

사회보장 데이터를 활용한 적극적인 공공 개입이 복지사각지대 해소와 수급자 선별에 미치는 영향

황 민 영*

본 연구는 사회보장정보 시스템을 기반으로 시행된 찾아가는 보건복지서비스팀(이하, 방문복지팀)의 적극적 공공 개입이 복지수급자 수(take-up)와 수급자 선별(targeting)에 미치는 영향을 분석한다. 한국 기초자치단체의 패널 데이터를 활용한 결과, 방문복지팀 설치율이 높은 지역일수록 복지수급자 수가 유의미하게 증가하였다. 특히, 정성적 심사를 통해 수급 자격이 부여되는 미등록자의 발굴에서 더 큰 효과를 보이며, 소득이나 장애등급에 의한 정량적 기준을 갖추지 못한 위기 가구 발굴에 유효함을 확인하였다. 또한 방문복지팀 설치는 60세 이상 고령 수급자와 근로 능력이 없는 일반수급자 수를 유의미하게 증가시키며, 수급자 선별에도 긍정적 영향을 미친 것으로 나타났다. 본 연구의 결과는 통합 데이터망과 방문 형식을 활용한 적극적 개입이 정부가 가진 개인 소득 정보의 불완전성을 보완하고, 잠재적 수급자에게 자격 정보와 수급 등록의 기대이익을 효과적으로 전달할 수 있음을 시사한다.

핵심주제어: 복지수급자 발굴, 복지수급자 선별, 찾아가는 보건복지 서비스, 사회보장정보 시스템, 공공 개입
경제학문헌목록 주제분류: H4, H7, I3

I. 서론

공공복지사업의 적격자 미참여 문제는 국내외에서 오랫동안 사회적 손실과 정책적 비효율성을 초래하는 주요 이슈로 다루어져 왔다. 공공복지 대상자가 적격자임에도 불구하고 참여하지 않는 원인으로 개인이 자신의 자격 여부를 제대로 인지하지 못하거나, 자격이 있더라도 복잡하고 까다로운 등록 절차로 인해 참여

* 서울연구원 경제혁신연구실 연구원, 전화: (02) 2149-1279, E-mail: hminyoung@si.re.kr
논문투고일: 2024. 9. 28 수정일: 2024. 11. 11 게재확정일: 2024. 12. 9

가 어렵기 때문이라는 점이 여러 연구를 통해 밝혀졌다. 관련 연구를 살펴보면 저소득층을 위한 대학 재정 지원, 실업급여, 연금 수급자 등록 등에서 적격자 미참여 문제가 두드러진다. 이에 따라 정부가 이메일, 우편, 전화 등의 방식을 통해 적격자에게 개입하는 실험적 연구들이 진행되었으며, 이들 연구는 정부의 개입이 프로그램에 대한 인식을 높이고, 개인이 자신의 자격을 인지할 경우 참여율이 증가함을 밝혀냈다(Barr and Turner, 2018; Bettinger *et al.*, 2012; Bhargava and Manoli, 2015; Currie, 2004; Finkelstein and Notowidigdo, 2019; Matikka and Paukkeri, 2022).

이러한 연구 결과는 공공복지사업의 적격자가 혜택을 누리지 못하는 이유가 자신의 자격 여부를 잘 모르거나 사업참여의 실질적 가치를 정확히 평가하지 못하기 때문이라는 이론적 논거를 뒷받침한다(Chetty *et al.*, 2013; Mani *et al.*, 2013). 한국에서도 기초생활보장 수급 자격을 갖춘 저소득층이 수급 신청을 하지 않는 주요 이유로 “제도는 알지만 선정되지 않을 것 같아서”가 가장 큰 원인으로 나타난다(김문길 외, 2020).¹⁾ 적격자의 미참여는 사회적 비용을 증가시키고 정책 효율성을 저해하는 주요 원인으로, 이는 국내에서도 심각하게 다루어지고 있는 문제이다.

정부 개입이 공공복지사업의 참여율을 증가시키는 데는 효과가 있지만, 참여자 선별 효과에는 한계가 있다는 점이 최근 연구에서 지적되고 있다. 예를 들어, Finkelstein and Notowidigdo(2019)의 연구에 따르면, 미국의 SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program) 프로그램에 대한 적극적 개입이 참여자 수를 증가시키는 데는 성공했지만, 개입을 통한 참여자가 소득이 더 높고 지원 필요성이 상대적으로 낮은 역선택 문제가 발생했다. 이는 개입의 결과가 실제로 지원이 더 필요한 계층에게 혜택을 충분히 제공하지 못하는 문제를 보여 준다.

이와 관련하여, 정부가 보유한 개인 소득 정보의 불완전성도 낮은 선별 효과의 한 원인으로 작용한다는 점이 지적되고 있다(Currie, 2004). Van Gestel *et al.*(2022)의 연구에 따르면, 벨기에 정부는 불완전한 개인 소득 정보를 의료보험사 및 세무 관리 데이터 연계를 통해 보완하였다. 이를 활용하여 의료비 환급사

1) 김문길 외(2020)에 따르면, 「2018년 국민생활실태조사」의 결과 중위소득 30% 이하 그룹에서 기초보장급여 미신청 이유는 ‘제도는 알지만 선정되지 않을 것 같아서’ 34.4%, ‘제도를 몰라서’ 11.9%, ‘신청 과정이 번거로워서’ 10.3% 등의 순으로 나타났다. 이러한 이유로 기초생활보장급여 미신청자가 중위소득 30% 이하 그룹에서 약 22만 가구, 34만 명에 이르는 것으로 추정된다(김문길 외, 2020). 의료급여 기준(중위소득 40% 이하)으로 추정할 경우, 미신청자는 약 48만 가구, 73만 명에 달한다.

업의 잠재적 대상자에게 참여 자격을 알리자 기존 참여자 수가 3~4배 증가했으며, 특히 고령자와 의료비 지출이 높은 취약계층의 참여가 빠르게 이루어지는 등 선별 효과가 일부 나타났다. 이 연구는 정부가 소득 추정 데이터를 활용하여 복지 사각지대를 보다 정밀하게 발굴할 수 있는 가능성을 보여 준다.

본 연구는 국내의 ‘찾아가는 보건복지서비스팀’ 사례를 통해 공공복지사업의 적극적 개입이 수급자 발굴 및 선별에 미치는 영향을 실증적으로 분석하고자 한다. ‘찾아가는 보건복지서비스팀’(이하, 방문복지팀)은 사회보장 데이터 통합 전산망을 활용해 정부의 불완전한 개인 소득 정보를 보완하고 잠재적 복지수급자를 발굴하는 체계이다. 구체적으로, 보건복지부와 행정안전부는 2010년부터 사회보장 데이터 통합을 시작으로 ‘행복e음’이라는 통합 데이터망을 구축하였다. 또한 「사회보장급여 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」을 제정하여 타 기관과의 데이터 연계를 가능하게 하는 법적 근거를 마련하고, 기초자치단체의 복지행정 기능을 강화하였다(성은미, 2020). 방문복지팀은 행정동(읍·면·동) 주민센터의 복지 전담부서로, 복지 전문인력과 간호사 등으로 구성되어 있다.²⁾ 방문복지팀은 복지 수요자가 행정동(읍·면·동) 주민센터를 직접 찾아오지 않아도 복지정책의 혜택을 받을 수 있도록 설계된 제도이다. 또한 국세청, 한국전력공사 등의 지역 유관 기관과 협력해 단수, 단전, 의료비 급증 등 위기 신호를 포착하고 잠재적 복지수급자를 선별하는 방식으로 서비스를 제공한다. 이를 통해 기존의 수동적인 수급 신청 방식에서 벗어나, 공공이 적극적으로 수급대상자가 자격을 갖추고도 참여하지 않는 문제를 해결하고자 한다(행정안전부·보건복지부, 2021).³⁾

방문복지팀에 관한 국내 연구는 주로 행정 시스템과 인력 운용이 수급자 만족도 및 발굴 건수와 같은 사업성과에 미치는 영향을 다루어왔다(김은하, 2022; 김정현·한은희, 2021; 박성준, 2021; 박승희, 2021; 성은미, 2020; 엄재성 외, 2021; 윤동호, 2019; 이영글 외, 2021; 최정은·김윤희, 2022). 국내 연구들은

2) 방문복지팀은 행정동(읍·면·동) 주민센터의 복지 전담부서로, 복지 전문인력과 간호사 등으로 구성되어 있다. 행정동(읍·면·동)은 기초자치단체를 구성하는 하위 행정구역 단위로, 평균 약 6,600가구(최소 0, 최대 54,114), 평균 약 15,000명(최소 0, 최대 131,641) 규모로 이루어져 있다(2020년 12월 기준).

