

보건복지 중기 정책과제

김미곤 · 강신욱 · 강혜규 · 고경환 · 김대중 · 김동진 · 김미숙 · 김성희 · 김승권
· 김진수 · 김태완 · 김혜련 · 노대명 · 박수지 · 박종서 · 신윤정 · 신현웅 ·
신호성 · 신화연 · 오영희 · 원종욱 · 유근춘 · 윤강재 · 윤석명 · 이삼식 · 이상립
· 이상영 · 이윤경 · 이철선 · 장영식 · 정경희 · 정기혜 · 정영철 · 정영호 ·
정진욱 · 정홍원 · 최은진 · 최정수 · 최현수 · 황나미 · 이미화 · 나백주 · 변경희
· 이강현 · 이준혁 · 홍성대 · 고숙자 · 이지혜 · 주영선

보 건 복 지 부
한국보건사회연구원



제출문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 귀 부와 용역계약(2012. 07. 03)한 「보건복지 분야 중기 주요 정책 과제」의 최종보고서로 제출합니다.

2012년 11월
한국보건사회연구원장
최 병 호

제1장 보건복지 환경 및 미래 트렌드	1
제1절 보건복지 환경	1
제2절 보건복지 위상평가와 정책방향	10
제3절 미래 트렌드와 정책과제	19
제4절 보건복지 중기 목표	20
제2장 분야별 중기 정책과제: 보건의료분야	25
제1절 보건의료 발전목표	25
제2절 주요 정책과제	28
1. 건강보험의 안정적 재원확보방안	28
2. 건강보험 보장성 강화 및 운영체계 개선	35
3. 건강보험 지불체계의 효율적 개편	41
4. 국민건강보험 및 민간의료보험간의 합리적 관계 설정	50
5. 미래형 만성질환 관리체계 구축	55
6. 연속적 노인케어 체계 구축	62
7. 생애말기 케어	71
8. 공공보건의료체계 강화	78
9. 응급의료 체계 개선	85
10. 음식점 위생등급평가 제도 확산	92
11. 소비자 안전 위주의 식품안전관리체계 구축	98
12. 소아 및 분만지원 의료체계 개선	101
13. 기후변화대응체계 구축	109
14. 건강친화적 재정정책 추진	115
15. 자살, 중독 등 정신건강관리체계 개선	121
16. 건강영향평가제도 도입	126
17. 지역중심의 통합건강관리체계 구축	134
18. 글로벌 헬스케어 활성화	147

19. HT 혁신적 R&D 추진체계 구축	154
20. 신수종 BT, HT 산업지원체계 구축	159
21. 한의약 신한류 육성 지원	165
22. 혁신형 한의약 선도기술 개발	173
23. 의(醫)-한의(韓醫) 통합의료 활성화	177

제3장 분야별 중기 정책과제: 사회복지분야

제1절 사회복지 발전목표	187
제2절 사회복지 주요 정책과제	189
1. 현물 및 서비스급여 확대	189
2. 긴급복지제도 확대	195
3. 부양의무자 기준 완화를 통한 기초보장 사각지대 축소	201
4. 국민기초생활보장제도 욕구별 급여 시행	209
5. 재산의 소득환산제 현실화를 통한 기초보장 사각지대 축소	213
6. 주거·복지 통합 및 연계 강화 방안	220
7. 의료급여 혁신방안	226
8. 상대빈곤선 도입	232
9. 빈곤대책에 대한 패러다임 전환	239
10. 자활사업·고용정책 간 연계 확대	248
11. 희망키움통장 확대 등 탈수급 유인 강화	254
12. 장애인 자립지원 내실화	259
13. 다층적 장애인 소득보장체계 확립	265
14. 장애인 직업재활지원 및 일자리 확대	280
15. 이혼·자살 예방 및 지원	289
16. 위기가족 지원체계 구축 및 지원 확대	295
17. 사회서비스 품질관리 체계화	300
18. ‘건강한사회서비스 공급주체로서 사회적기업의 육성 방안	307
19. 사회서비스 종사자 처우 개선	315

제4장 분야별 중기 정책과제: 저출산·고령분야	325
제1절 저출산·고령화 발전목표	325
제2절 저출산·고령화분야 주요 정책과제	326
1. 복지 확충을 위한 새로운 재원 마련(부모보험제도 도입)	326
2. 결혼·출산 지원 확대	338
3. 공공형 어린이집 확충	356
4. 자녀 양육 경제적 지원 체계 개편	362
5. 아동에 대한 보편적 소득보전제도 도입	368
6. 아동돌봄 인프라 확충	373
7. 치매 진료비 지원 확대	380
8. 건강 노인 만들기	386
9. 노인장기요양 대상자 확대	391
10. 노인장기요양 적정 인프라 공급 체계 구축	397
11. 노후 사회참여 확대를 위한 기반조성	402
12. 노후 여가복지 인프라 체계 개편	407
13. 노인일자리 사업 수행기관 인프라 확대 및 내실화	412
14. 안전사회만들기(고령친화적 지역사회만들기)	417
15. 생애후반기 설계 지원강화	426
16. 노후준비 통합정보 제공 기반 구축	432
17. 국민연금의 사각지대 해소방안	437
18. 기초노령연금 개선방안	445
19. 효과적인 다층소득보장체계 구축방안	452
20. 점진적 퇴직 활성화 방안	457
21. 근로유인형 연금급여제도 개선 및 가입제도 개선	462

제5장 분야별 중기 정책과제: 보건복지행정·재정분야	477
제1절 보건복지행정·재정 발전목표	477
제2절 보건복지행정·재정 주요 정책과제	479
1. 지역중심의 통합적 서비스 전달체계 구축	479
2. 범부처 복지사업·정책의 any-stop 정보 제공·안내 강화	487
3. 사회정책의 총괄·조정 기능 강화	493
4. 상시적 사후관리체계 구축	509
5. 근거기반 정책 추진을 위한 통계생산 및 관리체계 정비	516
6. 복지자원배분의 우선순위 방안	521
7. 국가-지자체간 복지재정 분담 및 운영방식 개선	528
8. 중장기 사회보장 재정추계	534
9. 사회복지통합관리망 범정부 적용 확대 및 운영 효율화	539
10. 복지확충을 위한 재원 마련 방안	547

표 목차

〈표 1-1-1〉 경제성장률, 고용탄력성 추이	8
〈표 1-1-2〉 임금근로자의 근로형태별 규모 추이	9
〈표 1-1-3〉 저임금근로자 비율 국제비교	9
〈표 1-2-1〉 종합복지지수	11
〈표 1-2-2〉 공적이전소득의 불평등 개선효과	13
〈표 1-2-3〉 복지분야 정책 선호 순위	13
〈표 1-2-4〉 공공사회복지지출 확대 정책	14
〈표 1-2-5〉 희망하는 복지프로그램	15
〈표 1-2-6〉 복지서비스 제공 대상	15
〈표 1-2-7〉 복지서비스 제공의 우선대상 집단	16
〈표 2-1-1〉 건강보험 재정추이와 국고지원 현황	29
〈표 2-1-2〉 과거 건강보험료율	29
〈표 2-1-3〉 건강보험료 추정	30
〈표 2-1-4〉 건강보험 재정의 보험료와 국고 비중 추정	30
〈표 2-1-5〉 2012~2030년 수입 및 지출현황 추계결과	31
〈표 2-1-6〉 프랑스 사회보장분담금(CSG)의 효율	32
〈표 2-1-7〉 건강보험 재정안정을 위한 목표설정	33
〈표 2-2-1〉 연도별 건강보험 보장률	35
〈표 2-2-2〉 중증질환 산정특례제도와 본인부담제도 현황	36
〈표 2-2-3〉 본인부담상한제 현황	36
〈표 2-2-4〉 건강보험 체납보험료 현황	37
〈표 2-2-5〉 비급여 증가율	37
〈표 2-2-6〉 각국의 급여결정기준	38
〈표 2-2-7〉 보장성 강화 접근 방식	39
〈표 2-3-1〉 우리나라 건강보험 지불제도 현황 개요	41

〈표 2-3-2〉 연도별 수가, 소비자 물가, 건강보험 급여비 변동 추이	43
〈표 2-3-3〉 진료비 지불단위와 공급자의 위험 공유 정도	43
〈표 2-3-4〉 지불보상제도 개편(안)	46
〈표 2-4-1〉 국민건강보험과 민간의료보험 간의 합리적 관계 설정 목표	52
〈표 2-5-1〉 2017년 만성질환 관리로 인한 목표	58
〈표 2-7-1〉 사망자 수 추이 및 전망	71
〈표 2-7-2〉 주요국의 생애 말기의 삶의 질 순위	72
〈표 2-7-3〉 우리나라의 진통제(몰핀 및 몰핀대체품) 이용가능성 순위	74
〈표 2-9-1〉 2017년 응급의료 서비스 개선 정책 목표	87
〈표 2-10-1〉 연도별 음식점 위생등급 평가 사업 추진 현황	93
〈표 2-10-2〉 덴마크 스마일리 표시 내용	95
〈표 2-10-3〉 일본의 표준영업약관제도의 기본사항	95
〈표 2-11-1〉 세계 각국의 식품안전관리체계	99
〈표 2-12-1〉 출산순위별 평균 출산연령, 1993~2010	101
〈표 2-12-2〉 출산연령의 국제비교, 2008	103
〈표 2-12-3〉 지역별 저출생체중아 발생 대비 신생아집중치료서비스 자원 공급 현황	104
〈표 2-12-4〉 정책목표(소아 및 분만지원 의료체계 개선)	107
〈표 2-13-1〉 기후변화 적응 중점추진과제	110
〈표 2-15-1〉 OECD 국가 자살률 비교	121
〈표 2-15-2〉 연령대별 사망원인	122
〈표 2-15-3〉 주요 중독자 현황 및 사회적 비용(추정)	123
〈표 2-15-4〉 2017년 자살 중독자	124
〈표 2-16-1〉 우리나라의 영향평가제도	126
〈표 2-16-2〉 사회경제적 건강결정요인	128
〈표 2-16-3〉 국가별 건강영향평가의 제도 비교	129
〈표 2-16-4〉 정부합동평가 대상시책 사례(2010년)	130
〈표 2-16-5〉 건강영향평가제도화 실시기관 증대	131
〈표 2-17-1〉 2017년까지 보건소 기능개선 및 지역건강관리체계 구축 및 성과평가	138

〈표 2-18-1〉 국내외 산업규모	147
〈표 2-18-2〉 연도별 HT 산업 무역수지 현황	148
〈표 2-18-3〉 건강관련 여행수지 추이	149
〈표 2-18-4〉 글로벌 헬스케어 활성화를 위한 정책목표	151
〈표 2-19-1〉 HT R&D 투자규모	154
〈표 2-19-2〉 보건복지부 R&D 예산 변화 추이	154
〈표 2-19-3〉 보건복지부 R&D 기관별 예산	155
〈표 2-19-4〉 HT 혁신적 R&D 추진체계 구축을 위한 정책목표	157
〈표 2-20-1〉 제약산업 분야별 중장기 인력 수요	162
〈표 2-20-2〉 신수종 BT&HT 산업지원체계 구축	162
〈표 2-22-1〉 혁신형 한의약선도기술개발사업 2017년 성과목표	175
〈표 2-23-1〉 전통의학에 대한 수용 유형	180
〈표 3-1-1〉 2006-2010년간 소득분위별 실질시장소득 증가율	189
〈표 3-1-2〉 2000-2010년간 도시근로자 가구의 실질소득 평균 증가율	190
〈표 3-1-3〉 주요 소비항목의 가처분소득 대비 비중 변화	190
〈표 3-1-4〉 소득구간별 급여 분포	191
〈표 3-1-5〉 소득구간별 복지급여 예산의 집중도 변화 계획(안)	192
〈표 3-2-1〉 긴급복지지원제도의 지원가구 및 지원금액의 추이와 현황	196
〈표 3-2-2〉 2010년 긴급복지지원의 내용별 현황	196
〈표 3-3-1〉 2017년 부양의무자 기준으로 인한 사각지대의 규모	206
〈표 3-4-1〉 빈곤층의 사각지대의 규모	210
〈표 3-5-1〉 2017년 재산의 소득환산율로 인한 사각지대 규모	218
〈표 3-6-1〉 지역별 거주 유형별 주거취약계층 인구 규모	220
〈표 3-6-2〉 지역별 주거빈곤가구 분포	221
〈표 3-6-3〉 주거취약계층해소 및 주거빈곤층 완화	223
〈표 3-7-1〉 의료급여 수급권자 및 건강보험 소득 하위 10% 의료이용량 비교	227
〈표 3-7-2〉 의료급여 재정안정방안에 대한 목표설정	229

〈표 3-8-1〉	최저생계비의 상대적 비율-평균·중위소득 및 평균·중위가계지출 ...	234
〈표 3-9-1〉	기존제도 확대와 노동장려형 공공부조의 비교	245
〈표 3-10-1〉	자활사업 참여자 추이와 현황	249
〈표 3-10-2〉	취업성공패키지 및 희망리본프로젝트 사업 참여자 수 추이	249
〈표 3-12-1〉	장애인활동지원서비스 대상자 수 및 지원액	260
〈표 3-12-2〉	외국의 활동보조서비스 신청자격(지원 대상)	261
〈표 3-12-3〉	2017년 장애인 활동지원 대상자수	262
〈표 3-15-1〉	이혼종류별 구성비	290
〈표 3-15-2〉	미성년자녀 유무별 이혼건수	290
〈표 3-15-3〉	이혼사유별 이혼구성비	291
〈표 3-15-4〉	이혼건수와 아동청소년 및 노인 자살 수	292
〈표 3-16-1〉	한국의 위기가족 추정	295
〈표 3-16-2〉	개별 위agy요인별 위기가족 수	296
〈표 3-16-3〉	위기가족 수	297
〈표 3-17-1〉	사회서비스 부문 품질평가 체계화	302
〈표 3-17-2〉	품질관리기구 설치 방안	304
〈표 3-17-3〉	품질관리의 업무 영역	305
〈표 3-18-1〉	인증 사회적 기업의 유형별 숫자와 분포(2011.12)	309
〈표 3-18-2〉	인증 사회적 기업의 활동 분야별 현황(2011.12)	309
〈표 3-18-3〉	사회서비스 수혜자 현황	310
〈표 3-19-1〉	공공 부문 돌봄 서비스 노동시장 현황	315
〈표 3-19-2〉	공공 부문 돌봄 서비스 노동시장 현황	316
〈표 3-19-3〉	공공 부문 돌봄 서비스 종사자의 4대 보험 가입률	316
〈표 3-19-4〉	신변 안전에 대한 위협 경험정도	317
〈표 4-1-1〉	출산전후휴가 및 육아휴직 이용 현황, 2001~2011	328
〈표 4-1-2〉	출산전후휴가 및 육아휴직 급여액 현황	331
〈표 4-1-3〉	캐나다 퀘백주의 부모보험	334

〈표 4-2-1〉	성별 혼인형태별 초혼연령의 증가 추계	339
〈표 4-2-2〉	보금자리주택 신혼부부 특별공급 목표	341
〈표 4-2-3〉	보금자리주택 신혼부부 주택 공급 실적 및 청약률(2009.9)	341
〈표 4-2-4〉	2017년 결혼비용 특별공제 대상자 및 공제 금액	346
〈표 4-2-5〉	출산축하금 수혜조건으로서 소득수준 기준, 2009.1~6월	350
〈표 4-2-6〉	1인당 출산축하금 평균지원액, 2005~2009.6	350
〈표 4-2-7〉	출산축하금의 지급 방식, 2009. 1~6월	350
〈표 4-2-8〉	향후 5년간 출산수당 지원액	354
〈표 4-4-1〉	2017년 자녀 양육 경제적 지원 확대 안	365
〈표 4-5-1〉	스웨덴의 아동수별 아동수당(2010)	369
〈표 4-5-2〉	2017년 부양의무자 기준으로 인한 탈락 가구수 및 인구수	370
〈표 4-5-3〉	OECD 국가의 아동수당 규모	371
〈표 4-6-1〉	방과후 서비스 현황	373
〈표 4-6-2〉	방과후 아동보호 현황 및 사각지대	374
〈표 4-6-3〉	2017년 방과후 방임아동수	376
〈표 4-7-1〉	65세 이상 노인의 치매 유병률 및 치매노인수 추계	380
〈표 4-7-2〉	2010년 노인성 질환별 의료이용량	381
〈표 4-7-3〉	국가 치매 부담 추계	381
〈표 4-7-4〉	치매치료·관리비 지원 노인수	383
〈표 4-8-1〉	2010년 우리나라 10대 사망원인	386
〈표 4-8-2〉	연도별 65세 이상 노인 진료비 현황	386
〈표 4-8-3〉	2017년 노인 운동교실 수	389
〈표 4-9-1〉	노인장기요양 등급인정 현황	391
〈표 4-9-2〉	노인인구의 장래인구추계	393
〈표 4-9-3〉	한국의 장기요양보험 재정전망	393
〈표 4-9-4〉	독일, 일본, 한국의 장기요양보험 수혜자 비율 추이	394
〈표 4-9-5〉	2017년 노인장기요양보험 대상자 확대 목표	394
〈표 4-9-6〉	3등급 인정기준 하한선 완화에 따른 수혜자 예상 추이	395

〈표 4-9-7〉	등급 하한선 기준 변경	395
〈표 4-10-1〉	노인장기요양현황	397
〈표 4-10-2〉	국가별 장기요양기관의 설립·운영주체별 현황 비교	399
〈표 4-10-3〉	적정 인프라 공급을 위한 정책목표	399
〈표 4-11-1〉	각 연도별, 연령대별 자원봉사 참여율	402
〈표 4-11-2〉	보건복지부 내 노인자원봉사 지원 사업 현황	403
〈표 4-11-3〉	노인자원봉사 참여 목표 확대	405
〈표 4-12-1〉	지역별 노인여가복지시설 현황	408
〈표 4-12-2〉	노인여가복지 인프라 확대	410
〈표 4-13-1〉	노인일자리 사업 참여자 1인 예산 지원 기준	413
〈표 4-13-2〉	노인일자리사업 수행기관 현황	414
〈표 4-13-3〉	노인일자리사업의 시장참여형 확대	415
〈표 4-14-1〉	향후 5년간 독거노인 수 예측 추이	418
〈표 4-14-2〉	독거노인지원 서비스 내용	420
〈표 4-14-3〉	노인돌봄종합서비스의 대상자 및 예산 변화 추이	420
〈표 4-14-4〉	노인의 생활상의 안전 현황	421
〈표 4-14-5〉	정부지원 안부확인 서비스 제공 노인 규모	422
〈표 4-15-1〉	국민연금공단 행복노후설계센터의 서비스 제공 실적	426
〈표 4-15-2〉	노후설계 서비스 이용자 확대	428
〈표 4-16-1〉	연령별 노후준비도	433
〈표 4-18-1〉	기초노령연금의 급여수준: 단독가구 기준	445
〈표 4-18-2〉	기초노령연금 수급자수 및 소요재원 전망	446
〈표 4-18-3〉	2017년까지의 기초노령연금제도 정책목표(안)	448
〈표 4-19-1〉	국민연금 재정전망	455
〈표 5-1-1〉	복지급여의 욕구범주별 현황	480
〈표 5-1-2〉	보건소 방문건강관리 사업의 취약계층 포함범위	481
〈표 5-1-3〉	지역중심의 통합적 서비스 전달체계 구축	482

〈표 5-2-1〉 부처별 주요 복지사업 및 복지관련 정보시스템 현황	487
〈표 5-2-2〉 국가복지서비스 통합정보 및 서비스 제공에 대한 정책목표	490
〈표 5-3-1〉 사회복지사업 및 사회복지서비스사업의 담당 중앙행정기관 현황	496
〈표 5-5-1〉 사회보장통계의 체계적인 생산체계 추구 및 생산	518
〈표 5-6-1〉 우리나라의 복지지출 세부 영역별 지출수준과 구성비중: 2010년 ..	521
〈표 5-6-2〉 소득 2만불대 공공사회복지지출의 정책영역별 지출수준 비교	522
〈표 5-6-3〉 공공사회복지지출 투자선호 순위: 전문가 의견조사 결과	523
〈표 5-6-4〉 공공사회복지지출의 소득대별 정책영역 지출수준 비교: OECD 평균	525
〈표 5-6-5〉 공공사회복지지출 수준과 정책영역별 구성비중의 목표	526
〈표 5-6-6〉 한국의 2017년(소득 3만불대) 적정 복지지출 구조 제안	526
〈표 5-7-1〉 중앙정부와 지방정부의 예산 규모 비교	528
〈표 5-7-2〉 지방세입의 구성 비율	528
〈표 5-7-3〉 보건복지부 국고보조사업 재원현황	529
〈표 5-7-4〉 지방정부 유형별 재정자립도: 2012년	530
〈표 5-7-5〉 기초자치단체 대상 영유아보육료지원 기준 보조율	531
〈표 5-8-1〉 연도별 추진계획(재정추계)	537
〈표 5-9-1〉 사회복지통합관리망 공적자료 연계현황	539

그림 목차

[그림 1-1-1]	경제성장률 추이 및 전망(1985~2040)	1
[그림 1-1-2]	우리나라의 부문별 저출률(1980~2010)	2
[그림 1-1-3]	보건복지예산(일반회계) 추이(2002~2011)	3
[그림 1-1-4]	국가채무와 국민, 조세부담률 추이(1991~2010)	3
[그림 1-1-5]	노인인구비율 및 합계출산율 국제비교(2010, 2050)	4
[그림 1-1-6]	인구구조에 따른 부양율 변화추이(1970~2050)	5
[그림 1-1-7]	한국의 베이비붐 세대 추이(2010년 기준)	5
[그림 1-1-8]	지니계수(2인 이상 도시가구 기준, 1990~2010)	6
[그림 1-1-9]	소득계층별 비중 추이(1990~2010, 가처분소득 기준)	7
[그림 1-1-10]	연도별 적자가구 비율 추이	7
[그림 1-1-11]	연도별 일자리 수요 및 공급	8
[그림 1-1-12]	정규직 대비 비정규직의 시간당 임금총액 수준(2008~2010)	10
[그림 1-2-1]	우리나라의 종합결과	12
[그림 1-2-2]	새로운 보건복지 비전 및 실천전략	17
[그림 2-3-1]	덴마크 주치의제도 총진료비 구성	47
[그림 2-5-1]	OECD 각국의 조절되지 않는 당뇨입원율과 당뇨유병률, 2009	56
[그림 2-6-1]	노인진료비 및 노인1인당 월평균 진료비 추이: 2002~2011	63
[그림 2-6-2]	생애전환기 건강진단 체계: 66세 노인대상	64
[그림 2-6-3]	노인 케어체계 구축을 위한 연속적 서비스	69
[그림 2-12-1]	조산아 발생률, 2000~2010	102
[그림 2-12-2]	저출생체중아 발생률, 2000~2010	102
[그림 2-12-3]	신생아집중치료실 저출생체중아 생존율의 국제 비교	102
[그림 2-12-4]	신생아중환자실 운영 의료기관수 및 병상수, 2005 vs 2010 ·	104
[그림 2-17-1]	미국의 통합의료 만성질환관리모형(Chronic care model) ...	137
[그림 2-17-2]	지역단위 통합건강관리 모형(안)	139

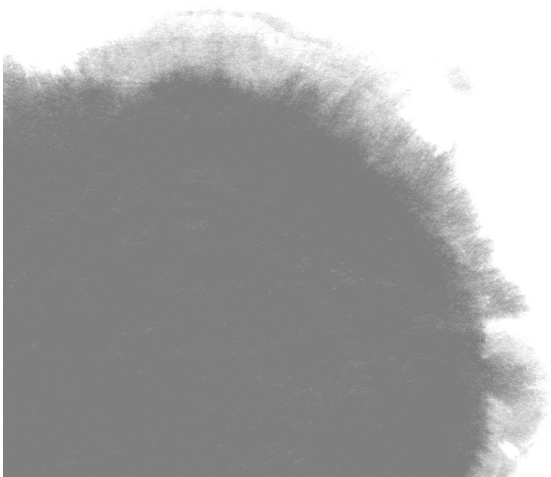
[그림 2-17-3] 인구집단 중심 통합건강관리시스템의 범위(안)	141
[그림 2-18-1] 국내의료기관의 해외진출 추세	149
[그림 3-1-1] 저소득층 분포(2010년 기준)	203
[그림 3-7-1] 의료이용의 지출 합리화 방안	229
[그림 3-9-1] 노동장려형 현금급여와 근로장려세제 연계 모형(2005년 기준) ..	243
[그림 3-9-2] 현행 제도에 미국의 근로장려세제를 연계 모형(2005년 기준) ...	244
[그림 3-13-1] 미국의 장애인 소득보장체계	271
[그림 3-13-2] 캐나다의 장애보장과 노령보장 체계 비교	273
[그림 3-13-3] 일본의 장애인 소득보장제도	275
[그림 3-13-4] 독일의 공적 장애인 소득보장체계	277
[그림 3-15-1] 이혼건수 및 조이혼율의 변화추이: 1998~2011	289
[그림 3-15-2] 아동·청소년 및 노인 자살률의 변동추이: 1998~2010	291
[그림 4-1-1] 가임기여성(15~49세) 경제활동참가율 추이, 1995~2010	327
[그림 4-1-2] 산전후휴가 사각지대(2011년 기준)	329
[그림 4-1-3] 육아휴직 사각지대(2011년 기준)	330
[그림 4-2-1] 성별 미혼자 비율 증가 추이(2000~2010)	338
[그림 4-2-2] OECD 국가의 GDP대비 가족지출 비율, 2008	353
[그림 4-9-1] 장기요양욕구 대응 서비스 제공 체계	392
[그림 4-10-1] 입소시설의 소요 추정	397
[그림 4-13-1] 노인일자리 창출 및 제공 건수	412
[그림 4-14-1] 노인의 가구형태의 변화(1994~2011)	417
[그림 4-16-1] 노후설계를 하지 못하는 이유	434
[그림 4-19-1] 우리나라의 다층노후소득보장체계	452
[그림 4-19-2] 국민연금제도의 부양비	454
[그림 4-20-1] 고용보험 및 국민연금과 연계한 이원형 점진적 퇴직제도 모형 ..	460
[그림 4-21-1] 국민연금 수급개시 연령인상에 따른 은퇴시기와 연금수급시점간 차	464

[그림 5-2-1]	사회보장정보시스템(범정부) 모형도	489
[그림 5-3-1]	사회복지재정 및 지출의 연도별 추이	494
[그림 5-3-2]	사회보장위원회 조직단위별 역할/기능의 설정	506
[그림 5-6-1]	소득 2만불대 공공사회복지지출의 정책영역별 수준 비교	523
[그림 5-6-2]	공공사회복지지출의 소득 2, 3만불대별 정책영역 지출 수준 비교 ...	525
[그림 5-7-1]	재정자립도와 사회복지예산 비율: 2011년	530

1장

KI
H
S
A

보건복지 환경 및 미래 트렌드



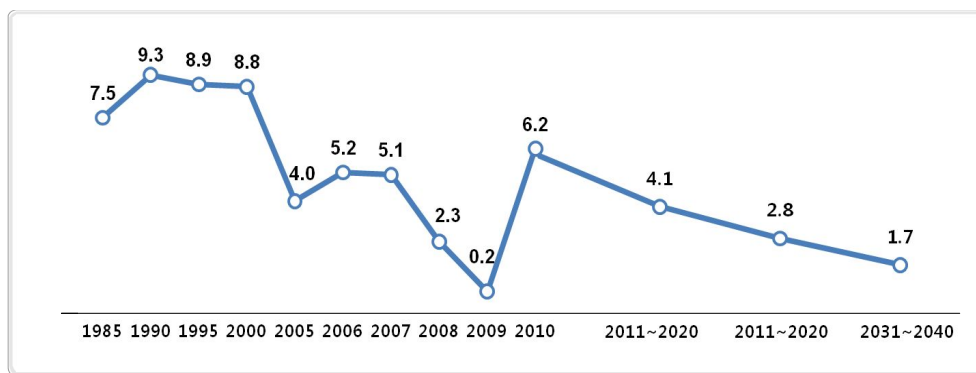
제1장 보건복지 환경 및 미래 트렌드

제1 절 보건복지 환경

1. 경제여건 변화

- 저출산·고령화로 인한 인구구조의 변화는 잠재성장률 저하 및 재정여건 악화, 교육·주택·금융 등 수요에 큰 변화를 가져올 전망
- 재정의 지속가능성 확보의 가장 큰 부담요인으로 작용하여 고용 및 성장기반의 악화 소지 가능성 존재
- 한국의 경제성장률은 2010년대 연평균 4.1%, 2020년대 2.8%, 2030년대 1.7%로 지속 하락

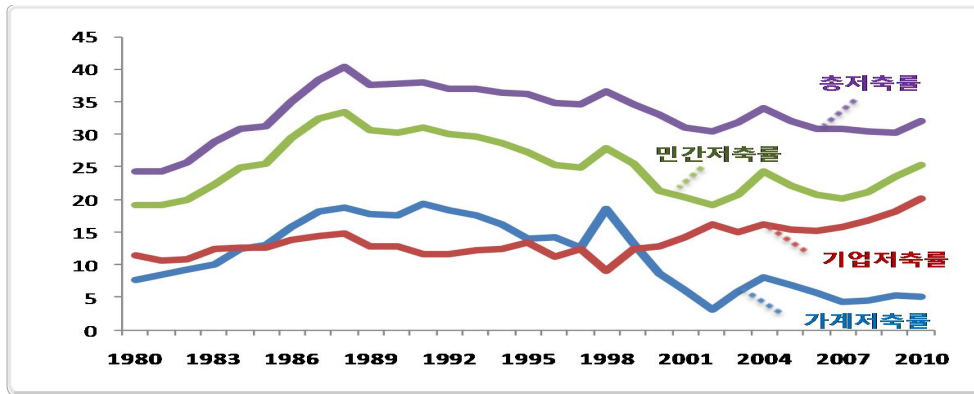
[그림 1-1-1] 경제성장률 추이 및 전망(1985~2040)



자료: 한국은행 경제통계시스템, KDI, 「미래비전 2040」, 2010

- 우리나라의 가계저축률은 외환위기를 거치면서 1998년 20%대 초반에서 2000년 이후 한 자릿수대로 급락

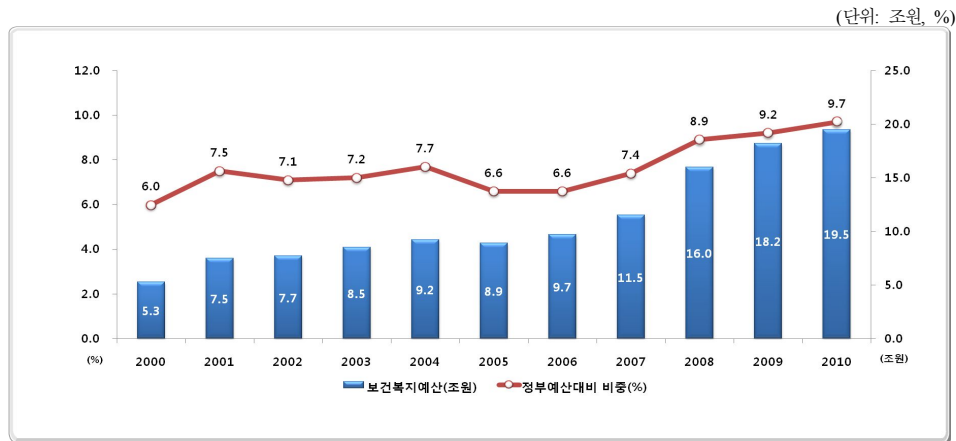
[그림 1-1-2] 우리나라의 부문별 저축률(1980~2010)



자료: 한국은행 경제통계시스템

- 우리나라의 2009년 총사회복지지출 규모는 129조 6,660억원으로 1990년의 6조 510억원보다 21배 이상 증가
 - 2011년 복지예산은 전년대비 6.3% 증가한 86.4조원으로 역대 최고 수준
 - 한국의 국민부담률은 25.7%로 OECD 평균(36.8%)의 70% 수준이며, 영미형 국가 대비 83% 수준
 - 급속한 인구구조 변화로 현 제도 하에서 주요 복지재정 지출규모가 GDP 대비 8.5%(2004년)에서 22.4%(2050년)로 13.9%p 증가할 것으로 전망(한국조세연구원, 2009)
- 보건복지부 2011년도 재정규모는 33조 5,694억원으로 정부 전체 총지출에서 차지하는 비중이 역대 최고 수준(10.9%)이며, 보건복지예산은 지속적인 증가 추세

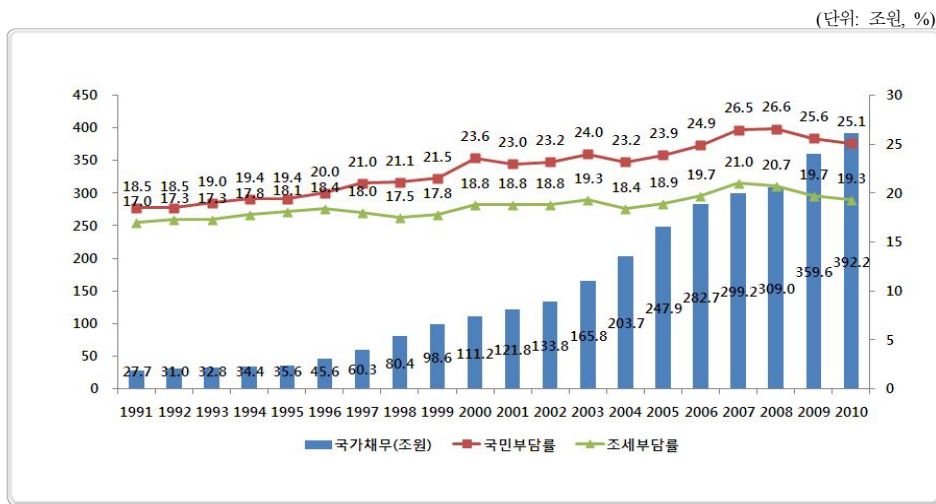
[그림 1-1-3] 보건복지예산(일반회계) 추이(2002~2011)



주: 보건복지부 소관 예산(일반회계) 기준임. 2005년 예산증가율 감소 원인은 67개 사업 지방이양 (0.7조원), 보육사업 여성부 이관(0.5조원)임

자료: 통계청, 「보건복지부 연도별 예산자료」

[그림 1-1-4] 국가채무와 국민, 조세부담률 추이(1991~2010)



자료: 기획재정부, e-나라지표

2. 인구구조 변화

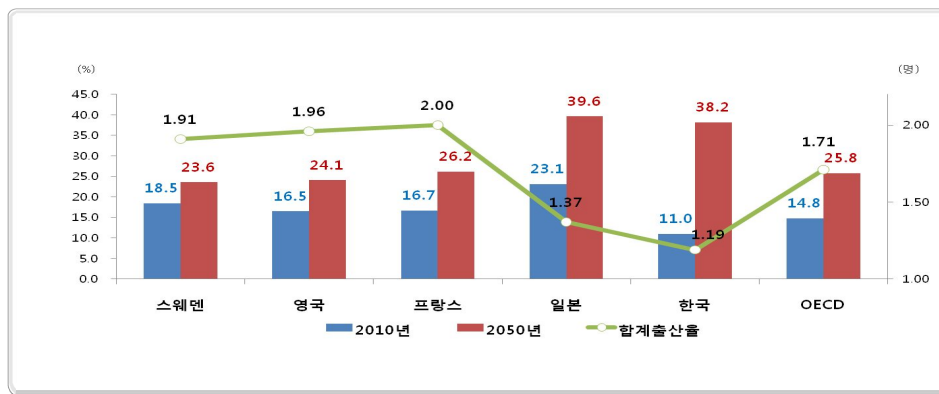
□ 인구구조의 고령화 현상을 OECD 국가와 비교할 때 현재는 상대적으로 낮은 수준

4 • 보건복지 중기 정책과제

이나, 2050년경에는 가장 심각한 상태로 변화될 것으로 전망

- 2010년 우리나라의 고령화율은 11.0%로 멕시코(5.9%), 터키(6.3%)에 이어 가장 낮은 수준임(OECD 평균 14.8%)
- 2050년이 되면, 우리나라의 고령화율은 38.2%로 급증하여 일본(39.6%) 다음으로 65세 노인인구비율이 가장 높은 수준(OECD 평균 25.8%)

[그림 1-1-5] 노인인구비율 및 합계출산율 국제비교(2010, 2050)

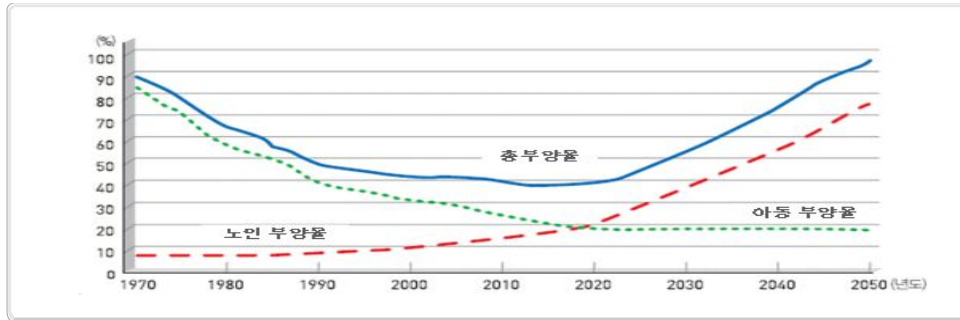


자료: OECD, 「OECD 2010 Factbook」

□ 인구감소에 따라 총 부양율이 2016년부터 본격적으로 증가하고, 노년부양비도 2010년 37.2%에서 2050년 72.0% 수준으로 급증

- 고령화는 국민연금, 건강보험, 장기요양보험, 아동 및 가족급여, 교육관련 지출 등에 변화를 초래하여 전체 공공지출규모에 영향을 미침

[그림 1-1-6] 인구구조에 따른 부양율 변화추이(1970~2050)

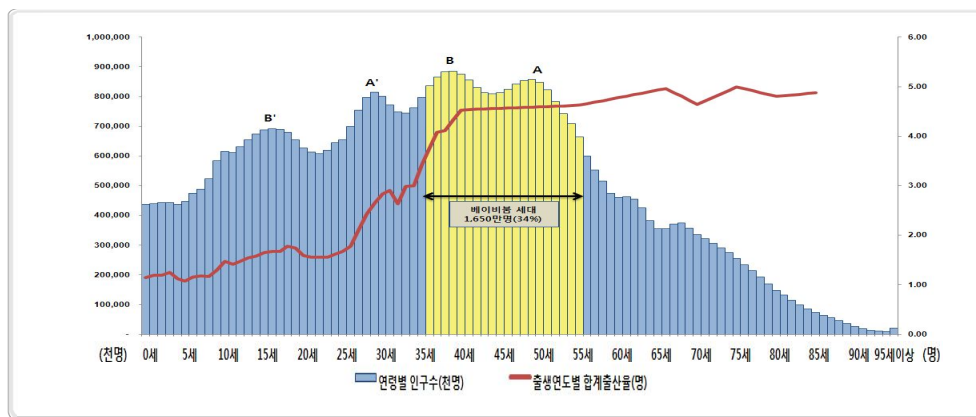


주: 1) 총부양율=생산가능인구 100명당 아동과 노인을 더한 인구의 비율 2) 노인부양율=생산가능인구 100명당 65세 이상 인구 비율
자료: 통계청, 「장래인구추계」

□ 총인구의 34%를 차지하는 베이비붐 세대(1955~1974년생)의 사회적 대이동

- 베이비붐 세대의 은퇴가 노동시장에 본격적으로 충격을 주는 시점은 2030년대 이후 2040년대임
 - 베이비붐 세대 은퇴 후에는 자녀세대, 여성·청년·중고령층에 산재한 비경제활동인구가 부분적으로 대체 가능
 - 그러나 베이비붐 세대가 완전히 은퇴하는 2040년 이후 저출산에 따른 인력감소 파급효과가 직접적으로 영향을 미침

[그림 1-1-7] 한국의 베이비붐 세대 추이(2010년 기준)

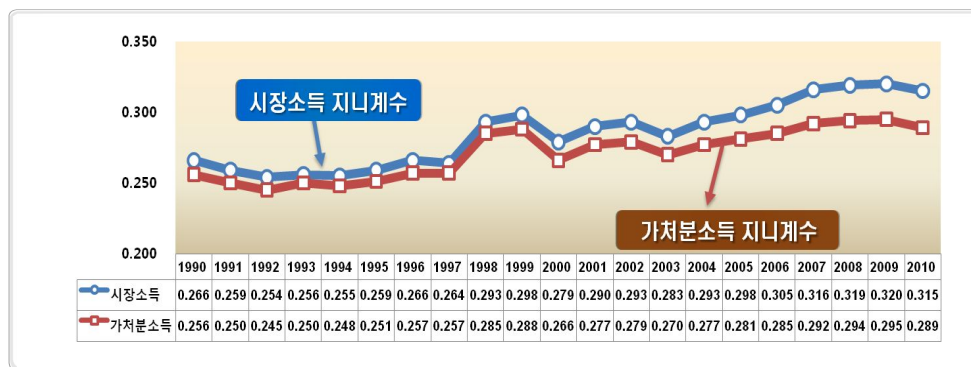


자료: 통계청, 「장래인구추계」

3. 사회환경 변화

- 무상급식, 무상의료, 무상보육, 반값 대학생 등록금, 반값아파트 등의 복지욕구 분출
 - 경제 성장에 따라 삶의 질 향상에 대한 국민의 욕구 및 기대 증가
 - 최근의 경제위기로 인한 청년실업 증가, 중산층 붕괴에 따른 빈부격차 증가, 고용상태의 불안정성 증가 등에 따른 위기감 확대가 복지에 대한 욕구를 증폭시킴
 - 저소득층에게 복지혜택이 집중되어 복지의 사각지대에 놓이는 취약계층 또는 중산층은 복지에 대한 불만 가중
- 최근의 복지에 대한 욕구 분출은 필요와 요구를 가진 모든 사회구성원에게 복지를 제공해야 한다는 ‘보편적 복지’와 더욱 취약한 계층을 중심으로 복지혜택이 주어져야 한다는 ‘선별적 복지’간의 논쟁으로 확대
- 분배구조 악화
 - 지니계수(도시가구)의 경우 IMF 경제위기 이후 전반적으로 2009년까지 증가하는 추세
 - － 다행히도 2010년은 감소하고 있으나 추이는 더 살펴보아야 함.

[그림 1-1-8] 지니계수(2인 이상 도시가구 기준, 1990~2010)

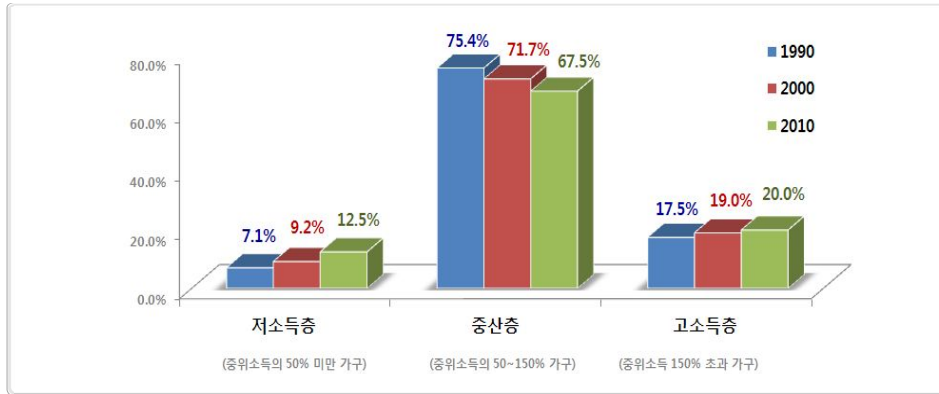


자료: 통계청, 「가계동향조사」.

□ 중산층 감소

- 중위소득의 50~150%에 해당하는 중산층 가구의 비중은 가처분소득 기준으로 1990년 75.4%에서 2009년 67.5%로 지속적으로 감소

[그림 1-1-9] 소득계층별 비중 추이 (1990~2010, 가처분소득 기준)

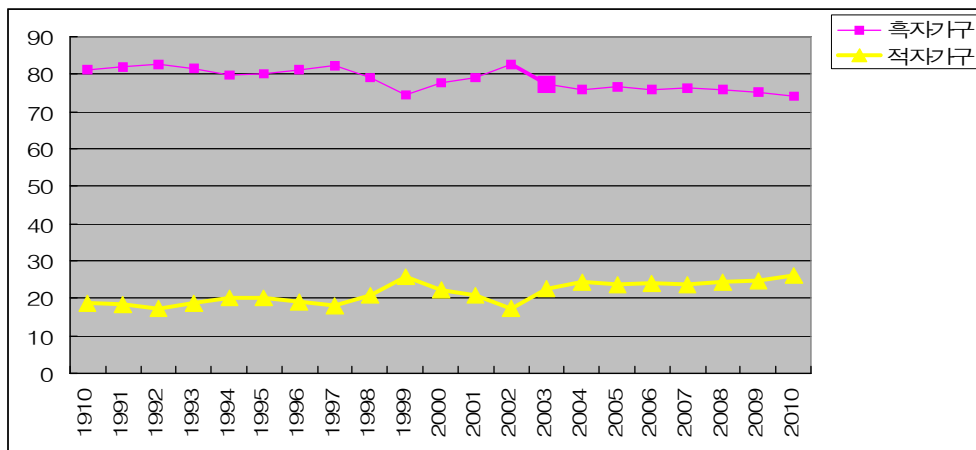


주: 1) '상대적 빈곤율'은 중위소득의 50%에 미달하는 가구의 비중, 가처분소득 기준 2) 소득계층 구분은 OECD 정의 활용
 자료: 통계청, 가계동향조사, 각 년도

□ 적자가구 비율 증가

- 도시 2인이상 근로자 가구의 적자가구 비율은 1990년 초 20% 미만이었으나, 2010년은 26%를 넘기고 있음

[그림 1-1-10] 연도별 적자가구 비율 추이



4. 노동시장 변화

□ 일자리 부족

- 우리나라의 경우 경제발전 단계상 잠재 성장률이 감소하는 단계에 진입. 여기에 더하여 1% 경제성장에 따른 고용 증가 또한 감소하고 있음

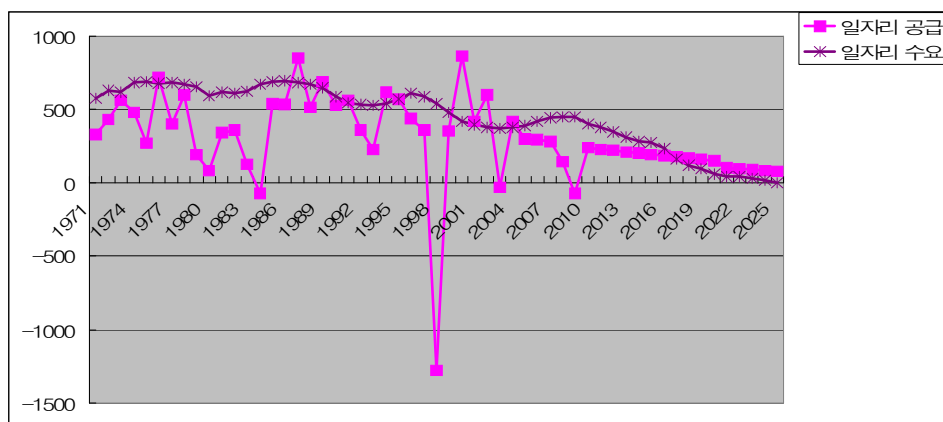
〈표 1-1-1〉 경제성장률·고용탄력성 추이

	경제성장률(%)	취업자증감률(%)	취업자증감(천명)	고용탄력성
1970-74	13.88	5.90	451.0	0.425
1975-79	14.89	5.18	477.8	0.348
1980-84	12.75	1.79	186.5	0.140
1985-89	14.52	5.46	647.5	0.376
1990-94	10.30	3.15	440.8	0.306
1995-99	5.78	-0.20	-30.8	-0.035
2000-04	6.21	2.16	350.3	0.348
2005-09	4.25	0.94	162.5	0.221

자료: 한국은행, 국민계정; 통계청, 경제활동인구조사

- 인구구조, 잠재성장률, 고용탄력성을 동시에 고려하면, 우리나라의 경우 과거 누적된 실업 감안할 경우 일자리 부족 현상은 2020년대 초반까지 지속될 전망

[그림 1-1-11] 연도별 일자리 수요 및 공급



□ 비정규직의 증가

- 2002년 8월 3,84천명이던 비정규직인 2009년 8월 5,754천명으로 증가하여 임금근로자의 34.9% 수준

〈표 1-1-2〉 임금근로자의 근로형태별 규모 추이

(단위: 천명, %)

	2002.8	2003.8	2004.8	2005.8	2006.8	2007.8	2008.8	2009.8
<규모>								
임금근로자	14,032	14,149	14,584	14,968	15,351	15,882	16,103	16,479
정규직	10,191	9,542	9,190	9,486	9,894	10,180	10,658	10,725
비정규직	3,841	4,606	5,394	5,482	5,457	5,703	5,445	5,754
한시직	2,063	3,013	3,597	3,614	3,626	3,546	3,288	3,507
(기간제)	1,536	2,403	2,491	2,728	2,722	2,531	2,365	2,815
시간제	808	929	1,072	1,044	1,135	1,201	1,229	1,426
비전형	1,742	1,678	1,948	1,907	1,933	2,208	2,137	2,283

자료: 통계청, 경제활동인구 근로형태별 부가조사

□ 낮은 비정규직 임금수준

- 2010년 기준, 비정규직의 시간당 임금 총액 수준은 정규직의 57.1% 수준
- 이결과 저임금 근로자 비율(2006년)은 OECD 평균 17.9%보다 높은 24.5%

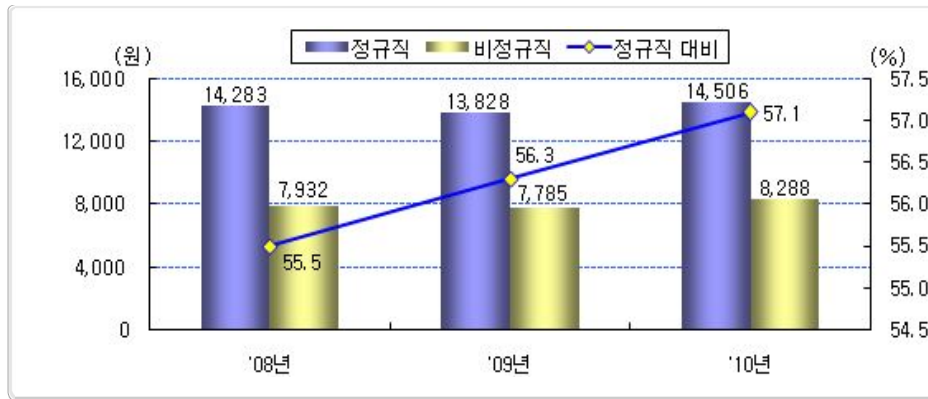
〈표 1-1-3〉 저임금근로자 비율 국제비교

(단위: %)

구 분		한국	호주	독일	스페인	일본	영국	미국	OECD평균
저임금	1996	24.6	13.1	13.6	15.2	15.3	-	25.1	17.1
비율	2006	24.5	15.2	17.5	16.2	16.1	21.0	24.2	17.9

자료: OECD, Employment Outlook 2008

[그림 1-1-12] 정규직 대비 비정규직의 시간당 임금총액 수준(2008~2010)



자료: 고용노동부, 「2010년도 고용형태별 근로실태조사(잠정)」, 2011

제2절 보건복지 위상평가와 정책방향

1. 보건복지 위상평가

- 5개(복지수요, 복지충족, 국민행복, 경제활력, 재정지속)부문을 종합한 결과, 노르웨이가 0.734점으로 1위, 룩셈부르크가 0.705점으로 2위, 네덜란드가 0.675점으로 3위를 차지함
- 한국은 0.499점으로 30개 OECD 회원국 중 26위로 하위 수준이지만, 국민경제수준이나 복지제도 발전정도를 볼 때 예상한 결과임
- 주로 전통적인 유럽 복지강국들의 순위가 높은 반면, 동구권 국가들과 미주, 아시아 국가들의 순위는 상대적으로 낮게 나타남

〈표 1-2-1〉 종합복지지수

순위	국가	종합점수	순위	국가	종합점수	순위	국가	종합점수
1	노르웨이	0.734	11	영국	0.613	21	슬로바키아	0.543
2	룩셈부르크	0.705	12	뉴질랜드	0.612	22	아일랜드	0.541
3	네덜란드	0.675	13	캐나다	0.606	23	일본	0.540
4	덴마크	0.674	14	아이슬란드	0.603	24	미국	0.533
5	스웨덴	0.668	15	독일	0.592	25	이탈리아	0.521
6	스위스	0.661	16	벨기에	0.588	26	한국	0.499
7	오스트리아	0.641	17	스페인	0.588	27	헝가리	0.493
8	핀란드	0.633	18	체코	0.588	28	폴란드	0.486
9	호주	0.628	19	그리스	0.549	29	멕시코	0.443
10	프랑스	0.627	20	포르투갈	0.544	30	터키	0.389

자료: 김용하 외, 「OECD 국가의 복지지표 비교 연구」, 한국보건사회연구원, 2011.

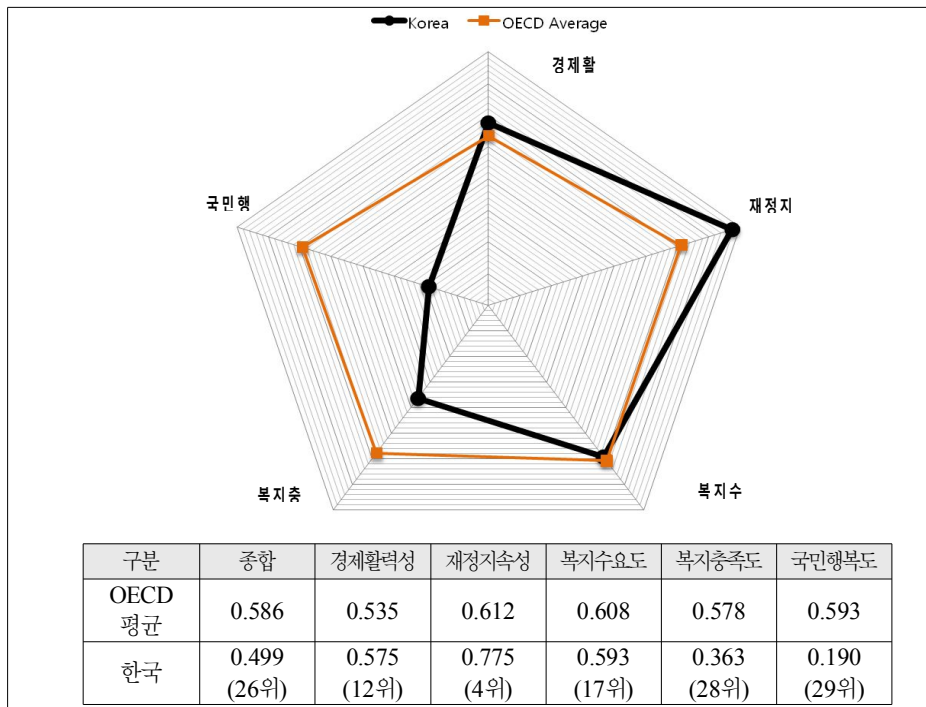
□ 2012년 현 상황에서 한국의 복지현상 종합평가

- 경제적, 재정적 우위성을 유지한 반면, 국민의 행복도는 낮아 복지가 충분한 역할을 수행하지 못한 것으로 평가
 - － 경제활력이나 복지수요의 정도는 한국이 OECD 국가 중 복지지출이 낮음에도 국민들이 다소는 수용적인 태도를 보이는 배경이 될 수 있음
- 최근 수년간의 재정수지 악화가 있었지만 그래도 한국은 재정건전성이 양호한 국가로 분류됨
 - － 복지논쟁 과정에서 국가재정에 대한 과도한 걱정은 우리의 국가재정의 현 위상을 과소평가하는 결과를 초래할 수 있음

□ 한국은 재정적으로 아직은 활력 있고 건전한 상황

- 저출산·고령화 등 사회적 위협에 탄력적으로 대응하기 위한 복지확충 및 제도 개혁 기회 존재

[그림 1-2-1] 우리나라의 종합결과



자료: 김용하 외, 「OECD 국가의 복지지표 비교 연구」, 한국보건사회연구원, 2011

2. 보건복지 정책효과

□ 조세 및 공적이전소득의 불평등 개선효과도 빈곤율 개선효과와 마찬가지로 우리나라는 매우 낮은 수준임.

○ 우리나라의 경우 조세 및 공적이전소득의 불평등 개선효과는 약 5.9%이나, OECD 평균은 약 31.1%임.

〈표 1-2-2〉 공적이전소득의 불평등 개선효과(외국 mid-2000, 한국 2009년 기준)

구분	스웨덴	프랑스	영국	독일	캐나다	호주	일본	미국	한국	OECD 평균
시장지니(A)	0.43	0.48	0.46	0.51	0.44	0.48	0.44	0.48	0.358	0.45
가처분지니(B)	0.23	0.28	0.34	0.3	0.32	0.3	0.32	0.38	0.337	0.31
개선율 ((A-B)/A*100)	46.51	41.67	26.09	41.18	27.27	37.50	27.27	20.83	5.87	31.11

자료: 외국: OECD 홈페이지(<http://stats.oecd.org/index.aspx>). 한국: 김문길 외, 2010년 빈곤통계연보에서 계산

3. 복지욕구 인식조사 결과

□ 전문가 인식조사 결과

- 향후 사회복지정책에서 중점을 두어야 할 방향에 대한 전문가 의견을 분석한 결과, 1순위와 2순위 모두 ‘일자리 창출 등 일을 통한 탈빈곤 지원’(각각 38.1%와 29.5%)
- 다음으로 ‘저출산·고령사회 대응’(각각 25.7%와 21.9%), 사회적 취약계층에 대한 사회안전망 확충(각각 20%와 21.9%) 순

<표 1-2-3> 복지분야 정책 선호 순위

	1순위		2순위	
	빈도	비율	빈도	비율
사회적 취약계층에 대한 사회안전망 확충	21	20.0	23	21.9
일자리 창출 등 일을 통한 탈빈곤 지원	40	38.1	31	29.5
국민의 건강 보장	7	6.7	9	8.6
저출산·고령사회 대응	27	25.7	23	21.9
복지재정의 지속가능성 제고	10	9.5	19	18.1
계	105	100.0	105	100.0

자료: 최성은 외(2011)

- 영역별로 가장 확대되어야 할 1순위 공공사회복지지출에 대한 전문가들의 의견은 일자리창출 39%, 아동 20%, 노인 16.2%이 절반 이상을 차지
 - － ‘일을 통한 복지’에 최우선 순위를 두는 것은 우리 경제의 성장 잠재력이 감소하고, ‘괜찮은 일자리’가 줄어들고 있는 현실과, 세계적으로 복지 지향－welfare to work, activation policy－와도 일치하는 결과

<표 1-2-4> 공공사회복지지출 확대 정책

단위: 명(%)

	1순위		2순위		3순위	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
노인	17	16.2	19	18.1	21	20.0
아동	21	20.0	20	19.0	11	10.5
근로 무능력자	8	7.6	7	6.7	8	7.6
보건	6	5.7	10	9.5	16	15.2
가족	3	2.9	7	6.7	6	5.7
일자리 창출	41	39.0	17	16.2	18	17.1
근로자 능력개발	3	2.9	15	14.3	14	13.3
주거	6	5.7	10	9.5	11	10.5
계	105	100.0	105	100.0	105	100.0

자료: 최성은 외(2011)

□ 일반인 인식조사 결과

- 희망하는 복지 프로그램 1순위로는 의료서비스, 일자리 제공, 노인 삶의 질 제고 등이고, 2순위로는 노인 삶의 질 제고, 의료서비스, 일자리 제공 등의 순

◁표 1-2-5> 희망하는 복지프로그램

항 목	구분	1순위		2순위		3순위	
		빈도	백분율 (%)	빈도	백분율 (%)	빈도	백분율 (%)
희망 하는 복지 프로 그램	아픈 사람에게 의료서비스를 제공하는 것	335	27.6	222	18.4	214	17.9
	노인들이 적절한 삶의 질을 유지하도록 하는 것	218	18.0	301	24.9	182	15.2
	장애인의 불편을 덜기 위한 서비스 제공	45	3.7	97	8.0	147	12.3
	질높고 충분한 보육서비스를 제공하는 것	110	9.1	93	7.7	83	6.9
	빈곤 예방 및 감소	111	9.2	123	10.2	155	13.0
	일자리 제공	260	21.5	189	15.7	160	13.4
	성평등 수준을 높이는 것	8	.7	20	1.7	22	1.8
	모두가 위생적이고 적절한 주택에서 거주할 수 있도록 하는 것	54	4.5	68	5.6	125	10.5
	인재 육성을 위한 학교교육	68	5.6	94	7.8	107	9.0
	모름/무응답	1	0.1	0	0.0	0	0.0
	계	1210	100.0	1207	100.0	1195	100.0

자료: 안상훈 외(2012)

- 복지서비스 제공 대상을 볼 때, 모든 분야에서 ‘중간 소득 이하 사람들에게까지’라는 응답이 가장 높았고, 그 뒤로 ‘매우 가난한 사람에게만’이라는 응답

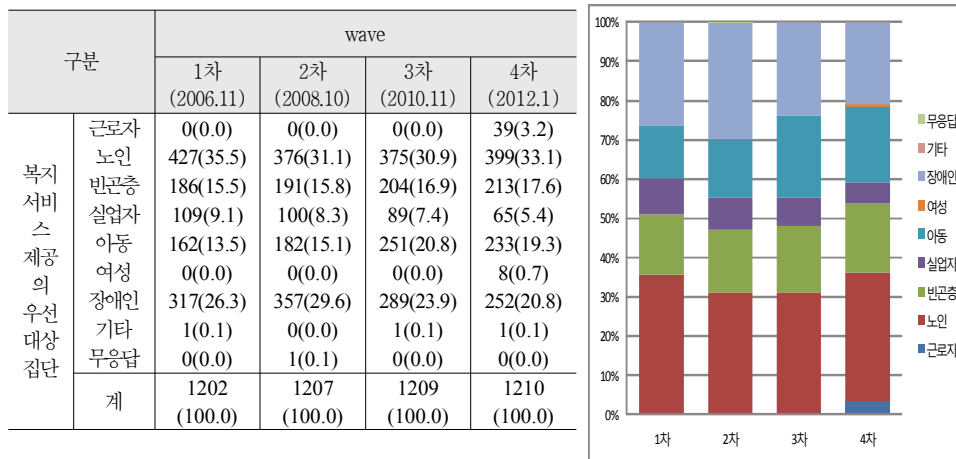
◁표 1-2-6> 복지서비스 제공 대상

분야	교육	보건의료	아동	노인
매우 가난한 사람에게만	213(17.6)	209(17.3)	198(16.4)	281(23.2)
중간 소득 이하 사람들에게까지	567(46.9)	523(43.2)	579(47.9)	539(44.6)
어느 정도 잘 사는 사람들에게까지	87(7.2)	125(10.3)	147(12.1)	120(9.9)
소득과 상관없이 모든 국민에게 골고루	343(28.3)	353(29.2)	286(23.6)	270(22.3)
계	1210	1210	1210	1210
분야	주거	고용	장애인	
매우 가난한 사람에게만	426(35.2)	216(17.9)	250(20.7)	
중간 소득 이하 사람들에게까지	545(45.0)	557(46.0)	428(35.3)	
어느 정도 잘 사는 사람들에게까지	100(8.3)	151(12.5)	141(11.7)	
소득과 상관없이 모든 국민에게 골고루	139(11.5)	286(23.6)	391(32.3)	
계	1210	1210	1210	

자료: 안상훈 외(2012)

- 복지의 공공성 확대전략에 있어서 공공복지의 우선순위와 복지인식 변화를 토대로 세심한 선별작업이 필요
 - 복지서비스 우선 제공집단은 노인, 장애인, 아동, 빈곤층, 실업자 순으로 나타남

<표 1-2-7> 복지서비스 제공의 우선대상 집단



< 참고: 2012년 OECD 한국경제보고서 평가 및 권고 >

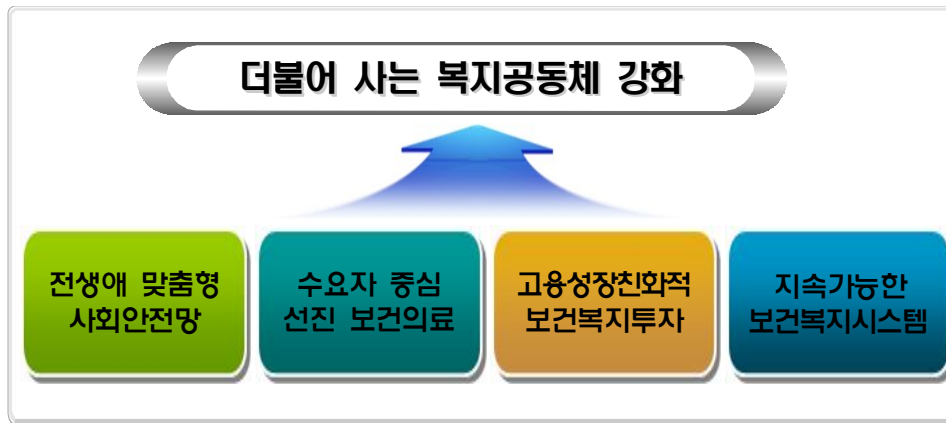
- 기초생활보장 제도(Basic Livelihood Security Programme)의 수급요건 완화하고, 근로장려제도를 확대하여 빈곤을 줄이면서 동시에 근로를 장려할 필요
- 기초노령연금 제도(Basic Old-Age Pension System)의 확대와 동 제도의 저소득층 중심의 운영 등을 통해 노인 빈곤율을 낮출 필요
- 국민건강보험의 보장 범위 확대와 본인부담금(co-payment) 상한선 인하를 통해 환자 직접 부담금(out-of-pocket payment)을 낮추어, 의료서비스에 대한 공평한 접근을 보장하고, 이는 의료서비스의 효율성 제고를 통해 절감된 비용으로 충당
- 비용 증가를 억제하면서 질적인 향상을 도모하기 위해 재가 서비스(home-based care)를 강화하여 장기 요양 서비스를 점진적으로 확대

4. 보건의료 정책방향

□ 기본방향

- 자유시장 경제체제 하에서 불가피하게 발생할 수 있는 과도한 차별과 불평등을 완화하며, 경제발전과 복지향상을 동시에 추구할 수 있도록 경제 주체들의 적극적인 동참에 의한 공생 시스템 가동
- 인구고령화·저성장 등 경제사회적 환경변화에 능동적이고 유연한 대응을 할 수 있는, 국민이 하나가 될 수 있는 공동체적 사회 인프라 구축
- 빈곤·질병·재해·장애·사고 등 각종 사회적 위험으로부터 모든 국민의 인간다운 삶의 질을 보장

[그림 1-2-2] 새로운 보건의료 비전 및 실천전략



□ 전생애 맞춤형 사회안전망 제공

- 각종의 사회적 위험으로부터 국민을 보호하여 평생 건강하고 활력있는 삶을 영위할 수 있도록 사회적 생산성이 극대화되는 평생관리체계 구축
- 빈곤·질병·재해·장애·사고 등 사회적 위험에 효율적으로 대처할 수 있는 「사회안전망」을 완성하여 사회통합 달성
- 생애주기별로 평생 건강하고 안정된 생활을 영위할 수 있도록 다양한 보건복

지서비스 제공을 위한 노동·보건·복지의 통합적 시스템 구축

- 선별적·제한적 복지개념 탈피, 맞춤형 종합적 복지체계 구축

□ 수요자 중심 선진 보건의료

- 「제도간 연계」, 「정보화」, 「경쟁과 책임경영」 시스템 도입에 의한 수요자 중심의 통합적이고 지속가능한 보건복지서비스 제공으로 제도의 효율성 극대화
- 건강한 삶이 유지될 수 있는 예방 및 보건 인프라 구축 및 질병 및 재해 발생시 최소한 경제적인 자유가 이루어질 수 있는 인프라 확충
- 사후적·치료적 보건의료제도에서 빈곤예방적 보건의료제도로 발전

□ 고용·성장친화적 보건복지투자

- 사회·경제적 자원이 효율적이고 공정하게 배분될 수 있는 사회보장 시스템 설계로 복지가 고용창출 및 성장에 기여할 수 있는 기반 정립
- 자유롭고 탄력적인 고용시스템 구축을 통하여 일에 대한 만족도와 효율성을 동시에 제고
- 시장에서 제공되는 서비스의 질과 양을 다양화하여 고용창출 및 생산성 향상을 유발할 수 있도록 효율화하고 경쟁력을 제고
- 단순한 현금급여의 제공보다는 스스로 자립할 수 있는 서비스를 우선적으로 제공하되, 노동이 단순히 복지급여를 절약하는 수단이 아닌 삶의 보람을 증대시킬 수 있는 수단화
- 복지가 개인의 자발성과 가족의 역할을 억제하지 않고 오히려 개인의 창의와 능력을 발휘할 수 있는 여건 조성

□ 지속가능한 보건복지시스템

- 정부·국민, 노동자·사용자, 중앙·지방간에 신뢰 및 협력체계 구축으로 가족기능 강화에 의한 사회보장 시스템 강화
- 사회보장시스템을 사회적 위험에 따라 재정립하여 중복적인 급여와 제도를 통합
- 복지증진에 필요한 재원은 가계와 기업, 노동자와 사용자가 공평하게 분담하여 복지공조체계 구축
- 복지재정 부담과 급여의 재분배 시스템을 정립하여 제도의 형평성과 평등성

조화

- 중앙과 지방간에 난립된 비용부담 구조와 정부의 비효과적인 지원체계를 정비하여 비용효과적으로 재정립

제3절 미래트렌드와 정책과제: 차세대 복지정책방향 Framework(안)

정책목표 : 모든 국민이 복지를 느끼며 함께 성장하는 사회

정책 기초	<ul style="list-style-type: none"> ① 저소득층 위주의 복지정책에서 탈피 (모든 국민) ② 체감도 높은 복지 (복지를 느끼며) ③ 미래에 대한 투자를 통해 성장에 기여하는 복지 (함께 성장)
------------------	--

7대 핵심 과제	<ul style="list-style-type: none"> ① 복지 사각지대 해소 (빈곤제도 개선, 사회안전망 강화, 장애인) ② 사회정책의 외연 확장 및 연계 강화 (투자 확대, 전달체계 통합) ③ 복지-고용 분야 통합을 통한 성장친화적 복지제도 구축 ④ 사회서비스 분야 '복지 마켓' 형성을 통한 일자리 창출 및 복지 확충 ⑤ 의료 공공성 강화 (간병, 환자 돌봄 등 포함) ⑥ 사전예방적 의료시스템 구축 및 노인 의료비 지출구조 효율화 ⑦ 아동 돌봄에 대한 사회적 책임 강화 (보육, 아동수당, 방과후)
-------------------------	---

미래트렌드별 보건복지분야 기회요인과 위협요인

트렌드	기회요인	위협요인
① 고령화, 다문화 등 인구구조 변화	· 인적자원의 다변화 · 여가·실버·건강관리 등 발전 · 신산업 발전	· 복지비용 증가 · 경제활동인구 감소
② 경제적 불확실성 증대	· 신흥시장의 진출 가능성 · 신성장·신지식 산업의 확대	· 세계적 경제위기 가능성 · 양극화 및 경제적불평등 심화
③ 상호연계성 강화 (Interconnection)	· 정책네트워크의 활성화 · 정책연계에 의한 서비스 질 제고	· SNS, 인터넷에 의한 사회적 쏠림과 갈등 심화 · 국지적 위기의 확산범위와 속도 확대
④ 부모세대 보다 가난해지는 자식세대 (Poorer than their parents)	· 부양·양육의 사회화	· 빈곤의 세대전승 · 가계부채 증가
⑤ 기술변화의 가속화	· IT 등 고부가가치 산업의 발전 · 창의적 인재에 대한 수요 증가	· 지식정보 격차 확대 · 제조업 등 전통적 산업영역의 퇴조
⑥ 기후변화 등 환경 문제의 심화	· 예방적인 의료서비스 발전	· 신종전염병, 만성질환 확산
⑦ 통일에 대한 대비	· 노동력 시장의 확대 · 장기적으로는 분단비용 감소	· 통일비용 발생 · 사회적 불안정 증가

제4절 보건복지 중기 목표

□ 종합 복지지수

- 현황: 2011년 현재 OECD 30개국 중 26위(김용하 외, 2011)
- 목표: 2017년 OECD 30개국 중 23위

□ 복지 충족도

- 현황: 2011년 OECD 30개국 중 28위(김용하 외, 2011)
- 목표: 2017년 OECD 30개국 중 25위

□ 국민 행복도

- 현황: 2011년 OECD 30개국 중 29위(김용하 외, 2011)
- 목표: 2017년 OECD 30개국 중 26위

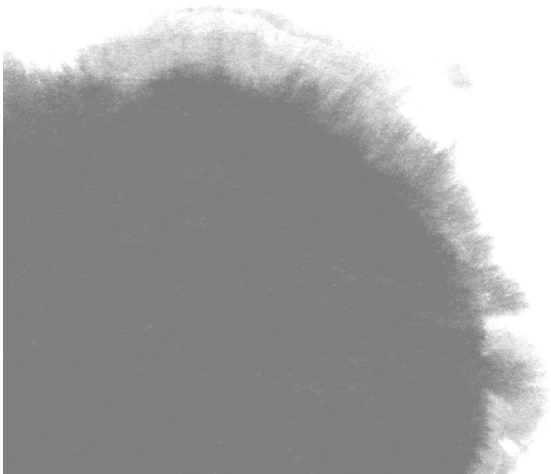
□ 목표 달성을 위한 기초

- 보편주의를 지향하되, 선별주의를 가미
- 중부담·중복지를 지향

2장

KI
H
S
A

분야별 중기 정책과제:
보건의료 분야



제2장 분야별 중기 정책과제: 보건의료 분야

제1 절 보건의료 발전목표

□ 건강보장제도의 기능 강화

○ 사회현상 : 건강보장제도의 사회적 보호 기능 및 지속가능성 확보 미흡

○ 목표

－ [보장성 확대] : 건강보험 보장률 64.0%(’09)→70.0%(’17), 암질환 보장률 67.9%→80.0%(’17)

※건강보험급여율: 61.3%(’04)→61.8%(’05)→64.3%(’06)→64.6%(’07)→62.2%(’08),

’07년 OECD 30개국 중 27위

※암질환 보장률: 49.6%(’04) → 66.1%(’05) → 71.0%(’06) → 71.5%(’07) → 69.8%(’08) → 67.9%(’09)

－ [재원 확보] : 건강보험 누적적립률 4.1%(’11, 2주 지급분)→8.3%(’17, 1개월 지급분), 건강보험 단일 보험료부과체계 도입(’17)

－ [지출 효율화] : 건강보험급여비 증가율 10.98%(’01~’10 연평균)→6.0%(’17), 의료급여비 증가율 10.81%→6.0%(’17)

○ 주요 과제

사회현상	목표	주요과제	과제 성격
건강보장제도의 사회적 보호 기능 및 지속가능성 확보 미흡	건강보험 보장성 확대 및 건강보험, 의료급여 재정지출 효율화	건강보험의 안정적 재원확보 방안	사회통합증진
		건강보험 보장성 강화 및 운영체계 개선	사회통합증진
		건강보험 지불체계의 효율적 개편	미래투자
		국민건강보험 및 민간의료보험 간의 합리적 관계 설정	사회통합증진

□ 건강한 국민, 건강한 생활, 건강한 경제구조의 실현

○ 사회현상

- 만성질환으로 인한 건강위험
 - 20세 이상 성인 중 54.3%가 만성질환 보유
 - 만성질환자의 만성질환 보유 개수: 평균 2.7개
- 평균수명과 건강수명과의 갭
 - 우리나라 국민의 기대수명은 79.4세(2007년), 건강수명은 68.6세로 10년 이상의 격차
- 건강 불형평성
 - 소득수준이 낮을수록 주관적 건강수준이 낮은 수준
 - 0~100점으로 측정한 주관적 건강상태: 소득1분위 집단은 64.2점, 소득 5분위는 76.0점
- 건강위해품목의 관리 미흡
 - 흡연과 음주로 인한 폐해가 지속적으로 증가
 - 흡연으로 인한 건강보험 재정 손실비중: 10.75%(2007년) → 11.67%(2009년)
 - 음주로 인한 건강보험 재정 손실비중: 11.15%(2007년) → 13.11%(2009년)
- 보건의료산업의 도약(take-off)을 위한 기반(정책적 지원 및 사회적 공감대) 미흡

시기	인적자원	경제성장 선도산업
60~70	우수학생 화공계열 집중	중화학공업 70~80년대 개발경제의 선도산업
80~90	우수학생 전기전자계열 집중	전자반도체 90년대 이후 경제성장 선도산업
00~현재	우수학생 의대 집중	성장전략산업으로서 보건의료산업의 기회 정책적 지원 및 국민적 공감대 형성 필요

－ 각종 정책 시행시 이해관계자들간의 갈등 노정과 이에 따른 사회적 비용 발생

- 보건의료부문 거버넌스 발전을 통한 정책 형성 및 집행 필요
- 중복 또는 유사 보건의료정책의 연계 및 조정을 위한 메커니즘 필요

○ 주요 과제

사회현상	목표	주요과제	과제 성격
평균수명과 건강수명의 갭	보건의료체계 (보건의료)	미래형 만성질환관리체계 구축	체감도 높은 복지
		연속적 노인케어 체계 구축	체감도 높은 복지
		생애말기 케어	체감도 높은 복지
		공공의료 체계 강화	사회통합 증진
		응급의료 체계 개선	미래투자
		음식점 위생등급평가 제도 확산	체감도 높은 복지
		소비자 안전 위주의 식품안전관리체계 구축	체감도 높은 복지
		소아 및 분만지원 의료체계 개선	체감도 높은 복지
	예방(건강·질병)	기후변화 대응체계 구축	미래투자
		건강위해요인 부담금 부과 확대	미래투자
		자살, 중독 등 정신건강관리체계 개선	체감도 높은 복지
		건강영향평가제도 도입	미래투자
		지역중심의 통합건강관리체계 구축	사회통합 증진
보건의료산업 도약기반 미흡	보건산업	글로벌 헬스케어 활성화	미래투자
		HT 혁신적 R&D 추진체계 구축	미래투자
		신수종 BT, HT 산업지원체계 구축	미래투자
	한의학	한의학 신한류 육성 지원	미래투자
		혁신형 한의학 선도기술 개발	미래투자
		의(醫)-한의(韓醫) 통합의료 활성화	미래투자

제2절 보건의료 주요 정책과제

1. 건강보험의 안정적 자원확보방안

가. 현황, 문제점 및 쟁점

1) 현황

단기보험인 건강보험은 그 성격상 매년 급여비 등 지출 규모를 예측하고, 이를 감당할 수 있도록 보험료 인상 및 국고 지원금 등 수입 확보를 통해 당기수지 균형을 유지하는 방식을 취하고 있다. 단, 외부적 충격 등에 따른 상황 대처를 위해 일정책의 누적적립금을 유지토록 하고 있다.

과거 건강보험 재정 추이를 살펴보면 다음과 같다. 1996년부터 보장성 강화방안이 시행되고, 1997년 건보재정 통합 발표 이후 계속 적자가 발생하였고 2001년에 누적적립금까지 적자로 돌아섰다. 2001년 건강보험 재정위기에 따라 보험료인상, 국고 지원 확대, 특히 건강증진기금을 건강보험 재정에 투입하여 2003년부터 당기흑자로 돌아섰고 2004년에 다시 누적흑자로 전환되었다. 2004년 이후 보장성 확대 등의 조치로 인해 급여비가 급증하여 2006년, 2007년에 단기적자가 다시 발생하였으나, 2008년 상반기에 경제위기와 기후 등의 원인으로 단기적인 흑자를 기록하였다. 2009년 2010년은 당기적자, 2011년은 다시 흑자였으며, 누적적립금은 2004년이후 계속 흑자를 기록하고 있으며, 2011년 기준 15,600억원이다.

〈표 2-1-1〉 건강보험 재정추이와 국고지원 현황

(단위: 억원, %)

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
수입(A)	90,173	108,764	133,993	150,892	166,377	185,514	215,979	248,300	263,717	285,852	328,077
보험료	88,516	106,466	131,807	148,745	163,864	182,567	212,530	244,384	259,352	281,629	323,995
기타수입	1,657	2,298	2,186	2,147	2,513	2,947	3,449	3,916	4,365	4,224	4,082
지출(B)	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,623	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766
보험급여비	132,447	138,993	149,522	161,311	182,622	214,893	245,614	264,948	301,461	336,835	361,890
관리운영비	7,101	6,568	7,085	7,901	8,535	8,966	9,734	9,841	9,724	11,764	11,876
기타지출	963	949	830	831	380	764	196	623	664	-	-
당기수지(A-B)	-50,338	-37,746	-23,444	-19,151	-25,160	-39,109	-39,565	-27,112	-48,132	-62,747	-45,689
정부지원(C)	26,250	30,139	34,238	34,830	36,948	38,362	36,718	40,779	48,100	49,753	51,697
복지부 일반회계 (국고지원)	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042	30,540	39,838	39,123	42,129
건강증진기금 (담배부담금)	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664	9,676	10,239	10,262	10,630	9,568
당기수지(A-B+C)	-24,088	-7,607	10,794	15,679	11,788	-747	-2,847	13,667	-32	-12,994	6,008
누적 재정수지	-18,109	-25,716	-14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,628	22,586	9,592	15,600
보험료 비중(%)	76.03	76.65	78.35	80.09	80.59	81.55	84.10	84.54	83.17	83.92	85.31
국고 비중(%)	22.55	21.70	20.35	18.75	18.17	17.14	14.53	14.11	15.43	14.82	13.61

2) 문제점

보험료 인상의 한계는 다음과 같다. 인구증가 둔화 및 저성장 경제구조에 따라 가입자 수, 소득 등 보험료 부과기반 증가율도 점차 둔화 추세되었다.

○ 부과기반(가입자, 소득) 증가율(%): ('07)9.9→('08)8.6→('09)6.1→('10)3.8

특히, 현행 근로소득 중심의 보험료 부과체계를 유지할 경우, 고용과 경제성장에 부정적 효과가 가중되었다. 현재 보험료수입의 78%를 근로소득에 부과(이 중 50%는 기업 부담)하였는데 OECD 연구결과, 보험료 의존시 정규고용 8~10%, 전체고용 5~6% 감소('09)하였다. 직장가입자 보험료를 한계가 있는데 이는 국민건강보험법 65조 “1000분의 80범위”내에서 보험료를 결정되기 때문이다.

〈표 2-1-2〉 과거 건강보험료율

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
보험료율(%)	3.40	3.63	3.94	4.21	4.31	4.48	4.77	5.08	5.08	5.33	5.64	5.80

주: 건강보험료율은 평균 4.98% 증가

〈표 2-1-3〉 건강보험료 추정

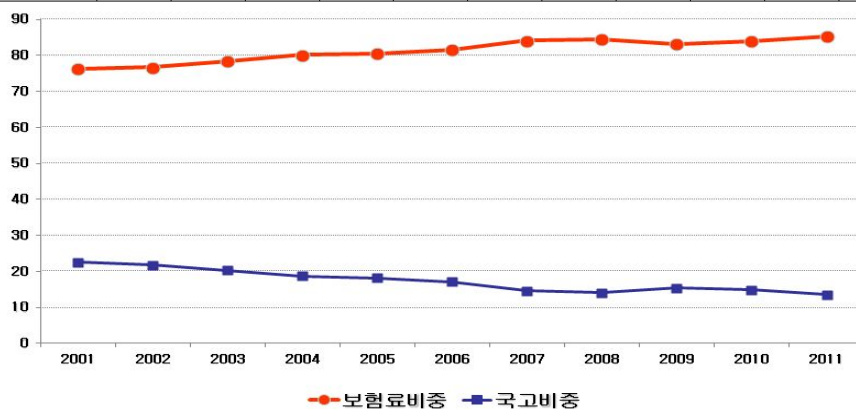
년도	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
보험료율(%)	5.80	6.09	6.39	6.8	7.14	7.49	7.8	8.19	8.60

주: 평균증가율 4.98%적용

2019년 이후에 보험료율 8.0%를 상회하게 되어 보험재정에 대한 논의가 본격화 될 것이며, 국고지원을 진료비 증가율만큼 계속적으로 인상하는 것은 한계가 있다. 건강보험 재정에서 국고지원이 없이 보험료 수입만으로 운영할 경우 건강보험은 매년 적게는 2조(2004년)에서 많게는 6조원(2010년)이 넘게 적자가 예상되고 있다. 그런데 전체 수입 중 보험료 비중은 2001년 76.03%에서 2011년 85.31%를 꾸준히 증가하였으며, 반대로 국고지원은 전체 수입중 2001년 22.55%에서 2011년 13.61%를 계속적으로 감소하고 있다.

〈표 2-1-4〉 건강보험 재정의 보험료와 국고 비중 추정

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
보험료비중	76.3	76.65	78.35	80.09	80.59	81.55	84.1	84.54	83.17	83.92	85.31
국고비중	22.55	21.7	20.35	18.75	18.17	17.14	14.53	14.11	15.43	14.82	13.61



3) 쟁점

건강보험 중기재정추계를 살펴보면, 당기수지 적자규모는 2015년에 4조 8천억원, 2020년에는 15조 9천억원, 2030년에는 47조 7천억원이 발생하는 것으로 나타나고 있다. 추가 재원확충 및 신규 보장성확대가 반영되지 않았음에도 불구하고 매년 적자폭은 계속 늘어나는 것을 볼 수 있다.

〈표 2-1-5〉 2012~2030년 수입 및 지출현황 추계결과

(단위 : 억원)

구분	수입	지출	당기수지
2012	415,590	415,871	-281
2013	440,372	455,494	-15,122
2014	466,445	497,515	-31,069
2015	493,919	541,675	-47,756
2016	522,864	588,486	-65,623
2017	553,167	638,399	-85,232
2018	584,808	691,865	-107,057
2019	617,967	749,487	-131,521
2020	652,753	811,908	-159,155
2021	675,924	855,555	-179,631
2022	697,788	901,975	-204,186
2023	720,232	951,276	-231,045
2024	743,234	1,003,741	-260,507
2025	766,792	1,059,329	-292,537
2026	790,912	1,117,592	-326,680
2027	815,599	1,178,080	-362,481
2028	840,852	1,240,469	-399,617
2029	866,660	1,304,510	-437,850
2030	893,004	1,370,252	-477,248

주: 국민건강보험공단의 “건강보험 중·장기 재정전망 연구”

건강보험 재정은 중장기적으로 재정적자가 예상되는 반면, 보험료 부과기반이 소득증가의 한계, 보험료율 인상의 한계, 국고지원인상의 한계 등으로 재원확보에 여러 가지 어려움이 있다. 따라서 보험료 부과대상, 부과요소를 확대하고 추가적인 신규재원확보 노력이 필요하다.

4) 해외사례 및 시사점

프랑스의 경우 도박이익, 투자소득, 주식배당이익 등 다양한 소득에 부과하고 있다.

〈표 2-1-6〉 프랑스 사회보장분담금(CSG)의 요율

구분	1998~2004		2005~2006		2010
	요율	배당요율	요율	배당요율	요율
활동소득					
임금소득	7.50%	건강보험 5.25%	7.50%	건강보험 5.29%	7.50%
비임금소득	7.50%	건강보험 5.25%	7.50%	건강보험 5.25%	7.50%
대체소득					
소득세 부과 대상자에 대한 상병수당과 실업수당	6.20%	건강보험 3.95%	6.20%	건강보험 3.95%	6.20%
퇴직 및 조기퇴직 연금	6.20%	건강보험 3.95%	6.60%	건강보험 4.35%	6.60%
집세 부과대상이나 소득세 부과대상이 아닌자	3.80%	건강보험 3.80%	3.80%	건강보험 3.80%	3.80%
상속소득 및 투자소득	7.50%	건강보험 5.25%	8.20%	건강보험 5.95%	8.20%
도박이익	7.50%	건강보험 5.25%	9.50%	건강보험 7.25%	9.50%

자료: 건강보험공단 보고서(2008년), 2020 한국의 의료의 비전과 정책방향(보건의료미래위원회, 2012) 참고

대만 2세대 건강보험 재원조달 관련 개혁 내용은 다음과 같다. 정부의 재정적인 책임 강화로 보험재정에 대한 정부의 부담률이 총 보험료 수입의 최소 부담률을 36%로 결정된다. 추가보험료는 고용주의 경우 (총소득 - 현재 부과소득) *2%가 부과되며, 가입자의 경우 자본이득(임대소득, 이자소득, 주식배당금), 과외 근로소득, 시간제 근무수입, 보수월액의 4배를 초과하는 연(1년) 상여금 등에 2%가 부과된다. 기본보험료는 5.7% 에서 4.91% 인하되며, 여타 비근로소득 - 주식배당소득, 임대소득, 이자소득(은행에서 바로 징수)에 보험료를 부과한다.

나. 정책목표

〈표 2-1-7〉 건강보험 재정안정을 위한 목표설정

구분	2012년	2017년
건강보험의 안정적 운영을 위한 일정수준 누적적립금 유지	- 2011년 말 기준으로 누적적립율 4.17%	- 2017년 말 기준 8.3%(약 1개월분)

다. 개선방안

먼저 부과대상 소득의 범위를 확대한다. 이와 관련해서는 근로자에 대한 보험료부과를 노동소득(labor income)에 한정하지 않고 자본금융소득(capital income) 등 다양한 소득원에 보험료를 부과하는 방안으로 예를 들면, 이자소득, 배당소득, 사업소득, 연금소득, 상속·증여소득, 양도소득 등 다양한 소득원에 보험료를 원천 징수하는 방안이 있다. 다음으로 국고지원의 안정적 확보가 있다. 국고지원의 근거가 되는 보험료 예상 수입액의 과소 추정을 방지하기 위해 국고지원 예산 확정 전 다음연도 보험료 확정한다. 2013년부터 보험료를 국고 예산 확정 전인 5월에 확정함으로써 과거 보험료 예상수입 과소추정에 따른 국고지원 과소 지원을 방지하도록 한다. 세 번째, 건강보험료 부과체계 개선이 있다. 직장, 지역 간 2원화 되어 있는 보험료 부과체계를 중장기적으로 소득기준 단일 보험료 부과체계 개발하여 보험료 부담의 형평성과 공정한 기준을 확보하고, 건강보험 재원조달의 합리성을 제고하여 국민의 수용성이 높은 소득 중심의 단일한 보험료 부과체계 개발하도록 한다. 네 번째, 건강을 해치는 소비행위에 대한 징벌적 성격의 보험료를 부과(일종의 sin tax)한다. 의료비 증가를 스스로 유발하는 행위자가 재정부담의 책임성을 지도록 보험료를 부과하는 방안을 검토한다. 우선적으로 담배 부담금 인상, 주류 등에 새로운 보험료 부과요소로 추가하고, 중장기적으로 비만세 등 기타 Sin Tax는 추후 검토 후 부과요소로 추가하도록 한다. 다섯 번째, 소비에 대한 건강보험 재원확보 가능성 진단이다. OECD는 한국에 대한 권고에서 부가가치세에 대한 부가형태의 보험료 재원을 제안한 바 있다. 우리나라는 자영자의 비중이 크고 소득과약에서 누락되는 부분이 많기 때문에 소득기준의 보험료부과가 효율성과 형평성 측면에서 한계를 보이고 있다. 그리

고 드러난 소득이 부담능력을 대표하지는 못하는 상황이고, 자영자의 소득을 투명하게 파악하기까지는 정치적인, 그리고 시장경제적인 한계가 있다. 소비가 비교적 부담능력을 잘 대변한다고 볼 수 있기 때문에, 새로운 건강보험 재원확보 방안으로 가능한 지에 대해 중장기적인 검토가 필요하다.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
부과대상 소득의 범위 확대					
국고지원의 안정적 확보					
건강보험료 부과체계 개선					
건강을 해치는 소비행위에 대한 징벌적 성격의 보험료 부과 (일종의 sin tax)					
소비에 대한 건강보험 재원확보 가능성 진단					

2. 건강보험 보장성 강화 및 운영체계 개선

가. 현황 및 문제점

1) 현황

우리나라의 경우 환자가 내는 본인부담금액이 선진국과 비교 할 때 아직도 매우 높은 수준이다. 비급여를 포함한 총 진료비 중에서 환자를 대신해 국민건강보험공단에서 부담하는 진료비 비중(건강보험 보장률)이 2007년 기준 64.5%로 OECD 30개 국가 중 최하위 수준인 27위로 낮은 보장률 국가로 분류되고 있다. 건강보험 보장률이 가장 높은 나라는 네덜란드(93.4%)였으며 다음으로 프랑스(92.8%), 영국(88.3%), 체코(86.8%) 순이었고, 한국보다 낮은 국가는 터키(50.0%), 멕시코(32.3%), 미국(24.0%)으로 나타났다. 아래 <표 1>은 연도별 우리나라의 보장률 변화를 보여 주고 있다.

<표 2-2-1> 연도별 건강보험 보장률

(단위 : %)						
구분	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
건강보험 보장률	61.8	64.3	64.6	62.2	64.0	62.7
법정본인 부담금	22.5	22.4	21.9	22.6	22.7	21.3
비급여본인 부담금	15.7	13.3	13.5	15.2	13.3	16.0

자료 : 박민정 외, 2010년 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단, 2012.

우리나라에서 현재 운영 중인 보장성 강화정책의 주요 내용을 살펴보면 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 희귀난치성질환, 중증화상 등 치료비가 고액인 중증질환 환자들의 부담을 줄여주기 위해 본인부담 산정특례제도를 실시하고 있다. 또한 건강보험적용 진료비의 본인부담을 경감해주는 제도로 소득에 따라 본인부담이 연간 총 200만원, 300만원, 400만원이 넘는 경우 건강보험에서 그 초과금액을 환자를 대신해 지급해주는 본인부담상한제를 운영하고 있다.¹⁾

<표 2-2-2> 중증질환 산정특례제도와 본인부담제도 현황

구분	암	뇌혈관질환	심장질환	희귀난치성	중증화상
시행시기	‘05. 9	‘05. 9	‘05. 9	‘09. 7	‘10. 7
특례기간	5년	최대 30일 (입원)	최대 30일 (입원)	5년	최대 1년 6개월
본인부담율	5%(‘05.9 ~ ‘09.11: 10%)	5%(‘05.9 ~ ‘09.12: 10%)	5%(‘05.9 ~ ‘09.12: 10%)	10%(‘05.7 전 : 20%)	5%

주. 산정특례제 적용 상병을 제외한 일반상병의 경우 입원은 20%, 외래는 요양기관 종별60~30%의 본인부담을 적용하고 있음.

<표 2-2-3> 본인부담상한제 현황

본인부담액 보상금	신 본인부담액 보상금	본인부담액 상한제	상한제 차등적용
2002. 1. 1	2004. 7. 1	2007. 7. 1	2009. 1. 1
매 30일간에 120만원 초과금액의 50%	(보상금과 상한제혼용) - 매 6월간 120만원 초과 300만 원 이하 금액의 50% - 매 6월간 300만원을 초과 하는 경우 상한제	- 보상금 폐지 - 상한제 금액을 6개월에 200만 원 이상으로 하향 조정	보험료 수준에 따라 상한액을 200, 300, 400만원으로 조정

다음으로 보장성 강화를 위한 정책결정은 건강보험 보장성 계획 수립은 주로 보건복지부, 공단, 심평원 관계자로 구성된 TF를 설치하고 TF에서 마련한 안을 보건복지부 산하 건강보험정책심의위원회 의결하는 방식을 취하고 있다.

2) 문제점

이와 같이 지속적으로 보장성 강화정책이 추진되어 오고 있지만 아직도 풀어야 할 과제가 많다. 대표적으로 전 국민 건강보험에도 불구하고 의료급여 수급권을 부여받지 못한 차상위계층, 건강보험료 체납계층 등 건강보장의 사각지대가 광범위하

1) 5대 중증질환의 종류는 참여정부에서 확정함.

게 존재하고 있어 이에 대한 대책 마련이 요구되고 있다.

〈표 2-2-4〉 건강보험 체납보험료 현황

(단위 : 천원, 억원)

구 분		2006년	2007년	2008년	2009.6월
합계	세대(사업장)수	2,139	2,108	2,067	2,023
	금액	15,330	17,217	18,006	19,020
지역	세대수	2,093	2,055	2,006	1,963
	금액	13,873	15,547	15,831	16,772
직장	사업장수	46	53	61	60
	금액	1,457	1,670	2,175	2,248

주: 3개월이상 체납자임.

자료: 건강보험체납자 관리개선을 위한 실태조사연구, 국민건강보험공단, 2009.

또한 보장성 강화를 위한 지속적인 재정투입에도 불구하고 비급여 진료비 증가로 인해 보장률이 하락하는 현상을 보이고 있으며 특히 중증 질환의 경우는 보장률이 다른 질환에 비해 상대적으로 높아졌음에도 불구하고 국민들의 만족도는 낮은 것으로 분석되고 있다.²⁾

<표 2-2-5> 비급여 증가율

(단위: 억원)

구분	2004	2005	2006	2007	2008
비급여 본인부담금	35,951	42,463	41,428	46,939	62,828
전년도 대비 증가율	-	18.1	-2.4	13.3	33.8
총 진료비 대비 비중	13.8	14.6	12.7	12.7	15.3

자료 : 박민정 외, 2010년 건강보험환자 진료비 실태조사, 국민건강보험공단, 2012.

문제점으로 제기되고 있는 내용을 구체적으로 살펴보면 제도적 차원에서는 본인 부담 산정특례제의 경우 중증질환의 선정기준과 다른 중증질환의 경우는 보호대상에

2) 암환자 보장률: 49.6%(‘04) → 66.1%(‘05) → 71%(‘06) → 71.5%(‘07) → 70.4%(10), 희귀난치성질환자 보장률: 52.5%(‘04) → 64.5%(‘05) → 69%(‘06) → 69.9%(‘07) → 74.6%(10)

서 제외됨으로써 형평성 차원에서의 문제가 제기되고 있다.

본인부담 상한제의 경우 저소득층 지원비중이 고소득층에 비해 상대적으로 낮아 실질적으로 저소득계층의 진료비 부담 완화에 큰 기여를 하지 못한다는 점이 문제로 거론되고 있다. 참고로 소득계층별 상한제 지원금액(2,440억원) 중 1~5분위이하 저소득층에 대한 지원비중은 38%(930억)이나, 6~10분위는 62%(1,510억) 수준으로 나타나고 있다.

보장성 강화 계획수립과 관련해서는 재원마련이 필수적인데 보장성 강화계획이 주로 복지부, 공단, 심평원 관계자로 구성된 T.F에서 결정되다보니 보장성 확대 항목 및 재원 마련등과 관련해서 사회적 합의를 이루기가 매우 어려운 구조이다.

3) 외국사례

외국에서의 급여결정기준을 보면 아래 <표 6>에서와 같이 대체적으로 치료의 효율성, 치료의 효과성을 중심으로 정책이 결정되고 있음을 알 수 있다.

<표 2-2-6> 각국의 급여결정기준

	노르웨이	스웨덴	캐나다	영국	뉴질랜드	네델란드
질병의 심각성	○					
치료의 효과성	○		○		○	○
치료의 효율성	○	○	○	○	○	○
치료의 적절성			○			
사회적 연대성		○				
인간 존엄성		○				
치료의 안전성			○		○	
형평성				○	○	
사망의 예방		○				
개인의 책임						○
환자의 수용성			○		○	
장애예방 가능성		○				
Need에 대한 반응성		○		○		
위험관리					○	
지역사회적 관심						○

자료 : 국민건강보험공단 내부자료, 국민건강보험공단, 2011.

나. 정책목표

보장성 강화와 관련해서 일반적으로 보험급여 확대는 항목별 접근, 질병별 접근, 비용접근 방식이 고려되고 있으며 위에서 제기된 주요 문제점 및 쟁점을 고려할 때 향후 보장성 확대는 항목별 접근보다는 질병 별 이나 비용접근 측면의 정책 추진이 바람직한 대안으로 판단된다. 아래 <표 7>은 는 보장성 강화 관련 접근별 방식에 따른 주요 내용을 설명하고 있다.

<표 2-2-7> 보장성 강화 접근 방식

항목별 접근	질병별 접근	비용 접근
<ul style="list-style-type: none"> • 개별 서비스 항목별로 급여 여부를 결정 • 전통적인 급여 확대의 방법론 • 서비스 항목별로 우선순위를 결정 • 급여 확대 대상 항목에 대한 합의의 어려움 • 예: CT, MRI, 식대 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 개별 상병을 선정하여 급여 혜택을 부여 • 고액 중증질환으로 인한 의료비 부담 경감에 효과적 • 지원 대상에서 제외된 질환과의 형평성 문제 • 예: 고액 중증질환에 대한 법정 본인부담금 인하 	<ul style="list-style-type: none"> • 개별 서비스 항목이나 상병에 관계없이, 일정 수준 이상의 의료비 지출을 기준으로 급여 혜택을 부여 • 재난성 의료비 지출을 예방하는데 효과적 • 예: 본인부담상한제의 상한 기준액 하향조정

다. 개선방안

현재까지 우리나라 건강보험보장성 강화 관련 현황 및 관련 주요 문제점을 살펴 보았다. 향후 우리나라의 보장성 강화와 관련해서 기본방향으로 제시하고자 하는 정책은 중증질환에 대한 정확한 정의를 바탕으로 중증질환의 대상도 확대하고 보장범위도 비급여까지 점차 확대는 방안과 관련해서 좀더 고민이 필요한 것으로 판단된다. 다음으로 본인부담상한제 제도의 개선인데 본인부담상한제는 재난적 의료비 부담으로부터 국민을 보호하는 의료안전망으로 작동하는데, 현재의 본인부담상한제는 실제 도입 목적을 충족하지 못하는 한계가 존재하는 것으로 연구결과 제시되고 있다. 따라서 재난적 의료비를 정의하고 현재의 소득구간을 보다 세분화하여 국민에게 도

움이 되는 실효성 있는 제도로 개편하는 것이 필요하다고 보여진다.³⁾ 보장성강화 정책결정구조 문제와 관련해서는 건강보험 보장성 강화와 관련 전문가, 공급자, 가입자 단체를 망라하는 위원회를 구성하여 보장성계획 추진에 필요한 보험료 수준을 합의하고 보험자인 공단과 의료공급자가 보험료, 수가 및 보험급여범위 등에 대한 포괄적인 계약을 맺도록 유도하는 것이 필요하다고 판단된다. 합의가 이루어지지 않을 경우 공익위원으로 구성된 중재위원회에서 결정하도록 하는 방안을 검토할 필요가 있다. 혹은 가입자-공급자-공익으로 구성된 건정심에서 최대한 합의를 도출하도록 노력하되, 실패할 경우 공익위원들이 결정하도록 하는 방안을 적극 검토할 필요가 있다고 보여진다. 마지막으로 급증하는 비급여 문제를 해결하기위해서 대상별, 항목별, 질병별로 구분해서 비급여 진료비 관리를 위한 시스템 구축이 필요할 것이다. 아래 표는 위에서 제기된 각 정책별 대안제시와 관련된 연차별 시행계획을 보여 주고 있다.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
보장성 강화 위원회 구성					
비급여진료비 관리시스템 구축					
중증질환보장성 강화					
- 범위 확대를 위한 기초연구					
- 시행					
본인부담상한제 개선					
- 기초연구					
- 시행					

3) 저소득층의 상한선은 낮추고 고소득층의 경우는 높이는 정책으로 변경하는 방안의 고려가 필요함.

3. 건강보험 지불체계의 효율적 개편

가. 현황 및 문제점

1) 현황

우리나라의 건강보험 진료비 지불제도는 상대가치체계를 이용한 행위별 수가제를 근간으로 하고 있다. 행위별 수가제는 서비스 항목별로 가격을 매겨서 보상하는 방식으로 공급자가 더 많은 양의 진료를 제공하려는 유인을 가지게 되므로, 공급자 유인수요(supplier induced demand)를 유발할 가능성이 높다. 때문에 행위별수가제는 최신의 의료기술 도입 등에는 유리하나 의료행위에 대한 총량 통제가 불가능하기 때문에 의료비 급증을 초래할 수 있는 지불제도이다.

우리나라에서는 행위별수가제 외에 보완적으로 입원환자에 대해서 포괄수가제가 부분적으로 사용되고 있는데, 대표적으로 건강보험에서는 7개 질병군(백내장, 편도 및 아데노이드, 충수, 서혜 및 대퇴부 탈장, 항문, 자궁, 제왕절개 분만 수술)에 포괄수가제가 적용되고 있다.

〈표 2-3-1〉 우리나라 건강보험 지불제도 현황 개요

		내용	요양급여비용 규모 (%)
행위별수가제 (fee for service)		행위, 치료재료, 약제별 산정	30조 4,803억 (93.8%)
포괄	질병군정액제 (payment per case)	7개 질병군 입원환자	7,061억 (2.2%)
	일당정액제 (payment per diem)	요양병원 입원환자	1조 3,102억 (4.0%)

자료: 보건의료미래기획단, 제4차 보건의료미래위원회 안건, 2011.

그동안 포괄수가제에는 전체 의료기관의 70%(의원급 80.9%, 병원급 39.2%, 종합병원 27.4%)가 참여하고 있었으나, '12년 7월부터는 병의원급 의료기관 전체에 의무적용 되고 있고 '13년 7월부터는 종합병원 이상 의료기관에도 적용 될 예정이

다. 포괄수가제를 전면적으로 실시할 경우 포괄수가제가 적용되는 7개 질병군에 대해서는 행위별수가제에 비해 보장률은 상승하는 한편, 연평균 진료비 증가율은 둔화될 것으로 기대할 수 있다.

이와 함께, '09년 부터는 입원환자에 대한 포괄수가제 확대를 위해 실포괄수가제 시범사업을 실시하여 왔는데, 실포괄수가제는 기존 포괄수가제에 비해 고가 급여항목과 의사 행위에 대해서는 행위별 수가제를 인정하는 차이점이 있다. '12년 7월부터 시작되는 실포괄수가제 4차 시범사업에는 입원환자의 95%를 포함하는 550개 질병군을 대상으로 하며, 지역거점 공공병원 전체가 참여하고 있다.

2) 문제점 및 쟁점

우리나라 지불보상제도의 문제점은 크게 세가지로 제시할 수 있다. 첫 번째, 현재의 행위별 수가제만으로는 건강보험제도 지속가능성을 담보하기 어렵다는 점이다. 실제로 우리나라에서는 행위별수가제의 가장 큰 문제점인 의료공급자의 공급량 증가 및 의료소비자의 과잉이용 등이 유발되어 지난 9년 동안 건강보험 수가는 16.6% 인상된 반면, 급여비는 123.46% 증가하는 등 의료급여비용이 크게 증가하고 있다.

특히, 그동안 행위별수가제에 따른 진료량 통제방법으로 의료이용자에 대한 본인 부담금 부과, 건강보험 급여 범위 제한, 진료비 심사기준에 따른 청구 진료비의 사후조정 등의 방법을 사용하여 왔으나, 그 목적을 달성하기에는 부족한 것으로 나타나고 있다.

〈표 2-3-2〉 연도별 수가, 소비자 물가, 건강보험 급여비 변동 추이

(단위: %, 10억원)

연도	건강보험수가		소비자물가		건강보험급여비		
	증가율	누적지수	증가율	누적지수	급여총액	증가율	누적지수
2001		100.00		100.00	12,941		100.00
2002	△2.90(인하)	97.1	2.70	102.70	13,425	3.74	103.74
2003	2.97	99.98	3.60	106.40	14,755	9.91	114.02
2004	2.65	102.63	3.60	110.23	16,130	9.32	124.65
2005	2.99	105.70	2.80	113.31	17,989	11.52	139.01
2006	3.50	109.40	2.09	115.68	20,932	16.36	161.75
2007	2.30	111.92	1.95	117.94	23,956	14.45	185.12
2008	1.94	114.09	3.89	122.53	25,600	6.86	197.83
2009	2.22	116.62	3.70	127.06	28,916	12.96	223.46

자료: 신영석, 2010; 국민건강보험공단, 2010.

행위별수가제에 따른 의료공급량 및 보험급여비 증가 현상은 행위별 수가제의 특성상 진료량 증가에 따른 재정적 위험을 공급자가 거의 부담하고 있지 않기 때문이며, 행위별수가제를 지속하는 한 이와 같은 현상이 지속될 것으로 예상할 수 있다. 따라서 지불단위를 보다 포괄하는 것이 행위별수가제로 인해 발생하는 문제의 해결책이 될 수 있다.

〈표 2-3-3〉 진료비 지불단위와 공급자의 위험 공유 정도

낮음 지불단위 지불대상	← 공급자의 위험 공유 정도 →				높음
	시술	진료일	에피소드	환자	일정기간
의사서비스	행위별수가	-	수술비/분만비 의사 DRG	인두제	봉급
병원서비스	행위별수가	일당 진료비	병원 DRG	인두제	총액예산

자료: 국민건강보험공단, 2010.

두 번째, 우리나라 지불보상제도는 사전에 진료비 지출액을 정확하게 예측할 수 없어, 건강보험 재정의 안정적 운영이 어렵다. 2002~2011년 사이 우리나라 건강보험의 연도별 당기수지 변화를 보면 0.8조원 적자에서 1.6조원 흑자에 이르기 까지 변화의 폭이 매우 큰 것을 알 수 있다.

또한, 진료비 증가에 대한 적절한 통제 기전이 없기 때문에 매년 10% 이상 지출

이 증가하고, 보장성 확대가 담보되기 어려워 보장성을 강화해도 비급여가 더 빠르게 증가하는 구조임은 이미 잘 알려진 사실이다. 때문에 문제해결을 위해서는 거시적인 차원에서 의료비 관리방안 마련이 필요함을 나타낸다고 할 수 있다.

세 번째, 현재의 지불제도는 진료성과와는 무관하게 비용을 보상하는 제도이다. 때문에 의료공급자는 의료의 결과와는 상관없이 편익이 없는 진료를 과다제공할 가능성이 있고, 반면에 효과가 있음에도 진료비 지불 항목에서 제외되거나 다른 행위들과 묶여서 지불하게 되는 경우에는 과소진료가 나타날 가능성이 있다. 그리고 진료중 발생한 합병증이나 후유증과 같이 건강에 해를 끼치는 과오 진료에 대해서도 원칙적으로 진료비를 지불하고 있기 때문에 이러한 측면에서 문제제기가 발생할 수 있다.

이와 같이 우리나라에서 현재와 같이 효율성을 담보하지 못하는 현재 지불방식을 계속 유지할 경우 노인인구 증가 및 건강보험 보장성 확대 요구 등의 상황변화에 능동적으로 대처하기 어려운 현실이다.

3) 해외사례

○ 진료비 지불제도의 포괄화

유럽 선진국들은 진료영역별로 행위별 수가, 일당 혹은 건당 지불, DRG 등 다양한 방식으로 지불보상제도를 운영하고 있다(최병호 등, 2007). 예를 들어, 병원의 입원부분은 일당정액제에서 건당정액제로, 이어서 DRG로 전환하는 추세이고, 병원에서의 외래서비스에도 최근 DRG 방식이 도입되는 한편, 개원의 방식은 인두제 방식으로 배분하거나 의료서비스의 양에 비례하여 배분하기도 한다. 대신, 전문의 서비스의 경우 행위별 보상방식 유지하는 경우가 많다.

대만의 경우 행위별수가 내 진료비 급증에 따른 거시적 효율성(총액관리) 추구를 위해 단계적으로 총액계약제('98 치과 → '00 한의과 → '01 의원 → '02 병원)를 도입하고 있다. 특히, 2010년부터 2014년까지 단계적으로 총액계약제 확대를 추진하여 최종적으로 1,017개 질병군에 대해 계약제를 추진할 방침이다.

일본 또한 대형병원을 중심으로 일본형 DRG 제도인 DPC (Diagnosis Procedure Combination)를 개발·적용하고 있는데, 이는 병원비용과 의사비용을 나누어 포괄수가에 일당수가와 행위별 수가를 혼합한 제도이다.

○ 거시의료비 관리 방안

오스트리아, 일본, 한국, 스위스를 제외한 대부분의 OECD 국가들은 기본적으로 거시적 수준에서 진료비 총액을 관리하는 시스템을 가지고 있으며, 그 수준에 따라 아래와 같이 분류할 수 있다.

- 총액지출목표를 설정하고 할당하지 않는 국가: 룩셈부르크
- 총액지출목표와 함께 지역별 또는 서비스 영역별 할당을 하는 국가: 오스트레일리아, 벨기에, 체코, 덴마크, 핀란드, 독일, 그리스, 아이슬란드, 네덜란드, 슬로바키아, 스페인, 터키
- 총액지출목표와 함께 지역 및 서비스 영역별 할당을 하는 국가: 캐나다, 멕시코
- 총액예산 상한과 함께 지역별 또는 서비스 영역별 할당을 하는 국가: 헝가리, 아일랜드, 이탈리아
- 총액예산 상한과 함께 지역 및 서비스 영역별 할당을 하는 국가: 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스웨덴, 영국

○ 성과보상제 확대

성과보상제는 OECD 19개 국가들에서 실시중인 것으로 보고되었고, 포함된 평가 영역은 일차진료의, 전문의, 병원 등으로 다양하다. 지급하는 인센티브의 크기는 영국(15%)을 제외하면 대체적으로 5% 이하인 것으로 나타났는데, 일차진료 부문에서는 벨기에 2%, 폴란드 5%이고, 전문의 부문에서는 폴란드 5%, 병원 부문에서 벨기에 0.5%, 룩셈부르크 1.4%의 인센티브를 지불하고 있다.

나. 정책목표

〈표 2-3-4〉 지불보상제도 개편(안)

분야		구분	'12.	'13.	'14.	'15.	'16년 이후	
입원환자	단기	병원·의원급	당연적용('12. 7월~)				지속운영	
		종합병원급 이상	선택참여	당연적용('13. 7월~)				
		주요과제	① 적정수가 개정 ② 조정기전 확립 ③ 적용 질병군 확대방안					
	중장기	적정수가	① 표준의료기관 원가자료 수집체계 구축 ② 의사·병원비용의 분리방안 마련					통합모형으로 제도 확대
		환자분류체계	7개질병군 개정	전체 환자분류체계 개정	지속적으로 개선			
		적정진료	임상진료지침 개발보급					
		질 관리	질평가방안 마련 및 시범운영			모니터링 및 평가에 따른 성과지불제 도입		
		정책평가	포괄, 실포괄수가 모형 외부평가			종합평가 및 통합모형안 마련		
	거시의료비		거시 의료비 관리모형 개발 연구				시범사업 등 제도모형 논의	

자료: 보건복지부 내부자료

다. 개선방안

진료비 지불보상제도에 대한 개선방안으로 첫째, 지불보상제도의 포괄화 및 다양화, 둘째, 거시 의료비관리 방안 마련, 셋째, 의료의 성과를 반영한 지불보상제도 도입 등으로 제시하고자 한다.

○ 지불보상제도 포괄화 및 다양화

현재의 행위별 수가제 중심의 지불보상제도를 보다 포괄화하고 다양화 하는 방안을 생각해볼 수 있다. 먼저 입원서비스에 대해서는 단계적으로 포괄수가제를 확대

적용 하여 환자에 대한 보장성을 강화하는 동시에 재정소요 규모의 예측가능성을 제고할 필요가 있다.

포괄수가제 확대를 위해 적정수가 보전을 위한 수가 운영체계를 지속적으로 개선할 필요가 있으며, 이 외에 질병군 분류체계 재정비, 신의료기술에 대한 별도 보상 기준 마련, 외래영역으로의 비용 전이 문제 보완 등이 해결되어야 할 것이다.

또한, 현재 실시되고 있는 신포괄수가제 시범 사업을 확대하여 입원환자 전체에 적용가능 하도록 질병군을 확대하는 것은 물론 시범적용기관을 민간의료기관에 까지 확대하여 사업모형을 지속적으로 보완하는 한편, 최종적으로 평가를 거쳐 포괄수가제와 신포괄수가제 통합모형안을 도출하여 적용하는 것이 바람직하다.

한편, 외래서비스에 대해서는 행위별수가제를 현행처럼 실시하되, 일부 환자군에 대해서는 특성별로 적용 가능한 지불보상제도를 보완적으로 실시하는 것을 고려해볼 필요가 있다. 예를 들어, 노인 및 일부 만성질환 환자 등 고가의 검사나 전문적 진단보다는 예방과 관리가 필요한 환자군을 대상으로 단골의사제 실시와 함께 인두제와 행위별수가제를 병행 실시하는 방안도 고려할 수 있다. 덴마크의 경우 주치의에 대한 지불보상은 등록환자 1인당 정액으로 지급되는 인두제 적용뿐만 아니라 행위별수가, 인센티브, 특별추가지급 등이 적용되어 지불되고 있다.

[그림 2-3-1] 덴마크 주치의제도 총진료비 구성

총 진료비			
인두제 적용부문	특별추가지급부문	행위별수가 적용부문	인센티브 부문
<ul style="list-style-type: none"> - 기본서비스 - 예방, 건강증진 및 재활서비스 	<ul style="list-style-type: none"> - 시간외 수당 - 전화상담 - 왕진 	<ul style="list-style-type: none"> - 선택서비스 - 특수 전문서비스 	<ul style="list-style-type: none"> - 취약계층, 지역 - 양질의 서비스

자료: 강길원, 2010.

○ 의료비의 거시적 관리 방안 마련

거시의료비 관리방안은 포괄수가제 등이 적용될 수 없는 외래 부문 등에서 행위

별수가제 실시에 따라 급등하는 의료비 관리의 거의 유일한 대안이 될 수 있다. 때문에 우리나라를 포함한 일부 국가를 제외하면 대부분의 OECD 국가들은 거시적 수준에서 진료비 총액을 관리하는 시스템을 운영하고 있다.

총진료비 관리 방안은 의료비 상한선에 대한 강제성 여부 등에 따라 다양한 방식이 있으며, 제도 도입의 관건은 한국적 모델 개발이라고 할 수 있다. 또한, 거시의료비 관리방안 마련을 위해서는 의료공급자와의 합의가 전제되어야 할 것이다.

때문에 우리나라에 적합한 모델 개발시 전면적인 제도 실시에 앞서 의료 분야별(eg. 의원, 한방, 치과 등) 혹은 서비스 대상별(eg. 노인, 만성질환자)로 단계적으로 도입하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

○ 의료의 성과를 반영한 지불보상제도 마련

행위별수가제는 환자에게 제공된 의료서비스의 양을 기준으로 진료비를 보상하는 방식으로 의료의 질과 서비스 제공의 효율성을 담보하기는 어렵다. 행위별수가제 하에서는 진단적 검사 및 처방 등이 의료기관의 주요 소득원이 되고 있기 때문에, 의료기관에서는 예방서비스나 만성질환 관리를 적극적으로 실시할 유인이 부족한 것이 사실이다. 더욱이 진료과정에서 합병증 혹은 부작용이 발생하거나 의학적으로 불필요한 서비스가 제공되더라도 원칙적으로 진료비를 보상받을 수 있다.

이러한 문제점을 보완하여 의료의 질적 수준을 향상시키기 위해 선진국에서는 의료서비스 질 평가 기반 수가 차등제도(value-based purchasing, VBP)를 도입하고 있다. VBP 제도는 OECD 19개 국가들에서 실시중인 것으로 보고되었고, 포함된 평가영역은 일차진료의, 전문의, 병원 등으로 다양하다.

우리나라는 2008년부터 질 인센티브 시범사업(value incentive program, VIP)이라는 이름으로 질 평가 기반 진료비 차등제 시범사업을 시행해오고 있으나, 아직 제왕절개분만과 급성심근경색의 2개 질환에 대해서 일부 상급의료기관만 대상으로 실시되고 있으며 인센티브 재원도 크지 않은 규모이다.

의료의 질 혹은 성과에 따른 인센티브 사업을 확대하는 것은 지불보상제도를 통하여 의료의 효율성이나 효과성을 제고하려는 의미뿐만 아니라, 장기적으로 행위별

수가제 축소에 따른 의료 제공량 감소의 부작용을 해소하는 대안이 될 수 있다.

라. 입법조치

○ 국민건강보험법 개정

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
포괄수가제 확대 실시					
- 종합 및 상급종합병원에 확대 실시					
신포괄수가제 시범사업 확대 실시					
- 사업대상 질병군 확대					
- 환자분류체계 개선					
- 신포괄수가제 시범사업 참여 의료기관 확대					
포괄, 신포괄 통합논의					
거시의료비 관리제도 도입					
- 거시의료비 관리방안 마련					
- 거시의료비 관리 시범사업 등 제모 모형 논의					
성과보상제(P4P) 사업 확대					
- 질평가 방안 마련 및 시범사업					
- 성과보상제(P4P) 사업 도입					

4. 국민건강보험 및 민간의료보험 간의 합리적 관계 설정

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황 및 문제점

우리나라는 인구고령화 및 만성질환 증가 등에 따라 국민의료비가 급증하고 있다. 이러한 국민의료비 중 공공지출의 비중은 상대적으로 낮은 반면 민간의료보험 등이 높은 비율을 차지하고 있다. 특히 2010년 우리나라 국민의료비 지출은 2009년의 73조7000억원에 비해 10.3% 증가한 81조3000억원으로 GDP대비 6.9%에 달하고 있으며⁴⁾, 국민의료비 중 공공지출이 58.2%, 가계 직접부담이 32.4%, 민간보험·기타가 9.4% 차지를 차지하고 있다.

2008년을 기준으로 저축성 보험을 포함한 민간보험의 시장규모는 33조 4,133억 원으로 전체 보험시장 약 110조원의 약 30.2% 차지하고 있다.⁵⁾ 국민 1인당 월 평균 민간보험료는 54,634원으로 보험자 가입자만을 기준으로 할 경우 1인당 월 90,948원을 민간보험료로 지출하고 있다.⁶⁾

2009년 기준으로 1개 이상의 민간의료보험을 가입한 가구는 전체 가구의 77.8%이며, 가구 당 평균 민간의료보험 가입개수는 3.62개인 것으로 나타나고 있다.⁷⁾

2) 쟁점

실손형 민간의료보험은 2003년 7월까지 손해보험사만 취급하였으나 2003년 8월 생보사의 단체보험에도 허용되었으며, 2005년 8월부터는 생보사의 개인보험에도 허

4) 보건복지부, 연세대 의료·복지연구소, 『2010년 국민의료비 및 국민보건계정』

5) 강성욱·유창훈·권영대·오은환, 1) “2008년 민간의료보험 시장 규모 추계-『한국의료패널』을 중심으로”, 보건의료정책 포럼-민간의료보험 시장규모와 역할(2011. 4. 14), 한국보건사회연구원, 2011

6) 강성욱·유창훈·권영대·오은환, 전거서

7) 정영호, “한국의료패널로 본 민간의료보험 가입 실태”, 보건의료정책 포럼-민간의료보험 시장규모와 역할(2011. 4. 14), 한국보건사회연구원, 2011

용됨에 따라 실손형 보험을 중심으로 한 민간의료보험의 시장규모가 크게 증가하고 있다. 다만, 실손형 보험이 종신보험 등의 특약형태로 판매되고 있고, 공보험에 상병 수당이 도입되지 않은 상태이어서 정액담보도 동시에 성장하는 추세이다.

참고로, 실손형 민간보험으로 1963년 손해보험회사가 실손보상 상해보험을 처음으로 도입하였으며, 1999년에는 손해보험회사가 상해 및 질병으로 인한 의료비 보장보험의 판매를 시작하였다. 이후 2003년 8월 생보사의 단체의료비 실손보장보험 허용, 2005년 8월 생보사의 개인의료비 실손보장보험 허용, 2008년 8월 생보사의 개인의료비 실손보장보험 상품 출시, 2010년 10월 실손의료보험 상품 표준화 시행 등이 이루어졌다.

이러한 실손형 보험의 보험금은 국민건강보험의 본인부담금에 연동되도록 되어 있다. 즉, 실손형 보험의 보험금은 국민건강보험 본인부담금의 90%⁸⁾를 보장하도록 되어 있어서 실손형 보험은 국민의 의료이용량과 이에 따른 국민건강보험 재정지출에 직접적인 영향을 미치는 구조를 가지고 있다. 아울러, 2010년을 기준으로 민영보험의 보험금 사기와 관련된 건강보험재정 누수 금액이 약 2920억원~5010억원으로 추정되는 등 재정지출 측면에서 양 보험이 서로 밀접하게 연관되어 있다.⁹⁾

이와 관련하여 다음과 같은 주장이 상충되고 있는 등 국민건강보험과 민간보험간의 합리적 관계설정이 이루어지 않은 실정이다. 즉, 국민건강보험의 보장율이 약 63% 수준에 머물고 있는 실정에서 민간보험의 무분별한 확대는 국민건강보험의 기능을 위축시키고, 건강보험 재정을 악화시킬 가능성이 있다는 주장과 공보험의 보충적 성격의 실손 민간의료보험 활성화를 통해 의료서비스의 질을 개선하고 의료비 증가를 통제할 수 있다는 주장이 대립되고 있다.

이와 함께 국민건강보험과 민간보험의 기능에 대한 국가적 목표와 정책방향을 동시에 설정하고 이를 바탕으로 양 보험간의 역할분담을 설정해야 한다는 시각도

8) 금융위원회가 국민건강보험 재정 등을 고려하여 2009년 6월 22일 실손보험 보장률을 국민건강보험 법정 본인부담금의 100%에서 90%로 축소하는 방안을 마련하여 2009년 10월부터 시행하였다.

9) 서울대학교 산학협력단·보험연구원 『보험재정 및 보험금 누수방지를 위한 공·민영보험 협조체계 구축 및 제도개선 방안 연구』, 2012

있는 반면, 국민건강보험의 역할과 보장률 목표 등을 우선적으로 설정한 다음 민간 보험은 이를 보완하는 역할을 담당하도록 해야 한다는 시각도 존재한다.

나. 정책목표

현재로서는 국민건강보험과 민간보험 간의 역할분담에 대한 명확한 입장이 설정되어 있지 않기 때문에 앞으로 국민건강보험과 민간의료보험이 질서 있게 공존하는 시장구조를 형성할 수 있도록 하기 위한 법·제도적 기반을 구축하는 것으로 목표를 설정할 필요가 있다.

〈표 2-4-1〉 국민건강보험과 민간의료보험 간의 합리적 관계 설정 목표

구 분	2012년	2017년
국민건강보험과 민간의료보험 간 역할분담 방안 마련	- 역할분담 방안 부재	- 합리적 역할분담 방안 및 관련 법·제 마련

다. 개선방안

1) 민간의료보험에 관한 법률 제정

민간의료보험이 보건의료정책의 전체적인 틀 속에서 작동하도록 하고, 국민건강보험과 민간건강보험 간 합리적 역할분담이 가능하도록 관련 법령을 제정할 필요가 있다. 이 법령에서는 실손형 보험의 사회적 책임성, 국민건강보험과 민간의료보험 간 총괄적인 재정관리에 관한 사항, 의료부문의 특성 상 현행 『보험업법』에 규정할 수 없는 사항 등을 규정하여야 한다.

특히, 이 법령에는 국민건강보험에 대한 보충보험으로서 실손형 보험의 성격 규정과 실손형 보험에 대한 보건복지부의 관리권 보장을 중심으로 실손형 보험의 급여내용 및 급여지급율, 보험 심사, 보험자 등록 신청·허가, 가입자격 및 가입제한 금지,

위험균등화 프로그램 실시, 진료상의 차별금지 등 소비자 보호 등의 사항을 규정할 필요가 있다.

2) 실손형보험에 대한 심사기구 설치·운영

실손형 보험에 대한 독립적 심사기구를 설치·운영함으로써 보험회사의 보험금 지급 효율화, 의료기관과 보험회사 간 계약관계 형성, 보험회사와 의료기관간 견제와 균형(check and balance) 기능 확보 등을 도모하여야 한다. 이와 관련하여 건강보험심사평가원을 심사기구로 하거나 별도의 심사기구를 설치하는 방안을 검토할 필요가 있다.

3) 실손형보험에 대한 보건복지부의 관리권 부여

실손형 보험이 국민건강보험 및 보건의료체계에 미치는 영향을 미치는 영역에 대해 보건복지부의 관리 권한을 강화하여야 한다. 실손형 보험의 관리부처를 보건복지부로 하거나 또는 보건복지부에 대해 실손형 보험과 관련한 정책결정 상의 협의권한을 부여하는 방안을 고려할 필요가 있다. 국토해양부가 『자동차손해배상보장법』을 관장하는 사례가 이러한 예에 속한다.

4) 실손형보험의 합리적 급여범위 및 보장 수준 설정

실손형 보험의 급여 대상과 급여 수준을 국민건강보험의 급여범위 및 급여 수준과 연계하여 설정하여야 한다. 실손형 보험이 국민건강보험 본인부담금의 90%를 보장할 수 있도록 되어 있으나 국민건강보험 재정 등을 고려하여 이를 신축적으로 조정할 수 있는 메커니즘을 마련하여야 한다.

5) 의료형평성 확보 및 소비자 권익보호

실손형 보험으로 인한 인구집단 및 계층간 의료접근성의 격차 확대를 방지하기 위한 제도적 장치를 강구할 필요가 있다. 성별·연령·질병·장애, 기타 사회적 특성 등을 이유로 가입자격 및 계약 연장을 제한하거나 거부하는 행위를 금지하고, 개인 정보 보호 조치를 강화하여야 한다. 여기에 부가하여 보험상품의 유형별 표준화 및 표준약관 제정, 광고의 사전 심의 및 허위과장 광고 처벌, 끼워팔기 등의 행위 금지 등의 조치를 강구할 필요가 있다.

라. 입법조치

국민건강보험 및 실손형 보험 간 관계, 실손형 보험의 역할 등에 관한 사항을 포괄하는 법률을 제정하고, 실손형 보험의 급여 내용 및 범위, 실손형보험 심사기구 설치, 소비자 보호 등 관련 법률위임 사항 등을 규정하기 위해 하위법령을 제정하여야 한다.

마. 연차별 시행계획

구 분	2013	2014	2015	2016	2017
민간의료보험에 대한 정책협의체 운영					
- 주요 Agenda 발굴 및 협의					
- 합의된 내용을 법안 마련과 연계					
민간의료보험에 관한 법률 제정					
- 정책협의체 논의결과 등을 반영한 법안 마련					
- 법안 국회 제출 및 통과					
- 법안 시행령 및 시행규칙 마련					
- 시행을 위한 후속조치					

5. 미래형 만성질환 관리체계 구축

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황 및 문제점

우리나라는 건강수준 관련 총괄지표(평균기대수명, 영아사망률 등)는 이미 선진국 평균수준에 도달하였지만, 개인별 만성질환관리체계가 미흡하여 만성질환으로 인한 사회경제적 부담이 매우 높은 실정이다. 우선 우리나라의 만성질환 분포를 보면, 50대에는 68.7%가 최소 1개 이상의 만성질환을 보유하고 있으며, 60대에서는 83.7%, 70대이상에서는 91.3%가 만성질환을 보유하고 있다(정영호 등, 2011)¹⁰⁾. 그리고 20세이상 만성질환자의 만성질환 보유 수는 평균 2.5개로, 대체로 1개 유형의 만성질환을 보유하고 있는 것이 아니라, 한 사람당 다양한 복합만성질환을 가지고 있다.

만성질환 중 대표적인 당뇨병 사망률은 OECD 평균에 비해 약 2-3배 정도 높은 10만명당 30여명(연령표준화 결과임) 수준이며, 이외에 뇌혈관질환으로 인한 사망자 수는 2010년 인구10만명당 53.2명으로, 암에 이어 사망원인 2위에 해당되며, 뇌졸중은 높은 장애와 합병증 발생률로 의료비 부담을 가중시키고 있다.

또한, 만성질환으로 인한 의료비 부담도 증가하고 있는데, 고혈압 및 당뇨병으로 인한 진료비가 건강보험재정의 1, 2위를 차지하고 있다(국민건강보험공단, 2009).¹¹⁾ 고혈압으로 인한 총진료비는 2008년에 2조 998억원으로 2002년대비 2.5배 증가하였으며, 당뇨병으로 인한 총진료비는 동 기간에 2.2배 증가한 1조 1,276억원에 달하였다.

이와 같은 만성질환을 예방하고 관리하기 위해 일차의료에 대한 관심이 증가되고 있다. 우리나라 20세이상 성인의 경우, 상용치료원을 보유하고 있는 경우는 38.6%(2009년기준)이며, 이 중에서 병원급 이상을 상용치료원으로 두고 있는 경우

10) 정영호 외, 2009년 한국의료패널 기초분석보고서(II), 한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 2011.

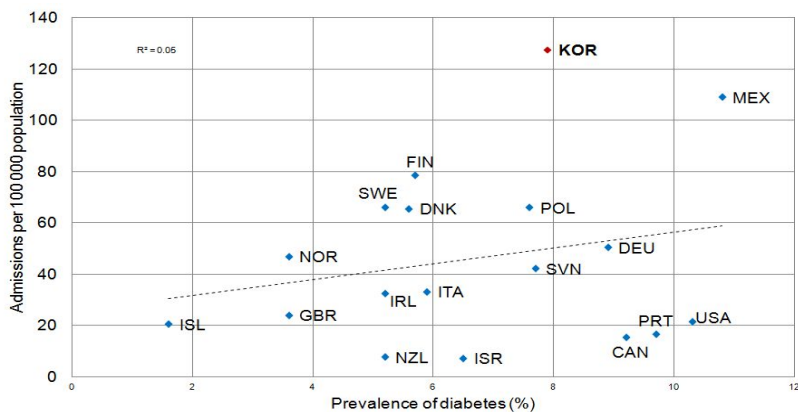
11) 국민건강보험공단, 만성질환 단골의사제 시범사업 모형개발, 2009

가 31.3%(종합병원 20.1%, 병원 11.2%) 이었다(정영호 등, 2011). 그리고 소득수준이 높을수록 상용치료원 보유율이 낮아지는 추세로, 소득이 낮은 1분위는 54.7%에서 소득이 높은 5분위는 33.6%로 감소한다.

만성질환 경증 및 고위험 요인 보유자의 경우 증상이 뚜렷이 없기 때문에 관리를 소홀히 하는 경향이 높다. 심뇌혈관질환의 선행질환인 고혈압, 당뇨병의 치료지속율은 각각 22.2%, 29.2%에 불과한 실정이라 할 수 있다(박민정 등, 2010). 조절되지 않는 당뇨의 경우 OECD 국가 평균은 인구10만명당 50.3명이지만, 우리나라는 인구십만명당 127.5명으로, 2.5배정도 더 높다.

따라서 민관 협력에 의한 만성질환 관리 가치관 정립 및 만성질환 관리 전통을 만들어가는 것이 필요하다. 즉, 과거 위생관념 정립 및 위생관리 전통을 확산해왔던 경험을 오늘날 만성질환 관리에 다시 적용하는 것이 필요하다.

[그림 2-5-1] OECD 각국의 조절되지 않는 당뇨입원율과 당뇨유병율, 2009



자료원 : International Diabetes Foundation (2009) for prevalence estimates; OECD Health Data 2011 for hospital admission rates

만성질환 관리 문제는 예방관리 체계의 부재에 집중적으로 나타나고 있다. 즉, 합병증 등 중증 만성질환이 발생하기 전 단계에서 조기에 만성질환 발견과 관리가 강화되어야 하는데 이러한 시스템이 적절히 작동하고 있지 않다.

또한 한국의 의료전달체계에서 일차의료 위축현상은 지속적으로 나타나고 있다. 상급종합병원의 수입에서 외래진료가 차지하는 비중이 갈수록 높아지고 있는데 2002년 21.7%에서 2010년에는 28.7%을 증가되었다. 반면 일차의료기관인 의원외 건강보험급여비가 전체 외래에 대한 건강보험급여비에서 차지하는 비중이 같은 기간인 2002년 43.2%에서 2010년에는 29.5%로 감소하였다.

일차의료의 또 다른 한 축인 보건소는 취약계층에 대한 방문서비스를 위주로 하고 있어 주민 전체를 대상으로 한 만성질환 관리 활성화 노력은 거의 수행할 수 없는 상태라 할 수 있다. 대학병원 등을 중심으로 권역별 심뇌혈관센터가 설치되고 있으나 만성질환자의 합병증 발생에 대한 통합적 치료서비스 제공 위주로 운영되고 있다. 예방사업도 함께 추진되고 있지만 일반적 홍보와 캠페인에 그치고 있는 실정이다.

민간의료기관을 중심으로 만성질환 등록관리제도가 일부 시행되고 있으나 기존 진료 형태와 비교하여 차이점을 느낄 수 없다. 만성질환 관리에 관한 법률 제정(만성질환 관리 실태와 위험요인 연구, 표준 만성질환 관리 지침 개발 및 보급, 공공 및 민간 의료기관의 역할 부여 등 포함, 2008년에 강기정의원이 추진했던 만성질환 관리법 참고)이 국회에서 한때 추진되었으나 중단된 상태이다.

2) 쟁점

- 만성질환관리를 위한 보건소 기능개편과 민관협력체계 구축 방안
- 만성질환관리를 위한 통합의료전달체계 구축 방안
- 환자발견 및 추후관리를 위한 환자등록관리체계 구축
- 성과에 따른 보상체계 설계

3) 해외사례 및 시사점

- 영국의 주치의 중심 만성질환 관리

- 일반의는 만성질환자 진료, 영유아 예방접종, 자궁경부암 검사 등 질적 지표에 근거한 성과에 따라 보상
- P4P(Pay for Performance)제도가 도입되기 전보다 만성질환관리가 질적으로 향상됨.

○ 독일의 만성질환통합사례관리

- Heidelberg Integrated Case Management Model은 일차의료 내에서 심부전을 가진 환자를 관리하기 위한 팀제의 접근방식임.
- 표준적인 도구를 활용하여 팀 내의 의사와 건강전문가가 만성질환자를 포괄적으로 관리하고 있음.
- 의사의 보조인력에는 간호사, 건강관리보조원, 임상병리사 등이 있으며, 환자들의 자가관리를 위해 지원하고 있음.

나. 정책목표

〈표 2-5-1〉 2017년 만성질환 관리로 인한 목표

구분	2012년 ¹⁾	2017년
당뇨 사망률	- 10만명당 30명	- 10만명당 20명
당뇨 입원율	- 10만명당 130명	- 10만명당 70명

주 1) International Diabetes Foundation (2009) for prevalence estimates; OECD Health Data 2011 for hospital admission rates」

다. 개선방안

미래형 만성질환 관리 체계를 구축하기 위해서 개인단위, 지역사회 단위, 일차의료 단위, 지역거점공공병원(이차의료) 단위, 권역별 대학병원 단위, 중앙정부단위로 구분하여 살펴보고자 한다.

개인단위에서의 만성질환을 관리하기 위해서는 ‘새로운 자가관리전략(new self-management strategy)’ 구축이 필요하다. 환자 스스로 만성질환을 관리할 수

있도록 환자 및 환자보호자 교육 프로그램, 의약품 복용 관리 지원, 식이요법 및 운동 컨설팅, 자가 모니터링(self-monitoring) 지원을 위한 원격의료 활용, 전화상담을 통한 컨설팅, 통증 관리, 환자 자신의 의무기록에 대한 용이한 접근성 등에 대한 전략을 개발하여 고혈압, 당뇨병의 치료지속율을 향상시킨다. 이를 위해서 만성질환 자가관리를 위한 기술지원기관을 설정하고 지역사회 대상으로 교육하는 제도적 방안 마련이 필요하다.

지역사회 단위에서의 만성질환 관리를 위해 지역사회 기반 만성질환 관리 모형을 정립하고 문화를 확산하는 과정이 필요하다. 산업장, 지역사회 등에서 만성질환자 및 고위험자 중심의 만성질환 관리 지역사회 지도자 양성 등을 통해 만성질환 관리 활성화 노력이 강화되어야 할 것이다. 그리고 지역사회의 산업보건센터를 중심으로 한 직장내 만성질환 관리 문화와 전통 확립, 보건소를 중심으로 한 지역보건 차원의 만성질환 관리 문화와 전통이 확립될 필요가 있다. 이를 위해서 기존 산업보건센터 및 농촌 보건기관을 중심으로 한 모델을 정립할 수 있는 제도 개선이 요구된다. 또한, 영세사업장 및 도시지역을 대상으로 한 지역산업보건센터 및 도시보건지소 확대 사업을 지속 추진하고, 기존 주민센터와 주민자치위원회를 참여시키는 만성질환 관리 개념과 방법 확대 모델 사업을 추진할 필요가 있다.

일차의료 단위에서의 만성질환 관리를 위해서는 민관협력의 통합관리서비스가 활성화되어야 한다. 우선, 보건기관을 중심으로 민간의료기관과 연계한 통합관리서비스를 활성화하여 치료와 예방을 연계하고,

농촌지역은 직접 일차의료 모델과 이와 연계된 만성질환 관리팀 활성화가 필요하다. 기존의 방문건강관리팀 및 보건지소의 통합보건요원, 보건진료원 등의 만성질환자 관리가 강화될 필요가 있다. 도시지역의 일차의료는 민간에 의존하되 보건소 진료팀의 기능을 변화시켜 예약진료 및 방문진료 형태로 바꾸고 운동, 영양 등 생활습관 및 지역내 방문간호팀과 연계하는 연계진료 형태를 정립하도록 해야 한다. 이를 위해 만성질환 관리를 체계적으로 기술을 지원할 수 있도록 건강증진재단 같은 기존 보건소 관련 기술지원조직을 강화시키는 것이 필요하다. 그리고 권역별로도 기술지원조직을 만들어 관할 시도 및 보건소에 대한 기술지원을 강화하고 관내 의사회 및

민간단체와의 파트너십을 강화할 필요가 있을 것이다.

지역거점공공병원(이차의료) 단위에서 만성질환관리를 위해서는 공공의료사업 지원 체계가 강화되어야 한다. 지역사회 보건교육 및 일차의료 만성질환 관리 지원을 위한 공공의료사업 지원 체계를 강화하고, 지역거점 공공병원의 공공의료사업팀에 만성질환 관리를 강화할 수 있도록 체계적인 예산지원과 사업모델을 만드는 것이 필요하다. 또한 전문의가 배치되어 의학적 만성질환 관리 및 공중보건학적 만성질환 관리를 체계적으로 현장 지도할 수 있도록 할 필요가 있다. 특히 공중보건의사가 많이 배치된 농촌지역을 중심으로 배치하여 보건소 및 보건지소와의 연계를 강화하고 내과 및 정신과 등 다양한 전문과목의 협력을 통한 복합적 만성질환의 관리 지원을 강화할 필요가 있다. 이를 효율적으로 운용하기 위해서는 공공의료사업 기술지원에 따른 인센티브 부여 등의 제도개선이 수반되어야 할 것이다.

권역별 대학병원 단위에서의 만성질환 관리를 위해서는 심뇌혈관질환 센터를 통한 만성질환관리 활성화 지원 체계가 강화되어야 한다. 심뇌혈관질환 센터 등을 통해 집중관리 체계 정립하고, 지역(시군구)단위 만성질환관리 활성화를 위한 지원 체계를 강화할 필요가 있다.

