

발간등록번호
11-1352000-000560-01

미래 지속가능한 복지를 위한 혁신과제 연구

보건복지부
한국보건사회연구원



머리말

21세기에 들어 한국사회가 저출산, 고령화, 양극화로 대별되는 거대한 환경 변화를 겪고 있다. 1997년 외환위기를 거치면서 양극화는 경제·사회 전반에 걸쳐 동시다발적으로 나타났으며, 이후 2008년 금융위기 등으로 일상화되는 특징을 보이고 있다. 저출산현상은 다른 사회위험 즉, 가족유대의 변화, 아동·노인 등의 가족돌봄의 피로감, 남성 1인 생계부양의 한계, 일과 가족생활의 양립 곤란, 아동청소년 안전의 위협, 노동시장 유연화에 따른 고용불안 등 신사회위험의 확장에 따라 심화되고 있다. 고령화의 경우, 생활환경의 위생 상태와 국민의 영양상태 개선, 각종 보건의료제도 및 건강보장제도의 발전으로 평균수명이 100세로 접근하면서 삶의 생활방식과 근로방식의 전면적인 재편을 요구할 것이며, 후기고령인구의 급격한 증가로 의료요양보호에 대한 욕구가 커질 것이다.

이와 같이 한국사회의 21세기 초를 특징짓는 저출산, 고령화 및 양극화는 보건복지대상을 확장하면서 보건복지분야의 다기화와 다양화를 동시에 촉진시키고 있다. 이에 대응하기 위한 보건복지 정책들의 추진으로 인해 사회안전망(social safety net)의 기본틀이 완비되고, 선진국 수준의 보건의료시스템 구축이라는 성과는 달성한 것으로 나타나나, 점차 보건복지정책의 사각지대가 절대적 및 상대적으로 커지고 욕구수준이 높아지는 등 한계점이 존재하는 것도 사실이다. 향후 한국사회에서 보건복지의 지속가능성을 담보하면서 증가하고 있는 욕구를 충족시키기

위해서는 저출산, 고령화 및 양극화의 사회환경 변화에 민감하게 반응하고 저체감·비효율 등 기존 정책의 한계를 극복할 필요가 있다.

이를 위하여 본 연구에서는 노후소득보장, 의료보장, 보육 등의 보건복지분야에서 Smart Welfare라는 새로운 개념을 도입하여 정치적 구호차원에서 제시하는 저부담(혹은 무부담)·고복지와는 다른, 제도 설계 및 운영, 자원 동원 등에 있어 정교화·효율화된 접근을 통해 실현 가능한 대안 제시를 목적으로 한다. 이러한 연구를 통하여 우리나라 현실에 적합한 정책 개발 및 시행을 위한 기초자료를 제공하고, 정책의 사각지대 해소 및 효율성 제고를 위한 제도 간 유기적인 연계를 도모하는데 활용이 가능할 것으로 기대된다.

본 연구를 위해 물심양면으로 많은 지원을 아끼지 않은 보건복지부 사회정책선진화기획관 강도태 국장, 사회정책선진화담당관 정경실 과장과 이현주 서기관에게 감사드린다. 본 보고서를 읽고 조언을 해준 본원의 정경희 박사와 오영희 박사에게도 감사드린다. 마지막으로 본 연구 결과는 우리 연구원의 공식적 견해가 아니라 연구자의 개별입장을 대변함을 밝혀둔다.

2011년 9월

한국보건사회연구원장

김 용 하

목 차

요약	1
1부 도입부	15
제1장 서론	17
제1절 연구배경 및 목적	17
제2절 연구내용 및 연구방법	20
제2장 이론적 배경 및 분석틀	22
제1절 이론적 배경	22
제2절 분석틀	51
2부 보건의료 부문	59
제3장 의료안전망기금 설립방안	61
제1절 배경 및 현황	61
제2절 의료안전망기금의 설립방안	80
제3절 요약 및 결론	89
제4장 요양병원·요양시설 합리적 역할분담 방안	91
제1절 연구개요	91
제2절 현황 및 문제점	97
제3절 외국사례	110
제4절 정책방안	119

제5장 건강보험의 사전예방적 기능 강화를 위한 건강포인트제도

도입	130
제1절 서론	130
제2절 만성질환의 사전예방적 관리를 위한 국내외 사례	137
제3절 우리나라에 적합한 건강포인트제도 도입방안	152

제6장 보건산업진흥원의 공사화 167

제1절 연구의 목표	167
제2절 환경분석	169
제3절 선진국 사례 검토	171
제4절 Medical Holdings(가칭) 설립 방안	180
제5절 결론	188

3부 사회복지 부문 191**제7장 양육비용 사회화 방안** 193

제1절 연구배경	193
제2절 아이양육지원정책의 추진현황 및 한계점	195
제3절 외국 사례	200
제4절 양육비용 사회화 방안 기본방향 및 정책 방안	210

제8장 가정 내 보육서비스 질 제고방안 226

제1절 현황 및 문제점	226
제2절 본 장의 목적	243
제3절 외국사례	243
제4절 정책방안	251

제5절 기대효과 및 적용방안	276
-----------------------	-----

제9장 국민연금 현물급여 도입방안	280
---------------------------------	------------

제1절 연구의 개요	280
제2절 현물급여(서비스)의 필요성	282
제3절 국민연금 현물급여의 현황과 문제점	288
제4절 국민연금 현물급여의 도입·확충방안 검토	301
제5절 요약 및 결론	343

제10장 공공형 역모기지제도 도입 방안	346
------------------------------------	------------

제1절 현황 및 문제점	346
제2절 공공형 역모기지 제도 도입의 필요성	359
제3절 정책 방안	363
제4절 기대 효과 및 활용 방안	369

제11장 국민연금 복지재단 신설	372
--------------------------------	------------

제1절 국민연금공단의 연금나눔 사업 및 사회공헌활동 현황	374
제2절 연금복지재단의 필요성 검토	379
제3절 연금복지재단 관련 사례 검토	382
제4절 연금복지재단의 기능 및 운영체계	403
제5절 연금복지재단 설립의 선결과제	411

제12장 사회보험설계사 자격증 도입방안	415
------------------------------------	------------

제1절 연구개요	415
제2절 자격관련제도 운영 현황 및 문제점	416

제3절 4대 사회보험 관련 사업장 설문조사	420
제4절 결론	437
제13장 보건복지 제3섹터 활성화 방안	440
제1절 연구의 배경	440
제2절 현황 및 문제점	446
제3절 외국사례	458
제4절 정책방안	465
참고문헌	491
부록	505

표목차

〈표 2-1〉 복지국가와 근로복지국가의 비교	33
〈표 3-1〉 사회안전망 유사 개념 정리	62
〈표 3-2〉 의료 및 건강에 대한 욕구 정도	65
〈표 3-3〉 치료를 포기한 경험이 있는 가구 비율	66
〈표 3-4〉 치료를 포기한 주된 이유	67
〈표 3-5〉 우리나라 의료안전망 개요	68
〈표 3-6〉 국민건강보험과 의료급여의 본인부담률	72
〈표 3-7〉 국가 의료비 지원사업의 성격 구분	73
〈표 3-8〉 국가의료비 지원 사업 대상자 1인당 지원액 (2010년 사업예산 기준)	74
〈표 3-9〉 의료안전망기금 재원조달방안	85
〈표 4-1〉 2005년 우리나라 노인들의 유병상태	92
〈표 4-2〉 노인을 대상으로 제공되고 있는 공적서비스 현황	93
〈표 4-3〉 요양병원과 요양시설 비교	100
〈표 4-4〉 요양병원 관련 제기된 사회적 이슈	108
〈표 4-5〉 요양시설 관련 제기된 사회적 이슈	109
〈표 4-6〉 보건의료서비스와 사회복지서비스 비교	111
〈표 4-7〉 전문간호시설(NSF)에서의 메디케어 급여 현황	114
〈표 4-8〉 국가간 노인요양 평가판정도구 비교	116
〈표 5-1〉 최근 25년간 만성질환 사망률 변화	131
〈표 5-2〉 최근 10년간 만 30세 이상 인구의 만성질환 유병률 변화	132
〈표 5-3〉 2004년 전후 GP 지불방식의 변화	145
〈표 5-4〉 QOF의 구성 영역과 지표	146

Contents

〈표 5- 5〉 건강포인트제도 관리 운영 주체 방안 2: 역할 분담 방안	156
〈표 5- 6〉 역할 분담을 통한 만성질환관리 서비스의 제공	160
〈표 5- 7〉 항목별 포인트 내역과 적립 한도	161
〈표 5- 8〉 포인트 사용처와 단가	162
〈표 6- 1〉 VAMED의 value-added chain	172
〈표 6- 2〉 주주구성	172
〈표 6- 3〉 주요 경영성과(VAMED)	173
〈표 6- 4〉 조직구조(VAMED)	173
〈표 6- 5〉 Trauma and Emergency Hospital Linz 프로젝트 수행사례	175
〈표 6- 6〉 주요 경영성과(Parkway Holdings)	176
〈표 6- 7〉 조직구조(Parkway Holdings)	176
〈표 6- 8〉 Parkway Holdings의 해외 프로젝트 수행사례	177
〈표 6- 9〉 주요 주주(InterHealth Canada)	177
〈표 6-10〉 조직구조(InterHealth Canada)	178
〈표 6-11〉 주요 사업(InterHealth Canada)	178
〈표 6-12〉 주요 해외진출 사례(InterHealth Canada)	179
〈표 6-13〉 Medical Holdings의 사업 가치사슬	181
〈표 6-14〉 Medical Holdings의 조직운영(안)	182
〈표 7- 1〉 양육비용 사회화 방안의 Smart Welfare화	195
〈표 7- 2〉 보육료 및 유아교육비 지원액(월 기준)	196
〈표 7- 3〉 출산·양육 관련 소득공제 및 비과세 규모	197
〈표 7- 4〉 1자녀 유배우여성(20~39세)의 추가출산중단 이유	200
〈표 7- 5〉 캐나다 퀘벡보험제도(QPIP)	206
〈표 7- 6〉 싱가포르의 출산순위별 현금지원 금액	207

〈표 7- 7〉 싱가포르의 출산순위별 베이비보너스 혜택	208
〈표 7- 8〉 출산육아저축계좌 매칭한도(안)	213
〈표 7- 9〉 출산육아저축계좌 매칭방법(안)	214
〈표 7-10〉 소요예산 추정(최대 매칭액을 정부예산으로 계상)	216
〈표 7-11〉 출산육아연금 지급방법	218
〈표 7-12〉 출산육아연금 재정 추계	219
〈표 7-13〉 보육시설 미이용 아동 양육수당 지원사업 현황	221
〈표 7-14〉 육아지원시설(보육시설·유치원) 미이용 아동 양육수당 확대 방안	222
〈표 7-15〉 양육수당 확대 시 소요예산 추계	223
〈표 7-16〉 보육시설 및 유치원 미용 아동	224
〈표 7-17〉 양육비용사회화 방안 종합	225
〈표 8- 1〉 연령별 시설 이용현황(2009년 기준)	228
〈표 8- 2〉 아이돌보미 시간제보육서비스 가격 및 지원내용	234
〈표 8- 3〉 아이돌보미 종일보육서비스 가격 및 지원내용	235
〈표 8- 4〉 가정보육교사제도 부모 및 보육교사 지원액	238
〈표 8- 5〉 국내 가정 내 보육사업의 장단점 분석	242
〈표 8- 6〉 일본 베이비시터 이용 할인권 발행한도	250
〈표 8- 7〉 일본 베이비시터 이용 할인권 이용한 육아지원사업 실적	250
〈표 8- 8〉 0세아 연간주제	256
〈표 8- 9〉 1월 영아 보육계획	256
〈표 8-10〉 영아의 보육계획안(일일 보고서 검용)	257
〈표 8-11〉 만 0세아 놀이프로그램 매뉴얼의 예	258
〈표 8-12〉 만 1세아 놀이프로그램 매뉴얼의 예	259
〈표 8-13〉 가정보육서비스 모니터링 체계	260

Contents

〈표 8-14〉 가정보육서비스 모니터링 평가지의 예	260
〈표 8-15〉 보육시설교사와 가정보육교사 간의 보육시간 및 직무 비교	269
〈표 8-16〉 보육시설교사와 가정보육교사 간의 승급 소요시간	270
〈표 8-17〉 가정보육교사 종일보육서비스 가격 및 지원내용	271
〈표 8-18〉 부모가 인식하는 가정보육프로그램의 효과	277
〈표 8-19〉 가정보육프로그램 적용 필요성	277
〈표 8-20〉 가정보육프로그램 도입 이후 도움이 된 정도(보육교사) ..	278
〈표 8-21〉 모니터링이 교사 전문성 향상에 도움이 된 정도	279
〈표 9- 1〉 연령대별 노후설계상담서비스	293
〈표 9- 2〉 분야별 서비스 제공 실적	299
〈표 9- 3〉 노후설계서비스사업의 예산 추이	300
〈표 9- 4〉 영국과 스웨덴 공사연금통합정보시스템의 비교분석	312
〈표 9- 5〉 선진외국의 재할서비스 사례	328
〈표 10- 1〉 제도성격별·대상별 주요 소득보장	350
〈표 10- 2〉 소득기준별·가구유형별 가구빈곤율	350
〈표 10- 3〉 가구 분류 및 추계	351
〈표 10- 4〉 공공부조전 경상소득 기준 가구 분류 및 추계	352
〈표 10- 5〉 월지급금 비교(주택가격 3억원, 종신지급방식 기준) ..	355
〈표 10- 6〉 월지급금 비교 (주택가격 3억 원, 종신지급방식 기준)	355
〈표 10- 7〉 최저생계비 미만 가구의 소득과 재산	360
〈표 10- 8〉 국민연금 적용제외자의 유형별 현황(2009년 4월 기준)	361
〈표 10- 9〉 가입종별 평균소득 및 예상 연금 수급액	362
〈표 10-10〉 기초노령연금 최대 급여액	362
〈표 10-11〉 평균 가구원수, 여성가구주 비율 및 가구주 평균연령 ..	363
〈표 10-12〉 가구주의 경제활동	364

〈표 10-13〉 소득 및 생활비	365
〈표 10-14〉 주거 점유형태	365
〈표 10-15〉 재산 및 부채	366
〈표 10-16〉 소득구간별 공공형 역모기지제도의 대상가구 추계	368
〈표 10-17〉 주택가격별 공공형 역모기지제도의 대상가구 추계	369
〈표 11- 1〉 연금복지재단 신설과 Smart Welfare의 관계: 연금나눔사업을 중심으로	373
〈표 11- 2〉 ‘행복한 연금나눔’ 기관별 주요 역할	375
〈표 11- 3〉 공단의 사회공헌활동	379
〈표 11- 4〉 기부희망 사례	381
〈표 11- 5〉 일본 후생연금 복지시설사업 개요	387
〈표 11- 6〉 후생연금 복지시설 종합 이용 상황 연도별 추이	388
〈표 11- 7〉 공단의 연도별 사회공헌기금 조성현황	410
〈표 11- 8〉 산은나눔재단의 사례	412
〈표 12- 1〉 조사완료 사업체	421
〈표 12- 2〉 조사업체 업종	422
〈표 12- 3〉 사업체 권역별 4대 사회보험 고지서 통합발송 인지 유무	423
〈표 12- 4〉 사업체 규모별 인지여부	423
〈표 12- 5〉 사업체 업종별 인지여부	424
〈표 12- 6〉 사업체 권역별 4대 사회보험 전담 인력 유무	424
〈표 12- 7〉 사업체 규모별 4대 사회보험 전담 인력 유무	425
〈표 12- 8〉 사업체 규모별 4대 사회보험 전담 인력 유무	425
〈표 12- 9〉 사업체 권역별 통합발송 이후 업무량 변화	426
〈표 12-10〉 사업체 규모별 통합발송 이후 업무량 변화	426
〈표 12-11〉 사업체 업종별 통합발송 이후 업무량 변화	426

Contents

〈표 12-12〉 사업체 권역별 전담 인력 내부 직원 여부	427
〈표 12-13〉 사업체 권역별 전담 인력 내부 직원 여부	427
〈표 12-14〉 사업체 업종별 전담 인력 내부 직원 여부	428
〈표 12-15〉 사업체 권역별 관련 자격증 인지 여부	428
〈표 12-16〉 사업체 규모별 관련 자격증 인지 여부	429
〈표 12-17〉 사업체 업종별 관련 자격증 인지 여부	429
〈표 12-18〉 사업체 권역별 자격증 신뢰성 정도	430
〈표 12-19〉 사업체 규모별 자격증 신뢰성 정도	430
〈표 12-20〉 사업체 업종별 자격증 신뢰성 정도	431
〈표 12-21〉 사업체 권역별 자격증 업무 활용도 정도	431
〈표 12-22〉 사업체 규모별 자격증 업무 활용도 정도	432
〈표 12-23〉 사업체 업종별 자격증 신뢰성 정도	432
〈표 12-24〉 사업체 권역별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용의사 여부	433
〈표 12-25〉 사업체 규모별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용의사 여부	433
〈표 12-26〉 사업체 업종별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용의사 여부	434
〈표 12-27〉 사업체 권역별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유	434
〈표 12-28〉 사업체 규모별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유	435
〈표 12-29〉 사업체 업종별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유	435

〈표 12-30〉 사업체 권역별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유	436
〈표 12-31〉 사업체 규모별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유	436
〈표 12-32〉 사업체 업종별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유	437
〈표 13- 1〉 제 3섹터 개념 비교	440
〈표 13- 2〉 산업별 취업유발계수	443
〈표 13- 3〉 제3섹터 취업자의 산업별 분포(2009)	445
〈표 13- 4〉 행정안전부 민간단체 등록 현황	446
〈표 13- 5〉 신규 고용·산재 보험 적용 대상자 수 추계치: 2011~2015년	452
〈표 13- 6〉 보건업 및 사회복지서비스업과 타 산업부문의 근로실태 비교	453
〈표 13- 7〉 제3섹터 총수입 구성의 사업부문별 구성비	456
〈표 13- 8〉 NPO법인과 인정NPO법인 비교	464
〈표 13- 9〉 사회서비스 바우처 사업의 대상층	473

그림목차

[그림 2- 1] 한국과 선진국의 복지재정 변동 추이	39
[그림 2- 2] 분석틀(analytical framework)	57
[그림 3- 1] 의료보장제도의 3가지 보장성 측면	69
[그림 3- 2] 건강보험 피보험자의 의료기관 이용 시 발생하는 의료비 구조	71
[그림 3- 3] 의료안전망기금의 개념도	83
[그림 4- 1] 시도별 고령인구 및 비율(2010년)	91
[그림 4- 2] 연도별 요양병원 건강보험 급여비용	92
[그림 4- 3] 요양시설 이용을 위한 등급판정 절차	99
[그림 4- 4] 장기요양등급시 의료서비스 필요여부를 포함한 등급판정	125
[그림 4- 5] 제시된 정책방안 연계체계	129
[그림 5- 1] 우리나라 사망원인순위, 2009	131
[그림 5- 2] 만성질환관리 모형	135
[그림 5- 3] 대구광역시 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업 모형	138
[그림 5- 4] 인천광역시 만성질환 건강포인트 시범사업 모형	139
[그림 5- 5] 인천광역시 건강포인트 적립 및 사용포인트 누계 현황	141
[그림 5- 6] Shared savings provider payment model	145
[그림 5- 7] 임상 영역별 포인트 내역	147
[그림 5- 8] QOF의 성과	147
[그림 5- 9] 특정검진제도의 체계	150
[그림 5-10] 일본 카르나 프로젝트의 당뇨병 1, 2, 3차 예방 개요	151
[그림 5-11] 일본 카르나 프로젝트의 포인트 적립 예	152

[그림 7-1] 보육·교육비 및 보육시설미이용아동 양육수당 지원 대상 및 수준	199
[그림 7-2] 자녀양육비용 사회화 방안의 기본방향 도시	211
[그림 8-1] 보육시설 증가 추이(1990~2010년)	227
[그림 8-2] 보육시설 이용 영유아수 증가 추이(1990~2010년)	227
[그림 8-3] 여성의 경제활동 참여율	229
[그림 8-4] 일본 베이비시터 비용 지원사업 흐름도	249
[그림 8-5] 아이돌보미 사업추진 체계도	255
[그림 8-6] 가정보육교사제도 운영체계	266
[그림 8-7] '민간베이비시터 인증사업' 운영체계	275
[그림 9-1] 노후설계서비스의 목적과 주요내용	290
[그림 9-2] 서비스수행체계	297
[그림 9-3] 사회자원 협력 네트워크 구축 현황	298
[그림 9-4] 장기적 관점에서의 재활서비스 흐름도	337
[그림 10-1] 고령자 비율 변화 추이 전망, 2000~2050	347
[그림 10-2] 주요 국가들의 유형별 빈곤율 비교 (가처분소득 중위 40% 기준)	348
[그림 10-3] 주택연금의 가입 요건 도해	353
[그림 11-1] 연금기부절차	376
[그림 11-2] 이랜드복지재단 조직도	392
[그림 11-3] 산은사랑나눔재단 조직도	395
[그림 11-4] 농협문화재단 조직도	397
[그림 11-5] 농어촌희망재단 조직도	400
[그림 11-6] 기업재단의 수입 구성	403
[그림 11-7] 공단의 연도별 사회공헌기금 조성현황	410

Contents

[그림 13- 1] 섹터별 고용유발효과	444
[그림 13- 2] 제 3섹터 기관의 법인형태별 분포	447
[그림 13- 3] 노동패널을 활용한 제3섹터 취업자 비중 추이	448
[그림 13- 4] 우리나라의 전체 취업자 및 제3섹터 취업자 추이	448
[그림 13- 5] 주요 국가별 시민사회섹터 유급종사자 규모	449
[그림 13- 6] 보건복지(Q+S) 제3섹터의 사업체 수 변동추이	451
[그림 13- 7] 보건복지(Q+S) 제3섹터 종사자 규모 변동추이	451
[그림 13- 8] 사회복지법인의 연도별 설립기관 추이	454
[그림 13- 9] 사회복지 공동모금회의 기부자별 모금액	455
[그림 13-10] 제3섹터연구센터 구조	461
[그림 13-11] Prime Timers 사업모델	462
[그림 13-12] 보건복지 제3섹터 활성화 전략	466
[그림 13-13] 제3섹터 지원법과 하위법(예시)	467
[그림 13-14] 제3섹터 진흥원 구성도	482

요약

I. 도입부

1. 서론

- 21세기에 들어 한국사회는 저출산, 고령화, 양극화라는 거대한 환경 변화를 겪고 있으며, 보건복지 분야에서 새로운 패러다임 모색이 요구
 - 보건복지분야의 다기화 및 다양화 촉진으로 관련 정책들이 다양하게 시행되고 있음
 - － 이들 정책의 추진으로 사회안전망(social safety net)의 기본틀 완비 및 선진국 수준의 보건의료시스템 구축이라는 성과는 달성된 것으로 판단할 수 있음
 - － 그러나 정책의 사각지대가 확대되고, 높아지는 욕구 수준에 비해 정책 지원이 충분하지 못하는 등 정책적 한계가 존재
- 향후 보건복지의 지속가능성 담보 및 증가하고 있는 욕구 충족을 위해서는 저체감·비효율 등 기존 정책의 한계를 극복하여 저출산·고령화 및 양극화의 사회환경 변화에 효율적으로 대응할 필요가 있음.
 - 본 연구는 보건복지분야에서 Smart Welfare라는 새로운 개념을 도입하여 제도 설계 및 운영, 자원 동원 등에 대해 정교화·효율화된 접근을 실시함으로써, 지속가능하고 효율적인 추진이 가능한 정책방안을 제시하고자 함.

2. 이론적 배경 및 분석틀

- 산업사회가 후기산업사회로 변화함에 따라 기존 산업사회에서 작동되던 복지기술이 후기산업사회에서 더 이상 효율적 전략으로 통하지 않게 되었고, 이에 복지패러다임의 전환이 요구되고 있음.
 - 사회환경의 변화에 민감하게 반응하지 못해 더 이상 효과적으로 작용하지 못하는 복지정책은 무딘 복지(Dull Welfare)라 할 수 있으며, 이와 반대되는 개념을 스마트 복지(Smart Welfare)라 정의할 수 있음.
- 무딘 복지 하에서는 정책의 사각지대가 광범위하게 발생하며, 투입한 예산 대비 효율성이 낮고, 제도의 지속가능성을 담보할 수 없다는 한계가 존재
 - 따라서 스마트 복지로의 전환을 통해 효율적이고 지속가능한 정책을 추진할 필요가 있음.
 - － 그 주된 방법으로는 제도가 수행될 사회환경에 적합한 복지기술을 개발하여 효율성(efficiency)을 확보할 수 있는 핵심 전략을 수립하는 것임.
- 본 연구는 궁극적으로 저출산, 고령화, 양극화 등 사회환경 변화에 대응하는데 있어서 보건복지의 핵심적인 영역에 Smart Welfare의 개념을 적용하여, 지속가능하고 효율적인 정책 방안을 도출하고자 함.
 - 그러한 핵심영역으로는 보건의료부문에서 의료안전망, 장기요양인프라, 건강보험 등이 포함되며, 사회복지부문에서는 보육 및 양육지원체계, 국민연금, 소득보장(역모기지), 보건복지 제3섹터 등이 포함됨.

II. 보건의료 부문 Smart Welfare

1. 의료안전망기금 설립방안

□ 배경 및 목적

- 건강보험 및 의료급여, 의료비 지원사업 등의 의료안전망 구축에도 불구하고, 여전히 의료위험에 노출되어 있는 저소득 빈곤층이 대규모로 존재하고 있음.
- 현 의료급여제도에서 발생하는 의료 사각계층 해소 및 이들의 의료 접근성 향상을 위하여 의료안전망기금 설립 방안 제안

□ 기존 정책의 한계(Dull Welfare)

- 현 의료안전망은 건강보험, 의료급여, 기타 의료비 지원사업 등으로 구축되어 있음.
- 그러나 물가상승률 이상으로 건강보험료를 인상하더라도 건강보험의 비용보장성이 증가하지 않음.
- 의료급여 역시 현재의 재원규모로는 수급권자 범위를 늘리기 어렵고, 수급권자의 도덕적 해이로 인한 비효율적 지출 발생
- 결과적으로 현재의 건강보험과 의료급여제도 상황 하에서 필연적으로 의료 사각계층 형성

□ 의료안전망기금 설립방안(Smart Welfare)

- 의료이용에 부담을 줄 정도라고 판단되는 일정 소득수준 이하의 고액중증질환 환자(사각지대 해소)에 대해 비급여 및 급여 본인 부담금 일부 혹은 전부를 저금리 융자로 지원할 수 있도록 의료안전망기금 조성
- 기금은 자발적 기부금과 국고 보조 등을 통해 운영(민간과 정부의 파트너십 구축)

2. 요양병원-요양시설 합리적 역할분담 방안

□ 배경 및 목적

- 장기요양서비스 제공에 있어 요양보호와 요양병원 간 역할분담 모호로 인하여 발생하는 입원(소) 대상 중복, 서비스의 질적수준 저하 등의 문제를 해소하기 위하여 요양병원과 요양시설의 역할 정립 방안 제시

□ 기존 정책의 한계(Dull Welfare)

- 현재 대부분 민간 중심의 소규모로 운영되는 요양병원과 요양시설의 경우 공급 과잉상태이며, 경영난 악화 등의 문제로 입원(소) 대상에 제한을 두지 않아 입원(소)대상의 중복 문제 발생
- 장기요양보험수가가 낮고 민간 중심으로 운영되는 요양병원 및 요양시설의 환경이 열악하여 환자의 안전 뿐 아니라 서비스의 질적 수준 저하

□ 요양병원-요양시설 합리적 역할분담 방안(Smart Welfare)

- 요양병원-요양시설 합리적 역할분담 방안
 - － (1안) 장기요양등급 판정 시 의료서비스 필요 여부 항목 추가
 - 의료서비스 필요 여부에 대한 판정을 통하여 의료서비스가 필요한 경우는 요양병원을 그리고 기능상태 등의 문제만 있어 장기요양만 요구된다면 요양시설로의 입소 권장
 - － (2안) 입원(소) 적절성을 판단하는 통합평가도구 개발
 - 요양병원 및 요양시설 모두에서 동일하게 사용할 수 있는 입원(소) 적절성 평가도구 개발
 - － (3안) 노인장기요양보험에 따른 요양병원의 간병비 지원
 - 의료적 필요에 의해 요양병원에 입원한 노인환자에게 요양서비스가 필요할 경우, 환자 개인이 아닌 요양병원의 신청

- 에 의해 간병비를 요양병원에 지급할 수 있는 방안 마련
- 요양병원 및 요양시설의 인증평가 의무화 및 평가항목 추가
 - － 의료법 및 노인장기요양보험법 등에서 명시하고 있는 인증평가를 실시하고, 앞서 제안한 1~3안의 정책 방안을 평가하는 문항 추가
 - 지역 내 요양병원과 요양시설 연계망 구축
 - － 지역내 요양병원과 요양시설의 1:1 이상 자매결연 맺기 운동을 통해 연계망을 구축하고 자매결연을 맺은 기관 간 전원 활성화

3. 건강보험의 사전예방적 기능 강화를 위한 건강포인트제도 도입

□ 배경 및 목적

- 인구고령화 및 식습관 변화에 따라 만성질환이 급증하고 있으며, 제대로 관리가 되지 않을 경우, 만성진료비에 대한 공적 부담이 가중될 것으로 예상
 - － 현재 만성질환 관리를 위하여 보건소 중심의 만성질환관리사업이 추진되고 있으나, 일정한 한계점(일회성 교육, 대상자에 대한 수동적 접근 등) 발생
- 만성질환자에 대한 사전예방적이고 체계적인 건강관리를 지원하기 위한 방안으로 건강포인트제도 도입 방안 제시

□ 기존 정책의 한계(Dull Welfare)

- 기존 만성질환사업의 경우, 보건소에 내원한 환자 및 방문간호사업에서 파악된 대상자만을 대상으로 하는 등 대상자 제한(사각지대 발생)
- 등록환자 정보가 종합적으로 관리되지 못하고, 행태 교정을 위한

교실 운영이 일회성 행사에 그치고 있어서 예방관리사업의 효과 및 효율성 문제(비효율성 발생)

□ 건강포인트제도 도입 방안(Smart Welfare)

- 연령 제한 없이 모든 사람이 고혈압, 당뇨병 등 만성질환을 관리하기 위하여 의료기관을 방문할 경우, 건강포인트를 적립하여 주고 적립된 포인트는 일차의료기관에서 제공하는 검진 및 예방접종과 그 외 건강식당, 운동시설, 운동상담, 영양상담 등을 위해 사용할 수 있도록 지원

4. 보건산업진흥원의 공사화

□ 배경 및 목적

- 의료서비스 산업은 미래 국가성장 견인을 위한 신성장동력으로서 작동할 수 있으나, 우리나라 의료서비스 산업의 해외진출은 아직 까지 활성화되지 못함.
 - 의료서비스산업의 해외진출을 지원하기 위한 전문 조직으로서의 Medical Holdings(가칭) 설립 제안

□ 기존 정책의 한계(Dull Welfare)

- 의료서비스산업의 해외진출경험 및 관련 전문 인력 부족
- 해외진출을 위한 지원제도 및 각종 정보가 부처·기관별로 분산 운영되어 종합적·체계적 지원 곤란(비효율성)
- 각종 수출지원 제도의 경우, 제조업 중심으로 설계되어 의료기관이 이용하는데 매우 제한적
- 의료기술 및 장비의 우수성에도 불구하고, 전반적인 인지도가 낮아 진출국 내 기반확보 및 환자 유치 제한

□ 보건산업진흥원의 공사화 방안(Smart Welfare)

- 해외사업개발, 자금관리, 병원설립, 병원운영의 조직구조를 갖추고 수요자 요구에 맞춘 다양한 비즈니스 모델을 구현하여 의료서비스 해외진출의 구심점으로서의 역할을 수행하는 기관(Medical Holdings(가칭)) 설립
 - － 운영 방안으로는 ① 진흥원 자회사로 운영, ② 정부와 민간이 공동출자하는 민관합작회사로 운영, ③ 별도의 공사 설립 등 3가지 방안 제안

III. 사회복지 부문 Smart Welfare

1. 양육비용 사회화 방안

□ 배경 및 목적

- 정부에서 자녀양육 가정의 경제적 부담 경감을 위하여 보육비·교육비 등을 지원하고 있으나, 정책이 가진 내재적 한계로 인하여 자녀양육비는 여전히 큰 부담으로 작용
 - － 자녀양육 가정의 현실적인 경제적 부담 경감 등을 위하여 양육비용 사회화 방안 제안

□ 기존 정책의 한계(Dull Welfare)

- 보육·교육비 지원 및 시설미이용아 양육수당의 경우, 정책의 지원대상이 소득수준, 자녀의 보육시설 이용여부, 자녀연령 등에 따라 제한되어 있어 사각지대 발생
- 낮은 지원수준 및 자녀양육비 일부에 대한 지원으로 인해 자녀양육 가정의 비용부담은 여전히 존재하며 정책 체감도도 낮은 실정

□ 양육비용 사회화 방안(Smart Welfare)

- 자녀양육에 대한 혜택은 전 국민에게 분산된다는 차원에서 개인,

기업, 정부 등에서 양육비용을 공동으로 분담할 필요가 있음.

- (1안) ‘출산육아저축계좌’ 도입방안으로서 출산을 계획하고 있는 (예비)부부 혹은 부모들이 사전에 자녀양육비를 마련할 수 있는 유인책을 마련하고, 여기에 더해 정부 및 민간에서 일정 부분 지원
- (2안) ‘출산육아연금’ 도입방안으로서 모든 국민이 자녀양육비용 마련의 주체가 되고 이를 통해 마련된 재원은 소득수준이나 취업여부와 상관없이 3세 이하의 모든 아동의 양육비로 사용할 수 있도록 지원
- (3안) ‘양육수당 확대’ 방안으로서 기 추진 중인 시설미이용아 양육수당의 정책대상, 지원수준 등을 확대

2. 가정 내 보육서비스 질 제고 방안

□ 배경 및 목적

- 현 보육정책은 시설 위주로 지원되고 있어 돌봄의 사각지대가 존재하고 있으며, 맞벌이 부부 증가 등으로 인하여 보육 서비스에 대한 다양한 욕구 발생
 - 사각지대에 있는 수요자의 돌봄서비스에 대한 욕구 충족을 위하여 가정 내 보육서비스의 질적 수준 제고 방안 제안

□ 기존 정책의 한계(Dull Welfare)

- 만 0~1세의 영아 자녀에 대해서는 시설 보육보다 가정보육을 선호하고 있으나, 영아보육의 취약으로 사각지대 발생
- 부모의 근로시간 다양화 등으로 인하여 보육서비스에 대한 다양한 욕구가 발생하고 있으나, 이를 충족할 수 있는 보육서비스(시간제, 24시간, 방과후 서비스 등)는 제한되어 있음.

□ 가정 내 보육서비스 질 제고 방안(Smart Welfare)

- 사각지대를 해소하고, 정책의 체감도 향상을 위하여 질 높은 가정보육서비스를 제공하기 2가지 방안 제안
 - － (1안) 공적 가정파견 보육사업
 - 기존의 아이돌보미사업을 활용하며, 여기에 경기도 가정보육교사제도의 서비스 질 관리 운영 노하우(표준가정보육프로그램, 운영모니터링체계)를 부분 수용하여 운영
 - 경기도 가정보육교사제도 전국 확대
 - － (2안) 민간 베이비시터사업의 서비스 질 관리를 위해 베이비시터 인증사업 실시

3. 국민연금 현물급여 도입 방안

□ 배경 및 목적

- 평균 수명 연장에 따라 노후설계의 중요성 및 국민연금 급여의 보완적 제도로써 현물급여의 중요성이 커지고 있음을 고려하여 국민연금 현물급여(서비스) 도입 방안 제시

□ 기존 정책의 한계(Dull Welfare)

- 현재 국민연금공단, 사회복지기관, 금융기관, 교육기관 등에 의해 노후설계서비스가 이루어지고 있으나, 국민연금공단을 제외하고는 서비스의 표준화 및 체계화가 결여되어 정확한 정보 제공 미흡
 - － 국민연금공단에서 추진하고 있는 노후설계서비스의 경우, 공적연금 중심의 편향적 서비스가 제공될 수 있다는 한계점 내포
- 한편, 공적연금에 대한 정확한 정보 부재, 낮은 체감도, 현금급여 중심의 경직적 급여구조로 인하여 국민연금의 지속가능성이 저해

□ 국민연금 현물급여 도입 방안(Smart Welfare)

- (1안) 국민연금공단의 노후설계서비스 확충
 - － 단기적으로 국민연금공단을 중심으로 기존 노후설계서비스를 확대한 ‘국민생활안정설계서비스’를 무료로 제공하여 공공영역을 중심으로 연금제도의 성숙을 기하고, 이후 사적연금 등까지 확대
- (2안) 공사연금통합정보 서비스 추진
 - － 공사연금의 의무적 혹은 준의무적 참여를 전제로 독립적인 정보서비스체계를 구축하여, 개인의 연금가입정보에 대해 통합적 제공
- (3안) 국민연금재활서비스 추진
 - － 실업상태의 장애연금수급자를 기본 대상으로 현물급여 및 현금급여(재활수당) 지원
- (4안) 조기퇴직자 및 유족 등에 대한 취업지원서비스 도입
 - － 조기노령연금 수급자 혹은 유족연금수급 배우자를 대상으로 취업지원서비스 제공

4. 공공형 역모기지제도 도입 방안

□ 배경 및 목적

- 현 공적 소득보장 체계의 한계(낮은 급여수준 등)를 보완하기 위하여 역모기지제도(주택연금, 농지연금)가 실시되고 있으나, 이용률 저조, 낮은 공공성 등의 문제점이 제기되고 있음.
 - － 노후소득보장의 다층성을 높이고, 노인빈곤 예방을 위한 수단을 다각화하기 위하여 공공형 역모기지 제도 제안

□ 기존 정책의 한계(Dull Welfare)

- 주택연금제도의 경우, 대상자의 자격요건을 완화하였음에도 불구하고 이용률이 저조

- 시중은행의 주택담보대출금리에 비해 상대적으로 저렴한 금리에 제공되고 있으나, 주택연금제도는 3개월 CD(양도가능 정기예금 증서) 금리에 1.1%, 농지연금은 4%의 금리가 가산되어 이자가 설정되고 있어 공공형의 성격이 미흡
- 공공형 역모기지제도 도입 방안(Smart Welfare)
 - 본인 명의의 주택에 거주하고 있는 65세이상 노인단독 혹은 노인 부부 가구 중 일정 자산조건을 갖춘 경우를 대상으로, 소득에 따라 시장형에 비해 할인율을 0~100% 차등 적용하며, 각종 공적 현금 및 현물지원, 사회서비스를 연계하여 제공

5. 국민연금 복지재단 신설

- 배경 및 목적
 - 국민연금 수급자의 연금 기부가 증가하고 있으나, 기부행위가 복지재단에 산발적으로 이루어지고 있어 보다 체계적으로 관리가 가능한 국민연금 복지재단 신설 제안
- 기존 정책의 한계(Dull Welfare)
 - 준정부기관인 국민연금공단에서 기금 조성을 주도할 수 없어, 수급자들이 사회복지공동모금회, 아름다운재단과 같은 복지재단에 산발적으로 기부
 - － 수급자들의 기부 행위에 대한 관리 및 홍보가 부족하고, 기부 절차 및 행정 절차가 복잡한 등 체계적인 관리체계 미흡
 - － 기부금은 연금제도의 발전과는 별도로 취약계층을 위한 복지 사업에 활용되고 있음.
 - 현재 국민연금공단 내에서 이루어지고 있는 사회공헌활동의 체계화 부족

- 사회공헌활동 전담 부서 부재로 조직 및 전문인력이 부족하며, 이에 대한 중장기 계획 미흡

□ 국민연금 복지재단 신설 방안(Smart Welfare)

- 연금수급자 및 임직원의 기부금, 일반 국민의 후원금 등을 활용하여 연금수급자 및 가입자 대상 복지증진사업, 국민연금공단 임직원 사회공헌활동, 복지시설 운영 및 융자 사업 등을 수행할 별도의 복지재단(국민연금복지재단) 설립
 - 연금 수급자 및 가입자 대상 복지증진사업 : 저소득가입자 연금보험료 지원, 사회적기업 육성 및 지원, 저소득 연금수급자 생활비·의료비 지원, 유족연금 수급 가구 자녀 장학사업
 - 임직원 사회공헌활동 : 현재 공단에서 운영하고 있는 임직원 사회공헌활동 담당
 - 기타 사업으로 아동 및 청소년 대상의 경제교육사업, 노숙인의 자활 및 자립을 위한 시설 지원

6. 사회보험설계자 자격증 도입 방안

□ 배경 및 목적

- 4대사회보험과 관련한 자격제도(청구 및 심사, 노후생애 설계, 4대사회보험 관리 등)가 운영되고 있으나, 이들 자격제도에 대한 낮은 신뢰성 등으로 인하여 활용이 제대로 이루어지지 못하고 있는 실정

□ 기존 정책의 한계(Dull Welfare)

- 4대 사회보험은 각각의 목적에 맞게 잘 집행되고 있지만 아직도 외국에 비해 국민 만족도가 낮고, 정책집행과정에서 관련 참여자의 제도에 대한 이해 부족으로 비효율성 발생

- 아울러 가입자의 제도이해 부족으로 건강보험의 경우 체납자 문제가 지속적으로 제기 되고 있고 국민연금의 경우는 사각지대 문제가 상존

□ 보건복지분야 제3섹터 활성화 방안(Smart Welfare)

- 취업 시 부가적인 기능을 담당하는 자격증활용 방안에서 벗어나 “(가칭)사회보험설계사” 제도를 통해 4대사회보험관련 대국민서비스 만족도를 제고하고 실질적으로 일자리 창출에 기여할 수 있는 제도 도입 방안 마련 필요
 - － 현물급여의 일종으로 은퇴 이후의 재무설계 혹은 생활설계 서비스를 바우처 형태로 지급하여 보험설계 서비스 공급 다양화

7. 보건복지분야 제3섹터 활성화 방안

□ 배경 및 목적

- 복지체제의 선진화, 지속가능성을 담보하기 위해 사회서비스의 유의미한 공급주체이자 성장잠재력을 가진 제3섹터에 대한 주목이 필요함에도 불구하고, 제3섹터 기관의 자체 역량 부족 및 정부 의존성 등의 한계점을 내포
 - － 이러한 한계를 극복하고 우리나라 실정에 맞는 제3섹터 발전 방안을 제안

□ 기존 정책의 한계(Dull Welfare)

- 보건복지 제3섹터는 꾸준히 확대되어 왔으나, 보건복지 서비스에 대한 욕구에 대비하여 제도화되지 못하고 있는 영역 존재(사각지대)
- 보건복지 분야의 제3섹터 기관 종사인력이 타 산업부문에 비해 열악한 근로환경에 처해 있는 것으로 나타남
- 제3섹터 기관의 재원이 정부 의존성이 높고, 지역사회나 일반 국

민의 참여가 낮으며 종교계의 참여가 높게 나타남

□ 보건복지분야 제3섹터 활성화 방안(Smart Welfare)

○ 보건복지 제3섹터 기관의 양적 성장 지원 방안

- 보건복지 제3섹터의 법제도적 기반 확충
- 보건복지 제3섹터 기관 수익 창출 지원
- 제도화 되지 않은 서비스 부문 제도화
- 보건복지 제3섹터에 대한 수요 확대

○ 제3섹터 기관의 정부의존도를 줄이고 자립을 증진시키기 위한 민간자원동원 능력 확대 방안

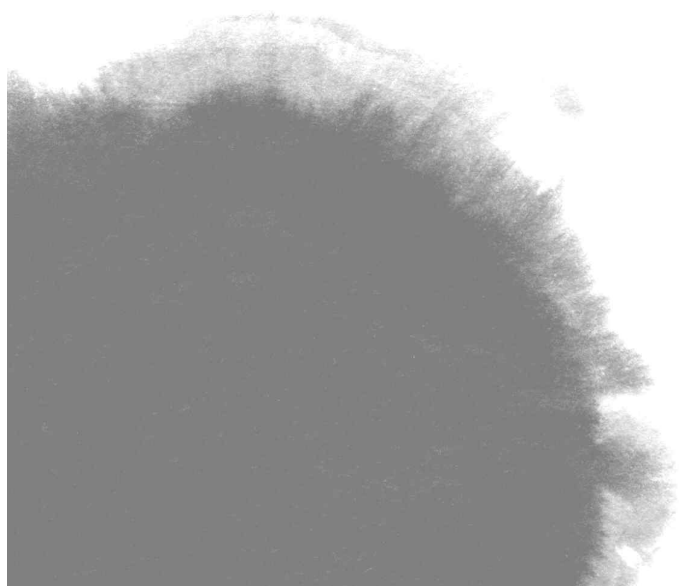
- 제3섹터 기관의 기부금에 대한 인센티브 확대, 기부금 운용 자율성 확대
- 전문적인 fund-raiser 양성

○ 보건복지 제3섹터 기관의 질적 발전을 위한 제도적 조치 도입 방안

- 제3섹터 기관 종사자 처우 개선
- 제3섹터 발전기금 설립
- 제3섹터 기관의 평가체계 개선
- 제3섹터 기관 지원체계로서 전담기구 또는 전담 연구기관 설치

1부

도입부



제1절 연구배경 및 목적

- 과거 고도의 경제성장기에서 복지는 잔여적인 성격이 강하여 절대적인 빈곤계층에 한정된 구휼적인 것이었음.
 - 그러나 20세기 말엽부터 복지는 성장과 선순환적인 관계성을 가진 것으로 이해가 증대되면서 사회의 지속가능성을 제고하기 위한 보편적인 제도로써 진화하기 시작
 - 1980년 말부터 사회보험을 중심으로 보건복지 분야 정책들이 비교적 단기간에 압축적으로 성장하여 왔으며, 그 예로 1988년 국민연금, 1989년 건강보험, 1998년 고용보험 및 산재보험 등을 들 수 있음.
- 21세기에 들어 한국사회가 저출산, 고령화, 양극화로 대별되는 거대한 환경 변화를 겪게 되면서, 보건복지 분야에서도 새로운 패러다임 모색이 요구되고 있음.
 - 양극화는 1997년 외환위기를 거치면서 경제·사회 전반에 걸쳐 동시다발적으로 나타났으며, 이후 2008년 금융위기 등 거듭되고 있는 경제의 세계화 영향으로 일상화되는 특징을 보이고 있음.
 - 수출 위주의 경제성장이 양질의 일자리 창출과 소득분배 개선에 미치는 효과가 약화되었고 동시에 조세와 사회복지제도의

소득재분배 기능이 취약하여 소득 양극화의 진행을 완화시키지 못하였음(정책기획위원회, 2006).

- 소득분배의 양극화는 단순히 빈곤층을 양산하는 것이 아니라 중산층을 얇게 하면서 삶의 전반에 걸친 심각한 경제·사회적 부작용 유발

- 소득 양극화는 자산 양극화는 물론 문화향유, 보육·교육기회, 의료 양극화를 확산시켜 사회통합 훼손 가능성이 높음.

○ 저출산현상은 세계적으로 산업화가 진전되고 여성의 경제활동 참가가 늘어나면서 발생하였으나, 남녀 간 성역할 분담 등의 사회문화적 요인과 출산친화적인 정책의 존재 여부 또는 강도에 따라 국가 간 차이 존재

- 프랑스, 스웨덴, 영국 등의 출산율이 인구대체수준에 육박하고 있는 반면, 우리나라를 비롯한 동아시아와 스페인, 이태리 등 남부유럽국가에서는 상대적으로 낮은 수준

- 상대적으로 출산율이 낮은 국가들의 경우 전통적으로 양육 부담이 가족에 맡겨져 있고, 육아관련 사회적 서비스가 발달되지 않음.

- 상대적으로 출산율이 높은 북구 및 서구 국가들은 여성들의 높은 경제활동 참가에도 불구하고 일-가정 양립을 위한 육아지원체계가 잘 발달되어 있으며, 공공교육제도 이외 아동수당, 가족수당, 주거수당 등 각종 수당제도를 통해 아동양육의 경제적 부담을 경감시켜주고 있음.

- 한국사회에서 저출산현상은 그 자체가 사회위험이 아니라 다른 사회위험 즉, 가족유대의 변화, 아동·노인 등의 가족돌봄의 피로감, 남성 1인생계부양의 한계, 일과 가족생활의 양립 곤란, 아동청소년 안전의 위협, 노동시장 유연화에 따른 고용

불안 등 신사회위험¹⁾의 확장에 따른 결과론적 현상임.

- 특히, 부모부담 공교육비가 매우 높고 여기에 높은 사교육비 지출까지 감안하면 아동양육의 경제적 부담이 아주 큼.

○ 고령화는 전통적으로 사회취약계층인 노인의 절대적인 증가를 의미하는 것으로서, 사회 변화에 따라 가족과 친척, 공동체 등 비공식적 보호체계의 약화가 진척되면서 노인 부양은 가족의 책임과 공적 책임 사이에서 불투명한 위치에 놓이게 됨.

- 노인인구의 급증은 경제성장 둔화로 인한 세입기반 잠식은 물론, 연금 수급자 증가 및 노인진료비 증가를 야기하여 사회보장 재정 부담을 가중시키게 됨.
- 생활환경의 위생상태와 국민의 영양상태 개선, 각종 보건의료제도 및 건강보장제도의 발전으로 과거에 비해 평균수명이 크게 연장되어 평균수명 100세로 접근하면서 삶의 생활방식과 근로방식의 전면적인 재편을 요구할 것이며, 후기고령인구의 급격한 증가로 의료요양보호에 대한 욕구가 커질 것임.
- 길어진 노후에 대비하여 퇴직 후를 대비한 노후생애설계 및 노년기의 적극적인 여가문화 형성과 노후 삶의 질 만족도를 높이기 위해 여가에 대한 설계, 계획, 준비가 중요해지고 있음.

□ 이와 같이 한국사회의 21세기 초를 특징짓는 저출산, 고령화 및 양극화는 보건복지대상을 확장하면서 보건복지분야의 다기화와 다양화를 동시에 촉진시키고 있음.²⁾

○ 이에 대응하기 위하여 노인장기요양보험, 기초노령연금, 사회서비스바우처, 장애인활동지원, 기초생활보장 및 의료급여, 긴급복지지원, 장애인연금 등이 새롭게 도입·운영되고, 영유아보육료지원

1) 구(舊)사회위험이 빈곤, 불평등, 양극화의 문제라면, 신사회위험은 서구의 산업화된 복지국가에서 나타나는 일-가족 양립의 위기, 노동시장 진입곤란·사회보험에서 배제된 고용의 확대 등이다(Peter Taylor-Gooby, 2004).

2) 예로 2008년에 도입한 노인장기요양보험, 기초노령연금을 들 수 있다.

정책이 강화되었음.

- 이들 정책의 추진으로 인해 사회안전망(social safety net)의 기본틀이 완비되고, 선진국 수준의 보건의료시스템 구축이라는 성과는 달성한 것으로 나타남.
- 그러나 점차 보건복지정책의 사각지대가 절대적 및 상대적으로 커지고 욕구수준이 높아지면서, 재정의 건전성과 복지확대를 주요 골자로 하는 ‘보편적 복지’와 ‘선별적 복지’ 간의 논쟁이 존재 하기도 함.
- 향후 한국사회에서 보건복지의 지속가능성을 담보하면서 증가하고 있는 욕구를 충족시키기 위해서는 저출산, 고령화 및 양극화의 사회 환경 변화에 민감하게 반응하고 저체감·비효율 등 기존 정책의 한계를 극복할 필요가 있음.
- 이를 위하여 본 연구는 노후소득보장, 의료보장, 보육 등의 보건 복지분야에 Smart Welfare라는 새로운 개념을 도입하여 정치적 구호 차원에서 제시하는 저부담(혹은 무부담)·고복지와는 다른, 제도 설계 및 운영, 자원 동원 등에 있어 정교화·효율화된 접근을 통해 실현 가능한 대안을 제시하고자 함.
- 이러한 연구를 통하여 우리나라 현실에 적합한 정책 개발 및 시행을 위한 기초자료를 제공하고, 정책의 사각지대 해소 및 효율성 제고를 위한 제도 간 유기적인 연계를 도모하는데 활용이 가능할 것으로 기대

제2절 연구내용 및 연구방법

- 연구내용(3개 부문, 14개 장으로 구성)
 - 도입부에서는 연구 필요성 및 목적과 함께 Smart Welfare에 대

한 이론적 고찰을 실시하고, 본 연구의 분석틀을 제시

- 제2부에서는 보건의료 부문의 핵심정책들에 대해 기존 제도의 한계점을 분석하고, 제도 운영의 효율성 및 지속가능성 제고를 위한 Smart Welfare한 정책 방안을 제시

- 구체적으로 의료안전망기금 설립방안, 요양병원-요양시설의 합리적 역할분담 방안, 건강포인트제 도입방안, 건강보험 보장성의 보충방안, 보건산업진흥공사 개편방안 등에 대하여 논의

- 제3부에서는 사회복지 분야 정책들을 중심으로 Smart Welfare로서의 실현 방안 제시

- 구체적으로 양육비용 사회화 방안, 가정 내 보육서비스 질 제고 방안, 국민연금 현물급여 도입방안, 공공형 역모기지제도 도입방안, 국민연금 복지재단 신설방안, 사회보험설계사 자격증 도입방안, 보건복지 제3섹터 활성화 방안 등에 대하여 논의

□ 연구방법

- 이론적 고찰 및 선행연구 고찰

- 국내·외 유사 정책사례 분석

- 국내 정책사례 분석을 통하여 정책의 추진현황과 함께 다양한 각도에서 한계점 파악

- 이를 위하여 기존 통계자료 혹은 행정자료를 심도 깊게 분석

- 국외 정책사례 분석을 통해서 정책 설계 및 추진 시의 고려점 등을 파악하는 등 우리나라에서의 정책 도입 및 개선에 시사점을 도출

- 기존 정책의 한계점을 극복하여 지속가능하고 효율적인 정책방안을 마련하기 위하여 전문가 자문회의를 개최하고 표적집단면접법(FGI)을 실시하여 연구에 적극적으로 반영

제2장 이론적 배경 및 분석틀

제1절 이론적 배경

□ 21세기를 후기산업사회 또는 지식사회라 부르며 지식을 아예 지적 재산이라고 칭하기도 하는데, 지식을 가진 개인이나 집단은 돈을 벌게 되고 권력도 창출하고 사회적 지위도 얻을 수 있다는 뜻임. 그야말로 지식 만능주의 시대가 도래하였음.

○ 그런데 지식에는 단순지식, 응용지식, 기초지식, 쉬운 지식, 어려운 지식, 자연과학 지식 사회과학 지식 등 여러 종류가 있음.

— 이 가운데 난이도가 높은 지식일수록 개발하기 힘들뿐 아니라 개발에 성공만 하면 그만큼 상대적 가치가 높아지고, 따라서 그런 지식을 가진 자는 자신의 지식을 쉽게 다른 사람과 나누어 쓰려고 하지 않게 됨.

— 그리하여 지적재산권을 보호한다는 명분 아래 특허제도를 고안해냈으며, 특허는 일종의 독점 사용권이기 때문에 다른 사람이 특허기술을 사용하려면 막대한 로열티를 물어야 함.

• 특허를 관장하는 국내 기구는 특허청이고 국제기구는 UN 산하에 있는 세계지적재산기구(World Intellectual Property Organization: WIPO)인데, WIPO는 지적재산권의 국제표준을 정하는 역할을 담당하고 있으며, 현재 184개국이 가입 중임.

- 결국, 지식사회는 특허사회라고 할 정도로 21세기는 특허전쟁의 시대가 되고 있으며, 이런 특허시대를 상징하는 단어가 스마트 (smart)임.
 - 스마트카드나 스마트폰과 같이 스마트라는 형용사가 붙으면 지금까지의 카드나 폰과는 다르다는 의미를 암시
 - 예컨대, 화면이나 음성이 또렷해졌거나 새로운 기능이 추가되었거나 무게가 가벼워졌거나 모양이 예뻐졌거나 등 여하간 비용대비 효과가 개선되었음을 뜻하며, 그 결과 고객들은 스마트로 몰리게 되고 스마트가 아닌 것은 더 이상 찾지 않게 됨.
- 기술경쟁이 가장 치열한 부문은 제조업이며, 이로 인해 불과 6개월 전에 스마트라고 빼기던 기술이 차세대 기술에게 일등 자리를 뺏기는 사례가 허다함.
 - 제조업에 비해 복지부문의 기술경쟁은 강도가 훨씬 덜함에도 불구하고 바야흐로 복지부문에서조차 국가 간 기술경쟁이 증폭될 조짐이 나타나고 있음.
 - 복지국가 재편 현상이 나타나면서 새로운 사회적 위험(social risks)에 대한 솔루션을 찾아내기 위한 필요성이 증대되었기 때문
- 복지기술(welfare technology)은 상품 기술과 달리 특정 국가의 사회·문화적 특성의 영향력이 크기 때문에 다른 나라에서 성공한 복지기술이 우리나라에도 성공할 것이라고 장담하기 어려움.
 - 그래서 원천 기술을 외국으로부터 들여와도 그것을 고스란히 써 먹을 수 없게 되는데, 복지기술의 자체 개발이 왜 중요한가를 설명하는 또 다른 근거가 됨.
- 이 절에서 다루게 될 총론은 네 개의 항으로 구성
 - 제1항은 스마트 복지(smart welfare)가 무엇인가를 설명하는 내용

- 제2항은 스마트 복지가 등장하게 된 역사적 배경을 선진국과 우리나라를 대비시켜 조망
- 제3항에서는 스마트 복지를 등장시킨 새로운 패러다임의 사례들을 소개
- 제4절은 스마트 복지를 구성하는 복지기술의 사례들을 분석

1. Smart Welfare의 개념

- 영어의 smart는 날렵한, 빈틈없는, 많이 아는, 재치 있는, 세련된, 똑똑한 등을 뜻하는 바와 같이 긍정적 의미로 번역되는 한편, 날카로운, 약삭빠른, 교활한, 건방진 등의 부정적 의미로도 사용
 - 스마트카드 또는 스마트폰이란 신조어에서 볼 수 있듯이 최근에 만들어지는 스마트 관련 합성어는 주로 긍정적 의미로 사용되고 있는데, 즉 기존의 어떤 것보다 진일보했다는 뜻임.
- 기본적으로 스마트는 비교 개념이기 때문에 스마트가 나오면 반드시 그 반대말과 비교를 해야 하는데, 스마트의 반대말로 **dull, stupid** 혹은 **foolish**라는 단어가 있으며 무딘, 어리석은 우둔한 등의 의미를 지님.
 - 이 보고서에서 사용되는 스마트 복지(**smart welfare: SW**) 역시 긍정적 의미를 함축하고 있는데, 반대 개념으로는 무딘 복지(**dull welfare: DW**)를 상정할 수 있음.
 - 보다 자세한 설명은 후술하겠지만, 여기서 말하는 무딘 복지는 1940년대에 베버리지(**Beveridge**)가 구상했던 복지국가(**welfare state**)이고 스마트 복지는 1990년대 이후에 등장한 복지국가의 변형된 형태인 근로복지국가(**workfare state**)임.
- 1940년대에 복지국가라는 아이디어가 영국을 중심으로 제기되었을

때 많은 사람들은 그것이 새로운 이상사회라고 여겼기 때문에 존경의 대상이 되었는데, 이후 선진국들 사이에서 복지국가 경쟁이 시작되었으며, 서로 자기네 국가가 더 복지국가라고 은근히 자랑하고 싶어 되면서 군사력이나 경제력에 못지않게 일국의 ‘복지력’이 국가의 등급을 매길 때 중요한 척도로 자리 잡음.

- 한마디로, SW는 다른 나라들로부터 그 우수성을 인정받아 존경의 대상이 되거나 모방의 표적이 되는데, 그래서 1950년대와 1960년대까지는 영국이 SW의 선두주자였고 1970년대부터 1990년대까지는 스웨덴이 영국을 추월했으며 21세기에 들어와서는 네덜란드와 덴마크가 선두 자리를 차지하고 있는 형국
- 한편, 우리나라는 2000년을 기해 비로소 SW 경쟁에 진입했으며 현재는 선두주자를 쫓아가느라고 안간힘을 쏟고 있음.

□ 최근에 나오는 제품 즉 스마트 제품의 특징 중에는 자신의 기능을 실시간으로 점검할 수 있는 장치가 내재되어 있음.

- 예를 들면, 자동차나 고속철 그리고 비행기의 계기판에는 어느 부분에 이상이 발생하는지를 알 수 있게 되어 있으며, 스마트 제품은 그만큼 똑똑해졌음.
- 마찬가지로 SW는 복지 프로그램의 집행 과정에서 얼마만큼의 성과가 나타나는지를 자체적으로 평가할 수 있게 설계되는데, 일 예로 효율성 즉 비용 대비 효과를 측정함에 있어서도 무던 복지와 달리 스마트 복지는 평가가 용이

□ 특정의 복지가 얼마나 스마트한가를 평가하는 척도에는 여러 가지가 있기 때문에 종합적 판단은 그만큼 어려워짐.

- 예컨대, 갑이라는 평가 항목에서는 다소 부족하더라도 을이란 항목에서 월등하게 우수한 경우, 갑과 을 중 어느 항목에 더 큰 비중을 두는가는 기술 외적 판단에 의해 좌우될 수밖에 없음.

- 그럼에도 불구하고, 스마트 복지가 되려면 우선적으로 무던 복지에 비해 효율성이 높아야 함.
 - － 예컨대, 같은 예산으로 더 많은 대상자에게 서비스를 제공할 수 있다든지 단위 지출 당 목표치 달성률이 높다든지 동일 업무를 수행함에 있어서 더 많은 시간과 예산을 절약한다든지 등 이상과 같은 경우가 해당되는데, 요즘 유행하고 있는 성과 측정이 좋은 예가 됨.
- 이와 같이 스마트의 측정 대상 항목은 효율성, 지속가능성, 파급 효과, 신속성, 경비절감 등이 핵심을 구성하기 때문에 스마트 복지는 근본적으로 실용주의 철학에 바탕을 두고 있음.
 - － 다시 말해 특정의 정책 목표 - 일예로 지속가능성 -을 추구하기 위해 이념상으로 모순되는 수단을 채택하는 것도 불사할 수 있다는 것이며, 그 결과 스마트 복지는 무던 복지에 비해 기술의 융합 가능성을 높여주는 이점을 지님.
- 스마트 복지는 하나 또는 소수의 기술이나 지식을 의미하지 않는다. 오히려 거대이론(grand theory)에 가까운 개념으로서 산하에는 여러 개의 복지기술(welfare technology: WT)들이 몇 개의 층으로 구성되어 있는 기술의 체계임(김상균·안서연, 2011:387-395).
 - 이는 마치 스마트폰이 무수한 부품으로 결합되어 있고 각각의 부품은 그 자체가 특별한 세부 기술로 구성되어 있는 것과 같은 형상임.
- 21세기 지식사회를 상징하는 대표적 기술로서 정보통신(IT)기술이 손꼽힐 정도로 IT기술은 다른 영역 기술과의 융합성이 높으며, 따라서 IT기술과 복지기술의 융합가능성도 높음.
 - 그리하여 복지기술은 “복지문제를 해결함에 있어 새로운 정보통신기술이나 지적 재산권 및 특허제도 등에 기반한 지식, 기술, 관

련 법 및 행정제도, 시설, 장비, 등을 집대성한 혁신적 패키지 또는 시스템”이라고 정의됨(김상균·안서연, 2011:382).

- 이와 같이 IT기술과 복지기술의 융합가능성이 높은 것은 사실이지만 그렇다고 정보통신기술의 활용이나 특허제도의 이용이 복지기술 개발에 있어 필수 조건은 아님.

2. Smart Welfare 구상의 역사적 배경

□ 처음에는 잘 들던 칼도 오래 쓰면 무더지듯이(dull) 기술의 발달은 끊임없는 신기술(smart)을 창조함으로써 기존의 기술을 무용지물로 만들게 됨.

- 이와 같은 기술의 진화 또는 기술혁신이라는 현상은 이공계 제조업에서 쉽게 발견할 수 있는데, 최근 애플, 노키아, 삼성 등 굴지의 전자회사들이 스마트폰 개발을 둘러싸고 치열한 기술경쟁과 특허전쟁을 벌이고 있는 현상은 smart 경쟁의 절정이라 불러도 과언이 아님.

- 스마트 경쟁의 준엄함은 기술혁신에서 처지는 순간 패자의 기술은 dull로 전락하고 사람들은 더 이상 찾지 않게 된다는 사실에서 여실히 드러남.

□ 스마트 전쟁은 비단 이공계 제조업에서만 일어난데, 빈곤과 불평등의 문제를 해결하려는 복지에서도 기술 혁신의 현상은 존재해왔음.

- 다만 이윤 추구의 특성이 제조업에 비해 약하기 때문에 상대적으로 경쟁 강도가 약해서 사람들의 주목을 덜 받았을 뿐이며, 그리고 남을 도와준다는 명분 때문에 복지기술은 상품기술보다 지적재산권을 노골적으로 주장하기 어려운 부분이 있음.

가. 선진국의 스마트 복지 개발

- 영국의 베버리지가 1942년에 발표한 사회보장에 관한 보고서는 당시 인류사회로서는 가히 혁명적이라 부를 정도의 기술 개발이었기 때문에 분명한 스마트 복지였음.
 - 즉, 완전고용, 국민의료서비스 그리고 아동수당 제도를 조건부로 사회보험과 사회부조제도를 실시한다는 아이디어는 2차 세계대전 승전의 최대 선물이었음.
 - 그런 아이디어에 기초해서 새롭게 탄생한 복지국가(welfare state)라는 스마트 복지는 사회보험과 사회부조 등의 복지기술들을 활용해서 인류를 빈곤의 공포로부터 벗어나게 한다는 복음을 전달했던 것이며, 그리고 그와 같은 장미 빛 청사진은 종전 이후 서방 국가들에서 하나 둘씩 실천에 옮겨짐으로써 꿈이 현실로 바뀌게 되었음.
 - 한마디로 복지국가는 그 이전에 존재했던 무력국가(power state)를 대체하는 새로운 형태의 국가였기 때문에 무력국가가 무딘 복지였다면 복지국가는 스마트 복지였음.
 - 복지국가의 인기는 1950년대와 1960년대를 거치면서 절정에 이르렀고 복지선진국에서는 절대빈곤이 영원히 퇴치된 것 같은 착시 현상까지 나타났는데, 복지국가라는 smart welfare가 잘 작동하고 있었던 증거임.
 - 그러나 1970년대 초반의 중동전쟁으로 야기된 oil crisis로 인해 서방 경제가 성장의 둔화와 경기침체를 겪으면서 그 때까지 원활하게 작동하는 것처럼 보이던 스마트 복지에 이상 징후가 나타남.
 - 스태그플레이션, 높은 실업률, 세수 감축 등 복지국가의 기본 토대가 흔들렸고, 얼마 지나서 ‘복지국가 위기설’이 설득력을 얻게

된 것은 1980년대임. 복지국가라는 스마트 복지의 기능장애가 일시적 현상이 아니라는 사실이 점차 확인되기 시작했음.

○ 서방경제의 어려움은 1980년대 이후에도 회복되지 못했고 급기야 1990년대부터 정부재정 긴축의 바람이 일기 시작함.

— 때를 같이 하여 복지국가라는 smart welfare에 대한 사람들의 신뢰는 추락하기 시작했기 때문에 복지국가는 더 이상 smart가 될 수 없었으며, 그래서 서구인들은 복지국가를 대신할 또 다른 스마트 복지를 기다리게 됨.

□ 위기가 닥치면 사람들은 우선 위기를 모면하려고 안간힘을 쓰지 위기의 원인을 찾는 여유를 보일 수가 없는데, 마찬가지로 복지국가 위기의 바람이 한바탕 지나가고 난 후 2000년대가 되어서야 복지국가가 왜 무딘 복지로 전락할 수밖에 없었는가에 대한 근본 원인을 찾을 수 있게 됨.

○ 복지국가의 위기는 일시적 oil crisis가 아니었던 것으로 판명되었으며, 보다 근본적인 원인은 복지국가라는 smart welfare의 기술력이 oil crisis를 이겨낼 만큼의 우수성을 갖고 있지 못했던 것이었음.

□ 그렇다면 무엇이 복지국가를 dull하게 만들었는가라는 질문이 나오게 되는데, 복지국가를 더 이상 smart하지 못하게 만든 원인은 크게 네 가지로 규명되었음(Taylor-Gooby, 2004:3-5).

○ 첫째, 여성의 경제활동 참여가 대량으로 증대하는 변화가 발생

— 베버리지가 자신의 사회보장 계획을 구상하던 당시의 가족 형태는 생계를 책임지는 남편과 가사를 전담하는 부인 그리고 자녀 2명으로 구성되는 소위 핵가족이었으나, 복지국가 하에서 주부들을 포함한 여성들의 경제활동 참여가 대폭 늘어났던 반면 남성들은 줄어드는 현상이 나타남.

- 그런데 일과 가정을 양립시키려는 여성들의 욕구를 기존의 복지국가는 원만하게 해결하지 못했으며, 특히 미숙련 주부 근로자들의 복지 문제를 해결하려는 복지국가의 능력은 한계를 드러내고 말았음.

○ 둘째, 노인인구의 증가 등 인구구조가 변화

- 솔직히 말해, 베버리지는 인구의 고령화를 예측하고 있었고 그래서 그에 대한 대비를 할 것을 주문했었으나, 그의 주문과는 달리 현실로 나타난 복지국가는 고령화에 대해 속수무책이었음.
- 그 결과 각국의 국민연금제도와 의료제도가 하나 같이 큰 홍역을 치렀는가 하면 노인들에게도 근로를 요구하는 사태까지 벌어짐.

○ 셋째, 생산기술의 혁신과 세계화로 인한 노동시장구조의 변화는 교육·훈련과 고용 사이의 상관관계를 강화시킴.

- 베버리지가 상정했던 노동시장은 제조업이 번창하고 다수의 근로자들은 중산층 생활을 할 수 있을 정도의 가족임금(family wage)을 받는 모습이었으나, 서비스업과 같은 3차 산업의 비중이 높아지면서 계약직, 일일고용 등의 비정규직 근로자들이 늘어나게 되었는데, 이들 중 상당수가 일을 해도 가난한 소위 근로빈곤층(working poor)으로 전락하였음.
- 제조업의 쇠퇴 현상은 설사 경제가 성장하더라도 일자리 창출에는 도움이 되지 않는 소위 '일자리 없는 성장(jobless growth)'을 창출하였고, 비정규직 근로자들은 고용계약상의 불안 때문에 사회보험의 적용을 받기 어려운 상황에 처하게 됨.

○ 넷째, 국가의 역할 축소와 복지의 민영화 현상이 나타남.

- 앞에서 언급한 복지국가 위기는 정부재정의 위기와 동의어였기 때문에 국가부채 증가에 대한 우려는 곧 바로 '작은 정부'

압력으로 이어졌으며, 그 결과 국민연금에 대한 국가보조를 줄여 국민의료비나 보육비에 충당하는 등의 변화가 일어남.

□ 이상과 같은 상황 변화를 흔히 ‘신 위험(new risks)’이라 부르는데, 보놀리(Bonoli)는 대표적 신 위험을 고용불안, 장기실업, 근로빈곤, 편부모, 일·가족 양립 등 다섯 가지로 요약한 바 있음(Bonoli, 2007:495).

○ 신 위험은 베버리지가 요약했던 다섯 가지 구 위험(질병, 사고, 실업, 무지, 불결)과 대비되는데, 이렇게 되고 보면 베버리지의 smart welfare는 구 위험에 대항해서는 제대로 작동할 수 있었지만 신 위험에는 역부족이라는 결론이 나오게 되며, 그 결과 복지국가는 dull welfare로 전락하게 됨.

— 그와 같은 상황을 단적으로 보여주는 현상이 1990년대부터 나타나기 시작한 조세저항임.

- 선진복지국가에서 조세부담률의 증가 폭이 둔화되거나 일부 국가에서는 축소되는 현상이 나타남(Messere, 1993:118).
- 조세저항은 복지국가의 지속에 치명타가 되는데, 왜냐하면 복지국가의 장점은 국가가 조세와 금융정책을 통해 수요를 조절하는 소위 케인즈 방식의 경제정책에 의존하고 있었기 때문

□ 결국, 이상과 같은 상황 변화 때문에 복지국가는 더 이상의 smart를 유지할 수 없었기 때문에 그 대안을 모색할 수밖에 없는 상황이 되었음.

○ 복지국가의 낡은 기술을 신기술로 대체해야 하는 실험은 지금도 계속 중인데, 언제쯤 지속가능한 smart welfare가 확고한 자리를 잡을지 현재로서는 예상하기 힘들나 그것의 방향은 어느 정도 윤곽이 잡혔으며, 근로복지국가(workfare state)가 그것임.

- 제습(Jessop)은 선진자본주의 국가들은 케인즈(Keynes) 식 복지국가에서 슈페트(Schumpeter) 식 근로복지국가로 전환할 것으로 전망하였음(Jessop, 2002:10).
 - 근로복지(workfare)라는 용어는 1960년대 후반 미국의 닉슨 정부 시절 공론화된 이래 1970년대의 복지논쟁에서 자주 사용되었으며, 그러다가 학술적 용어로 자리 잡은 결정적 계기는 미국에서 1997년에 제정된 Temporary Assistance for Needy Families(TANF) 관련 입법이 OECD 국가들의 복지개혁에 대한 논의를 촉발하면서 만들어졌음(Dostal, 2008:20-21).
 - 근로복지국가가 복지국가와 다른 점은 급여 제공 시 근로를 조건부로 하는 데에 있음.
 - 복지국가 하에서는 빈곤자는 누구나 최저생계를 유지하도록 국가가 급여를 제공하는 의무를 졌지만 수급자는 별다른 의무 사항이 없었음.
 - 그러나 근로복지국가에서는 수급자는 가능한 한 일을 해야 하는 의무를 지게 되고 나라에 따라서는 근로를 거부하면 급여도 받지 못하게 됨. 그러다 보니 근로복지는 일종의 강제노동이라는 비난이 일어났음.
 - 복지권에 대한 관심이 상대적으로 강력한 구라파에서는 workfare라는 용어보다 근로 유인 복지(welfare to work) 또는 활성화(activation)나 적극적 노동시장정책(active labor market policy: ALMP)이란 용어를 선호하는데, 이들 용어들이 성취하고자 의도하는 근본 취지는 근로복지와 동일함.
- 만약 welfare state가 dull welfare로 확정되고 대신 workfare state가 smart welfare로 등극하게 되면 근로복지국가를 구성하는 복지기술(WT)이 무엇인가에 대한 관심이 증대할 뿐 아니라 근로복지국가

의 특성에 맞는 WT개발 사업 또한 활성화 될 조짐이다.

〈표 2-1〉 복지국가와 근로복지국가의 비교

분류	복지국가	근로복지국가
목표	빈곤퇴치	빈곤퇴치
방법	현금급여	강제노동 + 현금급여
WT	사회보장	유연안전성(flexicurity)
정부책임	크다	작다
가족형태	남성생계부담자 + 핵가족	맞벌이부부 + 다양한 형태
인구고령화	가속화	안정화

□ 〈표 2-1〉에서 볼 수 있듯이, 복지국가나 근로복지국가 모두가 노리는 복지의 궁극적 목표는 빈곤퇴치로서 다를 바가 없으나, 양자의 차이는 방법에서 뚜렷이 나타남.

○ 복지국가가 현금급여를 통해 빈곤을 없애고자 노력하는 소위 ‘수동적 복지’였다면 근로복지국가에서는 노동을 전제로 현금급여를 시도하는 ‘능동적 복지’임.

○ 이러한 방법상의 차이는 복지기술 측면에서의 차이를 파생시키는데, 복지국가의 주요 기술이 사회보장 기술이었다면 근로복지국가의 핵심기술은 유연안전성(flexicurity)이 됨.

○ 그리고 복지 노력에 있어 정부 책임의 정도도 달라짐.

— 복지국가에서는 정부 책임이 절대적 비중을 차지했고 민간 부문의 참여는 부차적 기능에 국한되었으나, 근로복지국가 하에서는 민간부문의 참여가 현저하게 증대됨으로써 민·관의 동반자관계(partnership)라는 용어가 현실감을 갖게 됨.

□ 이상과 같은 차이는 가족 및 인구구조의 변화와 연관되어 있음.

○ 복지국가는 가족의 생활비를 버는 남편과 가사를 전담하는 아내가 2명의 자녀를 키우는 핵가족을 전형으로 삼았으나 근로복지국가 하에서는 맞벌이부부가 급증했으며 가족형태도 편부모가족,

일인 가족, 공동체 가족 등 다양화되었음.

- 한편, 인구구조는 복지국가 하에서 빠른 속도로 고령화가 진행했다면 근로복지국가는 일정 수준의 고령화 이후에는 그 속도가 안정화될 것으로 가정하고 있음.
- 산업사회가 후기산업사회로 변화됨에 따라 산업사회에서 작동되던 복지국가의 각종 복지기술이 통하지 않게 됨으로써 복지패러다임에 일대 전환이 요구되고 있음.
 - 새로운 패러다임의 전환을 새로운 smart welfare의 등장이라 표현할 수 있는데, 새로운 smart welfare가 무엇인가에 대한 명확한 합의는 없지만 근로복지국가가 유력한 후보임에는 틀림없음.
- 한 가지 주목해야 할 점은 복지국가가 일사불란한 사회 구성체가 아니었듯이 근로복지국가 역시 통일적 모습을 띠 것으로 예상해서는 안 된다는 것임.
 - 복지국가들 간에 공통점과 차이점이 존재한다는 주장은 일찍부터 제기되었지만 가장 설득력 있는 연구 결과를 제시한 사람은 에스핑 안데르센(Esping-Andersen)으로, 그는 복지국가를 자유주의 복지국가, 보수주의 복지국가, 사회민주주의 복지국가와 같이 세 가지 유형으로 분류하였음(Esping-Andersen, 1990).
 - 이와 유사하게 근로복지국가들 사이에도 차이가 발견된다는 사실을 밝힌 연구들이 있는데, 대표적인 예는 도스탈(Dostal)의 4분법임(Dostal, 2008:26-30).
 - 그는 1950년대와 1990년대 사이의 스웨덴에서 볼 수 있었던 시책들을 보편적(general) ALMP 형이라 명명했고, 1970년대 이후 대부분의 OECD 국가가 선택한 형태를 대상별(targeted) ALMP라고 부름. 세 번째 정책유형은 에스핑 안데르센 분류에서 나온 자유주의 복지국가들에서 실행되고 있는 시장 근로

복지(market workfare)이며 네 번째 유형은 장기 수급자들을 대상으로 1990년대 이후 OECD 국가에서 시행하고 있는 근로유지형 근로복지(make-work workfare)임.

- 앞에 소개된 도스탈의 정책 분류를 활용하면 근로복지국가의 유형이 도출될 수 있음.
 - 즉, 제1유형인 보편적 ALMP의 상대적 비중이 높은 나라는 보편적 근로복지국가에 속할 것이며, 제4유형인 근로유지형 프로그램을 많이 사용하면 근로유지형 근로복지국가라 부를 수 있게 되는데, 이와 같은 양 극단 사이에 위치한 것이 대상별 근로복지국가와 시장형 근로복지국가임.

나. 우리나라 smart welfare 개발

- 개발도상국으로서 대한민국이 국가발전 전략을 본격적으로 궁리하기 시작한 것은 1960년대부터이며, 경제개발을 필두로 모든 방면에서 ‘선진국 모방’을 핵심전략으로 채택하였음.
 - 일단 모방으로부터 시작하였지만 단순한 모방에 그치는 것이 아니었고 빠른 시간 내에 원천 기술을 능가한다는 목표를 동시에 가지고 있었음.
 - 그와 같은 전략을 한마디로 요약하면 선진국 ‘따라하기’와 ‘따라잡기’가 되는데, 그래서 압축성장 전략이란 표현도 생겨남.
 - 압축성장은 복지에 있어서도 마찬가지였으며, 그리고 상당부분은 성공하였음. 2차 세계대전 이후 독립된 신생국들 중 복지국가가 된 나라는 극소수인데 그들의 대표 주자가 대한민국이 되었음(김상균, 2006: 105).
- 따라하기와 따라잡기 전략을 추구했던 나라가 대한민국 외에도 많았지

만 한국만큼 성공한 나라는 드문데, 그렇다면 한국의 성공 비결에 대한 가장 확실한 답은 그런 전략의 성공 배경에 끊임없는 기술혁신의 노력이 있었다는 것임. 여기서 우리는 기술의 중요성을 명심해야 함.

○ 문제는 우리의 실정에 맞는 기술을 다른 나라가 제공해주지 않는다는 사실이며, 원천기술은 동일할지라도 자국의 실정에 맞는 기술은 해당 국가만이 개발할 수 있음.

— 제조업 분야에서 삼성전자가 일본 소니로부터 배워서 소니를 추월하였고 포항제철이 일본제철을 벤치마킹했지만 기술면에서 일본을 능가한 것을 예로 들 수 있음.

○ 기술혁신의 사례는 복지에서도 마찬가지로 적용됨.

— 농촌개발에 기여한 것으로 평가되고 있는 ‘새마을 운동’의 원천기술은 ‘공동체 조직 및 개발(community organization and development: CO&D)’이었는데, 우리는 CO&D에 대한 기술혁신을 통해 세계적으로 인정받고 있는 새마을운동의 기술체계를 정립하였음.

— 또 다른 예로 의료보험과 국민연금제도를 들 수 있는데, 우리는 일본으로부터 의료보험을 그리고 미국으로부터 국민연금을 직수입하였고, 기술개발에 노력한 결과 대만이 우리의 의료보험을 배워갔음.

• 그런가 하면 지금도 많은 수의 동남아시아 국가들이 우리의 국민연금제도를 공부하고 있음.

□ 그러한 노력 덕분에 우리는 대략 2000년부터 복지국가의 지위를 인정받기 시작했으며 2010년부터는 OECD 개발원조위원회의 회원국으로 활동하게 됨으로서 명실상부한 원조국이 되었음. 드디어 ‘신참 복지국가’로 세계적 공인을 받은 셈인데, 이제 국제사회는 우리로 하여금 선진 복지국가와 개발도상국 사이에 ‘가교 역할’을 하도록 기

대하고 있음.

○ 가교 역할 중에는 스마트 복지에 필요한 각종 복지기술을 개발하는 것이 포함되는데 즉, 개발도상국과 선진국을 동시에 경험한 대한민국이 양자 모두에게 적용 가능한 새로운 WT 개발의 책임자란 것임.

○ 가교 역할의 책임자를 자처할만한 근거는 우리의 사정이 앞에서 설명한 선진 복지국가들의 사정과 어떻게 같고 어떻게 다른가를 검토해보면 알 수 있는데, 먼저 공통점은 다음과 같음.

— 첫째, 고령화로 인한 노인빈곤의 위험성 측면에서 우리나라의 사정은 훨씬 열악함.

- 국민연금제도가 성숙하기도 전에 고령화가 시작되었기 때문인데, 이런 악조건에도 불구하고 우리의 국민연금제도와 퇴직연금제도 그리고 개인연금제도를 적절히 조화시킬 수 있는 WT를 개발한다면 그것은 근로복지국가라는 새로운 smart welfare를 구성하는 WT가 될 수 있을 것임.

- 더욱이 우리의 노인 경제활동참여율은 OECD에서 가장 높는데 한국형 노인 근로의 모형을 개발하거나 노인 건강 유지 모형을 혁신하는 것도 유력한 WT개발임.

— 둘째, 미숙련노동자와 비정규직 노동자의 수가 증가함으로써 근로빈곤자(working poor)의 수가 늘어날 것으로 우려되는데, 이런 사실 또한 우리의 사정은 선진국에 비해 상대적으로 더 어려운 상태임.

- 우선 규모에 있어 더 많을 뿐 아니라 이들에 대한 안정화(security) 인프라가 불충분하고 미흡하기 때문이다. 만약 flexicurity에 기반한 한국형 적극적노동시장정책(ALMP)의 기술이 개발되면 이 또한 세계적 주목을 받을 것으로 예상됨.

○ 이어서 선진국과의 차이점은 다음과 같음.

- 첫째, 앞에서 설명된 선진국의 경우에는 여성의 경제활동참가율이 높아짐으로써 여성의 근로빈곤 가능성이 높아지고 있으나, 이런 현상이 아직 우리나라에서는 본격적으로 나타나지 않고 있음.
 - 통계청 자료에 의하면, 지난 10여 년간 우리나라 여성의 경제활동참가율은 50% 수준에서 정체되어 있어 선진국에 비해 20~30%p 정도 낮음.
 - 현재로서는 이점이 선진국과 다른 점이긴 하지만 그렇다고 여성의 근로빈곤 문제가 없는 것은 결코 아니며, 경제활동 참여율이 상대적으로 낮고 그 비율이 정체되어 있을 뿐이지 여성의 임금이 남성에 비해 낮고 근로조건이 열악하다는 것은 오히려 상대적으로 더 심각함.
- 둘째, 복지에 대한 민간부문의 참여가 확대되고 있는데, 선진국에서 나타난 복지국가 모형이 개인의 복지에 대한 국가 책임을 과중하게 부과했다면 근로복지국가 모형에서는 민관협력관계(partnership) 즉, 양자의 적절한 균형이 중시됨.
 - 적절한 균형이란 지속가능성이 높다는 의미를 지니는데, 우리나라는 아직 국가가 복지의 책임을 전적으로 질 수 있다고 인식된 적이 없음. 복지국가가 성숙단계에 들어가지 않았기 때문임.
 - 우리의 경우 대한민국 정부 수립 이후 복지에 대한 책임의 당사자는 국가 보다 민간부문에 주어졌으며 국가 책임의 증대 현상은 2000년대부터 본격화되기 시작하였음. 그렇지만 현재 진행 중인 정부의 복지 지출 증대 현상이 지속가능한 수준에서 안정화 되어야 한다는 점에서는 선진국과 방향만

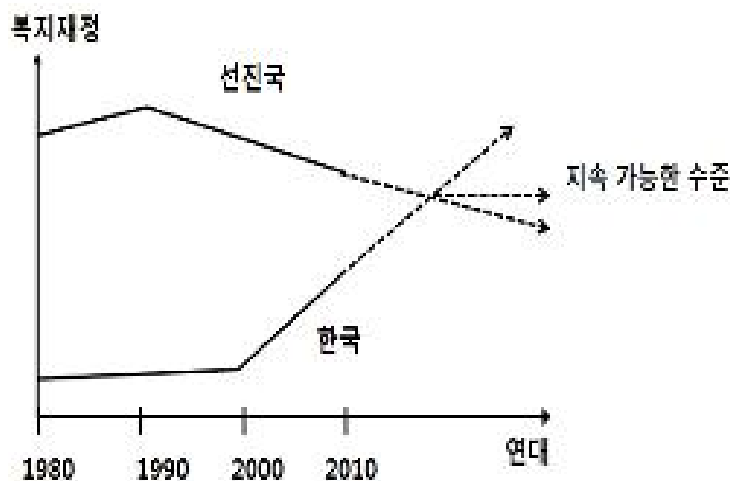
다를 뿐 목표는 동일함.

□ 이상의 분석에서 알 수 있듯이 스마트 복지의 필요성은 우리나라나 선진국 모두에서 차이가 없고 다만 방향성이나 정도의 차이만 있을 뿐임.

○ 특히 양자의 차이에서 두드러지게 나타나는 부분은 정부의 복지 비용 변화와 연관되어 있음. <그림 2-1>을 보면, y축은 정부의 복지지출을 그리고 x축은 연대를 표시하고 있음.

— 앞서 소개되었듯이 선진국의 복지에 대한 정부지출은 1990년대부터 감소되기 시작했고 현재는 지속가능 수준을 모색하기 위해 복지기술 개발에 열중하고 있는 반면, <그림 2-1>에서 보는 바와 같이, 우리나라는 뒤늦은 2000년대부터 사회복지비가 현저하게 증가하기 시작했지만(김상균 외, 2011:423), 국민들의 ‘체감복지’는 개선되지 않는 것으로 나타나고 있기 때문에 정부로서는 복지 지출의 효율성 제고에 고민하고 있음(김상균·안서연, 2011:366).

[그림 2-1] 한국과 선진국의 복지재정 변동 추이



- 결국, 선진국과 우리나라는 지속가능한 수준을 찾기 위한 복지기술 경쟁에 돌입한 상태에 있음.
- 여기서 주목해야할 사실은 복지국가가 숙성되었던 경험을 가진 국가들과 대한민국과 같이 숙성 경험이 없는 나라 사이에는 근로 복지국가로 가는 방향이 정반대로 나타난다는 것임.
 - 선진 복지국가는 복지국가의 규모를 줄이는데 반해 우리나라는 규모를 확대하고 있기 때문
- 그러나 규모축소와 규모 확대라는 차이에도 불구하고 근로복지국가 전환의 핵심 전략이 효율성(efficiency) 확보라는 사실은 공통적임.
 - 복지를 효율적으로 축소하여 근로복지국가로 가는 것이 선진국의 방법이라면 우리의 방법은 복지를 효율적으로 늘려서 근로복지국가가 된다는 것임.
 - 결국, 근로복지국가의 성취여부는 효율성 확보에 달려있는데, 효율성 확보에 있어 복지기술은 필수적 요소임. 따라서 복지기술 개발에 성공하면 스마트 복지로 나아갈 것이며 반대로 실패하면 스마트 복지에서 멀어져 무딘 복지에 머물게 될 것임.

3. Smart Welfare의 대표적 패러다임

- 무딘 기술이 스마트 기술로 전환하려면 사람들의 사고방식이나 행동 양식의 변화 즉, 패러다임의 일대 전환이 선행되어야 하며, 이와 같은 이치는 복지국가에서 근로복지국가로의 변화에서도 적용됨.
- 그렇다면 어떤 종류의 새로운 패러다임이 근로복지국가를 촉발할 수 있었는가라는 의문이 제기되며, 여러 가지의 패러다임 전환이 있었겠지만 여기서는 두 가지를 소개하고자 함.

- 공적 연금제도의 근본을 뒤흔든 다주제(multi-pilar system)와 복지급여와 유연노동을 연결시킨 유연안전성(flexicurity)이 해당됨.

가. 연금의 다주체계(multi-pilar system)

□ 복지국가 하에서 정부재정에 최대의 압박을 가한 변수는 공적 연금 제도였음. 인구의 고령화 현상과 낮은 율의 경제성장은 국민연금의 재정 상태를 악화시켰고 연금지출의 부족분을 공공재정으로 보충해야 하는 상황에 이르렀음. 그와 같은 현상은 경제 선진국이면서 동시에 복지국가이기도 한 모든 나라에 해당되었기 때문에 세계 경제를 관장하는 세계은행으로서는 결코 방치할 수 없는 문제였음.

○ 세계은행은 1984년부터 본격적으로 공적연금 개혁을 위한 기술 개발에 착수했고 그 결과는 1994년에 발간된 ‘노년위기의 회피(Averting the Old Age Crisis)’라는 보고서였음(World Bank, 1994).

- 그 보고서에서 세계은행은 노후의 생활안정을 공적 연금에 절대적으로 의존하도록 설계된 기존의 베버리지 방식의 연금제도를 단주제(single-pilar system)라고 불렀는데, 그 단주제가 더 이상 유지되기 힘들다고 결론 내렸음. 이어 확정급여형(defined benefits)과 부과방식(pay-as-you-go)에 기초한 기존의 공적 연금체계는 인구 고령화와 저성장 경제 구조 하에서는 재정위기를 회피할 수 없다고 판단했음. 한마디로, 기존의 복지국가에서 작동하던 복지기술들이 시대에 맞지 않기 때문에 새 시대에 맞는 새로운 기술을 개발해야 한다는 것이었음.
 - 그들이 제안한 새로운 기술이란 단주제 대신 다주제

(multi-pilar system)로 전환하는 것이었는데, 즉 노후생활에 대한 막강한 국가 책임을 줄이는 대신 민간부문의 참여를 증대시키는 것이었음.

- 그래서 다주제의 하부구조는 공적 연금과 함께 기업이 운영하는 퇴직연금 그리고 전적으로 개인이 책임지는 개인연금과 같은 세 가지 연금으로 구성되며, 이어서 확정급여형 대신에 확정기여형(defined contributions)과 적립방식(funded scheme)을 일부 도입하는 것으로 바꾸도록 제안하였음.

○ 세계은행의 보고서가 나온 후 많은 나라들에서 다주제로의 연금 개혁이 진행되었음.

- 우리나라에서도 2007년의 연금개혁에서 그와 같은 패러다임의 전환이 참고 되었지만 아직 완결된 상태는 아니며, 자신들이 개발했던 신기술이 많은 나라들에서 성공적인 연금개혁으로 이어졌다고 판단한 세계은행은 2007년을 기해 연금 연구를 종결하였음(World Bank, 2007).

나. 유연안전성(flexicurity)

□ 앞에서 우리는 스마트 복지(SW)가 수많은 복지기술(WT) 즉, 문제 해결책의 노우하우(know-how)들로 구성된다고 설명하였으며, 그리고 복지기술이란 체계 내에는 다양한 세부 기술들이 다양한 형태의 체계를 구성하고 있다는 점도 언급하였음.

○ 그렇다면, 특히 근로복지를 구성하는 하부 기술들은 어떤 구체적인 복지기술들로 구성될 것인가라는 질문이 제기되는데, 이 질문에 대한 완성된 답변은 아직 없음.

- 현재로서는 방향성에 대한 윤곽 즉, 패러다임을 파악하는 수준

에 머물고 있기 때문

□ 근로복지국가 하에서 지금까지 개발된 대표적 패러다임으로서 flexicurity(유연안전성)를 들 수 있음.

○ 유연안전성의 개념은 네덜란드의 빌타겐(Wilthagen)에 의해 1998년에 최초로 사용되었는데(정원호, 2005: 177), 그에 의하면 유연안전성은 미국의 신자유주의 정신에 입각한 workfare 전략이 유럽의 모델이 될 수 없다는 인식에서 출발해서 유럽적 대안을 찾고자 노력한 결과라는 것임(박경순·윤도현, 2010: 210).

○ 유연안전성(flexicurity)이란 유연성(flexibility)과 안전성(security)을 균형 잡히게 한다는 뜻의 합성어로, 이 때 유연성은 해고 및 취업이 손쉽게 된다는 의미이고 안정성이란 실업 및 전직 훈련기간 중에도 사회보장제도가 잘 작동한다는 뜻임.

— flexicurity의 하부 기술로서는 시간제 근로와 전일제 근로 사이의 차별을 축소하고 유연노동자에 대한 사회보장의 적용을 대폭 강화하면서 노동법 개정과 같은 법적 장치를 구비하는 것이 대표적으로 손꼽힘.

○ 유럽연합(EU) 차원에서 유연안전성이 공식 문건에 사용된 것은 2007년부터라고 알려져 있는데(Wilthagen & Tros, 2008: 13-14), 이를 통해 알 수 있는 사실은 flexicurity라는 신기술 개발에 대략 10여 년이 걸렸다는 것임.

— 앞서 연금제도의 다주제가 세계은행에 의해 개발되는데 걸린 시간이 대략 10년이란 사실과 유연안전성에 대한 기술적 검토에 10여 년이 걸린 점을 참고하면, 복지기술이 개발되는 데는 10년의 세월이 필요함을 알 수 있음.

□ 우리나라에서 flexicurity가 국가정책 차원으로 의제화 되기 시작한 것은 참여정부가 들어선 2003년경임. 권기홍 참여정부 초대 노동부

장관이 매일경제신문과의 인터뷰에서 참여정부의 신노동정책 기본방향으로 “유연성과 안정성의 선순환 구조 정착”이란 표현을 사용하였으며(매일경제, 2003.3.9, 박미희, 2011:2, 재인용), 이후 이명박 정부 하에서도 일자리 창출과 구조조정이 동시에 추구되는 정책기조는 이어지고 있음.

4. Welfare Technology의 사례

□ 스마트 복지는 다수의 복지기술로 구성된다는 점을 앞에서 밝혔으며, 이제 복지기술에 대한 설명에 들어가는데, 복지기술의 사례 분석에 앞서 이공계에서의 테크놀로지 혁신을 살펴보고자 함.

○ 불모지에서 출발한 한국의 조선업이 한 세기만에 세계 1위 자리를 차지한 배경에는 끊임없는 기술혁신이 있었음. 대표적 사례로서 도크 없이 선박을 만드는 ‘육상건조공법’이 있는데 마찬가지로 제철업에서 용광로를 대체하는 포스코의 파이넥스 기술이 있었기 때문에 포철이 세계 굴지의 제철회사로 발돋움할 수 있었음(조선일보, 2011.6.30: C1).

○ 한전 KDN은 스마트 그리드(smart grid) 기술의 개발을 통해 ‘전력 IT’ 시장에서 세계적인 경쟁력을 갖추었고 해외시장으로부터 수주 가능성을 높이고 있음. 이 회사의 첫 수출품은 전력과 정보기술을 접목한 전력선통신(PLC)시스템이었는데 원격검침시스템이 이에 속함. 스마트그리드(지능형 전력망)는 전력망에 IT를 접목해 전력공급자와 소비자가 양방향으로 실시간 정보를 교환함으로써 에너지 효율을 최적화하자는 시스템임(한국경제, 2011.6.15:B3).

□ 이와 같이 한국 수출 증대의 견인차인 제조기술의 혁신은 노동비용,

원자재 및 에너지 비용의 상승분을 상쇄하는 효과를 나타내는 문자 그대로의 스마트 기술이었으며, 한국의 스마트 기술은 복지 분야에서도 나타났음.

- 외국으로부터 주목받고 있는 복지기술의 혁신 사례는 새마을 운동, 건강보험과 국민연금 등이 있으며, 최근에 개발 중인 사례로서 ‘서울 희망 플러스 통장’, ‘한국형 사례관리(경기도의 무한돌봄)’, ‘성과관리형 자활사업’ 등이 있음(김상균·안서연, 2011:396-399).

가. ‘서울 희망 플러스 통장’ 사업

□ 이 사업은 매년 UN이 정하는 공공행정상을 2010년에 수상할 정도로 국제적으로 인정받고 있는 복지기술로, 서울시는 원천 기술인 미국의 개인발달계좌(Individual Development Account: IDA)를 벤치마킹해서 사업을 설계하였음.

- 미국의 IDA는 셰라든(Sherradden) 교수의 제안에 의해 시작되었는데, 셰라든은 빈곤문제를 기존의 현금지급 방식으로 해결하려면 막대한 자금이 소요되기 때문에 부족한 정부재정을 감안할 때, 기존 방식에다 자산형성을 지원하는 방식이 필요함을 역설하였음 (Sherraden, 1991: 서울특별시·서울시복지재단, 2010:18 재인용).

□ 여기서 주목할 점은 셰라든의 IDA와 베버리지의 사회부조가 대비된다는 것임.

- 즉 사회부조가 케케묵은 기술이라면 IDA는 신기술이 되는 셈이어서 IDA는 WT가 됨. IDA가 WT로 인정받을 수 있었던 것은 기존의 사회부조 원칙을 뒤엎는 발상의 전환이 있었기 때문임.
 - Beveridge에 의해 정립된 현대 사회보장의 원칙에 의하면 모

든 국민은 일차적으로 사회보험의 적용을 받게 되고 극소수의 예외자들만이 단기간의 한시적 사회부조를 받도록 설계되었으며, 이 때 수급자는 자신의 소득과 재산이 빈곤선 이하에 있다는 사실을 입증할 의무를 지님.

- 그런데 빈곤 입증 시 저축이 있으면 수급자격을 얻는데 불리해지는데, 저금을 가진 자가 공적 원조를 받는 것은 도덕적으로 용납될 수 없다는 뜻이었음. 다시 말해 사회부조 수급자는 저축을 해서는 안 된다는 무언의 명령이 존재하였으며, 그러면서도 사회부조는 단기간의 한시적 조치에 불과하며 최종 목표는 수급자의 자활로 정해졌음.

— 결국, 한편에서는 자활하라고 요구하면서 다른 한편으로 자립에 필요한 저축은 못하게 했으니 사회부조의 기본 원칙은 모순에 빠지고 말았던 것임.

- 그와 같은 모순이 50여 년 간 지속되는 가운데 사회부조 수급자 수는 줄어들지 않았고 자활의 가능성도 향상될 기미가 보이지 않자 미국을 필두로 사회부조 원칙에 수정을 가하는 움직임이 나타나기 시작했음. 수급자들에게 일을 시키고 일을 통해 수급자 지위를 탈피하도록 국가가 돕는다는 것이었는데, 단, 이 때 일을 통해 얻는 소득의 일부로 형성된 저축은 더 이상 역제의 대상이 아니라 장려의 대상이 되어야 한다는 것임.

- 이와 같은 분위기에서 서울 희망 플러스 통장은 수급자의 저축 노력을 배가시키기 위해 ‘matching fund’ 시스템을 동원했는데 성과(낮은 중도 탈락률)가 좋은 것으로 나타나 대상 규모를 확대하고 있음.
- 특히 matching fund의 재원을 정부 재정이 아니라 기부금으로 조달한다는 것도 smart하다고 인정된 것임.

- 이제 실시 3년 밖에 되지 않기 때문에 앞으로 얼마나 지속가능할지에 대해서는 중장기적인 평가를 해야 하겠지만 실시 후 2년간의 실적을 보면 성공 가능성이 높을 것으로 예상됨.

나. 무한돌봄센터

- 무한돌봄센터는 지역 내 다양한 서비스와 자원간의 조정과 협동이 가능한 네트워크를 기반으로 하는 지역복지체계를 의미함.
- 기존의 전달체계는 서비스의 중복과 누락을 발생시키는 비효율적인 단점을 갖고 있었는데 예컨대, 공공서비스는 복지부, 노동부, 여성부 등의 중앙부처간 분리성을 그대로 일선 전달체계에까지 옮겼으며, 뿐만 아니라 민간 복지기관들 사이의 단절 현상도 심각하였고, 나아가 서비스간의 단절 현상은 공공과 민간 사이에서도 나타남.
- 복지서비스의 전달체계에서 문제점이 발생하면 복지지출의 효율성이 저하되는 결과가 나타남.
 - － 서비스가 필요한 곳에 그리고 적기에 전달되지 않기 때문에 복지 지출이 증가함에도 불구하고 국민들의 체감복지가 향상되지 않는 것임.
 - － 다시 말해 기존의 복지서비스는 공급자 위주의 전달 체계였다면 새로운 체계는 수요자 중심으로 전환되어야 할 필요성이 있었음.
- 수요자 중심의 통합복지서비스를 제공하려는 목적에서 경기도가 시작한 무한돌봄센터는 2010년에 남양주부터 실천에 옮겨져 현재 31개 시·군중 30개에 설치되어 있음.
- 무한돌봄센터에서 많이 사용되고 있는 복지기술에는 사례관리(case management)가 있는데, 현재 시·군 별로 사례관리를 받

고 있는 가구 수는 평균 107.5가구임.

- 지난 1년간의 실적을 보면(홍선미·성은미, 2011:26-27), 사례관리자가 종결된 359가구 중에서 욕구가 해결되어 종결된 건수가 285가구로 나타날 정도로 효과가 좋았고, 서비스에 대한 수요자들의 만족도도 높은 것으로 분석되었음.
- 투자 대비 성과에 대한 정밀 분석은 사업의 시행 기간이 좀 더 경과한 후에 나올 것으로 예상된다.

다. 희망리본 프로젝트

- 기초생활보장제도의 궁극적 목표는 수급자의 자립이나, 2009년의 경우, 취·창업률은 17% 그리고 탈수급률은 7.7%를 기록하는 등 목표 달성률이 저조하였음.
- 더욱이 근로빈곤 현상이 확산될 우려가 제기되는 상황에서 탈수급률을 높이는 것은 핵심과제가 되는데, 다시 말해 근로복지국가 하에서 기초보장서비스의 탈수급률을 높이는 기술은 국가 간 복지기술 경쟁의 표적이 되고 있음.
- 이에 정부는 2009년부터 ‘성과관리형 자활시범사업’을 2개 지역(경기와 부산)에 도입해서 현재 7개 지역(인천, 전북, 대구, 강원, 광주로 확대) 4천명을 대상으로 3차년도 사업을 전개 중에 있음.
- 이 사업의 특징은 공모를 통해 민간 사업자를 선정하고 있는데, 전북과 광주의 경우에는 인지어스(Ingeus)라는 호주계의 자활사업을 대행하는 국제적 영리회사가 참여하고 있음.
- 예산지원 방식도 특이한데, 취·창업과 탈수급을 성과지표로 명시해서 성과 연동형 예산지원이라는 유인체계를 제공하고 있음.
- 그리고 사례관리자와 수급자 사이의 일대일 맞춤형 사례관리 서

비스라는 복지기술을 활용하고 있음.

□ 2차년도 성과를 분석한 연구결과에 의하면(송헌재, 전병힐, 2011:16), 4개 지역(부산, 경기, 인천, 전북)의 평균 취·창업률이 59.2%를 기록했는데, 기존의 17% 보다 높게 나왔음.

○ 그러나 시범사업에 투입된 예산과 급여절감 효과를 대비한 단순 차원의 재정적 효과는 단기 분석에서는 평가하기 어려웠음(송헌재, 전병힐, 2011:34).

라. 소결

□ 지금까지 최근 우리나라에서 진행되고 있는 복지기술 개발의 대표적 사례 세 개를 소개했는데, 이 절을 마치기 전에 복지기술에 대한 미래 전망에 대해 잠시 언급하고자 함.

□ 최근에 강원도 내 20여개가 넘는 중대형 복지관들이 트위터와 페이스북 등의 소셜네트워크서비스(SNS)를 활용해 자원봉사자 모집이나 후원금 모금과 같은 어려움을 극복하고 있음.

○ 그동안 단순히 정보 교환 수준에 머물던 SNS가 스마트폰의 보급이 늘어나면서 어려운 이웃과 독지가를 이어주는 새로운 소통의 도구로 활용된 것임.

○ 특히 강원도장애인종합복지관의 경우, 현재 트위터를 통해 3천 7백여 명에 달하는 팔로워가 가입해 활발하게 운영 중이며 한림대 컴퓨터공학과와 협력해서 모바일홈페이지 제작도 계획 중인 것으로 알려져 있음. 그리고 강원도종합복지관 관계자의 말에 따르면, SNS의 영향으로 자원봉사자가 10% 가량 증가한 것으로 나타남(춘천=연합뉴스, 2011.4.19)

□ 이상과 같은 기사를 보면, 한국의 뛰어난 IT기술을 복지에 잘만 연

결하면 세계적인 복지기술을 개발할 여지가 충분히 있음을 알 수 있음.

□ 그래서 단순한 아이디어 차원에서 제안해보는데, 사회복지사들의 업무 효율성을 높이기 위해 절대적으로 필요한 유망 WT의 예로서 ‘자동사례기록장치(automatic case recording device: ACRD)’를 생각해봄.

○ 사회복지사들에게 사례기록은 필수 업무이며 동시에 전문적 작업이지만 많은 시간과 노력을 요할 뿐 아니라 사례기록의 보관에도 많은 비용이 들고 있음.

— 만약 ACRD가 개발된다면 사회복지사들은 사례기록 및 보관에 소요되는 시간과 노력을 절감할 수 있기 때문에 과중한 업무의 압박을 줄일 수 있을 것임.

○ ACRD 개발의 전망을 살펴보면, 제1단계는 입력단계로서 면접 및 대화 또는 관찰의 내용을 간편하게 컴퓨터에 입력시킬 수 있고 문자화와 동영상화 시킬 수 있는 단계임.

— 제2단계는 분석단계로서 입력된 자료를 전문적으로 진단하고 분석해서 사회복지사가 어떤 솔루션을 선택하는 것이 최선인가를 알려주는 단계로 발전

— 마지막 제3단계는 평가단계로서 사회복지사의 활동에서 잘된 점과 잘못된 점을 가려내주는 단계

○ ACRD의 개발은 지금으로서는 꿈과 같은 이야기로 들릴지 모르나 10년 정도 큰 마음먹고 달려들면 성공하지 못한다고 단언할 수도 없음.

— 만약 성공하기만 하면, 그 기술은 당장 특허를 받을 수 있을 것으로 예상되며, 그런 날이 올 때 대한민국은 복지기술에 있어서도 선두 자리에 오를 것임.

제2절 분석틀

- 금세기 초 급속하게 진행되고 있는 저출산·고령화·양극화 등 사회 환경 변화는 보건복지제도의 양적·질적 확장을 요구
 - 저출산·고령화는 어느 특정 계층에 국한하지 않고 생애주기에 따른 계층 전반의 문제로 나타나 보건복지제도의 보편적 접근에 대한 주문을 강화
 - 아울러 경제의 세계화에 따른 소득의 양극화는 중산층을 얇게 하면서 다른 영역 즉, 문화·교육, 의료 등에서의 양극화를 촉진시키면서 보건복지정책의 영역과 대상의 확장을 요구
- 저출산·고령화·양극화 등에 따른 보건복지정책의 양적·질적 확장은 현상의 원인이나 결과 면에서 인구·사회·경제·문화 등의 복합성을 띄고 있는 만큼, 광범위한 영역에서 동시 다발적이면서도 상호 긴밀한 연계성에 기반하여 추진될 필요가 있음.
 - 이와 관련 핵심 영역으로는 보건 분야에서 의료안전망, 건강보험, 장기요양인프라, 만성질환예방체계 등 그리고 복지 분야에서 소득보장, 사회보험, 양육비용지원체계, 가정보육서비스 등을 들 수 있음.
 - 그러나 이들 영역에서의 기존 정책들은 광범위한 사각지대 발생에 따른 낮은 국민체감도, 비효율성으로 인한 낮은 지속가능성 등의 문제를 경험하는 등 본연의 정책적 목표를 달성하는 데에 한계 존재
 - 이러한 한계성을 유지하는 경우 사회환경 변화에 따른 새로운 욕구에 적절하고 능숙하게 대응할 수 없어 ‘무딘 복지(dull welfare)’로 전락할 수 있음.
 - 결국 저출산·고령화·양극화 현상의 사회적 위험에서 국민을

보호한다는 정책적 목표를 지속가능하고 그리고 효율적으로 달성하기 위해서는 보건복지의 핵심적인 분야에서 ‘무딘 복지(dull welfare)’의 요소를 제거하여 ‘스마트한 복지(smart welfare)’로 변모하여야 한다는 시대적인 요청이 실현될 필요가 있음.

□ 보건의료부문

- 건강보험의 경우 보장성과 보험료율이 낮은 관계로 의료비에 대한 부담이 여전히 높아, 소득수준이 낮은 계층의 의료서비스에 대한 접근성이 제한되고 있음. 최근 국내·외 경제위기로 인하여 빈곤층으로 전락할 가능성이 높은 집단이 빠르게 증가하고 있다는 관점에서, 이러한 문제는 더욱 심각해질 것이며, 적절한 의료서비스를 제공받지 못하는 집단이 늘어날 경우, 오히려 사후의 사회적 비용이 더욱 커질 것임.
 - － 현재의 건강보험 및 의료급여 등의 제도적 한계(dull welfare)를 극복하기 위해 의료안전망기금을 설립하는 방안(smart welfare)을 제시
- 현재 우리나라에서 인구고령화는 매우 빠른 속도로 진행되고 있는데, 노인인구 증가는 의료서비스에 대한 의존도를 높이게 되나, 현재 노인 대상 장기요양서비스가 요양병원과 요양시설에서 중복적으로 제공되어 있어, 과잉공급 및 질적 수준 저하로 비효율성의 한계점(dull welfare)이 드러나고 있음.
 - － 이들 한계점을 극복하기 위하여 요양병원과 요양시설의 합리적인 역할분담 및 기능 정립방안(smart welfare)에 대하여 제안
- 인구고령화는 생활 및 식습관 변화 등과 함께 만성질환자의 증가를 가져왔고, 이는 의료비 증가(사회적 부담)의 주된 원인이 되고 있음. 현재 보건소를 중심으로 만성질환관리사업을 추진하고 있

으나, 유인책이 없어 보건소 내원환자 및 방문간호사업에서 파악된 대상자 등 일부만이 정책 수혜대상으로 포함되어 있으며, 일회성으로 사업을 운영하고 있는 등의 한계점이 나타나고 있음.

— 새로운 만성질환관리사업으로서 Welfare Technology를 활용한 건강포인트제의 도입방안 제시

○ 고령화 가속화, 건강에 대한 관심 고조, 신종질병 발생 등으로 의료서비스 수요는 지속적으로 확대되고 있으며, 세계적인 의료시장 개방 추세와 양질의 의료서비스 이용을 위한 환자들의 국가 간 이동 확대로 글로벌 헬스케어 시장은 더욱 확대되고 있는 상황

— 이에 따라 의료서비스산업은 미래 국부창출에 기여할 신성장동력으로 세계가 주목하고 있으며, 최근 들어 우리나라도 의료서비스산업의 해외진출 확대를 위한 정부차원의 노력을 대폭 강화하고 보건복지부도 본연의 역할인 공공 복지정책 구현과 더불어 글로벌 헬스케어를 통한 국가성장에 기여하는 부처로 거듭나기 위해 적극적인 육성정책을 강구 중임.

— 그러나 우리나라는 선진국 및 경쟁국에 비해 의료서비스산업의 해외진출 경험 및 전문성이 부족하고, 정부차원의 지원과 관련 전문인력도 크게 부족한 것이 현실(dull welfare).

— 이러한 한계점을 극복하여 우리나라의 역량을 선진국 수준으로 끌어올릴 수 있도록 체계적으로 지원할 수 있는 전문기관(Medical Holdings(가칭))의 설립 및 운영 방안(smart welfare)을 제시

□ 사회복지부문

○ 그간 정부는 저출산문제가 심화됨에 따라 산전진찰비, 자녀 보육·교육비 등을 지원하고 있으며, 매년 수혜대상 및 지원수준도 확대하고 있으나, 예산의 한계 등으로 인하여 여전히 자녀양육비

용의 일부(보육·교육비 등)에 대해 일부계층(주로 저소득층)에 한정하여 지원하고 있어 정책 내용과 대상에 있어서 사각지대가 커 국민의 체감도가 아주 낮은 실정(dull welfare)

— 자녀 출산 및 양육 전 과정에 드는 비용은 부모가 부담하여 희생(cost)이 집중되는 반면, 자녀의 성장 후 활동을 통한 편익(benefit)은 사회에게 분산되는데, 이러한 이유로 자녀양육비용은 개인 혹은 국가의 단독책임이 아닌 여러 사회주체 간에 적정한 분담이 이루어질 필요가 있으며, 이와 관련 본 연구는 양육비용 사회화 방안(smart welfare)을 제안할 것임.

○ 현행 시설 중심의 보육정책과 맞벌이가정의 증가로 돌봄서비스에 대한 욕구가 다양화되고 있으며, 시설보육의 사각지대에 있는 수요자의 돌봄 요구를 충족하기 위하여 가정 내 보육서비스 사업이 중앙정부 및 지자체, 사회적기업, 민간영리기관을 중심으로 발전하였으나, 질 관리 체계 미흡 등으로 인하여 만족도가 낮은 등 한계점을 내포하고 있음(dull welfare).

— 가정 내 보육서비스의 양적·질적 수준을 제고하여 사각지대 해소 및 국민의 체감도 향상을 위하여 가정 내 보육서비스의 질 제고 방안(smart welfare)을 제시

○ 노후보장의 책임소재가 국가책임에서 개인책임으로 옮겨가고 있고, 이로 인해 교육(노후설계 등)이나 정보를 사전적으로 충분히 제공하여 올바른 선택(informed choice)을 하도록 하기 위한 지원이 강조되고 있음.

— 이와 같은 수요는 저출산·고령화 등 환경변화에 따라 연금제정의 장기지속성을 저해하는 만큼 무엇보다도 연금제도 차원에서 적극적인 대응이 필요하나, 노후설계와 관련한 사항은 민간보험사에서 담당하여 단편적인 정보를 제공하거나 혹은 국민연

금에서 제공하는 노후설계서비스의 경우 국민연금 가입확충에 초점을 두고 있어 사회서비스산업의 발전 혹은 제도의 지속가능성 제고에 한계가 있음(dull welfare).

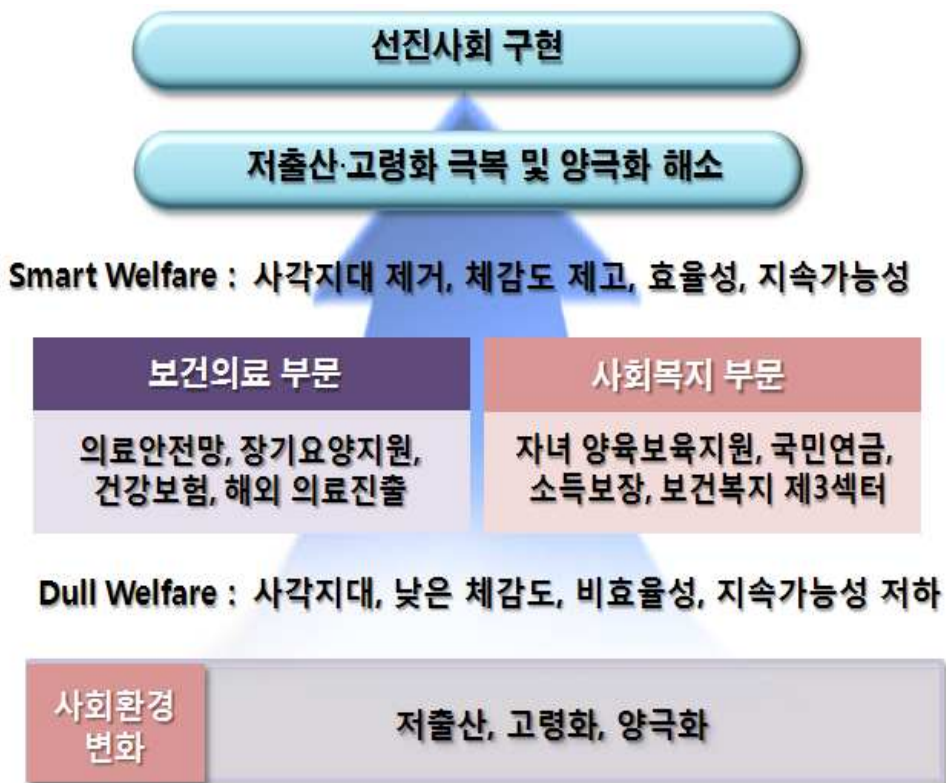
- 본 연구는 현금중심의 급여에서 벗어나 제도에 대한 체감도 및 지속가능성을 제고시킬 수 있는 효과적인 국민연금 현물(서비스)급여 도입방안(smart welfare)을 제안
- 현재 노인을 대상으로 한 공적 소득보장체계는 기여력에 의해 급여가 지급되는 사회보험방식의 공적연금, 준보편적 수당성격의 기초노령연금, 최후의 안전망으로서 국민기초생활보장제도의 3층으로 구성되어 있으나, 연금 기여력이 짧은 현세대 노인의 빈곤 문제, 공적연금과 기초노령연금의 낮은 급여 수준, 연금과 사회부조 간의 관계 설정에서의 형평성 결여 등 내용상으로는 여전히 많은 문제를 안고 있음(dull welfare).
 - 노후소득보장의 다층성을 높이고, 노인빈곤 예방의 수단을 다각화하기 위하여 공공형 역모기지제도 도입방안(smart welfare) 제시
- 국민연금 수급자의 증가에 따라 연금기부 사례가 증가하고 있으나 현재 수급자들의 기부 행위에 대한 체계적 관리 및 홍보가 부족하며, 기부 절차 및 행정 절차가 복잡
 - 국민연금공단은 국민의 노후를 책임지는 공공기관으로서 나눔문화 확산에 앞장서야 할 사회적 책임을 수행하여야 하나, 공단 내에서 이루어지고 있는 사회공헌활동 체계화가 부족한 실정
 - 공단의 복지사업은 기금증식을 위한 수익성과 복지사업의 고유의 목적인 공공성이 끊임없이 충돌하여 복지사업 투자에 대해 지침에서 국고채권 수준의 높은 수익률 확보를 요구하여 실제 사업추진에 무리가 있음.

