위원회와 사무국은 사회보장기본법이 부여한 '사회보장 컨트롤타워'의 실질적 기능·역할을 수행하기 위해서는 아직 한계가 존재하는 것이 사실이다. 사회보장기본법 제20조제1항(사회보장에 관한 주요 시책을 심의·조정하기 위하여 국무총리 소속으로 사회보장위원회를 둔다)은 취지와 목적에 따라 사회보장위원회와 사무국이라는 조직의 면모를 갖추고 있으나 실질적 기능을 수행하기에는 업무 영역과 권한이 제한적이다. 특히, 부처별 사회보장 제도·사업 전반에 대한 통합 조정기능은 여러 가지 측면에서 부족한 면이 많이 발견되고 있다. 실적을 살펴봐도 1~14회 사회보장위원회 총 48건의 안건 중 타 부처 안건은 단 3건에 불과(문화 복지 현황(제7차), 주거급여 개편안(제9차), 에너지 바우처(제10차))하여 통합조정보다는 복지부의 업무를 총괄하는 기능에 그치고 있다. 그리고 일부 지자체를 중심으로 자치권 침해를 주장하며 협의제

외대상 확대 또는 협의제도 폐지 요구가 커져가고 있어 근본적인 대안 마련이 필요하다고 본다. 사회보장위원회의 구성은 통합적 관리의 면모를 갖추고 있으나 범 부처에 걸친 안전 발굴 및 예산사업의 종합적 관리를 위한 업무 기능의 확대 및 실질적 권한이 주어져야만 내실 있는 위원회 운영이 가능할 것이다.

3. 재정립 대안: 위상 강화 방안

가. 대외 위상 강화

현재 총리 직속 위원회를 대통령 직속 위원회로 격상시키는 것을 고려해 볼 수 있다. 그러나 이 대안은 위원회가 외형적으로 권한을 갖는다는 장점도 있으나 내면적으로는 효율성이 떨어질 수 있는 단점을 갖고 있다. 현실적으로 대통령이 회의를 주재하는 회의체의 경우, 회의 개최 일정 조정의 어려움과 실질적 안전 검토와 조정이 적기에 이루어지지 못할 가능성이 높다는 지적이 있을 수 있다. 이러한 단점을 보완하기 위해 민간 위원장을 공동위원장으로 임명하는 경우, 회의체운영이 원활하게 진행될 수 있을 것으로 예상된다. 따라서 대외적 위상 강화와 내실 있는 회의체 운영이 가능한 체제로의 전환이 필요하다고 본다.

나. 실질적 위상 강화

외형적 위상 강화와 함께 위원회와 사무국의 업무 내용의 폭을 넓히고 역량 제고를 통해 사회보장제도 전반에 대한 실질적 컨트롤타워 역할을 수행할 수 있는 실질적 위상 강화 방안도 필요하다. 이를 위해서는 사회보장 전반에 걸친 예산 편성 지침을 만들고, 사업 평가를 주도적으로 실시할 수 있는 기능 강화 방안이 현실적 대안이 될 수 있을 것이다.

1) 예산 편성지침 작성 및 교육

현행 체계에서는 지자체와 각 부처가 자체 사회보장사업에 대한 예산 편성 기준을 가지고 있다. 물론 기재부의 지침을 참고하여 사업예산을 편성하지만 기재부 지침은 사회보장제도의 특성을 반영하기보다는 재원배분의 객관성 확보 차원에서 만들어졌기 때문에 사업의 실질적 성과를 사전에 점검하기에는 한계가 있다.

따라서 사회보장위원회와 사무국은 모든 사회보장 예산 사업에 대하여 대상별, 지급 수단별, 특성별 등 여러 기준에 따라 사업을 구분, 체계화할 수 있는 예산편성 지침 기준을 만드는 동시에 이를 지자체와 관련 부처에 배포하고 정기적으로 교육하는 것이 필요하다.

예산사업을 현금/현물, 의무/재량, 선별/보편, 개인/단체 등 복지사업을 사전적 그리고 사후적으로 관리와 분류가 가능하도록 유도할 수 있는 체계를 구축하는 것이 필요하다. 예산 편성지침을 통해 사업주체가 사업목적, 대상, 사후관리체계 등을 사전적으로 점검하면서 예산 편성을 할 수 있도록 유도하는 것이 필요하다. 사업추진에 따른 사전적 점검리스트도 제공하여 기획 단계에서부터 사업이 내실 있게 추진될 수 있도록 유도하는 기능도 수행할 수 있을 것이다.