마지막으로 중앙정부차원에서는 환자 등록체계를 정립하고 인센티브 제도를 구축하여 체계화된 만성질환관리를 구축할 수 있도록 설계할 필요가 있다. 지역사회 만성질환 관리 활성화를 위한 파트너십 기술을 지원하고, 만성질환 관리에 관한 법률 제정을 통해 기존 만성질환 관리활동 및 예산지원을 통합 일원화 하도록 한다. 환자 등록관리체계 구축하고, 성과에 따른 환자 및 의료기관의 인센티브 제도를 마련하며, 보건소를 중심으로 미발견 만성질환자를 발견하고, 추후관리를 위한 등록환자 정보 연계, 환자의 위험도별 포괄적 관리, 금연, 절주, 운동, 영양, 질병교육 등 건강서비스를 제공한다. 환자 인센티브 제공 방안, 의료기관 성과 평가 및 인센티브 제공 방안을 마련하고, 마지막으로 지속적 의료서비스를 제공받기 위한 일차의료기관과 연계 모형을 구축해야 한다. 이를 위해 만성질환관리관련 법률 제정, 국민건강보험공단의 데이터와 연계한 환자등록관리체계 모형 개발 및 실행, 지역사회중심의 care pathway 가이드라인 개발이 요구된다.

라. 입법조치

만성질환 관리법 제정 → 만성질환 관리를 강화하기 위한 각 기관별 역할을 분명히 하고 이를 지원하기 위한 정부의 지원 기능을 분명히 한다. 그리고 공공보건의료 기관을 중심으로 시도 및 시군구 역할도 분명히 하고 민간자원의 파트너십 강화 방법을 밝히는 것이 필요하다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
○ 지역사회 만성질환 관리 모델 정립 및 확산					
- 기존 보건지소를 활용한 모델 정립					
- 만성질환 관리 법률 마련 및 제정					
- 새로운 보건지소 모델 확산 및 도시보건지소 확산 전략 정립					
- 지역거점 공공병원 중심 만성질환 관리 모델 정립					
- 시행 및 확산					
○ 자가관리 모형 구축 및 기술지원					
○ 성과기반 인센티브제도 설계 및 시범사업					
- 시범사업 평가 및 성과기반 인센티브 실행					

6. 연속적 노인케어 체계 구축

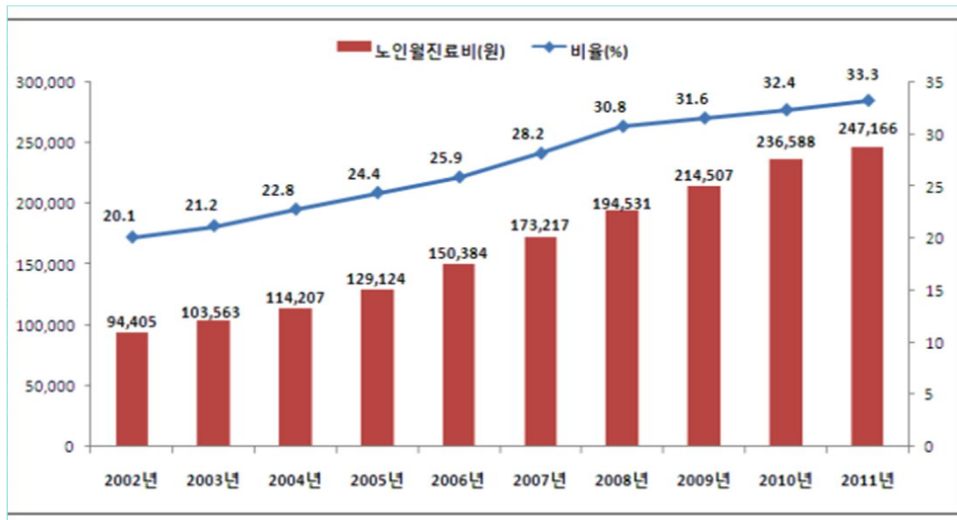
가. 현황 및 문제점

1) 현황 및 문제

우리나라 노인인구 비율은 전체인구의 11%(2010년 5,354천명)이다. 2018년에는 14%로 예상되어 수년 후 고령사회로 진입되며, 2026년에 20%로 초고령 사회로 압축적 고령화가 예상되고 있다. 기대여명은 생활수준의 향상, 의료기술의 발전 및 건강에 대한 인식제고 등으로 지속적으로 높아져 평균 81세이다. 평균수명이 점차적으로 높아지고 있는 가운데, 삶의 질과 건강수준을 동시에 측정하는 대표적인 지표인 건강수명은 평균 71세(2007)이어서 각종 질병과 장애로 인해 일상적인 생활을 영위하는 노인의 인구는 증가하고 있다. 2008년 조사에 의하면 노인의 11.4%가 일상수행능력(ADL)에, 27.0%가 도구적 일상생활수행능력(IADL)에 장애를 보이고 있어(2008년) 4년 전보다 건강수준(각 8.2%, 22.2%)이 저하된 상태이다.

이와 같은 건강과 장애 문제로 인해 65세 이상 노인진료비는 2011년 국민 전체 진료비의 33.3%를 차지하고 있으며 전년 노인진료비 대비 8.8% 증가하였다. 특히 85세 이상에서는 430% 증가해 최고의 진료비 증가폭을 보였다. 2002년부터 10년 동안 연 평균 16.9%의 증가율을 보였고, 65세 이상 노인 1인당 월평균 진료비는 2002년 94,400원에서 2011년 247,200원으로 2.6배 이상 증가해 노인의 의료이용 증가추세를 확인할 수 있다(그림).

[그림 2-6-1] 노인진료비 및 노인1인당 월평균 진료비 추이: 2002-2011



자료: 국민건강보험공단, 2011 건강보험 주요통계

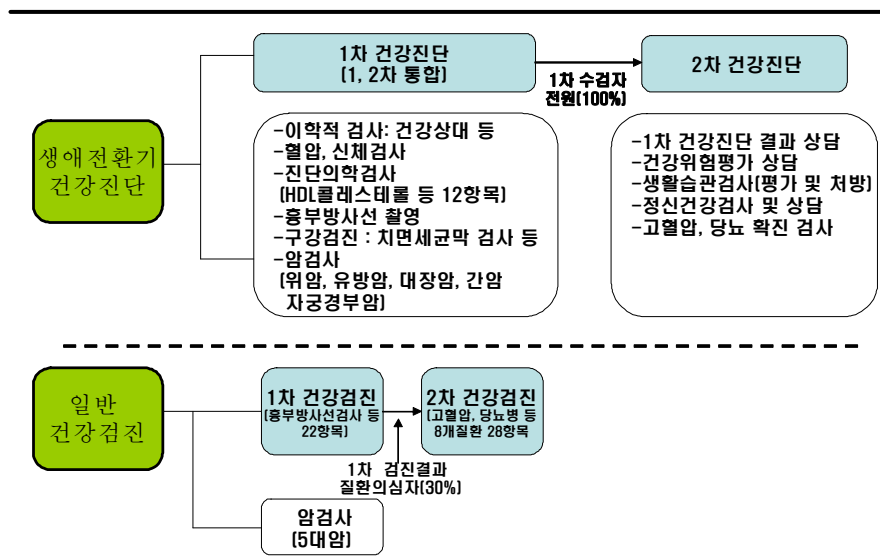
노인인구 및 질병에 이환된 노인이 증가하고 있는 가운데, 이와 같이 요양병원 증가 등으로 인한 공급자원 유인수요의 증가와 장기 입원, 노인의 여러 의료기관 이용 및 이에 따른 서비스 중복 과잉 문제, 그리고 의료비에 대한 본인부담금 할인 또는 면제 등으로 의료비의 증가를 부추기고 있어 이에 대한 체계적인 관리체계가 요구된다. 요컨대, 노인의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 효과적·효율적 관리체계의 구축과 동시에 노인 의료비의 부담을 경감할 수 있는 방안 마련이 필요하다.

정부는 2007년 생애전환기 건강진단체도를 도입하여 66세 노인을 대상으로 기존 일반검진의 단점을 보완하여 개인 건강위험평가를 통한 건강위험요인의 발견 및 개선, 상담까지 포괄하는 사전 예방적 건강검진사업을 실시 중에 있다. 또한 75세 이상 노인을 대상으로 틀니 보험적용 시행('11년 7월), 골다공증, 당뇨병 및 골관절염 등 노인성질환 치료제 급여 확대(골다공증 급여 대상 및 기간 확대), 여러 가지 당뇨병 치료제 복용시 급여 인정 약제 확대(2종→3종, '11년 7월), 골관절염 급여 인정 대상 연령 확대(65세 이상→60세 이상, '13년) 등 노인 질병특성에 따른 건강보험의 보장성을 확대하였다. 그러나 생애전환기 건강진단 수검률은 55.5%(2009년)

이며 전체 노인의 건강검진 비율은 59.8% 수준이었다. 노인의 특성을 반영한 사전 질병예방 및 조기발견, 그리고 건강증진을 위한 서비스와는 분절적인 사업특성이어서 보다 비용을 절감할 수 있는 연속적 케어가 가능한 서비스 패키지가 요구되고 있다.

이에 따라 건강한 노인에서부터 만성질환 및 장애 노인에 이르기 까지 예방 및 건강증진-치료-요양-지역 복귀 또는 말기케어로 이어지는 복합적이고 다양한 형태의 건강문제에 대해 언제든지 접근가능하면서 지속적으로 포괄적인 서비스를 제공하고 이를 조정하고 관리할 수 있는 책임성 있는 건강관리체계의 구축과 노인의료비의 급증을 통제할 수 있는 메커니즘의 개발이 중요하다.

[그림 2-6-2] 생애전환기 건강진단 체계 : 66세 노인대상



2) 쟁점

의료시설의 증가는 의료이용의 증가로 이어질 수 있는데 특히 요양병원의 증가가

두드러져 2000년 19개 기관에서 2010년 825개 기관으로 약 43배라는 기하급수적인 증가현상을 보였고 요양급여비 증가폭 역시 가장 높았다. 그간 인구고령화에 따른 만성질환의 증가에도 불구하고 장기요양 및 의료서비스의 부족 등 요양 인프라가 부족하여 나타난 현상으로 간주할 수 있으나, 또 한편으로는 요양병원 개설허가 기준이 완화된 상태에서 노인의 질병구조상 필요한 적절한 토털케어 제공시스템의 미흡으로 의료시설에 의존할 수밖에 없는 의료공급체계에서 비롯된 것으로 추측할 수 있다.

한편, 가족구조와 가족관계의 변화로 경제력이 없는 노인만의 가구, 또는 독거노인가구가 증가하고 있으므로 병약하고 경제적 자립도가 낮은 노인계층에 대한 보건의료 및 복지 차원에서의 통합적 보호 조치가 요구되고 있다. 특히 노인의 신체기능 장애비율은 소득수준과 반비례하였고, 농촌지역의 주관적 건강인지율이 더 저조하였으며 건강검진율도 저조하였다.

3) 해외사례 및 시사점

선진국의 노인 보건의료체계를 살펴보면 일차보건의료 체계가 체계적으로 구비되어 있으며, 병원 등의 시설서비스와 일차의료서비스간의 연계가 일반의를 통해 이루어지고 있다. 일본과 미국은 노인을 위한 별도 보건의료체계가 구축되어 있다.

미국은 공공 사회보장의 범위를 장애인, 여성 및 아동 등의 사회적 취약계층으로 한정하여 노인의료보장제도인 메디케어를 통해 각종 서비스를 제공하고 있다. 그러나 1990년대 이후 급증하는 의료비 해결방안으로 노인 의료비 증가를 억제하면서 자원의 효율성을 제고하고 의료서비스 접근성과 형평적 제고를 위해 정책적 전략들을 도입하고 있다. 예컨대, '지역사회관리시스템(PACE-Program of All inclusive Care for the Elderly)'을 도입하여 노인등록제를 실시, 만성질환 위험요인이 있는 노인들을 사전 파악하고 의사, 간호사, 사회복지사 등 전문가가 팀을 구성하여 지역사회가 함께 체계적으로 포괄적인 서비스를 제공함으로써 의료비용의 절감과 환자의 건강상태가 호전된 것으로 나타났다.

일본은 전국민 의료보장제도가 있음에도 불구하고 1983년 제정된 ‘노인보건법’에 의해 별도의 노인만을 대상으로 한 의료비 지불제도를 마련하였고 ‘노인복지법’을 제정하여 고령화에 대응한 정책을 추진하고 있다. 지역사회내에서 공공 보건소와 민간 병의원간 서비스 연계와 정보 연계가 원활하게 구축되어 시설서비스와 더불어 재가노인을 위한 서비스로 구분되어 노인에게 필요한 서비스를 제공하고 있다. 요보호 노인대상을 중심으로 하는 재택 의료복지 대책은 가정봉사원 서비스(home-helper service), 주간서비스(day service), 단기입소 서비스(short stay service), 일상생활 용구의 급여 등이며, 지역사회 활동 촉진대책으로는 노인의 삶의 질 향상을 위한 건강가꾸기 추진사업과 함께 고령자 능력개발 정보센터 및 고령자 종합상담센터 운영 사업 등을 통해 생산적인 노인인구층을 확대하고 있다.

일본 후생노동백서(2007)에 의하면 노인의료비는 인구당 병상수가 많은 지역일수록 노인 의료비가 높고, 건강진단 수진비율이 높은 지역은 낮은 지역에 비해 1인당 노인 의료비가 낮으며, 노인 취업률과는 반비례한 것으로 파악되어 건강진단의 중요성과 함께 노인의 건강유지를 위한 질병 예방 및 조기발견의 중요성을 시사하고 있다.

영국과 호주는 일반국민들을 대상으로 하는 포괄적 보건의료제도 틀 내에서 노인 건강관리를 보호하는 형태로 이루어지고 있다.

나. 정책목표

- Continuum of care를 통한 건강수명(Healthy life expectancy) 연장을 위하여 66세 생애전환기 건강진단 비율과 예방접종률을 증가한다. 건강진단 비율을 55.5%(2009년)에서 90%(2017년)로 증가시킨다. 노인에게 취약한 독감의 예방접종률을 80.1%(2008년)에서 90%(2017년)
 - 건강증진-질병예방-조기 진단 및 치료-재활서비스의 연속적 보건의료서비스 공급체계를 구축한다.
 - health, medical care와 social care와의 통합적 케어 전달체계를 통한 노

인 삶의 질 향상: 돌봄 또는 장기요양 서비스의 사회서비스와의 통합적 체계를 구축한다.

○ 노인의 일상수행능력(ADL) 장애비율을 고령 노인인구가 증가하고 있으나 2017년 까지 현재의 11.4%(2008년)로 유지한다.

○ 노인의 도구적 일상생활수행능력(IADL)의 장애비율을 2017년 까지 현재와 같은 27.0%(2008년)로 유지한다.

－ 노인 이전의 건강증진, 건강검진 등의 지역사회 예방사업 확대를 통한 건강한 노화(healthy ageing), 활동적 노화(active ageing) 확산한다.

다. 개선방안

첫째, 지역사회 중심의 신체적 기능향상을 위한 노인 건강증진 프로그램의 운영을 활성화하여야 한다. 고령사회를 대비해 만성질환의 현재적 위험을 해소하고, 전 생애에 걸친 건강증진을 도모할 수 있도록 생애전환기 건강진단의 필요성에 대한 홍보를 실시하고 수검에 필요한 이동 및 지원체계를 마련하여 발병 후 치료서비스 보다는 예방 및 재활서비스 중심으로 보건의료체계를 재편하는 것이 시급하다.

－ (기본방향) 취약지역 및 취약 노인을 대상으로 한 노인 건강운동 실천 강화를 포함한 사전 예방적 서비스 프로그램을 강화한다

－ (제도개선) 지역사회 보건기관 및 민간 자원활용을 통한 서비스 접근성을 제고한다. 절주, 금연, 영양보급 및 운동 등 적정수준의 건강실천행위를 유도하여 신체적 기능의 자립성 향상 도모하는 신체적·정신적 기능향상 프로그램 개발 및 보급한다. 또한 표준적인 외상예방 및 치매예방프로그램에 대한 교육 및 홍보체계를 개발한다.

둘째, 고령 노인 대상의 일차의료 즉, 주치의 제도를 도입하여야 한다.

- (기본방향) 통합적, 지속적, 사전 예방적 서비스를 제공한다.
- (제도 개선) 주치의 제도 도입을 위해 일차의료기관의 표준모형을 개발하고 생애전환기 건강진단 결과, 고위험 노인을 대상으로 한 도시형, 농촌형 서비스 전달체계 및 지불보상체계에 초점을 둔 시범사업을 실시한 후 지역 사회 자원과 윈-윈 할 수 있는 주치의 제도를 도입, 확대한다.

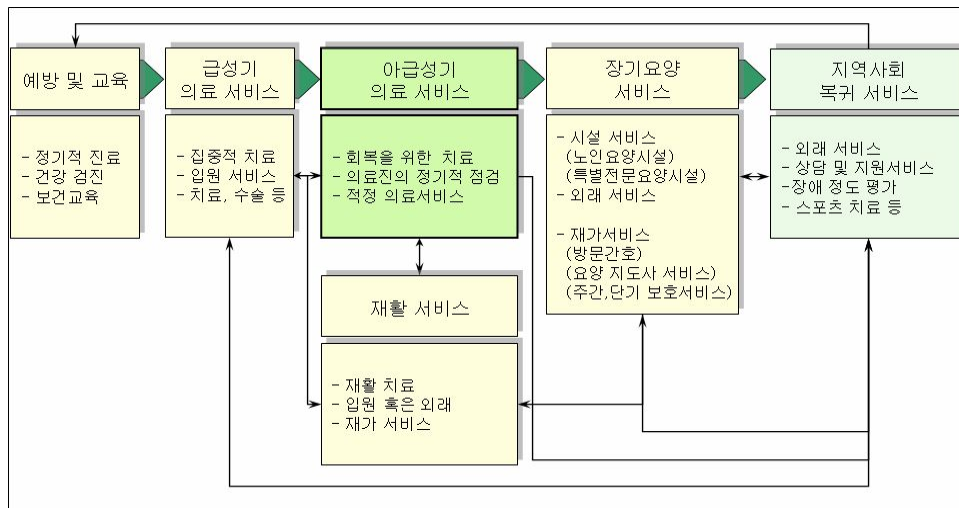
셋째, 만성질환에 대한 의학적, 사회적 관리를 위한 연속체계를 구축할 수 있도록 보건소의 기능을 개편하여야 한다.

- (기본방향) 가정-시설, 종합병원-요양 재활병원-요양시설-보건소-가정과의 연계체계를 구축한다.
- (제도개선) 지불보상체계의 합목적화 및 케어 매니지먼트 제도 도입, 방문 보건과 요양서비스의 연속적 관리 모형을 개발한다. 질병 예방 및 고위험 사전 관리를 위한 보건소, 의료시설, 요양시설, 지역사회 재가서비스 등의 지속적 돌봄서비스를 강화할 수 방안을 모색한다.

넷째, 효과적, 효율적 통합서비스 공급을 위한 보건의료 및 장기요양 서비스 지불 보상체계를 형평적으로 개선, 마련하여 노인환자의 시설로의 쏠림현상을 방지하여야 한다.

- (기본방향) 자원의 효율적 활용을 위한 연속적 노인 건강 및 기능재활서비스 지원체계를 구축한다.
- (제도개선) 건강보험 수가 및 요양수가의 형평적 부과체계를 마련한다.

[그림 2-6-3] 노인 케어체계 구축을 위한 연속적 서비스



자료: 선우덕 외, 노인건강정책 현황과 향후 추진과제, 한국보건사회연구원, 2009

다섯째, 노인을 대상으로 한 건강보험 관리 운영의 효율화를 위해 인센티브 및 차등 적용을 실시한다.

- － (기본방향) 노인 의료이용 및 건강등급화를 통한 건강보험 급여 차등화
- － (제도개선) 본인부담률 조정 : 외래 정액제를 정률제로 조정
적용대상 연령(65세 이상)의 상향조정(70세 이상)
※ 일본: 70세 이상 본인부담률 20%에서 30%로 상향 조정
- － 생애전환기 건강진단 수검노인에 대한 인센티브제 도입 및 건강증진 프로그램 강화를 위한 생활습관 개선 노인에 대한 인센티브제 도입

라. 입법조치

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙
- 의료법: 일차의료 활성화를 위한 주치의 제도 도입

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
신체적 기능향상을 위한 건강증진프로그램 운영의 활성화					
- 지역사회 보건기관 중심의 사업 강화					
만성질환에 대한 의학적, 사회적 관리를 위한 연속체계 구축					
- 지불보상체계의 합목적화 및 케어 매니지먼트 제도 도입, 방문보건과 요양서비스의 연속적 관리					
고령 노인 대상의 일차의료 강화					
- 주치의 제도 도입 : 75세 이상 (사전) 시범사업 실시					
보건의료서비스의 장기요양제도와와의 통합적 서비스 패키지화					
건강보험 관리 운영 효율화					
- 노인 의료비 정률제 도입 (70세 이상)					

7. 생애말기 케어

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황

통계청(2012)에서 예측한 연도별 사망자 추이를 보면, 2010년 현재 사망자 수가 26만명에서 고령화에 따른 노인인구의 누적으로 2030년에는 45만명, 2040년에는 58만명이 사망에 이르게 되는 등 연간사망자 수가 급격하게 증가할 전망이다. 한편, 사망률은 우리나라의 2010년 천명당 연간 사망자 수가 5.1명으로, 독일 10.5명, 일본 9.5명, 미국 8.0명에 비해 높지 않지만, 2030년에는 9명, 2040년에는 11명으로 빠르게 증가할 것으로 예측된다.

<표 2-7-1> 사망자 수 추이 및 전망

연도	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2060
연간 사망자수	25만명	26만명	36만명	45만명	58만명	72만명	75만명
연간1000명당 사망자수	5.2	5.1	6.9	8.7	11.3	14.9	17.1

자료: 통계청, 2012

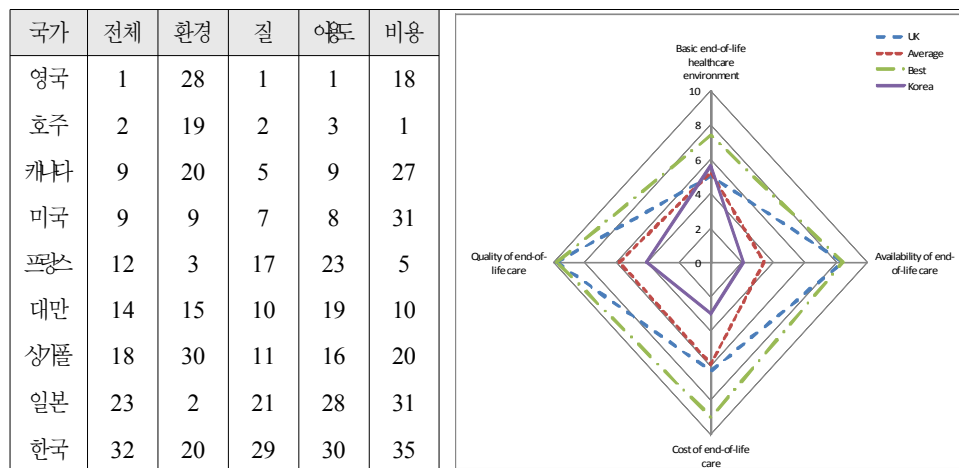
개인의 생애의료비 분포를 보면 사망 전에 의료비 지출이 집중되는 알 수 있다. 자료에 따르면, 2010년 사망자의 사망시점에서 36개월 이전의 월평균 의료비(건강 보험진료비)는 37만원이었으나, 사망 2개월 전의 월평균 의료비는 261만원, 사망 1개월 전의 월평균 의료비는 285만원으로, 사망 36개월 이전에 비해 6.8배 증가하였다. Health Policy Developments(2010)는 우리나라 암환자의 경우 약 1/3가량의 의료비가 임종 1달 전에 지출되는 것으로 제시하고 있다. 미국의 경우 생애말기 의료비는 총의료비의 10~12%에 해당되며 Medicare 예산의 27%를 차지하고 있다.

한편, 생애말기 환자들이 선호하는 임종 장소와 실제 임종 장소와의 괴리가 발생하는 것을 알 수 있다. 우리나라의 경우 선호하는 임종장소에 대해 최근 자료가 없지만,

2005년에 54.8%가 자택을 가장 선호하는 임종장소로 응답한 결과가 있다(Choi et al., 2005). 그러나, 현실적으로 급성기 병원에서 임종을 맞이하게 되는 경우가 대부분이다. 일본은 후생성의 조사결과에 의하면, 응답자의 63%가 임종장소로 자택을 선호하고 있으나, 자택에서 사망하는 경우는 12.3%, 병원에서 사망하는 경우는 85.3%에 이르고 있다(Investigation into end-of-life care, 2007). 영국도 2/3정도가 자택을 선호하고 있으나, 실제 응답자의 1/3정도만 자택에서 임종을 맞이하고 있다(Higginson, 2003).

Economist Intelligence Unit(2010)에서 측정한 생애말기 삶의 질 수준을 보면 우리나라가 취약한 상황임을 보여주고 있다. 30개 OECD 국가와 10개 선별국가를 합한 40개 국가 중 생애 말기의 삶의 질 수준(quality of death index)이 32위인 하위권에 머물러 있다. 생애 말기의 삶의 질 수준(quality of death index)이 가장 우수한 국가는 영국이었으며, 미국 9위, 대만 14위, 일본 23위 등이었다. <표 2>는 전체 순위와 환경, 질, 이용도, 비용 등 부문별 순위가 제시되어 있다.

<표 2-7-2> 주요국의 생애 말기의 삶의 질 순위



주) 국가별 순위: 영국(1위), 호주, 뉴질랜드, 아일랜드, 벨기에, 오스트리아, 네덜란드, 독일, 캐나다, 미국, 헝가리, 프랑스, 노르웨이, 타이완, 폴란드, 스웨덴, 룩셈부르크, 싱가포르, 스위스, 홍콩, 체코, 덴마크, 독일, 이태리, 아이슬란드, 스페인, 슬로바키아, 핀란드, 그리스, 남아공, 포르투갈, 한국(32위), 말레이시아, 터키, 러시아, 멕시코, 중국, 브라질, 우간다, 인도(40위)
 자료) Economist Intelligence Unit, The quality of death: Ranking end-of-life care across the world, 2010

생애말기 환자, 특히 암 환자들은 통증으로 크게 고통을 겪고 있는데 이러한 고통을 완화시킬 수 있는 완화의료 서비스 이용이 제한적이며 완화의료 전달체계 미확립이 문제점으로 지적되고 있다. 완화의료 이용 의향에 대한 설문조사 결과, 2004년 57.4%에서 2008년 84.6%로 크게 증가한 것을 알 수 있다(국립암센터, 2008). 그러나, 2010년 암 사망자인 약 7만명 중에 완화의료 전문기관에서 완화의료서비스를 받은 말기 암환자 수는 6,564명(암사망자의 9%)에 그치고 있다(국립암센터, 2011). 미국의 경우 완화의료제도 도입 초기에는 대부분 암환자를 대상으로 하였으나, 최근(2009년)에는 암 40.1%, 쇠약 13.1%, 심장질환 11.5%, 치매 11.2%, 폐질환 8.2% 등으로 확대되었다.

우리나라의 완화의료전문기관의 이용 경로를 보면, 진료 의뢰없이 환자의 직접 방문이 44.0%(2,222명)으로 가장 많고, 그 다음으로 동일의료기관으로부터 전원 25.6%(1,289명), 타 의료기관으로부터 진료 의뢰 809명(16.0%) 순이었다(국립암센터, 2011). 미국의 경우 전체사망자 245만명 중에 102만명(41.6%)이 완화서비스를 이용(www.nhpco.org, 2009 기준)하여 우리나라와 차이를 보이고 있다. 국립암센터(2011)에 의하면 완화의료전문기관의 사망퇴원환자 중 14일 이내에 48%의 환자가 사망하여 완화의료전문기관에 의뢰하는 시기가 늦은 편으로 나타났다. 이와 같이 환자의 통증관리에 대한 기반이 미흡한 결과, 암환자가 적절한 통증관리를 받지 못하고 있는 것으로 나타났다. 우리나라는 몰핀 사용에 대한 장벽이 높아, 사망 전 환자들의 통증관리를 위한 진통제 이용가능성 순위가 하위권에 머물러 있는 것으로 분석되었다(<표 2-7-3> 참조).

<표 2-7-3> 우리나라의 진통제(물핀 및 물핀대체품) 이용가능성 순위

높은 순위(우수)			낮은 순위(취약)	
5	4	3	2	1
호주, 캐나다, 덴마크, 룩셈부르크, 네덜란드, 뉴질랜드, 포르투갈, 스웨덴	중국, 독일, 홍콩, 헝가리, 아일랜드, 일본, 폴란드, 스페인, 대만, 영국, 미국	오스트리아, 벨기에, 브라질, 핀란드, 프랑스, 아이슬란드, 이태리, 노르웨이, 싱가폴, 스위스	체코, 그리스, 멕시코, 아시아, 터키, 우간다, 한국	인도

자료) Economist Intelligence Unit, The quality of death: Ranking end-of-life care across the world, 2010

2) 문제점 및 쟁점

생애말기 케어관련 정책의 문제점 및 쟁점은 다음과 같이 정리될 수 있다. 첫째, 생애말기 환자 케어를 위한 국가 가이드라인 부재하다. 따라서, 말기 환자 대상에 대한 기준 및 판단 절차에 대한 국가표준지침이 마련되어야 한다. 그리고, 사전의사결정서(advance directives) 작성에 대한 가이드라인 마련이 필요하다. 우리나라는 사전의사결정에 있어 환자 본인이 참여하지 않고 거의 모든 경우에 가족과 의료진의 상의 하에게서 이루어지고 있어, 환자의 연명치료 선택여부 등, 임종에 대한 환자의 가치관이 반영되고 있지 못하고 있는 실정이다.¹²⁾

둘째, 생애말기 환자의 이송 의뢰 체계를 위한 케어플랜이 부재하다. 즉, (상급)종합병원이 아닌 환자 주거지 근처의 완화의료기관 또는 가정에서 서비스를 받을 수 있는 이송의뢰체계의 구축이 필요하다. 현재 완화의료 제공기관이 상급종합병원 또는 종합병원 위주로 증가하고 있어, 완화의료의 본 취지를 실행하지 못하고 있는 실정이다. 한편, 말기 환자의 치료에 대해 care pathway와 같은 진료지침이 마련되어야 한다. 그리고, 말기 환자의 의뢰와 회송을 위한 법적 제도 마련과, 시설, 인력, 장비, 서비스 내용 등에 대한 질관리 방안이 마련되어야 할 것이다. 영국의 경우 National End of Life Care Programme을 통해 환자가 죽음을 준비할 때 포괄적

12) 미국의 경우 임종환자 중 4~25%가 사전의사결정서를 작성하고 있음.

서비스를 제공하고 있으며, Liverpool Care Pathway가 가장 우수한 프로그램으로 평가받고 있다.

셋째, 환자 뿐 아니라 환자가족을 위한 치료플랜이 부재하다. 환자 뿐 아니라 환자 가족의 고통을 줄이고 삶의 질을 향상시키기 위한 프로그램을 마련할 필요가 있다. 일례로 영국의 아동호스피스¹⁾는 시한부 아동의 종합적인 치료를 제공하기 위해 아동의 삶의 질 향상 뿐 아니라, 가족의 물리적, 정서적 지원에 초점을 맞추고 있는 것은 우리에게 적지 않은 시사점을 준다.

넷째, 완화의료관련 적정 수가 모형 설정이 필요하다. 현재 2012년 말까지 말기 암환자 완화의료 건강보험수가가 일당정액의 행태로 2차 시범사업이 적용되고 있다. 상급종합병원/종합병원의 경우 1일당 적용수가는 175,980원이며, 병원/의원²⁾의 경우 113,580원이고 본인부담금은 5%로 설정되어 있다. 완화의료 역시 적정 수가가 수반되지 않을 경우 의료기관이 사업에 동참할 유인이 없어지므로, 시범사업을 통해 수가모형의 적정성 등 종합적인 평가 수행을 통해 수가가 설정되어야 한다. 그리고, 완화의료기관에 인센티브를 부여할 뿐 아니라, 병원단위에서 완화의료기관으로 이송 의뢰시에도 인센티브 제공이 필요하다 하겠다.

다섯째, 완화의료에 대한 재정적 지원이 미흡하고, 필요 병상, 시설 등에 대한 계획 및 인프라가 부족하다. ‘한국 호스피스·완화의료 표준 및 규정’에 의거하여 기본 요건을 충족시키고 있는 기관은 전체의 68.9%이며, 기본 요건을 충족하고 있는 병상 수는 371개에 불과한 실정이다. 이는 필요한 병상수 인 1,210~2,420개(영국 50개 병상/백만명당, 싱가포르 25개 병상/백만명당)의 15~31%에 그치고 있다(윤영호, 2005). 이러한 문제점을 해결하기 위해 현재의 종합병원 중심의 생애말 환자들에 대해 환자 거주 지역 중심의 생애말케어 기관으로 이동할 수 있도록 전문지원센터 및 관련 인프라를 확충하여 병원보다는 가정과 같은 친숙한 환경을 갖출 수 있도록 추진하는 것이 바람직하다.

여섯째, 재원조달 방식의 다원화를 모색하는 것이 필요하다. 이를 위해 완화의료의 제도화를 통해 수가를 산정하여 재원 조달하는 방식과 더불어 사회마케팅을 통한 기부금 확보 등 다양한 방안을 고려하여야 한다.

나. 정책제언

본고에서는 다음과 같은 정책목표를 제시하고자 한다.

- 첫째, ‘12시범사업 -> 생애말 케어(end-of-life care)의 제도화
- 둘째, 생애말 케어 전문기관 설립, 확대

다. 개선방안

위에서 제시한 정책목표를 달성하기 위해 다음과 같은 개선방안을 마련하는 노력이 요구된다 하겠다.

1) 첫째, 국가가이드라인 설정 및 이송의뢰체계 모형 설정

- (기본방향) 말기 환자 대상에 대한 기준 및 판단절차에 대한 국가표준지침을 마련하고 의료뿐 아니라 돌봄 기능을 포함한 모형을 설정하는 정책방향을 제안하고자 한다.
- (제도개선) 암환자뿐 아니라 아동, 치매환자 등 말기 환자의 범위 및 기준을 선정하도록 하고, 판단절차에 대한 국가표준설정, 케어의 이송의뢰체계 모형을 설정하고 제도화하도록 한다.

2) 생애말 케어 전문기관 설립

- (기본방향) 급성기 종합병원 중심에서 벗어나 가정과 같은 친숙한 환경을 갖출 수 있는 시설 기준을 마련하고 환자 거주 지역 기관의 설치를 확충하도록 한다.
- (제도개선) 병원, 의원, 전문기관 등으로 세분화하여 시설 및 인력 기준을 재정비하고 일반가정과 같은 환경을 보유한 전문기관을 확충하도록 한다.

3) 생애말 케어 적정수가모형 설정

- (기본방향) 지역사회를 중심으로 생애말 케어 사업에 동참할 수 있도록 적절한 수가모형을 설정한
- (제도개선) 시범사업평가를 토대로 이송의뢰체계를 구축할 수 있는 수가모형을 설정한다.

라. 입법조치

생애말 케어 범위 확대를 위하여 암관리법, 보건의료기본법 개정이 필요하고, 대상자 판정을 위하여 국가가이드라인관련 시행령을 설정하도록 한다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
국가가이드라인 설정 및 적정수가모형 설정					
- 국가가이드라인 설정을 위한 기초연구					
- 이송의뢰체계 모형 설정을 위한 기초연구					
- 국가가이드라인 설정					
- 이송의뢰체계 모형 설정					
- 생애말 케어 적정수가모형 설정					
생애말 케어 전문기관 설립					
- 생애말 케어 수요조사 및 예측					
- 시설, 인력기준안 마련					
- 생애말 케어 전문기관 설치					
완화의료 지원					

8. 공공보건의료체계 강화

가. 현황 및 문제점

1) 일반 현황

우리나라 의료공급체계는 단기간에 의료접근성을 높이는 과정에서 민간의료기관이 다수를 차지하고 있으나, 재정 측면에서는 국가가 단일 보험자로서 전 국민이 가입하는 건강보험 운영하고 있다.

보건의료제공체계를 살펴보면, 국내 공공병상의 비중이 '08년 현재 14.2%로 세계적으로 유례가 없이 낮은 상태이며 '10년 기준 전체 의료기관 60,529개소 중 민간의료기관이 93%(56,890개소)를 차지하고 있다. 또한 국민의료비 대비 공공지출 비중은 58.2%('09년)로, OECD 평균(71.9%, '08년)에 비해 낮은 상황이다.

한편, 비영리법인 중심의 의료공급, 전국민 건강보험 등을 통해 의료체계의 공공성을 유지해 왔으나 점차 한계점이 표출되고 있다. 즉, 수익 발생 부문에는 공급이 급증해온 반면에 비·저수익 부문에는 공급 감소 등으로 필수의료서비스 공급측면에서 지역적·분야별 불균형 발생이 심화되고 있는 양상이다. 이로 인해 CT, MRI 등 고가 장비를 활용한 비급여 진료 과목 증가하고 있는 반면에 대도시 지역에 비해 수요가 많지 않은 농어촌 지역을 중심으로 의료기관 휴·폐업 등이 자주 발생하고 있다. 또한 분만서비스 등의 필수의료서비스 공급이 부족한 지역도 다수 발생하고 있다.

국·공립병원들이 민간병원과 동일한 행태를 보이고 있다는 문제도 있다. 일반적으로 공공의료기관은 이윤 동기가 적어 과소, 과다 진료가 아닌 적정의료로 제공할 동기가 높다고 간주되고 있다. 하지만 국내 공공병원들은 의사에게 진료량에 따른 성과급제 적용 등을 통해 과잉진료 등의 문제를 보이고 있으며 이러한 점에서 민간병원과 동일한 진료 양상을 보이고 있다. 신종인플루엔자가 발생하고 확산되는 상황에서 보건복지부는 455개 치료거점병원을 지정하는 과정에서 혼란을 겪어야 했는데,

즉, 대표적 국립병원이 치료거점병원 지정제외를 요청했다가 반복하는 소동이 있었다. 13)

기존 공공의료의 개념, 범주에 대한 사회적 논의는 다양하나 지금까지 제도적으로는 공공의료의 개념을 국·공립의료기관 중심의 활동으로 한정되어 있었다. 기존의 "공공보건의료"의 정의는 공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 행하는 모든 활동을 의미한다.(공공보건의료에 관한 법률 제2조제1호). 최근 공공의료의 문제를 개선하기 위해서 개념을 전환하자는 주장이 제기되었다. 그 결과, 기존의 “기관 중심의 공공의료 개념”으로는 새로 발생하는 문제에 효과적으로 대응하는데 한계가 있어서 소유 중심으로 한 정의에서 기능 중심으로 한 정의로 변화되었으며, 개정된 법적 정의는 아래와 같다

“공공보건의료란 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계 없이 국민의 보편적인 의료이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동을 말한다(「공공보건의료에 관한 법률」 개정안 제2조 제1호)”.

2) 문제점 및 기존 논의¹⁴⁾

앞서 언급한 바와 같이 공공의료체계의 문제점은 전체 의료제공체계에서 차지하는 비중이 매우 적고, 비·저수익 부분에는 공급 감소 등으로 필수의료서비스 공급 측면에서 지역적·분야별 불균형 발생이 심화되고 있으며, 국공립병원들이 공공병원의 사회적 역할을 수행하는데 소극적으로 대응하는 문제가 존재하고 있다.

공공의료체계의 개선을 위한 노력의 일환으로 공공보건의료에 대한 법적 정의가 소유개념에서 기능중심으로 전환되었다. 또한 ‘11년 보건의료미래기획단에서 공공보건의료의 확충 방안이 논의되었다. 주로 제시된 내용은 취약계층의 필수의료서비스

13) 국회의원 전해숙, 국회의원 박정숙, 민주노총 전국보건의료산업노동조합, 건강연대 주최 “공공의료의 현대적 의미와 발전방향” 토론회 자료집(2009. 11)

14) 2011년 보건의료미래기획단이 공공보건의료 확충에 대해서 논의한 자료 참조함

에 대한 접근성 개선, 신종인플루엔자와 같은 질병으로 인한 국가적 재난상황 관리 체계 강화와 함께 국·공립병원의 역할을 분명히 정립하고 그 경쟁력을 강화해야 한다는 것 등이었다.

보건의료미래기획단의 논의를 좀 더 살펴보면, 취약계층의 의료서비스 접근성 개선에 대해서는 취약계층 대상 질병예방 및 관리서비스에 대한 사업비 지원 및 인센티브를 제공하지는 주장도 있었다. 특히 지역별·기능별 상황을 고려하여 공공성 강화를 위한 추가적 의무사항을¹⁵⁾ 부여하지는 의견 및 공공의료기관 중심의 의료안정망 프로그램에 대한 제안도 있었다.

다음으로 민간의료 중심의 현 보건의료체계 내의 효율성 및 형평성 저하를 해결하기 위한 공공의료부문의 적극적 역할이 필요하며, 그러기 위해서는 국·공립병원의 기능과 역할을 명확히 하는 것이 필요하다고 하였다. 또한 공공의료 경쟁력 강화를 위해서는 무엇보다도 인력 확보시스템을 구축할 필요가 있다는 제안도 있었다. 마지막으로 국·공립병원의 소관 부처가 다양해서 체계적 관리가 어려운 상황이므로 소관 부처를 일원화하여 총괄, 조정기능을 강화할 필요성도 제기되었다.

3) 외국사례

○ 메디케어 농촌 병원 프로그램(Medicare Rural Hospital Flexibility Program)

미국에서는 1997년 의회에서 주에 재원을 제공하여 농촌지역의 Critical Access Hospitals (CAHs)을 운영하도록 법을 입안하였고, 주정부는 농촌지역에 대한 보건 의료계획을 제출하도록 하였다. CAHs는 농촌지역의 주민을 진료하며 24시간 응급실, 25개 병상 이상을 보유하며, 평균 입원일수는 4일 정도를 유지해야 하는 등의 요구사항을 준수해야 한다. 농촌지역 병원사업과 비용기반상환(cost-based reimbursement)은 사회보장법에 근거하고 있다¹⁶⁾.

15) 의료기관 이사회에 1/3 이상 지역인사 참여, 비급여 진료내역 공개 등

○ 미국 메사추세츠 주 캠브리지 병원 연합의 공익적 보건의료서비스 사업¹⁷⁾

캠브리지 병원 연합은 시립병원으로 설립된 3개 급성기 2차병원과 20개 의원이 연합한 병원연합으로 총 593개 병상 중 402병상을 공공부문이 소유, 독립적으로 보건의료를 운영하고 있으며 시 보건부와 함께 어린이 천식선별검사 사업을 하고 있으며, 지역사회 활동가 훈련을 지원하고 있다.

○ 프랑스 민간병원의 공공의료서비스 수행체계¹⁸⁾

프랑스에서는 1970년부터 공공의료에 민간비영리병원의 참여가 가능하게 되었으며, Participation au Service Public Hospitalier(PSPH)라고 하였다. 최근에는 영리병원까지 공공의료서비스 제공에 참여하게 되었으며, 현재는 PSPH를 포함해서 공공의료서비스를 제공하는 모든 민간병원을 Les Establishment de Santé Privés d'Intérêt Collectif(ESPIC)이라고 하였다. 공공병원과 PSPH에는 총액계약제를 적용하다가, 2004년 이후부터 모든 병원에 포괄수가제를 적용하는 정책에 따라 지불체도가 변화되었다. 민간병원이 공공의료를 제공하기 위해서는 지방병원청에 승인요청서를 제출하고 지방병원청의 관리감독을 받게 되어있으며, 공공병원과 같은 감사를 받으며, 매년 연간보고서를 통해 병원의 미션 수행여부를 검토하고, 향후계획을 수립해야 한다. PSPH는 환자를 선택할 수 없으며 모든 사람이 평등하게 병원치료를 받아야 하고, 24시간 개방되어야 하면서 필요시 환자를 타병원에 수송할 책임을 져야 한다. PSPH는 공공의료서비스에 참여하는 대가로 공공병원과 같은 재원조달 방식으로 병원을 운영하였고, 국립병원에게 제공되는 의료장비에 대한 보조를 동일하게 받으며 필요시 타 국립병원 임상 의사의 도움을 요청할 수 있도록 공공병원단체협의회에 가입할 수 있다.

16) Social Security Act, Title XVIII, Sections 1814 and 1820. <http://www.mcrh.msu.edu/cahprogram.aspx>.

17) 보건의료발전계획('10-'14)의 공공의료분과 관련 기술에서 재인용 586-587.

18) 김대중, 박실비아. 프랑스 의료시스템의 역사적 고찰: 민간병원의 발전과정과 관리정책을 중심으로. EU연구 29호:187-211.

나. 정책목표

지금까지 고찰한 내용을 바탕으로 공공보건의료체계 강화를 위한 정책목표를 다음과 같이 제시하였다. 첫째, 공공보건의료의 개념이 기능 중심으로 변화되면서 기능중심의 공공보건의료 개념에 따른 공공의료서비스 제공이 구체화되어야 한다. 둘째, 국공립기관을 포함해서 공공의료서비스를 제공하는 민간의료기관에 대한 관리체계를 구축해야 한다. 셋째, 또한 필수의료서비스 제공 및 지역 간 의료서비스 불균형 해소를 위한 공공보건의료의 확충이 필요하다. 이러한 정책내용에 대한 ‘12년과 ’17년 사업목표는 아래와 같다.

구분	2012년	2017년
기능 중심의 공공보건의료 개념에 따른 공공보건의료 제공체계 정착	기능중심 공공보건의료 정립을 위한 정책 및 사업모형에 대한 계획 수립	기능중심 공공보건의료 개념에 따른 공공의료서비스 제공 및 사업 실행
공공보건의료 관리체계 강화	국공립병원 소관 일원화 및 지자체의 공공보건의료 지원조직 설립 계획 수립	국공립병원 관리 체계화 및 지자체의 공공보건의료 지원사업 확대
필수의료서비스 중심의 공공보건의료 확충	의료취약지역 의료수요 진단 및 공공의료수행기관 확충 계획수립	의료취약지역 해소 및 수익성이 낮은 전문 진료 활성화

다. 개선방안

공공보건의료체계를 개선하기 위해 설정된 정책 목표에 따른 개선방안을 제시하고자 하며, 여기서는 기존에 추진하고 있는 정책내용보다 새롭게 추진해야 되는 사업 중심으로 제안하였다.

우선 기능 중심의 공공보건의료 개념에 따른 공공의료제공체계의 구체화되어 정착되어야 한다. 즉, 기능중심의 공공보건의료 개념에 따른 사업 내용이 개발되고, 관리체계가 정착되어야 하는데, 우선적으로 해당 주제에 대한 연구개발이 필요하다고 본다. 또한 민간병원이 공공의료서비스를 제공하는 목적을 분명하게 정의하고 그에 따른 제도적 준비사항, 즉 정부 지원내용 및 관리체계, 민간병원 준수 사항(표준 진료 제공, 환자의뢰 및 후송 의무 등) 등이 구체화되고, 체계적으로 실행되어야 한다.

또한 공공병원과 함께 공공의료서비스를 제공하는 민간병원이 수행할 수 있는 공익적 보건의료사업 모형을 개발해서 확산시킬 필요도 있다고 본다.

공공보건의료의 관리체계 강화에 대해서는 국립대병원의 소관을 일원화하고 국·공립병원에 대한 총괄·조정 기능을 강화해야 할 것이다. 현재는 관련 위원회를 통해서 부처 간 협력하는 체계이며, 조정기능 강화를 위해서는 국·공립병원 소관 일원화에 대한 정부 부처 간의 합의 도출 필요하다. 또한 중앙·지자체간 공공보건의료를 전담해서 지원하는 조직 신설 및 연계하고 이들 조직이 공공보건의료의 교육, 훈련 기능 강화를 통한 정책 추진, 집행, 관리의 체계화시키는 것도 필요하다고 본다.

국가 필수 보건의료서비스를 중심으로 한 공공보건의료를 확충해야 한다. 이를 위해서 거점의료기관 지정 및 지원을 통한 취약계층에 대한 의료서비스 제공하고 보건사업을 확대해야 할 것이다. 또한 지역별 의료공급의 불균형 해소를 위해 수요에 비해 공급이 부족한 전문 질환을 중심으로 한 전문진료센터를 육성하는 것이 요구된다고 하겠다.

라. 입법조치

개정된 공공보건의료에 관한 법률에 따라 '12년 9월 현재 시행령 및 시행규칙 개정안이 입법 예고 중이다.

마. 연차별 시행계획

정책목표와 개선방안의 내용을 연차별로 시행하는 계획을 제시하였다. 우선적으로, 기능중심의 보건의료 제공체계 정착에 대해서는 정책의 내용을 구체화시키고 사업을 수행할 수 있는 모형 개발에 대한 연구가 필요하다고 보았다. 연구결과를 바탕으로 정책내용을 확립하고 제도적 준비를 먼저하고 실행하는 것이 순서라고 보았다. 다음으로, 공공보건의료관리체계 강화에 대해서는 오랫동안 논의되어왔던 국·공립병원 소관부터 일원화를 지속적으로 추진하는 것이 필요하다. 또한 공공보건의료기관 내의

의료전달체계를 확립하는 사업도 필요하며, 지자체의 공공보건의료사업을 지원하는 조직을 만들과 관련 사업을 실행하는 것으로 하였다. 마지막 정책목표인 필수보건의료서비스를 중심으로 한 공공보건의료 확충에 대해서는 우선 현황을 파악하는 것이 필요하며, 다음으로 거점병원 및 전문진료센터 육성계획을 수립하여 보건의료서비스를 제공하고 이를 평가하는 것이 바람직하다고 보았다.

구분	2013	2014	2015	2016	2017
기능중심의 공공보건의료 제공체계 정착					
- 기능중심의 공공보건의료 개념에 따른 공공의료 제공체계 정책 및 사업모형 개발					
- 기능중심의 공공보건의료 개념에 따른 민간병원의 공공의료서비스 제공에 대한 제도적 준비					
- 기능중심의 공공보건의료 개념에 따른 공공의료서비스 제공 및 사업 실행 및 평가					
공공보건의료 관리체계 강화					
- 국·공립병원 소관부처 일원화 추진					
- 공공보건의료기관내 전달체계 구축					
- 지자체 공공보건의료 전담조직 사업계획 수립 및 실행					
필수 보건의료서비스를 중심으로 한 공공보건의료 확충					
- 의료취약지역 및 수익성 낮은 전문진료 현황 파악					
- 거점의료기관/공공전문진료센터 육성계획 수립 및 준비					
- 거점의료기관/공공전문진료센터 의료서비스 제공 및 평가					

9. 응급의료 체계 개선

□ 현황 및 문제점

○ 병원전 응급처치 부족

- 국내 심정지 환자 생존율 4% 미만
 - 심정지 환자 80%가 가정 및 공공장소에서 발생하나 심폐소생술 시행률은 1.4%에 불과(OECD국가 평균 20%)
 - 심정지 환자의 구급차내 자동제세동기 부착률은 68.8%임.
- 응급환자 부적절한 병원선정 비율이 73%
- 구급차내 적정 응급처치률이 6.7%에 불과하고 중증응급환자의 병원전 전문응급처치가 부족함

○ 외상치료 체계 미비

- 중증외상환자의 병원전 적절 처치률은 52.2%임.
- 외상은 국내 44세 이하 사망의 가장 많은 이며, 장애발생의 중요한 원인임.
- 예방가능 외상 사망률은 50.4%(1998) → 39.6%(2004) → 32.6%(2007) → 35.2%(2010)로 개선되지 않고 있음.
- 응급의료 선진화 계획의 일환으로 2008년부터 중증외상 환자에 대한 양질의 치료를 제공하기위해 35개의 중증외상 특성화센터를 지정하여 운영하고 있으나 지원의 부족과 체계미비로 효과는 거의 없는 실정임.

○ 병원내 응급환자에 대한 대비 부족

- 2007년 권역별응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관 평가에서 등 응급의료기관 평가에서 인력 충족률이 72.9 - 87.5%, 장비 및 시설이 72.9-99.7%로 현재 부족한 실정(보건복지부, 2008)
- 중증응급환자를 24시간 최종치료를 할 수 있는 응급의료기관의 부족
 - 치료가능 기관 비율(%): 중증외상 23.9%, 심혈관 32.1%, 뇌혈관 18.3%

- 외상환자 예방가능 외상사망률 35.2%(미국 몬타나주 8%)
- 급성심근경색 30일 사망률: 한국 18.6%(OECD 평균 10.2%)
- 뇌졸중 30일 사망률: 한국 15.2%(OECD 평균 10.1%)
- 국내의 전원에 의한 응급실 내원환자의 사망률은 직접 내원하는 환자의 7.4배로 의료기관간의 전원 체계 미비(안기욱 등, 2006).
- 응급의료 서비스 개선 필요
 - 응급실 과밀화로 진료 지체 및 응급실 이용자 및 근무자들의 만족도가 매우 낮음(40% 미만)
 - 응급의료기관 평가에서 인력 충족률(72.9 - 87.5%), 장비 및 시설 부족(72.9-99.7%)(보건복지부, 2008)
 - 시설, 인력 및 장비 부족에 의한 과밀화로 개인 Privacy 보호 안 됨.
- 취약지 응급의료 체계의 미비
 - 전문자격 구급대원 탑승률이 전국 평균 62%이나 강원도 등의 취약지는 26.4%임(2011년)
 - 전국 군지역의 48.9%는 지역응급의료기관이 없음(2007. 임정수).
 - 읍·면단위에 설치하도록 되어 있는 119구급대 출장소 배치율은 45.2%에 불과(관할면적 도시지역의 7배)(2007. 임정수).
 - 응급실 도착 전 사망률 높음(강원도가 서울의 2배=0.4%:0.8%)(2009. 응급의료통계연보)
 - 농어촌지역에서 사고시 이송거리 증가에 따른 도시지역 중증손상자 보다 7.7배 사망률이 높음
- 재난의료 대비 부족
 - 국내 재난정책은 경제적 피해와 복구에만 치중되고, 재난의료대응은 소외되어 왔으며, 선진외국과 같은 통합적 국가재난의료체계는 전무한 실정
 - 재난으로 일정규모 이상의 환자가 발생할 경우, 전문적으로 대응할 수 있는 재난의료지원팀 (DMAT: Disaster Medical Assistance Team)의 도입이 절실하나 국내에는 DMAT의 교육, 훈련 및 양성 교육기관이 전무한

상태임.

- － 대규모 재난발생 시 재난지역의 병원은 발생한 다수의 환자를 수용할 수 있는 시설, 인력, 장비 등을 갖추어야 하나, 국내에는 재난에 대비할 수 있는 재난의료지원센터가 전무한 실정
- － 특수재해는 자연재해로부터 2차적으로 발생하거나 테러 등 인위적 요인으로 야기되는 방사선 및 핵물질에 의한 재난 (Radiologic and Nuclear), 폭발성 물질 (Explosive), 화학적(Chemical), 생물학적 재난 (Biologic) 등을 일컬으며, 최근에 그 빈도가 증가하고 있으나 대비는 전무한 실정임.

□ 정책목표

〈표 2-9-1〉 2017년 응급의료 서비스 개선 정책 목표

구분	2012년	2017년
병원전 응급의료 서비스 개선	-심정지 환자 생존율 4% 미만 -심폐소생술 시행률은 1.4% -응급환자 부적절한 병원선정 률 73% -구급차내 적정 응급처치율이 6.7%	-심정지 환자 생존율 10% 이상 -심폐소생술 시행률은 50%이상 -응급환자 부적절한 병원선정 률 10% 미만 -구급차내 적정 응급처치율이 70%이상
외상체계 구축	-중증외상환자의 병원전 적절 처치율: 52.2% -국가적 외상센터 체계 구축 없음 -예방가능 외상 사망률은 35.2%	-병원전 적절 처치율은 80%이상 -국가적 외상센터 체계 구축 -예방가능 외상 사망률은 10%대
병원내 응급의료 서비스 개선	-치료가능 기관: 중증외상 23.9%, 심혈관 32.1%, 뇌혈관 18.3% -외상환자 예방가능 외상사망률 35.2% -급성심근경색 30일 사망률: 18.6% -뇌졸중 30일 사망률: 15.2% -응급실 이용자 및 근무자들의 만족도가 40% 미만	-치료가능 기관 비율: 80%이상 -예방가능 외상사망률: 10%미만 -급성심근경색 30일 사망률: 10% 미만 -뇌졸중 30일 사망률: 10%미만 -응급실 이용자 및 근무자들의 만족도가 80% 이상
취약지 응급의료 체계 개선	-1급 응급구조사 탑승률 50% 미만 -응급실 도착 전 사망률 높음(강원도가 서울의 2배=0.4%:0.8%) -응급의료전용 헬기 도입(현 2대)	-1급 응급구조사 탑승률 80% 이상 -취약지 응급실 도착 전 사망률 대도시와 유사 -응급의료전용 헬기 도입(10대)
재난의료 대비	-재난 대비 의료지원체계 조직화 되어 있지 않음	-재난 대비 의료지원체계 조직화

□ 개선방안

○ 병원전 응급의료 서비스 개선

- 1) 국내 심정지 환자 생존율 향상을 위하여 대국민 심폐소생술 교육 강화
- 2) 자동제세동기 보급률 확대
- 3) 119 구급대원의 전문화로 병원전 적정 처치율 향상
- 4) 병원기반 Doctor's Ambulance 병원전 중증 응급환자 치료 체계 구축

○ 외상체계 구축

- 1) 정부가 기존 의료기관을 중심으로 2013년부터 체계적인 외상센터의 건립을 지원 → 5개년 동안 권역외상센터(Level 1) 20개소, 지역외상센터(Level 2) 112개, 지역외상치료기관(Level 3) 328개 지정 및 운영
- 2) 국가 손상감시체계 구축을 통하여 Level 1, 2, 3 외상센터로부터의 손상등록 입력체계를 만들며 질병관리본부에 서버를 두고 지속적인 손상감시체계를 구축(2014년까지)
- 3) 국가손상평가단을 구축하여 손상등록체계를 통하여 국가 예방가능 외상 사망률 및 외상치료의 질관리 체계를 구축

○ 병원내 응급처치 서비스 개선

- 1) 병원내 응급처치 서비스개선을 위하여 응급환자 전원체계 개선으로 효율성 증대
- 2) 시설, 인력 및 장비의 확대로 인한 선진국형 응급실 개선
- 3) 응급실내 첨단 IT 기술을 이용한 응급실 서비스 개선

○ 취약지 응급의료체계 개선

- 1) 응급의료 전용 헬기 서비스 시스템 구축으로 농어촌 취약지 응급의료 개선
 - 전국 12개소 응급환자 이송 전용 헬기 구축을 위한 점차적 확대(년간 개소당 약 30억원 소요)
- 2) Smart u-Health 농어촌 도입
 - 원격으로 체계 구축으로 취약지에 고급의 응급의료 서비스 지원

- 全 119 구급차 및 농어촌 지역 응급의료 기관 원격의료 서비스 체계 구축

－ 3) 취약지 응급의료기관 개선

- 취약지역내 응급의료 기관 서비스 및 보건의료원 야간응급의료 서비스 확대
- 취약지역 보건소 및 보건지소의 응급의료 기능 지원

－ 4) 지역자치형 응급의료 서비스 체계 구축

- 지역의 응급의료 일차반응자(“응급의료 도우미”) 양성 및 서비스체계 구축

○ 재난의료 체계 구축

- － 1) 지역별 거점병원을 중심으로 국가재난의료지원센터, 시도재난의료지원센터, 시군구재난의료지원센터 및 특수재난의료지원센터 등을 지정하여 재난의료대응을 수행할 수 있는 임무와 역할을 부여하고 지원함.

- 재난의료지원센터의 지정 및 설치(2015년까지)
- 국가재난의료지원센터(1개), 시도재난의료지원센터(10개), 시군구 의료지원센터 등을 지정하고 설치

－ 2) 재난 지원의료팀(DMAT) 구성 및 교육과정 수립

－ 3) 재난물품 비축센터 구축

- 전국을 3개 권역으로 나누고 재난관련 의료기구, 의약품, 안전장비를 비축하고 보관

－ 4) 기존 권역응급센터 중심의 재난의료 지원대책 수립

－ 5) 방사선, 화학재난, 생물학적 재난으로부터 국민을 안전하게 보호

□ 입법조치

○ 병원전 응급의료 서비스 개선

- － 1) 심폐소생술 국민교육 강화 - 교육법 개정으로 초중고 교과과정에 응급처치 교육 이수

- 2) 자동제세동기 확대를 위한 법률개정: “응급의료에 관한 법률 제26조의 2(응급장비의 구비의무가 있는 다중이용시설)에 대한 정의는 있으나 벌칙 조항이 없어 법률개정이 필요함.
- 3) 병원전 응급처치에 대한 질관리를 위한 응급의료법에 법률제정이 필요
- 4) 병원기반 Doctor's Ambulance 병원전 중증 응급환자 치료를 위한 제도적 법적 체계 구축

○ 외상체계 구축

- 1) 응급의료에 관한 법률 제6장 제36조 신설 필요 → 외상체계 운영에 관한 조항 신설: 권역외상센터, 지역외상센터, 지역외상치료기관을 설치하여 외상센터로 내원한 외상환자에 대한 적절한 처치를 제공해야 함.
- 2) 손상감시 등록체계를 구성하여 질병관리본부에서 관리하고 각 외상센터는 손상등록자를 두고 손상정보를 입력할 수 있는 외상 질 관리에 대한 입법 필요

○ 병원내 응급처치 개선

- 1) 응급환자 중증도 분류에 의한 이송체계 개선을 위한 입법 필요
- 2) 선진국형 응급실로 개선을 하기 위한 인력 및 시설 규정 정비 필요
- 3) 응급실내 첨단 IT 기술을 이용한 응급실 서비스 개선을 위한 정보통신 이용을 위한 입법 필요

○ 취약지 응급의료체계 개선

- 1) 응급의료서비스 전용 의사-헬기 이송체계 구축
 - 응급의료 전용(또는 우선) 헬기 이송법 제정
 - 항공법 시행 규칙 개정(16조, 222조)
- 2) Smart u-Health 농어촌 도입
 - ‘응급의료에 관한 법률’에 신규 법령을 입법 (응급 원격의료 시행)
- 3) 지역자치형 응급의료 수행

‘응급의료에 관한 법률’에 신규 법령을 입법 (취약지역 일차 반응자 활동 체계)

○ 재난의료 대비

- － 1) 지역별 거점병원 지정과 지정병원에 대한 재난의료지원팀 구성 및 훈련에 대한 법률제정 필요
- － 2) 재난 지원의료팀(DMAT) 구성 및 교육과 수료과정에 대한 규정 필요
- － 3) 기존 권역응급센터 중심의 재난의료 지원대책 기능이 포함하도록 규정 제정 필요
- － 4) 방사선, 화학재난, 생물학적 재난으로부터 재난의료 지원을 위한 규정 제정 필요

□ 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
1. 병원전 응급의료 서비스 개선					
- 대국민 심폐소생술 교육 강화를 위한 초중고 교육과정 개선					
- 자동제세동기 보급률 확대					
- 119 구급대원의 전문화					
- 병원기반 Doctor's Ambulance로 병원전 중증 응급환자 치료 체계 구축					
2. 외상체계 구축					
- 상급 외상센터의 구축(매년 5개소씩 4년간)					
- 상급 외상센터 운영지원					
- 중급 외상센터의 지원(112개소)					
- 외상등록체계 구축					
- 외상처치에 대한 질관리 체계 구축					
3. 병원내 응급처치 개선					
- 응급환자 전원체계 개선					
- 시설, 인력 및 장비의 확대에 의한 선진국형 응급실 개선					
- 응급실내 첨단 IT 기술을 이용한 응급실 서비스 개선					
4. 취약지 응급의료체계 개선					
- 응급전용 헬기 응급의료서비스 시스템 구축					
- Smart u-Health 농어촌 도입					
- 취약지 응급의료기관 개선					
- 지역자치형 응급의료 서비스 체계 구축					
5. 재난의료 대비					
- 재난의료지원센터의 지정 및 설치					
- 재난 지원의료팀(DMAT) 구성 및 교육과정 수립					
- 기존 권역응급센터 중심의 재난의료 지원대책 수립					
- 방사선, 화학재난, 생물학적 재난시 재난의료 대책 수립					

10. 음식점 위생등급평가 제도 확산

가. 현황 및 문제점

1) 현황

1인당 국민 총생산량이 증가하면서 삶의 질 수준을 제고하고자 하는 욕구는 증대되어 1975년 대비 2010년 외식비는 49.9% 증가하였다. 이처럼 2000년대 이후 외식, 관광 등의 증가로 음식점의 위생수준 제고는 정부의 우선사업이 되고 있다.

음식점에서의 식품사고는 대부분의 박테리아와 바이러스, 오염 물질이 원인이 되는 식품 매개 질병은 열악한 위생, 부적합한 보관 및 취급, 부적절한 식품 냉각 및 가열로 인해 발생하는 것으로 밝혀지고 있다.

현재 음식점의 위생수준 제고를 위해서는 과거 모범음식점 지정제도가 있으나 지정기준, 지정주체, 지정결과에 대한 소비자 신뢰도 저하 등 많은 문제점을 내포하고 있어 새로운 음식점 위생관리 제도의 도입 필요성이 제기되었으며 국가권익위원회에서도 모범음식점제도에 대해 개선을 권고한 바 있다.

현재 모범음식점 선정제도는 위생과 서비스 관련 평가 항목이 있으나 소기의 목적을 달성하지 못하고, 각 자치구별 모범음식점 인증이 구별 사업 목표로 설정되어 있어 5% 목표지향적인 제도로 전락하고 있다. 또한 모범음식점의 지정수준이 지역별로 표준화, 객관화되지 않아 국민들이 모범음식점에 대한 신뢰도가 저하되고 있다.

이런 기존의 모범음식점제도의 문제점을 해결하기 위하여 대안으로 새롭게 적용 확대가 검토되고 있는 제도가 ‘음식점 위생등급 평가제도’이다. ‘음식점 위생등급 평가제도’는 미국, 싱가포르에서 기 추진 중인 제도로써 우리나라의 경우는 2009년 서울시에서 처음으로 이제도를 도입, 현재까지 시행하고 있고, 행정안전부는 2013년부터 관광지역을 대상으로 이 제도를 적용하고자 하고 있다.

‘음식점 위생등급 평가제도’는 음식점 위생등급 평가는 절대평가에 의한 우수업소 인증제도로 기준은 기 개발된 평가표에 의한 평가점수가 100점 만점에 90, 80, 70

점 등에 따라 등급을 두어 인증하는 선진국형 관리제도로 신규평가와 재평가로 구분되어 평가가 실시되며 평가는 명예식품위생감시원으로 구성된 민간 전문가가 평가를 실시하고 있다. 평가결과 우수업소는 지자체 홈페이지에 게재하고, 인증로고인 A 마크를 부여한다.

이 제도는 음식점의 자발적인 위생수준 제고 노력과 더불어 업소의 경영수지 향상이 입증된 바 있으며, 소비자에게는 올바른 정보제공의 역할을 담당하게 된다.

<표 1>에 제시된 바와 같이 서울시는 2009년 서울시가 강남구에서 시범사업을 시작으로 2012년까지 신규평가, 재평가를 실시하고 있다.

〈표 2-10-1〉 연도별 음식점 위생등급 평가 사업 추진 현황

구분	총계	2009년	2010년	2011년	2012년
지역		- 강남구 삼성동 음식문화개선 시험거리 및 코엑스	- 종로구, 중구, 용산구, 서초구, 한강교량전망점터	- 강남구를 제외한 24개구 모범음식점	
평가 업소	합계	6,131개소	289개소	1,609개소	4,233개소
	신규	5,085개소	289개소	1,424개소	3,372개소
	재평가	1,046개소	-	185개소	861개소
평가 방법		- 현장평가 - 검체수거검사 (식중독균 검사)	- 현장평가 - 검체수거검사 (식중독균 검사)	- 현장평가	- 현장평가
표본 추출		- 전수평가	- 전수평가	- 조사대상 모집단의 80% 내외 (모집단이 적은 자치구는 전수조사)	- 전수평가

- 주: 1) 식중독균 검사는 정부인증 시험기관에 의뢰하여 추진
 2) 우수업소만을 대상으로 한 검사대상 식중독균은 병원성 대장균, 살모넬라균, 황색포도상구균의 3종
 3) 식중독균 검사대상은 행주와 도마
 4) 100점 만점에 90점 이상 평가점수를 받는 우수업소의 경우 식중독균 오염사례가 1건도 없어 2011년 부터 미 실시

2) 문제점 및 쟁점

기 2009년부터 서울시가 추진하고 있는 음식점 위생등급평가제도가 「식품위생법」 상 입법화되어있지 않아 사업의 적용 확대가 다소 어려운 상황으로 현재는 평가

를 신청한 업소만 평가를 실시하고 있다.

특히 행정안전부가 2013년 전국 유명 관광지역을 대상으로 음식점 위생등급 평가를 보건복지부와 협력하여 실시하기로 함에 따라 세부추진계획 수립이 필요한데 2013년은 시범사업 실시하고, 2014년 전국 확대하기 위한 전략 수립이 필요하다. 즉, 시범사업을 어떤 형태로 할 것이며, 전국 주요 관광지 확대시 평가주체, 평가예산, 결과분석, 활용도 등에 대한 세부계획이 수립되어야 할 것이다.

또한 기존의 모범음식점제도에 음식점 위생등급 평가 제도를 전면 확대할 것인지 아니면 모범음식점제도 폐지 후 대신할 제도로 음식점 위생등급 평가 제도를 도입할지 보건복지부, 행정안전부, 서울시, 전문가 등의 논의와 합의가 필요하다.






3) 해외 사례

가) 덴마크의 스마일리 제도

2001년부터 모든 식품산업체와 길거리 업체 등 소규모 음식점까지 감시평가표에 스마일리 위생 인증을 표시한다. <표 2>에 제시된 바와 같이 식품법규정의 준수도와 위생주준에 따라 4종류로 평가하며, 음식점에서는 인증마크를 음식점 입구에 위생증명서와 함께 부착하거나 메뉴판에 표시할 수 있다. 모든 식품업체들은 자신의 홈페이지에 스마일리 사이트를 연동하고, 소비자들에게 스마일리 평가표를 공개하여야 하며, 소비자들은 인터넷에서 'best smiley' 카테고리로 음식점 검색이 가능하다.

elite-smiley 표시 보유업체들은 년 1회의 감시만 실시한다.

〈표 2-10-2〉 덴마크 스마일리 표시 내용

스마일리 표시	취득자격
 Elite-smiley	최근 4회 감시결과가 Happy- Smiley이고 최근 12개월 동안 결격사항이 없는 경우
 Happy-smiley	결격사항이 없음.
 Small-smiley	반드시 따라야 할 규정을 준수
 S t r a i g h t face-smiley	금지명령이 내려진 적이 있음.
 Unhappy-smiley	벌금이 부과된 적이 있음. 경찰에 신고당한 경험이 있음. 승인이 거절된 적이 있음.

나) 일본의 표준영업약관제도에 의한 「S」마크 인증

1979년 생활위생관계영업이 제공하는 서비스나 기술 등을 규정하여 소비자의 이익을 도모하는 것을 목적으로 「생활위생관계영업 운영의 적정화 및 진흥에 관한 법률」 제·개정하였다. 대상 업종은 세탁업, 이용업, 미용업, 일반음식점업, 면류음식점업 5종이며, 2009년 현재 일반음식점은 670개 업소, 면류음식점은 317개 업소가 「S」마크 인증을 받는다. 안심, 안전, 청결의 3가지 기본사항이 정해져 있고, 제도의 심볼인 S마크는 3가지의 기본사항의 머리문자 「S」를 취한 것이다.

〈표 2-10-3〉 일본의 표준영업약관제도의 기본사항

Standard(안심)	『주요 상품의 내용 및 열량 표시』 『식재료의 표시』 『영업시설 외에 섭취하는 상품에 대해 소비기한 등의 표시』 『조리사의 성명 표시』
Safety(안전)	- 고객의 신체에 부상 또는 소지품에 손해를 주었을 때 일반음식점사고배상기준에 근거하여 손해배상보험에 가입 - 만일의 사고가 있는 경우 배상 약속
Sanitation(청결)	- 고객이 음식점을 기본 좋게 이용하게 하기위해 청결 유의 - 영업자는 위생관리현황의 자주점검표에 근거하여 매월 1회, 영업시설의 위생관리상황의 점검을 실시하고 그 결과를 기록해 업소내에 게시

다) 미국 뉴욕시의 음식점 위생등급 평가제도

미국의 뉴욕시의 경우 2010년 전체 음식점 2만4천개소를 대상으로 위생 상태를 평가하고 등급(A/B/C/등급보류)을 부여하는 위생등급제를 실시한다.

- A 등급을 받으면 1년간 위생검사면제
- C급은 4개월, B급은 6개월 뒤 재평가를 받을 수 있음

뉴욕의 음식점들은 시 당국의 위생검사를 받은 뒤 8~10inch 크기의 간판 형태로 된 등급표시를 업소 정면에 붙여야 하며 재평가를 받고도 등급을 게시하지 않는 식당은 천 달러의 벌금을 징수한다.

이외에 호주, 싱가포르, 캐나다 등에서 위생평가 인증제도를 실시한다.

나. 정책목표

2017년까지의 정책목표는 아래에 제시된 바와 같다.

구분	2010년	2017년
평가대상업소 및 우수업소 수	<ul style="list-style-type: none"> - 평가대상업소수 : 전체 141,522 개소의 0.012%인 1,713개소 (2010년 기준) - 우수업소수: 전 평가대상업소의 8.2%인 140개소(2010년 기준) 	<ul style="list-style-type: none"> - 평가대상업소수: 전 업소의 50%이상 - 우수업소수: 전 평가대상업소의 50% 이상

자료: 정기혜 외, 『음식점 위생등급 평가사업 보고서』, 한국보건사회연구원 2010, 2011년 등 각년도

다. 개선방안

가) 식품위생법에 음식점 위생등급 평가 확대 및 법적 근거를 마련한다.

나) 평가 효율화를 위한 전문화된 평가 인프라를 구축한다.

- 평가도구: 평가표, 평가원 등
- 평가기관 및 평가 위탁기관
- 평가 인프라 구축: 예산, 조직, 인력 등

다) 음식점 위생등급 확대에 따른 세부 추진계획을 수립한다.

2년 주기로 우수업소 대한 재평가 실시와 1년 주기로 재평가 신청업소에 대한 재평가를 실시하며, 우수업소 홍보 및 재정 지원 등 인센티브 및 디스인센티브 방안을 마련한다. 또한, 기 개발된 평가도구의 시의성 유지를 위한 정기적인 평가도구 검토 및 필요시 수정 등이 이루어져야겠다.

라. 입법조치

- 평가 실시의 법적 근거 마련 → 식품위생법 개정
- 지자체 평가 실시 법적 근거 마련 → 지자체 조례 제개정

마. 연차별 시행계획

추진과제	'13	'14	'15	'16	'17
평가 인프라 구축					
신규평가, 재평가 확대 실시					
우수업소 지원 방안 마련 및 지원					
시범사업 실시 및 법적 근거 마련					

11. 소비자 안전 위주의 식품안전관리체계 구축

가. 현황 및 문제점

1) 현황

우리나라는 대표적인 식품수입국으로 세계 교역 확대에 따라 소비자 안전에 중심을 둔 식품안전관리체계 구축이 필요하다. 현재는 농림수산식품부, 보건복지부, 식약청, 교육과학기술부, 지방자치단체, 관세청 등 여러 부처가 관련되어 있고, 총괄 조정은 2008년 12월 국무총리실에 설치된 식품안전정책위원회(위원장: 국무총리)에서 담당하고 있다. 참여정부시 주요 두 부처의 식품기능을 통폐합한 새 조직으로 「식품안전처」 설립도 검토된 바 있으나 현 정부조직법상 국무총리실에 집행기능의 조직을 신설하기 어려워 무산된 바 있다.

2) 문제점 및 쟁점

현재 우리나라는 농수산식품부, 보건복지부, 식약청, 지자체 등 다원화되어있고, 각 기능간 업무연계, 소비자 안전 우선 인식 함양 등이 미흡한 실정이다. 또한 정권 교체기 마다 각 부처에서는 상대 조직에 대한 통합, 견제 등을 위한 조직개편 방안에 대해 외부 수탁 등 불필요한 경쟁을 하고 있다. 2012년에도 농수산식품부는 한국행정연구원, 식약청은 서울대 행정대학원 등에 조직개편에 대한 위탁 용역을 실시한 바 있다. 미국 FDA를 모델로 설치된 식약청에서 미국 FDA처럼 식품과 의약품 을 함께 관리하고 있는데 유럽 등 전통적인 농업국에서는 식품과 의약품은 분리되어 관리하고 있다. 즉, 의약품은 보건분야에서 관리되고 있고, 식품은 농업분야에서 관리되고 있다. 거버넌스의 개선을 위해서는 각 기관의 전문성, 소비자 안전 확보, 소요되는 행정비용 등의 요소가 심층 검토되어 개선되어야 할 것이다.

3) 해외사례

한국과 미국은 농림 분야와 보건 분야로 나누어 관리하는 다원화된 관리체계를 갖고 있는 반면에 캐나다, 영국, 호주 등은 일원화된 관리체계를 유지하고 있다. 일원화된 관리체계를 갖고 있는 국가 중 호주는 식품안전관리가 보건 분야에 소속된 반면에 캐나다는 농림 분야에 소속되어있고, 영국은 독립적인 위치를 확보하고 있다.

〈표 2-11-1〉 세계 각국의 식품안전관리체계

구 분	한 국	미 국	캐나다	영 국	호 주
관리체계	다원적 관리	다원적 관리	일원적 관리	일원적 관리	일원적 관리
식품안전 관리기관	식약청, 농식품부	FDA, FSIS	CFIA (식품검사청)	FSA (식품규격청)	ANZFA (식품청)
상급기관	보건복지부 농수산식품부	보건부, 농무부	농업농산식품성	보건부	보건부
성 격	집행기관	정책·집행 기관	집행 기관	정책·집행 기관	정책기관
관리대상	축산물을 제외한 식품(식약청)	축산물을 제외한 식품(FDA)	모든 식품	모든 식품	모든 식품

자료: 한국보건사회연구원 내부자료, 2011.

나. 정책목표

새 정부 초기에 식품안전, 생산진흥을 총괄, 책임지는 확실한 부처간 책임과 업무 영역 설정이 필요하다.

다. 개선방안

생산 육성보다는 소비자 안전 위주의 식품안전정책 패러다임 변화가 우선 이루어져야 하고, 생산자 육성과 소비자 안전은 서로 상반되는 개념으로 다른 조직에서 다

루어져야 한다. 즉, 진흥과 규제가 공존해야 한다. 현 진흥부처(농림수산식품부)와 규제부처(보건복지부, 식약청)의 공존시의 거버넌스와 통폐합에 따른 거버넌스에 대한 검토와 확정이 필요하다. 특히 식품과 의약품의 분리 관리, 통합 관리 여부를 심도있게 검토해야 할 것이다. 다원화된 식품안전관리체계의 총괄부처인 국무총리실의 해당 위원회 기능을 강화하던가, 미국처럼 대통령 직속으로 위원회를 이관, 강화시키는 방안을 마련해야 한다.

라. 입법조치

- 새로운 정부 조직 및 업무영역 규정 → 정부조직법 개정
- 새로운 식품분야 업무 영역 등 규정 → 식품위생법 개정

마. 연차별 시행계획

새 정부 출범 초기에 검토되어 시행되어야 하는데 출범 1년 이내에 확정이 필요해 보인다.

12. 소아 및 분만자원 의료체계 개선

가. 현황 및 문제점

1) 현황

최근의 낮은 혼인율이나 만혼 등의 결혼행태는 출산에 다양하게 영향을 미칠 것으로 예상되고 있는 가운데, 우리나라의 평균 초혼연령은 지난 20년간 남녀 모두에서 4세가량 높아졌으며 이와 함께, 첫째 아의 평균 출산연령은 2010년에 30세를 넘어서게 되었다(표 참조).

〈표 2-12-1〉 출산순위별 평균 출산연령, 1993~2010

(단위: 세)

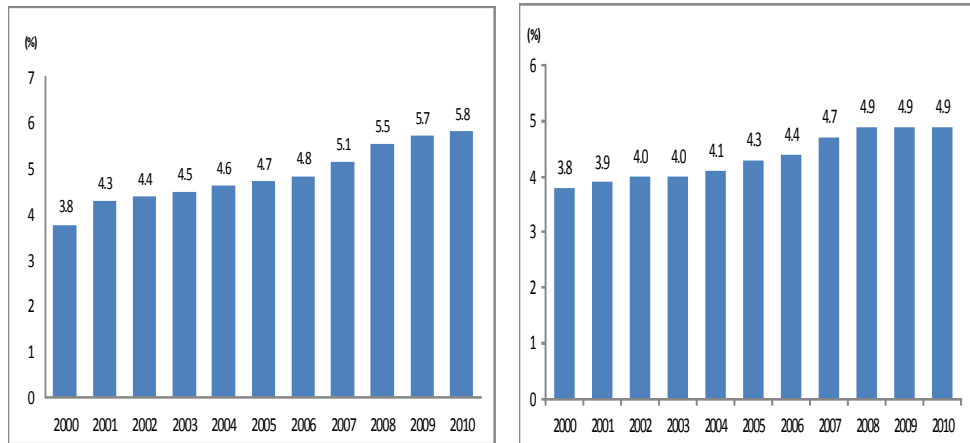
구 분	1993년	1995년	1999년	2000년	2002년	2005년	2008년	2009년	2010년
전체	27.6	27.9	28.7	29.0	29.5	30.2	30.8	31.0	31.3
첫째아	26.2	26.5	27.4	27.7	28.3	29.1	29.6	29.9	30.1
둘째아	28.5	28.7	29.4	29.7	30.2	31.0	31.7	31.8	32.0
셋째아	31.2	31.6	32.1	32.2	32.7	33.3	33.8	33.9	34.0
넷째아 이상	33.8	34.2	34.4	34.5	34.9	35.3	35.7	35.7	35.8

자료: 국가통계포털 www.kosis.kr

여성의 임신 및 출산연령의 상승은 임신부와 신생아의 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려지고 있다. 즉, 많은 연구들이 35세 이상 고령 임신부에서 태아 사망이나 영아사망의 위험이 증가함을 보고하였고 특히, 25~29세 초산부에 비해 35세 이상 초산부에서 비만, 임신성 고혈압, 산전출혈, 다태 임신, 조기양수파열, 태아의 위치 이상 등의 위험이 높은 것으로 밝혀져 왔다. (Shiono et al., 1986; 이은숙, 2002; 이명선, 1982; 한성현, 1987; 김종욱, 1983).

이와 관련하여, 우리나라의 모성사망비는 OECD 국가의 평균을 웃도는 높은 수준을 보이고 있으며, 조산(재태기간 37주 미만), 저출생체중아(출생체중 2,500g 미만) 등 고위험신생아 발생이 증가하는 추세에 있다(그림 참조).

[그림 2-12-1] 조산아 발생률, 2000~2010 [그림 2-12-2] 저출생체중아 발생률 2000~2010

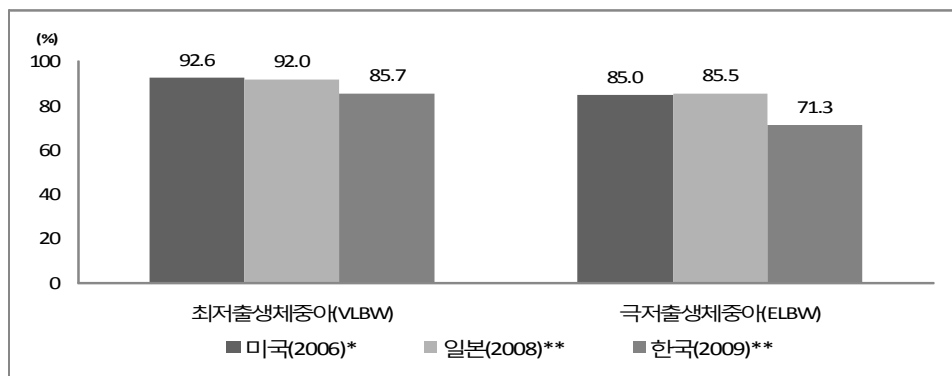


주: 출생아 100명당 발생 수

자료: 통계청, 국가통계포털(<http://www.kosis.kr>)

한편, 조산, 저출생체중아 등 고위험신생아에 대한 신생아집중치료의 발달은 신생아 사망률의 감소에 크게 기여해 왔는데, 우리나라는 고위험 임신부와 고위험 신생아를 위한 치료자원의 대도시 편재와 이들을 위한 효과적인 진료체계가 구축되어 있지 않은 상황에서 신생아집중치료실 입원아의 생존율이 미국이나 일본에 비해 낮은 수준을 보이고 있다(그림 참조).

[그림 2-12-3] 신생아집중치료실 저출생체중아 생존율의 국제 비교



주: *생후 4주 이내 신생아기 생존율 **신생아중환자실 퇴원시 생존율

자료: adapted from Hahn et al.(2011)

이에 따라, 조산, 저출생체중아 등 고위험신생아의 발생이나 사망수준에 있어서 사회계층간 차이가 비교적 큰 폭으로 유지되고 있다. 즉, 조산 및 저출생체중아 발생률은 모 학력이 낮을수록 높은 수준을 보이며, 2007~2008년 16개 광역 시도 간 저출생체중아의 신생아사망률은 가장 높은 지역이 가장 낮은 지역의 3.6배를 나타냈다.

2) 문제점

가) 수요 대비 고위험 임신부 및 신생아를 위한 전문의료서비스 적정공급체계 부재

우리나라의 고령출산 분만 비율은 조만간 호주, 영국, 일본과 유사한 수준으로 증가하고 이에 따른 고위험 임신부의 증가가 예상되고 있으나, 산부인과 전공의의 미충원 상태가 지속되고 있는 등 장래수요에 대한 적정공급에 차질이 우려되고 있다 (표 참조).

〈표 2-12-2〉 출산연령의 국제비교, 2008

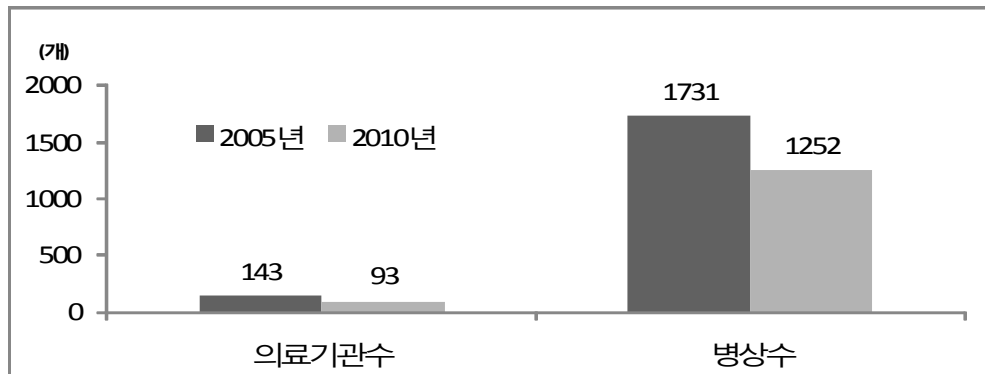
모 연령	영국	미국 ¹⁾	호주	일본	한국
Median age	29.3세	27.2세	30.7세	29.5세	30.0세
35~39세	17.0%	11.7%	21.4%	18.4%	12.8%
40~44세	3.2%	2.5%	3.4%	2.6%	1.4%

주: 1) 2005년

자료: Australian Bureau of Statistics, 2008; Laws and Hilder, 2008; Ministry of internal Affairs and Communication, 2009; Office of National Statistics, 2008; 통계청, 2009

또한, 고위험신생아가 꾸준히 증가하는 추세에 있음에도 불구하고 신생아집중치료 기관수 및 병상수는 2005년 대비 2010년에 오히려 감소하였다(그림 참조).

[그림 2-12-4] 신생아중환자실 운영 의료기관수 및 병상수, 2005 vs 2010



자료: 신순문 외(2005), 효율적인 고위험 신생아 진료체계 구축 방안. 성균관대학교 산학협력단. 건강증진사업지원단
장윤실 외(2010), 신생아중환자실 실태 조사 및 생존율 분석. 한국건강증진재단. 삼성서울병원.

나) 고위험신생아를 위한 신생아집중치료서비스 자원의 지역 간 불평등 배분

저출생체중아 발생 대비 신생아집중치료서비스 자원의 공급현황을 보면, 서울, 부산, 대구, 광주 등 대도시에 집중적으로 분포하고 있음을 볼 수 있다(표 참조).

〈표 2-12-3〉 지역별 저출생체중아 발생 대비 신생아집중치료서비스 자원 공급 현황, 2010

구분	의사수	구분	병상수	인공환기기	보육기및방열기
서울	3.86	서울	10.20	4.88	12.68
부산	2.52	부산	6.42	3.71	12.32
대구	2.87	대구	4.41	2.78	7.09
인천	1.24	인천	2.89	1.79	5.02
광주	2.73	광주	6.89	3.59	10.76
대전	2.30	대전	7.33	4.02	11.49
울산	0.96	울산	4.01	1.12	4.17
경기	1.08	경기	3.46	1.69	4.91
강원	1.69	강원	6.27	2.71	8.31
충북	0.73	충청	3.58	1.43	4.96
충남	1.01				
전북	2.01	전라	2.46	1.20	4.52
전남	2.48				
경북	1.35	경상	4.01	1.32	5.37
경남	1.12				
제주	2.24	제주	4.85	2.24	6.34
전국	2.00	전국	5.32	2.53	7.51

주: 저출생체중아 100명당 신생아집중치료실 의사수, 병상수, 장비
자료: 장윤실 외(2010), 신생아중환자실 실태 조사 및 생존율 분석. 삼성서울병원, 통계청, 국가통계포털(<http://kosis.kr/>)

의료시설의 대도시 편재 속에서 산전관리 및 분만에 어려움이 따르는 산과진료 취약지가 전국적으로 48개 시군구 지역에 이르고 있다(2010.10.기준, 보건복지부)

다. 고위험 임신부 및 고위험 신생아의 효율적 관리를 위한 출생전후기 통합진료 체계 부재

신생아집중치료가 필요한 고위험신생아는 분만과 관련되어 대부분 사전예고 없이 발생되고 있음에 따라 고위험 산모에 대한 치료체계와의 연계가 필요하다. 또한 대부분이 응급상황으로 발생하며, 태아-신생아 전이의 과정에서 공통적으로 호흡, 순환의 부전을 나타내는 가운데 갑작스럽게 위중한 상태에 빠지게 되고 이러한 상황은 분초를 다투며 빠른 시간 내에 해결되어야 하는 신속성을 요하고 있다. 만약 그렇지 못할 경우 신생아 사망에 이르게 될 뿐만 아니라 생존하더라도 평생 후유증을 남기게 될 가능성이 매우 높다. 하지만 반대로, 신속히 조치되었을 경우에는 성인의 경우에 비해 회복이 매우 빠르고 치료성적이 높은 특징을 갖고 있다.

이와 같은 고위험 임신부와 고위험 신생아의 의료요구 특성을 고려할 때, 이들을 치료하는 전문의료분야 산부인과, 소아청소년과-간 연계를 통한 응급관리가 필요함에도 실제로는 이루어지지 않고 있다.

3) 쟁점

이상과 관련한 쟁점은 크게 두 가지로 요약된다. 첫째는 수요에 기반한 공급계획 수립 및 전문의료자원 확충으로서, 여기에는 산과취약지역 해소, 신생아집중치료실 및 관련 전문의료인력 확충이 해당된다. 둘째는 고위험 임신부 및 신생아 관리를 위한 출생전후기 통합진료체계의 정비로서 특히, 접근성을 높일 수 있도록 권역별 출생전후기 통합진료체계를 구축하는 게 중요하다.

4) 해외사례 및 시사점

선진국들은 고위험 임신부와 고위험 신생아를 이들의 의료요구 특성에 맞추어 효과적으로 관리할 수 있도록 하기 위하여, 분만 및 신생아관리를 통합한 지역단위 출생전후기 진료체계의 구축과 신생아집중치료서비스의 수준별 정비를 추진해 왔다.

미국은 1970년대부터 고위험 임신부와 고위험 신생아 간 밀접한 관련성, 그리고 이들에 대한 응급조치의 필요성을 토대로 지역단위 출생전후기 진료체계를 구축하여 운영해 오고 있으며, 이를 위해 신생아의 위험수준을 크게 3가지로 구분하고 의료기관 간 역할 분담과 인력 및 장비 기준, 서비스제공지침 등을 구체적으로 마련하여 적용하고 있다.

일본은 1979년부터 정부가 출생전후기 진료센터의 설치에 필요한 시설과 장비를 지원하여 출생전후기 진료체계를 구축해 왔으며 1996년부터는 지역화를 본격적으로 추진하여 전국 도도부현에 인구단위에 따른 총합 출생전후기진료센터와 지역출생전후기진료센터를 운영 중에 있다. 총합 및 지역 출생전후기진료센터는 각각의 시설 및 인력기준, 서비스제공내용에 대한 구체적인 지침을 따르고 있으며 또한 센터 간 연계체계를 확보하여 출생전후기 의료네트워크를 구성하고 있다.

영국은 신생아의 중증도와 간호 인력에 따라 신생아집중치료서비스의 제공수준을 3단계로(1차, 2차 3차 수준) 나누어 운영하고 있는 가운데, 각 단계마다 적용대상과 간호인력 기준을 명확히 마련하여 적용하고 있다.

나. 정책목표와 개선방안

고위험 임신부 및 고위험 신생아의 발생증가에 효과적으로 대처하기 위해서는 적정 의료자원의 확보가 우선적으로 요구되며, 이를 토대로 의료취약지의 해소와 진료체계의 효율화를 추진해 나가는 일이 필요하다(표 참조).

〈표 2-12-4〉 정책목표(~2017년)

구분	2012년	2017년
산과진료 취약 시군구 지역 수	48개 지역	(-)
출생아 1,000명당 신생아집중치료실 의사수	21)	5.82)
출생아 1,000명당 신생아집중치료실 병상수	2.661)	4.03)
고위험 임신부 및 신생아 통합진료센터 설치	(-)	25개 (인구 20만당 1개)

주: 1) 2010년 (장윤실 외, 신생아중환자실 실태 조사 및 생존율 분석, 삼성서울병원·건강증진사업지원단, 2010)
 2) 미국의 NICU 및 신생아의사수의 3rd quantile 에 해당되는 수 (Goodman et al, Pediatrics 2001;108:426-431)
 3) 신생아집중치료실 기대생존율 목표 및 최소 예비병상 확보 기준(신순문 외, 효율적인 고위험신생아 진료체계 구축방안, 성균관대학교 산학협력단, 2005)
 4) 일본 통합 주산기 센터 인구 100만 당 1개 (배종우 대한주산회지 2010;21:129-139)

보다 구체적인 사업목표와 추진방향은 다음과 같다.

- 산전관리 및 분만의료 인프라 확충
 - － (기본방향) 분만취약지역 해소 및 접근성 제고
 - － (제도개선) 분만취약지역 모니터링 및 지역거점 산부인과 지정방안 검토
- 신생아집중치료실 병상수 확충
 - － (기본방향) 신생아집중치료실 기대생존율 목표 및 최소 예비병상 확보
 - － (제도개선) 지역별 (고위험)출생아 대비 병상수 기준 마련
- 신생아집중치료실 전문의사수 확충
 - － (기본방향) 신생아집중치료 수준별 적정 의료서비스 제공
 - － (제도개선) 출생아 당 의사수 기준 설정
- 고위험 임신부 및 신생아 통합진료시스템 구축 (출생전후기의료센터)
 - － (기본방향) 지역별(권역별) 수준별(레벨별) 통합치료센터 구축
 - － (제도개선) 지역별 통합치료센터 설치 기준 및 진료지침 마련

다. 입법조치

출생전후기 통합의료체계 구축 및 운영을 추진함에 있어서, 출생전후기 통합진료센터의 지역화, 권역화, 레벨화(치료수준별)가 반드시 필요하며 또한 이의 실제 적용

을 보다 용이하게 할 수 있도록 출생전후기 통합진료센터의 레벨별(치료수준별) 설치기준 및 서비스제공지침을 마련하는 일이 요구된다.

라. 연차별 시행계획

구분		2013	2014	2015	2016	2017
분만 취약지 지원	분만산부인과 지원(‘11~’14년 12개소 목표)					
	산부인과 외래 지원(‘12~’14 24개소 목표)					
	분만취약지 재분석, 지역거점 산부인과 자정방안검토					
신생아집중치료병상수 확충						
출생전후기 통합치료센터 설치						

13. 기후변화대응체계 구축

가. 현황 및 문제점

기후변화는 기온이나 강수량과 같이 한 가지 특징적인 자연현상 이외에 여러 가지 요소들의 결합으로 다양한 측면을 지니며 사회경제적 요소들에 의해 매개되어 나타난다. 예를 들면 강우는 바람의 영향을 받아 훨씬 큰 영향을 발휘하게 되며 순차적으로 더 높은 수준의 건설 기준을 요구하게 된다. 기후변화에 따른 다양한 영향은 사회계층에 따라 다른 영향을 발휘하게 된다. 따라서 기후영향을 고려할 때 사회의 어떤 계층이나 시스템이 영향을 받게 되며 적응정책의 집행 시 어떤 조건이 고려되어야 하는지 면밀한 분석이 필요하다. 사회시스템은 기후변화의 직접적 영향에 적응하게 될 뿐만 아니라 기후변화의 결과로 초래되는 많은 간접적인 결과에 의해서도 영향을 받게 된다. 예를 들면 식품안전은 다른 나라의 식량수확 감소에 의해서 영향을 받을 뿐만 아니라, 하천범람지역에 대한 주택건설 제한 등의 적응정책에 의해서도 영향을 받게 되는 것이다.

2003년 8월 폭서기간 동안 프랑스는 고온으로 인해 14,800명 이상이 사망하였다. 또한 벨기에, 체코, 독일, 이탈리아, 포르투갈, 스페인, 스위스, 네덜란드, 그리고 영국 등도 이 기간 동안 초과사망을 보고 하였으며, 이 기간 고온으로 인한 총 사망자수가 35,000명에 달하는 것으로 조사되었다. 우리나라의 경우에도 기후변화로 인한 여름철 이상고온으로 인한 초과사망자수가 기상재해로 인한 사망(실종)자에 비해 2배나 많은 것으로 나타났고 서울의 경우 2032~2051동안 여름철 고온인 날 수 증가로 초과사망자 수가 증가할 것으로 예측되었다.

질병별로는 쯔쯔가무시가 가장 많은 32,051건(52.2%)였고, 다음으로 말라리아 16,898건(27.5%), 세균성이질 8,975건(14.6%), 렙토스피라 1,756건(2.9%), 장염비브리오 1,674건(2.7%)의 순서로 분포하고 있었다. 이를 인구 10만명당 유행률로 환산하면, 쯔쯔가무시 22.1명, 말라리아 11.7명, 세균성이질 6.2명, 렙토스피라 1.2명, 장염비브리오 1.2명이다.

2005~2007년 3년 동안의 전염병 발생을 기준으로 온도변화에 따른 전염병 발생을 예측한 결과 우리나라의 온도가 섭씨 1도 상승할 경우 5가지 전염병의 평균 발생률은 4.27% 증가할 것으로 예측되었다. 5가지 전염병 중 췌장암의 발생이 가장 높을 것으로 예측되었고(5.98%), 세균성이질(1.81%)의 경우가 가장 적은 영향을 받을 것으로 예측되었음. 기온 상승에 따른 전염병 발생 영향은 췌장암(5.98%), 렙토스피라(4.07%), 말라리아(3.40%), 장염비브리오(3.29%), 세균성이질(1.81%)의 순으로 나타났다.

기후변화의 결과 극단적 기온현상은 특히 취약계층에서 사회적, 경제적, 환경적 측면에서 정신건강에 부정적 영향을 미치게 된다. 기후변화로 인한 정신건강문제는 일반적으로 우울, 정신건강 장애, 재해 후 스트레스 장애(PTSD), 자살 등이다.

나. 정책 목표

〈표 2-13-1〉 기후변화 적응 중점추진과제

중점추진과제	정책방향
기후변화대비 전염병 예방관리 강화	<ul style="list-style-type: none"> - 매개체-환경-질환(인간)을 종합적으로 고려한 발생예측 및 관리시스템 운영 - 매개체 전파 전염병 종합감시체계(Vector-Net) 구축 - 매개체 전파 전염병 관리 프로그램 운영 - 매개체 전파 전염병의 기후변화 건강영향 및 취약성 평가 - 수인성·식품매개 질환의 감시 및 관리 강화 - 비브리�균 관리체계 강화 - 수인성·식품매개 질환 조사감시 체계 강화 - 기후변화가 수인성·식품매개질환 발생에 미치는 요인 연구 - 해외 여행자 건강정보 네트워크 구축 - 해외 유입 전염병 매개체 감시체계 운영
대기오염 취약군 건강관리	<ul style="list-style-type: none"> - 대기오염으로 인한 건강피해 사전 예방 시스템 구축 - 건강영향 조사감시체계 및 피해 예측 시스템 구축 - 천식예보제에 따른 행동지침 홍보로 취약인구 피해 최소화 - 지역사회 중심의 아토피 천식 예방관리사업 수행 - 보건소·학교·의료기관으로 구성된 지역 네트워크를 통해 아토피 및 천식 환자의 증상악화 방지 및 응급상황 대비
폭염 취약군 건강관리	<ul style="list-style-type: none"> - 폭염 예보 및 경보시스템을 통한 사전 예방활동 수행 <ul style="list-style-type: none"> · 폭염취약지역 및 취약계층 사전 점검 · 폭염 경보에 따른 국민행동요령 및 건강관리지침 보급 - 폭염시 노약자 등 취약계층 보호를 위한 대응체계 완비

중점추진과제	정책방향
기상재해 대비체계 완비	<ul style="list-style-type: none"> - 사전 준비와 점검을 통해 건강 피해 발생 예방 <ul style="list-style-type: none"> · 취약지역 및 취약인구에 대한 사전 조사 · 현 기상재해 대비체계를 점검하고, 상시 감시체계를 통한 모니터링 수행 - 재해 발생에 따른 신속대응 및 지속관리 체계 구축
기후변화 적응을 위한 연구개발 과제 수행	<ul style="list-style-type: none"> - 연구개발을 통한 질병예방 신기술 축적 <ul style="list-style-type: none"> · 전염병 치료 및 예방 백신 개발, 조기 진단키트 개발 · 기후변화에 따른 질병발생 예측 모델링 및 대응기술 개발 - 원천 기술 확보를 통한 신성장 동력으로 활용
기후변화 적응 기반 구축	<ul style="list-style-type: none"> - 기후변화 적응대책의 지속적, 안정적 추진기반 구성 <ul style="list-style-type: none"> · 부내 전담조직 구성 · 기후변화 전문가 양성 및 지원, 보건인력 교육 훈련 - 기후변화 적응대책 관련 부처간, 국제적 협력을 강화

다. 개선방안

1) 기후변화 취약성 평가 관련 지표의 지속적 자료수집과 질적 수준 향상

본 연구가 기존의 연구와 차이를 갖는 것은 건강영향별로 하부지표를 구성하여 건강영향에 대한 취약성이 6개의 하부 지표 중 어디에서 상대적 취약성이 존재하는지를 알아볼 수 있게 하였다는 점이다. 지표를 선정하는 과정에 있어서도 6가지 1층 하부 지표별로 기존 연구와 연구진 내부의 회의를 거쳐 신중하게 선정하였다. 그러나 기존에 수집된 자료의 질과 수준에 따라 필요지표를 변경하기도 하였는데 향후 국가단위 자료의 수집이 일진척하면 그에 따라 본 연구의 기후변화 취약성 지표도 보다 정교해 질 것이다.

본 연구에서 산출한 기후변화 취약성 지표는 건강영향별 복합지표와 함께 6가지 1층 하부지표를 동시에 산출하여 건강영향별 통합지표의 좋고 나쁨이 어디에서 연유하는지 살펴볼 수 있게 하였다. 이는 향후 기초지자체 단위에서 기후변화 적응대책을 수립하는데 중요한 길잡이 역할을 할 수 있을 것이다.

정량화된 취약성 평가 결과가 그 지역의 취약성을 얼마나 정확하게 반영하는지에 대해서는 추후 연구가 필요하며, 이는 지표의 수정과 보완을 통해 가능할 것이다.

동시에 지역간 취약성 비교가 아닌 해당 지역의 기후변화 적응 이슈의 우선순위 파악을 목적으로 할 경우 정량적인 평가와 동시에 정성적인 평가가 병행될 필요가 있다.

2) 향후 시군구별 기후변화 적응 인벤토리 구축 및 적응 종합대책 수립

지방자치단체에서 기후변화 적응대책을 종합적으로 수립하기에는 쉬운 여건이 아니다. 당장 사용가능한 자료의 유무를 떠나 어디에서부터 시작해야 할 것인지가 막막할 수 있기 때문이다. 이런 경우 가장 우선하여 제안되는 방법은 기후변화 적응 인벤토리를 구축하는 일이다. 해당 지자체에서 시행하고 있는 사업들을 하나씩 점검하여 기후변화 관련성을 파악하고 해당 프로그램의 주요 내용, 사업 담당부서 기록하여 DB화하는 작업부터 시작해야 한다. 또한 기존의 정책 및 프로그램의 인적, 물적 자원의 가용성 여부, 실행 조직체계, 민간부문과의 협력여부, 정책효과 등을 종합적으로 분석하여 작성된 목록에 대해 기후변화 적응조치로 활용이 가능한지 또는 보완이 필요한지 판단한다.

3) 기후변화 적응을 위한 거버넌스 구축

기후변화가 미치는 영향은 건강분야에만 국한되지 않고 사회전반에 걸쳐 영향을 미친다. 건강분야만의 경우에도 보건관련 부서와 함께 복지, 안전, 환경 등 다양한 사업부서가 다양한 건강 관련 사업을 수행하고 있다. 이해당사자가 다양한 만큼 다양한 분야의 민간과의 협력을 필요하게 된다. 따라서 기후변화 적응 정책 수립을 위해서는 다양한 이해당사자가 참여할 수 있는 기후변화 적응 거버넌스 구축이 필요하다. 기후변화 적응 거버넌스는 공공민간협력, 정책간, 부서간 통합적 접근 가능성을 제공할 것이다.

4) 건강영향별 기후변화 적응대책

폭염의 발생 빈도와 강도의 증가로 건강피해 급증이 예상되나 폭염에 의한 실시간 건강피해 규모 등 현황 감시 및 역학정보 수집체계 부재하다. 폭염으로 인한 건강피해는 대응시스템(감시·경보 등)실행으로 예방이 가능하므로 실시간 감시 및 사후 규모와 원인 파악을 위한 감시체계 구축이 필요하다. 또한 실시간 즉각적 경고 감시 체계를 구축해야 한다. 폭염피해 예방의 즉각적인 경고를 위한 응급실 기반 조사 감시망과 119 구급차 이용 응급실 내원환자 보고 의무화 및 기록 수집체계를 구축해야 할 필요가 있다. 또한 사후 건강영향규모 및 원인파악 감시체계를 구축해야 한다. 통계청 집계하는 사망자료와 지자체별 국가재난관리시스템(NDMS)을 활용, 종합적 건강영향 감시망을 구축해야 하며, 응급실 대상 증후군 감시체계로 폭염발생 위험 예측 감시망을 구축해야 한다.

기상재해의 대형화로 인한 건강피해의 증가가 예측되나 적극적 대처 미흡으로 인한 다른 국가에 비해 높은 사망률을 기록하고 있다. 기상재해는 일단 발생 시 그 피해가 매우 크고 심각하므로 즉각적인 신속한 건강피해의 예방과 과학적 보건서비스의 제공으로 재해주민 건강피해를 최소화 할 수 있다. 또한 재해지역 보건응급조사(PHASER)를 도입해야 한다. 재해 발생즉시 가구조사를 통해 해당 가구의 건강 상태 및 보건의료수요(Need)를 파악하여 신속 대응을 위한 정책결정 및 적절한 보건의료서비스 실행의 기초를 제시해야 한다. 이 결과에 근거, 보건의료서비스의 신속한 제공으로 수인성 감염병 등 질병발생을 사전에 예방하고 주민 건강을 유지할 수 있다. 또한 중앙정부 건강평가도구 개발 및 관련 전문가 등 평가요원을 교육/훈련한 후 재해발생 직후 평가요원 신속 투입으로 건강요구도 평가를 실시한 다음 재해지역 복구계획에 결과 반영(미국 CDC CASPER toolkit 벤치마킹)하는 것도 필요하다.

기후변화로 매개체감염병의 급증이 예측되나 매개체감시와 감염병발생자를 연계한 종합적 인프라가 부족한 현실이다. 현재, 매개체와 환자의 감시가 종합적으로 이루어지지 못하고 있으며 인력과 예산의 부족, 매개체 감시거점센터를 구축하고 있으나 일부지역만 운영하고 있다. 따라서 기후변화 대응 국가 감염병 매개체질환 종합

감시방제체계(Vector-Net)를 구축하고 기후변화 매개체 감시 거점센터를 확대 운영 (최종목표 : 16개)해야 한다(‘10년 (3개) → ‘11년 (3개)→ ‘12년 (5개)→ ‘16개 확대).

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
기후변화 국내 대응 전략 개선					
- 기후변화 취약성 평가 모형 개선					
- 기후변화 기초자료 수집체계 개선					
- 기후변화 취약계층에 대한 보건복지 연계 서비스 체계 구축					
- 중앙부처 기후변화 적응대책 개선					
- 기초지자체 단위 적응대책 수립					
기후변화 국제협력 체계 강화					
기후변화 건강대응 연구개발 확대					
기후변화 대응 전담부서 격상					
기후변화 감시망 체계 구축					
- (폭염) 사후 건강영향규모 및 원인파악 감시체계 구축					
- (기상재해) 재해지역 보건응급조사					
- (매개체 감염병) 국가 감염병 매개체질환 종합감시방제체계 확대					

14. 건강친화적 재정정책 추진

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황

우리나라 국민의 건강을 위협하는 가장 큰 원인은 만성질환이라 할 수 있으며, 만성질환으로 인한 부담은 점차 가중되고 있다. 만성질환 보유실태를 보면, 우리나라 국민 20세 이상 성인 중 54.3%가 만성질환을 보유하고 있으며, 만성질환 보유 개수는 평균 2.5개에 이르고 있다(2009년 기준, 한국보건사회연구원). 만성질환은 건강수준에 크게 영향을 미친다. 정영호 등(2011)에 따르면 2009년 출생아의 기대여명은 80.67세임에 비해 건강수명은 72.63세로 기대여명과 건강수명이 8년 이상의 차이를 보이고 있다. 즉, 일생 중 8년 이상을 질병으로 고생하고 있다.

이러한 만성질환의 주요 원인은 흡연, 음주, 비만 등 생활습관과 밀접한 연관관계가 있다. 우리나라의 경우 흡연, 음주, 운동부족, 영양, 과체중 및 비만이 전체 건강위험요인 중 2003년 기준으로 28.45% 정도를 차지하고 있으며 그 폐해가 증가하고 있는 실정이다. 흡연에 기인한 질병으로 지출된 건강보험 진료비 비중이 10.75%(2007)에서 11.67%(2009)으로, 음주에 기인한 질병으로 지출된 건강보험 진료비 비중은 11.15%(2007)에서 13.11%(2009)로 증가한 것으로 분석되었다. 한편, 비만에 기인한 질병으로 지출된 20세 이상 건강보험 진료비 비중은 2007년 기준으로 6.0%에 이르고 있다.

2) 문제점 및 쟁점

국민의 효과적인 건강증진을 통하여 건강수준의 향상을 도모하기 위해서는 만성질환을 유발하는 건강위해품목들인 담배, 주류, 고열량 저영양식품 등의 소비를 줄여, 흡연을, 위험음주율, 비만율의 감소를 위한 정책적 노력이 절실하다. 이를 위해서는

적절한 규제(비가격 정책)와 함께 공공보건의 관점에서 건강위해품목에 강력한 가격 정책을 추진하는 것이 필요하다. 본 고에서는 국민의 건강을 증진하고 만성질환을 예방할 수 있도록 건강위해품목의 실질적인 소비감소를 유도할 수 있는 적극적 가격 정책을 강조하고자 한다. 담배의 경우, WHO에서 발표한 세계 각국의 담배가격 중 우리나라의 담배가격은 78번째에 해당되는 것을 알 수 있다. 그리고, 주류의 경우에는 전체 물가수준으로 보정한 주류의 상대가격은 점차 하락하는 추세인 것으로 제시되고 있다. 이에 따라 우리나라 전체 세입에서 주세가 차지하는 비중이 점차 감소하고 있으며, 주세수입이 음주폐해로 인한 사회경제적 비용에 크게 못 미치고 있다.

건강은 사회·경제발전에 필요한 주요한 투자이며, 국민의 건강수준 향상은 사회정책뿐 아니라 경제정책이라는 관점에서도 매우 중요한 국가적 과제이다. 따라서, 정부정책 수립의 시각을 전환하여 건강증진 전략을 범정부 차원에서 접근하는 것이 바람직하다. 이를 위하여 사회적 환경과 경제구조 또는 산업구조를 “건강친화적(Health-friendly)”으로 조성하고 정부부처간, 정치권, 산업계, 사회단체 등의 연계·통합 노력이 필요하다. 이러한 패러다임하에서 “건강친화적 재정정책(Health-friendly Fiscal Policy)”의 개념을 도입한 정책을 추진하도록 제언하고자 한다. 건강친화적 재정정책은 건강증진이라는 목표를 달성·유지하기 위한 재정정책을 의미하는 것으로, 건강관련 제품가격을 변경하거나 수요량을 조절하여 소비패턴에 영향을 주기 위한 정책 방안이라 할 수 있다. 즉, 담배, 주류, 고열량·저영양식품 등 건강위해품목의 소비를 줄여 질병 예방 및 건강증진이라는 목표를 달성할 수 있도록 하여야 한다. OECD 국가들이 담배에 높은 세금을 부과하는 정책은 건강친화적 재정정책의 한 유형이라 할 수 있을 것이다. 한편, 건강증진에 관련있는 제품에는 보조금 등 지원책을 강구하여 생산과 소비가 촉진될 수 있도록 설계하는 것도 포함할 수 있을 것이다. 건강위해품목에 조세를 부과하고, 건강증진관련 제품에 세금감면과 보조금 등 지원을 통해 국민들의 전체적인 부담은 가중되지 않는 조세중립의 설계도 가능할 것이다.

건강위해품목에 대한 조세강화가 물가 및 서민가구에 부담을 가중시킬 수 있다는 의견이 있다. 그러나, 담배의 경우, 필수재로 보기 어려워 물가지수에 포함하는 것이

적절하지 않다고 할 수 있다. 그리고, 가격 인상으로 담배소비가 감소하면 건강수준이 향상되고 흡연으로 인한 질병감소로 의료비가 하락하여 장기적으로는 가구부담의 감소가 기대된다. 또한, 담배소비지출이 가구 전체지출에서 차지하는 비중이 0.88% 정도로 크지 않다고 할 수 있으며, 금연으로 얻게 되는 편익은 저소득층과 가족들에게 크게 나타난다는 연구결과들이 상당수 있다. 무엇보다 조세부과로 조성되는 재원을 저소득층을 위한 용도로 활용하면 자격 인상에 따른 역진성의 우려도 해소될 수 있을 것이다. 주류의 경우, 역시 필수재가 아니라 할 수 있으며, 조세부과는 주로 고위험음주자들에게 영향을 미친다고 할 수 있는데, 고위험음주자들이 전체에서 차지하는 비중이 높지 않다. 또한, 가구지출에서 주류소비가 차지하는 비중도 0.4% 정도로 낮고, 가구소득에 비례해 주류소비 지출액이 증가하는 분포를 보여 조세부담에 따른 부담이 누진적이라 할 수 있다.

한편, 담배세로 인한 지방재정의 확보와 국민건강 증진이라는 국가 정책이 상충되는 측면을 보정하는 정책이 필요하다. 공공보건의 관점에서 담배가격을 관리하는 일원화된 정책방향을 설정하고, 지방재정의 안정성을 위해서는 보다 근본적인 해결책을 위한 세원이나 재원을 발굴하는 것이 바람직하다.¹⁹⁾

나. 정책목표

구분	2013년 ¹⁾	2014년	2017년
건강친화적 조세체계	·국민건강증진기본법 개정 ·담배부담금 인상 ·주류에 건강증진부담금 부과	·고열량 저영양식품에 최소한의 부담금 부과	·건강세법 신설 ·건강친화적 조세체계 구축
재원의 활용	·저소득층 및 위약계층 예방 및 건강증진 지원 강화	·저소득층 아동 영양개선 seed money로 활용	·비용·효과성 입증된 임상예 방서비스 지원 ·건강증진관련 품목 보조금 등 지원

19) 지방세법 개정안 내용을 보면 담배소비세분 지방교육세 과세일몰기한이 2012년 말에서 2015년 말까지 연장되었는데, 지방교육세는 2001년부터 과세하기 시작해 3차례 연장되었음.

다. 개선방안

1) 단기 개선방안

첫째, 건강위해품목의 소비 감소를 위한 적극적 가격 정책을 실시하도록 추진한다. 담배 부담금을 인상하고, 주류 및 고열량 저영양식품에 대한 건강증진부담금 신설하는 방안을 추진한다. 담배가격 인상을 위해 외국의 담배가격과 국민소득을 고려한 담배가격을 설정하는 것이 바람직하다.²⁰⁾ 주류에 건강증진부담금을 신설하여 부과하고, 고열량 저영양식품에 대해서는 최소한의 부담금을 부과하여 저소득층 아동의 영양개선사업의 seed money로 활용하도록 한다. 그리고, 담배와 주류의 가격인상이 물가상승률을 상회하도록 물가연동제 도입을 도입하도록 한다.

둘째, 범 정부차원으로서의 예방 및 건강증진 정책을 확대하고 취약계층에 대한 지원을 강화하여 예방 및 건강증진 전략의 질적 양적 강화를 도모한다. 구체적으로는 국민건강증진정책심의위원회에 보건복지부 및 관련부처(기획재정부, 교육과학기술부, 행정안전부, 문화체육관광부, 농림수산식품부, 환경부, 고용노동부, 여성가족부, 국토해양부, 식품의약품안전청, 질병관리본부, 청와대 고용복지)를 포함하여 운영하도록 한다.²¹⁾ 그리고, 국민건강증진법에 건강증진기금의 규모를 구체적으로 명시하여 기금 확보를 위한 제도적인 장치를 마련하도록 한다.²²⁾ 또한 중요한 정책방향으로는 건강위해품목인 담배, 주류 등에 부과하는 조세와 가격 결정의 권한과 책임을 보건복지부가 담당하도록 하는 것이다. 프랑스의 경우, 담배 및 주류 가격 및 조세결정권을 Ministry of Finance에서 Health Department로 이관하여 보건당국의 권한과 책임을 강화한 것이 좋은 사례라 할 수 있다.

이러한 정책을 통하여 조성된 재원은 저소득층 및 취약계층 중심의 예방 및 건강증진 지원 강화를 위하여 활용하도록 한다. 구체적으로는 저소득층에 대한 금연지원

20) 유럽국가들의 담배가격과 국민소득을 반영한 우리나라의 적정 담배가격은 약 6,000원

21) 미국의 오바마 의료개혁 법안을 보면, National Prevention, Health Promotion and Public Health Council을 설치하고 17개의 연방정부 부처가 참여하도록 하였음.

22) 미국의 의료개혁법안에 건강증진기금의 구체적인 액수가 명시되어 있음.

및 절주 프로그램 사업을 보다 적극적으로 추진하는 것이 바람직하다 하겠다. 현재 정부의 금연사업 내용을 보면, 청소년, 대학생 등의 금연사업 프로그램의 활성화가 주를 이루고 있는데 저소득층 흡연자들의 금연사업을 위한 프로그램 및 지원을 강화하는 방안을 더욱 강구할 필요가 있다. 그리고, 맞춤형 방문건강관리사업 확대를 도모한다. 삶의 질을 향상하고, 의료비를 절감하기 위하여 경제적, 신체적 거동 불편의 이유로 의료기관 접근성이 떨어지는 의료취약 계층의 건강을 관리 하고, 건강문제를 스스로 관리할 수 없는 대상자를 조기 발견하며, 생활습관의 개선을 통하여 합병증을 예방하고, 건강증진을 통해 주민 스스로 건강을 유지할 수 있도록 지원하는 것이다.²³⁾ 한편, 저소득층 아동 영양개선 사업에도 소홀하지 않도록 해야 할것이다.

2) 중장기 개선방안

건강친화적 재정정책의 효과적 추진을 위해서는 중장기적으로 건강증진부담금에서 건강세를 신설하여 대체하는 것을 적극 검토하도록 한다. 담배, 주류, 고열량 저영양식품뿐 아니라 사행산업 및 건강위해요인들에 건강세를 신설하는 것이다. 둘째, 비용-효과성이 입증된 임상(clinical)예방서비스의 지원을 저소득층을 중심으로 시행하도록 추진하고, 임상예방서비스 지원 대상 임상예방서비스 우선순위를 설정하기 위한 위원회를 설치하여 운영한다. 셋째, 관련 프로그램 및 지원사업, 맞춤형 방문건강관리사업, 건강관리 서비스 분야 등 건강투자를 활성화해야 한다. 넷째, 저소득층 아동의 영양개선을 도모한다. 다섯째, 건강친화적 환경조성을 위한 투자를 강화하도록 한다. 건강친화 산업, 건강도시 등이 좋은 예일 것이다. 여섯째, 건강증진관련 제품에 대한 보조금 등을 지원하여 관련 제품의 생산 및 소비가 확대되도록 한다. 일곱째, 건강보험 영역을 예방 및 건강증진 부문으로 확대하는 것을 추진하도록 한다. 여덟째, 담배세에 부과하는 지방세를 다른 세원을 발굴하여 조성하도록 세제개편을 추진한다.

23) 2010. 12. 31 현재 약 1,458,053명이 대상자로 이는 우리나라 전체 인구의 약 2.9%에 해당되는데, 이를 더욱 확대

라. 입법조치

본 고에서 제안한 건강친화적 재정정책을 추진하기 위해서는 다음과 같은 입법조치가 필요할 것이다. 우선, 담배부담금의 인상, 주류 및 고열량 저영양식품에 대한 건강증진부담금을 신설하기 위하여 국민건강증진법을 개정하도록 한다. 그리고, 건강증진 전략의 질적 양적 확대를 위해서도 국민건강증진법 개정이 요구된다 하겠다. 중장기적으로는 건강세를 도입할 수 있도록 건강세법을 신설하도록 한다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
단기 개선방안					
- 건강위해품목의 적정가격 설정 및 재원활용을 위한 기초연구					
- 건강위해품목 조세체계 방안 마련					
- 국민건강증진법 개정안 마련					
- 국민건강증진법 개정					
- 시행					
중장기 개선방안					
- 건강친화적 조세체계 구축 및 재정정책 기초연구					
- 건강세 법안 마련 및 제출					
- 건강세 법안 국회 통과 및 시행령 마련					
- 시행					

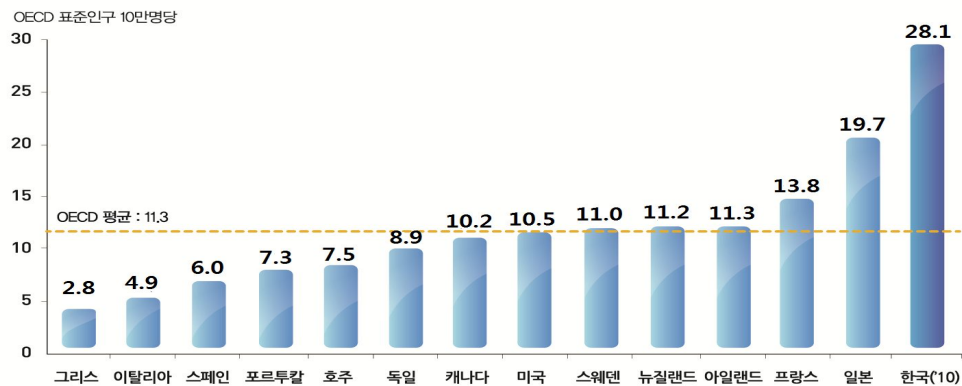
15. 자살, 중독 등 정신건강관리체계 개선

가. 현황 및 문제점

1) 현황

한국의 자살사망률은 OECD 국가 중 가장 높은 10만명당 28.1명으로(2010년 기준) OECD 평균보다 2배 이상 많고 일본보다는 8.4명이 많다. ‘2010년 자살사망자’는 15,566명으로써 1일 평균 42.6명, 34분에 1명 사망하고 있다.

<표 2-15-1> OECD 국가 자살률 비교



* 출처 : OECD Health Data 2011

* OECD 표준인구(국가별 인구분포 차이를 보정)로 자체 계산한 결과임

자살은 전체 사망원인 중 4위로 생산가능 연령 인구(10~50대)의 사망원인 1~3위가 자살이다. 자살 촉발 요인으로 작용하는 사회·경제 환경의 변화가 없으면 향후에도 현재의 자살률이 지속될 것을 전망하고 있다. 정신건강실태조사 결과, 우울증 불안장애 등 정신질환 지속 증가 '06년도 대비 '11년 유병율이 우울증은 21% 증가하였고 불안장애 36%는 증가하였다.

<표 2-15-2> 연령대별 사망원인

연령	1위		2위		3위	
	사망 원인	구성비	사망 원인	구성비	사망 원인	구성비
1-9세	운수사고	18.4	악성신생물(암)	14.2	선천 기형	8.9
10-19세	고의적 자해 (자살)	24.3	운수사고	22.7	악성신생물(암)	14.1
20-29세	고의적 자해 (자살)	44.9	운수사고	16.6	악성신생물(암)	9.2
30-39세	고의적 자해 (자살)	33.9	악성신생물(암)	19.2	운수사고	8.9
40-49세	악성신생물(암)	28.1	고의적 자해 (자살)	16.9	간 질환	8.4
50-59세	악성신생물(암)	37.7	고의적 자해 (자살)	9.5	간 질환	7.4
60-69세	악성신생물(암)	42.8	뇌혈관 질환	9.2	심장 질환	8.0
70-79세	악성신생물(암)	33.8	뇌혈관 질환	13.0	심장 질환	9.7
80세 이상	악성신생물(암)	16.2	뇌혈관 질환	12.3	심장 질환	11.4

자살의 사회경제적 비용은 '09년 기준 자살로 인해 한해 평균 2조4천억원에서 4조9천억원 비용이 발생하고 있으며 OECD 평균수준으로 자살사망률을 낮출 경우 (인구 10만명당 28.4명 → 11.2명/2009년 기준) 약 1조 5천억원에서 3조원정도 절감이 가능하다.

자살은 한 개인의 불행을 넘어 타인의 자살을 유발하기도 하며 사회 구성원의 가치관을 혼란 하게하여 사회통합을 저해하고 있으며 자살을 사회문제로 인식하고 자살 위험에 노출된 사람의 연령별, 계층별, 동기별 등 다각적이고 범정부적 차원의 예방대책 마련 필요하다.

그리고 중독으로 인한 사회적 비용이 크게 발생하고 있으며 자살·기타 정신질환과 동반 발생하는 경향성이 높다. 인터넷 중독은 18세에서 29세 집단에서 가장 많은 것으로 나타나 이 연령대의 사람들이 성장함에 따라 인터넷 중독은 앞으로도 늘어날 가능성이 매우 크며 인터넷자 중 75.1%가 불안장애 등 다른 정신질환 경험이었다.

자살사고 경험자 중 37%가 알코올 중독('11년 정신질환실태 역학조사)이고 병적 도박은 40대, 50대 남성에서 가장 많았고, 별거/이혼/사별 상태, 농어촌 에 거주하는

상태, 전일제나 시간제 취업상태에서 하고 병적 도박 군의 70.1%가 평생 하나 이상의 정신질환을 경험한 것으로 조사되어, 동반되는 정신질환에 대한 관심이 필요하다.

<표 2-15-3> 주요 중독자 현황 및 사회적 비용(추정)

구 분	알코올중독	마약중독	도박중독	인터넷중독
중독자수(추정)	180만명	10만명	220만명	200만명
사회적비용(추정)	20조원	2.5조원	11조원	8조원

2) 문제점

자살을 복합적 요인의 사회문제가 아니라 단순한 개인문제로 생각하는 사회적 정서로 인해 자살예방 활동의 사회적 지지에 한계가 있어 자살 예방을 위한 지방자치단체, 공공정신보건시설, 사회복지기관 등 유관기관의 유기적인 협조체계가 필요하나 미흡한 실정이며 관련 인프라 또한 산재되어 있어 효과적인 정책 추진이 곤란한 상황이다. 또한 자살예방 관련 사업 계획은 수립되어 있으나 관련 예산의 부족으로 구체적인 사업을 실시하지 못하고 있다.

중독의 치료 재활을 위한 부처가 산재되어 있는데 알코올은 보건복지부, 마약은 식품의약품안전청, 도박은 문화체육관광부(사행산업통합감독위), 인터넷은 행정안전부, 문화체육관광부, 여성가족부로 부담되어 있어 정책 협조체계가 긴밀하지 않아 정책추진에 어려움이 많다 알코올, 마약류, 인터넷 등 각종 중독 문제에 동반되는 정신질환에 대한 관심이 필요하고 각종 중독에 대한 대책이 필요하다.

3) 쟁점

자살을 예방하기 위해서는 중앙부처 주도보다는 지방자치단체의 자살예방 활동이 중요하나 미비한 상황이므로 자살예방을 위한 지역 내 유관기관과 정신보건서비스와의 연계 및 협조가 필수적이며 각종 중독자에 대해서는 특성에 맞는 예방·치료정책

이 미비하고 각종 중독자에 대한 정책이 부처별로 산재되어 있어 연계체계 확립이 필요하다.

4) 해외사례

일본은 지역사회에서의 자살예방대책을 마련하도록 하고 있으며 유관기관과의 연계체계를 확립하도록 자살예방종합대책요강에 제시하고 있고 그에 따른 지원을 하고 있다. 지역사회에서의 자살예방 대책으로 상담체계 정비, 실업자에 대한 상담체계, 법적문제에 대한 상담사업, 위험 장소 및 약품에 대한 규제, 인터넷에 대한 규제 아동·청소년의 자살예방 대책 등을 실시하고 있으며 지역에서의 유관기관의 연계체계 확립과 인재육성 등에 대한 지원 등을 실시하고 있다.

각종 중독자에 대해서는 정신보건복지센터에서 의사, 간호사, 정신보건복지사, 임상심리사 등 전문직 대응하도록 하고 있으며 각종 관련 기관의 연계체계와 생활지원, 직업지원, 직업훈련, 입거지원, 활동보호 등의 예방·치료, 재활 및 사회복지서비스를 제공하고 있다.

나. 정책목표

〈표 2-15-4〉 2017년 자살 중독자

구분	2012년 ¹⁾	2017년
자살	31.2명(10만명 당)	20% 감소
알코올 중독(추정)	180만명	30% 감소
마약중독(추정)	10만명	30% 감소
도박중독(추정)	220만명	30% 감소
인터넷중독(추정)	200만명	30% 감소

주 1) 조맹제 외(2011) 『정신질환실태 역학조사』. 서울: 서울대학교 의과대학

다. 개선방안

○ 자살예방을 위한 지역사회 네트워크 구축

기본방향	자살자를 조기발견, 집중치료, 사회복귀를 위한 지역사회 네트워크 구축
제도개선	공공정신보건시설, 민간병원, 사회복지 인프라 등을 활용 자살자를 조기발견, 치료, 사례관리를 할 수 있는 연계체계를 구축하고 운영

○ 각종 중독자 예방 치료체계 강화 및 협력체계 구축

기본방향	알코올 마약, 인터넷중독자 등에 대한 정신건강서비스 제공 강화
제도개선	유관기관 종사 인력의 전문성 향상과 중독치료, 사회복지서비스 등을 통합적으로 지원하고 치료 재활서비스 접근성 향상을 위한 유관기관의 협력체계 구축

라. 입법조치

자살예방을 위한 네트워크를 구축하기위해 자살예방 및 생명존중문화조성을 위한 법률 개정 필요하며 각종 중독자의 치료와 보호를 위해 정신보건법에 명시하도록 개정이 필요하다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
자살예방을 위한 지역사회 네트워크 구축					
- 지역사회 네트워크 구축을 위한 기초 연구					
- 지역사회 네트워크 구축 시범 사업					
- 지역사회 네트워크 확대					
- 지역사회 네트워크 확대 시행					
각종 중독자 예방 치료 및 연계체계 구축					
- 각종 중독자 예방치료 및 연계체계를 위한 기초 연구					
- 각종 중독자 예방치료 법안 제출					
- 각종 중독자 예방치료 지원 법안 국회 통과					
- 각종 중독자 예방치료 법안 시행령 마련					
- 각종 중독자 예방치료 치료 지원 시행					

16. 건강영향평가제도 도입

가. 현황 및 문제점

1) 현황

건강영향평가란 “건강한 공공정책”의 수립을 위한 영향평가수단중의 하나이다. 건강영향평가는 정책·계획·사업이 인구집단의 건강에 미치는 잠재적인 영향과 그 분야에 관하여 체계적으로 판단할 수 있도록 하는 절차·방법·도구의 조합이라고 정의할 수 있다(WHO, 1999). 세계보건기구 세계건강증진대회의 Ottawa Charter(1986)에서는 건강한 공공정책의 추진을 권고한 바 있다. 건강한 공공정책은 사회경제적, 문화적, 환경적, 주거, 근로환경 등 다양한 분야의 정책이 건강에 주는 영향을 감안하여 추진되는 것을 의미하며 특히 건강취약계층의 사회경제적 건강결정요인을 사전에 점검하여 건강형평성을 제고하는 데 목표를 두고 있다.

〈표 2-16-1〉 우리나라의 영향평가제도

	교통	인구	재해	환경	성별
근거법령	도시교통정비촉진법	수도권정비 계획법	자연재해대책법	환경영향평가법	여성발전기본법
	환경·교통·재해등에관한영향평가법 (2001.1)				
주관부처	건설교통부	건설교통부	행정자치부	환경부	여성가족부
시행년도	1987년	1984년	1996년 8월	1981년	2002년12월
실시목적	사업의 시행으로 발생할 교통장애등 교통상의 각종 문제점 / 그 효과를 예측·분석하고 이에 대한 대책 강구	사업이 인구에 미치는 영향을 예측·분석하고 이에 대한 대책 강구	사업이 재해의 가능성과 재해의 정도 및 규모 등에 미치는 영향을 예측·분석하고, 대책 강구	사업으로 인한 자연 환경, 생활환경 및 사회·경제환경에 미치는 해로운 영향을 예측·분석하고 대책 강구	자원·책임 및 권한과 제도 속에 반영되어 있는에 있어서의 성별 불평등 현상의 분석. 궁극적으로 양성평등에 기여
대상지역	도시교통정비지역내외	수도권(서울, 인천, 경기)	전국	전국	· 중앙행정기관 46개, 지방자치단체 16개, 시도별 기초지방자치단체 중 1개
평가대상	특정시설 또는 개발사업				정책

범위	개발사업 10 시설 24	개발사업 4	개발사업 4 시설 1	개발사업 14 시설 4	(기관별 2개 이상)
평가시기	· 사업 실시전, 계획단계				· 정책실시전~정책 집행
평가방법	· 사업실시자가 평가에 필요한 계획서를 환경부장관 또는 승인기관의 장에게 제출 · 승인기관의 장 또는 환경부장관이 검토 후 계획서대로 수행 승인, 일부 수정후 수행 또는 사업 수행 불가 판정을 내림. · 사업자가 비용부담 · 해당주민의 의견 수용을 위한 공청회 실시				· 자체평가: 정책실시자가 평가서 제출 · 심층평가: 규모가크고중장기 적으로 진행되는 정책·여성개발원에 서 연구용역형태로 추진
평가결과 구속력	· 사업자는 승인을 받지 못하면 사업을 실시하지 못함.				· 정책의 개선을 권고함.

자료 : 서미경, 박윤형, 문옥륜 등, 건강영향평가제도 법제화 및 실행방안 연구, 한국보건사회연구원, 건강증진사업지원단, 2008.

현재 우리나라에서 시행되고 있는 건강영향평가는 환경보건법(2009제정)에 의해 산업단지, 폐기물처리시설 등 개발사업에 한해 환경유해인자(대기질 및 악취, 수질 관련 요인)가 건강에 미치는 영향을 포함하도록 하고 있어 매우 제한점이 많다. 건강영향평가를 위해서는 신체적, 정신적, 사회적 건강결정요인을 모두 포괄해야 적절하다. 사회적 건강결정요인 중 생활양식은 만성질환의 예방과 직결되는 요인이다. 만성질환으로 인한 질병부담이 증가하고 있고, 기후변화로 인한 건강영향대책을 위하여 다원화된 건강정책적 접근의 필요성이 증대하고 있다. 건강한 생활양식을 포함한 건강의 사회적 결정요인이 경제변화, 환경변화, 국제화 등의 영향으로 변화되고 있다. 다원화되고 있는 건강의 결정요인을 사전에 점검하기 위하여 세계은행, 세계보건기구, 유럽연합 등에서는 건강영향평가제도를 도입하고 건강영향평가를 의무화하고 있다.

〈표 2-16-2〉 사회경제적 건강결정요인

건강 결정 요인의 범주	구체적인 건강 결정 요인
사회경제적, 문화적, 환경적 조건	국제, 국가, 지방 단위의 공공 정책(경제, 보건, 근로, 교육, 국방, 교통, 주거, 외교, 복지 등) 국제, 국가, 지방 단위의 인구집단에 기초한 정책 (응급의료서비스, 경찰, 보건 및 사회 복지, 돌봄, 교육, 교통, 복지, 육아, 여가) 사회/문화적 가치 및 규범 (차별, 다른 계층에 대한 태도, 정의, 형평성) 국가와 시민간의 관계
주거 및 근로 조건 (물리적 환경)	주거 환경, 공급 근로 조건 (위험 물질 노출 등) 수질, 대기, 토양의 질 소음 폐기물 처리 에너지 사용 및 자원의 지속성 땅 사용
사회 및 문화 (사회경제적 환경)	사회적 지지 및 연대 사회적 배제 공동체 의식 공공 정책에 대한 지역사회 참여 고용 환경 (기회, 질) 교육/훈련 환경 (기회, 질, 비용)
개인의 생활습관 요소	개인 행태(식이, 흡연, 음주, 마약, 신체활동 등) 안전 고용 상태 교육수준 소득 자존감 태도, 신념
생물학적 요인	나이, 성, 유전적 요인

자료: EU WHO, European Policy Health Impact Assessment, 2004.

〈표 2-16-3〉 국가별 건강영향평가의 제도비교

국가	관련 법 및 제도	실시주체	대상		형태
			범위	대상계획 등	
미국	국가환경정책법 (1969)	대상계획 등의 제안기관	정책 계획	대기질, 수질, 야생 동·식물, 문화적 자원	환경영향평가
캐나다	환경영향 평가법 (1992)	대상계획 등의 제안기관	정책 계획	에너지, 교통 및 통신, 임업, 광산, 농업, 폐기물 관리, 폐수 및 슬러지 관리, 제조업	환경영향평가
호주	환경보호법 (1974)	대상계획 등의 제안기관	정책 계획	명확히 규정하고 있지 않음(일반 환경요소, 물리적 건강영향 요소, 사회적 영향 요소, 특정 인구집단)	환경영향평가
영국	도시계획법 (1988)	대상계획 등의 제안기관	정책 계획	운송, 농업, 주택, 에너지, 산업, 광산, 수자원	건강영향평가
네덜 란드	EU Directive	대상계획 등의 제안기관	계획	일정 규모 이상의 철도, 도로, 건설, 지역 개발 계획 등	건강영향평가
EU	EU Directive	규정 없음	계획	농업, 임업, 어업, 산업, 교통, 폐기물 처리, 수관리, 통신, 관광 등	건강영향평가
태국	국가보건법 (2000)	대상계획 등의 제안기관	정책 계획	산업, 농업, 도시 및 운송, 수자원 관리, 국제 무역 및 협약	건강영향평가
WHO			정책 계획	사회경제적 환경, 물리적 환경, 개인의 특성 및 생활양식 등	건강영향평가

자료원 : 이상영 등, 건강영향평가의 제도화방안연구, 한국보건사회연구원, 2011.

2) 문제점 및 쟁점

부문 간 협력이 필요한 새로운 건강문제들이 등장하고 있으나 부문 간 협력을 위한 정책적 도구가 거의 없어 취약계층의 미충족 건강수요가 커질 가능성이 많다. 최근 증가하고 있는 건강문제로 비만을 들 수 있다. 도시화, 자동차 위주의 통행 패턴의 증가, 보행자도로 감소, 녹지 감소 등이 비만의 원인이 되고 있다 (Ewing 등, 2003; Frank 등 2004). 비만과 관련된 이러한 요인들은 개인의 행태개선에 대한 인식과 지식의 변화를 중심으로 하는 건강증진사업만으로 변화시키기 어려우며 도시 계획, 교통계획 등 타 부문의 협력이 필수적이다. 다음으로 자살은 우리나라의 심각한 건강문제이며, (OECD 국가 중 1위) 자살의 원인은 개인의 우울 등 정신적 문제가 직접적이라고 할 수 있으나, 우울과 같은 정신적 문제를 야기하는 많은 사회경제적 요인들이 자살에 간접적인 영향을 주고 있다. 예를 들어, 자살 수단(농약, 다리,

총, 철도)의 접근 용이성, 실업 및 고용의 불안정성, 자살사이트 등 인터넷의 보급, 사회적 고립과 같은 사회적 지지의 결여 등이 자살의 원인으로 지목되고 있다. 이러한 요인들은 도시계획, 교통, 농업, 노동, 문화 등 여러 부문들의 협력으로 변화가 가능하지만 이러한 부문들의 협력을 통한 자살예방 체계는 부족한 실정이다. 흡연문제는 건강취약계층이나 저소득층의 흡연율이 높아서 사회환경적 영향이 큰 건강위험 요인이다. 모든 공공정책에서 흡연율제고를 위한 대책이 필요한 실정이다.

각 정책부터나 지방자치단체가 소관정책들에 대해 건강영향평가를 적극적으로 실시하도록 하기 위한 제도적 장치의 마련이 필요함. 정책수립시 건강영향평가를 포함하기 위해서는 지원과 인센티브가 우선 필요하다. 환경보건법에 의한 제한적인 건강영향평가가 실시되고 있어 중앙부처에서는 환경부가 공식적으로 건강영향평가를 담당하고 있다. 지자체 단위에서는 “건강도시”사업의 주요 정책으로 건강영향평가가 추진되고 있다. 현재는 무주시청이 조례로 건강영향평가를 제도화하고 있다. 현재 우리나라에서는 정부합동평가의 대상이 되는 시책이 있으나 건강의 결정요인을 평가할 수 있는 기능이 미흡하다. 여기에 정신적 건강, 사회적 건강에 대한 부분을 보강하여 실시할 필요가 있다.

