

국가복지의 (탈)가족화 효과

: 한국과 대만의 의료보험 피부양자 제도 비교연구

왕혜숙 · 류석준 연세대학교

요 약

대만과 한국의 의료보험은 가입자 본인뿐만 아니라 가입자의 가족을 국가 보험 안에 포함하는 피부양자 제도를 운영해 왔으며, 이는 동아시아 복지제도의 가족주의적 특성을 보여주는 사례로 평가되어 왔다. 그러나 양국의 제도를 자세히 살펴보면 상당한 차별성이 발견된다. 먼저 피부양자의 범위 규정에서, 한국의 피부양자는 직계존비속과 방계를 아우르는 확대가족에 기반한 혈연관계를 모두 포함하는 반면, 대만의 피부양자는 직계가족 형태를 지향한다. 두 번째로 피부양자의 보험료 부과 체계에서, 한국의 가입자들은 피부양자들의 수에 따른 추가의 보험료를 낼 필요가 없는 반면, 대만은 인두세 개념으로 가입자가 피부양자 인당 일정한 보험료를 납부해야 한다. 이러한 서로 다른 제도적 틀은 양국의 가입자들에게 서로 다른 경제적 유인을 구조화시켰으며, 한국에서는 피부양자 수를 확장하려는 반면, 대만에서는 피부양자 수를 축소하려는 동기를 강화해 나간다. 그 결과 실제 양국의 피부양자의 수는 큰 차이를 보이는데, 가입자 한 명당 피부양자수의 평균을 비교해봤을 때 한국은 대만의 25배 정도에 이르는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 동아시아 복지체제 내부에 상당한 다양성이 존재하며, 동일한 가족주의적 복지제도가 어떠한 제도적 환경과 조응하는가에 따라 서로 다른 가족화 효과를 가짐을 보여준다.

주 제 어

의료보험, 국민건강보험, 전민건강보험, 가족주의, 피부양자, 가족규범, (탈)가족화 효과

이 논문은 2010년도 정부재원(교육과학기술부 인문사회연구역량강화사업비)으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었다(과제번호: NRF-2010-327-B00381).

1. 서론

1795년 영국에서 제정된 스피햄랜드법(Speenhamland Law)은 노동자들을 위한 수당체계(allowance system)의 일종으로 노동자들이 받는 임금을 부조하는 의미에서 보조금을 지급한 정책을 말한다. 이는 노동시장의 발달로 인해 농촌 인구가 도시로 빠져나가자 전통적 지배세력이 노동자들을 농촌의 교구에 묶어두기 위한 목적으로 시행되었다. 이 법은 노동자들이 자신의 수입과 무관하게 최소한의 소득을 보장받을 수 있을 정도의 보조금을 제공하도록 하였다. 그 원칙을 자세히 보면, 일정한 품질의 1 갤런의 빵 덩어리가 1실링일 때 일하는 빈민들은 모두 본인 몫의 생활비로 주당 3실링을 보장받았으며, 여기에 더해 그의 아내와 다른 가족 몫의 생활비로 한 명당 1실링 6펜스를 보장받을 수 있었다(Polanyi, 1957: 82). 이 설계만으로 보면 이 법은 상당히 가족주의적인 설계를 가진 제도라 할 수 있다.

그러나 그 결과 영국사회는 어떻게 되었는가? “인간 사회를 자신의 최소한의 도덕적 규범을 유지하기 위해 스스로 작동하는 기계에 비유한다면, 이 법은 어떤 사회라도 견딜 수 없을 만큼 그 도덕적 규범을 완전히 분쇄해 버리는 자동기계였다. 이 법은 일하지 않고 뺨질거리면서 눈치나 살살 보는 이들, 그리고 아예 일할 능력이 없는 시늬를 떠는 자들에게 상금을 부여한 격이었다. 머리에 피도 안 마른 소년과 소녀들이 그

것에 의지하여 결혼식을 올렸다. 부모들은 이제 아이들을 돌볼 필요가 없고 아이들은 부모에 목맬 이유가 없어졌다”(Polanyi, 1957: 83).¹ 결국 이 법은 전통사회의 유지라는 원래 의도와 상관없이 모든 전통사회의 유산, 특히 가족 규범을 완전히 파괴시켜 버린 것이다.

이렇게 볼 때 스핀햄랜드법은 국가의 제도적 개입이 가족의 존재 기반을 훼손한 사례로 볼 수 있다. 나아가 가족을 기반으로 한 제도가 오히려 개인의 가족에 대한 의존을 최소화함으로써 가족을 약화시키는 결과를 가져올 수 있음을 시사한다. 이는 단순히 특정 사회정책의 시행이나 성공 여부가 중요한 것이 아니라, 그것이 다른 사회의 원칙들 그리고 다른 영역의 제도에 어떠한 영향을 미치는가에 대한 이해가 더욱 중요하다는 함의를 제공한다.

서구의 경험을 중심으로 한 기존의 복지국가 논의들은 주로 국가의 복지정책과 제도들, 그리고 그것이 시장 불평등에 미치는 영향에만 관심을 기울인 나머지 가족에 대한 고려를 등한시해 왔다. 특히 서구 복지국가에 대해 가장 체계적인 유형론을 시도한 것으로 평가되는 에스핑 앤더슨(Esping-Andersen, 1990) 역시 시민사회 특히 가족과 연결망의 비공식적 역할을 복지 분석에 통합시키지 못하고 있다는 한계는 물론, 여성 문제에 대해 별다른 신경을 쓰지 않았다는 비판을 듣는다(Abrahamson, 1999: 409-411). 이들은, 에스핑앤더슨의 분석이 연금보험, 질병보험, 실업보험 등 주로 노동시장(정책)에 초점을 둔 나머지, 이 외에 가족정책과 관련된 다양한 사회서비스를 고려하지 못하고 있다는 한계를 지적한다(신동면, 2009; Ditch et al., 1998).

이러한 비판은 여성주의 진영에서 더욱 공격적으로 제기된다. 서구 복지국가는 가장인 남성 근로자와 전업주부인 여성의 역할을 전제하는

1 따옴표 안의 내용은 홍기빈(2009)의 번역을 따른 것이다.

전통적 가족구조를 상정하고, 남성 근로자가 생활주기에서 경험할 수 있는 사회적 위험에 대비하기 위한 복지제도, 즉 “남성 부양자 모델”(male bread-winner model)의 복지제도를 발전시켜 왔다(Sainsbury, 2001). “남성=생계부양자, 여성=피부양자/양육자”라는 가족 내 성별분업에 대한 전제가 사회정책에 반영된다는 사실은, 노동시장 밖의 피부양자를 대상으로 하는 가족 연계 수급권이 구조화되어 있음을 보여주는 것이다.² 이는 사회 정책이 가족 내에서는 물론 노동시장에서 남성과 여성 사이의 불평등을 강화하는 효과를 가져올 수 있음을, 즉 사회정책 그 자체가 성별화된(gendered) 속성을 가진다는 것을 의미한다. 이러한 관점에서 보면 국가의 복지정책은 계층화뿐만 아니라 성별 계층화 역시 양산하는 기제인 셈이다.

에스핑앤더슨의 탈상품화 개념 역시 여성의 가내 복지 서비스를 무시하고 또는 당연시하고 탈상품화 개념에서 여성을 배제한다는 한계를 가진다.³ 이에 대한 대응으로 에스핑앤더슨은 이후 저작에서 복지국가의 탈가족화(de-familialization) 효과의 중요성을 강조한다(Esping-Andersen, 1999). 여기서 그가 사용하는 “탈가족화” 개념은 “개인의 가족에 대한 의존을 줄이고, 성인 개인이 가족 또는 혼인 관계와 독립적으로(유급노동을 통해서든 사회보장 급여를 통해서든) 사회적으로 받아들일 만한 생활수준을 유지할 수 있는 정도”로 정의된다(Esping-Andersen, 1999: 45; 마경희, 2004: 16; Lister, 2000).⁴ 이렇듯 가족에 대한 고려를 적극적으로 복지논의에 끌어들이는 경

2 남성 부양자 모델의 사회정책에서 여성들은 피부양자로서 파생적·간접적 수급권을 가지며, 이는 가입자와의 가족관계에서 파생되는 권리라는 점에서 본질적으로 불완전한 권리이다(마경희, 2004).

3 여성을 간과한다는 문제는 특히 자원동원 이론에서 두드러지는데, 무차별적인 시민이라는 지위에 근거해서 여성을 개념화하기 때문이다. 이들은 여성을 남성과 동일하게 조직화된 노동자라만 이해하며, 이들의 “needs-bearing clients and rights-bearing consumers of service, and political citizens”로서의 복합적 역할을 등한시한다(Fraser, 2000).

4 물론 이 개념은 한 사회의 복지제도가 어느 정도로 가족주의를 그 운영 원칙으로 포함하는가를 조작적으로 측정하는 것일 뿐, 사회 전반의 탈가족화 또는 개인주의화, 가족의 약화 등을 나타내는 지표는 아님에 유의해야 한다.

우 동아시아 복지체제의 독특성으로 언급되는 가족주의는 특히 큰 함의를 갖는다.

그럼에도 서구의 복지논의에 따르면, 동아시아의 복지체제는 약간의 예외를 제외한다면, 전반적으로 전통적인 가족의 복지 역할을 강조하는 보수주의 유형(*conservative regime*)에 속하는 것으로 평가된다(Esping-Anderson, 1999: 82; 조영훈, 2002). 즉 기존의 복지국가 논의에 “가족책임주의” 또는 “가족주의”라는 개념을 추가하여 동아시아 복지체제의 특성을 논의하는 정도이다. 이들 연구는 동아시아 국가들의 독자적인 유형 구성을 목표로 하기보다는 서구사회에서 개발된 분석틀을 동아시아 국가들에 적용하고 있다(Goodman and Peng, 1996). 그러다 보니 동아시아 국가에서 발견되는 독특한 사회복지의 성격들을 새로운 독자적인 유형으로 인식하기보다는 서구 복지국가 유형의 예외 사례로 인식하는 데 그치고 있다(박병현 외, 2007: 16).

이러한 서구 중심의 복지국가 유형론에 동아시아의 사례를 적용하는 것에 본래적 한계가 있다는 비판적 인식하에(김영범, 2002), 동아시아를 독자적인 복지체제 유형으로 구성하려는 연구들도 등장하였다. 동아시아의 경제발전과 궤를 같이 하여 “동아시아 복지모델”이라는 이름하에 진행된 다수의 연구들은 서구와는 다른 동아시아만의 독특한 복지모델을 상정한다(Kwon, 1997; Goodman et al., 1998). 먼저 굿맨과 핑(Goodman and Peng, 1996)은 일본, 한국, 대만의 사회정책에 대한 분석을 기반으로 “동아시아 사회복지레짐”이라는 독자적인 유형을 제시한다. 이들은 이 체제의 특징을 시장 중심의 보수주의 사회복지국가로 요약하는데, 특히 노인에 대한 공경, 부모에 대한 효심, 형제간의 우애, 개인보다는 집단 우선, 갈등 회피, 충성, 의무감, 교육열, 기업자 정신, 엘리트주의 등을 포함하는 “유교적 언어”를 사용한다는 특징에 주목한다. 또한 복지보다는 경제의 강조, 복지 제공자로서의 정부 역할 반대, 가족주의의 강조 등의

특성 역시 에스핑앤더슨의 유형과는 차별화되는 독자적인 모델의 요소로 지적된다(Goodman et al., 1998).

이들 가운데 동아시아 지역이 공유하는 문화적 자원으로서 유교를 강조하는 입장에서는 “유교주의 복지국가”(Confucian Welfare state)라는 유형을 제시한다(Jones, 1993; 홍경준, 1999). 존스는 한국, 홍콩, 싱가포르, 대만 등 4개국의 사회복지체계에 대한 분석을 기반으로, 이들 국가들의 특징으로 “노동자 참여 없는 보수적 조합주의, 교회 없는 자선, 평등 없는 연대, 자유주의 없는 자유방임”을 지적한다(Jones, 1993: 214). 이는 모두 전통적, 유교적, 확대가족을 전제로 하는 “가계 경제”(household economy) 복지국가의 다른 표현이라 할 수 있다. 이러한 연구들 모두 가족을 강조하는 동아시아의 역사·문화적 맥락에서 가족을 복지국가 논의에 적극적으로 끌어들이어야 한다고 역설한다. 그리고 동아시아의 가족주의를 강조하는 입장에서 보면, 서구의 복지국가 특히 사회민주주의 복지체제가 뚜렷하게 탈가족화를 지향한 반면, 동아시아의 복지체제는 사적 또는 공적 복지제도 모두 강한 가족주의적 성격을 내포하는 것으로 평가된다.