3) 방문복지팀 설치를 위해 행정안전부와 보건복지부는 2014~2017년 복지인력 6,000명을 확대하였다. 2020년 기준 방문복지팀 3,197개소에 12,633명이 배치되어 운영되었으며 이 중 8%는 민간 인력으로 구성되어 민관 복지 서비스를 연계 및 제공한다(행정안전부·보건복지부, 2021). 보건복지부 정보공개 청구를 통해 구득한 상담실적을 살펴보면 방문복지팀 1개소당 2019년 1,214회, 2020년 1,123회 등 연간 약 1,000회 이상의 방문 상담을 진행한다.

수급자 발굴과 선별에 있어 사례 연구와 운영상의 측면에 중점을 두고 있다.

본 연구는 2013년부터 2020년까지 전국 기초자치단체 227개를 대상으로 패널 데이터를 구축하여 분석한다. 공공 개입 효과를 수급자 등록과 선별의 관점으로 구분하여 살펴본 최초의 연구인 점에서 기존 연구와 차별된다. 이를 통해 단순한 참여율 증가 효과를 넘어 실질적인 수급자 선별 및 발굴에 대한 정책적 함의를 제공하고자 한다.

본 연구의 구성은 다음과 같다. 제Ⅱ절에서는 분석 자료와 모형을 설명하며, 제Ⅲ절에서는 주요 변수 추이와 분석의 결과를 제시한다. 제Ⅳ절은 결론으로 구성된다.

Ⅱ. 분석 자료와 분석 모형의 설정

1. 분석 자료

본 연구는 2013년부터 2020년까지의 데이터를 활용하여 방문복지팀이 복지수급자 수와 수급자 선별에 미치는 영향을 분석한다. 분석 기간을 2013년부터로 설정한 이유는 방문복지팀 도입 초기의 효과를 반영하기 위함이며, 코로나19로 인한 대면 서비스 영향을 배제하기 위해 2020년까지로 한정하였다. 분석 대상은 전국 227개 기초자치단체로, 제주도는 도서 지역의 특수성을 고려해 제외하였다. 세종시는 시·도 단위의 위계를 가지는 행정구역이지만 자치구나 행정구 없이 행정동(읍·면·동)만으로 구성된 지역이므로 하나의 기초자치단체로 간주하여 포함하였다.

본 연구의 분석 단위는 기초자치단체로 설정한다. 이는 복지수급자 수와 속성 자료가 기초자치단체 단위에서 제공되며, 행정동(읍·면·동)의 방문복지팀 설치와 관련된 재정 지원 및 결정 권한이 기초자치단체장에게 있기 때문이다(함영진 외, 2017). 주요 설명변수는 기초자치단체별 방문복지팀의 설치율로, 설치율은 각 기초자치단체 내 방문복지팀이 설치된 행정동(읍·면·동) 수를 해당 기초자치단체의 총 행정동 수로 나눈 값으로 정의된다. 기본 모형의 강건성 검증방법 중 하나로, 방문복지팀 도입 효과를 분석하기 위해 설치율이 표본 평균설치율(40%) 이상인 연도를 해당 기초자치단체의 도입 시점으로 간주하였다.

복지수급자(take-up) 규모를 나타내는 종속변수는 인구 1,000명당 복지수급

자 수로 정의되며, 복지수급자는 기초수급자와 차상위수급자로 구분된다. 본 연구에서 복지수급자는 「국민기초생활보장법」에 따라 급여를 받는 수급자를 의미한다. 기초수급자는 소득, 장애 등 정량적 요건에 의해 수급 자격이 정해지며, 수급자가 자신의 자격을 비교적 쉽게 인지할 수 있는 경우이다. 반면, 차상위수급자는 정성적 심사가 포함되거나 기초수급자의 정량적 기준을 충족하지 못해 수급자가 자격을 인지하기 어려운 경우로 정의된다(〈부표 1〉 참조).

수급자 선별(targeting)을 나타내는 종속변수는 복지수급자의 특징을 활용하여 설정하였다. 첫째, 연령 기준으로 복지수급자를 정년으로 인해 근로 능력이 저하된 60세 이상 집단과 근로 소득을 통해 경제적 위기를 극복할 가능성이 상대적으로 높은 20~59세 집단으로 구분하였다(김유진, 2020; 김정현·한은희, 2021). 둘째, 일반수급자의 근로 능력 유무를 기준으로 수급자 선별 효과를 평가하였다. 일반수급자는 기초생활보장제도의 소득 기준을 충족하는 빈곤층이다. 그 중 ‘근로 능력이 없는’ 일반수급자는 연령, 장애, 질병 등으로 인해 노동시장에 참여하기 어려운 경제적 취약계층을 의미한다. 이를 통해 방문복지팀의 위기 상황 평가가 수급자 선별 효과에 미치는 영향을 분석한다.

기본 통제 변수로는 15세 미만 인구 비율, 65세 이상 인구 비율, 기초자치단체장의 진보정당 소속 여부, 기초의회의 진보정당 의석 비율, 인당 복지재정지출액, 인당 지방세수입액을 포함하였다. 15세 미만 및 65세 이상 인구 비율은 복지수급자가 포함될 가능성이 높은 부양 인구를 통제한다(Matsubayashi *et al.*, 2020). 기초자치단체장의 진보정당 소속 여부와 의회의 진보정당 의석 비율은 정치적 요인이 지역 내 복지사업 규모와 수급자 발굴에 미칠 영향을 통제하기 위해 포함하였다. 인당 지방세수입액은 지역 내 소득 수준의 대리변수이며, 인당 복지재정지출액은 지역 내 미등록수급자 규모가 복지 서비스 수준(규모)에 영향을 받을 가능성을 통제하기 위해 사용되었다. 추가적으로, 강건성 검증에서는 방문복지팀의 관할 인구 비율, 방문복지팀 제도 도입 여부(더미 변수), 인구, 로그 인당 총세출액, 재정자립도, 인당 국고보조금, 지역 내 총생산, 기초생활보장 세출액 등을 활용하였다. 연구에서 사용한 변수들의 기초 통계는 〈표 1〉에 제시되어 있다.

복지수급자 수와 수급자 속성 자료는 한국사회보장정보원에서 제공하며, 행정동(읍·면·동)별 방문복지팀 설치 시기는 보건복지부에서 제공한다. 재정 자료는 『지방재정연감』에 수록된 세입, 세출, 국고보조금, 재정자립도 등의 데이터를 활용하였다. 기초자치단체의 인구 규모, 인구 구조, 지역 내 총생산 등은 통계청

10 사회보장 데이터를 활용한 적극적인 공공 개입이 복지사각지대 해소와 수급자 선별에 미치는 영향

자료를 활용하였으며, 기초자치단체장과 기초의회 의원의 소속 정당 자료는 선거 관리위원회의 당선인 정보를 바탕으로 수집하였다.

〈표 1〉 기초통계량

변수	평균	표준편차	최솟값	최댓값	obs.
복지수급자 수(인구 1,000명당)	40.21	15.93	5.99	106.04	1,816
기초수급자 수(인구 1,000명당)	35.11	14.33	5.22	89.45	1,816
차상위수급자 수(인구 1,000명당)	5.11	2.77	0.20	21.44	1,816
60세 이상 복지수급자 수 (60세 이상 인구 1,000명당)	64.95	19.52	17.54	160.50	1,816
20~59세 복지수급자 수 (20~59세 인구 1,000명당)	27.97	12.55	4.10	69.13	1,816
근로 능력이 없는 일반수급자 수 (인구 1,000명당)	24.90	10.50	4.09	62.22	1,816
근로 능력이 있는 일반수급자 수 (인구 1,000명당)	7.16	3.55	1.13	27.58	1,816
방문복지팀 설치율(%)	37.52	40.95	0.00	100.00	1,816
기초자치단체장의 정치 성향 (진보정당 소속=1)	0.49	0.50	0.00	1.00	1,814
기초의회의 진보정당 의석 비율(%)	43.81	27.15	0.00	100.00	1,814
인당 복지재정지출액(1,000원)	1,139.99	525.89	287.65	3,602.88	1,816
인당 지방세수입액(1,000원)	507.62	304.82	92.10	2,803.94	1,816
15세 미만 인구 비율(%)	12.14	3.00	5.00	21.74	1,816
65세 이상 인구 비율(%)	18.94	8.06	5.72	40.82	1,816
방문복지팀 관할 인구 비율(%)	43.40	42.21	0.00	100.00	1,816
방문복지팀 도입 더미(도입=1)	0.38	0.48	0.00	1.00	1,816
인구(1,000명)	222.22	217.20	9.18	1,193.04	1,816
인당 총세출액(1,000원)	4,789.69	3,727.60	652.58	22,439.29	1,816
재정자립도(%)	25.38	15.54	5.46	92.67	1,816
인당 국고보조금(1,000원)	1,800.94	1,355.23	214.42	13,551.71	1,816
GRDP(10억 원)	155,482.7	143,159.7	6,883.31	467,281.5	1,816
기초생활보장 세출액(100만 원)	27,417.32	28,663.65	0.00	496,822.5	1,816