〈표 2-16-4〉 정부합동평가 대상시책 사례(2010년)

분야	평가대상시책	분야	평가대상시책
일반행정 (4)	<ul style="list-style-type: none"> • 민원행정서비스 • 지자체정보화정책 • 기록물관리운영활성화 • 지자체재정운영 	인사·여성정책 (4)	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체교류·균형인사정책 • 합리적 조직관리 운영 • 여성권익 증진 • 양성평등정책추진실태
사회복지 (4)	<ul style="list-style-type: none"> • 응급의료관리 • 지자체복지정책(복지총괄) • 지자체복지정책(복지서비스) • 지자체복지정책(저소득층) 	환경·삼림·문화 (5)	<ul style="list-style-type: none"> • 환경정책·관리 • 삼림정책·관리 • 문화기반운영 활성화 • 지자체 도서관 정책 • 치산사업 추진 등
보건위생 (5)	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체보건관리 • 전염병관리사업 • 가축방역시책평가 • 식품, 한약재 안전관리 • 한의약 공공보건사업 	안전관리 (4)	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체 비상·재난관리 • 소방안전 및 대응능력강화 • 민방위 운영 효율화 • 안전관리 평가
지역경제개발	• 외국인 투자유치활동	중점과제	• 지역녹색성장

(8)	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체 주거복지개선 • 지역과학기술진흥 • 소비자보호 및 거래질서확립 • 국유재산관리 및 처분 • 지역개발사업추진실적 • 지자체농정업무 • 농촌지도사업추진 	(4)	<ul style="list-style-type: none"> • 규제개혁 및 지방분권 정착 • 저출산 고령사회정책 성과 • 법질서 확립
-----	--	-----	---

현재 물리적 환경문제를 중심으로 이루어지는 환경보건법에 의한 건강영향평가는 단기적으로 유지해야 하지만, 보건의료법 및 국민건강증진법개정 등을 통해 평가항목과 적용대상범위를 확대시키고 통합할 필요가 있다. 또한, 환경영향평가는 개발사업을 담당하는 사업자가 환경영향평가서를 직접 작성하여 승인을 받게 하는 제도이다. 성별영향평가의 경우도 사업수행자가 평가비용을 부담하는 상황이다. 대부분 사업수행자는 정책부처 또는 지방자치단체에 되는 경우가 많기 때문에 이와 관련된 예산을 매년 확보해야 한다.

나. 정책목표

〈표 2-16-5〉 건강영향평가제도화 실시기관 증대

구분	2008년 ¹⁾	2017년
중앙정부	1개 부처(환경부)	5개 부처
지방정부	-	30개 지방정부
민간사업자	-	10개 기관 ²⁾

주 1) 국민건강증진종합계획(HP2020)의 기준년도임.

2) “건강친화성 인증”을 받은 민간사업자 수

다. 개선방안

건강영향평가의 목적을 타 부문 정책, 계획, 사업에 관한 의사결정에서 건강을 향상시키는 건강친화적인 방향으로 돕는 데 두고, 타 부문에 가하는 규제적 성격을 갖지 않도록 해야 한다. 건강영향평가의 주체는 해당 부문의 담당 기관이며 보건복지부 등 건강 담당 부문은 의사결정의 지원 역할을 하는 것으로 하며, 지방자치단체가

정책의 건강영향을 자체적으로 사전 검토하는데 부담이 없도록 환경을 조성하고 인센티브를 제공해야 한다.

건강영향평가의 시행 범위를 단계적으로 확대한다. 보건복지부 업무에서 시작하여 타 부문으로 확대해야 한다. 보건분야 업무 중에서도 특히 비만, 정신건강, 학생 건강, 근로자 건강, 안전 등 사회환경적 요인들이 중요하고 타부문과의 협력이 특히 요구되는 영역에 우선 적용한다. 이후 복지 부문으로 확대 실시하고 점차 보건복지부 업무 이외의 영역으로 확대하도록 한다. 보건복지 부문에서의 건강영향평가는 건강영향평가 제도의 편익과 비용을 분석하는데 사용되어 제도를 확산하는데 근거자료로 활용되어야 할 것이다. 적용 기관은 건강도시에서 출발하여 그 이외의 지방자치단체로 확대하며, 그 이후 중앙정부로 확대하고, 마지막으로 민간업자에게로 확대해야 한다.

건강영향평가의 기술지원 확대해야 한다. 중앙, 지자체, 민간에서 건강영향평가를 적용할 수 있는 도구 및 방법의 개발, 근거와 사례의 DB구축, 건강영향평가의 절차평가, 시범사업 등 기술지원을 강화해야 한다. 또한 주민참여를 강화하는 방안을 적용한다. 주민참여는 건강증진의 핵심 전략으로 오타와 선언(1986)에서는 건강증진을 “사람들이 자신의 건강에 대한 통제력을 갖고 그것을 향상시킬 수 있도록 하는 과정”이라고 정의함으로써 건강증진이 직접 서비스를 제공하여 시민들을 수동적인 수혜자로 대하지 않고 사람들에게 능력을 주고(enabling), 자원을 매개하고(mediating), 지원하는(advocating) 것임을 강조하고 있다.

라. 입법조치

입법조치로 건강영향평가의 근거를 마련해야 한다. 보건의료법 개정 또는 별도의 독립 법으로 건강영향평가법 제정해야할 필요가 있다. 또한, 건강영향평가의 의무적 실시 근거를 마련해야 한다. 국민건강증진법을 개정하는 것이 필요하다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
건강영향평가의 제도화 추진					
- 정부 주요 종합계획, 도시계획 등에 건강영향평가 시범 적용					
- 법 제정					
- 시행					
- 건강도시 지자체 건강영향평가의 조례제정 확대					
- 민간사업자의 건강영향평가 지원					
건강영향평가의 기술지원체계 구축 및 운영					
- 시범사업실시					
- 효과성 평가					
- 도구 및 방법 개발					
- 근거데이터베이스 구축					
- 교육 및 훈련, 국제협력					

17. 지역중심의 통합건강관리체계 구축

가. 현황 및 문제점

1) 현황

노령화와 만성질환 발생과 사망의 지속적 증가, 이에 따른 의료비의 급격한 상승으로 인한 사회적 부담에 대처하기 위해서는 건강증진사업의 효과적 확산과 만성질환의 예방과 관리를 위한 지역단위 건강관리를 위한 역량 강화가 시급한 보건정책 과제로 대두되고 있다. 그러나 우리나라는 건강증진사업 및 만성질환 사업의 현 주소는 사업주체와 기관이 저마다 다르고, 같은 기관 내에서도 사업 간 유기적인 연계 없이 분절적이고 부분적인 접근으로 이루어져 오고 있어 효과적인 대응이 미흡하다. 그동안 중앙 단위, 시도 단위, 시군구 보건소 단위의 건강관리 관련 정책과 사업이 각각 개별적으로 이루어져 왔다.

- 중앙 보건복지부의 「국민건강증진종합계획(Health Plan 2020)」, 「심뇌혈관질환종합대책」, 「건강관리서비스 시범사업」과 국민건강보험공단의 「건강검진사업 및 사후관리 프로그램」, 교육과학기술부의 「학생건강증진종합대책」, 고용노동부의 「사업장에서의 근로자 건강증진활동」 등
- 시군구 지역단위로 운영되는 「보건소 만성질환관리사업」, 「보건소 건강생활실천(통합)서비스」, 「맞춤형 방문건강관리사업」 등과 국민건강보험공단지부의 「건강검진 사후관리 프로그램」 등

최근 이러한 문제를 해결하기 위해서 보건소 단위에서는 「건강생활실천통합서비스」가 도입되고, 2013년부터는 「보건소 통합 건강증진사업(포괄보조사업)」이 추진될 예정이다. 이를 통해 지역사회의 참여와 사업의 확산을 도모하고 있다. 통합건강증진사업에서 나아가서 지역주민이나 건강고위험 인구집단에게 효율적으로 건강관리를 제공할 수 있는 통합건강관리체계로의 발전이 요구되고 있다.

2) 문제점

의료비가 지속적으로 급증하고 있으나 기존의 공공보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소 등)의 기능과 조직, 업무수행 방식으로는 질병의 사전 예방을 위한 건강증진사업과 질병 예방관리 사업의 성과나 효과적인 확산이 부진하며, 역할에 한계가 있다. 이러한 가운데 건강증진사업과 질병 예방관리 서비스에 대한 접근성에서도 사회계층간 차이를 보여 건강수준의 불평등도 심화되고 있다.

3) 쟁점

이제까지 건강증진 및 질병예방을 위한 건강관리의 주체인 공공 부문에서도 관련 서비스가 각개 사업별로 운영되고 있어 유사한 사업으로 인한 자원의 중복과 비효율을 초래하고 있다. 보건소 건강증진 및 질병관리 사업들과 국민건강보험공단 지사의 검진 사후관리 서비스가 거의 연계 없이 이루어지고 있어 사업 내용의 질과 포괄성, 사업의 확산 정도, 성과, 지역사회 참여에서 문제가 제기되고 있다.

건강증진사업, 질병예방사업은 인구집단 접근을 통해 ‘건강전달자(Health Messenger, 보육교사, 학교 교사, 사회복지사 등)를 통해 효과적으로 확산되어야 하나 사업장, 학교 등 생활터에 대한 접근이 관련 부문과의 연계나 협력의 어려움으로 장애를 부딪히고 있다.

2013년부터 시행되는 ‘통합 건강증진사업’에서 향후 ‘고혈압·당뇨관리사업’, ‘대사증후군사업’, ‘정신보건사업’까지 지역사회 건강관리 사업의 포괄적 연계 필요성이 높다.

지역사회에서 건강 관련 유관 부문의 서비스 제공이 통합적으로 이루어져야 하고, 이를 위해 보건소(지소, 진료소) 내부 기능과 운영체계가 개선되고, 지역사회 자원이 유기적으로 연계되며, 지역사회 참여와 연계를 할 수 있는 기반이 마련되어야 할 계제에 있다.

최근 보건소를 지역사회 건강의 총괄관리기관으로 보건소 기능을 건강증진 중심

으로 개편하고, 지역사회 건강문제 파악, 조정과 연계, 보건의료 정책 기획, 보건의료 자원관리, 건강친화적 환경 조성 등 지역주민에 대한 건강증진과 질병예방·관리 중심으로 개편하기 위해 지역보건법 개정을 추진하고 있다.

이에 따라 보건소의 진료기능 축소와 만성질환관리와 건강증진 중심으로 전환에 따른 통합적 건강관리를 발전시키기 위해서는 지역에서는 효율적인 건강관리 체계와 역량을 강화하고, 중앙에서의 지지를 위한 구체적 방안과 환경여건이 마련되어야 할 시점에 있다. 서울시에서는 최근 공공의료 마스터플랜 「건강서울 36.5」 추진하기 위해서 3대 과제로 ▲질병예방 건강관리 ▲질높은 공공보건 의료제공, ▲건강을 지원하는 환경조성을 추진하고, 이를 수행하기 위하여 75개의 보건지소 신설 등 공공의료 확충 계획이 검토되고 있어 건강관리를 위한 효과적인 시스템의 구축방안의 모색이 요청되고 있다.

따라서 지역보건법 개정을 통한 보건소의 기능 개편, 서울시에서의 질병 예방과 건강관리를 위한 공공보건의료 확충 추진 시점에서 지역 중심의 효과적인 건강관리 제공체계가 마련이 중요한 시기이다.

4) 해외 사례

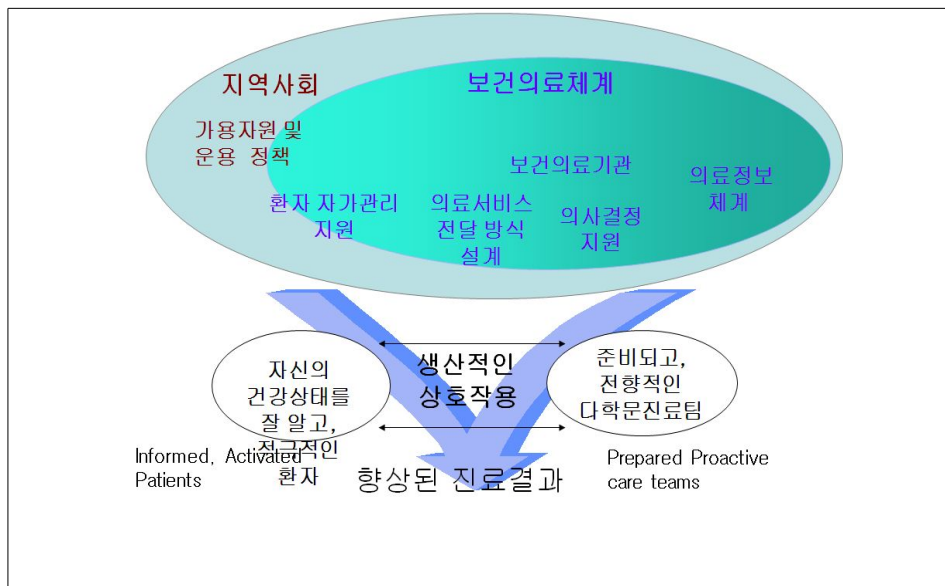
건강증진사업의 통합사례는 호주의 SNAP(Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical activity)을 들 수 있다. SNAP는 호주에서 1차의료인(GPs)들이 환자가 고위험자의 건강 생활양식을 상담, 관리하는 지침으로 건강에 가장 중요한 위험인자인 흡연, 영양, 음주, 신체활동을 통합적으로 사정, 관리하여 체계적으로 접근하도록 하는 가이드라인으로 영양과 신체활동은 누구에게나 필요한 공통건강행위 프로그램으로 제공하고, 여기에 흡연과 음주자에게 금연과 절주 지침을 제공하는 접근 방법이다.

최근 미국 등에서는 ‘통합의료’ 개념은 ‘확장된 만성질환관리모형(Chronic care model)’, ‘의료근거지모형(Medical Home Model)’과 같이 포괄적이고 환자중심의 통합적 의료를 제공하려는 1차 의료의 확장된 모형들이 도입되고 있다. 미국의 환자

중심 통합의료를 위한 ‘의료근거지모형(Medical Home Model)’은 지속적 포괄적 진료 제공을 위해 생애를 통해 필요한 의료서비스 제공, 주치의, 제공되는 의료의 유기적 통합과 조정, 환자의 안전과 질 확보, 의료 접근성의 장벽 해소 등을 통해 환자 중심 의료와 이를 위한 지불제도와 네트워킹과 정보 제공을 원칙으로 하는 통합적 의료제공을 부분적으로 도입하고 있다. ‘확장된 만성질환관리모형(Expanded Chronic Care Model)’은 보건의료체계의 지역사회와 겹과 경계를 연계하여 [그림 1]과 같은 체계를 도입하고 있다. 여기서 ‘통합의료’란 환자에게 적절한 서비스를 제공하기 위해 2인 이상의 참가하는 환자진료의 조직화로 인력과 자원의 조직화와 참가자들 간의 정보교환을 통해 의료진 간의 협력과 공조를 바탕으로 환자에게 제공되는 의료의 질을 향상시키며, 의료비를 절감하기 위한 시도로 정의하고 있다.

따라서 본 고에서 ‘통합 건강관리체계’란 지역사회 주민에게 지역의 보건의료 인력과 자원을 조직화하고 협력과 공조를 통하여 개인 및 인구집단에게 제공되는 건강 서비스의 질을 향상시키며, 비용효과적으로 접근하기 위한 방법이라고 정의하고자 한다.

[그림 2-17-1] 미국의 통합의료 만성질환관리모형(Chronic care model)



자료: <http://www.improvingchroniccare.org>

나. 정책목표

〈표 2-17-1〉 2017년까지 보건소 기능 개선 및 지역 건강관리체계 구축 및 성과 평가

구분	2012년	2017년
지역단위 건강관리 체계 확충 - 보건소의 기획, 조정 기능 강화	- 보건소 기능 개선에 따른 부문별 배치인력 구성의 변화	- 보건소 기능 개선에 따른 전문인력의 확보의 보건소 인력 구성 변화 - 보건소 등의 통합건강관리 사업 참여 인력 및 기관 증가
- 보건소 건강증진, 만성질환 관리기능 강화	- 통합건강관리 사업 범위 확대 - 지역사회 건강생활 실천 및 만성질환자 관리 확산 - 통합 건강관리에 참여하는 인력, 민간 및 관련기관의 증가	- 통합건강관리 사업 범위 확대 - 건강생활 실천 및 만성질환 관리 인구 확산 흡연, 고위험 음주 인구 감소, 적정 식이섭취 및 운동실천 인구 증가, - 만성질환(고혈압, 당뇨, 대사증후군) 관리 인구 비율 증가 - 만성질환 유병율, 사망률 감소

주 : 과제 특성상 목표를 수치로 제시하지 않음

다. 개선방안

○ 중앙 정부 건강관리 관련 정책 방향의 조정과 유기적 연계 협력 강화

- (기본방향)

지역수준에서 통합적인 건강관리 체계를 도입하기 위해서는 중앙 수준에서 건강 관련 정책의 유기적 연계 운영의 권장과 추진, 사업 시행의 일관성 확보가 견지되어야 할 것이다.

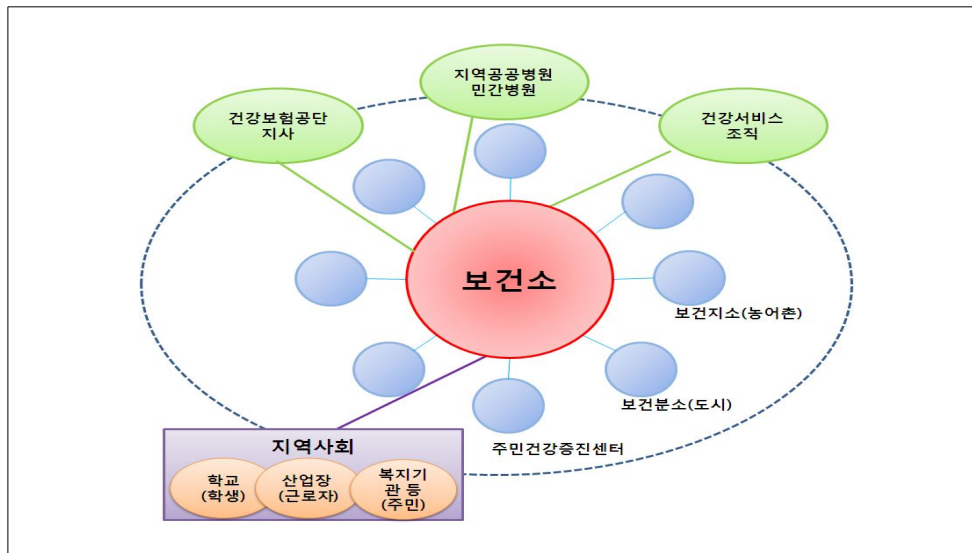
「건강증진종합계획(Health Plan 2020)」이 계획에서 머무르지 않고 관련된 모든 중앙과 지역 보건정책의 비전과 목표들과 일관성을 확보하면서 구심점이 되도록 운용되어야 할 것이며, 「심뇌혈관질환종합대책」, 건강보험공단의 「검진사업」 등 건강관리 관련 시책들도 연계되도록 중앙 수준에서 정책 방향 조정이 지역의 건강관리 시책을 추진하는데 선행되어야 한다.

또한 지역의 여러 건강관리 관련 기관의 공동사업 운영과 보건소내 건강증진과

질병예방 관리 사업의 유기적 연계 강화를 권장 지지하는 중앙 수준의 가이드라인 개발 제시가 필요하다

근로자 건강증진사업, 학교보건사업(학생검진사업, 학생건강증진사업) 등과 유기적 연계를 통해 인구집단별 건강관리 접근이 활성화되어야 할 것이다(그림 2).

[그림 2-17-2] 지역단위 통합건강관리 모형 (안)



－ (제도개선)

보건소와 국민건강보험공단 지부의 주민건강관리 사업 공동 운영, 사업비의 공동 계획과 운영 및 서비스 연계와 통합을 위한 협력을 통해 추진하도록 제도적으로 유인이 필요하다.

보건소 산하의 보건지소, 보건지소는 기능 개편으로 주민건강증진과 질병예방 기능을 포괄적으로 수행하는 ‘주민건강센터’ 기능으로 전환하도록 육성하며, 기존 행정 기관인 주민센터와 긴밀한 연계를 통해 보건소(보건지소, 보건진료소)가 동네보건소 기능에서 탈피하여 보다 관내 주민 전체에 대한 밀착형 건강관리 추진이 가능한 기관으로 전환하도록 한다.

자치구 조례에 근거하여 운영되는 「지역보건의료심의위원회」의 설치 근거를 법률에 마련하여 지역사회 건강문제 해결을 위해 관련 기관이나 관련 사업들이 조정·연계될 수 있는 있도록 하여야 할 것이다.

또한 취약계층 및 노인들은 보건과 복지 서비스를 동시에 요구하고 있는 경우가 많으므로 이들에 대한 건강관리와 복지서비스 간의 유기적 연계를 위해 보건소와 지역의 복지관 등 복지시설들이 취약계층 건강관리를 공동 운영하는 방식으로 접근할 수 있을 것이다. 여기서 보건소가 복지기관 이용자의 건강관리 지원을 강화하여 지역의 건강관리 중심 기관으로 역할을 하도록 지역보건 당국자로서 지역건강관리 역량이 강화되어야 하며, 이를 위해서는 비전문직 인력의 비중을 줄이고 역량 있는 보건의료 전문기술인력을 적정 수와 적절한 인력구성으로 안정적으로 확보하고, 현 전문직 인력의 활용성 제고가 이루어져야 한다.

○ 보건소 통합건강증진사업에서 관련 사업의 단계적 확대를 통한 통합적 건강관리 체계 구축

－ (기본방향)

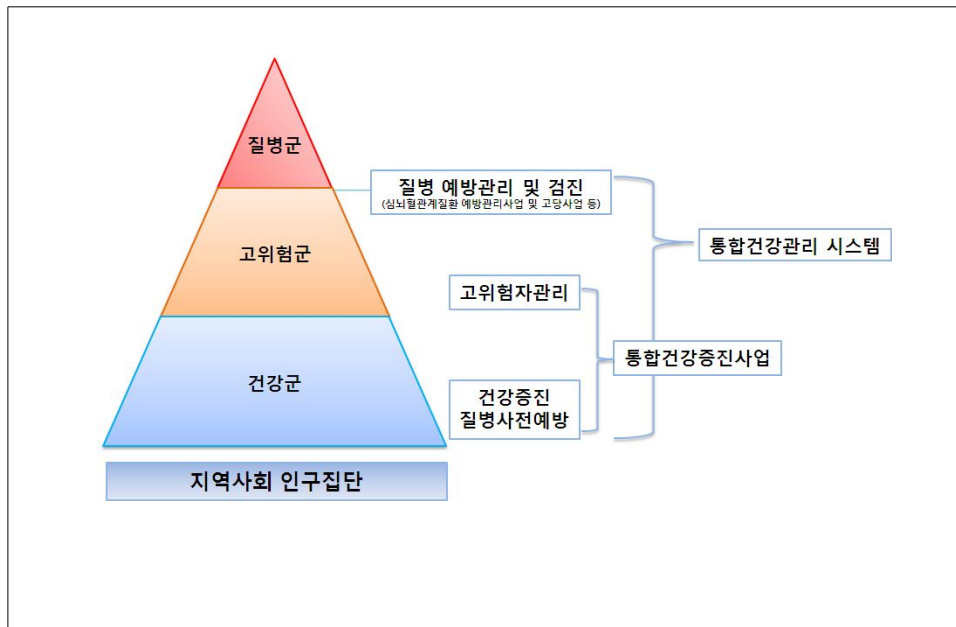
2013년부터 시행되는 「보건소 통합 건강증진사업(포괄보조사업)」에서 건강증진사업과 질병예방사업은 질병 위험요인을 관리하는 공통적인 부분이 많고, 인구집단 중 건강인 및 고위험자로 사업대상자 만을 구별한다는 점에서 인구집단 접근을 통해 통합적인 관리가 필요한 부분이 많다.

지역 중심의 통합적 건강관리 사업의 내용 및 범위는 지역특성별로 통합 건강관리 사업에 여건의 조성에 따라 단계적으로 다음의 사업들이 통합 건강관리 사업의 대상이 될 수 있을 것이다.

- 보건소 통합 건강증진사업(포괄보조사업)
- 고혈압·당뇨 등록관리사업
- 기타 만성질환 등록관리사업
- 정신보건사업

이러한 만성질환 관련 사업들은 건강증진사업과 함께 지역단위로 지역의 관련 자원을 연계하여 건강관리를 체계적으로 제공하기 위한 지역단위 통합적인 건강관리체계 구축이 중요한 사업들이다. 통합건강관리체계의 모형은 다음과 같이 제안한다 (그림 3).

[그림 2-17-3] 인구집단 중심 통합건강관리시스템의 범위 (안)



(제도개선)

- 지역보건법령 개정 : 지역보건의료심의위원회 설치 근거 마련
- 공공의료법 개정 필요성 검토

○ 보건소 질병예방·건강증진 기능을 강화하고, 지역단위 통합건강관리를 위한 기획 조정 역량 제고

－ (기본방향)

보건소가 지역단위 건강관리 기능을 확보할 수 있도록 보건소 기능을 건강서비스

제공 중심에서 기획과 모니터링, 프로그램 개발 및 평가 역량의 제고가 필요하다.

- ※ 미국에서 공공보건기관 역할 정립을 위한 모니터링, 진단, 지역사회 파트너십 확보, 사업계획 개발, 필수적 건강서비스의 직간접 제공 보장, 보건인력 확보 등 10가지 필수 기능(Essencial publice health services) 참조²⁴⁾을 제시한 바 있다.
- ※ 지역보건당국은 민간협력을 통한 포괄적인 보건사업 수행 방안으로 위의 보건소 필수 기능을 제시하고, 보건당국의 전략적 기획 능력과 추진방식으로 공공-민간 협력체계 모델인 MAPP(Mobilizing for Action through Planning and Partnerships)를 지역보건 관계관 협의회에서 개발하였다. MAPP 모형에서는 지역보건당국의 지도력과 지역사회 건강에 대한 책임감을 강조하고, 전략적 기획, 공공보건체계의 역량 강화, 지역사회 건강요구를 해결하기 위한 전략적 실행에 초점을 두고 있는데 이러한 모델을 지역 보건사업 개발 틀로 원용할 수 있을 것이다.

보건소의 업무를 내소자 위주의 진료사업, 직접 서비스 제공에서 인구집단 질병예방·건강증진 기능을 확대가 요구된다.

향후 통합 건강관리사업의 내용에 따라 지역 공공병원과 기능 연계, 지역 의과대학과 민간의료기관 및 지역주민 참여를 통한 지역 중심으로 건강관리 사업의 활성화가 이루어져야 할 것이다.

보건소와 민간 의원의 진료 연계는 공공성이 높은 의료서비스에 대하여 사업의 종류와 건강문제에 따라 민간위탁, 보조금 지급, 바우처제공(vouching) 등의 방식을 통하여 운용하여 그간 장애요인으로 되어 온 민간의료기관과의 대립 관계를 해소하며, 보건소 제한된 조직과 인력으로 사업 확산을 확산시킬 수 있을 것이다.

－ (제도개선)

- 이에 따라 공동 사업 수행과 예산 조정 등 협력 강화를 위한 지역보건법 규정 개선 필요
- 지역보건법령 개정 : 전문인력 최소배치 규정, 지역보건의료심의위원회

24) Essencial publice health services : <http://www.health.gov/phfunctions/public.htm>

설치 근거 마련

- 공공의료법 개정 필요성 검토

- 보건소 사업 접근 방식을 대상자 개별 직접서비스 제공에서 인구집단 건강관리로 접근하여 ‘생활터’ 중심으로 접근하여 지역의 건강관리 수혜 인구 확산
- (기본방향)

기존의 보건소 중심 건강증진서비스와 질병예방서비스는 주로 내소자 중심 직접 서비스 제공 중심으로 제공되어 수혜 인구가 제한되어 소규모·백화점식 사업 접근 방식으로 이루어지고 있다. 이를 개선하기 위해서 학교, 사업장 등에서 ‘건강전달자(Health Messenger)’를 육성하고 이들에 대한 교육 및 컨설팅 강화하며, 건강관리 지원 기능을 강화한다.

일반 건강 인구 대상의 건강관리는 보건교사, 영양(교)사, 보육교사, 복지기관 사회복지사 등의 인력과 사업장(산업장) 건강관리 인력에 대한 교육과 컨설팅 제공 강화와 교육홍보 자료 지원 방식으로 접근하여 사업을 효과적으로 확산하도록 한다. 고위험대상자와 취약계층에 대해서는 선별 사례관리(case management)을 보완적으로 운용할 수 있을 것이다.

- (제도개선)

- 보건소가 학교, 어린이집, 복지시설, 경로당 및 사업장 등 생활터의 건강관리 관련 인력의 교육과 ‘건강전달자(Health Messenger)’로 육성 활용할 수 있도록 관련 규정 추가를 위한 지역보건법 및 관련 법령 개정
- 해당 기관에서 ‘건강전달자’가 건강교육과 관리를 제공할 수 있도록 교육자원(보건교육 자료, 장비, 체험장소 등)을 보건소가 지원하는 Hub 역할 수행
- 제6기 지역보건의료계획 수립(2014~2017년)에서부터 보건소의 사업 운영 방식을 통합적 접근, 직접 서비스 제공에서 ‘생활터’ 중심으로 접근 방식, 관련 인력을 ‘건강전달자(Health Messenger)’로 활용하는 계획을 지역단위에서 계획하도록 가이드라인 제공

○ 통합적 건강관리 접근을 위한 보건소 중심 표준적인 일차보건의료팀 도입

－ (기본방향)

보건소의 통합적 건강관리체계를 구축하기 위해서는 궁극적으로 현재 보건소의 지역 특성별로 진료기능이 유지되는 농촌 등의 지역에서는 기존의 진료업무를 조정하여 단순 1차진료 기능에서 일차보건의료 본연의 통합조정 및 지속성을 확보하는 ‘일차보건의료팀’을 통한 건강관리 서비스 제공이 이루어지도록 보건소에 일차보건의료팀 구성하고 내소자 위주의 진료사업에서 인구집단 질병예방·건강증진 기능 확대하여 통합적 건강관리로 접근할 수 있을 것이다.

보건소 일차보건의료팀은 지역특성별(대도시/중소도시/농촌)로 차별화하여 의사, 간호사, 영양사, 운동지도사, 사회복지사, 행정인력이 적절한 조합으로 팀을 구성하여 통합적인 건강관리 팀을 운영하도록 한다.

이에 따라 보건소 진료기능의 축소나 일괄 폐지 보다는 지역특성별로 일차보건의료팀 구성 운영하여 사업을 통합적으로 운영하며 인력을 효율적으로 활용하도록 하는 방안이 고려되어야 할 것이다.

－ (제도개선)

- 지역보건법령 : 전문인력 최소배치 규정 개정
- 공공의료법 개정 필요성 검토

○ 중앙 및 지역 건강관리 체계 운용과 구축을 위한 재원 확보

－ (기본방향)

기존 국고보조 건강증진 관련 사업을 2013년부터 보건소 건강증진 포괄보조사업 전환하는 내용을 질병관리 사업 까지 확장하여 포괄보조금(block grant) 범위와 지원금 확대가 요구된다.

담배세를 근간으로 하는 국민건강기금 중 건강보험 부족분 충당을 위해 건강보험 재정에 유입되고 있는 65%의 건강증진기금 재원 투입을 폐지하고, 건강증진 고유 목적에 맞는 사업으로 기금 사용을 제한하는 구조로 변경하여 인구집단에 건강증진과 질병 예방사업의 효과를 확산할 수 있도록 하기 위한 건강관리 사업 재원을 확

보하여야 할 것이다.

국민건강증진법령에 건강증진기금의 용도와 사업분야별 배분 등을 구체적으로 명시하여 저소득층과 일반 국민의 건강증진 및 질병예방을 위해 활용될 수 있도록 한다.

지역단위로 건강증진과 질병예방관리를 전체 인구집단으로 확산할 수 있는 건강관리 체계를 구축되기 위해서는 지역사회의 다양한 인적 물적 자원의 참여를 끌어내기 위한 예산과 사업 홍보, 직접 사업 수행에서 나아가 사업을 민간위탁, 보조금 지급, 바우처제공(vouching) 등의 방식으로 운영하기 위한 예산의 확충이 불가결하다.

— (제도개선)

- 기금 사용 관련 건강증진법 및 국민건강보험법(제92조 4항) 개정

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
중앙정부 건강 관련 정책 방향 통합 조정, 유기적 연계 강화					
- 건강보험공단 검진사업 연계 조정					
- 근로자 건강증진사업 연계					
- 학교 검진사업, 학생건강증진사업 연계					
보건소 통합건강증진사업의 단계적 확대를 통한 통합적 건강관리체계 구축					
- 통합 건강증진사업(포괄보조사업) 추진, 정립					
- 고당사업, 대사증후군사업 등까지 통합사업 확대					
- 기타 만성질환 연계					
- 정신보건사업 연계 조정					
보건소의 지역중심 건강관리 기관으로서의 기획 조정 역량 강화, 통합 건강관리 사업 영역의 단계적 확대 추진					
- 보건소 건강증진, 질병예방 기능 강화, 단계적 사업 통합 추진					
- 지역 공공병원, 지역 대학과의 연계 강화					
- 통합 건강관리 사업 영역의 단계적 확대 추진 : 보건소 통합 건강증진사업, 고혈압·당뇨 등록관리사업, 기타 만성질환 등록관리사업, 정신보건사업 등					
- 지역 의료기관 및 민간 자원 등 지역사회 참여 활성화 기전 확보					
보건소 사업 제공방식 ‘생활터’ 중심, ‘건강전달자’ 교육 지원 중심으로 전환					
- ‘생활터’ 중심, ‘건강전달자’ 육성방안 연구					
- ‘생활터’ 중심, ‘건강전달자’를 통한 건강관리 방안 도입					
- ‘생활터’ 중심, ‘건강전달자’를 통한 건강관리 확산 시행과 성과 평가					
통합적 건강관리 접근을 위한 보건소 중심 표준적인 일차보건의료팀 도입					
- 보건소 중심 표준적인 일차보건의료팀 도입방안 연구					
- 지역특성을 고려한 보건소 인력 재구성을 통한 일차보건의료팀 도입					
- 보건소 일차보건의료팀 도입을 통한 포괄적, 지속적 건강관리체계 시행					
중앙 및 지역 건강관리 체계 운용과 구축을 위한 재원 확보					
- 보건소 건강증진 포괄보조사업 재원 확보, 운용					
- 통합 건강관리 사업 영역의 단계적 확대 추진을 위한 재원 확보					
- 통합 건강관리 사업 영역의 단계적 확대 시행					

18. 글로벌 헬스케어 활성화

가. 현황 및 문제점

향후 보건의료분야의 제품 및 서비스 시장수요는 선진국의 고령화가 심화되고 신흥국에서 수십억명의 신규 의료 수요자가 발생하면서 의료산업의 첨단화와 함께 대중의료의 병행하여 확대되는 양상을 보일 것으로 전망되고 있다. 시장규모의 측면에서, <표1>에서 보는 바와 같이 세계 보건의료 시장 규모는 2009년 3.4조불 규모에서 2015년 5.2조불로 연 7.2% 성장할 것으로 전망이 되고 있고, 현재 미·EU 등 선진국이 최대시장인 가운데, 중국 등 아시아 지역의 경제성장률과 삶의 질에 대한 인식제고로 신흥 시장 급속히 성장할 것으로 예상된다. 국내의 보건의료 시장규모는 507억불 수준으로 세계 시장의 1.5% 정도에 머물고 있지만 이러한 미래 트렌드를 고려하여 글로벌시장에 대한 높은 관심이 필요한 시점이다.

<표 1> 국내외 산업규모

분야	세부분야	세계시장 규모			국내산업규모 (세계점유율)
		'09년	'15년	연평균 성장률	
의약	합성약	\$ 6,830억	\$ 8,200억	3.1%	\$ 97억(1.2%)
	바이오의약	\$ 1,190억	\$ 2,880억	15.9%	
의료기기		\$ 2,800억	\$ 3,910억	5.7%	\$ 30억(1.0%)
의료서비스		\$ 23,610억	\$ 38,200억	8.3%	\$ 380억(1.6%)
합 계		\$ 34,430억	\$ 52,310억	7.2%	\$ 507억(1.5%)

출처: 삼성경제연구소, 보건산업진흥원

현재 우리나라의 보건 의료제품의 글로벌화 수준 및 경쟁력은 보건의료 제품의 무역수지를 살펴봄으로써 가늠할 수 있다. 의약품의 경우 2000년 561백만불 무역수지 적자에서 2010년에는 2,719백만불로 적자가 확대되었고, 의료기기의 경우에도 2000년 189백만불 적자에서 2010년 489백만불 적자로 확대되어 보건의료 제품 전반에서 무역수지가 악화되고 있는 실정이다. <표2>의 보건의료 제품의 지역별 수출입 현황을 보면, 아세안, 중남미 등 이머징 마켓에서 흑자, 미·EU 등 선진시장은

적자를 기록하고 있어, 선진시장과 이머징마켓에 대한 차별화된 공략이 필요함을 알 수 있다.

<표 2> 연도별 HT 산업 무역수지 현황

		(단위: 백만불)						증가율 (’00~’10)
품목	구분	2000년	2004년	2006년	2008년	2009년	2010년	
의약품	수출	344	451	573	986	1,136	1,168	240%
	수입	1,245	1,737	2,512	3,332	3,415	3,887	212%
	무역수지	△561	△1,286	△1,939	△2,346	△2,279	△2,719	
의료기기	수출	86	155	182	272	293	373	333%
	수입	275	475	687	795	735	862	213%
	무역수지	△189	△320	△505	△523	△442	△489	
화장품	수출	103	213	293	387	437	781	658%
	수입	331	526	686	831	828	1011	205%
	무역수지	△228	△313	△393	△444	△391	△230	
의료서비스	수입	-	-	61.9	76.2	90	77.8	-
	지급	-	-	122.7	136.2	101.2	69.9	-
	무역수지	-	-	△60.8	△60	△11.2	7.9	

출처: 무역통계, 한은국제수지통계(의료서비스는 ’06년 이후부터 집계)

의료서비스 산업의 경우 외국인 환자유치와 의료관광이 글로벌 헬스케어 활성화를 이루기 위한 중요한 수단이 되는데, 의료서비스 산업의 무역수지를 보면 최근 적극적인 해외유치전략 추진으로 외국인 환자가 2009년 연간 6만여명에서 2011년 12.2만명으로 증가하였다, 진료수입도 2006년 59백만불 수준에서 2011년 115백만불로 연 6.9%씩 증가하였다. 2011년 들어 건강관련 여행 수지가 흑자로 전환하여 고무적이나, 외국인 환자유치 사업은 아직은 초기단계라 평가할 수 있을 것이다. 즉 외국인 환자의 비중이 미국 (27.0%), 일본 (22.1%), 중국 18.9%, 러시아 9.5%, 몽골 3.2%, 기타 19.35%로 미·일·중 중심이나 신흥시장 국가에서의 환자가 증가할 여력이 있고, 싱가포르의 경우 연간 해외환자 47만명, 진료수입 1조 17억원 실적에 비하면 우리나라의 경우 발전의 여지가 많다고 할 수 있다.

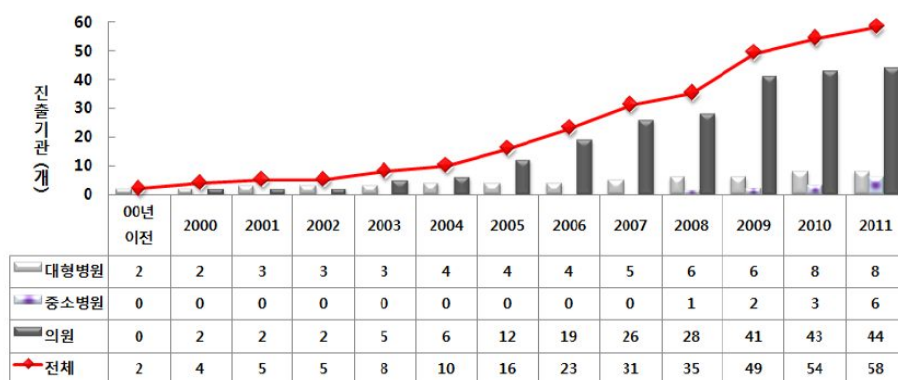
<표 3> 건강관련 여행수지 추이

(단위: 백만달러)			
연도	수입	지급	수지
2006	59.0	119.1	-60.1
2007	67.5	137.3	-69.8
2008	69.8	129.0	-59.2
2009	82.7	95.8	-13.1
2010	89.5	108.5	-19.0
2011	115.6	109.1	6.5

자료: 한국은행, 경제통계시스템

의료기관의 해외 진출은 꾸준히 증가하고 있으며 선진국 대비 경쟁력이 높은 특화된 분야인 성형미용, 한방, 건강검진, 척추/관절 분야 등에서 활발한 점이 주목할 부분이라 할 수 있다. 중국, 대만 진출 의료기관들은 성형미용분야 중심이며, 미국 등과 같은 서방국가는 한방분야로 진출하고 있는 점이 특징이다. 그리고 주로 의원급 의료기관들이 중심이 되어 진출하고 있다. 2011년 현재 9개국에 58개 의료기관이 진출하여 있고, 주요 진출 국가는 중국(24개), 미국(15개), 대만(4개), UAE(3개), 카자흐스탄(3개), 몽골(2개), 러시아(1개), 미얀마(1개), 베트남(1개), 인도네시아(1개), 일본(1개), 캐나다(1개), 캄보디아(1개) 등으로 조사되고 있다.

[그림 1] 국내의료기관의 해외진출 추세



* 연도별 진출기관은 누적된 의료기관의 수 ('11. 3 현재)

글로벌 진출과 관련한 문제점과 쟁점으로는 보건의료 제품의 경우 현지시장에 대한 이해 부족, 인허가 장벽, 현지 마케팅 역량 부족, 특허소송 경험 미흡 등이 글로벌 시장 진출에서의 애로사항으로 지적되고 있다. 이를 해결하기 위한 정부 지원책으로 1) 글로벌 마케팅 지원강화, 2) 금융지원강화, 3) 해외인허가 지원 및 제도개선 등의 추진이 필요한 것으로 보인다. 2011년부터 북미시장 진출 특화전략으로 「콜럼버스 프로젝트」를 추진되고 있기 때문에 이를 내실화 하도록 지원하는 것과 함께, 개도국 시장 진출을 위한 특화전략 마련도 필요할 것으로 보인다.

외국인 환자 유치와 관련한 문제점과 쟁점으로는 2009년 5월 해외환자 대상 유치알선행위가 허용된 이후 전략 국가별 시장조사와 마케팅 전략 수립을 통해 해외 환자 유치를 위한 기반이 조성되었고, 상당한 해외유치 실적을 기록하였다. 그러나 의료관광 선진국에 비해서는 여전히 미흡한 수준이며 이를 해결하기 위한 정부지원책으로 1) 신흥시장 개척 및 한국의료 홍보 강화, 2) 외국인 환자 유치 안정적 채널 구축 3) 전문인력 양성 등의 해외환자 친화적 인프라 구축 추진이 필요할 것으로 보인다.

마지막으로 의료기관 해외 진출과 관련한 문제점 및 쟁점은 2011년 현재 58개 의료기관이 해외에 진출 중이나 병원급 이상 의료기관의 진출은 소극적인 실정이며, 이러한 현상에 대한 원인으로 진출 국가 의료시장에 대한 정보 부족, 지역특성을 고려한 사업모델과 전략 부족, 네트워크 부족, 안정적 자금조달 등이 원인으로 지적되고 있다. 의료서비스 기관의 진출 방식으로 합작경영, 지분참여를 통한 새로운 의료기관 설립, 기존의 의료기관에 지분 참여 등 다양한 방식이 존재하기 때문에 이를 활용하고, 글로벌 진출 前, 타깃 고객의 설정을 명확화하고, 보험상품 개발, 현지 병원들과의 네트워크 구축을 통한 고객범위 확대 등이 민간차원에서 해외 진출 활성화를 위해 검토되어야 할 사항일 것이다. 이를 지원하기 위해 정부에서는 해외진출 정보제공과 홍보마케팅 활동을 강화하고, 진출의 장애물을 제거하기 위한 제도개선 추진이 필요하다. 또한 중소병원이 해외진출시 활용할 수 있는 금융보증 등 제도적 지원체계가 미흡하고 병원 해외진출 프로젝트의 리스크가 커서 기존 수출금융상품 등의 활용도도 낮기 때문에 이를 해결하기 위한 해외진출 자금 지원 및 제도개선을 검토할 필요가 있다.

나. 정책목표

글로벌 헬스케어의 활성화를 위한 향후 5년 후 즉 2017년 정책목표로 <표4>에서 보건의료분야 무역수지의 개선과 외국인 환자 유치, 그리고 의료기관 진출 확대를 제시하였다. 2017년 보건의료제품의 무역수지를 현재수준의 절반정도로 감소시키고, 외국인 환자 유치수를 2017년 36.4만명 수준, 건강관련 여행수지는 19백만불 수준까지 늘리는 것을 목표로 정책을 추진할 수 있을 것이다. 의료기관 해외진출 수도 2017년 100개 진출을 목표로 글로벌 헬스케어 활성화 정책을 추진할 수 있다.

<표 4> 글로벌 헬스케어 활성화를 위한 정책목표

구분	현재	2017년
보건의료제품 무역수지	- 의약품: △2,719 백만불 ('10) - 의료기기: △489 백만불 ('10) - 화장품 무역수지: △230 백만불 ('10)	- 의약품: △1,350 백만불('10년 수준의 1/2) - 의료기기: △245 백만불 - 화장품: △115 백만불
외국인 환자 유치	- 외국인 환자: 122천명 ('11) - 건강관련 여행수지: 6.5백만불	- 외국인 환자: 364천명 ('17) - 건강관련 여행수지: 19백만불
의료기관 해외진출	- 병원 진출: 58개('11)	- 병원 진출: 100개('17)

다. 개선방안

2017년 정책목표를 달성하기 위한 개선방안으로 보건의료제품의 글로벌 진출 활성화 전략, 해외환자 유치 활성화 전략, 마지막으로 의료기관 진출 활성화 전략으로 나누어 살펴보면 다음과 같다.

보건의료 제품의 글로벌 진출을 활성화 하기 위한 전략으로 첫째, 글로벌 마케팅 지원을 강화할 필요가 있다. 기본방향은 해외 마케팅 행사, 예를 들면 해외진출 박람회, 시장개척단 파견, 파트너링 행사 등을 통해 우리나라 보건의료 제품의 수출 시장개척을 지원하고, 현지 유관기관 및 국제기구 등과 협력 네트워크를 구축하는 것이다. 구체적으로 신흥시장, 북미, 중동, 중국 등 주요 지역의 시장개척을 위한 민간 시장개척단을 구성하고, 글로벌 기업의 구매 및 R&D·구매책임자 등을 초청하여 박람회 및 파트너링 행사를 개최하는 노력이 필요하다. 둘째, 금융지원 강화가 필요

한데, 금융지원 강화를 위해서는 기본방향으로 해외 임상시험, 제품생산 시설, 수출을 위한 금융지원제도의 신설과 기타 지원책을 검토하는 것이다. 콜롬버스 프로젝트의 지속 추진과 의료기관 해외 진출 지원을 위해 “보건의료 글로벌 펀드”와 같은 기금을 조성하여 및 해외 진출시 지원하고 매칭(Matching) 투자할 수 있도록 방안을 마련하는 것이다. 마지막으로 해외인허가 지원 및 제도개선을 위해 해외 인허가 획득을 위한 컨설팅 서비스를 강화하고, 해외 규제 당국과의 규제 협력을 강화할 필요가 있다. 이를 위해 해외 인허가 획득 시 필요한 정보와 컨설팅을 기업체에 지원하고, 인허가 파트너 회사 발굴 등에 적극적으로 나설 수 있다. 또한 경쟁력 있는 제품의 개발 지원을 위해서는 인허가시스템과 급여체계 등의 고도화가 필요한데 국내 제조업체의 경쟁력 있는 제품 개발을 유도하도록 보험 약가 등 제도개선이 이루어져야 할 것이다.

해외환자 유치를 활성화하기 위해서는 첫째, 한국의료의 긍정적 이미지를 구축하고 국제적 인지도를 제고할 필요가 있다. 외국 의료 인력에 대한 국내 연수, 학술대회 개최, 한국병원 초청행사 등으로 외국 의료인들과의 네트워크를 강화하고 의료관광 중개인을 위한 행사인 “Medical Korea 컨퍼런스” 및 신항 시장 대상 한국 의료 홍보회를 지속적으로 추진함으로써 신항시장 개척 및 한국의료 홍보 효과를 극대화할 수 있을 것이다. 둘째, 해외환자 유치를 위한 안정적 채널을 구축하기 위해 환자 송출 협약 등 국가간 보건의료 협력을 지속 추진함과 동시에, 진료비 직불 네트워크 구축과 한국의료 이용 상품 보험을 개발하는 등의 노력을 기울일 필요가 있다.

마지막으로 의료기관 해외진출을 활성화하기 위한 전략으로 첫째, 의료기관에 대한 홍보를 활성화할 필요가 있다. 해외진출을 위한 정보제공을 위해 진출 대상 국가별 의료환경, 투자관련 정보 및 의료제도 등의 정보를 제공함으로써 진출대상국에 대한 정보를 습득하고 최상의 전략을 마련할 수 있기 때문이다. 이를 위해 구체적으로 KOTRA 등의 해외진출 정보제공 전문기관과의 협력이 바람직할 것으로 보인다. 국내 의료기관의 홍보 마케팅을 강화하기 위해서는 시장개척단을 구성하여 국내 의료기술, 병원 플랜트 수출에 대한 홍보를 진행하는 방법을 지속적으로 추진할 필요가 있다. 또한 주요 진출국내 보건산업 협력 관련 G2G협력(의료면허, 의약품 인허

가 협상 등)을 지속적으로 관리할 필요가 있으며 이를 위해 보건관 파견을 확대하는 것을 검토할 수 있을 것이다. 둘째, 해외진출을 지원하기 위한 여러 가지 방안을 고려할 필요가 있다. 예를 들면 중소병원의 안정적 자금조달을 위해 신용보증기금 보증조건을 개선(보증료 우대, 보증한도 상향)하거나, 조달금리의 인하, 상환기간의 연장 등과 같은 On-lending 자금지원의 확대를 검토할 수 있을 것이다. 마지막으로 제도개선과제로 의료법인의 해외진출 유형·활동범위에 대한 법적 규정을 마련하여 해외진출 병원에 대한 효율적인 관리와 지원을 할 수 있는 장치를 마련하는 것을 검토할 수 있다.

라. 입법조치

상기의 전략을 실행하기 위해 입법조치로 첫째, 보건의료 글로벌 펀드 조성을 위해서는 보건의료기술진흥법을 개정하여 펀드 관련 조항을 삽입할 필요가 있다. 둘째, 보험업자의 해외환자 유치업 진출을 가능하게 하도록 의료법을 개정하는 것도 고려할 수 있을 것이다. 마지막으로, 의료법인의 해외진출에 대한 법적 규정은 해외 진출 병원 등록제의 실시를 검토해 볼 수 있을 것이다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
보건의료 제품 글로벌 진출					
- 글로벌 마케팅 지원강화					
- 금융지원 강화					
* 보건의료 글로벌 펀드 조성 방안 연구					
* 펀드 조성 및 해외 진출 지원					
- 해외 인허가 지원 및 보험약가 등 제도 개선					
해외 환자 유치					
- 신흥시장 개척 및 한국의료 홍보 강화					
- 해외환자 유치 안정적 채널 구축					
의료기관 해외진출					
- 해외진출 정보제공 및 홍보 마케팅					
- 금융지원방안 마련					
- 제도개선					

19. HT 혁신적 R&D 추진체계 구축

가. 현황 및 문제점

1) 현황

보건의료 기술(Health Technology, HT)은 건강증진, 예방, 치료, 재활, 요양 등 인간의 건강에 필요한 모든 방법적 기술로서, 보건의료산업은 HT의 근간이 되는 산업이라 할 수 있다. 보건의료기술의 목적은 질병정복과 산업창출을 목표로 하고 있다. 그러나 국내의 보건의료기술 분야 R&D투자는 ‘10년 기준 약 1.1조원 규모로 추산되며, 이는 정부전체 R&D 예산(15.9조원, ‘12년 기준)의 약 7%정도 점유 밖에 점유하지 못하고 있다. 미국의 경우 정부전체 R&D 예산의 20.9%를 보건의료 기술분야에 투자하고 있는 현실과 비교하면 매우 미흡한 수준이라 할 수 있다.

우리나라 보건의료기술 R&D 예산의 특징을 보면, 첫째, R&D예산이 부처간 그리고 부처내에 분산되어 있다는 점이다. 보건의료분야의 주무부처인 보건복지부 R&D 예산은 4,039억원(‘12년 기준)으로 HT R&D예산의 약 36%(정부전체 R&D 예산의 2.5%)정도밖에 점유하고 있지 않아 보건의료기술 연구개발에서 선도적 역할을 제대로 하지 못하고 있다.

<표 1> HT R&D 투자규모

(단위:억원)

분류기준	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
과학기술표준분류(적용분야) “건강증진 및 보건”	5,735	6,992	7,256	8,017	9,912	10,835	11,574
과학기술표준분류(연구분야) “보건의료”	3,633	4,189	5,324	5,514	5,151	8,333	10,047

<표 2> 보건복지부 R&D 예산 변화 추이

(단위:억원)

분류기준	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
보건복지부 R&D 예산	1,663	1,877	1,805	2,265	2,773	3,137	3,465	4,039

보건복지부의 R&D 예산도 한국보건산업진흥원, 질병관리본부, 국립암센터, 식품의약품안전청 4개기관에서 분산하여 관리하고 있는데, 기관별로는 한국보건산업진흥원(67.2%), 식품의약품안전청(17.2%), 국립암센터(8.4%), 질병관리본부(4.9%)의 순이다.

<표 3> 보건복지부 R&D 기관별 예산

소관기관	단위사업	2011 실적	2012 예산	비고
한국보건산업진흥원	보건의료기술연구개발	236,578	288,330	22.5% ↑
	한의학선도기술개발	6,804	6,854	0.3% ↑
	소계	243,382	295,184	21.3% ↑
질병관리본부	질병관리연구사업	16,192	19,500	20.4% ↑
국립암센터	기관고유연구사업	14,700	15,100	2.7% ↑
	암정복추진연구개발사업	14,010	14,471	3.3% ↑
	소계	28,710	29,571	3.0% ↑
식품의약품안전청	식약연구개발	58,278	59,734	2.5% ↑
총 사업비		346,562	403,989	16.6% ↑

우리나라의 보건의료기술 R&D 예산의 두 번째 특징은, R&D예산 중 기초연구 비중은 40%(매년 증가율 18.5%)이나, 중개·응용 연구 비중은 22.4%(매년 증가율 8.2%)로 기초/중개연구의 불균형이 심화되어 있다는 것이다. 보건의료기술(HT)을 이용한 제품 및 서비스는 일반적으로 후보물질 발굴(의약품)-->전임상(의약품)-->임상--> 식약청 승인의 단계를 거쳐서 개발이 되기 때문에 전주기에 걸친 균형된 투자가 이루어져야 할 것이다. 또한 부족한 연구개발 투자규모를 보완하기 위해서 선택과 집중이 필요한데, 질병군별로 타겟을 정하여 국민의료비의 약 75%를 차지하는 10대 질병군에 대한 기초에서 임상연구까지 집중하여 연구를 진행하되, 의약품·의료기기의 개발을 포함하여 대형병원 중심의 산학연 다학제적 통합 연구를 추진하는 방법 등을 검토할 필요가 있다.

2) 문제점 및 쟁점

보건의료 R&D 추진체계의 문제점은 첫째, 먼저 지적하였듯이 보건의료기술(HT) R&D 투자의 절대액이 부족하다는 점이다. 미래 국가의 경쟁력 지표가 되는 삶의 질 향상에 필수적인 보건의료 기술(HT)에 대한 R&D 투자가 절대액에서 부족할 뿐만 아니라, 국가 R&D에서 차지하는 비중도 작아, 일정수준의 R&D 임계규모의 확보가 필요하다.

둘째, 부처별 분산된 가버넌스 구조이다. 부처별 예산 분산도가 가장 높은 분야임에도 범 부처 R&D를 총괄하는 기본계획 조차 없어, 중복사업의 조정 및 정책 우선순위결정에 어려움을 겪고 있다. 범부처를 총괄할 기본계획 및 매년 시행계획이 마련을 위해 HT 분야 범 부처 중장기계획 수립이 시급하다. BT분야의 경우 제1차 생명과학 육성기본계획(‘94~)을 수립하여 산업육성 추진체계를 확립하는 등 연구기관을 조성하고 제2차기본계획(‘07~)에서 원천기술 확보 및 산업인프라 구축을 위한 방안을 수립하였고, 세부분야별 기본계획으로 뇌연구 촉진 기본계획(‘08~17), 줄기세포 연구활성화 방안(‘10~15), 생명연구자원관리 기본계획(‘11~20)을 추진하고 있다.

마지막 문제점으로 단절된 연구시스템이다. 기초·개발에 R&D 투자가 집중되어 중개연구와 임상연구에 대한 절대적 투자가 부족한 실정이며, 기초연구의 성과를 검증하여 제품화로 이행하는데 죽음의 계곡(Death Valley)이 존재하고 있다. 죽음의 계곡을 극복하기 위해서는 HT R&D의 전주기 균형투자 필요한데 이를 실행 할 수 있는 방법으로 연구중심병원을 지정 및 육성하는 사업을 추진하는 것이다. 병원은 BT, HT 제품 및 서비스 개발의 Hub로서 중개연구, 임상연구를 위한 연구개발의 플랫폼으로서 역할을 하고 있기 때문에, 우리나라의 병원에게 R&D 투자의 동기를 부여하고, 보건의료 기술의 허브로서의 역할을 강화할 경우 효과적일 수 있다.

연구의 수준, 방법, 규모가 각각 단절된 구조하에 놓여있는 현 상황을 극복하기 위한 두 번째 방안으로 다(多) 부처 공동투자 기획, 예를 들면 현재 다부처 공동 기획 중인 유전체 연구(복지·지경·교과·농림·국토해양부), 의료기기 개발(복지·지

경부), 인수공통감염병 대응기술개발(복지·농식품·교과부) 등과 같은 사업을 확대할 필요가 있다.

나. 정책목표

HT 혁신적 R&D 추진체계 구축을 위한 정책목표로 2017년 정부전체 예산의 15%를 보건의료기술(HT) R&D예산으로 투자하되, 7%를 보건복지부 R&D예산으로 책정하도록 한다. 범부처 중가기 계획을 수립하고, 연구중심병원을 육성하여 연구중심병원의 R&D 집약도를 5% 수준으로 늘리고, 임상시험건수도 대폭 늘리는 것으로 목표로 정할 수 있을 것이다.

〈표 4〉 HT 혁신적 R&D 추진체계 구축을 위한 정책목표

구분	현재	2017년
보건복지부 R&D 예산 규모	정부전체 예산의 2.5% 수준	정부전체 예산의 7%
범부처 HT R&D 투자 규모	정부전체 예산의 7% 수준	정부전체 예산의 15%
범부처 HT 중장기계획 수립	범부처 HT 중장기계획 수립 계획	중장기계획 시행을 통한 HT R&D 리더쉽 확보
연구중심병원 육성	- 연구중심병원 R&D 집약도: 3% - 임상시험 건수('12~'14) 56건	- 연구중심병원 R&D 집약도: 5% - 임상시험 건수('15~'18) 208건

다. 개선방안

상기를 목표를 달성하기 위해 먼저, 국가 보건의료 R&D 중장기계획을 수립할 필요가 있다. 중장기 계획의 기본방향은 국가전략기술로서의 HT의 위상을 정립하고, 최종적으로 HT R&D 컨트롤 타워 확립하는 것이라 할 수 있다. 구체적으로 국가과학기술위원회 산하에 HT전문 정책수립 및 실질적인 부처간 조정을 위한 전담기구를 설치(가칭: 국가위 산하 HT 전문위원회)함으로써 개혁을 추진할 수 있을 것이다. 미국(NIH), 영국(OSCHR), 일본(CPHR) 등 선진국의 경우에도 HT R&D정책 총괄 전담기구 운영 중에 있다.

두 번째로, 연구중심병원 육성이다. 기본방향은 임상진료를 바탕으로 축적된 지식을 기반으로 첨단보건의료의 연구 개발과 사업화를 통하여 세계적 수준의 병원(World BEST Research-driven Hospital) 육성하는 것이라 할 수 있다. 구체적인 대책으로는 연구중심병원의 지정 및 평가를 위해 연구조직, 연구인력, 연구시설·장비 등 연구기반 인프라 여건, 연구실적 등을 고려하여 지정하고, 이러한 과정을 거친 후, 연구중심병원으로 지정된 병원의 R&D 사업을 시행하는 것이다. 연구중심병원으로 지정된 병원 대상으로는 법인세, 관세, 지방세 등 세제지원, 연구전담요원 병역대체 복무 인정, 국가 R&D 집행상 인센티브 부여 등을 부여할 수 있을 것이다.

라. 입법조치

상기의 전략을 실행하기 위해 입법조치로 HT 기본계획의 수립과 연구중심병원 육성사업의 세부계획을 추진하기 위해서는 보건의료기술진흥법 개정이 필요할 것으로 보인다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
범부처 HT 중장기 계획 수립 및 시행					
- 범부처 HT 중장기계획 수립 완료					
- 보건의료기술진흥법 개정					
- 중장기계획 시행을 통한 HT R&D 리더쉽 확보					
연구중심병원 육성					
- 연구중심병원의 지정 및 평가					
- 연구중심병원 육성사업(3단계 9년간 지원)					

20. 신수종 BT, HT 산업지원체계 구축

가. 현황 및 문제점

1) 현황

신수종 BT, HT 산업지원체계를 범부처 산업지원체계의 관점에서 먼저 살펴보고, 산학연 협력 및 인프라의 관점 그리고 마지막으로 BT, HT 분야 인력양성의 관점에서 살펴보고자 한다.

제약산업은 생명공학기술(BT), 보건의료기술(HT)이 제품으로 구현되는 대표적인 산업이라 할 수 있는데, 세계 50대 기업 중 한국 기업은 전무한 실정이다. 세계 50대 기업 보유국가 순위(2012)를 보면 미국 19개 기업으로 1위, 일본 9개(2위), 스위스 5개(3위), 독일 3개(4위) 등으로 나타나고 있다. 우리나라 제약산업의 이러한 민간의 경쟁력 부족은 비효과적인 정부의 범부처 산업지원 체계의 문제에서 기인할 수 있다. 신수종 BT, HT산업은 신기술 탐색→비임상시험→임상시험→허가의 절차로 이루어져 각 단계별 소관부처 간의 연계가 필요하다. 그러나 BT, HT분야에 대한 국내의 산업진흥책은 복지부, 지경부, 식약청, 중기청 등 다양한 부처의 개별적인 지원으로 상호 정책 연계가 부족한 점이 문제점이다. 예를 들면, 식품의 경우 복지부(주관부처), 농림수산식품부(식품기능성평가센터), 지경부,(테크노파크), 농진청(실용화재단), 식약청(기술컨설팅사업) 등 7개 부처에서 지원 정책이 분산되어 수행되고 있다. 제약산업의 경우 제약산업육성법²⁵⁾을 마련하여 제약산업발전을 위한 종합지원계획을 마련했다고 볼 수 있으나, 의료기기, 식품, 첨단의료 등 여타산업에 대해서는 이러한 종합적인 지원계획마저 부재한 실정이다.

일본의 경우 내각관방 의료혁신추진실 및 내각부를 중심으로 범부처 추진 정책인 「의료혁신 5개년 전략」(‘12년 6월) 발표하여 기초연구부터 실용화 단계까지 제품

25) 제약산업 육성법 시행령 및 시행규칙을 통해 신약개발·해외수출 역량을 보유한 기업을 ‘혁신형 제약기업’으로 인증(‘12.6월), R&D·세제·금융 등 패키지 지원하고 있다.

생산과정의 문제점을 보완하고, 혁신적 의약품/의료기기 개발 및 세계 최첨단 의료를 실현하기 위한 정책을 추진하고 있다. 이 정책은 이전부터 이미 시행해 온 「혁신적인 의약품·의료기기 창출을 위한 5개년 전략」의 후속 조치로서 시행되었다. 과거 일본의 경우에도 리베이트 문제 등으로 우리와 비슷한 문제점을 안고 있었으나, 기업과 정부의 적극적인 협력하에 R&D 집중투자와 해외진출을 추진함으로써 세계 신약대국으로 성장하였다.

※ 혁신적인 의약품·의료기기 창출을 위한 5개년 전략

* 목표: - 세계 최고수준의 의약품·의료기기를 국민에 제공
- 의약품·의료기기산업으로 일본의 성장 견인

* 전략: 1) 연구자금의 집중투입

2) 벤처기업 육성

3) 임상연구시험환경 정비

4) 아시아 국가와의 연계 및 공동연구

5) 심사의 신속화 질의 향상: Drug lag 해소

6) 이노베이션의 적절한 평가: 약가 제도 개선

7) 民官 대화 강화

산학연 협력 및 인프라 확충의 관점에서 산업지원체계를 보면, 신수종 BT, HT산업은 높은 투자위험, 임계규모 미달, 자금 및 우수인력 부족 등으로 독자적인 후보물질 도출을 위한 인프라 구축이 어려운 특징을 가지고 있다. 출연연, 대학 등에서 평가중심의 일부 인프라를 갖추고 있으나, 기술, 경험부족, 시설 미비 등으로 글로벌 수준에는 미달한 경우가 있어, 결과적으로 우수한 기초연구 성과 등에도 불구하고 제품개발이 부진한 경우가 왕왕 발생하고 있다.

정부는 '08년 3월 「첨단의료복합단지 지정 및 지원에 관한 특별법」을 제정하여 대구와 충북 오송생명과학단지 내 부지에 기업·대학 등이 보유하기 힘든 핵심인프라 시설을 구축하고, 연구개발 환경을 조성할 체계를 마련하였다. 대구·경북 첨단의료복합단지는 신약의 경우 합성신약, 의료기기의 경우 IT기반첨단의료기기로, 충북 오송 첨단의료복합단지는 신약의 경우 바이오신약, 의료기기의 경우 BT기반첨단의료기기로 각각 특성화하였고, 향후 특성화 방향에 따라 시설, 장비 등을 구축

예정에 있다. 대구경북와 충북오송생명과학단지 내 부지에 기업·대학 등이 보유하기 힘든 핵심인프라 시설을 구축하고, 연구개발 환경을 조성함과 동시에 공동연구개발 체계를 마련한다는 의도가 달성 될 수 있도록 노력을 기울여야 할 것이다.

마지막으로 차세대 국가 전략산업으로 성장하기 위해서는 신수종 BT, HT산업의 글로벌화를 이끌어 갈 전문 고급인력 양성이 시급하다. 기존 대학교육이나 단기교육의 수준으로는 실무형 고급인재를 양성하는 데는 한계가 있는 것으로 지적되며, 신제품 개발 및 글로벌 진출을 촉진하기 위해서는 인허가 및 경제성 평가, 기술경영 등 다양한 전문 인력이 필요하다.

2) 문제점 및 쟁점

신수종 BT, HT 산업지원체계와 관련한 문제점으로 첫째, 범부처적으로 신수종 BT, HT 산업을 총괄할 컨트롤 타워가 부재하다는 지적과 함께, 개별 부처가 산발적으로 산업지원책을 제시하고 투자함으로써 정책간의 상호 연계가 부족하고, 이에 따라 지원 정책의 사각지대 발생하고 있다는 등의 문제점이 지적되고 있다. 둘째, 후보물질 도출 등을 위한 고가 인프라가 부족한 것이 문제점으로 지적되고 있으므로 오송생명과학단지²⁶⁾, 첨단의료복합단지²⁷⁾ 핵심 인프라 및 연구지원 시설 구축의 차질없는 추진과 활용도 제고를 위한 방안을 마련할 필요가 있다. 마지막으로 BT, HT 인력양성 수준이 대체로 미흡하다. 제약산업의 경우, 신약 개발·해외 수출을 담당할 전문인력이 부족하고, 따라서 향후 5년간 R&D 기획, 고급 Research 인력, 글로벌 마케팅, 인허가 등 분야에서 혁신인력 확보가 필요하다. 제약산업을 포함한 여타 산업의 BT, HT 분야에서도 중장기적으로 인력자원이 원활하게 공급될 수 있도록 공급계획 및 양성체계 구축이 필요하다.

26) 오송생명과학단지: 생물산업체와 바이오 분야의 연구기능을 지원 강화하기 위한 단지로, 인체자원중앙은행/의과학지식센터/고위험병원체 특수복합시설

27) 첨단의료복합단지: 첨단제품 연구개발 기반구축을 위한 단지로 핵심인프라(신약개발지원센터, 첨단의료기기개발지원센터, 첨단임상시험센터), 연구지원시설(실험동물센터와 임상시험신약생산센터)

<표 1> 제약산업 분야별 중장기 인력 수요

분야	'12년 현황	중장기 추가 수요(~'15년)
R&D 기획	1,088명	860명
후보물질발굴	2,109명	3,387명
글로벌 마케팅	1,187명	1,941명
기술 사업화	1,516명	718명
시판허가(RA)	1,076명	307명
총계	10,034명	8,193명

* 자료: 신약 개발 가치 사슬별 전문 인력 실태 및 중장기 수요 조사('12.4월, 보건산업진흥원)

나. 정책목표

신수종 BT, HT 산업지원체계 구축과 관련한 정책목표로 제약분야에서의 신약개발 수를 2017년 시점까지 30개로 늘리고, 세계 50대 기업을 1개 정도 육성하고, 해외 수출(기술 수출 등)을 10조까지 늘리는 것을 목표로 할 수 있다. 의료기기분야에서는 의료기기 생산액을 75억불 수준으로 늘려 세계 시장점유율 5%를 달성하는 것으로 목표로 정할 수 있다.

<표 2> 신수종 BT, HT 산업지원체계 구축

구분	현재	2017년
제약분야	- 신약개발: 19개 - Global 50제약사: 0개 - 해외수출: 1.7조	- 신약개발(누적):30개 - Global 50제약사: 1개 - 해외수출/해외매출 10조
의료기기	- 생산: 20억불 (고용: 2.6만명) - 세계 시장 점유율: 1.6%	- 생산: 75억불(고용:4.5만명) - 세계시장 점유율 5%

다. 개선방안

신수종 BT, HT 산업지원체계 구축을 위해 첫째, 범부처 산업지원체계를 마련할 필요가 있다. 개별산업의 중장기 산업 발전 방안을 마련할 경우, 정부지원정책의 구

심점이 생길 것이므로 제약산업 육성법을 모델로 의료기기산업육성법, 식품산업육성법을 제정하면 효과적일 것이다. 둘째, 산학연 협력 및 인프라 확충을 위해서는 아이디어만 있으면 누구든지 첨단제품 개발에 필요한 연구지원을 받을 수 있는 글로벌 수준의 종합적 연구공간을 제공하는 것을 목표로, 오송생명과학단지, 첨단의료복합단지의 인프라 제공 및 운영방안을 마련하고, 산학연 공동 R&D 사업을 통해 글로벌 수준의 연구역량을 강화하고, 맞춤형 연구지원을 할 수 있도록 지원책 재점검이 필요하다. 마지막으로 신수종 BT, HT 전문인력 양성을 위해서는 현재 추진 예정인 제약산업 특성화 대학원(R&D 기획, RA, 글로벌 마케팅, 기술사업화 등) 및 기존 정규과정(임상의과학자 양성 등) 및 위탁교육을 통해 중장기 신규 인력을 지속적으로 양성하되, BT, HT분야의 인력실태 조사, 수급전략, 양성방안 마련을 위한 조직이 필요할 것으로 보인다.

라. 입법조치

상기의 전략을 실행하기 위해 의료기기산업 지원 정책의 법적 위상을 확보하기 위해 「의료기기산업 육성법」, 식품산업 지원정책의 법적 위상을 확보하기 위해 「식품산업 육성법」 등의 제정 추진이 입법조치로서 필요하다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
오송생명과학단지 활성화					
- 인체자원중앙은행/의과학지식센터/고위험병원체 특수복합시설 개관 및 운영					
첨단 의료복합단지 활성화					
- 핵심 인프라 시설, 연구지원시설 완공					
- 인프라 제공 및 운영					
혁신형 제약기업 선정·지원					
- R&D·세제·금융 등 패키지 지원					
- ‘혁신형 제약기업’ 인증인증요건 단계적 상향조정					
제약산업 전문인력 양성 지원					
- 특성화대학원 지정 확대					
- 임상시험 관리과정, 인허가과정, GMP 전문인력 양성 인력 비학위 과정					
의료기기산업 체계적 육성					
- 의료기기산업 육성법 제정					
- 중장기 산업육성계획 수립 완료					
- 중장기 계획 시행을 통한 의료기기산업 육성					
기능식품 산업 경쟁력 강화					
- 식품산업 육성법 제정					
- 국내개발유망품목실용화, 마케팅 지원					

21. 한의학 신한류 육성 지원

가. 현황 및 문제점

1) 현황 및 문제점

인구고령화와 만성질환 증가 등으로 인하여 전통의학을 중심으로 하는 전세계 보완대체의학(CAM: Complementary Alternative Medicine) 시장은 2008년 2,095억 달러에서 2050년 5조 달러까지 성장할 것으로 예상된다(보건복지부, 2011). 우리나라 역시 지속적인 투자를 통하여 국내 한의학 시장규모가 4.4조원(2004년)에서 7.4조원(2009년)으로 확대되었으나, 전세계 시장 점유율이 3.1% 수준에 그치는 등 여전히 미흡한 상황으로 평가된다. 특히 한방의료서비스와 한방화장품 등은 성장추세이나 부가가치가 높은 한약제제시장 규모는 2002년 이후 계속하여 하락 추세를 보이고 있어 세부 산업간 균형있는 발전전략 모색도 해결해야 할 과제로 떠오르고 있다.

우리의 전통의학인 한의학(韓醫學)의 경쟁력과 발전가능성은 대체로 긍정적이다. 한의학의 이론적·임상적 근거 문헌의 하나인 『동의보감』은 공중보건의학서로는 최초로 유네스코 세계기록유산에 등재되었으며, 중풍, 치매 등 뇌혈관질환과 관절염 등 근골격계 질환 등 주요 난치성 만성질환을 중심으로 임상에서의 경쟁력이 있는 것으로 평가된다. 또한 건강보험에서 한방 청구건수와 진료비 비중이 지속적으로 증가하는 등 국민들의 한방의료 수요 역시 적지 않은 상황이다(조재국 외, 2011). 특히 한국을 방문하거나 방문가능성이 있는 외국인들의 경우 한방의료에 긍정적인 인식을 가지고 있는데, 재미동포들의 경우 중풍과 만성통증 분야에 대해 한국에서 치료받을 의향이 66%에 이르며, 아시아 국가에서 의료관광 경험이 있는 관광객들의 경험 역시 1위 피부미용(75.8%)에 이어 한방의료서비스가 2위(36.1%)로 나타나는 등 한방의 상품성이 인정받고 있다(한국관광공사, 2008). 따라서 대장균, 동이 등 드라마를 통해 형성된 한국 전통문화에 대한 긍정적 인식을 바탕으로 우리의 전통의

학인 한방의료서비스 및 한방제품을 세계화하여 이를 신한류로 육성할 경우 적지 않은 부가가치의 창출과 아울러 한의학 발전과 국가이미지 제고에도 크게 기여할 것으로 기대된다.

물론 긍정적인 기회요인과 아울러 한방의료의 국제화를 위해서 보완해야 할 점도 적지 않다. 무엇보다 ‘한방의료관광객 수의 증가’ 등과 같은 단기적 성과들을 ‘한국 전통의료’라는 무형의 브랜드가치 제고로 연결시키기 위한 다양한 전략 마련이 필요한 상황이다. 또한 외국인을 우리나라로 유인하는 전략(in-bound)과 함께 한방의료를 적극적으로 해외에 진출시키는 전략(out-bound)에도 관심을 쏟아야 할 것으로 보인다. 여기에 더하여 효과적인 전략 수립과 시장 확대의 근거와 기반이 되는 통계 자료의 구축과 각종 추진 전략 및 법·제도적 보완을 위한 중장기적 마스터플랜 작성이 병행하여 추진될 필요성도 높다.

2) 쟁점

우선 해외환자 유치나 해외진출 활성화와 같은 개별 사업들이 국가 전체의 종합적인 브랜드가치 향상 전략과 신한류 육성 전략에 융합되어 이루어지도록 준비할 필요가 있다. 앞서 언급한 바와 같이 한의학의 우수성과 수요 확대에 대해 긍정적인 전망이 존재하고 있으나, 종합적이고 장기적인 전략기획이 부재하다면 사업 추진 기관별 각개약진 형태에 머물러 있을 가능성이 높아진다. 예를 들어 현재 해외환자 유치의 경우 개별 한방의료기관이나 지방자치단체 차원에서 산발적으로 진행되어 타겟 국가별 시장조사와 특성화된 상품개발, 지역간·전문과목간 역할 조정, 홍보·마케팅 전략, 인프라 구축, 원스톱 서비스, 유치와 관리 컨설팅, 관련 인력 양성 등에 대한 국가적 차원의 전략이 수립되어야 한다.

또한 모든 한방기관에 무차별적으로 사업을 허용할 것인가에 대한 고민도 필요한 시점이다. 경제활동의 자유는 보장되어야 하지만, 질낮은 서비스는 이용자의 불만족이나 의료사고의 원인이 될 뿐만 아니라 한의학 전체에 대한 불신으로 귀결될 수 있기 때문이다. 따라서 한시적으로라도 일정 수준 이상의 요건을 지정하여 해외 이

용자들로부터 한국 전통의료가 ‘고품질, 안전’이라는 인식을 가지도록 유도하거나, 최소한 분쟁에 따른 해결 기제를 마련해야 한다는 지적이 나오고 있다.

마지막으로 해외환자 유치라는 ‘in-bound’ 전략에 비해 해외로의 ‘out-bound’ 전략이 상대적으로 미흡하다. 물론, 한의약의 해외진출은 여전히 미흡한 수준이다. 현재 해외에 진출한 한방의료기관 역시 정식으로 개원하여 부가가치를 창출하기 보다 국제협력과 봉사 차원에서 ‘진료소’ 수준에 머물러 있는 곳이 절반에 이르기 때문이다. 따라서 해외환자 유치 등에서는 서비스의 질적 수준 제고 방안을 모색하는 한편, 한방의료기관의 해외진출에 따르는 지원정책을 정비하고, 현지 활동에 대한 인센티브 부여 등 보다 적극적인 한류화 전략이 필요하다.

3) 해외사례 및 시사점

전통의학 또는 보완대체의학 시장이 급격하게 성장하고 세계 각국이 이에 대한 투자를 늘리고 있다는 사실은 상대적으로 전통의학 부분이 약했던 미국, EU 등에서 치료효과 제고 및 의료비 절감 등의 차원에서 보완대체의학(CAM) 수요가 급격히 증가하는 것으로도 파악할 수 있다. 2007년 기준으로 보완대체의학에 대해 미국 성인의 38.2%, 어린이의 12%가 사용하며, 지출액은 339억 달러로 미국 건강보험의 1.5% 차지하는 것으로 알려져 있으며, 난치성 만성질환자, 특히 암환자에게서 중국 의약 등 전통의약품에 대한 선호도가 높아서 매년 1억 8천만명의 미국인들의 중국 허브 포함 천연물에 20억 달러를 소비하고 있는 것으로 알려져 있다(보건복지부, 2011). 또한 미국의 국립보건원(NIH) 산하의 국립암연구원(NCI: National Cancer Institute)을 비롯한 20개 연구기관이 보완대체의학에 관련하여 지출한 연구비는 2009년 현재 약 3억 달러에 이르고 있다.

인도와 함께 세계 전통의학 시장의 가장 큰 비중을 차지하고 있는 중국의 경우 ‘중의약의 세계화’는 정부 중의약정책의 핵심적인 목표 중 하나로서(『중의약 혁신 발전계획 2006~2020』의 4대 원칙 중 하나), 국가적 지원을 받는 전통의약품 관련 수출은 2000년 5억 4천만 달러에서 2009년 14억 6천만 달러로 매년 증가를 유지

하고 있다.

최근 중국에서 주목되는 움직임은 서양의학 및 서양 과학기술의 적극적 활용을 통해 중의약의 임상효과와 안전성에 근거를 제공하고, 현대화·국제화하기 위하여 중의학과 서의학을 통합시킨 ‘중서의결합(中西醫結合)’ 원칙을 마련하여 국가가 적극적으로 추진하고 있다는 점이다. 이미 북경중의약대학을 비롯한 중의약대학과 의과대학 본과 및 석·박사 전공 과정을 마련하고 별도의 면허제도를 도입하여 전담 인력(중서결합의)을 양성하고 있으며, 각 성(省)별로 ‘중서의결합병원’ 설립을 의무화하고, 해당 기관에서는 만성질환을 중심으로 ‘중서의결합 중점전문과목’을 지정하여 운영하는 등 인프라 구축과 근거 마련에도 적극적으로 나서고 있다.

이처럼 여러 나라들은 세계전통의학 시장에서 우위를 점하기 위하여 전통의학을 육성하고, 그 효과에 대해 투자하고 있다. 우리나라 역시 한의약의 우수성을 증명하여 적극적으로 홍보하는 한편, 정부와 민간이 힘을 합쳐 한의학 브랜드가치 제고와 발전에 힘을 집중할 시기이다.

나. 정책목표

‘한의학 신한류’라는 범주에는 다양한 형태의 사업이 포함될 수 있겠으나, ①한방의료 관광객 확대 ②한방의료서비스의 해외진출 지원 등 두 가지를 정책의 우선순위가 높은 것으로 정하였다. 한방의료기술 및 한방의료기관의 운영은 우리나라가 경쟁적 우위를 가지고 있는 분야로서 이미 민간 부문을 중심으로 사업이 진행 중이고 정부 역시 적극적인 지원을 계획하고 있는 영역이다.

이를 위한 정책 목표는 크게 세 가지를 선정하였다. 첫째는 ‘한의학 신한류 육성을 위한 중·장기적인 분야별 마스터플랜 및 로드맵 작성’이다. 이는 개별 한방의료기관별로 단편적으로 이루어지는 활동을 지양하고, 해외환자의 유치와 해외로의 한방의료서비스 진출이라는 활동이 타겟 국가의 특성 파악에서부터 사후 관리까지 일관된 전략과 경쟁력 극대화를 통한 한의학의 발전이라는 원칙에 부합하도록 이루어지도록 유도하기 위함이다.

둘째로 ‘한방의료관광객 확대’ 부문은 한방의료 부문에서의 해외환자 유치와 한방의료 관련 콘텐츠에의 참여 확대를 정책목표화 하였다. 이를 위해 한방의료 관광객을 2017년 8만명까지 확대하고, 2011년 12만명 정도인 한의약 축제 방문객 및 관련 콘텐츠 이용자 수를 2017년도에는 30만명까지로 증가하는 것을 목표로 삼는다. 물론 이와 같은 목표 달성을 측정·평가하기 위한 신뢰성 있는 한방의료관광 통계자료의 구축도 필요하다.

셋째로 ‘한방의료서비스의 해외진출 지원’ 부문은 해외로 진출하는 한방의료기관의 수를 확장하는 것과 아울러 한방의료의 이미지 제고와 브랜드가치 상승을 위한 활동의 확대를 정책목표화 하였다. 이를 위해 해외진출이 상대적으로 용이하고 경쟁력이 가질 수 있는 국가를 타켓국가로 설정하여 진출 전략을 마련하는 한편, 2017년까지 해외진출 한방의료기관을 10개소로 확대하거나 현지 의료기관과의 협력을 통해 한의과 설치를 추진한다. 또한 한의학 강점 진료 부문(예: 뇌혈관질환, 근골격계질환 등) 인력의 해외봉사활동을 지원함으로써 이미지 제고와 인력 훈련의 효과를 거둘 수 있을 것으로 기대된다.

구분	2012년	2017년
한국 한의약 관련 축제 등 참여관광객 수	- 12만명(2011년)1)	- 30만명(2017년)
한국 한방의료 관광객 수	- 통계자료 없음.	- 8만명(2017년)
해외 한방병원 및 한방진료소 수	- 7개소(2011년)	- 10개소(2017년)

주 1) 보건복지부 『2012 한의약육성발전 5개년 종합계획 시행계획』.

다. 개선방안

앞서 언급한 대내외적 현황에 적극적으로 대응하고 정책목표를 달성하기 위하여 다음과 같이 6개 분야의 구체적인 개선방안을 향후 5개년간(2017년) 추진한다.

1) 한국 전통의료의 브랜드화

다양한 우리나라 전통의학 자원 가운데 해외 경쟁력이 높은 분야를 선정하고, 이

를 대표적인 브랜드로 개발하여 한방의료에 대한 이미지 제고와 성과 확산에 활용한다. 지자체들의 개별적인 사업 추진에 따라 발생할 수 있는 지자체간 경쟁을 지양하고 지역별 한의학 클러스터와의 연계 및 특화된 전통의료서비스·전통의료 관광상품 개발이 가능하도록 유도한다. 또한 개발된 전통의료 브랜드에 대해서는 효과적인 홍보전략을 수립해야 하는 바, 이를 위해 타겟 국가를 지정하여 시장 조사와 맞춤형 마케팅전략 개발에 우선투자하도록 한다.

2) 한의약 의료관광 서비스 표준 매뉴얼 제정 및 보급

현재 한의약과 관련한 의료관광은 한방미용 등 일부 진료과 및 개별 의료기관, 지방자치단체 등 서비스 제공자와 내용이 단순화되어 있다는 한계를 가지고 있고, 따라서 한방의료관광객 유치를 위한 의료기관의 준비사항, 업계(agency) 준비사항, 의료분쟁 예방 및 방안, 일반 관광사업과의 연계 방안(교통, 숙박, 비자 발급 등) 등이 표준화되어 있지 않다.

따라서 한방의료관광의 질적 수준 제고를 위하여 관련 업무 프로세스를 정비한 표준 매뉴얼을 제정하는 한편, 해외에 소개하기 위한 객관적인 통계 등 기초자료를 구축하는 과정이 필요하다.

3) 한의약 의료관광진흥센터 및 한의약국제교육단지 등 기반시설 설립

한의약 의료관광의 제반 과정을 총괄조정하는 기능을 담당할 control tower로서, ‘한의약 의료관광진흥센터(가칭)’를 설립하고, 관련 의료기관, 관광 agency, 각 지자체(한방특화도시), 해외관광객 등의 정보허브 기능을 수행하도록 한다.

또한 내·외국인들을 대상으로 한 한의학 교육기관으로서 국제교육단지를 조성하고 외국인 대상 기간별, 기술별 한의학 연수코스 개설 및 내국인 대상 한방의료관광통역, 한방의료관광코디네이터, 한방의료관광마케팅 코스 개설 등을 통해 사업의 중장기적 발전을 위한 인프라를 구축한다. 각 한의과대학 및 지역대학과 연계하여 국제

교육을 위한 자원과 콘텐츠를 확보하는 과정도 필요하다.

4) 한의약의료관광 시범기관 지정

시설 및 인력기준을 충족한 한방의료기관을 한의약 의료관광 시범기관으로 지정하고 의료관광을 위한 교육, 의료, 마케팅 등에 대한 지원 및 보급 방안을 검토한다.

라. 연차별 시행계획

세부 일정	2013	2014	2015	2016	2017
해외시장 기초조사·연구					
한방의료관광사업 기본계획 수립					
한방의료관광 주관기관 운영					
한방의료관광 수행 병·의원 등록 운영					
한방관련 정보망 구축 및 홍보 콘텐츠 개발·제공					
한방 의료관광 서비스 표준 매뉴얼 제정 및 보급					
한방제품 및 의료서비스 등에 대한 상품(브랜드)개발					
외국인 환자 유치 컨설팅					
한방 의료서비스 해외진출 및 해외 마케팅 지원					

22. 혁신형 한의약 선도기술 개발

가. 현황 및 문제점

1) 현황 및 문제점

난치성 만성질환이 급증하면서 기존의 의학체계에 더하여 전통의학을 활용한 치료방법과 의약품 개발이 전세계적으로 활발히 이루어지고 있다. 예를 들어 인삼성분을 표준화한 스위스 ‘진사나’는 연매출 30억불에 달하는 시장을 형성하고 있으며, 일본 쓰무라제약의 한약제제들은 연매출 9.5억불을 달성한 상태이다. 전통의학 연구가 활발한 중국의 경우 중약복합제제인 복방단삼적환이 미국 FDA 2상을 통과하여 상품화를 위한 과정을 진행하고 있다.

미국과 중국을 중심으로 전통의약 및 보완대체의학의 안전한 사용을 유도하고, 새로운 기술을 개발하기 위한 R&D 투자도 계속하여 증가하여 미국 국립보건원(NIH)은 2010년 보완대체의학 연구비로 5억 2140불을 투자하였으며, 중국 중의과학원은 2009년 중의약연구에 1,077억원을 투자하였다.

전통의학에 기반한 세계시장 진입 제품들이 지속적으로 출시·판매되고 있으나, 한국에서는 글로벌 제품을 개발하고 있지 못하고 있는 상황이며, 오히려 국내시장 확대에도 불구하고 한약제제시장 규모는 2002년 이후 계속하여 하락 추세를 보이는 등 부가가치가 높은 분야에서는 영세성을 면치 못하고 있는 것이 현실이다.

이와 같은 정체 현상을 타개하기 위하여 보건복지부는 한의약분야 R&D를 지원하고 있으나, 해당 R&D 예산은 2012년 현재 6,854백만원으로 최근 정체상태이다. 또한 1998년부터 2010년까지 총 622억원이 투자되어(연평균 증가율 10%)로 보건의료분야 증가율(연평균 38.1%)과 생명공학분야 증가율(연평균 36.8%)에 비해 미미한 수준에 머물러 있다.

구 분	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	총계
계 획	30	50	110.3	110.3	110.4	114.8	114.8	114.8	114.8	114.8	162	167	167	1,481
투자액(억원)	24	19.4	25	25	25	35	40	65	70	70	80	75.6	68	622

또한 교육과학기술부, 보건복지부, 지식경제부 등 부처별 R&D 역할분담이 미흡하다는 평가를 받고 있다. 부처별 역할분담을 위해서는 기초에서 임상개발로 이어지는 R&D 성과 파이프라인 구축이 필요하나 보건복지부의 R&D 예산이 상대적으로 미흡한 상태이고, 이로 인해 한의약분야 R&D의 전반적인 불균형(중개, 임상 및 정책개발에 대한 투자 부재)을 초래하여 성과창출에 악영향을 미치고 있다는 지적이다. 또한 한의약 분야의 기획전문가의 부재로 인해 현재 보건복지부의 한의약 R&D 사업을 내부에서 기획조정할 수 있는 기능 역시 여전히 개선이 필요한 것으로 평가된다.

2) 쟁점

한의약분야 R&D 투자를 활성화하고 관련 성과의 신속한 제품화를 위해서는 기술개발 중심의 R&D 뿐만 아니라 질병치료와 예방을 위한 임상 및 정책개발의 R&D를 확대하고, 이 과정에서 정부 부처간 역할 정립이 필요하다. 즉, 각 부처별 개별적으로 추진되는 R&D양상을 지양하고, 보건복지부, 교육과학기술부, 지식경제부, 농림수산식품부 등 관련 범부처가 함께 참여하여 기초단계부터 임상, 제품화(상품시판)까지 포괄지원하는 방식의 R&D 시행 방식을 도입하는 것이다.

한의약 R&D 투자에 대한 경제적 요구는 높으며, 앞서 일본 및 중국의 사례와 같이 새로운 의약품으로서 가지는 부가가치 또한 매우 큰 분야이다. 그러나 여전히 한약재의 안전성에 대한 뿌리깊은 불신과 전문가단체간 갈등이 상존하고 있는 상태이므로 우수 국산한약재 생산 확대를 통한 한약자급율을 제고하는 한편, 국산 및 수입 한약재에 대한 품질검사를 강화하는 데에 단기적인 정책 방향을 맞추어야 한다. 또한 중장기적으로는 한의약 R&D분야를 한의약 치료기술과 한의약의 효과 및 안전성을 검증하기 위한 임상연구로 확대하도록 한다.

3) 해외 사례 및 시사점

세계 전통의약시장 규모는 2008년 2,000억 달러에서 2050년에는 5조 달러까지 지속적으로 성장할 것으로 추정되는 가운데, 보완대체의약시장 선점을 위한 세계 각국의 육성정책이 강화되는 움직임이다. 미국의 경우 세계 1위의 기술우위를 바탕으로 국립보완대체의학연구소(NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine)를 중심으로 보완대체의학 연구가 지원되고 있는데, NCCAM 예산은 1999년 50백만 달러에서 2010년 128.8백만 달러로 지속적으로 증가하고 있다. 특히 NCCAM은 암을 중심으로 한 만성난치성 질환에 새로운 치료방법으로 다양한 보완대체의학 연구 및 치료활동을 장려하는 것으로 보고되고 있다.

중국은 전통의학 시장의 최대 강국으로서, 중의약은 정부 육성 중점분야로 선정되어 있어 ‘중의약 현대화·국제화’를 목표로 다양한 국가프로젝트가 진행되고 있다. 중의약의 현대화·세계화 연구에는 매년 약 653억원 규모의 투자가 이루어지고 있으며, ①우수 중약재 규범화 생산기술시스템 구축 ②우량 중성약(中成藥)의 현대화 및 국제화 시범 연구 ③중약계열의 표준규범 설립 ④신약연구개발기술 전략 연맹 설립 ⑤지적재산권의 혁신약물과 비특허 중점약물 개발 ⑥국제 중약표준의 연구와 제정 등을 집중 연구(한국한의학연구원, 2005)하여 이미 세계시장에서 중국의 전통의약재 및 보완치료기술이 가지는 경쟁력은 매우 높은 상황이다.

일본은 전통의학(漢醫學)을 공식적인 의료제도로 받아들이고 있지는 않으나, 민간 기업체를 중심으로 한약제제 생산과 고품질 한약 개발로 세계시장 주도권 확보에 노력하고 있다. 일례로 앞서 언급한 바와 같이 일본 쓰무라제약의 한약제제 매출 규모가 연 9.5억불에 이르는 등 민간 한방제제 생산기업이 중심이 되어 세계 시장에서 인정받는 고품질 한약 개발이 활발하다.

나. 정책목표

혁신적인 한의약 신기술 개발을 위해서는 기존 한의약선도기술개발사업을 확대 개편하고 R&D 사업의 영역을 신물질 개발에서 임상연구에 이르기까지 확장하는 것을 목표로 한다. 이를 위해 현재 한의약선도기술개발사업의 예산과 사업 내용을

개편하여 ‘혁신형 한의약선도기술개발사업’으로 전환하되, 연간 20억 이상의 신규 대형 과제를 연간 1개씩 기획·실행하는 등 투자를 확대하는 방안을 검토한다.

〈표 1〉 혁신형 한의약선도기술개발사업 2017년 성과목표

구분	2012년	2017년
지원예산	6,854백만원('12년 예산)	33,800백만원
지원과제 수	총 18개 과제('11년)	총 30개 과제(신규 대형 과제 포함)
신규 대형 과제 수 (연간 20억 이상)	없음.	'14~'17년까지 연간 1개씩 총 4개 사업 시행
한의약 R&D 기획 전담팀	연구지원팀은 있으나 기획기능 부재	보건산업진흥원 내에 한의약 R&D 기획 전담팀 설립

다. 개선방안

1) 명확한 사업목적 설정과 추진사업의 선택과 집중을 통한 연구개발 활성화

상위계획과 연계를 통한 실효성 높은 사업목적과 범위 선정으로 추진사업의 전략성 추구한다. 특히 기술적인 연구개발에 집중된 투자 상황은 지양하고, 상대적으로 소홀하였던 기초 기반연구 강화를 통하여 연구개발의 체질 개선과 제품 개발의 효율성 제고를 기하도록 한다.

2) 기술변화 및 예측·연구개발·실용화 촉진 등 전주기를 고려한 다각적 분석체계 마련

지속적인 모니터링 체제의 효율적 운영으로 시의성 정보 확보 및 적절한 유동적인 경쟁가능 분야 발굴을 위해 노력한다.

3) 사업 추진체계의 효율적 운영으로 연구개발 성과 달성

수요자 중심과 기술 경쟁력 확보를 위한 전략적 사업 추진으로 실효성 제고를 위한 관련기관간의 협력 환경 마련이 필요한데, 이를 위해서는 R&D에 관계된 관계부처(청)간 역할정립에 따른 사업의 중복성 개선이 필요하다. 특히 한의약 R&D에서 보건복지부의 역할과 기능을 강화하고, 새로운 물질 개발에 국한된 투자가 아니라, 실제 임상에서 활용 가능한 투자가 될 수 있도록 한방의료기관을 비롯한 의료기관의 협력을 강화하는 방향으로의 개선이 필요하다.

4) 사업목적 및 특성에 부합하는 적합한 성과지표 개발로 합리적 판단 근거 마련

사업특성을 고려한 구체적인 성과지표 개발 및 지속적 관리체계 제도를 구축한다. 먼저 연구개발 단계별로 맞는 성과평가를 운영함으로써 연구생산성 극대화를 추구하고, 기초연구, 개발연구, 임상연구 등에 적합한 성과평가를 통한 성과 창출 제고 노력을 강구한다.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
한의학선도기술개발사업 확대·개편					
- 한의학선도기술개발사업 재기획을 위한 기획연구					
- 한의학선도기술개발사업 확대 시행					
신규 대형 한의약 R&D 기획·시행					
- 신규 한의약 R&D 유망과제 발굴					
- 신규 한의약 R&D 시행					
한의약 R&D 기획 전담팀 구성					

23. 의(醫) - 한의(韓醫) 통합의료 활성화

가. 현황 및 문제점

1) 현황 및 문제점

우리나라 의료서비스 공급체계의 특징 중 하나는 서양의학(醫)과 전통의학(韓醫)의 이원화 및 공공의료체계 상의 병존으로서, 두 의학체계의 상호 협력과 발전은 국민편익 증대와 효율적인 보건의료자원 관리, 의료비 절감, 미래성장을 위한 투자라는 측면에서 의미있는 주제로 평가된다. 이러한 상황에서 두 의학체계의 통합 또는 양·한방협진의 필요성은 다음과 같이 정리할 수 있다.

우선 고령화 및 만성질환 증가등 인구구조의 변화이다. 한방의료는 고령층의 상대적 이용비중이 높고, 만성퇴행성질환 치료에 경쟁력이 있는 것으로 평가되고 있어서(조재국 외, 2010; 보건복지부, 2011), 과학적인 의학기술과 결합된 통합의료는 질병부담의 감소라는 측면에서 국민적 편익이 클 것으로 기대된다. 또한 통합의료는 의료자원의 효과적 활용이라는 측면에서도 의미가 있다. 현재 이원화된 서비스 공급에 따라 중복진료, 이중적인 의료비 부담, 의료자원의 경쟁적 확충(medical arms race) 등은 자원활용의 비효율성과 국민의료비 증가를 초래하는 원인 중 하나로 지목되고 있기 때문이다. 국제적 동향 역시 보완대체의학(CAM: Complementary&Alternative Medicine) 시장이 꾸준히 성장하고 현대의학과 전통의학의 결합·연계 연구(WHO, 2002; 中國衛生部, 2011)가 다양하게 시도되고 있다.

위와 같은 의(醫), 한의(韓醫)의 협력 및 통합 필요성에도 불구하고, 현실적으로 경쟁적 갈등관계가 상존하고 있어서, 이 갈등으로 인한 사회적 비용부담과 국민적 불편 등이 초래되고 있으므로 이를 해소하기 위한 효과적인 협력 모형이 필요하다.

‘동서의학협진’의 명칭으로 시작된 우리나라의 양·한방협진은 주로 ‘한방병원+동일 법인 또는 개인 양방 의료기관’ 형태로 외형적인 참여율이 높아지고 있다는 결과가 보고되고 있다. 대한한의사협회가 조사한 동서의학협진 참여 한방병원 비율은

1997년 50%에서 2003년 70.6%로 증가하였고(대한한의사협회, 2005), 146개 한방병원 중 93.8%가 의과 병·의원과 협진(고수경, 2005)하고 있으며, 143개 한방병원의 협진참여율이 80.4%(이상락, 2008)에 이른다는 연구결과도 보고되고 있다.

정부 역시 의(醫)-한의(韓醫)간 통합의료 활성화를 위한 법·제도적 정비와 기반 구축 노력을 꾸준히 경주하고 있다. 현행 의료법(2010. 1. 31 시행)은 복수면허자의 종별 의료기관 동시개설 및 병원내 상대 의료인력의 교차고용을 허용함으로써 협진 활성화를 위한 중요한 법·제도적 정비를 마련한 것으로 평가되며, 『제2차 한의약육성발전계획』에는 주요 과제로서 <양·한방협진 활성화를 위한 제도개선>을 제시하는 한편, 그 추진대책으로 협진모형의 개발과 인력 양성, 협진 수가체계 개발, 교육·홍보 강화, 협진의료기관 질 평가도입, 협진 의료분쟁 조정기제 마련 등을 제시하고 있다(보건복지부, 2011). 아울러 정부는 주요만성질환별 양·한방협진의 치료효과 규명, 주요 만성질환(고혈압, 당뇨 등)에 대한 한방진료지침 개발, 의원급 의료기관의 만성질환관리제도에의 한방의료기관 참여 모형 개발 등 협진의 효과성 규명과 근거 마련을 위한 정책 연구를 지원할 예정이다.

2) 쟁점

앞서 언급한 바와 같이 외형적인 협진참여율 개선과 기반 구축을 위한 정부 및 관련 업계의 노력에도 불구하고 실제 의료현장에서의 협진 및 통합의료의 활성화는 여전히 많은 과제를 안고 있는데, 다음과 같은 점들이 대표적인 쟁점사안들이다.

우선 의·한의 각 영역에서의 시설, 장비 등 자원중복은 두 의학체계의 상호교류를 촉진하기 보다는 오히려 경쟁적 갈등관계를 강화시키는 기제로 작용하고 있다는 점이다. 특히 한의학의 과학적 치료효과성 검증과 부작용, 한약재의 안전성을 둘러싼 의료일원화 논쟁은 통합의료에 필수적인 상호신뢰와 협력에 큰 부담으로 작용하고 있다. 또한 협진 의료에 대한 명확한 진료지침(protocol)이나 가이드라인은 이제 개발단계이며, 협진의 성과(치료 및 예방효과, 경제적 성과 등)에 대한 평가시스템도 미흡한 단계라고 할 수 있다.

두 번째로 의료법 개정을 통해 상호 교차개설 및 교차고용이 가능해졌으나 전원에 따른 절차상의 번거로움 및 이에 부가되는 의료비 중복(현재 동일 상병에 대한 동시 진료시 중복진료로 간주하여 전액 본인 부담), 협진의료에 대한 적정 수준의 수가구조 마련 미흡, 협진정보(협진서비스 제공 형태, 치료효과 및 근거 등)의 소비자 정보전달기제 미비 등은 여전히 개선이 필요한 것으로 평가된다.

세 번째로 협진 활성화를 위해 반드시 필요한 인적 교류와 협진 전문인력 양성 교육체계 구축은 단기간에 도입하기에는 난관이 많을 것으로 여겨진다. 우선 각 전문인력의 업무 영역이 제도적·임상적으로 분명하게 구분되어야 하며, 상대 의학의 교육과정 추가 및 질적 수준, 면허제도의 개선, 기존 인력에 대한 활용 방안 등이 복합적으로 고려되어야 하기 때문이다.

결론적으로 의(醫)-한의(韓醫)간 통합의료는 보건의료 환경의 변화를 고려한 거시적·원칙적 차원에서 그 필요성이 인정되고 있으며, 이를 위한 정부 차원에서의 제도적 노력도 본격화되고 있다고 할 것이다. 그러나 실제 의료현장에서의 의미있는 실행을 위해서는 개선해야 할 여지가 많은 주제로서, 특히 제도 실행 과정에서 반드시 필요한 의학계와 한의학계의 협력 관계 조정 방안에 대해 앞으로도 많은 논의와 고민이 필요하다.

3) 해외사례

전통의학의 역사가 서구에 비해 상대적으로 깊은 동북아시아 국가들(한국, 중국, 대만, 일본 등)의 경우 전통의학과 서양의학의 관계설정은 국가별 보건의료서비스 공급의 중요한 주제이다. 기본적으로 서양의학이 국가의료체계의 대중을 이루는 상황에서 전통의학을 어떻게 수용할 것인지에 대해서 아래와 같은 네 가지 수용 유형을 구분할 수 있다(Stepan, 1983).

〈표 1〉 전통의학에 대한 수용 유형

유형	특징	해당 국가
통합형	<ul style="list-style-type: none"> 전통의학의 서양의학 통합 국가가 정책적으로 전통의학과 서양의학의 결합 지지 	중국, 북한
내포형·병존형	<ul style="list-style-type: none"> 공식적으로 전통의학을 인정하여 서양의학과 병존 완전히 이원화된 양한방의료 제공체계 이중면허는 허용되나, 의료행위 시에는 하나만 선택 	한국, 대만
용인형	<ul style="list-style-type: none"> 의술로는 전통의학이 수용되나 국가제도로는 비수용 일원화된 의료체계로서 전통의학은 서양의학의 한 부분 	일본
배제형·독점형	<ul style="list-style-type: none"> 전통의학의 불인정 	벨기에

자료: Stepan S, Patterns of legislation concerning traditional medicine, 1983

전통의학과 서양의학의 통합에 가장 적극적인 국가는 역시 중국이다. 중국의 경우 전통의학 담당 인력(中醫師)과 서양의학 담당 인력(西醫師)을 별도로 운영하는 것 외에 중서결합의(中西結合醫)를 두어 중의학과 서의학을 동시에 전공하는 별도의 면허체계까지 갖추고 있다²⁸⁾. 통합의학의 가장 발전된 형태라 할 수 있는 중서의결합(中西醫結合)은 1954년 중국 정부의 <보건위생사업 4대 방침>으로 제안되었으며, 1976년 중서의결합발전을 위한 10개년 계획 이후 본격화되었고, 이 계획에 따라 각 성(省), 시, 자치구에 반드시 1개 이상의 중서의결합병원이 창설되도록 하였다.

2009년 현재 전국 20,291개 병원급 의료기관 중 중서의결합병원은 245개소이며, 이 중 대부분이(76.7%)이 시(市) 지역에 위치하며, 115개소가 국유 또는 집단소유 형태로 운영(국유: 90개소, 집단소유: 25개소)되고 있다. 또한 병원급 의료기관 뿐만 아니라 외래진료를 중점적으로 제공하는 문진부(門診部)와 지방의 진료소 단위에서도 중서의결합 의료를 제공하고, 그 기준을 구체적으로 적시하고 있는데, 대표적으로 3급²⁹⁾ 이상 병원내에 중의과를 의무적으로 설치하도록 하고 있으며, 2급 이상

28) 중국의 경우 중의사와 서의사들도 상대 의료체계의 시술과 처방이 가능하다. 예를 들어 중의사들도 서의 처방과 시술을 할 수 있으며, 서의사들에게도 중의 처방과 시술이 허용된다.

29) 중국의 의료기관(衛生機構)은 크게 병원급 의료기관과 기초(基層)의료 위생기구로 대별할 수 있다. 병원급 의료기관은 기본적으로 규모와 기능에 따라 1, 2, 3급으로 나누는데, 1급 병원이 가장 규모가 작고 예방 등 일차의료를 중심으로 서비스를 제공한다. 반면 3급으로 올라갈수록 복잡한 고급 의료기술을 제공한다. 이들 1, 2, 3급 병원은 다시 갑(甲), 을(乙), 병(丙) 3가지 등급으로 나누어지고, 3급 병원에는 특별히 특등(特等)을 두어 전체 의료기관은 3급 10등 기준으로 나누어지도록 하고 있다.

중서의결합병원에는 중서의결합을 전문적으로 다루거나 연구하는 조직 설치하여 임상효과가 진료현장에 반영될 수 있는 체계를 유지하고 있다.

일본의 경우 서양화 정책으로 전통의학 정책이 폐지되었으나, 2006년부터 모든 의과대학에서 ‘한방의학을 이해하기 위한 최소 강의수’로 16시간 이상을 실시하는 등 의사에 의한 전통의학 병용 치료 자체는 활발히 시행하고 있다. 또한 2005년 현재 148개 한약처방을 건강보험급여대상화하고, 일본동양의학회를 중심으로 교육 및 전문의제도(2009년 현재 한방전문의 2,755명)를 시행하는 등 실제 임상현장에서 전통의학이 차지하는 비중은 적지 않은 상황이다.

나. 정책목표

의·한의협진의 활성화는 단기간의 기계적인 통합으로는 효과를 기대하기 어려우며, 임상성과의 축적과 검증, 인력양성 체계 구축과 법·제도 정비에 장기간이 소요되는 과제라 할 수 있다. 현실적으로 동서의학협진의 형태로 이루어져 온 그동안의 의·한의간 학술적·임상적 교류는 그 실적이 정체되어 있고, 두 의학체계의 갈등관계가 상존하고 있는 현실에서 전격적인 협진제도 도입 및 추진에는 제약이 많을 것으로 판단된다. 따라서 단기적으로는 의·한의 상호간의 이해의 폭을 넓히고 협진의 근거를 마련하는 것에 초점을 맞추고, 중장기적으로 협진제도의 안정화를 추진하는 것이 바람직하다고 하겠다. 참고로 전통의학과 서양의학의 결합(中西醫結合)에 있어서 가장 높은 수준이라 할 수 있는 중국의 경우에도 서양의학의 본격적 소개(아편전쟁, 1840년) 이후 중국 정부의 ‘보건위생산업 4대 방침(1954년)’에 ‘중서의결합’이 공식적으로 제안되기까지 100여년이 소요될 정도로 장기간에 걸쳐 과정이 필요하였다.

따라서 다음과 같이 정책목표를 향후 5년간의 단기간 목표와 그 이후 장기간 목표로 구분하여 제시하고자 한다.

- 단기 정책목표(2013~2017): 협진의 효과성 입증과 상호간 이해 증진
 - 협진의 효과성 관련 임상자료 구축
 - 협진 시범의료기관 운영

- 의·한의 상호 교차개설 및 상호인력 교차고용 활성화
- 협진 의료행위에 대한 건강보험 수가 개발
- 협진 의료행위에 대한 질 평가제도 마련
- 협진 활성화를 위한 의·한의간 조정·협의체 구성

○ 장기 정책목표(2017년 이후): 상호교류 안정화를 통한 제도 정착에 초점

- 의과/한의과대학 교육체계를 비롯한 협진전문 인력양성체계 개선 마련, 사회적 합의
- 인력체계 개선에 따른 면허제도, 요양기관 인력정원, 필수진료과목 등 개편 논의

구분	2012년	2017년
양·한방협진 참여 양방의료기관 비율	- 20.6%(2005년) ¹⁾	- 50%(2017년)
상대과 교차개설 의료기관 및 교차허용 의료인 수	- 통계자료 없음.	- 30개(2017년) - 50명(2017년)
양·한방협진 활성화를 위한 제도적 기반	- 준비중	- 협진 시범의료기관: 10개소 - 협진수가체계 개발 - 협진 질평가제도 및 분쟁조정제도 마련 - 의·한의 협의체 구성 및 운영

주 1) 강은정 외(2005), 「공공병원 혁신을 위한 양한방협진 도입에 관한 연구」, 전국 281개 양방병원 대상 조사 결과

다. 개선방안

1) 협진 의료의 효과성 관련 임상자료 구축

무엇보다 협진 또는 통합의료가 어떠한 임상적 편익과 경제적 편익을 가지고 있는가에 대한 객관적 평가자료의 구축 및 이를 연구자간 공유할 수 있는 공간이 필요하다. 중국의 경우 국가가 지원하는 1급 학회로서 ‘중국중서의결합학회(中國中西醫結合學會)’를 두어 통합의학의 성과를 평가하고, 대내외적 홍보에도 적극 나서고 있다. 따라서 우리나라 역시 먼저 협진의 효과성이 경험적으로 인지되는 질환(예를 들어 뇌혈관질환, 근골격계질환, 내분비계질환 등)을 중심으로 먼저 협진 프로토콜

및 표준 매뉴얼, 협진의료기관 관리지침 등을 마련하고, 이를 통한 진료 성과와 경제성 등을 공유하도록 한다. 보건복지부와 관련 학회(예를 들어 대한보완통합의학회 또는 예방한의학회 등)가 공동으로 이를 발표하고, 국제적 동향과 치료효과를 소개하는 공간을 정례적으로 가지도록 한다.

2) 협진 시범의료기관 운영

국립중앙의료원, 국립재활원 등 의·한의협진이 가능한 공공의료기관과 경희대학교, 부산대학교 등 의·한의과가 공동으로 개설되어 상대적으로 협진에 용이한 의료기관, 농어촌지역 등 한방진료 수요가 높은 지역의 보건소 등 공공보건기관 등을 ‘협진 시범의료기관’으로 지정하여 운영한다. 이들 시범의료기관에는 정부가 추진하는 협진 정책을 우선적으로 적용하고, 협진 의료행위에 대한 건강보험 수가를 시범적으로 적용하며, 그 성과와 문제점을 제도 보완과 정착에 활용하되, 경제적 보상 등을 제공한다.

3) 협진 활성화를 위한 의·한의간 조정·협의체 구성

협진 활성화 정착을 위한 중요한 조건 중 하나는 의·한의간 상호 경쟁적 갈등관계 해소 및 상호협력적인 체계 구축이라 할 수 있다. 따라서 협진의 효과성과 경제성, 제도설계 등에 대한 의·한의계, 정부, 수요자가 참여하는 협의체 구성을 고려할 수 있을 것이다.

4) 의·한의 상호교류 안정화를 통한 제도 정착(중장기적 접근 필요)

의과대학 내 한의학 교육과정 확대 및 한의과대학 내 의학교육의 질 제고방안을 마련하고, 간호 분야를 중심으로 협진 코디네이터 인력 양성 방안을 검토한다. 중국의 경우 중의약대학(우리나라의 한의과대학) 내에 별도의 ‘중의간호과’를 두어 인력

을 양성하는데, 이들의 경우 전통의학에 대한 교육을 이수하여 중국의 통합의료 현장에서 활용되고 있다.

의·한의간 인력 교류를 위해서 병원과 한방병원 간 수련의 교환 교육 프로그램을 개발하도록 하고, 장기적으로 협진을 전담할 수 있는 전문인력 양성과 면허체계 개발에도 관련 정부 및 이해당사자 간의 논의가 시작될 수 있으리라고 사료된다. 물론 이들 전문인력의 양상에는 전체 의료인력자원의 수급 균형과 기존 인력への 적용 방안 등을 고려하여 신중하여 접근해야 한다.

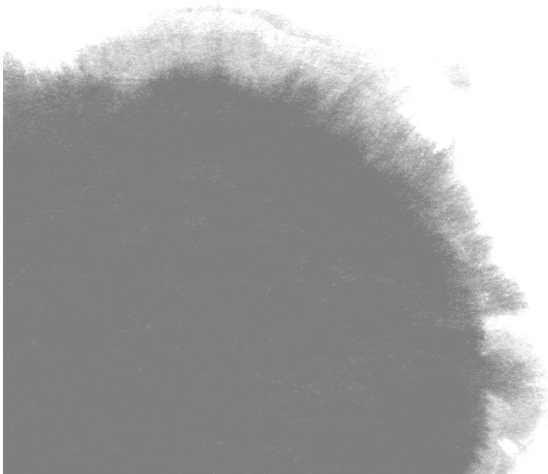
라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
- 협진성과 구축 및 연구자간 공유·대외 발표					
- 주요 질환별 협진 프로토콜, 진료가이드 등 마련					
- 협진 시범의료기관 지정 및 운영					
- 협진 수가 개발 및 시범 적용					
- 협진 활성화를 위한 의·한의 조정협의체 구성					
- 의과대학 및 한의과대학 교육과정 개편 논의					
- 협진 코디네이터 양성 및 자격제도 개선					
- 협진 전문인력 자격 논의					

3장

KI
H
S
A

분야별 중기 정책과제: 사회복지 분야



제3장 분야별 중기 정책과제: 사회복지 분야

제1 절 사회복지 발전목표

□ 기초보장

- 사회현상 : 빈곤을 증가, 양극화 심화, 소득분배 악화
- 목표 : 2011년 상대빈곤율* 14.3%(김문길외, 2012) → 2017년 상대빈곤율 12.0%
 - * 상대빈곤율: 중위 가처분 50%기준(1인가구 포함)
- 주요과제

사회현상	목표	주요과제	과제 성격
빈곤율 증가 소득분배 악화	빈곤예방	현물 및 서비스급여 확대	미래 투자
		긴급복지제도 확대 *요건 완화/기간 확대	미래 투자
	기초보장	부양의무자 기준 완화를 통한 기초보장 사각지대 축소	사회통합 증진
		국민기초생활보장제도 욕구별 급여 시행	사회통합 증진
		재산의 소득환산제 현실화를 통한 기초보장 사각지대 축소	사회통합 증진
		주거·복지 통합 및 연계강화 방안	사회통합증진
		의료급여 혁신방안 *취약계층 건강보장/제도 지속가능성 제고	사회통합 증진
		상대빈곤선 도입	사회통합 증진
	자활자립 도모	빈곤대책에 대한 패러다임 전환 * 보충급여 문제점을 극복할 수 있는 급여 방식/기초보장제도와 EITC 연계	미래 투자
		자활사업-고용정책 간 연계 확대 * 자활제도 개선 포함	미래 투자
		희망키움통장 확대 등 탈수급 유인 강화 -이행급여·희망키움통장·희망리본 사업 확대-	미래 투자

□ 장애인

- 사회현상: 사회참여 및 권리 욕구 증가, 높은 빈곤율, 낮은 취업률
- 목표: 자립생활 도모, 권리보호, 생활안정 지원 등
- 주요과제

사회현상	목표	주요과제	과제 성격
○자립생활패러다임 -사회참여 및 권리 욕구 증가 ○높은 빈곤율 ○낮은 취업률	자립생활 도모	장애인 자립지원 내실화	복지체감도 향상
	생활안정지원	다층적 장애인 소득보장체계 확립	복지체감도 향상
		장애인 직업재활지원 및 일자리 확대	복지체감도 향상

□ 가족복지

- 사회현상: 해체가족 증가, 취약·위기가족 증가, 중산층 감소
- 목표: 가족해체 예방 및 지원, 취약·위기가족 발굴 및 기능강화, 중산층 안정화
- 주요과제

사회현상	목표	주요과제	과제 성격
해체가족 증가, 취약·위기가족 증가, 중산층 감소	가족해체 예방 및 지원	이혼·자살 예방 및 지원	사회통합 증진 미래 투자
		위기가족 지원체계 구축 및 지원 확대	사회통합 증진 복지체감도 향상

□ 사회서비스

- 사회현상: 사회적 서비스 수요 증가
- 목표: 사회서비스 품질 향상
- 주요과제

사회현상	목표	주요과제	과제 성격
•사회적 서비스 수요 증가	사회서비스 품질 향상	사회서비스 품질관리체계화	복지체감도 향상
		‘건강한’ 사회서비스 공급주체로서 사회적기업의 육성 방안	복지체감도 향상
		사회서비스 종사자 처우 개선	복지체감도 향상

제2절 사회복지 주요 정책과제

1. 현물 및 서비스 급여 확대

가. 현황 및 문제점

최근 가계소득 및 소비동향의 변화를 볼 때, 저소득층의 소득 정체와 동시에 소비지출 부담의 과중화 경향이 동시에 나타나고 있다. 아래의 <표 1>에서 보듯이 시장소득의 증가율은 오히려 저소득층에서 더 낮게 나타나고 있는데, 이는 향후 분배구조가 지속적으로 양극화되는 경향을 보이지 않을까 우려하게 만드는 현상이다. 한편 아래의 <표 2>를 통해 보듯이 가처분소득의 증가경향을 볼 때, 소득재분배 정책의 효과는 1분위에 집중되는 경향을 보이고 있다. 시장소득이 증가하지 않고 정체되는 경향은 저소득층에서 폭 넓게 나타나는 반면 재분배정책의 효과는 1분위 계층에 상대적으로 집중되고 있는 것이다.

한편 소비지출 가운데 경직적 성격을 지닌 의료, 교육, 주거 관련 지출의 비중은 지난 10년간 중산층을 포함한 다수의 계층에서 상승한 것으로 나타난다(<표 3>). 공적이전이나 조세 등을 통한 재분배정책이 하위 소득분위의 시장소득 정체 경향을 상쇄하기 미흡한 상황에서 좀 더 폭넓은 저소득층을 대상으로 한 현물(서비스) 지원 확대가 필요하다.

<표 1> 2006-2010년간 소득분위별 실질시장소득 증가율

	2007	2008	2009	2010	(단위:%) 07~10년간 평균증가율
전체	2.9	0.0	-2.3	3.1	0.2
1	-2.5	-6.9	-15.6	-0.6	-7.9
2	-0.3	-1.6	-3.4	3.3	-0.6
3	0.7	0.7	-3.0	5.6	1.0
4	0.8	-0.5	-1.4	5.7	1.2
5	1.4	-0.4	-0.8	4.1	0.9
6	2.6	-1.0	-1.0	3.1	0.4
7	2.3	-0.2	-1.8	3.4	0.4
8	2.5	0.5	-1.3	1.6	0.3
9	3.9	0.9	-2.0	2.7	0.5
10분위	5.5	0.8	-3.4	2.4	-0.1

자료: 통계청 <가계동향조사> 원자료

<표 2> 2000-2010년간 도시근로자 가구의 실질소득 평균 증가율

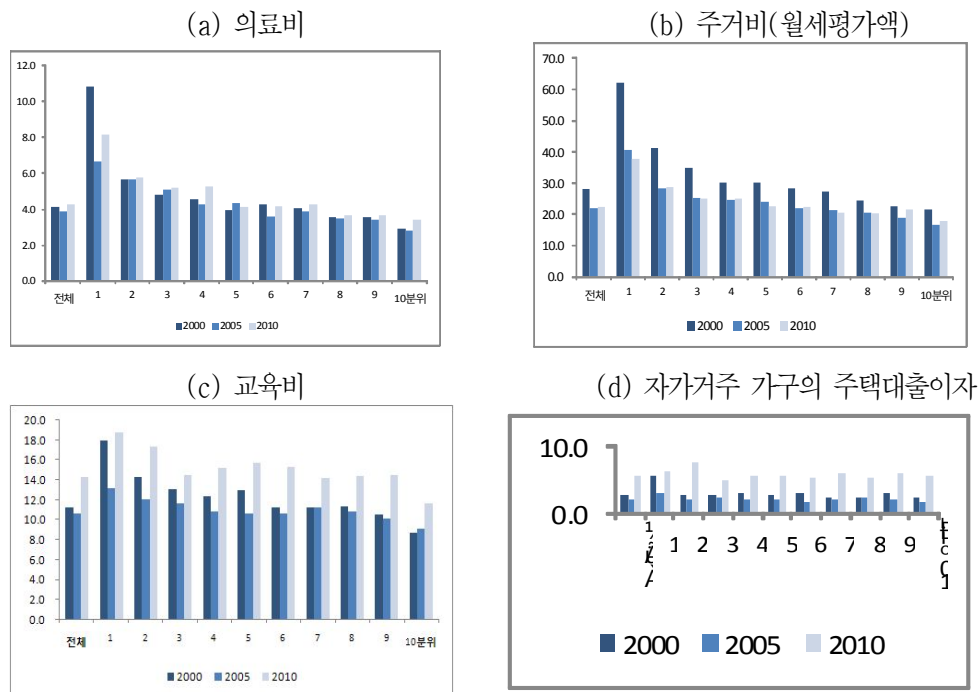
(단위:%)

분위	시장소득				가처분소득			
	전기간	00-02년	02-07년	07-10년	전기간	00-02년	02-07년	07-10년
전체	3.0	5.5	4.1	-0.5	2.8	5.5	3.6	-0.3
1	3.2	1.6	6.2	-0.8	3.6	2.6	5.0	1.8
2	2.7	3.6	3.5	0.7	3.0	3.6	3.8	1.1
3	2.8	4.2	3.6	0.4	2.8	3.8	3.8	0.5
4	2.8	4.4	3.8	0.1	2.7	4.0	3.7	0.2
5	2.8	4.8	4.1	-0.6	2.8	4.8	4.0	-0.2
6	2.9	4.9	4.2	-0.6	2.8	4.7	3.8	0.0
7	3.0	5.5	4.1	-0.5	2.8	5.5	3.6	-0.4
8	2.9	5.4	4.3	-0.9	2.7	5.3	3.6	-0.6
9	3.0	6.1	4.0	-0.6	2.6	5.9	3.5	-0.9
10	3.1	7.6	3.9	-1.0	2.8	8.1	2.9	-0.9

자료: 통계청 <가계동향조사> 각년도, 원자료.

<표 3> 주요 소비항목의 가처분소득 대비 비중 변화

(단위:%)



한편, 복지부를 비롯한 다수의 부처가 저소득층 대상 현금 및 현물(서비스) 지원 사업을 시행하고 있으나 대부분의 사업이 기초보장 수급계층에게 집중되는 경향을 보이고 있다.³⁰⁾ 예를 들어 2010년 시행중인 각종 현금 및 현물(서비스)지원 사업 가운데 약 98.9%가 기초생활보장 수급층 소득구간인 ‘소득인정액이 최저생계비 100% 미만’인 계층을 대상으로 포함시키고 있다. 예산액을 기준으로 본다면 이들 급여의 총예산의 98.6%가 기초보장 수급계층을 대상으로 포함시키고 있는 것이다. 아래의 <표 4>를 보면 만일 수급자의 가구 소득이 기초보장 수급기준을 초과할 경우 해당 사업의 수와 예산이 급감하며, 차상위 기준을 초과할 경우 해당 사업의 수와 예산은 다시 급감하는 모습을 확인할 수 있다.

<표 4> 소득구간별 급여 분포

소득기준선 구분	가구비율 (%)	평균소득 (만원/년)	해당 사업 수 비율(%)	해당 사업 예산액 비율(%)
1.소득인정액≤월50/80만원	8.6	371.5	100.0	100.0
2.소득인정액≤최저생계비100%	8.9	383.8	98.9	98.6
3.소득≤ 최저생계비 100%	10.9	396.4	72.5	60.0
4.소득인정액≤최저생계비120%	11.6	455.7	71.4	60.0
5.소득인정액≤최저생계비130%	12.8	486.3	51.6	57.9
6.소득≤ 최저생계비 120%	15.0	487.8	44.0	55.1
7.소득인정액≤월72/112만원	13.2	494.1	40.7	54.7
8.소득인정액≤최저생계비150%	15.2	550.1	39.6	40.8
9.소득≤ 최저생계비 150%	20.8	602.2	35.2	40.7
10.소득≤ 전국평균소득의 50%	24.8	668.1	25.3	40.5
11.소득≤ 최저생계비 200%	31.9	813.8	23.1	40.3
12.소득인정액≤전국평균소득100%	34.3	1,044.6	22.0	40.3
13.소득≤도시근로자평균소득 70%	46.7	1,063.9	18.7	39.6
14.소득≤ 소득 50 분위수	50.1	1,123.0	17.6	25.8
15.소득인정액≤소득 70분위수	38.2	1,137.1	14.3	25.5
16.소득≤최저생계비 300%	54.5	1,210.8	9.9	1.7
17.소득≤전국평균소득의 100%	59.5	1,285.6	8.8	1.7
18.소득≤도시근로자 평균소득100%	68.8	1,447.7	7.7	1.5
19.소득≤ 소득 70분위수	70.0	1,469.2	5.5	0.9
20.소득≤ 전국평균소득의 150%	82.2	1,703.9	4.4	0.6
21.소득≤도시근로자평균소득 200%	95.0	2,041.8	1.1	0.0

주: 한국복지패널 4차자료를 이용하여 추정, 각 사업의 소득기준만을 고려한 추정치임
자료: 강신욱 외(2011)

30) 강신욱 외(2011) 『복지정책의 효율적 관리방안 연구』 보건복지부·한국보건사회연구원.

이러한 경향은 몇 가지 문제를 필연적으로 발생시킨다. 우선, 일부 급여의 경우 대상계층을 충분히 포괄하지 못함으로 인해 사각지대 발생하게 된다. 따라서 각 복지급여의 대상을 더 넓은 저소득층으로 확대함으로써 복지급여의 빈곤예방기능을 강화하고 근로유인을 강화하며 복지급여의 형평성 논란을 해소할 필요가 있다. 단, 복지급여의 집중화 경향은 기초보장제도의 급여체계 및 수급기준과 밀접히 연관된 만 큼 현물급여 확대와 기초보장 급여체계 개편은 분리하여 접근하기 어려울 것이다.

현행 현물급여 가운데 가장 큰 비중을 차지하는 것이 기초보장제도 상의 급여(의료, 주거, 교육 등)이다. 이러한 점을 고려할 때, 기초보장 급여체계의 개편과 급여 별 기준선 상향 조정이 선행되지 않는다면 현물급여 확대의 의미는 제한될 것이다.

나. 정책 목표

현물급여의 확대를 위해 빈곤층 지원의 효과를 높이기 위해서는 우선적으로 빈곤 층에 대한 현물급여 수급률을 주요 정책지표로 삼는 것이 바람직하다. 그리고 목표 수급률을 각 소득구간별로 설정하되, 그 수준은 점차 높여가야 할 것이다. 아래의 <표 5>에서와 같이 소득인정액이 최저생계비의 100% 이하인 계층의 현물급여 수 급률은 다소 낮추되, 그 이상의 계층에 대한 수급률은 점차 높여나가는 것이 빈곤층 보호의 효과를 높이고 탈수급을 촉진하는 유인으로 작용할 수 있을 것이다.

<표 5> 소득구간별 복지급여 예산의 집중도 변화 계획(안)

구분	2012년1)	2017년
소득기준별 해당 예산액 소득계층별 복지예산 집중도(수급자격 기준, 가구 기준)	- 소득인정액 ≤최저생계비 100%: 98.6%	- 소득인정액 ≤최저생계비 100%: 90%
	- 소득인정액 ≤최저생계비 120%: 60.0%	- 소득인정액 ≤최저생계비 120%: 80.0%
	- 소득인정액 ≤최저생계비 150%: 40.8%	- 소득인정액 ≤최저생계비 150%: 60.0%

주1) 2008년 기준임.

자료: 강신욱 외(2011) 『복지정책의 효율적 관리방안 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원 참조.

다. 개선방안

현물급여의 점차적 확대를 위한 개선방안으로 첫째, 무엇보다 기초보장제도의 급여체계를 현재 통합급여체계에서 욕구별 급여체계로 전환하는 것이 전제되어야 한다. 급여체계의 개편이란 생계, 의료, 주거, 교육 등 급여별로 각각의 선정기준 및 사업방식 채택하고, 개편된 급여 가운데 일부 급여의 경우 선정기준 상향 조정하는 방식의 전환을 의미한다.

둘째, 소득계층별로 욕구 실태를 파악하는 작업이 필요하다. 저소득층 및 중산층의 복지욕구 실태를 파악한 후, 기존 현물급여의 대응성(급여별 수급률)을 분석하여야 할 것이다.

이에 기초하여 현물급여 확대 방안 및 신설이 필요한 급여 분석할 필요가 있다. 이 때, 각 복지급여의 주요 정보가 취합되어야 하며, 이 정보에는 선정기준(소득, 재산, 인구학적 기준), 대상자 추정치, 사업예산, 급여 유형 등이 포함되어야 할 것이다.

소득 계층별로 욕구 및 급여별 수급률(사각지대 규모)을 추정하고 나면 복지급여의 집중 해소와 대상자 확대를 위한 정책설계가 가능해질 것이다. 이 때, 현행 기초수급자 및 차상위층 중심의 선정기준을 다양화하고 욕구별 분포에 맞춰 대상 소득분위를 점진적으로 확대하는 방안으로 현물급여를 확대하는 것이 필요하다. 아울러 계층별 현물급여 수급실태에 대한 지속적이고 체계적 관리 체계를 정비해야 할 것이다.

라. 입법조치

현행 복지급여 가운데에는 법정 급여와 비법정 급여가 있다. 대표적인 법정 급여인 기초보장 급여의 급여체계를 개편하는 것은 법 개정을 동반하는 일일 것이다. 급여체계의 개편시 국민기초생활보장법을 개정하는 방법을 선택할 것인지 또는 각 급여에 관한 별도의 입법이 필요할 것인지는 중요한 쟁점이 될 것이다.

한편 각 급여 관련 정보를 취합하고 조정하는 것은 개정된 사회보장 기본법에 이미 일부 법적 근거가 마련되어 있다. 그러나 조정의 구체적인 내용과 범위를 확정하

기 위해서는 동 법의 시행령에 대한 보완작업이 필요할 것이다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
현금, 현물, 서비스 등 급여 사업의 예산 및 대상 계층 분석					
기초보장 급여체계의 조정 방안 마련					
기초보장 현물급여의 개편					
소득계층별 현물급여 욕구 파악					
각 부처의 현물급여 세부 현황 파악					
각 부처별 현물급여 신설 및 조정방안 마련					
현물급여 확대와 계층별 집중 해소					

2. 긴급복지제도 확대

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황 및 문제점

긴급복지지원제도는 경제사회적 위기상황에 노출된 저소득층 및 취약계층을 대상으로 ‘신속하게’ 지원을 함으로써, 가계파탄이나 생명위협 등의 문제에 노출되지 않도록 하는 것을 목적으로 제정된 지원제도이다. 이 제도를 도입하게 된 보다 직접적인 목적은 기초생활보장제도의 사각지대가 큰 상황에서 위기에 처한 취약계층에 대한 신속한 보호를 강화하는데 목적이 있었다.

긴급복지지원제도는 제도설계과정에서 <先 지원·後 심사>의 원칙을 채택함으로써 위기상황에 처한 개인과 가구에게 <신속한 지원>을 할 수 있도록 조치하였다. 하지만 이러한 유연한 규정에도 불구하고 지원을 받지 못하는 집단이 많아 지속적으로 지원기준을 현실화하는 조치가 필요했다. 제도시행이후 취해졌던 각종 개편내용을 정리하면 다음과 같다. 2008년 1월 긴급복지지원법시행령을 개정하여 지원대상의 사후 적정성 심사기준인 소득기준을 최저생계비 130%이하에서 150% 이하로 상향조정하였다. 그리고 2009년 5월에는 한시법(‘06.3~11.3)으로 시행되던 긴급복지지원법을 영속법으로 개정하고, 외국인에 대한 지원확대 및 지원절차 간소화 등의 조치를 취하였다. 2012년 3월에는 글로벌 경제위기이후 한시적으로 지원했던 휴·폐업 자영업자와 실직자, 출소자 및 노숙인 등을 지원할 수 있는 기준을 마련하였으며, 주거지원 대상에 대해서는 금융재산 기준을 300만원에서 500만원으로 상향조정하였다.

2006년 제도도입 이후 긴급복지지원을 받은 개인 및 가구는 지속적으로 증가해 왔으며, 2008년 글로벌 경제위기 이후 큰 폭으로 증가한 것으로 나타나고 있다. 지원가구를 보면, 2006년 19,487 가구에서 2010년 45,278 가구로 약 2배 가량 증가한 것을 알 수 있다. 이는 외부의 경기충격으로 위기집단이 증가하는 추세에 따라

지원대상을 확대하여 왔다. 참고로 2008년 글로벌 경제위기로 인해 긴급지원가구는 전년도 27,205가구에서 94,683가구로 크게 증가하였다.

<표 1> 긴급복지지원제도의 지원가구 및 지원금액의 추이와 현황

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
지원가구(가구)	19,487	24,932	27,205	94,683	45,278		
지원금액(백만원)	17,987	30,381	34,238	79,450	50,473	58,886	

자료: 보건복지부(2011), <2011 보건복지통계연보>

2010년 긴급복지지원제도의 지원내용을 보면, 전체 지원건수와 지원금액을 기준으로 의료지원과 생계지원 순으로 많은 지원이 이루어지는 것을 알 수 있다. 위기상황에 처한 개인과 가구에 대한 긴급지원이라는 특성으로 인해, 의료지원이 전체 지원건수의 78.7%, 지원금액의 92.3%를 차지하는 것으로 해석할 수 있다. 하지만 긴급복지지원제도의 본래 취지를 감안하면, 현재의 지원사업은 지나치게 특정한 목적에 치우치고 있다는 지적이 제기되고 있다. 즉 의료지원제도 차원에서 해결해야 할 문제를 긴급복지지원제도가 떠맡고 있다는 것이다.

<표 2> 2010년 긴급복지지원의 내용별 현황

	계	생계	의료	주거	교육	기타
지원건수	45,278	6,948	35,617	342	724	1,647
지원금액-구분(백만)	50,473	3,372	46,603	67	169	261

자료: 보건복지부(2011), <2011년 주요업무참고자료>

2) 긴급복지지원제도의 주요 쟁점

긴급복지지원제도를 둘러싼 핵심 쟁점은 <신속한 지원>과 <기타 복지제도로의 연계>로 정리할 수 있다. 이는 제도시행이후 발생한 제반 문제점과 밀접한 관련이 있으며, 향후 정책방향의 재검토를 위해서 매우 중요한 사안이다.

먼저 <신속한 지원>은 선정기준에 따른 심사 등으로 위기집단에게 <적시에> 지원을 하지 못함에 따라 비극적인 사태가 발생하지 않도록 하는데 주안점이 있다. 그에 따라 이 제도는 2006년 법 제정 당시 <선 지원·후 처리(심사)> 원칙을 근간으로 설계되었다. 이는 소득이나 자산의 고저와 관계없이 위기상황에 처한 개인과 가구를 신속하게 지원하고, 사후에 해당 가구의 소득수준 등을 고려하여 지원금액의 일부 또는 전부의 환수여부를 결정하는 방식을 의미한다. 하지만 행정일선에서는 이미 지원된 금액을 환수하기 힘들다는 현실적인 어려움으로 인해, 지원대상을 사전에 <개략적으로라도> 선별하려는 욕구가 발생하게 된다. 이는 긴급한 지원이 필요한 집단 중 일부가 이러한 행정적 부담을 이유로 배제될 개연성이 있음을 의미하는 것이다. 이러한 이유에서 지원절차를 간소화하는 등의 조치가 필요한 것은 바람직한 일이지만, 지원기준을 완화하여 사후 심사과정에서 환수의 문제를 최소화하려는 유인이 강하게 작용하게 된다면, 이것이 바람직한 정책방향인지 이견이 있을 수 있다. 따라서 이 문제에 대한 보다 현실적인 정책방향을 수립할 필요가 있다.

이어 <기타 복지제도와의 연계> 또한 긴급복지지원제도의 중요한 역할 중 하나이다. 그것은 긴급복지지원제도에 도움을 요청한 집단 중 선정기준 등을 충족시키는 집단에 대해서는 기타 복지제도와의 연계를 강화하는 것이다. 이는 긴급복지지원제도와 타 지원제도 간의 역할분담을 전제하는 것이다. 하지만 현재 긴급복지지원제도의 가장 큰 문제점은 위기집단에 대한 <한시적 지원제도>로서의 역할을 넘어, 기존 복지수급자에 대한 추가적 지원제도로 활용되거나, 여타 복지제도의 역할을 대체하려는 유인이 존재한다는 점이다. 이 제도와 기타 복지제도 간의 역할에 대해서는 다음과 같은 쟁점이 있을 수 있다. 1) 긴급지원 중 생계지원과 관련해서는 기초생활보장제도의 긴급생계지원과의 관계를 명확하게 정리하는 문제이다. 긴급지원 수급자 중 생계지원 기간 연장에 대한 요구가 있다는 점은 단순한 지원확대로 해결할 문제이기보다 이 제도의 전반적 발전방향에 따라 결정할 사안이다. 2) 지원대상 확대와 관련해서 외국인 근로자 및 국제결혼 외국인 배우자 등에 대한 지원은 바람직한 조치이나, 이와 관련한 지원이 다른 부서(공공의료과, 외국인근로자 등 소외계층 의료지원사업)에서도 이루어지고 있다는 점을 고려해야 한다는 점이다. 3) 지원기간 연

장의 문제는 <매우> 보다 신중한 검토가 필요한 사항이다. 그것은 각 사회보장제도 간의 역할분담이라는 측면에서 한시적 지원제도인 긴급복지지원제도의 지나친 확장은 여타 사회보장제도 개편을 소극적으로 만들 위험성이 있기 때문이다.

3) 긴급복지지원제도의 당면문제

긴급복지지원제도는 지원과정에서 몇 가지 문제에 직면해 있다는 점에서 이를 해결하는 적극적인 노력이 필요하다. 현재 나타나고 있는 가장 큰 문제는 지원대상 발굴이 매우 소극적으로 이루어지고 있다는 점이다. 긴급복지지원제도는 지원규모가 크지 않지만, 지원대상 발굴 측면에서도 효율성을 제고할 필요가 있다. <지원절차의 간소화> 및 <대상발굴> 노력에도 불구하고 기초생활보장제도 수급자가 전체 지원신청자의 절반 가량(2010년 45.1%)에 이르는 것은 사후 적정성 심사 등에 대한 부담으로 대상자 발굴이 소극적으로 이루어지고 있을 개연성이 높다는 점을 말해준다.

긴급복지지원제도가 직면한 또 다른 문제점은 지원하는 급여나 서비스에 따라 수급자가 쏠리는 편중현상이 발생하고 있다는 점이다. 이는 제도가 본래의 취지와 달리 다양한 위험에 노출된 위기집단에 대한 포괄적이고 신속한 지원제도로서의 기능을 하지 못하고 있음을 의미한다. 긴급지원 중 의료지원이 큰 비중을 차지하는 것은 제도의 특성(긴급지원)에 비추어 자연스러운 측면이 있다. 하지만 이 경우에도 의료기관이 긴급지원 수혜의 통로역할을 하고 있고, 의료급여 수급자에 대한 추가적 지원제도로 활용되고 있다는 문제점이 존재한다.

나. 정책목표

긴급복지지원제도는 지원이 필요한 위기집단의 규모를 명확하게 추정하기 힘들고, 기타 제도를 통한 지원이 우선한다는 점에서 지원대상 확대와 같은 정량화된 정책목표를 제시하기 곤란한 측면이 있다. 특히 현재 상황에서는 긴급복지지원사업의 선정기준과 지원기준 등을 개편함으로써 경기변동에 따라 발생하는 다양한 위험에 신속

하게 대처할 수 있도록 하는 것을 목표로 설정할 필요가 있다. 그것은 1) <의료지원 중심 편중현상>을 해소함으로써 지원사업 간 균형발전을 이루어야 한다는 점이다. 2) 위기사유별로 사후 적정성 심사기준을 차별화하여 확대 또는 개편해야 한다는 점이다.

