

정책보고서 2020-00

발 간 등 록 번 호
11-1352000-002793-01



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

공공사회복지지출 변화 요인 및 성과 분석 연구

고경환

김태완·신윤정·신화연·김수진·고혜진·임달오·윤상용·진재현·김원종



【연구책임자】

고경환 한국보건의사회연구원 선임연구위원

【공동연구진】

김태완 한국보건의사회연구원 연구위원

신윤정 한국보건의사회연구원 연구위원

신화연 한국보건의사회연구원 연구위원

김수진 한국보건의사회연구원 부연구위원

고혜진 한국보건의사회연구원 부연구위원

임달오 공주대학교 교수

윤상용 충북대학교 교수

진재현 한국보건의사회연구원 전문연구원

김원종 한국보건의사회연구원 연구원

제|출|문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 귀부와 용역계약(2020. 5. 21.)한 「공공사회복지지출 변화 요인 및 성과 분석 연구」의 보고서로 제출합니다.

2020년 9월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식





제1장 서론	1
제1절 연구의 배경 및 목적	3
제2절 연구의 내용 및 방법	4
제2장 개념과 관계	7
제1절 공공사회복지지출의 개념	9
제2절 공공사회복지지출의 변화요인과 성과분석	10
제3절 OECD 주요국의 복지지출 변화와 삶의 질 관계	12
제3장 OECD 주요 국가의 복지지출 분석	13
제1절 노령지출	25
제2절 가족지출	35
제3절 보건지출	42
제4절 장애지출	53
제5절 ALMP	60
제6절 공공부조	72
제4장 공공사회복지지출 변화와 성과	77
제1절 노령지출	79
제2절 가족지출	105
제3절 보건지출	120
제4절 기대수명	137
제5절 장애지출	156
제6절 ALMP	172
제7절 공공부조	196



제5장 요약 및 제언	215
참고문헌	223
부록	233

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 2-1〉 분석 활용변수	13
〈표 3-1〉 2015년 기준 주요국의 OECD SOCX 노령정책영역 지출규모	27
〈표 3-2〉 우리나라의 고령화를 동일여건에서 주요국 노령정책 지출 비교	31
〈표 3-3〉 우리나라의 1인당 GDP 동일여건에서 주요국 노령정책 지출 비교	32
〈표 3-4〉 우리나라와 1인당 GDP, 고령화율이 유사한 연도의 주요 OECD 회원국의 복지지출 수준	43
〈표 3-5〉 주요 정책들과 보건의료지출 및 기대수명과의 관계	50
〈표 3-6〉 우리나라와 1인당 GDP가 유사한 연도의 주요 OECD 회원국의 장애지출 수준	53
〈표 3-7〉 장애 지출 수준에 영향을 미치는 요인별 변수의 정의 및 자료 출처	54
〈표 3-8〉 요인별 변수의 특성	57
〈표 3-9〉 한국과 OECD 회원국의 GDP 대비 장애지출 비중 추이	59
〈표 3-10〉 한국과 OECD 회원국의 1인당 국민소득 3만불달성연도의 GDP 대비 장애지출 비중	59
〈표 3-11〉 핀란드와 프랑스의 직접 일자리 사업	64
〈표 3-12〉 OECD SOCX 공공부조 관련 분류	72
〈표 3-13〉 OECD 주요국가 공공부조 지출 변화	73
〈표 4-1〉 우리나라의 OECD SOCX 노령정책영역 주요제도별 지출추이	79
〈표 4-2〉 기초(노령)연금 주요 제도 변화	81
〈표 4-3〉 OECD SOCX 노령정책으로 분류된 공적연금 급여종류	82
〈표 4-4〉 공적연금 제도별 급여수급조건 비교	82
〈표 4-5〉 국민연금 급여지출 추이	83
〈표 4-6〉 국민연금 수급자수 추이	84
〈표 4-7〉 65세 이상 국민연금 수급자수 추이	85
〈표 4-8〉 국민연금 노령연금 평균월액 추이	86
〈표 4-9〉 공무원연금 급여지출 추이	87
〈표 4-10〉 공무원연금 연금수급자수 추이	88
〈표 4-11〉 사학연금 급여지출 추이	88
〈표 4-12〉 사학연금 연금수급자수 추이	89
〈표 4-13〉 군인연금 급여지출 추이	90
〈표 4-14〉 군인연금 연금수급자수 추이	91
〈표 4-15〉 빈곤율 추이 : OECD	93
〈표 4-16〉 빈곤율 추이: 가계동향조사와 가계금융복지조사	95
〈표 4-17〉 빈곤갭 추이	97



〈표 4-18〉 개인소득 대비 연금자산 추이	99
〈표 4-19〉 시설 보육료 전액 지원 대상 확대 추이 (1999~2013년)	108
〈표 4-20〉 보호대상아동현황 (2006~2019년)	108
〈표 4-21〉 가정 양육 수당 대상 및 급여 확대 추이 (2009~2013년)	110
〈표 4-22〉 출산전후휴가자 및 육아휴직 수급자 수 현황	111
〈표 4-23〉 가족 지출 성과의 주요 영역 및 본 연구가 제시하는 성과 평가 지표	113
〈표 4-24〉 생활 수준에 비준 보육료 교육비 부담 인식	114
〈표 4-25〉 어린이집 유형별 만족도: 5점 척도	116
〈표 4-26〉 미충족 의료이용 추이(18세 이상, 단위: %)	129
〈표 4-27〉 재난적 의료비 발생 및 의료비로 인한 빈곤화 추이(단위: %)	130
〈표 4-28〉 기대수명 추이, 1925~2018	140
〈표 4-31〉 남녀 기대수명 변화에 대한 기여도, 1998~2018	143
〈표 4-32〉 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도(남자), 1998~2008	147
〈표 4-43〉 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도(여자), 1998~2008	148
〈표 4-34〉 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도(남자), 2008~2018	149
〈표 4-35〉 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도(여자), 2008~2018	150
〈표 4-36〉 노령인구 기대여명 생존 확률(남자), 1998~2018	152
〈표 4-37〉 노령인구 기대여명 생존 확률(여자), 1998~2018	152
〈표 4-38〉 남녀 노령인구 사망력 변화에 따른 기대수명 기여효과	153
〈표 4-39〉 연령별 1인당 생애의료비 및 상대 생애의료비	155
〈표 4-40〉 우리나라의 최근 10년(2006~2015)간 GDP 대비 장애지출 비중 추이	157
〈표 4-41〉 최근 10년(2006~2015년) 급여유형별 GDP 대비 장애지출 비중 추이	158
〈표 4-42〉 최근 10년(2006~2015년) 장애지출액 추이	159
〈표 4-43〉 EU국가 장애인복지지표 체계	160
〈표 4-44〉 OECD국가 장애인복지지표 체계	161
〈표 4-45〉 한국 장애인정책의 역사적 변천과 전망	162
〈표 4-46〉 장애인가구 및 전체가구 소득원천별 연평균 가구소득 추이	165
〈표 4-47〉 장애인가구 및 전체가구 상대적 빈곤율 및 빈곤갭	166
〈표 4-48〉 장애인활동지원제도 이용자 수 및 월평균 급여량(지원시간) 추이	167
〈표 4-49〉 장애인에 대한 사회의 차별 인식	168
〈표 4-50〉 한국과 OECD 회원국의 장애인복지 급여유형별 GDP 대비 지출 비중	169



〈표 4-51〉 적극적 노동시장정책 성과지표	177
〈표 4-52〉 영역별 (공통) 성과지표	194
〈표 4-53〉 기초생활보장수급자 연도별 추이(1999~2019)	197
〈표 4-54〉 기초생활보장 가구유형별 연도별 추이(2001~2019)	198
〈표 4-55〉 명목 GDP, 정부예산, 보건복지부 예산 대비 국민기초생활보장예산(2005~2019)	200
〈표 4-56〉 보건복지부예산 대비 국민기초생활보장 예산 및 비율	201
〈표 4-57〉 기초생활보장제도 부양의무자 기준 단계적 폐지 계획	203
〈표 4-58〉 기준 중위소득 50% 이하 생계·의료급여 비수급 빈곤층 규모	204
〈표 4-59〉 기초생활보장 연령별 수급율과 연령별 빈곤율 격차	205
〈표 4-60〉 생계·의료 수급가구와 비수급가구의 소득·재산 비교('18년)	206
〈표 4-61〉 연도별 최저생계비 및 기준중위소득 인상률(4인 가구 기준)	207
〈표 4-62〉 최저생계비 계측을 통한 급여적정성 평가	209
〈표 4-63〉 기초생활보장 보장기간별 수급가구 변화	211
〈표 4-64〉 가구 빈곤율 및 빈곤율 감소효과**	212
〈표 4-65〉 가구 빈곤갭비율 및 빈곤율 감소효과**	213
〈부표 1〉 노동시장정책 지출이 노동시장 참가율에 미치는 영향 분석 결과	233
〈부표 2〉 노동시장정책 지출이 노동시장 참가율에 미치는 영향 분석 결과 (총 인구 대비 실업자 수 교정)	234
〈부표 3〉 노동시장정책 지출이 고용률에 미치는 영향 분석 결과	235
〈부표 4〉 노동시장정책 지출이 고용률에 미치는 영향 분석 결과 (총 인구 대비 실업자 수 교정)	236
〈부표 5〉 노동시장정책 지출이 실업률에 미치는 영향 분석 결과	237
〈부표 6〉 노동시장정책 지출이 실업률에 미치는 영향 분석 결과 (총 인구 대비 실업자 수 교정)	238
〈부표 7〉 노동시장정책 지출이 장기 실업률에 미치는 영향 분석 결과	239
〈부표 8〉 노동시장정책 지출이 고용의 질적 성과에 미치는 영향 분석 결과	240



[그림 2-1] 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인 랜덤포레스트 분석 결과	15
[그림 2-2] 공공사회복지지출과 삶의 만족도 간 산점도	16
[그림 2-3] OECD 국가 유형별 임금과 삶의 만족도의 관계	17
[그림 2-4] OECD 국가 유형별 주관적 건강상태와 삶의 만족도의 관계	18
[그림 2-5] OECD 국가 유형별 가구 소득과 삶의 만족도의 관계	19
[그림 2-6] OECD 국가 유형별 고용률과 삶의 만족도의 관계	20
[그림 2-7] OECD 국가 유형별 공공사회복지지출과 삶의 만족도의 관계	21
[그림 3-1] 우리나라의 OECD SOCX 노령정책영역 지출 추이	25
[그림 3-2] 우리나라의 1인당 GDP와 노년부양비	26
[그림 3-3] 2015년 주요 국가별 노령정책 지출 비교	27
[그림 3-4] 2015년 복지국가유형별 노령정책 지출 비교(고령화율 기준)	29
[그림 3-5] 2015년 복지국가유형별 노령정책 지출 비교(1인당 GDP 기준)	30
[그림 3-6] 우리나라의 고령화율 동일여건에서 복지국가유형별 노령정책 지출 비교	31
[그림 3-7] 우리나라의 1인당 GDP 동일여건에서 복지국가유형별 노령정책 지출 비교	33
[그림 3-8] OECD 주요 저출산 국가의 출산율 현황 (1970, 1995, 2018년)	36
[그림 3-9] OECD 주요 저출산 국가의 가족 지출 현황: GDP 대비 비중 및 1인당 지출액	37
[그림 3-10] OECD 주요 저출산 국가의 가족 지출 중 현금 급여와 현물 급여가 차지하는 비중	38
[그림 3-11] 우리나라와 주요 OECD 국가들의 보건지출 비중 변화(2006-2015)	44
[그림 3-12] 보건지출과 기대여명, 회피가능 사망의 관계(2006-2015)	46
[그림 3-13] 2015년 한국 GDP 기준 복지국가 유형별 노동시장정책 지출 수준 비교	61
[그림 3-14] 2015년 한국 GDP 기준 복지국가 유형별 적극적 노동시장정책 세부 영역별 지출 수준 비교	61
[그림 3-15] 2015년 한국 고령화율 기준 복지국가 유형별 노동시장정책 지출 수준 비교	62
[그림 3-16] 2015년 한국 고령화율 기준 복지국가 유형별 적극적 노동시장정책 세부 영역별 지출 수준 비교	63
[그림 3-17] 2015년 한국 고령화율 기준 복지국가 유형별 고령자 노동시장 참가 향상	65
[그림 3-18] 복지국가 유형별 노동시장정책 지출 변화와 금융 위기의 영향	68
[그림 3-19] 복지국가 유형별 노동시장정책 세부 영역별 지출 변화와 금융 위기의 영향	69
[그림 3-20] 복지국가 유형별 노동시장정책 세부 지출 변화 (전체 노동시장정책 지출에서 차지하는 비중)	70
[그림 3-21] 복지국가 유형별 공공부조 지출(GDP 대비 비율, 1인당 GDP 약 35천달러 수준)	74
[그림 3-22] 복지국가 유형별 공공부조 지출(GDP 대비 비율, 고령화율 18% 이상)	75
[그림 3-23] OECD 국가 빈곤율	75
[그림 4-1] 우리나라의 OECD SOCX 노령정책영역 주요제도별 지출 추이	80



[그림 4-2] 노인빈곤율 추이	95
[그림 4-3] 빈곤갭 추이	97
[그림 4-4] 65세 이상 인구수 대비 공적연금 수급자수 추이	100
[그림 4-5] 공적연금 급여지출 추이	101
[그림 4-6] 공적연금 수급자수 추이	101
[그림 4-7] 가족 지출의 변화 추이: 총액 및 GDP에서 차지하는 비중 (2006~2017년)	106
[그림 4-8] 가족 지출 중 현물 급여 변화 추이: 총액 및 비중 (2006~2017년)	107
[그림 4-9] 가족 지출 중 현금 급여 변화 추이: 총액 및 비중 (2006~2017년)	109
[그림 4-10] 가족 지출 현물 급여 중 가족 수당 총액 및 비중 (2006~2017년)	110
[그림 4-11] 미취학 자녀가 있는 성인 남녀의 가정 관리 및 가족 돌봄 시간 (2006~2017년)	115
[그림 4-12] 하루 중 무급 노동(unpaid work)에 소요한 시간 비중 (1999~2012/13년)	116
[그림 4-13] 어린이집 유형별 개소수 및 비중 추이 (1999~2018)	117
[그림 4-14] 어린이집 유형별 이용자수 및 비중 추이 (1999~2018)	118
[그림 4-15] 1인당 보건의료지출 연간 증가율(2008~2018)	120
[그림 4-16] 주요 OECD 국가들에서 GDP 대비 보건지출 비중(2003~2017)	121
[그림 4-17] 보건의료지출에서 본인부담 추이 변화	122
[그림 4-18] 우리나라와 OECD, 주요 OECD 회원국의 공적재원 및 본인부담비율 추이(2003~2019)	124
[그림 4-19] 우리나라, 노르웨이, 네덜란드, 호주, OECD의 기대수명 추이(2000~2018)	126
[그림 4-20] 우리나라, 노르웨이, 네덜란드, 호주, OECD의 잠재수명손실년수(2000~2018)	127
[그림 4-21] 우리나라, 노르웨이, 네덜란드, 호주, OECD의 당노와 천식으로 인한 입원율 (100,000명당 성연령 표준화)	131
[그림 4-22] 예방가능한 사망률 및 치료가능한 사망률 변화(100,000명당 성연령 표준화)	133
[그림 4-23] 연령별 기대수명 변화에 대한 기여도(남자), 1998~2008, 2008~2018	142
[그림 4-24] 연령별 기대수명 변화에 대한 기여도(여자), 1998~2008, 2008~2018	143
[그림 4-25] 남녀 기대수명 변화에 대한 기여도, 1998~2018	144
[그림 4-26] 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도, 1998~2008	151
[그림 4-27] 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도, 2008~2018	151
[그림 4-28] 잔여 기대여명에 따른 남·녀 1인당 생애의료비, 2018	155
[그림 4-29] 장애 관련 현금급여 수급자 수 추이	164
[그림 4-30] 장애인활동지원제도 예산 및 월평균 급여량 추이	164
[그림 4-31] 한국의 노동시장정책 지출 추이와 복지국가 유형과의 비교	173



[그림 4-32] 한국의 적극적 노동시장정책 지출 추이와 복지국가 유형과의 비교	173
[그림 4-33] 한국의 소극적 노동시장정책 지출 추이와 복지국가 유형과의 비교	174
[그림 4-34] 한국의 적극적 노동시장정책 지출 수준	174
[그림 4-35] 한국의 적극적 노동시장정책 지출 세부영역별 추이와 복지국가 유형과의 비교	176
[그림 4-36] 한국의 적극적 노동시장정책 세부영역별 지출 수준	176
[그림 4-37] 복지국가 유형별 고용 성과 (노동시장 참가율, 고용률, 실업률)	179
[그림 4-38] 복지국가 유형별 장기 실업자 비중	180
[그림 4-39] 한국의 경제활동참가율 추이	181
[그림 4-40] 한국의 성별 경제활동참가율 추이	181
[그림 4-41] 한국의 고용률 추이	182
[그림 4-42] 한국의 성별 고용률 추이	182
[그림 4-43] 한국의 실업률 추이	183
[그림 4-44] 한국의 성별 실업률 추이	184
[그림 4-45] 한국의 연령별 실업률 추이	184
[그림 4-46] 한국의 6개월, 12개월 이상 구직활동 중인 실업자 추이	185
[그림 4-47] 복지국가 유형별 노동시장 불안정성	187
[그림 4-48] 복지국가 유형별 소득의 질	187
[그림 4-49] 복지국가 유형별 저임금 노동자 비중	188
[그림 4-50] 한국의 실업자 대비 실업급여 수급자 비율	189
[그림 4-51] OECD 주요국의 중위임금 대비 최저임금 비율	190
[그림 4-52] 한국의 저임금 근로자 비중	190
[그림 4-53] 한국의 성별 저임금 근로자 비중	191
[그림 4-54] 한국의 지니계수 추이	191
[그림 4-55] 한국의 소득집중도	192
[그림 4-56] 기초생활보장제도 수급자 및 인구대비 비율(2001~2019)	196
[그림 4-57] 기초생활보장 가구유형별 연도별 변화 추이(2001~2019)	198
[그림 4-58] 기초생활보장 가구원수별 연도별 변화 추이(2005~2019)	199
[그림 4-59] 명목 GDP, 정부예산, 보건복지부 예산 대비 국민기초생활보장예산(2005~2019)	200
[그림 4-60] 기초생활보장 선정기준, 국민총소득 및 소비자물가지수 변동율	208
[그림 4-61] 기초생활보장 보장기간별 수급가구 변화	210

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제1장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

우리나라는 OECD회원국으로 가입 이래(1996. 12) 공공사회복지지출(SOCX) 산출을 시작하였다. 이로 인해 사회보장지출 규모와 수준 및 발전 양상을 확인할 수 있는 기초자료를 수년 간 축적하며 동향을 분석하고 있다. SOCX는 국제 비교가 가능한 지표로 주요국의 복지지출의 특성, 확대 추이를 비교·분석하여 정책적 함의 도출이 가능한 Data base이다.

SOCX를 활용한 기존 연구는 주로 복지지출 동향 분석과 이와 관련한 국제비교 연구 중심에 머물렀다. 복지국가 유형에 따른 기능별 지출 수준이나 경제·사회적 요인별 지출 등에 대한 분석·비교 연구들이 많았다. 반면에 축적자료를 이용한 체계적 분석과 이를 바탕으로 한 중장기 정책 방향 제시에는 미흡하였다.

SOCX는 사회보장 투입지표로서 국민 삶의 변화를 간접적으로 나타내는 지표이다. 따라서 SOCX 증가가 국민의 삶에 미친 영향을 명확히 파악하기 위해 결과지표를 중심으로 한 성과 분석 연구가 필요하다.

SOCX는 9개의 영역으로 구성되어 있다. 즉 ① 노령 ② 유족 ③ 근로무능력 ④ 보건 ⑤ 가족 ⑥ 적극적 노동시장정책 ⑦ 실업 ⑧ 주거 ⑨ 기타 사회정책이다. 본 연구에서는 일곱 개 영역에 대해 살펴보고자 한다. 먼저, 지출의 80%를 차지하는 보건, 노령, 그리고 가족의 성과에 대해 살펴본다. 다음, 복지지출 중 가장 많이 지출하는 보건의 정책성과 지표로 대표되는 기대수명에 대해 살펴본다. 기대수명을 연장하기 위해 보건 지출을 어디에 어떻게 지출해야 하는가에 대해 분석을 시도한다. 끝으로 주요복지인 근로무능력(장애), 적극적 노동시장정책, 그리고 대부분 공공부조제도로 구성된 기타 사회정책에 대해 살펴본다.

기능별 정책목표를 준거로 투자 성과를 측정하는 지표의 탐색과 발굴, 지표의 작성과 추이분석, 함의 등을 살펴보고자 한다. 아울러 주요국의 복지지출 변화 당시의 정

책 변화 및 그에 따른 삶의 변화를 분석하고 우리나라에 주는 시사점 도출도 실시한다.

이러한 연구배경에 따라 본 연구의 목적은 기능별 복지지출의 추이와 변화를 분석하고, 정책성과를 살펴보고 향후 정책방향을 제시하는 데 있다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구내용

본 연구는 공공사회복지지출의 변화 요인을 살펴보고 기능별 지출의 성과를 분석하는 것이다. 이를 위해 연구내용은 아래의 같이 여섯 부분으로 나누어 살펴보고자 한다.

먼저 공공사회복지지출의 개념과 구성 체계 그리고 변화요인에 대해 알아본다. 다음 OECD회원국의 복지지출 변화와 삶의 질 관계 분석이다. 이를 위해 사회복지지출과 OECD BLI(Better Life Index) 및 BLI 세부 구성 자료를 분석한다.

이어서 7개 영역을 중심으로 우리와 동일여건 시점의 주요 국가의 복지지출 변화를 분석한다. 동일 여건은 소득수준, 고령화율, 출산율 등이 유사한 시점의 지출수준이다. 또한 이들 시점에서 나타난 사회보장재정 운용을 분석한다.

현행 OECD회원국의 복지지출 추이와 변화요인을 살펴본다. 최근 10년(2006-2015) 동안의 추이 분석한다. 기존제도 확대나 폐지 또는 신규제도 도입에 대해 찾아본다.

복지지출이 정책목표를 얼마나 달성한 가에 대한 성과분석이다.

주요 기능별 최근 논의된 성과지표를 고찰과 발굴을 하고 작성한다. 즉 공적연금, 기초연금, 아동수당, 건강보험 보장성 강화, 근로장려금, 자녀장려금, 기타정부보조금 등 주요 제도 변화가 국민 삶에 미친 영향을 관련 통계, 조사자료(복지패널, 의료패널, 생활시간조사, 보육실태조사 등) 등을 통해 다각도로 분석한다.

끝으로 함의도출 또는 사회보장제도의 발전방향을 제안한다. 시사점 도출이나 제도별, 정책적 함의를 통한 중장기 정책 방향 등을 제시하고자 한다.

본 연구의 내용은 다음과 같다. 먼저 2장에서는 공공사회복지지출의 개념과 변화요인 그리고 성과관계 등을 살펴본다. 3장에서는 우리와 동일 여건 시점의 주요OECD국

가의 지출변화 분석을 실시한다. 4장에서는 공공사회복지지출의 기능별 추이변화와 정책성과에 대해 살펴본다.

2. 연구방법

본 연구는 크게 국내외 문헌연구, 기초자료 수집 및 분석, OECD사무국 관계자와의 사례연구(Case Study), 외부연구진 협업, 관계전문가 회의 등을 통해 연구를 수행하였다.

가. 문헌연구

국내외 관련문헌, 선행연구 등에 기초하여 사회보장 사업이나 국민 삶의 수준 변화에 대한 분석을 한다. 국내자료는 한국 SOCX, 복지패널자료, 공적연금 제도와 통계자료, 관련부처의 통계연보 등이다. 해외자료는 OECD의 분야별 발간문헌, 해외 관련 선행연구 자료들이다.

나. DB분석

OECD SOCX 자료를 활용하여 주요 회원국의 복지지출 현황 및 추이 분석을 한다. 특히 최근 10년(2006-2015) 동안 주요 개별급여가 급변하는 구간을 분석하고 내용을 살펴본다. 또한 OECD 자료로 Better Life Index(BLI), Family db, ALMP, 그리고 Health db 등을 활용한다.

3. 전문가 의견수렴

전문가 간담회를 통한 정책 성과와 향후 과제를 검토한다. 수렴분야는 노인정책, 가족정책, 보건정책, 장애정책, 노동정책, 그리고 빈곤정책 등이다.



제2장

개념과 관계

제1절 공공사회복지지출의 개념

제2절 공공사회복지지출의 변화 요인과 성과분석

제3절 OECD 주요국의 복지지출 변화와 삶의 질 관계

제2장 개념과 관계

제1절 공공사회복지지출의 개념

국민에게 이전되는 지출자료로는 국제비교가 가능한 OECD의 사회복지지출(Social Expenditure database, SOCX)을 활용하고자 한다.

OECD 매뉴얼(2017)에 따르면, 사회복지지출이란 “불리한 환경에 처한 개인과 가족의 지원을 위하여 공공이나 민간기관이 제공하는 급여 또는 재정적 지원”으로 정의하고 있다(Willem Adema et al., 2017, para.10). 급여의 성격은 사회적 목적을 가지고 있어야 하며, 개인 간 재분배 기능을 실현하거나, 의무적 참여가 전제 되어야 한다(Willem Adema et al., 2017, para.13).

산출범위를 보면 급여제공에 수반되는 행정비용은 제외한다. 다만 모든 행정비용이 사회복지지출에서 제외되는 것은 아니다. 예를 들어, 의료서비스나 취업상담 및 알선, 유아교육 및 보육서비스 등은 의사나 상담사, 교사가 없이는 서비스가 제공될 수 없다. 따라서 이들 영역에서 행정비용은 사회복지지출에 포함된다. 이를 제외하고 수급자의 선정, 급여의 관리, 전달체계의 이용 등 수급자에게 직접적으로 제공되지 않는 행정 비용은 사회복지지출에 포함되지 않는다.

또한 상환할 의무가 있는 대출금 역시 사회복지지출에 포함되지 않는다. 즉 정부에서 저소득층을 대상으로 재정융자사업의 일환으로 실시하고 있는 ‘생업자금융자’의 대출금은 사회복지지출이 아니다. 이는 수급자에게 제공했다가 다시 회수하는 재정이기 때문이다. 그러나 생업자금융자에서 정책금리를 제시하고 시중금리와 차이를 지원하거나, 무이자대출을 지원했다면 이러한 이자차액보전은 사회복지지출에 포함된다. 이는 정부로부터 수급자에게 직접적으로 제공된 사회적 이전이기 때문이다.

이러한 매뉴얼에 제시된 원칙에 따라 사회적 목적을 가지며 사회적 재분배의 기능을 수행하는 사회적 이전을 추출하여 사회복지지출 데이터베이스가 구성된다. 이 때 포함 범위는 일반정부(중앙+지방자치단체), 사회보험, 공기업까지이다. 기능코드는 9개로

구성된다. 세부적으로 보면, ① 노령, ② 유족, ③ 근로무능력 관련급여, ④ 보건, ⑤ 가족, ⑥ 적극적 노동시장정책, ⑦ 실업, ⑧ 주거, 그리고 ⑨ 기타 사회정책으로 구분 된다¹⁾. 급여코드는 ① 현금과 ② 현물로 구분한다.

제2절 공공사회복지지출의 변화요인과 성과분석

1. 변화요인

공공사회복지지출의 변화요인은 다양하다. 국민의 소득증가, 인구고령화, 제도의 개혁, 신규제도의 도입, 의료기술의 발달, 건강보험보장성 강화, 그리고 사회급여의 확대 등을 고려할 수 있다.

즉 우리의 1인당 국민소득이 2만불에서 2015년 3만불로 증가나 고령화율이 10%에서 14%로의 변화 등을 들 수 있다. 또한 특수직역연금의 경우 급여수준은 점차 인하하고 수급연령은 단계적으로 인상하는 등의 제도 개혁도 있다. 최근 가족 지출이 증가한 주된 이유는 새롭게 도입된 가정 양육 수당과 육아 휴직 급여의 확대, 영유아 보육교육비 지원의 확대에 따른 것으로 볼 수 있다. 지출의 변화요인들을 경제·인구학적 요인과 제도적 요인들로 살펴보고 추이를 적합하게 설명해야 성과분석도 적합하게 할 것이다.

2. 성과분석

기능별 지출의 성과를 분석하기 위해서는 해당 정책이 지향하는 목적과 그 목적 달성 정도를 평가하기 위한 성과 지표를 발굴해야 한다. 이를 위한 세 가지 제언을 하면 다음과 같다. 첫째, 정책의 성과를 평가하기 위해서는 정책의 목표가 구체적으로 제시되어야 한다. 가족정책을 중심으로 살펴보면, OECD는 가족 정책의 목적은 일과 가족

1) SOCX의 하위 영역은 COFOG의 하위 영역과 달리 '적극적 노동시장 정책'과, 저소득층을 대상으로 하는 사회적 배제가 '기타'로 별도 구분되어 있음. 또한 R&D 예산은 COFOG에서 별도로 제시되어 있으나 수급자에게 직접 지급하는 사회적 이전이 아니므로 SOCX는 미포함.

생활의 균형, 부모가 원하는 수의 자녀를 갖도록 도와 주는 것, 여성의 노동 시장 참여 확대, 양성 평등 강화, 아동 및 가족 빈곤 퇴치, 아동의 발전과 웰빙의 증진으로 하고 있다(OECD, 2011). 하지만 개별 국가의 가족 정책은 그 국가가 직면한 역사적인 배경, 당면한 과제, 정부의 역할에 따라 가족 정책의 목적에서 두는 강조점이 다르다. 둘째, 이러한 정책 목표를 평가할 수 있는 평가 지표가 선정되어야 한다. 개별 지출에 대한 성과는 개별 특성별로 세부적으로 평가할 필요가 있다. 즉 인구고령화 등으로 인해 65세 이상 인구수도 증가하고 있으므로 65세 이상을 대상으로 한 수급자수를 공적연금의 성과로 볼 수 있다. 또한 가족 지출의 증가는 빠르게 이루어질 수 있지만 그 성과는 천천히 이루어질 수 있다. 이는 가족 정책의 성과가 현금 급여와 현물 급여의 확대 뿐만 아니라 가족 관계, 젠더 의식 등 사회 문화적인 변화에 의해서 일어날 수 있다. 또한 신규 도입제도에 의해 지출이 증가하더라도 그 성과는 시간의 흐름을 두고 천천히 나타날 수도 있다.

셋째, 국제적으로 비교가 가능한 지표의 발굴이 필요하다. 국제적으로 개별 지출의 성과를 평가할 수 있도록 국제지표의 정리(빈곤율, 빈곤율개선효과 등)와 국제 표준화를 위한 노력이 필요하다.

제3절 OECD 주요국의 복지지출 변화와 삶의 질 관계

1. 분석 개요

2008년 글로벌 경제위기를 극복하는 과정에서 경제적 발전 수준이 반드시 사회적 발전 수준과 양립하는 것이 아니라는 점이 광범위하게 인정되면서, 삶의 질이 소득과 같이 특정한 어느 한 요인에 의해 결정되는 것이 아니라 다양한 차원을 가진 요인들의 복합적인 결과물로 받아들여진 바 있다.²⁾

이에 따라 국제연합개발계획(UNDP)의 인간개발지수(HDI), 경제개발협력기구(OECD)의 'Your Better Life Index(이하 BLI)' 등과 같은 종합지표를 활용하려는 노력이 본격화되었다.

다시 말해, 경제발전이 주된 관심사였던 시기에는 GDP, 사회적 가치에 주목하던 시기에는 HDI, BLI 등으로 대표되는 'Beyond GDP'를 위한 노력이 진행되었다.

국민의 주관적 인식 수준을 비교 가능한 수준으로 측정할 수 있게 됨에 따라서, 국민 행복 수준의 측정을 목표로 하는 삶의 질 측정에서도 객관적 상황과 더불어 '주관적 안녕(subjective well-being)' 수준이 포함되기 시작한 것이다.

한편, 공공사회복지지출은 사회보장 투입지표이며 국민 삶의 변화를 간접적으로 나타내는 지표로서 지출 증가가 국민 삶에 미친 영향을 명확히 파악하기 위해 결과지표 분석이 필요하다.

본 절에서는 OECD BLI의 물질적 삶이 조건 및 삶의 질 영역에 해당하는 가구 가처분소득, 고용률, 연평균 임금, 노동시장 불안정성, 주택 구매력, 기대수명, 주관적 건강 상태 변수를 활용하여 OECD 국가의 삶의 질과 공공사회지출의 관계를 분석하고자 한다.

2) 윤강재, 이지현. (2012). 'Your Better Life Index'를 이용한 OECD 국가의 삶의 질 측정. 보건복지포럼 2012년 4월호. 한국보건사회연구원.

〈표 2-1〉 분석 활용변수

구분	변수명	단위	자료원	비고
소득	가구 가처분소득 (Household income)	US Dollar	OECD National Accounts (database)	-
직업과 임금	고용률 (Employment rate)	%	OECD Labour Force Statistics (database)	전 주에 한시간 이상 유급 노동을 한 성인 인구(25~64세)의 비율
	연평균 임금 (Earnings)	US Dollar	OECD Average annual wages (database).	-
	노동시장 불안정성 (Labour market insecurity)	%	OECD Job quality (database)	실업 상태가 유지될 때 발생할 것으로 예상되는 금전적 손실의 이전소득 대비 비율
주거	주택 구매력 (Housing affordability)	%	OECD calculations based on OECD National Accounts Statistics (database)	주택 비용 공제 후 가구가 사용할 수 있는 가구 총조정 가처분 소득의 비율
건강	기대수명 (Life expectancy at birth)	세	OECD Health Status (database)	-
	주관적 건강상태 (Perceived health)	%	OECD Health Status (database)	인지하는 건강상태가 ' 좋음' 또는 '매우 좋음'으로 조사된 성인의 비율
삶의 질	삶의 만족도 (Life satisfaction)	점	OECD and national statistical office calculations	-
공공사회복지지출		% of GDP	OECD Social Protection(database)	

자료: OECD. (2020). How's Life? Well-Being 데이터셋. Retrieved from https://stats.oecd.org/OECDStat_Metadata/ShowMetadata.ashx?Dataset=HSL&ShowOnWeb=true&Lang=en에서 2020. 9. 3. 인출

분석을 위해 다음과 같이 OECD 통계 홈페이지에서 2006년부터 2015년까지 10년간 데이터를 구득하였다. 분석은 대부분의 통계 구득이 가능한 27개국을 대상으로 수행하였으며, 일부 연도 수치에 결측치가 있는 경우는 내삽법(interpolation) 및 외삽법(extrapolation)을 활용하여 결측치를 대체하였다.

○ 통계 구득: OECD. Social Protection and Well-being(database). Retrieved from <http://stats.oecd.org/>에서 2020. 8. 14. 인출

○ 분석 연도: 2006년부터 2015년까지 10년간

○ 분석 국가는 통계 구득이 가능한 27개국

- 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 체코, 덴마크, 에스토니아, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 헝가리, 아일랜드, 이탈리아, 한국, 라트비아, 룩셈부르크, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 슬로베니아, 스페인, 스웨덴, 스위스, 영국
- 호주, 칠레, 아이슬란드, 이스라엘, 일본, 터키, 미국, 리투아니아, 멕시코는 활용할 수 있는 통계가 부족하여 분석에서 제외

○ 일부 연도의 자료가 없는 경우 내삽법(interpolation) 및 외삽법(extrapolation)을 활용하여 나머지 해의 평균으로 결측치 대체(전체 데이터의 10.7% 수준).

- 결측치의 상당수는 삶의 만족도 지표이며, OECD에서 2017년 발간한 'how's life? 2017: measuring well-being' 보고서에서 직접 산출한 통계를 기반으로 진행
 - 삶의 만족도 지표는 국가 간 비교가능성(comparability)이 상당히 낮은 통계로서 척도 불일치(예를 들어 캐나다에서는 "매우 불만족"에서 "매우 만족"까지, 뉴질랜드에서는 "완전히 불만족"및 "완전히 만족"), 척도 수준(한국과 같이 5점 척도에서 "중립"의 비율), 모집단의 차이(대부분의 OECD 국가에서 16 세 이상 인구를 기준으로 하는 가운데 호주, 캐나다, 콜롬비아 및 뉴질랜드는 15 세 이상, 멕시코는 18 세 이상으로 약간의 차이가 있으며, 한국에서는 상당히 좁은 연령대 (19-69 세)로 조사됨.

2. 분석 결과

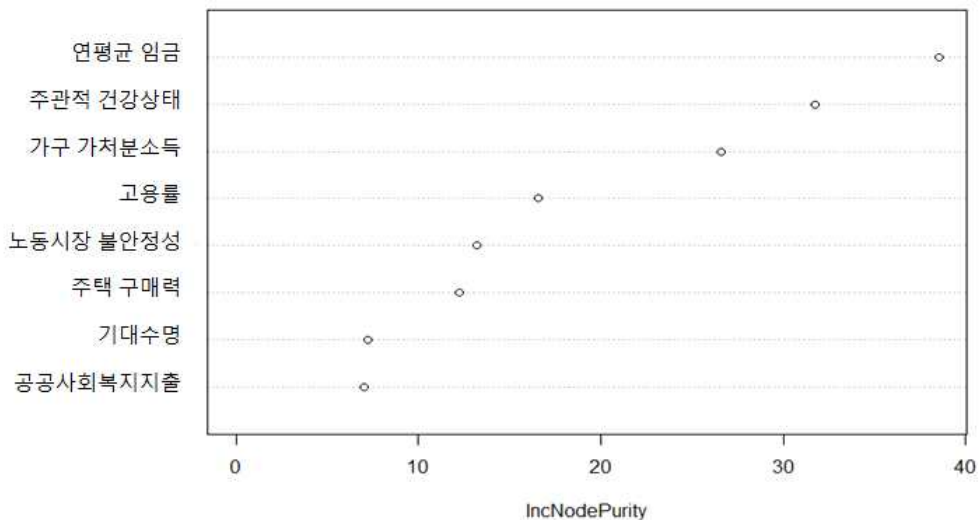
본 절에서의 분석 목표는 삶의 질 지표 및 공공사회복지지출 수준이 삶의 만족도에 어떤 영향을 미치는 알아보고자 하는 것으로서, 국가 차원의 연도별 데이터를 활용하

고자 한다. Breiman(2001)³⁾에 의해 제안된 랜덤 포레스트(random forest)는 하나의 가장 좋은 의사결정나무(decision tree) 모형을 구축하는 것이 아니라 랜덤하게 많은 의사결정나무를 구축하여 이들을 합하는 앙상블(ensemble) 기법으로서, 회귀분석 등 모형을 가정 및 사후 검증이 필요한 방법론에 비해 활용이 용이하다.

랜덤 포레스트는 분류 정확도가 우수하고 이상치에 둔감하며, 계산이 빠르다는 장점이 있으며, 이러한 장점을 이용하여 랜덤 포레스트의 중요도(Importance)를 계산하여 삶의 만족도에 영향을 미친 변수를 찾아보고자 한다. 여기서 중요도는 통계모델에서 특정 변수가 삶의 만족도의 판정에 대한 연관성 크기를 나타낸다.

분석 결과 삶의 만족도에 가장 영향을 크게 미치는 요인은 임금으로 나타났으며, 다음으로 주관적 건강수준, 가구 가처분소득, 고용률로 나타난다. 공공사회복지지출은 상대적으로 삶의 만족도에 미친 영향이 크지 않다.

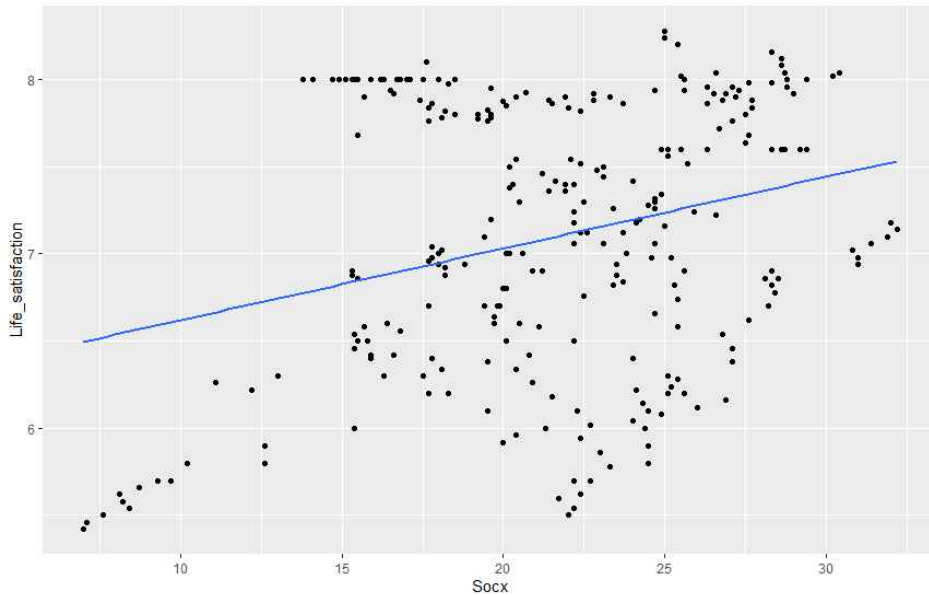
[그림 2-1] 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인 랜덤포레스트 분석 결과



3) Breiman, L. (2001). Random forests. Machine learning, 45(1), 5-32.

공공사회복지지출과 삶의 만족도 간에는 아래의 [그림 3-2]에서도 확인할 수 있듯이 상관관계가 있다고 볼 수 없다. 추정된 회귀선의 회귀계수가 0이 아닌 것처럼 보이나, 그래프 왼쪽 하단의 한국의 10개 수치와 같은 영향치(influential)의 영향 때문에 영향치와 일부 이상치를 제외하면 회귀선은 평면에 가깝다.

[그림 2-2] 공공사회복지지출과 삶의 만족도 간 산점도



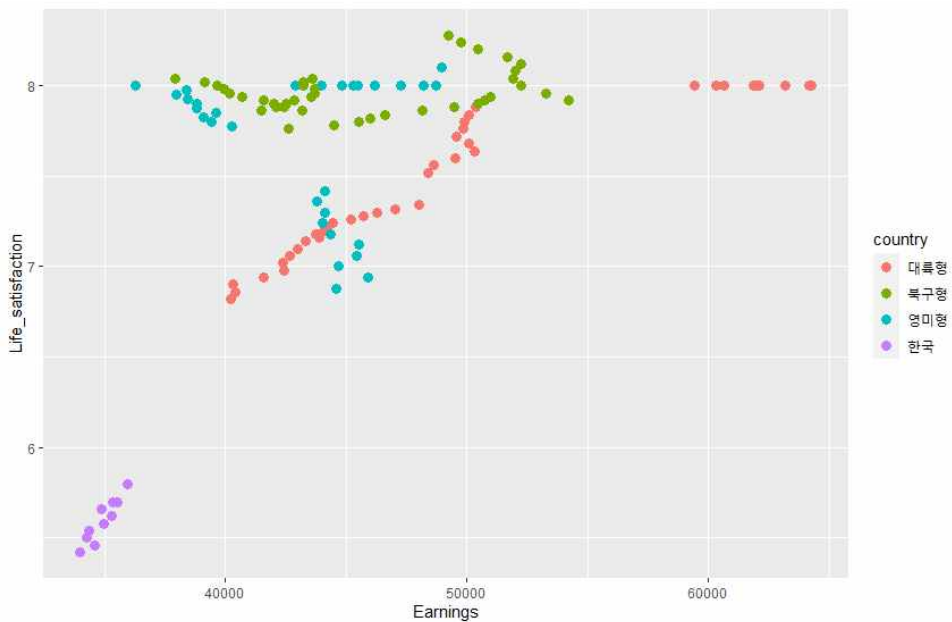
다음으로 OECD 복지국가 유형별로 랜덤포레스트 분석 결과 삶의 만족도에 주요하게 영향을 미친 변수의 산점도를 살펴보고자 한다.

○ OECD 국가 유형은 다음의 북구형, 대륙형, 영미형과 함께 한국을 비교함.

- 북구형: 스웨덴, 노르웨이, 덴마크, 핀란드
- 대륙형: 프랑스, 독일, 오스트리아, 네덜란드, 스위스
- 영미형: 영국, 캐나다, 뉴질랜드

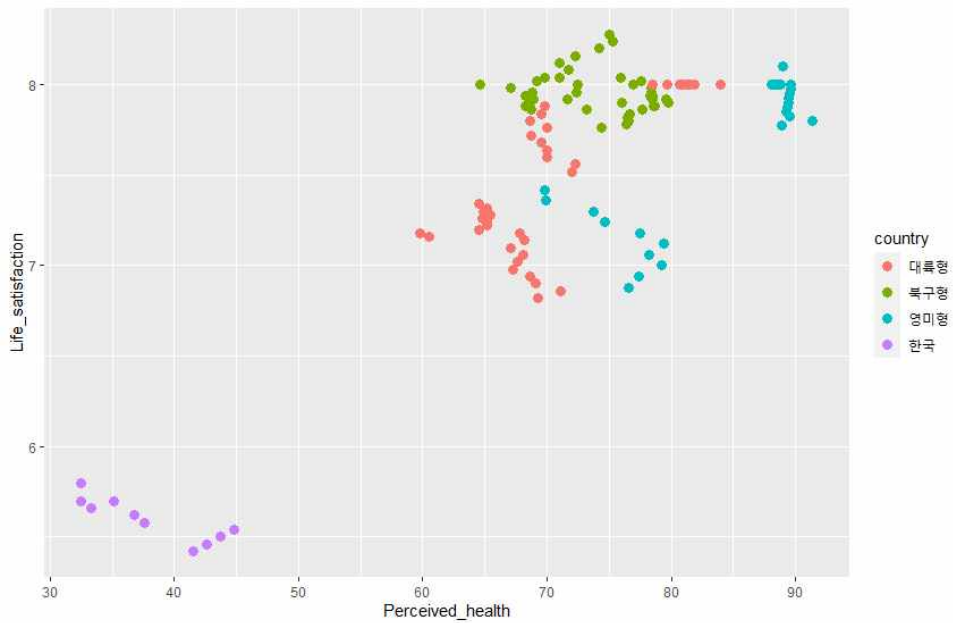
OECD 국가 유형별로 임금과 삶의 만족도의 관계를 살펴보면, 한국과 대륙형 국가는 임금이 높아짐에 따라 삶의 만족도가 높아지는 것으로 보이고, 북구형 및 영미형 국가는 임금 수준과 무관하게 삶의 만족도가 높은 것으로 나타난다.

[그림 2-3] OECD 국가 유형별 임금과 삶의 만족도의 관계



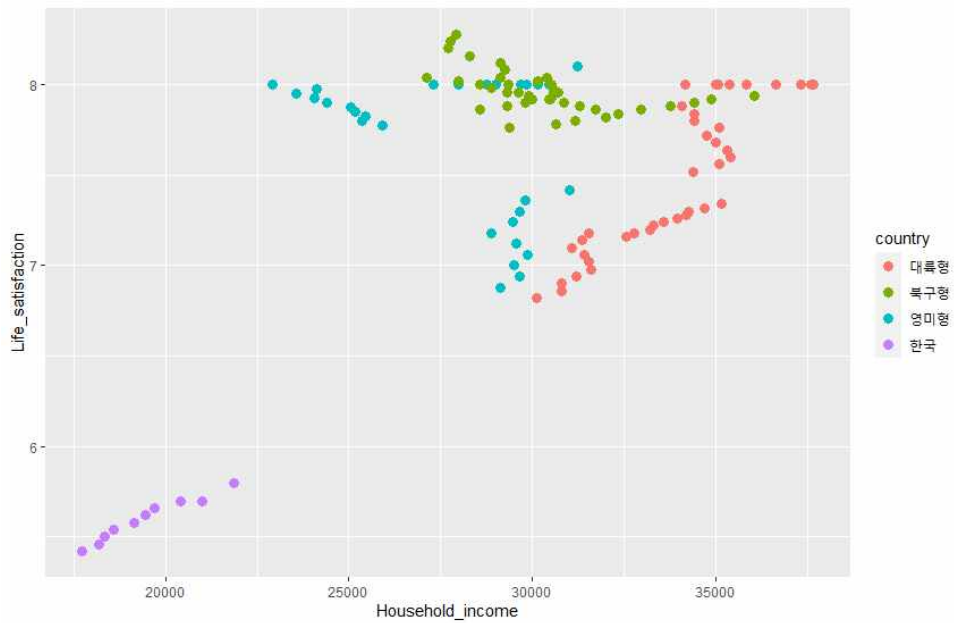
주관적 건강상태와 삶의 만족도의 관계를 살펴보면, 영미형 및 대륙형 국가는 주관적 건강상태가 높아짐에 따라 삶의 만족도가 높아지는 것으로 보이고, 북구형 국가 및 한국은 주관적 건강수준이 삶의 만족도에 영향을 미치는 것으로 보기 어려워 보인다.

[그림 2-4] OECD 국가 유형별 주관적 건강상태와 삶의 만족도의 관계



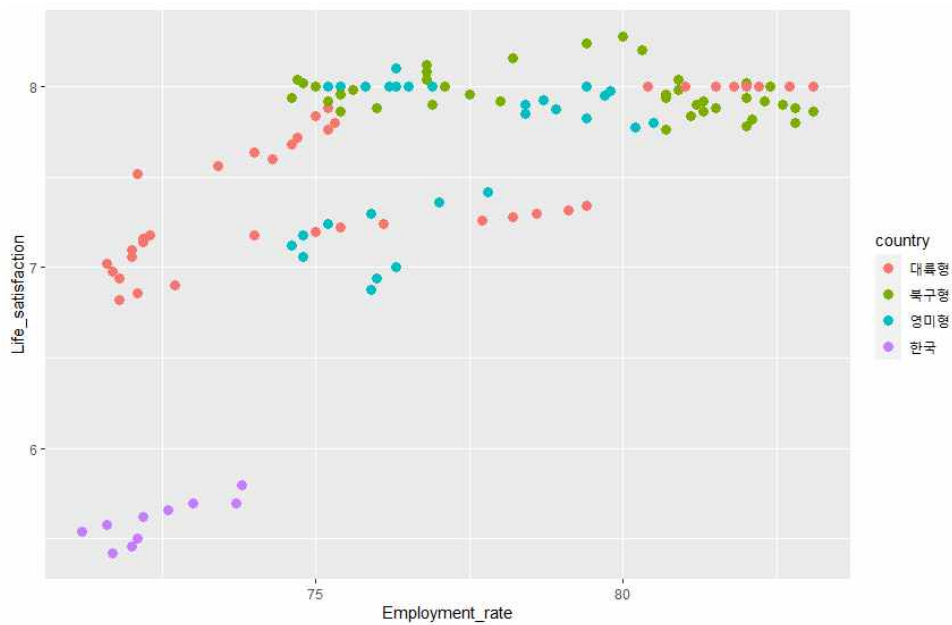
가구 가처분소득과 삶의 만족도의 관계를 살펴보면, 한국과 대륙형 국가는 가구소득이 높아짐에 따라 삶의 만족도가 높아지는 것으로 보이고, 북구형 및 영미형 국가는 가구소득과 무관하게 삶의 만족도가 높은 수준으로 보인다.

[그림 2-5] OECD 국가 유형별 가구 소득과 삶의 만족도의 관계



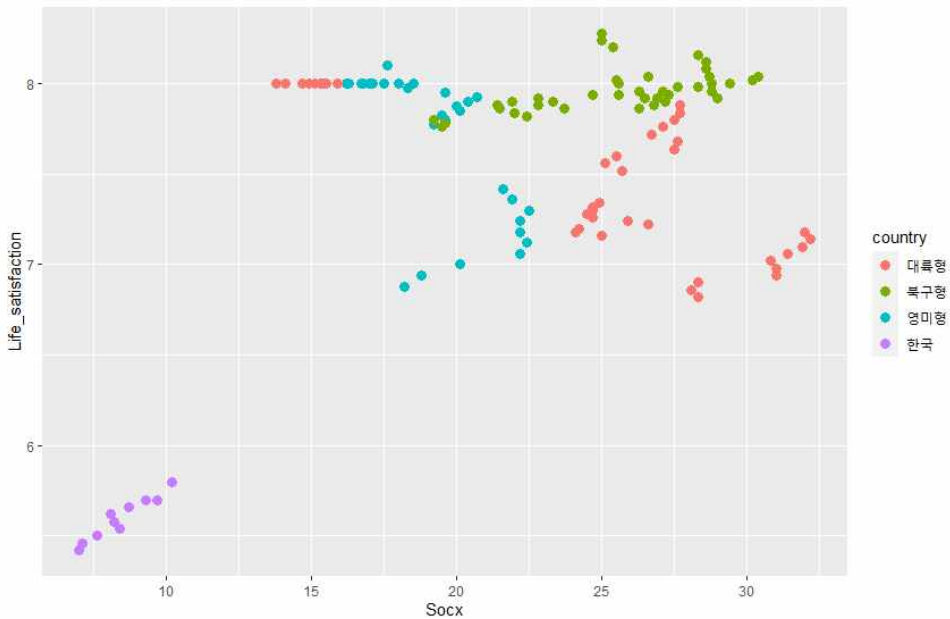
고용률과 삶의 만족도의 관계를 살펴보면, 북구형 국가는 고용률과 무관하게 삶의 만족도가 높은 것으로 보이며, 대륙형 및 영미형 국가와 한국은 미미하게나마 양적인 관계에 있는 것으로 보인다.

[그림 2-6] OECD 국가 유형별 고용률과 삶의 만족도의 관계



마지막으로 공공사회복지지출과 삶의 만족도의 관계를 살펴보면, 한국은 매년 공공사회복지지출 수준이 올라가면서 같은 기간 삶의 만족도도 올라가는 것으로 나타나지만, 다른 국가들은 공공사회복지지출과 무관하게 삶의 만족도가 높은 것으로 확인할 수 있다.

[그림 2-7] OECD 국가 유형별 공공사회복지지출과 삶의 만족도의 관계



본 절에서는 공공사회복지지출과 삶의 질 지표와의 관계를 분석하였다. 국가간 비교 가능성이 확보되어 있는 통계의 구득이 제한적이긴 했지만, 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인은 연평균 임금, 주관적 건강상태, 가구 가처분소득, 고용률이 가장 주요한 요인으로 나타났다. 공공사회복지지출은 국민 삶의 질의 변화를 직접적으로 설명한다고 보기는 어려웠으며, 또한 이것을 국가 유형별로 분석해보면 우리나라와 대륙형, 북구형, 영미형 국가들 간에 서로 다른 특성이 나타남을 알 수 있었다. 따라서 공공사회복지지출의 규모가 국민 삶의 질에 미친 영향을 파악하기 위해서는 우리나라와 국가적 상황(고령화율 등)이 비슷한 시점의 국가를 대상으로 복지지출 변화 당시의 정책 변화 및 그에 따른 삶의 변화를 분석하여 우리나라에 주는 시사점을 도출할 필요가 있겠다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

OECD 주요 국가의 복지지출 분석

제3장 OECD 주요 국가의 복지지출 분석

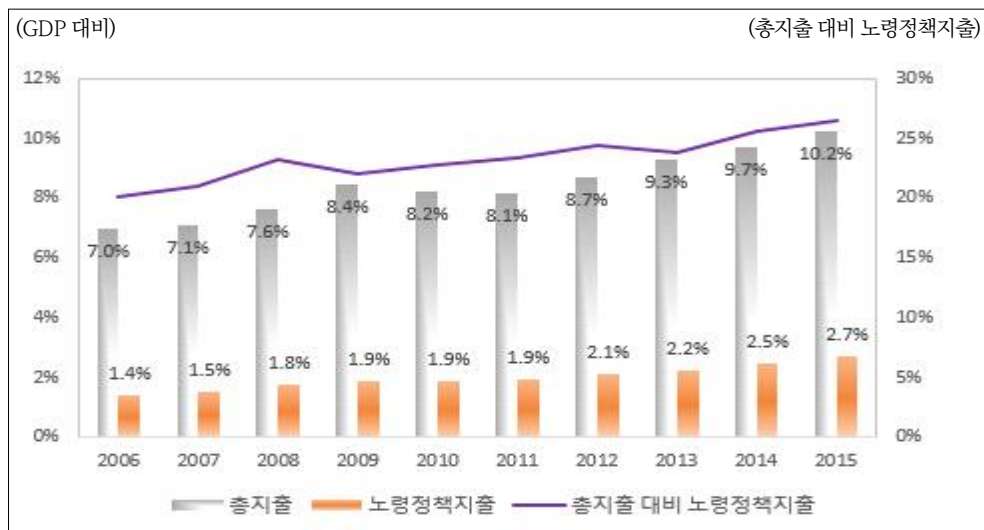
제1절 노령지출

1. 주요 국가의 지출 변화 분석

가. 우리나라의 노령지출과 사회경제적 여건

우리나라의 공공사회복지지출은 2010년 GDP 대비 8.2%에서 2013년 9.3%로 9%를 넘어섰고 2015년에는 10.2%로 나타났다. 노령정책지출은 2012년 GDP 대비 2.1%로 2%를 넘어섰고 2015년에는 2.7%로 지속적으로 증가하였고, 2015년 기준으로 노령정책지출은 총지출 대비 26.5%를 차지하고 있다.

[그림 3-1] 우리나라의 OECD SOCX 노령정책영역 지출 추이

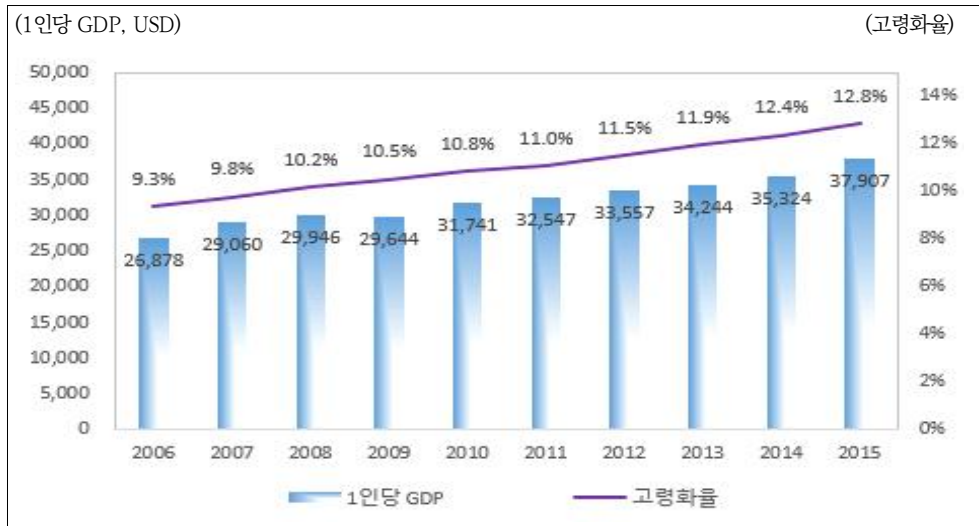


자료: OECD SOCX 공공사회복지지출 규모는 OECD. Stat.

공적연금 지출이 주를 이루는 노령정책 지출과 관련된 사회경제적 변화의 주된 요인으로 1인당 GDP와 고령화율⁴⁾을 볼 수 있다. 우리나라의 1인당 GDP는 2010년

\$30,000을 넘어섰고 점차 증가하여 2015년에는 \$37,907로 나타났고, 고령화율은 2008년 10.2%에서 2011년 11.0%, 2015년에는 12.8% 수준으로 증가하였다.

[그림 3-2] 우리나라의 1인당 GDP와 노년부양비



자료: 1인당 GDP는 OECD, Stat. productivity.

고령화율은 통계청 Kosis 장래인구추계를 활용하여 작성

나. 2015년 기준 주요 국가별 노령 지출 비교

노령지출 중 공적연금 지출이 큰 비중을 차지하고 있는데 복지국가유형이 동일하더라도 국가별로 역사적 배경과 경제수준 등에 따라 연금제도의 급여수준과 수급조건, 재정방식 등에서 차이가 있다. 본문에서는 우리나라와 사회경제적 동일 여건상 분석을 위해 대상 국가는 크게 3가지 복지국가유형별로 구분한 15개국으로 하여 노령정책 지출 수준을 비교하였다.

2015년 기준 주요 국가의 노령정책 지출 규모는 복지국가 유형별로 다양하게 나타나는데, 북구형의 경우 노령정책 지출수준도 GDP 대비 10.0%로 높고 지난 10년간 연평균 증가율도 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 대륙형에 해당하는 국가는 북구형에

4) 우리나라의 경우 고령화율(전체 인구수 대비 65세 이상 인구수)은 2006년 7%에 도달했고 2018년에는 14%를 넘어섰음.

비해서는 노령정책 지출 평균 수준은 평균 GDP 대비 9.5%로 낮은 수준으로 국가별 연금제도에 따라 노령지출 수준이 다양하게 분포하고 있다. 특히 독일의 경우 2004년 재정안정화 방향으로의 연금개혁으로 인해 노령지출 연평균 증가율이 감소하고 있다. 영미형은 노령지출 수준이 다른 유형에 비해 낮은 평균 GDP 대비 5.5% 수준을 보이고 있다.

2015년 우리나라는 주요국에 비해 전체 공공사회복지지출 수준도 현격하게 낮고 노령정책 지출은 전체 지출에서 차지하는 비중도 상대적으로 낮은 것으로 나타나나, 최근 10년간 연평균 증가율은 7.5%로, 지출 규모는 적으나 급격하게 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈표 3-1〉 2015년 기준 주요국의 OECD SOCX 노령정책영역 지출규모

(단위: GDP 대비 %)

복지국가유형 구분		OECD SOCX 공공사회복지지출				참고	
		총지출 (가)	노령정책 지출 (나)	총지출 대비 노령정책지출 비중(나/가)	노령정책지출 평균증가율	1인당 GDP (USD)	고령화율
북구형 4개국	스웨덴	26.3	9.1	34.5%	0.3%	49,116	19.7%
	노르웨이	24.7	8.5	34.5%	3.4%	60,369	16.3%
	덴마크	29.0	10.2	35.3%	2.2%	49,071	18.7%
	핀란드	30.4	12.2	40.0%	4.2%	42,502	20.2%
대륙형 6개국	프랑스	32.0	12.7	39.6%	1.8%	40,841	18.6%
	독일	24.9	8.3	33.3%	-0.6%	47,684	21.0%
	오스트리아	27.7	12.2	44.0%	1.7%	49,955	18.5%
	네덜란드	17.7	6.1	34.7%	1.7%	50,302	18.0%
	포르투갈	24.0	11.6	48.1%	3.1%	29,669	20.5%
	스위스	15.9	6.3	39.4%	0.8%	63,939	17.9%
영미형 5개국	영국	21.6	6.5	30.2%	2.1%	42,522	17.8%
	미국	18.8	6.4	34.0%	2.5%	56,770	14.9%
	캐나다	17.6	4.4	24.7%	1.9%	44,671	16.0%
	오스트레일리아	18.5	5.2	28.0%	1.1%	47,305	14.9%
	뉴질랜드	19.2	4.9	25.4%	1.9%	37,403	14.7%
한국		10.2	2.7	26.5%	7.5%	37,907	12.8%

주: 1) 노령정책지출 평균 증가율은 2006~2015년 10년간 GDP 대비 노령정책지출 연간 평균증가율

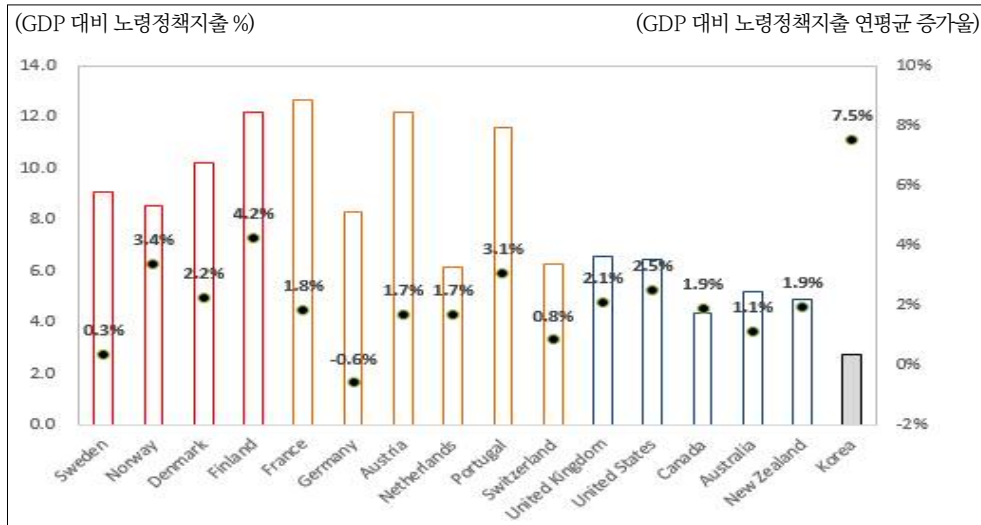
자료: OECD SOCX 공공사회복지지출 규모는 OECD. Stat.

1인당 GDP는 OECD. Stat. Productivity.

고령화율은 OECD. Stat. Population Statistics.

[그림 3-3] 2015년 주요 국가별 노령정책 지출 비교

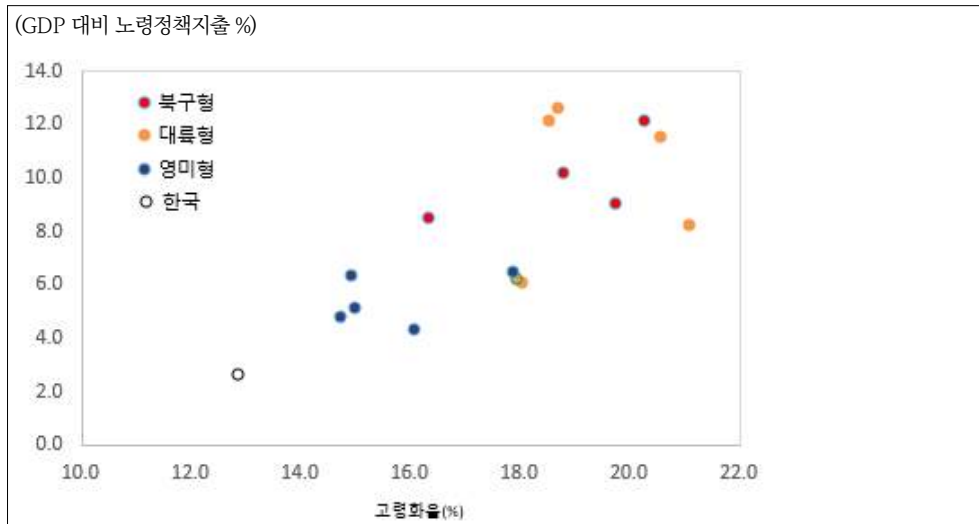
28 공공사회복지지출 변화 요인 및 성과 분석 연구



자료: 1인당 GDP는 OECD, Stat. productivity.
OECD SOCX 공공사회복지지출 규모는 OECD, Stat.

2015년 고령화율 기준으로 노령정책 지출 규모를 살펴보면 국가별 연금제도가 달라서 차이는 있으나 고령화율이 높을수록 노령정책 지출규모 또한 높은 것으로 보인다. 대륙형과 북구형에 속하는 국가의 고령화율이 영미형에 비해 상대적으로 높은 수준을 보이고 있어 노령정책 지출 수준이 비교적 높게 나타나고 있다.

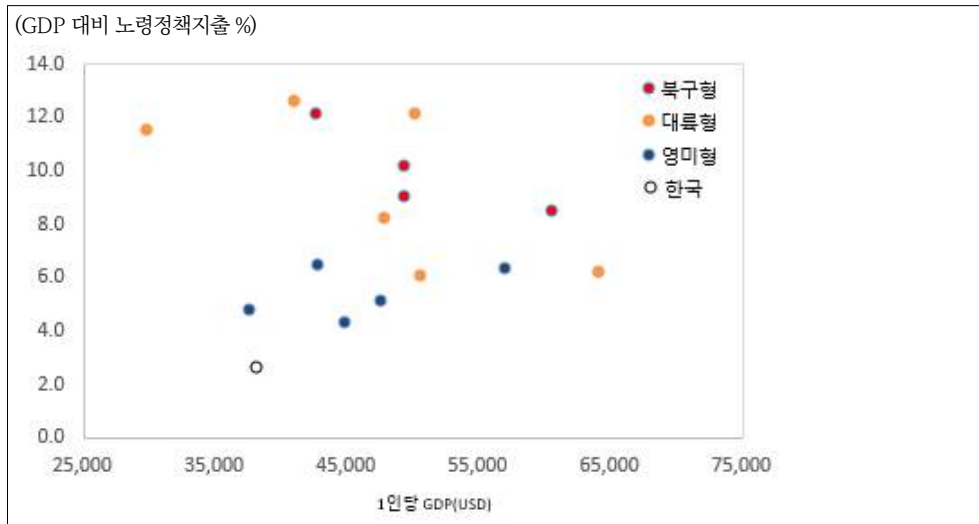
[그림 3-4] 2015년 복지국가유형별 노령정책 지출 비교(고령화율 기준)



자료: 고령화율은 OECD. Stat. Population Statistics.
 OECD SOCX 공공사회복지지출 규모는 OECD. Stat.

2015년 1인당 GDP는 국가별로 편차가 심한데 소득수준이 유사하더라도 국가별 노후소득보장체계가 달라 노령정책 지출 규모에는 차이가 있는 것을 알 수 있다. 영미형 국가의 경우 소득수준과는 상관없이 노령정책 지출수준이 유사한 것을 알 수 있고 대륙형과 북구형에 해당하는 국가도 소득수준보다는 고령화율, 연금제도 등 국가별 특성에 따라 노령정책 지출 수준이 다르게 나타난다. 국가별로 제도간 차이가 있어 단순 비교하는 데는 한계가 있으나 예로 포르투갈의 경우 소득수준에 비해 상대적으로 노령정책 지출수준이 높는데 고령화율이 높으므로 노령정책 지출수준이 높게 나타나는 것으로 보인다.

[그림 3-5] 2015년 복지국가유형별 노령정책 지출 비교(1인당 GDP 기준)



자료: 1인당 GDP는 OECD. Stat. Productivity.
OECD SOCX 공공사회복지지출 규모는 OECD. Stat.

다. 우리나라와 동일 여건하의 주요 국가의 지출 변화 분석

2015년 우리나라의 고령화율과 1인당 GDP 수준을 기준으로 주요 국가가 동일한 여건하에 있던 시기의 노령지출 변화를 분석하였다.

고령화율 기준으로는 2015년 우리나라는 12.8% 수준인데, 15개 국가 중 북구형과 대륙형 국가 중 다수인 8개국은 OECD SOCX 작성하기 시작한 1980년 이전에 이미 고령화율 12.8%에 도달했으므로 분석에서 제외했다. 15개국 중 나머지 7개국을 중심으로 살펴보면, 영미형 국가는 북구형과 대륙형에 비해 고령화율이 낮아 12.8% 도달 시기가 2000년대로 나타났다. 이에 반해 핀란드, 네덜란드와 포르투갈은 1980년대 후반에 고령화율이 12.8% 수준을 보이고 있다.

2015년 우리나라의 고령화율과 동일한 시기에서도 주요국의 노령 지출수준은 우리 보다 높은 수준으로 나타나는데, 특히 북구형인 핀란드가 가장 높게 나타났고 7개국 중에서는 영미형 국가인 캐나다가 낮았다.

〈표 3-2〉 우리나라의 고령화를 동일여건에서 주요국 노령정책 지출 비교

(단위: GDP 대비 %)

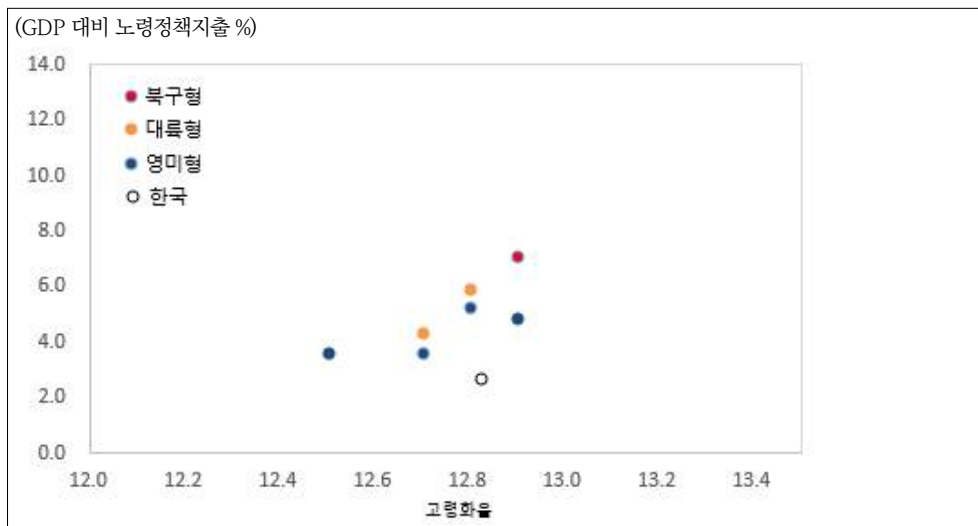
복지국가유형 구분		고령화율		OECD SOCX		2015년	
			해당시점	총지출	노령정책 지출	고령화율	노령정책 지출
북구형 4개국	스웨덴	12.9%	1966			19.7%	9.1
	노르웨이	12.9%	1970			16.3%	8.5
	덴마크	12.9%	1973			18.7%	10.2
	핀란드	12.9%	1987	22.7	7.1	20.2%	12.2
대륙형 6개국	프랑스	12.9%	1970			18.6%	12.7
	독일	12.8%	1966			21.0%	8.3
	오스트리아	13.0%	1964			18.5%	12.2
	네덜란드	12.8%	1990	24.0	5.9	18.0%	6.1
	포르투갈	12.7%	1988	10.9	3.6	20.5%	11.6
	스위스	12.9%	1976			17.9%	6.3
	영국	12.8%	1970			17.8%	6.5
영미형 5개국	미국	12.8%	2008	16.5	5.3	14.9%	6.4
	캐나다	12.5%	2005	16.1	3.6	16.0%	4.4
	오스트레일리아	12.9%	2004	17.3	4.9	14.9%	5.2
	뉴질랜드	12.7%	2009	20.7	4.4	14.7%	4.9
한국 (2015년 기준)		12.8%	2015	10.2	2.7		

주: 1) OECD SOCX는 1980년 이전 데이터 없음.

자료: OECD SOCX 공공사회복지지출 규모는 OECD. Stat.

고령화율은 OECD. Stat. Population Statistics.

[그림 3-6] 우리나라의 고령화를 동일여건에서 복지국가유형별 노령정책 지출 비교



자료: 고령화율은 OECD. Stat. Population Statistics.

OECD SOCX 공공사회복지지출 규모는 OECD. Stat.

2015년 기준 우리나라의 1인당 GDP 수준을 고려하여 주요국의 소득수준이 우리나라와 동일한 수준에 도달한 시점은 대부분 2000년대로 나타난다. 소득수준이 우리나라와 동일한 시점을 기준으로 복지국가 유형별로 노령 지출수준을 살펴보면, 대륙형과 북구형이 평균 GDP 대비 각각 8.6% 수준으로 나타났고 영미형에 해당하는 국가의 평균 노령 지출은 GDP 대비 4.9% 수준을 보였다. 국가간 소득보장제도가 달라서 직접적인 비교에는 한계가 있지만 상대적으로 지출수준이 낮은 영미형 국가와 비교했을 때도 우리나라의 노령 지출(2.7%)은 상당히 낮은 수준임을 알 수 있다.

