

Working Paper 2005-07

참여정부 사회정책 성과분석

김안나

원종욱

한국보건사회연구원

Korea Institute for Health and Social Affairs

목 차

제1장 사회보장확대	7
I. 기초생활보장제도의 내실화와 차상위계층의 보호 확대	9
II. 장애인 복지정책	18
III. 국민연금 개혁방향	22
IV. 사회복지 인프라의 확대개편	27
제2장 전국민 평생 건강보장 체계	31
I. 공공보건의료 강화	33
II. 건강증진 및 질병관리	35
III. 의료급여의 확대	41
IV. 의료의 보장성 확대	45
제3장 저출산 고령화 대책	49
I. 노후생활보장체계	51
II. 저출산 대책수립	54
<부 록>	57

표 목 차

〈표 1〉 기초생활보장제도 수급자 추이	10
〈표 2〉 조건부수급자 및 자활사업 참여자 추이	14
〈표 3〉 경제활동 장애인수(2000. 6월 현재)	18
〈표 4〉 국민연금 재정전망	22
〈표 5〉 납부예외율 추이	23
〈표 6〉 국민연금 사업장 가입자 적용현황	24
〈표 7〉 국민연금제도개선에 대한 정책평가결과	25
〈표 8〉 국민건강증진기금의 연도별 지출 현황	36
〈표 9〉 담배가격 인상과 흡연율, 금연율 변화 추이	37
〈표 10〉 흡연율 변화 비교 (2004년, 2005년)	37
〈표 11〉 국가 암 조기검진사업 연도별 추진실적	40
〈표 12〉 희귀·난치성 질환자 의료비 지원 현황	40
〈표 13〉 의료급여 대상자 추이	42
〈표 14〉 의료급여 예산 추이	42
〈표 15〉 참여정부 출범이후 의료급여제도 변화 내용	43
〈표 16〉 정부의 건강보험 보장성 강화전략	46
〈표 17〉 연도별 조정안	53
〈표 18〉 출생아수 및 합계출산율 변화추이	54

그림 목 차

[그림 1] 단계별 장애범주 확대과정	19
[그림 2] 의무고용사업체의 장애인고용률 추이	21
[그림 3] 담배가격 인상과 흡연율의 감소	38
[그림 4] 노인일자리 사업 추진계획	52

【연 구 진】

연구진
김안나 (한국보건사회연구원 부연구위원)
원종욱 (한국보건사회연구원 연구위원)
김성희 (건강보험연구원 책임연구원)
김혜련 (한국보건사회연구원 부연구위원)
노대명 (한국보건사회연구원 부연구위원)
백화중 (한국보건사회연구원 연구위원)
변용찬 (한국보건사회연구원 연구위원)
신영석 (한국보건사회연구원 연구위원)
오영희 (한국보건사회연구원 책임연구원)
이삼식 (한국보건사회연구원 책임연구원)
최병호 (한국보건사회연구원 연구경영혁신본부장)

Abstract

Assessment of the Participatory Government's Social Policy

□ Objectives

- This study aims at conducting an objective and comprehensive assessment of the policy situation when the present Participatory Government first came to power and its policy performance thereafter, focusing on its social policies. As such, this study is expected to provide basic materials for the government's priority setting during the second half of its term.

□ Contents

- Strengthening of Social Security
 - Strengthening the Basic Livelihood Security programs and the protection of the near-poor
 - Support for self-reliance projects
 - Disability welfare policy
 - Reform plans for the National Pension
 - Expansion of social welfare infrastructure
- Lifelong health security for all citizens
 - Strengthening public health care
 - Health promotion and disease management
 - Raising health benefits
 - Enhancing health security
- Measures in response to low fertility
 - Elderly Living Protection Scheme

□ Expected contribution

- This study is expected to contribute to the understanding of the initial conditions and responses of the Participatory Government's policies on social security (the Basic

Livelihood Guarantee, disability welfare, the National Pension, social welfare infrastructure), health security (public health, health promotion, disease control and management, health care benefits and medical protection), and low fertility and aging. The study also carries out an objective and comprehensive assessment of the government's social policies during the first half of its term, which will prove helpful for the government's policymaking during its remaining term.

- A wide-ranging record of how the current government performed in its social policies, this study will contribute to the priority setting of the current and future governments of Korea.

제1장 사회보장확대

I. 기초생활보장제도의 내실화와 차상위계층의 보호 확대

1. 초기여건

- 참여정부는 “더불어 사는 균형발전사회”를 국정목표로 선정하고 “기초생활보장제도를 차상위계층까지 확대”한다는 것을 정책목표로 설정
 - 기초생활보장제도의 확대와 더불어 자활지원사업의 개편 추진
- 100대 국정과제 내용 중 기초생활보장관련 핵심과제
 - 사각지대해소를 위한 개선방안 마련
 - 공공부조제도 개선방안 마련
 - 자활지원대상자 확대와 실효성 제고
- 경제성장 둔화와 사회양극화 심화로 사회안전망의 강화 및 재조정에 대한 필요성 대두

2. 정책대응

- 기초생활보장제도의 사각지대 해소를 위해 수급자 선정기준의 하나인 부양의무자 기준의 완화를 위하여 법개정('05. 7월부터 적용)을 하였으며, 부양능력 판정기준의 완화도 추진 중
 - 차상위계층에 대한 지원확대를 위하여 의료급여 2종의 진료비 본인부담률 인하 및 본인부담상한제 실시, 의료급여 관리요원 배치 등과 관련한 지속적인 제도 개선 노력
 - 자활급여의 차상위계층 확대지원으로 사회적 일자리형 사업 참여 규모를 '04년 1만명 수준에서 '05년 평가를 걸쳐 '08년까지 5만명으로 확대 결정
- 공공부조제도 개선으로 『국민기초생활보장법』을 『국민기초생활보장 및 자활지원법』으로 개정하기위한 작업을 추진중

3. 정책평가

- 국민기초생활보장제도의 도입으로 빈곤여부만으로 대상자를 선정하여 2004년 말 약 151만명에 대해 기초생활 보장
 - 과학적 측정방법을 통해 최저생계비를 계측하고 이를 국가가 공식적으로 발표
 - ※ '05년 4인가구 기준 보장액수: 월 113만 6천원

〈표 1〉 기초생활보장제도 수급자 추이

(단위: 명)

구 분	계	일반수급자	시설수급자
2000	1,488,874	1,412,473	76,401
2001	1,419,995	1,345,526	74,469
2002	1,351,185	1,275,625	75,560
2003	1,374,405	1,292,690	81,715
2004	1,425,371	1,338,997	86,374

자료: 보건복지부, 『보건복지통계연보』; 2004 『보건복지백서』, 2004.

- 국민의 최저생활 보장을 위해 필요한 생계·의료·교육·주거급여 및 근로기회 등 제공
 - 의료급여 수급자 수는 '99년 164만명을 정점으로 '00~02년 142만명까지 감소하다 '03년 145만명, '04년 151만명으로 소폭 증가하는 경향을 보임.
 - '04년부터 소득인정액이 최저생계비의 100~120%인 가구원 중 희귀난치성질환자(1종) 또는 만성질환자(2종) 19,652명에게 의료급여를 지급(529억 원)
 - 교육급여를 제공받는 차상위층은 2004년 현재 보건복지부 1만 6천명, 교육인적자원부 12만 4천명, 농림부 6만 9천명 등 총 20만 9천명 수준임.
 - 자활사업에 참여중이 차상위층은 '02년 12월 11,700명에서 점진적으로 증가하여 '04년 8월 현재 약 2만명임.
 - 특례수급자를 받는 차상위층은 '01년 26,652가구에서 '04년 8월 현재 23,594가구로 약 3천가구가 감소함.

- 부양의무자, 재산의 소득환산율 등 기초생활보장제도의 엄격한 대상자 선정기준으로 인한 광범위한 사각지대 존재
 - 최근 복지부의 사회안전망 확대정책(“희망한국 21”)이 발표되었으나, 필요한 예산확보에 난항을 겪고 있는 실정

4. 향후과제

- 우리사회의 양극화가 심화됨에 따라 빈곤층의 규모가 증가할 것이며, 경기침체가 장기화됨에 따라 일을 하면서도 빈곤한 상태에 놓이게 되는 근로빈곤층의 확대가 일정기간 지속될 것으로 전망됨.
- 이에 따라 기초생활보장제도의 내실화, 빈곤층의 탈빈곤정책 그리고 차상위계층에 대한 적극적인 지원과 같은 빈곤예방정책의 강화가 필요함.
 - 긴급한 위기상황에 처한 취약계층의 선보호를 위한 『긴급복지지원법』 제정과, 긴급생계의료주서 등에 대한 지원, 24시간 상담 및 긴급지원서비스제공을 위한 ‘보건복지 Call Center’의 효율적 운영
 - 저소득층에 대한 의료안전망을 강화하고, 차상위계층에 대한 의료급여의 단계적 확대
 - 대도시 거주 기초수급자의 주거급여 현실화, 저소득층에 대한 임대주택 공급확대 및 다양화
 - 빈곤이 대물림되지 않도록 저소득층에 대한 적정 보육 및 교육비 지원
 - 근로능력이 있는 수급자에 대한 근로연계복지강화, 일자리가 없는 차상위층에 대한 사회적 일자리 및 자활 인프라 확대
 - 노인, 장애인 아동에 대한 인구 특성별 맞춤형 복지 지원
 - 급증하는 복지행정수요를 원활히 수용하기 위한 복지전달체계의 개편
 - 지속적인 복지수요로 인한 국민의 복지부담에 대한 공감대 형성유도

〈참고 : 자활지원사업〉

1. 초기여건

- 자활지원사업은 2000년 10월 기초생활보장제도 도입과 함께 실시된 사업으로 실직수급자의 빈곤탈출을 촉진하기 위해 고용·복지서비스를 통합적으로 지원하는 것을 목적으로 하고 있음.
 - 자활지원사업은 기초생활보장제도를 통해 전국단위의 사업으로 발전함으로써 양적으로 놀라운 성과를 거둘 수 있었음.
- 자활지원사업 참여자는 2001년 1/4분기 5만명 규모에서 시작하여 2002년 하반기까지 그 규모를 유지하고 있었음.
 - 그러나 기초생활보장제도 수급자 중 실직자(조건부수급자)의 규모는 차츰 감소하여 2002년 말에는 3만명 규모로 감소하였음.
 - 반면에 차상위층을 중심으로 자활지원사업 참여자가 증가하는 양상을 나타내고 있었으나, 참여제한으로 인해 그 규모가 크게 증가하지 못하였음.
- 사업추진과정에서 자활지원사업은 참여자의 근로의욕을 고취시키고, 탈수급을 촉진하기 힘든 제도적 문제에 봉착하기 시작하였고, 사업 활성화를 위해서는 제도개편이 필요하다는 주장이 제기되기에 이르렀음.
 - 문제의 핵심은 자활사업 참여자가 열심히 일해도 기초생활보장제도의 보충급여방식으로 인해 가처분소득이 최저생계비 수준으로 동결됨에 따라, 열심히 일해서 기초생활보장제도에서 탈출하기보다 근로활동을 자제(?)하여 제도에 안주하려는 경향이 나타나고 있다는 점임.
 - 따라서 자활사업 참여자의 근로의욕을 고취시키고 체계적인 지원을 하기 위해서는 급여체계 개편과 지원체계 강화가 필요하다는 주장이 제기되었음. 이는 자활지원사업 참여자와 프로그램 공급자, 전문가 사이에서 광범위하게 제기된 주장이었음.

2. 정책대응

- 2003년 참여정부 출범당시, <자활지원법 제정>은 대선공약 중 하나였으며, 인수위를 거쳐 100대 국정과제를 선정하는 과정에서도 중요한 정책과제로 포함되었음.
 - 실제로 빈부격차·차별시정위원회는 2003년 출범직후부터 <자활지원사업 활성화>를 위한 중요 정책과제로 다루며 폭 넓은 의견을 수렴하였으며, 이 과정에서 제도개편 방안의 골자가 형성되었음.
 - ※ 하지만 자활지원사업 활성화를 위해 개편작업은 기초생활보장제도의 대상자 선정, 급여체계, 근로인센티브 체계 등을 포괄적으로 바꾸는 문제와 맞물리며 본격적으로 추진되지 않았음.
 - 이후 2004년 11월 <일을 통한 빈곤탈출정책>을 통해 자활지원사업 활성화를 위한 일부 개편방안이 구체화되었음. 하지만 자활지원사업과 관련된 개선은 제한적으로만 이루어져 왔음.
 - － 참여대상을 차상위층으로 확대하는 문제가 부분적으로 해결되었을 뿐, 자활사업이 활성화하는데 필요한 급여체계와 전달체계 확충 등 근본적인 개편방안은 현실화되지 못하였음.
- 자활지원사업 활성화를 위한 제도개편이 정체되는 상황에서 2005년 보건복지부와 국회 차원에서 <자활지원제도>를 개편하려는 움직임이 구체화되기에 이르렀음.
 - 보건복지부는 국민기초생활보장법 개정안을 통해 자활지원사업을 활성화하는 부분 개정안을 국회에 제출하였음. 이 안은 국민기초생활보장법을 개정하여 대상자 선정 범위와 전달체계를 개선하는 부분개선안이라고 이해할 수 있음.
 - 국회 차원에서는 자활지원법을 제정하려는 움직임이 나타나고 있으며, 이는 국민기초생활보장법에서 분리된 독립법을 제정하여 자활지원사업의 자율성을 강화하려는 시도로 관련 전문가와 일선 실무자 대부분이 지지하고 있는 개편방안임.

3. 정책평가

- 자활지원사업의 성과를 평가하기에 앞서 자활사업 참여자의 추이를 살펴보면 아래와 같음.
 - 근로능력이 있는 수급자는 30만명 규모를 유지하고 있음.
 - 자활사업 참여자는 조건부수급자 중심으로 구성되어 있으며, 차상위층은 예산제약에 따라 2004년 말 현재 약 19천명이 참여하고 있음.