구분	2012년	2017년
위기사유별 지원사업의 균형발전 (의료지원 편중현상 해소)	- 의료지원 : 전체 지원 대상자의 78.7%, 지원금액의 92.3%	- 의료지원 : 전체 지원대상자의 50%, 지원금액의 60% 이하

다. 개선방안

긴급복지지원제도의 개선방안과 관련해서는 아래와 같이 몇 가지로 제안할 수 있다. 첫째, 긴급복지지원사업의 지원사업(지원내용)간 균형발전이다. 그 원칙 및 기본 방향은 긴급복지지원과 유사한 지원사업의 통합 또는 역할분담의 명료화라고 말할 수 있다. 그에 따른 제도개선 과제는 1)의료지원과 관련해 중복수급 및 지원납용을 막을 수 있는 지침개편, 2) 생계지원 및 주거지원 사업의 단계적 확대 (한시적 지원사업의 특성을 유지), 3) 일정기간 이상 지원이 필요한 지원대상의 해당 지원제도로 적극 연계로 요약할 수 있다.

둘째, 긴급복지지원사업 지원대상을 <위기사유 범주별>로 확대하는 것이다. 이를 위해서는 긴급복지지원사업은 위험의 성격에 따라 사후 적정성 심사기준을 차별화하는 것이 골자를 이루어야 한다. 구체적으로 그에 따른 제도개선 과제는 다음과 같이 정리할 수 있다. 1) 긴급복지지원 중 의료지원, 생계지원, 주거지원을 중심으로 사후 적정성 심사기준 중 소득 및 재산기준 등을 차별화하여 기준완화 여부를 결정할 필요가 있다. 2) 행정일선에서의 의견수렴을 토대로 지원이 필요한 새로운 위기집단을 포착하고, 이들을 지원할 수 있는 선정기준을 재설정하는 것이다.

셋째, 신규 긴급복지지원대상 발굴을 위한 전달체계를 정비하는 것이다. 이러한 개편의 기본방향은 긴급복지지원 신청기관(신청자) 범주를 확대하고, 이에 대한 홍보를 강화하는 것이다. 모든 국민들이 긴급복지지원제도의 존재를 알고, 위기상황에서

도움을 신청하기 용이하게 하는 것이다. 이를 위한 제도개선 과제는 다음과 같이 정리할 수 있다. 1) 긴급복지지원 신청이 기존의 일부 행정기관 및 서비스 공급기관을 중심으로 이루어지고 있어, 이를 신청할 수 있는 신청기관(신청자) 범주를 확대하는 것이다. 2) 사후 적정성 심사에 대한 부담으로 지원이 이루어지지 않는 문제를 해결하기 위해, 사후 적정성 심사기준을 신청자 및 대리인이 확인하고 신청할 수 있도록 조치하는 것이다.

라. 입법조치

긴급복지지원제도 개선을 위한 입법조치는 아래와 같이 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 위기사유별 지원대상 범주를 확대하는 것이다. 이는 긴급복지지원법 제2조 개정 또는 지침 개정사항이다. 둘째, 지원사업(지원내용)별 지원기간을 확대하는 것이다. 이는 긴급복지지원법 제10조 개정사항이다. 끝으로 사후 적정성 심사 소득·재산기준을 개편하는 것이다. 이는 긴급복지지원법 지침을 개정해야 할 사항이다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
위기사유별 지원대상 범주 확대					
- 기초연구					
- 법령 또는 지침 개정					
- 시행					
지원사업별 사후 적정성 판단을 위한 소득·재산기준 개편					
- 기초연구					
- 법령 개정 및 지침 개정					
- 시행					
지원사업별 지원기간 확대					
- 기초연구 (현장의견 수렴)					
- 법령 개정 및 지침 개정					
- 시행					

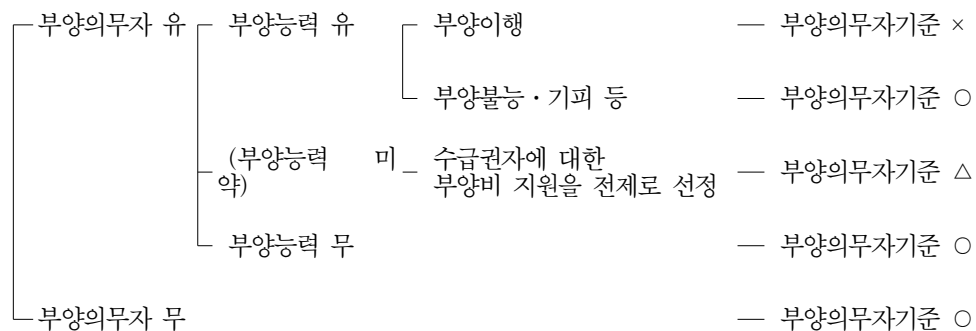
3. 부양의무자 기준 완화를 통한 기초보장 사각지대 축소

가. 현황 및 문제점

1) 현황

- (수급자 선정방식) 기초보장제도 수급자는 소득인정액이 최저생계비 이하이고, 부양의무자 기준을 충족하는 경우 선정(국민기초생활보장법 제5조)
- 부양의무자 범위 및 적용 체계
 - (범위) 부양의무자 범위는 직계 1촌 및 그 배우자
 - (적용체계) 먼저, 부양의무자의 존재 유무를 고려하고, 부양의무자가 있는 경우 부양능력을 판정함. 다음으로 부양능력이 있는 경우 부양이행 여부를 고려하여 선정함

< 부양의무자 기준의 적용 도해 >



○ 문제점

- 공공부조제도는 최종적인 사회안전망(last social safety net)이므로 사각지대가 없어야 함. 비합리적인 부양의무자 기준으로 기초보장 사각지대 야기³¹⁾

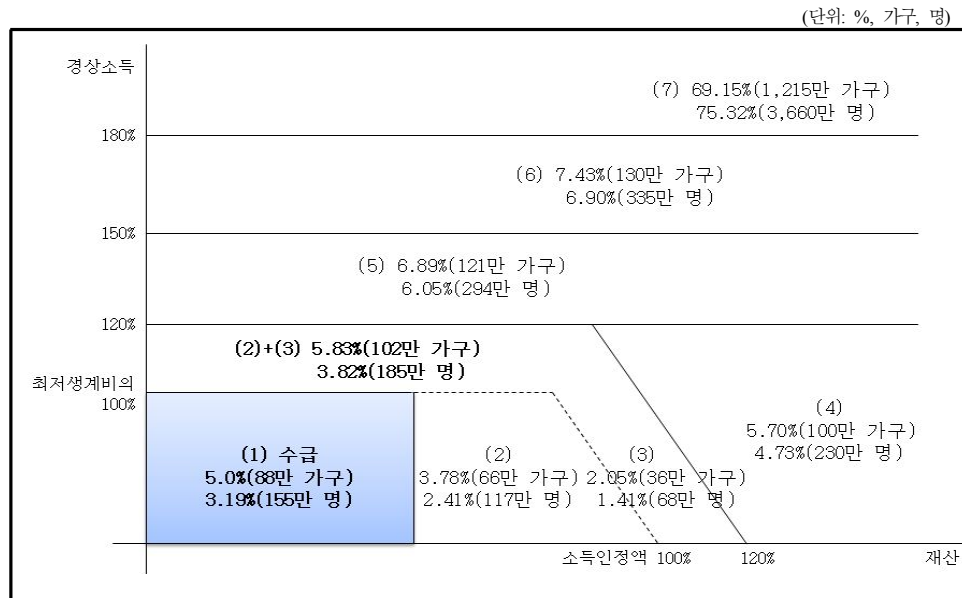
- 현행 기초보장제도는 부양의무자기준을 두고 있으므로 소득인정액이 최저생계비 이하일지라도 부양의무자 기준을 만족하지 못하면 수급자가 될 수 없음
- 부양의무자기준은 부양의무자의 범위(직계 1촌 및 그 배우자)와 부양능력으로 구분됨. 그러므로 범위 이내의 친족이 부양능력이 있다고 판정되어야 수급자가 될 수 없음. 여기에는 다음과 같은 두 가지의 문제점이 있음
 - 첫째, 부양의무자 범위가 너무 넓음. 시부모와 며느리(남편 사별), 장인 장모와 사위(부인 사별)도 직계 1촌에 포함됨. 이러한 관계가 부양으로 이어지기에는 현실적으로 어려움³²⁾
 - 둘째, 부양능력 판정기준*이 낮음. 현행 판정기준은 매우 비 현실적임. 예컨대, 부양의무자 가구가 2인이고, 수급 신청가구가 1인인 경우 부양의무자 가구의 소득이 194만원 이상이면 부양능력 있는 것으로 판정하여 신청에서 탈락하게 됨(2012년 기준)
- * ‘부양능력 있음’ 소득판정기준: (부양의무자 가구 최저생계비+ 수급권자 최저생계비)×130%
- 이러한 문제점을 개선하기 위하여 2011년 12월부터 취약계층(노인, 장애인, 한부모)에게는 부양의무자의 소득기준을 다소 높게(130%→185%, 앞의 예시의 경우 276만원) 적용하고 있으나, 재산기준이 개선되지 않아 여전히 부양의무자 기준은 기초보장의 사각지대를 발생시키는 최대 요인으로 작용하고 있음
- 이 결과 비수급 빈곤층의 약 74%가 부양의무자 기준 때문에 선정되지 못하고 있으며(김미숙 외, 2009: 125), 소득인정액이 최저생계비 미만이면서, 수급자가 아닌 기초보장의 사각지대는 하기 [그림 1]에 속하는 66

31) 사각지대를 발생시키는 두 가지 주요요인은 부양의무자기준과 재산의 소득환산제 임

32) 이러한 점을 감안하여 국민기초생활보장사업 지침에서 시부모와 며느리(남편 사별), 장인 장모와 사위(부인 사별)의 경우 적용하지 않을 수도 있다고 규정하고 있음. 그러나 이는 상위법을 위반하는 법리적 모순이며, 일선에서는 동 지침을 적용하지 않는 경우도 발생

만가구 117만명 수준임(이태진 외, 2012: 196)

[그림 1] 저소득층 분포(2010년 기준)



자료: 이태진 외(2011: 196) 『빈곤정책 선진화를 위한 실태조사 연구』, 서울: 한국보건사회연구원.

○ 쟁점

- 부양의무자기준을 폐지하자는 안과 범위 축소와 함께 부양능력 판정기준을 완화 하자는 안이 대립되고 있음
 - 진보적 시민단체는 부양의무자기준 자체를 폐지하여야 한다고 주장하고 있음
 - * 민주통합당의 경우 부양의무자 범위를 직계 1촌으로 한정하는 안을 19대 총선공약으로 제시하고 있음. 그러나 새누리당은 부양의무자기준에 대한 언급이 없음
 - 그러나 부양의무자기준을 단기에 폐지하는 것은 다음 같은 이유에서 현실적으로 어려움

○ 첫째, 소요예산 증가

- 만약 부양의무자기준이 일괄 폐지된다면, 수급자는 272만명(155만명+117만명)이 되어 75.5% 증가함(앞의 그림 참조). 소요예산은 수급자 수에 비례
- 2012년 현재 기초보장예산은 약 7.9조원(지방정부예산 미포함). 만약 수급자가 75.5% 증가한다면, 소요예산은 13.9조(지방정부예산 미포함)이 됨³³⁾

○ 둘째, 수급자수 증가

- 만약 부양의무자기준이 일괄 폐지된다면, 최저생계비 미만 저소득층의 경우 재산 조기상속 또는 탕진 후 수급자로 편입될 가능성이 있음.

○ 셋째, 근로저하

- 만약 부양의무자기준이 일괄 폐지된다면, 최저생계비 이상 저소득층의 경우 근로 저하 또는 소득은커녕 등을 통하여 소득을 최저생계비 이하로 줄일 가능성이 있음.

○ 넷째, 가족부양의식 감소

- 전통적인 미풍양속인 가족부양의 기능이 저하될 가능성이 높음.

— 따라서 본고에서는 범위 축소와 함께 부양능력 판정기준을 완화하는 방안을 제시

○ 해외사례

— 가족책임에 대한 강조 유형

- 남부 유럽에서는 부양에 대한 가족의 권리와 의무가 법적으로 명시되어 있음. 예컨대 그리스의 경우 피부양 부모와 피부양 자녀에 대한 동일 면세 기준을 적용함으로써 가족 상호 간 부양의무에 대해 규정하고 있음. 또한 이탈리아의 경우 4촌 이내 가족구성원에 대한 부양책임을 명시하고 있음. 스페인의 경우도 촌수에 따른 가족 상호 간 부양의무를 규정하고 있음.

— 규제화된 공동책임 유형

- 프랑스와 독일은 민법(civil law)에서 친척들에 대한 부양책임을 규정하

33) 하기 수급자수 증가를 고려하지 않은 상태의 소요예산임

고 있음. 프랑스의 민법전(civil code)에서는 배우자, 존속과 비속 그리고 친척들 사이에 상호간 의무를 명시하고 있음. 독일의 경우 부양능력이 있는 가족구성원의 경우 한부모 가정의 자녀, 25세 이내의 미취업·미혼 자녀 그리고 부모에 대한 돌봄(care) 및 재정적 지원에 대한 책임이 있음.

— 규제되지 않은 책임의 공유

- 영국과 아일랜드에서는 가족과 국가의 부양책임에 대해 법적으로 명확하게 명시하고 있지 않음. 국가의 부양책임은 국가 법령으로도 규정하고 있지 않으며, 가족의 부양책임(부양을 제공해야 할 법적 의무)은 비속 쪽으로만(부모로부터 자녀에게로) 요구되고 있음

— 부양에 대한 국가책임

- 스칸디나비아 국가들에서는 일반적으로 아동, 노인, 장애인의 돌봄에 대해 국가가 주된 책임을 지고 있다. 보육 및 노인 돌봄은 가족보다는 국가를 통해 제공받으며, 가족이 부양을 제공해야 한다는 법적 요건은 거의 없다³⁴⁾. 가족부양의 책임에 대한 규정 자체는 존재하나, 아동이나 노인에 대한 돌봄서비스는 다른 국가들에 비해 훨씬 더 권리적 성격이 강한 형태로 나타나고 있음

나. 정책목표

○ 부양의무자기준을 향후 5년 동안 개선하여 부양의무자기준 때문에 발생하는 사각지대를 축소

- 2010년 현재 전 가구의 3.78% → 2017년에 전가구의 3.4%로 축소
- 2010년 현재 전 인구의 2.41% → 2017년에 전가구의 3.1%로 축소

34) 스웨덴의 경우 1978년까지 법률상으로 자녀의 부모 부양의무에 대한 조항이 존재했음에도 불구하고, 실제적으로 1956년 이래로 부모부양에 대한 비용은 자녀가 아닌 지자체(Municipalities)에서 부담하고 있었다.

〈표 1〉 2017년 부양의무자 기준으로 인한 사각지대 규모

구분	2012년 ¹⁾	2017년
소득인정액이 최저생계비 미만 가구 중 비수급 가구 및 인구수	<ul style="list-style-type: none"> - 가구수: 전가구의 3.78%인 66만가구(2010년 기준) - 인구수: 전인구의 2.41%인 117만명(2010년 기준) 	<ul style="list-style-type: none"> - 가구수: 전가구의 3.4% - 인구수: 전인구의 2.1%

주 1) 이태진 외(2011: 196) 『빈곤정책 선진화를 위한 실태조사 연구』, 서울: 한국보건사회연구원.

다. 개선방안

○ 부양의무자 범위 축소

- (기본방향) 현실에 부합되는 부양의무자 범위 설정. 즉, 현실과 제도의 괴리를 축소
- (제도개선) 부양의무자 범위에서 비 혈연 1촌은 제외. 즉, 현재 1촌 이내의 직계혈족 및 그 배우자에서 혈연 1촌으로 한정 → 국민기초생활보장법 개정사항

○ 부양의무자 부양능력 판정 소득기준 완화

- (기본방향) 부양의무자가 우리 사회의 중위생활 또는 평균생활을 향유한다는 전제³⁵⁾를 바탕으로 부양능력 판정기준을 개선
 - 본고에서 설정하고 있는 정책개선 기간이 5년이라는 점을 감안하여 평균생활수준보다 낮은 중위생활수준으로 접근하고자 함
- (제도개선) 부양의무자의 소득수준이 (중위소득 + 신청가구의 최저생계비를 합한 금액) 이상인 경우 부양능력 있음으로 판정³⁶⁾

35) 현행 제도의 ‘부양능력 있음’ 판정기준은 최저생계비를 바탕으로 구성되어 있음. 즉, 부양의무자의 소득이 (부양의무자 가구 최저생계비+ 수급권자 최저생계비)×130% 이상이면 부양능력 있는 것으로 판정되어 수급권자(신청가구)는 선정될 수 없고, 급여를 받을 수 없음. 이러한 체계는 비록 최저생계비의 130%라는 약간의 여지를 두고 있으나, 부양의무자에게도 최저생활을 강요하는 체계로 해석될 수 있음

36) 이와 같이 개선될 경우 현재의 부양능력 판정기준 보다 높아짐. 예를 들면 부양의무자와 수급권자(신청가구) 모두 4인가구이고, 최저생계비를 1이라고 가정하면, 현재의 기준은

- 부양의무자 부양능력 판정 재산기준 완화
 - － (기본방향) 부양의무자가 국민주택규모(전용면적 25.7평) 정도에서 생활을 향유한다는 전제하에 부양능력 산정
 - － (제도개선) 이를 위하여 부양의무자의 주거재산 중 국민주택규모 미만의 재산에 대해서는 환산을 하지 않거나, 환산율을 낮게 설정

라. 입법조치

- 부양의무자 범위 축소→ 국민기초생활보장법 개정
- 부양의무자 부양능력 판정기준 개선 → 국민기초생활보장법 지침 개정

마. 연차별 시행계획

- 부양의무자 범위 축소
 - － 부양의무자 가구의 재산(대부분 부부공동재산)을 어떻게 산정할 것인가에 대한 기초연구가 필요
 - － 기초연구를 바탕으로 법안 마련→제출→국회통과→시행령 마련→시행규칙 마련 등이 필요하므로 시행은 2017년으로 설정
- 부양능력 판정기준
 - － 가장 시급한 소득기준 확대(일부 185%→전부 185%)를 시행한 후
 - － 부양능력 판정 재산기준 인상 필요

(1+1)×1.3=2.6 이 됨. 중위소득이 최저생계비의 약 2.7배인 점을 감안하면, 개선된 식의 경우 (2.7+1)=3.7이 됨. 즉, 현행은 부양의무자 가구소득이 최저생계비의 2.6배 이상이면 부양능력 있는 것으로 판정되나, 개선된 식의 경우 3.7배 이상일 경우 부양능력 있는 것으로 판정 됨

구분	2013	2014	2015	2016	2017
부양의무자 범위 축소					
- 범위 축소를 위한 기초연구					
- 범위 축소 법안 제출					
- 범위 축소 법안 국회 통과					
- 범위 축소 법안 시행령 마련					
- 시행					
부양의무자 부양능력 판정기준 완화					
- 부양능력 소득기준 확대(일부 185%→전부 185%)					
- 부양능력 소득기준 확대 시행					
- 부양능력 재산기준 확대					
- 부양능력 재산기준 확대 시행					

4. 국민기초생활보장제도 욕구별 급여 시행

가. 현황 및 문제점

국민기초생활보장제도는 2000년 시행된 이래 우리나라의 대표적인 공공부조제도로 자리잡아 왔다. 이 제도는 소득 및 재산기준(소득인정액기준)과 부양의무자 기준을 충족하는 빈곤층에게 생계, 의료, 주거, 교육 등 현금 및 현물급여를 제공하는 제도로써, 2010년 12월 현재 전체 인구의 약 3% 정도를 보호(약 1,549천명, 약878천 가구)하고 있다.

하지만 기초보장제도는 다음과 같은 몇가지 문제점으로 인해 오래전부터 제도 개선의 필요성을 지적받아 왔다. 우선 기초보장 수급자 비율 3%는 상대빈곤율('10년 약 17%)은 물론 최저생계비기준 빈곤율('10년 약 12.1%) 추정치에 미치지 못하는 등 빈곤층 보호의 사각지대를 드러내고 있다는 문제가 지속적으로 지적되고 있다. 둘째, 수급 선정기준을 충족시키는 신청자에게 모든 급여를 제공하는 반면 미충족자에게는 아무 급여를 제공하지 않는 현행 통합급여 체계는 기존 수급자의 탈수급 유인을 줄이고 빈곤층의 수급 진입유인을 높이는 문제점을 보이고 있다. 셋째, 결과적으로 특정 욕구의 결핍으로 인한 비빈곤층을 빈곤화의 위험으로부터 보호하는 예방 기능이 취약하다. 마지막으로 수급자와 비수급 빈곤층의 가처분소득 역전현상은 소득지원정책의 형평성 논란을 야기하고 있다.

비수급 빈곤층 및 차상위층, 혹은 더 넓은 범위의 저소득층을 어떻게 보호할 것인가에 대해 다양한 정책 대안들이 시행되었거나 새롭게 제시되고 있다. 예를 들어 사회보험료 지원, 실업부조제도, 공공부문 일자리 사업, 근로장려세제 적용 범위 확대 등의 정책 프로그램들이 이에 해당되는 바, 욕구별 급여의 확대와 그 효과 면에서 비교 검토의 대상이 될 수 있을 것이다. 또한 현행 기초보장제도 상의 급여(생계, 의료, 주거, 교육 등) 이외의 타 급여들이 각 부처별 프로그램으로 새롭게 시행되거나 확대될 가능성도 있다(예, 에너지 급여)

나. 정책목표

기초생활보장제도 개편의 가장 중요한 목적은 빈곤층 보호의 사각지대를 줄이고 보호 효과를 높이는 것이다. 그리고 사각지대 해소의 가장 핵심적인 지표는 빈곤층(예컨대 중위소득 50% 기준의 상대빈곤층) 가운데에서 개편된 기초보장제도의 어느 한 급여라도 받는 수급층의 비율을 높이는 것이 될 것이다. 나아가 기초보장제도의 지원방식을 감안한다면 빈곤층의 소득격차비율(빈곤층의 평균소득과 빈곤선 사이의 격차)을 줄여나가는 것이 될 것이다. 아래의 <표 1>은 향후 5년간 이 두 가지 지표를 어떻게 줄여나가야 할 지에 대한 목표치를 잠정적으로 제시하고 있다.

<표 1> 빈곤층 사각지대의 규모

구분	2012년	2017년
사각지대의 규모(상대빈곤율(중위소득 50%)과 육구별 급여수급률의 격차) 시장소득과 경상소득의 소득격차비율(income gap ratio) 격차	- 약 14%(2010년 기준, 인구기준) - 약 11.1%p(2010년 기준)	- 약 9%(매년 1%p씩 축소) - 약 8.6%p(매년 0.5%p 씩 축소)

주: 상대빈곤율 및 각 소득범주별 소득격차비율의 추정치는 김문길 외(2011) 『빈곤통계연보』, 한국보건사회연구원 참조. 기초보장 제도의 수급률은 『국민기초생활보장 수급자 현황』, 각년도, 보건복지부 참조.

다. 개선방안³⁷⁾

기초보장제도 개편의 기본 방향은 현행 통합급여체계를 육구별 급여체제로 전환하는 것이다. 즉 생계, 의료, 주거, 교육 등 각 급여별로 각기 다른 선정기준 적용하고 특히 주거급여를 임대료지원 방식으로 사업방식을 전환해야 할 것이다. 이를 위해 현행 국민기초생활보장제도의 법체계를 개편하는 것이 불가피하다. 단, 주거 및 의료급여 개선에 필요한 시장여건(주택 임대시장)의 변화와 건강보험 재정 안정화방안 마련 등의 환경에 따라 개편 제도의 적용 시기를 선택하는 것이 필요할 것이다.

37) 이하는 이태진 외(2012) 『빈곤정책 제도개선 방안 연구』의 내용을 참조함.

각 급여별로 주요 개편방향을 살펴보면 다음과 같다.

먼저 생계급여의 개편의 주요 내용으로는 욕구별 급여 실시에 따라 생계급여 기준선 적용(주거급여 중 임대료 보조분 제외, 타법지원액 중 일부 금액 포함)하는 것이다. 이 기준선에 따라 생계급여 상한액과 가구 소득평가액의 차이를 보충급여 형태의 현금급여로 지급하게 된다. 한편 주거급여가 실제 주거욕구를 보호하는 방식으로 내용이 전환됨에 따라 재산의 소득환산제도를 시행하는 근거가 약화될 것이다. 따라서 소득인정액 대신 소득기준 및 재산기준을 각각 선정기준으로 활용하는 것이 더 적절하다. 아울러 근로능력이 있고, 취업활동을 하고 있을 것으로 추정되는 수급자에 대해 자활 평균임금을 추정소득으로 적용하는 제한적 보충급여 방안을 도입하는 것도 검토할 필요가 있다.

주거급여제도를 자가에 거주하지 않는 저소득가구에 대한 임대료 지원방식으로 전환하여야 한다. 이 때, 지역별, 가구원수별 기준임대료를 정하고 총재산(또는 순재산)이 기준선 이하이면서 자가에 거주하지 않는 가구에 대해 (기준임대료- 가구소득 평가액의 20%)에 대해 보충급여 방식으로 임대료를 지원하는 것이다. 지원의 형식으로는 주거 바우처 등을 활용할 수 있다.

의료급여의 개편안은 다음과 같다. 소득평가액이 생계급여 기준 이하이면서 근로능력이 없는 가구에 대해 의료급여 시행하되, 현행 의료급여 제도의 1, 2종 구분 없애고 장기적으로 2종을 폐지하도록 한다. 다만, 개편에 따른 생계급여 기준선 이상의 기존 1종 수급자는 2종으로 한시적으로 자격 유지하도록 할 수 있다. 기존 2종 수급자는 건강보험료 및 본인부담금 지원대상으로 전환을 유도한다. 그리고 중장기적으로는 건강보험과 통합운영하도록 한다. 급여범위를 건강보험과 동일하게 운영하되 본인부담금, 본인부담보상금, 본인부담상한제 등을 통해 부담을 차등화해야 할 것이다.

마지막으로 교육급여는 선정기준을 현행 수준에서 상향조정(예, 생계급여 기준선의 200%)하고 현재 교육급여액 산정에 포함되지 않는 일부 항목(교복, 교통비, 방학중 급식비 등)을 급여액 산정시 금액을 포함시키는 방식으로 급여의 대상과 수준을 확대하여야 할 것이다.

라. 입법조치 및 기타 사항

개편된 기초보장제도를 기존 기초생활보장법의 개정을 통해 시행할 것인지 각 급여별 별도 입법을 통해 수행할 것인지에 대한 판단 필요하다. 현실적으로 주거급여의 시행은 저소득층 대상 임대주택의 수급사정과 임대시장의 투명성 등이 확보되는 시점에 시행 가능할 것으로 예상된다. 따라서 주거급여 시행을 위한 여건 성숙에 시간이 소요될 경우 주거급여의 대상을 확대하기 위한 한시적 조치가 모색되어야 할 것이다. 의료급여 대상자 선정기준선을 현재 수급자 이상으로 상향조정하는 방안에 대해서는 검토가 필요하다. 특히 의료급여제도 개편이 건강보험 재정에 미치는 영향에 대해 검토 필요하다. 마지막으로 현행 부양의무자 기준은 중장기적으로 폐지하는 것이 바람직할 것이다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
생계급여					
- 생계급여 적정 기준선 검토					
- 기준선 수준별 잠재적 수급대상층 추정					
주거급여					
- 주택임대차시장 실태 분석					
- 지역별, 가구원수별 표준임대료 산출					
- 기타 구체적 선정기준 마련					
- 주거급여 전달체계 구축					
의료급여					
- 주요 쟁점에 대한 시행방안 마련					
관련법 개정(신규 법 제정)					

5. 재산의 소득환산제 현실화를 통한 기초보장 사각지대 축소

가. 현황 및 문제점

- (수급자 선정방식) 기초보장제도 수급자는 소득인정액이 최저생계비 이하이고, 부양의무자 기준을 충족하는 경우 선정(국민기초생활보장법 제5조)
- (소득인정액) 소득인정액은 소득평가액에 재산을 소득으로 환산한 금액의 합계(소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액)
 - － 소득평가액= 실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제
 - － 재산의 소득환산액 = {(일반·금융재산의 종류별가액-기본재산액-부채)+승용차 재산가액}×재산의 종류별 소득환산율
- 재산의 소득환산제 현황
 - － (재산의 종류) 기초보장제도에서는 재산을 일반재산, 금융재산, 승용차로 구분하여 각기 다른 환산을 적용
 - － (기본재산액) 대도시(5,400만원), 중소도시(3,400만원), 농어촌(2,900만원)
 - － (소득환산율) 일반재산(월4.17%), 금융재산(월6.26%), 자동차(월100%)
- 문제점
 - － 공공부조제도는 최종적인 사회안전망(last social safety net)이므로 사각지대가 없어야 함. 높은 재산의 소득환산율로 인하여 기초보장 사각지대 야기³⁸⁾
 - (환산율에 대한 논리적 근거 취약) 재산의 소득환산율 산정의 이론적·논리적 근거가 취약하다는 점
 - (이론보다 높은 환산율) 재산의 소득환산율, 그 중에서도 주택과 자동차에 대한 환산율이 너무 높게 설정되어 있어 이로 인한 기초보장 사각지대가 광범위하게 존재한다는 점

* 실제로 2005년 인천에 거주하는 저소득 가구의 경우 9년산 세피아

38) 사각지대를 발생시키는 두 가지 주요요인은 부양의무자기준과 재산의 소득환산제 임

자동차 한 대 있다는 이유로 수급자가 될 수 없었고, 동 가구의 자녀 3명과 그 어머니가 투신자살한 사건이 있었음. 이를 두고 시민단체에서는 **‘사회적 타살’**이라고 주장

- 소득을 창출할 수 없는 재산, 대표적으로 거주하고 있는 주택을 소득으로 환산함으로써 최저생활보장 원칙을 저해한다는 점
- 재산 종류 간 형평성 문제, 즉 일반재산과 금융재산의 환산율을 달리 적용함으로써 형평성을 저해한다는 점
- 기본공제액을 가구규모와 관계없이 동일하게 설정함으로써 1~3인가구에게는 유리한 반면 5인 이상 가구에게는 불리한 결과를 초래한다는 점
- 소득을 유발하는 재산, 예컨대 농지, 자영자 점포의 전세금, 영업용 택시 등에 대해 소득과 재산으로 동시에 산정하는 것은 부당하다는 점
- 근로무능력자로만 구성된 가구에 대해 광범위한 재산특례기준을 부여하는 것은 형평성 측면에서 문제시될 수 있다는 점 등

○ 쟁점

- (쟁점 1) 재산의 소득환산제를 폐지하고 과거의 방식인 ‘cut-off 방식’으로 전환하지는 안과 재산의 소득환산제 하에서 개선하지는 안이 대립되고 있음
 - ‘cut-off 방식’이란 소득기준과 재산기준을 각각 두고, 개별가구의 소득과 재산이 각각의 기준이하일 경우 수급자로 선정하는 체계를 의미. 미국, 독일, 일본 등의 대부분 복지국가들이 이러한 방식을 채택하고 있음
 - 반면, ‘재산의 소득환산 방식’은 재산을 소득으로 환산함으로써 개별가구의 능력을 하나의 지표(예, 소득인정액)로 통일하여 최저생계비와 비교하는 방식. 재산의 소득환산 방식을 공공부조제도에 적용하고 있는 나라로는 우리나라, 영국, 벨기에, 호주 등임³⁹⁾

39) 그러나 적용양태는 다소 차이가 있음. 우리나라의 경우 ‘재산의 소득환산액’을 ‘소득평가액’과 합산한 ‘소득인정액’을 최저생계비와 비교하여 선정·급여하는 방식을 채택하고 있음. 반면, 우리나라를 제외한 나라(영국, 벨기에, 호주)는 선정에는 적용하지 않고 급여에만 적용하거나, 환산대상 재산을 금융재산으로 국한하거나, 환산은 하되 소득과 합산하지 않는 방식을 채

- 양자 간에는 각각 장단점이 있으나 다음과 같은 이유에서 재산의 소득환산 방식이 바람직한 것으로 판단됨.

— 수급자 선정 및 급여에서의 형평성 측면

- 예컨대, 재산의 소득환산제를 적용하지 않고, ‘cut-off 방식’을 적용하였던 2002년 우리나라의 경우 소득기준과 재산기준은 각각 4인가구의 경우 99만원과 3,600만원 이하 였음
- 여기서 극단적인 예를 들면, 소득이 전혀 없으면서 재산이 3,601만원인 가구(A)는 수급을 받지 못한다. 반면, 소득이 99만원이고 재산이 3,600만원인 가구(B)는 수급가능함. 직관적으로 보아도 전자 가구(A)가 후자 가구(B)보다 열악한 가구이나 수급에서 탈락됨
- 또한 급여에서 소득이 전혀 없으면서 재산이 3,601만원인 가구(A)는 선정에서 제외되므로 급여액이 0임. 그러나 이와 생활수준이 유사한 소득이 전혀 없으면서 재산이 3,600만원인 가구(C)는 선정되어 최저생계비 수준의 급여(99만원)을 받음
- 그러므로 재산 1만원 차이 때문에 가처분 소득이 99만원 차이 나게 됨. 이는 수급자와 비수급간 형평성 문제를 야기하고, 제도에 대한 불신으로 이어질 수 있음

— 논리적인 측면

- ‘cut-off 방식’을 선호하는 학자들이 주장하는 ‘재산의 소득환산방식’의 논리적 결함(효용만 있는 재산을 소득으로 무리하게 환산한다는 결함)이라는 부분은 이들 또한 자유롭지 못함
- 왜냐하면 ‘cut-off 방식’에서 재산기준 전후에 있는 두 가구, 즉 B가구(재산 3,600만원, 소득 99만원)와 A가구(재산 3,601만원, 소득 0원) 간에 한 가구는 선정되고, 다른 한 가구는 탈락되는 논리적 근거가 무엇인지를 살펴보면

택하고 있음. 그러므로 우리나라의 경우 완전한 환산방식을 채택하고 있고, 여타 나라들은 부분적인 환산방식을 적용하고 있음

자명해집

- 단순히 보면 재산기준이 3,600만원이기 때문임. 그러나 그 이면에는 재산 1만원을 소득 99만원보다 더 높게 평가(환산)하고 있기 때문에 A가구는 선정에서 탈락되고, B가구는 선정되는 것임
- 그러므로 엄밀하게 보면 ‘cut-off 방식’도 재산을 소득으로 환산하고 있는 것임. 즉, ‘cut-off 방식’은 재산기준을 초과하는 재산에 대하여 무한대(∞)의 환산율을 적용하고 있는 것임. 그러므로 ‘cut-off 방식’은 ‘재산의 소득환산방식’의 극단적인 한 방식에 불과한 부분집합(sub-set)이고, 재산의 수준에 따라 환산율이 달라지는 문제점을 지니고 있음

- 따라서 본고에서는 재산의 소득환산제 하에서 개선하는 방안을 제시
 - * 새누리당의 경우도 재산의 소득환산제 하에서 개선방안을 총선 공약으로 제시하고 있음. 즉, 일반재산에서 주거용 재산을 분리하여 주거재산 환산율을 시장 이자율을 감안한 수준으로 인하 하는 안을 19대 총선공약으로 제시하고 있음. 반면, 민주통합당은 재산에 대한 언급이 없음
- (쟁점 2) 재산의 소득환산제를 개선하는 방식에 관한 쟁점(기본재산액 인상 vs 재산의 소득환산을 인하)
 - (기본재산액 인상안) 대도시(5,400만원), 중소도시(3,400만원), 농어촌(2,900만원)으로 되어 있는 기본재산액을 인상하여 재산 형성을 도모함과 함께 재산으로 인한 사각지대를 줄이자는 주장
 - (재산의 소득환산을 인하안) 이론보다 높게 설정되어 있는 재산의 소득환산율을 인하하여 재산으로 인한 사각지대를 줄이자는 주장. 양자 간에는 각각의 장단점이 있으나, 공공부조제도는 부양의무자기준을 논외로 하면, 객관적인 기준인 최저생계비와 개별가구의 능력(소득인정액)을 비교하여, 개별가구의 능력이 최저생계비 이하인 자를 수급자로 선정하고 차액을 급여하는 제도임을 감안할 때

- (소결) 최저생계비가 재산이 전혀 없는 상태에서 살아갈 수 있는 최소한의 건전하고 문화적인 생활을 할 수 있는 비용이므로 재산의 소득환산제에서도 이론적으로 재산의 기본공제액이 없어야 함⁴⁰⁾. 따라서 재산의 환산을 인하가 이론적으로 타당함

○ 해외 사례 및 시사점

－ 재산기준 설정방식

- 독일과 일본에서 공공부조제도의 재산기준은 순수 cut-off 방식에 가깝다면, 영국과 호주에서 공공부조제도의 재산기준은 cut-off 방식과 재산의 소득환산제 방식을 혼용하고 있음.

－ 재산기준 수준

- 독일의 경우 매우 광범위한 비간주재산과 보호재산을 설정함으로써 cut-off 방식이면서 매우 관대한 재산기준을 적용하고 있음.
- 반면, 일본의 경우 보호되어야 하는 재산의 범주를 매우 협소하게 규정하고 이를 초과할 경우 수급권을 제한하고 있음.
- 또한, 이들 국가들 중 영국, 독일, 호주는 거주하는 주택에 대해서는 거의 예외없이—즉, 매우 고가의 주택을 제외하고는— 재산의 범주에서 제외하고 있음.

－ 재산의 소득환산

- 영국 소득보조(IS)의 경우 금융재산에 대하여 250파운드당 주 1파운드를 차감하는 방식으로 재산을 소득으로 환산하고 있음.
- 호주에서는 연금형 급여에 대해 재산의 소득환산제를 취하고 있는데, 기초공제액을 초과하는 1,000달러당 2주에 1.5달러씩 재산을 소득으로 환산하고 있음.

40) 현행 재산의 소득환산제에 기본공제액이 있는 이유는 2003년 소득인정액제 도입시 연착륙을 도모하기 위한 불가피한 조치였음. 만약 당시에 기본공제액을 두지 않았을 경우 재산이 없는 가구를 제외한 가구들은 탈락하거나, 급여감소가 발생하였음.

나. 정책목표

- 재산의 소득환산율을 향후 5년 동안 인하하여 이로 인한 사각지대를 축소
 - － 2009년 현재 전 가구의 약 0.015% → 2017년에 전가구의 0.007%로 축소
 - － 2009년 현재 전 인구의 0.2% → 2017년에 전가구의 0.01%로 축소

〈표 1〉 2017년 재산의 소득환산율로 인한 사각지대 규모

구분	2012년1)	2017년
현행 재산의 소득환산율 적용과 이론적으로 산출된 재산의 소득 환산율 적용 간의 차이	- 가구수: 전가구의 약 0.015%(2009년 기준) - 인구수: 전인구의 약 0.2%(2009년 기준)	- 가구수: 전가구의 0.007% - 인구수: 전인구의 0.01%

주 1) 여유진 외(2011: 252) 『재산의 소득환산율 개선방안 연구』. 서울: 한국보건사회연구원 에서 아래의 개선방안과 가장 비슷한 모형의 비율 적용

다. 개선방안

- 일반재산 환산율 인하
 - － (기본방향) 이자율과 기본공제액을 감안하여 산출된 재산의 소득환산율을 적용하고, 주거재산에 대해서는 더 낮은 환산율 적용
 - － (제도개선) 일반재산의 경우 이자율과 기본공제액을 감안하여 이론적으로 산출된 월 1%로 인하하고, 주거용 재산에 대해서는 월 0.5%로 인하하여 현실과 제도의 괴리 축소 → 국민기초생활보장법 개정사항
- 금융재산 및 승용차 환산율 인하
 - － (기본방향) 금융재산의 경우 일반재산보다 유동성이 높다는 점을 감안하여 일반재산 환산율의 1.5배 적용. 승용차의 경우 국민정서와 승용차 보급률 확대 등을 감안하여 환산율을 인하
 - － (제도개선) 금융재산의 경우 일반재산 환산율의 1.5배를 적용할 경우 월 환산율은 1.5%. 승용차는 현재 월 100%에서 월 25%로 인하

라. 입법조치

- 일반재산 환산율 인하→ 국민기초생활보장법 지침 개정
- 금융재산 및 승용차 환산율 인하 → 국민기초생활보장법 지침 개정

마. 연차별 시행계획

- 일반재산, 금융재산, 승용차 환산율을 단계적으로 인하하여 충격을 흡수
 - － 단계적이라는 관점에서 환산율 산정방식은 기존의 소진기간을 연장하는 방식으로 접근. 다만 2016년 이후에는 이론적 환산율 적용
 - － 예를 들면, 현행 일반재산 환산율은 2년 소진이라는 전제하에 월 4.17%(=100/24)로 설정되었음. 그러므로 3년 소진을 전제로 하면 월 2.78%(=100/36)가 됨

구분	2013	2014	2015	2016	2017
일반재산 및 주거용 소득환산율 인하					
- 일반재산 환산율(월 4.17%→3.33%). 소진기간 2.5년					
- 일반재산 환산율(월 3.33%→2.78%). 소진기간 3년					
- 일반재산 환산율(월 2.78%→1.67%). 소진기간 5년					
- 일반재산 환산율(월 1.67%→1.00%). 이론적 환산율 적용					
- 주거용 재산 환산율(월 1.00%→0.5%).이론적 환산율 적용+α					
금융재산 소득환산율 인하					
- 금융재산 환산율(월 6.26%→5.00%). 일반재산 환산율의 1.5배					
- 금융재산 환산율(월 5.00%→4.17%). 일반재산 환산율의 1.5배					
- 금융재산 환산율(월 4.17%→2.50%). 일반재산 환산율의 1.5배					
- 금융재산 환산율(월 2.50%→1.5%). 일반재산 환산율의 1.5배					
승용차 소득환산율 인하					
- 승용차 환산율(월 100%→75%)					
- 승용차 환산율(월 75%→50%)					
- 승용차 환산율(월 50%→25%)					
- 승용차 환산율(월 25%→12.5%)					

6. 주거-복지 통합 및 연계 강화 방안

가. 현황, 문제점 및 쟁점

1) 현황

보건복지부 “주거취약계층 전국실태조사”(2011)에 의하면 전국적으로 주거취약계층은 26만명, 가구기준 약 24만가구에 이르고 있으며, 이들 대부분의 사람(또는 가구)들은 비숙박용 다중이용업소, 여관·여인숙, 고시원, 비닐하우스 등에 거주하고 있는 것으로 조사되었다. 이들 비정형적 주거에서 생활하고 있는 사람들은 사회적 취약계층으로 가구 보다는 단독가구 형태로 생활을 함에 따라 개인과 가구간의 차이가 크지 않았다.

〈표 1〉 지역별 거처 유형별 주거취약계층 인구 규모

구분	거리 노숙	부랑인 시설	노숙인 쉼터	응급 잠자리	비숙박용 다중이용 업소	쪽방	여관· 여인숙	고시원	비닐하우스 스콘	비닐하우스· 컨테이너· 옴막 등	합계
인구	2,689	8,160	2,636	508	62,453	6,214	15,440	123,971	6,914	32,053	261,038
가구	2,685	8,153	2,549	508	62,453	5,784	13,640	123,355	2,964	13,906	235,997

자료: 보건복지부(2011), 『주거취약계층 전국실태조사』

비정형적 주거에 생활하고 있는 주거취약계층이외에도 주택에서 거주하고 있지만 정부가 정한 최저주거기준 이하에서 생활하고 있으면서, 주거비부담이 과중한 가구를 대상으로 한 주거빈곤을 보면 전국적으로 23.8%에 이르고 있다. 지역별로는 대도시가 20.4%, 중소도시 23.3%, 농어촌 34.8%의 순이었다.

〈표 2〉 지역별 주거빈곤가구 분포

(단위: %)

구분	수급	소득인정액 120% 미만		소득인정액 120%이상~소득 120%미만	소득 120%~150%	소득 150%~180%	소득 180%이상	전체
	1	2	3	4	5	6	7	
대도시	50.0 (55.2)	94.3 (42.4)	55.6 (55.1)	48.9 (38.8)	29.6 (41.1)	16.8 (45.1)	11.6 (48.2)	20.4 (47.1)
중소도시	68.9 (33.7)	76.7 (24.0)	75.0 (24.5)	56.5 (29.3)	40.7 (30.8)	30.9 (35.2)	14.0 (38.8)	23.3 (36.4)
농어촌	68.4 (11.0)	83.3 (33.6)	60.0 (20.4)	56.8 (31.9)	43.2 (28.1)	37.7 (19.7)	19.1 (13.0)	34.8 (16.4)
전체	58.3 (100.0)	86.4 (100.0)	61.2 (100.0)	53.6 (100.0)	36.9 (100.0)	25.9 (100.0)	13.5 (100.0)	23.8 (100.0)

자료: 이태진 외(2011), 『빈곤정책 선진화를 위한 실태조사 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원

위와 같이 많은 가구들이 주거취약계층으로 분류되고 있음에도 아직 이들을 위한 충분한 주거지원은 이루어지고 있지 못한 실정이다. 현재 우리나라의 주거복지지원 제도는 공급자 중심의 주택공급방식과 수요자 중심의 주거비 지원방식으로 구분할 수 있다. 공급자 중심의 주택공급 방식은 직접적으로 주택을 건설하여 주거복지가 필요한 계층에게 지원하는 것으로 국민임대, 영구임대, 5년·10년·50년 공공임대, 고령자 임대주택, 보금자리 주택 등이 있다. 이외에도 기존주택을 매입하여 저렴하게 공급하는 다가구, 부도, 미분양, 재건축 매입임대주택과 전세임대주택으로서 저소득 가구, 신흥부부, 소년소녀가정 세대 지원을 위한 전세지원제도 등이 있다. 수요자 중심의 주거비 지원방식은 저소득층의 주거비부담을 완화하거나, 노후 주택을 개보수 해주는 방식으로 진행되고 있으며, 먼저 주거비 부담 완화를 위해 기초보장수급가구를 대상으로 주거급여가 지급되고 있으며, 긴급한 복지지원 대상자를 위한 긴급주거 지원 등이 있다. 이외에 저소득가구 전세자금, 근로자 서민주택 전세자금, 근로자서민주택 구입자금, 보금자리론 등의 제도가 있다. 노후주택 개량사업은 수요자에게 융자금 제공을 통해 진행되고 있으며 농어촌 주택개량사업, 농어촌장애인 주택개량사업, 농어촌의 노후슬레이트를 개보수하는 사업 등이 있다. 저소득층의 주거안정을 위한 지원제도가 다양하게 수립·집행되고 있지만, 각 제도가 서로 다른 부처에서 운

영되고 있으며, 이로 인해 주거취약계층이 원하는 곳에서 필요로 하는 때에 맞추어 필요로 하는 서비스를 제공하지 못하는 문제가 발생하고 있다. 공공임대주택, 주택 용자제도 등은 국토해양부가 기초보장수급자를 위한 주거급여 및 긴급주거지원, 주거취약계층 실태 파악은 보건복지부, 농어촌 주택개량사업은 보건복지부와 농림수산식품부, 농어촌 노후석면슬레이트 개량사업은 환경부 등 여러 부처가 함께 진행하고 있다. 또한 현재의 주거지원정책의 중심이 임대주택 건설에 치중되어 있어 공급위주의 정책이 이루어지고 있지만 여전히 임대주택에 대한 재고부족이 누적되고 있으며, 어디에 얼마나 많은 주거에 대한 공급이 필요한지 충분히 파악하고 있지 못한 실정이다. 수요자 중심의 도시저소득층 지원을 위한 임대료지원사업도 기초보장수급대상을 제외하고는 근간은 용자제도를 통해 운영됨으로써 저소득·서민계층의 주거비 부담을 완화하기에는 한계가 있다. 국가적 주택관련 종합계획수립에 있어 국토해양부에서는 매년 주택종합계획을 수립하고 있지만, 저소득주거취약계층에 대한 충분한 실태분석이 미진하며, 저소득층 복지업무를 담당하고 있는 보건복지부와 업무연계도 충분히 이루어지고 있지 못한 실정이다. 따라서 향후 주거복지를 확대하고 저소득 및 서민이 실질적으로 필요로 하는 서비스를 제공받기 위한 주거·복지에 대한 통합 연계서비스가 필요한 상황이다.

2) 쟁점

주거·복지가 통합적으로 하나의 서비스 형태로 제공되기 위해서는 두 가지 측면에서 쟁점이 발생할 수 있다. 첫 번째는 저소득층 주택관련 지원사업이 여러 부처에 나누어져 있는 상황에서 이를 하나의 계획 속으로 통합하기 위해서는 부처간 연계 및 협조가 필수적이다. 저소득층 및 관련 복지사업을 총괄하는 보건복지부와 주택공급을 담당하고 있는 국토해양부간의 주거·복지 연계를 위한 사전 조율 작업이 필요하다는 점이다. 두 번째는 저소득층 주거안정을 위해 욕구별 급여제도 도입시 대상자 선정기준, 전달체계, 급여방식 등에 대한 많은 논쟁이 발생할 수 있다. 특히 국토해양부의 주택마우처 제도와 연계시 이에 따른 대상자 중복과 지원방식의 상이하게

결정될 경우 발생하는 행정적인 비효율성을 개선하기 위한 방안이 모색되어야 한다. 또한 주거급여를 욕구별로 지원하는 것과 주택바우처제도의 도입은 현행 주거지원대상자보다 규모가 확대됨에 따라 추가적인 정부의 재원부담이 요구된다. 이로 인한 재원조달 방안에 대한 검토가 선행되어야 할 것이다.

나. 정책목표

주거취약계층 해소 및 주거빈곤층 완화를 위한 목표는 먼저 주거빈곤가구 완화는 2012년 약 430만가구(23.8%)에서 2017년 320만가구(18.0%)로 하고 있다. 주거취약계층 해소를 위한 목표는 가구수기준으로 2012년 24만가구에서 2017년 20만가구로 5년간 약 10%를 줄이는 것으로 목표로 하였다.

〈표 3〉 주거취약계층해소 및 주거빈곤층 완화

구분	2012년	2017년
주거 빈곤가구 완화1)	- 가구수: 전가구의 23.8%인 약 430만가구(2010년 기준)	- 가구수: 전가구의 18.0%인 약 320만가구(매년 1.2%, 22만가구)
주거취약계층 해소2)	- 가구수: 236천가구 - 인구수: 261천가구	- 가구수: 200천가구(5년간 약 10%) - 인구수: 235천가구(5년간 약 10%)

주: 1) 이태진 외(2011: 196) 『빈곤정책 선진화를 위한 실태조사 연구』, 서울: 한국보건사회연구원.

2) 보건복지부(2011), 『주거취약계층 전국실태조사』

다. 개선방안

주거-복지의 통합적 연계서비스 제고를 위해서는 먼저 사회보장 기본계획 수립과 연계된 종합적 주거복지 기본계획의 수립 및 시행이 필요하다. 2012년 사회보장기본법이 전면개정 되어 복지와 관련된 주요 계획들은 사회보장 기본계획을 중심으로 수립되도록 하고 있다. 따라서 저소득 및 서민계층 주거지원정책 수립시 사회보장에

대한 기본계획이 우선되고 및 포괄성을 지니므로, 이를 통해 저소득층에 대한 주거 지원정책을 총괄하고 조정할 필요가 있다.

두 번째로 기초보장제도 주거급여제도의 분리 운영을 통해 주거비 지원제도를 확대해야 한다. 향후 욕구별 급여지원제도 도입을 위한 논의에 따라 기초보장수급자 및 차상위계층을 대상으로 한 욕구별 주거급여제도 시범사업이 실시되고 점진적으로 비수급빈곤층중 주거취약계층으로의 제도 확대가 추진되어야 한다. 또한 욕구별 급여에 의한 주거지원제도 하나만이 아닌 국토해양부에서 향후 계획하고 있는 주택바우처제도와의 연계를 고려해야 한다. 장기적으로 국토해양부 주택바우처 제도가 운영될 경우 보건복지부의 욕구별 급여제도와와의 통합적 운영을 통해 제도 중복 논란을 해소할 필요가 있다.

세 번째로 저소득층 주거욕구 파악을 통한 주거복지 연계가 필요하다. 종합적 주거실태를 파악하는 인구주택총조사의 경우 5년단위로 조사가 이루어짐에 따라 필요 시 관련 정책을 수립하는데 한계가 있다. 따라서 국토연구원 실태조사를 활용할 필요가 있는데 현재는 원자료가 공개되고 있지 않음으로 보건복지부 주거복지 사업과의 연계를 위해서는 동 자료의 적극적 공개 또는 국토부와 복지부가 합동으로 주거 실태조사를 진행함으로써 저소득 및 서민계층이 필요로 하는 주거복지지원 정책의 파악이 필요하다.

마지막으로 저소득층을 위한 임대주택 공급과 주거취약계층 축소를 위한 주택공급 지원제도가 확대되어야 한다. 보건복지부 및 국토연구원 실태조사를 통해 나타난 주거취약계층의 규모와 욕구를 고려하여 적정 임대주택이 공급되어야 하며, 주거불안계층의 안정적 주거생활을 위해 임대주택 거주자격 완화를 통해 주거취약계층에 주거공급이 확대되어야 한다.

라. 입법조치

- 주거복지 종합계획 수립 → 사회보장기본법 및 시행령과 주택종합계획 연계
- 욕구별 주거급여제도 시범사업 및 도입 → 국민기초생활보장법 개정

○ 주거취약계층 주택공급 및 주거비 지원제도 → 국토해양부 연계

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
주거복지 종합계획 수립					
육구별 주거급여제도 시범사업 및 도입					
- 육구별 제도 도입을 위한 입법					
- 주거급여제도에 대한 시범사업					
- 육구별 주거급여제도 도입					
주거취약계층 주택공급 지원 확대					
- 실태조사 등을 통한 사업 계획					
- 임대주택 공급 기준 완화를 통한 공급 확대					

7. 의료급여 혁신방안

가. 현황, 문제점 및 쟁점

1) 현황

1977년 의료보험제도와 같이 시행된 의료급여제도는 지난 30여 년간 우리사회 극빈층에게 최소한의 의료보장을 제공하는 데 절대적인 역할을 수행하여 왔다. 하지만 2002년부터 의료급여 진료비가 급격히 증가하여 재정위기가 도래하였고, 의료급여 지속가능성 측면에서 재검토하고 2006년부터 의료급여 혁신대책을 마련하였다.

2006년 이후 의료급여 혁신종합대책 등 제도의 지속가능성 확보를 위한 다양한 대책 추진으로 진료비 증가율 둔화 등 효과가 있었던 것으로 평가되며, 의료급여 진료비 증가율(기금부담금, 지급 기준)은 21.3%('06) → 7.2%('07) → 5.5%('08) → 6.6%('09) → 4.8%('10)이다. 하지만 실질적으로는 2008년 4월부터 차상위계층이 건강보험으로 전환되면서 전체진료비 증가가 둔화된 것으로 보여졌다. 차상위계층을 제외한 실질 증가율은 14.5%('06) → 5.5%('07) → 9.7%('08) → 14.3%('09) → 8.5%('10)이다. 반면 이 기간 동안의 의료급여 중앙정부 예산 증가률은 진료비 증가율보다 적게 증가하였으며, 의료급여 중앙정부 예산 증가율은 5.5%('08) → -9.8%('09) → 2.4%('10) → 4.9%('11) → 8.4%('12) 이다.

2012년 8.4% 인상도 2010년 미지급금 보전금 2,000억원을 제외할 경우 실질 인상율은 2.9%에 지나지 않는다. 이처럼 높은 진료비증가와 적은 예산 증가의 차이로 인해 2010년부터 누적적자가 발생하였으며, 이로 인해 의료비 미지급이 발생하게 되었다. 2011년 예산으로 지급('11.1.12)된 2010년 미지급은 3,264억원(국고 2,513억원)이며, 2011년에도 전년도 미지급금(3,264억원) 충당 및 보장성 강화 등으로 약 6,388억원(국고 4,919억원)의 진료비 미지급이 발생하게 되었다. 결과적으로 2007년-2010년까지 실질 진료비 증가율이 10.81%인 반면 의료급여 예산은 5% 미만으로 앞으로 재정부자가 계속 커져갈 것으로 예상된다.

2011년 약 6400억원 미지급금에서 2010년 미지급금 보전금 2000억을 감안한다고 해도 2012년 약 8000억원 이상 미지급금이 발생할 것으로 예측되며, 약제비 절감액 1000억 포함시 미지급금 약 7000억원 예상된다.

2) 문제점

비용의식 부재로 과다 의료이용 경향이 나타나며, 낮은 본인부담금으로 인한 의료 서비스 이용 증가하게 되고 의료 접근성이 높은 환경에서 본인부담금의 거의 없는 수급권자의 비용의식 부재가 불필요한 의료 과다 이용을 유발하게 된다.

〈표 1〉 의료급여 수급권자 및 건강보험 소득 하위 10% 의료이용량 비교

대상(연간)	진료비				진료일수		
	총진료비	외래	입원	투약	외래	입원	투약
건강보험 대비 의료급여	1.5배	1.3배	1.9배	1.4배	1.2배	2.9배	1.1배

* 성별, 연령, 장애 여부, 질환 유병률을 보정해도 건강보험 대상자(소득 하위 10%) 진료비 지출보다 1.5배 높아 의료 과다이용 경향(의료급여 이용 실태분석, '11.12)

입원비 증가는 입원진료비 본인부담금이 전혀 없는 1종 수급권자 입원 증가에 기인하며, 사회적 입원 증가도 주요 요인이 된다. 경상남도 장기입원 실태조사(2012, 4-5월) 결과에 의하면 장기입원자(총 1,399명) 중 퇴원의사가 있는 대상자는 861명(61.6%)이며, 부적정 입원 대상자는 약 400명(29%)으로 추정된다. 부적정 입원 대상자는 반복적 주사제 투약이 없거나 외래진료로 치료가 가능한 대상자를 뜻한다. (약제비)이용량과 무관하게 동일금액을 지불하여 과다 투약 유발하여 2차 또는 3차 의료급여기관에서 처방하거나, 조제일수가 증가해도 본인부담(500원)은 동일하며, 의료급여 수급권자는 건강보험 환자 대비 투약일수 장기, 처방건당 약 품목수도 많아 의약품의 남용 가능성이 크다. 지속적인 공급확대가 의료 필요도와 무관한 수요를 창출하기에 입원진료비 증가요인인 요양병원이 지속적으로 증가(연평균 증가율 13.8%)하고 있다. 요양병원 수는 2009년에 777개, 2010년에 867개, 2011년에 988

개, 2012년3월 1,006개이다. 이처럼 경쟁 심화에 따른 병원 간 환자 유인 행위가 증가, 병원수익 등의 이유로 적극적 퇴원 유도에 소극적이며, 본인부담금 면제, 간병비 할인 등을 내세워 요양등급판정을 받지 못한 수급권자의 장기입원을 유도하는 부도덕적 행태도 발견되고 있다. 요양병원 입원환자 중 수급자가 차지하는 비중은 24%이며, 총진료비는 26%(‘11)이다. 요양병원 내 입원치료 보다는 요양시설이나 외래진료가 적합한 환자군(신체기능저하군) 입원의 의료급여 비중이 현저히 높으나, 통제장치는 없는 실정이다. 연장승인 제도운영의 형식화로 제도 성격상 심사가 하반기에 집중되나, 심의위원회 개최가 저조하고 형식적인 서면심사로 적기의 급여제한에 한계를 보이며, 현 시스템은 급여일수 초과자가 연장승인을 신청하지 않는 경우에도 별도의 급여제한 조치가 없으면 제약 없이 의료이용이 가능하다. (선택의료급여기관) 당초 주치의 목적의 도입 취지와 달리 단순 “진료기간 연장제도”로 변질되는 경향을 보이며, 선택의료급여기관 대상자가 선택의료기관 지정하지 않은 경우, 급여제한 등 사후조치 소홀로 별다른 제약 없이 의료기관 이용이 가능하다. 자발적 선택병의원제 참여자는 본인부담금이 없는 것이 악용되고 있으며, 선택병의원 지정 이후에도 선택병의원의 진료의뢰서 남발에 대한 통제장치 부재로 타 의료기관 이용이 증가하고 있다.

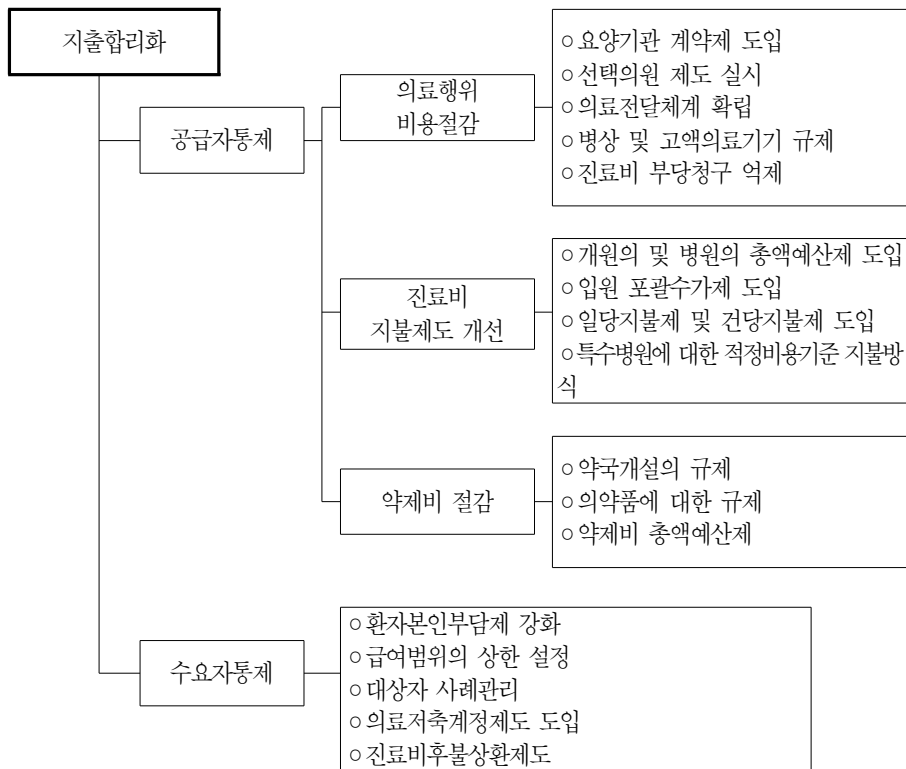
3) 쟁점

의료급여 진료비의 지속적 상승을 적정하게 통제하기 위한 대안마련이 필요한 시점이며, 대안 제시에 있어서 의료급여 관리운영측면, 수급자 측면, 공급자 측면 등 의료급여 제도 전반에 걸쳐 총체적인 대안마련 필요하다.

4) 해외사례 및 시사점

외국에서 사용하고 있는 의료이용의 지출 합리화 방안을 요약하면 다음 그림과 같다.

[그림 1] 의료이용의 지출 합리화 방안



나. 정책목표

〈표 2〉 의료급여 재정안정방안에 대한 목표설정

구분	2012년	2017년
의료급여 재정안정방안 실현을 통한 미지급금 없는 의료급여제도 운영	- 2012년 7000억원의 미지급금 발생 예정	- 2017년 미지급금 없는 의료급여제도 운영

다. 개선방안

먼저 1종 수급권자에 입원진료비 본인부담 신설로, 수급자 비용의식 제고를 위해 입원 진료비 일부 본인부담 신설하도록 한다. 1안으로는 입원기간 30일 이내 무료,

30일 초과시 본인부담 5%부과(약 91천명-1종수급권자의 8.4%)하도록 하며, 2안은 입원기간 상관없이 모든 입원에 5% 본인부담(약 278천명)하도록 한다. 절감된 재원은 수급자 보장성 및 건강관리 인센티브 확대에 환원된다. 입원 가능성이 높은 희귀난치질환자, 정신질환자, 정책적 배려가 필요한 18세미만 아동, 분만 입원은 무료 유지만 장기입원이 불가피한 질환은 질환정도 등에 따라 선별적으로 보호하는 방안 검토하도록 한다.

다음으로 약제비 정액(500원) 약국 본인부담을 정률 본인부담으로 전환하도록 한다. 1안으로는 1종, 2종 동일하게 정률 5%적용하는 방안이며, 2안은 1종(5%) 2종(10%) 본인부담을 적용하는 방안이다. 가벼운 질환으로 2~3차 의료기관에 내원하는 환자 약제비 정률제 도입(상급종합 15%, 종합병원 10%)하도록 한다.

세 번째, 수급자 본인부담 완화를 위한 완충장치 마련하도록 한다. 본인부담 상한 유지) 1종 수급자 본인부담 상한은 현행수준(월 5만원)을 유지하도록 한다. 네 번째, 수급자의 의료기관 의존도 완화를 위한 건강관리체계 구축하도록 한다. 그러기 위해서는 수급자 건강관리 인센티브 도입하여 만성질환자, 의료 과다이용자 중 건강관리 증진에 의지가 있고, 의료이용 행태가 개선된 수급자에게 건강관리 인센티브를 제공하도록 한다. 그리고 사회적 입원 차단 및 퇴원 촉진을 위한 유인체계를 구축하고, 신규 의료급여수급자 건강관리교육을 강화한다.

다섯 번째, 급여일수 초과자 연장승인관리를 강화하고, 연장승인 신청이 없으면 급여일수 소진 시 자동적으로 급여를 제한한다. 여섯 번째, 선택의료급여기관제도 개선하도록 한다. 선택병원의 경우도 현행 본인부담과 동일하게 본인부담을 부과하고, 선택병원 이외에 의뢰에 의해 갈 경우 현재 본인부담에 두 배(1차: 2,000원, 2차: 3,000원 3차: 4,000원)를 부과하도록 한다. 일곱 번째, 공급자 적정진료를 유도하도록 한다. 장기입원 적정성 관리체계를 구축하여 의료급여 사례관리와 심평원 심사를 연계, 불필요한 장기입원 차단하고 부적정 진료행위 의료기관 관리방안을 마련한다. 또한 진료비 적정청구 유도를 위한 사후관리제도 보완하여 의료급여 신고포상금제도를 정비하도록 한다.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
수급자 비용의식 제고 및 건강관리 향상					
- 1종 수급권자 입원진료비 본인부담 신설					
- 약국진료비 전체에 대해 정률제 도입					
- 가벼운 질환으로 2,3차 진료기관 이용시 정률제 도입					
- 수급자 건강관리 인센티브 도입					
관리운영 측면					
- 급여일수 초과자 연장승인관리 강화					
- 선택병의원제도 개선					
공급자의 적정진료 유도					
- 장기입원 적정성 관리체계 구축					
- 진료비 적정 청구 유도를 위한 사후관리제도 보완					

8. 상대빈곤선 도입

가. 현황, 문제점 및 쟁점

1) 현황

생활이 어렵거나 스스로의 힘으로 자신과 그 가족의 생활을 영유하기 어려운 가구들은 정부로부터 지원을 받을 수 있으며, 그 대표적인 제도가 국민기초생활보장제도이다. 국민기초생활보장제도의 수급가구가 되기 위해서는 가구의 소득 및 재산이 정부가 정한 최저생계비 이하이고, 부양의무자 기준을 충족해야만이 가능하다. 즉 최저생계비는 국민기초생활보장제도의 수급대상자를 선정하는데 있어 중요한 기준이 되고 있다.

최저생계비는 국민기초생활보장제도의 도입과 동시에 발표되었으며, 1999년부터 2004년까지는 매 5년을 주기로 이후에는 매 3년을 주기로 실태조사에 의해 최저생계비가 결정되고 있다. 반면에 계측조사가 이루어지지 않는 비계측년도에는 소비자물가상승률을 기초로 하여 차년도 최저생계비가 설정되도록 하고 있다. 2010년 이전에는 비계측년도에 최저생계비 인상률을 어느 것을 활용할 것인가를 가지고 계속적으로 논쟁이 이루어졌지만, 매년 소비자물가상승률에 기초하여 최저생계비가 인상됨에 따라 2010년부터는 소모적인 논쟁 대신에 소비자물가상승률을 기준으로 최저생계비를 인상하는 것으로 합의가 이루어졌다.

국민기초생활보장법(이하 기초법) 2조 6호에서 최저생계비란 “국민이 건강하고 문화적인 생활을 유지하기 위하여 소요되는 최소한의 비용으로서 제6조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 공표하는 금액을 말한다.”고 되어 있다. 또한 기초법 제6조 최저생계비의 결정에서는 ①보건복지부장관은 국민의 소득·지출수준과 수급권자의 가구유형등 생활실태, 물가상승률 등을 고려하여 최저생계비를 결정하여야 한다(개정 2004.3.5.). ②보건복지부장관은 매년 9월 1일까지 제20조제2항의 규정에 의한 중앙생활보장위원회의 심의·의결을 거쳐 다음 연도의 최저생계비를 공표하여야

한다.(개정 2004. 3.5). ③보건복지부장관은 최저생계비를 결정하기 위하여 필요한 계측조사를 3년마다 실시하며, 이에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.(개정 2004.3.5.)라고 규정하고 있다. 위와 같이 최저생계비는 국민의 소득, 지출 등을 고려하여 결정하되 중앙생활보장위원회를 통해 결정되도록 하고 있다.

국민기초생활보장제도가 도입된 이후 지금까지 최저생계비는 4차례(1999, 2004, 2007, 2010년)가 계측되었으며, 계측방식으로는 전물량방식을 이용하고 있다. 전물량방식이란 한 국가의 표준가구를 설정하고 동 표준가구가 생활하기에 필요한 (필수)품목을 설정하고, 설정된 품목에 사용량과 가격을 곱해 생활비용을 산출하는 방식이다. 현행 최저생계비는 약 370여개 품목에 해당되는 품목들에 대해 사용량과 가격을 통해 생활비용을 산출하고 있다. 위와 같이 산출된 최저생계비는 법에서 규정한 것과 같이 중앙생활보장위원회를 통해 결정하게 되는데, 계측년도마다 전물량 방식에 의한 결정과정에서 많은 논쟁들이 발생하고 있다. 즉 현행 전물량방식에 의해 최저생계비를 결정시 세가지 문제점을 지적할 수 있다.

첫째, 전물량 방식에 의한 최저생계비는 사회권적 기본권으로서 국민의 인간다운 생활을 보장하기에는 미흡한 수준 이라는 점이다. 아래 표에서 살펴보듯이 최저생계비에 대한 소득 및 지출의 상대적 비율은 매년 감소함으로써 법에서 정하고 있는 건강하고 문화적인 생활을 유지하기에 부족하다는 측면이다. 평균소득 기준으로 2003년 35.6%에서 2011년에는 33.0%로 감소하였으며, 평균가계지출 역시 2003년 42.5%에서 2011년에는 39.2%로 3.3%p가 감소하였다.

〈표 1〉 최저생계비의 상대적 비율 - 평균·중위소득 및 평균·중위가계지출(4인, 전가구)

(단위: 원, %)

구분	최저생계비			평균소득(경상)			중위소득(경상)			평균가계지출			중위가계지출		
	금액	상승률 ¹⁾		금액	상승률 ¹⁾	비율 ²⁾	금액	상승률 ¹⁾	비율 ²⁾	금액	상승률 ¹⁾	비율 ²⁾	금액	상승률 ¹⁾	비율 ²⁾
2003	1,019,411	3.0		2,862,612		35.6	2,631,363		38.7	2,400,767		42.5	2,218,466		46.0
2004	1,055,090	3.5		3,065,831	7.1	34.4	2,791,565	6.1	37.8	2,592,017	8.0	40.7	2,386,858	7.6	44.2
2004 (계측치)	1,103,235	8.2		3,065,831		36.0	2,791,565		39.5	2,592,017		42.6	2,386,858		46.2
2005	1,136,332	7.7		3,195,676	4.2	35.6	2,952,347	5.8	38.5	2,724,805	5.1	41.7	2,457,922	3.0	46.2
2006	1,170,422	3.0		3,373,814	5.6	34.7	3,094,784	4.8	37.8	2,878,950	5.7	40.7	2,618,060	6.5	44.7
2007	1,205,535	3.0		3,588,392	6.4	33.6	3,258,613	5.3	37.0	2,998,979	4.2	40.2	2,708,116	3.4	44.5
2007 (계측치)	1,232,569	5.3		3,588,392		34.3	3,258,613		37.8	2,998,979		41.1	2,708,116		45.5
2008	1,265,848	5.0		3,790,649	5.6	33.4	3,384,660	3.9	37.4	3,143,448	4.8	40.3	2,843,846	5.0	44.5
2009	1,326,609	4.8		3,821,177	0.8	34.7	3,470,821	2.5	38.2	3,233,410	2.9	41.0	2,905,632	2.2	45.7
2010	1,363,091	2.8		4,063,655	6.3	33.5	3,642,479	4.9	37.4	3,498,703	8.2	39.0	3,191,433	9.8	42.7
2010 (계측치)	1,397,488	5.3		4,063,655		34.4	3,642,479		38.4	3,498,703		39.9	3,191,433		43.8
2011	1,439,413	5.6		4,362,186	7.3	33.0	3,970,318	9.0	36.3	3,672,638	5.0	39.2	3,440,568	7.8	41.8

주: 1) 지표별 전년대비 상승률 2) 지표별 대비 최저생계비 비율

자료: 김미곤·여유진 외(2010), 통계청(각년도), 가계동향조사 원시자료

둘째, 현재의 전물량 방식은 전문가의 자의성이 개입될 소지가 높으며, 불필요한 논의의 반복을 통해 행정적·물리적·시간적 낭비를 초래하고 있다는 점이다. 이미 지적하였듯이 전물량방식에 의해 최저생계비를 결정시 약 370여개 품목에 대해 사용량과 가격을 설정하게 되며, 이 과정에서 전문가의 자의적 판단이 있을 수 있다. 전물량방식은 어떠한 품목이 ‘필수적’이며, 어떤 품목을 얼마나 소비하는 것이 ‘최저생활을 보장’하기 위해 필요한가 등에 대해 전문가와 정책결정자의 ‘자의적’ 판단이 불가피하다. 따라서 최저생계비 계측 시점에서 필수품 선정과 가격 및 사용량 결정 등과 관련하여 조사연구와 사회적 합의(중앙생활보장위원회 및 산하 전문위원회)를 도출하는 절차를 거치도록 하고 있다. 한편으로는 논리적·과학적 절차를, 다른 한편으로는 철학적·정치적 절차를 거치는 과정에서 상당한 행정적·물리적·금전적 자원이

투여되며, 동일한 논쟁이 반복되는 경향이 있다.

셋째, 외국의 경우에도 명시적(일본, 핀란드 등) 또는 암묵적(호주, 영국 등)으로 상대적 기준선을 적용하고 있다는 점이다. 우리나라보다 공공부조 제도를 먼저 도입한 선진국 중 일본과 핀란드는 이미 상대적 빈곤선을 오랜 기간 도입하여 적용하고 있으며, 기타 국가들에서도 암묵적으로 적용하고 있다는 점에서 선진화된 선정기준선이라는 측면이다.

위와 같은 현행 최저생계비 결정방식이 지니고 있는 방식과 문제를 완화하기 위해서는 현재와 같은 최저생계비 결정방식을 수정한 상대적 최저생계비의 도입이 필요하며, 선정방식의 전환을 위한 연구와 사회적 합의 과정이 필수적이다.

2) 쟁점

상대적 최저생계비를 도입하기 위해서는 크게 두가지 측면에서 쟁점이 발생할 수 있다. 첫 번째는 상대적 최저생계비를 도입하기 위해서는 공공부조제도의 목적을 기준으로 정책적인 우선순위를 결정해야 하며 이를 토대로 상대적 최저생계비에 대한 도입시기가 결정될 수 있다. 현행 국민기초생활보장제도는 최저생활보장을 중요한 목적으로 설정하고 있으며, 빈곤층의 최저생활을 보장하기 위해서는 여러 방안속에서 상대적 최저생계비 도입에 대한 쟁점을 살펴볼 수 있다. 기초보장제도에서 최저생활보장을 위한 방안으로는 부양의무자기준의 완화, 재산의 소득환산을 인하, 지역별·가구유형별 최저생계비의 도입, 상대적 최저생계비의 도입을 들 수 있다. 먼저 비수급 빈곤층을 줄이고 사각지대를 축소시킨다는 측면에서는 부양의무자 기준, 재산의 소득환산을 완화 등이 정책적으로 우선될 수 있다. 반면에 급여수준의 적절성이라는 측면에서 살펴볼 때는 상대적 최저생계비 방식이 적용될 수 있다. 특히 사각지대 축소 및 급여수준의 적절성을 제고할 수 있다는 점에서는 지역별·가구유형별 최저생계비의 도입이 적절하다는 점이다. 위와 같이 상대적 방식의 최저생계비를 도입하기 위해서는 기초보장제도의 목적을 중심으로 우선순위에 대한 논의가 요구될 수 있다.

두 번째로는 상대적 최저생계비의 도입은 빈곤층의 선정과 급여를 결정함에 있어 물가상승률과 더불어 생활의 질(궁극적으로 경제성장률을 함께 반영)을 반영해야 한다는 의미를 지니고 있다. 이는 기존 소비자물가상승률을 반영하는 것과 비교하여 많은 재정적 소요가 예상되며, 이에 따라 제도의 지속가능성을 위해서는 사회적 합의가 요구된다. 따라서 완전한 상대적 최저생계비 도입 이전에 전물량방식과 상대적 방식의 중간단계로서 반물량 방식에 의한 최저생계비 계측의 필요성이 제기되고 있다. 이미 일본의 경우에도 전물량방식에서 상대적 방식으로 변경하기 이전에 반물량 방식을 통해 공공부조제도를 운영함으로써 상대적 방식으로 전환을 용이하게 한 바가 있다.

3) 해외사례

상대적 빈곤선을 국가의 공식적 혹은 준공식적 빈곤선으로 활용하고 있는 대표적인 경우는 일본, 영국, 호주 등이며, 정책에 활용하고 있는 나라는 일본을 들 수 있다. 일본은 1984년부터 생활보호기준으로 활용되고 있는 최저생계비(정확하게는 급여수준)를 수준균형방식, 즉 일반근로자세대 소비지출의 68%로 정하고 있다. 특히 일본의 경우에는 상대적 빈곤선 도입이전 반물량방식, 엔겔계수방식, 격차축소방식 등을 적용하면서 사회적 합의과정을 도출한 바가 있어 시사하는 바가 크다.

영국은 빈곤과 관련된 국가보고서라 할 수 있는 『Household Below Average Income』 시리즈에서 중위소득의 60%를 기준으로 빈곤율을 산출하고 있다. 호주의 헨더슨 빈곤선도 기준연도(1973년) 이래로 분기당 가구원 1인당 가처분소득 변화를 빈곤선에 반영해 주고 있다는 점에서 상대적 빈곤선 개념에 가깝다고 볼 수 있다.

나. 정책목표

- 2017년 이후 상대적 방식의 최저생계비 도입

다. 개선방안

상대적 최저생계비 도입을 위해서는 단계적인 접근이 요구되며, 크게 초기, 중기 및 장기로 구분하여 제도도입을 유도할 수 있다. 먼저 초기는 2013~2014년으로 상대적 최저생계비를 도입하기 이전에 중간단계로서 반물량방식 최저생계비를 검토하도록 하며, 더불어 상대적 최저생계비 도입을 위한 쟁점 및 도입 시기에 대한 사회적 합의과정을 거치도록 한다. 중기는 2015~2016년으로 상대적 최저생계비를 적용하기 이전에 정책적 비교를 위한 반물량방식의 최저생계비 도입을 위한 시범사업을 실시한다. 즉, 반물량 방식 최저생계비 도입에 따른 기준과 문제들을 보완하기 위한 시범사업을 도시와 농촌으로 구분하여 진행하도록 한다. 더불어 반물량 방식에서 상대적 최저생계비로의 이행을 원활하게 하기 위해 동시에 상대적 방식 최저생계비에 대한 시범사업을 실시한다. 역시 도시와 농촌을 대상으로 반물량방식에 의한 최저생계비 지역과 다른 곳에서 동일한 조건에서 시범사업을 진행하도록 한다. 도시와 농촌을 구분하여 시범사업을 진행하는 점은 반물량방식의 주요 산출근거는 식료품비라 할 수 있다. 도시지역과 달리 농어촌지역은 자가 농업생산물을 직접 소비함에 따라 도시와는 소비구조를 가지고 있으며, 이로 인해 상대적 지출수준도 차이가 발생하고 있다는 점에서 도시와 농촌지역을 구분하여 시범사업을 진행할 필요가 있다. 장기는 2017년 이후인 차차기 정부로서 반물량 및 상대적 최저생계비 시범사업에 대한 평가와 이를 통한 우선 적용 최저생계비 및 그 도입시기를 설정하도록 한다. 적용할 최저생계비와 시기가 결정되면 절차에 따라 2017년 이후 상대적 방식 도입을 위한 관련 법령을 개정할 수 있다.

라. 입법조치

- 상대적 최저생계비 도입 및 시범사업 → 국민기초생활보장법 개정

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
상대적 방식 최저생계비					
-상대적 최저생계비 도입을 위한 사회적 합의 과정 및 합의도출					
-반물량 최저생계비 도입을 위한 사전 연구 및 준비					
-반물량 및 상대적 최저생계비 도입을 위한 시범사업					
-반물량 및 상대적 최저생계비 시범사업에 대한 검토 및 평가					
-상대적 최저생계비 관련 법안 개정					
상대적 방식 최저생계비 도입					

9. 빈곤대책에 대한 패러다임 전환(기초보장제도를 중심으로)

가. 현황 및 문제점

- (외국의 빈곤대책 방향) 주요 국가들의 빈곤대책은 그 나라의 특성에 따라 다양하게 전개되고 있으나 핵심은,
 - 근로무능력자에게 보장성을 강화하는 방향으로(protection 강화)
 - 근로능력자에게 근로유인(work incentive)을 강화하는 방향으로 전개되고 있음(activation 강화)
- (근로유인 정책 종류) 근로유인 정책을 유형화해보면, 제재형(sanction type), 관리형(management type)⁴¹⁾, 인센티브형(incentive type)으로 범주화됨
 - 제재형(sanction type)은 근로능력자가 일을 하지 않을 경우 각종 급여자격을 제한하여 근로를 유인하는 체계로서 일종의 근로강제형 정책이라고 할 수 있음⁴²⁾
 - 관리형(management type)은 근로능력 판별을 통해서 수급자 중에서 근로능력자를 선별하고, 이들에게는 자활지원계획에 따른 자활사업에 참여하도록 관리하는 행정 지도형 체계를 의미함. 이러한 형태의 예로 현행 국민기초생활보장제도의 조건부 수급제도(자활사업)를 들 수 있음.
 - 인센티브형(incentive type)은 근로소득에 대하여 재정적인 인센티브를 제

41) 관리형은 제재형과 인센티브형의 성격을 지니고 있으므로 제재형과 인센티브형으로도 구분할 수 있음.

42) 제재형을 다시 분류하면 공공부조 수급자격 제한형, 수급기간 제한형, 현금급여 제한형, 현금급여 수준 제한형으로 나누어 볼 수 있음. 공공부조 수급자격 제한형은 근로능력자에게 공공부조 수급 전 자활사업에 먼저 참여토록하는 형태이고(work first), 수급기간 제한형은 수급자 특히 근로능력자에게 수급기간을 제한하는 형태임. 예컨대, 전 생애에 걸쳐서 5년 이상, 연속해서는 2년 이상 수급할 수 없는 미국의 TANF가 이에 해당됨. 현금급여 자격 제한형은 근로능력자에게는 아예 현금급여를 하지 않는 형태임. 과거의 생활보호제도가 이에 해당됨. 현금급여 수준 제한형은 현금급여 상한액을 현금급여기준선 이하로 설정하는 형태임. NIT(밀튼 프리드만(안))와 현행 국민기초보장제도의 조건부 수급제가 이에 해당됨.

공하는 형태임. 미국 공공부조 프로그램에서의 근로소득공제제, 근로장려세제(EITC), 취업장려금제, 국민기초생활보장제도의 근로장려금제 등이 이에 해당됨

○ 정책방향에 대한 평가 및 한계

- 외국의 2원화된 정책목표(protection 및 activation 강화)는 어느 정도 타당성을 인정받고 있으나,
 - 공공부조제도에 대한 본질적인 한계에 대한 인식이 부족하여 소기의 목적을 달성하지 못하고 있음. 이에 대하여 살펴보면,
- 이상적인 저소득층 소득보장 프로그램은 경제적 효율성(economic efficiency)과 사회적 적절성(social adequacy)을 담보하고 있어야 하고, 근로의욕(work incentive)을 크게 저하시키지 않아야 함.
 - 그러나 세 가지 목표들(경제적 효율성, 사회적 적절성, 근로유인)을 모두 이루는 것은 불가능하며, 어느 하나의 목표를 이루기 위하여 다른 목표가 희생되어야 함(Ozawa, 1978).
 - 이 결과 정책결정자들은 이른바 ‘복지개혁의 철의 삼각(the iron triangle of welfare reform)’으로 불리는 상충적인 3대 정책목표들 간의 딜레마(dilemma)에 처하게 됨(Blank, et al., 1999).
- 근로유인 및 강제정책을 예로 들어 목표 상충성을 살펴보면,
 - 수급자격 제한이라는 극단적인 근로강제 정책은 최저생활을 보장하지 못하는 결과를 초래함. 그러므로 사회적 적절성을 훼손하게 됨
 - 그리고 근로장려금 지원은 이론적인 측면에서 예산대비 그 효과가 미미함. 결국 낮은 근로유인과 높은 경제적 효율성 훼손이라는 결과를 초래함
- 따라서 3가지 목표 상충성을 동시에 고려한 ‘기초보장 급여방식’ 개발이 필요

○ 정점

- 새로운 제도이므로 현재 쟁점이 형성되지 않고 있음.

○ 해외 사례

- 새로운 제도이므로 해외 사례가 없음.

나. 정책목표

○ 기본방향

- 탈빈곤 촉진: 근로능력이 있는 빈곤층에게는 소득보장과 함께 탈빈곤 유도 (activation 강화)
- 최저생활보장 강화: 근로능력이 없는 빈곤층에게는 최저생활보장 강화 (protection 강화)
- 경제적 효율성 담보: 적정수준의 예산으로 최저생활을 보장하고, 근로유인을 도모

○ 개편방향

- 근로무능력자에게는 현행 보충급여 방식 유지하고,
- 근로능력자에 대한 급여방식 변경(보충급여→노동 장려형 급여방식). 현행 보충급여방식(현금급여기준선에서 개별 가구의 소득인정액*을 감(-)하여 지급하는 방식)은 근로소득이 증가하면 급여가 감소하므로 노동 참가 유인이 감소하고, 소득의 하향신고 경향을 증가시킨. 이러한 문제점을 해결하기 위하여 열심히 일하는 자가 더 많은 급여를 받는 노동장려형 공공부조급여제도 도입

* 소득인정액= 소득평가액 + 재산의 소득환산액

소득평가액 = 실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제

재산의 소득환산액 = (재산 - 기초공제액 - 부채) × 소득환산율

다. 개선방안(노동장려형 공공부조 급여제도 도입)

○ 필요성

- 현행 보충급여방식의 경우 근로소득이 증가하면 급여가 감소하므로 노동 참가 유인이 감소하고, 소득의 하향신고 경향을 증가시킴.
- 이를 개선하고자 근로소득에 대하여 기초보장제도와 근로장려세제(EITC)에서 각각 근로장려금을 지급하고 있음.
- 그러나 근로장려금으로는 근로유인이라는 소기의 목표를 달성할 수 없음. 이는 100% 미만의 근로장려금은 소득효과(income effect)와 대체효과(substitution effect) 모두 부(-)로 나타나기 때문임.
- 또한 기초보장 수급자가 수급을 벗어나면 가처분 소득이 오히려 줄어들기 때문에 수급자는 벗어나려고 하지 않고, 차상위 계층은 수급로 진입하려고 함. 현행 제도는 이러한 빈곤함정(poverty trap)이 발생하고 있음.

○ 개선방안: 노동장려형 급여도입 및 근로장려세제(EITC)와 연계

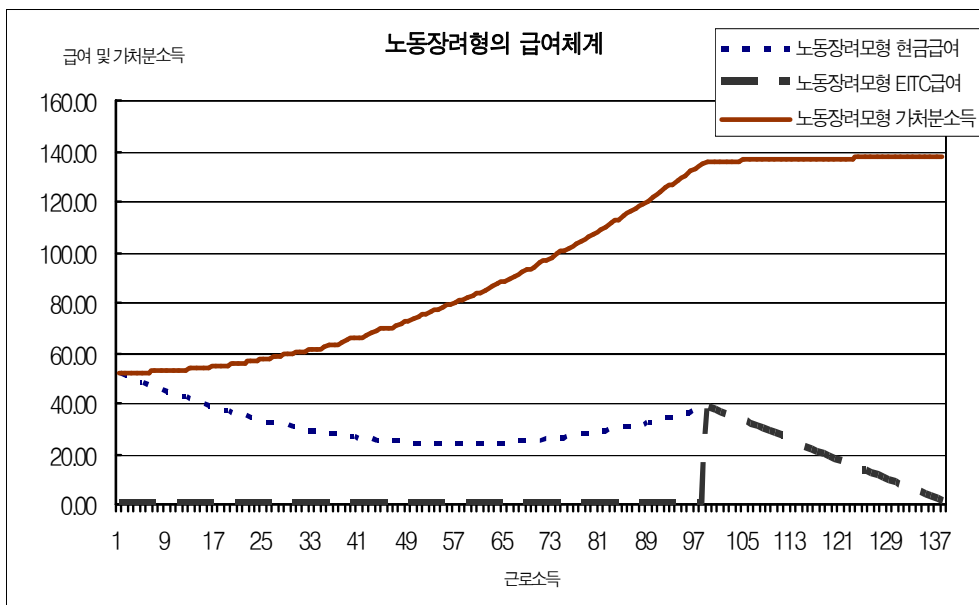
- 수급자에 대한 노동장려형 급여도입
 - 공공부조 수급자 중 근로능력이 있는 가구에게는 새로운 급여모형

$$(CB = (P - EI) + \frac{E^2}{PL} - C)$$
 적용 → 국민기초생활보장법 개정 없이 시행 가능
 (여기서, CB: 현금급여액, P: 현금급여기준선, EI: 소득인정액, E: 근로소득, PL: 최저생계비, C: 조정금액)
 - 동 급여모형은 사회적 적절성을 위한 보충급여액($P - EI$), 근로유인을 위한 노동장려금($\frac{E^2}{PL}$)⁴³⁾, 그리고 경제적 효율성을 담보하기 위한 조정금액(C)으로 구성되어 있음. 따라서 공공부조제도의 목표상충 문제를 상당부분 해결할 수 있음.

43) 양의 대체효과(substitution effect)가 음의 소득효과(income effect)보다 크게 나타날 수 있도록 2차 함수로 구성. 현행의 근로장려금 및 EITC는 1차 함수이므로 보충급여하의 수급자의 경우 시간당 임금률이 감소하여 음의 대체효과와 음의 소득효과가 나타나고 있음.

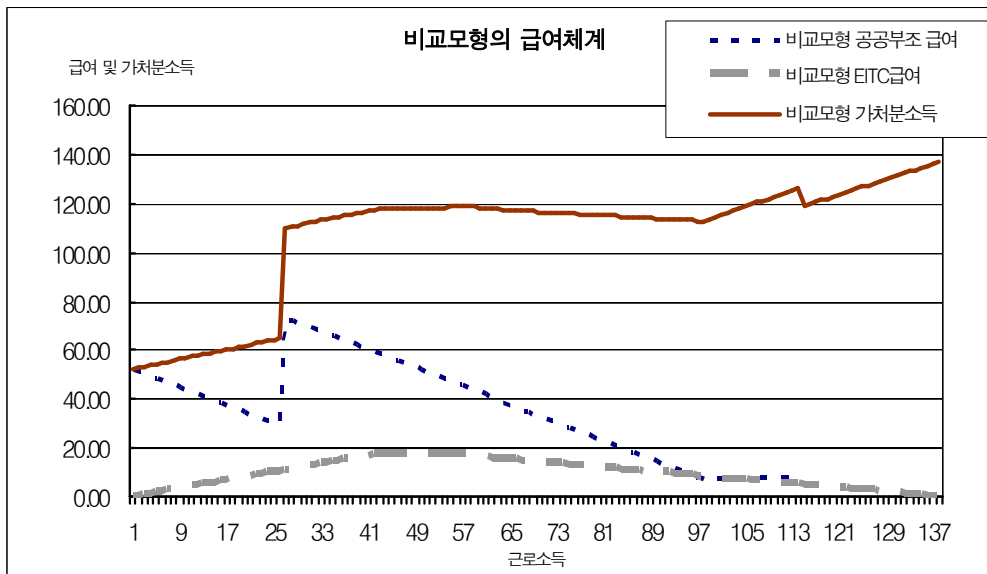
- 동 급여모형에서는 근로소득이 최저생계비의 1/2이상으로 신고하는 경우 급여가 증가하므로(임금률 상승→ 양의 대체효과) 근로유인을 기대할 수 있음.
 - 한편, 근로소득이 최저생계비의 1/2 이하인 경우 자활사업에 참여토록하며, 이 경우 참여하는 경우 근로소득이 최저생계비의 1/2이상이 되므로 급여가 증가하는 구간에 위치하게 됨. 이 결과 1/2이상 구간의 효과와 동일해짐.
- 차상위 계층에 대한 근로장려세제 개선 및 노동장려형 급여와 연계
- 차상위 계층에게는 점감구간의 근로장려세제 급여를 제공(참고, 현행 근로장려세제는 점증구간, 평탄구간, 점감구간으로 이루어져 있음).
 - 이때 기초보장 수급자의 현금급여와 근로장려세제의 급여를 연계하여 가처분 소득이 감소하지 않도록 근로장려세제를 설계→ 근로장려세제관련 법 개정없이 가능

[그림 1] 노동장려형 현금급여와 근로장려세제 연계 모형(2005년 기준)



자료: 김미곤(2010)

[그림 2] 현행 제도에 미국의 근로장려세제를 연계 모형(2005년 기준)



자료: 김미곤(2010)

○ 기존제도의 개선과 노동장려형 공공부조제도 도입간의 비교

- 현재 국민기초생활보장제도의 개선에 대한 논의들이 다양하게⁴⁴⁾ 전개되고 있으나, 여기서는 학계의 일반적인(공통적인) 주장인 ‘기초보장제도의 근로장려금 확대, 근로장려세제(EITC) 적용을 확대’한 기존제도의 개선과 노동장려형 공공부조 공공부조제도를 비교하고자 함.
- 비교의 타당성을 확보하기 위하여 양 모형간의 공공부조 예산은 동일하게 투입.

44) 다양한 논의 중 기존의 통합급여를 개별급여로 전환하여야 한다는 주장도 있음. 그러나 개별도입하는 것이나, 통합급여를 개선하는 것이나 큰 차이가 없으므로 논외로 함.

〈표 1〉 기존제도 확대와 노동장려형 공공부조의 비교

구분		기존제도 확대	노동장려형 공공부조제도 도입
수급 대상		- 기초보장제도: 수급자 - EITC: 수급자, 차상위	- 기초보장제도: 수급자 - EITC: 차상위
자활사업 참여대상		- 주3일동안 18시간 미만 일하는 자, 주4일동안 22시간 미만 일하는 자	- 근로소득이 최저생계비 1/2이하
급여	최저생계비(PL)의 50%미만	- 기초보장 급여감소	- 모형상 기초보장급여 감소 그러나 자활사업 참여하므로 급여증가
	PL의 50%~100%	- 기초보장 급여감소	- 기초보장 급여증가
	PL의 100%~일정범위	- EITC 급여 감소	- EITC 급여 감소
가처분 소득		- 가처분 소득이 감소하다가 급격하게 증가. 그리고 다시 감소 후 증가	- 가처분 소득이 지속적으로 증가

○ 소요예산

- 노동장려형 공공부조제도 도입에 대한 정확한 추가 소요예산(공공부조예산 +EITC 예산) 추계는 현재로서는 불가능. 그러나 4인가구를 대상으로 분석한 연구(김미곤, 2010)에 의하면, 추가소요예산의 대부분이 EITC 확대 예산으로 밝혀지고 있음.
- 동 연구에 의하면, 기초보장제도에서 근로장려금을 약 8%지급하고, EITC를 미국의 제도와 마찬가지로 점증률 42%, 점감률 21%를 지급할 경우의 예산과 동일(참고 우리나라의 경우 2011년 현재 점증률 15%, 점감률 24%).
- 미국의 경우 공공부조에서 근로장려금 지급비율이 30%이상인 점을 감안하면 미국제도를 한국에 적용하는 경우보다 예산이 적게 들어감.

○ 기대효과

- 근로유인(work incentive)을 위하여 기존제도를 개선(근로장려금 지원 확대)하는 경우와 노동장려형 공공부조제도를 적용할 경우를 비교한 연구(김미곤, 2010)를 살펴보면,
- 동일 예산을 투입하는 경우, 기존제도는 근로시간이 감소할 가능성이 높으나, 노동장려형 공공부조제도는 근로시간이 증가하는 것으로 나타남.

- 또한 노동장려형 공공부조제도가 기존제도의 개선보다 각종 빈곤지표(빈곤율, 센지수 등) 개선도가 높음.
- 소득신고의 정확성이 높아질 것으로 기대됨. 노동장려형 공공부조제도의 경우 근로소득을 높게 신고하면 급여가 증가하기 때문임.
- 일선 전담공무원과 수급자의 갈등관계가 협조관계로 전환될 것으로 판단됨. 현재는 전담공무원의 경우 소득을 밝혀야하고, 수급자는 숨기는 것이 이득인 구조(보충급여)이므로 매우 심한 갈등관계에 놓여 있음.
- 탈빈곤 가능성이 높아질 것으로 판단됨. 기존 제도의 경우 수급자의 가처분 소득이 비수급자보다 높으므로 빈곤함정(poverty trap)이 발생하나, 노동장려형 공공부조제도의 비수급자의 가처분 소득이 수급자보다 높음. 따라서 빈곤함정 발생가능성이 상대적으로 낮아, 탈수급에 도움을 줄 것으로 판단됨.

○ 적용의 장애요인

- 국민기초보장제도와 근로장려세제(EITC)가 연계가 될 수 있도록 동시에 개편하여야 함. 그러나 두 제도의 관할은 보건복지부와 국세청임.
- EITC 확대에 필요한 추가 소요예산이 발생. 탈수급 원활화를 위해서는 수급자와 비수급자간의 가처분소득이 역전되는 현상이 없어야 함. 역전되는 경우 빈곤함정이 발생하기 때문임. 소득역전을 없애기 위해서는 근로장려세제(EITC) 확대가 필수적임. 이는 추가 소요예산을 유발. EITC의 확대는 탈수급의 원활화뿐만 아니라, 근로빈곤층(wroking poor)의 근로유인과 소득보장을 위해서도 필요.
- 노동장려형 공공부조제도에 대한 사회적 합의 부족. 노동장려형 공공부조제도는 외국에 없는 제도이므로 이에 대한 사회적 합의를 도출하기 위해서는 후속연구 및 사회적 합의과정이 필요.

라. 입법조치

○ 노동장려형 공공부조제도 도입→ 국민기초생활보장법 지침 개정

마. 연차별 시행계획

○ 노동장려형 공공부조제도 도입은 기존의 보충급여제를 대체하는 패러다임 전환에 가까우므로 이에 대한 기초연구와 시범사업이 필요

구분	2013	2014	2015	2016	2017
노동장려형 공공부조제도 도입					
- 기초연구					
- 시범사업 실시					
- 제도 시행					

10. 자활사업-고용정책 간 연계 확대

자활사업은 2000년 본격 시행이후 근로빈곤층의 취업 및 창업 촉진과 관련해서 많은 성과를 거두었으나, 여전히 취업연계 및 탈수급 성과가 취약하다는 한계를 안고 있다. 그리고 지난 수년간 <고용·복지 연계>를 통한 취업지원에서 많은 성과를 거두었다. 하지만 자활사업과 고용정책 간의 연계를 강화함으로써 정책의 시너지 효과를 높여야 할 필요성이 제기되고 있다.

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황 및 문제점

2000년 제도시행 이후 전체 자활사업 참여자는 지속적으로 증가하여, 2005년 55천명에서 2011년 84천명으로 증가하였다. 하지만 2010년 이전 전체 자활사업에서 고용노동부 자활사업 참여자 규모는 빠른 속도로 감소하여 적절한 사업규모를 유지하지 못하고 있었다. 이는 자활사업이 취업연계와 창업지원 등의 다양한 사업으로 균형발전하지 못해 왔음을 의미하는 것이다. 하지만 2010년 이후 취업성공패키지 등의 사업을 통해 고용노동부의 자활사업 참여자 규모는 증가하는 양상을 보이고 있다.

그리고 자활사업의 성과 또한 서서히 증가하는 양상을 나타내고 있다. 이는 과거 자활사업이 지속적으로 낮은 성과로 인해 비난받아 왔다는 점을 감안하면 고무적인 측면이 있다. 실제 취업·창업을 지칭하는 자활성공율은 2009년을 기점으로 빠르게 증가한 것으로 나타나고 있으며, 이는 자활사업이 취업촉진형 사업으로 개편된 시기 이후라고 말할 수 있다. 참고로 희망리본사업이 도입된 2009년 이후 자활사업의 성공률은 빠르게 증가하는 경향을 나타내고 있다.

<표> 자활사업 참여자 추이와 현황

연도	자활사업 참여자			자활성공률
	한계	보건복지부(A)	고용부(B)	
2005	55,009	53,720	1,289	
2006	59,399	57,425	1,974	
2007	58,356	56,626	1,730	14.0
2008	49,830	48,741	1,089	15.0
2009	77,825	75,675	2,150	16.9
2010	77,639	75,199	2,440	19.7
2011	83,710	75,795	7,915	21.8

자료: 보건복지부, 2011년 주요업무참고자료

자활사업은 취업·창업 등 노동시장진입을 촉진하기 위한 정책적 변화를 추진해 왔고, 그것은 사업참여자의 사업유형별 비중(share) 변화를 통해 잘 나타나고 있다. 2005년~2011년 자활공동체 참여자가 복지부 전체 자활사업 참여자에서 차지하는 비중은 4.29%에서 13.35%로 약 3배가량 증가하였다. 그리고 같은 기간 업그레이드 자활근로사업 참여자 또한 36.6%에서 54.79%로 증가하였다. 반면 근로유지형 자활근로사업 참여자는 53.1%에서 24.88%로 크게 감소하였다. 이는 자활사업에서 상대적으로 노동강도가 낮은 사업의 비율을 낮추고, 취업에 긍정적인 영향을 미치는 사업을 확대하려는 일련의 조치에서 비롯된 것이다.

지난 수년간 자활사업을 둘러싸고 나타난 변화와 성과증대는 보건복지부의 희망리본프로젝트사업과 고용노동부의 취업성공패키지사업의 도입과 그에 따른 노력의 결과로 추정된다. 참고로 이 두 사업의 취업성공율은 연구결과마다 상이하나, 평균 40~60%수준의 성공률을 보이고 있다. 이는 기존 자활사업의 성과에 비해 약 두 배 가량 높은 수준이다.

<표> 취업성공패키지 및 희망리본프로젝트 사업 참여자 수 추이

	취업성공패키지 사업		희망리본프로젝트	
	계획예산	참여자 수	계획예산	참여자 수
2009	12,395	9,831	4,464	2,000
2010	15,062	28,988	4,464	3,261
2011	57,386	77,020	9,022	4,375

자료: 류기락 외(2012), <취업성공패키지·희망리본프로젝트 통합·조정을 위한 운영성과 평가 및 개선방안>

2) 자활사업의 주요 쟁점

자활사업과 고용정책 연계를 둘러싼 쟁점은 다음과 같이 정리할 수 있다. 근로빈곤층 지원정책으로서 자활사업의 발전방향을 둘러싼 쟁점이 그것이다. 자활사업의 취업 및 창업성공률 제고, 더 나아가 탈빈곤·탈수급률 제고를 위해서는 다양한 제도개편 및 사업내실화가 필요하다. 이와 관련해서 지금까지 제시되었던 각종 개편안의 기본방향은 실직빈곤층(미취업빈곤층)의 취업을 촉진하기 위해 초기 사례관리를 강화하고, 정확한 근로능력 및 직업능력 판정을 통해 적절한 자립지원계획을 수립하고, 필요한 다양한 자원은 사례조정회의를 통해 지역사회 내에서 효율적으로 동원하는 것이었다. 실제로 기초생활보장제도 수급자 중심의 자활사업과 새로운 대상자 발굴을 위해 차상위층에 주목하는 취업성공패키지사업은 매우 유사성이 큰 사업이며, 사업성공율에 있어서도 서로 유사한 성과를 나타내고 있다. 이 문제와 관련된 쟁점은 이 두 사업을 보다 유기적으로 연계 또는 통합함으로써 성과를 제고할 수 있다는 점이며, 이를 위해서는 근로빈곤층 소득보장제도를 개편해야 한다는 것이다. 하지만 이는 지난 수년간 쟁점사항으로 남아 있어, 정책적 결단이 필요한 상황이다. 소득보장제도와 관련된 대안은 현재 다음 세 가지로 요약할 수 있다 : 1) 기초보장제도 유자·확충안, 2) 한국형 실업부조제도 도입안, 3) 새로운 근로빈곤층 지원제도(자립촉진지원제도) 도입안이 그것이다.

3) 자활사업의 당면 문제

자활사업과 고용정책 연계와 관련된 문제점으로는 다음과 같이 크게 세 가지로 지적할 수 있다. 첫째, 전달체계 개편작업의 지연이다. 근로빈곤층의 자립을 촉진하기 위해서는 초기 사례관리와 근로능력 및 직업능력판정, 복합적 서비스 제공을 위한 사례조정 등이 중요하다는 폭넓은 공감대가 있음에도 이를 위한 실효성 있는 제도개편 및 전달체계가 강화가 장기간 지연되어 왔다. 이는 제도개편의 시점을 놓침으로서 다양한 우회적 제도들이 생겨나는 계기를 만들어 왔다.

둘째, 공급자 중심의 제도개편 논의방식이 갖는 한계이다. 자활사업의 지난 12년간의 경험은 실직빈곤층이 필요로 하는 다양한 자원을 효과적으로 연계하기 위해서는 특정 공급자원을 가진 부처별로 대상자를 분할 관리하기보다, 통합적으로 관리하고 다양한 서비스를 효과적으로 연계하는 방안을 마련해야 한다는 것이다. 하지만 지금까지도 이러한 개편은 이루어지지 않고 있다. 단적인 예로 자활사업 참여자를 취업대상자 및 미취업대상자로 구분하고, 각 부처가 배타적으로 관리하는 방식은 수요자의 욕구나 효과적인 지원방식과는 별로 관련이 없는 것이다.

셋째, <고용·복지 연계 고리>의 약화 문제이다. 지난 수년간 취업중심 전략을 추진하는 과정에서 각국의 고용연계복지정책이 중시하고 있는 문제의식, 즉 고용과 복지서비스를 연계함으로써 실질적인 탈빈곤을 촉진하는 정책기제가 약화되는 문제가 발생하고 있다. 취업·창업을 촉진하기 위해서는 개인과 가구차원에서 제기되는 다양한 문제를 해결할 수 있는 복합적 접근이 필요하며, 복지서비스 공급을 확대하여 주소득자의 안정적인 취업과 미취업가구의 신규 취업을 촉진하는 정책방향이 확고하게 수립되어야 할 것이다. 하지만 현재 자활사업은 이러한 서비스 연계를 하지 못하고 있는 상황이다.

나. 정책목표

구분	2012년	2017년
지원대상 확대	- 84천명(2011)	- 200천명(2017)
자활성공율	- 21.8%(2011년)	- 40.0%
탈수급율	- 10.0%(2011년)	- 20.0%

주 : 18~64세의 근로능력이 있는 저소득층 중 미취업자의 비율은 약 40%로 추정되며, 이는 2011년 최저생계비 기준 차상위층 이하 근로능력을 156만명으로 가정할 때 차상위 이하 미취업 근로능력자 규모는 약 62만명으로 추정됨. 근로능력자 규모는 복지패널 5차년도 자료(2009년 기준)를 활용하였으며, 2011년 빈곤율은 가계동향조사 자료를 활용.

다. 개선방안

자활사업의 개편방안은 아래와 같이 몇 가지로 제안할 수 있다. 첫째, 근로빈곤층 지원제도 개편이다. 이 개편의 기본방향은 현재 기초생활보장제도 및 기타 사회보험

제도의 사각지대에 있는 근로빈곤층에 대한 지원을 확대하고, 이들의 취업을 촉진하는 방향으로 급여체계와 취업지원 프로그램을 효과적으로 연계하는데 맞추어져 있다. 그에 따른 구체적인 제도개선 과제로는 다음 두 가지를 들 수 있다. 1) 근로빈곤층의 특성에 맞는 소득보장제도를 구축하는 것이다. 이는 현재의 생계급여제도에 근로활동 및 소득증가에 따라 재정적 인센티브를 강화하는 조치를 의미한다. 2) 수급자 특성에 따른 소득기준의 차별화 방안을 채택하는 것이다. 이는 일반노동시장으로의 취업 및 창업지원사업에 대해서는 참여자 선정을 위한 소득기준을 확대하고, 재정일자리사업에 대해서는 현재의 소득기준 등을 유지함으로써 제도의 역동성을 높이는 방안을 의미한다.

둘째, 사례관리 및 근로능력·직업능력 판정체계를 개편하는 것이다. 이러한 개편의 기본방향은 사례관리체계 단일화 및 고용복지서비스 연계의 다양화라고 말할 수 있다. 현재 기초자치단체 차원에서 근로능력이 있는 수급자에 대한 각종 판정체계는 비표준화된 방식으로 운영되고 있다. 따라서 지자체 중심으로 사례관리, 근로능력·직업능력 판정체계를 표준화·단일화하는 조치를 취할 필요가 있다. 또한 취업 및 창업지원서비스 공급기관의 다양화(경쟁 유도)를 유도할 필요가 있다. 공급기관 간의 독점적 사업운영방식이 문제를 야기한 만큼, 지원에 상응하는 성과경쟁을 유도할 필요가 있음을 의미한다.

셋째, 취업중심형 자활사업을 확대해야 한다는 점이다. 이러한 조치는 기초소득보장을 전제로 하는 취업연계사업의 확대를 전제하고 있다. 즉 근로빈곤층에 대한 소득보장의 원칙을 훼손시킨 상황에서 취업지원을 하는 것은 단기적으로 사업성과를 제고할 수 있다. 하지만 역으로 근로빈곤층의 생활여건이 악화되어 다른 문제를 야기할 수 있다는 점에 주의해야 하는 것이다. 이를 전제로 몇 가지 과제를 제안하면, 1) 직업훈련 및 취업연계사업 참여자 대상 최소소득 보장사업을 실시하는 것이다. 2) 현행 취업성공패키지와 희망리본프로젝트의 지원대상을 확대하는 것이다. 3) 성과에 따른 지원 차등화 등 인센티브를 확대하는 것이다.

넷째, 취업 및 탈수급 촉진을 위한 복지서비스 연계를 강화하는 것이다. 전체 근로빈곤층 중 가구여건 등으로 인해 실직 또는 비경황상태에 머물러 있는 집단의 비

중은 매우 높다. 이는 이들의 취업을 촉진하는 것이 근로빈곤가구의 빈곤탈출에 매우 큰 영향을 미치게 된다는 것을 의미한다. 따라서 자활사업은 근로능력자의 취업 여건 개선을 위한 서비스 공급을 확대해야 한다. 이를 위해 추진해야 할 과제는 1) 주거급여와 교육급여 등 이행급여제도를 도입하는 것이다. 엄밀한 의미에서는 개별 급여로의 분리가 필요할 것이다. 2) 사업참여자 대상 돌봄서비스 등 주요 사회복지 서비스 연계를 확대하는 것이다.

라. 입법조치

근로빈곤층 지원제도 개편을 위해서는 국민기초생활보장법 개정 및 신규 법령 제정이 필요하다. 그리고 사례관리 및 근로능력·직업능력 판정체계 개편을 위해서는 국민기초생활보장법, 시행령, 지침을 개정해야 한다. 취업중심형 자활사업의 확대는 법 개정없이 현재의 지침으로도 추진이 가능한 사항이다. 끝으로 취업 및 탈수급 추진을 위한 복지서비스 연계 강화는 국민기초생활보장법 개정 및 자활사업 지침 개정 사항이다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
근로빈곤층 지원제도 개편					
- 기초연구					
- 법령 개정 및 제정					
- 시행					
사례관리 및 근로능력·직업능력 판정체계 개편					
- 기초연구					
- 법령 개정 및 제정					
- 시행					
취업중심형 자활사업의 확대					
- 기초연구					
- 시행					
취업여건 개선을 위한 복지서비스 공급 확대					
- 기초연구					
- 시행					

11. 희망키움통장 확대 등 탈수급 유인 강화

□ 현황 및 문제점

- 기초수급자 중 취업자의 비중은 지속적으로 감소하여 일하지 않는 수급자가 증가하고 있음.
 - － 일하는 수급자의 임시·일용직 비율이 높아 고용형태가 불안하고 고용의 질도 낮음.
- 기초보장수급자에 대한 복지서비스 집중과 통합급여체제로 인해 근로소득 증가 시 각종 지원이 중단됨에 따라, 근로능력이 있는 빈곤층의 근로활동 및 탈수급 유인에 한계
 - － 그 동안 각 부처 복지사업은 자체적인 대상선정 수단과 전달체계가 없고, 예산이 부족하여 가장 손쉽게 대상자로 선정할 수 있는 기초생활보장 수급자 중심으로 집중적인 혜택을 제공해왔으며, 이 과정에서 비수급 빈곤층이나 차상위계층은 대부분 배제되어 왔음.
 - － 이와 같은 기초생활보장제도의 통합급여체계 및 수급자에게 집중된 각 부처별 복지혜택으로 인하여 수급자와 차상위계층 등 비수급 저소득층 사이의 소득역전 현상이 발생하여 상대적 박탈감이 커지고 있으며, 기초생활보장 수급자로 진입할 경우 탈수급을 기피하고 계속해서 수급자격을 유지하기 위해 노력하는 복지의존(welfare dependency) 문제가 대두되고 있음.
 - 소득역전 현상: 수급자가 각종 급여를 수급한 이후 소득수준이 비수급 빈곤층 및 차상위계층보다 오히려 커지는 현상
 - － 탈수급 시 발생하는 급여 및 각종 혜택 감소뿐만 아니라 사회보험료 등 새롭게 발생하는 비용부담이, 근로소득 증가 등으로 탈수급할 경우 발생하는 편익에 비해 크게 나타나는 구조적인 문제가 존재함.
 - 근로능력이 있고 근로여건이 괜찮은 일자리가 주어져도 편익이 월등히 높지 않은 경우에, 가급적 장기간 수급자격을 유지하도록 만드는 유인체

계가 작동함.

- 또한, 기초보장 수급자격과 연계되어 자동적으로 집중 제공되던 약 30~50여 가지 이상의 각종 급여 및 서비스 중단 등으로 인하여 탈수급에 대한 두려움이 존재함.

－ 기초생활보장제도를 포함한 전 부처 복지사업에 대한 선정기준 및 지원수준의 조정을 통해, 수급자에 대한 급여 집중 완화 및 차상위계층에 대한 지원 확대 필요

○ 근로능력이 있고 현재 근로활동에 참여하고 있는 수급자에 대한 근로인센티브 제도가 부족하여 일하는 빈곤층과 일하지 않는 빈곤층에 대한 지원의 형평성 문제가 제기됨.

－ 기초생활보장 급여체계는 한계세율 100%의 보충급여체계가 적용됨에 따라, 근로의욕이 감소하고 근로활동에 참여하더라도 소득신고를 회피하도록 유인하고 있음.

－ 일부 수급자를 대상으로 자활장려금이 적용되고 있으나, 일반노동시장 참여 수급자에 대한 근로소득공제는 법적 근거가 존재함에도 불구하고 소득과약 미비를 이유로 시행되지 않고 있음.

- 그러나, 근로장려세제 시행 후 국세청의 일용근로소득에 대한 소득과약 인프라 개선으로 인해 수급자를 포함한 저소득 근로자에 대한 소득과약률이 제고되고 있으며, 행복e음(사회복지통합관리망) 구축 및 운영 이후 소득과약 자료의 연계시점이 단축되고 활용이 강화됨에 따라 근로유인 제고를 위한 정책조합의 필요성은 더욱 높아진 상황임.

－ 이에 따라, 기초생활보장제도의 급여체계 개편과 더불어 근로소득공제 및 근로장려세제(EITC) 연계를 통한 근로유인형 급여체계를 구축함으로써, 저소득층이 근로활동 참여를 통해 탈수급할 경우 체감하는 손실이 최소화되고 기초보장 수급자격과 상관없이 다양한 급여 및 서비스를 제공받으며 일하는 것이 오히려 유리하도록 개편하는 것이 필요함.

□ 정책목표

- 의료, 교육, 주거 등의 기초적·필수적 복지서비스의 확대를 기초로, 근로활동을 통한 탈수급 및 탈빈곤, 자립, 중산층으로의 계층이동 등 미래의 삶에 대한 비전과 희망을 제시
- 근로활동 참여에 대한 보상과 지원을 통해 근로의욕 및 탈수급, 나아가 자립에 대한 의욕 고취
 - － 근로장려세제와 자산형성지원제도(희망키움통장), 각종 사회보험료 부담 경감 등의 근로빈곤층 대상 정책의 확대 및 연계 강화를 통해 저소득층에 대한 근로인센티브 및 탈 빈곤 가능성 제고
- 탈수급하여 일하는 것이 경제적으로 불리하지 않도록 급여체계 설계 및 각종 서비스 지원
 - － 탈수급이 합리적 선택이 되도록 탈수급 시 가처분소득이 증가하도록 설계
 - － 근로활동 지원을 위한 고용지원서비스와 사회서비스 확대 및 연계 강화

□ 개선방안

- 희망키움통장 확대를 통한 탈수급 촉진 및 자산형성지원 강화
 - － 2010년 시행된 저소득층 자산형성지원제도인 ‘희망키움통장’은, 최근 3개월간 가구 총 근로소득이 최저생계비의 60% 이상인 가구를 대상으로 참여 기회를 제공하고 있으며, 최저생계비 60% 초과 부분에 대한 획기적인 방식의 근로소득장려금 지원 등이 패키지로 구성됨.
 - － 사업 참여가구들이 3년 후 탈수급을 전제조건으로 하여 스스로 참여여부를 결정하고 있으며, 탈수급 성공 시에만 참여기간 중 지급된 근로소득장려금, 적립된 본인 저축액과 매칭금을 지급하여 근로인센티브 제공 및 자산형성 지원을 통해서 탈수급과 탈빈곤 등 자립을 촉진하기 위한 정책수단으로 주목받고 있음.
 - － 그러나, 현재 1만 8천가구 대상으로 제한적으로 운영되고 있으며, 시행 첫 해인 2010년 희망키움통장 사업에 참여한 가구가 본격적으로 탈수급을 시

작히는 2013년 이후 희망키움통장의 확대 개편이 필요함.

- 자활사업 참여자로 대상을 확대하고, 향후 최저생계비 50% 이상 근로소득자에 대하여 추가 확대를 검토함.
 - 특히, 자활사업 참여자 등을 중심으로 적용되는 자활장려금을 근로소득 장려금으로 조정하되, 희망키움통장과 연계하여 자산형성지원 방식으로 변경하여 통합 운영하는 방안 검토
- 희망키움통장의 정책 효과성을 제고하기 위해서, 우선 사업 참여부터 종료 시점까지 3년간 참여유지 비율을 최대한 높이고 탈수급 준비를 지원하기 위한 사례관리 및 교육프로그램 확대 필요
 - 사업 종료시점에 정부지원이 중단되는 것에 대한 막연한 두려움을 해소하고 탈수급 성공률을 제고하기 위해 이행급여를 포함하여 각종 소득보장제도 및 사회서비스와 사전에 연계될 수 있도록 부처 간 협의를 통한 정책 조정 및 일선 사례관리자의 역할 수행 지원
 - 또한, 희망키움통장을 통해 탈수급하더라도 실질적으로 자립할 수 있도록 지원하고 수급자로 재진입하는 것을 예방할 수 있도록 지역자활센터 사례관리자의 탈수급 이후 관리체계 마련
- 희망키움통장 참여기간 연장 및 본인 저축액 선택 범위 확대
 - 자산형성 측면에서 참여기간을 3년에서 5년으로 연장하는 방안 또는 3년 후 탈수급 선택시점에서 2년간 연장하는 방안(3+2)을 검토할 수 있으며, 이것은 사례관리를 통해 참여유지 및 탈수급과 자립을 보다 적극적으로 준비하도록 지원하는 효과를 지닐 수 있음.
 - 또한, 희망키움통장 참여기간 중 본인 저축액 선택 범위 확대(5~20만원)와 함께 이를 상향 또는 하향 조정할 수 있는 기회를 제공하여 사업 참여과정에서 참여가구의 저축 의지 제고

○ 탈수급 시 이행급여 확대 제공

- 현행 이행급여 특례는 희망키움통장, 희망리본사업, 취업성공패키지 참여자 중 탈수급자에 대하여 탈수급 이후 2년 동안 의료·교육급여를 지원하고

있음.

- 이러한 이행급여를 일반노동시장 참여수급자로 확대하여 탈수급 가구 중에서 수급자 재진입 가능성이 낮고 소득과약이 용이한 상시직 취업근로자에 대하여 우선 확대 추진
- 향후, 소득의 안정성 등 일정한 요건을 만족하는 탈수급자로 확대하고 이행급여 적용기간을 다양하게 연장하는 방안 검토

○ 탈수급 가구에 대한 근로장려세제 연계 강화

- 우선, 탈수급 시 근로장려세제의 적용 시차를 감소시키고, 이행급여 지급 시 근로장려세제가 적용되도록 하여 탈수급 시 소득역전을 최소화
- 전년도 수급자로 생계, 주거, 교육급여를 3개월 이상 수급했을지라도 근로장려금 신청시점(매년 5월) 이전에 이미 탈수급한 경우에는 근로장려금 신청 및 수급이 가능하도록 개선하여 탈수급을 유인하고 정책시차를 최소화 함.
- 또한, 전년도에 3개월 이상 수급했을지라도 근로활동에 참여하여 근로장려세제의 수급요건을 충족할 경우에는, 근로장려세제 신청시점 이후 탈수급에 성공할 경우 상시적으로 근로장려금 신청을 받아 지급하거나 다음 년도 신청 시 이를 소급하여 2년간의 근로장려금을 지급하여 탈수급 시 근로장려금에 의한 연계 및 인센티브를 강화함.

□ 입법조치

- 국민기초생활보장제도 급여체계 개편 → 국민기초생활보장법 개정
- 근로장려세제 확대 및 연계 강화 → 조세특례제한법 개정

12. 장애인 자립지원 내실화(장애인활동지원제도)

가. 현황 및 문제점

1) 현황

장애인활동지원제도는 장애인의 활동보조와 요양에 대한 욕구를 동시에 충족시키기 위하여 장애인의 신체활동·가사활동·외출이동 등의 일상생활을 지원하고 간병·간호 등의 전문화된 서비스를 제공하기 위하여 기존에 시행되었던 장애인활동보조사업을 확대하는 형태로 2011년 10월에 도입·시행 중이다. 장애인활동지원제도는 과거의 공급자 중심, 전문가 중심의 규범적 모형에서 소비자 중심, 장애 당사자 중심의 인권적 모형으로의 변화를 반영한 자립생활의 핵심적 서비스로서, 신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회생활이 어려운 장애인에게 자립생활을 지원하고 가족의 부담을 경감시켜 장애인의 삶의 질을 높이기 위함을 목적으로 하고 있다.

장애인활동지원제도의 내용을 구체적으로 보면, 서비스의 대상은 만 6세~만 64세의 장애인복지법상 등록1급 장애인 중 인정조사 결과 220점 이상인 자이며, 급여의 종류로는 신체활동지원, 가사활동지원, 사회활동지원 등의 활동보조서비스, 방문간호서비스 그리고 방문목욕서비스가 있다. 급여량은 월 한도액을 기준으로 할 때, 활동지원등급별(1-4등급)로 기본급여와 추가급여를 합산한 금액으로 산정·지원하고 있다. 이때 기본급여는 성인은 4등급, 아동은 성인의 절반 수준인 2등급으로 구분되어 산정한다. 추가급여는 장애인의 생활 환경 및 자립 활동 등에 따라 산정을 하게 되는데, 추가급여의 사유가 중복적으로 발생하는 경우 모두 산정을 하게 된다. 그리고 활동지원서비스를 받기 위해서는 대상자의 소득수준에 따른 본인부담금을 차등적으로 적용하고 있는데, 즉, 기본본급여의 경우 6%~15%, 추가급여는 2%~5%를 기준으로 차등적용하고 있다. 그러나 원칙적으로 기초생활수급자는 본인부담금이 면제되고 있고, 차상위계층은 2만원 정액으로 정해져 있다. 활동지원서비스는 활동보조, 방문목욕, 방문간호를 제공하는 기관을 통해, 활동보조인, 요양보호사, 방문간호

사 등의 인력에 의해 제공되고 있다. 장애인활동지원서비스를 제공받은 장애인수는 '97년 16천명에서 '10년에는 30천명으로 증가하였고, '12년에는 55천명으로 계획되어 시행되고 있다.

<표1> 장애인활동지원서비스 대상자 수 및 지원액

구분	장애인 활동보조지원사업				장애인 활동지원제도	
	2007년	2008년	2009	2010년	2011년	2012년
대상자수	16,000명	20,000명	25,000명	30,000명	50,000명	55,000명
지원액	296억원	750억원	1,124억원	1,348억원	1,928억원	3,099억원

※장애인활동지원제도 : 2011년 10월부터 시행됨.

2) 문제점 및 쟁점

장애인활동지원제도의 문제점으로는, 등록1급 장애인으로 한정되어 있는 신청자격(대상자), 기본급여의 낮은 최저기준과 생활환경이 미반영된 급여량, 장애유형별 특성 반영이 미약한 수급자격 심의기준, 서비스 질 관리장치 미비, 서비스 제공기관의 운영비 및 제공 인력의 낮은 서비스 단가 등으로 제시할 수 있다.

장애인활동지원제도가 시행되면서 논의되고 있는 주요 쟁점으로는 신청자격, 급여량, 수급자격 심의기준, 서비스 질 관리, 서비스 제공기관 및 인력 등이다. 각 쟁점에 대한 논의를 제시하면 다음과 같다. 신청자격의 경우, 최종중 1급 장애인에게만 신청자격을 부여하고 있는 점이다. 장애인활동지원제도는 별도의 판정체계를 가지고 수급대상자를 선정하고 있으므로 장애등급에 따라 신청자격을 제한하기 보다는 판정체계(인정조사표)에 근거하여 대상자를 선정하여야 한다는 것이다. 급여량의 경우, 현재의 기본급여의 월 한도액이 낮은 수준이며, 추가급여의 경우에는 현재 제시된 내용보다 더 다양한 생활환경 등의 특성이 반영되어야 하며 이에 근거해 지원되어야 한다는 것이다. 특히, 장애아동의 경우 현재 급여량이 성인장애인의 2/1 수준으로 낮은 상태인데 이에 대한 검토도 필요시 되고 있다. 수급자격 심의기준의 경우,

현재의 단일화 된 평가도구를 활용하여 수급자격을 결정하고 있는데, 이는 모든 장애유형의 특성을 반영하는데 한계가 있다는 것이다. 서비스 질 관리의 경우, 현재 제공되고 있는 서비스의 질을 유지할 수 있는 관리장치가 없어 제공 서비스의 질을 담보할 수 없다는 것이다. 서비스 제공기관 및 제공 인력과 관련해서는, 현재 제공기관의 관리운영비가 바우처방식에 따른 수수료에 의해 충당되고 있는데 이러한 지원방식은 기관운영에 많은 제약이 되고 있다. 또한 서비스 제공인력인 활동보조인의 서비스 단가가 서비스 종류에 상관없이 동일한 단가로 설정되어 있어, 업무강도가 강한 업무는 서비스를 기피하는 경향이 발생하고 있다.

3) 외국사례

장애인활동지원제도에서 가장 중요 쟁점이 되고 있는 신청자격의 경우 외국의 사례를 보면 대부분의 국가에서 16세 이상 65세 미만의 대상자를 지원 대상으로 하고 있다. 16세(또는 18세) 이하의 장애아동의 경우 아동복지법 등에서 별도의 활동보조 프로그램을 가지고 있으며, 65세 이상 노인의 경우는 노인복지법 등에 의한 장기요양보호의 대상인 경우 별도의 개호보험법이나 노인요양보호에 관한 법률이 있어서 제도운영상의 연령 규정을 두고 있다. 그리고 신청자격의 경우, 서비스 판정체계(인정조사표)에 근거하여 일정 수준의 서비스가 필요하다고 인정된 자를 서비스 대상으로 선정하고 있다. 따라서 우리나라의 경우도 향후 지원대상자 선정 시 장애등급에 따른 선정 기준 보다는 해당 서비스의 판정체계에 근거한 대상자를 선정하는 방안을 고려하는 것이 필요하다.

<표 2> 외국의 활동보조서비스 신청자격(지원대상)

구 분	서비스의 주요 대상
미 국	16~18세 이상 65세 미만의 장애인(주로 신체장애인 대상)으로서 PAS(Personal Assistance Service)의 자기관리가 가능한 장애인, 주에 따라 연령규정이 다소 차이 있음, 재가생활자 중에서 중증장애인(주당 18시간 이상 PAS 필요성이 있는 자), 지적장애인의 경우 일부 주에서 가족급여실시, 기본적 대상규정은 Medicare 대상자이어야 함

영 국	16세 이상 65세 미만의 중증신체장애인으로 지역에서 자립생활을 하는 장애인, 서비스의 자기 관리능력이 인정되어야 함, 지적 장애인이나 정신장애인은 대상에서 제외(별도 프로그램으로 지원)
캐나다	16세 이상 65세 미만의 중증신체장애인으로 지역에서 자립생활을 하고 있는 자, 월 180시간 PAS가 필요한 장애인이 서비스의 대상, 입소시설 장애인은 대상에서 제외되나 SSLU(그룹 홈이나 케어하우스에 해당)에 살고 있는 장애인은 지원 대상이 됨
스웨덴	PAS(Personal Assistance Service)의 자기관리능력이 있는 신체장애인으로 지역에서 자립생활을 하고 있을 것, 주당 20시간 이상의 PAS서비스가 필요하다고 인정되는 자
일본	18세 이상 65세 미만의 전체 장애인(신체, 지적 장애, 정신장애 등), 지역생활자 및 시설생활자도 대상, 일본 국내에 거주등록을 하고 있는 모든 장애인(외국인도 포함됨, 이 경우 장애판정을 새로 받아야 함)

나. 정책목표

향후 장애인활동지원제도의 대상자 확대를 정책목표로 할 때, 2012년 기준(40,000명)에 따른 2017년의 목표치는 48,500명이다. 구체적으로 2012년 현재 6세 이상 65세 미만의 장애인 중 일상생활시 도움을 필요로 하는 장애인(189,408명)의 21.2%인 40,000명을 기준으로, 2017년에는 4.4% 증가한 25.6% 수준인 48,500명이 목표치가 된다.

<표 3> 2017년 장애인 활동지원 대상자수

구분	2012년	2017년
장애인활동지원서비스 대상자수	○ 전체 장애인으로 확대할 경우 - 대상 장애인수 : 6세 이상 65세 미만 ‘대부분 이상 도움필요’ 장애인 인구(189,408명*) 중 21.2%인 40,000명	○ 전체장애인으로 확대할 경우 - 대상 장애인수 : 6세 이상 65세 미만 ‘대부분 이상 도움필요’ 장애인 인구 중 25.6%인 48,500명

주 * 보건복지부·한국보건사회연구원(2011) 『2011년 장애인 실태조사』. 서울.

다. 개선방안

신청자격의 확대가 필요하다. 도움이 필요한 장애인을 대상으로 한 보편적인 서비

스로서의 활동지원서비스를 제공하며 장애등급 1급의 신청자격과 무관하게 인정조사표에 의한 일정 점수 이상인 자를 활동지원서비스의 대상으로 선정한다. 두 번째로, 급여량 확대가 필요하다. 급여체계 개선을 통한 활동지원 급여를 내실화하고 기본급여의 경우 최저기준의 상향 조정을 통한 급여량의 확대가 필요하고, 추가급여의 경우는 장애유형, 장애정도 및 다양한 생활환경 등을 반영한 추가급여의 신설과 개선을 통한 급여량의 확대가 필요하다. 세 번째로 수급자격 심의기준의 보완이 필요하다. 장애유형별 특성을 고려한 평가도구 마련하며 현재의 단일화된 평가도구에서 장애유형별 특성이 반영된 장애유형별 평가도구를 개발하는 것이 필요하다. 또는 현재의 평가도구에 장애유형별 특성을 반영하여 가점을 주거나 판정 후 점수를 보정하는 방안 등의 마련을 통해 특정 장애유형이 평가도구에 의해 불리해지지 않도록 하는 것이 필요하다. 네 번째로, 서비스의 질 관리가 필요하다. 장애특성을 고려한 욕구 맞춤형 서비스를 제공하여 다양한 서비스 제공기관에서 제공되는 서비스의 질이 일정 수준을 유지할 수 있도록 서비스 질에 대한 관리장치가 마련되어야 한다. 이는 지원서비스에 대한 정기적인 점검 및 평가 등의 방법을 활용하여 수행할 수 있겠다. 다음으로, 서비스 제공기관에 대한 재정지원 및 제공인력의 서비스 단가 개선이 필요하다. 장애인에 대한 전문적인 서비스 제공 및 일자리 창출을 위한 재정을 지원하여 서비스 제공기관에 대한 별도의 운영비를 지원하고 서비스 제공인력의 서비스 단가를 차등화하는 등 개선이 필요하다. 서비스 단가의 경우 시간당 단위 수가를 조정하여 안정적인 서비스 제공시간을 확보할 수 있는 방안을 모색하는 것이 필요한데, 이는 결과적으로 활동보조인들의 급여수준을 올려주는 효과를 가질 수 있으며, 좋은 일자리로서의 의미를 가질 수 있게 될 것이다. 그리고 현재의 활동보조서비스 시간당 수가인 8,300원은 노인장기요양보험의 시간당 수가(10,480원)의 79% 수준으로 향후 동일한 수준이 되도록 단계적으로 인상하는 것이 필요하다.

라. 입법조치

입법조치로는 장애인활동지원 서비스 신청자격을 확대해야 한다(「장애인활동 지

원에 관한 법률 시행령」 개정사항). 또한 급여량을 확대하고 (보건복지부 고시 「장애인활동지원 급여비용 등에 관한 고시」 개정사항), 수급자격 심의기준을 보완해야 한다(보건복지부 고시 「심신상태 및 활동지원이 필요한 정도 등을 평가하는 방법」 개정사항). 서비스의 질을 관리해야 하며 (「장애인활동 지원에 관한 법률」 개정사항) 서비스 제공기관의 재정지원 및 제공인력의 서비스 단가에 대한 지원이 필요하다(「장애인활동 지원에 관한 법률」, 「장애인활동 지원에 관한 법률 시행령」 개정사항, 보건복지부 고시 「장애인활동지원 급여비용 등에 관한 고시」 개정사항).

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
<장애인 자립지원 내실화>					
- 신청자격 확대					
- 급여량 확대					
- 서비스 질 관리(평가: 3년주기)					
- 제공기관 및 제공인력 서비스 단가 지원(인상)					

13. 다층적 장애인 소득보장체계 확립

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황

장애인에 대한 공적소득보장제도는 현재 크게 사회보험방식인 국민연금, 무기여연금인 장애인연금 그리고 국민기초생활보장제도⁴⁵⁾로 구성되어 있다. 장애인에 대한 보편적인 소득보장제도는 1988년 국민연금제도가 도입되면서 시작되었고 2010년에 도입된 장애인연금으로 크게 확충되는 추세이다. 2011년말 장애인연금 수급자는 30.9만명이고 이들 중 기존 대상자였던 기초생활보장수급자와 차상위계층을 제외한 8만명의 중증 장애인이 신규로 장애인연금을 수급하고 있다.

등록장애인 중 과반수 이상이 공적연금에 가입되어 있지 않은데,⁴⁶⁾ 공적연금 가입 추이를 살펴보면 2005년 21.6%에서 2011년 40.1%로 증가하는 추세다. 특히 국민연금 가입이 20.8%(2005년)에서 32.9%(2011년)로 크게 증가하고 있다.

장애인은 비장애인에 비해 노동시장에 참여하기 어려우며 노동시장에 참여하더라도 소득수준이 낮은 상황이다. 2010년 장애인경제활동실태조사에 따르면 장애인의 경제활동참가율은 38.5%, 실업률 6.6%, 고용률 36%로 전체인구(경제활동참가율 61.9%, 실업률 3.2%, 고용률 60%)에 비해 노동시장참여가 현저히 낮다. 2011년 장애인실태조사에서는 장애인 가구의 월평균 소득은 198만원으로 전국 월평균 가구 소득(2011년 기준 337만원)의 54% 수준으로 나타났다.

중증장애인은 경증장애인에 비해 노동시장 조건 및 소득수준이 열악하다. 2010년 장애인경제활동실태조사에서 중증장애인은 경제활동참가율 20.2%, 실업률 11.8%, 고용률 17.8%로, 경증장애인의 경제활동참가율 47.8%, 실업률 5.4%, 고용률

45) 장애인연금을 수급하면서 최저생계비에 못 미치는 가구는 국민기초생활보장제도를 통해 최저생계비는 필수적으로 보장하고 있음.(장애인연금액은 국민기초생활보장제도의 소득평가액 산정시 제외)

46) 장애인은 노인보다 소득수준은 열악하고(39.5만원 대비 58.4만원) 생활비용은 추가로 지출되는 것으로 조사되었음.(김성희 외(2012) 『2011년 장애인 실태조사』 보건복지부·한국보건사회연구원)

45.2%에 비해 더욱 열악하다. 2011년 장애인실태조사에 따르면, 월평균 가구소득 역시 193.7만원으로 경증장애인 200.2만원에 비해 낮게 나타나고 있다.⁴⁷⁾

2) 문제점 및 쟁점

우리나라의 장애판정기준은 의학적 상태만 고려하여 엄격하게 적용하고 있고 장애범주도 선진외국에 비해 상대적으로 좁게 적용하고 있다. 이로 인해 2011년 기준 장애출현율은 전체 인구대비 약 5.6%로 OECD 평균인 13.8%의 절반에도 미치지 못하는 것으로 나타났다.⁴⁸⁾

공적소득보장제도의 장애급여가 전체 중증장애인의 절반 정도를 포괄하는 선진외국⁴⁹⁾과 비교해도 우리나라의 공적소득보장체계는 장애인 소득보장에 있어 그 역할이 취약한 상태이다. 도입된 지 24년이 지난 국민연금은 76천명(2011.12)의 장애인에게 장애연금으로 월평균 40만원 지급하고 있는데 우리나라 전체 장애인(2011년 2,683천명) 대비 2.8%, 18세 이상 중증장애인 대비 8.3%에 불과하다. 장애인연금은 급여수준⁵⁰⁾이 낮아서 장애인의 빈곤완화에 크게 기여하지 못하고 있는 상황이다.

장애인연금제도는 기존의 국민기초생활보장제도와 국민연금 장애연금과의 사각지대 일부를 해소한다는 측면에서 의미가 있으나, 사회보험방식의 국민연금제도와 무 기여방식의 장애인연금과의 역할분담이 명확하지 않는 등의 문제점을 내포하고 있다. 장애인연금은 기초노령연금제도와 마찬가지로 제도적 성격의 모호성을 내포하고 있으므로 장기적인 관점에서 국민연금 장애연금과의 관계를 재정립할 필요가 있다. 국민연금 장애연금의 특성을 고려하여 장애인연금제도의 역할을 명확하게 하지 않는다면 오히려 장애인 계층간 소득격차를 키움으로서 복지제도의 재분배 효과를 저하시킬 위험이 있다.

47) 김성희 외(2012) 『2011년 장애인 실태조사』 보건복지부·한국보건사회연구원

48) 고용개발원(2011) 『2011 장애인고용통계』 한국장애인고용공단.

49) 독일, 미국, 캐나다, 일본 사례 참조

50) 2012년 장애인연금 예산기준으로 지급대상은 ‘중증장애인(582천명)’의 56%인 326천명이며 예산총액은 4,378억원(이중 국고부담액은 2,987억원)이며 1인 기준 장애인연금 기초급여는 월 94,600원임.

한편 장애인연금의 부가급여는 장애로 인한 추가비용지출에 대한 보전에 그 목적이 있다. 장애등급 및 장애유형별로 발생하는 추가비용이 다름에도 불구하고 장애등급과 상관없는 소득유형(기초생활보장제도 수급자, 차상위계층, 차상위초과자 등)에 따라 차등지급하고 있다.

현재 부가급여는 단순히 장애인연금제도 도입에 의해 기존 장애수당과 장애인연금 기초급여와의 차액 지급하고 있는데, 현행 체계를 유지하면서 향후에 장애로 인한 실제추가비용의 상당수준을 보전할수 있는 수준으로 부가급여를 인상한다면 문제가 더욱 심화될 것으로 예상된다. 또한 부가급여체계의 복잡성으로 인해 65세 이상인 경우에는 보장시설수급자와 경증장애수당과 비교시 소득역진문제가 발생하고 있다.

장애인연금의 기초급여를 향후에 기초노령연금과 동일하게 인상할 경우 부가급여 체계 및 급여수준에 대해서도 추가로 검토할 필요가 있다. 기초노령연금과 마찬가지로 현재 국민연금 급여산식 A값의 5%에서 10%로 2배로 기초급여를 인상한다면 기초급여와 부가급여를 합산한 금액을 고려하여 조정하는 등의 방향을 검토해 볼 수 있다. 반면 소득보전을 위한 기초급여와 장애로 인한 추가비용지급에 그 목적이 있는 부가급여의 원래 취지를 고려하여 기초급여를 인상하더라도 이와 관계없이 부가급여를 자체적으로 인상해야 한다는 의견도 제기되고 있다.

장애인연금의 부가급여 대상자 및 급여수준에 대한 보다 명확한 기준과 추가지출 비용을 상당 수준 보전할 수 있도록 점진적으로 인상하는 방안을 검토할 필요가 있다. 이 때 부가급여가 장애로 인한 추가비용에 따라 결정되므로 실제추가비용에 대한 보다 명확한 기준 및 실태조사를 해야 할 것이다. 향후 기초급여를 인상할 경우에 대비하여 부가급여의 성격과 기능에 맞게 대상자 선정기준과 급여수준 조정방식 등을 함께 검토할 필요가 있다.

장애인연금 소득인정액 산정시 사적이전소득은 추정의 형식이며, 기초노령연금은 사적이전소득이 없고 국민기초생활보장제도는 가구 소득 이외의 사적인 지원을 반영하고 있다. 장애인연금은 기본적으로 개인 및 부부 단위로 대상자를 선정하는데⁵¹⁾ 사적이전소득이 높은 가족 구성원(부모 등)으로 인해 과보호 혹은 탈락자가 발생할

수 있다.