동일한 유형이라고 하더라도 소득수준 해당시점, 연금제도와 고령화율 등에 따라 노령지출 수준에 차이가 있는 것으로 보인다. 예로 북구형 중 핀란드의 노령 지출 수준이 가장 높고 노르웨이가 낮는데 동일 소득수준 도달시기에 따라 다를 수도 있으나 고령화율도 지출 수준 차이를 설명할 수 있는 하나의 요인으로 볼 수 있다.

〈표 3-3〉 우리나라의 1인당 GDP 동일여건에서 주요국 노령정책 지출 비교

(단위: GDP 대비 %)

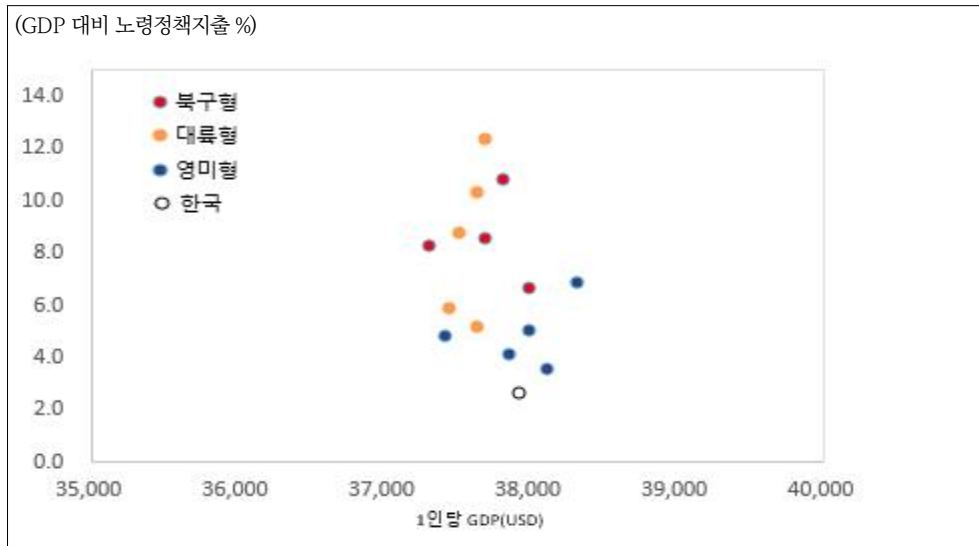
복지국가유형 구분		1인당 GDP (USD)		OECD SOCX		2015년	
			해당시점	총지출	노령정책 지출	1인당 GDP	노령정책 지출
북구형 4개국	스웨덴	37,685	2006	15.7	8.6	49,116	9.1
	노르웨이	37,982	2002	22.7	6.7	60,369	8.5
	덴마크	37,291	2006	25.0	8.3	49,071	10.2
	핀란드	37,799	2007	22.8	10.8	42,502	12.2
대륙형 6개국	프랑스	37,684	2012	31.4	12.4	40,841	12.7
	독일	37,501	2009	26.6	8.8	47,684	8.3
	오스트리아	37,620	2006	25.7	10.4	49,955	12.2
	네덜란드	37,625	2005	20.2	5.2	50,302	6.1
	포르투갈	36,411	2019	22.6	-	29,669	11.6
	스위스	37,433	2003	15.9	6.0	63,939	6.3
	영국	38,309	2012	22.2	6.9	42,522	6.5
영미형 5개국	미국	37,980	2002	15.7	5.1	56,770	6.4
	캐나다	38,107	2006	16.3	3.6	44,671	4.4
	오스트레일리아	37,845	2006	15.7	4.1	47,305	5.2
	뉴질랜드	37,403	2015	19.2	4.9	37,403	4.9
한국 (2015년 기준)		37,907	2015	10.2	2.7		

주: 1) 포르투갈의 경우 2019년 1인당 GDP로 2015년 기준 우리나라 1인당 GDP와 차이가 있고, OECD SOCX 총지출은 2018년 기준임.

자료: OECD SOCX 공공사회복지지출 규모는 OECD. Stat.

1인당 GDP는 OECD. Stat. Productivity.

[그림 3-7] 우리나라의 1인당 GDP 동일여건에서 복지국가유형별 노령정책 지출 비교



자료: 1인당 GDP는 OECD. Stat. Productivity.

OECD SOCX 공공사회복지지출 규모는 OECD. Stat.

나. 사회보장재정 운용 분석

공적연금제도 등 도입기간이 주요국에 비해 상대적으로 짧은 우리나라는 최근에서야 연금수급자가 본격적으로 발생하기 시작한 반면 노령 지출 수준에 대한 국제 비교 대상 국가의 대부분은 복지지출의 확대시기를 이미 지났다고 볼 수 있다. 1인당 GDP와 고령화율 등 사회경제적 요인을 고려하여 국가별로 우리나라와 동일한 여건에 도달한 시점을 기준으로 노령지출 규모를 비교하더라도 2000년대부터 볼 수 있다. 주요 국가에서는 2000년대 들어서면서 이미 인구고령화와 경제저성장 등으로 인해 연금제도의 지속가능성 측면에서 지속적으로 연금개혁을 시행하고 있다. 연금재정의 부담을 완화하는 측면에서 연금수급연령을 인상하고 급여수준은 낮추고 급여수준에 기대여명 등 자동안전자화 장치를 도입하거나 사적연금의 역할을 강화하는 등 국가별로 차이는 있으나 재정안정화에 초점을 맞추어 제도 개혁을 추진했다고 볼 수 있다.

제도외적인 요인 중 노령지출에 영향을 줄 수 있는 고령화율 추이도 우리나라와 주요국간에 상당히 다르다는 것을 알 수 있다. 우리나라의 경우 고령화율 수준은 주요 국

가에 비해 낮으나 그 속도가 빠르게 증가하고 있어 향후에 연금제도 성숙시기와 겹치면서 노령정책영역의 지출 추이가 주요국과는 다른 양상을 보일 것으로 예상된다.

다. 함의 도출

우리나라의 노령 지출규모는 빠르게 증가하고 있으나 주요국과 비교했을 때 여전히 낮은 수준을 보이고 있다. 노령 지출의 특성상 중 공적연금 지출이 차지하는 비중이 가장 높은데 우리나라의 공적연금 도입시기가 상대적으로 늦어 이미 제도 성숙단계에 들어선 주요 국가와 동일시점에서 복지지출수준을 단순하게 비교하기에는 한계가 있는 것이 사실이다. 앞서 살펴본 바와 같이 기존의 시점별 국제비교에서 고령화율과 1인당 GDP를 기준으로 2015년 현재 우리나라와 동일한 여건인 시기에 주요국의 노령 지출 수준을 비교했다는 점에서 기존 연구와 차별성이 있다.

우리나라의 고령화율은 빠르게 진행되고는 있으나 2015년 고령화율 수준은 복지국가 유형 중 대륙형이나 북구형에서는 대부분의 국가가 이미 1980년 이전에 도달했고 영미형 국가도 2000년대로 나타났다. OECD SOCX가 작성되기 이전인 1980년대에 이미 도달한 국가는 대부분 북구형이나 대륙형 복지국가 유형이고 1980년대 이후 국제비교가 가능한 국가는 영미형으로 분류된다. 영미형 국가의 연금제도는 도입시기에 차이가 있을 수 있으나 대부분 지출 수준이 북구형이나 대륙형에 비해 상대적으로 낮음에도 불구하고 고령화율 동일여건하에서도 우리나라가 낮다는 것을 알 수 있다.

우리나라의 1인당 GDP를 기준으로 한 동일시점 주요국의 노령 지출은 소득수준이 유사하더라도 복지국가유형별로 차이가 있음을 알 수 있다. 대륙형과 북구형에 해당하는 국가의 노령 지출 수준이 상대적으로 높고 영미형 국가의 경우 소득수준이 높더라도 노령 지출 수준이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 우리나라의 경우 소득수준이 동일한 시점에서 비교하더라도 영미형에 해당하는 국가보다도 노령 지출 수준이 낮은 것으로 나타난다. 최근 우리나라의 노령 지출 증가속도가 빠르고 국민연금 등 연금수급자가 본격적으로 증가할 것으로 예상되므로 국제비교에서의 차이는 점차 줄어들 것으로 보인다.

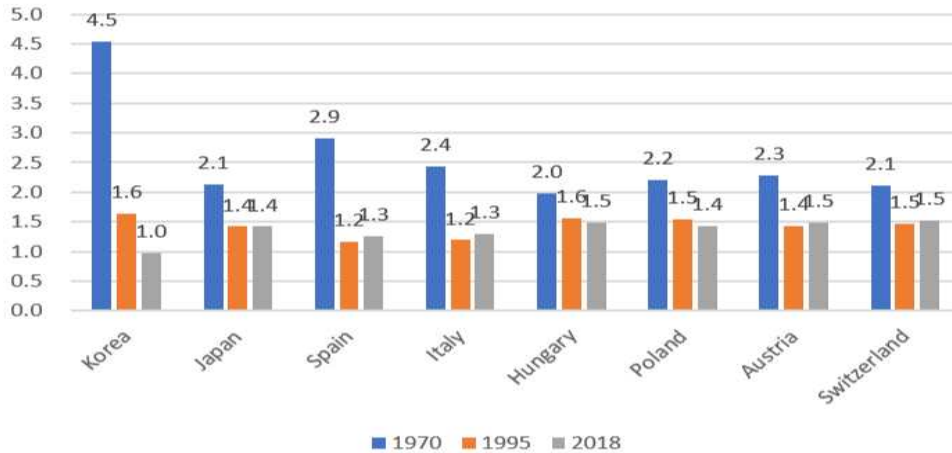
제2절 가족지출

1. 동일 여건하의 주요 국가의 가족 지출 변화 분석

OECD 국가 중 많은 국가가 저출산 현상을 경험하고 있다. 가족 지출의 규모와 출산율 간의 상관관계를 밝히기는 어렵지만 대부분의 경우 가족 지출의 규모가 큰 국가에서 출산율이 높은 것으로 나타나고 있다(OECD Family database, 2020). 저출산에 직면한 국가들은 출산율을 제고하려는 목적으로 가족 정책을 확대하고 가족 지출의 증가를 도모하고 있다(OECD 2011). 따라서 가족 지출 분야에서 우리나라와 동일 여건을 가지고 있는 국가는 합계출산율이 낮은 국가를 중심으로 살펴 볼 수 있다. 우리나라에서 가족 지출 규모가 증가한 중요한 이유 중의 하나도 지속적으로 낮게 유지되고 있는 출산율 때문이기도 하다.

OECD 국가 중에서 대표적으로 출산율이 낮은 국가는 독일, 오스트리아, 스위스 등 독일어권 국가, 이탈리아, 스페인, 포르투갈 등 남유럽 국가, 헝가리, 체코, 폴란드 등 동유럽 국가이다. 동아시아 국가 대부분이 저출산 문제를 경험하고 있으며 이 중에서 OECD 회원국에 해당하는 국가는 일본이다. 본 고에서는 가족 지출과 관련하여 우리나라와 동일한 여건 하에 있는 국가의 합계 출산율을 기준으로 선별하여 살펴본다. 합계 출산율이 1.3명의 초저출산 상태에 근접해 있는 오스트리아, 스위스, 이태리, 스페인, 헝가리, 폴란드를 비교 대상 국가로 선정하고 이들 국가의 가족 지출 추이와 현황 그리고 이러한 가족 지출 추이의 배경에 있는 가족 정책의 최근 동향을 살펴 보기로 한다.

[그림 3-8] OECD 주요 저출산 국가의 출산율 현황 (1970, 1995, 2018년)



자료: OECD Family database(2020)

<http://www.oecd.org/social/family/database.htm> 에서 2020년 7월 20일 인출

OECD 국가 중에서 저출산 현상을 경험하고 있는 국가 중 헝가리와 오스트리아의 가족 지출이 전체 GDP에서 차지하는 비중은 2015년도에 각각 3%와 2.65%로 높다. 두 국가의 가족 지출 비중은 외환 위기 이전인 2010년도까지 증가하다가 이후 하락하고 그 후부터 일정 수준을 유지하고 있다. 이탈리아의 경우 2006년부터 2013년까지 약 1.3~1.4% 수준을 유지하다가 이후 증가하여 2015년 현재 전체 GDP에서 차지하는 비중이 약 1.96%이다. 폴란드는 2006년부터 2012년까지 약 1.2%를 유지하다가 2014년도에 1.53%로 증가하였으며, 스위스의 경우 1.5%를 유지하고 있다가 역시 2014년도부터 약간 상승하였다. 일본은 2006년 0.77%에서 점차 상승하여 2011년 약 1.3% 수준을 보이고 있으며 이후 이러한 수준에서 유지되고 있다.

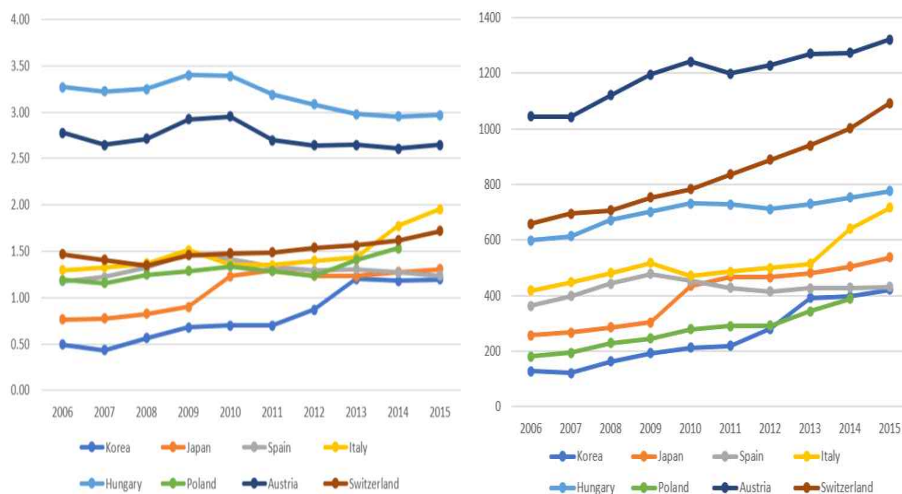
국가별 구매력 수준을 고려하여 산출한 1인당 가족 지출 액수를 살펴보면 오스트리아가 2015년 현재 1인당 1,321달러를 지출하고 있어 가장 높은 지출 수준을 보이고 있다. 그 다음으로 스위스가 1,092달러로 높은 수준을 보이고 있다. 두 국가의 1인당 가족 지출액은 2006년 이후 지속적으로 상승하였다. 헝가리의 1인당 지출액은 2006년 600달러에서 2010년 730달러로 상승하였으며 이후 이러한 수준을 유지하고 있다. 폴란드는 2006년 180달러에서 2014년 약 400달러까지 상승하였다 이탈리아는 2006년 417달러에서 지속적으로 상승하여 2015년 현재 716달러 수준을 보이고 있

다. 반면에 스페인은 2006년 362달러에서 2009년 약 500달러 수준으로 상승한 후 하락하여 2015년 현재 400달러 수준을 유지하고 있다. 일본은 2006년 256달러에서 2010년 434달러까지 상승한 후 약간 상승하여 2015년 현재 537달러 수준을 보이고 있다. 우리나라는 2006년 127달러에서 계속 상승 추이를 보여 2015년 현재 420달러 수준을 보이고 있다.

종합컨대, OECD 저출산 국가들은 2010년 경제 위기에도 불구하고 전체 GDP에서 가족 지출이 차지하는 비중이 일정하게 유지되고 있거나 혹은 상승하는 경향을 보이고 있다. 경제 여건이 어려운 스페인에서도 GDP에서 가족 지출이 차지하는 비중과 1인당 가족 지출액은 큰 하락을 보이고 있지 않다. 어려운 경제 여건 하에서도 이탈리아와 같은 국가에서는 가족 지출이 GDP에서 차지하는 비중과 1인당 지출액 모두 상승한 것을 볼 수 있다. 경제 상황이 우리나라보다 열악한 헝가리와 폴란드에서도 가족 지출이 GDP에서 차지하는 비중과 1인당 지출액은 높게 유지되고 있다. 우리나라의 가족 지출 비중은 OECD 저출산 국가 중에서 가장 낮은 수준에 해당하며 그 동안에 이루어진 가족 분야 정책 확대에도 불구하고 가족 지출이 전체 GDP에서 차지하는 비중과 1인당 지출액은 비교 대상 국가 중에서 하위권에 속한다.

[그림 3-9] OECD 주요 저출산 국가의 가족 지출 현황: GDP 대비 비중 및 1인당 지출액

단위: %, PPPs US 달러



자료: OECD (2020) Social Expenditure Database(SOCX)

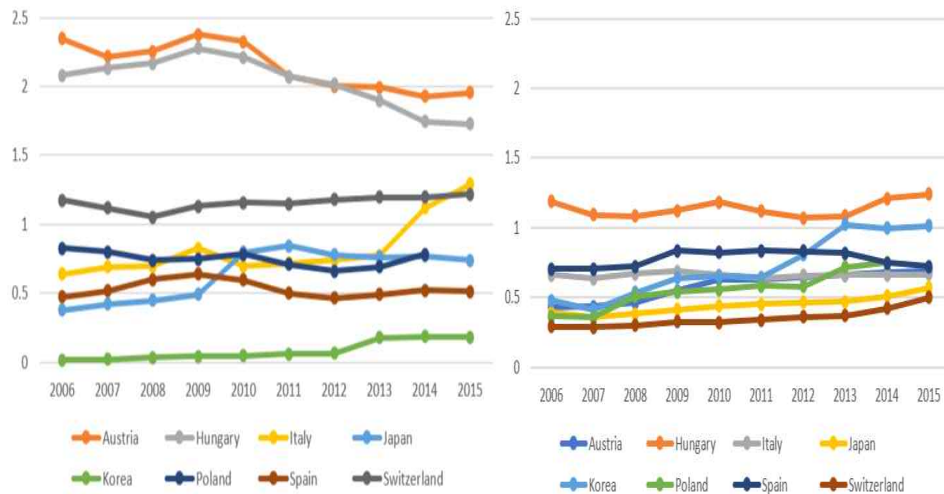
<https://www.oecd.org/social/expenditure.htm> 에서 2020년 7월 20일 인출

하지만 가족 지출을 현금 급여와 현물 급여로 구분해서 비교해 볼 때 우리나라의 현물 급여 수준은 비교 대상 국가들 중에서 높은 것으로 나타나고 있다. 2006년 가족에 대한 현물 급여가 GDP에서 차지하는 비중은 우리나라가 0.476%로 낮은 그룹에 해당하였으나 이후 급속하게 상승하여 2015년 현재 1.015%로 헝가리의 1.238% 다음으로 높은 수준을 보이고 있다. 반면에 현금 급여가 GDP에서 차지하는 비중은 2006년 0.016%에서 최하수준을 보였으며 2015년에 와서도 0.18%로 역시 최하위 수준을 보이고 있다.

비교 대상 국가들의 가족 지출에서 현물 급여가 차지하는 비중은 대부분의 국가에서 연도별로 큰 변화를 보이지 않고 일정한 비중을 유지하고 있음을 볼 수 있다. 스위스, 폴란드, 일본에서 현물 급여가 차지하는 비중은 우리나라와 같은 급속한 증가는 아니더라도 점차적으로 증가하는 모습을 보였다. 현금 급여가 차지하는 비중은 오스트리아와 헝가리의 경우 2010년 외환 위기 이후 하락하였으며, 이와 대조적으로 이탈리아는 2013년 이후 현금 급여가 차지하는 비중이 급속하게 증가한 것을 볼 수 있다. 그 외 대부분의 국가에서는 현물 급여 혹은 현금 급여 비중은 일정한 수준을 유지하고 있다.

[그림 3-10] OECD 주요 저출산 국가의 가족 지출 중 현금 급여와 현물 급여가 차지하는 비중

단위: %



자료: OECD (2020) Social Expenditure Database(SOCX)

<https://www.oecd.org/social/expenditure.htm> 에서 2020년 7월 20일 인출

2. 가족 정책 운용 분석⁵⁾

본 절에서는 앞서 언급한 OECD 저출산 국가 중에서 2006~2015년 기간 동안 1인당 가족 지출액에서 증가를 보인 폴란드, 스위스, 그리고 오스트리아를 중심으로 동 기간에 있었던 가족 정책의 주요한 변화에 대해서 살펴본다. 세 국가 모두 저출산에 직면해 있으며 동 기간 동안 저출산 극복을 위하여 가족 정책을 확대하는 노력을 기울인 특징이 있다.

폴란드는 2001~2002년 기간 동안 “제1회 폴란드 인구 회의(the first Demographic Congress)”를 조직하여 21세기 폴란드가 직면한 인구 변동에 대해서 논의하기 시작하였다. 동 회의를 통해 정치 집단, 공공 및 민간 기구, 가톨릭 교회 및 종교 단체들이 인구 변동에 대해 서로 협력하여 노력해야 할 필요가 있음을 천명하였다. 동 회의 결과, 2003년도에서 새로운 가족 정책 체계가 발표되었으며 그 일환으로 일과 가족 생활의 균형을 위한 가족 정책 개혁, 유치원에 대한 재정 지원 확대, 2세 미만 아동을 위한 새로운 보육 서비스 도입, 육아 휴직 기간의 확대, 부성 휴가 제도를 도입하였다. 2003년도에 이루어진 이러한 정책 변화는 맞벌이 부부와 부모의 자녀 양육에 대한 책임을 공유하게 하기 위한 재정적 지원 정책 확대의 첫 발이었다. 2013년부터 본격적인 가족 정책의 개혁이 시작되었는 바, 그 예로 부모에게 54주의 가족 휴가를 부여하게 된 것을 들 수 있다.

스위스는 노동 시장에 참여하는 여성들이 증가하게 되자 2003년도에 “Federal Law on Financial Aid for Non-Family Home for Children”를 제정하여 이후 8년 기간 동안 추가적으로 보육 시설을 설립하는 프로그램을 수행하였다. 동 프로그램은 이후 2019년까지 지속되었다. 동법에 따라 보육 시설 건립을 위한 재정적인 지원은 주 정부로 이관되었으며, 주 정부는 자녀가 있는 취업 부모들의 욕구에 부응해야 하는 책임을 지게 되었다. 스위스는 1952년부터 농업에 종사하는 사람들을 중심으로 가족 수당을 제공하기 시작하였으며, 2006년 11월 26일 Federal Law on Family Allowance를 승인하여 2009년 1월부터 농업 분야 이외의 가족들에게 동일한 가족 수당을 지급하기 시작하였다.

5) 각 국가의 가족 정책 동향은 splash database (2020) 내용을 중심으로 정리하였다. <https://splash-db.eu/policydescription/family-policies-poland-2014/> 에서 2020년 7월 20일 인출

오스트리아의 가족 지출이 GDP에서 차지하는 비중은 3%로서 OECD 평균 수준보다 높다. 동일한 수준으로 가족에 대해 지출하고 있는 프랑스와 스웨덴의 합계 출산율이 인구 대체 수준에 가까운 것과 비교하여 오스트리아의 출산율은 현저하게 낮다. 오스트리아에서 가족에 대한 지원은 서비스 지원 보다는 현금 지원을 통해 이루어지고 있다. 자녀 양육은 대부분 가정 안에서 엄마가 도맡아서 하고 있다. 오스트리아의 가족 정책은 여성들이 파트타임으로 일하는 현대화된 남성 생계 부양자 모델에 근거하고 있다. 오스트리아에서 파트타임 근로자는 점차 증가하여 2012년 현재 15세 미만 자녀가 있는 25~49세 근로 여성 중에서 71%가 파트타임으로 일하고 있다. 오스트리아 여성들은 남성 보다 더 많은 돌봄 노동과 가사 노동을 하고 있으며 이것이 높은 가족 지출에도 불구하고 출산율이 낮게 유지되고 있는 이유로 지적되고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 오스트리아는 일과 가정 생활의 균형 및 육아 휴직 정책의 확대를 위해 노력하고 있다. 2004년부터 부모들은 자녀 연령 7세가 될 때 까지 파트 타임으로 근로할 수 있는 권리를 보장받게 되었다. 2002년에 30개월의 육아 휴직을 이용할 수 있는 법안을 마련하였으며, 부부가 육아 휴직을 공동으로 사용하는 경우 추가적으로 6개월을 더 육아 휴직 기간으로 사용할 수 있도록 하였다. 2008~2010년 기간 동안 30개월의 육아 휴직 이외에도 12개월~20개월의 단기간 육아 휴직을 선택할 수 있는 제도를 도입하였다.

3. 합의 도출 (지출수준, 기능, 제도, 지속 가능성 등 측면)

본 절에서는 OECD 국가 중에서 저출산을 경험하고 있는 주요 국가들의 가족 지출 동향을 살펴 보았다. 저출산을 경험하고 있는 국가의 대부분은 가족에 대한 공공 지출 규모가 낮다. 하지만 오스트리아와 헝가리 등 GDP 대비 가족 지출의 비중이 높은 국가에서도 저출산을 경험하고 있다. 이는 가족 지출의 규모가 출산율에 영향을 미치는 요인 중의 하나이기는 하지만 가족 지출 외에도 노동 시장, 젠더, 경제 여건 등 전반적인 사회 문화적인 체계가 출산에 중요한 영향을 미치고 있다는 것을 말해 주고 있다.

오스트리아와 헝가리는 가족에 대한 현금 지출 비중이 높고 현물 지출 비중이 낮은 특징을 보이고 있다. 이는 자녀 양육을 시설 양육 보다는 가정 내에서 부모가 직접 양육하는 것을 강조하고 있으며 이를 위한 현금 지원에 중점을 두고 있기 때문이다. 저출

산을 경험하고 있는 OECD 국가들의 공통적인 특징은 남성 생계 부양 모델에 기초하여 가족 정책이 설계되어 있다는 특징을 보인다. 저출산 국가들은 출산율 제고를 위해 육아 휴직 기간의 확대, 부모 모두가 육아 휴직을 사용하도록 도모하는 인센티브 제도 도입, 보육 시설의 확충 등을 위해 노력하고 있다. 저출산 국가라고 하지만 스페인과 이탈리아의 합계출산율이 각각 1.26명과 1.29명으로 약 1.3명에 근접해 있고 일본 1.42명, 헝가리 1.49명, 폴란드 1.44명, 오스트리아 1.48명, 스위스 1.52명 수준을 보이고 있어, 2019년 합계 출산율 0.92명인 우리나라 보다는 높은 수준이다. 그럼에도 불구하고 이들 국가들은 출산율 제고를 위해 가족 지출의 확대를 지속적으로 도모하고 있다.

우리나라는 OECD 저출산 국가 중에서 가장 낮은 출산율을 보이고 있으며 GDP에서 가족 지출이 차지하는 비중 및 1인당 가족 지출액의 규모도 낮다. 하지만 가족 지출을 현금 지출과 현물 지출로 구분해 보면 현물 지출 수준에서는 평균 이상의 높은 수준을 보이고 있다. 본 분석에서는 2017년 가족 지출 자료까지만 분석하였으며, 2019년도에 도입한 아동 수당에 대한 지출은 2019년도 가족 지출 자료에 반영될 것으로 보인다. 2019년도부터 도입된 아동 수당이 가족 지출에 포함되면 현금 지출 수준도 향상되리라 판단된다. 그동안 우리나라에서 빠른 속도로 증가한 현물 급여 지출, 그리고 2019년 아동 수당의 도입 등 현금 급여 지출의 증가를 고려해 볼 때 우리나라 가족 지출이 합계 출산율을 비롯하여 가족과 관련한 중요한 지표에서 어떠한 성과를 가져왔는가를 평가하는 것은 매우 중요하다. 우리나라에서 가족 지출이 증가한 것은 사실이지만 OECD 저출산 국가들과 비교해 볼 때 상당히 낮은 수준에서 단 기간 내에 빠른 속도로 증가해 왔다는 특징이 있다. 가족 정책이 성숙되기 위해서는 일정 규모의 재정 투입 규모 이외 양성 평등 의식 등 사회문화적 변화가 수반되어야 한다, 그리고 사회문화적인 변화가 일어나기 위해서는 일정 기간 이상의 시간이 소요되는 것이 필요하다. 이러한 점을 고려해 볼 때 빠른 속도로 증가한 우리나라의 가족 지출에 대한 가시적인 성과를 단기간 내에 기대하는 것은 어려울 수 있다.

제3절 보건지출

1. 주요 국가의 지출 변화 분석

우리나라와 동일 여건인 국가들의 보건 지출 변화를 파악하기 위해 주요 OECD 회원국에서 1인당 GDP가 35,000 USD 인 경우(우리나라 2014년 기준 35,324 USD)와 고령화율인 14%였던 시점을 기준으로 (우리나라 2018년 기준 14.29) 보건지출 현황 및 변화를 살펴보았다. 우선 1인당 GDP를 기준으로 볼 경우 북구형 국가들에서 전반적으로 GDP대비 총 사회지출 비중이 20.4~27.3%으로 영미형 국가들 14.2~18.2%에 비해 높은 편이다. 대륙형 국가들은 네덜란드 19.3%, 프랑스 28.1%로 상대적으로 넓게 퍼져있다. GDP 대비 보건지출을 볼 경우 북구형 국가들은 노르웨이 4.3%부터 스웨덴 6.1%인 반면 영미형 국가들은 호주 5.5%, 캐나다 6.3%의 비율을 보인다. 사회지출과 유사하게 대륙형 국가들에서 보건지출의 비중은 넓게 퍼져있는 편인데 네덜란드가 5.2%로 비교국가들 중 낮은 편이고 프랑스가 7.9%로 높은 편이다. 북구형 국가와 영미형 국가를 비교할 때 특징적인 점은 사회지출은 영미형 국가가 낮은 편이지만 보건지출은 영미형 국가가 높은 편이라는 점이다. 이는 북구형 국가들은 보건의료 외에도 다양한 영역에 대한 사회지출이 이뤄지는 반면 영미형 국가들은 사회지출이 보건의료 영역에 집중되어 있기 때문일 것으로 보인다. 보건의료서비스는 시장에만 맡겨둘 경우 자원분배가 왜곡될 위험이 많은 영역으로 상대적으로 정부의 개입이 많기 때문일 수 있다. 예를 들어 영미형 국가인 영국은 복지국가유형은 자유주의로 분류되지만 보건의료시스템은 조세에 기반한 국가보건의료시스템(NHS) 제도를 갖추고 있다. 다른 한편 사회지출이 일반적으로 건강결과와 관련되어 있다는 연구들로 유추해볼 때 사회지출 수준이 낮은 영미형 국가들에서 건강상태가 좋지 않아 보건의료지출이 높은 것으로 이해할 수 있다. 또한 보건지출이 의료기술의 발달과 관련되어 있다는 점에서 상대적으로 영미형 국가들에서 신의료기술의 도입정도가 높아 보건지출도 높을 수 있다.

우리나라의 2018년 고령화율 14.29%를 기준으로 볼 경우 대부분의 OECD 국가들은 우리나라보다 일찍 비슷한 수치의 고령화 수준을 경험했다. SOCX 데이터가 가용한 범위에서 가능한 최근 시점으로 비교할 경우 북구형 국가중 노르웨이는 2000년에 고령화율이 14.76%였고 이때 보건지출은 GDP의 5.67%였다. 대륙형 국가중 네덜란드

드는 2006년에 고령화율이 14.37%였고 이때 보건지출은 3.03%로 다른 비교대상 OECD 국가들에 비해서 뿐 아니라 우리나라에 비해서도 상당히 낮은 수준이었다. 영미형 국가들은 상대적으로 최근에 현재 우리나라와 비슷한 수준의 고령화율을 경험하였는데 미국은 2013년에 14.12%가 고령인구였고 이때 보건지출은 GDP의 8.04%였다. 비슷한 고령화율을 보인 영미형 국가 중 GDP 대비 보건지출 비중이 낮은 국가는 호주로 2012년에 고령화율이 14.14%였고 보건지출은 5.92%였다.

〈표 3-4〉 우리나라와 1인당 GDP, 고령화율이 유사한 연도의 주요 OECD 회원국의 복지지출 수준

복지국 가유형	국가	1인당GDP 기준				고령화율 기준			
		연도	1인당 GDP	총사회지 출/GDP (%)	보건지출 /GDP (%)	연도	고령화율	총사회지 출/GDP (%)	보건지출 /GDP (%)
북구형	한국	2014	35,324	9.67	3.9	2018	14.29	11.13	4.30*
	노르웨이	2000	36,950	20.4	4.3	2003	14.76	23.66	5.67
	덴마크	2005	34,153	25.2	5.8	1980	14.41	20.26	5.08
	스웨덴	2005	34,244	27.3	6.1	-	-	-	-
	핀란드	2006	34,413	23.7	4.9	1996	14.40	28.74	4.44
대륙형	네덜란드	2002	34,447	19.3	5.2	2006	14.37	16.47	3.03
	독일	2006	34,625	25	7.3	-	-	-	-
	오스트리아	2005	35,025	26	6.1	-	-	-	-
	프랑스	2007	34,093	28.1	7.9	1992	14.30	25.64	6.38
영미형	영국	2006	34,772	18.2	6.0	-	-	-	..
	미국	1999	34,478	14.2	5.6	2013	14.12	18.80	8.04
	캐나다	2005	36,328	16.1	6.3	2010	14.13	17.53	7.27
	호주	2005	35,571	16.7	5.5	2012	14.14	17.64	5.92

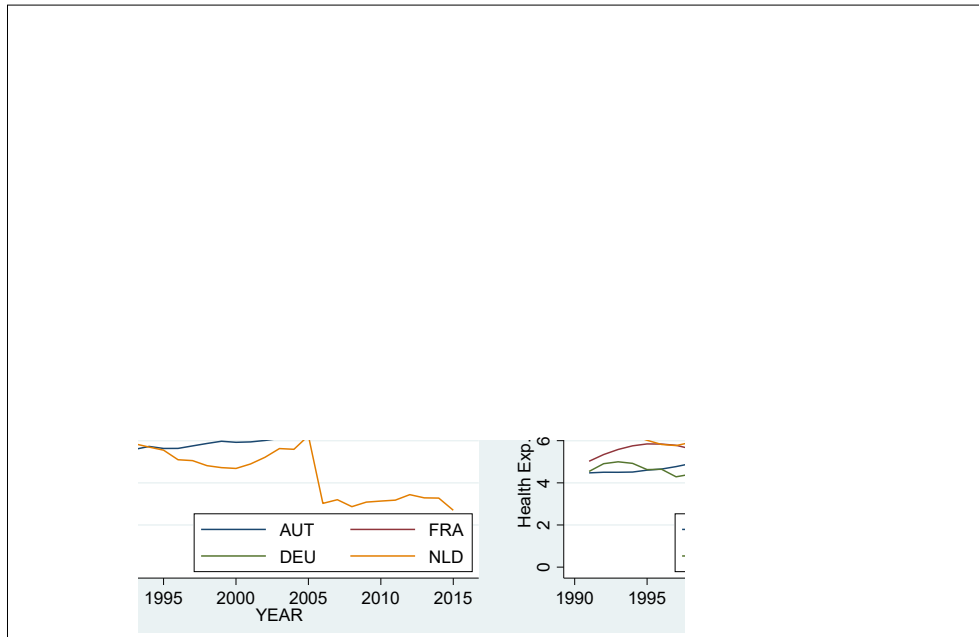
주: *2017년 보건지출
자료: OECD 통계자료

한편 우리나라의 보건지출은 2006년 GDP의 3.04%에서 2015년 4.04%로 증가하였다. 같은 기간 검토한 북구형 국가들 중 보건지출 증가속도가 가장 빠른 국가는 노르웨이로 4.88%에서 6.42%로 증가했고, 증가속도가 가장 느린 국가는 스웨덴으로 6.02%에서 6.29%로 증가했다. 대륙형 국가들은 네덜란드를 제외하면⁶⁾ 대체로 완만한 증가세를 보였는데 독일과 프랑스는 각각 7.29%, 7.99%에서 8.05%, 8.81%로 증

6) 네덜란드의 보건지출은 2006년에 급격하게 감소하였는데 자료상의 문제인지 등 추후 그 원인에 대한 확인이 필요하다.

가하였고 증가속도가 가장 느린 국가는 오스트리아로 6.08%에서 6.52%로 증가하였다. 영미형 국가는 북구형이나 대륙형 국가들에 비해 상대적으로 빠른 증가추이를 보였는데 비록 가장 지출이 많은 나라는 미국(2015년 기준 8.42%)으로 변화가 없었지만 미국보다 상대적으로 빠르게 증가하는 나라는 영국으로 5.97%에서 7.70%로 증가하였고 상대적으로 완만하게 증가한 나라는 캐나다로 6.32%에서 7.18%로 증가하였다. 2015년 기준으로 우리나라는 이들 국가들에 비해 GDP 대비 보건지출의 비율은 낮은 편이지만 증가속도로 보면 이들 나라들보다 빠른 편이다.

[그림 3-11] 우리나라와 주요 OECD 국가들의 보건지출 비중 변화(2006-2015)



주: (상단 좌측) 한국, (상단 우측) 북구유럽: 스웨덴, 덴마크, 노르웨이, 핀란드, (하단 좌측) 대륙형: 오스트리아, 프랑스, 독일, 네덜란드, (하단 우측) 영미형: 호주, 미국, 영국, 캐나다
 자료: OECD SOCX 1990~2016년

2. 사회보장재정운용 분석

가. 보건지출에 영향을 미치는 요인

의료비 지출에 영향을 미치는 대표적인 요인들은 고령화, 소득, 의료기술의 상대적 가격과 기술발전이다(Newhouse, 1992; OECD, 2006; Dormont et al., 2006; Smith et al., 2009). Smith 등(2009)은 의료비 증가의 4분의 1에서 2분의 1은 기술발전 때문임을 밝혔다. 인구고령화는 의료비 지출에서 완만한 수준에서 역할을 하는 것으로 나타나지만(1960~1990년 사이 전체 지출 증가의 6.5~9% 수준) 자료나 분석 방법에 따라 다르다(OECD, 2006; Dormont et al., 2006; Smith et al., 2009). 소득변화는 의료비 증가에서 28%~58% 정도의 역할을 하는데 자료나 의료비 지출에 대한 소득탄력성 가정에 따라 결과는 다르다. 의료서비스 가격 상승(Medical price inflation)은 5~18% 정도의 역할을 한다(Smith et al., 2009). Newhouse (1992)의 초기 연구에서는 의료기술이 의료비증가의 50~75%를 설명한다고 하였는데 미국에서 보다 최근의 연구(Smith et al., 2009)는 1960~2007 사이에 27.4~48.3%의 역할을 한다고 하였다. Dormont et al. (2006)은 질환상태가 일정할 때 프랑스에서 1992년부터 2000년 사이에 수가가 의료비지출의 4분의 1가량을 설명한다고 밝혔다. 1975~2000년 OECD 국가들에서의 보건지출 추이와 고령화율, 기술발전, 건강보험이 보건의료지출증가에 미치는 영향을 분석한 연구는 기술발전이 의료비를 증가시키는 주요한 요인임을 보였다(Nghiem, Connelly, 2017).

나. 보건지출의 성과

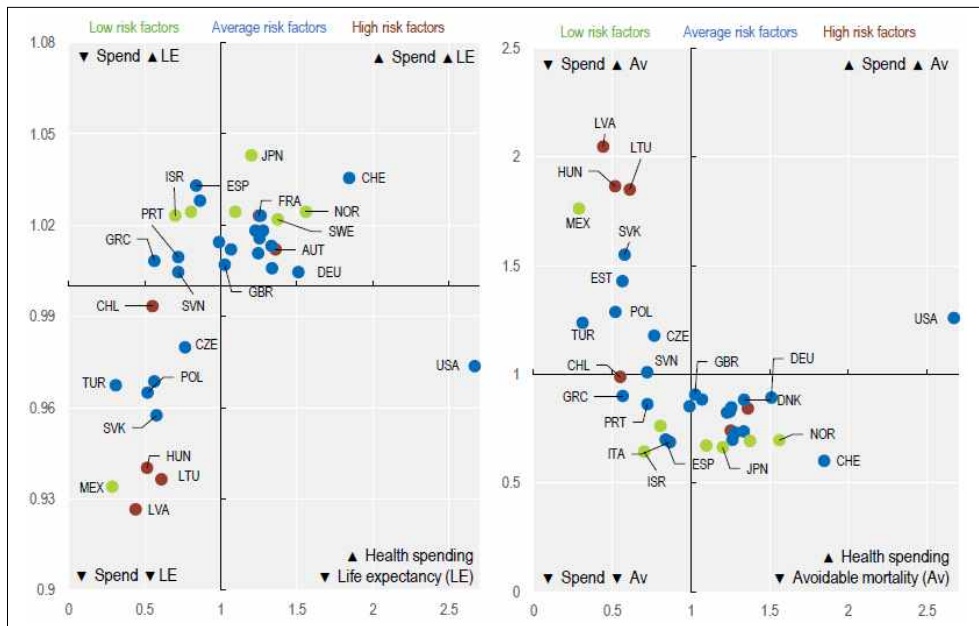
일반적으로 보건지출이 높은 경우 건강성과도 좋은 것으로 나타나지만 국가 간 변이가 존재한다. [그림 3-19]의 사분면차트는 보건의료지출과 기대여명, 회피가능사망과의 관계를 보여주는데 전반적으로 보건의료지출이 높은 나라들에서 기대여명과 회피가능사망에 대한 성과도 좋은 편이다. 사분면 차트의 중앙은 OECD 평균으로 점은 보건지출 및 분석된 특정지표에서 국가의 상대적 위치를 나타낸다. 일반적으로 1인당 보건지출과 기대여명은 양의 관계에 있다. 36개 OECD 국가 중 17개 나라는 OECD 평균보다 더 많이 지출하고 기대여명도 더 높다. 다른 10개 국가들은 의료비로 덜 지출하고 기대여

명도 낮다. 이러한 관계에서 벗어나있는 국가들로 평균수준보다 의료비 지출이 낮지만 기대여명 성과가 좋은 나라들은 한국, 이탈리아, 스페인, 포르투갈, 스웨인 등이다. 반면 의료비 지출은 높지만 기대여명은 낮은 유일한 나라가 미국이다(OECD, 2019, pp. 34~35).

한편 흡연, 알코올, 비만의 단순위험요인지수에 따라 볼 경우 전반적인 위험요소가 높은 대부분의 국가(그림 3-19)의 붉은 점으로 표시한 국가)에서 동일한 지출인 경우 기대수명은 낮은 편이다(OECD, 2019, pp. 34~35). 이는 보건지출의 성과를 개선하기 위해서는 건강위험행동 개선이 필요함을 의미한다.

회피가능 사망으로 볼 경우 36개 나라 중 노르웨이, 덴마크, 일본 등 16개 나라는 보건의료비 지출이 높고 회피가능사망은 낮다. 9개 나라들은 지출수준이 낮고 회피가능 사망율이 높다. 이탈리아, 스페인 등 7개 나라들은 지출수준이 낮고 회피가능 사망률도 낮다. 미국은 OECD 평균보다 보건의료비 지출이 높은 반면 회피가능 사망률도 높다(OECD, 2019, pp. 34~35).

[그림 3-12] 보건지출과 기대여명, 회피가능 사망의 관계(2006-2015)



주: (좌) 기대여명과 보건지출, (우) 보건지출과 회피가능사망. 점의 색깔은 흡연, 알코올, 비만의 단순위험요인지수로 녹색점은 단순위험요인지수가 상대적으로 낮은 국가, 파란색 점은 OECD 평균에 가까운 국가, 빨간색 점은 단순 위험요인지수가 높은 국가임

자료: OECD (2019) Health at a Glance. Paris: OECD. p. 35

다. 재정운용 방향

OECD 국가들의 보건지출 증가에 따라 재정의 지속가능성을 확보하기 위한 다양한 노력을 전개했는데 최근의 특징은 단순히 지출을 줄이는 것을 넘어 지출 대비 가치를 높이는 가치기반의료시스템으로의 전환을 시도한다는 점이다. 즉, 장기적으로 보건의료시스템은 보건지출이 가져오는 혜택이 그 비용을 초과할 때 경제적으로 지속가능하다는 점에서 단순한 비용 감소가 아니라 비용 대비 가치를 개선하기 위한 다양한 시도들이 이뤄지고 있다. 이러한 맥락에서 OECD 국가들에서 시도된 정책들을 살펴보고자 한다.

우선 의료서비스 제공 합리화를 위해 근거기반 의학을 위한 임상지침의 생성 및 보급이 이뤄졌고 다수의 OECD 국가들이 새로운 의료기술의 가치를 평가하기 위한 의료기술평가(Health technology assessment, HTA)를 도입했다(OECD, 2014, p.100). 비용효과성과 지불능력이 고려되었는데 주로는 신약의 보장과 상환을 위한 도구로 호주, 독일, 프랑스, 덴마크, 핀란드, 스웨덴 등 다수의 국가들에서 활용되었고 새로운 처치의 보장, 상환, 지침제공과 고가의 의료장비에 대한 보장, 상환, 지침을 위해서도 사용되었다(OECD, 2014, p.92)

의료기술평가는 고가의 불확실한 혜택을 가지는 신약에 대한 급여결정 등 의약품 지출 관리에서도 중요한 도구로 환자의 의약품 접근성과 지불가능성을 보장하면서 공공 지출 증가를 억제하고 미래 혁신을 위한 인센티브 제공을 위해 활용된다. 비용 효율성 및 예산 영향은 신약 보장에 대한 결정을 내릴 때 주요하게 고려되는데 일부 국가에서는 재정적 위험을 줄이면서 가격 대비 높은 가치를 얻기 위해 공공 지출과 획득한 건강 결과를 연계하는 가격계약방식을 개발했다(OECD, 2014, p. 179~180).

의약품 지출에서 가격 대비 가치를 높이기 위한 또 다른 전략은 제네릭 의약품 시장의 확대이다. 다수의 OECD 국가들에서 성분명 처방을 도입하여 약사가 브랜드 제품을 제네릭으로 대체 할 수 있도록 했다(OECD, 2014, p. 173~176). 예를 들어 노르웨이에서는 2001년부터 제네릭대체조제가 허용되었다. NoMA가 노르웨이 시장에서 신약을 평가하고 ‘대체 목록’을 매월 업데이트하여 제시한다. 제네릭 의약품은 오리지널 의약품의 최대 시장 가격을 초과 할 수 없는데 2005년 Helfo가 제네릭 의약품에 대한 공공 지출을 줄이기 위해 단계별 가격 모델을 도입하였다. 이 제도에서 최대 환급

가격은 특히 만료 후 단계적으로 자동으로 감소하고 감소폭은 경쟁이 시작되기 전의 연간 매출과 경쟁이 수립 된 이후에 따라 달라진다. 약국의 의약품 마진을 규제하지 않으므로 약국은 제네릭의약품과 같은 더 저렴한 의약품으로 대체 조제할 유인을 갖는다(Sperre Saunes, Karanikolos, Sagan, 2020, pp. 37~38).

지불보상제도 측면에서 성과기반 지불보상제도를 도입하기 위한 시도가 이뤄지고 있다. OECD (2014)에 따르면 이러한 제도들은 주로 영미권 국가들에서 많이 활용되는데 미국과 영국은 일차의료, 전문의, 병원의 3가지 영역에서 모두 성과기반지불보상제도를 활용하였는데 목표를 정하고 목표달성시 경제적 인센티브를 제공한다. 호주는 일차의료 영역에서만 성과기반지불보상제도를 활용한다. 대륙형 복지국가 중 프랑스가 일차의료 영역에서 성과기반지불보상제도를 활용하나 독일, 네덜란드 등은 활용하지 않으며 스웨덴, 노르웨이 등 북구형 복지국가에서도 거의 활용되지 않았다(OECD, 2014, p. 114). 이러한 정책 중 암 검진과 같은 공중 보건 개입, 당뇨병 및 심혈관 질환과 같은 만성 질환에 대한 근거 기반 지침을 따르도록 하는 등의 효과가 있는 것으로 보고되었다(OECD, 2014, p. 120).

만성질환 증가, 고령화로 인한 보건의료비 지출 증가를 위해 예방에 대한 관심 또한 증가했다. 예를 들어 노르웨이는 2003년에 “더 건강한 노르웨이를 위한 처방 보고서(Report Prescriptions for a Healthier Norway)”를 발표하였고 건강위험요인과 관련한 광범위한 정책을 시행하였다. 생활방식 변화의 중요성을 강조하였는데 흡연, 음주, 고혈압, 고콜레스테롤 및 비만을 주요한 위험요소로 보았다. 국가건강보험(National Insurance Scheme, NIS)이 급여하는 표준청색처방에 표준녹색처방체제를 도입하였다. 즉, 예방 관련 의약품을 건강보험 급여목록으로 포함하는 것을 넘어 녹색처방체제는 의료인이 의약품 처방에 앞서 영양관리, 신체활동과 같은 생활습관 변화를 위한 프로그램을 처방하도록 경제적 인센티브를 제공한다. 이는 생활습관변화가 건강개선을 위해 더 효과적이고 저렴한 방법일수 있다는 사실에 근거한다. 환자들은 프로그램에 참여하고 일반의가 이를 추적한다(Johnsen, 2006, pp. 137~138).

가치기반 보건의료 제도는 보건의료제도의 목적이 개인 및 인구집단의 건강 극대화라는 점에서 사람중심적 관점에서 건강과 삶의 질을 평가하고 보건의료제도에서 환자중심성을 강화하기 위한 노력들로 이어지고 있다(OECD, 2019, p. 40). 하나의 예로 환자권리법은 노르웨이에서 최초로 시행되었는데 주요 목적은 의료 서비스와의 관계

에서 환자의 권리를 부여함으로써 모든 인구가 양질의 의료 서비스를 동등하게 이용할 수 있도록 보장하는 데 있었다. 필요한 의료 서비스에 대한 권리(30 일 이내 평가 권리, 재평가 및 병원 선택 권리 포함), 참여 및 정보에 대한 권리, 보건의료에 대한 동의 권리, 의료 기록에 대한 접근 권한; 아동에 관한 특별 권리, 문제를 제기할 권리, 환자 옴부즈맨의 지원을 받을 권리를 환자에게 제공하였다. 정신보건의료법은 환자의 권리 법을 통합하여 정신 질환 환자를 위한 자발적 및 강제 치료의 수립 및 시행과 관련된 절차 및 조건을 규제하였다(Johnsen, 2006, p. 130). 보건의료제도의 성과에서 기대수명과 같은 결과도 중요하지만 이러한 지표가 다양한 측면을 평가하기에는 제한적이라는 점을 공유하면서 환자관점에서 통증, 기능, 삶의 질, 의료서비스 이용경험 등 또한 중요한 가치를 가진다는 논의로 이어졌고 이를 평가하기 위한 시도들이 이뤄지고 있다(OECD, 2019, p. 40). 한편, 환자중심성은 의료기관 단위 의료서비스 제공이 아니라 환자를 중심에 두고 서비스를 연계하는 것으로 일차의료 강화 및 만성질환 등록 관리 사업 등이 독일 등의 국가들에서 시행되었다(Busse, Blumel, 2014).

라. 관련 정책들의 효과성

다양한 시도들이 이뤄지고 있고 일부에 한정되어 있지만 이러한 정책들이 어떤 영향을 갖는지 그 영향을 평가하기 위한 시도가 있다. 패널 데이터를 사용하여 기대수명 증가 및 의료 지출 증가의 주요 결정 요인에 대한 정책 및 제도의 영향을 조사한 연구에 따르면 고령인구비율과 1인당 GDP는 보건의출을 증가시키는 요인이고 1인당 보건의출과 1인당 GDP는 기대여명을 증가시키는 요인이었다. 건강행동 중 흡연과 음주는 기대수명을 낮추는 것으로 나타났다. Lorenzoni 등 (2018)은 정책 및 제도를 크게 보건의료재원 및 보장수준, 보건의료전달체계, 거버넌스와 자원분배로 구분하여 각각에 해당하는 주요 정책들이 보건의출과 기대여명을 미치는 결과를 분석하고 그 결과를 제시하였다. 보건의료재원 및 보장수준에서 기본 보장의 깊이와 재정적 보호 수준을 높이는 정책은 기대수명을 개선하고 동시에 보건의료지출은 낮춰 비용 대비 높은 가치를 달성하는데 도움이 되는 것으로 나타났다. 반면, 기본보험의 이용자 선택 수준을 증가시키거나 거버넌스와 자원분배 영역의 보건의료 기술 평가 활용을 증가시키는 정책은 기대수명과 보건의료지출을 동시에 증가시키는 정책이었다(Lorenzoni et al.,

2018). 보건의료재원 및 보장수준 정책으로 본인부담이나 민간의료보험의 역할, 거버넌스와 자원분배 정책으로 가격 규제 강화는 보건의료에 대한 공공 지출을 감소시키는 요인이었으며 기대수명에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 분석된 정책 중 공급자에 대한 환자선택, 병원 지불수단으로 이용량 증가 인센티브, 의사서비스의 민간공급정도는 보건지출을 증가시키지만 기대수명의 증가를 이끌지는 않았다(Lorenzoni et al., 2018). 공급자에 대한 환자선택은 일반적으로 효율성과 질을 높일 것으로 인지되지만 가격이 고정되어 있지 않고 공급자에게 지불되는 총금액에 상한이 없는 경우 개인의 선택은 의료비 지출을 증가시킬 수 있다(Lorenzoni et al., 2018, p.18). 또한 의사서비스가 민간에서 공급되는 경우 고가의 신의료기술이용이 증가하면서 의료비를 증가시키는 것으로 알려져있다(Chandra et al., 2011)

〈표 3-5〉 주요 정책들과 보건의료지출 및 기대수명과의 관계

유형	변수	보건지출	기대수명
인구사회적 요인	고령인구비율	(+)	(+)
	1인당 보건지출	(+)	(+)
	1인당 GDP	(+)	(+)
	교육수준	(+)	(+)
	흡연	(-)	(-)
	음주	(-)	(-)
정책 및 제도: 보건의료재원 및 보장수준	기본보장의 깊이	(-)	(+)
	보건의료이용자에 대한 재정적 보호 수준	(-)	(+)
	치료서비스에 대한 본인부담	(-)	(+)
	기본보장에 대한 이용자 선택 수준	(+)	(+)
	민간의료보험 역할(전체지출 중 비중, 가입인구비율)	(-)	(+)
	공급자에 대한 환자선택	(+)	(+)
정책 및 제도: 보건의료전달체계	보건의료시스템에서 일차의료의 역할(문지기)	(+)	(+)
	의사 지불수단으로 이용량 증가 인센티브(행위별수가제)	(-)	(+)
	병원 지불수단으로 이용량 증가 인센티브(행위별수가제)	(+)	(+)
	민간공급정도-의사	(+)	(+)
	병원 의료인력 규제	(-)	(+)
	보건의료질에 대한 인센티브	(+)	(+)
정책 및 제도: 거버넌스와 자원분배	보건의료급여패키지 정의	(-)	(+)
	보건의료기술평가 활용	(+)	(+)
	제3자 지불자에 의한 일차의료 서비스에 대한 가격 규제	(-)	(+)
	제3자 지불자에 의한 병원 서비스에 대한 가격 규제	(-)	(+)

주: (+) 양의 관계, (-) 음의 관계, (·) 유의한 관계 없음.

자료:Lorenzoni L, Murtin F, Springare LS, Auraaen A, Daniel F (2018) Which policies increase value for money in health care? OECD Health Working Paper No. 104. pp. 21~22.

3. 합의

1인당 GDP나 고령화 수준이 유사한 시점에서 다른 OECD 국가들의 보건지출은 우리나라보다 높은 편이었다. 우리나라의 보건지출수준이 낮은 이유는 여러 가지 원인에서 찾을 수 있지만 북구형이나 대륙형과 같은 다른 OECD 국가들에 비해 인구고령화가 최근에 진행되고 있다는 점, 건강보험이 보장하는 범위와 수준이 제한적이라는 점에서 찾을 수 있으며 미국과 같은 영미형의 자유주의 복지국가 유형에 비해서는 상대적으로 보건영역에 대한 정부의 규제가 강하다는 점 때문으로 보인다. 이는 다른 한편으로 인구고령화, 건강보험 보장성 강화에 따라 보건지출 증가가 더 빨라질 수 있음을 시사한다.

한편 우리나라에서 보건지출은 다른 OECD 국가들에 비해 빠르게 증가하고 있다. 보건지출의 지속가능성 제고를 위해 다른 OECD 국가들에서 보건지출 증가 속도를 늦추기 위해 시행된 정책을 검토해 볼 수 있다. 특징적인 점은 1980~90년대에 비용감소 전략에 대한 논의가 많았다면 최근에는 가치기반 의료시스템, 환자중심 의료시스템이라는 용어들이 주요하게 사용된다는 점이다. 이러한 배경에는 단기적으로 보건지출이 재정적 제약을 받을 수 밖에 없다는 사실을 인정하더라도 궁극적으로는 보건지출의 감소 자체가 아니라 보건지출이 건강수준의 개선으로 이어지도록 만드는게 중요하다는 인식 변화에 기반한다. 특히 고령인구와 만성질환이 증가하고 새로운 의료기술이 발달하면서 사전예방, 질환 관리, 적절한 의료기술 활용을 통해 인구집단의 건강수준을 증진시키는 보건의료제도의 역할이 갖는 중요성이 인식되고 있다고 볼 수 있다. 이러한 맥락에서 동일한 기술이라도 그 기술이 어느 정도 건강 개선을 일으키는가를 평가하여 건강보장제도에서 보장하는 의료기술평가가 거의 모든 OECD 국가들에서 도입되었다. 또한 보건지출에서 약제비가 차지하는 비중이 점차 높아지고 있다는 점에서 동일한 성분인 경우 고가의 브랜드 의약품이 아닌 제네릭의약품으로 대체하도록 성분명 처방과 제네릭 처방에 대한 인센티브를 도입하고 있다. 지표 개발의 어려움 등으로 아직까지는 제한적으로 활용되고 있지만 성과기반 보상지불제도가 활용되고 있다.

사람중심 보건의료제도는 최근 그 중요성이 보다 강조되고 있는데 일례로 OECD 보건의료제도 성과 분석들에서는 의료서비스의 질 지표 중 하나로 환자중심성을 포함한다(Carcini et al, 2015, p. 140). 사람중심성이 강조되는 배경에는 고령화에 따른

질병구조 변화, 소득증가, 정보증가에 따른 사람들의 보건의료시스템에 대한 기대 증가, 신의료기술 증가로 인해 의료비가 소득에서 차지하는 비중이 계속 증가하고 있다는 점이다. 즉, 보건의료시스템이 달성해야 하는 목표와 재정적 압력사이에 긴장을 키우고 있다는 점에서 서비스를 이용하는 사람들을 중심으로 시스템이 반응하는 사람 중심적인 접근 방식으로의 전환이 강조되고 있다(OECD, 2019, pp. 40-44). 유사한 맥락에서 만성질환 증가, 고령화로 인해 기존의 전염병과 달리 환자(혹은 사람)를 중심으로 질병치료 및 관리가 장기적이고 조정된 접근 방식을 필요로 한다는 점이다. 사람 중심의 의료 시스템을 하나의 개념으로 정리하는 것은 쉽지 않지만 효과적이고 지속가능한 방식으로 보건의료서비스를 제공한다는 가치기반 보건의료제도의 궁극적인 지향으로도 볼 수 있을 것이다.

제4절 장애지출

우리나라와 동일 여건하의 주요 국가의 장애 지출 수준을 파악하기 위해, 본 고에서는 1인당 GDP를 기준으로 하여 1인당 GDP가 현재 우리나라와 유사한 수준인 연도의 주요 OECD 회원국의 장애지출 수준을 살펴보았다.

사민주의(북구형), 보수주의(대륙형), 자유주의(영미형) 등 등 복지정책 레짐을 대표하는 13개 회원국의 평균 1인당 GDP는 34,998달러였으며, 달성 연도는 대략 2000년대 중반으로 수렴하는 경향을 보였다. 이들 13개 OECD 회원국의 GDP 대비 총 사회지출 비중은 평균 21.1%였으며, GDP 대비 장애지출 비중은 평균 2.8%로 나타났다. 복지국가 유형별 GDP 대비 장애지출 비중을 살펴보면, 스웨덴, 노르웨이, 덴마크, 핀란드 등이 포함된 사민주의 국가의 평균 비중이 4.5%로 가장 높았으며, 이어서 프랑스, 독일, 오스트리아, 네덜란드, 스위스 등이 포함된 보수주의 국가가 2.4%, 영국, 미국, 호주, 캐나다 등이 포함된 자유주의 국가가 1.6%의 순으로 나타났는데, 이러한 장애지출의 이러한 복지국가 유형별 경향은 전체 사회지출의 경향과 동일하였다.

〈표 3-6〉 우리나라와 1인당 GDP가 유사한 연도의 주요 OECD 회원국의 장애지출 수준

(단위: US 달러, %)

복지국가유형	국가	연도	1인당 GDP	GDP대비 총 사회지출 비중	GDP 대비 장애지출 비중
북구형	스웨덴	2005	34,244	27.3	5.3
	노르웨이	2000	36,950	20.4	4.6
	덴마크	2005	34,153	25.2	4.4
	핀란드	2006	34,413	23.7	3.6
	평균			24.2	4.5
대륙형	프랑스	2007	34,093	28.1	1.6
	독일	2006	34,625	25.0	1.9
	오스트리아	2005	35,025	26.0	2.4
	네덜란드	2002	34,447	19.3	3.6
	스위스	2000	35,426	13.9	2.4
	평균			22.5	2.4
영미형	영국	2006	34,772	18.2	2.2
	미국	1999	34,478	14.2	1.0
	캐나다	2005	36,328	16.1	0.9
	호주	2005	35,571	16.7	2.3
	평균			16.3	1.6
한국		2015	27,214	10.2	0.6

자료: OECD SOCX.

1. 이들 시점에서 나타난 사회보장재정 운용 분석

우리나라와 1인당 GDP가 유사한 시점에 주요 OECD 회원국의 장애지출 수준에 영향을 미쳤던 사회경제적 맥락을 파악하기 위해 본 고에서는 사회복지지출 및 아동복지지출 결정 요인에 관한 선행연구들(이동영, 김윤영, 2006; 신현중, 2004; 강휘원, 2011; 신현중, 2008; Facchini, Mayda, 2006; Potrafke, 2008)을 참조하여 다음과 같은 요인을 설정하였다. 즉, 주요 OECD 회원국의 장애 지출 수준에 영향을 미치는 맥락적 요인으로서 본 고에서는 일반 사회지출 결정 요인에 관한 연구에서 보편적으로 활용되는 인구학적 요인, 경제적 요인, 복지국가요인 등과 함께 특별히 해당 국가의 장애인정책 수준을 가늠할 수 있는 지표로서 장애인권 요인을 추가하였다.

각 요인별 주요 변수를 살펴보면, 우선 인구학적 요인에는 전체 인구 중 장애인구비율을 의미하는 장애출현율, 여성고용비율이, 경제적 요인에는 실업률, 재정적자비율이, 장애인권 요인에는 장애인권운동의 대리지표로서 장애인차별금지법 제정 여부가 포함된다. 이들 맥락적 요인에 포함된 각 변수의 기준 연도는 2000년대 중반으로서, 장애출현율의 경우에는 200년대 후반이며, 다른 변수는 2007년이다. 이상의 장애 지출 수준에 영향을 미치는 각 요인별 변수의 조작적 정의 및 자료 출처는 다음과 같다.

〈표 3-7〉 장애 지출 수준에 영향을 미치는 요인별 변수의 정의 및 자료 출처

구분		조작적 정의	자료 출처
인구	장애출현율 여성고용비율	장애인구 / 20~64세 인구 여성취업인구 / 경제활동인구	OECD(2010) OECD(2012)
경제	실업률 재정적자비율	실업자인구 / 경제활동인구 정부재정적자 / GDP	OECD(2012)
복지국가	노동시장유연성 실업급여지출	고용보호지수 장애급여지출 / 실업급여지출	OECD(2012) OECD(2010)
장애인권	장애차별금지법제정	장차법 미제정=0, 장차법 제정=1	EU(2005) 및 개별 회원국 인터넷자료

복지국가 유형별로 장애 지출에 차이를 유발하는 사회경제적 맥락을 포착하기 위해 본 고에서 설정한 각 요인별 변수의 특성은 다음과 같다.

북구형 국가군의 경우, 장애인정책의 대상이 되는 인구의 규모인 장애출현율이 다른 두 유형의 국가군에 비해 높았으며, 여성고용률 역시 가장 높았다. 더불어 실업률과 재정적자 수준 등 경제적 요인에서는 영미형 국가군보다는 높고 대륙형 국가군에 비해서는 높았다. 한편 노동시장 유연성의 정도는 대륙형 국가군보다는 높고 영미형 국가군보다는 낮았으며, 실업급여 지출 대비 장애급여 지출 비중에 있어서는 가장 높았다. 마지막으로 장애차별금지법 제정에 있어서는 다른 두 국가군과 동일하게 거의 모든 국가에서 법률로 제정되었다. 이를 통해 볼 때, 북구형 국가군은 시민주의의 물질 토대인 노동시장 참여 활성화의 결과로서 높은 여성고용률과 낮은 실업률, 건전한 수준의 재정적자 규모와 낮은 수준의 노동시장 유연성을 보여주고 있으며, 이러한 경제적 안정은 보편적 복지와 관대한 급여를 특징으로 하는 사회보장정책 기조로 이어지면서 노동무능력자인 장애인을 대상으로 하는 장애인정책에서도 장애 인정의 관대성과 높은 수준의 지급액 경향을 보이고 있는 점이 결국 다른 두 국가군에 비해 훨씬 높은 장애 지출 비중을 가져온 것이라고 할 수 있다.

한편 영미형 국가군의 경우, 북구형 국가군과 극명한 대조를 보이는데, 장애인정책의 대상이 되는 인구의 규모인 장애출현율이 가장 낮으며, 여성고용률은 북구형 국가군보다는 낮고 대륙형 국가군보다는 높았다. 더불어 실업률과 재정적자 수준 등 경제적 요인에서도 북구형 국가군보다는 높고 대륙형 국가군보다는 낮았으며, 노동시장 유연성의 정도는 가장 낮았다. 마지막으로 실업급여 지출 대비 장애급여 지출 비중에 있어서는 가장 낮았으며, 장애차별금지법 제정에 있어서는 다른 두 국가군과 동일하게 거의 모든 국가에서 법률로 제정되었다. 시장 우선주의를 통한 최소한의 복지를 특징으로 하는 자유주의(영미형) 국가군은 높은 노동시장 유연성을 필수 전략으로 택하고 있으며, 노동시장에 진입하기 어려운 빈곤층과 노동무능력자를 대상으로 하는 자산조사 기반의 공공부조가 사회보장급여의 축을 이루고 있다. 이러한 기조하에서 장애인정책 역시 장애인 및 노동무능력자를 대상으로 하는 급여 및 서비스의 수급 여부를 결정하기 위한 노동능력 평가의 조건이 까다롭게 규정됨으로써 장애인 정책 대상 인구가 협소할뿐만 아니라 급여 수준 역시 낮게 유지되면서 결과적으로 가장 낮은 장애 지출 비중을 보이고 있다고 해석할 수 있다.

마지막으로 대륙형 국가군의 경우, 장애인정책의 대상이 되는 인구의 규모인 장애출현율이 북구형 국가군보다는 낮고 영미형 국가군보다는 높았으며, 여성고용률은 가장 낮았다. 더불어 실업률과 재정적자 수준 등 경제적 요인에서는 가장 높았으며, 노동시장 유연성의 정도는 대륙형 국가군보다는 높고 영미형 국가군보다는 낮았다. 마지막으로 실업급여 지출 대비 장애급여 지출 비중에 있어서는 북구형 국가군보다는 낮고 영미형 국가군보다는 높았으며 장애차별금지법 제정에 있어서는 다른 두 국가군과 동일하게 거의 모든 국가에서 법률로 제정되었다. 이를 통해 볼 때, 대륙형 국가군은 보수주의의 특징인 남성 중심의 노동시장과 여성의 가족 돌봄 역할 강조로 인해 낮은 여성 고용률과 높은 실업률, 조합주의 전통에 기반한 강력한 고용보호 조치 등으로 인해 높은 수준의 재정 적자를 보여주고 있으며, 직능별 사회보험과 노동무능력자에 대한 제한된 공공부조를 특징으로 하는 대륙형 국가군의 사회정책 기조하에서 노동무능력자가 대부분인 장애인은 지급액이 사회보험급여보다 절대적으로 낮은 공공부조급여에 주로 의존하고 있는 것으로 판단된다. 결론적으로 대륙형 국가군은 장애 지출 수준이 북구형 국가군과 영미형 국가군의 중간에 위치하고 있는데, 이는 급여의 접근성과 급여 수준이 중간 수준이기 때문이다.

〈표 3-8〉 요인별 변수의 특성

(단위: %)

복지국가 유형	국가	장애 출현율	여성 고용률	실업률	재정 적자	노동시장 유연성	실업급여지출대비 장애급여 지출 비중	장차법 제정	GDP대비 장애지출 비중
북구형	스웨덴	18.1	73.2	6.1	49.3	2.06	545	1	5.3
	노르웨이	16.3	74.0	2.5	57.4	2.65	2403	0	4.6
	덴마크	20.7	73.2	3.8	34.3	1.91	455	1	4.4
	핀란드	20.5	68.5	6.9	41.4	2.29	250	1	3.6
대륙형	오스트리아	14.4	64.4	4.4	63.1	2.41	278	1	2.4
	프랑스	13.2	59.7	8.4	72.3	3.0	109	1	1.6
	독일	17.5	63.2	8.8	65.3	2.63	103	1	1.9
	네덜란드	16.8	67.5	3.6	51.5	2.23	324	1	3.6
	스위스	10.4	71.6	3.4	46.8	1.77	462	0	2.4
영미형	영국	17.6	66.3	5.3	47.2	1.09	1126	1	2.2
	미국	11.9	65.9	4.6	62.0	0.85	516	1	1.0
	호주	12.0	66.1	4.4	14.2	1.38	450	1	2.3
	캐나다	12.1	69.9	6.0	66.5	1.02	81	0	0.9

2. 합의 도출(지출수준, 기능, 제도, 지속가능성 등 측면)

전체 사회지출의 한 요소인 장애지출의 경우에도 기존의 복지국가레짐별 사회지출 차이에 관한 선행연구들과 마찬가지로 사회민주주의 복지레짐(북구형), 보수주의 복지레짐(대륙형), 자유주의 복지레짐(영미형)의 순서대로 장애지출 비중이 높게 나타났다. 이는 사회민주주의 복지레짐 국가의 특징인 현금급여의 관대성과 현물급여로서 보편적 사회서비스의 기조가 장애인정책에도 동일하게 적용되면서 사민주의 복지레짐 국가군이 보수주의 복지레짐 및 자유주의 복지레짐 국가군가보다 GDP 대비 장애 지출 비중에서 우월적 지위를 점하게 되었다고 할 수 있다.

장애인정책의 국가간 차이에 대한 원인을 규명하는 이러한 작업과 함께 병행되어야 할 또 다른 탐구의 주제는 이들 장애인정책의 복지레짐에 속한 국가들이 역사적으로 어떻게 변화하고 있는가를 살펴보는 것이다. 1990년대 중반 이후 주요 OECD 회원국들은 장애인정책의 개혁을 시도해왔는데, 이는 장애급여의 축소와 적극적 노동시장의

강화로 요약할 수 있으며 이러한 정책적 전환의 배경은 다음과 같다.

장애인정책은 사회보장정책의 하위 영역으로서, 전체 시민을 대상으로 하는 사회보장정책에서 장애인의 욕구가 충족되기 어려운 경우에 이들의 특성을 반영한 전문화된 접근(specialized approach)으로 볼 수 있다. 산업화 초기, 장애는 생산에 기여할 수 없는 근로무능력자의 기표였으며, 노동능력에 따라 처우를 달리하는 근대 공공부조가 확립되면서 장애인을 시설내에서 수용 보호하는 것이 당시의 장애인정책이었다고 할 수 있다. 이후 동력의 개선 및 분업과 표준화 공정에 기반한 대량생산체제산업사회의 등장 이후 공적연금, 사회수당 및 공공부조 등의 사회보장제도가 대거 도입되고 확충되던 복지국가 황금기에 장애인 소득보장정책은 공공부조에서 벗어나 장애연금, 장애수당, 장애 부조 등 다양한 형태의 장애급여가 출현함으로써 비로소 장애인이라는 고유의 특성과 욕구를 갖고 있는 하위 인구 집단을 대상으로 하는 특별한 소득보장정책으로서의 정체성을 확보하게 되었고 일반 사회보장급여와 마찬가지로 지속적인 경제성장을 기반으로 지속적으로 지급대상이 확대되고 지급액이 인상되는 제도적 성장을 경험하였다.

주지하듯이 1970년대 중반 경제침체에 따른 복지국가 위기론 담론의 등장 이후 서구 복지국가들은 우파의 집권이라는 정치적 지형을 배경으로 복지개혁이라는 미명하에 복지지출 감축을 지속해 왔다고 할 수 있다. 복지지출 감축의 핵심 내용은 수급 자격 강화, 급여 삭감 및 조건부 수급 등 근로연계 장치의 도입이었으며, 이는 특히 노령연금과 기초보장, 실업급여 등에서 특히 두드러졌다. 근로연령대 인구 중 근로무능력 상태에 있는 자를 대상으로 지급되던 장애연금, 장애부조 등의 장애 급여는 이러한 경향에서 상대적으로 자유로웠다고 할 수 있으나, 경제성장의 저하에 따른 재정 압박속에서 장애급여 수급자가 계속 증가하게 되자 결국 2000년대 중반부터 장애급여 수급 요건으로서 근로(소득활동)능력 평가 사정 강화, 부분적 근로능력자(직업적 경증 장애인)에 대한 부분 급여 도입과 맞춤형 고용서비스 제공 등을 핵심 내용으로 장애인 소득보장정책 개편을 추진하기에 이르렀다. 결과적으로 장애인정책 레짐에 관계없이 모든 국가에서 공통적으로 보상정책의 요소(Compensation policy component), 즉 급여 정책이 축소되고 사회통합정책의 요소(Integration policy component) 즉, 적극적인 노동시장정책이 강화되고 있는 추세가 관찰되고 있다(OECD, 2010).

우리나라는 장애인정책에 있어서 자유주의 레짐 국가들이 갖는 엄격한 장애 수급 기

준 및 낮은 수준의 장애 급여라는 속성을 공유하고 있다는 점에서 자유주의 레짐으로 분류할 수 있으며, 특히 1인당 GDP를 기준으로 유사 시점에 있는 OECD 회원국들의 평균 장애 지출의 1/3에도 미치지 못하는 현저히 낮은 수준의 지출을 보이고 있는 사실상 최하위권의 국가라고 할 수 있다.

〈표 3-9〉 한국과 OECD 회원국의 GDP 대비 장애지출 비중 추이

구분	1990	2000	2005	2006	2014
한국	0.3	0.4	0.5	0.6	0.6
OECD 평균	2.3	2.3	2.3	2.2	2.1

자료: OECD Social Expenditure Database.

〈표 3-10〉 한국과 OECD 회원국의 1인당 국민소득 3만불달성연도의 GDP 대비 장애지출 비중

구분	3만불 달성 연도	GDP 대비 장애인복지지출비중
OECD평균 (A)	3만불	2.58
한국 (B)	2.8만불(2014)	0.61
A-B		1.97

자료: OECD Social Expenditure Database.