〈표 2〉 조건부수급자 및 자활사업 참여자 추이

	전체수급자	근로능력자	자활사업 참여자		
			소계	수급자	차상위층*
2000년 10월	1,490,000	-	-	-	-
2001년 12월	1,420,000	323,000	55,000	39,000	16,000
2002년 12월	1,351,185	300,000	57,000	45,000	12,000
2003년 12월	1,374,405	300,254	59,862	42,907	16,955
2004년 12월	1,425,371	308,482	60,946	42,143	18,803

주: (*) 차상위층은 비수급빈곤층과 차상위층을 총칭함.

자료: 보건복지부 자활지원과 내부자료

- 자활지원사업의 성과는 다음 세 가지 측면에서 평가해 볼 수 있음.
 - 기초생활보장제도의 건강성 보장
 - 자활지원사업 참여자의 취업촉진
 - 자활지원사업 참여자의 인적자원개발
 - 자활지원사업 참여자의 기초생활보장제도 탈출(탈수급)
- 첫째, 자활지원사업은 근로빈곤층에 대한 기초생활보장을 가능하게 하는 안전장치였다 는 점에서 기초생활보장제도의 안정화에 중요한 기여를 한 것으로 평가할 수 있음.
 - 특히 근로빈곤층의 빈곤탈출을 촉진한다는 탈빈곤정책을 빈곤대책의 전면에 부각 시켰다는 점에서 중요한 의미를 가짐.
 - 아울러 기초생활보장제도 수급자 중 미취업을 이유로 소득을 하향 신고하는 경우 발생할 수 있는 현금급여 지출증가요인을 억제하였다는 점에서 기초생활보장제도

의 건강성을 유지하는데 중요한 기여를 한 것으로 평가할 수 있음.

- 둘째, 자활지원사업은 급여체계 등 제도적 제약에도 불구하고 프로그램 제공을 통해 참여자의 취업을 촉진하는데 중요한 기여를 한 것으로 평가할 수 있음.
 - 자활지원사업 전체 참여자 중 취업자의 비율은 2002년 12월 현재 5.1%, 2003년 9월 현재 5.3%로 차츰 증가하는 추세를 나타내고 있음.
 - 하지만 자활지원사업 전체 참여자를 대상으로 취업자 비율을 파악하는 것은 바람직하지 않음. 자활프로그램의 성격에 따라 취업을 목표로 하는 프로그램은 직업훈련이나 업그레이트형 자활근로사업 등에 국한되어 있기 때문임.
 - 2003년 9월 현재 직업훈련프로그램과 업그레이트형 자활근로프로그램 참여자 총 규모를 13,949명임을 감안하면, 취업성공률은 18.8%에 달하는 것으로 나타나게 됨.
- 셋째, 자활지원사업의 인적자본개발효과는 직업훈련사업과 자활근로사업 그리고 자활공동체 사업을 중심으로 살펴볼 수 있음.
 - 자활직업훈련 프로그램은 참여자 수가 2천명에 지나지 않는다는 점에서 성과를 논하기에 앞서 다양한 프로그램을 운영할 수 있는 최소한의 규모의 경계를 이루지 못하였다는 한계를 안고 있음.
 - 자활근로사업 및 자활공동체 사업은 참여자에 대한 인적자본개발과 관련해서 매우 유의미한 성과를 거두고 있는 것으로 나타나고 있음. 2004년 저소득층 자활사업 실태조사의 분석결과에 따르면, 자활후견기관사업 참여자의 기술자격 보유율은 32.9%로 일반 근로빈곤층의 기술자격보유율 28.8%에 비해 높은 것으로 나타나고 있음.
- 넷째, 자활사업을 통한 기초생활보장제도 탈출 성과는 노동시장 여건과 기초생활보장제도라는 외부 요인으로 인해 제약이 매우 컸던 것으로 판단됨.
 - 먼저 자활사업 참여자 대부분 취업잠재력(employability)이 취약하여 노동시장에서 양질의 일자리로 취업할 수 없었다는 점에서 기초생활보장제도에서 벗어날 수 있는 수준의 소득증가가 나타나지 않았다는 점을 들 수 있음.
 - 이어 취업을 통해 소득이 증가하여 기초생활보장제도에서 탈출하더라도, 기타 급여를 상실함으로써 실질소득이 감소하는 문제가 발생하기 때문에, 자활사업 참여자들이 적극적으로 기초생활보장제도에서 탈출하려는 의지를 갖지 않았기 때문임.

4. 향후과제

- 자활지원사업의 향후 과제는 아래와 같이 정리할 수 있음.
 - 노동수요 창출과 취업역량 강화를 축으로 다양한 자원을 결합할 수 있는 독립된 자활지원제도 도입
 - 자활사업 참여자의 능력과 욕구에 따른 프로그램 연계체계의 구축
 - 근로활동을 촉진할 수 있는 급여체계와 근로인센티브 도입
 - 지역 노동시장 수요에 맞는 자활프로그램의 개발
 - 자활프로그램 지원체계의 확충
- 첫째, 자활사업은 현재의 노동시장여건과 수급자의 취업잠재력을 감안하여 수요창출전략과 공급역량강화전략을 조화할 수 있는 정책추진체계를 구축해야 함.
 - 취업잠재력이 높은 집단을 어떻게 취업으로 인도하고, 취업잠재력이 미약한 집단에게는 어떠한 방식으로 일자리를 창출·연계할 것인지를 명확하게 해야 하는 것임
 - 이를 위해서는 지역노동시장에 기초한 취업알선네트워크를 강화하고, 사회서비스부문의 일자리 창출을 통해 취업을 촉진하는 전략을 사업의 기본 축으로 설정해야 할 것임.
- 둘째, 자활사업은 참여자의 욕구에 따른 프로그램 연계를 할 수 있도록 사례관리체계를 개편하고, 다양한 자원을 동원할 수 있도록 공급기관간 네트워크를 강화해야 함.
 - 참여자에 대한 욕구를 파악하고 이를 토대로 필요한 프로그램을 연계할 수 있도록 자활사업 참여자 초기상담 프로그램을 강화해야 함.
 - 그리고 이를 전담할 수 있는 자활전담공무원을 배치하고, 그를 중심으로 직업상담원 및 자활프로그램 공급자와의 협의체계를 구축해야 함.
 - 끝으로 고용안정센터와 자활후견기관 등 프로그램 공급기관 간의 자원공유가 가능하도록 정보공유체계를 구축해야 함.
- 셋째, 자활지원사업 참여자의 근로활동을 촉진할 수 있는 급여체계와 근로인센티브제도를 도입해야 함.
 - 먼저 소득이 최저생계비를 초과하더라도 급여를 확일적으로 박탈하기보다 점진적

으로 줄여갈 수 있는 탄력적인 급여체계를 마련해야 함. 이를 위해서는 개별급여의 활성화가 필요함.

※ 또는 과도적 급여(Transitional Benefits)에 관한 규정을 도입함으로써 열심히 일한 결과로 불이익을 받지 않도록 해야 할 것임.

- 이어 근로소득이 증가하는 경우, 이에 대해 근로장려금 등의 형태로 실질소득의 증가를 보장할 수 있는 근로인센티브 제도를 도입해야 함. 특히 근로소득보전제도를 전면 도입하기 이전까지는 근로장려금 제도를 활성화하는 노력이 필요함.
- 넷째, 자활사업은 지역사회와 노동수요와 참여자 특성을 고려한 프로그램을 개발하여 보급해야 함.
 - 자활프로그램은 지역사회의 노동시장여건을 고려하여 전략업종과 프로그램을 개발함으로써 취업 가능성을 제고해야 할 것임.
 - 아울러 자활프로그램 참여과정에서도 기술숙련정도나 노력여부에 따라 보상을 받을 수 있도록 제도를 설계해야 할 것임.
 - ※ 현재 자활프로그램은 기술숙련도나 노력여부와 관계없이 참여시간에 따라 동일한 급여를 받도록 설계되어 있음. 그 결과, 참여자의 참여의지가 시간이 흐름에 따라 약화되는 문제점이 나타나고 있음. 따라서 노동강도와 참여자의 기술숙련도 등을 고려하여 임금 또는 급여체계를 차등화해야 할 것임.
 - 그리고 기술숙련도에 따른 급여차등화를 통해 참여자의 인적자본개발노력을 고취시켜야 할 것임.
- 다섯째, 자활지원사업은 자활프로그램에 대한 지원체계와 교육훈련체계를 강화해야 함
 - 현재 자활사업이 취업과 창업에 초점을 두고 있는 만큼, 취업을 촉진하기 위한 취업알선체계를 강화하고, 창업지원을 담당할 수 있는 전문지원기관을 설치 또는 위탁 운영해야 할 것임.
 - 아울러 자활사업 참여자와 실무자의 인적자본을 개발하기 위한 교육훈련 프로그램을 설치 운영해야 할 것임.

II. 장애인 복지정책

1. 초기여건

- ‘장애인복지발전 5개년 계획’(1997년)에 따라 단계적인 장애범주 확대를 시작함.
 - 1단계 장애범주 확대(2000년)에 따라 기존 5가지 장애유형에 5가지 유형이 추가되어 10개의 장애범주로 확대됨(그림 1참조).
- 장애인복지시설이 양적으로 확대되었으나 지역간 불균형 문제 및 접근성 문제가 발생함.
- 2003년 4월 현재 53,404명의 특수교육대상 학생들이 특수교육을 받고 있었고, 교육인적자원부 예산 대비 특수교육비는 2.3%로서, 수혜학생 1인당 특수교육비는 10,568천원이었음.
- 장애인은 낮은 경제활동참가율과 높은 실업률(2000년 6월 현재)이라는 고용특성을 가짐.
 - 경제활동참가율 47.8% (전체: 61.4%의 77.8% 수준), 실업률 28.4% (전체: 3.8%에 비해 약 7배 높은 수준)
 - 취업장애인의 평균임금은 79만원('00년 기준)으로 전체취업자 임금수준의 47.5% 수준이었음.

〈표 3〉 경제활동 장애인수(2000. 6월 현재)

(단위 : 명, %)

총 장애인수	15세 이상 (생산가능 연령) 장애인 인구				
	계	경제활동인구			비경제활동인구
		소계	취업자	실업자	
1,449,496	1,331,486	636,654(100.0)	455,729(71.6)	180,925(28.4)	694,832

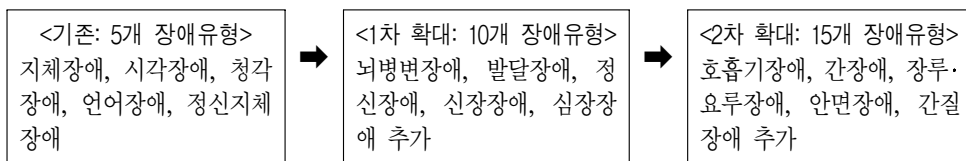
자료: 한국보건사회연구원(2000), 『장애인실태조사』.

- 장애인 의무고용률 2%에 비해 정부부문은 1.66%, 민간부문은 0.99%(2002년 현재)로 미흡한 실정이었음.
- 장애인이 직업을 갖는 것은 자신의 존재가치와 존엄성을 높이고 사회구성원으로서 사회에 기여기회를 가진다는 의미를 가짐.

2. 정책대응

- 2단계 장애범주 확대(2003년)에 따라 5가지 장애유형이 더 추가되어 장애범주가 15개로 확대됨.

[그림 1] 단계별 장애범주 확대과정



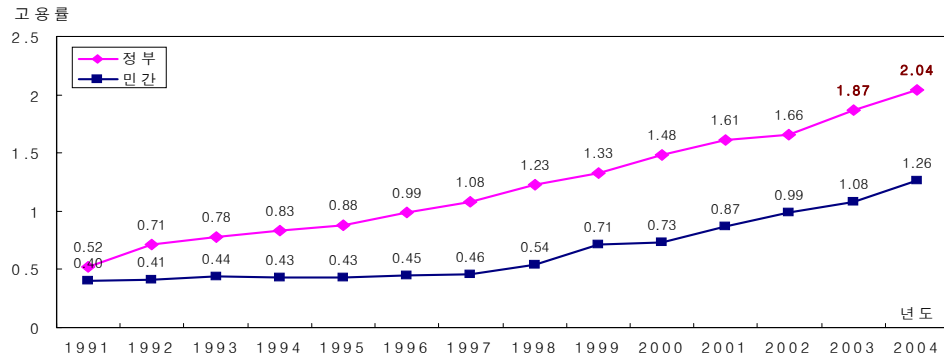
- 참여정부 이후 장애인복지시설이 양적으로 더욱 확대됨.
 - 2002년 327개 장애인시설이 2004년말 730개로 증가함.
- 직업재활시설의 경우 중증장애인의 직업재활을 돕기 위하여 두 시설유형(근로·보호작업시설) 외에 작업활동시설 및 직업훈련시설이 새로 생기고 세분화되어짐.
- 생활시설 입소보호 장애인원은 2002년(19,417명)에 비해 2.6% 증가에 그쳐 등록장애인가구('02년 1,217,837명/'05년 1,699,329명)의 증가 비율(31.2%)과 큰 편차가 있음.
- 2005년 4월 현재 58,362명의 특수교육 대상학생들이 특수교육을 받고 있어 2003년(53,404명)에 비해 증가함.
 - 2005년도 현재 교육인적자원부 예산 대비 특수교육비는 3.0%이고, 수혜학생 1인당 특수교육비는 12,042천원으로 2003년(특수교육비 2.3%, 1인당 특수교육비 10,568천원)에 비해 증가함.