- 본 연구는 이러한 한계점(dull welfare)들을 극복하여 연금 나
 움 사업 및 사회공헌활동을 통한 연금제도 발전 및 연금제도
 순응성, 대국민 이미지 개선 등을 위하여 국민연금 복지재단
 신설 방안(smart welfare)을 모색
- 우리나라에서 4대 사회보험은 건강보험, 국민연금, 산업재해보상
 보험, 고용보험으로 개인보험처럼 개인의 자유의사에 의해서 가
 입하는 것이 아니며, 보험료도 개인·기업·국가가 서로 부담하는
 것이 원칙이며 보험료의 계산에 있어서도 위험의 정도보다는 소
 득에 비례하여 부담함을 원칙으로 함으로써 소득의 재분배 기능
 을 가지도록 설계되어 있음.
- 4대 사회보험은 각각의 목적에 맞게 잘 집행되고 있지만 아직
 도 외국에 비해 국민 만족도가 낮은 실정이며, 그 이유로 정
 책집행과정에서 관련 참여자의 제도에 대한 이해 부족으로 비
 효율성이 발생하며, 가입자의 제도 이해 부족으로 건강보험의
 경우 체납자 문제가 지속적으로 제기되고 있고, 국민연금의 경
 우는 사각지대 문제가 상존하고 있음(dull welfare).
- 이러한 한계점을 극복하여 국민의 만족도를 높이기 위한 사회
 보험설계사 자격증제도 도입방안(smart welfare)을 제시
- 2000년대 중반 이후 사회서비스의 공급 증가와 함께 보건복지
 분야 제3섹터 기관의 성장 동반이 이루어졌으나 우리나라 제3섹
 터 기관은 자체 역량이 부족하며 정부에의 강한 의존성을 가지고
 있음. 이에 따라 사회복지서비스 공급의 주체로 제3섹터 기관이
 역할 부담을 수행하고 있음에도 불구하고, 정부 재원의 한계로
 인해 복지서비스가 수요(욕구)에 따라 확대되지 못하고 복지서비
 스의 체감도가 낮은 실정(dull welfare)
- 이러한 한계점들을 극복하여 제3섹터 기관이 효율적인 사회복지

지 전달조직으로서 역할을 할 수 있도록 제3섹터 활성화 방안 (smart welfare)을 제안

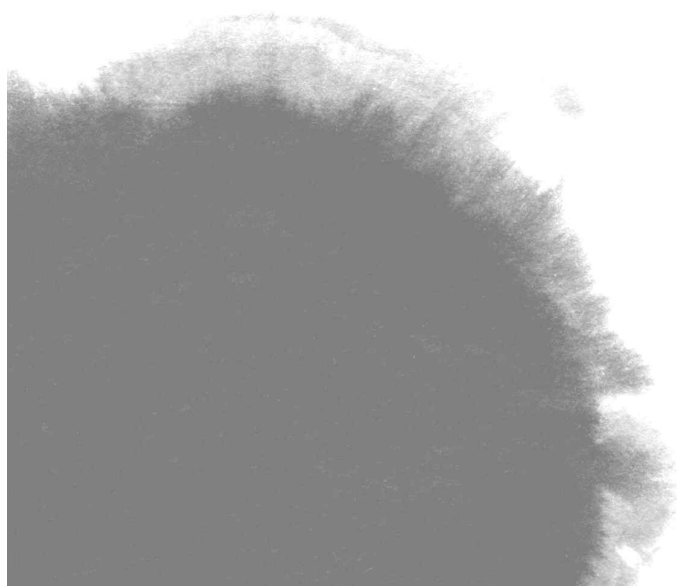
- 이상 본 연구에서 저출산·고령화·양극화 등 사회현상 변화에 능동적이고 효율적으로 대응하기 위하여 핵심영역에서 기존 정책의 ‘무딘 복지(dull welfare)’적 요소를 제거하고 ‘스마트 복지(smart welfare)’로 변모하기 위한 방안들을 제시하기 위한 분석틀 (analytical framework)은 [그림 2-2]와 같이 도식화 가능

[그림 2-2] 분석틀(analytical framework)



2부

보건의료 부문



제3장 의료안전망기금 설립방안

제1절 배경 및 현황

1. 의료안전망의 개념 및 관련 연구

가. 사회안전망

- 사회안전망이란 현존하는 제도 밖으로 밀려나 보장범위를 벗어나 있는 계층, 제도가 존재함에도 최소한의 욕구를 해결하지 못하고 있는 빈곤층 또는 환경의 변화 등으로 빈곤층으로 전락할 위험 상태에 있는 계층의 부정적 영향을 완화 내지 해소 시킬 목적으로 운영하게 되는 여러 가지 장치로 정의 할 수 있음.
- 사회안전망의 개념에 대한 여러 기관의 정의는 다소 차이가 있으나 거의 유사함.
 - 세계은행(World Bank)은 “근로능력이 없어 생계를 스스로 해결하지 못하는 상태와 근로능력이 있다하더라도 비축된 여유가 없어 최소한의 생계를 유지하기 어려운 상황에 처한 개인이나 가구주 및 가구원들을 보호하는 프로그램들”로 정의하고 있음.
 - OECD는 “자력만으로 생활유지가 어려운 사회구성원들을 정상적인 노동 및 사회활동이 가능할 때까지 최소한의 생활유지가 가능

하도록 해주기 위한 사회적 장치”라고 함.

- IMF에서는 “구조조정이 빈곤층에 미칠 수 있는 악영향을 완화하기 위한 수단으로써 사회보험, 공공부조, 수당 및 일반생활에서 발생하는 위험에 대비하는 조치들”로 정의함.
- 정리하면 사회안전망은 근로능력의 유무에 관계없이 자력으로 생활을 유지하기 어려운 사회구성원이 각 사회가 인정하는 최소한의 생활을 유지할 수 있도록 하는 제반의 사회적 프로그램들이라고 할 수 있음.
- 이처럼 빈곤층이나 취약계층을 주 대상으로 하되, 포괄적으로 빈곤하지 않지만 실업 등으로 소득 감소 혹은 중단 및 지출의 급증을 유발하는 사회경제적 비상사태 등이 발생하는 경우, 어려움에 처하게 되는 계층의 위기 극복이 가능하도록 개인 또는 가구단위에 사회적 도움을 제공하는 것이 사회안전망의 주 역할임.
- 사회안전망과 유사하게 혼용될 수 있는 개념들은 아래의 표와 같이 정리 할 수 있음.

〈표 3-1〉 사회안전망 유사 개념 정리

개 념	정 의
사회보장 (Social Protection)	▪ 사회보험, 사회 서비스, 사회부조, 사회안전망을 포괄함
사회보험 (Social Insurance)	▪ 기여를 통하여 질병, 실업, 산업재해, 노령기의 소득 등을 보장함
사회부조 (Social Assistance)	▪ 기여와 상관없이 빈곤층, 취약계층, 사회적 약자 등을 보호하는 것을 의미함
사회서비스 (Social Service)	▪ 교육, 보건, 사회복지 분야 등에서 공공부분이 제공하는 서비스를 의미함
사회안전망 (Social Safety Net)	▪ 노령, 질병, 실업, 산재, 빈곤 등 사회적 위험으로부터 구성원들을 보호하는 사회적 안전장치로써 사회부조, 사회보험제도, 사회복지서비스 및 한시적으로 도입된 보완적 프로그램을 모두 포함하는 사회적 안전장치를 의미함

자료 : 신영석 외(2008), 「저소득층 건강보장 전략」, 한국보건사회연구원

나. 의료안전망

- 의료안전망은 사회안전망의 일종으로, 의료욕구 때문에 곤궁에 처한 개인 또는 가구단위에게 욕구를 해결할 수 있는 기회를 제공하는 모든 제도로 정의 할 수 있음.
 - 미국에서의 의료안전망(health care safety net)은 비보험가입자, Medicaid 가입자, 혹은 다른 이에 상응하는 취약계층에게 상당 부분 보건의료서비스를 조직하고 제공하는 공급자들³⁾을 의미함.
 - 혹은 전통적인 보건의료 시장 밖에 있는 사람들, 즉, 저소득계층 및 비보험가입자들을 보살피는 보건의료체계⁴⁾를 말함.
- 광의의 개념을 적용하게 되면 의료안전망은 전 국민을 대상으로 하는 건강보험, 국민기초생활보장수급권자·의료급여법에 의한 수급권자·타법에 의한 수급권자 등을 대상으로 하는 의료급여제도, 그리고 특수목적에 맞게 설계된 긴급구호제도, 희귀난치성 질환자에 대한 지원제도, 응급대불 제도 등 기타 의료관련 제도를 포괄함.
- 협의의 개념이 적용되면 건강보험은 제외되어야 할 것이며 저소득 빈곤층에게 초점이 모아지게 됨.

다. 저소득 취약계층의 의료비 관련 연구

- 소득수준 대비 의료비 부담정도를 측정하는 지표로 ‘과부담 의료비 (catastrophic health expenditure)’가 정의되고 있으며 의료비가 소득 또는 소비수준의 일정 비중 이상이 되는 가구들을 추정함으로써 국가 단위에서 가구의 의료비 부담을 확인 할 수 있는 지표 중 하나임.

3) Lewin, M.E., Altman, S., eds.(2000), America's Health Care Safety Net, Intact but endangered, Washington, DC: National Academy Press.

4) Lurie, N.(2000), "Strengthening the US health care safety net", JAMA, 284, 16:2112~2113

- 과부담의료비 지출에 영향을 미치는 가구특성 요인은 가구소득 이외에 연령구조, 가구크기, 건강상태, 가구주의 취업상태 등으로 다양하지만, 한 가구의 의료비 지출이 가계재정에 부담을 미치는 가장 중요한 변수는 가구의 소득수준이며(Berki, 1986; Wyszewianski, 1986; Kawabata, Xu, and Carrin, 2002), 소득 대비 의료비 지출이 어느 수준이 되어야 과부담으로 보는지는 5~50%까지 다양함.
- 우리나라의 과부담 의료비와 관련된 연구는 다음과 같음.
 - van Doorslaer 외(2007)⁵⁾ 많은 아시아 연구자들이 협력하여 아시아 국가의 과부담 의료비 발생률을 산출하였는데, 분석 결과 한국은 홍콩 다음으로 분석 국가 중 1인당 GDP가 높은 국가임에도 의료비 지출이 식료품비를 제외한 소비지출의 15%, 25%, 40% 이상일 경우로 각각 보았을 때 과부담 의료비 지출은 일관되게 10개국에서 중간 수준임.
 - 59개국 자료를 분석한 Xu 외(2003)의 결과에서도 한국은 전체 59개국 중 20째로 과부담 의료비 지출 발생이 높은 국가에 속함.
 - 김윤희와 양봉민(2009)은 우리나라의 과부담 의료비지출 발생률은 소비지출 대비 의료비지출 비중과 비슷한 흐름을 보였으며, 1982년 3.60%에서 2000년 1.63%까지 꾸준히 감소해 오다가 2000년 이후 다시 증가하여 2005년 2.15%인 것으로 보고함.
- 한편 미충족의료란 환자가 필요하다고 느꼈거나 혹은 전문인에 의해 의료가 필요한 상황이라고 판단되었음에도, 대상자가 해당 의료 서비스를 이용하지 못한 경우를 포괄하는 개념으로 삶의 질(quality of life) 지표로 이용되기도 하고, 의료서비스에 대한 접근성 문제를 나타내는 지표로 사용되기도 함.

5) van Doorslaer, E. et al.(2007), 「Catastrophic payments for health care in Asia」, Health Economics, 16:1159-1184

- 즉, 대상자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단
하지만 대상자가 받지 못한 의료서비스, 혹은 서비스를 적절히
이용했으면 예방, 경감, 또는 제거될 수 있는 질병이나 불능상태
를 가지고 있는 경우를 모두 미충족의료라 할 수 있음.⁶⁾
- 알려져 있는 미충족의료의 결정요인은 경제적 요인, 연령·성·학
력·직업유무·보험 상태 등과 같은 인구사회학적 요인, 지리적 요
인, 문화적 요인 및 의료공급체계의 특성 등으로 분류할 수 있으
나, 이 중 경제적 요인이 의료서비스 접근성을 저해하는 가장 주
요한 변수인 것으로 밝혀져 있음.⁷⁾
- 한국보건사회연구원에서 발간한 「2006년 차상위계층 실태분석 및
정책제안」 보고서에서 제시한 우리나라 취약계층의 미충족의료 실태
는 다음과 같음.
 - 의료 및 건강에 대한 욕구정도는 ‘보약 및 영양제’와 같은 건강
보조식품 대한 욕구를 제외한 몸이 아픈 것에 따른 필수불가결한
치료에 대한 욕구도는 일반 계층이나 차차상위 계층에 비해 차상
위 계층 및 수급대상자가 높은 것으로 나타남.

〈표 3-2〉 의료 및 건강에 대한 욕구 정도

욕구 구분	수급	차상위		차차 상위	일반	전체
		법정	소득			
본인이나 가족이 질병으로 오랫동안(3개월이상)앓고 있는 경우 정기적으로 진료받는 것	96.47	96.38	96.63	95.51	94.70	95.13
가족 중에 이가 아프면 치과에 가는 것	90.95	90.64	93.32	93.56	94.70	94.03
가족 중에 몸이 아프면 주로 병원에 가서 치료를 받는 것	96.00	96.75	98.22	96.93	97.45	97.33
가족의 건강을 위해 보약이나 영양제 또는 보조식품 등을 먹는 것	50.41	52.62	55.92	54.20	58.08	56.75
의사에게서 처방받은 의약품이나 필요한(일반)의약품 을 구입하는 것	96.00	95.13	97.24	96.86	96.82	96.70

자료 : 한국보건사회연구원(2008), 「2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제안」

6) Donabedian A.(1973), 「Aspects of medical care administration」, MA : Harvard University Press

7) Mckinlay J.(1972), 「Some approaches and problems in the study of the use of services」, Journal of Health and Social Behavior, 23:115-125

- 그러나 의료에 대한 욕구도나 실제 건강 수준과 상관없이 치료를 포기한 경험이 있는 가구는 법정차상위 계층에서 그 빈도가 가장 높게 조사됨. 치료를 포기한 경험은 전체 평균이 12.07%를 차지하였고, 수급대상자가 24.13%, 법정차상위 계층이 26.88%, 소득 차상위 계층이 20.46%로 나타났으며, 일반가구 중에서는 8.35%가 치료를 포기한 경험이 있는 것으로 나타남.

〈표 3-3〉 치료를 포기한 경험이 있는 가구 비율

(단위:%)

의료급여 1종	의료급여 2종	수급	차상위		차차상위	일반	전체
			법정	소득			
23.5	24.7	24.13	26.88	20.46	16.18	8.35	12.07

자료: 이현주 외(2008), 「2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제언」

- 더욱이 치료를 포기한 이유를 살펴보면 ‘시간이 없어서’나 ‘일 중 단하면 소득이 감소되어’ 치료를 포기하는 것으로 응답한 비율이 일반 계층에서 가장 높게 조사 된 반면, ‘진료비가 부담되어’ 치료를 포기하는 것으로 응답한 비율은 법정차상위 계층에서 93.39%로 가장 높게 조사됨. 반면 ‘치료해도 나을 것 같지 않아서’의 응답비율은 수급계층에서 가장 높게 나타났는데, 이는 수급 계층에 속할수록 만성질환이나 희귀성질환자 비율이 높거나, 전반적인 생활수준이 건강에 영향을 미치는 것으로 조심스럽게 유추해 볼 수 있음.

〈표 3-4〉 치료를 포기한 주된 이유

(단위 : %)

치료 포기 이유	급여 1종	급여 2종	수급	차상위		차차 상위	일반	전체
				법정	소득			
진료비 부담 때문에	78.8	92.9	81.81	93.39	87.67	92.88	77.94	84.38
일 중단하면 소득이 감소되어서	1.8	0.0	1.35	0.40	0.00	0.95	2.91	1.73
시간이 없어서	0.0	7.1	2.82	1.10	4.19	4.36	13.27	7.97
의료기관과의 거리가 멀어서	4.5	0.0	3.34	2.12	2.48	0.00	2.22	1.94
치료해도 나을 것 같지 않아서	10.7	0.0	7.52	3.00	1.84	1.80	3.19	3.10
식구를 돌볼 사람이 없어서	1.6	0.0	1.16	0.00	1.72	0.00	0.00	0.27
기타	2.7	0.0	2.00	0.00	2.11	0.00	0.49	0.61

자료: 이현주 외(2008), 「2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제언」

- 위의 결과를 통해 전 국민 건강보험제도의 시행으로 의료에 대한 접근성을 계속적으로 개선했음에도 불구하고, 의료에 대한 욕구가 있음에도 경제적인 이유로 의료서비스 이용을 포기하는 미충족의료 계층이 많이 존재함을 파악 할 수 있음.
- 이 외에도 미충족의료와 관련해 진행 된 국내연구들은 저소득층의 건강상태가 고소득층에 비해 나쁘고 필연적으로 의료이용이 많음에도 불구하고, 의료이용은 고소득에 집중되어 의료보장의 확대가 필요함을 제시하고 있음.

2. 우리나라 의료안전망 현황

가. 우리나라 의료안전망

- 우리나라의 경우, 일반 국민을 대상으로 하는 국민건강보험이 1차 안전망, 최저생계비 이하 빈곤층 등을 위한 의료급여가 2차 안전망에 해당하며, 국민건강보험과 의료급여를 통해서도 보장성이 미흡한 부분을 보장하려는 국가 및 민간부문에서 시행하는 다양한 의료비 지원 사업 등을 3차 안전망이라고 할 수 있음.

- 이와 같이 다층적인 의료안전망이 필요한 주된 이유는 어느 하나의 의료보장제도(또는 의료안전망)만으로는 사회가 기대하는 수준의 적절한 보장을 달성하고 있지 못하기 때문이다.

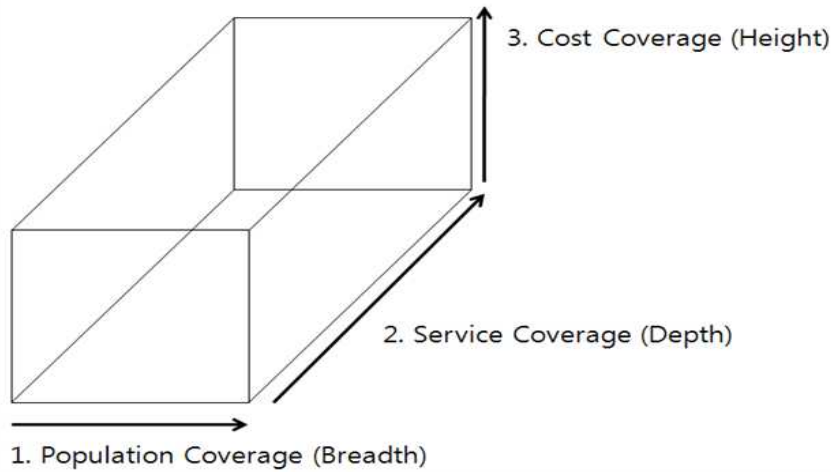
〈표 3-5〉 우리나라 의료안전망 개요

의료안전망	대상	주요사업
1차	전 국민	건강보험제도
2차	의료급여수급자	의료급여제도
3차	저소득, 질병, 장애인	의료비지원제도 ▪ 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원 ▪ 노인개안 및 막망증 수술 ▪ 소아아동 암환자 의료비 지원 ▪ 성인 암환자 의료비 지원 ▪ 희귀난치성질환자 의료비 지원 ▪ 장애인 의료비 지원 ▪ 긴급의료지원 ▪ 의료급여대불사업 ▪ 외국인 등 소외계층 의료서비스 지원 ▪ 차상위계층 본인부담금 지원 ▪ 응급의료비 대불사업
		긴급지원사업

자료: 서울의료원 의학연구소 정책연구실(2010), 「서울시 의료안전망 구축방안에 관한 연구」

- 일반적으로 국민건강보험 또는 의료급여 등의 의료보장제도의 보장성은 아래 그림과 같이 인구 보장률(population coverage), 서비스 보장률(service coverage), 비용 보장률(cost coverage)의 세 가지 측면에서 규정할 수 있음.

[그림 3-1] 의료보장제도의 3가지 보장성 측면



자료: Schreyogg et al.(2005)

- ‘인구 보장률’은 의료보장제도가 포괄하는 인구범위, ‘서비스 보장률’은 의료보장제도가 보험급여 등으로 제공하는 서비스 내용의 범위를, ‘비용 보장률’은 의료보장제도에서 제공되는 서비스의 비용에 대해서 해당 제도가 보장하는 범위를 의미함⁸⁾

나. 우리나라 의료 안전망의 적절성

- 의료안전망의 적절성을 살펴보기 위해 인구 보장, 서비스 보장, 비용 보장 등의 보장성의 세 가지 측면을 고려하는 것이 필요함.
- 인구보장성 측면
 - 인구보장성 측면에서 2009년 말 기준, 전체 의료보장인구는 50,290,771명으로 총인구 수 49,773,145명의 101%에 해당하는 수치임(국민건강보험공단, 2010; 통계청 2010).
 - 의료보장 인구수가 주민등록인구 수를 초과하기 때문에, 통계 수

8) Schreyogg, J., T. Stargardt, et al. (2005). 「Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries」, The European Journal of Health Economics. 6, 2-10.

치만으로는 국민 모두 국민건강보험 또는 의료급여의 적용을 받고 있다는 것을 추정할 수 있으나, 실제로는 국민건강보험 또는 의료급여의 적용을 받지 못하는 사각지대가 존재함.

□ 서비스 보장 측면

- 국민건강보험의 급여범위(의료급여는 국민건강보험의 급여범위를 준용)는 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 및 기타 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등 포괄적인 항목으로 규정되어 있으나, 각 항목별 내용적으로는 포괄적이지 않음.
- 그 이유는 각 항목별 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한 등의 요양급여 세부기준을 보건복지부령으로 따로 규정하고 있기 때문임(국민건강보험법 제39조). 또한 의료서비스를 제공하는 일련의 과정에 이들 각 요소별로 비급여 항목이 포함될 수 있기 때문에 어느 환자(또는 질병)의 치료를 위한 일련의 서비스를 급여 항목으로 전환하기도 어렵고, 서비스에 포함된 비급여 항목들을 급여화한다고 하더라도 시간과 노력이 많이 소요되기 때문임.⁹⁾

□ 비용 보장 측면

- 2008년 국민의료비 규모는 66조 7천억원으로 그 중 35.0%는 가계직접부담 지출이었고, 공공재원(국고 지원 또는 사회보험 지출) 비중은 55.3%로 OECD 평균 72.5%에 크게 못 미치는 수준임.
- 즉, 의료비의 상당부분을 의료이용 당시 본인이 직접 부담해야 하기 때문에 단기간 고액의 의료비가 발생하거나, 장기간 지속적으로 의료비가 발생하는 이들에게는 과중한 본인부담이 발생할 가능성이 높다는 것을 추정해 볼 수 있음.

9) 허순임(2008). 「건강보험 보장성 확보를 위한 정책 과제」. 보건복지포럼 2008년 6월호 22-38

다. 국민건강보험

- 국민건강보험은 의료보장 인구의 96.7%(2009년 말 48,613,534명)에게 건강보험 급여를 보장하며, 2009년 한 해 동안 지출한 요양급여는 28조 9,164억원으로 건강보험 전체 급여 지출액 29조 3,107억원의 98.7%를 차지하였음.
- 요양급여 중 입원, 외래, 약국 급여비가 차지하는 비중은 각각 34.4%, 38.9%, 26.6%로 외래 진료비 비중이 가장 큰 것으로 나타남.
- 비급여를 제외한 요양급여 대상 전체 진료비 중 환자가 직접 부담한 비용(본인부담금)은 26.5%, 비급여 진료비를 포함한 전체 진료비 중 본인부담금은 35.4%로 비용 보장률이 OECD 국가 중 낮은 수준임.
- 500만원이상 진료비가 발생하는 경우 본인부담률은 32.4%로 진료비가 많이 발생할수록 보장성이 크게 높아지는 것은 아님¹⁰⁾
- 국민건강보험 적용인구 중 실제 건강보험이 적용되는 의료서비스를 이용한 인구(진료실인원) 1인당 급여비 지출액은 64.2만원으로 나타남.

[그림 3-2] 건강보험 피보험자의 의료기관 이용 시 발생하는 의료비 구조



10) 김정희 · 이호용 · 정현진(2008). 「2007년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」. 국민건강보험공단

라. 의료급여

□ 의료급여는 의료보장 인구의 3.3%(2009년 말 1,677,237명)에게 의료급여 수급권을 부여하며, 현재 의료급여 수급권자 중 1종은 1,036,291명(62%), 2종은 640,946명(38%)으로 조사됨.

○ 2009년 한 해 동안 지출한 요양급여는 4조 6,452억원으로(의료급여 수급권자 종별 요양급여비 지출은 의료급여 1종 82.3%, 2종 17.0%, 행려자 0.7%), 건강보험 요양급여 지출액의 16%에 해당됨.

○ 급여비 중 입원, 외래, 약국 급여비가 차지하는 비중은 50.0%, 29.3%, 20.7%로 건강보험과 달리 입원 진료비 비중이 가장 높았음.

〈표 3-6〉 국민건강보험과 의료급여의 본인부담률

(단위:%)

구분			급여대상 진료비 중 본인부담률 ¹⁾	비급여 진료비 계	포함 총진료비 법정본인부담	중 본인부담률 ²⁾ 비급여본인부담
건강보험		전체	26.5	35.4	21.9	13.5
		입원	19.5	33.5	13.5	20.0
		외래	30.2	41.3	24.7	16.6
		약국	28.1	39.1	27.8	1.3
의료 급여	전체	전체	2.3	-	-	-
		입원	1.6	-	-	-
		외래	4.3	-	-	-
		약국	1.2	-	-	-
	1종	전체	1.1	6.4	0.5	5.9
		입원	0.0	9.6	0.4	9.2
		외래	3.1	7.3	3.8	3.5
		약국	1.0	2.0	1.4	0.6
	2종	전체	7.9	14.2	6.6	7.6
		입원	11.8	22.5	9.1	13.4
		외래	8.4	12.7	7.3	5.3
		약국	1.9	4.9	2.4	2.5

주 : 1) 2009년 연간 진료비 기준 (자료: 2009 건강보험통계연보, 2009 의료급여통계)

2) 2007년도 진료비 기준 (자료: 김정희 등, 2008)

- 비급여를 제외한 요양급여 대상 전체 진료비 중 환자가 직접 부담한 본인부담금은 2.3%, 비급여 진료비를 포함한 전체 진료비 중 본인 부담금은 의료급여 1종 6.4%, 2종 14.2%로 국민건강보험에 비해 낮은 수준이지만, 최저생계비 이하의 수입으로 생활하는 이들에게는 과중한 부담이 되는 것으로 추정해 볼 수 있음.
- 의료급여 진료실인원 1인당 급여비 지출액은 238.8만원으로 이는 건강보험 진료실인원 1인당 급여비 지출액의 3.7배에 해당하는 금액임.

마. 기타 의료비 지원사업

- 국가 의료비 지원 사업
 - 국민건강보험과 의료급여 이외에 정부와 민간부문에서 의료비 부담을 경감시키기 위한 다양한 사업을 시행하고 있음.
 - 국가의료비 지원 사업은 건강보험제도가 해결하지 못하는 과도한 의료비 발생에 대해 저소득층에 한하여 일부 의료비를 지원하는 선별적인 성격의 사업이자, 정부의 특정 질환 또는 특정 인구집단에 대한 정책적 지원의 성격을 가짐.

〈표 3-7〉 국가 의료비 지원사업의 성격 구분

사업의 성격	해당 사업
특정질환에 대해 지원하는 사업	미숙아·선천성이상아 의료비 등 지원 암 환자 의료비지원 희귀난치성질환자 의료비지원 노인개안 및 망막증 수술
질환에 관계없이 지원하는 사업	긴급 의료 지원 의료급여 대불사업 응급의료비용 미수금 대불사업 외국인 등 소외계층 의료비 지원사업 장애인 의료비 지원

○ 정부에서 시행하는 대표적인 의료비 지원 사업은 <표 3-8>과 같음.

〈표 3-8〉 국가의료비 지원 사업 대상자 1인당 지원액(2010년 사업예산 기준)

사업명 및 대상	사업비 분담률 (국비-지방비; 국비-시도바-시군구비)	사업예산 (국비+지방비, 백만원)	예상 수혜인원 (명)	1인당 평균 지원액 (백만원)
미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원	건강증진기금 (40-60)	16,528	11,975	1.4
노인개안 및 망막증 수술	건강증진기금 (50-25-25)	2,566	2,350	1.1
소아아동 암환자 의료비 지원	건강증진기금 (50-25-25)	15,858	3,627	4.4
성인 암환자 의료비 지원	건강증진기금 (50-25-25)	35,188	51,316	0.7
희귀난치성질환자 의료비지원	건강증진기금 (50-25-25)	78,026	21,500	3.6
장애인 의료비 지원	일반회계 (77-23)	17,209	72,273	0.2
긴급의료지원	일반회계 (77-23)	61,817	32,280	1.9
의료급여대불사업	일반회계 (77-23)	34	37	0.9
외국인 등 소외계층 의료서비스 지원	일반회계 (70-30)	4,800	4,000	1.2
차상위계층 본인부담금 지원	일반회계 (100-0)	113,800	261,000	0.4
응급의료비 대불사업	응급의료기금 (100-0)	450	4,305	0.1

주 : 전체예산은 국비를 기준으로 지방비 비율을 적용하여 산출
자료 : 2010년 보건복지가족부 예산 및 기금운용 계획, 보건복지가족부 내부 자료

□ 민간부문 의료비 지원사업

○ 민간부문에서도 다양한 재원을 활용하여 의료비 지원 사업을 수행하고 있는데, 유원섭 등(2008)¹¹⁾은 사회복지공동모금회 등을 민간단체와 일부 의료기관을 대상으로 의료비 지원 사업을 조사한 바 있음.

11) 유원섭 등(2008). 「의료안전망기금 설치운영 방안」. 보건복지가족부

- 민간단체의 의료비 지원사업의 대상은 대부분 저소득층(기초생활 수급대상자와 일부 차상위계층 포함)이며, 그 중 아동, 노인, 여성가장과 같은 취약계층을 대상으로 제한하는 경우와 특정 질병을 기준으로 지원 대상을 제한하기도 함.
- 의료비 지원 사업을 시행하는 재단법인이 의료기관이나 복지기관, 보건기관에 지원하여 의료비 지원 사업을 수행하는 경우도 있으며, 이러한 기관을 지원하는 형태의 사업은 직접적인 의료서비스를 제공하거나 의료비를 지원하는 서비스로 구분할 수 있음.

3. 우리나라 의료안전망의 문제점

가. 급여수급자 이외의 위험계층

- 의료와 관련한 취약계층은 기본적으로 소득이 낮아 의료위험에 노출되었을 때 이를 해결할 경제적 능력이 없는 계층으로, 국민기초생활보장제도를 통해 보장하고자 하는 빈곤계층과 빈곤위험계층(빈곤한 생활을 영위하는 계층)을 명시하며 상대적으로 작은 의료위험에 노출되어도 최저생계가 위협 받을 수 있음.
- 그러나 보다 포괄적으로 소득수준은 의료급여대상자보다 높으나 상대적으로 높은 의료위험에 봉착하여 의료비 때문에 생계가 위협받을 수 있는 계층까지 포함해야 함.
- 국민기초생활보장제도의 엄격한 부양의무자 기준으로 인해 부양의무자로부터 사실상 필요한 부양을 제공받지 못하는 최저생계비 이하의 빈곤층임에도 불구하고, 수급자 자격을 취득하지 못하는 비수급 빈곤층이 대규모로 존재함.
- 국민기초생활보장제도는 의료급여가 수급자들의 의료 필요를 모두 충족시키는 것으로 가정하고 별도의 의료비 지원을 포함하고 있지

않지만, 비급여 진료비, 본인일부부담금 등의 본인부담금이 상당 규모로 발생하고 있음.

- 경제위기는 소득불평등을 심화시키고 있고, 소득의 양극화 등에 따른 빈곤층 및 빈곤으로 전락할 가능성이 높은 집단은 증가하고 있으나 이들에 대한 의료보장제도는 이를 감당하지 못하고 있는 실정임.

나. 과부담의료비

- 과중한 의료비 부담(법정 본인부담 및 비급여 본인부담 포함)은 최저생계비 이하의 빈곤층을 빈곤의 악순환에서 벗어나지 못하게 하고, 중산층이 중증의료위험에 노출되었을 때 빈곤층으로 전락할 가능성을 높이고 있음.
- 의료비로 인한 경제적 부담은 일차적으로는 국민건강보험 또는 의료급여의 급여대상 진료비 중 법정본인부담과 비급여 항목 진료비로 인한 것이며, 질병 또는 질병 치료로 인해 경제활동이 중단되는 것 또한 경제적 부담을 가중시키는 원인이 됨.
- 송은철과 신영전(2010)¹²⁾이 ‘과부담 의료비 지출’ 가구¹³⁾를 추계한 결과 빈곤가구와 비빈곤가구 모두에서 과부담 의료비 지출 가구가 존재하였으며, 빈곤가구 중 57.5%, 비빈곤 가구 중에서는 16.2%가 과부담 의료비 지출 가구에 해당하였음을 보고하였고, 손수인 등 (2010)¹⁴⁾은 중위소득 60% 이하 저소득층의 경우 과부담의료비 발생율이 32.2%로 의료급여 수급자 18.8%에 비해 더 높음을 보고하였음.

12) 송은철·신영전(2010). 「과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향」. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 43(5). 423-435

13) 가구의 연간 가처분소득에서 식료품비를 제외한 금액을 지불능력으로 정의하고, 의료비가 지불능력의 10%를 초과하는 경우 ‘과부담 의료비 지출’로 정의하였음

14) 손수인·김창엽·신영전(2010). 「저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인」. *보건사회연구*. 30(1). 92-110.

- 이들의 연구결과는 최저생계비 이하 절대빈곤층 뿐만 아니라 그 이상의 소득을 가진 가구에서도 과부담 의료비 지출이 상당수 발생하고 있으며, 의료급여를 통해 국민건강보험 보다 높은 수준의 보장성을 보장받는 이들에 비해 건강보험의 적용을 받는 비수급 빈곤층에게는 현행 의료보장제도가 더 취약하다는 점을 시사함.

다. 높은 본인부담금

- 현행 국민건강보험과 의료급여 모두 비급여 항목이 포괄적으로 존재하기 때문에 비급여 진료비로 인한 과중한 경제적 부담을 발생시키는 주요 원인 중 하나임.
 - 비급여진료비 및 본인일부부담금으로 인한 부담이 전체 진료비의 35%에 달함.
 - 급여대상 진료비의 일정비율을 본인일부부담금으로 규정하는 정율제 본인일부부담제를 시행하고 있어서 진료비 금액이 증가할수록 본인일부부담금도 증가함.
- 본인일부부담 상한제가 시행되고 있으나, 금액 기준이 높고 진료비 금액에 비례하여 발생하는 비급여 진료비는 전액 본인이 부담해야 하기 때문에 의료비 부담능력이 낮은 이들일수록 과중한 진료비를 부담해야 할 가능성도 증가하게 됨.
 - 본인일부부담 상한제의 경우 본인일부부담금이 상한금을 초과하더라도 초과한 금액이 모두 사전에 정산되지 않아, 의료기관에 우선 납부하고, 사후에 정산하는 경우가 존재하기 때문에 의료비 부담능력이 낮은 이들에게 불리하게 됨.
- 차상위계층 희귀난치성질환자, 18세 미만 아동, 만성질환자에게 의료급여 수준의 본인일부부담만 부담하도록 본인일부부담금을 지원하고 있지만, 이러한 제도는 건강보험 가입자가 먼저 신청을 하고, 자격

기준에 부합할 경우에 한하여 적용되기 때문에 제도 내용에 대하여 모르는 이들은 자격 기준에 부합됨에도 불구하고 제도의 혜택을 받을 수 없게 됨.

- 김정희 등(2008)¹⁵⁾의 조사결과에 의하면 비급여 진료비 중 선택진료료, 병실료 차액, 초음파 3개 항목이 비급여 진료비의 52%를 차지하였음.
- 국민건강보험의 경우 법정본인부담률은 암 5%, 희귀난치질환 10%를 제외하고는 여전히 높은 수준이고, 의료급여의 경우에도 1종과 2종 모두 최저생계비 이하에 해당하는 이들임에도 불구하고 2종의 경우 입원 진료에도 10%의 법정본인부담을 부담해야 하고, 본인부담 상한선도 200~400만원이어서 소득에 비해 과중한 진료비 부담이 쉽게 발생함.

라. 의료사각계층

- 현실적으로는 국민건강보험 또는 의료급여 적용을 받지 못하는 인구가 많이 존재함.
 - 국민건강보험 또는 의료급여 적용을 받지 못하는 이들로는 국민건강보험료 체납으로 국민건강보험 급여가 정지된 자, 주민등록이 말소되어 국민건강보험 또는 의료급여의 적용을 받지 못하는 자들이 대표적인 사례라고 할 수 있음.
- 국민건강보험 보험료를 6회 이상 체납하여 보험 급여가 제한되면, 의료이용 시 국민건강보험 요양급여에 해당하는 진료 항목이라 하더라도 건강보험 급여를 제공하지 않음(국민건강보험법 제48조 제3항, 국민건강보험법 시행령 제 27조).

15) 김정희 · 이호용 · 정현진(2008). 「2007년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사」. 국민건강보험공단

- 이들 급여제한 세대의 대부분은 소득과 재산이 체납한 보험료를 납부하기 어려운 세대들이며, 의료비를 부담할 능력도 낮은 이들임.
- 주민등록 말소자들은 주민등록이 만들어지기 전까지는 국민건강보험, 국민기초생활수급자 등록신청이 불가능하여 의료보장의 사각지대에 놓일 수밖에 없음.

마. 기타 의료비 지원 사업

- 국민건강보험 및 의료급여의 미흡한 보장성을 보완하기 위해 국가에서 시행하는 주요 의료비 지원사업들은 대부분 신청주의를 채택하고 있고, 대부분 신청 이후 발생하는 의료비에 한하여 의료비 일부를 지원하고 있기 때문에 제도의 내용을 모르는 이들은 제도의 도움을 받기 어렵거나 제한된 지원만을 받을 뿐임.
- 즉, 의료비 지원 대상자임에도 지원을 못 받거나 발생한 의료비 중 신청 이후 발생하는 일부 의료비에 대해서만 지원받는 경우가 흔히 발생함.
- 의료비 지원 사업마다 다른 자격기준을 적용하고 있어서 잠재적인 대상자들이 자신이 해당 의료비 지원사업의 대상이 되는지 여부를 쉽게 판단하기 어려움.
- 의료비 지원사업의 대부분이 본인일부부담금을 지원하고 상한액이 설정되어 있으며, 비급여 본인부담금은 매우 제한적으로 지원하기 때문에 의료비 지원사업의 도움을 받는다 하더라도 의료비부담이 크게 감소하는 것은 아님.
- 소아아동 암환자 의료비 지원, 희귀난치질환 의료비 지원, 긴급지원 등을 제외하면 의료비지원사업의 대상자 1인당 평균 지원액(예산 기준)은 1백만원 내외에 불과함.

- 민간의료보험에 가입하여 의료비 일부를 민간보험회사로부터 보장받을 수 있는 이들도 상당수로, 국가의료비지원사업의 경우 의료비 부담능력이 없는 이들을 지원하는 것이 주목적이기 때문에 사업담당자가 민간보험 가입여부 및 민간보험 급여 지원수준을 파악하여 국가 의료비 지원과 중복되지 않도록 해야 하나 실제로 이러한 것을 가능하게 하는 법적 근거와 제도적 장치는 없는 실정임.
- 의료비지원사업 중 상당수는 사후현금급여 방식으로 지원하기 때문에 국가의료비지원사업의 대상자라 하더라도 의료비를 의료기관에 지불해야 하는 시점에서는 지원금의 도움을 받지 못하고 환자가 부담해야 하는 부담금 전액을 지불해야 함.
- 의료비 지원사업의 예산은 전전년도 사업비 지출규모와 대상자 수를 근거로 하여 산출되며, 의료비 인상률, 국민건강보험과 의료급여의 급여변화, 사업의 확대계획 등을 고려해야 함.
 - 따라서 당해 연도 사업추진 실적에 따라 책정된 예산이 부족하거나 남을 수 있는데, 특히 사업 시행 중 예산이 부족하게 되면 대상자 선정이나 의료비 지원이 중단되거나 연기되는 사례도 발생됨.

제2절 의료안전망기금의 설립방안

1. 해외사례

가. 대만

- 대만은 국민건강보험(National Health Insurance, NHI) 구제기금을 운영 중에 있음.
 - NHI 가입자에 제공되는 기금으로 보험료 납부가 어렵거나 진료

비 본인부담이 어려운 사람들에게 무이자로 대출해주는 제도로,
기금은 정부예산·담배기금·복권수입 등으로 조성됨.

- 대출가능 한 대상으로는 NHI의 ‘저소득층 및 빈곤에 대한 규정’에 해당하는 피보험자이며, 보험료 15일 이상 연체자 혹은 피보험자가 지불해야하는 본인부담금을 납부할 능력이 없는 자에 한해 구제기금 대출을 신청 할 수 있음.
- 대출금 상환은 대출 1년 후부터 상환해야 하며 매달 상환액은 월 보험료 납부액의 최소 1배에서 최대 2배까지 상환 할 수 있고 적시상환 못할시 대출은 즉시 종료되며, 보험자는 관련법에 의거하여 강제징수 할 수 있음.
- 2007년 7월부터 2008년 6월까지 2,438명에게 1억 6천만 대만달러를 대출했으며, 1년 후 자진 상환률은 35.6%, 강제징수시 53%의 상환률을 보이고 있음.

나. 싱가포르

- 싱가포르의 경우 1차 의료안전망인 Medisave, 2차 선택적 안전망인 Medishield로 의료보장을 실시하고 있으며, 3차 의료안전망이자 의료건강 기금인 Medifund를 운영 중에 있음. 빈곤 계층이 Medisave와 Medishield 등으로도 진료비를 해결할 수 없을 때 지원해 주는 것이기 때문에 최후의, 최소한의 안전망임.
- Medifund에 의한 진료비 보조를 받기 위해서는 공공의료기관 및 정부가 지정하는 의료기관(Voluntary Welfare Organization 등)에서 진료를 받아야 할 뿐만 아니라 정부의 보조금을 많이 받는 B2급 이하의 병실서비스를 이용하여야 함.
- 보조금 규모는 개인별 상황에 따라 다르나, 환자의 소득, Medisave 등 대체재원의 다소, 진료비의 규모 등을 고려하여 결정함.

- 보조금 지급대상은 진료기관 이용시점마다 진료비 지급이 어렵다고 판단되면 각 의료기관에 소속된 사회복지사들(Social Worker)이 Medifund 보조를 신청한 사람들의 어려움과 요구를 고려하여 ‘병원 Medifund 심사위원회(Medifund Committee)’에 상정하여 이 위원회의 결정에 따라 보조금의 정도가 결정됨.
- 최근 실적을 살펴보면 신청자의 약 99%가 지원을 받고 있음을 알 수 있으며 개략적인 한 가지 기준은 어른 2인과 3자녀를 표준세대로 하여 월수입이 1,400SG\$ 미만인 가구로 설정된다고 함.
- 2007년 12월부터는 Medifund Silver가 메디펀드 자본금의 총 500백만 달러를 할당받아 출범하였으며, 이는 목표량이상 의료비가 발생한 65세 이상 빈곤한 환자들을 돕기 위한 제도임.

2. 의료안전망기금 설립방안

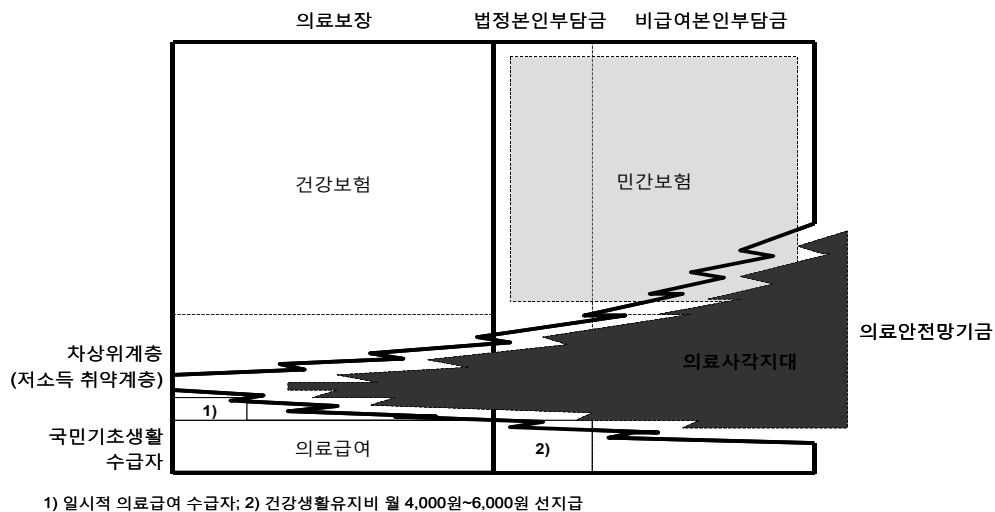
가. 기본방향 및 목적

- 의료안전기금은 자발적 기부금과 국고 보조 등을 통해 조성된 기금을 재원으로, 의료이용에 부담을 줄 정도라고 판단되는 일정 소득 및 재산 수준 이하의 고액중증질환 환자에 대해 비급여 및 급여 본인부담금 일부 혹은 전부를 저금리 융자로 지급하는 것을 목적으로 함.
- 국고와 보험료에 기초하고 있는 의료급여와 건강보험은 수급권자와 보장성을 확대하는 것이 쉽지 않고, 납부 의무와 그에 따른 권리관계를 명확하게 설정할 필요가 있어 유연한 운영이 어렵다는 한계를 지님.
 - 실제로 물가상승률 이상으로 매년 건강보험료를 인상해도 건강보험의 비용보장성이 증가하지 않는 상황이며, 현실적으로 건강보험의 보장성을 단기간내에 획기적으로 확대하는 것을 기대하기

어려움.

- 의료급여 역시 현재의 재원규모로는 수급권자의 범위를 늘리기 어려우며 수급권자의 도덕적 해이로 인한 비효율적 지출을 막기 위해 수급기준을 엄격하게 설정할 수 밖에 없음.
- 따라서 ‘재난적 의료비 지출’ 비율이 높은 우리나라에서 현재의 건강보험과 의료급여제도 상황하에서는 필연적으로 의료 사각계층이 형성되게 됨.
- 이러한 문제점을 극복하면서 건강보험과 의료급여 등으로부터 혜택을 받을 수 없는 환자들에게 마지막 안전망 역할을 제공할 수 있는 기제가 필요함.
- 의료안전망기금 구축을 통해 저소득 빈곤층의 의료 접근성을 향상시킬 수 있음.

[그림 3-3] 의료안전망기금의 개념도



나. 재원조성 방안

- 국가일반재정, 특별 목적 기금(예: 복권기금) 등의 공공재원과 민간

의 자발적인 참여에 의한 기부금을 주된 재원으로 조성함.

- 국가재정만을 중심으로 조성할 경우 사회적 합의 도출에 상당한 기간이 필요할 것으로 예상되며, 기부금만으로 조성할 경우 안정적인 사업운영이 어렵고, 기존의 다양한 의료구호 활동들과의 혼잡성도 증가할 수 있음.
- 특별히 의료부문은 금전적인 기부 이외에도 봉사활동 참여가 중요한 기부활동이므로 이들 모두를 대상으로 해야 함.
- 기업, 종교단체 등의 조직과 개인을 대상으로 캠페인 등을 실시하고 성금 또는 후원금 형식의 기부금을 조성토록 함.
- 또한 각 질환단체, 병원 사회사업실 등에서 산발적으로 이루어지던 기부금 조성활동을 체계적으로 통합하도록 함.

→ 의료전문모금기관의 역할이 필요함(예: 한국의료지원재단)

□ 의료전문모금기관 설립은 효율적이고 체계적인 모금 조성 및 이에 따른 모금규모의 증대 외에도 다음과 같은 이점들이 있음.

- 질병 중심의 지원으로 인해 민간단체들로부터 발생할 수 있는 지원 사각지대를 해소 할 수 있음.
- 민간 의료비지원단체들의 협의기구 역할을 통해 의료비 배분 방향 설정 및 대상자 선정, 대상자 지원 방안에 큰 역할을 할 수 있음.
- 시군구, 보건소, 전문모금기관 지회 등과의 연결을 통해 공공지원 사업과 대상자 및 지원금액에 대한 정보를 공유할 수 있음.
- 따라서 법에 적용을 받는 의료분야전문모금기관을 설치하여 민간의 자발적 기부를 이끌어내고, 이것을 공공 재원과 합하여 기금운용을 효율적으로 행한다면, 3차 의료안전망으로써 큰 역할을 할 수 있을 것을 기대 해 볼 수 있음.

→ 이러한 의료전문모금기관의 역할을 최대화하기 위해서는 기존

의 민간단체와 구별되는 법적 지위가 필요하며 특수 법인 등의 형태로 차별화시키는 방안에 대한 고려가 필요함.

□ 그러나 의료안전망기금 사업의 목적을 효과적으로 달성하기 위해서는 기본적으로 정부예산과 기금 등의 공적재원이 안정적으로 운영되는 것이 필요함.

○ 의료안전망기금 재원구성에 민간기부금으로 기대할 수 있는 규모는 제한적이므로 전체 기금에서 공적재원의 구성비가 70% 이상이 될 필요가 있음.

○ 이를 위해서는 정부 차원에서 재원을 확보하는 여러 노력들이 수반되어야 하며 보다 다양한 재원기전을 마련하는 것이 필요함.

□ 다음과 같은 방안을 통해 공공재원을 조성함.

○ 국가일반회계와 건강증진기금으로 시행하고 있는 기존 의료비지원사업을 유지함.

○ 현재 약 5,800억원 규모의 복권기금 충당금 중 일부를 의료안전망기금으로 전환함.

○ 또한 현재 이루어지는 건강증진부담금 명목의 기금 징수와는 별도로 담배세를 인상하여 징수된 인상액을 의료안전망기금의 재원으로 활용함.

□ 구체적인 재원조달방안 및 규모는 다음과 같음(표 3-9).

〈표 3-9〉 의료안전망기금 재원조달방안

구분	민간의료기금 전문모금기관	공적운영기관(정부 및 관련기관)
재원조달방안	미소금융재단(복지사업자) (연 300억원)	기존의료비지원사업 (연 3,000억원)
	개인 및 기업 기부금 (연 1,200억원)	복권기금 충당금(연 3,000억원) 담배값 인상액(연 7,500억원)

- 재원조달의 주체는 정부 및 관련기관 등의 공적운영기관과 앞서서 제안한 민간의료기금 전문모금기관으로 나눌 수 있음.
 - 기존 국가의료비지원사업 예산 3천억원을 유지함.
 - 5,800억원 복권기금 충당금의 약 절반인 3천억원을 확보함.
 - 정부의 담배값 인상정책을 활용하여 인상액 중 1갑당 250원을 의료안전망기금 명목으로 전환함.
 - 2008년 연간 국내산 담배 판매량 30억갑¹⁶⁾을 기준으로 할 때 약 7,500억이 계산됨.
 - 한편 민간영역의 재원조성방안으로 미소금융재단을 복지사업자 형태로 서비스를 제공하여 연 300억원을, 개인 및 기업 기부로 연 1,500억원을 확보함.
 - 본 방안으로 추계한 연간 기금의 규모는 약 1조 5천억원임.
- 본 안을 위한 고려사항
- 현재 60개가 넘는 국가기금으로 인해 새로운 항목의 기금 신설이 기금의 중복성격 및 산만한 운영 등의 우려로 인해 정부에 부담이 될 수 있음.
 - 따라서 의료안전망기금 신설을 위해서는 비슷한 성격의 현행기금을 통폐합 할 필요가 있음.
 - 특히 응급의료비 대불사업에 쓰이는 응급의료기금 항목을 보다 큰 틀인 의료안전망기금으로 편입시켜 기금 신설로 인한 부작용을 줄이는 방안이 고려되어야 함.

다. 대상자 선정

- 대상자 선정의 기본 원칙은 저소득계층의 중증질환자로 규정함.

16) 통계청 국가통계서비스 KOSIS

- 저소득 취약계층이 암, 심혈관계, 뇌혈관계, 정신질환, 희귀난치성 질환 등 중증질환에 이환되면 생계유지가 불가능하고 빈곤으로부터 빠져나올 수 없게 되며, 경제적 이유 때문에 의료 이용을 박탈당하는 것이 생명에 직접적인 영향을 미칠 수 있음.
- 대상자 선정기준에 따른 엄격한 선정절차가 필요함.
 - 저소득계층에 대한 정의가 필요하며 기초생활수급자, 차상위계층과 함께 보험료 납부액이 미미하거나 체납한 세대 또한 고려되어야 할 것임.
 - 보건소나 시군구청으로 신청하는 방식으로 하며 사회복지사 및 담당 공무원이 수급자, 차상위계층 해당여부와 함께 국민건강보험공단 자료에 대한 심사를 통하여 자격여부를 결정하게 함.

라. 운영 방식

- 비급여 및 급여 본인부담금 일부 혹은 전부를 저금리 용자로 지급함.
 - 무상 지원이 아닌 용자 방식(micro-credit)으로 대출을 실시하며, 전액 지원 방식이 아니므로 도덕적 해이로 인한 채원 낭비 우려는 적을 것으로 예상할 수 있음.
 - 이렇게 됐을 때, 경제적 이유로 진료를 포기하던 환자들에게서만 제한적인 수요가 증가 할 것으로 예상 해 볼 수 있음.
 - 소득수준 상위 10%를 제외한 고액진료환자를 대상으로 비급여 진료비의 최대 90%를 용자한다고 가정하고 대상자의 60%가 본 제도를 이용하고 제도 시행으로 의료이용이 진료비 기준 5% 증가한다고 가정했을 때 연간 원금 기준 2조1,121억원 지출이 예상됨(상환 대상).
- 건강보험료 체납자의 보험료를 대불함.

- 다만 NHI 구제기금처럼 건강보험료를 체납한 세대들의 건강보험료를 무이자 혹은 저금리로 융자하여 분할 상환하도록 대부함.
- 지원금액은 대상자의 도덕적 해이 방지를 위해 연간 200만원 이내가 적당함.
- 공공 및 민간 병·의원 모두 참여할 수 있으나 본 제도의 취지를 최대한 살리고 원활한 업무진행을 위해 공공의료기관 중심으로 시행될 필요가 있음.
- 이를 위해서는 정부와 공공의료기관사이의 양해각서를 체결하여 참여 당사자들이 사업의 취지와 내용 및 협조체계에 대한 충분한 이해를 할 필요가 있음.

마. 기타 고려사항

- 한 개인이나 가구의 소득 및 빈곤을 파악하기란 쉽지 않으며 또한 빈곤층이 아니더라도 갑자기 발생하는 과중한 의료비는 일반 가정을 경제적 위기로 몰아 갈 수 있고, 일반 가계를 빈곤층으로 전락시킬 가능성이 매우 큼.
- 이를 위해 기금을 구축하기에 앞서 여러 가지 고려가 우선 되어야 함.
 - 지원 대상을 한정하기 위한 소득 및 재산 수준의 기준 확립
 - 대상 질환의 범위
 - 본인부담금의 지원 비율
 - 대출시 상환 능력의 검토 여부 및 기준
 - 대출 실행 시 금리 수준의 결정
 - 상환 방식 및 제도 운영 주체
 - 다양한 재원조달방안

제3절 요약 및 결론

- 1차·2차 의료안전망의 보장범위를 확대해 나가는 것이 의료안전망 구축의 가장 이상적인 발전방향이라고 할 수 있지만, 이를 위해서는 정치적 합의에 도달하기 위해 상당한 시간이 필요하고, 건강보험과 의료급여 체계를 최대한 정비한다 하더라도 도움을 필요로 하는 계층은 여전히 존재 할 것임.
- 따라서 본 연구에서는 별도의 기금을 마련하여 활용하는 것을 제안함
- 의료안전기금은 자발적 기부금과 국고 보조 등을 통해 조성된 기금을 재원으로, 의료이용에 부담을 줄 정도라고 판단되는 일정 소득 및 재산 수준 이하의 고액중증질환 환자에 대해 비급여 및 급여 본인부담금 일부 혹은 전부를 저금리 융자로 지급하는 것을 목적으로 함.
- 국가재정만을 중심으로 조성할 경우 사회적 합의 도출에 상당한 기간이 필요할 것으로 예상되며, 기부금만으로 조성할 경우 안정적인 사업운영이 어렵고, 기존의 다양한 의료구호 활동들과의 혼잡성도 증가할 수 있으며 따라서 국가일반재정, 특별 목적 기금 등의 공공재원과 민간의 자발적인 참여에 의한 기부금을 주된 재원으로 조성하는 것이 바람직 할 것임.
- 이를 위해 현재 한시법에 의해 건강재정에 편입되고 있는 담배부담금 이외의 다양한 세원을 마련해야 할 것이며, 사회복지공동모금회와 같은 법에 적용을 받는 의료분야전문모금기관을 설치하여 민간의 자발적 기부를 이끌어 낼 필요가 있음. 본 기관은 민간의 자발적 기부를 촉진 할 뿐 아니라 각 질환단체, 병원 사회사업실 등에서 산발적으로 이루어지던 기부금 조성활동을 체계적으로 통합 할 수 있으며, 하나로 통합함으로 보다 효과적으로 필요한 곳에 필요한 사업을 실시 할 수 있을 것으로 예측 해 볼 수 있음.

- 초기 의료안전기금은 중증질환에 이환되면 생계유지가 불가능하고 극빈곤 계층으로 전락할 가능성이 있는 저소득 취약계층의 중증질환자를 대상으로 하며, 대상자 등에 따라 소요재정은 가변적으로 운영함.
- 무상 지원이 아닌 융자 방식으로 대출을 실시하며, 전액 지원 방식이 아니므로 도덕적 해이로 인한 자원 낭비 우려는 적을 것으로 예상할 수 있음. 이렇게 됐을 때, 경제적 이유로 진료를 포기하던 환자들에게서만 제한적인 수요가 증가 할 것으로 예상 해 볼 수 있음.
- 그러나 보다 탄탄한 의료안전망으로써의 의료안전기금을 설치하기 위해서는 소득 및 재산 수준의 기준, 대상 질환의 범위, 본인부담금의 지원 비율, 대출시 상환 능력의 검토 여부 및 기준 등 향후 세밀하고 지속적인 연구가 필요 할 것이며 이 외에도 대출 실행 시 금리 수준의 결정, 상환 방식 및 제도 운영 주체 결정 등은 의료안전기금 조성을 위해 고려되어야 할 사항들임.
- 본 방안이 스마트 웰페어(smart welfare)의 개념에 부합하는 가장 큰 특징은 단순히 국가재정만을 활용한 전통적인 복지정책의 틀에서 벗어나 민간과 정부의 파트너십을 바탕으로 다양한 자원 및 정부부담감소를 특징으로 하는 지속가능한 복지설계라는 점임. 또한 융자방식으로 급여를 지급함으로써 최근 서구 복지정책의 큰 약점이었던 대상자의 도덕적 해이 문제를 효과적으로 방지할 수 있을 것으로 기대됨.

제4장 요양병원-요양시설 합리적 역할분담 방안

제1절 연구개요

1. 개요

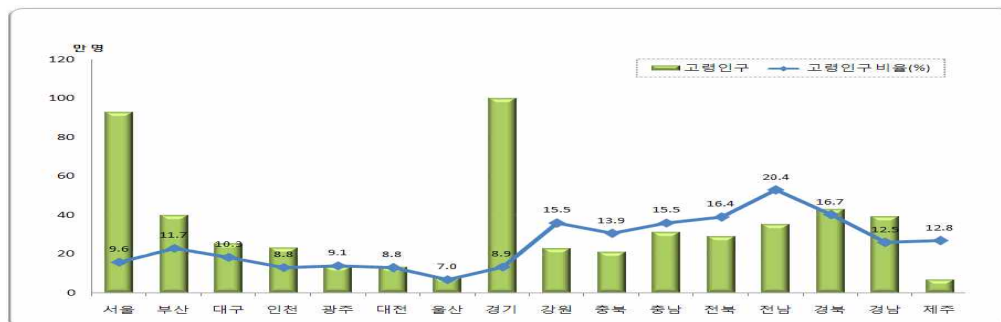
가. 우리나라 고령화 현상과 이에 따른 주요 문제

□ 전 세계에서 가장 빠른 속도로 진행되는 고령화

○ 통계청이 발표한 2010년 ‘인구주택총조사’에 따르면(그림 4-1 참조), 65세 이상 고령인구는 542만명으로 총 인구의 11.3%에 해당하는 수준이며, 전국 시도의 고령인구 비율이 모두 7%를 넘어 서면서 본격적인 고령화사회에 진입하였음.

- 65세 고령인구는 2005년 437만명보다 106만명(24.3%) 증가하였고
- 강원, 경북, 전북 및 충남은 14%가 넘는 고령사회가 되었으며
- 특히, 전남은 노인인구가 20.4%로 초고령화사회로 진입하였음.

[그림 4-1] 시도별 고령인구 및 비율(2010년)



- 고령화의 가장 큰 문제는 열악한 노인 건강상태에 따른 의료비 상승
- 우리나라 노인인구의 건강수명은 선진국에 비해 매우 낮은 편이며 평균수명과의 간격이 11년에 달하고, 1개 이상 만성질환을 갖고 있는 노인의 비율이 90.9%를 차지함.
- 2006년 현재 평균 건강수명이 67.8세(남자 64.8세, 여자 70.8세)

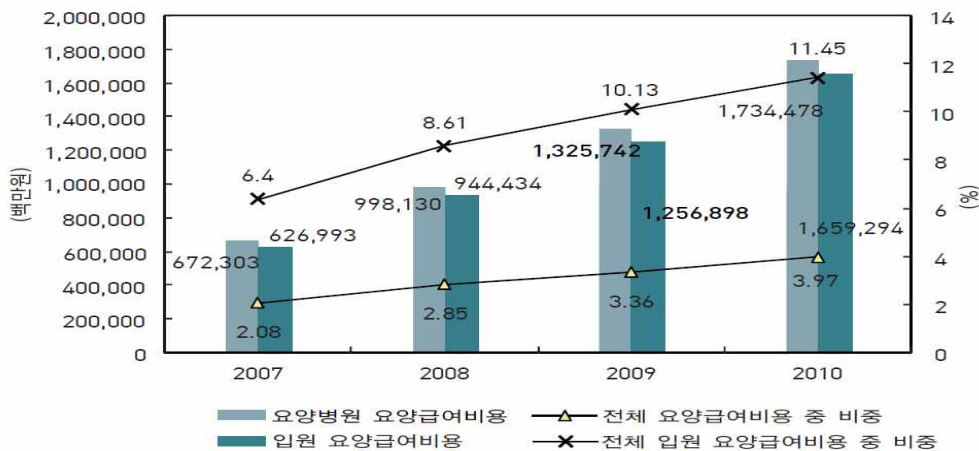
〈표 4-1〉 2005년 우리나라 노인들의 유병상태

만성질환 없음	만성질환 있음			
	소계	1개	2개	3개 이상
9.1%	90.9%	17.1%	19.0%	54.8%
(12.4%)	(87.6%)	(26.7%)	(24.4%)	(36.5%)

자료: 정경희 외(2005). 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사
(괄호) 속의 수치는 2001년 조사 결과임

- 이와 같은 노인의 만성질환 이환의 증가는 노인 인구의 의료이용을 급격하게 상승시키는 원인이 되며, 그 결과 2009년 요양병원의 건강보험 요양급여비용이 이미 1조를 넘어섰고, 2010년 1조 7,344억원으로 건강보험 전체 요양급여 비용 중 약 4%를 차지하는 등 지속적으로 증가 속도가 높아지고 있음.

〔그림 4-2〕 연도별 요양병원 건강보험 급여비용



자료 : 건강보험심사평가원

나. 노인장기요양서비스

□ 노인을 대상으로 제공되는 공적 서비스

- 노인에게 제공되는 의료서비스는 노인장기요양보험이 가장 대표적이며, 국민건강보험법에 의한 요양병원 외에도 노인복지법 및 지역보건법에 의해 시행되는 복지서비스와 건강관리서비스 등이 있음.

〈표 4-2〉 노인을 대상으로 제공되고 있는 공적서비스 현황

구분	의료서비스	노인장기요양	맞춤형건강관리	노인복지서비스
근거법령	국민건강보험법	노인장기요양보험법	지역보건법	노인복지법
주요대상	국민	장기요양이 필요한 65세이상 노인	저소득층	저소득층
재원	국민건강보험	장기요양보험	국비+지방비	국비+지방비
서비스 선택방식	대상자 자율선택	등급관정에 따른 제한적 선택	기준에 따라 대상자 신청	기준에 따라 대상자 신청
서비스 제공장소	요양병원 등	요양시설 및 재가	재가	복지관 등 시설 및 재가
서비스 제공자	의사, 간호사 등	간호사, 사회복지사 등	간호사 등 담당공무원	사회복지사 등 담당공무원

자료 : 윤희숙 외(2010). 노인장기요양보험의 현황과 과제. p.201

- 고령화에 따른 노인의 주요 문제는 치매, 뇌졸중 등으로 인해 신체 및 정신기능의 쇠퇴로 거동이 불편한 자에게 실시되는 장기요양서비스로, 현재 이는 주로 요양병원(국민건강보험법)과 요양시설(노인장기요양보험)에서 제공하고 있음.

□ 장기요양서비스의 주요 문제

- 2008년을 기점으로 본격적으로 시작된 장기요양서비스는 최근 몇 년 사이에 이를 제공하는 기관 수가 빠르게 증가하여, 2009년 11월을 기준으로 전국 요양시설은 2,487개소, 요양병원은 797개소(2000년 19개소에 불과)가 운영되고 있음.

- 이런 증가는 장기요양이 필요한 대상자에게 필요한 복지와 의료 서비스를 제공한다는 긍정적인 면도 있으나 적정 수 이상의 과잉 공급에 따른 문제점도 발생하고 있음.
 - － 요양병원의 경우는 의료나 간호처치가 필요하지 않은 안정기 환자에게 과도한 의료 처치나 재활서비스를 제공하거나 기관 간 과잉경쟁에 따른 의료서비스의 질 저하가 초래되는 주요 문제이며,
 - － 요양시설은 장기요양 등급판정기준에 의료중증도가 적절하게 반영되어 있지 않음에 따라 의료 필요도가 높은 환자가 적절한 건강관리를 받지 못하여 궁극적으로 건강 악화 등이 초래 될 가능성이 있음.

□ 해결해야 할 중점과제

- 상기 나타난 문제는 사실 제도 도입 초기부터 제기된 사항으로, 기능장애가 있는 노인의 특성상 각종 노인성 질환과 보건복지 욕구를 종합적으로 평가하여 포괄적 서비스를 적절히 제공하고 건강이 악화되지 않도록 의료서비스와 연계하는 것이 기본원칙이나 현재 요양서비스와 의료서비스의 연계체계가 확립되어 있지 않은 실정임.
- 현 제도는 장기요양서비스의 제공 부분에서 주로 중증 기능장애의 노인에 대한 복지서비스에 국한되어 있고, 보건의료와 복지서비스가 별개로 이루어지고 있어 의료적 측면이 배제되고 있어 지속적 건강관리가 필수적인 노인장기요양의 근본적 목적을 달성하기 위해서는 부족한 면이 있음.
- 이에 노인성 질환이나 장애가 있는 요양보호 대상자에게 의료, 요양서비스를 제공하는 요양병원과 요양시설의 역할정립이 시급히 필요한 과제이므로, 본 연구에서는 그간 논의되어 왔던 주요

문제와 아울러 선협국의 제도 운영 실태 등을 조사 분석함으로써,
우리 실정에 맞는 구체적인 정책방안을 제시해 보고자 함.

다. 스마트 웰페어와의 연관성

- 기존 복지정책을 더 이상 스마트하지 못하게 만드는 원인 중 하나는 ‘노인인구의 증가에 따른 인구구조의 변화’이며,¹⁷⁾ 노인장기요양서비스는 노인의 현실적 건강문제를 해결하기 위해 시행된 노인복지 선장화의 중심 정책임.
- 노인장기요양서비스를 담당하는 요양병원과 요양시설은 제도 시행 초기부터 노인이 가진 불가피한 현실적 문제들로 인해 그 역할이 중복되는 문제가 대두되었음.
- 이를 해결하기 위해서는 국민건강보험법과 노인장기요양보험법에 의해 각각 운영되는 요양병원과 요양시설을 상호 연계하고, 필요에 따라 다른 법령도 함께 적용할 수 있어야 함으로 이는 기존 정책방향(무던 복지)과 다른 관점에서의 접근법이라 할 수 있음.
- 따라서 요양병원과 요양시설의 합리적 역할 정립을 통한 제도 운영의 효율성 확보는 스마트 웰페어의 기본 핵심 전략이며, 고령화사회의 현실적 당면과제를 적극적으로 해결하고자 하는 측면에서 그 중요성이 부각된다고 할 수 있음.

2. 연구목적

- 본 연구의 목적은 다음과 같음.
 - 요양병원과 요양시설의 법적 근거에 따른 역할과 기능을 파악

17) Taylor-Gooby, Peter(2004), New Risks and Social Change, in Taylor Gooby(ed.), New Risks, New Welfare, Oxford University Press.

- 기존 연구와 사회적으로 제기된 주요 문제를 중심으로 각 기관의 실제 운영현황을 조사하고, 상기 법적 근거에 따른 주요 모순점을 분석
- 장기요양과 관련된 다른 나라의 제도 운영 원칙을 조사
- 이를 바탕으로 요양병원과 요양시설의 역할과 기능을 정립하고
- 기존 제도 등과의 연계 등을 통한 정책방안을 마련

3. 연구내용 및 방법

□ 요양병원과 요양시설의 법적 기능 검토

- 장기요양이 필요한 노인에게 의료와 요양서비스를 제공하는 관련 법의 해당 항목과 세부규정 등을 검토하고,
- 현행 법규 하에 의료와 장기요양서비스의 상호 장단점을 보완할 수 있는 방안을 분석함.

□ 기존 연구에서 제기된 문제점 분석

- 2007년 이후 보고 또는 출판된 연구를 중심으로 요양병원과 요양시설운영 등에서 야기된 문제점(역할 분담 관련)을 파악하고,
- 기존 연구에서 제안된 개선방안에 대한 자료를 수집하여 공통적으로 제안된 사항을 분석함.

□ 사회적으로 제기된 문제점 파악

- 한국언론재단 웹사이트를 통해 총 9종의 종합일간지를 대상으로 지난 5년간 요양병원과 요양시설의 역할과 기능에 대해 제기된 사회적 문제점을 중심으로 대표적인 사항을 발췌하여 개선이 필요한 중요 사항을 분석함.

□ 다른 나라의 장기요양제도 조사

- 장기요양의 개념과 보건의료에서 장기요양제도를 운영하는 규정

등에 대한 기초자료를 수집하고

- 다른 나라의 요양병원과 요양시설의 기능과 역할, 요양대상자의 기준과 범위 등의 운영방안 등을 파악하여 우리 실정에 적용할 수 있는지 여부 등을 검토함.
- 요양병원과 요양시설의 역할과 기능정립을 위한 방안 마련
 - 장기요양관련 제도 운영과정에서 야기된 주요 문제점을 중심으로 복지부 등의 실무회의와 전문가 자문을 통해 실현가능한 요양병원과 요양시설의 역할분담과 기능 정립방안을 제안함.

제2절 현황 및 문제점

1. 요양병원과 요양시설의 기능

가. 요양병원과 요양시설의 기능

- 법에 명시된 기능
 - 요양병원 : 의료법 제3조제2항제3호
 - － 의료기관이란 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 하는 곳으로, 의료기관은 의원급 의료기관, 조산원, 병원급 의료기관으로 구분하며
 - － 이 중 병원급 의료기관은 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 병원, 한방병원, 치과병원, 요양병원, 종합병원임
 - 노인전문병원 : 노인복지법 제34조제1항¹⁸⁾
 - － 주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설

18) 법률 제10785호(2011.6.7) 일부개정에 의거 노인전문병원 삭제

- 장기요양기관 : 노인장기요양보험법 제2조 및 동법 시행령 제10조
 - － 장기요양기관이란 제31조에 따라 지정받은 기관(이하 중략)으로 장기요양급여¹⁹⁾를 제공하는 기관임
 - － 시설급여를 제공할 수 있는 장기요양기관
 - － 노인복지법 제34조제1항제1호에 따른 노인요양시설로 법 제31조에 따라 지정받은 장기요양기관
- 노인요양시설 : 노인복지법 제34조제1항제1호
 - － 치매, 중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설

□ 법에 명시된 연계기능

- 노인장기요양보험법 제3조제3항(장기요양급여 제공의 기본원칙)
 - － 장기요양급여는 노인 등의 심신상태나 건강 등이 악화되지 아니하도록 의료서비스와 연계하여 이를 제공하여야 함.
- 노인장기요양보험법 제26조(요양병원간병비)
 - － 공단은 수급자가 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 입원한 때 대통령령으로 정하는 기준에 따라 장기요양에 사용되는 비용의 일부를 요양병원간병비로 지급할 수 있음
 - － 제1항에 따른 요양병원간병비의 지급절차와 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정함.
- 법적 연계기능 적용의 문제
 - － 의료서비스 연계에 대한 강제조항이 없음.
 - － 현재 요양병원에 간병비 지급 실례가 없음.
 - － 간병비 지급에 대한 조건이나 절차 등의 법령 마련이 부재

19) 노인장기요양보험법 제2조(정의) : “장기요양급여”란 제15조제2항에 따라 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 말한다.

나. 요양병원과 요양시설에서의 급여제공

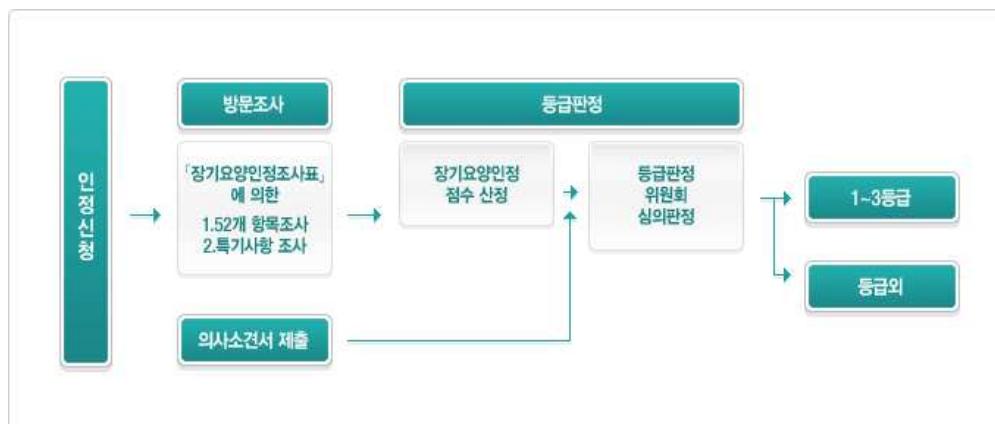
□ 요양병원 : 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수

- 의료법에 의한 요양병원과 노인전문병원의 입원진료에 대하여 적용
 - － 특별한 입원기준은 없음. 다만, 입원 후 환자평가표(별표 2)에 의거, 7개 환자군별로 구분하고(요양병원 자체적으로)
 - － 이에 따라 입원일당 정액수가와 아울러 의사인력 및 간호인력 확보수준에 따라 입원료 차등제 적용
 - － 식대 등의 특정항목에 대하여 급여 제공
 - － 본인일부부담금 : 100분의 20

□ 요양시설

- 노인장기요양보험법에 따라 시설에 입소한 경우 적용
 - － 장기요양인정을 신청, 등급판정을 받은 자에 한하여 시설급여 제공(등급외의 경우는 지역복지서비스 등을 제공받음)
 - － 1일당 수가로 적용, 이에는 간병, 수발 등의 일상생활지원, 영양관리, 간호, 기능훈련 등 장기요양시설에서 생활하는데 필요한 제반 서비스 비용을 포함함
 - － 본인일부부담금 : 100분의 20

[그림 4-3] 요양시설 이용을 위한 등급판정 절차



자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험

다. 요양병원과 요양시설

〈표 4-3〉 요양병원과 요양시설 비교

구분	요양병원	요양시설
적용법령	의료법 노인복지법	노인장기요양보험법 노인복지법
시행시기	2008년 1월 1일	2008년 7월 1일
재원	건강보험	노인장기요양보험
수가형태	일당 정액제와 행위별 수가제 병행	등급별 일당 정액제
1일당비용	최고 52,580원 ~ 최저 22,830원	최고 48,150원 ~ 최저 30,860원
비급여	간병비, 의료적 비급여, 기저귀등	식재료비, 병실료 차액, 이미용비
관련시설	요양병원 노인전문병원(치매요양병원)	노인요양시설 노인요양공동생활가정 소규모 요양시설
입원(소)대상	의료서비스가 요구되는 요양환자 (노인성 질환, 만성질환 및 외과적 수술 후 회복기간에 있는 자로 의학적 치료 및 요양을 필요로 하는 자) 의료법 시행규칙 제36조제1항	65세 이상 노인 또는 65세 미만의 자로 노인성 질환자 (6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자로 신체, 가사 활동의 지원 또는 간병 등의 서비스를 필요로 하는 자)
목적	의사나 한의사에 의한 의료서비스가 주요 서비스로서 장기요양이 필요할 정도로 건강 및 기능상태가 좋지 않은 대상으로 급성기 또는 아급성기 치료를 제공	치매, 중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움이 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식, 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공
입원판정기준 유무	없음	있음
등급분류	의료서비스 요구도별 분류(7개) 및 ADL에 따른 분류체계 환자분류군별	장기요양등급판정 도구 (1-3등급까지만 급여대상)
시설기준	1실 6인 입원 기준 기타 법령에 의한 시설 설비	1실 4인 입소기준 기타 법령에 의한 시설 설비
인력기준	의사(입원환자 40인당 1인), 약사(1인 이상), 간호사 및 조무사(입원환자 6인마다 1인)	의사(촉탁의), 간호사(입소자 25명당 1명), 간병인, 물리치료사, 사회복지사, 영양사, 조리원 등

자료 : 최인덕·이은미(2010), 실태조사를 통한 장기요양시설과 요양병원의 효율적 연계방안, 대한노인병학회지 제30권제3호, pp.860-861.

2. 관련연구에서 제기된 문제와 해법

가. 요양병원과 요양시설의 역할관련 연구

□ 요양병원 운영실태 조사 보고서(2007)

○ 연구개요

- 연구기관 : 복지부 노인장기요양보험추진단
- 조사기간 : 2007.8.16~8.31
- 지역 및 인력배치 현황에 따른 비례층화 무작위 표본추출
- 조사내용 : 일반현황, 시설 및 장비, 인력현황, 입원환자 중증도, 비용 본인부담, 시설로의 이동의사 등

○ 연구결과

- 요양병원의 병상가동률은 평균 83.4%
- 의사인력, 간호인력 등 최소 규정에 미달기관이 상당수이며, 물리치료사, 사회복지사 등 필수 전문인력 부재기관도 존재
- 요양병원이 간병인을 고용하여 간병서비스 제공, 환자에게 간병비 부담(12~24시간 교대로 간병, 1인당 낮에는 7~8명/낮, 밤에는 7~11명)
- 간병비용은 일평균 13,056원 부담(최소 일당 3,000~30,000원)
- 요양병원 입원 환자의 17.0%가 의료서비스 요구가 없는 입원 부적정 환자이고, 장기요양보험 등급기준 적용 시 등급외 환자는 19.8%

○ 정책제언

- 인력, 시설 등의 기본 규정 등의 미준수로 이에 대한 평가 필요
- 간병서비스에 대한 관리방안은 전무한 상태 : 환자 유치를 위해 본인부담비용을 낮추려는 경향으로 간병의 질 저하의 가능성 심각

- 요양병원과 요양시설 입원(소) 대상자 구분 필요 : 역할분담, 입원(소) 대상자 기준 마련, 전달체계와 절차 마련 등의 연구 필요

□ 노인의 의료와 장기요양서비스 연계를 위한 효율적 전달체계 구축방안 (2009)

○ 연구개요

- 연구기관 : 국민건강보험공단
- 조사기간 : 2009.11~12
- 요양병원 및 요양시설의 기능·역할 정립을 위한 전국실태조사

○ 연구결과

- 요양병원 입원자 중 간병비 부담 때문에 요양시설로 이동하는 경향
- 의학적 치료가 필요한 중증 노령환자가 시설에 방치되는 현대판 고려장
- 요양병원의 경영난 악화 발생 위험 증가

○ 정책제언

- 노인의 기능 및 등급 판정시 의료요구에 대한 사정을 통해 요양병원과 시설 이용을 명확하게 구분할 필요
- 전담주치의 제도를 도입하여 해당 병원으로 상호 이송체계 운영
- 요양병원을 노인장기요양보험에서 관리, 비용은 건강보험으로 충당
- 노인복지 통합전달체계 구축 : 수가 차등화

□ 노인장기요양보험의 현황과 과제(2010)

○ 연구개요(노인장기요양보험의 연계 문제와 통합적 케어 구축 방안)

- 연구기관 : 한국개발연구원

○ 단기적 개선방안

- 노인장기요양보험과 의료서비스와의 연계
 - 공통 평가사정도구를 통해 건강상태 측정 의무화
 - 시설서비스 부당 행위 신고센터 활성화
 - 요양병원 신체기능저하군 본인부담 확대
- 등급외 판정자에 대한 연계사업 활성화
- 연계사업 내용으로서 예방서비스 강화
- 등급내 판정자에 대한 시설 및 재가서비스 연계 활성화
 - 선택권 확대 : 방문요양서비스의 수급기간 제한 폐지
 - 수급자의 이동절차 간소화 : 요양급여계약 변경 용이성 증대
- 장기적 대안으로 통합적 케어 구축방안
 - 케어매니지먼트 인프라 구축
 - 케어매니저 자격제도 시행
 - 포괄적 평가사정도구 개발 : 의료욕구, 경제상황, 사회적 요구 등
 - 케어 플랜의 실효성 확보
 - 노인서비스 통합제공체계 구축 위원회 설치

□ 노인 요양시설과 요양병원의 역할 정립 방안 연구(2010)

- 연구개요
 - 연구기관 : 대한노인병학회
- 연구결과
 - 요양병원과 요양시설의 기능과 역할 정립 제시
- 정책제언
 - 입소자의 건강관리와 적절한 의학적 치료강화 방안
 - 요양시설 입소자의 입소 전 건강상태 평가 의무화
 - 입소자 건강관리 강화를 위한 주치의 선정과 진료규정 강화
 - 요양시설과 협력이료기관 간의 전원 협력체계 강화
 - 요양보호 대상자의 요양병원 입원시 간병비 지원

- 장기요양서비스의 개념과 요양기관의 역할에 대한 합의 필요
- 새로운 요양보호대상자의 평가 체계 마련 : 의학적 처치 필요성에 대한 항목 추가
- 요양병원과 요양시설의 입원(소) 기준과 범위 제안
 - 요양병원과 요양시설의 입원(소) 대상자 제안
 - 요양병원과 요양시설 입원(소)자 중 요양시설 및 요양병원으로 전원해야 할 대상자 제안
- 노인장기요양서비스 연계체계 확립을 위한 법률 제안

3. 요양병원과 요양시설의 현황 분석

가. 요양병원과 요양시설의 입원 및 입소자 적절성

□ 조사개요

- 14개 요양병원의 입원환자 197명과, 20개 요양시설 입소자 163명을 조사한 결과임
- 조사대상자의 특성
 - 성별분포는 여자가 요양병원 55.8%, 요양시설은 76.1%
 - 평균연령은 요양병원은 73.9세, 요양시설은 80.5세
 - 결혼상태는 요양병원은 사별이 66.3%에 반해, 요양시설은 46.7%
 - 따라서 요양병원보다는 요양시설에 입소한 노인의 경우 가족의 부양 등 경제적 부분에 있어 더 열악한 양상을 나타냄

□ 질병 상태 및 8개 영역별 입소기준 판정

- 대상자의 주요 질병 분포는 요양병원과 시설간 차이가 없었으며, 다만, 요양병원에는 뇌졸중 환자가, 요양시설에는 치매환자가 상대적으로 더 높은 경향이었음

○ 8개 영역별 입소자 상태 조사결과

- 세수, 대소변 등의 일상생활 자립도, 날짜, 장소 등의 인지력 및 판단력에 해당되는 인지기능의 영역과 의식상태나 호흡곤란, 골절 등의 건강상태 영역 및 관절 움직임 등 재활영역과 상태의 안정성 영역에서 요양병원과 요양시설 모두 차이가 없었음.
- 의료서비스 필요성을 파악할 수 있는 간호처치와 의료처치 영역에서 요양병원(43.2%)이 시설(83.5%)보다 더 낮은 편이긴 하였으나,
- 요양병원 입원환자의 1/3이 의료나 간호처치가 필요 없었으며, 요양시설의 경우도 의료나 간호처치가 필요한 대상자가 존재하는 것으로 분석되어 두 기관 모두 입원(소) 적절성에 대한 문제가 있음을 시사함.

나. 요양병원과 요양시설 관계자 설문조사 결과 : 운영 적절성

□ 조사개요

- 47개 요양병원과 103개 요양시설 관계자를 대상으로 설문조사
- 회수율은 요양병원 20.6%, 요양시설 23.5%
- 조사대상자의 특성
 - 요양병원은 병원장이 46.8%, 요양시설은 시설장이 38.8% 응답

□ 요양병원 입원 현황

- 요양병원의 평균 입원율은 91.5%, 규모가 클수록 입원율 높은 경향
- 요양병원 입원 전 거주 형태
 - 급성기 병원 45.8%, 자택 34.6%, 요양시설 11.0% 순이었음

○ 요양병원 입원환자 현황

- 입원환자의 7단계 의료등급별 분포는 의료(최)고도 32.4%, 의료중도 44.0%, 의료경도 3.8%, 문제행동 8.4%, 인지장애 8.2%, 신체기능 저하 3.1%이었음
- 병원마다 편차가 심해 장애정도가 심하지 않은 의료경도와 신체기능 저하군의 비율이 50%가 넘는 병원도 있었음

□ 요양시설 입소 현황

○ 요양시설 평균 입소율은 89.6%, 규모가 클수록 입소율이 높은 경향

○ 요양시설 입소 전 거주 형태

- 주로 자택(61.1%)이었으며
- 병원 거주는 22.8%(요양병원 14.8%, 급성기병원 8.0%)이었음

○ 요양시설 입소자 질환 현황

- 주로(75.7%) 치매와 뇌졸중 노인이 입소하고 있었으며,
- 기타 노인성 질환이 24.3%이었음

○ 요양시설 입소자의 장기요양등급 분포

- 평균 1등급 31.3%, 2등급 43.4%, 3등급 25.3%, 미등급자 9.0%
- 요양시설에 따라 최대 100%에서 최소 38%까지 다양한 형태로 운영

□ 요양병원과 요양시설의 관리 적절성

○ 요양시설에서 건강상태 악화 시 적절한 의학적 관리

- 요양병원은 85.1%, 요양시설은 35.0%가 적절한 의학적 관리가 이루어지지 않고 있다고 응답

○ 요양병원에서 요양시설로 전원의 적절성

- 요양병원 68.1%, 요양시설 73.8%로 전원 적절성이 떨어진다

고 응답

- 요양병원은 환자와 가족의 선호도(29.0%)와 본인부담금 차이(29.0%)가 주 원인이라고 응답한 반면,
- 요양시설은 요양병원의 환자 확보(46.5%) 때문이라고 지적하였으며,
- 양 기관 입소(원) 대상자를 구분하는 기준의 부재 때문이라고 응답한 비율은 요양병원 27.4%, 요양시설 21.1%로 유사하였음
- 요양병원과 요양시설의 역할과 기능 정립여부
 - 양 기관 모두 각 기관의 역할 불분명의 문제 지적 : 요양병원 91.5%, 요양시설 78.6%가 기능과 역할이 정립되어 있지 않다고 응답
 - 장기요양대상자의 적절한 입원(소) 판정기준 마련여부에 대해서는 요양병원 93.6%, 요양시설 83.5%로 모두 부적절하다고 응답

4. 사회적으로 제기된 문제들

가. 조사개요

□ 개요

- 요양병원과 요양시설 관련 국내에서 제기된 사회적 이슈들을 살펴보기 위해 한국언론재단 웹사이트(www.kinds.or.kr)에서 총 9종의 종합일간지(경향신문 등)를 대상으로 최근 5년(2011.5기준) 동안 구축된 데이터베이스 중 장르와 면종에 관계없이 요양병원(71건), 요양시설(122건)이라는 단어를 포함한(제목) 기사 193건을 검색하여 분석함

□ 제기된 주요 이슈들(요약)

○ 요양병원 관련

- － 요양병원 수 급증 및 병상 공급과다
- － 요양병원의 불법 및 편법 운영 등으로 허위급여, 진료비 과다징수 등
- － 질적 수준에 미달된 운영으로 환자안전 위협, 환자 방치
- － 간병인 등의 과실로 야기되는 문제 ‘책임없다는 약정서 강요’
- － 요양병원의 간병비 지원이 없어 요양시설로 전원 ‘현대판 고려장’

○ 요양시설 관련

- － 요양시설의 급증 및 불균형 건립
- － 요양시설의 질적 수준 저하
- － 요양시설의 이용비 부담

나. 요양병원 관련 제기된 주요 사회적 이슈

□ 요양병원

〈표 4-4〉 요양병원 관련 제기된 사회적 이슈

구분	내 용
요양병원 공급과다 등	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양병원 10년새 43배 늘었다(세계일보 2010-8-17) ○ 병원도 저출산고령화, 조산원 63% 문닫고 요양병원 43배 늘어(국민일보 2010-8-17) ○ 요양병원 병상 남아돈다 (서울신문 2007-8-27)
진료비 증가 등	<ul style="list-style-type: none"> ○ 노인의료비-요양병원 증가, 건보재정 시름(동아일보 2011-3-2) ○ 요양병원 진료비 급증 (문화일보 2007-4-5) ○ 장기요양병원 진료비 3년동안 3배 증가(내일신문 2007-4-4)
불법 및 편법 운영	<ul style="list-style-type: none"> ○ 개폐업 반복, 수상한 요양병원(서울신문 2010-1-29) ○ 도 넘은 요양병원 편법운영 (세계일보 2010-1-26) ○ 35억원 부당이득, 파렴치 요양병원(국민일보 2010-1-26) ○ 종합 요양병원 바가지 진료비 증중(경향신문 2009-3-15) ○ 부실신고 요양병원서 119억 환수(내일신문 2009-1-20) ○ 못믿을 요양병원 48%가 의사등급 허위신고(세계일보 2009-1-29) ○ 노인요양병원 불탈법 복마전(문화일보 2008-10-24) ○ 심평원 현지조사 결과, 요양병원 94% 허위-부당청구(국민일보 2008-2-22) ○ 노인요양병원 허위급여 줄줄 (문화일보 2007-7-23)

〈표 4-4〉 계속

구분	내 용
질적 수준 미달	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양병원 3분의 1이 기준 미달(경향신문 2010-10-1) ○ 안전손잡이 제대로 갖춘 요양병원 35% 뿐 (내일신문 2010-9-3) ○ 요양병원 노인 요실금 환자 74% 기저귀 의존(동아일보 2010-6-28) ○ 요양병원 환자 80% 이상 요실금 방치(내일신문 2010-5-17) ○ 요양병원 안전시설 낙제점 (한겨레 2009-7-8) ○ 요양병원 인력, 시설, 장비 규정 마련 시급(경향신문 2008-10-21)
간병관련 문제	<ul style="list-style-type: none"> ○ 외국인이 간병, 요양병원 노인 ‘고통’(국민일보 2008-9-22) ○ 죽어도 몰라 노인요양병원 횡포, 공동간병 잘못해도 책임없다 약정서 강요 (경향신문 2008-1-11) ○ 정부, 요양병원 간병비 지원 않기로, 공급과잉으로 부작용(세계일보 2009-1-21) ○ 현대판 고려장, 요양병원 간병비 지원없어 시설로 옮겨(경향신문 2009-3-6)

□ 요양시설

〈표 4-5〉 요양시설 관련 제기된 사회적 이슈

구분	내 용
요양시설의 급증 및 불균형	<ul style="list-style-type: none"> ○ 3년새 4배로 늘어난 요양시설의 참극(동아일보 2010-11-15) ○ 인천 노인요양시설 부익부 빈익빈(서울신문 2009-9-30) ○ 공공노인요양시설 태부족(내일신문 2009-4-16) ○ 서울 노인요양시설 충족률 전국 최하위(국민일보 2008-9-13) ○ 11개 시군 노인요양시설 없어(내일신문 2008-6-11) ○ 외딴곳 노인요양시설, 텅텅 빈 애물단지(동아일보 2009-4-4) ○ 내년까지 노인요양시설 대폭 확충(2007-6-12) ○ 지자체 노인요양시설 태부족(세계일보 2007-4-16) ○ 중증노인 요양시설 70% 부족 (내일신문 2006-9-1)
질적 수준 저하	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양시설 화재 관련, 불법 부정 판친다(서울신문 2010-11-16) ○ 후진국 수준 면치 못한 노인요양시설(국민일보 2010-11-13) ○ 전국 노인요양시설 2627곳 시설안전 제대로 검증 안돼 (문화일보 2010-11-12) ○ 日 동화원 하시모토 원장, 커튼 안치고 기저귀 가는 등 한국의 노인요양시설 충격적(국민일보 2010-11-12) ○ 경기 노인요양시설 급식관리 엉망(국민일보 2010-10-21) ○ 노인요양시설 ‘싼 속기저귀’ 피부질환 유발(경향신문 2009-2-9) ○ 요양병원 인력, 시설, 장비 규정 마련 시급(경향신문 2008-10-21) ○ 시립 노인요양시설 침대 높아 불편(문화일보 2007-9-6)
이용비 부담	<ul style="list-style-type: none"> ○ 노인요양시설 이용비 환자 부담 확 줄인다(문화일보 2008-6-20) ○ 노인요양시설 식비 실비수준 부담(내일신문 2008-6-20)
기타	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양시설 노인 무상 안마서비스 제공(국민일보 2010-1-6) ○ 노인장기요양 시설서비스 만족도 90%(내일신문 2009-12-22)

제3절 외국사례

1. 외국의 장기요양관련 제도

가. 장기요양서비스²⁰⁾

□ 장기요양의 개념

- Evashwick(1993) : 일시적 또는 만성적 장애가 있는 사람들에게 가능한 한 독립적으로 기능할 수 있도록 장기간에 걸쳐 제공되는 의료, 정신건강, 사회 및 주거서비스
- 미국 General Accounting Office(1988) : 너싱홈이나 지역사회에 거주하면서 장기간동안 타인에게 육체적 도움을 의존해야 하는 사람들을 위한 일련의 의료적, 사회적, 지원적 서비스
- OECD(1997) : 허약한 노인 또는 이미 의존적인 상태에 빠져 있거나 생활상의 장애를 지닌 노인에게 장기간에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위하여 제공되는 모든 형태의 보호서비스

□ 장기요양서비스의 종류

- Roemer(1993): 보건의료부문과 복지부문으로 양분하여 프로그램의 연속체로서 서비스의 변화에 따라 ①일반병원의 장기입원환자 치료 ②너싱홈 ③재가필수 간병서비스 ④생활지원 서비스 ⑤재가 서비스로 구분
- Evashwick(1987) : 장기입원진료, 재가요양, 주거지원 프로그램으로 분류하고 돌봄의 연속체 성격의 서비스를 7개 그룹, 80개 이상 서비스로 구분
- Pfeiffer(1976) : 유지서비스, 지원서비스, 치료서비스 및 조정과

20) 최인덕 외(2009). 노인의 의료와 장기요양서비스 연계를 위한 효율적 전달체계 구축방안. 국민건강보험공단.

정보 4가지 유형으로 구분

- OECD(1997) : 의료서비스(의사, 간호사가 제공), 간호서비스, 사회서비스(일상생활 수행능력에 대한 지원) 및 주거서비스(주거 기반 시설서비스)로 구분

〈표 4-6〉 보건의료서비스와 사회복지서비스 비교

구분	보건의료서비스	사회복지서비스
Roemer	장기입원치료, 너싱홈	재가보호서비스, 생활지원서비스, 재가서비스
Evashwick	치료서비스	유지서비스, 지원서비스, 조정과 정보
Pfeiffer	장기입원진료	재가요양, 주거지원 프로그램
OECD	의료서비스, 간호서비스	사회서비스, 주거서비스

□ 보건의료와 장기요양의 구분

- 장기요양은 보건의료부문과 요양서비스가 동시에 존재함으로 이를 명확하게 구분하여 제공하기 어려움. 노인은 특성상 일상적 생활기능 지원을 위한 수발 외에 갑작스런 건강상태 변화에 따라 의료적 처치를 받아야 하는 상황이 수시로 발생하기 때문임.
- 이에 OECD도 보건계정체계(SHA) 구성에서 장기요양(간호)서비스를 만성장해나 제한된 독립생활로 인해 계속적인 도움이 필요한 환자에게 제공되는 의료 및 간호서비스로 정의하고, 장기요양에 보건의료와 사회서비스가 혼합되어 두 부분을 모두 장기요양 지출에 포함하고 있음.
- 유럽에서도 장기요양 개념이 명확하게 정의되지 않음. 시설 입소 기간 또는 노인성 질환의 지속정도에 대한 규정의 차이, 급여범위의 차이, 의료와 사회서비스 간의 경계와 연계도 명확히 규명되지 않음.
- 결과적으로 장기요양은 육체적 및 정신적 약자에게 제공되는 기본진료 뿐 아니라 사회적 서비스가 포함되는 것으로, 노인이나

장애인들에게 기초적인 의료와 사회적 서비스가 동시 또는 연계하여 제공되어야 함을 강조하고 있음.

- 이를 위해 3가지 원칙적 측면에서 접근하고 있음.
 - － 제도이용의 보편적 접근성 : 개인의 경제적 능력에 따라 서비스 이용에 제한을 받지 말아야 함.
 - － 양질의 장기요양서비스 제공(high quality) : 시설, 인력 규모 및 제공절차 등 기초진료를 위한 조건을 제시함으로 서비스 수준 제고
 - － 장기요양의 지속가능성(long term substantiality) : 재정안정 측면

나. 다른 나라의 보건의료 통합모형

□ 핀란드

- 지자체가 정책, 자원조달, 케어제공 등에서 핵심적 역할 수행
- 조정은 지자체 일차보건의료센터나 연계기능 전문가로 구성된 연합보건사회케어센터가 수행
- 국가정책으로 법, 틀, 지침 및 당국과 케어제공자에 대한 권고등 제시

□ 네덜란드

- 1990년대 초부터 통합케어가 정치적 의제가 되어 노인환자의 유입을 특별 기관을 통해 규제하고 정부는 제공자들 간 케어 전달의 이동을 허용하는 규정, 장기요양과 급성기 진료간 경계를 넘는 케어를 위한 자원조달 등 기관간 협력 증진을 추진함.
- 정부가 주도적 역할을 수행하며 규정과 기준을 마련하고 다양한 부문들의 제공자들을 양성하고 만성질환 노인에 대한 통합케어 제공을 위한 협력과 조정을 주도함.

□ 스페인

- NHS 하에 통합케어 발전에 관심이 별로 없는 편이나 중앙정부가 핵심역할을 담당하고 있음.
- 급성기 병원이 케어제공에 주된 위치를 차지하며, 일차의료와 전문과목 외래 진료는 비교적 주변 역할을 맡고 있어 노령화에 대한 대응이 늦어짐에 따라 노인 케어에 대한 위기에 직면해 있음.

□ 영국

- 통합케어는 영국의 보건 및 사회보호 정책의 핵심으로 중앙정부가 핵심 역할을 담당함.
- 노인들의 통합케어 영역에 주택, 교육, 교통, 사회보장 등을 포함하며 제공자들과 보건당국은 조직간, 전문가간 조정, 서비스 전달의 조정기전을 형성함.

다. 미국

□ 장기요양의 개념²¹⁾

- 장기요양은 만성질환이나 장애를 가진 사람들에게 의학적 및 비 의학적 케어를 포함하는 다양한 서비스임. 장기요양은 건강이나 개인적 요구를 충족하는데 도움이 되어야 함. 대부분의 장기요양은 옷입기, 목욕 등과 같은 일상생활의 활동 서비스를 지원해야 하는 사람들을 돕기 위한 방법으로 가정, 지역사회와 너싱홈 등에서 제공할 수 있으며, 연령에 상관없이 장기요양을 필요로 하는 사람에게 제공된다는 점이 중요함.

□ 메디케어와 장기요양

- 일반적으로 메디케어는 장기요양에 대해 지불하지 아니함. 다만,

21) <http://www.medicare.gov/longtermcare/static/home.asp>

전문간호시설이나 재가간호에서 의학적인 필요성이 있을 때만 급여됨.

- 대부분 장기요양은 옷입기, 목욕, 화장실 사용과 같은 일상생활 활동에 대한 서비스를 지원해야 하는 사람을 돕는 것으로, 메디케어는 이러한 서비스 유형을 기본필수 간병서비스(custodial care)라 부르며, 이러한 비숙련된 케어인 기본필수 간병서비스에 대해서는 비용을 지불하지 않음. 이에 포함되는 것은 그들 스스로 할 수 있는 것으로 당뇨 모니터링 등이 실례가 될 수 있음.
- 몇몇 Medicare Advantage Plans은 의학적 필요가 있는 경우에는 급여하며, 전문간호시설(NSF)과 재가간호(전문간호)로 제한하여 제공하고 개인이 그 비용의 일부를 지불할 수 있음.

〈표 4-7〉 전문간호시설(NSF)에서의 메디케어 급여 현황

기간	메디케어 급여서비스	본인부담
1~20일	모두 급여	없음
21~100일	80%, \$128/일까지	20%, \$128/일 이상 모든 비용
100일 초과	급여 안함	전 비용 부담

□ 메디케이드와 장기요양

- 메디케이드는 저소득 및 제한된 자산을 가진 노인을 위한 특정 의료서비스 및 nursing 케어에 지불하는 연방 및 주정부 프로그램임. 대부분의 주에서 메디케이드는 재가 및 지역사회 일부 장기요양 서비스에 대해 급여하며, 누가 자격(대부분 소득과 개인 자산을 기반으로 함)이 되며 어떤 서비스를 급여하는가는 주마다 다양함.

□ 장기요양서비스 선택과정

- 장기요양은 다양한 서비스로 구성되며, 이는 가정, 노인시설, 지역사회센터나 특별은퇴시설 및 nursing 등에서 제공되며, 어떤 사

람은 장기요양을 요하는 신체적 질환, 장애, 기억 및 사고 문제를 갖고 있음.

- 따라서 필요에 따라 충족되는 장기요양서비스를 선택하는 것은 가장 중요한 문제이며, 이 과정은 다음과 같음.
 - － 요구사정(Assess your needs) : 일상생활 활동, 추가서비스(요리지원, 쇼핑 등), 추가의료서비스(당뇨 모니터링, 산소 공급, 인공항문이나 방광 카테터 케어)
 - － 재정 및 케어 선택 분석(Research Financing and Care Choices) : 인근 지역에서 가용할 수 있는 장기요양 서비스 방법을 선택
 - － 양질의 기관 찾기(Find What Is Right For You) : 양질의 케어는 옳은 것을, 적정 시간에 맞는 방법으로, 적정한 사람에 의해 최선의 결과를 생산하기 위해 수행함을 의미함. 메디케어 프로그램은 장기요양을 제공하는 기관들에 대해 환자 건강과 안전 및 의료의 질에 대한 연방규정을 준수하도록 강조함
 - － 가용할 수 있는 선택조건 점검(Visit Your Available Options) : 최종 결정 전에 전화 등을 이용하거나 직접 방문하여 정보를 얻어야 함.

2. 장기요양의 필요성 판정을 위한 평가도구

가. 개요

□ 평가도구 사용의 필요성

- 장기요양보험제도가 사회적 정당성을 갖추기 위해서는 요양대상자의 판정기준 및 절차에 대해 객관성과 합리성이 요구되어짐.
- 따라서 외국에서 사용되는 평가판정도구와 아울러 노인장기요양

보험제도 도입시점에서 검토되었던 RAI 평가도구를 중심으로 그 사용목적과 방법 등에 대해 살펴보고자 함.

나. 외국의 노인기능 및 요양 욕구 평가 판정도구

〈표 4-8〉 국가간 노인요양 평가판정도구 비교

구분	호주	일본	독일	미국
장기요양 체계	요양시설 운영자에게 정부가 수가 지원	별도의 보험제도를 통해 서비스 급여 제공	별도의 보험제도를 통해 현금 및 현금 서비스 제공	의료제도 내에서의 요양수가 지급
평가도구	전국적으로 통일된 케어욕구 20개 항목, 시설입소자 분류체계(RCS)	전국적으로 통일된 요개호 인정사정도구	전국적으로 통일된 등급판정도구	주로 RAI-MDS 사용
도구의 기능	시설입소자 기능평가 및 등급판정도구	법적 급여 대상자 판정도구	법적 급여 대상자 판정도구	노인기능평가 및 욕구사정도구
평가목적	시설입소자 기능평가 및 등급 판정 도구	개호대상 인정 및 등급 판정	수발대상 여부 및 등급 판정	시설입소자의 특성에 맞는 서비스제공 및 수가지급기준
평가기관 및 평가자	각 요양시설	시정촌 사례관리자	건강보험공단 의사 및 간호사	지방 정부 및 각 요양시설
등급 및 중증도	8등급	6등급	3등급	중증도에 따른 7개 대분류 44개 군분류
등급 및 중증도 분류기준	수발시간을 점수화	이론화된 개호시간	도움 빈도가 감안된 기준수발시간	측정된 케어시간
평가체계	입소된 노인의 기능평가 및 등급을 평가함. 핵심적인 케어 욕구를 기반으로 하나 포괄적이지 못함. 상대적 평가도구임	현재 제공되고 있는 서비스에 따라 노인분류 체계를 가짐. 따라서 요개호 인정도구는 어떤 서비스가 필요한지를 파악하게 하는 평가도구임	전문가에 의한 노인기능평가 위주로 실시됨. 그러나 요양급여 대상자 선정 및 등급화는 기능 수행도움에 대한 수발시간에 의해 판정됨	일본과 같이 현재 제공되고 있는 서비스에 따라 노인분류 체계를 가짐

자료: 임정기. 우리나라 노인요양보장제도의 평가판정도구에 관한 고찰, 보건사회연구 제25권 제2호.

다. 기능상태평가도구(Resident Assessment Instrument, RAI)

□ RAI 개요

- RAI는 장기요양서비스의 서비스 질을 향상시키기 위해 미국의 CMS (Center for Medicare & Medicaid Services)에서 개발하여 요양시설 입소자의 포괄적이고 종합적인 건강기능 평가와 이에 따른 케어 계획의 수립 평가에 활용하기 위해 개발된 규격화 및 표준화된 지침으로(CMS, 2002), 다학제간 팀적 접근을 강조하며 환자의 삶의 질을 향상하기 위한 문제해결 중심적 접근방법을 채택하고 있음.
- 현재 16개국 언어로 번역되어 공식적인 국제표준도구로 사용되고 있음.
- RAI는 합리적이고 포괄적인 간호계획을 수립하도록 입소자에 대한 전문적인 기능적 자료를 광범위하게 수집할 수 있게 하며, MDS (Minimum Data Set)는 자원사용의 강도에 기초한 RUG III로 입소자를 범주화하는데 사용되며, 또한 CMI(case mix index)의 할당을 통해 노동량 계산에 사용되고 요양시설의 간호 질 측정에도 쓰임.

□ RAI의 구성

- RAI는 평가도구(Minimum Data Set, MDS), 입소자 평가 프로토콜(Resident Assessment Protocols, RAPs), 사용지침서(utilization guidelines) 등으로 구성되어 있음.
- MDS는 장기요양시설 입소자의 포괄적 평가를 위한 스크리닝, 임상 및 기능상태, 문제 정의 및 분류방법을 포함
- RAPs는 MDS를 바탕으로 구조화된 문제중심적 형태로 18가지 종류가 있으며, 개인별 사회, 의학, 심리적 문제를 파악함으로써

케어계획을 수립하는데 도움을 줌.

- 또한 주요문제(triggers)를 명시하고 있어 기능상태의 문제가 발생할 소지가 있는 입소자를 발견, 평가하도록 되어있음.
- 사용 지침서에는 RAI의 사용법에 대한 자세한 정보가 기술되어 있음.
- MDS 평가의 목적
 - － 첫째, 요양시설에 있는 환자들에게 양질의 의료서비스를 제공
 - － 둘째, 환자들로 하여금 신체적, 정신적, 심리사회적으로 최상의 기능수준을 유지
 - － 셋째, 평가는 일상적 진료행위와 연계되어 사용할 수 있어야 함
- MDS 평가도구는 질적지표(quality indicators), 결과측정도구(outcome measures), 케어 계획수립(care-planning), 수가산정(casemix funding systems), 대상자 선정기준(placement and eligibility criteria for single point entry systems) 등에 활용되고 있음.

□ 사용목적에 따른 다양한 RAI

- RAI CHA(Community Health Assessment)
- RAI AL(Assisted Living)
- RAI LTCF(Long Term Care Facility)
- RAI PC(Palliative Care)
- RAI AC(Acute Care)
- RAI PAC(Post Acute Care)
- RAI MH(Mental Health)
- RAI CMH(Community Mental Health)
- RAI ESP(Emergency Screener for Psychiatry)
- RAI CA(Contact Assessment)

- RAI ID(Interllectual Disability)
- RAI PWD(Persons with Disability)
- RAI Wellness
- RAI Quality of Life

제4절 정책방안

1. 해법이 필요한 주요 문제

가. 개요

□ 주요 문제

- 빠르게 진행되는 고령화 현상으로 야기되는 노인인구의 의료비 등의 증가에 요양병원과 요양시설의 불분명한 역할 분담의 문제가 일부 영향요인이 되고 있음에 따라 이에 대한 현황과 문제점을 살펴보았음.
- 실제 현황이나 사회적으로 제기된 사항에서 모두 입원(소) 대상의 중복이 주된 원인이었고, 이는 간병서비스에 대한 제도적 지원여부에 대한 문제와 아울러 기관 간 연계서비스의 기반 구축의 부재와 법적 및 질적 수준 차이에 따른 국민의 선호도가 요양병원과 요양시설의 역할 분담의 문제를 야기하는 것으로 분석되었음.
- 따라서 이를 중심으로 주된 문제점을 살펴보고, 필요한 정책방안 등을 마련하고자 함.

나. 입원(소)대상의 중복

□ 입원(소) 대상의 문제

- 원칙적으로 요양병원은 의료시설로 질병 등에 대한 (아)급성기 치료가 필요하며, 요양시설은 복지시설로 거주에 따른 일상생활 도움이 주요 기능이긴 하지만 두 기관에 입원(소)하는 대상자는 주로 65세 이상의 노인으로서
- 요양병원에 입원하는 대상자도 밥을 먹거나 화장실 이용 등의 일상생활에 도움을 받아야 하는 신체적 어려움을 동반하고 있으며, 질병치료를 받아야 하는 질환은 완치(cure)가 불가능한 만성질환으로 인한 것으로 일정기간 치료를 수행하면 주요 요구가 의료서비스보다는 간병 등의 일상생활 지원으로 변화된다는 점
- 또한, 요양시설에 입소하는 대상자도 한 가지 이상의 만성질환(90.9%)을 모두 동반하고 있으며, 입소 당시에는 질병치료가 주요 요구는 아니었지만 노인의 신체적 상태가 환절기 등의 날씨나 환경변화에 민감한 특성 때문에 일정기간 의료서비스가 필요한 기간이 필요하다는 점에서
- 비록 두 기관의 기능은 법적 및 이론적으로는 구분되어 있으나 이는 시간 등의 물리적 환경에 따라 주요 요구가 변화되므로 일 시점에서 입원(소) 대상을 명확히 구분하기 어려움.

□ 입원(소) 대상의 문제를 증폭시키는 현실 문제

- 더구나 현재 요양병원과 요양시설 모두 공급 과잉상태이며, 모두 민영중심의 소규모 기관이고(체계적이지 못한)
- 일부 기관을 제외하고는 입원(소)대상의 상태나 서비스의 질적 편차가 극심하여 기관 운영상의 어려움을 갖고 있어
- 법적 기능과 역할이 구분되어 있어도 경영난 악화 등의 문제 때

- 문에 기관 스스로 입원(소) 대상을 조정할 의지가 없는 형편이며,
- 또한, 두 기관에 입원(소)을 시키는 국민(보호자)의 입장에서든 기관의 기능과 역할보다는 경제적 상태에 따라 좌우되고 있는 점 등이 현실적 문제라 할 수 있음.

□ 해법

- 따라서 입원(소) 대상의 중복 문제는 사회적 질서유지를 위해 제도적 차원에서 관리 기전이 필요함.

다. 요양병원의 간병서비스 지원 부재

□ 일상생활 도움이 필요한 요양병원 노인환자

- 앞서서도 지적된 바와 같이 요양병원에 입원한 노인환자에 대해서도 간병은 필수 서비스이나 이는 질병치료가 우선인 요양병원의 경우 제도적으로 일차 지원대상이 아니라는 점 때문에 질병치료가 필요한 노인환자들이 경제적 문제로 요양시설로 입소 또는 전원 한다는 문제(현대판 고려장)가 지적됨.
- 현재 요양병원에서는 환자 부담으로 간병서비스가 제공되고 있기에 따른 문제는 간병인의 훈련 적절성(질적 수준)과 공동간병으로 인해 야기되는 환자안전 사고 등이 제기되는 사항임.

□ 요양병원 간병비 지원에 대한 법적 근거

- 노인장기요양보험법 제26조(요양병원간병비)에 의거, 요양병원에 입원한 경우에도 대통령령으로 정하는 기준에 따라 장기요양에 사용되는 비용의 일부를 요양병원 간병비로 지급할 수 있는 법적근거는 있음.
- 그러나 아직 이를 구체적으로 실행할 수 있는 하위법령이 마련되어 있지 못하고, 요양병원의 공급과잉 등의 문제로 오히려 요양

시설의 공동화 현상 등이 우려된다는 점에서 득보다 실이 많다고 판단, 요양병원 간병비 지원을 하지 않기로 결정했던 사례(2009년)가 있었음.

□ 해법

- 요양병원 간병비는 단순히 접근하기에는 어려움이 있음. 건강보험에서 간병비 지급에 대한 논의와 맞물려 종합되어야 할 필요성이 있으며, 또한 현물급여 중심에서 현금급여의 지원은 복잡한 행정절차 등이 연계되어야 하며, 무엇보다 국민건강보험과 노인장기요양보험의 이원화된 체계에서 제도간 연계성 문제 등이 우선되어야 할 것임.
- 또한, 요양병원 간병비 지원 문제는 입원(소) 대상의 중복과 함께 지원의 판단근거 등 여러 방안 등이 마련되어야 할 것으로 본 연구에서는 필요기준 등에 대해서만 언급할 예정임.

라. 요양병원과 요양시설의 연계망 부재

□ 제도의 성격적 차이로 인한 문제

- 현실적으로 요양병원(의료시설)과 요양시설(거주시설)은 대상자의 주요 요구도 변화에 따라 전원이 효율적으로 원활하게 이루어져야 함에도 불구하고, 지불 주체와 기관의 성격이 다르다는 점에서 연계하기 어려운 문제를 갖고 있음.
- 다른 나라의 경우 이를 극복하기 위해 요양병원 내 요양시설을 운영 하는 등의 통합케어 체계를 갖고 있어 현실적 운영의 효율화를 기하고 있으나 우리 나라의 경우 요양병원이나 시설 모두 소규모 민간중심으로 운영됨에 따라 한계가 있음.

□ 증폭시키는 현실 문제

- 또한, 두 기관 모두 공급과잉 때문에 환자 이탈을 최대 방지하려는 입장으로 필요에 따라 전원을 했다 해도 문제가 해소되면 다시 재전원해야 하는 윤리적 기전이 성립되지 않는다는 점과
- 이에는 환자나 보호자의 경제적 부담이 동반되어야 하므로 이를 원활히 해결하기 어려운 현실적 상황도 존재함.

□ 해법

- 요양병원과 요양시설간 연계망 구축을 위한 제도적 기반 및 법적 근거 마련

마. 요양병원과 요양시설의 질적 수준 저하

□ 질적 서비스의 문제

- 요양병원과 요양시설은 모두 규모가 크지 않아 체계화되어 있지 않을 가능성이 크고, 열악한 환경에서 운영되는 문제 등으로 환자안전 뿐 아니라 제공되는 서비스의 질적 수준이 낮아 이는 도입 초기부터 이미 제도 및 사회적으로 문제를 제기해 온 사항임.
- 특히 요양시설의 경우 2010년 화재안전에 취약한 치명적 사건이 사회적 이슈로 제기된 바 있으며, 요양병원에서도 환자안전을 위한 시설이나 인력 등의 문제가 지속적으로 제기되어 왔음.
- 또한, 두 기관 모두 사생활 보호 등의 환자권리에 대한 인식이 낮아 배설간호가 필요한 부분에서 취약하다는 지적이 많은 상태임.

□ 증폭시키는 현실 문제

- 낮은 노인장기요양보험수가
 - 요양시설 1일당 평균 비용 39,505원/인(월 1,185,150원/인)
 - 30인 미만 입소시설이 32.0%, 입소율 87.3%
 - 따라서 기관당 월 수입 약 3,100만원 +α(식대, 병실료 차액,

이미용비)

□ 해법

- 보험수가의 현실화
- 요양병원 및 요양시설 서비스에 대한 질 평가제도 필요

2. 정책방안

가. 정책방안

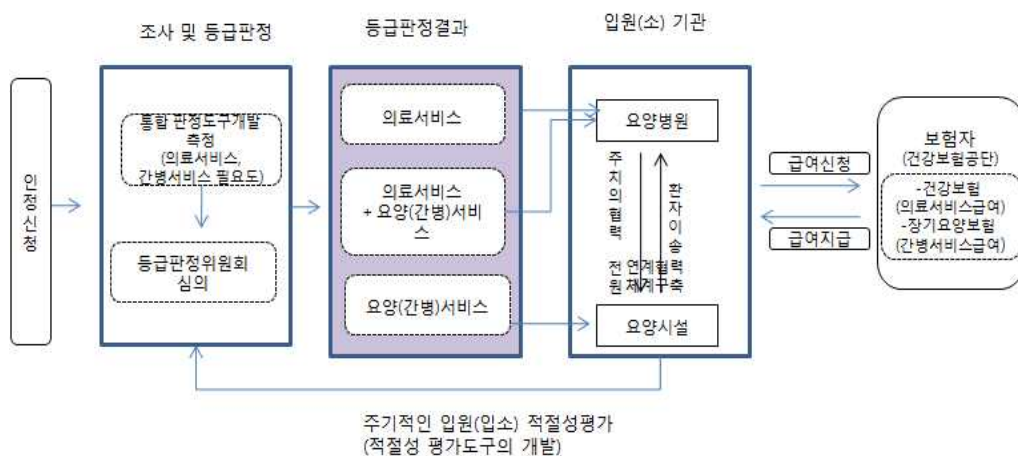
□ 방안 1. 장기요양등급 판정시 의료서비스 필요여부 추가

- 요양병원은 환자나 부양가족의 자유선택에 의해 입원하므로 입원 시점에서 의료 및 요양서비스 필요여부를 파악할 수 있는 기전이 없음.
- 반면, 요양시설에 입소하기 위해서는 사전에 국민건강공단에 장기요양인정 신청을 하여야 하며, 방문조사를 통해 장기요양등급 조사표에 따라 신청인의 기능상태와 장기요양이 필요한 정도를 조사하고, 등급판정위원회에서 장기요양등급을 결정하고 이에 따라 필요서비스를 이용하도록 되어 있음.
- 따라서 요양시설에 입소하는 경우 장기요양등급 판정시 장기요양 등급 조사표에 의료서비스 필요여부를 파악하는 항목을 추가하여 요양시설에 입소하는 대상자가 장기요양서비스만을 필요로 하는지, 아니면 의료서비스도 함께 필요한 상태인지를 파악한 후
- 그 결과에 따라 의료서비스가 필요한 경우는 요양병원에 입원을, 기능상태 등의 문제만 있어 장기요양만 요구된다면 요양시설로의 입소를 권장하도록 한다면, 요양병원과 요양시설의 역할 분담을 조정할 수 있을 것임.
- 또한, 상기 구분은 요양병원과 요양시설에도 분담토록 하여 입원

(소) 환자의 상태 변화에 따라 의료서비스 요구도를 파악하고, 이를 의무기록 등으로 보관하게 하고,

- 향후 각 기관에 대한 인증 평가에 필요서비스를 파악한 자료를 토대로 환자(대상자) 입원(소)가 적정한지에 대한 평가항목을 추가한다면, 비록 권장사안이라도 기관 평가를 통해 조정할 수 있을 것임.
- 다만, 방안 1은 방안 2 및 방안 3과 함께 연계되어 추진되어야 할 것임.

[그림 4-4] 장기요양등급시 의료서비스 필요여부를 포함한 등급판정



□ 방안 2. 입원(소) 적절성을 판단하는 통합평가도구 개발

- 요양병원과 요양시설에 모두 적용할 수 있는 평가도구 일원화는 대부분의 연구에서 제안된 정책임.
- 요양병원은 입원 후 일주일간 관찰기간을 둔 후 환자평가표(요양병원 급여 목록 및 상대가치점수 별표 2)에 의거(10개 영역 ; 환자 일반사항과 의식상태, 인지기능, 신체기능, 배설기능, 질병진단, 건강상태, 구강 및 영양상태, 피부상태, 투약) 의료요구도를 중심으로 일당 정액수가를 정하며, 한 달 간격으로 재평가하도록

되어 있음.

- 요양시설은 인정신청을 하면 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등으로 구성된 공단 소속장기요양 직원이 직접 방문하여 장기요양 인정조사표에 따라 5개 영역(신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호 처치, 재활) 52개 항목을 통해 일상생활 도움서비스의 필요정도를 조사함.
- 상기 요양병원과 요양시설에서 각각 사용되는 환자 또는 입소자 평가도구는 신체기능과 인지기능은 공통적이며, 이외에도 동일한 항목들이 일부 있으나 다른 목적으로 만들어진 평가도구이므로 이를 단순히 통합하여 사용하기는 어려움.
- 따라서 두 기관에서 모두 동일하게 사용할 수 있는 입원(소) 적절성 평가도구를 개발하여야 할 것임(별도의 연구 필요). 현재 미국 등 다른 나라에서는 사용목적에 따라 다양하게 구성된 RAI를 이용하여 필요서비스 요구도를 파악하고 있으므로, 이를 활용한다면, 보다 빠른 시간 내에 우리 실정에 맞는 통합평가 도구를 빠르고 손쉽게 개발할 수 있을 것임.
- 이는 또한 방안 1과 연계되어야 그 실효성이 증가될 것이며, 통합평가도구는 환자의 질병진단이 아닌 필요 서비스의 적절성 여부를 판단하는 것이 목적이 되어야 할 것이며, 인정신청을 조사하는 간호사 등이 충분히 조사할 수 있는 항목(수준)으로 구성되어야 할 것임.

□ 방안 3. 노인장기요양보험에 따른 요양병원의 간병비 지원

- 노인장기요양보험법 제3조제3항에 장기요양급여는 건강 등이 악화되지 아니하도록 의료서비스와 연계하도록 장기요양급여 제공의 기본원칙이 수립되어 있으며, 동법 제26조에 의거 수급자가 요양병원에 입원한 경우 장기요양에 사용되는 비용의 일부를 요

양병원 간병비로 지급할 수 있도록 이미 법상에 요양병원과 요양시설의 연계기능이 명시되어 있음.