이러한 최하위 수준의 장애 지출 규모는 주요 OECD 회원국과 비교할 때 우리나라 장애인이 여전히 높은 빈곤 위험에 직면해 있고, 낮은 취업률과 자립생활지원서비스의 부족으로 인해 비장애인에 비해 열악한 삶을 영위할 수밖에 없는 근본적 요인으로 작용하고 있다. 물론 지난 10년간의 장애 지출 증가 추이를 비교해 보면, 우리나라는 OECD 국가 중에서 가장 두드러진 증가세를 보여 온 국가이지만, 여전히 OECD 회원국과 커다란 격차를 보이고 있다, 이는 지난 2000년 이후 장애인복지예산의 급격한 증가 속에서도 우리나라가 GDP 대비 장애지출 비중에 있어서 여전히 OECD 회원국 중 최하위의 수준에 있는 것은 장애 급여 수급 기준이 매우 엄격하고, 기존 제도에서 제공하는 급여 수준이 주요 선진국과 비교해 매우 낮기 때문이다.

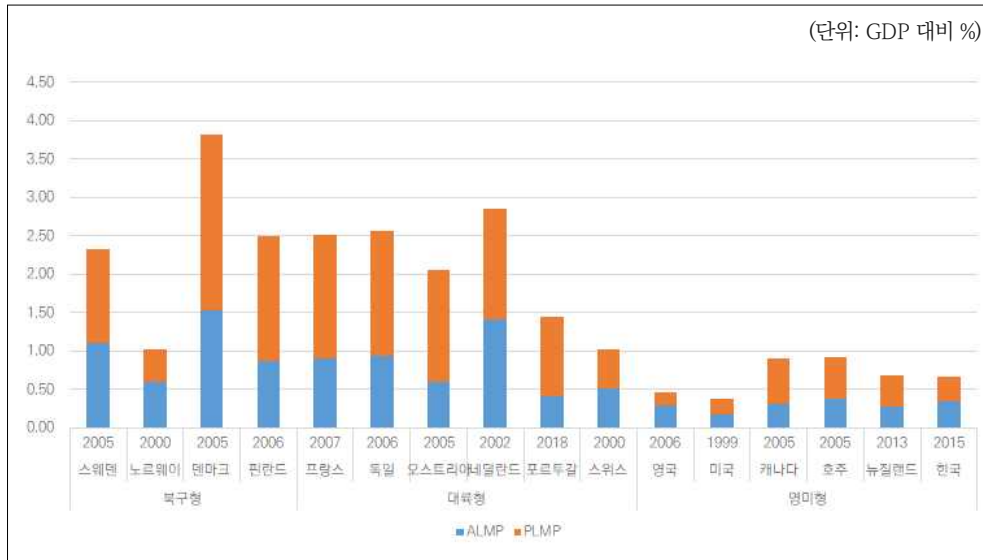
제6절 ALMP

1. 동일 여건하의 주요 국가의 가족 지출 변화 분석

국내총생산 3만 불 이상 시점(한국 2015년 수준)에서 북구형과 대륙형 복지국가는 한국보다 노동시장 지출 수준이 높았다. 2000년대 중반 이후 공공 노동시장 지출이 줄어드는 추세를 보임에도 불구하고, 한국보다 공공 노동시장 지출 수준이 높은 것이다. 국가마다 구체적인 시점에서는 차이가 있지만, 이 연구에서 주목한 북구형과 대륙형에 속한 국가들은 2000년대 들어 국내총생산 3만 불을 달성했는데, 각 시점에서의 지출 수준이 적어도 국내총생산 대비 1%를 상회하여, 한국의 그것과 비교할 때 상당히 높은 편이다. 노르웨이를 제외한 북구형 국가들은 적극적 노동시장정책 지출만으로도 한국의 전체 노동시장 지출 수준을 넘어서는 것도 사실이다.

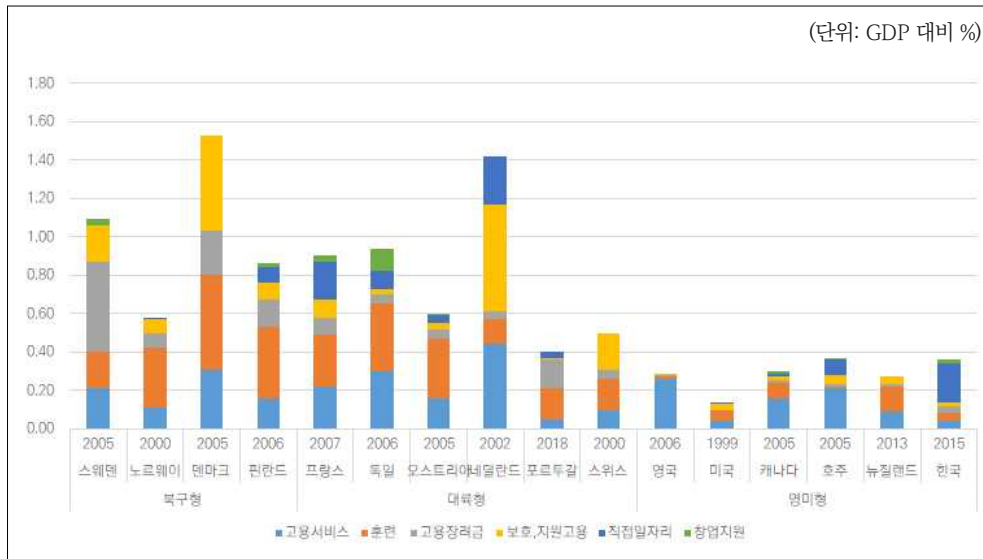
그렇다고 해서 경제력 대비 한국의 공공 노동시장 지출 수준이 낮다고 단정하기는 어려워 보인다. 영미형 복지국가들과 경제력이 유사한 시점에서는 공공 노동시장 지출 수준이 낮지 않기 때문이다. 영국이나 미국보다는 오히려 높은 것도 사실이다. 다만, 흥미롭게 살펴볼만한 지점은 적극적 노동시장정책을 세부 영역별로 나누어 지출 수준을 살펴보면, 한국은 직접일자리 사업에 상당히 치중되어 있다는 점이 두드러지게 나타난다. 영미형 국가들 내부에서의 편차가 있긴 하지만, 고용 서비스와 훈련 영역 지출이 주된 것과는 차이를 보이는 지점이다. 영미형 복지국가들 뿐만 아니라, 다른 복지국가 유형들과 비교하더라도, 한국의 적극적 노동시장정책에서 직접 일자리 지출이 큰 비중을 차지한다는 것이 두드러지게 확인된다.

[그림 3-13] 2015년 한국 GDP 기준 복지국가 유형별 노동시장정책 지출 수준 비교



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

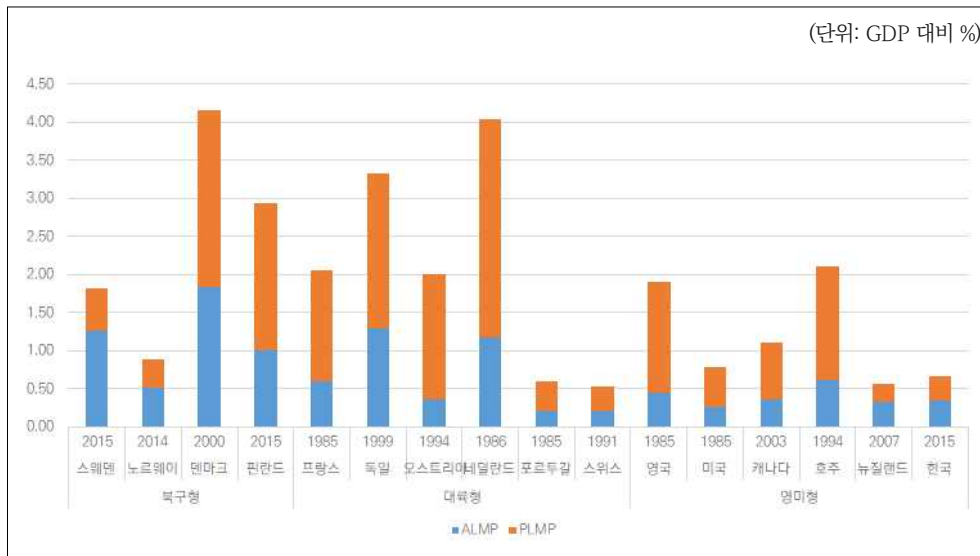
[그림 3-14] 2015년 한국 GDP 기준 복지국가 유형별 적극적 노동시장정책 세부 영역별 지출 수준 비교



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

인구 고령화 수준이 유사한 시점에서도 마찬가지다. 2015년 한국의 65세 고령자는 전체 인구의 15%를 넘어섰는데, 고령 인구 비중이 이와 유사한 시점에서 각 복지국가의 노동시장정책 지출 수준은 이어지는 그림과 같다. 이 그림에서 북구형은 다소 주의가 필요한데, 다른 국가들처럼 꾸준히 노령인구의 비중이 늘어난 것이 아니라, 다소 정체 상태였다가 최근 15% 이상이 된 경우가 많기 때문이다. 그래서 이 시점을 기준으로 일률적으로 비교하는 것에는 다소 한계가 있다는 점을 기억할 필요가 있다. 이를 감안하더라도, 앞선 경제력 수준과 마찬가지로 한국의 노동시장 지출 수준은 다른 북구형과 대륙형보다는 노동시장정책 지출 수준이 적지만, 영미형과는 유사한 편이다. 영미형 중 영국이나 호주는 총 노동시장 지출 수준이 높지만, 적극적 노동시장정책 지출 수준만을 비교하면 한국과 크게 차이가 있진 않다.

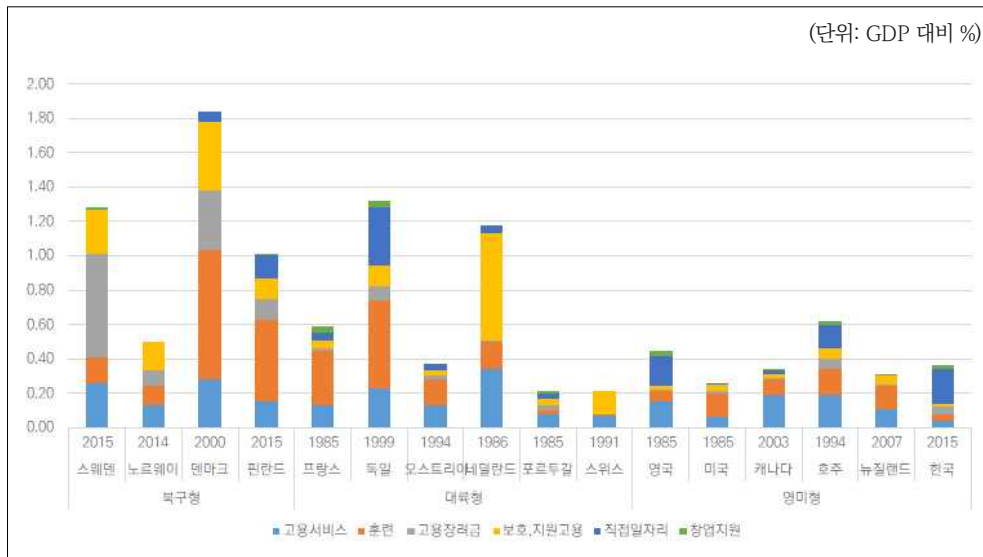
[그림 3-15] 2015년 한국 고령화를 기준 복지국가 유형별 노동시장정책 지출 수준 비교



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

세부 지출 수준에서도 경제력이 비슷한 시점에서의 분포와 대체로 유사한 양상을 보인다. 다만, 주목할 점은 공공 적극적 노동시장 지출 수준이 한국과 유사한 영미형 국가들에서, 경제력 수준 동일 시점과 달리 직접 일자리 사업의 비중이 높은 국가들이 보인다는 것이다. 영국과 호주, 대륙형 중 독일 등이 대표적이다. 이때, 이들 국가가 언제 15% 수준의 고령 인구 비중을 달성하였는지, 즉 비교 대상 시점이 언제인지 역시 주목할 필요가 있다. 1980년대에서 90년대 시점에서 직접 일자리 사업에의 지출이 높았는데, 4장에서 보겠지만 2000년대 들어서는 이 국가에서도 직접 일자리 지출이 현저하게 준다. 직접 일자리 사업이 불황기에 실업 인구를 흡수하기 위해 공공에서 한시적인 일자리를 창출하는 것이기 때문이다. 2000년대 후반까지 직접 일자리 사업이 높은 핀란드와 프랑스 정도가 있다. 이들 국가의 직접 일자리 사업은 다음의 표와 같이, 한시적이고 임시적인 일자리임을 알 수 있다. 한국의 재정 지출에서 상시적인 공공 및 사회 서비스 제공 관련 일자리가 직접 일자리 사업에 포함되는 것과는 다소 차이가 있는 지점이다.

[그림 3-16] 2015년 한국 고령화를 기준 복지국가 유형별 적극적 노동시장정책 세부 영역별 지출 수준 비교



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

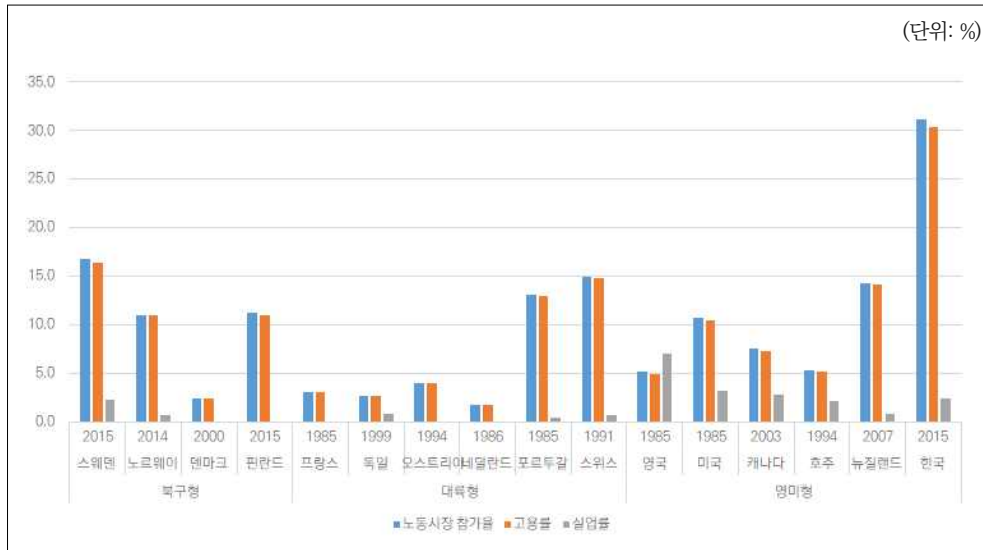
〈표 3-11〉 핀란드와 프랑스의 직접 일자리 사업

국가명	사업명	설명
핀란드	Temporary government employment	장기 실업자 및 청년, 장애인, 고령자들의 고용 가능성 제고 및 사회적 배제를 막고자 공공 조직 등에서 최대 2년까지 일할 수 있는 기회 제공
	Employment subsidy, municipalities	장기 실업자 및 청년, 장애인들의 고용 가능성 제고 및 사회적 배제를 막고자 지방정부 및 관련 조직, 비영리 기관 등에서 최대 2년까지 일할 수 있는 기회 제공
	Rehabilitative work experience	장기 실업자 특히 알코올 중독 등과 같은 비등록 장애인을 위한 활성화 계획을 수립하고 그에 맞춰 지방정부 및 유관기관과의 협업으로 일 경험을 할 수 있게 하여 재활을 도움
프랑스	Single inclusion contract (CUI-CAE)	정부(인건비 보조)와 비시장부문의 협약으로 노동시장 진입에 어려움을 겪는 집단에게 고용 기회 제공
	A job for the future (non-market)	저숙련 혹은 취약 지역에 거주하는 청년 구직자에게 비시장 일자리를 제공하여 노동시장 통합 촉진 최대 36개월까지 제공
	Integration workshops/initiatives (ACI)	취약집단(어려움을 겪는 청년, 수급자, 장기 등록 실업자, 장애인)의 노동시장 복귀를 돕고자 통합 워크숍 기회 제공하여, 사회에 유용한 재화 및 서비스 생산

자료: Eurostat. (2019). Labour market policy statistics Qualitative report Finland, 2017, Eurostat. (2019). Labour market policy statistics Qualitative report France, 2017

세부 영역별 지출 수준과 관련해서, 추가로 언급할 지점은 고령화 수준이 유사한 시점에, 65세 이상의 노동시장 참여율은 한국과 상당한 차이가 있다는 점이다. 한국은 다른 나라들보다 65세 고령 인구의 노동시장 참가율 및 고용률이 높은 것이다. 4장의 성과 분석과 결과 부문에서 후술하겠지만, 한국은 저임금 노동자의 비중이 높고, 고령자는 저임금에 처할 확률이 높다. 노동시장에 참가하더라도 충분한 소득을 올리지 못하고 있을 가능성이 있다는 점이다. 아울러, 앞서 살펴본 것처럼 노후소득보장 기제도 충분하지 않기 때문에, 인구 고령화 추세와 맞물려, 노동시장 정책과 관련한 정부의 역할이 더욱 강하게 요구된다 하겠다.

[그림 3-17] 2015년 한국 고령화를 기준 복지국가 유형별 고령자 노동시장 참가 양상



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.28. 인출한 자료로 저자 작성

2. ALMP 사회보장재정 운용 분석: ALMP 지출의 변화와 금융 위기

이 보고서에서 분석하는 2006년부터 2015년까지 적극적 노동시장정책 지출의 변화는 2008-09년 금융 위기에의 대응과 깊게 관련된다. 소극적 노동시장정책이 서구, 특히 유럽 사회가 당면한 고실업에 효과적으로 대응하지 못한다는 비판이 제기되면서, 서구 사회에서는 1980년대부터 이미 적극적 노동시장정책 중심으로의 재편을 추진했다(Mosher & Trubek, 2003). 실업 해소를 넘어, 고용률 제고를 위해 국가가 더욱 적극적으로 노동시장에 개입해야 한다고 본 것이다. 이에 소극적 노동시장정책보다는 적극적 노동시장정책에 대한 투자가 늘어나기 시작했고, 이러한 경향은 2000년대 들어서도 지속되었다. 특히, 이는 북구형에서 두드러지는 특징이다.

한국과 달리, 주요 복지국가들에서는 2000년대 들어 국내총생산 대비 전체 노동시장정책 지출이 감소하는 경향이 나타난다. 경제 성장 둔화로, 급격히 늘어나는 재정 지출 소요를 통제에 대한 요구가 선진 복지국가에서 확대되기 시작하였기 때문이다. 흥미로운 점은, 이러한 공공 지출 감소 추세에도 불구하고 북구형과 에서는 노동시장정

책 지출 전체 비중에서 적극적 노동시장정책 지출이 차지하는 비중은 증가했다는 점이다. 대륙형과 영미형에서는 대체로 소극적 노동시장정책의 비중이 다시금 늘어나기 시작한 것과는 대조적인 모습이다. 물론 영국 등과 같이 개별 국가 수준에서 살펴보면 이러한 경향에 차이를 보이는 국가가 있기 때문에, 이를 일반화하는 것은 경계할 필요가 있다.

이상과 같은 노동시장정책의 감소 추세가 반등한 것은, 이어지는 그림에서 나타나는 것처럼, 금융위기 시기를 거치면서이다. 주요 복지국가에서 공히 2006년과 2008년 사이, 총 공공 노동시장정책 지출 수준이 줄었다가 이듬해 늘었다. 공공의 노동시장정책은 경기가 나빠 민간 시장의 고용이 위축되었을 때 확대되기 때문에 불경기에 늘어난다. 특히, OECD SOCX의 노동시장정책 지출은 실업자나 실업 위험이 높은 재직자를 대상으로 한 지출을 포함하기 때문이다. 그래서 늘어난 실업 인구가 감소된 뒤에는 예년 수준을 회복하게 된다. 영미형 복지국가에서 위기 이전 수준으로 총 노동시장정책 지출 수준이 회귀하는 것과 같은 맥락이다.

하지만 흥미로운 점은 북구형과 대륙형은 위기 회복 이후에도 2008년의 낮은 수준 보다는 높은 상태에서 노동시장정책의 지출 수준이 유지된다는 점이다. 세부 지출 수준을 살펴보면, 북구형에서는 위기 이후 소극적 노동시장정책 지출은 감소한 것에 반해, 적극적 노동시장정책 지출은 다소 늘어난 경향이 있다. 대륙형에서는 위기 이후에도 소극적 노동시장정책 지출 수준이 이전보다 많은 것과 다소 차이를 보이는 지점이다. 이러한 차이는 일차적으로 위기 이후, 북구형보다 대륙형에서 실업률이 높았으며, 위기 이전에도 대륙형은 노동시장정책이 실업급여를 위시한 소극적 노동시장정책을 중심으로 구조화되어 있었기 때문으로 보인다.

다른 한편, 유연한 노동시장과 관대한 사회보장 및 노동시장정책으로 구조화된 북구형에서도 취약 계층이 위기 이후 노동시장에서의 입지가 취약해졌을 가능성이 엿보인다. 취약 집단의 노동시장 (재)진입을 돕는 고용장려금과 보호 및 지원고용의 비중이 늘어나는 경향이 확인되기 때문이다. 사실 노동시장 구조 변화와 맞물려, 위기의 영향이 청년이나 여성, 장애인 등 취약 집단에 특히 치명적이었다는 연구 결과들도 적지 않은 것이 사실이다(Palier & Thelen, 2010, 126-133; Emmenegger et al., 2012, 6-7, 306-307; Rueda, 2014, 398-400). 스웨덴과 노르웨이, 덴마크에서는 위기 이전과 비교할 때, 국내총생산 대비 해당 지출의 비중이 다소 는 것은 물론, 전체 노동시장

지출에서의 비중도 상당히 늘었다. 따라서 위기를 타개하였지만 위기의 여파로 여전히 취약 집단의 노동시장 개입이 쉽지 않아진 노동시장 환경 변화가 이들 국가의 지출 변화와 관련 있음을 예측해볼 수 있다.

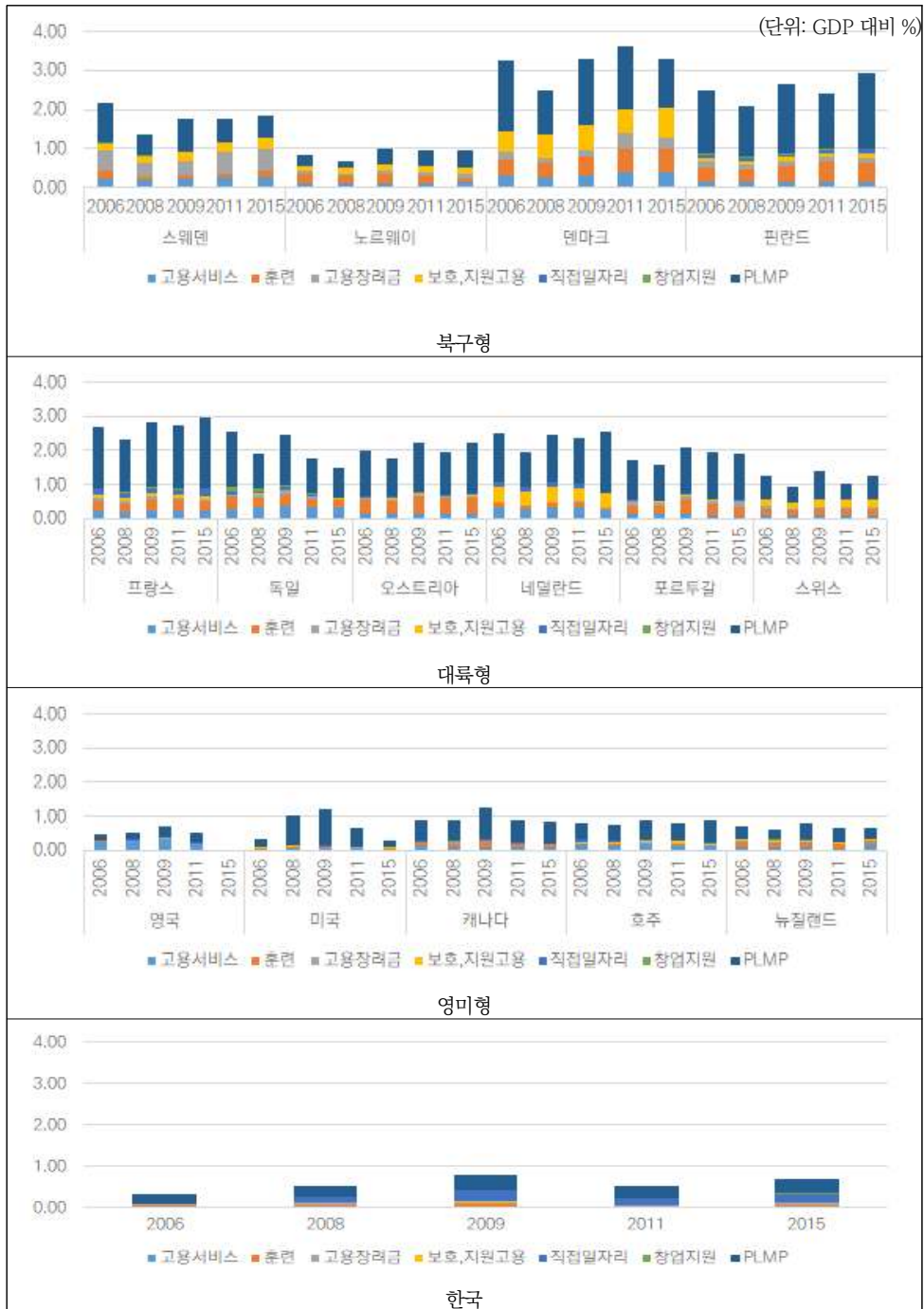
한국도 다른 나라들처럼 금융 위기 시기에 공공 노동시장정책 지출이 늘었다. 위기 회복 직후에는 다소 지출이 감소하였지만, 이후에는 다시 차츰 늘어난 것이 한국의 고유한 특징이기도 하다. 한국은 후발 복지국가로, 2000년대 이후에도 꾸준히 공공 복지 노력을 확대하면서, 노동시장정책 역시 확대된 것으로 보인다. 한편, 위기 이후 적극적 노동시장정책의 비중이 상당히 늘어난 것 역시 특징적이다. 위기 국면에서 한국 정부는 희망근로 프로젝트와 같은 대규모 공공근로 사업을 추진하였으며, 이는 OECD SOCX 기준과는 다소 차이가 있지만, 당시 대한민국 정부의 직접 일자리 사업의 30%를 차지할 만큼 비중이 컸다(국회예산정책처, 2011, pp.14-15). 경기에 임시적으로 대응하고자 직접 일자리 사업을 늘리더라도 위기 극복 이후에는 축소하는 서구 국가들과 달리, 한국에서는 직접 일자리 사업이 높다는 점이 계속 지적되었고(이규용 외, 2013), 정부 역시 일련의 효율화 작업을 꾸준히 추진하였으나, 2000년대 후반 확대된 각종 사회서비스 일자리 등과 맞물려 한국의 직접 일자리 사업 비중은 여전히 크다.

[그림 3-18] 복지국가 유형별 노동시장정책 지출 변화와 금융 위기의 영향



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

[그림 3-19] 복지국가 유형별 노동시장정책 세부 영역별 지출 변화와 금융 위기의 영향



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

70 공공사회복지지출 변화 요인 및 성과 분석 연구

[그림 3-20] 복지국가 유형별 노동시장정책 세부 지출 변화 (전체 노동시장정책 지출에서 차지하는 비중)



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

3. 함의

한국의 적극적 노동시장정책 지출 수준은 최근 다소 늘어나는 추세이다. 하지만, 아직 전체 사회지출은 물론 GDP 대비 지출 수준이 크지 않아 재정적 문제를 초래할 수준은 아닌 것으로 판단된다. 다른 서구 국가와 비교할 때, 국내총생산이 유사한 시점의 영미형 국가들보다는 지출 수준이 다소 높은 편이지만, 적극적 노동시장정책 지출에 대한 강조가 2000년대 이후에도 꾸준하다는 점을 감안하면 한국의 지출 수준이 높다고 보긴 어려워 보인다. 게다가 적극적 노동시장정책은 경기 역행적 성격을 가져, 불황기에는 지출이 늘지만 이후 경기 회복과 연동되어 지출 수준이 감소하기도 하여, 지출 수준 증가가 지속가능성을 훼손한다고 단정할 수는 없다.

하지만 한국이 다른 국가들과 달리, 한시적 성격의 직접 일자리 사업에 치중되어 있다는 점은 주목할 부분이다. 다른 국가들은 직접일자리 사업의 비중이 상당히 작은 편인 점과는 차이가 있다. 불황기에 민간 시장의 일자리가 부족하기 때문에 실업자들을 흡수하기 위한 방안으로 정부가 일자리를 제공하는 것이 유용한 전략일 수 있다. 하지만 현재의 한국은 경기 상황과 무관하게 상시로 필요한 공공서비스 영역이나 돌봄 서비스 관련 일자리들도 직접 일자리 사업의 형태도 제공되는 것이 많은 편이다. 이들 사업 중 민간 영역에서 제공되기 어려운 일자리는 정부가 적극적으로 제공하는 것이 필요하나, 돌봄 서비스와 같이, 상시적으로 제공되어야 하는 필수서비스들의 경우, 한시적, 임의적 형태가 아닌 상시 근로 형태로의 전환을 꾀하는 것이 필요해 보인다.

한편, 다른 복지국가 유형에서 강조되는 고용서비스나 훈련 영역의 비중이 한국에서는 다소 작은 편이다. 고용서비스는 단기적으로 구직-구인을 도울 수 있고, 직업훈련은 실업자들의 고용역량 강화를 통해 장기적으로도 안정적인 일자리로의 정착을 도모할 수 있다. 한국에서 사실 정부 차원의 직업훈련 프로그램 운영이 적은 편은 아니다. 다만 이들 사업 중 다수가 재직자 훈련 혹은 숙련 인력 양성을 중심으로 구성되어, OECD SOCX 기준에서는 제외되는 경우가 많다. 최근 평생직장 개념이 와해되면서, 재직자들에게도 여러 직업훈련의 기회를 제공하여 원활한 전직과 이직을 돕는 것이 실업 위험을 낮추는 유용한 전략이 될 수 있다. 한국은 공식 실업률이 다른 국가보다 낮기도 하여 이들의 수요가 적은 것으로 자칫 이해될 수 있는 측면도 있다. 하지만 실질적 실업인구인 구직단념자 등을 고려하면, 실업 인구에 대한 고용서비스와 직업훈련 프로그램을 강화하는 것 역시 필요해 보인다.

제6절 공공부조

공공부조제도와 관련하여 OECD 국가들과 직접적인 비교는 쉽지 않다. 그 이유는 먼저 각 국가별로 공공부조제도가 상이하게 운영되고 있기 때문이다. 한국이나 일본과 같이 전체 국민들 중 자산조사(means test) 결과를 통과하면 공공부조 수급대상자가 되는 제도도 있지만, 특정 대상을 중심으로 운영하는 범주형 공공부조(노인, 이민자, 장애인 등) 형태를 취하는 경우도 있기 때문이다. 여기서는 OECD SOCX자료를 기반으로 하되, 영역은 “OTHER SOCIAL POLICY AREAS → Cash benefits → Income maintenance” 을 중심으로 비교하고자 한다. 공공부조에는 현금급여 이외에 현물급여(In-kind benefits)도 주요한 역할을 하고 있지만, 현재 OECD에서는 현금급여를 중심으로 자료를 제공하고 있어서 이를 기준으로 하였다.

〈표 3-12〉 OECD SOCX 공공부조 관련 분류

OTHER SOCIAL POLICY AREAS			
OTHER SOCIAL POLICY AREAS	Cash benefits	Cash benefits	
		Income maintenance	
		Income maintenance	Social assistance
			Income support (Other general central government benefits) : means tested
		Other cash benefits	
		Other cash benefits	Criminal care
			Special benefit to refugees
	Benefits in kind	Benefits in kind	
		Social assistance	Social assistance
			Rehabilitation of alcohol and drug abusers
			Accommodation (social services bought by local government)
			Accommodation (social services bought by central and communal government)
			Accommodation (social services bought by municipal benefits government)
			Accommodation (social services bought by municipal benefits government)
			Other benefits in kind (social services bought by local government)
		Other benefits in kind	
		Other benefits in kind	Other social services
			Assistance with trial

자료: OECD, 홈페이지(https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_DET) (2020.09.11. 인출)

다음으로 비교가 어려운 점은 OECD 복지국가의 경우 이미 다른 사회보장제도가 잘 갖추어져 있어, 공공부조는 최후의 안전망 역할을 수행하는 것으로 자리 매김하고 있어 실제 수급율은 높지 않은 상황이다. 반면에 한국의 경우에는 2000년대 들어 공공부조제도가 현대적 의미의 공공부조제도로 자리매김 하기 시작했으며, 다른 사회보장제도가 수급범위를 확대하거나 새로이 생겨나고 있어, 위기 상황에서 한국은 공공부조제도에 대한 의존 현상이 높은 것이 사실이다. 따라서 단순히 국민소득이 유사하거나 고령화율이 비슷한 상황에서 공공부조에 대한 지출이 한국이 다른 국가에 비해 높다 혹은 낮다라고 의미를 부여하기는 쉽지 않다.

아래 표는 OECD 주요국가중 복지국가 유형별로 세분해 본 공공부조 지출 변화이다. 전반적으로 시간에 따라 변화가 있지만, 시간이 지나면서 점진적으로 증가하는 모습을 보이기도 하고, 줄어드는 모습을 함께 보여주고 있다. 아래 국가들 중에서는 캐나다와 덴마크 등이 GDP 대비 공공부조 지출이 높은 것으로 나타나고 있다.

〈표 3-13〉 OECD 주요국가 공공부조 지출 변화

(단위: %)

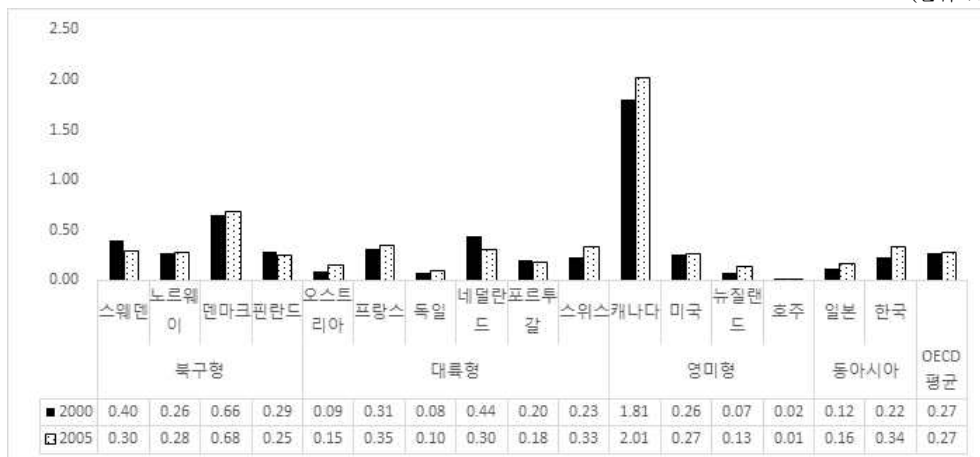
구분		1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017
북구형	스웨덴	0.16	0.35	0.31	0.57	0.40	0.30	0.33	0.26	..	..
	노르웨이	0.13	0.55	0.48	0.42	0.26	0.28	0.30	0.31	..	..
	덴마크	..	0.74	0.81	0.96	0.66	0.68	0.54	0.91	..	..
	핀란드	0.08	0.13	0.20	0.43	0.29	0.25	0.32	0.41	..	..
대륙형	오스트리아	0.12	0.14	0.12	0.16	0.09	0.15	0.19	0.33	..	..
	프랑스	..	..	0.14	0.27	0.31	0.35	0.46	0.57	..	..
	독일	0.16	0.26	0.06	0.14	0.08	0.10	0.11	0.18	..	..
	네덜란드	1.20	0.89	0.71	0.49	0.44	0.30	0.89	1.02	..	..
	포르투갈	0.00	0.01	0.00	0.00	0.20	0.18	0.29	0.16	..	..
	스위스	0.54	0.62	0.12	0.22	0.23	0.33	0.31	0.38	..	..
영미형	캐나다	1.28	1.62	1.68	2.66	1.81	2.01	1.70	1.68	..	..
	미국	0.05	0.03	0.07	0.20	0.26	0.27	0.37	0.34	0.33	0.31
	뉴질랜드	0.19	0.20	0.08	0.14	0.07	0.13	0.13	0.11	0.13	0.12
	호주	0.05	0.04	0.07	0.03	0.02	0.01	0.24	0.21	0.18	..
동아시아	일본	0.16	0.16	0.10	0.09	0.12	0.16	0.23	0.25	..	..
	한국	..	..	0.09	0.08	0.22	0.34	0.34	0.39	0.36	0.37
OECD 평균		0.26	0.33	0.23	0.33	0.27	0.27	0.31	0.28	..	..

자료: OECD, 홈페이지(https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_DET) (2020.09.11. 인출)

현재는 주어진 여건 하에 한국의 여건이 비슷한 상황속에서 주요국가들의 공공부조 지출 규모를 살펴보고자 한다. 복지국가 유형별로 구분하고 한국의 GDP와 유사한 수준이었던 2000년과 2005년을 기준으로 비교해 보면 캐나다, 덴마크, 스웨덴, 네덜란드 등이 한국과 비슷한 수준의 공공부조 지출을 하고 있었다. 복지국가 유형과 상관없이 개별 국가가 운영하고 있는 공공부조 제도 특성별로 차이를 보이고 있다.

[그림 3-21] 복지국가 유형별 공공부조 지출(GDP 대비 비율, 1인당 GDP 약 35천달러 수준)

(단위: %)

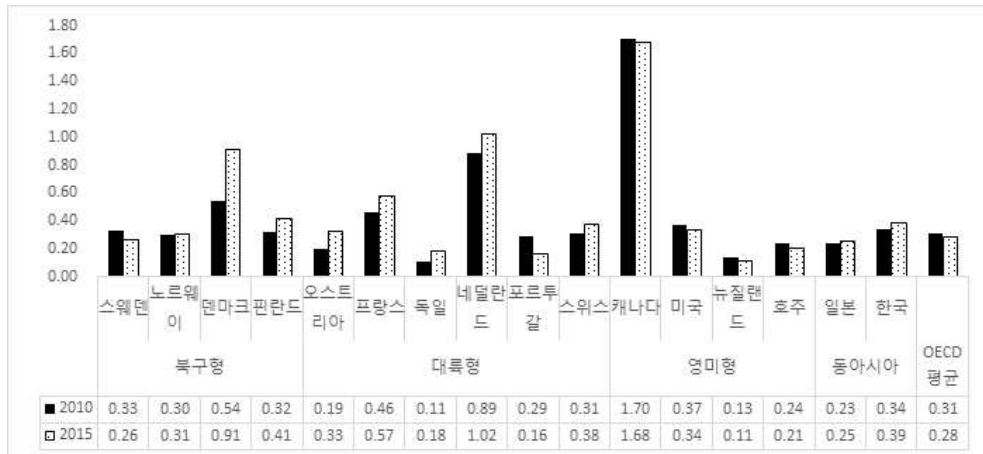


자료: OECD, 홈페이지(https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_DET) (2020.09.11. 인출)

앞에서의 분석이 GDP가 유사한 수준에서의 비교라면, 여기서는 고령화율이 약 18% 이상인 수준에서 공공부조 지출이 GDP에서 점유하는 비중을 분석하였다. 아래 그림을 통해 보면 다른 국가들에 비해 캐나다, 네덜란드, 덴마크, 프랑스 등이 높은 지출 수준을 보여주고 있었다. 한국과 유사한 수준을 보여주는 국가는 노르웨이, 오스트리아, 스위스, 미국 등인 것으로 분석되었다. 역시 앞에서 분석한 것과 같이 복지국가 유형으로 차이를 보이기 보다는 개별 국가가 운영하고 있는 공공부조제도의 특성에 따라 차이가 발생하고 있다. 사례로 캐나다의 경우 한국과 다르게 보충적(노인대상) 공공부조제도인 보충소득수당(Guaranteed Income Supplement, GIS)제도가 있다. 캐나다 노인으로 연금외의 소득이 없는 상황에서 지급받은 연금이 정부가 정한 빈곤선 이하일 경우 그 차액을 보전해 주는 제도이다. 이와 같은 보충적인 성격의 공공부조제도 등이 추가되면서 다른 국가에 비해 공공부조 지출이 높은 것으로 보인다.

[그림 3-22] 복지국가 유형별 공공부조 지출(GDP 대비 비율, 고령화율 18% 이상)

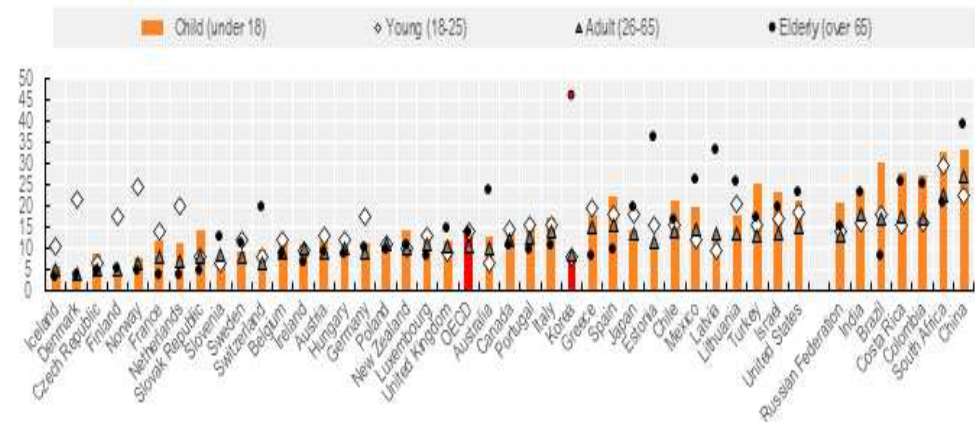
(단위: %)

자료: OECD, 홈페이지(https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_DET) (2020.09.11. 인출)

한국과의 비교를 보면, 이미 한국은 OECD에서 가장 높은 노인빈곤율을 보이고 있으며, 고령화 속도도 빠르게 진행되고 있어, 노후소득보장이 매우 불안정한 상태라 할 수 있다. 장기적으로는 국민연금 등 연금을 통한 지원이 중요하지만 현세대 노인과 베이비 부머 세대의 경우에는 공공부조 등 별도의 노후소득보장제도가 필요한 시점이다.

[그림 3-23] OECD 국가 빈곤율

(단위: %)



자료: OECD(2019), Society at a glance 2019. (p101, 재인용)

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제4장

공공사회복지지출 변화와 성과

제1절 노령지출

OECD 공공사회복지지출의 정책영역별 구분에서 노령정책에 해당하는 지출에는 공적연금 이외에도 기초(노령)연금 등 다양한 제도를 포함하고 있다. 노령정책영역의 지출 규모는 2006년 GDP 대비 1.3%에서 점차 증가하여 2015년 GDP 대비 2.6%로 2배 가까이 증가하였다.

〈표 4-1〉 우리나라의 OECD SOCX 노령정책영역 주요제도별 지출추이

(단위: GDP 대비 %)

연도	노령정책지출 (가=나+다+라)	공적연금 (나)	기초(노령)연금 (다)	기타 (라)	노령정책 대비	
					공적연금 (나/가)	공적연금 +기초(노령)연금 ((나+다)/가)
2006	1.3	1.2	-	0.2	86.9%	86.9%
2007	1.4	1.2	-	0.2	86.1%	86.1%
2008	1.7	1.3	0.2	0.3	79.6%	91.1%
2009	1.8	1.4	0.3	0.4	77.5%	93.5%
2010	1.8	1.4	0.3	0.4	78.6%	94.7%
2011	1.8	1.5	0.3	0.4	80.0%	95.0%
2012	2.0	1.6	0.3	0.4	80.9%	94.7%
2013	2.1	1.7	0.3	0.4	81.4%	94.9%
2014	2.3	1.8	0.4	0.5	76.7%	95.5%
2015	2.6	1.9	0.6	0.7	73.1%	96.3%
2016	2.6	1.9	0.6	0.7	73.6%	95.8%
2017	2.7	2.0	0.6	0.7	74.1%	95.7%

주: 1) 공적연금은 국민연금과 공무원연금, 사학연금, 군인연금, 별정우체국연금 등 5개의 제도로 구성

2) 공적연금의 다양한 급여종류 중 노령정책으로 분류되는 급여에는 국민연금의 노령연금과 반환일시금, 공무원연금 등 특수직역연금은 퇴직급여와 퇴직수당이 포함되고 있음

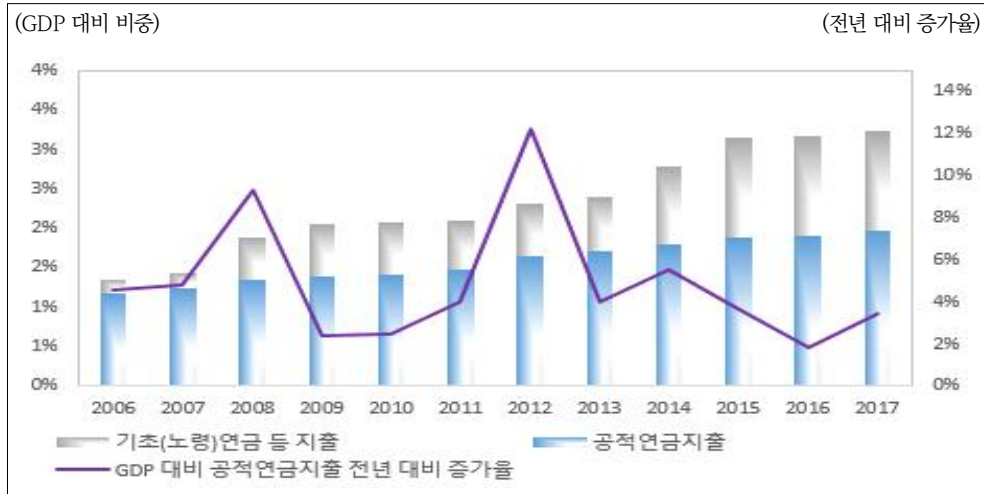
3) '기타'는 노령정책에서 공적연금과 기초(노령)연금을 제외한 노인돌봄서비스 등 현물과 현금지출로 구성

4) GDP 대비 지출비중은 저자가 작성한 것으로 OECD SOCX와 다를 수 있음

자료: 노령정책 세부항목별 지출규모는 OECD SOCX - Detailed data

GDP 규모는 OECD Economic Outlook

[그림 4-1] 우리나라의 OECD SOCX 노령정책영역 주요제도별 지출 추이



자료: 노령정책 세부항목별 지출규모는 OECD SOCX - Detailed data
GDP 규모는 OECD Economic Outlook

노령정책지출은 기초(노령)연금 도입 등 제도변화와 경제위기 등 일시적인 제도외적 요인으로 증가한 바 있다. 기초(노령)연금제도를 도입한 2008년과 수급대상을 확대하고 연금액을 인상한 기초연금을 도입한 2014년에 노령정책 지출 규모 또한 전년 대비 큰 폭으로 증가했다는 것을 알 수 있다. 기초연금을 제외한 공적연금지출은 제도 변화로 인한 것보다는 2008년, 2011년 등 경제 위기로 인해 퇴직급여와 퇴직수당이 일시적으로 증가하면서 공적연금 지출 규모가 증가한 것으로 나타난다.

〈표 4-2〉 기초(노령)연금 주요 제도 변화

구분	기초노령연금 (2008년 1월~2014년 6월)	기초연금 (2014년 7월~)	참고
수급대상	70세 이상 소득하위 60%(2008.1~2008.6) →65세 이상 소득하위 60%(2008.7~2008.12) →65세 이상 소득하위 70% (2009.1~)	65세 이상 소득하위 70%	2007년 국민연금제도 개혁으로 기존의 경로연금에서 수급대상 확대 등 기초노령연금 도입
연금액 수준	8.9만원(2008~) ;매년 cpi로 인상	20만원(2014.7~) →25만원(2018.4~) ;매년 cpi로 인상 →30만원으로 인상 (2019.4~ 소득하위 20%, 2020.1~ 소득하위 40%, 2021.~ 소득하위 70% 예정)	2008년 국민연금 A값의 5% 수준으로 기초노령연금 도입 2014년 국민연금 A값의 10% 수준으로 기초연금 도입

자료: 기초연금법 법령(2020.8.28. 기준)

노령정책 지출 중 공적연금지출이 차지하는 비중이 가장 높은데, 2008년 기초노령 연금이 도입되기 전에는 86%를 넘어섰고 기초노령연금이 도입되면서 전체 지출에서 차지하는 비중이 도입 전에 비해 상대적으로 낮아져서 70%대 후반대를 유지하는 것으로 나타났다. 2014년 기초노령연금이 기초연금으로 확대되면서 구성비는 소폭 감소하였으나 여전히 70%대 수준을 유지하고 있다.

본 절의 기능별 구분 중 노령 지출은 OECD SOCX 노령정책지출 중 대부분을 차지하는 공적연금 중심으로 지출 추이와 변화요인을 살펴보았다.

1. 지출 추이와 변화요인

공적연금 급여지출 중 OECD SOCX 노령정책에 포함된 세부항목은 노령연금과 퇴직수당 등 퇴직 등 노령과 관련된 일부 급여를 포함하고 있다. 노령연금 이외 유족급여와 장애급여 등은 OECD SOCX 정책영역별로는 유족, 근로무능력 등 기능에 따라 분류하고 있다. 공적연금지출은 OECD SOCX 노령정책 세부항목 중 현금급여로 분류하고 연금, 조기퇴직연금, 일시금 등 특성에 따라 분류하고 있다.

〈표 4-3〉 OECD SOCX 노령정책으로 분류된 공적연금 급여종류

세부항목		국민연금	공무원연금, 사학연금, 군인연금 등	참고
현금 급여	연금	노령연금(조기노령연금 제외) +반환일시금	퇴직급여	기초(노령)연금 연금으로 분류
	조기퇴직연금	조기노령연금	-	
	일시금	-	퇴직수당	

자료: 노령정책의 세부항목은 Willem Adema and Pauline Fron (2019)

노령정책 세부항목에 포함된 공적연금별 급여종류는 OECD SOCX - Detailed data

공적연금은 제도별로 도입시기와 연금수급조건과 급여수준 등이 달라서 제도별로 지출 추이 분석이 필요하므로, 공적연금별로 OECD SOCX 노령정책에 포함된 급여와 함께 공적연금 전체 급여지출 최근 현황을 살펴보고 변화 요인을 살펴보았다.

〈표 4-4〉 공적연금 제도별 급여수급조건 비교

연도	국민연금 (2007년 법개정)	공무원연금과 사학연금 (2015년 법개정)	군인연금
연금지급률 (가입시점별)	1.75%(1988년) →1.5%(1998년) →1.25%(2008년) →1.0%(2028년)	1.9% 1.79%(2020년) →1.7%(2035년) 5년마다 0.05%씩 인하	1.9%
소득재분배	급여산정시 전체 가입자 평균소득 반영	급여산정시 전체 공무원 평균기준소득 반영 ;지급률 1.7%(2035년부터) 중 1.0% 소득재분배	없음
연금수급을 위한 최소가입기간	10년 (기준과 동일)	20년→10년	19년 6개월
수급개시연령	60세 →61세(2013년) →65세(2033년) ;2013년부터 5년마다 1세씩 인상	60세(2020년) →61세(2022년) →65세(2033년) ;2022년부터 3년마다 1세씩 단계적 인상 ;1996년 이후 입직자부터 적용	퇴역 즉시 연금수급 가능
보험료율 (2020년 기준)	9% (개인 4.5%, 사업주 4.5%)	18% (개인 9%, 정부 등 9%)	14% (개인 7%, 정부 7%)
제도도입시기	1988년	1960년(공무원연금) 1974년(사학연금)	1963년

주: 1) 연금지급률은 가입기간 1년당 연금급여 수준

2) 별정우체국연금은 공무원연금과 동일한 제도 적용

3) 군인연금은 1963년 이전에는 공무원과 동일하게 공무원연금법 적용

자료: 국민연금법, 공무원연금법, 사립학교교직원연금법, 군인연금법 법령(2020.7.21. 기준)
인사혁신처(2015)

가. 국민연금

1988년 10인 이상 사업장을 대상으로 도입된 국민연금은 근로기간 동안 보험료를 납부하고 가입기간 등 수급조건을 만족하면 연금형태로 일정 수준의 급여를 사망할 때 까지 수급할 수 있다. 1999년 전국민을 대상으로 적용하였고 2006년에는 5인 미만 사업장으로 당연 적용 대상을 확대하였다. 2007년 법개정 등을 통해 연금수급연령을 인상하고 급여수준을 낮추는 방식으로 제도를 개혁하였다.

국민연금 전체 급여지출규모는 2006년 약 4조원에서 매년 증가하여 2015년에는 15조원을 넘어서고 있다. 급여지출 중 대부분이 노령연금으로 전체 지출의 70% 이상을 차지하고 비중이 점차 증가하고 있다. OECD SOCX 노령정책으로 분류되는 노령연금과 반환일시금의 지출 비중도 2006년 80.7%에서 2015년 87.1%로 증가추세를 유지하는 것으로 나타났다. 2006년부터 2015년 10년간 노령관련 지출의 연평균 증가율은 16.6%로 매년 급격하게 증가하고 있는 것을 알 수 있는데 최근 5년간 증가율은 12.6%로 2000년대 후반에 비해서는 최근 증가추세가 상대적으로 둔화된 것으로 보인다. 한편 2012년 노령관련 지출규모 중 사망일시금 등 일시금 지출이 일시적으로 증가하여 전년 대비 큰 폭으로 증가하였다.

〈표 4-5〉 국민연금 급여지출 추이

(단위: 십억원)

연도	국민연금 급여지출 규모					노령관련 지출		
	합계(가)	노령연금 (나)	유족연금 (다)	장애연금 (라)	반환 일시금 (마)	지출 규모 (바=나+마)	전년대비 증가율	전체 급여지출 대비 비중 (바/가)
2006	4,360	3,103	571	270	417	3,520	22.6%	80.7%
2007	5,183	3,858	645	294	385	4,243	20.5%	81.9%
2008	6,181	4,766	731	316	368	5,133	21.0%	83.1%
2009	7,472	5,815	845	328	485	6,299	22.7%	84.3%
2010	8,635	6,862	949	334	491	7,353	16.7%	85.1%
2011	9,819	7,905	1,062	347	504	8,410	14.4%	85.6%
2012	11,551	9,327	1,196	349	679	10,006	19.0%	86.6%
2013	13,113	10,706	1,330	365	712	11,418	14.1%	87.1%
2014	13,780	11,296	1,460	366	658	11,954	4.7%	86.7%
2015	15,184	12,415	1,591	372	806	13,221	10.6%	87.1%
2016	17,068	14,048	1,722	373	925	14,973	13.3%	87.7%
2017	19,084	15,932	1,875	391	886	16,818	12.3%	88.1%

주: 1) 노령관련지출은 노령연금과 반환일시금의 합으로 OECD SOCX 노령정책에 포함된 급여지출로 구성

2) 반환일시금은 사망일시금을 포함하여 작성

3) 장애연금은 장애일시금을 포함하여 작성

자료: 국민연금공단(각년도)

국민연금제도가 도입된 이후 급여수준은 점차 낮추고 수급연령은 단계적으로 인상하는 등의 방향으로 제도가 개선되었다. 노령관련 지출 증가율이 2014년 일시적으로 4.7%로 나타나는데 2013년부터 수급연령이 60세에서 61세로 인상됨에 따른 것으로 볼 수 있다. 국민연금 수급자수는 2006년 약 200만명에서 2011년 300만명을 넘어섰고 2015년에는 약 405만명으로 나타났다. 전체 수급자수 중 노령연금 수급자 비중이 가장 높는데 OECD SOCX의 노령정책에 포함되는 노령연금과 반환일시금 수급자수 비중은 82%~83%대를 유지하고 있다.

〈표 4-6〉 국민연금 수급자수 추이

(단위: 천명)

연도	국민연금 수급자수					참고	
	합계 (가)	노령연금 (나)	유족연금 (다)	장애연금 (라)	반환일시금 (마)	노령관련 수급자수 (바=나+마)	국민연금 수급자수 대비 노령관련 수급자수(바/가)
2006	1,996	1,518	287	67	125	1,643	82.3%
2007	2,257	1,732	320	72	133	1,864	82.6%
2008	2,534	1,950	354	77	154	2,103	83.0%
2009	2,787	2,149	388	78	171	2,320	83.3%
2010	2,992	2,330	424	80	158	2,489	83.2%
2011	3,185	2,490	460	79	156	2,646	83.1%
2012	3,518	2,748	496	79	195	2,943	83.7%
2013	3,653	2,841	536	78	198	3,039	83.2%
2014	3,769	2,947	576	78	168	3,116	82.7%
2015	4,051	3,151	617	78	205	3,356	82.8%
2016	4,385	3,412	659	78	235	3,648	83.2%
2017	4,716	3,707	706	78	226	3,932	83.4%

주: 1) 노령관련 수급자수는 국민연금 급여지출 중 노령정책으로 분류되는 노령연금과 반환일시금 수급자수로 구성
자료: 국민연금공단(각연도c)

1988년 도입된 우리나라의 국민연금제도는 주요 선진국에 비해 도입시기가 늦어 당분간 노령연금 등 수급자수가 급격하게 증가할 것으로 보이고 인구고령화 등으로 인해 65세 이상 인구수도 증가하고 있으므로 65세 이상을 대상으로 한 수급자수를 공적 연금의 성과 중 하나로 볼 수 있다.

국민연금 전체 수급자수가 증가하는 만큼 65세 이상 수급자수도 급격하게 증가하고 있는데, 2006년 약 75만명에서 2008년 100만명을 넘어섰고 2015년에는 248만명 수준으로 나타났다. 전체 수급자수 대비 65세 이상 수급자수 비중은 2006년 37.7%에

서 빠르게 증가하여 2011년에는 50%를 넘어서고 2015년에는 61.4%로 증가추세를 유지하고 있다. 전체 노령연금 수급자수 대비 65세 이상 노령연금 수급자수 비중 또한 급격하게 증가하여 2006년 44.7%에서 2015년 68%로 나타나고 이후 단계적으로 수급연령을 65세로 인상할 계획이므로 이러한 현상은 더욱 가속화 될 것으로 예상된다.

65세 이상 수급자 중 대부분이 노령연금 수급자로 볼 수 있는데 65세 이상 인구수 대비 노령연금 수급자수 비중도 빠르게 증가하는 것을 알 수 있다. 65세 이상 인구수 대비 65세 이상 노령연금 수급자수 비중은 2016년 15.0%에서 빠르게 증가하여 2013년에는 2배 수준인 30%를 넘었고 2015년에는 32.7%를 차지하고 있다.

한편 가입자수 대비 노령연금 수급자수 비중인 제도부양비는 2006년 8.6%에서 2008년 10%를 넘었고 2015년에는 14.6%로, 수급자수가 늘어나면서 제도부양비도 빠르게 증가하고 있다.

〈표 4-7〉 65세 이상 국민연금 수급자수 추이

(단위: 천명)

연도	65세 이상 수급자수		전체 수급자수 대비 65세 이상 수급자수		65세 이상 인구수 대비 65세 이상 수급자수		가입자수 대비 전체 노령연금 수급자수
	전체 급여	노령연금	전체 급여	노령연금	전체 급여	노령연금	
2006	753	678	37.7%	44.7%	16.6%	15.0%	8.6%
2007	946	848	41.9%	49.0%	19.9%	17.8%	9.5%
2008	1,106	987	43.6%	50.6%	22.2%	19.8%	10.6%
2009	1,272	1,130	45.7%	52.6%	24.6%	21.8%	11.5%
2010	1,432	1,266	47.8%	54.3%	26.7%	23.6%	12.1%
2011	1,609	1,417	50.5%	56.9%	29.2%	25.7%	12.5%
2012	1,839	1,614	52.3%	58.7%	31.9%	28.0%	13.5%
2013	2,071	1,811	56.7%	63.7%	34.4%	30.1%	13.7%
2014	2,279	1,981	60.4%	67.2%	36.3%	31.6%	14.0%
2015	2,479	2,142	61.2%	68.0%	37.9%	32.7%	14.6%
2016	2,671	2,286	60.9%	67.0%	39.5%	33.8%	15.6%
2017	2,944	2,519	62.4%	68.0%	41.7%	35.6%	17.0%

주: 1) 65세 이상 전체 수급자수는 노령연금과 유족연금, 장애연금, 반환일시금 전체 수급자 중 65세 이상 수급자수를 뜻함

2) 가입자수 대비 전체 노령연금 수급자수는 제도부양비를 뜻함

3) 65세 이상 인구수는 우리나라 전체 인구 중 65세 이상 인구수로, 통계청 kosis에서 연령별 인구수 원용

자료: 국민연금공단(각연도c)

통계청(2019)

국민연금 급여지출 규모와 수급자수는 빠르게 늘어나고 있는 반면 노령연금액 수준은 실제 가입기간이나 매년 소비자 물가상승률 등을 반영하여 결정되므로 급여수준은

증가하나 증가율이 상대적으로 높지는 않다. 2012년 노령연금 평균월액은 46.4만원에서 매년 증가하여 2015년 48.4만원 수준으로 국민연금 전체 가입자 평균소득월액 대비 23.2%이고 중위소득 기준으로는 17.2%로 나타난다. 국민연금 전체 가입자 평균 소득이나 중위소득은 임금상승률 등 소득증가를 반영하는데 비해 국민연금의 노령연금은 매년 소비자 물가상승률을 반영하여 인상하므로 소득 대비 비중은 점차 감소하고 있다.

〈표 4-8〉 국민연금 노령연금 평균월액 추이

(단위: 천원)

연도	노령연금액 평균월액 (가)	국민연금 가입자 평균소득월액 (나)	중위소득 (다)	노령연금액 비중		전년 대비 증가율	
				국민연금 가입자 평균소득월액 대비(가/나)	중위소득 대비 (가/다)	국민연금 가입자 평균소득월액	중위소득
2012	464	1,882	2,530	24.6%	18.3%	3.7%	5.8%
2013	474	1,955	2,677	24.3%	17.7%	3.9%	1.3%
2014	478	2,017	2,712	23.7%	17.6%	3.1%	3.6%
2015	484	2,085	2,809	23.2%	17.2%	3.4%	3.6%
2016	492	2,160	2,909	22.8%	16.9%	3.6%	4.4%
2017	500	2,228	3,036	22.5%	16.5%	3.2%	4.8%

주: 1) 노령연금 종류 중 제도 도입초기 제도가입기회가 없었던 기존 노령층을 대상으로 지급된 특례노령연금 등은 연금액 평균에서 제외

2) 중위소득은 18~65세 근로연령층의 시장소득기준으로 한 가계금융복지조사 자료

자료: 국민연금공단(각연도a)

국민연금공단(각연도b)

통계청 · 한국은행 · 금융감독원(각연도)

나. 공무원연금과 사학연금

국민연금에 비해 이전에 도입된 공무원연금과 사학연금은 제도성숙 시기와 급여수준 등이 서로 달라서 제도개혁시기와 제도, 재정운용방식 등에서 지출변화 요인이 다를 수 있다.

먼저 공무원연금의 경우 급여종류에는 퇴직급여와 유족급여, 퇴직수당, 재해보상급여 등이 있는데, 전체 급여지출 규모는 2006년 2.8조원에서 증가하여 2012년 4.1조원으로 4조원을 넘어섰고 2015년에는 약 5조원으로 나타났다. 공무원연금은 기금이 소진된 2000년 법개정을 통해 2001년부터 퇴직급여와 유족급여 등 연금지출 부족분

에 대해 매년 국고로 지원받고 있다. 연금회계에 해당하는 퇴직급여와 유족급여와 사용자로서 국가가 부담하는 퇴직수당과 재해보상급여 회계를 서로 구분하여 관리하고 있다. 공무원연금 전체 급여 중 대부분이 퇴직급여와 유족급여로 전체 대비 95% 이상을 차지하고 있어 국고지원 대상인 연금회계 지출이 대부분임을 알 수 있다.

공무원연금 급여지출 중 OECD SOCX 노령정책으로 분류되는 퇴직급여와 퇴직수당 규모는 2006년 2.5조원에서 점차 증가하여 2009년 3조원을 넘어섰고 2015년에는 약 4.3조원에 이르고 있다. 전체 급여지출에서 차지하는 비중은 2006년 88.4%에서 최근 소폭 감소추세를 유지하면서 2015년에는 85%로 나타난다.

〈표 4-9〉 공무원연금 급여지출 추이

(단위: 십억원)

연도	공무원연금 급여지출 규모					참고			
	합계 (가)	퇴직 급여 (나)	유족 급여 (다)	퇴직 수당 (라)	재해보상 급여(마)	퇴직급여, 유족급여 (나+다)	노령관련 지출 (바=나+라)	전체 급여지출 대비 노령관련 지출(바/가)	노령관련 지출 전년대비 증가율
2006	2,820	2,464	242	29	85	2,706	2,493	88.4%	5.8%
2007	3,036	2,634	271	30	100	2,906	2,665	87.8%	6.9%
2008	3,294	2,839	302	36	116	3,142	2,876	87.3%	7.9%
2009	3,509	3,028	334	24	123	3,362	3,052	87.0%	6.1%
2010	3,687	3,159	368	29	130	3,527	3,188	86.5%	4.5%
2011	3,887	3,323	406	26	133	3,728	3,349	86.2%	5.0%
2012	4,085	3,471	444	35	135	3,915	3,506	85.8%	4.7%
2013	4,341	3,662	484	27	168	4,147	3,689	85.0%	5.2%
2014	4,598	3,863	524	41	170	4,387	3,904	84.9%	5.8%
2015	5,004	4,214	567	39	184	4,781	4,253	85.0%	8.9%
2016	5,321	4,480	609	35	196	5,089	4,515	84.9%	6.2%
2017	5,676	4,746	654	35	241	5,400	4,781	84.2%	5.9%

주: 1) 노령관련 지출은 퇴직급여와 퇴직수당의 합으로 OECD SOCX 노령정책에 포함된 급여지출로 구성

2) 퇴직급여와 유족급여는 연금회계 지출

3) 재해보상급여에는 부조급여를 포함하여 작성

자료: 노령정책 세부항목별 지출규모는 OECD SOCX - Detailed data

공무원연금 급여지출규모는 공무원연금공단(각년도)

공무원연금의 퇴직연금과 유족연금, 장해연금을 포함한 전체 연금수급자수는 2006년 약 24만명에서 지속적으로 증가하여 2010년에는 30만명을 넘어섰고 2015년에는 약 43만명으로 나타났다. 연금수급자 중 가장 높은 비중을 차지하는 것은 퇴직연금 수급자수로, 2006년 약 21만명에서 2012년에 30만명을 넘어섰고 2015년에는 약 37만명 수준으로 65세 이상 인구 중 65세 이상 퇴직연금 수급자수는 약 3%를 차지하고 있

다. 재직자수 대비 퇴직연금 수급자수인 제도부양비는 2006년 21.1%에서 점차 증가하여 2014년에는 30%를 넘어서서 2015년에는 34.2%에 이르고 있다.

〈표 4-10〉 공무원연금 연금수급자수 추이

(단위: 천명)

연도	공무원연금 연금수급자수				전체 연금 수급자수 대비 퇴직연금 수급자수(나/가)	재직자수 대비 퇴직연금 수급자수
	합계 (가)	퇴직연금 (나)	유족연금 (다)	장해연금 (라)		
2006	236	213	21	2	90.0%	21.1%
2007	256	229	24	2	89.7%	22.4%
2008	280	250	27	3	89.5%	24.3%
2009	293	261	29	3	89.0%	24.9%
2010	311	276	32	3	88.7%	26.2%
2011	327	288	36	3	88.2%	27.2%
2012	348	307	39	3	88.0%	28.8%
2013	366	321	42	3	87.6%	29.9%
2014	396	347	46	3	87.7%	32.1%
2015	426	374	49	3	87.7%	34.2%
2016	453	397	53	3	87.6%	35.8%
2017	480	420	57	3	87.5%	37.5%

주: 1) 공무원 재직자수 대비 퇴직연금 수급자수는 제도부양비를 뜻함
 자료: 공무원연금공단(각연도)

1974년 도입된 사학연금은 급여지출이 지속적으로 증가하고 있는데, 2006년 약 1.1조원에서 2013년 2조원을 넘어섰고 2015년에는 2.7조원으로 나타났다. 사학연금 급여지출 중 퇴직급여가 대부분을 차지하는데 OECD SOCX 노령정책영역으로 분류되는 퇴직급여와 퇴직수당은 최근 전체 급여지출 대비 93% 후반대를 유지하고 있다.

〈표 4-11〉 사학연금 급여지출 추이

(단위: 십억원)

연도	사학연금 급여지출 규모					노령관련 지출		
	합계 (가)	퇴직 급여 (나)	유족 급여 (다)	퇴직 수당 (라)	재해보상 급여 (마)	지출 규모 (바=나+라)	전체 급여지출 대비 (바/가)	전년대비 증가율
2006	1,057	778	44	212	24	990	93.6%	12.9%
2007	1,221	883	49	263	26	1,146	93.9%	15.8%
2008	1,373	995	56	294	29	1,289	93.8%	12.4%
2009	1,419	1,084	61	246	29	1,329	93.7%	3.1%
2010	1,578	1,200	69	275	34	1,475	93.5%	11.0%
2011	1,717	1,316	79	288	35	1,604	93.4%	8.7%
2012	1,917	1,463	88	334	32	1,797	93.8%	12.1%
2013	2,093	1,598	99	364	32	1,962	93.7%	9.2%
2014	2,317	1,755	109	419	34	2,174	93.8%	10.8%
2015	2,671	1,970	122	544	36	2,514	94.1%	15.6%

연도	사학연금 급여지출 규모					노령관련 지출		
	합계 (가)	퇴직 급여 (나)	유족 급여 (다)	퇴직 수당 (라)	재해보상 급여 (마)	지출 규모 (바=나+라)	전체 급여지출 대비 (바/가)	전년대비 증가율
2016	2,702	2,110	132	421	39	2,531	93.7%	0.7%
2017	2,957	2,289	140	485	42	2,775	93.8%	9.6%

주: 1) 노령관련 지출은 퇴직급여와 퇴직수당의 합으로 OECD SOCX 노령정책에 포함된 급여지출로 구성

자료: 노령정책 세부항목별 지출규모는 OECD SOCX - Detailed data

사학연금 급여지출규모는 사립학교교직원연금공단(각년도)

사학연금 연금수급자수는 2006년 2.5만명에서 점차 증가하여 2011년에는 4만명, 2014년에 5만명을 각각 넘어섰고 2015년에는 약 5.3만명으로 나타난다. 연금수급자 중 대부분인 90% 정도가 퇴직연금을 수급하고, 65세 이상 수급자수는 인구 대비 0.5% 수준이다. 퇴직연금 수급자수가 증가하면서 재직자수 대비 퇴직연금 수급자수인 제도부양비 또한 2006년 9.2%에서 2015년에는 2배 이상으로 증가하면 19.0%로 나타났다.

〈표 4-12〉 사학연금 연금수급자수 추이

(단위: 천명)

연도	사학연금 연금수급자수				전체 연금 수급자수 대비 퇴직연금 수급자수(나/가)	재직자수 대비 퇴직연금 수급자수
	합계 (가)	퇴직연금 (나)	유족연금 (다)	장해연금 (라)		
2006	25	23	2	0.1	91.6%	9.2%
2007	28	25	2	0.1	91.5%	10.2%
2008	31	29	3	0.1	91.5%	11.2%
2009	34	31	3	0.1	91.3%	11.9%
2010	37	34	3	0.1	91.1%	12.7%
2011	41	37	4	0.1	90.9%	13.5%
2012	44	40	4	0.1	90.7%	14.8%
2013	48	44	4	0.1	90.6%	15.8%
2014	53	48	5	0.1	90.5%	17.1%
2015	59	54	5	0.1	90.7%	19.0%
2016	64	58	6	0.1	90.3%	18.4%
2017	69	62	7	0.2	90.1%	19.6%

주: 1) 교직원수 대비 퇴직연금 수급자수는 제도부양비를 뜻함

자료: 사립학교교직원연금공단(각년도)

다. 군인연금

군인연금은 1960년 도입된 공무원연금을 함께 적용하다가 1963년 군인연금법을 별도로 제정하여 적용하고 있다. 군인연금 급여지출규모는 2006년 1.8조원 수준에서 점차 증가하여 2009년 2.1조원으로 2조원을 넘어섰고 2015년에는 2.9조원 수준을 보이고 있다. 군인연금 급여 중 대부분은 퇴역급여로 OECD SOCX 노령정책영역으로 분류되는 퇴역급여와 퇴직수당도 2006년 1.5조원에서 점차 증가하여 전체 급여지출 대비 구성비는 87% 수준으로 나타나고 있다.

〈표 4-13〉 군인연금 급여지출 추이

(단위: 십억원)

연도	군인연금 급여지출 규모					노령관련 지출		
	합계 (가)	퇴역 급여 (나)	유족 급여 (다)	퇴직 수당 (라)	재해보상 급여 (마)	지출 규모 (바=나+라)	전체 급여지출 대비 (바/가)	전년대비 증가율
2011	2,314	1,777	202	233	101	2,011	86.9%	
2012	2,474	1,911	220	238	104	2,149	86.9%	6.9%
2013	2,576	2,006	236	236	98	2,242	87.0%	4.3%
2014	2,782	2,169	262	246	105	2,414	86.8%	7.7%
2015	2,869	2,204	267	292	106	2,496	87.0%	3.4%

주: 1) 노령관련 지출은 퇴역급여와 퇴직수당의 합으로 OECD SOCX 노령정책에 포함된 급여지출로 구성

2) 2014년 퇴역급여와 유족급여구분은 자료가 없어 추정된 값임

자료: 노령정책 세부항목별 지출규모는 OECD SOCX - Detailed data

군인연금 급여지출규모는 국방부(각년도)

군인연금 연금수급자수는 2006년 6.6만명에서 점차 증가하여 2008년에는 7만명, 2012년에 8만명을 각각 넘어서서 2015년에는 8.7만명 수준으로 나타난다. 연금수급자 중 약 76%가 퇴직연금을 수급하고, 65세 이상 수급자수는 인구 대비 약 0.8%를 차지하고 있다. 군인연금 가입자수 대비 퇴역연금 수급자수인 제도부양비는 2006년 30.3%에서 점차 증가하여 2014년에는 35%, 2015년에는 36.3%로 증가하였다.