2. 분석 모형의 설정

방문복지팀 설치가 수급자 수와 선별에 미치는 영향을 추정하기 위한 기본 모형은 식 (1)과 같다.

$$y_{i,t} = \alpha + \beta_1 VISIT_{i,t} + \beta_2 X_{i,t} + \theta_i + \mu_t + u_{i,t} \quad (1)$$

여기서 i 는 기초자치단체, t 는 연도(2013~2020년)를 나타낸다. $y_{i,t}$ 는 인구 1,000명당 복지수급자 수이며, $VISIT_{i,t}$ 는 방문복지팀 설치율이다. $X_{i,t}$ 는 기초자치단체장 진보정당 소속 여부, 기초자치단체 의회의 진보정당 의석 비율, 로그 인당 지방세수입액, 로그 인당 복지재정지출액, 15세 미만 인구 비율, 65세 이상 인구 비율을 포함한다. θ_i 는 기초자치단체 고정 효과이며, μ_t 는 연도 더미로 복지수급자 수에 영향을 미칠 수 있는 시기별 외부적 경제 상황을 통제한다.⁴⁾ $u_{i,t}$ 는 잔차항이다.⁵⁾

그러나 분석 모형 (1)은 방문복지팀 설치율의 효과를 식별하는 데 있어, 복지 수요가 높은 기초자치단체에서 먼저 방문복지팀 설치를 진행하는 상향 편향(upward bias) 문제를 완전히 배제할 수 없다는 한계를 가진다.

분석 모형의 한계에도 불구하고, 추정된 제도의 효과가 충분히 가치 있다고 판단한 이유는 다음과 같다. 우선, 방문복지팀 설치에 설치 시점에서 외생적 조건을 가진다. 방문복지팀 설치에 2016년에 보건복지부에 의해 톱다운(top-down) 방식으로 전국적으로 확대되었으며, 보건 전문인력과 간호인력 등 각 행정동(읍·면·동)의 전문인력 충원과 시설 여건이 먼저 갖추어지는 읍면동에 설치된다는 외생적 조건에 따른다(행정안전부·보건복지부, 2021). 2015년 방문복지팀이 1개소 이상 설치된 기초자치단체는 6개 지역에 불과했지만 2016년 전국적인

4) 방문복지팀 설치율의 확산에 따른 한계 효과가 설치율 수준에 따라 체증하거나 체감할 가능성을 확인하기 위해 설치율의 제곱항을 추가해 분석한 결과, 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 설치율과 설치율의 제곱항 간 높은 상관관계와 특히 설치율이 100%인 값이 많은 데이터 특성에서 기인한 것으로 보인다. 이러한 이유로 본 연구에서는 설치율이 복지수급자 수와 수급자 선별에 미치는 영향을 선형적으로 추정하였다.

5) 식 (1)의 기초분석 모형 및 강건성 검증 과정에서 기초자치단체 단위에서 클러스터링한 군집표준오차(cluster standard errors)를 사용하였다. 기초자치단체의 복지 수요 수준과 복지정책 및 시설 등에 광역시도 단위로 미치는 영향으로 발생하는 무작위잔차(random disturbances)를 고려하여 광역시도 단위에서 클러스터링한 군집표준오차를 활용한 추정 결과도 식 (1)로 추정된 분석 결과 및 강건성 검증 결과와 동일하다.

로 시행되면서 189개로 크게 증가한다. 또한 행정동(읍·면·동) 단위로 설치되는 방문복지팀의 특성상, 특정 기초자치단체 내에서 복지 수요가 높은 행정동(읍·면·동)에 우선 설치되더라도 분석 모형에서는 기초자치단체(시·군·구)의 설치율(%)로 반영된다.

분석 모형의 강건성을 확인하고 한계를 보완하기 위해 추가적인 분석 결과를 제시한다. 강건성 검증은 통제변수를 추가하거나 방문복지팀 도입 여부를 나타내는 더미변수와 방문복지팀 관할 인구 비율을 활용하여 제도의 효과를 추정한다. 또한 방문복지팀 설치율이 복지수급자 수를 증가시켰는지에 대한 대안적 증거로, 기초자치단체 세출금액 중 기초생활보장 부문 지출액을 종속변수로 사용하여 결과를 비교하였다.

Ⅲ. 분석 결과

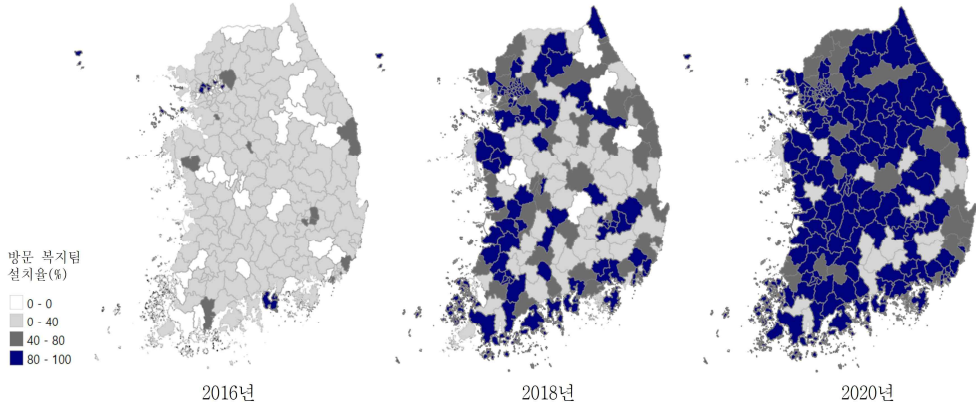
1. 주요 변수의 현황과 추이

방문복지팀 설치율을 살펴보면, 기초자치단체별 설치율은 2014년에 처음 도입된 이후 2016년에 전국적으로 제도 도입이 확대되며 증가한다. 분석 자료 기준으로, 설치율이 40% 이상인 기초자치단체의 비율은 2016년 8.8%에서 2020년 89.9%로 크게 증가하였다. 2020년까지 모든 기초자치단체에 최소 1개소 이상의 방문복지팀이 설치되었으며, 전체 행정동에 설치를 완료한 기초자치단체는 165개로 나타났다. 설치 완료까지는 평균적으로 2.3년이 소요되었다.

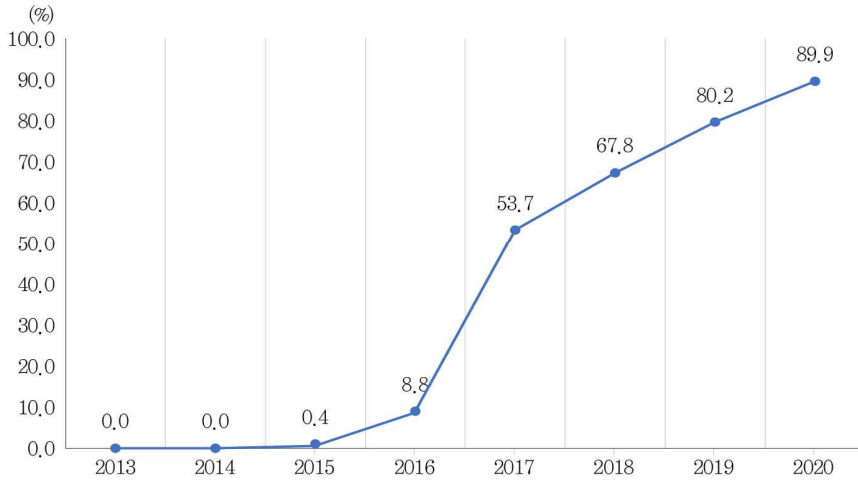
복지수급자 수를 살펴보면, 인구 1,000명당 복지수급자 수는 2014년 26.1명에서 2020년 41.5명으로 증가하였다. 특히, 방문복지팀 제도가 전국적으로 도입된 2016년 이후 지속적인 증가 추세를 보였다. 복지수급자의 구성 비율은 약 85%가 기초수급자, 15%가 차상위수급자로 나타났다. 연령별 복지수급자 수의 추이를 보면, 60세 이상 복지수급자는 인구 1,000명당 55.6명에서 80.2명으로 연평균 6.3% 증가하였다. 반면, 20~59세 복지수급자는 인구 1,000명당 18.8명에서 26.5명으로 연평균 5.9% 증가하였다. 근로 능력에 따른 일반수급자의 분포를 살펴보면, 근로 능력이 있는 일반수급자는 2014년 인구 1,000명당 6.5명에서 2020년 5.6명으로 감소한 반면, 근로 능력이 없는 일반수급자는 2014년 인구 1,000명당 17.8명에서 2020년 21.1명으로 증가하였다.