- 장애인 일자리 6만개 창출을 목표로 하는 참여복지 5개년계획을 수립하여 장애인 고용 및 직업재활 정책을 추진함.
 - 의무고용사업장을 300인 이상 사업장에서 50인 이상 사업장으로 확대하고, 현행 의무고용률 2% 및 적용제외율의 적정성에 대한 합리적 조정방안 모색함.
 - 장애인 매점·자동판매기 우선허가제도 5개년계획 수립·시행('03.5), 장애인생산품우선구매 품목확대(6개→17개), 우선구매비율(2~20%→5~20%)로 확대('04. 12월 장애인복지법시행령 개정 완료)

3. 정책평가

- 2000년 현재 우리나라 장애인구수는 1,449.5천명으로 전체 인구의 3.09%로 추정됨(2000년도 장애인 실태조사).
 - 장애인구의 약 89.4%가 후천적 장애이고, 인구의 고령화로 인해 장애인구는 계속 증가될 것으로 보임.
- 우리나라 장애인복지법상의 장애범주는 서구 선진국에 비해 협소하고 장애유형간 형평성에 문제가 있음.
- 장애인복지시설이 양적으로 많이 확대되었으나 지역간 불균형 및 접근성의 문제가 있음.
- 2005년 지방이양된 장애인복지사업으로, 지역간 자원의 한계에 의한 재정불균형 문제, 지역별 장애인 인프라의 불균형 및 지역간 복지서비스의 불균형문제를 초래함.
- 특수교육 수혜학생 수 4,905명(2003년 대비 9.3% 증가)이 늘어났고, 특수교육 예산 연평균 증가율은 20.7%로서 이는 국민의정부 연평균 증가율 15.6%보다 높으며, 2005년 교육인적자원부 예산 대비 특수교육비 3%는 특수교육 5개년계획(2003~2007)의 2007년 달성 목표를 2년 앞당긴 것임.
- 참여정부 이후 장애인공무원 의무고용률('04년말)이 정부부문에서 2%를 초과달성(2.04%) 하는 성과를 거두었고, 민간부문은 1.26%로서 저조한 편이나, 꾸준히 상승하고 있음.

[그림 2] 의무고용사업체의 장애인고용률 추이



- 중증장애인 대상 보호고용 근로장애인 수가 지속적으로 증가함.
- 2002년 6,000명에서 2004년 7,400명으로 증가함.

4. 향후과제

- 장애범주의 지속적인 확대(3단계 장애범주 확대) 실시 필요
 - 3단계 장애범주에 포함되어 있는 만성 알코올·약물 중독, 기질성 뇌증후군, 기타정신발달장애, 소화기장애, 비뇨기장애, 치매, 만성통증, 기타 암을 중심으로 대상 장애 선정
- 장애인복지시설의 지역간 불균형 문제 해소
 - 지역사회 기반의 소규모 생활시설 증설 및 공급확대
- 지방이양 장애인복지사업의 중앙정부로의 환원 문제 고려
- 특수교육 수혜율 제고 및 특수교육 대상학생 통합교육 제공 확대
 - 일반학교 편의시설 설치, 특수학교(급) 운영체제 전환 등을 통해 통합교육 환경에서 학교교육 기회 보장
- 민간부문의 장애인 고용촉진 강화방안 마련
 - 고용주에 대한 인센티브 강화, 장애인 창업지원 활성화 및 컨설팅 서비스 제공
- 중증장애인 보호고용사업 활성화 및 직업재활시설 생산기반 확충
- 보건복지부와 노동부 협력체계 강화를 통한 체계적인 맞춤형 취업지원체계 구축

Ⅲ. 국민연금 개혁방향

1. 초기여건

- 참여정부초기 여건을 국민연금에만 한정하는 경우 연금재정의 장기재정불안정성문제, 과도한 납부예외자비율, 사업장가입자의 가입범위확대 필요성 등의 문제를 안고 있었음.
- 국민연금의 개혁은 타 공적연금의 개혁과 밀접한 연관을 갖고 있으며 참여정부출범당 시에도 타 공적연금(공무원, 사학연금, 군인연금)의 개혁의 필요성이 제기되고 있었음.

가. 국민연금기금의 장기재정불안정

- 국민연금발전위원회의 재정재계산에 의하면 현행 국민연금제도를 유지할 경우, 2036년에 수지적자가 처음 발생하며, 2047년에 기금이 소진되는 것으로 추정되었음(표 4참조).
 - 이와 같은 연금재정에 대한 국민적 불안감을 해소하기 위해 정부는 재정재계산을 통해 국민연금제도를 개선하려는 방안을 도출하고자 노력하였음.

〈표 4〉 국민연금 재정전망

(단위: 십억원)

연도	적립기금	수입			지출		수지차	적립률	보험 요율 (%)	적립기금 (2000년 불변)
		총수입	보험료 수입	투자 수익	총지출	연금급여				
2002	92,798	19,513	13,446	6,067	2,210	2,106	17,303	34.2	9.00	86,547
2010	328,694	50,080	27,739	22,341	11,094	10,921	38,986	26.1	9.00	241,995
2020	908,028	109,073	50,174	58,899	35,010	34,701	74,046	23.8	9.00	497,441
2030	1,581,638	170,648	80,235	90,413	111,103	110,576	59,544	13.7	9.00	644,728
2035	1,715,359	186,032	94,311	91,721	181,177	180,504	4,855	9.4	9.00	603,168
2036	1,702,972	189,069	97,543	91,525	201,456	200,749	-12,387	8.5	9.00	581,372
2040	1,447,808	191,224	111,041	80,184	289,188	288,329	-97,964	5.3	9.00	439,146
2047	-96,159	139,326	139,326	0	473,542	472,333	-334,216	0.5	9.00	-23,715

자료: 국민연금발전위원회(2003. 6), 『2003 국민연금 재정계산 및 제도 개선방안』.

나. 납부예외자의 증가

- 1999년 상대적으로 소득과약이 어렵고 소득활동이 일정치 않은 대상이 많은 도시지역 가입자로 가입대상을 확대한 이후 납부예외자의 문제가 야기 되었으며 이들은 연금의 사각지대에 놓이게 됨으로써 노후소득보장에 있어 추가적인 정부의 고려가 필요한 상황에 처해 있었음.
- 납부예외율은 도시지역으로 대상자가 확대되기 이전인 1998년 12월에는 납부예외율이 25.6%로 54만 6천명에 불과하였지만, 도시지역으로 확대된 1999년 12월에는 지역가입자의 50.9%가 납부예외자임.
- 이후 납부예외자에 대한 비율은 다소 감소하였지만 2003년 이후 납부예외자가 증가하고 있는 것을 볼 수 있음.
 - － 2002년 12월의 경우 납부예외율이 42.5%였으나, 참여정부 정권초기인 2003년에 들어서서는 납부예외율이 45.8%로 증가하였으며, 2004년 12월에는 49.7%로 높아짐.

<표 5> 납부예외율 추이

(단위: 천명, %)

구분	지역가입자 (A)	소득신고자 (B)	납부예외자 (C)	소득신고율 (B/A)	납부예외율 (C/A)
1998. 12.	2,129	1,583	546	74.4	25.6
1999. 12.	10,822	5,310	5,512	49.4	50.9
2000. 12.	10,419	5,973	4,446	49.1	42.7
2001. 12.	10,366	5,942	4,424	57.3	42.7
2002. 12.	10,005	5,754	4,250	57.5	42.5
2003. 12.	9,964	5,399	4,565	54.2	45.8
2004. 12.	9,412	4,729	4,683	50.2	49.7

자료: 국민연금관리공단, 홈페이지

다. 사업장가입자 범위확대의 필요성

- 참여정부 초기 국민연금제도의 사업장가입자의 범위는 5인 이상 사업장만을 대상으로 하고 있었음.

- 다른 사회보험에 비해 적용범위가 협소함으로써 사업장가입자의 범위에서 제외된 임시·일용직 및 5인 이하 사업장 근로자의 경우에는 지역가입자로 분류됨으로써 가입자들의 부담증가로 납부예외자로 남아 있을 개연성을 제공하고 있었음.
- 이러한 사업장 가입자의 범위는 2003년 7월 이후 3단계에 걸쳐 단계적으로 확대되었음.

〈표 6〉 국민연금 사업장 가입자 적용현황

구분	적용사업장	적용근로자 기준	
		시간제	임시·일용직
2003년 7월 이전	5인 이상	적용배제	3개월 이상
2003년 7월	5인 이상	80시간 이상	1개월 이상
	5인 미만(법인사업장 및 전문직종(의사, 변호사 등) 사업장 종사자)		
2004년 7월	5인 미만(건강보험 및 고용보험 가입 사업장 근로자)		
2006년 1월	1인 이상 전체		

자료: 국민연금관리공단, 홈페이지

2. 정책대응

- 참여정부 초기 국민연금제도에 대한 정책목표는 국민연금제도의 재정안정화 확보였음.
 - 국민연금의 재정안정화를 위해 정부는 2002년 3월 국민연금발전위원회를 설립하였으며, 처음으로 1998년 법개정에 따라 재정재계산을 실시함.
 - 분석결과 현행 국민연금제도를 유지할 경우 2036년에 수지적자가 처음 발생하며, 2047년에 기금이 소진되는 것으로 추정되었음.
 - 따라서 정부는 현행 소득대체율 60%를 50%로 인하하며, 보험요율을 현행 9%에서 15.85%까지 인상하는 안을 확정하였음.
- 국민연금발전위원회의 개선안을 기초로 정부는 2003년 16대국회에서 국민연금개정법

률안을 국회에 제출하였음.

- 개정법률안 중 소득대체율을 인하하고 보험요율을 높이지는 정부안에 대해 시민단체 및 노동조합 그리고 야당의 반대로 법률안이 국회에 제출된 이후 1차례의 부결(2003년 월)과 수정을 통해 2004년 17대국회에서 다시 제출되었음.
- 그러나 계속적인 국회에서의 심사지체로 2005년 6월 정부는 재정안정화에 초점을 둔 개정법률안을 다시 제출하여 2005년 10월 여야는 국회에 국민연금제도개선특별위원회 구성에 합의함.

3. 정책평가

□ 정부초기 국민연금에 대한 성과지표는 아래와 같은 세 가지 측면에서 평가를 함.

- 국민연금제도개선에 대한 정책추진의 타당성
- 국민연금제도개선을 위한 전략수립의 적합성
- 새로운 국민연금개정법률안에 대한 대국민 홍보전략의 노력정도와 실효성

〈표 7〉 국민연금제도개선에 대한 정책평가결과

평가지표	평가결과			비고
	우수	보통	미흡	
정책추진의 타당성	○			- 장기재정안정을 통한 제도의 지속 가능성 확보
전략수립의 적합성			○	- 전국민을 대상으로 한 정책임에도 불구하고 보건복지부의 국민연금만을 정책대상으로 하여 포괄적인 전략수립이 결여
홍보전략의 노력정도와 실효성			○	- 제도개선의 전략이 포괄적이지 못하여 대국민 설득력이 결여되는 결과로 인해 홍보초기부터 반대 여론에 부딪힘. - 많은 노력에도 불구하고 부정적인 국민들의 시각을 오히려 증폭시키는 결과를 초래함.

- 국민연금제도개선의 정책추진필요성은 필요함에도 불구하고 국민들의 노후소득보장체계개편이라는 보다 포괄적인 접근이 아닌 국민연금제도개선만을 추진하여 전략적 접근이 결여되었음.
- 정부출범 초기 국민연금제도에 대한 접근방식은 연금제도의 장기적인 재정안정화 방안의 모색이었음.
 - 이를 위해 2003년 국민연금발전위원회에서는 연금재정재계산을 통해 연금재정안정화를 위해 보험료인상 및 소득대체율을 낮추는 방안을 제시
 - 그러나 이러한 정부의 개정법률안에 대해 시민사회단체 및 노동단체는 정부의 지원을 받으면서 상대적으로 급여수준이 높은 타 공적연금에 대한 개혁이 없다는 것과 현행 노령계층 및 납부예외자들을 포함한 사각지대에 대한 정책적 배려가 결여된 정부안에 대해 반대의견을 보여 오히려 국민들의 연금에 대한 부정적인 인식을 강화시키게 되었음.
- 정부의 연금에 대한 재정안정화 노력과 달리 일반 국민의 정서는 저소득 및 서민의 생계상의 문제에 많은 초점을 두고 있음.
 - 즉, 현정부 들어 지속적인 경제여건의 어려움과 저소득 서민들의 생계상의 어려움이 언론을 통해 유포됨으로써 일반 국민의 주관심을 연금의 재정안정화가 아닌 연금을 사각지대 해소에 초점을 맞추게 되었음.
 - 위와 같은 서민생활에의 관심은 한나라당의 「기초연금제도」 도입이라는 노후소득 보장사각지대 해소를 위한 대안제시에 이르게 되었으며, 이에 대한 논쟁은 계속되고 있는 상황임.

4. 향후과제

- 국민연금과 타 공적연금의 재정안정화 방안제시
 - 현재 국회에 계류중인 국민연금개정법률(안)의 입법화를 위한 노력
 - 국민연금법안의 입법화는 향후 연금의 재정안정화를 위해 매우 필요한 입법과정임.
 - 현행 정부 국민연금법안의 입법을 위해서는 광범위한 대국민 설득전략이 필요함.

- 따라서 정부는 국민연금이 개혁과 동시에 타 공적연금에 대한 개혁을 추진하는 청사진을 국민들에게 제시해야 하며 이를 기초로 한 적극적인 홍보전략의 구체화 및 각종 시민사회단체, 노동조합에 대한 설득작업을 지속적으로 추진해야 함.

사각지대 해소화

- 기초연금제도에 대한 막연한 환상을 줄이기 위한 현실적인 대안의 제시
 - 먼저 현행 경로연금제도의 대상자 확대 및 지원수준의 향상을 통해 연금의 사각지대에 놓이게 되는 노령세대에 대한 노후소득보장을 강화
 - 기초보장제도와의 연계성을 통해 저소득 빈곤층가구에 대한 지원강화방안 마련이 필요함.