한편 국민연금의 장애연금은 장애발생시 제도가입여부⁵²⁾, 최소 1개월 이상 보험료 납부 및 보험료 고지기간의 2/3를 납부해야만 장애연금을 수급할 수 있으며 선천적 장애인은 국민연금을 수급하는데 한계가 있다.

나. 개선방안

국민연금의 장애연금과 장애인연금 대상자 확대를 위해 의학적 상태 뿐 아니라 근로능력 등의 사회적 장애개념의 장애판정기준을 적용하여 장애범주를 확대하고 장애인연금 대상자 선정시 소득자산 조사 요건을 완화할 필요가 있다.

장애인연금의 기초급여를 인상할 필요가 있는데, 국민연금과 기초노령연금과의 재구조화 및 향후 기초노령연금연금액 인상⁵³⁾을 고려하여 기초급여 인상을 검토해야 할 것이다.

장애로 인한 추가비용지급에 그 목적이 있는 부가급여의 원래 취지를 고려하여 기초급여 인상과 관계없이 부가급여를 인상할 필요가 있다. 장애인연금의 부가급여 대상자 및 급여수준에 대한 보다 명확한 기준과 추가지출비용인 23.6만원⁵⁴⁾을 상당 수준 보전할 수 있도록 점진적으로 인상하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 부가급여가 장애로 인한 추가비용에 따라 결정되므로 추가비용에 대한 보다 명확한 기준 및 실태조사가 필요할 것이다.

장애인연금 부가급여체계를 개선할 필요가 있는데 먼저 장애등급별로 장애인연금의 부가급여를 차등지급하는 방안에 대해 검토할 볼 필요가 있다. 장애로 인한 추가비용지출에 대한 보전이라는 본연의 목적에 맞게 부가급여를 장애등급별(또는 장애

51) 본인과 배우자의 경제적 수준만 평가하여 장애인연금을 지원함으로써 국가와 사회의 공적부양기능 강화를 꾀하려고 하였음.

52) 과거에 국민연금 가입이력이 있더라도 장애발생시 적용제외일 경우에는 장애연금을 수급할 수 없음.

53) 현재 국민연금 급여산식 A값의 5%에서 2028년 10%까지 인상할 예정임.

54) 생활비용으로 지출하는 각종 의료비, 교통비, 재활치료비 등으로, 매월 평균 23.6만원을 추가 소요하는 것으로 조사됨.(김성희 외(2012) 『2011년 장애인 실태조사』, 보건복지부·한국보건사회연구원)

유형)⁵⁵⁾로 지급하는 방안으로, 장애등급 및 장애유형별로 발생하는 추가비용이 다르므로 중증장애의 장애등급인 1급, 2급, 3급 중복장애에 따라 차등지급하는 방안이다.

장애인연금 소득인정액 산정시 장애인연금의 특수성을 고려하여 사적이전소득을 미반영하는 방안을 검토할 필요가 있다. 개인 및 부부 단위로 대상자를 선정하는 장애인연금 특성상 사적이전소득이 높은 가족 구성원(부모 등)으로 인해 비수급자가 발생하지 않을 것으로 기대된다.

한편 장애인연금 지출에 대한 국고보조를 지역자치구별로 차등지원할 필요가 있는데, 평균보조율 인상 및 장애인 수와 장애인연금 수급률, 자치구의 예산정도 등을 고려하여 차등보조하는 방안을 검토해볼 수 있다.

국민연금의 장애연금은 장애발생시 가입여부 및 본인의 기여 등의 수급조건을 완화하고 선천적 장애인에 대한 특례장애연금제도를 도입할 필요가 있다. 구체적으로는 국민연금 적용제외자라도 장애발생시 연금지급 및 보험료 2/3 완납하지 않더라도 장애연금을 지급하는 방안과 선천적 장애인이 일정기간(10년 또는 20년)을 가입할 경우 장애연금을 지급하는 특례장애연금제도 도입을 검토해 볼 수 있다.

다. 입법조치

- 장애인연금법 국민연금연금법 국민기초생활보장법 장애인복지법 개정

55) 부가급여 지급기준을 장애등급 혹은 장애유형으로 할 수 있으나, 장애유형을 반영하여 부가급여를 지급할 경우 업무의 과다 및 혼란이 가중될 가능성이 있음.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
국민연금의 장애연금과 장애인연금 대상자 확대					
- 사회적 장애개념을 반영한 장애판정기준에 대한 기초연구					
- 장애판정기준 개선안 마련					
- 장애판정기준 개선안 적용					
- 장애인의 소득자산조사 요건 완화방안 검토					
- 장애인의 소득자산조사 개선안 마련					
- 장애인의 소득자산조사 개선					
장애인연금 기초급여 인상					
- 기초노령연금액 인상안 마련					
- 장애인연금 기초급여 인상					
장애인연금 부가급여체계 개편					
- 장애등급별 장애인연금의 부가급여 차등지급에 대한 기초연구					
- 장애등급별 장애인연금의 부가급여 차등지급 시행안 마련					
- 장애등급별 장애인연금의 부가급여 차등지급 시행					
- 장애인연금 부가급여 인상안 마련					
- 장애인연금 부가급여 인상					
장애인연금 소득인정액 산정시 사적이전소득 제외					
- 사적이전소득 제외에 대한 기초연구					
- 사적이전소득을 제외한 장애인연금 소득인정액 산정방식 검토					
- 사적이전소득을 제외한 장애인연금 소득인정액 산정방식 개선안 마련					
- 사적이전소득을 제외한 장애인연금 소득인정액 산정방식 시행					
장애인연금 국고보조 차등지원					
- 국고보조 차등지원에 대한 기초연구					
- 국고보조 차등지원 시행안 마련					
- 국고보조 차등지원 시행					
국민연금의 장애연금 제도개선					
- 국민연금의 장애연금 수급조건 완화 시행령 마련					
- 국민연금의 장애연금 수급조건 완화 시행					
- 선천적 장애인에 대한 특례장애연금 도입에 대한 기초연구					
- 선천적 장애인에 대한 특례장애연금 도입안 마련					
- 선천적 장애인에 대한 특례장애연금 시행					

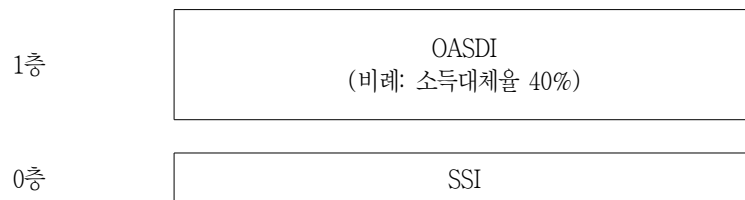
※ 장애인의 소득보장체계 해외사례- 미국, 캐나다, 일본, 독일

□ 미국

○ 장애인소득보장제도 개관

- 미국의 장애인소득보장제도는 크게 우리의 국민연금에 해당하는 OASDI와 부조제도인 노인·장애인 보충적소득보장제도 SSI(Supplemental Security Income)로 구성
- 국민연금은 피용자와 자영자 등 전경제활동인구를 포괄하는 보편적 제도이며,
 - 보충제도는 저소득 장애인이나 노인에게 보충적 급여를 지급하는 제도 (우리의 기초생활보장제도에 해당)

[그림] 미국의 장애인 소득보장체계



○ 국민연금 장애연금의 수급요건

- (연령 및 장애요건) 노령연금 수급개시연령(66세) 이전에 장애발생하고, 육체적 및 정신적 질환으로 기초적 소득('10년 월 1,000달러)조차도 취득할 능력이 없는 경우 장애가 인정
 - 다양한 장애등급 구분은 없으며 완전장애만 인정
- (보험료납부요건) 최근 가입·납부이력요건과 최소가입기간 요건으로 구성
 - 후자의 경우 각 연령별로 연금가입가능기간을 고려하여 각 연령별 최소

가입기간을 다르게 설정(최소 6분기, 최대 40분기)하고 있음.

- 전자의 경우도 일정 연령대별 달리 설정. 31세 이후의 경우 장애발생직 전 10년 동안 최소 5년 이상의 가입 요구

— (소득활동요건) 월 1000달러 이상의 소득이 있는 경우 장애연금 미지급

○ 장애연금의 급여수준

— OASDI 장애연금은 40년 가입의 완전노령연금에 준하는 수준으로 보장

- 장애연금은 생애평균소득월액 × 소득구간별 지급율로 산정하며,
- 생애평균소득월액은 21세이후 부터 장애직전까지의 총소득을 21세부터 장애 시까지의 물리적 가입가능기간으로 나누어 산정. 단, 그 중 소득이 낮은 5년은 제외 가능

$[\text{연금산식}] \text{ 연금액(월)} = \$711 \text{ 이하 소득} \times 0.9 + (\$711 \sim \$4,288 \text{ 소득}) \times 0.32 + \$4,288 \text{ 초과소득} \times 0.15$
--

* 이때 소득이란 개인별 생애평균소득월액을 말함

— OASDI는 40년 가입 평균소득자 기준 40%의 소득대체율을 보장하므로 가입연당 지급률은 1% 수준임.

— 국민연금의 장애연금은 우리나라와는 달리 노령연금 지급연령에 도달하면 자동으로 장애연금으로 전환됨.

○ 최근개혁동향 및 시사점

— OASDI 장애연금은 미국 장애인 소득보장에서 중추적 역할을 수행하며, SSI는 제한적이고 보완제도로서의 역할이 부여된 형태로 두 제도간 역할 분담이 이루어지고 있음.

— 왜냐하면 '09년 전체 중증장애인 중 OASDI 수급자가 43%, SSI가 16%를 차지하고 있음. 나머지는 40% 중증장애인은 소득활동 등으로 수급대상에 제외

- OASDI 수급자는 SSI를 동시에 수급할 수 있는데, 그 중복수급자 비중은 약 20% 수준임.

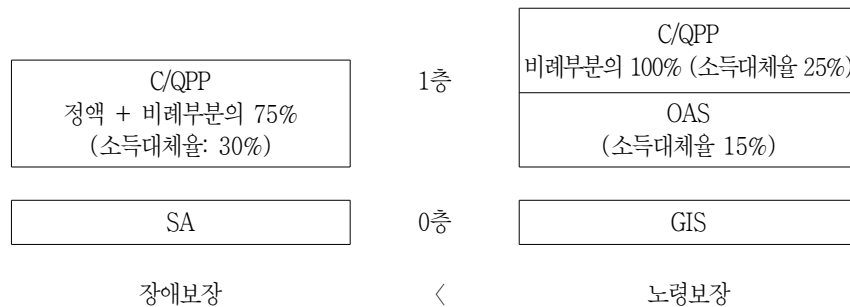
— SSI 장애급여는 OASDI 장애연금과 동일하게 65세 이전까지만 지급됨.

□ 캐나다

○ 장애인소득보장제도 개관

- 캐나다의 장애인소득보장은 크게 연방정부차원의 소득비례연금(CPP/QPP)와 주정부 차원의 장애인 기초생활보장제도(SA: Social Assistance)으로 구성
- 특히 대부분의 다른 선진국가와는 달리 캐나다의 경우 장애인 소득보장은 노인소득보장(기초연금 OAS와 GIS가 추가적으로 더 있음)에 비해 상대적으로 취약한 점이 특징임.

[그림] 캐나다의 장애보장과 노령보장 체계 비교



○ 장애연금(CPP/QPP) 수급요건

- (연령요건) 65세 미만
- (장애요건) 장애는 미국과 유사하게 기본적 생계수단('09년 월908달러) 획득에 필요한 정상적인 근로가 불가능할 정도로 심각하고(severe) 장기적으로(prolonged) 지속되거나 사망에 이를 정도인 경우에만 인정
 - 장애등급의 세분화가 이루어지지 않고 있으며, 완전장애만 인정
- (보험료납부요건) 최근의 보험료납부요건만 요구
 - 최근 6년중 연간 \$4,400 (> 부과소득하한인 3,500달러) 이상의 소득에 기초하여 4년 이상 보험료납부
 - 단, 25년 이상 장기 납부한 경우 최근 6년간 3년 이상 납부로 수급요건

이 완화(2007년 개정사항)한 예외규정이 있음.

- (소득요건) 월 908달러 이상의 소득이 있거나 있을 가능성이 있으면, 연금 미지급

장애연금의 급여수준

- CPP/QPP 장애연금은 균등부분(정액)과 비례부분으로 구성. 균등부분은 '09년 \$424.33(A값의 11.7%), 비례부분은 노령연금의 75%.
 - 노령연금의 소득대체율이 25%이므로 장애연금의 대체율은 이의 75%인 18.8%. 균등과 비례부분의 합산 소득대체율은 약 30%임.
- 생애평균소득은 18세~장애까지의 합산소득(노령연금의 경우 퇴직시점까지 고려)을 18세~장애까지 가입가능기간으로 나누어 산정
 - 다만, 7세 미만 자녀의 양육기간, 장애연금수급기간, 가입가능기간의 15%는 가입가능기간에서 제외(drop out period) 가능

○ 장애인소득보장에서 국민연금 장애연금의 역할

- 국민연금인 CPP/QPP는 캐나다에서 장애인 소득보장에 있어 중추적인 역할을 수행
 - '09년 기준 중증장애인 중 국민연금 장애연금수급자의 비중은 38% 수준
- 공적연금의 미진함(사각지대)는 주정부 차원에서 제공하는 장애인을 위한 기초생활보장제도(SA)에 의해 보호 제공

□ 일본

○ 장애인 소득보장제도 개관

- 일본의 장애인소득보장체계는 크게 공적연금(기초연금+비례연금)과 무기여 복지연금 그리고 생활보호제도로 구성
- 복지연금은 1959년에 일몰제도로 도입하였으나, 1986년 기초연금을 도입하면서 20세전 선천성 장애인에 대해서만 복지연금 계속지급

[그림] 일본의 장애인 소득보장제도

1층	후생연금의 비례장애연금 (소득대체율 27.5%)
	기초연금의 장애연금 (소득대체율 25%) / 장애복지연금(선천성 장애)
0층	생활보호제도

* 소득대체율은 완전장애기준임.

○ 국민연금 장애연금의 수급요건

- (연령요건) 기초연금의 경우 20~65세 전에 장애발생, 후생연금의 경우 65세 전 장애발생
- (장애요건) 일상생활능력 등을 기준으로 2등급(기초) 내지 3등급(후생연금)으로 구분, 1~2등급까지는 두 제도간 동일하고 장애기준도 동일
- (보험료납부요건) 기초연금의 경우 보험료납부기간(보험료면제기간 포함)이 20세 이후부터 장애발생일까지 기간의 2/3 이상에 달할 것을 요구
 - ※ 20세전 선천성 장애인을 위한 장애복지연금은 납부요건 대신 소득조사 전제
 - 후생장애연금의 경우 가입중 요건 + 기초연금의 장애연금 수급요건 충족 요구
- (소득요건) 우리나라와 유사하게 두지 않고 있음. 즉, 장애인의 소득활동여부에 관계없이 장애연금 지급

○ 장애연금의 급여수준

- 기초연금의 장애연금은 완전기초정액을 기본액으로 하며, 1등급의 경우 기본액의 125%, 2등급은 100%를 지급
- 후생연금의 경우도 장애 1등급의 경우 기본연금액의 125%, 2~3등급의 경

우 동일하게 100% 지급

- 기본연금액은 가입기간 및 소득에 비례하며, 가입기간이 25년(300개월) 미만 가입자의 경우 25년을 가입한 것으로 간주하여 산정
- 2등급과 3등급간에는 기본지급율에서는 차등을 두지 않지만 피부양자연금에서 차등을 둠(즉, 3급의 경우 피부양자연금이 없음)

○ 최근개혁 동향 및 시사점

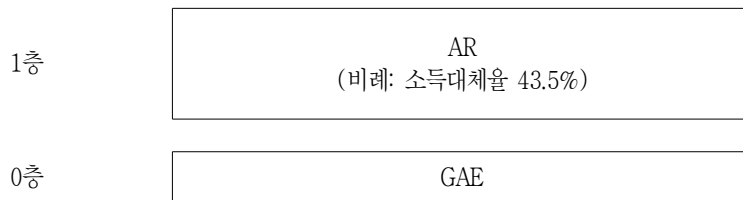
- 일본은 기초+비례연금의 공적제도가 주축이 되어 장애인에게 보편적 소득 보장 제공
 - 게다가 종전의 일몰제 장애인복지연금, 1986년에 도입된 20세 미만 선천성 장애인에 대한 복지연금이 공적연금의 사각지대 보완
 - 일본의 경우 공적연금제도(장애인복지연금수급자 포함)는 전체 중증장애인의 약 50%를 포괄
- 이로써 최후의 사회안전망인 생활보호제도는 그 역할이 미미: '10년 전체 인구의 약 1.1%인 180만명 정도가 생활보호 대상이고 신체장애인의 경우 3.6%만 그 대상
- 중요한 점은 복지연금이 기여연금과 서로 배타적으로 도입 운영되고 있어 역할분담이 명확하다는 점임.
- 일본의 경우 장애연금 수급권이 매우 제한적으로 발생되기 때문에 장애연금을 통한 장애인의 소득보장에 한계가 있음. 또한 직접적인 소득보장 정책보다는 적극적인 노동시장 정책을 통해 장애인의 경제적 자립을 강화하는 정책을 강조하고자 함.
 - 장애인의 노동시장 복귀와 관련하여 장애판정 체계의 개선 또한 검토되고 있는데 장애연금 선정기준에 의료적 심사와 함께 근로능력에 대한 검사도 병행될 필요가 있음.

□ 독일

○ 장애인 소득보장제도 개관

- 독일의 장애인 소득보장제도는 크게 우리의 국민연금에 해당하는 일반연금 (Allgemeine Rentenversicherung: AR)과 우리나라의 기초생활보장제도에 해당하는 노인·장애인기초보장제도(Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung: GAE)로 구성
- 국민연금은 피용자를 중심으로 적용하고 있으며, 실질가입자의 규모가 경제활동인구의 85%를 포괄할 정도로 보편적임.
 - ※ 피용자연금제도인 일반제도 외에도 우리의 특수직역연금에 해당하는 제도로는 공무원부양제도, 농어민노령부조제도 그리고 광부연금 등이 있음.
- 노인·장애인기초보장제도는 국민연금의 장애연금을 수급하더라도 최저보장이 되지 않을 경우 보충적으로 지급되는 부조제도임.
 - 보편적 생활부조제도가 있지만, 노인장애인기초보장제도의 급여를 수급하는 경우에는 생활부조제도의 급여를 수급할 수 없음.

[그림] 독일의 공적 장애인 소득보장체계



* 소득대체율은 40년 가입의 완전장애기준임.

○ 국민연금 장애연금의 수급요건

- (연령 및 장애요건) 65세 이전에 장애가 발생하고, 장애요건에 해당되어야 함.
 - 장애등급은 완전장애와 부분장애로 구분됨. 장애등급은 근로능력을 기준으로 판정하며 ‘근로가능시간’을 기준으로 일 3시간 미만 근로가 가능한

경우 완전장애, 3~6시간 미만으로 가능한 경우 부분장애로 인정

- (가입요건) 또 최소가입기간 요건(5년 이상 가입)과 최근의 보험료납부요건(장애직전 최근 5년 동안 3년 이상 가입)을 충족해야 함.
 - 다만, 학업, 근로불능 등의 기간은 ‘5년’ 기간에서 제외해 주고 있으며, 산재장애나 군복무 중 장애 또는 학업종료 후 조기장애 등 특수한 경우에 대해 위의 두 요건을 크게 완화한 규정 적용
 - 이러한 가입요건을 충족하지 못한 후천성 장애인 혹은 장애요건을 원천적으로 충족하지 못한 선천성 장애인의 경우에는 20년 이상 가입하는 경우 장애연금을 지급하는 특례제도도 운영하고 있음.
- (소득요건) 장애연금수급자가 소득활동을 하여 전가입자 평균소득 이상을 벌어들이는 경우 연금지급은 중지됨.
 - 나아가 개인의 소득이 전가입자평균소득 미만을 벌어들이는 경우에도 일부연금액이 감액될 수 있음.

○ 국민연금 장애연금의 수준

- 완전장애의 경우 기본연금액의 100%, 부분장애의 경우 50%만 지급함. 장애의 83%는 완전장애자임.
- 기본연금액은 가입기간 × 가입년당 지급율(약 1.1%)로 산정되며, 가입기간은 장애직전까지 실가입기간(크레딧기간 포함)과 장애시점부터 60세까지의 ‘가상가입기간’을 100% 고려하여 산정
 - 가상가입기간에 대한 소득은 장애전 취득한 생애평균소득 적용
- 장애연금은 기준노령연금지급연령(65세)까지만 지급되며, 그 이후에는 노령연금으로 자동 전환

○ 최근개혁동향 및 시사점

- 국민연금의 장애연금이 독일 장애인소득보장의 중추적 역할을 수행하고, 범주형 기초보장인 GAE는 극히 ‘보완적’ 역할 수행하도록 설계
- GAE는 국민연금 장애기준으로 중증(완전)장애에 해당하는 18~65세 미만 저소득 장애인에게 최저수준을 보장하는 급여 지급

- '07년 장애연금수급자는 158만명, GAE 수급자는 31만명으로 전체 중증장애인의 2/3를 공적제도에서 보장
- 기타 공적제도에서 보장을 받지 못하는 사람은 경제활동에 종사하는 사람임.
- 또 독일은 일정수준 이상의 소득이 있는 경우 국민연금 장애연금 수급대상에서 배제되므로 모든 중증장애인이 공적소득보장의 대상이 되지는 않음.

14. 장애인 직업재활지원 및 일자리 확대

□ 현황 및 문제점

○ 장애인고용률 정체

- 장애인고용률⁵⁶⁾은 11년 기준으로 다소 상승하였으나 2011년 장애인실태 조사에 의하면 장애인 실업률은 통계청이 발표한 전체 인구 실업률 3.2%에 비해 2.4배 높은 7.8%임.
- 장애인 의무고용 사업체의 장애인 근로자는 증가했으나, 대상 사업체의 절반정도가 고용의무를 미이행하고, 대기업일수록 장애인 고용이 저조한 문제점이 있음. 대기업은 적정인력의 부족, 산재발생위험, 편의시설 설치비용 및 고용관리의 어려움을 이유로 고용이 오히려 저조함.
- 2010 경제활동인구연보의 통계청(2011)자료에 의해 장애인취업분야를 살펴보면 단순노무직(30.1%), 기능원 및 기능종사자(12.5%), 농어업(12.2%), 판매종사자(8.2%) 그 외 전문가 및 전문직 관련 종사자(7.15), 관리자(4.1%)로서 장애인들의 고용의 질이 낮은 것을 알 수 있음. 일용 및 임시 근로 유형이 높아지고 있는 추세임.
- 장애인 고용 유형 중 단순노무직비중이 높아 고용의 취약계층이 속해 있음. 이러한 문제점은 장애인들에게 고등교육 혜택 증가 및 직업훈련기관들의 역할 강화를 통해 근본적인 해결책을 필요로 함.

○ 중증장애인고용 배제

- 2011년 장애인실태조사에 의하면 중증장애인 고용률은 16.3%로 경증장애인 고용률은 41.1%로 중증장애인고용률은 여전히 현저히 낮은 것을 알 수 있음. 중증장애인의 경우 더블카운트 미적용 시 고용률은 더 낮아 실제 중증장애인 고용은 어려운 것이 현실임.

56) '11년 말 국가·지방자치단체(장애인공무원 18,141명: 고용률 2.52%), 공공기관(장애인근로자 7,427명: 고용률 2.72%) 그리고 민간기업 장애인고용률은 의무고용대상(50명이상)기업의 고용률은 2.22%, 1,000명 이상 대기업은 1.78% 그리고 30대 기업은 1.80%로 임.

- 중증장애인의 경제활동 참가율은 국민전체 62.1%의 1/3에도 못미치는 17.8%(경증 44.87%) 불과(2011년 장애인실태조사)
- 50명 이상 민간기업의 중증장애인근로자는 20천명에 불과('12.4.17 고용노동부의 장애인고용확충을 위한 종합대책)
- 중증장애인 월평균 임금은 경증장애인 141.9만원의 70%인 99.0만원에 불과(2010년 장애인경제 실태조사)
- 직업재활시설 유형개편으로 인해 중증장애인⁵⁷⁾ 중 지적, 자폐성 장애 그리고 정신장애인들의 고용은 더욱 어려워지고 있는 현실임. 지원고용제도가 있으나 이 제도도 중증 지적, 자폐성 그리고 정신장애인 등에게는 효율적으로 적용되고 있지 않는 문제점이 있음. 결과적으로 일용 및 임시 근로 유형이 높아지고 있는 추세이나 이를 관리하는 체계가 없음.
- 중증장애인의 안정적 일자리 확보와 취업 후 직무유지의 어려움
 - 중증장애인은 장애특성으로 비장애인이나 경증장애인에 비하여 취업까지 도달하기에도 어렵고 취업이 되더라도 근무환경도 열악한 경우가 많아 보호고용을 통한 일자리 기회제공이나 안정적 환경하에 마음 편히 일할 수 있는 양질의 일자리를 발굴하고 지원하는 노력이 필요함.
 - 취업 이후에도 취업초기에 업무요령 습득, 사업주와의 의사소통 지원 등 직무유지를 위한 적절한 개입이 이루어지지 않으면 계속 근속에 어려움이 많음.
 - 장애인이 직장을 구하지 않는 주된 이유는 장애로 인한 취업이후 장애로 인한 업무수행의 어려움이 26.8%로 가장 많았고, 장애인이라 고용주가 채용하지 않을 것 같아서(13.9%), 이전에 찾아보았을 때 일자리가 없어서(12.0%) 등의 순으로 나타남 (2011년 장애인 실태조사)

57) 2011년 6월 현재 장애인직업재활시설 근로장애인의 유형을 보면, 지적장애인이 8,849명(72.3%)으로 가장 많았고, 지체장애인 1,310명(10.7%), 정신장애인 548명(4.5%), 시각장애인 434명(3.6%), 자폐성장애인 391명(3.2%), 뇌병변장애인 337명(2.7%), 청각장애인 249명(2.0%), 언어장애인 55명(0.5%), 기타장애인¹⁾ 55명(0.5%)으로 나타나 지적, 자폐성장애 그리고 정신장애를 합치면 약 80%가 되는 것으로 조사되었음 (신작수, 2011).

○ 직업재활 예산미비

- 복지부 산하의 주요 직업재활사업들인 중증장애인직업재활지원사업, 중증장애인생산품우선구매제도 그리고 장애인일자리 등이 예산부족으로 인해 정제되고 있음.
- 중증장애인직업재활지원사업은 2011년 기준으로 약 6,069 여명의 취업실적을 내고 있어 중증장애인가용에 크게 기여하고 있는 사업으로 지속적인 예산 증액이 필요한 사업이나 2009년부터 166억원으로 예산 증액이 되지 못하고 있음. 결과적으로 본 사업의 핵심 수행기관인 직업재활센터나 장애인단체는 10년 전과 비교하면 양적 변화가 없음.
- 중증장애인생산품우선구매제도는 우선구매 이행체계 확보를 위한 시스템 부재로 인해 우선구매 수요 예측부터 실적 점검 그리고 정보망 등이 효율적으로 운영되지 못하고 있음.
- 장애인일자리 사업은 고용으로부터 사회적 배제를 받는 중증장애인에게 일자리 참여를 통한 장애인의 직업적 장점을 향상과 사회통합을 촉진을 위한 복지적 접근이라 할 수 있으나 적은 예산과 짧은 사업기간으로 인해 원래 취지에 맞는 중증장애인을 대상으로 하기보다는 상대적으로 경증장애인들이 사업 대상이 될 수 있다는 우려가 제기되고 있음.
 - 매년 최저임금을 기준으로 조정되는 근로시간, 급여 등 비현실적인 근로환경으로 장애인의 근로의욕 저하 및 실질적인 소득보장 미비

※ 행정도우미 : ('08~09년)781,990원(주40시간)-> ('10년)779,900원(주35시간)-> ('11년)778,720원(주32시간)-> ('12년)797,390원(32시간)

○ 탈수급 근로유인기제 미비

- 근로의욕을 높이기 위한 기초수급제도 개선이 필요함. 현재 중증장애인들의 경우에는 근로할 경우 의료보장 및 그 외 다양한 수급권자 혜택으로 인해 탈수급을 회피하고 있음.
- 기초수급 장애인의 실태를 면밀히 점검하여 탈수급을 촉진할 수 있도록 근

로장려금 지급대상 확대 등의 제도개선을 추진할 절대적인 필요성이 있음.

○ 직업재활 전달체계/사례관리 시스템 부재

- 복지부 산하의 직업재활사업들을 주관하고 있는 한국장애인개발원 산하에 전달체계 부재로 인해 전국단위 사업들을 주관하는데 한계점이 있음.
 - 복지부 산하의 주요 직업재활사업들인 중증장애인직업재활지원사업, 중증장애인우선구매제도 그리고 장애인일자리 사업등 을 효율적으로 연계하는 시스템배제로 각 사업의 효율성이 떨어짐. 실질적으로 중증장애인들의 고용확대와 유지를 위해선 각 사업에 참여하고 있는 중증장애인들의 이력관리를 할수 있는 사례관리 시스템이 절대적으로 필요함.
 - 복지부, 교육부, 노동부 등에서 제공되고 있는 장애인 관련 서비스의 연계 기능 강화 및 장애인 개별적 욕구에 부응하는 맞춤형 사례관리 시스템 개발을 통해 장애인에 대한 분절적, 중복적 서비스 제공으로 인한 연계 지원 곤란, 수급자간 형평성 문제 등을 해결해야 할 것임.
 - 일자리사업 참여 이후 항구적 일자리 전이를 위한 시스템 부재로 전환기적 일자리로서의 역할 모호, 시장진입의 성과 저조
- ※ ‘11년도 장애인일자리사업 참여인원 대비 취업 비율 2.1%
- ※ 장애인일자리사업 종합평가(2011)에서 시급한 사업개선사항으로 고용전이 대책마련이 32.2%로 높게 나타남.

□ 정책목표

○ 중증장애인 고용정책

구분	2012/13년	2017년
중증장애인가용 0.5제도	지적, 자폐성, 정신 장애인 등 최중증장애인들의 고용활성화를 위한 연구	최중장애인 고용정책 실천
장애인근로자 탈수급제도	장애인근로자 탈수급을 위한 연구	선진화된 근로유인기제 제도 도입

○ 중증장애인직업재활지원사업 확대

구분	2012년	2017년
중증장애인직업재활지원사업 수행기관 확대	<ul style="list-style-type: none"> - 직업재활센터(34개소) - 장애인단체(32개소) - 직업재활시설(79개소) - 직업평가센터(6개소) - 직업적응훈련 사업수행기관(10개소) - 직업능력개발 훈련(17개소) - 직업재활프로그램(10개소) 총 188개소	총 240개소로 확대
직무보조인 지원	- 직무보조인 60명 지원	- 직무보조인 200명 지원으로 확대
공공영역에서의 신규일자리 제공	- 지자체 청사 등 카페·매점설치 (7개소,)	- 지자체 청사 등 카페·매점설치 30개소로 확대
맞춤형 지원고용서비스 제공	맞춤형 지원고용 시범실시	- 훈련기간 3주~7주 → 3개월로 확대
중증장애인생산물 우선구매제도 활성화	-	- 장애인생산물 종합정보망: onestop 시스템 구축
중증장애인일자리 사업 내 실화	장애인일자리사업 규모의 점진적인 확대로 중증장애인의 ‘팬찮은 일자리’ 창출(‘13-’17년)	팬찮은 일자리 정착
	지역성을 고려한 장애인일자리 개발, 조사·연구, 시범사업, 보급 및 확대, 안정적인 정착을 위한 지원 등을 수 행할 장애인일자리개발 전문기관 운영(‘13년) ※ ‘13년 시범(1개소) → ‘15 년 확대시범(3개소) → ‘17년 이후 성과에 따른 전국 확대	전문일자리 개발 전문기관 활성화

* 본 사업은 2008~2010년도의 비용편익 결과, 각각 1.80, 2.03 및 2.13으로 분석되어 충분한 경제적 효율성이 있는 것으로 조사되었음(변경희 외 2011)

○ 한국장애인개발원 전달체계 및 사례관리 시스템 구축

구분	2012년	2017년
전달체계 구축		전국 15개 광역 권역을 중심으로 직업재활통합관리 센터 설치
사례관리 시스템		사례관리 전산망 및 네트워크 운영체계 구축

□ 개선방안

○ 중증장애인고용정책

- (기본방향) 현재 장애인고용에서 배제되고 있는 지적, 자폐성, 정신 장애인 등 최중증장애인들을 위한 고용정책 수립
- (제도개선) 최중증장애인들의 고용확대와 유지를 위해 현재 파견 근로나 그 외 일용직 근무 형태로 인해 장애인의무고용제도에서 혜택을 받을 수 있게 0.5제도를 도입함.

○ 중증장애인직업재활지원 수행기관 확대

- (기본방향) 중증장애인직업재활지원 수행기관 확대
- (제도개선) 예산확대를 통해 수행기관 확대를 통해 중증장애인 고용 촉진
본 사업은 2009년도에 이어 2010년까지 본 사업은 166억 원으로 예산 동결이 되었음.
- 취업권역별 1개소씩 16개소 신규 설치 시 약 1,328명의 중증장애인 신규 고용효과가 발생할 것으로 예상

○ 중증장애인 취업 후 직무유지를 제고를 위한 직무보조인 지원

- (기본방향) 장애로 인해 취업 초기에 직장적응에 어려움을 겪고 있는 중증 장애인의 직무유지를 제고를 위한 직무보조인 지원체계 구축
- (제도개선) 핵심업무에 대한 직무지원을 위한 “직무보조인”을 근무하고 있는 사업체에 배치하여 장애인의 근속기간을 제고

○ 공공영역에서의 안정적 신규 일자리 제공

- (기본방향) 일반고용시장에서 비장애인이나 경증장애인과 비교하여 경제활동이 어려워 생활의 어려움을 겪고 있는 중증장애인을 위한 공공영역에서의 장기근속의 안정적일자리 발굴 제공
- (제도개선) 정부부처, 지방자치단체, 공공기관 내 청사를 활용하여 안정된 환경하에서 중증장애인이 고용되어 근무가능한 카페·매점 설치를 지원

○ 수요자 중심의 맞춤형 지원고용서비스 제공

- (기본방향) 중증 지적, 자폐성, 정신장애인 등 장애유형 및 직업능력 평가

에 근거한 지원고용서비스 설계 지원

- (제도개선) 현행 3주~7주의 획일적인 훈련기간을 개선하여 맞춤형 지원고용 서비스 제공을 위한 개인별 평가시스템 도입, 맞춤 직무지도서비스 제공 및 훈련기간 한도 확대(최대 3개월) 적용

○ 중증장애인 생산품 우선구매제도 정착화

- (기본방향) 장애인생산품 우선구매 확대 및 발전을 위한 인프라(생산시설 및 통합시스템)를 구축하여 장애인일자리 창출 마련을 통한 사회적 분위기 조성 및 장애인생산품 품질향상을 위한 제도 마련, 지원
- (제도개선) 장애인생산품 종합정보망 구축 운영, 장애인생산품 인식개선 홍보, 품질인증지원 등 장애인생산품 우선구매 활성화를 위한 예산을 확충하고, 장애인생산품 생산시설을 확대 및 역량강화하며, 장애인생산품 우선구매 확대를 위해 한국장애인개발원의 조달관련 전문서비스 제공 강화

○ 장애인일자리 사업 확대

- (기본방향) 장애인일자리사업 규모의 점진적인 확대로 중증장애인의 ‘괜찮은 일자리’ 창출(‘13-’17년)
- (제도개선) 장애인일자리사업의 내실화 방안 수립 및 적용(‘13년)
 - 현 일자리사업에 적용하고 있는 직무의 실효성 평가로 복지일자리 유형 정비
 - 일자리 환경과 유사한 현실적인 근로시간 확보와 급여지급으로 참여장애인의 실질적인 소득보장 및 만족도 제고
 - 기초생활수급자 장애인의 참여를 위한 근로유인방안 마련 등
 - ※ 내실화방안 수립(‘13년)-> 내실화방안 적용(‘14년 이후)
 - 지역성을 고려한 장애인일자리 개발, 조사·연구, 시범사업, 보급 및 확대, 안정적인 정착을 위한 지원 등을 수행할 장애인일자리개발 전문기관 운영(‘13년)
 - ※ ‘13년 시범(1개소) -> ‘15년 확대시범(3개소) -> ‘17년 이후 성과에 따른 전국 확대
 - 공공을 포함한 민간부문에 단계적인 재정투입으로 장애인일자리사업 일

자리 영역 확대

※ AbleUp 인턴십 실시: 기업과 정부가 매칭판드한 재정을 일정기간 투입하여 중증장애인

에게 시장형 일자리를 제공, 인턴십 후 일반고용 유도

- 취업 취약 장애유형, 여성, 고령, 장애청소년 등을 고려한 맞춤형 특화일 자리 개발 및 확대

※ 발달 및 고령장애인, 장애청소년, 여성 특화 일자리 개발 및 보급 (‘13년) -> 확대 및 지원(‘15년) -> 안정적인 정착 유도(‘17년)

- 장애인일자리사업 참여 후 참여장애인의 안정적인 일자리 전이를 통해 계속근로를 보장할 수 있는 방안 추진
- 장애인일자리사업 참여장애인의 체계적인 이력관리를 위한 시스템 보강
- 장애인일자리사업 참여장애인의 사후관리 전담 부서 운영 및 보건복지부의 중증장애인직업재활지원사업 등 유사 사업과의 연계로 계속일자리지원체계 마련
- 공공부문 일자리의 경우 일자리사업 종료 후 해당 부처에서 우수 참여장애인의 일정비율 채용 등 관련 부처 간 연대 강화로 일자리 정책의 효과성 증대: 중증장애인의 경우 비장애인과 동일한 경력 요건을 갖추기 어려우므로 해당 직무의 분석을 통해 채용 요건 완화(일반채용절차 도입)

○ 보건복지부 직업재활 전달체계 및 사례관리 시스템 구축

- (기본방향) 보건복지부 직업재활 주요사업을 주관하고 있는 한국장애인개발원 산하에 지사 및 사례관리 시스템 도입으로 직업재활 사업 총괄 및 근로 장애인 이력관리 구축
- (제도개선) 한국장애인개발원을 본부로 하고 권역별 한국장애인개발원지사 개소를 통해 직업재활 전달체계 마련 및 본 사업을 총괄하는 전산시스템이 마련되어 이력관리를 할 수 있는 사례관리시스템을 통해 타 직업재활사업 관리들과 연동하고 전산시스템을 활용한 평가체계를 구축하는 시스템 도입 제시

□ 입법조치

- 중증장애인0.5 제도 제정
- 중증장애인생산품우선구매특별법 및 동법 시행령 개정
 - － 장애인생산품 종합정보망을 이용한 구매실적 및 계획제출 의무화 등
- 장애인생산품 품질향상을 위한 장애인생산품 품질인증고시 제정

□ 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
중증장애인고용정책					
- 근로장애인 탈수급을 위한 기초 연구					
- 중증장애인 고용제도를 위한 연구					
- 중증장애인고용정책 수립					
-중증장애인직업재활지원 사업 수행기관 확대	200	210	220	230	240
-직무보조인 지원	100	125	150	175	200
-공공영역에서의 신규일자리 제공	10	15	20	25	30
-맞춤형 지원고용서비스 제공					
중증장애인생산품 우선구매					
- 장애인생산품 종합정보망 구축 및 고도화(온라인구매등 상거래시스템 구축)					
- 생산시설 지정기준 강화('17년 고용장애인수 12명)					
- 장애인생산품 품질인증고시 제정					
- 품질인증기관 지정 확대					
- 조달사업 전담사업소 설치 및 확대					
장애인일자리					
- 장애인일자리 개발 전문기관(17년 이후 성과에 따른 전국 확대)	1		3		
- 맞춤형 특화 일자리 개발 및 보급					
맞춤형 특화 일자리 확대 및 지원					
맞춤형 특화 일자리 안정적 정착 유도					
보건복지부 직업재활 전달체계 및 사례관리 시스템 구축					
- 전달체계 구축 (광역 권역 중심으로 통합관리 센터 설치)	1	3	6	10	15
- 사례관리 시스템 구축					
사례관리 시스템 구축을 위한 컨텐스 개발 연구					
사례관리 전산망 및 네트워크 운영체계 구축					

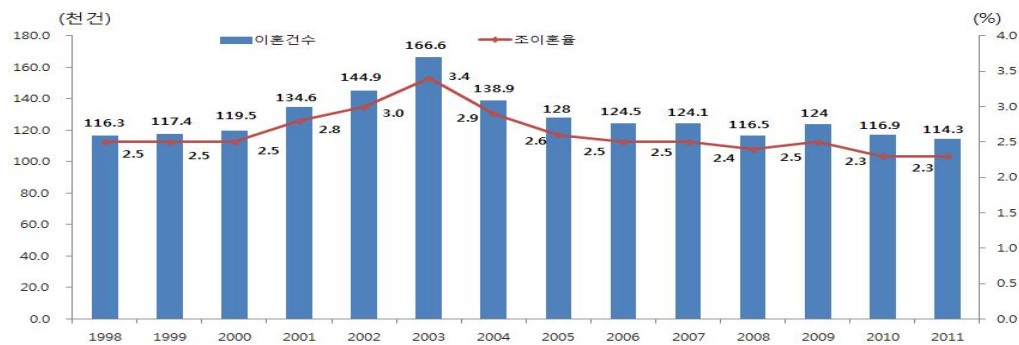
15. 이혼·자살 예방 및 지원

□ 현황 및 문제점

○ 현황

- 전국의 읍·면·동사무소 및 시·군·구청(재외국민은 재외공관)에 신고한 이혼신고서의 인구동태 항목을 집계한 이혼 수는 1998년 116.3천건, 2003년 166.6천건, 2008년 116.5천건, 2011년 114.3천건임.
- 인구천명 당 이혼건수를 나타내는 조이혼율은 1998년 2.5%, 2003년 3.4% 2008년 2.4%, 2011년 2.3%임.

[그림 1] 이혼건수 및 조이혼율의 변화추이: 1998~2011



자료: 통계청, 「혼인·이혼통계」, 각 년도

- 협의이혼이 재판이혼보다 많은 수준이지만, 점차 협의이혼은 감소되고, 재판이혼이 증가하고 있어 이혼과정에서 갈등이 발생되고 어려움이 많을 것으로 판단됨.
- 전체 이혼대비 협의이혼 비율은 2001년 82.7%에서 2011년 75.6%로 감소된 반면, 재판이혼은 같은 기간에 16.8%에서 24.4%로 증가

〈표 1〉 이혼종류별 구성비

(단위: %)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
협의이혼	82.7	83.9	85.9	84.4	86.5	86.6	84.7	77.9	76.2	75.2	75.6
재판이혼	16.8	15.7	13.4	15.1	12.8	13.2	15.2	22.1	23.8	24.8	24.4

자료: 통계청, 「혼인·이혼통계」, 각 년도

- － 미성년 자녀가 있는 부부의 이혼은 지속적으로 감소하고 있지만, 전체 이혼에서 차지하는 비율은 여전히 높은 수준을 유지하고 있어 자녀양육을 책임지는 부 또는 모는 어려움에 직면할 가능성이 큼.
- 전체 이혼 중 미성년자녀가 있는 비율은 2001년 70.4%에서 2011년 52.6%로 감소하였지만, 미성년자녀가 있는 이혼은 6만 1백건에 이룸
- 2명 이상의 미성년자녀가 있는 이혼가정을 감안하면, 2011년 이혼가정은 114,284명의 미성년자녀를 두고 있었음.

〈표 2〉 미성년자녀 유무별 이혼건수

(단위: 천건)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
계	134.6	144.9	166.6	138.9	128.0	124.5	124.1	116.5	124.0	116.9	114.3
미성년자녀 있음	94.8	101.2	114.1	91.1	81.2	75.7	72.8	63.0	68.5	62.9	60.1
미성년자녀 없음	37.5	41.7	49.2	46.4	45.4	48.2	50.9	52.9	55.1	53.7	53.9

자료: 통계청, 「혼인·이혼통계」, 각 년도

- － 이혼발생의 원인은 성격차이가 가장 많았으며, 다음은 경제문제, 배우자부정, 불화, 학대 등의 순이었음.
- 2011년 기준으로 이혼원인은 성격차이 44.9%, 경제문제 12.3%, 배우자부정 8.1%, 가족간 불화 7.1%이었음

〈표 3〉 이혼사유별 이혼구성비

(단위: %)

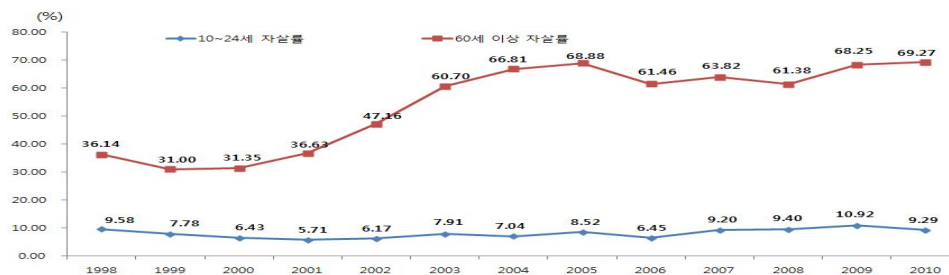
연도	계	배우자 부정	정신적·육체적 학대	가족 간 불화	경제문제	성격차이	건강문제	기 타*
2000	100.0	8.1	4.4	21.9	10.7	40.2	0.9	13.7
2001	100.0	8.7	4.7	17.6	11.6	43.1	0.7	13.5
2002	100.0	8.7	4.8	14.4	13.6	44.8	0.6	13.2
2003	100.0	7.4	4.3	13.0	16.4	45.4	0.6	12.9
2004	100.0	7.0	4.2	10.0	14.7	49.5	0.6	13.9
2005	100.0	7.6	4.5	9.5	14.9	49.2	0.6	13.7
2006	100.0	7.6	4.5	8.9	14.7	49.8	0.8	13.8
2007	100.0	7.8	4.8	8.0	13.7	46.9	0.7	18.0
2008	100.0	8.1	5.0	7.7	14.2	47.8	0.6	16.5
2009	100.0	8.3	5.0	7.4	14.4	46.6	0.6	17.6
2010	100.0	8.6	4.8	7.3	12.0	45.4	0.7	21.3
2011	100.0	8.1	4.7	7.1	12.3	44.9	0.7	22.3

주: * 이혼사유 미상 포함

자료: 통계청, 「혼인·이혼통계」, 각 년도

- 아동·청소년 자살률(10만명당)은 1998년 9.58명, 2003년 7.91명, 2008년 9.40명, 2009년 10.92명, 2010년 9.29명이며, 노인자살률(10만명당)은 1998년 36.14명, 2003년 60.70명, 2008년 61.38명, 2010년 69.27명임.

[그림 2] 아동·청소년 및 노인 자살률의 변동추이: 1998~2010



자료: 통계청, 「사망원인통계」, 각 년도; 통계청, 「주민등록인구통계」, 각 년도

○ 문제점 및 쟁점

- 최근 이혼이 미미하나마 감소하고 있지만 여전히 이혼이 많은 상태에 있어 이로 인한 생활의 어려움과 복지대상의 가능성이 높음.

- 특히, 이혼가정에서 매년 약 11만명의 미성년자녀가 발생되고 있음은 경제 측면에서 뿐만 아니라 정서심리적 측면에서 복지서비스의 필요성이 증대되는 것임.
- 고귀한 생명을 스스로 포기한다는 것은 연령을 불문하고 매우 안타까운 일임에도 자살의 원인을 규명하고 이를 예방하기 위한 체계가 갖추어져 있지 않음.
- 특히, 의존적 가족원이라고 볼 수 있는 10~24세와 60세 이상 연령계층에서의 자살은 그 원인이 주변인에게서 발생되거나 스스로 판단 또는 자제할 수 없는 위약성을 가지기 때문에 주변인의 관심과 사회적 지원이 절대적으로 요구되지만 실제로는 매우 취약한 실정임.
- 자살이 발생한 가족의 개별구성원들의 충격도 매우 큰 상황이지만 이들 유가족에 대한 지원은 제대로 이루어지지 않고 있음.
- 다른 가족원들은 심한 정서심리적 충격에 빠지고 일상생활에 지장을 주기도 하며, 연쇄 자살로 이어질 가능성도 없지 않음.

□ 정책목표

〈표 4〉 이혼건수와 아동청소년 및 노인 자살수

구분	2012년 ¹⁾	2017년
- 이혼건수		
- 10~24세 자살률(10만명당)	- 114.3천건('11년 기준)	- 9.9천건
- 60세 이상 자살률(10만명당)	- 9.29명('10년 기준)	- 6.0명
	- 69.27명('10년 기준)	- 49명

주 1) 통계청(2012), 『혼인이혼통계』; 통계청(2011), 『사망원인통계』

□ 개선방안

○ 이혼감소대책 마련

- (기본방향) 이혼원인별 이혼예방대책을 강구하여 이혼발생 최소화

－ (제도개선) 가정법원의 이혼조정과정에 복지차원에서의 적극 협력 및 개입

※ 법원행정처 및 가정법원과 협의

○ 이혼가족 지원 강화

－ (기본방향) 이혼원인별 이혼예방대책을 강구하여 이혼을 최소화하고, 이혼 가족에 대한 긴급지원을 강화

－ (제도개선) 이혼가정(이혼과정의 가정 포함)의 미성년자녀 양육에 대한 긴급지원 강화, 양육비 제도 도입

○ 자살예방 대책 강화

－ (기본방향) 자살의 원인규명과 예방대책 강화

－ (제도개선) 자살실태조사의 정기적 실시와 원인에 따른 예방대책 마련, 자살에 대한 심층연구 추진, 자살예방 전담기관 지정(정신과 병원 및 보건소)

○ 자살자 유가족 지원 및 재발방지 강화

－ (기본방향) 자살자 유가족에 대한 지원을 강화하고 재발을 방지

－ (제도개선) 유가족에 대한 정서심리적 지원, 자살 재발의 가능성 진단 및 치료

□ 입법조치

○ 이혼가족의 자녀양육비 지원 → 관련 법 제정 또는 한부모가족지원법 개정

※ 관련법 제정 또는 한부모가족지원법 개정 필요시 여성가족부와 협의

○ 자살 실태 및 원인에 대한 심층연구 지속추진

○ 자살예방 전담기관 지정 → 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 개정, 사회보장기본계획 및 지역사회복지계획 수립지침에 포함

□ 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
이혼감소대책 마련					
- 이혼조정과정에서의 적극 협력 및 개입					
이혼가족 지원					
- 미성년자녀 양육 긴급지원					
- 양육비 제도 도입					
자살예방 대책					
- 자살실태조사 실시(격년)					
- 자살 심층연구 추진					
- 자살예방 전담기관 지정					
자살자 유가족 지원 및 재발방지					
- 유가족 정서심리적 지원					
- 자살예방 가능성 진단 및 치료					

16. 위기가족 자원체계 구축 및 자원확대

□ 현황 및 문제점

○ 현황

- 현대사회에서 모든 가족은 다양한 스트레스 사건·상황에 직면하게 되며, 일부 가족은 일련의 사건·상황에 대응할 수 있는 적절한 문제해결 방안을 찾지 못하거나 해결방안이 충분하지 못하여 위기에 처함.
- 최근 이슈화되어있는 대표적인 위기가족 유형은 이혼위기가족, 가정폭력 피해가족, 성폭력피해가족, 위기청소년가족, 재난피해가족, 교통사고피해 가족, 실직자 가족 등임.
- 한국의 위agy요인을 가진 가구⁵⁸⁾는 전체의 57.86%로 나타남. 이를 통계청의 2010년 「인구주택총조사」에 나타난 우리나라 전체 일반가구 17,339천 가구를 적용하면 약 1,000만 가구로 추정됨.

〈표 1〉 한국의 위기가족 추정

구분		비율	2010년 인구센서스 (단위: %, 가구)
총가구수		100.00	17,339천
위agy요인	가구의 취업 및 실업	4.74	821.9천
	가구의 알코올	0.61	105.8천
	가족 내 폭력	0.03	0.5천
	가구의 가출	0.15	26.0천
	경제적 어려움(부채, 카드빚)	22.30	3,866.6천
	자녀교육 혹은 행동	3.09	535.8천
	가구의 건강	23.07	4,000.1천
	가구원간 관계	1.28	221.9천
	주거관련 문제	0.95	164.7천
	기타	1.64	284.4천
계		57.86	10,007.7천

자료: 한국보건사회연구원, 「한국복지패널(2009)」 자료 재분석; 통계청, 「2010 인구주택총조사 전수집계 결과(가구주택부문)」, 2011.

58) 위agy가구는 “가구생성 이후부터 2008년 1년간 귀댁에 근심이나 갈등을 초래하는 가장 큰 문제는 다음 중 무엇입니까?” 질문항에 대해 가구의 취업 및 실업, 가구의 알코올, 가족 내 폭력, 가구의 가출, 경제적 어려움(부채, 카드빚), 자녀교육 혹은 행동관련 어려움, 가구의 건강문제, 가구원간 관계문제, 주거관련 문제 등을 답한 가족을 위agy가정으로 정의함.

- － 위의 추정치에서 누락된 것으로 판단되는 개별 위기로인한 주요 위기 가족은 이혼가족, 사고사, 자살, 타살 등에 의한 사망, 일반화재로 인한 재난피해가족으로 매년 188,794가구가 발생하는 것으로 추정됨.

〈표 2〉 개별 위기로인한 위기가족 수

(단위: 명)	
개별 위기로인	개별 위기로인한 위기가족 규모
이혼가족(2011)	114,284
사망의 원인: 사고사, 자살, 타살(2010)	32,647
일반화재로 인한 재난(2010)	41,863
합계	188,794

주: 1) 2010년 인구주택센서스의 총인구 중 내국인 47,990,761명을 적용함.
 자료: 통계청, 「2011년 혼인·이혼통계」, 2012; 통계청, 「사망원인통계 결과」, 2010; 소방방재청, 「2010년 재난연감」, 2011.

- － 위기가족 정책으로는 보건복지부의 「긴급지원사업」, 여성가족부의 「가족보듬사업」, 서울시의 「SOS 위기가정」 특별지원 사업, 경기도의 「무한돌봄사업」 등이 있으며, 이들 사업은 위기가족에 대한 통합적 지원서비스로서의 기능을 함.
- － 특히, 「긴급복지지원법」은 위기상황을 본인 또는 본인과 생계 및 주거를 같이 하고 있는 가구구성원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 인하여 생계유지 등이 어려운 경우로 정의함.
 - 주소득자가 사망, 가출, 행방불명, 구금시설에 수용되는 등의 사유로 소득을 상실하고 가구소득이 「국민기초생활 보장법」 제6조에 따라 해마다 공표되는 최저생계비(이하 “최저생계비”라 한다) 이하인 경우
 - 중한 질병 또는 부상을 당한 경우; 가구구성원으로부터 방임 또는 유기되거나 학대 등을 당한 경우
 - 가정폭력을 당하여 가구구성원과 함께 원만한 가정생활을 하기 곤란하거나 가구구성원으로부터 성폭력을 당한 경우; 화재 등으로 인하여 거주하

는 주택 또는 건물에서 생활하기 곤란하게 된 경우

- 그 밖에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사유가 발생한 경우 등임.

○ 문제점 및 쟁점

- 한국사회에서 위기가족에 대한 개념이 정립되어 있지 않듯이, 위기가족에 대한 정책이 뚜렷하지 않음.
- 가장 큰 문제점은 위기가족을 발견하고 이에 대응하는 체계가 구축되어 있지 않다는 것임. 어떤 가족이 위기가족인지, 위기를 겪고 있다고 스스로 판단하는 가족이 어떻게, 어디에 도움을 요청해야 할지 분명하지 않음.
- 위기가족이라 할지라도 현황과 욕구를 파악하고 개입하는 방식이 정립되어 있지 않은 실정임
- 만약 중산층 가족에게서 발생하는 ‘위기’를 방지할 경우, 중산층 가족은 취약가족화되어 전체 가족원이 고통 받을 뿐만 아니라, 가족원간의 갈등이 증폭되어 심각한 가족문제로 연결되고, 심지어 가족해체로 귀결될 가능성이 높음
- 이러한 일련의 과정에서 사회의 가장 기본단위인 가족이 안정성을 잃고 흔들리게 되며, 사회적 비용도 급증할 것임. 이에 위기가족에 대한 대책이 필요함.

□ 정책목표

〈표 3〉 위기가족 수

구분	2012년 ¹⁾	2017년
- 위기가족 비율	- 비율: 57.86%('09 기준)	- 비율: 40%
- 위기가족 수	- 가족 수: 1,001만('10년 기준)	- 가족 수: 700만

주 1) 김승권(2012. 5), 「한국가족의 위기성 및 취약성과 정책과제」, 『보건복지포럼』 통권 제187호, 한국보건사회연구원

□ 개선방안

○ 위기가족 실태조사

- － (기본방향) 저소득층을 포함한 전체 가족의 위기실태 파악(매년)
- － (제도개선) 행정체계에 의한 시·군·구 및 시·도별 위기가족 실태 파악
(저소득층 가족을 포함한 전체 위기가족), 위기요인별 위기가족 실태파악의
제도화(보건복지부 업무지침)

○ 위기가족 관리체계 구축

- － (기본방향) 위기가족 관리 강화에 의한 위기가족 발견 및 관리 내실화
- － (제도개선) 위기가족 발견(핫라인 등) 및 관리 전달체계 구축, 지역사회복
지협의체의 실무분과로 ‘위기가족’ 분과 신설, 희망복지지원단과의 연계

○ 위기가족 사례관리 강화

- － (기본방향) 위기가족의 위기요인별 맞춤형 복지제공으로 조속한 탈위기
- － (제도개선) 희망복지지원단 업무에 위기가족에 대한 사례관리 강화, 종합사
회복지관의 위기가족 사례관리 강화

□ 입법조치

○ 위기가족실태조사의 정기적 실시의 명시 → 긴급지원법 개정

※ 개정 필요시 여성가족부와 협의(건강가정기본법 상의 가족실태조사)

○ 지역사회복지협의체 위기가족 분과 설치 의무화 → 지역사회복지협의체 운영
지침 개정○ 공공사례관리 대상에 중산층 이상의 가족에 대한 사례관리 포함 → 희망복지
지원단 운영지침 개정

□ 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
위기가족 실태조사(매년)					
- 실태조사 문항 작성					
- 실태조사 실시(행정조직)					
위기가족 관리체계 구축					
- 발견(핫라인 등) 및 관리 전달체계 구축					
- 지역사회복지협의체 ‘위기가족’ 분과 신설					
위기가족 사례관리 강화					
- 위기가족 공공사례관리 강화(저소득층→전 계층)					
- 종합사회복지관의 위기가족 사례관리 강화					

17. 사회복지서비스 품질관리 체계화

가. 현황 및 문제점

지난 2007년부터 사회복지부문의 서비스는 바우처방식으로 대거 제도화가 추진되었으며, 사회복지서비스 품질관리의 필요성이 제기되었다. 선행연구들(김은정, 2008 이 재원 외, 2009; 유정원 외, 2012)에서 강조되고 있는 문제점을 집약해보면, 다음과 같이, 재정방식의 변화에 수반한 제도 운영 원리의 변화를 중심으로 정리해볼 수 있다. 첫째, 사회복지서비스를 공공부문이 직접 제공하거나 민간기관과 서비스 위탁계약을 맺는 등의 공급자지원방식에서는 공급기관에 대한 직접적 개입을 통해 일정수준의 품질확보가 가능했다. 서비스 전달과정에 대한 검열 및 평가, 서비스 결과로서의 성과 평가가 강조되었다. 반면 최근 증가한 이용자지원방식에서는 서비스 공급주체에 대한 직접적인 품질통제가 어려우며, 다수의 서비스 공급주체가 존재하는 환경 조성을 중요한 과제로 삼고 있다. 즉, 서비스 공급주체로의 진입 관리, 이용자의 선택이 서비스 품질을 반영할 수 있도록 서비스 성과에 대한 정보 공개 등이 강조되고 있다는 것이다.

전통적인 사회복지부문의 서비스 사업에 대한 품질관리는 주로 사회복지사업법에 근거한 시설평가를 중심으로 하고 있다. 보건복지부(2011) 자료에 따르면, 1997년 사회복지사업법 및 동법 시행규칙의 제정과 함께 성과관리의 시초인 시설평가가 실시됨으로써 정신요양시설 및 장애인복지관 등 사회복지시설의 서비스 품질향상을 위한 평가가 매년 진행되고 있으며, 2008년말 기준 누적 평가시설은 3,800개소이다. 평가를 통해 종사자의 처우개선, 서비스 제공의 활성화 등 긍정적 효과도 있으나, 다음과 같은 한계도 지적되고 있다. 첫째, 평가전담기구 미설치로 상시 평가체계가 부재함에 따라 평가시마다 평가위원을 위촉해야하는 등 평가시행의 연속성, 효율성이 낮다. 둘째, 평가지표의 잦은 변경과 짧은 평가일정으로 인해 평가제도의 신뢰성이 떨어지며, 모든 유형의 사회복지시설을 포괄하지 못하는 한계를 지닌다. 셋째, 평가 이후의 평가결과에 따라 성과인센티브 지원, 서비스 품질개선 등의 사후 관리지

원체계가 미비하여 평가년도의 현황 파악을 위한 일회성 사업으로 전락하고 있다는 것이다.

바우처사업등의 이용자지원방식 사회서비스의 품질관리는 ‘서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률’안을 근거로 하고 있다. 현재 사회서비스 제공기관으로 지정된 이후, 제공되는 사회서비스가 일정 수준 이상의 품질을 유지하기 위해 제공기관 및 지자체의 품질관리(평가)가 이루어지고 있다. 2010년 9월 ‘사회서비스 공통품질기준’이 제작·배포되어 사회서비스 제공 관련 3가지 핵심원칙(사회서비스 기본원칙, 사회서비스 제공기관 운영원칙, 사회서비스 제공원칙)에 따라 서비스를 제공하도록 하고 있으나 사회서비스 공통품질기준은 의무사항이 아닌 권고사항으로 운용되고 있어 한계를 가진다(강철희 외, 2011).

한국보건복지정보개발원이 주체가 되어 시행하는 사회서비스 이용자 만족도 조사, 서비스 제공현황 등의 품질 평가는 기관운영의 합리성 제고, 품질수준 제고 등의 성과를 도출했으나(2010년 1개 사업, 2011년 2개 사업 실시), 평가 경험 및 전문성 부족으로 평가의 신뢰성을 담보하기 어려우며, 서비스 현황 파악의 수준에서 이루어져 제한적이고 또한 평가의 법적 근거가 미비함에 따라 평가 결과의 활용도 소극적이라고 평가되고 있다(평가 우수기관 명단의 홈페이지 공개, 현판 수여 등)(2012, 보건복지부 내부자료). 즉, 서비스 제공기관에서 자체적으로 이용자 만족도, 서비스 개선사항 등을 조사, 반영하고 있으나, 이는 서비스 제공이 이루어지는 기관에서 직접 만족도를 조사함으로써, 응답자의 진정성과 만족도가 왜곡될 개연성이 있다는 점, 지자체에서 이루어지는 사회서비스 제공기관의 서비스의 품질, 운영현황 등에 대한 관리감독은 체계성을 결여하고 있으며, 1회성의 형식적 성격에서 벗어나지 못하고 있다는 점(김은정, 2011), 온라인을 통해 이용자에 대한 서비스 관련 정보 공개가 이루어지고 있으나, 서비스 제공기관의 주요특성, 인력보유 현황, 서비스 제공능력에 관한 정보, 제공되는 서비스에 대한 품질평가 결과 등 서비스 이용자들이 제공기관 선택 시에 고려해야하는 충분한 정보가 통합적으로 제공되지 않아, 정보를 통해 양질의 서비스를 선택할 가능성이 낮다는 점이 문제점으로 지적되고 있다.

2012년 8월부터 사업별로 규정한 기준을 갖추어 지자체에 등록하면 서비스를 제

공할 수 있는 ‘등록제’로 전환되는데,⁵⁹⁾ 이는 서비스 제공기관의 증가 및 경쟁을 통한 서비스의 품질 향상이라는 결과를 가져올 수 있으나, 품질 관리의 필요성은 더욱 증가할 것으로 예상된다. 경쟁이 지금 보다 심화될 경우 서비스제공 인력의 일자리 질의 저하로 이어져 서비스의 질을 하락시킬 가능성, 사회서비스 제공기관의 사회적 책임성⁶⁰⁾을 준수하기 어려울 가능성이 있으므로, 서비스 제공기관의 진입이 쉬워진 만큼 서비스 품질관리를 통한 규제와 퇴출을 제도화하는 등 보다 정기적이고 중장기적인 품질관리 대책을 필요로 하는 여건 변화라 할 수 있다.

나. 정책목표

〈표 1〉 사회서비스 부문 품질평가 체계화

구분	2012년	2017년
사회서비스 부문의 통합적 품질관리 방안 마련 및 품질관리 체계화	<ul style="list-style-type: none"> - 주요 사회서비스 영역별로 분산적인 품질관리 체계 운영 - 품질기준을 적용한 서비스사업 운영 유도기제 미비 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회서비스 품질관리원을 설립, 점진적으로 사회서비스 품질관리의 통합적 운영 체계 마련 - 주요 사회서비스 영역별 실효성 있는 품질기준 설정, 평가의 체계적 운영

다. 개선방안

1) 사회서비스 부문 주요 영역에 공통적으로 적용되는 ‘품질관리’의 개념 정립 및 대상영역 설정

개정 사회보장기본법에서 정의된 사회서비스의 범위는 사회복지뿐만 아니라, 보건,

59) 이전까지 바우처사업기관은 지자체를 통한 지정공모, 신청, 심사, 선정의 절차를 따랐으며, 지자체에서는 유사사업 제공경험 여부, 사회서비스 수행능력, 인력관리, 서비스 관리계획 등의 평가기준을 마련하여 검증함으로써 사회서비스 제공에 있어 1차적인 질관리 기제로 작동한.

60) 사회적 책임성은 사회서비스 영역에서 중요한 영역으로, 이용자에 대한 비차별적 대우, 가격대비 적정서비스의 제공, 서비스 제공인력의 공공적 책임감 견지 등을 통해 확보될 수 있다고 봄(김은정, 2008).

교육, 고용, 주거등 확장된 영역을 포괄하고 있다. 이와 관련하여 사회복지영역 내에서 분절적으로 이루어지고 있는 (품질) 관리체계를 어떻게 운영할 것인지, 사회서비스의 넓은 영역을 어디까지, 어떤 목적으로 품질관리 체계에 담을 것인지가 우선 검토되어야 할 것이다.

첫째, 단계적 접근으로서, 품질관리가 시급하고 필수적인 서비스 영역부터 우선 착수하며, 점차 통합적인 관리 체계의 구성을 모색하도록 한다. 둘째, 대인서비스를 우선 적용하여,, 직접적인 대면 접촉이 이루어지는 인적서비스(human services)를 중심으로 하되, 서비스가 이루어지는 장소에 따라 ‘시설서비스’, ‘재가서비스’ 영역으로 구분하여 관리 방안을 마련하도록 한다. 셋째, 복지부문 사업을 우선하여, 사회복지사업(유관부처 사업 포함)을 중심으로 기본 체계를 마련하도록 한다.

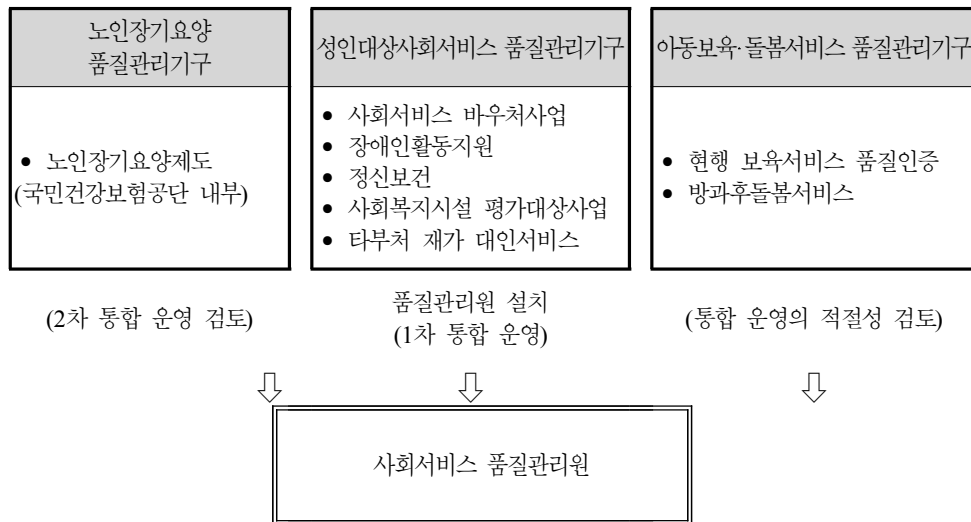
이와 같은 기본 방향을 설정하여, 수급 규모가 크고 서비스 운영 구조가 체계화된 보육(품질인증), 노인장기요양(평가) 체계를 현행 체계로 두고, 그 밖의 대인사회서비스 영역(사회서비스 바우처사업, 장애인활동지원, 정신보건, 기존 사회복지시설 평가 대상, 타부처의 재가 대인서비스 등 포함)을 포괄하는 전담기구를 설치·운영하는 방안을 모색한다. 이 때, 품질관리 체계는 서비스의 성격을 감안하여, 아동보육·돌봄서비스(현행 보육서비스 품질 인증업무 + 방과후돌봄서비스 포함)과 성인대상서비스로 이원화하는 방안을 검토하며, 이 때 타부처의 재가 대인서비스(여성가족부 아이돌보미 등)도 포함하도록 한다.

2) 사회서비스 품질관리 기구 설치 방안

대인사회서비스의 영역은 현행 사회서비스부문의 사업체계를 고려할 때, 다음과 같이 3개의 범주, 즉 노인장기요양 품질관리, 성인대상 사회서비스 품질관리, 아동보육·돌봄서비스 품질관리 영역으로 구분할 수 있다.

사회서비스부문의 품질관리를 담당하는 “사회서비스 품질관리원”을 설립하되, 우선 노인장기요양제도를 제외한 ‘성인대상 사회서비스’를 대상으로 운영하는 방안을 검토한다.

〈표 2〉 사회서비스 품질관리기구 설치 방안



착수단계에서는 현재 위탁 운영중인 사회서비스 바우처사업 품질관리 체계를 중심으로 품질관리 방안 마련을 모색하되, 전체 사업 범위와 서비스영역의 포괄성을 고려할 때, 품질관리를 전담할 독립법인을 설치할 필요가 있을 것으로 보인다.

장기적으로는 노인장기요양 품질관리도, “성인대상사회서비스 품질관리”로 통합 운용하는 방안을 검토할 필요가 있다.

현재 아동보육부문은 시설인증제도가 운영중이므로, ‘방과후돌봄서비스’의 품질관리 주체를 검토한 후, 아동보육과 방과후돌봄의 품질관리를 통합하는 방안을 마련하고, 성인대상 품질관리와의 통합은 그 이후에 검토하도록 한다.

3) 사회서비스 품질관리의 내용: 전담기구의 업무 영역

사회서비스 품질관리기구가 담당할 업무 영역은 다음과 같이 품질관리 기준개발, 기관의 설치·운영, 인력관리의 영역으로 대별할 수 있다.

이 중 품질관리 업무의 우선순위는 첫째, 서비스 제공의 여건 및 서비스 내용, 절

차 등을 포함하는 “기관 운영(서비스수준)의 점검, 평가” 영역, 둘째, “기관 설치” 영역, 셋째, “품질관리 기준” 영역, 넷째, “인력 운용” 영역으로 볼 수 있다.

〈표 3〉 사회서비스 품질관리의 업무 영역

품질관리 기준 개발	기관 설치	기관 운영		인력 운용	
서비스 품질기준 설정	<ul style="list-style-type: none"> • 지정·위탁 • 등록·심사·승인 	<ul style="list-style-type: none"> • 점검·평가 	<ul style="list-style-type: none"> • 서비스 품질 인증 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격관리 	<ul style="list-style-type: none"> • 교육훈련

“사회서비스 품질관리기구”의 업무는 다음의 내용을 포함할 수 있을 것이다.

- 사회서비스 품질관리 실행방안의 중장기 계획 마련
- 사회서비스 분야별 최저기준 개발
- 사회서비스 수준의 정기적 점검 및 평가 방안 마련, 운영
- 사회서비스 기관 설치·운영 기준 및 심사 기준 마련/ 등록제도 운영 (집행: 지자체 vs 품질관리기구)
- 사회서비스 자격관리 및 교육훈련 계획 수립 (부가 검토)
- 사회서비스 인력의 수급 점검 및 계획 수립 (부가 검토)

4) “사회서비스 품질관리위원회” 설치·운영

영역별로 이루어지는 사회서비스 영역의 품질관리 기준 설정, 추진 상황, 제도 반영 등에 대한 종합적인 검토, 조정을 위해, 이를 전반적으로 논의할 수 있는 범 정부 차원의 “사회서비스 품질관리위원회”의 설치를 검토할 필요가 있다.

이는 국무총리실 산하 위원회로 설치하고, 정부, 학계, 민간기관이 함께 참여하는 구조를 마련하는 방안이다. 위원회의 업무로서는 다음에 대한 심의, 조정기능을 포함하도록 한다.

- 품질관리에 대한 중장기 계획
- 품질관리 사업대상의 결정

- 사회서비스 영역별 품질관리 방안의 조정 및 개선에 대한 사항
- 사회서비스 품질관리 결과의 검토 및 조치(feed-back) 등

라. 입법조치

- 사회서비스 품질관리에 관한 법률 제정
- 유관 법률 개정 검토 (다음 해당법령 참조)

구분	해당 사업
사회복지사업법	<ul style="list-style-type: none"> • 사회복지생활시설, 종합사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 등 지방이양사업 • 장애인직업재활, 노인일자리
사회서비스이용및 이용권관리에 관한 법률	<ul style="list-style-type: none"> • 사회서비스 바우처 사업 (산모신생아도우미, 가사간병, 노인돌봄, 지역사회서비스투자사업)
개별 법령	<ul style="list-style-type: none"> • 노인장기요양제도 • 장애인활동지원제도 • 정신보건시설
사업 지침	<ul style="list-style-type: none"> • 드림스타트사업 • 지역아동센터 • 아이돌보미 사업 (여성가족부) • 다문화가족지원서비스 (여성가족부) • 방과후돌봄 사업: 방과후아카데미(여성가족부), 방과후돌봄교실(교육과학기술부)

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
사회서비스 품질 평가 체계화					
- 사회서비스 품질관리에 관한 근거법안 마련					
- 사회서비스 품질관리 체계화 방안 마련					
- 사회서비스 품질관리위원회 운영					
- 사회서비스 품질관리원 설립 준비					
- 사회서비스 품질관리원 운영					
- 노인장기요양제도 등 사회서비스 부문의 통합적 관리체계 마련					

18. ‘건강한’ 사회서비스 공급주체로서 사회적기업의 육성 방안

가. 사회적기업 지원정책의 추진

사회적기업 지원정책의 추진은 ‘98~’99년 실업대책인 공공근로사업이 민간부문으로 위탁되는 시기를 배경으로 한다. 당시 공공근로사업이 갖는 ‘임시성’이 지속적인 일자리창출의 전망을 갖지 못한다는 한계가 지적되면서, 노동부는 이를 극복하고자 2003년 사회적 일자리 시범사업을 추진하게 된다. 2003년 노동부의 시범사업은 사회적 취약계층을 위한 일자리창출과 새로운 사회서비스를 발굴하여 사업화하는 것이었다. 그리고 뒤이어 2004년에는 사회서비스의 확충에 보다 초점을 맞추어 각 부처의 사회적 일자리사업이 확대되었다. 그러나 사업을 통해 창출된 고용의 질이 낮고, 일자리를 유지하기 위해 정부재정이 지속적으로 투입되어야 한다는 한계가 지적된다. 그리고 이러한 문제에 대한 고민은 2007년 사회적기업육성법의 제정을 가능하게 하였다. 즉 우리나라의 사회적기업 지원정책은 2003년 노동부의 사회적 일자리 시범사업에서 시작되어 2007년 사회적기업육성법을 통해 제도화되었다.

이러한 사회적기업 지원정책은 현재 사회적 취약계층을 위한 일자리창출과 사회서비스를 제공한다는 이중 목적을 추구하고 있다. 사회적 기업육성법의 시행령은 이러한 이중목적의 명시하고 있는데, 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

— (사회적기업육성법시행령)제9조(사회적 목적 실현의 판단기준) ① 법 제8조제1항제3호 후단에 따라 조직의 주된 목적이 사회적 목적을 실현하는 것인지에 대한 판단기준은 다음 각 호의 구분과 같다.

1. 조직의 주된 목적이 취약계층에게 사회서비스를 제공하는 것인 경우: 해당 조직으로부터 사회서비스를 제공받는 사람 중 취약계층의 비율이 100분의 50(2013년 12월 31일까지는 100분의 30으로 한다) 이상일 것
2. 조직의 주된 목적이 취약계층에게 일자리를 제공하는 것인 경우: 해당 조직의 전체 근로자 중 취약계층의 고용비율이 100분의 50(2013년

12월 31일까지는 100분의 30으로 한다)이상일 것

3. 조직의 주된 목적이 지역사회에 공헌하는 것인 경우: 지역(고용노동부장관이 정책심의회 심의를 거쳐 사회적기업에 의한 지역사회 공헌이 필요하다고 인정하는 지역을 말한다. 이하 이 호에서 같다)의 인적·물적 자원을 활용하여 지역주민의 소득과 일자리를 늘리는 것으로서 해당 조직의 전체 근로자 중 해당 조직이 있는 지역에 거주하는 취약계층(이하 "지역취약계층"이라 한다)의 고용비율이나 해당 조직으로부터 사회서비스를 제공받는 사람 중 지역취약계층의 비율이 100분의 20이상일 것
4. 조직의 주된 목적이 취약계층에게 사회서비스와 일자리를 제공하는 것인 경우: 해당 조직의 전체 근로자 중 취약계층의 고용비율과 해당 조직으로부터 사회서비스를 제공받는 사람 중 취약계층의 비율이 각각 100분의 30(2013년 12월 31일까지는 100분의 20으로 한다)이상일 것

나. 사회적기업의 사회서비스 공급주체로서의 현황, 정부 지원정책의 한계

사회적기업은 사회적기업 육성법 시행령에 제시된 사회적 목적의 실현과 관련하여 ‘일자리제공형’, ‘사회서비스제공형’, ‘지역사회공헌형’, ‘혼합형’, ‘기타형’으로 공식 분류된다. 한국사회적기업진흥원이 2011년 12월 인증한 사회적기업의 현황을 사회적기업의 유형별로 살펴보면 다음의 <표 1>과 같다.

‘일자리 제공형’에 속하는 사회적기업이 60.1%로 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 그리고 사회서비스 제공을 목적으로 한다고 볼 수 있는 ‘사회서비스 제공형’ 혹은 ‘혼합형’인 사회적기업의 비중은 전체 사회적기업의 24.9%로 나타나고 있다.

<표 1> 인증 사회적 기업의 유형별 숫자와 분포(2011.12)

(단위: 개소, 괄호는 %)

유형	일자리 제공형	사회서비스 제공형	혼합형	기타형	지역사회 공헌형	계
개소 (비율)	387 (60.1)	51 (7.9)	109 (17.0)	94 (14.6)	3 (0.5)	644 (100.0)

자료: 한국사회적기업진흥원, 2011년 12월 사회적 기업 인증 현황

그러나 현장에서 사회적기업의 공식 유형은 명확하게 구분되지 않는다는 것이 일반적인 견해이다. 기업에 따라 정도의 차이만 있을 뿐 유형에 상관없이 ‘취약계층에게 일자리를 제공하여 사회서비스를 제공한다’라는 두 가지 목적을 동시에 추구할 수 있기 때문이다.

다음의 <표 2>는 인증 사회적기업의 사회서비스 제공현황을 기업의 활동 영역을 통해 살펴볼 수 있도록 해준다. 사회적기업의 활동영역을 사회복지, 교육, 보건, 환경, 문화, 보육, 가사간병, 기타로 구분하여 살펴보면 ‘기타’ 영역을 제외한 비중 즉 사회서비스 영역의 비중이 65%를 초과하는 것으로 나타나고 있다. 협의의 사회서비스로서 사회복지(14.3%), 보육(3.6%), 간병가사(8.5%)의 대인서비스(human service)의 비중이 25.4%로 나타나고 있으며, 광의의 사회서비스로서 환경(17.1%), 문화(13.5%)의 비중 또한 30.6%로 높게 나타나고 있다.

<표 2> 인증 사회적 기업의 활동 분야별 현황(2011.12)

(단위: 개소, 괄호는 %)

분야	교육	보건	사회 복지	환경	문화	보육	간병 가사	기타	계
개소 (비중)	42 (6.5)	10 (1.6)	92 (14.3)	110 (17.1)	87 (13.5)	23 (3.6)	55 (8.5)	225 (34.9)	644 (100.0)

주: 제조업 분야의 기업은 기타에 포함됨.

자료: 한국사회적기업진흥원, 2011년 12월 사회적 기업 인증 현황

사회적기업의 사회서비스 공급주체로서의 역할이 현재 어떻게 변화하고 있는지를 알아보기 위해서는 사회적기업이 제공한 사회서비스를 실제로 이용한 수혜자의 규모를 살펴볼 필요가 있다. 다음의 <표 3>는 사회적기업이 제공한 사회서비스를 이용

한 수혜자와 취약계층 수혜자의 수를 보여준다. 2010년 한 해 동안 사회적 기업이 제공하는 사회서비스를 이용한 수혜자의 규모는 6,562,077명으로 2008년의 307,944명, 2009년의 842,135명과 비교하여 급속히 증가하는 양상이다. 동시에 취약계층 수혜자의 규모도 2008년의 198,676명, 2009년 505,767명에 비하여 2010년 3,890,202명으로 급속히 증가하고 있다.

<표 3> 사회서비스 수혜자 현황

	전체 수혜자 수				취약계층 수혜자 수			
	2008	2009	2010	증감율	2008	2009	2010	증감율
표 본	125	190	350	-	125	190	350	-
전 체	307,944	842,135	6,562,077	679.2	198,676	505,767	3,890,202	669.2
평 균	2,463.6	4,432.3	16,531.5	273.0	1,602.2	2,733.9	8,943.9	227.1
중위수	230.0	311.5	1,843.5	491.8	156.0	159.0	858.0	439.6
최 소	6	2	0	-	0	0	0	-
최 대	40,000	141,716	402,095	183.7	36,000	141,716	289,222	104.1
취약계층 수혜율	-	-	-	-	64.5	60.1	59.3	-

주: 서비스 수혜자는 연인원에 대한 응답.

자료: 확산화, 사회적 기업의 사회적·경제적 성과 분석, 2011

사회적기업의 활동영역에서 사회서비스가 차지하는 비중이 절반 이상이고, 최근 사회적기업을 통해 사회서비스를 이용하는 자의 수가 급격히 증가하고 있는 현상은, 사회적기업의 사회서비스 제공주체로서의 역할이 증가하고 있음을 보여준다. 그러나 현행 사회적기업 지원정책은 사회서비스 공급주체로서 사회적기업의 역할을 인정하고, 이를 고려하는 지원책을 갖고 있다고 보기 어렵다. 2011년 노동부는 ‘사회적기업 활성화 방안’을 추진하여 사회적기업 육성의 제도적 환경을 강화하고자 시도하는데, 그 내용을 살펴보면 사회적기업의 자금조달경로를 다양화함으로써 재원접근성을 향상시키는 데 주안점을 두고 있다는 것을 알 수 있다. 그 밖의 활성화방안으로는 공공시장진출확대방안, 경영·창업지원 강화, 기업의 투명성·책임성 강화, 사회적기업 확산 전략이 제시되어 있다. 전반적으로 사회적기업의 활성화 지원정책은 사회적

기업 설립의 초기단계지원, 기업의 시장경쟁력 강화, 기관의 경영취약점 보완에 집중되어 있는 것으로 파악된다.

반면 사회서비스(특히 대인서비스)의 특성을 감안하여, 사회적기업이 사회서비스 공급주체로서 갖는 강점을 지원하는 정책은 부족한 실정으로 보인다. 사회적기업이 사회서비스 공급주체로서 갖는 강점은 우선 사회서비스의 특성과 관련이 있다. 사회서비스(특히 대인서비스)의 가장 큰 특성은 ‘공공재’로서의 성격이다. 사회서비스 영역은 노동생산성을 높임으로써 초과이윤을 획득할 수 있는 영역이 아니다. 서비스 제공인력에 대한 투자 즉 고용의 질에 대한 투자가 사회서비스의 질, 수요자의 만족도와 직결되는 영역이다. 결국 고용의 질과 서비스의 질이라는 두 가지 모순적인 목적이 동시에 추구되면서 영리를 추구해야 하는 영역인 것이다. 이와 관련하여 사회적기업은 ‘가치지향적인 영리조직’으로서 시장의 영리활동에서 공공성을 추구할 수 있는 하이브리드적 성격을 가지고 있다. 이러한 특성은 우선 지역사회주민을 직접 고용한다는 점에서 출발한다. 또한 기존 사회복지기관에 비해 다양한 서비스를 제공할 수 있는 자율성 확보하고 있다. 즉 수요자의 범위, 욕구에 맞춰 서비스의 내용과 양을 설정하는데 기존의 사회서비스 공급주체보다 더 유연하고 민감할 수 있다. 아울러 사회적기업의 민주적 의사결정구조와 가치지향성은 직원의 직무만족도 및 질 높은 서비스 제공에 영향을 미쳐 영리 활동에 도움을 줄 수 있다. 동시에 타 사회서비스 기관의 편법마케팅이나 부정행위에 대한 거부감이 존재하여 ‘건강한’ 사회서비스 공급주체로서 정부와 지역주민의 신뢰를 이끌어내기도 쉽다. 즉 사회적기업은 지역사회와의 ‘교류’ 그리고 ‘신뢰’를 형성하기에 타 영리기업이나 공공부문 보다 상대적으로 유리한 입지를 갖고 있는 것이다. 즉 정부 및 지역사회와의 교류를 통해 형성된 ‘신뢰’는 무형의 자본으로서 기업의 영리활동에 중요한 역할을 수행할 수 있다. 결국 이러한 강점은 복지재정혼합(민간부문의 인적, 물적 자원의 동원)의 매개조직으로서 역할 하여 정부의 사회서비스 정책 구상, 집행 효과성, 재정 효율성을 높이는 데 기여할 수 있다.

다. 정책방향 및 개선방안

정책 목표로서, 사회적기업이 사회서비스 공급주체로의 강점을 최대화하여 지역사회에 사회서비스를 안정적으로 제공할 수 있도록 지원하는 정책과 집행방안을 수립할 필요가 있다. 그리고 이러한 정책목표를 실행하기 위해 다음의 중·단기적 개선방안을 추진할 필요가 있다.

첫째, 복지부의 지원정책 수립과 예산투입이 필요하다. 즉 질 높은 고용과 질 높은 서비스로 지역사회와 ‘신뢰’를 형성하는 ‘건강한’ 사회서비스 공급구도를 형성하기 위해 복지부가 보다 적극적으로 개입할 필요가 있다. 노동부는 2011년 사회적기업 활성화 방안으로 중앙부처 사회적기업 일자리창출사업을 추진하고 있다. 그러나 현재 복지부 자체의 예산 안과 집행 계획은 부재한 상황이다. 복지부는 노동부가 주안점을 두고 있는 기업의 시장경쟁력 강화, 기관의 경영취약점 보강에 새로운 시각을 제공하고 ‘사회경제조직’으로서 사회적기업의 강점을 지원하는 방안을 구체화하여 제시할 책임이 있다.

둘째, 사회서비스 사회적기업의 법인격을 인정할 필요가 있다. 즉 사회서비스의 공공성을 추구할 수 있는 법적 정체성의 부여할 필요가 있다. 현재 노동부는 사회적기업의 시장자립을 위해 주식회사로의 전환을 독려하고 있다. 그러나 사회서비스 사회적기업의 ‘자립’은 시장뿐만 아니라 지역사회와의 교류 및 민간자원의 동원을 통해 추구될 필요가 있다. 따라서 공공성을 추구할 수 있는 법적 정체성이 필요하다. 협동조합 기본법에 의한 협동조합이나 지자체가 주주로 참여하는 주식회사(유립사례) 등의 대안 검토가 필요할 것이다.

셋째, 사회적기업의 공공성을 지원할 필요가 있다. 즉 사회적기업이 사회서비스를 제공하는 데 공공성을 추구할 수 있는 제도적 환경을 조성할 필요가 있다. 예를 들어, 지자체와 공식적인 파트너십을 강화하고 공공계약을 활성화할 수 있다. 영국의 사례와 같이 공공계약방식으로서 최고가치입찰제(the Best Value)를 도입하여 기업의 가치지향성을 지원하는 방안을 검토할 수도 있을 것이다. 또한 사회서비스 사회적기업 네트워킹을 활용하는 방안 등을 통해 사회적기업의 수요자 참여구도, 새로운

서비스 발굴, 사각지대 발굴, 지역사회 인적·물적 자원의 동원 등을 적극적으로 지원하는 방안을 모색할 수도 있다.

넷째, 서비스 제공인력에 대한 지원을 확대할 필요가 있다. 즉 서비스 제공인력의 근로조건을 개선하여 질 높은 서비스의 생산을 유도할 필요가 있다. 우선 인건비 지원의 지속성을 확보하기 위해 인건비지원 방식을 다양화하는 방안이 검토될 수 있을 것이다. 예를 들어, 일자리창출사업의 재원 및 고용보험제도로 운영되는 직업훈련과 고용보조금 등의 재원을 사회적기업과 연계하는 등의 방안이 모색될 수 있다. 또한 근로기준법의 적용, 서비스 수가의 현실화를 통해 서비스 제공인력의 처우를 개선할 필요도 있다.

다섯째, 사회적기업에 대한 인식을 개선할 필요가 있다. 공공부문과 시민사회를 대상으로 사회경제조직에 대한 홍보를 확대하여 인식을 개선하여 기업의 활동을 지원할 필요가 있다는 것이다. 예를 들어 기업의 가치지향성에 대한 홍보를 통해 공공부문의 인식을 개선하고 사회복지시설과 유사한 자원동원 즉 기부금, 자원봉사 등이 가능하도록 유도해야 할 것이다.

여섯째, 세제 감면이 필요하다. 사업의 공공성이라는 측면에서 세제감면을 확대하여 경제적 자립을 지원할 필요성이 있다. 동일한 서비스를 제공하고 있는 타 사회복지시설과의 형평성 고려하여 부가가치세 부담을 완화할 필요가 있으며, 사회적기업이 사회보험료 부담을 줄이고자 유료직업소개소 형태로의 운영되는 것을 방지하는 방안이 모색될 필요가 있다.

일곱째, 전문인력 자격요건을 조정할 필요가 있다. 즉 사회적기업 전문인력의 인건비 지원정책을 사회서비스 분야에 적합하게 조정할 필요가 있다. 전문인력의 기준과 인정범위를 조정하여 사회복지사, 간호사 등 사회서비스 분야의 전문가를 사회적기업이 활용할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

여덟째, 경영컨설팅 주체를 합리화할 필요가 있다. 즉 현행 경영컨설팅을 개선하여 사회서비스 사회적기업의 운영을 실질적으로 지원할 필요가 있다. 컨설턴트의 사회적기업, 사회서비스, 대인(돌봄)서비스에 대한 이해를 높여 사회서비스 사회적기업의 경영에 실질적으로 도움이 되는 컨설팅을 제공할 필요가 있다. 이를 위해 한국사

회적기업중앙협의회 등의 네트워크를 활성화하여 컨설팅 주체로 육성하는 방안 등을 검토해 볼 수 있을 것이다.

라. 입법조치(안)

위의 개선방안을 추진하기 위해, 다음의 입법조치가 추진될 필요가 있다. 첫째, 복지부 자체의 사회적기업 지원정책의 수립, 둘째, 사회서비스 사회적기업의 독립적인 법인격 인정, 셋째, 사회적기업육성법 제10조~제20조의 지원정책(경영지원, 교육훈련지원, 조세감면 등)의 개정

마. 연차별 시행계획(안)

구체적인 연차별 시행계획(안)을 제시하면 다음과 같다. 우선 복지부 자체의 사회서비스 사회적기업의 지원정책이 장, 단기계획으로 수립되어야 할 것이고(2013년~2014년), 이후 구체적인 지원정책을 마련하기 위한 사회적기업육성법의 개정이(2013년~2017년) 추진되어야 할 것이다. 이를 위해 먼저 사회서비스 사회적기업의 현황 및 실태를 다각도로 파악하고(2013년), 자료에 근거하여 공공계약의 활성화나 세제감면 및 인건비지원의 합리화의 방안을 유기적으로 검토(2014년~2017년)해야 할 것이다.

구분	2013	2014	2015	2016	2017
- 복지부 내부의 사회적기업 육성정책의 장, 단기계획의 수립					
- 사회적기업 육성법의 사회서비스 사회적기업의 지원정책 마련					
사회서비스 사회적기업의 실태파악					
공공계약의 활성화방안					
세제감면의 확대방안					
인건비 지원의 합리화방안					

19. 사회서비스 종사자 처우개선

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황 및 문제점

2011년 기준 사회서비스 종사자 중 보건·복지업의 종사자 규모는 113만 명으로 추정되며, 2008년 기준, 미국(12.5%), 영국(12.4%), 독일(11.7%), 일본(9.4%) 등 전체 취업자 대비 보건·복지 부문 비중이 4.7%로 매우 낮은 수준에 머물러 있다. 이중 공공부문과 관련된 종사자 규모는 약 29.2만 명으로 대부분 사회복지시설과 정부의 노인재가장기요양보험사업, 그리고 돌봄바우처 사업에 종사하고 있는 것으로 파악된다.

<표> 공공 부문 돌봄 서비스 노동시장 현황

단위 : 만명

구 분	사회복지 시설	노인요양 사업	바우처 사업				
			요양보호사	산모신생아	노인돌봄	가사간병	아이돌보미
종사자명칭	사회복지사	요양보호사	활동보조인	산후도우미	노인돌보미	방문도우미	아이돌보미
종사자 수	6	24	2.7	0.4	0.9	0.3	0.9
전체	29.2만 명						

출처 : 노사정위원회 75차 본 위원회 안건('11.12), 보건복지부 2012.1

한국사회복지사 기초통계연감. 2011. 보건복지부

이들 공공분야의 사회서비스 부문 종사자의 처우수준에 대해 살펴보면 우선 임금의 경우, 시간당 5,287원~6,184원 사이로, 4대 보험료를 약 8%에 해당하는 금액을 제거하였을 경우, 2012년 최저임금 4,580원과 매우 근접할 정도(6~24% 높음)로 열악한 수준이다. 특히 노인요양시설에 종사하는 요양보호사의 경우 근무시간(207시간)은 많은 데 비해 시간당 임금은 가장 낮아 최근 인권위원회에서 종사자 처우에 관한 시정권고가 내려져 있는 상황이다.

<표> 공공 부문 돌봄 서비스 노동시장 현황

단위 : 원

구 분		사회복지사	노인 요양*		돌봄바우처**
			시설	재가	
임금	시간당	10,463	5,287	6,227	6,184
	4대 보험료 제거시	9,621	4,864	5,729	5,689
	월 보수(만원)	185.2	130.8	84.5	57.4
	지급 방식	월급제	시급제	월급제	시급제
근무 시간(4주)		177	206.8	116.8	94

출처 : *한국여성노동조합, 고령화 사회의 돌봄 노동에 대한 진단과 전망, 2010., **보건복지부, 바우처 제공인력 급여시스템 한국사회복지사 기초통계연감. 2011. 보건복지부-한국사회복지사협회

둘째로 사회보험 가입에 있어서는 사업지침이 부재해 희망자에 한해 가입시켜주고 있는 아이돌보미(가입률은 약 10~20%) 종사자를 제외할 경우, 약 70% 이상으로 높은 편이다. 그러나 법정근로자성과 관련된 초과근로수당의 경우, 시간외 수당과 휴일급여, 유급휴가 등의 지급률이 낮다.

<표> 공공 부문 돌봄 서비스 종사자의 4대 보험 가입률

단위 : %

구 분		사회복지사	노인요양	돌봄 바우처				
				노인돌봄	장애인활동보조	산모신생아	가사간병	아이돌보미
4대보험	건강보험	96.6	72.0	83.2	78.3	76.9	95.5	16.5
	국민연금	97.0	72.5	80.6	75.3	77.8	93.4	13.8
	고용보험	92.3	72.5	83.2	81.7	79.5	95.5	14.7
	산재보험	90.7	72.0	81.0	77.3	77.8	87.1	22.9
부가급여	배상책임보험	-	64.9	77.7	75.3	79.5	71.4	43.1
	퇴직금	45.3	50.7	77.3	58.3	46.2	89.9	1.8
	시간외수당	50.6	19.4	18.3	6.7	29.9	22.3	22.0
	휴일급여	-	23.2	2.9	2.3	3.4	15.7	1.8
	유급휴가	-	18.0	5.1	1.3	0.9	15.7	-

출처 : 박세경외, 사회서비스 인력 선진화 방안 연구, 2009. 보건사회연구원.
한국사회복지사 기초통계연감. 2011. 보건복지부-한국사회복지사협회

셋째, 근무 안정성의 경우, 신변안전에 대한 위협의 경험정도가 종사자들 중 약 25%정도가 경험할 정도로 취약한 것으로 파악된다. 따라서 최근 인권위에서는 요양

보호사들이 성희롱, 폭언 등 신변에 위협을 느끼는 경우에 대한 대책을 해당 정부부처에게 마련할 것을 요청한 상황이다.

<표> 신변 안전에 대한 위협 경험정도

단위 : %

구 분	사회복지사	노인 요양	돌봄 바우처				
			노인 돌봄	장애인 활동보조	산모 신생아	가사간병	아이 돌보미
늘 느낀다	20.8	2.4	3.3	5.0	-	4.9	0.9
가끔	27.7	29.4	21.6	22.3	0.9	33.5	5.5
없음	23.0	68.3	75.6	72.7	99.2	61.7	93.6

출처 : 박세경외, 사회서비스 인력 선진화 방안 연구, 2019. 보건사회연구원.

사회복지사의 경우 유재운, 클라이언트 폭력피해경험 사전조사결과, 2012. 한국사회복지사협회.를 인용

종사자 처우와 관련된 현황을 중심으로 문제점을 살펴보면 크게 5가지로 요약이 가능하다. 첫째는 고용 양에 관한 문제로 공급은 많은데 수요가 적다는 점이다. 노인장기요양보험 도입으로 인해 양성한 요양보호사 자격 소지자들은 전국에 약 100만 명에 육박하고 있으나 종사자 규모는 24만 명으로 사실상 초과공급 상황이다. 이러한 현상은 사회복지사의 경우에서도 동일하게 나타나고 있다. 2011년 기준, 사회복지사 자격증 소지자는 약 48만 명으로 집계되고 있으나 현장인력은 6만 명 수준으로 파악되고 있다. 한편 바우처 종사자들의 경우에는 서비스 부족으로 인해 지속적으로 안정된 수입이 불가능하다는 문제점을 가지고 있다. 즉, 서비스 수혜자들의 갑작스런 서비스 중단 통보로 인한 서비스기회상실과 지역의 서비스 수혜자 연계 시스템의 부족으로 근무시간 확보가 어렵다는 것이다. 둘째는 임금수준과 관련해서 실질 소득이 적다는 점이다. 이는 정부의 재정 부족으로 인해 과거 3년간 서비스 수가가 동결되면서 인건비 상승분이 상실되었기 때문이다. 한편, 노인재가장기요양 종사자의 경우 서비스수가에 따른 수익배분비율이 사업 지침화 되어 있지 않고 있기 때문에 정부가 종사자 임금을 관리하는 수단이 부재한 것도 문제로 지적되고 있다. 셋째, 종사자들의 근로자성 인정과 관련하여 정부부처간의 의견차이가 존재한다는 점이다. 보건복지부의 경우, 돌봄바우처 사업 종사자들의 처우개선을 위해 4대 보험 가입을

사업지침으로 종사기관들에게 통보하고 있지만 근로자성을 인정하는 법정수당 제공은 불허하고 있다. 한편, 여성가족부는 4대 보험의 경우 가입 희망자만 허용하는 상황이다. 이는 정부가 국가사업에 참여하는 종사자들의 근로자성을 인정할 경우, 과거 사업기간 동안에 미지급된 법정수당의 소급 등으로 인해 재정상에 문제가 발생할 가능성이 존재하기 때문이다. 넷째, 근무 환경과 관련해서 서비스 수혜자들의 무지함으로 인해 발생하는 신변안보 및 예외 서비스 요구, 하대취급 등에 대해 서비스 종사자들을 방어해주는 정책이 부족하다는 점이다. 돌봄사업에 종사하고 있는 요양보호사와 돌봄 바우처 종사자들의 경우, 밀폐된 서비스 수혜자들의 가정에서 서비스를 제공해야함으로 성희롱과 폭언이 발생 시 방어할 수 있는 수단이 부족하고, 몰상식한 수혜자들이 돌봄서비스 종사자들을 정부가 제공하는 피출부로 인식하여 가사 및 청소 등 예외서비스를 요구하는 상황이 많아져 종사자와 수혜자간에 다툼이 발생하고 있다,

2) 주요 쟁점

우선, 현 돌봄 종사자의 과도한 공급량을 고려 시, 급격한 수혜자 확대를 통한 고용량 증가는 정부재정의 압박을 초래할 가능성이 존재하기 때문에 사회복지서비스산업 공급체계에 대한 재검토가 필요하다. 특히 허가제 등 시장형으로 추진되고 있는 돌봄사업의 경우, 기관의 난립으로 종사자 처우가 더욱 악화될 가능성이 존재한다. 둘째, 수가 인상 폭 확대를 고려해야 할 것이다. 단기적으로 최저임금에 근접한 사회복지 종사자의 임금 현실화 및 종사기관들의 운영 정상화를 위해서 시장상황을 반영한 서비스 수가의 인상이 필요하다. 그러나 장기적으로 서비스 기관들이 사업다각화 등 자생력을 갖추지 못하는 상황이 지속된다면 서비스 수가 중심으로 결정되고 있는 인건비 구조를 근본적으로 개선시키기에는 무리가 있다고 판단된다. 셋째는 종사기관들의 구조조정 유도이다. 많은 종사기관들이 정부사업 중심의 수익구조를 고집할수록 재정지원의 양만 증가시킬 뿐 자생적 운영이 불가능할 경우가 존재한다. 따라서 비영리기관 중심의 사회복지서비스 제공기관들이 사업 경쟁력을 구조적으로 변경

할 수 있도록 지원하는 방안을 모색할 필요가 있다. 실례로 이탈리아의 경우 사회적 협동조합을 통해 사회서비스 사업의 경쟁력 제고와 동시에 종사자들의 임금도 전체 근로자 월 평균 임금 27,728유로 대비 63% 수준인 16,578유로로 사회서비스가 발전한 영국보다 처우가 좋은 상황이다.

나. 정책 목표

향후 사회서비스 종사자의 처우개선을 위해서는 크게 3가지 측면에서 정책 실효성을 극대화하는데 초점을 맞추어야 할 것이다. 그 첫째는 임금수준의 현실화이다. 2012년 현재 3년간 서비스 수가 동결로 인해 고착화되어 있는 종사자의 임금을 상승시키기 위해서는 정책을 지속적으로 추진할 필요가 있다. 이때 고려해야 할 상황으로는 임금상승률을 현 물가상승률로 연동시키는 것이 아니라 표준 생계비 개명으로 접근해야 한다는 것이다. 물가상승률 고려 시 지금의 열악한 임금수준을 유지하는 효과이외에 실질 소득분을 증가시키는 효과가 부재하기 때문이다. 둘째는 현재 부처 간 이견을 보이고 있는 종사자들의 근로자성을 인정하는 정책을 추진하는 것이다. 비록 종사자들의 근로자성 인정으로 인한 초과근로수당 등의 문제가 존재하고 있지만 열악한 처우를 받고 있는 종사자들의 상황과 향후 지속적으로 성장할 사회서비스 산업 특히 돌봄산업의 고용창출력을 고려할 때 근로기준법 예외적용 등을 통한 종사자들의 근로자성 인정을 추진해야 할 것이다. 한국과 유사한 일본의 경우 개호보험 종사자들의 열악한 처우가 사회적으로 이슈화 되면서 후생노동성이 돌봄 종사기관들에게 종사자들의 근로자성을 인정하는 내용을 사업지침화 한 것(2004년)을 벤치마킹할 필요가 있다고 하겠다. 셋째는 사회서비스산업 육성을 통한 일자리 창출방안을 마련하는 것이다. 현재 과잉공급화되어 있는 돌봄자격자들의 일자리를 확대하기 위해서는 재정지원방식의 사업 확대만으로는 한계가 존재한다. 따라서 민간중심의 시장발굴을 비롯한 다각적인 접근을 통해 자격 有소지자들을 고용시장으로 유입하는 방안마련이 필요하다고 판단된다.

구분	2012년	2017년
종사자 처우개선과 일자리 확대	<ul style="list-style-type: none"> - 3년간 서비스 수가 동결로 종사자 임금 동결 - 서비스 종사자 근로자성 불인정 - 자격유휴 인력 118만명 	<ul style="list-style-type: none"> - 종사자 임금 현실화 추진 - 사회서비스 종사자 근로자성 인정 추진 - 자격 취득자 일자리 확대

다. 개선방안

위와 같은 정책목표를 달성하기 위한 개선방안으로는 다음과 같이 5개 사항을 고려해 볼 수 있다. 첫째는 산업측면에서 사회서비스 전달체계의 주체인 기관들의 경쟁력 강화방안을 구축하는 것이다. 현 사업구조 하에서 기관들의 경쟁력 강화 없이는 지속적으로 재원지원에 따라 종사자들의 처우가 좌지우지될 가능성이 높다. 즉 일자리 확대를 위해 재정지원으로 수혜자 확대를 추진할 경우 기관들과 종사자들의 인건비 상승이 이루어지겠지만 재정지원의 감소가 이루어진다면 오히려 악화되는 구조를 벗어날 수 없다는 것이다. 따라서 종사자들의 안정적인 처우개선을 위해서는 이탈리아의 사회적 협동조합과 같이 자생력을 갖춘 기관들의 육성이 필요하다고 하겠다. 둘째는 사회서비스 종사자에 대한 임금체계를 구축해 확산시키는 방안이다. 시급제로 지급되는 서비스수와 연동된 현 임금체계는 종사자들의 근로자성 인정의 어려움 뿐만 아니라 안정적인 수입기회를 상실케 하는 원인이다. 따라서 사회서비스 종사자들에 대한 직무분석을 실시하고, 표준생계비 개념을 고려한 종사자들의 연도별 인건비 연동 구조를 제도화함으로써 현 시급제의 단점인 근무년수 포함과 교통비, 식대 등의 영업비용을 수당으로 보전해주는 방안을 마련해야 할 것이다. 셋째, 근무시간 확보를 위해 사회서비스 돌봄사업의 종합 Network 시스템을 구축해야 할 것이다. 노인재가장기요양보험 및 돌봄바우처 사업의 경우, 서비스 수혜자의 일방적인 계약포기로 인해 종사자들은 월 60시간 이상의 근무시간 확보가 어렵다. 따라서 여성가족부와 보건복지부로 이원화되어 있는 돌봄 바우처 사업의 지침을 균일화하고 노인장기요양보험 사업을 포함해 종합적인 사회서비스 일자리 네트워크를 구축하여 안정적인 근무시간을 확보하는 방안을 추진해야 할 것이다. 넷째, 사회서비스 종사자 위상확립 및 불량수혜자에 대한 DB 관리 시스템을 구축해야 할 것이다. 국가

복지사업의 전도자로서 사회서비스 종사자들의 위상을 확립하기 위하여 국민을 대상으로 ‘행복전도사(가칭)’로서 사회서비스 종사자들에 대한 TV광고 등을 실시하여 종사자들의 이미지를 상승시킬 필요가 있다. 또한 정부주관의 포상 제도를 통해 종사자들의 자부심을 고취시켜줌으로서 전가로서의 위상과 함께 서비스 질 향상을 위한 동기부여를 촉진시킬 필요가 있다. 그리고 불량수혜자들에 대한 페널티 제도 도입을 통해 종사자들의 신변안전과 수입에 대한 불안감을 해소시켜주어야 할 것이다.

라. 입법조치

입법조치와 관련해서는 근 시간 내에 돌봄 종사자들의 근로자성 문제에 대한 입법조치를 실시할 필요가 있다고 판단된다. 과도한 업무시간 대비 낮은 임금을 받고 있는 사회서비스 종사자들의 근로자성 문제는 향후 초과근로수당에 대한 법적 청구권을 제공함으로써 종사자들의 처우개선에 긍정적으로 작용할 것으로 판단된다. 따라서 보건복지부는 고용노동부와 여성가족부와의 협조를 통해 서비스 종사자 근로자성 인정 추진 후 근로기준법 개정을 추진할 필요가 있다. 이후 아이돌봄을 비롯한 바우처 사업 종사자 등 공공부문 사회서비스 종사자 이외에 민간부문의 산후관리사 및 가정관리사 등 근로자성 문제와 관련된 사회서비스 여성인력들에게 확대하는 방안도 추진해야 할 것이다.

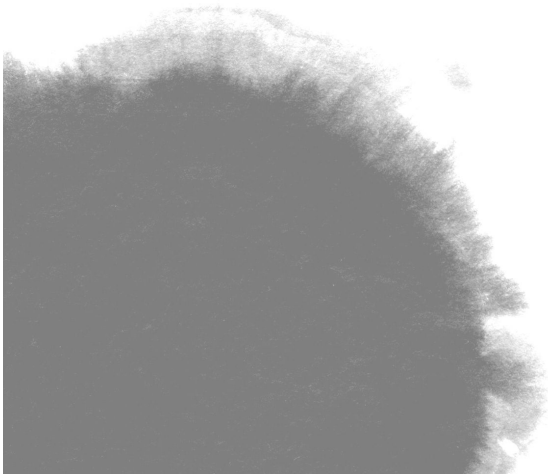
마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
종사자 처우개선					
- 사회서비스 종사자 위상확립을 위한 홍보방안 구축 및 실행					
- 사회서비스 종사자의 임금 현실화					
- 사회서비스 종사자 근로자성에 대한 입법조치					
- 사회서비스 종사자에 대한 임금체계 구축					
- 불량수혜자에 대한 DB 관리					
일자리 확대					
- 사회서비스 종사기관의 경쟁력 강화방안					
- 노인장기요양보험의 재정지원 확대					
- 사회서비스 사업의 종합 Network 구축					
- 사회서비스 공급업체로서 사회적 협동조합 육성					

4장

KI
H
S
A

분야별 중기 정책과제:
저출산·고령 분야



제4장 분야별 중기 정책과제:

저출산·고령 분야

제1 절 저출산·고령화 발전목표

□ 저출산·고령화

○ 사회현상 : 초저출산 장기화 및 급속한 고령화

- 초저출산 장기화, 아동 빈곤 세습, 방임아동 증가, 정서장애 및 불안아동 증가
- 급속한 고령화(베이비부머의 고령화), 노인 특성 변화(가족구조 변화 등), 사적 보호체계 약화
- 높은 노인빈곤율 및 자살율

○ 목표 (가능한 수치화할 수 있는 목표로 선정)

- 출산율 제고
- 아동상대빈곤율 감소 : 2010년 8.6% → 2017년 6.0%
- 장기요양보호대상노인확대: 2011년 5.6% → 2017년 7.0%
- 노후 빈곤율 감소
- 공적연금제도 내실화
- 소득보장제도의 지속가능성 확대

○ 주요과제

사회현상	목표	주요과제	과제 성격
초저출산 및 아동 빈곤	출산지원 인프라 구축	복지 확충을 위한 새로운 자원 마련 (부모보험제도 도입)	복지체감도 향상
		결혼 출산 지원 확대 1. 결혼지원 정책으로서의 주택정책 2. 결혼출산 지원 확대(세제 지원) 3. 결혼출산 지원 확대(출산수당)	미래 투자
	보육체계 의 내실화	공공형 어린이집 확충	미래 투자
		자녀 양육 경제적 지원 체계 개편	사회투자
	아동 보호의 사회화	아동에 대한 보편적 소득보전제도 도입	미래 투자
		아동돌봄 인프라 확충	사회통합증진
급속한 고령화 노인 특성 변화 사적 보호체계 약화	노후 건강 및 요양보장	치매 진료비 지원 확대	복지체감도 향상
		건강 노인 만들기(건강마일리지, 운동 등)	미래투자
		노인장기요양 대상자 확대	복지체감도 향상
		노인장기요양 적정 인프라 공급 체계 구축	복지체감도 향상
	노후 사회참여 및 고령사회 기반조성	노후 사회참여 확대를 위한 기반 조성: 노후 사회공헌 지원체계	미래투자
		노후 여가복지 인프라 체계 개편	복지체감도 향상
		노인일자리사업 수행기관 인프라 확대 및 내실화	미래투자
		안전사회만들기(고령친화적 지역사회만들기)	미래투자
	노후준비 위한 기반 구축	생애후반기 설계 지원강화	미래투자
		노후준비 통합정보 제공 기반 구축	미래투자
높은 노후 빈곤율	공적연금 제도 내실화	국민연금의 사각지대 해소방안	복지체감도 향상
		기초노령연금 개선방안	미래투자
		효과적인 다층소득보장체계 구축방안	복지체감도 향상
	소득보장 제도의 지속가능 성 확대	점진적 퇴직 활성화 방안	미래투자
		근로유인형 연금급여제도 개선 및 가입제도 개선	미래투자

제2절 저출산·고령 분야 주요 정책과제

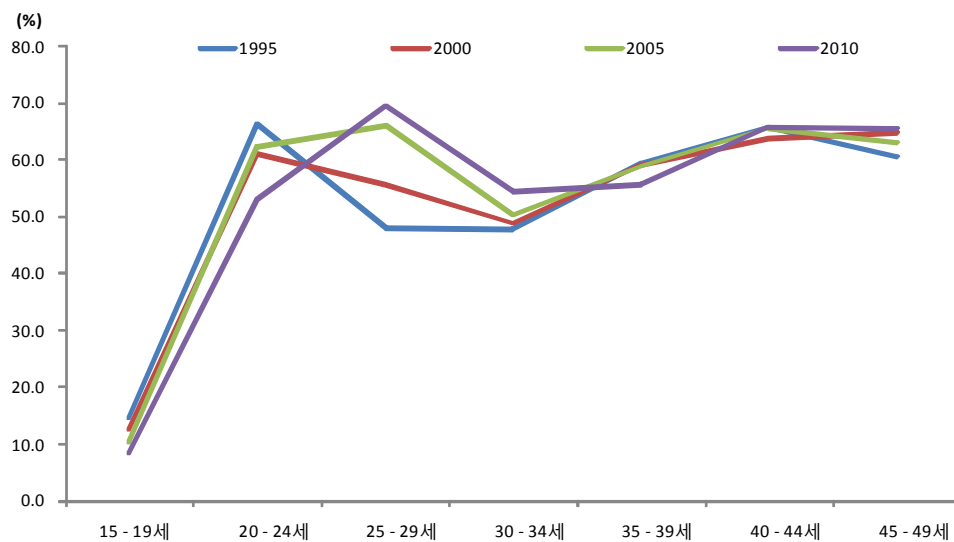
1. 복지 확충을 위한 새로운 자원 마련(부모보험제도 도입)

□ 현황 및 문제점

○ 현황

- 한국사회에서 일·가정 양립 곤란은 결혼·출산의 연기 내지 기피로 이어져 저출산을 유발하는 중요한 원인으로 작용
 - 결혼·출산에 따른 경력단절을 늦추거나 피하기 위해 만혼·독신을 선택함으로써 최근 M-curve의 저점이 늦추어지거나 악화되나 결과적으로 출산율은 계속 낮은 수준에서 지속될 수밖에 없음.

[그림 1] 가임기여성(15~49세) 경제활동참가율 추이, 1995~2010



자료: 통계청, 경제활동인구조사, 각연도(KOSIS).

- 취업여성의 경우 경제활동(사회적 생산)과 출산(인구학적 재생산) 및 건강한 자녀양육이라는 세 가지 역할을 동시에 수행하고 있다는 점에서 종사상 지위 등과 무관하게 모성보호와 일·가정양립을 위한 보편적 지원 필요
 - 최근 자영업자가 증가하고 있는 상황에서 가임기 자영업자의 출산·양육 지원은 고용 및 소득 안정과 더불어 출산율 제고에 매우 중요한 이슈로 부각
- 현재 추진 중인 일·가정양립제도 중 대표적인 출산전후휴가와 육아휴직은 고용보험(실업급여)에 의해 운영

- 출산전후휴가(법정휴가)⁶¹⁾는 임신한 근로여성은 총 90일(산후 45일 확보)을 사용할 수 있으며, 휴가기간 중 60일분의 급여(통상임금상당액)는 고용주가 추가 30일분 급여는 고용보험에서 지급(사회보험화). 단, 우선지원대상기업⁶²⁾의 경우 90일분 모두 고용보험에서 지원.

* 출산전후휴가급여 수혜자는 2002년 22,711명에서 2011년 90,290명으로 증가

- 육아휴직은 만6세 이하 초등학교 취학전 자녀(입양자녀 포함)의 양육을 위하여 1년 이내(부모 각각) 사용할 수 있으며, 급여는 통상임금의 40%(상한 100만원, 하한 50만원) 지급

* 육아휴직급여 수혜자는 2002년 3,763명에서 2011년 58,137명으로 증가

〈표 1〉 출산전후휴가 및 육아휴직 이용 현황, 2001~2011

(단위 : 명, %)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
산전후휴가(A)	2	22,711	32,133	38,541	41,104	48,972	58,368	68,526	70,560	75,742	90,290
육아휴직자(B)	25	3,763	6,816	9,304	10,700	13,670	21,185	29,145	35,400	41,733	58,137
여성근로자	23	3,685	6,712	9,123	10,492	13,440	20,875	28,790	34,898	40,914	56,735
남성근로자	2	78	104	181	208	230	310	355	502	819	1,402
B/A*100	-	16.6	21.2	24.1	26.0	27.9	36.3	42.5	50.2	55.1	64.4

자료 : 고용노동부(고용보험DB자료)

○ 문제점

- 휴가휴직제도가 고용보험(실업급여)에 의해 운영됨에 따라 소규모 영세업종 종사자, 비정규직, 자영업자 등 광범위한 사각지대가 발생하고, 급여수

61) 2006.1.1부터 임신 16주 이후 유산 또는 사산한 여성근로자는 임신기간에 따라 30~60일의 유사·사산휴가와 산전후휴가급여 제공

62) 우선지원대상기업은 i) 광업 300인 이하, 제조업 500인 이하 건설업 300인 이하, 운수·창고 및 통신업 300인 이하, 기타 100인 이하 사업장과 ii) 중소기업법 제2조 제1항 및 제3항의 기준에 해당하는 기업 등

준이 낮은 등으로 인하여 실효성이 낮다는 한계점 노정

- － (사각지대) 고용보험사업의 적용률이 확대되고 있으나 비정규직, 자영업자, 소규모 영세업종 종사자 등은 배제
 - 여성임금근로자 748만명 중 비정규직이 320만명(42.8%), 이중 고용보험가입률은 약 30%(⁶³11.8, 경제활동인구조사, 통계청)
 - 현재 출산전후휴가는 근로계약 형태와 무관하게 여성근로자가 임신 시 산전후휴가가 끝난 날 이전에 고용보험 피보험단위기간이 통산하여 180일 이상인 경우 반드시 부가⁶³되도록 되어 있어, 임금근로자 중 고용보험 미가입자와 자영업자, 무급가족종사자, 근로기간이 짧은 임신·일용직 등은 제외

[그림 2] 산전후휴가 사각지대(2011년 기준)

비경제활동인구	여성 경제활동인구(10,416천명)					
	실업자 (325천명)	취업자(10,091천명)				
		비임금근로자(2,664천명)		임금근로자(7,428천명)		
		무급가족종사자 (1,084천명)	자영자 (1,580천명)	상용직 (3,739천명)	임시직 (2,895천명)	일용직 (3,739천명)

자료 : 통계청, 경제활동인구조사

- 육아휴직의 경우 육아휴직 시작 전일까지 해당사업에서 계속 근로한 기간이 1년 이상인 근로자 중 피보험단위기간(재직하면서 임금 받은 기간)이 모두 합해서 180일 이상인 근로자가 대상⁶⁴이 되나, 임금근로자 중 고용보험 미가입자와 자영업자, 무급가족종사자, 근로기간이 짧은 임신·일용직 등 제외

63) 출산전후휴가급여는 1) 피보험자가 근로기준법 제74조의 규정에 의한 출산전후휴가 부여, 2) 출산전후휴가 종료일 이전에 피보험단위기간이 통산 180일 이상, 3) 출산전후휴가 종료일부터 12개월 이내에 급여 신청

64) 육아휴직급여는 피보험자인 근로자가 1) 남녀고용평등과일가정양립지원에관한법률에 따른 육아휴직을 30일 이상 부여, 2) 육아휴직 개시일 이전 피보험단위기간이 통산 180일 이상, 3) 동일한 자녀에 대해 피보험자인 배우자가 30일 이상의 육아휴직을 부여받지 않으며, 4) 육아휴직 개시일 이후 1월부터 종료일 이후 12개월 이내 급여 신청

[그림 3] 육아휴직 사각지대(2011년 기준)

비경제활동 인구	여성 경제활동인구(10,416천명)					
	실업자 (325천명)	취업자(10,091천명)				
		비임금근로자(2,664천명)		임금근로자(7,428천명)		
		무급가족종사자 (1,084천명)	자영자 (1,580천명)	상용직 (3,739천명)	임시직 (2,895천명)	일용직 (3,739천명)

주: 통계청에서는 임시직 1개월~1년 이내, 일용직은 1개월 이내로 계약하는 경우로 분류
 자료: 통계청, 경제활동인구조사, 2011.

- (비현실적 급여수준) 모성보호급여가 고용보험 내 실업급여에서 지급되고 있는 관계로 휴직급여가 임금대체수준에 크게 미치지 못할 뿐만 아니라 고용보험(실업급여)의 재정도 불안정화
 - 현재 모성보호급여는 고용보험 내 실업급여⁶⁵⁾에서 지원되고 있는데, 모성보호급여는 수혜자 증가로 2002년 257억원에서 2011년 5,092억원 급증
 - * 동기간 산전후휴가급여액은 226억원에서 2,329억원, 육아휴직급여액은 31억원에서 2,763억원으로 각각 증가
 - 이에 따라 실업급여 중 모성보호급여액이 차지하는 비중은 2002년 2.8%에서 2011년 12.5%로 급격하게 증가
 - * 모성보호급여액이 급증함에도 불구하고 일반회계투입은 제자리에 머물러 고용보험기금이나 실업급여기금의 안정성에 큰 영향을 미치고 있음

65) 현재 실업급여 보험료율은 근로자 임금총액의 0.55%, 사업주 0.55% 임.

〈표 2〉 출산전후휴가 및 육아휴직 급여액 현황

	실업급여(A)	모성보호급여(B) (=C+D)	출산전후휴가(C)	육아휴직(D)	(단위 : 억원, %) 비율(E) (=B/A*100)
2002	9131	257	226	31	2.8
2003	11375	441	335	106	3.9
2004	15844	624	416	208	3.9
2005	19054	743	460	282	3.9
2006	22842	1254	909	345	5.5
2007	27132	1934	1324	610	7.1
2008	32290	2651	1666	984	8.2
2009	45294	3182	1785	1397	7.0
2010	41585	3707	1926	1781	8.9
2011	40705	5092	2329	2763	12.5

자료 : 고용노동부

- 낮은 임금대체수준으로 인하여 현실적으로 남성이 육아휴직을 이용하는데 한계가 있으며, 이에 따라 여성들이 장기간 육아휴직을 사용할 수밖에 없고 그로 인하여 노동생산성이 낮아져 결과적으로 기업 등에서 여성 고용을 기피하는 이유가 되기도 함.

* 2011년 남성육아휴직급여 수혜자수는 1,402명으로 전체 육아휴직급여 수혜자 중 2.4%에 불과

○ 쟁점

- (적용대상 범위 확대) 근로계약 형태 등에 관계없이 일하는 모든 부모들이 출산 및 자녀 양육과 관련하여 휴직이 필요할 경우 동등하게 육아휴직을 사용할 수 있도록 지원 필요
- 우리나라의 경우 특히 여성들의 비정규직, 임시일용직 종사비율이 높은데 이들의 경우 고용에서의 불안정과 함께 육아의 어려움 등 이중고를 겪어야 하며, 경우에 따라서는 비자발적으로 노동시장에서 이탈하게 됨.
- 또한, 자영자들도 출산 및 육아로 인하여 일정 기간 휴직이 필요하나 소

득 감소, 영업 중단 등으로 인하여 휴식기간을 갖지 못하고 경우에 따라서는 출산을 축소하거나 포기하는 사례가 발생하고 있음.

- 따라서 직종이나 종사상지위와 관계없이 일하는 모든 부모들이 출산·양육과 일을 양립할 수 있도록 모성보호권 및 육아휴직권리를 부여할 필요가 있음.
- － (지원수준의 현실화) 육아휴직 사용 시 평상시 수준의 소득보전 필요
 - 낮은 소득대체수준은 남성은 물론 여성 근로자의 육아휴직 사용에 대한 선택권을 제한하고 있고, 그로 인하여 경력이 단절되거나 출산을 포기 혹은 축소하는 경향이 발생하고 있음.
 - 육아휴직 시 소득 감소로 인한 생활 곤란 등을 예방하고 그로 인하여 육아휴직 사용을 기피하는 풍조를 방지하기 위해서는 휴직급여의 임금대체수준을 현실화할 필요가 있음.
- － (안정적인 재원 확보) 적용대상의 범위를 확대하고 지원수준을 상향조정할 경우 재원 안정성 확보는 필수적
 - 여성뿐만 아니라 남성의 육아휴직 사용률을 제고하고, 휴직기간 동안 급여의 임금대체수준을 선진국 수준(80% 이상)으로 확대하기 위해서는 안정적으로 재원을 확보할 필요가 있음.

○ 해외사례 및 시사점

- － (스웨덴) 1960년대 후반 여성의 경제활동참여는 빠른 속도로 증가하는 반면, 출산율은 지속적으로 하락함에 따라 스웨덴의 가족정책을 둘러싼 정치 논쟁은 주로 여성의 평등권으로 초점이 맞춰짐.
 - 사민당 정권하의 가족정책 특위에서 발간한 국가정책보고서에서 출산·육아와 관련하여 부부가 함께 처음부터 끝까지 계획을 세우고 실천할 수 있도록 기존 모성휴가제를 부모보험제(Parental Insurance)로 전환할 것으로 권고⁶⁶⁾하였으며, 여러 노력으로 1974년 부모휴직제 도입
 - 현재는 고용주와 자영업자에 대해 2.2%의 보험료를 징수하여 재원을 마

련하며, 임신·출산·자녀 병 간호 등으로 휴직할 경우 발생한 소득상실분을 보상하여 주고 있음.

* 산전후휴가 : 휴가기간 중 소득의 80% 보전

* 육아휴직 : 총 480일간 휴직할 수 있으며 390일은 평상시 소득의 80% 보전(소득이 없거나 적은 경우, 1일 최소 SEK180 지급), 90일은 1일 고정급여(SEK180) 지급

* 간호휴가 : 12세 미만의 자녀가 아플 때(혹은 16세이하의 장애가 있는 자녀) 자녀 돌봄을 위하여 일시적으로 휴직할 때 지원

— (캐나다 퀘벡주) 캐나다에서는 고용보험에서 육아휴직 급여로 평상시 임금의 55%정도를 보전하여 주고 있는데, 퀘벡주에서는 별도로 부모보험제도를 운영하고 있음(2006년 1월부터 도입).

- 이에 퀘벡주에 거주하는 근로자, 자영업자, 고용주들의 경우 기존의 고용보험료는 일정부분 삭감되는 대신 부모보험료를 별도로 납부하고 있음.
- 부모보험료는 자녀가 있는 없는 상관없이 의무적으로 급여에서 일정부분을 공제하는데, 퀘벡주 부모보험을 통해서는 통상임금의 75% 정도를 보전 받음.

66) 동 보고서의 주요 골자는 기존 모성휴가를 성중립적인 ‘부모’로 대체시켜 출산 및 육아에 대한 남성의 역할을 확대시켜 가정 내에서 양성평등을 실현하고, 기존 모성휴가로 인한 여성고용에 대한 기피 현상을 완화하려는 것이었음.

〈표 3〉 캐나다 퀘벡주의 부모보험

종류	Basic Plan		Special Plan		혜택	
	기간 (주)	소득 대체율	기간 (주)	소득 대체율	시작가능일	최대 종료일
모성휴가	18	70 %	15	75 %	출산예정일 16주 전 유산시 : 유산 발생일(임신 19주째 이후로 발생한 경우)	출산 후 18주 유산 후 18주
부성휴가	5	70 %	3	75 %	출산한 주	출산 후 52주
부모휴가 (공유 혹은 단독사용 가능)	7	70 %	25	75 %	출산한 주	출산 후 52주
	25 (7+25=32)	55 %				
입양휴가	12	70 %	28	75 %	퀘벡주 내에서 입양 : 입양한 주. 입양일은 입양 형태에 따라 결정 퀘벡주 외에서 입양 : 입양하기 2주전(입양날짜는 퀘벡에 도착한 날짜로 산정)	입양 후 52주 자녀 도착 후 52주
	25 (12+25=37)	55 %				

- － (시사점) 선진국에서와 같이 일하는 모든 부모는 자녀 양육과 일자리·소득 보장을 안정적으로 보장받아야 하며, 이를 위해서는 종사상 지위나 직종과 상관없이 육아휴직을 사용할 수 있도록 하고 휴직 기간 동안 지나친 소득 감소에 대한 걱정이 없도록 제도를 개선하는 정책적 노력이 필요하다.

□ 정책목표

- 부모보험제도 입법화 및 인프라(보험료율 부과 및 징수 체계) 구축

□ 개선방안

○ 목적

- － 모성보호와 일가정양립 관련 출산전후휴가 및 육아휴직 대상자의 확대(보편화)와 급여수준의 현실화를 위해 현행 고용보험(실업급여)을 대체할 별도의 재원으로서 부모보험제도 도입

○ 재원 마련 방안

【1안】 고용주·자영업자 보험료 + 근로자 보험료로 구성

－ 보험료율(보험가입대상 및 급여액 수준에 따라 산정)

* 캐나다 퀘백주 사례: 근로소득자 0.559%, 고용주 0.782%, 자영업자 0.993%

【2안】 고용주·자영업자 보험료 + 재정으로 구성

－ 고용주·자영업자 보험료율과 재정전입비율(보험가입대상 및 급여액 수준에 따라 산정)

* 스웨덴 사례: 고용주·자영업자 임금총액의 2.2%, 보험료 : 재정 = 85% : 15%

○ 적용(가입)대상 및 수급조건

	출산전후휴가		육아휴직	
	현행(고용보험)	부모보험	현행(고용보험)	부모보험
임금 근로자 (상용, 임시, 일용)	고용보험 가입 여성근로자(상용·임시·일용 등 근로계약 형태와 무관) 임신시(단, 산전후휴가가 끝난날 이전에 고용보험 피보험단위기간이 통산하여 180일 이상으로 일용직과 단기 임시직 제외)	고용보험 가입여부와 관계없이 여성근로자(상용·임시·일용 등 근로계약 형태와 무관) 임신시 (단, 산전후휴가가 끝난날 이전에 부모보험 피보험단위기간이 통산하여 180일 이상)	-고용보험 가입 -육아휴직 시작 전일까지 해당사업에서 1년 이상 계속 근로 -피보험단위기간(재직하면서 임금받은기간)이 모두 합해 180일 이상 *고용보험 미사업장 근로자, 위 조건 충족 곤란 임시·일용직 제외	-부모보험 가입 -육아휴직 시작 전일까지 해당사업에서 6개월 이상 계속근로(근속기간에 따라 최소 6개월~최대 1년간 육아휴직 부여) -피보험단위기간이 모두 합해서 180일 이상 *위 조건 충족이 어려운 임시·일용직 제외
자영 업자	-	고용보험 가입여부와 상관없이 자영업자(단, 산전후휴가가 끝난날 이전에 부모보험 피보험단위기간이 통산하여 180일 이상)	-	-육아휴직 시작 전일까지 해당사업에서 1년 이상 계속 종사 -피보험단위기간이 동일사업장에서 180일 이상 -육아휴직 직후 폐업신청과 무관하게 적용

○ 혜택(수급기간, 급여액)

- － 출산전후휴가(유사산휴가 포함) 급여 : 급여액은 현행 제도와 동일하게 적용하되(월 135만원 한도), 대규모기업(현행 우선지원대상기업에 한정) 등도 90일분 전체 부모보험에서 지원
- － 육아휴직급여
 - 부부합산 최대 15개월 지급(부부 중 한쪽이 최대 11개월 내에서 사용 가능, 다른 한쪽이 이용하지 않은 경우 대체 불가능)
 - 급여액은 사회적 합의에 따라 통상임금의 80% 수준(선진국 수준)으로 지급

○ 조직체계

- － 가입, 해지 등 신청 등 총괄 관리감독기관 : 건강보험관리공단
- － 징수기관 : 건강보험관리공단(현 건강보험 징수기관)
 - 근로자 부담분 : 소득세와 함께 원천징수하여 납부
 - 고용부 부담분: 전월 임금 총액에 일정비율로 부과 매달 고지
 - 자영자 부담분: 소득에 대한 일정비율을 연말에 세금과 함께 정산
- － 급여기관 : 건강보험관리공단(지사 등)

□ 입법조치

- 부모보험법(가칭) 제정

□ 연차별 시행계획

- 2012~2013 현행 모성보호제도(출산전후휴가, 육아휴직) 문제점 진단, 부모보험제도 도입 방안 등에 관한 체계적인 연구 수행
- 2014~2015 사회적 합의 도출을 위한 전문가회의, 공청회, 노사정위원회 회의 등 개최 및 의견수렴을 통한 합리적인 방안 모색
- 2016 모성보호제도 도입을 위한 입법화

- 2017 부모보험제도 시행을 위한 보험료율 부과 및 징수 체계 등 구축

□ 예상되는 애로점

- 부모보험제도가 사회보험으로서 성립 유무에 대한 논란
 - － 출산전후휴가 및 육아휴직 급여는 실업이라는 사회적 위험에 대한 사회보험 체계 내에서 운영 중으로, 이를 분리하여 운영 시 보험료 부담자 범위 설정에 대한 사회적 논란 발생 가능
 - － 임신, 출산 및 양육은 건강보험(질병)이나 고용보험(실업)과 같이 누구나 직면할 수 있는 보편적인 위험으로서 간주될 수 없다는 주장 제기 가능
- 기업, 근로자, 자영업자 등 이해관계자의 저항 발생 가능
 - － 출산 및 양육을 전혀 하지 않은 집단(독신 등), 출산 및 양육을 기 완료한 집단(중년층 이상), 출생이수가 다른 집단 등에 따라 보험료 납부와 실제 수혜 간 이해관계가 다를 수 있어 사회적 합의가 필요하나, 그 과정에 많은 시간과 노력이 투입되어야 함

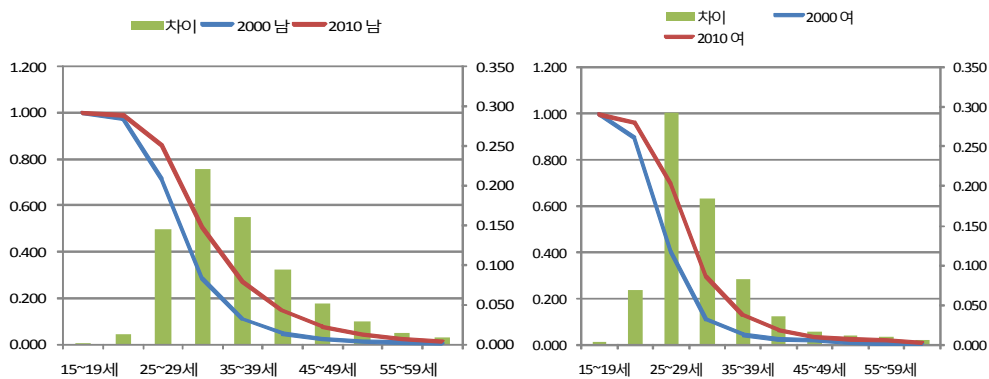
2. 결혼 출산 자원 확대

2-1. 결혼지원 정책으로서의 주택정책

가. 현황 및 문제점

최근 우리사회에서는 경제·사회·문화적 요인으로 인해 혼인을 기피하거나 혼인을 미루는 경향이 강화되어 미혼율이 상승하고, 초혼연령이 지속 상승하는 추세를 나타내고 있다. 전체 출산에서 혼인 내 출산이 절대 다수를 차지하는 우리의 현실을 고려해 볼 때, 이러한 미혼자의 증가와 혼인 연령의 상승은 출산율의 감소로 이어질 것이라는 점을 쉽게 예측할 수 있다.

<그림 1> 성별 미혼자 비율 증가 추이 (2000~2010)



통계청 인구주택 총조사 (2000, 2010)

혼인연령의 증가는 가임기간의 단축으로 이어져 출산율 감소 경향을 더욱 강화한다. 특히 우리나라의 혼인 추세에서 외국인과의 국제결혼을 제외할 경우 초혼연령의 상승은 더욱 빠르게 증가하는 추세라고 할 수 있기 때문에 그 심각성은 더욱 크다고 할 수 있다.

<표 1> 성별 혼인형태별 초혼연령의 증가 추세

	모든 결혼		내국인	
	남	녀	남	녀
2000a	28.8	26.0	28.7	26.0
2005	30.4	27.2	30.3	27.4
2010b	31.3	28.4	31.3	28.7
차이(b-a)	2.6	2.4	2.6	2.7

자료: 통계청 혼인통계(각년도)

젊은 세대의 혼인을 방해하는 사회경제적 요인들 중에서도 신혼집 장만을 위한 주택 부담은 혼인을 미루거나 포기하게 되는 가장 주요한 원인으로 손꼽히고 있다. 한 예로 2009년 전국 결혼 및 출산 동향 조사에서는 ‘집 장만 등 결혼비용 부담이 결혼 연기 및 미혼의 이유’라는 데 미혼남성(22~44세)의 85.2%, 미혼여성의 86.1%가 찬성하는 것으로 나타났다.

또한 결혼을 연기한 적이 있는 기혼여성 중에서 주택 마련 문제가 결혼 연기의 가장 큰 원인이었던 경우는 2005년 6.8%에서 2009년 16.9%로 크게 증가하여, 주택문제의 심각성이 더욱 높아진 것을 알 수 있다(2005년, 2009년 전국 결혼 및 출산 동향 조사). 또한 신혼 주택마련에 대한 부담은 혼인을 막거나 연기시키는 요인일 뿐만 아니라, 결혼 이후에도 과도한 대출금의 부담은 출산을 연기하는 요인으로 작용할 가능성이 매우 높다.

이러한 상황 속에서 국가의 결혼지원에 대한 정책적 욕구도 높아지고 있는데, 국가정책으로서 미혼남녀의 결혼을 지원하는 결혼 정책이 필요하다는 의견은 미혼남성의 76.3%, 미혼여성의 76.2%를 차지하였다. 더불어 실제 결혼 준비 과정을 마친 기혼여성의 경우에도 결혼 정책의 필요성에 동의하는 비율이 80.1%에 달하였다(2009년 전국 결혼 및 출산 동향 조사).

1) 정책 현황

‘제2차 저출산고령사회기본계획 2012년도 중앙부처 시행계획’에 따르면 정부가

추진 중인 출산 정책 중 주택 마련과 관련된 결혼 지원정책은 ‘신혼부부 대상 주택 자금 지원 확대’와 ‘미임대 국민임대주택 우선 지원’ 정책이 있다. 그러나 그 실효성에는 의문이 드는데, ‘미임대 국민임대주택 우선 지원’은 형평성의 문제가 제기되고 있으며, 미임대 주택에 대한 신혼부부의 수요는 많지 않은 상태이기 때문이다.

2) 정책 문제점

현재 정부에서 추진 중인 저출산 대응 주택정책은 국민주택기금을 기본으로 하기 때문에 취약계층에 대한 주거 복지지원 정책의 성격이 강하며, 신혼부부 주택자금 지원은 서민주택 구입 및 전세자금 대출제도와 동일하다. 신혼부부의 전세자금 지원은 연간급여(부부합산) 3,000만원에서 3,500만원으로, 주택구입 지원은 2,000만원에서 3,000만원으로 소득 요건이 다소 완화하였으나, 여전히 소득 기준이 낮은 수준이고, 대출 금액 규모도 부동산 시장의 현실에 비해 매우 낮은 실정이다. 또한 지원 주택크기의 제한으로(85㎡ 이하) 향후 자녀 출산 계획 등에 신혼부부의 실제 생활패턴에 부합하지 않을 수 있다는 점도 지적할 수 있다. 그리고 그 대상이 실제 혼인을 유도할 수 있는 혼인 예정자에 대한 지원이 아니라, 기혼인자들에 한정되고 있다는 점도 지적할 수 있다. 예를 들어 신혼부부 주택지원은 결혼 예정 2개월 이내의 예비 신혼부부를 포함, 혼인 5년까지의 신혼부부들을 대상으로 하고 있다.

공공주택 사업인 ‘보금자리주택’ 사업에서 신혼부부 특별 분양은 그 자격은 다소 완화되었으나 공급량은 여전히 한정된 수준이다. 소득 기준은 도시근로자 가구당 월평균소득의 100%(배우자가 소득 시 120%) 이하이다. 공급량의 경우에는 2009년 9월까지 56개 사업 지구에서 총 12,033호 신혼부부 주택 공급되었고, 2010년에는 신혼부부에게 공공에서 공급하는 분양전환기능주택(5년 및 10년 임대) 및 분양주택의 15%와 국민임대주택 30%, 민간공급 소형분양주택의 10%를 특별공급하였다.

그러나 제공되는 물량이 매우 한정적인데, 보금자리 주택 신혼부부연도별 공급 목표는 실제 우리나라 초혼부부 발생 건수의 10% 수준에 불과한 수준이다. 부부 모두 초혼인 초혼 발생 건수를 살펴보면 2007년 26.5만 쌍, 2008년 25.0만 쌍, 2009년

23.7만 쌍 그리고 2010년에는 25.5만쌍의 부부가 새롭게 나타났다.

<표 2> 보금자리 주택 신혼부부 특별공급 목표

	‘11	‘12	‘13	‘14	‘15
공급계획	2.5만호	2.5만호	2.0만호	2.0만호	2.0만호

자료: 국토해양부 주택토지실 홈페이지 자료(<http://housing.mltm.go.kr>)

- 신혼부부 특별 공급의 또 다른 문제점은 신혼부부 특별공급 가구소득 기준에 비해 특별공급 가격이 높은 수준으로 실제 청약률은 매우 낮은 상태라는 점이다.