- 현재 간병비는 국민건강보험 차원에서 논의되고 있는 시점이므로 요양병원 간병비도 맥락을 고려하여야 할 것으로 생각되나
 - 앞서 제안한 정책 방안 1과 방안 2가 함께 구축된다면, 별도의 법 개정 없이 요양서비스가 요구되는 노인환자가 의료적 필요에 의해 요양병원에 입원할 경우 환자 개인이 아닌 요양병원의 신청에 의해 요양병원 간병비를 요양병원에 지급할 수 있는 방안을 마련할 수 있을 것임.
 - 상기 방안이 실행된다면, 간병비에 대한 부담이 적으므로 요양시설의 입소자는 필요한 의료서비스를 받을 수 있을 것이며, 요양병원이 치료 후 다시 요양시설로 전원하게 하는 선순환적 기전을 방안 4와 연계하여 평가한다면 두 기관의 역할 분담이 이루어질 수 있을 것이며, 궁극적으로 의료비 절감도 기대할 수 있을 것임.
 - 다만, 현재 동 법령 시행을 위한 구체적 법규가 마련되어 있지 않으므로 이에 대한 기준과 절차 등이 마련되어야 할 것임.
 - 1-3등급 판정을 받은 대상자가 의료서비스를 위해 요양병원에 입원할 경우 요양병원 간병비를 지급하는 규정
 - 주기적으로 재평가하여 의료서비스 제공 필요성이 소실되었을 경우 요양시설로 전원하는 규정
 - 만약, 환자나 보호자가 요양병원에 입원을 계속 원할 경우 요양비 지급은 중단(노인장기요양보험법 제29조 적용)
 - 요양병원 인증평가기준에 이를 추가하여 지속적으로 모니터링
- 방안 4. 요양병원 및 요양시설의 인증평가 의무화 및 평가항목 추가
- 의료법 제58조에 의거 병원급 이상 의료기관에 대해 의료기관 인증을 시행하도록 되어 있음(2011.1.24부터 시행). 다만, 요양병원

은 동법 제58조의4제2항 및 부칙 1에 의거, 2013년부터 요양병원 인증을 의무적으로 시행하도록 되어 있음.

- 요양시설은 노인장기요양보험법 제54조(장기요양급여의 관리·평가)와 동법 시행규칙 제38조(장기요양기관 평가 방법 등)에 의해 장기요양급여의 수준을 평가하고 그 결과를 공개하도록 되어 있음.
- 따라서 각 법령에 의해 시행되는 인증평가를 통해 앞서 제안한 방안 1-3이 시행되는지를 평가하고, 이를 통해 요양병원과 요양시설의 질적 관리를 강화한다면 요양병원과 요양시설의 역할 분담을 강제화하지 않더라도 기관 자발적 의지에서 조절하는 기전이 될 수 있을 것임.

○ 요양병원 및 요양시설 인증평가항목

- 기관의 특성에 맞는 입원(소) 적절성
- 주기적인 통합평가도구 활용
- 필요성에 따른 전원서비스의 적절성
- 요양병원 간병비 신청의 적절성
- 지역내 병원 및 시설과의 자매결연 현황
- 해당 거주지역 주민의 입원비율 등

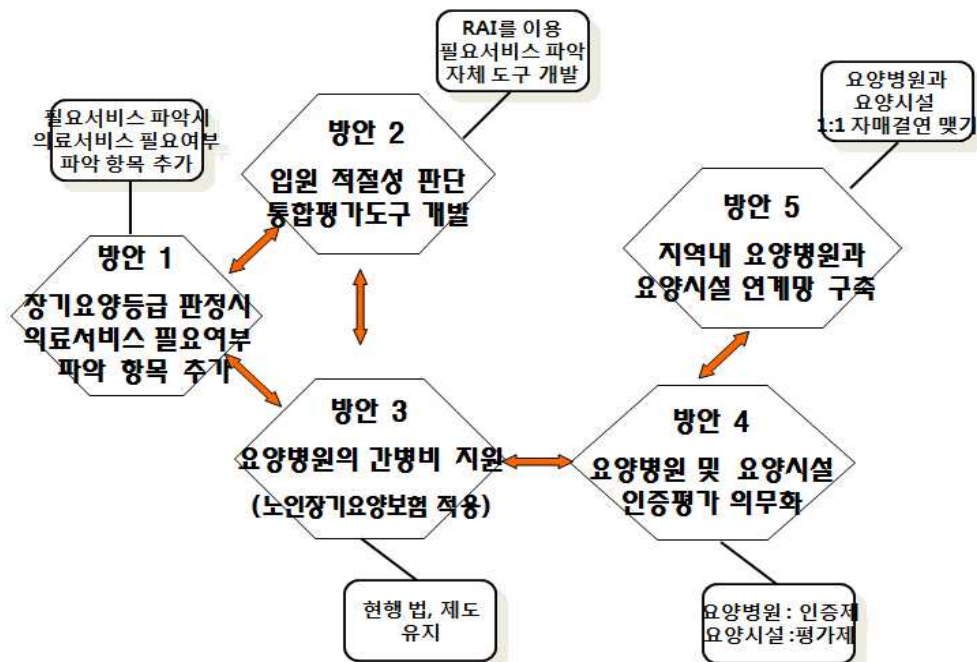
□ 방안 5. 지역 내 요양병원과 요양시설 연계망 구축

- 지역내 요양병원과 요양시설의 1:1 이상 자매결연 맺기 운동을 통해 연계망을 구축하고 자매결연을 맺은 기관간 전원 활성화
 - 자매결연 맺은 요양병원의 의사 활용 : 전담주치의 등
 - 자매결연 기관간 필요서비스 요구도에 따라 전원 조치
 - 통합케어 구축 등(외국의 모델 활용)
- 노인장기요양보험의 전달체계 구축
 - 요양시설 이용시 거주지 중심으로 우선 선택 권장
 - 지역별 균형발전 유도

— 향후 질적 수준 관리강화(방안 4)와 연계하여 보완

나. 정책방안 연계체계

[그림 4-5] 제시된 정책방안 연계체계



제5장 건강보험의 사전예방적 기능 강화를 위한 건강포인트제도 도입

제1절 서론

1. 연구배경과 필요성

가. 질병구조의 변화와 의료비 증가

- 인구구조의 고령화, 생활 및 식습관의 변화, 환경오염의 증가로 우리나라의 사망 및 질병구조가 만성질환²²⁾ 위주로 변화하였음.
- 2009년 통계청 사망원인 통계자료에 의하면 우리나라는 암, 뇌혈관 질환, 심장 질환, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 운수사고, 만성 하기도 질환, 간 질환, 폐렴, 고혈압성 질환 등의 순서로 사망자가 많은 것으로 나타났으며, 10대 주요 사망원인 중 암, 뇌혈관 질환 등 7개 만성질환이 차지하는 비중이 59.6%에 달하였음.
- 1984년부터 2009년까지 주요 만성질환 사망률 변화를 비교해보니 암, 허혈성 심장 질환, 당뇨병 등으로 인한 사망률이 급증하였으며, 뇌혈관 질환으로 인한 사망률도 인구 10만명당 52.0명으로 아직 높은 수치를 기록하였음.

22) 만성질환은 급성질환과 대응되는 상대적 개념으로, 보통 6개월 혹은 1년 이상 계속되는 질환을 말함. 그 증세가 완만하게 나타나 장기간 지속하므로 만성질환이라 함.

[그림 5-1] 우리나라 사망원인순위, 2009



자료 : 사망원인통계, 통계청

〈표 5-1〉 최근 25년간 만성질환 사망률 변화

질환명	1984	1989	1994	1999	2004	2009
암	72.4	88.2	109.3	114.2	132.6	140.5
심장 질환	48.9	38.5	42.3	38.8	36.7	45.1
-허혈성 심장 질환	2.9	7.6	12.2	18.4	26.2	26.0
-급성 심근경색증	-	-	-	-	19.2	19.0
뇌혈관 질환	66.6	62.4	82.1	72.9	70.1	52.0
고혈압성 질환	46.7	31.4	25.2	7.5	10.4	9.6
당뇨병	5.5	7.9	16.5	21.8	24.2	19.6
만성 하기도 질환	10.1	9.1	15.2	13.7	17.3	13.9
간 질환	30.9	29.2	28.4	23.4	19.0	13.8

자료 : 사망원인통계, 통계청

- 1998년부터 2009년까지 국민건강영양조사의 설문과 검진 등을 통해 주요 만성질환 유병률 변화를 비교해보니 고혈압, 당뇨병, 관절염, 암, 뇌졸중 등의 유병률이 약간의 부침은 있지만 안정화 되는 추세에 있음.

〈표 5-2〉 최근 10년간 만 30세 이상 인구의 만성질환 유병률 변화

질환명	1998	2001	2005	2007	2008	2009
고혈압	29.9	28.6	28.0	24.6	26.9	30.3
당뇨병	11.6	8.6	9.1	9.6	9.7	10.0
고콜레스테롤혈증	9.9	9.5	8.0	10.8	11.1	11.8
고중성지방혈증	10.2	20.3	16.7	16.9	17.4	16.9
관절염	10.8	11.7	15.0	13.4	13.1	11.9
협심증/심근경색증	0.8	1.1	2.1	2.5	2.0	1.6
암	-	-	2.1	2.4	2.8	2.9
뇌졸중(만 50세 이상)	2.8	3.4	4.5	4.7	4.3	3.3

자료 : 보건복지부·질병관리본부, 국민건강통계, 각년도.

□ 특히 고혈압, 심장 질환, 뇌졸중, 당뇨병 등 이른바 심뇌혈관계 만성 질환에 의한 질병부담의 증가는 우리나라 전체 의료비 증가의 주된 원인이 되고 있음.

- 국민건강보험공단 자료에 의하면 2004년부터 2009년 사이 건강보험 총 진료비 증가율은 당뇨병 등 내분비계 질환이 4.47배로 가장 높았고, 고혈압, 심장 질환, 뇌졸중 등 순환기계 질환이 3.63배로 두 번째로 높았음. 같은 기간 국민들의 총 진료비가 2.56배, 암 진료비가 2.65배 증가한 점을 감안하면, 이들 심뇌혈관계 만성질환이 전체 의료비 증가의 주된 원인임을 알 수 있음.
- 향후 급속한 인구 고령화와 함께 만성질환의 질병부담은 더욱 폭증할 것으로 예상됨. 정부가 이에 대한 별다른 대책을 마련하지 않을 경우 2030년 65세 이상 노인인구의 구성비가 24.1%가 되는 상황에서 국민의료비는 GDP 대비 16.8%로 치솟을 것이 예상됨. 이러한 상황에서 시급하게 만성질환에 대한 관리대책을 마련할 필요성이 제기된다고 하겠음.

나. 기존 만성질환관리사업 및 서비스제공체계의 문제점

□ 정부는 2002년에 국민건강증진종합계획을 수립하면서 2010년까지

고혈압, 당뇨병 등 만성질환의 유병률 및 사망률을 획기적으로 낮추겠다는 계획을 발표하였고, 그 구체적 대안으로서 2000년부터 추진한 보건소 중심의 만성질환관리사업을 강화하였음. 그런데 아직 <표 6-1>과 <표 6-2>에 제시된 바와 같이 고혈압, 당뇨병 등의 사망률과 유병률은 뚜렷하게 감소하고 있지 않는 상황임.

- 고혈압과 당뇨병으로 인한 합병증을 예방하기 위해서는 혈압과 혈당의 조절이 매우 중요함에도 불구하고 2009년도 만 30세 이상 유병자의 고혈압과 당뇨병 조절률은 각각 30.1%와 27.2%로 2007년도의 조절률 40.2%와 38.3%보다 오히려 감소한 것으로 나타남.

□ 보건소 중심의 만성질환관리사업은 ① 환자 발견 사업 및 등록사업, ② 지역사회 주민을 대상으로 한 프로그램의 개발 및 적용, ③ 환자의 추구관리사업 등의 형태로 이루어졌는데, 사업 수행 과정에서 다음과 같은 문제점을 드러냄.

- 첫째, 지역사회 주민 전체를 대상으로 하지 못한 채 보건소에 내원한 환자 및 방문간호사업에서 파악된 대상자만을 대상으로 하고 있음.
- 둘째, 등록 환자의 정보가 종합적으로 관리되지 못한 채 치료와 행태 교정에 관한 교육이 분리되어 실시되고, 행태 교정을 위한 교실 운영이 일회성 행사에 그치고 있어서 예방관리사업의 효과 및 효율성에 문제점이 드러남.
- 셋째, 만성질환관리의 지역 현황 및 기본 실태조차 제대로 파악하지 못하고 있음.

□ 보건소 중심의 만성질환관리사업이 이러한 문제점을 극복하기 위해서는 공공부문에 비해 그 수가 압도적으로 우세한 민간부문의 의료자원을 활용하는 방안이 모색되어야 함.

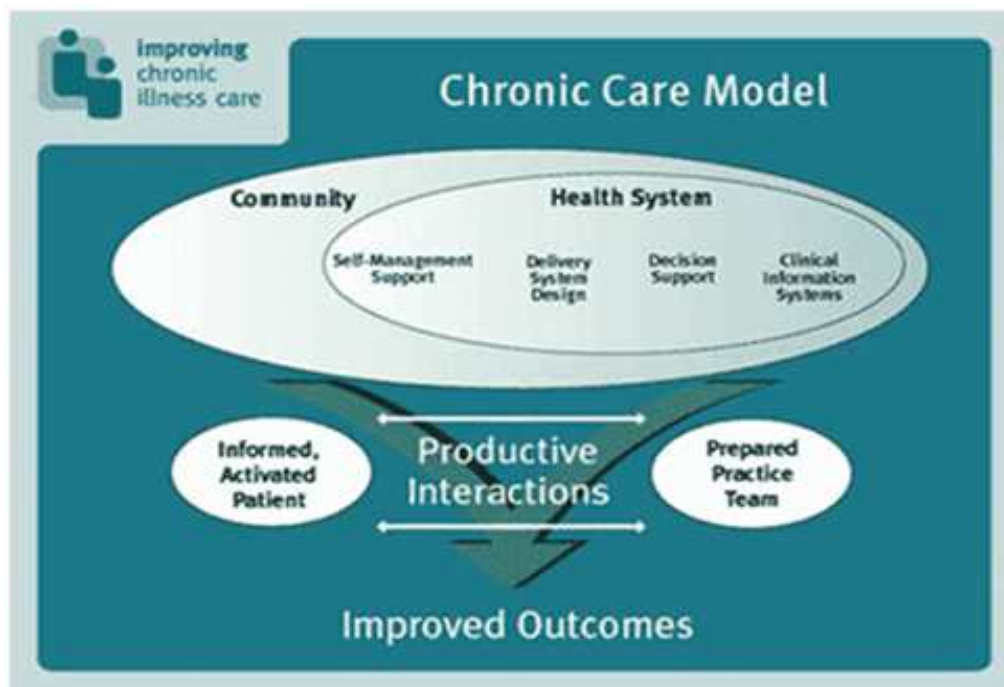
- 무엇보다 수적으로 우세한 민간의료기관과 협력이 이루어지지 않는다면 지역사회 전체를 대상으로 한 만성질환자의 등록관리는 원천적으로 불가능함. 따라서 민간의료기관을 지역 단위 만성질환관리사업의 한 주체로 설정하고, 협력관계를 형성하기 위한 실질적인 노력들이 요구됨.
- － 발견사업을 통해 지역사회에서 본인이 고혈압, 당뇨병인지 모르는 많은 수의 환자를 발견해도 민간의료기관과 협력체계가 구축되지 않으면 치료를 받기 원하는 환자들이 보건소로 집중되면서 보건소의 진료서비스 제공 업무만 비정상적으로 커진 채 실질적인 만성질환자 관리는 거의 이루어지지 못할 경우가 생김.
- － 민간의료기관의 경우도 보건소를 환자 진료의 경쟁상대로 인식하여 보건소가 이후 만성질환관리사업을 기획하고 사업에 필요한 지역사회 의료자원을 조직화하는데 협조를 하지 않게 됨.

다. 새로운 만성질환관리사업의 시도와 인센티브제도 도입의 필요성

- 질병관리에 선진적인 다른 나라들은 만성질환으로 인한 의료비 부담을 줄이고 의료서비스의 질을 향상시키기 위하여 “만성질환관리모형(Chronic Care Model)”으로 통용되는 혁신적인 만성질환관리체계를 오래 전부터 도입하였거나 좀 더 진화된 방식의 모형을 개발, 적용하고 있음.
- 만성질환관리모형은 양질의 만성질환관리서비스를 제공할 수 있는 의료체계의 핵심적 구성요소를 ① 지역사회(community), ② 의료체계(health system), ③ 자기관리지원(self-management

support) ④ 의료전달체계 설계(delivery system design), ⑤ 의사결정지원(decision support), ⑥ 임상정보시스템(clinical information systems) 등으로 규정하고, 과학적인 근거에 기반하여 이러한 구성요소를 개별적으로 변화시키거나 몇 가지 구성요소를 함께 변화시킴으로써 양질의 만성질환관리서비스를 제공할 수 있다고 하였음. 또한 자신의 만성질환을 적극적으로 관리할 수 있는 정보화된 환자(informed patients)와 전문성과 자원을 갖춘 공급자간의 상호작용을 촉진함으로써 이러한 목표를 달성할 수 있다고 하였음.

[그림 5-2] 만성질환관리 모형



□ 특히 의료서비스의 질, 공급자의 성과, 사회적 가치 등과 연결된 의료제도 개편, 즉 인센티브제도 도입을 통하여 만성질환관리의 성과를 높이하고자 하는 노력을 기울이고 있음. 실제 성과연동지불제도(pay for performance), 건강포인트제도 등으로 번역되는 관련 프로그램

들이 미국, 영국, 호주, 일본 등 서로 다른 보건의료제도를 가진 국가들 사이에 빠르게 확산되고 있음.

□ 우리나라의 성과연동지불제도, 건강포인트제도 등은 아직 초창기 수준으로 체계적인 만성질환관리 영역으로 발전하지 못하고 있음.

○ 다른 나라의 성과연동지불제도와 가장 유사한 우리나라의 진료비가감지급제도는 아직까지 의료서비스의 질 관리 영역에 한정되어 만성질환관리의 영역으로 확대되지 못하고 있음.

○ 건강포인트제도는 지난 2009년 3월부터 인천광역시에서 “만성질환 건강포인트 시범사업”의 형태로 진행되고 있으나, 다른 나라의 건강포인트제도와 비교하기에는 포인트제도의 효용성 측면에서 아직 한계가 많음. 단, 건강포인트제도는 환자의 만성질환 관리 성과에 따라 포인트가 부여됨으로 환자가 제도의 효과를 직접 체감할 수 있고, 환자의 정보를 전산체계를 이용하여 등록함으로써 효율적이고 효과적인 만성질환관리 서비스 제공이 가능하다는 장점이 있음. 또한 대구광역시 등에서 추진되고 있는 다른 만성질환관리사업과 비교하여 비용적인 측면에서도 지속가능하다는 장점이 있음. 따라서 이러한 건강포인트제도의 장점을 적극 활용하고 문제점을 보완하여 우리나라 현실에 맞는 방안으로 발전시켜야 할 과제를 안고 있음.

2. 연구목적

□ 만성질환자에 대한 사전예방적이고 체계적인 건강관리를 위하여 일부 선진 국가에서 활용하고 있는 건강포인트제도를 도입하여 우리나라 현실에 맞게 적용하는 방안을 개발함.

제2절 만성질환의 사전예방적 관리를 위한 국내외 사례

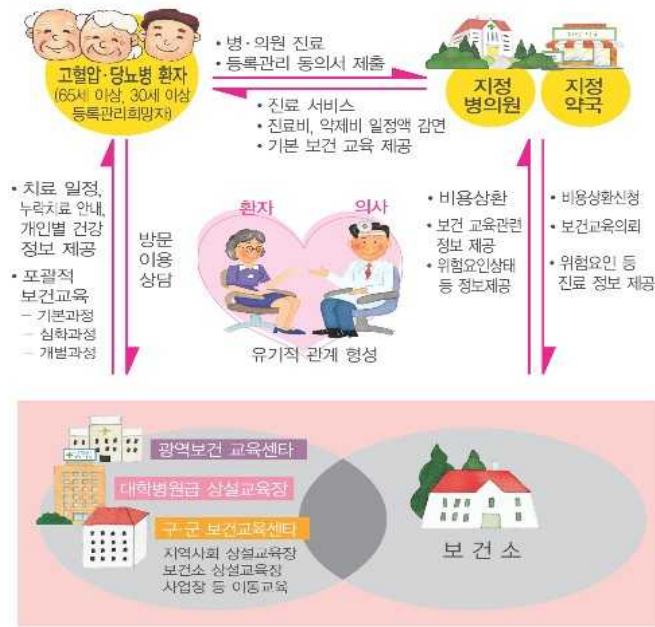
1. 우리나라

가. “심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업” 모형

- 기존 보건소 중심의 만성질환관리사업의 한계를 극복하기 위해 정부는 민관협력모형의 새로운 만성질환관리사업을 2007년 9월 대구광역시, 2009년 7월 경기도 광명시에서 시범적으로 추진하고 있음.
- 대구광역시에서 추진된 “심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업”은 65세 이상 고혈압·당뇨병환자가 병의원을 이용할 경우 본인부담금 일부(월 1회 기준으로 진료비 1,000원, 약제비 3,000원)를 경감하는 방식의 인센티브를 제공하면서, 환자등록전산시스템을 이용하여 등록된 30세 이상의 고혈압·당뇨병환자에게 교육과 상담 등을 통해 지속적인 치료를 유도하고 환자 스스로의 만성질환 관리 능력을 향상시키는 데 그 목표가 있음.
 - 비록 대구광역시가 2010년 9월부터 본인부담금 지원을 예산상의 이유로 중단하여 더 이상의 신규 환자 등록은 없지만, 대구광역시 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리사업은 2009년 12월 기준으로 10만1천여명의 환자가 등록한 상태임.
 - 아직 대구광역시 등록관리사업에 대한 종합적인 평가가 이루어지지 않았지만, 대구광역시 등록관리사업은 ‘대구광역시 고혈압·당뇨병 진료 병의원의 80% 이상이 참여하여 지역사회 민관협력체계가 구축되었다는 점’, ‘병의원 진료 환자의 80% 이상이 등록하였고 등록환자의 지속치료율이 비등록환자에 비해 크게 증가한 점’, ‘만성질환관리에 필요한 인력개발, 팀접근, 맞춤형 교육상담 등 질병관리 지원프로그램이 개발되었다는 점’ 등이 성과로 거론

되고 있음.

[그림 5-3] 대구광역시 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업 모형



○ 이러한 성과에도 불구하고 대구광역시 등록관리사업은 ‘등록환자가 인센티브 기전이 작동하는 65세 이상 환자에 집중되고, 65세 미만 환자에 대한 등록은 크게 늘지 않았다는 점’, ‘환자에 대한 본인부담 경감이기에 의료기관이 사업에는 참여하지만 적극적인 차원의 질병관리에는 소홀한 점’, ‘본인부담 경감이라는 인센티브가 그 자체로 끝나고 질병관리에 긍정적인 환자의 다른 행위로 연결되지 않는다는 점’ 등이 한계 또는 문제점으로 지적되고 있음.

□ 경기도 광명시에서 추진된 “심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업”은 대구광역시보다 2년이 늦게 시작된 만큼 대구광역시 사업의 시행착오를 극복한 사업 모델로 평가됨.

○ 단적인 예로 대구광역시가 의사회 등의 반발로 사업 정착에 어려움을 겪고 포괄해야 하는 지역과 인구수가 많아 등록관리에 많은 시간을 소요해야 했다면, 광명시는 인구 31만명 소도시의 장점을

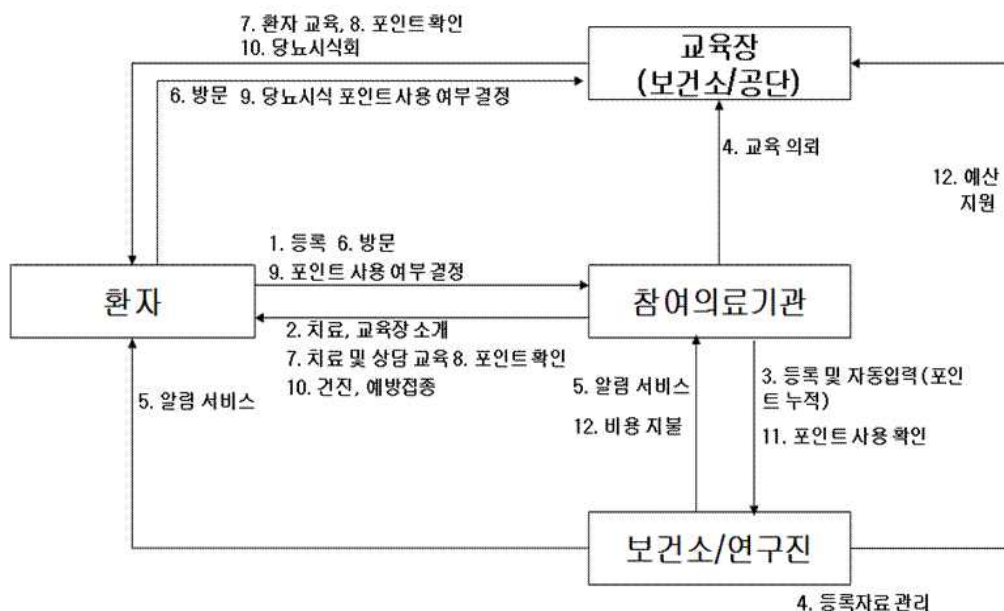
살려 사업 시작 2개월만에 병의원의 98%, 약국의 100%가 사업에 참여하고 65세 이상 고혈압·당뇨병환자 대부분이 등록관리에 참여하는 등의 압축 성장을 거두었음.

- 하지만 대구광역시와 마찬가지로 ‘65세 미만 고혈압·당뇨병환자의 참여가 저조한 점’, ‘의료기관이 사업에는 참여하지만 적극적인 차원의 질병관리에는 소홀한 점’, ‘본인부담 경감이라는 인센티브가 질병관리에 긍정적인 환자의 다른 행위로 연결되지 않는다는 점’ 등이 문제점과 한계로 지적됨.

나. “만성질환 건강포인트 시범사업” 모형

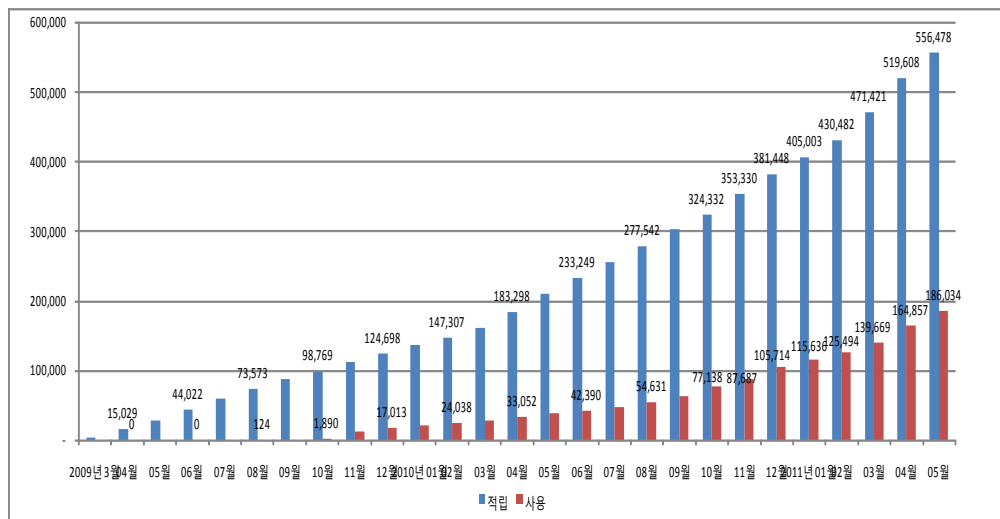
- 정부는 대구광역시 및 경기도 광명시 만성질환관리사업 모델과 다른 새로운 방식의 만성질환관리사업을 2009년 3월부터 인천광역시에서 시범적으로 추진하고 있음.

[그림 5-4] 인천광역시 만성질환 건강포인트 시범사업 모형



- 인천광역시에서 추진된 “만성질환 건강포인트 시범사업”은 고혈압·당뇨병환자가 정기적으로 일차 의료기관을 방문하여 치료를 받거나 의료기관과 보건소 등에서 교육 등을 받으면 건강포인트가 적립되고 이 포인트를 해당 의료기관에서 필수 검사나 예방접종비로 사용할 수 있는 사업으로, 대구광역시 및 경기도 광명시 모델과 마찬가지로 환자의 지속적인 치료와 만성질환 관리 능력 향상에 그 목표가 있음.
- 인천광역시 건강포인트 시범사업은 2011년 5월 기준으로 고혈압·당뇨병 진료 병의원의 50% 이상이 사업에 참여하고, 4만3천여명의 고혈압·당뇨병 환자가 등록하는 등의 실적을 거두었음.
- 인천광역시 건강포인트 시범사업은 대구광역시 및 경기도 광명시와 마찬가지로 ‘민관협력체계가 구축되었다는 점’, ‘등록환자의 지속치료율이 비등록환자에 비해 증가한 점’, ‘만성질환관리 지원 프로그램이 개발되었다는 점’ 등이 성과로 거론되고 있음. 또한 대구광역시 및 경기도 광명시와 달리 ‘65세 미만의 환자의 등록이 전체 등록의 51%에 달한다는 점’과 ‘환자에 대한 인센티브가 필수 검사나 예방접종 등 다른 긍정적인 질병관리 행위로 연결되었다는 점’도 성과로 거론되고 있음.
- 하지만 ‘건강포인트 사용 항목이 필수 검사나 예방접종으로 국한되어 포인트 사용이 활발하지 못한 점’, ‘포인트를 해당 의료기관에서만 사용하도록 하지만 의료기관에 대한 유인동기는 크지 않는 점’ 등이 한계와 문제점으로 지적됨.

[그림 5-5] 인천광역시 건강포인트 적립 및 사용포인트 누계 현황



2. 미국

가. 주정부의 만성질환관리 - 메디케이드 질병관리프로그램

□ 민간의료보험 중심의 재원조달체계를 갖고 있는 미국은 일찍부터 질병관리(disease management, DM)의 개념이 대두되었고, 현재는 저소득층과 노인을 위주로 하는 메디케이드와 메디케어까지 그 영역을 확장하였음.

- 질병관리의 목표는 만성질환을 대상으로 하며, 만성질환의 발생과 이로 인한 합병증을 감소시킴으로써 개인의 삶의 질을 향상시키고 건강관리 비용을 감소시키는 것임. 만성질환 관리를 위한 서비스 제공의 비용을 줄이면서 보다 향상된 보건의료서비스를 제공하기 위한 방법이 질병관리의 핵심임.
- 2000년 카이저 위원회의 연구결과에 따르면 97%의 메디케이드 관리의료조직(Health Maintenance Organization)들이 적어도 하나 이상의 사례관리 프로그램을 후원하는 것으로 알려져 있음.

- 버지니아 경우 1990년대 초 메디케이드 수급자에 대한 만성질환관리사업이 일환으로 Virginia Health Outcomes Partnership(VHOP) 프로그램이 시행되었음.
- 1993년 일차 의료에서 천식 환자의 치료에 MEDALLION 프로그램 교육, 1999년 Disease State Management(DSM) 프로그램으로 개정되면서 주 전반에 걸친 질병관리 프로그램으로 변경되었음.
 - － 버지니아 DSM은 당뇨, 고혈압/울혈성심부전, 우울증, 위식도 역류/소화성궤양, 천식/만성폐쇄성폐질환의 5개 질병군을 대상으로 하여 그 평가와 진료 시 임상적 향상을 위한 의료 공급자 교육, 환자 자가 관리 평가와 모니터링을 시행하고 있음.
- 플로리다의 경우는 질병관리기관들이 1대 1로 최신치료방법을 교육하기 위해 전담 의사를 고용하고, 등록된 간호치료관리자가 직접 환자를 만나서 관리 하는 등 노동집약적인 관리방식을 통해 질병관리를 시행하고 있음.
- 이러한 프로그램은 환자의 건강 행태를 개선함으로써 비용을 줄이도록 설계되었으므로 이 분야의 전문가가 아닌 사람에게도 비교적 쉽게 지지를 얻어낼 수 있었으나 타 관리 프로그램들에 비하면 상당히 노동집약적이고 비용이 많이 든다는 단점이 존재함. 또한 집행과정에 세심하게 고려해야 할 실무적 문제들이 매우 많고 궁극적인 건강개선 및 비용절감을 달성할 수 있을 것인지가 불확실하다는 점에서 한계가 존재함.

나. 연방정부의 만성질환관리: PGP(Physician Group Practice)

- 메디케어 프로그램에서 의사를 대상으로 실시하는 최초의 P4P(pay

for performance) 사업으로 2005년 4월에 시범적으로 시작되었는데, PGP 수준에서 질 향상과 비용절감에 대한 인센티브를 제공하는 내용으로 구성되어 있음.

- PGP는 메디케어 행위별 수급자들을 질병관리 대상 환자로 선정하였고 의료비 지출이 높고 가장 흔한 당뇨, 울혈성심부전, 관상동맥 질환 및 고혈압 등의 만성질환과 예방서비스 등을 대상 질환으로 선정하였음.
- PGP의 기본 원리는 환자들에게 통합적인 질병관리 서비스를 제공하고 이를 통한 보건의료서비스의 질과 효율성 향상에 대해 의사들에게 금전적 보상을 제공하는 방식임.
- 10개의 대규모 의료진을 시범사업 수행그룹으로 설정하여 2004년 1월~12월을 기준연도로 삼고 2005년 4월 1일부터 시범사업을 시행한 후 2008년 3월 31일까지 3년간 진행되었음. 메디케어의 급여범위에 속한 모든 환자들이 시범사업에 포함하도록 하였는데, 기준년도에 참여 PGP로 수급자를 할당하고 각 시행연도마다 다시 할당하는 방식으로 이루어졌음. PGP로 할당되지 않은 메디케어 행위별 수가서비스 수급자를 비교집단으로 정하여 비교 분석하였음.

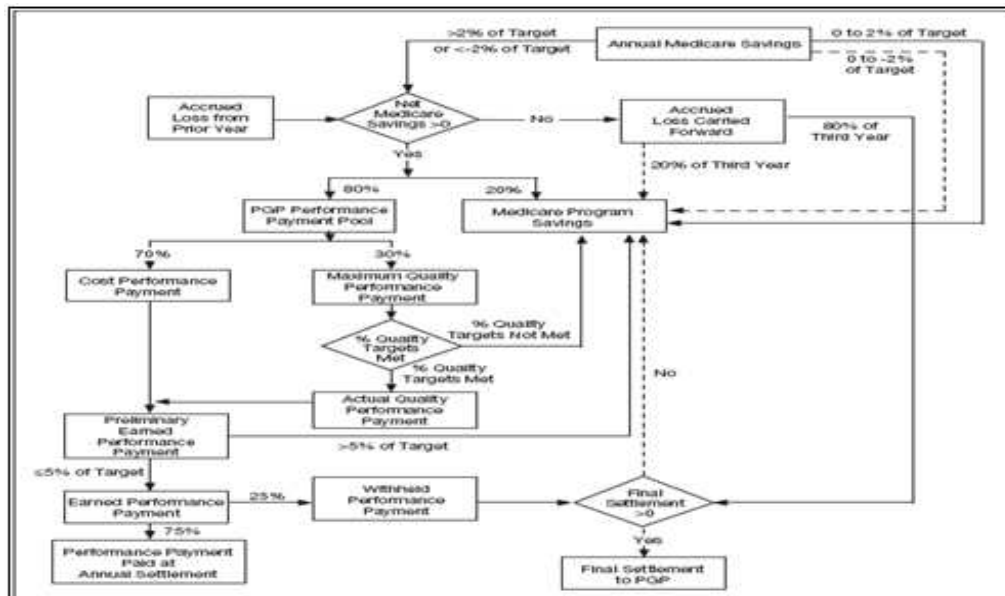
□ PGP의 주요 목표와 기본적인 사업모델은 다음과 같음.

- PGP의 목표는 첫째, 메디케어 Parts A(Hospital insurance: 입원환자)와 Parts B(Medical insurance: 외래환자) 서비스의 통합을 촉진하고, 둘째, 효율적인 서비스 전달을 위해 관리 구조와 과정에 대한 투자를 촉진하며, 셋째, 보건의료 과정과 결과를 향상시킨 의료진에게 경제적 보상이 돌아가도록 하는 데에 있음.
- PGP는 환자 치료과정에 대한 관리와 조정을 통해 더 높은 질과 더 큰 비용절감을 달성할 수 있다는 가정에 기초해 있음. PGP

시범사업은 shared savings provider payment model을 채택하였는데, 이는 메디케어 지출의 절약분을 참여 의사집단과 메디케어 프로그램이 나누는 방식임. 또한 이 모델은 참여 공급자들에게 의료서비스의 부피와 강도를 조절하려는 재정적 인센티브를 주도록 구성되어 있음.

- 해당지역의 메디케어 지출 증가율을 감안하여 시범사업 기간 중에 발생할 예상 지출액을 계산하고, 이를 실제 시범사업 참여 환자들의 메디케어 진료비 지출액과 비교하여 PGP 참여 환자들의 연간 실제지출액이 목표 지출액보다 일정한 비율 이상 낮으면 보너스지불액을 받을 수 있는 자격을 부여받도록 되어 있음.
- 메디케어 총 지출액은 PGP에 할당된 각 수급자들에 대해 입원환자, 외래환자, 숙련간호사시설, 의사/공급자 Part B, 의료기기, 가정건강센터 청구자료로부터 계산하였음. 질 보너스는 각각의 수행지표가 있어 그를 만족시키는 정도에 따라 인센티브 지급 비율이 달라지도록 하였음.
- 서비스의 부피를 조절하려는 인센티브를 만들어내는 것 외에 PGP 시범사업 모델은 메디케어의 행위별수가제 프로그램의 시장지배력을 이용하여 공급자에게 지불되는 행위별수가제 비율을 낮추도록 만들었음. 절대적인 비용조정 목표에 의존하기보다 PGP 시범사업 모델은 비용조절 효과를 판단하기 위하여 지역적 비교집단을 고용함으로써 공급자들 사이에 표준척도 경쟁을 창출하도록 하였음.

[그림 5-6] Shared savings provider payment model



3. 영국

- 2004년 이후 NHS의 GP(General Physician) 지불방식이 대폭적인 변화를 겪게 되는데, GP의 보수가 이제 QOF(Quality and Outcomes Framework)라는 질 평가 점수에 직접적으로 연관된 점이 가장 큰 변화임.

〈표 5-3〉 2004년 전후 GP 지불방식의 변화

영역	2004년 이전	2004년 이후
계약 주체	GP 개인 단위	클리닉 단위
지불방식	GP 등록 환자수 기준 인두제	클리닉 등록 환자 기준 총액 계약
인센티브	GP 연차 진료가산 수당 특정진료 행위별 인센티브 (왕진, 예방접종, 아동보건 등)	QOF ¹⁾ (질적 수준에 따른 인센티브) LES ²⁾ (지역보건사업 인센티브)
예방사업	자발적 참여	법적 의무화(총액 계약)

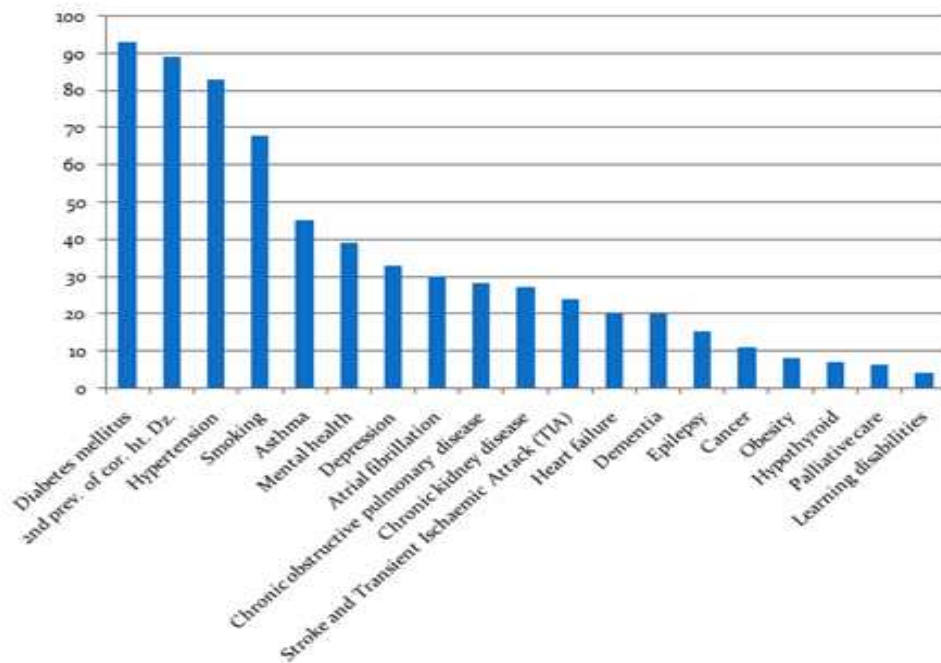
주 : 1) QOF(Quality and Outcome Framework): 만성질환 관리 성과에 포인트를 부여하여 인센티브 지급
2) LES(Locally Enhanced Services): 특정 지역에서 빈발하는 질병의 효율적 예방을 위해 지역특화 공공보건 사업 인센티브 지급

- QOF의 성공은 튼튼하고 임상적으로 유의미한 지표들의 조합을 설계하는 것과 재정적 인센티브에 따르는 의사들의 행위 변화 및 환자 치유 향상에 달려 있음.
- QOF 지표는 <표 5-4>처럼 임상, 조직, 환자 경험, 부가서비스 등 네 영역으로 구성되어 있으며, 임상 영역별 포인트 내역은 <그림 5-7>과 같음.
- 의사들에 대한 재정적 인센티브 지급은 매년 4월 1일 기준으로 클리닉이 목표 포인트를 산출하여 QOF 계획서를 작성해서 제출하면 목표 포인트의 60%에 해당하는 금액을 다음 해 4월 1일까지 월 단위로 나누어 지급(aspiration payment)하고, 목표를 달성했을 때 나머지 40%에 해당하는 금액을 일괄 지급(achievement payment)하는 방식으로 구성되어 있음.

〈표 5-4〉 QOF의 구성 영역과 지표

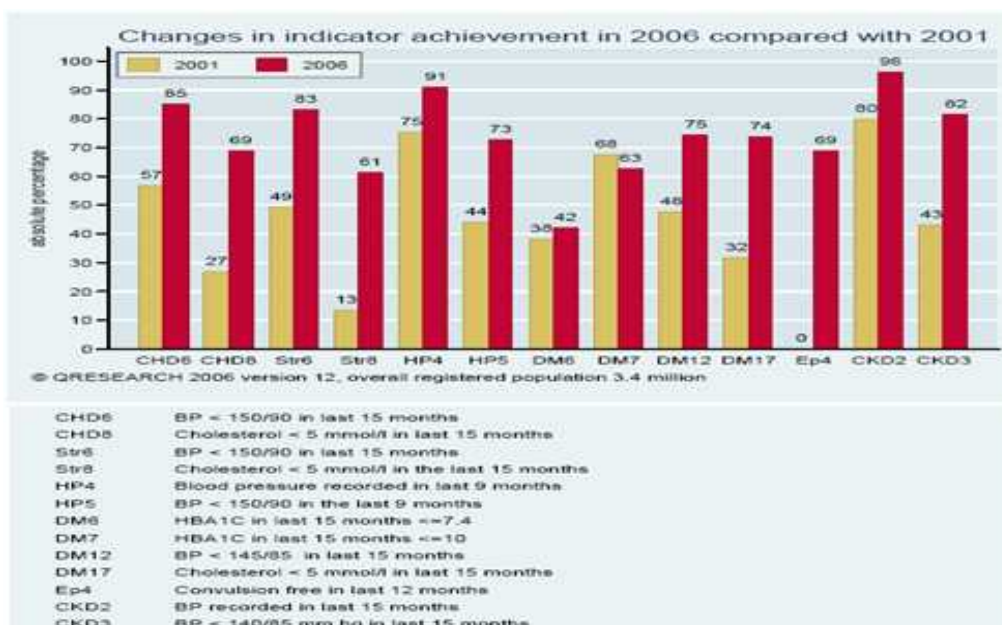
영역	지표	
임상 영역 (650 point)	Asthma Atrial fibrillation Cancer Chronic kidney disease Chronic obstructive pulmonary disease Dementia Depression Diabetes mellitus Epilepsy Heart failure	Hypertension Hypothyroidism Learning difficulties Mental health Obesity Palliative care Secondary prevention in coronary heart disease Smoking indicators Stroke & transient ischemic attacks
조직 영역 (167.5 point)	Education & training Information for patients Medicines management	Practice management Records & information about patients
환자경험 영역 (146.5 point)	Length of consultation Patients surveys	
부가서비스 영역 (36 point)	Cervical screening Child health surveillance	Contraception Maternity services

[그림 5-7] 임상 영역별 포인트 내역



□ 2004년 이후 QOF의 성공을 보면, 2001년에 비해 2006년의 지표별 달성 비율이 크게 향상된 것으로 나타남.

[그림 5-8] QOF의 성과



4. 호주

- 호주는 GP에 대한 보수 지불이 메디케어에서 이루어지면서, 일차의료 영역의 만성질환관리 역시 GP에 대한 메디케어의 지불방식과 연동되어 추진되고 있음.
- 메디케어의 만성질환관리사업은 크게 건강진단 및 평가, PIP(Practice Incentive Program), 만성질환관리프로그램, 정신보건 프로그램 등으로 구성되어 있음.
 - 먼저, 건강진단 및 평가는 노인 인구의 건강 평가, 취약 집단의 건강 평가, 아동 집단의 건강 진단, 중년세대(45~49세) 건강진단 등을 통해 만성질환을 조기에 발견할 수 있도록 프로그램임.
 - 둘째, PIP는 질 향상의 성과에 기반하여 GP에게 인센티브를 주는 방식인데, 행위별이 아닌 질 평가에 기초하여 보수를 지불하고 있음. 예를 들어 GP가 ‘환자 정보 관리’, ‘교육’, ‘일과 후 진료’, ‘진료지침에 근거한 서비스 제공’ 등을 할 경우 인센티브를 주는 방식임.
 - 셋째, 만성질환관리프로그램은 일종의 비급여의 급여화라 할 수 있는데, GP가 만성질환자의 치료 계획을 수립(GPMP, GP Management Plan)하고 그에 따라 필요한 서비스를 연계(TCA, Team Care Arrangement)할 수 있도록 만성질환관련 수가 항목을 신설하고 있음.
 - 넷째, 일반적인 만성질환과 별도로 정신보건에 해당하는 치료계획 수립 및 서비스의 연계(GP Mental Health Care Program)는 별도의 수가를 책정하여 부가적으로 지급함으로써 정신보건에 대한 통합적 접근을 강화하고 있음.
- 1년 간의 진료 성과에 기초하여 GP에게 경제적 인센티브를 주는 PIP의

가장 대표적인 사례로 PIP의 한 구성 분야에 해당하는 SIP(Service Incentive Program)의 National Integrated Diabetes Program을 들 수 있음.

- National Integrated Diabetes Program은 혈압, 체질량지수, 당화혈색소(HbA1c), 지질, 위험요인 등에 대한 정기 검사와 망막, 신장, 발 등 당뇨병의 주요 합병증 발생 부위에 대한 검사를 임상진료지침에 의거하여 잘 수행하는지를 성과로 평가하고, 그에 따라 인센티브를 주고 있음. 그리고 이러한 인센티브는 GPMP, TCA 등과 병행이 가능하도록 설계되었음.
- SIP에 대한 자체 평가 결과에 의하면, GP의 90% 이상이 참여할 의향이 있음을 밝혔고, 70%가 SIP 지불보상을 받았는데, 그 중 50%가 결과 목표에 도달한 것으로 나타남.

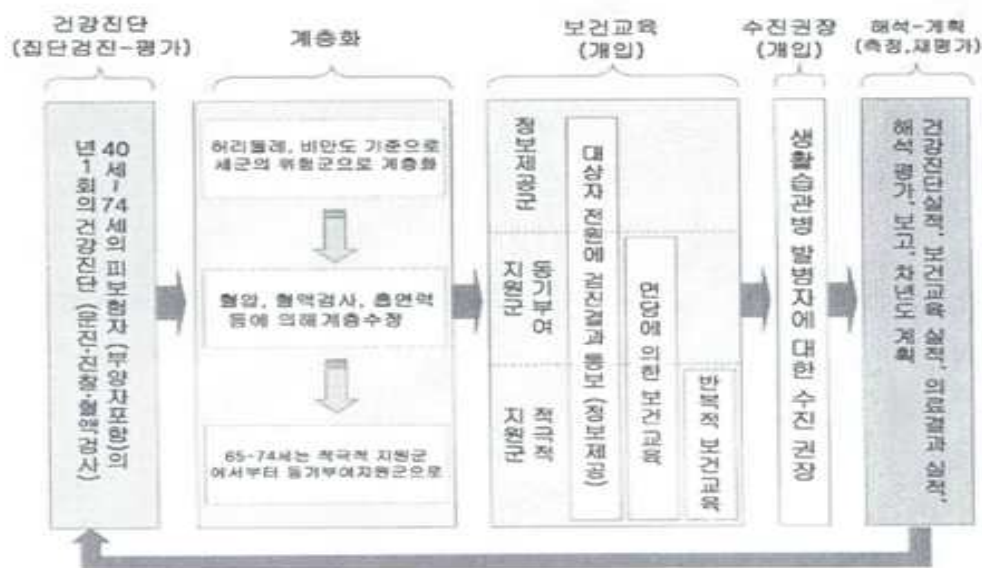
5. 일본

가. 특정검진제도(Tokutei-Kenshin System)

- 일본의 경우 생활습관병 대책을 위해 검진 및 보건지도에 대사증후군(Metabolic Syndrome)의 개념을 도입하여 뇌졸중이나 심장병을 사전에 예방하고자 하고 있음.
 - 특히 2006년 6월에 이르러서는 특정건강검진 프로그램을 시행하도록 의료법을 개정하여, 생활습관병 예방에 대한 보험자의 역할을 명확히 하였음.
- 2008년 4월부터 시행된 특정검진제도는 매년 40~74세의 일본 국민에게 검진 및 만성질환관리를 시행하고 있는데, 검진 결과에 따라 ‘정보제공군’, ‘동기부여지원군’, ‘적극적지원군’으로 계층화하여 보건교육을 포함한 맞춤형의 보건지도를 실시하고 있음.

- 한편 특정검진제도는 2013년부터 보험자가 제시한 목표를 충족시키지 못하는 경우 경제적인 패널티를 받도록 계획하여 만성질환관리의 성과 개선을 더욱 독려하고 있음.
- 구체적으로 목표를 달성하지 못하면 10%의 보험료를 추가 지불하고, 달성하면 보험료의 10%를 감면할 계획이며, 보험자는 보건의료서비스기관(healthcare provider company)에게 계약을 통해 보건지도에 대한 내용을 위탁할 수도 있음.

[그림 5-9] 특정검진제도의 체계



나. 후쿠오카 지역의 “카르나 프로젝트(Carna Project)” 모형

- 카르나 프로젝트는 1990년대 미국 민간보험회사의 질병관리사업을 일본에 적용한 모형으로 간호사 또는 영양사로 구성된 콜센터를 매개로 하고 있음.
- 콜센터 직원은 보험자, 의료기관, 환자에게서 얻은 모든 자료를 근거로 하여 전화, 우편, 전자메일을 통해 환자에게 정기적으로

“생활습관에 대한 중재”와 같은 1차 예방서비스를 제공하고 있음. 또한 주치의와 의료기관에 대해 “환자가 외래에 지속적으로 다닐 수 있도록 중재”하는 2, 3차 예방서비스를 제공하고 있음.

- 1, 2, 3차 예방은 공통적으로 ICT(Information & Communication Technology)를 이용한 콜센터 서비스를 적용함.

[그림 5-10] 일본 카르나 프로젝트의 당뇨병 1, 2, 3차 예방 개요



- 카르나 프로젝트의 건강포인트제도는 “마일리지”와 유사한 시스템으로 ① 병의원을 정기적으로 방문하거나, ② 혈압, 혈당, 건강생활실천 정도 등에 대해 의사의 평가를 받거나, ③ 당화혈색소 수치를 관리할 경우 포인트를 받을 수 있도록 설계하였음. 그리고 환자는 이 포인트를 사용하여 지역 내 건강 식당과 운동시설, 승마장 등을 할인 받으며 이용할 수 있도록 함.

〔그림 5-11〕 일본 카르나 프로젝트의 포인트 적립 예

	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
정기적인 의사 방문	100 point	100 point	100 point		100 point	100 point	100 point		100 point	100 point	100 point	100 point
의사에 의한 평가	100 point	100 point			100 point	100 point	100 point			100 point	100 point	
당화혈색소 (HbA1c)		100 point			100 point				100 point	100 point	100 point	

제3절 우리나라에 적합한 건강포인트제도 도입방안

1. 건강포인트제도 관리모형 개발

가. 대상자 범위

□ 대상자의 연령을 제한하지 않고 모든 연령군에 적용함.

- 대구광역시와 경기도 광명시에서 추진된 “심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업”과 같이 65세 이상 노인 인구에 우선 적용을 고려해 볼 수 있겠지만, 고혈압, 당뇨병 등 만성질환관리에 있어 취약한 연령대가 40~50대 인구집단이고, 조기에 발견하여 관리했을 때 합병증 예방 등 만성질환관리의 효과가 극대화될 수 있다는 점에서 특정 연령대를 우선적으로 접근하는 방법보다 모든 연령대에서 동시에 적용하는 방안이 타당하다고 판단됨.

- 또한 대다수 환자가 30세 이상이라는 점에서 30대 이상으로 제

한하는 방안도 검토해 볼 수 있으나, 최근 30대 미만에서도 고혈압, 당뇨병 등이 적지 않게 발병하는 것을 고려하여 연령에 대한 제한을 두지 않는 것이 타당하다고 판단됨.

□ 고혈압, 당뇨병을 우선 대상 질환으로 선정하여 단계적으로 범위를 확대함.

- 고혈압과 당뇨병에 대한 관리를 먼저 하고 단계적으로 확대하는 방안은 의료기관의 수용성이 높고 사회적 공감대가 상당 부분 형성되어 있으면서 비용 효과 및 비용 편익이 크다는 장점이 있음. 단, 질병별 접근 자체가 일차의료를 파편화시킬 수 있는 위험성이 있고, 다른 질환자에 대한 형평성 문제가 발생할 수 있다는 단점이 있음.
- 반면 대상 질환을 만성질환 전체로 하는 방안은 일차의료의 포괄성과 주치의로서 역할 측면, 형평성 문제 등을 고려할 때 장점이 있는 반면, 의료기관의 수용성이 낮고 비용편익이 입증되지 않는 질환도 포함된다는 점에서 단점이 존재함.
- 이처럼 대상 질환을 만성질환 전체로 하는 방안은 장점이 늦게 나타나는 반면, 단점은 바로 나타난다는 점에서 정책 결정에 부담이 따를 수 밖에 없음. 따라서 포괄성 및 형평성 측면에서 일부 문제가 있을 수 있지만 제도의 안착 가능성에 강조점을 두어 고혈압, 당뇨병부터 단계적으로 확대해 나가는 것이 바람직할 것으로 판단됨.
- 외국의 사례 및 문제의 크기(유병률), 심각도(치명률, 질병부담), 관리가능성(수용성 포함) 등을 고려하여 단계적으로 확대해 나갈 대상 질환으로 고지혈증, 허혈성 심장질환, 울혈성 심부전, 뇌졸중, 만성 폐쇄성 폐질환, 천식, 위궤양, 만성신부전, 관절염, 요통, 골다공증, 우울증, 알츠하이머병, 금연, 유방암 검사 등을 우선적

으로 검토해 볼 수 있음.

나. 대상 의료기관 유형

□ 의원급 의료기관을 대상 의료기관으로 하되, 전문 진료과목의 제한은 없앴.

○ 만성질환관리를 위하여 환자가 최초로 접촉하게 될 일차의료기관 이자 등록관리를 통하여 고혈압, 당뇨병 환자에 대한 지속치료를 수행할 의료기관을 의원급 의료기관으로 한정하는 방안과 병원급 의료기관으로 확대하는 방안의 장단점을 비교할 때 의원급 의료기관으로 한정하는 방안이 더욱 타당할 것으로 판단됨.

－ 의원급 의료기관으로 한정하는 방안은 일차의료 수준에서 만성질환관리의 원론적 모형에 더 가깝게 만성질환관리에 대한 독립적인 접근이 가능하다는 점과 의원의 개원의에게 좀 더 포괄적 진료를 할 수 있도록 유인하는 수단이 될 수 있다는 점에서 장점이 있음. 단, 환자의 접근성에 있어서 일부 장애가 발생할 수 있다는 점에서 단점이 있음.

－ 병원급 의료기관까지 확대하는 방안은 접근성 측면에서 장점이 있는 반면, 지금과 같이 일차의료 영역에서 의원과 병원 간 경쟁관계가 해소되지 않고 유지된다는 점과 의료의 지속성과 포괄성이 저해되는 요소를 갖추게 된다는 점 등에서 부정적임.

－ 따라서 의원급 의료기관으로 제한할 경우 접근성의 장애는 일부 있겠지만, 만성질환관리에서 의원의 역할을 강화할 수 있고 부분적이나마 전달체계를 개선할 가능성이 존재하기 때문에 의원급 의료기관으로 대상을 제한하고자 함.

- 참여 의료기관의 전문 진료과목은 제한하지 않고 모든 의원급 의료기관이 참여할 수 있도록 열어 놓는 것이 타당할 것으로 보임.
 - － 만성질환관리의 질적 측면을 고려할 때 내과와 가정의학과 중심으로 가는 것이 타당하다는 의견이 있을 수 있으나, 현재의 의료체계에서 다양한 전문 진료과목의 의원에서 고혈압과 당뇨병에 대한 관리가 이루어질 수밖에 없고 특정 진료과목으로 제한했을 때 만성질환관리사업에 대한 의사회 전체의 동의를 얻기 어려운 상황이기 때문에 진료과목을 제한하지 않고 진행하는 것이 사업의 수행가능성 측면에서 타당할 것으로 판단됨.
- 의료제공자에게 인센티브를 제공하여 환자의뢰체계가 작동하도록 함.
 - 병원, 특히 종합병원과 대학병원은 일차의료기관의 의뢰를 통하여 중증도가 높은 고혈압, 당뇨병 환자를 중심으로 관리가 이루어질 수 있도록 함. 하지만 제도적으로 일차의료기관이 Gatekeeper의 역할을 할 수 있는 것이 아니기 때문에 수가의 조정을 통하여 환자의뢰체계가 작동하도록 함.
 - 적절한 의뢰기준에 따라 상급의료기관에 의뢰하는 일차의료기관에게 의뢰에 대한 인센티브를 제공하고, 상급의료기관에서 관리할 필요가 없는 환자에 대해 일차의료기관으로 역의뢰하는 상급의료기관에게도 인센티브를 제공하는 방안을 마련함.

다. 관리 운영 주체와 예산

- 건강포인트제도 관리 운영 주체에 대한 방안으로 ① 질병관리본부가 건강포인트제도 관리 운영의 책임을 모두 지는 방안과 ② 질병관리본부가 건강포인트제도 관리 운영에 대한 전반적인 책임을 지고 건강보험공단에서 의료제공자의 급여서비스와 관련된 부분을 부분적으

로 책임지는 방안 등 두 가지 방안을 검토할 수 있음.

- 첫 번째 방안은 질병관리본부가 건강포인트제도와 관련된 만성질환관리를 총괄적으로 기획하고 관리하면서, 의료기관에서 이루어지는 급여서비스 관리 및 지불 보상까지도 같이 책임지는 방안임. 반면 두 번째 방안은 <표 5-5>와 같이 총괄 관리 운영의 책임은 질병관리본부에서 지더라도, “의료제공자의 검진 및 치료서비스 제공에 소요되는 비용 조달” 등 의료제공자의 급여서비스와 관련된 부분은 국민건강보험공단에서 책임지는 방안임.

〈표 5-5〉 건강포인트제도 관리 운영 주체 방안 2: 역할 분담 방안

질병관리본부	국민건강보험공단
○ 건강포인트제도의 총괄 기획과 관리	○ 의료제공자의 급여서비스 관리 및 지불보상
<ul style="list-style-type: none"> - 만성질환자 등록관리 총괄 - 보건소나 건강증진센터 등을 통한 질병 조기 발견 소요 비용 조달 - 보건소나 건강증진센터 등을 통한 건강생활실천활동 지원 - 임상진료지침 개발 - 표준화된 서비스 제공 보장 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료제공자의 검진 및 치료서비스 제공에 소요되는 비용 조달 - 의료기관 인센티브 제공 - 연계서비스 제공 - 운동 및 영양 상담 서비스에 대한 바우처 제공 및 관리 - 급여서비스의 질관리

□ 두 가지 방안의 장단점을 비교 분석해 볼 때, 건강포인트제도 관리 운영의 책임은 질병관리본부가 지더라도 의료제공자의 급여서비스와 관련된 부분은 국민건강보험공단에서 책임지는 방안이 더 합리적일 것으로 판단됨.

- 질병관리본부가 건강포인트제도 관리 운영을 모두 책임지는 첫 번째 방안은 “건강식당 운영” 등 국민건강보험공단에서 급여로 포함시키기 어려운 만성질환관리 서비스 영역까지 포함할 수 있다는 장점이 있음. 또한 의료제공자의 수용성도 국민건강보험공단이 책임질 때보다 훨씬 더 높을 것으로 예상됨. 하지만 사업이 전국적인 규모로 확대되면 현행 건강보험의 급여비 지급과는 별

도의 서비스 비용 청구 및 지불보상체계가 있어야 한다는 점에서 행정 비용이 많이 발생하며, 예산 증가에 따른 중앙정부의 부담이 커진다는 단점이 있음.

- 국민건강보험공단이 급여서비스와 관련된 부분을 책임지는 두 번째 방안은 총괄 관리의 책임은 질병관리본부에서 지더라도 만성질환관리 서비스의 핵심인 치료서비스가 건강보험의 급여와 연동될 수밖에 없고, 대부분이 급여 확대에 해당하는 서비스라는 점에서 합리적인 부분이 많음. 반면, “건강식당 운영” 등 급여화하기 어려운 사회적 성격의 서비스는 급여방식으로 관리가 어렵다는 점에서 서비스의 포괄성이 제한될 수 있다는 단점이 존재함.
- 이처럼 질병관리본부가 관리 운영의 책임을 모두 지는 것은 앞에서 열거한 많은 장점에도 불구하고 사업이 전국적인 규모로 확대되면 건강보험의 급여와 연동될 수밖에 없다는 점에서 비효율적이며, 재원 조달의 안정성 측면에서도 한계가 있음. 따라서 등록 관리에 따른 의료제공자의 서비스와 그와 연동된 급여서비스에 대한 비용 조달은 국민건강보험공단이 책임지고, 추구관리 서비스 및 Allied Health Service에 대한 관리 운영에 대한 책임은 질병관리본부와 보건소가 담당하는 방향으로 나아가는 것이 보다 더 합리적일 것으로 판단됨.
- 의료기관의 만성질환관리 서비스에 대한 지불 보상을 국민건강보험공단에서 책임질 경우 의료기관에서 소요되는 비용과 환자 본인부담 경감에 의해 소요되는 비용은 건강보험 재원에서 충당하고, 환자의 자가관리 지원을 위한 포인트제도 및 관련 지원사업에 소요되는 재정부담은 정부 예산에서 충당하도록 함.

라. 등록관리체계 운영

- 의원급 의료기관의 청구프로그램, 개인별 의무기록정보 등과 연동된 등록관리프로그램을 개발하여 운영함.
 - 환자가 의료기관 및 포인트 사용처에서 건강포인트 누적 현황을 쉽게 확인할 수 있도록 멤버십 카드를 개발하여 운영함.
 - 등록관리체계 내에 “다음 진료일 알림서비스” 등을 포함한 Reminder System을 개발하여 운영함.

2. 일차의료기관의 서비스와 인센티브 방안 개발

가. 일차의료기관의 서비스 범위와 항목

- 일차의료기관에서 제공할 서비스 항목은 현재 제공하고 있는 진료서비스 및 검사 등의 서비스를 포함하여 케어플랜 수립 및 케어 코디네이션 등에 관한 서비스 항목을 기본적으로 포함하는 것으로 함.
- Allied Health Service 제공 방안에 대해 ① 가능한 모든 Allied Health Service를 일차의료기관에서 직접 제공하는 방안과 ② 일부 서비스를 제외한 상당수의 Allied Health Service를 별도의 기관에서 제공하는 방안 등 두 가지 방안을 비교 검토할 때, 두 번째 방안이 현실적으로 타당할 것으로 판단됨.
 - 첫 번째 방안은 서비스 인력을 일차의료기관에서 고용하여 환자에게 서비스를 제공하는 방안인데, 의료기관 관리 하에 있기에 사례관리가 용이하고 환자가 포괄적 서비스를 받을 수 있으며 환자의 지속치료율이 향상될 수 있다는 장점이 있음. 하지만, 전문인력 채용에 따른 인건비 부담이 크고, 이를 개선하기 위해 여러 의료기관이 인력을 공동으로 고용하여 서비스를 공유하게 될 경

우 인력관리 및 서비스의 책임소재가 불분명하여 갈등이 발생할 가능성이 있음.

- 두 번째 방안은 Allied Health Service를 별도의 기관에서 제공하고 일차의료기관은 개인 상담 및 교육과 같은 일부분의 서비스만 제공하는 방안으로, 일부 개별서비스만 케어플랜과 함께 급여로 포함되기 때문에 정책 수용성이 높고 재정적 부담이 첫 번째 안에 비해 상대적으로 적다는 장점이 있음. 하지만, 서비스의 연계성이 떨어질 수 있고, 의료기관과 서비스제공기관 간에 갈등이 생길 수 있는 단점이 있음.

- 한편 서비스를 제공하는 별도의 기관으로 ① 민간(건강관리 서비스 시장), ② 공공(보건소 및 주민건강센터 조직) 등을 검토할 수 있음.
- 민간부문에서 서비스를 위탁받아 제공하는 경우는 장점으로 공공부문의 인프라 확대 없이 가능하다는 점과 민간부문을 활성화한다는 점에서 예산당국의 수용성이 높다는 점을 들 수 있음. 하지만 의료기관과 역할 설정 과정에서 갈등이 발생하여 서비스의 연계와 조정이 어려울 수 있고, 서비스의 질 저하가 발생할 수 있음.
- 공공부문이 직접 서비스를 제공하는 경우는 의료기관과 갈등이 적어 서비스의 연계와 조정이 용이할 수 있고 안정적인 재원 조달 기전을 통하여 질 높은 서비스를 제공할 수 있다는 장점이 있음. 하지만 예산으로 재원을 충당해야 하기 때문에 예산당국의 수용성 문제가 단점으로 작용함.

- 일차의료기관과 별도의 서비스제공기관 간에 역할 분담을 통하여 제공할 수 있는 서비스 항목을 구분하면 <표 5-6>과 같음.

〈표 5-6〉 역할 분담을 통한 만성질환관리 서비스의 제공

	내용	제공자
상담 및 교육	환자교육(개인) 상담(직접, 전화) 질병정보 제공	의원급 의료기관
	운동시설 이용 및 상담(전문가)	보건소 별도 서비스기관
	영양상담(전문가)	보건소 별도 서비스기관
케어플랜 작성	치료계획 및 환자분류 - 기초정보 입력 - 신체계측 - 각종 검사 - 동반질환 및 합병증 - 심혈관질환 위험도 평가, HRA	의원급 의료기관
합병증 검사	당뇨병, 고혈압의 합병증 검사 동반질환 검사	의원급 의료기관
알림서비스	SMS, 이메일	의원급 의료기관 보건소
검사장비 대여	혈당기, 혈압기, 당뇨치료 신발, 인슐린 펌프	별도 서비스기관
부가 서비스	예방접종(인플루엔자, 폐렴구균 등)	의원급 의료기관

나. 일차의료기관에 대한 인센티브 방안 개발

- 케어플랜과 개인상담 및 교육을 묶어 포괄적인 급여 항목을 신설하는 방안을 마련함.
 - 기존의 만성질환관리료에 대한 고시를 개정하여 기존 수가에 추가하여 고혈압과 당뇨병 환자에 대한 케어플랜 수립과 상담 및 개별 교육을 한 경우에 별도로 더 지급할 수 있다는 근거 조항을 신설함.
- 급여 항목 신설과 별도로 지속적인 추구관리, 필수적인 합병증 검사, 알림서비스 제공 등의 프로토콜을 잘 이행한 일차의료기관에 대해 질 관리가 이루어지고 있는 환자당 별도의 인센티브 수가를 제공하는 방안을 마련함.

3. 환자에 대한 인센티브 방안 개발

가. 환자에 대한 포인트 적립 항목

- 포인트 항목은 크게 일차의료기관 포인트와 보건소 상설교육장 포인트로 구분됨.
 - 일차의료기관 포인트는 세부적으로 처음 일차의료기관에 등록할 때에 제공되는 등록포인트, 매달 일차의료기관 방문 시에 제공되는 방문포인트, 일차의료기관이나 보건소 상설교육장에서 이루어지는 집단 또는 개별 교육에 참여할 때 제공되는 교육포인트, 고혈압 및 당뇨병 합병증 관련 필수 검사를 받을 때 제공되는 검진포인트, 의사의 케어플랜에 의해 금연, 금주, 운동 등을 실천했을 때 제공되는 건강생활실천포인트 등으로 구성됨.
 - 보건소 상설교육장 포인트는 교육포인트와 당뇨시식회에 참여할 때 제공되는 건강시식포인트로 구성됨.
- 항목별 포인트 내역과 포인트 적립 한도를 예시하면 <표 5-7>과 같음.

〈표 5-7〉 항목별 포인트 내역과 적립 한도

항목		포인트	적립 한도
등록포인트		5,000	최초 등록 때 1회
방문포인트		1,000	월 1회
교육포인트		2,000	연 4회
검진포인트		1,000	6개월에 1회
건강생활실천포인트	금연	1,000	6개월에 1회
	절주	1,000	6개월에 1회
	운동	1,000	6개월에 1회
건강시식포인트		2,000	연 1회

나. 포인트 사용처 및 적용 방안

- 포인트를 사용할 수 있는 서비스 항목은 일차의료기관에서 제공하는 “검진”과 “예방접종”, 그리고 별도 서비스제공기관에서 제공하는 “건강식당 이용”, “운동시설 이용”, “운동상담”, “영양상담” 등으로 함.
- 검진과 예방접종의 경우 종류에 제한을 두지 않는 대신 필수검사 항목을 포함하도록 함. 고혈압 합병증에 대한 필수검사는 Lipid, FBS, EKG 등이며, 당뇨병 합병증에 대한 필수검사는 HbA1c, Lipid, FBS/pp2hr BS, 미세단백뇨 등임. 필수검사에 포인트가 사용된 경우 포인트 사용과 동시에 <표 5-7>에서 제시된 포인트가 다시 누적되도록 함.
 - 검진과 예방접종에 사용되는 포인트의 단가는 국민건강보험의 단가에 준하여 적용하며, 건강식당 이용, 운동시설 등에 사용되는 포인트의 단가는 보건소에서 별도 서비스제공기관들의 대표 기구와 협의하여 결정함.

〈표 5-8〉 포인트 사용처와 단가

사용처	단가
검진	건강보험 단가
예방접종	건강보험 단가
운동시설 이용	기관 대표기구와 협의
건강식당 이용	기관 대표기구와 협의
운동상담	기관 대표기구와 협의
영양상담	기관 대표기구와 협의

- 포인트의 최초 사용은 10,000 포인트 이상이 누적되었을 때 가능하며, 포인트의 규칙적인 사용을 유도하기 위하여 포인트를 사용하지 않을 경우 30,000 포인트에서 누적이 정지되도록 함. 또한 1년 동안

포인트가 누적되지 않았을 경우 누적된 포인트는 소멸되는 것으로 함.

- <표 5-7>에 예시된 대로 1월에 최초 등록을 한 후 가능한 포인트를 모두 빠짐없이 적립하였다면 1년에 35,000포인트까지 누적 가능하고, 그 전년도에 등록을 한 후 가능한 포인트를 모두 빠짐없이 적립하였다면 1년에 30,000포인트까지 누적 가능함. 따라서 30,000 포인트가 넘기 전에 포인트를 사용하도록 알람 서비스를 개발하는 등의 조치가 필요함.
- 등록된 일차의료기관을 A에서 B로 옮길 때 A에서 누적한 포인트는 B로 인계되지 않는 것을 원칙으로 함. 즉, B에서 포인트를 다시 0부터 누적하기 시작하고, B에 대한 등록포인트는 인정하지 않음. 단, 등록한 일차의료기관이 폐업하였거나 등록한 환자가 이사를 가서 등록 의료기관을 옮길 경우 A에서 누적된 포인트를 인정함.
- 등록 의료기관을 이동하더라도 기존 등록 의료기관에서 누적된 포인트는 소멸시키지 않고 1년간 유지함. 등록 의료기관을 B에서 다시 A로 옮길 경우 A에서 누적된 포인트를 인정함. 하지만 등록 의료기관을 옮긴 후 1년 동안 포인트 누적이 이루어지지 않을 경우 A의 누적된 포인트는 소멸된 것으로 함.

4. 건강포인트제도 소요 예산 추계

가. 환자에 대한 포인트 적립 소요 예산: 향후 2년간 전국 기준

- 2011년 현재 우리나라에는 약 1,012만명의 고혈압 환자가 있을 것으로 예상됨.
- 2010년 우리나라 30세 이상 인구는 약 3,343만명이었고, 2009년 30세 이상 인구의 고혈압 유병률은 30.3%였음.

- 새로 개발되는 건강포인트제도가 인천광역시 “만성질환 건강포인트 시범사업”과 비슷한 정도로 우리나라 고혈압환자를 포괄한다면, 전국에 약 812천명의 사업대상자가 있을 것으로 예상됨.
- 인천광역시 “만성질환 건강포인트 시범사업”의 경우 현재 인천광역시 고혈압환자의 8% 정도를 포괄하고 있는 것으로 판단됨.
 - 2009년 우리나라 30세 이상 인구의 고혈압 유병률 30.3%로 인천광역시 30세 이상 인구(약 177만명)의 고혈압 환자 수를 추정하면 약 536,300명이고, 이를 2011년 5월 현재 인천광역시 만성질환 건강포인트 등록자 수 43,000명으로 나누면 8.0%임.
- 전국 812천명의 사업대상자가 1년에 최대 3만원 정도의 포인트를 누적할 수 있는 건강포인트제도에 참여한다면, 2년 동안 약 157억 6530만원의 예산이 필요할 것으로 예상됨.
- 인천광역시 만성질환 건강포인트 시범사업의 경우, 사업이 시작된 2009년 3월부터 사업이 약 2년 정도 경과된 2011년 5월까지 약 43,000명의 환자가 총 556,478천원의 포인트를 누적한 것으로 나타났음. 즉, 환자 1인당 2년 동안 12,940원의 포인트를 누적한 것임. 그런데, 인천광역시 만성질환 건강포인트 시범사업에서 1년 동안 누적할 수 있는 최대 포인트가 현재 약 2만원 정도 이므로, 최대 포인트를 <표 5-7>처럼 3만원 정도로 올리면 환자 1인당 2년 동안 약 19,410원의 포인트를 누적할 것으로 예상됨.

나. 일차의료기관에 대한 포괄적 급여 소요 예산

- 일차의료기관에 개인상담 및 교육을 묶어 포괄적인 급여 항목을 신설하는 경우 건강포인트사업에 참여하는 고혈압, 당뇨병 환자 1인당

연간 60,000원의 정도의 수가를 상정하여 일차의료기관에 지급하는 것이 타당할 것으로 판단됨.

- 연간 60,000원을 상정한 이유는 호주의 경우 케어플랜수립에 6개월에 120 호주달러 이상의 급여를 제공하고 있는 것에 비추어 우리나라의 소득수준과 서비스제공형태 등을 고려하여 60,000원 정도가 적당할 것으로 판단하였음.
- 또한 단골의사제도 연구에서 조사에 협조한 많은 수의 의사들이 50,000원 이상은 지급되어야 제도에 참여할 수 있다는 의견을 표방하였음.

□ 따라서 전국 812천명의 사업대상자에 대해 1년에 60,000원의 급여를 이들 대상자가 다니는 일차의료기관에 지급한다면, 연간 약 487억 2000만원의 예산이 필요할 것으로 판단됨.

다. 등록관리체계 운영 예산

- 등록관리체계 운영과 관련한 예산은 크게 ①의원급 의료기관의 청구 프로그램과 연동된 등록관리프로그램을 개발하는 데 소요되는 예산과 ②개발된 프로그램을 일차의료기관의 컴퓨터에 설치하는 데 소요되는 예산으로 구분할 수 있음.
- 청구프로그램과 연동된 등록관리프로그램을 개발하는 데에는 총 5억 원 정도가 소요될 것으로 예상됨.
 - 인천광역시 만성질환 건강포인트 시범사업의 경우 “의사랑” 등 청구프로그램과 연동된 등록관리프로그램을 개발하는 데 최소 4,000만원에서 최대 6,000만원 정도가 소요되었음.
 - ‘의사랑’ 등 시장점유율 5% 이상의 청구프로그램이 현재 10개 정도인 것을 감안할 때, 1개 프로그램 당 5,000만원이 소

요된다고 하면 10개의 프로그램을 개발하는 데 총 5억원이 소요될 것으로 예상됨.

□ 또한 개발된 등록관리프로그램을 전국 일차의료기관의 컴퓨터에 설치하는 데에는 총 4억 4152만원이 소요될 것으로 판단됨.

- 지역사회에서 고혈압, 당뇨병 환자를 진료하게 될 일차의료기관은 표방진료과목이 내과, 가정의학과, 일반외과 등일 것으로 예상됨. 따라서 2009년도 내과, 가정의학과, 일반외과 의원 총 5,519개소에 개발된 등록관리프로그램을 해당 기관의 청구프로그램에 맞게 하나씩 설치하면 총 4억 4152만원이 소요될 것으로 예상됨.

제6장 보건산업진흥원의 공시화 -Medical Holdings(가칭) 설립 방안을 중심으로-

제1절 연구의 목표

1. 연구 배경 및 필요성

- 의료서비스산업은 미래 국부창출에 기여할 신성장동력으로 세계가 주목하고 있는 분야
 - 고령화의 가속화, 건강에 대한 관심 고조, 신종질병 발생 등으로 의료서비스 수요는 지속적으로 확대되고 있으며, 세계적인 의료시장 개방 추세와 양질의 의료서비스 이용을 위한 환자들의 국가간 이동 확대로 글로벌 헬스케어 시장은 더욱 확대되고 있는 상황
 - 의료서비스산업은 타 산업에 비해 성장 잠재력과 고용창출 효과가 매우 높고, 의약품, 의료기기 등의 최종 수요처로서 연관 산업들에 대한 경제적 파급효과도 높은 산업
- ※ 취업유발효과(2007, 한국은행) : 의료서비스 19.5명 > 전산업 16.9명 > 제조업 12.1명
- 의료 선진국들은 의료서비스산업을 통한 국가성장 견인을 위해 세계시장 진출 및 세계시장에서의 영향력 확대를 추진 중
 - 싱가포르의 Parkway Holdings는 아시아 16개 병원에 3,400명 이상을 보유하고 있으며, 35백여명에 이르는 직원들이 의료기관 건립 및 운영, 자산 관리, 교육 사업을 수행하고 하고 있음
 - 오스트리아의 VAMED, 캐나다의 InterHealth Canada, 미국의

Columbia Asia Group, 인도의 Apollo Hospital Enterprise 등도 적극적으로 해외시장 진출을 확대 중

- 최근 들어 우리나라도 의료서비스산업의 해외진출 확대를 위한 정부 차원의 노력을 대폭 강화하고 있는 상황
 - ‘의료서비스 해외진출’을 핵심 국정과제로 선정(2010.6, 위기관리대책회의)하고, ‘IT 융합병원’을 수출전략산업으로 집중 육성(2011.4, 청와대)하는 등 국가차원의 노력이 대거 확대되고 있는 추세
 - 보건복지부도 본연의 역할인 공공 복지정책 구현과 더불어 글로벌 헬스케어를 통한 국가성장에 기여하는 부처로 거듭나기 위해 적극적인 육성정책을 강구 중
- 정부의 의지에 부응하여 우리나라 의료서비스산업의 해외진출 확대를 주도할 전문조직 설립에 대한 검토 필요성 대두
 - 우리나라는 선진국 및 경쟁국에 비해 의료서비스산업의 해외진출 경험 및 전문성이 부족하고, 정부차원의 지원과 관련 전문인력도 크게 부족한 것이 현실
 - 우리나라의 역량을 선진국 수준으로 끌어올릴 수 있도록 체계적으로 지원할 수 있는 전문기관(Medical Holdings(가칭))의 필요성이 대두됨에 따라 전문기관의 설립 및 운영방안에 대한 검토가 필요함.

2. 연구의 목표

- Medical Holdings(가칭) 설립 및 운영 방안 검토
 - 선진국 및 경쟁국의 성공적인 세계시장 진출 사례를 검토하여 우리나라 의료서비스산업의 해외진출을 위한 Medical Holdings(가칭)의 기능, 조직 및 전략적 비즈니스 모델을 마련

- 다양한 운영형태와 재원조달 방식을 검토하고, 각각의 장단점을 제시하여 Medical Holdings(가칭) 설립 및 운영방식에 대한 의사결정을 지원

제2절 환경분석

1. 의료서비스산업의 해외진출 여건

- 세계 의료서비스 시장은 2009년 2.2조 달러에서 2015년 3.8조 달러로 연 8.3% 성장할 것으로 전망
 - 특히, 중국 등 아시아 지역의 급속한 성장으로 아시아 의료서비스 시장은 연평균 15% 성장하여 2020년 세계시장의 40% 이상을 점유할 것으로 예상
 - 한편, 자원부국, 신흥개발도상국 등을 중심으로 국가 의료서비스 향상을 위한 보건의료 현대화 수요가 급증하고 있는 추세
 - 사우디, UAE 등 자원부국에 대해 2020년까지 약 600만 병상 증설 및 1,000억 달러 규모 시장형성 예상
 - 미국의 클리블랜드 클리닉은 2010년 아부다비 국부펀드와 12억 달러 규모의 병원건설 계약 체결
 - 우리나라는 현재 세계 11개국에 58개 의료기관이 진출해 있으나 대부분 투자규모가 작고 영세한 형태로 진출 중
 - 보건의료자원은 OECD 평균보다 높은 수준이나 그동안 의료의 공공성을 확보하는 정책을 견지함으로써 의료서비스의 산업화가 선진국 및 경쟁국가들에 비해 뒤처지고 있는 상황
- ※ 병상수 : 인구 천명당 7.8병상 (OECD 평균 5.6병상)
- ※ MRI 보유수준 : 인구 백만명당 17.6대 (OECD 평균 11.8대)

2. 해외진출의 문제점 및 애로사항

- 우리나라는 의료서비스산업의 해외진출경험이 아직 부족하고 관련 전문인력도 크게 부족
 - 진출국가의 의료제도, 시장성, 진출방법 등에 대한 정보부족으로 우리나라 의료기관의 해외진출 시 많은 어려움을 겪고 있음
 - 선진국 및 경쟁국에 비해 해외진출 경험이 풍부한 전문인력이 매우 부족함에 따라 프로젝트 발굴·기획, 계획 수립, 병원건립, 병원운영관리, 컨설팅, 교육·훈련 등 분야별 전문인력의 양성 시급
- 일반적인 상품 수출과 달리 의료서비스산업의 해외진출 특성을 고려한 정부차원의 종합적 지원체계 부재
 - 해외진출을 위한 지원제도 및 각종 정보가 부처·기관별로 분산 운영되어 종합적·체계적 지원이 어려운 상황
 - 각종 수출지원 제도도 제조업 중심으로 설계되어 있어 의료기관이 이용하는데 매우 제한적
 - 수출절차와 국가별 지불제도가 다양한 의료기관의 특성을 반영한 맞춤형 수출금융 지원 부족
- 우리나라 의료서비스산업에 대한 국제 홍보·마케팅 부족
 - 높은 의료기술이나 의료장비의 우수성에도 불구하고 우리나라 의료에 대한 해외시장의 전반적인 인지도가 낮아 진출국 내 기반확보 및 환자유치가 어려움
- 여타의 산업에 비해 국가별로 다양하고 강도 높은 규제가 적용
 - 진출국 내 의료기관 설립 제한, 국내 의료면허 불인정, 국산의약품 및 의료기기 수입 제한 등 국가별로 다양한 의료체계는 우리나라 의료서비스산업 해외진출의 걸림돌이 되고 있음.

3. 해외진출의 기회 및 가능성

- 선진국 수준의 높은 의료서비스 질과 경쟁력을 보유
 - 건강검진센터, 성형, 척추·관절 치료 등의 분야에서 선진국 수준의 의료서비스 경쟁력을 보유하고 있는 것으로 나타남
 - 2009년 현재 우리나라 전국 건강검진센터 수는 약 6천개에 이르며, 서울아산병원은 2009년 미국 LA에 이어 2010년 초 뉴욕에도 건강검진센터 사무소를 설치하여 운영 중
- 가격경쟁력이 높고 IT 융합 분야에서 세계 최고수준의 기술력을 보유
 - 양질의 의료서비스를 선진국보다 저렴한 비용으로 제공할 수 있으며, IT분야에서의 세계적인 기술수준을 바탕으로 의료정보화, u-Health 등 의료·IT 융합 분야에서 앞선 서비스의 제공이 가능할 것으로 기대됨
- 본격적인 해외환자유치 활성화와 함께 의료서비스 해외진출 기반 확보 등 상호 시너지 창출이 가능할 것으로 예상
 - 우리나라에서 양질의 의료서비스를 받은 해외환자들이 자국에서 한국의료의 안전성·우수성을 홍보하는 구전효과 기대
 - 해외진출 의료기관의 안정적인 정착에 기여하는 한편, 해외진출 의료기관을 통한 해외환자유치도 활성화될 수 있을 것으로 전망됨.

제3절 선진국 사례 검토

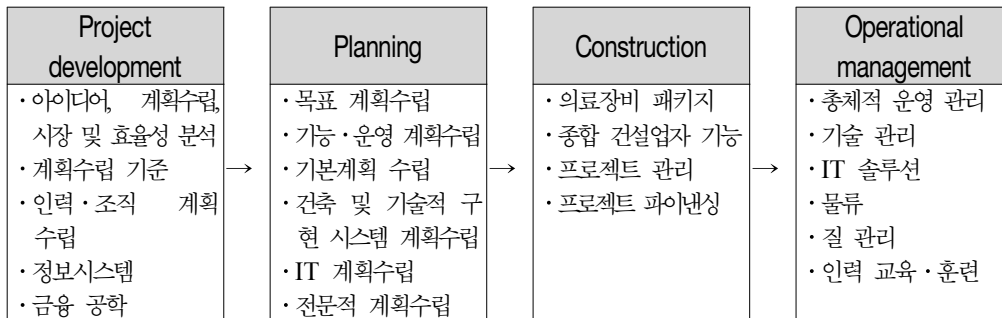
1. 주요국의 의료서비스 해외진출 사례

가. VAMED (오스트리아)

- VAMED는 민간출자에 의한 합작투자회사로 프로젝트 개발에서

계획수립, 보건의료 시설의 건축까지 완전한 포트폴리오를 제공

〈표 6-1〉 VAMED의 value-added chain



- 1982년 설립 후 2010년까지 60개국 500개 이상의 국내외 프로젝트를 수행했으며 정부와 주요 공공의료 제공자들의 파트너로서 예방, 급성환자 치료, 재활치료, 간호 분야에서 독특한 가치사슬을 보유하고 있음.
- 주주는 독일 헬스케어 회사인 Fresenius Group과 오스트리아 부동산 산업지주인 IMIB Immobilien und Industriebeteiligungen GmbH, 오스트리아은행 산하 투자기관인 B&C Beteiligungsmanagement로 구성

〈표 6-2〉 주주구성

주 주	주주개요·주요사업	지분율(%)
Fresenius Group	독일계 헬스케어 그룹	77
IMIB Immobilien und Industriebeteiligungen GmbH	오스트리아 부동산 산업지주	13
B&C Beteiligungsmanagement	오스트리아은행 산하 투자기관	10

□ 경영성과

- 2010년 매출은 713백만 유로로 2009년 618백만 유로 대비 15.4% 증가했으며 지역별 매출 비중은 유럽 79.1%, 아프리카

13.6%, 아시아-태평양 6.8%, 라틴아메리카 0.5%로 나타남.

〈표 6-3〉 주요 경영성과(VAMED)

(단위 : 천유로, 명, %)

구 분	2010년	2009년	증가율(%)
프로젝트 수주액	624,757	539,244	15.9
매출액	712,841	617,721	15.4
- 프로젝트 사업	486,433	419,416	16.0
- 서비스 사업	226,408	198,305	14.2
해외매출액비중(%)	51.4	44.6	6.8
인력(명)	3,110	2,849	9.2

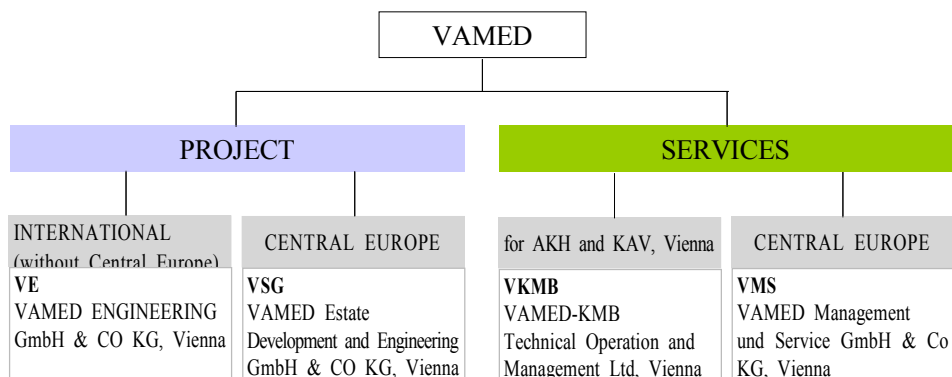
주 : 2010년 지역별 매출액 비중 : 유럽(79.1%), 아프리카(13.6%), 아시아-태평양(6.8%) 남아메리카(0.5%)

- 2010년에는 6억 유로 규모의 프로젝트 수주 및 7억 유로의 매출 규모를 달성하였고, 이 중 해외사업부문 매출이 전체의 51.4%를 차지

□ 사업분야

- 프로젝트 사업분야는 프로젝트 개발, 컨설팅, 계획수립, 프로젝트 관리 및 건설을 담당하며 서비스 부문은 총체적 운영 관리, 시설 관리, 의료 기술 관리, 물류/조달, IT 솔루션/정보시스템 구축 사업을 하고 있음.

〈표 6-4〉 조직구조(VAMED)

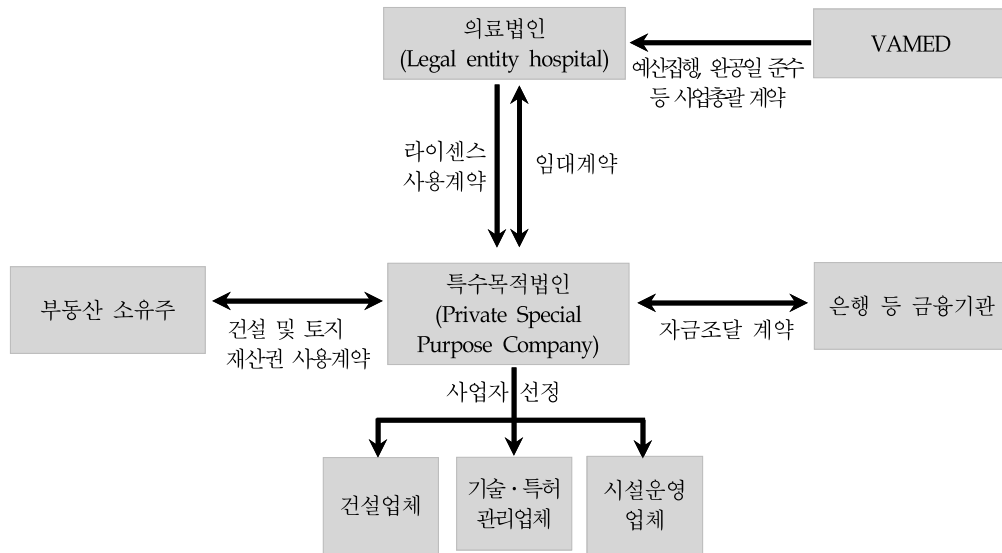


- VE (VAMED ENGINEERING GmbH & CO KG, Vienna)
는 중유럽을 제외한 국제 프로젝트 사업에 특화하여 의료장비 등
에 대한 계획수립·공급·설치, 계열사들과 협력하여 병원정보시
스템을 구축하고 병원의 기술적인 유지와 운영을 실행
- VSG (VAMED Estate Development and Engineering GmbH
& CO KG, Vienna)는 중유럽 지역의 프로젝트 사업에 특화하
여 기본계획 수립, 프로젝트 관리, 사업착수, 인력교육·훈련, 재
무 안정성 확보 등 프로젝트 전반에 대한 지원 서비스를 제공
- VKMB (VAMED-KMB Technical Operation and
Management Ltd, Vienna)는 기술설비 관리, 기반 시설관련 서
비스, 계약·예산·재고 관리 등 업무 관리 및 컨설팅을 제공
- VMS (VAMED Management und Service GmbH & Co KG,
Vienna)는 병원, 재활치료, 건강과 예방 관련 분야의 시설 관리,
IT 솔루션, 기업 위생 관리, 의료서비스 질 관리 등 프로젝트 개
발에서 총체적 관리까지 맞춤형 서비스를 지원

□ 주요 해외진출 사례

- Public-Private Partnership 모델 사례 : Trauma and Emergency
Hospital Linz, Upper Austria (Construction Order and License
Model)
 - 사업범위는 기본계획 수립, 건립, 프로젝트 관리, 교육·훈련,
자금조사, 시운전, 임대, 부분 운영 등까지이며, 의료법인과 공
동으로 특수목적법인(SPC) 설립을 통해 자금조달 및 건설, 관
리를 수행함.

〈표 6-5〉 Trauma and Emergency Hospital Linz 프로젝트 수행사례



○ 이 밖에도 해외 정부 또는 민간의 요구에 따라 다양한 의료기관 건립 및 운영사업을 수행하고 있음.

구 분	Regional Hospital No.1 Krasnodar, Russia	PMU III (Project Management), Vietnam	Rehabilitation Clinic Montafon, Schruns, Austria
고객	Public Construction Department of the Krasnodar Region	Government of the S.R. of Vietnam	VAMED 직접운영
병원형태	Cental Hospital	General Hospital	재활치료 병원
주요내용	신규 300병상(전체1,200병상), 26개 수술실을 갖춘 외과병동 건설	하노이와 호치민에 있는 병원들을 위한 영상의학과 핵의학 설비건설	총 150병상 건설(신경 재활치료 20병상, 정형외과 80병상, 순환기 내과 50병상)
사업범위	계획수립, 병원의 재건축 및 확장 실행(운영 포함)	계획수립, 공급, 의료장비 운영	프로젝트 개발, 계획수립, 건설(턴키 방식), 재활치료 병원의 총체적 운영관리
완료시점	2012년	2011년	2010년

나. Parkway Holdings Ltd. (싱가포르)

□ 병원 및 의료대학을 소유하여 헬스케어 사업을 운영하는 아시아 최대의 헬스케어 영리기업

○ 미국 병원경영협의회가 인정하는 세계 10대 병원에 선정되었으며
산하의 Mount Elizabeth Hospital 병원은 아시아 최초로 ISO

9001:2000 인증을 획득하는 등 수준 높은 의료서비스를 제공

- ‘10년 매출액은 11.1억 싱가포르 달러(약 9,755억원)를 기록했으며 지역별 매출액 비율은 싱가포르 69%, 동남아시아 24%, 북아시아 5%, 남아시아 2%로 동남아시아를 중심으로 사업을 영위

〈표 6-6〉 주요 경영성과(Parkway Holdings)

(단위 : 천 싱가포르달러, 명, %)

구 분	2010년	2009년	증가율(%)
매출액	1,113,949	965,281	15.4
순이익	125,041	117,926	6.0

- Parkway Holdings의 사업은 크게 의료서비스, 자산관리, 교육 부문으로 구분되며, 의료서비스 사업은 Parkway Health가, 자산관리사업은 Parkway Trust Management Ltd가, 교육사업은 Parkway Education Pte.Ltd가 각각 운영하고 있음.

〈표 6-7〉 조직구조(Parkway Holdings)

Parkway Health	Parkway Trust Management Ltd	Parkway Education Pte.Ltd
<ul style="list-style-type: none"> · Parkway Group Healthcare Pte.Ltd (병원운영) · Parkway Hospitals Singapore Pte.Ltd (병원운영) · Parkway Shenton Pte.Ltd (1차 헬스케어 서비스) · Medi-Rad Associates Ltd (방사선과 서비스) · Parkway Laboratory Services Ltd (연구소) 등 	<ul style="list-style-type: none"> · Parkway Life Reit 운영 -아시아 최대의 Healthcare REIT -2007.8월 싱가포르 증시 상장 	<ul style="list-style-type: none"> · Parkway College 운영

- 의료서비스 부문에서는 싱가포르, 말레이시아, 브루나이, 인도, 중국, UAE 등 아시아 6개국의 16개 병원에서 3,400병상 이상을 운영 중
- 자산관리 부문에서는 Parkway Life REIT가 자산투자·운용을 담당하여 의료와 관련된 목적을 위해 부동산 및 관련 자산에 투자하여 수익을 창출하고, 주주들에게 배분

- 교육 부문에서는 Parkway College를 통해 간호, 보건의료서비스, 병원경영 등 16개 교육과정(학위과정 8개, 단기 자격증과정 8개)을 제공
- 싱가포르, 말레이시아 등 동남아시아를 중심으로 사업을 수행하며 인도, 중국 등 신흥시장으로 사업영역을 확대해 가고 있음.

〈표 6-8〉 Parkway Holdings의 해외 프로젝트 수행사례

구 분	말레이시아 Pantai Hospitals	인도 Apollos Gleneagles Hospital
설립 및 운영형태	· 현지회사인 ‘Pantai Holdings Berhad’의 경영권을 인수하여 말레이시아 6개 주(州)에 9개 병원을 운영 중	· Apollos Hospital과 Parkway Group of Singapore의 합작투자병원 (Joint Venture)
특징	· 간판병원인 ‘Pantai Hospital Kuala Lumpur’는 332병상 규모에 150여 명의 의료진을 갖춘 · JCI, ISO 9001 인증 획득	· 국제적으로 우수한 의료진 보유, 국제 표준의 의료설비 보유, 인도 북동부 지방, 방글라데시 등의 의료허브 · JCI, NABL(국가실험실인증기구) 인증 획득

다. InterHealth Canada (캐나다)

- 1994년 캐나다의 의료서비스산업을 수출하고 해외환자유치를 위하여 설립된 민관합작회사로 두바이, 쿠웨이트, 영국에 지사 보유, 주요 수출국은 중동, 남미 등이며 정부, 병원, 학교 등 다양한 기관이 주주로 참여

〈표 6-9〉 주요 주주(InterHealth Canada)

구 분	주 주
주요 정부기관	· British Columbia Health Industry Development Office · Ontario Ministry of Health · Ontario Development Corporation
기타 주주	· The University of Ottawa Heart Institute · York County Hospital Hamilton Health Sciences Corporation · Humber College · McMaster University 등

- 조직구조는 모회사인 Interhealth Canada Limited를 중심으로 투자, 중동지역 담당, 의료인력 제공 등 사업별로 5개의 회사로 구성

〈표 6-10〉 조직구조(InterHealth Canada)

회사명	주요 사업내용
Interhealth Canada Limited	모회사로 프로젝트 개발 및 진행을 담당
Interhealth Canada Holdings Corporation	투자회사로 해외 의료사업에 투자를 담당
Interhealth Canada management Limited	중동국가의 병원 운영을 담당
Interhealth Recruitment Corporation	의료전문인력 확보 및 제공
Interhealth Canada Neuro Rehabilitation Inc	뇌손상 환자 재활 서비스를 제공

- 의료기관 인증에서부터 병원 설계 및 계획, 시운전, 병원운영 및 관리, 장비 및 시스템 평가, 병원컨설팅, 교육 및 훈련 등 다양한 부문의 사업을 수행

〈표 6-11〉 주요 사업(InterHealth Canada)

주요 사업	내 용
의료기관 인증	민간 및 정부 병원의 국제 인증 획득의 계획·준비·획득을 위한 컨설팅 제공
설계 및 계획	운영 효율 및 장비요구사항을 반영한 개념 설계 및 상세 설계를 통한 컨설팅 및 기술 자문 수행
시운전 및 병원운영개시	운영개시일정 모니터링, 일정 수립, 결함체크, 검수항목 확인 등 서비스 제공
의료기관 운영 및 관리	병원운영 정책 및 경영목표 수립, 실행지원, 조직 개편 및 운영결과의 모니터링 및 평가 등의 서비스를 제공
장비 및 시스템 평가	병원건물의 기술 및 시스템 성능 평가, 병원 의료 장비 및 시스템의 성능 및 용량 평가, 개선 사항을 분석
병원 컨설팅	현재의 운영 상태, 기존의 정책, 절차 및 규약, 이해 관계자와의 관계 및 기존관행에 대한 검토를 통한 가치 평가 및 자문을 제공
교육 및 훈련	독점적인 HR 자료를 활용한 직원 성과 평가, 성과 향상을 위한 교육 계획의 수립, 정기적인 사후 교육 및 장·단기 교육 프로그램의 수립 등을 제공
인력 채용	전 세계의 다양한 자격인증 확인, 평판 조회 및 철저한 심사 기법의 개발을 통해 해외 병원에 적합한 인력을 채용

- 주로 중동, 영국, 남미 등을 중심으로 병원설립 및 운영 프로젝트를 수행해 오고 있음.

〈표 6-12〉 주요 해외진출 사례(InterHealth Canada)

수출지역	진출기관	진출내용
Abu Dhabi, UAE	Shaikh Khalifa Medical Center	· 1999년 4년간의 병원운영, 관리 및 응급실 운영권을 계약하여 위탁업무, 병원인력 확보, 개원 및 병원운영과 관리를 책임
Jabriya, Kuwait City	Royale Hayat Hospital	· 2002년 Al-Ghannam Medical Services Company와 계약을 체결하여 병원설립 계획수립, 의료시설, 장비기구 계획 및 구매, 병원위탁업무수행, 병원인력확보, 개원, 5년간 병원운영
Kuwait	Dasman Center for Research and Treatment of Diabetes	· 2006년 the Kuwait Foundation의 요청으로 Dasman Center의 선진화를 위한 자문·관리
Dubai, UAE	Rashid Hospital Trauma Center	· 2006년 두바이 정부의 요청으로 진료소 및 응급센터설립을 위한 계획수립 및 병원관리 자문담당
Turks and Caicos Islands	National Hospital	· 2008년 Turks and Caicos Islands 정부와 2010년 4월까지 2개의 병원설립·의료시설·장비·기구선택, 병원 위탁업무, 인력관리를 포함하는 계약체결
UK	The Cheshire & Merseyside NHS Treatment Centre	· 2005년 영국 복지부 주관 사업으로 Cheshire에 새로운 정형외과 병원 설립계획·건축·재정·인력, 운영서비스를 제공

2. 시사점

□ 의료 선진국들은 다양한 주주로 구성된 합작회사 형태로 해외진출 사업을 수행하고 있음.

- 정부기관을 주주로 포함하는 민관합작회사와 헬스케어 그룹, 병원, 대학, 부동산 기업, 은행(산하 투자기관) 등 민간 주체들이 주주로 참여하는 민간합작회사 형태가 존재

□ 수요자 요구에 맞춘 다양한 비즈니스 모델을 구현

- 사업 가치사슬(프로젝트 개발 → 계획수립 → 건립 → 운영관리)

에서 사업 발주자가 요구하는 단계까지 선택적으로 사업을 수행하여 고객 만족도를 제고하고 있음.

□ 의료서비스 해외진출을 위한 정부의 제도적·재정적 뒷받침이 사업의 성공을 견인

- 싱가포르의 영리의료 허용 정책으로 Parkway Holdings는 대규모 의료지주회사로 발전할 수 있었으며, 캐나다는 정부출자를 통해 의료서비스 해외진출 기업의 설립을 지원함으로써 국부창출의 기회를 실현할 수 있었음.

제4절 Medical Holdings(가칭) 설립 방안

1. 설립개요

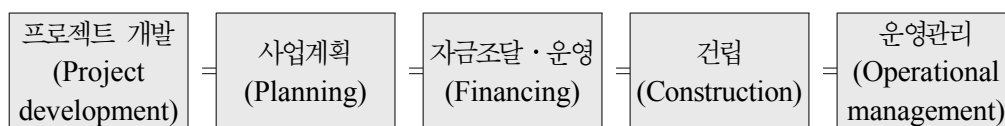
가. 기능

- 글로벌 헬스케어 활성화를 위한 사업을 전문적으로 수행하는 기관으로 우리나라 의료서비스 해외진출의 구심점 역할을 수행
 - 해외사업 수주 및 프로젝트 개발, 사업계획 수립, 의료기관 건립 관리, 의료기관 운영 지원 등 의료서비스 해외진출 사업 수행
 - 해외 시장·제도·수요 정보 등 의료기관 해외진출 종합정보제공, 컨설팅, 해외마케팅 등 국내 의료기관의 해외진출 지원
 - 해외진출 의료기관을 해외환자유치 거점으로 활용하여 네트워크 구축을 통한 해외환자유치 활성화 지원

나. 사업

- 선진국 사업 가치사슬의 벤치마킹을 통해 프로젝트 개발부터 계획수립, 자금조달, 병원운영 및 컨설팅에 이르는 의료서비스 해외진출의 전 사업부문을 포괄하는 사업 가치사슬을 수립

〈표 6-13〉 Medical Holdings의 사업 가치사슬

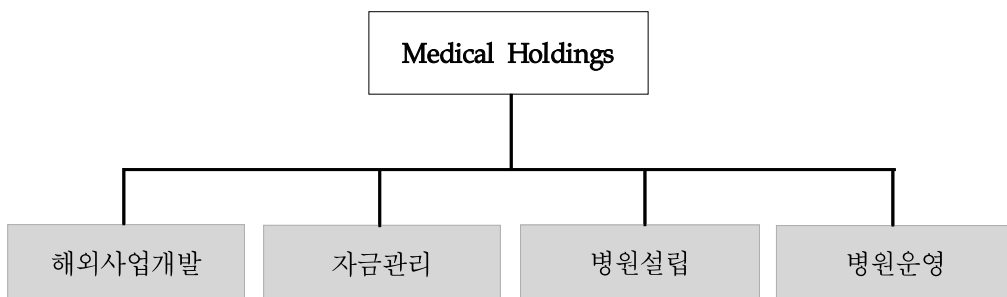


- 프로젝트 개발단계는 해외시장 동향 및 프로젝트 수요 조사·발굴, 프로젝트 기획, 사업타당성 분석, 해외사업 수주, 프로젝트 개발계획 수립, 자금조달 및 집행방안 수립, 시공방식, 참여기업 및 사업자 선정 등 사업타당성 분석에 근거한 프로젝트 개발 총괄을 수행
- 사업계획 단계는 기능 및 목표 설정, 운영 계획 수립, 건축 및 내부 시스템의 기술적 구현 계획 수립, 인력 및 조직계획 수립 등 세부 사업운영계획 수립을 수행
- 자금운영단계는 정책금융, 민간자본 등과의 자금조달 계약 체결, 사업예산 수립 및 집행, 투자수익 및 리스크 관리 등 사업수행을 위한 자금조달·관리 사업을 수행
- 건설 단계는 병원건설 프로젝트 관리, 병원건설에 대한 컨설팅 및 기술자문 수행, 병원 의료장비 및 시스템 평가, 완공 후 검수 등 업무를 수행
- 운영관리 단계는 기술 및 시스템 설비 관리, IT 솔루션 제공·관리, 품질 및 국제인증·라이선스 관리, 병원경영컨설팅, 인력수급 및

다. 조직운영

- Medical Holdings의 조직은 크게 해외사업개발, 자금관리, 병원설립, 병원운영 부문으로 구성
 - 해외사업개발 부문은 해외동향 분석, 해외프로젝트 개발, 해외기관과의 협력, 사업타당성 분석, 프로젝트 목표·기능·운영계획 수립 등을 수행
 - 자금관리 부문은 자금조달 및 집행관리, 기업공시 및 투자자관리, 금융리스크 관리 등을 수행
 - 병원설립 부문은 병원건설 관리 및 컨설팅, 기술설비 및 시스템 관리, IT솔루션 관리, 의료서비스 품질·라이센스 관리 등을 수행
 - 병원운영 부문은 병원 운영 관리, 경영 컨설팅, 현지 의료인력 채용, 해외진출 시 필요한 국내 의료인력 수급 및 교육 등을 수행

〈표 6-14〉 Medical Holdings의 조직운영(안)



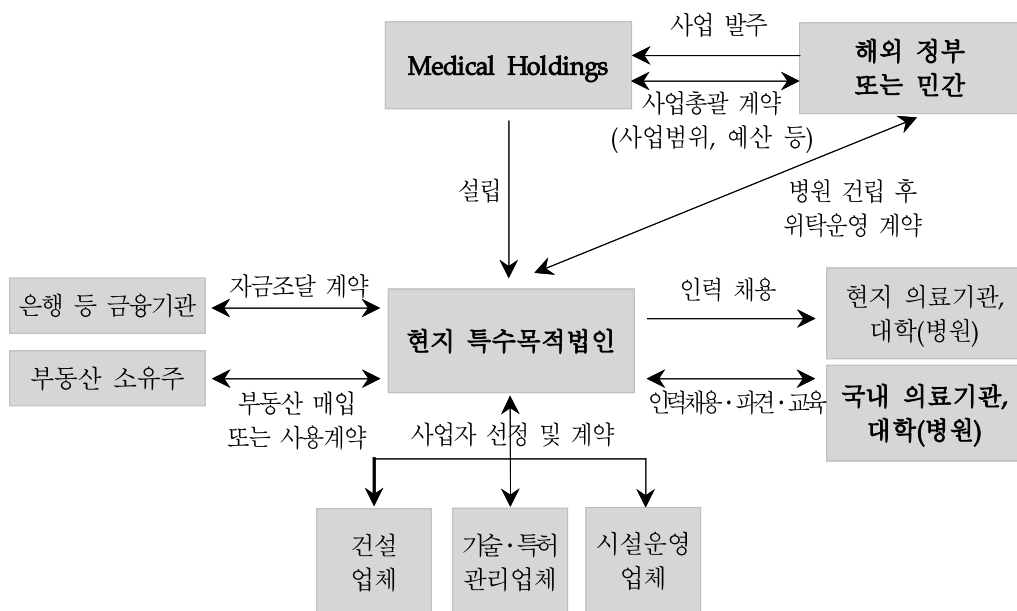
라. 사업 운영체계

- 의료서비스 해외진출의 다양한 비즈니스 모델을 구현하는데 필요한

다양한 사업주체들과 유기적 관계를 형성

- 프로젝트 개발에서부터 의료기관 운영관리에 이르는 가치사슬에서 수요자 요구에 맞는 비즈니스 모델을 설계하고, 건설업체, 금융기관, 병원 등 관련 사업주체들의 참여를 통해 구현

□ (BM 1) 해외 정부 또는 민간의 의료기관 설립 수요를 수주하여 의료기관 건설에서 위탁운영까지 수행하는 사업 모델



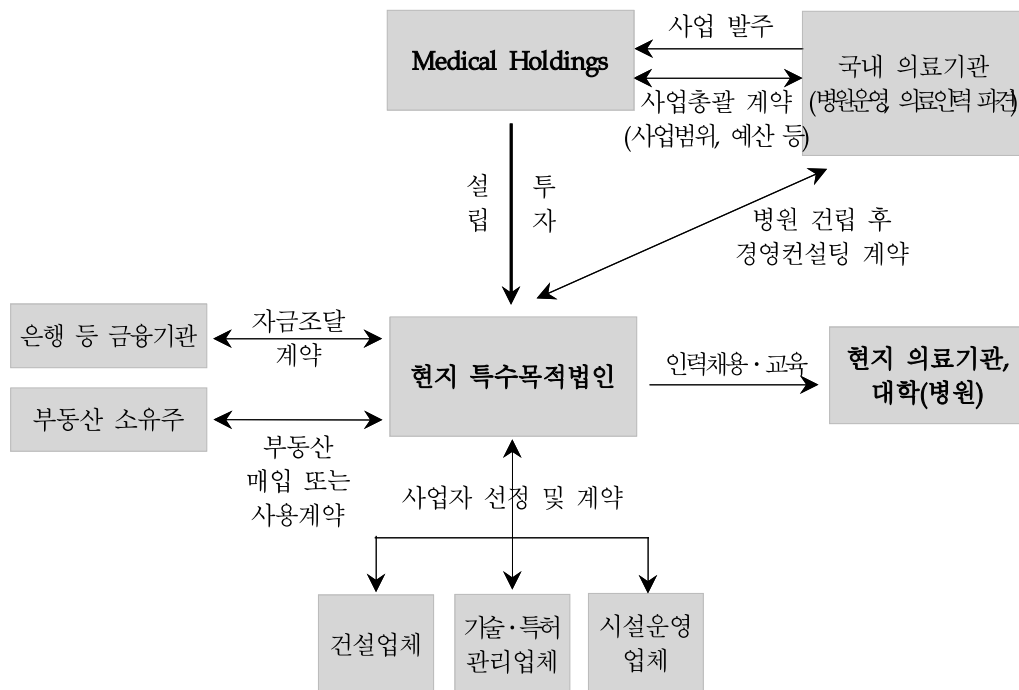
○ 주요 사업주체의 기능 및 역할

- (Medical Holdings) 해외사업 수주, 프로젝트 추진계획 수립, 현지 특수목적법인 관리 등 해외 의료기관 건립·운영 사업 총괄
- (특수목적법인) 현지에서의 원활한 사업 수행을 위해 Medical Holdings가 설립하는 사업주체로 의료기관 건립을 위한 자금 조달, 부동산 관련 계약, 필요 사업자 선정 및 계약, 인력 채용, 위탁경영 등 프로젝트 실무 수행

※ 우리나라 의약품, 의료기기 등의 수출 활로 개척 및 해외환자유치 지원

- (국내 의료기관, 대학(병원)) 한국 의료기술 전수(해외 의료인력 교육) 및 의료 홍보, 해외환자 유치 등을 위한 전문 의료인력 파견 등

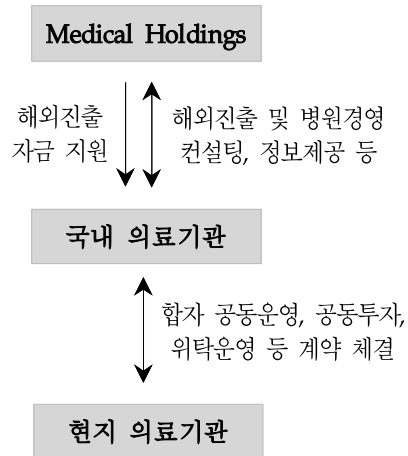
□ (BM 2) 우리나라 의료기관의 해외 의료시설 건립 및 의료법인 설립을 지원하고 경영컨설팅을 수행하는 사업 모델



○ 주요 사업주체의 기능 및 역할

- (Medical Holdings) 국내 의료기관과 계약 체결, 프로젝트 추진계획 수립, 현지 특수목적법인 관리, 의료기관 해외진출 투자 등 국내 의료기관 해외진출 사업 총괄
- (특수목적법인) 국내 의료기관의 현지 의료기관 건립 및 의료법인 설립에 필요한 제반사항을 수행
- (현지 의료기관, 대학(병원)) 현지 의료법인으로 설립된 우리나라 의료기관에서 근무할 전문 의료인력 공급 및 교육

- (BM 3) 우리나라 의료기관이 현지 법인과 합자 공동운영, 공동투자, 현지 의료기관 위탁운영 등의 형태로 해외진출하는 것을 지원하는 사업모델



○ 주요 사업주체의 기능 및 역할

- － (Medical Holdings) 우리나라 의료기관의 해외진출 사업 타당성 분석을 통한 자금지원 및 해외진출에 필요한 컨설팅, 제반 정보제공
- － (국내 의료기관) Medical Holdings의 지원을 받아 직접 해외진출을 수행하며, 의료기관 운영 및 성과창출에 책임
 - ※ 현지 의료기관과의 협력을 통해 해외환자유치 활성화를 도모하는 역할 수행
- － (현지 의료기관) 국내 의료기관과 합자 공동운영, 공동투자, 위탁운영 등 형태의 계약을 체결하고, 의료기관 운영 등 사업수행 성과에 책임

2. Medical Holdings 운영 방안

가. 진흥원 자회사로 설립·운영

- 진흥원이 100% 지분을 갖는 자회사를 설립하고, 경영권 지배 및 사

업수행을 관리하는 형태로 운영

- 재원조달 : 정부 출연을 통한 진흥원 출자
- 장점 : 진흥원 해외지소 등 국제 네트워크를 통한 해외사업 수주용이, 경영목표, 사업내용 설정 등 정부 정책방향에 맞는 목적사업 수행 가능
- 단점 : 기관 설립을 위한 자본 및 사업 수행을 위한 초기 투자비용을 정부가 모두 부담하게 되어 정부 출연에 대한 부담 가중

□ 필요사항

- 진흥원이 자회사를 설립하여 의료서비스 해외진출 사업을 수행할 수 있도록 진흥원법 등 관련 법, 정관, 규정 등의 개정 필요
- 정부 출연 및 진흥원 자회사 설립·운영에 대한 관련부처 협의 (복지부, 기재부) 필요

나. 진흥원-민간 공동출자를 통한 민관합작회사를 설립·운영

□ 진흥원과 복지부, 헬스케어 기업, 병원, REITs 회사, 정책금융기관 등이 함께 공동출자하여 민관합작회사를 설립

- 재원조달 : 정부 출연을 통한 진흥원 50% 이상 출자(경영권 확보), 헬스케어 기업, REITs 회사, 정책금융기관 등이 일정 지분 투자
- 장점
 - － 민·관 공동참여 기관의 인력과 장비, 기술과 경영노하우, 대외협력 네트워크의 공동 활용 가능
 - － 해외진출 정책 및 전략수립, 제약·의료기기·의료서비스 시장 개척, 해외부동산 개발 및 건설, 자금조달 등 각 기관의 전문성을 최대한 활용 가능
- 단점 : 공동체 사업목표, 운영방식 등 운영총괄에 대한 명확한 주

체의 설정이 불분명할 경우 책임소재의 불명확, 이권분쟁에 따른
운영의 혼란 등 문제발생 가능

□ 필요사항

- 각 참여주체들 공동의 목표 및 운영방식, 운영주체 및 수익의 분배방식 등에 대한 명확한 설정 필요
- 진흥원 출자를 위한 진흥원 관련 법, 정관, 규정 개정 및 관련 부처(복지부, 기재부) 협의 필요

〈타기관 사례〉 농수산물유통공사의 국가곡물조달시스템 구축을 위한 민-관합작법인 'aT Grain Company' 설립

- 농수산물유통공사는 안정적인 국제곡물수급을 위해 2010년 업무보고에서 ‘국가곡물조달시스템’을 구축하기로 농림수산식품부 장관에게 보고
- 농수산물유통공사와 함께 삼성물산, 한진, STX 등 3개 민간참여사가 공동으로 T/F를 구성하여 사업계획 등을 협의하여 2011년 4월 29일 합작투자법인인 'aT Grain Company'를 미국 시카고에 설립
- 투자지분은 농수산물유통공사가 55%, 3개 민간회사가 각각 15%이며 사업가치사슬 별로 삼성물산은 곡물 판매, 한진은 미국내륙운송, STX는 해상운송을 각각 담당

다. 공사의 설립·운영

- 우리나라 의료서비스 및 의료기관 해외진출을 전문적으로 수행할 독립기관으로서 자체예산을 확보·운영하는 공사를 설립하여 운영
 - 채용조달 : 정부출연 또는 주식, 채권의 발행을 통해 공사운영 및 사업 투자자금 마련
 - 장점 : 투자사업을 전문적으로 수행할 수 있는 조직으로서 사업의 자율성과 효율성이 높음
 - 단점
 - － 공사 설립에 대한 법적근거 마련, 예산 확보, 사업 안정화 등에 많은 시간과 노력이 소요
 - － 공공기관 신설로 인한 정부의 공공기관 운영에 대한 부담 가중

□ 필요사항

- 공사설립을 위한 새로운 공사법 및 시행령, 정관 등 작성 필요
- 공공기관 신설 시 ‘공공기관의 운영에 관한 법률’에 따라 기관신설에 대한 기재부의 타당성 심사 필요

※ 공공기관의 운영에 관한 법률

1) 제7조 ‘기관 신설에 대한 심사’

- ① 주무기관의 장은 법률에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 기관을 신설하고자 할 때에는 그 법률안을 입법예고하기 전에 기획재정부장관에게 그 기관 신설의 타당성에 대하여 심사를 요청하여야 한다.
 - 1. 법률안에 정부의 출연근거가 규정되어 있는 기관
 - 2. 정부지원액이 총수입액의 2분의 1을 초과할 것으로 추계되는 기관
 - 3. 법률안에 정부가 단독으로 또는 정부와 공공기관이 합하여 자본금의 100분의 30 이상을 출자하는 것으로 규정되어 있는 기관

제5절 결론

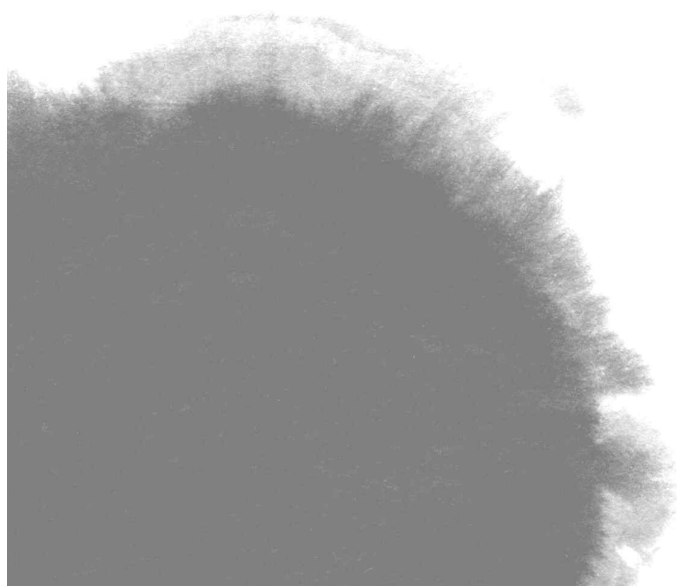
- 의료서비스의 해외진출 및 이와 연계한 해외환자유치 활성화는 우리나라의 성장과 발전을 위한 필수불가결한 사업분야로 자리매김.
 - 선진국 및 경쟁국보다 출발이 늦은 상황에서 우리나라의 경쟁력을 하루빨리 선진국 및 경쟁국 수준으로 본궤도에 올려놓기 위해서는 정부차원의 적극적인 지원이 반드시 필요
- 이를 위해 본 연구에서는 우리나라 의료서비스의 해외진출 활성화를 위한 정부차원의 적극적인 노력으로써 의료서비스의 해외진출을 체계적으로 지원하는 기관인 Medical Holdings(가칭)의 설립 방안을 제시하였음.
 - Medical Holdings(가칭)는 해외사업개발, 자금관리, 병원설립, 병원운영의 조직구조를 갖추고 수요자 요구에 맞춘 다양한 비즈니스 모델을 구현하는 우리나라 의료서비스 해외진출의 구심점으

로서의 역할을 수행

- Medical Holdings(가칭) 운영 방안으로는 진흥원 자회사로 운영하는 방안, 정부와 민간이 공동출자하는 민관합작회사로 운영하는 방안, 별도의 공사를 설립하는 방안 등 세 가지 방안을 제시하였음.
 - 의료서비스 해외진출에 대한 정부의 육성 의지와 시장의 참여 의지를 고려하여 정부의 정책방향에 맞춰 가장 효율적으로 운영 가능한 설립 방안의 선정이 필요할 것임.
- 이에 더해 의료서비스 해외진출 활성화를 위한 제도개선과 정책적 지원이 지속적으로 확대되어야 함.
 - 현재 제조업 중심으로 마련되어 있는 다양한 정책금융 지원제도를 의료서비스의 영역까지 확대하여 지원하는 방안이 조속히 마련되어야 함.
 - 또한, 해외진출 선도병원에 대한 세제감면 및 전문인력 우선지원, 외환규제 완화 등 다양한 인센티브 제공으로 의료서비스 해외진출 활성화를 견인해야 할 것임.
- 본 연구에서는 Medical Holdings(가칭)의 운영방안에 있어 조직의 규모와 인력, 운영예산, 재원조달 규모 등은 구체적으로 제시되지 않았음.
 - 정밀한 시장조사와 우리나라 의료서비스가 세계시장에 진출할 수 있는 가능성을 고려한 시장규모 예측을 통해 적절한 규모의 조직 및 재원조달 규모 등이 마련되어야 할 것임.