〈그림 1〉 방문복지팀 설치 현황

a. 연도별 방문복지팀 설치율 분포



b. 방문복지팀 도입 기초자치단체 비율

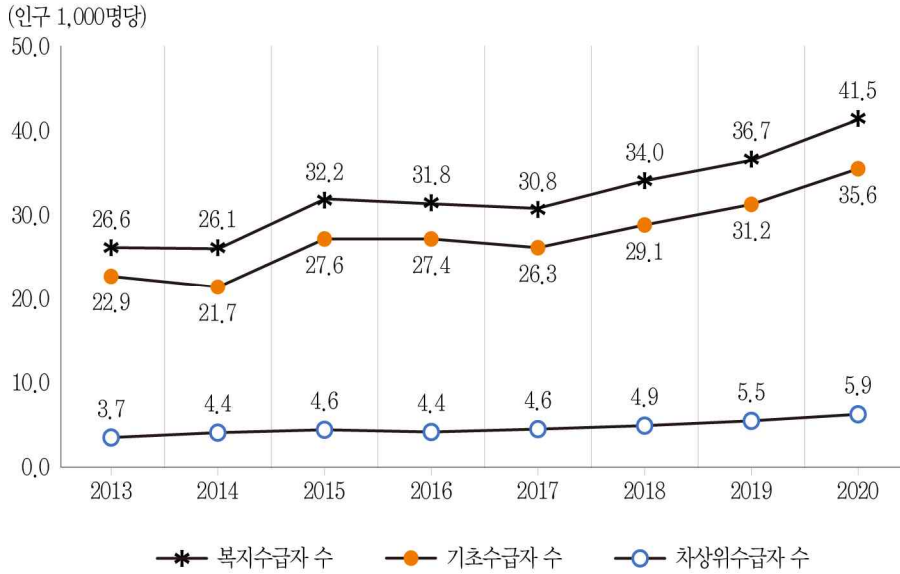


주: 1) 방문복지팀의 설치율=방문복지팀 설치 행정동 수/총 행정동 수×100.

2) 기초자치단체 내 방문복지팀 설치율이 평균설치율(40%) 이상인 경우를 도입 지역으로 분류한다.

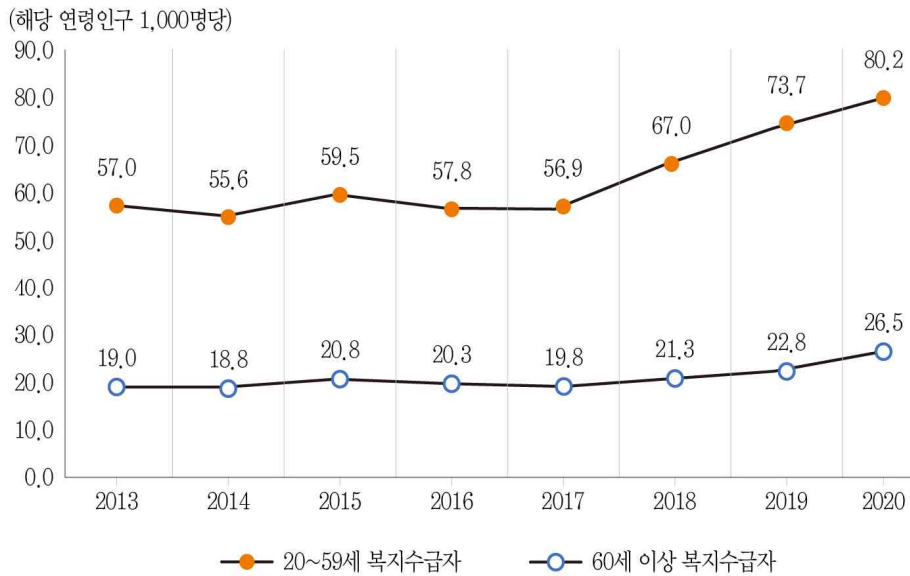
자료: 보건복지부.

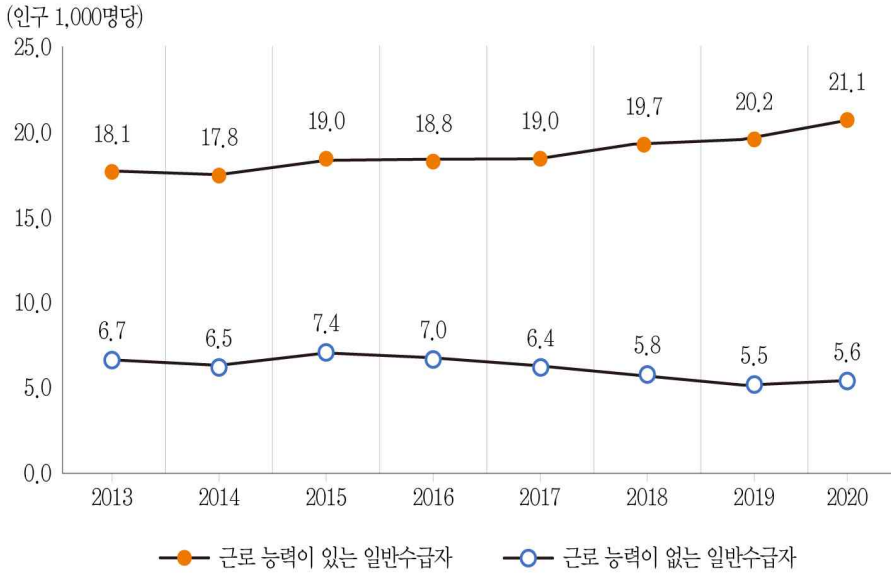
〈그림 2〉 복지수급자 수 추이



주: 복지수급자 수는 기초생활수급자와 차상위수급자로 구분된다.
 자료: 한국사회보장정보원.

〈그림 3〉 속성별 복지수급자 수 추이





주: 1) 60세 이상(20~59세) 복지수급자는 60세 이상(20~59세) 인구 1,000명당 60세 이상(20~59세) 복지수급자 수를 의미한다.

2) 일반수급자는 국민기초생활 보장법의 급여 기준을 만족하는 빈곤층이다. 연령, 장애, 질병 부상, 희귀 난치성 질환, 군 복무, 20세 미만 중고교 재학생 등의 기준에 해당하지 않으면 근로 능력이 있는 수급자, 해당하면 근로 능력이 없는 수급자로 구분된다.

자료: 한국사회보장정보원.

2. 분석 결과

〈표 2〉는 방문복지팀 설치율이 복지수급자 발굴(take-up)에 미치는 영향을 식 (1)을 통해 추정한 결과를 나타낸다. (1)열의 결과에 따르면, 방문복지팀 설치하는 복지수급자 수에 유의미한 양(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로, 기초자치단체 방문복지팀 설치율이 1%포인트 증가할 때 인구 1,000명당 약 0.015명의 복지수급자가 추가로 발굴되는 효과가 있는 것으로 분석되었다. 또한 기초자치단체에 방문복지팀 설치가 완료되어 설치율이 100%에 도달할 경우, 인구 1,000명당 약 1.5명의 복지수급자가 증가하며, 이는 평균 수급자 수 대비 약 3.7%의 증가율에 해당한다.

〈표 2〉의 (2)열과 (3)열은 방문복지팀 설치가 인구 1,000명당 기초수급자와 차상위수급자 수에 미치는 영향을 보여 준다. 분석 결과에 따르면, 방문복지팀 설치가 완료된 후 기초수급자는 인구 1,000명당 1.0명, 차상위수급자는 인구 1,000

〈표 2〉 방문복지팀 설치율과 복지수급자 발굴, 고정 효과

종속변수 (인구 1,000명당)	(1) 복지수급자 수	(2) 기초수급자 수	(3) 차상위수급자 수
방문복지팀 설치율(%)	0.015 ^{***} (0.005)	0.010 ^{**} (0.005)	0.005 ^{**} (0.002)
기초자치단체장의 정치 성향 (진보정당 소속 = 1)	0.706 (0.434)	0.604 (0.371)	0.102 (0.160)
기초의회의 진보정당 의석 비율(%)	0.000 (0.011)	-0.003 (0.008)	0.003 (0.005)
log(인당 복지재정지출액(1,000원))	14.440 ^{***} (2.296)	12.790 ^{***} (1.986)	1.649 ^{**} (0.690)
log(인당 지방세수입액(1,000원))	-3.377 ^{***} (1.144)	-3.445 ^{***} (0.997)	0.068 (0.413)
15세 미만 인구 비율(%)	-1.371 ^{**} (0.369)	-1.134 ^{***} (0.334)	-0.237 [*] (0.125)
65세 이상 인구 비율(%)	1.279 ^{***} (0.323)	1.139 ^{***} (0.259)	0.140 (0.111)
No. observations	1,814	1,814	1,814
No. municipalities	227	227	227

주: 1) 방문복지팀 설치율은 각 기초자치단체의 전체 행정동 중 방문복지서비스팀이 설치된 비율을 의미한다. 통제변수로는 지방자치단체장의 정치 성향 더미변수(진보정당=1), 지방자치단체의회의 진보정당 소속 의원 비율, 로그 인당 복지재정지출액, 로그 인당 지방세수입액, 15세 미만 인구 비율(%), 65세 이상 인구 비율(%)이며 분석 기간의 연도 더미를 활용하여 각 연도 수급자 수에 영향을 미칠 수 있는 시기별 외부 효과를 통제하였다.