그러나 서구 복지국가 중심의 유형론에 대항하고자 했던 이 시기는, 그들이 주목했던 가족주의의 중요성을 동아시아 일반의 성격으로 규정하려는 시도로 이어진다. “유교 복지국가(Confucian welfare state)” (Jones, 1993; 홍경준, 2002), “동아시아 복지모델(East Asian welfare model)” (Goodman et al., 1998), “가부장적 복지국가(Patriarchal welfare state)” (Pateman, 2007[1988]), “발전주의 복지국가(Developmental welfare state)” (Kwon, 2005), “보수주의 모델(Conservative model)” (Esping-Andersen, 1990; 조영훈, 2002) 등의 용어 모두 하나의 균질하고 동질적인 성격의 동아시아의 복지체제를 상정하기 위해 고안, 사용된 것이다. 그러나 이러한 일반화는 에스핑앤더슨의 유형화 논의가 초기에 받았던 비판, 특히 과도한 유형화가 동일 유형 안에 존재하는 국가별 다양성에 주목하지 못하게 하거나 의도적으로 간과할 수 있

다는 비판을 면하기 힘들다(Abrahamson, 1999). 서구와 차별화되는 동아시아 복지의 독특성을 가족주의에서 찾는 것은 일정한 함의를 갖지만, 그것이 구체적인 공식제도로 표현되는 방식은 각 사회 또는 국가가 처한 역사적, 사회적 맥락에 따라 다를 수밖에 없다는 점을 상기해야 한다.

따라서 본 논문은 앞서 논의들이 규정한 동아시아 복지체제의 일반화된 특성들 가운데 가족주의적 성격이 실제 동아시아 사회별로 어떠한 차이를 나타내는지를 검증하기 위해 동아시아 사회들 가운데 한국과 대만의 복지제도를 비교하고자 한다. 양국의 다양한 복지제도 가운데서도 본 논문은 가족주의적 특성을 가장 잘 보여주는 양국의 의료보험 제도를 비교하고자 한다. 대만과 한국의 의료보험은 부양자 모델에 기초한 가족주의 원칙을 따른다는 공통점을 보여준다.

그러나 앞서 스핀햄랜드법의 경우에서 살펴보았듯이, 동일한 가족주의 복지체제라고 해서 반드시 동일한 가족화 또는 탈가족화 효과를 가진다고 볼 수 없다. 따라서 논문에서는 현재 한국의 국민건강보험과 대만의全民건강보험의 세부적 설계가 보여주는 공통점과 차이점을 중심으로, 그것이 어떤 가족화 또는 탈가족화 효과를 가지고 있는지 알아보도록 할 것이다. 이를 통해 두 나라의 가족주의 복지체제를 하나의 균일한 또는 동아시아 일반의 특성으로 규정할 수 있는지 검증해보도록 할 것이다.

2. 왜 한국과 대만의 의료보험인가?

한국과 대만의 의료보험은 보험료를 내는 가입자 본인뿐만 아니라 보수나 소득이 없이 가입자에 의해 생계를 유지하는 가족에게도 의료보

험 수급권을 부여하는 “피부양자 제도”를 유지해 왔다(조원탁, 2002: 68).⁵ 양국의 의료보험에서 “보험자”의 역할을 맡는 것은 국가이며, 국가가 운영하는 의료보험에 가입한 이들을 “피보험자”라 한다. 여기서 피보험자는 다시 보험료 납부의무를 가지고 있는 “가입자” 본인과 그 가입자로부터 파생된 권리를 공유하는 “피부양자”들로 구분된다.⁶ 여기서 이러한 피부양자 수급권을 가질 수 있는 자격의 기준은 가입자와 어떠한 가족관계에 있는가, 더 구체적으로 어떠한 혈연 및 혼인관계를 맺고 있는가 여부이다. 즉 양국의 의료보험은 보험료 부과체계가 가족을 단위로 하며, 피부양자의 자격 기준을 가족에 근거한다는 유사함을 보인다. 이는 양국의 의료보험 제도가 가족이라는 사회적 단위에 근거하고 있음을 보여주는 구체적 증거가 된다(이미숙, 2008).

양국의 피부양자 제도는 서구, 특히 개인의 시민권에 기반한 수급권(eligibility)을 강조하는 북유럽의 사회민주주의 복지국가 모델과 극명한 대비를 이룬다.⁷ 간단하게 비교해 보면, 유럽의 경우 복지 수급권이 보편적 시민권(citizenship)에 기반한 반면, 한국과 대만의 경우 수급권은 가족성원권(familial membership)에 기반한다(Lew et al., 2011). 그 결과 서구에서는 복지국가의 발달이 시민권의 확장과 연계되는 것과 대조적으로 동아시아에서는 시민이기보다 가족이어야 복지의 수혜 자격을 얻을 수 있었다. 이 점에서 한국과 대만의 의료보험은 서구의 복지제도와 뚜렷이 구

5 한국의 의료보험의 경우 1963년 최초의 입법 시기부터 피부양자 제도를 운영해 왔다. 반면, 대만의 경우 1958년 시작된 공무원보험에만 피부양자 제도가 존재했으며, 이 제도가 보편적인 사회보험으로 확대된 것은 1995년 전 민건강보험의 출범과 함께였다.

6 가입자의 가족을 지칭하는 용어로 한국의 경우 “피부양자(被扶養者)”, 대만의 경우 “권속(眷屬)”을 사용하는데, 본 논문에서는 편의상 피부양자로 통칭할 것이다.

7 미국, 캐나다 등의 자유주의 복지체제에 속하는 국가들 역시 개인들은 독립된 자격으로 수급권을 갖는다는 점에서 동아시아의 가족주의 모델과 대비된다. 그러나 이들 국가에서는 개인의 수급권이 보편적 시민권의 개념에 포함되지 않는다.

분되는 동아시아 복지체제의 가족주의적 특성을 공유한다고 볼 수 있다.

이러한 공통점 외에도 한국과 대만의 비교 연구를 용이하게 하는 조건으로 양국이 산업화 시기를 공유한다는 점을 들 수 있다. 양국은 전후 복구 시기를 거친 이후 부족한 천연자원, 풍부한 노동력 등의 비교적 유사한 조건에서 국가 주도하에 산업화를 시작했고, 유사한 시기에 수출주도 산업화 정책으로 전환함으로써 빠른 성장을 이룩하였다(임혜란, 1999; Davis, 2004). 그 결과 양국은 1980년대 3저 호황이라는 우호적인 세계 경제 속에서 아시아의 신흥경제발전국으로 도약한다(Barette and Whyte, 1982; Johnson, 1985; Shin and Chang, 2003). 특히 산업화 시기의 차이는 여러 사회경제적 차이를 만들어내는 중요한 요소로 거론된다는 점을 상기한다면, 양국의 산업화의 시기의 유사성은 자본주의적 성숙도(maturity)가 복지제도의 발전에 줄 수 있는 영향을 통제할 수 있다는 강점을 제공한다(Chang, 2006).

양국의 공통점은 단순히 산업화 시기만이 아니다. 대만과 한국은 유사한 시기에 후후발(後後發) 산업화를 성공한 국가로서 동아시아 발전 모델을 구성하는 중요한 사례이다(Amsden, 1989; 국민호, 1999; Shin and Chang, 2003; Davis, 2004). 또한 동일한 동아시아 발전모델에서도 한국과 대만은 다른 홍콩, 싱가포르에 비해 산업화의 특성과 국가의 역할 등의 기준에서 상당한 유사성을 공유하는 것으로 평가된다(Thurbon, 2001). 이 가운데 가장 주목할 만한 유사성은 후발산업화전략에서 국가가 중심적 역할을 했다는 점이다(Shin and Chang, 2003; Davis, 2004). 국가의 강한 시장개입은 효과적으로 개입할 수 있는 근대적 관료제의 발달은 물론 권위주의적 정치 체제의 발달을 촉진하게 된다(Tang, 2000: 64, 89; Chibber, 2003).

실제 한국과 대만은 모두 정치적으로 장기적인 관료적 권위주의 정부의 통제를 경험하였다. 대만에서는 1947년부터 1987년까지 계엄령하에서 국민당(國民黨)의 일당 체제가 공고화되었으며, 국민당의 총재인 장개석(蔣介石)은 1948년부터 1975년 서거할 때까지 초대부터 5대 총통으로 장

기 집권한다. 또한 국민당은 정치적 야당이 허용된 1986년까지 1당으로서 독점적 지위를 누려왔으며, 2000년 야당인 민진당(民進黨)이 최초로 정권을 잡기 전까지 50여년에 걸쳐 대만 사회를 지배했다(김범석, 2002; 魏龍達, 2010). 한국 역시 이승만 대통령(1948-1960)과 박정희 대통령(1961-1979), 두 시기에 걸쳐 권위주의적 장기집권 체제를 경험했으며, 1972년 유신체제는 이의 정점이었다(김일영, 2004). 즉 양국 모두에서 권위주의 정부의 장기 집권을 통해 국가는 사회를 압도하는 수준의 높은 자율성을 확보하게 되었다(Migdal, 1985; Chibber, 2003). 또한 공산 세력으로부터의 군사적 위협 역시 두 국가가 공유하는 지정학적 유사성으로서, 어떻게 양국에서 권위주의적 발전국가가 사회에 대한 우선성을 담보할 수 있었는지를 설명해 준다. 이렇게 볼 때, 산업화 시기 대만과 한국이 보여준 국가 역할의 유사성은 국가나 정치체제라는 변수가 복지발전에 미칠 수 있는 영향을 효과적으로 통제하며, 체계적으로 두 국가의 복지체제를 비교할 수 있게 해 준다.

대만과 한국의 비교연구를 용이하게 하는 가장 중요한 공통점은, 양국 모두 전국민을 대상으로 하는 보편적이고 강제적인 국가 의료보험을 실행하고 있다는 사실이다(박정호, 1998). 한국의 국민건강보험은 전국민을 대상으로 하는 보편 보험임을 국민건강보험법은 천명하고 있다. 대만의 전민건강보험(全民健康保險) 역시 전국민에 대한 강제가입을 전제하는 사회보험프로그램으로, 최소 4개월 이상 거주한 모든 국민은 전민건강보험에 등록하도록 하고 있다. 또한 두 의료보험은 최초 실행시기부터 보편보험으로 확대 운영되기까지 소요된 역사적 시간과 발전경로에 있어서 여러 특성을 공유하고 있다.⁸ 또한 한국과 대만의 의료보험은 가장

8 한국 최초의 의료보험은 1963년에 실시되었으며, 이후 여러 차례 개정을 통해 발전하여 1997년 보편적 보험으로서의 제도적 틀을 굳히기에 이르렀다. 대만 최초의 의료보험은 1950년대 초반 노동자와 공무원들을 대상으로 실시되었으며, 1995년도에 이르러 보편 보험으로 확대되었다(박병현 외, 2007). 또한 양국의 의료보험은 모두 최초 실행시 일부 집단을 위한 선별적 보험으로 시작하여, 산업화와 민주화 이후 보편적인 강제 프로그램으로 발전한다.

유사한 형태로 평가된다. 의료보험은 보험 방식에 따라 다보험자 방식을 채택하고 있는 사회보험방식(SHI)과 단일보험자에 의해 운영되고 보험자를 정부가 관장하는 국가사회보험방식(NHI)으로 분류된다. 독일, 프랑스, 일본 등은 전자에 속하는 반면, 대만과 한국은 동일하게 후자의 방식을 따른다(각주 9번 내용을 참고).

또한 문화적으로 양국은 모두 유교 문화권에 속하는 것으로 평가된다. 하나의 역사적 배경으로서, 양국은 중국 본토로부터의 지속적인 영향하에 놓여 있었다(Rubinstein, 1999; 함재봉, 2000). 이러한 영향 가운데 가장 근본적인 것은 유교 전통이었다. 유교는 중국의 주변국과의 관계를 관장하는 정치적 지배 이데올로기의 역할만 한 것은 아니었다. 유교는 하나의 세계관이자 윤리였다. 즉, 유교는 개인이 자신을 둘러싼 세계를 어떻게 인식하고, 타인과의 관계에서 어떻게 행동해야 하는지를 규정하는 철학의 역할을 하였다(Hahm, 2003). 개인을 강조하는 서구 철학과 달리, 개인들 간의 관계와 공동체를 강조한다는 점은 유교의 가장 큰 특징이다(류석준, 1999; 정현근, 2000; 함재봉, 2000). 따라서 유교 논리는 자유보다는 질서를, 개인보다는 가족이나 공동체의 이익을 그리고 정치적 자유보다는 경제적 성장을 중시하였다. 이러한 유교 철학의 영향하에 한국과 대만에서 가족은 개별 가족 구성원보다 우선성을 가졌으며, 집합적인 또는 공적인 이해가 개인의 사적 이해나 자유, 자율성보다 우선시되었다. 자연스레, 사회의 가장 근본적이고 기본적인 집단으로서 가족이 모든 영역에서 최고의 가치를 가지는 가족주의가 발달하게 되었다(왕혜숙, 2013).

이상의 논의를 종합해보면 한국과 대만은 유사한 역사적, 정치적, 문화적 맥락에서 유사한 가족주의적 성격의 의료보험, 특히 부양자 모델에 기반한 피부양자 제도를 운영하고 있음을 알 수 있다. 이러한 사실은 동아시아 국가들을 하나의 복지체제로 규정하는 논의들을 뒷받침하는 증거로 해석되기도 한다. 그렇다면 양국에서 운영하고 있는 의료보험의

피부양자 제도는 얼마나 서로 유사하고, 특히 가족 또는 가족주의와 관련하여 얼마나 유사한 특성을 보이는가? 이를 다음의 절에서 더욱 자세히 살펴보도록 하자.