IV. 사회복지 인프라의 확대개편

1. 초기여건

- 보건·복지분야에서 많은 개선책을 실시하였으나, 국민들의 체감도는 낮은 것으로 지적되며 그 원인 중 하나는 인프라의 미비에서 비롯되었다고 평가됨.
- 보건·복지정책을 수립하고 추진하는 과정에서 다양한 집단의 참여가 보장되도록 노력하여 왔으나 직접적인 이해관계 당사자가 아닌 국민의 참여를 바탕으로 그 의견을 수렴하기에는 많은 한계가 있었던 것으로 평가할 수 있음

2. 정책대응

- 목표
 - 복지에 대한 국가의 역할을 강화하고 정책 결정과 집행 과정에 국민의 참여를 확대하여 전 국민이 피부로 느낄 수 있는 복지 국가 실현

□ 내용

- 사회복지인프라 확대 및 개편을 위한 하위목표를 대통령직인수위원회의 ‘참여정부 국정비전과 국정과제’, 국무조정실의 ‘참여정부 핵심공약’, 그리고 정책기획위원회·국정과제비서실의 ‘국정과제로드맵 100대 과제’, 담당부처의 복지인프라 개선을 위한 자체 과제를 중심으로 보면 몇 가지의 중점정책과제로 정리가 가능함.
 - 사회복지사무소 설치 등 사회복지 전달체계의 개편
 - 사회복지전담공무원의 증원
 - 인터넷 포털과 복지대표전화(1004) 서비스 체계를 마련
 - 지역사회복지협의체 구성·운영 준비
 - 사회복지시설 균형발전 대책
 - 복지시설의 균형발전을 위한 사회복지시설 발전위원회 구성
 - 지역별 복지 욕구조사에 기초한 복지시설의 균형배치
 - 조건부로 인정한 미신고 시설 종합대책 추진

3. 정책평가

□ 사회복지사무소 설치 등 사회복지 전달체계의 개편

- 사회복지 전달체계 개편안이 다변화되면서 사회복지사무소 시범사업이 진행되고 있음에도 불구하고 그 평가에 대한 강조는 약화되었음.
- 향후 공공복지 전달체계의 명확한 방향 정립이 이루어져야 할 것임.
 - 최근 ‘희망한국 21’의 사회안전망 전달체계 효율화 방안 등 동 목적의 안들에 대한 종합적 검토 및 조정을 통하여 인프라 개편을 둘러싼 혼동을 줄이는 노력이 필요함.

□ 사회복지전담공무원의 증원

- 참여복지5개년 계획에 향후 5,600명의 사회복지전담공무원이 추가적으로 필요한 것으로 제안하고 있으나 2005년 1,830명의 정원이 확대되었음.

□ 생애주기별 보건복지 종합서비스 제공을 위한 인터넷 포털과 복지대표전화(1004) 서비스 체계를 마련

- '04. 7. 복지대표전화로 'SOS상담전화(1688-1004)'이 전국 시·군·구 단위로 개통됨.
- 복지관련 상담전화번호를 129번으로 통합하고 보건복지부에 『보건복지콜센터』를 설치(10.13 시범개통 예정)
- 지역복지자원의 효율적 연계 활용을 통해 읍·면·동에 지역복지네트워크형성
 - 정부혁신지방분권위원회에 읍면동 주민자치 활성화 방안 T/F팀이 구성('04. 8), 운영되어 주민자치센터의 운영 활성화 및 내실화 방안을 연구하고 읍면동단위 주민자치기구 설치를 검토함.
 - 역시 유사 안들간의 검토 및 조정을 필요로 하는 영역임.
- 사회복지시설 균형발전 대책
 - '05년 7월 사회복지시설발전위원회 구성
 - 2005년 7월 미신고 사회복지시설의 70%가 신고시설로 전환 및 전환이 확실하거나 폐쇄가 완료된 것으로 파악됨.
 - 현 시설신설비용은 중앙과 지방이 각각 50대 50으로 분담하고 있으나 시설 운영비까지 고려한다면 재정자립도가 낮은 지역에서는 시설 확충이 매우 어려운 실정임.
- 지역사회복지협의체의 구성 및 운영을 위한 준비
 - 2003년 사회복지사업법의 개정으로 2005년 7월 구성, 8월부터 전국적인 운영을 예정하였음.
 - '05년 7월 말 현재 아직 협의체 구성이 완료되지 않은 지역이 약 50%를 넘고 있음.
- 기타: 지방분권으로 인한 복지업무의 지방이양
 - 복지업무의 지방이양은 이미 본격화되었지만 낙관과 우려가 첨예하게 교차하고 있음.
- 사회복지인프라의 확대, 개편과 관련하여 각종 개편안이 구상 중에 있거나 일부의 정책은 실시 초기에 있음.
 - 그러나 구상의 수준에 있는 개편안들은 아직 뚜렷한 하나의 안으로 구체화되지 못한 단계이며 동 목적의 유사 설계간 관계의 정리도 분명하지 못함.
 - 실시 초기에 있는 정책들은 담당 부처 및 지자체의 관심부족으로 집행력이 떨어지거나 현실성이 부족한 안으로 보안을 필요로 하기도 함.

- 인프라 확충을 주요 과제로 설정한 현 정부의 의지에 대해서는 긍정적 평가를 할 수 있지만 그 의지를 현실화하는 과정에 대해서는 좀 더 많은 노력을 필요로 하는 상태임.

4. 향후과제

- 지방분권으로 복지기획력 제고 등 지방자치단체의 공공 복지인프라 체질개선 요구됨. 이를 위해서는 모형개발의 수준을 넘어서는 현실적인 개선안의 마련이 조속히 완성되어야 할 것임.
- 공공-민간의 협의구조를 통한 로컬거버넌스의 요청
 - 민간과 공공의 협력을 통한 시너지 효과 창출 및 복지총량의 확대를 위하여 공공과 민간의 협의구조, 로컬거버넌스를 정착시켜야 함.
- 사회복지시설확충의 기반 강화
 - 사회복지시설에 대한 종합적인 평가를 통하여 기본적인 수요에 대응하는 사회복지시설의 분포가 가능하도록 하여야 함. 이는 사회적 자본의 확충이라는 의미를 가지는 것이기도 하며 지역사회단위 복지에 주요 기반이 됨.
- 복지운영의 효율성 제고를 위한 전산망의 구축 및 활성화
 - 사회복지전산망을 전국 표준화된 모형으로 구축한다면 업무의 합리화 및 효율화를 기할 수 있음.
- 기 설계된 정책과제의 집행력 강화
 - 복지인프라의 혁신을 위한 주요 과제들에 대하여 보건복지부, 행정자치부 등의 관련 부처 및 지방자치단체의 협력을 끌어낼 수 있는 논의 심화와 논의기제 안정화가 요청됨.

제2장 전국민 평생 건강보장 체계

I. 공공보건의료 강화

1. 초기여건

- 비시장성 필수보건의료 부족 및 취약계층 기본의료보장 여건 미흡
 - (예방보건·1차의료) 경제적, 신체적 제약으로 보건의료기관 접근이 어려운 의료취약계층이 전체 인구의 2%이상에 달하는 가운데, 소득수준에 따른 이환 및 치료일수 간 차이 발생
 - 2주간 이환자율은 월 가구소득 100만원 이하 53%, 101~200만원 37%, 201만원 이상 34%로 차이를 나타냈으며, 인구 1인당 2주간 이환일수 가운데 미치료일수는 각기 3.4일, 3.0일, 2.7일로서 소득수준이 낮을수록 길었음(보건복지부, 2001 국민건강영양조사).
 - (2차의료·3차의료) 건강보험의 높은 환자본인부담제 하에서 저소득층은 민간병원에 비해 진료비 수준이 낮은 공공병원을 주로 이용하고 있으나, 공공병원에 대한 불충분한 지원과 동시에 수익성 위주의 경영평가는 서비스의 질적 저하 또는 민간위탁 운영에 따른 진료비 상승을 초래하여 저소득층의 질적 의료서비스 이용을 저해
 - 공공병원인 지방공사의료원의 의료급여환자 1인당 1일 평균 입원진료비는 민간병원의 약 60%수준이나, 민간위탁경영제 도입이후 이들 기관의 진료비는 민간병원 수준으로 급격히 증가
 - (요양 및 재활의료) 인구고령화와 함께 만성퇴행성질환자가 증가하고 사고 및 재해로 인한 장애자가 증가하면서 장기요양 및 재활서비스에 대한 수요도 필연적으로 증대되고 있으나, 보건의료인력이나 시설 등이 급성기 치료 중심으로 공급되고 있어서 수급 간 불균형은 물론 자원의 비효율적 사용에 따른 국민의료비 증가를 초래
 - 급성병상은 수요 대비 공급과잉에 있으며, 요양병상은 인구 10만명당 60병상으로 OECD국의 370병상(중양값)에 크게 부족하고, 입원치료가 필요한 장애자 약 2만4천명 대비 재활병상은 4,200병상에 불과한 상태

2. 정책대응

- 필수보건의료 안전망 구축 및 취약계층을 위한 양질의 서비스기반 확충
 - 보건지소, 보건진료소 등의 하부조직이 없는 도시지역에 ‘지역보건센터형’ 보건지소를 확충하고, 보건의료기관 접근이 어려운 의료취약계층을 대상으로 방문보건사업 확대 실시
 - 지방공사의료원의 관리 일원화를 추진하고 공공병원의 시설 및 장비의 대폭 확충과 지역거점 공공병원 설립 추진
 - 노인, 장애인 등을 위한 요양병원, 중간요양시설, 재활병원 확충 추진
 - 응급의료체계 선진화, 혈액 안전관리체계 강화, 전염병대응체계 개선

3. 정책평가

- 응급의료체계 개선 및 취약계층 건강보호 기반 강화
 - 응급환자 예방가능 외상사망률 감소(1999년 50.4%, 2005년 39.6%)
 - 도시형 보건지소 설치를 위한 시범사업 실시(추진중)
 - 방문보건사업 수행모델 개발, 방문보건사업인력 양성, 방문보건 서비스제공 증대(전체가구의 4.5%에 대한 방문보건 실시)
 - 가정간호사업 연계방안 마련 등을 추진중에 있으나, 수요 대비 충족률은 29%로 낮은 수준(대도시 11.4%, 시 21.6%, 군 35.1%)
 - 지방공사의료원이 행정자치부(지방공기업법)에서 보건복지부(지방의료원법)로 이관되었으며, 공공병원 확충 방안을 수립(세부계획 마련 중)하여 기능 보강(25개기관 664억원)
 - 급성기병상과 요양병상의 지역적 균형 배치 및 분포 개선을 도모하는 일환으로서, 병상자원 관리체제의 정비 및 기존 급성기 병상의 장기요양병상 전환을 지원(세부계획 마련 중)
 - 어린이 병원 및 노인전문병원 건립(예산 6968억원 집행 진행 중)

4. 향후과제

- 공공보건의료기관의 능률 제고 및 민간기관과의 발전적 관계 설정
 - 공공병원의 공공기능수행 강화방안 마련과 의료취약계층의 효율적 관리를 위한 공공보건의료기관간 연계체계 구축
 - 지역 유형별 보건기관 업무 설정과 업무 수행에 적절한 인력, 장비 확충
 - 요양 및 재활의료 수요에 효과적으로 대응하기 위한 시설, 인력 등의 적정기준 마련과 공급
 - 민간기관 과잉 급성기 병상의 요양기 병상 전환을 지원하고 지역적 균형 배치를 유도하는 등, 의료수요변화와 취약계층 요구에 공동대처

II. 건강증진 및 질병관리

건강증진사업: 국민건강증진사업 예산 확충과 흡연감소를 위한 담배가격 정책 채택

1. 초기여건

- 국민건강증진사업과 질병예방 및 관리의 확충을 위한 예산 확보의 미흡
- 우리나라의 남성 흡연율(2002년 성인 남자 60.9%)은 OECD 국가 중 가장 높은 수준으로 흡연으로 이로 인한 질병부담은 연간 4만명 이상의 사망과 10조원 이상으로 사회경제적 비용을 유발
- 우리나라의 담배가격은 선진국과 비교하여 절대가격으로 20~30%, 상대가격으로 50~70%의 낮은 수준으로 높은 흡연율의 가장 큰 요인으로 작용

2. 정책대응

- 담배세에 부과하는 건강증진부담금 인상(150원→354원)을 통하여 예산을 대폭 확충함으로써 국민건강관리의 지속적 추진 기반 마련
- 담배 가격정책 채택: 남성 흡연율을 2010년까지 30% 낮추고, 청소년을 담배로부터 보호하기 위해서 비가격정책(교육 계몽 홍보사업)과 더불어 담배 가격정책을 채택하여 2004년 12월 담배가격 인상(500원)
- 군대 면세담배 공급의 점진적 폐지(2006~2009년)와 금연클리닉 운영을 통하여 군복무 기준중의 흡연동기 강화를 방지하는 조치를 마련하여 성인 남성 흡연율 감소 유도

〈표 8〉 국민건강증진기금의 연도별 지출 현황

(단위 : 백만원)

구 분	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
계	18,689	25,373	38,818	30,542	35,501	534,186	769,270	903,584	1,423,542
○ 사업비	109	7,887	13,564	18,721	18,146	463,707	675,067	660,314	1,288,597
- 건강증진·질병예방	11	2,250	4,470	5,197	6,909	8,807	14,011	12,483	196,205
- 건강생활실천	-	3,381	5,537	10,543	7,761	13,041	14,185	18,305	46,998
- 연구개발	98	2,256	3,557	2,490	3,476	2,648	1,883	2,933	12,010
- 공공보건의료 확충	-	-	-	-	-	-	-	-	97,854
- 의료체계구축	-	-	-	-	-	-	-	-	9,528
- 보건의료 R&D	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 국민건강보험지원	-	-	-	-	-	439,211	644,588	626,313	925,302
- 부담금반환	-	-	-	-	-	-	400	280	700
○ 기금관리 및 사업운영	30	240	259	491	425	523	552	552	3,198
○ 여유자금운용	18,550	17,246	24,995	11,821	16,930	69,956	93,651	242,718	137,747

주: 1997~2004 지출실적, 2005년 계획

3. 정책평가

- 생애주기별 건강증진 서비스 제공, 전국 보건소를 중심으로 지역사회 건강생활실천사업(금연, 절주, 영양, 운동)의 적극적 추진
- 담배 가격정책을 통해서 흡연율의 획기적 감소 효과를 거둠
 - 담배가격 인상후 획기적인 흡연율 감소의 전기를 마련. 성인남성의 금연율 11%, 흡연율 7.5% 감소(2004. 9월 57.8% → 2005. 9월 50.3%)
- 2005년 5월 WHO 담배기본협약(FCTC)을 비준하고 담배가격 인상 이에 국민건강증진법 등 관련 법령 정비(담배갑 경고문구 강화, 담배광고규제 강화, 금연구역 확대 등을 기본협약에서 권고한 수준으로 규제 강화)