또한 예산 편성지침은 사업별 추진목적을 구체화하고 이를 추적 관리할 수 있는 지표도 추가하여 사업목적이 불분명하고 성과관리가 어려운 예산 사업편성을 사전에 예방하는 기능을 할 수 있다. 또한 기획 단계부터 사후관리가 자동적으로 진행될 수 있는 지침이 제공되는 경우 사후적 평가의 부담이 완화될 수 있을 것이다.

2) 사업 평가의 역량 및 권한강화

현행 사회보장사업평가는 각 부처(지자체)가 역점 추진사업을 제출하는 형식이며 평가지표 또한 부처(지자체)가 제시하고 있다. 사업의 기획의 적절성, 추진과정의 적절성, 그리고 성과 달성도로 구분하여 평가되고 있으나 평가대상부처(지자체)가 평가지표를 제시한 상태에서 서면평가에 의존하고 있는 실정이다. 또한 평가결과에 따른 인센티브 또는 불이익이 거의 없어 평가에 따른 사후조치가 거의 이루어지지 않는 상태이다.

이러한 평가방식에서 벗어나 사회보장위원회가 평가대상사업을 분류하고 선정하는 동시에 평가방식을 사회보장사업 예산 편성지침과 연계 수행하는 방식으로 전환이 필요하다. 사회보장사업 예산 편성지침에 따라 새로운 사업을 기획하고 기존 사업의 예산을 배정하는 과정에서 목적이 불분명하거나 성과가 불투명한 사업 등이 자동적으로 배제되어 실제 사업평가의 부담이 덜어지게 된다.

① 사회보장예산사업평가센터(가칭)의 설립(지정)

사회보장사업 평가가 내실 있게 추진되기 위해서는 평가를 지속적으로 관리할 수 있는 전문조직이 필요하다. 신설(지정)되는 평가센터는 예산 편성지침의 작성과 평가 대상사업의 선정 그리고 평가방법 등 평가 전반에 걸친 업무를 수행하게 된다. 평가센터는 사회보장사업을 사회복지, 저출산/고령화, 고용, 사회보험 영역으로 세분화하여 영역별 전문기관 또는 전문가로 평가단을 구성하여 전문성을 확보한다. 평가센터는 전문분야별 평가단에 평가를 위임하고, 평가단은 평가 대상사업을 선정하고, 대상사업에 대한 기초자료를 토대로 정책성분석 중심으로 평가를 수행하게 된다. 평가단은 정책성 분석중심으로 평가를 수행하되 예산사업의 계획과정 및 추진체계의 타당성, 예상되는 기대효과, 사업의 지속가능성, 그리고 기존 사업과의 중복성, 자원조달방식 등을 중심으로 평가한다. 정책성분석은 기본적으로 기초자료를 이용한 전문가종합평가(AHP: Analytical Hierarchy Process)를 준용하고 전문영역별로 필요한 경우 수요자설문조사와 현장실사 등을 실시하여 서면평가에 그치지 않고 입증평가를 병행하여 실시한다. 전문분야별 평가단에서 주도적으로 선정한 사업을 중심으로 평가를 실시하며 예산사업분류별로 순차적으로 평가주기 및 일정을 결정하고 이를 공지한다.

② 평가결과의 환류

평가센터는 평가단의 정량/정성적 평가를 기초로 예산사업의 유지 또는 확대, 중단 또는 타 사업과의 병합 등으로 평가결과를 사무국에 전달하고 사무국은 사회보장위원회 안건으로 상정한다. 사회보장위원회가 직면하고 있는 당면과제 중 하나가 이행력 부족이다. 즉, 사회보장위원회에서 논의된 결과에 대해서 후속조치로 이어지는 경우가

거의 없다는 것이다. 사업평가의 경우 이미 전 부처에서 내부적으로 추진된 사업을 사후적으로 평가하여 평가에 대한 수용성이 낮은 현상을 보이고 있다. 변경된 평가체계에서는 사회보장사업의 예산 편성지침의 평가를 감안하여 작성하고 이를 해당 부처와 지자체에 교육을 통해 인식시키는 사전단계를 지침에 따라 평가에 대한 수용성을 높일 수 있을 것이다. 평가결과가 좋지 않은 경우는 대부분 기획단계에서 사업이 무리하게 추진된 경우가 많다. 따라서 예산 편성지침이 사회보장사업 담당자들에게 사업추진의 가이드라인으로 사용된다면 부실한 사업이 사전적으로 배제되는 효과도 낼 수 있을 것으로 예상된다. 기존 사업의 경우에도 각 부처와 지자체가 자체 점검할 수 있어 평가의 부담이 완화될 수 있을 것이다.