〈표 4-14〉 군인연금 연금수급자수 추이

(단위: 천명)

연도	군인연금 연금수급자수				전체 연금 수급자수 대비 퇴역연금 수급자수(나/가)	가입자수 대비 퇴역연금 수급자수
	합계 (가)	퇴역연금 (나)	유족연금 (다)	상이연금 (라)		
2006	66	51	14	1	76.7%	30.3%
2007	68	52	15	1	76.6%	31.2%
2008	70	54	15	1	76.4%	32.3%
2009	73	56	16	1	76.5%	33.7%
2010	76	58	17	1	76.5%	34.1%
2011	78	60	17	1	76.4%	32.7%
2012	80	61	18	1	76.3%	33.7%
2013	82	63	18	1	76.1%	34.2%
2014	85	64	19	1	76.0%	35.0%
2015	87	66	20	1	76.0%	36.3%
2016	89	68	20	1	75.9%	37.0%
2017	91	69	21	1	75.8%	37.9%

주: 1) 군인연금 가입자수 대비 퇴역연금 수급자수는 제도부양비를 뜻함

자료: 군인연금 연금수급자수는 국방부(각연도)

군인연금 가입자수는 보건복지부(2019)

2. 성과분석

가. 기존 성과지표에 대한 고찰

공적연금지출과 OECD SOCX 노령정책영역 등에 대한 기존 성과지표로는 대표적으로 빈곤율을 꼽을 수 있다. 특히 우리나라의 경우 OECD 국가 중에서도 노인빈곤율이 상당히 높은 수준으로 빈곤율 추이와 요인 분석에 대해서는 다수의 연구 사례를 찾아 볼 수 있다.

본 연구에서는 복지지출 수준과 빈곤율 등 복지지출이 미치는 성과 분석에 중점을 두고 빈곤율 등 추이와 공적연금 등 복지지출과 빈곤율 개선효과 등을 다루었던 연구에 대해 살펴보았다.

복지지출 수준과 성과분석에 대한 연구 중 최은영·홍영란(2018)은 2013년 기준 OECD 주요 15개국을 대상으로 공공사회지출 수준, 인구부양비와 빈곤율에 대해 국제비교하고, 빈곤율은 노인과 아동으로 구분하여 정책적 시사점을 제시하고 있다. 특히 공공사회지출에서 노령정책이 차지하는 비중과 65세 이상 노인빈곤율과의 국제비

교를 통해 노인빈곤율은 노령정책지출과 함께 전체 사회지출수준과의 관련성도 살펴볼 필요가 있다고 연구 결과를 제시하고 있다. 우리나라의 경우 전체 지출 대비 노령정책이 차지하는 비중은 높으나 전체 지출수준이 낮아 노인빈곤율이 현재로서는 높은 상태로 나타난다고 해석하였다.

고제이 외(2018)은 주요국을 5가지 유형⁷⁾으로 구분하여 노후소득보장체제와 현황을 비교하고 있다. 공적연금과 사적연금 등 전체 노후소득보장체제를 비교하고 핀란드, 캐나다 등 최근 제도 개혁 사례를 소개하고 있다. 노후소득보장에 대한 성과지표로 2015년 기준 노인빈곤율을 세전·세후 비교를 통해 노후소득보장으로 인한 노인빈곤율 완화효과로 제시하고 있다.

한정수(2015)에서는 1990~2014년 OECD SOCX 정책영역별로 1인당 실질 GDP, 인구증가율, 65세 이상 인구 비중, 실업률 등 사회경제적 여건변화를 반영하여 공공사회지출 수준을 회귀식으로 추정하고 있다. 특히 노령정책의 경우 지출을 결정하는 특성변수로 공적연금제도 도입시기와 기대수명 등을 반영하여 노령정책 지출 수준을 분석하였다. 한정수(2015)는 성과지표를 분석하기 보다는 양적 투입량인 지출수준을 평가하여 공공사회지출의 효과성과 같은 질적 평가는 이루어지지 않았다고 볼 수 있다.

원종욱 외(2012)는 1980~2009년 공공사회복지지출 정책영역별 추이를 18개국을 대상으로 분석하고 고령화율을 반영하여 국가별로 공공사회복지지출 수준을 추정하였다. GDP 대비 공공사회복지지출 1%가 부담하는 고령화율 수준을 반영하여 고령화율에 대한 지출수준 예측하고 있다. 고령화와 관련성이 높은 노령, 보건 등 정책영역별 특성을 고려하기 보다는 고령화 효과를 반영한 전체 공공지출 수준을 예측하였고 노령지출 현황과 추이에 대한 성과평가를 다루고 있지는 않다.

고경환 외(2009)는 노후소득보장체제 유형별로 재원별 연금지출 수준을 분석하고 유형별로 노인빈곤율 비교 등을 통해 노후소득보장체제 강화방안을 검토하고 있다. 공적연금지출 등 노령정책의 성과를 분석하기 보다는 노후소득보장체제 등 노령지출에 대한 국제비교에 중점을 뒀다고 볼 수 있다.

기존 사례에서 살펴본 바와 같이 공적연금 등 노령관련 지출의 성과를 분석하는 주요지표 중 하나로 빈곤율을 다루고 있음을 알 수 있다. 상대적 빈곤은 조사자료와 기준

7) 북유럽, 영미권, 남유럽, 대륙유럽, 기타(한국) 5가지 유형으로 구분

등에 따라 달라질 수 있는데, OECD 등 국제기구에서 적용하고 있고 보편적인 기준인 빈곤선은 중위소득의 50%로 하여 상대적 빈곤율과 노인빈곤율 추이를 살펴보았다.

먼저 OECD에서는 소득분배지표 중 하나로 빈곤율을 제시하고 있는데, 중위소득 50%를 기준으로 세전소득과 세후소득에 따라 국가별로 비교 분석하고 있다. 우리나라의 경우 전체 빈곤율은 세전소득을 기준으로 2015년 19.5%에서 2016년 19.8%로 증가했다가 2017년 19.7%로 소폭 감소하고 있다. 65세 이상 노인 빈곤율은 OECD 국가 중에서도 높은 수준임을 알 수 있는데 세전소득 기준으로 2015년 57.8%로 나타났다. 근로계층 등 다른 연령계층에 비해 세후 소득을 기준으로 한 노인빈곤율은 세전 소득에 비해 개선효과가 큰 것으로 나타나나, 세후소득 기준으로도 2015년 44.3%로 여전히 높은 수준임을 알 수 있다.

〈표 4-15〉 빈곤율 추이 : OECD

(단위: %)

연도	OECD					
	전체		65세 이상		18세~65세	
	세전소득	세후소득	세전소득	세후소득	세전소득	세후소득
2006	15.8	14.3	52.9	43.9	11.9	11.1
2007	16.4	14.8	53.1	44.6	12.0	11.1
2008	16.8	15.2	53.5	45.5	12.4	11.5
2009	17.2	15.3	56.9	47.0	12.7	11.5
2010	17.3	14.9	58.4	47.2	12.8	11.3
2011	17.3	15.2	59.9	48.6	11.9	10.8
2012	16.5	14.6	59.7	48.5	10.9	10.0
2013	.	.	.	.	.	.
2014	.	.	.	.	.	.
2015	19.5	17.5	57.8	44.3	13.5	12.9
2016	19.8	17.6	58.7	45.0	13.7	12.9
2017	19.7	17.4	58.3	43.8	13.5	12.7

주: 1) 소득에서 세금, 이전 소득 전 소득은 세전소득, 소득에서 세금, 이전 소득 반영 후 처분가능소득은 세후소득으로 표기

2) 2012년을 기준으로 가구기준 등 소득조사단위가 큰폭으로 변경되어 2012년 전후로 분리하여 제시하고 있음

3) 2013년과 2014년은 데이터 없음

자료: OECD Income distribution DB.

상대적 빈곤율은 산출하는 조사자료원, 소득을 기준으로 하는지 지출을 기준으로 하는지, 소득기준 등 측정방식과 기준에 따라 빈곤율에 차이가 있는 것이 사실이다⁸⁾. 통

8) 우리나라의 상대적 빈곤율과 노인빈곤율을 분석하는데 있어 빈곤선 기준과 소득과 지출 반영, 균등화 등 측정방식에 따라 여러 가지 논쟁이 있을 수 있음. 우리나라의 특성을 반영해서 노인빈곤율의 상대 빈곤선

제청의 가계동향조사와 가계금융복지조사를 활용한 빈곤율은 조사자료원에 따라 차이가 나는데, 최근에는 분기별 소득동향에 초점을 맞춘 가계동향조사보다는 연간 소득구조와 자산 등 가구의 소득을 조사하는 가계금융복지조사를 활용한 소득분배지표를 공식 통계로 활용하고 있다.

가계금융복지조사를 활용한 빈곤율은 OECD 등 보편적으로 적용하고 있는 중위소득 50%를 빈곤선으로 할 때 시장소득 기준으로 빈곤율은 소폭 증가 추세를 보이는 것으로 나타나는데 공적이전소득을 반영한 처분가능소득으로는 최근에 감소 추세를 보이고 있다.

65세 이상 빈곤율은 전체를 대상으로 한 빈곤율보다 높은 수준으로 나타나는데 시장소득 기준으로 노인빈곤율은 2015년 56.6%로 여전히 높은 수준이고 이후 등락을 반복하다가 2018년에는 58.5% 수준을 보이고 있다. 시장소득에 연금 등 공적이전소득을 반영한 처분가능소득 기준으로는 2015년 43.2%에서 소폭 증가하다가 2017년 42.3%로 감소하고 2018년에는 42%로 나타났지만 여전히 높은 수준을 보이고 있다.

시장소득과 공적이전소득을 반영한 처분가능소득 기준 간 빈곤율 차이를 연금과 공공부조 등 공적이전소득 등으로 인한 개선효과로 본다면, 기초연금을 도입한 2014년을 기준으로 이전에 비해 개선정도가 점차 높아져서 2015년에는 그 차이가 13.4%p로 나타나고 이후에도 그 폭이 점차 증가하는 것으로 보인다⁹⁾. 노인빈곤율 수준은 여전히 높으나 개선효과는 전체를 대상으로 한 빈곤율에 비해 높은 것으로 나타났는데, 2014년 도입한 기초연금은 수급대상을 확대하고 연금액을 인상하는 등 제도를 변화하였고 그간 노령층을 대상으로 한 다양한 사회정책으로 인해 일부 개선효과가 있는 것으로 해석할 수 있다.

을 국제 기준인 중위소득 50%보다 낮게 적용해야 한다는 주장도 있고 부동산 등 우리나라 노인의 자산 고려 필요성 등 소득과 지출의 범주에 대해서도 선정 기준에 따라 달라질 수 있음. 분석목적에 따라 빈곤율 측정방식은 달라질 수 있는데, 본 연구에서는 OECD 등 국제기구에서 보편적으로 적용하고 있는 빈곤선 기준에 따라 상대적 빈곤율 측정방식을 적용하였음.

9) 공적이전소득에는 기초연금과 공적연금 이외에도 생계급여 등 다양한 정부지원금이 포함되므로 공적연금으로 인한 노인빈곤율 개선을 분석하기 위해서는 공적이전소득을 보다 세분화한 분석이 필요함

〈표 4-16〉 빈곤율 추이: 가계동향조사와 가계금융복지조사

(단위: %)

연도	가계동향조사				가계금융복지조사			
	전체		65세 이상		전체		65세 이상	
	시장소득	처분가능 소득	시장소득	처분가능 소득	시장소득	처분가능 소득	시장소득	처분가능 소득
2006	16.6	14.3	52.3	42.8				
2007	17.3	14.8	53.7	43.6				
2008	17.5	15.2	53.9	44.1				
2009	18.1	15.3	57.3	45.9				
2010	18.0	14.9	59.1	46.3				
2011	18.3	15.2	60.2	47.6	19.6	18.6	56.9	46.5
2012	17.6	14.6	60.3	47.2	19.0	18.3	55.4	45.4
2013	17.8	14.6	61.3	48.1	19.1	18.4	55.7	46.3
2014	17.9	14.4	62.5	47.4	19.6	18.2	55.9	44.5
2015	18.6	13.8	63.2	44.8	19.5	17.5	56.6	43.2
2016	19.5	14.7	65.5	46.5	19.8	17.6	57.5	43.6
2017					19.7	17.3	56.7	42.3
2018					19.9	16.7	58.5	42.0

주: 1) 시장소득 = 근로소득+사업소득+재산소득+사적이전소득-사적이전지출

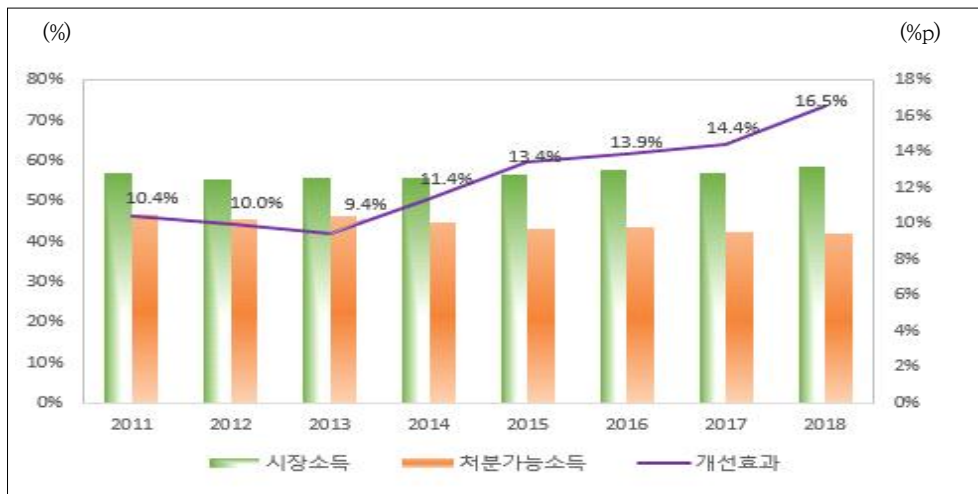
처분가능소득 = 시장소득+공적이전소득(연금, 정부지원금 등)-비소비지출(사회보험료, 세금 등)

2) 가계동향조사는 2017년과 2018년 조사방식과 표본이 큰폭으로 변경되었음

자료: 통계청(각연도).

통계청·한국은행·금융감독원(각연도).

[그림 4-2] 노인빈곤율 추이



자료: 통계청·한국은행·금융감독원(각연도).

65세 이상 노인빈곤율은 여전히 높은 수준이나 공적연금 등 공적이전 소득을 반영한 처분가능소득 기준으로는 일부 개선되는 것으로 나타나는데 빈곤갭을 통해서 빈곤선과 빈곤대상의 소득간 차이가 어느 정도 개선되고 있는지 함께 살펴볼 필요가 있다. 빈곤율이 빈곤대상을 측정한다면 빈곤갭은 빈곤의 심화 정도를 측정하는 것으로, 국내 연구사례는 많은 편이나 앞서 살펴본 바와 같이 복지지출의 성과지표로 활용된 연구 사례는 거의 없다고 볼 수 있다.

빈곤갭도 빈곤율과 마찬가지로 빈곤선 설정과 조사자료원에 따라서 달라질 수 있는데, 최근 소득분배지표 분석에 공식통계로 활용하는 가계금융복지조사를 중심으로 분석하였다. 참고로 OECD Income distribution DB의 우리나라 빈곤갭은 2006~2012년은 가계동향조사를 활용하였고 2015~2018년은 가계금융복지조사 결과를 반영하고 있다.

빈곤선을 중위소득 50%로 하고 처분가능소득을 기준으로 빈곤갭을 살펴보면 2014년은 전년 대비 감소하여 36.1%로, 이후에도 감소하여 2015년에는 35.4%로 나타났다. 65세 이상 빈곤층을 대상으로 한 빈곤갭은 전체 인구를 대상으로 한 빈곤갭보다는 높은 수준으로 나타나는데, 65세 이상은 빈곤율도 높지만 빈곤 정도도 전체 인구를 대상으로 한 경우보다 높다는 것을 알 수 있다. 빈곤갭 정도는 전체 인구를 대상으로 했을 때보다는 높지만 2014년 기초연금 도입 등으로 인해 전체 인구에 비해 상대적으로 전년 대비 감소폭이 큰 것으로 나타났고 이후에도 연금액 인상 등으로 인해 빈곤갭 감소폭이 커서 빈곤갭이 상대적으로 빠르게 완화되는 것으로 보인다.

〈표 4-17〉 빈곤갭 추이

(단위: %)

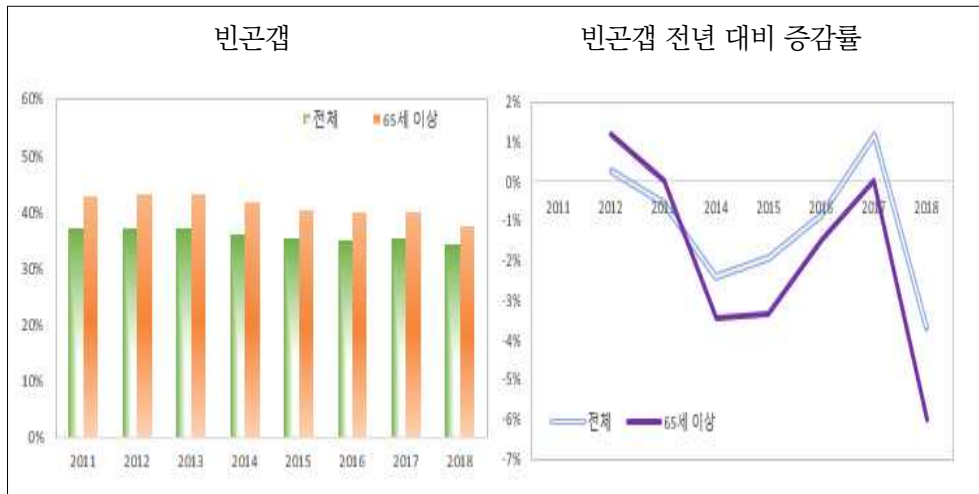
연도	가계동향조사				가계금융복지조사			
	전체	65세 이상	전년대비 증감률		전체	65세 이상	전년대비 증감률	
			전체	65세 이상			전체	65세 이상
2006	36.1	40.1						
2007	36.7	42.3	1.7	5.5				
2008	36.4	42.1	-0.8	-0.5				
2009	37.6	43.6	3.3	3.6				
2010	38.7	43.4	2.9	-0.5				
2011	39.0	45.1	0.8	3.9	37.1	42.8		
2012	39.2	46.5	0.5	3.1	37.2	43.3	0.3	1.2
2013	39.4	45.6	0.5	-1.9	37.0	43.3	-0.5	0.0
2014	38.7	42.8	-1.8	-6.1	36.1	41.8	-2.4	-3.5
2015	36.8	39.8	-4.9	-7.0	35.4	40.4	-1.9	-3.3
2016	38.5	40.7	4.6	2.3	35.1	39.8	-0.8	-1.5
2017					35.5	39.8	1.1	0.0
2018					34.2	37.4	-3.7	-6.0

주: 1) 빈곤갭은 균등화된 처분가능소득 기준으로 빈곤선인 중위소득 50% 대비 빈곤선과 빈곤대상 소득간 차이 비중으로 산정

자료: 통계청(각연도).

통계청 · 한국은행 · 금융감독원(각연도).

〔그림 4-3〕 빈곤갭 추이



자료: 통계청 · 한국은행 · 금융감독원(각연도).

나. 성과지표 제안

앞서 공적연금 등 노령 지출에 대한 성과지표 중 기존 사례로 빈곤율 추이와 함께 빈곤 정도를 평가할 수 있는 빈곤갭을 분석지표에 추가할 것으로 제안하였다. 빈곤율과 빈곤갭은 엄밀히 말하면 공적연금 뿐 아니라 공공부조, 세금감면 등 다양한 사회정책의 성과지표로 볼 수 있다. 공적연금의 특성상 일정기간 본인의 기여를 바탕으로 급여를 지급하는 구조인데 특히 우리나라의 경우 일반국민을 대상으로 하는 국민연금 도입 시기가 주요 선진국에 비해 다소 늦다는 점에서 제도 도입 전후 기존 노령층은 그 혜택을 누리지 못하는 한계가 있다. 본 연구에서는 공적연금 지출에 대한 성과분석에 있어 공적연금의 특성을 고려할 수 있는 지표에 중점을 두고 2가지 지표를 제안하고자 한다.

먼저 연금액 수준에 대한 지표로 근로시기의 소득수준을 반영하여 은퇴후 연금액이 결정되고 이를 사망시까지 지급하는 생애주기의 소득활동을 반영하는 공적연금의 특성을 고려하여 연금자산(pension wealth)¹⁰⁾을 분석할 수 있다. 연금 수준은 가입기간당 지급률에 따라 가입기간에 따라 예상연금액을 반영하는 소득대체율로 평가할 수 있으나, 가입시기별 지급률 변화와 개인별 소득수준, 연금수급연령, 기대수명 등을 종합적으로 반영하여 연금액을 비교하기에는 한계가 있다.

연금자산은 가입시기 당시 소득을 반영하여 은퇴 시점 연금급여를 결정하고 이후 매년 연금액을 연동하여 사망시까지 지급하는 미래흐름의 총액을 현재가치로 평가한 금액이다. OECD에서도 연금자산을 분석하고 있는데, 연금자산 추정시 기대수명을 반영하게 되는데 남성과 여성의 기대수명에 차이가 크므로 성별로 구분하고 소득수준에 따라 연금액이 결정되므로 개인소득은 평균소득(1.0)과 평균소득의 0.5배와 1.5배 3가지로 구분하고 있다. 2006년 기준 남성 평균소득자의 경우 연간 개인소득 대비 연금자산은 9.3배로 나타났고, 여성은 기대수명이 남성에 비해 길어서 11.1배로 분석되었다. 2008년에는 2007년 법개정을 통해 수급연령이 인상되고 소득대체율이 낮아질 계획이므로 2006년에 비해 연금자산도 낮아졌다. 2008년 이후에는 기대수명 연장으로 인해 개인소득 대비 연금자산 비중도 점차 증가하는 것을 알 수 있다.

10) 연금자산은 총연금자산(gross pension wealth) 개념으로, 총연금자산에서 보험료 부담을 제외한 순연금자산(net pension wealth)도 산출할 수 있음

〈표 4-18〉 개인소득 대비 연금자산 추이

(단위: 배)

연도	남성			여성		
	0.5	1.0	1.5	0.5	1.0	1.5
2006	13.9	9.3	6.3	16.6	11.1	7.5
2008	8.9	5.9	4.7	10.7	7.0	5.6
2010	9.9	6.5	4.9	12.0	7.8	6.0
2012	10.6	7.1	5.2	12.4	8.3	6.1
2014	10.7	7.2	4.2	12.6	8.4	6.3
2016	11.0	7.4	5.4	13.2	8.8	6.4

주: 현재가치로 평가시 할인율은 2% 가정

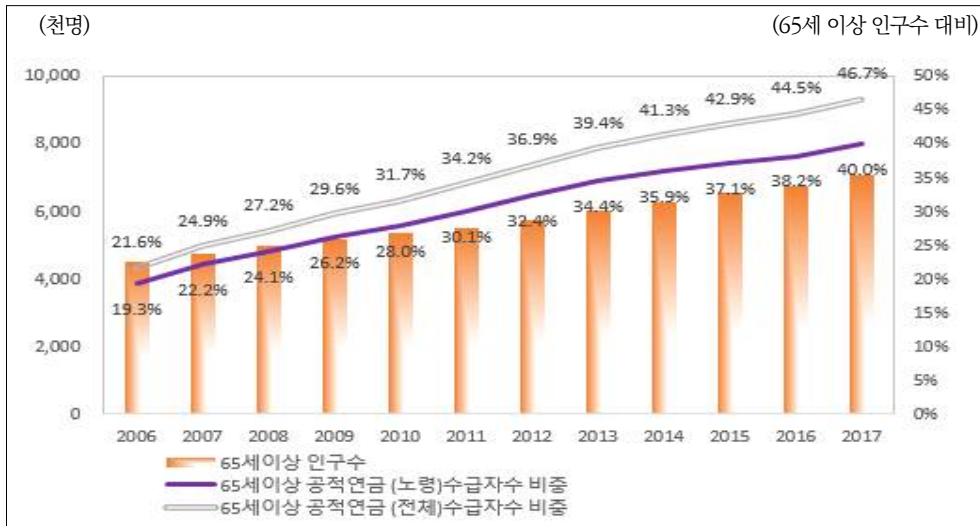
자료: OECD(각년도)

공적연금 지출규모를 결정하는 요인 중 하나인 연금수급자 수를 성과지표 중 하나로 분석할 수 있다. 우리나라의 경우 일반국민을 대상으로 하는 국민연금 도입시기가 선진국에 비해 늦어 공적연금 수급자가 본격적으로 발생하는 시기도 그만큼 늦어진다고 볼 수 있다. 2000년대부터 도시지역에 적용하고 소규모 사업장으로의 당연적용이 확대되면서 최근 연금수급자가 본격적으로 나오기 시작했고 이후에는 증가 추세가 지속될 것으로 예상된다. 또한 기대여명이 연장되면서 인구고령화가 가속화 될 것으로 보이는데 노후소득보장 측면에서 연금수준은 차순위에 두더라도 은퇴 후 연금수급권 확보 여부는 중요한 요인이라고 볼 수 있다.

65세 이상 인구수 대비 공적연금 수급자수 비중은 2006년 21.6%에서 2010년 30%를 넘어섰고 2014년에는 40%를 넘어 2015년에 42.9%로 나타났다. 공적연금 수급자에는 유족연금과 장해연금 등이 포함되어 있는데, 이들 중 노령연금 등 노령관련 지출의 수급자수 비중은 2006년 19.3%에서 2011년 30.1%로 증가하였고 2015년에는 37.1%이다.

인구고령화로 인해 65세 이상 인구수가 점차 증가하는데도 공적연금 수급자수가 상대적으로 빠르게 증가하고 있다고 볼 수 있다. 하지만 여전히 65세 이상 인구 중 절반 미만(46.7%, 2017)으로 나타나고 있는데, 2000년대부터 전 국민으로 확대된 점과 연금수급을 위한 최소가입기간을 고려한다면 당분간 수급자 비중은 빠르게 증가할 것으로 예상된다.

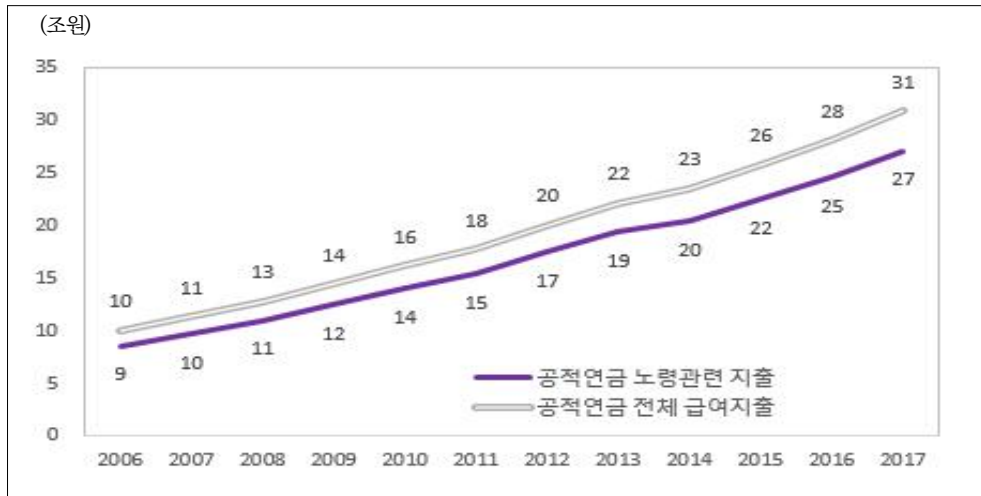
[그림 4-4] 65세 이상 인구수 대비 공적연금 수급자수 추이



3. 함의도출과 사회보장제도의 발전방향

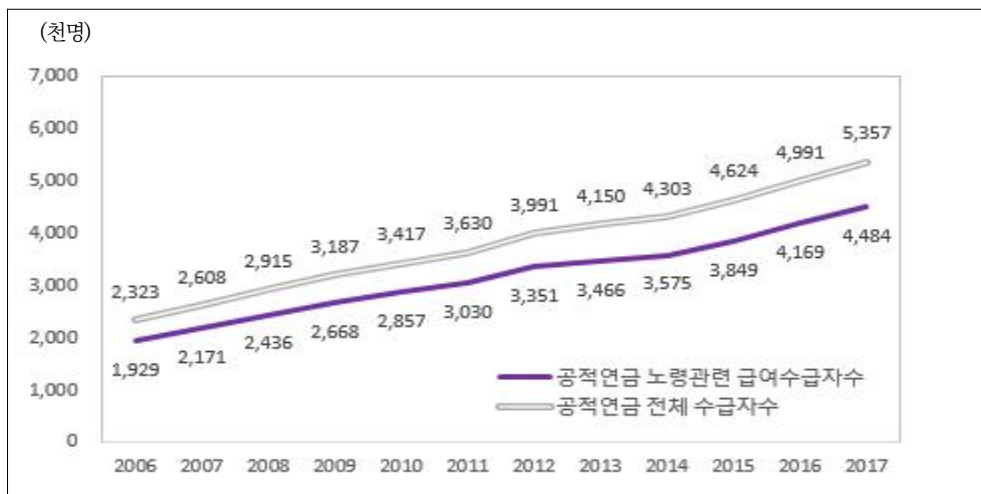
국민연금과 공무원연금 등 공적연금지출은 지속적으로 증가하고 있고 공적연금지출 중 OECD SOCX의 노령정책으로 분류되고 있는 노령관련 지출 또한 빠르게 증가하고 있다. 공적연금 전체 급여지출은 2006년 10조원에서 2012년 20조원 수준으로 증가하였고 2015년에는 약 26조원으로 나타났는데 이후에도 빠르게 증가하고 있다. 공적연금 급여 중 노령관련 지출 규모 또한 2006년 약 9조원에서 2013년 19조원으로 2배 이상으로 증가하였고 2015년에는 22조원 수준에 이르고 있다. 공적연금 급여지출 중 노령관련 지출에 대한 2006년에서 2015년 10년간 연평균 증가율은 11.6%으로, 전체 급여지출 연평균 증가율 11.3%에 비해서도 빠르게 증가했음을 알 수 있다. 2011년부터 2015년 5년간 노령관련 지출 연평균 증가율은 10.1%로 10년간 증가율에 비해서는 최근 5년간 증가율이 소폭 감소하였다.

[그림 4-5] 공적연금 급여지출 추이



공적연금 수급자수 또한 급격하게 증가해서 2006년 약 232만명에서 2013년에는 400만명을 넘어섰고 2015년에는 약 462만명에 이르고 있다. 공적연금 수급자 중 노령지출 관련 급여 수급자수는 2006년 약 193만명에서 2011년 303만명으로 300만명을 초과하였고 이후에도 빠르게 증가하여 2015년에는 385만명 수준을 보이고 있다.

[그림 4-6] 공적연금 수급자수 추이



공적연금 지출규모와 수급자수 등 양적으로는 빠르게 증가하여 하나의 성과로 볼 수 있는데, 한편으로는 실제 노후생활보장에 얼마나 도움이 되는지 공적연금 등 노령 지출의 증가가 사회경제적으로 어떤 영향을 미치고 있는지 구체적인 분석은 기존 연구사례가 적다고 볼 수 있다. 공적연금 등 노령정책지출의 성과지표로 기존에 주로 활용되었던 빈곤율과 함께 빈곤갭을 분석할 것을 제안하였고 신규 지표로는 65세 이상 인구 대비 연금수급자 수와 연금자산을 제안하였다. 먼저 빈곤율과 빈곤갭은 전체를 대상으로 했을 때에 비해 노령층을 대상으로 한 경우 여전히 높은 수준을 보이는게 사실이다. 최근 공적연금 등 연금액 인상, 수급대상 확대 등 정부의 다양한 정책변화로 인해 빈곤율과 빈곤갭이 개선되는 것으로 보여 하나의 성과로 볼 수 있다.

공적연금 제도의 특성을 고려했을 경우 연금수준을 평가하는 연금자산과 노령층 중 공적연금 수급권을 얼마나 확보했는지 평가할 수 있는 2가지 지표를 제안하였다.

우리나라의 경우 기대수명이 점차 길어지고 있고 이와 함께 연금수급연령도 점차 인상될 계획이므로 가입시기의 소득수준과 은퇴후 사망시까지 연금을 수급하는 일련의 과정을 반영할 수 있는 연금자산 개념으로 연금액을 평가할 필요가 있다. 연금자산 추이는 수급연령인상과 소득대체율 인하 등을 반영하여 변화되는데 기대수명 연장에 따라 연금자산도 점차 증가 추세를 유지하는 것으로 나타나나, OECD 평균에 비해서는 여전히 낮은 수준을 보이고 있다.

우리나라는 공적연금 도입시기는 상대적으로 늦은데 비해 인구고령화가 빠르게 진행되고 있어 65세 이상 인구 중 수급자수 비중이 성과지표로 활용될 수 있다. 65세 이상 인구수도 늘어나는데 공적연금 수급자수가 더 빠르게 증가하고 있어 65세 이상 인구 중 연금수급자 비중이 증가하고 있다. 여전히 65세 이상 인구 중 절반도 연금수급권을 확보하지 못하고 있으나, 2006년에 비해 2015년 비중이 2배 이상 높아졌다는 것은 하나의 성과로 볼 수 있다. 연금을 수급하더라도 본인 소득과 가입기간에 따라 연금액 편차가 심해서 65세 이상 인구 대비 수급자 비중이라는 하나의 잣대로 노후소득보장에 기여하는 정도를 직접적으로 평가하는데는 한계가 있다. 그러나 적어도 연금수급권을 확보한 자의 비중을 가늠해 봄으로서 현재 연금수급권 확보 여부와 이와 관련하여 향후의 제도발전방향을 모색하는데 활용될 수 있을 것이다.

공적연금 급여지출과 수급자수 등 양적으로는 빠르게 증가했다는 것은 하나의 성과로 볼 수 있으나, 노후소득보장 측면에서 은퇴후 65세 이상 노령층에 필요한 최소 생활

비 95만원과 적정생활비 137만원¹¹⁾ 수준에는 공적연금만으로 부족한 것은 사실이다. 공적연금은 퇴직연금과 주택연금, 기초(노령)연금 등 다층노후소득보장체계의 한 축으로 두고 발전방향을 모색할 필요가 있다.

공무원연금 등 특수직역연금은 제도내 수급부담구조와 신규제도를 적용받는 세대간 문제와 함께 제도의적으로는 국민연금과의 형평성 측면을 고려하여 제도 개혁을 추진하고 있다. 2014년말 개정된 공무원연금과 사학연금도 주된 골자는 더 내고 덜 받는 식으로 재정안정화로 볼 수 있고, 국민연금과의 형평성을 고려해서 연금수급연령을 높여 수급시기는 늦추고 연금액은 낮추었고 급여산식에는 소득재분배 기능을 도입하였다.

국민연금은 노후소득보장 측면에서 보다 안정적인 연금수급권 확보를 위해 사각지대를 완화하고 근로기간동안 가입상태를 길게 유지할 수 있는 방향으로 제도를 개선할 필요가 있다. 국민연금은 소득활동유무에 따라 당연적용 대상 여부가 결정되므로 노동시장변화에 직접적인 영향을 받는다고 볼 수 있다. 노동시장 은퇴이후 연금 수급권을 확보하기 위해 근로시기에 일시적인 소득활동변화로 인한 납부예외기간을 줄일 수 있도록 실업크레딧 등을 확대하는 등 사회경제적 변화에 보다 유연하게 대처할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다. 소득활동을 하더라도 두루누리 보험료 지원대상을 확대하여 사업장 뿐 일시적인 시간제 일자리 등을 대상으로도 보험료를 지원하여 저소득층이나 상대적으로 불안정한 고용형태에서도 국민연금 가입을 유도할 수 있는 정책을 통해 은퇴후 실제 연금액을 높이는데 기여할 수 있다.

국민연금 등 공적연금은 노후소득 수준은 강화하면서 동시에 재정적 지속가능성 제고를 위한 개선방안을 함께 고려할 필요가 있다. 그간 추진된 공적연금 제도개혁은 제도내 수급부담구조의 불균형을 완화하고자 더 내고 덜 받거나 연금수급연령 인상 등 수급시기를 늦추는 방향으로 추진되었다. 국민연금도 법상 명시되어 있는 바와 같이 주기적으로 시행하는 재정계산을 토대로 재정전망결과와 제도개선 등을 포함한 국민연금 종합운영계획을 수립하여 국회에 제출하도록 되어 있다. 2018년 제4차 재정계산 결과를 반영하여 그 해말 보건복지부에서는 더 내고 더 받거나, 더 내는 등 다양한 개선안을 포함하여 ‘국민연금 종합계획안’을 제출하였다¹²⁾.

11) 국민연금연구원(2018). 국민노후보장패널 7차 부가조사.

12) 이후 2019년 경제사회노동위원회 산하 ‘국민연금개혁과 노후소득보장 특별위원회’(이하 연금개혁특위)에

한편 공적연금 지출이라는 하나의 측면만 고려한다면 노후소득의 한 축으로 일정수준 이상의 연금액을 보장해줘야 한다는 점에 중점을 둘 수 있다. 노후소득보장과 동시에 부담수준을 고려한다면 근로기간동안 보험료를 부담하고 사망시까지 연금을 지급하는 연금제도의 특성상 중장기적으로 제도의 보다 안정적인 운영을 위해 재정건전성을 확보할 수 있는 방향도 모색할 필요가 있다.

서 개혁방향을 논의하여 복수의 안을 제안하였음.

제2절 가족지출

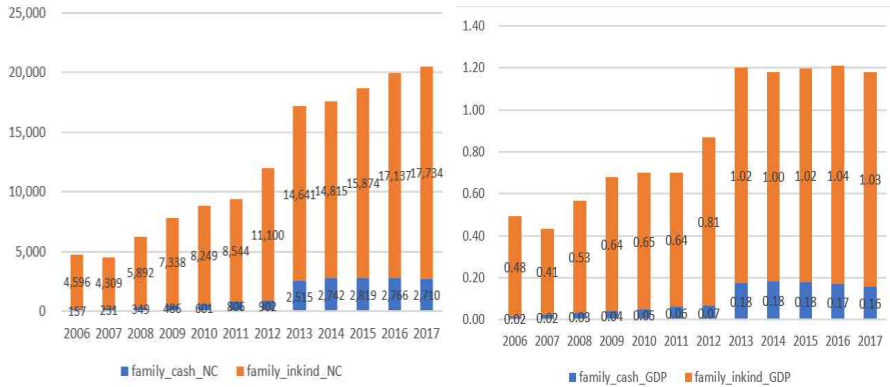
1. 지출 추이와 변화 요인

우리나라 가족 지출 총액은 2006년 4조 7천 억원에서 2012년 12조 원으로 증가하였으며, 2017년 현재 20조 4천 억원 수준을 보이고 있다. 이는 우리나라 가족 지출 총액이 2016년 현재 2006년 대비 약 330%에 가까운 놀라운 증가 속도를 보였다는 것을 말한다. 가족 지출이 GDP에서 차지하는 비중은 2006년에 0.49% 였으나 2013년부터 1.02%로 1% 대로 진입하였으며 이 후 지속적으로 1% 수준을 유지하여 2017년 현재 1.18% 수준을 보이고 있다. 가족 지출을 현금 급여와 현물 급여로 구분해 볼 때 우리나라 가족 지출에서 대부분을 차지하는 것이 현물 급여이다. 전체 가족 지출에서 현물 급여가 차지하는 비중은 2006년 약 97%에서 점차 그 비중이 감소하였으나 2017년 현재 약 87%로 여전히 높은 수준이다.

우리나라 가족 지출의 증가는 대부분 현물 급여(Benefits in kind)의 증가에 따른 것이다. 현물 급여액 총액은 2006년 4조 6천억원에서 2012년 11조 1천 억원으로 증가하였으며, 2017년 현재 17조 7천 억원으로 2006년 대비 약 280% 증가하였다. 현금 급여 총액은 현물 급여 총액과 비교하여 현저하게 낮지만 매우 빠른 증가를 보였다. 2006년 1천 5백억원 수준을 보였던 현금 급여 총액은 2013년 2조 5천억원으로 증가하였으며, 2017년 현재 2조 7천억원 수준을 유지하고 있다.

[그림 4-7] 가족 지출의 변화 추이: 총액 및 GDP에서 차지하는 비중 (2006~2017년)

단위: 십억원, %



자료: OECD (2020) Social Expenditure Database(SOCX)

<https://www.oecd.org/social/expenditure.htm> 에서 2020년 7월 20일 인출

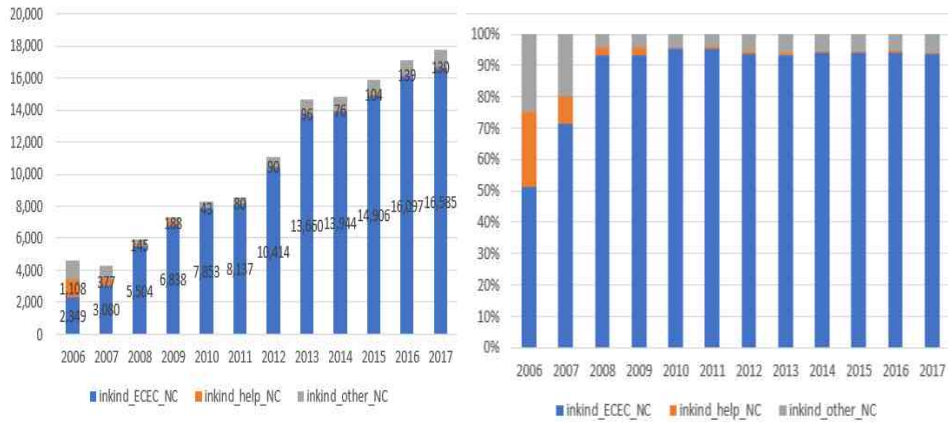
주: family_cash_NC: 가족지출 중 현금급여 총액, family_inkind_NC: 가족지출 중 현물급여 총액

가족 지출이 변화하게 된 원인을 살펴보기 위해 현물 급여와 현금 급여를 OECD SOCX 기준에 따라 세부 프로그램별로 나누어 살펴 보았다. OECD SOCX는 가족 현물 급여를 영유아 보육교육, 양육 시설 및 그룹 홈, 기타 현물 지원로 구분하고 있으며 가족 현금 급여를 가족 수당, 출산전후휴가 급여 및 육아휴직급여, 기타 현금 급여로 구분한다.

우리나라 가족 현물 급여 중에서 영유아 보육교육비 지출이 차지하는 비중은 2006년도만 하더라도 약 51% 였으나, 2007년도에 71.5%, 2008년도에 93.4%로 상승하여 2017년도에 93.5% 수준을 보이고 있다. 앞서 우리나라의 가족 지출의 증가는 현물 급여의 증가에 따른 것이라고 하였는데, 현물 급여 중에서도 특히 영유아 보육교육비 지출에 의한 것이라고 할 수 있다. 영유아 보육 교육비에 대한 지출은 2006년 2조 3천 억원에서 2013년 13조 6천억원을 넘어섰으며, 2017년 현재 16조 5천억원 수준을 보이고 있어 2006년 대비 약 606%의 증가를 보였다. 한편, 양육 시설 및 그룹 홈에 대한 지원은 2006년 1조 1천억원에서 2007년 3천 7백억원, 2008년 1천 4백억원으로 감소하였으며, 2010년에 와서 4백3십억원으로 가장 낮은 수준으로 하락하였다. 이후 어느 정도 상승하여 2016년에 와서 1천 3백억원으로 회복되었다.

[그림 4-8] 가족 지출 중 현물 급여 변화 추이: 총액 및 비중 (2006~2017년)

단위: 십억원, %



자료: OECD (2020) Social Expenditure Database(SOCX)

<https://www.oecd.org/social/expenditure.htm> 에서 2020년 7월 20일 인출

주: inkind_ECCD_NC: 영유아보육교육 급여 총액, inkind_help_NC: 양육시설 및 그룹 홈 총액, inkind_other_NC: 기타 현물급여 총액

영유아 보육교육비 지출액이 2006년 부터 2013년까지 급속하게 증가한 이유는 과거 법정 저소득층을 대상으로 지원하던 영유아보육교육비를 2009년부터 소득 수준별로 확대하기 시작하였으며, 2013년도에 이르러 소득 수준과 무관하게 전체 영유아에게 보육교육비를 지원하게 되었기 때문이다. 소득수준과 무관하게 전체 영유아를 대상으로 보육교육비를 지원하게 된 이후 보육시설을 이용하는 아동 수가 급증하게 되었다. OECD Family database (2020)에 따르면 전체 0~2세 영아 중 보육 시설을 이용하는 영아의 비중은 2010년 38.2%에서 2017년 56.3%로 증가하였으며, 3~5세 유아 중 보육 시설 혹은 유치원을 이용하는 아동의 비중은 2010년 84.6%에서 2017년 94.6%로 증가하였다. 2013년부터 전체 영유아에서 보육교육비를 지원하게 되어 지원 대상이 더 이상 확대되지 않았음에도 불구하고 2013년 이후 보육교육비 지출액이 증가한 것은 보육 시설과 유치원을 이용하는 아동 수가 증가하였기 때문이다.

〈표 4-19〉 시설 보육료 전액 지원 대상 확대 추이 (1999~2013년)

연령	1999	2000	2004	2005	2006	2007	2009	2011	2012	2013
만0~1세	법정 저소득층				법정저소득층 + 최저생계비 120% 이하		영유아 가구 소득 하위 50%	영유아 가구 소득 하위 70%	전체	전체
만1~2세									영유아 가구 소득하위 70%	
만3~4세										
만5세		법정 저소득층+기타 저소득층 (만0~4세 보육료 지원 대상)		도시 근로자 가구 평균 소득 80% 이하	도시 근로자 가구 평균 소득 80% (도시) 100% (농촌)		영유아 가구 소득하위 70%			

자료: 보건복지부, 각 연도 보육사업안내, 신윤정 외 (2013) 31페이지 〈표 2-5〉 에서 인용함

한편, 양육 시설 및 그룹 홈에 대한 지원이 감소하게 된 이유는 보호 대상 아동 수가 감소하였기 때문인 것으로 파악된다. 2006년까지만 하더라도 1만 6천명 수준을 보이던 보호 대상 아동 수는 점차 감소하여 2010년부터 1만명 이하 수준으로 하락하였으며, 2015년에 와서 5천명 이하로 감소하였다. 2019년 현재 보호 대상 아동 수는 4천 6백명 수준을 보인다.

〈표 4-20〉 보호대상아동현황 (2006~2019년)

단위: 명

2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
16,008	11,394	11,672	10,500	9,960	8,436	8,003	6,834	6,014	4,975	5,221	4,850	538	4,612

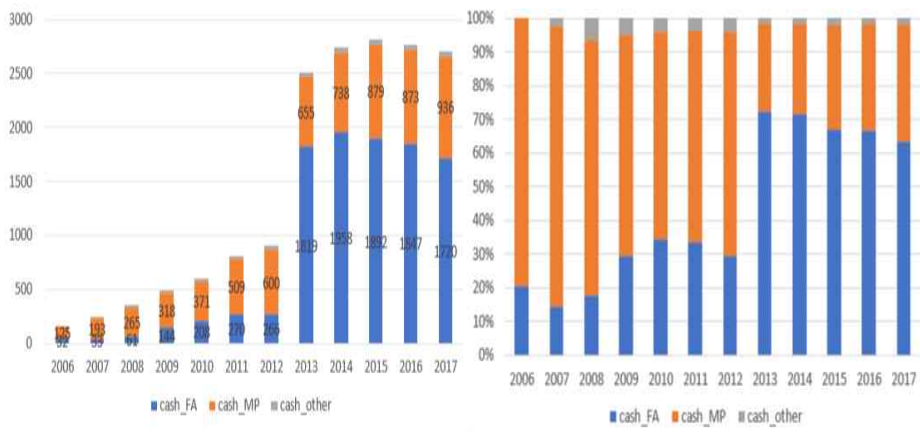
자료: 보건복지부 「보호대상아동현황보고」

다음은 현금 급여 지출의 증가 원인에 대해서 살펴 본다. 가족 급여 현금 지출이 증가한 주된 이유는 2013년부터 가족 수당에 대한 지출액이 증가하였기 때문이다. 2006년 3백 2십억원 수준이었던 가족 수당에 대한 지출은 2009년도에 1천 4백 억 원으로 증가하고 2013년도에 1조 8천 억 원으로 증가하였으며 2017년 현재 1조 7

천억원 수준을 보이고 있다. 출산전후휴가 및 육아 휴직 급여에 대한 지출도 그 절대적인 액수는 적지만 증가 추이를 보이고 있다. 2006년 1천2백억원 수준을 보였던 출산전후휴가 및 육아 휴직 급여에 대한 지출은 지속적으로 증가하여 2017년 현재 9천3백억원 수준으로 증가하였다.

[그림 4-9] 가족 지출 중 현금 급여 변화 추이: 총액 및 비중 (2006~2017년)

단위: 십억원, %



자료: OECD (2020) Social Expenditure Database(SOCX)

<https://www.oecd.org/social/expenditure.htm> 에서 2020년 7월 20일 인출

주: cash_FA 가족수당 총액, cash_MP: 출산전후휴가급여 및 육아휴직급여, cash_other: 기타 현금급여

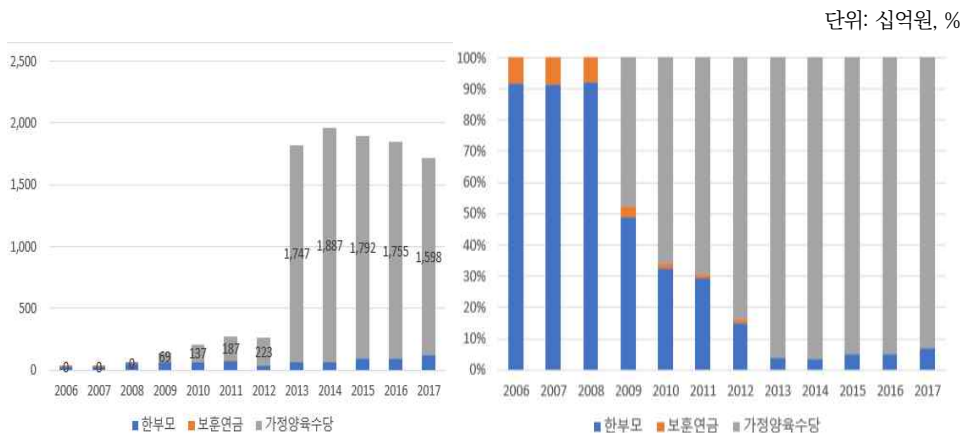
가족 수당 지출이 증가한 원인은 가족 수당 지출 항목을 다시 세부적인 프로그램으로 구분하여 파악함으로써 알 수 있다. OECD SOCX는 가족 수당에 대한 지출을 한부모 가족에 대한 지출, 보훈 연금, 가정 양육 수당으로 구분하고 있다. 가족 수당에 대한 지출액이 증가한 이유는 2009년도부터 보육 시설을 이용하지 않는 아동을 대상으로 가정양육수당을 도입하였기 때문이다. 양육 수당 도입 초기에는 저소득층을 대상으로 지원하기 시작하였으며, 2013년 부터는 전체 보육 시설을 이용하지 않는 아동을 대상으로 가정 양육 수당을 확대하였다. 가정 양육 수당에 대한 지출액은 2009년 도입된 시기에 6백 9십억원 수준을 보였으나 소득 수준과 무관하게 전체 영유아를 대상으로 확대한 2013년에 1조 7천억원 수준으로 확대되었으며 이후 유사한 수준을 유지하고 있다.

〈표 4-21〉 가정 양육 수당 대상 및 급여 확대 추이 (2009~2013년)

연도	지원 연령	지원 대상	지원액
2009년 7월 ~2010년	만0~1세	-차상위 저소득층: 최정생계비 120% 이하	-월10만원
2011년	만0~2세	-차상위 저소득층: 월가구소득(4인기준) 173만원 이하	-만0세 (월20만원) -만1세 (월15만원) -만2세 (월10만원)
2012년	만0~2세 (장애아동: 만0%5세)	-차상위 저소득층: 월가구소득(4인기준) 180만원 이하 -농어촌 아동: 농지5만m ² , 농어업 외 소득 연간 4천만원 미만(1자녀기준) -장애아동: 소득 무관	-차상위 이하: 만0세(월 20만원), 만1세(월15만원), 만2세(월10만원) -농어촌 양육수당: 연령별 보육료 지원단가의 45% -장애아동 양육수당: 만0~2세(월20만원), 만3세~취학전 만5세(월10만원)
2013년	만0%5세	-전체	-만0세 (월20만원) -만1세 (월15만원) *농어촌양육수당(월 177천원) *장애아동양육수당(월 20만원) -만2세 (월10만원) *농어촌양육수당(월 156천원) *장애아동양육수당(월 20만원) -만3세~취학전 (월10만원)

자료: 보건복지부, 각 연도 보육사업안내, 신윤정 외 (2013) 29페이지 〈표 2-4〉에서 인용함

[그림 4-10] 가족 지출 현물 급여 중 가족 수당 총액 및 비중 (2006~2017년)



자료: OECD (2020) Social Expenditure Database(SOCX)

<https://www.oecd.org/social/expenditure.htm> 에서 2020년 7월 20일 인출

한편, 출산전후휴가 및 육아휴직급여 지출액이 증가한 이유는 육아휴직급여의 확대 등 제도적인 확대와 출산전후휴가 및 육아휴직이용자의 증가에 따른 것이라고 볼 수 있다. 육아 휴직 급여 수준은 과거 정액제 하에서 2007년 월 50만원으로 상향 조정되었으며, 2011년에 와서 통상 임금의 40% (상한액 1백만원, 하한액 50만원)으로 확대되었다. 2006년 4만 8천명에 달하던 출산전후 휴직자 수는 2016년도에 와서 8만9천명 수준으로 확대되었다. 또한 육아휴직자수 역시 2006년 1만3천명 수준에서 2016년도에 와서 8만 9천명 수준으로 확대되었다.

〈표 4-22〉 출산전후휴가자 및 육아휴직 수급자 수 현황

단위: 명

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
출산전후 휴가자 수	48,972	58,368	68,526	70,560	75,742	90,290	93,394	90,507	88,756	94,590	89,834
육아 휴직 자 수	계	13,670	21,185	29,145	35,400	41,733	58,137	64,071	69,618	76,831	87,339
	여성 근로자	13,440	20,875	28,790	34,898	40,914	56,735	62,281	67,325	73,410	82,467
	남성 근로자	230	310	355	502	819	1,402	1,790	2,293	3,421	7,616

자료: 고용노동부 (2020) 고용보험 DB 자료

종합컨대, 우리나라 가족 지출은 2006년부터 이후 십년 기간 동안 매우 빠른 속도로 증가하였다. 가족 지출이 증가한 주된 이유는 영유아 보육교육비 지원의 확대에 따른 것으로 볼 수 있다. 우리나라 가족 지출 중에서 대부분을 차지하는 것이 현물 지원이며, 현금 지원의 비중은 아직은 낮다. 한편, 새롭게 도입된 가정 양육 수당과 육아 휴직 급여의 확대 및 이용자 수 증가로 인하여 현금 지원에 대한 비중도 증가하였다. 2019년부터 새롭게 도입된 아동 수당으로 인하여 향후 가족에 대한 지출 총액은 더 확대될 전망이며 현금 급여가 차지하는 비중도 더 증가될 것으로 보인다.

그 동안 가족 지출의 규모가 빠른 속도로 증가하기는 하였지만 우리나라 가족 지출의 규모는 초기부터 매우 낮은 수준이었기 때문에 아직은 다른 OECD 국가와 비교하여 낮은 수준에 머물러 있다. 하지만 영유아 보육교육 서비스와 같이 매우 빠른 속도로

급격하게 증가한 가족 지출 항목에 대해서는 OECD 국가 중에서 상위권 수준에 올라 있다. 향후 아동 수당의 지출이 가족 지출에 포함되어 2019년 이후 가족 지출의 자료가 공표되는 경우 가족에 대한 현금 지출을 비롯하여 전체 가족 지출의 규모는 지금 보다 더 향상될 것으로 보인다.

2. 성과 분석

가족 지출의 성과를 분석하기 위해서는 가족 정책이 지향하는 목적과 그 목적 달성 정도를 평가하기 위한 성과 지표를 설정해야 한다. OECD 회원국가들의 가족 정책은 일과 가족 생활의 균형, 부모가 원하는 수의 자녀를 갖도록 도와 주는 것, 여성의 노동 시장 참여 확대, 양성 평등 강화, 아동 및 가족 빈곤 퇴치, 아동의 발전과 웰빙의 증진을 목적으로 하고 있다(OECD, 2011). 하지만 각 국가의 가족 정책은 그 국가가 직면한 역사적인 배경, 가족에 대한 태도, 정부의 역할에 따라 가족 정책의 목적에서 두는 강조점이 서로 다르다. 가족 지출은 가족 수당, 보육 교육 서비스, 육아 휴직 급여 정책에 대한 지출을 포함하고 있으며, 이러한 정책을 함께 아우르는 국내 기본계획으로 “제1차~3차 저출산고령사회기본계획(이하 “기본계획”)”이 있다. 제3차 저출산고령사회 기본계획은 “(비용) 출산·양육비 부담 최소화,” “(시간) 아이와 함께 하는 시간 최대화,” “(돌봄) 촘촘하고 안전한 돌봄 체계 구축,” “모든 아동 존중과 포용적 가족문화 조성,” “2040세대 안정적인 삶의 기반(일·주거·교육)조성”을 주요한 추진 영역으로 제시하고 있다(대한민국정부, 2019). 한편, 제3차 기본계획은 각 정책 영역별로 정책 추진 성과를 평가할 수 있는 지표를 구체적으로 제시하고 있지 않다.

본 고에서는 “제3차 저출산고령사회기본계획”의 주요 영역 중 “(비용) 출산·양육비 부담 최소화,” “(시간) 아이와 함께 하는 시간 최대화,” “(돌봄) 촘촘하고 안전한 돌봄 체계 구축”을 가족 지출의 성과를 평가할 수 있는 영역으로 설정하고, 각 영역별로 현재 국내에서 가능한 지표와 자료를 통하여 어떠한 성과를 가져왔는가 분석하고자 한다. 이러한 분석 결과를 토대로 향후 가족 지출의 성과를 보다 정확하게 평가할 수 있도록 지표의 발전 방향을 제시하고자 한다.

〈표 4-23〉 가족 지출 성과의 주요 영역 및 본 연구가 제시하는 성과 평가 지표

영역	지표	자료 출처
출산양육비 부담 최소화	- 영유아 일인당 월평균 양육 비용 - 영유아 일인당 월평균 양육 비용의 소득 대비 비중	KICC 소비실태 조사
	- 양육 비용 충분성에 대한 태도	
	- 영유아 평균 보육교육 비용 - 영유아 평균 보육교육 비용의 소득 대비 비중	전국 보육실태 조사
	- 보육료 및 교육비 부담 정도	
아이와 함께 하는 시간의 최대화	- 미취학 자녀가 있는 성인 남녀의 가정관리 시간	통계청 생활시간조사
	- 미취학 자녀가 있는 성인 남녀의 가족 및 가구원 돌보기 시간	
	- 하루 중 무급 노동에 소요한 시간 비중	OECD Family database
총총하고 안전한 돌봄 체계 구축	- 어린이집 유형별 만족도	전국 보육실태 조사
	- 국공립·법인 등 어린이집 시설 수 및 비중	보육 통계
	- 국공립·법인 등 어린이집 이용 아동 수 및 비중	

가. 출산 양육비 부담 최소화

출산 양육비용의 부담에 대한 현황은 육아정책연구소가 수행한 “KICC 소비실태조사”와 “2018년 전국보육실태조사”의 주요 결과를 통해 살펴 볼 수 있다. 최효미 외(2018)에 따르면 영유아 일인당 월평균 양육 비용은 66만원인 것으로 나타났다. 가구 특성별로 볼 때 맞벌이 가구가 외벌이 가구보다 더 많은 지출을 하고 있고, 가구소득이 증가할수록 영유아 양육 비용이 증가하고 있는 것으로 나타났다. 양육 비용에 대해서 대체로 충분하다는 응답이 48.9%, 대체로 부족하다는 응답이 42.1%로 나왔다. 맞벌이 가구가 외벌이 가구에 비해 양육 비용이 충분하다는 응답을 보였으며, 소득이 높아질수록 충분하다는 응답 비중이 높게 나타났다.

매 3년 마다 실시하는 「전국보육실태조사」는 영유아 보육·교육 기관 이용 비용과 부담 정도를 조사하고 있다. 2018년 조사에 따르면 영유아 평균 보육·교육 기관 이용

비용은 월평균 149,000원으로 가구 소득 대비 3.4%에 해당하는 것으로 나타났다. 2015년도 조사와 비교하여 5만 3,200원이 증가하고 가구 소득 대비 비율도 0.7% 증가하였다. 가구 생활 수준에 비추어 영유아 자녀를 위해 매월 보육·교육 기관에 지출하고 있는 보육료 및 교육비 부담 정도에 대한 질문에 적당하다는 응답이 38.5%로 가장 높았으나 부담된다는 응답도 30.3%로 낮지 않게 나타났다. 하지만 “부담된다”고 응답하는 비중은 연도별로 점차 낮아지고 있어 2009년 64.2%, 2012년 44.0%, 2015년 35.2%, 2018년 30.3%로 나타났다. “부담되지 않는다”라고 응답한 비중은 증가하고 있어 2009년 35.9%, 2012년 56.1%, 2015년 64.8%, 2018년 69.7%로 증가하였다.

〈표 4-24〉 생활 수준에 비춘 보육료 교육비 부담 인식

단위: %

연도	매우 부담	부담	적당	부담 안됨	전혀 부담 안됨
2009	17.7	46.5	20.1	9.7	6.0
2012	8.1	35.9	22.9	22.9	10.3
2015	4.9	30.3	41.3	13.8	9.7
2018	4.4	25.9	38.5	14.6	16.6

자료: 이정원 외(2018) 〈표 V-4-9〉 240 페이지에서 재인용

이러한 분석 결과는 그동안 이루어진 보육 교육비 지원과 가정양육수당 지원에 따라 영유아 보육비·교육비에 대한 부담 인식이 과거와 비교하여 감소하였다는 것을 말해 준다. 하지만 아직도 여전히 자녀 양육과 보육에 들어가는 비용으로 인하여 부담을 가지고 있는 가구가 적지 않다는 것에 주목할 필요가 있다.

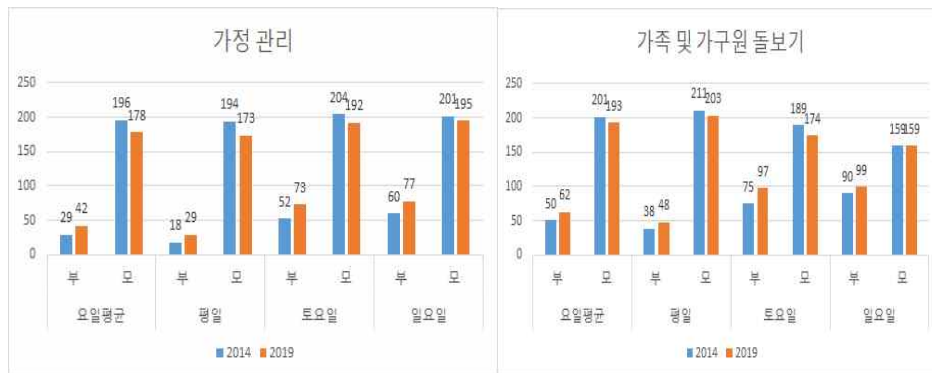
나. 아이와 함께 하는 시간의 최대화

아이와 함께 하는 시간에 대해서는 통계청 생활시간조사결과를 가지고 파악할 수 있다. 통계청(2020)은 2014년 및 2019년도에 수행한 생활시간조사 결과를 가지고 미취학 자녀가 있는 성인 남녀의 “가정 관리” 시간과 “가족 및 가구원 돌보기” 시간 결과를 발표하고 있다. 2019년 현재 미취학 자녀가 있는 성인 남자의 가정 관리 시간과 가족 및 가구원 돌보기 시간은 2014년도에 비해 증가하였다. 반면에 미취학 자녀가 있는 성

인 여성의 가정 관리 시간과 가족 및 가구원 돌보기 시간은 전반적으로 2014년도와 비교하여 감소하였다. 이는 미취학 자녀가 있는 남성이 과거 보다 가정 관리와 가족 및 가구원 돌보기에 더 많은 시간을 보내고 있으며, 여성들의 가정 관리와 가족 및 가구원 돌보기 시간 부담이 감소하고 있음을 말해 주고 있다. 그러나 그 변화 폭은 크지 않으며 절대적인 시간량에 있어서 여성이 남성 보다 더 많은 가정 관리 및 돌봄에 시간을 할애하고 있음을 알 수 있다. 우리나라 15세 이상 성인 남성이 하루 중 돌봄이나 가사 노동 등 무급 노동에 소요하는 시간 비중은 3%로서 OECD 주요 국가와 비교하여 현저하게 낮은 수준을 보이고 있다. 따라서 남성의 가사 및 자녀 돌봄에의 참여는 증가하고는 있으나 향후 더 많은 참가가 요구된다 하겠다.

[그림 4-11] 미취학 자녀가 있는 성인 남녀의 가정 관리 및 가족 돌봄 시간 (2006~2017년)

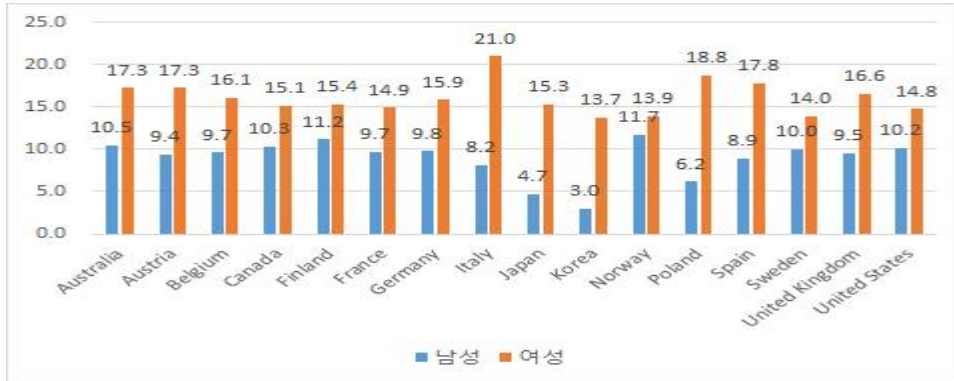
단위: 분



자료: KOSIS (2020) 생활시간조사 2019년 미취학 자녀유무별 평균 시간, 생활시간조사 2014년 기혼 가구주(배우자)의 미취학자녀 유무별 평균 시간
http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01 에서 2020년 7월 20일 인출

[그림 4-12] 하루 중 무급 노동(unpaid work)에 소요한 시간 비중 (1999~2012/13년)

단위: 분



자료: OECD Family database(2020)

<http://www.oecd.org/social/family/database.htm> 에서 2020년 7월 20일 인출

다. 촘촘하고 안전한 돌봄 체계 구축

동 분야의 주요 정책 과제는 보육 공공성 강화 및 질적 제고, 초등 돌봄, 아이돌봄, 지역 맞춤형 돌봄을 포함한다. 국공립, 법인, 법인 및 단체 등 어린이집은 민간이나 가정 어린이집에 비해 학부모들의 만족도가 높다. 따라서 동 분야의 주요 성과는 전체 어린이집 중에서 국공립 어린이집이 차지하는 비중과 전체 시설 이용 아동 중에서 국공립 어린이집을 이용하는 아동의 비중을 통해 살펴 볼 수 있을 것으로 본다.

〈표 4-25〉 어린이집 유형별 만족도: 5점 척도

단위: 점

연도	국공립	법인	법인·단체등	민간	가정	직장
2012	3.85	3.69	3.86	3.65	3.67	4.13
2015	4.08	4.15	3.80	3.97	4.09	4.39
2018	4.11	4.07	4.09	3.97	4.01	4.37

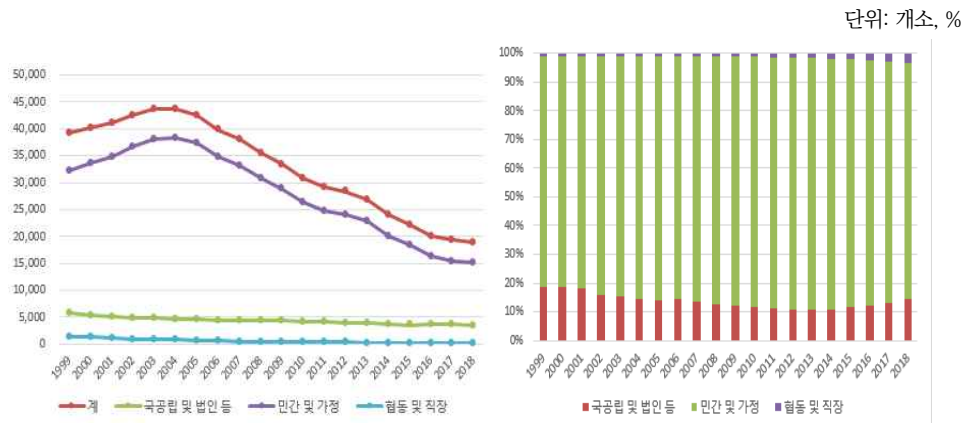
자료: 이정원 외(2018) 〈표 V-4-9〉 240 페이지에서 재인용

우리나라 어린이집의 수는 1999년 3만9천171개소에서 점차 증가하여 2004년 4만 3천7백70개소로 정점을 찍고 이후 지속적으로 감소하여 2018년 현재 1만8천7백68개소이다. 어린이집의 증가는 민간 및 가정 어린이집 증가에 따른 것으로 민간 및 가정

어린이집 개소수가 증가함에 따라 전체 어린이집에서 국공립 및 법인 등 어린이집이 차지하는 비중도 1999년 14.6%에서 2005년 10.6%로 감소하였다. 이후 민간 및 가정 어린이집이 큰 폭으로 감소함에 따라 전체 어린이집에서 국공립 및 법인 등 어린이집이 차지하는 어린이집 비중은 증가하여 2018년 현재 18.8% 수준을 보이고 있다.

민간 및 가정 어린이집 수가 증가함에 따라 전체 보육 시설을 이용하는 영유아 중에서 국공립 및 법인 등 어린이집을 이용하는 아동의 비중은 1999년 41.3%에서 점차 하락하여 2014년 20.9% 수준까지 하락하였다. 이후 보육 시설 이용 아동 중 국공립 및 법인 등 어린이집을 이용하는 아동의 비중은 20%를 약간 웃도는 수준을 유지하고 있어 2018년 현재 23.7% 수준을 보이고 있다.

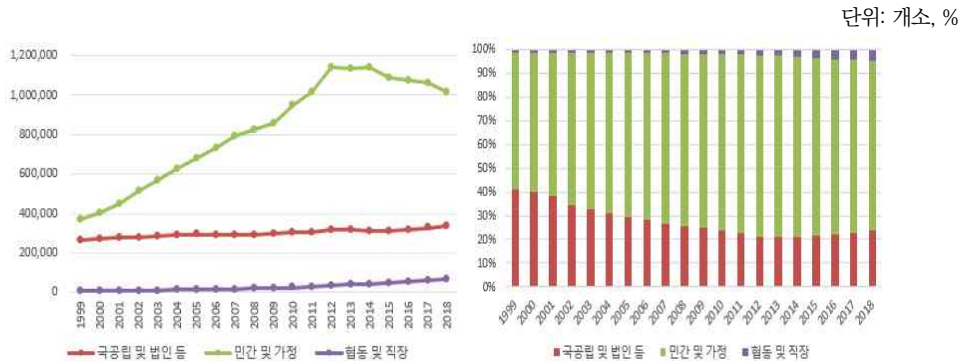
[그림 4-13] 어린이집 유형별 개소수 및 비중 추이 (1999~2018)



자료: 보건복지부(2020) 보육통계 2018

주: 국공립 및 법인 등은 국공립어린이집, 사회복지어린이집, 법인·단체등 어린이집을 포함

[그림 4-14] 어린이집 유형별 이용자수 및 비중 추이 (1999~2018)



자료: 보건복지부(2020) 보육통계 2018

주: 국공립 및 법인 등은 국공립어린이집, 사회복지어린이집, 법인·단체등 어린이집을 포함

3. 소결 및 성과 평가 지표 제안

우리나라의 가족 지출은 과거 10년 동안 매우 빠른 속도로 증가하였으며 이는 영유아 보육교육의 보편적인 확대와 양육 수당 및 아동 수당 도입 등 정책의 확대에 기인된 바가 크다. 가족 지출의 확대는 우리나라가 직면한 심각한 저출산 현상을 완화하기 위한 일환으로 수행된 측면이 크다. 대부분의 저출산을 경험하고 있는 OECD 국가들도 경제 위기의 어려운 여건 하에서도 가족 지출의 규모를 확대한 것으로 나타났다. 저출산을 경험하지 않고 있는 프랑스와 스웨덴 등도 가족 지출이 GDP에서 차지하는 비중은 약 3%로 변화하지 않고 일정한 비중을 유지하고 있다(OECD Family database, 2020). 이러한 외국의 사례는 경제 위기 등 어려운 환경 하에서도 가족 지출에 대해 각 국가가 지속적으로 중요성을 부여하고 있다는 사실을 말한다.

국내 가용한 자료와 지표를 이용하여 분석한 결과, 우리나라는 가족 지출의 확대에 따라 “제3차 저출산고령사회기본계획”의 주요한 영역인 “(비용) 출산·양육비 부담 최소화,” “(시간) 아이와 함께 하는 시간 최대화,” “(돌봄) 촘촘하고 안전한 돌봄 체계 구축”에서 속도는 느리기는 하지만 긍정적인 효과가 나타나고 있는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 가족 지출의 증가는 빠르게 이루어질 수 있지만 가족 지출의 성과는 지출 증가 속도와 비례하지 않고 천천히 이루어진다는 사실을 말한다. 이는 가족 정책의

성과가 현금 급여와 현물 급여의 확대 뿐만 아니라 가족 관계, 젠더 의식 등 사회 문화적인 변화에 의해서 일어날 수 있는 부분이 크기 때문이다. 따라서 2019년 아동 수당 도입이 가족 지출에 반영되어 가족 지출이 증가한다 하더라도 가족 지출의 성과는 가시적으로 빠르게 나타날 것으로 기대되지는 않고 시간의 흐름을 두고 천천히 나타날 것으로 예견된다.

본 연구에서는 “제3차 저출산고령사회기본계획”의 주요한 영역별로 가용한 국내 자료와 지표를 통하여 성과를 평가하였다. 향후 가족 지출의 성과를 보다 더 과학적으로 평가할 수 있는 지표의 개발이 필요하며 이를 위한 몇 가지 제언을 기술하면 다음과 같다. 첫째, 정책의 성과를 평가하기 위해서는 정책의 목표가 구체적으로 제시되어야 하고 이러한 정책 목표를 평가할 수 있는 평가 지표가 마련되어야 한다. 따라서 가족 지출의 성과 평가를 위해서는 가족 정책의 목표를 구체적으로 설정하고 이러한 목표를 평가할 수 있는 구체적인 성과 평가 지표를 마련해야 할 것이다. 둘째, 전체 인구 집단에 대한 지표와 함께 세부적인 인구 집단별로 구체적인 지표가 마련되어야 할 것이다. 가족 지출에 대한 성과는 가족의 특성별로 세부적으로 평가할 필요가 있다. 가족 지출에 대한 대표적인 국제 지표인 OECD Family database도 각 지표를 자녀 수별, 소득 수준별, 학력 수준별, 모의 취업 여부별로 구분하여 다양하게 분석하고 있다. 이러한 세부적인 지표들을 이용하여 가족 지출에 따라 자녀 수에 따른 수평적인 형평성, 가족의 경제 상황에 따른 수직적 형평성이 얼마나 강화되었는가 평가할 수 있을 것이다. 셋째, 국제적으로 비교가 가능한 지표의 발굴이 필요하다. OECD Family database에 있는 많은 지표 중 한국 자료가 누락되어 있는 경우가 적지 않은 바, 국제적으로 가족 지출의 성과를 평가할 수 있도록 한국 자료의 국제 표준화를 위한 노력이 이루어져야 할 것이다.