3부

사회복지 부문



제7장 양육비용 사회화 방안

제1 절 연구배경

- 우리나라의 출산율은 1983년 인구대체수준(합계출산율 2.1)에 도달한 후 1980년대 중반부터 1990년대 중반까지 1.6 내외의 낮은 수준에서 지속되었으며, 2000년대에 들어서는 1.2 내외의 초저출산현상 장기화
 - 저출산의 원인으로 자녀양육비용 부담, 자녀교육비용 부담, 안심하고 맡길 수 있는 육아지원인프라 미흡, 일-가정 양립 곤란 등이 지적
- 정부에서는 저출산 대응 정책의 일환으로 자녀양육가정의 경제적 부담 경감을 위해 다양한 정책을 통하여 자녀양육비용을 직·간접적으로 지원하고 있음.
 - 여기에는 출산 전 진료비 지원을 위한 고운맘 카드, 취학전 자녀의 보육·교육비 지원, 보육시설미이용아에 대한 양육비 지원 등이 해당
 - 이들 정책들은 자녀의 생애주기별 지원에 대한 기본 체계를 구축하였다는 점에서 어느 정도 의의를 가지나, 급속하게 변화하는 사회문화적 환경 변화(여성의 경제활동참가 증가, 조부모 및 친인척 돌봄 문화 약화 등)를 충분히 반영하지 못해(dull welfare로서

작동) 일정한 한계점을 드러냄.

- 자녀양육과 관련한 정책들의 대부분이 저소득층 및 시설 중심으로 편향되어 있어 사각지대가 광범위
- 정책의 수혜 대상에 포함되는 경우에도, 지원받는 수준이 낮아 국민체감도가 낮은 실정
- 결국 매년 대규모의 예산을 투입하고 있음에도 불구하고 그 효과성에 의문이 제기되고 있는 실정

□ 시대적 변화를 반영한 지속가능하고 효율적인 자녀양육비용 지원 방안(Smart Welfare)을 마련하기 위하여 그간 양육비용지원정책의 한계로서 지적되어 왔던 ‘낮은 국민체감도’와 ‘광범위한 사각지대’ 문제 등을 극복할 필요가 있으며, 이를 위하여 본 연구에서는 가족-민간-국가가 공동 주체가 되어 참여하는 자녀양육비용 사회화 방안을 제시하고자 함.

- (효율성) 기존 정책은 자녀양육비용 지원에 대한 국고 의존으로 예산한계 문제가 발생하여 일부 계층에 대해 일부 비용만을 지원함으로써 효율성이 떨어졌으나, 양육비용사회화를 통한 분담체계 구축으로 예산 확보 및 활용의 효율성 제고 가능
- (지속가능성) 기존 정책은 예산 확보의 한계로 제도의 지속가능성을 담보할 수 없었으나, 자녀양육비용 부담에 대한 가족-사회-국가 등의 균형적 참여를 통해 제도의 지속가능성 보장
- (체감도) 기존 정책은 지원 대상 제한 및 낮은 지원 수준 등으로 체감도가 낮았으나, 양육비용사회화를 통해 정책의 사각지대 해소, 지원수준의 현실성 제고 등을 통한 체감도 제고
 - 지원금액의 활용을 자녀양육 전반에 지출되는 비목으로 확대하고 융통성 있게 사용하게 함으로써, 정책 수혜자의 체감도 상승 가능

- (제도 발전 가능성) 기존 정책은 정책대상 및 지원수준이 거의 고정적이었으나, 다양한 주체가 참여하는 양육비용의 사회화를 통해 정책 대상 및 지원수준 확대 등 제도 발전 가능성 확보

〈표 7-1〉 양육비용 사회화 방안의 Smart Welfare화

	Dull Welfare	Smart Welfare
효율성	예산한계에 따른 정책대상 및 지원수준의 효율성 저하	가족-사회-국가 간 균형적 분담체계 구축을 통한 예산 확보 및 활용의 효율성 제고
지속가능성	자녀양육비에 대해 가족 혹은 국가에 전적으로 의존	가족-사회-국가 간 균형적 분담체계 구축을 통한 지속가능성 확보
체감도	정책 수혜대상 제한 및 낮은 지원수준으로 체감도 저하	정책 수혜 사각지대 해소 및 현실적인 지원수준 확보를 통한 체감도 향상
제도 발전 가능성	거의 고정되어 있는 정책대상 및 지원수준으로 낮은 제도 발전 가능성	정책대상 및 지원수준의 확대 가능 등으로 제도 발전 가능성 제고

제2절 아이양육지원정책의 추진현황 및 한계점

1. 추진현황

□ 고운맘카드

- 지원대상 : 건강보험 가입자 또는 피부양자, 의료급여 수급권자 모두를 포함한 임산부
- 지원내용 : 출산 전 진료(분만예정일 이후 60일까지 가능)를 위해 임신부가 지정요양기관에서 진료 받은 급여·비급여 항목에 대해 고운맘카드(전자바우처)로 40만원(1일 6만원 한도) 지원

□ 출산크레딧

- 지원대상 : 2008년 1월 이후 둘째자녀 이상을 출산한 가정

○ 지원내용 : 국민연금 추가 가입기간 인정(인정소득기준은 연금수급직전 3년간 평균소득월액)

－ 2자녀 12개월, 3자녀 이상인 경우 1자녀 당 18개월(최대 50개월)을 추가가입기간으로 인정

□ 보육료·유아교육비 지원

○ 지원대상

－ 보육시설에 다니는 만 0~5세아가 있는 가구 중 소득하위 70%이하 가구

－ 유치원에 다니는 만 3~5세아가 있는 가구 중 소득하위 70%이하에 속하는 가구

○ 지원내용 : 자녀 연령별 보육료 및 교육비 전액 지원

〈표 7-2〉 보육료 및 유아교육비 지원액(월 기준)

아동 연령	가구소득하위70% (인정액 기준)	가구소득상위 (30% 맞벌이부부)	지원액	
			보육료	유아교육비
만0세	3인까지 416만원, 4인기준 480만원, 5인기준 537만원, 6인기준 588만원, 7인이상 6인기준+1인 증가	부부합산소득을 25% 감액한 소득인정액이 소득하위 70% 이하에 해당될 경우 전액 지원(육아휴직수당 수혜 시 공적이전소득으로 간주하여 소득감액 대상에서 제외)	기본보조금+ 394천원	
만1세	3인까지 416만원, 4인기준 480만원, 5인기준 537만원, 6인기준 588만원, 7인이상 6인기준+1인 증가	부부합산소득을 25% 감액한 소득인정액이 소득하위 70% 이하에 해당될 경우 전액 지원(육아휴직수당 수혜 시 공적이전소득으로 간주하여 소득감액 대상에서 제외)	기본보조금+ 347천원	
만2세	3인까지 416만원, 4인기준 480만원, 5인기준 537만원, 6인기준 588만원, 7인이상 6인기준+1인 증가	부부합산소득을 25% 감액한 소득인정액이 소득하위 70% 이하에 해당될 경우 전액 지원(육아휴직수당 수혜 시 공적이전소득으로 간주하여 소득감액 대상에서 제외)	기본보조금+ 286천원	
만3세	3인까지 416만원, 4인기준 480만원, 5인기준 537만원, 6인기준 588만원, 7인이상 6인기준+1인 증가	부부합산소득을 25% 감액한 소득인정액이 소득하위 70% 이하에 해당될 경우 전액 지원(육아휴직수당 수혜 시 공적이전소득으로 간주하여 소득감액 대상에서 제외)	197천원	197천원 (국공립 59천원)
만4세	3인까지 416만원, 4인기준 480만원, 5인기준 537만원, 6인기준 588만원, 7인이상 6인기준+1인 증가	부부합산소득을 25% 감액한 소득인정액이 소득하위 70% 이하에 해당될 경우 전액 지원(육아휴직수당 수혜 시 공적이전소득으로 간주하여 소득감액 대상에서 제외)	177천원	177천원 (국공립 59천원)
만5세	3인까지 416만원, 4인기준 480만원, 5인기준 537만원, 6인기준 588만원, 7인이상 6인기준+1인 증가	부부합산소득을 25% 감액한 소득인정액이 소득하위 70% 이하에 해당될 경우 전액 지원(육아휴직수당 수혜 시 공적이전소득으로 간주하여 소득감액 대상에서 제외)	177천원	177천원 (국공립 59천원)

주. 만 0~2세의 경우 보육료 지원 이외 보육시설에 기본보육료 지원

□ 보육시설 미이용 아동 양육수당 지원

○ 지원대상 : 차상위 가구의 보육시설 미이용 아동(만 0~2세아)

○ 지원내용 : 연령별 10~20만원 차등 지급

- 2009.7~2010기간 차상위이하(소득인정액 기준)²³⁾ 가구의 0~1세아(24개월 미만)에게 월10만원 지원(68천명 대상 723억원)
- 2011년부터 차상위(소득인정액 기준) 가구의 0~2세아(36개월 미만)에 차등지급(0세아 20만원, 1세아 15만원, 2세아 10만원)(98천명 대상 1,871억원)

□ 조세감면

- 지원내용 : 소득공제 중 기본공제액 150만원, 교육비공제 초·중·고 300만원, 대학 900만원, 의료비공제 700만원 등으로 한도액 인상

〈표 7-3〉 출산·양육 관련 소득공제 및 비과세 규모

종류			현황
소득공제	인적공제	기본공제	• 자녀 1인당 150만원 공제
		추가공제	• 6세 이하 자녀 1인당 100만원 추가 공제 • 출산·입양한 당해 연도 해당 자녀 200만원 추가 공제
		다자녀 추가공제	• 자녀가 2인인 경우 추가 50만원 • 2인을 초과하는 경우 1인당 100만원 추가공제
	특별공제	교육비	• 영유아 교육비 : 1인당 300만원 한도 • 초·중·고생 교육비 : 1인당 300만원 한도 • 대학생 교육비 : 1인당 900만원 한도 • 장애인 특수교육비 : 전액
		의료비	• 자녀의료비 중 총 급여의 3% 초과금액 소득공제(연 700만원 한도)
		보험료	• 자녀의 보장정보험료 공제 (연 100만원 한도)
		기부금	• 아동복지시설 및 모자복지시설에 기부한 기부금 공제

2. 한계점

- 정책의 지원대상이 소득수준, 자녀의 보육시설 이용여부, 자녀연령 등에 따라 제한되어 있어 사각지대 발생

23) 차상위계층의 소득은 3인까지 141만원, 4인 173만원, 5인 205만원, 6인 237만원, 7인 이상은 6인 기준으로 1인 증가시마다 30만원씩 증가

○ 보육비·유아교육비 지원정책의 경우, 영유아가구 소득하위 70% 까지 지원하고 있으나, 이는 소득인정액 기준으로 실제 50% 수준에 불과

○ 보육시설미이용아 양육수당의 경우, 지원대상이 차상위계층의 만 0~2세아로 한정

— 2011년 기준 0~2세의 시설미이용아 647,977명 중 지원 계획에 있는 대상자는 98천명으로 15.1%에 불과

○ 조세감면 혜택은 고소득층에 효과적이나 중산층 이하 가정에 대해서는 상대적으로 미흡

□ 낮은 지원수준 및 자녀양육비 일부에 대한 지원으로 인해 자녀양육 가정의 비용부담은 여전히 존재하며 체감도도 낮은 실정

○ 산전진찰 및 분만 시 소요되는 평균 비용은 185만원으로 이 중 50~70%가 산모 개인 부담인 것으로 추정되는데, 현재는 최대 40만원까지만 지원받을 수 있음.

○ 자녀양육비 지원을 목적으로 보육비·유아교육비를 전액을 지원하고 있으나, 이는 정규 보육료·교육비로써 이 외 자녀양육을 위해 지출하는 비용에 대한 지원은 미흡한 실정

— 시설에서의 추가적인 특별활동비 및 부모의 출퇴근시간과의 불일치 등으로 인한 보육·유아교육시설 외 보육서비스(베이비시터, 친인척, 학원 등) 이용 등에 대한 지원은 전무

• 보육·교육비 면제대상도 월평균 55천원을 보육교육비로 지출(44.3천원 추가 비용)하고 있으며, 면제대상의 37.4%, 감면대상의 66.4%가 비용이 부담스러운 것으로 응답(보건복지가족부, 「전국보육실태조사」, 2009)

○ 보육시설미이용아 양육비 지원의 경우, 월 10~20만원을 지원하고 있으나 한국보건사회연구원의 조사에 의하면 2009년 자녀양

육비는 0~2세는 31만원, 3~5세는 44.8만원으로 추정되어 지원수준이 매우 낮을 것으로 추정 가능

- 다자녀가정에 대한 조세혜택에도 불구하고, 1인가구와 4인가구간 소득세부담률 차이는 1.2%p(OECD 평균 5.5%p)에 불과하여 유자녀가정의 조세부담이 여전히 높은 실정

[그림 7-1] 보육·교육비 및 보육시설미이용아동 양육수당 지원 대상 및 수준

양육비	총 양육비	낮은 지원수준						사각지대 : 영유아가구 소득하위 70%이상 및 차상위계층이상가구의 영유아
	시설미이용아 양육비	20만원	15만원	10만원				
	시설이용아 보육교육비	정부지원						
아동연령		0세	1세	2세	3세	4세	5세	
기준소득	영유아가구 소득하위 70%이하	월 480만원 (4인가구 기준)						
	차상위 계층이하	월 173만원 (4인 가구)						

□ 종합하면, 현재 추진 중인 자녀양육비용 지원정책에 내재되어 있는 정책대상 및 지원수준, 지원대상 등의 한계로 사각지대가 발생하고 국민체감도가 떨어지고 있음.

- 자녀양육비에 대한 부담은 개선되지 못하고, 국민의 출산의향이 더 낮아지고 있는 실정
 - 1자녀 기혼여성(20~39세)의 출산중단 원인으로 자녀교육·양육비 부담은 2005년 28.5%에서 2009년 43.7%로 증가
 - 취업여성의 출산의향비율은 1자녀시 2005년 42.6%에서 2009년 40.0%로, 비취업여성의 경우 49.7%에서 40.1%로 오히려 감소(2자녀 경우에도 유사)

〈표 7-4〉 1자녀 유배우여성(20~39세)의 추가출산중단 이유

(단위: %, 명)

	전체		취업		비취업	
	2005	2009	2005	2009	2005	2009
소득·고용 불안정	18.4	18.0	25.0	20.7	13.4	17.0
주택 마련 곤란	0.8	6.9	1.8	3.4	0.0	8.5
자녀양육비 부담	10.1	17.0	8.0	9.2	11.4	20.3
자녀교육비 부담	18.4	26.7	13.4	19.5	22.1	29.7
일·가정양립 곤란	9.6	6.5	12.5	17.2	7.4	1.9
가치관 변화	18.1	14.6	18.8	19.5	17.4	12.7
불임	2.3	2.4	3.6	3.4	1.3	1.9
고연령	5.3	3.1	2.7	3.4	7.4	2.8
기타	17.1	4.8	14.3	3.4	19.5	5.2
전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

□ 향후 여성들의 경제활동참가 증가와 함께 핵가족화, 가치관 변화 등에 따른 친인척 등 비공식적 자녀양육지원망 약화로 자녀돌봄에 대한 부담은 가중될 것임.

○ 즉, 사회구조적으로 자녀양육에 대한 부담을 개인·가족 스스로 해결하는데 한계가 존재하며, 이를 해소하지 못할 경우 출산을 기피하거나 축소하는 경향이 증가할 것으로 예상됨.

제3절 외국 사례

1. 양육수당 사례

□ 프랑스 영아급여²⁴⁾

○ 기본수당(Base Allowance)은 자녀출산 후 3세 전까지 월 177.95유로(€ ≒ 1,550.03원) 지급(입양의 경우 자녀가 20세가 되

24) Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2010
(<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2010-2011/europe/france.html>)

기 전 최대 3년간 지급)

- 쌍둥이 외에 한 아동 이상에게 중복 지급되지 않고, 기본수당을 받는 가정은 가족보조급여에서 제외
- 재원은 자영업자·고용주·정부에 의해 마련(보편주의)

○ 근로감축보조급여(Supplement for reduced work)

- 근로자가 평균근무기간의 절반 이하로 일한 경우(비근로소득자는 월 77시간 이하 근무) 월 241.88유로 지급, 평균근무기간의 50~80%를 일한 경우(비근로소득자는 월 122시간 이하 근무) 월 139.53유로 지급
- 입양, 출산, 부성·모성 휴가 후 자녀가 3세가 되기 전까지 지급 가능하며, 자녀 연령이 18~29개월 사이에 복귀하면 보조금 2개월 연장
 - 수급자가 기본수당수급자가 아닌 경우 월 552.11유로까지 증액
- 부와 모 모두 비상근직이며 추가급여 수급대상이 되는 경우, 부와 모에게 지급되는 추가급여의 결합된 최대금액을 월 최고액을 넘지 않는 수준에서 지급
- 근로감축에 대한 추가급여 수급자는 상황에 따라 아동양육에 대한 추가급여도 결합하여 지급 가능

○ 선택적 근로감축보충급여(Optional supplement for reduced work)

- 자녀 출산(입양) 첫 해에 최장 12개월까지 매월 611.59유로 지급
- 수급자가 기본수당 수급대상인 경우 추가급여는 789.54유로까지 증액

○ 자녀양육보충급여(Supplement for childcare)

- ‘소득관련 현금급여’는 자녀수와 가구소득에 의거하여 자녀양육에 소용되는 비용을 보상에 주기 위해 지급
 - 급여는 자녀가 공인보육기관 혹은 가정에서 양육할 경우 보상
- ‘가족수당기금’은 공인된 보육시설을 이용할 경우 사회보장기여금을 100% 변제, 가정 내 보육을 할 경우 50%까지 변제
 - 사회보장기여금은 가정 내 보육제공자의 급여를 통해 지급
 - 자녀양육보충급여 수급자는 근로감축보충급여와 결합하여 지급받을 수 있음

□ 노르웨이 가족수당·현금급여²⁵⁾

- “가족수당”은 노르웨이 거주하고 있는 18세미만의 모든 아동에 대해 아동 당 연간 11,640크로네(Krone≒198.36원)를 매달 분할하여 지급
- “어린 자녀가 있는 가족을 위한 현금 급여”는 1~3세아 또는 미취학 입양 아동의 가정이 23개월까지 수급 가능
 - 전체 금액(아동 당 39,636크로네/년)을 받으려면 정부 지원을 받는 데이케어센터에 다니지 않아야 함(데이케어센터에 주당 33시간미만 다니면 적은 금액의 급여를 받을 수 있음)
 - 재원은 정부가 제공(보편주의)

□ 일본 양육수당²⁶⁾

- 양육수당은 12세미만 아동 양육자(4인가족 기준 소득 780만엔 미만)에 지급
 - 특례급여는 12세미만 아동 양육자로서 소득 제한에 의해 양육수당을 지급받지 못하는 피고용인(후생연금 등 피용자 연금가입자 등)을 대상으로 가구소득 한도액(4인가족 기준 860만엔 미만인 경우에 지급

25) Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2010

26) 일본 Social Security Programs Throughout the World: Asia and the Pacific, 2008

- 양육수당과 특례급여 모두 첫째자녀·둘째자녀의 경우 월 5,000엔(¥≒13.22원), 셋째자녀 이상의 경우 월 10,000엔 지급
- 재원
 - 0~3세 미만 자녀를 둔 피고용인 : 고용주·중앙정부·지자체
 - 0~3세 미만 자녀를 둔 자영업자 : 중앙정부·지자체
 - 3세~초졸 자녀를 둔 경우 : 중앙정부·지자체(고용주+공공부조)

2. 크레딧·보험 사례

□ 싱가포르 아동발달크레딧(Child Development Credits)²⁷⁾

- 목적
 - 아동을 양육하는 가정에 크레딧을 일시불로 지원함으로써, 취학 전 교육, 양육, 의료 등의 비용 보충
- 대상
 - 6세 이하(2005년 1월~2011년 12월 출생) 모든 아동
- 지원
 - 가구의 연간 재산을 기준으로 크레딧 지원 범위 결정
 - 연간 재산이 13,000싱가포르달러(SGD: \$≒870.45원) 이하인 경우 400SGD, 연간재산이 13,000SGD 이상인 경우 300SGD 지급
- 방법
 - 아동발달지원계좌(Child Development Account, CDA)로 지원

□ 스웨덴 부모보험²⁸⁾

- 목적

27) <http://www.babybonus.gov.sg>

28) Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2010
(<http://www.ssa.gov/policy/docs/prodesc/ssptw/2010-2011/europe/sweden.html>)

- 가족아동 지원(부모수당, 임신수당, 아동수당, 양육수당, 주거비 지원, 생활비 지원) 및 질병·장애 지원(질병수당, 훈련 지원, 질병 보상, 치과 치료 지원, 이동지원, 주거비 지원)

○ 혜택

- “부모현금급여”로 390일 동안 임금의 80% 지급
 - 저소득 무소득 부모는 일 180크로나(Kr≒169.58원)를 고정률로 지급, 90일 동안 일 180크로나 지급(2006년 7월 이전 출생아 60크로나 지급)
- “임신급여”로 임금의 80%를 최대 50일까지(산전 60일~11일까지 사용 가능) 지급(최대 산정 소득액은 318,000크로나)
- “일시적 부모현금급여”로 임금의 80%를 최대 60일까지(60일 연장 가능) 지급(최대 산정 소득액은 318,000 크로나)
 - 부·모 모두 사용 가능하며, 부가 사용할 경우 10일 추가

○ 재원

- 보험가입자 : 없음
- 자영업자 : 수입의 9.61% + 부모 현금급여의 2.2%
- 고용주 : 급여 총액의 8.64% + 부모 현금급여의 2.2%
- 정부 : 없음

□ 캐나다 퀘벡보험제도(Quabec Insurance Plan)²⁹⁾

○ 목적

- QPIP(Quabec Insurance Plan)은 모성휴가, 부성휴가, 부모휴가, 입양휴가 등을 사용하는 일정 수준의 근로소득자(자영업자 포함)에게 수당 제공
- 혜택을 받기 위해서는 근로소득이 있어야 함(임금대체전략)
- 실질소득이 25,921캐나다달러(Cdn\$≒1,108.92원) 이하인 가

29) 퀘벡주정부 홈페이지(www.rqap.gouv.qc.ca/index_en.asp)

족에게는 추가 지원

○ 지원 대상(조건)

— 근로소득자

- 혜택을 받기 시작하는 시점에 퀘백주에 거주
- 근무시간에 상관없이 자격조건기간에 보험료 산정 인정소득이 Cdn\$2,000 이상
- 평균주당임금의 최소 40% 감축 또는 일을 그만둔 경우

— 자영업자

- 혜택을 받기 시작하는 시점에 퀘백주에 거주해야 하며, 혜택을 받기 전 12월 31일에 퀘백주 거주
- 자격조건기간에 보험료 산정 인정소득이 Cdn\$2,000 이상
- 사업을 그만두거나 사업활동시간이 최소 40% 감축된 경우

— 근로소득자이면서 자영업자

- 혜택을 받기 시작하는 시점에 퀘백주에 거주해야 하며, 혜택 받기 전 12월 31일에 퀘백주 거주
- 자격조건기간에 보험료 산정 인정소득이 Cdn\$2,000 이상
- 사업을 그만두거나 사업활동시간이 최소 40% 줄어들고, 일을 그만두거나 평균주당임금이 최소 40% 감축된 경우

○ 혜택

- 혜택은 보험료 산정 인정소득의 75%까지 가능
- 부모는 기본프로그램(장기간 소액 지급)과 특별프로그램(단기간 고액 지급) 중 선택 가능
- 혜택 종류로는 모성수당, 부성수당, 부모수당(동의서에 따라 부모 중 한명이 사용하거나 둘 다 수혜 가능), 입양수당 등

〈표 7-5〉 캐나다 퀘벡보험제도(QPIP)

혜택 종류	기본 프로그램		특별 프로그램	
	최대 사용 가능 기간	혜택(평균 주당임금대비 비율)	최대 사용 가능 기간	혜택(평균 주당임금대비 비율)
모성수당	18개월	70%	15개월	75%
부성수당	5개월	70%	3개월	75%
부모수당	32개월	7개월 70% + 25개월 55%	25개월	75%
입양수당	37개월	12개월 70% + 25개월 55%	28개월	75%

주 : 프로그램을 정한 후에는 바꿀 수 없음.

자료 : 퀘벡주정부 홈페이지(www.rqap.gouv.qc.ca/index_en.asp)

○ 신청 시기

- 근로소득자는 직장을 중단하거나 평균주당임금이 최소 40% 감소한 날
- 자영업자는 사업 중단 또는 사업활동시간이 최소 40% 감소한 날
- 근로소득자이면서 자영업자인 경우에는 직장 중단 혹은 평균 주당임금이 최소 40%가 감소하고, 사업을 관두거나 사업활동 시간이 최소 40% 감소한 날

3. 매칭펀드 사례

□ 싱가포르 베이비보너스(Baby Bonus)³⁰⁾

- 대상 : 6세 이하의 모든 아동
- 지원방법(현금 지원 + 매칭 펀드)
 - 현금 지원
 - 출산 후 18개월까지 현금으로 4회 분할 제공
 - 1회는 서류 접수 3주 후에 지급되며, 이후는 자녀가 6개월,

30) <http://www.babybonus.gov.sg>

12개월, 18개월일 때 부모 혹은 아이를 양육하는 개인의 계좌로 지원(계좌명칭은 21세 이상의 부모 혹은 기타 개인으로서 파산하지 않은 경우에만 가능)

〈표 7-6〉 싱가포르의 출산순위별 현금지원 금액

(단위 : 싱가포르달러)

출산순위	MCYS서류 제출 후 3주	아동연령			
		6개월	12개월	18개월	합계
첫째아 · 둘째아	1,000	1,000	1,000	1,000	4,000
셋째아 · 넷째아	1,500	1,500	1,500	1,500	6,000

주 : 1) MCYS(Ministry of Community Development, Youth and Sports)

2) SGD(\$)≒870.45원

— 아동발달지원계좌(Child Development Account, CDA)

- 2008년 8월 이후의 모든 출생아가 지원 대상이며, 계좌는 지정된 은행에서만 개설 가능
- 자녀가 6세가 될 때까지 일시불 혹은 분할로 아동발달지원 계좌에 저축(최소·최대금액 제한 없음)하면, 정부는 첫째아·둘째아 6,000SGD 이상, 셋째아·넷째아 12,000SGD 이상, 다섯째아 이상 18,000SGD까지 매칭펀드 지원(이자율 제외 순수 저축금액에 대해서만 매칭펀드)
- 아동발달지원계좌 금액은 현금 인출이 불가능하며, 베이비보너스카드를 발급받아 MCYS(Ministry of Community Development, Youth and Sports)에 등록된 승인기관·시설³¹⁾ 이용 시 또는 의료보험(Medishield나 Medisave)에 사용이 가능

31) 아동돌봄센터, 교육부(Ministry of Education) 혹은 사교육의회(Council for Private Education)에 등록된 유치원·특별교육기관, 민간의료기관 및 의료크리닉 법에서 관리하는 건강관리센터(Healthcare Institution) 등으로 유치원의 90%, 모든 특별교육기관, 600개 이상의 건강관리센터가 해당됨. 미등록기관 이용 시에는 크레딧 사용 불가.

- 미사용 금액은 자녀가 7세가 되었을 때 중등교육계좌(Post-Secondary Education Account, PSEA)³²⁾로 자동 전환

〈표 7-7〉 싱가포르의 출산순위별 베이비보너스 혜택

(단위 : 싱가포르달러)

출산순위	정부의 현금지원	정부의 최대매칭 금액	총 지원액
첫째아 · 둘째아	4,000	6,000	최대 10,000
셋째아 · 넷째아	6,000	12,000	최대 18,000
다섯째아 이상	-	18,000	각각 최대 18,000

주 : SGD(\$)≒870.45원

□ 캐나다 공인교육적금(Registered Education Saving Plan, RESP)³³⁾

○ 목적

- 정부에 등록된 교육저축계좌로 자녀의 고등교육 진학 지원

○ 저축계좌

- 은행이나 기타 신용기관 등 공인된 자산관리사 등을 통해 3가지 형태의 계좌 개설 가능
 - 가족교육적금(Family RESPs)은 1명 이상의 친자 혹은 입양아를 위해 저축
 - 개인별교육적금(Individual RESPs)은 본인과 관련 있는 혹은 관련 없는 1명 아동을 위해 저축
 - 단체교육적금(Group RESPs)은 본인의 저축액과 다른 사람의 저축액을 합산하며, 학교등록금 지불 시에는 저축액을

32) 싱가포르 고등교육계좌(Post-Secondary Education Accounts, PSEA)는 고등교육을 받는 학생의 교육비 부담 경감을 위한 것으로 기금은 아동 본인 혹은 형제자매가 승인 교육기관이나 승인 프로그램을 이용 시 사용 가능. 교육저축계좌(Edusave Account) 잔액은 16세가 되던 해 또는 중등학교 졸업 시 고등교육계좌로 전환.
(<http://www.moe.gov.sg>)

33) <http://www.hrsdc.gc.ca>

분할로 지급(통상적으로 정기 불입이 요구되나, 적금마다 규정 상이)

○ RESP계좌 개설 시 보조금 추가 제공

－ 캐나다고등교육보조금(Canada Learning Bond)

- 2003년 12월 31일 이후 출생아로서, 캐나다자녀세금공제(Canada Child Tax Benefit)의 일부인 아동급여보조금(National Child Benefit Supplement)을 수령하고 있는 경우
- 자녀가 고등학교 졸업 후 고등교육 진학에 대비하여 저축할 수 있도록 최초 \$500을 정부에서 지원하고, 이후 15세까지 매년 \$100을 추가로 지원(최고 \$2,000까지 지원)

－ 캐나다교육적금보조금(Canada Education Savings Grant)

- 기본보조금과 추가보조금 두 가지 형태로 최대 \$7,200(연 \$500~\$600)
- 기본보조금은 가구소득에 관계없이 매년 RESP에 저축한 금액의 최초 \$2,500에 대해 20% 지원
- 추가보조금은 순 가구소득에 따라 매년 RESP에 저축하는 금액의 최초 \$500에 대해 10% 혹은 20% 지원
- 보조금은 기술인력양성프로그램, 직업학교, CEGEP, 전문대 및 대학교 등에서 전일제나 시간제로 학업을 수행할 때 사용 가능

○ RESP계좌 운영방식

- － 계좌개설 시, 저축계좌, 채권, 보증투자증서(GICs), 뮤추얼 펀드, 주식 등의 투자 방식 선택
- － 최대 36년간 계좌사용이 가능하며, 고등학교 졸업 후 고등교육기관으로 진학하지 않아도 이후 고등교육기관 진학 시 사용 가능

- 36년 이내에 모두 사용하지 못하더라도 본인에게 회수
- 36년이 지난 이후, 계좌금액 중 캐나다교육적금보조금액은 형제·자매의 교육비용으로 사용되거나 캐나다 정부로 회수되며, 캐나다고등교육보조금에 해당하는 금액은 정부로 회수
- 불입금을 정기적으로 불입하지 않거나 계좌를 중도 해지할 경우, 페널티가 부과될 수 있음

제4절 양육비용 사회화 방안 기본방향 및 정책 방안

1. 기본방향

- 정책방안은 기존 자녀양육비 지원정책의 한계로서 비판되어 왔던 ‘낮은 국민체감도’와 ‘재정적 부담’ 문제들을 극복하여 누구나 공감하는 자녀양육비용 사회화 방안을 마련하는데 목적을 두고 있음.
- 양육비용사회화 방안의 기본방향은 다음과 같음
 - 지속가능성
 - 과거와 달리 여성 경제활동참여가 증가하여 더 이상 자녀양육의 책임을 여성에게 전가할 수 없으며, 자녀의 출산·양육 전 과정에서 드는 비용은 부모가 모두 부담하여 희생(cost)이 집중되는 반면, 자녀의 성장 후 활동을 통한 편익(benefit)은 사회(모든 국민)에게 분산
 - 이러한 차원에서 자녀양육비용에 대한 부담의 주체로서 개인·기업·국가 등 다주제 참여의 당위성 확보
 - 다주제 참여를 통해 향후 지속가능한 자녀양육비용 분담체계 구축 가능

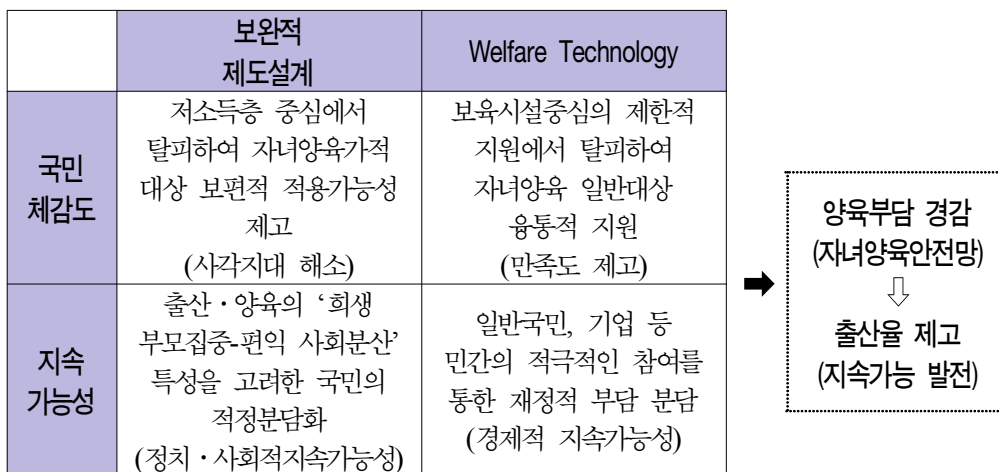
○ 사각지대 해소

- 현행 보육료·유아교육비(소득하위 70%까지 지원, 인정액 기준) 및 보육시설 미이용아동 양육수당(차상위계층, 0~2세아) 대상에서 제외된 자녀양육가정에 대한 지원 강화를 통해 사각지대 해소 가능

○ 만족도 제고

- 보육시설 이용을 담보로 혹은 시설에 대한 지원에서 탈피하여, 시설이외 보육(가정보육, 긴급보육 등), 시설보육에 있어서 특별활동비, 취학전교육, 보건의료, 양육(분유, 기저귀 등 생필품) 등 자녀양육가정 수요의 우선순위에 따라 지출할 수 있도록 융통성 제고
 - 자녀양육과 관련하여 소요되는 지출 양육비용을 가정에 직접적으로 지원함으로써 정책 체감도 및 만족도 제고에 기여
- 일반적으로 자녀양육에 드는 비용을 고려한 지원의 충분성(현실성) 제고

[그림 7-2] 자녀양육비용 사회화 방안의 기본방향 도시



2. 정책방안

가. (제1안) 출산육아저축계좌(임의가입형) 도입

□ 목적

- 출산을 계획하고 있는 부모(예비부모) 또는 예비부부들이 사전적으로 자녀양육에 소요되는 비용을 마련할 수 있도록 계좌 개설을 통해 불입한 저축액에 출산 이후 정부 및 민간에서 매칭하여 자녀양육의 경제적 부담 경감을 경감하기 위한
- 이를 통해 실질적인 자녀양육의 가족·사회·국가 간 균형적인 분담체계 구축에 기여
 - － 가족은 물론 국가나 기업 등의 부담을 경감시켜줌으로써 모두 윈윈(win-win)할 수 있는 전략으로 중요

□ 대상

- 소득수준이나 취업여부와 상관없이 모든 개인, 예비부부 또는 예비부모가 향후에 태어날 자녀의 양육을 위하여 출산육아저축계좌 개설
 - － 기 출산 부부도 추가적으로 출산하고자 하는 자녀의 양육을 위해서 출산육아저축계좌 개설 가능
- 입양하고자 하는 경우에도 출산과 동일하게 출산육아저축 개설 가능

□ 계좌개설 및 매칭방법

- 정부가 지정한 은행에서 출산 계획 중인 자녀의 양육을 위하여 출산육아저축계좌(1자녀 당 1개)를 개설하여 해당자녀의 출산직 전까지 불입
 - － 미혼 또는 결혼 후 무자녀 기간에 첫째아의 양육을 위하여 계좌를 개설하여 출산 직전까지 불입

- 첫째아를 이미 출산한 부부의 경우에는 계획 중인 둘째아의 양육을 위하여 계좌를 개설하여 해당자녀의 출산 직전까지 불입
- 계획 중인 셋째아 이상의 양육을 위한 계좌도 동일하게 적용
- 불입금액에는 한도가 없으나, 매칭은 출산순위에 따라 차등적 한정
 - 정부의 매칭은 자녀 출산 직후~만5세까지 실시
 - 저축계좌에 불입 혹은 매칭 된 금액은 자녀 출산과 동시에 사용할 수 있으므로 자녀 출산 전 불입 시부터 정부에서 매칭을 지원할 경우, 예산 사용의 비효율성 등의 문제가 발생하므로 출산 직후부터 매칭 지원
 - 최대 매칭 한도액은 첫째아 720만원, 둘째아 1,080만원, 셋째아 이상 1,440만원 등 적용
 - 이자를 포함하지 않은 불입 원금을 기준으로 매칭하고, 매칭한도액 이상의 불입금액에 대해서는 시중 금리만을 적용

〈표 7-8〉 출산육아저축계좌 매칭한도(안)

	매칭한도	매칭 기간 및 금액
첫째아	720만원	출산 전 불입한 금액에 대해 출산 후 72개월(0~5세) 동안 월 10만원까지 매칭
둘째아	1,080만원	출산 전 불입한 금액에 대해 출산 후 72개월(0~5세) 동안 월 15만원까지 매칭
셋째아 이상	1,440만원	출산 전 불입한 금액에 대해 출산 후 72개월(0~5세) 동안 월 20만원까지 매칭

주: 1) 매칭한도는 0~5세(72개월) × 월 양육비(약 40만원) × 일정비율(첫째아 50%, 둘째아 75%, 셋째아 100%)로 산정(한국보건사회연구원 추정 결과 2009년 자녀양육비는 0~2세는 31만원, 3~5세는 44.8만원으로, 연령간 차이 및 물가 인상 등을 감안하면 월 40만원 수준으로 계상)

2) 싱가포르 베이비보너스의 경우 첫째아·둘째아 현금지원(348만원)+매칭지원(522만원), 셋째아·네째아 현금지원(522만원)+매칭지원(1,045만원), 다섯째아 이상 매칭지원(1,567만원)

3) 영국 아동신용기금은 월 85,500~427,500원(저소득층, 장애아 등 추가 지원)을 18세까지 매칭 지원

- 정부 이외 민간(기업, 민간단체 등)도 희망 시 매칭이 가능하도록 하며, 그 경우 가족친화인증기업 선발 시 가산점 부여 등 혜택 제공

- 매칭방법 1안 : 기업, 민간단체 등이 개인을 위하여 일부 금액을 출산육아저축계좌에 불입하고 나머지에 대해 정부에서 매칭
- 매칭방법 2안 : 기업, 민간단체 등이 기부금 형식으로 정부의 매칭액 중 일부를 분담

〈표 7-9〉 출산육아저축계좌 매칭방법(안)

구분	방법	매칭 구성	비고
매칭 방법 1	기업, 민간단체 등이 대상자를 위하여 일부 금액을 출산육아저축계좌에 불입하는 방법(기업 등의 지원이 없는 경우 대상자가 모두 불입)	본인+민간 불입액 : 정부 매칭액 = 1 : 1	기업 등이 사내복지 등의 차원에서 조직원(근로자)을 위하여 직접 지원하여 가족친화적 경영 도모, 출산육아저축계좌제도 활성화 등에 기여
매칭 방법 2	기업, 민간단체 등이 기부금 형식으로 정부의 매칭액 중 일부를 분담하는 방법(민간 매칭이 없는 경우 정부가 모두 매칭)	본인 불입액 : 정부+민간 매칭액 = 1 : 1	출산·육아비용부담에 대한 기업 등의 적정한 분담, 정부의 재정적 부담 경감 등에 기여

□ 불입방법

- [방법 1] 정기적 불입(분기별, 월별 등)과 일시불 불입 모두 허용
 - 장점 : 첫째아 출산이 대부분 결혼 후 1년 내외에 이루어지고 있는 현실 고려 가능
 - 단점 : 정기적 불입과 일시불 불입 간의 형평성이 미흡하다는 비판 제기 가능
 - 정기적 불입과 일시불 불입 간의 시중금리 차이에 따른 형평성 문제가 발생할 수 있으나, 그 차이는 크지 않을 것으로 예상
- [방법 2] 정기적 불입만 인정(정기적으로 불입하지 않거나 계좌를 중도 해지할 경우 매칭한도 축소, 강제 해지 등 패널

티 부과 고려)

- 장점 : 소액의 정기적금 형태로 일정기간 출산육아를 준비함으로써 대상자의 부담 경감 효과 발생
- 단점 : 결혼-출산 간의 기간이 짧아 출산 전 일정기간 정기적불입이 현실적으로 곤란

□ 운영 및 활용

- 출산육아저축계좌의 금액(불입액+매칭액)은 해당 자녀의 보육교육, 의료, 양육 등 자녀양육과 관련한 특정 목적에만 한정하여 이용할 수 있도록 함
 - 출산육아저축계좌 금액은 해당 자녀의 취학 전(만0~5세)에 한정하여 월별(최대 사용 금액 설정)로 분할하여 이용이 가능
 - 단, 일부 항목(예, 교육비 등 관련)에 대해서는 취학 후에도 사용이 가능하도록 고려
 - 출산육아저축계좌 금액은 기본적인 취지를 고려하여 바우처나 카드 등의 형태로 사용할 수 있도록 장치 고려
 - 저축금의 오남용 방지를 위하여 카드 혹은 바우처 활용
 - * 카드로 활용할 경우, 기 추진 중인 고운맘카드 및 지자체의 다자녀우대카드 등과 통합하여 운영함으로써 카드 운영에 따른 비용 절감 가능
 - 카드 및 바우처 사용이 가능한 가맹점 선정 시, 위치, 유형 등을 고려하여 사용자들의 불편 최소화 필요
- 출산육아저축계좌는 해당자녀에게만 적용이 가능하며, 단 기 개설한 계좌의 불입금액(매칭 포함)이 해당자녀의 미취학 전까지 모두 사용하지 못한 경우에는 잔액을 이후 출생하는 자녀에게 적용 가능하도록 고려
- 출산육아저축계좌를 개설하였음에도 불구하고 자녀를 출산할 수

없거나 자녀를 출산하지 않을 경우에는 개설자가 본인의 희망에 따라 계좌를 해지할 수 있도록 함

- 그 경우 매칭혜택은 부여하지 않고 본인의 불입액과 시중금리를 적용한 이자액만 회수 가능

□ 재원 및 소요예산 추정

- 재원 : 정부 예산 + 민간(기업 등) 기여금 + 개인 저축
- 소요금액 추정
 - 제도 성숙 시기인 2017년 정부의 최대 매칭액은 5,890억원으로 추정(기업 등 민간의 매칭 기여시 정부 분담액은 최대 매칭액의 10~20% 감소 예상)

〈표 7-10〉 소요예산 추정(최대 매칭액을 정부예산으로 계상)

(단위: 천명, 억원)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
아동수	418	826	1,226	1,617	2,002	2,382	2,347	2,317
첫째아	218	430	638	842	1,042	1,240	1,222	1,206
둘째아	161	318	471	622	770	916	903	891
셋째아+	40	78	116	153	190	226	222	219
예산액	1,230	2,430	3,605	4,758	5,890	7,006	6,903	6,815
첫째아	653	1,290	1,914	2,526	3,128	3,720	3,665	3,619
둘째아	435	858	1,273	1,680	2,080	2,474	2,438	2,407
셋째아+	143	282	418	552	683	812	800	790

주 1) 2013년부터 제도 적용을 가정(2013년에는 0세, 2014년에는 0~1세, 2015년에는 0~2세, 등등 통계청 추계결과로서 아동을 합산한 결과임)

2) 출산순위는 2009년 출생아수의 출산순위 비율을 적용한 결과임

3) 제도 적용 아동비율은 첫째아 50%, 둘째아 30%, 셋째아 이상 30%를 가정(둘째아 이상의 경우 매칭한도는 상대적으로 높으나, 기 출산자녀의 양육으로 수요는 적을 것으로 간주)

자료 : 아동수는 통계청 인구 추계(2006) 결과 이용

나. (제2안) 출산육아연금(강제가입형) 도입

□ 필요성 및 목적

- 자녀출산 후 양육관련 지출이 급격하게 증가하나 가구수입(소득)

은 고정되어 있는데다가 취업모의 경우 직장을 그만두거나 육아 휴직을 함으로써 오히려 수입이 줄어드는 문제가 발생

- 아직 아동수당 등 보편적인 양육지원제도가 없는데다가 출산 크레딧마저 자녀양육기가 아닌 노후에 이용할 국민연금 가입 기간을 보전하는데 그치고 있는 실정
- 비경제활동인구, 실업자, 자영업자, 고용보험 미가입 사업장 종사자, 비정규직 등은 육아휴직제도의 사각지대에 있으며, 수혜 시에도 휴직급여의 임금 대체수준(정상임금의 40% 수준, 최저 50만원~최대 100만원)이 낮은 실정

○ 이에 따라 모든 출산·양육 가정에 대한 모성 보호, 일-가정 양립, 자녀양육의 경제적 부담 경감 등을 보편적으로 지원하기 위한 새로운 제도로써 ‘공적출산육아연금’ 도입 필요³⁴⁾

- 출산·양육 비용(cost)은 부모에게 집중되는 반면, 해당자녀의 성장 후 편익(benefit)은 사회에 분산된다는 관점에서 모든 사회구성원이 연금에 강제적으로 가입하여 출산·양육비용 분담

□ 지원대상

- 가구소득이나 취업여부와 상관없이 출산 후 1개월부터 3세가 될 때까지의 모든 아동(입양 후 3년간 지급, 쌍둥이는 각각 지급)
 - 보육시설 미이용아동(차상위가정)에게 지급되는 양육수당을 지급받고 있는 기간 동안 지급대상에서 제외(자녀양육가정 선택 가능)
 - 육아휴직 기간 중으로 육아휴직급여를 받고 있는 기간 동안 지급 대상에서 제외

□ 운영

○ 지급액

34) 스웨덴 등의 부모보험제도, 캐나다의 퀘벡보험제도, 싱가포르의 아동발달크레딧 등이 유사한 제도로써 자녀양육가정에 대해 취학 전 교육, 양육, 의료 등의 비용 보충 목적

- (A안) 모든 출산순위에 동등하게 매월 20만원 지원
 - 지원액은 양육수당 10~20만원, 자녀1인당지출(식료품·의복, 보건의료, 교육) 0~2세 31만원, 3~5세 45만원(보사연, 2009), 프랑스 영아급여 26만원, 스웨덴 저소득·무소득 부모 현금급여 92만원, 싱가포르 아동발달크레딧 26~35만원 등 고려
- (B안) 출산순위에 따라 첫째아 10만원, 둘째아 15만원, 셋째아 이상 20만원 등 차등 지급

○ 지급방법

- 출산·양육관련 지정항목(취학 전 교육, 양육, 의료 등)에 대한 지출 발생 시 바우처(카드) 등을 통해 지급
 - 카드로 활용할 경우 기 추진 중인 고운맘카드 및 지자체의 다자녀우대카드 등과 통합하여 운영
 - * 카드로 활용할 경우, 기 추진 중인 고운맘카드 및 지자체의 다자녀우대카드 등과 통합하여 운영함으로써 카드 운영에 따른 비용 절감 가능
 - 카드 및 바우처 사용이 가능한 가맹점 선정 시, 위치, 유형 등을 고려하여 사용자들의 불편 최소화 필요

〈표 7-11〉 출산육아연금 지급방법

A안	B안
<ul style="list-style-type: none"> • 월 20만원을 모든 출산순위 동등 지급 • 지정항목에 대한 바우처(카드) 지급 	<ul style="list-style-type: none"> • 출산순위별 차등지급(첫째아 10만원, 둘째아 15만원, 셋째아 이상 20만원) • 지정항목에 대한 바우처(카드) 지급

□ 재원 및 소요예산

- 재원은 현 국민연금제도(또는 건강보험제도) 체계 하에서 가입자

와 기업 등으로부터 연금료를 일정비율 추가 징수하여 조성

- 출산육아연금제도는 명칭·운영을 달리하되 출산육아연금료 산정·부과·징수 등은 국민연금체제(또는 건강보험체제)를 이용(장기요양보험제도 사례 준용)

○ 예산

- 지급수준 A안(출산순위별 동등 적용)의 경우 연간 소요 출산육아연금 재정은 2013년 3조447억원 추정(2017년 2조8,401억원)
- 지급수준 B안(출산순위별 차등 적용)의 경우 연간 소요 출산육아연금 재정은 2013년 1조9,593억원(2017년 1조8,277억원) 추정
 - 출산육아연금을 5세까지 확대 적용 시에 2013년 연간 소요 재정은 A안 6조3,564억원, B안 4조904억원으로 추정

〈표 7-12〉 출산육아연금 재정 추계

(단위 : 천명, 억원)

		2013	2014	2015	2016	2017
0~2세 적용 시						
이동수		1,269	1,247	1,226	1,204	1,183
첫째아		660	649	638	627	616
둘째아		488	480	471	463	455
셋째아+		120	118	116	114	112
재정	A안	30,447	29,936	29,413	28,894	28,401
	B안	19,593	19,264	18,927	18,594	18,277
0~5세 적용 시						
이동수		2,648	2,627	2,610	2,579	2,544
첫째아		1,379	1,368	1,359	1,343	1,324
둘째아		1,019	1,011	1,004	992	979
셋째아+		251	249	247	244	241
재정	A안	63,564	63,050	62,636	61,902	61,047
	B안	40,904	40,574	40,307	39,835	39,285

주 : 1) 이동수는 통계청 추계자료(2006)

2) 출산순위는 2009년 인구동태조사(통계청, 출생신고자료) 적용

□ 예상문제 및 대처

- 이미 출산·양육을 완료한 세대는 자녀양육비용을 스스로 지불했다는 관점에서 그리고 결혼 및 출산을 계획하지 않는 세대는 양육비 지원대상에서 제외된다는 관점에서 출산육아연금에 대해 저항 가능
 - 이와 관련 저출산 극복의 중요성 등을 들어 국민공감대 형성을 통한 사회적 합의 도출 필요
 - 출산·육아를 완료한 세대 및 무자녀를 계획하고 있는 경우에도 향후 태어날 인구들에 의해 노후를 보장받는다는 점에서 출산육아연금료 부담의 당위성 설득
 - 사회보험원리에 따라 특정세대(예 1985년생)부터 적용방안 고려
- 출산육아연금 대상자 누락, 과소 징수, 미납 등 문제점 존재
 - 현재 추진 중인 국민연금제도나 건강보험제도 개선을 통해 보완

다. (제3안) 양육수당 확대 방안

□ 목적

- 현행 양육수당은 자녀양육비용 부담을 줄이고 시설이용 아동과의 형평성 제고를 위하여 보육시설 미이용 아동들을 대상으로 지원
 - 2011년부터 보육시설을 이용하지 않는 36개월 미만의 차상위 계층(소득인정액) 가정 영유아에까지 확대하여 자녀연령에 따라 월20~10만원을 차등 지급(0세 20만원, 1세 15만원, 2세 10만원)
 - 보육시설을 이용하지 못하는 특수한 상황에 비추어 보아 가정 보육이 절실히 요구되고 있으나, 양육수당의 지원수준이 낮고 대상도 저소득층에 한정되어 실질적 효과 미흡

- 2009년 지원율은 당초목표의 59.6%, 2010년 62%만이 달성되었는데, 주된 원인으로는 보육료에 비해 양육수당 금액이 적어 대체효과가 예상보다 적게 나타났기 때문

〈표 7-13〉 보육시설 미이용 아동 양육수당 지원사업 현황

구분	제1차 저출산고령사회 기본계획	제2차 저출산고령사회 기본계획
시행시기	2009년 7월부터	2011년 1월부터
지원대상	0~1세	0~2세
소득기준	차상위계층 (소득인정액 4인가구기준 163만원)	차상위계층(최저생계비 120%이하) (소득인정액 4인가구기준 173만원)
지원금액	월 10만원	<ul style="list-style-type: none"> • 12개월 미만 : 월 20만원 • 24개월 미만 : 월 15만원 • 36개월 미만 : 월 10만원
지원방법	<ul style="list-style-type: none"> • 아동의 주민등록 상 주소지 관할 읍·면·동 주민센터에서 상담 및 신청하면, 신청 내용에 따라 시·군·구에서 소득과 재산을 모두 고려한 소득인정액을 산출하여 양육수당 지원 • 매월 25일에 아동 또는 부모 등의 명의 계좌 입금 	
지원시기	<ul style="list-style-type: none"> • 신청한 날이 속한 달부터 지급(다만, 아동 출생 후 1달 내에 양육수당을 신청하는 경우에는 아동의 출생일이 속한 달부터) 	

주: 소득기준으로 차상위계층(최저생계비 120%이하) 소득인정액은 3인까지 141만원, 4인가구 173만원, 5인가구 205만원, 6인가구 237만원, 7인이상 가구는 6인가구 기준으로 1인 증가시마다 30만원씩 증가

- 현 양육수당은 일부 소득계층을 중심으로 양육비 일부를 보전하고 있는 형태로 이러한 한계점을 극복하여, 양육수당이 실질적으로 자녀양육가정의 양육비용 부담을 경감시켜줄 수 있도록 지원 대상 및 지원수준 등의 확대 필요

□ 확대방안

- 소득하위 70%까지 가정의 육아지원시설 미이용 0~5세 아동에 대해 현행 보육 교육비지원액(1-1안) 또는 양육수당액(1-2안) 확대 지원
 - 양육수당의 취지에 실질적으로 부합할 수 있도록 보육료 지원과의 형평성 제고

- － 보육시설 미이용 아동 및 가정의 특수성(영아, 질병, 인프라의 질 및 접근성 미흡 등)을 배려하는 등 가정보육과 시설보육 간의 균형성 제고 차원
- 소득하위 70%까지 가정의 육아지원시설 미이용 0~2세 아동에 대해 현행 보육료·교육비지원액(2-1안) 또는 양육수당액(2-2안) 확대 지원
 - － 양육수당의 현금선호도로 인한 아동의 적절한 보육기회 상실을 예방하기 위하여 지급대상연령을 현행 3세미만으로 한정
 - － 영아기(0~2세)에 보건의료 등 특정한 보호가 집중되므로 3세 미만으로 연령 제한의 경우에도 보육시설 이용 아동과의 형평성 문제가 크게 훼손되지 않을 것으로 예상

〈표 7-14〉 육아지원시설(보육시설·유치원) 미이용 아동 양육수당 확대 방안

	현행	확대방안			
		1-1안	1-2안	2-1안	2-2안
연령	만0~2세	만0~5세		만0~2세	
소득	차상위계층	소득하위70% 이하		소득하위 70% 이하	
지급 금액	0세 20만원 1세 15만원 2세 10만원	<현 보육료 지원기준> 0세 394천원 1세 347천원 2세 286천원 3세 197천원 4세 177천원 5세 177천원	<현 양육수당> 0세 20만원 1세 15만원 2세+ 10만원	<현 보육료 지원기준> 0세 394천원 1세 347천원 2세 286천원	<현 양육수당> 0세 20만원 1세 15만원 2세+ 10만원

□ 재원 및 소요예산

- 재원
 - － 국비(일반회계), 지방비(지원비율 : 국고보조율 서울 10~30%, 지방 40~60%)
- 소요예산(2013년 기준)

- － (1-1안) 소득하위 70%까지 가정 0~5세 시설미이용아동에 현행 보육·교육비 지원단가 지급 시 2조2,757억원
- － (1-2안) 소득하위 70%까지 가정 0~5세 시설미이용아동에 현행 양육수당(2세 이상은 10만원) 지급 시 1조743억원
- － (2-1안) 소득하위 70%까지 가정 0~2세 시설미이용아동에 현행 보육·교육비 지원단가 지급 시 1조8,884억원
- － (2-2안) 소득하위 70%까지 가정 0~2세 시설미이용아동에 현행 양육수당(2세 이상은 10만원) 지급 시 8,671억원

〈표 7-15〉 양육수당 확대 시 소요예산 추계

(단위 : 천명, 억원)

	2013	2014	2015	2016	2017
5세 이하 총아동수	2,579	2,544	2,504	2,463	2,422
소득하위 70% 5세 이하 아동수	613	603	593	583	573
(1-1안) 0~5세아 현 보육교육비 단가	22,757	22,386	22,006	21,624	21,261
(1-2안) 0~5세아 현 양육수당 단가	10,743	10,569	10,390	10,210	10,039
(2-1안) 0~2세아 현 보육교육비 단가	18,884	18,560	18,234	17,913	17,614
(2-2안) 0~2세아 현 양육수당 단가	8,671	8,521	8,371	8,224	8,087

주 : 1) 연령별 아동수는 통계청 추계자료(2006)

2) 보육교육비단가는 만0세 394천원, 만1세 347천원, 만2세 286천원, 만3세 197천원, 만4~5세 177천원

3) 양육수당단가는 만0세 200천원, 만1세 150천원, 만2세 이상 100천원

□ 지급방식

- 양육수당을 보육·교육비 지원액에 비해 상대적으로 작은 경우 현금을 선호하여 고연령 미취학아동을 보육시설에 보내지 않고 양육수당을 신청할 것이라는 우려는 극히 적을 것으로 사료
- 그러나 양육수당을 보육·교육비 지원액 수준으로 상향 조정 시 현금 선호에 따라 아동을 고의로 보육시설에 보내지 않을 수 있다는 문제점을 고려하여 지급방식 변경
 - － 예로 바우처방식이나 지출항목을 한정된 카드 이용 등

〈표 7-16〉 보육시설 및 유치원 미용 아동

(단위 : 천명, 억원)

	주민등록 인구	보육시설 이용아동	유치원 이용아동	시설 미이용 아동	미이용 아동 비율
계	2,735	1,259	539	937	34.3
만0세	449	125	-	323	72.1
만1세	444	229	-	214	48.3
만2세	466	332	-	134	28.8
만3세	493	243	111	139	28.1
만4세	448	181	181	86	19.2
만5세	435	149	246	40	9.3

라. 양육비용사회화 방안 종합

- 본 연구에서는 현재 자녀양육 가정의 양육비 부담을 경감을 위해 실시하고 있는 여러 정책들의 현황과 한계점에 대하여 살펴보고, 이들 한계점을 극복할 수 있는 방안으로서 3가지 양육비용사회화 방안 제안
 - 3가지 방안의 주된 목적은 현재 시설 위주 혹은 공식 보육·교육비 위주로 지원하고 있는 정책의 한계를 극복하여 실질적인 정책 체감도 및 효율성을 높이기 위한 것이라는 차원에서 동일하나, 그 운영방식, 대상, 재원마련 방안 등에 있어 다소 차이가 있음.
- ‘출산육아저축계좌’는 출산을 계획하고 있는 (예비)부부 혹은 부모들이 사전적으로 자녀양육비를 마련할 수 있도록 저축계좌를 개설하여 불입하게 하고, 여기에 더해 출산 이후에는 정부 및 민간에서 일정부분을 매칭하여 자녀 양육비를 지원
 - 저축액 및 매칭금액은 카드 혹은 바우처로 지급되며(매월 사용한도 설정), 자녀양육 목적으로만 사용할 수 있도록 범위 제한
- ‘출산육아연금’은 모든 국민이 자녀양육비용 마련의 주체가 되고 이를 통해 마련된 재원은 소득수준이나 취업여부와 상관없이 3세이하 모든 아동의 양육비로 사용할 수 있도록 지원

- 현 국민연금제도(혹은 건강보험제도) 체계 하에서 가입자와 기업 등으로부터 연금료를 일정 비율 추가 징수하여 재원 마련
- ‘양육수당 확대’의 경우, 기 추진 중인 시설미이용아 양육수당을 소득수준, 정책대상, 지원수준을 확대
 - 확대방안으로는 1안) 소득하위 70%까지 가정의 육아지원시설 미이용 0~5세 아동에 대해 현행 보육교육비 지원(1-1안) 또는 양육수당액(1-2안) 확대 지원과 2안) 소득하위 70%까지 가정의 육아지원시설 미이용 0~2세 아동에 대해 현행 보육료·교육비지원액(2-1안) 또는 양육수당액(2-2안) 확대 지원

〈표 7-17〉 양육비용사회화 방안 종합

	출산육아저축계좌 (임의가입형)	출산육아연금 (강제가입형)	양육수당 확대
정책대상	소득수준이나 취업여부와 상관없이 모든 개인, 예비부부 또는 예비부모	소득수준이나 취업여부와 상관없이 출산 후 1개월~3세 아동이 있는 가정	(1안)소득하위 70%까지 가정의 육아지원시설 미이용 0~5세 아동 (2안)소득하위 70%까지 가정의 육아지원시설 미이용 0~2세 아동
지원내용	정부 지정은행에서 출산육아저축계좌(1자녀 당 1개) 개설 후 불입 시, 매칭 *최대 매칭한도액: -첫째아 720만원, -둘째아 1,080만원, -셋째아 이상 1,440만원	(1안)모든 출산순위에 동등하게 매월 20만원 (2안)출산순위별 차등 첫째아 10만원, 둘째아 15만원, 셋째아 이상 20만원	(1안)현 보육교육비지원액과 동일한 수준으로 지원 (2안)현 양육수당액과 동일하게 지원 :0세 20만원, 1세 15만원, 2세+ 10만원
운영 및 활용	출산·양육관련 지정항목(취학 전 교육, 양육, 의료 등)에 대한 지출 발생 시 바우처(카드) 등을 통해 지급	출산·양육관련 지정항목(취학 전 교육, 양육, 의료 등)에 대한 지출 발생 시 바우처(카드) 등을 통해 지급	출산·양육관련 지정항목(취학 전 교육, 양육, 의료 등)에 대한 지출 발생 시 바우처(카드) 등을 통해 지급
예산주체	본인, 민간, 정부	현 국민연금(또는 건강보험)체계 하에서 가입자와 기업 등으로부터 연금료를 일정 비율 추가 징수	정부(국비와 지방비)

제8장 가정 내 보육서비스 질 제고방안

제1 절 현황 및 문제점

- 중앙의 보육정책 및 가정 내 보육서비스 현황분석을 통해 가정 내 보육서비스 질 제고방안 수립을 위한 근거 제시

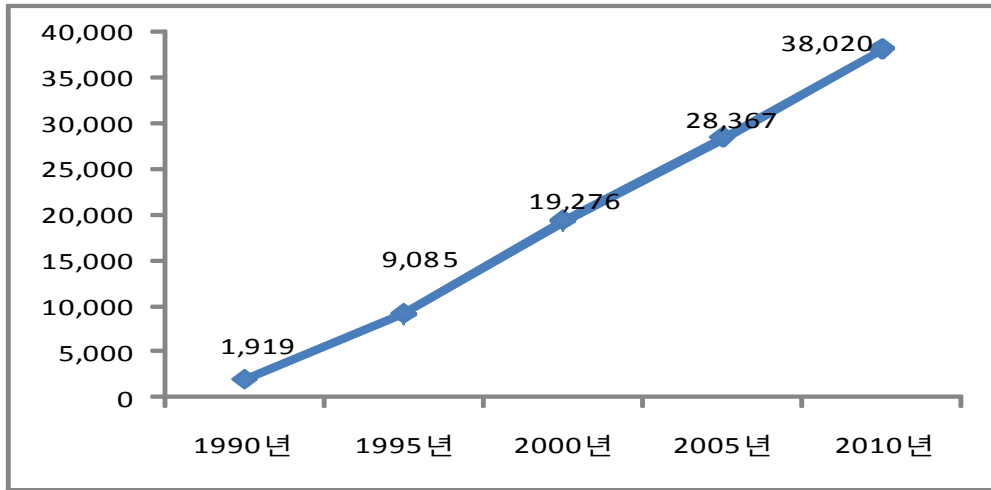
1. 중앙의 보육정책

가. 현황

- 중앙정부는 여성의 취업확대를 통한 국가경쟁력을 높이기 위해 보육 시설 중심의 자녀양육 지원정책을 수립하여 실행
 - 보육시설 양적인 확충은 1991년 「영유아보육법」이 시행되면서 시작된 이후(이숙희, 2007), ‘보육시설 확충 3개년 계획(1995~1997)’과 ‘새로마지플랜’ 및 ‘새싹플랜’을 통해 지속적으로 추진
 - 중앙정부의 보육시설 확대정책의 결과로, 1990년 1,919개의 불과하던 보육시설이 2010년에는 38,020개로 20년 동안 20배 증가([그림 8-1] 참조)
 - 보육시설의 양적인 확대와 더불어 보육시설 이용 영유아수는 1990년 48,000명에서 2010년에는 1,175,049명으로 20년 동안 24배 증가 ([그림 8-2] 참조)

[그림 8-1] 보육시설 증가 추이(1990~2010년)

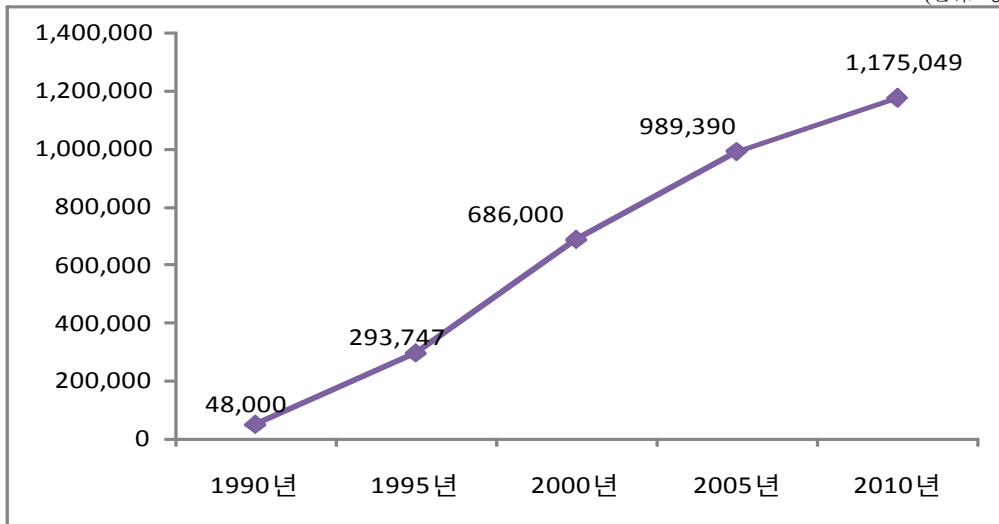
(단위: 개소)



자료: 보건복지부(2010), 보육통계.
경기도청(2011), 보육정책과 내부자료.

[그림 8-2] 보육시설 이용 영유아수 증가 추이(1990~2010년)

(단위: 명)



자료: 보건복지부(2010), 보육통계.
경기도청(2011), 보육정책과 내부자료.

□ 중앙정부의 보육예산은 보육시설을 이용하는 부모 중심으로 책정

- 국가 보육 총예산은 2002년에 2,103억원이었으나 지속적으로 증가하여 2010년에는 2조 1,275억원으로 10배 증가
 - 2010년의 총 보육예산 중 약 77%에 해당하는 1조 6,322억원이 영유아 보육료로 지원

- 연령별 시설이용 현황을 살펴보면(<표 8-1> 참조), 보육시설 이용대상 중 만 2, 3세아의 비율이 가장 높은 반면 만 0,1세아의 경우 가정 내 개별보육을 선호
- 만 5세 이하 보육시설 이용 영유아는 전체 영유아 인구의 42.0%인 1,148,674명으로 이러한 수치는 전년도에 비해 5만명 증가
 - 만 2세 이하 영아의 경우 보육시설을 이용하지 않는 경우가 과반수(58.4%)인 반면 만 3~5세 유아의 경우 보육시설 및 유치원 등 시설 이용 영유아(82.0%)가 대부분
 - － 만 2,3세아의 경우 보육시설 이용률이 가장 높은 반면 만 4세부터 유치원을 다니는 비율 증가
 - 만 0,1세의 경우 시설을 이용하지 않은 영유아가 많으며, 보육시설을 이용하지 않는 만 0,1세아의 경우 가정 내 친인척 양육지원을 받는 경우가 대부분
 - － 전국 보육실태조사(보건복지가족부, 2009)에 의하면, 혈연대리 양육자에 의해서만 단독 양육되는 경우는 0세(25.2%), 1세(13.8%)가 가장 많으며 조부모 양육지원에 대해 높은 의존

〈표 8-1〉 연령별 시설 이용현황(2009년 기준)

(단위: 명, %)

구분	전체 영유아 수	시설이용 영유아		시설 미이용 영유아
		보육시설	유치원	
만 0세	424,529	107,525(25.3)	-	317,004(74.7)
만 1세	464,282	198,831(42.8)	-	265,451(57.2)
만 2세	492,482	268,038(54.4)	-	224,444(45.6)
소계(영아)	1,381,293	574,394(41.6)	-	806,899(58.4)
만 3세	447,432	227,966(50.9)	100,406(22.4)	119,060(26.6)
만 4세	434,700	193,934(44.6)	185,195(42.6)	55,571(12.8)
만 5세	473,112	152,380(32.2)	251,067(53.1)	69,665(14.7)
소계(유아)	1,355,244	574,280(42.4)	536,668(39.6)	244,296(18.0)
총계	2,736,537	1,148,674(42.0)	536,668(19.6)	1,051,195(38.4)

자료: 보건복지부(2010), 보육통계.

교육과학기술부(2010), 2009 교육통계연보.

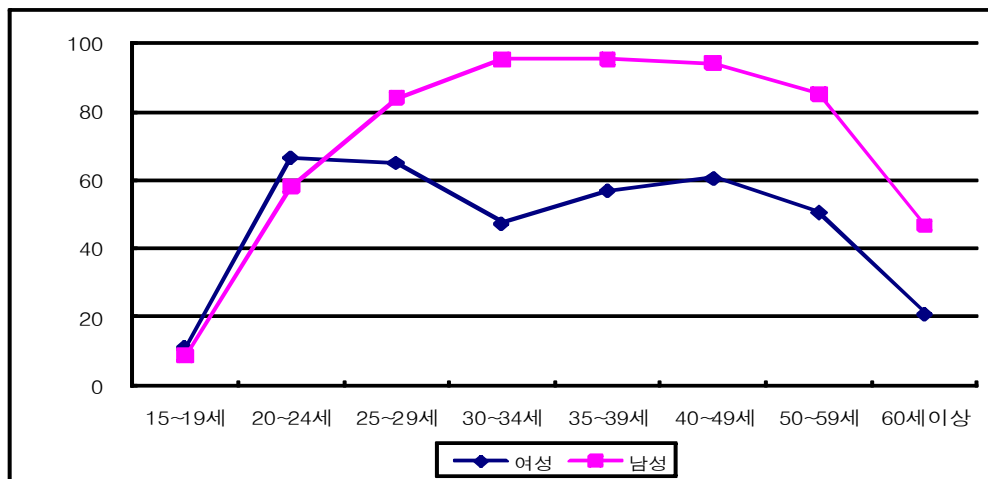
나. 문제점

□ 현행 시설중심 보육정책의 사각지대에 있는 대상 존재

○ 만 0,1세아 자녀를 둔 맞벌이 가정

- 우리나라 여성의 경제활동 참여율은 M자형으로 출산 및 육아시기(30~34세)에 경제활동 참여율이 감소되다가 자녀가 초등학교에 입학하는 시기부터(35세~) 경제활동 참여율이 증가([그림 8-3] 참조)
- 여성의 경제활동참여율이 높아짐에 따라 저출산 문제를 해결하기 위해 맞벌이 가정의 출산 후, 영아기 자녀에 대한 보육지원의 중요성 부각(임양미, 2011)

[그림 8-3] 여성의 경제활동 참여율



자료: 경기도(2006). 경기도가족여성통계.

- 출산 및 육아시기에 취업모가 이용할 수 있는 모성보호제도(산전후 휴가와 육아휴직)는 승진대상에서 제외, 타인에게 업무부담전가, 낮은 휴직급여 등의 이유로 이용률 저조
- 우리나라의 경우 직원 500명 이상을 둔 기업의 70%가 모성

보호제도를 운영하고 있음에도 불구하고 이용률이 40% 미만으로 매우 저조(정기선 외, 2009)

- 만 2세 미만의 영아기 자녀를 둔 취업모는 시설보육보다 안전한 가정에서 친인척 및 베이비시터 등의 대리 양육자에게 자녀를 맡기는 것을 선호(노동부, 2005).

< 부모가 영아보육에 있어 가정을 선호하는 이유 >

- 영아의 정서발달 및 애착형성에 있어 주 양육자와 안정적인 관계형성이 중요하다는 인식이 확산됨에 따라 영아의 가정에서 안정적인 대리양육자로부터 제공되는 개별보육서비스 선호도 증가
- 영아기는 면역력이 약하여 질병에 감염되기 쉬우므로, 시설에 맡길 경우 전염병에 노출되거나 안전에 대한 우려로 보육시설 기피(임양미 외, 2008; 지성애, 2007)
- 맞벌이 가정의 경우 대리양육자로 조부모를 가장 바람직하게 인식하는 경향이 있으나 조부모의 손자녀 양육참여도가 과거에 비해 감소
 - 자녀세대의 취업 등으로 지리적 이동이 빈번함에 따라 조부모와 멀리 떨어져 사는 경우가 많아지며 노인의 사회활동참여가 증가하면서 예전에 비해 조부모 손자녀 양육참여도 감소(임양미, 2011a)
- 조부모 및 친인척 등의 양육지원이 어려운 만 0,1세아를 둔 맞벌이 가정을 위한 보육지원 요구도 증가
 - 대도시 및 중소도시에 거주하는 취업모의 경우 영아보육에 있어 동거 비혈연 및 육아전문파견인력 활용도 증가(보건복지가족부, 2009)

○ 부모의 야근 또는 자녀의 질병 등으로 일시적인 자녀의 돌봄이

필요한 가정

- 부모의 근로시간 다양화로 시간연장 및 시간제 보육수요가 많으나 보육시설 중심의 시간연장 및 시간제 보육서비스 이용률 저조
 - 2009년을 기준으로 시간연장보육시설은 4,666개이며 이용현원은 3,778명(정원 231,413명)으로 정원충족율은 2.0%에 불과(보건복지부, 2010)
 - 시간제 보육서비스는 이용 영유아 수요가 일정하지 않아 소수 보육시설에서만 제공
 - 지역 내 보육시설 수급불균형으로 거주지 근처에 시간연장 및 시간제 보육시설이 없는 경우 존재
 - 보육시설 및 초등학교에 다니는 자녀의 경우 건강상태나 질병 등에 따라 시설보육이 적합하지 않은 경우 발생
 - 자녀가 아플때와 같은 긴급상황에서 보육시설을 이용한 경우는 2.8%에 불과한 반면 주로 자녀를 돌보는 주체는 부모(67.8%) 또는 조부모 및 친인척(27.6%)
 - 영유아에 비해 방과후 보육서비스가 활성화되지 않은 초등학교생 자녀의 경우 시설의 역할 미비
- 현행 시설중심의 보육정책의 사각지대에 있는 대상을 위해 가정 내 개별 보육서비스 필요성 부각

2. 가정 내 보육서비스

- 시설보육의 사각지대에 있는 수요자의 돌봄 요구를 충족하고자 가정 내 보육서비스 사업이 중앙정부 및 지자체, 사회적기업, 민간영리기관 중심으로 운영

- 중앙정부의 아이돌보미사업, 경기도의 가정보육교사제도, YMCA 아가야 사업, 영리 베이비시터사업이 대표적인 사례
- 가정 내 보육서비스 사업은 시간제보육서비스와 종일보육서비스를 제공
 - 시간제보육서비스는 수요자가 필요할 때마다 보육서비스를 제공하는 반면 종일보육서비스는 일정기간(예: 월 200시간) 동안 정해진 시간에 정기적으로 보육서비스를 제공
 - 중앙의 아이돌보미사업은 시간제보육서비스(대상 : 만 0~12세)와 종일보육서비스(대상 : 생후 3~12개월 이하)를 동시에 제공
 - 경기도의 가정보육교사제도(대상: 생후 0~24개월 이하)는 종일보육서비스 제공원칙
 - YMCA 아가야사업(만 0~12세)은 시간제보육서비스 제공원칙
 - 영리 베이비시터사업은 시간제보육서비스 및 8시간 이상 종일보육서비스 제공가능

가. 현황

- 아이돌보미사업(여성가족부, 2011)
 - 아이돌보미사업은 「건강가정기본법」에 근거하여 여성가족부(2006년 여성가족부 → 2008년 보건복지가족부 → 2010년 여성가족부 주관)가 수행한 사업으로, 2006년도에 시범사업을 거쳐 2007년도에 전국으로 확대
 - 아이돌보미사업은 시간제보육서비스와 종일보육서비스를 제공
 - 시간제보육서비스 대상은 생후 3개월~만 12세 이하 아동으로 서비스 유형은 일반 시간제보육서비스 외, 보육시설 이용 영유

- 아 중 질병에 감염될 경우 가정에서 보호할 수 있는 전염성
질병감염 특별서비스 제공
- 종일보육서비스는 맞벌이 및 한부모 가정의 0세아(생후 3개월
~만 12개월 이하)를 대상으로 월 120시간 이상 정규적인 보
육서비스 제공
- 아이돌보미는 별도의 자격기준 없이 신체건강하고 정신상태 양호
한 만 65세이하 희망자 중 몇 가지 결격 사유(예: 정신질환자,
마약 또는 향정신성의약품중독자)가 없는 경우로 제시
- 아이돌보미는 이용자 가정을 원칙으로 하나 부모가 원할 경우 아
이돌보미가정에서 돌봄이 가능하며, 서비스 내용은 일상적인 돌
봄, 간단한 급간식 서비스, 놀이활동, 송영서비스(보육시설, 학교,
병원 등에 돌봄아동을 데려다 주고 데리고 오는 서비스), 상담
등으로 구성
- 아이돌보미의 서비스 관리는 양성교육과 보수교육을 통해 이루어
지며, 일부 이용가정(예: 신규이용가정, 돌보미교체가정, 그 외 가
정 중 10% 무작위 추출)을 대상으로 돌보미에 대한 만족도와 불
편사항에 대한 모니터링과 종일 돌봄서비스 제공자에 한해서만
활동일지 작성
 - 양성교육은 신규 돌보미 대상으로 이루어지는 교육으로 80시
간의 교육(기본교육 + 아동발달단계별 과정)으로 구성
 - 보수교육은 놀이지도, 부모와의 상호작용, 아동학대, 교재교구
활용법, 사례관리 등으로 구성된 내용을 토대로 연 30시간 이
수 원칙
- 아이돌보미 사업은 중앙부처와 지방자치단체, 건강가정지원센터를
통해 운영
 - 여성가족부는 사업계획수립, 사업지침개발 및 전달, 예산지원

등 담당

- 지방자치단체는 사업의 중간관리자 기능 담당
- 지역 건강가정지원센터가 아이돌보미 모집 · 심사, 면접, 양성 및 파견, 관리 등을 담당하고 서비스 만족도 조사와 서비스의 질 관리 등을 담당

○ 아이돌보미 보육료에 대한 정부지원은 서비스유형(시간제보육서비스와 종일보육서비스) 및 소득수준에 따라 차등화

- 시간제보육서비스의 경우 시간당 5천원의 가격 중 정부지원은 가구 평균소득 100%이하인 경우에만 이루어지며 가형(전국가구 평균소득 50%이하)의 경우 80% 지원, 나형(전국가구 평균소득 50~100%이하)의 경우 20% 지원(연 480시간 내에서 지원 원칙)(<표 8-2> 참조)
- 종일보육서비스의 경우 기본요금 100만원(1일 10시간, 주5일, 20일 기준) 중 정부지원은 가구 평균소득 70%이하인 경우에만 이루어지며 가형(가구소득 50%이하)의 경우 60% 지원, 나형(가구소득 50~60%이하)의 경우 50% 지원, 다형(가구소득 60~70%이하)의 경우 40% 지원(<표 8-3> 참조)

○ 가정 내 보육과정에 발생하는 안전사고 관리를 위해 아이에 대한 배상 · 상해보험 및 돌보미에 대한 상해보험 가입

〈표 8-2〉 아이돌보미 시간제보육서비스 가격 및 지원내용

유형(소득기준)	이용단가	정부지원	본인부담
가형(전국가구 평균소득 50%이하)	5,000원	4,000원	1,000원
나형(전국가구 평균소득 50~100%이하)	5,000원	1,000원	4,000원
다형(전국가구 평균소득 100%초과)	5,000원		5,000원

자료: 여성가족부(2011). 2011년도 아이돌보미 지원사업.

〈표 8-3〉 아이돌보미 종일보육서비스 가격 및 지원내용

유형(소득기준)	이용단가	정부지원 (월 200시간 기준)	본인부담
가형(가구소득 하위 50%이하)	100만원	60만원	40만원
나형(가구소득하위 50~60%이하)	100만원	50만원	50만원
다형(가구소득하위 60~70%이하)	100만원	40만원	60만원
가구소득하위 70% 초과	100만원	-	100만원

자료: 여성가족부(2011). 2011년도 아이돌보미 지원사업 참조.

□ 경기도 가정보육교사제도

- 경기도가 2008년 1월부터 도입한 가정보육교사제도는 보육교사 자격증(국가자격증)을 소지한 전문보육교사가 영아(24개월 이하) 가정을 직접 방문해 일대일로 보육(임양미 외, 2009a)
 - 보육교사 경력기준은 출산 및 육아경험이 있는 경우 경력제한을 두지 않으며 육아 무경험 교사의 경우에만 현장 2년 경력 요구
 - 가정보육교사의 90.5%는 1·2급 자격증을 소지하며 대부분(96.6%)의 보육교사가 출산 및 양육경험이 있으며 과반수(79.5%)의 보육교사가 보육시설 근무 경험 보유(임양미, 2011c)
- 보육시간은 하루 8~12시간 동안 최소 3개월 연속보육을 기준(시간제 가능)으로, 보육장소는 영아의 집을 원칙으로 부모와 교사 간 협의를 통해 교사의 집에서도 가능(임양미 외, 2009a)
 - 개별보육을 원칙으로 하나, 형제자매가 있을 경우 2명까지 보육가능하며 장애아, 장애부모, 한부모, 미혼모 가정 등은 부모가 원하는 경우 5세까지 연장가능하나 보육시설을 다니면서 가정보육교사제도 이용 불가
 - 현재 가정보육교사의 평균 보육시간은 10시간으로 주 5일 동안 보육서비스를 제공하는 경우가 대부분(93.0%)

- 주말에 보육서비스를 이용하는 부모는 전체 이용자의 2.9%에 해당되며 평균 5시간 정도 이용(임양미, 2011c)
- 가정보육프로그램은 표준화된 프로그램을 토대로 영아 및 부모의 요구에 따라 융통성 있게 운영(임양미 외, 2009b)
 - 가정보육프로그램은 중앙의 표준보육과정을 가정보육 상황에 맞게 수정 및 보완하여 2009년 개발
 - 가정보육교사제도를 이용한 영아가 만 2세 이후 보육시설로 이동할 가능성이 높아짐에 따라 국가수준의 현 보육과정의 기본철학을 유지하되 가정보육상황에 맞게 프로그램 내용 및 운영방식을 수정함으로써 보육의 연속성 유지
 - 가정보육프로그램은 일상생활(기본생활습관지도) 및 놀이활동으로 구성하며, 놀이활동의 경우 교사가 참고할 수 있는 놀이 프로그램 매뉴얼 제공
 - 가정보육프로그램의 주요 운영원칙은 일일 활동을 미리계획하여 운영하되 하루 일과 일지를 작성하여 부모에게 보고
- 가정보육서비스의 질은 표준화된 가정보육프로그램을 중심으로 신규교육과 보수교육과 사후 모니터링을 통해 관리(임양미, 2009b)
 - 신규교육은 40시간으로 가정보육교사 역할 및 자세, 응급처치, 음률 및 놀이지도, 감각체험, 신체활동(맞사지 포함), 영양관리, 건강 및 안전관리, 사례발표, 표준보육프로그램 소개 등으로 구성
 - 보수교육은 1달에 1회씩 진행되며, 주로 현장 사례 발표중심으로 진행
 - 가정보육서비스에 대한 모니터링은 가정보육교사의 자체평가와 보육정보센터 담당직원의 가정방문 현장관찰을 통해 수행

- 가정보육교사 자체평가는 교사가 일일계획서·활동보고서와 일상보육 및 놀이활동 수행에 대한 사진자료를 1개월 단위로 보육정보센터와 부모에게 제출
 - 현장관찰은 보육정보센터 담당직원을 통해 실시되며 5개의 서비스 영역(건강·안전 등 일상보육에 대한 성실성, 기본생활습관지도, 영아·교사 간의 상호작용, 가정보육프로그램의 적용, 일일계획서·활동보고서 평가)을 모니터링 지표(4점 척도)를 활용해 1개월에 1회씩 방문 평가 수행
- 가정보육교사제도는 보육정보센터가 운영주체로 가정보육교사를 선발 및 교육(신규 및 보수교육)하고 수요가정에 보육교사를 연계하고 관리하며 가정보육교사 이용 가정에 놀잇감 대여(임양미, 2009a)
- 현재 11개의 보육정보센터에서 가정보육교사제도 운영
- 가정보육교사제도의 보육료는 부모와 교사간의 협의를 통해 이루어지나 현재 평균 1,080,000원(10시간 보육/20일 기준)을 보육료로 지불하며 경기도는 부모와 보육교사를 대상으로 재정지원(임양미, 2010a)
- 부모의 경우 소득수준과 상관없이 자녀의 연령 및 출생순위에 따라 이용지원금(시설이용 영아 기본보육료의 50%)과 취업여성보육료 지원금(첫째아 : 정부지원 보육료의 20%, 둘째아 : 정부지원 보육료의 50%)을 차등지원
 - 부모에 대한 전체 지원액은 57,000~377,000원으로 1,080,000원의 보육료를 기준으로 할 경우 자녀의 연령과 출생순위에 따라 5.2~35% 지원(<표 8-4> 참조)
 - 가정보육교사의 경우 170,000원(정부미지원 보육시설 교사 처우개선비와 동일한 금액)을 일괄 지원하며, 보육학과 졸업자

또는 보육교사교육원 영아전문교육과정 이수자에 한해서만
50,000원 수당 지급

〈표 8-4〉 가정보육교사제도 부모 및 보육교사 지원액

자녀 연령	부모		보육교사	
	이용지원금	취업여성보육료 지원금	활동지원금	영아특수근무수당 (보육학과 졸업자 또는 보육교사교육원 영아전문교육과정 이수한 경우에만 한정)
만 0세	180,000원	78,000원(첫째아) 197,000원(둘째아)	170,000원	50,000원
만 1세	87,000원	69,000원(첫째아) 173,000원(둘째아)	170,000원	50,000원
만 2세	57,000원	-	170,000원	50,000원

- 가정 내 보육과정에 발생하는 안전사고 관리를 위해 아이에 대한
상해·건물화재 보험 가입이 필수적이며 가정보육교사에 대한 배
상책임 및 단체 상해보험 가입을 의무화하되 보험료는 도에서 전
액 지원

□ YMCA 아가야 사업(임양미 외, 2009a; 장혜경 외, 2008)

- YMCA 아가야 사업은 맞춤형 시간제 보육서비스를 제공하기 위
해 가정에 베이비시터를 파견하는 비영리사업으로 NGO-기업-정
부 등 3자가 연계하는 형태로 한국 YMCA가 (주)SK와 연계하
고 노동부 지원을 받아 2006년부터 실시(보건복지가족부, 2008)
 - YMCA 아가야 사업은 YMCA 시간제 육아센터 중심의 시간
제 보육서비스 사업과 베이비시터 파견사업 중심으로 운영
- YMCA 베이비시터 파견사업은 2세 미만의 영아부터 학령기 아
동을 대상으로 다양한 시간제 돌봄서비스 제공
 - 영아기를 주 대상으로 일상적인 돌봄서비스를 제공하는 베이

비시터 외, 영유아 및 학령기 아동을 대상으로 놀이활동을 제공하는 놀이시터(3시간 기준), 자녀의 체험활동 도우미시터, 공공기관, 친목회 등 행사 시 혼합연령지도가 가능한 기관 파견시터, 보조교사로 도움을 주는 보육시설 파견도우미시터 등의 서비스 제공

- 베이비시터의 자격은 20~50대 고졸이상 여성으로 보육 및 교육 관련 자격증 소지자를 우선 채용하고 베이비시터에게 총 60시간 (이론 30시간, 현장실습 30시간)의 신규교육을 제공하며 베이비시터로 활동하면서 매월 보수교육 진행
 - 베이비시터 사업의 경우 주 대상은 영아로 이용 요금은 기본 3시간을 기준으로 16,000원이며 추가 시간당 5,000원이 부과
 - － 야간 및 휴일에는 가산금이 추가되어 1박 및 전일제 보육 등 부모의 다양한 요구를 수용한 서비스별 비용체계를 마련
 - 베이비시터의 과실이나 부주의로 인한 사고나 상해에 대해서 센터가 책임지지 않으므로 안전사고에 대한 대비책이 미약한 상태
- 영리 베이비시터사업(임양미 외, 2009a; 장혜경 외, 2008)
- 1990년대 말 경제위기 이후, 벤처기업의 한 유형으로 베이비시터를 소개하는 영리사업체가 등장하였으며, 현재까지 베이비시터 사업은 지속적으로 운영
 - － 중류층 이상의 전문직에 종사하는 고학력 취업모가 주로 이용하며, 비취업모 이용률 또한 25.6%로 비취업모의 사회여가활동을 위한 대리양육 기능 수행
 - 베이비시터 소개업을 하는 업체는 100여개 정도로 베이비시터의 자격기준, 교육과정, 베이비시터와 아동의 안전기준 등 통일된 관리기준 부재
 - － 베이비시터를 근로자로 보호할 수 있는 법적인 근거는 매우

미약한 상황으로 베이비시터의 근로와 관련된 법률로는 「근로기준법」, 「최저임금법」, 「파견근로자보호법」 등이 있으나 이들 법률은 모두 가정에서 근무하는 가사 노동자를 적용 범위에서 제외

- 시터를 파견하기 전 실시하는 입문교육 시간은 평균 14시간으로 업체별로 최소 3시간에서 최대 40시간까지 큰 편차 존재
- 베이비시터 사업은 「직업안정법」 상 유료직업소개업소 등록대상이나, 2007년 수행된 조사결과에 의하면 베이비시터 사업체 중 본사의 경우 71.4%, 가맹점의 경우 28.6%만이 유료직업소개업소로 등록하였으며 단독 사업체의 경우 절반 가량(55.6%)만이 유료직업소개업소로 등록한 것으로 파악(서문희, 2008에서 재인용)

○ 베이비시터 사업체에서 제공하는 서비스는 부모의 요구에 따라 다양하게 제공

- 일반적인 보육서비스 외에도 장애 아동보육, 아동 간호보육 등 취약아동을 위한 보육 서비스 제공
- 아동의 가정 뿐 아니라 호텔 및 콘도에 베이비시터를 파견하고 아동 조기영어교육방법의 일환으로 외국인 베이비시터에 의한 보육도 증가
- 일부 업체에서는 자녀 관찰 시스템을 개발하여 집안에 카메라를 설치하고 인터넷을 통하여 베이비시터가 자녀를 돌보는 모습을 볼 수 있는 서비스를 별도로 제공

○ 베이비시터 사업체는 시터와 부모를 회원제로 운영하면서 부모들이 요구 시, 연계하고 수수료를 받는 형식으로 운영

- 베이비시터의 비용은 이용 서비스에 따라 다양하며 대부분 3~4시간당 기본요금을 설정하고 그 이후부터는 추가 요금 수령

- 경기도 베이비시터 사업체의 시간제 보육서비스 비용을 조사한 결과(임양미, 2010b) 시간당 6,000~7,300원 정도로 아이돌보미 사업(5,000원)이나 YMCA아가야 사업(5,333원)에 비해 높은 가격대 형성
- 가정 내 보육 중 발생하는 각종 사고에 대비해 업체들은 손해보험 등에 가입하나 베이비시터를 대상으로 한 보험은 가입빈도가 낮아 안전사고에 대해 베이비시터가 책임을 지는 경우 자주 발생
- 가정 내 보육 중 발생하는 사고에 대해 산업재해보상보험 또는 개별적인 손해보험 등 베이비시터를 위한 최소한의 보장조치 필요

나. 문제점

□ 국내 가정 내 돌보서비스 사업의 장단점 분석을 통해 문제점 도출 가능(<표 8-5> 참조)

< 가정 내 보육서비스 사업의 문제점 >

- 경기도 가정보육교사제도를 제외하고, 보육서비스 제공자의 특정 자격기준이 없으며 표준화된 프로그램 및 체계적인 모니터링 없이 단 시간의 교사교육에 의존하므로 보육서비스 제공자의 자격기준 강화 및 서비스 질 관리 필요성 대두
- 보육서비스 제공자의 자격기준(예: 보육교사자격증소지자)을 강화할 경우 보육교사 공급이 어려우므로 이를 해결하기 위해 현행 보육시설 종사자 중심의 경력 산정 방식의 변화가 요구되며, 보육서비스 제공자의 최소한의 근로성을 보장하기 위한 제도적인 방안이 필요
- 100여개의 영리 베이비시터 사업의 서비스 질 관리가 필요

〈표 8-5〉 국내 가정 내 보육사업의 장단점 분석

구분	장 점	단 점
아이돌보미 사업	<ul style="list-style-type: none"> 수요자 중심의 시간제 · 종일서비스 동시 제공 시설보육의 사각지대에 있는 영아를 위한 종일서비스 및 유아/초등학생을 위한 시간제 보육서비스 병행 공공기관 위탁형태로 부모의 상대적으로 높은 신뢰감 형성 	<ul style="list-style-type: none"> 종일돌봄서비스 질 관리 및 돌보미 자격관리 미흡 0세아 중심의 영아종일돌봄서비스의 연령(1세까지) 확대 필요: 1세의 경우 역시 가정내 돌봄 선호 근로자로서의 낮은 보장수준(돌보미)
경기도 가정보육교사제도	<ul style="list-style-type: none"> 시설보육의 사각지대에 있는 영아(만 0,1세)보육으로 특화 교사의 자격강화, 표준프로그램, 체계적인 모니터링 등으로 서비스 질 관리수준 엄격 	<ul style="list-style-type: none"> 교사의 자격강화(자격증 소지자) 및 가정보육교사경력 불인정으로 교사 수급문제발생 가정보육시설과의 갈등·유사한 보육장소 및 주 이용연령층으로 이해갈등 발생
YMCA 아카야 사업	<ul style="list-style-type: none"> 수요자 중심의 시간제 보육서비스 제공 센터중심 및 가정파견 시간제 보육 서비스 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 보육서비스 질 관리 및 시터 자격 관리 미비 안전사고대비책 미비 근로자로서의 낮은 보장수준(베이비시터)
영리 베이비시터 사업	<ul style="list-style-type: none"> 수요자 중심의 다양한 보육서비스 제공 장애아동보육, 간호보육 조기영어교육 자녀관찰 시스템 도입 	<ul style="list-style-type: none"> 베이비시터 자격 및 질 관리 미흡 안전사고대비책 미비 근로자로서의 낮은 보장수준(베이비시터)

□ 이러한 문제점을 해결하기 위해, 현행 사업의 장점을 살리되 문제점을 보완할 수 있도록 유사 사업 간의 통합 및 재구조화가 필요하며, 타 제도의 서비스 질 관리 방안 수용 필요

○ 중앙정부는 아이돌보미사업 등을 통해 ‘여성일자리창출’ 측면에 집중한 반면 아이돌보미의 자격 및 보육서비스의 질 관리에 소홀 (조선닷컴, 2011년 6월 1일 기사)

○ 가정 내 보육서비스의 경우 적극적인 서비스 질 관리를 통해 부모의 만족도가 증가함으로써 구전마케팅과 적극적인 홍보가 결합될 경우 수요확대 가능

－ (가정보육교사제도 사례) 표준화된 가정보육프로그램 및 체계적인 모니터링 제도 도입 이후, 부모의 만족도가 도입 이전보다 10% 증가(도입 이전 : 88% → 도입 이후 : 98.4%)

제2절 본 장의 목적

- 시설보육의 사각지대에 있는 수요자의 보육요구를 충족하고 가정 내 보육서비스의 질적수준 제고를 위해 현재 가정 내 보육서비스 분야에서 제기된 문제점을 보완할 수 있는 정책방안을 2가지 측면에서 제안
 - 공적 가정 보육서비스 질 관리 방안
 - － 보육교사의 자격조건 강화
 - － 보육프로그램 질 관리방안
 - 민간 베이비시터 서비스 질 관리방안

제3절 외국사례

- 국내 가정 내 보육서비스 관련 사업의 문제점을 보완하기 위한 방안 모색을 위해 공보육의 형태로 가정 내 보육서비스를 제도화하고 있는 외국 사례 고찰

1. 영국

- 영국의 대표적인 가정내 보육서비스 제공자는 차일드마인더(childminder)와 내니(nanny)로 대별(임양미 외, 2009a; 장혜경 외, 2008)
 - 차일드마인더는 자신의 집에서 12세 이하의 아동을 대상으로 보육하며 「아동법(The Children Act 1989)」에 의거해서 교육기준청(Office for Standards in Education: OFSTED)에 등록을 통해 서비스 관리감독의 대상

- 영국에서 차일드마인더가 되기 위해서는 교육 이수 및 책임보험 가입이 의무화 되어 있으며, 아동보육심의회(The Council for Awards in Children's Care and Education: CACHE) 및 전국 가정보육교사연합회(the National Childminding Association: NCMA)에서 제공하는 교육과정 이수가 필요
- 차일드마인더는 매년 1회씩 교육기준청의 아동보육위원으로부터 보육서비스에 대한 감독을 받게 되며 평가결과에 따라 인증서가 부여
- 영국정부는 차일드마인더를 이용하는 가정에 대해 취학전 3,4세 아동의 보육비를 지원하며, 저소득층 맞벌이 가정의 경우 보육비를 공제해 주는 아동보호 세금공제제도 및 차일드마인더를 시작하는 경우 착수지원금을 제공(황옥경 외, 2006)
- 내니는 교육기준청 등록의무 대상은 아니며 부모와의 협의를 통해 채용이 이루어지며 출퇴근 내니는 최소 임금 적용
 - 내니가 장기근로자(주당 48시간 근무)로 일할 경우 노동법, 사회보장관련법 대상 가능
 - 주당 일정금액 이상을 지불받을 경우 세무당국에 등록하여야 하며 부모는 고용주로 등록하여 세금과 국가보험료를 지불
 - 부모는 내니에게 임금을 지불할 때 명세표를 주어야하며 내니가 소득증명이 필요하면 사용가능
 - 내니가 사회보험료를 지불함에 따라 얻게 되는 혜택은 질병수당(Statutory Sick Pay: SSP), 모성수당(Statutory Maternity Pay: SMP), 입양수당(Statutory Adoption Pay: SAP), 부성수당(Statutory Paternity Pay: SPP), 실업수당(redundancy pay), 유급휴가(Holiday pay), 연금
- 서비스 이용가정에 대한 국가의 보육료 지원은 이루어지지 않으며

새제 지원대상에도 제외

2. 프랑스

- 프랑스는 가정 내 돌봄을 영아보육의 주요 수단으로 간주하여 비용 지원 역시 활발하게 진행(임양미 외, 2009a; 장혜경 외, 2008)
 - 가정보육모(assistance maternelle) 등록제를 통해 공적으로 자격 관리를 하며 노동법을 통해 보호하고 이용가정에 대한 비용지원
- 프랑스에서 가정에서 일정한 보수를 받으며 보육서비스를 제공하는 가정보육모(assistance maternelle)는 서비스 위탁유형에 따라 비항시적 가정보육모(non permanente)와 항시적 가정보육모(permanente)로 구분
 - 비항시적 가정보육모는 만 18세 이하의 아동을 부모의 근무시간 동안만(밤은 제외) 보육
 - 항시적 가정보육모는 부모의 사정으로 아동을 집에서 키울 수가 없을 때 가정보육모의 집에서 항시적으로 아동을 보육
- 1977년 법 제정과 더불어 가정보육모는 자격조건(신체검사 의무화, 직업 적성검사 실시 등) 및 보수교육의 시간과 시기가 국가적 차원에서 관리
 - 모자보건국(Protection Maternelle et Infantile : PMI)에서 가정보육모의 자격부여 및 보수교육 담당
 - － 자격인증에 관한 규정은 「가족복지법」에 명시되어 있으며, 자격인증서에는 보육유형, 보육아동 수 및 연령, 보육시간 등 포함
 - 가정보육모의 자격 인증기간은 5년이며, 5년이 지나면 재인증 필요
 - － 자격을 부여받은 비항시적 가정보육모는 60시간, 항시적 가정

보육모는 120시간의 보수교육 의무화

- 항시적 가정보육모의 경우 보수교육 의무이수 시간 중 20시간은 자격인증 후 2년 이내에 이수하여야 하며 비항시적 가정보육모의 경우 고등학교 졸업 후, 영유아기 관련 학업이수자는 60시간의 보수교육 면제

□ 프랑스는 만 6세미만 영유아 자녀를 둔 가정에 대해 개별 돌봄서비스를 이용하는 경우 재정지원

○ 가정 내 돌봄서비스에 대한 지원 3가지로 구성

- 양육수당(APE) : 자녀출산 후, 3년간 부모 중 1인이 취업을 중단하거나 근로시간을 단축할 경우 조건에 따라서 부모에게 차등지급
- 등록된 가정보육모 고용지원제도(AFEAMA) : 가정보육모 자신의 집이나 등록된 가정보육모가 고용된 보육시설을 이용하는 경우 보육료 일부 지원
- 가정 내 보육수당(AGED) : 영유아 가정에서 가정보육모를 직접 고용하여 개별보육서비스를 이용할 경우 일정액의 현금 지원과 세제혜택 제공

○ 가정 내 돌봄서비스에 대한 비용지원은 2003년 PAJE라는 영유아 출생과 보육에 관련된 비용체계로 통합

○ 프랑스에서는 가정보육모를 고용하게 될 경우 재정지원을 받기위해 충족해야 되는 조건 존재

- 자녀의 연령이 6세 미만, 고용된 가정보육모는 인증된 자격증을 소지, 가정보육교사에게 지급하는 보수가 일일 단위로 환산할 때 영유아 1인당 33,350유로(약 39,000원)를 넘으면 안되는 조건제시

3. 일본

- 일본의 가정 내 개별 보육서비스는 시설형의 집단보육과는 달리 보육서비스제공자의 집에서 소수의 영유아를 보육하는 형태로 보육시설에 다니기 어려운 영아보육을 보완하는 제도(임양미 외, 2009a; 장혜경 외, 2008)로 정착
 - 가정 내 개별 보육서비스는 대도시 및 지방자치단체에 의해 관리되며 정부지원액은 지방자치단체에 따라 전혀 지원이 없는 곳에서부터 일부 보육시설 이용지원액과 유사한 정도의 지원금이 보조되는 곳도 존재(이옥 외, 2004)
 - 일본의 가정보육교사에 대한 지원은 보육료, 시설 운영비, 단체 상해보험 가입비, 보조교사 고용비 등의 항목으로 대별
 - 가정 내 개별 보육서비스 대상 아동은 3세 미만이나, 야간 보육서비스가 필요할 경우 취학 전 아동도 이용가능
 - 보육운영시간은 오전 8시부터 시작하는 경우가 많고 종료시간은 17시부터 18시가 많으며 보육시간은 대체로 8~9시간
 - 연장보육을 실시하고 있는 지방공공단체도 50%이상이 되며 대다수의 경우 오전 7시부터 오후 19시까지 12시간 보육을 실시
 - 일본의 경우 후생노동성 ‘실시요강’에 가정보육교사로 인정받기 위한 절차를 규정하고 가정보육교사로 인정받기위해서는 시정촌장에게 신청
 - 후생노동성의 ‘실시요강’에는 자격증, 보육영유아 수(3인 이하), 보육장소 및 시간 등에 대해 규정(이옥 외, 2004)
 - 일본의 가정 내 보육서비스는 전국에서 실시되며, 지도감독에 있어 지방자치단체가 큰 역할을 하며 가정 내 보육서비스는 보육시

설을 보완 및 대체하는 별도의 서비스를 보육시설과 갈등 없이
수요자에게 제공

□ 일본은 민간 베이비시터회사가 우리나라와 유사하게 150여개인데, 협
회를 구성하여 민간인 스스로 가정 내 보육서비스의 질적수준 제고에
노력

○ 대표적인 예로, 일본 전국베이비시터협회(All-Japan Babysitter
Association)에서는 가정보육교사 교육과 시험을 통해 자격을 인
증하고 유효기간은 5년으로 제한

— 베이비시터 자격을 받으려면 만 18세 이상인 자가 양성교육을
수강한 후, 3개월간 90시간 이상의 실무경험을 쌓고 현직교육
과정 및 인정시험을 거친 후, 등록가능

— 대학교와 제휴하여 해당자에게 베이비시터 인증서 수여

○ 베이비시터 협회 회원이 되기 위한 기본조건 제시

— 베이비시터회사 업체 정의, 베이비시터 자격기준(역할 및 업무,
베이비시터 자질, 보육의 기본적 사항 및 베이비시터 업무기
준, 안전사고 방지), 교육이수 의무 조건, 노동관계법 및 사회
보장법 준수, 배상책임보험 가입 등의 조건 제시

○ 정부와 기업이 협력하여 베이비시터협회 교육비지원 및 베이비시
터 부모 이용 할인권 제공([그림 8-4] 참조)

— 후생노동성에서 재단법인인 어린이미래재단을 설립하고 어린
이미래재단은 베이비시터 지원사업을 실시하기 위한 자금조성

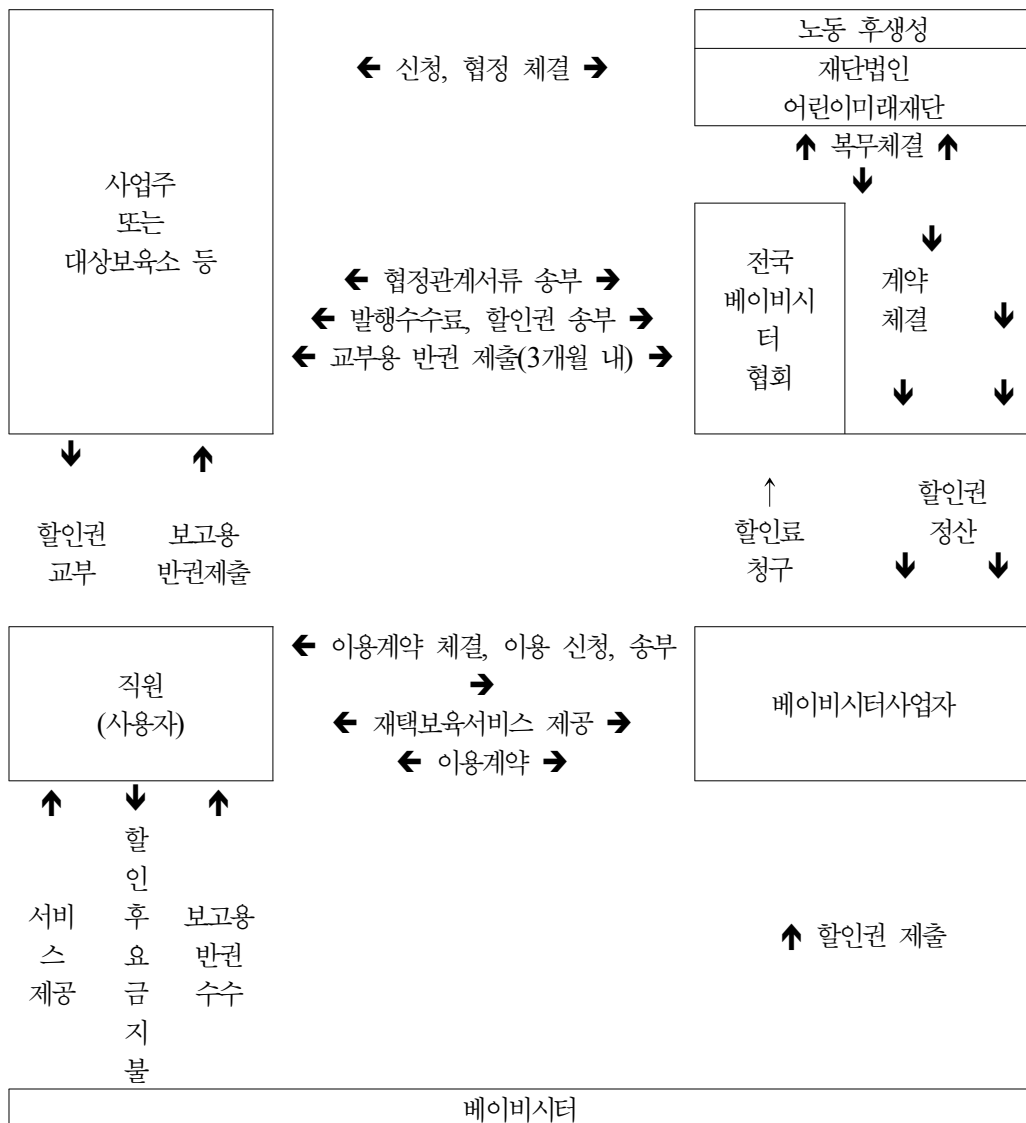
— 어린이미래재단은 전국베이비시터협회를 통해 베이비시터사업
자 및 기업, 보육시설과 협정체결을 맺음으로써 베이비시터 이
용자에게 할인권 제공

— 베이비시터협회와 협정을 체결하여 할인권을 받은 기업이나
보육시설은 베이비시터 이용 종업원(사용자)에게 채택보육 할

인권을 교부하고 할인권을 받은 종업원(사용자)은 할인권을 제한 비용을 지불

- 할인권은 베이비시터협회를 통하여 어린이미래재단이 지원금으로 정산하며 종업원(사용자) 1인당 1일에 1장 사용가능

[그림 8-4] 일본 베이비시터 비용 지원사업 흐름도



- 협정대상 규모 및 이용할인권 발행현황을 살펴보면(<표 8-6> 참조), 기업규모에 따라 최소 1,200매부터 최대 4,800매를 지원하

고 보육시설은 개소당 1,200매를 지원

－ 지원단가는 사업주는 1일 1회 1,500엔이고 보육시설의 경우 2,000엔으로 차등

○ 일본 베이비시터사업 이용할인권 사업은 1994년에 시작한 이후, 규모 확대(<표 8-7> 참조)

－ 2006년 통계로 전국에서 1,016개 기업이 사업에 참여하였으며, 조성금액은 144,807천엔

－ 발행된 할인권은 모두 사용되지 않으며 발행대비 정산비율은 2006년 기준 66.5%

〈표 8-6〉 일본 베이비시터 이용 할인권 발행한도

(단위 : %, 개소)

구 분	발행 한도	할인액 한도
직원수 1,000명 이하 사업주	1,200매	사업주 1,500엔
직원수 1,001~2,000명 이하 사업주	2,400매	연장보육종사자 2,000엔
직원수 2,001~3,000명 이하 사업주	3,600매	
직원수 3,001명 이상 사업주	4,800매	
대상보육소 1개소 당	1,200매	

자료 : 노동부(2008). 일하는 여성보육지원 강화방안.

〈표 8-7〉 일본 베이비시터 이용 할인권 이용한 육아지원사업 실적

(단위 : 개, 건, 천엔)

구 분	협정기업수	발행매수	정산매수	조성금액
1994	131	8,085	4,268	6,402
2004	880 (2)	127,269 (235)	89,982 (208)	134,973 (416)
2005	974 (1)	139,652 (230)	96,538 (168)	144,807 (336)
2006	1,016	151,898	1,000,843	-

주 : ()는 연장보육 대상분으로 별도임.
자료 : 노동부(2008). 일하는 여성보육지원 강화방안.

4. 시사점

□ 영국은 가정 내 개별보육서비스 제공자에게 중앙정부에 등록하여 관

리감독을 받도록 함으로써 서비스의 질에 대한 체계적인 관리를 시도하며 영유아 가정 내 개별보육서비스 제공자의 경우 최소한의 근로기준을 충족시킬 경우 근로보장성 제공

□ 프랑스는 국가차원에서 개별보육서비스 제공자에 대한 자격 및 서비스 질 관리를 시도하며 가정 내 개별보육서비스를 공적인 보육서비스로 인정하여 부모에게 보육료 지원

□ 일본은 가정 내 개별보육서비스 제공자에 대한 자격기준을 중앙정부 및 지방자치단체 차원에서 제시하며 영리 베이비시터의 경우 협회구성을 통해 서비스 질 관리 및 중앙정부 지원을 통해 베이비시터 교육비와 이용부모의 보육료 할인권 제공

제4절 정책방안

□ 우리나라 가정 내 보육서비스 질적 수준을 제고하기 위해 외국사례 검토 및 정책의 현실화를 고려해 현재 운영되고 있는 공적 가정파견 보육사업과 민간 베이비시터사업 중심으로 정책방안 제시

○ 공적 가정파견 보육사업의 경우 기존의 아이돌보미사업에 경기도 가정보육교사제도의 서비스 질 관리 운영 노하우(표준가정보육프로그램, 운영모니터링체계)를 부분 수용하여 운영하는 방안과 경기도 가정보육교사제도를 전국에 확대하는 방안 제시

○ 민간 베이비시터사업의 서비스 질 관리를 위해 베이비시터 인증사업 제안

1. 공적 가정 내 보육서비스 질적수준 제고방안

가. (1안) 아이돌보미사업과 가정보육교사제도 통합 운영

□ 개요

- 기존의 아이돌보미사업의 운영체계를 그대로 유지하되, 보육서비스의 질적 수준 제고를 위해 영아 대상 종일보육서비스에 경기도 가정보육교사제도에서 개발된 표준보육프로그램과 모니터링 체계를 도입
 - － 시간제보육서비스 프로그램을 위해 만 0~5세 보육을 위해 필요한 일상생활 돌봄과 놀이활동 매뉴얼을 추가 개발하고 교육 제공 가능
- 보육서비스 질 관리를 위해 보육교사 양성과정 시, 교육과 더불어 자격인증을 위한 시험제도를 도입
 - － 보육서비스 제공자(종일·시간제교사)인 경우 자격기준은 별도로 두지 않은 채, 양성교육과 더불어 자격인증시험 부여
 - － 학령기 아동을 위한 가정 내 보육서비스 질적 수준 제고를 위해 지역 여성인력개발센터 학령기 아동 방과후 지도과정 졸업생을 연계하여 학령기 아동을 위한 아이돌보미로 활용가능
- 1안 도입을 통해 가정보육교사와 아이돌보미 간의 역할분담 가능
 - － 가정보육교사제도 중심의 가정 내 종일 영아보육서비스 : 가정보육교사제도의 프로그램과 모니터링 체계도입과 더불어 기존의 가정보육교사 흡수 및 새로운 양성과정을 통해 선발된 보육교사(교육이수 및 자격인증시험 합격)인력 활용가능
 - － 아이돌보미 중심의 유아 및 학령기 아동대상 가정 내 시간제 보육서비스 : 아이돌보미사업은 사업초기부터 가정 내 시간제 보육서비스 제공이 주목적이므로 기존의 아이돌보미는 유아

및 학령기 아동대상 시간제 보육서비스 담당

- 1안 도입 시, 아이돌보미 채용조건 강화 : 교육과 더불어 자격인증 시험 도입

○ 아이돌보미 운영주체를 건강가정지원센터와 보육정보센터를 함께 지정 가능

- 보육정보센터에서는 만 5세 이하 영유아대상의 종일보육서비스와 시간제보육서비스를 위한 교사교육 및 프로그램 모니터링, 자격인증시험 운영관리

□ 이용대상

○ 시간제보육서비스의 경우 아이돌보미 이용대상을 그대로 적용하되, 종일보육서비스는 생후 3개월에서 24개월까지로 확대

- 시간제보육서비스 : 생후 3개월에서 만 12세 이하 아동으로 기존 대상범위를 그대로 유지
- 영아종일보육서비스 : 기존의 아이돌보미 이용대상을 0세에서 1세까지로 확대하여 출생부터 24개월까지로 확대
- 만 2세 미만의 영아의 경우 시설보육보다 가정내 보육을 선호함으로써 만 2세 미만까지 영아를 위한 가정 내 개별보육 서비스를 제도화

□ 보육서비스 제공자 자격조건

○ 아이돌보미의 경우 현행 자격조건(신체건강하고 정신상태 양호한 만 65세 이하 희망자)을 그대로 유지하되, 아이돌보미로 활동하기 위해 양성교육과 더불어 자격인증시험 합격이라는 추가적인 조건부여

- 중앙정부가 파견하는 아이돌보미는 주로 40~50세 중년여성으로 기본적인 육아지식 및 상호작용방식을 수행할 수 있는 자격이 요구되므로, 양성교육에서 이러한 지식을 다루되 자격인

증시험을 두어 시험에 합격한 사람만을 아이돌보미로 활동할 수 있도록 하는 추가조건 부여

- 학령기 아동을 위한 시간제보육서비스 제공자인 경우 지역 여성 인력센터에서 배출하는 방과후 아동지도사 교육 이수생을 학령기 아동 대상의 방과후 돌보미로 활용가능

□ 서비스 이용기준

- 아이돌보미 기존의 이용기준(보육대상 인원, 보육장소, 이용금액) 준수

□ 운영체계([그림 8-5] 참조)

- 기존의 서비스 운영체계에 보육정보센터를 포함시켜 만 5세이하 시간제 및 종일보육 교사교육 및 모니터링, 자격시험 관리
- 사업추진체계의 역할은 아이돌보미 사업과 동일하게 유지하되, 보육정보센터의 역할만 추가
 - 여성가족부 : 사업계획 및 지침마련, 예산확보 및 지원, 사업 평가 및 홍보, 유관부처의 협의조정
 - 시도 : 사업추진계획 마련, 사업지역선정, 예산지원, 사업기관 지정권 부여와 주정, 시도단위의 홍보 등
 - 시군구 : 예산집행, 사업추진계획마련, 사업기관 관리감독, 사업평가, 위원회 운영
 - 중앙건강가정지원센터 : 회원관리 DB 프로그램 운영, 사업운영매뉴얼 등 개발, 사업운영 모니터링
 - 지역건강가정지원센터 : 돌보미, 파견, 관리, 교육 및 자격시험 실시(학령기 아동대상 돌보미), 지원대상자 가구 가구확인, 만족도조사, 모니터링
 - 보육정보센터 : 5세이하 시간제 · 종일 돌보미 교육 및 프로그램 모니터링, 자격시험 관리

[그림 8-5] 아이돌보미 사업추진 체계도



□ 서비스 질 관리

- 가정보육교사제도의 표준화된 가정보육 프로그램 적용 : 영아종일 보육

< 프로그램 구성원리 >

- 보육시설 표준보육과정의 기본철학 및 목표, 보육계획 및 운영 원리를 유지하되 표준보육프로그램을 가정보육 상황에 맞게 내용 및 운영방식을 수정
- 만 0,1세별로 각각 연간주제에 따라 월간·일일 활동계획을 조직하고, 영아의 발달적 특성 및 발달과업(예: 신체 발달, 운동 능력 향상, 사회적 기술습득)에 맞게 보육계획 및 활동을 구성
 - 현 프로그램은 연간주제 및 월간보육계획이 만 0,1세에 대해 12개월 단위로 개발되어 있으며, 이를 토대로 보육교사는 일일 활동계획을 작성가능
 - (경기도 가정보육교사제도에서 개발되어 현장에서 적용되고 있는 0세아 연간주제 및 월간·주간·일일 활동계획의 실례 (<표 8-8>, <표 8-9> 제시)

〈표 8-8〉 0세아 연간주제

월령	연간주제
1월	• 몸을 움직여봐요
2월	• 소리가 나요
3월	• 엄마 품이 좋아요
4월	• 만져보아요
5월	• 쳐다보아요
6월	• 냄새를 맡아요
7월	• 흉내 내봐요
8월	• 놀잇감
9월	• 찾아보아요
10월	• 일어서봐요
11월	• 맛을 봐요
12월	• 발로 차봐요

자료 : 임양미(2009). 가정보육프로그램 개발.

〈표 8-9〉 1월 영아 보육계획

영역 \ 활동		주제 : 몸을 움직여봐요			
		1주	2주	3주	4주
일상 생활	수유 및 이유식 낮잠 및 휴식 기저귀 갈기	선생님 품에서 기분 좋게 우유 먹기 편안하게 잠들기 기저귀 갈 때 눈 맞추기			
놀이 활동	신체 · 움직임 의사소통 · 사회관계 탐색표현	새로운 것 보기 얼굴 그림의 모빌 보기 거울보기		리본 흔들기 동사·동요 듣기 냄새 맡기	
실외 및 산책활동		일광욕하기			

자료 : 임양미(2009). 가정보육프로그램 개발.