2) Robust standard errors는 괄호 안에 기입하였다. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

명당 0.5명 증가하는 것으로 나타났다. 이를 비율로 환산하면, 기초수급자는 평균 기초수급자 수 대비 약 2.8% 증가하고, 차상위수급자는 평균 차상위수급자 수 대비 약 9.8% 증가한 규모이다. 차상위수급자의 증가 규모는 기초수급자보다 작지만, 증가율은 상대적으로 더 높은 것으로 분석된다.

이와 같은 분석 결과는 방문복지팀이 소득, 장애 등급 등 정량적 기준에 미치지 못하는 위기 가구를 발굴하는 데 더 효과적임을 시사한다. 이는 방문복지팀의 대면 상담을 통해 상담 대상자가 자신의 수급 자격 여부에 대한 정보를 얻고, 수급자로 등록 시 받을 수 있는 공공부조에 대한 이해도가 높아졌기 때문으로 해석할 수 있다. 이러한 결과는 프로그램에 대한 정보 부족과 본인의 자격 여부에 대한 인지 부족이 잠재적 수급자의 미등록 주요 원인이라는 기존 연구 결과를

〈표 3〉 방문복지팀 설치율과 복지수급자 선별, 고정 효과

종속변수 (인구 1,000명당)	(1)	(2)	(3)	(4)
	60세 이상 복지수급자 수	20~59세 복지수급자 수	근로 능력이 없는 일반수급 자 수	근로 능력이 있는 일반수급 자 수
방문복지팀 설치율(%)	0.028 ^{***} (0.009)	0.009 ^{**} (0.004)	0.009 ^{***} (0.003)	0.003 (0.002)
기초자치단체장의 정치 성향 (진보정당 소속 = 1)	0.859 (0.811)	0.298 (0.310)	0.614 ^{***} (0.224)	0.348 [*] (0.182)
기초의회의 진보정당 의석 비율(%)	-0.013 (0.021)	-0.001 (0.008)	-0.003 (0.006)	0.002 (0.004)
log(인당 복지재정지출액(1,000원))	27.500 ^{***} (3.752)	11.014 ^{***} (1.617)	6.474 ^{**} (1.404)	6.165 ^{***} (0.746)
log(인당 지방세수입액(1,000원))	-1.439 (2.008)	-2.603 ^{***} (0.839)	-1.442 ^{**} (0.587)	-1.776 ^{***} (0.483)
15세 미만 인구 비율(%)	-1.468 ^{**} (0.671)	-1.045 ^{***} (0.252)	-0.906 ^{***} (0.211)	-0.375 ^{**} (0.146)
65세 이상 인구 비율(%)	-0.228 (0.529)	0.951 ^{***} (0.214)	0.658 ^{***} (0.183)	-0.193 [*] (0.102)
No. observations	1,814	1,814	1,814	1,814
No. municipalities	227	227	227	227

주: 1) 방문복지팀 설치율은 각 기초자치단체의 전체 행정동 중 방문복지팀이 설치된 비율을 의미한다. 통제변수로는 지방자치단체장의 정치 성향 더미변수(진보정당=1), 지방자치단체 의회의 진보정당 소속 의원 비율, 로그 인당 복지재정지출액, 로그 인당 지방세 수입액, 15세 미만 인구 비율, 65세 이상 인구 비율이며 분석기간의 연도더미를 활용하여 각 연도 수급자 수에 영향을 미칠 수 있는 시기별 외부 효과를 통제하였다.
 2) 20~59세, 60세 이상 복지수급자 수는 해당 연령구간 인구 1,000명당 복지수급자 수를 의미한다.
 3) Robust standard errors는 괄호 안에 기입하였다. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

뒷받침한다(Chetty *et al.*, 2013; 김문길 외, 2020).

〈표 3〉은 방문복지팀 설치율이 복지수급자 선별에 미친 영향을 식 (1)을 통해 추정한 결과이다. 〈표 3〉의 (1)열과 (2)열은 종속변수를 해당 연령 인구 1,000명당 60세 이상 복지수급자와 20~59세 복지수급자로 구분하여 고정 효과 선별 효과를 추정한 결과를 제시한다. 분석 결과에 따르면, 방문복지팀 설치가 완료된 경우 60세 이상 복지수급자는 인구 1,000명당 2.8명, 20~59세 복지수급자는 인구 1,000명당 0.9명 증가하는 것으로 나타난다. 설치 완료 후 증가한 복지수급자는 평균 60세 이상 복지수급자 대비 약 4.3%, 평균 20~59세 복지수급자 대비

약 3.2%에 해당하는 규모로, 방문복지팀 설치가 사회경제적으로 취약한 60세 이상 복지수급자 발굴에서 규모와 증가율 모두에서 더 높은 선별 효과를 가진다. 종속변수인 연령별 복지수급자를 20~39세, 40~59세, 60세 이상으로 세분화하여 추정된 결과에서도 60세 이상 복지수급자에 대한 선별 효과가 유의미하게 높은 것으로 분석되었다.

〈표 3〉의 (3)열과 (4)열에서는 종속변수를 인구 1,000명당 근로 능력 유무에 따른 일반수급자 수로 구분하여 추정된 결과이다. 분석 결과, 방문복지팀 설치가 완료되면 근로 능력이 없는 일반수급자는 인구 1,000명당 0.9명 증가하며, 이는 근로 능력이 없는 일반수급자 수의 평균 대비 약 3.6% 증가한 수치이다. 반면, 근로 능력이 있는 일반수급자는 통계적으로 유의미한 증가를 보이지 않았다. 이는 방문복지팀 설치가 연령, 회귀 난치성 질환 등의 이유로 노동시장 참여가 어려운 수급자를 선별하는 데 효과적임을 시사한다.

〈표 2〉와 〈표 3〉의 분석 결과를 종합하면, 방문복지팀 제도는 수급자 발굴과 수급자 선별 두 측면에서 모두 효과를 가진다. 먼저, 방문복지팀 설치율이 높아질수록 전체 수급자 수가 유의미하게 증가하는 경향을 보인다. 또한 방문복지팀 설치하는 특히 사회경제적으로 취약한 고령 수급자와 근로 능력이 없는 빈곤층 수급자를 선별하는 데 효과적이다. 이러한 결과는 데이터 연계를 통해 발굴된 잠재적 수급자를 방문 상담하는 과정에서, 자신의 수급 자격을 인지하지 못해 미등록된 위기 가구를 효과적으로 발굴할 수 있음을 시사한다. 또한 방문 상담을 통해 잠재적 수급 대상자에게 프로그램 등록 시 기대되는 이익을 명확히 이해시키고, 이를 통해 적격자 선별이 가능해졌음을 보여 준다. 이와 같은 수급자 발굴 및 선별 효과는 공공부조가 더 필요한 개인에게 수급 자격을 부여함으로써 자원의 효율적인 배분에 기여할 가능성을 시사한다.

분석 결과의 강건성(robustness)을 확인하기 위해 대안적인 분석 모형과 추가적인 통제변수를 고려한다. 〈표 4〉의 패널 A는 방문복지팀 설치율 대신 각 기초자치단체의 방문복지팀 관할 인구 비율을 활용하여 복지수급자 발굴과 선별에 미치는 영향을 추정한 결과이다. 방문복지팀의 관할 인구 비율은 해당 기초자치단체 인구 대비 방문복지팀이 설치된 행정동의 인구 비율을 의미하며, 분석 결과는 방문복지팀 설치율을 활용한 기본 결과와 유사한 경향을 보인다.

〈표 4〉의 패널 B는 기초자치단체의 방문복지팀 제도 도입 여부를 더미변수로 설정하여 복지수급자 수와 선별에 미치는 영향을 분석한 결과를 제시한다. 여기서 제도 도입은 설치율이 표본 평균인 40% 이상인 시점부터 도입으로 간주한다.