3. 대만과 한국의 피부양자 제도의 차이

한국과 대만의 의료보험은 최초 공포된 이후 수많은 시행착오를 경험하면서, 시대별로 변화하는 민간의 요구 그리고 각 사회의 현실적 여건에 맞게 여러 차례의 수정을 거쳐 현재의 국민건강보험(한국)과 전민건강보험(대만)에 이르렀다. 여기서는 현재 통합보험으로 발전한 양국의 의료보험을 중심으로 관련 법규들과 세부 조항들을 살펴봄으로써, 양국의 피부양자 제도가 가족을 어떻게 정의하는지 그리고 가족의 가입 자격과 수급권을 어떻게 부여하는지에 대한 일반적 패턴을 비교해 보도록 한다. 구체적으로 한국의 국민건강보험법과 대만의 전민건강보험법에서 규정하는 “피부양자의 범위”와 “피부양자의 보험료 산정방식”을 먼저 살펴볼 것이다. 그리고 이러한 제도적 배열들이 만들어 낸 결과라 할 수 있는 “부양률”을 통계자료를 이용하여 비교해 보고자 한다.

1) 피부양자 규정을 통해 본 가족의 범위

먼저 한국의 국민건강보험법과 대만의 전민건강보험법에서 피부양자를 어떻게 정의하는지 각각 살펴보고 이를 통해 두 제도가 정의하는 가족의 범위를 비교해 보도록 하자. 한국의 국민건강보험법 제5조제2항에 따르면, 피부양자는 “1) 직장가입자의 배우자, 2) 직장가입자의 직계존속

(배우자의 직계존속을 포함), 3) 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함)과 그 배우자, 4) 직장가입자의 형제·자매 가운데 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람으로서 보수나 소득이 없는 사람”을 말한다. 이 법에 따르면, 가입자의 배우자는 물론 가입자의 직계와 방계의 2촌 이내의 친족 모두 피부양자가 될 수 있다. 더불어 배우자의 직계존비속은 물론 직계비속의 배우자 등 혼인관계를 통해서도 상당히 넓은 범위의 가족에게 피부양자 자격을 부여한다. 물론 이들 모두 피부양자가 되기 위해서는 두 가지의 “피부양자 인정기준,” 즉 부양조건과 소득기준을 만족시켜야 한다.⁹

대만의全民건강보험은 피부양자의 범위를 “1) 가입자의 배우자, 2) 가입자의 부모, 조부모, 외조부모를 포함한 직계존속, 3) 자녀를 포함한 직계비속”으로 규정한다. 여기서 가입자의 배우자와 직계존속은 직업이 없어야 하며, 직계비속은 두 세대(二親等) 이내로 20세 미만이거나 일정한 직업이 없어야 한다. 단 20세 이상이라도 생계능력이 없거나 재학 중인 경우 피부양자가 될 수 있다(全民健康保險法 제1장 제2조, 2010년 6월 29일 개정법). 즉 가입자를 중심으로 보면 직계존속은 제한 없이, 직계비속은 두 세대까지만 허용한다. 또한 혼인관계를 통한 수급권은 가입자의 배우자에만 한정되며, 방계로 확장하여 피부양자 자격을 부여하지 않는다.

한국과 대만의 의료보험의 피부양자 제도는 혈연과 혼인관계가 의료보험의 수급권, 즉 가입 자격을 결정한다는 점에서 공통점을 보인다. 물론 양국 모두에서 피부양자가 되기 위해서는 소득조건(income/asset test)을 만족해야만 한다. 이는 앞서 이론적으로 고찰해 본 동아시아 복지체제의 일반적인 가족주의의 특성을 구체적으로 확인해 볼 수 있는 지점이

9 국민건강보험법 제5조제2항 및 국민건강보험법 시행규칙 제2조제1항의 규정이 요구하는 부양요건과 국민건강보험법시행규칙 제2조제2항이 요구하는 소득요건을 만족시켜야 한다. 특히 방계혈족의 경우 공동거주라는 부양조건을 만족시켜야 하며, 소득요건에 따라 종합소득 가운데 사업소득과 부동산임대소득의 연간 합계액이 500만원 이하여야 한다(개정 보건복지부고시 제2006-96호).

다. 물론 서구 유럽 국가들의 의료보험 역시 혼인과 혈연을 기반으로 한 가족의 수급권을 보장한다(Esping-Andersen, 1990). 특히 복지제도가 가족을 기본 단위로 한다는 사실은 사회보험 형식의 복지제도가 가지는 일반적인 특성이며,¹⁰ 따라서 사회보험 위주의 복지제도가 발달한 보수주의 복지 체제에서 이러한 가족주의적 복지제도는 자주 발견된다. 이 유형에 해당하는 대표적인 국가들인 독일과 일본의 의료보험 역시 가족을 수혜단위로 규정한다는 점에서 유사성을 갖는다.

한 예로 독일의 의료보험 역시 가족관계에 기반한 피부양자의 수급권을 인정한다는 점에서 마찬가지로 가족주의적 성격을 보여준다(Esping-Andersen, 1999; 이용갑 외, 2005). 한국의 피부양자 개념에 대비되는 독일의 “가족 피부양자”(Familienversicherte)란 보험료 납부 의무 없이 가입자와 함께 보험에 가입되어 있는 자로서, 주로 가입자의 배우자, 어린이, 계자(繼子), 손자, 입양아 등이 해당된다(이용갑 외, 2005: 59-60). 그렇다면 가족을 국가의 의료보험의 틀 안에 적극 수용한다는 점은 한국이나 대만 등 동아시아 국가의 특수성이 아니라 사회보험 위주의 복지제도를 발달시킨 일본, 독일, 프랑스 등의 보수주의 복지체제에 속하는 국가들에게도 해당되는 특성일 수 있다.

그러나 독일 의료보험의 피부양자 범위는 대만이나 한국에 비해 상

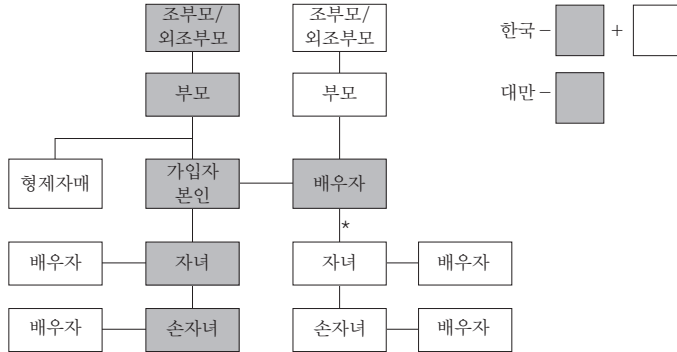
10 의료보장 방식은 일반적으로 사회보험방식(Social Health Insurance), 국민보건서비스방식(National Health Services), 민간보험방식(Consumer Sovereignty Model) 세 가지로 구분된다(의료보험관리공단, 1997). 사회보험방식은 사회적으로 어떤 동질성을 갖는 국민(주로 노동자)이 보험집단을 형성하여 보험료를 각출함으로써 질병으로 인한 경제적 손실을 방지하고자 하는 목적으로 실행된다. 국민보건서비스 방식에서는 재원의 대부분이 국세 및 지방세로 조달되고 의료공급체제도 국가의 책임 아래 조직화되어 있어, 전 국민이 동등하게 이 제도의 혜택을 받게 된다. 민간보험방식에서 개인들은 국가가 아닌 시장의 민간보험을 통해 개별적으로 질병 등의 위험에 대비하는 프로그램들을 구매하며, 의료서비스 역시 시장을 통해 공급된다. 일반적으로 독일, 프랑스, 일본, 한국, 대만 등을 사회보험방식(SHI)으로, 영국, 스웨덴, 이탈리아 등을 국가보건서비스방식(NHS)으로 구분하고 있으며, 민간보험방식은 대표적으로 미국을 들 수 있다.

당히 제한적인데, 대부분 배우자와 자녀로 한정된다. 즉 독일의 피부양자는 가입자의 순위 혈족, 즉 존속을 포함하지 않을 뿐만 아니라 비속의 경우에도 독일은 1촌 이내의 직계만 허용함으로써 손자녀나 증손자녀 등을 피부양자 범위에 포함하지 않는다. 자녀 또한 미성년을 지나면 자동적으로 피부양자 자격을 상실하고 독립된 가입자로 전환되는 것이 관례이다(이용갑 외, 2005). 즉 독일의 피부양자 범위는 가입자를 중심으로 배우자와 미성년 자녀만을 포함하는 전형적인 핵가족 모델을 기반하고 있는 반면, 한국과 대만의 피부양자 제도는 가입자의 배우자 및 직계존비속 모두를 포함하는 직계가족 또는 확대가족 형태에 기초하고 있다. 즉 동일한 가족주의적 모델에 기반하고 있음에도, 가족 형태 면에서 한국과 대만의 피부양자 제도는 독일의 피부양자 제도와 차이를 보인다.

그러나 대만과 한국의 피부양자 제도 역시 자세히 살펴보면 서로 다른 가족의 범위, 즉 서로 다른 가족규범을 보여준다. 한국 의료보험의 피부양자 범위는 상당히 광범위하고 탄력적인 기준을 적용한다. 가입자의 배우자와 직계존비속은 물론, 방계 혈족(형제·자매)까지 피부양자 범위에 포함할 뿐만 아니라, 직계존비속의 경우 촌수에 제한 없이 피부양자 자격을 부여한다. 또한 직계존비속의 배우자들(사위, 며느리, 손부, 손서)에게도 수급권을 제공한다. 반면 대만의 경우 역시 가족관계가 수급권을 결정하는 근본적 원칙이라는 점에서 동일하다. 그러나 한국과 비교해 보면, 피부양자 범위가 훨씬 협소하고 혈족의 친소관계에 따라 엄격한 기준을 적용하고 있다. 직계비속의 경우 2촌으로 촌수를 제한하여 피부양자를 인정하고 있으며, 방계 가족에게는 피부양자 권리를 원칙적으로 인정하지 않는다. 또한 혼인 관계를 통한 피부양자 수급권 인정은 가입자의 배우자에게만 한정되며, 배우자의 부모 예를 들어 장인이나 장모 또는 시부모 등의 범주에는 피부양자 자격을 부여하지 않는다. 이렇게 볼 때, 대만의 피부양자는 앞서 설명한 독일의 핵가족 모델에 순위의 직계

존속을 더한 것에 불과하다. 양 제도의 피부양자의 범위를 시각적으로 표현해보면 <그림 1>과 같다.

<그림 1> 한국과 대만 의료보험의 피부양자의 범위



* 배우자의 직계비속과 그 배우자라 함은 재혼의 경우를 말한다.

물론 양국 모두 규정된 범위의 가족들에게 자동적으로 피부양자 자격을 부여하는 것은 아니며, 피부양자 자격을 취득하기 위해서는 우선 가입자가 피부양자 자격 신청을 하고 이에 대한 자격심사 절차를 거쳐야 한다. 자격심사 과정을 비교해 보면, 한국의 경우 대만보다 상대적으로 까다로운 부양 또는 동거 조건을 충족시켜야만 한다(마경희, 2004).¹¹ 반면 대만은 피부양자의 범위는 협소하지만, 그 범위 안의 당연대상들에 대해서는 소득심사 외에 추가적인 자격심사가 없다. 즉 가입자와의 공동 거주나 부양조건 등이 엄격한 조건이 아니다(이용갑, 2012). 또한 세부적으로 가입자와 피부양자가 얼마나 동등한 급여혜택을 받는가에 있어서 역시

11 물론 이러한 피부양자 자격심사가 제대로 이루어지고 있는지는 여전히 논란거리이다. 한 연구에 따르면 직장 가입자 피부양자들 가운데 가입자가 경제적으로 부양하지 않는 형제, 자매들도 상당한 규모이며, 보다 큰 문제는 재산과 매월 일정한 소득이 있는 피부양자들도 상당수에 이른다는 점이다(이용갑, 2012).

양국은 차별화된다.

그러나 이러한 운영세칙들의 차이를 차치하고, 피부양자 범위에 한정하여 한국과 대만의 의료보험을 비교해 보면 이들은 서로 다른 가족 모델에 기초하고 있음을 알 수 있다. 즉 한국의 피부양자 제도는 유교의 이상적 가족상에 가장 근접한 부분적 “확대가족”에 기초하고 있는 반면, 대만의 피부양자 제도는 대만이 중국 유교 전통의 적자임에도 불구하고 더욱 협소한 “직계가족”에 기초하고 있다. 이는 두 제도 이면에 존재하는 서로 다른 가족규범을 확인하는 데 중요한 함의를 갖는다.

이러한 법 규정으로 인해 한국의 국민건강보험에서 피부양자들의 친족관계는 상당히 다채롭게 나타난다. <표 1>은 2001년부터 2005년까지 직장가입자의 피부양자 현황을 정리한 것으로, 직장가입자의 피부양자 가운데 어떤 관계의 친족이 등록되어 있는지를 보여준다. 이 표에서 보듯이 한국 직장의료보험에서는 배우자의 직계존속(처부모 및 시부모)과 직계비속의 배우자(사위, 며느리, 손부·손서)는 물론 방계혈족인 형제자매와 그들의 자녀(조카), 그리고 부모의 방계혈족(백부, 숙부)까지 다양한 가족 또는 친족의 범주가 피부양자로 의료보험 혜택을 받고 있는 것을 알 수 있다.¹²

물론 자료의 한계로 인해 모든 연도의 피부양자 현황을 파악할 수 없기 때문에 이러한 경향을 일반화하기에는 한계가 있다. 그러나 소득이나 재산이 있는 사람이 직장 가입자의 피부양자로 인정받는 사례들이 사회적으로 논란이 되기 전까지 피부양자 인정기준은 상당히 광범위하게 적용되었다(이용갑, 2012). <표 1>에서 다루고 있는 시기가 이미 피부양자 요건이 상당히 강화 및 축소된 시기라는 점을 감안한다면, 한국의 피부양자 제도가 여전히 상당히 관대하고 탄력적인 기준을 적용하고 있음을 확인할 수 있다. 최근 한 연구에 따르면 직계존비속인 조부모, 부모, 자녀,

12 한국의 의료보험은 2000년 개정 이전까지 3촌 이내의 방계혈족(조카, 삼촌 등)도 피부양자로 인정해 주었다(이미숙, 2008).