〈표 9〉 담배가격 인상과 흡연율, 금연율 변화 추이

구분	2004년 9월 인상전	2005년 1월 말 인상 1개월후	2005년 3월 말 인상 3개월후	2005년 6월 중순 6개월후	2005년 9월 중순 인상 9개월후
흡연율 ¹⁾	57.8%	--	53.3%	52.3%	50.3%
금연율 ²⁾	--	8.3%	9.7%	11.0%	--

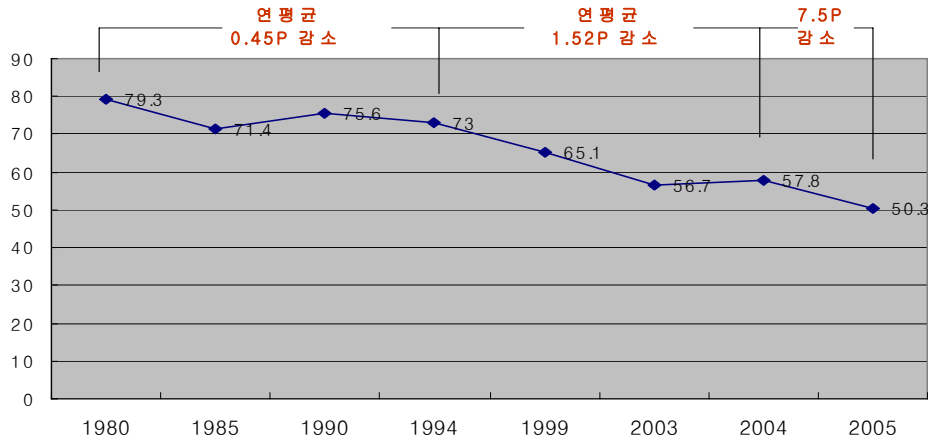
주: 1) 갤럽 조사결과
2) 고려대 조사결과

〈표 10〉 흡연율 변화 비교 (2004년, 2005년)

비교시점	전체 흡연율	남성 흡연율
2004년 9월	30.4%	57.8%
2005년 9월	26.4%	50.3%

주: 갤럽조사 결과

[그림 3] 담배가격 인상과 흡연율의 감소



4. 향후과제

- 국가 주도의 국민건강증진사업 확산을 통하여 국민건강증진종합계획 2010 (Health Plan 2010)의 건강수명의 연장과 계층간 건강형평성 제고 목표 달성
- 국민건강증진기금에서 2002년부터 부담하고 있는 건강보험지원금을 축소하여 명실상부한 건강증진기금으로 국민건강수준 향상을 위한 사업 전개를 통한 사전 예방적 국민건강관리 유도
- 당초 계획대로 담배가격의 단계적 추가 인상을 통하여 2010년까지 흡연율을 30%로 낮추는 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010) 목표 달성이 가능하도록 여건 조성
- 담배가격 인상후 흡연율 변화를 지속적으로 모니터링
- 군대 면세담배 공급의 점진적 폐지(2006~2009년) 준수를 통하여 성인 남성 흡연율 감소 유도

질병관리: 암 조기검진사업 및 희귀·난치성 질환자 의료비 지원확대

1. 초기여건

- 국민의 사망순위 1위인 암의 조기발견을 위한 무료 암검진사업이 저소득층(하위 20%)에 제한되어 있고, 암검진대상 질환도 위암, 유방암에 국한되어 있었음.
- 차상위 계층의 만성신부전증 등 희귀·난치성 질환자가 의료비 부담으로 기초생활수급자로 전락
- 건강보험 적용이 되지 않는 수입 희귀·난치성 질환 치료제 부담으로 경제적 장벽이 높았음.

2. 정책대응

- 5대 암 조기검진사업 확대
 - 암 조기발견을 통해 조기 사망률 감소를 목표로 5대 암(위암, 유방암, 자궁경부암, 간암, 대장암)으로 확대하고, 무료검진대상을 종전 의료급여 수급권자에서 보험료 부과기준 하위 50%에 해당하는 대상까지 확대하여 암검진 수혜 강화
- 국립암센터를 중심으로 암등록 사업과 암연구 개발사업 활성화
- 차상위 계층 만성신부전증 등 희귀·난치성 질환자의 의료비 부담을 경감시켜 기초생활수급자로서 전락을 예방하기 위하여 2001년부터 의료급여 2종 수급자 및 건강보험 가입 저소득자에 대한 본인부담금 지원 시행(2002년 220억원 → 2005년 353억원)
- 지원 대상질환을 점진적으로 확대(2001년 4종 → 2002년 6종 → 2003년 8종 → 2004년 11종 → 2005년 71종)
- 건강보험 적용이 되지 않는 수입 희귀·난치성 질환 치료 약제(총 103종)에 대한 건강보험 급여 혜택

〈표 11〉 국가 암 조기검진사업 연도별 추진실적

구 분	검진 대상암	예 산 (백만원)	검진 대상자 (천명) (A)	검진 목표량 (천명) (B)	수검자 (천명) (C)	목 표 달성률 (%) (C/B)
1999년	의료급여 위·유방·자궁경부	570	-	261	262	100.4
2000년	의료급여 위·유방·자궁경부	627	-	224	226	100.9
2001년	의료급여 위·유방·자궁경부	1,030	-	258	261	101.2
2002년	계	8,770	6,076	1,035	785	75.9
	의료급여 위·유방·자궁경부	3,001	1,877	292	252	86.3
	건강보험 위·유방(하위 20%)	5,769	4,199	743	533	71.8
2003년	계	10,911	6,932	898	1,125	125.3
	의료급여 위·유방·자궁경부·간	3,200	1,615	248	271	109.2
	건강보험 위·유방·간(하위30%)	7,711	5,317	650	854	131.4
2004년	계	11,102	8,494	1,214	1,338	110.2
	의료급여 위·유방·자궁경부·간·대장	3,200	2,229	288	307	106.6
	건강보험 위·유방·간·대장(하위30%)	7,902	6,265	926	1,031	111.3
2005년 (9월 현재)	계	19,000	13,199	2,170	1,232	56.8
	의료급여 위·유방·자궁경부·간·대장	3,484	2,662	294	316	107.5
	건강보험 위·유방·간·대장(하위50%)	15,516	10,537	1,876	916	48.8

〈표 12〉 희귀·난치성 질환자 의료비 지원 현황

	2001	2002	2003	2004	2005
금액(백만원)	22,640	21,992	26,302	28,533	35,274
수혜자(명)	8,693	11,469	13,056	14,087	--

3. 정책평가

- 2002년 사업예산 87.7억원, 수검자 785천명에서 2005년(9월까지) 예산은 190억원, 수검자는 1,232천명으로 증가
- 차상위 희귀·난치성 질환자의 의료비 부담을 경감시켜 기초생활수급자로의 전락 예방하고, 고액 치료비로 인한 가계 부담 완화를 통하여 환자와 가족의 삶의 질 향상

4. 향후과제

- 암 조기검진사업 대상자의 수검률을 지속적으로 증가시켜 저소득층의 암 조기발견, 조기치료로 암사망 손실을 감소시키고, 저소득층 암진단자에 대한 치료 지원대책 마련
- 희귀·난치성 질환 의료비 지원 대상을 현재의 의료급여 2종 및 건강보험 하위소득자에서 점진적으로 확대

Ⅲ. 의료급여의 확대

1. 초기여건

- 경제 양극화 등에 따라 의료욕구가 있음에도 진료를 받지 못하는 저소득 취약계층이 증가하고 있었음.
 - 의료급여 수급자 선정기준에 의료욕구가 반영되지 못하여 의료사각지대가 광범위하게 존재함.
 - 기초생활보장 수급권자가 의료급여수급권자가 되기 때문에 기초수급자 선정기준의 문제점이 의료급여제도에도 그대로 노출됨.

- 의료급여제도의 급여범위가 건강보험과 연계되어있어 질환발생시 수급권자의 본인부담이 과도함.
 - 특히 2종 수급권자는 최저생계비 이하의 계층이지만 입원 본인부담률이 건강보험과 같이 20%에 달해 의료에 대한 보장성이 현격하게 취약함.
 - 비급여는 100% 본인이 부담하도록 되어있어 질환이 발생하면 생계가 위협받고 있음.

2. 정책대응

- 참여정부 출범이후 약 10만명의 의료급여 수급권자 증가

〈표 13〉 의료급여 대상자 추이

(단위: 명, %)

	2001	2003	2005. 2.
전체대상자수	1,520,986	1,453,786	1,555,256
인구대비	3.17	3.03	3.30
1종 대상자	831,854	867,305	929,064
2종 대상자	671,132	586,481	626,192

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도.

- 참여정부 출범이후 의료급여 예산이 약 21% 증가

〈표 14〉 의료급여 예산 추이

(단위: 천명, 억원, %)

연도	2001년	2003년	2005년
예산액(국고)	15,897	17,617	21,325
전년대비 증가율	54.0	4.2	13.4

- 2종 수급권자에 대한 본인부담 보상금제 및 본인부담 상한제가 도입되었고 법정 본인 부담률도 20%에서 15%로 인하됨으로써 보장성이 강화되었음.
- 만성 및 희귀질환자 그리고 12세 미만 아동에 대하여 차상위 의료급여가 실시됨으로써 저소득 취약계층에 대한 의료 사각지대 축소
- 수급자들에 대한 의료도우미 역할을 하는 의료급여사례 관리요원 시범사업이 실시된 이후 점진적으로 확대되고 있음.

〈표 15〉 참여정부 출범이후 의료급여제도 변화 내용

연도	내 용
2003년	- 본인부담보상금제 도입(매 30일 마다 30만원 초과금액의 50%) - 의료급여 관리요원 시범사업 실시
2004년	- 본인부담보상금 기준 완화(매 30일 30만원에서 20만원으로 인하) - 2종 본인부담률 인하(20%에서 15%로 인하) - 만성질환 및 희귀난치성 질환자에 대한 차상위 의료급여 실시 - 의료급여 본인부담 상한제 실시(180일 기준 120만원 이상에 대하여 국가 예산으로 부담)
2005년	- 차상위 계층 12세 미만 아동에 대해서 2종 의료급여 실시 - 국내에 입양된 18세 미만 아동에 대해서 1종 의료급여 실시 - 희귀난치성 질환의 종류 확대(74종에서 98종으로 확대)

3. 정책평가

- 2종 입원 본인부담이 20%에서 15%로 인하되고 본인부담 상한제 및 보상금제가 도입됨으로써 2종 수급권자에 대한 보장성이 대폭 확대되었음.
 - 그 동안 최저생계비 이하의 계층이면서도 중질환이 발생하여 입원하게 되면 건강보험과 법정 본인부담이 똑같아 경제적으로 최저생계 유지에 심대한 위협을 받았던 2종 수급권자에 대한 의료보장이 대폭 확대되고 있음.
 - 1종 수급권자에 대한 보장성에 변동이 없어 비급여 본인부담에 따른 생계위협이 아직도 상존하고 있음.

- 희귀질환 및 만성질환자에 대한 차상위 의료급여가 실시됨으로써 수급자 선정기준에 Medically needy 계층이 포함되기 시작했다.

4. 향후과제

- 의료사각지대 해소와 계층간 형평성 유지의 원칙하에 수급권자 확대
 - 의료비 지출 공제를 받기 위해서는 6개월 이상 지속적으로 진료기록이 있어야 하는 기준을 3개월 이상으로 축소
 - 일반인에 비해 평상시 의료요구가 월등한 노인, 아동, 장애인 등 취약계층을 우선적으로 보호
- 대상자 선정기준 완화
 - 의료요구가 긴요한 만성질환 및 희귀난치성 질환 보유자들은 의료비가 훨씬 많이 소요되므로 소득기준을 한정하지 않고 3개월 이상 의료비를 공제하면 최저생계비 이하로 전락하는 계층을 현재의 소득 수준에 상관없이 모두 포괄
 - 노인, 장애인, 아동, 임산부 등 취약계층에 대해서는 의료비 외에도 특성별 추가비용이 소요되는 계층이므로 법적인 정의에 따라 이들에 대한 소득한계를 현행 차상위 기준인 소득인정액 120%를 적용하여 선별
 - 재산의 기초공제액을 현행기준에서(지역에 따라 다소 차이가 있으나 평균 3000만원) 1억원(도시가계 조사에서 재산 1억은 하위 27%에 해당함)으로 높이고 환산율도 현행 대비 50% 이하로 인하
- 보장성 강화: 입원의 경우 법정급여 범위를 건강보험과 분리, 대폭 확대하여 실질적인 보장성을 강화해야 함.
 - 의료급여 2종의 법정 본인 부담률 인하 및 본인부담 보상제 및 상한제의 현실화: 의료급여 2종의 법정 본인부담을 현행 15%에서 10%로 인하하고 30일 기준 본인부담 20만원 이상의 50%를 보상하는 현행 제도를 10만원 이상의 50%로, 180일 기준 120만원 상한을 60만원으로 조정

- 비급여 본인부담에 대한 본인부담 보상제 도입: 상급병실료 차액 및 선택진료료를 제외한 비급여 본인부담액 중 30일 기준 20만원 초과분에 대해 현행 법정 급여 범위내에서 실시되고 있는 본인부담 보상제와 같이 50%를 보상하되, 우선 공공의료 기관에 한하여 시행한 후 점진적으로 확대
- 즉각적인 급여범위 확대는 막대한 예산을 수반함으로 향후 10년 정도의 장기플랜을 가지고 접근
- 입원의 급여범위를 대폭 확대할 경우 진료비 규모가 상대적으로 작은 외래 본인부담은 탄력적으로 운용
- 1종과 2종을 통합하여 방문당 본인부담을 약제비 포함 1000원 이하로 한다면 수급자들에게 크게 부담을 주지 않으면서 동시에 도덕적 해이 가능성도 줄일 수 있음.