〈표 4〉 방문복지팀이 수급자 수와 수급자 선별에 미치는 영향, 대안의 분석

종속변수 (인구 1,000명당)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	복지수급자 수	기초수급자 수	차상위수급자 수	60세 이상 복지수급자 수	20~59세 복지수급자 수	근로 능력이 없는 일반수급자 수	근로 능력이 있는 일반수급자 수
Panel A. 방문복지팀 관할 인구 비율(%)이 복지수급자 수에 미치는 영향							
방문복지팀 관할 인구 비율 (%)	0.013** (0.005)	0.009* (0.005)	0.004* (0.002)	0.019** (0.009)	0.008** (0.003)	0.006** (0.003)	0.004 (0.002)
No. observations	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814
No. municipalities	227	227	227	227	227	227	227
Panel B. 방문복지팀 도입이 복지수급자 수에 미치는 영향							
방문복지팀 도입 (도입=1)	1.003*** (0.345)	0.665** (0.307)	0.338** (0.132)	1.758*** (0.591)	0.516** (0.230)	0.490** (0.193)	0.226 (0.149)
No. observations	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814
No. municipalities	227	227	227	227	227	227	227
Panel C. 인구 포함							
방문복지팀 설치율(%)	0.015*** (0.005)	0.010** (0.005)	0.005** (0.002)	0.027*** (0.009)	0.009** (0.004)	0.009*** (0.003)	0.004 (0.002)
No. observations	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814
No. municipalities	227	227	227	227	227	227	227

주: 1) Panel A는 방문복지팀 관할 인구 비율을 이용한 추정 결과이며, Panel B는 기초자치단체별 방문복지팀 도입 더미를 이용한 추정 결과이다. 방문복지팀 관할 인구는 각 기초자치단체 인구 대비 해당 지역의 방문복지팀이 설치된 행정동(읍·면·동)의 인구 비율을 의미한다. Panel C~G는 해당 통제변수를 포함한 추정 결과이다. 〈표 2〉의 주를 참조할 것.

2) Robust standard errors는 괄호 안에 기입하였다. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

〈표 4〉 계속

종속변수 (인구 1,000명당)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	복지수급자 수	기초수급자 수	차상위수급자 수	60세 이상 복지수급자 수	20~59세 복지수급자 수	근로 능력이 없는 일반수급자 수	근로 능력이 있는 일반수급자 수
Panel D. log(인당 총세출액(1,000원)) 포함							
방문복지팀 설치율(%)	0.014 ^{***} (0.005)	0.010 ^{**} (0.005)	0.005 ^{**} (0.002)	0.027 ^{***} (0.009)	0.009 ^{**} (0.004)	0.008 ^{***} (0.003)	0.003 (0.002)
No. observations	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814
No. municipalities	227	227	227	227	227	227	227
Panel E. 재정자립도(%) 포함							
방문복지팀 설치율(%)	0.015 ^{***} (0.005)	0.010 ^{**} (0.005)	0.005 ^{**} (0.002)	0.028 ^{***} (0.009)	0.009 ^{***} (0.003)	0.009 ^{***} (0.003)	0.003 (0.002)
No. observations	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814
No. municipalities	227	227	227	227	227	227	227
Panel F. log(인당 국고보조금액(100만 원)) 포함							
방문복지팀 설치율(%)	0.014 ^{***} (0.005)	0.010 ^{**} (0.005)	0.005 ^{**} (0.002)	0.026 ^{***} (0.009)	0.009 ^{**} (0.003)	0.008 ^{***} (0.003)	0.003 (0.002)
No. observations	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814
No. municipalities	227	227	227	227	227	227	227
Panel G. log(지역내총생산(10억 원)) 포함							
방문복지팀 설치율(%)	0.013 ^{***} (0.005)	0.009 [*] (0.005)	0.005 ^{**} (0.002)	0.026 ^{***} (0.009)	0.008 ^{**} (0.003)	0.008 ^{***} (0.003)	0.002 (0.002)
No. observations	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814	1,814
No. municipalities	227	227	227	227	227	227	227

주: 1) Panel A는 방문복지팀 관할 인구 비율을 이용한 추정 결과이며, Panel B는 기초자치단체별 방문복지팀 도입 더미를 이용한 추정 결과이다. 방문복지팀 관할 인구는 각 자치구 인구 대비 해당 자치구의 방문복지팀이 설치된 행정동(읍·면·동)의 인구 비율을 의미한다. Panel C~G는 해당 통제변수를 포함한 추정 결과이다. <표 2>의 주를 참조할 것

2) Robust standard errors는 괄호 안에 기입하였다. ^{***} p<0.01, ^{**} p<0.05, ^{*} p<0.1.

분석 결과, 방문복지팀 도입 후 복지수급자 수는 도입 이전에 비해 인구 1,000명당 약 1.0명 증가하는 것으로 나타났으며, 이는 복지수급자 수 표본 평균 대비 약 2.5% 증가한 규모이다. 또한 제도 도입 이후 기초수급자는 표본 평균 대비 약 1.9% 증가하였고, 차상위수급자는 약 6.6% 증가하여 차상위수급자 발굴에서 더 큰 효과를 보였다. 이와 더불어, 60세 이상 복지수급자는 20~59세 복지수급자보다 더 크게 증가하였으며, 근로 능력이 없는 일반수급자가 유의미하게 증가하는 선별 효과를 보인다. 이 결과는 방문복지팀 설치율을 활용한 기본 모형의 결과와 유사한 패턴을 나타낸다.

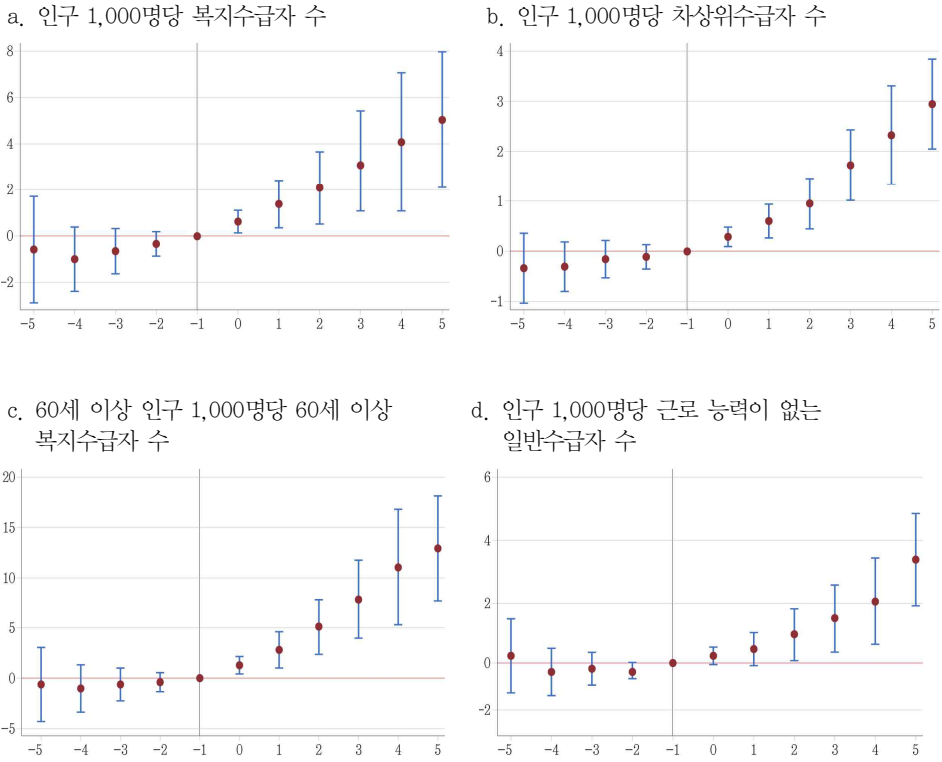
〈그림 4〉는 방문복지팀 도입 전후 복지수급자 수에 대한 이벤트 스터디 분석 결과를 보여 준다. 이벤트 스터디 분석을 통해 처치그룹(treatment group)과 통제그룹 간의 공통 추세 가정(parallel trends assumption)을 확인할 수 있다 (Clarke and Schythe, 2020). 이벤트 발생 전을 lag, 발생 이후를 lead로 정의하여 시점을 구분하였다. 예를 들어, t년의 도입 시점을 기준으로 t-1년은 lag 1, t+1년은 lead 1로 설정하였다. 분석 결과, 방문복지팀이 도입된 이후 수급자 수가 유의미하게 증가하는 경향을 보였다. 특히 60세 이상 복지수급자 수와 근로 능력이 없는 일반수급자 수가 도입 이후 유의미하게 증가하여 선별 효과가 뚜렷하게 나타난다. 설치율 50% 이상을 기준으로 제도 도입 터미변수를 작성한 경우에도, 식 (1)을 활용한 분석 결과와 이벤트 스터디(event study) 결과 모두 기본 모형의 결과와 유사한 경향을 보였다.