〈표 1〉 한국 국민건강보험 직장가입자의 피부양자 유형별 현황

시기	2001. 2	2002. 2	2003. 2	2004. 2	2005. 2
가입자 본인	7,282,392	7,946,727	8,363,135	8,874,459	9,334,923
피부양자	15,198,112	15,271,708	15,518,507	16,121,065	16,810,533
피부양자 유형별 현황					
배우자	3,667,993	3,580,791	3,585,831	3,683,730	3,753,527
부모	3,220,381	3,159,799	3,240,074	3,428,632	3,685,028
조부모	114,839	114,253	113,081	118,888	128,281
자녀	7,085,526	7,383,747	7,529,107	7,751,542	7,975,080
손이하	34,049	25,928	28,072	30,582	32,774
형	75,659	74,547	79,924	102,536	145,716
제	360,448	347,236	348,698	392,343	459,270
자	49,274	45,433	47,575	48,499	46,744
매	254,969	207,316	183,761	155,692	120,737
처부모	156,954	164,857	183,462	215,804	253,868
시부모	134,140	133,761	141,445	153,129	166,067
사위, 자부	25,053	15,324	16,725	17,289	18,183
증조부모 이상	191	198	198	227	285
계부, 계모	439	558	706	819	1,103
시조부모	1,872	1,947	1,966	1,536	1,541
처조부모	51	274	372	413	528
손부, 손서 이하	14	15	22	12	15
외조부모	3,288	3,600	3,778	4,202	4,840
외손자녀	1,272	1,579	1,800	2,259	2,872
조카	1,178	10	4	9	7
백부, 숙부	60	5	3	2	2
기타	10,462	10,530	11,903	12,920	13,886
직계존속(이혼)	-	-	-	-	179

자료: 국민건강보험공단 통계포탈.

손자녀 외에도 직장가입자의 피부양자로 등재된 형제, 자매는 2009년 말 약 74만 4천명으로 나타났다. 이중 가입자와 동거하는 형제자매는 약 52.55%인 39만 1천명이었다(이용갑, 2012). 즉 동거조건을 충족시키지 못하는 과반수의 형제자매 역시 피부양자로 인정되고 있는 셈이다. 이는 한국 국민건강보험에서 여전히 탄력적인 범위의 피부양자 인정기준이 적

용되고 있는 현실을 여실히 보여준다.

2) 피부양자의 보험료 산정방식

다음으로 한국과 대만의 의료보험에서 피부양자의 보험료는 어떻게 산정되는지 살펴보자. 피부양자라 함은 본래 정의상 경제능력이 없는 이들을 말하며, 따라서 이들의 보험료 납부의무는 부양자인 가입자에게 있다. 이 경우 가입자의 피부양자 보험료 산정방식은 중요한 문제가 되는데, 특히 한국과 대만과 같이 피부양자가 강제가입 원칙이 아닌 자발적 가입 원칙에 의해 의료보험에 가입하는 경우, 가입자 한 명이 가질 수 있는 피부양자의 수에 영향을 줄 수 있기 때문이다. 그런데 양국의 의료보험은 모든 국민을 대상으로 강제적용 원칙을 채택하고 있음에도, 가입자 모두가 동일한 기준으로 가입하는 것이 아니라 각자의 직종과 소득에 따라 서로 다른 보험료 부과체계를 갖는다. 다시 말해 한국은 직장과 지역으로 이원화된 보험료 부과체계를 가지며, 대만의全民건강보험은 가입자를 여섯 가지의 종류로 구분하여 서로 다른 보험료 산정방식을 적용한다(부록 1). 따라서 먼저 양 제도 내부의 각각의 서로 다른 가입자 범주들이 피부양자 보험료를 어떻게 차별화된 방식으로 납부하는지 살펴보도록 하자.

먼저 한국의 국민건강보험의 피부양자 보험료 산정방식을 보도록 하자. 한국의 건강보험은 가입자들을 임금근로자인 “직장가입자”와 그 외의 일정한 소득과 고용주가 없는 “지역가입자”로 나누어 관리하고 있다. 앞서 피부양자는 “직장가입자”에게 주로 생계를 의지하는 사람으로 정의한 바 있는데, 이는 피부양자 제도가 직장가입자에게만 해당된다는 것을 의미한다.¹³ 따라서 여기서는 직장가입자의 보험료 산정방식을 살

13 보험료 부과 단위를 기준으로 볼 때, 직장건강보험은 가족관계를 중심으로 피부양자를 정의하는 반면, 지역건

피보기로 한다. 직장가입자의 보험료는 가입자 개인의 근로소득을 기준으로 산정되는데, 피부양자에게는 개별적인 보험료가 추가적으로 부과되지 않을 뿐만 아니라 피부양자의 재산이나 소득이 가입자의 보험료에 전혀 영향을 주지 않는다. 즉 가입자에게 피부양자의 수에 따른 추가적인 보험료를 부과하지 않는다. 또한 직장건강보험의 가입자가 피부양자로 신청하는 가족은 피부양자 인정기준을 만족하는 한 규모의 제한 없이 피부양자로 인정된다.

반면 대만全民건강보험에서 피부양자의 수는 매우 중요한 보험료 산정요소이다.全民건강보험은 가입자를 여섯 가지 범주로 구분하는데(부록 1 참고), 이들 가운데 주로 군인이 가입자인 4류는 정부에서 100% 재원을 부담하기 때문에 개별적으로 가입자가 보험료를 납부할 필요가 없고, 따라서 당연히 계산할 필요도 없다. 주로 저소득층을 대상으로 하는 5류는 원칙적으로 피부양자 제도를 적용하지 않는다. 그러므로 사실상 피부양자에 대한 체계화된 보험료 산정방식을 가지고 있는 범주는 1, 2, 3, 6류라 할 수 있다. 먼저 1, 2, 3류 가입자들의 보험료는 기본적으로 각자 보험관리국에 신고한 소득에 보험비율과 부담비율을 곱하고, 마지막으로 피부양자의 수를 곱한다. 6류 가입자들의 보험료는全民건강보험의 모든 가입자들의 평균 보험료에 부담비율과 피부양자의 수를 곱해서 정해진다. 즉, 4, 5류를 제외하면, 대만의全民건강보험은 피부양자 수에 비례하여 보험료를 산정하는 인두세 원칙을 따른다.¹⁴

한국의 국민건강보험과 대만의全民건강보험 모두에서 가입자는 피부양자의 보험료를 납부할 의무를 갖는다. 이는 양국의 복지제도가 부

강보험에는 피부양자라는 개념이 없으며 주민등록상 동거를 기준으로 세대 단위를 중심으로 보험료를 부과한다. 또한 보험료 부과체계를 기준으로 볼 때, 직장건강보험은 완벽한 부양자 모델에 부합하는 반면, 지역보험은 부양자 모델이 부분적으로만 적용되는 개인보험이다(이용갑, 2012).

14 피부양자수가 3인 이상일 때는 편의상 3인으로 계산한다.

양자 모델(bread-winner model)에 기반하고 있다는 공통점에서 기인한다. 그러나 앞선 비교에서 알 수 있듯이 한국의 국민건강보험에서는 가입자 개인이 납부해야 하는 보험료는 피부양자의 수와 상관없이 산정된다. 반면 대만의 전민건강보험의 경우 가입자 개인이 납부해야 하는 보험료는 피부양자의 수에 비례하여 산정된다. 앞서 설명한 한국과 대만의 보험료 산정방식을 정리하여 비교하면 아래의 <표 2>와 같다.

<표 2> 한국과 대만의 의료보험료 산정방식 비교

한 국	직장가입자	=	임금	×	보험료율				
	1, 2, 3류 가입자	=	소득등금액 (投保金額)	×	보험비율 (保險費率)	×	부담비율	×	본인+피부양자수
대 만	6류 가입자	=	평균 보험료			×	부담비율	×	본인+피부양자수

이렇듯 서로 다른 보험료 산정방식은 가입자 개인의 경제적 이해와 긴밀히 연관되는 것으로, 그 자체가 부양률을 결정하는 중요한 변수로 작용할 수 있다. 예를 들어, 의료보험이 아무리 넓은 범위의 가족에게 피부양자 수급권을 부여한다 하더라도, 가입자가 피부양자 수에 비례하여 과중한 보험료를 납부해야 한다면, 가입자로서는 쉽게 피부양자를 늘리기 어렵게 된다. 이런 사례가 바로 대만이다. 대만의 의료보험은 규정 상 좁은 범위의 피부양자를 허용하기 때문에 피부양자의 수에 제한이 있다. 그러나 이 외에도, 피부양자의 보험료 산정방식이 피부양자의 수를 증가시키는 데 재정적 부담을 줌으로써, 가입자들에게 피부양자를 늘리는데 일정한 반유인(disincentive)을 만들어 낸다. 이런 경우 대만의 가입자들은 다른 대안적 제도, 예를 들어 사회부조제도와 같은 국가의 다른 복

지프로그램이나 저렴한 민간의료보험 등의 제도를 통해 가족의 의료 서비스를 추구할 가능성이 높다. 또는 의료수요가 적은 연령층의 가족 구성원의 피부양자 등록을 의도적으로 회피할 수 있다.

반면 상대적으로 관대한 한국의 피부양자 제도는 가입자 개인에게 가능한 피부양자를 늘리도록 하는 경제적 유인을 제공한다. 한국의 의료보험에서는 피부양자가 아무리 많아도 개인이 납부해야 하는 보험료가 일정하며, 따라서 피부양자나 가입자 모두 추가적인 부담 없이 동일한 의료 서비스를 누릴 수 있기 때문이다. 물론 이와 같은 경제적 유인은 장기적으로 재정 지출을 증가시키게 되고, 이럴 경우 정부는 의료보험의 보험료를 인상하여 예상되는 재정 적자를 메꾸려 하게 된다. 이는 결국 전체 보험료를 높이는 효과, 즉 가입자 개인이 납부해야 하는 평균 보험료가 높아지는 결과를 가져오게 된다. 그러나 제한적 합리성과 불균형한 정보를 가진 행위자로서 개별 가입자는 이러한 결과를 예측하기 힘들다(Williamson, 1988). 뿐만 아니라 보험료가 높아질수록 개인의 입장에서는 증액된 보험료만큼의 혜택을 돌려받기 위해서라도 피부양자를 더욱 늘리려는 경향을 강화해 나가게 된다.

이러한 동인은 피부양자에게도 마찬가지로 작용한다. 한국의 의료보험에서는 일정한 소득이 없는 인구는 독립 자격으로 지역의료보험에 가입하여 보험료를 내거나 또는 직장의료보험 가입자인 가족의 피부양자가 되어야만 의료보험의 혜택을 누릴 수 있다. 이 경우 합리적인 개인은 당연히 추가적인 보험료를 납부해야 하는 지역가입자가 되기보다는 가족의 피부양자가 되는 것을 선호하게 된다. 즉, 한국의 의료보험의 보험료 산정방식은 가입자는 물론 피부양자 모두에게 피부양자를 늘리는 유인을 제공하게 된다.

결국 양국의 서로 다른 피부양자 보험료 산정방식으로 인해 한국 의료보험의 가입자는 많은 수의 피부양자를 가질 가능성이 높은 반면,

대만 의료보험의 가입자는 가능한 적은 수의 피부양자를 가질 가능성이 높다. 이는 동일하게 가족을 단위로 하는 제도임에도 불구하고, 가족을 어떤 방식으로 보험제도 안으로 포섭하느냐 하는 세부적인 방식에 따라 양국의 피부양자 제도가 전혀 다른 가족화 효과를 가질 수 있음을 암시한다. 다음에서 피부양자 범위와 보험료 산정방식의 제도적 특성들로부터 도출된 가입자들의 행위 선택에 대한 가정들이 양국의 부양률과 실제로 어느 정도로 부합하는지 확인해 보도록 하자. 그리고 이를 통해 양국의 의료보험의 서로 다른 제도적 설계가 실제 어떠한 가족화 효과, 즉 가족에 의지하여 복지 서비스를 누릴 수 있는 정도에 있어서 어떠한 차이를 보이는지 비교해 보도록 하자.

4. 부양률로 본 (탈)가족화 효과

1) 한국과 대만의 부양률 비교

앞서 살펴 본 대만과 한국의 피부양자 제도의 차이는 법률과 규정을 중심으로 비교해 본 것이다. 이러한 제도적 차이가 법령상에만 존재할 뿐, 실제 두 나라의 국민들이 의료보험을 이용할 때 아무런 영향을 주지 않는 규칙이라면 이는 사실상 아무 의미가 없다. 따라서 여기서는 피부양자 제도를 양국의 의료보험 가입자들이 실제로 얼마나 활용하고 있는가를 보기 위해서 양국 의료보험의 피부양자에 대한 통계자료를 분석해 보고자 한다. 구체적으로 양국의 의료보험에서 가입자 1인당 평균 몇 명의 가족을 자신의 피부양자로 가입시키고 있는지, 즉 가입자 1인당 평균 피부양자수를 나타내는 “부양률”을 연도별로 비교해 보도록 할 것이다.