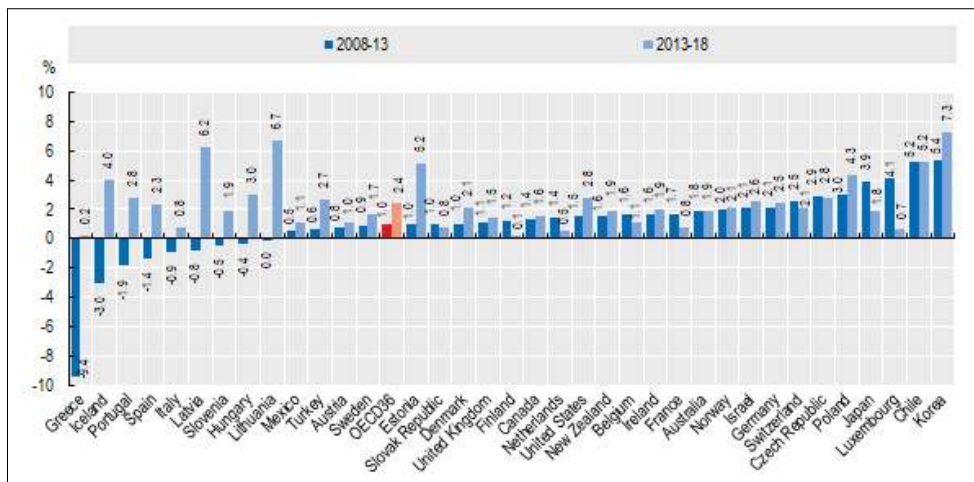
제3절 보건지출

1. 지출 추이와 변화요인

가. 지출추이

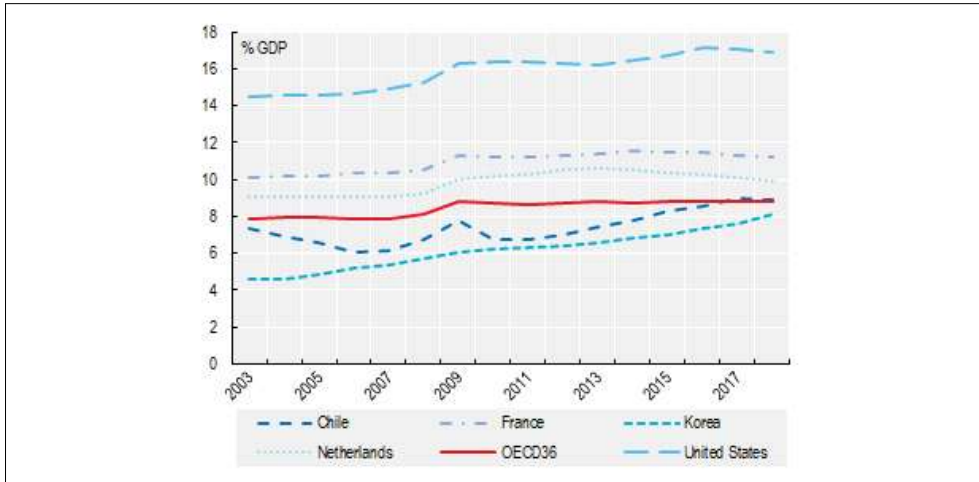
SOCX 자료에서 우리나라의 GDP 대비 보건지출 비중은 2006년 3.04%에서 2015년 4.04%로 연평균 2.9% 증가하였는데 이는 노르웨이 2.8%와 비슷하지만 연평균 1.1% 감소한 네덜란드나 연평균 1.5% 씩 증가한 호주보다 높은 편이다. OECD 보건 통계자료의 1인당 보건의료비 지출 증가로 보더라도 2008년과 2013년 사이에 연평균 증가율은 5.4%로 다른 OECD 국가들보다 높은 편이었지만 2013년과 2018년 사이 연평균 증가율이 7.3%로 더 증가하였다(OECD, 2019a, p. 151). GDP 대비 보건지출로 볼 경우 OECD 평균보다 낮은 편이지만 우리나라보다 보건지출 비중이 높은 다른 나라들에 비해 빠르게 증가하고 있다(OECD, 2019a, p. 153).

[그림 4-15] 1인당 보건의료지출 연간 증가율(2008~2018)



자료: OECD (2019). OECD Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris., <https://doi.org/10.1787/888934016797> 에서 2020.9.11.에 인출

[그림 4-16] 주요 OECD 국가들에서 GDP 대비 보건지출 비중(2003~2017)



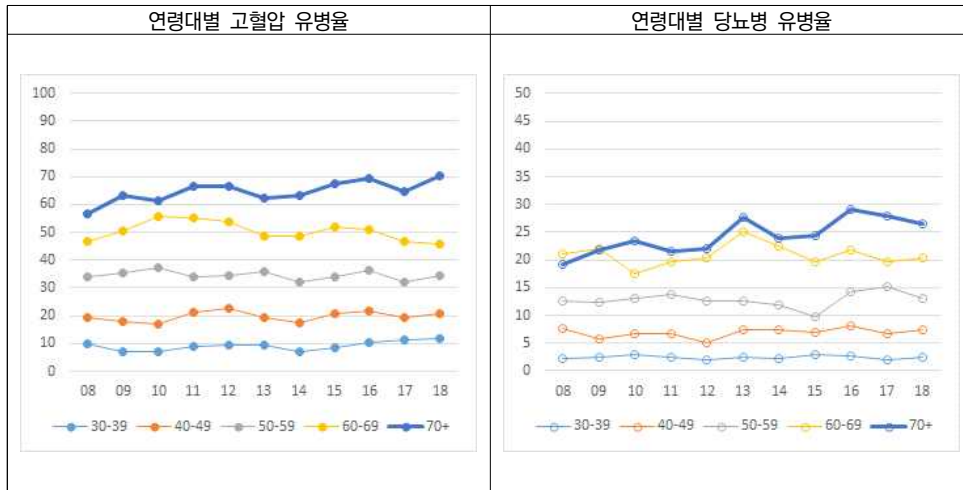
자료: OECD (2019). OECD Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris., <https://doi.org/10.1787/888934016854> 에서 2020.9.11.에 인출

나. 변화요인

□ 인구고령화

노인 인구 증가는 의료비 증가를 주도하는 요인으로 알려져 있는데 노인인구가 의료비에 영향을 미치는 방식은 크게 두 가지로 나뉘볼 수 있다. 하나는 만성질환 유병자의 규모와 질환 보유기간이 증가하면서 전체 의료비가 상승하는 현상이다. 예를 들어 [그림 4-17]에서 국민건강영양조사에서 대표적인 만성질환인 고혈압과 당뇨병 유병율의 '08~'18년의 추이를 보면 70세 이상 고연령층에서 다른 연령대에 비해 고혈압과 당뇨병 유병율이 빠르게 증가한 것을 확인할 수 있다. 즉, 고령화에 따라 만성질환이 증가하면서 의료비도 증가하는 것으로 파악할 수 있다.

[그림 4-17] 보건 의료 지출에서 본인부담 추이 변화



주: 30세 이상.

자료: 보건복지부 질병관리본부 (2019). 2018 국민건강통계 - 국민건강영양조사 제7기 3차년도(2018)

다음으로 (정확히는) 노인인구가 아니라 사망근접자로 인한 의료비 증가현상이다. 의료기술 발달이 의료비 증가를 주도하는 주요인으로 알려져 있는데 사망 시점에서 이러한 의료기술의 활용이 증가하면서 의료비 증가도 커질것으로 예상할 수 있다. 사망근접 시점에 의료비가 증가하는 양상은 많은 연구들에서 관찰되고 있고 특히 의료 기술 발달로 사망 직전 의료비가 증가하는데 사망은 노인인구에 집중되어 있으므로 전체 노인 의료비도 그만큼 더 빠르게 증가하게 된다. 예를 들어 선행연구들은 연령이 의료비 지출 수준을 높이는 것처럼 보이지만, 사망근접도를 모형에 포함하면 연령의 영향이 감소하거나 사라지고, 사망 근접 시점의 의료비는 사망 시 연령에 따라 감소한다고 보고하였다(Hazra et al., 2017, Moore et al., 2017). 국내에서도 비슷한 보고가 있었는데 연소 노인에 비하여 고령 노인 사망근접자의 의료 이용 확률과 의료비 지출 수준이 더 낮은 것으로 나타났다(정채림, 이태진, 2017). 사망근접시의 의료비 증가는 사망 전 연명치료 중단 등 적정 의료의 중요성을 시사한다. 한편 앞서의 연구는 고령노인의 의료 이용 확률과 의료비 지출 수준이 연소 노인에 비하여 상대적으로 더 빠르게 증가하고 있다는 점에서 향후 모니터링이 필요함을 밝힌 바 있다(정채림, 이태진, 2017). 요양병원의 증가와 이로 인한 장기입원의 증가가 의료비 증가에 기여하는 것으로 추측해볼 수 있다.

□ 건강보험 보장성 강화

2000년 건강보험 통합 이후 건강보험의 급여범위를 확대하고 급여수준을 높이기 위해 보장성 강화정책이 지속적으로 추진되었다. OECD 평균에 비해 낮은 수준이지만 보건의료비 중 공적재원이 차지하는 비율은 2000년 53.9%에서 2019년 60.8%로 증가하였다(OECD 평균 2000 71.1%, 2019년 74.0%). 이에 따라 1인당 의료비에서 공적재원도 증가하였는데 2000년 1인당 공적재원은 391 USD 였지만 2019년에는 2057 USD로 약 5~6배 가량 증가하였다. 2000년 기준으로 OECD 의 공적재원은 1인당 1,297 USD에서 2019년 3,222 USD로 약 2~3배 증가한 것에 비해 매우 빠르게 공적지출이 증가하였다(OECD, 2020). 즉, 보장성 강화에 따라 공적 재원 지출이 증가한 것을 SOCX 데이터에서 보건지출이 증가한 원인으로 볼 수 있다.

[그림 4-18] 우리나라와 OECD, 주요 OECD 회원국의 공적재원 및 본인부담비율 추이(2003~2019)



주: (상단)오른쪽 축: 국민의료비 중 공적재원 비율, 왼쪽 축: 공적재원금액(USD PPP), (하단) 국민의료비 중 본인부담 비율

자료: OECD (2020). OECD Health Statistics 2020. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> 에서 2020.9.9.에 인출.

2. 성과분석¹³⁾

OECD 보건의료시스템의 성과평가틀을 활용하되 지속가능개발목표(Sustainable Development Goal, SDG)의 보편적 건강보장 성과지표, 우리나라의 국민건강증진 종합계획 등에서 제시한 성과지표들을 고려하여 보건지출 증가에 따른 성과지표 변화를 확인하고자 하였다. OECD는 크게 건강상태(기대여명 등), 건강위험요인(흡연, 음주, 비만 등), 서비스 접근성(전체의료비 중 사전지출 비율, 니즈를 반영한 의사방문 횟수 등), 서비스 질(항생제 처방율, 예방가능한 입원 등), 보건의료자원(1인당 보건의료비 지출, GDP 대비 지출비중, 의사인력 등) 등을 성과지표로 포함하고 있다(OECD, 2019a). SDG는 보편적 건강보장의 성과지표로 필수의료서비스 보장(모성, 아동, 감염성, 비감염성 질환 보장, 서비스 역량과 접근성 등), 경제적 보호(재난적 의료비 발생: 가구 보건지출이 소득의 10% 초과)를 주요 성과지표로 제시하고 있다(UN Statistics Wiki, 2020) 국민건강증진종합계획은 건강수명, 기대수명 격차, 흡연율을 주요한 성과지표로 제시하고 있으며(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015) 사회보장기본계획은 건강수명, 건강보험보장률, 예방가능사망률, 흡연율을 건강보장 분야 주요 성과지표로 제시하고 있다(보건복지부, 2019). 기존 연구들에서 제시된 성과지표와 우리나라에 의미있는 지표, 국내 자료의 가용성을 고려하여 건강상태, 접근성과 경제적 보호, 의료의 질과 결과, 보건의료자원으로 구분하여 성과지표의 추이를 분석하였다.

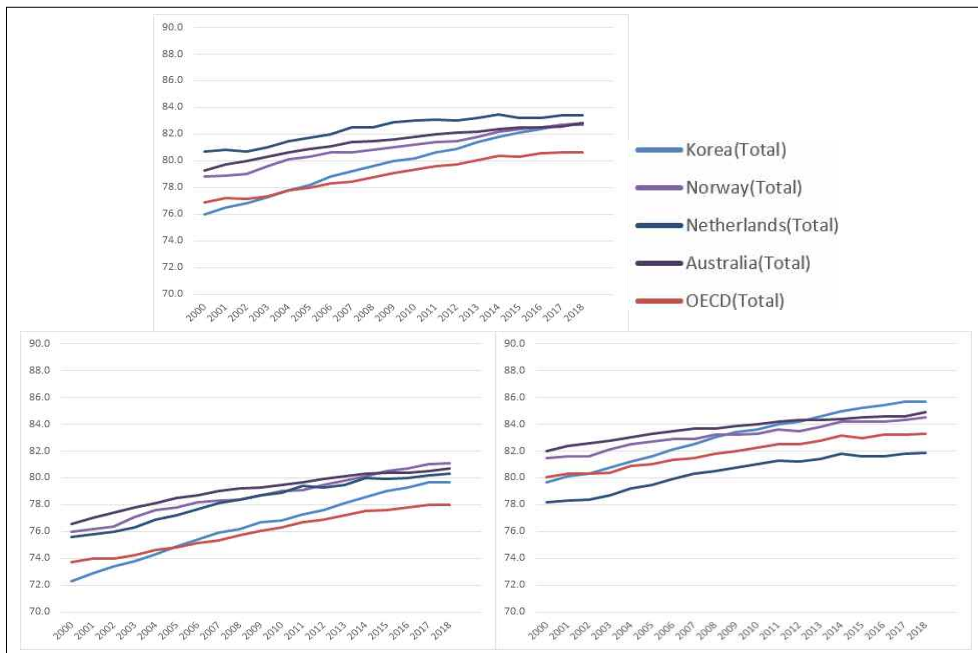
13) 성과분석에서는 지표별 자료의 가용성에 따라 OECD 평균 및 다른 OECD 국가들과 비교하였는데 OECD 평균 외에 3장에서 살펴 본 1인당 GDP \$34,000를 기준으로 GDP 대비 보건지출 수준이 비슷했던 대륙형, 북구형, 영미형 국가로 독일, 노르웨이, 호주를 가능한 경우 함께 비교하였다

가. 건강상태

□ 기대수명

[그림 4-19]에서 보듯이 우리나라의 기대여명이 다른 국가들에 비해 매우 가파르게 증가하여 2000년에는 76세로 노르웨이 78.8세에 비해 약 2.8세 낮았지만 2017년에는 82.7세로 동일한 수준이 되었다. 남, 여로 구분해서 볼 경우 남성의 기대여명은 2000년 72.3세에서 2017년 79.7세로 7.4세 증가하였고 여성의 기대여명은 79.7세에서 2018년 85.7세로 6세 증가하였다. 여성의 기대여명은 2017년에 앞선 세 나라들보다 높은 수준이 되었고 남성의 기대여명은 빠른 증가에도 불구하고 앞선 세 나라에 비해 낮았다.

[그림 4-19] 우리나라, 노르웨이, 네덜란드, 호주, OECD의 기대수명 추이(2000~2018)



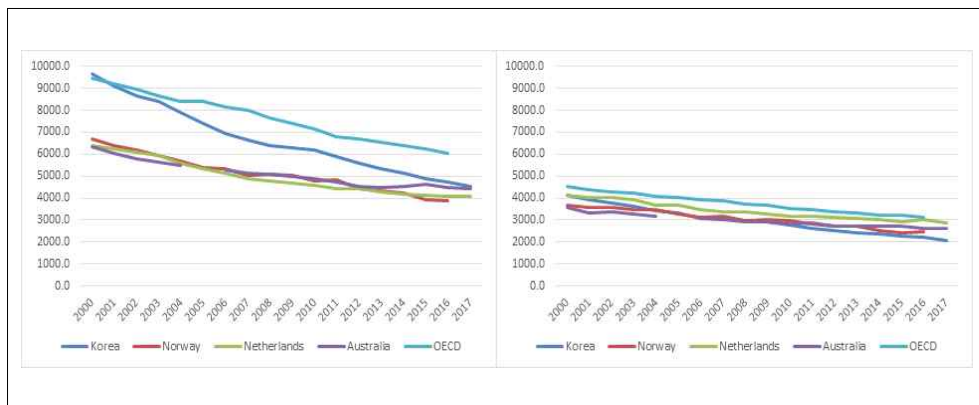
주: (상단) 전체, (하단 좌측) 남, (하단 우측) 여

자료: OECD (2020). OECD Health Statistics 2020. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> 에서 2020.9.9.에 인출.

□ 잠재수명손실년수(Potential Years of Life Lost)

잠재수명손실년수는 조기 사망률에 대한 요약 측정 값으로, 어린 나이에 발생하는 예방할 수 있는 사망에 가중치를 부여하는 방법으로 산출하는데 각 연령에서 발생하는 사망자에 선택한 연령선까지 살 수 있는 남은 연수를 곱하는 방식으로 계산된다(OECD 보건통계에서는 70세를 사용함).¹⁴⁾ [그림 4-20]의 OECD가 보고한 잠재수명손실연수를 살펴 볼 경우 한국에서 잠재수명손실연수가 매우 빠르게 감소하였는데 특히 남성에서 빠르게 감소하였다. 2000년에 다른 국가들에 비해 남성의 잠재수명손실연수는 약 3000가량 높았으나 2017년에 호주와의 차이는 약 100년까지 감소하였다. 여성에서 잠재수명손실연수는 2000년 4,144년으로 다른 세 국가들에 비해 높은 편이었으나 2017년에는 가장 낮은 수준으로 감소하였다.

[그림 4-20] 우리나라, 노르웨이, 네덜란드, 호주, OECD의 잠재수명손실년수(2000~2018)



주: (좌측) 남, (우측) 여

자료: OECD (2020). OECD Health Statistics 2020. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> 에서 2020.9.9.에 인출.

14) 국가 간 비교 및 추세 비교를 위해 2010년 OECD 인구를 이용하여 각 국가 및 매해의 PYLL을 표준화한다.

2) 접근성과 경제적 보호

OECD 국가들은 건강보험이건 조세방식이건 건강보장제도를 통해 최소한의 경제적 부담으로 보건의료서비스를 이용할 수 있도록 보장하고 있다. 이는 사회경제적 상태와 무관하게 필요할 때 의료 서비스를 이용할 수 있어야 하고 이로 인해 가구가 생계의 위협을 받아서는 안 된다는 원칙에 근거한다. 우선 접근성을 평가하기 위한 지표로 미충족의료를 이용하였는데 미충족의료는 병의원 서비스가 필요했으나 가지 못한 적이 있는지 묻는 방식으로 평가된다. 사람들은 경제적 이유나 물리적 접근 등의 문제로 의료서비스를 포기할 수 있는데 미충족 수요를 줄이기 위한 전략은 특히 덜 부유한 사람들의 접근에 대한 재정적 장벽과 비재정적 장벽 해결이 중요하다(OECD, 2019d). 다음으로 의료비로 인해 가구가 경험하는 경제적 위험을 평가하기 위해 재난적 의료비 발생과 의료비로 인한 빈곤화를 평가하였다. 재난적 의료비 발생은 소득 등 지불능력 대비 의료비 지출이 일정 수준 이상인 가구의 비율로 평가된다. 재난적 의료비 발생은 의료비 지출 비중이 큰 경우 생활수준의 급격한 하락을 야기할 수 있으며, 반복될 경우 가계가 빈곤으로 이행될 수 있다는 점에서 의료비로 인한 가계의 경제적 부담을 측정하는 데 활용된다. 국제적으로도 활용되는 지표로, WHO에서는 가계 의료비가 지불능력의 40%를 초과할 경우 재난적 의료비가 발생한 것으로 정의하는 한편, SDG(지속가능한 개발목표, Sustainable Developmental Goals)에서는 소득 혹은 지출 대비 10%와 25%를 초과하는 의료비로 정의하고 있다(UN Statistics Wiki, 2020). 의료비로 인한 빈곤화는 의료비 지출로 인해 빈곤해지는 가구의 비율로, 의료비로 인해 가계의 경제적 수준이 빈곤선 아래로 떨어질 경우, 필수적인 비의료 지출이 줄어들 우려가 있어 이를 반영하기 위해 사용된다. 국가마다 다른 기준선이 활용될 수 있으나 일반적으로 중위소득의 50%가 많이 활용된다.

□ 접근성

〈표 4-26〉에서 한국의료패널 자료에서 비용 때문에 의료서비스를 이용하지 못한 경험은 2011년 8.3%에서 2017년 5.2%로 감소하였다. 소득수준별로 살펴볼 경우 소득 집단간 격차가 큰 편인데 소득 2~5분위에서는 전반적으로 감소가 뚜렷하게 나타나지

만 소득 1분위에서는 2011년부터 2017년 사이에 감소와 증가를 반복하면서 크게 변화가 없다. 2017년 시점에 소득 1분위에서 경제적 이유로 인해 의료서비스를 이용하지 못한 경험에 있는 비율은 20.5%로 5명 중에 한 명이 의료서비스를 이용하지 못한 것으로 나타났다. 시간이나 이동상의 문제 등으로 의료서비스를 이용하지 못한 경험은 2011년 10.4%에서 2017년 8.3%로 감소하였다. 앞서와 마찬가지로 소득 2~5분위에서는 전반적으로 시간, 이동문제로 인한 미충족의료는 감소한 반면 소득 1분위에서는 증가와 감소 양상이 교차하다가 2017년에 8.3%인 것으로 나타났다.

〈표 4-26〉 미충족 의료이용 추이(18세 이상, 단위: %)

구분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
비용 때문에 이용하지 못함							
전체	8.3	7.7	9.8	7.1	6.3	6.3	5.2
1분위	17.6	18.5	25.5	18.7	16.1	19.6	20.5
2분위	12.3	11.1	12.8	10.5	6.7	8.2	5.5
3분위	9.3	7.8	7.5	7.7	5.6	5.2	3.2
4분위	4.9	5.8	7.5	3.1	3.7	3.6	3.8
5분위	3.6	2.4	5.2	2.9	4.7	3.2	1.9
시간, 이동 문제로 이용하지 못함							
전체	10.4	9.2	12.8	9.8	9.1	8.6	8.3
1분위	9.1	8.7	17.4	13.6	11.2	14.2	15.9
2분위	12.3	9.4	12.7	10.8	7.9	9.4	7.1
3분위	11.6	10.3	12.6	11.2	8.4	8.0	7.7
4분위	9.5	9.4	13.6	7.4	8.8	8.1	8.8
5분위	9.6	8.0	10.4	8.4	10.0	6.7	6.0

주: 가중치 적용.

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2019). 한국의료패널 4~10차 원자료.

□ 경제적 보호

〈표 4-27〉에서 지불능력의 40% 이상을 의료비로 지출한 재난적 의료비 발생 가구의 비율은 2011년 3.1%에서 2018년 2.8%로 소폭 감소한 양상이었다. 소득수준별로 살펴볼 경우 소득집단 간 차이가 확인되는데 소득 2~5분위에서는 전반적으로 감소한 것으로 나타났지만 소득 1분위에서는 2011년부터 2017년 사이에 소폭 증가하였다.

2017년 시점에 소득 1분위에서 재난적 의료비 경험율은 8.2%였다. 빈곤선을 중위소득 50%로 하여 의료비로 인한 빈곤화 정도를 평가한 결과 빈곤화율은 2011년 4.5%에서 2017년 4.4%로 크게 변화가 없었다. 소득 2~5분위에서는 전반적으로 의료비로 인한 빈곤화가 감소한 양상을 보였지만 소득 1분위에서는 거의 변화가 없었고 2018년 기준으로 80.9%, 즉 5명 중 4명이 의료비로 인한 빈곤화를 경험한 것으로 나타났다. 소득 1분위에서 의료비로 인한 빈곤화율이 거의 변함없이 유지되면서 전체집단에서의 의료비로 인한 빈곤화 발생률도 변화가 없는 것으로 보인다.

〈표 4-27〉 재난적 의료비 발생 및 의료비로 인한 빈곤화 추이(단위: %)

구분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
재난적 의료비 발생(지불능력 대비 40% 기준)								
전체	3.1	2.6	2.7	2.3	2.7	2.9	2.9	2.8
1분위	6.4	6.1	6.4	5.7	5.8	7.2	8.1	8.2
2분위	4.8	3.9	4.5	3.7	5.3	4.7	4.7	3.8
3분위	2.7	1.5	1.8	1.1	1.0	1.0	1.1	1.3
4분위	1.2	0.6	0.6	0.8	1.0	1.2	0.6	0.4
5분위	0.5	0.8	0.1	0.2	0.3	0.2	0.1	0.3
의료비로 인한 빈곤화(빈곤선 중위소득 50% 기준)								
전체	4.9	4.2	4.6	3.7	4.2	4.1	4.5	4.4
1분위	77.4	64.1	-	-	-	77.6	87.1	80.9
2분위	17.1	15.7	17.4	14.1	16.5	12.4	12.6	13.1
3분위	1.7	0.5	1.5	0.8	0.2	0.5	0.5	0.4
4분위	0.0	0.3	0.1	0.2	0.1	0.1	0.01	0.2
5분위	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.04	0.02	0.0

주: 가구단위 분석, 가중치 적용. 의료비로 인한 빈곤화 산출시 의료비 지출 전 소득이 설정한 빈곤선보다 낮은 경우 분석에서 제외함

자료: 한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소, (2020). 한국복지패널 10~14차 원자료.

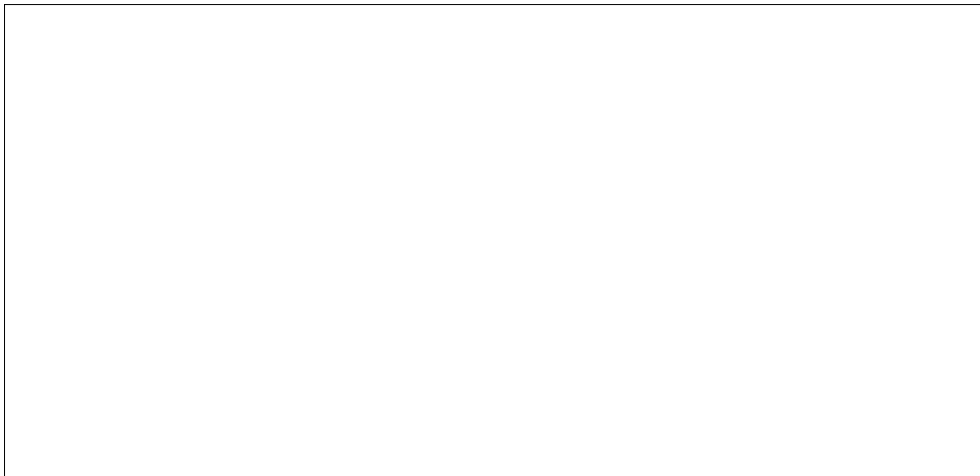
다. 의료의 질과 결과

일차의료는 보건의료시스템에서 첫 번째 관문 역할을 하는데 건강 증진 및 질병 예방, 새로운 건강 문제 관리, 대부분의 복잡하지 않은 사례 치료 등의 역할을 한다. 효과적인 일차의료는 일상적인 관리를 통해 피할 수 있는 입원을 예방하는 역할을 한다. 천식은 흔한 만성질환으로 효과적인 치료를 위한 근거가 잘 확립되어 있고 그 대부분이

일차의료를 통해 효과적으로 제공 될 수 있다는 점에서 일차의료의 질을 평가하기 위한 질환으로 종종 이용된다(OECD, 2019, p. 126). 당뇨병은 자가 관리가 중요한 질환으로 일차의료에서 상담 및 교육 제공 또한 중요한데(OECD, 2019c) 일상적인 모니터링, 식이 조절 및 규칙적인 운동을 통해 혈당 수치를 효과적으로 조절하면 심각한 합병증의 발병과 입원 발생을 줄일 수 있다(Wolters, Braspenning and Wensing, 2017). 일차의료의 질에 따라 이러한 질환들의 악화를 예방할 수 있으므로 이러한 질환으로 인한 입원은 일차 의료의 질과 접근성의 지표로 사용되어 왔다(OECD, 2019, pp. 126~129). 따라서 일차의료의 질을 보여주는 지표로 천식과 당뇨병으로 인한 입원 추이를 분석하였다.

[그림 4-21]에서 보면, 당뇨병으로 인한 피할 수 있는 입원은 전반적으로 감소해왔고 한국도 상당한 수준으로 감소해왔지만 2017년 기준으로 100,000명당 245명으로 여전히 OECD 평균(129명/100,000명)의 거의 두 배에 달한다. 천식으로 인한 입원 또한 꾸준히 개선되어 왔지만 2017년 기준으로 100,000명당 81명으로 여전히 OECD 평균(44.1명/100,000명)보다는 상당한 높은 수준이었다.

[그림 4-21] 우리나라, 노르웨이, 네덜란드, 호주, OECD의 당뇨와 천식으로 인한 입원율(100,000명당 성연령 표준화)



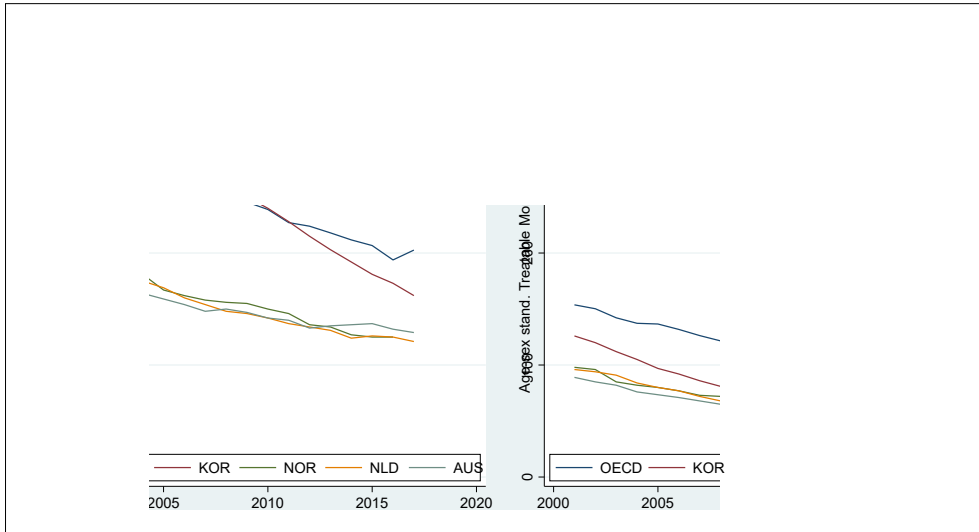
주: (좌측) 당뇨병으로 인한 입원: 15세 이상에서 단기, 장기 합병증으로 인한 입원과 합병증원이 관리되지 않는 당뇨병으로 인한 입원을 합산한 지표로 100,000명당 성, 연령 표준화 입원건, (우측) 천식으로 인한 입원: 15세 이상에서 천식을 주진단명으로 하는 100,000명당 성, 연령 표준화 입원건
 자료: OECD (2020). OECD Health Statistics 2020. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> 에서 2020.9.9.에 인출.

피할 수 있는 사망률은 다양한 질병 및 부상으로 인한 조기 사망을 줄이는 데 있어 공중 보건 및 의료 시스템의 효과를 평가하는 지표로 활용된다(OECD, 2019, p.72). 예방 가능한 사망은 주로 효과적인 공중 보건 및 1차 예방 개입을 통해 피할 수 있는 사망 원인으로 정의되며(예를 들어 발병률을 줄이기 위해 질병/부상 발생 전). 치료 가능한 (또는 조정 가능한) 사망률은 2차 예방 및 치료 (즉, 질병 발병 후, 환자 사망률을 줄이기 위해)를 포함하여 시의적절하고 효과적인 의료 개입을 통해 주로 피할 수 있는 사망 원인으로 정의된다 (OECD/Eurostat, 2019).¹⁵⁾ 2017년에는 OECD 국가에서 약 3백만 명의 조기 사망을 예방 및 의료 개입 개선을 통해 피할 수 있는 것으로 나타났는데 이는 모든 사망자의 1/4 이상에 해당한다. 이들 사망자 중 약 185만 명이 효과적인 1차 예방 및 기타 공중 보건 조치를 통해 예방 가능한 것으로 간주되었으며, 1백만 명이상이 보다 효과적이고 시기적절한 의료 개입을 통해 치료 가능한 것으로 간주된다 (OECD, 2019, p. 72).

[그림 4-22]에서 우리나라에서 예방가능한 사망은 2001년 100,000명당 361명에서 2017년 162명으로 절반 넘게 감소하였는데 2001년에는 OECD 평균(321명)보다 높은 수준이었지만 2017년(OECD 평균 204명)에는 낮은 수준이 되었다. 치료가능한 사망률은 2001년에 OECD 평균(154명)보다 낮았는데 100,000명당 126명에서 2017년 57명(OECD 평균 93명)으로 절반 넘게 감소하였다. 예방가능한 사망과 치료 가능한 사망 모두 OECD 평균이나 다른 비교국가들보다 빠르게 감소하였다. 다만 예방가능한 사망률은 2017년에도 다른 비교국가들에 비해서는 높은 편이었다.

15) 각 사망 원인을 예방 또는 치료 가능한 사망 범주로 분류하는 것은 주로 예방 또는 치료가 가능한 의료 개입인지 여부에 대한 기준을 기반으로 한다. 대체로 예방할 수 있고 일단 발생하면 치료할 수 있는 사망 원인은 이러한 질병을 예방하면 치료할 필요가 없다는 점에서 예방 가능한 범주로 분류된다. 예방 또는 치료 가능성 중 무엇이 더 우세하다는 강력한 증거가 없는 경우(예: 허혈성 심장 질환, 뇌졸중, 당뇨병), 두 범주에 각각 50 씩 나누는 방식으로 할당한다. 조기 사망의 연령 상한은 모든 원인에 대해 74세로 설정하고 있다(OECD/Eurostat, 2019).

[그림 4-22] 예방가능한 사망률 및 치료가능한 사망률 변화(100,000명당 성연령 표준화)



주: (좌측) (우측)

자료: OECD (2020). OECD Health Statistics 2020. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> 에서 2020.9.9.에 인출.

3. 함의도출과 사회보장제도의 발전방향

우리나라 보건지출은 OECD 다른 국가들에 비해서 매우 빠르게 증가하는 편인데 그 원인으로는 소득증가, 인구고령화, 의료기술 발달이 있으며 공적지출 증가 측면에서는 건강보험 보장성 강화도 중요한 요인이다. 즉, 소득증가로 인한 전반적인 의료이용 증가 및 고가 의료기술 이용 증가, 고령화로 인한 만성질환 증가 등이 보건지출 증가를 추동한다고 볼 수 있다. 보건지출 증가만을 놓고 그 자체로 긍정성 혹은 부정성을 논하기 어려우며 보건지출 증가가 실제 국민의 건강수준 및 삶의 질 향상으로 이어지는지에 대한 검토와 지속적인 모니터링이 중요하다. 본 연구에서 성과지표 추이를 살펴본 결과 전반적으로 건강수준도 향상되어온 것으로 나타났다. 기대수명은 2000년에 76.0세로 OECD 평균(76.9세)에 비해 낮은 수준이었지만 2018년에 82.7세로 증가하면서 OECD 평균(80.6세)을 크게 앞섰다. 의료서비스에 대한 접근성도 꾸준히 개선되어왔으며 가구의 의료비 부담도 전반적으로 완화되어온 것으로 나타났다. 다만 소득수준이 낮은 계층에서 이러한 혜택은 적은 것으로 나타났는데 보건의료 제도가 사회경제

적 수준에 상관없이 필요한 의료서비스에 대한 동등한 접근을 보장하고 의료서비스 이용이 가계의 경제적 어려움으로 이어지지 않도록 하는 추가적인 노력이 필요할 것으로 여겨진다. 의료 질로 볼 경우 의료적 개입으로 피할 수 있는 치료가 가능한 사망은 상당한 진전을 보였고 예방가능한 사망도 빠르게 감소한 것으로 나타났지만 2017년 기준으로 여전히 OECD 평균보다는 높은 수준이었고 만성질환으로 인한 예방가능한 입원을 살펴봤을 때 다른 나라에 비해 높은 수준으로 일차의료가 취약한 것으로 나타났다. 이는 향후 보건영역에 대한 공적지출의 비용 대비 가치를 높이기 위해서는 일차의료와 예방 가능한 사망을 개선하기 위한 노력이 필요함을 시사한다.

이러한 결과에 근거할 때 다음과 같은 중단기적인 정책의 발전방향을 제시할 수 있을 것이다. 우선은 지속적인 건강보장제도의 기능 및 역할 강화가 필요하다. 보건의료 영역에서 공적재원이 지속적으로 증가하고 있고 전반적인 의료접근성이나 의료비로 인한 경제적 부담도 완화되는 것으로 보이나 저소득층에서 의료접근성 수준은 크게 개선되지 않은 것으로 보이며 의료비로 인한 빈곤화 수준도 상당하다. 빈곤층을 위한 의료안전망으로 의료급여 제도가 있지만 부양의무자 기준 등으로 인해 현재 3% 정도만이 의료급여 수급자이다. 특히 의료급여 수급자가 아닌 경우 건강보험 가입자로 보험료를 납부해야 하는데 일부 집단은 건강보험료를 지불하지 못하기도 한다. 의료급여 제도 외에도 의료비로 인한 경제적 부담을 완화하기 위해 건강보험 급여서비스에 대해서는 본인부담상한제를, 비급여와 예비급여 등의 서비스에 대해서는 재난적의료비 지원제도를 시행 중에 있으며 치료에 필수적인 비급여서비스를 급여화하는 건강보험 보장성 강화가 이뤄지고 있다. 하지만 저소득층의 의료접근성 보장 및 의료비로 인한 빈곤화 예방을 위해서는 보다 실효성있는 방안에 대한 고민이 필요하다. 특히 의료이용 시점에 발생하는 본인부담은 저소득층의 의료이용에 경제적 장벽이 될 수 있다는 점에서 본인부담상한제나 재난적의료비 지원제도와 같이 사후적으로 의료비를 돌려주는 제도는 의료접근성 개선으로 이어지기 어려울 수 있다. 더 나아가, 질병을 경험하는 가구의 경제적 위험을 완화하기 위해서는 보장성 강화정책과 함께 상병수당, 유급병가 제도화 등 소득 상실 위험을 완화하는 접근이 필요하다. 선행연구에 따르면 가구주가 질병에 걸릴 경우 재난적 의료비 발생률이 더 크게 증가하였는데 가구주의 질병이 가구의 소득 상실로 이어지면서 재난적 의료비 발생 위험이 더 높아질 수 있다(김수진, 2019). 즉, 질병으로 인해 일을 중단해야 하는 경우 가계는 의료비 지출과 함께 소득의

감소라는 이중의 위험에 노출된다(김수진 외, 2018). 「한국판 뉴딜」 종합계획(관계부처 합동보도자료, 2020.7.14.)이 한국형 상병수당 도입을 사회안전망 강화 방안으로 포함하고 있는데 향후 질병으로 인한 가구의 경제적 위험을 줄이는 방향에서 제도가 도입될 수 있도록 노력이 필요할 것이다.

신체활동, 음주 등과 같은 생활습관 개선, 만성질환자에 대한 교육·상담 서비스 제공 등 질환의 사전예방과 질환 발생 후 악화를 예방하기 위한 사업이 강화되어야 한다. OECD 국가들에서 흡연, 음주, 비만 등의 위험수준이 높은 경우 보건지출 대비 건강성고가 상대적으로 좋지 않았다(OECD, 2019, pp. 34~35). 이는 보건지출의 성과를 개선하기 위해서는 건강위험행동 개선이 동반되어야 함을 의미한다. 특히 우리나라에서 치료가능한 사망률은 빠르게 개선되어 OECD 국가들 중에서도 낮은 편인데 공중보건, 일차예방 등과 관련된 예방가능한 사망률은 상당히 개선되었음에도 다른 선진국들에 비해서는 높은 편이다. 일부 선진국들에서는 생활습관변화가 건강개선을 위해 더 효과적이고 저렴한 방법일수 있다는 점에서 사전예방서비스를 강화하기 위한 제도들을 도입하고 있다. 앞서 살펴본 것처럼 노르웨이는 국가건강보험(National Insurance Scheme, NIS)에 표준녹색처방체계를 도입하여 의료인이 의약품 처방에 앞서 영양관리, 신체활동과 같은 생활습관 변화를 위한 프로그램을 처방하도록 경제적 인센티브를 제공한다. 미국 예방서비스위원회(USPSTF)는 교육상담, 예방적 약물치료 등 근거에 기반하여 임상적 예방서비스에 관한 권고안을 마련한다(USPSTF, 2015). 예방서비스의 강화는 예방적 서비스에 대한 건강보장 강화, 의료전달체계에서 일차의료의 역할 강화와 함께 지역사회기반 건강증진사업이 함께 이뤄져야 한다. 특히 건강식생활 실천, 신체활동 등은 전반적으로 개선되고 있지만 그 수준이나 개선정도에 있어 소득수준, 교육수준에 따른 격차가 존재하며(김동진, 2018) 이는 곧 건강수준의 격차로 이어진다. 지역사회 통합건강증진 사업의 역할 강화 등을 통해 시간적, 경제적 제한으로 관련 정보가 부족하거나 생활습관 개선을 위한 여력이 없는 계층이 더 많은 건강증진서비스에 노출될 수 있도록 공공자원의 배치와 투자가 필요하다.

마지막으로 사람중심의 가치기반 보건의료제도로의 전환을 위한 지속적인 모색이 필요하다. OECD 보건장관회의(2017년 1월)는 보건의료제도의 개혁 방향을 '사람 중심 의료'로 설정하는 등 니즈변화, 기술발전에 따른 새로운 보건의료제도의 방향성이 제시되고 있다. 의료서비스 제공에 있어 환자에게 미치는 피해를 최소화하기 위한 환

자안전 강화 노력부터 의료서비스 제공에 있어 환자 참여 확대, 환자중심의 보건의료 서비스 평가, 서비스 연계 등 환자를 중심으로 한 통합적 보건의료서비스 전달 등이 모두 포함된다. 환자안전은 건강개선이라는 의료서비스 제공의 궁극적인 목적과 동일선상에 있다는 점에서 소홀히 해서는 안 되는 영역이며 환자 안전사고의 발생은 경제적 측면에서 보건의출의 효율성을 떨어뜨리고 사회적으로 보건의료제도에 대한 국민들의 신뢰를 떨어뜨릴 수 있다. 또한 의료서비스 제공 과정과 그 결과에 대한 환자 관점의 적극적인 반응이 필요하다. 의료이용경험 평가나 환자가 보고하는 건강결과 평가 등을 통해 사람중심적인 보건의료제도로의 발전이 필요하다. 더 나아가 이러한 접근은 서비스 제공주체가 아니라 환자를 중심으로 한 통합적인 서비스 제공으로 이어져야 할 것이다.

제4절 기대수명

1. 복지재정 방향 설정을 위한 기대수명 변화 분석

가. 필요성

우리나라 평균수명은 지난 45년간 연평균 0.46세씩 빠르게 증가하고 있으며, 사망력과 크게 관련된 고령인구 증가 속도는 1970년 이후 지난 45년간 전체 인구에 비해 9배나 빠르게 진행되고 있다.

연령별 사망률 개선 패턴에서 과거 높았던 영유아 사망률이 이미 안정적으로 낮은 수준에 도달함에 따라 저연령층 사망률 개선이 감소하는 반면, 고령층 사망률 개선은 다소 빨라지는 양상을 보이고 있다. 세계적으로 65세 이상 고령층의 만성질환에 의한 사망률 감소가 기대수명 신장의 절반 이상을 설명할 수 있는 요인이며, 우리나라 기대수명 또한 영유아 사망의 기여에서 노년층의 기여도가 점차 커지는 것으로 나타났다. 최근 암과 뇌혈관질환이 기대수명 신장에 큰 기여를 한 것으로 나타나고 있다. 이러한 결과는 복지재정 분야의 의료비 지출이 관여한 바 크다 할 수 있다.

따라서 사망률 변화에 따른 기대수명 신장의 양적 분석은 기대수명 신장을 위한 복지재정 수립에 있어서 중요한 근거자료가 될 수 있다.

나. 연구자료 및 방법

1) 자료의 출처

본 연구에서는 통계청에 공표된 생명표와 사망원인통계(ICD-10)를 이용하여 한국인의 사망률 변화에 의한 기대수명의 기여 및 관련 요인을 계량적으로 측정 분석하였다.

생명표는 2018년 생명표(통계청, 2019)의 1998년, 2008년, 2018년 생명표를 주 자료로 이용하였으며, 사망자료는 통계청(2019)에서 공식 발표한 1998년, 2008년, 2018년 사망원인 통계연보의 원자료 (ICD-10에 의한 분류가능자료)를 이용하였다.

2) 자료의 특성

과거 우리나라의 사망신고는 의사의 사망진단이 없어도 인우증명으로 사망신고를 할 수 있는 예외항목이 있기 때문에 완전성과 정확성에서 크게 문제되어 왔다. 특히 사 인자료를 이용함에 있어 신뢰성을 떨어뜨리는 근원은 적기에 모든 사망 신고가 이루어 지지 못하여 그 양적 규모가 불완전하다는 점, 그리고 연령별 신고율의 차이가 심하며 특히 0세 및 1-4세에서의 신고누락이 큰 점 등이 있다.

우리나라가 사망원인통계를 공식적으로 발표한 것은 1966년이나 그 이후 신뢰성 있는 자료수집의 미비로 사망원인통계의 생산이 중단되었다가 1979년 이후 점차 개선 발표되어 매년 정기적으로 보고되면서 오늘에 이르고 있다.

우리나라 특별조사에 의해 발표된 공식적인 최초의 생명표는 1980년 인구동태표본 조사 결과를 기초로 작성된 “1978-79 한국인의 생명표”로 그 이후 최근까지 누적되어 온 사망신고자료에 의한 주기적인 생명표 작성의 필요에 따라 생명표를 작성하였다.

본 연구의 생명표 기초자료는 1998-2018년까지 신고된 성·연령별 사망자수와 성·연령별 추계인구(1998-2018년) 및 주민등록연앙인구(1985년 이후)를 사용하였다.

3) 분석 방법

본 연구를 위하여 통계청에서 공표된 1998년, 2008년, 2018년 생명표를 이용하였으며 사망자료는 통계청의 1998년, 2008년과 2018년 사망원인통계 데이터 파일을 이용하였다. 사인의 중요도를 고려하여 2018년 10대 사인을 분석대상으로 하였다.

사망력 변화에 의한 기대수명 신장의 기여 양상을 연령별, 사인별로 측정하기 위하여 Arriaga(1984)의 연구방법을 이용하였으며, 사인구조 변화에 의한 기대수명의 기여효과 측정방법은 다음과 같다.

기준년도(0년)에서 비교년도(1년)까지 특정연령그룹에서 사망력의 변화에 의한 기대수명에 대한 기여 즉, $SAC_f(e_x)$ (the change of mortality in specific age group; SAC)는 다음 (1)의 식으로 나타낼 수 있다.

$$SAC_j(e_x) = F(m_j^1 - m_j^0) \quad (1)$$

만약 연령그룹 j 에서 전사망력의 변화를 $C_j = m_j^1 - m_j^0$ 로 나타낸다면, 각 사인(C)에 대한 사망력 변화는 ${}_cC_j = {}_cm_j^1 - {}_cm_j^0$ 로 나타낼 수 있다.

특정 연령그룹에서 사망력 변화는 $C_j = \sum_{c=1}^s {}_cC_j$ (s 는 전사인그룹)로서 같은 연령 그룹에서 각 사인들에 의한 사망력 변화의 합과 동일하며 특정연령 그룹에서 각 사인의 변화에 의하여 만들어진 평균수명에 대한 기여정도(2)는

$${}_cSAC_j(e_x) = SAC_j(e_x) \frac{{}_cC_j}{C_j} \quad (2)$$

전 사망력에 대한 비율로 나타낼 수 있다.

다. 연구 결과

1) 평균수명의 추이

〈표 4-28〉은 1925년부터 2018년까지 기대수명의 추이를 나타낸 표이다.

2018년 남녀 기대수명은 남녀 각각 79.74년, 85.73년으로 분석 기준시기인 1998년 이후 남녀 각각 8.49년과 6.74년 증가하였다. 최근 10년간(2008-2018년) 평균수명의 신장 속도는 이전 비교년도보다 감소하는 것으로 나타났다. 남녀간 기대수명의 차이도 점차 감소하는 양상을 보이고 있다.

〈표 4-28〉 기대수명 추이, 1925~2018

연 도	남 자			여 자		
	수준	연평균		수준	증가년수	변화(%)
		증가년수	변화율(%)			
1925-30	32.33	-	-	34.75	-	-
1935-40	40.58	-	-	44.66	-	-
1945-50	45.55	-	-	50.69	-	-
1961	54.92	-	-	60.99	-	-
1971	58.99	0.41	7.41	66.07	0.51	8.33
1981	62.28	0.33	5.58	70.54	0.45	6.77
1990	67.46	0.58	8.32	75.87	0.53	7.56
1998	71.25	0.47	5.62	78.99	0.31	4.11
2008	76.25	0.50	7.02	82.96	0.40	5.03
2018	79.74	0.35	4.58	85.73	0.28	3.34

2) 연령군별 기대수명에 대한 기여

〈표 4-29〉, 〈표 4-30〉은 1998년, 2008년, 2018년의 생명표(통계청, 2019) 자료를 이용하여 1998-2008년, 2008-2018년 2개 구간으로 나누어 기대수명에 대한 연령별 기여도의 변화를 Arriaga(1984)의 연구방법을 이용하여 산출한 결과이다.

남자의 연령별 기대수명의 기여도를 보면 1998-2008년 0세의 경우 기대수명의 신장에 0.250년(5.01%)의 기여도를 보였으며 2008-2018년 0세의 경우 0.027년(0.78%)으로 이전 시기(1998-2008년)보다 기대수명의 신장의 기여가 감소한 반면, 65세 이후 연령군에서 상대적으로 기여도가 증가하였다.

양시기(1998-2008년, 2008-2018년) 남자 65세 이후 연령군의 기여년수는 각각 1.717년(34.35%), 1.958년(56.10%)으로 최근 10년간(2008-2018년) 기여년수가 크게 증가한 것으로 나타났다.

2개 비교기간을 요약하면, 1998년 이후 2018년까지 시계열적으로 영아사망 개선에 따라 0세에서 기대수명에 대한 기여도가 감소하는 양상인 반면, 65세 이상 연령군에서 점차적으로 기대수명에 대한 기여 비중이 커지는 것으로 나타났다.

여자의 연령별 기대수명에 대한 기여도를 보면, 1998-2008년 0세의 경우 0.261년(6.59%)의 기여도를 보였으며 2008-2018년 0세의 경우 0.067년(2.41%)으로 이전 시기(1998-2008년)보다 기대수명 신장에 대한 기여도가 감소한 반면, 65세 이후 연령군에서 상대적으로 기여도가 증가하였다.

1998-2008년과 2008-2018년 양 기간 65세 이후 연령군의 기여년수는 남자는 각각 1.717년(34.35%), 1.958년(56.10%)으로 증가하였으며, 여자는 각각 2.403년(60.56%), 2.017년(72.75%)으로 최근 10년간(2008-2018년) 남녀 공히 기여도가 65세 이후 증가하는 양상을 보이고 있다.

남녀별로 보면, 특히 여자의 경우 75세 이상 고연령에서 기대수명에 대한 기여도가 증가하였다. 점차적으로 최근 0세에서 기대수명에 대한 기여는 작아지는 반면, 중장년과 노령층에서 기대수명에 대한 기여도가 커지는 양상이다.

기여년수는 남자의 경우 1998-2008년 60-64세군, 2008-2018년 70-74세군에서 Peak를 보이는 양상이며, 여자는 기여년수가 고연령으로 갈수록 점차적으로 증가하는 양상이다.

1998년-2018년을 통합하여 보면<표 4-31, 그림 4-25>, 남자의 기여도는 70-74세 연령군에서 Peak를 보이며, 여자는 80세 이후 고연령에서 기여도가 증가하는 양상을 보이고 있다.

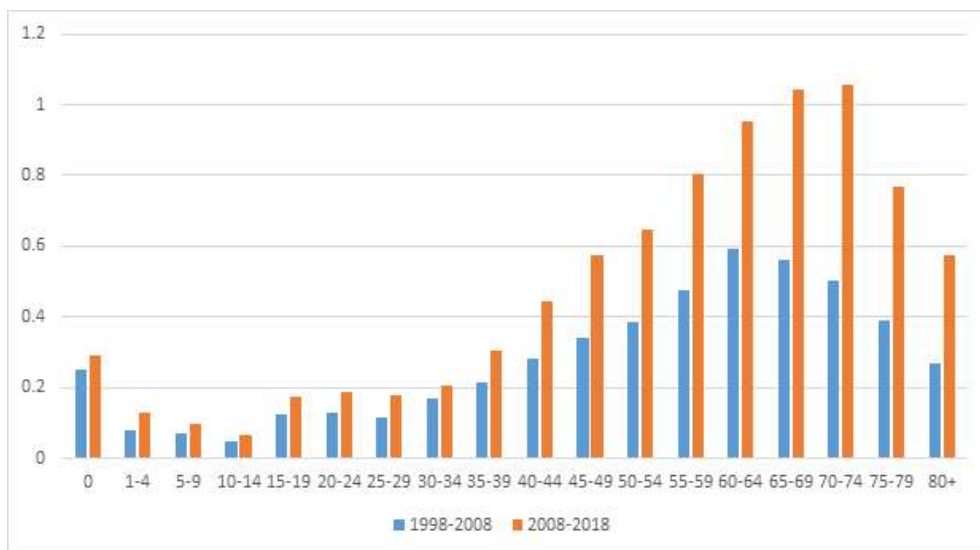
〈표 4-29〉 연령별 기대수명 변화에 대한 기여도(남자), 1998-2008, 2008-2018

연령	1998 - 2008		2008 - 2018	
	남		녀	
	기여년수	%	기여년수	%
0	0.250	5.01	0.027	0.78
1-4	0.080	1.60	0.046	1.33
5-9	0.070	1.41	0.022	0.62
10-14	0.049	0.99	0.014	0.41
15-19	0.125	2.49	0.042	1.20
20-24	0.131	2.61	0.049	1.41
25-29	0.115	2.30	0.058	1.65
30-34	0.169	3.37	0.026	0.74
35-39	0.216	4.31	0.072	2.05
40-44	0.280	5.60	0.144	4.13
45-49	0.340	6.80	0.208	5.95
50-54	0.387	7.75	0.229	6.55
55-59	0.477	9.55	0.287	8.23
60-64	0.594	11.87	0.309	8.85
65-69	0.561	11.21	0.467	13.39
70-74	0.501	10.02	0.598	17.13
75-79	0.388	7.76	0.446	12.76
80+	0.268	5.35	0.448	12.82
전체	5.000	100.00	3.491	100.00

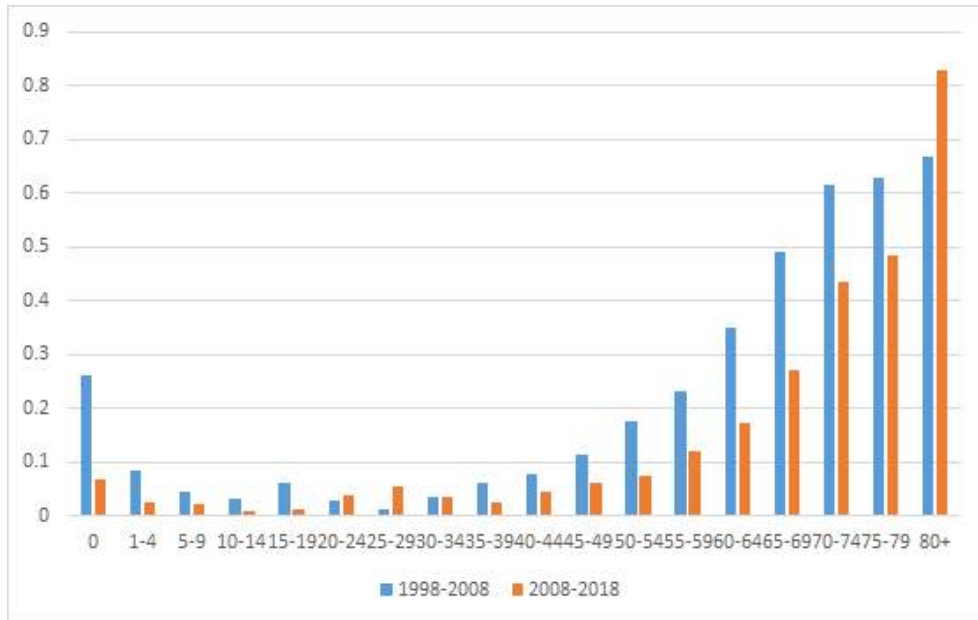
〈표 4-30〉 연령별 기대수명 변화에 대한 기여도(여자), 1998-2008, 2008-2018

연령	기간	1998 - 2008		2008 - 2018	
		남		녀	
		기여년수	%	기여년수	%
0		0.261	6.59	0.067	2.41
1-4		0.084	2.11	0.026	0.93
5-9		0.046	1.16	0.021	0.77
10-14		0.031	0.77	0.007	0.27
15-19		0.062	1.56	0.010	0.37
20-24		0.027	0.67	0.037	1.33
25-29		0.012	0.30	0.056	2.00
30-34		0.035	0.88	0.034	1.22
35-39		0.061	1.53	0.026	0.94
40-44		0.077	1.94	0.045	1.63
45-49		0.114	2.86	0.061	2.18
50-54		0.174	4.40	0.074	2.68
55-59		0.232	5.85	0.120	4.31
60-64		0.350	8.81	0.172	6.21
65-69		0.490	12.36	0.271	9.78
70-74		0.615	15.49	0.434	15.64
75-79		0.630	15.87	0.485	17.51
80+		0.668	16.84	0.827	29.83
전체		3.967	100.00	2.773	100.00

[그림 4-23] 연령별 기대수명 변화에 대한 기여도(남자), 1998-2008, 2008-2018



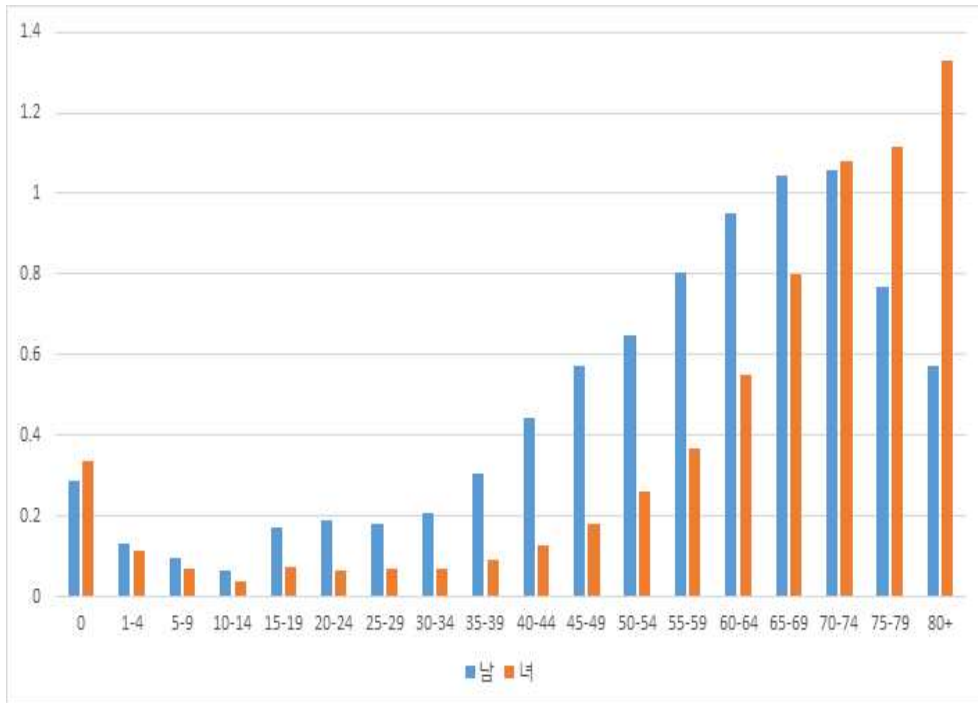
[그림 4-24] 연령별 기대수명 변화에 대한 기여도(여자), 1998-2008, 2008-2018



〈표 4-31〉 남녀 기대수명 변화에 대한 기여도, 1998-2018

연령	기간	1998 - 2018		1998 - 2018	
		남		녀	
		기여년수	%	기여년수	%
0		0.289	3.40	0.337	5.00
1-4		0.130	1.53	0.112	1.66
5-9		0.096	1.13	0.069	1.02
10-14		0.066	0.78	0.039	0.58
15-19		0.173	2.04	0.075	1.11
20-24		0.187	2.21	0.064	0.96
25-29		0.179	2.11	0.068	1.00
30-34		0.207	2.43	0.070	1.05
35-39		0.303	3.57	0.090	1.33
40-44		0.445	5.24	0.126	1.87
45-49		0.574	6.76	0.181	2.69
50-54		0.646	7.61	0.261	3.87
55-59		0.802	9.45	0.369	5.47
60-64		0.952	11.21	0.550	8.16
65-69		1.045	12.30	0.801	11.88
70-74		1.056	12.43	1.082	16.05
75-79		0.766	9.03	1.118	16.58
80+		0.573	6.75	1.329	19.72
전체		8.492	100.00	6.740	100.00

[그림 4-25] 남녀 기대수명 변화에 대한 기여도, 1998-2018



3) 주요사인의 기대수명에 대한 기여

1998년과 2008년, 2018년 사망원인통계와 1998년과 2008년, 2018년 생명표를 이용하여 20년 동안 각 연령 내에서 주요사인의 변화가 기대수명 신장에 대한 기여정도를 산출한 결과는 다음과 같다<표 4-32~35, 그림 4-26, 그림 4-27>.

남자의 2008년-2018년 사망률 감소에 의한 평균수명의 신장에 대한 기여도는 암(1.223년), 뇌혈관질환(0.659년), 심장질환(0.303년), 당뇨병(0.225년) 등 순으로 (+) 기여를 한 사인으로 나타났으며, 폐렴(0.341년), 고혈압, 알츠하이머가 (-)기여 사인으로 나타났다.

남자 0세의 모든 주요사인이 (+)기여사인으로 나타났다. 65세 이후 연령군에서는 폐렴, 고혈압, 알츠하이머를 제외한 질환들이 (+) 기여사인으로 나타났으며, 특히 폐렴의 경우 40세 이후 연령군에서 (-) 기여로 나타났다.

자살은 주로 30-54세 연령군에서 (-) 기여를 한 것으로 나타났으며, 고혈압은 40세 이후 연령군에서 일관성 있게 (-) 기여 사인으로 나타났다. 10대 주요사인을 제외한 기타사인은 전 연령에서 (+) 기여를 나타내고 있으며 기여년수는 1.124년으로 나타났다.

여자의 경우는 뇌혈관질환(0.744년), 암(0.504년), 심장질환(0.487년), 당뇨병(0.243년) 등 순으로 (+) 기여를 한 사인으로 나타났으며, 폐렴(-0.369년), 알츠하이머는 (-) 기여 사인으로 나타났다.

남자 0세의 간질환을 제외한 사인은 (+) 기여사인으로 나타났다. 65세 이후 고연령군에서는 폐렴, 알츠하이머를 제외한 질환들이 (+) 기여사인으로 나타났다. 특히 폐렴의 경우 남자와 같이 40세 이후 연령군에서 (-) 기여사인으로 나타났다.

자살은 10-19세를 제외한 모든 연령군에서 (+) 기여를 나타냈으며, 여자의 고혈압은 남자와 다르게 모든 연령군에서 (+) 기여한 것으로 나타났다.

10대 주요사인을 제외한 기타사인은 전 연령군에서 (+) 0.807년을 기여한 것으로 나타나며, 남자가 여자보다 10대 주요 선정사인에 의한 기대수명 신장에대한 기여도 비중이 큰 것으로 나타났다.

1998-2008년 사망률 감소에 의한 남자 평균수명 신장에 대한 기여도는 뇌혈관질환(0.796년), 암(0.526년), 간질환(0.516년), 심장질환(0.289년) 등 순으로 나타났으며, 알츠하이머(-0.024년), 자살은 (-) 기여사인으로 나타났다.

알츠하이머와 자살은 각각 40세 이후와 75세 이상 연령군에서 (-) 기여를 한 것으로 나타났다.

10대 주요사인을 제외한 기타사인은 전 연령에서 (+) 기여를 보이고 있으며 기여년수는 2.565년으로 나타났다.

여자의 기대수명에 대한 기여도는 뇌혈관질환(0.931년), 암(0.203년), 심장질환(0.201년), 당뇨병(0.186년) 등 순으로 (+) 기여를 한 사인으로 나타났으며, 자살(-0.151년), 알츠하이머, 폐렴은 (-) 기여사인으로 나타났다.

여자 65세 이후 연령에서는 자살과 알츠하이머를 제외한 질환이 (+) 기여사인으로 나타났으며, 특히 자살의 경우 25세 이후 연령에서 (-) 기여를 한 것으로 나타났다.

기타사인은 20-24세를 제외한 전 연령에서 (+) 기여를 나타내고 있으며 기여년수는 2.383년으로 나타났다.

최근 2008-2018년 10년 간 주요사인의 사인에 대한 특징을 보면, 남자는 암, 여자

는 뇌혈관질환이 가장 많은 기여를 보였으며, 남녀 공통적으로 폐렴이 사망력 증가에 의하여 기대수명 신장에 가장 많은 (-)기여를 한 사인으로 나타났다.

연령별 양상은 여자가 남자보다 (+) 기여 연령이 많으며, 특히 65세 이후 연령에서 (+) 기여가 상대적으로 많은 것으로 나타났다.

1998년-2008년과 2008년-2018년 기대수명에 대한 기여의 특징은 남녀 공히 알츠하이머는 20년간 (-) 기여를 한 사인으로 나타나고 있으며, 자살은 1998년-2008년 (-) 기여 사인에서 2008-2018년 (+)기여사인으로 변화하였다. 남자의 고혈압과 폐렴은 1998년-2008년 (+) 기여사인에서 2008년-2018년 (-) 기여사인으로 변화한 것으로 나타났다.

〈표 4-32〉 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도(남자, 1998-2008)

연령	암	당뇨병	알츠하이머	고혈압	심장질환	뇌혈관	폐렴	만성하기도	간질환	자살	기타사인
0	0.000	0.000	0.000	-0.013	-0.010	-0.013	-0.002	-0.003	0.000	0.290	0.290
1-4	0.004	0.000	0.000	0.000	0.004	-0.001	0.004	0.001	0.001	0.000	0.067
5-9	0.000	0.000	0.000	0.000	0.003	0.002	0.002	0.000	0.000	0.001	0.064
10-14	0.005	0.000	0.000	0.000	0.002	0.001	0.001	0.000	0.000	0.001	0.039
15-19	0.009	0.001	0.000	0.000	0.008	0.001	0.001	0.000	0.001	0.006	0.099
20-24	0.002	0.000	0.000	0.000	0.005	0.003	0.001	0.000	0.001	0.003	0.116
25-29	0.004	0.000	0.000	0.000	0.006	0.005	0.001	0.001	0.004	0.006	0.088
30-34	0.013	0.002	0.000	0.000	0.012	0.007	0.001	0.001	0.012	0.014	0.107
35-39	0.021	0.003	0.000	0.000	0.015	0.011	0.002	0.001	0.040	0.002	0.119
40-44	0.036	0.007	0.000	0.002	0.019	0.021	0.003	0.002	0.065	0.012	0.112
45-49	0.056	0.013	0.000	0.003	0.026	0.030	0.004	0.003	0.077	0.005	0.123
50-54	0.080	0.016	0.000	0.004	0.030	0.049	0.004	0.005	0.074	0.000	0.125
55-59	0.120	0.027	0.000	0.007	0.036	0.068	0.006	0.006	0.073	-0.001	0.136
60-64	0.141	0.043	-0.001	0.012	0.050	0.117	0.008	0.013	0.066	-0.005	0.148
65-69	0.090	0.030	-0.002	0.017	0.040	0.164	0.012	0.013	0.054	-0.023	0.165
70-74	0.025	0.021	-0.005	0.018	0.031	0.165	0.002	0.018	0.029	-0.020	0.217
75-79	-0.012	0.018	-0.004	0.012	0.021	0.109	-0.001	0.008	0.013	-0.006	0.230
80+	-0.067	-0.001	-0.012	-0.002	-0.005	0.054	-0.018	-0.001	0.007	-0.008	0.320
전체	0.526	0.179	-0.024	0.074	0.289	0.796	0.019	0.071	0.516	-0.011	2.565

〈표 4-43〉 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도(여자), 1998-2008

연령	암	당뇨병	알츠하이머	고혈압	심장질환	뇌혈관	폐렴	만성하기도	간질환	자살
0	-0.004	-0.001	0.000	0.000	-0.023	-0.006	-0.016	-0.001	-0.002	0.000
1-4	0.004	0.000	0.000	0.000	0.002	0.002	0.004	0.001	0.000	0.000
5-9	-0.001	0.000	0.000	0.000	0.001	0.002	0.001	0.000	0.001	0.001
10-14	0.006	0.000	0.000	0.000	0.003	0.000	0.000	0.000	0.000	0.004
15-19	0.062	0.003	0.000	0.000	0.000	0.004	0.002	0.001	0.001	0.001
20-24	0.027	0.004	0.000	0.000	0.000	0.006	0.002	0.000	0.000	0.000
25-29	0.003	0.000	0.000	0.000	0.002	0.001	0.000	0.000	0.001	-0.018
30-34	0.005	0.000	0.000	0.000	0.005	0.003	0.001	0.000	0.002	-0.023
35-39	0.016	0.001	0.000	0.001	0.007	0.005	0.000	0.001	0.004	-0.016
40-44	0.020	0.002	0.000	0.001	0.009	0.013	0.000	0.002	0.007	-0.017
45-49	0.022	0.003	0.000	0.003	0.015	0.025	0.002	0.002	0.010	-0.012
50-54	0.036	0.009	-0.001	0.005	0.019	0.041	0.001	0.001	0.020	-0.007
55-59	0.044	0.015	0.000	0.006	0.024	0.062	0.002	0.003	0.026	-0.002
60-64	0.047	0.034	0.000	0.012	0.035	0.112	0.004	0.007	0.025	-0.006
65-69	0.042	0.052	-0.002	0.017	0.046	0.182	0.004	0.014	0.019	-0.011
70-74	0.039	0.047	-0.006	0.022	0.047	0.198	0.005	0.022	0.016	-0.008
75-79	-0.009	0.031	-0.011	0.017	0.039	0.173	0.000	0.022	0.011	-0.007
80+	-0.072	-0.008	-0.038	-0.024	-0.041	0.114	-0.038	0.017	0.006	-0.009
전체	0.203	0.186	-0.057	0.061	0.201	0.931	-0.028	0.091	0.146	-0.151

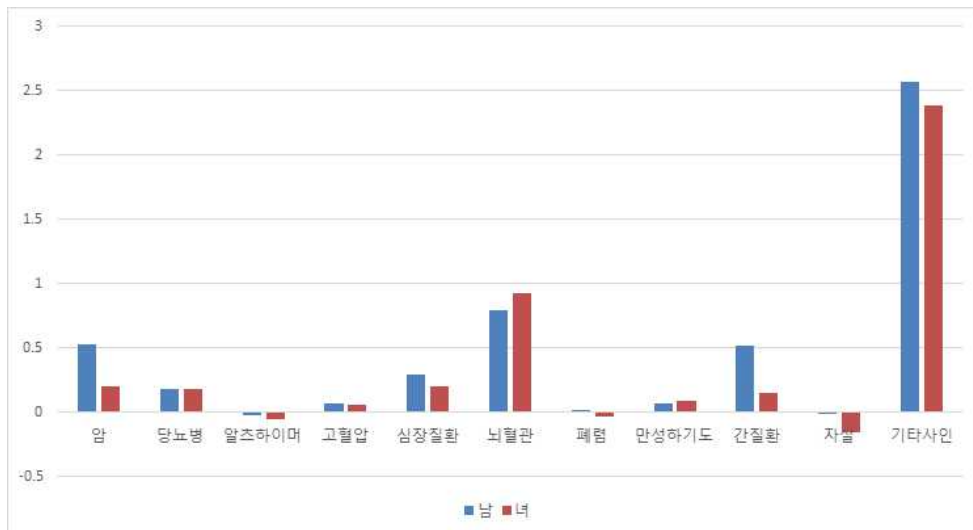
〈표 4-34〉 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도(남자, 2008-2018)

연령	암	당뇨병	알츠하이머	고혈압	심장질환	뇌혈관	폐렴	만성하기도	간질환	자살	기타사인
0	0.000	0.000	0.000	0.000	0.005	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.021
1-4	0.006	0.000	0.000	0.000	0.001	0.002	0.001	0.001	-0.001	0.000	0.037
5-9	0.003	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.018
10-14	0.004	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000	-0.003	0.012
15-19	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002	0.001	0.000	0.000	0.001	0.001	0.037
20-24	0.004	0.000	0.000	0.000	0.003	0.000	-0.001	0.000	0.001	0.005	0.037
25-29	0.007	0.000	0.000	-0.001	0.006	0.001	-0.001	0.000	0.000	0.001	0.045
30-34	0.007	0.000	0.000	-0.001	0.002	0.001	0.000	0.000	0.001	-0.013	0.030
35-39	0.014	0.003	0.000	0.000	0.009	0.003	0.000	0.000	0.008	-0.010	0.045
40-44	0.037	0.007	0.000	-0.002	0.015	0.007	-0.001	0.000	0.021	-0.013	0.072
45-49	0.071	0.011	0.000	-0.003	0.017	0.015	-0.002	0.002	0.031	-0.008	0.074
50-54	0.101	0.015	0.000	-0.009	0.020	0.023	-0.005	0.003	0.034	-0.005	0.052
55-59	0.149	0.021	0.000	-0.011	0.020	0.034	-0.011	0.005	0.025	0.003	0.053
60-64	0.167	0.023	-0.001	-0.018	0.013	0.054	-0.015	0.011	0.017	0.009	0.050
65-69	0.207	0.034	0.000	-0.012	0.030	0.078	-0.020	0.023	0.015	0.022	0.092
70-74	0.230	0.047	0.000	-0.017	0.043	0.124	-0.032	0.038	0.018	0.020	0.125
75-79	0.173	0.031	-0.004	-0.019	0.036	0.134	-0.064	0.058	0.005	0.004	0.091
80+	0.044	0.033	-0.023	0.003	0.077	0.180	-0.191	0.075	0.004	0.011	0.234
전체	1.223	0.225	-0.028	-0.091	0.303	0.659	-0.341	0.217	0.178	0.023	1.124

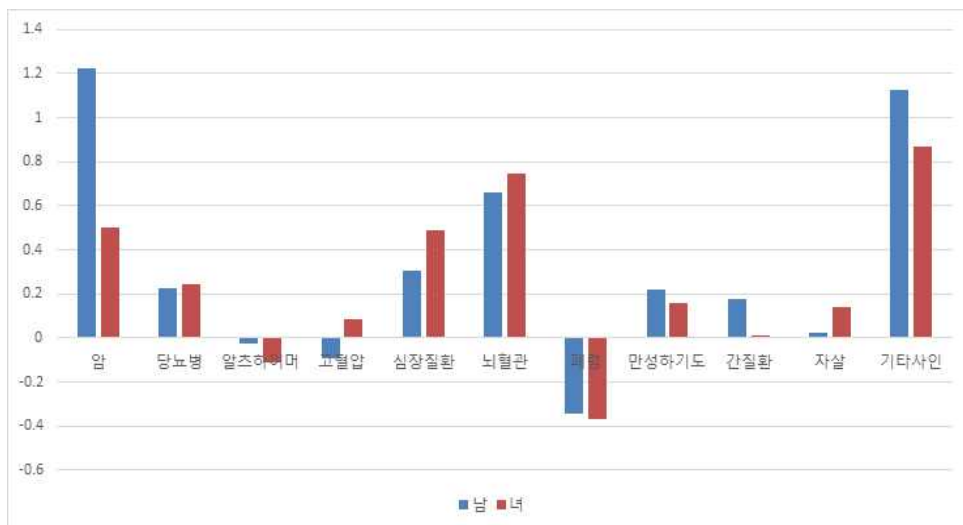
〈표 4-35〉 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도(여자, 2008-2018)

연령	암	당뇨병	알츠하이머	고혈압	심장질환	뇌혈관	폐렴	만성하기도	간질환	자살
0	0.001	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	-0.001	0.000
1-4	-0.001	0.000	0.000	0.000	0.003	0.000	0.001	0.000	0.001	0.000
5-9	0.002	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000
10-14	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.001	0.001	0.000	0.000	-0.002
15-19	0.005	0.001	0.000	0.000	0.002	-0.001	0.000	0.000	-0.001	-0.006
20-24	-0.002	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.001	0.022
25-29	0.009	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.034
30-34	0.012	0.001	0.000	0.000	0.003	0.001	0.000	0.001	-0.001	0.010
35-39	0.007	0.000	0.000	0.000	0.004	0.003	0.000	0.000	-0.002	0.006
40-44	0.020	0.002	0.000	0.001	0.005	0.006	-0.001	0.001	-0.003	0.002
45-49	0.027	0.003	0.000	0.001	0.008	0.007	-0.001	0.001	-0.002	0.003
50-54	0.033	0.005	0.001	0.001	0.012	0.012	-0.001	0.001	0.000	0.001
55-59	0.051	0.014	0.000	0.002	0.017	0.020	-0.003	0.003	0.000	-0.001
60-64	0.066	0.019	-0.001	0.005	0.024	0.033	-0.004	0.002	0.002	0.007
65-69	0.083	0.030	0.000	0.008	0.038	0.069	-0.007	0.005	0.006	0.012
70-74	0.095	0.056	0.002	0.016	0.073	0.121	-0.014	0.016	0.005	0.012
75-79	0.086	0.057	-0.002	0.024	0.102	0.154	-0.038	0.029	0.005	0.015
80+	0.010	0.054	-0.111	0.028	0.187	0.318	-0.302	0.100	0.002	0.027
전체	0.504	0.243	-0.112	0.087	0.487	0.744	-0.369	0.161	0.013	0.143

[그림 4-26] 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도, 1998-2008



[그림 4-27] 주요사인의 변화에 대한 기대수명 신장의 기여도, 2008-2018



4) 노령인구의 기대수명에 대한 기여

〈표 4-36〉, 〈표 4-37〉은 2001년 통계청에서 공표한 1998년, 2008년, 2018년 생명표를 기초로 한 자료이다.