〈표 4〉의 패널 C에서는 인구를 통제변수로 추가하여 인구 밀집도와 도시 규모가 복지수급자 발굴에 미치는 영향을 통제하였다. 이 결과는 기본 모형의 결과와 질적으로 동일하다. 패널 D에서는 행정, 공공투자, 고용, 재해 등 기타 지방 정부 지출이 개인 소득과 복지 수준에 미치는 영향을 통제하기 위해 로그를 취한 인당 총세출액을 포함하였다. 이 경우에도 방문복지팀 설치율은 복지수급자 수와 선별 모두에 유의미한 영향을 미쳐 기본 모형과 일치하는 결과를 보인다.

〈표 4〉의 패널 E는 지역별 재정 능력이 복지사업의 자원 공급량에 미치는 영향을 통제하기 위해 재정자립도를 추가하였다.⁶⁾ 패널 F에서는 국고보조금으로 시행되는 복지사업을 통제하기 위해 로그를 취한 인당 국고보조금을 포함하였다. 재정자립도와 인당 국고보조금을 각각 통제한 경우에도 기본 모형의 결과와 유사한 경향이 나타난다.

6) 재정자립도는 지방세와 세외 수입을 총지출에서 보조금을 제외한 값으로 나눈 후 100을 곱한 값으로 정의된다.

〈그림 4〉 방문복지팀 제도 도입의 이벤트스터디 결과



주: 1) 방문복지팀 제도 도입이 1,000명당 복지수급자에 미친 영향을 본문 식 (1)의 기본 모형을 활용하여 추정하였다. 통제변수로는 기초자치단체장의 정치 성향 더미변수(진보정당=1), 기초자치단체 의회의 진보정당 의석 비율, 자연로그를 취한 인당 복지재정지출액, 자연로그를 취한 인당 지방세수입액, 15세 미만 인구 비율, 65세 이상 인구 비율이며 분석기간의 연도더미를 활용하여 각 연도 수급자 수에 영향을 미칠 수 있는 시기별 외부 효과를 통제하였다.

2) 각 점은 기본모형으로 추정된 결과이며 각 구간은 95% 신뢰구간이다. 기준 시점은 찾아가는 복지서비스팀 도입 시점의 1년 전으로 검정색 실선으로 표시하였다. 최종시차 및 최후구간의 5년 이상 기간은 누적이었다.

〈표 4〉의 패널 G는 지역의 경제 발전 수준과 일자리 규모를 통제하기 위해 광역시도 단위의 지역 내 총생산(GRDP)을 추가한 결과이다. 로그를 취한 GRDP를 통제한 결과도 기본 모형과 일치하게 복지수급자 수와 선별 모두에 유의미한 영향을 보인다.

마지막으로, 방문복지팀 설치가 복지수급자 수를 유의미하게 증가시켰는지에 대한 대안적 증거로서 기초생활보장 부문 세출액을 종속변수로 하여 분석을 수

〈표 5〉 방문복지팀 설치율과 기초생활보장세출액, 고정 효과

종속변수	(1)	(2)	(3)	(4)
기초생활보장 부문 세출액 (100만 원)				
방문복지팀 설치율(%)	187.01*** (15.75)	45.26** (18.038)	42.22** (17.92)	39.47** (18.56)
log(인당 복지재정지출액(1,000원))		70,538.52*** (21,084.04)	71,452.76*** (21,096.06)	70,517.70*** (20,550.61)
log(인당 지방세수입액(1,000원))		-11,662.58** (4,677.83)	-12,778.39*** (4,619.23)	-14,936.92*** (4,835.02)
15세 미만 인구 비율(%)		-2,844.52*** (852.48)	-2,743.57*** (863.79)	-2,544.36*** (874.31)
65세 이상 인구 비율(%)		-3,649.82*** (1,065.43)	-3,461.97*** (1,035.13)	-4,579.05*** (1,468.14)
기초자치단체장의 정치 성향(진보정당=1)			-2,275.82 (1,519.84)	-2,176.18 (1,476.00)
기초의회의 진보정당 의석 비율(%)			-79.08 (50.41)	-75.20 (50.79)
인구(1,000명)				-112.42 (71.47)
No. observations	1,816	1,816	1,814	1,814
No. municipalities	227	227	227	227

주: 1) 방문복지팀 설치율은 각 기초자치단체의 전체 행정동 중 방문복지팀이 설치된 비율을 의미한다. 통제변수로는 지방자치단체장의 정치 성향 더미변수(진보정당=1), 지방자치단체 의회의 진보정당 소속 의원 비율, 로그 인당 복지재정지출액, 로그 인당 지방세 수입액, 15세 미만 인구 비율, 65세 이상 인구 비율, 인구(1,000명)이며 분석기간의 연도더미를 활용하여 각 연도 수급자 수에 영향을 미칠 수 있는 시기별 외부 효과를 통제하였다.

2) 기초생활보장세출액은 기초생활급여, 교육급여, 의료급여, 자활지원, 기초보장지원 등 주민의 최저 생계 및 기초생활보장을 위해 편성되는 지출예산을 의미한다.

3) Robust standard errors는 괄호 안에 기입하였다. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

행하였다. 기초생활보장 부문 세출액은 주민의 최저 생계 및 기초 생활을 보장하기 위해 사용되는 세출로, 기초생활급여, 교육급여, 의료급여, 자활지원, 기초보장지원 등의 항목으로 구성된다(행정안전부, 2011).

〈표 5〉 (3)열의 결과에 따르면, 방문복지팀 설치율이 1%포인트 증가할 때 기초생활보장 부문 지출액은 약 4,200만 원 증가하는 것으로 나타났다. 또한 방문

복지팀 설치가 100% 완료될 경우 기초생활보장 부문 지출액은 42억 2,000만 원 증가하며, 이는 평균 기초생활보장 지출 금액의 약 15.3%에 해당하는 수치이다. <표 5>의 (4)열에서 지역 내 인구를 추가적으로 통제하여 분석한 결과, 추정치가 크게 변하지 않아 결과의 강건성을 확인할 수 있다.

IV. 결론

본 연구는 기초자치단체의 방문복지팀의 설치가 복지수급자 발굴과 선별에 미치는 효과를 분석하였다. 227개 기초자치단체의 패널 자료를 통해 분석한 결과, 방문복지팀 설치율이 높을수록 인구 1,000명당 복지수급자 수가 유의미하게 증가하였다. 특히, 기초수급자보다 차상위수급자 발굴에 상대적으로 큰 효과가 나타났다는데, 이는 방문 상담을 통해 수급자의 자격 여부를 정성적으로 판단할 수 있었기 때문으로 해석된다. 방문복지팀 설치는 수급자 선별에도 효과가 있는 것으로 분석되었다. 예를 들어, 60세 이상의 고령 복지수급자가 20~59세 수급자에 비해 더 크게 증가하였으며, 연령이나 희귀 질환 등으로 근로 능력이 없는 일반수급자도 유의미하게 증가하였다. 반면, 근로 능력이 있는 일반수급자는 통계적으로 유의미한 변화가 없었다. 이는 방문 상담이 수급자격과 복지 등록의 기대이익에 대한 이해를 높여, 공공부조가 더 필요한 대상자가 선별될 수 있었던 결과로 해석된다.

본 연구는 공공복지사업의 불완전 적격자 등록 문제(*incomplete take-up puzzle*)에 기여하며, 기존 연구와 차별화된 시사점을 제공한다. 기존 연구는 정부의 개입이 수급자 수를 증가시키는 데 효과가 있으나, 선별 효과가 낮아 자원 배분의 효율성을 저해할 수 있다고 주장하였다(Finkelstein and Notowidigdo, 2019; Mani *et al.*, 2013; Currie, 2004). 반면, 본 연구는 방문복지팀처럼 데이터 연계를 통한 적극적인 개입이 수급자 발굴과 선별 효과를 동시에 높인다는 결과를 제시한다. 이러한 차이는 방문복지팀 제도가 가진 두 가지 주요 특징에서 기인한다. 첫째, 사회보장 데이터망을 통해 다양한 기관의 데이터를 연계함으로써 정부의 불완전한 개인 소득 정보를 보완하고, 사업 목적에 적합한 잠재적 수급자를 효과적으로 발굴할 수 있다. 둘째, 방문복지팀의 방문 상담은 잠재적 수급자가 자신의 자격 여부와 등록 시 기대할 수 있는 이익에 대한 정보를 얻도록 하여, 보다 취약한 수급자를 선별하는 데 긍정적인 영향을 미친다. 이로써 본 연

구는 데이터 연계와 적극적 개입을 통한 수급자 발굴 및 선별이 자원의 효율적인 배분을 촉진할 수 있음을 보여 준다. 이는 사회안전망의 확대와 지역 맞춤형 정책 개발을 위한 기초 자료로서 의미가 크다.