그런데 앞서 지적했듯이 한국과 대만의 의료보험은 분절된 운영방식으로 인해 일원화된 비교가 어렵다. 따라서 여기서는 양국의 의료보험 가입자 분류 가운데 가장 성격이 유사한 범주를 선택하여 비교하고자 한다. 그럴 경우 한국 국민건강보험의 “직장가입자”와 대만 전민건강보험의 “1류 가입자”가 가장 적절한 비교 대상이라 할 수 있다. 이 두 범주는 모두 가입자의 성격상 일정하고 고정적인 소득이 있는 근로자를 대상으로 한다. 그리고 <부록 2>와 <부록 3>에서 보듯이 전체 보험가입자 가운데 각각 66.21%(한국), 53.05%(대만)로 가장 많은 가입자를 가지고 있는 범주이다. 따라서 본 절에서는 체계적이고 일원화된 비교를 위해 한국의 국민건강보험의 직장가입자와 대만의 전민건강보험의 1류 가입자의 부양률을 비교할 것이다.

두 비교대상의 부양률을 연도별로 정리해 보면 다음 장의 <표 3>과 같다. 이 표는 한국 의료보험의 직장가입자와 대만 전민건강보험의 1류 가입자를 중심으로, 가입자와 피부양자의 수 그리고 부양률의 변화 추이를 보여준다. 이 표에 따르면, 전반적인 가족 규모의 축소와 더불어 양국의 부양률은 모두 감소 경향을 보인다. 그러나 이러한 인구감소 효과를 감안하더라도, 한국의 부양률은 전반적으로 대만의 부양률보다 약 2.5배 높은 수준을 보여준다. 2010년을 기준으로 간단히 보면, 한국의 국민건강보험 직장가입자와 피부양자의 수는 각각 12,763,729명, 19,619,797명으로 부양률은 1.54이다. 반면 동일한 해 대만 전민건강보험의 1류 가입자와 피부양자의 수는 각각 14,757,430명, 8,317,057명으로 부양률은 0.62에 불과하다.

그렇다면 이러한 양국의 부양률의 차이는 어떻게 설명될 수 있을까? 이는 한국의 가족이 대만의 가족보다 2.5배만큼 크기 때문일까? 그러나

〈표 3〉 한국과 대만 의료보험의 부양률 연도별 비교

단위: 1,000명

연도	한국(직장가입자)				대만(제류 가입자)			
	가입자	피부양자	전체	부양률	가입자	피부양자	전체	부양률
1980	2,913	6,248	9,161	2.15	-	-	-	-
1985	4,947	11,478	16,424	2.32	-	-	-	-
1990	6,511	14,247	20,759	2.19	-	-	-	-
1995	7,166	14,393	21,559	2.01	5,840	4,597	10,437	0.79
1996	7,303	14,612	21,916	2.00	5,867	4,812	10,679	0.82
1997	7,282	14,758	22,040	2.03	6,005	4,909	10,915	0.82
1998	6,539	14,268	20,807	2.18	6,097	4,947	11,044	0.81
1999	6,803	14,914	21,717	2.19	6,250	4,987	11,236	0.80
2000	7,268	15,136	22,404	2.08	6,429	5,037	11,466	0.78
2001	9,267	18,564	27,830	2.00	6,364	5,083	11,447	0.80
2002	9,722	18,663	28,386	1.92	6,417	5,042	11,459	0.79
2003	10,233	19,287	29,519	1.88	6,620	5,010	11,630	0.76
2004	10,743	19,979	30,722	1.86	6,825	4,955	11,780	0.73
2005	11,208	20,697	31,905	1.85	6,915	4,884	11,798	0.71
2006	11,919	21,248	33,166	1.78	7,051	4,868	11,920	0.69
2007	12,698	21,402	34,100	1.69	7,157	4,836	11,993	0.68
2008	13,148	21,911	35,059	1.67	7,119	4,811	11,930	0.68
2009	13,708	22,356	36,064	1.63	7,203	4,752	11,955	0.66
2010	12,764	19,620	32,384	1.54	7,543	4,698	12,241	0.62

자료: 건강보험관리공단; 全民健康保險統計, 해당연도.

한국과 대만의 가족은 산업화 이후 유사한 핵가족화 과정을 겪어 왔으며, 저출산 현상 역시 양국에서 동일하게 발견되는 현상이다(왕혜숙, 2013). 즉 현재 양적인 측면에서 양국의 가족 규모는 거의 유사한 수준을 보인다(부록 4)와(부록 5) 참고). 또한 다른 연구들은 양국의 부양률의 차이를 대만의 여성배우자의 취업률이 높기 때문이라고 진단한다(최병호, 1998; 홍석표, 2003). 즉 여성배우자들이 일정한 소득과 직업이 없이 남성부양자의 피부양자로 의료보험 혜택을 받는 비율이 한국이 대만보다 높기 때문에 그만큼 부양률이 낮게 나타난다는 해석이다. 그러나 여성배우자의 취업

률이 높기는 한국도 마찬가지이며, 1983년부터 2010년까지의 양국의 여성경제활동참가율과 그 변화 패턴은 대동소이하다(부록 6) 참고).

따라서 양국의 부양률 차이는 인구학적 혹은 경제적 관점의 가족의 차이보다는 앞서 논의한 피부양자 범위 규정과 보험료 산정방식과 관련된 제도적 차이에서 기인하는 바가 크다고 할 수 있다. 한국 의료보험에서 피부양자의 범위는 혈연관계에 따라 상대적으로 용이하게 확장될 수 있다. 피부양자 신청자가 소득이 없거나 생계유지 능력이 부족함을 입증하기만 하면, 혈연상 촌수나 동거 여부와 상관없이 쉽게 피부양자로 등록할 수 있다. 대만의 경우에서도 가족 성원 여부가 기본적으로 의료보험 수급권을 결정하지만, 그 범위가 한국에 비해 매우 협소한 편이다. 또한 피부양자가 되기 위해서는 경제적 무능력을 입증해야 함은 물론, 연령과 촌수 관계 등 까다로운 조건을 만족시켜야만 한다.

또한 보험료 산정방식에 있어서, 대만의全民건강보험은 피부양자 수가 증가할수록 가입자가 내야하는 보험료가 증가하게 된다. 반면 한국의 경우 피부양자 수와 상관없이 가입자가 내야하는 보험료는 고정되어 있다. 이러한 제도적 특성은 한국의 경우 추가적인 부담 없이 피부양자를 쉽게 등록할 수 있는 반면, 대만의 경우 경제적 부담으로 인해 추가적인 피부양자 등록을 기피하게 되는 경향을 가져올 수 있다. 즉, 한국의 피부양자 제도가 대만보다 가족에 더욱 관대하거나(generous) 포괄적(inclusive)이라 볼 수 있으며, 이로 인해 양국이 서로 다른 부양률을 나타낸다고 볼 수 있다.

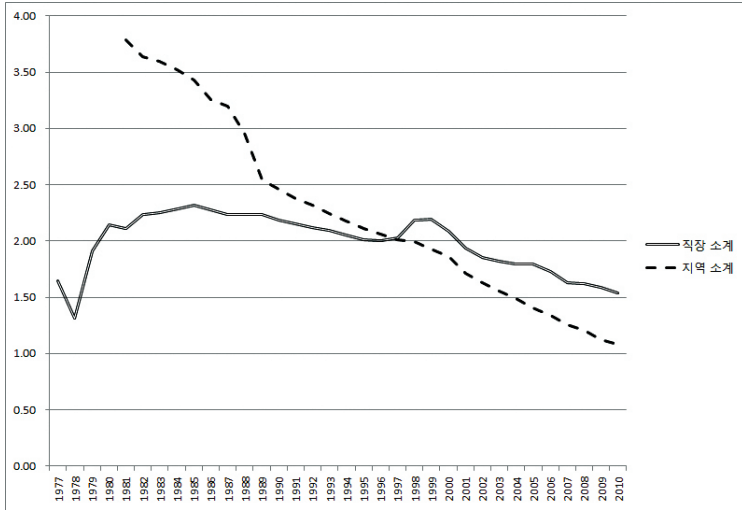
2) 제도적 특성과 부양률의 관계: 내부 비교

그러나 이러한 부양률 차이가 서로 다른 피부양자 제도의 특성에서 기인했다는 주장을 펼치기엔 여전히 부족한데, 양국의 부양률에 영향을 주는 국가적 특성이 있을 수 있기 때문이다. 즉 본문에서 감지하지 못한 두 국가의 어떤 시스템적 특성이 이러한 차이를 만들어 낼 수 있다. 따라서 “국가”라는 변수를 통제하여 시스템 내부의 차원에서 양국의 서로 다른 제도적 설계가 직접적으로 양국이 보여주는 부양률의 격차를 가져왔음을 보여줄 필요가 있다. 따라서 앞서 확인한 양국의 부양률의 차이가 피부양자 제도의 특성으로부터 기인했음을 더욱 명확히 규명하기 위해, 각국별로 피부양자 제도의 고유한 특성이 시스템 내부에 있는 서로 다른 의료보험 프로그램의 부양률에도 영향을 주었음을 보일 것이다.

먼저 한국의 경우 다음의 <그림 2>에서 직장의료보험과 지역의료보험으로 구분하여 부양률을 살펴보았다.¹⁵ 여기서 직장와 지역의료보험의 부양률은 서로 다른 변화 추이를 보여준다. 직장의료보험의 부양률은 1980년대 중반까지 꾸준한 증가세를 보인 이후 2.0 내외의 안정적인 추세를 유지한다. 1997년 외환위기 직후 경제 충격의 여파로 일시적으로 부양률이 증가하지만, 곧 이전의 수준을 회복한다. 이후 2000년 의료보험의 통합 과정과 함께 시작된 피부양자 축소방침으로 인해 부양률은 감소하는 경향을 보인다.

15 임의와 직종의료보험은 비중이 극히 미미할 뿐만 아니라 시행 이후 모두 직장 또는 지역건강보험에 통합되므로 제외하였다.

〈그림 2〉 한국 직장의료보험과 지역의료보험의 부양률 추이



자료: 건강보험관리공단, 각 연도.

반면 지역의료보험의 부양률은 직장의료보험과는 전혀 다른 경향을 보여준다. 1981년 일부 시범지역을 대상으로 시작한 지역의료보험의 당시 부양률은 3.79였다. 그러나 이 수치는 해를 거듭할수록 감소하여 1988년 모든 농어촌 인구가 지역의료보험이 확대되면서 전국민 의료보험이 실현되는 1989년 2.54로 떨어진다. 이는 농촌 인구의 감소로부터 오는 효과라고도 볼 수 있는데, 이를 확인하기 위해 아래의 〈표 4〉에서 지역의료보험의 적용인구를 군과 도시 지역으로 나누어 살펴보자. 이 표에서 보듯이 군지역 가입자의 감소율은 시지역 가입자에 비해 감소폭이 크다. 이는 분명 농촌 인구의 감소가 부양률을 낮추는 데 어느 정도 영향을 미쳤다는 것을 의미한다. 그러나 그 가입자의 수를 보면 군지역, 즉 농촌지역의 지역의료보험가입자 수는 도시지역의 지역의료보험가입자 수와는 비교할 수 없을 정도로 적은 비중을 차지하고 있다. 따라서 농촌지역의 인구 감소가 지역의

료보험 전체의 부양률 감소를 이끌고 있는 요인이라 보기는 어렵다.

〈표 4〉 한국 군지역의료보험과 도시지역의료보험의 가입자 변화 추이

단위: 명

	농촌(군)지역 가입자	증가율 (%)	도시(시)지역 가입자	증가율 (%)
1982	310,339	70.69	124,650	-
1983	298,043	-3.96	114,749	-7.94
1984	285,114	-4.34	106,261	-7.40
1985	273,826	-3.96	101,416	-4.56
1986	241,496	-11.81	97,752	-3.61
1987	227,153	-5.94	89,375	-8.57
1988	6,654,330	2829.45	123,034	37.66
1989	6,361,272	-4.40	12,578,901	10123.9
1990	6,179,600	-2.86	13,241,831	5.27
1991	5,739,190	-7.13	14,202,613	7.26
1992	5,548,118	-3.33	14,979,143	5.47
1993	5,583,990	0.65	15,737,782	5.06
1994	5,570,709	-0.24	16,487,232	4.76
1995	3,876,892	-30.41	18,579,798	12.69
2000	3,286,043	-1.86	20,205,834	0.43
2005	2,135,468	-7.78	18,023,286	-5.52
2010	1,791,296	-3.01	14,731,973	-4.05

자료: 건강보험관리공단, 각 연도.