1998년 이후 2018년까지 65세 이후 연령군의 남녀 생존확률과 기대여명의 추이를 보면, 남녀 공히 점차적으로 증가하는 양상으로 2018년 65세 이후 생존확률은 남자 87.9%, 여자 94.7%로 나타났으며, 65세 이후 기대여명은 남자 18.7년, 여자 22.8년으로 나타났다.

〈표 4-36〉 노령인구 기대여명 생존 확률(남자), 1998-2018

년도	기대여명						생존확률		
	0세	65세	70세	75세	80세	85+	65세	75세	85세
1998	71.2	14.0	10.9	8.3	5.3	4.7	73.1	48.3	17.1
2008	76.2	16.3	12.8	9.7	7.1	5.2	83.1	63.0	28.4
2018	79.7	18.7	14.8	11.1	8.1	5.7	87.9	73.9	40.5

〈표 4-37〉 노령인구 기대여명 생존 확률(여자), 1998-2018

년도	기대여명						생존확률		
	0세	65세	70세	75세	80세	85+	65세	75세	85세
1998	79.0	18.0	14.1	10.7	7.9	5.8	88.6	72.4	37.0
2008	83.0	20.7	16.4	12.5	9.1	6.4	92.8	82.4	52.1
2018	85.7	22.8	18.3	14.1	10.3	7.1	94.7	88.4	64.0

〈표 4-38〉은 〈표 4-29〉, 〈표 4-30〉을 기초하여 1998년-2008년, 2008-2018년의 2개구간 년도별 65세 이후 연령군을 세분화하여 평균수명에 대한 기여도를 산출한 표이다.

1998년-2018년까지 65세 이후 연령군별 평균수명에 대한 기여도는 여자가 남자보다 큰 것으로 나타났다. 1998년-2008년, 2008-2018년으로 양 시기로 구분하면, 2008-2018년이 1998년-2008년보다 고령군에서 평균수명에 대한 기여도가 높아지

는 양상이다.

2008-2018년 80세 이상 연령군의 경우 남자(0.448년), 여자(0.827년)으로 여자가 남자보다 약 2배정도 기여도가 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-38〉 남녀 노령인구 사망률 변화에 따른 기대수명 기여효과

년도	노령인구 기대수명 기여도								전체	
	65-9	70-4	75-9	80+	65-9	70-4	75-9	80+	65+	
	남자				여자				남자	여자
1998-2008	0.561	0.501	0.388	0.268	0.490	0.615	0.630	0.668	1.717	2.403
2008-2018	0.467	0.598	0.446	0.448	0.271	0.434	0.485	0.827	1.958	2.017
1998-2018	1.045	1.056	0.766	0.573	0.801	1.082	1.118	1.329	3.440	4.329

2. 복지재정 분야의 생애의료비 산출

가. 산출 자료

자료는 2018년 국민건강보험공단진료비자료(2019), 2018년 생명표(통계청, 2019), 등을 이용하였다. 비급여 본인부담금을 반영하기 위해 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사(2019)의 비급여본인부담률을 제한적으로 적용하였다.

나. 산출 방법

생애의료비를 통하여 향후 소요되는 의료비 지출 규모를 파악하고자 Alemayehu & Kenneth(2004)의 방법을 이용하여(생애의료비는 가상의 코호트가 생명표를 따른다고 가정하고), 2018년도 연령별·성별·질병별 의료비 분포를 적용하여 산출하였다. 연령이외의 변수는 모두(의료서비스 가격, 의료기술, 질병발생률, 치료효과, 질병력 등) 변화하지 않는다는 가정 하(즉, 현재와 같은 환경 하에서 횡단면 자료 활용, 장기간 환경변화에 의한 의료비 변화는 없음)에 생애기의 의료비 지출 분포를 분석하였다.

[주요 산출식]

- LEb,a 는 a 세 이후 1인당 생애의료비를 나타내는 것으로 $LEb,0$ 는 출생 시부터 사망 시까지 생애의료비이다.

$LEb,a = \sum (C_x L_x / 100,000)$: 1인당 생애의료비

$LEs,a = \sum (C_x L_x / l_a)$: 생존자 1인당 생애의료비

$L_x = (x, x+1)$ 의 연령대에서 생존한 사람들의 년수

C_x = 연령 $x(x=0, 1, 2, \dots, 85+)$ 에서 1인당 의료비

$l_a = (a, a+1)$ 의 연령대를 시작으로 생존한 사람 수

- 상대생애의료비($RLEb,a$)는 총 의료비 중에서 연령 a 세 이후에 생존해서 발생하게 될 의료비가 차지하는 비중이다.

- $RLEb,a = LEb,a / LEb,0$: 1인당 상대생애의료비 - 평균기대수명을 가진 사람의 전체 생애의료비 중에서 특정 연령(a) 이후의 생애의료비가 차지하는 비중
- $RLEs,a = LEs,a / LEs,0$: 생존자 1인당 상대생애의료비 - 전체 생애의료비 중에서 특정 연령(a) 이후에 생존할 경우 발생하는 생애의료비가 차지하는 비중

다. 분석결과

남녀 각각 100,000명의 가상코오트를 설정하여 생애의료비를 분석한 결과는 다음과 같다(표 4-39, 그림 4-28).

우리나라 국민 1인당 생애의료비는 2018년(현재가치)로 남자 15,955만원, 여자 19,451만원으로 여자가 남자보다 3,490만원을 더 많이 지출하는 것으로 추정된다.

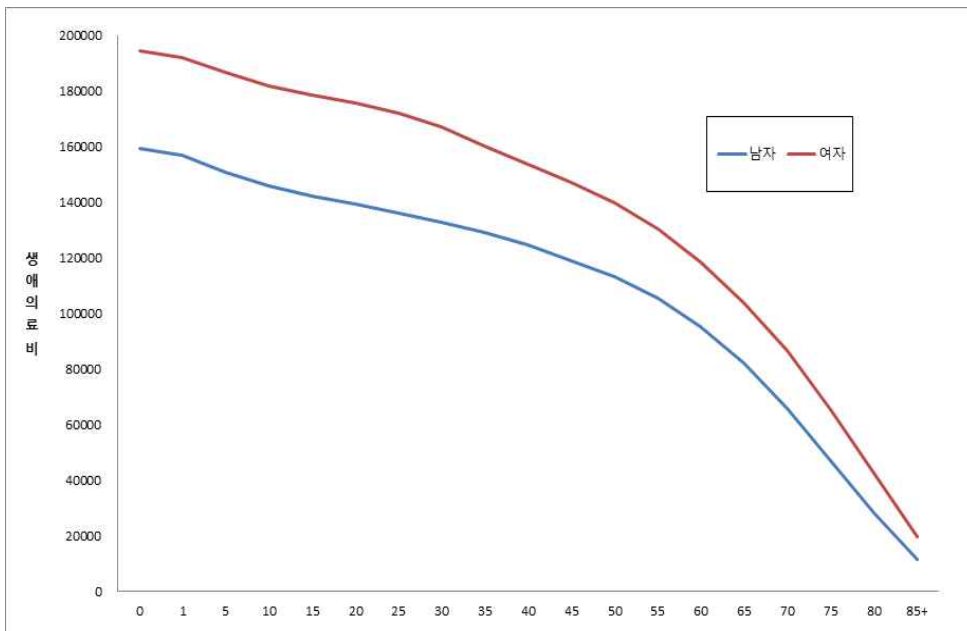
40세 이후 생애의료비가 남자는 78.1%, 여자는 79.0% 지출이 필요하며, 여자는 남자보다 전 연령에 걸쳐 의료비 부담이 더 큰 것으로 나타났다. 65세 이후 생애의료비는 남자 51.6%(8,240만원), 여자 53.5%(10,401만원)인 것으로 나타났다.

〈표 4-39〉 연령별 1인당 생애의료비 및 상대 생애의료비

연령	남 자		여 자	
	생애의료비(원)	상대생애의료비(%)	생애의료비(원)	상대생애의료비(%)
0	159,548,177	100.0	194,451,455	100.0
20	139,233,617	87.3	175,812,933	90.4
40	124,640,299	78.1	153,531,620	79.0
50	113,110,609	70.9	139,770,044	71.9
65	8,2401,769	51.6	104,008,732	53.5
70	66,002,377	41.4	86,565,382	44.5
75	47,188,247	29.6	65,592,906	33.7
80	28,320,134	17.8	42,797,933	22.0
85	11,789,545	7.4	19,783,203	10.2

〔그림 4-28〕 잔여 기대여명에 따른 남·녀 1인당 생애의료비, 2018

(단위: 천원)



제5절 장애지출

1. 지출 추이와 변화요인

가. 최근 10년(2006-2015년) 장애 지출 추이 분석

GDP 대비 장애지출 비중을 기준으로 2006년부터 2010년까지의 최근 10년간 우리나라 장애지출 추이를 살펴보면, 두 번의 변곡점을 확인할 수 있다. 즉, 1990년부터 OECD 사회지출 통계 작성을 시작한 이래로 GDP 대비 장애지출 비중은 2009년 0.617%에 이르기까지 매년 지속적으로 상승해 왔으나, 2010년에는 전년 대비 0.093%p가 줄어든 0.524%로 감소하는 첫 번째 변곡점이 나타났다. 처음으로 감소한 것도 이례적이었으나 감소폭이 거의 0.1%p에 육박하였을 만큼 컸다는 것도 주목할 만한 현상이었다. 이렇듯 GDP 대비 장애지출 비중이 급격히 감소한 것은 2010년의 GDP 성장률이 6.8%로 이례적으로 높았다는 것이 주된 원인으로 볼 수 있으며,¹⁶⁾ 더불어 장애지출액도 전년대비 감소한 것도 일정 부분 영향을 미친 것으로 판단된다.

이듬해인 2011년에는 다시 GDP 대비 장애지출 비중이 전년 대비 0.02%p 증가한 0.544%로 상승하였으며, 이후 2015년까지 완만한 상승세를 보이고 있다. 2013년과 2014년에 다시 장애지출 비중이 전년 대비 낮아지는 현상을 보였으나, 감소폭이 각각 0.009%p, 0.007%p로 매우 작았으며 장애지출액의 경우에는 오히려 전년 대비 지속적으로 상승하였다는 점에서 이때의 장애지출 비중 감소는 GDP 상승률 효과로 볼 수 있다.

16) 2006년부터 2015년까지의 GDP 성장률은 다음과 같음.

연도	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
성장률 (%)	5.3	5.8	3.0	0.8	6.8	3.7	2.4	3.2	3.2	2.8

자료: 통계청 국가통계포털.

〈표 4-40〉 우리나라의 최근 10년(2006~2015)간 GDP 대비 장애지출 비중 추이

(단위: %)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
총지출	0.571	0.576	0.604	0.617	0.524	0.544	0.575	0.566	0.559	0.589

자료: OECD Social Expenditure Database.

나. 최근 10년(2006~2015년) 장애 지출 급여 유형별 추이 분석

2009년에서 2011년의 두 번의 변곡점이 나타난 경향을 좀 더 명확하게 파악하기 위해 장애지출을 구성하는 현금급여 및 서비스 유형별로 최근 10년(2006~2015)의 GDP 대비 장애지출 비중을 살펴보았다.

GDP 대비 장애지출 비중이 전년과 비교하여 0.1%p 가까이 큰 폭으로 감소한 2010년의 경우, 현금급여 지출 비중의 감소폭은 0.018%p에 불과한 반면 서비스 지출 비중의 감소폭은 0.075%p에 달하여 결과적으로 서비스 지출 비중 감소가 장애 지출 비중 감소를 주도한 것으로 나타났다. 먼저 현금 급여 유형별 2009년과 2010년의 지출 비중 추이를 살펴본 결과, 기타 현금급여를 제외하고 장애지출을 구성하는 모든 현금급여에서 2010년에 약간 감소하는 것으로 나타났다. 유일하게 기타 현금급여가 전반적인 감소세에서도 증가세를 보인 것은 기타 현금급여에 포함된 장애인연금이 2010년 7월부터 시행된 데 따른 효과로 판단된다.¹⁷⁾ 이어서 서비스 급여 유형별 2009년과

17) 우리나라의 장애인 소득보장체계는 2010년 7월을 전후로 크게 바뀌었는데, 이전에는 국민연금의 장애연금을 비롯하여, 장애인복지법에 근거한 장애수당, 장애아동수당 등의 장애급여와 최후의 사회안전망으로서 국민기초생활보장제도가 장애인 소득보장체계를 구성하여 장애로 인한 경제적 비보장에 직면해 있는 장애인 및 가구의 생활안정을 지원하고 있었으나, 2010년 7월부터는 '장애인연금'이라고 하는 새로운 장애 급여가 도입되어 기존 장애인 소득보장체계에 커다란 변화가 초래되었다. 장애인연금의 도입은 장애로 인한 소득중단 위험에 효과적으로 대응하기 위해서는 종래의 사회보험 방식의 장애연금과 보편적 공공부조로서 국민기초생활보장제도 생계급여의 체계로는 한계가 있으며, 장애연금의 기어 요건을 충족할 수 없는 저소득 중증 장애인이 빈곤층으로 전락하는 것을 예방하는 별도의 사회안전망이 필요하다는 인식이 사회적 합의를 거쳐 제도화되었다는 것을 의미한다. 장애인연금은 장애연금과 함께 장애에 대응하는 독립적인 소득보전급여로서의 위상을 갖고 있는 동시에 장애연금 내에 최저소득보장장치가 부재한 상황에서 유일한 장애인 최저소득보장제도로서의 위치를 확보하고 있다. 더불어 장애인연금은 전체 장애인 소득보장체계를 구성하고 있는 급여들 중에서 가장 늦게 도입되었으면서도 수급자 및 소요재원의 규모라는 제도의 내용 측면에서 여타의 장애 급여를 능가하고 있다는 점에서 현재 우리나라의 가장 대표적인 장애인 소득보장제도라고 할 수 있음. 2010년 7월 최대 월 15만원이었던 연금액은 2020년 8월 현재 최대 월 30만원으로 지급액도 2배가 인상되었으며, 전체 예산액도 2010년 3,580억원에서 2020년 9,180억원으로 2.6배 증가하였다.

2010년의 지출 비중 추이를 살펴본 결과, 모든 서비스에서 큰 폭의 감소세가 나타났으며, 특히 기타 서비스와 시설보호 및 가사지원서비스의 감소폭이 상대적으로 컸다.

〈표 4-41〉 최근 10년(2006~2015년) 급여유형별 GDP 대비 장애지출 비중 추이

(단위: %)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
현금급여	0.357	0.375	0.376	0.365	0.347	0.344	0.357	0.353	0.359	0.363
- 장애연금	0.122	0.122	0.124	0.125	0.117	0.115	0.118	0.124	0.123	0.120
- 산재보험 장애연금	0.128	0.130	0.134	0.132	0.129	0.131	0.144	0.131	0.128	0.124
- 산재보험 질병급여	0.088	0.077	0.072	0.068	0.060	0.054	0.053	0.051	0.052	0.052
- 일반 질병급여	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
- 기타 현금급여	0.018	0.046	0.047	0.040	0.041	0.043	0.043	0.047	0.055	0.066
서비스	0.215	0.201	0.228	0.252	0.177	0.200	0.218	0.213	0.201	0.225
- 시설보호/가사 지원서비스	0.086	0.066	0.019	0.023	0.008	0.019	0.007	0.007	0.006	0.046
- 재활서비스	0.003	0.004	0.005	0.009	0.004	0.007	0.008	0.005	0.004	0.005
- 기타 서비스	0.125	0.130	0.204	0.220	0.166	0.174	0.203	0.201	0.190	0.175

자료: OECD Social Expenditure Database.

지금까지 살펴 본 GDP 대비 장애지출 비중이 분모인 GDP 상승률의 영향을 크게 받는다는 점에서, 장애지출액을 통해 최근 10년간 장애지출의 추이를 살펴보았다. 이 경우 GDP 대비 장애지출 비중 추이에서 첫 번째 변곡점이 나타났던 2010년의 급격한 감소에는 장애지출액이 전년 대비 큰 폭으로 감소한 것도 영향을 미쳤다는 것을 확인할 수 있다. 구체적으로 2010년의 총 장애지출액은 2009년의 7조 1,050억원에서 4,711억원이 감소한 6조 6,399억원이었으며, 현금급여 지출액은 오히려 2009년에 비해서 1,855억원이 증가한 데 비해 서비스 지출액은 무려 6,565억원이 감소하여 앞서 언급한 바와 같이 서비스 지출액 감소가 최근 10년 중 2010년에 유일하게 발생했던 총 장애 지출액 감소의 결정적 요인인 것을 알 수 있다.

〈표 4-42〉 최근 10년(2006~2015년) 장애지출액 추이

(단위: 억원)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
총지출	55,204	60,100	66,729	71,050	66,339	72,453	79,164	80,970	83,144	92,061
현금급여	34,464	39,163	41,583	42,034	43,889	45,788	49,150	50,455	53,317	56,833
서비스	20,740	20,937	25,146	29,015	22,450	26,665	30,014	30,515	29,827	35,228

자료: OECD Social Expenditure Database.

2. 성과분석

가. 최근 논의된 성과지표 고찰¹⁸⁾

장애인복지 부문의 성과 지표와 관련하여 본 고에서는 국제적 관점에서 대표성과 타당성을 갖춘 지표로서의 의의를 갖고 있는 유럽연합(EU) 및 경제개발협력기구(OECD) 국가의 장애인복지지표 체계를 중심으로 고찰하였다.

먼저 EU국가의 장애인복지지표 체계는 ‘Europe 2020’ 전략의 주요한 부분으로서 각 연합국들 간의 빈곤위험률, 사회적 배제 수준 등의 관심지표들을 비교함으로써, 각국의 정책성파에 대한 모니터링을 주 목적으로 하고 있다. EU국가의 장애인복지지표는 장애인구, 재정, 고용, 교육, 복지 등 5개의 관심영역으로 구성하고 있으며, 관심지표는 각각의 관심영역별로 1~2개로 구성하였다. 이들 관심지표에는 장애출현율, 장애인복지예산비율, 고용률, 실업률, 경제활동참여율, 학업 및 훈련 중도 이탈 비율, 고등교육 이수 비율, 노동 강도가 약한 가구의 비율, 사회적 소득 이전 후 빈곤 위험률, 물질적 박탈 비율, 사회적 배제 수준 등이 포함되어 있다.

18) 이 부분은 조윤화 외(2015)를 인용하였음을 밝힌다.

〈표 4-43〉 EU국가 장애인복지지표 체계

관심영역	관심 지표	세부 지표
1. 장애인구	1-1. 장애출현율	1-1-1. 국가별 장애출현율 1-1-2. 국가 및 성별 장애출현율 1-1-3. 국가 및 장애정도별 장애출현율 1-1-4. 국가 및 연령별 장애출현율
2. 재정	2-1. 장애인복지예산	2-1-1. GDP 대비 장애인복지예산 2-1-2. GDP 대비 현금급여 2-1-3. GDP 대비 현물급여
3. 고용	3-1. 고용률	3-1-1. 국가별 고용률 3-1-2. 국가 및 성별 고용률 3-1-3. 국가 및 장애정도별 고용률 3-1-4. 국가별 시간제 및 전일제 고용률
	3-2. 실업률	3-2-1. 국가별 실업률 3-2-2. 국가 및 성별 실업률 3-2-3. 국가 및 연령별 실업률 3-2-4. 국가 및 장애정도별 고용률
	3-3. 경제활동참여율	3-3-1. 국가별 경제활동참여율 3-3-2. 국가 및 성별 경제활동참여율 3-3-3. 국가 및 연령별 경제활동참여율 3-3-4. 국가 및 장애정도별 경제활동참여율
4. 교육	4-1. 학업 및 훈련 중도 이탈 비율	4-1-1. 국가별 학업 및 훈련 중도 이탈 비율 4-1-2. 국가 및 성별 학업 및 훈련 중도 이탈 비율 4-1-3. 국가 및 장애정도별 학업 및 훈련 중도 이탈 비율
	4-2. 고등교육 이수 비율	4-2-1. 국가별 고등교육 이수 비율 4-2-2. 국가 및 성별 고등교육 이수 비율 4-2-3. 국가 및 장애정도별 고등교육 이수 비율
5. 복지	5-1. 노동 강도가 약한 가구 비율 (People living in households with very low work intensity)	5-1-1. 국가별 노동 강도가 약한 가구 비율 5-1-2. 국가 및 성별 노동 강도가 약한 가구 비율 5-1-3. 국가 및 장애정도별 노동 강도가 약한 가구 비율
	5-2. 사회적 소득이전 후 빈곤위험률 (People at-risk-of-poverty after social transfers)	5-2-1. 국가별 빈곤위험률 5-2-2. 국가 및 성별 빈곤위험률 5-2-3. 국가 및 연령별 빈곤위험률 5-2-4. 국가 및 장애정도별 빈곤위험률 5-2-5. 국가, 장애정도, 연령별 빈곤위험률
	5-3. 물질적 박탈 비율 (Severely materially deprived people)	5-3-1. 국가별 물질적 박탈 비율 5-3-2. 국가 및 성별 물질적 박탈 비율 5-3-3. 국가 및 연령별 물질적 박탈 비율 5-3-4. 국가 및 장애정도별 물질적 박탈 비율 5-3-5. 국가, 장애정도별, 연령별 물질적 박탈 비율
	5-4. 사회적 배제 수준 (5-1~5-3까지의 결합)	5-4-1. 국가별 사회적 배제 수준 5-4-2. 국가 및 성별 사회적 배제 수준 5-4-3. 국가 및 연령별 사회적 배제 수준 5-4-4. 국가 및 장애정도별 사회적 배제 수준 5-4-5. 국가, 장애정도별, 연령별 사회적 배제 수준

자료: Academic Network of European Disability Experts(2013). 「European comparative data on Europe 2020 & People with disabilities」

유럽연합 통계 데이터베이스(<http://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/database>)

한편 OECD는 사회정책과 관련하여 경제정책, 보건의료정책, 노동시장 정책, 노인 정책, 빈곤정책 등에 대한 OECD 주요국가의 통계와 향후 전망 등에 대한 보고서를 주기적으로 발간하면서, 주요 정책 영역의 대표적인 성과지표를 제시해왔다. 장애인복지 지표와 관련하여 OECD는 장애인구, 재정, 고용, 교육, 복지, 정신건강 등의 6가지 측면으로 관심영역을 구성하였으며, 각 관심영역별 관심지표 및 세부지표는 1~3개로 구성하였다. 관심지표에는 장애출현율, 장애인복지예산, 고용률, 실업률, 고등교육 이수율, 빈곤위험률, 정신질환관련 병상수, 정신질환의 계획에 없던 재입원, 정신건강에 대한 지출 등이 포함되었다.

〈표 4-44〉 OECD국가 장애인복지지표 체계

관심영역	관심 지표	세부 지표
1. 장애인구	1-1. 장애출현율	1-1-1. 국가별 장애출현율 1-1-2. 국가 및 연령별 장애출현율
2. 재정	2-1 장애인복지예산	2-1-1. GDP 대비 장애인복지예산 2-1-2. GDP 대비 장애인복지 현금급여 2-1-3. GDP 대비 장애인복지 현물급여 2-1-4. GDP 대비 장애인복지 유형별 현금 및 현물급여
3. 고용	3-1. 고용률	3-1-1. 국가별 고용률 3-1-2. 국가별 시간제 고용률
	3-2. 실업률	3-2-1. 국가별 실업률 3-2-2. 장애청년층(18~29세)의 고용률 및 실업률
4. 교육	4-1. 고등교육 이수율	4-1-1. 국가별 근로가능연령 장애인 교육수준 4-1-2. 18~29세 청년장애인 교육수준
5 복지	5-1. 빈곤위험률(People at-risk-of-poverty)	5-1-1. 국가별 빈곤위험률 5-1-2. 장애인이 포함된 가구의 빈곤율
6 정신건강	6-1. 정신질환관련 병상수	6-1-1. 인구 10만명당 정신과 병상수 6-1-2. 인구 10만명당 지역사회 정신질환 관련 시설수
	6-2. 정신질환의 계획에 없던 재입원(조현병, 조울증)	6-2-1. 30일 이내 같은 병원 입원비율
	6-3. 정신 및 행동장애 입원비 지출	6-3-1. 정신병원 지출 비율 6-3-2. 정신건강에 대한 지출 비율

자료: OECD(2014), 「Making mental health count」, OECD Health Policy series.

OECD(2014), OECD Family Database. Social Expenditure Database

OECE(2013), 「Health at a Glance 2013: OECD Indicators」

OECE(2010), 「Sickness, Disability and Work」

나. 주요 성과지표 발굴

SOCX의 장애 지출은 현금급여와 서비스로 구성되어 있으며, 현금급여는 장애가 초래하는 경제적 비보장애 대응한 소득지원, 그리고 서비스는 장애가 초래하는 기능 제약에 대응하여 일상생활과 사회활동 참여 지원을 목적으로 지출되고 있음을 고려할 때, 장애 지출의 성과는 무엇보다 장애인의 경제생활과 사회참여 영역에서 확인되는 것이 타당하다고 할 수 있다. 더불어 한국의 장애인정책 역시 해방 이래로 소득보장과 사회서비스를 두 축으로 장애인 가구의 경제적 안정과 사회 참여 제고를 목표로 발전되어져 왔다는 점에서 장애인정책의 궁극적 성과를 경제생활과 사회참여 부문에서 확인하는 것은 논리적 근거를 담보하고 있다.

〈표 4-45〉 한국 장애인정책의 역사적 변천과 전망

구분	소득보장	사회서비스		특징
		재가서비스	거주시설	
1기: 해방~장애인 복지법제정 이전	-	-	양적 확충	단순 시설보호
2기: 장애인복지법 제정~2000년 대 중반	-장애인연금(국민연금) 도입 -장애수당 도입	장애인복지관 등 지 역사회재활시설 설치	전문화 추구 유형재편 재활/요양/공동생활 가정 시설평가	제한적 소득보 장과 사회서비 스의 전문화
3기: 2000년대 후반~2010년 대 후반	-장애수당 확대 -장애인연금 도입	-자립생활센터/발달 장애인지원센터/장 애인 권익옹호기관 등 확충 -활동지원서비스 도 입과 확대	인권 추구 소규모화 인권지킴이단 서비스 최저기준	소득보장의 확 대와 사회서비 스의 이용자 권리 강화
4기: 2020년 이후	-장애인연금 개혁(장애판 정기준 개선 및 지급 액 인상 등) -장애인연금 개혁(장애 판정기준 개선 및 지 급액 인상 등) -장애수당의 완전 사회 수당화(소득기준 폐지) -소득보장과 고용서비 스의 적극적 연계	개별유연성 현금급여 (개인예산제도) 도입	자립생활 추구 탈시설	충분한 소득보 장과 이용자 주도 사회서비 스 확대를 통 한 자립생활 지원

자료: 윤상용, 2019. 최저소득보장을 위한 장애인 소득보장 법제 개편의 쟁점과 방안: 주요 OECD 회원국과의 비교적
관점의 적용. 사회복지법제연구 제10권 제2호(통권 제15호).

따라서, 본 고에서는 장애 지출의 성과지표로서, 장애인의 경제생활을 반영하는 장애인가구 소득, 장애인 가구 빈곤률을, 장애인의 사회참여를 반영하는 활동지원제도 이용자 수 및 월평균 급여량, 장애인에 대한 사회의 차별 인식을 설정하였다. 이 중 장애인가구 소득 및 장애인 가구 빈곤률은 앞서 살펴 본 EU 및 OECD 국가의 장애인복지지표체계에서 직간접적으로 활용되어온 장애인복지부문의 대표적인 성과지표라는 기존 지표를 활용한 것이라고 할 수 있으며, 활동지원제도 이용자 수 및 월평균 급여량, 장애인에 대한 사회의 차별 인식은 활동지원제도가 전체 서비스 지출에서 차지하는 압도적 예산 비중과 서비스 내용측면에서 장애인정책의 패러다임인 자립생활 이념에 가장 잘 부합하는 제도라는 상징성 등을 고려하여 본 고에서 새롭게 설정한 지표라고 할 수 있다.

다. 성과 분석

본 고에서는 장애 지출의 성과 분석을 앞서 언급한 바와 같이 장애인의 경제생활과 사회참여를 수준을 반영하는 성과지표를 기반으로 실시하되, 장애 지출의 증가를 주도했던 장애인연금과 장애인활동지원제도의 성과에 초점을 두고 살펴보았다.

장애지출 현금급여 중 기타 현금급여에 포함되는 장애인연금은 2010년 7월에 도입되어, 2014년 에 전년 대비 약 2배 수준의 급여 인상이 이루어지는 등 수급자 수와 지출액 측면에서 타 현금급여를 압도하고 있다. 아래 그림에서 보는 바와 같이 장애인연금 수급자 수는 2010년 제도 도입 이후 지속적으로 증가하는 경향을 보이는 반면, 장애지출에 포함된 다른 현금급여인 장애연금, 장애수당, 장애아동수당은 수급자 수가 정체되어 있음을 알 수 있다.

[그림 4-29] 장애 관련 현금급여 수급자 수 추이



자료: 한국장애인개발원, 2017 장애통계연보.

한편, 장애 지출 중 서비스 급여의 시설보호/가사지원서비스에 포함되는 장애인활동지원제도는 2007년 제도 도입 이래로 매년 수급자 수와 지급액이 급격히 증가하면서 보건복지부 소관 전체 장애인복지예산 중 가장 큰 비중을 차지하는 장애 분야의 대표적 사회서비스로서의 위상을 가지고 있다.

[그림 4-30] 장애인활동지원제도 예산 및 월평균 급여량 추이



자료: 한국장애인개발원, 2017 장애통계연보.

1) 장애인 가구 소득

장애연금이 도입된 이듬해인 2011년 장애인가구의 연평균 경상소득은 2,708만원이었으며, 2015년 3,513만원에 이르기까지 지속적으로 증가해왔다. 특히 소득원 중 공적이전소득의 증가가 두드러졌는데, 2011년 406만원에서 2015년에는 554만원으로 148만원이 증가하였으며 공적이전소득이 경상소득에서 차지하는 비중도 2011년 15.0%에서 15.8%로 0.8%p 증가하였다. 이러한 장애인가구 소득 증가가 실질적 의미를 갖는지를 파악하기 위해서는 비교집단인 전체 가구 소득 대비 장애인가구 소득 비중을 의미하는 상대 소득을 확인할 필요가 있는데, 경상소득 기준의 2011년 상대 소득은 64%였으나 2015년에는 72%로 개선되었다.

〈표 4-46〉 장애인가구 및 전체가구 소득원천별 연평균 가구소득 추이

(단위: 만원, %)

구분	장애인가구		전체 가구		상대 소득	
	경상소득	공적이전소득	경상소득	공적이전소득	경상소득	공적이전소득
2011	2,708	406	4,233	180	0.64	2.26
2012	2,864	415	4,479	187	0.64	2.22
2013	3,113	434	4,658	211	0.67	2.06
2014	3,423	497	4,770	240	0.72	2.07
2015	3,513	554	4,883	274	0.72	2.02

주: 1) 경상소득: 근로소득, 사업소득, 재산소득, 공적 이전소득, 사적 이전소득

2) 공적이전소득: 공적연금, 기초노령연금, 고용보험, 산재보험 급여, 장애수당 등

자료: 통계청·금융감독원·한국은행(각년도). "가계금융·복지조사 결과"

2) 장애인 가구 빈곤율

중위소득 50% 미만의 상대빈곤선을 적용한 2011년 장애인가구 빈곤율은 36.3%였으며, 이후 2012년 35.6%, 2013년 34.5%, 2014년 30.8%로 지속적으로 감소하다가 2015년에는 31.5%로 전년대비 소폭 상승하였다. 전반적으로 2010년 장애인연금 도입 이후 장애인가구 빈곤율은 점진적으로 개선되어 왔다고 볼 수 있으며, 특히 2014년 빈곤율이 큰 폭으로 감소한 데에는 같은 해에 시행된 급여 인상 효과로 볼 수 있다. 장애인 가구가 전체 가구보다 빈곤 위험이 얼마나 더 높은지를 확인할 수 있는 상대 빈

곤 위험은 2011년 2.19배에서 2015년 1.98배로 감소하였으며, 이 역시 장애인연금 도입과 급여 인상의 효과로 간주할 수 있다.

〈표 4-47〉 장애인가구 및 전체가구 상대적 빈곤율 및 빈곤갭

(단위: %, 배)

구분	장애인가구		전체 가구		상대 빈곤위험
	가처분소득 빈곤율	가처분소득 빈곤갭	가처분소득 빈곤율	가처분소득 빈곤갭	가처분소득 빈곤율
2011	36.3	37.0	16.6	34.5	2.19
2012	35.6	38.3	16.5	35.5	2.16
2013	34.5	39.9	16.3	36.4	2.12
2014	30.8	37.3	16.3	35.2	1.89
2015	31.5	37.0	15.9	35.4	1.98

주: 1) 상대적 빈곤율: 균등화소득이 중위소득 50% 미만인 계층이 총인구에서 차지하는 비율
 2) 빈곤갭: 빈곤선(중위소득 50%)과 빈곤층 평균 소득 차이의 정도를 의미하며, 빈곤의 심화정도를 나타냄
 3) 균등화소득: 가구원수가 다른 가구 간에 소득수준을 비교 가능하도록 소득을 가구원수의 제곱근으로 나눈 조정소득
 4) 시장소득: 근로소득 + 사업소득 + 재산소득 + 사적 이전소득
 5) 가처분 소득: 경상소득 - 비 소비지출
 6) 해당년도는 조사년도이며, 빈곤율 및 빈곤갭은 전년 기준 자료임
 자료: 통계청·금융감독원·한국은행(각년도). “가계금융·복지조사 결과”

3) 장애인활동지원제도 이용자 수 및 월평균 급여량(지원시간) 추이

장애인활동지원제도는 장애로 인해 일상생활 및 사회활동이 어려운 중증 장애인에게 지원 인력을 파견하여 신체활동, 가사지원 및 이동지원 등을 제공하는 서비스로서, 활동지원제도를 이용하는 장애인은 이용 전과 비교할 때 삶의 질이 개선되고 활동 범위가 확장된다는 점에서 활동지원제도 이용자 수의 증가 및 월평균 급여량의 증가는 제도의 성과로서 간주될 수 있다. 장애인활동지원제도가 처음으로 시행된 2007년의 이용자 수는 14,515명이었으며, 이후 매년 큰 폭으로 증가하여 2015년에는 64,523명으로 2007년 대비 4.4배 증가하였다. 또한 월평균 급여량 역시 2007년 33.2만원에서 2015년에는 108.8만원으로 증가하여 3.3배 증가하였다.

〈표 4-48〉 장애인활동지원제도 이용자 수 및 월평균 급여량(지원시간) 추이

(단위: 억원, 명, 만원, 시간)

구분	이용자 수	월평균 급여량	월평균 지원시간
2007	14,515	33.2	46
2008	19,498	44.8	56
2009	27,818	57.6	72
2010	29,409	57.6	72
2011	33,667	57.6	83
2012	38,266	93.9	83
2013	48,335	93.9	110
2014	53,870	103.3	120
2015	64,523	108.8	123

주: 지자체 예산을 제외한 보건복지부 예산임
 자료: 보건복지부 내부자료

4) 장애인에 대한 사회의 차별 인식

장애인활동지원제도를 비롯한 다양한 장애인 대상의 사회서비스는 장애인의 직업생활, 학업수행, 문화 및 여가활동 등 다양한 사회참여 활동을 촉진함으로써 결과적으로 비장애인과 접촉 기회가 확대되는 계기를 제공한다. 따라서 장애인활동지원제도가 도입되고 제도적으로 확장되는 기간 동안에 장애인에 대한 사회의 차별 인식을 파악하는 것은 장애인활동지원제도의 간접적 성과를 확인할 수 있는 의미를 가진다. 장애인활동지원제도가 도입된 2007년부터 2015년까지 격년으로 장애인에 대한 사회의 차별 인식 조사 결과, 매우 심함은 2007년 32.9%에서 2015년 13.9%로 감소하였고, 별로 없음은 21.5%에서 31.5%로 증가하여 장애 차별에 대한 사회의 전반적인 인식이 크게 개선된 것으로 파악되었다.

〈표 4-49〉 장애인에 대한 사회의 차별 인식

(단위: %)

구분	계	전혀 없음	별로 없음	조금 심함	매우 심함
2007	100.0	2.3	21.5	43.4	32.9
2009	100.0	1.8	21.8	48.1	28.3
2011	100.0	2.2	25.5	46.1	26.2
2013	100.0	2.9	30.6	51.3	15.2
2015	100.0	2.7	31.5	51.9	13.9

주: 2007, 2009, 2011년의 '매우 심함'은 '심함'과 '매우 심함'을 합한 수치임
 자료: 통계청(각년도). "사회조사(복지·사회참여·문화와 여가·소득과 소비·노동) 결과"

3. 함의도출과 사회보장제도의 발전방향

가. 시사점 도출

2000년 이후 GDP 대비 장애인복지지출 비중이 감소하고 있는 경향을 보이는 OECD국가가 많은 데 비해, 우리나라의 경우에는 전반적인 복지확대 추이 속에서 GDP 대비 장애인복지지출 비중이 약간 증가하다가 지난 10년간 정체를 보여 왔다. 2015년 기준 한국의 GDP대비 장애인복지지출 비중은 0.6%에 불과한 반면, OECD 회원국 평균은 1.9%였으며, 이중 가장 높은 국가는 덴마크는 4.4%에 달하였다. 한편, 우리나라 2015년 기준 GDP 대비 장애인복지지출 비중의 현금급여와 현물급여 분포를 보면, OECD 평균의 경우, 현금급여 비중이 80%인데 비해 우리나라는 61%로서 우리나라의 현금급여 비중이 매우 작음을 알 수 있다.

구체적으로 현금급여와 현물급여를 구성하는 각 세부 급여의 GDP대비 지출 비중에 있어서 OECD 회원국 평균과 우리나라의 차이를 살펴보면, 상대적으로 어떠한 급여가 더 열악한 수준인지를 파악할 수 있는데, 현금급여 중에서는 장애연금의 가장 큰 격차를 보였으며, 이어서 우리나라가 아직 시행하지 않고 있는 일반 상병수당으로 나타났다. 또한 현물급여 중에서는 장애인활동지원서비스가 포함되어 있는 시설보호 및 가사돌봄서비스가 가장 큰 격차를 보였다.

〈표 4-50〉 한국과 OECD 회원국의 장애인복지 급여유형별 GDP 대비 지출 비중

구분	현금급여						현물급여			
	장애연금	장애연금 (산재)	상병수당 (산재)	일반 상병수당	기타 현금급여	소계	시설보호 재가지원 서비스	재활 서비스	기타 현물급여	소계
OECD 평균(A)	0.91	0.05	0.05	0.31	0.21	1.54	0.24	0.07	0.08	0.39
한국(B)	0.12	0.12	0.05	-	0.07	0.36	0.05	0.01	0.18	0.23
A-B	0.79	-0.07	0.00	0.31	0.14	1.18	0.19	0.06	-0.10	0.16

자료: OECD Social Expenditure Database.

이러한 결과를 통해 볼 때, 현금급여의 경우 장애연금의 지출을 확대하기 위한 정책적 노력이 시급히 요구된다. 즉 장애연금이 장애가 초래하는 경제적 비보장애에 대한 유효한 1차 사회안전망으로서의 역할을 할 수 있도록 적극적 개혁이 이루어질 필요가 있다. 구체적으로 장애연금 수급 요건으로서 의학적 손상 중심의 판정 체계를 손상의 영향과 맥락을 종합적으로 고려한 포괄적 판정 체계로 개편하는 것과 함께 장애연금 지급액을 최저생활보장이 가능한 수준으로 인상하는 방안 등의 조치가 필요하다.

장애인활동지원서비스는 제도 도입 이래로 지속적으로 서비스 이용자를 늘리고 급여량을 확대함으로써 가족의 돌봄 부담을 덜어주고 장애인의 사회참여를 높이는 데 많은 기여를 한 것으로 평가할 수 있으나, 여전히 OECD 회원국 평균의 1/5에도 미치지 못하는 예산을 투입하고 있다는 점에서 앞으로도 신규 이용자를 꾸준히 유입하고 신체 활동 및 지역사회활동 지원을 넘어서서 교육과 취업 등 실질적 자립을 지원하는 제도로 자리매김할 수 있도록 하는 지속적인 제도 개선 노력이 요구된다.

나. 제도별, 정책적 함의를 통한 중장기 정책 방향 제시

외환위기 이후 한국사회는 노동유연성의 증가와 비정규직의 확산으로 대표되는 불안정노동의 시대로 급속히 전환되었으며, 이는 한국의 절대 다수의 노동인구가 노동을 통한 소득으로 개인과 가구의 현재의 필요와 미래에의 대비를 충족할 수 없는 상태가 되었음을 의미하는 것이다. 이러한 신자유주의적 사회경제체제로의 본격화 이후 국민연금과 고용보험을 중심으로 한 사회보험의 확대와 국민기초생활보장제도와 긴급복지

의 도입 등 공공부조의 개편, 그리고 기초연금, 장애인연금, 아동수당 등사회수당형 급여의 도입 등 소득보장제도의 확충이 진행되어져 왔으나 역설적이게도 소득 양극화 추이는 갈수록 심화되어져 왔다.

불안정노동사회의 도래와 함께 장애인은 노동시장 내부와 외부에서 가장 취약한 계층으로 전락하고 있다. 일자리의 질에 따라 계층화되어 있는 노동시장 내부에서 장애인은 저임금 임시직이라는 최하위층에 속해있으며, 노동시장 외부에서는 낮은 경제활동참가율과 높은 실업률 등으로 비장애인의 절반에도 미치지 못하는 낮은 고용률을 보여주고 있다. 이는 결과적으로 현재 시행되고 있는 장애인 의무고용제도, 지원고용서비스, 직업재활시설 운영, 장애인일자리사업 등 다양한 장애인 고용서비스가 장애인의 고용율을 제고하는 데 한계가 있음을 보여주는 것이라고 할 수 있다.

장애인정책이 장애인의 기본적 욕구를 충족함과 동시에 경제성장에 기여할 수 있도록 하기 위해서는 장애인 고용정책과 소득보장정책, 그리고 활동지원서비스로 대표되는 사회서비스정책이 상호간에 긴밀히 연계될 수 있도록 하는 혁신적 접근이 필요하며, 우선적으로 인구고령화로 인한 생산 인구 감소에 대응하여 전통적 비경제활동인구로 간주되어 온 장애인을 경제활동인구로 편입하여 장애인의 고용율을 제고하는 적극적인 노동시장정책의 강화가 요구된다. 전체 장애인구 중 65세 이상 장애인의 비율이 47%에 달할만큼 고령화된 장애인구의 특성을 고려하여 의무고용제도, 지원고용, 장애인일자리사업 등의 대상이 되는 정책 대상 집단의 규모를 확대하기 위한 혁신적 접근이 필요하며, 동시에 의무고용제도의 이행률 제고, 적용대상 사업장 확대 및 재정지원 장애인일자리 확대 등의 조치가 필요하다.

또한 장애인의 경제적 자립을 위한 두 가지 핵심 축인 소득보장제도와 고용서비스가 상호간에 명확한 역할 분담이 가능하도록 하기 위한 조치로서 소득보장과 고용서비스의 긴밀한 연계 체계를 구축할 필요가 있다. 우선적으로 장애인 소득보장제도가 지급하는 급여의 충분성을 강화하는 것을 목적으로 하는 장애인 소득보장체계의 선진화가 필요하며, 더불어 소득활동능력평가 체계 구축에 기반한 소득보전급여와 고용서비스의 연계를 추진해야 한다.

끝으로 활동지원서비스가 장애인의 실질적 자립을 지원하고 동시에 일자리 확대에 기여할 수 있도록 하기 위한 제도 개선이 필요하다. 활동지원서비스 수급자 확대를 통해 고용창출 효과가 높은 사회서비스 일자리를 확대할 필요가 있으며, 더불어 활동지

원 수급자의 근로 및 교육훈련 인센티브를 강화할 필요가 있다.

이상의 추진 과제의 우선 순위로서, 먼저 장애인의 빈곤 감소와 가처분소득 증대를 통한 유효수요 제고 전략으로서 기존 소득보장제도의 대상 확대와 지급액 인상을 내용으로 하는 장애인 소득보장체계의 선진화를 우선적으로 추진할 필요가 있으며, 이어서 생산인구 증대 전략으로서의 의의가 있는 장애인 고용률 제고, 중장기적 관점에서 소득보장정책과 고용보장정책의 효율성을 제고할 수 있는 방안으로서 장애인 소득보장제도와 고용서비스의 적극적 연계 체계 구축, 장애인활동지원서비스의 대상 확대 및 고용 인센티브 강화 방안 등을 추진할 필요가 있다.

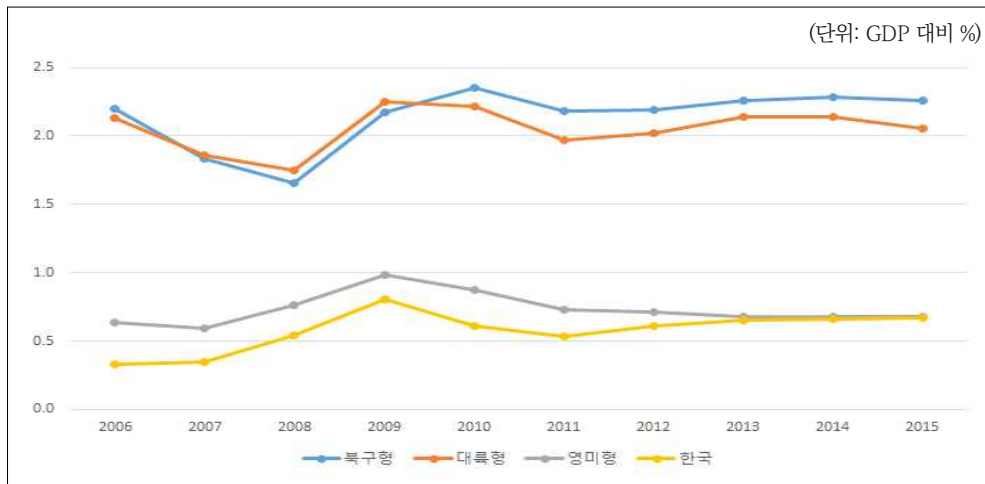
제6절 ALMP

1. 지출 추이와 변화요인

주요 서구 복지국가에서 2000년대 중반 이후, GDP 대비 노동시장 지출 수준은 많이 늘어나지 않았다. 2000년대 들어 전체 노동시장지출은 다소 감소하는 추세를 보였는데, 특히, 노동시장지출 수준이 상대적으로 높았던 북구형과 대륙형에서 소극적 노동시장정책 지출이 줄었기 때문이다. 2009-09년 금융위기를 거치면서 감소 추세는 반등하기 시작했다. 전체 복지국가 유형에서 노동시장 지출 수준이 증가세로 돌아선 것이다. 다만, 세부 양상에서는 유형별로 다소 차이가 있다. 적극적 노동시장정책 지출과 소극적 노동시장정책 지출이 공히 확대된 북구형 및 대륙형과는 달리, 영미형에서는 소극적 노동시장정책 지출이 집중적으로 늘어난 것이다. 한 가지 더 주목할 점은, 다른 유형들과 달리 위기 이후에도 북구형에서는 종전보다 늘어난 수준에서 적극적 노동시장정책 지출이 유지되는 경향이 나타난다는 점이다.

한국은 최근 들어, 영미형의 평균 수준에 근접하긴 하였으나, 다른 복지국가 유형들보다 노동시장정책 지출 수준이 낮은 편이다. 금융위기 국면에서 적극적 노동시장정책 지출 수준이 상당히 늘어나, 최근까지도 영미형보다 적극적 노동시장정책 지출 수준은 다소 높게 유지되고 있다. 하지만, 소극적 노동시장정책 지출은 영미형 평균보다 낮아, 전체 노동시장정책 지출 수준은 영미형과 유사한 수준이다. 영미형 내부에서도 사실 노동시장정책 지출 수준에 편차가 있다. 한국은 영국과 미국처럼 2006년 국내총생산 대비 0.5%에 못 미치는 노동시장지출 수준을 보였는데, 두 국가와 달리, 2015년에는 지출 수준이 다소 늘어 약 0.7% 수준에 이르렀다. 두 국가는 2006년보다 노동시장정책 지출 수준이 줄었다.

[그림 4-31] 한국의 노동시장정책 지출 추이와 복지국가 유형과의 비교



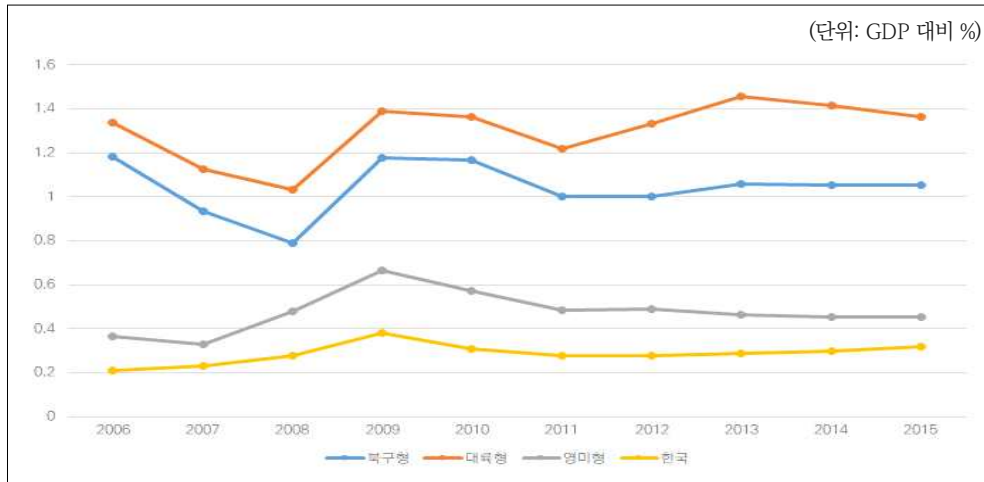
자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

[그림 4-32] 한국의 적극적 노동시장정책 지출 추이와 복지국가 유형과의 비교



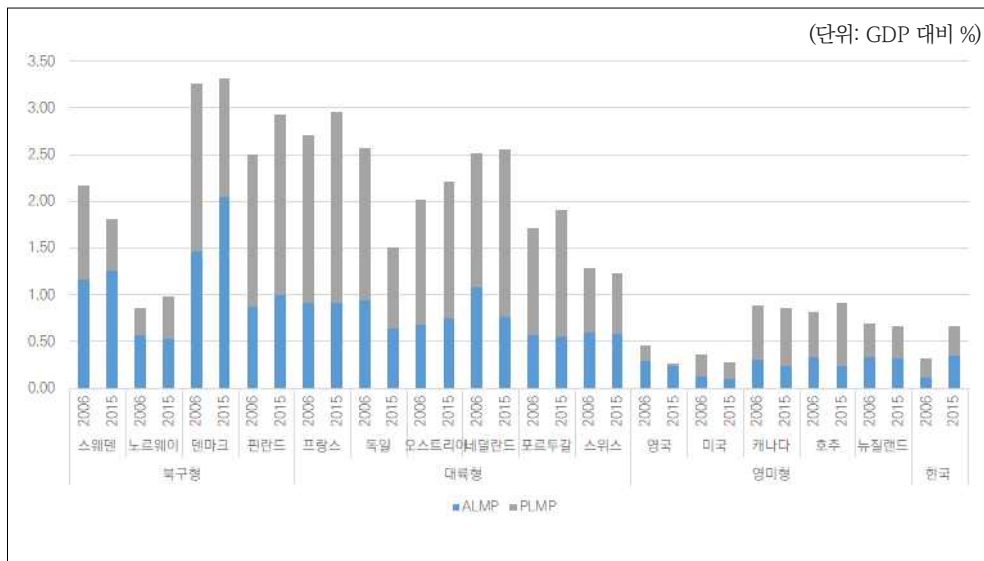
자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

[그림 4-33] 한국의 소극적 노동시장정책 지출 추이와 복지국가 유형과의 비교



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

[그림 4-34] 한국의 적극적 노동시장정책 지출 수준



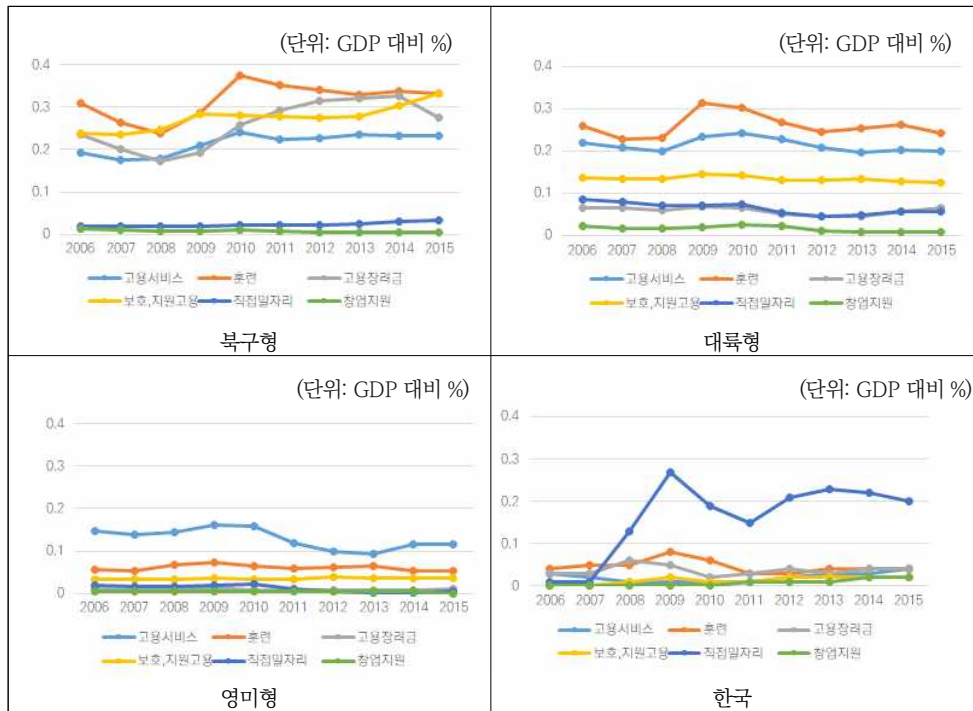
자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

적극적 노동시장정책 지출의 세부 구성 별로 살펴보면, 복지국가 유형별 지출의 특성이 더욱 뚜렷하게 드러난다. 먼저 북구형은, 직접 일자리와 창업지원 부문의 지출이 거의 없다. 이에 반해, 평균적으로 훈련 지출이 많은 편이다. 최근에는 고용장려금과 보호 및 지원 고용 지출도 높아진 경향이 있다. 북구형과 마찬가지로, 대륙형도 훈련 지출의 수준이 높은 편이다. 다만 북구형보다는 그 수준이 낮은 편이다. 한편, 대륙형에서는 북구형과 달리, 고용 장려금 지출은 적은 데 반해, 대륙형 내부의 지출 구성에서는 고용 서비스 지출이 높다는 특징이 있다. 한편, 직접 일자리 지출이 다소 높은 경향이 있다. 이어서 영미형은 북구형과 대륙형보다 전반적으로 낮은 편이다. 내부 구성에서는 고용 서비스 지출이 많은 편이라는 특징이 있다.

한국은 다른 복지국가 유형들과 달리, 적극적 노동시장정책 지출에서 직접 일자리 부문에 지출이 치중되어 있다. 위기 국면인 2008년 상당히 늘어난 이후, 다소 주춤하는 양상이 있지만, 이후에도 상대적으로 높게 유지되는 경향이 있어, 국내총생산의 약 0.2%를 차지한다. 이는 다른 복지국가 유형들에서 직접 일자리 지출이 국내총생산 대비 0.1%에 못 미친다는 점을 감안하면 상당히 높은 수준이다. 다만, 전술한 것처럼 한국의 높은 직접 일자리 지출은, 다른 복지국가 유형들과 집계되는 사업들이 상이하여 나타나는 현상이라는 점을 기억할 필요가 있다. 만약 다른 유형들처럼 각종 돌봄 부문 인력을 지원하기 위한 사업을 제외하고 산출한다면 직접 일자리 부문은 물론 전체 한국의 적극적 노동시장정책 지출 수준이 현재보다 낮은 수준일 수 있다.

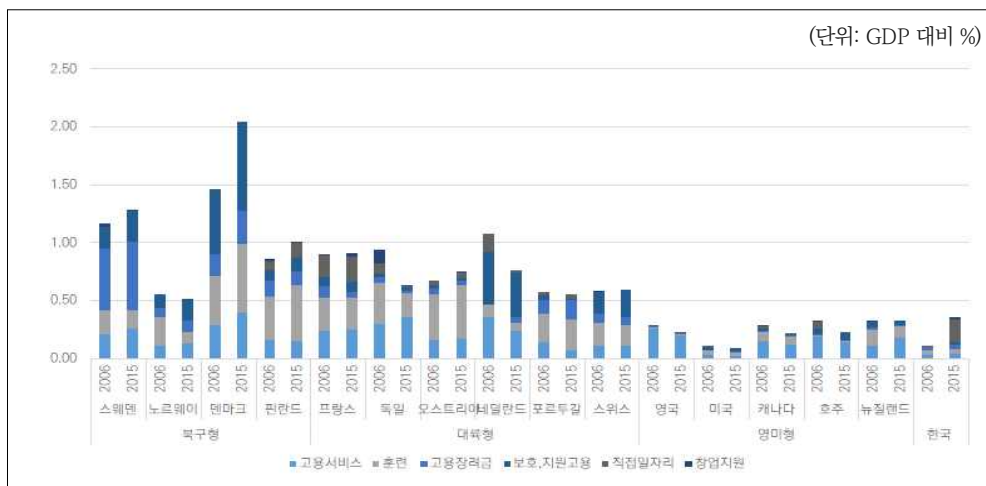
아울러, 직접 일자리 사업의 지출 비중이 큰 것은 한국의 적극적 노동시장정책 지출에서 보이는 특징 중 하나이다. 2006년과 2015년 각 복지국가 유형에 속하는 국가들의 적극적 노동시장정책 지출 수준 및 구성비를 보여주는 그래프에서 나타나듯, 직접 일자리 사업의 비중이 큰 국가는 많지 않다. 핀란드와 프랑스, 독일, 네덜란드 등이 비교적 직접 일자리 사업 지출 수준이 높은 국가들인데, 이들 중에서도 독일과 네덜란드는 최근 직접 일자리 지출 수준이 상당히 줄었다. 앞선 3장에서도 언급하였던 것처럼 한시적이고 임시적인 직접 일자리 사업의 지출 특성을 고려하면, 높은 수준에서 꾸준히 유지되는 한국의 직접 일자리 지출은 상당히 독특한 부분임을 다시금 알 수 있다.

[그림 4-35] 한국의 적극적 노동시장정책 지출 세부영역별 추이와 복지국가 유형과의 비교



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

[그림 4-36] 한국의 적극적 노동시장정책 세부영역별 지출 수준



자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

2. 성과분석

이 절에서는 적극적 노동시장정책 지출의 고용의 양적 성과와 질적 성과를 포괄하여, 성과 지표로 다음의 지표들을 제안한다. 이 지표들은 국가가 수행하는 정책 노력을 개별 사업 단위보다는 총량 수준에서 파악하여 총체적인 성과를 파악하는 데 유용하며, 국가 간 비교가 가능한 지표들로 한국의 정책 노력의 수준을 객관적으로 평가할 수 있기도 하다.

〈표 4-51〉 적극적 노동시장정책 성과지표

구분	세부지표
고용의 양적 성과	<ul style="list-style-type: none"> • 노동시장 참가율 제고 • 고용률 증가 • 실업률/ 장기실업률 감소
고용의 질적 성과	<ul style="list-style-type: none"> • 노동시장 불안정성 해소(실업 위험 완화) • 소득의 질 향상 • 저임금 근로자 비중 감소

구체적으로 이상의 표와 같이, 양적 부문의 성과는 실업률 이외에 노동시장 참가율과 고용률을 함께 살핀다. 전통적으로 시장 실패를 교정하기 위한 수단으로 실업률 완화 수단으로 노동시장정책이 주목받으면서 주로 실업률에 미친 영향을 분석하여 노동시장정책의 성과를 파악해왔다. 그러나 적극적 노동시장정책의 중요성이 강조되면서, 실업률 이외의 고용 부문의 양적 성과에도 주목하기 시작했다. 적극적 노동시장정책은 직장 상실 위험이 큰 집단이나 노동시장 진입이 어려운 취약 집단이 더욱 노동시장에 쉽게 진입할 수 있도록 도와 고용률과 노동시장 참가율 제고에도 기여할 수 있기 때문이다.

뿐만 아니라, 단순히 일자리를 제공하는 것을 넘어 더 나은 일자리, 양질의 일자리를 보장하는 것이 중요한 정책 과제로 다뤄진다. 적극적 노동시장정책의 강조는 고용의 질 부문에서도 긍정적인 성과로 이어질 수 있다. 예컨대, 적극적 노동시장정책 중에서도 직업 훈련 부문의 해당 성과를 기대해볼 만한 영역이다. 직업훈련은 인적자본투자를 통해 산업변동으로 인한 구조적 실업에 대응한다. 개인의 인적자본을 고양하여 고용가능성을 제고하고자 하는 것이다. 노동 비용 인상에 따라 자칫 고용률을 떨어뜨릴 수 있지만, 고용된다면 훈련에 따른 생산성 향상에 상응하는 만큼 높은 수준의 임금,

즉 양질의 일자리도 기대해볼 수 있다(Calmfors et al., 2002). 이에 이 연구에서는 양적 부문 이외에 질적 부문의 성과도 함께 살피고자 한다. 이는 노동시장에서의 실업 위험을 해소하는 것과 더불어(노동시장 불안정성 해소), 소득의 질 향상, 저임금 근로자 비중 축소 등으로 구체화하여 살펴본다.

가. 고용의 양적 성과

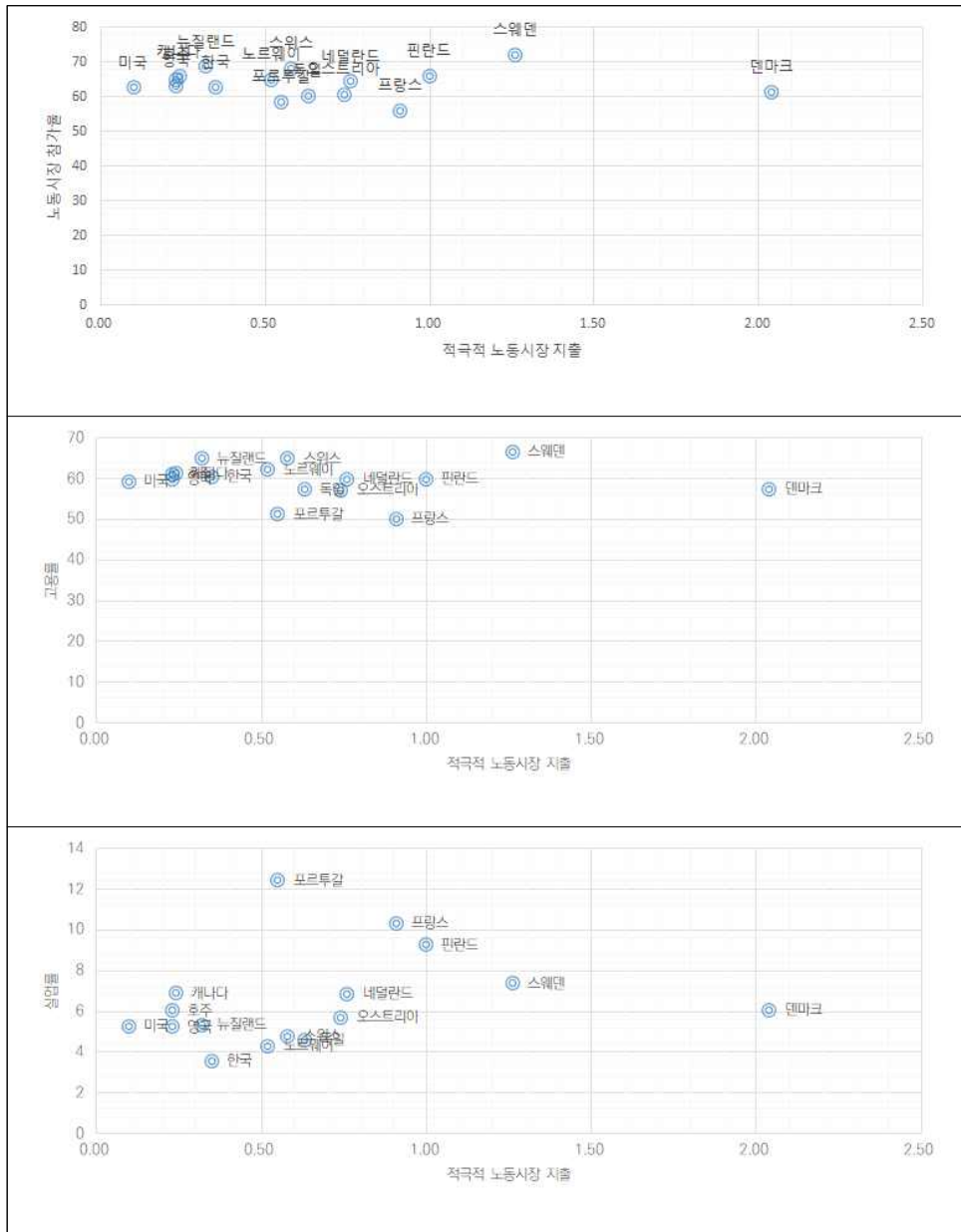
복지국가 유형별로 전체 노동시장 참가율과 고용률에서 큰 차이가 있지는 않다. 대체로 북구형의 적극적 노동시장정책 지출 수준이 가장 높은 편인데, 영미형 국가들보다 두드러지게 노동시장 참가율이나 고용률이 높지는 않다. 다만, 프랑스나 포르투갈 등의 대륙형보다는 다소 높다. 특히, 여성의 노동시장 참가율과 고용률은 대륙형 국가들보다 높은 경향이 있다. 한편, 실업률 역시 영미형과 북구형은 적극적 노동시장정책 지출에서의 차이에도 불구하고 큰 차이가 있진 않다. 오히려 노동시장정책 지출이 적은 영미형의 실업률이 더 낮기도 하다. 이에 반해, 대륙형은 전반적으로 실업률이 높은 편이다.

장기 실업자를 기준으로 할 때 역시, 이러한 양상은 유사하게 나타난다. 영미형과 북구형이 적극적 노동시장정책 지출의 차이에도 불구하고, 장기 실업자 비중은 유사하다. 반면에, 대륙형은 장기 실업자 비중 역시 큰 편이다. 실업률에서 나타난 패턴과 마찬가지로, 200-09년 심각한 위기를 경험했던 남유럽의 포르투갈이 특히 장기 실업자 비중도 크다.

사실 대륙형은 앞서 살펴본 것처럼 적극적 노동시장정책보다는 소극적 노동시장정책에 치중하는 경향이 있다. 적극적 노동시장정책 지출 수준이 영미형보다는 높은 편이지만, 북구형과 비교하면 소극적 노동시장정책 지출 수준이 높고 평균적으로 전체 노동시장정책 지출 수준이 대륙형보다 높은 북구형을 상회한다. 이러한 대륙형의 노동시장정책의 지출 특징은, 고실업과도 연관된다. 노동시장이 경직되어 있다고 해서 항상 실업률이 높은 것은 아니지만, 실업급여가 관대한 반면, 적극적 노동시장정책과 구직 압력이 부재할 때 고실업을 초래할 수 있다고 지적되기 때문이다(Nickell, 1997). 게다가 프랑스 등과 같이 노조의 영향력이 강하면서 최저 임금과 조세 부담이 높을 때 역시 높은 실업률로 이어질 수 있다(Nickell, 1997).

[그림 4-37] 복지국가 유형별 고용 성과 (노동시장 참가율, 고용률, 실업률)

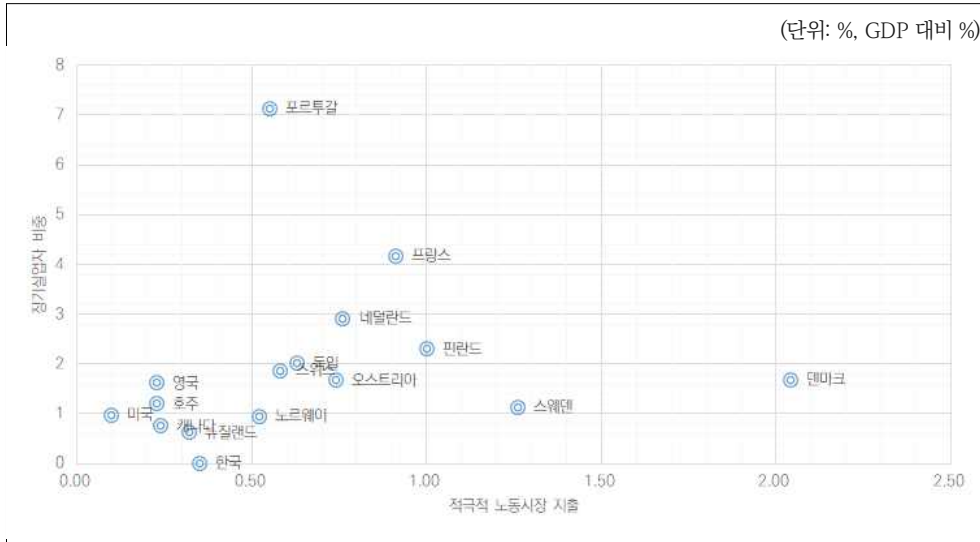
(단위: %, GDP 대비 %)



주: 2015년 값을 기준으로 함. 단, 영국의 적극적 노동시장정책 지출은 2020년 7월 현재, 확보할 수 있는 최신의 값인 2011년을 기준으로 작성함.

자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

[그림 4-38] 복지국가 유형별 장기 실업자 비중



주 1: 장기 실업자 비중은 전체 경제활동인구 대비 1년 이상 실업자 비중으로 산출함.

주 2: 2015년 값을 기준으로 함. 단, 영국의 적극적 노동시장정책 지출은 2020년 7월 현재, 확보할 수 있는 최신의 값인 2011년을 기준으로 작성함.

자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

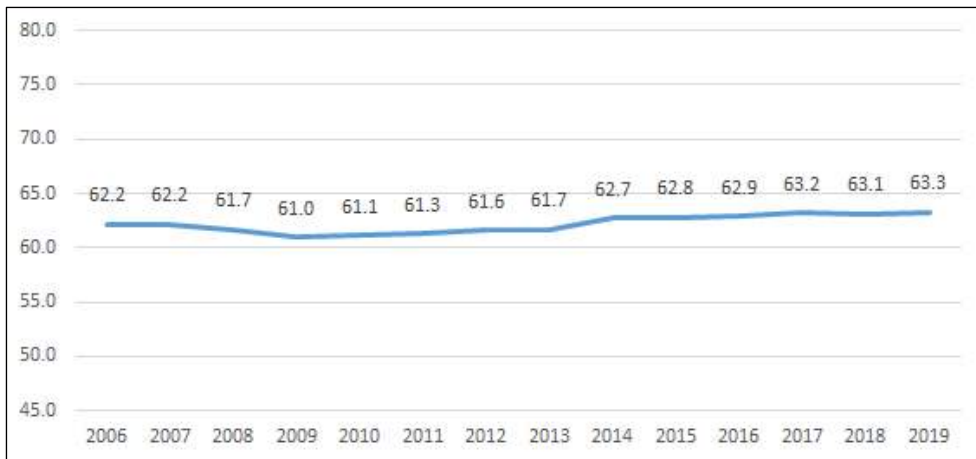
2006년부터 2019년까지 한국의 경제활동참가율은 소폭 상승하는 추세를 보인다. 2008-09년 위기를 거치면서 경제활동참가율이 감소하였으나, 2014년부터는 위기 이전 수준을 회복하였다. 특히, 위기 국면에서 여성의 경제활동 참가율이 남성보다 많이 줄었다. 위기에서 상대적으로 여성들이 더 취약한 상태에 놓였던 것이다. 이는 고용률 변화에서도 마찬가지이다. 2000년대 후반 위기에서 한국의 고용률 감소가 비교적 완만한 수준이었지만, 고용률 감소는 여성에게서 다소 크게 나타났다. 하지만 위기 이후 여성들의 경제활동참가율과 고용률은 남성보다 빠르게 회복되었다. 정부의 노동시장 개입과의 직접적인 관련성을 증명할 수는 없지만, 취약계층을 대상으로 한 직접 일자리 사업 등이 일정 부분 여성 노동수요를 흡수했을 가능성이 있어 보인다.