IV. 의료의 보장성 확대

1. 초기여건

- 건강보험의 보장성은 참여정부가 출범할 당시에 여전히 취약하였고, 보장율에 대해 신뢰할만한 지표가 계산되지 못하고 있었음.^{주1)}
 - 2002년 기준, 건강보험공단의 조사자료에 의한 보장률 수준은 50% 내외이며, 전문가 추정 보장률은 52.4% (정형선, 2003)
- 참여정부가 출범할 당시에는 보장성 확대 보다는 2001년의 재정위기를 극복하는 데에 총력을 기울여야 했음(* 2002년말의 누적수지는 2조 5,716억원으로써 사상 최대의 적자를 기록).

주1) 보장률은 의료비 중에서 건강보험이 보상하는 비율을 의미함.

2. 정책대응

- 건강보험 재정위기가 2004년에 완전히 극복되면서 보장성을 강화하기 위한 대책을 수립
 - 정부는 2004년 건강보험 보장률을 61%(약국 포함)로 추정하고 2008년까지 70% 이상으로 끌어올리겠다고 발표
 - ※ 약국 제외시, 보장률은 56.4%임.

〈표 16〉 정부의 건강보험 보장성 강화전략

	2005	2006	2007	2008
중증질환 부담경감	암 등 3개 상병군	4개 상병군 선정	7~8개 상병군	9~10개 상병군
급여확대	법정분인부담 경감 등	식대보험적용 등	기준병실확대 등	-
급여율	65%	68%	70%	71.5%

3. 정책평가

- 건강보험의 재정위기를 극복하는 데에 총력을 기울임으로써 보장성을 강화할 여력이 없었으나, 최근에는 건강보험 출범 이래로 최초로 목표보장률을 제시하고 단계적인 로드맵을 제시하였음.
 - 국민의료비 중 공공의료비가 차지하는 비중은 2002년 기준으로 OECD 평균이 72.1%, 한국이 50.3%였으나, 건강보험 보장성 강화를 통하여 OECD 평균에 점진적으로 접근할 것임.
- 그러나 보장성 강화의 목표치와 재원조달계획, 그리고 장애요인이나 부작용에 대한 충분한 검토가 이루어지지 않았음.

4. 향후과제

- 정부가 목표로 하는 보장성의 개념과 범위, 단계적인 로드맵에 대하여 의학적, 보건정책적인 검토와 함께 사회적 합의를 이루어야 함.
- 중대상병의 환자부담이 획기적으로 경감될 수 있는 현실적인 대책이 되도록 정책적인 디자인 필요함.
 - 즉, 환자본인부담이 연간소득의 일정률(예, 10%)을 넘지 않도록 하거나, 질병위험에 노출되기 쉬운 목표 환자층의 보장성을 확보해주는 정책적 배려가 우선시되어야 함.
- 보장률에 대한 신뢰할만한 측정방법을 개발하고, 재원조달방법에 대한 합의가 필요함.

제3장 저출산 고령화 대책

I. 노후생활보장체계

1. 초기여건

- 지속가능한 고령사회를 위한 노인 일자리 창출의 필요성에 대한 사회적 공감대 확산
 - 건강하고 능력있는 노인인구가 증가함에 따라 사회참여 욕구 증대
 - － 전체 노인의 12.5%가 취업 희망
 - 단기적인 공익형 일자리 중심의 사업으로 안정적 취업이 어려움
 - － 건강한 노인이 계속 일을 할 수 있는 사회적 여건 미비
- 급격한 고령화로 인해 치매, 중풍 등 노인수발욕구 가진 노인의 증가와 핵가족화·여성의 사회활동 확대 등 가족내 수발여건 악화로 개인 또는 가정에 의한 장기적 노인요양보호는 한계 도달
 - 중산·서민층 노인이 이용할 수 있는 요양시설 및 인력 인프라 미비
 - 노인수발 유료서비스 이용에 따른 가계경제 부담 과중

2. 정책대응

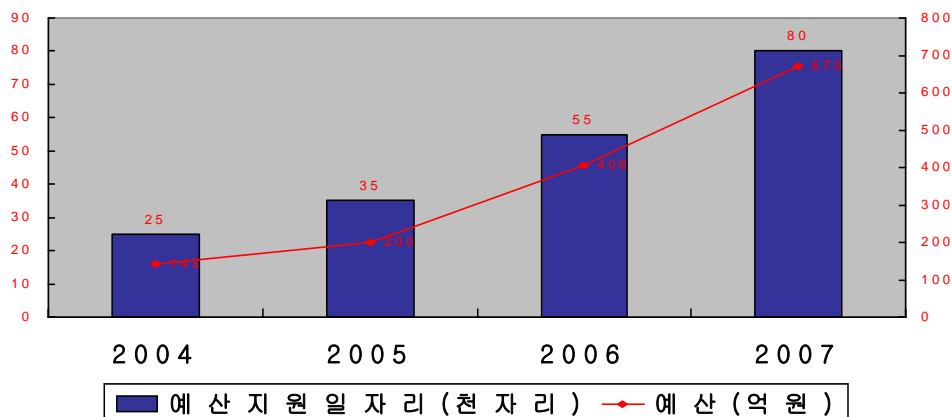
- 고령사회 대비 노인일자리 창출사업은 2004년도부터 실시하여 2007년도까지 30만개 창출 목표 추진
 - 노인일자리 창출계획(2005년)을 수정하여 2009년까지 노인일자리 30만개 창출을 추진
- 노인요양보장제도가 2007년 도입을 계획하였으나 시설 인프라 확충 등 준비여건 감안하여 노인수발보장제도 도입 시점을 2008년으로 연장
 - 노인수발 시설 인프라 확충계획에 따른 단계적 시설 확충
 - － 노인요양보호 인프라 10개년 계획에 따라 2011년까지 요양수요충족 목표로 시설확충 추진중

- 노인수발보장제도 도입(2008년) 준비를 위한 시범사업을 2005년부터 실시하고 있으며 3년(2005~2007년)에 걸쳐 실시
- 노인수발보장법(안) 제정을 위한 공청회 개최 및 정기국회 제출

3. 정책평가

- 노인일자리 사업은 2005년 현재 제한적 규모(예산지원 3만 5천개, 비예산포함 10만개), 일자리의 비지속성(연 5~6개월), 공익형 일자리 위주(65%), 낮은 보수수준(월 20만원) 등이 문제로 지적
 - 2004년부터 정부에서 추진하고 있는 노인일자리사업은 사업기간이 짧고, 보수수준이 낮아 참여노인들의 불만이 높음.
 - 노인일자리 추진을 위한 중앙총괄기구 및 일선 사업추진체계 미비
 - 노인일자리 개발 및 지원을 위한 노인인력운영센터를 비롯하여 CSC, 노인취업알선센터, 고령자인재은행 등 노인취업알선의 유사기능을 수행하는 기관의 혼재로 비효율성 발생

[그림 4] 노인일자리 사업 추진계획



- 노인수발 시설 인프라 확충이 지자체의 재정여건 한계로 원활한 추진 미흡
 - 노인수발보장제도 관련 제도도입 준비는 계획대로 추진중
 - 수발보장제도가 본격적으로 실시되어 서비스 혜택을 받기까지는 수년을 기다려야 하는 상황이므로 즉각적인 노인수발의 사회적 욕구에 대한 대응책 마련 필요
 - 공공 입소시설은 지자체의 재원확보, 님비 형상 등으로 시설확충에 어려움이 예상되고 지역간 수급 불균형 현상도 발생

4. 향후과제

- 사회적 일자리 창출과 연계한 요양 및 사회복지분야의 안정적인 일자리에 대해 노인 인력에 의한 서비스 제공 시스템 구축
 - 저소득 노인에 대한 실질적 도움이 되도록 노인 일자리 제공기간의 연장을 통한 안정적 일자리로서의 자리매김
 - 노인 일자리 보수수준의 단계적 상향 조정
 - 노인일자리사업 중앙 노인인력운영센터 독립 및 일선 노인일자리 사업기구 확대 재편

〈표 17〉 연도별 조정안

구 분	2005년	2006년	2007년
일자리 수	35,000자리	55,000자리	80,000자리
사업기간	5~6개월	8개월	10개월
보수수준	20만원	25만원	30만원
소요예산(국고)	143억원	505억원	1,068억원

- 노인수발 시설확충 과정에서 중앙정부의 전폭적 재정지원과 지자체의 협력 필요
 - 2005년 노인요양 수요 충족률 20% 수준에서 충족률 100%로 단계적 확충

- 중증의 요양욕구를 가진 현 노령계층의 즉각적 혜택을 위한 시설이용 할인제도 및 재가서비스 이용권 도입 필요
- 요양시설 이용시 수급자 100%, 차상위층 70%, 중산층 50% 할인
- 가족수발 지원 위한 재가서비스 이용권 지급

II. 저출산 대책수립

1. 초기여건

- '04년 합계출산율이 1.16명으로 사상 최저로 떨어졌으며, 최저출산국가군으로 분류
 - '04년 출생아수는 47.6만명 수준으로 지속적인 감소 추세

〈표 18〉 출생아수 및 합계출산율 변화추이

(단위 : 명, 천명)

구 분	1970	1980	1990	2000	2002	2003	2004
합계출산율	4.53	2.83	1.59	1.47	1.17	1.19	1.16
출생아수	1,007	865	659	637	495	493	476

※ 국가별 합계출산율: OECD 평균(1.6명, '03), 일본(1.29명, '04), 독일(1.34명, '03), 영국(1.79명, '04), 프랑스(1.89명, '03), 미국(2.04명, '03)

- 저출산은 향후 경제·사회 운영 전반에 부담을 가중시킬 것으로 예상
 - 저출산으로 인해 고령화 속도가 더욱 급속히 진행
 - 2000년 고령화사회(노인인구 7%) → 2018년 고령사회(14%) → 2026년 초고령사회(20%) → 2050년 세계 최고령 국가(37.3%)
 - '20년을 정점으로 전체 인구가 감소하고 인구의 대역전현상(노인인구 > 유소년인구)이 발생할 것으로 예상

- 장기적인 사회현상으로서 저출산 및 고령사회에 대한 체계적·종합적 대응을 위한 관련 법 및 조직 정비의 필요성 대두

2. 정책대응

- 『저출산·고령사회기본법』 제정('05. 9. 1일 시행)
 - 저출산·고령사회위원회(위원장: 대통령) 및 저출산·고령사회 대책본부 설치
- 국무조정실 주관 ‘저출산대책 추진기획단’ 구성·운영('05. 2)
 - 12개 관계부처 및 민간전문가가 참여하여 실천과제 발굴 및 재원조달방안 마련
 - 소득계층별·직업별·연령별 특성에 따른 저출산 원인 미세분석 및 정책 선호도 조사 실시(2005. 5~)
 - 중장기 인구정책 수립을 위한 장래 적정인구규모 및 출산율 추계연구 추진('05. 5)
- 사회각계각층 참여를 통한 의견수렴
 - 분야별 릴레이 간담회, 전국 지역별 순회 간담회 및 전문가회의 개최
 - ‘저출산고령화대책시민연대’ 구성됨에 따라 민간과의 파트너십 구축 및 자발적 참여('05. 6)
 - 국회 ‘저출산 및 고령사회대책 특별위원회’ 공청회('05. 8) 등 개최
- 범정부적 저출산종합대책 마련 추진('05. 2~)
 - 총리주재 관계장관회의(5회) 및 관계부처회의(16회) 개최
 - ‘2005 국가비전 당정 워크숍(6. 3)에서 저출산대책 추진 방향 논의
- 저출산종합대책 마련 전 해당부처 및 지방자치단체별 단편적인 출산장려시책 추진
 - ※ 정·난관 복원수술 보험적용, 자녀 1인당 공제액 2배 이상 증가, 결혼비용 공제, 유급출산휴가, 시차 출퇴근제·재택근무제 등 탄력근무제 실시, 저소득층 차등보육료·유아교육비 지원, 출산축하금 등

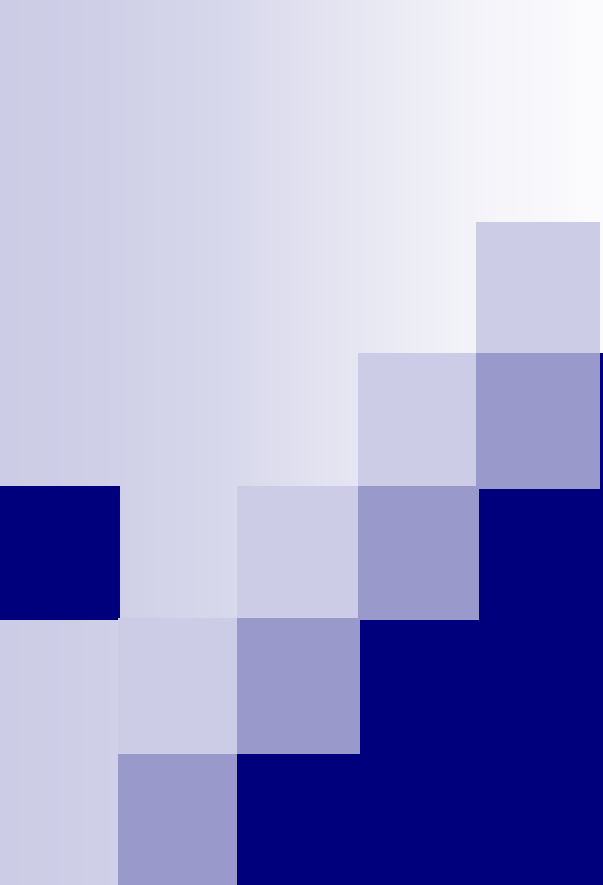
3. 정책평가

- 참여정부이후 저출산문제에 대하여 사회적 관심은 크게 증가하였으나, 이를 해결하기 위한 체계적 대응노력 부족
 - 정부 및 지자체의 단편적 출산장려시책 추진으로 성과 불분명
- 저출산대책 마련을 위한 추진주체들(관련위원회, 국무총리실, 여성가족부, 보건복지부 내 저출산고령사회정책본부 등)간의 중복
- 저출산고령사회정책본부의 구성 지연
 - 이로 인한 『저출산·고령사회 기본계획』수립 및 부처별 정책시행 지연