<표 3> 보금자리주택 신혼부부 주택 공급 실적 및 청약률(2009.9)

유형	지구수	공급호수	신혼부부 배정호수	신혼부부 신청호수	청약률
국민임대	50개 지구	40,349	11,720	5,192	44%
소형분양	3개 지구	592	149	43	29%
10년 임대	1개 지구	412	123	36	29%
5년 임대	2개 지구	207	41	110	268%
총 계	56개 지구	41,560	12,033	5,381	45%

토지주택공사 국정조사 자료, 2009. 10. 20

전재정(2010) 『보금자리주택 정책내 신혼부부 특별공급정책에 관한 개선방안』에서 재인용

3) 정책 쟁점

이상과 같은 문제점들로 인하여 우리나라의 주택지원 정책은 이미 결혼한 신혼부부 대상 정책으로 실제 미혼자들에 대한 혼인 유인책이 되기 어렵다는 한계가 있다. 실제 입주자모집공고일 현재 혼인기간이 5년 이내이며, 그 기간에 출산(임신 및 입양 포함)하여 자녀가 있는 무주택 세대주를 대상으로 하고 있다. 실제 배정과정에서는 자녀 수에 따라 차등적으로 분양 순위가 배정되는데, 주택마련이 절실한 예비

및 초기 신혼부부를 배제하는 요인으로 작용할 수 있다.

주택정책이 기본적으로 무주택 서민을 위한 정책목표를 갖기 때문에 대상 확대 시 형평성의 문제가 제기될 수 있으나, 최근의 주택정책은 중산층까지 포함하는 정책으로 확대되는 추세라고 할 수 있다. 한 예로 정부의 ‘보금자리 주택사업’의 경우 공급물량을 다원화하고 있는데, 임대물량을 줄이고, 중소형 분양 경우를 늘리고 있다. 또한 서울시에서 시행하고 있는 ‘서울시 시프트’ 사업의 경우에는 지원 자격 확대하여 6분위 이상 소득 집단도 포함 지원의 대상이 될 수 있다.

최근 부동산 시장에서 전세방식의 임차가 감소하는 추세이며, 앞으로 주택가격 상승에 대한 기대감이 낮아지면서 미래의 기대이익을 전제로 한 임대형태인 전세방식은 더욱 감소하여 월세 형태로의 전환이 강화될 전망되고 있다. (김현아, 2011. “주택 수급 시나리오” 『저출산 고령화와 삶의 질Ⅱ』 한국보건사회연구원).

나. 정책목표

구분	2012년	2017년
신혼부부 대상 주택자금 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 저소득 계층 위주 주거 지원 (연소득 35백만원 이하, 年 4~5% 이율, 대출 한도 6천만원) - 혼인전수의 10% 수준 신혼부부 특별공급 - 최저생계비 120% 이하 가구에 대해 주택비 지원(4인 월 52천원) - 기혼 부부 대상 지원 	<ul style="list-style-type: none"> - 지원 대상 소득 범위 확대: 별도의 재원 및 주택지원 제도 신설하여 대상범위를 현실화 (연소득 40백만원 이하, 대출 한도 9천만원 - 지역 시세 반영) - 보금자리주택 공급 비율 조정으로 혼인전수 대비 20% 수준 주택 공급 (자금 지원 확대로 청약율 제고) - 월세 지원 방안 마련(주택 바우처, 주택 보조수당 등)하여 대상 범위 확대 - 예비신혼부부 대상 지원 방안 마련

다. 개선방안

현재의 출산정책의 일환으로써의 주택정책을 개선하기 위해서는 중산층의 예비신

혼 부부를 포괄하는 주택지원 정책을 마련할 수 있도록 국민주택기금 외의 별도의 저출산 대책 주택지원 기금 조성하는 것이 필요하다. 현재 국민주택기금은 무주택 서민 및 저소득층을 지원하기 위한 목적으로 마련되어 있어 이를 활용할 경우 형평성의 문제 제기에서 자유로울 수 없기 때문이다.

이를 위해서는 기본적으로 저출산 정책의 목적을 명문화하여 주택지원 정책에 반영할 수 있는 재원 마련하는 것이 필수적일 것이다. 더불어 제도개선의 측면에서는 저출산 고령화 대책을 위한 본격적 재원 조성하여 건설 공급 및 구입 전월세, 임대 전월세 지원을 포함하여 전체적 주택공급 물량을 확대해야할 필요가 있다. 더불어 현재의 증가하고 있는 미분양 주택들을 활용할 수 있는 방안 마련도 요구되어진다.

또한 혼인을 유도할 수 있는 주택지원 정책의 현실성을 높이기 위해서는 지원 대상자 소득기준 완화 및 지원 규모 확대가 필요하며, 이는 주택자금 지원 대상자가 우리 사회의 중위생활을 향유한다는 전제를 바탕으로 부양능력 판정기준을 개선하는 방향으로 목표가 설정되어질 필요가 있다. 그리고 실제 정책 추진에 있어서는 주택자금 지원 대상자를 상향 조정하고, 거주 지역의 부동산 시세에 맞는 현실적 지원 규모 책정이 필요하다. 그러한 가운데 사회적 형평성을 고려하고, 주택시장 교란이 일어나지 않는 범위에서 주택지원 정책이 접근되어야 한다.

더불어 현재 기존 부부 중심 지원에서 예비 신혼부부를 위한 지원을 확대하는 방안도 마련되어야 한다. 이를 위해서는 기본적으로 신청 시기 혼인상태에서 입주 시기 혼인상태로 대상 자격 조정이 필요하며, 기혼 부부 대상의 지원에서 예비 부부를 지원 대상으로 확대해야 한다. 이렇게 예비 신혼부부를 사업 범위에 포함하기 위해서는 입주신청 시기를 입주 6개월 전으로 하여 특별 배정할 필요가 있을 것이다.

월세 지원 방안 마련도 함께 고민되어야 하는데, 월세 주택거주자에 대해서도 보증금 및 월세의 일부를 지원하는 방안을 검토해야 한다. 실제 정책의 집행은 구입 및 전세 중심 지원에서 대상자의 소득수준과 실거주지의 부동산 시세를 반영한 주택 바우처, 주택 보조수당 등의 다양한 형태로 지원이 이뤄지도록 방안을 마련해야 한다.

이상과 같은 주택정책을 실현하기 위해서는 제도적으로 국민주택기금 운용 대상

확대를 위해 국민주택기금 업무매뉴얼을 개선할 필요가 있다. 더불어 결혼지원을 위한 주택기금 마련을 위해서는 우리나라 주택정책의 근간이 되는 주택법에 대한 개정이 선행되어야 할 것이다.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
공공주택 대상 범위 확대(지원대상, 예비신혼부부, 월세 지원 포함)					
- 범위 축소를 위한 기초연구					
- 범위 축소 법안 제출					
- 범위 축소 법안 시행령 마련					
- 시행					

2-2. 결혼출산 자원 확대(세제 지원)

가. 현황 및 문제점

2011년 평균 초혼연령은 남편이 31.9세, 아내가 29.1세로 20년 전인 1991년(남편 27.91세, 아내 24.84세)에 비해 남편과 아내 모두 약 4.0세 증가하였다(통계청, 혼인통계). 이와 같은 혼인 연령 증가로 인한 만혼화는 가임기간 단축이나 가임력 저하(유사산, 불임 증가) 등 여러 가지 측면에서 출산력에 영향을 미치고 있다. 실제로 1999~2004년 기간 합계출산율 감소에 대하여 50.9%가 초혼연령 상승으로 인한 유배우율 감소 때문인 것으로 분석되었다(한국보건사회연구원, 2006).

결혼에는 주택 비용 외에도 예단과 예물, 신혼살림 마련, 결혼식 등에 많은 비용이 소요된다. 보건복지부와 한국보건사회연구원의 「2009년도 전국 결혼 및 출산 동향 조사」에 따르면 최근 5년 이내에 결혼한 경우 주택 비용을 제외한 결혼 비용이 평균 2,404만원으로 나타났으며, 3천만 원 이상을 지출한 경우도 37.7%로 매우 높게 나타났다. 이러한 결혼 비용은 결혼에 부담으로 작용하고 있으며, 이를 위해 정부에서는 간소한 결혼식 올리기 캠페인이나 공공기관을 결혼 장소로 대여해주는 등의 정책을 시행하고 있다.

현재 하고 있는 결혼식 비용 자체를 낮춰주는 정책은 매우 중요하며, 지속적으로 실시·확대 되어야 한다. 그러나 현실적으로 결혼식에 드는 비용을 제외하더라도 각종 신혼살림 등에 여전히 많은 비용이 소요되고 있으나 이에 대한 지원은 부족한 실정이다. 즉, 현재 저출산의 주요 원인인 만혼화 현상을 완화시킬 수 있는 실질적인 결혼 지원 정책이 부재하다.

제2차 저출산고령사회 기본계획에서는 결혼 지원 정책으로 유자녀 현역병에게 상근예비역 편입 혜택 부여, 국공립 대학 등에 기혼자 기숙사 확대, 저소득 기혼자에 대하여 장학금 수혜 우선순위 등과 같은 사회적 배려 측면, 신혼부부 주거부담 경감 측면으로 접근하고 있다. 그러나 이와 같은 정책들은 대상자가 극히 제한되어 있어 체감도가 낮다.

결혼 비용에 대한 지원이 될 수 있는 결혼비용 소득공제 제도는 장례, 이사 비용 공제와 함께 ‘04.1월 저소득근로자의 세부담을 경감하기 위하여 소득세법의 특별공제 항목으로 신설되어 지난 몇 년간 시행되어 왔다. 그러나 대상자가 총 급여액 2천 500만원 이하인 자를 대상으로 하여 저소득층으로 제한되어 있었고, 소득공제 금액은 100만원이었다. 그나마도 ‘09.1월 납세자의 부담을 경감하고 실효성이 낮은 소득공제를 폐지하여 특별공제 항목을 간소화 하는 일환으로 혼인·장례·이사비용에 대한 특별 공제가 폐지되었다. 그러나 이와 같은 결혼비용 소득공제 제도 폐지는 저출산 문제의 심각성에 대한 고려 없이 이루어진 것으로, 저출산 관점에서 다시 논의될 필요가 있다.

기본적으로 결혼비용 소득공제 제도는 조세정책이기 때문에 조세정책으로 지원 시 저소득층 보다는 고소득층에 더 이익이 될 수 있어 형평성 문제가 제기될 수 있다. 이에 대해서는 기존의 많은 정책들이 저소득층에 중점을 두고 있으나 결혼 및 출산 장려 정책은 저소득층 위주가 아닌 대상자의 확대가 필요하며, 이런 측면에서 주로 현금 지원이 저소득층 위주로 되고 있으므로 중산층을 포괄하는 정책으로서 조세 지원 정책은 실효성이 있다고 판단된다. 실제로 정책 제안 시 고소득층은 제외하였으므로 이에 대한 논쟁은 크지 않을 것으로 보인다.

나. 정책목표

현재는 결혼비용 특별공제가 없는데 2017년에는 총 급여액 5천만원 이하인 자를 대상으로 250만원까지 결혼비용을 공제하도록 점차 확대하는 것이 목표이다.

〈표 1〉 2017년 결혼비용 특별공제 대상자 및 공제 금액

구분	2012년	2017년
결혼비용 특별공제 대상자 및 공제 금액	- 특별공제 없음	- 대상자: 총급여액 5천만원 이하인 자 - 공제 금액: 250만원

다. 개선방안

결혼비용 특별공제 신설 시 목적을 결혼 비용에 대한 경감으로 하고 대상자를 넓게 포함하는 것으로 한다. 기존에 폐지되기 전의 결혼비용 특별공제는 목적이 저소득 근로자의 세부담 완화였으며, 그에 따라 대상자도 총 급여액 2천5백만원 이하인 자로 비교적 제한적이었다. 새로 결혼비용 특별공제를 추가한다면, 그 목적은 저소득 근로자의 세부담 완화가 아닌 결혼에 드는 비용 지원을 통한 결혼 장려가 목적이 되어야 한다. 이를 위해서는 제한된 대상자에서 벗어나 좀 더 보편적으로 접근하고, 공제 금액도 다소 상향할 필요가 있다.

어느 정도 수준까지 대상자 및 공제 금액을 확대해야 되는지를 결정하기 위해서는 다른 특별공제 항목의 대상자 및 금액을 참고할 수 있을 것이다. 특별공제 항목은 매우 다양하며, 대상자는 항목별로 소득수준에 제한이 없는 경우도 있고, 제한이 있는 경우도 있으나, 제한이 있는 경우에는 연소득 5천만원을 기준으로 하고 있다. 소득공제 금액 역시 항목에 따라 다양하며 보험료가 가장 적은 100만원이고 가장 많은 금액은 대학생 교육비로 900만원까지 공제하고 있다.

구체적으로, 보험료나 의료비, 교육비의 경우 소득수준에 제한이 없으나, 공제 금액은 항목별로 다소 차이가 있어 보험료는 100만원 정도, 의료비는 700만원, 교육비는 고등학생 이하는 1인당 300만원, 대학생은 900만원 등이다. 반면 주택 비용은 무주택 세대주가 일정 규모 이하의 주택을 임차하는 경우에는 소득수준에 제한이 있으며 소득이 5천만원 이하인 경우 공제를 받을 수 있고, 금액은 연 300만원 까지(주택임차자금 차입금의 원리금 상환액이나 월세액의 40%)이다. 반면 무주택 세대주가 일정 규모 이하의 주택을 구입할 경우에는 이자 상환액을 공제받을 수 있는데 소득 기준은 없고, 공제 금액은 연 500만원이다.

이와 같은 제도들을 참고하여, 시행 초기에는 기존에 실시했던 결혼비용 특별공제를 목적만 달리하여 그대로 살려서 시행하되(연소득 2500만원 이하, 공제 금액 100만원), 점차 대상자나 공제 금액을 확대해 가는 것으로 실시한다. 대상자 확대는 다른 공제를 참고하여 장기적으로 연소득 5000만원 이하, 공제 금액은 평균 결혼비용

의 10%인 250만원까지 확대하는 것으로 한다.

라. 입법조치

결혼비용 특별공제를 실시하기 위해서는 소득세법 제52조(특별공제)에 결혼으로 인한 특별공제 항목을 추가하는 입법조치가 필요하다.

마. 연차별 시행계획

연차별로 2013년에는 결혼비용 특별공제 항목을 신설하고, 2014년부터 대상자 및 공제금액을 점차 확대해 나가도록 한다.

구분	2013	2014	2015	2016	2017
결혼비용 특별공제					
- 결혼비용 특별공제 항목 신설					
- 대상자 및 공제금액 확대					

참고문헌

한국보건사회연구원(2006). 『저출산 원인 및 종합대책 연구』.

보건복지부·한국보건사회연구원(2009). 『2009년도 전국 결혼 및 출산 동향 조사

』.

2-3. 결혼출산 자원 확대(출산수당)

가. 현황 및 문제점

1) 현황

한 개인에게 출산은 생애주기적 사건(event)으로서 가족구성원 개인 및 가족단위 활동에 다각도의 파급효과를 유발 할 수 있다. 이 과정에서 가족구성원 모두는 상호 적응기간이 필요하다. 가족구성원 간의 심리적 융합이 필요하며, 구성원 간의 관계와 역할의 재정립도 필요할 것이다.

다른 한편 가족단위 경제·문화생활 등과 관련하여 많은 지출요인이 발생하기 때문에 이에 대한 적응 단계도 필요하게 된다. 특히 임신 출산과 관련한 보건의료 지출이 발생하고, 출산 후 산후조리 기간 중 과도한 비용이 발생함으로써 출산을 전후한 시기 동안 일시적으로 가구경제가 취약해질 가능성이 매우 크다. 그럼에도 불구하고 현실은 오히려 더 상황을 악화시키고 있다. 즉 출산 전후의 시기 동안 여성은 노동시장을 이탈하여 비취업상태로 가구소득의 감소요인을 발생시킨다. 그리고 곧 이런 상황은 가구경제의 일시적 위축가능성을 증가시킬 것이다.

이와 같은 출산가정의 일시적 위험요인은 가구의 경제적 부담을 상승시켜 출산에 대한 부담으로 작용하고, 결과적으로 출산을 미루거나 포기하도록 유도할 수 있다. 따라서 현재의 저출산 현상을 가속화시킬 수 있다.

현재 많은 지방자치단체는 출산을 전후하여 임신 출산 가정에 대하여 경제적 지원제도를 시행하고 있다. 그러나 현재 중앙정부가 출산을 전후하여 일시금으로 지원하는 출산수당은 없는 실정이며, 지방자치단체에서 지방비를 투입하여 ‘출산장려금’ 또는 ‘출산축하금’, ‘양육지원금’ 형태의 지원제도를 시행중이다.

2011년 7월 기준, 16개 중 9개 광역지자체, 230개 중 227개 기초지자체가 출산장려금을 지원하고 있다. 대부분 지자체가 자녀수별로 차등을 두고 있으며, 기초지자체 중 첫째아를 대상으로 출산장려금을 지원하는 지자체는 78개, 둘째를 기준으로 지원하는 기초지자체는 133개, 셋째아 이상을 기준으로 지원하는 기초지자체는 175

개이다. 지원액 역시 지자체별로 격차가 매우 커, 적게는 5만원이하부터 많게는 3,000만원까지 분포하고 있다. 현재 시행중인 지자체 출산장려금 제도의 특징은 일반적인 형태를 찾기 어려울 정도로 지자체별 시행기준과 지원범위가 다르다는 점이다.

2009년 한국보건사회연구원 조사에 따르면, 기초지자체의 출산축하금 도입 시점은 대체로 2005년으로 드러났으며(전체의 26.8%), 2006년 제1차저출산고령사회기본계획 시행 이후인 2007년에 많은 지자체가 출산축하금을 도입하였고(23.4%), 대부분의 지자체가 소득의 제한을 두지 않고 있다. 1인당 평균 지원액은 2007년에 443천원, 2008년에 413천원 수준이며, 지급방식은 일시금지원방식(57.4%), 분할지원방식(29.1%), 그리고 기타(13.6%) 방식을 다양하게 적용하고 있다.

<표 1> 출산축하금 수혜조건으로서 소득수준 기준, 2009. 1~6월

	소득수준		전체
	제한 없음	제한있음	
전국	256(99.2)	2(0.8)	258(100.0)

자료: 이삼식 외, 2009, 출산축하금 실태와 정책방향, 보건복지가족부 · 한국보건사회연구원

<표 2> 1인당 출산축하금 평균지원액, 2005~2009.6월

시·도	(단위: 천원)				
	2005	2006	2007	2008	2009.1~6
전국	273.0	341.2	442.8	412.9	367.0

자료: 이삼식 외, 2009, 출산축하금 실태와 정책방향, 보건복지가족부 · 한국보건사회연구원

<표 3> 출산축하금의 지급 방식, 2009. 1~6월

	지급방식			계
	일시금	분할	기타	
전국	148(57.4)	75(29.1)	35(13.6)	258(100.0)
구	48(75.0)	14(21.9)	2(3.1)	64(100.0)
시	62(63.9)	24(24.7)	11(11.3)	97(100.0)
군	38(39.2)	37(38.1)	22(22.7)	97(100.0)

자료: 이삼식 외, 2009, 출산축하금 실태와 정책방향, 보건복지가족부 · 한국보건사회연구원

한편 중앙정부는 현재 36개월 미만의 어린이집 미이용 아동에 대하여 양육수당을 차상위이하 계층까지 지원하고 있다. 지원원액은 12개월미만의 경우 20만원, 24개월미만의 경우 15만원, 36개월미만의 경우 10만원을 지원하고 있다. 재원형태는 국비지원형태를 취하면 지원비율을 서울의 경우 10~30%, 지방의 경우 40~60%로 책정하고 있다. 2011년 수혜인원은 98천명 규모였고, 예산은 1,908억원을 집행한 바 있다.

2) 출산수당 관련 외국사례

출산 수당 관련 외국사례를 살펴보면 몇몇 국가에서 유사한 제도를 운영하고 있다. 우선 일본의 경우, 2005년을 기준으로 47개 도도부현 중 1개 도도부현과, 1,805개 시정촌 중 431개에서 시정촌이 출산축하금을 지원하고 있다. 예를 들면 모토스시는 셋째아에게 30만엔, 넷째아이상에게 50만엔을 지원하고 있다. 오사자키시는 셋째아이상에게 20만엔, 아키타현은 셋째아이상에게 소득 제한 없이 10만엔을 지원하고 있다.

프랑스의 경우도 유사한 제도를 시행중이다. 2012년을 기준으로, 임신 7개월 이후 출산급여 912.12유로를 소득 수준에 제한을 두고 지원하고 있다. 싱가포르의 경우도 역시 2009년을 기준으로, 베이비보너스제도를 시행 중이다. 첫째아와 둘째아의 경우 750 싱가포르달러를 지원하고, 셋째아와 넷째아에게는 1,500 싱가포르 달러를 소득제한 없이 지원하고 있다. 호주에서도 모든 출산가구에 대하여 1자녀당 5,000 호주달러를 소득 제한 없이 지원하고 있다.

3) 문제점

현재 지자체가 시행하고 있는 출산축하금은 국비 지원 없이 지자체가 자체사업으로 시행함으로써, 보편적 아동지원에 대한 국가책임을 지방정부에 미루고 있다는 비판이 제기되고 있다. 각 지자체는 재정상황에 따라서 차별적으로 출산축하금을 지원

하고 있고, 이에 따라서 지역 간 형평성의 원칙을 위배하고 있는 것이다. 결과적으로 이와 같은 형평성의 위배는 아동에 대한 공적지원 기회의 차별을 유발하고 있는 것이다.

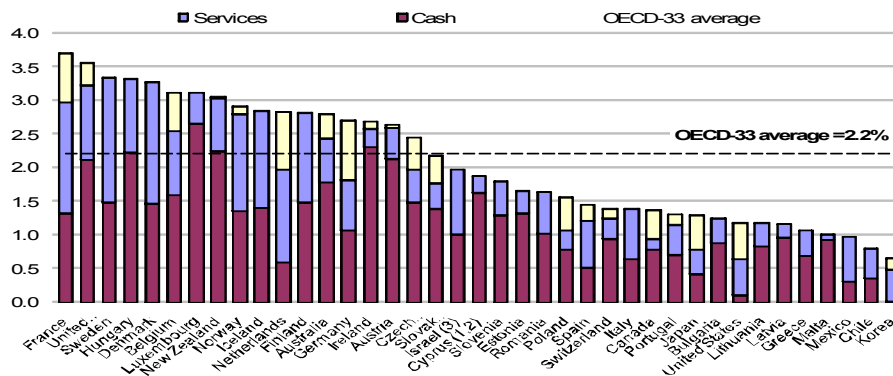
다른 한편 중앙정부가 시행하고 있는 어린이집 미이용 아동에 대한 양육수당 지원은 소득을 제한하고 있고 지원수준도 낮아 보편적 아동지원으로 한계를 노출하고 있다. 따라서 출산에 따른 가구의 일시적 위험 관리를 위하여 정부차원의 ‘출산수당’ 지원 제도의 도입을 검토할 필요성이 있다.

4) 쟁점

일부 전문가 또는 정부 관계자는 현금지원이 출산을 상승에 미치는 효과가 매우 미약하다고 주장하고 있다. 그러나 우리나라 아동지원의 일반적 수준은 효과를 낼 정도의 수준이 아니며, 출산의 매커니즘은 복잡한 사회구조의 총체적 관계에서 결정되기 때문에 하나의 정책으로 효과를 낼 수는 없다. 그리고 현재 우리나라의 양육수당은 저소득층 중심으로 소득제한을 두고 있으며, 아직까지 보편적인 아동수당이 도입되지 않은 상황에서 아동에 대한 보편적 사회투자는 절대적으로 미흡한 수준이다.

오히려 우리나라의 아동·가족에 대한 사회투자 수준은 OECD 국가 중 최저 수준으로, 아동에 대한 지원은 미래사회투자로서 적극적 저출산 대응을 위하여 점차 확대할 필요가 있다. 2007년 기준으로 GDP 대비 가족지출에서, 프랑스는 3.71%, OECD 평균 수준은 2.2%, 일본은 1.3%인 반면 한국은 0.66%에 지나지 않아 OECD 회원국가 중에서 최하위 수준에 머무르고 있다.

<그림 1> OECD 국가의 GDP 대비 가족지출 비율, 2008



자료: OECD, Family database, 2012..

요컨대, 출산이라는 일시적 생애주기 사건으로 인한 가구경제의 위축을 지원하여, 출산의 일시적 비용부담으로 인한 출산을 저하를 방지하고, 저출산 현상에 적절히 대응하기위하여 보편적 ‘출산수당’ 제도를 도입할 시점이라 할 수 있다. 이를 위해 전국 지자체가 시행하고 있는 출산축하금을 정부의 보편적 출산수당으로 전환하고, 출산 및 아동 양육비용 부담 경감을 위한 보편적 지원제도로 발전시킬 필요가 있다.

나. 정책목표

정책목표는 향후 5년 이내에 모든 신생아에게 300만원을 일시금으로 지급하는 것이다. 2012년 현재 지자체에서 시행하고 있는 출산축하금은 자녀수에 따라 차등을 두며 지원 규모도 5만원에서 3,000만원까지 상이한 문제점을 해결하기 위하여 통일적인 지원체계를 확립하는 것이다.

이를 위해 우선 2013년 1년 동안 제도 도입을 위한 준비과정을 거치고 2014년부터 바로 지원을 실시하는 것이다. 2014년부터 중앙정부가 국비를 지원하여 보편적 출산수당을 지원하여 출산으로 인한 가구의 일시적 충격을 완화하고 출산의 지연이나 포기를 방지하는 것이다.

〈표 4〉 향후 5년간 출산수당 지원액

구분	2012년	2013	2014~2017년
출산수당 도입	지자체 출산축하금 - 자녀수에 따라 차등을 두며, 지원폭은 5만원~3,000만원까지 상이	제도 도입 준비	중앙정부의 국비지원을 통한 보편적 출산수당 지원 - 모든 신생아에게 300만원 지원

다. 개선방안

보편적 출산수당 제도를 도입하기 위한 기본 방향은 현재 지자체에서 시행하고 있는 ‘출산축하금’을 중앙정부의 ‘출산수당’으로 전환하여 국비를 지원하는 것이다. 이를 위한 제도설계 시 지원방법으로 현행 지자체 출산축하금 지원기준을 반영하고 소득계층의 구분을 두지 않는 것이다. 그리고 지원범위는 출산수당의 보편성을 확보하기 위하여 소득수준뿐만 아니라 출산순위의 구분을 두지 않고 모든 신생아에게 동일하게 적용한다. 지원규모는 현행 지자체 출산축하금 수혜자가 희망하는 적정액 281만원을 고려하여(보사연, 2009), 300만원 수준에서 지원하는 것이 타당하다.

재원형태에 대한 방안은 다각도로 검토할 수 있지만, 현행 유사 제도의 기준을 적용할 수 있다. 즉 국비 지원 비율은 현행 보육시설비용아동 양육수당 국비 지원 비율을 적용하는 것이다. 구체적으로 서울의 경우 10~30%, 지방의 경우 40~60%로 적용한다. 현재 대부분의 지자체가 출산축하금을 도입하고 있는 점을 고려하면, 출산수당 제도를 도입해도 지자체의 추가적인 재정부담은 크지 않을 것으로 예상되며, 추가적인 국비투입만으로 가능할 것으로 예상된다.

구분	2013년	2015년	2017년
출산수당 지원액	- 제도 시행 준비	- 모든 출생아 300만원	- 모든 출생아 300만원

라. 입법조치

출산수당의 제도를화를 위하여 입법조치가 필요하다. 현행 저출산고령사회기본법에 관련 조항을 신설하든 방안을 검토할 수 있다. 현행 저출산고령사회기본법 제10조는 경제적 부담의 경감에 관한 내용으로, 이와 함께 아래와 같이 제10조의2 ‘출산수당’ 조항을 신설할 수 있다.

현행	개정안
<신설>	제10조의2(출산수당)① 국가 및 지방자치단체는 출산을 장려하기 위하여 임신부가 자녀를 출산한 때에 예산의 범위에서 출산수당을 지급할 수 있다. ② 제1항에 따른 출산수당은 자녀의 수에 따라 차등하여 지급하되, 지급의 대상·기준 및 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
출산수당 도입을 위한 법적 근거 마련 및 시행					
출산수당 지원 시행 - 모든 신생아에게 300만원 지원					

3. 공공형 어린이집 확충

□ 현황 및 문제점

○ 현황

- 부모들은 질 좋은 국공립 어린이집 등을 선호하고 있으나 어린이집의 90% 이상은 민간가정어린이집으로 국공립은 단기간 확충이 어려움.

* 전체 41,349개소 중 민간어린이집 15,192개소, 가정어린이집 21,949개소

- 민간의 전반적인 품질 수준을 제고할 수 있도록 공공형 어린이집 사업 확대 및 내실있는 운영 필요

* '12.6월 현재 665개소 운영

— 선정현황

단위: 비율(개소수)

구분	1차	2차	3차	전체
전체	100.0(361)	100.0(252)	100.0(65)	100.0(678)
지역				
대도시	22.2(80)	36.1(91)	23.1(15)	27.4(186)
중소도시	42.1(152)	42.9(108)	63.1(41)	44.4(301)
농어촌	35.7(129)	21.0(53)	13.8(9)	28.2(191)
시설규모				
20인 이하	28.0(101)	34.5(87)	55.4(36)	33.0(224)
21~49인	30.2(109)	22.6(57)	13.8(9)	25.8(175)
50~76인	18.0(65)	13.1(33)	7.7(5)	15.2(103)
77~97인	11.1(40)	13.9(35)	10.8(7)	12.1(82)
98인 이상	12.7(46)	15.9(40)	12.3(8)	13.9(94)

* 자료: 서문희 외, (2011). 공공형, 자율형 어린이집 시범사업 모니터링 및 평가

— 운영비 지원 현황

(단위: 만원)

정원	20인 이하	21~49인	50~76인	77~97인	98인 이상
월 지원액	96	248	440	560	824
아동 1인당	~4.8	11.8~5.1	8.8~5.8	7.3~5.8	8.4~

* 자료: 보건복지부(2011). 공공형, 자율형 어린이집 시범사업 안내

- 어린이집 규모(정원)에 따른 차등 지원(일부 인건비 성격 포함), 기본보

육료는 계속 지급함. ‘우수 어린이집’ 브랜드 가치 확립으로 인센티브 기능

- ‘지자체 특수지책’ 예산(자체 지방비) 지원: 해당 지자체의 예산의 범위 내에서 공공형 어린이집으로 선정된 어린이집에 대하여 운영비, 종사자 인건비, 환경개선비 등을 우선적으로 지원할 수 있음

— 효과성

- ① 어린이집 운영: 아동모집 증가, 보육료 감소 평균 (286,000->178,000), 수입 증가로 인한 재정 안정성, 교사 수 증가로 인한 교사 수급 안정성.
- ② 교사처우: 교사의 만족도와 자긍심 증가, 교사 급여 상승정도 평균 22~27만원, 처우 개선 효과는 부분적, 업무에 적극적, 아이에게 친절, 보육서비스 개선, 교사 자존감과 심리적 안정에 기여
- ③ 부모의 인식: 부모가 공공형어린이집 여부를 알고 있음, 보육료 지원에 대해서는 홍보필요, 공공형어린이집 선정 이후 부모의 긍정적 반응이 교사에게 인식 됨

* 자료: 서문희 외, (2011). 공공형, 자율형 어린이집 시범사업 모니터링 및 평가

○ 문제점

- 국공립어린이집과 비교하여 공공형어린이집 형태에 대한 근본적인 의문
공공형어린이집이 양질의 보육서비스를 제공하고, 적법한 절차를 통해 사회적 책임과 의무를 수행할 수 있는 정체성을 가지고 있는지 의문
- 설립주체 차이(공공형-개인, 국공립-국가·지자체) 등 공공성 인식 차이로 국공립어린이집 수준으로 기능하기에는 애로

○ 쟁점

- 지원구간 세분화: 연령별, 교사수 별, 반수 별 차등지원으로 다양화 요구
- 사업계획의 수립단계에서 집행 및 평가단계까지 자치단체의 의견이 적절히

반영되고 지역적 특색을 살릴 수 있는 방안이 마련되어야 함.

- * 대도시와 농어촌의 선정기준은 융자금이나 초기투자비와 관련하여 다를 수 있음. 출산 가능 연령대가 농어촌에 비해 많은 산업단지 내 근로자를 위해 보육수요를 점검할 필요가 있음.
- 선정기준 상 점수가 높다고 선정될 확률이 높은 구조를 지양하고, 기본 신청자격(평가인증점수, 표준보육과정 운영, 안전·급식 관련 항목)은 갖춘 상태에서 우수한 어린이집이 좋은 점수를 받을 수 있는 구조로 설계 필요
- 교사의 급여수준이 공공형어린이집 선정 이후 향상되었음에도 불구하고 경력교사들의 호봉차이가 없어 불만이 제기됨. 비담임교사, 도우미 등 보조 인력이 필요하며 원장, 취사부, 운전기사에 대한 인건비 지원기준이 미비

○ 해외사례

- 선진국에서는 보육서비스를 제공할 실질적 책임이 지방정부에 있음(영국, 프랑스, 스웨덴) 스웨덴의 어린이집은 80.5%가 지방정부 직접운영, 민간의 경우에도 비영리 기관 운영
- (영국) 서비스 공급 주체는 공공보다 민간이 많지만 우리나라 보다 공공부분의 비율이 높음. (스웨덴 80%)
- 영국의 Sure start센터가 지역사회 보육전달체계에 중심적 역할을 함, 공공기관의 관리 하에서 지역 사회와 자원봉사단체를 어린이집과 연계, 접근성을 높이며 효과적인 보육서비스를 연계하고 지원하는 역할을 함.
- 시사점
 - ① 공공인프라의 확충과 보육정책에 국가책임을 강화하는 것이 우선시되어야 함.
 - ② 민간중심 공급체계에 대한 개선 없이 재정지원만을 확대하는 것은 제한적임, 어린이집이 공익을 추구하는 사회적 책임을 강조하여 재정운영의 투명성 및 정보공개를 강화하는 구조를 마련해야 함.
 - ③ 전일제 어린이집의 경우 공공기관과 비영리기관에서 운영하는 것이

바람직하며, 다양한 사회적 요구를 고려한 보육서비스 공급은 지역사회
의 시설에서 수용, 보완할 수 있음.

□ 정책목표

구분	2012.6	2013	2014	2015	2016	2017
공공형 확충(개소)	675	1500	2000	2500	3000	4000
공공형·국공립 어린이집 이용 아동수	4만	6만	9만	18만	27만	42만

자료: 보건복지부 보육서비스 개선대책(2012.3.22.)

□ 개선방안

○ (공공형 어린이집 확충) '16년 까지 공공형과 국공립 어린이집 이용아동이 전
체 보육아동의 30%가 되도록 단계적 확대

* ('12)675개소 → ('13)1,500 → ('14)2,000 → ('15)2,500 → ('16)3,000 →
('17)4,000

○ (기준 강화) △평가인증 상향, 부채비율 감점 등 선정 기준 강화, △보육교사
인건비 호봉 승급, △예결산 내역 공개

— 공공형어린이집 선정 기준 점수 상향조정. 수상실적, 보육료 지원아 비율
등 적절성이 떨어지는 항목은 하향조정 및 삭제. 평가인증 점수와 비상재
해대비시설 점수 강화. 보육료 운영비 대비 월 융자 이자 상환액 비율에
대한 감점강화, 여러 어린이집을 동시에 운영하는 운영자 배제

— 교사의 인건비 수준 상향조절: 국공립어린이집 1호봉 이상으로 지급하고 1
년 후 호봉을 승급하여 지급가능. 기준은 국공립어린이집 호봉표를 참고함.

○ 공공성의 취지 확보

— 공공형어린이집이 일반사립어린이집과 차별성을 가지고 유도지표가 되도록
함. 일반사립어린이집보다 적은 금전적 수입구조를 극복하고, 금전적 지원
이외에 운영의 효율화와 질적 수준 발전으로 혜택

— 취약계층 아동의 보육률을 높이도록 요구, 특별활동 선택에 대한 부모의

선택권 보장 요구, 보육환경의 물리적 환경 외 보육내용에 있어서 표준보육과정, 누리과정에 기초한 보육프로그램을 필수적으로 운영

○ (비용 지원) 정원 규모별로 운영비 지원 수준을 현실화하고 우수시설에는 지자체에서 성과급을 지급하는 등 2원적 수입구조 마련

- 지자체 특성화 지표: 공공형어린이집의 운영비 지원의 규모와 한계를 명확히 하되, 기본수입과 특별수입으로 나뉘는 2원적 수입구조 제안. 지방자치단체 수준에서 특별수입구조를 마련하고, 부모모니터링, 평가인증제, 자치단체의 지도감독 결과 등을 반영하여 성과급 지원 방안.
- 지원수준: 124인 이상 어린이집 운영비(870만원) 확대 반영, 운영비 지원 단가 인상(평균 343 ->360만원, 취사부 인건비 84만원 포함)

○ 안전 및 보호기능 강화

- 비상재해대비시설 필수조건화, 안전공제회 가입 의무화

○ (사후 관리) △모니터링단 운영 등 평가, △재무회계 지도·교육, △유효기간 설정 및 운영 수준 점검 등으로 지속적 질 제고 추진

- 정기평가, 모니터링단 운영, 재무회계 지도 및 교육 관리체계 강화. 사전교육·정보제공·지속적 점검의 사후품질관리 강화하고 체계를 구축하여 보육사업안내 등에 명시하고 예산지원을 통해 사후품질관리를 정착
- 유효기간이 지나 재협약을 할 경우 확인관리, 모니터링 등의 점검단계를 반영하여 유효기간 연장여부를 결정할 수 있도록 함. 보육정보센터가 진행하는 각종 연수와 프로그램에 참여할 때마다 포인트를 부여하고 일정 이상이면 인센티브를 주는 방안. 보육정보센터가 제공하는 식단을 활용하거나 지역별 공공형 어린이집의 급식 공동구매를 통해 급간식의 질을 높이는 방안
- 협약과 지정 절차의 구체화: 당사자 간 이행 의무사항과 준수사항을 확인하고 상호 노력할 내용을 규정하며, 존속기간의 설정이나 지정 효과 평가, 지방자치단체의 역할과 지원노력을 규정

□ 입법조치

- 관계부처(기재부)와 예산 협의 및 법적 근거 마련 추진
- (실효성 확보) 행정지침으로 시행 중인 우선순위 기준과 재정지원과의 연계 및 영유아보육법 시행령/시행규칙 개정
 - － (재정지원) 지침 준수 여부와 영아기본보육료, 공공형어린이집, 육아종합지원센터 지원 연계 및 평가인증시 반영
 - * 기본보육료 : 1인당 매월 0세 361천원, 1세 174천원, 2세 115천원 지원
 - － (법령 개정) 영유아보육법 시행령(입소 우선순위), 시행규칙(시설 운영기준)을 각각 개정하여 법적 실효성 확보 (상반기 중)
 - * 위반시, 1차 시정명령 → 2차 시설 운영정지(또는 3천만원 이하 과징금)
 - * 자료: 보건복지부 보육서비스 개선대책(2012.3.22.)

□ 연차별 시행계획

(단위: 백만원)

구분	2013	2014	2015	2016	2017
공공형 확충(개소)	1,500	2,000	2,500	3,000	4,000
기준강화					

4. 자녀 양육 경제적 지원 체계 개편

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황 및 문제점

보육 서비스 지원이 확대되고 “누리 과정”을 도입함에 따라 2013년부터 보편적인 보육 시설 서비스 체계가 확립될 것으로 기대되고 있다. 2012년 현재 전체 0~2세, 소득하위 70% 이하 만3~4세, 전체 만5세 유아에 대해 시설 보육 서비스를 지원하고 있다. 보육시설을 이용하지 않는 차상위 이하 0~2세를 대상으로는 양육수당을 지원하고 있다. 2013년부터 전체 만3~4세를 대상으로 누리과정 프로그램을 지원하고 양육수당을 소득 하위 70%까지 지원할 것으로 계획하고 있다. 이러한 정부의 보육 서비스 지원 확대에 따라 보육시설을 이용하는 영유아 수는 급속하게 증가하였다. 영아 0~2세 보육시설 이용율은 2001년 9.4%, 2005년 22.0%, 2007년 30.6%, 그리고 2011년 현재 54.1%를 보이고 있다(보건복지부, 2011)⁶⁷⁾. 이러한 이용율은 OECD 국가 평균 30% 보다 월등히 높은 수준이다(OECD, 2012)⁶⁸⁾.

국내 0~2세 보육 시설 이용율은 상대적으로 낮은 국내 여성 취업률을 감안해 볼 때 과도한 수준이라고 판단된다. 25~49세 여성 취업률은 OECD 평균 71.9%(2008년)인데 반해 한국은 60.9%(2011년)으로 10% 포인트 낮다(OECD, 2012)⁶⁹⁾. 한편 정부의 보육료 지원 확대에 따라 민간·가정 보육 시설 수와 이용하는 영아 비중이 증가하여 보육의 공공성은 오히려 약화되었다고 평가되고 있다. 2011년 12월 현재 전체 보육시설 중 민간·가정 보육시설이 차지하는 비중은 89.67%으로서 국공립 보육시설 비중은 10.33%에 불과하다. 이용율에 있어서도 전체 보육시설 이용 아동 중 국공립·법인·부모협동·직장 보육시설 등 공공성이 있는 보육시설을 이용하는

67) 보건복지부(2011), 보육통계

68) OECD(2012), OECD Family database

69) 한국의 25~49세 여성 취업율은 2011년 통계청 경제활동인구조사의 연령별 통계 결과를 토대로 연구자가 재분석하였음

아동 비중은 0~2세 영아 13.97%, 3~5세 유아 29.49% 로 상당히 낮은 수준을 보이고 있다 (보건복지부, 2011).

2) 주요 쟁점 사항

자녀 양육에 대한 경제적 지원 정책에서 주요 쟁점 사항은 다음과 같이 제시 할 수 있다. 첫째, 자녀 양육에 대한 지원이 시설 서비스 지원에 치중되어 있어 각 가정의 가지고 있는 다양한 양육 욕구를 충족시키지 못하고 있으며, 이는 보육 서비스 수요자의 선택권을 제한하고 있다. OECD(2011)는 자녀 양육 지원을 현금, 서비스, 돌봄 시간 지원의 세가지 차원에서 조화롭게 추진함으로써 시너지 효과를 극대화 할 것을 권고하고 있다⁷⁰⁾. 둘째, 정부의 보육 서비스 지원 대상은 보편적으로 확대되었으나 여성의 경제활동 여부 및 아동의 보육 시간 필요도를 고려하지 않고 종일제로 일관된 서비스를 제공하고 있어 정책의 비효율성을 유발하고 있다. 셋째, 보육료 및 양육 수당은 부모의 양육 부담 정도를 고려하지 않고 동일한 급여액을 지원하고 있어 전체 국민의 수직적·수평적 형평성 확보를 저해하고 있다. 소득 수준 및 자녀 수 등 사회경제적 요인에 따라 차이가 있는 부모의 양육 부담에 따라 지원이 이루어져야 할 필요가 있다.

3) 외국 사례 및 시사점

OECD 국가 평균 0~2세 보육 시설 이용율은 2008년 현재 30%로서 50%가 넘는 국가는 스웨덴, 노르웨이, 덴마크 등 대부분 북구 유럽 국가이며 이들 국가에서 25~49세 여성 경제활동 참여율은 80%에 육박하는 수준으로 나타나고 있다 (OECD 2012). 가족에 대한 정부 지원 중 현금 지원과 서비스 지원이 전체 GDP에서 차지하는 비중이 프랑스(1.33%, 1.66%)와 스웨덴 (1.49%, 1.86%)로서 비슷

70) OECD(2011) Doing better for families

한 비중을 보이고 있다. 반면에 우리나라는 현금 지원과 서비스 지원 비중이 0.02%와 0.48%로서 서비스 지원에 과도하게 치중되고 있는 경향을 보인다 (OECD 2012).

OECD 국가 대부분 3~5세 시설 이용은 국가가 무상으로 지원하나, 0~2세 영아 보육 서비스 비용에 대해서는 부모의 소득수준 및 자녀 수에 따라 일정 비율의 본인부담을 지拂하도록 하고 있다. 영아 보육 시설 이용 비용 중 부모 본인 부담률을 보면 노르웨이(28~45%), 스웨덴(2~20%), 핀란드(10~15%), 덴마크(최고 33%), 네덜란드(44%), 이태리(36%)로 나타나고 있다 (OECD, 2001).⁷¹⁾ 프랑스의 경우 0~2세 보육 서비스 제공에 있어 종일제 서비스는 맞벌이 부부를 중심으로 제공하고 있으며, 홀벌이 부부에 대해서는 일시 보육 서비스를 이용하도록 하고 있다. 2009년 현재 프랑스에서 종일제 보육서비스 제공 시설 1,947개소, 일시 보육서비스 제공 시설 1,933개소, 종일제와 일시 보육을 함께 제공하는 복합 시설 5,702개소로서 일시 보육 서비스를 제공하는 시설 비중이 높은 것을 알 수 있다. 우리나라의 육아지원센터에 해당되는 자녀를 데려와서 돌볼 수 있는 가족 보육시설이 발달해 있으며 2009년 현재 프랑스 전역에 756개소가 있다(DREES, 2009)⁷²⁾.

나. 정책목표

본 고에서는 자녀 양육 경제적 지원의 정책 목표를 다음 세가지로 제시한다. 첫째, 자녀 양육 지원을 통해 저출산 문제를 극복한다. 정부의 자녀 양육 경제적 지원 정책은 저출산 문제 대응을 위하여 자녀 양육 부담 경감, 일과 가정의 양립 지원, 건강한 미래 세대 육성의 세가지 정책적 목표를 가지고 추진되어야 할 것이다. 둘째, 건전한 아동의 발달을 도모하기 위하여 0~2세 영아는 부모의 양육 선택권 강화, 3~5세 유아는 “누리과정”을 통한 국가에 의한 아동의 사회화를 목적으로 지원

71) OECD(2001) Starting Strong: Early childhood and care

72) DREES(2009) "L'offre d'accueil des enfants de moins de 3 ans en 2009," etudes et resultas, no. 763

한다. 셋째, 전체 사회의 수직적 및 수평적 형평성에 기여한다. 자녀 양육 경제적 지원의 정책 대상을 모든 자녀를 양육하는 가정 전체로 하여 수평적 형평성을 확보하는 동시에 지원 수준을 소득 수준에 따라 차등화 함으로써 전체 국민의 수직적 형평성을 강화한다. 넷째, 양육자의 선택권 강화이다. 각 가정이 가지고 있는 보육에 대한 욕구와 필요에 부응하도록 다양하고 질 높은 보육 서비스를 제공하고 양육자가 자유롭게 선택하도록 함으로써 수요자의 선택권을 강화하고 정책의 효율성을 제고한다.

〈표 1〉 2017년 자녀 양육 경제적 지원 확대 안

구분	2012년	2017년
양육수당 대상자 및 지원 수준 확대	<ul style="list-style-type: none"> - 보육시설을 이용하지 않는 차상위 이하 만0~2세 - 지원액수: 만0세 월20만원, 만1세 월 15만원, 만2세 월 10만원 	<ul style="list-style-type: none"> - 보육 시설을 이용하지 않는 전체 만 0~2세 - 지원액수: 소득기준, 자녀수에 따라 차등
보육 서비스 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 전체 만 0~2세 - 전체 만 5세 - 소득하위 70% 이하 만 3~4세 	<ul style="list-style-type: none"> - 전체 만 0~2세 · 맞벌이 부부는 종일제 보육 · 홀벌이 부부는 일시보육+양육수당 - 전체 만3~5세는 누리과정 지원
가정 내 보육사	<ul style="list-style-type: none"> - 만12세 이하 자녀를 양육하는 취업부모가정 등 양육자의 긴급·일시 사유 - 시간제 연 480시간(월 40시간), 영아종일제 월 120~200시간 원칙 	<ul style="list-style-type: none"> - 만 12세 이하 자녀를 양육하는 경제활동 참여 및 취약 가정 대상 - 이용 시간 및 지원 수준 확대
육아 지원센터 확충	<ul style="list-style-type: none"> - 전국 64개소 	<ul style="list-style-type: none"> - 기초지자체별 가정 양육 수요 현황에 따라 확충

다. 개선방안

이러한 정책 목표를 달성하기 위한 개선 방안으로 다음의 네가지를 제안한다. 첫째, 양육 수당 대상자 및 급여 수준을 확대한다. 시설 중심의 보육 서비스 지원에서 벗어나 부모의 양육 노동에 대한 사회적 가치를 인정하고 경제적 지원을 강화하기 위하여 양육수당 대상자를 확대한다. 이를 위해 양육수당의 대상자를 소득 수준과

무관하게 보육시설을 이용하지 않는 전체 0~2세 자녀로 확대한다. 2013년부터 3~5세 누리과정 확대에 대한 국가 정책의 목적에 부합하기 위해 양육 수당은 0~2세 영아만을 대상으로 한다. 양육수당 급여액을 실질적으로 부모의 양육 부담을 완화하고 가정 양육에 대한 사회적 가치를 인정해 주는 수준으로 확대하는 것이 필요하다. 각 가정의 상이한 양육부담을 고려하여 급여액은 소득 수준 및 자녀 수에 따라 차등 지원한다.

둘째, 일시 보육 서비스 도입 등 시설 보육 이용 시간에 따라 서비스를 지원한다. 각 가정이 필요로 하는 보육 시간에 따라 차등적인 보육 서비스 및 이에 상응하는 보육료를 지원한다. 맞벌이 가정 등에 대해서는 종일제 보육 서비스, 홀벌이 가정 등에 대해서는 일시 보육 서비스와 양육 수당의 조합을 지원한다. 맞벌이 부부를 대상으로 종일제 서비스를 지원하기 위해서는 이에 대한 개념 정립이 필요하다. 맞벌이 정의는 부부 모두 집안에서 자녀를 키울 수 없는 상황에 놓여있는 사람들로써 취업자와 자영업자를 포함하여 구직 활동자, 무급 가족 종사자, 학생 등을 포함하는 것이 필요하다. 일시 보육 서비스를 이용하는 경우 이용하는 시간에 비례하여 차감한 양육 수당을 지원해야 할 것이다. 어린이집 운영 시간(7:30~19:30), 보육 교사 근로 시간(1일 8시간 원칙), 누리 과정 운영 시간(하루 3~5시간) 및 양육자의 서비스 이용 필요 시간대와 시간량 등을 고려하여 일시 보육 시간 프로그램을 마련해야 할 것이다. 예를 들면 일시 보육 시간 오전 3시간형 혹은 오후 3시간형 등을 고려할 수 있다. 일시 보육 서비스 제공을 위한 보육 교사 인력 운영 방안 등이 마련되어야 할 것이다.

셋째, 가정 보육사 제도를 확대한다. 재가 보육 서비스에 대해 높은 수요를 가지고 있는 0~2세 영아에 대하여 국가가 승인한 가정 내 보육사를 지원한다. “아이 돌보미” 제도를 확대 운영하여 수요자 본인 비용 부담을 낮추고 이용 시간을 확대하며 서비스 유형을 다양화 한다. 사회 서비스 차원에서 가정 내 보육사 인력을 강화하고 국가 승인을 통한 보육사 자격 관리가 필요하다. 현행 가정보육시설과 차별화하여 제한된 수의 아동(약 3명)을 돌보는 가정 보육사 제도 마련하는 것도 고려해 볼 수 있다. 또한 육아와 가사를 병행하는 서비스를 제공하는 가정 내 파견 보육사

제도도 고려해 볼 필요가 있다.

넷째, 부모 양육 지원을 위하여 육아 지원 센터를 확충한다. 육아 지원 센터를 통해 일시 보육 서비스 제공, 양육 상담 및 정보 교환 등 부모의 가정 내 양육 지원을 강화한다. 2012년 현재 총 64개소에 불과한 보육 정보 센터 설치를 확충하고 운영비를 지원한다. 지역의 가정 내 양육 수요 정도를 고려하여 기초지자체별로 독립적인 육아 지원 센터를 확충한다. 현재 육아 지원 센터는 지자체의 예산 지원으로 운영되고 있는 바, 안정적이고 질 높은 서비스 지원이 이루어지도록 하기 위하여 인건비 및 운영비에 대한 국비 지원을 마련한다. 육아 지원 센터에서는 가정 양육자의 적극적인 센터 활용을 도모하기 위하여 양질의 프로그램을 마련하고 홍보 활동을 강화한다.

필요한 입법조치로서 양육수당 대상자 및 지원 수준 확대를 위해서 영유아 보육법 시행령 개정, 보육 서비스 지원, 가정 내 보육사 제도 확대, 육아 지원센터 확충을 위하여 영유아 보육법 개정이 필요하다.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
양육수당 대상자 및 급여 수준 확대					
- 전체 소득하위 70% 이하 0~2세 자녀 양육 가정					
- 전체 0~2세 자녀 2명 이상 가정					
- 전체 0~2세 자녀 양육 가정					
시설 보육 이용 시간에 따른 서비스 지원					
- 일시 보육 서비스 도입을 위한 연구					
- 일시 보육 시범 사업 운영 및 평가					
- 일시 보육 관련 법령 마련 및 제도 도입					
가정 내 보육사 제도 확대					
- 가정 내 보육사 도입을 위한 연구					
- 가정 내 보육사 시범 사업 운영 및 평가					
- 가정 내 보육사 관련 법령 마련 및 제도 도입					
육아 지원 센터 확충					
- 지역별 육아 지원 센터 수요 조사					
- 육아 지원 센터 관련 법령 개정					
- 지역별 육아 지원 센터 확충					

5. 아동에 대한 보편적 소득보전제도 도입

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황 및 문제점

우리나라의 저출산 원인 중 가장 많이 지적되는 원인은 자녀양육 비용부담이다. 한국보건사회연구원(2009) 연구결과에 의하면 기혼여성(20~44세)의 출산 중단 사유는 양육교육비 부담 35.1%로 가장 많고, 그 다음이 소득고용 불안정 19.3%, 일·가정 양립 곤란 15.8%, 가치관 변화 24.6% 등으로 파악되었다. 외국의 경우는 아동수당 또는 가족수당을 통해서 아동이 있는 가족에 대한 비용을 보전하고 있다.

현재 전 세계 88개 국가에서 아동수당제도를 시행하고 있는데(미국, 멕시코 및 아이슬란드 미도입), 제도의 운영형태는 국가마다 상이하다. 일본은 중학생 이하 모든 아동에게 아동수당을 지급하고 있다. 아동수당 지급액은 가족의 소득과 아동의 연령에 따라 차등 지급되는데, 3세 미만은 15천엔(217,500원)⁷³⁾, 3~12세는 첫째, 둘째 10천엔(145,000원), 셋째 15천엔(217,500원)을 지급하고, 12~15세는 10천엔(145,000원)을 지급하고 있다. 단 가구의 연소득이 960만엔(1억3천9백만원) 이상인 경우에는 아동수당 지급상에서는 제외되고, 자녀 1명당 5천엔의 특례급부를 지급하고 있다. 여기서 특례급부란 일정소득 이상의 근로자에게 제공되는 급여이다.

스웨덴의 경우는 0-16세 미만 대상(학생이면 20세 미만, 학습장애아동의 경우는 연령제한이 없음)에게 아동수당을 제공하고 있다. 스웨덴에서 아동수당은 아동수가 증가할수록 증가하고, 아동수가 2인 이상일 경우에는 기본수당 이외에 추가수당이 지급된다(표 1 참조).

73) 1엔 14.5원 기준

<표 1> 스웨덴의 아동수별 아동수당(2010)

(단위 : 크로나 163.79원, 월별)

아동 수	기본수당	추가수당	소계
1명	1,050 (171,980원)	-	1,050 (171,980원)
2명	2,100 (343,959원)	150 (24,569원)	2,250 (368,528원)
3명	3,150 (515,930원)	604 (98,929원)	3,754 (614,868원)
4명	4,200 (687,918원)	1,614 (264,357원)	5,814 (952,275원)
5명	5,250 (859,898원)	2,864 (469,095원)	8,114 (1,328,992원)

자료: 스웨덴 사회보장청 홈페이지(www.fk.se), 2012.

아동수당은 아동빈곤의 예방을 위해서 중요한 역할을 하고 있다. 스웨덴의 경우 아동수당과 같은 소득이전을 통해서 아동빈곤율이 17.3%에서 2.8%로 14.5%나 감소한 것으로 보고되고 있다.

2) 문제점 및 쟁점

아동빈곤은 아동에게 부정적인 영향을 주는 요인이 된다. 우리나라 아동빈곤율은 2010년 현재 절대빈곤율 4.7%, 상대빈곤율 8.6%에 이르고 있다(김문길 외, 2011). 아동빈곤 결과, 아동은 학업성취, 사회정서발달, 학교생활적응, 건강상태 등에 모두 비빈곤아동에 비해서 부정적인 결과를 갖는다. 빈곤가정 자녀의 경우 비빈곤 아동에 비해서 학업성취가 낮게 나타나고 있다. 미국의 경우 빈곤아동의 유급율은 비빈곤아동보다 2.0배 높으며, 제적 또는 유예율은 2배, 고등학교 중도탈락율은 2.2배 높게 나타나고 있다(Brooks-Gunn & Duncan, 1997). 단 빈곤의 시기, 지속성, 정도에 따라 교육성취에 미치는 영향과 영향의 지속성이 달라진다. 아울러 빈곤과 가족의 구조적 결손이 가족기능에 부정적인 영향을 미쳐서 아동의 성인역 부담을 증가시키게 되고, 이는 결과적으로 아동의 사회정서적 문제를 야기하게 된다는 것이 증명되고 있다.

또한 빈곤아동은 비빈곤 아동보다 건강상태가 양호하지 못하다고 보고한 비율이 1.8배 높으며, 질병경험일수도 1.4배, 병원입원일수도 2.0배 높음. 저체중아율 1.7배, 납중독률 3.5배, 영아사망률 1.7배, 아동기 사망률 1.5배, 발육부진 2.0배 높게 나타

났다.

자녀양육시 분유·이유식·보조식품, 기저귀, 보건의료지출, 장난감, 육아용품 등 아동양육비용 관련 항목은 다양하고 가계에서 차지하는 비중이 많다. 자녀양육의 경제적 부담이 많은 항목이 존재함에도 불구하고, 보육료 지원 이외에 자녀양육 비용에 대한 보편적 지원은 전무한 상황이다. 이러한 상황에서 아동 빈곤율을 낮추고 궁극적으로는 빈곤을 예방하는 방안인 아동수당제도를 도입하는 것을 검토해야 한다.

나. 정책목표

아동수당 도입을 통한 정책 목표는 다음 표와 같다.

〈표 2〉 2017년 부양의무자 기준으로 이한 탈락 가구수 및 인구수

구분	2012년 ¹⁾	2017년
상대아동빈곤율	- 상대아동빈곤율: 8.6%	- 상대아동빈곤율: 6.0%

주 1) 김문길 외(2011: 196) 『빈곤통계연보』. 서울: 한국보건사회연구원.

다. 개선방안

아동수당의 도입은 매년 상당한 예산이 소요되므로, 도입 초기에는 대상을 선별하여 소규모로 하고 연차별로 확대하여 예산확충에 어려움이 없도록 하는 것이 바람직하다. 여기서 아동수당 제도 도입방안으로 2가지 안으로 제시한다. 예산의 규모와 정책적 의지에 따라서 2안 중의 1개를 선택할 수 있는 기반을 제공하고자 한다. 각 안은 대상의 연령이 다르고, 아동수당의 지급액수에서 차별화 되고, 지급방법에 있어서도 차등적이다.

제1안은 18세미만 아동이 있는 가구에 월 10만원 지급하는 것이다. 즉, 18세 미만 아동이 있는 가구에 월 10만원 지급하는 것으로, 이는 선진국의 경우는 평균 10~20만원 가량인 상황을 기반으로 설정된 액수이다. 우리나라의 GDP 수준 및 다른 복지 수당과의 형평성을 고려하고 수당의 특성을 고려하여 월 10만원 정도가 적

절할 것으로 보인다. 다만, 0~5세 영유아에 대해서는 보육시설 이용 여부 제한 없이 月 30만원을 지급하면서, 각 가정에서 국가에서 보조되는 아동수당으로 가정양육과 시설보육의 실질적 선택권 부여하도록 한다.

이러한 보편적 급여로서의 아동수당은 막대한 예산 소요(약 17조8천억원)로 재원 조달에 어려움이 예상되고, 소득수준에 상관없이 현금을 지급하는 것에 대한 국민 공감대 부족 등에 대한 충분한 고려가 필요하다.

<표 3> OECD 국가의 아동수당 규모

(단위: 원, %)

국가	아동수당 (2인기준 원화환산)	아동수당 (1인기준 원화환산)	가처분소득 대비	총소득대비
오스트리아	435,789	217,895	12.4	13.1
호주	481,813	240,907	16.1	13.4
벨기에	319,680	159,840	10.6	8.2
캐나다	196,197	98,099	7.9	7.0
체코	95,197	47,599	12.3	12.1
덴마크	311,145	155,573	18.5	6.6
핀란드	269,440	134,720	10.1	7.7
프랑스	140,693	70,347	5.3	4.4
독일	394,240	197,120	11.6	9.0
아일랜드	356,053	178,027	10.3	10.5
이태리	142,827	71,414	6.8	5.9
일본	81,300	40,650	2.9	2.4
룩셈부르크	589,760	294,880	13.7	13.7
멕시코	0	0	0.0	0.0
네덜란드	183,040	91,520	5.8	4.5
뉴질랜드	147,043	73,522	7.0	6.0
노르웨이	309,965	154,983	7.7	6.1
폴란드	71,040	35,520	5.5	5.0
슬로바니아	35,721	17,861	6.2	6.0
스페인	0	0	0.0	0.0
스웨덴	261,857	130,929	9.6	7.4
스위스	361,015	180,508	8.1	7.3
영국	229,779	114,890	6.4	5.2
미국	0	0	0.0	0.0
평균 (0인 국가 제외)	257,790	128,895	9.3	7.7

자료: OECD, 2006, Taxing Wages; 김수정, 「아동수당의 도입필요성과 도입방안」, 사회적 돌봄을 위한 정책토론회 발표자료, 2006, p45에서 재인용.

제2안은 바우처를 지급하는 것이다. 보다 구체적으로는 18세미만 아동 가구에게 아동용품, 학용품 등을 구입할 수 있는 일정금액(ex 年 30만원)의 바우처 지급하자는 것이다. 바우처 지급을 통해서 아동이 필요한 비용에 대한 소득을 보전하는 것이다. 바우처의 사용처에 있어서는 아동이 있는 가족의 욕구를 고려하여 조정하도록 한다.

라. 입법조치

아동수당제도가 도입되기 위해서는 아동복지법 개정이 필요하다.

마. 연차별 시행계획

예산은 대안별·지원규모별 소요예산 확보방안을 마련해야 한다. 제1안 채택시 연간 17조8천억원이 소요되는 것으로 추정되고, 제2안 채택시(年 30만원으로 계산) 연간 2조8천억원이 소요될 것으로 추정된다.

구분	2013	2014	2015	2016	2017
아동수당제도 도입 (1안)					
- 아동수당제도 도입방안 연구					
- 아동수당제도 관련 개정 법안 마련					
- 시행					
바우처제도 도입 (2안)					
- 바우처제도 설계 및 효과성 연구					
- 제도 관련 개정 법안 마련					
- 시행					

6. 아동돌봄 인프라 확충

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황 및 문제점

전체 초등생 중 하루 3시간 이상 방임된 나홀로 아동은 298천명으로 추정된다(한국보건사회연구원 2009년). 아동이 방과후 보호되지 못하면 각종 범죄, 중독, 일탈, 결식 등의 위험에 노출될 위험이 높다. 반면, 방과후 활동에 참여하는 아동은 학업 성취도가 높고, 사회정서적으로 안정되며, 범죄의 노출위험도 낮아진다. 더구나 방과후 활동 이용아동의 자존감이 높고 사회성도 증가하며 교우관계가 향상되며, 갈등에 대한 해결능력도 높다고 보고되고 있다. 특히 아동 개인의 상황에 맞는 맞춤형 교육과 보호를 받으면 아동 및 부모의 만족도가 높아진다.

우리나라에서 제공되는 방과후 서비스는 다음 표에 제시된 3 유형이 대표적이다. 방과후 아동의 학습과 심신발달을 위하여 제공되는 보호서비스인데, 여기에는 지역 아동센터(보건복지부), 방과후 아카데미(여성가족부), 방과후 학교 및 방과후 초등돌봄교실(교육과학기술부)이 있다. 각 사업은 다음과 같은 목적과 대상 및 기능을 가진다(표 1 참조).

<표 1> 방과후 서비스 현황

부 치	보건복지부	여성가족부	교육과학기술부	
사 업 명	지역아동센터	청소년 방과후 아카데미	방과후 학교	초등돌봄교실
근거법	아동복지법	청소년기본법	교육법	
목적	지역사회 아동의 보호, 교육, 건전한 놀이와 오락제공, 지역사회 방임아동 보호 및 일상생활 지원	맞벌이·한부모·장애·취약계층 가정의 나홀로 청소년 활동·복지·보호·지도를 통한 자립역량 배양	저소득층을 포함한 모든 계층아동을 위한 공평한 교육기회 제공 사교육비 부담완화 보충학습 및 특기적성교육	아동돌봄 및 보호
대상아동	초등생 일부 중고생 및 영유아(4-5세)	초4·중2 맞벌이 한부모 취약계층가정	초중고 일반아동	초등생

장소·시설수	전용 공간 3,802 개소 *예산지원 3,260	청소년수련관 등 200개소	11,307학교	5117개
이용아동 수	103천명	8.1천명	4.57백만명/ 39만명 (자유수강권)	10.4만명
주요 기능	보호·학습지도, 급식, 상담, 지역사회 연계 등 통합서비스	학습, 능력배양, 체험활동, 급식, 건강관리, 상담 등 종합서비스 제공	보충학습 특기·적성 프로그램	아동돌봄 및 보호
예산	695억원 ('11)	154억원 ('11)	3,411억원 ('09)	

주: 지역아동센터 수- 2011년 5월말 현재/ 방과후 학교 및 방과후 돌봄 아동수: '10년 기준

자료: 보건복지부, 2008. 내부자료; 한국교육개발원, 2010. 방과후학교 질적수준제고방안.

2) 문제점 및 쟁점

현행 방과후 서비스는 몇 가지 문제점을 노정하고 있다. 첫째, 방과후 보호의 사각지대 문제이다. 방과후 서비스 부담능력이 있는 맞벌이 및 중산층 아동에 대한 돌봄서비스 수요는 높으나, 이들을 위한 제도화된 서비스가 부재하여 방과후 보호의 서비스 사각지대가 발생하고 있다. 맞벌이·한부모 등으로 방과후 나홀로 지내는 아동을 위한 보호·학습지도·상담 등 돌봄 서비스를 추진하고는 있으나, 취약계층(상대빈곤)아동의 일부만이 보호되고 있고, 나머지 일반아동 등은 방치되고 있어 아동의 안전보호 상에서 문제가 발생할 여지가 높다. 아울러 방과후 지원 미흡은 사교육비의 증가를 초래하게 되는데, 아동돌봄의 공백에 있는 맞벌이 가족은 학원 등 민간기관을 활용하여 아동을 돌보게 함으로 인해 가계 부담이 가중되고 있다.

<표 2> 방과후 아동보호 현황 및 사각지대

(단위 : 명)

6~17세 아동인구	빈곤아동수 (상대빈곤율 8.6%)* A	방과후 아동보호 현황					맞벌이가구 나홀로아동 C	방과후보호 사각지대 아동수 (A-B+C)
		소계 B	지역 아동센터	방과후 아카데미	방과후 학교**	방과후 초등보육		
7,061,278	607,270	515,000	103,000	8,100	300,000	104,000	200,000	292,270

자료: * 한국보건사회연구원, 2011. 『빈곤통계연보』.

** 방과후학교 참여인원은 바우처대상(빈곤아동지원)으로 산정

둘째, 중고등학생의 보호 문제가 대두되고 있다. 중고등학생이 이용할 수 있는 시설은 극히 적어 보호의 연속성이 결여된 상황이다(중고등학생 방과후 시설: 200여개소에 불과).

셋째, 방과후 보호체계의 부족으로 아동대상 범죄가 급증하고 있다. 최근 농산어촌에 발생하는 아동성폭력 및 살해 현상 등은 방과후 방임으로 인한 결과이다. 아동의 방임으로 범죄에 노출되는 것이다.

넷째, 현재는 방임된 아동을 모두 보호할 수 있는 방과후 보호체계가 구비되어 있지 못하고 있는 상황이다. 돌봄서비스를 제공하는 사설업체의 경우 관련법령의 적용을 받지 않아 ‘일반사업자’로 등록·운영되고 있다(월 이용료 30~50만원). 이에 저소득 방임아동, 맞벌이가족 아동 등 보호의 사각지대에 놓여있는 방과후 돌봄체계를 구비하는 것이 아동의 안전과 보호에 핵심적인 요소이다. 기존의 보호체계와 더불어 현재 제공되고 있는 서비스를 활용하여 보다 효과적이고 효율적으로 방과후 서비스를 제공할 필요가 있다.

마지막으로, 부처간 연계부족 문제를 들 수 있다. 현재는 방과후 전담 전달체계가 부재하여 체계적 정책대응이 곤란하고 부처간 연계가 어려운 상황이다. 즉, 방과후 돌봄서비스를 전담하는 전달체계 미비로 단계적, 체계적 정책 수립에 한계가 있고, 부처간 사업 연계와 협력이 이루어지기 어려워, 다양한 기관에서 수행되고 있는 사업의 시너지 효과를 보지 못하는 것이다. 현재, 보건복지부, 교육과학기술부, 여성가족부 간의 협력이 원활하지 못하여 이용자의 혼선이 가중되고, 때로는 이용대상자 아동을 둘러싼 경쟁도 발생하고 있다. 이와 병행하여 지역사회 내 아동의 방과후 보호 욕구에 비해 절대량은 부족하지만 조정과 연계가 되지 않아 실제 사각지대를 발굴하여 사례관리 등을 통해 적절한 보호를 받는 기능이 작동되지 않고 있다.

3) 외국의 방과후 돌봄제도

스웨덴에서는 0-12세 아동(보모가 취업 중이거나 학업을 하는)을 위한 교육적 집

단활동을 하고 있는데, 주요 프로그램은 아동발달과 학습중심이다. 운영주체는 공공 및 민간(주로 부모 협동조합에서 운영)이다. 독일은 0-21세 아동 및 청소년을 대상으로 호르트, 취학아동의 집, 열린문 등을 운영하고 있다. 주요 프로그램은 가정과 학교 역할을 보충해 주는 것이다. 운영주체는 공공이고, 대상은 호르트는 한부모가족, 맞벌이 가정자녀, 사회적으로 고립된 아동, 학업부진아, 이상행동 아동 등이고, 열린문은 14-21세 청소년이다. 즉, 독일에서는 청소년을 위한 별도의 방과후 서비스가 제공되고 있다. 미국은 0-17세 아동(보모가 취업 중이거나 학업을 하는)을 위한 교육적 집단활동을 제공하고 있다. 대표적인 것이 21세기 지역사회학습센터 프로그램, 민간 프로그램 등이다. 주요 프로그램(공공)은 개별학습 서비스 및 학문활동, 약물 및 폭력방지 프로그램, 기술교육프로그램, 미술, 음악, 레크리에이션 프로그램, 상담과 특성교육 등이다. 이는 주로 공공 및 민간이 운영하고, 6,800여개 공립학교에서 제공한다.

일본은 초등학교를 대상으로 후생노동성의 아동관과 문부성의 방과후 아동클럽으로 이원화된 서비스를 제공하고 있다. 주요 프로그램은 학습활동, 스포츠, 문화예술, 지역주민과의 교류 등이고, 운영주체는 공공(후생노동성, 문부과학성)이다. 방과후 아동클럽은 17,583개소, 아동관은 4,700여개 (2007년 기준)가 있다.

나. 정책목표

정책 목표는 2017년까지 방과후 나홀로 아동은 현재의 298천명에서 200천명을 줄인 98천명으로 축소하는 것이다. 방과후 돌봄서비스 확충을 통해 궁극적으로는 모든 아동이 방과후 돌봄체계안에서 보호될 수 있도록 한다.

〈표 3〉 2017년 방과후 방임아동수

구분	2012년 ¹⁾	2017년
방과후 방임아동수	- 아동수: 298천명	- 아동수: 98천명

주 1) 보건복지부(2012): 『내부자료』.

다. 개선방안

방과후 돌봄서비스를 개선하기 위해서 일반아동과 취약계층아동이 함께 이용할 수 있는 민간 돌봄서비스 인프라를 구축하도록 한다. 이는 수요자 부담을 원칙으로 하되, 저소득층은 바우처로 이용료를 지원하도록 한다. 현행 지역아동센터 등 공공 아동돌봄기관은 이용대상자 기준을 완화하여 맞벌이가정의 일반아동도 이용가능하도록 조정한다. 여기서 토털 돌봄서비스 제공하는데, 예로서 보육·학습·급식 등 토털 돌봄서비스, 보육(간식·급식, 준비물 챙기기), 학습지도(숙제·독서 지도), 역량개발(스포츠 등) 등을 들 수 있다. 방과후 서비스 제공기관으로 민간 학원시장 구축 경쟁 방안을 위해서 기존 보습학원, 소규모 가정돌봄 등에서 서비스 공급이 가능하도록 한다. 방과후 방치되고 있는 20만명을 수용하기 위해서는 시설당 30명을 기준으로 했을 때 총 6700개의 시설 추가 필요하다(읍면동 당 1개소).

돌봄서비스 품질관리를 위해서는 ‘방과 후 돌봄 기관 지정제’를 두도록 한다. 이를 통해 공급기관 품질관리 및 세제지원 등 인센티브 부여한다. 보육교사, 사회복지사 등 유흥인력을 활용, 인력수급을 조절한다. 이용료는 1인 월25만원 내외로 한다(참고: 지역아동센터 1인당 평균지원액(급식포함) 25만원). 시설간 역할분담에 있어서는 연령대별로 방과후 서비스 제공시설을 구분한다. 즉, 지역아동센터는 초등학생 대상으로 돌봄, 학습지원 중심 서비스 제공하고, 교육과학기술부의 「방과후 학교」와 상호 연계·협력 추진하도록 한다. 즉, 방과후 이용아동에 대한 상호협력 관리로 아동이 서비스를 선택할 수 있는 여건 마련한다. 청소년 방과후 아카데미는 「중고생(1318세대) 중심센터」로 활용한다.

농산어촌 등 방과후 소외 지역의 경우, 지역사회와 학교간 통합 방과후서비스 운영모델개발 적용한다. 방과후 시설의 다양한 영역(운영, 종사자, 프로그램, 급식 등) 내에서의 체계화 및 표준화도 필요하다. 현행 공공 지역사회의 방과후 서비스 제공 인프라도 확충토록 한다. 즉, 지역아동센터, 청소년 방과후 아카데미 등의 인프라 확충한다. 청소년 방과후아카데미는 사·군 구당 평균 1개소 수준으로 확대(232개소)하도록 한다. 방과후 보육시설 중 초등생을 중심으로 하는 경우 지역아동센터로 전환

을 유도한다(방과후 전담, 방과후 보육교실 364개소, 초등생 방과후 전담 258개소, 학교 또는 복지관 설치 방과후 보육교실 106개소, 유아 + 초등생 방과후 통합 750개소). 현행 사회복지관(397개소) 및 아동복지생활시설(285개소), 청소년시설(775개소) 등을 최대한 활용하여 지역아동센터 기능을 부여하도록 한다.

방과후 서비스 전담 전문인력 확충도 필요하다. 아동복지교사는 지역아동센터 개소수 보다 최소 1명 이상 확대 배치한다. 현재 시설당 1명 수준(교사 1명당 아동 30명)으로 일부 미배치 지역이 다수 있으며, 지역아동센터 질적 수준 제고를 위해 우수 아동복지교사 배치수 확대 필요하다.

방과후 서비스 연계 체계 구축을 위해서 지역아동센터와 드림스타트(시범사업: 공공개입 확대모형) 연계사업을 시범사업으로 수행한다. 드림스타트 사업체계 중 아동·청소년에 대한 건강서비스, 복지서비스, 보육·교육서비스 부분을 지역아동센터와 연계한다. 드림스타트 시범사업 종료 후 공공·민간 중위모형(중소도시형), 민간자원 확대모형(농어촌형) 구축한다.

아울러, 서비스 품질관리 강화를 위해서 종사자 교육훈련 강화한다. 장기적으로는 종사자 자격요건 정비 및 다른 서비스와 통합 운영한다. 종사자의 근로조건 개선을 위해서는 종사자 직업만족도가 제고되어야 하는데, 종사자의 직업만족 및 근무서비스 질에 직결되므로 이직을 줄이고 직업만족도를 제고하기 위해 근로조건 개선 및 고용의 안정성을 유지하도록 한다.

라. 입법조치

방과후 돌봄기관 지정하기 위해서는 아동복지법을 개정해야 한다. 아울러 공공 아동돌봄기관 이용대상자 기준 완화하기 위해서도 아동복지법 개정이 필요하다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
방과후 돌봄기관 지정					
- 돌봄기관 확대를 위한 기초연구					
- 돌봄기관 확대를 위한 법안 마련					
- 돌봄기관 확충 (년차별 1500개소씩 읍면동 당 1개소/월 400만원)					
공공 아동돌봄기관 이용대상자 기준 완화					
- 아동돌봄기관 이용대상자 기준 완화(차상위 120%→180%)					
아동복지교사 확충					
- 아동복지교사 확충 (매년 300명씩/월 106만원)	3200	3500	3800	4100	4400

7. 치매 진료비 지원 확대

가. 현황 및 문제점

1) 현황 및 문제점

급격한 인구고령화로 우리나라 65세 이상 노인인구의 치매유병률은 계속 상승할 것으로 전망되고 있다. 2012년 65세 이상 노인의 치매유병률은 9.1%(경증 68.0%)로 약 534천명이나, 노인인구수의 증가로 2030년에는 약 2배(1,221명) 증가가 예상된다.

〈표 1〉 65세 이상 노인의 치매 유병률 및 치매노인수 추계

구분	2010년	2012년	2020년	2030년	2040년	2050년
65세 이상 인구 수(천명)	5,3572	5,890	8,084	12,691	16,501	17,991
65세 이상 치매노인 수(천명)	469	534	794	1,221	1,851	2,379
치매유병률(%)	8.8	9.1	9.8	9.6	11.2	13.2

자료: 제2차(2012~2015) 국가치매관리 종합계획, 보건복지부, 2012.

그러나 치매는 조기 발견하여 지속적으로 치료·관리하면 진행속도가 지연됨에도 불구하고 2010년 의료기관에서 진료받은 환자는 262천명이고, 이들 중 65세 이상 환자는 241천명으로 전체 치매노인의 약 절반 정도(51.3%)가 진료받은 것을 알 수 있다.

한편 노인성 질환별 의료이용 현황을 보면 뇌혈관 질환의 진료인원과 총진료비가 가장 많고, 그 다음은 치매 진료이다. 치매로 인한 연간 총진료비는 ‘10년 8,100억 원이고 1인당 진료비는 연간 310만원으로 다른 노인성 질환 보다 높은 수준이다.

〈표 2〉 2010년 노인성 질환별 의료이용량

구분	진료인원(명)	총진료비(천만원)	1인당 진료비(원)
치매(F00~F03, G30)	261,550	81,023	3,097,792
뇌혈관 질환(I60~I69)	843,655	190,120	2,253,530
파킨슨(G20~G22)	82,890	21,187	2,556,003
기저핵의 기타 퇴행성질환(G23)	1,519	198	1,304,284

자료: 건강보험공단, 보도자료(2012.5.7)

또한 국가 총 치료비용(사회·경제적 총비용)은 연간 8조7천억원('10년)으로 10년마다 두배씩 증가하는 것으로 추정되고 있다('20년 18.9조원 → '30년 38.9조원). 1인당 연간 총 비용(1,851만원)은 치매 중증도가 높아질수록 증가하고 중증치매환자(2,341만원)는 경증치매환자(1,351만원)의 2배 이상 비용이 소모된다.

〈표 3〉 국가 치매 부담 추계

구분	2010년	2012년	2020년	2030년	2040년	2050년
1인당 치매 조호 비용(천원)	18,514	19,687	25,173	34,226	46,536	63,273
국가 질병부담(조원)	8.7	10.3	18.9	38.9	78.4	134.6

자료: 김기웅 외, 치매 노인 실태 조사, 보건복지부·분당서울대학교병원, 2011.

치매는 조기발견하여 치료관리시 요양시설 입소를 감소에 따른 장기요양재정의 절감이 가능하고, 치매 고위험군의 조기발견을 통해 치매 발병을 2년 정도 지연시킬 경우 20년 후에는 치매 유병률이 80% 수준으로 낮아지고 중증도도 감소하고, 치매 초기단계부터 약물 치료시 5년 후 요양시설 입소율은 55% 감소하여 요양비용이 절감하는 효과가 있다(보건복지가족부, 2012, 재인용).

2011년도 노인 장기요양보험 인정자(324천명)중 치매환자가 23.7%(77천명)이고, 중풍(뇌졸중) 24.9%(81천명)이고, 치매·중풍 복합환자가 6.5%(21천명)인 점을 감안할 때 치매 노인의 증가는 장기요양보험 재정의 악화를 초래할 수 있다(국민건강보

험공단, 2011년 장기요양보험 통계 연보, 2012.7).

한편 가족을 포함한 사회 전반적으로 치매의 부정적 인식 개선이 우선되고, 치매의 초기·중기로 진단 된 경우 약물치료와 병행하여 비약물 치료법인 인지재활프로그램을 통한 지속적인 치료·관리를 통해 치매 진행을 지연시킬 수 있다.

결과적으로 인구 고령화 치매환자 증가에 따른 사회·경제적 비용 절감, 치매환자와 가족의 삶의 질 향상 등을 위해서는 조기발견 및 치료·보호, 사회적 지원 기반 확충 등 대책 마련이 필요하다.

2) 해외 사례

일본은 향후 치매대책을 효과적으로 추진하기 위해 ‘비록 치매에 걸렸어도 안심하고 생활할 수 있는 사회를 조기에 구축하여야 한다’는 의식 하에 인지증의 의료 및 생활의 질을 제고시키는 긴급프로젝트가 시행되었다(오영희 외, 저소득층 치매 치료관리 바우처 지원제도 도입방안, 2009).

2008년 치매고령자 지원 대책의 주요내용은 다음과 같다.

- 상담체제의 정비: 치매고령자에 대해 전문의료상담, 감별진단, 야간휴일의 긴급대응 이외에 의료복지서비스의 정보를 제공하는 노인성인지증질환센터가 도도부현별로 설치
- 재가지원대책: 치매노인의 재가생활의 유지향상을 지원하기 위해서 신고령자보건복지추진10개년 전략을 바탕으로 방문개호원(홈헬퍼), 단기입소생활개호(단기보호), 주간개호시설(주간서비스센터), 재택개호지원센터 등의 정비촉진 추진
- 시설대책: 치매고령자의 시설보호는 증상, 상황에 따라서 정신과병원, 일반병원의 입원, 특별양호노인홈, 개호노인보건시설의 입소 등
- 조사연구: 치매질환의 원인을 과학적으로 해명하거나 치매대책에 필요한 것을 조사연구함으로써 치매질환의 병인, 병태, 치료를 제고
- 치매인식개선을 위한 지역캠페인: 치매에 대한 용어변경(인지증)을 계기로

2005년도 이후 치매인식개선캠페인 실시

- 개호연수: 치매노인의 개호관련 연수사업 실시
- 치매대책의 종합적 추진: 치매대책에 대해 2005년도 개호보험법의 개정으로 지역밀착형서비스의 창설 및 지역포괄센터를 중핵으로 한 종합적 매니지먼트체제의 구축을 통하여 제도적인 대응 도모
- 권리옹호대책: 2000년부터 판단능력이 충분하지 못한 치매노인의 재산 및 권리를 보호하기 위한 성년후견제도가 2000년도부터 실시, 2007년부터 도부현사회복지협의회가 주체가 되어 일상생활자립지원 실시

일본의 치매대책이 우리나라에 주는 시사점은 올바른 치매 이해에 노력하고 사전적인 예방사업 및 조기발견·조기진단체계의 구축 및 강화가 필요함을 시사한다.

나. 정책목표

치매 치료·관리비 지원노인수 추계는 당해연도 65세 이상 추계인구수 × 치매유병률 9.1%(‘12) × 의료기관 치료율 약 50% × 소득하위 40% × 75%(치료비 지원)로 예상된다.

〈표 4〉 치매치료·관리비 지원 노인수

구분	2013년	2017년
저소득층 치매환자 치료·관리비 지원	66천명	98천명
치매환자 등록 비율 확대(진단받은 환자 기준)	50%	70%

다. 개선방안

인구 고령화·치매환자 증가에 따른 사회·경제적 비용 절감, 치매환자와 가족의 삶의 질 향상 등을 위해서는 조기 발견 및 치료·보호, 사회적 지원기반 확충등 대책 마련이 필요하다.

우선, 치매 조기검진 및 치료·관리 확대를 위하여 차상위 이하자의 의료기관 진단 검사 비용 및 치매 치료·관리비 지원(월 3만원) 대상자를 확대하고, 치매 치료·관리 지원대상자를 차상위 이하 계층으로 선정할 때 노인가구 소득하위 약 40%를 기준으로 한다. 또한 치매 발병 고위험군에 대한 조기검진 집중 수행으로 조기발견율을 제고하여야 할 것이다.

체계적 치매관리 인프라 확충 정비를 위해서는 치매관리사업 컨트롤 타워로서 ‘중앙치매센터’를 지정·운영하여, 치매환자 통계, 인력관리, 교육과정 개발, 연구개발 총괄 기획 및 관련 신기술 보급을 보급하고, 노인보건의료센터(전국 4개소)에 권역단위 치매관리사업의 인력 교육, 기술지원, 진료과목 간 협진 등 공공보건의료사업 기능을 부여한다. 또한 지역 여건에 적합한 서비스 모델개발, 인력관리·교육, 기술지원, 의료서비스 제공, 보건소 치매관리사업 평가 등이 이루어져야 할 것이다.

지역치매센터 운영을 위하여 보건소 치매상담센터 기능을 보강하여 치매관리서비스 접근성·활용도를 제고하며, 조기검진, 사례관리 및 모니터링, 지역사회 전문 인력 및 자원을 활용한 가족지원, 예방교육 및 홍보를 강화한다.

또한 보건소, 지역사회 복지 협의체 및 희망복지 지원단과 연계하여 민간기관, 민간자원이 초기 치매환자 관리 등이 활용될수 있도록 지역사회 네트워크를 구성·운영하여야 할 것이다. 공립요양병원을 치매관리사업 거점병원으로 활용하도록 기능보강 예산 지원이 필요하다(‘12년 7개소 → 연차적으로 확대).

치매환자 종합 DB 고도화를 위하여 보건복지정보개발원 내에 국가치매등록시스템 구축·운영하고, 등록된 치매환자 정보자료를 통해 치매 치료·관리 실태를 파악하고 정책 수립의 기초자료로 활용할 수 있다.

한편 각종 매체를 통한 홍보 및 올바른 정보 제공으로 사회적 인식 개선하고, 치매가족 관계자 교육 또는 각종 홍보 매체를 통해 치매환자에 대한 부정적 사회분위기 개선이 요구된다.

라. 입법조치

2011년 8월에 제정된 치매관리법의 제11조 치매검진사업, 제12조 치매환자의 의료지원사업, 제13조 치매등록 통계사업 등에 의하여 시행될 수 있다.

마. 연차별 시행

노인인구수의 증가에 따라 지속적으로 치매 치료비 지원 대상자를 확대하고, 치매 환자 DB 등록, 이력 사후관리가 이루어져야 할 것이다.

구분	2013	2014	2015	2016	2017
치매 치료비 지원 대상자 확대					
치매환자 DB 등록, 이력 사후관리					

바. 예상되는 애로점

치매가족을 포함한 사회 전반적으로 치매의 부정적 인식 개선이 우선되어야 할 것이고, 치매관리 인프라 구축을 위한 초기 비용 예산 확보의 어려움이 예상된다.

8. 건강 노인 만들기

가. 현황 및 문제점

1) 현황 및 문제점

인구구조의 고령화, 생활 및 식습관의 변화 등으로 우리나라의 사망 및 질병구조가 만성질환 위주로 변화하고 있다. 통계청의 2010년 사망원인통계 결과에 의하면 우리나라의 3대 사망원인은 악성신생물(암), 뇌혈관 질환, 심장 질환이고, 이로 인한 총사망자의 47.8%수준이다. 10대 사인은 악성신생물(암), 뇌혈관 질환, 심장 질환, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 폐렴, 만성하기도 질환, 간 질환, 운수사고, 고혈압성 질환 순으로 총사망자의 70.8%수준이다.

〈표 1〉 2010년 우리나라 10대 사망원인

구분	암	뇌혈관 질환	심장질환	고의적 자해(자살)	당뇨병
사망률(인구 10만명당)	144.4	53.2	46.9	31.2	20.7
구분	폐렴	만성하기도 질환	간질환	운수사고	고혈압성 질환
사망률(인구 10만명당)	14.9	14.2	13.8	13.7	9.6

자료: 통계청, 2010년 사망원인통계 결과, 2011.9

65세 이상 노인진료비는 1990년에 2,403억원에서 2011년에 15.4조원으로 급증하였고, 전체진료비 중 노인진료비 비율이 1990년에 8.2%였으나, 2011년에는 33.3%를 점유하였다. 즉, 동기간 대비 중 노인인구 비율이 5.6%로 증가한 반면, 노인진료비 비율은 25.1% 증가하였다.

〈표 2〉 연도별 65세 이상 노인 진료비 현황

구분	1990년	1995년	2000년	2005년	2010년	2011년
노인진료비(억원)	2,403	7,385	22,555	60,731	141,350	153,768
노인인구비율(%)	4.9	5.6	6.6	8.3	10.2	10.5
노인진료비 비율(%)	8.2	12.0	17.5	24.4	32.4	33.3

주: 1) 지급기준이며 약국 포함, 2) 건강보험 급여실적이며, 비급여는 제외, 3) 노인인구는 연도말 기준
자료: 건강보험공단, 보도자료(2012.6.29)

노인 건강상태를 보면 노인의 88.5%가 만성질환을 갖고 있으며, 만성질환을 2개 이상 지니고 있는 복합이환자도 68.3%이고, 노인의 21.0%가 지난 1년간 낙상을 경험하였고, 이 중 72.4%는 낙상으로 인해 병원치료 받았다(정경희 외, 2011년도 노인실태조사, 보건복지부-한국보건사회연구원).

노인의 75.7%가 평소 낙상에 대한 두려움을 갖고 있으며, 정신건강이라는 측면에서 볼 때 노인의 29.2%는 심각한 수준의 우울증상(8점 이상인 경우)을 보였다.

신체적 기능상태를 보면 노인의 7.2%가 일상생활수행능력(ADL)의 7개 항목 중 1개 이상 제한이 있으며, 13.8%가 10개의 수단적 일상생활수행능력(IADL)에 1개 이상 제한이 있다. 이를 종합하면 일상생활수행능력(ADL)과 수단적 일상생활수행능력(IADL) 모두 제한이 없는 노인이 85.1%이며, 수단적 일상생활수행능력(IADL)만 제한이 있는 노인이 7.7%, 일상생활수행능력(ADL)도 제한을 경험하고 있는 노인이 7.2%였다.

노인의 규칙적인 운동과 신체활동은 지립생활과 건강에 도움을 주고 신체적 기능과 삶의 질 향상에 기여한다. 노인의 50.3%가 현재 운동을 실천하고 있으나, 권장 수준(1주일에 150분 이상)에 미치는 운동을 하는 경우는 39.1% 수준이다(정경희 외, 2011년도 노인실태조사, 2012).

신체활동의 중요성은 질병의 예방을 비롯하여 노년기의 자립적인 생활을 유지할 수 있다(선우 덕 외, 노인건강정책의 현황과 향후 추진과제, 2009). 고령자에게는 주기적인 신체활동이 최상의 예방의학이라고까지 일컬어지고 있는데, 이는 고령자의 건강과 효과적인 기능을 유지하는데 중요한 역할을 한다는 것이며, 삶의 질뿐만 아니라 수명의 개선과 관계가 있기 때문이다.⁷⁴⁾

신체적 비활동자는 그렇지 않은 자보다 심장질환의 위험이 2배 이상 높고, 운동은 혈압을 떨어뜨리는데 특히 1주일에 3~5회의 1회당 30~60분씩 실시하는 중강도의 신체활동은 혈압감소에 효과적이며, 신체활동의 부족은 뇌졸중의 수정가능한 위험인자이고, 규칙적인 신체활동은 인슐린 민감도(insulin sensitivity)에 효과성이 있

74) Shephard RJ, Gender, Physical activity, and ageing, London, CRC Press, 2002 참조

으며, 신체적 건강의 낮은 수준, 빈약한 균형성, 근육허약 등과 같은 요인에 의한 낙상 및 골절의 위험인자는 신체활동을 통해서 개선될 수 있다.⁷⁵⁾

이와 같은 신체활동을 활성화시키기 위해서는 집단적으로 수행하는 운동으로 하는 중강도수준의 신체활동을 제고시키고, 자가 모니터링을 포함하며, 특정교육을 배제한 순수한 운동에만 목표를 둘 필요가 있다.⁷⁶⁾

2) 해외 사례

일본에서 노인 일상생활기능 자립지원을 위한 지역지원사업의 목적은 요지원 및 요개호상태가 되기 이전부터 개호예방을 추진하고, 지역에서의 포괄적 및 계속적인 매니지먼트 기능을 강화시키는 것이다(선우 덕 외, 노인건강정책의 현황과 향후 추진과제, 2009).

지역지원사업에서 특정고령자로 선정되었을 경우 통원형 개호예방사업으로 운동기능향상프로그램, 영양개선프로그램, 구강기능향상프로그램 등이 실시된다. 운동기능 향상프로그램은 운동기능이 저하된 노인에게 물리치료사 등을 중심으로 간호사, 케어인력 등과 협력하여 운동기능향상을 위한 개별 계획을 작성하고, ① 유산소운동, ② 스트레칭, ③ 간이도구를 활용한 운동 등을 실시한다. 영양개선프로그램은 저영양상태에 있는 노인에게 영양사 등이 간호사, 케어인력 등과 협력하여 영양상태를 개선시키기 위한 개별계획을 작성하고, ① 개별영양상담, ② 집단영양교육 등을 실시한다. 구강기능향상프로그램은 구강기능이 저하된 노인에게 치과위생사 등이 간호사, 케어인력 등과 협력하여 구강기능향상을 위한 개별계획을 작성하고, ① 식아연하기능훈련, ② 구강청결, ③ 자립지원 등을 실시한다.

일본의 사례는 노인의 신체적 특성을 고려하여 지역보건사업과 연계한 노인운동 프로그램의 제공이 필요함을 시사한다,

75) The Swedish National Institute of Public Health, Healthy ageing: a challenge for Europe, 2006. p.99 참조

76) Conn VS, Valentine JC, Cooper HM, "Interventions to increase physical activity among aging adults: a meta-analysis", Ann Behav Med, 2002, 24(3), pp.190~200 참조

나. 정책목표

정책목표는 2012년 3,700개에서 2017년는 전국 3,466개 동·읍·면에 각각 2개소를 설치하여 전국 6,932개소로 설정하였다.

〈표 3〉 2017년 노인 운동교실수

구분	2012년 ¹⁾	2017년
건강100세 운동교실(개소)	3,700	6,932

자료: 제2차(2012~2015) 국가치매관리 종합계획, 보건복지부, 2012.

다. 개선방안

노인 운동프로그램을 수요자 중심으로 확대 개선하기 위해서는 노인의 접근성 제고를 위해 기존의 경로당 중심에서 주민자치센터, 복지관, 체육시설 등 운동 공간의 다양화하여야 할 것이다.

신체 기능저하 방지 및 개선에 적합한 표준 운동프로그램 개발을 위하여 노인의 사전 예방적 건강관리에 초점을 둔 노인운동프로그램의 개발·보급, 노인에게 적합한 생활체육활동 지도 서비스 제공, 지자체별로 특색 있게 운영되고 있는 건강프로그램의 활성화 등이 요구된다.

건강생활실천을 유도할 수 있는 교육 실시 및 국민적 캠페인 개최 등으로 노인 건강생활실천 분위기 조성을 위한 적극적 홍보·교육 실시한다.

노인에게 적합한 건강마일리지제 도입을 위해서는 노인 건강마일리지제도 관리 모형 개발 등으로 규칙적인 운동 참여, 전년 동기간 대비 의료비 감소 비율 등 노인 스스로 건강관리 활동시 건강마일리지 적립 등 대상자 범위가 고려되어야 한다. 또한 관리 운영주체와 예산, 등록관리 체계가 구축되어야 할 것이다. 운영주체는 건강100세 운동교실을 운영하는 국민건강보험공단의 지사 중심 또는 생활체육협의회, 대한노인회 등과 연계하고, 노인 운동교실 현장 점검 및 사업 내실화가 요구된다.

등록관리체계 운영으로 건강마일리지 적립 현황을 확인할 수 있도록 멤버십 카드 개발·운영 등 적립 마일리지는 노인 건강교실 등 공단에서 실시하는 건강증진사업의 참여 기회 제공하거나 인센티브의 내용, 방법, 절차 등 운영 방안이 제시되어야 할 것이다.

라. 입법조치

현행 노인 노인복지법을 개정하여 노인건강 지원에 대한 항목을 신설하여 제공한다.

마. 연차별 시행계획

노인 건강마일리지제도 도입에 대한 신중한 검토 필요하고, 노인에 적합한 표준 운동프로그램을 개발하며, 노인 운동교실의 확대 및 질 관리를 철저히 수행하여야 할 것이다.

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
노인 건강마일리지제도 도입					
노인에 적합한 표준 운동프로그램 개발					
노인 운동교실의 확대 및 질 관리					

바. 예상되는 애로점

예상되는 애로점은 건강마일리지 사용처 참여율이 저조하면 사업 추진이 곤란하고, 문화부 생활체육사업과의 연계 협조가 필요하다.

9. 노인장기요양 대상자 확대

가. 현황 및 문제점

노인장기요양보험제도가 도입된 이후 장기요양등급인정자의 비율은 2008년 214천명에서 2012년 2월 324천명으로 노인인구 대비 5.6%수준이다. 이와 같은 증가세는 2010년 이후 비교적 안정적인 규모를 유지하고 있다.

제도 운영 4개년 간 장기요양등급인정자의 등급별 변화 규모를 살펴보면, 최종중인 1등급지는 감소하였으며, 2등급과 3등급이 크게 증가하였다. 특히 비교적 기능상태가 경증인 3등급의 대상자가 4배 이상 크게 증가하였다.

<표 1> 노인장기요양 등급인정 현황

등급	'08. 7.	'12. 2.
1등급(최중증)	50,209	40,270
2등급(중증)	39,080	71,695
3등급(경증)	57,354	211,902
총 수	146,643	323,867
노인인구대비 비율	2.9%	5.6%

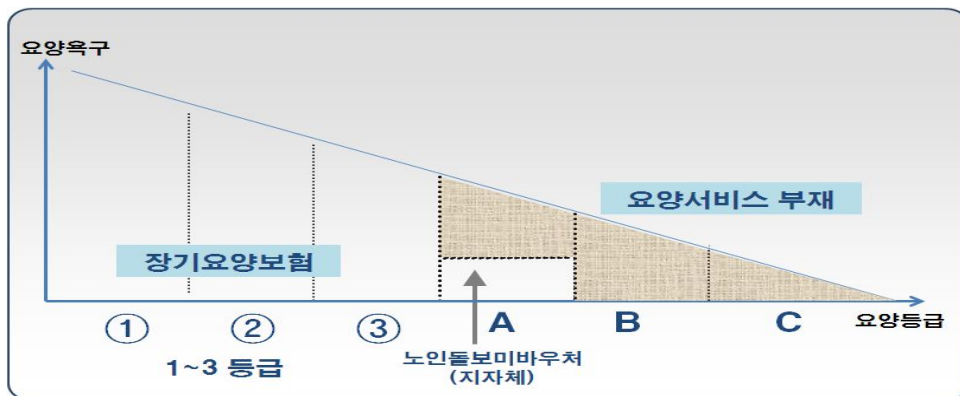
'08.7월 제도 도입 이후 인구 구조나 한정된 재정여건 등을 감안하여 중증도가 높은 대상자에 우선순위를 두고 제도가 시행됨에 따라 시행 4년차에 접어든 현재 시점에서는 지나치게 엄격한 수혜자 인정제도에 대한 재검토가 필요하다는 지적이 다수 제기되고 있다. 특히 '11년말 기준 치매노인 495천명 중 장기요양 인정자는 27%인 134천명 수준으로 치매 등의 인지장애와 관련해 등급판정제도 개편에 대한 개선 요구가 높은 상황이다.

노인장기요양보험제도의 도입은 혼자 일상생활을 수행하기 어려운 노인을 공적으로 보호하는 제도이며, 전 국민이 함께 부담한다는 점에서 욕구를 갖춘 노인의 요양 욕구에 대한 포괄성이 보장될 필요가 있다.

현재 장기요양욕구에 대응한 서비스는 장기요양보험과 노인돌보미종합서비스(노인

돌보미바우처)가 제공되고 있다. 노인돌보미바우처는 장기요양욕구는 있으나 그 정도가 노인장기요양보험제도의 기준에 적합하지 않은 요양등급외자의 경우 일부의 노인들이 이용하고 있다. 그러나 현재 노인돌보미바우처의 경우 소득기준을 고려하여 서비스를 제공하고 있으며, 지자체의 예산에 따라 대상자 규모가 확정됨에 따라 욕구가 있을지라도 서비스를 이용하지 못하는 경우가 발생하기도 한다.

[그림 1] 장기요양욕구 대응 서비스 제공 체계



노인장기요양보험 대상자 확대는 분명 재정적 부담을 증가시키고 있으나, 현 제도의 사회보험을 통한 보편적 공적 요양서비스 제공이라는 목적을 고려할 때 요양욕구를 갖고 있는 대상자의 확대가 요구되어진다.

그러나 노인장기요양 대상자의 확대는 노인장기요양보호의 사회적 비용 부담의 증가와 직결되는 사항으로 대상자 확대를 둘러싸고 보장성 확대와 지속가능성이라는 양 측면의 균형이 요구되어진다.

우리나라는 이미 초고령사회로 접어든 일본 등 다른 OECD 국가에 비해 고령화율은 낮으나 고령화 속도는 매우 가파른 상황이며, 특히 요양필요도가 높은 80세 이상의 인구증가가 가장 가파를 것으로 예상되어 장기적 재정안정성의 위협요인으로 지적되고 있다.

<표 2> 노인인구의 장래인구추계

	2012	2018	2020	2026	2030	2040	2050
전체 인구 중 65세 이상	11.8%	14.5%	15.7%	20.8%	24.3%	32.3%	37.4%
전체 인구 중 80세 이상	2.3%	3.3%	3.7%	4.6%	5.3%	9.4%	14.3%

자료: 통계청(2011), 장래인구추계

장기적인 재정지출 측면에서는 현행 장기요양보험 재정지출 규모는 GDP 대비 0.20%(11년 3.0조원)수준으로 수혜범위의 확대 여부에 따라 '50년의 경우 GDP 대비 최소 0.60%~최대 0.66%까지 재정지출 규모가 2-3배 확대될 것으로 추정된다. 그러나 이와 같은 장기요양지출 수준은 OECD 평균지출 1.2%('08년, 독일 2.7%, 영국 2.6%, 스페인 1.4%)에 비하면 여전히 낮은 수준이다.

<표 3> 한국의 장기요양보험 재정전망

(단위: 조원, ()는 GDP 대비 비중)

구분	2020	2030	2040	2050
현행 판정체계 유지시*	5.0(0.23)	9.9(0.28)	20.0(0.40)	35.6(0.54)
등급외A 50% 확대	5.5(0.25)	11.0(0.31)	22.1(0.44)	39.3(0.60)
등급외A 100% 확대	6.0(0.27)	12.0(0.34)	24.2(0.49)	43.0(0.66)

주: 만성질환 유병률 및 독거노인 비율 등 인구학적 기본변수가 변하지 않고 수가 3.0% 인상하는 것을 전제로 추계
 자료: 서울대학교, 지속가능한 노인장기요양보험 재정추계, 2011

해외의 장기요양 대상자 규모를 살펴보면 우리나라의 장기요양보험제도와 유사하게 사회보험체계로 운영하는 독일 및 일본의 경우 고령화율이 20%를 넘어선 시점에서 전체 노인대비 장기요양대상 비율은 약 13%로 나타났다. 적정 장기요양대상자 규모는 고령화율 이외의 제도적 특성, 후기 고령인구의 비율 등에 따라 결정되므로, 단순히 고령화율이 낮기 때문에 장기요양대상자 규모가 적은 것은 아니다. 독일의 경우 1995년 고령화율이 15.5%이며, 현재는 20.4%로 증가하였으나 노인대비 장기요양대상자 규모는 12.0%에서 13.7%로 크게 증가하지 않음을 볼 수 있다. 그러나 현 우리나라의 고령화율이 10%라는 점을 고려하면 장기요양대상자 규모는 노인인

구대비 약 10%이내가 적합할 것으로 판단된다.

<표 4> 독일, 일본, 한국의 장기요양보험 수혜자 비율 추이

구분		1995	2000	2008	2011
독일	고령화율(%)	15.5%	16.4%	20.2%	20.4%
	인정자수(천명)	1,061	1,822	2,113	2,317
	노인대비 비율(%)	12.0%	13.5%	12.7%	13.7%
일본	고령화율(%)	12.6%	17.4%	22%	23.4%
	인정자수(천명)	-	2,240	3,441	3,864
	노인대비 비율(%)	-	10.2%	12.2%	13.0%
한국	고령화율(%)	5.9%	7.2%	10.3%	11.4%
	인정자수(천명)	-	-	214	324
	노인대비 비율(%)	-	-	4.2%	5.7%

주: 일본의 경우 요지원 2개 등급은 제외(독일 연방보건성, 일본 후생노동성)

나. 정책목표

노인장기요양대상자의 규모는 노인인구의 7%까지 확대하는 것이 필요하다.

<표> 2017년 노인장기요양보험 대상자 확대 목표

구분	2012년	2017년
노인인구 대비 장기요양대상자 비율	노인인구의 5.6%	노인인구의 7%

다. 개선방안

대상자 확대를 위해서는 우선 최저 등급 인정 기준의 개선이 필요하다. 최저 등급 인정 기준 개선의 기본방향은 혼자서 일상생활수행능력이 어려운 노인을 포괄할 수 있는 기준 조정을 조성하는 것이다.

이를 위한 제도개선의 방법으로는 실제 거동불편 노인이 포함될 수 있도록 '14년까지 노인의 7%까지 단계적 확대를 목표로 3단계에 걸쳐 3등급 인정 기준의 하한선을 55점에서 50점으로 단계적으로 완화하는 것이다.

〈표〉 3등급 인정기준 하한선 완화에 따른 수혜자 예상 추이

구분	1단계(2012년)	2단계(2013년)	3단계(2014년)
3등급 인정기준의 하한선	53점 이상	51점 이상	50점 이상
수혜 증가 예상인원	24천명	26천명	12천명

〈표〉 등급 하한선 기준 변경

구분	현행	변경
수혜 범위 확대 목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 일부 도움을 받아 실내 이동은 가능하나, 외출 불가 ▪ 사물 변별 능력이 현저히 저하된 중증도의 인지상태 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 벽을 짚고 스스로 보행이 가능하고 보조기를 통하여 일부 외출 가능 ▪ 인지장애로 간헐적으로 문제행동을 유발, 보조인의 도움이 필요한 상태
최저 등급 인정 점수 완화	55점 이상 ~ 75점 미만	50점 이상 ~ 75점 미만

다음으로는 대상자 선정 기준 보완 및 등급체계 개편을 들 수 있다. 대상자 선정 기준 보완 및 등급체계 개편의 기본방향은 경증대상자의 요양필요도 측정의 정밀화를 위한 선정기준 보완과 요양필요도에 따른 서비스 제공을 위한 등급체계의 개편이다. 이를 위한 제도개선의 방법으로는 요양필요도 측정방식을 보완할 수 있는 방식을 개발하는 것이 필요하다. 즉, 경증 대상자의 요양필요도 측정을 위한 방식을 개발해야 할 것이다. 또한 요양인정점수 하향 조정으로 3등급내 대상자의 요양필요도 수준의 편차 발생이 예상되며, 이를 보완하기 위하여 3등급 대상자의 요양필요도 수준에 따른 등급체계 개편이 이루어져야 할 것이다.

라. 입법조치

노인장기요양보험법 개정이 필요할 것이다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
최저 등급 인정기준 조정					
최저 등급인정기준 조정 (51점)					
최저 등급인정기준 조정 (50점)					
대상자 선정기준 보완 및 등급체계 개편					
대상자 선정기준 보완 개발					
등급체계 개편 연구 수행					
시범적용					
본 제도 적용					

10. 노인장기요양 적정 인프라 공급 체계 구축

가. 현황 및 문제점

노인장기요양서비스 인프라는 시설은 4천개, 재가기관은 2만여개로 현재 총량 공급 측면에서는 수요(장기요양인정자수)에 비해 공급이 다소 많은 상태로 판단(2012년 2월 현재)된다. 재가기관의 경우는 최근 증가추세가 안정화된 것으로 보이며, 입소 시설은 10인 미만의 소규모 시설을 중심으로 꾸준한 증가 추세 유지하고 있다.

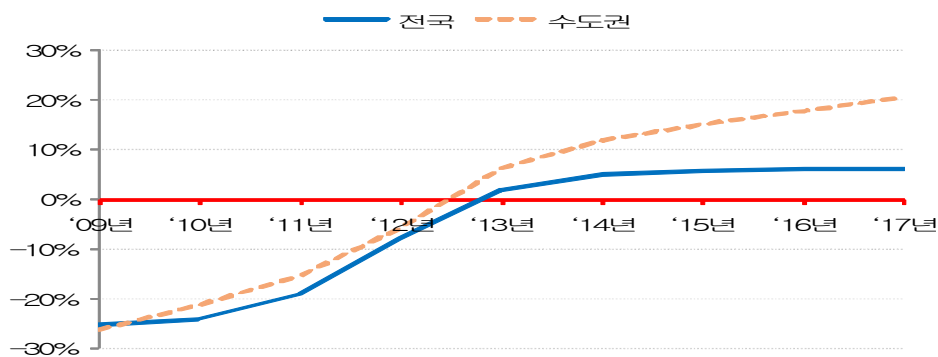
<표 1> 노인장기요양현황

(단위 : 개소)

구 분		'08.12월	'09.12월	'10.12월	'11.12월	'12.2월	증감율(%)
재가	소계	10,033	19,066	19,947	19,505	19,457	93.9
	방문요양	4,271	8,443	9,164	8,709	8,655	102.7
	기타	5,762	10,623	10,783	10,796	10,802	87.5
입소	소계	1,700	2,628	3,751	4,061	4,142	143.7
	10인 미만	406	995	1,480	1,667	1,720	323.7
	10-50인 미만	692	931	1,433	1,543	1,568	126.6
	50인 이상	602	702	838	851	854	41.9

노인장기요양 인정자 규모를 7%까지 단계적으로 확대시 현재 대비 10~20%내 외의 추가 신·증축이 필요할 것으로 예상된다.

[그림 1] 입소시설의 소요 추정



자료: 보건복지부, 노인장기요양기본계획 (내부자료)

장기요양기관의 급격한 양적 확대로 인해 전국 요양 수요 대비 공급은 과잉공급 상태로 판단되지만, 급여유형 및 지역별 공급의 불형평성이 존재한다. 지역별 노인 인구수를 고려할 때, 수도권 지역의 요양시설의 공급 부족 현상이 나타나지만, 인근 지역에서의 요양시설 공급을 통해 해소하고 있다.

재가급여는 현재 방문요양 중심의 공급으로 인해 소비자의 다양한 선택권이 보장되지 못하고 있다. 특히 방문간호 급여는 의료시설이 부족한 농어촌 지역에서 부족하다. 또한 주야간보호는 다른 급여에 비해 접근성이 이용의 주요 요인으로 시설의 적정 분포가 이루어질 필요가 있으나 인구밀도가 낮은 농어촌 지역의 경우 기관 설치가 부족하다. 방문요양 외 재가기관의 수도권 집중률은 43.7%('12.2월말 기준)로 매우 높게 나타나고 있다.

노인장기요양보험 도입이후 급격한 공급확대로 인해 기관간 부당한 과잉경쟁과 불법적 운영 등으로 장기요양 시장의 혼란을 가져오고 있으며, 요양등급인정자 확보를 위한 부당경쟁, 인정자를 알선하는 브로커 등장, 요양보호사에 대한 부적절한 대우, 본인부담금 면제 등의 불법적 운영 등의 문제가 발생하고 있다.

장기요양보험은 공공정책으로 서비스에 대한 동일한 이용권이 보장되어야 한다. 따라서 지역별 동등한 급여 선택권이 보장될 수 있도록 적정 인프라 공급이 이루어져야 할 것이다. 그러나 현재의 인프라 구성은 방문요양 중심으로 인프라가 확대되었으며, 주야간보호와 방문간호 등 다양한 서비스 인프라 공급 부족한 상황이다.

또한 노인장기요양보험의 안정적 급여 제공의 방안으로서 공공인프라가 요구되어 지지만 현재 전체 요양기관 중 공공기관의 비율은 요양시설은 2.58%, 재가기관은 0.78%에 그치고 있다. 그러나 현 장기요양기관의 과잉공급으로 인하여 공공인프라 확대 등의 추가적 인프라 확대에 대해 기존 민간 기관들의 반발이 일어나고 있는 상황이다.

장기요양보호서비스의 사회화가 이루어진 해외에서도 복지 민영화로 인한 공급기관의 다양화가 나타나고 있다. 그러나 요양서비스의 준공공재적 특성으로 인해 영리보다는 비영리, 공공기관의 비율이 높게 나타났다.

<표 2> 국가별 장기요양기관의 설립·운영주체별 현황 비교

(단위: 개소, %)

국가	구분	공공	비영리민간	영리민간	기타	합계
한국	시설보호	111(2.9)	1,377(35.6)	2,367(61.3)	9(0.2)	1,523(39.4)
	재가보호					
	방문요양기관	40(0.4)	1,559(17.1)	7,475(82.0)	45(0.5)	9,119(100.0)
	방문간호기관	7(1.2)	122(21.6)	433(76.8)	2(0.4)	564(100.0)
	방문목욕기관	18(0.2)	1,076(14.8)	6,147(84.5)	36(0.5)	7,277(100.0)
스웨덴	시설보호	89.0	11.0		-	100.0
	재가보호	93.0	7.0		-	100.0
영국	시설보호	19.2	15.5	65.4	-	100.0
	재가보호	32.4	67.6		-	100.0
독일	시설보호	8.2	56.0	35.9	-	100.0
	재가보호	18.0	62.0	20.0	-	100.0
일본	시설보호	100.0		0.0	-	100.0
	재가보호	1.5	49.9	48.6	-	100.0

자료: 이미진(2012), 노인장기요양과 공공성 증진을 위한 정책과제, 참여연대

호주는 1997년 장기요양서비스 개혁을 통해 지역단위에 장기요양서비스 수요에 따른 공급량을 조절하는 place policy를 도입하였으며, 이를 통해 지역별 시설 공급량을 조절, 품질을 평가인증하는 공적 조직을 구성하였다.

나. 정책목표

노인장기요양 적정 인프라 공급 체계 구축을 위해 입소정원과 주야간보호기관의 확대가 필요할 것이다. 입소정원을 124천명(2012년)→153천명(2017년)으로 확대하고, 주야간보호기관도 1,326개소(2012년)→1,466개소(2017년)으로 확대해야 할 것이다.

<표 3> 적정 인프라 공급을 위한 정책목표

구분		2012년	2017년
적정 인프라 공급	입소정원	124천명	153천명
	주야간보호기관	1,326개소	1,466개소

다. 개선방안

장기요양서비스의 적정 인프라 공급을 위해서는 우선 신규 인프라 확충이 필요하다. 이를 위한 기본방향은 장기요양보험대상자 확대 계획과 연동한 적정 인프라 확대, 급여 유형별 인프라 부족 지역에 대한 공공인프라 확대를 통한 지역별 공급 형평성을 유지하는 것이다. 적정 인프라 공급을 위한 제도개선 방법으로는 우선 지역별 장기요양 수요에 맞춘 적정 인프라를 확보하기 위한 지자체 단위의 관리기전 마련이 필요하다. 입소시설 정원을 '12년 124천명에서 '17년 153천명으로 확대할 수 있을 것이다. 다음으로는 신증축 인프라 확대시 주야간 보호 중심의 종합 재가시설에 우선 지원하는 등 재가 인프라 다양화에 초점을 맞출 필요가 있다. 주야간보호기관을 '12년 1,326개소에서 '17년 1,466개소로 확대할 필요가 있다. 마지막으로 시군구별 인프라 과소지역에 한해 접근성이 확보를 위한 공공 주야간보호 기관 설치가 이루어져야 할 것이다.

현재 지자체 설립 주야간 보호 기관은 91개소(서울, 경기 75개소 집중)이다. 만약 시군구의 재정여건이 어렵고 민간공급이 부족한 경우에는 보험자 직영의 인프라를 확충하는 방법도 생각해볼 수 있을 것이다.

적정 인프라 공급을 위한 두 번째 방안으로는 기존 인프라의 정비가 필요하다. 이를 위한 기본방향은 노인장기요양서비스 질 향상과 수급 질서 정비를 위한 기관 관리체계를 정비하는 것이다. 기존 인프라의 정비를 위한 제도개선 방법으로는 먼저 노인복지법과 장기요양보험법으로 이원화된 관리체계를 정비하여 시설의 설치기준, 설치신고 등은 노인복지법으로 일괄 규정하고, 장기요양보험법에서는 장기요양기관의 지정관리 사항만 규정하는 것이다. 다음으로는 서비스 안정성 보장 차원에서 법정 인력 및 시설 미충족 시설을 단계적으로 정비하여 영세 시설 난립을 억제하는 것이다. 마지막으로 부적정 시설의 재진입을 엄격히 제한할 수 있도록 지정취소 시설의 재신청 기간을 2-6개월에서 1년 이내로 확대, 재진입 기준을 설정하는 것이다.

라. 입법조치

노인복지법과 노인장기요양법 개정이 필요할 것이다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
신규 인프라 확충					
신규 인프라 확충 계획 수립					
노인복지법 및 장기요양보험법 개정					
재가인프라 확대					
시설인프라 확대					
기존 인프라 정비					
노인복지법 및 장기요양보험법 개정					
지정취소 시설 재진입 기준 설정					
제도시행					

11. 노후 사회참여 확대를 위한 기반조성: 노후 사회공헌 자원체계

가. 현황 및 문제점

평균수명의 증가로 인해 인생에서 ‘노후’의 기간이 길어지게 되고, 고령화를 증가로 인해 노인인구의 규모가 증가하면서 노후를 맞은 개인과 고령사회에서는 노인의 계속적인 사회참여 촉진의 가치가 높아졌다.

노후 사회참여 활동 중 자원봉사활동은 은퇴이후 노인인력을 사회적으로 활용하며, 노년기의 개인에게는 사회공헌의 기회를 제공함으로써 활동적 노후(active aging)의 방안이 되고 있다. 노인의 자원봉사 참여율은 7.2%로 전 연령층 평균인 19.8%에 비해 매우 낮으며, 40-50대의 중년층이 14.6%~17.0%에 비해서도 낮은 수준이다. 또한 노년기의 자원봉사는 지난 20년간 큰 증가폭이 없이 7%내외의 수준에 정체되고 있다.

<표 1> 각 연도별, 연령대별 자원봉사 참여율

(단위 : %)

구분	1991년	1999년	2003년	2006년	2009년	2011년
전체	5.4	13.0	14.6	14.3	19.3	19.8
15~19세	3.7	33.8	52.4	59.5	79.8	77.7
20~29세	4.4	7.8	10.3	8.3	13.9	13.2
30~39세	5.9	13.2	11.6	10.2	13.6	11.2
40~49세	7.9	13.0	14.2	13.9	18.6	17.0
50~59세	6.1	10.8	12.2	12.4	15.5	14.6
60세 이상	3.8	6.7	6.7	6.5	7.0	7.2

자료: 통계청, 사회조사, 각 년도 자료 재구성

노인 자원봉사 활동 지원사업은 보건복지부를 비롯하여 행정안전부, 교육과학기술부, 외교통상부, 문화체육관광부에서 실시되며, 또한 지방자치단체 단위에서도 운영 중이다. 중앙정부의 노인자원봉사 사업은 보건복지부 이외의 타 부처에서의 노인자

원봉사의 경우 부처별 특수성을 가지고 있다. 교육과학기술부의 금빛평생교육봉사단, 외교통상부 KOICA 시니어 봉사단이 그 예이다. 보건복지부의 노인자원봉사 지원사업은 전문노인자원봉사와 자원봉사단 조직화 사업으로 진행되고 있다. 전문노인자원봉사는 노인복지관과 노인인력개발원에서 수행, 봉사단 조직 관련 사업은 노인복지관과 대한노인회에서 수행하고 있다.

<표 2> 보건복지부 내 노인자원봉사 지원 사업 현황

운영관리 주체	지원 사업	복지부 내 주관 부서	지원사업시행연도
한국노인종합 복지관협회	전문노인자원봉사	노인지원과	2007년~현재*
	전국노인자원봉사단 조직화	노인지원과	2008년부터 현재까지
	Korea Hands 시니어봉사단	사회서비스 사업과	2011년 시행
대한노인회	노인자원봉사클럽	노인지원과	2011년 시행

주: * 2010년 한국노인인력개발원 수행

그러나 노인자원봉사 지원사업은 몇가지 문제점을 안고 있다. 첫째, 노인자원봉사 활동에 대한 인식의 부족이다. 노인자원봉사활동에 대한 정부의 관심이 증가되고 있으나, 노인의 자원봉사 활동에 대한 사회적 의미와 필요성에 대한 공유가 부족하고 자원봉사에 대한 인식 역시 부족한 상태이다. 실제 노인 자원봉사 향후 참여의향에 대한 조사 결과 노인의 9.9%(보건복지부, 2011년 노인실태조사 결과)만이 참여의사를 밝혀 그 수치가 매우 낮게 나타났다.

둘째, 자원봉사 인프라의 부족을 들 수 있다. 노인자원봉사 사업은 노인복지관협회(노인복지관)와 대한노인회(경로당)에서 실시되고 있으나, 노인 자원봉사를 활성화시킬 수 있는 전문 시설인프라와 인력이 부족하다. 노인복지관과 경로당은 노인여가 복지시설로서 자원봉사사업을 수행하는 것은 적합하지만, 자원봉사 이외의 여가문화 서비스를 우선적으로 제공하는 기관이라는 한계를 갖고 있다. 따라서 자원봉사의 양적 확대와 질적 향상을 도모하기에는 인프라의 점검이 요구되어진다.

마지막으로 자원봉사단 운영 전문성 부족의 문제가 있다. 노인 자원봉사 사업의 핵심적인 영역으로서 자원봉사단(노인자원봉사클럽) 지원사업을 경로당과 노인복지

관을 통해 실시하고 있으나, 자원봉사단 운영 활성화를 전문적 기술 보급이 부족한 상황이다.

노인자원봉사의 쟁점으로 떠오르고 있는 노인일자리 사업과 노인자원봉사 활동간의 관계에 대한 구분이 필요하다. 노후소득보장 방안으로서 노인 일자리 사업의 상당부분은 공공분야(사회공헌형) 일자리 사업으로 수행되고 있으며, 따라서 사회공헌을 주요 목적으로 하는 자원봉사 활동과의 차별성이 나타나지 않는다. 공공형 노인 일자리 사업은 월 20만원의 낮은 급여형태로서 소득보장과 무급자원봉사의 중간적 특성을 갖고 있어 그 성격이 모호한 한계를 갖고 있다. 반면, 자원봉사는 금전적 지원형태에 따라 무급 자원봉사와 실비보상 자원봉사(reimbursement of expenses)로 구분되며, 더 나아가 봉사활동을 수행함에 있어서 실제 소요된 비용 외의 활동비(stipend)를 지원하는 형태로 구분되고 있다.

선진국의 65세 이상 노인자원봉사 참여를 살펴보면 미국 24%(2012년), 영국 53%(2007년), 캐나다 36%(2007년), 호주 27.3%(2006년), 일본 26%(2006년)로 우리나라에 비해 높게 나타났다. 미국의 노인자원봉사 프로그램을 살펴보면 노인자원봉사프로그램(RSVP, The Retired and Senior Volunteer Programs)은 미국의 대표적 노인 자원봉사 프로그램이며 은퇴자 노인자원봉사프로그램으로 노인군단(Senior Corps) 프로그램의 일부로 전국적 조직망을 갖고 있다. 노인군단은 노인들에게 자신의 기술과 경험을 자기가 거주하고 있는 지역에 환원할 수 있는 기회를 제공한다.

나. 정책목표

노인자원봉사자의 비율을 노인의 7.0%(2012년)→10.0%(2017년)로 확대할 필요가 있다. 또한 노인사회공헌활동 클럽활동을 2012년에는 경로당 기반의 자원봉사클럽활동(1,500개)에서 2017년 노인사회공헌활동 클럽(2,000개)으로 확대할 필요가 있다.

〈표 3〉 노인자원봉사 참여 목표 확대

구분	2012년	2017년
노인 자원봉사 참여 확대	노인의 7.0%(60세 이상)	노인의 10.0%(60세 이상)
노인사회공헌활동 클럽 확대	경로당 기반 자원봉사클럽 활동(1500개)	노인사회공헌활동 클럽(2000개)

다. 개선방안

노후 사회참여 확대를 위한 기반조성을 위해서는 우선 노인 사회참여 사업체계 개편이 필요하다. 구체적 내용으로는 노인자원봉사와 노인일자리 공공형 사업의 체계의 개편이 필요하며, 이는 노인 사회공헌형 사회참여 확대를 위한 체계 개편, 사회공헌적 특성을 부각함으로써 노인에 대한 사회적 인식 개선 및 노후 삶의 사회기여에 대한 의미 부여를 기본방향으로 한다. 제도개선 방법으로는 노인 사회공헌 활동(현 노인자원봉사, 노인일자리 공공형 사업)에 대한 사업 목적의 재조정과 금전적 지원형태의 체계화가 필요하며, 노인사회공헌활동(가칭)의 사업목적은 노인의 사회참여 활성화 및 사회기여 증대로 할 수 있을 것이다. 또한 본 활동의 금전적 지원형태는 실비보상형으로 활동비를 보조하는 형태로 운영하며, 별도의 노인사회공헌활동 지원센터(가칭)를 설치하여 노인사회공헌 사업 관리 운영, 노인사회공헌 활동 내용 개발, 수요처 개발, 노인사회공헌단의 운영 지원 등의 업무를 진행할 필요가 있다.

노후 사회참여 확대를 위한 기반조성을 위한 또 다른 방안으로는 다양한 노인 자원봉사(사회공헌 활동) 프로그램 개발을 들 수 있다. 이는 노인의 재능과 인력을 활용할 수 있는 프로그램 개발 및 보급을 기본으로 하며, 노인의 전문성, 재능, 체력 및 지역특성 등을 고려한 프로그램 개발과 시범적용 및 보급 등의 방법으로 제도를 개선할 수 있을 것이다.

마지막으로 노후 사회참여를 위한 기반조성의 방안으로 노인 자원봉사단(사회공헌 활동클럽)의 확대 및 운영 지원을 들 수 있다. 이는 노인의 사회공헌 활동 활성화를 위한 클럽조성을 확대를 기본방향으로 하며, 제도개선 방법으로는 노인사회공헌활동

클럽 확대 및 운영지원, 공식적 기관(복지관, 경로당) 뿐 아니라 민간단체, 사적 모임(동창회, 향우회, 퇴직자 모임, 친목단체, 동호회 등)의 노인사회공헌활동클럽 결성 및 운영시 지원을 통한 다양한 노인 사회공헌활동 클럽 촉진, 모임장소 지원, 활동비 지원, 사회공헌활동 운영 계획 및 수요처 연계 등으로 클럽을 지원하는 등의 방법이 있을 것이다.

라. 입법조치

노인사회공헌 사업 신설이 필요하며, 노인복지법 개정도 함께 이루어져야 할 것이다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
노인 사회참여 사업체계 개편					
체계개편을 위한 기초 연구					
체계개편 시범사업 실시					
노인사회공헌활동 지원센터(중앙 및 시군구) 설치					
노인사회공헌사업 실시					
노인 사회공헌 프로그램 개발					
사회공헌 프로그램 개발 및 적용					
노인 사회공헌활동 클럽 확대 및 운영지원					
노인 사회공헌활동 클럽 확대 방안 연구					
노인 사회공헌활동 클럽 확대 및 운영지원					

12. 노후 여가복지 인프라 체계 개편

가. 현황 및 문제점

노인복지법 개정시(2011년) 노인여가시설을 노인복지관, 경로당, 노인교실로 규정(노인복지법 제36조)하고 있다. 노인복지관은 통합적 노인복지서비스 역할을 담당하며 노인여가중심의 사회교육서비스 제공기관으로 자리매김하였다. 경로당은 1980년 중반부터 노인문제를 인식하기 시작하면서 각 지역단위로 경로당 확보를 시작하였으며, 지역별로 고루 분산된 보편화된 노인여가시설로 지역과 가정에서 역할을 상실하고 적절한 여가관리를 익히지 못한 노인들에게 또래 노인들과 만나 시간을 즐겁게 보내는 곳으로 자리매김하였다. 노인교실은 대한노인회, 대학, 사회단체, 종교단체, 사회복지법인, 개인 등 민간 주도로 설립 운영되고 있다.

노인여가복지사업은 2005년부터 지자체 사업으로 이양되어 실시되고 있음으로 인해 지역별 편차가 존재한다. 노인복지관은 대도시와 중소도시의 경우 1개 지역별 1개 이상의 시설을 갖고 있으나 농어촌의 경우 0.7개소로 노인복지관이 운영되지 못하는 지역이 존재한다. 경로당은 전국에 약 60천개소가 설치되어있으며, 전국 평균 노인 90명당 1개소가 설치되어 있다. 특히 농어촌 지역은 약 42명당 1개의 경로당이 설치 운영되고 있다. 노인교실의 경우 대도시와 중소도시가 농어촌의 비해 많이 설치되어있으며, 시군구 평균 6.4개소가 설치운영중이다.

<표 1> 지역별 노인여가복지시설 현황

	대도시	중소도시	농어촌	전국
노인복지관	91	105	63	259
평균수	1.3	1.1	0.7	1.1
최대값	4	777)	378)	7
최소값	0	0	079)	0
경로당	9,345	26,846	24,546	60,737
평균수	135.4	279.6	285.4	264.1
최대값	365	915	632	915
최소값	28	31	22	22
경로당 1개소당 노인수	231.3	86.5	41.6	90.7
노인교실	677	547	240	1,464
평균수	9.8	5.7	2.8	6.4
최대값	31	98	22	98
최소값	0	0	0	0
사회복지관*	231	157	32	420
평균수	3.3	2.1	0.4	1.8
최대값	10	9	3	10
최소값	1	0	0	0

주 : * 사회복지관은 노인여가복지시설은 아니지만 지역복지시설로서 노인이 주요 대상이므로 현황을 파악함.

자료: 2010년 전국사회복지관현황, 2011년 노인복지시설현황

노후 여가복지 인프라 체계의 문제점을 살펴보면 먼저 베이비붐 세대의 노년기 진입에 따른 인프라 부족의 문제를 들 수 있다. 향후 베이비붐 세대의 노년기 진입으로 노후 여가복지(사회참여)에 대한 욕구는 급격히 증가하겠지만, 현재의 노인여가복지 인프라의 구성은 경로당 중심으로 이루어져 있어 새로운 계층의 노년층 진입에 대한 대응이 부족한 상황이다. 현 노인층에서도 노인복지관 이용율은 8.8%이며, 향후 이용희망율은 24.4%로 매우 높게 나타나, 지역에서의 노인여가복지 시설로의 중추적 역할을 하고 있다. 이는 향후 베이비붐세대가 노년기로 진입하면서 노인여가복지 인프라에 대한 욕구는 크게 증가할 것으로 예상된다.

노후 여가복지 인프라 체계의 또다른 문제점을 살펴보면 여가복지시설의 다양성

77) 전주시

78) 의성군

79) 청송군, 남해군, 산청군, 의령군, 하동군, 함양군, 함천군, 인제군

부족을 들 수 있다. 점차 노인인구가 증가하고, 노인인구의 특성이 다양화됨에 따라 노인의 교육수준, 다양한 여가문화 활동 경험 등에 따라 노인의 다양한 여가욕구를 충족시킬 인프라의 체계적 구축이 요구된다. 현재는 노인 여가복지 인프라가 경로당과 노인복지관으로 이원화되어있다. 경로당은 후기 노인의 모임 장소, 사랑방 역할을 주로 하며, 노인복지관은 지역사회에서의 다양한 노인여가복지를 비롯하여 노인 복지사업을 수행하는 기관의 역할을 한다. 따라서 노인의 다양한 여가욕구 충족을 위해서는 다양한 프로그램을 수행할 시설 및 인력인프라가 존재하는 노인복지관의 양적 확대 뿐 아니라 다양한 수준의 인프라가 요구되어진다.

노인 여가복지사업은 대표적인 지방이양 사업으로서 지자체의 재정적 부담 사업 중 하나이다. 특히 시설건립 뿐 아니라 지속적인 운영비 지출은 지자체 재정에는 부담으로 여겨진다. 또한 노인여가복지사업이 지역적 특성을 부각시키기 위해 지방이양되었으나, 사업과 프로그램의 지역적 특성이 크게 부각되지 못하며, 지역의 재정 능력에 따라 인프라 설치 운영의 차이를 보이고 있다. 따라서 지역별 특성을 고려한 중앙정부의 지원이 요구되어진다.

미국의 경우 노인센터에서는 여가서비스, 교육, 의료, 주택, 고용, 재정지원과 상담, 법률, 교통, 주간보호센터 등의 프로그램뿐만 아니라, 음악, 연극 등의 문화 예술프로그램도 제공, 농촌의 다목적 노인센터(Multipurpose senior center)는 여가 취미, 공동쇼핑, 급식, 주간보호센터, 물리치료 및 건강진단 지역사회화의 연계 등 다양한 프로그램을 제공하고 있다. 또한 성인교육협회(AEA)의 노인을 위한 엘더 호스텔 (Elder Hostel) 프로그램이 있으며, 창의적 고령화 국립센터 (The National Center for Creative Aging)는 대표적 노인 여가의 교육적 프로그램으로 창의적인 고령화와 관련된 예술 활동에 관한 정보 구축과 공유를 위한 창고의 역할을 하는 프로그램이다. 또한 노인에게 예술관련 프로그램을 제공하기 위한 전문가 양성과 노인관련 예술단체의 정보를 수집하여 정보망을 구축하는 주된 활동을 지원하고 있다.

나. 정책목표

노인여가복지 인프라 확대를 위한 정책목표는 2017년까지 노인복지관 또는 사회복지관이 없는 시군구 17개소에 복지관을 설립 및 운영하는 것이다.

〈표 2〉 노인여가복지 인프라 확대

구분	2012년1)	2017년
노인복지관 인프라 확대	전국 281개소 (노인의 11.5% 이용)	전국 298 개소 (전 시군구 1개소 이상 복지관 설치)

주: 2011년말 기준 전국 노인 중 노인복지관 이용노인 비율, 노인복지관 1개소당 평균 이용노인수 2,323명(권중돈 외, 노인복지관의 기능재정립 연구), 노인복지관 281개소 기준

다. 개선방안

노인 여가복지 인프라 확대를 위한 개선방안으로는 먼저 노인복지관의 확대가 필요하다. 이는 고령사회의 지역사회에서의 노인복지의 중점역할 수행체계로서의 노인복지관의 양적 확대를 기본방향으로 하며, 제도개선의 방법으로는 노인복지관 미설치 시군구 우선 설치 지원과 노인인구 규모별 노인복지관 설치 지원이 있다. 세부적 내용으로는 시군구별 노인복지관 1개소 설치(노인20,00명 이하), 지역의 노인인구 20,000명 증가시 1개소씩 추가 설치 운영 (노인의 약 11.5%이용 기준, 복지관 평균 약 2323명이용 고려) 등이 있다.

또한 노인복지관 뿐만 아니라 경로당 인프라의 재정비 역시 필요하다. 경로당 인프라의 재정비의 기본방향은 경로당 인프라의 적정 규모 및 수준 유지로 경로당 설치기준을 노인복지시설로서 일정수준 기능을 위한 시설설치기준(공간, 물품 등)을 상향 조정하는 등의 재정비가 필요하며, 경로당 뿐만 아니라 주민특성, 지역 특성을 고려한 노인복지용 시설 설치로 개정하는 등 주택법에 의한 경로당 설치 의무 기준 개정과 같은 제도개선이 필요하다.

다음으로는 노인여가활동 지원 바우처 실시가 필요하다. 이는 노인 여가활동 활성화

화 및 다양한 공급 인프라 활성화 지원을 기본방향으로 하며, 제도개선의 방법으로 지역내 노인 대상 여가 서비스를 제공할 수 있는 기관 지정 및 지원이 있다. 세부적 내용으로는 민간 여가문화센터, 민간 NGO 기관 등을 노인여가복지기관으로 지정, 지원하는 방법과 소득수준에 따른 바우처 본인부담 비율 조정하여 노인 여가활동 지원 바우처를 제공하는 방법, 노인 사회공헌 활동(자원봉사 활동) 지원방식으로 바우처를 제공하는 방법 등이 있다.

마지막으로 지역별 노인여가복지 인프라 불평등에 대한 해소가 요구된다. 기본방향으로 지역별 노인여가복지 인프라의 균형적인 발전을 위한 지원방식 개선을 바탕으로 하여 지역별 노인여가복지 인프라 설치 및 운영비 지원방식을 개선할 필요가 있다. 이는 지역별 분권교부세 제도의 개선, 재정자립도가 낮은 지역에 대한 노인여가복지 인프라 설치 및 운영 국고 지원 등의 방법으로 개선할 수 있을 것이다.

라. 입법조치

노인복지법의 개정과 경로당 설치기준 개선을 위한 주택법 개정이 필요하다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
노인복지관 확대					
노인복지관 부재지역 우선적 확대					
노인인구규모를 고려한 추가적 확대					
노인여가복지 지원 바우처					
노인여가복지 지원바우처 사업 지역별 운영방식 연구					
노인여가복지 지원바우처 사업 시범사업					
경로당 인프라 재정비					
경로당 설치 기준 및 적정 규모 연구					
노인복지법 개정					
주택법 개정					
경로당 설치기준에 따른 지원방식 개선					
지역별 노인여가복지 인프라 불평등 해소					
노인여가복지 사업에 대한 국고보조 지원방식 개선 연구					
노인여가복지 사업에 대한 국고보조 방식 개선					

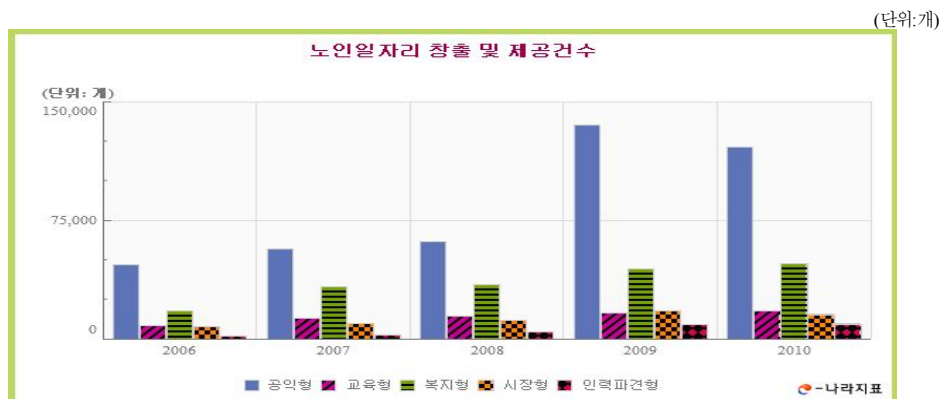
13. 노인일자리 사업 수행기관 인프라 확대 및 내실화

가. 현황 및 문제점

2차 저출산고령사회 기본계획의 고령자 고용관련 정책은 노년기 이전 연령층의 고용 정책과 노년기 일자리 사업으로 추진중이다. 노년기 이전 고령자의 고용정책은 안정적 소득확보를 위해 재고용, 전직·창업지원 등 고용기회를 창출하고 다양한 노인일job 자리를 확대하고자 한다.

노인일자리 사업은 65세 이상 노인 중 일할 의지가 있고 능력이 있는 노인에게 공공 및 민간 분야 노인일job 자리를 지속적으로 제공하고 있다. 이는 노인 소득보장의 목적으로 수행되고 있으나, 소득보장 효과가 큰 시장형이나 인력파견형 보다는 공익형과 복지형이 차지하는 비율이 높다. 공익형, 교육형, 복지형과 같은 공공형 일자리의 경우 월 20만원을 지급함으로써 일의 특성과 보수 측면에서 유급자원봉사와의 차별성 부족 문제가 제기된다. 노인일자리 사업은 도입 이후 양적으로 계속적으로 증가하였으나 이들이 대부분 공공형 일자리가 대부분이라는 점을 고려할 때 고령자 고용정책으로서 한계가 나타난다. 향후 베이비부머 세대가 노년기로 진입할 경우, 공공형 중심의 노인일자리 사업을 노인의 고용 사업으로 실시하기에는 부적합하다고 평가된다.

[그림 1] 노인일자리 창출 및 제공 건수



자료: 보건복지부(내부행정자료)

노인일자리사업에서 참여자 1인당 지원되는 정부지원예산은 사회공헌형은 월 20만원, 년 7개월을 지원하며, 시장진입형은 약간의 부대경비를 지원하고 있다. 사회공헌형일자리의 경우 월 액수가 많지 않으며 연간 사업에 참여할 수 없는 한계 등으로 일자리를 통한 소득보장이라는 목적을 달성하기에는 다소 부족한 부분이 있다.

<표 1> 노인일자리 사업 참여자 1인 예산 지원 기준

유형		인건비	참여개월수	부대경비	연간총사업비
사회공헌형	공익	20만원(월)	7개월(년)	공익: 11-13만원 교육복지:13-15만원	131-151만원
	교육				
	복지				
시장진입형	인력파견형	-	연중	15만원(예산범위내)	10-15만원
	시장형	-	연중	공동작업장:130만원 제조판매형:150만원	130만원

자료: 한국노인인력개발원 홈페이지, 노인일자리사업 개요자료

노인일자리사업은 노인인력개발원이 전담기구로서 사업을 수행하며, 수행기관은 지자체를 비롯하여, 시니어클럽, 노인복지관을 비롯한 각종 복지기관, 대한노인회 등 기존 지역의 복지기관들이 중심이 되어 수행하고 있다. 지역에서 노인 사회참여, 여가문화와 관련된 대부분의 기관들에서는 노인일자리사업을 수행하고 있는 것으로 나타났다. 이들 기관 중 시니어 클럽과 노인복지관이 평균 수행하는 사업수가 많은 것으로 나타났다. 특히 이들 기관 중 노인복지관과 대한노인회의 경우 노인자원봉사 사업을 실시하고 있음을 고려할 때, 공공형 중심의 노인일자리 사업과 자원봉사사업 간의 역할 정립이 더욱 요구되어진다.