여성 경제활동참가율과 고용률 증가 덕분에, 성별 경제활동참가율과 고용률의 차이가 줄어들고 있다. 남성의 경제활동참가율과 고용률이 소폭 감소한데 반해, 여성의 경제활동참가율과 고용률이 증가하고 있기 때문이다. 아직까지 북구형 국가들에 비하면 낮은 수준이지만, 점차 높아지는 추세를 감안하면 향후 개선될 여지가 있어 보인다. 구체적으로 여성의 경제활동참가율은 2006년 50.5% 수준에서 2019년 53.5%로 3%p

증가하였고, 고용률은 2016년 49%에서 2019년 51.6%로 높아졌다. 위기 이후부터 최근까지 여성의 노동시장 참가가 꾸준히 늘어나고 있는 추세이다.

[그림 4-39] 한국의 경제활동참가율 추이

(단위: %)



주: 15세 이상 인구 중 군인, 의무경찰, 사회복지요원, 형이 확정된 교도소 수감자 등은 제외됨.

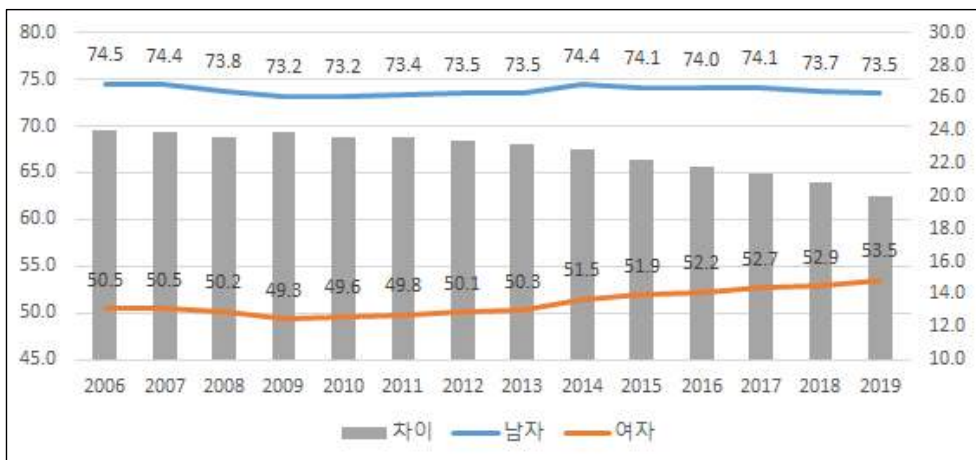
자료: 통계청, 「경제활동인구조사」

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DA7001S&conn_path=I3에서 2020.

9. 18. 인출.

[그림 4-40] 한국의 성별 경제활동참가율 추이

(단위: 좌측 %, 우측, %p)

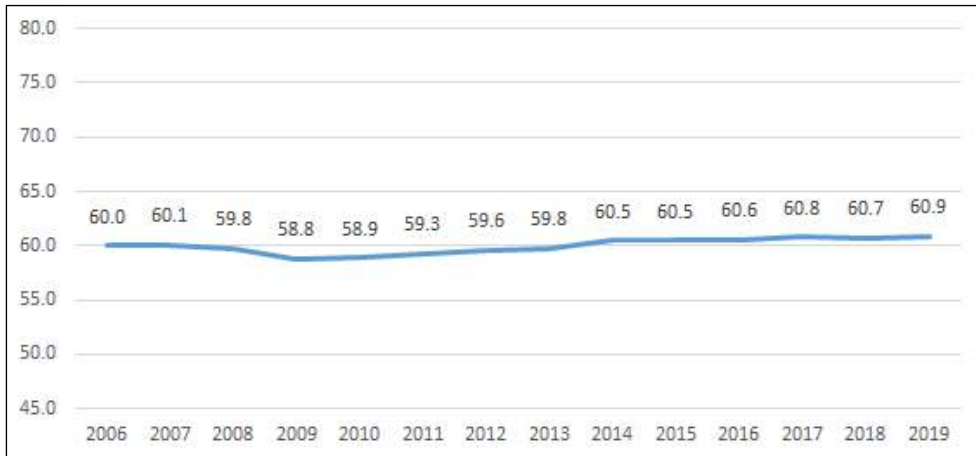


주: 15세 이상 인구 중 군인, 의무경찰, 사회복지요원, 형이 확정된 교도소 수감자 등은 제외됨.

자료: 통계청, 「경제활동인구조사」, http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DA7001S&conn_path=I3에서 2020. 9. 18. 인출.

[그림 4-41] 한국의 고용률 추이

(단위: %)



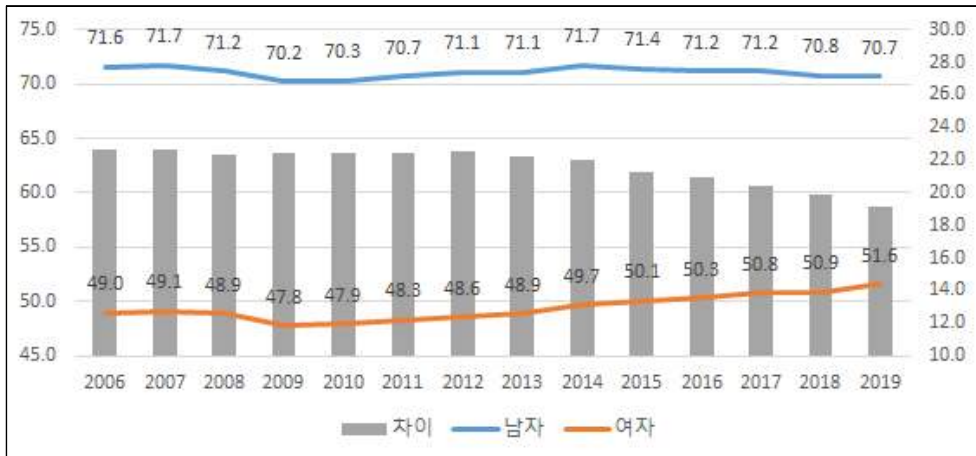
주: 15세 이상 인구 중 군인, 의무경찰, 사회복지무원, 형이 확정된 교도소 수감자 등은 제외됨.

자료: 통계청, 「경제활동인구조사」

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DA7001S&conn_path=I3에서 2020. 9. 18. 인출.

[그림 4-42] 한국의 성별 고용률 추이

(단위: 좌측 %, 우측, %p)



주: 15세 이상 인구 중 군인, 의무경찰, 사회복지무원, 형이 확정된 교도소 수감자 등은 제외됨.

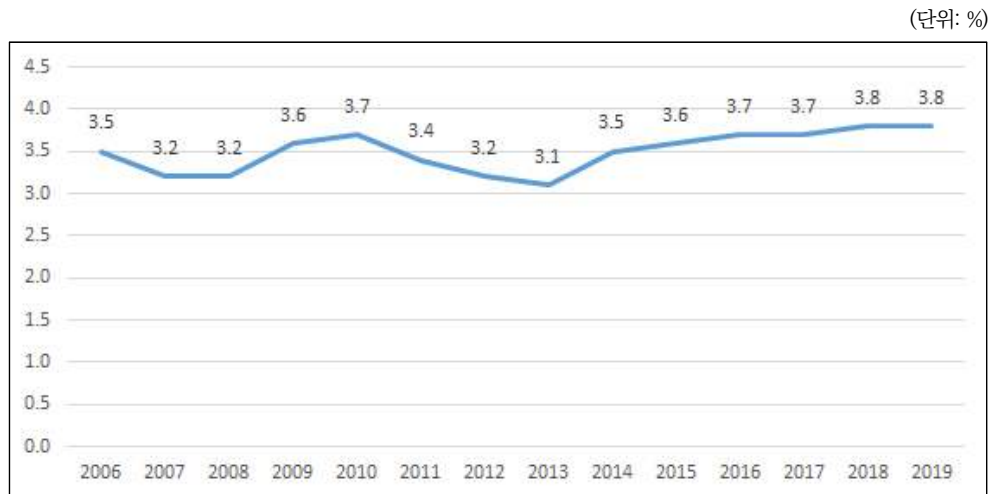
자료: 통계청, 「경제활동인구조사」

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DA7001S&conn_path=I3에서 2020. 9. 18. 인출.

다음은 실업률이다. 한국의 실업률은 OECD 국가들과 비교하면 상당히 낮은 수준이다. 최근의 추이를 살펴보면 다소 늘어나고 있지만 말이다. 2008-09년 위기를 지나면서, 고용률이 낮아지는 한편 실업률이 높아졌다. 다만 몇 년 내에 이전 수준을 회복하였다. 위기 초기에는 여성보다 남성의 실업률이 높아졌지만, 2010년까지 여성은 실업률이 높아진 데 반해 남성은 낮아져 이전 수준을 회복했다. 여성에게 위기의 여파가 장기적으로 지속된 경향이 있다.

한편, 2014년 이후부터는 전반적인 실업률이 늘어나는 추세를 보인다. 특히 이러한 증가는 20대 청년층과 60세 이상의 고령층에서 두드러진다. 상당히 낮은 수준의 실업률은 보이는 30대 이상부터 50대까지와는 다르게, 20대는 약 9% 수준의 높은 실업률을 보이고 있다. 60세 이상은 2% 이내의 비교적 낮은 수준의 실업률을 보였으나, 최근 꾸준히 높아져 3%를 상회한다. 여성과 청년, 고령층과 같은 취약집단이 노동시장 변화 등의 상황에서 실업 위험에 더욱 쉽게 노출된다는 점이 다시 한번 유추해볼 수 있는 지점이다. 더구나 한국의 실업률이 상당히 과소 추정되어 있을 가능성이 있다는 점을 감안하면 이 수치는 더욱 높아질 가능성이 있다.

[그림 4-43] 한국의 실업률 추이



주: 15세 이상 인구 중 군인, 의무경찰, 사회복지요원, 형이 확정된 교도소 수감자 등은 제외됨.

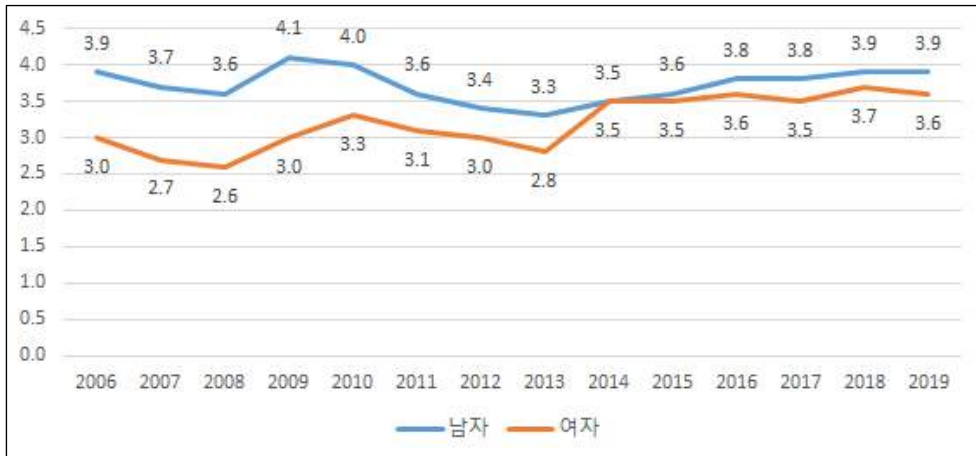
자료: 통계청, 「경제활동인구조사」

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DA7001S&conn_path=I3에서 2020.

9. 18. 인출.

[그림 4-44] 한국의 성별 실업률 추이

(단위: %)



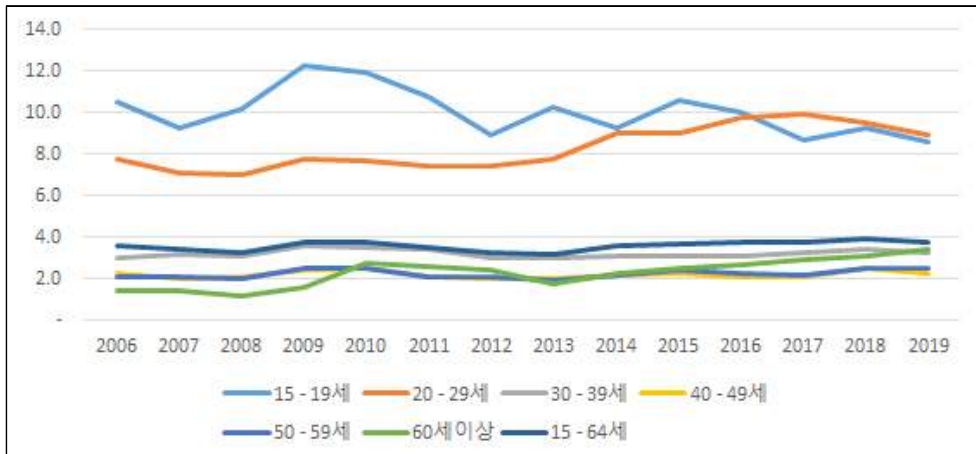
주: 15세 이상 인구 중 군인, 의무경찰, 사회복지무요원, 형이 확정된 교도소 수감자 등은 제외됨.

자료: 통계청, 「경제활동인구조사」

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DA7001S&conn_path=I3에서 2020. 9. 18. 인출.

[그림 4-45] 한국의 연령별 실업률 추이

(단위: %)



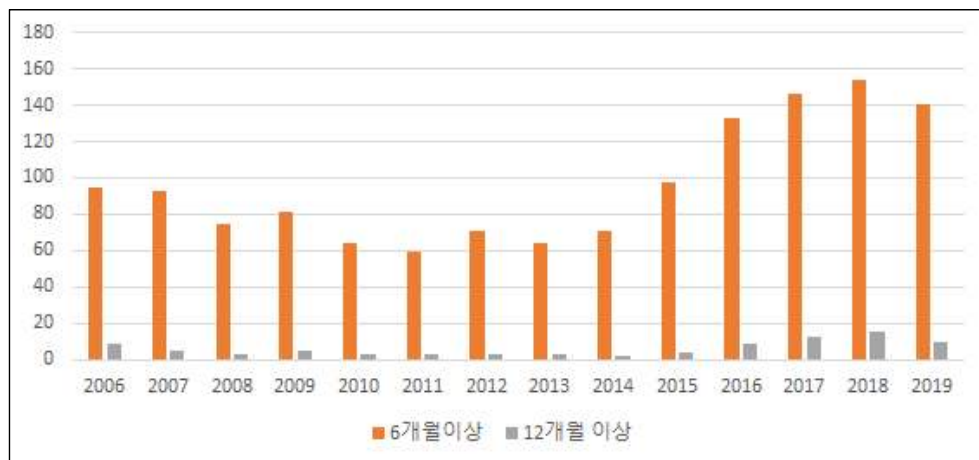
자료: 통계청, 「경제활동인구조사」

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DA7102S&conn_path=I3에서 2020. 9. 18. 인출.

이상의 추이에 따르면 적극적 노동시장정책의 영향만으로 단정할 수는 없지만, 한국의 적극적 노동시장지출이 실업률 개선에는 크게 기여하지는 못하는 것으로 보인다. 물론 국제 공식통계자료에서 한국은 장기실업률이 0에 가까운 것으로 확인되지만, 짧은 실업급여로 인해 구직활동을 하지 않아 실업자로 분류되지 않는 사람들이 상당 수 있기 때문이라는 지적이 있다(김공회, 2016). 그러나 최근 6개월 이상 구직활동 중인 장기 실업자의 비중이 확대되고 있는 추세이다. 특히, 위기 이후 적극적 노동시장정책 성장 둔화세와 맞물려, 장기실업자 수는 더욱 확대되고 있는 상황이다. 최근의 코로나 바이러스 확산 추세를 더하면 이는 더욱 심화될 가능성이 있다. 이에 노동시장 변화를 정확히 진단하고 더욱 적극적으로 정부의 역할을 찾는 것이 필요해 보인다.

[그림 4-46] 한국의 6개월, 12개월 이상 구직활동 중인 실업자 추이

(단위: 천명)



자료: 통계청, 「경제활동인구조사」

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DA7089S&conn_path=I3에서 2020. 9. 21. 인출.

아울러, 부표에 첨부한 국가패널 자료를 이용한 분석 결과에 따르면, 적극적 노동시장정책이 통계적으로 유의미한 수준에서 고용률을 높이지는 못하지만, 실업률, 특히 장기실업률을 낮추는 데에는 기여하는 것으로 나타난다. 다만 실업자 규모를 보정한 결과에서는 통계적으로 유의미한 영향을 보이지 않기 때문에 결과의 확대 해석을 경계할 필요가 있다.¹⁹⁾ 다만 소극적 노동시장정책은 유의미한 수준에서 고용을 저해하는

효과들이 확인되어, 제도 설계에서 두 정책을 적절히 조합하여 고용의 양적 성과를 제고하기 위한 방안을 모색하는 것이 필요하겠다. 특히, 한국의 짧은 실업급여가 장기 실업자를 과소 추정하고 있다는 비판을 고려하면(김공회, 2016), 두 정책의 적절한 조합을 통해 장기실업률을 완화하는 것이 주요한 과제가 되겠다. 실제로, 기존 연구들에서 소극적 노동시장정책이 비록 실업을 악화시키더라도, 소득 안정을 통해 안정적인 직장으로의 이행을 돕는 효과가 있다고 지적되고(Ko & Bae, 2020), 앞서 두 노동시장정책에서 지출 수준이 공히 높은 북구형 복지국가가 고용 성과가 낮은 것도 아니라는 점을 기억할 필요가 있다. 결국은 어떤 방식으로 두 정책을 잘 조합하느냐의 문제이다. 취약계층이 장기 실업에 빠지지 않도록 어떤 도움이 제공되어야 하는지 면밀하게 검토하는 것이 요구된다.

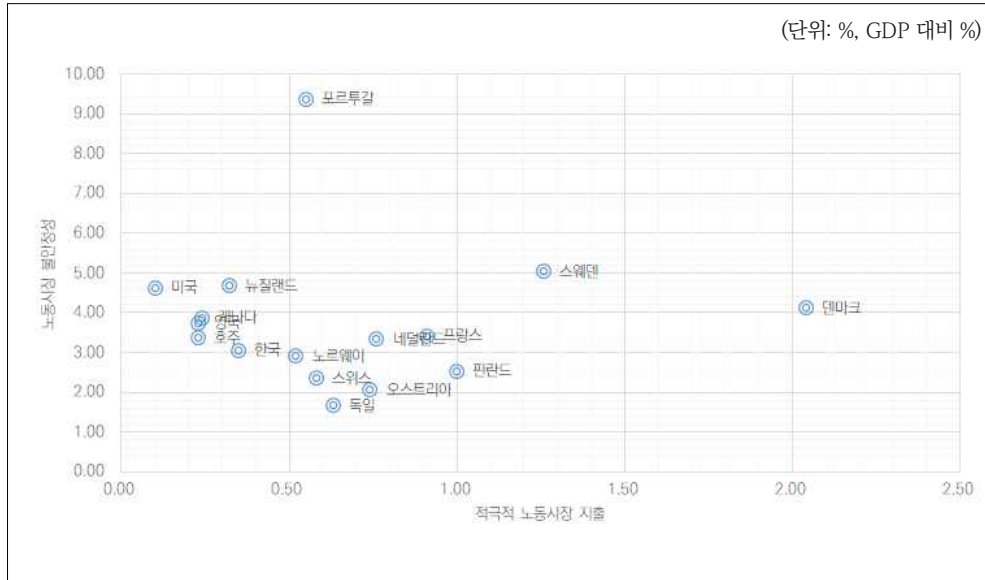
나. 고용의 질적 성과

고용의 질적 성과 부문은 노동시장 불안정성, 저임금 노동자의 비중 그리고 소득의 질로 나눠 살펴본다.

노동시장 불안정성은 실업과 연관되어 소득을 상실할 위험을 뜻한다. 이는 실업자가 될 위험과 실업의 기간, 그리고 정부 개입으로 실업으로 인한 소득 상실을 완화할 수 있는 정도 등에 의해 좌우된다. 앞서, 고용의 양적 부문에서 성과가 그리 좋지 못했던 대륙형 복지국가들은 포르투갈을 제외하고는 노동시장의 불안정성 측면에서는 우수한 성과를 보인다. 노동시장 불안정성이 전반적으로 가장 낮게 나타나는 것이다. 비록 고실업에 당면해 있지만, 실업자들의 생활수준이 어느 정도 보장되고 있다는 것이다. 이는 관대한 실업 급여의 영향으로 예측해볼 수 있다.

19) SOCX의 노동시장정책은 실업자를 비롯한 취약계층을 표적화한 사업에 한정된다. 목표 집단을 제외한 일반 재직자나 국민을 대상으로 한 사업을 원칙적으로 제외되는 것이다. 따라서 실업자가 증가하는 경기 변동에 따라 적극적 노동시장정책을 비롯한 노동시장정책 지출이 늘어나는 속성을 가지게 된다. 이에, 전체 인구 대비 실업자 수를 교정하여 분석에 활용하는 방법 등이 제시되곤 하였는데, 이 연구에서도 이를 적용해 분석했다. 그 결과 적극적 노동시장정책이 긍정적인 효과를 보였던 실업률 제고나 남성 노동시장 참가율 및 고용률 등에서 통계적 유의미성이 확보되지 않았다.

[그림 4-47] 복지국가 유형별 노동시장 불안정성

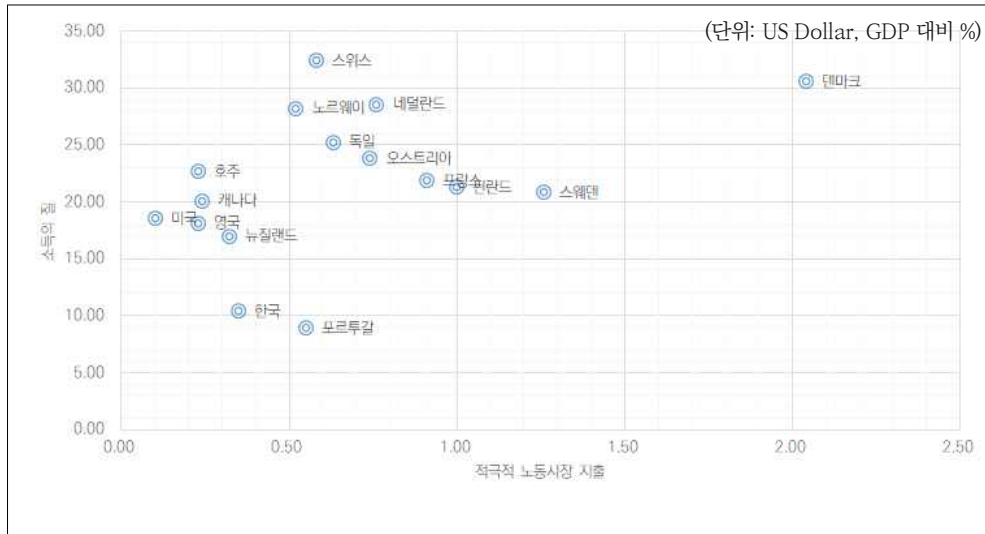


주 1: 노동시장 불안정성은 실업으로 인한 소득 상실 위험을 의미함.

2: 2015년 값을 기준으로 함. 단, 영국의 적극적 노동시장정책 지출은 2020년 7월 현재, 확보할 수 있는 최신의 값인 2011년을 기준으로 작성함.

자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.28. 인출한 자료로 저자 작성

[그림 4-48] 복지국가 유형별 소득의 질

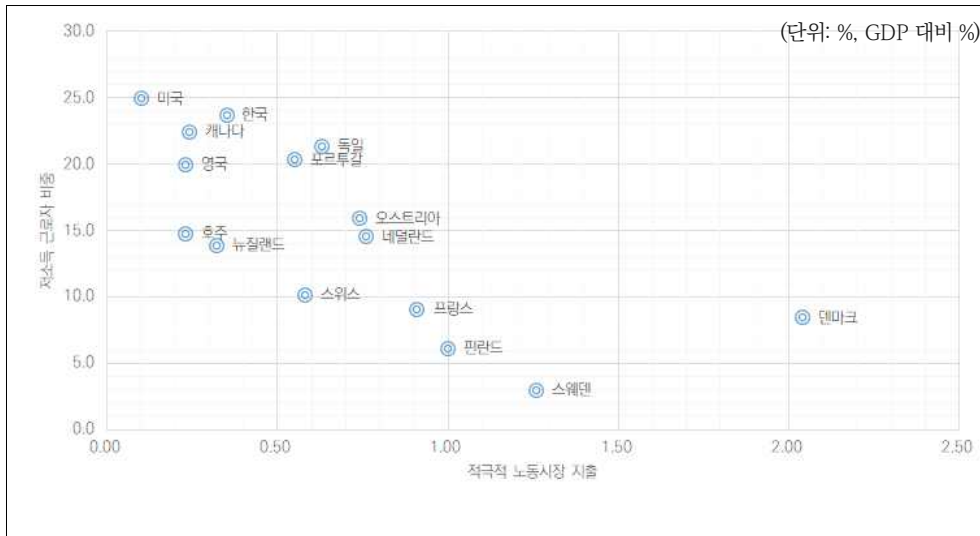


주 1: Atkinson(1970)에 따라 노동자의 소득 수준과 분배 상태를 파악한 지표 (Constant price, Constant ppp)

2: 다른 국가들의 소득의 질은 2014년 값이나, 스웨덴은 2013년 값임. 적극적 노동시장정책 지출은 2015년 값을 기준으로 함. 단, 영국의 적극적 노동시장정책 지출은 2020년 7월 현재, 확보할 수 있는 최신의 값인 2011년을 기준으로 작성함.

자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)에서 2020.07.28. 인출한 자료로 저자 작성

[그림 4-49] 복지국가 유형별 저임금 노동자 비중



주 1: 저임금 노동자 비중은, 중위 임금의 2/3 이하를 버는 노동자의 비중을 뜻함.

2: 저임금 노동자 비중은 2014년 값이고, 적극적 노동시장정책 지출은 2015년 값을 기준으로 함. 단, 영국의 적극적 노동시장정책 지출은 2020년 7월 현재, 확보할 수 있는 최신의 값인 2011년을 기준으로 작성함.

자료: OECD stat(<https://stats.oecd.org>)와 ILOSTAT(<https://ilostat.ilo.org/data/>)에서 2020.07.20. 인출한 자료로 저자 작성

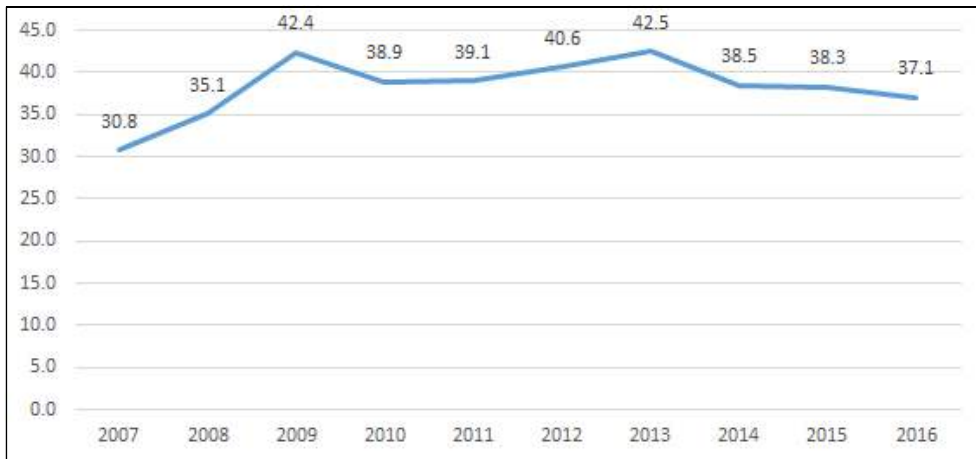
소득의 질과 저임금 노동자 비중과 관련해서는, 앞서 고용의 양적 성과가 뚜렷하게 구별되지 않던 북구형과 영미형의 차이가 두드러진다. 적극적 노동시장정책 지출 수준이 북구형에서 소득의 질이 높은 것은 물론, 저임금 노동자의 비중이 현저하게 낮게 나타나는 것이다. 고용의 질적 측면에서는 북구형 복지국가의 성과가 우월하다고 평가할 수 있다. 영미형 복지국가에서는 저임금의 일자리 종사자들이 많아, 실업률은 낮게 유지될 수 있지만 공공 노동시장정책과 사회보장제도의 미비로 노동자들의 생활수준이 그리 높지는 않을 수 있는 것이다.

한국은 고용의 양적 부문에서보다 질적 성과에서 성과가 다소 저조한 편이다. 먼저 실업자 중 실업급여를 수령하는 사람의 비중이 절반에 못 미친다. 특수고용집단 등의 고용보험 가입 확대로 사각지대를 일정 부분 해소하고자 노력했으나, 아직까지 실업급여 수급률은 그리 높지 못한 편이다.²⁰⁾ 게다가 코로나 바이러스의 여파로 실업자 규

모가 크게 늘고 장기 실업자 규모가 점차 증가하고 있다는 점을 고려하면, 실업 이후 노동시장으로의 복귀가 쉽지 않은 상황임을 가늠해볼 수 있다. 즉, 실업 이후의 소득상실 위험이 더욱 확대될 수 있다는 것이다. 따라서 실업급여 수급자의 확대와 더불어, 적극적 노동시장정책을 통해 실업자들의 고용역량 개선 및 노동시장 복귀를 적극적으로 도울 필요가 있다.

[그림 4-50] 한국의 실업자 대비 실업급여 수급자 비율

(단위: %)



자료: <https://stats.oecd.org/>에서 2020.09.18. 인출.

한편, 그간 한국의 최저임금 수준은 꾸준히 증가하여, 중위임금 대비 최저임금의 수준이 OECD 국가 중에서도 상위 수준에 달하게 되었다. 관련되어 한국의 저임금 근로자가 점차 축소되고 있는 것도 확인된다. 다만, 여전히 저임금 근로에 종사하는 여성들의 비중이 높아, 양질의 일자리가 충분히 제공되고 있다고 보기는 어려워 보인다.

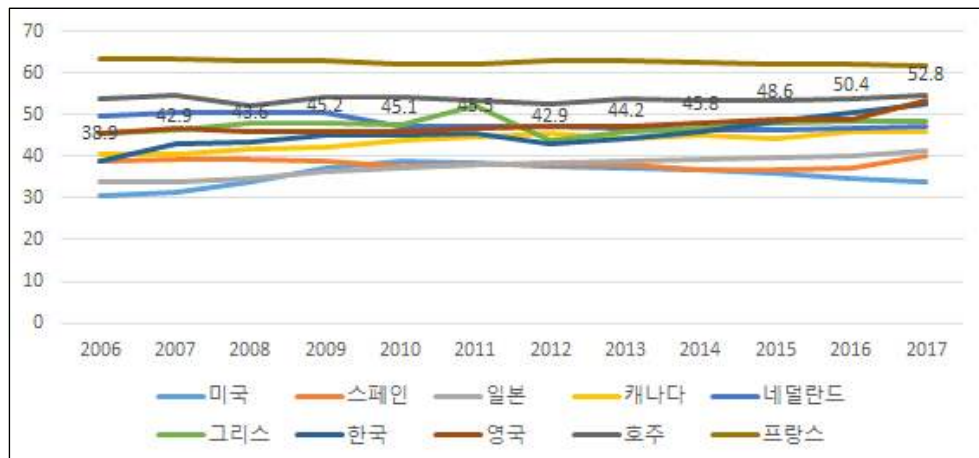
이와 더불어, 근로자 가구의 가처분 소득 역시 꾸준히 증가하였다. 하지만 이러한 소득 증가 추세에도 불구하고, 소득불평등의 개선 정도는 더디다. 특히, 기존 연구에 따르면 근로소득에서의 불평등도가 더 심각한 것으로 알려져 있다(구인회, 2019). 전반적으로 2000년대 지니계수가 다소 낮아지고 있긴 하지만, 그 폭이 크지 않다. 게다가 소득 상위 집단에 소득이 집중되는 경향은 더욱 강해지고 있다. 전반적인 소득 분배 양

20) 물론 최근 논의되는 전국민 고용보험의 도입 여부에 따라 이 양상은 다소 변할 수 있으리라 생각된다.

상이 그리 개선되고 있지는 않다는 것이다. 앞서 제시한 국가 비교 그래프에서도 한국의 소득의 질이 높지 않다는 점이 확인된 것과도 일맥상통하는 지점이다. 적극적 노동시장 정책을 통해 보다 나은 일자리로의 진입을 돕는 것이 필요하겠다.

[그림 4-51] OECD 주요국의 중위임금 대비 최저임금 비율

(단위: %)

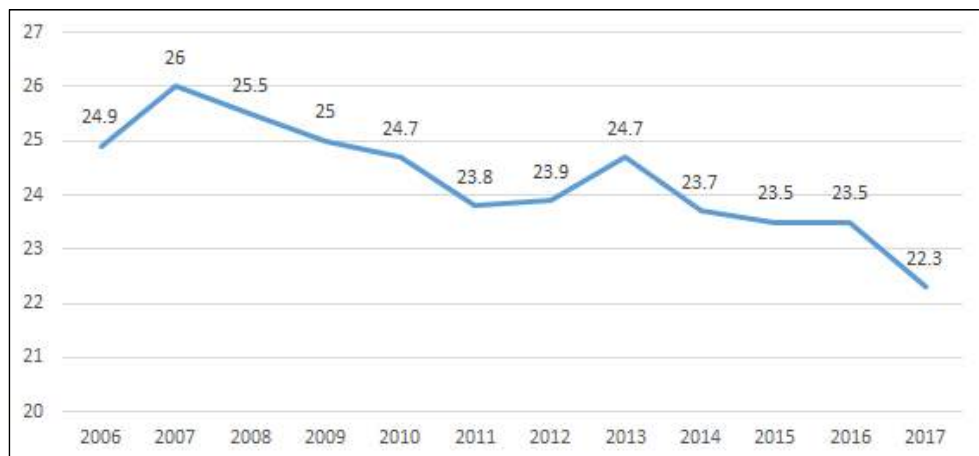


주: 중위임금 대비 최저임금비율 = (최저임금 ÷ 전일제 근로자의 중위임금) × 100.

자료: OECD, 「<http://stats.oecd.org/>, Minimum relative to average wages of full-time workers」2018. 9. https://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxSearch.do?idx_cd=4018&stts_cd=401804에서 2020.09.18. 인출.

[그림 4-52] 한국의 저임금 근로자 비중

(단위: %)

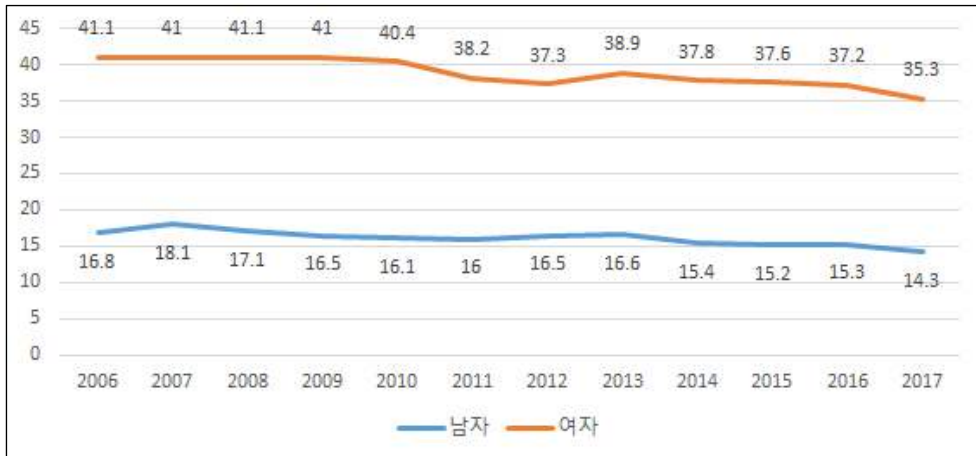


주: 저임금근로자비율 = (월임금 중위값의 2/3 미만 임금근로자수 ÷ 전체 임금근로자수) × 100

자료: OECD, 「<http://stats.oecd.org/>, Decile ratios of gross earnings」2018. 08.

[그림 4-53] 한국의 성별 저임금 근로자 비중

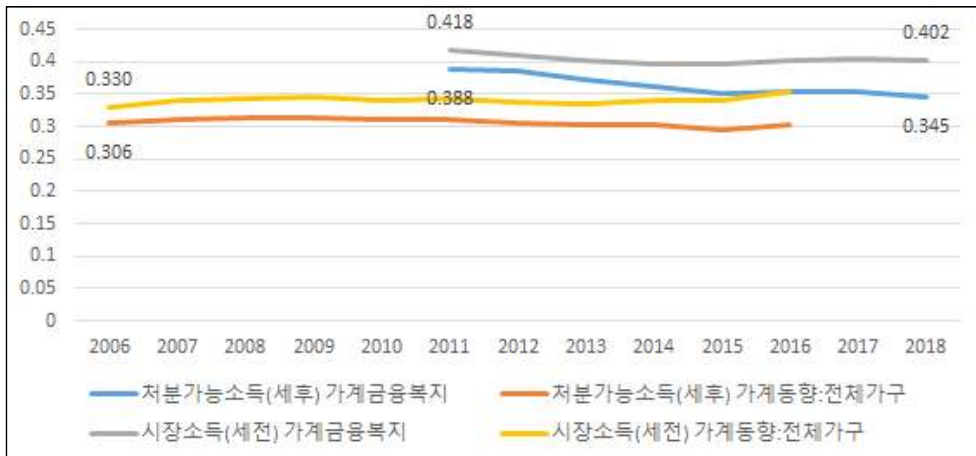
(단위: %)



주: 저임금근로자비율 = (월임금 중위값의 2/3 미만 임금근로자수 ÷ 전체 임금근로자수) × 100

자료: OECD, 「<http://stats.oecd.org/>, Decile ratios of gross earnings」2018. 08.

[그림 4-54] 한국의 지니계수 추이



주 1: 지니계수는 0에서 1사이의 값을 가지며, 1에 가까울수록 불평등도가 높음을 나타냄.

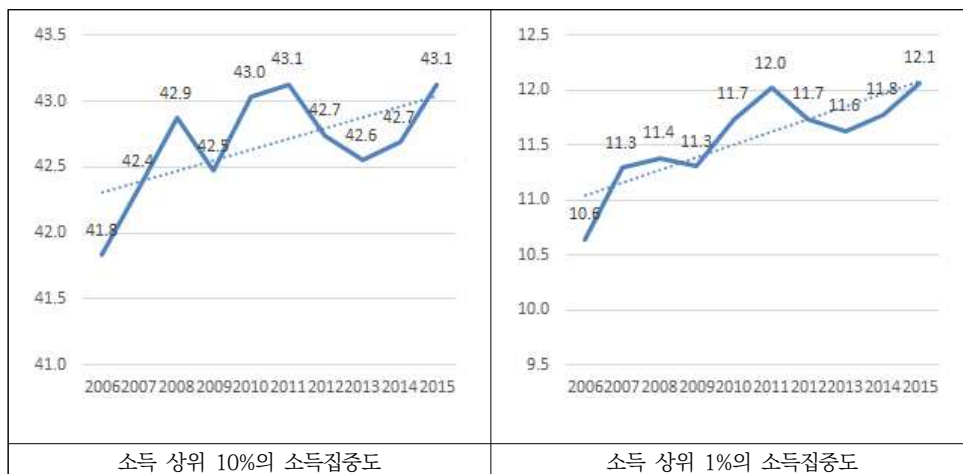
2: 처분가능소득(세후소득)=시장소득+공적이전소득-공적이전지출. 시장소득(세전소득)=근로소득+사업소득+재산소득+사적이전소득-사적이전지출.

3: 가계동향조사는 2001년까지는 도시 2인 이상 가구를 대상으로 실시되었으나 2002년부터는 2인 이상 비농가 가구로, 2006년부터는 1인 가구를 포함한 전체 가구로 대상을 확대함.

자료: 통계청, 「가계동향조사」 및 「가계금융복지조사」, http://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxSearch.do?idx_cd=1407에서 2020. 9. 18. 인출.

[그림 4-55] 한국의 소득집중도

(단위: %)

자료: <https://wid.world/data/>에서 2020. 09. 21 인출.

부표에 첨부한 노동시장정책 지출이 고용의 질적 성과에 미치는 영향 분석 결과에서도 적극적 노동시장 정책이 소득의 질 개선에 통계적으로 유의미한 기여를 하는 것이 확인된다. 이와 더불어 주목할 점은 소극적 노동시장정책이 노동시장 불안정성을 낮추는 데 기여한다는 점이다. 이는 전술한 바와 같이, 비록 소극적 노동시장정책이 실업 문제를 개선하지 못하더라도, 실업자들이 안정적인 일자리로 이행하게 돕는다는 점과 관련된다. 특히, 이는 OECD의 노동시장 불안정성이 실업 위험을 낮추는 부분과 실업보험 혹은 부조를 통한 소득 보장의 부문을 포괄한다는 점을 감안하면, 그 의미를 더욱 명확하게 이해할 수 있다. 따라서 주지하다시피, 향후 한국의 노동시장정책은 두 정책을 적절하게 조합하여 고용의 양적, 질적 성과 제고에 긍정적으로 기능할 수 있게 하는 것이 필요하겠다.

2. 합의도출과 사회보장제도의 발전방향

가. 한국의 적극적 노동시장정책 성과

앞서 제시한 적극적 노동시장정책의 평가는, 국가 비교 맥락에서 거시적 차원의 성과만을 개괄하여 한국 적극적 노동시장정책의 성과를 충분히 파악하는 것에는 한계가 있다. 게다가 총량 부문의 성과가 노동시장 정책에서 기인하는 것만은 아니기 때문에 한국의 적극적 노동시장정책 지출의 성과를 평가하는 데 제한적일 수밖에 없다. 이처럼 총량 수준에서의 국가 비교 연구가 가지는 한계가 있지만, 국가 비교 결과는 한국의 현재 상태를 진단해보는 하나의 자료가 될 수 있다는 점은 분명하다. 국가 비교 맥락에서 한국의 고용 현황을 살펴보면 다음과 같다.

한국은 다른 복지국가 유형들보다 실업률이 낮은 편이다. 장기 실업자 비중도 현저하게 낮은 특징을 보인다. 이러한 성과가 실업률만 놓고 보면 한국의 고용 성과는 상당히 양호하다고 평가할 수 있다. 그러나 사실 이렇게 단정하기는 쉽지 않은데, 특히, 여성의 노동시장 참가율과 고용률이 낮기 때문이다. 출산과 육아의 어려움으로 자녀 양육기 여성의 노동시장 이탈이 여전히 지속되고 있다는 지적이 계속되고 있는 배경이기도 하다. 게다가 고용의 질적 측면에서의 성과는 더욱 취약하다. 노동시장 불안정성은 상대적으로 덜한 것에 반해, 소득의 질과 저임금 노동자 비중 지표에서는 한국이 비교대상국의 2위 수준으로 열악한 모습을 보여주고 있기 때문이다.

나. 향후 한국의 적극적 노동시장정책 발전 방향

비록, 2015년까지를 기준으로 한국의 적극적 노동시장 정책을 평가한 상기 결과는 그리 낙관적이지 않지만, 최근의 일자리 사업 내실화와 성과 평가의 체계화 노력은 반가운 일이다. 구체적으로 한국 정부는 2019년부터 일자리 사업 성과평가 결과를 예산 편성 및 사업 재설계에 적극 반영하도록 개편하였고(고용노동부, 2019), 각 사업 영역의 특성에 맞춘 성과 지표를 개발하였다(고용노동부, 2018). 세부 성과 지표는 아래의 표와 같다. 여기에서 주목할 점은, 단순히 취약계층을 취업시키는 것, 즉 고용의 양을 늘리는 것을 넘어 양질의 일자리, 더 나은 일자리를 보장하기 위한 노력을 평가한다는

점이다. 안정적으로 오래, 비교적 높은 수준의 임금이 보장되는 일자리에서 일할 수 있는지가 평가되기 때문이다.

〈표 4-52〉 영역별 (공통) 성과지표

영역	지표	산식
직접 일자리	취약계층참여율	$(\text{취약계층 참가자 수} / \text{해당 직접일자리사업 전체 참여 인원수}) \times 100$
	반복참여율	$(\text{참여 당해연도 기준 3년간 직접일자리사업 2회 이상 참여자 수} / \text{직접일자리사업 전체 참여 인원 수}) \times 100$
	취업률	$(\text{직접일자리사업 참여 종료 후 6개월 이내 고용보험 취득자(취업자) 수} / \text{해당 직접일자리사업 전체 참여인원}) \times 100$
	고용유지율	$(\text{직접일자리사업 참여 종료 후 6개월 이내 취업자 중 6개월, 12개월 이상 고용보험 이력 유지자 수} / \text{해당 직접일자리사업 참여 종료 후 6개월 이내 취업자 수}) \times 100$
	취업소요기간	직접일자리사업 참여 종료 이후 최초 고용보험 취득일까지 걸린 기간에 대한 산술평균
	임금수준	직접일자리사업 참여시 지원액 / 당해연도 최저임금
	동일사업장 재취업율	$(\text{직접일자리사업 참여 종료 후 인턴 근무 사업장 계속 근무자 수} / \text{해당 직접일자리사업 참여자 수}) \times 100$
직업 훈련	취업률	$(\text{고용보험 최초 취득일} - \text{훈련종료일} \leq 180\text{일} \text{인 참여자의 수} / \text{사업수료자 수}) \times 100$
	고용유지율	$(\text{직업훈련 참여 종료 후 6개월 이내 취업자 중 6개월, 12개월 이상 고용보험 이력 유지자 수} / \text{사업 수료·취업한 자의 수}) \times 100$
	취업소요기간	훈련 종료일 이후 최초 고용보험 취득일까지 걸린 기간에 대한 산술평균으로 계산
	임금 수준	$(\text{훈련시작일 이후 고용보험 이력 최초 취득 시의 월 임금 혹은 훈련종료한 해의 월 임금/재직자의 평균 초임(월 단위)}) \times 100$
고용 서비스	취업률	$(\text{고용보험 최초 취득일} - \text{고용서비스 이용 이후} \leq 180\text{일} \text{인 참여자의 수} / \text{사업 이용자 수}) \times 100$
	고용유지율	$(\text{고용서비스 이용 이후 종료 후 6개월 이내 취업자 중 6개월, 12개월 이상 고용보험 이력 유지자 수} / \text{고용서비스 이용 이후 취업한 인원}) \times 100$
	취업소요 기간	고용서비스 이용 이후 최초 고용보험 취득일까지 걸린 기간에 대한 산술평균으로 계산
	임금 수준	$(\text{취업지원 서비스를 통해 취업한 사람의 월평균보수액/국내 1년 미만 경력자의 월평균 초임}) \times 100$
고용 장려금	참여자성비	$(\text{지원받은 여성 근로자 수} / \text{지원받은 남성 근로자 수}) \times 100$
	고용증감률	$(\text{지원 시작 시점의 월 평균피보험자 수} - \text{지원 시작 1년 전의 월 평균 피보험자 수}) / \text{지원 시작 1년 전의 월 평균 피보험자 수}) \times 100$

영역	지표	산식
	고용유지율	$(\text{장려금 지원 종료자 중 6개월 또는 12개월 후 고용보험 이력 유지자 수} / \text{장려금 지원 종료자 수}) \times 100$
	기업생존률	$(\text{지원 종료 12개월 후 생존 기업체 수} / \text{지원 기업 수}) \times 100$
창업 지원	고용증감률	$(\text{평가기준년도의 피보험자 수} - \text{전년도 피보험자 수}) / \text{전년도 피보험자 수} \times 100$
	기업생존률	$(\text{익년도 피보험자 수가 보다 큰 사업장수} / \text{평가기준년도 피보험자 수가 이상인 사업장수}) \times 100$
	임금 수준	$(\text{평가 대상년도의 수혜기업종사자의 월평균 보수총액} / \text{국내 1년 미만 경력자의 월평균 초임}) \times 100$
	유효창업률	$(\text{피보험자수 인 이상인 사업장 수} \times \text{참여자수} / \text{창업지원사업 사업장수 참여자수}) \times 100$

자료: 고용노동부, (2018), 일자리사업 평가체계 고도화 연구, pp.66-122 내용을 토대로 저자 재구성.

다만, 향후 적극적 노동시장정책의 성과 평가에서는 개별 사업 단위를 넘어, 표적 집단별 정책 패키지의 성과를 총량적으로 파악하는 것을 병행하는 것을 검토해 볼 필요가 있다. 적극적 노동시장정책을 비롯한, 노동시장정책의 궁극적인 목적은 취약계층이 고용을 돕는 것으로, 최종적인 평가는 이들이 얼마나 안정적으로 양질의 일자리에 서 일할 수 있느냐가 평가되어야 한다. 하나하나의 사업이 역시 유사한 목적을 가지고 있지만, 개별 사업 단위에서 모든 성과를 내기는 어렵다. 개별 사업의 성과를 비교하여, 성과가 낮은 사업의 개선을 도모하는 것은 물론 필요한 작업이다. 하지만, 이와 동시에 총량적인 성과를 분석하여, 해당 표적 집단을 위해 더 필요한 사업, 정책이 무엇인지 밝히는 것 역시 병행되어야 한다. 따라서 향후 성과 평가에서는 이 역시 고려하여 장기적 발전 방향을 모색하는 것이 좋겠다.

또한, 개별 사업 단위에서의 성과는 다른 사업들과 결합되어야 더 잘 확인될 수 있는 측면도 있다. 하나의 사업이 적극적 노동시장정책의 여러 영역을 아우르는 경우도 있고, 한 사업의 참여가 다른 사업의 수혜와 연동되는 경우도 적지 않다. 만약 개별 사업 단위에서의 평가만 수행될 경우에는 각 사업에서 확인된 긍정적인 성과가 어떻게 시너지를 발휘하는지 혹은 효과가 상쇄되는지 파악하기 어려운 측면도 있다. 이는 앞서도 적극적 노동시장정책은 소극적 노동시장정책과 함께 잘 조합되는 것이 중요하다는 점을 강조한 것과 일맥상통하는 지점이다. 따라서 개별 사업 단위에서의 성과 평가와 더불어, 전체 사업의 총량적 성과 파악을 병행하는 것이 필요하다고 사료된다.

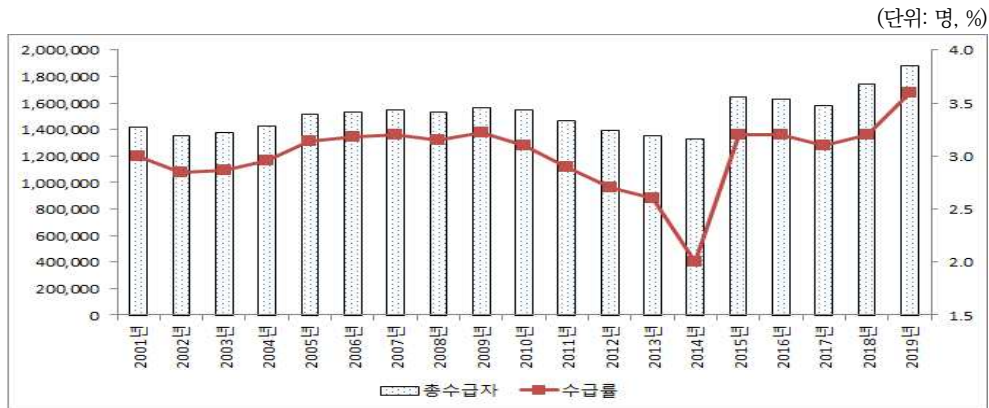
제7절 공공부조

1. 지출 추이와 변화 요인

한국의 공공부조제도는 1961년 생활보호제도로 도입 이후 2000년 큰 변화를 경험하게 된다. 1997년에 불어 닥친 경제위기로 인해 많은 국민들의 고통을 받는 상황에서 최후의 안전망 역할을 해야 할 공공부조제도가 제대로 역할을 하지 못하는 문제에 직면한 것이다. 당시에 운영되고 있었던 생활보호제도는 극빈층을 대상으로 잔여적, 인구적 특성 등을 반영한 제한적 공공부조 형태를 유지하고 있었다. 위기 가구 보호라는 역할을 충분히 수행하고 있지 못하고 있었던 것이다. 당시 경제위기 극복을 최우선 과제로 설정하고 있던 정부는 생활보호제도를 대체하는 국민기초생활보장제도를 2000년 10월에 도입하게 된다. 무엇보다 두 제도 간의 큰 변화는 기존 잔여적 성격의 공공부조제도가 권리성을 바탕으로 하는 공공부조제도 변화를 시작한 점이다. 더불어 그동안 실업, 폐업 등의 위기속에서 지원을 받지 못하던 근로연령층에게도 현금성 급여를 지급함으로써 공공부조의 역할이 크게 발전하는 계기를 만들었다.

최후의 안전망 역할을 하고 있는 기초생활보장제도 수급규모 변화를 보면, 제도 도입 직후인 2001년 약 142만명, 전인구 대비 3.0%에서 2019년에는 약 188만명, 전인구 대비 3.6%로 증가하고 있다.

[그림 4-56] 기초생활보장제도 수급자 및 인구대비 비율(2001~2019)



자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각년도.

기초생활보장 수급규모가 증가한 시기는 2005년 이후로 2007년 약 155만명, 2009년에는 약 157만명으로 늘어났다. 동 시기는 세계경제위기가 발생한 때로, 모든 국가들이 위기 극복을 위해 빈곤층 보호와 노동자 및 기업 등 지원을 위해 재정을 크게 확대하는 시기와 맞물린다. 동 시기 한국도 빈곤층 보호가 강화되면서 기초생활보장제도에 수급규모가 증가하였다. 이외에 2015년에도 수급규모가 크게 늘어나고 있다. 2015년은 기초생활보장제도가 기존 통합급여체제에서 맞춤형 급여체제로 변경되고, 선정 및 급여기준이 최저생계비에서 기준중위소득으로 변경되어 기준선이 상향조정되면서 수급규모가 증가하고 있다.

〈표 4-53〉 기초생활보장수급자 연도별 추이(1999~2019)

(단위: 호, 명, %)

구분		총수급자	일반수급자		시설수급자	수급률
		인원	가구	인원	인원	
1999년		1,483,000 (540,000) ¹⁾		1,414,000	69,000	·
2000년	10월 전	1,520,000 (500,000) ¹⁾		1,444,000	76,000	·
	10월 후	1,488,874	688,354	1,412,473	76,401	·
2001년		1,419,995	698,075	1,345,526	74,469	3.00
2002년		1,351,185	691,018	1,275,625	75,560	2.84
2003년		1,374,405	717,861	1,292,690	81,715	2.87
2004년		1,424,088	753,681	1,337,714	86,374	2.96
2005년		1,513,352	809,745	1,425,684	87,668	3.14
2006년		1,534,950	831,692	1,449,832	85,118	3.18
2007년		1,549,848	852,420	1,463,140	86,708	3.20
2008년		1,529,939	854,205	1,444,010	85,929	3.15
2009년		1,568,533	882,925	1,482,719	85,814	3.22
2010년		1,549,820	878,799	1,458,198	91,622	3.1
2011년		1,469,254	850,689	1,379,865	89,389	2.9
2012년		1,394,042	821,879	1,300,499	93,543	2.7
2013년		1,350,891	810,544	1,258,582	92,309	2.6
2014년		1,328,713	814,184	1,237,386	91,327	2.0
2015년		1,646,363	1,014,177	1,554,484	91,879	3.2
2016년		1,630,614	1,035,435	1,539,539	91,075	3.2
2017년		1,581,646	1,032,996	1,491,650	89,996	3.1
2018년		1,743,690	1,165,175	1,653,781	89,909	3.2
2019년		1,881,357	1,281,759	1,792,012	89,345	3.6

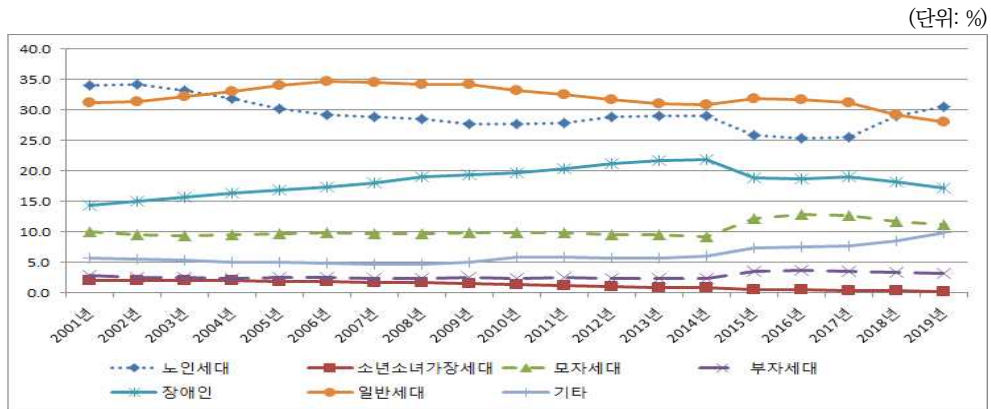
주: 1) 생계비 지원대상인 거택보호와 시설보호 합계.

수급률 = 총수급자 수/통계청 장래인구추계 기준 연도별 총인구 × 100

자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각년도.

기초생활보장 수급가구의 가구유형별 변화를 보면 노인가구가 가장 많은 비중을 점유하여 전체 수급가구의 30% 정도를 점유하고 있다. 다음으로는 역시 일반가구가 비슷한 수준의 규모를 보여주고 있다.

[그림 4-57] 기초생활보장 가구유형별 연도별 변화 추이(2001~2019)



자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각년도.

〈표 4-54〉 기초생활보장 가구유형별 연도별 추이(2001~2019)

(단위: 가구)

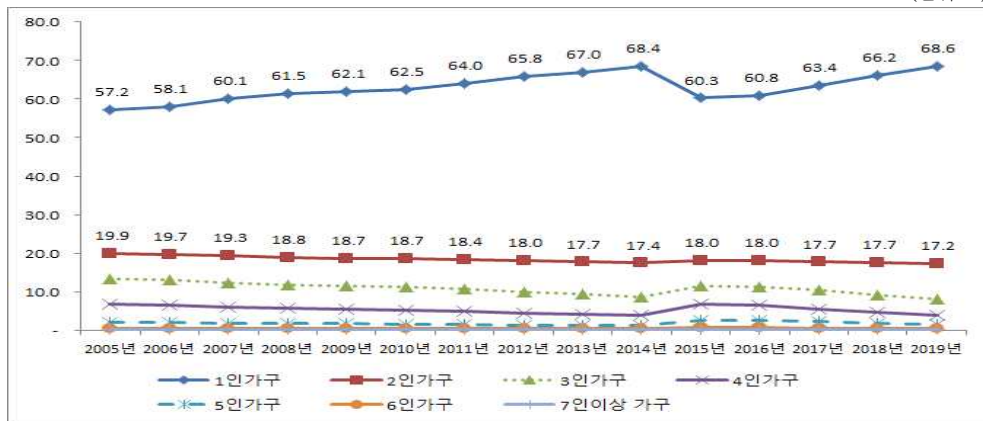
구분	합계	노인가구	소년소녀가장가구	모자가구	부자가구	장애인 가구	일반가구	기타
2001년	698,075	237,443	13,613	70,152	19,128	100,313	217,462	39,964
2002년	691,018	235,893	13,638	65,132	17,289	104,009	216,645	38,412
2003년	717,861	238,790	13,932	66,636	17,158	112,987	230,827	37,531
2004년	753,681	240,030	14,387	70,951	17,916	123,418	249,393	37,586
2005년	809,745	244,565	14,823	77,985	19,450	136,892	276,227	39,803
2006년	831,692	242,470	14,713	81,189	19,963	144,747	288,945	39,665
2007년	852,420	245,935	14,475	82,920	19,934	154,066	294,872	40,218
2008년	854,205	243,132	14,276	82,880	19,744	162,527	291,680	39,966
2009년	882,925	244,529	13,533	86,961	21,115	171,330	302,202	43,255
2010년	878,799	243,708	11,565	85,970	20,879	173,322	291,774	51,581
2011년	850,689	237,213	9,798	83,525	20,479	173,751	277,081	48,842
2012년	821,879	236,617	8,105	78,333	18,820	174,112	259,866	46,026
2013년	810,544	235,601	6,945	76,270	18,366	175,867	251,372	46,123
2014년	814,184	236,548	5,882	74,925	18,362	178,397	251,333	48,737
2015년	1,014,177	262,124	5,188	123,497	34,538	191,723	323,289	73,818
2016년	1,035,435	261,680	4,324	132,277	37,753	193,585	328,282	77,534
2017년	1,032,996	263,475	3,544	130,506	36,675	197,081	322,918	78,797
2018년	1,165,175	337,788	2,972	135,862	38,095	211,010	340,597	98,851
2019년	1,281,759	391,096	2,467	143,810	40,368	219,889	359,017	125,112

자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각년도.

기초생활보장제도 가구원수별 수급가구 변화를 보면, 주로 1인 및 2인가구가 대부분을 점유하고 있는 것을 볼 수 있다. 1인가구 비중은 2005년 57.2%에서 최근 다시 증가하여 2019년에는 68.6%까지 늘어나고 있다. 2인 가구가 다음 비중으로 동 기간 19.9%에서 17.2%로 소폭 하락하고 있다. 1인 및 2인가구를 합하면 전체 수급가구의 85.8%로 거의 대부분의 수급가구가 1~2인 가구인 것을 볼 수 있다.

[그림 4-58] 기초생활보장 가구원수별 연도별 변화 추이(2005~2019)

(단위: %)



자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각년도.

그림과 표를 통해 살펴보면, 기초생활보장제도의 예산이 세계금융위기시인 2007년 크게 증가한 이후 유사한 추세를 유지하고 있다. 지난 2005년부터 2019년까지 기초생활보장 예산은 명목GDP 대비 평균 0.53%, 정부 전체 예산 대비 2.35%를 유지하고 있다. 보건복지부 예산대비는 평균 22.3%로 복지부 예산에서 점유하는 비중이 높았다. 2015년 이후 기초생활보장예산이 보건복지부 예산에서 점유하는 비중이 줄어들고 있는데 그 이유는 2015년 맞춤형 급여 개편을 통해 급여가 분리되면서 기초생활보장 급여중 주요 급여인 주거 및 교육급여가 국토교통부와 교육부로 이관되면서 보건복지부 소관예산에서는 예산비중이 줄어들게 되었다.

기초생활보장 예산은 평균적으로 11.0%로 정부예산 증가에 비해서는 빠르게 늘어나고 있다. 보건복지부 예산 역시 평균 13.5%로 빠르게 늘어나고 있는데, 이는 새로운 제도(장기요양보험, 기초연금, 아동수당 등)와 기존 제도들의 확대가 2000년대 들어 늘어나면서 예산이 증가하고 있는 것으로 보인다.

[그림 4-59] 명목 GDP, 정부예산, 보건복지부 예산 대비 국민기초생활보장예산(2005~2019)



주 : 1) 기초생활보장, 보건복지부, 정부예산은 국회 본회의 통과계산 기준
 자료 : 통계청, e-나라지표(정부재정현황), KOSIS(국민계정)
 보건복지부, 보건복지통계연보, 각년도

〈표 4-55〉 명목 GDP, 정부예산, 보건복지부 예산 대비 국민기초생활보장예산(2005~2019)

(단위: %)

구 분	국민기초생활보장예산 / 명목GDP	국민기초생활보장예산 / 정부전체예산	국민기초생활보장예산 / 보건복지부예산
2005	0.25	1.16	26.95
2006	0.27	1.20	27.56
2007	0.60	2.77	34.68
2008	0.63	2.82	29.19
2009	0.66	2.80	26.90
2010	0.55	2.49	23.49
2011	0.54	2.43	22.39
2012	0.55	2.43	21.54
2013	0.58	2.56	21.16
2014	0.56	2.48	18.82
2015	0.58	2.54	17.48
2016	0.53	2.38	16.37
2017	0.54	2.47	16.90
2018	0.53	2.36	16.00
2019	0.57	2.34	15.12
평균	0.53	2.35	22.30

주 : 1) 기초생활보장, 보건복지부, 정부예산은 국회 본회의 통과계산 기준
 자료 : 통계청, e-나라지표(정부재정현황), KOSIS(국민계정), 보건복지부, 보건복지통계연보, 각년도

〈표 4-56〉 보건복지부예산 대비 국민기초생활보장 예산 및 비율

(단위: 백만원, %)

구 분	기초생활보장 예산	증가율	보건복지부예산	증가율
2001	16,799		74,581	
2002	17,129	2.0	77,495	3.9
2003	17,611	2.8	85,022	9.7
2004	20,317	15.4	92,322	8.6
2005	24,001	18.1	89,067	-3.5
2006	26,747	11.4	97,063	9.0
2007	65,759	145.9	189,634	95.4
2008	72,644	10.5	248,863	31.2
2009	79,731	9.8	296,367	19.1
2010	72,865	-8.6	310,195	4.7
2011	75,168	3.2	335,694	8.2
2012	79,028	5.1	366,928	9.3
2013	87,689	11.0	414,503	13.0
2014	88,245	0.6	468,995	13.1
2015	95,455	8.2	545,946	16.4
2016	92,022	-3.6	562,211	3.0
2017	98,894	7.5	585,333	4.1
2018	101,235	2.4	632,869	8.1
2019	110,102	8.8	728,103	15.0
평균	-	11.0	-	13.5

주 : 1) 기초생활보장, 보건복지부, 정부예산은 국회 본회의 통과예산 기준

자료 : 통계청, e-나라지표(정부재정현황), KOSIS(국민계정), 보건복지부, 보건복지통계연보, 각년도

기초생활보장제도와 관련된 지출 변화가 많이 발생하는 주요요인은 두가지로 하나는 국내외적으로 발생하는 위기 국면에서 취약계층, 빈곤층 등을 지원할 수 있는 대표적인 제도로 위기를 전후하여 대상자와 기초생활보장 예산이 증가하는 모습을 볼 수 있다. 아래 표를 통해 보면 2007년에게 기초생활보장 예산이 145.9%로 크게 늘어나고 있다. 동 시기는 세계금융위기 혹은 경제위기 등으로 긴급한 대응이 필요한 시점이었으며 이로 인해 한시생계지원, 긴급복지지원 등이 일시적으로 도입되거나 확대되면서 예산수요가 크게 증가한 것으로 보인다.

두 번째로 기초생활보장 지출변화에 영향을 주는 요소는 기초생활보장제도 내부의 변화를 들 수 있다. 제도를 운영하면서 일부 미진하게 설계된 부분들을 개선하는 의미도 있지만, 기초생활보장제도의 경우에는 2015년 커다란 제도적 전환을 맞는 것도 지출변화에 큰 영향을 주었다. 2015년 이전은 기초생활보장제도에서 운영하고 있는 급여들이 통합급여의 형태로 운영되었으며, 보건복지부가 모든 사업을 주관하였다면, 2015년 맞춤형 급여로 전환되면서 부터는 급여가 분리되며 생계 및 의료급여는 보건

복지부가 주거급여는 국토교통부, 교육급여는 교육부로 분리 운영되는 체계로 전환되었다. 전체적으로는 기초생활보장제도의 한 틀이지만 운영에 있어 세부처가 공동으로 제도를 운영하게 된 것이다. 급여가 분리되면서 예산과 일부 전달체계에 대한 개편도 수반하면서 기초생활보장제도 예산에는 일정부분 변화를 가져오게 된 것이다.

제도 내적 요인의 두 번째는 주기적으로 변화하게 되는 제도 개선사항이다. 기초생활보장제도는 한국의 최후의 안전망 역할을 하고 조세방식을 통해 운영되면서 복잡한 선정조건을 가지고 있다. 소득기준과 부양의무자 기준을 두고 있다. 소득기준은 소득과 재산을 환산해 합한 소득인정액이 2015년 이전에는 최저생계비 이하이어야 했으며, 2015년 이후에는 급여별 기준중위소득 선정기준 이하이어야 한다는 것이다. 부양의무자 기준은 기초생활보장제도 급여를 받기 위해서는 스스로 혹은 가족의 노력이 먼저 진행되고, 그래서도 빈곤이 유지되면 국가가 지원하는 것으로 여기에 적용되는 것이 부양의무자 기준이다. 이들 소득인정액과 부양의무자 기준은 복잡하고 다양한 조건을 두고 있어서 이들 조건들이 개선되면서 기초생활보장제도 지출변화에 큰 영향을 주게 되는 것이다.

최근에 발표된 기초생활보장 2차 종합계획에서도 많은 조건들이 완화되거나 개선되면서 향후 예산에 대한 많은 변화를 수반할 것으로 보인다. 2차 기초생활보장 종합계획의 주요한 제도적 변화를 살펴보면, 먼저 생계급여에서는 부양의무자기준이 폐지되기로 한 점이다. 코로나19로 인한 빈곤층 생활악화를 막고, 사회통합을 위해 2021년에는 만 65세 이상 노인고 한부모가구를 대상으로 2022년에는 전체가구를 대상으로 부양의무자 기준을 폐지하기로 하였다. 하지만 국민정서상 과도한 재산을 보유한 가구의 수급방지를 위해 재산이 9억원 이상인 경우 수급할 수 없도록 하였다. 주거급여에서는 기준임대료에 대한 현실화율을 상향조정하고 중장기적으로 현재 주거급여 선정기준인 기준중위소득 45%를 상대빈곤 기준까지 높이는 것을 검토하기로 하였다. 무엇보다 2021년 부터는 부모와 떨어져 생활하고 있는 청년가구의 주거비 부담을 줄여주기 위해 청년가구를 대상으로 주거급여의 별도가구 기준을 완화하기로 하였다. 교육급여에서는 고등학교까지 무상교육이 확대되면서 더 이상 교육비를 지원할 근거가 없으므로, 사회통합과 교육격차 축소를 위해 기존 교육비 지원을 교육활동지원비로 조정하고 지원금액도 크게 상향조정하는 것을 계획하였다.

〈표 4-57〉 기초생활보장제도 부양의무자 기준 단계적 폐지 계획

구분	2015년 7월	2017년 11월	2018년 10월	2019년 1월	2020년 1월	2021년 이후
생계급여		수급자 및 부양의무자 가구 모두에 노인·중증장애인 이 포함된 가구		부양의무자 가구 노인·중증장애인 포함된 가구 (소득 하위 70%)	중증장애인 가구	'21년 노인, 한부모 '22년 전가구
의료급여				부양의무자 가구 중증장애인이 포함된 가구 (소득 하위 70%)	부양의무자 가구 노인이 포함된 가구 (소득 하위 70%)	-
주거급여			폐지	유지		
교육급여	폐지	유지				

자료: 보건복지부(2020). 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023) (안)

2차 기초생활보장 종합계획의 또 다른 주요한 변화는 선정기준과 생계급여에서의 급여기준의 전환이었다. 기초생활보장제도 선정 및 급여의 기준이 되었던 기준중위소득의 산정방식을 개선하여 소득증가율 산정기준을 기존 통계청 가계동향조사에서 가계금융복지조사로 전환하면서 전국대표성, 소득통계의 정확성을 기하고자 하였다. 가계동향조사에서 가계금융복지조사로 전환되면서 기존 기준중위소득과 가계금융복지조사 중위소득 간에 차이가 발생하게되어 이를 6년에 걸쳐 단계적으로 축소하기로 하였다. 또한 기초생활보장 수급가구의 85% 이상이 1인 가구와 2인 가구로 이들 실제 1인가구와 2인 가구의 소비지출 수준에 비해 기준중위소득에서의 1인 및 2인 가구 소득이 낮게 평가되고 있어서 1인 및 2인 가구의 생계안정과 보호 강화를 위해 가구균등화지수를 조정하기로 하였다. 기존 가구균등화지수를 적용시 1인가구와 2인가구의 소득이 낮게 적용되어 1인 가구와 2인 가구의 가구균등화지수 값을 상향조정하되, 재정부담을 고려하여 역시 6년에 걸쳐 기준중위소득 값을 조정하기로 하였다. 반면에 가구균등화지수가 가지고 있는 특성을 반영하여 3인가구 이상에서는 균등화지수가 감소하도록 하되, 격차축소와 함께 적용함으로써 실질적으로 3인 가구 이상에서 기준중위소득이 감소하는 것을 방지하고자 하였다.

2. 성과 분석

기초생활보장제도의 궁극적 목표는 빈곤한 가구 혹은 개인에 대한 보호를 강화하면서, 빈곤대물림이 발생하지 않도록 적절한 교육과 탈빈곤을 제고하는 것이다. 기초생활보장제도 도입 초기에는 경제위기 극복을 위한 빈곤층 보호가 중심이었다면 이후 제도 운영과 2015년 맞춤형 급여로의 전환을 경험하면서 기초생활보장제도에서는 세가지 목적을 주요 기준으로 하고 있다. 첫째 보호강화 의미에서 사각지대 축소, 둘째 적정급여라는 의미에서 급여적정성 확보, 셋째, 빈곤대물림을 방지하기 위한 탈빈곤 효과를 주요 기준으로 보고 있다. 이번 분석에서 공공부조 즉 기초생활보장제도에 대한 성과 분석은 위의 세가지를 기초로 성과분석을 살펴보고자 한다.

먼저 소득보장 사각지대 해소를 위해 기초생활보장제도는 소득인정액 혹은 부양의 무자기준을 꾸준히 완화해 왔으며, 이를 통해 빈곤층에 대한 보호를 강화하고자 노력해 왔다. 아래 표를 통해 보면 기초생활보장제도 도입 초기인 2003년에는 소득과 재산이 최저생계비 이하이면서 부양의무자 기준 등으로 기초생활보장제도의 도움을 받지 못하는 규모가 177만명에 이르고 있었다. 이후 제도 개선을 통해 비수급빈곤층의 규모가 줄어들고 있으며, 2015년 맞춤형 급여로의 전환을 통해서는 비수급빈곤층이 93만명까지 줄어들게 된다. 최근 조사인 기초생활보장 실태조사를 통해 발표된 2차 기초생활보장 종합계획 자료에 의하면 비수급 빈곤층이 2018년에는 73만명까지 감소하였다.