4. 향후과제

- 조속한 저출산종합대책 수립 및 체계적인 추진
- 저출산대책 추진을 위한 재원의 충분성, 안정성, 지속성 등을 고려한 재원확보방안 수립
- 저출산대책에 관한 일반국민의 이해와 자발적 참여를 위한 공감대 형성 제고방안 마련

부 록



4. 사회

4.1 사회 정책

- 사회보장 확대
- 전국민 평생 건강보장 체계
- 저출산 고령화 대책

● 사회보장 확대

1. 기초생활보장제도의 내실화 및 차상위계층보호 확대
2. 장애인 복지정책
3. 국민연금 개혁방향
4. 사회복지 인프라의 확대개편

▶ 1. 초기여건

- 경제성장 둔화와 사회 양극화 심화로 사회 안전망의 강화 및 재조정 필요

▶ 2. 정책대응

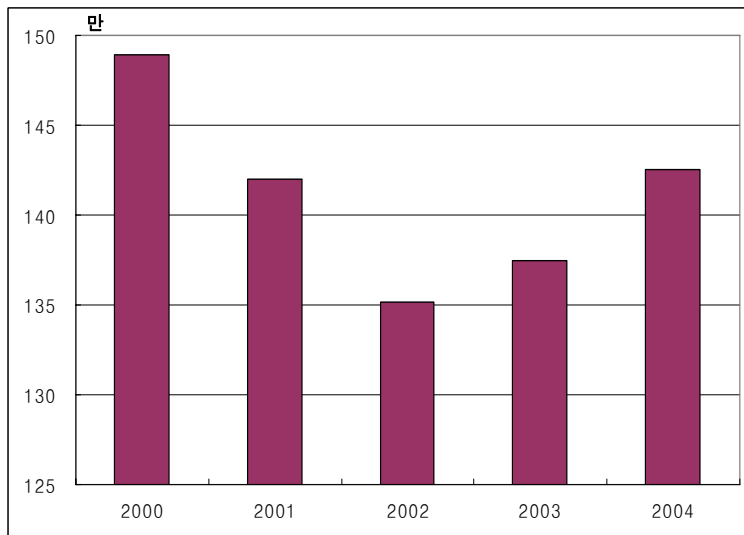
- 사각지대 축소를 위한 수급자 선정기준 완화
- 차상위계층에 대한 지원확대
- 자활지원사업활성화



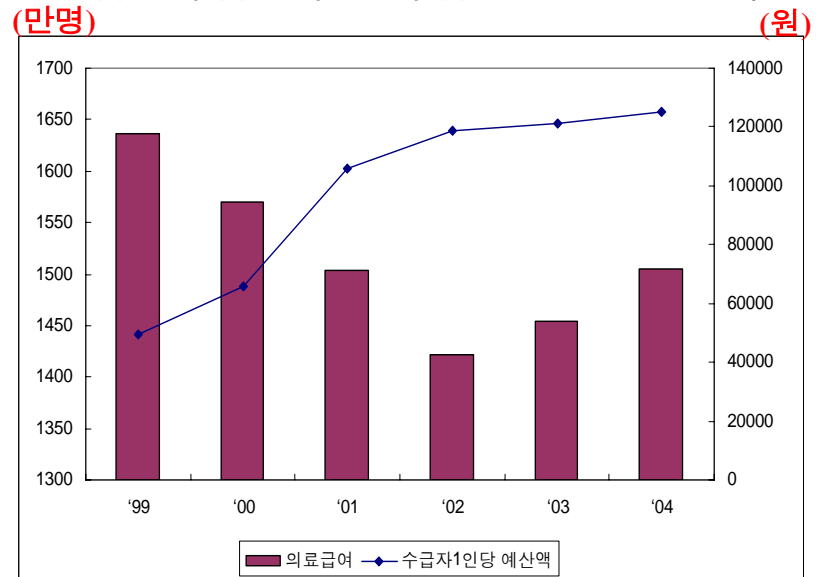
3. 정책평가

- 2002-2004년 기간 중 기초생활수급자수는 135만명에서 143만명으로 증가
- 동기간 중 의료급여 수급자수는 약 12만명 증가하였고 1인당 예산은 '04년 현재 12만5천원으로 점점 증가하고 있는 추세
- 자활사업은 일부프로그램을 중심으로 제한적인 성과를 거두었으나, 참여활성화 및 빈곤탈출 측면에서 효과가 미약

< 기초생활보장 수급자 수 >



< 의료급여 수급자 수 및 수급자 1인당 예산액 >



4. 향후과제

- 기초생활보장제도의 내실화와 함께 차상위계층에 대한 빈곤예방 대책의 강화
- 부양의무자의 선정기준의 하나인 재산기준 개선
- 긴급한 위기상황에 처한 취약계층의 보호를 위한 긴급지원 서비스 강화
- 급증하고 있는 복지행정수요를 원활히 수용하기 위한 복지전달체계의 개편
- 근로 빈곤층의 빈곤탈출을 촉진할 수 있도록 독립된 자활지원제도를 도입하고, 근로유인체계를 강화
- 자활프로그램에 대한 지원체계와 교육훈련체계 강화

□ 장애인 복지정책 (1/4)

▶ 1. 초기여건

- 1단계 장애범주 확대(2000년)에 따라 기존 5가지 장애유형이 추가되어 10개의 장애범주로 확대됨
- 장애인복지시설이 양적으로 확대되었으나 서울등 광역시에 집중되어 지역간 불균형 및 접근성 문제가 발생함
- 2003년 4월 53,404명의 특수교육대상 학생들이 특수교육을 받고 있었고, 교육인적자원부 예산 대비 특수교육비는 2.3%로서, 수혜학생 1인당 특수교육비는 10,568천원이었음
- 장애인은 낮은 경제활동참가율과 높은 실업률(2000년 6월 현재)이라는 고용특성을 가짐
- 장애인 의무고용률 2%에 비해 정부부문은 1.66%, 민간부문은 0.99%(2002년 현재)로 미흡한 실정임

□ 장애인 복지정책 (2/4)

2. 정책대응

- 5가지 장애유형이 더 추가되어 장애범주가 15개로 확대
- 장애인복지시설이 양적으로 더욱 확대
- 중증장애인의 직업재활을 돕기 위하여 두 시설유형(보호작업시설) 외에 작업활동시설 및 직업훈련시설이 새로 생기고 세분화
- 58,362명의 특수교육 대상학생들이 특수교육을 받고 있어 2003년 (53,404명)에 비해 증가
- 교육인적자원부 예산 대비 특수교육비는 3.0%, 수혜학생 1인당 특수교육비는 증가
- 참여복지 5개년계획을 수립하여 장애인 고용 및 직업재활 정책 추진
- 의무고용사업장을 300인 이상 사업장에서 50인 이상 사업장으로 확대, 현행 의무고용률 2% 및 적용제외율의 적정성에 대한 합리적 조정방안을 모색

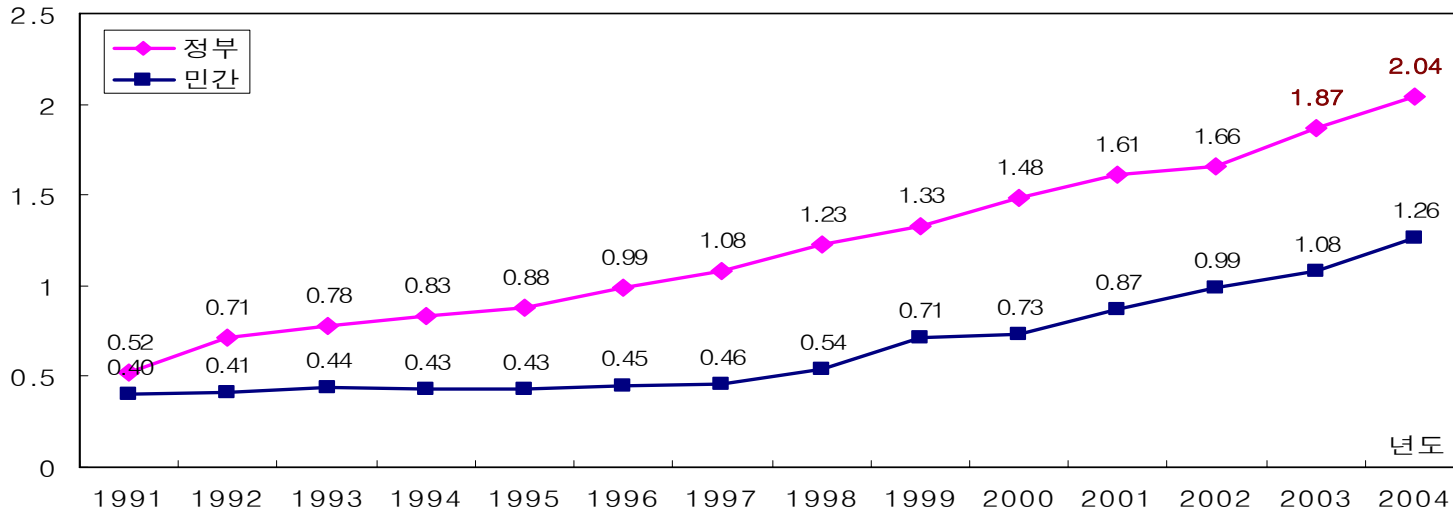
3. 정책평가

- 장애인구의 약 89.4%가 후천적 장애이고, 인구의 고령화로 인해 장애인구는 계속 증가될 것으로 보임
- 장애인복지법상의 장애범주는 서구 선진국에 비해 협소하고 장애유형간 형평성에 문제가 있음
- 장애인복지시설이 양적으로 많이 확대되었으나 지역간 불균형 및 접근성의 문제가 있음
- 지방이양된 장애인복지사업으로, 지역간 재정불균형 문제, 지역별 장애인인프라의 불균형 문제를 초래함
- 특수교육 수혜학생 수가 증가하였고, 특수교육예산 연평균 증가율(20.7%)은 국민 의정부 연평균 증가율(15.6%)보다 높음
- 2005년 교육인적자원부 예산 대비 특수교육비 3%는 특수교육 5개년계획 (2003~2007)의 2007년 달성 목표를 2년 앞당긴 것임
- 장애인공무원 의무고용률('04년말)이 정부부문에서 2%를 초과달성(2.04%)하는 성과를 거두었고, 민간부문은 1.26%로서 저조한 편이나, 꾸준히 상승하고 있음
- 보호고용 근로장애인 수가 지속적으로 증가함

□ 장애인 복지정책 (4/4)

< 의무고용사업체의 장애인고용률 추이 >

고용률



4. 향후과제

- 장애범주의 지속적인 확대(3단계 장애범주 확대) 실시 필요
- 장애인복지시설의 지역간 불균형 문제 해소
- 지방이양 장애인복지사업의 중앙정부로의 환원 문제 고려
- 특수교육 수혜율 제고 및 특수교육 대상학생 통합교육 제공 확대
- 민간부문의 장애인 고용촉진 강화방안 마련
- 보호고용사업 활성화 및 직업재활시설 생산기반 확충
- 보건복지부와 노동부 협력체계 강화를 통한 체계적인 맞춤형 취업지원체계 구축

□ 국민연금개혁 (1/3)

▶ 1. 초기여건

- 참여정부초기 여건을 국민연금에만 한정하는 경우 연금재정의 장기재정 불안정성문제, 과도한 납부예외자비율 등의 문제를 안고 있었음
- 국민연금의 개혁은 타 공적연금의 개혁과 밀접한 연관을 갖고 있으며 참여정부 출범당시에도 타 공적연금(공무원, 사학연금, 군인연금)의 개혁의 필요성이 제기되고 있었음

▶ 2. 정책대응

- 참여정부 초기 국민연금제도에 대한 정책목표는 국민연금제도의 재정안정화 확보였음
 - 따라서 정부는 현행 소득대체율 60%를 50%로 인하하며, 보험료율을 현행 9%에서 15.85%까지 인상하는 안을 확정하여 국회에 제출된 이후 1차례의 부결(2003년)과 수정을 통해 2004년 17대국회에서 다시 제출
 - 그러나, 국회의 심사지체로 난망해져 2005년 6월 정부는 재정안정화에 초점을 둔 개정법률안을 다시 제출하여, 2005년 10월 여야는 국회에 국민연금제도개선특별위원회 구성에 합의

□ 국민연금개혁 (2/3)

3. 정책평가

- 정부초기 국민연금에 대한 성과지표는 아래와 같은 세 가지 측면에서 평가함
 - 국민연금제도개선에 대한 정책추진의 타당성
 - 국민연금제도개선을 위한 전략수립의 적합성
 - 새로운 국민연금개정법률안에 대한 대국민 홍보전략의 노력 정도와 실효성

국민연금제도개선에 대한 정책평가결과

평가지표	평가결과			비고
	우수	보통	미흡	
정책추진의 타당성	○			- 장기재정안정을 통한 제도의 지속가능성 확보
전략수립의 적합성			○	- 전 국민을 대상으로 한 정책 임에도 불구하고 보건복지부의 국민연금만을 정책대상으로 하여 포괄적인 전략수립이 결여
홍보전략의 노력정도 와 실효성			○	- 제도개선의 전략이 포괄적이지 못하여 대국민 설득력이 결여되는 결과로 인해 <u>홍보초기</u> 부터 반대 여론에 부딪힘 - 많은 노력에도 불구하고 부정적인 국민들의 시각을 오히려 증폭시키는 결과를 초래함

▶ 4. 향후과제

- 국민연금과 타 공적연금의 재정안정화를 동시에 추진
 - 정부는 국민연금이 개혁과 동시에 타 공적연금에 대한 개혁을 추진하는 청사진을 국민들에게 제시해야 하며 이를 기초로 한 적극적인 홍보전략의 구체화 및 각종 시민사회단체, 노동단체에 대한 설득작업을 지속적으로 추진해야 함
 - 기초연금제도에 대한 막연한 환상을 줄이기 위한 현실적인 대안의 제시를 위해 현행 경로연금제도의 대상자 확대 및 지원 수준의 향상을 통해 연금의 사각지대에 놓이게 되는 노령세대에 대한 노후소득보장을 강화해야 함