본 연구의 한계는 다음과 같다. 기초자치단체별 방문복지팀의 개입 효과를 분석하였으나, 부양의무자 기준 완화 등 다른 복지정책이 연구기간 동안 함께 시행되었기 때문에, 방문복지팀 설치만의 순수한 효과를 구분하는 데는 한계가 있다. 또한 보건복지부에 따르면, 방문복지팀의 운영 실적 데이터는 2017년 4월부터 수집되어 기초자치단체별 설치 수준에 따른 효과 분석을 위한 자료 수집은 시점에 따른 어려움이 있으며 동시에 방문복지팀의 개입으로 발굴된 복지수급자를 독립적으로 식별하기 어려운 자료상의 한계를 가진다.

그럼에도 불구하고, 수급자 후보 대상에 비해 행정 여력이 다소 부족한 상황에서도 방문복지팀의 발굴과 선별 효과는 모두 의미 있는 성과를 보여 준다. 이는 복지사각지대 해소와 취약 계층의 발굴에 있어 이 정책이 중요한 역할을 하고 있음을 시사하며, 정책의 의의를 높게 평가할 수 있는 이유가 된다. 본 연구는 복지사각지대 해소를 위해 데이터 연계를 활용한 적극적 공공 개입 정책의 효과를 정량적으로 추정할 점에서 의의가 크다.

향후 연구에서 본 연구의 자료의 한계를 보완하여 방문복지팀 운영실적 등 개입의 결과로 등록된 수급자를 식별하고 이들의 선별 효과를 추정한다면, 사회보장 데이터를 기반으로 한 적극적 개입이 수급자 선별에 미친 효과를 더 분명하게 밝힐 수 있을 것으로 기대한다.

부록

〈부표 1〉 복지수급자의 구분과 수급자 정의

연구변수	수급자 구분	수급자 정의
기초 수급자	일반수급자	국민기초생활 보장법에 따라 생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 자활급여를 받는 사람
	시설수급자	보장시설(장애인 거주시설, 노인의료복지시설, 아동복지시설, 정신재활시설 등)의 수급자
차상위 수급자	특례수급자	일반수급자 조건에 해당되지 않더라도 생활이 어려운 사람으로서 일정 기간 동안 이 법에서 정하는 급여의 전부 또는 일부가 필요하다고 보건복지부 장관 또는 소관 중앙행정기관의 장이 정하는 사람
	차상위 자활수급자	근로 능력이 있고, 소득인정액이 기준 중위소득 50% 이하인 사람 중 비수급권자이면서 자활근로 참여를 신청한 자
	조건부 수급자	근로 능력이 있는 수급자에게 자활에 필요한 사업에 참가할 것을 조건으로 하여 급여를 실시하는 수급자
	기타 수급자	일반, 특례, 조건, 시설 수급자 이외에 생활이 어려운 사람으로서 일정 기간 동안 이 법에서 정하는 급여의 전부 또는 일부가 필요하다고 보건복지부 장관 또는 소관 중앙행정기관의 장이 정한 수급자

자료: 한국사회보장정보원.

참 고 문 헌

- 김문길·김태완·여유진·김미곤·임완섭·황도경 외, 『2020년 기초생활보장 실태조사 및 평가연구』, 보건복지부, 한국보건사회연구원, 2020.
- 김유진, “고위험 노인 돌봄과 정신건강 개입의 만남 노인맞춤돌봄서비스 내 특화 서비스,” 『한국노년학』 제40권 제4호, 2020, 577~598.
- 김은하, “빅데이터 정보시스템 활용 현황과 과제: 복지 사각지대 발굴 시스템을 중심으로,” 『보건복지포럼』 제313권, 2022, 24~34.
- 김정현·한은희, “노인복지 사각지대 발굴 가능성 향상을 위한 탐색적 연구: 복지사각지대발굴관리시스템 개선방안을 중심으로,” 『노인복지연구』 제76권 제3호, 2021, 65~90.
- 박성준, “읍면동 주민제도 마을 복지계획 수립과 개선 방안,” 『한국자치행정학보』 제35권 제3호, 2021, 1~25.
- 박승희, “사회복지에서 공공성 쟁점 검토,” 『한국행정학보』 제55권 제4호, 2021, 39~63.
- 성은미, “경기도 찾아가는 보건복지 서비스 성과 영향요인 분석,” 『Society and Welfare』 제2권, 2020, 69~90.
- 엄재성·정지운·임병인, “사회보장정보시스템의 복지급여 부정수급 차단 원리와 개선방안,” 『한국경제연구』 제39권 제4호, 2021, 107~136.
- 윤동호, “사회복지서비스 전달체계와 사회적 자본이 만족에 미치는 영향 공급자와 수급자 중심으로,” 『2019년도 추계 (사)한국지역개발학회·한국행정연구원 공동 국제학술대회 자료집』, 한국지역개발학회, 한국행정연구원, 2019.
- 이영글·박성준·함영진, “주민이 참여하는 인적 안전망이 복지 사각지대 해소에 미치는 영향,” 『Social Welfare Policy』 제48권 제1호, 2021, 97~121.
- 최정은·김윤영, “복지 사각지대 발굴관리시스템과 기초자치단체 지원체계 개선 방안 연구,” 『한국케어매니지먼트연구』 제45권, 2022, 157~185.
- 함영진·강혜규·하태정·이석환·성은미·유태균 외, 『찾아가는 읍면동 복지센터 정책 성과평가 및 개선방안 연구』, 보건복지부 한국보건사회연구원, 2017.
- 행정안전부, 『지방자치단체 예산편성 운영기준 및 기금운용계획 수립기준』, 행정안전부, 2011.

- 행정안전부·보건복지부, 『읍면동 찾아가는 보건복지 서비스 매뉴얼』, 행정안전부, 보건복지부, 2021.
- Barr, A. and S. Turner, “A Letter and Encouragement: Does Information Increase Postsecondary Enrollment of UI Recipients?,” *American Economic Journal: Economic Policy*, Vol. 10, No. 3, 2018, 42~68.
- Bettinger, E. P., B. T. Long, P. Oreopoulos, and L. Sanbonmatsu, “The Role of Application Assistance and Information in College Decisions: Results from the H&R Block FAFSA Experiment,” *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 127, No. 3, 2012, 1205~1242.
- Bhargava, S. and D. Manoli, “Psychological Frictions and the Incomplete Take-up of Social Benefits: Evidence from an IRS Field Experiment,” *American Economic Review*, Vol. 105, No. 11, 2015, 3489~3529.
- Chetty, R., J. N. Friedman, and E. Saez, “Using Differences in Knowledge Across Neighborhoods to Uncover the Impacts of the EITC on Earnings,” *American Economic Review*, Vol. 103, No. 7, 2013, 2683~2721.
- Clarke, D. and K. T. Schythe, “Implementing the Panel Event Study,” *IZA Institute of Labor Economics*, 2020.
- Currie, J., “The take up of social bebefits,” *NBER Working Papar Series*, 10488, 2004.
- Finkelstein, A. and M. J. Notowidigdo, “Take-up and Targeting: Experimental Evidence from SNAP,” *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 134, No. 3, 2019, 1505~1556.
- Mani, A., S. Mullainathan, E. Shafir, and J. Zhao, “Poverty Impedes Cognitive Function,” *Science*, Vol. 341, No. 6149, 2013, 976~980.
- Matikka, T. and T. Paukkeri, “Does Sending Letters Increase the Take-up of Social Benefits? Evidence from a New Benefit Program,” *Empirical Economics*, 2022.
- Matsubayashi, T., K. Sekijima, and M. Ueda, “Government Spending, Recession, and Suicide: Evidence from Japan,” *BMC Public Health*, Vol. 20, No. 243, 2020.
- Van Gestel, R., T. Goedeme, J. Janssens, E. Lefevere, and R. Lemkens, “Improving Take-up by Reaching Out to Potential Beneficiaries,

Insights from a Large-scale Field Experiment in Belgium,” *Journal of Social Policy*, 2022, 1~21.

[Abstract]

The Effect of the Home Visiting Welfare Service on the Take-up and the Targeting of the Welfare Recipients: Evidence from South Korea

Min-Young Hwang*

This study examines the effect of the home visiting welfare service on the take-up and the targeting of the welfare recipients. Using data from 227 Korean municipalities, we find that the adoption of home visiting welfare service significantly increased the number of welfare recipients (take-up). We also find that the adoption of home visiting welfare service significantly increased the number of older welfare recipients and the number of recipients without working ability (targeting). Our findings suggest that the two main features of the home visiting welfare service — visit intervention and using integrated data to find potential recipients — explain the positive effect of the service on the take-up and the targeting of the welfare recipients.

Keywords: take-up of potential recipients, targeting recipients, the welfare delivery system, the home visiting welfare service, public intervention, social security informational service

JEL Classification: H4, H7, I3

* Researcher, Division of Economic Research, Seoul Institute, Tel: +82-2-2149-1279, E-mail: hminyoung@si.re.kr