고령사회의 노인인구의 일에 대한 욕구는 지금보다 더욱 다양화하고, 높은 수준을 기대할 것으로 보여진다. 따라서 노인에 대한 “일자리”정책은 더욱 전문화된 노후 일자리 개발 사업이 이루어져야 할 것이다.

<표 2> 노인일자리사업 수행기관 현황

구분	전체	지자체	민간기관						
			시니어 클럽	노인 복지관	노인 복지센터	종합사회 복지관	지역 문화원	대한 노인회	기타
기관수	1,213	204	94	189	160	167	26	208	165
사업수	5009	718	952	1251	317	482	42	818	429
평균 사업수	4.1	3.5	10.1	6.6	2.0	2.9	1.6	3.9	2.6

자료: 노인인력개발원, 노인일자리사업 현황, 2012.

노인일자리 사업은 노후 소득보장을 우선으로 제시하고 있으나, 대부분이 참여하고 있는 사회공헌형 일자리의 경우 급여수준과 참여 기간을 고려할 때 일자리를 통한 소득보장(복지)의 목적을 달성하기에는 부족하다는 문제점을 안고 있다.

또한 노인일자리 사업과 자원봉사간의 활동 내용의 중복성에 대한 쟁점이 논의되고 있다. 특히 사회공헌형 일자리와 유급 자원봉사간의 중복된 활동내용이 많음으로 사업에 참여하는 노인관점에서 혼란을 가중시키고 있으며, 사회공헌적 특성을 갖고 있는 활동에 대한 사회적 의미와 가치 퇴색 우려가 있다.

뿐만 아니라 노인일자리 수행기관의 전문성과 접근성간의 상충문제 역시 중요한 쟁점으로 볼 수 있다. 노인일자리 사업의 급격한 양적 증가를 통해 지역사회에서 많은 복지기관이 본 사업을 수행하고 있다. 그러나 수행기관 중 시니어 클럽을 제외하고는 일자리 사업을 우선 사업으로 실시하는 기관이 아니라는 제한점을 갖고 있다. 그러나 현재와 같은 노인일자리 사업을 수행하고자 할 경우(사회공헌형 일자리 중심), 노인관점에서의 접근성을 고려한다면 현재와 같은 많은 수행기관이 요구되어질 수 있다. 따라서 향후 노인일자리 사업의 개편방안에 따라 사업수행기관의 전문성과 접근성을 고려한 공급체계의 개편이 요구되어진다.

나. 정책목표

노인일자리사업 수행기관 인프라 확대 및 내실화를 위한 정책목표는 노인일자리

전문 수행기관 확대를 들 수 있다. 이는 2012년 시니어클럽 94개소에서 2017년 100개소로의 증대를 목표로 한다.

〈표〉 노인일자리사업의 시장참여형 확대

구분	2012년1)	2017년
노인일자리 전문 수행기관 확대	시니어 클럽 94개소	시니어 클럽 100개소

다. 개선방안

노인일자리사업 수행기관 인프라 확대 및 내실화를 위한 개선방안은 우선 시장참여형 사업중심으로의 전환이 필요하다는 것이다. 이는 노인의 일을 통한 복지를 실현할 수 있도록 적정수준의 소득창출이 이루어질 수 있도록 하는 사회공헌형 일자리를 지양하고, 시장참여형 사업 중심으로의 개편과 사회공헌형 일자리는 노인자원봉사활동 사업과 함께 사회공헌활동사업으로 실시, 노인의 사회공헌활동에 대한 정당한 댓가를 지불하는 형태로 운영, 이를 통해 사회에 공헌하는 노인의 긍정적 이미지 고취를 기본방향으로 한다. 제도개선의 방법으로는 노인일자리사업의 시장참여형 사업 확대, 사회공헌형 일자리 사업 확대 지양이 있다.

다음으로 노인일자리사업 수행기관의 전문성 강화를 들 수 있다. 이는 노인일자리사업의 시장참여형 사업 중심으로 전환을 위한 수행기관의 전문성 강화를 기본방향으로 하며, 노인일자리 사업 수행기관 선정시 시장참여형 사업 일정 비율 수행가능기관 선정, 노인일자리 사업 전문 수행기관 확대: 노인 취업에 대한 욕구가 높은 도시지역 중심으로 확대의 방법으로 제도를 개선할 필요가 있다.

라. 입법조치

노인일자리 사업 수행기관 인프라 확대 및 내실화를 위해서는 노인복지법 개정이 필요하다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
노인일자리사업의 전면개편					
고령사회 대비 노인일자리사업 개편 방안 연구					
노인일자리 사업 장기계획 수립					
노인복지법 개정					
시장중심형 노인일자리 사업 수행					
노인일자리사업 수행기관의 전문성 강화					
노인일자리 전문 수행기관 확대					

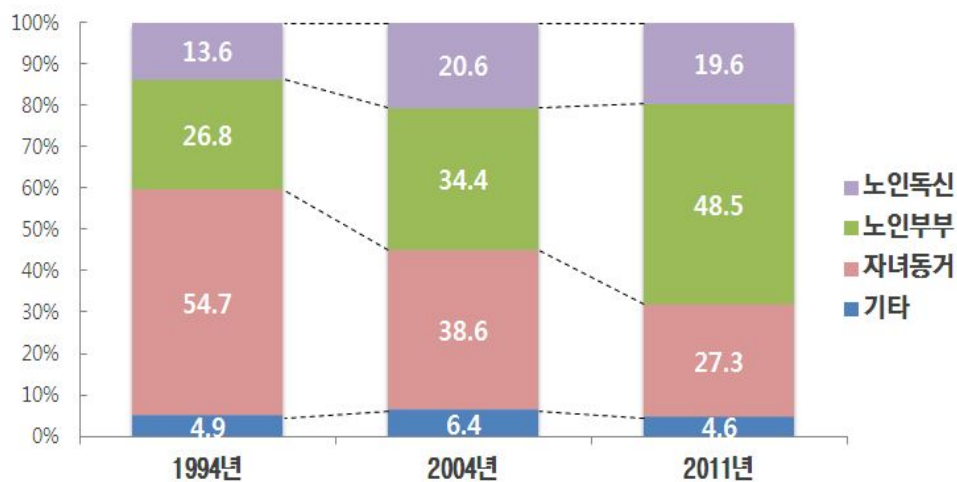
14. 안전사회만들기(고령친화적 지역사회만들기)

가. 현황 및 문제점

1) 현황과 문제점

노인의 거주형태가 변화함에 따라 노인의 삶에 있어 지역사회의 중요성이 증대하고 있다. 2011년 현재 부부 또는 노인 단독거주 하는 비율이 전체 노인의 68.1%이며, 자녀 동거가구는 27.3%로 과거에 비해 급속히 노인 거주형태가 변화하고 있다. 이와 같은 변화는 향후 더욱 가속화될 것으로 전망되어 독거노인 보호 및 ageing in place가 가능할 수 있는 고령친화적 지역사회구축이 중요한 정책적 이슈가 되고 있다(정경희, 2012).

[그림 1] 노인의 가구형태의 변화(1994-2011)



자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 노인실태조사 각년도

이러한 65세 이상 노인인구중 중 1인 노인 가구 거주노인의 수는 꾸준히 증가

하는 추세로 2012년 기준 20.15%로 추정되고 있고, 이 중 공식적 사회서비스를 필요로 하는(따라서 독거노인돌봄기본서비스의 대상) 독거노인은 독거노인 전체의 17.2%로 추정되고 있다(권중돈, 2010).

<표 1> 향후 5년간 독거노인 수 예측 추이

구분	(단위: 천명, %)					
	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
전체노인수	5,890	6,138	6,386	6,624	6,864	7,119
65세이상 1인가구	1,187	1,252	1,317	1,379	1,443	1,510
전체노인 중 독거노인 비율	20.15	20.40	20.62	20.82	21.02	21.21

자료: 통계청, 장래인구추계: 2010년~2060년 (2011). 통계청, 장래가구추계: 2010년~2035년 (2012).

현재 고령친화적인 지역사회를 만들어 가능한한 노인의 지역사회 거주 기간을 증대하기 위한 정책적 노력은 주로 독거노인에 대한 정책이 집중적으로 수행되고 있다. 독거노인만을 위해 설계되어 제공되고 있는 서비스는 독거노인돌봄기본서비스로 만 65세 이상의 요양서비스가 불필요한 독거노인을 대상으로 하고 있으면 소득, 건강, 주거, 사회적 접촉 등의 수준을 평가하여 보호 필요가 높은 순으로 대상자를 선정하고 있다. 서비스 내용은 가정방문, 유선 등을 통한 주기적인 안전확인, 생활교육, 서비스 연계 등 예방서비스로 구성되어 있다. 본 서비스는 독거노인돌보미에 의하여 제공되고 있고 이를 관리하는 서비스 관리자에 의하여 관리되고 있는데, 이들은 독거노인의 욕구를 파악하여 개인별 서비스 제공계획을 수립하고 지역사회내의 다양한 보건복지 자원을 발굴하여 필요로 하는 서비스를 연계 및 조정해주는 독거노인에 대한 종합적인 사례관리사(Care Manager)의 역할을 수행할 것이 기대되고 있다(보건복지부, 2012). 그러나 독거노인돌보미의 보수가 월 63.5만원에 불과하여 급여수준이 낮은 것으로 평가되고 있으며 이직율이 낮은 것으로 지적되고 있다(권중돈, 2010).

또한, 65세 이상의 요양서비스가 불필요한 독거노인을 대상으로 하지만 예산상의 제약 등으로 인하여 보호 필요가 높은 순으로 대상자를 선정하고 있기 때문에 실제 보호가 필요한 독거노인중 일부만이 보호하고 있다. 또한 모든 독거노인이 사회적

고립과 위급시 즉각적인 도움을 제공할 수 있는 가족이 없다는 문제점을 공통적으로 갖고 있기 때문에 독거노인 전체에 대한 정책적 대응책 마련이 필요하다는 지적도 있다(원시연, 2010; 정경희, 2011)

독거노인돌봄기본서비스와 더불어 독거노인응급안전돌보미 사업은 독거노인 집에 가스, 화재, 활동감지기를 설치하고 비상시 119 등과 연계해 응급조치를 제공하는 서비스로 약 5만 가구를 대상으로 서비스를 제공하고 있다. 또한, 독거노인응급안전돌보미 서비스도 제공되고 있는데 만 65세 이상의 독거노인으로 보호가 필요한 대상자이며 온라인 IT기술과 오프라인의 독거노인돌보미, 소방서 등을 연계하여 독거노인에 대한 상시 안전을 확인 및 응급 상황 발생시 구조·구급하는 시스템인 응급안전서비스 시스템인 응급안전서비스 시스템에 기초하여 있다. 이는 2012년 현재 30개 지역 48,514가구에서 수행하는 것을 목표로 하고 있다. 상반기중에 일괄 조달 계획을 하고 사업을 실시하는 일정이므로 사업의 효과성에 대하여 아직 구체적인 평가를 내리기에는 이른 시점이다.

이밖에 2012년도 민간의 자원봉사자와 자원을 활용한 독거노인사랑잇기 서비스 사업을 추진중에 있다. 독거노인사랑잇기 서비스는 홀로 사는 어르신에게 민간과 공공기관의 콜센터 상담원이 1:1 안부 확인 전화(일명 ‘사랑잇는 전화’)를 드리고, 자원봉사자가 직접 방문하여 보살펴 드리는(일명 ‘마음잇는 봉사’) 『독거노인 사랑잇기』 프로젝트를 2011년 1월31일부터 시행하고 있다. 2012년에 수탁받은 한국노인종합복지관협회의 독거노인종합지원센터를 통하여 수행된다.

이상의 서비스는 무료서비스이며 독거노인만을 대상으로 하는 서비스인 반면, 노인돌봄종합서비스(구. 노인돌보미바우처)는 유료이며 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 위한 어려운 노인을 대상으로 하지만 독거노인이 주요 대상자이라는 점에서 독거노인 보호에 있어 큰 의미를 갖는다 하겠다. 노인돌봄종합서비스(구. 노인돌보미바우처)는 가사활동지원서비스(월 36시간/27시간) 또는 주간보호서비스(월 9일/12일)로 구성되며, 이용자 부담은 무료부터 48,000원(바우처 방식)까지 부담한다. 기존 서비스 대상자는 만 65세이상 장기요양보험 등급외 A,B의(요양서비스 필요) 노인 또는 전국가구 월평균소득 150%이하이며, 신규이용자는 치매 또는 중풍의 노인성 질환자

(최근 1년 이내에 발급된 의사진단서를 신청시 첨부), 전국가구 평균소득의 200%이하이다.

<표 2> 독거노인지원 서비스 내용

대상자	요양서비스 불필요 독거노인	요양서비스 필요 독거노인
서비스 내용	기본서비스 (안전확인, 생활교육, 서비스연계)	종합서비스 (가사·활동지원, 주간보호)

자료: 보건복지부 홈페이지(2012).

<표 3> 노인돌봄종합서비스의 대상자 및 예산 변화 추이

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
예산(백만원)	31,161	27,640	52,140	54,459	62,225	62,225
대상자수(명)	24,945	14,396	10,140	26,740	31,125	31,125

자료: 보건복지부 각 년도별 예산자료 및 사업안내, 2007 ~2012.

한편, 노인이 안전하게 생활할 수 있는 제도적 및 물리적 기반이 마련되어 있지 못하며 노인의 안전이 위협받고 있다. 안전사고 대응체계는 미비하여, 노인 교통사고, 낙상사고, 화재 사고 등의 안전사고 발생이 계속적으로 발생하고 있다. 경찰청의 교통사고통계연보에 의하면 1일 평균 교통사고로 4.8명의 노인이 사망하고, 66명이 부상을 당하고 있다. 또한 교통사고 사망자 중 노인인구의 비율은 30%에 달하고 있다. 또한 통계청 사망원인통계연보에 의하면 화재사고로 인해 년 97명이 사망하고 있고, 이외에도 독거사, 실종 노인이 계속적으로 발생하고 있다(정순돌·임효연, 2010). 이에 더하여 노인자살: 2000년 초반부터 급격히 증가, 특히 75세 이후 후기 노인에게서 자살을 높다(OECD, 2011). 2011년도 노인실태조사에 의하면 노인의 21.0%가 노인의 지난 1년간 낙상을 경험하였으며, 4.9%가 가정내 안전사고를 경험하였다. 또한 노인의 취약성을 악용한 범죄에 대한 대처체계가 부족하며, 사회 뿐 아니라 가족내에서도 노인학대 등이 계속 발생하고 있다.

<표 4> 노인의 생활상의 안전 현황

특성	낙상률	노인학대 경험률	안전사고 (화재, 가스, 누수 등) ¹⁾	범죄피해			
				재산범죄	폭력 및 강력범죄	사기성 물건구매	보이스 피싱
전체	21.0%	12.7	4.9	1.2	0.1	1.2	0.3

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2011년도 노인실태조사

이러한 독거노인의 현황과 정책검토결과 다음과 같은 문제점이 도출되었다. 첫째, 향후 노인의 일반적인 가구형태로 부각되고 있는 노인 1인가구에 대해 경제적으로 취약한 노인에게만 집중, 일반 노인 1인 가구에 대한 정책적 배려가 부족하다는 점이다. 둘째는 1인가구 뿐만 아니라 부부가구 등 다양한 가구형태를 반영한 고령친화적인 지역사회 구축에 대한 정책적 관심이 필요하다는 점이다. 평균수명의 증대에 따라 지역사회에서의 생활 시간이 늘어날 것으로 전망되고 있으나, 현재 사회의 교통 및 환경, 여가문화 인프라는 노년층에 대한 배려가 부족한 실정이다. 셋째, 노인의 지역사회 계속거주(ageing in place)를 위한 주택, 교통을 포괄한 환경의 안전 위협요소 제거에 대한 체계적 점검 및 그에 대한 대응책이 부족하다. 마지막으로 교통, 주거 뿐 아니라 노후 안전을 위한 다양한 안전 - 범죄, 재해, 학대, 고독사 및 실종 -에 대한 포괄적인 접근이 부족하다.

2) 쟁점 및 해외사례의 시사점

이러한 문제점에 대응하기 위한 정책방안을 모색함에 있어 방향성에 대한 공감대는 있으나 구체적인 시행방안에 대한 합의와 재원 마련을 위한 적극적 조치는 부족한 실정이다. 특히 특히 소비자로서의 노인 권익보호 대책의 법적 행정적 주체(보건복지부, 공정거래위 등)에 대한 합의가 이루어지지 않고 있다. 이러한 쟁점사항에 대한 구체적인 정책방안을 모색하기 위해서 외국사례를 살펴보면 미국과 일본 등의 해외사례는 고령화와 노인의 권익의식에 적절히 대응하기 위해서는 소비자로서의 노인의 권리를 보호하기 위한 적극적 조치가 필요함을 시사하고 있다. 미국은 「senior citizen against marketing scams」등 고령자 보호 법률에서 고령자를 대상으로 하

는 사기 행위 등에 대해 강화된 형량을 규정하고 있다. 일본의 경우는 「특정상거래법」, 「소비자계약법」등은 부실고지, 소비자를 곤혹케하여 한 청약 등에 대해 계약의 취소권 규정, 동경도, 오사카부, 고베시 등에서는 재산 보전·관리 시스템을 실시하고 있다.

한편, 국제적인 동향을 살펴보면 특정 집단에 대한 정책적 관심과 더불어 다양한 주거 및 거주 환경에 처해있는 노인들이 가능한한 지역사회에서 안전하고 활기찬 노후를 보낼 수 있도록 하기 위한 고령친화적인 환경을 조성하기 위한 노력이 이루어지고 있음을 볼 수 있다. 구체적으로 WHO에서는 도시에서 활동적이고 건강한 고령화를 지원하는데 필수적인 도시환경의 주요요소를 파악하기 위한 프로젝트의 수행하여 “Global Age-friendly Cities: A Guide”(2007)라는 지침서를 발간하였고 2009년부터 세계고령친화도시네트워크 구축을 시작한 바 있다. 즉, 고령자를 지원하는 환경조성을 위한 전지구적인 고령친화적인 지역사회 개발 환경 조성노력이 이루어지고 있는데, 우리나라도 이러한 흐름에의 동참이 요구되며, 이를 구현하기 위한 참여적 접근이 중요한 것으로 나타났다.

나. 정책목표

이러한 검토에 기초하여 중기 정책과제로 다음과 같은 사항을 제안하며, 정부지원 안부확인 서비스 제공 노인 규모 확대를 정책목표로 설정하여 2017년까지 노인돌봄 기본서비스 대상자를 300천명으로 확대하는 목표를 설정하고자 한다.

〈표 5〉 정부지원 안부확인 서비스 제공 노인 규모

구분	2012년1)	2017년
정부지원 안부확인 서비스 제공 노인 규모	노인돌봄기본서비스 대상자 142천명 (독거노인의 12%)	노인돌봄기본서비스 대상자 300천명 (독거노인의 20%)

주: 1) 예산상의 보호인원임

다. 개선방안

노인이 안전하게 생활할 수 있는 고령친화적인 지역사회를 만들기 위한 정책개선 방안은 다음과 같다. 첫째, 독거노인 안전 보호의 범위를 확대한다. 즉 취약 독거노인에서 전 독거노인으로 확대한다. 취약독거노인 전체에 대하여 체계적인 서비스를 제공하며, 독거노인 가구의 화재·가스 활동감지 시스템을 구축하고 확대해가도록 한다. 이를 위하여 현재의 안전취약 노인가구 및 희망하는 독거노인(자녀)가구에 대해 화재·가스 활동 감지기를 부착하도록 한다. 또한 비취약 독거노인에게는 공공 뿐만 아니라 민간의 자원을 연계하고 충분한 정보를 제공해가도록 한다. 독거노인의 다양성⁸⁰⁾에 기초하여 지역사회의 특성에 맞는 대책 마련을 마련하며, 지역공동체의 강화를 통한 독거노인 안전을 확보해가야 할 것이다.

한편, 독거노인을 위한 서비스 내용의 확대도 요구된다. 독거노인 식품안전 및 결식 방지를 위한 도시락 서비스 및 급식소 확대(실비 또는 유료)함으로써 독거노인의 안전사고 예방 및 고독사 방지효과를 기대할 수 있을 것이다. 또한 민·관협력을 통해 독거노인 안부확인 및 정서지원을 제공하고, 관심필요 독거노인의 경우 민간자원봉사자와의 1:1결연을 추진해가도록 한다. 더불어 「독거노인 공동생활가정」(농촌형) 및 독거노인 자조모임(도시형) 활성화 등 사회적 가족 구성을 지원하도록 한다.

둘째, 독거노인 돌보미 사업을 확대(노인돌보미 종합서비스의 기본서비스)하도록 한다. 2012년부터 노인장기요양보험제도의 대상자가 노인의 약 6%로 확대됨에 따라 현재 노인돌보미바우처 수급자의 상당수가 노인장기요양보험으로 흡수될 것으로 전망되고 있다. 이렇게 노인장기요양보험이 보편적 서비스로 확대해감에 따라 노인 돌보미 종합서비스의 대상에도 변화가 발생할 수 밖에 없다(강혜규 외, 2012). 따라서 향후 방향성을 모색함에 있어 노인장기요양보험대상자는 아니지만 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 위한 어려운 노인은 모두 본 서비스의 대상으로 하여 노인의

80) 정경희 (2010)에 의하면 노인의 55%는 도시에 45%는 농어촌 지역에 거주하고 있으며, 기능상태에 제한이 없으며 경제상태도 양호한 노인이 약 1/3, 기초보장대상자가 약 1/5, 기능상태에 제한이 있어 보호가 필요한 노인이 약 30%를 차지하는 등 다양한 특성을 보이고 있음.

가능저하를 예방하고 지연시키는 역할을 수행해가야 할 것이다.

셋째, 노인소비자 권익증진을 위한 법적 보호장치 마련 검토·추진하도록 한다. 노인대상 소비관련 교육 프로그램 개발·보급, 상담강화 및 홍보를 실시하도록 한다.

넷째, 노인이 안전하게 생활할 수 있는 물리적 환경을 조성하도록 한다. 가정내외의 낙상 등으로 인한 골절, 교통사고를 위한 교육을 강화하고, 횡단보도 간격 조정, 신호등의 시간 연장 버튼을 마련하는 등 교통사고 예방노력을 경주하는 한편, 노인가구의 화재·가스 안전 시스템을 보급하도록 한다. 더불어 노인 관련 단체를 중심으로 한 모니터링단 구성을 통해 위험요인 발굴, 이를 바탕으로 하는 안전 환경 조성 과 교육 매뉴얼 개발, 교육강화 또한 필요하다. 그런데 이러한 노력이 효과적이기 위해서는 노인안전 위험요인을 상시 발굴하는 체계 구축 및 모니터링을 수행할 수 있는 노인안전 위험 요인 발굴체계 구축이 요구된다.

다섯째, 소비자로서의 노인 권익보호 대책을 강화해가도록 한다. 구체적으로는 소비자로서의 노인권익 보호 강화를 위해 노인의 신고창구 접근성 제고, 노인 대상의 부당 판매 행위 제재를 위한 법체계 마련, 피해 예방을 위한 정보제공 및 소비자 교육 등이 요구되며, 노인을 대상으로 하는 범죄, 사기 등에 대한 처벌 규정 강화 또한 필요하다. 이를 위한 법적 기반마련을 위해 「소비자 기본법」을 개정하거나 「노인복지법」의 개정을 검토해야 할 것이다.

여섯째, 지역 개발에 있어 “고령친화성” 개념 도입과 고령친화적 도시 지원이 필요하다. 고령친화적 도시(age-friendly city)의 개념의 확산과 이를 추진하는 지자체에 대한 지원을 실시해야 할 것이다.

라. 연차별 시행계획

위의 개선방안을 구현하기 위한 연차별 시행계획은 다음과 같다.

구분	2013	2014	2015	2016	2017
독거노인 안전보호 확대					
- 정책 우선순위 독거노인 파악을 위한 스크리닝 체계 구축					
- 독거노인 관련 정책의 연계 방안 마련					
- 민간자원개발					
- 대상자 확대에 따른 독거노인 생활관리사 확보 및 교육					
안전한 환경 조성					
- 지역사회 안전 점검 툴 개발					
- 안전한 생활을 위한 교육 매뉴얼 개발					
- 지역사회 안전 모니터링단 구성					
- 노인가구의 화재·가스 안전 시스템 보급					
소비자로서의 노인 권익보호대책 강화					
- 법적 기반 조성					
- 피해 예방을 위한 정보제공체계 구축					
- 피해 예방을 위한 교육자료 개발					
고령친화적 도시 지원					
- 고령친화적 도시 확산을 위한 지원체계 구축					
- 고령친화적 도시 추진 지자체 지원					

15. 생애후반기 설계 지원강화

가. 현황 및 문제점

1) 현황

100세 시대의 도래와 베이비붐 세대의 고령화에 대응하기 위한 기반마련의 중요 정책의 하나로 제2차 저출산·고령사회 기본계획에 ‘노년기 생애대비 노후생활설계 강화’ 과제를 포함하였고 구체적인 항목으로는 ‘노후설계서비스 지원 및 활성화’를 포함하였다(대한민국정부, 2011).

노후설계서비스가 2009년 5월 국민연금법 개정으로 국민연금공단의 법정업무로 추가되면서 국민들이 체계적인 노후를 준비할 수 있도록 상담·교육을 실시하였으며, 노후준비의 필요성에 대한 인식 확산 및 실천을 유도하고 있다. 이의 일환으로 국민연금공단은 2011년에 노후설계 종합서비스 제공을 위해 조직, 제도, 인력 재배치 등 인프라를 보다 강화하였다. 노후설계 사업 활성화를 위한 '141개 행복노후설계센터'를 공단에 설치하여 전문조직 체계를 갖추고, 전문 역량을 배양하기 위한 자격증 취득지원으로 전 직원의 62%가 자격증을 보유하고 있으며, 직무능력 향상 프로그램으로 e-러닝 교육과정을 신설 하는 등 노후설계 전문역량 강화를 위한 투자를 적극적으로 추진중이다. 2011년 말에는 개인별 맞춤형 서비스를 위한 노후준비 종합진단 프로그램을 개발하여 2012년부터 서비스를 제공하고 있다. 이러한 노력을 통하여 공급자 위주의 서비스에서 수요자 중심의 맞춤형 서비스로 개선하고 국민의 노후 삶의 질 제고 등 정부의 고령화 정책 방향설정 기준으로 활용될 수 있는 기반이 마련되었다.

<표 1> 국민연금공단 행복노후설계센터의 서비스 제공 실적

구 분	계	2008년	2009년	2010년
노후설계 상담(건)	607,758	107,410	224,789	275,559
노후설계교육(회/명)	7,512/342,583	-	1,385/56,382	6,127/286,201

2) 문제점

현재 노후준비서비스는 연계되지 않은 다양한 주체에 의하여 개별적인 서비스가 제공되고 있다. 특정한 영역에서 개별적으로 노후설계 서비스가 제공되는 경우가 많아, 재무, 건강, 대인관계, 여가, 마음, 주거, 죽음 등 각 영역들에서 개별적인 전문적 교육과 상담 및 실천들을 강화하고 있다. 최근 각 영역들을 통합적인 맥락에서의 콘텐츠의 제공이 점차 확대·강화되고는 있지만 보다 통합적인 맥락에서의 영역 간에 균형적인 노후준비서비스의 제공이 차츰 더욱 요구된다. 이미 노후설계 서비스 업무를 수행하고 있거나 잠재적으로 서비스를 제공할 수 있는 자원과 역량을 갖춘 다양한 기관들이 각각 장단점을 갖고 있으므로 전 국민을 대상으로 한 노후설계서비스 기반구축을 위해서는 각 장점을 최적화할 수 있는 방안 모색이 요구된다. 더불어 이들 기관들이 노후설계 서비스 업무 수행에 있어 상호 자원을 보다 협력적으로 공유할 수 있는 지역사회 중심의 네트워크 구축이 필요하다. 공적, 민간, 또는 사적 네트워크들이 각기 독자적으로 서비스를 제공하거나 혹은 서로 연계되어 함께 노후준비 서비스를 제공하고 있어, 전문적인 기관들의 독자적 역할 강화와 더불어 각 기관들 간의 인적, 물적 자원들의 연계성 확보가 보다 강조되어가야 할 것이다(이소정 외, 2011; 정경희 외, 2011).

3) 쟁점 및 해외사례의 시사점

노후설계서비스제공체계 구축의 초기단계이기 때문에 제기된 문제점을 종합적으로 해결하기 위해서는 기본방향이 명확하게 설정되어야 할 것이다. 생애 주기별, 그리고 생애 과정적 특성을 반영한 노후준비서비스를 제공하기게 적절한 역할분담체계에 대한 합의가 이루어져 있지 않다. 또한 공공의 개인의 적절한 노후설계를 위한 정책적 개입의 범위에 대한 논의도 필요하며 노후설계와 설계된 내용의 구현을 위한 다양한 자원과의 연계의 적절한 링크 구축방안 모색이 요구된다.

이와 관련하여 해외사례를 살펴보면, 정보 제공 등의 인프라는 공공영역에서 실시

하고 있지만 구체적인 노후설계 등은 민간에서 제공되고 있음을 볼 수 있다. 호주의 경우 다양한 민간영리단체에서 은퇴계획 관련 서비스를 제공하고 있다. Aboutseniors.com.au는 코칭서비스의 일부로서의 은퇴계획 코치 서비스를 제공하며, On-purpose partners는 일과 삶에 있어 목표를 적시한 전략마련이라는 맥락에서 은퇴계획 코치서비스를 제공하고 있고, 은퇴설계 전문서비스 제공하는 3aoptions라는 서비스기관이 활동중이다(이소정 외, 2009). 이는 다양한 대상별 맞춤형 설계와 지원이 필요하기 때문에 사회적 분위기 조성과 기본적인 정보 제공은 공공이, 실질적인 서비스는 민간이 담당하는 역할분담을 갖고 있기 때문이다. 따라서 각 국가별 실정에 맞는 공공과 민간의 역할분담체계 구축이 요구된다.

나. 정책목표

이러한 검토에 기초하여 중기 정책과제로 다음과 같은 사항을 제안하며, 노후설계 서비스 이용자 확대를 정책목표로 설정하여 매년 60만명씩 서비스 대상자를 확대해가 2017년까지 서비스 대상자를 300만명으로 확대하는 목표를 설정하고자 한다.

〈표 2〉 노후설계 서비스 이용자 확대

구분	2012년 ¹⁾	2017년
노후설계 서비스 이용자 확대	600,000명	3,000,000명

주: 1) 노후설계 상담건과 노후설계교육참여자수의 합에 기초해있음. 매년 600,000명씩 확대하는 것으로 상정

다. 개선방안

생애후반기 설계 지원강화를 위해서는 무엇보다 먼저 노후설계 지원체계와 지역 사회의 네트워크 구축이 필요하다. 기존 각 영역들에서의 전문인력의 배치와 각 생애과정에 걸친 다양한 세대들의 다양한 욕구들을 모두 해결하기 위해서는 기존 다양한 민간기관들의 역할을 최대한 자율적으로 활용하면서 동시에 다양한 인증기관 시

시스템 등의 활용으로 국가 관리 감독의 표준화된 시스템을 강화해가도록 한다.

많은 영역들의 통합을 요하는 노후준비서비스가 성공적으로 정착하기 위해서는 보다 더 많은 인적, 물적 자원을 통합적으로 다양하게 연계하고 각 영역의 전문성을 욕구에 부합하여 강화, 제공하느냐가 중요하다. 또한 교육적 차원뿐만 아니라 더 나아가 보다 기술적, 실천적 개입을 통한 적극적인 노후준비서비스 제공이 중요하다. 이러한 과제를 실천하여 구체적인 기술적, 실천적 개입이 이루어지기 위해서는 노후설계 지원체계와 지역사회 네트워크의 구축이 요구된다.

둘째, 노후설계 서비스의 사회적 확산이 필요하다. 일반국민이 노후준비수준을 스스로 자가진단할 수 있는 노후준비지표를 개발하고 확산하여 사회적 관심을 높혀 사회적 확산을 촉진해가도록 해야 할 것이다. 현재 개개인인 구체적인 노후준비 정도를 판단할 수 있는 지표가 개발되어 있기도 하며(이소정 외,

개인별 욕구 및 경력 분석과 노후준비정도 진단을 토대로 맞춤형 노후설계 지원 서비스를 제공하도록 한다.

구체적으로는 신규 취·창업, 전직 등 생애전환기별 1회 이상 노후설계교육 이수율 유도함으로써, 노후준비 인식 확산 및 준비율을 제고한다. 국민연금 실버론 신청자, 퇴직연금 담보 대출자 등 재무리스크가 큰 계층에는 노후설계교육 사전 이수를 필수조건으로 설정하며, 이를 위하여 국민연금공단 행복노후설계센터 141개 활용하도록 한다. 또한 정년을 앞둔 근로자가 현재 일자리에서 인생후반기를 설계할 수 있도록 전직을 위한 교육기회 제공 및 준비기간을 부여하도록 할 필요가 있다.

셋째 노후설계 콘텐츠 개발이 필요하다. 구체적인 노후설계가 이루어지기 위해서는 콘텐츠 개발과 보급이 중요하기 때문이다. 이를 위해서는 일반인 대상의 노후설계 교육 콘텐츠 개발과 더불어 전문가 대상 노후설계 교육콘텐츠 표준안이 동시에 개발되어야 할 것이다. 지속적인 노후설계서비스의 내실화 및 발전을 위해서는 실제 국민 개개인이 노후설계를 할 수 있는 표준안과 더불어 국민을 교육하는 전문교육인을 위한 교육콘텐츠가 동시에 요구되기 때문이다. 국민이 보다 용이하게 본인의 실생활에 적용할 수 있도록 노후설계 콘텐츠에 기초한 노후생활설계 매뉴얼을 마련하며 전문가 대상 노후설계 교육콘텐츠 표준안을 기반으로 하여 노후설계 전문가 양성

을 위한 표준 교육안을 확정하도록 한다.

넷째 노후설계 서비스 품질 관리 방안을 마련한다. 전문적인 서비스가 제공되기 위해서는 서비스 내용의 충실성 및 서비스를 제공하는 제공자의 전문성 제고가 요구된다. 이를 위해서는 노후설계 전문가 양성 교육과정 표준안을 개발하고 자격증 관리 방안을 마련하도록 한다. 또한 국민연금공단 및 사회복지사 등 보건의복지서비스 제공인력을 활용하여 노후설계 상담서비스 제공을 내실화하며, 노후설계서비스 위탁 기관 지정시 전문가 집단으로 구성된 이사회를 설치, 노후설계서비스 평가지표 및 평가체계 개발을 통해 서비스의 질을 관리할 수 있는 시스템을 구축해야 할 것이다.

다섯째 생애설계 교육기반을 위한 법적 기반을 마련하도록 한다. 이를 위하여 노후설계서비스 제공을 위한 독자적 법률 제정을 검토해야 할 것이며, 가칭 「노후생활 지원에 관한 법률」 제정 등을 통해 노후설계 서비스 제공 기반을 구축해야 할 것이다.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
노후설계 지원체계와 지역사회 네트워크구축					
- 지원체계안 마련					
- 지역사회 자원 파악					
- 네트워크 구축					
노후설계 서비스의 사회적 확산					
- 고 제무리스크 집단에 대한 노후설계 필수화					
- 기업체의 전직 교육기회 제공 필수화를 위한 법적 기반 마련					
노후설계 콘텐츠 개발					
- 노후설계 표준안 마련					
- 노후설계 전문교육인 교육안 마련					
- 노후설계 전문교육인 교육					
노후설계 서비스 품질관리 방안 마련					
- 노후설계 서비스 평가지표 및 평가체계 마련					
- 노후설계 서비스 품질관리 담당 지정 및 평가실시					
「노후생활지원에 관한 법률」 제정					
- 법률안 마련을 위한 기초연구					
- 법안 제출					
- 법안 국회 통과					
- 법안 시행령 마련					
- 시행					

16. 노후준비 통합정보 제공 기반 구축

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황 및 문제점

현재 노후준비가 필요하다는 공감대는 형성되어 있으나 실제로 노후준비서비스를 이용한 경험이 있는 경우는 소수이며, 유료서비스 이용욕구도 낮은 상황이다. 노후준비 정도에 있어서도 영역별 차이가 커 상대적으로 경제와 건강 영역의 노후준비 정도가 높은 반면 여가와 사회참여에 대한 노후준비 정도는 낮은 편이다. 종합적이며 균형잡힌 노후설계를 위해서는 재무, 건강, 대인관계, 여가, 마음, 주거, 죽음 등 다양한 영역에 대한 정보가 필요하나, 현재는 연계되지 않은 다양한 주체에 의하여 개별적인 정보가 제공되고 있다.

노후준비의 주요 어려움으로는 경제적 여유, 방법 모름, 시간부족, 관심부족 등을 언급되고 있다. 또한 영역별 노후준비가 어려운 이유가 다양하다. 경제적 노후준비의 주요 어려움은 경제적 여유와 관련되어 있지만 여가나 사회참여의 경우 관심부족과 시간부족이라는 응답이 높으며, 특히 사회참여의 경우 방법을 몰라서라는 응답이 타 영역에 비하여 월등히 높다(이소정 외, 2009). 영역별로 노후준비 상황이 상이하여 균형잡힌 노후준비가 어려운 상황이다. 따라서 다양한 영역의 노후준비와 관련된 균형잡힌 정보를 제공할 필요가 있다.

개인의 생애단계별 노후준비 현황에 대한 체계적인 정보가 확보되어 있지 못하여 장기적인 노후설계 서비스 정책 설계 및 맞춤형 서비스 개발에 제한이 있다. 또한 개발된 노후설계 콘텐츠의 원활한 확산을 위해서는 온라인 정보포털 구축이 필수적이다.

2) 쟁점 및 해외사례의 시사점

노후준비 통합정보 제공 기반 구축의 필요성에 대한 공감대는 형성되어 있으나 구체적인 시행방안이 마련되어 있지 않다. 이와 관련하여 해외사례를 살펴보면 성공적인 노년기 생활을 위하여 노년기와 관련된 종합적인 정보와 해법을 제공하는 기반을 마련하고 있다. 영국 정부는 노후설계 및 노후생활과 관련된 종합적인 정보를 제공하는 온라인 노후설계 정보포털인 “Over 50s” (<http://www.direct.gov.uk/over50s>) 운영하고 있으며 프랑스 파리는 PPE(Points Paris Emeraude)는 파리의 노인과 그 가정에 노년기에 관한 모든 정보를 제공하고 조언하며 해법을 제공하는 역할을 수행하고 있다. 즉, 공공은 노후설계 및 노후생활과 관련된 종합적인 정보를 제공하는 인프라를 구축하는데 초점을 두고 있는 것이다.

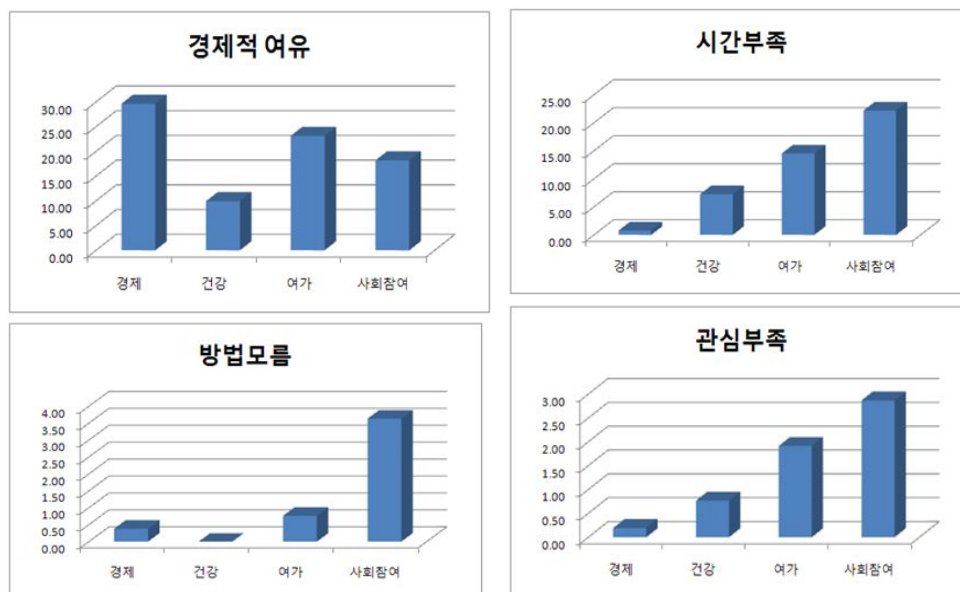
<표 1> 연령별 노후준비도

	전체	연령			
		45~49세	50~54세	55~59세	60~64세
경제					
충분히 하고 있다	5.5	4.4	6.2	5.5	6.6
어느 정도 하고 있다	30.4	34.1	33.3	27.4	22.8
보통이다	31.9	35.0	29.7	31.6	29.9
거의 못하고 있다	26.9	21.6	26.4	28.7	35.3
아예 못하고 있다	5.3	5.0	4.3	6.8	5.4
건강					
충분히 하고 있다	7.4	6.9	9.1	6.3	7.2
어느 정도 하고 있다	39.2	44.4	34.4	38.8	37.7
보통이다	32.1	32.5	35.1	30.0	29.3
거의 못하고 있다	18.2	14.1	18.5	21.1	21.6
아예 못하고 있다	3.1	2.2	2.9	3.8	4.2
여가					
충분히 하고 있다	4.2	4.4	2.9	6.3	3.0
어느 정도 하고 있다	24.8	25.3	25.0	22.8	26.3
보통이다	29.6	32.8	30.1	27.8	25.1
거의 못하고 있다	35.4	32.5	38.8	34.2	37.1
아예 못하고 있다	6.0	5.0	3.3	8.9	8.4
사회참여(자원봉사, 일자리 등)					
충분히 하고 있다	4.1	3.8	6.5	3.0	2.4

	전체	연령			
		45~49세	50~54세	55~59세	60~64세
어느 정도 하고 있다	20.4	22.5	20.3	15.6	23.4
보통이다	22.8	25.6	25.4	22.4	13.8
거의 못하고 있다	43.0	39.1	41.3	46.4	48.5
아예 못하고 있다	9.7	9.1	6.5	12.7	12.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(명)	(1,000)	(320)	(276)	(237)	(167)

출처 : 한국보건사회연구원, 『노후설계서비스 지원체계 구축방안』 (2010)

[그림 1] 노후설계를 하지 못하는 이유



자료 : 한국보건사회연구원 『노후설계서비스 국민인식 및 욕구조사』 (2010)

다. 개선방안

노후준비 통합정보를 제공하기 위한 기반을 구축하기 위해서는 퇴직 후 인생준비와 관련된 모든 정부정책 및 통계자료 등을 한 곳에서 지원하는 포털을 구축하는 작업이 요구된다. 기관별로 분산·제공하는 노후생활 지원정책 및 자료 등을 통합 제

공하는 (가칭)‘종합정보포털’ 구축·운영을 통하여 인생 후반기를 모색함에 있어 취업, 창업, 귀농, 자원봉사, 연금, 건강 등 관련 정보를 제공하도록 하여야 할 것이다. 공공·민간 부문간 관련 정보를 연계·협력함으로써 실질적 지원 효과를 제고하고 공·사적 연금 내역을 일시에 조회할 수 있도록 하여 개인의 노후준비 상황을 수시로 확인 가능하도록 할 수 있을 것이다.

둘째, 장년층 전반의 생애주기별 특성 및 사회활동에 영향을 미치는 소득, 건강 등 시의성 있는 정책자료를 매년 연령별로 분석·축적하여야 할 것이다. 이를 위하여 국민연금공단, 국민건강보험공단, 고용부(고령화연구패널조사) 등의 자료를 활용하도록 한다. 또한 다양한 생애주기별 노후준비 현황 파악을 위한 조사 실시정책자료 및 현황 DB 구축이 필요하다.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
종합정보제공 포털 구축					
- 종합정보제공 포털 구축을 위한 정보화 전략 계획(ISP)					
- 종합정보제공 포털					
- 종합정보제공 포털 시험 운행					
정책자료 및 현황 DB 구축					
- 정책자료 취합					
- 생애주기별 노후준비 현황 파악					

- 강혜규 외 (2012). 「사회서비스 영역의 확대와 정책과제」, 『보건복지포럼』 제189호, 한국보건사회연구원, 2012. 7.
- 권중돈 (2010). 독거사 예방을 위한 노인돌봄 서비스 강화 방안. “노인고독사, 막을 수 없나” 토론회 자료집. 2010. 9. 10.
- 대한민국정부 (2011). 제2차 저출산·고령사회기본계획
- 원시연, (2010). 독거노인 100만 돌파. 진단과 대책, 이슈와 논점 제108호, 국회입법조사처.
- 이소정 외. (2011). 노후준비 종합진단 프로그램 연구·개발, 국민연금공단·한국보건사회연구원
- 이소정 외. (2010). 노후설계서비스 지원체계 구축 및 운영방안. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이소정 외. (2009). 성공적인 제3기 인생준비를 위한 사회적 기반조성. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 정경희 (2012) 「노인의 가족생활 실태와 정책과제」, 『보건복지포럼』 제192호, 한국보건사회연구원, 2012. 10.
- 정경희 (2011). 독거노인의 생활실태 및 정책과제. 이슈애포커스. 한국보건사회연구원. 2011. 1. 28. 제72호
- 정순돌·원효연 (2010) 노인 고독사의 현황과 과제. “노인고독사, 막을 수 없나” 토론회 자료집. 2010. 9. 10.
- 보건복지부. (2012) 노인복지사업안내.
- 경찰청, 교통사고통계연보
- 통계청, 사망원인통계연보
- OECD 대한민국정책센터 (2011) 한눈에 보는 사회:(2011) OECD, Society at a Glance 2011의 번역본
- WHO (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide ㅎ10

17. 국민연금의 사각지대 해소방안

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황

국민연금 가입자 규모를 살펴보면 1999년 4월 도시지역 확대 적용시 약 200만명이 증가하였고 이후에도 계속 증가하여 2012년 5월말 기준으로 약 2,005만명이고 당면적용 대상자(사업장·지역가입자)는 1,977만명(전체가입자의 99%)에 이르고 있다. 특히 당면가입자 규모는 경제활동인구(2012년 5월 기준으로 약 2,253만명⁸¹⁾)의 87.7%에 이르고 있다.

국민연금 가입자의 소득수준은 사업장가입자의 경우 소득상한부분⁸²⁾을 제외하면 사업장가입자 평균소득인 213만원을 중심으로 고르게 분포하고 있는 반면, 지역가입자는 신고소득 120만원 이하에 대부분 몰려있는 것으로 나타난다. 상대적으로 사업장가입자는 고소득층이, 지역가입자는 저소득층이 많은 형태로 나타나므로 이 같은 현상이 장기적으로 지속될 경우 지역가입자는 사업장가입자에 비해 연금 수급권 확보 가능성이 낮고, 수급권을 확보하더라도 연금수준이 매우 낮을 것으로 예상된다.

2011년말 현재 65세 이상 인구 중 84.5%인 484만명이 공적연금을 수급하는데 이들 중 158만명(65세 이상 인구 대비 27.5%)이 국민연금을 수급하고 있다. 2011년말 국민연금 수급자는 가입기간이 짧아 평균 28만원(소득대체율 14.8%)을 매월 받고 있는데, 지역가입자의 소득 하향신고현상과 소득대체율이 40%(2028년 부터)로 점진적 인하되는 상황을 고려한다면 향후에 가입기간이 늘어나더라도 소득대체율은 그다지 높지 않을 것으로 예상된다.

한편 2012년부터 7월부터 10인 미만 사업장 근로자 중 125만원 미만인 경우 정

81) 전체 경제활동인구수(15세~64세)는 2,523만명이나, 국민연금 당면적용가입자의 가입가능연령인 59세와 비교하기 위해 경제활동인구수 역시 59세까지만 반영함.

82) 2012년 5월 현재 적용되고 있는 소득상한(월액)은 375만원으로, 375만원 이상 가입자는 전체 사업장 가입자 중 17.5%를 차지하고 있음.

부에서 사회보험료 1/3를 지원하는 ‘두루누리 사회보험 지원사업’ 시행하고 있다. 7월 30일 기준 지원대상 사업장 50.2만개소 중 24.4만개(48.6%) 사업장의 저임금근로자 49.2만명에게 약 190억원의 보험료를 지원할 계획이다.

2012년 7월부터 50세이상 국민연금 가입자 중 보험료 선납기간을 기존 1년에서 5년으로 확대시행하고 있는데 선납기간을 5년으로 확대하면서 보험료 선납 신청자수가 대폭 증가하였고⁸³⁾ 신청자 중 5년 선납비중은 31.7%로 나타났다.

2) 문제점 및 쟁점

1988년 국민연금 도입 당시 10인 이상 사업장만을 대상으로 하였으나, 이후 점진적인 제도 확대과정을 거쳐 1999년 4월 도시지역 자영자에게도 국민연금이 적용됨에 따라 전국민 연금시대를 맞이하고 있다.

외형적인 측면에서는 짧은 기간동안 급속하게 확대되었다고 볼 수 있으나, 그 이면에는 사회보험방식제도로 운영되는 국민연금의 가입자 상당수가 보험료 납부를 하지 못하는 등 어두운 면도 적지 않다. 전체 국민연금 가입 대상자 2,005만명 중 470만명(2012년 5월 기준)이 소득이 없는 납부예외로 분류되어 보험료를 납부하지 않고 있는데,⁸⁴⁾ 이러한 현상을 그대로 방치할 경우 이들 대부분이 무연금 또는 저연금자로 전락하게 하여 노후 소득 양극화가 불가피할 것으로 예상된다.

소득활동이 불안정하거나 소득수준이 낮은 저임금근로자에 대해서는 국민연금 보험료지원제도를 통해 국민연금에 미가입한 근로자 또는 지역가입자를 사업장 가입으로의 유인효과가 기대된다. 보험료지원제도를 통해 기존에는 국민연금에 가입하지 않았던 영세사업장과 근로취약계층에 대한 국민연금가입을 유도할 수 있다. 또한 연금법상으로는 사업장에 가입해야 하나 지역가입으로 가입하고 있었던 임시직, 일용직 등 취약계층 근로자가 사업장 가입자로 전환될 것으로 기대된다.

83) 보험료 선납제도 신청건수는 일평균 7.9건(2012.1~2012.6)에서 2012년 7월부터는 27.6건으로 대폭 증가하였음.

84) 보험료를 납부하던 가입자도 경제적 어려움 등의 이유로 보험료를 체납하는 경우가 빈번하게 발생하고 있음.

저임금근로자에 대해 국민연금 보험료를 일부 지원하더라도 건설일용직 등 특수 고용형태 근로자 중 일부는 연금법상 규제로 보험료를 지원받지 못하고 있다.⁸⁵⁾ 건설일용직의 경우 사업장가입 기준을 현행 월 20일 이상에서 10일 이상 등으로 사업장 가입 기준을 완화하여 국민연금 가입과 동시에 저임금근로자의 경우 보험료 일부를 지원받도록 법개정이 필요하다.

2012년 7월부터 시행하고 있는 저임금근로자에 대한 국민연금 보험료 지원제도 도입시 저소득 지역가입자에 대한 보험료 지원은 유보되었다.⁸⁶⁾ 영세자영자 등 지역가입자의 소득수준이 근로자에 비해 상대적으로 낮고 보험료도 본인이 100% 모두 부담한다는 점에서 저소득 지역가입자에 대한 대책마련이 시급하다.⁸⁷⁾ 또한 2008년 세계금융위기는 저소득 지역가입자의 보험료 납부를 더욱 어렵게 만들고 있다.

사업장 가입자 뿐 아니라 자영업자 등 저소득 지역가입자가 무연금 또는 저연금자로 전락하지 않도록 근로기간 동안 보험료 일부를 정부가 지원함으로써 자신의 노력으로 노후를 준비할 수 있도록 정부가 도와줄 필요가 있다.

자영자 등 비공식적인 분야의 비중이 높은 우리나라의 특성상 저소득 지역가입자에 대한 보험료 지원 방안 적용시 실세소득파악 등의 문제에 직면하게 될 것으로 예상된다. 과세소득자료, 산재·고용·건강보험 자료 등 공적자료를 추가로 연계하여 국민연금 지역가입자 신고자료와 비교하여 공적소득자료를 확보할 필요가 있다. 이를 위해 2012년부터 시행하고 있는 자영업자에 대한 실업급여 임의가입제도와 2015년부터 자영업자로 확대될 근로장려세제 등을 활용할 수 있다.

대표적인 취약계층인 자영자 등 저소득 지역가입자의 국민연금 보험료 일부를 지원하는 제도를 도입할 경우, 이러한 조치가 없을 경우 발생할 가능성이 높은 다수의 무연금 및 저연금자를 최소화시킴으로써 장기적인 관점에서 이들의 노후를 보장하기

85) 1개월 이상 근로계약서 작성 또는 20일 이상 현장근무시 사업장 가입자에 가입이 가능한데, 실제로 20일 미만 근무자의 경우 국민연금 사각지대에 방치되고 있음.

86) 자영자에 대한 정확한 소득 파악의 어려움으로 인해 자영자 보험료 지원제도가 도입될 경우 소득 하향신고 등 예상치 못한 부작용 등이 발생할 것을 우려하였기 때문임.

87) 사업장 가입자는 사용자 보험료의 50%를 부담하는 반면 지역 가입자는 보험료 100%를 모두 본인이 부담하고 있어 가입종별 보험료 부담의 형평성에 대한 논의가 오래 전부터 제기되고 있음.

위한 재정 절감효과가 기대된다. 실질적인 의미에서 전 국민에게 국민연금제도가 적용되지 않을 경우 장기적으로 노후빈곤문제 해소 차원에서 더 큰 노후소득보장비용이 소요될 수 있다는 측면에서 취약계층인 자영업자 등 저소득 지역가입자에 대한 보험료지원을 통해 노후소득원을 확보할 필요가 있다.

나. 개선방안

저소득 지역가입자에 대해 국민연금 보험료 일부를 국고로 지원하는 제도 도입을 통해 근로기간 동안 보험료 일부를 정부가 지원함으로써 저소득 지역가입자가 자신의 노력으로 노후준비를 유도할 필요가 있다. 구체적으로는 지역가입자 중 일정소득 이하(차상위계층 등)를 대상으로 국민연금 보험료 일부를 국고로 지원하는 방안 등을 검토해 볼 수 있다.

국민연금 지역가입자는 현재 본인신고소득에 따라 보험료를 부과하고 있는데 실제 소득수준을 파악할 수 있도록 공적소득자료를 확보할 필요가 있다. 과세소득자료, 산재·고용·건강보험 자료, 근로장려세제 등 공적자료를 추가 입수하여 국민연금 지역가입자의 소득신고자료와 비교할 수 있는 공적소득자료를 확보할 필요가 있다.

특수직종근로자에 대한 국민연금 사업장가입기준을 완화하여 현실에 부합되는 부양의무자 범위 설정 등 현실과 제도의 괴리를 축소할 필요가 있다. 예로 건설일용근로자의 사업장 가입조건인 1개월 중 20일 이상 근로기간을 10일 이상으로 개선하는 등 특수직종근로자에 대한 국민연금 사업장가입 기준 완화 등을 검토해 볼 수 있다.

다. 입법조치

- 국민연금법령, 국민연금법 시행령 개정

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
저소득 지역가입자 국민연금 보험료 일부 국고지원					
- 저소득 지역가입자 국민연금 보험료 일부 국고지원 기초연구					
- 저소득 지역가입자 국민연금 보험료 일부 국고지원 시행령 마련					
- 저소득 지역가입자 국민연금 보험료 일부 국고지원 시범사업 시행					
- 저소득 지역가입자 국민연금 보험료 일부 국고지원 시행					
국민연금 지역가입자 소득과약을 위한 공적자료 확보					
- 과세소득자료, 산재·고용·건강보험 자료, 근로장려세제 등 공적자료 확보를 위한 시행령 마련					
- 공적소득자료 확보 시행					
- 공적소득자료와 국민연금 신고자료 비교 및 자동연계					
- 저소득 지역가입자 보험료지원 대상자 선정시 적용					
특수직종근로자에 대한 국민연금 사업장가입기준 완화					
- 건설일용직 등 특수고용형태 근로자별로 국민연금 사업장 가입 기준 개선안 마련					
- 특수직종근로자에 대한 국민연금 사업장가입기준 개선안 시행					

※ 국민연금 보험료지원 해외사례 - 독일, 미국, 태국

○ 사회보험에 대한 국고부담 유형은 다음의 두 가지로 구분할 수 있음.

- 소득이 없거나 낮아 보험료를 납부하기 어려운 저소득층의 연금 가입기간 인정 및 출산 크레딧 등은 급여지급단계에서 급여지출의 일정 부분을 국고로 지원하고 있음.
- 반면에 일부 국가(미국과 에콰도르)에서는 보험료 납부단계에서 개별 근로자 또는 전체 보험료의 일부를 국고를 통해 지원함.

□ 독일 - 리스터 연금제도

- 독일은 공적연금 급여지출의 약 25%를 국고로 보조하고 있으나, 보험료 납부 단계에서는 보험료를 지원하지 않고 있음.
- 대신 공적연금 재정불안정에 대처하기 위해 단행된 2001년 연금개혁에서의 급여 삭감에 따른 연금부족분을 보충할 목적으로 기업연금과 개인연금을 활성화

화하기 위한 정책을 시행하고 있음.

- 리스터 연금제도는 노후소득보장에서 기업연금과 개인연금의 역할을 강조하기 위해 2002년에 도입되었음.
- 리스터 연금제도는 100% 부과방식으로 운영되고 있는 공적연금의 노후소득보장 역할을 사적연금으로 일부 대체하기 위한 사적연금 가입자에 대한 보조금 지급제도임.
- 리스터연금은 강제적용이 아닌 관계로 제도가입 확대를 위하여 리스터 보조금을 지급하고 있음.
 - 리스터 보조금이라 불리는 개인연금 보험료에 대한 국고지원은 연방 금융감독원의 인증을 받은 개인연금에 가입하여 청구함으로써 이루어짐.
 - 리스터 보조금은 공적연금 급여의 삭감을 보완하기 위해 도입되었으므로 지원대상은 공적연금 당연 가입자와 이에 준하는 자들로 제한함.
 - 리스터 보조금은 기본보조금과 자녀수당으로 구성됨.
 - 2002년 최대 38유로의 보조금을 받아 직전년도 총수입의 1%까지 보험료로 납입할 수 있었으나, 2008년에는 154유로의 보조금을 받아 사회보험료 부과기준이 되는 총임금의 4% 수준까지 보험료를 납입할 수 있었음.
 - 또한 정액으로 지급되는 자녀보조금은 2002년에 자녀 1인당 46유로에서 2008년에는 185유로로 대폭 증액되었음.

□ 미국 - OASDI

- 1951년 미국 사회보장제도, 즉 OASDI의 적용범위를 자영자로 확대하였을 때, 자영자에게는 근로자 보험료율의 3/4, 곧 75%를 적용하였음.
- 이는 근로자, 즉 사업장 가입자와 비교 시 자영자의 보험료율을 25%p 면제해 주는 효과가 있음을 의미함.
- 1965년에는 근로자 보험료율 대비 3/4을 부담하는 원칙에 관계없이 자영자의 보험료율 상한선을 7%로 하였음.

- 이는 근로자의 보험료율이 인상될지라도 자영자의 보험료율은 7%에서 동결한다는 의미임.
- 자영자 보험료율 경감에 대한 국고 지원은 없었으며, 자영자의 보험료를 근로자에 비해 낮게 설정한 근거는 다음과 같음(Myers, 1993: 287).
 - 정치적 설명 : 자영자에게 OASDI를 확대 적용하면서 자영자 집단의 반발 무마, 즉 제도 참여에의 수용성 제고 차원에서 자영자의 보험료율을 낮게 설정하였다는 것임.
 - 경제적 설명 : 자영자 소득의 75%는 자영자의 노동에 기인한 근로소득으로, 나머지 25%는 투자소득으로 인정하여 투자소득에 해당하는 25%를 감면할 필요가 있다는 것임.
- 1980년대 초반 문제가 되었던 OASDI의 재정 불안정 문제 해결 차원에서 1983년 자영자와 근로자 간 보험료율의 차등적용원칙을 폐지하였음.
 - 이에 따라 1984년부터 자영자에 대한 OASDI 보험료율이 근로자와 동일한 수준으로 인상되었음.
 - 그러나 보험료 인상에 따른 저소득 자영자의 보험료 부담완화를 위해 1984년에서 1989년까지 보험료 일정액을 세액공제 형태로 국고에서 지원하였음.

□ 태국

- 태국에서는 1인 이상 사업장 근로자를 위한 사회보장제도(Social Security Scheme)가 운영되고 있으며, 2009년 현재 취업인구 3,667만 명에서 농업인 1,251만 명⁸⁸⁾을 제외한⁸⁹⁾ 2,406만 명 중 1인 이상 사업장 근로자에게 사회보장제도를 적용하고 있음.
 - 태국 사회보장제도 적용대상인 1인 이상 사업장 근로자 1,350만 명 중 약

88) 태국의 경우 농업 종사자가 전체 취업자 중 약 34%로, 농업 종사자의 비중이 상당히 크다고 볼 수 있음.

89) 태국의 경우 농업인은 사회보장제도의 적용제외자임.

980만 명이 사회보장제도에 가입하고 있음.

- 현재 태국 정부에서는 2nd pillar에 해당하는 National Pension Fund를 도입하는 방안을 검토하고 있음.
 - 태국의 경우 자영자(약 2,300만 명에 달함)가 월 100바트 또는 그 이상을 정액으로 납부할 경우 정부에서 50바트 지원하는 방안이 재무부를 통해 제안되어 있는 상황임.

18. 기초노령연금 개선방안

가. 현황 및 문제점

2007년에 도입되어 2008년부터 시행되고 있는 기초노령연금은, 경제성장에 커다란 기여를 했음에도 불구하고 노후소득보장의 중추적인 제도인 국민연금제도에 가입할 기회가 없었던 기존의 고령세대의 연금사각지대 해소 차원에서 도입되었다.

2012년 현재 65세 이상 노인의 70%를 수급 대상으로 하여 월 국민연금 가입자 평균소득(A값)의 5%를 연금으로 지급하고 있으며, 수급자는 약 382만명(2011년 기준)이다. 급여는 별도의 기여없이 조건을 충족하면 지급되며 소득이나 재산이 많은 경우에는 감액하여 지급한다. 2012년 현재 단독 수급자 기준으로 월 20,000~94,600원을 지급하며, 부부수급자는 단독수급자에 비해 20%감액된 금액을 지급한다.

<표 1> 기초노령연금의 급여수준 : 단독가구 기준

소득인정액		70만원 미만	70만원 이상 ~ 72만원 미만	72만원 이상 ~ 74만원 미만	74만원 이상 ~ 76만원 미만	76만원 이상 ~ 78만원 이하
선정기준액 차액		8만원 초과	6만원 초과 ~ 8만원 이하	4만원 초과 ~ 6만원 이하	2만원 초과 ~ 4만원 이하	0원 이상 ~ 2만원 이하
연 금 액	'12.01 ~ '12.03월	91,200원	80,000원	60,000원	40,000원	20,000원
	'12.04 ~ '13.03월	94,600원	80,000원	60,000원	40,000원	20,000원

자료 : 보건복지부 홈페이지(<http://www.mw.go.kr>)

기초노령연금은 처음부터 도입하고자 했던 것이 아니라, 국민연금 재정안정화 방향을 논의하는 과정에서 도입되었기 때문에 제도의 성격이 명확하지 않다는 특징을 가지고 있다. 국민연금의 무수급자에게 소정의 연금을 지급한다는 측면에서 보면 일종의 무기여 복지연금 성격을 가지고 있고, 다른 한편으로는 국민연금의 저연금 수급자에게도 자산조사를 통해 급여를 중복 지급한다는 점에서 보면 최저보장제도의

성격도 갖고 있다.

제도의 성격이 명확하지 않기 때문에, 제도발전방향에 대한 명확한 비전없이 도입된 현 제도를 그대로 유지할 경우 국민연금과 기초노령연금의 미래 지향적인 발전이 쉽지 않을 것으로 전망된다. 특히 65세 이상 노인의 70%에게 지급되는 기초노령연금제도의 수급비율을 현행대로 유지할 경우 연금수급자 선정을 위한 소득인정액의 지속적인 인상이 불가피하게 되기 때문이다.

소득인정액의 지속적인 인상과 더불어 수급자수의 증가 역시 기초노령연금제도에 부담을 주는 요인이다. 2015년까지 53만명의 베이비붐 세대가 은퇴하고, 2016년부터 2020년까지 98만명이 노동시장에서 퇴출될 것으로 전망되고 있어 수급자 증가로 인한 재정 문제가 우려된다.

〈표〉 기초노령연금 수급자수 및 소요재원 전망(65세 이상 인구 중 70%, A값의 5% 지급)

연도	65세이상 인구수 (천 명)	대상자수1) (천 명)	1인당 평균급여액 (월액, 천 원)2)		총비용(십억 원)		
			경상가격	2010년 불변가3)	경상가격	2010년 불변가3)	GDP 대비 총비용
2010	5,354	3,759	90	90	3,711	3,711	0.4%
2015	6,445	4,512	125	109	6,743	5,902	0.4%
2020	7,821	5,475	167	130	10,948	8,511	0.5%
2025	9,920	6,944	216	152	18,025	12,692	0.7%
2030	11,899	8,329	280	179	27,992	17,851	0.8%
2035	13,542	9,479	357	206	40,617	23,461	1.0%
2040	14,941	10,459	454	237	56,922	29,780	1.1%
2045	15,547	10,883	570	270	74,374	35,242	1.3%
2050	15,793	11,055	713	306	94,606	40,603	1.4%
2055	15,017	10,512	890	346	112,208	43,618	1.4%
2060	14,583	10,208	1,108	390	135,786	47,808	1.5%
2065	13,996	9,797	1,381	441	162,399	51,787	1.6%
2070	12,925	9,047	1,721	497	186,893	53,980	1.6%

주: 1) 65세 이상 인구 중 70%

2) 국민연금 급여산식 A값의 5%를 지급함.

3) 물가상승률로 할인함.

자료 : 윤석명 외, “기초노령연금 선정기준연구”, 보건복지부&한국보건사회연구원, 2010.

이처럼 재정적인 부담이 가중됨에도 불구하고, 기초노령연금의 급여수준인 월 국민연금 가입자 평균소득(A값)의 5%는 안정적인 노후생활을 위해 필요한 급여수준과는 상당한 괴리가 있다. 급여수준의 적절성을 위해서는 급여인상이 필요하나, 현 급여수준에서도 노인인구 급증에 따라 재정부담이 급격하게 증가할 것으로 전망되고 있어 준보편적인 수급자 범위를 유지하는 데에는 재정적인 측면에서 상당한 어려움이 예상된다.

기초노령연금의 지급시기와 관련해서도 향후 문제발생의 소지가 있다. 국민연금 수급개시 연령이 2033년까지 65세로 점진적으로 상향 조정되면 은퇴 후 연금 수급 때까지 소득 공백기간(소득 크레바스)이 발생한다. 기초노령연금이 65세부터 지급하므로 은퇴 후 65세까지 노후소득보장에 사각지대가 발생할 가능성이 크다.

이 밖에도 노동유연성의 증가로 국민연금 가입기간을 채우지 못하거나, 국민연금의 급여액이 충분치 못하는 경우, 기초노령연금 역시 그 공백을 충분히 메꾸어 주지 못하기 때문에 노후소득보장의 사각지대가 발생할 가능성이 높다.

나. 정책목표

2008년 제정된 기초노령연금법 부칙(제4조의 2)에 따르면 2028년까지 국민연금 급여산식 A값의 10%까지 인상하도록 되어 있으나, 구체적인 시기와 방법은 ‘연금개선특별위원회’에서 논의하도록 하였다. 국회 연금개선특별위원회가 2011년 말까지 기초노령연금 개편방안에 대해 논의하였으나 합의가 이루어지지 않았다. 기초노령연금제도 자체의 성격이 명확하지 않기 때문에 정책 방향도 쉽게 합의되지 못하고 표류하고 있는 것이다.

〈표 3〉 2017년까지의 기초노령연금제도 정책목표(안)

구분	2012년	2017년
수급대상	65세 이상, 소득 하위 70%	수급대상의 축소
급여수준	A값의 5% 수준	<ul style="list-style-type: none"> - 국민연금 가입유인을 저해하지 않는 범위에서 점진적 인상 - 부족한 급여는 현물급여로 대체

다. 개선방안

기초노령연금제도는 이미 현실로 나타나기 시작한 초고령사회에 대응할 수 있는 방향으로 개혁되어야 할 것이다. 먼저 인구고령화에 대응해 연금제도를 개혁한 외국의 모범사례와 실패사례 모두를 철저히 분석하여 기초노령연금의 개혁 방안 마련을 위한 참고자료로 활용하여야 할 것이다.

개혁방안 마련에 있어서는 다른 노후소득보장제도, 특히 국민연금제도에 미치는 파급효과를 고려해야 할 것이다. 현행 기초노령연금제도에는 국민연금과 역할이 중복되는 부분이 적지 않다. 한정된 재원을 효과적으로 활용하기 위해서는 국민연금과 기초노령연금의 역할이 중복되지 않도록 제도를 개선하여야 할 것이다. 도입 당시 제도발전방향에 대한 뚜렷한 비전없이 도입된 기초노령연금제도를 그대로 유지할 경우 상당수 중산층 이하 저소득층에게는 본인 기여방식의 국민연금제도 대신 기초노령연금제도가 노후소득보장의 중추적인 제도로 자리잡을 가능성이 매우 높다.

이러한 문제에 대응하기 위해서는 국가의 중점 지원대상과 자신의 노력으로 노후를 준비할 수 있는 집단을 분리하여 접근할 필요가 있다. 예를 들면, 국민연금은 대다수 국민의 중추적인 노후소득보장제도로 발전시켜 나가되, 기초노령연금은 저소득층 중심으로 적용범위를 축소하는 대신 급여수준을 인상하여 국민연금제도의 혜택을 받지 못하는 사람들에게 실질적인 노후소득보장제도로써 기능할 수 있도록 개편하는 것이 바람직할 것이다.

기초노령연금제도를 통해 제도 도입 본연의 목적인 노후빈곤 완화(또는 해소) 목적을 달성할 수 있도록 급여수준을 소득수준에 따라 차등 인상하는 것이 바람직해

보인다. 급여의 적절성 측면에서는 급여수준을 2028년까지 점진적으로 인상(A값의 10%까지)하되, 부족한 급여는 현금대신 현물급여(주택 바우처 등)로 보충하는 방안이 바람직할 것이다. 제도 운영 속성이 상이하여 직접적인 비교는 어려우나, 기초노령연금급여를 미국사회보장제도(OASDHI)의 Medicare part A와 Medicare Part B와 유사한 방식으로 이원화시키는 방안도 적극적으로 검토할 필요가 있다.

구체적인 개편방안으로는 외국 연금개혁과정에서 일반적으로 사용하고 있는 연령별 접근방식을 원용하되(예 : 1999년 스웨덴 방식, 2011년 노르웨이 방식 등) 노령연금 급여체계를 세분화하는 방안을 생각해 볼 수 있을 것이다.(구체적인 대안 예시는 Box1 참조).

Box1. 기초노령연금 개선방안

- 수급자 선정기준 관련 (예) : 국민연금제도 도입 이후 40년이 경과한 2028년을 기준으로 기초노령연금이 완전한 공공부조형 제도(완전 기초노령연금 수급자 기준으로 65세 이상 노인의 40% 이하)로 자리잡도록 개편
 - ※ 이 경우에도 감액 기초노령연금 수급자 등을 포함할 경우에는 65세 이상 노인의 기초노령연금 수급자 비율이 40% 이상이 된다는 점을 주목
 - － 현재 65세 이상 연령층 중 기초노령연금을 수급하는 자에 대해서는 (자산과 소득이 급증하여 현재의 기초노령연금 선정기준과 현격한 차이가 발생할 경우를 제외하고는) 수급권을 계속 유지하도록 유도
 - － 2014년 이후 2028년까지 14년 동안 신규로 65세에 도달하는 자에 대해서는 65세 도달 시 연령별 기초노령연금의 수급율을 차등 적용(수급자 비율을 점진적으로 축소)하여 완전 기초노령연금 수급자가 전체 65세 이상 노인 중 40% 이하가 되도록 유도
- 기초노령연금급여액 차등 지급관련 (예) : 기초노령연금급여를 3가지 정도의 현금급여와 현물급여로 세분화
 - － 기초노령연금 급여 Part A(예) :
 - 수급자 축소에 대한 정치적 반발로 인해 기초노령연금 수급자 비율을 당분간 65세 이상 인구의 70% 수준으로 유지할 경우 모든 수급자에 대해 기본적으로 지급하는 기초노령연금액에 해당
 - 기초노령연금액인 국민연금 가입자 평균소득(A값)의 5%를 급여로 지급
 - － 기초노령연금 급여 Part B(예) :
 - 기초노령연금 수급자의 소득수준(재산·소득환산소득)별로 차등지급
 - 차상위 또는 차차상위 계층에 해당하는 노인이 집중 혜택을 받도록 하되, 급여액은 국민연금 가입자 평균소득(A값)의 10%까지 차등 지급

라. 예상되는 애로점

기초노령연금제도를 저소득층 위주로 개편할 경우 수급대상 축소에 따른 반발이

예상된다. 이러한 반발을 최소화하기 위해서는, 국민연금에 가입할 기회가 없었던 현 노령층에 대해서는 현재의 수급율을 유지하도록 하는 것도 대안이 될 수 있다. 그러나 계속해서 수급대상을 현재와 같이 유지할 경우에는 급격한 급여지출 증가로 인한 재정 부담이 우려된다는 측면에서 2014년 이후부터 신규로 65세에 도달하는 자에 대해서 65세 도달시 연령별 기초노령연금의 수급율을 차등 적용하여 수급자 비율을 점진적으로 축소하는 것이 이해관계자의 반발을 줄이면서 적용대상도 축소할 수 있는 방안이 될 것이다.

수급대상을 축소하는 대신 급여수준을 인상하여 기초노령연금만으로도 어느 정도 노후생활이 가능한 급여수준이 될 경우에는 국민연금제도에의 가입유인을 저해할 우려가 있어 국민연금과의 명확한 역할 분담이 필요하다. 두 차례에 걸친 연금개혁으로 인해 국민연금 소득대체율이 70%에서 40%로 낮아진 상황에서, 저소득층의 경우에는 국민연금으로부터 예상되는 급여수준에 비해 높아진 기초노령연금 급여가 더 매력적일 것이기 때문이다. 저소득층을 국민연금제도로 유인하기 위한 보험료 지원 사업(예 : 두루누리 사회보험 지원사업)이 더욱 강화될 필요가 있는 배경이다.

19. 효과적인 다층소득보장체계 구축방안

가. 현황 및 문제점

우리나라는 외형상 국민기초생활보장제도, 국민연금제도, 퇴직연금, 개인연금으로 이루어진 다층노후소득보장체계를 구축하고 있다. 그러나 외형에 비해 실질적으로는 공적연금과 사적연금 공히 제도 적용의 사각지대 및 급여 적절성 문제에 노출되어 있으며, 특히 공적연금의 경우 ‘부담수준대비 높은 급여수준’, 인구고령화에 따른 급여지출 증가로 인해 장기적인 관점에서 재정 불안정 문제에 노출되어 있다.

개인연금과 퇴직연금 역시 유사한 문제점을 안고 있다. 개인연금의 경우에는 실제 가입자가 대부분 중산층 이상 고소득층에 몰려있어 저소득층이 배제되어 있으며, 퇴직연금 역시 근로여건이 좋은 사업장가입자 위주로 적용이 이루어지고 있어 실질적인 의미에서 다층노후소득보장체계를 구축과는 상당한 거리가 있다.

[그림 1] 우리나라의 다층노후소득보장체계

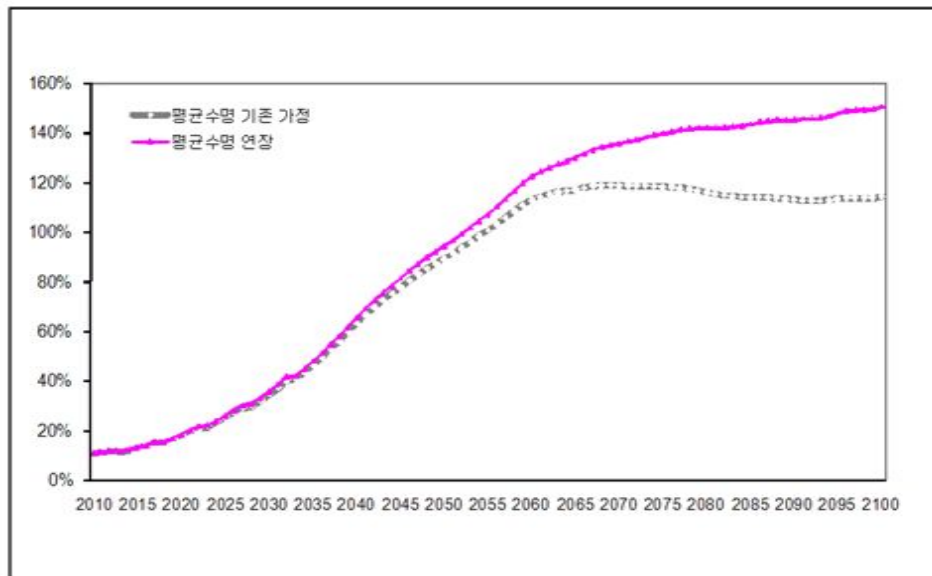
3층	개인연금/저축		
2층	퇴직금/퇴직연금		퇴직수당
1층	국민연금(기초노령연금)		특수직역연금
구분	자영자	피용자	공무원 등

국민연금의 문제점 중 하나는 세대간 공평하지 못한 국민연금제도 적용의 문제를 들 수 있다. 1988년에 국민연금제도 도입되고, 1999년 도시지역 자영자에 대한 확대 적용되면서 전국민을 대상으로 한 국민연금 제도가 완성되기는 하였으나 이미 노인이었던 세대들은 국민연금을 가입할 기회를 가질 수 없었기 때문이다. 특히 이들은 근로기간 동안 경제활동을 하였음에도 공적연금제도의 가입기회를 부여받지 못해 국민연금 적용 사각지대로 남아있다는 점에서 상대적으로 제도 적용에서 소외된 집단으로 볼 수 있다.

국민연금이 전국민을 대상으로 한 제도이기는 하나, 본인의 기여를 전제로 한 사회보험 방식으로 운영되는 제도의 특성 상 잠재적인 연금 사각지대 및 저연금 문제가 발생이 불가피하다. 잠재적 사각지대에는 500만명 이상으로 추정되는 납부예외자 및 장기체납자 등이 포함되며, 10년 이상 보험료를 납부하여 국민연금 수급권은 확보하였으나, 가입기간이 짧거나 가입기간이 동안의 신고소득이 낮을 경우, 노후생활에 필요한 충분한 수준의 연금을 받기 어려운 저연금 문제에 노출될 집단이 적지 않을 것으로 전망되고 있다.

국민연금제도가 직면한 가장 큰 문제로 제도의 지속가능성을 들 수 있다. 저출산 및 평균수명의 증가로 인한 인구고령화 현상으로 노인인구가 급증하고 이들을 부양할 젊은 세대가 줄어들고 있어 부양비가 급격히 악화되고 있다. 국민연금제도 도입 이후 1998년, 2007년 두 차례에 걸친 제도 개혁으로 소득대체율을 2028년까지 40% 수준까지 조정할 예정이지만, 2007년 국민연금제도 개혁당시 재정안정 차원에서 제시되었던 보험료 인상안(9% → 12.9%)이 무산됨에 따라 장기적인 관점에서의 재정 불안정 문제가 여전히 남아있다.

<그림 2> 국민연금제도의 부양비 : 합계출산율 1.28명



자료: 윤석명·신화연, “100세 시대를 반영한 국민연금 재정전망과 대응방안”, 한국경제학회 정책세미나 발표자료(2012년 3월 23일)

장기적인 재정불안정을 해소하기 위해서는 보험료 인상이 불가피하나, 인구고령화에 따른 건강보험 및 장기요양보험 보험료 인상 요인까지 고려할 경우 국민 개개인이 부담하여야 할 보험료 인상폭이 상당히 높은 수준에 이를 것으로 전망된다. 국민들의 가처분 소득증가율이 정체 또는 완만하게 증가하는 상황에서는 각종 사회보험의 재정안정 달성을 위한 보험료 인상 및 조세부담 여력이 제한적일 수 밖에 없을 것이라는 점을 고려한 논의가 필요하다.

나. 정책목표

제2차 저출산고령화 기본계획에 따라 국민연금제도의 지속가능성을 제고하기 위해 2013년 3차 재정재계산에서 보험료 조정 등 재정안정화 대책을 검토할 예정이다. 이러한 재정안정화 조치 없이 현행 보험료를 9%를 그대로 유지할 경우에는 2041년에 적립기금이 최고 987조원(2010년 불변가)에 달한 이후 급속히 감소하여

2058년에 기금이 소진될 것으로 전망된다.

〈표 1〉 국민연금 재정전망 : 평균수명 기준 가정(합계출산율 1.28명)

(단위: 십억 원, 배)

연도	총수입			총지출	수지차	적립기금		적립률 3)	GDP 대비 총지출	부과방식 보험료율 4)
	계	보험료 수입1)	투자 수익			경상가	2010년 불변가2)			
2010	44,763	21,275	23,488	8,834	35,929	319,380	319,380	37.1	0.8%	3.6%
2020	92,928	41,893	51,036	27,563	65,365	831,421	646,352	28.1	1.3%	5.8%
2030	142,629	66,521	76,108	73,980	68,649	1,481,476	944,802	19.2	2.2%	9.9%
2040	185,597	95,882	89,716	168,361	17,236	1,921,694	1,005,377	11.4	3.4%	15.7%
2050	202,836	135,606	67,230	312,100	-109,263	1,438,839	617,526	5.0	4.6%	20.6%
2060	171,724	171,724	0	492,824	-321,100	-	-	-	5.5%	25.7%
2070	228,411	228,411	0	689,559	-461,148	-	-	-	5.9%	27.0%

주: 1) 보험료율 9% 유지시 보험료 수입

2) 물가상승률로 할인

3) 해당연도 총지출 대비 전년도 적립기금

4) 보험료 부과대상 총소득 대비 급여지출

자료 : 윤석명 외, “공적연금 재정평가 및 정책연구”, 한국보건사회연구원, 2011.

적용제외자, 납부예외자, 장기체납자, 임시·일용직 근로자, 저소득 자영자 등 국민연금의 잠재적 사각지대를 해소하기 위해서 2012년 7월부터 ‘두루누리 사회보험 지원사업’이 시행되고 있다. 두루누리 사회보험 지원사업을 통해 10인 이하 영세 사업장을 대상으로 월평균 급여가 35만원 이상~105만원 미만인 경우 보험료의 1/2을 지원하고 있으며, 105만원 이상~125만원 미만인 경우 보험료의 1/3을 지원하고 있다. 이 밖에 근로장려세제(EITC)를 통한 국민연금 가입률 제고노력도 동시에 진행되고 있다.

다. 개선방안

국민연금제도의 잠재적 사각지대를 해소하기 위해서는 2012년 하반기부터 시행 중인 저소득층 대상의 보험료 지원사업(두루누리 사회보험 지원사업)을 더욱 확대 시행할 필요가 있다. 현재 10인 이하 사업장에 근무하는 저소득 근로자만을 대상으

로 하고 있으나, 국민연금의 취약계층으로 분류되고 있는 저소득 지역가입자에 대한 추가적인 대책 마련이 시급하다. 구체적으로 저소득 자영자 및 10인 이상 사업장에 근무하는 저소득 근로자에게도 추가적인 제도적용이 필요해 보인다.

OECD도 2012년 한국 경제 검토 보고서에서는 우리나라가 한 단계 더 도약하기 위해서는 사회 통합달성이 최우선 과제가 되어야 하며, 이를 위해 정규직과 비정규직 간의 급여 차를 좁히는 노력과 함께 저소득 근로자의 사회보험 가입 확대 노력이 시급하다고 강조하고 있다. 사회보험 가입 확대를 위한 보험료 지원사업 역시 사회통합의 측면에서 중요성을 내포하는 배경이다.

저소득 지역가입자에 대한 보험료 지원 사업이 효과적으로 이루어질 수 있도록 관련 인프라를 정비하는 노력 역시 시급하다. 저소득 자영자의 소득과약이 제대로 이루어지지 않아 발생하는 문제를 해결하기 위해서는 저소득 자영자에 대한 근로장려세제(EITC) 제도를 조속히 도입함으로써, 저소득층 자활의욕 고취와 함께 소득 과약의 효과적인 기제로 작동할 수 있도록 유도해야 할 것이다.

국민연금에 대한 저소득층(저소득 근로자, 저소득 자영자)의 보험료 지원과 함께 저소득층의 사적연금 가입유인 제고 노력도 필요하다. 국민연금의 소득대체를 감소시킬 보충해 줄 수 있으며, 저소득층에도 다층노후소득보장체계의 한 축인 사적연금에 가입할 수 있는 기회를 제공함으로써 노후소득보장의 안정성 및 보장성을 높일 수 있을 것이다. 저소득층의 사적연금 가입 유인제고 차원에서 독일의 Riester pension과 유사한 제도 도입 여부를 적극 검토할 필요가 있다.

실질적인 의미에서의 다층노후소득보장체계를 구축하기 위해서 관련제도를 적극 정비해야 할 것이다. 현재의 상황이 그대로 유지될 경우 근로기간동안의 소득양극화가 퇴직이후에도 그대로 이어져 노후소득보장에서의 부익부·빈익빈 현상이 심화될 것으로 전망된다. 이는 결국 국가의 추가적인 재정부담으로 이어질 가능성이 크다. 이러한 추이를 개선 또는 완화할 수 있는 방향으로의 노후소득보장관련 제도 정비가 시급하다.

20. 점진적 퇴직 활성화 방안

가. 현황 및 문제점

점진적 퇴직제도는 인구고령화에 대비하여 고령자의 경제활동참가를 장려하기 위해 각 국가에서 도입되어 시행되고 있다. 고령자의 생산성을 감안하여 근로시간을 단축하는 대신, 줄어든 소득은 별도의 제도를 통해 보충해 주는 제도이다.

점진적 퇴직제도의 기능을 살펴보면, 개인에게는 소득보충적 기능을 통해 근로유인을 제공하는 기능이 있다. 고령자 입장에서는 점진적 퇴직을 통해 작업부담 경감 및 은퇴 후의 인생을 설계할 시간적 여유를 가질 수 있어 효과적이다. 정부 입장에서는 연금재정의 안정 및 고령화에 따른 노동력 수급문제를 어느정도 해결할 수 있다. 기업 입장에서는 인력수급의 유연성을 확보할 수 있는 제도적 기반을 확보할 수 있으며 노동생산성 증가를 기대할 수 있다. 이처럼 점진적 퇴직제도는 단순히 소득보충 등의 물질적 측면 뿐 아니라, 고령자에게는 사회참여를 통한 자아실현 등 활기찬 노후생활에 기여하며 정부와 기업에게도 도움이 되는 제도이다.

당사자가 기업과 근로자인 관계로 각각의 이해관계를 반영할 수 있는 유연한 모형이 필요하다. 이에 따라 각 국가에서는 노동시장이나 경제구조, 제도의 목적에 따라 법률이나 단체협약을 통해 다양한 점진적 퇴직제도를 도입하여 운영하고 있다. 독일, 오스트리아, 프랑스에서는 국민연금제도 및 고용보험제도와 연계한 2원적인 점진적 퇴직제도를 운영하고 있으며, 스위스에서는 기업연금을 위주로 개별 기업의 책임으로 운영하고 있다.

우리나라에서는 아직 점진적 퇴직제도가 활성화되지 않은 상태로 일정시점을 기준으로 완전근로에서 완전퇴직으로 넘어가는 분절적 형태를 가지고 있다. 이러한 퇴직모형은 퇴직 이전에는 신체적 노화로 인한 작업부담의 가중, 퇴직 이후에는 갑작스런 역할 상실로 인한 심리적 충격과 사회적 고립을 초래할 우려가 있다.

점진적 퇴직제도와 관련하여 우리나라의 상황을 보면, 인구구조의 고령화로 인한 노동력 부족현상이 예상되고 있으며, 연금재정 역시 제도부양비가 악화되어 장기 재

정불안정 문제에 노출되어있다. 이러한 상황에서 향후 안정적인 노동력 확보를 위한 점진적 퇴직제도의 활성화가 필요한 시점이다. 그러나 현실적으로 고령계층 고용환경이나 근로조건 개선, 기업 차원에서 고용보장 및 정년의 연장이 뒷받침되지 않은 상황이다.

우리나라의 고령자근로는 농업, 광업, 부동산 및 서비스업에 많고 중소기업 이하에서 주로 활동하고 있다. 종사상 지위를 보면 주로 자영업, 임시직, 일용직 등 주로 비정규직에 종사하고 있으며 전문직보다는 저숙련 직종이 많은 것이 특징이다. 주된 일자리에서 점진적 퇴직이 이루어지지 않아, 주된 일자리에서 물러난 이후에는 근로조건이나 소득이 상대적으로 열악한 자영업, 비정규직 등에 종사하는 현상이 나타나고 있다. 이는 소득감소로 인한 노후빈곤 뿐 아니라, 주된 일자리에서의 경력 단절 등으로 인한 생산성 저하도 우려된다.

2033년까지 국민연금의 수급연령을 65세로 늦추게 되어 있는 상황에서 점진적 퇴직제도가 활성화되지 않을 경우에는, 실제 퇴직 이후 연금수급자격을 얻을 때까지의 소득 공백을 확대시킬 우려가 있다. 이러한 소득공백 및 고용불안 현상이 노동시장의 양극화로 인해 취약층에 편중될 가능성이 높다. 따라서 각자의 상황이나 선호에 적합한 근로모형을 개발하여 점진적 퇴직을 유도하고 고령자 근로를 활성화시키는 것이 필요하다. 이를 통하여 고용안정과 근로의 실질적 연장을 도모하고, 적절한 수준의 소득을 보장하여 노후빈곤에 대처해야 할 것이다.

나. 정책목표

안정적이고 활기찬 노후생활보장과 미래세대의 부담완화를 위해서 점진적 퇴직제도와 관련한 정책을 마련하고 있으나 체계적인 점진적 퇴직제도는 구축되지 않은 상태이다. 현재 시행되고 있는 관련 제도는 주로 고령자 노동시장을 활성화하기 위한 목표를 가지고 있다.

현재 약 54세 전후인 주된 일자리 퇴직시점을 늦추기 위해 임금피크제, 고령자고용촉진장려금제도 개편 등이 이루어지고 있다. 임금피크제의 경우 적용대상연령을

54세에서 50세로 낮추고, 정년보장형 임금피크제에서 근로시간 단축형, 재고용형 임금피크제로 바꾸어 추진할 계획이다.

고령자의 근로유인 제고를 위해 국민연금의 연기연금제도를 활용하는 방법도 추진되고 있다. 월평균 소득이 189만원('12년 A값) 이상인 재직자 노령연금 수급권자인 경우에만 연기연금을 신청 가능하도록 되어 있었는데, 2012년 7월부터는 60세 이상 65세 미만 노령연금 수급권자로 확대하고, 연기연금의 가산율도 연기기간 1년당 6%에서 7.2%로 확대하여 시행 중이다. 그 밖에 현재 정년보장형 제도를 근로유인형 제도로 개선하는 방안을 지속적으로 검토하고 있다.

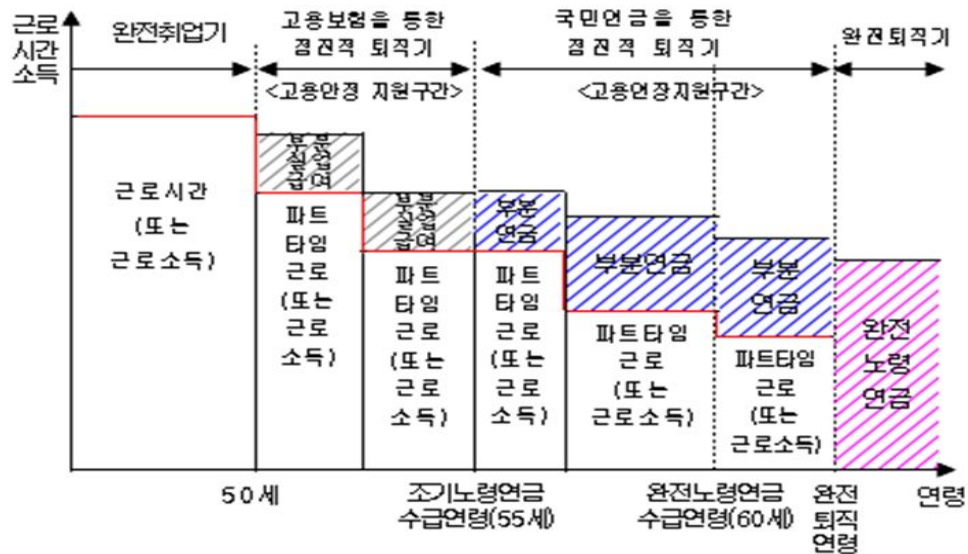
다. 개선방안

점진적 퇴직제도 도입시에는 유연성, 안정성, 공정성, 조화성과 연계성, 보편성과 형평성 등을 고려해야 한다.

- 유연성 : 점진적 퇴직 모형은 다양한 요구를 반영하고 시장변화에 유연하게 대응할 수 있도록 설계해야 함.
- 안정성 : 이행기간 동안 소득흐름, 고용관계 그리고 사회보장 등에 대한 안정성 고려
- 공정성 : 운영과정에서 발생하는 비용의 분담이 공정해야 함.
- 조화성과 연계성 : 점진적 퇴직모형은 다른 종류의 퇴직모형과 조화 및 연계성을 유지할 수 있도록 설계되어야 함.
- 보편성과 형평성 : 접근기회의 보편성과 형평성 보장

점진적 퇴직제도의 구체적인 도입방안으로는 근로와 은퇴간의 원활한 이행을 위해 고용보험제도, 국민연금제도와 연계한 두 종류의 모형을 동시에 도입하는 이원형 점진적 퇴직제도를 생각해 볼 수 있다. 고용보험제도와 연계한 모형은 고령자의 고용보장에 기여하고, 국민연금제도와 연계한 모형은 고령화 사회를 대비한 고용연장을 지원하는 형태이다.

<그림 1> 고용보험 및 국민연금과 연계한 이원형 점진적 퇴직제도 모형



자료: 이정우, “고령자의 점진적 은퇴 지원을 위한 보충소득지원제도 연구”, 인제대학교산학협력단, 2006.

고용보험과 연계한 점진적 퇴직제도의 기본구조는 다음과 같다. 점진적 퇴직 이행기의 소득하락을 부분실업급여를 도입하여 보충하고, 기업에게는 완전한 해고와 부분적 해고(근로시간 단축)를 선택할 수 있도록 하여야 한다. 그러나 악용 혹은 남용을 막기 위해 근로자의 동의를 얻을 경우에만 허용하도록 하여야 할 것이다.

적용대상으로는 50세 이상의 고령근로자를 대상으로, 점진적 퇴직자에 대해 18개월의 실업급여 시간예산을 부여하고, 개인별 상황에 따라 분할하여 활용할 수 있도록 한다. 이때 소득의 공백이 발생하지 않도록 조기노령연금이나 정규노령연금의 수급개시연령 이후에 점진적인 퇴직을 종료할 수 있도록 설계해야 할 것이다. 고용보험과 연계한 점진적 퇴직제도는 고용안정이 핵심 목표이므로 고용연장 뿐 아니라 정년보장에도 적용할 수 있어야 한다.

근로시간은 이행기간 동안 기존 근로시간의 20%~50%의 범위에서 노사합의에 따라 단축하도록 한다. 근로시간의 단축 뿐 아니라 작업부담이 낮은 업무로 전환 또는 동일 직역 내부의 다른 직장으로 이직해도 부분실업급여의 수급을 인정해야 고용

안정이라는 제도의 취지를 살릴 수 있을 것이다.

근로시간 단축으로 발생하는 소득감소에 대한 보충수준은 제도 수용성 제고차원에서는 보충소득의 수준이 높아야 할 것이나, 재정 부담이 가중될 수 있음을 고려해야 한다. 부분실업급여로 상실소득의 50%를 보전해 주는 것을 검토할 수 있으며, 소득의 상한선을 적용하여 이를 초과할 때에는 상대적으로 낮은 소득보전율을 적용하여야 할 것이다. 이 밖에 점진적 퇴직자의 사회보장을 위해 국민연금 등의 산정기준이 되는 적용소득이 상향조정 될 수 있도록 하여야 할 것이다.

국민연금과 연계한 점진적 퇴직제도는 고용보험제도와 연계한 점진적 퇴직 이후의 지속적인 고용유지 지원프로그램으로 기능할 수 있도록 설계해야 할 것이다. 소득하락의 문제는 부분연금을 신설하여 단기적으로는 노령계층의 고용불안을 완화하고, 중장기적으로는 노령계층의 장기근로를 지원할 수 있도록 설계하는 것이 바람직할 것이다.

부분연금은 노령의 사업장 근로자를 대상으로 도입하되, 도입 초기에는 인사체계가 확립된 일정규모 이상의 사업장을 대상으로 실시한 후 점진적으로 확대하도록 한다. 운영재원은 노사가 공동 부담하는 별도의 부분연금 보험료로 충당하여 국민연금에 추가적인 부담을 주지 않아야 할 것이다. 이를 위해서 국민연금재정과 분리되어 독립적으로 회계를 관리하여야 할 것이다.

국민연금과 연계한 점진적 퇴직 이행기간은 최저자격연령은 55세, 종료연령은 65세로 하되 노령연금의 수급연령에 맞춰 재조정될 수 있도록 하여 소득공백이 발생하지 않도록 한다. 이때 고령근로 활성화 차원에서 고용보험제도의 점진적 퇴직제도를 상대적으로 유리하게 설계하여 우선 활용하도록 유도하고, 이후에 국민연금제도를 통한 점진적 퇴직을 할 수 있도록 제도를 설계해야 할 것이다.

점진적 퇴직모형을 도입할 때는 이미 존재하는 다양한 퇴직모형 상호간의 기능적 연계성을 고려해야 할 것이다. 관련제도를 정비할 때는 퇴직과 관련한 의사결정에 있어서 개인별 상황이나 선호를 유연하게 수용할 수 있는 방향으로 운영하는 것이 바람직하다. 즉, 퇴직모형 다양성 보장 및 기능적으로 조화를 이룰 수 있도록 유도하는 것이 중요한 정책과제가 될 것이다.

21. 근로유인형 연금급여제도 개선 및 가입제도 개선

가. 현황 및 문제점, 쟁점

1) 현황

2012년 5월 기준 국민연금의 노령연금 수급자⁹⁰⁾ 중 완전·감액⁹¹⁾·조기⁹²⁾노령 연금은 각각 10만명(노령연금 수급자수 256만명 대비 3.9%), 59만명(23%), 27만명 (10.5%)이 수급하고 있다. 완전·감액·조기노령연금의 월평균연금액은 각각 82만원(전체가입자 평균소득 대비 43.4%), 42만원(22.2%), 47만원(24.9%) 수준이다.⁹³⁾

노령연금 수급연령인 60세 이상인 경우에도 계속 가입할 수 있는 임의계속 가입자는 최근 증가하여 2012년 5월 현재 7.6만명에 달한다. 60세 이상 인구 대비 완전 노령연금과 감액노령연금 수급자수는 11%로, 2009년말 3.6%에서 큰폭으로 증가하고 있는 추세이다. 2011년 6월 법개정을 통해 가입기간이 20년 이상인 경우에도 계속가입할 수 있으므로 가입기간을 늘림으로서 연금수급권을 확보하고 더 높은 연금액을 수급할 것으로 예상된다.

베이비부머(1955년~1963년생)는 2015년까지 53만명이 은퇴하고 2016~2020년까지 98만명이 노동시장에서 은퇴할 것으로 예상되는데, 1955년생이 61세가 되는 2016년부터 노령연금을 수급하기 시작하면서 이들 중 35~50%가 국민연금을 수급할 것으로 전망된다.

인구고령화와 베이비부머 은퇴 등 60세 이상 고령자의 근로유인을 위해 2007년 7월부터 연기연금제도를 도입하고 있다. 2007년 도입된 연기연금제도는 가입기간이

90) 노령연금 수급자 중에는 완전·감액·조기노령연금 이외에 특례연금과 분할연금 수급자가 있음.

91) 10년 이상 가입하여 노령연금을 수급할 수 있는 60세~64세 중 일정소득 이상이 발생할 경우 수급연령별로 연금액을 50%(60세)~10%(64세) 감액하여 재직자노령연금 지급

92) 10년 이상 가입한 55세~59세 중 일정소득 이하 업무에 종사할 경우 본인의 신청에 따라 수급연령별로 연금액을 30%(55세)~6%(59세) 감액하여 조기노령연금 지급

93) 한편 60세 이상 계속 가입할 수 있는 임의계속 가입자가 최근 증가하여 2012년 5월 현재 7.6만명에 이르고 있음.

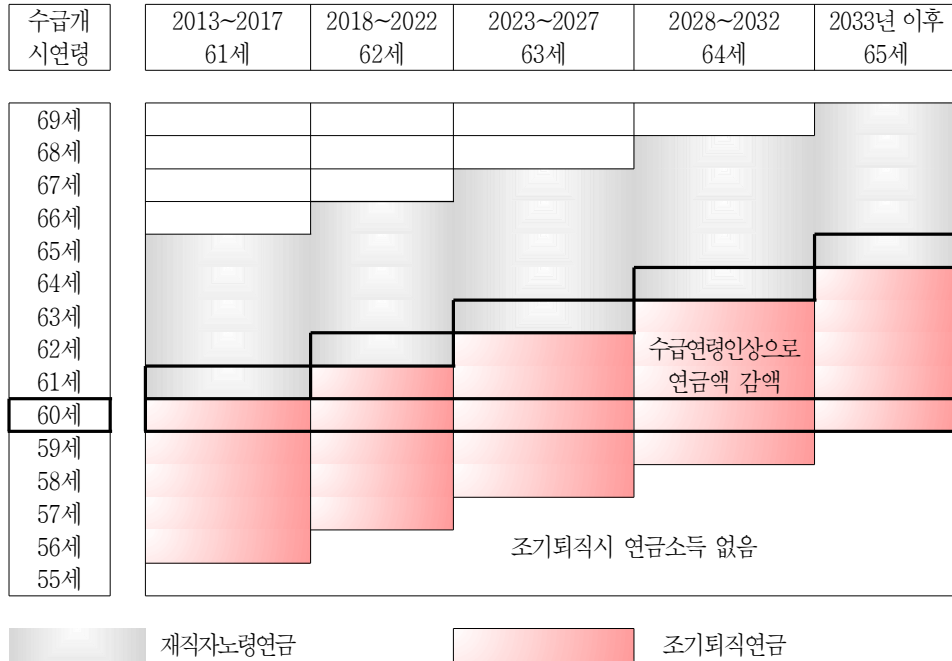
10년 이상이고 60세 이상 64세 미만인 경우에 일정수준 이상 소득이 발생하면 연금을 감액하는 재직자노령연금을 수급하는 대신 연기한 기간만큼 연금액을 증액함으로써 고령자의 소득활동 유인에 그 목적을 두고 있다. 현재 재직자노령연금 수급대상자 4.3만명 중 2천명(5%)이 연기연금을 신청하고 있다.

2012년 7월부터 60세~64세 노령연금 수급권자로 연기연금의 대상을 확대하고 연기수급에 대한 가산율을 기존 1년당 6%에서 2012년 7월부터 7.2%로 인상할 예정이다. 노령연금 수급자에게 유리하도록 연금액 일부도 연기가 가능하도록 함으로써 연기연금제도의 활성화를 도모하는 방향으로 제도를 개선하고 있다.

2) 문제점 및 쟁점

국민연금 노령연금의 수급개시연령은 60세에서 2013년부터 점진적으로 상향조정되어 2033년부터 65세로 인상될 예정이다. 노령연금 수급개시연령이 인상됨에 따라 비자발적인 조기은퇴자의 경우 근로소득과 연금소득 등 노후소득이 아예 없어지거나, 법정은퇴연령에 퇴직하더라도 은퇴연령과 수급개시연령간 차이로 인해 연금소득이 감소함에 따라 중고령자 중 상당수가 노후소득 사각지대로 전락할 우려가 있다.

[그림] 국민연금 수급개시연령인상에 따른 은퇴시기와 연금수급시점간 차



중고령자의 은퇴와 근로행태를 반영할 수 있도록 국민연금의 노령연금 급여체계 개선과 중고령자에 대한 제도가입을 유도할 수 있도록 개선할 필요한데 이를 위해 부분연기연금제도를 도입하고 있다. 보건복지부에서는 부분연기연금제도 도입에 대해 2012년 6월 10일까지 개정법률안을 입법예고하였고 2013년부터 61세~65세 노령연금 수급자를 대상으로 시행할 예정이다. 연금을 연기신청할 경우 전액을 연기하도록 되어 있는데 수급자 개인별 소득수준에 따라 선택권을 확대를 위해 부분연기연금제도를 도입하여 연금액의 일부분인 50%~90%⁹⁴⁾ 중 선택하여 연기할 수 있다.

부분연기연금 도입으로 고령자의 근로활동은 강화하고 연금을 연기하는 만큼 생애노후소득은 증가할 것으로 기대됨에 따라 부분연기연금 대상자를 확대하고 신청횟수도 증가하는 방향으로의 제도개선을 검토해 볼 수 있다. 현재 연기연금 신청가능연령을 64세로 제한하고 있는데 향후 평균수명 연장 등을 고려할 경우 70세 이상으

94) 50%, 60%, 70%, 80%, 90% 중 선택

로 확대할 필요가 있다. 연기연금 신청가능 횟수를 1회로 제한하고 있는데 수급자가 소득 및 지출 변화에 따라 1회 이상으로 신청횟수를 증가하는 방향으로 검토해볼 수 있다.

60세 이상 노령연금수급자 중 국민연금 급여산식 A값 이상 소득이 발생할 경우 소득수준과 상관없이 재직자노령연금을 지급하고 있는데, 급여액은 수급연령별로 50%(60세)~10%(64세) 감액하여 지급하고 있다. 수급연령에 따라 노령연금을 감액하므로 근로소득과 연금소득을 함께 고려할 때 근로소득이 낮은 저소득일 경우 연금 소득도 고소득자와 동일한 수준으로 일률적으로 감액됨으로서 소득불균형이 심화될 우려가 있다. 저소득층의 근로유인을 위해 국민연금 급여산식 A값 이상인 소득이 발생할 경우 연령별이 아닌 소득수준에 따라 감액하는 방식으로 변경할 필요가 있다. 보건복지부에서는 재직자노령연금을 소득수준에 따라 감액하도록 2012년 6월 10일까지 개정법률안을 입법예고하였고 2013년부터 61세~65세 노령연금 수급자를 대상으로 시행예정에 있다.

재직자노령연금과 마찬가지로 보건복지부에서는 부분조기노령연금 도입에 대해 2012년 6월 10일까지 개정법률안을 입법예고하였고 2013년부터 56세~60세 조기노령연금 수급자를 대상으로 시행할 예정이다. 지금 당장 소득이 낮아서 노령연금을 감액하여 조기에 신청하는 저소득계층에게 연금액 중 일부만 조기수급할 수 있는 선택권을 제공하는 방안이 바람직한가에 대한 논의가 있었으나 부분재직자노령연금과 마찬가지로 조기노령연금 수급자에게도 선택권은 제공할 필요가 있다.

한편 2012년 7월부터 50세 이상 국민연금 가입자를 대상으로 보험료 선납기간을 기존 1년에서 5년으로 확대하여 시행하고 있는데 비자발적으로 조기퇴직할 수 있는 50세 이상인 국민연금 가입자를 대상으로 보험료 미납기간에 대한 추가납부제도⁹⁵⁾를 확대할 필요가 있다. 50대에 조기퇴직시 가입기간이 10년 미만인 경우 그나마 근로소득을 보전해줄 수 있는 조기노령연금을 수급받을 수가 없으므로 보험료 추가납부제도를 최대 5년 등으로 확대시행하여 연금수급권을 확보할 수 있도록 유도할

95) 현재 3개월 보험료 미납분에 대해 3년내 보험료를 추가납부할 수 있음.

필요가 있다.

60세 이상인 경우에도 국민연금에 (임의)계속가입하려면 과거 국민연금에 가입한 이력이 있어야 하는데, 근로기간 중 국민연금에 가입한 적이 없더라도 60세 이상인 자도 국민연금에 신규가입하게 함으로서 고령자의 근로유인을 위한 부분연기연금을 활성화하고 보험료 추가납부제도 이용 또한 확대될 것으로 기대된다.

나. 개선방안

부분연기연금 도입으로 고령자의 근로활동은 강화하고 연금을 연기하는 만큼 생애 노후소득은 증가할 것으로 기대된다. 연금액의 일부분인 50%~90% 중 선택하여 연금액 지급시기를 연기하고 신청가능 연령을 평균수명 연장 등을 고려할 경우 70세 이상으로 확대하고 연기연금 신청가능 횟수도 1회 이상으로 증가시킬 필요가 있다.

부분조기노령연금제도는 중고령자의 근로활동은 강화하고 부분재직자노령연금과 마찬가지로 선택권을 확대하는 방향으로 검토해 볼 수 있는데, 연금액의 일부분인 50%~90% 중 선택하여 지급시기를 연기할 수 있도록 개선할 필요가 있다.

재직자노령연금은 소득수준과 상관없이 지급연령별로 연금액을 감액하도록 되어 있는데, 저소득층의 근로유인을 위해 국민연금 급여산식 A값 이상인 소득이 발생할 경우 소득수준에 따라 연금액을 감액하는 방식으로 개선할 필요가 있다. 즉 국민연금 급여산식 A값을 초과하는 소득에 대해 노령연금액의 최대 50%까지 감액하는 방안에 대해 검토해볼 수 있다.

비자발적으로 조기퇴직할 수 있는 50세 이상인 국민연금 가입자를 대상으로 보험료 미납기간에 대한 추가납부제도를 확대시행하고 있는데, 50대 이상 10년 미만인 경우 보험료 추가납부제도를 최대 5년 등으로 확대시행하여 연금수급권을 확보할 수 있도록 유도할 필요가 있다.

임의계속가입 조건을 완화하여 60세 이상 국민연금 신규가입을 허용함으로써 고령자의 근로유인 강화 및 부분연기연금 활성화할 필요가 있는데 60세 이전 국민연금에 가입한 적이 없는 60세 이상인 자도 국민연금에 가입이 가능하도록 개선할 필요가 있다.

다. 입법조치

국민연금법령 개정

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
부분연기연금 도입					
- 부분연기연금 대상자 확대 및 신청횟수 증가에 대한 기초연구					
- 부분연기연금 도입 시행령 마련					
- 부분연기연금 시행					
부분조기노령연금 도입					
- 부분조기노령연금 시범사업					
- 부분조기노령연금 시행					
재직자노령연금 감액방식 개선					
- 재직자노령연금 감액방식 변경 시범사업					
- 재직자노령연금 감액방식 변경 시행					
국민연금 보험료 추가 납부제도 확대					
- 국민연금 보험료 추가 납부제도 확대에 대한 기초연구					
- 국민연금 보험료 추가 납부제도 확대 시행령 마련					
- 국민연금 보험료 추가 납부제도 확대 시행					
임의계속가입 조건 완화					
- 임의계속가입 조건 완화에 대한 기초연구					
- 임의계속가입 조건 완화 시행령 마련					
- 임의계속가입 조건 완화 시행					

※ 부분연금제도⁹⁶⁾ 해외사례- 독일, 프랑스, 노르웨이, 핀란드

□ 독일

- 독일 정부는 고용정책개혁과 함께 고령근로자의 근로유인 제고를 위해 법정퇴직연령 이후에도 근로활동을 지속하면서 점진적인 퇴직을 유도할 수 있는 방

96) 부분연금제도(partial pension system)는 근로시간 단축에 따른 소득의 상실분을 보충하기 위해 독일, 스웨덴, 오스트리아, 덴마크 등에서 별도로 도입하여 운영되는 제도임.

향으로 연금제도를 적극 활용하고 있음.

- 근로시간을 점차 줄여가는 점진적인 퇴직과 파트타임 근로활동으로 인해 발생되는 소득부족을 보충하기 위해 1992년 부분연금제도 도입
 - － 법정퇴직연령인 65세 이전에 조기 퇴직하는 경우 단축된 근로기간에 따라 매년 3.6%의 연금액이 감액되도록 설계
 - － 60세에 퇴직하는 가입자는 최대 18%의 연금액이 감액되고 65세 이후에도 근로활동을 지속할 경우에는 연장된 근로기간에 대해 매년 6%의 추가 연금액 지급
 - 조기퇴직의 요건을 충족할지라도 파트타임 근무를 하면서 퇴직연금의 절반 혹은 2/3을 받을 수 있는 부분연금의 수급이 가능해졌으며 이로 인해 가입자가 완전연금의 수령시점을 연기할 수 있게 됨.
- 1992년 연금개혁에 따라 조기노령연금 수급권자를 대상으로 본인의 희망에 따라 조기노령연금을 수급하거나 부분연금을 수급할 수 있도록 허용하고 있음.
 - － 조기노령연금 수급권자가 부분연금을 선택할 경우 자신의 조기노령연금을 기준으로 1/3, 1/2, 2/3 수준에서 본인의 의사에 따라 선택할 수 있음.
 - 단 부분연금 수급자에 대해서는 부분연금 수급액이 커질수록 소득활동의 상한선을 하향 조정하는 방향으로 근로소득의 상한선을 차별적으로 적용
 - 1/3 부분연금 수급자의 경우 근로소득의 상한선은 개인의 종전 근로소득을 기준으로 80%, 1/2 부분연금 수급자는 60%, 그리고 2/3 수급자의 경우 40% 수준에서 각각 결정
 - － 완전노령연금을 수급하기 전까지 부분연금과 별도의 근로소득을 통하여 자신의 종전 소득과 유사한 수준의 생활을 유지할 수 있음.
- 고령근로자가 급여수준이 감액되는 조기노령연금을 수급하는 대신 파트타임 근로를 하면서 부분연금을 수급한다면 감액된 국민연금의 조기노령연금액 일부를 부분연금으로 수급
 - － 나머지 부분은 해당 근로자가 파트타임 근로를 통해 납부하는 보험료와 합

산하여 감액되지 않도록 함으로써 점진적 퇴직의 인센티브 제공

- 퇴직시점을 늦출수록 더 많은 액수의 연금액 지급
 - 노령연금 수급연령인 65세 이후에도 근로활동을 지속한다면 부분연금 이외의 나머지 연금액에 대해 1년마다 6%의 가산을 적용

□ 프랑스

- 조기퇴직에 따른 연금 조기지급 및 인구구조의 고령화 전망으로 인한 연금재정의 장기불안정
 - 프랑스 정부는 1993년 임금연동에서 물가연동으로 변경, 연금산정 기준임금을 과거 10년에서 25년으로 변경, 완전노령연금 가입기간을 37.5년에서 42년으로 연장하는 연금개혁 단행
- 65세 이하 민간부문 근로자는 가입기간이 완전노령연금 수급에 필요한 40년에 미달할 경우 그 기간만큼 연금액이 감액되므로 40년 가입기간이 되기 전에 퇴직하지 않도록 하는 유인이 강화됨.
 - 프랑스 퇴직위원회가 분석에 사용한 시나리오 모형에 따르면 고령근로자가 평균퇴직연령을 1년 연기한다면 연금 적립요구수준이 GDP의 0.6%씩 감소될 것으로 전망
- 근로기간을 연장하는 것은 급속한 고령화에 대비하여 재정 건전성 확보 차원에서 중요한 시사점 제공
 - 법정퇴직연령법에 위반되지 않고 실제퇴직연령을 연기할 수 있는 유인을 개발하면서 퇴직을 좀 더 유연하게 선택할 수 있도록 추진하고 있음.

□ 노르웨이

- 2011년 퇴직시점을 탄력적으로 선택할 수 있도록 연금제도를 개혁함.
 - 62세에서 75세까지 퇴직연령을 선택할 수 있도록 하되, 퇴직시점이 늦어질수록 연금급여를 더 지급함으로써, 가급적 고령근로자들이 오랫동안 노

동시장에 남아있을 유인 제공

- 연금개혁을 통해 장기적으로 고령근로가 증가할 것으로 전망
- 2011년 노르웨이 연금개혁에서는 퇴직시점을 62세부터 75세까지 선택할 수 있도록 하였으나, 노후빈곤에 노출되지 않을 정도의 연금액이 보장되는 경우에 한해 조건부로 조기퇴직 허용
- 고령근로를 통해 퇴직시점을 늦출수록 연금액이 많이 지급되도록 연금급여 산식을 변경하여 유연한 퇴직이 활성화될 수 있도록 관련제도 정비
- 지속적인 평균수명 연장추세에 대처하기 위해 연금액을 기대수명 증가추이에 연동시키는 방향으로 제도 개편
- 연금개편 과정에서 노후빈곤에 노출될 가능성이 높은 취약계층에 대해서는 국가가 적극적으로 보호하는 최저보증연금제도(Guarantee Pension) 도입
 - 노인인구 및 연금수급기간 증가에 따른 재정압박에 대처하기 위해 노르웨이는 2011년부터 40년 거주한 모든 국민들에게 지급하던 기초연금제도를 폐지하는 대신 취약계층을 대상으로 최저보증연금제도 도입
 - 무연금자나 저연금자의 노후소득보장을 위해 도입된 최저보증연금은 소득 비례연금과 급여를 조정하여 최대 80%까지 급여가 삭감됨.
 - 노후소득이 없거나 저소득자 중심으로 제도를 운영하며, 여타 소득이 있을 경우 급여지급을 제한하는 방식으로 엄격하게 최저보증연금제도를 운영함으로써 초고령사회에서도 정부재정이 지속 가능할 수 있도록 제도 개편

□ 핀란드

- 핀란드의 부분연금제도는 1987년에 민간부문에 도입된 이후 1989년에 공공 부문으로 확대되어 시행되고 있음.
- 핀란드는 유연한 퇴직을 장려하되 정부재정 투입을 최소화한다는 점에서 초고령사회에 대처하기 위한 연금제도로 개편하여 부분근로와 부분연금을 자유롭게 선택할 수 있도록 유도하고 있음.

- 본인의 연금액 기준으로 20%, 40%, 60%, 80%를 선택할 수 있으며, 부분근로를 통해 부족한 노후생활비를 보충할 수 있음.
- 부분연금제도는 유연한 퇴직을 보장하고, 공공부문과 민간부문의 연금제도의 조화를 이루고자 한 사전퇴직 연금제도(pre-retirement pension) 개혁의 일환으로 도입되었음.
 - 고령 근로자의 근로능력 약화로 근로시간이 줄어드는 상황에서 정규직 근로자가 부분근로와 부분연금을 통해 완전노령연금 수급자로의 전환이 점진적으로 이루어질 수 있다는 취지에서 도입되었음.
- 부분연금제도 도입 초기에는 부분연금 선택을 위한 연령제한이 민간부문 60세, 공공부문 58세였음.
 - 1994년 공공부문과 민간부문의 동일한 제도 적용을 위해 민간 부문의 연령제한이 58세로 낮추어졌고 부분연금액은 연령에 상관없이 소득의 50%로 설정되었음.
 - 시간제 근무로 추가된 소득과 시간제 근무로 인해 감소한 소득 모두가 노령연금 급여산정에 포함되도록 함으로써 부분연금을 선택하더라도 정규직에서 은퇴하는 것과 비교시 노령연금액의 차이가 없도록 함.
- 2005년 연금개혁을 통해 58세~67세 사이에 부분연금을 선택하는 것이 가능해졌음.
- 부분연금제도 이용률 추이
 - 부분연금 연령제한이 2004년부터 상향 조정될 것으로 알려진 후 2002~2003년에 부분연금제도의 신규 가입자수가 최고에 달함.
 - 부분연금제도 수급자수는 1998년 이후부터는 신규수급자 수가 빠르게 증가하여 2003년에 최고치를 기록하며 41,000명 수급
 - 그러나 2003년 이후부터 연령제한이 상향조정됨에 따라 부분연금 선택자수가 급감하였고, 2006년 말 기준으로 31,000명이 부분연금 수급
- 2005년 연금개혁의 주된 목적은 퇴직연령을 2~3년 연장하는데 있음.
 - 조기 퇴직의 기회를 줄이는 대신 퇴직연령 시기에 근로를 계속할 경우 연

금제도를 통해 경제적인 유인 제공

- 연금제도에서 개인의 선택을 강화하여 퇴직연령을 63~68세 사이에서 선택할 수 있도록 하고 동시에 노령연금 조기 수급연령을 60세에서 62세로 증가시켜 조기 퇴직은 억제함.
- 63세부터의 연금 급여승률은 기존의 1.9%를 4.5%로 대폭 증가시켜 고령근로를 유인함.

— 연금개혁을 통해 장기적으로 60세 이상 연령층의 노동시장 잔류 비율이 현격하게 높아질 것으로 예상되고 있으며 50세 이상 연령층의 예상실효퇴직연령 역시 1993년 이후 뚜렷한 증가추이를 보이고 있음.

○ 현재 핀란드에서는 부분연금 가입자가 60~64세 근로자의 약 25%를 차지하고 있음.

— 이같은 높은 비율은 핀란드 노동시장과 관련하여 부분연금 가입자와 파트타임 고용이 증가한다는 것은 근로시간 증가가 근로자 수의 증가보다 느리다는 것을 의미함.

— 반면에 부분연금제도 활성화가 노동시장의 변화를 초래한 점을 주목할 수 있음.

- 파트타임 근로는 서비스 산업의 특정부문에 집중되어 있었고 여성의 비중이 높았으나, 남성들 상당수가 부분적인 은퇴를 선택함에 따라 과거에는 파트타임 근로가 드물었던 분야에서도 근무시간의 유연화를 가져왔음.

○ 부분연금제도가 제대로 발전할 경우 자발적인 파트타임 근로자가 증가할 수 있음.

— 핀란드는 비자발적인 파트타임 근로비율이 매우 높은데, 파트타임 근무자의 약 1/3이 비자발적으로 파트타임 근무를 하고 있음.

- 특히 부분연금제도를 통해 파트타임 근로를 하는 자들은 자신의 근무 시간에 만족하고 있음.

○ 시사점

— 부분연금제도와 파트타임 근로제도를 어떠한 방식으로 운영하느냐에 따라

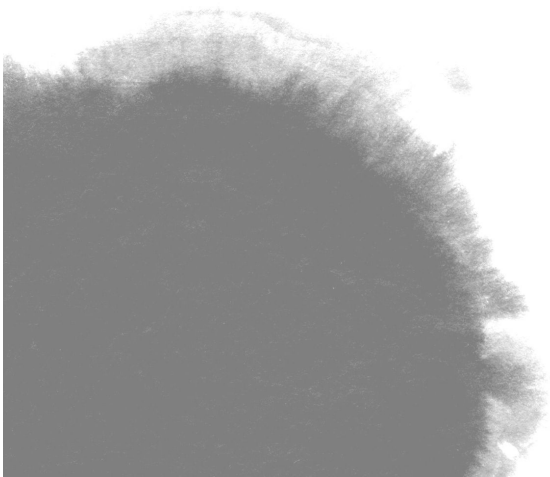
고령사회에 효과적으로 대처할 수도 있고 아니면 부분적인 조기퇴직을 양산할 수도 있음.

- 우리나라의 경우에는 파트타임 근무와 부분연금제도 도입을 서두르되, 장기적인 안목에서 관련 인프라를 정비함으로써 점진적으로 고령자의 파트타임 근로와 부분연금제도를 활성화해야 할 것임.

5장

KI
H
S
A

분야별 중기 정책과제:
보건복지행정·재정 분야



제5장 분야별 중기 정책과제:

보건복지행정·재정 분야

제1 절 보건복지 행정·재정 발전목표

□ 보건복지행정 및 전달체계

○ 정책환경(사회현상)

- － 미시적·분절적 제도 운영, 중앙과 지방간의 연계성 미흡
- － 사회 서비스 수요 증가, 서비스 정보·제도이용의 선택권 증가, 행정효율성 및 책임성 입증 요구 증가
- － 복지지출증가, 비효율적인 복지자원 배분, 복지재원 마련에 대한 사회적 합의 부재

○ 목표

- － 거시적·통합적 제도 운영, 중앙과 지방간의 연계성 제고
- － 쉽고 편리하고 적절한 복지서비스 이용, 투명하고 책임있는 복지 행정 구현
- － 복지재원 마련에 대한 사회적 합의 도출

○ 주요과제

사회현상	목표	주요과제	과제 성격
• 사회적 서비스 수요 증가 • 서비스 정보·제도이용의 선택권	쉽고 편리하고 충분한 복지서비스 이용	지역중심의 통합적 서비스 전달체계 구축	복지체감도 향상
		범부처 복지사업·정책의 any-stop 정보 제공·안내 강화 - 국가복지정보 포털, 이용자 온라인서비스 신청 강화	복지체감도 향상
	투명하고	사회정책의 총괄·조정 기능 강화	(효율적)

증가 • 행정효율성 및 책임성 입증 요구 증가	책임있는 복지 행정		운영체계 마련)
		상시적 사후관리체계 (부적정 급여 모니터링 및 권리구 제) 구축	복지 체감도 향상
		근거기반 정책 추진을 위한 통계생산 및 관리 체계 정비	(효율적 운영체계 마련)
-복지지출증 가 -비효율적인 복지자원 배분	복지자원의 적절한 배분	복지자원 배분의 우선순위 방안	사회통합 증진
		국가-지자체간 복지재정 분담 및 운영방식 개선	사회통합 증진
		중장기 사회복지 재정추계	미래투자
		사회복지통합관리망 범정부 적용 확대 및 운영 효율화	미래투자
	복지재원의 확보	복지확충을 위한 재원 마련 방안	미래투자

제2절 보건복지 행정·재정 주요 정책과제

1. 지역중심의 통합적 서비스 전달체계 구축

가. 현황 및 문제점

1) 현황 및 문제점

그간 사회복지통합관리망 구축(2010년), 지자체 사회복지인력 증원(2011년), 시군구 희망복지지원단을 통한 통합사례관리 기반 마련(2012년) 등 다각적인 복지 전달체계 개선 대책이 추진되었다.

첫째, 사회복지통합관리망을 구축하여 각 부처와 지방자치단체 및 민간 복지자원을 체계적으로 연계, 통합 관리하고, 복지급여와 서비스의 자격 및 이력정보를 통합 관리함으로써 필요한 혜택의 누락이나 중복, 부정수급을 방지할 시스템 마련하였으며, 이를 발전시켜 범정부 복지정보 연계시스템(사회보장정보시스템)을 통해 각 부처가 개별적으로 실시중인 복지 제도의 수급 및 관리체계를 효율화하는 방안이 추진되었다. 둘째, 수요자 중심의 맞춤형 복지실현을 위한 “복지전달체계 개선대책”을 마련하고, 핵심 과제로서 2014년까지 사회복지담당공무원 7천명의 확충을 추진하였으며, 셋째, 수요자 중심의 지역단위 통합서비스 제공 기반을 마련하기 위하여 시군구별로 희망복지지원단을 설치하여 체계적인 지역단위 통합사례관리체계를 운영하고 있다.

한편, 사회보장기본법의 개정을 계기로, ‘생애주기에 걸쳐 보편적으로 충족되어야 하는 기본 욕구와 특정 사회위험에 의한 특수욕구를 고려하여, 소득서비스를 보장하는 맞춤형 사회보장제도’로서 평생사회안전망을 구축하는 것이 현안과제가 되고 있다. 이 때, ‘사회적 취약계층을 위한 공공부조를 마련하여 최저생활을 보장하고, 모든 국민의 인간다운 생활과 자립, 사회참여, 자아실현 등을 지원하여 삶의 질이 향상될 수 있도록 사회서비스에 관한 시책을 마련하며, 다양한 사회적 위험 하에서

도 모든 국민들이 인간다운 생활을 할 수 있도록 소득을 보장하는 제도를 마련하여야 한다'는 명시적 규정과 함께, 사회서비스 보장과 소득보장의 효과적이고 균형적 연계를 국가와 지방자치단체의 책임으로 제시하고 있어 이를 실현할 제도 운영 및 지역단위 서비스 제공 체계를 새롭게 구축하는 데 관심이 모아지고 있다.

한편, 복지사업의 영역은 점차 확대되고 있다. 정부가 취합한 복지사업 현황 자료에 따르면, 16개 부처에서 298개의 사업 중 보건복지부 사업은 44.0%이며, 그 이외 부처 사업이 56%였다. 욕구범주별로 구분해 볼 때, 전통적인 복지영역인 생활안정, 보육, 사회서비스 이외에 근로(12.8%), 교육학습(11.4%), 주거환경(7.7%), 문화(3.7%), 에너지(3.7%) 등 다양한 유관분야의 사업이 포함된다(국회입법조사처 분석 자료 인용). 이 중 절반 이상이 지자체를 통해 집행되고 있는 제도이지만, 별도의 전달체계를 통해 전달되는 서비스도 다수로서, 생애주기별 연속성, 통합성이 높은 복지서비스 제공을 위해서는 부문간 협력기반 조성 등 체계적인 시스템 마련이 요청되는 것이다.

〈표 5-1〉 복지급여의 욕구범주별 현황

분야	건강 의료	생활 안정	근로	교육 학습	보육	주거 환경	사회 서비스	보상	문화	에 너 지	아 동	장 제 지원	관 의	합계
사 업 수	58	52	38	34	24	23	19	13	11	11	6	4	5	298
비 율	19.5	17.4	12.8	11.4	8.1	7.7	6.4	4.4	3.7	3.7	2.0	1.3	1.7	100.0

자료: 국회입법조사처(2012. 8), 이슈와 논점, p.2

정부는 지역사회 차원의 통합적 서비스 전달체계 구축 필요성에 주목하여, 희망복지지원단 운영 이후 개별 사례관리사업 및 방문형서비스사업의 연계·협력체계 구축에 주력하였고, 지역사회복지협의체 활용을 통한 보건, 고용, 주거, 교육 부문의 서비스 제공 주체와 정보공유, 서비스 협력 제공 등이 이루어지고 있으나, 아직은 지자체별 편차가 있으며 전반적으로 활성화가 더딘 실정이다.

특히 부문간 협력이 요구되는 취업취약계층 지원의 경우, 지자체에 직업상담사를 배치, 사례조정회의를 운영하고 있으나, 지자체별 1명의 인원으로는 수요에 대응하지 못하고 있는 실정이다. 또한 기관간 연계체계가 취약하여, 지자체와 고용지원센터, 지역자활센터 사이에 수급자 관리가 적절하게 연계되지 못하며, 대상자 욕구와 필요에 따른 복지와 고용서비스, 통합적 서비스가 미흡함. 이들 기관간의 신뢰 형성이 미진하여 적절한 서비스연계가 부족하다. 예컨대 보건소의 ‘방문건강관리사업’은 희망복지지원단의 사례관리 사업과 대상자 및 사업 목적이 공유될 수 있으나, 그간의 협력·서비스연계는 담당자의 비공식적 노력에 의존해왔다. 전국 보건소(253개소)에 채용된 간호사, 물리치료사 등 2,750명의 전문인력이 120만 취약가구 관리(’11년, 복지부 주요업무자료)를 담당하고 있는데, 다음 표에서와 같이 복지사업의 다양한 대상계층에 대하여 서비스가 이루어지고 있어, 협력의 여지가 클 것으로 볼 수 있다.

〈표 5-2〉 보건소 방문건강관리 사업의 취약계층 포함범위

(단위: 기관수)

조사 기관수	기초수급자	노인	노부부세대	소년소녀가장	독거노인	차상위계층	모부자가정	기타
1,448	1,294 (89.4%)	699 (48.3%)	460 (31.8%)	399 (27.6%)	1,027 (70.9%)	462 (31.9%)	220 (15.2%)	127 (8.8%)

자료: 장현숙 외. 방문보건사업 모니터링 및 활성화방안 개발. 한국보건산업진흥원. 2006

주: 중복응답 결과이며, 보건소 197개, 보건지소 829개, 보건진료소 422개가 조사 기관으로 포함됨.

2) 쟁점

그간 사회복지 전달체계의 개선은, 주로 사회복지 정책 집행을 담당한 공공전달체제로서 지자체 복지행정의 조직과 인력에 중점을 두어왔고, 이는 협소한 접근으로 비판되기도 하였으나, 공공영역의 책임성 강화를 위한 지자체(시군구-읍면동)의 기능 강화 추진은 여전히 핵심적인 전달체계의 과제라 할 수 있다.

지역사회 공공, 민간의 협력 기반을 통한 복지 수요와 공급관리, 이용자중심의 서

비스 이용체계 마련을 위해 관련 제도 개선이 추진되었으나, 지자체의 조직, 인력 확보, 업무행태 등 복합적인 변화가 병행되어야 하는 바, 이용자 체감도의 향상이나 적절하고 지속적인 복지욕구 및 문제해결의 향상을 위해서는 상당기간이 소요될 것이며, 지속적인 정책적 관심과 기반 마련이 필요하다. 지자체 복지행정부서, 보건소, 노동부 고용지원센터, 건강보험공단 장기요양센터 등 복지부문 서비스 이용을 위한 gateway가 분절적으로 운영되고 있으며, 지역사회복지협의체를 운영하고 있으나 자발적 참여에 의존하고 있어 서비스의 통합성을 높이는 효과는 제한적이기 때문이다.

또한 시군구 ‘희망복지지원단’의 운영을 추진, 2010년 사회복지통합관리망의 구축과 함께 복지 전달체계의 개선을 주도할 계기가 될 것으로 기대되고 있으나, 이를 확산할 새로운 구조가 요청된다. 이와 관련하여 전격적인 기존 조직(복지, 보건, 고용, 노인장기요양 등)의 통합보다는 지자체의 복지 책임을 강화하되, 주민의 편의와 서비스 접근성을 높일 수 있는 업무의 절차·역할의 조정, 인력활용의 개선을 도모하는 방향이 적절할 것으로 보인다. ‘통합사례관리, 지역 공공 민간자원 관리, 긴급복지, 개별 사례관리사업 및 방문형서비스사업 연계 협력체계 구축, 읍면동 주민센터의 복지업무 지도감독 등을 통하여 지역단위 맞춤형 서비스 제공체계의 컨트롤타워 기능을 수행’하는 서비스지원 중심의 복지행정 시스템을 구축하는 방향에 중점을 두어 검토가 필요할 것이다.

나. 정책목표

〈표 5-3〉 지역중심의 통합적 서비스 전달체계 구축

구분	2012년	2017년
시군구 통합복지행정센터(가칭) 운영을 통한 이용자 접근성 및 서비스 대응성 제고	<ul style="list-style-type: none"> - 시군구에 「희망복지지원단」 운영, 통합 사례관리 실시 (평균 인력 10명) - 읍면동 주민센터를 다양한 복지정보제공, 서비스 연계지원 중심의 종합복지창구로 기능전환 추진 (평균 복지직 2명) - 노인장기요양, 고용지원, 보건 등 제도별 전달체계의 분절적 신청접수, 연계의뢰 미흡 	<ul style="list-style-type: none"> - 읍면동을 복지중심의 「통합복지행정센터(가칭)」으로 개편하되, 도시지역의 동 통합을 통한 행정효율화 추진 <ul style="list-style-type: none"> • 1개 센터 약 40명 규모로 구성, 절반이상을 복지관련 전문직으로 배치(사회복지직, 자활지원상담사, 정신보건인력 등) - 각종 사회서비스 및 유관복지제도 신청·접수·안내의 통합창구 운영

다. 개선방안

첫째, 시군구 희망복지지원단을 중심으로 통합사례관리 활성화 및 서비스 신청·접수 창구(gateway)의 접근성을 향상하는 방안을 마련한다. 현행 읍면동 주민센터(아래 제시하는 「통합복지행정센터(가칭)」)을 중심으로, 기존 복지급여뿐만 아니라, 노인장기요양서비스, 방문보건서비스, 고용지원서비스 등 광의의 복지영역 서비스에 대한 정보제공 및 기초상담을 서비스 신청, 해당기관 의뢰를 담당하도록 하여, 이용자 중심의 통합적 서비스 접근이 가능하도록 하는 방안을 검토할 필요가 있다.

둘째, 시군구의 권역별 「통합복지행정센터(가칭)」 운영을 제안 한다. 개편 목적은 첫째, 주민 복지를 위한 공공서비스 접근성 향상, 둘째, 복지중심의 대민서비스 점진 기능 강화, 셋째, 서비스 지원 강화를 위한 시군구-읍면동의 업무 재구조화, 넷째, 지자체의 복지행정 및 사회서비스 수급 관리 기능 강화, 다섯째, 지방행정의 복지책임 및 서비스 기능 강화를 위한 공공인력의 효율적 활용으로 설정할 수 있다. 지자체 복지조직의 개편은 사회복지, 일반민원행정 중심의 주민센터 기능을 복지·고용·보건 등 사회정책 부문의 서비스 접근 창구 기능으로 전환(정보제공 기능의 강화: 대면상담 안내를 비롯, 지역별 콜센터, 웹사이트 등 온라인서비스 기능 강화)하며, 시군구-읍면동에서 병행하는 ‘대면서비스’를 일원화된 구조로 통합, 최일선사무소를 사례관리체계 중심으로 구성(희망복지지원단의 권역별·영역별 확대, 재구조화)하고, 별도의 사회서비스 관리운영체계, 고용서비스 기관, 보건서비스 기관과의 공식적 의뢰, 협력체계를 강화(기관별 직원의 파견 근무 추진, 상시 근무 혹은 탄력적인 양기관 근무방안 고려)하는 데 중점을 두는 방안이다. 이를 위하여, 시군구본청의 복지 행정부서와 권역별 ‘통합복지행정센터(가칭)’로 재구조화하는데, 약 3.5개의 동주민센터를 1개소로 통합(1개소당 평균 인구 63천명)하여 복지중심의 최일선행정사무소를 구성하는 방안이다. 이 경우 주민의 물리적 접근성은 저하될 것이지만, 도시지역의 경우 접근성의 저하는 서비스 향상으로 상쇄가능할 것으로 판단된다. 복지직과 일반직이 함께하는 40명 규모의 도시지역 통합복지행정센터(가칭)는 2,058개의 현행동에 약 600개소 설치되는 것이다. 이 때, 사회복지직 뿐만 아니라 사회복지통합서

비스요원, 드림스타트담당, 보건소방문보건담당, 자활사례관리사(추가 확보) 등의 배치가 이루어지도록 한다. 통합센터 내 조직은 “안내·접수·상담 팀”과 “사례관리팀”으로 구성하고, “안내·접수·상담 팀”에서는 접수담당자(receptionist)가 방문목적 식별, 상담 영역 screening, 기본 정보제공을, 분야별 상담자를 가구(위기가구, 여성, 다문화, 폭력, 정신건강 등), 아동, 장애인, 노인 영역별로 배치한다. “사례관리 팀”은 분야별 사례관리팀을 구성, 지역여건에 따라 순차적으로 전문화하되 ‘위기가구 및 아동’ 사례관리체계를 보편적으로 강화(위기가구(통합사례관리) 및 아동(드림스타트), 장애인, 노인, 자활 사례관리)하는 방안을 검토한다. 접근성이 도시지역과 크게 다른 군지역은 우선 군지역 희망복지지원단의 인력을 보강하고, 보건소 방문보건 인력과 결합으로, “권역별 희망복지지원팀” 운영을 강화하는 방안이 적절할 것으로 보인다.

셋째, 사회서비스 전달체계의 정비가 필요하다. 건강보험공단에서 관리운영을 담당하는 ‘노인장기요양서비스’는 사회서비스 부문의 핵심서비스로서, 노인에 대한 포괄적인 서비스 지원을 위한 사례관리 기능 강화가 요구되고 있으므로, 개편 추진되는 「통합복지행정센터(가칭)」을 중심으로 보건소와 협력하여, 장기요양서비스신청자(등급외자, 서비스미이용자 등)에 대한 서비스연계지원등 사례관리를 담당하도록 할 필요가 있다. 단기적으로는 저소득·독거노인을 중심으로 사례관리를 실시하고, 군지역에서는 그 대상을 크게 확대하여 운영하는 방안이다. 또한 시범사업중인 ‘장애인 지원체계’(국민연금공단 중심)는 시군구 희망복지지원단을 중심으로 운영되도록 추진할 필요가 있다. ‘아동 사례관리체계’인 드림스타트사업은 희망복지지원단의 핵심 사업으로 강화하여, 지역 내 아동돌봄서비스의 조정 역할이 확대되도록 한다.

넷째, 복지·고용지원의 통합적 서비스체계가 마련되어야 한다. 취업취약계층에 대한 고용지원서비스 및 취업능력 향상프로그램의 시군구, 고용지원센터간 역할범위를 명확화하여, 단기적으로 직업상담사의 시군구 희망복지지원단 배치를 대거 확대하고, 본격적인 취업취약계층의 고용지원을 위한 사례관리를 고용센터, 자활지원센터, 지자체가 어떻게 분담할 것인지 검토되어야 할 것이다(대상자 스크리닝 및 기초상담의 경우 지자체와 고용지원센터의 역할, 전면적 사례관리의 경우 지역자활센터와 고용

지원센터 역할 등)

다섯째, 복지-보건서비스 협력체계의 경우, 보건소 방문건강관리사업 담당 1인의 희망복지지원단 혹은 「통합복지행정센터(가칭)」 파견배치가 고려될 필요가 있다. 배치 인력은 보건소의 주사례관리가 필요한 대상자의 선별(screening), 보건소로의 연계 업무를 주로 담당하는 방안이다. 방문건강관리사업과 복지사업의 연계를 위하여 우선 공동활용 서식을 개발하여, 전산시스템을 통한 의뢰·연계체계를 구축하고, 일선창구의 초기상담 단계에서 보건서비스가 단순 보건서비스 이용이 필요한 경우 보건소 사업(프로그램)에 대한 정보제공 및 연계를 강화하는 방안이 검토될 필요가 있다. 또한 군 지역의 경우, 희망복지지원단과 보건소의 ‘사례관리 TF’ 구성·상설화가 필요하다. 상시적 정례회의 개최로, 각 관리 대상자들에게서 발생한 욕구에 대한 공유, 수요자에 대한 통합적 접근 방안 모색, TF 활동 내용에 대해 정기적 보고가 이루어져야 할 것이다.