3) 상향식 아젠다 발굴시스템

사회보장위원회가 복지부 업무를 총괄하는 위원회라는 인식을 주는 것은 범부처적 안전상정이 제대로 이루어지지 않고 있기 때문이다. 복지부를 제외한 타 부처가 해당 부처의 업무영역을 외부 위원회에서 논의되는 것을 꺼려하기 때문일 것이다. 사회보장 제도는 전 국민을 대상으로 함에도 정책의 시행은 부처별로 칸막이가 쳐져있는 것이 사실이다. 사회보장위원회는 전 국민들이 피부로 느끼는 불편함을 해소해 주는 역할을 수행해야 하므로 부처를 통한 아젠다 발굴 보다는 상향식 아젠다 발굴 시스템을 구축하는 것이 바람직하다고 본다. 전문위원회별로 아젠다 발굴 포럼을 구성하고 정기적인 포럼(세미나)개최를 통하여 참신한 아젠다를 발굴하는 것을 고려해 볼 수 있다. 포럼의 구성은 학계, 언론, 지자체 공무원 등으로 구성하고 필요한 경우 전화설문조사 등을 실시하여 일반 국민들의 의견도 반영하는 형식을 갖추는 경우 아젠다의 필요성 또는 시급성에 대한 정당성을 확보할 수 있을 것이다. 또한 이러한 논의를 체계적으로 자료화 하는 동시에 정기적인 세미나 개최와 언론 홍보를 동시에 진행하여 전 국민적 공감대를 형성시키는 것이 필요하다.

4) 재정추계결과와 사회보장통계의 정책연계성 강화를 위한 전문센터 설립과 지속 관리대상 사업선정

① (가칭)사회보장재정·통계센터의 설립(지정)

사회보장위원회는 사회보장재정의 장기추계를 2년마다 실시하고 있으며 사회보장 관련 통계도 관리하고 있다. 사회보장통계 중 공공사회복지지출(SOCX)은 매년 집계하여 OECD에 보고하고 있다. 사회보장위원회와 사무국이 생산하는 추계와 통계가 정교하게 생산되고 있으나 관리의 일관성과 지속성 확보가 과제로 대두되고 있다. 이들 데이터가 실제 정책에 반영되는 시스템은 잘 갖추어져 있지 않다고 평가된다. 추계결과와 통계를 기초로 정책방향설정과 제도 개선으로 이어질 수 있는 안건 상정이 원활하게 진행되지 않아 사회보장위원회의 이행력 결여의 또 다른 문제점으로 지적되고 있다. 이러한 한계를 극복하기 위해서는 재정추계와 통계생산이 개별 연구용역으로 추진되기 보다는 (가칭)사회보장재정·통계센터와 같은 안정된 조직체계하에서 수행되어야 한다. 재정추계와 통계생산에 그치지 않고 정책과의 연계로 확장시키기 위해서는 후속 연구수행이 필요한 만큼 전문센터의 설립 또는 지정이 필요하다고 본다.

② 지속관리 대상사업의 선정

국회에서 사회적 합의를 전제로 한 법 개정이 필요한 사항은 예외로 하더라도 부처 차원에서 수행 가능한 정책은 개선안이 사회보장위원회 안건으로 상정되어야만 한다. 또한 위원회 결정에 따른 제도개선 내용이 통계와 지표로 어떻게 반영되는지 등 전 과정이 환류되는 체계 구축이 필요하다. 따라서 사회보장위원회는 재정추계와 통계를 세부정책과 사회지표와 연계시키고 지속적으로 관리할 예산사업을 지정하는 것이 필요하다. 이들 사업의 경우 현행 지표를 검토하고 개선수준에 대한 합의와 이에 수반되는 제도개선안을 심의·의결하고 후속조치로 통계와 지표의 개선을 지속적으로 환류시키는 시스템을 구축할 필요가 있다. 사회보장위원회 사무국은 관리대상사업 관련 통계와 지표를 심층적으로 분석이 가능한 수준으로 DB화하는 사업 센터를 통해 추진해야 한다. 통계작성기관(통계청, 정부부처, 연구기관)과 협조 하에 거시적 집계자료에 그치지