〈표 4-58〉 기준 중위소득 50% 이하 생계·의료급여 비수급 빈곤층 규모

구분	'03년 기준 1차조사	'06년 기준 2차조사	'10년 기준 3차조사	'14년 기준 4차조사	'15년 기준 5차조사	'18년 기준 6차조사
비수급 빈곤층	177만명 (85만가구) (최저생계비 100% 이하)	103만명 (53만가구)	117만명 (66만가구)	118만명 (71만가구) (중위소득 40%이하)	93만명 (63만가구) (기준중위소득 40%이하)	73만명 (48만가구)
차상위 계층 기준 비수급 빈곤층	86만명 (35만가구) (최저생계비(100%)~120% 이하)	67만명 (29만가구)	68만명 (36만가구)	85만명 (45만가구) (중위 40~50% 이하)	51만명 (30만가구)	59만명 (34만가구)
차상위 포함 비수급 빈곤층	263만명 (120만가구)	170만명 (102만가구)	185만명 (106만가구)	203만명 (116만가구)	144만명 (93만가구)	132만명 (82만가구)

자료: 보건복지부(2020). 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023) (안)

유사하게 기초생활보장제도의 지원을 받을 자격이 주어지는 최저생계비와 기준중위소득을 소폭 상회하면서 현금보다는 현물지원을 받고 있는 차상위계층의 규모도 2003년 86만명에서 2018년에는 59만명으로 감소하고 있다. 전체적으로는 2003년 263만명에서 2018년에는 132만명까지 줄어든 것이다. 기초생활보장제도가 비수급 빈곤층 보호를 위해 많은 제도적 개선을 해왔다는 것을 알 수 있다. 무엇보다 2차 기초생활보장 종합계획에서는 오랜 기간 논의되어 오던 생계급여를 대상으로 부양의무자 기준이 폐지되는 것이 공표되었다. 제도 운영 20년만에 대표적인 비수급빈곤층을 만들어 내는 부양의무자 기준이 폐지되는 것은 큰 의미가 있다고 볼 수 있다. 하지만 이 과정에서 일부 논쟁이 있었던 점은 맞춤형 급여 개편이후 주거 및 교육급여가 이미 부양의무자 기준이 폐지되었고, 생계급여에서도 부양의무자 기준 폐지가 명시화 되었지만, 의료급여에 대한 부양의무자 기준 폐지는 논의가 이제 시작되고 있어, 기초생활보장제도 차원에서 완전한 형태의 부양의무자 기준 폐지는 아직 거리가 있다고 볼 수 있다.

기초생활보장제도가 많은 제도 개선을 통해 빈곤층 보호강화 및 사각지대 축소를 위해 노력해 왔지만, 여전히 많은 국민들은 기초생활보장제도의 충분한 지원을 받고 있지 못한 것이 현실이다.

〈표 4-59〉 기초생활보장 연령별 수급율과 연령별 빈곤율 격차

(단위: %)

구분	수급비율		빈곤율(시장소득기준)		격차	
	만 65세 이상 (A)	45-64세 (B)	만 65세 이상 (C)	18-65세 (D)	C-A	D-A
2011년	6.9	3.0	56.9	14.1	50.0	11.1
2012년	6.5	2.9	55.4	13.8	48.9	10.9
2013년	6.2	2.7	55.7	13.7	49.5	11.0
2014년	6.0	2.7	55.9	14.0	49.9	11.3
2015년	6.4	2.7	56.6	13.5	50.2	10.8
2016년	6.2	2.9	57.5	13.7	51.3	10.8
2017년	6.1	2.9	56.7	13.5	50.6	10.6
2018년	7.4	2.9	58.5	13.0	51.1	10.1

자료 : 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각년도.
통계청, KOSIS(가계금융복지조사, 소득분배)

표에서 보듯이 만 65세 이상 수급률은 만 65세 이상 인구대비 6~7%대 수급율을 보이고 있지만, 한국의 노인빈곤율은 OECD에서 가장 높은 50% 중반대를 유지하고 있다. 노인수급율과 노인빈곤율 간 격차가 크게 발생하고 있음을 볼 수 있다. 45~64세 사이 수급율은 3%대로 역시 연령에 차이가 있지만 유사 연령대의 빈곤율은 13~14%로 둘 간의 격차는 10%대를 유지하고 있다. 노인빈곤율에 비해서는 크지만, 여전히 일정부문 보호받지 못하는 세대가 존재하고 있는 것이다. 비수급빈곤층 보호가 필요한 이유는 기초생활보장 실태조사 결과에서도 확인할 수 있다. 2018년 기준으로 수급가구의 총소득은 월평균 100.6만원이지만, 기준중위소득 30% 이하 비수급빈곤층의 총소득은 67.8만원에 불과하다. 또한 이보다 소득이 다소 높은 기준중위소득 30~40% 이하 가구 소득은 87.1만원으로 수급가구와 많은 차이를 보이고 있다. 기초생활보장급여가 들어가기 이전에는 수급가구의 소득이 이들 가구에 비해 낮았지만, 기초생활보장급여가 추가되면서 집단간에 소득에 차이가 발생하고 있으며, 이는 이들 가구의 삶에도 많은 영향을 주고 있다.

〈표 4-60〉 생계·의료 수급가구와 비수급가구의 소득·재산 비교('18년)

(단위: 만원/월기준)

구 분	수급 가구	생계·의료급여 비수급 가구	
		기준 중위소득 ~30%	기준 중위소득 30~40%
총소득	100.6	67.8	87.1
경상소득	99.9	64.2	86.2
경상소득 - 기초생활보장급여	50.5	56.7	84.5
경상소득 - 기초생활보장급여 - 타 정부 보조금	24.0	30.6	57.3
총 재산(만원)	1,558.9	2,256.8	1,798.2
거주 재산	1,343.2	1,403.7	1,349.4

주: * 수급가구에서 생계·의료급여 수급자 중 특례 수급자를 제외 후 분석
 자료: 보건복지부(2020). 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023) (안)

정부가 발표한대로 생계급여에 대한 부양의무자 기준이 폐지되면 수급율과 빈곤율 간 격차가 줄고, 비수급 빈곤층에 대한 소득도 증가할 것으로 보이지만, 여전히 재산이라는 조건으로 인해 수급을 받지 못하는 빈곤층도 발생하고 있다는 점에서 이를 개선하기 위한 노력 또한 필요한 상황이다.

두 번째 성과평가 항목은 급여적정성부문이다. 기초생활보장제도는 공공부조제도로써 보충성원칙을 기준으로 하고 있다. 보충성 원칙은 정부가 정한 선정기준선과 수급가구 혹은 수급자의 소득간 차이를 보완 혹은 보충해주는 것을 의미한다. 따라서 기초생활보장제도의 급여가 적정한지를 평가하기 위해서는 한국에서 생활하는데 있어 급여가 충분한지를 보는 것과 다른 경제사회지표와 비교해 기초생활보장제도의 선정기준선이 적정하게 증가해 왔는지를 살펴보면 간접적으로 평가가 가능하다. 기초생활보장제도는 2015년 맞춤형 급여로 전환되기 이전에는 최저생계비가 기준이 되었으며, 2015년 맞춤형 급여로 전환된 이후에는 기준중위소득이 선정기준이 되고 있다. 둘 간의 가장 큰 차이는 지출을 기반으로 하느냐 아니면 소득을 기반으로 하느냐이다. 최저생계비가 지출을 기준으로 하고 있다면 기준중위소득은 소득을 기반으로 하고 있는 것이다.

아래 표는 기초생활보장제도가 도입된 이후 지금까지 최저생계비 및 기준중위소득의 변화를 보여주고 있다. 최저생계비의 인상률은 주로 물가상승률을 기반으로 하고 있다. 하지만 이때 사용된 물가상승률은 실측치보다는 예측치로 중앙생활보장위원회의 논의를 거쳐 결정된 것이다. 맞춤형 급여로 전환된 이후에는 기준중위소득이 사용되었으며, 중앙생활보장위원회 결의를 통해 기준중위소득에 대한 산정방식이 결정되어 이를 토대로 기준중위소득이 산출되었지만, 외부적 요인으로 인해 2018년 이후 매년 기준중위소득이 사회적 합의를 통해 변경되는 과정을 거쳤다.

〈표 4-61〉 연도별 최저생계비 및 기준중위소득 인상률(4인 가구 기준)

(단위: 원/월기준)

구분	연도	금액	전년대비 인상률	비고
최저생계비	2000년	928,398	-	-
	2001년	956,250	3.0%	물가상승률
	2002년	989,719	3.5%	물가상승률
	2003년	1,019,411	3.0%	물가상승률
	2004년	1,055,090	3.5%	물가상승률
	2005년	1,136,332	7.7%	계측년도
	2006년	1,170,422	3.0%	물가상승률
	2007년	1,205,535	3.0%	물가상승률
	2008년	1,265,848	5.0%	계측년도
	2009년	1,326,609	4.8%	물가상승률
	2010년	1,363,091	2.75%	물가상승률
	2011년	1,439,413	5.6%	계측년도

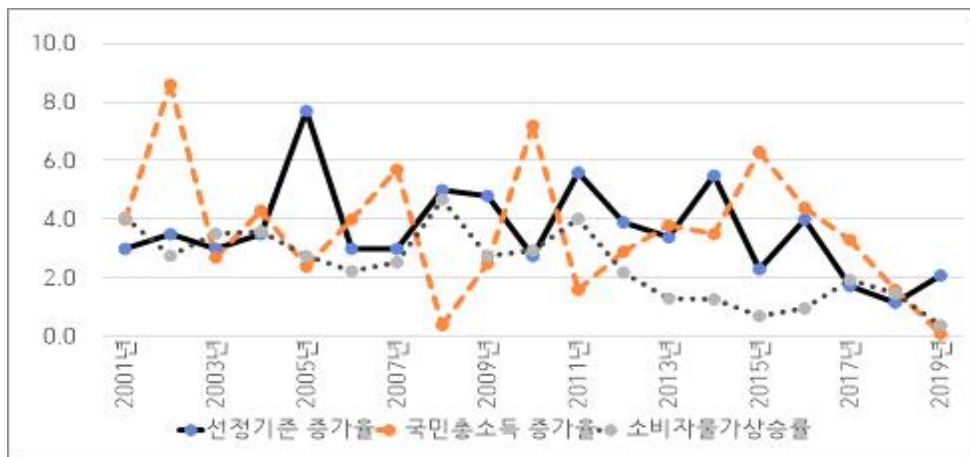
구분	연도	금액	전년대비 인상률	비고
	2012년	1,495,550	3.9%	물가상승률
	2013년	1,546,399	3.4%	물가상승률
	2014년	1,630,820	5.5%	계측년도
	2015년	1,668,329	2.3%	물가상승률
기준중위소득 40%	2015년	1,689,013	-	-
	2016년	1,756,574	4.00%	기존방식(실측치+3년증가율)
	2017년	1,786,952	1.73%	기존방식(실측치+3년증가율)
	2018년	1,807,681	1.16%	전년 기준중위소득에 가계동향 단년도 증가율
	2019년	1,845,414	2.09%	전년 기준중위소득에 가계동향 3년 평균증가율
	2020년	1,899,669	2.94%	전년 기준중위소득에 가계동향 3년평균증가율에 동향 및 가급복 3년평균 증가율차이 50% 가산

자료: 김태완 외(2020). 기준 중위소득 산출방식 개편방안 마련 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원

중앙생활보장위원회의 논의를 거쳐 결정된 최저생계비와 기준중위소득의 수준은 어느 정도일까. 아래 그림에서 보듯이 연도별로 차이가 있지만, 기초생활보장제도의 선정기준은 소비자물가상승률에 비해서는 전반적으로 높게, 국민총소득증가율과는 시점별로 다소 차이가 있다.

[그림 4-60] 기초생활보장 선정기준, 국민총소득 및 소비자물가지수 변동율

(단위: %)



자료: 통계청, KOSIS(국민계정, 소비자물가지수). 각년도

최저생계비와 기준중위소득을 다른 지표와 직접적으로 비교할수도 있지만, 기초생활보장법에서는 3년 단위로 급여적정성에 대한 평가를 하도록 명시하고 있다. 정부도 2015년 맞춤형 급여 도입이후 두차례(2017년, 2020년) 급여적정성 평가를 수행하였으며, 2차 기초생활보장 종합계획 속에서 이에 대한 적정성 평가 결과를 담고 있다. 기초생활보장제도 급여적정성 평가는 4인 가구 전물량방식의 최저생계비를 계측하고 동 계측치와 실제 운영되고 있는 기준중위소득과의 차이를 비교하고 있다. 참고로 최저생계비 계측값에서 타법지원액²¹⁾을 제외한 수치와 기준중위소득과의 차이를 비교하고 있다.

- 생계급여 = 최저생계비-(최저생계비 중 주거비, 현물 및 타법 지원액)

최저생계비를 계측하고 타법지원액을 제외하면 생계급여액(4인가구, 중소도시 기준)은 1,339천원(표준가구 1안), 1,243천원(표준가구 2안)으로 계측되었으며, 실제 적용하고 있는 4인 가구 생계급여 수준('20년 기준 중위소득 30%) 1,424천원으로 각각 이보다 85천원(6.4%)(표준가구 1안), 182천원(14.6%)(표준가구 2안)이 높은 것으로 산출되었다. 즉 현재 운영하고 있는 기준중위소득이 적정한 것으로 평가된 것이다.

〈표 4-62〉 최저생계비 계측을 통한 급여적정성 평가

구 분	'20년 계측 최저생계비	주거비* + 현물(의료비, 교육비) 및 타법지원액	'20년 계측 생계급여 기준	'20년 고시 생계급여 기준	계측치와 실제 차이
표준가구 1안	2,134,492원	249,300원 + 545,884원 = 795,184원	1,339,308원	1,424,752원	85,444원
표준가구 2안	1,980,521원	249,300원 + 488,360원 = 737,660원	1,242,861원	1,424,752원	181,891원

주 : 최저생계비 주거비 중 관리비 등 현 주거급여에 미반영된 사항은 제외함
자료: 보건복지부(2020). 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023) (안)

21) 타법지원액은 기초생활보장도 수급가구 및 수급자에 대해 다른 법률과 제도를 통해 급여가 지급되는 것으로 2015년 이전에는 실제 생계비 지원시 이를 차감한 현금급여를 수급가구에 지급하였다. 타법지원액에는 급식비, 전기요금, 보건의료비, 교육비, TV수신료, 통신비, 주민세, 국민연금, 건강보험 등이 포함된다.

마지막으로 한국의 공공부조제도인 기초생활보장제도의 세 번째 목표는 빈곤대물림 방지를 위한 탈빈곤 효과이다. 기초생활보장제도에 장기간 남아 있는 경우, 낙인효과도 있지만 현금성 급여를 지급받게 되고 이로 인해 일을 하지 않으려는 태도가 나타날 수 있으며, 이러한 현상은 본인은 물론 자녀들에게도 부정적 영향을 줄 수 있어, 가능한 수급가구들이 탈수급할 수 있는 기회를 부여하는 것이 바람직하다. 하지만 현재 공개되어 있는 자료로 정확히 수급가구가 어느 정도 탈수급을 하고 있는지는 평가하기 어렵다. 따라서 여기서는 간접적으로 기초생활보장제도 보장기간별 수급가구 변동과 급여가 제공될 경우 빈곤감소가 어느 정도 나타나고 있는지를 통해 간접적으로 살펴보고자 한다.

먼저 기초생활보장제도 보장기간별 수급가구 변화를 보면, 초기에는 장기 수급가구 비율이 많지 않았지만, 제도가 지속되면서 점진적으로 10년 이상 장기수급가구가 증가하고 있다. 2010년 26.7%를 기준으로 매년 유사한 비율이 유지되어 2019년에는 23.7%가 10년 이상의 장기수급가구인 것으로 나타나고 있다.

[그림 4-61] 기초생활보장 보장기간별 수급가구 변화

(단위: %)



자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각년도.

〈표 4-63〉 기초생활보장 보장기간별 수급가구 변화

(단위: 가구)

구분	소계	1년 미만	1~2년 미만	2~3년 미만	3~4년 미만	4~5년 미만	5~6년 미만	6~8년 미만	8~10년 미만	10년 이상
2005년	809,745	114,195	90,086	77,558	56,965	57,817	396,349	13,682	1,366	1,727
2006년	831,692	158,860	173,366	126,152	66,574	46,884	43,586	214,928	1,001	341
2007년	852,420	92,882	96,025	96,407	79,073	66,756	46,060	367,924	6,603	690
2008년	854,205	75,253	88,411	85,224	86,136	70,751	59,781	83,312	291,932	13,405
2009년	882,925	94,064	75,460	80,701	78,455	79,547	65,640	93,843	302,403	12,812
2010년	878,799	123,102	83,809	61,324	68,954	66,321	69,964	102,949	68,111	234,265
2011년	850,689	156,186	89,591	72,175	52,964	57,969	54,753	100,049	65,104	201,898
2012년	821,879	102,033	119,097	73,890	60,683	45,290	50,226	96,818	72,170	201,672
2013년	810,544	75,034	86,295	103,753	65,391	54,205	40,835	88,881	80,008	216,142
2014년	814,184	80,256	64,253	75,561	92,661	59,179	49,358	79,413	81,424	232,079
2015년	1,014,177	278,214	68,339	56,036	66,873	83,596	53,736	79,327	75,394	252,662
2016년	1,035,435	167,542	206,219	57,928	48,303	58,737	74,979	89,105	66,716	265,906
2017년	1,032,996	147,185	125,838	157,034	50,614	42,899	52,576	112,350	66,074	278,426
2018년	1,165,175	265,936	113,248	99,033	125,623	46,220	39,560	111,610	76,231	287,714
2019년	1,281,759	254,506	217,385	94,794	82,772	105,978	42,739	82,082	97,803	303,700

자료: 보건복지부, 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각년도.

장기수급가구의 증가는 제도의 건강성을 낮추고 빈곤대물림 문제를 야기 할 수 있다는 측면에서 장기수급가구에 대한 대응방안 마련이 필요할 것으로 보인다.

기초생활보장 실태조사를 통해 분석한 기초생활보장제도 즉 공공부조의 빈곤율 감소효과를 보면, 빈곤율은 기준 중위소득 40% 이하 가구의 기초보장급여 포함 빈곤율은 '15년 17.6%에서 '18년 17.2%로 0.4%p가 감소하였다. 빈곤율 감소 효과를 기준으로 보면 시장소득 대비 기초보장급여의 빈곤율 감소효과는 '15년 대비 '18년에 1.0%p가 상승한 것이다. 기준중위소득을 50%로 조정하여 보면, 역시 빈곤율 감소효과는 '15년 대비 '18년에 0.5%p가 상승하여 소폭이지만 공공부조제도가 빈곤율 감소에 영향을 주고 있음을 확인할 수 있다.

〈표 4-64〉 가구 빈곤율 및 빈곤율 감소효과**

기준중위소득 40%	'15년		'18년		'15년 대비 변화	
	빈곤율	빈곤율 감소 효과	빈곤율	빈곤율 감소 효과	빈곤율	빈곤율 감소효과
시장소득	18.5%	-	18.3%	-	0.2%p ↓	-
가처분소득	11.6%	36.9%	7.4%	59.3%	4.2%p ↓	22.4%p ↑
시장소득 + 기초보장급여	17.6%	4.9%	17.2%	5.9%	0.4%p ↓	1.0%p ↑
시장소득 + 사회보험급여*	15.8%	14.4%	13.4%	26.9%	2.4%p ↓	12.5%p ↑
시장소득 + 사회적 현물이전*	-	-	17.9%	2.1%	-	-
시장소득 + 기타정부보조*	14.9%	19.0%	14.4%	21.4%	0.5%p ↓	2.4%p ↑
기준중위소득 50%	'15년		'18년		'15년 대비 변화	
	빈곤율	빈곤율 감소 효과	빈곤율	빈곤율 감소 효과	빈곤율	빈곤율 감소효과
시장소득	22.1%	-	22.0%	-	0.1%p ↓	-
가처분소득	17.9%	18.9%	13.4%	39.0%	4.5%p ↓	20.1%p ↑
시장소득 + 기초보장급여	21.6%	2.3%	21.4%	2.8%	0.2%p ↓	0.5%p ↑
시장소득 + 사회보험급여*	19.5%	11.8%	17.4%	21.0%	2.1%p ↓	9.2%p ↑
시장소득 + 사회적 현물이전*	-	-	21.7%	1.4%		
시장소득 + 기타정부보조*	19.6%	11.3%	18.5%	15.7%	1.1%p ↓	4.4%p ↑

주: * (사회보험급여) 공적연금, 고용보험, 산재보험 관련 급여

(기타정부보조) 기초연금, 장애인연금, 한부모가족수당, 양육수당 등 + 사회적 현물이전

(사회적 현물이전) 에너지, 통신비 등 감면·보조, 사회복지서비스바우처 등

** 빈곤율 감소효과 = (시장소득 빈곤율 - 해당 소득변주의 빈곤율)/시장소득 빈곤율 × 100

자료: 보건복지부(2020). 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023) (안)

앞에서 기초생활보장제도의 급여방식이 보충성에 기반한다고 설명한 바가 있다. 이를 빈곤지수와 연계하여 살펴보면, 기준중위소득 혹은 부양의무자 기준 등이 변경되면, 수급규모가 증가하는 것으로 이는 빈곤율 감소에 영향을 주게 된다. 즉 신규수급자가 늘어나게 되는 것이다. 동시에 기준중위소득이 상향될 경우 나타나는 효과는 수급가구의 소득이 변하지 않는다면, 기준선이 높아지게 되면, 기준선과 수급가구 소득 간 차이가 더 벌어지고 그 만큼 수급가구가 받게되는 급여액이 증가하게 된다. 빈곤측정 지수로 보면 빈곤갭비율이 변하게 되는 것이다. 2018년 기초생활보장실태조사를 통해 빈곤갭비율 변화를 보면, 기준중위소득 40% 이하가구를 기준으로 기초보장급여가 포함될 경우 빈곤갭비율 감소비율이 6.6%p가 높아지고 있다. 기준중위소득 50% 이하 가구에서도 4.8%p가 증가하였다. 즉 앞에서 설명한 바가 있는 기준중위소득이 높아지

면서, 수급가구들이 받게 되는 급여가 증가하고 이에 따라 빈곤갭비율의 효과가 높아진 것으로 나타나고 있는 것이다. 또한 제도가 가진 의미를 통해 보면, 기준중위소득 50%이하보다 기준중위소득 40%이하 가구의 빈곤갭비율이 더 높게 증가하고 있어 소득이 더 낮은 가구에게 많은 지원이 있었다는 점에서 소득분배 개선에도 긍정적 영향을 준 것으로 평가할 수 있다.

〈표 4-65〉 가구 빈곤갭비율 및 빈곤율 감소효과**

기준중위소득 40%	'15년		'18년		'15년 대비 변화	
	빈곤갭비율	빈곤갭비율 감소효과	빈곤갭비율	빈곤갭비율 감소효과	빈곤갭비율	빈곤갭비율감소효과
시장소득	10.0%	-	10.4%	-	0.4%p ↑	-
가처분소득	3.2%	67.8%	2.5%	76.0%	0.7%p ↓	8.2%p ↑
시장소득 + 기초보장급여	8.3%	17.2%	8.0%	23.8%	0.3%p ↓	6.6%p ↑
시장소득 + 사회보험급여*	7.7%	23.0%	7.1%	32.5%	0.7%p ↓	9.5%p ↑
시장소득 + 사회적 현물이전*	-	-	9.9%	5.4%	-	-
시장소득 + 기타정부보조*	5.9%	40.6%	6.8%	34.7%	0.9%p ↑	6.0%p ↓
기준중위소득 50%	'15년		'18년		'15년 대비 변화	
	빈곤갭비율	빈곤갭비율 감소효과	빈곤갭비율	빈곤갭비율 감소효과	빈곤갭비율	빈곤갭비율감소효과
시장소득	12.1%	-	12.4%	-	0.3%p ↑	-
가처분소득	5.5%	54.2%	4.1%	67.0%	1.4%p ↓	12.8%p ↑
시장소득 + 기초보장급여	10.5%	12.5%	10.3%	17.3%	0.2%p ↓	4.8%p ↑
시장소득 + 사회보험급여*	9.7%	19.6%	8.7%	29.6%	1.0%p ↓	10.0%p ↑
시장소득 + 사회적 현물이전*	-	-	11.9%	4.3%		
시장소득 + 기타정부보조*	8.2%	32.0%	8.8%	29.3%	0.6%p ↑	2.7%p ↓

주: * (사회보험급여) 공적연금, 고용보험, 산재보험 관련 급여

(기타정부보조) 기초연금, 장애인연금, 한부모가족수당, 양육수당 등 + 사회적 현물이전

(사회적 현물이전) 에너지, 통신비 등 감면·보조, 사회서비스바우처 등

** 빈곤율 감소효과 = (시장소득 빈곤율 - 해당 소득범주의 빈곤율)/시장소득 빈곤율 × 100

자료: 보건복지부(2020), 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023) (안)

3. 시사점 및 향후 발전방향

한국의 공공부조인 국민기초생활보장제도는 제도가 도입된지 2020년이면 20년이 되는 해이다. 지난 시기 한국 사회의 최후사회안전망으로서 역할을 수행해 왔지만, 여전히 여러 부문에서 제도적 사각지대와 한계를 지니고 있다. 따라서 한국의 공공부조 제도는 계속해서 변화해 나가고 있다.

그동안 성과를 주요한 지표를 통해 살펴보면, 사각지대 개선, 빈곤지수 개선, 급여충분성 등 여러 부문에서 의미 있는 성과를 거둔 것으로 나타나고 있다. 하지만 여전히 사각지대가 존재하고, 제도에 장기간 머무르고, 빈곤대물림 등으로 인한 문제들이 함께 나타나고 있다. 제도 발전과 더불어 여전히 제도가 가진 한계도 개선해 나가는 과정이 필요한 것이다.

OECD 국가들과의 비교에서 나타나듯이 일부 국가를 제외하고 한국의 공공부조제도에 대한 지출수준은 증가하고 있다. 2차 기초생활보장 종합계획의 내용들이 반영되는 2022년부터는 생계급여에서의 부양의무자기준 폐지로 수급자와 지출 수준이 한 번 더 증가할 것이 예상되고 있다. 특히 부양의무자 기준 폐지는 고령화가 빠르게 진전되고 있는 상황에서 1인가구와 노인가구의 수급 가능성을 높인다는 점에서 지출부담을 높일 것으로 보인다. 외국의 복지선진국가와 다르게 충분한 사회보장제도가 갖추어져 있지 않은 상황에서 고령화 진전, 기초생활보장제도의 제도 개선 등이 함께 맞물리게 되면 공공부조의 지출 상승 효과는 커질 것으로 보인다. 즉 공공부조 국민기초생활보장제도의 지출부담이 크게 증가할 수 있는 것이다.

사회보장제도는 각 분야별로 유사한 속도로 제도 개선이 이루어지는 것이 바람직하다. 노인빈곤이 높은 상황에서 저소득 및 1인 노인가구들이 공공부조로 집중되는 것을 완화하기 위해서는 다른 제도들도 함께 개선이 필요하다. 즉 기초연금, 국민연금 및 노인일자리 사업 등이 공히 함께 제도개선해 나감으로써 공공부조인 국민기초생활보장제도로의 지출부담이 집중되는 것을 방지하는 것이 바람직 할 것이다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제5장

요약 및 제언

1. 동일 여건하의 복지수준

복지 지출 수준을 결정하는 대표적인 요인들은 고령화, 소득수준, 그리고 복지국가 유형들이다. 이중 우리나라와 동일 여건²²⁾에서 OECD 국가들과 복지지출 수준을 살펴보았다.

먼저 소득수준을 기준으로 보면, 북구형은 2000년 초, 대륙형과 영미형은 2000년초와 2010년경으로 나타났다. 이 시기에 주요국의 복지지출 수준은 우리보다 (10.2%) 약 2배 높았다. 북구형은 평균 약 21.5%, 대륙형은 평균 23.7%, 영미형은 평균 17.8%로 나타났다.

다음 고령화율로 보면, 대륙형이나 북구형에서는 1980년 이전에 도달했고 영미형 국가가 2000년대로 나타났다. 이 시기에 주요국의 복지지출 수준은 우리보다(10.2%) 높았으나 포르투갈이 유일하게 유사한 수준으로 나타났다. 북구형은 22.7%(핀란드, 1987), 대륙형은 24.0%(네델란드, 1990)와 10.9%(포르투갈, 1988), 영미형은 약 17%(2000년초)로 나타났다. 이와 같이 고령화 율로보나 소득수준으로 보나 주요 OECD국가들은 우리보다 복지수준이 2배 정도 높게 나타났다. 이는 동일 여건에서도 복지국가의 역사가 깊고 복지제도가 골고루 성숙되어 있기 때문으로 생각된다.

2. 영역별 재정 안정화를 위한 개혁과 변화

주요국가에서는 2000년대 들어서면서 이미 인구고령화와 경제 저성장 등으로 인해 복지제도의 지속가능성 측면에서 제도개혁을 시행하였다. 노령급여를 구성하는 연금 재정의 경우 부담을 완화하는 측면에서 연금수급연령을 높이고 급여수준은 낮추고 급여수준에 기대여명 등 자동안전화 장치를 도입하였다. 나아가 사적연금의 역할을 강화하는 등 국가별 차이는 있으나 재정안정화에 초점을 두고 개혁을 추진했다.

저출산을 경험하고 있는 국가의 대부분은 가족에 대한 공공 지출 수준이 낮다. 하지만 가족 지출의 비중이 높은 국가(오스트리아, 헝가리)에서도 저출산을 경험하고 있다. 가족 지출의 규모가 출산율에 영향을 미치는 요인 중의 하나이기는 하지만 이외에도

22) 1인당 GDP가 35,000USD(명목)인 경우(우리나라 2018년 33,000USD)와 고령화율이 14%였던 시점을 기준으로 (우리나라 2018년 기준 14.29)

노동 시장, 젠더, 사회제 여건 등 전반적인 사회 경제적 체계가 출산에 중요한 영향을 미치고 있다는 것을 말해 주고 있다. 우리나라에서 가족 지출은 상당히 낮은 수준에서 단 기간 내에 빠른 속도로 증가해 왔다. 가족 정책이 성숙되기 위해서는 일정 규모의 재정 투입과 함께 양성 평등 의식 등 사회문화적 변화가 수반되어야 한다, 그리고 이러한 변화가 일어나기 위해서는 제도를 도입하고 재정을 투입하여도 일정 시간이 소요되는 것이 필요하다. 이러한 점을 고려해 볼 때 빠른 속도로 증가한 가족 지출에 대한 성과는 새로운 문화 형성이 되어야 나타날 것이다.

OECD 국가들은 보건의출의 증가 속도를 늦추기 위해 가치기반 의료시스템과 환자 중심 의료시스템 등을 사용하였다. 이들 배경에는 보건의출의 감소가 아니라 건강수준의 개선으로 이어지도록 인식의 변화에 기반 한다. 즉 고령인구와 만성질환이 증가하고 새로운 의료기술이 발달하면서 보건의료제도의 역할이 갖는 중요성이 인식되고 있다. 동일한 기술이라도 어느 정도 의 건강 개선을 가져 오는가의 의료기술평가가 대부분의 OECD 국가에게 도입되었다.

또한 보건의출에서 약제비 비중이 점차 높아지는 점에서 동일한 성분인 경우 고가의 브랜드 의약품이 아닌 제네릭의약품으로 대체하도록 인센티브를 도입하였다. 지표 개발의 어려움 등으로 아직까지는 제한적으로 활용되고 있지만 성과기반 보상지불제도가 활용되고 있다.

복지국가 위기론의 등장 이후 장애부문에도 감축이 일어났다. 감축 내용은 수급 자격 강화, 급여 삭감 및 조건부 수급 등 근로연계 장치의 도입이었다. 특히 2000년대 중반부터 장애급여 수급 요건으로서 근로(소득활동)능력 평가 사정 강화, 부분적 근로능력자(직업적 경증 장애인)에 대한 부분 급여 도입과 맞춤형 고용서비스 제공 등으로 장애인 소득보장정책 개편을 추진하기에 이르렀다. 결과적으로 모든 국가에서 급여 정책이 축소되고 사회통합정책의 요소(Integration policy component)인 적극적 노동시장정책이 강화되는 추세이다(OECD, 2010). 지난 10년간 장애 지출 증가 추이를 보면, 우리나라는 OECD 국가 중 가장 두드러진 증가세를 보여 왔지만, 여전히 수준은 무척 낮았다, 이는 장애 급여기준이 매우 엄격하고, 기존 제도에서 제공하는 급여 수준이 주요 선진국과 비교해 매우 낮기 때문이다.

적극적 노동시장정책에서 강조되는 고용서비스나 훈련 영역은 한국에서 다소 낮은

비중을 차지한다. 고용서비스는 단기적으로 구직-구인을 도울 수 있고, 직업훈련은 실업자들의 고용역량 강화를 통해 장기적으로도 안정적인 일자리로의 정착을 도모할 수 있다. 최근 평생직장 개념이 와해되면서, 재직자들에게도 여러 직업훈련의 기회를 제공하여 원활한 전직과 이직을 돕는 것이 실업 위험을 낮추는 유용한 전략이다.

또한 적극적 노동시장정책은 경기 역행적 성격을 가져, 불황기에는 지출이 늘지만 이후 경기 회복과 연동되어 지출 수준이 감소하기도 한다. 우리나라의 적극적 노동시장정책은 다른 국가들과 달리, 한시적 성격의 직접 일자리 사업에 치중되어 있다. 민간 영역에서 제공하기 어려운 일자리를 정부가 적극적으로 제공하는 것이 필요하지만, 돌봄 서비스와 같이 상시적으로 제공되어야 하는 필수서비스들의 경우, 한시적, 임의적 형태가 아닌 상시 근로 형태로의 전환을 꾀하는 것이 필요하다.

한국은 OECD국가 중 가장 높은 노인빈곤율에 고령화 속도가 빨라 노후소득보장이 매우 불안정한 상태이다. 노후소득보장은 연금을 통한 지원이 기본이지만 현세대 노인과 베이비 부머 세대의 취약계층 생활보장을 위해 공공부조 제도의 확충이 필요한 시점이다.

3. 영역별 재정지출의 성과

노령부문의 성과로는 공적연금 급여규모와 수급자수가 양적으로는 빠르게 증가했다는 것이다. 공적연금 전체 급여지출은 2006년 10조원에서 2012년 20조원 수준으로 증가하였고 2015년에는 약 26조원으로 나타났으며, 이후에도 빠르게 증가하고 있다. 공적연금 급여 중 노령관련 지출 규모는 2006년 약 9조원에서 2015년에는 22조원으로 약 2.4배의 높은 증가 수준에 이르고 있다. 공적연금 수급자수 또한 급격하게 증가해서 2006년 약 232만명에서 2015년에는 약 462만명에 이르고 있다. 이중 노령지출 관련 수급자 수는 2006년 약 193만명에서 빠르게 증가하여 2015년에는 385만명 수준을 보이고 있다. 인구고령화로 65세 이상 인구수 증가와 더불어 공적연금 수급자수도 상대적으로 빠르게 증가하고 있다. 65세 이상 인구 중 절반 미만(46.7%, 2017)이 연금을 수급하고 있다.

65세 이상 빈곤율은 시장소득을 기준으로 2015년 56.6%이고 이후 등락을 반복하

다가 2018년에는 58.5%를 보이고 있다. 시장소득에 연금 등 공적이전소득을 반영한 처분가능소득 기준으로는 2015년 43.2%에서 소폭 증가하다 2018년에 42%로 개선되고 있다. 이는 2014년 도입한 기초연금의 수급대상자를 확대하고 연금액을 인상하는 등 제도를 확충하였고 그간 노령층을 대상으로 한 다양한 사회정책으로 일부 개선 효과가 있는 것으로 볼 수 있다.

가족부문의 성과지표로는 저출산고령사회기본계획”에 따라 출산·양육비 부담의 최소화과 아이와 함께 하는 시간 최대화로 살펴 본다. 출산 양육비용의 부담에 대한 인식은 “부담되지 않는다”라고 응답한 비중은 매년 증가하고 있다(2009년 35.9%, 2012년 56.1%, 2015년 64.8%, 2018년 69.7%). 이러한 배경에는 그동안 이루어진 보육 교육비와 가정양육수당의 지원에 따라 부담 인식이 과거와 비교하여 감소한 것으로 볼 수 있다.

미취학 자녀가 있는 성인 남자의 가정 관리 시간과 가족 및 가구원 돌보기 시간은 2014년에 비해 2019년도에 증가하였다. 반면에 미취학 자녀가 있는 성인 여성의 가정 관리 시간과 가족 및 가구원 돌보기 시간은 전반적으로 2014년도와 비교하여 감소하였다(통계청(2020), 생활시간조사). 이는 미취학 자녀가 있는 남성이 과거 보다 가정 관리와 가족 및 가구원 돌보기에 더 많은 시간을 보내고 있어 여성들의 가구원 돌보기 시간 부담이 감소하고 있음을 의미한다.

보건부문의 성과지표로는 기대수명, 접근성과 경제적 보호, 의료의 질을 중심으로 살펴본다. 우리나라의 기대수명은 2000년에 76.0세로 OECD 평균(76.9세)에 비해 낮은 수준이었지만 2018년에 82.7세로 증가하면서 OECD 평균(80.6세)을 크게 앞섰다. 의료서비스에 대한 접근성도 꾸준히 개선되어왔으며 가구의 의료비 부담도 전반적으로 완화되어온 것으로 나타났다. 비용 때문에 의료서비스를 이용하지 못한 경험은 2011년 8.3%에서 2017년 5.2%로 감소하였다(한국의료패널 자료). 지불능력의 40% 이상을 의료비로 지출한 재난적 의료비 발생 가구의 비율은 2011년 3.1%에서 2018년 2.8%로 소폭 감소한 양상이었다.

의료 질 측면을 보면, 의료적 개입으로 피할 수 있는 치료가 가능한 사망은 상당한 진전을 보였고 예방가능한 사망도 빠르게 감소한 것으로 나타났다. 치료가 가능한 사망률은 2001년에 OECD 평균(154명)보다 낮았는데 100,000명당 126명에서 2017년 57명(OECD 평균 93명)으로 절반 넘게 감소하였다. 또한 예방가능한 사망은 2001년

100,000명당 361명에서 2017년 162명으로 절반 넘게 감소하였는데 2001년에는 OECD 평균(321명)보다 높은 수준이었지만 2017년(OECD 평균 204명)에는 낮은 수준이 되었다. 예방가능한 사망과 치료가능한 사망 모두 OECD 평균이나 다른 비교국가들보다 빠르게 감소하였다.

장애급여에 대한 성과지표로 장애인가구의 빈곤율과 장애인활동지원제도에 대해 살펴 본다. 장애인 가구소득은 지속적으로 증가하고 있다. 공적이전소득이 경상소득에서 차지하는 비중을 보면 2011년 15.0%에서 2015년 15.8%로 0.8%p 증가하였다. 전반적으로 2010년 장애인연금 도입 이후 장애인가구 빈곤율은 점진적으로 개선되었다. 장애인가구 빈곤율은 2011년 36.3%였으나, 이후 지속적으로 감소하여 2015년에는 31.5%였다.

장애인활동지원제도를 이용하는 장애인은 이용 전과 비교할 때 삶의 질이 개선되고 활동 범위가 확장된다는 점에서 활동지원제도 이용자 수의 증가 및 월평균 급여량의 증가는 제도의 성과로서 간주될 수 있다. 장애인활동지원제도가 처음으로 시행된 2007년의 이용자 수는 14,515명이었으며, 이후 매년 큰 폭으로 증가하여 2015년에는 64,523명으로 2007년 대비 4.4배 증가하였다. 또한 월평균 급여량 역시 2007년 33.2만원에서 2015년에는 108.8만원으로 증가하여 3.3배 증가하였다.

적극적노동시장정책의 성과는 고용의 양적성장과 질적 성장으로 나누어 살펴보고자 한다.

먼저 고용의 양적성장을 보면, 2006년부터 2019년까지 경제활동참가율은 소폭 상승하는 추세이다. 정부가 취약계층의 직접 일자리 사업 등에 개입함은 취약계층이나 여성 노동수요를 흡수한 것이다. 특히 여성경제활동의 증가로 성별 경제활동참가율과 고용률의 차이가 줄어들고 있다.

한편 고용의 질적 성과는 다소 저조한 편이다. 먼저 실업자 중 실업급여를 수령하는 사람의 비중이 절반에 못 미친다. 특수고용집단 등의 고용보험 사각지대 등으로 아직 실업급여 수급률은 그리 높지 못한 편이다. 더구나 코로나 바이러스의 여파로 실업자 규모가 크게 늘고 장기 실업자 규모가 점차 증가하는 등 실업 이후 노동시장으로의 복귀도 쉽지 않다. 적극적 노동시장정책을 통해 실업자들의 고용역량 개선 및 노동시장 복귀 프로그램의 제공이 필요하다.

기초생활보장제도의 성과로 빈곤율 감소효과를 보면, 빈곤율이 개선되고 있다. 즉

'15년 17.6%(중위소득 40% 이하 가구)에서 '18년 17.2%로 0.4%p가 감소하였다. 기준중위소득을 50%로 조정하여 보면, 역시 빈곤율 감소효과는 '15년 대비 '18년에 0.5%p가 상승하여 소폭이지만 공공부조제도가 빈곤율 감소에 영향을 주고 있음을 알 수 있다.

또한 빈곤갭 비율 변화를 보면, 기준중위소득 40% 이하가구를 기준으로 기초보장급여가 포함될 경우 빈곤갭비율의 감소비율이 6.6%p가 높아지고 있다(2018년 기초생활보장실태조사). 기준중위소득 50% 이하 가구에서도 4.8%p가 증가하였다. 기준중위소득 50%이하보다 기준중위소득 40%이하 가구의 빈곤갭비율이 더 높게 증가하고 있어 소득이 더 낮은 가구에게 많은 지원이 있었다는 점에서 소득분배 개선에도 긍정적 영향을 준 것으로 평가할 수 있다.



〈노령 영역〉

- 고경환 · 장영식 · 김재진 · 정무성 · 강지원. (2009). 2007년도 한국의 사회복지지출추계와 OECD 국가의 노후소득보장체계. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 고제이 · 우해봉 · 김현경 · 신정우(2018). 공공사회지출의 경제사회적 영향에 관한 국제비교 연구. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 공무원연금공단(각연도). 공무원연금 통계연보.
- 국민연금공단(각연도a). 국민연금 공표통계(12월말 기준).
- 국민연금공단(각연도b). 국민연금 생생통계 Facts Book.
- 국민연금공단(각연도c). 국민연금 통계연보.
- 국방부(각연도). 군인연금 통계연보.
- 보건복지부(2019). 2019 보건복지통계연보.
- 보건복지부(2018). 제4차 국민연금 재정계산을 바탕으로 한 국민연금 종합운영계획안 요약본.
- 사립학교교직원연금관리공단(각연도). 사학연금 통계연보.
- 원종욱 · 이주하 · 김태은(2012). OECD 국가의 사회복지지출과 재정건전성 비교연구. 한국보건사회연구원.
- 인사혁신처(2015). 2015년 공무원연금개혁 백서.
- 최은영 · 홍영란. (2018). OECD 주요 국가들의 빈곤율과 사회복지지출. 인문사회21 제9권4호.
- 통계청(각연도). 가계동향조사.
- 통계청 · 한국은행 · 금융감독원(각연도). 가계금융복지조사.
- 통계청(2019). 장래인구특별추계: 2017~2067년. 2019.3.27. 보도자료.
- 한정수. (2015). 부문별 사회복지지출 수준 국제비교평가. 국회예산정책처.
- OECD. (2007). Pensions at a Glance 2007 ; Public Polies Across OECD Countries. OECD Publishing. Paris.
- OECD. (2009). Pensions at a Glance 2009 ; Retirement-Income Systems in OECD Countries. OECD Publishing. Paris.

- OECD. (2011). Pensions at a Glance 2011 ; Retirement-Income Systems in OECD and G20 Indicators. OECD Publishing. Paris.
- OECD. (2013). Pensions at a Glance 2013 ; OECD and G20 Indicators. OECD Publishing. Paris.
- OECD. (2015). Pensions at a Glance 2015 ; OECD and G20 Indicators. OECD Publishing. Paris.
- OECD. (2017). Pensions at a Glance 2017 ; OECD and G20 Indicators. OECD Publishing. Paris.
- OECD. (2019). Pensions at a Glance 2019 ; OECD and G20 Indicators. OECD Publishing. Paris.
- Willem Adema and Pauline Fron (2019) The OECD Socx Manual - 2019 edition. OECD.

국가법령정보센터. 국민연금법.

<http://www.law.go.kr/lsSc.do?section=&menuId=1&subMenuId=15&tabMenuId=81&eventGubun=060101&query=%EA%B5%AD%EB%AF%BC%EC%97%B0%EA%B8%88#undefined> 에서 2020. 7.22. 인출

국가법령정보센터. 공무원연금법.

<http://www.law.go.kr/LSW/lsSc.do?section=&menuId=1&subMenuId=15&tabMenuId=81&eventGubun=060101&query=%EA%B3%B5%EB%AC%B4%EC%9B%90%EC%97%B0%EA%B8%88#undefined>에서 2020. 7.22. 인출

국가법령정보센터. 군인연금법.

<http://www.law.go.kr/LSW/lsSc.do?section=&menuId=1&subMenuId=15&tabMenuId=81&eventGubun=060101&query=%EA%B5%B0%EC%9D%B8%EC%97%B0%EA%B8%88#undefined>에서 2020. 7.22. 인출

국가법령정보센터. 기초연금법.

<http://www.law.go.kr/lsSc.do?section=&menuId=1&subMenuId=15&tabMenuId=81&eventGubun=060101&query=%EA%B8%B0%EC%B4%88%EC%97%B0%EA%B8%88%EB%B2%95#undefined>에서 2020. 8.28. 인출

국가법령정보센터. 사립학교교직원 연금법.

<http://www.law.go.kr/LSW/lsSc.do?section=&menuId=1&subMenuId=15&tabMenuId=81&eventGubun=060101&query=%EC%82%AC%ED%95%99%EC%97%B0%EA>

- %B8%88#undefined에서 2020. 7.22. 인출
통계청 Kosis 소득분배지표.
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1HDLF05&conn_path=I3
에서 2020.7.29. 인출
통계청 Kosis 장래인구추계.
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA001&conn_path=I3
에서 2020.7.21. 인출
- OECD. Stat. OECD SOCX, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=54369>에서 2020.7.24. 인출
- OECD. Stat. OECD SOCX - Detailed data, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_DET#에서 2020.7.24. 인출
- OECD. Stat. OECD Income distribution Database, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=66670> 에서 2020.8.23. 인출
- OECD. Stat. OECD Economic Outlook: Statistics and Projections. https://stats.oecd.org/BrandedView.aspx?oecd_bv_id=eo-data-en&doi=826234be-en에서 2020.8.23. 인출
- OECD. Stat. Population Statistics. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=18014> 에서 2020.8.23. 인출
- OECD. Stat. Productivity. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=54369> 에서 2020.8.23. 인출

〈가족 영역〉

고용노동부 (2020) 고용보험 DB 자료

보건복지부(2020) 보육통계 2018

신윤정 · 고제이 · 이지혜 · 윤자영 (2013). 자녀 양육 지원 정책 평가와 개선 방안. 연구보고서 2013-31-03. 한국보건사회연구원. 세종.한민국정부 (2019) 제3차 저출산고령사회 기본계획, 수정본

이정원 · 이정림 · 도남희 · 최효미 · 이재희 · 이윤진 · 윤지연 · 염혜경 (2018) 2018년 전국 보육 실태조사-가구조사 보고. 육아정책연구소. 서울

최효미 · 김은진 · 조미라 · 조숙인 · 김태우 (2018). 영유아 가구의 소비 실태 조사 및 양육 비용 연구. 육아정책연구소. 서울

통계청 (2020).
http://kosis.kr/statisticsList/statisticsListIndex.do?menuId=M_01_01&vwcd=MT_ZTITLE&parmTabId=M_01_01 에서 2020년 7월 20일 인출

splash database (2020)

<https://splash-db.eu/policydescription/family-policies-poland-2014/> 에서 2020년 7월 20일 인출

OECD. (2011). Doing better for families, OECD Publishing

OECD. (2020) Family database

<http://www.oecd.org/social/family/database.htm> 에서 2020년 7월 20일 인출

OECD (2020) Social Expenditure Database(SOCX)

<https://www.oecd.org/social/expenditure.htm> 에서 2020년 7월 20일 인출

〈보건 영역〉

보건복지부, 한국건강증진개발원 (2015). 제4차국민건강증진종합계획 2016~2020. 보건복지부, 한국건강증진개발원.

보건복지부 (2019). 제2차 사회보장기본계획 2019~2023. 보건복지부.

김동진 (2018). 소득·교육수준에 따른 나쁜 생활습관의 격차와 함의. 보건복지 ISSUE & FOCUS. 한국보건사회연구원.

김수진, 김기태, 정연, 박금령, 오수진, 김수정 (2018). 질병으로 인한 가구의 경제호라동 및 경

- 제상태 변화와 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 김수진 (2019). 재난적 의료비 발생의 추이와 함의. 보건복지포럼 2019.2. 한국보건사회연구원.
- 정채림, 이태진. (2017). 인구고령화가 의료비 증가에 미치는 영향- 연령대별 사망 전 의료비의 변화를 중심으로. 보건경제와 정책연구 23(4): 127-148.
- Busse R, Blumel M. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 2014, 16(2).
- Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM, Arispe I, Kim SM, Klazinga NS. (2015). OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *Int J Qual Health Care*, 27(2):137-46. doi: 10.1093/intqhc/mzv004. Epub 2015 Mar 10. PMID: 25758443.
- Chandra A and Skinner JS (2011). Technology growth and expenditure growth in health care. National Bureau of Economic Research Working Paper No. 16953.
- Dormont B., Grignon M. and H. Huber (2006), "Health Expenditure Growth: Reassessing the Threat of Ageing", *Health Economics*, Vol. 15, pp. 947-963.
- Healy J, Sharman E, Lokuge B (2006). Australia: Health system review. *Health Systems in Transition* 2006; 8(5): 1-158.
- Johnsen JR (2006). *Health Systems in Transition: Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
- Hazra, N. C., Rudisill, C., & Gulliford, M. C., (2017). "Determinants of health care costs in the senior elderly: age, comorbidity, impairment, or proximity to death?", *The European Journal of Health Economics*,
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2)
- Lorenzoni L, Murtin F, Springare LS, Auraaen A, Daniel F (2018) Which policies increase value for money in health care? OECD Health Working Paper No.

104.

- Moore, P. V., Bennett, K., & Normand, C. (2017)., “Counting the time lived, the time left or illness? Age, proximity to death, morbidity and prescribing expenditures”, *Social Science & Medicine*, 184, pp.1-14.
- Newhouse, J.P. (1992), “Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?”, *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 6, pp. 3-21.
- Nghiem, S.H., Connelly, L.B. (2017). “Convergence and determinants of health expenditures in OECD countries”. *Health Economics Review* 7:29
- OECD (2006), “Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?”, *OECD Economics Department Working Paper*, No. 477, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2019a), “Health at a Glance 2019: OECD Indicators”, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- OECD (2019c), “Realising the Full Potential of Primary Health Care”, OECD, Paris, <http://www.oecd.org/health/healthsystems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>.
- OECD (2019d), “Health for Everyone? Social inequalities in health and health systems”, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.
- OECD/Eurostat (2019), Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-ofdeath.pdf>.
- Schut E, Rutten F (2009). *Economie van de gezondheidszorg* [Economics of health care]. 3rd edn. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Schut E, Sorbe S, Hoj J. (2013). Health care reform and long term care in the Netherlands. *Economics department working paper* No. 1010. Paris: OECD.
- Schut F, van de Ven W (2011), “Effects of Purchaser Competition in the Dutch Health System: Is the Glass Half Full or Half Empty?”, *Health Economics Policy and Law*, Vol. 6, No. 1, pp. 109-123.
- Smith, S., J. Newhouse and M. Freeland (2009), “Income, Insurance and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?”, *Health Affairs*, pp. 1276-1284

- Sperre Saunes I, Karanikolos M, Sagan A (2020). Norway: Health system review. *Health systems in Transition*, 2020;22(1): i.163
- UN Statistics Wiki (2020). E-Handbook on SDG Indicators: Goal 3 Indicator 3.8.2.. <https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Indicator+3.8.2> 에서 2020.9.9.에 인출
- US Preventive Services Task Force (2015) USPSTF Procedual Manual. USPSTF. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/procedure-manual> 에서 2020.9.9.에 인출
- van de Ven W, Schut F (2009), “Managed Competition in the Netherlands: Still Work-in-Progress”, *Health Economics*, Vol. 18, pp. 253-255.
- Wolters, R., J. Braspenning and M. Wensing (2017), “Impact of primary care on hospital admission rates for diabetes patients: A systematic review”, *Diabetes Research and Clinical Practice*, Vol. 129, pp. 182-196, <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2017.05.001>.
- 보건복지부 질병관리본부 (2019). 2018 국민건강통계 - 국민건강영양조사 제7기 3차년도
한국보건사회연구원, 서울대학교 사회복지연구소. (2020). 한국복지패널 10~14차 원자료
한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2019). 한국의료패널 4~10차 원자료.
- OECD. Stat. OECD Health Statitics. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> 에서 2020.9.9. 인출
- OECD. Stat. OECD SOCX, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=54369>에서 2020.9.9. 인출
- OECD. Stat. Population Statistics. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=18014> 에서 2020.8.23. 인출

〈기대수명〉

- 국민건강보험공단, 2018 국민건강보험 청구자료, 2019.
- 국민건강보험공단, 2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 2019.
- 통계청(1999), 1998년 생명표.
- 통계청(2009), 2008년 생명표.
- 통계청(2019), 2018년 생명표.
- 통계청(1999), 1998년 사망원인통계연보.
- 통계청(2009), 2008년 사망원인통계연보.
- 통계청(2019), 2018년 사망원인통계연보.
- 통계청(2019), 장래추계인구.
- Arriaga EE(1984), Measuring and explaining the change in life expectancies.
Demography, 21(1): pp. 83-96
- 통계청, 2018년 생명표, 2019.

- Alemayehu B & Kenneth W(2004). The life distribution of health care costs
Health Services Research, 39(3):627-42.

〈장애 영역〉

- 강휘원. (2011). OECD 국가의 공공사회지출 결정 요인에 관한 연구: 이주현상 요인의 논의를 중심으로. 한국정책과학회보, 제15권 제2호, 83-110.
- 신현중(2004). 15개 OECD 국가의 아동복지지출규모의 결정 요인에 대한 고찰: 1908-1994년. 한국행정학보 제38권, 제6호, 247-265.
- 신현중. (2008). OECD 국가의 아동 및 노인복지 지출규모의 상쇄현상 추세와 아동빈곤율과의 관계. 정책분석평가학회보, 제18권 제2호, 99-126.
- 윤상용, 2019. 최저소득보장을 위한 장애인 소득보장 법제 개편의 쟁점과 방안: 주요 OECD 회원국과의 비교적 관점의 적용. 사회복지법제연구 제10권 제2호(통권 제15호).
- 이동영, 김윤영. (2006). OECD 국가의 공적노인지출의 변화 추이와 결정 요인에 관한 연구. 사회복지정책, 25권, 279-308.
- 조윤희, 김태완, 김현정. (2015). EU 및 OECD 국가 장애인복지지표 연구. 한국장애인개발원, 통계청 국가통계포털.

한국장애인개발원, 2018. 2017 장애통계연보.

Facchini, G., & Mayda, A. M.,(2006). Individual Attitudes Towards Immigrants: Welfare-State Determinants Across Countries. IZA Institute for the Study of Labor Discussion Paper No. 2127, CESifo

OECD Social Expenditure Database(SOCX).

OECD, 2010, Sickness, disability and work: Breaking the barriers: A Synthesis of findings across OECD countries.

Potrafke, N.,(2008). Political effects on the allocation of public expenditures: Empirical evidence from OECD countries.

〈ALMP〉

고용노동부. (2018), 일자리사업 평가체계 고도화 연구.

고용노동부. (2019), (보도자료) 일자리사업, 성과평가에 따라 폐지 또는 개편 직접일자리사업은 일몰제 도입 2019년 일자리사업 평가 결과 및 개선방안 마련

구인회. (2019). 21세기 한국의 불평등 -급변하는 시장과 가족, 지체된 사회정책. 서울: 사회평론아카데미.

국회예산정책처. (2011). 2009년도 일자리대책 결산 분석.

김공희. (2016. 09. 22) 한국엔 '1년 이상 장기실업자' 없다?. 한겨레신문.
http://www.hani.co.kr/arti/economy/economy_general/762231.html#csidx70cd2dfffb2c859d96878393e80403da 2020. 09. 21 인출.

이규용, 강창희, 김혜원, 김향아, 박성재, 장한익, 이해춘. (2013). 직접일자리 사업의 고용영향 평가. 고용노동부.

Calmfors, L., Forslund, A., & Hemstrom, M. (2002). Does active labour market policy work? Lessons from the Swedish experiences. *CESifo Working Paper*. No.675(4).

Emmenegger, P. (Ed.). (2012). The age of dualization: the changing face of inequality in deindustrializing societies. OUP USA.

Eurostat. (2019). Labour market policy statistics Qualitative report Finland, 2017,

Eurostat. (2019). Labour market policy statistics Qualitative report France, 2017.

Ko, H., & Bae, E. (2020). Effects of active labour-market policies on welfare state

- finances. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 1-17.
- Mosher, J. S., & Trubek, D. M. (2003). Alternative approaches to governance in the EU: EU social policy and the European employment strategy. *JCMS: Journal of Common Market Studies*, 41(1), 63-88.
- Nickell, S. (1997). Unemployment and labor market rigidities: Europe versus North America. *Journal of Economic perspectives*, 11(3), 55-74.
- Palier, B. & Thelen, K. (2010). Institutionalizing dualism: Complementarities and change in France and Germany. *Politics & Society*, 38(1), 119-148.
- Rueda, D. (2014). Dualization, crisis and the welfare state. *Socio-Economic Review*, 12(2), 381-407. doi:10.1093/ser/mwu015

〈공공부조〉

- 김태완 외(2020). 기준 중위소득 산출방식 개편방안 마련 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원
- 보건복지부(2020). 제2차 기초생활보장 종합계획(2021~2023) (안)
- 보건복지부, 국민기초생활보장 수급자 현황, 각년도.
- 보건복지부, 보건복지통계연보, 각년도
- 통계청, KOSIS(국민계정, 소비자물가지수). 각년도
- 통계청, KOSIS(가계금융복지조사, 소득분배)
- 통계청, e-나라지표(정부재정현황), KOSIS(국민계정).

OECD(2019), *Society at a glance 2019*.

OECD, 홈페이지(https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_DET) (2020. 09.11. 인출)



[부록] 노동시장정책과 성과지표 간 회귀분석 결과

〈부표 1〉 노동시장정책 지출이 노동시장 참가율에 미치는 영향 분석 결과

종속변수 독립변수	노동시장 참가율		남성 노동시장 참가율		여성 노동시장 참가율	
LMP	-1.534*** (0.000)		-1.842*** (0.000)		-1.253*** (0.000)	
ALMP		-0.134 (0.736)		2.602*** (0.000)		-2.883*** (0.000)
PLMP		-2.195*** (0.000)		-3.942*** (0.000)		-0.482 (0.108)
1인당 GDP	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)
경제성장률	0.011 (0.877)	-0.014 (0.862)	0.13 (0.086)	0.049 (0.564)	-0.107 (0.229)	-0.077 (0.394)
고령인구 비중	-0.503*** (0.000)	-0.536*** (0.000)	-0.507*** (0.000)	-0.614*** (0.000)	-0.480*** (0.000)	-0.440*** (0.000)
고용보호 (전일제)	0.984*** (0.000)	0.916*** (0.000)	1.075*** (0.000)	0.857*** (0.000)	0.862*** (0.000)	0.943*** (0.000)
고용보호 (임시직)	-1.708*** (0.000)	-1.717*** (0.000)	-1.750*** (0.000)	-1.777*** (0.000)	-1.617*** (0.000)	-1.607*** (0.000)
노조조직률	0.079*** (0.000)	0.063*** (0.000)	0.016* (0.036)	-0.035*** (0.000)	0.137*** (0.000)	0.156*** (0.000)
상수	67.056*** (0.000)	68.231*** (0.000)	78.455*** (0.000)	82.206*** (0.000)	56.245*** (0.000)	54.856*** (0.000)
관측치 수	136	136	136	136	136	136
그룹 수	16	16	16	16	16	16
결정계수	0.764	0.769	0.686	0.746	0.748	0.752

주 1: 종속변수와외의 시차를 고려하여 독립변수는 종속변수보다 한 개년 앞선 값을 투입함.

2: 국가 패널 자료에서 나타날 수 있는 이분산성과 동시상관 문제를 감안하여, 패널 교정 표준오차(Panel-corrected standard error)를 적용해 분석한 결과임.

3: 회귀계수 값을 보여주며, 괄호 안은 유의확률임.

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈부표 2〉 노동시장정책 지출이 노동시장 참가율에 미치는 영향 분석 결과
(총 인구 대비 실업자 수 교정)

종속변수 독립변수	노동시장 참가율		남성 노동시장 참가율		여성 노동시장 참가율	
LMP	-0.196*** (0.000)		-0.349*** (0.000)		-0.049 (0.082)	
ALMP		0.015 (0.837)		0.301** (0.007)		-0.275** (0.007)
PLMP		-0.306*** (0.000)		-0.689*** (0.000)		0.070 (0.267)
1인당 GDP	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)
경제성장률	0.014 (0.859)	-0.007 (0.933)	0.098 (0.227)	0.033 (0.700)	-0.071 (0.443)	-0.048 (0.615)
고령인구 비중	-0.605*** (0.000)	-0.624*** (0.000)	-0.551*** (0.000)	-0.611*** (0.000)	-0.639*** (0.000)	-0.618*** (0.000)
고용보호 (전일제)	0.839*** (0.000)	0.784*** (0.000)	0.948*** (0.000)	0.778*** (0.000)	0.699*** (0.000)	0.759*** (0.000)
고용보호 (임시직)	-1.854*** (0.000)	-1.810*** (0.000)	-1.757*** (0.000)	-1.623*** (0.000)	-1.900*** (0.000)	-1.947*** (0.000)
노조조직률	0.064*** (0.000)	0.053*** (0.000)	0.013 (0.145)	-0.022* (0.012)	0.110*** (0.000)	0.122*** (0.000)
상수	68.952*** (0.000)	69.662*** (0.000)	80.039*** (0.000)	82.234*** (0.000)	58.472*** (0.000)	57.701*** (0.000)
관측치 수	136	136	136	136	136	136
그룹 수	16	16	16	16	16	16
결정계수	0.751	0.753	0.714	0.747	0.734	0.736

주 1: 종속변수와외의 시차를 고려하여 독립변수는 종속변수보다 한 개년 앞선 값을 투입함.

2: 국가 패널 자료에서 나타날 수 있는 이분산성과 동시상관 문제를 감안하여, 패널 교정 표준오차(Panel-corrected standard error)를 적용해 분석한 결과임.

3: 회귀계수 값을 보여주며, 괄호 안은 유의확률임.

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈부표 3〉 노동시장정책 지출이 고용률에 미치는 영향 분석 결과

종속변수 독립변수	고용률		남성 고용률		여성 고용률	
LMP	-1.989*** (0.000)		-2.233*** (0.000)		-1.773*** (0.000)	
ALMP		1.262 (0.077)		4.300*** (0.000)		-1.774* (0.028)
PLMP		-3.525*** (0.000)		-5.320*** (0.000)		-1.771*** (0.000)
1인당 GDP	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)
경제성장률	0.182 (0.092)	0.123 (0.306)	0.359** (0.008)	0.24 (0.115)	0.007 (0.943)	0.007 (0.943)
고령인구 비중	-0.498*** (0.000)	-0.576*** (0.000)	-0.509*** (0.000)	-0.667*** (0.000)	-0.468*** (0.000)	-0.468*** (0.000)
고용보호 (전일제)	1.104*** (0.000)	0.945*** (0.000)	1.341*** (0.000)	1.021*** (0.000)	0.847*** (0.000)	0.847*** (0.000)
고용보호 (임시직)	-1.382*** (0.000)	-1.402*** (0.000)	-1.464*** (0.000)	-1.504*** (0.000)	-1.255*** (0.000)	-1.255*** (0.000)
노조조직률	0.074*** (0.000)	0.038*** (0.001)	0.011 (0.190)	-0.063*** (0.000)	0.133*** (0.000)	0.133*** (0.000)
상수	61.034*** (0.000)	63.775*** (0.000)	71.343*** (0.000)	76.861*** (0.000)	51.260*** (0.000)	51.247*** (0.000)
관측치 수	136	136	136	136	136	136
그룹 수	16	16	16	16	16	16
결정계수	0.749	0.772	0.609	0.696	0.798	0.798

주 1: 종속변수와의 시차를 고려하여 독립변수는 종속변수보다 한 개년 앞선 값을 투입함.

2: 국가 패널 자료에서 나타날 수 있는 이분산성과 동시상관 문제를 감안하여, 패널 교정 표준오차(Panel-corrected standard error)를 적용해 분석한 결과임.

3: 회귀계수 값을 보여주며, 괄호 안은 유의확률임.

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈부표 4〉 노동시장정책 지출이 고용률에 미치는 영향 분석 결과

(총 인구 대비 실업자 수 교정)

종속변수 독립변수	고용률		남성 고용률		여성 고용률	
LMP	-0.418*** (0.000)		-0.580*** (0.000)		-0.262*** (0.000)	
ALMP		-0.036 (0.759)		0.269 (0.082)		-0.343** (0.007)
PLMP		-0.617*** (0.000)		-1.024*** (0.000)		-0.219*** (0.000)
1인당 GDP	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.001)	0.000*** (0.004)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)
경제성장률	0.136 (0.244)	0.098 (0.427)	0.274 (0.054)	0.188 (0.226)	-0.001 (0.995)	0.008 (0.939)
고령인구 비중	-0.518*** (0.000)	-0.553*** (0.000)	-0.456*** (0.000)	-0.534*** (0.000)	-0.562*** (0.000)	-0.554*** (0.000)
고용보호 (전일제)	0.983*** (0.000)	0.884*** (0.000)	1.251*** (0.000)	1.029*** (0.000)	0.694*** (0.000)	0.716*** (0.000)
고용보호 (임시직)	-1.330*** (0.000)	-1.250*** (0.000)	-1.241*** (0.000)	-1.065*** (0.000)	-1.371*** (0.000)	-1.387*** (0.000)
노조조직률	0.076*** (0.000)	0.056*** (0.000)	0.028*** (0.004)	-0.017 (0.200)	0.120*** (0.000)	0.125*** (0.000)
상수	62.498*** (0.000)	63.783*** (0.000)	72.307*** (0.000)	75.172*** (0.000)	53.235*** (0.000)	52.952*** (0.000)
관측치 수	136	136	136	136	136	136
그룹 수	16	16	16	16	16	16
결정계수	0.79	0.798	0.721	0.758	0.794	0.794

주 1: 종속변수와의 시차를 고려하여 독립변수는 종속변수보다 한 개년 앞선 값을 투입함.

2: 국가 패널 자료에서 나타날 수 있는 이분산성과 동시상관 문제를 감안하여, 패널 교정 표준오차(Panel-corrected standard error)를 적용해 분석한 결과임.

3: 회귀계수 값을 보여주며, 괄호 안은 유의확률임.

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈부표 5〉 노동시장정책 지출이 실업률에 미치는 영향 분석 결과

종속변수 독립변수	실업률		남성 실업률		여성 실업률	
LMP	0.877*** (0.000)		0.773*** (0.001)		1.009*** (0.000)	
ALMP		-2.167** (0.005)		-2.537** (0.001)		-1.759* (0.022)
PLMP		2.315*** (0.000)		2.337*** (0.000)		2.316*** (0.000)
1인당 GDP	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.001)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)
경제성장률	-0.270*** (0.001)	-0.215* (0.016)	-0.338*** (0.001)	-0.278* (0.012)	-0.194** (0.002)	-0.144* (0.035)
고령인구 비중	0.044 (0.311)	0.117* (0.013)	0.042 (0.358)	0.122* (0.015)	0.046 (0.282)	0.112* (0.013)
고용보호 (전일제)	-0.299 (0.133)	-0.15 (0.454)	-0.487* (0.020)	-0.324 (0.107)	-0.086 (0.667)	0.05 (0.810)
고용보호 (임시직)	-0.221** (0.007)	-0.202* (0.014)	-0.165 (0.054)	-0.145 (0.086)	-0.295*** (0.000)	-0.278** (0.001)
노조조직률	-0.003 (0.671)	0.032** (0.004)	0.001 (0.858)	0.039** (0.002)	-0.008 (0.182)	0.024* (0.017)
상수	8.892*** (0.000)	6.319*** (0.000)	9.555*** (0.000)	6.757*** (0.000)	8.093*** (0.000)	5.755*** (0.000)
관측치 수	136	136	136	136	136	136
그룹 수	16	16	16	16	16	16
결정계수	0.365	0.447	0.351	0.439	0.381	0.452

주 1: 종속변수와의 시차를 고려하여 독립변수는 종속변수보다 한 개년 앞선 값을 투입함.

2: 국가 패널 자료에서 나타날 수 있는 이분산성과 동시상관 문제를 감안하여, 패널 교정 표준오차(Panel-corrected standard error)를 적용해 분석한 결과임.

3: 회귀계수 값을 보여주며, 괄호 안은 유의확률임.

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈부표 6〉 노동시장정책 지출이 실업률에 미치는 영향 분석 결과

(총 인구 대비 실업자 수 교정)

종속변수 독립변수	실업률		남성 실업률		여성 실업률	
LMP	0.371*** (0.000)		0.370*** (0.000)		0.375*** (0.000)	
ALMP		0.068 (0.535)		0.031 (0.801)		0.107 (0.289)
PLMP		0.530*** (0.000)		0.547*** (0.000)		0.514*** (0.000)
1인당 GDP	-0.000* (0.014)	-0.000* (0.024)	-0.000* (0.032)	-0.000* (0.050)	-0.000** (0.005)	-0.000** (0.010)
경제성장률	-0.193* (0.032)	-0.163 (0.090)	-0.257* (0.019)	-0.223 (0.057)	-0.121 (0.093)	-0.095 (0.213)
고령인구 비중	-0.075** (0.010)	-0.047 (0.128)	-0.092** (0.003)	-0.061 (0.073)	-0.055 (0.053)	-0.031 (0.297)
고용보호 (전일제)	-0.322* (0.038)	-0.242 (0.118)	-0.524** (0.003)	-0.435* (0.011)	-0.090 (0.519)	-0.021 (0.887)
고용보호 (임시직)	-0.520*** (0.000)	-0.583*** (0.000)	-0.491*** (0.000)	-0.562*** (0.000)	-0.561*** (0.000)	-0.616*** (0.000)
노조조직률	-0.028*** (0.000)	-0.012 (0.123)	-0.027*** (0.000)	-0.009 (0.361)	-0.030*** (0.000)	-0.016* (0.023)
상수	9.385*** (0.000)	8.367*** (0.000)	10.251*** (0.000)	9.110*** (0.000)	8.342*** (0.000)	7.442*** (0.000)
관측치 수	136	136	136	136	136	136
그룹 수	16	16	16	16	16	16
결정계수	0.637	0.658	0.603	0.626	0.655	0.672

주 1: 종속변수와의 시차를 고려하여 독립변수는 종속변수보다 한 개년 앞선 값을 투입함.

2: 국가 패널 자료에서 나타날 수 있는 이분산성과 동시상관 문제를 감안하여, 패널 교정 표준오차(Panel-corrected standard error)를 적용해 분석한 결과임.

3: 회귀계수 값을 보여주며, 괄호 안은 유의확률임.

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈부표 7〉 노동시장정책 지출이 장기 실업률에 미치는 영향 분석 결과

독립변수 \ 종속변수	장기 실업률		장기 실업률 (총 인구 대비 실업자 수 조정)	
LMP	0.307* (0.029)		0.159*** (0.000)	
ALMP		-1.338*** (0.001)		-0.068 (0.130)
PLMP		1.085*** (0.000)		0.278*** (0.000)
1인당 GDP	0.000 (0.169)	0.000 (0.668)	0.000 (0.149)	0.000* (0.044)
경제성장률	-0.090* (0.010)	-0.061 (0.051)	-0.055* (0.019)	-0.032 (0.136)
고령인구 비중	0.145*** (0.000)	0.185*** (0.000)	0.083*** (0.000)	0.104*** (0.000)
고용보호 (전일제)	0.247* (0.012)	0.327** (0.002)	0.227*** (0.001)	0.286*** (0.000)
고용보호 (임시직)	0.110* (0.010)	0.120** (0.006)	-0.038 (0.391)	-0.086 (0.055)
노조조직률	-0.008* (0.048)	0.011 (0.071)	-0.021*** (0.000)	-0.008** (0.004)
상수	-1.264** (0.003)	-2.653*** (0.000)	-0.912** (0.006)	-1.680*** (0.000)
관측치 수	136	136	136	136
그룹 수	16	16	16	16
결정계수	0.523	0.600	0.691	0.728

주 1: 종속변수와의 시차를 고려하여 독립변수는 종속변수보다 한 개년 앞선 값을 투입함.

2: 국가 패널 자료에서 나타날 수 있는 이분산성과 동시상관 문제를 감안하여, 패널 교정 표준오차(Panel-corrected standard error)를 적용해 분석한 결과임.

3: 회귀계수 값을 보여주며, 괄호 안은 유의확률임.

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈부표 8〉 노동시장정책 지출이 고용의 질적 성과에 미치는 영향 분석 결과

종속변수 독립변수	노동시장 불안정성		소득의 질		저임금 노동자 비중	
LMP	-0.559** (0.007)		1.582** (0.001)		-0.761 (0.277)	
ALMP		-0.146 (0.836)		4.582*** (0.000)		0.401 (0.760)
PLMP		-0.758** (0.001)		0.289 (0.665)		-1.187 (0.197)
1인당 GDP	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000*** (0.000)	0.000 (0.370)	0.000 (0.381)
경제성장률	-0.176* (0.021)	-0.184* (0.014)	-0.046 (0.708)	-0.082 (0.520)	0.174 (0.195)	0.162 (0.223)
고령인구 비중	0.076 (0.057)	0.067 (0.170)	0.517*** (0.000)	0.414*** (0.000)	-0.236* (0.046)	-0.289 (0.081)
고용보호 (전일제)	0.095 (0.601)	0.076 (0.716)	-0.682 (0.252)	-0.622 (0.263)	-0.731 (0.142)	-0.677 (0.230)
고용보호 (임시직)	-0.416*** (0.000)	-0.418*** (0.000)	0.260 (0.621)	-0.014 (0.977)	-2.889*** (0.000)	-3.043*** (0.000)
노조조직률	0.017** (0.002)	0.012 (0.201)	0.070*** (0.000)	0.035 (0.115)	-0.162*** (0.000)	-0.176*** (0.000)
상수	6.259*** (0.000)	6.602*** (0.000)	-8.534*** (0.000)	-6.105** (0.009)	33.224*** (0.000)	34.356*** (0.000)
관측치 수	136	136	115	115	103	103
그룹 수	16	16	16	16	15	15
결정계수	0.249	0.251	0.784	0.795	0.642	0.643

주 1: 종속변수와 독립변수의 시차를 고려하여 독립변수는 종속변수보다 한 개년 앞선 값을 투입함.

2: 국가 패널 자료에서 나타날 수 있는 이분산성과 동시상관 문제를 감안하여, 패널 교정 표준오차(Panel-corrected standard error)를 적용해 분석한 결과임.

3: 회귀계수 값을 보여주며, 괄호 안은 유의확률임.

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001