결국 지역의료보험의 피부양자 감소는 농촌의 인구변화 경향 역시 어느 정도 작용했지만 더 큰 이유는 그 제도적 설계에서 찾을 수 있다. 건강보험 통합 이전 지역가입자는 보험료 전액을 국가의 보조 없이 본인 부담해야 했으며,¹⁶ 보험료 역시 세대나 가족의 수에 따라 납부해

16 1988년 농어촌 지역의료보험을 시행하면서, 정부가 지역의료보험의 총 소요재정의 50%를 지원한다는 약속을 하였지만, 실제로 국고지원은 1989년 50.4%를 기록한 이후 1994년 38.1%, 2000년 26.1%로 해마다 떨어져 사실상 지켜지지 않았다.

야만 했다. 즉 지역가입자에게 있어 보험료는 일종의 인두세였던 것이다. 이것이 폐지된 것은 2000년 의료보험이 통합되면서였는데, 지역가입자에게도 직장가입자와 동일한 보험료 산정기준을 적용하여 소득을 기준으로 한 능력비례 보험료 부담원칙을 적용하게 되었다. 그러나 이러한 변화된 보험료 산정방식에서도 지역가입자의 피부양자에게는 별다른 혜택이 주어지지 않았는데, 피부양자의 성별과 연령, 재산상황 등이 여전히 보험료 산정요소에 포함되었기 때문이다. 즉 오직 가입자의 임금만을 기준으로 산정되는 직장의료보험에 비해, 지역의료보험은 모든 가족의 경제능력이 보험료 산정에 고려요소였다. 이러한 상황에서 지역가입자들에게 피부양자 제도는 그리 매력적인 선택지가 아니었던 셈이다.

제도의 특성이 부양률에 미치는 영향을 명시적으로 보여주는 사례로, 1997년 IMF 외환위기에 대한 반응이 직장가입자와 지역가입자에서 서로 다르게 나타났다는 점을 들 수 있다. 제도적으로 피부양자들의 무임승차를 허용하는 직장의료보험에서는 1997년 직후 부양률이 일시적으로 증가하는 반면, 지역의료보험에서는 하락세가 지속되었다. 이는 경제위기로 인해 일시적으로 실직한 인구들이 지역의료보험에 가입하기보다 가족의 피부양자로 등록하여 의료보험 혜택을 누렸음을 간접적으로 보여주는 지표이다. 이는 부양률의 변동이 피부양자 제도 자체의 특성으로부터 그 동력을 찾을 수 있다는 점을 다시 한 번 확실히 해 준다.

제도적 설계가 만들어내는 부양률의 차이는 대만의 의료보험에서도 발견된다. 앞서 설명했듯이 대만의全民건강보험은 가입자의 직업에 따라 가입자를 여섯 개로 구분하여 관리한다. 아래의 <표 5>에서 부양률을 6류에 따라 나누어 보면, 4류의 경우 다른 분류에 비해 유독 높은 부양률을 보여준다. 4류는 주로 병역근무 중인 군인들과 이들의 가족을 가입대상으로 한다. 그렇다면 군인집단이 유독 규모가 큰 가족을 가지고 있기 때문에 이들의 부양률이 높게 나타나는 것일까? 오히려 이들의 높

은 부양률은 피부양자 제도의 특성에서 기인하는 바가 크다고 할 수 있다. 앞서 대만全民健康保險의 보험료 산정방식에서 보았듯이 4류의 가입자와 피부양자의 경우 그 보험료는 국가가 100% 부담한다. 따라서 이들은 보험료에 대한 부담 없이, 즉 피부양자의 수에 따른 보험료 가중의 부담 없이 피부양자를 등록할 수 있다. 이들만이 유난히 높은 부양률을 보이는 것은 바로 이러한 제도적 특성에서 비롯된다.

〈표 5〉 대만全民健康保險의 가입자 분류별 부양률

	전체	第一類	第二類	第三類	第四類	第六類
1995	0.71	0.79	0.72	0.51	1.14	0.64
1996	0.75	0.82	0.79	0.56	1.11	0.68
1997	0.76	0.82	0.80	0.59	1.13	0.69
1998	0.75	0.81	0.81	0.61	1.12	0.69
1999	0.74	0.80	0.80	0.62	1.16	0.67
2000	0.73	0.78	0.79	0.63	1.15	0.66
2001	0.74	0.80	0.78	0.63	-	0.64
2002	0.72	0.79	0.77	0.64	-	0.62
2003	0.71	0.76	0.75	0.64	-	0.63
2004	0.68	0.73	0.72	0.64	-	0.61
2005	0.66	0.71	0.70	0.63	-	0.59
2006	0.65	0.69	0.67	0.62	-	0.57
2007	0.62	0.68	0.64	0.61	-	0.55
2008	0.61	0.68	0.61	0.60	-	0.52
2009	0.59	0.66	0.58	0.58	-	0.50
2010	0.56	0.62	0.56	0.56	-	0.49

출처: 全民健康保險統計, 각 연도.

결론적으로 한국과 대만의 부양률의 차이는 인구학적 요소나, 사회경제적 요소보다는 제도 자체에 내재된 유인이나 반유인에서 기인하는 것임을 알 수 있다. 즉 한국의 직장의료보험은 피부양자의 수를 늘리는 것이 유리한 제도적 설계를 가진 반면, 대만의 의료보험(1, 2, 3, 6류)은 피부양자의

수를 늘리는 것이 경제적으로 합리적이지 않은 제도적 설계를 가지고 있다. 이는 양국이 서로 다른 부양률을 보여주게 된 것에 그치지 않았다. 동일한 의료보험 내부에서도 이러한 제도적 설계는 각각의 분절된 프로그램들에 서로 다른 효과를 가져왔다. 즉 한국의 지역의료보험이 직장의료보험에 비해 낮은 부양률을 보이는 것, 그리고 대만의全民건강보험에서 4류가 유독 높은 부양률을 보이는 것 역시 이러한 제도적 설계 때문이었다.

결국 양국의 피부양자 제도는 동일한 가족주의적 기반을 가진 제도임에도 불구하고, 그 세부적 특성과 설계에 따라 서로 다른 가족화 효과를 가진다고 볼 수 있다. 한국의 피부양자 제도는 가능한 많은 가족을 국가의 복지제도 내부로 포섭하는 강한 가족화 효과를 가지는 반면, 대만의 피부양자 제도는 제한된 범위의 가족만을 제도로 포섭하고 그 외의 가족 구성원들은 가능한 제도 외부에서 필요한 의료복지의 수요를 추구하고 하는 탈가족화 효과를 가진다고 볼 수 있다.

5. 제도와 행위자: 가족주의적 제도의 (탈)가족화 효과

양국의 의료보험 제도의 차이를 제도주의 맥락에서 정리해 보면, 이러한 제도의 차이가 어떠한 동학을 통해 서로 다른 가족화 효과를 가지게 되는지를 이해할 수 있다. 윌리엄슨(Williamson, 2000)은 기존의 제도주의 경제사회학 논의들이 다루고 있는 제도의 분석적 차원을 네 가지로 구분하는데, 이는 사회적 배태성(Social Embeddedness), 제도적 환경(Institutional Environment), 조직적 차원(Organizational Level), 개인적 차원(Individual Alignment)이다.

첫 번째 “사회적 배태성” 차원의 제도(L1)는 근본적인 차원의 전통과 종교, 문화, 규범, 관습, 도덕과 같은 거시적인 차원의 비공식적 제

도를 포함한다. 이 차원의 제도는 이미 주어진 당연한 것으로 간주되며, 변화 역시 아주 느리게 진행된다(Geertz, 1973). 이 제도들은 자연발생적인 기원을 가지고, 자연스레 사회에 수용되며 그럼으로써 관성을 갖는다(Williamson, 2000). 관성이 유지되는 이유는 해당 제도가 사회에서 일정한 기능을 수행하거나, 제도가 가지는 상징적 가치를 믿는 이들이 있기 때문이거나, 이를 보완하는 다른 제도들과 광범위하게 연결되어 있기 때문이다. 따라서 이 차원에서 개인이 이러한 제도를 받아들이는 것은 계산에 의한 선택이 아닌, 당연히 간주되는 어떤 것이기 때문이다.

두 번째 “제도적 환경”(L2)에는 국가와 정치제도부터 입헌제도, 사법제도 등의 공식적 규칙과 관련된 공식 제도들이 해당된다. 이러한 공식적 규칙들(formal rules of the game)은 조직과 행위자들의 동기 또는 유인(incentive)을 구조화한다. 세 번째 “조직적 차원”(L3)은 제도적 환경이 마련한 유인 구조가 조직적 차원에서 보다 구체적인 자원 배분과 관련된 규칙(governance)으로 제도화되는 차원을 말한다. 이는 구체적으로 행위자들의 행위 선택에 영향을 미치는 규칙들이라 할 수 있다. 마지막 “미시적 차원”(L4)은 행위자들의 동기나 개인적인 선호의 영역으로, 제도적 환경과 조직적 차원의 공식적 제도가 규정한 인센티브 구조를 개인 행위자가 해석하고 계산하여 자신 또는 다른 행위자의 이해나 동기과 조율(incentive alignment)하는 과정을 말한다. 이는 개인의 미시적, 계산적 합리성의 영역이지만, 상위의 제도들의 제약으로 인해 이러한 합리성은 제한적(bounded)일 수밖에 없다(Williamson, 1988). 또한 이는 행위자와 제도 사이의 상호작용을 포함하는 동시에 서로 다른 이해와 동기를 가진 행위자들 사이의 전략적 상호작용 과정까지 포함한다.

이러한 제도적 분석 과정과 차원을 본 논문의 주제와 연관시킨다면, L1의 제도는 가족주의라는 문화와 행위 지향이 해당된다. 이는 제도적 환경 차원(L2)의 가족규범과 구분되는 것으로, 특정한 형태의 가족을 바람직

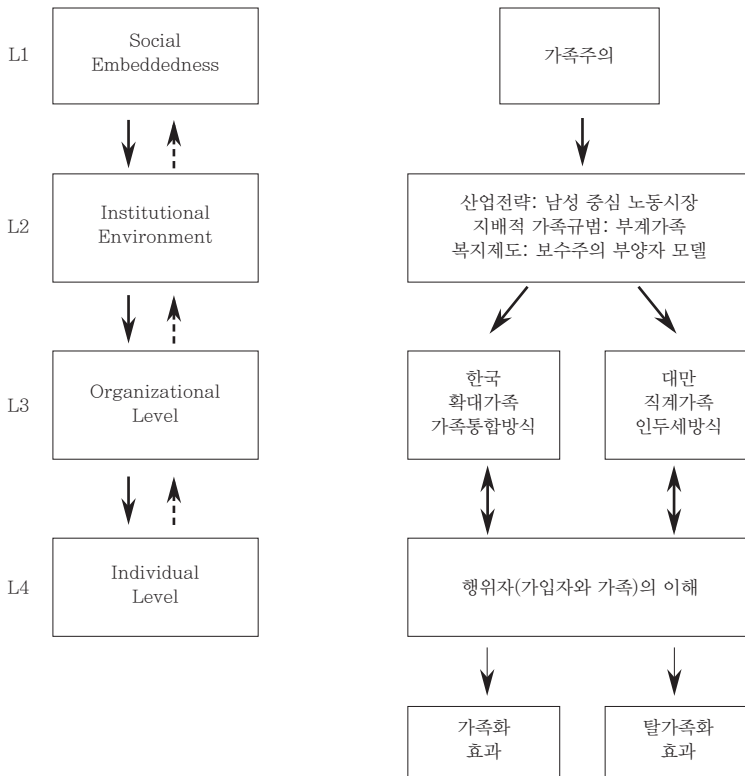
하고 이상적으로 여기는 것이 가족규범 또는 가족이데올로기(L2)라면, 가족주의(L1)는 가족을 최우선의 가치로 여기는 행위 지향을 말한다(왕혜숙, 2013). 이는 L2의 다양한 제도들, 예를 들면 부계 혈통중심의 친족법, 남성 노동력을 선호하는 노동시장과 산업정책, 남성의 부양책임을 당연시하는 복지제도들과 연계되어 있다. 또한 이러한 제도적 배열(L2)하에서 특정한 조직적 특성으로서 의료보험의 피부양자 제도(L3)가 모습을 갖추게 된다. 그리고 이러한 제도에서 자신의 이익을 극대화할 수 없는 행위자들은 이 제도에 저항하며 제도 변화를 추구하거나 또는 주어진 제도에 맞춰 자신의 이익을 조정하는 순응의 과정이 L4의 차원에서 이루어진다.

이러한 제도의 차원들을 한국과 대만의 의료보험 비교에 적용해 보면, 양국의 복지제도의 다양성이 어느 차원에서 어떻게 발현되는지 더욱 정확히 이해할 수 있다. 한국과 대만은 L1과 L2의 차원의 제도들의 특성을 공유한다고 볼 수 있다. 즉 L1 차원의 유교 문화 및 전통에서 기인한 문화적, 행위적 지향으로서의 가족주의는 양국에서 공통적으로 나타난다. 또한 L2의 차원에서도 부계 혈통중심의 친족법, 남성 노동력을 선호하는 노동시장과 산업정책, 가족과 남성 부양자의 복지책임을 당연시하는 보수주의적 복지제도들을 공통적으로 발견된다. 이러한 제도와의 연계 속에서 양국의 의료보험은 가족을 기본 단위로 하고, 부양자인 가입자가 가족 모두의 보험료를 납부하는 책임을 지는 큰 제도적 틀을 공유한다.