않고 세부분류가 가능하고 일부 정성적 판단이 가능한 설문조사의 실시 등을 통하여 관리대상 예산사업의 경우 체감적 복지수준이 거시적(전국 또는 전국민) 그리고 미시적수준(집단계층별)으로 환류되는 시스템구축이 필요하다. 이러한 시스템구축의 첫 단계는 지속관리 대상사업을 사회보장위원회가 지정하는 것이다.

4. 예산추계

〈표 10-1〉 신규소요예산

(단위: 억 원)

사업명	내역	2018	2019	2020	2021	2022
평가센터 운영비	운영비 8억 전문위원회 포럼 1.6억 세미나 및 홍보 1억	10.6	10.6	10.6	10.6	10.6
사회보장재정·통계센터 운영비	운영비 15억 전문위원회 포럼 3억 세미나 및 홍보 2억	20	20	20	20	20
사업컨설팅	건당 3백만원	0.5	1	1.5	2	2.5
제도운용지원 (위탁사업비)	건당 0.3백만원	2	2	2	3	3
DB 시스템관리운영		0.5	0.5	1	0.5	0.5
총계		33.6	34.1	35.1	36.1	36.6
5년간 소요예산 총계		175.5				

5. 기대효과

위에 제시된 사업이 안정적으로 추진되는 경우 사회보장위원회의 논의가 전 국민을 대상으로 한 체감복지증진에 기여할 수 있을 것으로 기대된다. 또한, 실질적 위상 강화 방안을 토대로 사회보장 체계를 합리적으로 구축하고, 체감도 높은 복지사업 편성 및 운용을 유도하는 효과를 달성할 수 있을 것으로 기대된다.

6. 고려사항

사회보장위원회의 실질적 위상강화를 위해서는 사회보장 전반에 걸친 업무영역과

기능의 확장이 불가피하다. 이를 위해서는 앞서 제시된 바와 같이 사회보장 관련 예산 사업편성지침을 정교화하는 동시에 평가를 위한 평가센터와 평가단운용이 수반되어야 하고 체감도 높은 범 부처적 아젠다 발굴을 위한 포럼운영과 언론홍보도 병행되어야 한다. 이와 같은 사업이 안정적으로 추진되기 위해서는 예산지원이 뒷받침되어야만 한다. 사회보장위원회 관련 예산이 안정적으로 확보될 수 있는 체계가 갖추어지지 않으면 매년 예산을 신청하여야 하고 예산당국의 재량에 따라 규모가 달라지는 경우 추진 사업이 안정적으로 추진될 수 없다. 위에서 제시된 전반적인 개편방안을 사회보장위원회 안건으로 상정하여 심의 받을 때 안정적인 예산확보 방안도 같이 논의되는 것이 필요하다.

제 11 장 결론

우리나라의 공공사회복지 지출수준은 OECD 평균에 비해 크게 낮다는 것은 오래 전부터 지적되어 왔다. 국민연금제도의 성숙 등으로 인해 급여지출이 증가함에 따라 현행 제도 유지 시에도 사회보장지출 수준이 점진적으로 증가하는 것은 사실이다. 그럼에도 불구하고 현재 우리나라는 인구고령화와 노인인구의 빈곤 그리고 광범위한 국민연금사각지대 등으로 인해 발생하고 있는 복지수요를 충족시켜야만 하는 과제를 안고 있다. 복지수요는 현금급여에 국한되지 않고 다양한 형태의 사회서비스의 욕구가 커져가고 있기 때문에 질 높은 사회서비스를 제공할 수 있는 공공인프라의 구축과 사회서비스일자리 창출과 경제를 선순환 시킬 수 있는 시스템 구축도 요구되고 있다. 본 연구에서 제안하고 있는 9개의 주요 사업은 중산층 이하 국민들을 다양한 사회적 위험으로부터 보호하기 위한 인프라 구축을 목적으로 제안되었다. 우리나라는 이미 저성장기에 진입하였고 4차 산업혁명이라는 새로운 변화가 예견되고 있기에 중산층 이하 국민들은 고용불안정과 소득의 단절 등 경제적 어려움이 가중될 것으로 전망되고 있다. 따라서 과거 어느 때 보다 사회적 위험에 노출되는 계층이 증가할 것으로 예상되므로 이들을 보호할 수 있는 인프라 구축은 시급한 과제로 추진되어야만 하겠다. 물론 이들 9개 정책과제가 충분하지는 않지만 현금성 급여의 확대와 함께 추진된다면 우리나라의 사회보장제도를 한 단계 발전시키는 계기가 될 것이다.