- 1일 보육서비스는 일상생활(기본생활습관지도) 및 놀이활동으로 구성(<표 8-10> 참조)
 - 1일 보육서비스는 일일계획서(보고서) 양식에 매일 작성하여 부모가 귀가한 후 부모에게 1일 보육계획안과 자녀의 하루일과에 대한 기록을 제공
 - 영아의 하루 일과는 영아의 낮잠시간, 우유 먹는 시간, 활발히 놀이하는 시간, 배변시간 등 일단 기본적인 일상적 시간

표로 구성하고, 일상생활이 교육적 경험으로 연결될 수 있도록 계획된 활동을 제공

〈표 8-10〉 영아의 보육계획안(일일 보고서 검용)

날짜	월	일	요일	교사 이름		영아 이름 및 월령	(개월)
투약의뢰서 (부모님 작성)						영아상태	
종류	<input type="checkbox"/> 가루약 <input type="checkbox"/> 물 약 <input type="checkbox"/> 한 약 <input type="checkbox"/> 기 타			1회용량		기분	좋음, 보통, 나쁨 (이유:)
투약 시간	시 분		시 분		건강	좋음, 보통, 나쁨 (이유:)	
보관	<input type="checkbox"/> 냉장보관 <input type="checkbox"/> 실온보관						
투약 확인	<input type="checkbox"/> 상기 시간과 용량에 맞추어 투약				체온	열이 있음, 많음, 정상	
수유	오전.오후 시 분 ml				수면	시 분 ~ 시 분	
	오전.오후 시 분 ml					시 분 ~ 시 분	
	오전.오후 시 분 ml					시 분 ~ 시 분	
	오전.오후 시 분 ml					시 분 ~ 시 분	
	오전.오후 시 분 ml				목욕	시 분	
이유	시 분 (많이, 보통, 조금)				배변	시 분 (딱딱함, 보통, 설사)	
	시 분 (많이, 보통, 조금)					시 분 (딱딱함, 보통, 설사)	
	시 분 (많이, 보통, 조금)					시 분 (딱딱함, 보통, 설사)	
하 루 일 과							
시간	주요일과			내 용			
07:30~09:00	영아와의 만남			-영아의 상태 점검, 영아의 전날 건강, 정서에 대한 대화			
09:00~09:30	우유 및 기저귀 갈기/손씻기			-손 닦고 턱받이 하기 -기분 좋게 우유 먹기 -세면과 입담기, 기저귀 살피기			
09:30~10:30	오전 실내 자유놀이			신체·움직임	소리 나는대로 얼굴 돌리기		
				의사소통·사회관계	말소리 흉내내기		
				탐색표현	떨랑이 흔들기		
10:30~11:00	오전 수유 및 낮잠 준비			-조용한 음악 들으며 편안한 수유시간 갖기 -낮잠 준비하기			
11:00~12:00	오전 낮잠			-자장가를 들으며 편안하게 낮잠 자기			
12:00~13:00	수유 및 이유식/기저귀 갈기/손씻기/이담기			-교사와 눈 맞추며 수유 또는 이유식 먹기 -세면과 영아용 손가락 칫솔로 이와 잇몸 닦기 -기저귀 살피기			
13:00~14:00	오후 실내 자유놀이			신체·움직임	소리 나는대로 얼굴 돌리기		
				의사소통·사회관계	말소리 흉내내기		
				탐색표현	떨랑이 흔들기		
14:00~14:30	오후 수유			-조용한 음악 들으며 휴식 취하기 -교사와 눈 맞추며 수유하기			
14:30~15:30	오후 낮잠/산책 및 일광욕			-오후 낮잠 자기 -실외, 옥외 놀이터에서 일광욕하기			
15:30~16:30	기저귀 갈기/손,발 닦기/이유식			-손과 발 닦고 기저귀 살피기 -턱받이 하고 즐겁게 이유식 먹기 -얼굴과 손 닦기			
16:30~17:30	오후 실내 자유놀이			신체·움직임	소리 나는대로 얼굴 돌리기		
				의사소통·사회관계	말소리 흉내내기		
				탐색표현	떨랑이 흔들기		
17:30~18:30	저녁 수유 및 오후 낮잠			-조용한 음악 들으며 편안한 수유 시간 갖기 -낮잠 준비하기 -자장가를 들으며 편안하게 낮잠 자기			

18:30~19:30	세면 및 부모 맞이하기	-낮잠에서 일어나 세면 후 로션 바르기 -부모 반갑게 맞이하기	
관찰평가			
놀잇감 세척	놀잇감 이름	세척 방법	
부모님께			
출근상황부		부모 확인	선생님께
근무시간	시 분 ~ 시 분		
추가 보육관련	시 분 ~ 시 분		

자료 : 임양미(2009). 가정보육프로그램 개발.

- 영아와 진행할 수 있는 놀이활동은 별도로 개발되어 교사에게 제공하여 교사가 이를 참고로 놀이활동을 계획
- 놀이활동 시, 영아의 흥미 등을 고려하여 놀이활동을 수정 및 보완하여 적용가능
- 현재 경기도 가정보육교사제도에서는 만 0,1세 보육 시, 적용가능한 구체적인 놀이프로그램 메뉴얼이 200개가 개발되어 현장에서 활용되고 있으며(<표 8-11>, <표 8-12> 참조), 추가 놀이프로그램이 현재 개발 중

<표 8-11> 만 0세아 놀이프로그램 메뉴얼의 예

활 동 명 : 새로운 것 보기
<p>활동목표 : 머리를 돌릴 수 있다.</p> <p>표준보육과정영역 : 신체운동</p> <p>활동자료 : 부드러운 요, 영아용 의자</p> <p>활동방법 :</p> <p>① 날마다 영아를 다른 방향으로 얼굴이 향하도록 하여 부드러운 요나 영아용 의자에 둔다.</p> <p>② 시간에 따라 영아를 다른 장소로 옮겨 영아가 새로운 것을 보거나 똑같은 것을 다른 방향에서 보도록 도와준다.</p> <p>③ 새로운 불거리와 소리를 향해 머리카나 몸을 돌리도록 영아를 격려한다.</p> <p>“새소리 들리니?”</p> <p>“새가 노래 부르고 있구나.”</p> <p>“우리창 밖을 보자. 새가 보이네.”</p>

자료 : 임양미(2009). 가정보육프로그램 개발.

〈표 8-12〉 만 1세아 놀이프로그램 매뉴얼의 예

활 동 명 : 그림까꿍놀이
<p>활동목표 : · 까꿍놀이를 할 수 있다. · 그림을 볼 수 있다.</p> <p>표준보육과정영역 : 의사소통·사회관계</p> <p>활동자료 : 크고 선명한 동물 그림</p> <p>활동방법 :</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 영아에게 한 개의 크고 선명한 동물 그림을 보여준다. “○○야, 이것이 무엇일까? 강아지란다.” ② 영아가 그림을 볼 때 그림을 천으로 가린다. “○○야, 강아지가 없어졌네. 어디 갔을까?” ③ 영아에게 동물이 어디로 갔는지 물어보고 열린 천을 벗긴다. “○○야, 까꿍, 강아지가 여기 있구나.” ④ 다른 동물 그림을 가지고 유사한 방법으로 해본다.

자료 : 임양미(2009). 가정보육프로그램 개발.

○ 보수교육 운영

- 표준화된 가정보육프로그램을 토대로 적용 및 일일활동계획서 작성법, 놀이활동방법을 보육정보센터에서 매월 1회씩 교육하는 것을 원칙
- 교육방법은 실제 사례연구, 워크숍 등으로 진행
- 그 외, 교육내용으로 안전교육, 부모와의 상호작용방법 등을 교육

○ 체계적인 모니터링 실시(<표 8-13> 참조)

- 가정보육서비스에 대한 모니터링은 아이돌보미의 자체평가와 지역 보육정보센터 담당직원의 가정방문을 통한 현장관찰을 통해 수행
- 자체평가는 교사가 일일계획서·활동보고서와 일상보육 및 놀이활동 수행에 대한 사진자료를 1개월 단위로 지역 보육정보센터에 제출하는 방식으로 운영
- 현장관찰은 지역 보육정보센터 담당직원을 통해 1개월에 1회 현장방문을 통해 실시되며 5개의 영역(건 강·안전 등 일상보육에 대한 성실성, 기본생활습관지도, 영아·교사 간의 상호작용

용, 가정보육프로그램의 적용, 일일계획서·활동보고서 평가)이
평가(<표 8-14> 참조)

〈표 8-13〉 가정보육서비스 모니터링 체계

구 분	내용	방법	실시주체
자체평가	<ul style="list-style-type: none"> 일일계획서·활동보고서 제출(1개월 기준) 일상보육 및 놀이활동 수행 여부에 대한 사진 자료 제출 (예: 핸드폰 카메라, 디지털 카메라 활용) 	<ul style="list-style-type: none"> 문서작성 사진촬영 	<ul style="list-style-type: none"> 가정보육교사
현장관찰	<ul style="list-style-type: none"> 건강·안전 등 일상보육에 대한 성실성 기본생활습관지도 영아·교사 간의 상호작용 가정보육프로그램의 적용 일일계획서·활동보고서 평가 	<ul style="list-style-type: none"> 체크리스트 (척도) 	<ul style="list-style-type: none"> 보육정보센터 담당직원

자료 : 임양미(2011). 가정보육프로그램 운영모니터링.

〈표 8-14〉 가정보육서비스 모니터링 평가지의 예

월 현장관찰 평가지						
날짜	월	일 (요일)	교사이름		영아 이름 및 월령	(개월)
방문 시간	시 분 ~ 시 분					
4개 이상 : 우수 / 3개 : 양호 / 2개 : 보통 / 1개 이하:미흡						
항 목	항목별 수준 (현장관찰 평가 항목 영역 1 ~ 4)					
I. 현장관찰 평가 : (점) × 60% = 환산점수 점						
영역 1 : 건강, 안전 등 일상보육 성실성 (방문일자 :)						
(우수:30 / 양호:25 / 보통:17 / 미흡:10)						
현 장 관 찰 평 가 60%	소계	우수(8개이상)		소계 = ① + ②		
		양호(6개)				
		보통(4개)				
		미흡(2개)				
	① 보육장소 환경	우수(4개이상)		<input type="checkbox"/> 실내. 외환경에 위험한곳은 없다.(창문,베란다,화장실 바닥,유리창) <input type="checkbox"/> 실내가구의 모서리처리가 안전하게 되어있다. <input type="checkbox"/> 놀잇감 정리 정돈및 수납상태는 양호하다. <input type="checkbox"/> 아기용품은 종류별로 잘 정리되어있다. <input type="checkbox"/> 보육실의 공간배치는 영아의 연령, 발달특성을 고려하여 흥미영역으로 구성되어있으며 배치가 적절하다. <input type="checkbox"/> 놀이장소에 깔개와 쿠션등이 마련되어있다.		
		양호(3개)				
		보통(2개)				
		미흡(1개)				
	② 아프거나 다친 영아에 대한 대응 / 안전관리	우수(4개이상)		<input type="checkbox"/> 영아가 아프거나 다칠 경우를 대비하여 가정 내 약상자 위치를 알고 있다. <input type="checkbox"/> 응급처치동의서를 소지 및 게시하고 있다. <input type="checkbox"/> 비상연락처(예: 병원위치 포함, 부모)를 알고 있다. <input type="checkbox"/> 놀잇감에 위험요인이 없다. <input type="checkbox"/> 안전점검을 매일 하고있다.		
		양호(3개)				
		보통(2개)				
		미흡(1개)				

영역 2 : 기본생활 습관지도 및 대응력 (방문일자 :) (우수:20 / 양호:17 / 보통:12 / 미흡:5)				
소계	구 분	만2세아	만 0~1세아	비고
	우 수	16개이상	12개이상	만 2세 : ③+④+⑤+⑥ ※ ⑥ : 만2세 만 0~1세 : ③+④+⑤
	양 호	12개	9개	
	보 통	8개	6개	
	미 흡	4개	3개	
③식사 (수유) 및 간식 시간	우수(4개 이상)	<input type="checkbox"/> 교사는 영아의 생리적 리듬 등을 고려하여 적절한 시간에 식사 및 간식을 제공한다 <input type="checkbox"/> 즐거운 분위기에서 대화를 나눈다. <input type="checkbox"/> 수유,이유식 준비를 미리 해 놓는다. <input type="checkbox"/> 젓병소독, 수유용품 등이 위생적인 장소에 정리정돈 되어있고 위생적으로 수유,배식이 이루어지고 있다. <input type="checkbox"/> 교사는 부모와 협의하여 영아의 이유식단을 짠다.		
	양호(3개)			
	보통(2개)			
	미흡(1개)			
④ 낮잠 및 휴식시간	우수(4개 이상)	<input type="checkbox"/> 낮잠 또는 휴식 시간을 규칙적으로 마련한다. <input type="checkbox"/> 휴식(수면)할 수 있는 분위기를 만들어 준다(조명이나 침구세트, 음악) <input type="checkbox"/> 영아의 개별적인 낮잠 및 휴식에 대한 욕구를 배려한다 <input type="checkbox"/> 침구를 청결하게 관리한다. <input type="checkbox"/> 낮잠자기 전에 기저귀갈기,노래불러주기 등을 통해 영아의 긴장을 풀어주고 정서적 안정을 주도록 한다.		
	양호(3개)			
	보통(2개)			
	미흡(1개)			
⑤ 기저귀 갈기 및 화장실 사용	우수(4개이상)	<input type="checkbox"/> 적절한 시간에 영아의 기저귀 갈기 또는 화장실을 가는 시간을 가진다. <input type="checkbox"/> 기저귀를 갈거나 화장실을 사용하는 동안 개별적인 상호작용을 통해 영아가 긍정적인 경험을 갖게 한다. <input type="checkbox"/> 기저귀용품이 한곳에 잘 정돈되어있고 잘 갖추어져있다. <input type="checkbox"/> 배변훈련에 관련된 비품 및 계획이 되어있다.(1세인경우) <input type="checkbox"/> 기저귀를 간 후 청결하게 유지한다. (기저귀 정리 및 전후 손씻기)		
	양호(3개)			
	보통(2개)			
	미흡(1개)			
⑥ 기본생활습 관지도(영아 의 연령이 2세에만 적용)	우수(4개이상)	<input type="checkbox"/> 연령에 맞게 올바른 식습관이 이루어지도록 지도한다. <input type="checkbox"/> 식사 및 이유식을 먹일때 손씻기와 정해진 장소에서 먹는습관을 실시한다. <input type="checkbox"/> 연령에 맞게 식사후 이닦기습관을 지도한다. <input type="checkbox"/> 올바른 배변훈련을 지도, 계획하고 있다. <input type="checkbox"/> 일관성 있게 기본생활습관을 지도한다. <input type="checkbox"/> 예절과 정리정돈 등 기본생활에 관련된 활동이 보육과정에 포함되어있다.		
	양호(3개)			
	보통(2개)			
	미흡(1개)			
영역 3 : 영아와 교사간의 상호작용 (방문일자 :) (우수:30 / 양호:25 / 보통:17 / 미흡:10)				
⑦ 영아와 교사간 상호작용 (영아에 대한 존중/ 영아의 요구에 대한 민감성)	우수(4개이상)	<input type="checkbox"/> 교사는 대부분의 경우 영아에게 주의를 기울이고, 눈을 맞추면서 이야기하며 즐거운 표정으로 말한다. <input type="checkbox"/> 영아의 행동지도에 칭찬, 격려 대안제시등 긍정적인 방법을 사한다. <input type="checkbox"/> 교사는 영아의 요구와 질문에 대해 언어적으로나 신체적으로나 적절하게 반응한다. <input type="checkbox"/> 영아가 울음등 부정적으로 표현하는 경우에도 따뜻하게 감싸주어 정서적으로 안정을 찾게 도와준다. <input type="checkbox"/> 영아의 요구를 주의깊게 듣고 영아의 요구가 받아들일 수 없다면 이유를 쉽게 설명해준다.		
	양호(3개)			
	보통(2개)			
	미흡(1개)			
영역 4 : 프로그램 적용여부 (방문일자 :) (우수:20 / 양호:17 / 보통:12 / 미흡:5)				
⑧ 프로그램	우수(4개이상)	<input type="checkbox"/> 영아의 기본,생리적 리듬에 맞추어 필요시 놀이계획을 변경 수		

	적용여부 (놀이활동 수행여부 / 적절한 놀이감 활용여부	양호(3개)	행한다. <input type="checkbox"/> 프로그램 활동 후 평가가 제대로 이루어지고 있다. <input type="checkbox"/> 가정보육프로그램에 맞추어 활동을 수행하고 있으며 교수법을 효과적으로 사용한다. <input type="checkbox"/> 영아가 활동이나 놀이에 자발적으로 참여하고, 호기심을 높이도록 격려하고 긍정적인 방법을 사용한다. <input type="checkbox"/> 놀이감 등 프로그램 교구를 연령에 맞추어 적절하게 계획한다. <input type="checkbox"/> 프로그램에 맞는 놀이감 등을 준비하고 활용하고 있다. (교구제작)	
		보통(2개)		
		미흡(1개)		
II. 자체수행 평가 = (점) × 40% = 환산점수 점				
(관리자 평가 항목) - 영역 5 (방문일자 :)				
관 리 자 평 가 40%	⑨ 일일보육계 획서 평가	우수(4개이상) 35점	<input type="checkbox"/> 하루일과계획이 시간대별로 적절하게 계획되어있다 <input type="checkbox"/> 활동내용이 영아와의 상호작용중심으로 자세하게 서술되어있다. <input type="checkbox"/> 활동에 관련된 내용과 사진이 있다. <input type="checkbox"/> 계획된 일과대로 진행되지 않았을 경우 그에 따른 내용이 작성되어있다. <input type="checkbox"/> 활동계획에 따른 평가가 작성되어있다.	
		양호(3개) 25점		
		보통(2개) 20점		
		미흡(1개) 10점		
		미제출 0점		
	⑩ 가정보육 프로그램, 일일보육계 획 반영	우수(4개이상) 15점	<input type="checkbox"/> 교사는 영아의 보육계획안을 미리 계획하여 작성한다 <input type="checkbox"/> 교사는 월간교육계획과 놀이감계획을 미리 작성한다. <input type="checkbox"/> 일과중 놀이활동이 영역별로 적절하게 계획되어있다. <input type="checkbox"/> 계획대로 일과를 진행하고 있다. <input type="checkbox"/> 보육활동이 균형있게 계획되어 있고, 그 계획에 따라 일과를 진행한다.	
		양호(3개) 10점		
		보통(2개) 7점		
		미흡(1개) 4점		
	⑪ 일상보육의 성실성	우수(4개이상) 20점	<input type="checkbox"/> 보육시간을 잘 지킨다. (지각하지 않는다.) <input type="checkbox"/> 결근하지 않는다. (개인사정으로 결근하는 경우 부모의 입장에서 협의한다.) <input type="checkbox"/> 자체교육에 참여율이 높다. <input type="checkbox"/> 가정보육교사제도 홍보에 적극적이다. <input type="checkbox"/> 가정보육교사에 대한 자부심을 가지고 활동한다.	
		양호(3개) 17점		
		보통(2개) 12점		
		미흡(1개) 5점		
	⑫부모와의 지속적인 의사소통 여부	우수(4개이상) 20점	<input type="checkbox"/> 부모와의 상용작용이 잘 이루어지고 있다. <input type="checkbox"/> 부모의 요구사항을 적절히 수용하고 수용할 수 없는 상황에는 긍정적으로 설득시킬 수 있다. <input type="checkbox"/> 보육종료시 브리핑시간을 갖고 있다. <input type="checkbox"/> 일지란에 부모님 싸인을 받고 있다. <input type="checkbox"/> 보육활동계획시 부모의 요구를 수용하고 있다.	
		양호(3개) 17점		
		보통(2개) 12점		
		미흡(1개) 5점		
	총 점		환산점수 = () 점	
	(I. 현장관찰 평가 + II. 자체수행 평가)			

자료 : 임양미(2011), 가정보육프로그램 운영모니터링, 경기도가족여성연구원 참조

□ 예산추계

- 전국 17개의 보육정보센터가 영유아 담당 아이돌보미 운영주체로 지정 될 경우 예산추계(기존의 아이돌보미 예산에 보육정보센터 운영비만 추가)³⁵⁾

— 보육정보센터운영비 : 8억 정도의 추가예산 필요

- 인건비 : 408,000,000원(17명 전담직원 x 2,000,000원 x 12개월)
- 운영비 : 244,800,000원(17개 정보센터 x 1,200,000원 x 12개월)
- 교육비 : 80,000,000원(80,000원 x 1,000명 교사)
- 홍보비 : 102,000,000원(17개 정보센터 x 2,000,000원 x 3회)

□ 도입 시, 해결사안

- 기존의 아이돌보미사업에 경기도 가정보육교사제도의 서비스 질 관리체계(프로그램 및 모니터링 체계) 도입 시, 표준 보육프로그램의 보급 및 보수교육, 모니터링과 자격인증시험을 수행·관리할 수 있는 추가인력 및 재정이 필요
 - 앞서 제시된 바와 같이 보육정보센터와 건강가정지원센터를 2가지 운영주체로 활용하여 보육정보센터에서는 만 5세 이하를 보육하는 아이돌보미에 대한 보수교육 및 표준 보육프로그램 보급, 모니터링, 자격인증시험을 수행가능하며 건강가정지원센터는 기존의 역할과 더불어 학령기 아동 중심의 보수교육 및 모니터링, 자격인증시험 관리기능 수행
 - 표준보육 프로그램은 책자 보급 외, 온라인으로 배포함으로써 비용 절감 가능
- 아이돌보미 중 보육교사 및 유치원교사 자격증 등의 국가단위의 자격증 소지자는 추가수당제도(예: 영유아전문교사수당) 도입검토 필요

35) 예산추계를 위해 현재 가정보육교사제도 운영비 참조 17개의 보육정보센터 운영(경기도의 경우 2개 보육정보센터), 1000명의 아이돌보미로 예산추계

- 보육관련 전문자격증 소지자에 대해 추가적인 혜택부여를 통해 보육교사자격증을 소지하는 가정보육교사 흡수를 원활히 할 수 있으며 장롱면허소지자(보육관련 전문자격증 소지자이면서 보육현장에서 활동하지 않는자)를 아이돌보미로 활용할 수 있는 인센티브 제공가능

나. (2안) 가정보육교사제도 전국 확대 (가칭 : ‘온종일 케어맘’ 제도)

□ 개요

- 보육서비스 제공자의 자격기준 강화와 표준화된 보육프로그램 적용 및 모니터링 운영을 통해 보육서비스의 질 관리
- 가정보육교사제도 확대를 위해 가정보육교사의 보육교사로서의 경력인정이 필요하며, 보육시설 교사와 근무조건의 차이를 고려하여 경력 산정 기준이 필요
- 시범사업 일정기간 수행 후, 사업 확대 필요
 - 전국 16개의 광역자치단체의 자율신청을 토대로 부모지원금의 50%를 국가가 부담
 - 맞벌이 가정이 밀집되어 있는 도시 우선 선정
 - 대도시 및 중소도시에 거주하는 취업모의 육아전문파견인력 활용도가 증가함(보건복지부, 2010)으로써 도시지역 우선 선정
- 가정보육교사제도 운영주체는 보육정보센터가 바람직
 - 보육시설이 가정보육교사제도 운영주체가 되었을 경우, 보육시설 측에서 보육시설교사 및 가정보육교사를 동시에 관리해야 되므로 시설장의 업무부담 증가로 인해 별도의 운영지원이 필요
 - 보육서비스의 질 관리 및 비용경감을 위해서 보육정보센터가 운영하는 것이 바람직하며, 보육정보센터가 없는 시군의 경우

시도 보육정보센터 활용

□ 이용대상

- 맞벌이 및 한부모 가정의 만 24개월 이하 영아
 - － 장애아, 장애부모, 한부모 및 미혼모 가정 등은 부모가 원하는 경우 5세까지 연장가능

□ 보육서비스 제공자 자격조건

- 보육교사자격증 소지자로 보육경력 2년 이상이거나 출산·양육경험이 있는 경우

□ 서비스 이용기준

- 계약기간 : 3개월 기본계약으로 연장 원칙
- 보육대상 인원 : 1:1 보육 원칙, 형제자매가 있을 경우 1:2가능
- 보육장소 : 영아 가정을 원칙(부모가 원하는 경우 가정보육교사 가정에서도 가능)
- 이용금액 : 110만원(영아 1인 주 5일(월 20일), 1일 10시간 보육 기준)
 - － 산출근거 : 가정보육교사제도 및 아이돌보미, YMCA 아가야 사업 등의 비용분석을 토대로 산정(시간당 5,600원)
 - － 보육료 : 1일 10시간 보육을 기준으로 보육시간은 조정가능하며, 시간에 따른 보육료 책정(보육시간 및 영아 수에 따른 보육료 기준 제시가 필요)

□ 운영체계([그림 8-6] 참조)

- 보건복지부 : 사업계획 및 지침마련, 예산확보 및 지원, 사업평가 및 홍보, 유관부처의 협의조정
- 시도 : 사업추진계획 마련, 사업지역선정, 예산지원, 사업기관 지정권 부여와 주정, 시도단위의 홍보 등
- 시군구 : 예산집행, 사업추진계획마련, 사업기관 관리감독, 사업평

가, 위원회 운영

○ 중앙보육정보센터 : 회원관리 DB 프로그램 운영, 사업운영메뉴얼 등 개발, 사업운영 모니터링

○ 보육정보센터

- － 가정보육교사 모집, 선발 및 교육(신규 및 보수교육) 실시
- － 가정보육교사 계약 체결 중재 및 연계
- － 가정보육서비스 정기 모니터링 및 보육활동일지 등 관계서류 관리
- － 가정보육교사 이용자와 활동신청자 현황을 해당 시·군·구(→시·도)에 보고
- － 보험가입 업무
 - 부모 : 영아상해보험·건물화재보험 가입하여야 제도이용 가능
 - 교사 : 교사배상책임 및 단체 상해보험 가입(전액지원)

[그림 8-6] 가정보육교사제도 운영체계



□ 서비스 질 관리

○ 표준화된 가정보육 프로그램 적용

- 가정보육교사제도의 표준화된 가정보육 프로그램 적용

○ 가정보육교사 현직교육 적용

- 가정보육프로그램을 토대로 적용 및 일일활동계획서작성법, 놀이 활동방법을 보육정보센터에서 매월 1회씩 교육하는 것을 원칙
- 교육방법은 실제 사례연구, 워크숍 등으로 진행
- 그 외, 교육내용으로 안전교육, 부모와의 상호작용방법 등을 교육

○ 체계적인 모니터링 실시

- 현행 모니터링 시스템(자체평가와 현장관찰) 적용
- 현장관찰 실시주체는 보육정보센터

□ 예산추계

○ 전국 16개의 광역자치단체로 확대될 경우 예산 추계 (1,000명의 부모/교사)³⁶⁾

- 총 예산 : 약 67억 소요

• 보육정보센터운영비 : 954,800,000원

- 인건비 : 408,000,000원(17명 전담직원 x 2,000,000원 x 12개월)
- 운영비 : 244,800,000원(17개 정보센터 x 1,200,000원 x 12개월)
- 보험료 : 120,000,000원(120,000원 x 1,000명 교사)
- 교육비 : 80,000,000원(80,000원 x 1,000명 교사)
- 홍보비 : 102,000,000원(17개 정보센터 x 2,000,000원 x 3회)

• 부모·교사지원금 : 5,760,000,000원

- 부모지원금 : 3,120,000,000원(1,000명 x 260,000원 x 12개월)
- 교사지원금 : 2,640,000,000원(1,000명 x 220,000원 x 12개월)

36) 예산추계를 위해 현재 가정보육교사제도 운영비 참조 17개의 보육정보센터 운영(경기도의 경우 2개 보육정보센터)

□ 전국 확대 시, 해결사안

○ 가정보육교사의 보육 경력인정

- 가정보육교사는 보육시설 교사와 소지 자격증 유형이 동일하며, 보육시간 및 보육서비스 내용 역시 유사하므로 가정보육교사의 보육경력이 인정됨으로써 승급 및 임금상승의 기회균등성 보장 필요
- 보육시설 이용의 사각지대에 있는 영아보육서비스의 질적수준 제고를 위해 국가수준의 보육교사자격증을 보유한 교사수급이 보장되어야 하므로 교사공급을 위해 가정보육교사의 직업가치가 경력인정을 통해 보장
- 보육시설과 달리 가정 내에서 보육되며 1:1 보육을 원칙으로 하는 가정보육교사의 직무 특성을 고려하여 보육시설 교사와 차별화된 경력인정 기준을 제시함으로써 가정보육교사제도 경력인정 제도화에 대한 보육시설 측의 반발 최소화

< 가정보육교사의 경력인정 (안) >

- 가정보육교사와 보육시설교사간의 근무시간 및 직무차이를 고려하여 가정보육교사 경력인정 비율 산출(<표 8-15> 참조)
 - 보육시설교사의 평균 근무시간은 10시간, 가정보육교사의 평균 근무시간은 9시간으로 평균 근무시간의 차이는 1시간 이상 차이가 나며, 가정보육교사의 근무시간 차이는 운영 및 일부지원업무의 부재와 관련
 - 보육시설교사의 경우 전체 직무 중 보육업무는 62.1%, 운영관련업무 21.0%, 지원업무가 16.9%인 반면 가정보육교사의 경우 보육업무(90%) 및 일부 지원업무(급간식 준비활동에 치중: 10%)가 대부분으로 시설운영관련 업무부재
 - 보육업무에 있어 보육시설교사가 수행하는 집단보육활동의 경우 영아보육교사의 경우 영아특성상 수행률이 낮으므로

가정보육교사와 보육시설교사의 보육업무는 거의 유사

- 가정보육교사는 보육시설교사가 수행하는 운영관련업무 (21%)와 지원업무 중 보육시설환경정비 업무(6% 해당)는 수행하지 않으므로, 보육시설 교사가 수행하는 총 27%(21% + 6%)의 업무량 정도를 제외한 약 70% 정도(1년 기준)의 경력을 인정가능
- － 가정보육교사에게 70%의 경력인정 비율을 적용할 경우 가정 보육교사 승급 소요시간을 현행법상의 보육시설 교사 승급체계를 토대로 산출가능(<표 8-16> 참조)
 - 현행 「영유아보육법」에서는 보육시설 교사의 경우 3급에서 2급으로 승급하기 위해서는 1년의 경력이, 2급에서 1급으로 승급하기 위해서는 3년의 경력이, 보육시설장이 되기 위해서는 2년의 경력이 필요
 - 1년의 보육경력이 100%인정되는 보육교사와 달리 가정보육교사에 대해 70%의 경력인정 비율이 적용될 경우 3급에서 2급으로 승급하기 위해서는 1년 5개월, 2급에서 1급으로 승급하기 위해서는 4년 3개월, 보육시설장이 되기 위해서는 2년 10개월이 소요

〈표 8-15〉 보육시설교사와 가정보육교사 간의 보육시간 및 직무 비교

구 분	보육시설교사	가정보육교사
보육시간 평균	10시간 19분	9시간
출근시간 분포	<ul style="list-style-type: none"> • 7시 이전 (0.4%) • 7시 이후 ~ 8시 이전 (17.6%) • 8시 이후 ~ 9시 이전 (73.2%) • 9시 이후 ~ 10시 이전 (5.2%) • 10시 이후 (3.6%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 7시 이후 ~ 8시 이전 (19.4%) • 8시 이후 ~ 9시 이전 (41.3%) • 9시 이후 ~ 10시 이전 (28.6%) • 10시 이후 ~ 11시 이전 (7.8%) • 11시 이후 ~ 12시 이전 (1.5%) • 12시 이후 (1.4%)

〈표 8-15〉 계속

구 분	보육시설교사	가정보육교사
퇴근시간 분포	<ul style="list-style-type: none"> • 18시 이전 (6.1%) • 18시 이후 ~ 19시 이전 (52.9%) • 19시 이후 ~ 20시 이전 (34.7%) • 20시 이후 ~ 21시 이전 (4.0%) • 21시 이후 (2.3%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 18시 이전 (31.6%) • 18시 이후 ~ 19시 이전 (36.5%) • 19시 이후 ~ 20시 이전 (22.2%) • 20시 이후 ~ 21시 이전 (7.4%) • 21시 이후 (2.4%)
직무비교	<ul style="list-style-type: none"> • 보육업무 (62.1%) • 지원업무 (16.9%) • 운영관련업무 (21.0%) 	<ul style="list-style-type: none"> • 보육업무 (90%) • 지원업무 (10%)

자료: 여성가족부(2006). 보육시설종사자 직무 및 근로환경 실태조사.
임양미(2009). 가정보육프로그램 개발.

〈표 8-16〉 보육시설교사와 가정보육교사 간의 승급 소요시간

구분		3급 ⇒ 2급	2급 ⇒ 1급	1급 ⇒ 보육시설장
요구 경력	보육시설교사 : 100% 인정(1년기준)	1년 (+승급교육)	2급 취득 후, 3년(+승급교육)	1급 취득후, 2년
	가정보육교사 : 70% 인정(1년기준)	1년 5개월 (+승급교육)	2급 취득후, 4년 3개월 (+승급교육)	1급 취득후, 2년 10개월 (+승급교육)

자료: 보건복지부(2011). 보육사업안내
임양미(2010). 경기도가정보육교사 경력인정(안).

○ 부모의 보육료 지원

- 보육료 지원은 현행 아이돌보미 제도 보육료 지원원칙을 준수
- 앞서 제시된 110만원(1일 10시간, 주 50일, 20일 기준)의 보육료 중 정부지원은 가구 평균소득 70%이하인 경우에만 제공함으로써 저소득층 중심의 보육료 지원
 - 가형(가구소득 50%이하)의 경우 60% 지원, 나형(가구소득 50~60%이하)의 경우 50% 지원, 다형(가구소득 60~70%이하)의 경우 40% 지원(<표 8-17> 참조)

〈표 8-17〉 가정보육교사 종일보육서비스 가격 및 지원내용

유형(소득기준)	이용단가	정부지원 (월 200시간 기준)	본인부담
가형(가구소득 하위 50%이하)	110만원	66만원	44만원
나형(가구소득하위 50~60%이하)	110만원	55만원	55만원
다형(가구소득하위 60~70%이하)	110만원	44만원	66만원
가구소득하위 70% 초과	110만원	-	110만원

○ 가정보육교사의 4대보험 가입 여부

- 가정보육교사의 근로안정성을 위해 4대보험 가입 필요성 제시
 - 경기도에서 실시한 조사(2010)에 의하면 전체 가정보육교사 중 67.1%가 4대보험 도입에 대해 찬성
- 경기도에서는 4대보험 가입에 대해 2010년 검토
 - 가정보육교사의 근로안정성을 위해 보육정보센터와 교사 간의 ‘기간제 근로계약’ 체결을 통해 근로형태 적용가능
 - 4대보험 도입 시, 월급여 총액에서 4대보험 본인부담금 공제 후, 교사에게 지급하며 보육정보센터(사업주) 부담금은 자치단체에서 부담가능
- 4대보험 도입 시, 보육교사의 경우 실 급여수령액이 감소하여 반대를 하는 경우도 존재하며 지자체의 별도의 재정 부담이 초래되므로 도입여부에 대한 재검토가 필요

다. 1안과 2안의 비교

- 1안(아이돌보미사업과 가정보육교사제도 통합 운영)의 경우 보육서비스 제공자의 별도의 자격기준을 부여하지 않은 채, 표준화된 보육프로그램과 모니터링, 자격인증시험제도 도입을 통해 서비스 질 관리

- 1안의 경우 아이돌보미사업에 가정보육교사제도의 질 관리방안과 자격인증시험제도 도입을 통해 보육시설의 반발을 최소화함과 동

시에 현재보다 서비스의 질적수준을 제고할 수 있으므로 부모의 만족도 수준 상승 기대

○ 1안 도입 시, 가정보육교사와 아이돌보미 간의 역할분담 가능

- 가정보육교사제도 중심의 가정 내 종일 영아보육서비스 : 가정보육교사제도의 프로그램과 모니터링 체계도입과 더불어 기존의 가정보육교사 흡수 및 새로운 양성과정을 통해 선발된 교사인력 활용가능
- 아이돌보미 중심의 유아 및 학령기 아동대상 가정 내 시간제 보육서비스 : 아이돌보미사업은 사업초기부터 가정 내 시간제 보육서비스 제공이 주목적이므로 기존의 아이돌보미는 유아 및 학령기 아동대상 시간제 보육서비스 담당

□ 2안(가정보육교사제도 전국 확대)의 경우 보육서비스 제공자의 자격 기준을 보육교사자격증을 소지한 자로 제한하며 표준보육프로그램과 모니터링을 통해 서비스 질 관리를 시도함으로써 부모의 만족도 수준이 상승할 수 있으나 보육교사자격증 소지자로 제한하는 과정에서 보육교사의 경력인정이 동반되지 않는 한 교사 수급의 어려움 예상

○ 2안의 경우 보육교사자격증을 소지하였으나 현재 보육분야에 종사하지 않는 장롱면허 소지자의 재취업 기회를 제공하는 부수적인 효과도 존재하나, 가정보육교사의 경력인정이 법제화될 경우 보육시설 측의 반발예상

□ 가정 내 보육서비스의 질적수준 제고라는 목표에 도달하고, 보육교사의 공급을 늘리며 보육시설 반발을 최소화하기 위해 1안이 현실적으로 적합

2 민간 가정 내 보육서비스 질적수준 제고방안 : 베이비시터 사업 인증제

□ 개요

- 일본의 민간 베이비시터협회 구성을 통한 보육서비스의 질 관리 방안을 벤치마킹하여 우리나라 민간 베이비시터 보육서비스 질 관리
- 민간 베이비시터협회 구성과 더불어 일정 수준의 보육서비스를 제공하는 업체에 대해 인증을 부여하며 인증업체를 이용하는 부모에게 이용할인권 제공

□ 도입방안

- 중앙정부와 기업이 협력하여 베이비시터협회를 구성
- 중앙정부와 베이비시터협회에서는 베이비시터 자격기준, 보육 프로그램, 자격인증시험, 베이비시터 교육, 모니터링 등 ‘베이비시터 보육서비스 질적 관리기준’을 제시

<‘베이비시터 보육서비스 질적 관리기준’>

- 베이비시터의 경우 기본적인 육아지식 및 상호작용방식을 수행할 수 있는 자격이 요구되므로, 양성교육에서 이러한 지식을 다루되 자격인증시험을 두어 시험에 합격한 사람만을 베이비시터로 활동할 수 있도록 하는 추가조건 부여
- 기본적인 보육프로그램 기준을 제시하되, 부모의 다양한 요구를 충족시킬 수 있는 교육프로그램은 추가적으로 제공 가능
- 베이비시터 양성·보수교육을 위해 교육과정 내용 및 시간 등의 기준을 제시하되 베이비시터 자격인증시험 내용 개발
- 모니터링 체계 확립을 통해 현장관찰 및 부모만족도 조사를 체계적으로 수행
- 중앙정부와 베이비시터협회 ‘베이비시터 보육서비스 질적 관리기준’에 부합되는 업체에게 인증을 부여하며 인증을 부여받는 업체

를 이용하는 부모에게만 할인권 제공

- 인증을 받기위해서는 베이비시터협회에서 인증전문가 집단 구성
- 인증 심사 시, 업체 방문을 통해 베이비시터 교육, 자격인증시험 운영현황 등의 서류조사, 현장방문 방법 적용
- 부모에게 할인권을 제공하는 경우 현행 아이사랑카드제도를 활용가능하며, 현재 보육시설 내에서 이용가능한 아이사랑카드를 ‘베이비시터 보육서비스 인증업체’를 이용하는 부모에게 발급 가능
- ‘베이비시터 보육서비스 질적 관리기준’ 및 ‘민간 베이비시터 인증사업’ 운영에 대해 중앙정부는 별도의 전문가자문위원회를 구성하여 감독기능 부여

- 중앙정부는 베이비시터협회에 대해 ‘민간 베이비시터 인증사업’ 관련 운영비 지원과 ‘베이비시터 인증업체’에 대해 부모의 이용료 지원

□ 운영체계([그림 8-7] 참조)

- 보건복지부 : 예산확보 및 지원, 베이비시터협회 구성, 사업평가 및 홍보, 유관부처의 협의조정(아이사랑카드 연계활용 시)
- 베이비시터협회 : ‘베이비시터 보육서비스 질적 관리기준’ 마련, ‘민간 베이비시터 인증사업’ 운영, 인증 베이비시터업체 대상 부모 이용료 할인권 제공
- 전문가자문위원회 : ‘베이비시터 보육서비스 질적 관리기준’ 및 ‘베이비시터 사업 인증제’ 관련 자문 및 감독
- 인증 베이비시터업체 : 할인권을 부모에게 제공

[그림 8-7] '민간베이비시터 인증사업' 운영체계



□ 예산추계

○ 100개의 베이비시터 업체 기준(1,000명의 부모/베이비시터)³⁷⁾

— 총 예산 : 약 13억 소요

• 베이비시터협회운영비 : 172,400,000원

- 인건비 : 72,000,000원(3명 직원 x 2,000,000원 x 12개월)
- 운영비 : 14,400,000원(1,200,000원 x 12개월)
- 교육비 : 80,000,000원(80,000원 x 1,000명 베이비시터)
- 홍보비 : 6,000,000원(2,000,000원 x 3회)

• 부모지원금 : 1,200,000,000원

- 부모지원금 : 1,200,000,000원(1,000명 x 100,000원 x 12개월)

□ 도입 시, 해결사안

- ‘민간 베이비시터 인증사업’ 효과를 높이기 위해, 부모의 이용료 지원금액 수준이 중요
- 현재 민간 베이비시터업체를 이용하는 대상은 주로 중상류층으로, 지원금액 수준을 중앙의 공적 가정파견보육사업 지원액보다 적게 선정하여 금액의 10~20% 정도로 제한하는 것이 바람직

37) 예산추계를 위해 현재 가정보육교사제도 운영비 참조

제5절 기대효과 및 적용방안

□ 가정 내 보육서비스는 시설중심의 보육정책의 사각지대에 있는 만 2세미만의 특성 및 부모의 요구에 부합되는 개별보육서비스를 제공하며, 영유아 발달에 적합하고 부모의 만족도 수준을 제고할 수 있는 양질의 서비스를 위해 앞서 제시된 정책방안을 적용함으로써 smart welfare개념에 부합

- 현 시설중심의 보육정책은 가정 내 개별보육을 선호하는 만 0,1세 자녀를 둔 시설 미이용 영아의 보육요구를 충족시키지 못한 반면 가정 내 보육서비스는 양질의 프로그램 질 관리 조건이 수반될 경우 시설 미이용 영아의 보육요구를 일부 충족 가능하므로 정책 사각지대 해소 및 맞춤형 보육서비스 체계구현을 통해 smart welfare개념에 부합
- 앞서 제시한 공적 가정파견 보육서비스 질적 수준 제고 방안의 핵심은 보육서비스 제공자의 자격기준 강화와 표준화된 보육프로그램과 사후 서비스 모니터링(평가)을 적용함으로써 보육서비스 관리
 - － 보육서비스 제공자의 자격기준은 보육교사자격증 소지조건과 자격인증시험제도 도입을 통해 가능하나, 보육교사의 공급을 원활히 하고 보육시설 측의 반발을 최소화하기 위해 자격인증시험제도 도입이 현실적으로 타당
 - － 표준화된 보육프로그램과 모니터링을 통해 보육서비스에 대한 부모의 신뢰수준 제고 가능(임양미 외, 2011b)
 - 2010년 부모를 대상으로 가정보육교사제도에서 표준화된 가정보육 프로그램 적용된 이후 전반적인 만족도가 도입 이전보다 10% 증가(가정보육프로그램 도입 : 98.4%, 가정보

육프로그램 도입 이전 : 88%)

- 가정보육프로그램 도입이후, 변화된 점에 대해 부모는 가정 보육교사의 보육활동에 대한 신뢰감이 높아졌다고 응답한 경우가 113명(74.8%)으로 가장 많았으며, 그 다음으로 영아의 놀이활동이 다양해진 점(17.9%)을 많이 언급(<표 8-18> 참조)

〈표 8-18〉 부모가 인식하는 가정보육프로그램의 효과

(단위 : 명, %)	
구 분	빈도
영아의 하루일과를 확인할 수 있어 가정보육교사의 보육활동에 대한 신뢰감이 높아진 점	113 (74.8)
영아의 놀이활동이 다양해진 점	27 (17.9)
가정보육교사에 대한 인식이 바뀐 점	4 (2.6)
가정보육교사와의 의사소통이 더 원활해진 점	6 (4.0)
기타	1 (0.7)
합계	151 (100.0)

자료: 임양미(2011). 가정보육교사제도 공청회 발표자료.

- 대부분(97.9%)의 부모는 가정보육교사가 보육하는데 있어 표준화된 가정보육 프로그램의 적용이 필요하다고 응답(<표 8-19> 참조).

〈표 8-19〉 가정보육프로그램 적용 필요성

(단위 : 명, %)	
구 분	빈도
매우 필요	135 (56.5)
필요	99 (41.4)
불필요	5 (2.1)
매우 불필요	0 (0.0)
합계	239 (100.0)

자료: 임양미(2011). 가정보육교사제도 공청회 발표자료.

— 표준화된 보육프로그램과 모니터링을 도입효과에 대해 보육교

사 역시 긍정적으로 평가

- 2010년 가정보육교사를 대상으로 표준화된 가정 보육프로그램이 도입된 이후 가장 도움이 된 측면으로 부모가 가정 보육교사의 보육서비스에 대한 신뢰도가 높아진 점(M=3.52)과 자녀의 특성과 발달수준을 이해하는데 도움이 된 점(M=3.50), 영아와 상호작용 및 놀이 수준을 높이는데 도움이 된 점(M=3.48)을 언급(<표 8-20> 참조)

〈표 8-20〉 가정보육프로그램 도입 이후 도움이 된 정도(보육교사)

(단위 : 명, 점)

구 분	사례수	평균 (표준편차)
체계적인 보육활동을 계획	291	3.36 (0.56)
영아의 발달에 긍정적인 놀이활동을 제공	291	3.42 (0.53)
부모와 원활한 의사소통	288	3.41 (0.57)
부모가 안심하고 영아를 맡김	291	3.52 (0.55)
영아와 상호작용 및 놀이 수준 향상	290	3.48 (0.55)
보육교사로서의 전문성 함양	290	3.41 (0.60)
보육교사로서의 자신감 획득	290	3.37 (0.62)
자녀의 특성과 발달수준 이해	290	3.50 (0.54)

주: 1점 - 전혀 도움이 되지 않았다. 2점 - 별로 도움이 되지 않았다, 3점 - 도움이 된 편이다, 4점 - 매우 도움이 되었다

자료: 임양미(2011). 가정보육교사제도 공청회 발표자료.

- 보육서비스에 대한 모니터링(자체점검 및 현장관찰)이 교사의 능력 및 전문성 향상에 어느정도 도움이 되는지 알아본 결과(<표 8-21> 참조), 대부분(91.4%)의 가정보육교사는 보육서비스의 모니터링이 교사로서의 능력 및 전문성 향상에 도움이 된 것으로 인식

〈표 8-21〉 모니터링이 교사 전문성 향상에 도움이 된 정도

(단위 : 명, %)

구 분	빈도
매우 도움이 된다	73 (27.2)
대체로 도움이 된다	172 (64.2)
거의 도움이 되지 않는다	21 (7.8)
전혀 도움이 되지 않는다	2 (0.7)
합계	268 (100.0)

자료: 임양미(2011). 가정보육교사제도 공청회 발표자료.

- 민간 베이비시터업체의 경우 현재 100여개에 불과하나, 최소한의 보육서비스 수준을 보장하기 위해 베이비시터의 자격기준 및 교육프로그램, 베이비시터 교육프로그램 기준을 토대로 인증을 부여하는 ‘베이비시터 사업 인증사업’을 통해 민간 서비스의 질 관리 가능
- 정책의 현실성 및 타 이해집단의 반발을 최소화하기 위해 아이돌보미사업에 가정보육교사제도의 보육서비스 질 관리 방안을 도입한 1안과 ‘민간 베이비시터 사업 인증사업’을 통해 최소한의 서비스 질 관리가 가능
 - 경기도 가정보육교사제도의 확대는 가정보육교사의 경력인정을 통해 경력단절여성의 일자리제공기회를 보장하고 보다 엄격한 가정 내 보육서비스 질 관리를 위해 이상적일 수 있으나 「영유아보육법」의 개정 및 보육시설 간의 갈등을 해결하고자 하는 정부의 적극적인 노력이 필요

제9장 국민연금 현물급여 도입방안

제1 절 연구의 개요

1. 연구의 배경

- 국민연금은 장기간 보험료를 납부한 후 급여를 받는 장기보험인 관계로 체감도가 낮고 재정에 대한 불신 등으로 가입기피와 사각지대가 큰 실정임.
 - 또 최근 연이은 연금개혁에 따른 급여수준의 하향 조정으로 국민연금만으로는 충분한 소득보장이 어려운 상황이며,
 - － 퇴직연금 등 개인책임 하의 사적연금을 활성화하여 보완할 필요성이 더욱 높아지고 있음.
 - 특히 수급부담구조의 불균형, 인구구조의 급격한 고령화 및 환경변화에 경직적인 현금급여 중심의 경직적 급여구조도 인구고령화 시대에 제도의 지속가능성을 제약하고 있음.
- 최근 우리나라와 선진외국에서는 이러한 문제점을 동시에 완화하기 위해 무엇보다도 현물(서비스)급여를 확충하는 등 다양한 대응책을 마련하고 있음.
 - 예를 들어, 우리의 국민연금에서는 삶의 전반에 걸친 재무진단, 건강, 일자리 등에 대한 종합적인 상담서비스 즉, 노후설계서비스를 도입하였음.

- 이를 통해 수용성 제고를 통한 사각지대 해소는 물론 다층보장관점에서 소득보장을 강화하고 나아가 일을 통한 복지의 제고 등으로 노후의 삶의 만족도 제고 및 제도의 지속가능성 제고에 기여하고 있음.
- 영국이나 스웨덴 등 선진외국에서도 소극적인 소득보장을 넘어 노후준비에 대한 조기교육과 정보제공 등을 통해 국민 스스로 노후준비에 적극적으로 참여하도록 하는 대책을 강구하고 있음.
- 또 연금제도에서 장애인에 대한 재활서비스(독일, 미국, 캐나다 등) 등 현물급여를 제공하여 잠재노동력을 최대한 노동시장으로 복귀시킴으로써 연금재정수입 기반확대를 추구하는 동시에 국민의 복지체감도를 제고함으로써 제도순응성도 높이고 있음.
- 그러나 이러한 현물급여(서비스)의 중요성에도 불구하고 우리나라는 물론 선진국에서도 그러한 서비스급여가 아직 크게 활성화되어 있지 않는 실정임.
- 이에 인구고령화를 효과적으로 극복하고 제도의 지속가능성을 제고하기 위해서는 단순히 재정개혁을 반복하는 것보다는 현금급여를 보완 혹은 잠재적으로 대체할 수 있는 서비스급여를 균형있게 확충하는 등 혁신적 구조개혁방안을 검토할 필요가 있음.

2. 연구목적과 구성

- 국민연금에 대한 낮은 체감도와 만족도를 제고하고, 다양화되고 있는 국민의 욕구를 효과적으로 충족시켜 연금사각지대를 완화하며,
- 나아가 제도의 지속가능성을 높이는 급여구조로의 혁신을 가능케 하는 효과적인 서비스급여의 도입·확충방안을 검토하고자 함.

□ 이를 위해 본 장은 다음과 같이 구성함.

- 노후보장과 관련하여 현물급여(서비스)의 중요성 및 필요성에 대한 이론적 고찰(제2절)
- 현재 국민연금에서 제공하고 있는 노후설계서비스 등 현물급여의 현황과 문제점을 살펴봄(제3절).
- 연금에서 효과적으로 제공가능한 현물급여의 도입 및 확충방안을 검토함(제4절).
- 마지막으로, 검토결과를 요약하고 정책의 장단기 추진방향을 제안하는 것으로 결론에 가름하고자함(제5절).

제2절 현물급여(서비스)의 필요성

1. 저출산·인구고령화 등 환경의 변화에 대한 적극적 대응

□ 우리나라는 세계적으로 유례없이 빠른 인구고령화에 직면하고 있음.

- 인구고령화는 저출산 추세와 평균수명의 상승에 기인하는데, 근로가능인구의 감소와 함께 비경제활동인구인 노인인구의 증가를 동반함.
 - 근로인구의 감소는 보험료수입 측면에서 재정을 악화시키는 반면, 노인인구의 증가는 연금지출의 증가를 초래함에 따라 이중으로 연금재정의 압박을 가하게 됨.
 - 또 인구고령화는 근로인구의 감소와 함께 근로인구 자체의 고령화로 인해 생산성이 악화되고 결국 경제성장의 잠재력을 저하시킬 수 있음.
- 이처럼 인구고령화에 따른 부작용(연금재정의 악화 및 성장잠재력의

저하 등)을 보완하는 위해 연금제도차원에서 적극적인 대응 필요

□ 그러한 대응방안 중 대표적인 것으로 연금제도에 출산율의 제고 내지 최소한 현상을 유지하도록 하기 위한 장치를 도입하거나 노인, 장애인, 여성 등 잠재근로인구의 경제활동참여를 활성화(activation)하거나 혹은 근로인구의 생산성을 높이는 방법 등이 있음.

○ 전자의 경우는 사실 현행 연금에서는 ‘금전적 기여’만을 높이 평가하고 이에 전적으로 의존하여 급여를 제공함으로써 ‘출산을 통한 비금전적 기여부분’은 무시하여 왔다는 반성에서 출발하고 있음.

— 이에 출산이라는 비금전적 기여부분을 연금급여에 반영하거나 (출산·양육크레딧의 제공 등) 혹은 출산친화적인 환경조성에 기여하는 방법 등이 모색될 수 있음.

— 이 중 전자의 경우는 이미 우리나라의 국민연금은 물론 많은 선진외국에서 도입 혹은 확충하는 추세임.

— 후자의 경우는 우리나라에서 연금기금의 활용을 통한 보육시설의 확충 등을 통해 일과 가정의 양립을 촉진하는 방향으로 이루어지고 있음.

○ 문제는 우리나라의 경우 국민연금이 잠재노동력의 경제활동참여를 활성화시키거나 이들을 포함한 근로인구의 생산성을 제고하기 위한 직접적인 급여나 서비스를 거의 제공하지 않고 있다는 점임.

— 그러나 선진외국은 이미 오래전부터 연금제도 급여의 하나로써 장애인의 근로복귀를 지원하기 위한 재활서비스 등을 도입 운영하고 있으며 최근에는 더욱 확충하고 있음에 주목할 필요가 있음.

— 즉, 장애인, 여성, 노인 등 풍부한 잠재근로인력을 인적자본화하고, 근로인구의 생산성을 높이는 교육훈련 및 취업지원서비스 등을 제공할 필요성이 더욱 커져가고 있음.

2. 복지국가 축소 및 패러다임의 변화에 따른 보완장치

- 인구고령화 등으로 연금재정 등 복지국가재정이 어려움에 처하면서 복지국가를 축소하는 것이 세계적인 추세임.
 - 노후보장에 있어서도 국가책임과 개입이 축소되고 개인책임으로 옮겨가고 있음.
 - 이러한 패러다임 변화의 성공여부는 개인이 얼마나 잘 노후보장을 스스로 할 수 있는 것인가에 달려 있음.
- 특히 장기보험인 국민연금의 경우 미래의 소비를 현재의 소비보다 낮게 평가하는 개인의 근시안적 사고(myopia)를 극복하고 올바른 선택(informed choice)을 할 수 있도록 도와주는 국가의 역할이 더욱 강조되고 있음.
 - 근시안적 사고나 비합리적인 선택은 결국 교육 및 정보의 부족 등에 기인한다는 점에서 교육과 정보를 사전적으로 충분히 제공함으로써 개인 스스로 충분한 노후를 설계할 수 있도록 지원하는 것이 그 어느 때보다도 중요해지고 있음.
 - 예를 들어, 현재 국민연금에서 실시하는 노후설계서비스나 정규 의무교육과정 등에서 사회보장에 대한 교육 강화 등이 그 대표적인 사례임.
 - 이러한 교육적 그리고 정보적 차원에서 국가개입 강화는 노후보장의 사각지대 완화하는 것은 물론 노후준비의 완성도를 높이는 데 기여하는데 큰 역할을 하게 될 것임.
- 또 교육과 정보 등의 차원에서 국가의 개입을 더욱 강화하고 있는 큰 이유 중의 하나는 인구고령화 시대에 빈번하게 추진되는 연금개혁의 효과를 극대화하기 위해 필수적이기 때문임(김원섭·이용하 외 2011).

- 연금개혁은 대개 급여수준의 축소, 지급개시연령 등 수급요건의 강화 혹은 장애 및 유족연금의 축소 등을 동반하고 있음.
- 이때 축소된 공적연금을 보완하기 위해 사적연금의 강화가 필수적이며 사적연금이 원활하게 확대되지 않으면 결국 노인빈곤악화로 이어져 연금개혁의 효과를 반감시킬 우려가 있음.
 - － 또 개인은 복잡한 금융시장 속에서 운영되는 사적연금을 이해하기가 쉽지 않아 잘못된 선택의 가능성도 높는데 이를 보완하기 위해 정보와 교육서비스의 중요성이 매우 높아지고 있음.
- 지급개시연령의 상향조정이나 연금수급요건의 강화 시 적절한 일자리의 제공이 전제되지 않으면 빈곤율의 증가를 감내해야 하는 문제점이 발생하고 개혁효과가 반감될 수 있음.
 - － 이에 국가는 적절한 교육(직업훈련 포함)이나 정보를 제공하여 일을 통한 복지를 실현할 수 있도록 지원하고 복지의존도를 최소화할 필요가 있음.
- 마지막으로, 정보와 교육적 서비스, 취업지원서비스 등 현물서비스는 연금제도 및 연금개혁에 대한 국민의 수용성을 제고하는데 기여하고, 궁극적으로는 제도의 장기지속성을 제고하는데 기여하게 됨.
- 특히 현물급여가 현금급여와 보완적 관계가 대체관계(예를 들어 재할서비스는 현금급여인 장애연금을 대체할 수 있음)에서 제공될 경우 제도의 장기지속가능성 제고는 물론 제도만족도를 극대화할 수 있다는 점에서 ‘smart welfare’술이라고 할 수 있음.

3. 현금급여 대비 현물급여(서비스)의 상대적 강점

- 먼저, 노후설계서비스 등 현물급여는 대인서비스이므로 직접적인 제도체감도 및 만족도를 높일 수 있는 장점도 큼.

- 특히 우리나라의 국민연금 제도의 역사가 짧고 현금급여에 대한 의존성이나 경험도 적어 제도의 의무적용 등에 대한 저항이 큰 특수한 상황에 직면하고 있음.
- 이때 노후설계서비스 등의 현물급여는 제도의 의무적용에 따른 강한 저항성을 완화하는 동시에 부족하고 미흡한 현금급여를 보완하고 간접적으로 급여를 체험하는 데 큰 역할을 할 수 있음.
- 둘째, 현금급여는 재정적 신축성이 높다는 점임.
 - 현금급여는 ‘약속된’ 급여이므로 재량적 요소가 적어 인구고령화 시대에 지출이 경직적일 수밖에 없음.
 - 반면, 현물급여는 대상자의 범위, 급여수준 등에 있어 재량적 개입요소가 커 재정적 신축성이 크며
 - 현물급여와 어떤 관계(보완적 혹은 대체적 기능)를 강조하여 설계하느냐에 따라 재정안정성 내지 제도의 지속가능성 제고에도 큰 영향을 미치게 됨.
- 셋째, 현물급여는 특히 현금급여와 대체적 관계로 설계할 경우 현금급여의 억제에 크게 가능하게 재정의 안정성을 극대화할 수 있는 수단으로의 활용이 가능하다는 점임.
 - 현물급여가 비록 단기적으로는 부족한 현금급여를 보완하거나 사각지대 해소 혹은 생산성 제고 등 소극적 기능(부가서비스의 기능)을 수행하는데 그 역할을 국한하더라도 장기적으로는 현물급여를 대체하는 기능을 수행하도록 설계할 필요가 있음.
 - 예를 들어, 장애인 재활이나 고령근로자나 유족배우자 등 현금급여수급자에 대한 취업지원을 통해 적절한 일자리를 구하게 되면,
 - 연금과 근로소득간 병급조정의 도입 내지 강화를 통해 현금지출을 억제하고 흡수하는데 상당한 기여를 할 수 있음.
- 넷째, 현물(서비스)급여는 시장화가 가능할 경우 직접적인 고용창출

력이 강한 사회서비스산업의 발전을 가져와 경제성장에도 도움이 될 수 있음.

○ 반면, 현금급여는 유효수요 창출을 통해 고용증대 및 경제성장에 기여할 수 있지만, 유효수요가 저축율에 의해 제약을 받게 되므로 지출만큼 성장으로 이어지지 않는다는 점에서 현물급여에 비해 경제적 파급효과가 상대적으로 취약함.

○ 연금을 통한 사회서비스 투자확대는 잠재노동력 및 인적자원의 개발 및 재취업을 유도하는 방향으로 이루어질 경우 연금지출의 억제 및 보험료수입의 증가라는 이중적 재정안정 효과가 있는데다
- 사회적 일자리 창출이라는 부수적 효과도 있어 인구고령화 및 고실업시대의 연금재정불안의 극복대안으로 크게 떠오르고 있음.

□ 마지막으로, 이상과 같은 현물급여의 장점을 고려할 때 현금위주의 현대의 연금제도는 현금과 현물을 균형적으로 제공함으로써 재정적인 경직성을 극복하는 동시에 부족한 사회서비스를 보완할 수 있는 기능을 할 수 있다는 점임.

○ 특히 어느 나라를 막론하고 사회보험 중 연금제도는 이제까지 거의 현금위주의 급여를 제공하는데 집중하여 왔음.

- 그러나 이러한 현금중심의 급여는 특히나 인구고령화 시대에 재정적 경직성이 높아 지속가능성을 담보하기 곤란함.

○ 또 이제까지 사회서비스 성격의 급여는 연금보험의 패러다임과 동떨어진 것으로 생각하는 구시대적 발상으로부터 벗어날 필요가 있음.

- 오히려 건강보험, 산재 및 고용보험처럼 적정한 현물(서비스) 급여를 추가하여 급여간 균형성(현금급여지출의 견제 및 조절 기능)과 보완성을 제고하고,

- 나아가 자원의 제약 등으로 아직 우리나라에서 크게 미발달되

어 있는 사회서비스분야의 조기 성숙과 발전을 위해서도 연금
차원에서의 현물급여 도입 및 확충을 적극적으로 추진 필요

□ 종합컨대, 현금급여 중심의 연금제도가 ‘dull welfare’라면 현금과
서비스급여의 균형을 이룬 연금제도는 새로운 산업사회의 위험(인구
고령화 등)에 효과적으로 대체할 수 있는 새로운 패러다임의 ‘smart
welfare’라고 할 수 있음.

○ 서비스급여는 비용대비 효과(효율성)가 크고, 지속가능성과 파급
효과(복지체감도 제고 및 연관 산업 발전과 고용증대 등)가 크기
때문임.

제3절 국민연금 현물급여의 현황과 문제점

1. 현물급여의 종류와 정의

□ 현물급여란 통상 욕구충족에 필요한 서비스나 재화를 현금(이를 통
해 소비자가 선택을 통해 서비스나 재화를 소비하게 됨)이 아니라
물품(in-kind)형태로 지급하는 것을 말함.

○ 사회복지영역에서 현금급여의 대표적인 것으로 연금 등 소득보장
성 급여가 있으며, 현물급여로는 개인별 상담, 정보제공서비스 및
취업지원서비스 등 대인적 사회서비스에서부터 특정소비품목의
지급, 시설보호수용서비스, 교육서비스, 치료요양서비스 등 집합
적 사회서비스 등에 이르기까지 다양함.

□ 이 중 특히 대인서비스 형태의 현물급여는 소비양식을 직접 혹은 사
전적으로 통제함으로써 공급자가 원하는 방향으로 수급자의 행동양
식을 유도할 수 있을 뿐만 아니라 수급자 욕구에 최적으로 맞추어

(맞춤형으로) 제공할 수 있다는 점에서 정책효율성과 체감도를 극대화할 수 있음.

- 이러한 대인서비스는 외형상으로는 현금급여의 부가성 급여(노후 설계 및 연금정보제공서비스 혹은 장애인재활서비스 등)로 제공되지만, 그것이 의도하든 안하든 궁극적으로는 현금급여를 대체하는 효과를 발휘하는 특징이 있음.
- 이런 관점에서 볼 때, 현재 국민연금에서 제공하는 노후설계서비스가 국민연금의 대표적인 현물급여라고 할 수 있음.

2. 노후설계서비스(CSA)의 현황³⁸⁾

가. 개요

□ 배경

- 납부예외자 등 연금가입 사각지대 해소는 단순히 강제가입이라는 논리로 접근하는 방식은 한계가 있었음.
 - 이에 노후설계라는 보다 근본적 차원에서 대국민 설득수단을 도입할 필요가 있었음.
- 또 세계적으로 유례가 없는 빠른 속도로 고령화가 진행되는 상황에서 국민연금의 조기정착을 유도하기 위한 공적영역의 노후준비 One-stop 정보제공 인프라 구축이 필요했음.
 - 이에 2008.4월부터 본격적으로 CSA(consultant on successful aging)사업을 실시하게 됨.

□ 목적

- CSA사업은 기본적으로 국민의 행복한 노후준비에 도움이 될 수

38) 국민연금공단(2011)을 주로 참조하였음.

있도록 노후소득보장과 노후생활관련 종합적인 정보와 상담서비스를 제공함으로써

－ 전 국민이 안정되고 활기차며 성공적인 노후생활을 영위하는데 기여하는 것을 목적으로 함.

- 물론 이를 통해 납부예외자를 소득신고자로 전환하고, 미납자를 납부자로 전환하는 등 국민연금의 사각지대를 완화하는 것도 큰 목적의 하나임.

[그림 9-1] 노후설계서비스의 목적과 주요내용



□ 연혁

- 1999.4월 도시지역확대 이후 크게 불거진 사각지대 문제 해결을 위한 돌파구 마련이 필요
 - － 단순히 설득과 상담으로는 사각지대해소에 한계에 도달
- 사각지대 해소를 위한 새로운 접근기법의 하나로서 노후설계서비스의 필요성 부각

- － 이에 2003.4월부터 서비스의 설계를 위한 전담인력과 조직을 배치하고, 2006년부터는 CSA(consultant on successful aging) 2급 과정을 개발하여 내부 전문상담사를 육성하였으며,
 - － 2007년부터는 권역별 7개 지사를 통해 시범사업을 실시하게 됨.
- 2008.4월부터는 노후설계서비스를 전지사에 확대함으로써 본격적인 사업실시
 - － 아울러 노후설계종합포털 ‘행복나래’를 구축하여 예상국민연금액 등을 직접 계산해볼 수 있도록 하고 필요시 상담서비스 연계될 수 있는 온라인서비스도 개시
- 2009.5월에는 사업의 법적근거가 마련되었음.
 - － 국민연금법 제25조(공단의 업무) 및 제46조3(노후설계상담 및 소득활동지원)
- 2009.12월에는 노후설계종합포털 ‘행복나래’를 확대개편하고 국민연금뿐만 아니라 사적연금까지도 그 예상연금액 등을 조회해볼 수 있는 ‘내연금’ 구축·운영
- 2010.1월에는 노후설계교육서비스도 본격 실시. 노후설계강사 105명 배치
- 2011년 복지부 101가지 서민희망찾기 정책과제로 선정되었고 VIP에게 연두 업무보고
 - － 동년 4월부터는 전국 140개 행복노후설계센터를 설치하여 서비스의 조직화 완성
- 최근에는 저출산·고령사회기본법에 연금공단을 국가 노후설계서비스의 전담기관으로서 설정하고 필요비용을 국고에서 일부 지원하는 등의 법개정 움직임도 있음(신상진의원 대표발의안, 11.06)

나. 서비스의 내용

□ 주요 서비스 개관

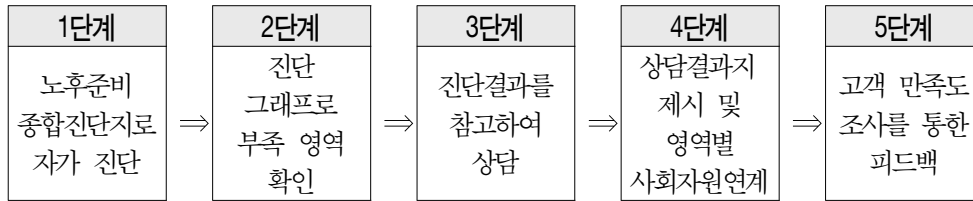
- (상담) 재무와 비재무영역의 균형 있는 노후설계 지원
 - － (재무상담) 공단이 객관적 입장에서 공익적 재무 설계 상담 제공
 - － (생활상담) 일·건강·여가 등 노후생활설계를 위한 One-Stop 종합정보 제공
 - － (연계서비스) 영역별 사회자원과의 연계서비스 제공
- (교육) 전 국민의 노후준비 인식 확산 및 체계적인 노후준비를 위해 유관기관과 교육 연계 및 자체 강좌 운영
- (온라인서비스) 노후설계종합포털 「내연금」을 통해 노후준비 자가 점검프로그램, 노후설계에 필요한 정보, 온라인상담, 노후설계 교육프로그램 등 제공
- 이러한 서비스는 모두 연금공단에 의해 무료로 제공됨.

□ 노후설계상담

- 목표
 - － 노후소득과 노후생활을 적정하게 설계할 수 있도록 정보와 상담을 제공함으로써 균형적인 생애설계 지원



○ 프로세스



○ 내용

－ 노후소득보장 상담

- 고객의 지역별·개인별 생활수준에 맞는 노후 필요자금을 산출하고, 국민연금 수급권 확보 등을 통해 노후 자금을 최대한 준비토록 설계해 주며,
- 나머지 부족 자금에 대해서는 퇴직연금, 개인연금 등으로 보완토록 상담하여 고객의 노후소득 준비에 기여

－ 노후생활설계 상담 : 고객의 연령대별로 필요한 재무, 건강, 일, 대인관계, 주거, 여가 등에 대한 유용한 정보 제공 및 사회자원 연계

〈표 9-1〉 연령대별 노후설계상담서비스

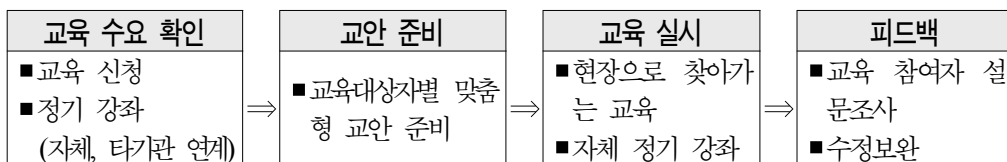
구분	연령대	주요이슈	주요 내용	사회자원 연결
재무	20~30대	결혼 준비 가족 형성	◦ 결혼, 주택 마련 자금 준비 ◦ 합리적 소비 지출 및 부채 관리	◦ 신용회복위원회 ◦ 법률구조공단 ◦ 한국주택금융공사
	40~50대	자녀 교육 노후 준비	◦ 자녀 교육 및 결혼 자금 마련 ◦ 개인연금·퇴직연금 정보	
	60대~	노후 자금	◦ 즉시연금, 주택연금 활용 ◦ 기초노령연금 상담 및 접수	
일	20~30대	직업 선택	◦ 노동부 워크넷 채용정보 ◦ 직업훈련 프로그램, 채용박람회	◦ 노동부 고용지원센터 ◦ 노사공동재취업지원센터 ◦ 소상공인지원센터 ◦ 한국지역자활센터 ◦ 한국시니어클럽협회
	40~50대	조기 퇴직	◦ 재취업 및 창업 준비 ◦ 퇴직자 교육 훈련	
	60대~	노후 자금	◦ 노인 일자리 제공 기관 ◦ 직업 훈련 무료서비스 기관	
건강	20~30대	노화 시작	◦ 노화방지를 위한 생활 습관	◦ 한국건강관리협회 ◦ 노인장기요양센터 ◦ 한국치매가족협회
	40~50대	질병 예방	◦ 성인병 종류와 예방, 식이요법 ◦ 갱년기 극복	
	60대~	노화 지연	◦ 노후 식생활, 운동, 수면 관리 ◦ 치매 예방, 장수 비법	

〈표 9-1〉 계속

구분	연령대	주요이슈	주요 내용	사회자원 연결
주거	20~30대	주택 준비	◦ 청약통장 활용 방법	◦ 한국토지주택공사
	40~50대	주택 마련	◦ 국민임대주택, 장기전세주택 ◦ 해외 은퇴이민, 전원생활	◦ 한국농촌공사 ◦ 한국노인복지시설협회
	60대~	주거 환경	◦ 노년기에 적합한 주거환경 ◦ 노인 복지시설 및 실버타운	◦ 한국주택협회 ◦ 한국주택금융공사
대인 관계	20~30대	가족 형성 사회 참여	◦ 가족 관계 형성 시 유의사항 ◦ 사회적 대인관계 형성 방법	◦ 건강가정지원센터
	40~50대	역할 증가	◦ 원만한 가족관계 유지·개선 방법 ◦ 좋은 인간관계 형성 10계명	
	60대~	관계 축소	◦ 원만한 노년기 사회관계 유지	
여가	20~30대	취미 위주	◦ 지역별 여행정보 ◦ 취미 동호회, 자원봉사	◦ 주민자치센터 ◦ 한국사회복지협의회 ◦ 한국관광공사 ◦ 한국자원봉사센터협회 ◦ 한국노인종합복지관협회
	40~50대	여가 부족	◦ 문화바우처 사업 안내 ◦ 자원봉사	
	60대~	시간 증가	◦ 지역별 축제 및 행사 정보 ◦ 자원봉사 등 노인 여가프로그램 안내	

□ 노후설계 교육

○ 프로세스



○ 내용

- (생애주기별 교육) 성장기, 활동기, 은퇴기의 생애주기에 따른 맞춤형 교육으로 노후준비 필요성 및 각 시기에 맞는 적합한 노후설계 방법을 제시하여 체계적인 노후준비 지원
- (취약계층 교육) 정부의 취약계층 지원사업과 연계하여 기초수급자·차상위계층 등에게 가계자산과 저축관리, 건전한 소비습관과 대출관리 등 가계 재무건전성 강화를 위한 금융교육 및 노후준비 교육 등을 실시함으로써 노후준비 기반 마련 지원

○ 생애주기별 맞춤형 노후설계 교육 추진

- 학생 대상 ‘미래 설계’ 교육 ⇒ 바람직한 인구관 및 노후준비에 대한 인식 형성
 - 중·고등학교 사회·경제교과서에 노후소득 보장제도 등 수록 추진
 - 학교 재량활동시간에 교과 수록내용과 연계한 강의, 「청소년 국민연금 사회봉사·교육프로그램」, 초등학생 여름캠프 등 다양한 체험프로그램 운영
 - 대학과 협조하여 사회복지학, 경제·경영학과 등 대학생 대상 특강
- 근로자·자영업자 대상 ‘생애 설계’ 교육 ⇒ 생애주기에 맞추어 재무·비재무영역의 균형 있는 노후준비
 - (공공기관) 정부·지방자치단체·공공기관의 직원 소양교육 참여
 - (민간기업) 신입사원 연수과정, 소양교육시간, 택시회사 근무교대시간 등 활용
 - (자영업자) 개인택시조합, 음식점중앙회, 이미용사협회 등 각종 직능단체의 교육시간, 세무사·노무사·사회복지사 등 전문 자격사 신규 및 보수교육 과정 참여
 - (일반주민) 지방자치단체 평생교육원(경기5563프로젝트 등), 민방위대원 및 예비군 교육시간, 유관 교육기관 정기 강좌에 생애설계 교육과정 개설·운영
 - * 종합사회복지관, 건강가정지원센터, 고용지원센터, 대한 법률구조공단 등과 연계
- 은퇴기 국민 대상 은퇴설계 교육 ⇒ 활동적 고령화 실현
 - 베이비 붐 세대 대상 노후준비 합동설명회 개최

- 사업장 퇴직 프로그램 참여
- 노후설계아카데미(10시간 내외), 노후생활 관련 정기강좌(2시간 내외) 운영
- 노인대학, 노인종합복지관, 종교단체 교육 프로그램 참여

○ 취약계층의 경제적 자립을 위한 금융교육 강화

- 정부, 지방자치단체의 취약계층 지원사업과 노후설계교육 연계
 - * 복지부 희망키움통장 및 서울시 희망플러스·꿈나래통장 가입자, 자활사업 참여자 교육
- 여성 노후소득 보장 강화 교육
 - 여성가족부 산하 5개 기관 481개소와 연계하여 여대생, 신혼부부, 경력단절 여성, 결혼이민여성, 여성 장애인 등 교육
 - * 여대생커리어개발센터(32개소), 건강가정지원센터(139개소), 여성새일센터(90개소), 다문화가족지원센터(200개소), 여성장애인어울림센터(20개소)

□ 온라인(인터넷)서비스

- (노후설계종합포털 ‘내연금’) 공사연금을 통한 노후소득 준비정도 자가진단은 물론 노후생활 관련정보를 제공하며
 - 추가적인 수요가 있을 경우 오프라인 상담과 교육을 연계시킴으로써 노후준비를 스스로 할 수 있도록 지원
 - * 총 354만명 방문(2009.12월~2011.4월)

- 국민연금 납부내역 및 예상연금액 조회, 모의계산
- 퇴직연금, 개인연금 시뮬레이션 프로그램으로 다층 소득보장체계를 통한 노후소득 준비정도를 종합적으로 확인
- 건강·대인관계·여가·주거 등 노후생활 정보 제공
- 노후설계 상담 및 교육 신청, 온라인 상담

- (인터넷카페 ‘행복준사’ 운영) 생생한 노후설계 정보 공유 및 의견 교환

- * 회원 22,015명, 방문 627,408명(2008.12월~2011.4월)

다. 서비스의 수행체계

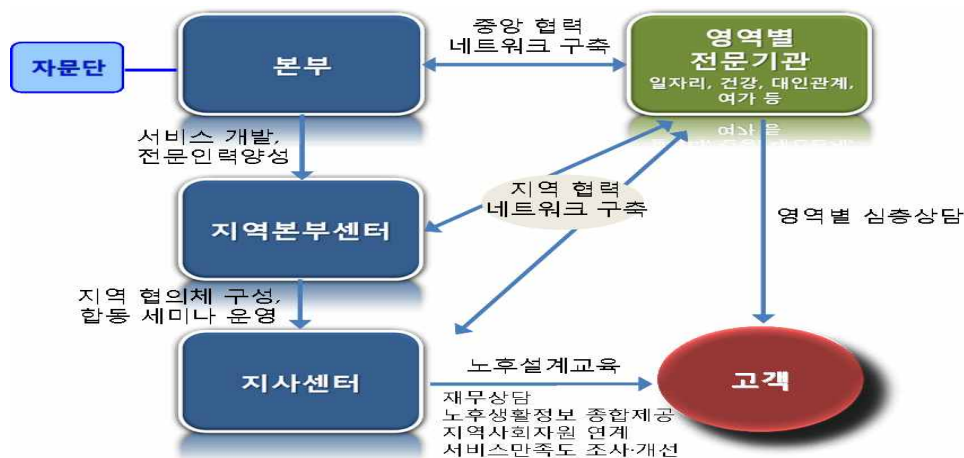
□ 본부

- 서비스 개발 및 전문인력 양성
- 중앙협력네트워크 구축
- 자문단 운영

□ 지역본부

- 지역협력네트워크 구축
- 지역협의체 구성 및 협동세미나 운영 등

[그림 9-2] 서비스수행체계



□ 행복노후설계센터

○ 업무 및 기능

- 다층소득보장체계를 활용한 노후소득보장 교육 및 상담
- 가입자의 생애전환기 맞춤형 노후설계 서비스 제공
 - * 국민연금 최초 가입, 가입 10년차, 연금 청구시
- 재무, 일, 건강, 주거, 여가 등에 대한 유용한 정보를 One-stop 제공 및 영역별 전문기관과의 서비스 연계
- 서민층 대상 가계 재무 건전성 상담

* 가계 재무상태 진단, 개인별 상황에 맞는 개선방안 제시,
자립역량 강화를 위한 금융교육

- 은퇴자 자원봉사단 모집·운영 및 전문기관 연계
- 성장기, 활동기, 은퇴기 등 생애주기별 맞춤형 노후준비 교육

○ 지역별 센터 설치(2011.4월 완료) 현황

- 전국적으로 140개가 설치되어 있으며(참조: 공단지사 91개),
총 193명의 인력이 배치

지역	센터개소	지역	센터개소
서울	20	경기도	26
부산	11	강원도	8
인천	5	충청도	14
대구	6	전라도	16
광주	3	경상도	24
대전	3	제주도	2
울산	2	계	140

○ 사회자원 협력네트워크

- 재무, 교육 등 분야별 총 23개 기관과 MOU 체결

[그림 9-3] 사회자원 협력 네트워크 구축 현황

영역	개소	기관명(협약 체결일자)
재무	6	대한법률구조공단(2008.9.1), 교보생명(2008.11.5), 한국주택금융공사(2009.7.9), 삼성생명(2009.7.24), 미래에셋생명(2009.11.6), 금융감독원(2011.4.14)
건강	1	한국건강관리협회(2008.7.16)
일	2	고용노동부 고용센터(2008.3.21), 노사공동전직지원센터(2008.4.29)
여가	1	한국자원봉사센터중앙회(2010.3.19)
대인관계	1	건강가정지원센터(2008.3.27)
교육· 홍보 등	12	함께일하는재단(2010.2.25), 복지부(2010.3.12), 경기도(2010.4.23), 한국산업인력공단(2010.5.20), 서울시복지재단(2010.8.20), 여성가족부(2010.12.13), 한국장애인단체총연합회(2011.4.14), 대한은퇴자협회(2011.4.14), 열린의사회(2011.4.14), 서울대 노화고령사회연구소(2011.4.14), 한국사회복지협의회(2011.4.14), 대한주부클럽연합회(2011.4.14)

라. 성과

□ 서비스 제공실적

- 노후설계상담건수나 노후설계교육 등은 매년 큰 폭으로 상승 중
- 특히 인터넷서비스의 경우 월평균 20만명, 연간 250만명 정도가 이용

〈표 9-2〉 분야별 서비스 제공 실적

구분	계	2008년	2009년	2010년
노후설계 상담(건)	607,758	107,410	224,789	275,559
노후설계 교육(회/명)	7,512/342,583	-	1,385/56,382	6,127/286,201

□ 서비스 제공기반 구축

- 정보인프라 구축 : 상담 및 교육실시 결과 입력·관리 및 실적 집계·분석이 가능한 업무처리 전산 시스템 개발, 노후설계 종합 포털 구축, 인터넷카페 개설 등
- 상담인프라 구축
 - － 노후설계 전문인력 양성프로그램(CSA) 개발
 - * CSA 1급 : 4개월(80h) 과정, 재무설계, 생활설계, 지역 사회자원, 상담심리 등 4개 과목
 - * CSA 2급 : 3개월(72h) 과정, 노후생애설계 기초, 생애사적 관점의 노화 이해, 성공적인 노후준비 설계, 재무설계 기초와 위험관리 이해, 연금소득과 자산운용, 노후재무설계와 활기찬 노후생활 등 6개 과목
 - － 사내 전문인력 양성
 - 재무영역 : CFP(국제공인재무설계사) 20명, AFPK(한국재무설계사) 545명

- 노후생활영역 : 사회복지사 690명, CSA 2급 2,326명/1급 301명
- 상담·교육·사회자원 연계·평가시스템 등 프로세스가 유기적으로 연계될 수 있는 체제 구축

라. 평가 및 한계

□ 노후설계서비스에 대한 평가

- 노후설계서비스에 대한 수요가 매년 급증하는 추세를 보이고 있는 등 외형적 확대가 이루어지고 있음.
 - 특히 생애주기별 교육을 통해 연금에 대한 우호적 분위기 조성, 납부예외자 및 미납자를 실질적 가입자로의 전환 등 효과도 점차 나타나고 있음.
- 또한 공단의 자체인력과 인프라의 활용 등으로 비용(예산)이 최소화되는 반면, 효과는 크게 나타나는 효율적인 서비스사업으로 평가됨.

〈표 9-3〉 노후설계서비스사업의 예산 추이

(단위 : 백만원)

계	2008년	2009년	2010년	2011년
5,598	444	926	1,917	2,311

□ 한계

- 첫째, 노후설계서비스가 공적영역을 중심으로 이루어지고 있어 사회서비스산업의 발전 및 고용증대 등으로 이어지지 못하고 있음.
- 둘째, 노후설계서비스가 사실상 국민연금을 중심으로 이루어짐에 따라 서비스의 객관성에 대한 논란 및 공·사연금간 공평한 발전

심의 서비스를 발전시켜 나갈 것인 가임.

- 이를 검토하기 위해 먼저 노후설계서비스의 국내외 시장 현황을 살펴보고 공적영역 중심의 서비스제공의 장·단점 그리고 개선가능성 및 한계 등을 차례로 고찰함.

나. 노후설계서비스의 국내외 시장 현황

(1) 국내

□ 국내시장의 주요 특징

- 국내의 경우 국민연금공단 등 공공기관, 노인회관 등 사회복지기관, 은행·증권·보험 등 금융기관, 그리고 대학 등 교육기관 등에 의해 노후설계서비스가 이루어지고 있음
- 그러나 국민연금공단을 제외한 제공기관의 경우 노후설계서비스가 표준화 내지 체계화되어 있지 않음.
 - 특히 금융기관의 경우 금융상품의 판매와 연계한 재무적 서비스 등을 부가서비스로 제공 중
 - 또 노인회관 등 사회복지기관의 노후설계서비스는 무료강좌 형태로 서비스 내용이 매우 부실하며
 - 대학 등 교육기관의 경우도 아주 제한적인 서비스 운영 중

□ 주요 사례(국민연금 제외)

- 금융보험사 - HSBC은행
 - 체계적인 노후 준비 서비스를 제공으로 선두적 서비스 실시
 - 유서작성, 상속·증여, 세무 상담, 해외부동산 상담, 건강 상담 등 부가서비스 제공
 - 노후준비에 대한 국제 설문조사 및 포럼 개최로 수요 진작 노력
- 개인재무설계사 - 전앤김웰스펌

- 재무적 서비스에 더해 비재무적 접근
- 라이프 맵(life map) 그리기 및 은퇴생활 계획표 만들기 프로그램 제공
- 재무설계를 진단과 치료로 구별, 재무 진단에 영역을 한정
- 인터넷 포털 - 도움나라(www.itall.or.kr)
 - 정통부와 한국정보문화진흥원에서 노후정보관련 웹사이트 통합
 - 정보접근에 어려움을 겪는 노인 대상 정보제공
 - 주기적 개편작업으로 콘텐츠 보완 노력, 실생활에 필요한 다양한 정보를 개발, 보급
- 교육기관 ① - 계명대 재무상담클리닉센터
 - 지역주민을 대상으로 건전한 소비생활을 위한 경제윤리교육과 재무설계상담 서비스 제공을 위해 2005 개설 운영
- 교육기관 ② - 한림대 누리사업단 노후설계팀
 - 현재 재무상담은 수요부족으로 중단상태이며, 노후설계 프로그램은 초기 설계 단계임
 - 은퇴준비를 위한 교육, 재무분야(삼성생명 제휴)와 대인관계(부부) 상담에 반응이 높음.
- 시사점
 - 노후설계서비스에 대한 인식 및 수요부족으로 전반적으로 시장형성이 미흡

(2) 해외

- 해외시장의 특징
 - 노후설계서비스에 관한 한 우리나라 상황과 유사
 - 아직 어느 선진국에서도 노후설계서비스가 시장에서 거래될

만큼 유효수요를 창출하지 못하고 있음.

- 이에 선진각국에서는 공적연금 축소, 사적연금 확대 등이 이루어짐에 따라 소득불안정성이 높아진 상황인 바 이에 대응하기 위해 노후준비에 대한 국가개입을 확대하고 있는 상황임.

□ 주요 해외사례

○ 호주 센터링크의 재무상담

- 센터링크는 중앙정부에서 제공하는 대민업무를 부처의 구분 없이 One Stop Service로 실시하고자 1997년 설립된 정부기관
- 전문 생활상담 서비스 : 재무정보관, 사회복지사 및 심리사의 전문가들의 상담제공, 구직·은퇴·사별·건강악화 등의 위기 시 통합적 서비스
- 재무정보제공 서비스 : 55세 미만의 사업장가입자를 주 대상, 전문 재무정보를 제공함으로써 고객이 재무적 문제에 대해 보다 나은 결정을 할 수 있도록 도움
- 재무정보 교육을 위해 찾아가는 서비스로 세미나 실시 : 재무 전문강사들의 강좌와 재무정보관의 상담 서비스
- 공기관에서 국민의 노후소득보장의 일환으로 재무 및 생활 상담 : 은퇴 예정자에게 재무 및 노후생활 관련 상담
- 자체 교육 훈련으로 재무영역 전문성확보

○ 뉴질랜드 은퇴위원회 재무교육

- 공적연금과 은퇴수입에 대한 정책연구를 위해 1995년 설립
- 국가의 노후소득보장 정책의 자문, 대국민 금융교육, 재무 설계 프로그램 제공, 조사연구기관 및 은퇴마을 운영 등의 업무 수행
- 재무교육의 경우 홈페이지에 금융계산기 및 개인 재무설계를 위한 프로그램을 제공하고, 교육기관(초중학교) 재무교육사업

- 을 지원하고 저축 장려 추진이 목적
- 즉, 적영역에서 국민의 연령 계층별 금융교육을 실시하고, 스스로 저축하고 재무 설계를 할 수 있도록 홈페이지에서 다양한 계산 설계 프로그램 제공

□ 시사점

- 해외의 경우도 사적연금 강화에 따른 노후소득의 불안정성을 완화하기 위해 노후준비 및 금융교육을 강화하는 등의 추세를 보이고 있음.
- 그러나 공적영역을 중심으로 무료로 기초적인 노후설계서비스를 제공하는 수준에 머무르고 있는 실정임.

다. 연금공단에 의한 노후설계서비스 장·단점

□ 연금공단중심의 노후설계서비스의 강점

- 서비스 기반이 이미 구축되어 있고 생애주기에 따른 상담 접점이 있어 빠른 시일 내 전국민대상의 보편적 서비스로 활성화 가능
- 노후설계서비스 사업의 법적 근거 보유
 - * 국민연금법 제25조(공단의 업무) 및 제46조의3(노후설계상담 및 소득활동 지원)
- 전국에 140개의 지역조직이 있어 기존 조직의 효율적 활용이 가능 하고 국민 접근성 높음
 - 연금보험료 징수업무의 건강보험공단 위탁에 따른 직원 전적으로 사무공간의 추가 활용 가능
 - * 2011.4.14 전국 지사 및 상담센터에 140개 「행복노후설계센터」 설치
- 노후설계서비스 제공을 위한 정보인프라 및 DB가 이미 상당 수준 구축

- 업무처리 전산시스템, 노후설계종합포털, 인터넷 카페, CRM (고객의 성별·연령·직종·성향·욕구 등에 따라 맞춤형 안내·홍보 실시 및 결과 분석 시스템), DB 구축(1,900백만 가입자 기초정보 보유) 등
- 생애주기별 고객 접점을 확보하고 있어 전 국민 대상의 노후설계 상담 활성화 가능
 - 일을 시작하는 20~30대 : 국민연금 최초 가입 ⇒ 생애설계
 - 노후에 관심을 갖기 시작하는 40대 : 10년 가입으로 연금수급권 확보 ⇒ 노후준비 점검을 통한 본격적인 종합 노후설계
 - 은퇴전후 50~60대 : 연금 청구 ⇒ 노후생활설계
- 전문인력 및 상담·교육 노하우 보유
 - 노후설계서비스, 교육 등을 위한 사내 전문인력 확보
- 상담·교육·사회자원 연계·평가시스템 등 프로세스 구축
 - 재무·비재무영역의 상담메뉴얼 개발·활용
 - 전담강사 배치, 교육콘텐츠 개발, 교육실시를 위한 유관기관 네트워킹 등 대 국민 교육 활성화를 위한 기반 구축
 - 사회자원 연계 등 서비스 활성화를 위해 유관기관 협력체계 구축
 - 서비스 수혜고객에 대한 만족도 조사, VOC 수집 등을 통해 서비스 평가 및 개선
- 연금공단중심의 노후설계서비스의 단점
 - 공적연금 중심의 즉, 편향적 노후설계서비스가 이루어질 수 있음.
 - 인구고령화 시대에는 특히 다층보장의 균형적 발전이라는 관점에서 노후설계서비스가 매우 중요해지고 있음에 주목할 필요가 있음.
 - 공적영역뿐만 아니라 장기적으로 사적영역에서의 노후설계서비스

가 발전토록 하는 여건을 조성하는데 걸림돌이 될 수 있음.

- 공적영역 중심의 서비스는 고용창출효과가 적고, 국민의 다양한 수요와 욕구를 충족시키는데 한계가 있음.

라. 노후설계서비스의 발전방안

□ 기본방향

- 우선 국민연금공단을 중심으로 노후설계서비스를 무료로 제공하는 것을 원칙으로 함.
- 현재 노후설계서비스에 대한 우리 국민의 욕구는 높지만 아직 시장화할만큼 서비스에 대해 인식, 지불의사, 서비스의 표준화 등이 취약하다고 판단됨.
 - 더구나 국민연금의 경우 사각지대가 높은 상황에서 먼저 공공영역을 중심으로 정보와 교육의 제공을 통한 제도의 성숙을 기할 필요가 있음.
- 물론 국민연금이 충분히 성숙하고 상당수의 국민이 전문적인 노후설계서비스에 지불의사가 일반화될 경우 동서비스를 시장화하더라도 늦지 않음.
 - 따라서 당분간은 연금공단을 중심으로 노후설계서비스를 확대·정착시키는 것을 원칙으로 하되, 점진적이고 장기적으로 시장화하는 방안(예를 들어, 바우처 제공방식 등)을 검토하도록 함.

□ 노후설계서비스를 ‘국민생활안정설계서비스’로 확대 개편

- 노후설계서비스뿐만 아니라 노령, 장애 및 유족연금 수급자(특히 근로기의 유족배우자)에 대한 취업지원 등 생활설계서비스를 포괄하는 ‘국민생활안정설계서비스’로 확대 개편 필요

- 특히 노인, 장애인, 유족배우자 등 각 수급자의 개별적 특성에 맞는 맞춤형 상담을 통하여 필요한 서비스 기관을 안내, 연계하는 등 one sop 서비스 제공
 - － 상담영역 : 복지급여, 구직, 의료·주거, 여가 및 재무설계 등
 - － 노인·장애인·유족 등 복지영역별 지역사회자원 DB 구축 등
- 이때 가입자의 경우는 노후설계서비스가 핵심이고 수급자의 경우는 근로활동으로의 복귀 등을 위한 재활 및 취업지원서비스가 핵심이 되어야 할 것임.
 - － 이러한 재활 및 취업지원서비스는 수요가 현재화되어 있어 시장과 연계시키는 것이 가능하므로 서비스산업의 발전에 기여하는 방향으로 운영

* 구체적인 추진방안에 대해서는 후술 참조

□ 사적영역의 노후설계서비스 활성화 여건 마련

- 단기적으로는 연금공단 중심의 노후설계서비스체계를 구축하여 나가되, 노후설계서비스에 대한 수요가 현재화될 때를 대비하여 점진적으로 사적영역에서의 서비스를 활성화하기 위한 여건 마련 필요
- 그러한 여건 마련의 일환으로 비편향적인 공사연금통합정보서비스 체계의 구축이 요구됨.
 - － 개인은 자신의 공사연금정보를 인터넷포털 등을 통해 열람하고,
 - － 이에 기초하여 공적연금은 물론 사적연금에서도 동시에 상담 서비스를 받을 수 있도록 해야 할 것임.
- * 이러한 공사통합연금정보서비스는 중요도가 높으므로 별도의 절(제2절 참조)에서 상술함.
- 사적영역에서의 전문인력 양성 및 서비스의 표준화 등 서비스기반 조성이 필요함.

- 노후설계서비스 등을 제공하는 전문인력의 양성방안(기존의 보험설계사 활용 또는 새로운 사회보험설계사 등 자격증제도 도입 등)을 심도 있게 검토 필요
- 아울러 노후설계서비스의 질을 관리하기 위해 콘텐츠(contents)를 표준화하고 평가시스템의 구축 필요

□ 공적영역 노후설계서비스의 비용 및 조달

- 이미 노후설계서비스를 위한 기본적 운영체제를 갖추고 있으므로 추가적인 비용은 거의 없음.
 - 단, 이때 조기노령연금 수급자, 장애연금 및 유족연금 수급자에 대한 취업지원 등 생활안정서비스 그리고 공사통합정보서비스 구축 등 종합생활안정서비스 체계로 전환하는 데는 추가적인 비용이 필요함(이에 대해서는 후술 참조)
- 가입자 등에게 제공되는 기본적 노후설계서비스에 소요되는 비용은 원칙적으로 당년도 연금보험료 수입으로 조달
 - 하지만 노후설계서비스가 국민연금 가입자 및 수급자에게 국한하지 않고 전국민을 대상으로 한다는 점에서 일정부분 국고에 의한 분담의 필요성도 있으므로 이에 대한 긍정적 검토는 필요함.

2. 공·사연금통합정보서비스의 추진³⁹⁾

가. 현황과 문제점

- 다층보장에 기초한 노후설계서비스의 가장 핵심은 개인의 연금가입정보임.

39) 이 절은 주로 김원섭(2009), 김원섭·이용하 외(2011)를 참조함.

- 통상 개개인은 자신이 얼마나 연금을 축적하고 있고 향후 얼마나 어떻게 가입해야 최적의 노후보장을 달성할 수 있는지에 대한 정보가 거의 없는 실정임.
- 특히 최근 DB형 공적연금이 축소되면서 금융시장 등에 큰 영향을 받는 사적연금(DC)이 강화되고 있는 추세라는 점에서 미래 예상연금에 대한 적확하고 신뢰성 있는 정보는 국민노후보장에 지대한 영향을 미칠 수 있음.
- 이에 영국이나 스웨덴 등은 공사연금에 대한 통합정보를 정기적으로 혹은 수시로 제공하여 노후대비를 할 수 있는 기반을 갖추고 있음.
- 물론 우리나라의 경우도 국민연금공단에서 ‘내연금’ 포털을 통해 그러한 류의 정보를 제공하고 있으나
 - 이는 전적으로 국민연금 중심이고 사적연금에 대한 정보는 개인이 스스로 입력해야만 미래연금을 예측할 수 있는 정도임.
- 사실 국민연금중심의 공사연금 정보는 편향적이라고 할 수 있으므로 개선이 필요함.
 - 특히 최근 퇴직연금 등이 활성화되고 있는 점, 개인연금도 상당수가 가입하고 있는 점 등을 고려할 때
 - 공사연금이 정보를 제3의 기관에서 객관적으로 집적하고 개인의 가입이력은 물론 예상연금액을 산출해 볼 수 있는 시스템의 구축이 필요함.
 - 나아가 이러한 정보에 입각하여 불충분한 부분에 대해 개인이 스스로 상담서비스와 연계하여 노후대비를 재설계할 수 있도록 지원할 필요가 있음.

나. 통합연금정보서비스의 해외사례

- 대표적인 해외사례로는 2004년 11월과 2001년 10월 비슷한 시기에 시작된 스웨덴의 ‘내 연금’과 영국의 ‘통합연금예측’ 서비스임.
 - 양 시스템 모두 가입자들에게 공·사연금의 예상연금액에 대해 통합적 예측정보를 제공하여 은퇴 후 소득에 대한 인식을 제고하여 가입자가 스스로 적극적으로 노후준비를 하게 하는 것이 목적임.
 - 하지만 두 국가의 정보서비스시스템은 다음과 같은 점에서 뚜렷이 차이를 보이고 있음.
- 먼저 제공정보의 범위 측면에서 볼 때 스웨덴의 ‘내 연금’은 가입자에게 가입한 모든 연금에 대한 추정연금총액 뿐 아니라 수익률, 임금상승률, 연금수령나이 등을 변경하여 다양한 시뮬레이션을 해볼 수 있는 폭넓은 서비스를 제공함.
 - 반면, 영국의 통합연금예측은 공적연금과 사적연금의 예상 통합연금급여액이라는 제한된 서비스만을 제공한다는 점에서 큰 차이가 있음.
- 둘째, 제공방식과 제공대상 측면에서는 ‘내 연금’이 국민들 중에서 내 연금에 가입한 사람들을 대상으로 인터넷으로 직접적으로 서비스로 제공하는 반면,
 - ‘통합연금예측’은 서비스에 개인이 아니라 기업체나 민영연금업체를 가입시키고 이 업체에 속한 개인에 대해 정보를 제공하는 방식을 취하고 있음.
- 마지막으로 담당기관과 참여기관의 측면에 있어서도 ‘내 연금’은 일정정도 독립적인 제3의 조직인 주식회사 ‘Min Pension i Sverige AB’(주식회사 스웨덴에서 내 연금)이 서비스를 담당하고 사회보험청, 프리미엄연금청, 민영보험협회가 공동으로 이 기관을 운영하며

운영비용도 부담하고 있음.

○ 반면, 영국의 통합연금예측은 노동연금부 연금서비스청 산하의 미래연금청에서 운영하며 비용도 정부에서 부담한다는 점에서 차이가 있음.

— 영국의 사례는 정부주도형인데 반해, 스웨덴의 사례는 민관 협력사업형태임.

〈표 9-4〉 영국과 스웨덴 공사연금통합정보시스템의 비교분석

	스웨덴: Min Pension(내 연금)	영국: Combined Pension Forecast
취지와 시행연도	<ul style="list-style-type: none"> • 개인이 자신의 총 연금액을 정확히 알 수 있게 • 2004년 11월 	<ul style="list-style-type: none"> • 은퇴 후 소득에 대한 인식제고, 적합한 수준의 연금계획을 유도 • 2001년 10월
도입 장애	<ul style="list-style-type: none"> • 기술적 문제와 비용분담 문제 	<ul style="list-style-type: none"> • 참가업체의 추가부담이 적어서 도입용이
주요 제공정보	<ul style="list-style-type: none"> • 개인이 가입한 모든 연금정보에 대해 실시간 조회 • 추정연금액 simulation 정보 	<ul style="list-style-type: none"> • 개인별 추정 공적연금액(실시간) • 추정 공·사 합계연금액
서비스 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 연금포탈 가입자 	<ul style="list-style-type: none"> • 서비스에 가입한 기업 또는 퇴직연금업체의 연금가입자
제공방식	<ul style="list-style-type: none"> • 인터넷 서비스(무료), http://www.minpension.se 	<ul style="list-style-type: none"> • 사업체 또는 퇴직연금업체에서 가입자에게 통합연금내역서 발송
담당기관	<ul style="list-style-type: none"> • Min Pension i Sverige AB (스웨덴 보험협회의 자회사 형태) 	<ul style="list-style-type: none"> • 노동연금부(DWP) 연금서비스청 산하 『미래연금센터』
참여기관	<ul style="list-style-type: none"> • 사회보험청, 프리미엄연금청 • 민영보험협회(기업연금 및 개인연금) 	<ul style="list-style-type: none"> • 노동연금부 미래연금센터 • 자발적으로 등록한 기업·사적보험회사
참여형태	<ul style="list-style-type: none"> • 자발적 참여와 파트너십에 의한 운영 	<ul style="list-style-type: none"> • 민간연금업체와 기업이 자발적으로 참여
비용부담	<ul style="list-style-type: none"> • 참여기관 및 업체가 공동부담 	<ul style="list-style-type: none"> • 정부가 전액 부담(미래연금센터 운영비 보조)
운영성과	<ul style="list-style-type: none"> • 2008년 100만명의 가입자 	<ul style="list-style-type: none"> • 2008/2009년 까지 1,397만건의 통합연금예측발행
약점	<ul style="list-style-type: none"> • 도입이 어려움: 공사기관의 동의와 기술적 문제 • 서비스 전방방식이 인터넷으로 제한: 가입자의 기술적 능력 요구 	<ul style="list-style-type: none"> • 낮은 수준의 정보연계: 공사연금의 통지서를 취합 통보함 • 불충분한 정보: 급여정보만 • 낮은 접근성: 대개 1년에 한번 통보
강점	<ul style="list-style-type: none"> • 개인의 정보 접근성과 자율성이 높음 • 비편향적 정보 • 개인정보보호 용이 • 급여정보 외 포괄적 정보제공가능 	<ul style="list-style-type: none"> • 도입이 용이 • 많은 가입자 포괄가능

□ 스웨덴 사례의 장단점

- 스웨덴의 내 연금에는 2008년 이미 100만명이 가입하였고, 영국의 통합연금예측은 1,397만 건의 예측정보를 이미 제공하여 양 제도 모두 현재까지 상당히 순조롭게 정착하고 있는 것으로 평가되고 있지만,
 - － 그럼에도 불구하고 양 제도에서 다음과 같은 강점과 약점이 있음.
- 먼저, 스웨덴의 내 연금의 강점은 무엇보다도 낮은 초기투자비용, 개인이 정보에 신속히 언제든지 접근할 수 있는 점, 그리고 급여 정보 외 포괄적인 정보의 제공이 가능하다는 점임.
 - － 그리고 제3의 기관에서 정보를 관리하여 개인에게 비편향적인 정보를 제공하고 나아가 개인정보를 가장 잘 보호할 수 있음.
- 하지만 내 연금은 공사기관의 연금정보를 제3의 기관이 가져와서 집적해야 하기 때문에 민간업체에서 정보를 받아와야 함.
 - － 그리고 민간업체는 비용도 부담해야 하기 때문에, 민간업체의 참여를 설득하기가 쉽지 않는 문제가 있음.
 - － 또한 스웨덴의 시스템은 오직 개인에게만 통합정보를 제공함으로써 노후설계에 대한 ‘올바른’ (가입)판단은 전적으로 개인에게 위임하게 됨.
 - － 즉, 매우 소극적이며 제한적인 정보제공서비스에 그치고 있다는 점에서 한계가 있음.
 - － 나아가 서비스 제공방식이 인터넷으로 제한되어 인터넷을 사용하지 않거나 못하는 사람은 배제될 수밖에 없는 문제가 있음.

□ 영국 사례의 장단점

- 영국의 통합연금예측은 민간업체가 공적연금기관으로부터 정보를 받아 자기 정보와 취합 전달하는 방식이기 때문에 민간기관으로

부터 동의를 받기에 용이하고 이는 제도의 도입을 수월하게 함.

- 또한 개인 가입자가 예측기관에 가입하는 방식이 아니라 업체가 가입하는 방식이므로 단기간에 서비스대상자를 늘이기에는 적합한 방식임.

○ 하지만, 통합연금예측 서비스는 다음과 같은 한계를 가지고 있음.

- 먼저, 정보의 신속성과 접근성이 크게 결여되어 있다는 점.
- 또한 정보의 전달이 민영업체가 자체내력 발송 시 이루어지는데, 정보제공 회수가 일반적으로 일 년에 한번 정도로 상당히 부족하여 정보수령자의 1/2 이상이 수령여부조차도 기억하지 못하고 있는 것으로 나타났음(Kelly et. al., 2005).
- 또 스웨덴처럼 인터넷을 통해 개인이 필요에 따라 항시 통합정보를 획득할 수 없어 접근성이 낮음. 이런 점에서 볼 때, 스웨덴은 수요자 중심 시스템인 반면, 영국은 공급자중심 시스템임.
- 또 영국의 경우 전달된 정보가 ‘진정한’ 통합정보가 아니라는 점임.
 - 영국의 가입자들은 일 년에 한번 두 장에 나누어 또는 한 장에 통합된 공사연금의 예측정보를 받게 되는데, 이 통합정보는 이미 일률적으로 주어진 가정 하에서 가공된 매우 단순한 정보라는 점임.
 - 즉, 스웨덴처럼 다양한 가정 하에 개인에게 맞춤형 통합정보를 제공하지 않아 ‘올바른’ 선택을 유도하기에는 역부족임.

다. 국민연금의 ‘내연금’ 서비스의 연혁과 특징

□ 연혁

- 국민연금의 통합연금정보시스템은 노후설계상담서비스(consulting

on Successful Aging: 이하 CSA)의 일환으로 운영되고 있음.

- 국민연금포털(www.nps.or.kr)의 ‘노후설계 내연금’ 베너에 접속하여 가입자나 수급자 스스로가 자신의 노후준비상황과 전망(국민연금-퇴직연금-개인연금 등 노후준비상황은 물론 가구의 자산 등을 종합적으로 고려한 노후재무상태도 진단 가능)을 점검하고,
- 보다 심층적인 정보가 필요한 경우 연금공단 지사직원을 통해 개별화된 전문상담서비스로 연계될 수 있도록 하고 있다. 그러한 서비스의 핵심 중 하나가 3층 보장제도를 통한 노후준비상황을 한눈에 알아 볼 수 있도록 한 종합연금정보서비스임.
- 이러한 통합정보서비스 체계가 구축된 것은 지난 2009년 12월부터임.
 - 하지만 이러한 통합정보시스템이 구축되기 이전에는 연금정보서비스가 국민연금에 대한 예상연금액 조회서비스에 국한되었음.
 - 또 동서비스는 CSA의 베너사이트(‘행복나래’)와 통합되어 있지 않았고 국민연금공단의 홈페이지에서 따로 제공되고 있었음,
- 이에 CSA를 보다 효율적으로 제공하기 위해 2009년 12월 기존 ‘행복나래’를 ‘NPS 내연금’으로 개칭하고 연금조회서비스를 CSA사이트와 통합·개편하였음.
 - 이때 특히 연금조회서비스는 국민연금에 국한된 예상연금액조회서비스뿐만 아니라 국민연금-퇴직연금-개인연금의 통합예상연금조회 나아가 연금외의 자산 등을 고려한 종합적 노후재무설계 시뮬레이션까지도 할 수 있는 체계로 확대·개편되었음.

□ ‘NPS 내 연금’의 운영형태

- 공사연금에 대한 종합정보를 제공하는 국민연금의 ‘NPS 내연금’의 가장 큰 특징은 먼저 공·사연금의 관리주체들의 공동 참여방식으로 운영되는 영국이나 스웨덴과는 달리 국민연금공단 단독으

로 운영한다는 점임.

- 공단의 단독 운영형태이므로 당연히 동 서비스로 인해 발생하는 비용은 전액 공단이 부담하고 있음.

○ 둘째, 내연금에 대한 정보서비스는 국민연금 외에는 객관적 정보에 기초하지 않는다는 점임.

- 국민연금의 내연금서비스는 국민연금 이외의 연금관리기관으로부터 사전에 정보를 받아 집적하고 있지는 않음. 내연금서비스는 가입자 스스로가 자신의 사적연금의 가입내역을 임의로 입력하고 전체 예상연금액 등을 추정할 수 있게 지원할 뿐임.
- 따라서 아직까지 내연금서비스가 실질적으로 공사연금의 통합 정보를 제공한다고 보기는 어렵다고 판단됨.

○ 셋째, 예상연금액에 대한 정보는 내연금 포털가입자에게 국한하여 제공되고, 인터넷을 통해서만 제공되고 있다는 점임.

- 사실 ‘내연금’의 경우 아직 공사연금 전체의 정보를 종합한 것이 아니고 특히 사적연금에 대한 개인정보를 개인이 스스로 입력하고 모의계산을 할 수 있도록 하고 있으므로 영국이나 스웨덴처럼 전화나 팩스 혹은 우편 등 다양한 매체를 통해 모든 국민에게 제공해야 할 필요성이 없는 상황임.

○ 넷째, 내연금서비스는 영국이나 스웨덴보다 훨씬 더 광범위한 정보와 서비스를 제공하고 있는 점은 또 다른 큰 특징이자 강점임.

- ‘국민연금 알아보기’ 코너를 통해 국민연금 자체에 대한 가입내역 및 예상연금액을 계산해 볼 수 있으며, ‘국민연금·퇴직연금·개인연금 시뮬레이션’ 코너를 통해 공사연금의 종합예상연금액을 조회해 볼 수 있음.
- 나아가 ‘노후재무 시뮬레이션’을 통해 개인 또는 가구의 필요 노후자금과 부족금액을 산정해 볼 수 있도록 함으로써 노후준

비에 대한 경각심을 제고함은 물론 적절한 노후준비를 유도하려는 노력도 하고 있음.

- 마지막으로, 운영형태 면에서 영국이나 스웨덴 사례와 비교 시 더욱 차별화되는 부분은 개인이 원할 경우 이러한 연금 및 노후 재무정보를 가지고 공단 지사의 연금전문가와 전화 및 개별면담 서비스를 동시에 받을 수 있도록 서비스가 연계된다는 점임.
- 공단은 그러한 서비스를 통해 보다 바람직한 노후준비를 할 수 있도록 개인별 심층지문을 제공하고 특히 연금가입이 부족한 계층에 대해서는 국민연금 등의 가입을 유도하고 있음.

라. 국민연금의 ‘내연금’ 서비스의 한계와 개선방향

- 국민연금에 의한 노후준비 종합정보서비스는 가입자의 연금인식을 제고하고 나아가 노후설계에 도움을 주는 중요한 정책수단임에 틀림 없음.
- 특히 동 서비스는 on-line 그리고 off-line을 통해 노후설계에 대한 전문상담으로 이어질 수 있고 국민연금에의 가입을 유도할 수 있는 중요한 매개체 역할을 수행하고 있음.
- 즉, 이를 통해 국민연금에 대한 가입자 불신 해소, 납부예외자나 미납자 등 사각지대 해소 그리고 고객만족도 제고에 기여하는 성과를 일정정도 거둔 것으로 보고되고 있음.⁴⁰⁾
- 또한 연금공단의 종합정보서비스는 공사연금의 예상연금액 추정을 통해 국민들의 적극적 노후준비를 유도하여 사적연금에의 가

40) 2008년 4월부터 본격적인 서비스가 제공된 이후 2009년 10월말까지 297천여명의 고객에게 노후설계서비스(CSA)를 제공하였으며, 그 결과 반환일시금 반납신청, 납부예외기간에 대한 추납신청, 임의(계속) 가입을 위한 신청건수가 2009년에 큰 폭으로 증가해 2008년 월 평균 신청건수 대비 각각 105%, 112%, 51% 증가를 기록했다(국민연금공단 보도자료, 2009.12.15)

입을 촉진하는 역할을 할 것으로 기대됨.

□ 하지만 동 서비스가 보다 효과적이기 위해서는 현 시스템이 안고 있는, 다음과 같은 한계를 극복하여야 할 것임.

○ 무엇보다도 먼저 공사연금의 통합정보를 국민연금이 단독으로 제공하는 현재의 운영체계로는 공사연금의 공동발전을 위한 틀로서 역할을 기대하기 어렵다는 점임.

— 사적연금과 타공적연금에 대한 가입정보가 빠진 상태에서 공사연금의 통합연금액의 추정은 너무나 부정확하여 바람직한 노후준비설계를 위한 기초정보가 되기 어렵기 때문임.

— 개개인이 임의로 입력한 불완전한 사적연금 정보에서 산출되는 예상연금은 그야말로 모의계산에 불과할 뿐임.

— 이를 극복하기 위해 공사연금의 모든 관리기관이 함께 참여하고 그 이익과 비용을 공유할 수 있는 체계를 구상하여야 할 것임.

○ 둘째, ‘내연금’ 사이트의 접근성이 낮고 충분한 홍보가 이루어지지 않아 이용활성화가 미진하다는 점임.

— 현재 가입자는 국민연금공단의 포털에 접속하고 나서 내연금 사이트에 이동할 수 있으며, 또 ‘내연금’을 통한 종합정보는 국민연금을 중심으로 제공되므로 인지도 제고에 한계가 있음.

— 2010.8월 기준 내연금방문자는 총 23만명(사이트 오픈 이후 총방문자는 170만명, 일 6500명이 방문)에 달하고 있지만, 국민연금-퇴직연금-개인연금 시뮬레이션 코너에 접속한 인원은 실제로 그 10%인 약 2만명에 불과함.

• 접속자의 68%는 ‘국민연금 알아보기’ 등에 접속하는 것으로 나타나 공사연금의 종합정보를 제공하는 포털로서는 상당한 한계가 있는 것으로 평가할 수 있음(국민연금공단 내

부자료, 2010).

- 따라서 장기적으로는 국민연금 포털내에 구축되어 있는 통합정보서비스부분을 별도로 분리·독립시켜 발전시키는 방안이 적극 검토되어야 함.
- 이는 타연금기관의 적극적 협력을 유도하기 위해서도 꼭 필요함. 즉 현재처럼 국민연금 중심으로 통합정보서비스가 이루어진다면, 사실 타공적연금관리기관이나 퇴직연금 등 사적연금운영자 등은 종속성을 우려하여 자신들이 보유하고 있는 정보를 제공하지 않으려 할 것이기 때문임.

○ 셋째, 예상연금액에 대한 정보는 내연금 포털가입자에게 국한하여 제공되고, 인터넷을 통해서만 제공되고 있다는 점임.

- 이 경우 인터넷 이용이 어렵거나 꺼리는 사람의 경우 통합정보에 기반한 노후준비 설계를 유인하기 어려움,
- 또 현재는 인터넷사이트에 접속하여 개인이 해당정보를 이용하도록 기다리는 수동적이고 소극적 정보제공방식을 취하는 한 정보이용의 활성화에 한계가 있을 것임.
- 사실 현 ‘내연금’의 경우 공사연금 전체의 기존 정보를 종합한 것이 아니고 특히 사적연금에 대한 개인정보를 개인이 스스로 입력하고 모의계산을 할 수 있도록 하고 있으므로 전화, 팩스 등 다양한 매체를 통해 모든 국민에게 제공해야 할 필요성이 없다고 할 수 있음.
- 하지만 향후 실질적 통합정보시스템이 구축되면 축적된 통합정보를 다양한 매개체를 통해 그리고 적극적으로 제공할 필요가 있음.

마. 국민연금의 ‘내연금’ 서비스의 개선방안

- 현대사회는 인구고령화, 세계화 등으로 국가중심의 복지제공방식에서 공사영역이 공동으로 복지에 대한 역할을 분담하는 방식으로의 복지 국가재편이 불가피해지고 있음.
 - 이러한 재편과정에서 두드러진 특징 중의 하나가 노후보장의 다층화이고, 다층체계를 성공적으로 정착시키기 위해서는 기존 민간영역의 복지제도를 활성화시키는 것은 그 어느 때보다도 중요함.
 - 특히 우리나라는 공사연금 모두 내실화가 미흡한 상황이므로 국민노후보장의 미래가 밝지만은 않아 보임.
- 이에 제도적 측면에서 노후보장의 내실 있는 발전을 위한 다양한 개혁도 중요한 과제이지만, 국민에게 연금에 대한 정보를 정확히 알려주고 이를 바탕으로 스스로 미래를 준비할 수 있도록 교육적 지원서비스를 하는 것도 중요한 국가적 과제의 하나라고 판단됨.
 - 영국과 스웨덴 등 선진국가들은 이미 그러한 과제를 선도적으로 추진하고 있음. 우리의 경우도 국민연금의 ‘내연금’ 서비스를 통하여 형식적이거나 그 추진 틀을 갖추고 있음.
- 하지만, 동서비스는 국민연금이 단독으로 추진하고 있고, 사적연금 및 기타 공적연금과의 정보연계가 되지 않아 반쪽짜리 정보제공에 머물러 있는 등 실질적인 공사연금 통합정보서비스와는 거리가 먼 상황임.
 - 또 이러한 상황에서 통합정보서비스의 중요한 목적의 하나인 공사연금의 균형적 발전과도 거리가 멀다고 할 수 있음.
 - 이에 보다 많은 국민이 공사연금의 통합정보를 이용할 수 있고, 노후설계를 하는데 있어 실질적인 도움이 되는 정보를 제공하도록 하기 위해서는 장·단기적으로 실효성 있는 개선계획을 수립

하여 추진해 나가야 할 것임.

□ 이러한 차원에서 단기적으로는 국민연금공단 중심의 정보서비스체계를 유지하되 제한적이거나 기업연금 등 민간연금의 사업자가 임의적 참여하에 이들이 보유하고 있는 정보까지 통합하여 제공하는 방향으로 개편할 필요가 있음.

○ 그러나 이 방안 역시 정보제공의 주체가 국민연금공단에 국한되고 정보제공의 대상과 범위가 제한적일 수밖에 없어 공사연금의 균형적 발전에 기여하는 데 여전히 한계가 있음.

○ 따라서 장기적으로는 모든 공사연금의 의무적 혹은 준의무적 참여를 전제로, 어느 한 기관에 구속되지 않는 별도의 독립적인 정보서비스체계(스웨덴형의 정보제공+노후설계서비스 연계)를 구축하되, 정보제공대상의 보편화를 목표로 하는 전면 확대개편방안을 추진하여야 할 것임.

□ 소요재원과 조달

○ 단기 방안의 경우 이미 상당부분 정보서비스체계가 구축되어 있으므로 거의 비용이 들지 않지만, 장기 방안의 경우 독립적인 기구형태이므로 추가구축비용이 발생

— 후자의 경우는 정보서비스의 최대 수혜자인 공적연금 및 사적연금(퇴직연금사업자 등)이 공동부담(각출금)하는 형태로 추진

○ 장기방안의 구축 시 국민연금이 부담하는 부분은 당년도 보험료 수입에서 조달함(즉, 복지투자사업이 아님).

— 장기방안의 총구축비용은 스웨덴의 사례를 감안할 때(2000년 6700만 크로나, 한화 91억원) 대략 100억원 내외로 추정되며

— 이 중 국민연금이 총비용의 1/2를 부담(스웨덴의 경우도 공적연금이 55%부담) 한다고 가정할 경우 순수비용은 50억원 내외로 추정됨.