여섯째, 포괄보조금 방식의 통합서비스사업의 예산 마련이 검토되어야 할 것이다. 희망복지지원단이 실시하는 통합사례관리사업이 본격화되도록 사업운영 예산을 확보(중앙정부 보조사업)할 필요가 있다. 또한 성과 평가과정에서 복지와 고용, 보건, 교육, 주거 등 유관부문과의 협력사업의 경우 사업 정착시까지 가중치를 부여하여, 협력 동기가 제고되도록 해야 할 것이다.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
지자체 「통합복지행정센터(가칭)」 설치 운영					
- 통합복지행정센터 운영 세부방안 마련 및 타당성 검토					
- 관련 법안 개정					
- 시군구별 통합복지행정센터 설치 시작					
- 지자체 사회복지담당공무원 증원(7천명) 배치 완료					
- 유관 직종별 추가 인력 소요 산출 및 배치					
- 성과 평가 및 개선방안 마련					
지역단위 통합적 서비스 제공체계 마련					
- 사회서비스 부문의 지자체중심 서비스지원 체계 모형 개발 (노인, 장애인, 아동 등)					
- 「통합복지행정센터(가칭)」의 신청·접수, 정보제공의 통합창구 기능 강화					
- 범정부 정보연계시스템에 기반한 부문간 서비스 이용정보 교류					
- 포괄보조금 방식의 통합서비스사업 예산 운용					
- 성과 평가 및 개선방안 마련					

2. 법정부 복지사업·정책의 any-stop 정보제공·안내 강화

가. 현황 및 문제점

1) 현황

우리나라의 정부주도 복지사업은 2012년 5월 현재 16개부처 총 298개 복지서비스가 시행되고 있으며, 이는 복지정책방향에 따라 계속 증가하고는 있다. 그러나 이들 사업들은 지원대상기준, 지원내역, 처리기준 및 절차 등이 표준화되어 있지 않고 관련 전산처리시스템은 부처별, 사업별로 각기 구축 및 운영되고 있다(표 1 참조).

〈표 5-4〉 부처별 주요 복지사업 및 복지관련 정보시스템 현황

부처	사업수*	급여서비스명
	시스템수	시스템명
복지부	131	노인일자리지원, 소아암환자의료비지원, 성인암환자의료비지원 등
	18	행복e음, 보건소통합정보시스템, 사회복지시설정보시스템등
보건처	38	국가유공자의료급여증발급, 애국지사특별예우금, 장기요양급여이용지원 등
	2	e-통합보훈정보시스템, 제대군인지원센터관리시스템(Vnet)
고용부	21	장애인고용시설장비용자, 장애인고용시설장비지원, 장애인고용장려금지원 등
	9	고용보험시스템, 일모아시스템, 워크넷 등
교과부	17	저소득층학생교육비지원, 저소득층자녀PC 및 인터넷통신비지원 등
	3	온라인교육비신청시스템, 장학업무시스템, NEIS
한국장학재단	2	사랑드림(기부금), 국가연구장학금(인문사회계) : 한국장학재단자체사업
농림부	6	농어촌주택개량자금지원, 농촌출신대학생학자금융자 등
	2	농수산사업정보시스템, 농촌지도원시스템
산림청	3	산림서비스도우미, 산림재해모니터링, 공공산림가꾸기
여가부	22	아이돌보미, 폭력피해여성주거지원사업, 청소년한부모고교생교육비지원 등
	3	아이돌보미서비스 바우처 통합업무관리시스템 등
행안부	15	정보통신보호기기보급, 사랑의 그린PC보급, 생계급여(일반)-취약계층일자리지원 등
	2	정보통신보호기기 통합관리시스템, 지방세 정보통신망
국토부	12	국민임대주택공급, 영구임대주택공급, 장기전세주택공급, 공공임대주택공급 등
	1	개발제한구역 관리정보시스템
문화부	4	여행바우처, 스포츠바우처, 지방문화원어르신문화프로그램운영, 문화바우처
	3	문화바우처, 스포츠바우처, 여행바우처
지정부	9	열요금감면(에너지복지요금지원제도), 연탄현물(쿠폰)보조 등
	7	공사 열요금시스템, 연탄쿠폰 총괄관리시스템 등
환경부	3	기초생활대상자주택내급수관개량지원, 기초생활수급가구수도분기관연결사업 등
국세청	1	근로장려금
금융위	5	금리우대보급자리론(구,보급자리론금리우대), 저소득가구전세자금보증 등
방통위	7	지상파텔레비전방송의 디지털전환사업, 이동통신요금감면 등
중기청	2	소상공인지원(융자), 저소득장애인에게 영업장소제공(구, 소득장애인창업인큐베이터구축)

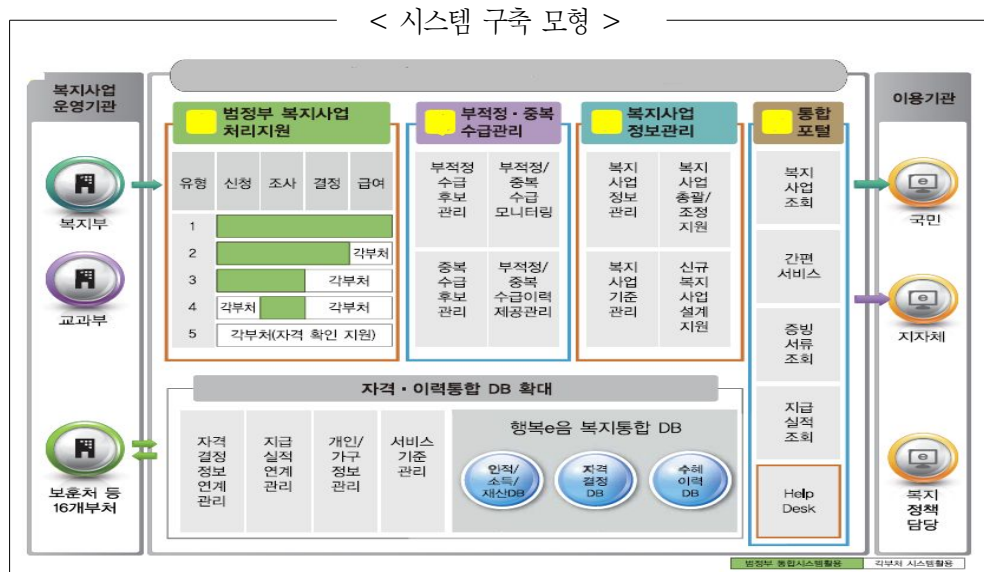
이에 따라 부처간 혹은 부처내 서비스 중복 및 부정수급의 우려가 발생하여 복지부에서는 복지부와 일부 부처 복지사업의 지원대상자 및 지원내역을 통합관리하기 위하여 2010년 1월부터 ‘사회복지통합관리망(행복e음)’을 구축·운영 중에 있다. 사회복지통합관리망은 000 현재 105종 복지사업에 대한 복지급여 및 서비스이력의 개인별·가구별 통합관리와 더불어 27개기관 219종의 소득재산 정보서비스이력정보 등을 연계·제공하여 복지수급자 선정업무 등을 지원하고 있다.

또한 행안부 주관으로 각 부처 복지사업의 중복·부정 수급을 방지하고 행정 효율성을 강화하기 위해 2010년부터 범정부 복지정보연계사업을 추진하기 시작하였으나, 국가정책조정회의에서 사회복지통합관리망과의 통합이 결정되어 복지부주관으로 2011년부터 범정부 복지정보통합시스템⁹⁷⁾ 구축 제1단계, 제2단계사업이 추진 중에 있다. 이러한 사회보장정보시스템(범정부)은 업무처리지원, 연계관리, 복지사업 정보관리, 복지로 범정부서비스(대국민 서비스), 범정부 통합포털, 부적정·중복 수급관리 업무 등으로 구성되어 있으며 2012년 8월 1일 198개사업에 대해 1차 개통하고, 2013년 2월까지 나머지 95개 사업을 추가로 연계하여 전 부처 293개 사업에 대한 시스템구축을 완료할 예정에 있다⁹⁸⁾.

97) 사회보장정보시스템(범정부) 이라 칭함.

98) 보건복지부 보도자료, “전 부처 복지정보 연계를 통한 맞춤형 복지제공기반 강화”, 2012.08.01.

<그림 5-1> 사회보장정보시스템(범정부) 모형도



2) 문제점

사회복지통합관리망에 이어 사회보장정보시스템(범정부)이 구축됨으로써 각 부처 복지사업의 중복·부정 수급 방지 및 행정 효율성 강화기반은 마련되었으나 수혜자 기반의 복지서비스에 대한 종합적인 안내·상담지원(‘복지알림이’ 서비스), 사례관리와 더불어 일반국민이 서비스신청까지 이용할 수 있는 완결형 온라인서비스 제공기능은 미흡한 상황이다.

이를 시스템 구축, 시스템 운영 및 관리, 그리고 시스템 활용측면에서 살펴보면 먼저 시스템 구축측면에 있어서는 욕구 및 자원에 대한 표준분류체계 등과 같은 표준화작업이 정착되지 않아 관련자원 DB 구축의 완결성 및 확장성이 부족하다. 다음으로 시스템 운영 및 관리측면에서는 서비스 관련정보 제공에 있어 현재 ‘범정부 복지정보 통합포털’과 ‘복지로’를 통해 제공하고 있으나 정보제공처가 중앙과 지자체, 중앙에서도 서로다른 부처 등 다양한만큼 정보변경에 따른 시의적인 정보의 현행화가 미흡한 실정이다. 이는 곧 중앙 및 지자체차원에서의 정보수집, 정보처리, 정보변

경 등과 같은 정보관리체계가 정립되지 않음을 시사하고 있다. 마지막으로 시스템 활용측면에 있어서는 업무담당자 및 일반국민차원에서 수혜자 욕구에 기반한 맞춤형 서비스 제공, 검색환경이 아직은 원활하지 않을 뿐 아니라 온라인 서비스 확대가 필요하며 ‘복지로’에 대한 복지서비스 온라인 대표 통합창구라는 인지도 또한 낮은 실정이다.

3) 쟁점

이러한 문제점들에 대한 쟁점을 정리해보면, 첫째, 분류체계 표준화, 둘째, 중앙 및 지자체 복지사업 정보관리체계 정립, 셋째, 맞춤형 서비스 제공 및 검색환경 강화, 넷째, 온라인 서비스신청에 대한 접근성 확대 및 온라인 서비스 확대, 다섯째, 복지관련 대표 통합창구에 대한 대국민 홍보 강화 등을 들 수 있다.

나. 정책목표

이들 각각의 쟁점에 대한 2012년 대비 향후 5년 후인 2017년 각각의 정책목표를 제시해보면 <표 2>와 같다.

<표 5-5> 국가복지서비스 통합정보 및 서비스 제공에 대한 정책목표

구분		2012년	2017년
분류체계 표준화		- 분류체계표준안 제시 및 적용	- 진화된 분류체계표준안 활용
복지사업 정보관리체계 정립		- 중앙에서의 batch 처리 및 관리	- 서비스제공기관에서의 실시간 처리 및 자동관리
맞춤형 서비스 제공		- 찾아주는 서비스	- 찾아가는 서비스
복지서비스 검색(검색환경)		- 디렉토리검색 및 단어검색	- 자연어검색 및 유의어검색 등
온라인신청 방법 및 서비스 확대		- 3종(모바일신청 불가)	- 50여종(모바일신청 가능)
온라인 복지대표 통합 창구 인지도	공공복지부문(6개)	- 3위*	- 1위
	공공서비스부문(179개)	- 36위*	- 10위

*. 랭키닷컴 기준

다. 개선방안

한편 이들 각각의 쟁점들에 대한 개선방안들을 도출해내면 다음과 같다.

우선, 분류체계 표준화에 대한 개선방안으로는 복지서비스에 대한 포괄적인 수요 자육구를 기반으로 한 분류체계 정립을 들 수 있으며, 복지사업 정보관리체계 정립에서는 관계부처 및 지자체들과의 협업프로세스 구축, 중앙 및 지자체단위의 정보관리를 위한 분산형 전담조직 구성, 시스템적 입력체계 구축, 시의적인 복지사업 정보관리 등을 개선방안으로 도출할 수 있다.

맞춤형 서비스제공을 위해서는 수혜자 필요에 의한 ‘찾아주는 서비스’에서 보다 적극적인 ‘찾아가는 서비스’로의 전환이 필요하다. 검색환경 강화를 위해서는 자연어 검색엔진 도입, 유의어사전 구축과 같은 개선방안을 제안할 수 있다.

온라인신청 방법 및 서비스 확대를 위해서는 모바일서비스 기반마련을 위한 시스템적 보안 적용과 더불어 다양한 서비스개발이 필요하며, 관련시스템 연계 및 통합을 통한 온라인서비스 발굴이 필요하다. 또한 상용포털을 통해 복지서비스정보 제공 및 서비스신청을 위한 협업이 필요하다 하겠다.

마지막으로 대표통합 창구에 대한 대국민 인식제고를 위해서는 대중매체를 통한 대국민홍보 강화가 필요하다.

라. 입법조치

「사회보장기본법」 후속조치로 개별부처에서 사회보장정보시스템(법정부)을 통해 처리하는 복지업무 관련법률 검토 및 개정안 도출이 지속적으로 필요하다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
서비스표준화					
- 복지분류체계 정립					
중앙 및 지자체 복지사업 정보관리체계 구축					
- 관계부처, 지자체들과의 협업 프로세스 구축					
- 중앙 및 지자체단위의 정보관리를 위한 분산형 전담조직 구성 및 운영					
- 시스템적 입력체계 구축					
- 시의적인 복지사업 정보관리					
맞춤형 서비스 제공					
- 개인별 수혜이력을 감안한 필요서비스 도출 및 보다 적극적인 서비스 제공					
검색환경 강화					
- 자연어 검색엔진 도입 등 기술적 환경 조성					
- 유의어사전 구축 등 업무적 환경 조성					
모바일서비스 기반마련 및 다양한 서비스 개발					
- 시스템적 보안 적용					
- 다양한 서비스 개발					
- 서비스 유지보수					
온라인서비스 확대를 위한 관련시스템 연계 및 통합					
- 온라인서비스 발굴					
- 온라인서비스를 위한 제반 여건 마련					
- 관련시스템 연계 및 통합					
상용포털과의 서비스연계 강화					
- 상용포털을 통한 복지서비스정보 제공 및 서비스신청을 위한 협업 추진(연차별 포털 수 추가)					
- 상용포털을 통한 복지서비스정보 및 서비스신청 제공					
대표통합 창구에 대한 대국민 홍보 강화					
- 대중매체를 통한 대국민 홍보					

3. 사회정책의 총괄·조정 기능 강화

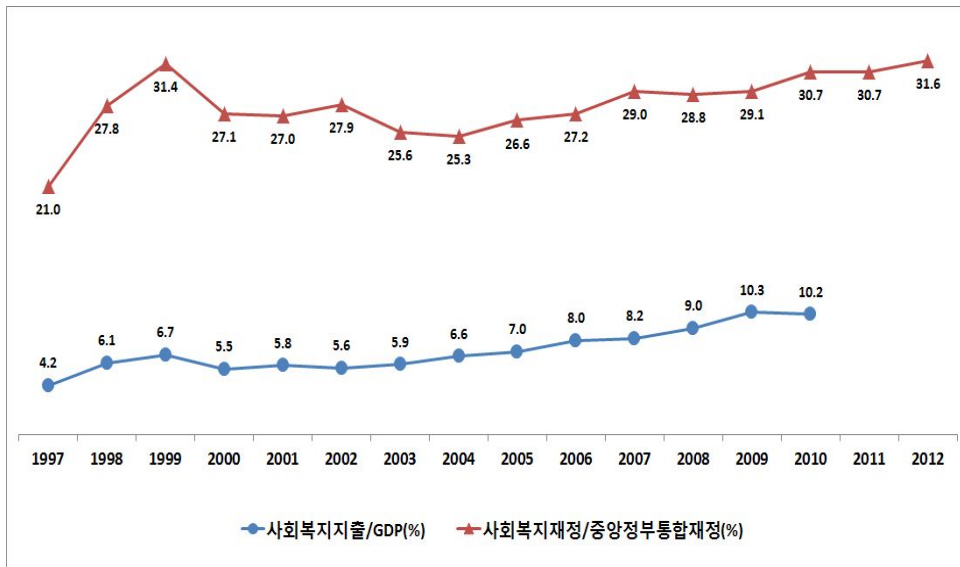
가. 총괄·조정기능 강화의 필요성

사회정책의 총괄·조정의 중요성이 높아진 것은 사회정책의 양적 성장과 영역 확대에서 기인한다. 사회정책의 양적 성장은 1990년대 후반의 외환위기 이후 경제상황의 악화가 직접적인 계기가 되었다. 1997년에 GDP 대비 사회복지지출은 4.2% 수준이었으며, 외환위기 직후인 1999년에 6.7%로 급격하게 증가하였다. 이후에 2000년대 중반 이후에 지속적으로 증가하여 2009년에는 10%를 넘어서고 있다. 또한 중앙정부 통합재정에서 사회복지재정이 차지하는 비율 역시 비슷한 양상을 보이고 있는데, 1997년에 21%에서 1999년에 31.4%로 급격하게 증가하였다. 이후에 2000년대 중반까지 조정을 거쳐 지속적으로 상승하여 2010년에는 30% 수준을 상회하였고, 2012년에 31.6%로 증가하였다.

사회복지정책을 포함한 사회정책의 양적 성장은 질적 변화로 연결되었으며, 특히 새로운 제도의 도입과 기존 제도의 대폭적인 변화를 동반하였다. 기존의 공공부조와 일부 사회보험 중심체제에서 사회보험의 역할 강화와 사회서비스의 급격한 팽창이 지속되었고, 급여의 대상자 역시 빈곤층 중심에서 중산층을 포함하는 전국민으로 확대되었다. 생산적 복지와 같은 노동연계복지가 강조되면서 사회복지정책은 노동시장 정책과의 연계·통합이 강조되었으며, 고용지원과 직업훈련과 같은 적극적 노동시장 정책이 사회정책의 주요 영역으로 자리잡았다. 또한 일자리 창출, 사회서비스 및 현물급여의 확대는 사회정책의 복잡성과 정책집행의 난이도를 급격하게 증가시켰다. 이러한 맥락에서 공공부조와 현금급여 중심의 기존의 정책을 담당하였던 행정체계로는 이를 감당하기 어려운 상황에 직면하게 되었다. 이러한 상황 변화를 반영하여 사회보장기본법이 전면 개정(2012.1 개정, 2013.1 시행 예정)되었으며, 이는 사회정책에 있어서 패러다임의 전환을 의미하는 것이다. 법률안의 내용에 의하면 사회보장제도는 국민이 일생동안 직면할 수 있는 다양한 사회적 위험에 대하여 사회정책과 경제정책을 통합적으로 고려하고, 이를 토대로 보편적·생애주기적 특성에 맞게 소득

과 서비스를 보장하는 방향으로 재정립을 모색할 필요가 있다. 또한 사회서비스는 기존의 사회복지 뿐 아니라 보건, 고용, 주거, 교육, 문화, 환경 분야까지 포함함으로써 기존의 취약계층 중심의 잔여적 복지에서 탈피하여 전국민을 대상으로 하는 통합적 복지를 지향하는 방식으로 전환함으로써 사회정책 영역의 확대와 통합적 접근을 강조한다.

[그림 5-2] 사회복지재정 및 지출의 연도별 추이



주 : 사회복지지출은 공공지출과 법정민간지출을 합한 것이다

자료 : 보건복지부, 한국의 사회복지지출, 통계청, e-나라지표

사회정책의 양적 성장과 영역 확대에 비해 행정체계의 발전이 뒤처지면서 제도와 전달체계간의 부조화 현상이 확대되었다. 공무원 수의 증가와 관료조직의 확대는 사회적 제약으로 사실상 불가능해지면서 사회정책 영역의 공단, 산하기관 등이 지속적으로 확대되었다. 또한 서비스 제공을 직접 담당하는 민간영역의 기관이 급격하게 증가하면서 공공영역과 민간영역의 역할 분담과 상호관계에 관련된 복잡한 쟁점들이 제기되었다. 사회정책에 있어서 준공공영역과 민간영역의 팽창과 역할 확대는 공공영역의 비중과 역할의 축소로 연결되었다. 지방자치단체는 빈곤층을 대상으로 하는

공공부조와 일부 사회서비스 업무에 치중하는 경향성을 보였으며, 중앙정부 수준에서 기존의 사회정책의 담당 부처들은 중심성과 통합성이 약화되었다. 따라서 사회정책의 영역의 확장과 제도의 양적 성장은 공공영역의 상대적 위축, 정책과정의 분산성 강화로 귀착되었고, 공공영역 내부의 분산성을 높이는 방향으로 작용하였다. 사회정책 영역의 제도 및 업무가 여러 부처에 분산되어 있고, 이로 인하여 사회정책 담당 부처간 총괄·조정기능의 중요성이 커지고 있다. 사회보험의 경우 5개 유형(연금, 건강, 산재, 고용, 노인장기요양), 9개 제도(국민연금, 공무원연금, 사학연금, 군인연금, 별정우체국연금, 건강보험, 산재보험, 고용보험, 노인장기요양보험)를 6개 부처(보건복지부, 행정안전부, 교육과학기술부, 국방부, 지식경제부, 노동부)가 담당하고 있다. 공공부조와 사회서비스 영역의 복지사업의 경우 298개 사업을 16개 중앙행정기관이 담당하고 있으며, 사회서비스에 한정하는 경우에도 57개 사업 7개 부처에 분산되어 있다. 사회복지업무는 담당 부처간·사업간 중복 현상이 빈번하여 중앙정부 차원에서 사회복지정책을 총괄하고, 통합적 관점에서 정책기획·조정, 집행관리가 미흡한 것이 현실이다. 또한 중앙정부의 정책결정과 집행 기능이 극대화되어 있고, 지방자치단체의 역할과 기능이 최소화된 중앙집권적 구조하에서 중앙정부 수준의 업무 분산성은 지방자치단체로 그대로 투영되어 통합적 서비스 제공과 제도간 수평적 연계가 부족하다.

<표 5-6> 사회복지사업 및 사회서비스사업의 담당 중앙행정기관 현황

	복지사업		사회서비스 사업	
	사업수(개)	비율(%)	사업 수(개)	비율(%)
고용노동부	21	7.1	2	3.7
교육과학기술부	19	6.4	6	10.9
국가보훈처	38	12.8	2	3.6
국토해양부	12	4.0	-	-
기획재정부 국세청	1	0.3	-	-
금융위원회	5	1.7	-	-
농림수산식품부	6	2.0	2	3.6
농림수산식품부 산림청	3	1.0	-	-
문화체육관광부	4	1.3	4	7.3
방송통신위원회	7	2.4	-	-
보건복지부	131	44.0	32	58.2
여성가족부	22	7.4	7	12.7
지식경제부	9	3.0	-	-
지식경제부 중소기업청	2	0.7	-	-
행정안전부	15	5.0	-	-
환경부	3	1.0	-	-
합계	298	100	55	100

사회정책의 총괄·조정기능의 강화가 필요한 이유는 국가혁신체제의 성장과 복지의 선순환을 구조의 정착을 위한 사회정책의 역할 변화와 이로 인한 사회정책 영역 내 연계·통합이 강조되어야 하기 때문이다. 국가혁신체제(National Innovation System)란 특정 국가내에서 새로운 기술의 창출, 변경, 확산을 유도하는 공적·사적 제도들의 네트워크를 의미한다. 글로벌 경제구조와 지식기반경제하에서 지속적인 성장은 국가적으로 새로운 지식과 기술의 창출, 활용을 효과적으로 가능하게 하는 혁신시스템의 제도화가 관건이다. 국가혁신체제가 제대로 작동하기 위해서는 거시경제 정책, 고용창출정책, 인적자원개발 및 사회보장제도 등 모든 제도적 시스템을 연계하여 포괄할 필요가 있다. 또한 성장과 분배의 조화를 목표로 하는 경우 생산영역의 인적자원개발, 고용창출, 노사관계, 거시경제정책을 보완해주는 사회보장제도의 역할도 국가혁신체제의 핵심 변수이다.

국가혁신체제에서 사회보장제도는 국제경제의 경기변동과 산업의 구조조정에서 불가피하게 발생하는 실업과 취약계층 보호의 역할을 담당하며, 이는 유연안정화의

기본 전제이다. 국민들이 직면하는 다양한 사회적 위험에 대한 안정적인 보호를 통해 건강한 양질의 인력을 공급하고, 사회적 안정화를 통하여 지속적인 학습과 자기 계발을 가능하게 해주며, 이는 국가의 인적자원 개발체계를 효과적으로 작동하게 한다. 따라서 사회보장제도는 지속적인 성장을 위한 긍정적인 환경을 조성하고, 경기 변동에 따른 경제적 조정과 인적자원개발에 보완적 역할을 수행해야 할 것이다.

사회보장정책이 국가혁신체제의 핵심 구성요소이며, 성장과 분배의 조화라는 상충적 목표를 달성하기 위해서는 사회정책의 내실화가 기본 전제이다. 사회정책의 내실화는 제도의 파편성과 담당기관의 분산성을 최소화하고, 영역간·제도간 연계 강화를 위한 정책총괄·조정 기능의 강화가 핵심요인의 하나이다. 저출산 고령화로 대표되는 인구구조의 변동은 보건-복지-고용-사회서비스 등에 대한 복합적 연계 수요의 증가로 연결된다. 예를 들어 대다수 국민들이 보건과 복지서비스의 동시적 수혜 대상이며, 노인장기요양 영역에 있어서 요양병원과 요양시설과 같이 보건의료와 복지서비스의 경계가 분명하지 않다. 장애인, 저소득, 취약계층 가구의 경우 일자리, 소득문제와 더불어 건강 문제가 복합적으로 결부된 경우가 많다는 점에서 통합 사례관리의 중요성이 증가하고 있다. 건강과 안전에 대한 예방적 차원의 서비스를 제공하는 것 역시 중요한 과제이다. 각종 사고와 사회적 일탈로 인한 노동력의 손실과 사회적 비용의 유발은 국가경쟁력을 약화시키는 요인이며, 따라서 예방적 보건의료체제의 구축을 기반으로 국민들이 높은 수준의 건강상태를 유지하는 것은 국가 인적자원의 효율적 활용과 더불어 가능한 많은 국민들이 생산에 참여할 수 있다는 점에서 장기적으로 국가경쟁력 제고에 중요한 조건이 된다. 인구고령화의 급속한 진전은 중·장기적으로 생산담당인구의 감소를 초래할 것이며, 이러한 문제를 대처하는 유력한 대안은 여성의 경제활동 참여를 높이는 방안이다. 여성들의 경제활동 참여를 증진시키기 위해서는 보육 및 이동복지서비스, 노인돌봄 서비스가 중요하다. 동시에 사회서비스의 공급 증가는 사회적 일자리 창출에 기여하며, 동시에 가족구조 변동에 따른 새로운 사회적 위험을 보호하는 중요한 수단인 것이다. 결론적으로 향후에는 건강, 예방, 보건의료, 보육, 요양, 고용, 교육 및 학습 등의 사회정책 영역의 제도와 관련 서비스가 유기적으로 연계·통합되어야 하며, 이를 위해서는 사회정책

의 총괄·조정 기능의 강화가 필수적이다.

나. 사회정책의 총괄·조정기능 현황 및 문제점

우리나라 정부는 대통령 중심제를 채택하고 있으며, 행정부 차원에서 국가 정책의 최종적인 총괄·조정기능을 담당하는 기관은 대통령, 국무총리, 각부처 장관으로 구성되는 국무회의이다. 국무회의 이외에 부처가 정책조정은 다양한 방식과 제도적 장치를 통해서 이루어진다. 수직적 정책조정기제는 대통령과 국무총리의 이중 구조로 이루어졌으며, 대통령이 대통령실을 통하여 정부부처의 정책을 직접적으로 조정하거나, 국무총리가 국무총리실을 통하여 각 부처의 정책을 총괄, 지휘, 감독하는 방식으로 정책을 조정하기도 한다. 수평적 정책조정기제로 핵심 부처를 부총리급으로 승격하여 관련 정책을 조정하는 방식을 활용하기도 한다. 또한 부총리 제도와 유사한 방식으로 경제장관회의, 안보관계장관회의 등과 같은 관련 영역의 정부부처 장관으로 구성하는 회의체를 통하여 관련정책을 조정하기도 한다. 수직적, 수평적 정책조정기제 이외에 대통령 또는 국무총리 산하에 정책협의·조정을 담당하는 위원회를 설치하여 정책을 조정하는 방식이 있다. 정책협의와 조정을 위한 위원회는 행정부 내부에 국한되지 않고 행정부 외부의 전문가, 이해관계 집단의 대표 등을 포함하기도 한다.

사회정책 영역의 정책총괄과 부처간 정책조정 역시 유사한 방식과 메커니즘을 활용한다. 대통령(실)에 의한 정책조정이 일상화되어 있으며, 국무총리(실)에 의한 정책조정은 보조적 역할을 담당하기도 한다. 일상적인 정책결정과 조정은 국무회의에서 이루어지는데, 차관회의를 거쳐 국무회의에서 결정하는 방식은 정례화된 회의체를 통한 국정 전반의 협의와 정책조정을 수행한다. 반면에 핵심부처를 부총리로 하여 부처간 정책을 조정하는 방식은 사회정책 영역에서 제한적으로 활용하고 있다. 기획재정부 장관이 예산편성 권한을 활용하여 정책조정을 담당하고 있으며, 교육과 학기술후장관이 교육과 인적자원개발 영역의 정책을 총괄·조정하는 역할을 수행한다. 사회정책 영역의 정책조정 방식으로 가장 폭 넓게 활용되는 방식은 위원회를 활용하는 것이다. 정책협의와 조정을 담당하는 주요한 위원회로는 국가인적자원위원회

(대통령), 보육정책조정위원회(국무총리), 사회보장심의위원회(국무총리, 2013.01 이 후 사회보장위원회), 식품안전정책위원회(국무총리), 이동정책조정위원회(국무총리), 여성정책조정회의(국무총리), 자원봉사진흥위원회(국무총리), 장애인정책조정위원회(국무총리), 저출산고령사회위원회(대통령, 2012.11) 등이 있다.

경제성장과 산업정책이 중심을 차지했던 과거 권위주의 체제하에서 대통령, 대통령실(비서실), 부총리급의 경제부서의 일관된 정책조정체계는 급속한 경제성장과 산업화를 추진하는데 핵심적인 역할을 수행하였다. 그러나 민주화의 진전과 사회의 복잡성 증대로 권위주의적 통제와 획일적·단선적 방식의 정책조정체계는 일정한 한계를 노출하고 있다. 따라서 예산 편성권을 매개로 하는 통제적 정책조정방식에 탈피하여 정부부처 상호간 긴밀하고, 투명한 의사소통과 합의를 통한 민주적 조정방식이 요구된다.

수직적 정책조정체계의 중복성 역시 많은 문제점을 갖는다. 대통령실과 국무총리실의 정책조정 기능이 중복되고 있으며, 이로 인하여 업무의 효율적 그리고 일관성에 혼선을 초래할 가능성이 상존한다. 실제로 있어서 대통령 중심제하에서 대통령실의 조정기능이 압도적이고 국무총리실의 역할은 제한적이다. 대통령실과 국무총리실의 역할 분담과 정책조정에 있어서 비중은 제도화되어 있기 보다는 인적요인에 좌우되는 것이 현실이다. 정책총괄과 조정 기능이 대통령실에 집중되면서 통솔범위와 업무 과부하 현상으로 효과적인 정책조정에 장애가 되고 있으며, 과도한 권한의 집중은 국정운영의 부담으로 작용하고 있다. 또한 수직적 정책조정체계의 중복성은 개별 부처의 자율적이고 책임 있는 업무수행을 제약할 가능성을 내포하고 있다.

사회정책 영역의 정책협의를 조정할 위원회를 설치하여 운영하는 경우에도 정책의 조정이 쉽지 않다는 것이 현실이며, 이는 위원회를 활용한 정책조정 메카니즘의 취약성을 의미하는 것이다. 정책조정의 핵심은 관련 부처간 유기적인 의사소통과 정보공유, 하위단위 조직들로부터 자발적 집행의 순응을 얻기 위한 의사소통과 정책수단, 그리고 이러한 상황을 가능하게 하는 제도적 장치의 확보가 필수적이다. 그러나 현실에 있어서 위원회는 일종의 통과외례로 간주되는 경향성이 강하다.

또한 수직적 조정기계에 의한 권위적 결정, 예산권을 매개로 하는 경제부처의 정책 조정, 그리고 거대부처에 의한 독주 현상으로 인하여 위원회의 의사결정이 제약되고 있으며, 이로 인하여 수평적 그리고 자발적 정책조정의 관행을 기대하기 어렵다. 사회정책 영역에 있어서 전반적인 정책조정의 기능은 사회보장심의회위원회가 담당하고 있다. 그러나 현행 사회보장심의회위원회 정책조정을 가능하게 하는 제도적 장치가 결여되어 있으며, 정책결정 및 조정과정에서 소극적 역할에 국한되는 경향성을 보인다. 또한 저출산고령사회위원회, 보육정책조정위원회, 아동정책조정위원회, 장애인정책조정위원회 등 유사한 역할을 하는 위원회와 역할 분담이 명확하게 구분되지 않고 있는 실정이다.

수직적 방식의 정책조정과 위원회를 활용한 정책조정 이외에도 부처간 수평적 정책조정 역시 미흡한 것이 현실이며, 이는 부처 이기주의와 대부처주의의 부작용에서 비롯되었다. 개별 부처의 조직 이기주의는 자기중심적 의사결정의 관성(inertia)에서 비롯된 것으로, 정부 조직구조와 관계없이 관료제의 본질적 속성이다. 때문에 부처의 조직 이기주의는 옳고 그름을 판단하거나 제거의 대상으로 간주하는 것이 적절하지 않다. 오히려 부처 이기주의는 불가피하다는 점을 인정하고, 이를 기반으로 부처간 정책조정 방안 혹은 메카니즘을 고려하는 것이 필요하다. 부처간 수평적 정책조정 체계에 있어서 문제가 되는 것은 부처의 조직 이기주의를 제어할 장치가 취약하다는 것이다. 과거 경제개발 중심의 권위주의 체제하에서는 부총리제를 통하여 효과적인 정책조정이 가능하였으나, 최근에는 일부 거대부처의 독주와 예산권의 남용으로 인한 피해의식으로 부처간 원만한 정책조정과 협력을 기대하기 어려운 상황이다. 부처간 정책조정의 어려움을 극복하기 위하여 현 정부는 대부처주의에 입각하여 관련 기능을 통합함으로써 기능간 정책조정 수요를 내재화하였다. 통합된 부처의 조직내부의 정책조정은 일정 정도 효과를 나타낸 것을 사실이나, 조직 통합이 기계적 통합에 국한되고 유기적 통합이 미흡하여 시너지 효과를 창출하는데 한계를 보이고 있다. 또한 통합으로 인한 거대부처는 통솔범위의 과대화로 소관기능의 효과적 업무수행은 물론 기능간 균형성 확보에 어려움을 겪고 있다.

다. 정책총괄·조정 기능 강화를 위한 대안 모색

사회정책의 총괄·조정 기능을 강화를 모색하는 목적은 정책내용의 일관성 확보와 정책의 기능적 통합성을 높이기 위한 것이다. 정책의 일관성은 아무리 강조해도 지나치지 않다. 반면에 정책의 기능적 통합에 대한 논의는 보다 신중하게 접근할 필요가 있다. 사회가 발전하고, 정책의 다양성이 확대되면서 정부 조직이 담당하는 역할과 기능이 분화되는 것은 필연적인 결과이다. 그러나 복잡성과 다양성이 일정한 수준을 넘어서면 정책의 조정이 강조되면서 기능을 통합하는 방향으로 선회하게 된다. 일반적으로 기능 통합이란 여러 기관에 분산되어 수행되는 유사한 공공문제들을 통합을 통하여 하나의 기관에 집중시키는 방식으로 정부의 문제해결 능력을 제고하는 산출측면(output side)의 개선을 의미한다. 그러나 복잡한 사회문제 해결하기 위해서는 복수의 부처가 유사 기능을 중복 수행하는 것은 불가피하며, 정책간의 연관성은 매우 가변적이어서 조직구조 변화로 이를 효과적으로 대응하기 어렵다. 또한 대부처주의에 의하여 통합한 부처에서 나타난 부작용을 고려한다면, 기능 통합과 조직 통합을 동일한 개념으로 이해하는 것은 다소 위험하다. 오히려 개별 부처에서 담당하고 있는 유사한 혹은 중복적인 기능들을 유기적으로 연계하는 것을 기능 통합으로 이해해야 하며, 이런 관점에서 정책총괄·조정 기능을 강조하는 것이다.

정부 부처간 정책조정에서 가장 우선적으로 논의할 사항은 수직적 정책조정 체계를 정리하는 것이다. 즉 대통령실과 국무총리실의 이중적 정책조정방식을 일원화함으로써 수직적 정책조정체계의 효율성을 제고하는 것이 급선무이다. 또한 수직적 정책조정체계의 일원화는 대통령실과 국무총리실의 역할을 재조정하는 것과 국무총리실의 역할을 확대하는 방향으로 추진할 필요가 있다. 국무총리가 정책조정자로서 확고한 위상을 갖고 정부업무를 총괄함으로써 대통령에게 과도하게 집중된 정치적 그리고 정책적 부담을 완화하는 효과를 낳는다.

수직적 조정체계의 일원화와 더불어 수평적 정책조정 기능의 강화가 강조되어야 하며, 수평적 조정체계에 대한 논의의 출발점은 장관 중심의 자율적 부처 행정과 전문 부처주의의 정착이다. 전문 부처주의의 확립은 부처간 수평적 정책협의·조정

필요조건이며 동시에 정책기능의 연계·통합이 선결과제라 할 수 있다. 부처 수준의 일차적 정책조정체계의 확립은 상위 조직단위에 의한 수직적 조정업무의 부담을 줄일 수 있다는 점에서 전문 부처주의에 입각한 상향적 정책조정체계의 구축이 가능하다.

정책의 총괄·조정 기능의 강화를 위해서는 정책협의와 조정을 담당하는 위원회를 활성화할 필요가 있다. 정책 협의와 조정을 담당하는 위원회의 활성화는 외형적으로 위원회내에서 사회정책에 관한 논의와 토론, 그리고 의사소통이 활발하게 이루어지는 것을 의미한다. 실질적인 의미에서 위원회의 활성화란 위원회가 산출하는 결과물의 사회적 가치와 관련된다. 즉 위원회가 사회정책 영역에 있어서 핵심적 역할을 수행하고, 정책의 총괄·심의조정에 있어서 실질적인 권한을 행사한다는 것을 의미한다. 또한 위원회의 활성화는 정책을 담당하는 정부 부처는 물론 민간영역의 관련 기관, 그리고 정책수요자인 국민의 의견이 반영되는 것이 중요한 조건이다. 위원회는 사회적 합의를 위한 논의구조라는 점에서 위원회에서 이루어지는 정책협의·조정은 행정기관 내부 과정이 아니라 사회적 논의라는 점을 유의해야 할 것이다.

(1) 수직적 정책총괄·조정체계의 일원화

수직적 정책조정체계의 일원화를 위해서는 정책조정과 관련된 대통령과 국무총리의 역할을 명확하게 정리해야 한다. 대통령은 국가의 원수이며(헌법 66조), 정부의 수반으로서 **법령에 따라** 모든 중앙행정기관의 장을 지휘·감독한다(정부조직법 11조). 국무총리는 대통령을 보좌하며, 행정에 관하여 대통령의 명을 받아 행정각부를 통할하며(헌법 86조), **대통령의 명을 받아** 각 중앙행정기관의 장을 지휘·감독한다(정부조직법 16조). 헌법과 법률 규정을 문자적으로 해석한다면 대통령은 국무총리를 통하여 중앙행정기관을 지휘·감독하는 방식으로 정리하는 것이 타당하다. 따라서 수직적 정책조정체계는 대통령실과 국무총리실의 병렬방식이 아니라 대통령-국무총리-각부처의 직렬방식으로 정리하고, 부처간의 정책조정의 역할을 국무총리실을 중심으로 일원화해야 할 것이다. 즉 책임총리제를 통하여 총리실이 행정부처에 대한

일상적 정책조정 of 책임을 맡도록 하고, 대통령실은 부처에 대한 일상적인 정책조정 보다는 국가를 대표하는 기능과 국가의 미래발전에 관련된 국가의 핵심 프로젝트의 수행에 집중하도록 하는 방식으로 역할을 분담하도록 한다. 수직적 정책조정체계의 일원화는 국무총리의 역할이 실질적으로 확대하는 것이며, 대통령에게 과도하게 집중되는 업무 부담과 정치적 책임이 경감되는 효과를 기대할 수 있다. 또한 행정부 내부의 정책총괄·조정 기능을 체계함으로써 제왕적 대통령제에 대한 비판도 상당 부분 해소할 수 있다. 정책조정에 관한 국무총리의 역할을 확대한다고 하더라도 정책조정체계의 일관성과 대통령의 국정통할권은 그대로 유지된다. 이는 국무총리는 헌법과 법률에 의해서 대통령을 보좌하게 되어 있으며, 대통령이 국무총리의 인사권을 보유하기 때문이다. 또한 행정부처에 대한 수직적 통제부하가 경감되는 것은 장관 중심의 전문부처주의 강화와 부처간 수평적 정책조정의 활성화에 기여할 것이다.

(2) 행정부처간 수평적 정책조정체계의 구축

부처간 정책조정 of 가장 대표적인 메커니즘은 국무회의이다. 그러나 국무회의는 국무위원과 배석자 등을 포함하여 참석자가 25명 이상이고, 참석한 국무위원은 소관 업무 혹은 관련된 업무가 아닌 경우 안전에 대한 관심이 낮은 것이 일반적이다. 제한된 시간에 논의 안전이 많다는 점에서 밀도 있는 토론과 정책조정을 기대하기 어려운 것이 현실이다. 따라서 부처간 수평적 의사소통 of 활성화와 긴밀한 정책협의·조정을 촉진하기 위하여 국무회의를 제도적 보완해야 할 필요가 있다. 국무회의를 전체회의와 영역별 소회의로 구성되는 2층 체계로 전환하도록 한다. 소회의는 현재의 안보관계장관회의, 경제장관회의와 동일한 형식으로 국정 전반을 외교안보, 일반행정, 경제, 사회문화, 교육과학 등의 5개 영역으로 구분하고 관계장관회의를 신설하는 것이다. 영역별 관계장관회의는 선임장관이 의장을 맡아 정책조정 of 역할을 담당하도록 하는 것이다. 사회문화관계장관회의는 보건복지부장관이 선임장관을 맡고 보건복지, 고용노동, 여성, 문화 등의 업무를 담당하는 국무위원을 구성원으로 한다. 또한 필요한 경우 관련된 국무위원이 참여할 수 있도록 한다.

부처간 수평적 정책조정을 가장 유력한 수단은 예산(편성)권이다. 원론적인 의미에서 예산이란 정책의 숫자적 표현이며, 따라서 예산을 정책결정의 결과물이어야 한다. 그러나 예산편성을 담당하는 부처가 예산권을 매개로 기획과 정책조정 기능을 담당하는 것이 기존의 관행이다. 때문에 정책의 결정과 조정은 예산편성의 종속변수로 인식되어 왔다. 예산권을 매개로 하는 정책조정의 정당성에 대한 추가적인 논의가 필요하겠으나, 정책조정과 예산편성은 긴밀한 관련성이 있다는 점은 분명하다. 따라서 관계장관회의에서 이루어지는 정책조정의 실효성을 담보하기 위해서는 예산편성권을 세분화하고 재배열하는 것이 필수적인 조치이다. 예산을 담당하는 부처는 정부예산의 총규모와 영역별 배분에 대한 책임을 맡고, 영역별 관계장관회의의 협의를 통해 선임장관이 영역내 예산배분에 대한 조정권한을 갖도록 해야 한다. 즉 관계장관회의에서 논의되어 조정된 결과가 예산에 반영됨으로써 수평적 정책협의를 조정의 실효성을 담보할 수 있다.

(3) 사회정책의 총괄·조정을 위한 사회보장위원회의 활성화

수직적 정책조정체계 일원화와 영역별 관계장관회의의 신설 및 활성화를 통하여 행정부 내부의 정책조정은 상당한 정도 체계화되고, 효과성을 제고할 수 있다. 그러나 행정부 내부의 정책조정체계를 정리하는 것으로 충분하지 않다. 사회정책의 결정과 집행의 결과는 행정부 내부에 국한되는 것이 아니며, 사회적으로 미치는 영향력이 크다는 점에서 정책의 결정과 조정과정에서 주요한 사회집단과 국민들의 이해를 대변할 수 있는 주체들의 참여가 필요하기 때문이다. 때문에 정책의 협와 조정을 담당하는 관련 위원회 조직을 체계화하고, 이를 활성화하는 것이 매우 중요하다.

사회정책 영역에서 정책협의를 조정을 위한 위원회 중 가장 핵심은 사회보장위원회와 저출산고령사회위원회라 할 수 있다. 사회보장위원회는 2012년 1월에 사회보장기본법의 개정으로 위원회의 명칭이 현행 사회보장심의위원회에서 사회보장위원회로 변경되고, 위원회의 역할이 사회보장에 관한 주요시책을 심의에서 심의·조정으로 확대되어 조정 기능이 추가되었다. 또한 사회서비스의 개념이 확장된 것과 더불어

어 사회보장제도의 평가, 재정추계 및 재원조달 방안, 사회보장 전달체계 개선, 사회보장통계, 사회보장정보의 보호 및 관리 등 위원회가 심의·조정을 담당하는 영역이 확대되었다. 정책협의와 조정에 관련하여 사회보장위원회의 역할 강화와 활성화를 위해서는 무엇보다도 다양한 이해집단과 정책 수요자의 참여가 필수적이며, 위원회를 구성원의 대표성 확보가 선결조건이라 할 수 있다. 또한 향후 위원회 운영에 있어서 개방성, 민주성의 확보 그리고 합의를 존중하는 관행의 정착이 중요한 관건이라 할 수 있다. 위원회 내부의 구성과 관련하여 위원회 조직구조가 정책협의·조정에서 긍정적인 역할을 할 수 있도록 위원회의 조직단위별 혹은 수준별로 체계적인 역할 분담을 모색해야 한다. 사회보장위원회의 핵심역량은 의제설정(*agenda setting*), 정책안의 검토와 조정이며, 역량 강화를 위하여 전문성 확보가 핵심 추진과제라 할 수 있다.

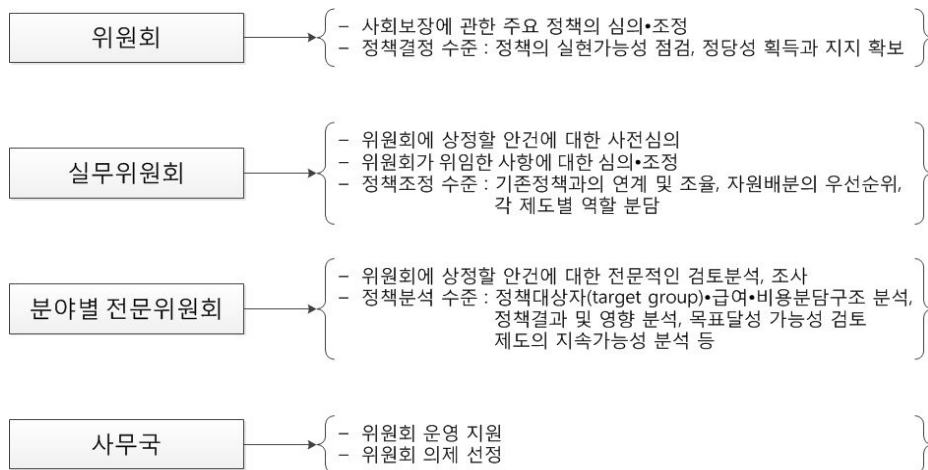
사회보장위원회의 조직구조는 사회보장기본법의 내용에 근거하여 전면적으로 재구성해야 하며, 향후 시행령을 통해서 보다 구체화 될 것이다. 사회보장위원회는 위원회는 위원장, 본위원회, 실무위원회, 전문위원회의 4층 구조로 구성하는 것이 적절하며, 각 구성단위의 역할을 분명하게 정리할 필요가 있다. 위원장은 위원회의 전반적인 운영을 책임지고, 정책조정을 총괄하는 역할을 담당한다. 본위원회는 정책을 결정하는 단위로 행정부를 구성하는 정부위원과 민간위원으로 구성된다. 전체 위원의 숫자는 법률에 규정된 바와 같이 30명으로 하되, 정부위원은 기존의 사회보장심위원회의 위원에 통계청장을 추가하여 15명으로 한다. 민간위원은 법에 규정된 ‘근로자 대표, 사용자 대표, 해당분야 전문가, 변호사 자격 보유자’을 원칙으로 하되, 사회보장과 관련된 다양한 이해관계집단의 대표가 참여할 수 있도록 민간위원을 구성한다.

실무위원회는 본위원회의 구성과 동일한 원리를 적용하여 정부위원과 민간위원의 비율은 50:50으로 구성하며, 정책협의와 조정을 수행하도록 한다. 본위원회가 장관급 위원으로 구성된다는 점에서 실질적인 토론과 협의를 담당하기 보다는 정책을 결정하는 단위로서 역할을 설정하는 것이 적절할 것이며, 실무위원회는 협의와 토론을 통해 실질적으로 정책을 조정하는 업무를 담당할 것이다. 따라서 실무위원회는 사회

보장위원회의 실질적인 핵심 단위라 할 수 있다.

분야별 전문위원회는 위원회가 담당하는 영역을 구분하여 3~4개로 구성하며, 필요한 경우 변경 혹은 추가할 수 있도록 하는 유연한 조직구조로 설계되어야 할 것이다. 전문위원회는 위원회가 논의하고 조정할 사회보장정책의 분석·평가를 담당하는 것이 적절하며, 따라서 전문성을 최우선으로 고려하여 위원을 구성해야 한다. 전문위원회의 위원은 논의의 밀도를 높이고, 실질적인 검토·분석이 가능하도록 본위원회에 비해 적은 수로 구성하여 위원장을 포함하여 10~15인으로 하며, 위촉위원(외부전문가)과 상임 전문위원이 중심적인 역할을 담당하도록 한다. 마지막으로 사무국은 위원회 운영 및 업무를 지원하는 기능과 위원회가 논의하는 의제(agenda)를 발굴·선정하는 업무에 집중할 수 있도록 한다.

〈그림 5-3〉 사회보장위원회 조직단위별 역할/기능의 설정



저출산고령사회위원회는 2012. 5. 23에 저출산고령사회기본법의 개정으로 2012. 11. 24에 보건복지부장관 소속 위원회에서 대통령 소속 위원회로 격상된다. 저출산고령사회위원회는 본위원회, 운영위원회, 분과위원회 그리고 운영지원단으로 구성되

며, 이는 사회보장위원회와 동일한 원리에 따라 구성되어 있다. 따라서 본위원회는 정책결정, 운영위원회는 정책조정, 분과위원회는 정책분석·평가, 그리고 운영지원단은 위원회의 운영지원과 의제설정 역할을 담당하는 방식으로 역할을 분담하는 것이 적절할 것이다. 위원회의 구성과 운영방식은 별다른 쟁점이나 논란의 여지가 없으나, 사회보장위원회와 저출산고령사회위원회가 담당할 영역이 중복되지 않거나 혹은 역할이 체계적으로 구분하는 것이 중요한 관건이다.

(4) 전문부처주의 확립과 장관의 책임 강화

사회정책의 총괄·조정 기능의 강화에 관건이 되는 것은 사회정책 담당부처들의 전문성과 자율성을 강화하는 것이다. 기본적으로 정부정책은 개별 행정부처가 분야별 전문성에 기초하여 장관 책임하에 수행하는 전문부처주의 확립하는 것이 바람직하다. 전문부처주의는 관련 정책기능의 연계·통합성을 과도하게 강조함으로써 조직통합을 강조하는 대부처주의와 대립되는 개념으로, 개별부처 단위의 책임행정이 이루어지도록 부처별 소관기능을 범위를 적정화하고 관련 정책기능의 유기적인 연계와 통합을 강조하는 것이다. 전문부처주의의 확립과 정착은 ‘장관 책임하의 전문행정 → (사회영역) 관계부처장관회의 → 총리실/대통령실의 조정’의 순으로 상향적 정책총괄·조정체계를 구축하는 필수요건이라 하겠다. 사회정책 영역에 있어서 관련기능의 유기적 연계를 통한 일원화의 검토대상 정책은 ‘여성부가 수행하는 여성인력개발과 고용부의 인력개발 업무’, ‘자활대상자·장애인 등 취약계층에 대한 고용지원서비스’, ‘가족·청소년·다문화가정, 노인 등 대상자별 사회서비스를 생애주기에 따른 통합적 서비스’, ‘동일 연령계층을 대상으로 하는 보육과 유아교육’, ‘장기요양·방문간호와 같은 돌봄서비스’ 등이다.

현행 보건복지부는 보건의료, 공공부조, 사회보험, 사회서비스, 저출산·고령화 정책 등의 업무를 전담하고 있으며, 향후 이러한 업무들이 급격하게 증가할 가능성이 크다. 사회정책의 총괄·조정 기능을 강화하기 위한 제도적 개선 방안에 의하면, 보건복지부장관은 사회문화관계장관회의의 선임장관 역할을 수행해야 하며, 저출산·

인구고령화 등 미래사회를 대비하기 위한 국가 프로젝트를 주도하는 부서로 성장할 것이다. 이러한 변화는 보건복지부의 업무 영역이 급격하게 확장된다는 것을 의미하는 것이며, 따라서 장관의 통솔범위가 확대된다. 따라서 보건복지부 차관을 현재 1명에서 2명으로 확대하는 복수차관제의 도입을 검토하는 것이 타당할 것이다.

4. 상시적 사후관리 체계(부적정 급여 모니터링 및 권리구제) 구축

□ 현황 및 문제점

- 복지사업 및 복지재정 증가에 따른 효율적 사후관리 필요성
 - － 그 동안 동안 다양한 복지사업이 확대·도입되면서 복지대상 규모 및 복지 재정 급증하였으나, 재정의 효율적 집행 및 부정수급 등의 문제에 대응할 수 있는 사후관리 체계는 구축되지 못함
 - － 급격히 증가한 복지정책과 복지재정의 효율적 집행, 특히 복지대상 증가 및 변동에 대응하기 위해 정책집행 과정 전반에 대한 통합적 사후관리 체계 구축 필요
- 복지급여 및 서비스 관련 부적정 급여 사례에 대한 언론 보도 등으로 인한 사후관리 체계 구축 및 강화에 대한 사회적 관심과 요구 증가
 - － 공공부조 및 사회서비스는, 사회보험과 달리 수급자의 기여 없이 예산으로 지원되므로 수급자 선정 및 급여지급의 투명성을 기반으로 한 신뢰성과 건전성 확보가 제도의 성공적 운영과 복지재정 확대의 전제조건임.
 - － 최근 보건복지부 및 감사원 발표 등을 통해 일부 지자체 및 수급자의 부적정 급여 등 부적절한 복지예산 집행 사례가 공개되면서 복지급여 사후관리 강화 요구 확산
 - 최근에는 복지급여 대상자뿐만 아니라 보육료 지원 등 사회서비스와 관련된 서비스 공급자의 바우처 결제 관련 부정행위 사례 등도 적발되고 있음.
- 사회복지통합관리망(행복e음) 운영 및 확대에 따른 사후관리 기반 조성 및 강화 필요
 - － 행복e음 구축 및 운영을 계기로 다양한 복지급여에 대한 통합 사후관리 체계 구축 기반 조성
 - 복지급여와 서비스 제공 관련 정부의 사후관리 가능성이 제고되었으나,

공적 행정자료로 관리되지 않는 사항, 고의적 부정수급 예방·관리 등 사후관리 필요성 대두

- 이와 더불어, 사각지대 발굴 및 신청탈락자 재조사 및 이의신청 일원화, 제도개선 과제 발굴 및 환류 등 적극적인 권리구제 활동 추진 필요

－ 타 부처 연계 복지사업 확대와 전 부처 복지정보통합관리시스템 구축 등 정보 인프라의 확대 발전에 따라 통합 사후관리 체계 구축 및 강화 필요

- 현행 복지급여 사후관리 업무의 문제점

○ 통합 사후관리 관련 법적 근거 부재 및 사후관리 전담조직·인력 부족

－ 보건복지부에 설치된 사후관리 전담조직(복지급여관리과)의 경우 제한된 본부 인력과 지자체 지원(과건)인력에 의한 중앙현장조사 수행, 상시적 사례관리와 연계되지 못한 제한적 권리구제 활동에 국한되어, 실질적으로 체계적인 현장조사(정기, 기획, 수시조사) 수행이 불가능함

－ 복지정책 담당 사업부서에서는 부적정 급여 및 사각지대로 인한 사건 발생 또는 감사 및 언론 보도에 대응하는 수준으로 체계적인 사후관리를 수행하는데 한계가 있음

－ 지자체 역시, 사후관리가 사회복지통합관리업무 지침에 포함되어 있으나 신규 급여신청 조사 및 결정 업무에 비하여 상대적으로 비중이 낮으며, 인력 부족으로 인해 행복e음에 의해 제공된 공적 행정자료 변동사항 확인 중심으로 수행하는 확인조사에 그침

- 지자체가 1차적으로 사후관리도 실시하도록 되어 있으나 자치행정구조(선거의식, 민원무마 요구) 하에서 적극적인 사후관리에 한계가 있으며, 실질적으로 현장조사 및 환수 등 적극적사후관리는 어려운 실정임

※ 우리나라와 유사하게 공공부조를 중심으로 복지체계를 구성하고 있는 영국(2008년 이전 BFI, 2009년 이후 Job Centre plus), 미국(OIG) 등 주요 국가는 모니터링 조직 및 인력, 정보 인프라를 구축하여 운영하고 있으며, 이에 대한 법적근거를 가지고 있음

※ 특히, 복지정책 관련 전문 연구기관은 모니터링 조직과의 유기적 관계를

바탕으로 전국 또는 모니터링 및 현장조사 결과에 대한 심층 분석 및 평가연구 수행, 정책적 개선이 필요한 권고사항을 공동 작성하여 공개하도록 하고 있음

○ 복지급여 사후관리 업무의 분절적 수행

- 사회복지통합관리망 구축에 의하여 대부분의 복지급여는 공적 행정자료 연계에 의한 자산조사 으로 통합 운영되어야 함
- 그러나, 현재 복지정책별로 담당 사업부서마다 분절적으로 사후관리를 실시하거나, 일부 제도는 사후관리를 실시하지 않음
 - 사후관리에 투입하고 있는 인력은 매우 부족한 실정이며, 이러한 인력 역시 분절적으로 운영되므로 사업부서별로 유사한 업무내용을 대상만 달리하여 중복 수행하므로 사후관리 효과성 및 전문성 제고와 다양한 사후관리 정보 축적에 있어 비효율적인 상황임
 - 개별 사업부서에 배치된 소수의 사후관리 관련 인력 통합 및 재배치 검토 필요

□ 정책목표

- 전 부처 복지정보통합관리체계 구축에 따라, 보건복지부가 타 부처 연계 복지사업의 대상선정 및 급여에 대한 총괄 조정 및 관리를 책임지는 상황에 대비하여, 통합 사후관리 체계(법률 - 전담조직 - 정보인프라)의 구축 및 효율적 운영방안 모색

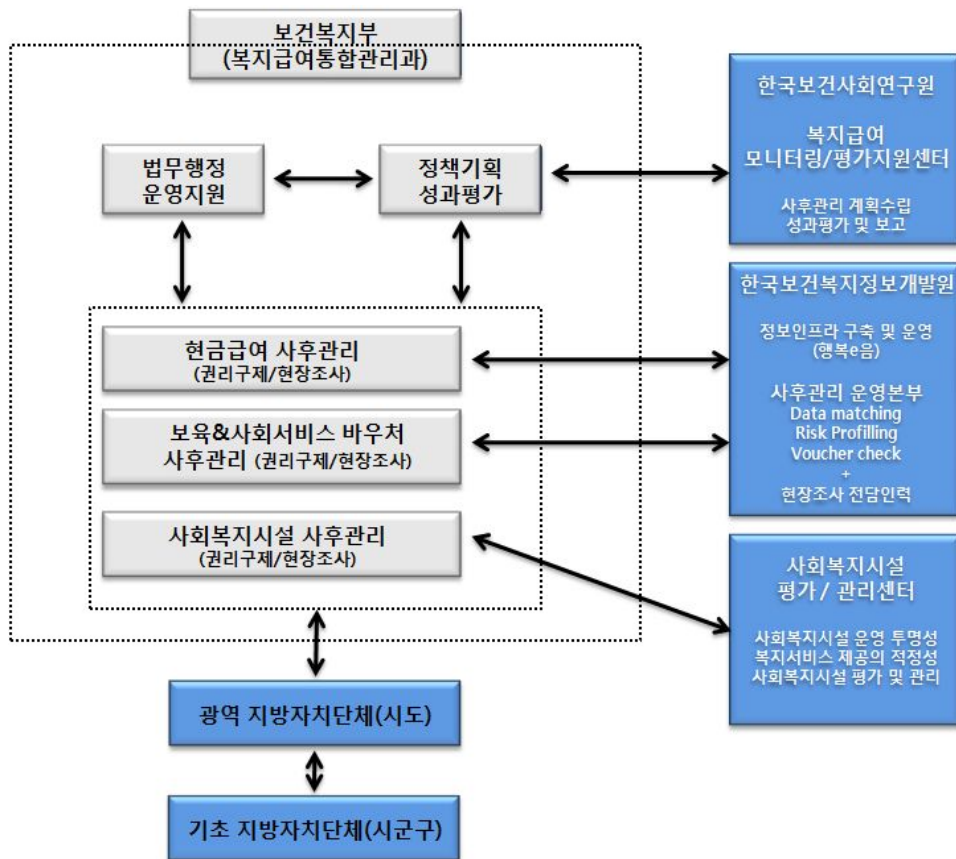
□ 개선방안

○ 통합 사후관리 체계(법률 - 전담조직 - 정보인프라)의 구축방향

- 복지급여 및 서비스(현금급여, 보육·사회서비스 바우처, 사회복지시설 지원)에 대한 사후관리 체계 구축 및 운영 관련 법적 근거를 마련하고, 사후관리 전담조직 설치 및 인력 확충
- 사회복지통합관리망을 활용한 IT 기반 data matching과 risk profiling 기

법에 의한 부적정 급여대상 관리 및 권리구제, 체계적 현장조사 및 지자체와의 네트워크를 통해 선제적·예방적으로 통합 사후관리 수행체계 구축

- 복지급여 통합 사후관리 체계 구축을 위한 전담조직 확대 운영방안
 - － 현행 복지급여관리과를 ‘복지급여통합관리과’로 개편하여 보건복지부 내 사후관리 전담조직으로 일원화 및 통합 운영체계 구축
 - 중장기적으로, 이를 다시 ‘복지급여통합관리단’으로 확대 개편하여 보건복지부 내에 본부를 설치하고 권역별로 지역사무소 운영
 - 현장 접근성을 제고하고, 현장조사와 IT 기반 사후관리 인력의 확충을 전제조건으로 구현



- － 사후관리 체계의 운용에 있어 핵심적 요소라고 할 수 있는 현장조사 및 사

회복지통합관리망을 활용한 모니터링 전담인력을 보건복지부에 직접 배치 하는데 한계가 있으므로, 한국보건복지정보개발원, 한국보건사회연구원, 사회서비스 평가/관리센터(사회서비스 품질관리 전담조직) 등 사후관리 지원 관련 공공기관과의 연계 및 협조를 통해 실질적으로 인력을 활용함

- 한국보건복지정보개발원 내 사후관리 전담 지원조직으로 ‘(가칭)사후관리 운영본부’로의 확대 개편하여, 사후관리 지원인력과 보육·사회서비스 바우처 모니터링 전담요원을 확충하여 이를 통합하고, 사후관리 전담 현장조사 전문인력을 신규로 충원하여 배치함
- 한국보건사회연구원 내 ‘(가칭)복지급여 모니터링 평가지원센터’를 설치하여 정책기획 및 성과평가를 위하여 사후관리 기본계획 수립 및 운영성과 평가분석, 제도 개선사항 도출 등과 관련된 업무를 지원함
- 사회보장기본법에 근거하여, ‘사회서비스 평가/관리센터(사회서비스 품질관리 전담조직)’를 설치하고, 행복e음의 사회복지시설정보 연계를 통해 사회복지시설 운영에 대한 사후관리 및 서비스 품질관리와 평가 등을 수행함

○ 복지급여 통합 사후관리 체계 구축 관련 전달체계 및 업무조정 방안

- 통합 사후관리 체계 구축 및 운영의 성패는, 정책영역별 보건복지부 내 담당 사업부서, 사후관리 전담조직 내 정책영역별 담당팀, 정보인프라 구축과 운영 및 현장조사 지원기관, 지자체 통합(조사)관리팀과 사업팀간의 효율적인 연계에 달려 있음
- 수급자격 및 소득 및 재산 변동사항, 서비스 제공기관의 부정에 대한 사후관리 및 현장조사, 제도 개선사항 도출 및 권고는 사후관리 전담조직이 담당함
- 급여 및 서비스 설계 및 개선, 법적근거 및 예산, 서비스 제공기관 설립 및 운영 등은 사업부서에서 담당
- 타 부처 연계 복지사업의 경우 수급자격 등 부적정 급여에 대한 사후관리를 전담조직이 담당하며, 해당 부처 사업부서와 협조체계를 통해 사후

관리 결과를 제공하고, 서비스 제공기관에 대한 관리는 해당 부처가 담당함

- 복지정책별로 분리 운영되고 있는 부정수급 및 권리구제 신고센터의 Hotline을 통합 운영

□ 입법조치

○ 복지급여 통합 사후관리 체계 구축 및 운영 관련 법적근거 마련

- 그 동안 일부 개별 법률 이외에 국가와 지방자치단체의 복지급여 사후관리 체계 구축 및 운영 관련 법적 근거가 없었으나, 사회보장급여의 관리 조항(제30조)을 포함한 사회보장기본법이 2013년 시행 예정
- 이를 구체적으로 뒷받침하기 위하여, 복지급여 사후관리 체계 구축을 위한 전담조직 설치·운영, 사후관리 업무수행의 실효성을 확보하기 위한 자료 제출 요청권 및 조사권 등 권한 강화와 개인정보 보호 및 인권 보호의 의무, 사후관리 관련 업무 및 부적정 급여 관련 처벌사항 등을 구체적으로 규정할 수 있는 법적 근거 마련 필요
- 특히, 사회서비스 품질관리를 넘어 포괄적 차원에서 사회보장제도 관련 급여에 대한 사후관리 체계의 구축 및 운영을 위한 전담기구 설치가 필요하며, 역할분담 및 관계 설정 필요

〈사회보장급여 사후관리체계 관련 조문〉

제30조(사회보장급여의 관리)

① 국가와 지방자치단체는 국민의 사회보장수급권의 보장 및 재정의 효율적 운용을

위하여 다음 각 호에 관한 사회보장급여의 관리체계를 구축·운영하여야 한다.

1. 사회보장수급권자 권리구제
2. 사회보장급여의 사각지대 발굴
3. 사회보장급여의 부정·오류 관리
4. 사회보장급여의 과오지급액의 환수 등 관리

② 보건복지부장관은 사회서비스의 품질기준 마련, 평가 및 개선 등의 업무를 수행하기 위하여 필요한

전담기구를 설치할 수 있다.

③ 제2항의 전담기구 설치·운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

- － 향후, 외국 사후관리 체계 구축 및 운영 관련 법률 사례를 바탕으로 복지급여와 서비스에 대한 통합 사후관리의 법적 근거로 개별 법률(가칭, 복지급여 사후관리에 관한 법률) 제정 추진
 - 각종 개별 법률에 부분적으로 명시된 확인조사 및 사후관리, 처벌 관련 규정들을 종합적으로 검토하여 개별 법률안 제정
 - 전 부처 복지정보통합관리시스템 구축과 관련하여, 복지대상 선정체계 및 정보관리체계 통합, 사후관리 체계 구축 및 운영 관련 사항을 포괄하는 법률(복지대상 선정-급여-사후관리, 관련 정보시스템 구축 및 운영 등 정책집행 관련 사항)로 제정 추진

5. 근거기반 정책 추진을 위한 통계생산 및 관리

가. 현황 및 문제점

1) 현황

국민들의 복지욕구가 증가하면서 우리나라 사회보장수준을 측정하는 통계에 대한 관심이 급증하고 있다. 국민기초생활보장 수급 현황, 소득분배, 장애인 시설 및 사업 현황 등 우리나라의 사회복지관련 통계는 대상자별로 세분화하여 생산되고 있으며 발표할 때마다 국민들의 삶의 질을 측정하는 중요한 지표로서 역할을 하고 있다. 또한 사회복지지출 통계는 국가간 사회보장수준을 비교하는 기본통계로 활용되고 있을 뿐만 아니라 우리나라의 복지수준을 대표하는 지표로 빈번히 인용되는 국가 기본통계이다. 그러나 기초자치단체와 광역자치단체, 중앙정부의 행정정보를 통해 생산하는 사회보장통계들이 매우 많으나 체계적인 관리가 이루어지지 않고 있다. 중앙정부의 사회보장 관련 통계는 국가통계포털(<https://kosis.kr>), e-나라지표(<http://www.index.go.kr>), 통계청 홈페이지(<http://www.kostat.go.kr>) 등을 통해 집대성하여 제시되고 있으며, 이러한 지표들은 시계열적인 추이와 연도별 현황을 보여주고 있다.

최근 사회복지의 범위가 확장되고 있으며, 중앙차원에서도 다양한 부처들이 사회복지 관련 사업을 실시하고 있다. 이에 따라 생산되는 통계들(예, 고용노동부의 사회적기업 관련 현황, 여성가족부의 한부모가족 현황 등) 역시 사회보장통계에 포함되어야 하나 각기 분절적으로 제시되고 있다. 현재 국가통계포털 및 e-나라지표의 보건분야통계와 복지분야 통계는 주로 보건복지부에서 생산하는 통계들을 집대성하고 있다. 지방정부의 사회복지관련 통계는 각 지방자치단체의 홈페이지를 통해서 제시하고 있으나 공개 여부가 일관되지 않고 특히 기초자치단체의 경우 통계 제시가 상대적으로 소홀하다. 보훈대상자의 경우 시·군·구 통계연보와 광역자치단체의 통계연보, 통계청의 통계, 보훈처 백서의 통계 등이 모두 다르게 제시되고 있어 이에 따

른 이용자의 혼란이 가중되고 있으며, 정책 설계에서도 대상자 변수가 왜곡될 가능성이 높다.

2) 문제점

사회보장정책 수립 및 추진을 위한 사회보장통계의 지표체계 구축이 미흡하다. 즉 사회보장통계의 범주, 영역별, 제도별, 생애주기별 지표체계 구축의 미흡으로 관련통계의 체계적인 생산 및 관리에 어려움이 있다.

사회보장관련 통계의 체계적인 생산 및 관리가 미흡하다. 사회보장관련 통계의 체계적인 생산 및 관리의 미흡으로 통계생산이 체계적으로 이루어지지 못하여 필요통계의 미생산 부문이 있는 반면 중복생산 등도 발생하고 있다. 또한 생산통계의 체계적, 효율적인 관리의 미흡으로 기초통계로의 활용에 어려움이 있다.

사회보장통계의 현황분석이 미흡하다. 중앙부처 및 지자체에서 생산되는 사회보장통계의 정확한 현황분석이 미흡하여 관련 통계의 체계적인 관리체계 구축에 어려움이 있다.

사회보장통계 생산을 위한 작성지침 및 생산통계의 관리가 미흡하다. 통일된 통계생산 지침 등의 미비로 생산 통계의 상호 비교 등 활용에 어려움이 있다. 또한 생산통계의 체계적인 관리를 위한 방안 마련의 미비로 효율적인 관리체계 마련에 어려움이 있다.

3) 쟁점

사회보장통계의 범주는 해당 사회보장사업으로 한정할 경우와 이와 관련된 분야로 까지 확대할 경우 큰 차이를 보이게 되기 때문에 사회보장통계의 범주에 대한 합의를 이끌어낼 필요가 있다. 이와 같은 사회보장통계에 대한 범주를 외국의 예에서 쉽게 찾을 수 없어 범주의 결정에 어려움이 예상된다.

사회보장통계의 범주를 최소화할 경우에는 통계청과의 자료수집에 따른 중복의

최소화로 상호이견이 발생하지 않으나 이를 확대하여 관련분야까지로 할 경우 통계청의 수집 범위와 많은 부문이 중복되어 각 부처나 통계청과의 마찰이 우려된다. 따라서 통계관장 부처와 관련부처와 통계수집 업무의 중복에 따른 조정이 필요하다.

중앙부처 및 지자체에서는 사회보장통계의 보건복지부 제출에 따른 업무부담의 증가가 예상된다. 따라서 원활한 업무협조를 위한 사전 준비가 필요하다.

나. 정책목표

〈표 5-7〉 사회보장통계의 체계적인 생산체계 추구 및 생산

구분	2012년	2017년
사회보장통계의 체계적인 생산체계 추구 및 생산	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보장통계생산 실태 파악 - 체계적인 사회보장통계생산체계 구축 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보장 필요통계의 체계적인 생산 - 사회보장통계의 DB 구축 및 활용의 활성화

다. 개선방안

사회보장통계 범위와 분류 개념 설정을 명확히 할 필요가 있다. 사회보장통계의 생산주체별, 통계내용별 범위와 분류를 위한 개념을 설정하고, 영역별, 제도별, 생애주기별 분류 체계를 구축하여야 한다. 영역별 통계는 공공부문(중앙정부와 지방정부)과 민간부문, 제3섹터 등 통계생산 주체의 영역으로 구분하여 개념 설정 및 분류 체계를 구축하고, 제도별 통계는 OECD SOCX를 기준으로 사회복지제도별 개념 설정 및 분류 체계를 구축하며, 생애주기별 통계는 영유아기, 아동·청소년기, 성인기, 노인기 등으로 구분하여 통계 개념 설정 및 분류 체계를 구축하여야 한다.

사회보장통계의 개선을 도모하기 위해 사회보장통계의 현황 분석이 필요하다. 중앙부처와 지자체, 공공기관 등에서 생산되고 있는 통계현황을 분석하고, 각 통계의 생산주체, 통계내용, 발표시기, 발간자료 유무 등을 파악하며, 마이크로데이터와 메타데이터 유무 등도 파악한다. 유사하고 중복적인 통계의 생산 현황을 파악하고 통계의 신뢰성을 검증하여야 한다. 각 부처 및 지자체, 공기업 및 민간기업에서 개별

적으로 생산되고 있는 통계의 유사 및 중복성을 평가하고, 유사하고 중복적인 통계의 신뢰성을 검증하고 대표통계로서의 적절성을 평가하여야 한다.

사회보장통계 생산 및 체계적 구축을 위한 플로우차트를 개발하여야 한다. 즉 현재 생산되고 있는 통계들을 체계적으로 구축하기 위한 플로우 차트를 개발하며, 서로 다른 부처와 부서, 주체와 발표 시기에 따른 통계 차이를 보정하기 위한 플로우 차트도 개발하여야 한다.

사회보장통계 작성의 기본지침 개발 및 관리방안을 마련하여야 한다. 대상, 체계 구성, 관련 절차 등 사회보장통계의 구축을 위한 기본지침을 개발하고, 일관된 양식을 제공하여 사회보장통계의 생산 효율성을 도모하며, 통계 구축을 위한 기본지침을 개발하고, 통계 DB 구축 및 공표 등 사회보장통계 관리방안 및 활용방안을 마련하여야 한다.

사회보장통계 생산 및 관리를 위한 전략을 수립하여야 한다. 사회보장통계 생산 및 품질관리 방안으로 통계 누락 검토, 신규통계 생산 필요성 검토, 통계생산의 효과적인 생산 방안 등을 마련하고, 복지부 사무국, 전문위원회, 통계지원센터 등 관련 기관 간 거버넌스 및 역할 정립을 하여야 한다. 또한 사회보장통계의 단기·중기과제 및 전략 수립을 하여야 한다.

라. 입법조치

- 사회보장통계 생산 및 제출의무 → 사회보장기본법 시행령에 포함
- 사회보장통계의 관리 및 제공 → 사회보장기본법 시행령에 포함

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
사회보장통계 체계 구축 및 생산					
- 사회보장통계 범위의 규정					
- 사회보장통계 지표체계 구축					
- 중앙 및 지방정부 사회보장 통계생산실태 파악					
- 중앙 및 지방정부의 사회보장 통계 자료 취합					
- 사회보장통계통계연보발간					
- 사회보장 동향 보고서 발간					
- 사회보장통계생산을 위한 실태조사					
생산 사회보장통계의 DB 구축 및 효율적인 제공방안 마련					
- 사회보장통계 DB 구축					
- 사회보장 관련 통계 및 정보원과의 연계체계 구축					

6. 복지자원배분의 우선순위 방안

가. 현황 및 문제점

1) 현황

복지자원 배분의 적정수준이나 우선순위 설정은 국가재정운용의 주요 과제이다. 복지투자의 과다는 성장의 발목을 잡고, 과소는 사회통합과 안정의 위협을 초래할 수 있기 때문이다. 2010년 한국의 공공사회복지지출은 GDP 대비 9.18%로 OECD 평균(19.24%)에 비해 낮은 수준이다. 하지만 최근 7년(2004-2010)간 한국의 공공 사회복지지출의 연평균증가율은 13.7%로 OECD(평균 6.4%)국가 중 가장 높게 나타난다. 이러한 한국의 복지자원 투자 현실에 따라 복지자원 배분의 적정성 검토가 필요하다.

OECD 사회복지지출은 9개 정책영역으로 구성되어 있다. 대부분의 국가에서 보건과 노령이 높은 비중을 차지하고 있다. 우리나라 역시 보건과 노령부분이 전체 사회복지지출의 약 70%를 차지하는 반면, 가족, 적극적노동시장정책, 근로무능력, 장애 등은 낮은 비중(10%미만)을 차지하고 있다.

<표 5-8> 우리나라의 복지지출 세부 영역별 지출수준과 구성비중 : 2010년

(단위: % of GDP, %)

	계	1.노령	2.유족	3.근로 무능력	4.보건	5.가족	6.적극적 노동시장 프로그램	7.실업	8.주거	9.기타
사회복지지출	9.15	2.10	0.26	0.51	4.09	0.81	0.38	0.31	-	0.68
구성비	100.0	23.0	2.8	5.6	44.6	8.9	4.1	3.4	-	7.5

자료: 고경환 외(2011), 2010년도 한국의 사회복지지출추계와 OECD국가의 보건부문 지출비교, 보건복지부·한국보건사회연구원 (발간예정)

2) 문제점

우리나라의 낮은 사회복지지출 수준 자체를 향상시키는 것도 중요하지만 영역별

투자 우선순위에 따른 균형 잡힌 지출을 하는 것 또한 중요하다. 현재 각 영역별 적정 수준의 지출비중은 ‘OECD국가 평균지출수준’, ‘전문가 복지욕구인식조사’, ‘생애주기별 투자 연구’ 등의 결과를 통해 살펴 볼 수 있다. 이러한 기준에 따라 살펴본 결과 공통적으로 일자리(적극적노동시장프로그램 해당)와 가족영역에 자원이 우선적으로 배분될 필요가 있으며, 특히 가족영역 중에는 아동, 청소년, 성인 순으로 투자 순서가 요구되고 있다.

가) 소득 2만불대의 ‘OECD국가 평균비중’과 비교

OECD 국가의 공공사회복지지출의 정책영역별 구성비를 살펴보면, 노령과 보건 부문에 대부분의 재원이 투입하고 있으며, 다음으로 장애와 가족, 끝으로 실업, 유족, 주거, 노동정책의 순으로 나타난다. 우리나라의 공공사회복지지출을 OECD 평균과 비교하면, 장애와 노령, 유족, 노동(적극적노동시장+실업 기준, 38.9%) 부문이 상대적으로 취약한 것으로 나타난다. 그러나 노령과 유족은 연금제도의 성숙에 따라 장기적으로 증가할 것으로 보이며, 보건은 건강보험의 보장성 확대 추진과 공공의료, 건강증진에 대한 투자의 확충에 따라 지속적으로 증가하여 현재 OECD에 상당히 근접한 상태이다. 반면에 장애와 가족은 공공사회복지지출의 투자 여건을 조성할 필요가 있을 것으로 보인다.

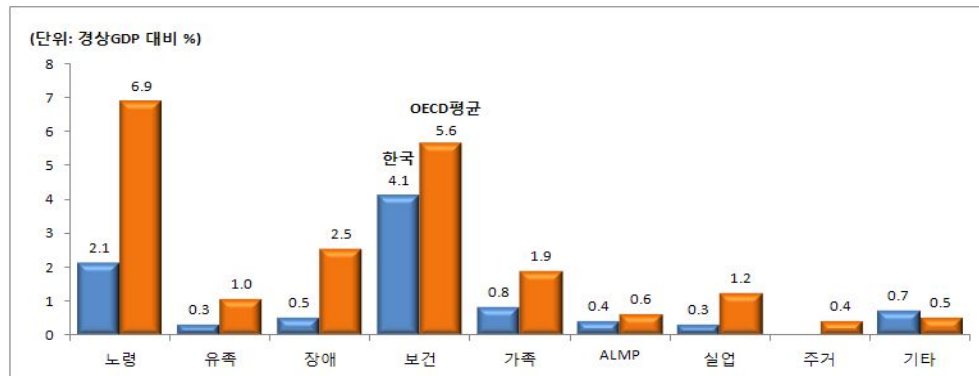
<표 5-9> 소득 2만불대 공공사회복지지출의 정책영역별 지출수준 비교: 한국과 OECD국가평균

(단위: 경상GDP 대비 %)

	계	노령	유족	장애	보건	가족	ALMP	실업	주거	기타
OECD평균(A)	20.6	6.9	1.0	2.5	5.6	1.9	0.6	1.2	0.4	0.5
한 국(B)	9.2	2.1	0.3	0.5	4.1	0.8	0.4	0.3	-	0.7
비중(A/B)	44.6	30.4	30.0	20.0	73.2	42.1	66.6	25.0	100.0	140.0

주: 한국은 2010년 데이터임.

[그림 5-4] 소득2만불대 공공사회복지지출의 정책영역별 수준비교 : 한국과 'OECD국가평균'



나) 전문가 복지욕구인식조사 기준

최성은 외(2011)가 전문가 100인에 대해 조사한 결과에 따르면, 향후 중점을 두어야 할 사회복지정책에 대한 전문가 의견을 분석한 결과 1순위에 일자리창출 39%, 아동 20%, 노인 16.2%로 절반 이상을 차지한다. ‘일을 통한 복지’에 최우선 순위를 두는 것은 우리 경제의 성장 잠재력이 감소하고, ‘괜찮은 일자리’가 줄어들고 있는 현실을 반영하고 있다. 2순위는 아동 19%, 노인 18.1%, 일자리창출 16.2% 순으로 나타난다.

<표 5-10> 공공사회복지지출 투자선호 순위: 전문가 의견조사 결과

단위: 명(%)

	1순위		2순위		3순위	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
노인	17	16.2	19	18.1	21	20.0
아동	21	20.0	20	19.0	11	10.5
근로 무능력자	8	7.6	7	6.7	8	7.6
보건	6	5.7	10	9.5	16	15.2
가족	3	2.9	7	6.7	6	5.7
일자리 창출 ^{주)}	41	39.0	17	16.2	18	17.1
근로자 능력개발	3	2.9	15	14.3	14	13.3
주거	6	5.7	10	9.5	11	10.5
계	105	100.0	105	100.0	105	100.0

주: 공공부문과 민간부문의 일자리를 구분하지 않음

자료: 최성은 외(2011)

다) 생애주기별 투자연구결과의 시사점

일자리 질과 소득의 밀접한 영향을 고려할 때 생애주기별 투지원칙을 검토할 필요가 있다. Flavio Cunha et al.(2005)은 생애주기에 걸친 인적 자본의 투자회수율을 살펴본 결과, 생애초 영유아기에 대한 투자의 회수율이 가장 높은 것으로 나타났다. 유아기 프로그램에 참여한 이들을 20년간 추적조사했을 때 고용율은 18% 증가하고, 월 소득은 \$453달러 증가하였으며, 복지 이용은 17% 감소하였다. 이 연구결과로 볼 때 인적자본투자인 ‘가족영역’에 자원배분이 중요하며 생애주기별 투자 우선순위는 아동, 청소년, 성인의 순서로 나타난다.

3) 쟁점사항

우리나라의 복지지출 경향을 다각도로 분석했을 때 자원의 효율적인 배분이 필요한 것으로 보인다. 이 때 배분의 방향은 첫째, 현재 취약한 복지부문의 투자가 확충되어야 한다. 이를 구체적으로 살펴보면, 고용친화적 시스템을 통해 일자리 투자를 확대할 필요가 있으며, 가족부문에 대한 투자가 필요하다. 특히 이동과 보육부문에 대한 투자는 장기적인 인적자본의 형성과 일자리 질을 결정한다는 것을 고려할 때 집중적인 투자가 요구된다. 둘째, 부양의무자범위 축소를 통한 공공부조대상자의 확충과 기초노령연금제도의 선택과 집중을 통해 촘촘한 사회안전망이 강화되어야 한다. 셋째, 공적연금의 적정급여·적정부담으로의 개혁이 요구된다. 재정의 안정과 급여의 상향조정을 위하여 국민연금보험료율을 인상하고 특수직역연금의 고급여·저부담을 적정급여·적정부담으로 개혁할 필요가 있다.

나. 정책목표

우리나라의 성장잠재율을 고려할 때 1인당 국민소득이 2만불에서 3만불로 증가하는 시점은 2017년으로 예상된다. 따라서 본 연구는 소득 2만불시기와 소득 3만불시

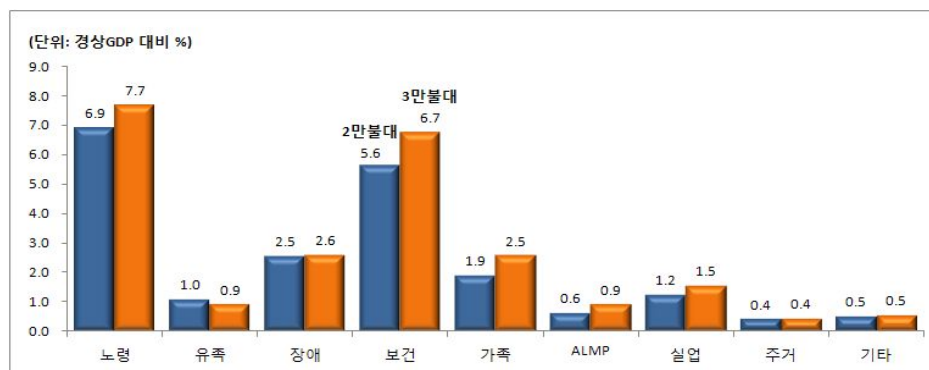
가를 구분하여 살펴보고자 한다. 이러한 소득변화에 따른 정책영역별 OECD 평균 지출 수준을 비교하면 가족, 보건, 노령 부문의 지출이 주로 증가하는 것으로 보인다. 반면에 근로무능력, 주거, 기타부문은 거의 변화가 없는 것으로 나타난다. 특히 가족 부문의 증가는 출산을 저하에 따른 보육 및 아동 지원의 영향이고, 노령과 보건 부문의 증가는 고령화와 사회보험의 성숙 등에 기인한다.

<표 5-11> 공공사회복지지출의 소득대별 정책영역 지출수준 비교: OECD평균

(단위: 경상GDP 대비 %)

	계	노령	유족	장애	보건	가족	ALMP	실업	주거	기타
2만불대	20.6	6.9	1.0	2.5	5.6	1.9	0.6	1.2	0.4	0.5
3만불대	23.7	7.7	0.9	2.6	6.7	2.5	0.9	1.5	0.4	0.5

[그림 5-5] 공공사회복지지출의 소득2, 3만불대별 정책영역 지출수준 비교



1인당소득 3만불에 진입하는 2017년 우리나라의 공공사회복지지출을 GDP대비 12.5%를 목표로 한다. 9개 정책영역 중 취약영역을 해소하기 위한 투자의 크기수준은 보건, 노령, 가족, ALMP·기타, 근로무능력, 실업 그리고 주거 순이다. 투자의 증가수준은 ALMP, 가족, 노령, 근로무능력, 유족·실업 그리고 기타 순으로 제안한다.

〈표 5-12〉 공공사회복지지출 수준과 정책영역별 구성비중의 목표

구 분	2012년	2017년
공공사회복지지출 수준 9개 영역별 구성비중	- 복지지출 수준 : GDP 대비 9.5% - 9개 영역별 구성비중 : 편중과 취약	- 복지지출 수준 : GDP 대비 12.5% - 9개 영역별 구성비중 : 취약영역을 단계별 해소

<표 5-13> 한국의 2017년(소득 3만불대) 적정 복지지출 구조 제안

(단위: GDP 대비 비중 %)

계	노령	유족	근로 무능력	보건	가족	적극적 노동시장정책	실업	주거	기타
12.5	3.2	0.4	0.7	4.5	1.5	0.8	0.4	0.2	0.8

다. 개선방안

한국의 적정 복지지출 구조 설정을 위해서는 고용친화적 경제시스템을 구축하여 일자리 투자를 확대해야한다. 청년일자리 확충, 노인·장애인 일자리사업 확대와 베이비부머·고령층 여성 일자리지원 등 대상별로 구분하여 지원을 강화해야한다. 또한 돌봄의 사회화를 기본방향으로 가족에 대한 투자를 확충하여 모성휴가·부모휴가 지원, 육아휴직 이용자와 급여의 확대, 아동양육수당을 재설계해야한다. 그리고 아동·보육 투자확충을 위한 높은 육아비용, 양질의 보육시설 부족 등을 해소하기 위해 전반적인 보육제도 개혁이 필요하다.

확대 외 복지지출의 재정안정을 위해 국민연금—연금보험료를 인상, 특수직역연금의 고급여·저부담을 적정급여·적정부담으로 개혁하여 공적연금 구조의 개혁과 의료제도의 지출효율화를 도모해야 한다. 이러한 개혁과정에서 건강보험의 보장성을 강화(특히 중증질환)해 나가되, 지출효율화를 필수적으로 병행해야 할 것이다.

라. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
노령연금, 보건의료 재정안정					
- 공적연금 개혁					
- 의료제도의 지출효율화					
일자리투자 확대					
- 청소년일자리					
- 노인·장애인 일자리					
- 베이비부머·고령층·여성 일자리					
가족투자 확충					
- 모성휴가와 부모휴가 확대					
- 육아휴직 이용자와 급여의 확대					
- 아동양육수당 재설계					
아동·보육투자 확충					
- 보육제도 재설계 등					

7. 국가-지자체간 복지재정 분담 및 운영방식 개선

가. 현황 및 문제점

1) 현황

2012년 예산 편성 결과 정부 예산 규모는 399조 7,075억원이며, 이 중 중앙정부의 예산은 77.5%, 자치단체의 예산은 22.5%를 차지하고 있다. 즉 중앙정부의 예산 규모가 차지하는 비중이 자치단체에 비해 훨씬 높은 편이다.

〈표 5-14〉 중앙정부와 지방정부의 예산 규모 비교

(단위: 억원, %)

구분	계	중앙정부 ¹⁾	자치단체
금액	3,997,075	3,098,766	898,309
구성비	100.0	77.5	22.5

주: 2012년 당초예산을 기준으로 작성된 것임.

1) 중앙정부는 국세와 기타부분을 합한 248조 6,125억원과 지방정부로 교부하는 의존재원인 교부세와 보조금 612,641억원을 합한 금액임.

자료: 행정안전부(2012), 지방자치단체 예산개요, p. 100. 재구성

2012년 세입측면에서 본 자치단체 예산규모는 151조 950억원이며, 이 중 자체재원 59.5%, 의존재원 40.5%로 자체재원의 비율이 상대적으로 높다. 지방세입의 세원별 구성 비율을 살펴보면, 지방세가 35.6%로 가장 높으며 다음으로 세외수입과 보조금이 각각 21.2%, 교부세 19.3%, 지방채 2.6% 순으로 나타난다.

〈표 5-15〉 지방세입의 구성 비율

(단위: 억원, %)

구분	계	의존재원			자체재원			
		소계	교부세	보조금	소계	지방세	세외수입	지방채
금액	1,510,950	612,641	292,159	320,482	898,309	537,953	320,960	39,396
구성비	100.0	40.5	19.3	21.2	59.5	35.6	21.2	2.6

주: 2012년 당초예산을 기준으로 작성된 것임.

자료: 행정안전부(2012), 지방자치단체 예산개요, p. 100. 재구성

특히 보조금의 비중이 높은 것은 보건복지분야 국고보조사업의 이양 때문인 것으로 볼 수 있다. 2012년 기준 보건복지부 일반회계 예산은 21.97조원이며 이 중 70.4%가 국고보조사업인 것으로 나타난다. 또한 복지부 국고보조사업의 실시로 인한 보조금과 이에 따른 대응 지방비는 각각 67.6%, 32.4%로 나타난다. 2006년 이후 보건복지부 일반회계 예산과 국고보조사업의 연평균 증가율이 각각 15.1%, 17.1%인데 반해 대응 지방비의 연평균 증가율은 23.2%로 나타나 지방정부의 대응 지방비 부담이 급격히 증가하고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-16〉 보건복지부 국고보조사업 재원현황

(단위: 조원, %)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	연평균 증가율
보건복지부 일반회계예산(A)	9.46	11.26	15.85	19.27	19.22	20.5	21.97	15.1%
국고보조사업(B)	6.01	7.8	11.7	13.85	13.65	14.66	15.47	17.1%
대응 지방비 부담(C)	2.12	2.81	5.07	6.14	6.22	6.7	7.43	23.2%
국고보조사업비중(B/A*100)	63.5	69.3	73.8	71.9	71.0	71.5	70.4	1.7%
국고보조사업분담비율 B/(B+C)*100	73.9	73.5	69.8	69.3	68.7	68.6	67.6	-1.5%
대응 지방비부담비율 C/(B+C)*100	26.1	26.5	30.2	30.7	31.3	31.4	32.4	3.7%

주: 2012년 대응 지방비 부담비율의 자료는 보건복지부 내부 자료임

자료: 행정안전부, 지방자치단체 예산개요, 각년도; 보건복지부, 예산개요, 각년도.

2) 문제점 및 쟁점

우리나라는 자치단체들의 재정자립이 취약하고 불균형이 심화되고 있다. 광역자치단체의 재정자립도는 서울 본청 88.7%, 전남 본청 14.6%로 그 격차가 상당히 크게 나타난다. 또한 기초자치단체의 재정자립도는 서울 서초 81.5%, 전북 고창 7.8%로 나타난다. 군지역은 시나 자치구에 비해 평균 재정자립도, 최고 재정자립도, 최저 재정자립도 모두에서 가장 낮은 수준으로 나타난다.

〈표 5-17〉 지방정부 유형별 재정자립도: 2012년

(단위: %)

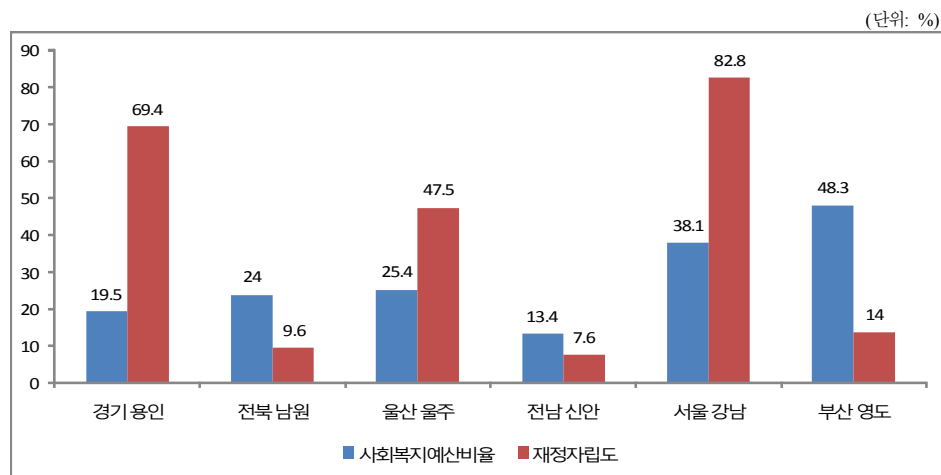
구분	특별시	광역시	도	특별자치도	시	군	자치구
평균	88.7	55.0	35.2	28.2	37.1	16.4	36.0
최고	88.7	70.4	61.7	28.2	63.0	46.3	81.5
	서울 본청	인천 본청	경기 본청	제주 본청	경기 성남	울산 울주	서울 서초
최저	-	41.1	14.6	-	8.3	7.8	13.6
	-	광주 본청	전남 본청	-	전북 남원	전북 고창	부산 영도

주: 총계예산 규모 기준

자료: 행정안전부, 지방자치단체 예산개요(상), p. 103.

기초자치단체의 재정 건정성과 복지지출의 관계를 살펴보기 위해서 재정자립도와 사회복지지출을 비교해보았다. 동일 정부 유형(시, 군, 구 단위)에서 가장 높은 재정자립도를 나타내는 기초자치단체들이 상대적으로 낮은 복지예산을 지출하는 데 반해 동일 정부 유형 내에서 가장 낮은 재정자립도를 보이는 기초자치단체들이 상대적으로 높은 복지예산 비율을 보이고 있다. 즉 재정자립도에 비해서 사회복지예산비율이 상대적으로 낮은 경기 용인과 서울 강남구, 울산 울주군의 상황과, 낮은 재정자립도에도 불구하고 사회복지예산비율이 상대적으로 높은 전북 남원, 전남 신안, 부산 영도의 주어진 여건들이 매우 다르다는 것을 시사한다.

[그림 5-6] 재정자립도와 사회복지예산 비율: 2011년



주: 사회복지예산비율과의 비교를 위해서 2011년을 기준으로 작성함.

자료: 고경환 외(2012), 지방정부의 복지재정과 발전방안에 관한 연구: 지방정부의 복지수준과 욕구의 대응성 분석, 한국보건사회연구원(발간예정).

2010년 7월 12일 성남시 신임 단체장이 채무에 대한 지불 유예를 선언하면서 지방재정의 위기에 대한 관심이 환기되기 시작했다. 특히 성남시는 최고의 재정자립도(67.4%, 2010)를 자랑하던 곳이었으나 2008년부터 5년간 정부의 세제개편으로 지방재정의 수입 감소분이 24조3,090억원(국회 예산정책처)으로 나타났다.

이와 함께 최근 무상복지 확대에 의한 추가적인 복지재원부담이 증가하였으나 지방정부의 대응비가 부족한 실정이며, 이에 대한 중앙정부와 지방정부간 갈등이 깊어지고 있다. 대표적인 사례가 영유아보육료지원사업의 확대에 따른 것이다. 현행 영유아보육료 지원사업은 만0-2세와 만5세누리과정에 대해서 전 계층을 대상으로 이루어지고 있다. 이에 따라 보육시설의 신규 이용 아동이 증가하였고, 이로 인해 올해 영유아보육예산은 총 4조8400억원이 소요될 전망이다, 이 중 지방정부가 부담해야 할 예산은 약 6,650억원에 이르고 있다. 이에 대해 기초자치단체는 중앙정부의 추가지원이 없으면 보육예산의 고갈로 사업이 중단될 위기에 처했다고 주장하고 2013년 이후부터 전액 국비로 시행해줄 것을 요청한 상황이다.

이 외에도 최근 지방자치단체장 선거와 국회의원 선거 등에서 제시한 무리한 공약을 실천하기 위해 다양한 복지사업을 확대하고 있다. 이는 최근 지역경제의 쇠퇴, 행정관리의 실패 등으로 인한 지방정부 재정위기와 더해져 중앙정부와 지방정부의 복지정책 및 재원분담 역할과 책임에 관한 논란을 심화하고 있다. 이와 함께 기초자치단체의 복지수요를 고려한 국고보조사업의 기준 보조율 격차가 사실상 지방정부의 재정여건 등을 충분히 반영하지 못하고 있다는 지적도 있다. 이에 따라 자체재원의 확보가 요구되나 현실적으로 지방정부의 자체재원을 추가적으로 확보하는 것은 한계가 있다.

〈표 5-18〉 기초자치단체 대상 영유아보육료지원 기준 보조율

(단위: %)

국고보조사업	기준 보조율		대상	방법
	서울	지방		
영유아보육료지원	10~30	40~60	기초자치단체	경상보조(정률)

주: 기초자치단체에 따라 차등보조율 적용

자료: 보건복지부 내부자료.

나. 개선방안

국가와 지자체간 복지재정 분담 및 운영방식에 대한 개선을 위해서는 국가와 지자체간 복지재정 관계 조정 및 중앙정부 재정계획에 지자체 참여를 유도하고 일방향적인 복지정책의 확충과 재원이 고려되지 않은 복지정책의 시행이 포폴리즘으로 행해지는 것을 시스템으로 제어할 수 있어야 한다. 즉 지방재정영향평가제도를 도입하여 중앙정부가 복지정책을 수립하고 이를 시행하기 위해 지방정부의 노력이 요구되는 의무지출 사업에 대해서는 중앙정부가 정책을 수립할 때 복지재원 분담 추이와 재정에 미치는 영향을 평가하여야 한다. 즉 지방정부가 중앙정부의 국가재정운영계획 수립단계부터 참여하여 의무지출사업에 대한 재원분담 계획을 추진할 수 있도록 조정할 수 있는 권한이 요구된다. 이에 따라 세입 등 재원에 대한 합의없이 지자체의 지방비부담을 가중시키는 국가보조사업은 지방재정영향평가제도를 통해 통제권한을 부여할 수 있다.

다음으로 지방정부 역시 제한된 예산과 지출의 급격한 증가로 인해 지자체의 채무가 급증하고 향후 원리금 상환이 우려되는 재정적 위기를 고려할 때 선심성 공약의 남발을 방지하고 지방정부의 공단 및 공사를 통한 불투명한 자금 흐름을 막기 위한 지방재정통제시스템 구축이 필요하다. 이를 위한 제도적 개선방안으로 지방채 원리금 상환 의무조항 신설(순세계잉여금 30% 이상)과 재정공시제도의 강화(재정공시에 공단 및 공사 포함)를 제안할 필요가 있다.

다음으로 기준보조율의 세분화 및 현실화가 필요하다. 사회복지분야 국고보조사업의 차등보조율은 주로 재정자주도와 욕구지표를 통해 결정되고 있다. 이를 보다 세분화하여 지방채무와 복지욕구, 세입여건 등을 고려하고 기초자치단체의 형평에 맞게 차등화할 필요가 있다.

다음으로 기초자치단체의 재정효율성을 제고하기 위하여 범주별 포괄보조금을 도입할 필요가 있다. 보건복지분야 사회서비스사업 및 시설운영사업 등을 중심으로 범주별 포괄보조금 도입하고 이들 사업 내에서는 지자체의 복지욕구를 고려하여 자율적으로 운용하되, 타 분야의 지출은 엄격히 제한함으로써 복지분야 사업의 재정운

용의 효율성과 자치단체의 자율성을 제고할 수 있다.

마지막으로 사회복지교부금의 신설을 제안하고자 한다. 사회복지교부금은 지역의 특성에 따라 자율성과 다양성을 가지고 운영할 필요가 있는 사업들에 대해서 지방정부의 재량을 강화할 수 있다. 이를 도입을 위해서는 지방교부세법 개정하고 보통교부세와 분권교부세, 부동산교부세의 일정액을 사회복지교부세로 통합하여 추가적인 재원조달없이 운용할 수 있다는 장점이 있다. 그럼에도 불구하고 현행 국고보조사업 중 국고로 귀속되어야 할 사업들과 사회복지교부금에 포함해야할 사업들을 정리할 필요가 있다.

다. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
지방재정영향평가도입					
중앙정부 재정계획 수립시 국고보조사업의 재원 분담 계획 제시					
기준보조율 현실화					
지방채무원리금 상환 의무조항 신설					
지방재정공시제도 강화					
범주별 포괄보조금 도입					
사회복지교부금 신설					

8. 중장기 사회보장 재정추계

가. 현황 및 문제점

1) 현황

그동안 사회복지분야 재정추계는 국내 연구기관을 중심으로 실시되어 왔으나 정부 차원의 종합적인 재정 전망은 실시되지 않고 있다. 최근 사회보장기본법의 개정으로 사회보장 재정추계가 격년으로 실시될 예정이다. (사회보장기본법 제5조 4항 : “국가는 사회보장제도의 안정적인 운영을 위하여 중장기 사회보장 재정추계를 격년으로 실시하고 이를 공표하여야 한다.”) 동법 제20조는 사회보장위원회가 “사회보장의 재정추계 및 재원조달 방안”을 심의 조정하는 것을 규정하고 있다.

2) 문제점

사회보장기본법상 사회보장재정추계는 격년으로 실시하도록 되어 있으나 추계범위, 추진체계, 추계방법 등 주요 세부내용에 대해서는 국가차원의 논의가 실시된 적이 없어 이에 대한 사전 작업이 필요한 실정이다. 법에 의해 재정추계가 실시되는 만큼 추계 범위 및 방법과 관련한 사회적 합의가 필요하며 제도별 재정추계 모형의 개발도 추진되어야 한다.

3) 쟁점

현재 기획재정부 주관으로 사회보장재정추계가 실시되고 있고 각 공단은 사회보험 관련 재정추계결과를 발표하고 있다. 추계범위, 추계가정, 그리고 추계방법에 대한 위원회의 토의와 승인이 필요하나 기획재정부가 진행하고 있는 추계와 각 공단의 추계는 내부적으로 정한 기준으로 추계를 수행하고 있는 문제점을 갖고 있다. 따라서 사회보장법에 의해 추진되는 재정추계에서 법에 의해 진행되고 있는 각종 추계

(국민연금재정계산)와 각 공단이 내부적으로 실시하고 있는 재정추계 등을 어떻게 활용할지에 대해서도 논의가 필요하다. 사회보장위원회 차원에서 별도로 진행해야 하는 재정추계와 기존 추계의 활용과 외부전문가활용 등 재정추계 실무를 담당할 센터의 설립이 필요하다.

4) 해외사례

○ 일본 후생노동성의 사회보장급부전망(2006~2025)

일본노동후생성은 『사회보장급부와 부담의 전망』 보고서를 2006년 발표하였다. 일본노동후생성의 추계에 의하면 사회보장급부비는 2006년 90조엔에서 2025년 141조엔으로 증가할 것으로 전망하고 있다. 일본후생노동선 소관 급부비만을 고려한 경우, GDP대비 17.5%(2006년)에서 19.0%(2025년)으로 증가하는 것으로 추계되었다. 후생성의 추계는 업무적 추계로 정교한 추계라는 평가를 받고 있지만 다음과 같은 문제점을 갖고 있는 것으로 일본 학계에서는 지적하고 있다.

- ① 시산 방법의 상세자료 또는 기초자료를 공개하지 않는다.
- ② 2006년의 신인구추계가 아닌 2004년도 구인구추계를 근거로 하고 있다.
- ③ 사회보장 관련 개혁 내용을 포함하지 않고 있다.
- ④ 경제성장률의 목표가 높게 설정되어 실질적으로 목표달성이 어려움.
- ⑤ 일본학계에서는 구인구추계가 아닌 신인구추계를 사용하는 경우 노인인구가 증가하여 2025년 GDP대비 비중이 1% 더 증가할 것으로 전망하고 있다.

○ 미국 Office of Management and Budget(OMB)의 장기재정전망(2011-2080)

미국 백악관 소속의 OMB에서는 장기재정전망을 13개의 각기 다른 시나리오별로 추계하고 있으며 사회보장급여만을 대상으로 하는 일본과는 달리 국가전체의 재정전망을 실시하고 있다. 각종 정부지출을 시나리오별로 달리하는 경우 정부부채의 규모

가 어떻게 계산되는지를 보여주고 있다. 2080년 기준으로 정부부채규모를 가장 크게 만드는 시나리오는 시나리오 1(보건의료지출이 과거 추세와 동일하게 증가)로서 연도별 국가부채는 2030년 92.8%, 2050년 179.2%, 2080년 494.6% 등으로 급증하는 것으로 전망하고 있다.

국가부채에 대해 보건의료지출 다음으로 민감한 가정은 생산성증가율로 생산성증가율을 저위로 가정하는 경우 연도별 GDP 대비 국가부채는 2030년 106.2%, 2050년 198.6%, 2080년 384.8%로 추계되었다. 가장 낙관적인 시나리오는 조세수입이 GDP증가율 보다 2% 높게 증가하는 경우로 2080년 GDP대비 국가부채는 87.6%로 추계되었다.

나. 정책목표

국가차원(사회보장위원회 등)의 재정추계 관련 활동을 지원하도록 사회보장재정추계지원단(센터)을 한국보건사회연구원에 설치하는 것이 필요하다. 사회보장위원회 산하에 재정추계소위를 구성하여 각계 전문가의 의견을 수렴하여 추계 범위 및 추계방법 그리고 추진체계에 대한 합의를 도출하는 것이 필요하다.

사회보장재정추계 방법에 따라 유동적이지만 필요시 제도별 재정추계모형 개발하고 이를 바탕으로 한 분석시스템을 구축하여 재정추계 관련 접근성을 제고하는 것도 고려되어야 한다. 이를 통해 사회보장재정 지출에 대한 전망을 보다 합리적이고 실증적으로 제시하여 부담규모와 부담가능성을 가늠할 수 있는 자료로 활용하는 것을 정책목표로 설정해야 한다.

〈표 5-19〉 연도별 추진계획

구분	2013년	2015	2017년
내용	-사회보장재정추계지원단(센터) 설립 -1차 재정추계	- 2차 재정추계 실시	- 3차 재정추계 실시

다. 개선방안

1) 사회보장재정추계범위 및 추계방법

가) 추계범위

- 기본방향: 사회보장재정추계범위의 경우 사회적(정부 및 학계 등) 합의가 필요하다.
- 제도개선: 기본법 제3조 1항에서 정의한 사회보장제도에 근거해야 할 것이며, 정부재정에 대한 영향력이 크거나 사회적 파급효과가 큰 항목들을 선택하는 방향으로 추진되어야 한다. 또한 지방재정에 대한 고려가 필요한데, 복지부 또는 타 부처와의 메칭사업비만을 포함할지 자체사업비 까지 포괄할 것인지에 대한 논의가 필요하다. 이러한 내용들을 향후 구성될 추진체계에서 논의될 수 있도록 사전 준비가 필요하다.

나) 추계방법

- 기본방향: 재정추계 방법은 급여수준의 적절성, 부담의 적절성, 국가재정의 파급효과 등을 종합적으로 고려할 수 있는 지표 생산을 목표로 해야한다.
- 제도개선: 국가적 차원의 통합적인 재정추계가 필요하며 이를 위해 필요시 제도별 재정추계모형을 개발하고 분석시스템으로 구축하여 추계의 정확성 및 접근성을 개선시킬 필요가 있다. 추계방법 역시 향후 구성될 추진체계에서 구체적인 논의가 진행될 것이므로 이에 대한 사전준비가 필요하다.

다) 추진체계

- 기본방향: 사회보장위원회 그리고 기본법시행령과 관련해서 논의되고 있는 전문위원회 등 국가적 차원의 재정추계 활동을 지원할 사회보장재정추계지원단(센터)의 설치가 추진되어야 한다.
- 제도개선: 사회보장위원회 등 국가차원의 재정추계 관련 활동을 지원하기 위해 사회보장재정추계지원단(센터)을 설치를 사회보장기본법 시행령 및 시행령 세부지침에 명기하는 것이 필요하다.

라. 입법조치 및 연차별 시행계획

사회보장재정추계는 격년으로 추계하는 것이 확정되었고 향후 추진계획은 사회보장재정추계지원단(센터) 설치와 시행령 또는 시행령 세부규칙에 삽입하는 작업이 추진되어야 한다.

구분	2013	2014	2015	2016	2017
사회보장재정추계지원단(센터) 설치					
1차 추계					
2차 추계					
3차 추계					

9. 사회복지통합관리망 범정부 적용 확대 및 운영 효율화

가. 사회복지통합관리망의 현황과 과제

1) 사회복지통합관리망의 기능

사회복지통합관리망(이하 사통망)은 ‘지자체를 통해 전달되는 각종 사회복지 급여 및 서비스 지원 대상자의 자격 및 이력에 관한 정보를 통합 관리하고, 지자체의 복지업무 처리를 지원하기 위한 정보시스템’으로 정의된다(보건복지가족부, 2009). 간단히 말해, 사통망은 복지급여 집행·전달 주체, 특히 지자체의 복지행정업무를 지원하는 시스템이다. 구체적으로, 지자체의 복지급여 수급자격 조사 및 지급업무, 상담(사례관리) 업무, 사회복지시설관리 업무 등을 지원하는 기능을 수행한다. 현재 이러한 제 기능 중 핵심은 급여 수급자격조사 및 지급 지원 기능이다. 즉, 소득·재산 정보 등 급여신청자의 수급자격 판정 및 자격변동 관리에 필요한 각종 정보를 통합적으로 관리하며 다양한 복지사업에 연계·지원하는 기능이 핵심이다. 아래 <표1>에서 보듯이 현재 사통망 연계 자료는 대부분 소득재산 및 인적 정보와 급여이력 정보, 서울행정시스템 연계 정보인데, 이러한 정보들은 대부분 급여신청자의 수급자격 판정 및 자격변동 관리에 필요한 것들이다.

<표 5-20> 사회복지통합관리망 공적자료 연계현황

(단위: 개소, 종 / 2011.12.31 기준)

구 분		기관	정보
계		32(3)	374
소득 재산 인적 정보	소득/재산	14(3)	25
	인적 정보	4	5
	행정정보공동이용서비스연계	6	15
급여 이력 정보	입수	7	58
	제공	17	102
	공동(입수/제공)	7	65
시군구(서울행정시스템)와 연계 정보		1	71
민간기관 연계 정보		1	33

주) 기관중복을 제거하여 합계도출, 괄호 안은 승인기관과 제공기관이 상이한 경우, 동일 부처라도 정보승인부서가 다른 경우에는 별도기관으로 산정

출처: 한국보건복지정보개발원 내부자료(2011)

2) 사회복지통합관리망의 한계와 과제

사통망은 복지공급자 및 수요자 차원에서 다양한 성과를 이뤄내고 있다. 공급자 차원에서 수급자 선정 및 급여산정 업무의 정확성 제고, 복지급여 신청에서 결정까지의 업무처리 신속성 제고, 수급자의 복지욕구 발굴 및 안내 등 복지수요 대응성 제고, 조사·보고·통계처리 등 행정업무자동화 및 행정간소화를 통한 업무 효율성 제고 등의 성과가 나타나고 있으며, 수요자 차원에서는 급여 신청 및 이용의 편의성 제고, 급여관련 정보 접근성 제고 등의 성과가 나타나고 있다(강혜규 외, 2010; 추병주·함영진, 2010).

그러나 이러한 성과에도 불구하고, 사통망의 문제 내지 한계 역시 적지 않다. 가장 우선적으로 거론할 수 있는 사통망의 한계는 정보 연계·지원 대상 복지사업이 제한적이라는 점이다. 현재 사통망에 연계되어 수급자격 판정 및 자격변동 관리에 필요한 정보를 지원받는 복지사업은 전체 사업 중 일부에 불과하다. 복지사업은 크게 중앙정부부처 관할 사업, 지자체 자체 사업, 민간 사업 등으로 구분될 수 있는데, 사통망에 연계되어 정보를 지원받는 사업은 중앙정부부처 관할 사업에 국한되며, 그나마 총 16개 부처 296개 사업 중 2011년 말 현재 연계되어 있는 사업은 복지부관할 사업 중심으로 7개 중앙부처 101개 사업에 불과하다. 이처럼, 우리사회 전체 복지사업 중 일부만이 사통망과 연계되어 있다는 것은 곧 사통망 구축의 효과가 근원적으로 제약될 수밖에 없음을 의미한다. 따라서 사통망 구축의 효과를 극대화하기 위해서는 사통망 연계 사업을 전체 복지사업으로 확대해야 한다. 이와 관련하여 현재 중앙정부부처 관할 복지사업 전체를 사통망과 연계하는 ‘범정부복지정보통합관리 사업(범정부복지정보연계시스템) 구축 사업’이 진행 중이므로 동 사업의 성공적 완료를 지원해야 하며, 궁극적으로 지자체 자체사업 및 민간사업 연계로까지 이어지도록 해야 한다.

사통망 연계 대상 사업 확대를 추진함과 동시에 현재 사통망의 기능을 고도화하기 위한 노력도 전개되어야 한다. 위에서 밝혔듯이, 사통망의 핵심 기능은 소득·재산 정보 등 급여신청자의 수급자격 여부 판정 및 자격변동 관리에 필요한 각종 정

보를 복지사업에 연계·지원하는 기능이다. 만약 연계·지원되는 정보에 문제가 있다면 사통망 기능에 근본적 결함이 발생하게 되는데, 특히 문제가 되는 것은 연계정보의 신뢰성이다. 만약 연계정보의 신뢰성에 문제가 발생하게 되면 수급자격 판정 및 자격변동의 정확성 제고라는 사통망 구축의 근본 의의가 침해되며, 신뢰성이 의심되는 정보를 지자체 공무원이 일일이 확인해야 하므로 행정 효율성 강화 효과도 저하된다. 그동안 사통망에 연계되는 정보의 양적 확대에 주력했던 가운데 각 정보의 신뢰성 및 적실성 검증에는 상대적으로 소홀했다. 따라서 향후 연계정보의 신뢰성 및 적실성 제고를 통해 복지급여 집행·전달 주체의 복지행정업무를 지원하는 사통망 기능을 고도화할 필요가 있다.

최근 서비스 보장제도가 급속히 증가하면서 서비스 집행·전달 업무가 증가하고 있다. 그러나 사통망의 핵심 기능, 즉 소득·재산 정보 연계를 통해 수급자격 판정 및 자격변동 관리를 지원하는 기능은 공공부조성 현금급여 집행·전달 지원에 초점이 맞추어져 있는 것이다. 즉, 현재의 사통망에는 대상자 상담 및 욕구사정, 자원 연계 등 서비스급여 집행·전달과 관련한 지원 기능이 제대로 갖추어져 있지 않다. 사실, 오늘날 사회복지 전달체계에서 중요하게 대두되는 것이 서비스급여 집행·전달로서, 향후 지자체 등의 복지행정 업무도 이와 관련된 대상자 상담 및 욕구사정, 자원 연계 업무 중심으로 재편될 것으로 예상된다. 따라서 지자체 등의 복지행정 업무를 지원하는 시스템인 사통망에는 당연히 해당 업무를 지원하는 기능이 강화되어야 한다.

사통망의 근본적 문제는 공급자 중심 시스템이라는 점이다. 즉, 위에서 열거한 사통망의 주요 기능은 대부분 복지급여를 집행·전달하는 복지 공급자를 지원하기 위한 것이다. 이 때문에 사통망의 성과로 흔히 거론 되는 것이 ‘복지행정 효율성 제고’나 ‘부적정 수급 또는 중복수급 방지’ 등인데, 이는 사통망으로 대표되는 소위 ‘복지 정보화’의 성과를 근본적으로 제약하는 것이다. 오늘날 사회복지 분야에서 대두되고 있는 수요자 중심주의 흐름을 반영하여, 사통망은 향후 중장기적으로 복지 수요자 지원을 지향하는 시스템으로 재정립되어야 할 필요가 있다. 즉, 복지 수요자를 발굴하고 이들의 복지이용을 지원하는 기능 중심의 시스템으로 발전하여야 할 필요가 있다.

나. 정책목표

위에서 지적인 현 사통망의 한계를 극복하기 위해서는 ①사통망 연계 복지사업 확대, ②사통망 고도화, ③수요자 지원 기능 확대 등의 정책목표 설정이 필요하다.

구분	2012년	2017년
사통망 연계 사업 확대	- 연계 사업수: 중앙정부부처 사업 198개1)	- 연계 사업수: 중앙정부부처 사업 전체, 지자체 자체 사업 전체, 주요 민간 사업
사통망 고도화	- 연계정보 검증 미흡 - 공공부조성 현금급여 집행·전달 지원 기능 중심	- 연계정보 고도화 - 서비스 급여 집행·전달 지원 기능 확충
수요자 지원 기능 확대	- 복지관련 일반정보 단순 제공	- 급여대상 발굴 및 권리보호 기능 도입 - 복지급여 온라인 신청, 상담 기능 등 확충 - 수요자 친화적인 정보지원 기능 확충

주 1) 2012년 8월말 기준. 2011년 12월말 기준 사통망 연계 사업은 중앙정부부처 사업 101개. 2012년 현재 사통망 연계 사업을 확대하기 위한 ‘범정부복지정보통합관리 사업’ 진행 중. 동 사업 계획에 따르면, 2012년 8월까지 101개 사업에 더해 97개 중앙정부부처 복지사업의 연계를 완료하고(1단계), 2013년 2월까지 중앙복지 사업 전체 연계 완료(2단계).

다. 개선방안

위에서 설정한 정책목표를 달성하기 위해서는 사통망 연계 사업 확대, 연계정보 고도화, 서비스급여 집행·전달 지원 기능 확충, 급여대상 발굴 및 권리보호 기능 도입, 복지급여 온라인 신청, 상담 기능 확충, 수요자 친화적인 정보지원 기능 확충 등의 방안이 필요하다. 각 방안의 구체적 내용은 다음과 같다.

1) 사통망 연계 사업 확대

사통망 연계대상 복지사업을 확대하여 사통망 구축 효과를 극대화할 필요가 있다. 연계 사업 확대는 중앙부처 및 지자체 복지사업을 대상으로 하여 우선 추진하되, 민간과의 협의를 통해 주요 민간사업으로까지 연계를 확대하는 것이 적절하다. 사업 연계를 위해 복지사업별 급여기준이나 업무절차 등의 표준화를 먼저 추진할 필요가 있다.

2) 연계정보 고도화

사통망 연계정보의 신뢰성 및 적실성을 검증하여 수급자격 판정 및 자격변동 관리의 정확성과 공정성 등을 제고해야 한다. 구체적으로 연계정보 생산, 전달, 적용 등의 측면으로 나누어 정보의 신뢰성과 적실성을 검증하고 개선 방안을 도출해야 한다. 특히 신뢰성이나 적실성 측면에서 문제가 있는 정보를 대체할 정보를 발굴하기 위한 연구가 필요하다.

3) 서비스급여 집행·전달 지원 기능 확충

서비스 집행·전달의 효율성·효과성을 제고하기 위하여 이를 지원하기 위한 기능을 확충하여야 한다. 구체적으로, 대상자 상담, 욕구사정, 서비스제공계획 수립, 자원 연계 등을 지원하는 기능을 강화해야 하는데, 현재 사통망 하위시스템의 하나인 상담·사례관리시스템에서 관련 기능을 수행하고 있으므로 동 시스템을 고도화하는 방식으로 서비스급여 집행·전달 지원 기능을 확충하는 것이 적절하다. 또한 현존하는 주요 사례관리시스템간의 연계 추진도 필요한데, 이를 위해서는 서비스 및 업무 표준화가 선행되어야 한다.

4) 급여대상 발굴 및 권리보호 기능 도입

급여 신청자에 대한 단순 판정 및 관리를 넘어, 능동적으로 급여 대상자를 찾아내어 급여를 수급토록 지원함으로써 급여 대상자의 권익을 옹호하는 기능을 갖추어야 한다. 예를 들어, 사통망 연계 정보를 모니터링함으로써 잠재적 급여 대상자군을 발굴하여 관계 기관 및 인력에게 통보하는 기능의 도입을 검토해 볼 수 있다. 이와 관련하여 급여 비수급권자 중 수급기준선 근접자, 특히 급여 신청자 중 탈락자나 수급 도중 자격변동으로 인한 탈락자 등에 대한 상시 모니터링 및 수급자격 발생시 통보하는 기능의 도입 필요성이 높다. 다만, 잠재적 급여 대상자 모니터링 및 관련 정보의 유관기관 통보가 법적으로 가능한지에 대한 검토가 우선되어야 하는데, 예컨

대 급여 신청이나 중지시 정보 모니터링에 대한 동의를 얻는 방식의 법적 근거 마련을 검토할 필요가 있다.

5) 복지급여 온라인 신청, 상담 기능 등 확충

복지급여 수요자가 급여 신청 등을 온라인으로 할 수 있도록 함으로써 복지이용 접근성 및 편의성을 제고할 필요가 있다. 이를 위해서는 먼저 온라인 신청이 가능한 사업을 파악해야 하며, 이에 토대하여 신청시스템을 구축하여야 한다. 이와 함께 신청-조사-자격판정 등 각 단계별 관련 정보를 온라인으로 제공하는 시스템 기능을 도입하는 것도 필요하다. 또한 대국민 접점(access point)에서 수행하는 신청자 상담을 온라인으로 함으로써 이용자 편의성 및 접점의 업무효율성을 제고하는 방안도 검토할만하다.

6) 수요자 친화적인 정보지원 기능 확충

사통망에 축적된 정보를 수요자에게 제공함으로써 수요자의 권리 보장 및 '정보화'의 민주화를 실현한다. 구체적으로, 수요자 개인별 수급자격 시뮬레이션, 급여 이용 방법 안내, 지역사회 유관 서비스 제공기관 및 자원 정보 안내 등을 종합 수행하는 대국민 포털 운용이 수요자 친화적 정보지원 기능을 확충하기 위한 좋은 방법이라 할 수 있다.⁹⁹⁾

라. 입법조치

사통망 연계사업 확대와 관련하여, 사통망에서 다양한 연계정보를 개별 복지사업에 지원할 수 있는 법적 근거를 마련하는 것이 필요하다. 효율성 측면에서, 개별 복

99) 사통망의 범 정부 적용 차원과는 거리가 있지만, 사통망의 범위 및 기능 등이 근본적으로 변화될 수 있는 가능성이 있으므로 이에 대한 지속적 검토가 필요하다. 사통망은 복지급여 집행·전달을 지원하는 시스템으로서, 전달체계가 변모하면 현재의 시스템 범위 및 핵심 기능이 전혀 달라질 수 있다. 따라서 사통망의 발전방향을 모색함에 있어 시스템 자체에 초점을 두는 것과 별개로 전달체계 변화 방향에 초점을 두는 것이 필요하다. 특히, 개정 '사회보장기본법'에서 '사회보장정보시스템(동법 제37조)을 구축하도록 규정하고 있는 만큼, 미래 전달체계의 지향성 및 개편방향을 고려하여 동 시스템의 개념을 정립하는 한편, 동 시스템의 모태로서 사통망의 발전방향을 검토할 필요가 있다.

지사업 관련법에서 제각각 해당 근거를 규정하는 것보다 별도 법 또는 ‘사회보장기본법’에서 해당 근거를 일괄 규정하는 것이 적절하다. 급여대상 발굴 및 권리보호 기능 도입과 관련하여서는 잠재적 급여 대상자 모니터링 및 관련 정보의 유관기관 통보가 법적으로 가능한지에 대한 검토가 반드시 필요하다. 급여대상 발굴 및 권리 보호, 서비스급여 집행·전달 지원 등의 기능을 확충할 경우 개인정보 보호 문제가 불거질 수 있으므로 개인정보 보호 규정을 강화할 필요가 있다.

마. 연차별 시행계획

구분	2013	2014	2015	2016	2017
사통망 연계사업 확대					
- 중앙정부부처 사업 연계					
- 지자체 자체 사업 연계					
- 민간 사업 연계					
연계정보 고도화					
- 연계정보 검증 연구 수행					
- 고도화 시행					
서비스급여 집행·전달 지원 기능 확충					
- 서비스 및 업무 표준화를 기초 연구					
- 표준화 시행					
- 상담·사례관리시스템 고도화					
- 주요 사례관리시스템 연계					
급여대상 발굴 및 권리보호 기능 도입					
- 기초연구 및 법적 타당성 검토					
- 기능 개발					
- 기능 적용 및 고도화					
복지급여 온라인 신청, 상담 기능 등 확충					
- 온라인 신청 가능 사업 파악					
- 기능개발 및 적용					
- 온라인 상담 기능 개발					
- 기능 적용 및 고도화					
수요자 친화적인 정보지원 기능 확충					
- 기초 연구					
- 기능 개발					
- 기능 적용 및 고도화					
전달체계 개편에 따른 사통망 범위, 기능 변화 연구					
- 기초 연구					

참고문헌

- 강혜규 외, 2010, 사회복지통합관리망 운영 성과 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원 정책연구보고서
- 추병주·함영진, 2010, 사회복지정보화의 성과와 한계: 행복e음을 중심으로, 한국행정학회 동계학술대회 발표논문
- 보건복지가족부(내부자료), 2009, 시군구 복지전달체계 개선 대책

10. 복지확충을 위한 자원 마련 방안

가. 현황 및 문제점

본 자원마련 방안에서는 기존의 증가하는 복지수요와 한정된 재정조달 능력에 대한 현황과 문제점은 주어진 것으로 하고, OECD 시계열 자료에 의한 국제비교 관점에서의 자원 조달의 현황과 문제점을 중심으로 서술한다(유근춘 외, 2011 보건복지재정의 정책과제, 한국보건사회연구원, 2011).

1) 현황

□ 자원조달과 관련된 구조적 선택사항이 존재함

상기 연구에 따르면 복지국가 유형에서 고복지 고부담, 저복지 저부담에 상응하는 자원조달체계가 약간의 단기적인 변화에 의한 차이를 제외하면 존재하고 있다. 이는 우리나라가 증가하는 복지에 대응하기 위한 자원조달체계를 고려할 때 이러한 구조적 선택사항을 필수적으로 고려해야 한다는 것을 의미한다.

□ 원조달과 관련된 구조적 선택사항의 내용과 현황

○ 고부담 고복지의 복구형과 대륙형

고복지 국가인 복구형과 대륙형은 모두 고부담의 형태를 보이고 있다. 특히 1965년과 다르게 1980년대 이후에는 사회보장부담률에 있어서도 복구형은 대륙형과 상대적으로 약간 작지만 평균이상의 고수준을 보이고 있다. 대신 평균적으로 국민부담률의 다른 부분인 조세에 있어서는 대륙형이 작다. 결론적으로 고복지를 하는 보편주의적 복지국가에서는 조세와 사회보장부담률이 모두 평균이상의 경향을 보이고, 좀더 보편주의적이라 할 수 있는 복구형에서는 조세가 상대적으로 높고, 좋은 일자리 중심의 보장을 중심으로 하는 사회보험형 국가인 대륙형에서는 사회보장부담률이 상대적으로 높다. 보편주의 국가 중에서 아주 다른 특징을 보이는 국가는 덴마크로

서 현재로 오면서(본 연구의 자료에서는 최소한 1995년 이후) 고복지이면서도 사회보장부담률에는 거의 의존을 하지 않고 극도로 높은 조세에 의존을 하고 있다.

○ 저부담 저복지의 영미형

반면 저복지 저부담형인 영미형에서는 과거에 영국이 국민부담률이 예외적으로 높았던 점을 제외하면 국민부담률과 사회보장부담률의 양면에서 모두 평균 이하의 저수준을 보이고 있다. 영미형은 통상 조세와 사회보장부담이 동시에 존재하는데 호주만 예외적으로 사회보장부담이 거의 없는 조세중심의 독특한 형태를 보이고 있다.

○ 대륙형의 비발전형으로서의 남유럽형

대륙형과 유사한 것으로 분류되는 남유럽형의 경우 최근으로 올수록 사회보장지출이 증가하여 고복지국으로 전환하고 있는 경향을 보이고 있으며, 이에 상응하여 사회보장부담률도 고수준으로 변화하는 경향을 보이고 있다. 반면에 사회보장부담과 조세를 포함하는 국민부담률 전체는 2007년의 경우 이태리는 고수준이고 스페인은 평균근처이지만 다른 나라는 평균 이하이다. 이들 국가들은 현재 문제가 되고 있는 남유럽형으로서 비효율적인 제도를 고려하지 않고 단순히 복지와 부담 간 수준을 비교하면 2008년 이후 최근에 재정위기를 맞고 있는 것은 고복지로 가면서도 복지진국가와 같은 확실한 고부담의 형태를 이룩하지 못한데서 그 원인을 찾을 수 있겠다.

○ 일본

일본은 한국과 비슷하게 사회보장지출, 국민부담률, 사회보장부담률 모두에 있어 최근에 사회보장부담률이 평균을 상회하는 것 이외에는 평균보다 항상 밑돌고 있어 저복지와 저부담의 유형에 든다고 볼 수 있다. 다만 사회보장부담률이 상대적으로 높아 남유럽형과 비슷하게 대륙형의 비발전형으로 볼 수 있다.

○ 한국

한국은 일본과 같은 유형이면서 모든 수준에서 훨씬 떨어지는 경향을 보이고 있다. 역시 남유럽형과 비슷하게 대륙형의 비발전형으로 볼 수 있다.

□ 재원조달과 관련된 조세체계의 내용과 현황

○ 고부담 고복지의 복구형과 대륙형

고복지 고부담 국가인 복구형과 대륙형에서 모두 높은 세금은 소비세이며 일반소비세가 상대적으로 증가하고 있다. 또한 개인소득세와 사회보장부담금이 두 국가군에서 모두 중요한 역할을 하나 복구형에서는 개인소득세가, 대륙형에서는 사회보장부담금이 상대적으로 우세한 역할을 한다. 덴마크의 경우는 다른 복구형국가와 달리 개인소득세가 특이하게 커서 사회보장기여금의 역할이 미미해진 특이한 복구형 국가이다. 법인세 경우 최근에는 복구형과 대륙형에서 더 이상 감소하지 않고 평균근처나 약간 작은 수준에서 안정적 모습을 보이고 있어 나름대로 중요성을 가지는 것으로 보인다. 재산세는 나름대로 유지되지만 복구형에서는 중요한 세목이 아니다.

○ 저부담 저복지의 영미형

저복지 저부담의 영미형에서는 개인소득세가 복구형 보다는 작았지만 평균근처나 평균보다 커서 중요한 재원의 역할을 하는 것으로 보인다. 비중으로 보면 소비세나 사회보장기여금(호주 제외)이 크나 복구형이나 대륙형에 비해 평균보다 작은 경향을 보이고 있다. 반면, 재산세와 법인세(2008년 미국 제외)는 영미형이 복구형이나 대륙형에 비해 특징적으로 평균보다 큰 경향을 보이는 세원이다.

○ 대륙형의 비발전형으로서의 남유럽형

남유럽형은 사회보장기여금이 평균보다 커지는 경향에서는 대륙형을 닮아가고 있다. 소비세가 커지는 경향은 복구형과 대륙형을 모두 닮아가는 것으로 볼 수 있다. 법인세나 재산세가 상대적으로 중요한 역할을 하는 것은 영미형을 닮고 있다. 개인소득세는 중요한 역할을 하지 않고 있다.

○ 한국과 일본

한국과 일본은 사회보장기여금이 커지는 경향을 보이고 있어 대륙형을 닮고 있다. 일본은 최근 평균에 접근했지만 한국은 아직 평균보다 훨씬 작은 사회보장기여금을 보이고 있다. 한국의 소비세는 평균을 향해 증가하고 있으며, 일본보다 커졌다. 한국과 일본은 공통적으로 다른 세금이 모두 평균이하인데 법인세와 재산세가 최근으로 올수록 평균이상이어서 영미형의 특성을 가지고 있다. 한국과 일본 모두 개인소득세

는 평균보다 작아 중요한 역할을 하지 않고 있다.

□ 재원조달과 경제성장 관련 지출과의 관련

여성일자리와 보육에 투자하는 경우, 교육과 재훈련, 그리고 은퇴연기에 지출된 사회지출이 경제성장에 도움이 되는 지출이었다는 기존의 연구는 고복지 고부담 국가에서 가족지출과 적극적 노동시장정책이 지속적으로 큰 비중을 차지해 왔다는 데서 뒷받침이 된다고 할 수 있다. 실업의 경우는 덴마크처럼 황금삼각형 모델의 일환으로 노동시장의 유연성 및 적극적 노동시장정책과 함께 실시되는 경우 경제성장과 긍정적인 관계를 가지게 된다고 말할 수 있다. 이러한 경제성장 관련 지출은 기업에 비용부담을 일으키는 사회보장기여금과는 다른 재원조달 수단을 필요로 한다.

2) 문제점 및 쟁점

우리나라의 사회보장 틀이 대륙형과 같이 사회보험 중심으로 되어 있어 재원조달에 있어 사회보장기여금이 기본적으로 중요한 역할을 할 것으로 보이나 사회보장기여금이 기업의 비용측면에서 문제점이 있고, 지출의 경제성장 관련성과 관련하여 이 분야의 재원조달에도 역시 사회보장기여금이 문제점이 있어 다른 재원을 고려할 필요 있다.

기존의 재원조달과 관련하여 제시되고 있는 순서로 1. 지출 분야 내 조정, 2. 지출분야 간 조정(경제-->복지), 3. 조세감면 축소와 특정소비재에 대한 과세 확대(담배, 술, 게임산업 등), 4. 적자재정(국채) 및 정부자산 매각, 5. 증세를 위한 조세체계의 장기적 변화(부가가치세 세율 인상 검토 등) 등이 대표적으로 제시되고 있다.

근본적이고 장기적인 문제의 해결은 결국 마지막의 증세를 위한 조세체계의 장기적 변화를 통해 이루어져야 하는데 이를 위해서는 국민적 합의를 이끌어 내는 정치력이 필요하다. 이 때 고부담고복지와 저부담저복지 사이에 어떤 것을 선택할 것인지, 그리고 이와 관련하여 ‘잘 걷어 잘 쓰는 방향’과 감세 중 어떤 것을 선택하여야 하는지가 주요 쟁점이 된다.

또한 좀 더 단기적으로는 확정할 수 있는 지출 추계에 근거하여 장기가 아닌 보다 앞 단계의 재원조달 조치로 해결될 수 있는 부분을 어떻게 최대한 늘일 수 있을지가 문제가 된다.

나. 정책목표

현재 어느 정도 확정할 수 있는 2017년까지의 지출 중 기존의 1-4안으로 최대한 충당할 수 있는 목표가 제시되어야 한다.

근본적이고 장기적인 재원조달 문제의 해결을 위한 로드 맵이 제시될 필요가 있다. 이를 위해서는 구체적 정보를 바탕으로 그 구체적 방안을 제시할 논의가 필요하다.

다. 개선방안

기존의 논의에 따른 순차적 방안은 다음과 같다.

1. 지출 분야 내 조정, 2. 지출 분야 간 조정(경제->복지), 3. 조세감면 축소와 특정소비자에 대한 과세 확대(담배, 술, 게임산업 등), 4. 적자재정(국채) 및 정부자산 매각, 5. 증세를 위한 조세체계의 장기적 변화(부가가치세 세율 인상 검토 등)

마지막의 근본적이고 장기적인 재원조달 방안을 위한 개선방안으로는 다음과 같은 것을 생각해 볼 수 있다.

선진각국에서 보건복지재원 확대를 위해 사용하는 방법으로서 일반조세에서 사회보장 목적(사회보장목적세)으로 일정 %를 가져오는 방식이 공통적으로 관찰되고 있어 이 방안이 개선방안이 될 수 있다.

특히 소비세가 그 대상이 되고 있으며, 프랑스의 경우 사회보장부담 개혁을 위한 재정기금(FDREC)은 담배, 술, 공해산업 등에 부과된 목적세이다. 또한 일반조세를 활용하는 일반사회기여금(CSF)이 있다. 그리고 기업의 부가가치 창출에 대한 세금 부과를 하는 사회보장부가가치세를 신설하였다.

독일의 경우 부가가치세의 2%를 적극적 노동시장정책제도의 재원으로 사용하고 있으며, 영국의 경우 소득세에 사회보장기여금 혹은 국민연금을 부과하고 있다. 일본의 경우 연금자격기간 단축으로 인한 부작용을 방지하기 위해 기초연금 재원 마련을 위한 소비세의 목적세화가 제안되고 있다.

이러한 선진국의 사례를 볼 때 우리나라의 경우에는 사회보험 중심이지만 사회보장기여금이 기업의 비용측면에서 부정적인 영향을 미치는 점이 알려져 있으므로 재원을 늘리기 위해서는 소비세를 적극 활용하고 그 지출분야도 경제성장에 우호적인 분야로 할 필요가 있다. 또한 현재로서는 재원조달에서 역할이 작은 개인소득세의 역할도 증가시킬 필요가 있다.

라. 입법조치

단기적으로 관련 당사자들의 협의를 거쳐 관련 예산을 변경하고, 장기적으로는 관련 당사자들의 협의를 거쳐 관련 세법을 개정할 필요가 있다.

마. 연차별 시행계획

다음과 같은 연차별 시행계획을 생각해 볼 수 있다.

구분	2013	2014	2015	2016	2017
상대적으로 단기적인 재원조달방안 관련 규정개정					
- 지출분야 내 조정	공감대확산 및 부처협의	세법등 규정개정	시행		
- 지출분야 간 조정	상동	상동	시행		
- 조세감면 축소와 특정소비자에 대한 과세 확대(담배, 술, 게임산업 등)	상동	상동	시행		
- 적자재정(국채) 및 정부자산 매각	상동	상동	시행		
근본적이고 장기적인 재원조달방안 관련 규정개정					
- 증세를 위한 조세체계의 장기적 변화 (부가가치세 세율 인상 검토 등)	상동	상동	시행		

참고문헌

- 강혜규 외 (2012). 「사회서비스 영역의 확대와 정책과제」, 『보건복지포럼』 제 189호, 한국보건사회연구원, 2012. 7.
- 강혜규 외, 2010, 사회복지통합관리망 운영 성과 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원 정책연구보고서
- 권중돈 (2010). 독거사 예방을 위한 노인돌봄 서비스 강화 방안. “노인고독사, 막을 수 없나” 토론회 자료집. 2010. 9. 10.
- 대한민국정부 (2011). 제2차 저출산·고령사회기본계획
- 원시연, (2010). 독거노인 100만 돌파: 진단과 대책, 이슈와 논점 제108호, 국회입법조사처.
- 이소정 외. (2011). 노후준비 종합진단 프로그램 연구·개발, 국민연금공단·한국보건사회연구원
- 이소정 외. (2010). 노후설계서비스 지원체계 구축 및 운영방안. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이소정 외. (2009). 성공적인 제3기 인생준비를 위한 사회적 기반조성. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 정경희 (2012) 「노인의 가족생활 실태와 정책과제」, 『보건복지포럼』 제192호, 한국보건사회연구원, 2012. 10.
- 정경희 (2011). 독거노인의 생활실태 및 정책과제. 이슈앤포커스. 한국보건사회연구원. 2011. 1. 28. 제72호

정순돌·원효연 (2010) 노인 고독사의 현황과 과제. “노인고독사, 막을 수 없나” 토론회 자료집. 2010. 9. 10.

주병주·함영진, 2010, 사회복지정보화의 성과와 한계: 행복e음을 중심으로, 한국행정학회 동계학술대회 발표논문

보건복지부. (2012) 노인복지사업안내.

보건복지가족부(내부자료), 2009, 시군구 복지전달체계 개선 대책

경찰청, 교통사고통계연보

통계청, 사망원인통계연보

OECD 대한민국정책센터 (2011) 한눈에 보는 사회:(2011) OECD, Society at a Glance 2011의 번역본

WHO (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide 10