〈표 11-1〉 2018~2022년 사업별 소요예산 추계(국비 기준)

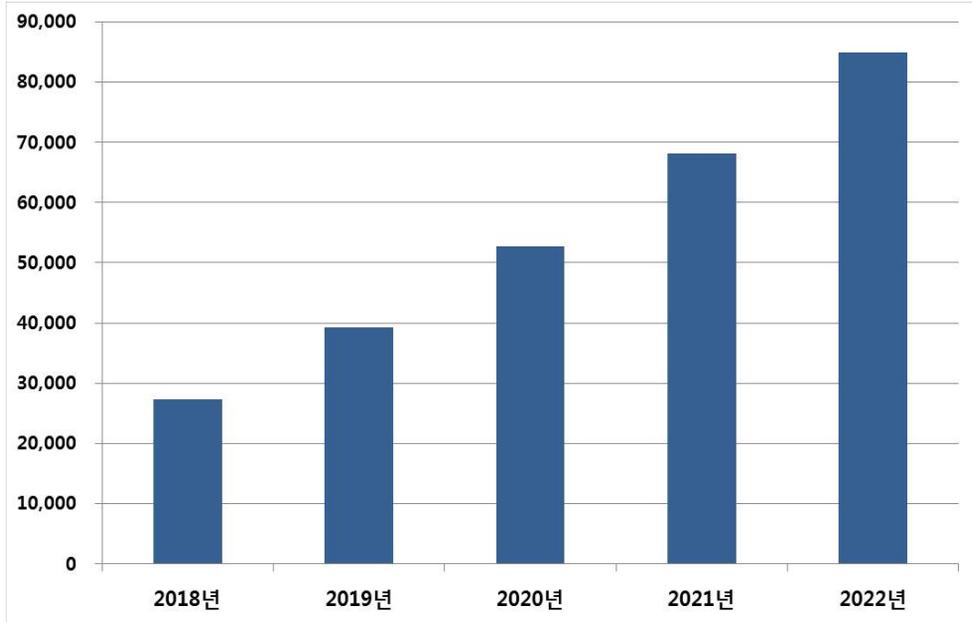
(단위: 억 원)

no.	사업명	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	사업별 소계
1	복지전달체계: 공공 및 민간 ¹⁾	394	1,226	1,989	2,004	1,467	7,080
2	사회서비스 일자리 확대 ²⁾	17,378	27,849	40,017	54,259	71,019	210,523
3	사회서비스 경쟁력 강화 ³⁾	5	19	27	25	23	99
4	부모보험제도 도입 방안 ⁴⁾	-	-	-	-	-	-
5	한국형 마니잡의 도입 (가칭: 스마트잡) ⁵⁾	499	545	595	650	710	2,999
6	국민연금 사각지대 해소 ⁶⁾ (저소득 지역가입자 연금보험료 지원)	1,928	1,967	2,006	2,046	2,087	10,034
	국민연금 사각지대 해소 ⁷⁾ (출산 크레딧 제도 개선: 크레딧 지급 시기 조정 및 인정기간 확대)	5,211	5,579	5,954	6,349	6,769	29,862
7	의료비부담완화: 재난적 의료비 지원사업 제도화 방안 ⁸⁾	1,781	1,821	1,862	1,904	1,947	9,314
8	지역사회보장 균형발전 지원 ⁹⁾	155	165	165	840	840	2,165
9	사회보장위원회 기능 재정립 ¹⁰⁾	34	34	35	36	37	176
연간 총계 ¹¹⁾		27,385	39,205	52,650	68,113	84,899	272,251