그러나 L3의 차원에서 양국의 피부양자 제도는 차별적인 특성을 보인다. 한국의 경우 넓은 확대가족적 정의에 따라 피부양자 수급권을 부여하였으며, 가족통합 보험료 산정방식을 따랐다. 반면, 대만은 직계가족 중심의 협소한 피부양자 정의에 기반하여 가족의 수에 비례하여 보험료가 부과되는 인두세 방식을 채택한다. 이러한 서로 다른 조직적 특성은 L4의 차원에서 양국의 보험 가입자와 그 가족들에게 서로 다른 방식으로 자신들의 이해를 추구하도록 하였다. 즉 한국의 가입자들은 가능한

많은 가족들을 보험에 가입시키며 가족을 국가의 보험제도 안에 포섭시키는 방식을 통해 가족의 이익을 극대화한 반면, 대만의 가입자들은 최소한의 가족만을 국가의 보험제도 안에 포함하는 행위 선택을 하게 되었다. 그 결과 양국의 제도는 동일한 가족주의적 틀 안에서 서로 다른 가족화 효과를 발현하게 되었다. 이러한 과정들을 도식화하여 정리하면 아래의 <그림 3>과 같다.

<그림 3> 제도의 네 가지 차원



출처: Williamson, 2000: 597 재구성한 것.

이러한 제도적 차원의 분석은, 왜 한국과 대만이 동일한 가족주의적 특성을 가지는 복지제도를 구축하였음에도 그 제도들의 가족화 효과가 차별화되는지를 설명해준다. 이는 제도와 행위자들 사이의 상호작용의 결과인 셈이다. 양국의 피부양자 제도는 근본적으로 가족을 기본 단위로 함에도 불구하고, 가족규범과 보험료 산정방식에서 차이를 보였다.¹⁷ 그리고 이러한 소소해 보이는 제도적 설계의 차이는 개별 가입자들에게 전혀 다른 유인구조(incentive structure)를 제도화하였다. 양국 모두에서 개별 가입자들의 동기는 자신의 가족들이 최소의 비용으로 최대의 의료서비스를 누리는 것, 즉 가족주의였다. 즉, 이들은 가족주의적 이익의 극대화를 추구하는 합리적 행위자라는 점에서 동일하다. 그러나 한국의 피부양자 제도는 국가의 복지제도에 포섭될수록 이러한 가입자들의 가족주의적 이익을 극대화할 수 있는 특성을 가지고 있는 반면, 대만의 피부양자 제도는 가입자들의 가족주의적 이익을 극대화하기에 일정한 반유인이 내장된 특성을 가지고 있었다. 그 결과 한국과 대만의 의료보험은 동일한 가족주의 제도임에도 전혀 다른 가족화 효과를 나타내게 되었다.

즉 한국 의료보험의 높은 가족화 효과는 한국인들이 또는 한국의 정책입안자들이 전통과 문화를 단순히 고수했기 때문도, 대만인들보다 가족주의 규범을 철저히 내면화했기 때문도 아니었다. 오히려 전략적이고 합리적인 개인들의 선택의 결과였다. 반면 대만의 의료보험이 보여주는 낮은 가족화 효과 역시 그들의 생활이 더욱 근대화되거나, 서구의 개

17 왜 동일한 유교 문화와 가족주의적 지향을 가지는 두 사회에서 서로 다른 제도적 설계를 가진 보험제도가 형성되었는지 반드시 설명되어야 한다. 즉 13의 차원에서 한국과 대만에 왜 서로 다른 제도가 등장하였는가는 더욱 근본적인 질문에 대한 대답이 필요하다. 이는 한국과 대만의 의료보험 제도의 역사적 변화과정에 대한 깊이 있는 고찰이 수반되어야 이해될 수 있다. 여기서는 지면의 한계로 인해 양국의 의료보험의 제도적 차이를 규명하는 것에 초점을 맞추고 있다. 이러한 제도적 차이가 어떻게 등장했는가에 대한 설명은 왕혜숙(2012)을 참고할 것.

인주의적 삶을 동경했기 때문이 아니었다. 이 역시 대만의 가입자들과 가족의 합리적 선택의 결과였다. 그런 점에서 동일한 가족주의가 어떠한 제도적 환경과 행위자들의 이익과 조응하는가에 따라 복지제도의 변화가 나타난 것이다.

6. 결론

한국과 대만의 피부양자 제도는 가족주의적 제도, 즉 가족을 대상으로 하는, 가족을 위한 제도임에도 불구하고, 그것의 가족화 효과는 전혀 다름을 알 수 있었다. 또한 이러한 결론은 비록 동아시아 사회들이 유교 또는 가족주의라는 동일한 전통과 문화를 공유함에도 그것이 어떠한 형태로 제도화되는가는 각자의 사회가 처한 사회적, 역사적, 정치적 맥락에 따라 다르게 나타날 수 있음을 의미한다. 그런 의미에서 본 논문은 이제까지 동아시아 복지체제의 독특성으로서 언급되면서도 모호한 언어로 묘사되어 왔던 가족주의 복지제도의 구체적인 모습을 확인할 수 있었다. 동시에 자세한 검증 없이 균일하고, 동일한 특성을 가진다는 가정하에 간과되어 왔던 동아시아 복지체제의 다양성에 주목할 수 있었다. 유사한 문화적 배경을 가진 두 사회가 서로 다른 효과를 가지는 제도를 구축하였다는 본 논문의 발견은, 문화 결정론이 항상 부딪치곤 했던 문화의 다양성과 변화 가능성에 대한 설명을 가능하게 하는 부분이다.

여기서 염두에 두어야 할 것은 본 논문에서 사용하고 있는 “탈가족화”라는 개념은 가족의 해체 또는 약화와는 동의어가 아니라는 점이다. 앞서 강조했듯이, 에스핑앤더슨이 사용하는 탈가족화 개념은 복지 제도 또는 복지체제가 가지는 속성을 개념화한 것이며, 그것이 사회 전반의

탈가족화, 예를 들어 가족의 해체나 약화, 개인주의의 강화를 의미하지는 않는다. 물론 특정 복지정책의 가족화 또는 탈가족화 효과는 사회 전반의 가족에 영향을 미칠 수 있다. 그러나 그러한 영향 역시 함부로 재단하기 어렵다. 앞서 서두에서 언급한 스핀햄랜드법이 그 의도와 달리 가족의 해체를 가져온 사례에서도 알 수 있듯이, 가족화 효과가 높은 복지제도가 오히려 가족의 해체를 가져올 수도 있으며, 탈가족화를 지향하는 복지제도라고 반드시 가족의 해체를 가져오는 것은 아니다. 실제 대만의 의료보험은 가족화 효과가 낮은 것으로 볼 수 있지만, 그것이 반드시 대만의 가족제도의 약화를 의미하지는 않는다(왕혜숙, 2013). 대만에서 여전히 가족은 그 구성원들의 복지를 책임지며, 그 방법으로 때로는 국가를, 때로는 시장을 활용할 뿐이다.

본 논문은 연구자들의 능력의 한계로 인해 연구시기를 양국의 통합 의료보험의 출범까지로 제한하였다. 그러나 통합보험의 출범 이후에도 양국의 피부양자 제도는 지속적으로 변화하고 있다. 대만의 경우 2010년 제2세대全民건강보험 개혁 논의가 집중적으로 진행된 바 있다. 이 논의는 현재의 피부양자 수에 비례하여 보험료를 산정하는 방식을 한국과 같이 피부양자의 수와 상관없이 가족을 단위로 일괄 부과하는 체계로 바꾸는 안에 초점이 맞춰져 있었다. 이러한 주장은 1995년全民건강보험의 출범 과정에서 지속적으로 제기된 문제였다(行政院衛生署, 1998). 이에 비해 한국의 국민건강보험의 개혁 방향은 상당히 탈가족적이다. 특히 의료보험 통합과 함께 피부양자의 범위를 지속적으로 축소하려는 시도들이 진행되고 있다.

한국과 대만이 지향하고 있는 상반된 개혁방안은, 가족주의 복지모델이 서구의 개인주의 복지모델보다 경제성이나 형평성의 원칙에서 열등하다는 것은 서구 중심적 시각이 만들어낸 편견에 불과함을 말해준다. 특히 대만의全民건강보험 개혁논의에서 한국과 같이 피부양자의 보험

료를 면제하는 것이 형평성과 사회 정의의 원칙에 더욱 부합하다는 의견도 제기되었다(行政院衛生署, 1998). 이러한 한국과 대만의 엇갈리는 개혁 움직임은 제도의 합리성은 하나의 잣대로 판단될 수 없으며, 따라서 그 제도가 배태되어 있는 사회에 대한 맥락적 이해를 필요로 함을 시사한다. 결국 이러한 사회적, 정치적, 경제적 맥락에 따라 제도의 합리성은 다양하게 나타날 수 있다. 이는 제도의 형성과 발전을 추동하는 것은 경제적 합리성이 아님을 그래서 각 사회의 사회보험의 궤적들은 결코 경제적 모델에 따른 단 하나의 효율적 모델로 수렴되지 않음을 다시 한 번 확인시켜 준다.

참고문헌

- 국민호, 1999. 『동아시아의 국가주도 산업화와 유교』. 광주: 전남대학교출판부.
- 김범석, 2002. “갈라지는 민주화의 길: 대만과 한국 비교.” 『국제정치논총』 42집 2호, pp. 237~262.
- 김영범, 2002. “한국 사회보험의 기원과 제도적 특징: 의료보험과 국민연금을 중심으로.” 『경제와 사회』 제55권, pp. 8~34.
- 김일영, 2004. 『건국과 부국: 현대한국정치사 강의』. 서울: 생각의 나무.
- 류석춘, 1999. “식민지배의 다양성과 탈식민지의 전개.” 『전통과 현대』 겨울호(10호), pp. 44~59.
- 마경희, 2004. “한국 사회보험의 부양자 가정에 대한 검토.” 『페미니즘연구』 제4권 제1호, pp. 9~53.
- 박병현 · 김교성 · 남찬섭 · Nelson Chow, 2007. 『동아시아 사회복지 연구』. 서울: 공동체.
- 박정호, 1998. “한국 · 대만 직장의료보험의 보험료 결정과정에 관한 비교연구: 정책자율성을 중심으로.” 『사회복지리뷰』 제3집, pp. 27~37.
- 신동면, 2009. “생산레짐과 복지체제의 선택적 친화성에 관한 이론적 검토.” 『한국복지국가성격논쟁 II』. 서울: 인간과 복지, pp. 73~112.
- 양재진, 2004. “한국의 산업화시기 숙련현성과 복지제도의 기원: 생산레짐 시각에서 본 1962~1986년의 재해석.” 『한국정치학회보』 76집 5호, pp. 85~103.
- _____. 2008. “한국 복지정책 60년: 발전주의 복지체제의 형성과 전환의 필요성.” 『한국행정학보』 42(2), pp. 327~349.
- 왕푸창(王甫昌) 저 · 지은주 역, 2008[2003]. 『갈등의 정체성: 현대 대만사회의 에스닉 상상』. 서울: 나남.
- 왕혜숙, 2013. “동아시아 가족의 다양성: 한국과 대만의 가족제도와 규범 비교 연구.” 『동양사회사상』 제27집, pp. 351~398.

- _____. 2012. “가족담론과 복지정치: 한국과 대만의 의료보험 피부양자 제도 비교 연구,” 연세대학교 사회학과 박사학위논문.
- 이미숙. 2008. “국민건강보험에 합의된 가족 규범과 피부양자제도 변천.” 『한국 사회학』 42(6), pp. 38~67.
- _____. 2007. “여성의 관점에서 본 국민건강보험 30년.” 『보건과 사회과학』 22, pp. 5~35.
- 이용갑·김경하·박지연·엄의현·전창배·허순임·구미경. 2005. “외국의 건강 보험제도 조사.” 국민건강보험공단 연구보고서 2005-3.
- 이용갑. 2012. “건강보험 피부양자제도를 둘러싼 가족의 재구성.” 『보건과 사회 과학』 제31집, pp. 22~54.
- 임혜란. 1999. “한국과 대만의 산업화패턴과 경제위기.” 『한국정치학회보』 제33집 제1호, pp. 269~288.
- 의료보험연합회. 1997. 『의료보험의 발자취: 1996년까지』. 서울: 의료보험연합회.
- 장경섭. 1992. “가족 이데올로기와 복지국가: 가족부양의 정치경제학.” 『경제와 사회』 제15권, pp. 173~204.
- 장현근. 2000. “‘家’ 개념의 유래와 사회화.” 『전통과 현대』 통권14호: 16~28.
- 조원탁. 2002. “건강보험의 피부양자인정기준 변화와 정책적 의미.” 『보건과 복지』 5, pp. 63~76.
- 최병호. 1998. “대만의 통합 의료보험제도 운영현황과 새로운 개혁논의.” 『보건 복지포럼』 6월호(통권 제21호), pp. 88~99.
- 함재봉. 2000. “‘家’의 이념과 체제.” 『전통과 현대』 통권14호, pp. 73~114.
- 홍경준. 1998. “한국과 서구의 국가복지 발전에 대한 비교사적 검토: 전통과 탈현대 사이에서.” 『한국사회복지학』 35호, pp. 61~85.
- _____. 1999. 『한국의 사회복지체제 연구: 국가·시장·공동체의 결합구조』. 서울: 나남출판.
- _____. 2002. “복지국가의 유형에 관한 질적 비교분석: 개입주의, 자유주의, 그

리고 유교주의 복지국가.” 『한국복지국가성격논쟁 I』. 인간과 복지.
홍석표, 2003. “대만의 건강보험통합 운영현황과 시사점.” 『보건복지포럼』 8월호,
pp. 58~67.