3. 장애인재활서비스의 도입⁴¹⁾

가. 현황 및 문제점

- 국민연금은 현재 가입 중 장애로 인한 급여로서 현금급여인 장애인연금만 제공하고 있음.
 - 그러나 현금급여만 제공해서는 제도의 지속가능성이 없을뿐더러 장애인의 복지증진에도 크게 기여하지 못할 수 있음.
- 독일, 미국 등 선진외국에서는 이미 오래전부터 연금제도에서 장애인 재활서비스를 제공하고 있음.
 - 최근에는 인구고령화 등에 따른 재정불안을 완화하고 잠재노동력을 활용하는 차원에서 이러한 서비스를 더욱 강화하고 있는 추세임.
- 우리나라의 경우 장애인에 대한 재활서비스는 의료재활의 경우 건강보험(의료급여제도 포함)과 산재 및 공무원연금 등 특수직역연금에서,
 - 그리고 직업재활의 경우 장애인고용촉진공단, 산재보험 등 노동부관할기관 및 직업재활기관 등 복지부관할기관 등에서 제공되고 있음.
 - 이 중 의료재활의 경우 산재대상자나 공무원연금 등 특수직역종사자 등을 제외한 일반국민은 비록 의료보험에서 수급하기는 하나 매우 낮은 수준으로 수급 가능하여 사실상 재활사각지대에 있음.
 - 직업재활의 경우도 양과 질적인 측면에서 모두 미흡한 실정임.
 - 직업재활서비스의 인프라가 부족하여 수요에 비해 공급이 제한적이고, 찾아와야 비로소 서비스를 제공할 정도로 수동적임.
 - 일반장애인의 직업재활서비스 중추기관인 장애인고용촉진공단은 예산의 제약 등으로 수동적으로 재활서비스에 임하고 있음.

41) 이용하(2009), 국민연금 재활서비스 구축방안 연구를 참조하여 정리하였음.

- 독일, 미국 등 선진외국에서도 장애연금수급자 등에 대한 재활서비스를 연금에서 적극적으로 제공하고 있는데, 그 이유인 즉은
 - 연금재정과 가장 이해관계가 크다는 점, 그리고 그러한 이해관계 때문에 비용효율적으로 그리고 적극적으로 추진하지 않으면 안 된다는 점 등임.
 - 물론 우리 국민연금의 경우 장애연금과 근로소득 간 병급조정장치 없어 재활이 재정에 미치는 영향은 상대적으로 낮으나* 장애인의 소득보장을 강화하는 등 복지증진에 크게 기여할 수 있음.
 - * 재활로 보험료수입이 증대하는 측면은 있으나 소득에 따른 급여감액 내지 제한 등을 통한 지출억제 측면은 취약함.
- 이러한 관점에서 국민연금에서 장애연금수급자에 한해 재활서비스를 제공하되,
 - 단기적으로는 장애인의 소득보장기능을 강화하는 부가서비스 차원에서 그리고 장기적으로는 재정적 효율성을 강조하는 차원에서 제공하는 것을 기본발전원칙으로 함.

나. 재활서비스의 외국사례

- 개관
 - OECD 국가 중 독일, 오스트리아, 프랑스, 아이슬란드, 핀란드, 룩셈부르크, 캐나다, 스위스 등 많은 국가의 연금제도는 연금수급자 등을 대상으로 재활급여를 제공하고 있음.⁴²⁾
 - 이 중 독일, 오스트리아, 핀란드, 룩셈부르크, 스위스 등은 대개 의료재활과 직업재활 등의 서비스를 포괄적으로 제공하고, 재활

42) OECD 주요 국가 중 일본, 영국, 스웨덴, 노르웨이, 뉴질랜드, 네덜란드, 아일랜드, 호주, 포르투갈, 이태리, 스페인 등의 경우 연금제도는 어떠한 종류의 재활서비스도 제공하지 않고 있다. 이 경우 연금수급 장애인은 정부 및 지자체가 제공하는 일반 공공재활서비스를 받게 된다.

급여를 연금수급전에 제공하는 법정의무급여(선재활원칙)로 규정

－ 반면, 미국, 캐나다, 프랑스, 벨기에 등의 국가들은 연금에서
직업재활을 중심으로 서비스(의료재활은 의료보험 등에서 취
급)를 제공하고 있으나

－ 임의수급권이고, 수급권도 주로 이미 장애연금수급권이 결정된
자 중심으로 운영된다는 점에서 독일 등에 비해 다소 소극적

○ 재활서비스 전달체계도 분립주의적 전통의 독일어권 국가들과 통
합주의 영미권과 대별

－ 독일어권 국가들은 비스마르크적 전통에 의거하여 재활서비스
도 각 계층이 소속된 제도에 의해 전달·제공되나

－ 특히 미국, 캐나다 등 영미권 국가에서는 단일의 공공서비스 전
달체계를 통해 직역이나 계층에 구분 없이 재활서비스가 통합적
으로 제공

• 이때, 연금제도는 대상자에 대한 재활서비스 비용을 부담하
는 형태로, 즉 간접적으로만 재활서비스를 제공

□ 미국

○ 1965년부터 상원에서 장애연금기금을 재활사업에 활용할 것을
권고하면서부터 기금재활사업 시작

－ 그러나 1990년 후반경 장애인의 2/3는 미취업상태에 머물러
있는 등 수급자의 재활참여율도 저조, 서비스 공급자가 주정부
직업재활청에 국한되어 서비스공급이 원활하지 못했음.

• 이에 1999년 적극적인 재활유인 및 근로유인책의 도입을
골자로 하는, 사회보장청(SSA) 주관의 Ticket to Work 프
로그램이 도입

○ Ticket to Work 프로그램

－ 일을 통한 복지(work to fare)라는 모토 하에 재활 및 취업

후에도 소득이 일정수준 이하이면 연금과 의료보장 수급권을 계속 보장함으로써 재활 및 근로유인을 유도하고,

- 나아가 티켓을 통해 재활서비스 공급자를 개인이 스스로 선택할 수 있도록 하여 공급자간 경쟁을 유도하는 것을 골자로 함.

- 대상자 : 18~65세 미만의 장애연금(SSDI) 및 장애부조금(SSI) 수급권자
- 서비스의 범위 : 직업평가, 직업훈련, 취업알선, 보장구 지급, 사업주지원 등 직업재활서비스에 국한. 재활수당 미지급
- 서비스참여시 혜택 등 유인 : 재활참여기간은 물론 재활 종료 후에도 시험고용기간제(1년), 연장고용기간제(3년), 수급권 자동복원제(5년) 등을 통해 연금수급권 보장 및 인정
- 전달체계 : SSA가 Ticket을 발부 → 개인이 공공·민간직업재활서비스기관(직업재활사) 중 선택·의뢰 → SSA에 통보·직업재활계획 승인 → 직업훈련 등 재활 추진 → 완료(성공보수 지급) → 사후관리(SSA)
- 2006년의 경우 연간 1,100만개의 티켓이 발급. 그 결과 2003년 1.5만명 → 2006년 5만명으로 장애인 신규취업. 하지만, 티켓이 발급되는 수에 비해 직업재활성공율은 극히 낮은 편임. 장애인고용율도 낮은 편임.

□ 캐나다

- CPP는 1992~1997년까지 5년간 시범사업(총투자금액 600만달러)을 실시하고, 그 결과 경제성과 효율성이 입증되어 1998년부터 본격적으로 사업 시작
- 대상자 : 의학적인 장애상태가 안정적이고 직업재활이 가능하다는 주치의 동의가 있으며, 희망하는 장애연금 수급자

- 그러나 예산의 제약으로 대상자는 선별
- 서비스 목표 : 원직복귀 및 직무전환, 신직장 취업 및 창업지원 등
- 서비스 범위 : 안내 및 상담, 직업기술 향상 및 전환훈련, 직업탐색 및 알선 등으로 구성. 재활수당은 미지급(연금으로 대체)
- 참여동기 제고 : 미국과 유사하게 직업탐색 및 시험고용기간(3개월) 동안 소득수준에 관계없이 연금 계속지급, 그 외에도 소득이 최저수준 미만인 경우 계속 지급. 단, 시험고용기간 후 근로능력 회복에도 불구하고 취업실패 시 연금 미지급
- 기타 미국과 유사하게 수급권 자동복권제도(2년 이내), 신속수급권부활제도(5년 이내) 등 운영하여 수급권 상실 두려움 완화
- 이러한 노력에도 불구하고 현재 장애연금수급자의 1% 정도가 직장복귀를 시도하고, 43) 재활참여율은 사실 매우 저조한 실정
- 전달체계 : 사회보장사무소에 사례관리자를 두고 이들이 주축이 되어 재활계획 수립. 실질적인 서비스는 공공 및 민간재활서비스 기관에서 위탁 수행

□ 독일

- 독일은 1890년 ‘폐질연금보험’의 시작 당시부터 재활급여를 독자적인 법정급여로 설정하여 직업복귀를 강조
 - 처음 의료재활에서 시작하여 1957년부터 선재활원칙의 명문화, 직업·사회재활사업을 추가
 - 특히 다른 국가와는 달리 제도시행 초기부터 의료재활서비스를 제공하기 위해 많은 직영 재활전문병원을 설치하여 의료재활의 선도적인 역할을 수행하고 있는 점이 특징.
- 재활대상자 : 선재활원칙에 의거하여 장애연금수급자보다는 장애

43) 2002~2003 회기동안 캐나다연금(QPP 포함)의 총 노령연금수급자는 1983만명이며, 장애연금수급자는 333만명(노령연금수급자의 16.8%)이다. 장애연금수급자는 매년 크게 증가하고 있는 상황이다.

위험이 있는 가입자 중심

- 후자의 경우 가입기간 요건 등을 달리하고 있음. 가입요건 외에도 재활가능성, 재활의지, 재활능력 요건이 있어야 수급 가능하도록 하여 사업의 경제성 유지

○ 재활급여와 장애연금 간 관계 : 재활심사 후 애초부터 재활가능성이 없거나 재활을 받았더라도 큰 성과가 없으면 장애판정으로 들어가고 그 결과에 따라 장애연금을 지급

○ 재활서비스의 내용 : 의료재활과 직업재활로 구성되나 의료재활에 역점

- 의료재활 : ICF의 장애개념에 입각하여 통상 3주간 종합적 치료컨셉에 의한 재활서비스 제공. 근로능력의 유지·개선·악화의 예방에 목표. 재활병원에서의 치료결과는 장애판정에 중요한 기초자료 활용

- 직업재활 : 직업상담과 조언, 직업능력검사, 취업알선, 직업교육·재교육 및 훈련(통상 2년) 등 취업에 필요한 일체의 지원을 포괄

- 생계지원 : 재활에 필요한 생계비(가입자: 재활수당, 수급자: 연금) 가사보조, 교통비 등 일체 지원

- 기타 지원 : 근로활동과 연계된 주거환경 개선, 차량 및 보장구 구입비 지원은 물론 보조인력 지원, 사무환경 개선 등 사업주에 대한 일체의 지원, 재활기간 동안 사회보험료 당연적용, 창업지원 등

○ 전달체계 : 연금공단 재활사업본부 운영, 의료 및 직업재활 총괄

- 의료재활 : 공단은 재활심사는 물론 가입자의 거주지, 질환 특성, 기초 등에 따라 직영 및 계약 재활전문병원(외래 낮병원 포함)을 선택하고 전문병원이 재활계획 수립·실천

- 직업재활 : 공단 재활본부(재활심사, 공공직업훈련기관 지정 · 위탁 등) 및 전국적으로 직업재활상담사를 두어 운영
- * 직업재활상담사의 임무 : 위탁서비스를 제외한 전재활과정 관리(대상자 조기발굴, 상담, 재활계획 수립, 취업알선 포함)
- * 다만, 취업이 어려운 중증장애인의 경우 별도로 설치된 통합전문사무소에 위탁 알선

〈표 9-5〉 선진외국의 재활서비스 사례

국가명 기준		독 일	미국	캐나다	스위스
관련법		연금보험법+장애인 보호및재활법	사회보장법(장애연 금SSDi)+Ticket to Work Act	캐나다연금법 (CPP)	장애보험법
대 상		가입자 및 장애연금수급자	장애연금수급자	장애연금수급자	가입자 및 장애연금수급자 그리고 선천성 아동
재활사업 주체		노동사회부 + 연금공단 (재활사업본부)	사회보장청(SSA)	캐나다 사회개발부 및 캐나다서비스청	사회보험청+장애보 험금고
재 원		보험료+조세 (정부기여금)	보험료	장애연금보험료	장애연금보험료+조세 (정부기여금)
서비 스	현 금	재활수당(가입자) 또는 연금(수급자)	연금 외 별도수당은 없음	연금 외 별도수당은 없음	재활수당 및 연금
	현 물	포괄적인 의료 및 직업재활	직업재활 중심	직업재활 중심	직업재활 중심 * 의료: 20세 이하에 주로 제한
서비스 수행체계		의료재활: 직영의료병원+계약 병원 직업재활: 공공직업훈련기관 등	주정부직업재활청 +Employment network (민간재활기관)	사회개발부 지역사무소+민간직 업훈련기관 등과 연계	공공직업훈련기관 등과 연계

다. 국민연금 재활서비스의 방향

□ 재활사업관련 여건

○ 장애연금수급자 및 지출의 급증

- 제도시행년도부터 장애연금의 수급권이 발생하여 2002년 2.2만명, 2008.12월말 현재 6.6만여명(2007 등록장애인 210만명의 3.1%)으로 세배 급증, 지출액도 700억에서 2700억원으로 급증
 - 장기적으로도 제도의 성숙 및 적용범위 확대 등으로 수급자 수가 2015년 15.3만명, 2030년 26.5만명 등으로 증가
- 2008년 장애연금수급자는 노령연금수급자(193만건) 대비 3.4%, 지출규모는 노령연금지출(4조 8000억)의 5.6%로 선진국에 비해 양호
 - 그러나 장기적으로 장애개념의 확대 등으로 급증가능성은 있음.

○ 높은 재활욕구와 사각지대

- 2007년 장애연금수급자 서비스 개선을 위한 조사보고서(보건복지가족부)에 의하면, 장애연금수급자의 71.2%가 국민연금 재활서비스의 도입에 공감
- 또, 2009년 국민연금연구원의 조사(700명의 수급자 대상 면접조사)에 의하면, 장애연금수급자의 52.5%가 필요하다고 응답
 - 동 조사에서 재활서비스 도입 시 이용의사를 물은 결과, 수급자의 약 80%가 이용신청 의사 시현

○ 서비스 수행기관의 자원 제약

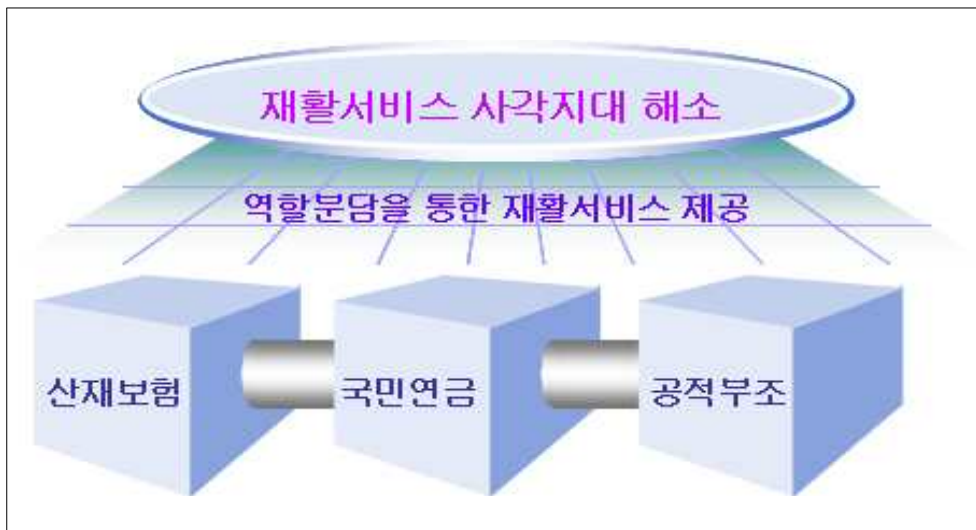
- 건강보험, 국고(의료급여+장애인복지관+국립재활원), 장애인고용촉진공단 등은 구조적으로 재활서비스 및 서비스인프라 구

축을 위한 재원조달이 곤란

- 이러한 자원제약을 고려할 때, 외국의 사례처럼 서비스 제공자 체뿐만 아니라 인프라 구축에 있어서도 국민연금기금의 역할이 기대됨.

○ 이러한 높은 필요성에도 불구하고 가장 중요한 것은

- 기금을 활용한 재할투자는 수익성원칙(투자비용 대비 연금절감액+기여금 증가 등)이 확보되는 범위 내에서 이루어져야 타당성이 있다는 것임.



□ 관련쟁점

○ 재할서비스의 범위 : 의료재할 or 직업재할 or 의료+직업

- 결론부터 말하면, 직업재할서비스가 현 여건상 가능한 범위로 판단됨.
- 의료재할의 경우 아급성기 재할전문병원 등 인프라가 거의 없고, 건보의 역할(적정 재할치료 수가보장, 생계보장을 위한 상병수당 등 제공)이 취약하여 연금의 의료재할은 수익성 확보 곤란

- 즉, 효과적인 의료재활을 실시할 수 있는 의료재활인프라가 미흡한데다 요양과 재활치료 등에 있어 건강보험의 역할분담이 크게 확대되지 않는 한 국민연금의 의료재활서비스는 과중한 부담으로 이어질 가능성이 커 동서비스의 조기 실시는 시기상조로 판단

○ 재활대상자

- 서비스범위를 직업재활에 국한하더라도 장애위험이 있는 가입자까지 포함(선재활)하는 것은 수익성이 불확실하여 연금수급자에게 국한하는 것이 바람직
- 이들은 수급자보다 높은 생계보장(기존 소득활동 보상)이 필요한데다 우리의 경우 의학적이준의 장애판정체계*에 소득과 연금간 병급조정기제 조차도 없어 수익성 확보 곤란**

* 의학적 판정체계 하에서는 서비스를 통해 소득활동능력을 제고시키고 실제 소득활동을 하도록 하여도 연금은 연금대로 지급 하여야 함으로 사업의 경제성을 확보하기 곤란

* 이러한 여건 하에서는 편익은 오로지 ‘기여금 수입’밖에 없음

- 또 수급자에게 제한하더라도 실업자 중심으로 대상 선정 필요
 - 조사에 의하면 수급자중 약 1/3(34.6%)은 소득활동에 종사하고 나머지 65.4%(무급가족종사자 포함)는 비경제활동
 - 이미 소득활동을 하는 사람을 재활서비스 대상에 포함시킬 경우 재활을 통해 종전의 소득을 크게 초과하는 근로능력(생산성)의 향상이 전제되어야 하고 투자수익의 회수기간이 크게 늘어날 수밖에 없기 때문에 수익성이 낮음.

○ 서비스 내용

- 실업상태 수급자를 대상으로 하는 만큼 주로 재취업 프로그램 등이 적합

- 원직복귀나 현직유지 등을 위한 프로그램은 취업 중인 가입자를 중심으로 할 경우 의미 있음.
- 장애인고용촉진공단(장애인복지관 등 포함), 캐나다와 미국의 재활프로그램도 항상 재취업 프로그램에 국한
 - 특히 원직복귀나 현직유지 프로그램은 의료재활과 연계되어야 효과적인데, 후자를 동시에 도입하지 않는 이상 의미가 제한적
- 재취업프로그램만 제공하더라도 적정 취업률이 유지되는 것이 전제되어야 경제성 확보가 가능함.
- 전달체계
 - 국민연금이 직업재활서비스를 제공한다면 어디까지 관여하는 것이 적절한가의 문제
 - 먼저, 국민연금공단은 초기단계에는 주로 미국이나 캐나다의 사례처럼 상담서비스 등에 국한하고 대부분의 서비스는 외부 위탁하는 것이 바람직
 - 미국(상담 및 계획 승인에 국한)보다 캐나다(직업재활계획 수립 등 사례관리자)의 경우 공단직원의 역할이 상대적으로 큰데, 후자의 경우도 상당한 전문인력의 확보가 전제되어야 함.
 - 따라서 사업초기에는 미국과 같은 전달방식 채택 적극 검토
- 재활동기 및 위탁기관의 신의성실성 확보
 - 재활동기 : 의학적판정체계를 가지고 있고, 연금과 소득 간 병급조정장치가 없는 현 여건 하에서 미국이나 캐나다 등처럼 연금수급권의 조정을 통한 재활동기 부여 곤란
 - 우리는 더욱 강력한 인센티브가 필요한데, 예를 들어, 재활 참여와 관련된 비용(교통비 등)보상, 연금+적절한 재활수당(정액) 제공, 재활기간의 국민연금의 가입기간(보험료납부기

간) 인정 방안 검토 필요

- 위탁기관의 신의성실 확보방안 : 미국처럼 재활계획에 따라 단계적으로 위탁수수료를 지급하되, 일정고용기간 이상의 정규직 취업이 아닌 경우 수수료를 삭감 내지 비지급 검토

라. 국민연금 재활서비스의 추진방안(안)

□ 단기추진방안

○ 기본방향

- 국민연금의 재활서비스는 경제성과 효율성 원칙에 의거하여 추진되어야 함. 즉, 재활서비스로 나타나는 직접적인 편익이 최소한 직접적인 비용을 넘어서야 함.
- 이때 직접적인 편익이란 금전적으로 환산할 수 있는 편익을 말하는데, 이는 수급자가 가입자로 전환되어 가입상한연령 도달 시까지 납부하게 될 기여금수입이 전부임.
 - 현 국민연금의 제도적 여건 하에서는 이러한 기여금수입 이외에는 국민연금이 취할 수 있는 실질적인 금전적 수입 내지 지출절감이 발생하지 않음.
- 이러한 상황에서 단기적으로는 경제성 요건을 가장 크게 충족시킬 수 있는 추진방향은 미국이나 캐나다처럼 직업재활에 국한하여 서비스를 제공하는 방안으로 판단됨.*
 - * 직업재활서비스의 효율성에 대해서는 이러한 서비스를 중심으로 제공하는 미국, 캐나다 등 많은 국가의 많은 연구자에 의해 입증되고 있음(이용하 2009).

○ 직업재활서비스의 추진모형

- 대상자의 선별기준

- 실업 상태의 장애연금수급자를 기본대상으로 하되, 예산제약 시 연령기준(고연령자 제외), 재활의지·가능성·능력 등을 추가로 고려(경제성 차원에서 초기에는 경증위주로 추진)
 - 수급권 반복제한 : 최종재활이 종료된 시점에서 최소한 3~5년 정도의 시간간격을 두고 반복 수급 허용
- 서비스 내용
- (현물급여) 기본적으로 기초상담 - 직업능력 및 적성평가 - 재활계획수립 - 직업훈련 - 취업알선·지원 - 사후관리(직업 적응·정착지도) 등 개인별 필요한 만큼 패키지 형태로 제공
 - (현금급여: 재활수당) 연금에 추가하여 기회비용 보상 차원에서 정액의 재활수당 지급. 수당은 고용촉진공단과 산재의 중간수준으로 검토
- 전달체계
- 미국식 근로티켓 교부방식 채택, 공단의 역할은 최소화하고 위탁계약 공공 및 민영서비스 기관을 적극 활용하고 재활계획*에 의거하여 그 수수료 및 비용 정산
 - * 재활계획에는 재활서비스 목록, 소요비용 예산서, 개인과 수탁기관 나아가 위탁기관의 권리와 의무, 권리보호 및 제재장치 조항을 넣어 일종의 계약서 역할을 하도록 함.
 - 특히 공단에는 재활상담원을 두되 기초상담·재활계획의 승인 등의 영역에만 관여하고 전 과정 감독·관리
- 소요재원 및 조달
- 재활서비스에 소요되는 비용은 서비스신청자수(임의사항이므로) 및 서비스단위당 비용에 의해 결정됨.
 - 현재 실업상태의 근로연령대에 있는 장애연금수급자는 전체(7만여명)의 중 약 5만명이며, 이들 중 연간 10%(5,000명)

씩 신청한다고 가정하고 1인당 소요비용을 190만원(2008년 장애인고용촉진공단의 고용촉진사업의 1인당 소요비용 적용)으로 본다면 총비용은 95억원으로 추정됨

- 재활서비스에 필요한 재원은 전액 당년도 보험료수입으로 조달. 기금복지투자 형태로의 자금조달방식은 적용하기 곤란

□ 장기 추진방안(안)

○ 기본방향

- 장애범주 및 장애판정기준의 변화, 그에 따른 장애인구 및 잠재적 장애 인구의 증가, 의료재활인프라의 개선(건강보험의 재활급여 확대, 재활의학의 발전 포함) 등은 향후 국민연금 재활사업의 확대 및 개편에 영향을 미치는 주요한 전제조건이자 변수
 - 이러한 전제와 여건이 어느 정도 갖추어질 때 선재활 원칙과 의료재활에서 직업재활로 이어지는 종합재활원칙에 기초하는 독일식의 재활서비스 모형 적용 검토
- 이러한 제도전환을 위해 중기적으로는 초기단계의 직업재활상담원(기초상담 + 재활계획 승인 업무)에게 사례관리자로서의 역할(재활계획의 수립 등을 자체적으로 수행)을 부여하는 등 가능한 내부적 역량을 키우는 방향으로 운영
- 또 재활서비스가 분절적으로 제공되면 효과적이지 않으므로 독일처럼 ‘한 손에 의해(aus einer Hand)’ 모든 서비스를 일괄적으로 제공하는 것을 중요한 원칙으로 설정
- 나아가 시장기능에 의해 충분한 서비스기관이 확립되지 않을 경우 직영의 자체 재활전문병원 등의 건립 검토
 - 아니면 국립재활원 등에 기금을 투자하여 재활병원을 확충하는데 간접적으로 기여하거나 직업훈련시설의 경우도 장애

인복지공단 등과 공동으로 투자하는 방안도 적극 모색

- 특히 포괄적인 재활서비스 제공에 따른 경제성을 확보하기 위해 재활서비스와 연금급여간 관계의 정성화가 전제되어야 함.
 - 즉, 서비스의 재정적 효율성을 극대화하기 위해 재활서비스에 의한 근로소득과 연금간 병급조정장치를 도입

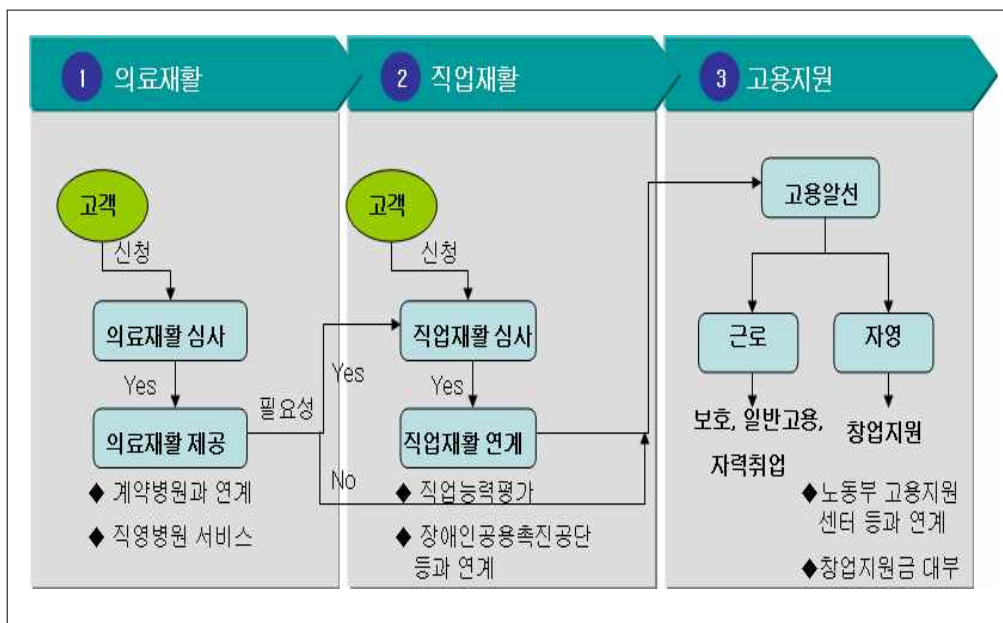
○ 재활프로그램 및 내용

- 재활대상자
 - 수급자 중심의 후재활원칙에서 가입자 중심의 예방·선재활 원칙으로 전환
 - 이때에는 심사체계도 장애심사 중심에서 재활심사 중심체제로 전환
- 서비스 범위
 - 직업 재활프로그램에 점차 의료재활 프로그램 접목·확대, 이때 건강보험과 역할분담을 명확히 하여 의료재활서비스의 범위 설정
 - 의료재활서비스 내용도 종합적인 재활치료컨셉(HWO의 ICF 장애개념에 입각한 패키지 형태의 치료컨셉)에 기초하여 의료적, 심리적, 사회적, 교육적 치료 등 포괄적으로 제공
 - 국민연금의 의료재활은 일반병원이나 장애인복지관 등에서 제공하는 만성적 질환의 재활이 아니라 아급성기 환자의 근로능력의 회복 및 유지에 목표를 두어야 할 것임.
 - 또 의료재활은 가능한 한 조기개입이 중요한 만큼 급성기 치료종결에 바로 연계하여 서비스를 제공하고 나아가 직업재활과 연계될 수 있도록 프로그램을 운영
 - 직업재활프로그램도 수급자중심에서 장애위협이 있는 가입자중심으로 전환하고, 프로그램 내용도 재취업 및 직장획득

지원책에서 원직복귀 및 직장유지에 목표를 둔 지원서비스 중심으로 구성

- 재활수당도 가입자와 수급자층으로 이원적으로 구성하고, 가입자에게는 최근 소득에 비례하는 재활생계급여(산재의 휴업수당 내지 건보의 상병수당에 상당)를 제공 검토

[그림 9-4] 장기적 관점에서의 재활서비스 흐름도



○ 사업운영 및 전달체계

- 중장기 관점에서 국민연금 재활서비스는 가능한 한 ‘한손에 의한 모든 서비스를 제공한다’는 원칙 하에서 통합적으로 제공하는 전달체계 구축
 - 즉, 외부자원에 전적으로 의존·활용방식(out sourcing)에서 내부자원을 통한 관리와 외부위탁을 병행하는 방식으로 전환
- 이러한 관점에서 볼 때, 먼저 가능한 한 자체 재활시설을 구축하여 통합적 재활서비스 및 고객만족도 증진을 위한 토대를 마련

- 물론 중복투자 방지를 위하여 기존의 재활인프라를 우선적으로 활용하되, 부족한 분야에는 공단이 신규 진입 검토
- 관리조직도 확충된 사업에 상응하여 ‘본부사업부서-지사담당직원’ 운영체계에서 ‘재활사업본부(본부)-재활지원센터(지역본부)-재활급여부(지사)’ 운영체제로 확충 개편
 - * 독일연방연금보험공단의 재활사업본부는 현재 3실 17부(기획실 2부, 시설관리실 3부, 급여실 12부), 2,200명(전체 직원의 10%)의 직원으로 구성
- 장기대안의 소요재원과 조달
 - 의료 및 직업재활을 동시에 제공하는 독일의 경우 장애인재활 서비스의 비용은 총 연금지출의 1.5%정도 차지
 - 장기대안의 경우 독일과 똑같은 서비스를 제공하고 2020년 경에 시행한다고 단순 가정할 경우 4,800억원(2020년 총지출 32조의 1.5%) 소요
 - 그러나 현재 우리나라 장애연금수급자(7만명)는 독일(2009년 120만명)의 1/16수준인 점을 감안 최대 300억원 정도 소요 추정

4. 조기퇴직자 및 유족 등에 대한 취업지원서비스의 도입

가. 현황 및 문제점

- 60세 이전 조기노령연금수급자 규모가 커져가고 있으며, 유족연금의 경우도 근로가능연령대의 수급자가 규모는 무려 전체유족연금수급자의 1/2에 달하고 있음.
- 이러한 추세의 조기노령연금 및 유족연금 수급자 규모 증가는 연금재정에 큰 압박으로 작용할 것임.

- 선진외국의 경우 이미 오래 전부터 인구고령화에 대응하는 차원에서 조기노령연금수급자를 억제하기 위해 수급가능연령이나 소득요건 등 수급요건을 크게 강화하고 있으며, 특히 영국의 경우 조기수급과 근로(실업등록을 하고 일자리 탐색 등을 전제)를 엄격하게 연계시키고 있음.
 - 더구나 유족연금의 경우도 수급요건을 강화하거나 아예 폐지하는 경우도 있음(스웨덴 등)
- 물론 이러한 수급요건의 강화는 보편화된 취업지원서비스가 전제되어야 함.
 - 선진외국의 경우 잘 짜여진 고용보험이나 국고 등에 의한 보편적 취업지원서비스가 구축되어 있어 그러한 전제조건을 충족하고 있음.
 - 그러나 우리나라의 경우 퇴직으로 인한 조기노령연금수급자나 유족배우자 등은 사실 고용보험이나 국고에 의한 고용지원서비스를 거의 받기가 어려운 실정임.
 - 특히 국고에 의한 고용지원서비스는 생계비에도 미치지 못하는 지원수당을 제공하고 있어 서비스 이용의 유인이 되지 못하고 있으며 고용보험도 그와 거의 유사한 실정임.
- 이러한 기존 서비스의 결함 등을 고려할 때, 국민연금은 조기연금수급의 억제를 위한 대응책을 마련할 필요가 있으며, 그 타당성이 있다고 볼 수 있음(이용하 2010).
 - 조기퇴직자나 유족연금수급자 등에 대해 국가가 취업지원서비스를 제공할 수 있으나 국고재원의 제약 등으로 수동적인 차원에서 이루어질 수밖에 한계가 있음.
 - 즉, 국민연금은 다른 어떤 관련기관이나 제도보다도 조기퇴직 및 조기연금수급을 억제시키는 유인과 이해관계가 높으므로 활성화 조치에 적극적인 기관이 될 수 있음.

- 물론 취업지원서비스의 초기단계에는 부족한 연금수준을 보완하는 부가서비스 차원에서 서비스를 제공하되
 - 장기적으로는 서비스의 경제성과 효율성을 확보하기 위해 소득과 엄격하게 연계시키는 방향으로 제공 필요*
 - * 서비스의 경제성은 서비스의 모형(대상자의 범위나 급여수준 등)에 따라 크게 다를 수 있으나 특히 장기추진방향의 경우 상당한 경제성 확보가 가능할 것으로 판단됨.

나. 국내외 사례

- 국내사례
 - 국내적으로 이러한 취업지원서비스를 제공하는 사례는 없음.
- 국외사례
 - 선진외국의 경우 이미 보편화된 공공취업지원서비스를 이용할 수 있으므로 연금에서 직접 조기퇴직자나 유족연금수급자 등 특정집단에 대해 취업지원서비스를 제공하는 사례는 쉽게 찾아볼 수는 없음.
 - 그러나 우리나라는 세계에서 유례를 찾아볼 수 없는 인구고령화에 직면하고 그로 인해 연금재정의 불안정이 극에 달해 있는 만큼 잠재근로인력을 적극적으로 노동시장으로 유인할 필요성이 높음.

다. 도입방안(안)

- 서비스의 대상자
 - 조기노령연금수급자 혹은 그 수급을 고려하는 자, 유족연금수급 배우자
 - － 다만, 실업상태 혹은 실업에 가까운 취업상태에 있는 자

- － 이중 경제성 확보차원에서 본다면, 저연령의 유족연금수급 배우자가 비용회수기간이 상대적으로 길기 때문에 우선적인 서비스대상자로 설정할 필요가 있음.
- 취업지원서비스의 수급은 신청에 의거하되, 적극적인 상담대상자로 발굴 추진
 - － 물론 초기단계에는 임의신청형태로 운영하되, 장기적으로는 영국처럼 엄격하게 연금과 근로(구직활동)를 연계시키는 형태 즉 취업지원서비스 수급을 의무화하는 방안 검토
- 서비스의 내용
 - 취업 및 직업상담 + 외부의 고용지원서비스기관(취업알선 및 직업훈련 등)과 연계 + 생계수당 등 취업지원비용 지원
 - 취업지원비용은 생계수당+직업훈련+취업알선 등에 소요되는 비용
 - － 생계수당은 최소한 수급가능한 연금 이상을 제공하여 서비스 이용 유인 확보
 - － 직업훈련이나 취업알선 등은 맞춤형 서비스로 제공하여 취업 성공률을 극대화하도록 함.
- 전달 및 수행체계
 - 공단은 서비스대상자에게 바우처를 발급하고 개인이 이에 기초하여 연금공단이 지정한 공공 혹은 민간서비스 기관을 선택, 계약을 체결하고 서비스를 받을 수 있는 형태로 운영함.
 - － 다만, 이때 서비스는 표준화되어야 할 것이며, 일정한 요구조건(예: 취업성공률)이 충족되어야 협력대상기관으로 지정하도록 함.
 - 공단(행복노후설계센터) : 안내 및 신청서 접수, 상담 및 서비스 대상자 선정, 서비스 프로세스 전반 관리 등
 - 공공 및 민간 취업지원서비스기관 : 실질적인 서비스 공급자 역할 수행

□ 서비스 재원과 소요비용

○ (재원) 당연도 연금보험료수입

- 국고보조도 고려해 볼 수 있으나 이 경우 사업의 정체성(왜 이러한 서비스를 연금에서 해야 하는지가 불투명해짐)에 대한 혼란이 우려됨.

* 이러한 배경에서 앞서 언급한 모든 서비스의 재원을 거의 연금보험료 수입에서 충당하는 것을 제안하고 있음.

○ (소요비용) 조기노령연금수급(예정)자 규모 및 근로연령기 유족배우자규모, 서비스 이용의 강제화 여부, 1인당 서비스비용 등에 대해 소요비용은 크게 차이가 있을 수 있음

- 기본적으로 신청주의에 의해 운영한다고 전제하는 경우 근로연령기(20~60세)의 조기노령연금수급자(2011년 10만명) 및 배우자(20만명)의 10%(연간 3만명)가 신청한다고 가정하고 1인당 서비스 비용을 장애인재활(190만원)과 동일하게 설정하면 570억원(3만×190만원) 소요

□ 연금과 취업성공(근로소득)과의 관계

○ 도입 초기단계에는 관대하게 설정되어 있는 조기노령연금 및 유족연금의 현행 지급제한 소득기준을 유지하되, 장기적으로는 강화하여 근로소득과 연금 간 대체관계를 강화할 필요가 있음.

- 현재 국민연금의 병급조정기준인 ‘소득이 있는 업무의 기준(월 과세소득기준 250만원 초과)’이 사실 지나치게 관대함.
- 이를 유지하면서 국민연금에서 취업지원서비스를 제공한다면 투자의 수익성(경제성)이 기대만큼 크지 않을 수 있음.

○ 따라서 고령근로자 및 유족배우자에게 국민연금이 취업지원서비스를 제공하게 된다면 그 경제성을 확보하기 위해서는 현행 소득제한기준의 강화는 반드시 필요한 보완조치임.

- 이를 고려한 정확한 비용과 편익에 대한 구체적인 연구 필요

제5절 요약 및 결론

□ 요약

- 국민연금은 현금급여 중심으로 이루어져 있는데다 인구고령화 등 외부환경의 급속한 변화로 재정적 지속가능성에 중대한 위협에 직면
- 이에 대응하기 위해 현재 노후설계서비스 등 부가적 서비스가 제공되고 있으나 국민연금의 가입확충에 초점을 두고 있어 실질적으로 사회서비스산업의 발전 나아가 제도의 지속가능성 제고에 한계가 있음.
 - 또 노후설계서비스만으로는 사회경제적 파급효과가 크지 않아 제도의 지속가능성을 제고할 만큼 충분하지 않음.
- 따라서 기존의 노후설계서비스를 확충하여 종합생활서비스 체제로 전환하여 사업의 효율성을 제고할 필요가 있음. 종합생활서비스는 다음과 같은 것을 추가로 포함.
 - 먼저, 공사연금의 통합정보서비스는 정보의 객관성과 다층연금의 통합성을 제고하기 위해 공단위주에서 공공·민간의 통합형으로 전환함.
 - 둘째, 장애연금 수급자에 대한 재활서비스를 도입함.
 - 셋째, 조기퇴직연금수급자(혹은 그 수급예정자) 및 유족배우자 등에 대한 취업서비스를 제공하도록 함.
- 특히 두 번째와 세 번째의 서비스는 제도의 체감도와 순응성을 제고하고 장기적으로는 연금지출 억제(전제조건: 소득제한기준 조정)

와 보험료수입증대 등 이중의 재정안정화 효과를 얻을 수 있음.

- 물론 이러한 서비스는 철저하게 경제성과 효율성에 기초하여 점진적으로 도입·운영하되,
- 전반적 관리는 공단이 수행하고 서비스의 실제적 공급은 민간이 맡는 형태로 분업구조를 구축하여 서비스산업의 발전과 제도의 지속가능성을 동시에 도모하도록 함.

○ 이러한 현물급여(서비스)에 소요되는 재원은 모두 당년도 보험료 수입으로 조달하는 것을 원칙으로 함.

- 기금투자형태로 운영할 경우 적정수익성 논란으로 사업의 시행이 곤란함.

□ 결론

○ 우리나라는 세계적으로 유례없이 빠른 인구고령화에 직면하고 있는 만큼 이와 가장 연관성이 높고 충격을 받는 연금제도가 이에 적극적으로 대응하기 위한 정책을 도입 혹은 확대하는 것은 필요함.

- 그 대표적인 것으로 재정적 경직성이 높은 현금중심 급여체계에서 환경변화에 유연한 대응을 가능케 하는 현물(서비스)급여를 도입·확충하여 양자간의 균형을 맞추어가는 노력이라고 할 수 있음.

○ 이때 서비스급여의 도입 초기단계에는 주로 낮은 수준의 현금급여를 보완하는 역할을 수행하도록 운영하되,

- 장기적으로는 서비스의 경제성과 재정적 효율성을 제고하기 위해 현금급여와 대체관계를 강화하는 방향으로 운영하도록 함.

□ 종합컨대, 현재 국민연금제도는 다른 선진국과 달리 시작단계에 있다는 점에서 경직적인 현금중심의 급여에서 인구고령화에 신속적이고 유용한 현물급여중심으로 구조적 개혁 및 혁신을 할 수 있는 좋은 조건을 갖추고 있음.

- 이러한 구조혁신이 순조롭게 이루어진다면 인구고령화와 그에 따른 재정적 불안정성을 완화하는데 크게 기여할 수 있으므로 현물 급여의 도입 및 확충을 적극적인 추진이 요구됨.
- 다만, 그러한 서비스급여가 단순히 소모적 지출이 아니라 ‘생산적 투자’라는 점을 보다 객관적으로 증명하고 동시에 효과적인 서비스모형을 설계하는 것은 후속연구의 과제로 남아 있음.

제10장 공공형 역모기지제도 도입 방안

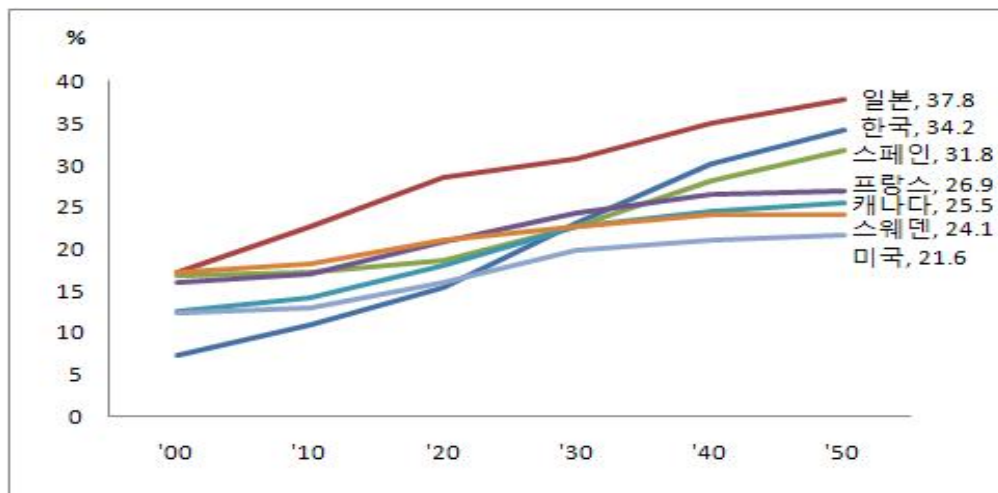
제1 절 현황 및 문제점

1. 노인 빈곤 현황

□ 저출산·고령화 추이

- 현재 우리나라는 세계적으로 유례없이 급격하게 고령사회로 전환
 - 저출산 기조가 오랫동안 지속됨에 따라 인구 고령화를 가속시킴. 1983년 합계출산율이 인구대체수준인 2.1명에 도달 후, 지속적으로 하락하였으며 2009년은 OECD 국가 중 최저 수준인 1.15명
 - 현행 추세가 지속될 경우 향후 10년 안에 생산가능인구 감소(2017), 고령사회진입 및 총인구 감소(2018) 등 본격적인 인구변동이 예상됨.
- 국민영양향상·위생상태 개선 및 보건의료 수준이 향상됨에 따라 기대수명이 늘어나고 65세 이상의 노인인구가 지속적으로 증가해 고령화가 가속화됨.
 - 2010년 현재 우리나라 노인인구 비율은 11.0%이며, 2050년 우리나라 노인인구 비율은 34.2%로 일본과 함께 세계 최고 수준에 이를 전망(김미곤 외, 2010)

[그림 10-1] 고령자 비율 변화 추이 전망, 2000~2050



자료: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 「World Population Prospects: The 2008 Revision」, <http://esa.un.org/unpp>

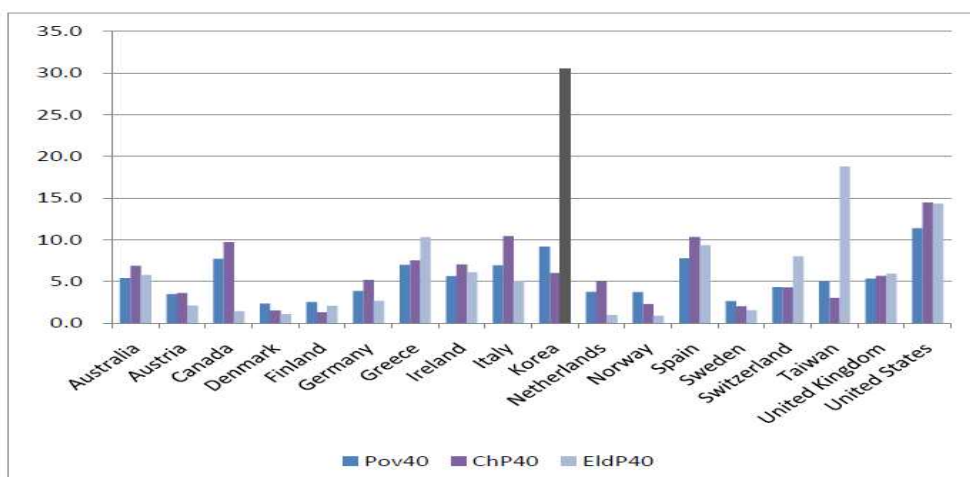
- 이에 따라, 노인의 소득보장과 세대 간 갈등 문제는 현재 서구 복지국가보다 더 심각한 사회문제로 비화될 가능성이 높음.
 - 우리나라의 경우, 연금의 성숙도와 그 수준이 낮으며, 전반적으로 공적 소득보장체계가 미흡하여 노인 빈곤율이 매우 높을 뿐만 아니라,
 - 장기적으로 급속한 저출산·고령화로 인한 높은 부양비는 청장년 세대와 노인 세대 간의 사회적 갈등을 악화시킬 우려가 있음.
- 18세 이상 인구 중 국민연금을 포함하여 노후 준비를 하고 있다고 응답한 비율이 약 2/3인데 비해, 나머지 1/3은 노후 준비를 하고 있지 않은 것으로 나타남(통계청 사회조사, 2009).
- 주택 마련, 자녀 교육과 출가 등으로 인해 저축 여력이 매우 낮은 현세대 및 미래세대 노인의 빈곤 문제는 심각한 사회문제로 대두되고 있음.

□ 외국과의 노인빈곤율 비교(중위소득 40% 기준, 2000년대 중반)

○ 실제로 현재 우리나라의 노인빈곤율은 아래 그림에서 보는 바와 같이 타의 추종을 불허할 정도로 높음.

- 스웨덴, 덴마크, 핀란드, 노르웨이 등 공적 소득보장체계가 잘 갖추어진 북유럽 복지국가들은 전체 빈곤율이 2~3%대로 매우 낮을 뿐만 아니라, 대체로 노인빈곤율이 전체 빈곤율이나 아동빈곤율에 비해 더 낮게 나타남.
- 독일, 오스트리아 등 유럽대륙 국가들도 전체 빈곤율 수준은 사민주의 국가들에 비해 약간 높게 나타나지만, 노인빈곤율이 전체 빈곤율에 비해 낮은 수준을 유지하고 있음.
 - 지중해 연안 국가들(이탈리아, 스페인, 그리스)은 유럽대륙 국가들에 비해 빈곤율이 높게 나타나며, 이탈리아를 제외하고는 전체 빈곤율에 비해 노인빈곤율이 약간 높음.
- 영국, 미국, 호주 등 영미권 국가들은 전체 빈곤율과 노인 빈곤율 수준이 비슷함. 다만, 캐나다는 예외적으로 노인빈곤율이 매우 낮게 유지되고 있는 것으로 나타남.

[그림 10-2] 주요 국가들의 유형별 빈곤율 비교(가처분소득 중위 40% 기준)



주 : Pov40: 전체빈곤율, Chp40: 아동빈곤율, EldP40: 노인빈곤율
 자료 : www.lisproject.org

- 이에 비해, 한국과 대만의 경우 전체 빈곤율 수준에 비해 노인 빈곤율이 월등하게 높게 나타남.
- 대만(18.8%)에 비해서도 한국의 노인빈곤율(30.5%) 수준은 훨씬 더 높게 나타남.

2. 노인에 대한 공적 소득보장 현황 및 문제점

가. 공적 소득보장 체계의 분류

□ 아래 표는 우리나라의 주요한 공적 소득보장제도를 제도의 성격과 대상별로 분류한 결과를 제시하고 있음.

- 노인을 대상으로 한 공적 소득보장체계는 공공부조를 포함할 때 3층으로 구성되어 있음.
 - 기여력에 의해 급여가 지급되는 사회보험방식의 공적연금(국민연금, 공무원연금, 사립학교교직원연금, 군인연금, 기타 공적연금), 준보편적 수당성격의 기초노령연금⁴⁴⁾, 그리고 최후의 안전망으로서 국민기초생활보장제도가 그것.
 - 대부분의 선진 복지국가의 경우도 노인의 소득보장은 2층(공적연금+사회부조), 3층(공적연금+기초연금+사회부조), 혹은 4층(기업(개인)연금+공적소득비례연금+기초연금+사회부조)으로 구성되어 있음.
 - 따라서, 우리나라의 노후 소득보장체계는 적어도 형식적인 모양새는 갖추고 있는 셈임.

○ 그러나 연금 기여력이 짧은 현세대 노인의 빈곤문제, 공적연금과

44) 2007년 4월에 도입된 제도로 도입 당시에는 70세 이상 노인으로 전체 노인 중 소득인정액 하위 60%를 대상으로 하여 2008년 1월부터 급여를 지급하였다. 이후 2008년 7월에는 65세 이상 전체 노인의 70%까지 확대되었다.

기초노령연금의 낮은 급여 수준, 연금과 사회부조 간의 관계 설정에서의 형평성 결여 등 내용상으로는 여전히 많은 문제를 안고 있음.

〈표 10-1〉 제도성격별·대상별 주요 소득보장

제도특성/대상	청장년	노인	기타 인구학적 특성
사회보험형	고용보험 산재보험	국민연금 등 공적연금	
준수당형	영유아보육료지원	기초노령연금	
공공부조형	근로장려세제 저소득층 학비지원		장애수당 모부자가정지원 국가유공자보조금 각종 바우처지원금
국민기초생활보장제도(자활, 긴급지원 포함)			

자료: 여유진 외(2010)

나. 노인 공적소득보장의 사각지대 현황

□ 가구유형별 빈곤 현황

○ 아래 표에서 보는 바와 같이, 경상소득 기준 가구빈곤율은 9.29%이며, 비노인가구 빈곤율은 5.12%인데 비해, 노인가구 빈곤율은 27.42%에 이릅니다.

— 공공부조의 선정기준으로 사용되는 소득인정액 기준으로 전체 빈곤율은 10.3%이며, 비노인가구의 빈곤율은 4.8%, 노인가구의 빈곤율은 30.39%에 이릅니다.

〈표 10-2〉 소득기준별·가구유형별 가구빈곤율

	경상소득	공공부조전 경상소득	소득평가액	소득인정액
비노인가구	4.42	5.59	7.10	4.54
노인가구	26.19	30.06	43.19	30.39
전체가구	9.27	11.04	15.14	10.30

(단위: %)

자료: 2010년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사 원자료

□ 노인가구의 소득별 분류 및 추계

- 65세 이상 노인만으로 구성된 가구(노인단독가구, 노인부부가구, 기타 노인만으로 구성된 가구)의 비율은 15.23%로 약 260만 가구로 추산됨.

〈표 10-3〉 가구 분류 및 추계

(단위: %, 가구)

	비율	추계
비노인가구	84.77	14,539,985
노인가구	15.23	2,612,292
전체가구	100.00	17,152,277

자료: 2010년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사 원자료
통계청(www.kosis.kr), 장래가구추계(2010년 기준)

- 노인만으로 구성된 가구 중 약 10.22%가 공공부조전 경상소득이 최저생계비 미만인면서 국민기초생활보장제도의 수급가구로 분류되며, 약 267천가구임.
 - 경상소득이 최저생계비 미만이지만 부양의무자 기준이나 재산의 소득환산 기준 등의 초과로 기초보장의 혜택을 받지 못하는 비수급빈곤가구는 노인가구 중 25.6%로 668천가구에 이름.
 - 경상소득이 최저생계비의 100~120%에 속하는 차상위계층은 전체 노인가구의 13.9%에 해당하는 약 363천가구임.
 - 경상소득이 최저생계비의 120~150%에 해당하는 차차상위계층은 전체 노인가구의 15.5%, 404천가구임.
 - 경상소득이 최저생계비 150% 이상으로 비교적 부유한 노인은 전체 노인가구의 34.84%인 910천가구로 나타남.

〈표 10-4〉 공공부조전 경상소득 기준 가구 분류 및 추계

(단위: %, 가구)

공공부조전 경상소득 기준 가구 분류	비율	추계
최저생계비 미만이면서 수급가구	10.22	266,976
최저생계비 미만이면서 비수급가구	25.59	668,485
최저생계비 100~120%	13.87	362,325
최저생계비 120~150%	15.49	404,644
최저생계비 150% 이상	34.84	910,122
전체 노인가구	100.00	2,612,553

자료: 2010년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사 원자료
통계청(www.kosis.kr), 장래가구추계(2010년 기준)

3. 역모기지의 현황 및 문제점

- 현재 시행되고 있는 역모기지 형태의 대표적인 제도로는 2007년 7월에 도입된 주택금융공사의 주택연금과 최근 한국농어촌공사에서 실시하고 있는 농지연금을 들 수 있음.
- 이 중 다수 노인가구를 포괄하고 있는 주택연금을 중심으로 현황과 문제점을 살펴보고자 함.

가. 역모기지 제도의 운용 현황

1) 주택연금⁴⁵⁾

- 국내에서는 1995년 민간금융기관들이 역모기지 형태의 금융상품을 도입하였으나 이용실적은 매우 저조하였음(이석호, 2005).
- 이에, 2007년 7월부터 도입된 주택연금은 자택 외에는 뚜렷한 소득이 없는 60세 이상 가입자가 소유 주택을 담보로 맡기고 금융회사로부터 노후생활자금을 연금방식으로 대출받는 제도임.
- 대출 대상은 주택 보유자에 한하며, 대출 기간은 최장 15~20

45) 주요 내용은 주택금융공사(<http://www.hf.go.kr/>)를 참조함.

년임(매일신문, 2010. 9. 7일자).

□ 주택연금의 가입 요건(주택금융공사: <http://www.hf.go.kr/>)⁴⁶⁾

[그림 10-3] 주택연금의 가입 요건 도해



- 연령 요건: 주택소유자(본인)와 배우자의 나이가 보증신청일 현재 만 60세 이상
- 주택보유 요건: 본인과 배우자를 기준으로 보증신청일 현재 주택을 1채만 소유하여 실제로 거주하고 있어야 함.
 - 같이 사는 자녀가 별도의 주택을 소유하고 있는 것은 상관 없음.
 - 주택연금 이용 중 추가로 주택을 소유하여도 주택연금을 계속 이용할 수 있음.

46) 2009년 4월부터는 가입연령이 만 65세 이상에서 만 60세 이상으로 완화되었으며, 주택연금한도도 3억원에서 5억원으로 확대됨. 또한, 중신혼합방식(연금방식 중 일부 자금을 수시인출할 수 있도록 한 방식) 수시인출비율이 30%에서 50%로 확대됐으며 해당 주택에서 거주하지 않고 이사하는 경우도 계속 연금을 받을 수 있도록 완화되었음 (http://www.financedoctor.co.kr/finance/view.php?f_idx=624&b_code=5&m_code=0&s_code=0&page=10). 대상 완화로 인해 신규 가입대상이 약 80만 가구로 확대될 것으로 예상됨(중앙일보, 2010. 9. 16일자)

○ 대상주택 요건

- 일반주택은 「주택법」상 주택이어야 함(단독주택, 다세대, 연립주택 및 아파트(주상복합 포함)).
- 노인복지주택은 「노인복지법」상 분양형 노인복지주택으로서 해당지자체에 신고된 주택이어야 함.
- 주택가격은 9억원 이하이어야 함.
- 저당권, 전세권, 임대차계약이 없어야 함(해지조건으로 가입가능)

○ 주택가격 평가방법: 한국감정원 인터넷 시세 → 국민은행 인터넷 시세 → 한국감정원 정식 감정평가액을 순차적으로 적용

□ 주택연금의 내용(주택금융공사: <http://www.hf.go.kr/>)

○ 보증기한(종신) : 소유자 및 배우자 사망 시까지

○ 주택연금 계약해지 사유

- 본인 및 배우자 모두 사망
- 담보주택 소유권 상실(화재로 인한 주택소실, 재건축·재개발 등으로 인한 주택소유권 상실 등 포함)
- 본인이 사망 후 배우자가 6개월 이내에 소유권이전등기 및 채무인수를 하지 않는 경우
- 1년 이상 담보주택에서의 미 거주

○ 지급방식 (이용도중 지급방식 및 인출한도 설정비율 변경가능)

— 종신지급방식

- 개별인출금 설정없이 종신토록 매달 일정금액을 지급하는 방식

— 종신흡합방식

- 일정 한도(대출한도의 50%) 내에서 개별인출을 허용하고, 나머지 부분에 대해 매달 일정 금액을 종신토록 지급하는 방식
- 개별인출 용도는 주택구입(임차)자금, 사행성, 사치오락성이 아닌 용도는 모두 허용

○ 월지급금 지급유형

－ 월지급금 증가 옵션

- 매년 3%씩 월지급금이 증가하는 방식
- 이용초기에는 종신지급방식(정액형) 보다 월지급금이 적음
- 종신지급/종신흡합 두 방식 모두에서 선택하여 신청 가능

〈표 10-5〉 월지급금 비교(주택가격 3억원, 종신지급방식 기준)

(일반주택, 단위:천원)

가입연령	종신지급 (정액형)	증가 옵션 선택시				
		가입시	5년후	10년후	15년후	20년후
60세	709	514	596	691	801	929
65세	864	646	749	868	1,006	1,167
70세	1,064	821	952	1,104	1,280	1,484
75세	1,330	1,061	1,231	1,427	1,654	1,918
80세	1,688	1,398	1,621	1,879	2,179	2,526

주: 노인복지주택의 월지급금은 일반주택과 다름.

－ 월지급금 감소 옵션

- 이용초기에는 종신지급방식(정액형)보다 월지급금이 많음
- 매년 3%씩 월지급금이 감소하는 방식
- 종신지급/종신흡합 두 방식 모두에서 선택하여 신청 가능

〈표 10-6〉 월지급금 비교 (주택가격 3억 원, 종신지급방식 기준)

(일반주택, 단위:천원)

가입연령	종신지급 (정액형)	감소 옵션 선택 시				
		가입시	5년후	10년후	15년후	20년후
60세	709	929	797	685	588	505
65세	864	1,108	951	817	701	601
70세	1,064	1,334	1,146	984	845	755
75세	1,330	1,625	1,396	1,198	1,029	884
80세	1,688	2,007	1,723	1,480	1,271	1,091

주: 노인복지주택의 월지급금은 일반주택과 다름.

- 대출금리(3개월 CD금리 +1.1%)
 - － 대출이자는 매월 대출 잔액에 가산되고 있어, 가입자가 직접 현금으로 납부할 필요가 없음
- 보증료 : 초기 보증료 및 연 보증료
 - 초기 보증료 : 주택가격의 2%를 최초 연금지급일에 납부
 - 연 보증료 : 보증잔액의 연 0.5%를 매월 납부
 - 보증료는 취급 금융기관이 가입자 부담으로 공사에 납부하고 대출 잔액에 가산됨
- 담보의 제공 : 1순위 근저당권 제공
 - 제3자(자녀, 형제 등) 소유 주택을 담보로 하는 주택연금은 이용불가
 - 보증금액의 120%로 저당권 설정
- 대출금 상환 : 이용자 사망 후 주택처분 가격으로 일시 상환
 - 채무 부담 한도(대출금 상환액)는 담보주택 처분가격 범위 내로 한정
 - 대출금은 언제든지 별도의 중도상환 수수료 없이 전액 또는 일부 상환 가능(다만 초기보증료는 환급 되지 않음)

금액비교	상환할 금액	비고
주택가격 < 대출잔액	주택가격	부족한 부분은 가입자(상속인)에게 청구하지 않음
주택가격 > 대출잔액	대출잔액	남은 부분은 가입자(상속인)가 가져감

○ 세제 혜택

구분	내용
저당권 설정 시	등록세 면제, 교육세 면제, 국민주택채권매입의무 면제, 농어촌특별세 면제
주택연금 이용중	재산세 25% 감면 (단, 5억원 초과주택은 5억원에 해당하는 만큼 감면) 대출이자비용 소득공제(200만원 한도)

2) 농지연금⁴⁷⁾

- 농지연금은 고령농업인에게 소유농지를 담보로 생활자금을 매월 연금방식으로 지급하는 농지담보형 역모기지제도로 2011년 처음 도입
 - 농지연금은 도입 목적은 농지자산을 유동화하여 노후생활자금이 부족한 고령농업인의 노후 생활안정 지원으로 농촌사회의 사회안전망 확충 및 유지
 - 법적 근거는 “한국농어촌공사 및 농지관리기금법” 제 10조(사업) 및 제24조의5(농지를 담보로 한 농업인의 노후생활안정 지원사업 등)
- 신청자격
 - 연령: 신청연도 말일 기준으로 농지소유자 본인, 배우자 모두 만 65세 이상이며 농지소유자 본인의 신청일을 기준으로 농업인일 것
 - 연농경력: 신청인의 영농경력이 5년 이상일 것
 - 농지연금 신청일 기준으로부터 과거 5년 이상 영농경력 조건을 갖추어야 함.
 - 영농경력은 신청일 직전 계속 연속적일 필요는 없으며 전체 영농기간중 합산 5년 이상이면 됨
 - 소유농지: 신청인의 총소유농지가 3만m² 이하일 것
 - 2인이상 공동소유 농지일 경우 부부 공동지분 이외의 지분은 제외
 - 대상농지: 지목이 전·답·과수원으로써 실제 영농에 이용중인 농지
 - 가입신청자가 소유하고 있는 농지
 - 저당권등 제한물권이 설정되지 아니한 농지
 - 압류 · 가압류 · 가처분 등의 목적물이 아닌 농지

47) 주요 내용은 농지연금포탈(<http://www.fplove.or.kr/>)을 참고함.

□ 지급방식

- 종신행: 가입자(배우자) 사망시까지 매월 일정 금액을 지급하는 방식
- 기간형: 가입자가 선택한 일정기간 동안 매월 일정 금액을 지급하는 방식

□ 가입신청: 한국농어촌공사 본사 및 지역본부, 93개 지사

나. 기존 역모기지 제도의 문제점 및 한계

□ 역모기지제도 이용은 최근 증가 추세에 있음에도 불구하고, 몇 가지 문제점과 한계를 지니고 있음.

○ 이용실적의 상대적 저조

- 우리나라는 2007년 7월부터 주택연금제도가 도입된 후 2009년 3월에 대상자의 자격요건을 완화하였으나, 2009년 5월 기준 총 가입건수는 1,718건에 불과함(김근용·강미나, 2009)
- 최근 주택연금 이용자가 증가하는 추세에 있기는 함.
 - 한국주택금융공사에 따르면 2009년 정부 보증 역모기지 주택연금에 새로 가입한 사람은 총 1124명으로 2008년 695명보다 62% 증가. 지난 2007년 7월 주택연금이 출시된 이후 2009까지 총 가입자 수는 2,334명으로 집계됨(중앙일보, 2010.9.16일자).
- 농지연금의 경우 도입 첫해이고 대상자가 상대적으로 적음에도 불구하고 비교적 인지도와 활용도가 높은 편임.
 - 2011년 상반기에 775명이 가입하여, 총 25억원(가입자 평균 매월 94만원) 지급

○ 공공성이 낮음.

- 현재 한국주택금융공사에서 운용하고 있는 주택연금제도는 3개월 CD금리⁴⁸⁾에 1.1%, 농지연금은 4%의 금리가 가산되어 이자가 설정되고 있음.
- 시중은행의 주택담보대출금리에 비해서는 상대적으로 저렴한 금리에 제공되고 있기는 하지만, 공공형이라고 보기는 어려움.
- 저소득노인을 대상으로 하고, 좀 더 낮은 이자 혹은 무이자의 주택연금과 다양한 소득보장 혹은 복지제도와 결합된 ‘공공형 역모기지’의 모색이 필요함.

제2절 공공형 역모기지 제도 도입의 필요성

□ 국민기초생활보장제도의 한계

- 자력 우선의 원칙, 사적부양 우선의 원칙, 타법 우선의 원칙에 입각해 있는 현 국민기초생활보장제도는 따라서, 근로능력자의 경우 조건부 수급, 자신과 가족의 소유 자산 우선 활용(재산의 소득환산제), 부양능력 있는 부양의무자가 없을 것, 국민연금, 기초노령연금 등 타법에 의한 보호를 우선적으로 받을 것 등을 조건으로 하고 있음.
- 이로 인해 실질적으로 소득은 최저생계비 미만임에도 불구하고, 기초보장급여 자격에서 제외된 이른바 ‘기초보장 사각지대’가 널리 분포해 있는 것이 현실임.
- 특히, 근로능력의 거의 없다고 볼 수 있는 노인의 경우 실제로는

48) CD(Certificate of Deposit)란 시장에서 양도가 가능한 정기예금증서를 말한다. 우리나라 은행들의 경우 변동금리형 주택담보대출에 적용하는 금리를 ‘CD 금리+R’의 형태로 정하고 있는 경우가 많다(네이버 지식사전).

생활수준이 최저 수준 이하임에도 불구하고 국민기초생활보장 수급을 받지 못하는 이유는 주로 다음과 같음.

- 주로 엄격한 부양의무자 기준으로 인해 피부양자로부터 실제로는 금전적 부양을 받지 못하거나, 최저 수준 미만의 부양비를 받고 있는 경우 혹은 낮은 기본 공제와 높은 재산의 소득환산율로 인해 실제로는 거주하고 있는 주택 이외에는 거의 재산이 없는 경우임.
- 아래 표에서 보는 바와 같이, 경상소득이 최저생계비 미만인 수급가구와 비수급가구의 소득은 각각 51.2만원과 46.5만원으로 기초보장급여로 인해 수급가구의 소득이 약간 더 높게 나타남.
- 반면, 총재산의 경우 수급가구는 약 1,000만원에 불과한데 비해, 비수급가구는 약 7,700만원으로 비수급가구가 훨씬 더 높게 나타남. 다만, 비수급가구 재산의 대부분은 주거용 재산임.

〈표 10-7〉 최저생계비 미만 가구의 소득과 재산

(단위: 원)

		경상소득 최저생계비 미만	
		수급가구	비수급가구
경상소득(기초보장급여 포함)		51.2	46.5
총생활비		49.7	59.1
재산	총재산	999	7,732
	주거용재산	2,390	7,684

- 따라서 특히 재산으로 인해 수급으로부터 제외된 가구에 대해, 자신의 재산(주거용)을 최대한 활용하도록 공공이 지원하는 형태의 “공공형 역모기지 제도”를 도입함으로써 ‘자력’과 ‘공공’의 중간형태의 소득보장체계를 구축할 필요성이 있음.

□ 국민연금의 높은 미가입률과 기초노령연금의 낮은 급여액

- 2009년 4월 기준으로 국민연금 가입대상자중 적용제외 상태에 놓여져 있는 사람은 약 13백만명에 이르며, 이중 무소득배우자가 553만명으로 41.55%에 이르고 있는 것으로 나타남.
- 이중 특수직역 가입자 및 수급자의 무소득배우자인 약 46만명의 경우에는 특수직역연금의 연금급여수준이 국민연금의 급여수준에 비해 높다는 점에서 노후소득보장에서 어려움에 놓일 가능성이 낮은 반면에 이를 제외한 국민연금 수급자 및 가입자의 무소득배우자인 약 507만명은 노후소득보장의 사각지대에 놓일 가능성이 높다는 점에서 향후 사회보험 사각지대의 문제를 유발할 개연성을 지님(여유진 외, 2010).

〈표 10-8〉 국민연금 적용제외자의 유형별 현황(2009년 4월 기준)

국민연금 적용제외자 유형	인원(명)	백분율
18세 이상 27세 미만자	3,343,861	25.10
특수직역연금 가입자	1,449,651	10.88
특수직역연금 수급자	109,536	0.82
국민기초생활보장수급자	755,165	5.67
국민연금 수급자	79,308	0.60
무소득 배우자	5,534,216	41.55
(국민연금 사업장 가입자의 무소득 배우자)	(2,454,797)	(44.36)
(국민연금 지역 가입자의 무소득 배우자)	(2,263,779)	(40.91)
(국민연금 수급자의 무소득 배우자)	(354,500)	(6.41)
(특수직역연금 가입자의 무소득 배우자)	(363,226)	(6.56)
(특수직역연금 수급자의 무소득 배우자)	(97,914)	(1.77)
기타(국제이주자, 행방불명된 자)	2,047,998	15.38
총 계	13,319,735	100.0

자료: 우혜봉 최은아(2009), 『국민연금 적용제외자 현황과 노후소득보장 대책』, 정책09-10, 국민연금연구원, 재인용

- 또한, 아래 표에서 보는 바와 같이, 국민연금에 20년 가입하더라도 평균 예상 연금수급액은 사업장 가입자의 경우 42만원, 지역 가입자의 31만원, 농어민 가입자 28만원으로 최저생계비에도 못

미치게 됨.

- 이와 같이, 국민연금은 가입률이 낮을 뿐만 아니라, 저부담·저급여 구조로 인하여 선진 복지국가에 비해 연금액이 매우 낮은 편이라, 전국민 국민연금 개시 이후 급여가 본격적으로 개시되더라도(2019년) 여전히 노인빈곤문제가 해소되지 않을 가능성이 높음.

〈표 10-9〉 가입종별 평균소득 및 예상 연금 수급액

구분	평균소득(월)	10년간입 연금액	20년 가입 연금액
사업장 가입자	200만원	약 22만원	약 42만원
지역 가입자	108만원	약 16만원	약 31만원
농어민 가입자	89만원	약 15만원	약 28만원

자료: 농어업선진화위원회(2009), 『영세고령농의 생활안정 및 복지지원대책』.

- 대부분이 공적 연금으로부터 제외되어 있는 현세대 노인의 소득 보장을 위해 도입된 기초노령연금의 최대급여액은 노인단독가구의 경우 91,200원, 노인부부가구의 경우 145,900원으로 2011년 최저생계비의 각각 17.1%와 16%에 불과함.

〈표 10-10〉 기초노령연금 최대 급여액

구분	노인단독	노인부부	
		1인수급	2인수급
2011.4~2012.3	91,200	91,200	145,900
2010.4~2011.3	90,000	90,000	144,000
2009.4~2010.3	88,000	88,000	140,800
2008~2009.3	84,000	84,000	134,400

자료: 보건복지부, 『기초노령연금사업안내』.

- 노후소득보장의 다층성을 높이고, 노인빈곤 예방의 수단을 다각화한다는 점에서도 공공형 역모기지 제도 도입이 필요한 시점임.

제3절 정책 방안

1. 대상자 추정을 위한 노인가구 실태 분석

□ 가구 구성

- 노인으로만 구성된 가구를 아래와 같이 5개 유형으로 분류함.
 - － 평균가구원수는 수급가구만 1.1인으로 상대적으로 적으며, 나머지는 1.4인 내외임.
 - － 이 중 여성가구주의 비율은 수급가구가 70.1%로 가장 높고 나머지는 대체로 50% 내외임. 소득이 높을수록 여성가구주 비율이 낮아지는 경향이 있음.
 - ・ 역으로 말하면, 여성노인단독가구일수록 빈곤할 가능성이 높다는 의미

〈표 10-11〉 평균 가구원수, 여성가구주 비율 및 가구주 평균연령

(단위: 명, %, 세)

	유형1	유형2	유형3	유형4	유형5	전체
평균가구원수	1.1	1.4	1.4	1.4	1.5	1.4
여성가구주비율	70.1	54.4	47.6	50.0	40.7	49.6
가구주 평균연령	74.5	76.0	74.5	73.9	72.5	74.1

주: 유형 1-최저생계비 미만이면서 수급가구, 유형 2-최저생계비 미만이면서 비수급가구, 유형 3-최저생계비 100~120%, 유형 4 - 최저생계비 120~150%, 유형 5-최저생계비 150% 이상, 전체-전체 노인가구
 자료: 2010년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사 원자료

□ 가구주의 경제활동

- 수급가구의 노인가구주 경우 95%가 경제활동을 하고 있지 않는 것으로 나타남. 당연한 결과이지만, 소득이 높은 집단일수록 경황률이 높게 나타남.
- － 경제활동 중에서는 자영자(무급가족종사자 포함)의 비율이 가장 높게 나타나며, 그 다음이 임시·일용·자활참여자임.

- 노인의 경우 정년이 없는 자영업을 제외하고는 일자리를 찾기가 쉽지 않음을 시사

〈표 10-12〉 가구주의 경제활동

	유형1	유형2	유형3	유형4	유형5	(단위: %) 전체
고용주	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.4
상용직	0.0	0.1	0.4	0.4	2.4	1.0
임시,일용,자활	2.7	6.6	7.8	9.7	11.0	8.4
자영 및 무급가족종사자	2.6	10.6	15.7	20.5	24.6	16.9
실업자	0.0	0.4	0.4	0.3	0.4	0.3
비경활	94.8	82.3	75.8	69.3	60.5	73.1

주: 유형 1-최저생계비 미만이며서 수급가구, 유형 2-최저생계비 미만이며서 비수급가구, 유형 3-최저생계비 100~120%, 유형 4 - 최저생계비 120~150%, 유형 5-최저생계비 150% 이상, 전체-전체 노인가구
 자료: 2010년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사 원자료

□ 소득 및 생활비

○ 노인 수급가구의 경우 평균 경상소득은 51.2만원이며, 이 중 기초보장 급여가 절반을 넘게 차지함.

— 소득은 최저생계비 미만이지만, 부양의무자 기준 혹은 재산의 소득환산으로 인해 수급을 받지 못하는 비수급가구의 소득은 46.5만원으로 수급가구에 비해 낮게 나타남. 이들 가구는 소득의 절반 이상을 사적 이전소득에 의존하고 있음.

— 사적 이전은 근로소득이 높아질수록 높은 경향이 있음. 즉, 세대간 사회계층의 전승 효과가 있음을 의미.

- 예컨대, 소득이 최저생계비의 150%를 넘는 노인가구의 경우, 사적 이전소득을 제외하고도 소득이 130만원정도임에도 불구하고, 월평균 사적 이전소득이 56.6만원에 이름.

〈표 10-13〉 소득 및 생활비

(단위: 원/월)

	유형1	유형2	유형3	유형4	유형5	전체
근로소득	1.8	5.4	11.9	15.6	53.8	24.4
금융소득	0.0	2.6	5.0	6.2	33.3	13.9
사적이전소득	7.7	24.4	37.2	46.5	56.6	39.1
공적연금	1.2	2.9	5.2	6.5	33.0	14.1
기초노령연금	9.1	9.2	8.5	8.5	5.5	7.7
기초보장급여	26.3	0.2	1.1	0.3	0.2	3.0
기타 정부지원액	5.1	1.8	2.2	2.4	2.4	2.5
경상소득	51.2	46.5	71.1	86.1	184.6	104.7
총생활비	49.7	59.1	79.8	87.1	150.8	97.3

주: 유형 1-최저생계비 미만이며 수급가구, 유형 2-최저생계비 미만이며 비수급가구, 유형 3-최저생계비 100~120%, 유형 4 - 최저생계비 120~150%, 유형 5-최저생계비 150% 이상, 전체-전체 노인가구
 자료: 2010년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사 원자료

□ 주거 점유형태

- 마찬가지로 소득이 높을수록 자가보유 확률이 높게 나타남.

〈표 10-14〉 주거 점유형태

(단위: %)

	유형1	유형2	유형3	유형4	유형5	전체
자가	17.2	52.4	55.3	60.4	72.3	57.4
전세	18.1	16.2	13.3	12.9	8.1	12.7
보증부월세	35.1	6.1	8.3	6.3	4.8	9.0
월세	15.0	3.0	3.3	3.1	1.1	3.6
기타	14.5	22.3	19.9	17.3	13.6	17.4

주: 유형 1-최저생계비 미만이며 수급가구, 유형 2-최저생계비 미만이며 비수급가구, 유형 3-최저생계비 100~120%, 유형 4 - 최저생계비 120~150%, 유형 5-최저생계비 150% 이상, 전체-전체 노인가구
 자료: 2010년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사 원자료

□ 재산 및 부채

- 자가보유자의 주거 현시가는 최저생계비 미만 비수급 노인가구의 경우 약 7,700만원, 소득이 최저생계비의 100~120%인 노인가구의 경우 약 1억 1천만원, 최저생계비의 120~150%인 노인가구의 경우 약 9,500만원임.
- 전세가구의 전세가액은 최저생계비 미만 비수급 노인가구의 경우 약 2,900만원, 소득이 최저생계비의 100~120%인 노인가구의 경

우 약 4,200만원, 최저생계비의 120~150%인 노인가구의 경우
 약 4,800만원임.

〈표 10-15〉 재산 및 부채

(단위: 원)

		유형1	유형2	유형3	유형4	유형5	전체
거주하는 주택 현시가	전체	859	4,548	6,673	6,410	16,346	8,865
	자가	2,390	7,684	10,929	9,493	21,854	14,473
	전세	1,568	2,853	4,177	4,750	6,069	3,876
재산	총재산	999	7,732	10,560	11,355	35,727	17,751
	주거용재산	859	4,548	6,673	6,410	16,346	8,865
부채	총부채	179	735	814	788	3,325	1,600

주: 유형 1-최저생계비 미만이면서 수급가구, 유형 2-최저생계비 미만이면서 비수급가구, 유형 3-최저생계비 100~120%, 유형 4 - 최저생계비 120~150%, 유형 5-최저생계비 150% 이상, 전체-전체 노인가구
 자료: 2010년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사 원자료

□ 공공형 역모기지제도의 잠재 수요 집단

- 소득, 재산, 주거점유 형태 등을 종합해 볼 때, 공공형 역모기지제도의 잠재 수요 집단은 소득이 최저생계비 150% 미만(주요 타겟집단은 최저생계비 120% 미만)이면서, 자가 주택 보유자 혹은 상당 정도의 전세 가액 보유자 집단으로 압축될 수 있을 것으로 보임.
- 앞서 <표 10-4>의 소득집단별 가구수를 적용해 볼 때 최대 잠재 수요 가구는 약 100만가구(1,003,641가구)이며, 주요 타겟가구는 약 71만 가구(706,857가구)로 추산됨.

2. 공공형 역모기지제도의 설계

가. 대상자 및 급여 산정 방식

□ 대상

- 자가 거주자(본인 명의의 주택 거주자)

○ 가구유형 조건: 노인단독(65세 이상) 혹은 노인부부(두 사람 모두 65세 이상) 가구

○ 자산 조건

— 소득 조건: 경상소득이 최저생계비의 150% 미만이면서 기초 보장 비수급가구

— 재산 조건: 5천만원 이상 2억 미만의 자가주택 소유 & 총채산이 3억 미만 & 부채가 총채산의 20% 미만

□ 급여

○ 소득(최저생계비 미만, 최저생계비 100~120%, 최저생계비 120~150%)에 따라 시장형에 비해 할인을 0~100% 차등 적용

○ 여타 급여와의 연계

— 최저생계비 100% 미만 가구의 경우 기초노령연금, 각종 공적 현금 및 현물지원(의료비지원, 연료비 지원 등), 사회서비스와 연계

• 특히, 기초노령연금 등 사회복지급여의 자산조사(소득인정액 산정 등)시 주택연금은 소득에 포함하지 않음(∴ 역모기지 월급여액은 소득이 아니라 부채임)

— 최저생계비 100~150% 가구의 경우 기초노령연금, 사회서비스 등과 연계

□ 전달 체계

○ 시·군·구 복지담당부처에서 사회복지 급여 신청 노인가구를 대상으로 제도 안내 → 한국주택금융공사로 이첩

○ 역모기지 관련 상담, 급여 산정 및 지급, 기타 확인업무 등은 한국 주택금융공사에서 담당 → 시·군·구 복지담당부처에 결과 통보(정보 연계)

나. 대상자 추계

□ 소득구간별 대상가구 추계

- 65세 이상 노인가구 중 자가 거주가구이면서, 거주 주택이 시가로 5천만원~2억원 사이이고, 총 재산액이 3억 미만이며, 부채가 총재산의 20% 미만인 가구의 수는 약 44만 가구임.
- 이 중 공공형 역모기지지의 주타겟집단인 기초보장 비수급가구이면서 소득이 최저생계비의 150% 미만인 가구는 약 26만 가구임
 - － 세부적으로 살펴보면, 소득이 최저생계비의 100% 미만인 가구 중 대상 가구는 약 98천가구, 100~120%인 가구 중 대상 가구는 약 79천가구, 120~150%인 가구 중 대상 가구는 약 83천가구임.

〈표 10-16〉 소득구간별 공공형 역모기지제도의 대상가구 추계

(단위: %, 가구)

공공부조전 경상소득 기준 가구 분류	노인 가구수	비율	추계 가구수
최저생계비 미만이면서 수급가구	266,976	1.88	5,019
최저생계비 미만이면서 비수급가구	668,485	14.69	98,200
최저생계비 100~120%	362,325	21.74	78,769
최저생계비 120~150%	404,644	20.49	82,912
최저생계비 150% 이상	910,122	19.54	177,838
전체 노인가구	2,612,553	16.95	442,828

주: 반올림 등의 영향으로 각 범주의 가구수 합계가 전체 가구 수와 일치하지 않음.

자료: 2010년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사 원자료

통계청(www.kosis.kr), 장래가구추계(2010년 기준)

□ 주택가격별 대상가구 추계

- 주타겟가구 중 주택가격이 5천만원~1억원 사이인 가구가 약 164천가구, 1억원~2억원인 가구가 약 96천가구임.
- － 대체로 소득이 낮을수록 주택가격도 낮고, 소득이 높을수록 주택가격도 높은 비례관계를 보임.

〈표 10-17〉 주택가격별 공공형 역모기지제도의 대상가구 추계

(단위: %, 가구)

공공부조전 경상소득 기준 가구 분류	주택가격 5천~1억	주택가격 1억~2억
최저생계비 미만이면서 비수급가구	70,124	28,010
최저생계비 100~120%	49,168	29,602
최저생계비 120~150%	44,875	38,037
합계	164,167	95,648

주: 반올림 등의 영향으로 각 범주의 가구수 합계가 전체 가구 수와 일치하지 않음.

자료: 2010년 최저생계비 계측을 위한 국민생활실태조사 원자료

통계청(www.kosis.kr), 장래가구추계(2010년 기준)

제4절 기대 효과 및 활용 방안

□ 스마트 웰페어로서의 공공형 역모기지제도의 가능성

- 세 가지 측면에서 공공형 역모기지제도는 스마트 웰페어로서의 가능성이 열려 있음.
- 첫째, 기존 소득 중심의 사회보장제도에서 좀 더 포괄적인 ‘자산’ 영역의 복지로 지평 확대
 - － 초기 사회보장제도는 ‘무산(無産) 계급에 대한 소득보장 중심이었음. 그러나, 노동계급의 중산층(中産層)화가 진행됨에 따라 평균적인 재산 축적과 활용도가 높아짐에 따라, 재산(stock)의 유동화(flow) 가능성이 높아짐.
 - － 역모기지 제도는 재산을 소득화시킴으로써 소득보장의 새로운 방향성을 모색할 수 있는 방안임.
- 둘째, 국가·개인·시장 간 역할 분담과 책임성 공유의 새로운 모형
 - － 기존의 사회보장은 조세나 사회보험 기여금을 주요 재원으로 국가가 운영하는 국가중심적 체계임. 인구 고령화로 인해 이러한 국가중심적 체계는 재정 건정성과 세대간 갈등과 같은 심

각한 도전에 직면함.

- 역모기지 제도는 소득보장 역할분담의 다주제(multi-pillar system)화에서 한 축을 담당할 수 있는 가능성을 열어두고 있음.
- 기존의 기초보장-연금-기업연금-개인연금으로 이어지는 다주제에 재산의 소득화 방식이라는 또 하나의 기둥을 보강함으로써 국가 재정 건전화에 기여하고 세대간 갈등을 줄일 수 있을 것으로 기대됨.
- 단, 이것은 기존 소득보장에 대한 대안이라기보다는 보완으로 보는 것이 바람직함. 또한, 재산의 소득화 과정에서 좀 더 적극적으로 공공의 역할을 규정하고, 기존 소득보장체계와의 유기적 연계를 도모하는 것이 향후 과제가 되어야 할 것임.

○ 금융시장과 새로운 기술 활용

- 역모기지 제도는 오늘날 고도로 발달한 금융시장과 보험계리 방법(actuarial method)을 활용하여 자산의 효율적 배분을 도모할 수 있다는 점에서 스마트 웰페어로 기능할 수 있을 것으로 기대됨.

□ 기대 효과

○ 현 세대 노인의 빈곤 완화

- ‘자산의 소득화’를 통한 탈빈곤에 기여.
 - 비수급 빈곤 노인가구(668,485가구) 중 14.7%인 98,200가구 모두가 역모기지 제도를 활용하여 빈곤에서 벗어난다⁴⁹⁾고 가정하면, 노인가구의 빈곤율은 약 2.8%p 줄어드는 효과가 있음.

○ 공적 부양과 사적 부양의 가교 역할(자립지원형 소득보장)

- 공공형 역모기지 제도의 활성화는 사적 부양의식의 급격한 약

49) 물론, 이들 가구 중 상당수는 1억 미만의 주택소유자로 역모기지 급여를 받더라도 소득은 빈곤선 미만일 수 있다. 이 경우에는 공적 소득보장제도의 추가적 개입이 필요하다.

화와 공적 노후소득보장체계의 미숙을 부분적으로 메울 수 있는 대안으로 기여할 수 있을 것으로 기대됨.

□ 한계

- 주택가격 5천만원~1억원 사이에 많은 대상 가구들이 몰려 있어 월 주택연금액이 매우 낮을 것으로 추정됨.
 - － 주택가격과 소득 간에는 비례 관계가 있어, 특히 최저생계비 미만 가구의 온전한 소득보장 도구로는 일정한 한계가 있음.
- 우리나라의 가족정서·주택정서와 부합하지 않아 대상자가 많지 않을 수 있음.
 - － 가족주의 정서와 유산상속에 대한 욕구가 강한 세대 특성상, 그리고 토지와 주택에 대한 강한 애착이 강한 우리나라의 정서상 정부의 이자 지원 등에도 불구하고 생각만큼 대상자가 많지 않을 것을 수 있음.
 - － 역모기지제도에 대한 거부감을 없애는 것이 또 하나의 과제가 될 수 있음.
- 주택연금 등 역모기지에 대한 노인가구의 인식과 정보가 약함.
 - － 한국주택금융공사, 시·군·구 사회복지 담당부처 간의 적극적인 연계가 필요하며, 아울러, TV 등 언론매체를 통해 역모기지제도에 대한 이해를 높이고 부정적 인식을 줄이는 적극적 방안 모색이 요구됨.

제1장 국민연금 복지재단 신설

- 본 장에서는 연금수급자들의 연금나눔 사업을 중심으로 공단의 사회 공헌활동, 복지시설 운영을 담당하는 주체로 국민연금공단의 복지재단(가칭 연금복지재단) 신설 가능성에 대해 검토하고자 함
- 연금복지재단 신설과 Smart Welfare의 관계
 - 연금복지재단 신설과 Smart Welfare의 관계는 다음과 같이 정리할 수 있음
 - － 첫째, 효율성 측면에서 현재와 같은 타 복지재단 기부는 수급자들의 기부에 대한 체계적 관리 및 홍보 부족, 기부 절차 및 행정 절차 복잡으로 효율성이 떨어지나 연금복지재단 신설은 기부 절차 간소화를 통해 수급자들의 기부 증가→ Smart Welfare 개념 부합
 - － 둘째, 지속가능성의 측면에서 현재와 같은 타 복지재단 기부는 수급자 관리 체계화 미흡으로 지속가능성이 떨어지나, 국민연금공단 산하 복지재단은 연금 수급자 관리가 용이하여 연금나눔 사업의 지속가능성이 가능→ Smart Welfare 개념 부합
 - － 셋째, 체감도의 측면에서 타 복지재단의 연금나눔 사업 관리로 연금 수급자나 국민의 연금나눔 사업에 대한 체감도가 떨어지지만, 이것을 공단 산하의 복지재단에서 운영한다면 금 가입자와 수급자를 대상으로 사업을 운영함으로써 일반 국민이 연금나눔 사업의 직접적인 수혜자가 된다는 점에서 국민의 연금나

높 사업 체감도 향상→ Smart Welfare 개념 부합

- 넷째, 연금제도의 발전 및 연금제도 순응성의 측면에서 현재 상황은 연금나눔 사업이 연금 가입자의 수급권 확대와 같은 연금제도의 발전에 기여하지 못하지만 연금 복지재단에서 운영하게 되면 연금 수급자들의 기부를 연금제도의 발전 및 개선에 활용하여 국민들의 연금제도 이미지 및 순응성 제고에 기여 가능→ Smart Welfare 개념 부합

〈표 11-1〉 연금복지재단 신설과 Smart Welfare의 관계: 연금나눔사업을 중심으로

Dull Welfare: 타 복지재단 기부	vs	Smart Welfare: 연금복지재단 신설
1. 효율성		
· 수급자들의 기부에 대한 체계적 관리 및 홍보 부족 · 기부 절차 및 행정 절차 복잡	vs	· 기부 절차 간소화를 통한 수급자들의 기부 증가
2. 연금나눔 사업의 지속가능성		
· 타 복지재단 기부로 인해 수급자 관리 체계화 미흡	vs	· 공단은 연금 수급자 관리가 용이하여 사업의 체계화 및 지속가능성 가능
3. 국민들의 체감도		
· 타 복지재단의 연금나눔 사업 관리로 인해 연금 수급자 및 국민의 체감도가 떨어짐	vs	· 국민연금을 관리하는 공단 산하의 복지재단에서 관리하고, 연금 가입자와 수급자를 대상으로 사업을 운영함으로써 일반 국민이 연금나눔 사업의 직접적인 수혜자가 된다는 점에서 국민의 연금나눔 사업 체감도 향상
4. 연금제도의 발전 및 연금제도 순응성		
· 연금나눔 사업이 연금 가입자의 수급권 확대와 같은 연금제도의 발전에 기여하지 못함	vs	· 연금 수급자들의 연금 기부금을 연금제도의 발전 및 개선에 활용하여 국민들의 연금제도 이미지 및 순응성 제고에 기여

- 이러한 내용을 좀 더 구체적으로 살펴보기 위해 본 장은 다음과 같은 내용으로 구성하고자 함
- 현재 국민연금공단에서 실시하고 있는 연금나눔 사업 및 사회 공헌활동 현황을 살펴보고,
 - 연금복지재단의 설립 필요성 검토

- 연금복지재단에서 수행할 사업과 관련된 해외 사례 및 국내 사례 검토
- 선행된 작업을 바탕으로 연금복지재단의 주요 사업 및 기능에 대한 제시
- 연금복지재단 설립 시 문제점 및 선결 과제 고찰

제1 절 국민연금공단의 연금나눔 사업 및 사회공헌활동 현황

- 공단에서는 각종 사회공헌활동 및 연금나눔 사업을 실시하고 있음. 여기에서는 이 가운데 수급자들의 기부 사례인 ‘행복한 연금나눔 캠페인’, 그리고 공단에서 실시하는 ‘저소득층 보험료 지원사업’과 기타 공단에서 수행하는 사회공헌활동에 대해 살펴보도록 함

1. 행복한 연금나눔 캠페인

- 목적
 - 연금수급자의 사회 참여 방안 제시 및 이를 통한 사회공동발전 도모
 - 나눔문화 확산을 통한 국민연금제도에 대한 이미지 개선
- 나눔사업 내용 계획안
 - 사업 개요
 - 캠페인명 : ‘행복한 연금나눔 캠페인’
 - 대상 : 일반국민(주요대상 : 국민연금 수급자)
 - 기간 : 연중
 - 주최 : 사회복지공동모금회 (후원 : 보건복지부)

○ 나눔사업

- 기부금 가운데 50%는 차상위계층 국민연금보험료 지원에, 나머지 50%는 노인(국민연금 수급자 포함)의 생계비, 의료비에 지원
- 월 2,000명을 대상으로 약 7천1백만원이 산출될 것을 기대하고 있음

〈표 11-2〉 ‘행복한 연금나눔’ 기관별 주요 역할

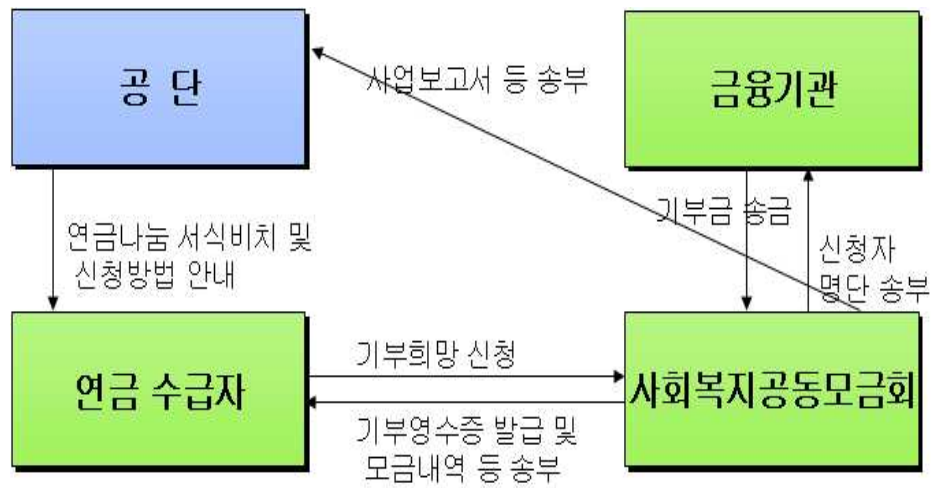
구 분	주 요 내 용
보건복지부	- 캠페인 후원명칭 사용 승인
공단	- 모금함의 설치, 홍보자료의 비치 등 단순 모금 장소제공 협조 - 기부 문의 시 단순한 신청 안내 및 약정함 관리 - ‘저소득가입자 보험료 지원 사업’ 대상자 추천 및 (자동, 가상계좌) 납부 방안 등 제시
사회복지 공동모금회	- 사업 전반 운영, 지원, 평가 - 기부금 모금 및 배분 주관 - 기부영수증 발급 및 사업보고서 등 송부 - 언론사(조선일보) 협조

자료: 국민연금공단 내부자료.

□ 기대효과

- 중상층의 노블리스 오블리제 실천 방안 제시 및 연금수급자의 기부문화 활성화에 따른 공단 이미지 제고
- 사회복지단체, 경제계, 언론계 등 다양한 이해관계자와 파트너쉽 강화를 통한 지속가능경영 기반 구축
- 장기적으로 보험료 지원을 받은 가입자가 수급자가 되어 연금 일부 기부를 통한 나눔의 선순환 기대
- 국민연금제도에 대한 국민 인식 개선

[그림 11-1] 연금기부절차



자료: 국민연금공단 내부자료

2. ‘저소득 가입자 연금보험료 지원’ 사업

□ 사업 목적

- ‘저소득 가입자 연금보험료 지원’ 사업의 효율적 추진을 통한 노후소득기반 확충 및 공단 경쟁력 제고

□ 사업 내용

○ 대상자 선정기준

- 국민연금제도에 대한 이해의 폭은 넓으나, 경제적 어려움 등으로 연금보험료 납부가 곤란한 자로서 다음 각 항에 해당하는 자
 - 소득월액이 1,400천원⁵⁰⁾ 이하인 55세 이상의 지역가입자로서 60개월 이상 납부한 이력이 있는 자⇒ 12개월 이내 보험료 단기 지원을 통해 수급요건이 충족되는 가입자 우선 선정
 - 기타 경제적 어려움 등으로 납기 내 보험료 납부가 곤란한

50) 2010년도 차상위계층 월소득인정액 기준(3인 가구) 1,400,926원

자 ⇒ 지방자치단체에 차상위 수급권자 등(의료급여 및 장애수당 수급자, 자활사업대상자 등) 추천 의뢰 가능

－ 추납보험료, 반환일시금 반납금 지원 불가

- 연금보험료 지원으로 수급요건(120개월 납부)이 충족되면 특별한 사정이 없는 한 지원 중단을 원칙으로 함

○ 지원대상자 선정절차

- － 본부 및 각 지사는 선정기준에 부합하는 가입자를 선정위원회에 추천
- － 선정위원회는 후보자에 대한 가입기간, 생활형편 등을 고려하여 대상자 선정

○ 지원방법

- － 매월 5일 지원 금액을 대상자 계좌에 입금(가능한 자동이체 유도)

○ 재원

- － 임직원 사회공헌후원금 및 페토너, 폐휴지 매각대금 등 비예산 사회공헌 예수금 활용

○ 사후관리

- － 지원금액이 반드시 연금보험료 납부에 사용되도록 지도 및 관리 철저
- － 대상자가 지원하는 월로부터 2개월 이상 미납한 경우에는 지급 제한

□ 연금보험료 지원대상자 선정위원회 구성

○ 위원회 구성

- － 본부
 - 위원장 : 총무지원실장
 - 위원 : 운영지원부장, 3급 이하 직원 2명

— 지역본부

- 위원장 : 지역본부장
- 위원 : 지사지원부장, 위원장이 위촉하는 지사가입지원부장
- 위원장이 위촉하는 위원은 4인 이상으로 함

○ 위원회 운영방법

- 과반수 참석으로 위원회 성원
- 참석위원의 과반수 찬성으로 지원대상자 결정
- 가부 동수인 경우에는 위원장이 결정

3. 기타 공단에서 수행하는 사회공헌활동

- 현재 국민연금공단에서는 그 주체를 지역본부와 지사로 구분하여 여러 사회공헌활동 실시
- 지사의 사회공헌활동
 - 사회공헌기금을 수반하지 않는 인력 참여 중심의 정기적 자원봉사활동(ex. 복지관 등 봉사처 발굴 및 지사 내 자원봉사자 모집 수행)
 - 필요시 지사에서 수행함이 타당한 소규모 사회공헌활동(사회공헌 기금, 행사 규모, 인원 등을 감안)
- 지역본부의 사회공헌활동
 - 저소득가입자 연금보험료 지원사업, 소외계층 정기적 후원활동 등 사회공헌기금을 수반하는 정기적인 후원활동
 - 저소득가입자 연금보험료 지원사업
 - 저소득층 등 소외계층 정기적 후원활동
 - 지사의 추천 대상자 또는 자체 발굴 대상자에 대한 후원여부 결정 및 후원 실시

□ 사회공헌활동 내용

- 수급자를 위한 찾아가는 치과 진료서비스: 의료봉사단체인 글로벨 케어 소속 의료진과 해당 지사 사회봉사단의 자원봉사를 통해 진행
- 연금수급자 결연 및 후원사업: 기초생활보장 수급자 또는 차상위 계층 등 생활이 어려운 저소득층을 대상으로 결연 및 후원활동
- 1인1나눔 계좌 갖기 운동: 임직원의 후원금 기부형식으로 매월 모금된 후원금은 ‘한국사회복지협의회’를 통해 소외계층 지원
 - 2009년 상반기 기준 매월 평균 250명 참여, 총 46,135천원의 후원금 기부
- 사랑의 김장김치와 연탄 나눔 운동
- 사랑의 헌혈, 장기기증 운동
- 1봉사단 1촌 자매결연 등

〈표 11-3〉 공단의 사회공헌활동

공단사업과 연계한 고객 사랑	전문기관과 함께하는 나눔	이웃사랑 실천	지역사랑 실천
<ul style="list-style-type: none"> · 저소득가입자 연금 보험료 지원 · 수급자를 위한 찾아가는 치과 진료서비스 · 연금수급자 결연 및 후원사업 	<ul style="list-style-type: none"> · 1인1나눔 계좌 갖기 운동 · 사랑의 김장김치 및 연탄 나눔 	<ul style="list-style-type: none"> · 사랑의 헌혈, 장기기증 운동 · 사랑의 PC 기증 · 마이찾기 캠페인 동참 	<ul style="list-style-type: none"> · 환경보전 활동 · 1봉사단 1촌 자매결연 · 긴급재해 구호 활동

자료: 국민연금공단 홈페이지

제2절 연금복지재단의 필요성 검토

□ 국민연금 수급자 증가 및 수급자의 연금 기부 사례 증가

- 국민연금 수급자 300만명, 100만원이상 수급자 발생에 따라 연

금 기부 및 기부 희망자 증가

- 현재 국민연금 수급자의 연금나눔 사업은 공단과 사회복지공동모금회가 올해 4월부터 시행하고 있는 ‘행복한 연금나눔 캠페인’ 외에도 아름다운 재단에서 ‘국민연금 1% 나눔 캠페인’ 실시
 - 국민연금 수급자가 연금액의 일정액을 기부하여 극빈층 및 독거 노인의 겨울 난방비 및 난방용품, 피복비 등의 겨울나기를 지원
- 아름다운 재단의 은빛겨자씨기금은 독거노인의 생활비를 지원하고자 2003년부터 국민연금 수령액 중 25만원 가량을 기부한 수급자의 기부에서 시작
 - 2010년 기준으로 1500여명이 은빛겨자씨기금에 동참하여 약 1억5000만원 정도가 기금으로 조성(아름다운 재단 홈페이지).
- 뿐만 아니라 연금 수급자들의 기부희망 사례도 증가
- 현 문제점
 - 현재 ‘공공자금관리기금법’에 따라 준정부기관인 국민연금공단은 기금 조성을 주도할 수 없기 때문에 수급자들이 사회복지공동모금회, 아름다운재단과 같은 복지재단에 산발적으로 기부하고 있는 상황
 - 수급자들의 기부 행위에 대한 체계적 관리 및 홍보 부족
 - 기부 절차 및 행정 절차 복잡
- 재단 신설 시 가능성
 - 공단은 연금 수급자 관리 및 이들을 대상으로 한 기부 문화 홍보가 비교적 용이하여 사업의 체계화의 가능성
 - 기부 절차 간소화를 통한 수급자들의 기부 증가 기대

〈표 11-4〉 기부희망 사례

※ 내가 받는 연금을 모아 소년소녀 가장에게 장학금을 줄 생각이다. 명칭을 ‘국민연금장학금’이라고 하고 부지런히 공부하여 나중에 국민연금 잘 내라고 당부 해야겠다.
 - 연금수급자 수기, 2006. 3·4월호 국민연금지의 ‘국민연금을 말한다’에서 -
 ※ “국민연금 덕분에 시련 이겨냈으니...” 수령 연금 일부 때내 이웃 도와 “국민연금 때문에 혹독했던 시련을 이겨낼 수 있었습니다. 제가 얻은 열매가 힘든 사람들에게 조금이나마 보탬이 되길 바라는 마음으로 기부에 동참하고 있습니다.”
 남편과 자신의 몫으로 받는 국민연금 가운데 일부를 기부하고 있는 오문재(66)씨는 자신의 어려웠던 시절을 생각하며 나눔을 실천하고 있다고 말했다. 오씨는 남편과 자신 앞으로 나오는 특례노령연금 60여만원 가운데 일부를 지난해부터 ‘월드비전’에 기부하고 있다. 자신이 받는 연금의 절반 이상을 장학금으로 쓰고 있는 연금 수급자도 있다. 김광연(62)씨는 2007년 3월부터 재직자 노령연금 52만원을 받기 시작해 2년이 넘도록 매달 30만원을 장학금으로 내놓고 있다. 김씨는 저소득층 초등학교 2명에게 각각 15만원씩 후원하고 있으며 아이들을 직접 만나 격려하는 등 적극적인 기부 활동을 펼치고 있다.
 - 국민일보 [2009.12.03 22:00] 문수정 기자 thursday@kmib.co.kr

□ 공단의 사회적 책임 수행 및 사회공헌활동의 체계화

- 국민의 노후를 책임지는 공공기관으로서 나눔문화 확산에 앞장서야 할 사회적 책임 수행
 - 대외적으로도 공공기관의 나눔문화 확산 및 사회적 책임 강조
 - 2011년 공공기관 경영실적 평가 ‘사회공헌’ 지표 신설
 - 2010년 국정감사 최영희 의원 ‘연금액 기부문화 확산 캠페인 개최 검토’ 요구
- 현 문제점
 - 공단 내에서 이루어지고 있는 사회공헌활동 체계화 부족
 - 현재 공단에서는 사회공헌기금을 활용하는 사회공헌활동은 지사에서, 지역본부에서는 사회공헌기금을 활용하는 사회공헌활동 수행
 - 사회공헌활동을 전담하는 부서가 없어 조직 및 전문인력이 부족하며, 이에 대한 체계적인 중장기 계획이 부족한 상황
- 재단 신설 시 가능성
 - 재단 신설을 통한 전담 부서를 마련하고, 전문 인력을 채용함

으로써 공단의 사회공헌활동과 관련된 사업을 운영하여 공단
내 체계적인 사회공헌활동 가능

□ 연금 나눔 사업 및 사회공헌활동을 통한 연금제도의 발전 및 연금제
도의 순응성, 대국민 이미지 개선

○ 앞서 검토한 바와 같이, 현재 공단에서는 수급자들의 연금 나눔
사업과 공단 내 사회공헌활동, 저소득층 보험료 지원과 같은 사업
시행

○ 현 문제점

— 연금 수급자들의 연금 나눔 사업을 통한 기부금이 다른 복지
재단에 기부되어 취약계층을 위한 복지사업에 활용되고 있으
나, 연금 가입자들의 수급권 확대와 같은 연금제도의 개선과
발전에는 기여하고 있지 못함

• 이는 연금 수급자들의 기부금이 다른 복지재단에서 활용되
고 있는 것과 관련이 있음

○ 재단 신설 시 가능성

— 국민연금공단에서 복지재단을 신설하여, 연금 수급자들의 연금
기부금을 연금제도의 발전 및 개선(예: 저소득층 연금보험료
지원 등)에 활용한다면 국민들의 연금제도에 대한 이미지 개
선 및 순응성 제고에 기여할 수 있을 것이라 기대

제3절 연금복지재단 관련 사례 검토

□ 여기에서는 공단의 복지재단 설립 가능성 검토와 관련하여, 해외와
국내로 구분하여 사례를 살펴보고자 함

○ 해외의 경우 연금기부 사례와 연금운영 기구가 복지재단을 운영

하는 사례를 중심으로 검토

- 국내의 경우 기업에서 운영하는 복지재단과 기업이 아닌 조직에서 운영하는 복지재단의 목적 및 운영체계, 사업내용 및 예산 검토

1. 해외사례

가. 연금기부 사례

- 영국의 경우 직역연금/개인연금 수급자가 연금의 일부를 기부할 경우 감세 혜택을 주고 있으며, 별도의 복지재단(Fund)에 연금 일부를 기부하고 각 재단에서는 복지시설이나 필요한 곳에 지원하는 형태
 - 현재 공단에서 실시하는 ‘행복한 연금 나눔 캠페인’ 방식과 유사
 - 연금액 기부는 소득세가 적용되기 전에 이루어지므로 기부 이후에 소득세가 적용되어 감세 혜택이 큼→ 기부자 혜택
 - － 기본세율인 20%의 세금을 납부하고 매달 £10을 기부할 경우 £10의 20%인 £2만큼의 세금 절약(실제 기부 비용은 £8)
 - － 40%의 세금을 납부하고 매달 £10을 기부할 경우 £10의 40%인 £4의 세금 절약(실제 기부 비용은 £6)
 - 직역연금/개인연금 제공자(보험회사)가 Payroll Giving Agency에 허가를 받고, 연금 수급자가 기부할 재단을 선택하면 기부금이 공제된 이후 연금 수급자에게 연금 제공.
- 연금 기부 방식에 대해 이해관계자들이 갖게 되는 긍정적 측면
 - 연금 수급자(기부자)
 - － 기부 방법 및 절차 간소화
 - － ‘지속적’ 기부 가능
 - － 감세 효과로 인해 연금 급여에 해당되는 세금 감소

- 은퇴 이후의 기부를 체계적으로 계획할 수 있음
- 복지재단(기부를 받는)
 - 정기적이고 신뢰할 수 있는 기부금 확보로 예산 등을 미리 계획할 수 있음
- 연금 나눔에 대한 ‘모금 연구소(The Institute of Fundraising)’의 보고서에서 ‘긍정적 사례’로 제시한 사례를 간단히 소개하면 다음과 같음
- Teachers Support Network(TSN)
 - 2005년부터 은퇴한 교사들의 연금을 기부하여 복지시설 등에 지원하고 있으며, 현재 10,000명이 매달 수급 연금의 £2를(한화 약 3,500원) 기부
 - The Teacher's Pensions Agency에서 은퇴한 교사들의 명단을 TSN에 넘겨주고, TSN에서 은퇴한 교사들에게 연락하는 방식
 - 매달 적은 돈을 기부하도록 하여 연금 수급자들로 하여금 부담을 낮추고, 지속적으로 기부하도록 하는 것에 초점
- The Lifeboat Fund
 - 전체 기부금의 약 85%가 연금수급자들로부터 나온 기부금.
 - 조사에 의하면, 1% 미만인 한 달에 £10(한화 약 35,000원)를 기부하였으며, 7%는 £10, 다수인 66%는 £5(한화 약 17,000원) 미만을 기부했다고 응답.
- Royal Mail Payroll Giving and Pensioners
 - 연금수급자들을 대상으로 주기적 잡지를 보내고, 잡지 뒷면에 기부 신청서를 동봉하여 기부 독려
- The Roland Hill Benevolent Fund
 - 현재 10,000명의 연금 수급자들이 매년 £170,000(한화 약

301,823,100원)을 기부하고 있으며, 기부자들의 30%는 80세 이상의 연금수급자들임.

나. 연금운영 기구 복지재단 운영 사례

- 공단과 같이 연금운영 기구 가운데 재단을 운영하는 사례로는 일본 후생연금사업진흥단(厚生年金事業振興団)이 있음
 - 후생연금에서는 복지시설사업을 운영하는 주체로 재단법인을 설립하여 ‘후생연금사업진흥단’에서 담당
- 일본 후생연금사업진흥단 (운영 담당)
 - 설립년도와 설립목적: 1943년 11월 설립
 - － 설립목적은 후생연금보험법 제 79조 1항에 의해 피보험자와 수급자의 가족복지증진을 위한 복지시설을 보험자인 사회보험청을 대신하여 경영하도록 하기 위함
 - 조직
 - － 2011년 7월 1일 현재 이사장, 상무이사 3명
- 후생연금 복지시설사업
 - 후생연금의 복지시설사업의 재원
 - － 본 사업의 재원은 후생연금보험료의 일부로, 사회보험사무소를 거쳐 사회보험청에 납입된 후생연금보험료에서 대장성으로 가기 전 그 해에 지출될 급여와 함께 복지시설사업비가 후생연금특별회계로 들어 감
 - － 최근에는 매년 2,000~3,000억엔이 복지시설사업비로 할당
 - 시설의 설립과 운영
 - － 시설설치는 계획부터 설립까지 사회보험청에서 담당하고 시설의 운영은 「재단법인 후생연금사업진흥단」에서 담당

○ 시설의 보수

- 각 복지시설의 보수는 연금사업진흥단에서 10년마다 전면적으로 하고 30년마다 증축 또는 재건축여부를 결정
- 소규모 보수는 각 시설 자체에서 수시로 실시

○ 후생연금 복지시설사업 현황

- 1999년 말 현재 후생연금 복지시설사업은 <표 12-6>과 같음

○ 후생연금 복지시설사업의 특징

- 위의 표에서 보는 바와 같이 복지시설사업은 1950년대에는 정형외과 요양소 등 근로자의 산업현장복귀를 위한 시설이 주로 설치·운영되었음
- 1960년대에는 연금회관, 그리고 70년대부터는 건강, 노인복지를 위한 시설이 주로 설치되었음. 이와 같이 일본의 공적 연금 복지시설사업은 사회의 필요에 따라 사업내용을 변화시켜 왔음을 알 수 있음

○ 후생연금 복지시설사업 운영상황

- 후생연금사업진흥단이 관리하는 모든 후생연금복지시설은 단일회계로 구성되어 어느 시설에서 적자가 날 경우 수익성이 있는 다른 시설운동을 통해 손실이 보전되고 있음
- 1995년 이후 병원을 제외한 시설사업에서 적자를 보았으나 현재 운영상황은 호전되어 대부분의 시설이 수지균형인 상태임
- 시설개보수는 사회보험청 예산에서 담당하므로 후생연금사업진흥단은 효율적인 운영을 통해 손실을 보지 않도록 하고 있음. 그 방법은 주로 인건비 절감, 전기료 등 시설기본 운영비의 절감 등을 통하여 달성하고 있음. 최근 고객이 증가하고 있지는 않는 편

〈표 11-5〉 일본 후생연금 복지시설사업 개요

시설구분		시설수	주요 설치목적
병원	후생연금병원	7	정형외과 중심을 둔 종합병원 4개소, 의학재활의 전문병원 3개소
	보양홈	4	입원까지는 필요치 않은 자를 위해 일정기간 의학재활, 생활지도, 영양지도를 실시
	간호사양성소	3	후생연금병원에 적합한 간호사를 양성
후생연금회관		21	복지증진, 교양문화의 향상도모, 대형 5개소, 중소규모건강문화센터 16개소
노인홈		36	연금수급자가 건강하고 문화적인 노후생활을 영위할 수 있도록 함
선포아		24	건강지도, 체력측정 등에 입각한 정확한 건강유지 및 효율적인 여가선용을 도모
휴가센터		17	수급자, 가입자 및 가족의 보양, 교양문화의 향상, 건강증진을 목적으로 하는 3세대 교류의 장소
스포츠센터		5	체력향상과 건강의 유지·증진
선텔		1	후생연금 수급권자와 그 배우자의 자립생활을 목적으로 종신이 용이 가능한 개호노인홈

자료: 보건복지부 일본출장보고서(2000년 2월)

○ 후생연금 복지시설사업 운영방침

- － 가격정책 : 후생연금사업진흥단은 개별 시설에 대해 가격기준으로 가입자를 1로 했을 때 수급자는 0.8, 비가입자는 1.2의 수준을 적용하도록 방침을 정해서 그대로 시행되어 왔으나 최근 개별 시설의 가격결정에 대한 자율성 부과
- － 마케팅 전략 : 특별한 마케팅 전략은 없고 후생연금사업진흥단이 운영하는 모든 시설 간 상호 광고하도록 각 시설마다 후생연금복지시설 광고판을 설치하고 팸플렛 등을 비치. 또한 고객에게 시설이용카드를 발급하여 후생연금 복지시설을 이용할 때마다 이용점수가 누적되도록 하여 가격을 더 할인하는 서비스를 실시

○ 후생연금보험의 복지시설비 규모 추이

- － 후생연금보험의 수입과 지출 대비 복지시설비의 규모는 다음 표와 같이 수입, 지출 모두에 대해 매년 1% 미만이며 대체

로 매년 조금씩 증가되어 왔음.

- 최근 보험료수입이 감소함에 따라 수입 대비 복지시설비 비중은 다소 커지고 있으나 급여 등 지출이 커짐에 따라 지출 대비 복지시설비 비중은 줄고 있음.
- 그러나 후생연금은 성숙된 상태이고 적립금 규모나 지출규모가 매우 크므로 복지시설비 비중이 크지 않음에도 불구하고 그 액수는 작다고 할 수 없으며 매년 복지시설에 꾸준히 투자되고 있어 시설투자에 상당한 금액이 축적된 상태라고 할 수 있음

○ 후생연금 복지시설사업의 현재⁵¹⁾

- 후생성은 이미 설치한 복지시설사업은 그대로 유지하나 새로운 시설 설치하는 하지 않고 있음
- 따라서 앞으로는 이미 설치된 후생연금 복지시설을 유지하기 위한 예산만 설정
- 후생연금 복지시설을 이용하는 이용자 수도 지속적으로 감소하고 있는 것을 확인할 수 있음(<표 11-7> 참고)

〈표 11-6〉 후생연금 복지시설 종합 이용 상황 연도별 추이

	(단위 : 명)				
	2006	2007	2008	2009	2010
병원	1,830,760	1,798,392	1,753,446	1,750,757	1,766,563
보양홈	82,103	65,238	58,851	56,014	54,538
썬텔	42,242	42,969	42,200	41,963	20,115
회관	6,692,901	6,417,195	5,048,399	3,791,650	-
휴가센터	6,313,147	6,029,874	4,753,891	2,272,854	8,523
스포츠센터	1,865,948	1,806,116	1,651,130	1,282,668	-
썬피아	6,356,955	4,696,956	3,081,803	1,837,536	-
하트피아 등	1,825,589	1,604,855	915,225	307,241	52,394
합계	25,009,645	22,461,605	17,304,945	11,340,683	1,902,133

자료 : 厚生年金事業振興団 홈페이지, 2010년 사업보고서

51) 2011년 현재 후생연금진흥사업단은 연금국 내에 설치되어 있으나 이미 설치된 후생연금 복지시설을 유지하는 수준으로만 운영

2. 복지재단 국내 사례

다. 기업 운영 복지재단

- 전국경제인연합회에서 2009년 발간한 ‘2009년 기업·기업재단 사회공헌백서’에 의하면, 기업 및 기업인이 설립한 재단은 74개 가량 존재
 - 이 가운데 조사에 응답한 재단은 64개이며, 이 가운데 재단의 목적사업이 사회복지인 경우는 55.4%인 것으로 나타남
- 여기에서는 대표적으로 삼성복지재단, 이랜드복지재단의 사례를 간단히 검토하고자 함
- 삼성복지재단
 - 개요

설립일자	1989.12	주무관청	보건복지가족부
출연자	이건희 삼성전자 회장		
설립목적	사회소외계층의 자립기반 조성 등 사회복지증진을 위한 사업, 사회발전 및 인류복지 증진을 위한 각종 공익사업을 통해 밝고 풍요로운 사회건설에 이바지함		
이사장	이수빈 삼성생명 회장		
사업비	66억6,700만원		

- 2009년 주요 사업
 - 삼성어린이집 운영 지원(전국 49개소)

개요	1988년 삼성의 제 2창업과 함께 보육사업을 출범시켜 어린이들의 발달에 적합한 환경을 제공하여 건전한 성장을 도모하고, 저소득층 및 맞벌이 부모들이 마음 놓고 경제활동에 참여할 수 있는 기회를 제공하여 가난의 대물림을 막고 가정복지의 증진과 함께 잘 사는 사회를 만드는 것을 목적으로 시작함
개시년도	1989년
사업규모	총 59억8,400만원
지원대상	<ul style="list-style-type: none"> • 전국 10개소, 총 1,361명의 아동이 이용하고 있음 • 저소득층 비율이 56%에 육박하며 자체 개발한 포괄적 보육서비스 등을 통해 보육프로그램 뿐만 아니라 다양한 사회복지 프로그램이 제공되고 있음 • 삼성아동교육문화센터 : 보육프로그램 연구개발 및 사이버 강의 제작

— 삼성효행상

개요	서구화, 산업화되는 현대사회에서 부모에게 효도하고 이웃에게 사랑을 베푸는 효행자들을 발굴, 포상하여 ‘효’정신을 일깨우고 사회의 귀감이 되게 함
개시년도	1975년
사업규모	총 2억3,200만원
지원대상	전국 효행자, 효행청소년 등

— ‘작은나눔 큰사랑’ 사회복지 프로그램 개발 지원

개요	우리 사회에 필요한 복지사업 분야를 개발하고, 확산시키기 위해 청소년, 어르신, 장애인, 사회문제, 방법론 등 현장의 우수 사회복지 프로그램을 선정, 지원함
개시년도	1991년
사업규모	총 4억5,000만원
지원대상	사회복지 프로그램 수행기관

□ 이랜드복지재단

○ 개요

설립일자	1996. 3	주무관청	서울시 마포구청
출연자	이랜드		
설립목적	사회복지사업법의 규정에 의하여 설립된 비영리법인으로서 지역과 이념을 초월하여 상대적으로 불우하고 소외된 계층을 위한 사회복지사업을 수행함으로써 국민 복지를 향상하고 국가복지정책과 사회이익과 인간다운 삶을 이루는 데 기여함		
사업비	105억9,065만6,154원		

○ 2009년 주요 사업

— 이랜드하우스(지역사회복지관) 운영

개요	지역사회에 전문사회복지서비스를 제공하고자 1999년 시립마포노인종합복지관을 시작으로 총 6개 복지관 운영 - 시립마포노인종합복지관 (1999년 / 서울시) - 월곡종합사회복지관(2004년 / 성북구) - 목포하당노인복지관(2005년 / 목포시) - 진도노인복지관(2007년 / 진도구청) - 서구노인종합복지관(2008년 / 광주서구청) - 중랑노인종합복지관(2008년 / 서울시)
개시년도	1999년
사업규모	총 9억6,527만8,350원 / 총 7개 복지관 누적 : 총 56억5,122만2,137원
지원대상	노인복지관 - 60세 이상 어르신 종합복지관 - 지역주민 누구나 이용가능

— 인큐베이팅

개요	소외되고 어려운 우리사회의 이웃들을 훌륭하게 섬기고 있는 복지시설 가운데 열악하고 자립하지 못하는 곳을 현장실사와 평가지표를 통해 선정하여 지원하는 사업으로 경제적인 지원뿐 만 아니라 교육, 의료, 정서지원을 통해 사회적 자립 기반을 마련하는 것에 중점을 두고 있음
개시년도	2009년
사업규모	총 3,879만원 / 총 10개 기관
지원대상	전국의 미자립 그룹홈

— 이랜드 비전장학 사업

개요	경제적인 어려움으로 학업을 유지하기 어려운 차상위계층의 고등학생 중 학교 생활이 모범적이고 성적 상위 80% 이상인 학생을 선발하여 졸업할 때까지 지속적인 장학금 지원 <ul style="list-style-type: none"> • 단순한 장학금 지원뿐만 아니라, 장학생에게 비전을 심어주고 건강한 사회인으로 성장할 수 있도록 임직원과의 1 : 1 이음 멘토링, 장학생 봉사활동, 비전칼리지 등 다양한 방법으로 이랜드 비전장학생 케어 • 이랜드비전장학금, 이랜드동문장학금, 글로벌리더십장학금, 해외장학사업(베트남, 스리랑카)
개시년도	1994년
사업규모	총 3억1,520만6,820원 / 중국인원 포함 170명 이상 (한국 총 2억3,960만6,820원 / 총 170명) 누적 : 총 38억9,488만1,157원 / 총 4,075명
지원대상	전국 차상위계층의 고등학생

— 북한지원사업

개요	북한의 부족한 식량과 의약품 지원을 통한 주민생활 지원 <ul style="list-style-type: none"> • 결핵키트 지원 : 내성결핵치료패키지 지원을 통해 내성결핵 치료 및 예방 - 내성결핵치료약 / 두부제조기계 / 콩 / 두유 및 두부제조 부대물품
개시년도	2008년
사업규모	총 3,000만원 누적 : 총 97억9,714만원
지원대상	북한주민

— 치료비 지원사업: 위아패밀리-힐링핸즈

개요	• 위아패밀리 - 힐링핸즈 : 치료사각지대에 있는 대상자에게 치료비를 지원하고 삶의 자활과 자립을 지지하는 이랜드복지재단 치료비 지원사업
개시년도	2007년
사업규모	총 4억6,774만6,810원(중국포함) / (중국은 인원 파악 안됨) (한국 총 3,574만6,810원 / 총 20명) 누적 : 총 23억2,546만6,287원(중국포함) (한국 총 2억5,132만6,287원 / 총 118명)
지원대상	치료비 지원이 필요한 저소득층(국내 거주 외국인 포함)

— 국제협력개발-제3세계 아동 결연

개요	<ul style="list-style-type: none"> • NGO와 협력하여 이랜드 임직원, 제 3세계 6개국 아동에 지속적인 결연후원 연결 ⇒ 결연금 후원 뿐만 아니라 해당국가로 봉사투어 기획 통해 결연아동과의 만남 및 지역사회개발활동에 봉사할 수 있는 장 마련 (※이랜드 직원만 후원하는 “7이랜드타운”개발 : 인도, 베트남, 모잠비크) • ANGO와 협력하여 제 3세계 지역사회에 학교 건립 <ul style="list-style-type: none"> - 이랜드 나라송가 초등학교(2003 ~ 2005년) - 스리랑카 사마디푸라 유치원(2004년) - 이랜드 나라송가 중·고등학교(2008 ~ 2010년)
개시년도	2008년
사업규모	총 1억2,340만원 / 총 1,812명(1인당 2 ~ 3만원) 모잠비크 이랜드중고등학교 건립 총 7,810만원 누적 : 총 10억2,562만2,677원 * 사내 임직원 결연 접수
지원대상	제 3세계 6개국(인도, 베트남, 스리랑카, 모잠비크, 아프카니스탄, 방글라데시) 아동

○ 운영조직

[그림 11-2] 이랜드복지재단 조직도



나. 비기업 조직 운영 복지재단

□ 기업이 아닌 조직에서 운영하는 복지재단의 사례로는 2007년부터

한국산업은행에서 운영하는 ‘산은사랑나눔재단’과 2004년부터 농협에서 운영하는 ‘농협문화복지재단’, 2005년부터 한국마사회에서 운영하는 ‘농어촌희망재단’을 제시할 수 있음

□ 산은사랑나눔재단

○ 개요

설립일자	2007. 10	주무관청	보건복지가족부
출연자	한국산업은행		
설립목적	개인 및 사회의 경제적 여건을 개선시키고 지역사회 발전을 지원하며, 저소득 소외계층 지원을 통해 기회를 확대시킴으로써 지속가능한 사회발전을 도모하며, 개인의 삶의 질 증진		
이사장	산은금융지주 회장 겸 한국산업은행 행장		
사업비	24억6,995만2,727원		

○ 법적 근거: 공익법인의 설립·운영에 관한 법률에 근거하여 재단 설립

- 한국산업은행법이나 한국산업은행 정관에는 복지재단과 관련된 내용이 포함되어 있지 않음⁵²⁾

○ 산업은행과의 관계

- 산업은행에서 재단 설립 출연금. 이후 재단 운영비 등 지원하지 않음
- 재단 사업과 관련하여 이사회에서 결정(이사장 한국산업은행 행장)

○ 2009년 주요 사업

- 희망의 디딤돌-기능사 양성사업

개요	<ul style="list-style-type: none"> • 기능사 자격취득과정(6개월) 교육비 전액지원 • 교육기간 내 생활비 보조 • 식사, 교재비, 실습비, 작업복 등 무료제공 • 인턴채용 시 (6 ~ 12개월) 월급의 30 ~ 50%(최대 70만원) 지원
개시년도	2009년
사업규모	총 4억1,106만4,420원 / 총 42명(교육수료인원)
지원대상	18세 이상, 기초생활보장 소득기준 150% 이내 저소득층

52) 산은사랑나눔재단에 이와 관련된 내용을 문의한 결과, 한국산업은행의 경우 농협중앙회나 한국마사회와 같이 관련 법이나 정관에서 복지재단 설치와 같은 내용을 따로 규정하지 않는다고 응답.