주: 1) 소요예산에 대한 자세한 사항은 〈표 2-15〉 참조
 2) 소요예산에 대한 자세한 사항은 〈표 3-19〉 참조
 3) 2017년도 재정 소요예산은 1.5억원. 국고지원 비율은 초기 5년간 100%에서 공동브랜드 정착단계(~2022) 이후 사업수입으로 점진적 대체. 사회서비스 공동브랜드 관리 전담조직의 설치 추진 시 서비스 품질관리 기능 반드시 포함. 공동브랜드 추진 과정에서 전략적 마케팅 전략 및 홍보계획의 수립은 민간 전문기관의 CSR(Corporate Social Responsibility)과 적극 연계. 2020년 예산은 26.5억 원에서 반올림함.
 4) 부모보험에 의한 제도로 국비 불요
 5) 사회서비스업 근로자 기준으로 사용자와 근로자 부담분을 각각 50% 지원 시 소요예산임. 예를 들어, 2018년 소요예산은 월 41.6억X12개월=약 499억. 소요예산에 대한 자세한 사항은 〈표 6-16〉 참조
 6) 소요예산에 대한 자세한 사항은 〈표 7-12〉 참조
 7) 소요예산에 대한 자세한 사항은 〈표 7-15〉, 〈표 7-16〉 참조
 8) 소요예산에 대한 자세한 사항은 〈표 8-5〉 참조
 9) 소요예산에 대한 자세한 사항은 〈표 9-6〉 참조
 10) 소요예산에 대한 자세한 사항은 〈표 10-1〉 참조
 11) 부모보험 소요예산을 제외한 수치이며, 표에 제시된 수치는 억 원으로 반올림한 값임. 수치에 대한 자세한 사항은 각 사업별 예산표를 참조

[그림 11-1] 2018~2022년 연도별 소요예산(연간 총계) 추계

(단위: 억 원)



주: 1) <표 11-1>의 연간총계 도식화
 2) 부모보험은 국비 불요로 부모보험 소요예산을 제외한 수치임

참고문헌 <<

- 관계부처합동. (2016). 「서비스경제 발전전략」 보도자료. 2016.7.5
- 국민연금공단. (2016). 2015년 국민연금통계연보. 전주: 국민연금공단.
- 국민연금연구원. (2016). 2015 Factbook 국민연금 생생통계. 국민연금연구원.
- 국회예산정책처. (2014). 2014~2060년 장기 전망
- 국회예산정책처. (2014). 2015년도 예산안 분야별 분석 II : SOC, 농림·수산·식품, 환경, 국방, 외교·통일, 공공질서·안전, 일반·지방행정. 서울: 국회예산정책처.
- 김성숙, 문형표, 최옥금, 이용하, 강성호, 김경아, 김현수, 유호선, 김순옥, 김형수, 이지은, 신승희. (2011). 국민연금과 기초노령연금 역할 정립 방안. 서울: 보건복지부·국민연금공단·한국개발원.
- 김진하. (2016). 제4차 산업혁명 시대, 미래사회 변화에 대한 전략적 대응 방안 모색, 한국과학기술평가원 R&D. In(15호).
- 박성민, 신경혜, 성명기, 한정림. (2016). 국민연금 중기재정전망(2016~2020). 전주: 국민연금연구원.
- 박세경. (2014). 사회서비스 정책의 현황과 과제. 보건복지포럼(통권207호). pp. 30~40.
- 박세경, 김정현, 이주연, 오다운, 이정은, 김은정, 양난주. (2015). 2015 사회서비스 수요·공급실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 박세경, 하태정, 김보영, 김용득, 김은정, 이봉주, 이인재. (발간예정). 사회서비스 정책진단 및 고도화 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 보건복지부. (2016). 보건복지통계연보.
- 보건복지부. (2016). 재정지원사회서비스 일자리 현황 자료.
- 보건복지부. (2016). 통계로 본 2015년 기초연금. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2017). 2017 사회복지시설 관리안내.
- 성재민. (2014). 최저임금 일자리 변화: 2007, 2014년의 비교. 월간 노동리뷰 5-18.
- 신현웅, 신영석, 황도경, 윤필경. (2010). 의료비 과부담이 빈곤이 미치는 영향. 한국보건사회연구원.
- 우해봉. (2015). 국민연금의 노후소득보장 효과 전망과 정책 과제. 보건복지포럼, 통권 제224호, 26-36.
- 우해봉, 백혜연, 한정림, 안형석. (2015). 공·사적 연금 체계의 노후소득보장 효과 전망과 발전 방향. 세종: 한국보건사회연구원.
- 우해봉, 고제이, 양지윤, 한정림. (2016). 인구구조별·계층별 특성에 따른 다층노후소득보장체계