郭寅生, 1980. 《公務人員保險法概論》. 臺北市: 臺灣學生書局.

林國明, 2003. 〈到國家主義之路: 徑路依賴與全民健康保險組織體制的形成〉. 《臺灣社會學》 5, pp. 1~71.

魏龍達, 2010. 《想像主體的轉換: 1970~1990年代政治論述的歷史社會學考察》. 台北: 東吳大學社會學研究所碩士論文.

行政院衛生署, 1998. 《全民健康保險被保險人眷屬各種保險費計算方式之評估》. 臺北市: 行政院衛生署.

Abrahamson, Peter. 1999. “The Welfare Modeling Business.” *Social Policy and Administration* 33(4), pp. 394~415.

Amsden, Alice H. 1989. *Asia's Next Giant: South Korea and Late Industrialization*. Oxford: Oxford University Press.

Barette, Richard and Martin King Whyte. 1982. “Dependency Theory and Taiwan: Analysis of a Deviant Case.” *American Journal of Sociology* 87 (5), pp. 1064~1089.

Chang, Ha-Joon. 2006. *The East Asian Development Experience: The Miracle, the Crisis and the Future*. London and New York: Zed Books.

Chibber, Vivek. 2003. *Locked in Place: State-Building a Late Industrialization in India*. Princeton: Princeton University Press.

Davis, Diane. 2004. *Discipline and Development: Middle Class and Prosperity in East Asia and Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ditch, John, Helen Barnes, Jonathan Bradshaw, and Majella Kilkey. 1998.

- European Observatory on National Family Policies: A Synthesis of National Family Policies 1996*. New York: University of York, Social Policy Research Unit.
- Esping-Anderson, Gosta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- _____. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Fraser, Nancy. 2000. "After the Family Wage: a Postindustrial Thought Experiment." B. Hobson, ed. *Gender and Citizenship in Transition*, pp. 1~32. New York: Routledge.
- Goodman, Roger and Ito Peng. 1996. "The East Asian Welfare States: Peripatetic Learning, Adaptive Change, and Nation-Building." Gosta Esping-Andersen, ed. *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*, pp. 192~224. London: Sage.
- Goodman, Roger, Gordon White and Huck-ju Kwon (eds.). 1998. *The East Asian Welfare Model: Welfare Orientalism and the State*. London: Routledge.
- Johnson, Charlmers. 1985. "Political Institutions and Economic Performance: the Government- Business Relationship in Japan, South Korea, and Taiwan." R. A. Scalapino et al., ed. *Asian Economic Development: Present and Future*. Berkeley: Institute of East Asian Studies, University of California.
- _____. 1993. "The Pacific Challenge: Confucian Welfare State." *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, pp. 198~217. London: Routledge.
- Kwon. Huck-ju. 1997. "Beyond European Welfare Regimes: Comparative perspectives on East Asian Welfare Systems." *Journal of Social Policy* 26(4), pp. 467~484.
- Kwon. Huck-ju. (ed.). 2005. *Transforming the Developmental Welfare State in East*

- Asia. N. Y.: Palgrave Macmillan.
- Lew, Seok-Choon, Woo-Young Choi, and Hye Suk Wang. 2011. "Confucian Ethics and the Spirit of Capitalism in Korea: The Significance of Filial Piety." *Journal of East Asian Studies* 11(2), pp. 171~196.
- Lin, Chen-Wei. 2002. "The Policymaking Process for the Social Security System in Taiwan: the National Health Insurance and national Pension Program." *The Developing Economies* 40(3), pp. 327~58.
- Lister, Ruth. 2000. "Dilemmas in Engendering Citizenship." B. Hobson, ed. *Gender and Citizenship in Transition*, pp. 33~83. New York: Routledge.
- Migdal, Joel. 1988. *Strong States and Weak States*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Pateman, Carole. 2007[1988]. "The Patriarchal Welfare State." Christopher Pierson and Francis G. Castle, eds. *The Welfare State Reader*, pp. 134~151. Cambridge, UK: Polity Press.
- Polanyi, Karl. 1957. *The Great Transformation: the Political and Economic Origins of Our Time*. Boston: Beacon Press.
- Rubinstein, Murray A. (ed.). 1999. *Taiwan: A New History*. New York: M. E. Sharpe.
- Sainbury, Diane. 2001. "Gendering dimension of welfare states." J. Fink, G. Lewis, and J. Clarke, eds. *Rethinking European Welfare*, pp. 115~129. London: Sage.
- Shin, Jang-Sup & Ha-Joon Chang. 2003. *Restructuring Korea Inc.* Routledge Curzon.
- Tang, Kwong-leung. 2000. *Social Welfare Development in East Asia*. New York: Palgrave.
- Thurbon, Elizabeth. 2001. "Two Paths to Financial Liberalization: South

- Korea and Taiwan.” *The Pacific Review* 14(2), pp. 241~267.
- Williamson, Oliver E. 1988. “The Economics and Sociology of Organization: Promoting a Dialogue.” G. Farkas and Paula England, eds. *Industries, Firms and Jobs: Sociological and Economic Approaches*, pp. 159~185. N.Y: Plenum Press.
- Wong, Joseph. 2003. “Resisting Reform: The Politics of Health Care in Democratizing Taiwan.” *The American Asian Review* 21(2), pp. 57~91.

왕혜숙 · 류석춘, 국가복지의 (탈)가족화 효과:
한국과 대만의 의료보험 피부양자 제도 비교연구
(투고일: 2013. 5.19, 심사일: 2013. 7.16, 게재확정일: 2013. 7.30)

부록 1. 대만 전민건강보험의 집단가입자 범주

구분	가입자		가입단위
	피보험자	피부양자	
제 I 류	① 정부기관, 공·사립학교의 정규직원 ② 공·민영 사업체 기관의 직원 ③ 특정기관(②에 해당되지 않는)의 특정 고용주가 있는 피고용자 ④ 고용주 혹은 자영업주 ⑤ 전문직업인 또는 기술자영업자	① 배우자(단, 무직) ② 직계존속(부모, 조부모, 외조부모)(단, 무직) ③ 2촌 내의 직계비속 단, 직계비속은 20세 미만이거나 일정 직업이 없는 혹은 20세 이상이더라도 생계 능력이 없거나 재학 중인 자	정부기관, 학교, 사업체, 기관이나 고용주 또는 귀속단체
제 II 류	① 특정고용주가 없거나 자영업자로서 직업공회(직종노조)의 회원 ② 국립선원노조(海員總工會)나 선주협회(船長公會)의 회원으로서 원양어업 선원		
제 III 류	① 농민회 및 수리조합회의 회원 혹은 15세 이상의 실제 농업종사자 ② 특정고용주가 없거나 자영업자로서 어민회(漁會) 갑류회(甲類會) 회원 또는 15세 이상의 실제 어업종사자.		농민회, 수리조합, 어민회
제 IV 류	① 2개월 이상의 병역 근무자, 군사학교학생, 국방부가 인정하는 군인 배우자 또는 유가족.	없음	국방부가 지정하는 단위
	② 복무대체기간 중에 있는 병역의무자(공익요원).		내정부가 지정하는 단위
	③ 교정기관(矯正機關)의 형 집행자 또는 보안(保安)처분, 관훈(管訓)처분 집행자. 단, 집행기간 2개월 이하의 형을 받은 자는 제외.		법무부와 국방부가 지정하는 단위
제 V 류	사회부조법(社會救助法)에서 정하는 저소득 가구원(低收入戶成員).	없음	호적 소재지(진·시·구)의 행정사무소
제 VI 류	① 퇴역군인 또는 퇴역군인의 유가족 대표, ② 1류 내지 5류의 피보험자나 피부양자로 분류되지 않은 가구의 가장 또는 세대주.	1류와 같음	

* 단 국방부에 귀속되는 기관의 가입자는 국방부 규정에 따른다.

** 단 공사립 사회복지기관에 귀속되는 가입자는 해당 기관을 가입단위로 한다.

부록 2. 대만 전민건강보험 적용인구의 직역별 비중

단위: 명, %

연도	第一類	第二類	第三類	第四類	第五類	第六類	합계
1995	10,437,339	4,031,489	2,998,439	69,059	111,452	1,477,273	19,123,278
%	54.58	21.08	15.68	0.36	0.58	7.72	100.00
2000	11,465,521	3,750,883	3,304,109	68,579	146,335	2,665,399	21,400,826
%	53.58	17.53	15.44	0.32	0.68	12.45	100.00
2005	11,798,491	3,742,726	3,141,774	-	211,614	3,420,042	22,314,647
%	52.87	16.77	14.08	-	0.95	15.33	100.00
2010	12,240,752	3,976,004	2,828,337	157,576	271,211	3,600,607	23,074,487
%	53.05	17.23	12.26	0.68	1.18	15.60	100.00

자료: BNHI, 全民健康保險統計, 해당연도.

부록 3. 한국 의료보험 적용인구의 직역별 비중

단위: 천명

연도	직장			지역	전체
	직장	공·교	소계		
1980	5,380,968	3,780,030	9,160,998	-	9,226,365
%	58.32	40.97	99.29	-	99.29
1985	12,214,830	4,209,661	16,424,491	375,242	17,994,913
%	67.88	23.39	91.27	2.09	93.36
1990	16,155,231	4,603,361	20,758,592	19,421,431	40,180,023
%	40.21	11.46	51.67	48.34	100.01
1995	16,744,064	4,815,146	21,559,210	22,456,690	44,015,900
%	38.04	10.94	48.98	51.02	100.00
2000	17,577,672	4,826,200	22,403,872	23,491,877	45,895,749
%	38.30	10.52	48.82	51.19	100.01
2005	22,561,285	4,672,013	27,233,298	20,158,754	47,392,052
%	47.61	9.86	57.47	42.54	100.01
2010	27,746,938	4,636,588	32,383,526	16,523,269	48,906,795
%	56.73	9.48	66.21	33.79	100.00

자료: 건강보험관리공단, 통계청.

부록 4. 한국의 가구원수별 가구분포와 평균 가구원 수

단위: 천가구, %

연도	일반가구 (천가구)	가구 규모						평균 가구원수 (명)
		1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인이상	
1975	6,648	4.2	8.3	12.3	16.1	18.3	40.7	5.0
1980	7,969	4.8	10.5	14.5	20.3	20.0	29.8	4.5
1985	9,571	6.9	12.3	16.5	25.3	19.5	19.5	4.1
1990	11,355	9.0	13.8	19.1	29.5	18.8	9.8	3.7
1995	12,958	12.7	16.9	20.3	31.7	12.9	5.5	3.3
2000	14,312	15.5	19.1	20.9	31.1	10.1	3.3	3.1
2005	15,887	20.0	22.2	20.9	27.0	7.7	2.3	2.9

자료 : 통계청, 『인구주택총조사보고서』 각년도.

부록 5. 대만 가구의 규모

단위: %

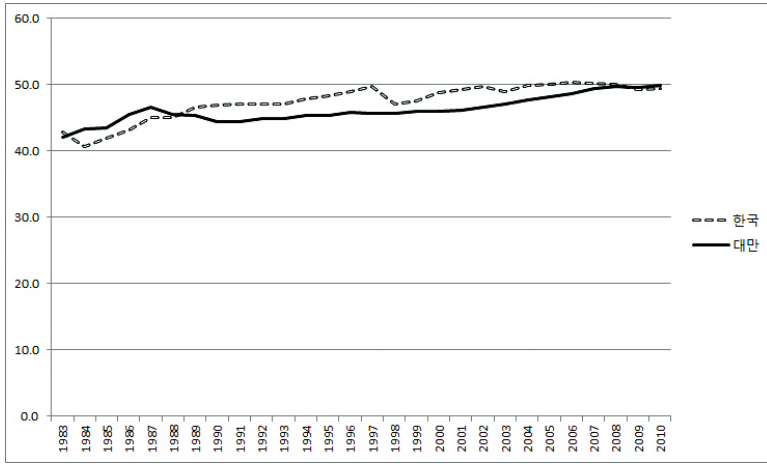
	1인	2인	3인	4인	5인	6-9인	10인 이상	평균 가구원수 (명)
1956	-	-	-	-	-	-	-	5.7
1966	-	-	-	-	-	-	-	5.9
1970	-	-	-	-	-	-	-	5.5
1975	-	-	-	-	-	-	-	5.3
1980	-	-	-	-	-	-	-	4.8
1990	13.4	12.7	14.6	21.5	18.6	17.5	1.7	4.0
2000	21.5	17.2	17.6	20.3	12.0	10.4	0.9	3.3
2010	22.0	22.0	20.9	19.1	8.7	7.3*	-	3.0

출처: 1956-1980년 통계는 台灣地區戶口及住宅普查歷次普查結果摘要表를 참고.

1990-2010년 통계는 社會指標統計年報(2010)을 참고.

* 2010년 통계는 6인 이상 가구의 수치임.

부록 6. 한국과 대만의 여성 경제활동참가율 비교



자료: 한국 자료는 통계청, 『경제활동인구연보』 각년도, 대만 자료는 《人力資源統計年報》 각년도 참고.