— 산은창업지원 사업

개요	제도 금융권 접근성이 떨어지는 저소득계층에 대해 1인당 최고 2,000만원까지 창업을 위한 소액대출(연2%, 6개월 거치 42개월 원리금균등분할 상환)
개시년도	2005년
사업규모	총 5억원 / 총 22명(1인당 최대 2,000만원) 누적 : 총 21억원 / 총 75명
지원대상	최저생계비 대비 150% 이내 저소득층

— 새터민 지원사업

개요	<ul style="list-style-type: none"> • 새터민 대학원생, 중·고등학생 장학금 지원사업 • 새터민 시설, 프로그램 지원 공모사업
개시년도	2007년
사업규모	총 2,076만3,500원 / 총 61명(장학생) 누적 : 총 1억4,159만5,760원 / 총 110명 총 2억610만원 / 총 13개 기관(프로그램 지원) 누적 : 총 5억5,610만원 / 총 31개 기관
지원대상	국내거주 새터민

— 산은장학사업

개요	저소득 청소년들의 학업중도포기 예방을 위해, 중·고등학생 및 장애학생에게 학비 및 생활비를 지원하는 사업
개시년도	2006년
사업규모	총 6억1,334만3,654원 / 총 295명 누적 : 총 16억6,689만5,000원 / 총 405명
지원대상	최저생계비 대비 150% 이내 중·고등학생 및 장애학생

— 공교육 수준향상 사업

개요	지방중소도시의 공교육 수준향상을 위해, 교사 자질향상 및 방과후 교실 등을 지원
개시년도	2007년
사업규모	총 3억원 / 총 3개교 누적 : 총 7억원 / 총 4개교
지원대상	수혜기관은 해당사업 종료 후 사업결과 보고서 제출 의무화

— 우수사회복지시설 지원사업

개요	보건복지부 사회서비스자원과와 함께 진행하는 민관협력사업으로, 전국 사회복지시설 중 우수평가를 받은 시설에 대한 기능보강사업 진행
개시년도	2007년
사업규모	총 2억원 / 총 13개 기관 누적 : 총 5억원 / 총 38개 기관
지원대상	보건복지부 사회복지시설평가 우수평가기관

— 산은재외동포 장학사업

개요	중국지역 조선족 우수 대학생 장학금 지급
개시년도	2008년
사업규모	총 1,421만3,621원 / 총 29명(심사결과 별 차등지급) 누적 : 총 4,796만4,821원 / 총 69명
지원대상	조선족 대학생

○ 운영조직

[그림 11-3] 산은사랑나눔재단 조직도



□ 농협문화복지재단

○ 개요

설립일자	2004. 7	주무관청	농림수산식품부
출연자	농협중앙회		
설립목적	농촌문화의 계승·발전과 농업인의 복지증진을 위한 사업 등을 통하여 농촌지역의 유지·발전과 삶의 질 향상에 기여하고, 도시와 농촌이 균형 있게 발전하는데 이바지함을 목적으로 설립		
이사장	농협중앙회 회장		
사업비	92억 971만 6,555원		

○ 법적 근거: 공익법인의 설립·운영에 관한 법률에 근거

— 농협협동조합법의 제57조(사업)의 제5항. 복지후생사업의 ‘가’

목. 복지시설의 설치 및 관리와 농협정관의 ‘아’목, 회원과 그 조합원의 권익증진을 위한 사업, 제14항. ‘기타 설립목적의 달성에 필요한 사업으로서 농림수산식품부장관의 승인을 얻은 사업’에 근거하고 있음

- 설립 목적은 제2조(목적)에서 ‘본회는 회원의 공동이익의 증진과 그 건전한 발전을 도모함을 목적으로 한다’임

○ 농협과의 관계

- 농협중앙회에서 재단 설립 출연금. 이후 재단 운영비 등은 따로 지원하지 않음(재단 자체적으로 감독 및 운영)
- 재단 사업과 관련하여 이사회에서 결정(이사장 농협중앙회 회장)

○ 2009년 주요 사업

- 농협장학생선발 지원

개요	농업인 가계의 경제적 부담을 경감하고 농업인 자녀로서의 자긍심과 자신감을 고취하기 위해 장학금 지원
개시년도	2006년
사업규모	총 35억6,240만5,000원 / 총 900명(1인당 1학기분 등록금 250만원 이내) 누적 : 총 122억9,400만원 / 총 5,305명
지원대상	농업인 및 그 자녀로 국내 소재 대학에 재학 중인 대학생

- 농촌 다문화가정 모국방문 지원

개요	경제적 어려움으로 모국을 방문하지 못하는 농촌지역 다문화가정에게 모국방문 기회를 제공함으로써 한국생활의 안정적 정착에 기여
개시년도	2007년
사업규모	총 3억352만7,000원 / 총 593명(1가정당 가족 항공료 및 체재비 지원) 누적 : 총 12억6,729만원 / 총 1,732명
지원대상	농촌다문화가정 부부 및 그 자녀

- 요양보호사 양성교육

개요	농촌인구 고령화로 인한 복지수요 증가에 따른 전문 자원봉사서비스 지원 및 농촌복지 실천
개시년도	2007년
사업규모	총 3억352만7,000원 / 총 885명(1인당 교육비의 70% 지원) 누적 : 총 8억4,238만6,000원 / 총 1,778명
지원대상	농촌지역을 활동영역으로 하는 자원봉사자

－ 농촌희망가꾸기 사업

개요	기업·단체 등이 갖고 있는 역량과 농촌지역에서 필요한 부분을 연결시켜 지역 간 균형발전 및 농업인의 삶의 질 향상을 위한 프로젝트 기업의 사회적 책임활동을 농촌으로 유도하여 의료·법률·복지 지원사업 등을 통해 도농교류의 새로운 장을 마련
개시년도	2009년
사업규모	총2억9,754만8,000원/총1만7,859명(농업인 무료의료지원, 법률지원, 복지지원)
지원대상	농촌지역 취약계층 위주

－ 지역문화축제지원

개요	농촌지역 주민들의 문화욕구 충족 및 도·농간 문화격차 해소 기여
개시년도	2007년
사업규모	총2억4,932만8,000원/총3만1,200명(전국 14개 시군지역 농업인, 지역주민 등) 누적 : 총 19억7,369만6,000원 / 총 10만6,310명
지원대상	농업인 및 지역주민

○ 운영조직

[그림 11-4] 농협문화재단 조직도



□ 농어촌희망재단

○ 개요

설립일자	2005.06	주무관청	농림부 허가
출연자	한국마사회		
설립목적	농어촌 농어업의 발전을 위해 농업인의 복지사업 및 농어업인 자녀의 장학사업, 농어촌 문화사업 등을 지원함으로써 농어촌 사회의 인재양성과 삶의 질 향상에 기여하는 것을 목적으로 함		
이사장	박덕배(전 농림수산식품부 차관)		

- 법적 근거: 공익법인의 설립·운영에 관한 법률을 근거로 함.
 - 한국마사회법의 제36조 사업의 범위 제6항에서 ‘농어업인 자녀 장학사업과 그 밖에 농어촌사회복지증진을 위한 사업’을 규정하고 있음.
- 한국마사회와의 관계
 - 한국마사회에서 재단 설립 출연금. 이후 한국마사회 특별적립금을 주재원으로 사업 운영
 - 재단 사업과 관련하여 이사회에서 결정
- 2009년 주요 사업
 - 농어촌희망재단의 2009년 주요 사업은 장학, 연수, 복지, 문화 등으로 구분되는데, 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같음
 - 농어업인 자녀 장학금

개요	농어업인의 교육비 경감과 농어촌 사회의 인재 양성을 통해 농어업인의 삶의 질 개선에 기여
사업규모	연 1회, 1,100명을 대상으로 1인당 300만원 지원
지원대상	대학 2학년 이상 재학생을 대상으로 지원

— 후계인력 양성

개요	미래 농림수산업, 농산어촌을 이끌어 갈 젊고 우수한 농림수산업전문 인력 양성
사업규모	약 760명을 대상으로 1인당 학기별 200만원 지원
지원대상	농림수산계열학과 대학생 2학년 이상 재학생 중 농림수산업의 자녀 또는 농림수산업에 직접 종사하고 있는 학생

— 전문인력 양성

개요	농림수산업의 교육비 경감과 우수한 농림수산업 전문 인력 양성
사업규모	약 150명을 대상으로 1인당 학기별 150만원 지원
지원대상	농림수산계열학과 대학생 2학년 이상 재학생 중 농림수산업의 자녀 또는 농림수산업에 직접 종사하고 있는 학생

— 농어촌특별전형

개요	미래 농어업과 농어촌을 이끌어갈 우수한 농어업전문인력 양성
사업규모	약 120명을 대상으로 1인당 학기별 200만원 지원
지원대상	농어업인 자녀로서 재단 고교장학생 또는 전문계 고교 출신자 특별전형, 농림어업후계자전형, 농어촌학생 특별전형으로 입학한 농림수산계열학과 신입생

— 고교장학금

개요	장래 영농어 정착 및 농수산 관련 산업에 취업을 희망하는 성실하고 모범적인 농수산계열 고교생에게 장학금 지원
사업규모	약 4,450명을 대상으로 1인당 연 1회 60만원 지원
지원대상	농수산계열 고등학교의 재학생으로 학교별 배정인원 범위 내에서 추천선발

— 국내 연수 및 해외연수 지원

— 노인복지물품지원

개요	복지차량 운영 지원을 통한 농어촌 노인 어르신들의 노인복지서비스 접근성 강화
사업규모	승합차, 경차, 보조기구 지원
지원대상	노인복지법에 의해 설치된 농어촌지역 소재 재가노인복지시설에 차량지원, 노인복지법에 의해 설치된 농어촌지역 소재 재가노인복지시설 및 노인여가복지시설 중 노인복지관 및 경로당에 보건기구 지원

— 이동형차량지원

개요	지리적 여건 및 노인복지서비스 접근성이 현저히 낮은 농어촌 지역 노인어르신들의 건강 증진 및 방문서비스 질 향상에 기여
사업규모	이동 목욕차 지원
지원대상	노인복지법에 의해 설치된 농어촌지역 소재 재가노인복지시설 중 방문목욕서비스를 제공하는 시설

— 취약아동지원

개요	농어촌 거주 조손가정, 소년소녀가장, 한부모가정 등 취약계층 아동을 위한 교육복지증진 도모
사업규모	학습용품 및 방과후교실 학습기자재 및 환경개선 보조
지원대상	농어촌 지역 취약계층 아동으로 교육청의 추천을 받은 아동 및 농어촌여성농업인센터에서 운영 중인 방과후 교실

— 여성농업인센터 지원

개요	열악한 농어촌지역 여성농업인들의 보육 및 교육 환경개선 등 복지증진을 통한 삶의 질 향상
지원대상	전국 37개 여성농업인센터 기설 개보수 지원

— 노인 및 아동복지여행

개요	농어촌 지역 거주에 대한 국내여행 프로그램 제공
사업규모	480명에게 1인 70만원 지원, 매년 2회 지원
지원대상	재단지원 농어촌 노인복지시설 회원 중 농어촌 거주 노인 어르신

— 농산어촌축제지원

개요	농어촌지역 우수 향토문화행사 지원으로 농어촌 지역문화발전 도모
사업규모	행사비 중 일부 지원(3백만원~1천만원 내외 차등지원)
지원대상	농어촌 축제 행사, 대학생 농어촌 교류 지원

— 문화예술공연사업

개요	뮤지컬, 오페라, 연극, 영화 등 제작 및 관련 단체 연계한 순회공연
사업내용	문화예술 제작 공연, 문화예술 순회 공연, 문화소외지역 찾아가는 문화예술 시행

— 문화예술기반사업

개요	문화예술 교육 및 문화활동 지원으로 농어촌 문화 기반 조성
사업내용	농어촌 문화예술 교실 지원, 농어촌 문화예술 활동 지원, 농어촌 전통문화예술 발굴 및 육성

— 문화참여확대

개요	농촌 문학상 공모 및 농어촌 문화 탐방 활동 시행
사업내용	농업희망 문학상 공모, 농촌문화 체험활동 지원 농어촌 청소년 해외문화 탐방

○ 운영조직

[그림 11-5] 농어촌희망재단 조직도



3. 사례 검토 결과 및 시사점

- 연금복지재단 설립과 관련한 해외 사례 및 국내 사례를 검토한 결과, 향후 연금복지재단 설립 시 고려해야 할 점으로 다음과 같은 내용 제시 가능
- 국민연금공단의 조직 특성에 맞는 재단사업 운영
 - 국민연금공단의 특성에 맞는 재단 사업을 발굴하여 운영하는 것이 필요
 - 국민연금공단의 설립 목적은 ‘국민의 노령, 장애 또는 사망에 대하여 연금급여를 실시함으로써 국민의 생활 안정과 복지 증진에 이바지하는 것’(국민연금법 제1조)이므로
 - 가장 우선적으로는 연금과 관련된 복지사업, 그리고 연금가입자와 수급자를 대상으로 이들의 복지를 증진하는 사업 발굴이 요구됨
 - 농협에서 운영하는 농협문화복지재단이 좋은 예가 될 수 있음. 여기에서는 농협의 특성에 맞는 ‘농업인의 복지증진을 위한 사업’, ‘농촌지역의 유지·발전’과 ‘농업인의 삶의 질 향상에 기여하는 사업’ 등을 실시
 - 조직의 특성 및 목적에 맞는 사업을 실시하여 국민연금공단의 대·내외적 이미지 제고에 기여 가능
 - 향후 연금복지재단 설립 가능성 검토 시 이를 가장 우선적으로 고려하여 검토
- 연금수급자들의 기부 활성화를 위한 유인체계 마련
 - 연금수급자들을 대상으로 한 기부 활성화를 위해서는 다음과 같은 방안을 고려할 필요(영국 사례 참고)
 - 연금 기부에 대한 필요성, 기능 홍보
 - 소액이지만 지속적으로 연금의 일부를 기부하는 것에 대한 필

요성 및 기능에 대해 지속적으로 홍보할 필요

○ 연금 기부 체계 간소화

－ 수급자들이 손쉽게 기부할 수 있는 방안 마련

○ 연금 기부에 대한 세제 혜택

－ 연금소득에 부과되는 세제에 대한 혜택, 소득공제 등에 대한 검토 필요

□ 임직원의 사회공헌활동(봉사 및 기부활동) 활성화 및 일반 후원의 활성화 필요

○ 재단 설립 시 국민연금공단의 임직원들의 후원금 모금 및 현재 공단 내에서 이루어지고 있는 사회공헌활동을 활성화시킬 필요가 있음

○ 이랜드복지재단에서도 직원들의 기부를 통한 ‘이삭줍기 펀드’, ‘제3세계 아동결연’, ‘사랑의 피라미드’와 같은 후원활동 및 자원 봉사를 운영하고 있음 ⇒ 연금복지재단의 재원 마련 및 설립 근거로 기능

○ 한편, 일반 후원금 조성을 위한 여러 노력 필요

－ 사례 검토 결과 대부분의 복지재단에서는 직원 기부 뿐 아니라 재단 복지사업 운영을 위해 일반 후원 활용

• 산은나눔재단의 경우 2010년 전체 수입 12,164백만원 가운데 기본재산 5,000백만원, 이월금 3,836백만원, 보통재산 2,500백만원, 후원금 503백만원, 이자 325백만원을 차지(전체 수입 가운데 후원금은 약 4.1% 차지)

－ 연금수급자의 기부 뿐 아니라 고소득 가입자 등을 대상으로 한 일반 후원금 모금에 대한 고려 요구

－ 전국경제인연합회에서 실시한 ‘2009년 기업·기업재단 사회공헌 백서’에 의하면, 2009년을 기준으로 기부금이 포함된 ‘기

타 영역'은 전체 수입 가운데 평균적으로 약 18.1%를 차지하는 것으로 나타남.

- 앞서 살펴본 이랜드복지재단의 경우 2009년 기준 후원금이 전체 세입의 38.51% 차지

[그림 11-6] 기업재단의 수입 구성



주 : 1) 해당항목 응답재단 기준(2006년 58개, 2007년 60개, 2008년 62개, 2009년 61개)
 2) 기타 : 기타 수입, 이월금, 기부금, 목적사업비 전환금, 화재보험금, 출연금 및 배당금 등이 포함

제4절 연금복지재단의 기능 및 운영체계

1. 연금복지재단의 개요

□ 연금복지재단 설립

- 현재 국민연금공단에서 실시하고 있는 사회공헌활동, 그리고 수급자, 일반 후원금을 통한 복지증진사업 및 연기금을 활용하여 운영하고 있는 복지사업을 수행할 별도의 복지재단 설립

□ 재단 설립의 목적

- 연금 수급자와 가입자의 복지증진을 위한 사업 및 공단의 사회공헌활동을 활성화하여 사회보험으로서의 국민연금의 발전에 기여

하고, 연금 수급자와 가입자, 더 나아가 모든 국민의 복지를 증진하는데 이바지함을 목적으로 함

□ 재단 운영 재원

- 연금수급자 및 일반 국민의 기부 및 후원금을 중심으로 재단 운영비를 조성하고 국민연금공단의 임직원, 개인 후원금을 통한 기금 모집
 - － 공단 임직원의 자발적 모금 및 일반 후원과 재단의 매칭 그랜트(이랜드복지재단 사례 활용), 연금수급자의 기부 등을 활용
 - － 향후 재단에서 복지시설 운영 사업이 확장될 경우 연금 기금 수익금의 일부를 활용하는 방안도 검토 가능함.

□ 운영체계

- 국민연금공단이 재단을 관리·감독하되, 일정 금액 이상이 소요되는 복지사업은 보건복지부 장관의 승인을 받아 시행하는 방안 고려

2. 세부업무(안)

- 향후 연금복지재단이 설립될 경우 담당할 세부 업무를 다음과 같이 세 가지로 구분하여 살펴보고자 함.
 - 연금수급자 및 가입자 대상 복지증진사업
 - 국민연금공단 임직원 사회공헌활동
 - 복지시설 운영 및 용자 사업
- 연금복지재단 업무 검토 시 고려 원칙
 - 첫째, 연금 제도의 발전에 기여: 국민연금공단에서 운영하는 복지재단이므로, 단기적으로는 연금 제도가 당면한 문제를 완화·해결하면서 장기적으로는 연금 제도의 발전에 기여할 수 있는 복지

사업 고려

- 둘째, 연금 가입자와 수급자의 복지 증진: 연금 제도와 직접적으로 관련을 맺고 있는 가입자와 수급자, 혹은 연금 가입자 및 수급자 가구의 복지를 증진시킬 수 있는 사업 고려
- 셋째, 사회적 합의 및 순응성: 국민들이 생각할 때 국민연금공단의 복지재단에서 운영하기에 타당하고 적합하다고 판단될 뿐 아니라 이를 통해 연금 제도의 순응성을 증진시킬 수 있는 사업
 - 특히 연금 제도는 다른 사회보험과 달리 보험료 납부와 수급 사이의 기간이 매우 길기 때문에 비교적 젊은 층의 연금 가입자의 경우 연금 제도의 기능이나 역할에 대한 체감도가 낮음.
 - 따라서 젊은 층을 대상으로 연금제도의 기능 및 역할에 대한 인식을 제고할 수 있는 사업을 고려하는 것 필요
 - 예를 들어, 젊은 가입자를 대상으로 하는 보육시설 설치와 같은 사업을 고려할 수 있음

□ 연금 수급자 및 가입자 대상 복지증진사업

- 상술한 원칙을 바탕으로, 여기에서는 현재 공단에서 운영하고 있는 저소득가입자 연금보험료 지원사업과 유족연금 및 장애연금 수급자를 대상으로 하는 사회적기업 육성, 저소득 연금수급자의 생활비 및 의료비 지원사업, 유족연금 수급 가구 중 저소득 가구의 자녀 장학 사업을 제안하고자 함.
- 첫째, 저소득가입자 연금보험료 지원사업
 - 현재 공단에서 운영하고 있는 저소득가입자 연금보험료 지원 사업을 확대·운영
- 둘째, 사회적기업 육성 및 지원(유족연금 수급자, 장애연금 수급자)
 - ‘사회적기업육성법’ 제2조에 따르면, 사회적기업이란 ‘취약계층에게 사회서비스 또는 일자리를 제공하여 지역주민의 삶의

질을 높이는 등의 사회적 목적을 추구하면서, 재화 및 서비스의 생산·판매 등 영업활동을 수행하는 기업'을 의미

— 2010년 12월 현재 국내에 인증된 사회적 기업은 총 501개인 것으로 나타남(사회적기업홈페이지⁵³⁾)

— 여기에서는 연금수급자 가운데 취약계층을 대상으로 하는 사회적기업 육성을 고려해보도록 함

- 유족연금 수급자 가운데 저소득 여성가구를 대상으로 하는 사회적기업 운영: 가사, 간병, 보육 등의 서비스를 제공하는 돌봄기업, 도시락 판매 등의 사회적 기업 고려 가능

- 장애연금 수급자 가운데 근로능력 및 의욕이 있는 자를 대상으로 하는 사회적기업 운영: 주로 장애인을 대상으로 하는 사회적기업은 문구 및 인쇄업에 집중

— 다양한 아이템을 개발하여 대상에 맞는 사회적기업 육성, 사회적기업을 통해 창출된 수익은 재단의 수입으로 포함시켜 다른 복지사업에 활용

○ 셋째, 저소득 연금수급자 생활비·의료비 지원사업

— 연금수급자 가운데 복지 사각지대에 있기 쉬운 차상위계층을 대상으로 이들의 생활비 및 의료비 지원

— 현재 공단에서 실시하고 있는 연금 수급자 결연 및 후원 사업과 유사

○ 넷째, 유족연금 수급 가구 자녀 장학사업

— 유족연금 수급 가구 중 18세 미만의 학령기 자녀가 있는 저소득 가구를 대상으로 이들의 장학사업 운영

— 단순한 장학금 지원뿐 아니라, 장학생에게 비전을 심어주고 건강한 사회인으로 성장할 수 있도록 임직원과의 1 : 1 이음 멘

53) www.socialenterprise.go.kr

토링, 장학생 봉사활동 등과 같은 다양한 방법으로 장학사업 운영

- 앞에서 제시한 복지증진사업의 원칙을 고려할 때 사업의 우선성은,
 - － 1순위: 저소득가입자 연금보험료 지원사업,
 - － 2순위: 유족연금 및 장애연금 수급자 대상의 사회적기업 육성 및 지원,
 - － 3순위: 저소득 연금수급자 후원 및 생활비·의료비 지원사업,
 - － 4순위: 유족연금 수급가구 자녀 장학사업이 적절하다고 생각됨.

□ 임직원 사회공헌활동

- 현재 공단에서 운영하고 있는 임직원 사회공헌활동 담당
 - － 각 지사에서 운영하고 있는 봉사활동 및 사회공헌활동은 현재와 같이 지사에서 운영하고, 지역본부에서 사회공헌활동기금을 활용하여 운영하는 사회공헌활동은 재단에서 관리·총괄

□ 기타 재단 운영사업으로 고려할 만한 사업

- 아동 및 청소년 대상의 경제교육사업
 - － 사회보험의 역할 및 노후대비 수단으로서의 국민연금 역할 및 중요성에 대한 경제교육을 실시하여 미래의 가입자들에게 국민연금에 대한 교육 실시
 - － 현재에도 노후설계와 관련하여 공단에서는 대외교육을 실시하고 있음. 이를 재단에서 운영하고, 소요비용을 지원하는 방향
 - － 현재 공단에서는 초·중·고·대학생, 사업장근로자 및 복지관 이용자, 각종 단체 회원, 연금수급자 및 기타 고령자, 취약계층(실업급여 수급자, 공공근로 및 자활사업 참여자, 장애인 등)을 대상으로 노후설계와 관련된 교육을 실시하고 있음
 - － 참고사례: 미래에셋자산운용은 전국 각 초등학교를 대상으로 학교로 찾아가 눈높이 경제교육을 진행하는 ‘미래에셋 우리아

이 경제교실 스쿨투어'를 운영하고 있음

- 이는 사회공헌활동의 일환으로 진행되는 경제교육프로그램으로 비용전액을 미래에셋자산운용이 부담
- 가계와 소비, 기업과 생산, 경제3주체, 저축과 투자 등의 주제를 교육

○ 노숙인의 자활 및 자립을 위한 시설 지원

- 대부분의 노숙인(특히 남성의 경우)은 경제활동의 경험이 있는 자들로, 연금 가입이력을 갖고 있을 가능성이 높음
- 이들의 자립을 지원하는 프로그램을 운영하는 시설에 대한 지원, 혹은 사회적 기업 육성을 고려해볼 수 있음
 - 참고사례: 지하철 역세권을 중심으로 노숙인에게 잡지를 판매하도록 하고, 잡지를 판매할 때마다 판매자인 노숙인에게 수익이 돌아가도록 운영하는 사회적기업인 빅이슈코리아. 50명의 노숙인이 2년 내에 자립할 수 있도록 하는 것을 목표로 운영
 - 경제활동을 통한 노숙인의 자립, 그리고 이들이 경제활동을 통해 연금에 가입하도록 함으로써 잠재적 가입자 발굴, 이를 통한 이들의 노후소득 대비

3. 자원마련(안)

□ 연금수급자들의 기부금

- 연금수급자들의 기부금인 행복한 연금나눔 캠페인에서는 월 2,000명에게 35,500원씩 지원하는 것을 목표로 월 71,000,000원 이 마련될 것이라 기대
- 향후 연금수급자 증가 및 완전노령연금 수급자 증가로 월 100만

원 이상 수급자가 증가할 경우 연금수급자들의 기부 또한 증가할 것이라 기대 가능.

- 2011년 2월 현재 100만원 이상 수급자는 10,136명으로 수급자 전체 가운데 0.35%임
- 연금 기부는 유족연금·장애연금 수급자보다는 노령연금 수급자를 대상으로 이루어질 것이라 가정할 경우 노령연금 수급자 규모는 2019년에 3백만명을 넘어설 것이며 현재 평균 26만원 가량의 연금액도 2019년에 50만원을 넘어설 것으로 추정. 한편 2030년도 가량에는 수급자 수가 5백70만명, 월평균 급여액도 100만원 가량이 되는 것으로 나타남(국민연금연구원 내부자료)
- 따라서 2020년 기준으로 전체 수급자의 1%가 평균 급여액의 1%를 기부한다고 가정해도 2020년 연금 기부금액은 월 187,632,900원이며 2030년에도 동일한 기준을 적용하면 연금 기부금액은 월 570,856,000원으로 적지 않은 수준⁵⁴⁾

□ 임직원의 기부금

○ 공단의 사회공헌활동기금 활용

- 사회공헌활동을 위한 지원은 임직원의 후원금 모금액과 매칭 그랜트로 조성되는데, 2005년 1억원에서 2006년 2억6천만원, 2007년 4억원으로 매년 지속적으로 증가. 2008년에는 4억5천만원, 2009년 4억7천만원, 2010년 4억원 조성
- 살펴보면, 매년 사회공헌활동기금은 증가 추세를 보이고 있으며, 임직원후원금 증가, 2010년의 경우 임직원후원금 감소, 매칭그랜트 증가
- 저소득가입자 연금보험료 지원도 사회공헌활동 기금에서 이루

54) 이러한 수치는 전망치를 근거로 가정하여 산출할 것이므로 해석에 주의 요망

어지는데, 2008년부터 누적으로 총 349명에게 전체 181,741,000원 지원

□ 일반 후원금

○ 일반 국민들을 대상으로 하는 후원금 마련

— 이를 위해서는 공단에서 실시하는 복지증진사업 및 복지사업에 대한 사회적 공감대가 충분히 형성되어야 함

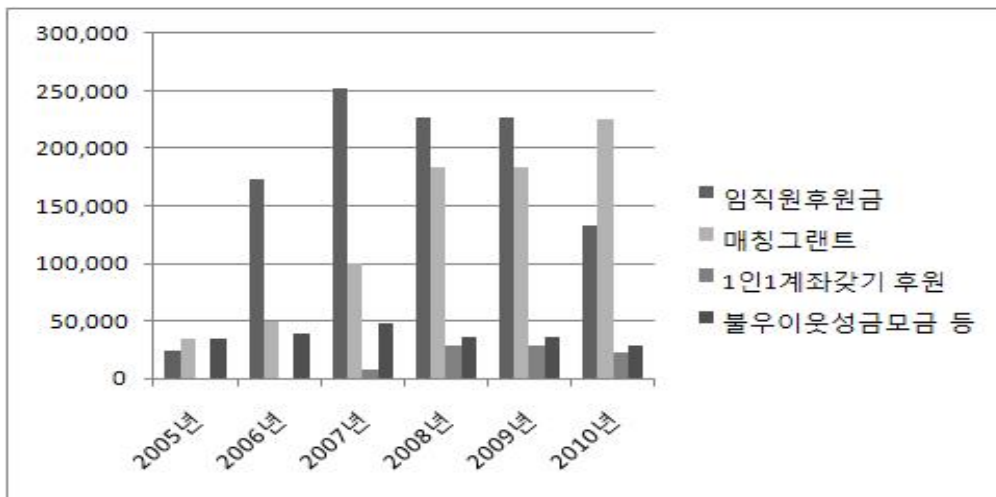
〈표 11-7〉 공단의 연도별 사회공헌기금 조성현황

(단위: 천원)

항목	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년
임직원후원금	24,646	173,516	252,366	226,979	226,979	132,964
매칭그랜트	33,801	49,960	99,847	183,778	183,778	225,035
1인 1계좌 갖기 후원	-	-	8,360	28,870	28,870	22,818
불우이웃성금모금 등	34,782	38,862	48,521	36,135	36,135	27,881
계	103,229	262,338	409,094	452,678	470,762	408,698

자료: 국민연금공단 홈페이지

〔그림 11-7〕 공단의 연도별 사회공헌기금 조성현황



□ 종합하면, 현재 공단에서 운영 중인 사회공헌기금이 매년 약 4억원 가량 모금된다고 가정하고 연금수급자들의 연금나눔이 공단의 예측

과 같이 월 약 7천만원(연간 8억4천만원)이 형성된다고 한다면,

- 현재 공단이 운영할 수 있는 복지재단의 운영비는 연간 4억원+8억4천만원=약 12억4천만원+α(일반 국민들의 후원금)임
- 연금을 기부할 수 있는 고액 연금 수급자가 2011년 3월 기준 100만원 이상 수급자가 10,136명이고 부부 수급자도 증가하고 있으며, 향후 이들이 지속적으로 증가할 것이라는 점을 고려한다면 연금 수급자들의 기부 또한 증가할 것이라 예상 가능

제5절 연금복지재단 설립의 선결과제

1. 사회적 합의

- 연금복지재단이 필요한 근거에 대한 사회적 합의 마련이 가장 중요
 - 이는 연금복지재단의 설립 목적 및 취지, 운영 프로그램을 어떻게 마련할 것인가의 문제와도 직결
 - 산업은행에서 운영하는 ‘산은사랑나눔재단’의 경우에도 산업은행의 설립 목적과 무관한 공익재단의 설립으로 설립 초기 논란에 휩싸인 바 있으며, 주무부처인 보건복지부마저 의문을 표시한 것으로 알려짐
 - 본 장에서 살펴본 재단 설립의 긍정적 측면에도 불구하고 사회적 합의 마련이 선행되지 않을 경우, 또한 재단 설립시의 부작용이 더 많을 경우 사회적인 합의 마련 없이 조급하게 재단을 설립하는 것보다는 공단 내 사회공헌팀을 설립하여 운영하면서 여러 문제에 대한 검토 이후 재단 설립을 고려하는 것도 좋을 것이라 판단됨.

- 곧 재단 설립의 긍정적 효과와 부정적 효과를 실질적으로 검토 및 분석하는 작업이 선행될 필요

〈표 11-8〉 산은나눔재단의 사례

<p>산업은행은 22일 서울 여의도 산은캐피탈 건물 1층에서 김창록 총재 등이 참석한 가운데 '산은사랑나눔재단' 설립 기념식을 가졌다. 산은은 초기 출연금으로 56억원을 조성, 저소득 빈곤계층 및 소외계층에 대한 복지사업을 전개할 계획이라고 밝혔다. 하지만 이 같은 산은의 재단 설립에 대해 보건복지부가 심사 과정에서 심각한 문제제기를 했던 것으로 밝혀졌다.(중략)</p> <p>정부 일각에서는 기본적으로 정책금융기관인 산은이 정부 차원에서 수행하고 있는 복지사업과 별도로 재단을 설립해야 하는가에 회의적 시각이 표출되기도 했다. 말하자면 산은의 설립목적에 부합하지 않는다는 것이다.</p> <p>산은법 1조에는 "한국산업은행은 산업의 개발과 국민경제의 발전을 촉진하기 위한 중요산업자금을 공급·관리함을 목적으로 한다"고 돼 있다. 또 다른 정책금융기관인 수출입은행이 재단을 설립하지 않고 자체 조직을 통해 투명하게 사회공헌 활동을 해오고 있는 것과 대조적이라는 지적도 나오고 있다.</p> <p>재계 한 관계자는 "산은 같은 공기업이 사회 공헌에 나서겠다고 공익재단을 설립하는 것은 한 마디로 난센스"라며 "공기업은 다른 무엇보다 설립 목적에 충실하는 것 자체가 공익에 더 큰 기여를 하는 것이라는 점을 명심해야 한다"고 꼬집었다. 이런 논란에 대해 산은은 "국책은행으로서 경제적 역할 뿐 아니라 사회적 책임을 완수하기 위해 재단을 만든 것"이라고 설명했다.</p> <p><자료: 2007년 10월 23일자 한국경제 기사 중 일부></p>
--

2. 복지재단의 사업운영에 대한 벤치마킹

- 이미 복지재단을 운영하고 있는 조직에 대한 충분한 벤치마킹 필요
 - 본 장에서는 연금 기부를 시행하는 해외사례와 연금 관리 조직에서 재단을 설립하여 운영하는 해외 사례, 또한 국내 기업의 복지재단 및 비기업 조직에서 운영하는 복지재단의 사례를 간단히 검토
 - 그러나 이러한 재단은 기업, 개인, 또한 기타 조직의 ‘출연금’을 토대로 구성되므로 재단 운영에 관련된 구체적인 정보 접근에 여러 제약 존재
 - 대부분의 재단에서 홈페이지 등을 통해 정보를 공개하고 있으

- 나, 보다 구체적인 정보에 대한 공개는 꺼리는 경향
- 따라서 재단 설립 시 충분한 시간 및 연구를 통해 각종 복지재단에 대해 정보를 획득하고, 이를 통한 벤치마킹이 요구됨

3. 재단 설립을 위한 법률 개정 검토

□ 공단의 재단 설립 가능성에 대한 법률 개정 선행

- 국민연금법 제24조에 의하면, ‘보건복지부장관의 위탁을 받아 제1조의 목적을 달성하기 위한 사업을 효율적으로 수행하기 위하여 국민연금공단을 설립한다’라고 규정되어 있으며,
- 같은 법 제25제는 공단의 업무로 ‘가입자에 대한 기록의 관리 및 유지(제1호), ‘연금보험료의 징수(제2호), 급여의 결정 및 지급(제3호), 가입자, 가입자였던 자 및 제50조에 따른 수급권자를 위한 노후설계 상담, 소득활동 지원 및 자금의 대여와 복지시설의 설치·운영 등 복지증진사업(제4호), 가입자 및 가입자이었던 자에 대한 기금증식을 위한 자금대여사업(제6호), 이 법 또는 다른 법령에 따라 위탁받은 사항(제6호), 그 밖에 국민연금사업에 관한 보건복지부장관이 위탁하는 사항(제7항)’을 규정하고 있음
- 따라서 이에 대한 법률 자문 결과, 공단에서 재단을 설립하는 것이 ‘보건복지부장관이 직접 위탁하는 것’이라면 국민연금법 제25조 제6호에 규정된 사항으로 법 위반의 문제는 없을 것으로 보이나,
- 보건복지부장관이 재단 설립 사업을 위탁한 것이 아니라 공단이 자체적으로 수행하는 것이라면 국민연금법 제25조에 위반될 여지가 있음을 제시
- 종합하면, 저소득 연금수급권자에 대한 보험료 지원 사업 및 연금수급권자로부터 연금액을 기부 받는 행위는 공단이 ‘직접 수행

하는 것'이 바람직할 것으로 보이며, 국민연금법 제25조의 공단의 업무에 '국민연금공단 정관에서 정하는 사업'을 추가하고, 공단의 정관에서 '국민연금과 관련된 사업을 열거하는 방안'을 고려할 필요가 있음.⁵⁵⁾

- 농협중앙회에서 운영하는 농협문화재단, 한국마사회에서 운영하는 농어촌희망재단에서도 자체 운영에 관한 법률의 '업무' 부분에서 관련 내용을 명기하여 재단 운영에 대한 법적 근거를 마련하고 있음.
- 한편 국민건강보험공단에서는 일산병원을 운영하고 있는데, 국민건강보험법의 '업무' 부분에서 의료시설의 운영 업무에 대한 내용을 규정하고 있어 병원 운영에 대한 법적 근거를 마련하고 있음.

○ 재단 설립을 위한 법률 개정 및 검토가 예상되는 바, 이에 대한 작업 선행 필요

4. 재단 운영과 관련된 안정적 자원 확보

□ 재단 운영에 소요되는 안정적 자원 확보에 대한 검토 필요

- 연금수급자들의 기부금, 사회공헌활동기금과 같은 임직원의 기부금이 현재와 같이 지속적인 경향으로 증가할 수 있는지, 혹은 지속적으로 기부금 모금이 가능한지 보다 심도 있는 분석이 요구됨.

55) 국민연금공단의 법률 자문 내용(내부자료)

제12장 사회보험실제사 자격증 도입방안

제1 절 연구개요

- 사회보험은 개인보험처럼 개인의 자유의사에 의해서 가입하는 것이 아니며, 보험료도 개인·기업·국가가 서로 분담하는 것이 원칙임. 보험료의 계산에 있어서도 위험의 정도보다는 소득에 비례하여 분담함을 원칙으로 함으로써 소득의 재분배 기능을 가지도록 설계되어있음.
- 우리나라의 경우 사회보험에는 건강보험, 국민연금, 산업재해보상보험, 고용보험이 있으며
 - 국민건강 건강보험 제도는 국민의 질병, 부상에 대해 예방, 진단, 치료, 재활과 출산, 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민 보건 향상 및 사회보장증진에 기여함을 목적으로 하고 있음.
 - 국민연금은 국가가 보험의 원리를 도입하여 만든 사회보험의 일종으로 가입자, 사용자 및 국가로부터 일정액의 보험료를 받고 이를 재원으로 노령으로 인한 근로소득 상실을 보전하기 위한 노령연금, 주 소득자의 사망에 따른 소득상실을 보전하기 위한 유족연금, 질병 또는 사고로 인한 장기근로능력 상실에 따른 소득상실을 보전하기 위한 장애연금 등을 지급함으로써 국민의 생활안정과 복지증진을 도모하는 사회보장제도의 하나임.
 - 고용보험은 실업보험사업을 비롯하여 고용안정사업과 직업능력계

발사업 등의 노동시장 정책을 적극적으로 연계하여 통합적으로 실시하는 사회보장 보험이며 산재보험은 산업근로자와 그 가족의 생활을 보장하기 위해 국가가 책임을 지는 의무 보험으로 재해보장책임을 보장하기 위하여 국가가 사업주로부터 소정의 보험료를 징수하여 그 기금으로 사업주를 대신하여 산재근로자에게 보상하는 제도임.

- 우리나라의 4대 사회보험은 각각의 목적에 맞게 잘 집행되고 있지만 아직도 외국에 비해 국민 만족도가 낮음.
 - 정책집행과정에서 관련 참여자의 제도에 대한 이해 부족으로 비효율성 발생
 - 가입자의 제도이해 부족으로 건강보험의 경우 체납자 문제가 지속적으로 제기 되고 있고 국민연금의 경우는 사각지대 문제가 상존

제2절 자격관련제도 운영 현황 및 문제점

- 운영현황
 - 4대 사회보험 자격관련 제도 운영현황을 살펴보면 크게 청구 및 심사, 노후생애 설계, 4대사회보험 관리로 구분할 수 있으며 각 자격제도의 일반적 현황은 다음과 같음.

1. 청구 및 심사

가. 건강보험관리사무관리사(부록 2 참조)

- ① 주요업무 및 자격 취득요건
 - － 건강보험 및 심사청구에 관한 전문적인 지식을 가지고 적정

진료의 질 향상관리를 위한 요양기관의 효율적 경영 관리와 행정 그리고 전산, 정보관리 업무를 수행할 수 있는 능력을 배양하는 것을 목적으로 함.

- 요양기관(병원, 의원, 약국 등)의 처방전 관리 및 보험청구 심사청구 업무, 손해보험회사의 보험심사 사무행정 업무, 생명보험회사의 진료비 지급 적정성 업무를 담당
- 자격시험은 공중보건학, 의약정보관리, 의약관련법규, 국민건강보험, 건강보험사무실무로 구성되며 자격관리는 한국 EDI 정보관리협회에서 담당

나. 건강보험청구심사자격증(부록 2 참조)

① 주요업무 및 자격 취득요건

- 건강보험 진료비 관리, 진료비의 적정 청구 심사 업무를 검정하는 자격자를 배출하는 것을 목적으로 함.
- 의료기관에서 본인 일부부담금만을 징수한 후 건강보험공단부담금을 포함한 총 진료비를 심사 청구하는 방법과 청구 후에 발생하는 삭감에 대한 원인 분석 및 대비책 마련업무 담당
- 자격시험은 필기: 행정, 내과(입원, 외래), 외과(입원, 외래), 실기: 내과/외과 차트분석으로 구성되어있으며 (주)세마그룹에서 자격관리

다. 보험심사평가사(부록 2 참조)

① 주요업무 및 자격 취득요건

- 의료기관에서 보험진료비심사업무를 독자적으로 할 수 있는

능력 및 보험진료비관리의 투명성 확보가 필요한 사무의 업무 수행 능력을 검정하는 것을 목적으로 함.

- 진료비 심사와 관련한 전문적인 지식을 기반으로 보험심사평가 책임자로서 보험심사평가의 총괄 관리 업무를 수행
- 1급과 2급으로 구분되며 1급은 요양급여기준(I·II), 보험심사평가론, 입원실습(총 3과목), 2급은 요양급여기준(I·II), 의료기초, 외래실습(총 3과목)으로 구성되며 (주) 한국보험심사평가사인증원에서 자격관리를 담당

라. 전문보험심사청구사(부록 2 참조)

① 주요업무 및 자격 취득요건

- 의료관련 기관 및 의료기관의 경영에 효율성을 위하여 건강보험, 산재보험, 자동차보험, 의료급여 등에 관련된 전문적인 지식을 기반으로 진료비 관리 및 의료의 질 향상 관리 등을 위한 보험청구, 심사, 평가 및 사후관리 전반에 관한 업무 수행 능력자를 배출함을 목적으로 함.
- 의학지식 및 보험청구심사 실무 능력을 바탕으로 임상이론, 건강보험실무이론, 외래, 입원 및 진료비 사후관리 등 전문적인 진료비 보험청구심사 업무를 수행
- 자격관련 시험은 <의료임상이론, 건강보험요양급여실무이론, 청구심사실기(외래, 입원), 진료비 사후관리(외래, 입원)> 총 4과목으로 구성되며 자격관리는 한국보험청구심사협회에서 담당

2. 노후 설계

가. 노후생애설계전문가(부록 2 참조)

① 주요업무 및 자격 취득요건

- 건국민의 전 생애에 걸친 자기개발 촉진·생애설계 지원 및 적극적인 지역 사회참여를 지원하기 위해 개인의 삶의 균형적 상태진단, 노후 맞춤형 경력개발, 재무상태, 여가상태, 지역사회활동을 통합 분석하여 맞춤형 통합 노후생애설계 상담서비스를 제공하는 것을 목적으로 함.
- 노후생애설계 상담업무, 노후생애설계관련 교육업무, 노후생애설계관련 검사 실시 및 해석업무, 노후생애설계프로그램 개발과 운영업무, 노후생애설계상담 행정업무 등 담당
- 영역별 전문과정(180H), 임상실습과정(80H)의 기본교육과정으로 구성되며 한국노인인력개발원에서 자격관리를 담당

3. 4대사회보험 관리

가. 사회보험사(부록 2 참조)

① 주요업무 및 자격 취득요건

- 4대보험(국민건강보험, 국민연금(공무원연금, 사립학교교직원연금, 군인연금 포함), 산업재해보상보험, 고용보험) 관련 업무를 담당
- 자격시험은 1급과 2급으로 구분되며 1급은 국민건강보험, 국민연금보험(공무원연금법, 사립학교교직원연금, 군인연금 포함), 산업재해보상보험, 고용보험(사회보장기본법 포함), 2급은

국민건강보험, 국민연금보험(공무원연금법, 사립학교교직원연금, 군인연금 포함), 산업재해보상보험, 고용보험(사회보장기본법 포함)으로 구성되며 자격관리는 사회보험사 협회에서 담당

나. 4대보험관리사(부록 2 참조)

① 주요업무 및 자격 취득요건

- 사회보험법에 의한 각종 신고 이의신청, 보고 심사청구 등의 업무를 수행하며, 근로자의 정당하게 받아야 할 권리나 혜택 및 기업의 4대보험 제도의 효율적인 운영을 목적으로 관리해주는 전문자격사제도임.
- 자격시험은 산업재해보상보험법, 고용보험법, 국민건강보험법, 국민연금법으로 구성되며 자격관리는 한국 4대보험관리사협회에서 담당

제3절 4대 사회보험 관련 사업장 설문조사

1. 연구내용 및 방법

- 현재 활용되고 있는 4대보험 관련 자격증제도는 대부분 취업시 필요한 자격증제도로써 취업에 필요한 부가기능적인 역할을 담당하고 있음.
- 본 연구에서는 취업 시 부각적인 기능을 담당하는 자격증도입방안을 검토하는 것에서 벗어나 실제로 자격증이 현장에서 어느 정도 인식되고 활용되고 있는지 설문조사를 실시하여 자격증제도 활성화 방안을 모색하고자 함.

□ 건강보험 사업장에 등록된 1인 이상의 사업체 1,051,072개소를 모집단으로 하여, 지역 및 규모별 층화 할당표집을 실시하였음. 서울, 경기, 인천을 제외한 다른 지역에서는 501인 이상의 대규모 사업장 수가 적어서 표집 되지 않을 가능성이 높기 때문에 임의할당을 실시하였음.

□ 조사 방법으로는 전화 설문 조사를 실시(부록 3).

2. 분석결과

□ 300개소의 사업체가 조사완료 되었으며, 이중 28.3%가 서울에 위치하고 있음. 경기도 18.7%, 부산 7.7%, 경남 6.3% 순으로 나타났음.

□ 서울, 인천, 경기를 수도권으로, 충청남북도, 대전 그리고 강원을 중북부권으로, 전라남북도, 광주, 제주를 서남권으로, 경상남북도, 대구, 울산 그리고 부산을 남동권으로 구분하여서 분석을 실시하였음.

〈표 12-1〉 조사완료 사업체

(단위 : 전체사업장수(조사완료사업장수))

	5인 이하	6~10인 이하	11~50인 이하	51~100인 이하	101~500인 이하	501인 이상
서울	195,872(57)	43,565(13)	33,827(10)	4,247(1)	3,497(1)	956(1)
부산	45,668(13)	11,105(3)	9,148(3)	1,139(1)	706(1)	106(1)
대구	30,169(9)	7,154(2)	6,072(2)	791(1)	399(1)	59(1)
광주	16,821(5)	3,971(1)	3,357(1)	443(1)	246(1)	35(1)
대전	18,012(5)	4,144(1)	3,455(1)	459(1)	274(1)	68(1)
인천	33,530(10)	9,188(3)	8,247(2)	938(1)	501(1)	76(1)
울산	11,256(3)	2,976(1)	3,132(1)	666(1)	285(1)	36(1)
경기	163,314(47)	44,384(13)	37,103(11)	3,901(1)	2,062(1)	318(1)
강원	18,745(5)	4,718(1)	3,712(1)	362(1)	247(1)	65(1)
충북	18,355(5)	4,952(1)	4,931(1)	594(1)	391(1)	50(1)
충남	24,312(2)	6,574(2)	6,035(2)	869(1)	508(1)	72(1)
전북	21,550(6)	5,558(2)	4,772(1)	631(1)	275(1)	46(1)
전남	20,509(6)	5,694(2)	4,925(1)	542(1)	347(1)	53(1)
경북	30,163(6)	8,637(2)	8,173(1)	971(1)	565(1)	87(1)
경남	39,023(11)	11,322(3)	10,535(3)	1,414(1)	807(1)	96(1)
제주	7,525(2)	2,044(1)	1,417(1)	128(1)	77(1)	16(1)

○ 업종

- 조사 완료된 사업체중 31.7%가 서비스업으로 나타났으며, 관공서와 제조업 15%, 유통업 12.3%, 건설업 11.7%로 나타났다.
- 유치원은 서비스업으로 분류하기도 하지만 소규모 업종으로 해당업계의 특징을 반영하기 위해 따로 분류하였음.

〈표 12-2〉 조사업체 업종

(단위 : 개소, %)

	빈도	비율
관공서	45	15.0
학교	18	6.0
유치원	25	8.3
서비스업	95	31.7
건설업	35	11.7
제조업	45	15.0
유통업	37	12.3
계	300	100.0

□ 4대 사회보험 통합징수 관련

○ 4대 사회보험 고지서 통합발송 인지 유무

- 4대 사회보험 통합고지서 발송여부에 관해서는 93.3%가 인지하고 있었음.
- 지역별로 살펴보면 서남권역은 100% 인지하고 있었으며, 수도권과 동남권역 또한 90% 이상 통합발송을 인지하고 있었음. 중북부권이 87.2%로 전체 비율보다 약간 낮게 나타남.

〈표 12-3〉 사업체 권역별 4대 사회보험 고지서 통합발송 인지 유무

(단위 : 개소, %)

	알고 있다	모른다	계
수도권	138(93.2)	10(6.8)	148(100.0)
중북부권	34(87.2)	5(12.8)	39(100.0)
서남권	38(100.0)	0(0.0)	38(100.0)
동남권	70(93.3)	5(6.7)	75(100.0)
계	280(93.3)	20(6.7)	300(100.0)

- 사업체 규모에 따른 인지여부 분포도 역시 모든 규모의 사업장에서 90% 이상 알고 있었으며, 6인 이상 50인 이하의 사업장이 가장 낮은 인지율을 보이고 있음.

〈표 12-4〉 사업체 규모별 인지여부

(단위 : 개소, %)

	알고 있다	모른다	계
5인 이하	190(93.6)	13(6.4)	203(100.0)
6인 이상 50인 이하	59(90.8)	6(9.2)	65(100.0)
51인 이상	31(96.9)	1(3.1)	32(100.0)
계	280(93.3)	20(6.7)	300(100.0)

- 업종별 인지여부에서는 유치원 업종이 인지율이 80%로 가장 낮은 것으로 나타났으며, 건설업종 97.1%, 서비스업 95.8%, 관공서 95.6% 순으로 통합발송에 대해서 인지하고 있는 것으로 나타남.

〈표 12-5〉 사업체 업종별 인지여부

(단위 : 개소, %)

	알고 있다	모른다	계
관공서	43(95.6)	2(4.4)	45(100.0)
학교	17(94.4)	1(5.6)	18(100.0)
유치원	20(80.0)	5(20.0)	25(100.0)
서비스업	91(95.8)	4(4.2)	95(100.0)
건설업	34(97.1)	1(2.9)	35(100.0)
제조업	41(91.1)	4(8.9)	45(100.0)
유통업	34(91.9)	3(8.1)	37(100.0)
계	280(93.3)	20(6.7)	300(100.0)

○ 4대 사회보험 전담 인력 유무

- 4대 사회보험 업무를 주로 전담하는 인력의 유무에 대해서는 응답한 전체 사업자의 14.3% 만이 있다고 응답하였음.
- 권역에 따른 전담인력이 있는 업체의 분포는 동남권이 21.3%로 가장 높았으며, 서남권, 수도권 순으로 나타났다.

〈표 12-6〉 사업체 권역별 4대 사회보험 전담 인력 유무

(단위 : 개소, %)

	있다	없다	계
수도권	18(12.2)	130(87.8)	148(100.0)
중북부권	3(7.7)	36(92.3)	39(100.0)
서남권	6(15.8)	32(84.2)	38(100.0)
동남권	16(21.3)	59(78.7)	75(100.0)
계	43(14.3)	257(85.7)	300(100.0)

- 사업체 규모에 따른 전담인력의 유무에 대한 분포는 51인 이상 사업장의 46.9%가 전담인력이 있다고 응답하였으며, 6인 이상 50인 이하 13.8%, 5인 이하에서는 9.4%가 있다고 응답하였음.

〈표 12-7〉 사업체 규모별 4대 사회보험 전담 인력 유무

(단위 : 개소, %)

	있다	없다	계
5인이하	19(9.4)	184(90.6)	203(100.0)
6인 이상 50인 이하	9(13.8)	56(86.2)	65(100.0)
51인 이상	15(46.9)	17(53.1)	32(100.0)
계	43(14.3)	257(85.7)	300(100.0)

- 업종별 분포 분포는 다음과 같음. 관공서의 40%는 전담 인력이 있다고 응답하여 가장 높은 비율을 보였으며, 학교 22.2%, 유통업(16.2%), 건설업(11.4%) 순으로 전담인력이 있는 것으로 나타남. 하지만 유치원, 어린이집 등은 전담인력이 없는 것으로 나타남.

〈표 12-8〉 사업체 규모별 4대 사회보험 전담 인력 유무

(단위 : 개소, %)

	있다	없다	계
관공서	18(40.0)	27(60.0)	45(100.0)
학교	4(22.2)	14(77.8)	18(100.0)
유치원	0(0.0)	25(100.0)	25(100.0)
서비스업	8(8.4)	87(91.6)	95(100.0)
건설업	4(11.4)	31(88.6)	35(100.0)
제조업	3(6.7)	42(93.3)	45(100.0)
유통업	6(16.2)	31(83.8)	37(100.0)
계	43(14.3)	257(85.7)	300(100.0)

○ 통합발송 이후 업무량 변화

- 전담인력을 대상으로 통합발송이후 업무량 변화에 대해서 조사한 결과, 줄었다고 응답한 비율은 4.7%, 변화 없음 83.7%, 늘었다는 응답은 11.6%로 나타남.
- 권역별, 규모별, 업종별 응답분포는 아래 표와 같음.

〈표 12-9〉 사업체 권역별 통합발송 이후 업무량 변화

(단위 : 개소, %)

	줄었음	변화없음	늘었음	계
수도권	1(5.6)	16(88.9)	1(5.6)	18(100.0)
중북부권	0(0.0)	2(66.7)	1(33.3)	3(100.0)
서남권	1(16.7)	3(50.0)	2(33.3)	6(100.0)
동남권	0(0.0)	15(93.8)	1(6.3)	16(100.0)
계	2(4.7)	36(83.7)	5(11.6)	43(100.0)

〈표 12-10〉 사업체 규모별 통합발송 이후 업무량 변화

(단위 : 개소, %)

	줄었음	변화없음	늘었음	계
5인이하	2(10.5)	16(84.2)	1(5.3)	19(100.0)
6인 이상 50인 이하	0(0.0)	8(88.9)	1(11.1)	9(100.0)
51인 이상	0(0.0)	12(80.0)	3(20.0)	15(100.0)
계	2(4.7)	36(83.7)	5(11.6)	43(100.0)

〈표 12-11〉 사업체 업종별 통합발송 이후 업무량 변화

(단위 : 개소, %)

	줄었음	변화없음	늘었음	계
관공서	1(5.6)	14(77.8)	3(16.7)	18(100.0)
학교	0(0.0)	3(75.0)	1(25.0)	4(100.0)
유치원	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
서비스업	0(0.0)	7(87.5)	1(12.5)	8(100.0)
건설업	1(25.0)	3(75.0)	0(0.0)	4(100.0)
제조업	0(0.0)	3(100.0)	0(0.0)	3(100.0)
유통업	0(0.0)	6(100.0)	0(0.0)	6(100.0)
계	2(4.7)	36(83.7)	5(11.6)	43(100.0)

○ 전담 인력 내부 직원 여부

- 4대 사회보험 전담인력의 86.0%가 내부직원이라고 응답하였으며, 14%가 외부협력업체가 담당하고 있다고 응답하였음.
- 권역별 분포를 살펴보면 수도권의 27.8%가 외부협력업체라고 응답하였고, 중북부권과 서남권은 100% 내부직원이 담당하고

있는 것으로 나타남.

〈표 12-12〉 사업체 권역별 전담 인력 내부 직원 여부

(단위 : 개소, %)

	내부직원	외부협력업체	계
수도권	13(72.2)	5(27.8)	18(100.0)
중북부권	3(100.0)	0(0.0)	3(100.0)
서남권	6(100.0)	0(0.0)	6(100.0)
동남권	15(93.8)	1(6.3)	16(100.0)
계	37(86.0)	6(14.0)	43(100.0)

- 사업체 규모에 따른 분포는 51인 이상 대규모 사업장은 100% 내부직원인데 비해 5인 이하의 소규모 사업장은 외부 협력업체가 전담해주고 있다는 비율은 상대적으로 높은 것으로 나타남.

〈표 12-13〉 사업체 권역별 전담 인력 내부 직원 여부

(단위 : 개소, %)

	내부직원	외부협력업체	계
5인이하	15(78.9)	4(21.1)	19(100.0)
6인~50인 이하	7(77.8)	2(22.2)	9(100.0)
51인 이상	15(100.0)	0(0.0)	15(100.0)
계	37(86.0)	6(14.0)	43(100.0)

- 업종별 분포를 살펴보면, 관공서, 학교는 100% 내부직원이 수행하고 있었음. 제조업 및 유통업은 상대적으로 외부협력업체의 비율이 높았음.

〈표 12-14〉 사업체 업종별 전담 인력 내부 직원 여부

(단위 : 개소, %)

	내부직원	외부협력업체	계
관공서	18(100.0)	0(0.0)	18(100.0)
학교	4(100.0)	0(0.0)	4(100.0)
유치원	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
서비스업	7(87.5)	1(12.5)	8(100.0)
건설업	3(75.0)	1(25.0)	4(100.0)
제조업	2(66.7)	1(33.3)	3(100.0)
유통업	3(50.0)	3(50.0)	6(100.0)
계	37(86.0)	6(14.0)	43(100.0)

□ 4대 사회보험 전문인력

○ 관련 자격증 인지 여부

- 7종류의 사회보험 관련 자격증에 대한 인지여부는 다음과 같음. 보험심사평가사 노후생애설계전문가, 사회보험사에 대해서는 20%정도 알고 있다고 응답하였으며, 전문보험심사청구사 및 건강보험관리사무관리사의 인지율은 5% 내외로 나타났음.
- 권역에 따른 인지여부는 수도권지역이 타지역에 비해 상대적으로 높은 것으로 나타났으며, 남동권역의 사회보험관련 자격증의 인지도가 낮은 것으로 나타났음.

〈표 12-15〉 사업체 권역별 관련 자격증 인지 여부

(단위 : 개소, %)

	건강보험관리 사무관리사	건강보험청구 심사자격증	보험심사 평가사	전문보험 심사청구사	노후생애 설계전문가	사회 보험사	4대보험 관리사
수도권	16(10.8)	17(11.5)	39(26.4)	9(6.1)	37(25.0)	44(29.7)	25(16.9)
중북부권	2(5.1)	2(5.1)	9(23.1)	2(5.1)	11(28.2)	9(23.1)	4(10.3)
서남권	0(0.0)	3(7.9)	13(34.2)	2(5.3)	10(26.3)	10(26.3)	3(7.9)
동남권	1(1.3)	7(9.3)	15(20.0)	2(2.7)	11(14.7)	14(18.7)	2(2.7)
계	19(6.3)	29(9.7)	76(25.3)	15(5.0)	69(23.0)	77(25.7)	34(11.3)

- 사업체 규모에 따른 사회보험 자격증 인지여부는 6인 이상 50인 이하 사업체에서 상대적으로 높은 인지율을 보이고 있었음.

51인 이상 사업체의 경우 보험심사평가사와 사회보험사의 인
지율이 상대적으로 높았음.

〈표 12-16〉 사업체 규모별 관련 자격증 인지 여부

(단위 : 개소, %)

	건강보험관리 사무관리사	건강보험청구 심사자격증	보험심사 평가사	전문보험 심사청구사	노후생애 설계전문가	사회 보험사	4대보험 관리사
5인이하	13(6.4)	20(9.9)	49(24.1)	10(4.9)	39(19.2)	45(22.2)	22(10.8)
6인~50인 이하	4(6.2)	8(12.3)	17(26.2)	3(4.6)	22(33.8)	23(35.4)	8(12.3)
51인 이상	2(6.3)	1(3.1)	10(31.3)	2(6.3)	8(25.0)	9(28.1)	4(12.5)
계	19(6.3)	29(9.7)	76(25.3)	15(5.0)	69(23.0)	77(25.7)	34(11.3)

- 업종별 인지여부의 분포는 관공서의 인지율이 가장 높은 것으
로 나타났음. 35.6%가 보험심사평가사 알고 있다고 응답하였
으며, 사회보험사 또한 응답자의 33.3%가 알고 있는 것으로
응답하였음.
- 학교에서는 노후생애설계전문가의 인지율이 38.9%로 가장 높
았으며, 건설업종에서는 사회보험사 자격증의 인지율이 31.4%
로 나타났음.

〈표 12-17〉 사업체 업종별 관련 자격증 인지 여부

(단위 : 개소, %)

	건강보험관리 사무관리사	건강보험청구 심사자격증	보험심사 평가사	전문보험 심사청구사	노후생애 설계전문가	사회 보험사	4대보험 관리사
관공서	1(2.2)	4(8.9)	16(35.6)	1(2.2)	13(28.9)	15(33.3)	4(8.9)
학교	0(0.0)	1(5.6)	4(22.2)	3(16.7)	7(38.9)	4(22.2)	0(.0)
유치원	0(0.0)	0(.0)	7(28.0)	0(0.0)	8(32.0)	5(20.0)	2(8.0)
서비스업	10(10.5)	16(16.8)	25(26.3)	7(7.4)	19(20.0)	25(26.3)	9(9.5)
건설업	2(5.7)	3(8.6)	9(25.7)	2(5.7)	8(22.9)	11(31.4)	10(28.6)
제조업	3(6.7)	2(4.4)	5(11.1)	1(2.2)	7(15.6)	7(15.6)	3(6.7)
유통업	3(8.1)	3(8.1)	10(27.0)	1(2.7)	7(18.9)	10(27.0)	6(16.2)
계	19(6.3)	29(9.7)	76(25.3)	15(5.0)	69(23.0)	77(25.7)	34(11.3)

○ 자격증 신뢰성 정도

- 사회보험 관련 자격증의 신뢰도 여부에 대해서는 23.4%가 높다고 응답하였으며, 낮다 57.1%, 매우 낮다 19.5%의 응답비율을 보였음.
- 권역에 따른 분포는 중북부권에서 높다는 응답이 상대적으로 높았으며, 서남권이 가장 낮았음. 신뢰도에 대해서 매우 낮다는 응답은 수도권역이 가장 높은 것으로 나타났음.

〈표 12-18〉 사업체 권역별 자격증 신뢰성 정도

(단위 : 개소, %)

	매우높다	높다	낮다	매우 낮다	계
수도권	0(0.0)	37(26.1)	72(50.7)	33(23.2)	142(100.0)
중북부권	0(0.0)	12(35.3)	19(55.9)	3(8.8)	34(100.0)
서남권	0(0.0)	3(7.9)	28(73.7)	7(18.4)	38(100.0)
동남권	0(0.0)	14(20.6)	42(61.8)	12(17.6)	68(100.0)
계	0(0.0)	66(23.4)	161(57.1)	55(19.5)	282(100.0)

- 규모에 따른 관련자격증의 신뢰도 분포는 다음과 같음. 6인이상 50인 이하 사업체의 25%가 ‘높다’라고 응답하였으며, 낮다 57.8%, 매우 낮다 17.2% 순으로 응답하였음. 51인 이상 사업장이 18.8%는 ‘높다’라고 응답하였으며, 68.8%는 신뢰도가 낮다고 응답하였음.

〈표 12-19〉 사업체 규모별 자격증 신뢰성 정도

(단위 : 개소, %)

	매우높다	높다	낮다	매우 낮다	계
5인이하	0(0.0)	44(23.7)	102(54.8)	40(21.5)	186(100.0)
6인~50인 이하	0(0.0)	16(25.0)	37(57.8)	11(17.2)	64(100.0)
51인 이상	0(0.0)	6(18.8)	22(68.8)	4(12.5)	32(100.0)
계	0(0.0)	66(23.4)	161(57.1)	55(19.5)	282(100.0)

- － 업종별 자격증 신뢰도 정도 분포는 다음과 같음. 학교의 응답자 중 29.4%가 신뢰도가 높다고 응답하였으며, 관공서 24.4%, 유치원 24.0%, 제조업 23.8% 가 관련 자격증의 신뢰도가 높다고 응답하였음.

〈표 12-20〉 사업체 업종별 자격증 신뢰성 정도

(단위 : 개소, %)

	매우높다	높다	낮다	매우 낮다	계
관공서	0(0.0)	11(24.4)	29(64.4)	5(11.1)	45(100.0)
학교	0(0.0)	5(29.4)	10(58.8)	2(11.8)	17(100.0)
유치원	0(0.0)	6(24.0)	16(64.0)	3(12.0)	25(100.0)
서비스업	0(0.0)	20(22.5)	47(52.8)	22(24.7)	89(100.0)
건설업	0(0.0)	7(22.6)	17(54.8)	7(22.6)	31(100.0)
제조업	0(0.0)	10(23.8)	24(57.1)	8(19.0)	42(100.0)
유통업	0(0.0)	7(21.2)	18(54.5)	8(24.2)	33(100.0)
계	0(0.0)	66(23.4)	161(57.1)	55(19.5)	282(100.0)

○ 업무 활용도 정도

- － 사회보험 자격증의 업무활용도 정도에 대해서 56.1%가 낮을 거 같다고 응답하였으며, 높다 24.9%, 매우낮다 18.3% 매우 높다 0.7% 순으로 응답하였음.
- － 중북부권 및 동남권역에서는 30% 이상이 높다고 응답하였으며, 매우 낮다는 응답 비율은 수도권이 가장 높은 것으로 나타난다.

〈표 12-21〉 사업체 권역별 자격증 업무 활용도 정도

(단위 : 개소, %)

	매우높다	높다	낮다	매우 낮다	계
수도권	1(0.7)	33(23.1)	76(53.1)	33(23.1)	143(100.0)
중북부권	0(0.0)	13(34.2)	23(60.5)	2(5.3)	38(100.0)
서남권	0(0.0)	5(13.2)	28(73.7)	5(13.2)	38(100.0)
동남권	1(1.4)	21(30.0)	35(50.0)	13(18.6)	70(100.0)
계	2(0.7)	72(24.9)	162(56.1)	53(18.3)	289(100.0)

- 사업장 규모별 활용 정도 응답비율은 6인 이상 50인 이하 사업체에서 높다는 비율은 28.1%로 타규모의 사업체에 비해서 높았으며, 5인 이하는 24.4%, 51인 이상은 21.9%가 활용도가 높을 것이라고 응답하였음.

〈표 12-22〉 사업체 규모별 자격증 업무 활용도 정도

(단위 : 개소, %)

	매우높다	높다	낮다	매우 낮다	계
5인이하	1(0.5)	47(24.4)	107(55.4)	38(19.7)	193(100.0)
6인~50인 이하	0(0.0)	18(28.1)	35(54.7)	11(17.2)	64(100.0)
51인 이상	1(3.1)	7(21.9)	20(62.5)	4(12.5)	32(100.0)
계	2(0.7)	72(24.9)	162(56.1)	53(18.3)	289(100.0)

- 업종별 활용정도 응답분포는 다음과 같음. 학교의 47.1%가 높다고 응답하여 다른 업종에 비해 높은 비율을 보이고 있으며, 제조업체 응답자중 36.4%가 높다고 응답하였음. 서비스 업종의 응답자중 27.8%가 활용도가 매우 낮을 것 같다고 응답하였음.

〈표 12-23〉 사업체 업종별 자격증 신뢰성 정도

(단위 : 개소, %)

	매우높다	높다	낮다	매우 낮다	계
관공서	1(2.2)	12(26.7)	28(62.2)	4(8.9)	45(100.0)
학교	0(0.0)	8(47.1)	6(35.3)	3(17.6)	17(100.0)
유치원	0(0.0)	4(16.7)	17(70.8)	3(12.5)	24(100.0)
서비스업	0(0.0)	18(20.0)	47(52.2)	25(27.8)	90(100.0)
건설업	0(0.0)	8(23.5)	21(61.8)	5(14.7)	34(100.0)
제조업	1(2.3)	16(36.4)	21(47.7)	6(13.6)	44(100.0)
유통업	0(0.0)	6(17.1)	22(62.9)	7(20.0)	35(100.0)
계	2(.7)	72(24.9)	162(56.1)	53(18.3)	289(100.0)

○ 채용의사 여부

- 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용의사 여부는 5.7%만이 있다고 응답하였음.
- 대부분의 권역에서 5% 정도의 채용의사를 답하고 있으며, 서남권이 7.9%로 상대적으로 약간 높게 나타났음.

〈표 12-24〉 사업체 권역별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용의사 여부

(단위 : 개소, %)

	있다	없다	계
수도권	8(5.4)	140(94.6)	148(100.0)
중북부권	2(5.1)	37(94.9)	39(100.0)
서남권	3(7.9)	35(92.1)	38(100.0)
동남권	4(5.3)	71(94.7)	75(100.0)
계	17(5.7)	283(94.3)	300(100.0)

- 사업체의 규모별 응답분포는 6인 이상 50인 이하 기업에서 10.8%가 채용할 의사가 있는 것으로 나타났고, 51인 이상은 6.3%가 채용의사가 있다고 응답하였음.

〈표 12-25〉 사업체 규모별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용의사 여부

(단위 : 개소, %)

	있다	없다	계
5인이하	8(3.9)	195(96.1)	203(100.0)
6인 이상 50인 이하	7(10.8)	58(89.2)	65(100.0)
51인 이상	2(6.3)	30(93.8)	32(100.0)
계	17(5.7)	283(94.3)	300(100.0)

- 업종별 채용의사는 학교 중의 22.2% 있다고 응답하였으며, 관공서 중 6.7%가 관련 자격증 소지자를 채용할 의사가 있다고 응답하였음.

〈표 12-26〉 사업체 업종별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용의사 여부

(단위 : 개소, %)

	있다	없다	계
관공서	3(6.7)	42(93.3)	45(100.0)
학교	4(22.2)	14(77.8)	18(100.0)
유치원	0(0.0)	25(100.0)	25(100.0)
서비스업	3(3.2)	92(96.8)	95(100.0)
건설업	2(5.7)	33(94.3)	35(100.0)
제조업	4(8.9)	41(91.1)	45(100.0)
유통업	1(2.7)	36(97.3)	37(100.0)
계	17(5.7)	283(94.3)	300(100.0)

○ 채용 이유

- 채용의사가 있다는 응답자를 대상으로 필요이유에 대해서 재 질문하였을 때, 사회보험의 전문적인 관리가 필요하다는 응답이 가장 높았으며, 전문인력을 활용하여 4대 사회보험을 통한 전반적인 인생설계가 가능할 것 같다는 응답비율도 높은 것으로 나타남.
- 권역별, 규모별, 업종별 응답분포는 아래표와 같음.

〈표 12-27〉 사업체 권역별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유

(단위 : 개소, %)

	사회보험의 전문적인 관리가 필요	직원들의 이해가 부족	4대사회보험을 통한 인생설계가 가능	계
수도권	4(50.0)	3(37.5)	1(12.5)	8(100.0)
중북부권	1(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	2(100.0)
서남권	1(33.3)	0(0.0)	2(66.7)	3(100.0)
동남권	1(25.0)	1(25.0)	2(50.0)	4(100.0)
계	7(41.2)	4(23.5)	6(35.3)	17(100.0)

〈표 12-28〉 사업체 규모별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유

(단위 : 개소, %)

	사회보험의 전문적인 관리가 필요	직원들의 이해가 부족	4대사회보험을 통한 인생설계가 가능	계
5인 이하	3(37.5)	2(25.0)	3(37.5)	8(100.0)
6인~50인 이하	3(42.9)	2(28.6)	2(28.6)	7(100.0)
51인 이상	1(50.0)	0(.0)	1(50.0)	2(100.0)
계	7(41.2)	4(23.5)	6(35.3)	17(100.0)

〈표 12-29〉 사업체 업종별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유

(단위 : 개소, %)

	사회보험의 전문적인 관리가 필요	직원들의 이해가 부족	4대사회보험을 통한 인생설계가 가능	계
관공서	1(33.3)	0(0.0)	2(66.7)	3(100.0)
학교	2(50.0)	0(0.0)	2(50.0)	4(100.0)
유치원	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
서비스업	1(33.3)	2(66.7)	0(0.0)	3(100.0)
건설업	1(50.0)	1(50.0)	0(0.0)	2(100.0)
제조업	2(50.0)	1(25.0)	1(25.0)	4(100.0)
유통업	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	1(100.0)
계	7(41.2)	4(23.5)	6(35.3)	17(100.0)

○ 비채용 이유

- 채용 계획이 없다는 응답자를 대상으로 이유를 재질문한 결과는 다음과 같음. 현재 인력으로 충분하다는 응답이 가장 많았으며, 필요없다 33.2%, 전문성이 없을거 같다 6.7% 순으로 나타났음.
- 기타이유로는 인력 비용이 부담된다, 인력충원의 여건이 안된다, 경비 절감, 전문업체가 편하다 등의 의견이 나왔음.
- 현재 인력으로 충분하다는 의견은 서남권이 68.6%, 상대적으로 높았으며, 수도권은 필요가 없을 거 같다는 응답이 40%로 나타났음.

〈표 12-30〉 사업체 권역별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유

(단위 : 개소, %)

	현재 인력으로 충분	전담업무가 필요없음	전문성이 없을거 같음	기타	계
수도권	70(50.0)	56(40.0)	9(6.4)	5(3.6)	140(100.0)
중북부권	19(51.4)	11(29.7)	2(5.4)	5(13.5)	37(100.0)
서남권	24(68.6)	8(22.9)	2(5.7)	1(2.9)	35(100.0)
동남권	41(57.7)	19(26.8)	6(8.5)	5(7.0)	71(100.0)
계	154(54.4)	94(33.2)	19(6.7)	16(5.7)	283(100.0)

- 5인 이하 사업장의 56.4%는 현재로도 충분하다고 응답하였음, 51인 이상 사업장 역시 73.3%가 현재 인력으로 충분하다고 응답하였음. 6인 이상 50인 이하 사업장의 39.7%가 전담인력이 필요없다고 응답하여 가장 높은 비율을 차지하고 있음.

〈표 12-31〉 사업체 규모별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유

(단위 : 개소, %)

	현재 인력으로 충분	전담업무가 필요없음	전문성이 없을거 같음	기타	계
5인 이하	110(56.4)	65(33.3)	11(5.6)	9(4.6)	195(100.0)
6인~50인 이하	22(37.9)	23(39.7)	7(12.1)	6(10.3)	58(100.0)
51인 이상	22(73.3)	6(20.0)	1(3.3)	1(3.3)	30(100.0)
계	154(54.4)	94(33.2)	19(6.7)	16(5.7)	283(100.0)

- 관공서, 학교, 서비스업, 건설업, 제조업, 유통업에서는 현재인력으로 충분하다는 응답비율이 가장 높았으며, 유치원은 전담업무가 필요 없다는 응답이 가장 높은 비율을 차지하고 있음.

〈표 12-32〉 사업체 업종별 사회보험 관련 자격증 소지자의 채용 이유

(단위 : 개소, %)

	현재 인력으로 충분	전담업무가 필요없음	전문성이 없을거 같음	기타	계
관공서	26(61.9)	12(28.6)	2(4.8)	2(4.8)	42(100.0)
학교	6(42.9)	5(35.7)	2(14.3)	1(7.1)	14(100.0)
유치원	9(36.0)	12(48.0)	2(8.0)	2(8.0)	25(100.0)
서비스업	58(63.0)	25(27.2)	4(4.3)	5(5.4)	92(100.0)
건설업	18(54.5)	12(36.4)	2(6.1)	1(3.0)	33(100.0)
제조업	20(48.8)	16(39.0)	3(7.3)	2(4.9)	41(100.0)
유통업	17(47.2)	12(33.3)	4(11.1)	3(8.3)	36(100.0)
계	154(54.4)	94(33.2)	19(6.7)	16(5.7)	283(100.0)

□ 사회보험 관련 인력 채용 이외에 필요한 지원

- 사회보험 전담 인력 배치 이외에 지원이 필요한 서비스에 대해서는, 사회보험과 개인퇴직 연금 등을 활용한 직원의 전반적인 인생설계가 필요하다는 응답이 20% 비중으로 나타났으며, 4대 사회보험료 납부 대행 등의 의견도 10% 내외로 나타나고 있음.
- 이외에도 보험금 감액, 사회보험 업무 담당자에 대한 교육, 영세 사업장에 대한 보험혜택 등의 의견이 제시되었음.
- 필요한 서비스가 없다는 의견도 전체 응답자의 50% 정도 비중을 차지하고 있음.

제4절 결론

- 전체적으로 4대 보험 통합과 관련해서 사업장 담당자들의 인식도도 매우 낮고 현재 도입되어 활용되고 있는 자격증제도에 대한 전문성에 대해서도 신뢰도 측면에서도 불신이 많은 것으로 판단됨.
- 또한 사업장에서도 관련 업무를 전문적으로 담당할 인력의 채용 측면에서 필요성을 크게 느끼지 못하고 있는 것으로 나타남.

- 결론적으로 4대보험 통합관련 사회보험설계사 도입관련 논의는 사업장에 대한 충분한 홍보, 자격증 제도에 대한 신뢰성 제고, 4대보험 징수 통합의 사업의 진행 정도를 지켜보면서 취업 시 부각적인 기능을 담당하는 자격증활용 방안에서 벗어나 (가칭)“사회보험설계사” 제도를 통해 4대사회보험관련 대국민서비스 만족도를 제고하고 실질적으로 일자리 창출에 기여할 수 있는 제도 도입방안 마련이 필요함.
 - 이를 위해서 단순 제도 consulting 이외에 수요와 공급이 창출될 수 있도록 강제적으로 고용을 유도하는 방안에 대해서도 논의가 필요함.
- 특히 고령화 시대 이후 필요한 급여 서비스는 현금 급여 이외에도 재활 치료, 재무설계, 은퇴 이후 생활설계, 여가생활 등 다양한 현물 서비스에 대한 수요가 증가할 것으로 보여짐.
 - 이러한 수요를 감안해 연금 급여 서비스를 보다 다양화하고 다층적 소득보장체계가 여전히 미흡한 우리나라 실정을 감안해 현물 급여의 일종으로 은퇴 이후의 재무설계 혹은 생활설계 서비스를 바우처 형태로 지급될 수 있도록 한다면 현재 민간 보험시장에 존재하는 다양한 보험설계 서비스 공급이 보다 다양화되고 전문화될 수 있어 민간 은퇴설계 시장이 본격적으로 형성될 수 있는 제도적 장이 마련될 수 있을 것으로 판단됨.
 - 실제 민간 보험시장 등에서도 이러한 서비스에 대한 실질적 구매 수요 또한 전무하다시피해 이 부문이 관심도에 비해 시장 형성의 측면에서는 활성화되지 못하고 있는 것이 사실임.
- 또한, 사업장 실태조사에서 분석된바와 같이 사업장에 대한 충분한 홍보, 자격증 제도에 대한 신뢰성 제고 등을 통해 5인이하 영세기업 혹은 지역가입자에 대한 보험설계, 보험료 납부 대행 등 사회보험 설계사에 대한 분야별 전문 국가 인증 체계에 대한 검토가 필요한

것으로 판단됨.

- 특히, 조사결과에서 나타났듯이 영세업체 특히 1인 사업장의 사회보험료에 대한 부과징수 및 납부대행 서비스가 가능하도록 제도적 설계가 필요한 시점임. 이를 위해 특히 1인 창업형 기업의 한 형태로 온라인으로 사회보험료 납부 대행, 보험료 감면 상담 등이 가능한 전문 자격제도를 국가가 공인하는 형태로 동 시장을 활성화하는 방안도 검토해 볼만함.

제3장 보건복지 제3섹터 활성화 방안

제1 절 연구의 배경

□ 제3섹터 기관에 대한 국가별 정의의 다양성

- 영미권 국가의 “Non-profit” vs 유럽국가의 “Social Economy”
 - － 사회적 경제(Social Economy) :
 - － 기타 제3섹터 지칭 개념 : 비시장섹터(non-market sector), 자선 및 자원섹터(Charity and voluntary sector), 비정부부문(non-governmental sector) 등
 - － 영미권국가의 경우 주로 비영리조직(협회와 재산 등)을 제3섹터로 인식하는 반면 대륙유럽에서는 협동조합과 상호부조조직 등을 포함하는 것으로 인식

〈표 13-1〉 제 3섹터 개념 비교

유럽식 정의	영미식 정의
결과물의 사유화 제한이 기준이 됨 협동조합과 공제조합 포함	이익의 재분배가 없다는 점이 기준 협동조합과 공제조합 배제

자료 : 한국보건사회연구원(2010)

- 제3섹터 기관의 주요 분야 : 문화·레크리에이션, 교육·연구, 의료, 사회서비스, 환경, 개발·주택, 법률·옹호·정치활동, 중재자·자원활동, 국제활동, 종교, 사업가·전문가 조합·노조, 기타

등 다양(Salamon&Anheier의 제3섹터 분류)

- 제3섹터 기관의 유형은 보건복지 부문을 넘어 광범하게 존재
- 본 연구의 분석은 보건복지 제3섹터에 초점을 맞춤⁵⁶⁾

□ 탈산업사회의 새로운 사회적 위험에 대한 제3섹터형 해법의 유용성

○ 탈산업사회의 복지체제는 새로운 구조적 긴장에 직면

- 전통적 산업사회와 같이 실직, 산재, 질병 등과 같은 ‘구사회적 위험(old social risk)’과 달리 ‘신사회적 위험(new social risk)’이 나타나고 있음.

- 신사회 위험의 예 : 비정규직 노동의 증가, 맞벌이 가정(dual earner family)의 증가와 돌봄의 공백, 인구 고령화 등

○ 신사회위험을 극복하기 위해 사회서비스 영역 급부상

- 신사회위험에 대응하는 사회서비스 영역 : 생애주기에서 고용의 단절을 겪는 노동자들을 위한 고용의 접근성을 지원하는 교육과 훈련, 맞벌이 가정과 한부모 가정 등 일과 가정의 균형을 유지할 수 있도록 지원하는 공공보육, 노인에 대한 간병, 간호 등

○ 사회서비스 제공에 가장 적합한 조직은 제3섹터 기관

- 사회서비스 영역은 무엇보다 수혜자의 다양한 욕구에 맞추어야 한다는 점, 양보다 서비스의 질이 관건적이라는 점, 상황 변화에 따른 서비스 공급의 유연한 조정 등이 중요하기 때문에 관료적인 제1섹터는 공급주체로 적절하지 못함.
- 또한 사회서비스 영역은 그 목적이 새롭게 발생하는 사회적 위험을 없애고 삶의 질을 향상시키는데 있기 때문에 공공성을 내재하며 따라서 시장의 원리에 맡길 경우 공공성과 서비스 질을 담보하기 어려워짐.

56) 보건복지 제3섹터에 대한 조작적 정의는 사업체 분류 가운데 “Q. 보건 및 사회복지 서비스업”과 “S. 협회 및 단체 수리 및 기타 개인서비스업”에 초점을 맞추도록 함.

- 지역사회와 수혜자의 욕구에 민감하게 대응할 수 있는 제3섹터 기관이 적합

○ 지속가능한 일자리 제공

- 제3섹터 기관의 확대를 통해 취약계층을 비롯한 일반 계층의 고용 확대

○ 지역사회 통합 및 지역경제 활성화에 기여

- 제3섹터 기관은 지역을 기반으로 활동하게 되므로 지역사회 고용창출 및 복지 증진에 기여
- 또한 이윤을 추구하는 제3섹터 기관의 활동을 통해 지역사회 자본 개발, 이윤의 지역사회 재투자를 통해 지역경제 활성화에 도움

□ 제3섹터의 경제적 효과

- 제3섹터는 정부의 실패로 대변되는 1섹터의 실패와 시장의 실패로 대변되는 2섹터의 기능을 보완

- 대표적으로 노동시장의 수요공급의 불일치에 의해 발생하는 실업(시장의 실패)에 대한 대처로서 공공근로 사업과 같은 정부의 대응에 한계가 발생하는 상황에서(정부의 실패) 제3섹터는 사회적 공익성과 시장효과를 갖는 틈새(niche) 일자리 또는 창의적 일자리 발굴의 주체로 기능

- 통계자료 및 기존 연구에 따르면 고용 잠재력이 가장 큰 영역이 제3섹터인 것으로 나타남.

- 한국은행이 발표한 산업별 취업유발계수에 따르면 제3섹터 부문에서 가장 높은 비중을 차지하는 사회·기타서비스업 부문의 경우 2008년 기준 10억 매출 증가가 약 21.9명의 취업자 증가로 연결되는 것으로 나타남. 이는 전산업 평균 12.1 명에 비해 월등히 높으며 또한 농림어업, 도소매업, 음식숙박업을

제외한 나머지 산업부문 가운데 가장 높은 수치임.

〈표 13-2〉 산업별 취업유발계수

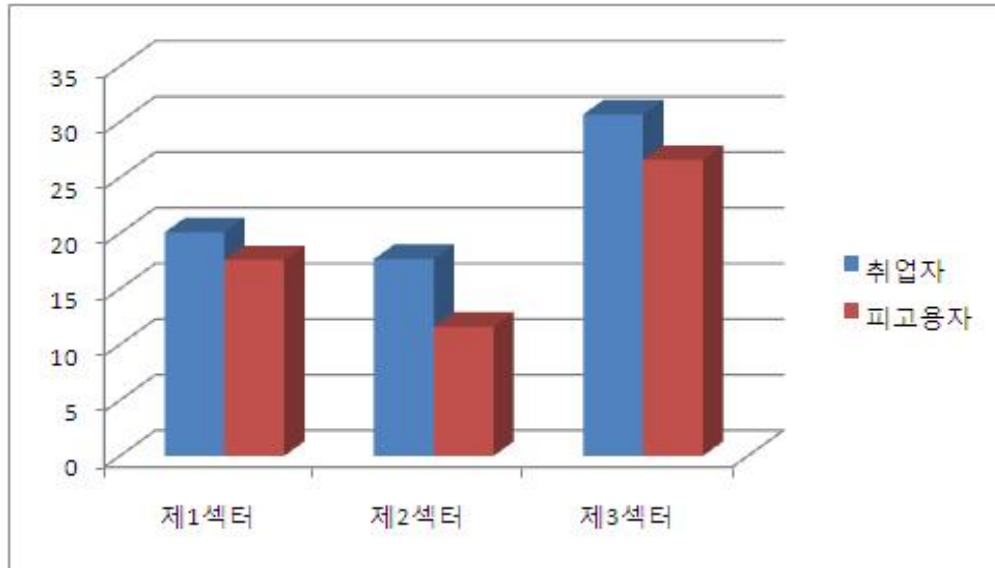
	2005년 가격 기준				2008년 (경상)	증감(전년대비)		
	2005년	2006년	2007년	2008년		2006년	2007년	2008년
농림어업	51.1	50.2	46.8	43.9	43.6	-0.9	-3.4	-2.9
광업	10.4	10.1	10.3	10.6	8.8	-0.3	0.2	0.3
제조업	10.1	9.6	9.2	9.2	7.6	-0.5	-0.4	0.0
음식료품	24.7	23.9	23.0	21.9	19.9	-0.8	-0.9	-1.1
섬유·가죽제품	17.2	15.6	15.5	15.4	14.0	-1.6	-0.1	-0.1
목재·종이제품	12.3	12.0	11.5	11.4	10.0	-0.3	-0.5	-0.1
인쇄·복제	17.1	17.8	19.4	20.2	17.8	0.7	1.6	0.8
석유·석탄제품	1.0	1.1	1.3	1.3	0.7	0.1	0.2	0.0
화학제품	8.5	8.1	7.7	7.7	6.1	-0.4	-0.4	0.0
비금속광물제품	11.0	10.2	9.7	9.4	8.7	-0.8	-0.5	-0.3
제1차금속제품	5.1	5.3	5.7	5.9	4.0	0.2	0.3	0.3
금속제품	12.9	13.1	12.8	13.7	10.1	0.2	-0.3	0.9
일반기계	12.2	11.8	11.2	11.4	9.9	-0.4	-0.6	0.2
전기·전자기기	8.3	7.3	6.5	6.4	6.8	-1.0	-0.8	-0.1
정밀기기	13.9	12.4	11.6	11.3	11.9	-1.5	-0.8	-0.3
수송장비	9.9	9.9	9.5	10.0	7.7	0.0	-0.4	0.5
기타제조업제품	16.4	15.4	14.5	14.4	13.6	-1.0	-0.9	-0.1
전력·가스·수도	3.6	3.5	3.5	3.4	2.8	-0.1	0.0	-0.1
건설업	16.6	17.3	16.9	17.1	14.3	0.7	-0.5	0.3
서비스업	18.4	18.2	18.1	18.3	16.5	-0.2	-0.1	0.2
도·소매	30.4	29.6	29.5	30.6	27.9	-0.8	-0.1	1.1
음식·숙박	37.8	36.5	36.5	35.9	32.5	-1.3	0.0	-0.6
운수·보관	15.4	15.0	14.4	14.2	11.4	-0.4	-0.6	-0.2
통신·방송	9.7	10.0	10.4	10.5	10.4	0.3	0.4	0.1
금융·보험	10.5	10.4	10.0	10.2	9.8	-0.1	-0.4	0.2
부동산·사업서비스	11.7	12.1	12.4	13.0	11.8	0.4	0.3	0.6
공공행정·국방	14.7	14.3	14.2	14.0	12.5	-0.4	-0.1	-0.2
교육·보건	20.2	20.2	20.6	20.7	18.2	0.0	0.4	0.1
사회·기타서비스	24.9	25.0	23.9	24.2	21.9	0.1	-1.1	0.3
전산업	14.7	14.3	13.9	14.0	12.1	-0.4	-0.4	0.1

자료 : 한국은행 "우리나라의 취업 구조 및 노동 연관 효과"

- 또한 10억원 투자시 피고용자 증가 규모는 정부부문의 경우 17.6명, 민간영리부문은 11.6명인 반면 제3섹터는 26.6명으로 섹터 가운데 고용유발 효과가 가장 큰 영역이 제3섹터인 것으

로 분석됨(김혜원, 2008).

[그림 13-1] 섹터별 고용유발효과



자료 : 김혜원(2008)에서 재구성

- 제3섹터의 고용현황을 산업부문별로 비교해 보면 2009년 기준 전체 취업자 가운데 5.8%가 보건 및 사회복지 서비스업에 종사하고 있는 것으로 나타났으며 전체 제3섹터 취업자 가운데 보건 및 사회복지서비스업 부문의 제3섹터 취업자의 비율이 14.5%로 교육서비스업 및 공공행정, 국방 및 사회보장 행정 부문에 이어 세 번째 순위로 나타남.
- 보건업과 사회복지서비스업을 비교해 보면 보건업의 비중이 40%, 사회복지서비스업의 비중이 60%로 사회복지서비스업이 더 높은 비중을 차지함.
- 보건 및 사회복지서비스업 취업자의 섹터별 분포를 살펴보면 2000년대 중반까지는 영리부문과 제3섹터가 유사한 궤를 그리다가 2006년 이후부터 영리부문 취업자 증가율이 제3섹터 부문을 소폭 상회하고 있으며 비중의 측면에서는 제3섹터의 비중이 2000년대 중반 이후 떨어짐.

- 또한 김혜원(2009)과 동일한 분류방법을 통해 보건 및 사회복지 서비스업 가운데 섹터별 비중을 분석해 보면 개인사업체 및 회사법인을 포함한 영리부문이 78%로 절대적으로 높은 비중을 차지하며 제3섹터 12%, 공공부문 10%의 비중 차지

〈표 13-3〉 제3섹터 취업자의 산업별 분포(2009)

	전체 취업자수	제3섹터 ⁵⁷⁾	전체 취업자비율	제3섹터비 율
농업, 임업 및 어업	29,362	15,975	0.2	0.6
광업	17,147	2,345	0.1	0.1
제조업	3,269,339	22,862	19.5	0.9
전기, 가스, 증기 및 수도사업	67,661	39,282	0.4	1.5
하수 · 폐기물 처리, 원료재생 및 환경복원업	65,576	10,195	0.4	0.4
건설업	894,504	8,130	5.3	0.3
도매 및 소매업	2,626,339	65,576	15.7	2.5
운수업	902,640	52,936	5.4	2.0
숙박 및 음식점업	1,757,715	9,851	10.5	0.4
출판, 영상, 방송통신 및 정보서비스업	429,109	66,243	2.6	2.5
금융 및 보험업	682,428	165,242	4.1	6.3
부동산업 및 임대업	444,185	22,203	2.7	0.8
전문, 과학 및 기술 서비스업	728,398	103,269	4.3	3.9
사업시설관리 및 사업지원 서비스업	694,417	25,319	4.1	1.0
공공행정, 국방 및 사회보장 행정	659,265	659,265	3.9	25.2
교육 서비스업	1,358,311	841,527	8.1	32.1
보건업 및 사회복지 서비스업	972,196	380,950	5.8	14.5
예술, 스포츠 및 여가관련 서비스업	323,404	61,593	1.9	2.4
협회·단체, 수리 및 기타 개인 서비스업	825,828	66,265	4.9	2.5
전체	16,747,818	2,619,028	100.0	100.0

자료: 통계청(2009), 「전국사업체조사」 원자료.

- 57) 무엇을 제3섹터로 분류할 것인지에 대해서는 다양한 논의가 있지만 여기서는 기존 연구의 분류 가운데 김혜원(2009)“제3섹터에서의 고용창출”(한국노동연구원)의 분류를 따르기로 한다. 즉 김혜원(2009)은 영리를 추구하는 개인사업체와 회사법인을 영리 부문으로 보고 회사 이외 법인과 비법인 단체를 제3섹터로 분류하였다. 그리고 국가 및 지방자치단체가 직영하는 사업체를 공공부문으로 간주하였다. 개인사업체와 회사법인 중에서도 제3섹터로 분류될 수 있는 사업체가 존재하는데 대표적으로 영리기업이면서도 이윤 배분을 정관에 의해 제한하고 사회적 목적을 추구하는 사회적 기업이 그 예다. 그러나 김혜원(2009)은 우리나라의 경우 사회적 기업이 태동단계에 있으므로 그 비중이 그다지 높지 않다고 보고 제3섹터 추계에서는 제외하였으며 본 연구에서도 동일한 분류 방법을 채택하였다.

- 향후 우리나라 복지체제의 선진화, 지속가능성을 담보하기 위해 사회서비스의 유의미한 공급주체이자 성장잠재력을 가진 제3섹터에 대한 주목이 필요함.
- 본 연구는 이러한 측면에서 제3섹터, 그 가운데서도 특히 최근 사회서비스의 유의미한 공급주체로서 주목받고 있는 보건복지 제3섹터 부문의 현황과 문제점을 분석하고 향후 활성화 방안을 제시하는데 목적이 있음.

제2절 현황 및 문제점

1. 우리나라 제3섹터의 일반적 현황

- 2011년 기준 행정안전부 등록 민간단체 현황 : 9,701(2010년 12월 보다 98개 증가)

〈표 13-4〉 행정안전부 민간단체 등록 현황

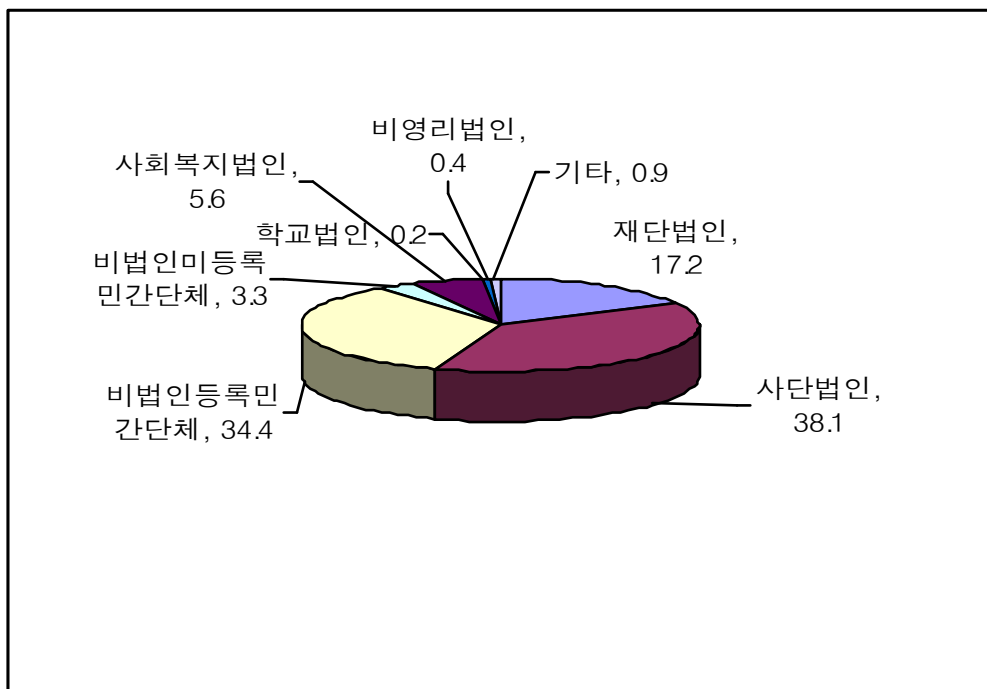
(단위 : 개)

계	중앙행정기관	시·도
9,701	1,111	8,590
'10. 12.31 + 98	+19	+79

- 각 중앙부처 및 시도, 시군구 단위에 등록된 비영리민간단체 현황을 살펴보면 2006년에 비해 2010년까지 약 5년 사이에 중앙부처 등록 비영리민간단체의 경우 49.8%, 시도 및 시군구 등록 민간단체의 경우 47% 성장(통계청, 2010 “비영리민간단체 등록현황”)
 - 2010년 9월 기준 중앙부처에 908개 시도 및 시군구에 8414개 비영리민간단체 등록

- 법인형태별로는 사단법인과 비법인등록민간단체가 각각 38.1%와 34.4%로 전체의 72.5% 차지. 그밖에 재단법인 17.2%, 사회복지법인 5.6%
- 비법인등록 민간단체의 비율이 상당히 높은 것은 민간단체의 법인 등록 어려움에서 기인

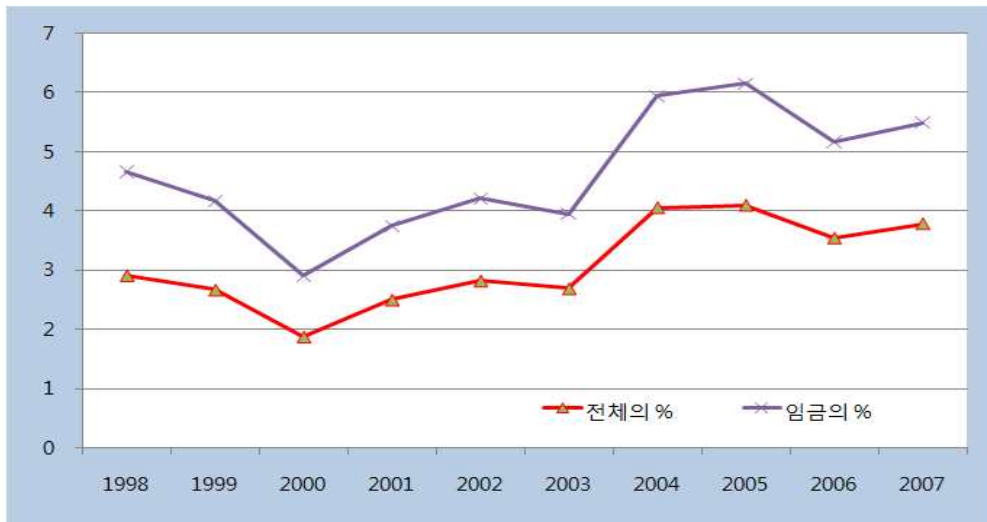
[그림 13-2] 제 3섹터 기관의 법인형태별 분포



출처 : 노대명 외(2008)에서 재구성

- 제3섹터의 규모 변화 추이를 보다 구체적으로 살펴보려면 기관 규모의 증가 추세 뿐만 아니라 제3섹터 기관에 고용된 취업자 추이를 살펴봐야 함.
- 제3섹터의 취업 추이는 지난 10년간 다소 증가
 - 1998년 제3섹터 취업자 비중은 약 2.91%, 2007년에는 3.78%로 증가 양상

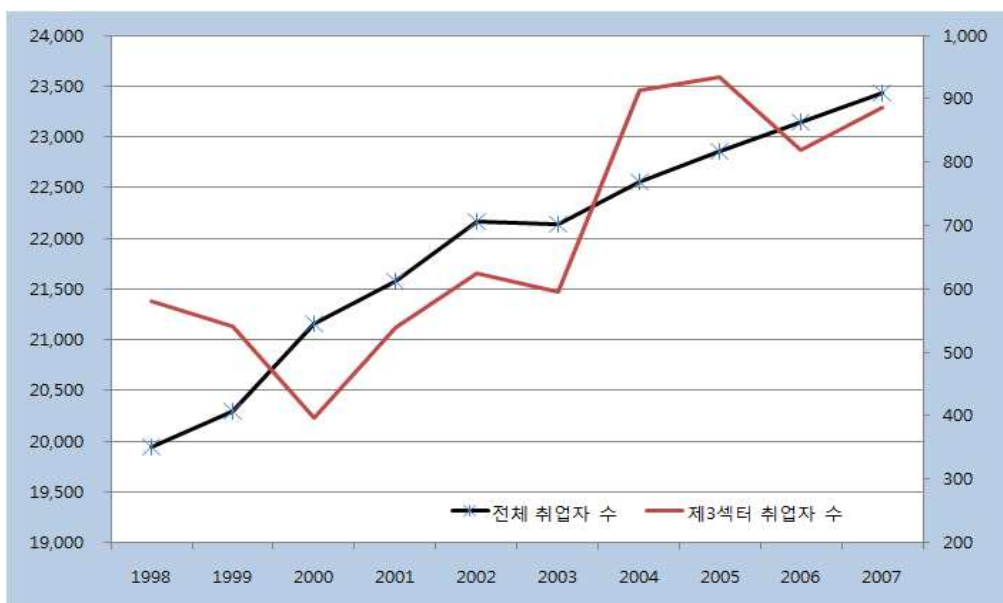
[그림 13-3] 노동패널을 활용한 제3섹터 취업자 비중 추이



자료 : 한국보건사회연구원(2010)에서 재인용

- 제3섹터 취업자 규모는 외환위기와 2003년 신용대란 직후 전체 부문 일자리에 비해 상대적으로 높은 증가세
- 실업과 빈곤 충격으로 인해 나타나는 사회문제 해결에 일정정도 역할 수행(부분적인 경기조정자 역할)

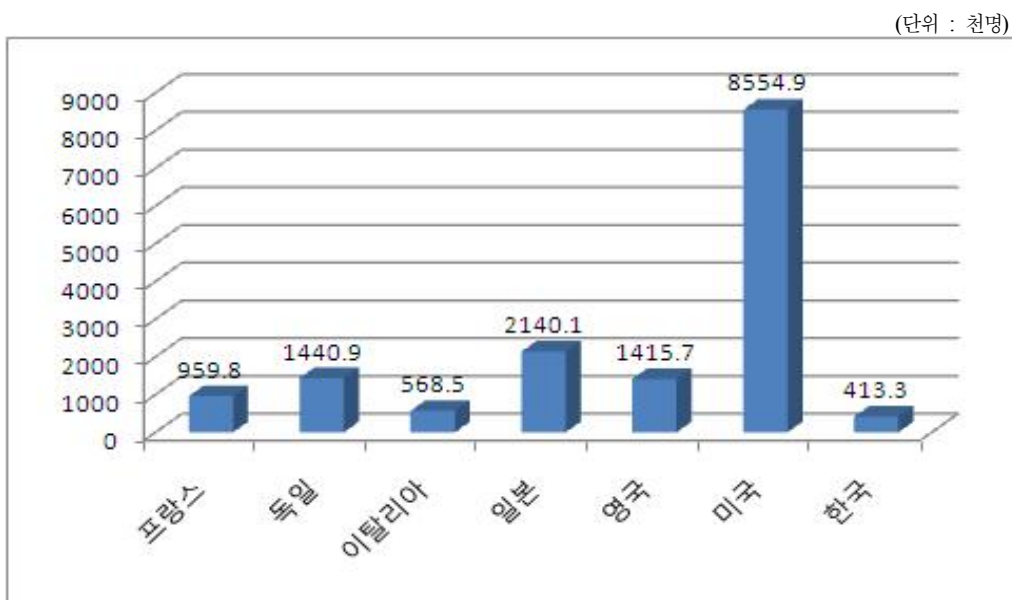
[그림 13-4] 우리나라의 전체 취업자 및 제3섹터 취업자 추이



□ 이처럼 우리나라 제3섹터의 고용 규모가 지난 10년간 증가해 왔고 부분적인 경기 조정자 역할을 수행하는 등 산업내 긍정적 역할 수행에도 불구하고 국제적 차원에서 비교해 보면 우리나라 제3섹터의 크기는 매우 작음.

○ 국가별로 제3섹터 부문의 고용 규모를 비교해 보면 한국은 약 413.3천명에 불과한 반면 미국은 8554.9천명, 일본은 2140.1천명, 독일은 1440.9천명, 영국은 1415.7천명 등으로 우리보다 제3섹터 부문 고용 규모가 월등히 큼.

[그림 13-5] 주요 국가별 시민사회섹터 유급종사자 규모



자료 : Salamon&Sokolowski&List(2003) 재구성

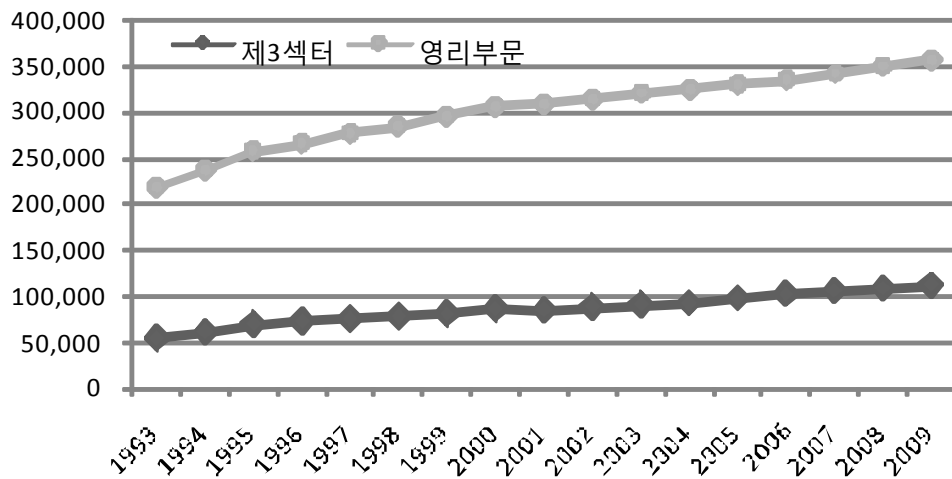
□ 종합해보면, 지난 10년간 우리나라 제3섹터의 규모는 전반적으로 급성장했으나, 고용창출 효과는 기관 인프라 성장세에 비해 크지 않았던 것으로 보이며, 특히 국제적 차원에서 비교해 보았을 때 우리나라 제3섹터의 고용효과는 낮게 나타남.

○ 이러한 점은 비록 우리나라 제3섹터 기관의 외연은 확장되어 왔으나 내적 성장 또는 내실은 그만큼 성장하지 못했을 가능성을 시사함.

2. 보건복지 제3섹터의 현황

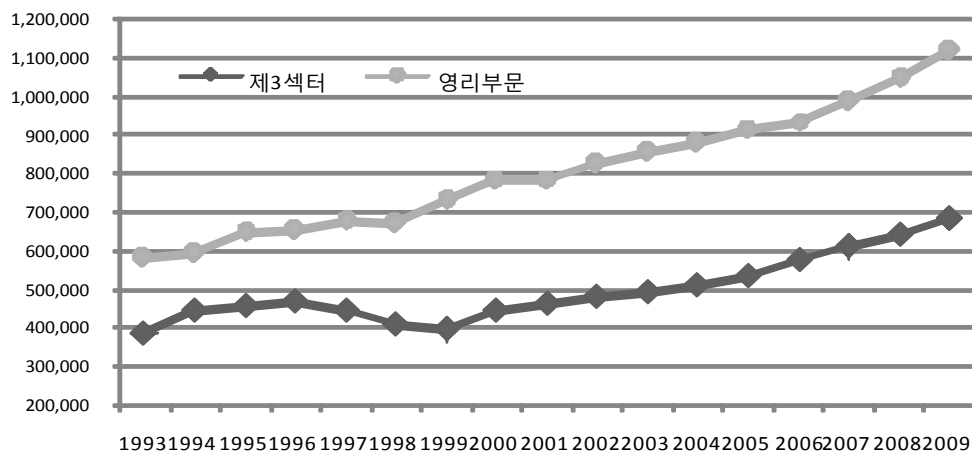
- 「전국사업체조사」 데이터를 근거로 보건복지 제3섹터의 규모변화를 시계열적으로 분석하면 아래의 그림과 같음.
- 보건복지 제3섹터에 종사하는 사업체 규모는 지난 1993년 이후 꾸준히 증가해 왔으나 보건복지 영리부문 사업체에 비해 증가세가 완만함.
 - 반면 보건복지 제3섹터에 종사하는 인력의 경우 사업체 규모변화에 비해 훨씬더 급격한 성장세를 보임.
 - － 1990년대 말 외환위기를 기점으로 보건복지 제3섹터 종사인력의 규모는 다소 감소추세를 보였으나 이후 2000년대부터 다시 증가추세를 보임.
 - － 종사인력의 측면에서 보았을 때 2000년대 이후 보건복지 영리부문 종사인력과 보건복지 제3섹터 종사인력의 증가율이 유사
 - － 특히 사회서비스의 제도화가 이루어진 2000년대 중반 이후 보건복지 제3섹터 종사 인력은 더욱 급격히 증가
 - 결론적으로, 우리나라 보건복지 제3섹터는 지난 10여년간 꾸준히 증가해 왔으나 시설의 성장에 비해 종사인력의 성장이 더욱 두드러지게 나타남.
 - － 이는 사회서비스의 제도화를 비롯한 보건복지 정책의 확대의 효과가 서비스 위탁기관으로서 보건복지 부문 제3섹터 기관의 설립 증가로 연결된 효과보다 기관의 인력 수요 증가로 연결된 효과가 더욱 크게 나타났음을 보여줌.

〔그림 13-6〕 보건복지(Q+S) 제3섹터의 사업체 수 변동추이



자료 : 통계청(각년도) 「전국사업체조사」

〔그림 13-7〕 보건복지(Q+S) 제3섹터 종사자 규모 변동추이



자료 : 통계청(각년도) 「전국사업체조사」

3. 보건복지 제3섹터의 문제점

□ 보건복지 제3섹터는 꾸준히 확대되어 왔으나 보건복지 서비스에 대한 욕구 대비 충분히 증가하지 못함.

○ 대표적으로, 욕구는 있으나 제도화되지 못하고 있는 보건복지 서

비스 영역으로서 비공식 부문 돌봄 존재

- 현재 비공식 부문 돌봄 노동자는 간병인, 가사도우미, 산후관리사, 육아도우미 등의 업종에 분포되어 있으며 아래 <표 13-5>와 같이 추계됨. 즉, 2011년 현재 실제 육구의 존재에 따라 민간에서 서비스를 제공하고 있으며 잠재적으로 사회서비스 제도 확대시 포괄 가능한 돌봄 제공자 규모는 약 244,797명으로 추정

〈표 13-5〉 신규 고용·산재 보험 적용 대상자 수 추계치: 2011~2015년

(단위: 만원)

	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
[전체 가사사용인 수]					
간병인(0682)	81,569	86,368	91,449	96,829	102,526
육아 도우미(0722)	88,569	93,780	99,297	105,139	111,324
가사 도우미(1135)	119,397	126,421	133,858	141,734	150,072
소 계(A)	289,535	306,569	324,605	343,702	363,922

주: 국회 예산정책처의 비용추계

□ 보건복지 부문의 제3섹터 기관 종사 인력이 전체 제3섹터 기관 가운데 양적으로 높은 비중을 차지하고 있는 반면 타 산업부문에 비해 보건복지부문 종사인력이 보다 열악한 근로환경에 처해 있는 것으로 나타남.

- 고용노동부의 「고용형태별근로실태조사(2009)」 자료에 따르면 보건복지부문에 해당될 수 있는 ‘Q. 보건업및 사회복지서비스업’ 종사자와 ‘S.협회 및 단체 수리 및 기타 개인서비스업’ 종사자들의 경우 총근로일수가 전체 평균보다 높으며 광업, 도소매업, 제조업 등과 유사한 수준
- 보건복지부문의 총 근로시간은 평균에 못 미치나 정상근로 시간은 평균보다 높으며 반면 급여수준은 월급여, 정액급여, 초과급여, 연

간특별급여, 시간당 정액 급여 등 모든 측면에서 평균에 못 미침.

- 전체적으로 보건복지부문의 경우 인적자원에의 의존도가 높은 부문임에도 불구하고 근로시간 및 임금 등의 처우에 있어 제조업, 도소매업 등과 유사한 패턴을 가지고 있음.

〈표 13-6〉 보건업 및 사회복지서비스업과 타 산업부문의 근로실태 비교

산업분류별	2009								
	총근로 일수 (일)	총근로 시간 (시간)	정상 근로시간 (시간)	초과 근로시간 (시간)	월 급여액 (천원)	정액 급여 (천원)	초과 급여 (천원)	연간 특별급여 (천원)	시간당 정액급여 (원)
전체	22.5	189.0	178.7	10.3	1,960	1,849	111	3,801	10,591
A.농업,임업및어업	22.4	179.1	175.3	3.8	1,962	1,929	34	3,896	11,104
B.광업	23.2	193.5	177.3	16.1	2,374	2,215	159	4,693	13,197
C.제조업	23.1	199.9	178.4	21.6	2,053	1,830	224	5,287	10,392
D.전기,가스,증기및수도사업	21.9	185.5	171.8	13.7	3,377	3,095	282	13,966	18,121
E.하수·폐기물처리,원료재생및환경복원업	23.8	200.9	185.0	15.9	2,054	1,896	159	2,358	10,298
F.건설업	21.1	173.6	169.8	3.8	1,984	1,934	50	1,734	11,481
G.도매및소매업	23.1	192.0	187.8	4.2	1,760	1,721	39	2,558	9,325
H.운수업	22.4	198.5	178.1	20.4	1,903	1,670	234	3,893	9,588
I.숙박및음식점업	22.4	183.8	180.9	2.8	1,059	1,036	22	405	5,626
J.출판,영상,방송통신및정보서비스업	22.1	180.3	173.0	7.2	2,769	2,676	93	5,785	15,505
K.금융및보험업	21.9	178.2	173.9	4.3	2,864	2,784	80	12,657	16,063
L.부동산업및임대업	20.5	218.8	216.4	2.4	1,526	1,490	35	1,456	7,513
M.전문,과학및기술서비스업	22.1	179.3	174.7	4.7	2,699	2,640	60	4,166	15,122
N.사업시설관리및사업지원서비스업	21.9	188.1	174.7	13.5	1,892	1,767	125	3,682	10,227
P.교육서비스업	21.1	157.9	154.4	3.5	2,131	2,094	37	2,151	14,464
Q.보건업및사회복지서비스업	23.1	187.6	181.2	6.3	1,773	1,702	71	3,058	9,490
R.예술,스포츠및여가관련서비스업	22.2	178.7	171.9	6.8	1,358	1,284	74	1,824	7,673
S.협회및단체,수리및기타개인서비스업	23.2	187.3	185.0	2.3	1,570	1,543	27	1,897	8,581

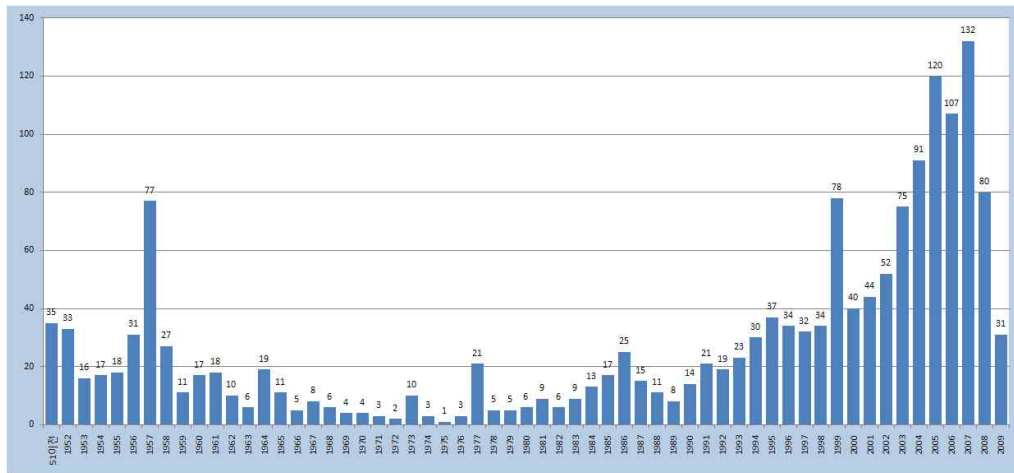
자료 : 고용노동부, 고용형태별근로실태조사(2009)

□ 이러한 차이는 보건복지부문 제3섹터의 양적발전과 질적발전의 불일치를 보여주는 것

- 사회복지 부문 제3섹터 기관의 발전이 아래 그림에서 나타났듯이 핵심적으로 2000년대 이후 사회서비스의 본격적인 제도화의 맥락에서 이루어짐.
- 그러나 양적 확대에 비해 유의미한 취업유발 섹터로서 인건비의 수준은 낮으며 또한 제도화 과정에서 발생한 정부 의존성 증가로

인해 자생력이 낮음,

[그림 13-8] 사회복지법인의 연도별 설립기관 추이



자료 : 보건복지부(2010) 사회복지시설현황

□ 민간자원동원능력의 부족

○ 제3섹터 기관의 재원 구성비는 제3섹터 기관의 성격을 간접적으로 보여줌.