- 가입자 및 수급자 분석. 감사원·한국보건사회연구원.
- 이삼식, 윤홍식, 신현웅, 최효진. (2013). 취업 부모의 출산양육여건 개선을 위한 부모보험제도 모형 개발. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이삼식, 최효진. (2014). 취업여성의 출산행태와 정책과제. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이준협. (2013). 시간제 일자리의 실상과 대응방안 -양질의 시간제 일자리 늘리는데 초점 맞춰야. 현대경제연구원. 한국경제주평 546권 0호. pp.1-21.
- 이철선 외. (2012). 돌봄서비스 근로자 처우개선 방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 이철선 외. (2013). 친서민정책으로서의 사회서비스 일자리 확충 전략 III: 사회서비스 산업-제3 섹터-고용창출연계모델. 한국보건사회연구원.
- 이철선 외. (2014). 돌봄서비스 종사자 임금체계 표준화 방안연구. 한국보건사회연구원.
- 이철선 외. (2016). 사회복지분야 종사자의 시설별, 직무별 적정임금 산정을 위한 연구, 한국보건사회연구원.
- 임승지 외. (2016). 중증질환 재난적의료비 지원사업 효과평가 및 재도화 방안, 국민건강보험공단·건강보험정책연구원.
- 정민아. (2014). 영국의 호출형 근로계약의 실태와 쟁점 및 논의. 국제노동브리프 12(1), pp.44-53.
- 최연혁. (2011). 스웨덴의 저출산 대응정책과 중장기 파급효과 분석.
- 최옥금, 조영은. (2014). 단시간 근로자 실태와 국민연금 적용방안. 2014권 11호.
- 통계청. (2016). 경제활동조사.
- 통계청. (2017a). 장래인구추계: 2015~2065. 대전: 통계청.
- 통계청. (2017b). 출산 순위별 출생. <http://kosis.kr>에서 2017.4.10. 인출.
- 한국보건사회연구원. (2016. 발간예정). 「지역사회보장균형발전지원센터 운영 보고서(2): 지역사회회보장 현황 분석」.
- 한국비정규노동센터. (2016). 초단시간 근로자 인권상황 실태조사.
- 함영진, 강혜규, 박세경, 하태정, 김지영, 박수지, 박종철, 오민수, 이중섭, 황정하. (2016). 읍면동 복지허브화 지역 모니터링 및 개선방안 연구. 보건복지부.
- 함영진, 김태은, 오민수, 황정하. (2016). 민간중심의 민관협력 발전방안 연구. 보건복지부.
- 행정자치부. (2016). 2015회계연도 지방재정연감.
- 행정자치부. (2016). 2016년 행정자치통계연보. 행정자치부.
- Brandt, Torsten. (2006). Bilanz der Minijobs und Reformperspektiven, WSI Mitteilungen 8/2006.
- Bundesagentur für Arbeit. (2017). Beschäftigungsstatistik.

- DGB, Was bedeutet der neue Mindestlohn 2017 für den Minijob?, 2016. 10.31.
<http://www.dgb.de/was-bedeutet-der-neue-mindestlohn-2017-fuer-den-minijob>
- Earles, K. (2008). Childcare and Parental Leave in Sweden :Implications for Women's Employment and Gender Equality.
- Kalina, Th., Weinkopf, C., Niedriglohnbeschäftigung 2013, IAQ-Report 03/2015. Datenbasis SOEP.
- OECD. (2012). Health at a glance Europe 2012, OECD.
- OECD 사회복지지출통계(SOCX)
- SOEP v32; WSI(2017), Policy Brief Nr.9.
- Statistik der BA; Bundesagentur für Arbeit, 2016 Juni.
- Weinkopf, Claudia. (2012). Minijobs: Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit und Soziales im Deutschen Bundestag am 22. Oktober 2012, IAQStandpunkt.