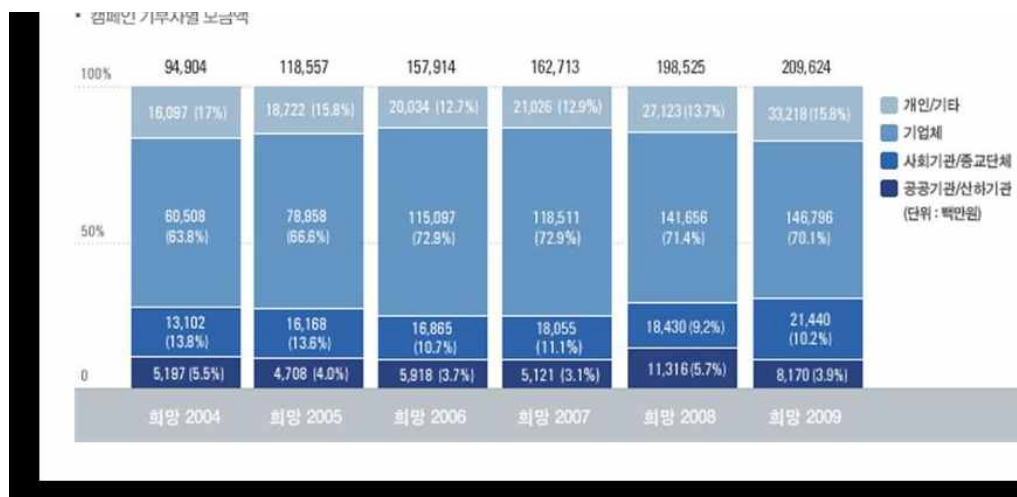
- 즉, 제3섹터 기관의 재원 가운데 정부 재정의존도가 지나치게 높다면 기관의 성격 역시 정부 주도적일 가능성이 높음.
- 제3섹터의 이론적 규정상 기관의 재정 가운데 민간 자원 동원의 비율이 높을수록 바람직한 것으로 간주됨.
- 그 이유는 민간자원의 동원력은 제3섹터 기관이 지역사회 및 시민 참여에 근거하고 있음을 보여주며 동시에 제3섹터 기관이 자율성을 가지고 복지 서비스를 제공할 수 있는 토대가 되기 때문임.

○ 우리나라 제3섹터 기관의 재원은 전통적으로 정부에 의존성이 높고, 지역사회나 일반 국민의 참여가 낮으며 종교계의 참여가 높게 나타남.

- 우리나라 제3섹터 기관에 재원배분을 담당하는 가장 대표적

- 거점인 사회복지공동모금회 기부주체별 기부 추이를 살펴보면
 비록 최근 개인기부금이 소폭 증가하고 있지만 전체적으로 기
 업 기부금이 차지하는 비중이 높고 개인기부의 비중이 낮음,
 - 2009년 현재 사회복지공동모금회 전체 기부금 가운데 개인기
 부가 차지하는 비중은 15.8%

[그림 13-9] 사회복지 공동모금회의 기부자별 모금액



자료 : 박세경 외(2009). 사회자본과 민간 복지자원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로

- 제3섹터 기관의 재정구성 비율을 타 국가와 비교해 보아도 상대적으로 기부금 수입이 낮게 나타남.

- 국가별 기부금 수입 비율은 영미국가의 경우 전체 수입의 26.4%, 북유럽국가는 45%, 유럽대륙 국가는 26.6%, 한국은 14.9%(Salamon&Sokolowski&List, 2003).

□ 재정의 높은 정부 의존도

- 우리나라 제3섹터의 총수입 구성비를 살펴보면 회원의 회비 7.21%, 민간기부 12.86%로 민간참여에 의한 회비 구성이 20.07%에 불과하며 정부지원 비율이 38.17%로 가장 높음.
- 보건복지부문의 경우 제3섹터 전체 평균에 비해 민간 기부의 비

율(19.43%)이 높으며 특히 정부지원의 비율이 50.09%에 달해 제3섹터 일반에 비해 보건복지 부문의 정부재정 의존도가 매우 높게 나타남.

- 반면 보건복지 부문의 서비스 이용료 수입은 5.39%에 불과해 제3섹터 전체의 서비스 이용료 수입 19.91%에 비해 매우 낮음.

〈표 13-7〉 제3섹터 총수입 구성의 사업부문별 구성비

	연간 총수입	회원회비	모법인 지원	민간 기부	서비스 이용료	정부 지원	그외 수입	기타
전체	100	7.21	7.48	12.86	19.91	38.17	5.35	9.76
기타부문	100	8.99	8.64	9.18	28.06	31.47	5.57	8.5
보건복지부문	100	4.04	5.41	19.43	5.39	50.09	4.96	12.01
보건부문	100	6.26	11.8	22.73	4.95	32.87	4.35	21.44
복지부문	100	3.98	5.24	19.35	5.4	50.53	4.98	11.77

자료 : 노대명 외(2008). 보건복지부문 제3섹터에 대한 연구

- 종합해 보면, 우리나라 보건복지 제3섹터 기관은 시민과 지역사회 참여에 의한 민간자원 동원 수준이 낮으며 높은 정부 재정의 존도를 보임.
 - 이러한 현상은 보건복지 제3섹터 기관의 성장이 자연스러운 시민사회의 성장에 의한 결과물이라기보다 정부의 사회복지서비스의 공급 증대에 따른 민간위탁의 결과물이기 때문이 초래된 결과
 - 이같은 정부의존성은 원칙적으로 바람직한 제3섹터의 모습이 아니지만 시민사회가 성장할 수 있는 역사적 기회가 짧았고 아직까지 시민사회 참여의 문화가 제대로 정착되지 않은 우리나라에서 보건복지 분야 제3섹터가 가질 수 밖에 없는 특성이기도 함.
 - 따라서 한편으로는 우리나라 보건복지 제3섹터의 존재 기반을

인정하면서 동시에 앞으로 보건복지 제3섹터 기관이 제3섹터 본연의 민간밀착성과 자생성, 그리고 혁신성을 담보할 수 있도록 정부가 제3섹터 기관을 체계적으로 ‘육성’할 필요가 있음.

□ 소결

○ 2000년대 중반 이후 사회서비스의 공급 증가와 함께 보건복지 분야 제3섹터 기관의 성장 동반이 이루어졌으나 우리나라 제3섹터 기관은 자체 역량이 부족하며 정부에의 강한 의존성을 가지고 있음.

- 이와 같은 우리나라 제3섹터 기관의 특성은 몇 가지 이유에서 비롯
 - 첫째, 압축적인 근현대사의 역사적 배경으로 인해 제3섹터의 토대가 되는 시민사회가 성장할 사회적, 역사적 조건을 갖추지 못함.
 - 둘째, 80년대까지 민주주의의 미성숙 등 정치적인 이유로 시민사회의 성장이 억제됨.
 - 셋째, 2000년대 이후 복지 서비스의 확대와 함께 제3섹터 기관이 성장함으로써 태생적으로 관 의존적 성격을 가지고 있음.
- 이러한 특성에 따라 비록 사회복지서비스 공급의 주체로 제3섹터 기관이 역할 분담을 하고 있으나 정부 재원의 한계로 인해 복지 서비스가 수요(욕구)에 따라 확대되지 못하고 제한, 복지서비스의 체감도 낮음.
- 또한 보건복지 서비스 공급 주체로서 제3섹터 기관의 낮은 혁신성과 민간자원동원 능력, 그리고 정부에 대한 의존성은 제3섹터 기관에 대한 정부 지출이 정부에 의한 직접서비스 제공과 비교해 새로운 부가가치를 창출해 내지 못하고 있음.

- 반면 이러한 토대를 우리나라 제3섹터의 현실로 인정하고 이로부터 우리 실정에 맞는 제3섹터 발전 방안을 모색하는 것이 필요함.
- 즉, 관 의존성이 강함으로 인해 민간조직 특유의 자발성과 혁신성이 약하지만 오히려 사회복지 전달 조직으로서 제3섹터 기관이 온전히 설 수 있을 때 까지 정부가 물리적으로 제3섹터를 육성하면서 동시에 제3섹터 기관 특유의 지역 밀착성과 혁신성이 담보될 수 있는 대책을 병행할 필요가 있음.
- 특히 선진 외국의 경우 복지의 민영화나 시장화 과정에서 제3섹터가 크게 발전하였음을 고려할 때 아직 초기 수준에 있는 사회서비스 바우처 제도의 양적 질적 확대는 제3섹터 기관의 성장에 중요한 영향을 미칠 것으로 보임.

제3절 외국사례

1. 프랑스 : 지역기금을 통해 지역사회 수요에 부합하는 새로운 일자리 창출

- 제3섹터 기관이 근린서비스 개발로 지역의 욕구에 부응하면서 동시에 고용 창출
- 소요 비용으로 주민참여기금(FPH) 구성.
 - 규모는 작지만(각 기금은 최대 22,900 유로를 넘지 않으며 프로젝트당 최대 760 유로 지원) 기금에의 접근성을 높이기 위해 보조금지원방식을 유연하게 운영, 제3섹터 기관의 혁신적인 시도에 신속히 부응할 수 있는 여유자금의 의미
 - 프로젝트 지원 뿐만 아니라 제3섹터 활동 조직, 지역에서 새로운 주체를 발굴

□ 우리나라에 주는 시사점

- 우리나라의 경우 제3섹터를 지원하기 위한 기금이 사회복지공동모금회로 단일화되어 있음.
- 사회복지공동모금회의 경우 기금을 활용하여 다양한 사회복지업무에 대한 지원을 수행하며 제3섹터의 육성 및 발전을 집중적으로 지원하기 위한 기금으로 볼 수 없음.
- 보건복지 제3섹터 기관의 활성화를 위해 설립 초기의 재정지원을 비롯해 제3섹터 기관의 혁신적이고 실험적인 사업의 시도 등을 지원하는 별도의 기금마련의 중요성을 제시

2. 영국

□ 수상산하 제3섹터국(Office of the Third Sector) 설치, 제3섹터 육성

- 2006년 5월 영국 국무조정실 산하에 설치, 현재 정권교체에 따라 Office for Civil Society로 명칭 변경
- 장관 산하 6개 팀으로 구성 : ① 전략&소통팀(장기전략 수립, 조사연구, 재정지원 업무) ② 지역사회참여팀(자원봉사 지원 업무 및 자선단체 지원, 여왕상 수상 업무) ③ 사회적기업&재정팀(사회적 기업 관련 정책수행 및 육성, 제3섹터 조직 재정지원 업무) ④ 공공부문파트너십팀(Compact 업무 지원) ⑤ 제3섹터지원팀(제3섹터 관련 지원 업무 담당) ⑥ 사업경영팀(제3섹터 재정지원 및 보조금 업무)

□ 정부와 제3섹터 기관간 논의구조 “Compact” 운영

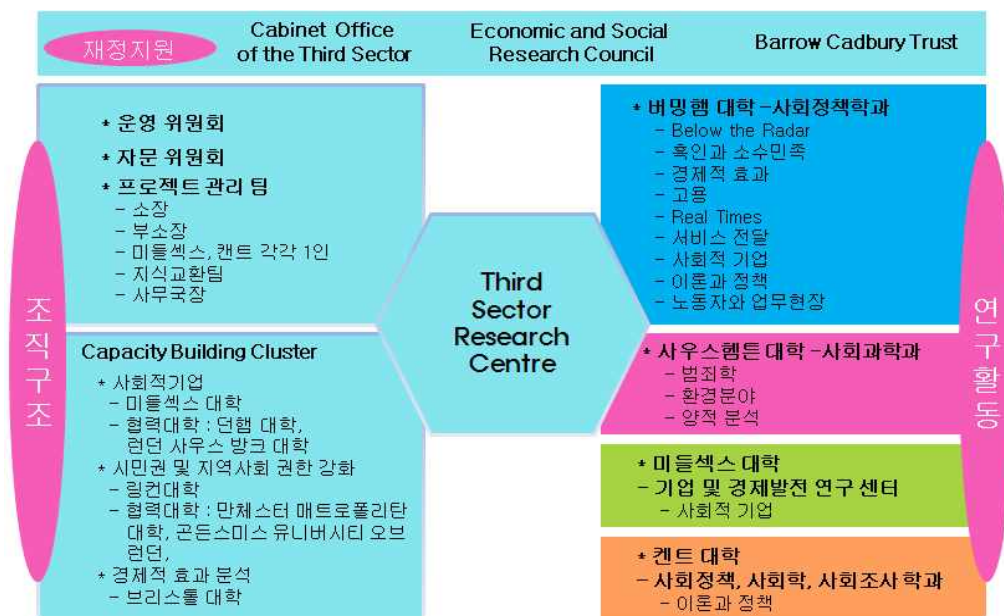
- 연 1회 모임 개최
- 주정부, 지방정부, 제3섹터 기관 대표 참여
- Compact 결정사항은 99% 이상 정부조직 및 제3섹터 공유 및 적용

- 정부부처간 Compact를 통해 제3섹터 기관에서 제시하는 의제 공유
- 제3섹터국 이외에 각 정부부처 고위 공무원을 ‘제3섹터 대변인 (Champion)’으로 임명하고 제3섹터 관련 의제를 각 부처에서 다루도록 함.
- 지방정부와 제3섹터간 파트너십 : 전략적 지역 파트너십(Local Strategic Partnership) 구성 및 지역협의회(Local Area Agreement) 작성
 - 지방정부와 지역의 제3섹터 기관은 Local Strategic Partnership (이하 LPS)을 구축함으로써 제3섹터가 역할을 할 수 있는 표적화된 사업에 대한 합의 및 동의 사항을 명시한 지역 협의회 작성
- 제3섹터 연구센터
 - 2008년 10월 개원한 연구조직, 영국 버밍엄대 위치.
 - 독립적인 조직 성격, 여러 학문분야를 골고루 포용
 - 경제사회연구위원회(ESRC)와 국무조정실의 제3섹터국 그리고 민간재단인 The Barrow Cadbury Trust의 재정지원에 의해 설립, ESRC와 제3섹터국에서 각각 5백만 파운드, The Barrow Cadbury Trust에서 25만 파운드 지원
 - ESRC는 중앙정부 부처인 Department for Business, Innovation and Skills의 재원으로 운영되는 연구 및 훈련 지원 재단으로서, 궁극적으로 제3섹터 연구센터의 재원은 약간의 민간 재원과 대부분의 정부 재원으로 구성된 것으로 볼 수 있음
 - 제3섹터 연구센터는 4개 대학의 협력구조로 구성
- Gift Aid : 기부활동 촉진을 위한 조세감면 제도
 - 납세자 개인이 자선단체에 기부한 Gift Aid 총액에 대한 기본 소득세를 적용 금액을 국세청이 자선단체에 추가로 환급하는 방

식으로, 제3섹터 기관의 기부금 수입을 증가시키는 제도

- 예컨대 현 기본 소득세율은 22%임. 따라서 개인이 제3섹터 기관에 10파운드를 기부하게 되면 2.82파운드 가량의 세금 환급 금액이 제3섹터 기관에 추가로 주어져 총 12.82파운드의 기부금을 받게 됨.

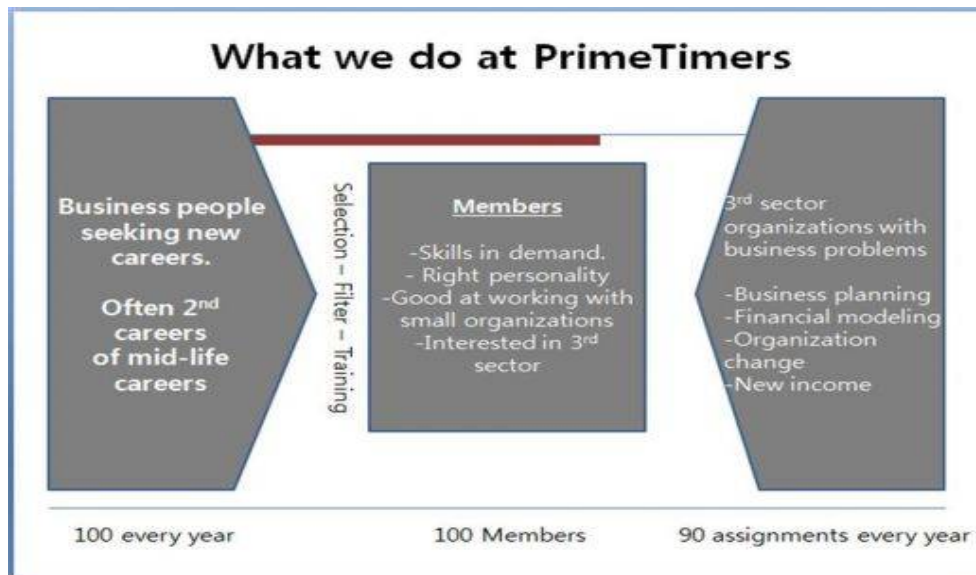
[그림 13-10] 제3섹터연구센터 구조



□ 제3섹터 일자리 창출 및 연계 사례 : Prime Timers

- 전문직 퇴직자들을 제3섹터 기관에 컨설턴트로 연계
- 퇴직자들이 제3섹터 기관에서 일할 수 있도록 일자리 창출과 고급 인적자원을 활용해 제3섹터 발전을 도모하고자 하는 이중적 목적 달성

[그림 13-11] Prime Timers 사업모델



□ 우리나라에 주는 시사점

- 제3섹터의 육성 및 발전을 촉진하는 전담 기구 설치 필요
 - 우리나라의 경우 아직 충분히 보건복지 제3섹터 부문이 양적으로 성장하지 않았으므로 양적 확대를 지원하고 질적 upgrade 지원을 전담하는 기구 설치 필요
- Compact와 같이 정부와 제3섹터의 바람직한 네트워크 설정을 위한 노력을 통해 일방적인 지배와 의존의 구조가 아니라 상호협력의 틀거리 마련
- 제3섹터의 육성 및 발전을 위한 전담 연구기관 설치 필요
 - 우리나라에서 제3섹터 부문이 아직 충분히 성장하지 않으므로 인해 제3섹터의 발전을 지원할 수 있는 전문 연구기관이 충분히 성장하지 않음.
 - 영국의 제3섹터 연구센터와 같이 대학과 연계해 여러 학문분야를 끌고루 포용하며 제3섹터에 관한 연구 업무를 촉진시킬 수 있는 전담 연구기관 설치

- 기부활동 활성화를 위한 조세 감면 조치 필요
 - － 영국과 같이 시민사회와 기부문화가 성숙한 국가에서도 Gift Aid와 같이 제3섹터 기관의 기부금 수입을 증가시키기 위한 제도적 조치 실행
 - － 우리나라에서도 기부금에 대한 조세감면 범위 확대를 비롯해 기부에 대한 각종 인센티브 장치를 도입해 제3섹터 기관의 민간 자원 동원 능력을 확대하고 적극적인 기부문화 활성화에 노력을 기울일 필요가 있음.

3. 일본

□ NPO법 제정을 통한 제3섹터 기관 확대

- NPO법을 통해 시민의 자유로운 사회공헌활동 촉진을 위해 간단한 절차로 법인격을 부여
 - － 17개 항목의 공익활동으로 활동범위를 제한하는 등 공익성을 제고하는 한편 세제상의 혜택 부여
 - － 제정 후 설립절차의 간소화, 인정유효기간 연장, 기부금 공제 최저한도 인하 등 NPO에 대한 지원을 강화하는 방향으로 법 개정 추진

□ 인정 특정비영리활동법인(인정 NPO법인)

- NPO법인 중 사업내용과 공익성 측면 에서 적정한 법인은 국세청장이 인정하는 인정 NPO 법인제도를 운영하고 있음.
- NPO법인은 내각부 또는 도도부현으로부터 인증만 받으면 되지만, 인정 NPO는 국세청장관의 인정을 받아야 함.
- NPO 법인과 달리 개인기부에 있어서도 소득공제를 해주고 법인 기부에 있어서는 NPO법인이 일반 기부금과 같이 취급되는데 비

해, 인정 NPO법인은 일반기부금에 인정NPO법인 등에 대한 기부금에 관한 손금산입을 적용

- NPO법인은 자체적으로 해산 및 청산을 하거나, 법률 위반시 인 증취소가 될 수는 있으나 유효기간은 정해져 있지 않지만 인정 NPO법인은 인정유효기간을 두고 있음.

〈표 13-8〉 NPO법인과 인정NPO법인 비교

구분	NPO법인	인정NPO법인
인증/인정기관	내각부 또는 도도부현 인증	국세청 장관이 인정
개인이 기부한 경우	공제받지 못함	기부금액-5천엔을 소득금액으로부터 공제(소득의 30%한도내)
법인이 기부한 경우	일반기부금에 관한 손금산입 한도액	일반기부금에 관한 손금산입 한도액 +인정NPO법인 등에 대한 기부금에 관한 손금산입 한도액(통상의 2배)
상속재산 기부한 경우	상속세의 과세대상에 포함	상속세의 과세대상에서 제외
기부금 간주 공제	해당없음	수익사업으로부터 얻은 이익을 비 수익사업에 사용한 경우 이를 기부금으로 간주하여 일정 범위에서 손금산입 가능
유효기간	없음	인정유효기간 5년(기존 2년에서 연장)

자료 : 정미애(2005)에서 재구성

□ 우리나라에 주는 시사점

○ 제3섹터 기관의 법적 기반 확충의 중요성

- 일본의 NPO법과 같이 제3섹터 기관의 설립 및 조세혜택을 지원하는 법제도적 정비의 필요성
- 또한 일정한 평가 기준을 마련해 평가 기준에 부응하는 제3섹터 기관의 경우 일본의 인정 NPO법인과 같이 발전을 위한 혜택의 폭을 확대시킨다면 제3섹터 발전이 기여할 수 있을 것

제4절 정책방안

- 보건복지 제3섹터 활성화를 위한 전략은 크게 세 가지 축으로 구성됨
 - 첫째, 아직까지 양적 성장이 불충분하며 보건복지서비스에 대한 국민 수요는 증가하고 있으므로 보건복지 제3섹터 기관을 양적으로 성장시킬 수 있는 토대 마련 필요 이를 위해 다음과 같은 정책 방안 추진
 - － 보건복지 제3섹터의 법제도적 기반 확충
 - － 보건복지 제3섹터 기관 수익 창출 지원
 - － 제도화 되지 않은 서비스 부문 제도화
 - － 보건복지 제3섹터에 대한 수요 확대
 - 둘째, 제3섹터 기관이 정부의존도를 줄이고 자립을 증진시키기 위해 민간자원동원 능력을 확대시킬 수 있는 조치 필요
 - － 제3섹터 기관의 기부금에 대한 인센티브 확대, 기부금 운용 자율성 확대
 - － 전문적인 fund-raiser 양성
 - 셋째, 보건복지 제3섹터 기관의 질적 발전을 위한 제도적 조치 도입
 - － 제3섹터 기관 종사자 처우 개선
 - － 제3섹터 발전기금 설립
 - － 제3섹터 기관의 평가체계 개선
 - － 제3섹터 기관 지원체계로서 전담기구 또는 전담 연구기관 설치

[그림 13-12] 보건복지 제3섹터 활성화 전략



1. 보건복지분야 제3섹터의 양적 확대를 위한 기반 마련

□ 추진전략 1 : 제3섹터 확대를 위한 제도적 기반 확충

○ 추진배경

- 우리나라 제3섹터 기관의 규모는 꾸준히 증가해 왔으며 특히 사회서비스의 제도화가 본격적으로 추진된 2000년대 중반 이후 보건복지분야의 제3섹터 기관은 급격하게 확대
- 반면 미리부터 시민사회가 발전한 외국과 비교했을 때 아직까지 우리나라 제3섹터 기관의 비중은 미비
- 우리와 비슷한 아시아 문화를 공유하고 있는 일본의 경우 제3섹터 취업자 규모가 우리나라보다 월등히 높게 나타났는데 이는 NPO법을 통해 제3섹터 기관의 설립 입지를 확대시켰기 때문인 것으로 보임.

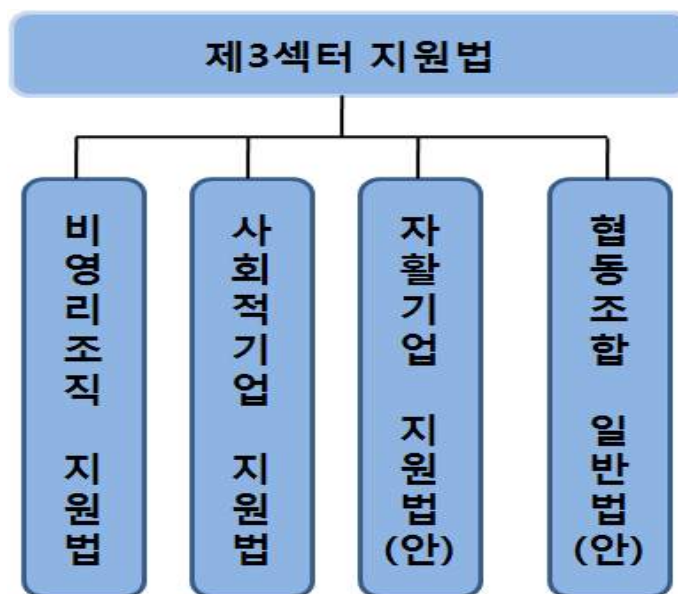
○ 추진과제

- 다양한 형태의 제3섹터 기관을 포괄하며, 제3섹터 기관 설립 및 각종 지원과 혜택의 법적 근거가 될 수 있는 「제3섹터 지

원법」 제정 검토

- 실제 보건복지 분야 제3섹터 기관에는 다양한 형태의 기관이 존재함. (ex. 사회적기업, 협동조합, 종교법인 등) 보건복지 분야 제3섹터 기관의 다양성을 포괄할 수 있도록 법적 근거의 다양성 확보 필요
- 「제3섹터 기본법」과 같은 포괄적인 상위법 하에 다양한 제3섹터 기관의 법적 형태 포괄 가능. 예컨대 비영리조직 지원법, 사회적기업 지원법, 자활기업 지원법, 협동조합 일반법 등 다양한 보건복지 분야 제3섹터 기관에 대해 법적으로 규정하는 법안 포괄 및 신규 입법의 여지 확보
- 제3섹터 설립을 용이하게 하기 위해 비영리법인 설립 요건 완화
 - 현재 비영리법인 허가제를 인가제로 변경함으로써 비영리법인 설립 요건을 완화시키는 내용의 민법 개정안 입법 검토

[그림 13-13] 제3섹터 지원법과 하위법(예시)



○ 기대효과

- 다양한 유형의 제3섹터 기관을 포괄할 수 있는 법적 토대를 형성함으로써 혁신적인 제3섹터 기관 형성 및 발전 촉진

□ 추진전략 2 : 제3섹터의 성장을 촉진하는 인센티브제 신설

○ 추진배경

- 제3섹터 기관이 과도한 정부재정 의존성에서 탈피해 재정 자율성을 확보해 나가는 것은 제3섹터 기관의 혁신성 담보에 매우 중요한 요소
- 반면 보건복지 분야 제3섹터 기관이 제공하는 재화의 성격이 사회적 공익성과 밀접히 연결되는 공공재(public goods)라는 점에서 보건복지 제3섹터 기관의 수익 활동을 제도적으로 촉진 및 보완해 주는 인센티브 장치 필요

○ 추진과제

- 사회서비스 등 제3섹터 기관 제공 보건복지 서비스 수익에 대해 세제혜택을 부여함으로써 제3섹터 기관 인센티브 확대
 - 「조세특례제한법 시행령 제2조(중소기업의 범위)」에 ‘사회서비스업’ 포함을 통해 투자세액공제, 창업중소기업 세액감면, 각종 세제 혜택 등 성장의 기회 제공
 - 수도권에 비해 상대적으로 공급이 부족한 수도권 외 지역을 중심으로 사회서비스 제공기관 창업 시 소득세 또는 법인세의 50/100 감면, 자산 투자에 대해 투자금액의 3/100 세액공제 등 혜택 제공 필요
- 공공재원의 부담을 고려해 신규 설립 기관에 대해 한시적으로 time-limit을 두어 사회보험료를 지원하는 방안
 - 특히 현재 보건복지 분야 제3섹터 기관에서 제공하고 있는 서비스 가운데 비중이 높은 돌봄서비스 제공자들의 경우 사

회보험에 미가입된 경우가 많이 발생

- 돌봄서비스 제공자들의 사회보험 가입은 지침에 명시되어 있으나 이에 대한 점검 및 감독 체계 부재로 강제되고 있지 않음.
- 한편 돌봄서비스 제공자들에 대한 사회보험 가입은 현실적으로 서비스 제공 기관을 운영하는 입장에서 운영의 큰 비용부담으로 작용
- 따라서 보건복지 제3섹터 기관 활성화를 위해 사회보험료에 대한 사업주부담분을 부분적으로 지원함으로써 기관 종사자들의 처우를 개선함과 동시에 제3섹터 기관의 활성화에 이바지하는 두 가지 목표를 달성할 수 있음.

－ 기관 사용 카드수수료 인하

- 법인에서 사용하는 카드수수료의 경우 법인 규모에 따라 수수료 차이가 발생(규모의 경제)하며 규모가 작은 제3섹터 기관의 경우 규모가 큰 법인에 비해 상대적으로 높은 카드수수료를 지불하게 됨.
- 백화점, 대형마트, 대기업 등의 카드수수료는 1.5%에 불과한 반면 소상공인의 경우 업종 및 카드사 등에 따라 차이가 있으나 평균 3%대의 카드 수수료 부담
- 정부에서는 재래시장 및 중소기업체에 대해 카드 수수료율을 낮추기 위한 정책을 추진해 왔으나 현실에서는 여전히 대규모 법인을 제외하면 상대적으로 높은 카드수수료율을 지불하고 있을 뿐만 아니라 카드회사마다, 가맹점마다 상이한 기준을 주먹구구식으로 적용함에 따른 문제 발생
- 보건복지 분야에서 제공되는 재화와 서비스의 사회적 공익성을 고려해 수익활동을 하고 있는 보건복지 제3섹터 기관

의 카드수수료를 최저수준으로 인하시킨다면 기관의 적극적인 수익창출과 운영 활성화에 기여할 것

○ 기대효과

- 제3섹터 기관이 수익을 창출할 수 있는 다양한 인센티브 제도를 창출함으로써 제3섹터 기관의 안정적인 수익구조 형성, 재정적 자립 역량 강화

□ 추진전략 3 : 비공식적 보건복지 서비스의 제도화

○ 추진배경

- 보건복지 분야 제3섹터를 활성화 시킬 수 있는 또다른 중요한 방편은 서비스 공급 자체가 확대될 수 있도록 자극함으로써 기관의 양적 확대를 꾀하는 것임.
- 서비스 공급의 확대는 현재 서비스 수혜자층에서 욕구가 있으나 사회서비스의 틀 내로 제도화되지 못하고 있는 비공식 돌봄 서비스를 제도화시키는 것이 유의미한 방안이 될 수 있음.

○ 추진과제

- 비공식 부문 돌봄 서비스의 제도화 확대 등 기존 사회서비스 4대 바우처 사업의 영역 확대
 - 예> ‘보호자 없는 병동’ 즉, 병원내 간병서비스 도입 제도화
- 수요자 맞춤형 보육서비스 확대
 - 보육에 대한 수요의 다양성을 고려해 보육서비스 제공 시간대의 다양화(ex. 단축 vs 종일 vs 시간연장형), 보육서비스 이용 시간의 다양화, 양육수당 확대 등의 프로그램 도입
- 보육 및 노인돌봄 등 돌봄(care) 영역의 사회서비스를 넘어 삶의 질 향상에 이바지 할 수 있는 다양한 영역으로 사회서비스 제공 범위 확대
 - 예를 들어 교육, 여가 등의 영역은 재화가 가지는 특수성,

즉 소비가 집합적이며 사회전체의 인적자본의 질 또는 삶의 질 향상과 직결된다는 측면에서 공공성이 강한 재화이지만 아직까지 시장에의 의존도가 매우 높음

- 뿐만 아니라 이들 영역에서 불평등도가 매우 높게 나타남 (이소정, 2009)
- 지금까지 제3섹터 기관을 중심으로 한 사회서비스의 제공이 주로 돌봄 영역에 제한되어 왔다면 앞으로 보다 적극적으로 교육, 여가 등의 영역으로 사회서비스 제공의 범위를 확대시켜 이러한 재화의 집합적 소비를 통한 사회 웰빙 (well-being) 수준 향상 필요

○ 기대효과

- 수요는 있으나 제도 영역내로 포섭되고 있지 못한 서비스를 사회서비스로 제도화시킴으로써 사회서비스 제공의 주도적인 역할을 하고 있는 보건복지 제3섹터 기관의 양적 성장 유도
- 기존의 비공식 부문 돌봄 서비스 제공자들의 근로환경 및 처우 개선을 통해 흡인력 있는 일자리 창출

□ 추진전략 4 : 보건복지 제3섹터 수요 확대

○ 추진배경

- 보건복지 제3섹터의 활성화를 위해 기관 및 서비스 이용층의 확대를 꾀하는 것 역시 중요한 전략. 즉, 서비스 이용층의 보편화를 통해 보건복지 서비스 수요를 확대시키고 이를 통해 공급의 활성화를 유도
- 현재 사회서비스 사업을 비롯해 보건복지 제3섹터 기관에서 제공되고 있는 서비스의 주 이용 고객은 저소득층 및 중간층 이하에 제한되고 있으며
 - 현행 사회서비스 바우처 사업의 이용층은 아래 표에 제시된

바와 같음.

- 사회서비스 바우처 사업 가운데 적용대상이 보편적인 사업은 임신출산진료비 지원사업에 불과하며 사업별로 기준의 차이는 있으나 소득에 따른 바우처 서비스 이용 대상층 한정
- 이처럼 사회서비스 이용 대상층이 일정한 소득기준에 따라 제한되는 것은 예산의 제약상 불가피한 선택이지만 다음과 같은 한계 초래
 - 사회서비스에 대한 낮은 국민적 체감도
 - 수요제약에 따른 사회서비스 공급확대 제약으로 인해 사회 서비스 공급 주체로서 제3섹터 기관의 양적 성장 제약
 - 이용자층이 다양화되지 못함으로 인해 서비스 질의 혁신에 있어서 한계
- 따라서 사회서비스 이용 대상층을 확대시켜 보편적인 서비스 공급을 제도적으로 지원함으로써 사회서비스 제공 제3섹터 기관의 양적 성장과 이를 통한 고용창출 확대, 사회서비스 이용층의 보편화를 통한 복지 체감도 증대, 사회서비스의 질적 향상 등의 효과 유도
- 추진과제
 - 사회서비스 바우처 사업의 이용 대상층 확대를 통한 서비스 이용의 보편화
 - 바우처 사업의 소득 기준을 상향조정하되 소득수준에 따른 본인부담 비율을 확대시키는 방안 검토
 - 평균소득 150% 이상의 중산층에게도 서비스 제공을 확대시키되 소득수준에 비례하여 본인부담 비율을 확대
 - 언어발달 지원사업의 대상자를 부모의 장애여부와 무관하게 언어발달에 장애를 겪고 있는 아동에게 확대시키며 동시에

소득기준을 전국가구평균소득 100% 이상의 수준으로 확대시키되 소득수준에 따라 본인부담금 차등화

- 장기요양제도 등급판정 완화를 통한 이용 대상자의 확대
 - 65세 이상 신청자 중 1~3등급 판정을 받은 자는 29,664명 (62.9%)이며, 17,484명(37.1%)의 노인은 노인요양서비스 욕구가 있음에도 불구하고 서비스를 받지 못함.
 - 한편 지역에 따라 수도권 외곽지역 요양시설의 경우 장기요양 판정체계의 엄격함으로 인한 수요제약으로 침대가 비는 현상 발생
 - 따라서 등급 판정체계를 완화시켜 장기요양서비스에 대한 잠재적 욕구를 현실화시킬 필요가 있으며 이를 통해 요양서비스 제공 기관의 안정적 성장 도모

○ 기대효과

- 잠재적인 사회서비스 수요층 증가를 통해 사회서비스 제공기관으로서 보건복지 제3섹터의 양적 확대에 기여
- 사회서비스에 대한 국민적 체감도 향상에 기여

〈표 13-9〉 사회서비스 바우처 사업의 대상층

사회서비스 유형	바우처 대상층
노인돌봄서비스	만 65세 이상 전국가구 평균소득 150%이하 가구의 노인
장애인활동보조 서비스	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 만6세 이상~ 만65세 미만의 「장애인복지법」 상 등록 1급 장애인 ▪ 활동보조서비스인정조사표에 의한 방문조사 점수 220점 이상 ▪ 활동보조서비스를 받는 도중에 만 65세가 도래하여 장기요양인정 신청을 하였으나 등급외 판정을 받아 장기요양 수급자에서 제외된 장애인
산모신생아도우미 지원사업	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 전국가구 평균소득 50% 이하 가구의 산모
지역사회서비스 투자사업	(지역선택형 바우처) 전국 가구 평균소득 100%이하 가구의 만 2~6세 아동(2005년 1월 1일 ~ 2009년 12월 31일 출생 아동) (지역개발형 바우처) 전국가구 평균소득 100%이하 가구를 원칙으로 하며 사업별로 상이 -노인·장애인 대상 사업은 전국가구 평균소득 120%이하

〈표 13-9〉 계속

사회서비스 유형	바우처 대상층
가시간병방문사업	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 국민기초생활보장수급자, 차상위계층 중 가시간병이 필요한 자 - 장애인(1~3급), 소년소녀가장, 조손가정, 한부모가정 : 타인의 도움 없이 일상생활을 영위할 수 없는 자로서 가시간병서비스 제공이 필요한 자 - 중증질환자(부상 및 질병, 만성질환, 희귀난치성 질환 등으로 진단서 또는 소견서를 첨부한 자) 등 기타 재가 간병이 필요하다고 시·군·구 청장이 인정한 자
장애아동재활치료사업	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 연령 : 만 18세 미만 장애아동 ▪ 장애유형 : 뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애 아동 ▪ 소득기준 : 전국가구 평균소득의 100% 이하
언어발달지원사업	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 만 18세 미만 비장애아동 (양쪽 부모가 시각 혹은 청각 등록장애인) ▪ 소득기준 : 전국가구 월평균소득의 100% 이하
임신출산진료비	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 임신확인서로 임신이 확인된 건강보험 가입자 또는 피부양자 중 임신·출산 진료비 지원 신청자

2. 보건복지분야 제3섹터 기관의 민간자원 동원 능력 확보

□ 추진전략 1 : 제3섹터 기관 기부금에 대한 개인 인센티브 확대

○ 추진배경

- 우리나라 보건복지 제3섹터 기관 종사 인력의 경우 평균 근로자 보다 열악한 임금 조건
 - 향후 제3섹터 기관 취업자의 임금 수준을 높이는 방안이 모색되지 않는다면 제3섹터 기관의 확대를 통한 일자리 창출은 대규모 저임금 일자리 창출로 직결됨
- 한편 종사자들의 임금수준을 실질화시키기 위해서는 제3섹터 기관의 특성상 정부 재정 지원과 사업 수익금을 비롯한 다양한 재정 원천이 건전하게 확보되어야 함.
 - 특히 민간 기부금은 이론적 및 현실적으로 제3섹터 기관의 생존 및 발전에 매우 중요한 동력임.
- 반면 우리나라 제3섹터 기관은 외국과 비교해 기부금을 비롯

해 민간자원에서의 재정 수입 비율이 낮음.

- 이는 제3섹터 기관의 재정건전성 측면뿐만 아니라 제3섹터 기관에 대한 시민참여가 활성화되지 않고 있음을 반증하는 것

○ 추진과제

- 개인기부 활성화를 위한 세금공제 한도의 확대 및 고액 장기 기부 활성화를 위한 세제혜택 확대
- 개인 기부에 대한 소득세법상지정기부금 공제비율 확대

<미국 사례>

개인이 세법상 규정된 비영리단체에 기부금을 지출하면 납세자의 조정 후 총소득의 50%까지 공제 받을 수 있으며 물품에 의한 기부일 경우 공제한도액은 조정 후 소득의 30%까지 공제.

세법에 명시된 단체 이외에 대한 기부는 조정 후 소득의 30%까지 공제. 또한 공제한도액 초과분은 향후 5년간 이월공제

- 개인 기부자들이 기관운영에 참여할 수 있는 통로를 마련함으로써(ex. 이사회 또는 운영위원회 참여) 기부금에 대한 권리 확대, 제3섹터 기관에 대한 이해와 신뢰를 도모
- 따라서 보건복지 제3섹터 기관에 대한 개인 및 기업 등의 기부금에 대한 조세감면 혜택을 확대시킬 수 있도록 관련부처와 협의 필요
- 기부금 운용에 대한 제3섹터 기관의 자율성 확대
 - 제3섹터 기관에 모금된 기부금에 대해 기관의 사용 자율성을 확대시키는 것은 정부 재정 의존에서 탈피해 자발적인 자원동원을 하기 위한 유인책이 될 수 있으며 또한 기부금에 대해 기관에서 가장 필요로 하는 부문에 활용할 수 있게 함으로써 기관의 혁신성 및 자율성 담보할 수 있음.
 - 반면 현재 비영리법인 기부금 운용 승인 등에 따라 기부금의 활용도가 제한되고 있음.

- 기관에서 자체적으로 모금한 기부금에 대한 운용 자율권 부여 필요
- 인건비, 인센티브, 혁신 사업 등 기관이 필요로 하는 용도에 따라 활용할 수 있도록 지원

○ 기대효과

- 보건복지 제3섹터 기부에 대한 국민적 관심 증가를 통한 시민 사회 발전에 기여
- 개인 기부금 증가를 통해 제3섹터 기관의 재정적 안정성 확대, 종사자 처우 개선 및 제3섹터 서비스 질 등 개선에 기여

□ 추진전략 2 : 민간 자원동원 전문가(fund-raiser) 체계적 양성

○ 추진배경

- 제3섹터 기관이 정부 의존성에서 벗어나 자율성을 확대시키기 위해서 민간 자원동원이 중요하며, 이를 수행할 전문적 인력 양성이 필요함.
- 국내에서는 민간기관에서 펀드레이저 양성과정을 운영하고 있는 사례가 있으나 확산되지 못하고 협소함.
 - (사례) 한국기부문화연구소의 전문 펀드레이저 양성과정
 - 모금교육 기본과정, 모금교육전문가과정, NPO 경영과정 운영

○ 추진과제

- 대학, 평생교육원 등에 민간 자원동원 전문가 양성 과정 개발 및 운영하도록 지원
 - (예) 한양대학교 제3섹터 연구소와 같이 제3섹터 연구기관을 설립한 대학에서 민간 자원동원 전문가 양성 과정을 운영하도록 지원

○ 기대효과

- 전문적인 펀드레이저를 체계적으로 양성함으로써 제3섹터형

일자리 창출에 기여

- 제3섹터 기관의 전문적인 민간 자원동원 역량 제고에 따라 제3섹터 기관의 재정구조 안정화에 기여

미국 AARP(미국 은퇴자협회)

▪ 개요

- 1958년에 설립된 순수 비영리 민간단체. 50개 주에 사무소
- 고령자들을 위한 다양한 서비스를 제공하고 권익보호를 위한 입법활동 전개
- 약 4천만 명의 회원 보유
 - : (재정원천의 다양성) 회원의 회비(연 \$12 × 4천만), 정부위탁사업(Senior employment program), 광고 수입, 보험상품 판매 수수료, 투자 등.
 - : AARP의 상품판매 수수료 : 보험상품을 비롯한 각종 실버상품을 회사와 AARP가 연계 개발. 판매 수익의 일정 비율은 AARP에 수수료로 지급.

▪ AARP의 주요 사업

- 국가 중요 문제에 대해 미국 노인들의 의사형성
- 건강보험, 자동차보험, 주택보험, 자동차 가격 할인, 렌탈 서비스, 여행 및 여가 패키지, 신용카드, 법적 서비스, 운동서비스, 장기요양보험 등의 상품개발 및 회원 대상 정보 제공
- AARP The Magazine, AARP Bulletin 등 노인관련 출판업무
- think-tank 기능 : 노인관련 조사연구 업무, 보고서 출간
- Life@50+ 이벤트 사업 매해 실시. 각종 엑스포 사업
- 자원봉사 사업 『Create the good』

▪ 시사점

- 제3섹터 기관이 자체적으로 다양한 재정 지구책을 마련하려는 노력을 통해 재정 자립도를 높일 뿐만 아니라 혁신적인 서비스 개발에 있어 모범적 사례 창출

3. 보건복지 제3섹터 기관의 질적 upgrade 지원

□ 추진전략 1 : 제3섹터 기관 종사자 처우 개선

○ 추진배경

- 제3섹터의 질적 성장은 인적 자원에 의해 좌우된다고 해도 과언이 아닐 만큼 양질의 인적자원 확보는 제3섹터 기관의 발전에 있어 필수적임.

- 그러나 제3섹터 기관 종사자들의 임금 수준을 비롯해 처우의 수준이 낮으며 업무강도는 세기 때문에 양질의 인력 확보가 어려움.

○ 추진과제

- 비공식부문 돌봄 종사자의 사회보험 가입 대상 포함. 동시에 비공식 부문 돌봄 종사자의 서비스 연계에 있어 직업소개소를 통한 알선방식이 아닌 고용방식으로의 전환 유도
 - 이를 통해 고용방식 사업자에게 사회보험료 지원 등 인센티브 제공
 - 직업소개소에 대한 관리감독 시스템 개선을 통해 비공식부문 돌봄 종사자의 적합한 처우 상태 점검
- 공식부문 돌봄 종사자의 사회보험가입 확대, 퇴직금 보호 확대, 일자리 안정성 강화, 임금 안정성 강화
 - 사회서비스 전산시스템과 사회보험전산시스템 연계를 통해 사회보험가입 확대
 - 기관의 퇴직연금 가입 의무화
 - 2년 초과자의 정규직화 준수 감독, 일정 비율 이상 정규직 의무화
 - 적정 임금 가이드라인 제시와 준수 의무화
 - 일정 비율 이상의 일급제, 주급제, 월급제 의무화(현재 대부분 시급제)
- 인력 처우 개선에 따른 서비스 제공기관의 부담을 완화시키기 위해 지자체의 인건비 지원을 비롯한 제도적 지원 장려

○ 기대효과

- 제3섹터 종사인력에 대한 처우개선을 통해 우수한 인력의 제3섹터 취업 확대, 이를 통한 제3섹터 기관의 질적 발전에 기여

□ 추진전략 2 : 제3섹터 지원을 위한 발전 기금 설립

○ 추진배경

- － 보건복지 제3섹터 기관이 현행 보건복지 제도의 테두리를 벗어나는 혁신적인 서비스 및 프로그램 제공을 실험 및 발전시켜나갈 수 있도록 지원
- － 기업 및 민간의 참여를 전국적 차원에서 제도화, 복지 자원의 다원화 추진
- － 제3섹터 조직의 기능적 분화에 따라 민간기부금을 효과적으로 모금, 배분할 수 있는 지원체계 구축

○ 추진과제

- － (가칭) 제3섹터 발전기금 설립
 - 제3섹터 육성에 사회의 관심을 환기하고 기업, 개인 등 사회 제반 주체의 참여를 유도(제3섹터 사회적 홍보 사업)
 - 기금은 신규 제3섹터 기관 설립 및 incubating 등에 지원
 - 또한 제3섹터 기관의 혁신성이 자금 제약을 받지 않고 실천될 수 있도록 혁신적인 신규 아이템에 대한 pilot project 지원
 - 기금에 대한 관리를 위한 기구 도입(제3섹터 진흥원)

<외국의 제3섹터 성장 기금 사례>

① 영국

- Risk Capital Investment Fund('08): 설립단계 사회적기업 지원 위해 정부가 1천만파운드 출자
- Community Development Finance Institution: 개인·기업이 투자하여 만든 펀드로 투자자는 최대 20만 파운드까지 조세감면, 지역사회 개발에 관여하는 제3섹터 기관 지원

② 이탈리아 : 사회적기업개발주식회사(COSIS). 사회적기업 설립 지원을 위해 1995년 설립, 무보증인 원칙이나 자산구입시 담보요구

③ 미국 : CDFIs(Community Development Financial Institution): '94년 미국 정부가 지역개발금융기관에 자금을 지원하기 위해 설립. 지역개발금융기관은 지역사회 개발에 관한 제3섹터 기관 지원

□ 추진전략 3 : 제3섹터 기관의 평가체계 개선

- 추진배경
 - 제3섹터 기관들이 추구해 나가야 하는 사회적 목적성을 강화시키고 공익적이며 혁신적인 사업 수행을 평가할 수 있는 틀 마련
 - 동시에 제3섹터 기관의 효율적 운영 평가
- 현재 보건복지 제3섹터에 대한 평가체계는 지나치게 성과와 사업 효과성 중심으로 구성, 제3섹터 고유의 혁신성과 사회적 공익성을 평가할 수 있는 지표 부족
- 따라서 사회적 회계(Social Accounting), Balanced Scorecard, SROI(사회적 투자수익률) 등의 방법과 같이 제3섹터 기관의 혁신성과 사회적 공익성을 강화시킨 평가체계 도입 필요
- 추진과제
 - － 사회서비스 품질관리체계 구축
 - － 사회서비스 제공 인력 기준 자격제도 정비 및 전문자격제도 도입
 - － 종사자 처우에 관한 규정 마련 및 법적 보호
 - (가칭) 「돌봄서비스 육성법」 제정
 - 영국의 Care Standard Act(2000)와 같이 돌봄서비스 육성법을 제정해 돌봄서비스 제공기관 및 제공인력에 대한 체계적인 관리 및 감독 등 서비스 품질향상을 위한 국가관리체계 규정
- 기대효과
 - － 평가체계 개선을 통해 제3섹터 기관의 혁신성과 질적 우수성 제고

□ 추진전략 4 : 제3섹터 기관 지원체계 마련

- 추진배경

- 우리나라는 압축적 근현대사를 거치면서 시민사회가 성장할 수 있는 사회적·역사적 토대 형성이 부족했음
- 따라서 제3섹터를 육성하기 위한 전담 지원기구 설립이 필요함
 - 영국의 경우에도 제3섹터 육성을 위해 총리실 산하 OTS(Office of the Third Sector) 설치 및 민간 제3섹터 연구센터에 대한 정부 지원
- 제3섹터 육성을 위한 전담 기구는 제3섹터 기관의 양적 및 질적 성장을 도모하기 위해 각종 연구업무를 수행하는 연구기관으로서의 성격과 동시에 인적자원의 질이 가장 핵심적인 제3섹터 기관 종사 인력의 인적 자본 향상을 위한 각종 교육 프로그램의 개발, 지역 및 유관 기관과의 네트워크 형성 지원 및 제3섹터 기관 경영 컨설팅 등의 실무지원 기관으로서의 성격을 갖추어야 함.

○ 추진과제

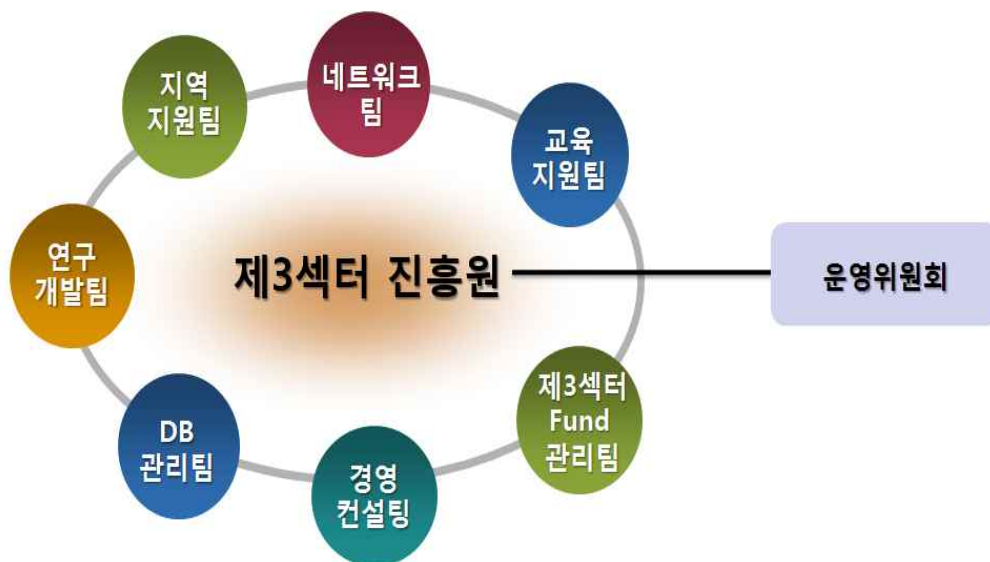
- 제3섹터 육성에 집중할 수 있는 전담 기관 설립 또는 지원(가칭 『제3섹터 진흥원』)
- (가칭) 제3섹터 진흥원의 구성안
 - (연구업무) 우리나라 제3섹터 기관의 양적 질적 성장을 도모할 수 있는 정책대안 개발 연구
 - 새로운 보건복지 욕구(수요) 발굴, 틈새 보건복지 서비스 발굴 연구
 - (교육지원) 제3섹터 종사인력의 전문화를 위한 전문 교육과정 개발 및 운영
 - * (예) 펀드레이저(fund-raiser)과정 개발 및 운영, 사회적 기업가 양성과정 개발 및 운영, 요양보호사 자격증 관리 방안 개발

- (경영지원) 영리활동을 하는 제3섹터 기관에 대한 경영컨설팅
- (기금업무) 제3섹터 발전기금 모금, 홍보 및 관리
- (네트워크업무) 보건복지정보개발원, 사회적기업진흥원, 사회적기업 연구원, 노인인력개발원 등의 유관 단체와 긴밀한 네트워크 체계를 구축함으로써 자원 공유
- (지역지원업무) 지역사회 기반(community-based) 제3섹터 기관의 성장을 도모하기 위해 지역별 맞춤형 제3섹터 육성 컨설팅 및 지원, 지자체 조언 등
- (DB 관리) 제3섹터 DB를 구축해 제3섹터 기관간 온라인 상의 연계, 자원공유 및 정보공유를 가능하도록함. 이러한 DB를 구축하고 정보를 시의적절하게 up-grade 시키는 업무 분담

○ 기대효과

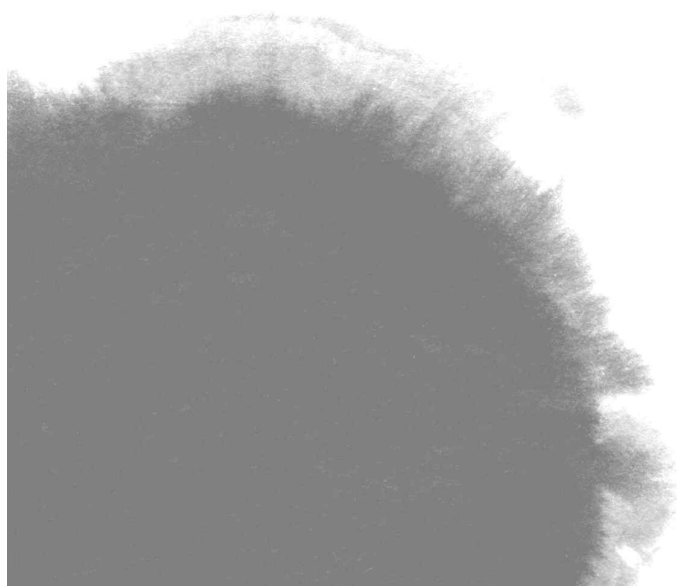
- 장기적 관점에서 제3섹터의 발전이 가능하도록 콘텐츠 및 물질적 네트워크 기반 형성

[그림 13-14] 제3섹터 진흥원 구성도



4부

결론부



제14장 결론

- 한국사회는 21세기에 들어 저출산, 고령화, 양극화 등 거대한 환경 변화를 겪고 있어, 이에 효율적으로 대응하여 보건복지의 지속가능성을 제고하여야 하는 과제를 안고 있음.
 - 이와 관련, 본 연구는 기존의 사각지대, 낮은 국민체감도, 비효율성 등 ‘무딘 복지(dull welfare)’에서 ‘스마트 복지(smart welfare)’로의 전환을 모색하고자 함.
- 이를 위해 이론적 고찰을 통해 ‘Smart Welfare’의 개념을 정립하고, 저출산·고령화·양극화 등 사회환경 변화에 대응하는데 있어서 보건복지의 핵심영역에 적용하여 효율성(efficiency)을 확보할 수 있는 핵심전략을 도출함.
 - ‘Smart Welfare’의 개념으로 사회환경의 변화에 민감하게 반응하지 못해 더 이상 효과적으로 작용하지 못하는 복지정책은 무딘 복지(dull welfare)라 할 수 있으며, 이와 반대되는 개념을 스마트 복지(smart welfare)라 정의함.
 - 핵심영역으로는 보건의료부문에서 의료안전망, 장기요양인프라, 건강보험 등이 포함되며, 사회복지부문에서는 보육 및 양육 지원 체계, 국민연금, 소득보장(역모기지), 보건복지3섹터 등이 포함됨.
- 본 연구에서는 다양한 방법을 통해 smart welfare 방안을 제시함.
 - 건강보험 및 의료급여, 의료비 지원사업 등의 의료안전망 구축에도 불구하고, 대규모 저소득 빈곤층 등 현 의료급여제도에서 받

생하는 의료 사각계층 해소 및 이들의 의료 접근성 향상을 위하여 의료안전망기금을 설립하여, 의료이용에 부담을 줄 정도라고 판단되는 일정 소득수준 이하의 고액중증질환 환자(사각지대 해소)에 대해 비급여 및 급여 본인부담금 일부 혹은 전부를 저금리 융자로 지원

- 장기요양서비스 제공에 있어 요양보호와 요양병원 간에 발생하는 입원(소) 대상 중복, 서비스의 등의 문제를 해소하기 위하여 요양병원과 요양시설의 합리적 역할 정립 방안을 제안함
 - － (1안) 장기요양등급 판정 시 의료서비스 필요 여부 항목을 추가하여 의료서비스가 필요하다고 판정되는 경우에는 요양병원을, 기능상태 등의 문제만 있어 장기요양만 요구된다고 판정되면 요양시설로의 입소 권장
 - － (2안) 요양병원 및 요양시설 모두에서 동일하게 사용할 수 있는 입원(소) 적절성 평가도구 개발
 - － (3안) 의료적 필요에 의해 요양병원에 입원한 노인환자에게 요양서비스가 필요할 경우, 환자 개인이 아닌 요양병원의 신청에 의해 간병비를 요양병원에 지급할 수 있는 방안 마련
 - － 의료법 및 노인장기요양보험법 등에서 명시하고 있는 인증평가를 실시하고, 앞서 제안한 1~3안의 정책 방안을 평가하는 문항 추가
 - － 지역내 요양병원과 요양시설의 1:1 이상 자매결연 맺기 운동을 통해 연계망을 구축하고 자매결연을 맺은 기관 간 전원 활성화
- 인구고령화 및 식습관 변화에 따라 급증하고 있는 만성질환에 대한 현 보건소 중심의 일회성·수동적 접근을 지양하고 사전예방적이고 체계적인 건강관리를 도모하기 위하여 건강포인트제도를

도입함

- 고혈압, 당뇨병 등 만성질환을 관리하기 위하여 의료기관을 방문할 경우, 건강포인트를 적립하여 주고 적립된 포인트는 일차 의료기관에서 제공하는 검진 및 예방접종과 그 외 건강식당, 운동시설, 운동상담, 영양상담 등을 위해 사용할 수 있도록 지원
- 의료서비스산업의 해외진출을 위한 지원제도 및 각종 정보의 부처·기관별 분산 운영, 전문인력 부족, 낮은 인지도 등의 한계를 극복하기 위한 Medical Holdings(가칭)을 설립함
 - 해외사업개발, 자금관리, 병원설립, 병원운영의 조직구조를 갖추고 수요자 요구에 맞춘 다양한 비즈니스 모델을 구현하여 의료서비스 해외진출의 구심점으로서의 역할을 수행하는 전문기관을 설립하며, 운영 방안으로는 ① 보건산업진흥원 자회사로 운영, ② 정부와 민간이 공동출자하는 민관합작회사로 운영, ③ 별도의 공사 설립 등을 고려함
- 자녀양육가정의 경제적 부담경감 등을 위한 기존정책은 지원 내용과 대상 및 수준이 제한적으로 광범위한 사각지대가 존재하고 국민체감도가 낮아 출산율 제고의 정책목적 달성이 곤란하다는 문제점을 극복하기 위하여 자녀양육비용 사회화 방안을 제안함
 - (1안) ‘출산육아저축계좌’를 도입하여 (예비)부부 혹은 부모들이 출산 전에 계좌를 개설하면 정부 및 민간이 매칭하여 자녀양육비용을 지원
 - (2안) ‘출산육아연금’을 도입하여 모든 국민이 자녀양육비용을 분담함으로써 자녀양육의 ‘희생 집중 - 혜택 분산’의 형평성 문제를 해소
 - (3안) 기존의 양육수당을 시설미이용 여부나 소득수준에 의해 한정하지 않고 지원수준도 확대

- 맞벌이부부 증가 등으로 인하여 사각지대에 있는 수요자의 돌봄 서비스에 대한 다양한 욕구 충족을 위하여 가정 내 보육서비스의 질적 수준 제고 방안을 제안함
 - － (1안) 공적 가정파견 보육사업으로 기존의 아이돌보미사업을 활용하며, 여기에 경기도 가정보육교사제도의 서비스 질 관리 운영 노하우(표준가정보육프로그램, 운영모니터링체계)를 부분 수용하여 운영(경기도 가정보육교사제도 전국 확대)
 - － (2안) 민간 베이비시터사업의 서비스 질 관리를 위해 베이비시터 인증사업 실시
- 기존의 노후설계서비스가 표준화 및 체계화가 결여되어 정확한 정보 제공이 미흡하고, 공적연금에 대한 정확한 정보 부재, 낮은 체감도, 현금급여 중심의 경직적 급여구조로 인하여 국민연금의 지속가능성이 저해되고 있는 점을 감안하여, 노후설계 등 현물급여를 보완적으로 제공할 수 있는 국민연금 현물급여(서비스) 도입 방안을 제안함
 - － (1안) 단기적으로 국민연금공단을 중심으로 기존 노후설계서비스를 확대한 ‘국민생활안정설계서비스’를 무료로 제공하여 공공영역을 중심으로 연금제도의 성숙을 기하고, 이후 사적연금 등까지 확대
 - － (2안) 공사연금의 의무적 혹은 준의무적 참여를 전제로 독립적인 정보서비스체계를 구축하여, 개인의 연금가입정보에 대해 통합적 제공
 - － (3안) 실업상태의 장애연금수급자를 기본 대상으로 현물급여 및 현금급여(재활수당)를 지원하여 국민연금재활서비스 추진
 - － (4안) 조기노령연금 수급자 혹은 유족연금수급 배우자를 대상으로 취업지원서비스 제공

- 노후소득보장의 다층성을 높이고, 노인빈곤 예방을 위한 수단을 다각화하기 위하여 공공형 역모기지 제도의 도입방안을 제안함
 - － 본인 명의의 주택에 거주하고 있는 65세 이상 노인단독 혹은 노인부부 가구 중 일정 자산조건을 갖춘 경우를 대상으로, 소득에 따라 시장형에 비해 할인율을 0~100% 차등 적용하며, 각종 공적 현금 및 현물지원, 사회서비스를 연계하여 제공
- 국민연금 수급자의 연금 기부가 증가하고 있으나 기부행위가 복지재단에 산발적으로 이루어지고 있는 등 한계점을 극복하기 위하여, 연금수급자 및 임직원의 기부금, 일반 국민의 후원금 등을 활용하여 연금수급자 및 가입자 대상 복지증진사업, 국민연금공단 임직원 사회공헌활동, 복지시설 운영 및 융자 사업 등을 수행할 별도의 복지재단(국민연금복지재단) 설립함
 - － 주요 사업으로 연금 수급자 및 가입자 대상 복지 증진(저소득 가입자 연금보험료 지원, 사회적기업 육성 및 지원, 저소득 연금수급자 생활비·의료비 지원, 유족연금 수급 가구 자녀 장학사업), 임직원 사회공헌활동, 아동 및 청소년 대상의 경제교육사업, 노숙인의 자활 및 자립을 위한 시설 지원 등
- 복지체제의 선진화, 지속가능성을 담보하기 위해 사회서비스의 유의미한 공급주체이자 성장잠재력을 가진 제3섹터 기관의 자체 역량 부족, 열악한 근로환경, 높은 정부의존성, 낮은 국민 참여도 등의 한계점을 극복하기 위하여 보건복지분야 제3섹터 활성화 방안을 제안함
 - － 보건복지 제3섹터기관의 양적 성장 지원(법제도적 기반 확충, 수익 창출, 서비스부문 제도화, 수요 확대 등), 자립 증진을 민간자원동원 능력 확대(기부금에 대한 인센티브 확대, 기부금 운용 자율성 확대, 전문적인 fund-raiser 양성 등), 질적 발전

을 위한 제도적 조치(종사자 처우 개선, 발전기금 설립, 평가 체계 개선, 지원 전담기구·연구기관 설치 등)

□ 결론적으로 위 핵심영역에서의 smart welfare 확보는 저출산·고령화·양극화의 시대적 요구로서 당위성이 강하며, 이는 보건복지부 주무부처의 의지도 중요하나 관련부처들, 국회 더 나아가 시민사회 단체와 국민 전체의 공감대와 적극적인 지지가 필수적임.

○ 따라서 본 연구의 결과는 부처 간 협의, 설명회 및 공청회 개최 등 다양한 경로를 통해 논의되고 추가적인 진화가 거듭될 필요가 있음.

참고문헌

- 건강보험심사평가원(2009). 2008년도 요양병원 입원급여 적정성평가 보고서.
_____ (2010). 2009년도 요양병원 입원급여 적정성평가 보고서.
- 고용노동부(2009). 고용형태별근로실태조사.
공공기관의운영에관한법.
- 공적노인요양보장제도실행위원회(2005). 공적노인요양보장제도 실시 모형
개발 연구.
- 관계부처합동(2011). 의료기관 해외진출 활성화 방안.
- 교육과학기술부(2010). 2009 교육통계연보
- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원(2010). 2009 건강보험통계연보
- 국민건강보험공단(2010). 2009 의료급여통계
- 국민연금공단(2009). 국민연금공단 사회공헌백서
- 국민연금공단(2010). 2010년 12월 기준 국민연금 사업통계. 내부자료.
- 국민연금공단(2011). 노후설계서비스 사업 추진현황. 2011.6월. 내부자료.
- 국민연금공단(2011). 2011년 3월 연금급여현황. 내부자료.
- 국민연금공단(2009). 국민연금 노후설계 전문 사이트 “내연금” 오픈.
2009.12.15일자 보도자료.
- 경기도가족여성개발원(2006). 2005 경기도가족여성통계
- 기획재정부(2010). 서비스산업 해외진출 활성화 방안.
- 김교성·강철희·김연명·홍경준·김성욱·변은지·이종은·최옥금(2005).

- 기업의 사회공헌 활성화를 위한 민·관 파트너십 강화방안. 보건복지부.
- 김근용·강미나(2009). 고령화에 대응한 역모기지 활성화 방안. 국토정책 제233호
- 김나영(2010). 외국체계의 운영경험으로 본 노인장기요양보험제도의 개선방안. 미국사례. 보건복지포럼. 2010.10.
- 김동환(2010). 요양병원 진료비 증가요인: 건강보험 입원진료비 중심으로 건강보험심사평가원.
- 김미곤·여유진·신윤정·염지혜(2010). 삶의 질 제고를 위한 사회복지 장기 비전. 한국보건사회연구원.
- 김상균(2006). 한국형 사회복지의 실험과 패러다임의 전환. 역동적 균형과 한국의 미래(편). 서울 : 나남출판사
- 김상균(2009). 한국 사회복지학의 역사적 평가. 한국 사회복지 변천과 사회복지학. 한국사회복지연구회. 한국사회복지학 50주년 학술대회 자료집.
- 김상균·안서연(2011). 한국 사회복지 패러다임의 변경: 제도우선에서 테크놀로지 중시로 서상목·양옥경(편). 그들이 아닌 우리를 위한 복지. 서울 : 학지사, 제8장.
- 김상균·최일섭·최성재·조홍식·김혜란·이봉주·구인회·강상경·안상훈(2011). 사회복지개론. 서울 : 나남출판사
- 김선민·배상수·김동현·전경자·김창엽·윤종률(2000). 한국에서의 재가 노인환자를 위한 기능상태평가도구(Resident Assessment Instrument) 기초정보군(Minimum Data Set)의 타당도 평가 연구. 노인병. 4(1).
- 김영미(2009). 복지국가의 일가족양립정책 개혁과 여성 사회권: 영국, 독일, 네덜란드의 개혁을 중심으로 사회보장연구, 25(3),

pp.1~27

김원섭(2009). 영국과 스웨덴의 공사연금 통합급여정보서비스의 사례와 시사점. 연금포럼. 35, pp.30~36.

김원섭·이용하·백인립·김보영(2011). 우리나라 공사연금 통합정보서비스의 현황과 개선방안 연구. 사회보장연구, 27(1), pp:105~132

김윤희·양봉민(2009). 경제수준에 따른 우리나라 과부담 의료비 지출 추이 분석. 보건경제와 정책분석, 15(1), pp:59~77

김정희·이호용·정현진(2008). 2007년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단

김찬우(2011). 장기요양서비스의 가격결정과 수가지불체계 방식에 대한 고찰. HIRA 정책동향. 5(3), pp:14~22

김현실·이신호(2008). 노인장기요양보험 도입에 따른 건강보험 적용기준 설정에 관한 연구. 대구한의대학교·한국보건산업진흥원.

김혜원·박찬임·황덕순·김영용·박종현·전승훈(2009). 제3섹터 부문의 고용창출 실증연구. 한국노동연구원.

노대명·강혜규·원일·이은혜(2008). 보건복지부문 제3섹터에 대한 연구. 한국보건사회연구원.

노동부(2005). 일하는 엄마의 영아보육 실태조사 결과.

노동부(2008). 일하는 여성 보육지원 강화방안.

노용균(2010). 노인요양시설과 요양병원의 역할 정립 방안 연구. 보건복지부·대한노인병학회.

노용균(2011). 노인 장기요양보호를 위한 요양병원과 요양시설의 역할 정립 필요성. HIRA 정책동향. 5(3), pp:22~33.

농어업선진화위원회(2009). 영세고령농의 생활안정 및 복지지원대책.

박경순·윤도현(2010). 사회정책과 노동시장정책 개혁을 위한 새로운 패러다임: 이행노동시장. 국제지역연구, 13(4), pp:207~230

- 박미희(2011). 유연안정성 정책의 창(policy window)은 어떻게 열리게 되었는가?:유연안정성 정책의제 설정 과정연구. 한국사회복지연구회 2011년도 추계학술대회 자료집.
- 박세경·강혜규·이준영·정진경·한동우·박소현(2009). 사회자본과 민간 복지자원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로 한국보건사회연구원
- 박인수·김신겸(2008). 노인장기요양보험제도와 요양병원에 대하여. 대한 노인병학회지, 12(2). pp:68~73.
- 방은주·윤순녕(2010). 노인요양시설 입소자의 요양등급별 건강요구: RAI- MDS-FC를 적용하여. 지역사회간호학회지, 21(2), pp:263~272
- 보건복지가족부·한국보건사회연구원(2008). 제7차 노인장기요양보험 관련 세미나 자료집.
- 보건복지부(2002). 일본 공적연금의 복지사업 출장보고서.
- _____ (2010). 보육통계.
- _____ (2010). 사회복지시설현황.
- _____ (2011). 2011년 노인 복지시설 현황.
- _____ (2011). 의료서비스 해외진출 촉진방안.
- _____ (2011). 기초노령연금사업안내.
- 보건복지가족부·질병관리본부(1998). 국민건강통계.
- _____ (2001). 국민건강통계.
- _____ (2005). 국민건강통계.
- _____ (2007). 국민건강통계.
- _____ (2008). 국민건강통계.
- _____ (2009). 국민건강통계.
- 서문희·김은설·최진·안재진·최혜선·김유경·조애저(2009). 전국 보육

- 실태조사. 육아정책개발센터·보건복지부.
- 서상목·양옥경(2011). 그들이 아닌 우리를 위한 복지. 서울 : 학지사.
- 서울의료원 의학연구소 정책연구실(2010). 서울시 의료안전망 구축방안에 관한 연구.
- 서울특별시·서울시복지재단(2009). 저소득층 자산형성 프로그램 성과 측정 연구.
- 서울특별시·서울시복지재단(2010). 서울희망플러스통장 사업 매뉴얼.
- 선우덕(2011). 이용자 입장에서 본 요양병원과 장기요양시설의 선택요인. HIRA 정책동향, 5(3). pp:34-42
- 손수인·김창엽·신영전(2010). 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인. 보건사회연구, 30(1), pp:92~110.
- 송은철·신영전(2010). 과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 43(5), pp:423~435
- 송헌재·전병철(2011). 희망리본 프로젝트의 성과 분석. 중앙자활센터. 제20차 자활복지 포럼 자료집.
- 송현중(2011). 요양병원의 정의 및 기능에 대한 고찰. HIRA 정책동향, 5(1), pp:31~38.
- 송현중(2011). 요양병원의 현황과 정책과제. HIRA 정책동향, 5(3), pp:5~13.
- 신영석·신현웅·황도경·유원섭(2008). 저소득층 건강보장 전략. 한국 보건사회연구원
- 여성가족부(2011). 2011년도 아이돌보미 지원사업.
- 여유진·김태완·송치호(2010). 빈곤의 여성화와 사회복지적 대응 방안. 한국여성정책연구원. 젠더적 관점의 경제위기와 사회안전망 국제 심포지엄 자료집.

- 우해봉·최은아(2009). 국민연금 적응제외자 현황과 노후소득보장 대책. 국민연금연구원.
- 유원섭·김창보·신현웅·양승욱·정백근·김교현·김성이·손정인(2008). 의료안전망 기금설치 운영 방안. 을지대학교·보건복지가족부.
- 윤희숙·정경희·박능후·전병유·권용진(2010). 노인장기요양보험의 현황과 과제. 한국개발연구원.
- 이랜드복지재단(2009). 2009년 Annual Report.
- 이석호(2005). 역모기지 활성화를 위한 공적보증체계의 필요성. 주간 금융브리프, 14(43).
- 이숙희(2007). 보육교사 근무 및 처우에 관한 분석:표적집단 인터뷰를 중심으로. 미래유아교육학회지, 14(3), pp:69~96.
- 이옥·노성향·유정희(2004). 가정보육교사제도 시범실시를 위한 연구. 여성부.
- 이용하(2009). 국민연금 재할서비스 구축방안 연구. 국민연금연구원.
- 이용하(2010). 인구고령화, 후기산업사회 그리고 노후보장정책적 대응. 한국사회복지정책학회. 한국사회복지정책학회 춘계학술대회 자료집.
- 이지윤(2007). 요양병원 운영실태 조사 보고서. 보건복지부 노인장기요양보험추진단·건강보험심사평가원.
- 이지윤(2008). 요양병원 질 관리방안과 평가지표 개발. 건강보험심사평가원.
- 이지윤·장선미(2007). 요양병원형 건강보험수가 개정 방안. 건강보험심사평가원.
- 이현주·강신욱·김태완·노대명·박세경·손창균·신현웅·이태진·정경희·최현수·김안나·박능후·이선우·홍경준·유진영·전지현·유정예·윤필경(2008). 2006년 차상위계층 실태분석 및 정책제언. 한국보건사회연구원.
- 이혜린·장정은(2010). 의료산업 Issue Report. KTB투자증권.

- 임양미·구현아·노성향·이혜선(2008). 0세아 전용 보육시설 운영현황 및 개선방안 연구. 경기도가족여성연구원.
- 임양미·구현아·안효금(2009). 경기도 가정보육교사제도 운영 개선방안 연구. 경기도가족여성연구원.
- 임양미·김혜금·정지나·안효금(2009). 가정보육프로그램 개발. 경기도 가족여성연구원.
- 임양미(2010a). 경기도 가정보육교사 경력인정(안). 경기도가족여성연구원.
- _____(2010b). 경기도 가정보육교사제도 보육료 책정(안). 경기도가족 여성연구원.
- 임양미(2011a). 가정보육교사제도 성과분석 및 발전방향. 경기도·경기도가족여성연구원. 가정보육교사제도 발전토론회 자료집.
- _____(2011b). 가정보육프로그램 운영모니터링. 경기도가족여성연구원.
- _____(2011c). 2010년 경기도 가정보육교사제도 성과분석. 경기도가족 여성연구원.
- 임정기(2005). 우리나라 노인요양보장제도의 평가판정 도구에 관한 고찰. 외국사례에 대한 비교분석을 중심으로. 보건사회연구, 25(2).
- 장선미(2006). 요양병원형 건강보험수가적용 시범사업 평가연구. 건강보험심사평가원.
- 장혜경·김영란·김필숙(2008). 돌봄노동의 분야별 제도화 방안 연구 (I): 가족내 아동돌봄도우미 이용실태 및 지원방안. 한국여성정책연구원.
- 전국경제인연합회(2009). 2009년 기업. 기업재단 사회공헌백서.
- 정경희·오영희·석재은·도세록·김찬우·이윤경·김희경(2005). 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 정기선·임양미·김혜금·장은미·조인숙·이혜선(2009). 3교대 근무자를

- 위한 보육시설 운영모델 개발. 경기도가족여성연구원.
- 정미애(2005). 제도적 관점에서 본 일본의 시민사회: 특정비영리활동촉진 법(NPO법)을 중심으로. 한국국제지역학회보 제5집. pp:101~125.
- 정완교·진양수(2008). 장기요양서비스의 수요 분석. 한국개발연구원.
- 정원호(2005). 유럽의 유연안정성 정책에 대한 기초 이해. 사회경제평론, 제24호, pp:177~210.
- 지성애(2007). 보육시설 유형에 따른 영유아 발달과 시설의 질에 대한 부모의 관점 비교. 열린유아교육연구, 12(5), pp:23~43.
- 최인덕·박종연·이은미(2009). 노인의 의료와 장기요양 서비스 연계를 위한 효율적 전달체계 구축방안. 국민건강보험공단 건강보험정책 연구원.
- 최인덕·이은미(2010). 실태조사를 통한 장기요양시설과 요양병원의 효율적 연계방안. 대한노인병학회지, 30(3), pp:860~861.
- 통계청(2009). 전국 사업체 조사.
- _____(2010). 2009 사망원인통계.
- 한국은행(2007). 2003년 고용표로 본 우리나라의 고용구조와 노동연관 효과. 조사통계월보, 제5월호.
- _____(2010). 우리나라의 취업 구조 및 노동 연관 효과. 조사통계월보, 3(42).
- 허순임(2008). 건강보험 보장성 확보를 위한 정책 과제. 보건복지포럼, 6월호, pp:22~38.
- 홍선미·성은미(2011). 맞춤형 통합복지 서비스전달체계 구축. 경기복지 재단. 제1차 복지경제포럼 발표 자료집.
- 황옥경 외(2006). 케어맘 도입방안 연구. 경기도보육정책포럼.
- Bonoli, G. (2007). Time Matters: Postindustrialization, New Social

- Risks and Welfare State Adaptation in Advanced Industrial Democracies. *Comparative Political Studies*, 40(5).
- Centers for Medicare and Medicaid Services(2007). *Medicare Coverage of Skilled Nursing Facility Care*.
- Darren Puscas. (2002). Interhealth Canada Corporate Profile.
- D&B International Business Information Report(2010), Interhealth Canada Company Profile Report, Manta
- Donabedian A. (1973). *Aspects of medical care administration*. MA : Harvard University Press
- Dostal, J. M. (2008). The Workfare Illusion: Re-examining the Concept and the British Case, *Social Policy and Administration*, 42(1).
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press and Princeton: Princeton University Press.
- Jessop, B. (2002), *The Future of the Capitalist State*. Cambridge: Polity Press
- Jenkins, C. (2007). *Pension Giving: A summary Report by CC works for The Institute of Fundraising*.
- Kawabata K., Xu K. and Carrin G. (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bulletin of World Health Organization*. 80(8):612
- Kelly. G., Linsdell, W., and Scanlon. D. (2005). *Combined Pension Forecasts:a survey of their impact on recipients*. Leeds: Corporate Document Service.

- Lewin, M. E., Altman, S. (2000). *America's Health Care Safety Net, Intact but endangered*. Washington, DC: National Academy Press.
- Lurie, N. (2000). Strengthening the US health care safety net. *The Journal of the American Medical Association*. 284(16), pp:2112~2113.
- Mckinlay. J. (1972). Some approaches and problems in the study of the use of services. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, pp:115~125
- Messere, K. C. (1993). *Tax Policy in OECD Countries: Choices and Conflicts*. Amsterdam: IBFD
- Parkway Holdings, 2009-2010 Annual Report
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. *World Population Prospects: The 2008 Revision*.
- Salamon, L. M., S. W. Sokolowski, and R. List. (2003). *Global Civil Society: An Overview*. John Hopkins Center for Civil Society Studies, Baltimore.
- Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M., Busse, R. (2005). Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries. *The European Journal of Health Economics*. 6, pp:2~10.
- Sherraden, M. (1991). *Asset and the Poor*. New york: M. E. Sharpe.
- Taylor-Gooby, P. (2004). New Risks and Social Change. in Taylor Gooby(ed.). *New Risks, New Welfare*. Oxford

University Press.

US Social Security Administration and the International Social Security Association. (2010). *Social Security Programs throughout the World: Europe*.

US Social Security Administration and the International Social Security Association. (2008). *Social Security Programs Throughout the World: Asia and the Pacific*.

Van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., Harbianto, D., Herrin, A. N., Huq, M. N., Ibragimova, S., Karan, A., Lee, T. J., Leung, G. M., Lu, J. R., Ng, C. W., Pande, B. R., Racelis, R. Tao, S., Tin, Y. K., Tisayaticom, K., Trisnantoro, L., Vasavid, C., Zhao, Y. (2007). Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 16(11), pp:1159~1184.

Van Oorschot, W. (2004). Balancing Work and Welfare: Activation and Flexicurity Policies in the Netherlands, 1980-2000. *International Journal of Social Welfare*, 13, pp:15~27.

VAMED. (2011). *2010 Annual Report*.

VAMED. (2004). *Public-Private Partnership model*.

Ward, H. (2004). *Public Sector roles in Strengthening Corporate Social Responsibility: Taking Stock*. Washington, D.C: World Bank Group.

Wilthagen, T. and Tros, F. (2008). 네델란드식 유연안전성. 국제노동브리핑. 6(3).

Wilthagen, T. (1998). *Flexicurity: A New Paradigm for Labour Market Policy Research*. Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Discussion Paper FS 1 98-20X, pp:98~202.

World Bank. (1994). *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*. Oxford University Press.

_____ (2007). *Pension Reform and the Development of Pension Systems: An Evaluation of World Bank Assistance*. Independent Evaluation Group, 39149.

Wyszewinaski, L. (1986). *Financially catastrophic and high-cost cases : definitions, distinctions and their implication for policy formulation*. Inquiry, 21, pp:617~634

Xu K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramardini R., Klavus J., and Murray C. J. L. (2003). *Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis*. Lancet, 362(9378), pp:111~117

매일신문, 2010. 9. 7일자. “정부 보증 역모기지론 '주택연금' 인기 - 집 한채 밖에 없으신 어르신, 노후 걱정 마세요”.

중앙일보, 2010. 9. 16일자. “‘역모기지론’ 사상최고 ... 주택연금 인식 바뀐다”.

한국경제, 2011.11.16일자. “한전KDN, 전력 IT기술력 해외서도 ‘입소문’”

연합뉴스, 2011.04.19일자. “외면했던 '봉사의 길' 소셜네트워크로 뚫으세요”

기업사회공헌연구소, www.coph.co.kr

국민연금공단, www.nps.or.kr

농어촌희망재단, <http://rhof.or.kr>

농지연금포탈, <http://www.fplove.or.kr>

농협문화복지재단, jaedan.nonghyup.com

사회복지공동모금회, www.chest.or.kr

사회적기업, www.socialenterprise.go.kr

산은사랑나눔재단 홈페이지, foundation.kdb.co.kr

삼성복지재단, welfare.samsungfoundation.org

이랜드복지재단, www.elandwelfare.or.kr

한국주택금융공사, <http://www.hf.go.kr>

Aging Parents and Elder Care, <http://www.aging-parents-and-elder-care.com>

Directgov, <http://www.direct.gov.uk>

Emploi et Solidarite sociale Quebec, <http://www.rqap.gouv.qc.ca>

Fresenius Group, www.fresenius.de

Foundation Center, <http://foundationcenter.org/>

Human Resources and Skills Development Canada, <http://www.hrsdc.gc.ca>

InterHealth Canada, www.interhaelthcanada.com

InterRAI, <http://www.interrai.org>

LIS, www.lisproject.org

MCYS Baby Bonus Branch, <http://www.babybonus.gov.sg>

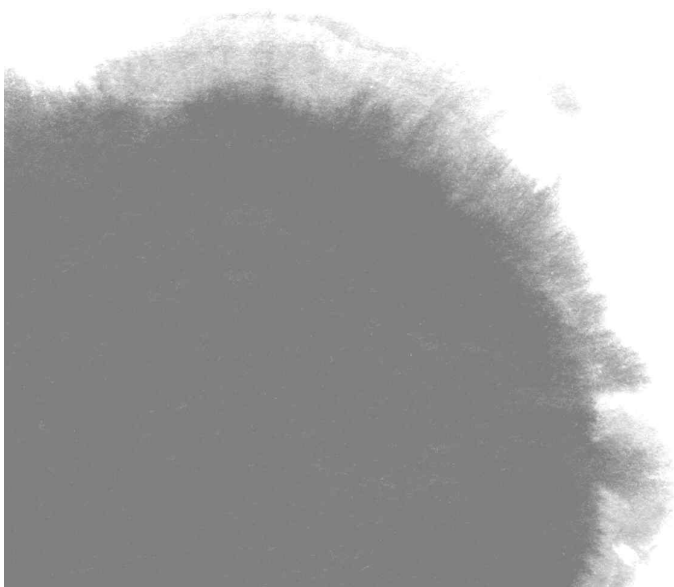
MEDPAC, <http://www.medpac.gov>

Ministry of Education(Singapore), <http://www.moe.gov.sg>

Parkway Holdings, www.parkwayhealth.com

Summit Medical Group, <http://www.summitmedicalgroup.com>

부 록



부록

[부록 1] 복지재단 관련 법조항

농업협동조합법 제5절 '사업'

제57조(사업) ① 지역농협은 그 목적을 달성하기 위하여 다음 각 호의 사업의 전부 또는 일부를 수행한다.<개정 2011.3.31>

1. 교육지원 사업

- 가. 조합원이 생산한 농산물의 공동출하와 판매를 위한 교육지원
- 나. 농업 생산의 증진과 경영능력의 향상을 위한 상담 및 교육훈련
- 다. 농업 및 농촌생활 관련 정보의 수집 및 제공
- 라. 주거 및 생활환경 개선과 문화 향상을 위한 교육지원
- 마. 도시와의 교류 촉진을 위한 사업
- 바. 신품종의 개발, 보급 및 농업기술의 확산을 위한 시범포(示範圃), 육묘장(육묘장), 연구소의 운영
- 사. 농촌 및 농업인의 정보화 지원
- 아. 그 밖에 사업 수행과 관련한 교육 및 홍보

2. 경제사업

- 가. 조합원이 생산하는 농산물의 제조·가공·판매·수출 등의 사업
- 나. 조합원이 생산한 농산물의 유통 조절 및 비축사업
- 다. 조합원의 사업과 생활에 필요한 물자의 구입·제조·가공·공급 등의

사업

- 라. 조합원의 사업이나 생활에 필요한 공동이용시설의 운영 및 기자의 임대사업
- 마. 조합원의 노동력이나 농촌의 부존자원(賦存資源)을 활용한 가공사업·관광사업 등 농외소득(농외소득) 증대사업
- 바. 농지의 매매·임대차 교환의 중개
- 사. 위탁영농사업
- 아. 농업 노동력의 알선 및 제공
- 자. 농촌형 주택 보급 등 농촌주택사업
- 차. 보관사업
- 카. 조합원과 출자법인의 경제사업의 조성, 지원 및 지도
- 3. 신용사업
 - 가. 조합원의 예금과 적금의 수입(受入)
 - 나. 조합원에게 필요한 자금의 대출
 - 다. 내국환
 - 라. 어음할인
 - 마. 국가공공단체 및 금융기관의 업무 대리
 - 바. 조합원을 위한 유가증권·귀금속·중요물품의 보관 등 보호예수(保護預受) 업무
 - 사. 공과금, 관리비 등의 수납 및 지급대행
 - 아. 수입인지, 복권, 상품권의 판매대행
- 4. 삭제<2011.3.31>
- 5. 복지후생사업
 - 가. 복지시설의 설치 및 관리
 - 나. 장제(葬祭)사업
 - 다. 의료지원사업
- 6. 다른 경제단체·사회단체 및 문화단체와의 교류 협력
- 7. 국가, 공공단체, 중앙회, 제134조의4에 따른 농협은행(이하 “농협은

행”이라 한다) 또는 다른 조합이 위탁하는 사업

8. 다른 법령에서 지역농협의 사업으로 규정하는 사업

9. 제1호부터 제8호까지의 사업과 관련되는 부대사업

10. 그 밖에 설립 목적의 달성에 필요한 사업으로서 농림수산식품부장관의 승인을 받은 사업

- ② 지역농협은 제1항의 사업목적 달성을 위하여 국가, 공공단체, 중앙회 또는 농협은행으로부터 자금을 차입할 수 있다.<개정 2011.3.31>
- ③ 제1항제3호에 따른 신용사업의 한도와 방법 및 제2항에 따라 지역협이 중앙회 또는 농협은행으로부터 차입할 수 있는 자금의 한도는 대통령령으로 정한다.<개정 2011.3.31>
- ④ 국가나 공공단체가 지역농협에 제1항제7호의 사업을 위탁하려는 경우에는 그 기관은 대통령령으로 정하는 바에 따라 지역농협과 위탁 계약을 체결하여야 한다.
- ⑤ 지역농협은 제1항의 사업을 수행하기 위하여 필요하면 제67조제2항에 따른 자기자본의 범위에서 다른 법인에 출자할 수 있다. 이 경우 같은 법인에 대한 출자는 다음 각 호의 경우 외에는 자기자본의 100분의 20을 초과할 수 없다.
 - 1. 중앙회에 출자하는 경우
 - 2. 제1항제2호에 따른 경제사업을 수행하기 위하여 지역농협이 보유하고 있는 부동산 및 시설물을 출자하는 경우
- ⑥ 지역농협은 제1항의 사업을 안정적으로 수행하기 위하여 정관으로 정하는 바에 따라 사업손실보전자금(사업손실보전자금) 및 대손보전자금(대손보전자금)을 조성·운용할 수 있다.
- ⑦ 국가·지방자치단체 및 중앙회는 예산의 범위에서 제6항에 따른 사업손실보전자금 및 대손보전자금의 조성을 지원할 수 있다.

[전문개정 2009.6.9]

한국마사회법 제3절 ‘사업 및 회계’

제36조(사업의 범위) 마사회는 제1조에 따른 목적을 달성하기 위하여 다음 각 호의 사업을 한다.<개정 2011.3.9>

1. 경마의 시행에 관한 사업

가. 경마의 개최

나. 말마주 및 복색의 등록

다. 조교사기수의 면허 및 장제를 하려는 자의 등록

라. 기수의 양성과 훈련

2. 말산업의 발전에 관한 사업

가. 말의 개량증식·육성 및 그 기술개발과 보급

나. 말의 보건·위생에 관한 연구

다. 말의 이용에 관한 지도·장려

라. 승마의 보급

마. 「말산업 육성법」에 따라 위탁받은 말산업 육성에 관한 사업

3. 「축산법」 제43조에 따른 축산발전기금에 출연

4. 경마장 내 간이체육시설 및 시민위락시설의 설치·운영

5. 가축의 경주를 이용한 경마와 유사한 사업

6. 농어업인 자녀장학사업과 그 밖에 농어촌사회복지증진을 위한 사업

7. 경마장과 장외발매소 인근지역 주민의 생활편익과 복지증진을 위한 사업

8. 제1호 및 제2호의 사업과 관련된 장비 및 말의 임대·판매·수송과 경마시행 전문기술을 이용한 용역 등에 관한 국내외에서의 사업

9. 제1호부터 제8호까지의 사업과 관련이 있는 사업을 수행하는 법인에 대한 투자출연 및 보조

10. 제1호가목·라목, 제2호 및 제7호의 사업을 위한 부동산의 취득과 관리(임대를 포함한다)

11. 제1호부터 제10호까지의 사업에 딸린 사업

[전문개정 2009.5.27]

국민건강보험법 제3장 국민건강보험공단 제13조

제13조(업무 등) ①공단은 다음 각호의 업무를 관장한다.<개정 2008.2.29, 2009.5.21, 2010.3.22>

1. 가입자 및 피부양자의 자격관리
 2. 보험료 기타 이 법에 의한 징수금의 부과 징수
 3. 보험급여의 관리
 4. 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업
 5. 보험급여비용의 지급
 6. 자산의 관리·운영 및 증식사업
 7. 의료시설의 운영
 8. 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보
 9. 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력
 10. 「국민연금법」, 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」, 「임금채권보장법」 및 「석면피해구제법」(이하 “징수 위탁근거법”이라 한다)에 따라 위탁받은 업무
 11. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 의하여 위탁받은 업무
 12. 기타 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
- ② 제1항제6호의 규정에 의한 자산의 관리·운영 및 증식사업의 종류와 범위등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ③ 공단은 당해 업무의 제공 또는 시설의 이용이 특정인을 위한 것일 경우 그 업무의 제공 또는 시설의 사용에 대하여 공단의 정관이 정하는 바에 의하여 수수료 또는 사용료를 징수할 수 있다.
- ④ 공단은 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」에 의하여 건강보험과 관련하여 보유·관리하고 있는 정보를 공개한다.<개정 2006.10.4>

〔부록 2〕 4대 사회보험 자격관련제도

건강보험사무관리사

□ 자격내용

- 건강보험 및 심사청구에 관한 전문적인 지식을 가지고 적정 진료의 질 향상관리를 위한 요양기관의 효율적 경영 관리와 행정 그리고 전산, 정보관리 업무를 수행할 수 있는 능력을 검정

□ 직무내용

- 요양기관(병원, 의원, 약국 등)의 처방전 관리 및 보험청구 심사 청구 업무부서
- 손해보험회사의 보험심사 사무행정 업무부서
- 생명보험회사의 진료비 지급 적정성 업무부서
- 국민건강보험공단(심사평가원 포함) 관련한 요양급여비용 관련 사무행정, 전산 업무부서
- 산재관리공단 요양급여비용 관련 사무행정, 전산업무 부서
- 제약회사의 의약품 정보관리 및 행정업무 부서
- 건강보험 청구관련 교육원의 건강보험 청구관련 강사 및 상담 업무 부서

□ 취득방법

시험과목	공중보건학, 의약정보관리, 의약관련법규, 국민건강보험, 건강보험사무실무
합격기준	1차 필기 각 과목별 40점 이상자(과락적용) 중에서 총점 평균 60점 이상자로 합격처리 2차 필기 1차 합격자에 한하여 2차 시험에 응시하고 각 과목별 40점 이상자(과락적용) 중에서 총점 평균 60점 이상자로 합격처리
검정수수료	53,000원
응시자격	응시자격 합격자 공고일 기준 만 18세 이상인 자 고등학교 3학년 재학 중인자(졸업예정자)

□ 자격관리기관 (사)한국 EDI 정보관리협회 (<http://www.keioa.or.kr>)

□ 자료출처: (사)한국 EDI 정보관리협회 <http://www.keioa.or.kr/>

건강보험청구심사자격증

□ 자격내용

- 건강보험 진료비 관리 업무능력 검정, 진료비의 적정 청구 심사 업무 검정

□ 직무내용

- 의료기관에서 본인 일부부담금만을 징수한 후 건강보험공단부담금을 포함한 총 진료비를 심사 청구하는 방법과 청구 후에 발생하는 삭감에대한 원인 분석 및 대비책 마련

□ 취득방법

시험과목	필기: 행정, 내과(입원, 외래), 외과(입원, 외래) 실기: 내과/외과 차트분석
합격기준	[1급~2급] [필기/실기] 총점 100점 중 70점 이상
검정수수료	[1급] 필기 20,000원 / 실기 30,000원 [2급] 필기 20,000원 / 실기 30,000원
응시자격	[1급] 2급 자격 소지자로서 3년 이상 실무 경력자 보험심사업무 / 심사기관에서 3년이상 실무 경력자 [2급] 고졸이상의 학력으로 만 18세 이상

□ 자격관리기관: (주)세마그룹 (<http://www.cssir.co.kr>)

(자료출처: (주)세마그룹 <http://www.cssir.co.kr/>)

보험심사평가사

□ 자격내용

- 의료기관에서 보험진료비심사업무를 독자적으로 할 수 있는 능력
및 보험진료비관리의 투명성 확보가 필요한 사무의 업무수행능력
을 겸정

□ 직무내용

1급	2급
<ul style="list-style-type: none"> - 보험진료비 심사와 관련한 전문적인 지식을 기반으로 보험심사평가 책임자로서 보험심사평가의 총괄 관리 업무를 수행 · 보험심사청구 및 분석업무 · 보험수가관리업무 · 진료비 사후관리 업무 · 적정 진료비 지원 업무 · 평가 및 관련 정책 교육 지원 업무 · 보험심사평가의 총괄관리업무를 수행 	<ul style="list-style-type: none"> - 보험진료비 심사와 관련한 기초적인 지식을 기반으로 보험심사평가 실무자로서 심사, 청구, 분석, 수가관리 심사청구 사후관리 전반에 관한 업무 수행 · 보험심사청구업무 · 보험수가관리업무 · 진료비 사후관리 업무 · 보험심사평가전반에 관한 기초 업무 수행

□ 취득방법

□ 자격관리기관 (주) 한국보험심사평가사인증원

(자료출처: (주) 한국보험심사평가사인증원 <http://www.simsa.kr/>)

전문보험심사청구사

□ 자격내용

- 의료관련 기관 및의료기관의 경영에 효율성을 위하여 건강보험, 산재보험, 자동차보험, 의료급여 등에 관련된 전문적인 지식을 기반으로 진료비 관리 및 의료의 질 향상 관리 등을 위한 보험청구, 심사, 평가 및 사후관리 전반에 관한 업무 수행 능력 검증

□ 직무내용

- 의료기관 또는 의료관련 업체에서 의학지식 및 보험청구심사 실무 능력을 바탕으로 임상이론, 건강보험실무이론, 외래, 입원 및 진료비 사후관리 등 전문적인 진료비 보험청구심사 업무를 체계적으로 수행할 수 있는 능력

□ 취득방법

시험과목	의료임상이론, 건강보험요양급여실무이론, 청구심사실기(외래, 입원), 진료비 사후관리(외래, 입원) => 총 4과목
합격기준	의료임상이론 40점, 건강보험요양급여실무이론 60점(총점 100점 중 60점 이상), 청구심사실기 외래 80점, 진료비 사후관리 외래 20점, 청구심사실기 입원 80점, 진료비 사후관리 입원 20점(총점 200점 중 120점 이상) => 총점 300점 중 180점 이상
검정수수료	45,000원
응시자격	만 18세 이상, 학력 경력·제한 없음

□ 자격관리기관: 한국보험청구심사협회:

(자료출처: 한국보험청구심사협회 <http://www.hicra.or.kr/>)

노후생애설계전문가[SLCA] 양성과정

□ 과정개요

- 교육명: 노후생애설계전문가(SLCA) 양성과정

※ SLCA: Senior Life Career Advisor(노후생애설계전문가)

- 대상: 노후생애설계 전문직 희망자

□ 추진배경

- 고령화에 따른 개인적 환경변화로 Life Cycle의 기본 구조 변화 및 건강하고 능력있는 고령자(新노년층) 지속 증가('10년 540만 명, '20년 760만명 추산)
- 이들의 개인 욕구나 능력에 맞추어 지역사회에 연계하기 위한 구체적 유입방안이 미흡한 실정
- 따라서 한국노인인력개발원은 고령화 대비 사회적 인프라 확충 및 전국민 대상 보편적 서비스 기반을 마련하고자 노후생애설계 전문가(SLCA)양성과정을 운영함.(공공부분 국내최초 과정)
- 이러한 노후생애설계전문가(SLCA)를 통해 新노년층이 '퇴직부터 노년기 전 생애 대응'이 가능할 수 있도록 지원
- 또한 고령자 자신의 제2인생의 꿈을 이룰 수 있도록 지원하고자 함

□ 교육목표

- 입문과정:
 - 노후생애설계전문가로서 갖추어야 할 기본지식 습득
 - 노후생애설계상담 기본능력 및 자질 이해
 - 노후생애설계상담 기초실무역량 습득
- 전문과정:
 - 통합적노후생애설계상담 프로세스의 이해
 - 분야별 전문설계 심화과정 이해 및 설계전문기법 습득
(분야: 경력개발, 지역사회활동설계, 여가설계, 재무설계)

— 임상실습을 통한 통합노후생애설계상담 실천능력 배양

□ 실적

- 공공부분 국내최초: “노후생애설계전문가 양성과정”인정
한국보건사회연구보고서(이소정 외), 08.24호, “성공적인 제3기
인생준비를 위한 사회적 기반조성”
- 참여인원: 총 1,456명 (대상: 20세 이상, 평균연령 55세)
- 개설 수: 36개 반
- 최종수료인원: 부산, 광주 109명 / 행안부 퇴직예정공무원 25명
- 교육운영방식: 전체집합교육 (강의/워크숍 중심)
- 운영기간: 2006년~2010년
- 외부수탁교육실적: ‘07년~’09년- 부산광역시, 광주광역시
‘10년- 행안부 연금복지과 퇴직예정 공무원 대상
- 양성지역: 부산, 광주, 서울본원(일부)
- 양성과정: 입문(80H), 전문(경력개발, 재무설계, 여가설계)(각
40H), 임상실습과정(87H), 매뉴얼교육(9H) 총 256~299H
- 평가현황: 전문과정 지필평가(6회): SLCA 전문과정 2과정 수료
자/ 면접평가(3회): SLCA임상실습참가자
- 개발현황: 독자적인 “통합노후생애설계 상담진단지 및 매뉴얼 개발”

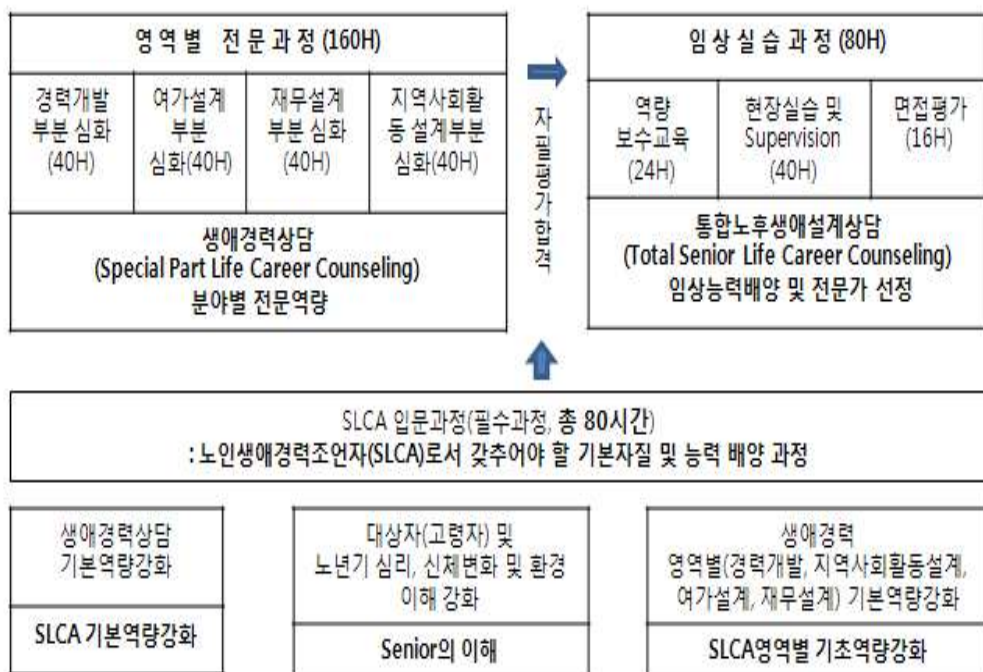
□ 기대효과

- 고령자의 생애균형 상태, 생애역할, 사회적 관계 등을 종합적으로
분석하여 고령자 전 생애에 걸친 자기개발 촉진 및 생애설계 지
원이 가능한 핵심전문인력 양성
- SLCA 수행업무
 - 노후생애설계상담업무, 노후생애설계관련 교육업무, 노후생애
설계관련 검사실시 및 해석업무, 노후생애설계프로그램 개발과
운영업무, 노후생애설계상담 행정업무 등

□ 진로사례

- 교육형: 노후생애설계교육 강의 실시(노인복지관(노인대학), 건강타운, 평생교육기관 등 정규강의 진행)
- 오픈 상담서비스: 박람회 참가 / 전진대회 상담부스(노인일자리박람회 등 참가)
- 개별상담서비스: 1:1 개인 맞춤형 통합노후생애설계상담(금융기관, 지역주민센터, 복지관, 시니어클럽 등)
- 기타: 이용기관, 이용자 서비스 의뢰 발생시

□ 과정 프로세스



※ SLCA정의: 국민의 전 생애에 걸친 자기개발 촉진·생애설계 지원 및 적극적인 지역 사회참여를 지원하기 위해 개인의 삶의 균형적 상태진단, 노후 맞춤형 경력개발, 재무상태, 여가상태, 지역사회활동을 통합분석하여 맞춤형 통합노후생애설계상담서비스를 제공하는 전문 인력

(자료출처: 한국노인인력개발원 <http://www.kordi.or.kr/>)

사회보험사

□ 자격내용

- 4대보험(국민건강보험, 국민연금(공무원연금, 사립학교교직원연금, 군인연금 포함), 산업재해보상보험, 고용보험) 관련 업무

□ 직무내용

1급	2급
<ul style="list-style-type: none"> -사회보험에 대한 예산 기획 -사회보험 담당직원에 대한 교육 지도 -당해 사업장의 근로자에 대한 사회보험업무 담당 -사회보험업무의 종합관리 -기타사회보험사 2급의 직무 	<ul style="list-style-type: none"> -4대 사회보험의 보험료산정 및 납부 -4개 사회보험의 가입 및 탈퇴 근로자에 대한 행정처리 -근로자의 4대사회보험업무에 대한 상담

□ 취득방법

시험과목	1급: 국민건강보험, 국민연금보험(공무원연금법, 사립학교교직원연금, 군인연금 포함), 산업재해보상보험, 고용보험(사회보장기본법 포함) 2급: 국민건강보험, 국민연금보험(공무원연금법, 사립학교교직원연금, 군인연금 포함), 산업재해보상보험, 고용보험(사회보장기본법 포함)
합격기준	매 과목당 100점에 과목당 40점 이상 전과목 평균 60점 이상 득점한 자
검정수수료	1급: 80,000원 2급: 60,000원 1급, 2급 직무보수교육비용 : 50,000원 *자격증 분실 시 재발급비 5,000원
응시자격	제한없음

□ 자격관리기관 사회보험사협회

(자료출처: 사회보험사협회 <http://www.siaaw.or.kr/>)

4대보험관리사

□ 과정개요

- 4대보험관리사란 자격기본법 제2조 제3호의 규정에 의한 민간자격으로 국민건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험의 전문지식을 가지고 4대보험관리사 인증시험에 합격한 자를 말하며, 사회보험법에 의한 각종 신고, 이의신청, 보고, 심사청구 등의 업무를 수행하며, 근로자의 정당하게 받아야 할 권리나 혜택 및 기업의 4대보험제도의 효율적인 운영을 목적으로 관리해 주는 전문자격사임

□ 주요업무

- 근로자의 4대보험업무관련 상담
- 4대보험의 피보험자 자격취득과 상실신고
- 4대보험의 보험료산정과 납부
- 4대보험의 각종 급여신청과 당연적용신고
- 4대보험의 이의신청과 심사, 재심사 청구

□ 시험과목 및 가산점

- 시험과목
 - 산업재해보상보험법, 고용보험법, 국민건강보험법, 국민연금법과목당 25문항(100% 객관식)
- 가산점 부여
 - 3점 사회복지사 1급, 4대보험 관련기관의 경력자(3년이상), 법무사, 노무사, 세무사, 행정사, 경영지도사, 전산세무회계2급이상
 - 2점 전산회계 2급 이상, 컴퓨터활용능력 2급 이상, 정보처리산업기사 2급 이상, 사무자동화 산업기사, 사회복지사 2급, 전자상거래관리사 2급 이상, 직업상담사 2급 이상, 병원행정사,

의료보험행정사, 보험심사평가사, 노인요양보호사, 아웃소싱 지도사, 인재파견 지도사

— 각 가산점은 제일 높은 자격증 하나만 해당

□ 합격자 결정

○ 평균 60점 이상 (과락은 과목당 40점 미만)

(자료출처: 한국4대보험관리사협회 <http://www.4ins.co.kr>)

〔부록 3〕 『4대 사회보험 전문 인력 배치』 전화조사 조사표

『4대 사회보험 전문 인력 배치』 전화조사

지역 번호		조사표 번호				조사원 번호	

조사자	전화조사일시	2011년 7월 일	<input type="checkbox"/> ① 조사완료 <input type="checkbox"/> ② 조사미완
조사 지역	<input type="checkbox"/> ① 서울	<input type="checkbox"/> ② 부산	<input type="checkbox"/> ③ 대구
	<input type="checkbox"/> ④ 인천	<input type="checkbox"/> ⑤ 광주	<input type="checkbox"/> ⑥ 대전
	<input type="checkbox"/> ⑦ 울산	<input type="checkbox"/> ⑧ 경기	<input type="checkbox"/> ⑨ 강원
	<input type="checkbox"/> ⑩ 충북	<input type="checkbox"/> ⑪ 충남	<input type="checkbox"/> ⑫ 전북
	<input type="checkbox"/> ⑬ 전남	<input type="checkbox"/> ⑭ 경북	<input type="checkbox"/> ⑮ 경남
	<input type="checkbox"/> ⑯ 제주		
	회사 특성	<input type="checkbox"/> ① 5인 이하	<input type="checkbox"/> ② 6인 이상 ~ 10인 이하
<input type="checkbox"/> ③ 11인 이상 ~ 50인 이하		<input type="checkbox"/> ④ 51인 이상 ~ 100인 이하	
<input type="checkbox"/> ⑤ 101인 이상 ~ 500인 이하		<input type="checkbox"/> ⑥ 501인 이상	

522

안녕하십니까? 국무총리실 산하 국책연구기관인 한국보건사회연구원에서는 사회보험 전문 인력 배치를 위한 전화조사를 실시하고자 합니다.

현재 우리나라는 국민연금, 건강보험, 고용보험 그리고 산재보험의 4대 사회보험제도를 운영하고 있습니다. 하지만 국민들의 사회보험 관련 만족도와 이해도는 낮은 수준에 있습니다. 이러한 점을 개선하기 위해 4대 사회보험 전문 인력을 사업장에 배치하여 제도 운영의 효율성을 높이고 국민들의 체감도를 높이하고자 하며, 귀하의 설문은 현실적 의견을 반영하는데 사용될 것 입니다.

귀하가 응답하신 내용은 본 조사 이외의 다른 목적으로는 절대 사용되지 않을 것이며, 통계법에 근거하여 철저히 비밀이 보장됩니다. 조사소요 시간은 약 8분 정도로, 바쁘시더라도 잠시 시간을 내어 솔직히 답변해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

2011년 7월
한국보건사회연구원

〈〈 응답자 일반 특성 〉〉

본 전화조사는 전국에 위치하는 1인 이상 기업을 대상으로 거주지역 및 규모를 일정비율로 조사하고 있습니다. 따라서 다음의 사항을 먼저 확인하도록 하겠습니다.

1. 조사대상자 성별 :	<input type="checkbox"/> ① 남성	<input type="checkbox"/> ② 여성	1.	<input type="text"/>
2. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까(만 나이)?				2.
	<input type="checkbox"/> ① 20~25세	<input type="checkbox"/> ② 26~30세	<input type="checkbox"/> ③ 31~35세	2-1.
	<input type="checkbox"/> ④ 36~40세	<input type="checkbox"/> ⑤ 41~45세	<input type="checkbox"/> ⑥ 46~50세	
	<input type="checkbox"/> ⑦ 51~55세	<input type="checkbox"/> ⑧ 55~60세		
3. 귀사의연간 매출규모는 어느 정도 입니까?				3.
	<input type="checkbox"/> ① 1억원미만	<input type="checkbox"/> ② 1억원 이상~10억원 미만		
	<input type="checkbox"/> ③ 10억원 이상~100억원 미만			
	<input type="checkbox"/> ④ 100억원 이상~1000억원 미만	<input type="checkbox"/> ⑤ 1000억원 이상		
4. 귀하가 다니고 있는 회사의 업종은 무엇인가요?				
	()			
5. 현재 부서와 담당업무는 무엇인가요?				
	부 서 : ()			
	담당업무 : ()			

· << 4대 사회보험 통합징수 관련 >>

6. 4대 사회보험고지서가 통합되어 발송되고 있는 것에 대해서 알고 계십니까?	<input type="checkbox"/> ① 알고 있다 <input type="checkbox"/> ② 모름	6. <input type="text"/>
7. 현재 귀사에는 사회보험 관련 업무를 전담하는 인력이 따로 있습니까?	<input type="checkbox"/> ① 있다(8-1로 이동) <input type="checkbox"/> ② 없다(6로 이동)	7. <input type="text"/>
8-1. 사회보험 관련 업무를 전담하는 사람이 있다면, 통합발송 이후 관련 업무량의 변화 하였습니다습니까?	<input type="checkbox"/> ① 업무량이 줄었음. <input type="checkbox"/> ② 변화 없음. <input type="checkbox"/> ③ 업무량이 늘었음.	8-1. <input type="text"/>
8-2. 현재 사회보험 관련 업무를 담당하는 사람은 내부 직원입니까?	<input type="checkbox"/> ① 내부 직원 <input type="checkbox"/> ②외부 전문 협력업체 직원 <input type="checkbox"/> ③ 기타()	8-2. <input type="text"/>

9. 대 사회보험 업무와 관련하여서 건강보험관리사무관리사, 보험심사평가사 등 국가나 민간에서 자격증을 부여하고 있습니다. 다음 관련 자격증에 대해서 알고 계십니까?

1) 건강보험관리사무관리사	<input type="checkbox"/> ① 안다	<input type="checkbox"/> ② 모름	9-1.	<input type="text"/>									
2) 건강보험청구심사자격증	<input type="checkbox"/> ① 안다	<input type="checkbox"/> ② 모름	9-2.	<input type="text"/>									
3) 보험심사평가사	<input type="checkbox"/> ① 안다	<input type="checkbox"/> ② 모름	9-3.	<input type="text"/>									
4) 전문보험심사청구사	<input type="checkbox"/> ① 안다	<input type="checkbox"/> ② 모름	9-4.	<input type="text"/>									
5) 노후생애설계전문가	<input type="checkbox"/> ① 안다	<input type="checkbox"/> ② 모름	9-5.	<input type="text"/>									
6) 사회보험사	<input type="checkbox"/> ① 안다	<input type="checkbox"/> ② 모름	9-6.	<input type="text"/>									
7) 4대보험관리사	<input type="checkbox"/> ① 안다	<input type="checkbox"/> ② 모름	9-7.	<input type="text"/>									
10. 현재 사회보험과 관련하여 다양한 민간 자격이 있는데, 귀하께서는 위의 자격증에 대해서 어떻게 생각하십니까?	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">사회보험 관련 자격증에 관한 생각</th> <th rowspan="2">인지 정도</th> </tr> <tr> <th>매우 높다</th> <th>높다</th> <th>낮다</th> <th>매우 낮다</th> </tr> </table>				사회보험 관련 자격증에 관한 생각				인지 정도	매우 높다	높다	낮다	매우 낮다
사회보험 관련 자격증에 관한 생각				인지 정도									
매우 높다	높다	낮다	매우 낮다										
10-1. 관련 자격증 신뢰성은 ?	①	②	③	④	10-1.	<input type="text"/>							
10-2. 관련 자격증의 업무 활용도는?	①	②	③	④	10-2.	<input type="text"/>							
11. 4대 사회보험업무와 관련하여 국가나 민간에서 자격증을 부여 중입니다. 귀사에서는 해당인력을 활용할 의사가 있으신가요?													
<input type="checkbox"/> ① 있다 11-1) <input type="checkbox"/> ② 없다 11-2)						11.	<input type="text"/>						
11-1. 4대 사회보험 업무 인력 채용 필요성 있다면 그 이유는 무엇입니까?													
<input type="checkbox"/> ① 4대 사회보험의 심사 청구 등 전문적으로 관리할 필요성이 있어서. <input type="checkbox"/> ② 4대 사회보험에 가입되어 있지만, 직원들의 관련 이해가 부족해서. <input type="checkbox"/> ③ 전문인력을 활용하여 직원들이 4대 사회보험을 통한 인생설계가 가능할 거 같아서. <input type="checkbox"/> ④ 기타()						11-1.	<input type="text"/>						
11-2. 4대 사회보험 업무 인력 채용 필요성 없다면 그 이유는 무엇입니까?													
<input type="checkbox"/> ① 현재 인력으로도 충분함 <input type="checkbox"/> ② 4대 보험 전담업무가 필요 없음. <input type="checkbox"/> ③ 전담 인력의 전문성을 가지지 못할 거 같음. <input type="checkbox"/> ④ 기타()						11-2.	<input type="text"/>						
12. 4대 사회보험 업무 인력 채용외에 지원이 필요한 서비스는 무엇이 있습니까?													
<input type="checkbox"/> ① 4대 사회보험료 납부 대행 <input type="checkbox"/> ② 개인퇴직연금 등을 활용한 직원들의 전반적인 노후 설계 <input type="checkbox"/> ③ 기타()													

● 설문에 응해주셔서 대단히 감사합니다. 소중한 자료로
활용하겠습니다. ●

[부록 4] 보건복지 제3섹터 기관 간담회 내용

□ △△△ 조합

- 면담자 : ○○○ 상임이사
- 면담일시 : 2011년 7월 5일
- 주요 면담내용
 - － 보건복지 분야 서비스 공급을 늘리도록 정책 유도 (사회서비스 바우처를 고소득층까지 확대, 간병과 같이 욕구가 있으나 제도화되지 않고 있는 사업 아이템 개발)
 - － 취약계층 근로기회 공급 증가. (보건복지 분야 공공시설 청소 등 관리업무, 청소, 환경정비, 집수리, 편의시설 설치, 재활용 등)
 - － 제3섹터 조직의 법적 틀 다양화(ex. 자활기업 제도화, 협동조합 일반법 제종 또는 사회적 협동조합법 제정 등)
 - － 제3섹터 생산한 재화와 서비스에 대한 공공기관 구매 촉진
 - － 제3섹터 조직에 대한 각종 세제 감면(ex. 사회보험에 대한 사업주 부담금 감면, 특히 사회적 기업의 4년 기간 제한은 기간 제한 폐지, 카드 수수료 인하)

□ △△△ 요양원

- 면담자 : ○○○ 원장
- 면담일시 : 2011년 7월 6일
- 주요 면담내용
 - － 현재 사회서비스(요양) 분야의 공급에 비해 수요가 묶여 있음. 따라서 수요를 늘려야 함. 특히 요양의 관점에서 보면 장기요양 등급 판정 절차를 보다 완화시키면 수요자가 대폭 늘어날 것이고 이에 따라 기관의 활성화도 병행될 것
 - － 특히 지역별로 요양 서비스 기관의 수요공급에 mismatch가

큼. 지방의 경우 공급이 수요를 초과함. 따라서 지역별로 차별화된 접근 요구

- 서비스 제공자들의 임금수준이 너무 낮아 양질의 인력 확보에 어려움. 따라서 단 몇 만원이라도 임금을 보조해 주면 좋겠음.

□ △△△ 종합복지관

○ 면담자 : ○○○ 관장

○ 면담일시 : 2011년 7월 7일

○ 주요 면담내용

- 종사자들의 근로 여건 개선(시간외 수당 항목화 등 고강도 노동에 대한 보상체계 확립)
- 기부금 활성화를 위해 후원금 모금 전문가 양성 필요
- 또한 후원금에 대해 돈의 사용처를 제한하지 말고 자율성을 강화해 줄 것
- 기부자에 대한 세금혜택 확대
- 법적으로 기관이 새로운 사회문제에 대처할 수 있는 근거를 마련해 줄 것(ex. 사회복지사업법 개정 등을 통해)