□ 사회복지 인프라의 확대개편(1/2)

1. 초기여건

- 보건·복지분야에서 많은 개선책을 실시하였으나, 국민들의 체감도는 낮은 것으로 지적되며 그 원인 중 하나는 인프라의 미비에서 비롯되었다고 평가됨
- 보건·복지정책을 수립하고 추진하는 과정에서 집단의 참여가 보장되도록 노력
 - 직접적인 이해관계 당사자가 아닌 국민의 참여를 바탕으로 그 의견을 수렴하기에는 많은 한계가 있었던 것으로 평가

2. 정책대응

- 복지에 대한 국가의 역할을 강화하고 정책 결정과 집행 과정에 국민의 참여를 확대하여 전 국민의 피부로 느낄 수 있는 복지 국가 실현
 - 사회복지사무소 설치 등 사회복지 전달체계의 개편
 - 사회복지전담공무원의 증원
 - 인터넷 포털과 복지대표전화 서비스 체계를 마련
 - 지역사회복지협의체 구성·운영 준비
 - 사회복지시설 균형발전 대책

□ 사회복지 인프라의 확대개편(2/2)

3. 정책평가

- 사회복지인프라의 확대, 개편과 관련하여 각종 개편안이 구상 중에 있거나 일부의 정책은 실시 초기에 있음
 - 구상 수준에 있는 개편안들은 구체화되지 못한 단계, 유사 설계간 관계의 정리도 분명하지 못함
 - 실시 초기에 있는 정책들은 집행력이 떨어지거나 현실성이 부족하여 보안 필요
 - 정부의 의지는 긍정적인 평가, 현실화하는 과정에 대한 노력은 더 많이 요구됨

4. 향후과제

- 지방분권으로 복지기획력 제고 등 지방자치단체의 공공 복지 인프라 체질 개선
- 공공-민간의 협의구조를 통한 로컬거버넌스의 요청
- 사회복지시설확충의 기반 강화
- 복지운영의 효율성 제고를 위한 전산망의 구축 및 활성화
- 기 설계된 정책과제의 집행력 강화

● 전국민 평생 건강보장체계의 실현

1. 공공보건의료의 강화
2. 건강증진 및 질병관리 강화
3. 의료급여의 확대
4. 의료의 보장성 확대

□ 공공보건의료의 강화 (1/2)

▶ 1. 초기여건

- 비시장성 필수보건의료 부족 및 취약계층 기본의료보장 여건 미흡
 - 응급, 혈액, 전염병 등 필수보건의료의 공급 및 관리 기반 취약
 - 취약계층의 예방보건 및 1차의료 서비스에 대한 낮은 접근도
 - 취약계층이 주로 찾는 2차 및 3차 공공병원의 양적, 질적 수준 미흡
 - 만성질환자와 장애인을 위한 장기요양 및 재활의료 서비스 공급 부족

▶ 2. 정책대응

- 필수보건의료 안전망 구축 및 취약계층을 위한 양질의 서비스기반 확충
 - 응급의료체계 선진화, 혈액 안전관리체계 강화, 전염병대응체계 개선
 - 요양병원, 중간요양시설, 재활병원 확충 추진
 - 국가중앙의료원 설립 추진, 지방의료원 시설 장비 현대화 지원
 - 보건기관의 도시지역 확충, 인력 시설 장비 지원, 방문보건사업 강화

□ 공공보건의료의 강화 (2/2)

3. 정책평가

- 응급의료체계 개선 및 취약계층 건강보호 기반 강화
 - 응급환자 예방가능 외상사망률 감소 ('99년 50.4%, '05년 39.6%)
 - 보건기관 서비스제공 증대 (전체가구의 4.5%에 대한 방문보건 실시)
 - 지방의료원 관리권의 복지부 이관 및 기능 보강 (25개기관 664억원)
 - 어린이병원 및 노인전문병원 건립 (예산 6,968억원 집행 진행 중)

4. 향후과제

- 공공보건의료기관의 능률 제고 및 민간기관과의 발전적 관계 설정
 - 공공보건의료기관의 공공기능 강화와 기관간 역할 분담 및 기능 연계
 - 민간기관 과잉 급성기 병상의 요양기 병상 전환을 지원하고 지역적 균형 배치를 유도하는 등, 의료수요변화와 취약계층 요구에 공동대처

1. 초기여건

- 국민건강증진사업과 질병예방 및 관리의 확충을 위한 예산 확보 미흡
- 우리나라의 남성 흡연율(2002년 성인남자 60.5%)은 OECD 국가 중 가장 높은 수준으로 흡연으로 인한 질병부담은 연간 4만명 이상의 사망과 10조원 이상으로 사회경제적 비용을 유발
- 우리나라의 담배가격은 선진국과 비교하여 절대가격으로 20~30%, 상대가격으로 50~70%의 낮은 수준으로 높은 흡연율의 가장 큰 요인으로 작용

2. 정책대응

- 담배세에 부과하는 건강증진부담금 인상(150원→345원)을 통 하여 예산을 대폭 확충함으로써 국민건강증진과 질병예방 및 관리의 지속적 추진 기반 마련
- 담배가격 정책 채택 : 남성 흡연율을 2010년까지 30%로 낮추고, 청소년을 담배로 부터 보호하기 위해 비가격정책(교육, 계몽, 홍보 사업)과 더불어 담배가격정책을 채택하여 2004년 12월 담배가격 인상(500원)
- 군대 면세담배 공급의 점진적 폐지(2006~2009년)와 금연클리닉 운영을 통하여 군복무 기간 중의 흡연동기 강화를 방지하는 조치를 마련하여 성인 남성 흡연율을 감소 유도

3. 정책평가

- 생애주기별 건강증진 서비스 제공, 전국 보건소를 중심으로 지역사회 건강생활실천사업(금연, 절주, 영양, 운동)의 적극적 추진
- 담배가격정책을 통해서 흡연율의 획기적 감소 효과를 거둠
 - 담배가격 인상 후 획기적인 흡연율의 감소의 전기를 마련
 - 성인남성의 금연율 11%, 흡연율 7.5%감소
(2004. 9월 57.8% → 2005. 9월 50.3%)
- 2005년 5월 WHO 담배기본협약(FCTC)을 비준하고 담배가격 인상 이에 국민건강증진법 등 관련 법령정비(담배갑 경고문구 강화, 담배광고규제 강화, 금연구역확대 등을 기본협약에서 권고한 수준으로 규제 강화)

4. 향후과제

- 국가 주도의 국민건강증진사업 확산을 통하여 국민건강증진종합계획 2010(Health Plan 2010)의 건강수명의 연장과 계층간 건강형평성 제고 목표 달성을 추진함
- 국민건강증진기금에서 2002년부터 부담하고 있는 건강보험지원금을 축소하여 명실상부한 건강증진기금으로 국민건강수준 향상을 위한 사업 전개를 통하여 사전 예방적 국민건강관리 유도
- 당초 계획대로 담배가격의 단계적 추가 인상을 통하여 2010년까지 흡연율을 30%로 낮추는 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)목표 달성이 가능하도록 여건조성
- 담배가격 인상 후 흡연율 변화를 지속적으로 모니터링
- 군대 면세담배 공급의 점진적 폐지(2006~2009년)준수를 통하여 성인 남성 흡연율 감소 유도

1. 초기여건

- 국민의 사망순위 1위인 암의 조기발견을 위한 무료 암검진사업이 저소득층(하위20%)에 제한되어 있고, 암검진대상 질환도 위암, 유방암, 자궁경부암에 국한되어 있었음
- 차상위계층의 만성신부전증 등 희귀·난치성 질환자 의료비 부담으로 기초생활수급자로 전락
- 건강보험 적용이 되지 않는 수입 희귀·난치성 질환 치료제 부담으로 경제적 장벽이 높았음

2. 정책대응

- 5대 암 조기검진사업 확대
 - 암 조기 발견을 통해 조기 사망률 감소를 목표로 5대 암(위암, 유방암, 자궁경부암, 간암, 대장암)으로 확대하고, 무료검진대상을 종전 의료급여 수급권자에서 보험료 부과기준 하위 50%에 해당하는 대상까지 확대하여 암검진 수혜 강화
- 국립암센터를 중심으로 암등록 사업과 암연구 개발사업 활성화
- 차상위계층 만성신부전증 등 희귀·난치성 질환자의 의료비 부담을 경감시켜 기초생활수급자로서 전략을 예방하기 위하여 2001년부터 의료급여 2종 수급자 및 건강보험가입 저소득자에 대한 본인부담금 지원 시행(2002년 220억원 → 2005년 353억원)
- 지원 대상 질환을 점진적으로 확대(2001년 42종 → 2002년 6종 → 2003년 8종 → 2004년 11종 → 2005년 71종)
- 건강보험 적용이 되지 않는 수입 희귀·난치성 질환 치료 약제(총 103종)에 대한 건강보험 급여 혜택

3. 정책평가

- 2002년 사업예산 87.7억원, 수검자 785천명에서 2005년(9월까지) 예산은 190억원, 수검자는 1,232천명으로 증가
- 차상위 희귀, 난치성 질환자의 의료비 부담을 경감시켜 기초생활수급 자로의 전략 예방하고, 고액 치료비로 인한 가계 부담 완화를 통하여 환자 및 가족의 삶의 질 향상
- 희귀, 난치성 질환자의 고액 치료비로 인한 가계 부담 완화를 통하여 환자 및 가족의 삶의 질 향상

4. 향후과제

- 암 조기검진사업 대상자의 수검율을 지속적으로 증가시켜 저소득층의 암 조기발견, 조기치료로 암사망 손실을 감소시키고, 저소득층 암진단자에 대한 치료 지원대책마련
- 희귀, 난치성 질환 의료비 지원 대상을 현재의 의료급여 2종 및 건강보험 하위소득자에서 점진적으로 확대

□ 의료급여의 확대 (1/2)

1. 초기여건

- 경제 양극화 등에 따라 의료욕구가 있음에도 진료를 받지 못하는 저소득 취약계층이 증가하고 있었음
 - 의료급여제도의 급여범위가 건강보험과 연계되어있어 질환발생시 수급권자의 본인부담이 과도함
- 정책목표 : 저소득 취약계층의 의료 보장성 강화

2. 정책대응

- 참여정부 출범 이후 약 10만명의 의료급여 수급권자 증가
- 참여정부 출범 이후 의료급여 예산이 약 21% 증가

의료급여 예산 추이

[단위 : 천명 억원 %]

연도	'01년	'03년	'05년
예산액(국고)	15,897	17,617	21,325
전년대비 증가율	54.0	4.2	13.4

□ 의료급여의 확대 (2/2)

3. 정책평가

- 2종 입원 본인부담이 20%에서 15%로 인하되고 본인부담 상한제 및 보상금제가 도입됨으로써 2종 수급권자에 대한 보장성이 대폭 확대되었음
- 희귀질환 및 만성질환자에 대한 차상위 의료급여가 실시됨으로써 수급자 선정기준에 Medically needy 계층이 포함되기 시작했음

4. 향후과제

- 대상자 선정기준 완화 :
 - 의료욕구가 긴요한 만성질환 및 희귀난치성 질환 보유자
 - 노인, 장애인, 아동, 임산부 등 취약계층
- 보장성 강화 : 입원의 경우 법정급여 범위를 건강보험과 분리, 대폭 확대하여 실질적인 보장성을 강화해야 함
 - 의료급여 2종의 법정 본인 부담률 인하 및 본인부담 보상제·상한제의 현실화
 - 비급여 본인부담에 대한 본인부담 보상제 도입
- 입원의 급여범위를 대폭 확대할 경우 진료비 규모가 상대적으로 작은 외래 본인부담은 탄력적으로 운용

□ 의료의 보장성 확대 (1/2)

▶ 1. 초기여건

- 건강보험의 보장성은 참여정부가 출범할 당시에 여전히 취약하였고, 보장율에 대해 신뢰할만한 지표가 계산되지 못하고 있었음
- 참여정부가 출범할 당시에는 보장성 확대 보다는 2001년의 재정위기를 극복하는 데에 총력을 기울여야 했음

▶ 2. 정책대응

- 건강보험 재정위기가 2004년에 완전히 극복되면서 보장성을 강화하기 위한 대책을 수립

< 정부의 건강보험 보장성 강화전략 >

	2005	2006	2007	2008
중증질환 부담경감	암 등 3개 상병군	4개 상병군 선정	7~8개 상병군	9~10개 상병군
급여확대	법정본인부담경감 등	식대보험적용 등	기준병실확대 등	-
급여율	65%	68%	70%	71.5%

□ 의료의 보장성 확대 (2/2)

3. 정책평가

- 건강보험의 재정위기를 극복하는 데에 총력을 기울임으로써 보장성을 강화할 여력이 없었으나, 최근에는 건강보험 출범 이래로 최초로 목표보장율을 제시하고 단계적인 로드맵을 제시하였음
- 그러나 보장성 강화와 목표치와 자원조달계획, 그리고 장애요인이나 부작용에 대한 충분한 검토가 이루어지지 않았음

4. 향후과제

- 정부가 목표로 하는 보장성의 개념과 범위, 단계적인 로드맵에 대하여 의학적, 보건정책적인 검토와 함께 사회적 합의를 이루어야 함
- 중대상병의 환자부담이 획기적으로 경감될 수 있는 현실적인 대책이 되도록 정책적인 디자인이 필요함
- 보장율에 대한 신뢰할만한 측정방법을 개발하고, 자원조달방법에 대한 합의가 필요함

● 저출산 고령화 대책수립

1. 노후생활보장체계 구축
(노인일자리 창출, 공적 요양보장제도)
2. 저출산대책수립

□ 노후생활보장체계 구축 (1/3)

1. 초기여건

- 지속가능한 고령사회를 위한 노인 일자리 창출의 필요성에 대한 사회적 공감대 확산
- 치매, 중풍 등 노인수발욕구 가진 노인 증가와 가족내 수발여건 악화에 따른 사회문제 심각
 - 노인수발을 사회적으로 지원할 시설 및 인력인프라 미비

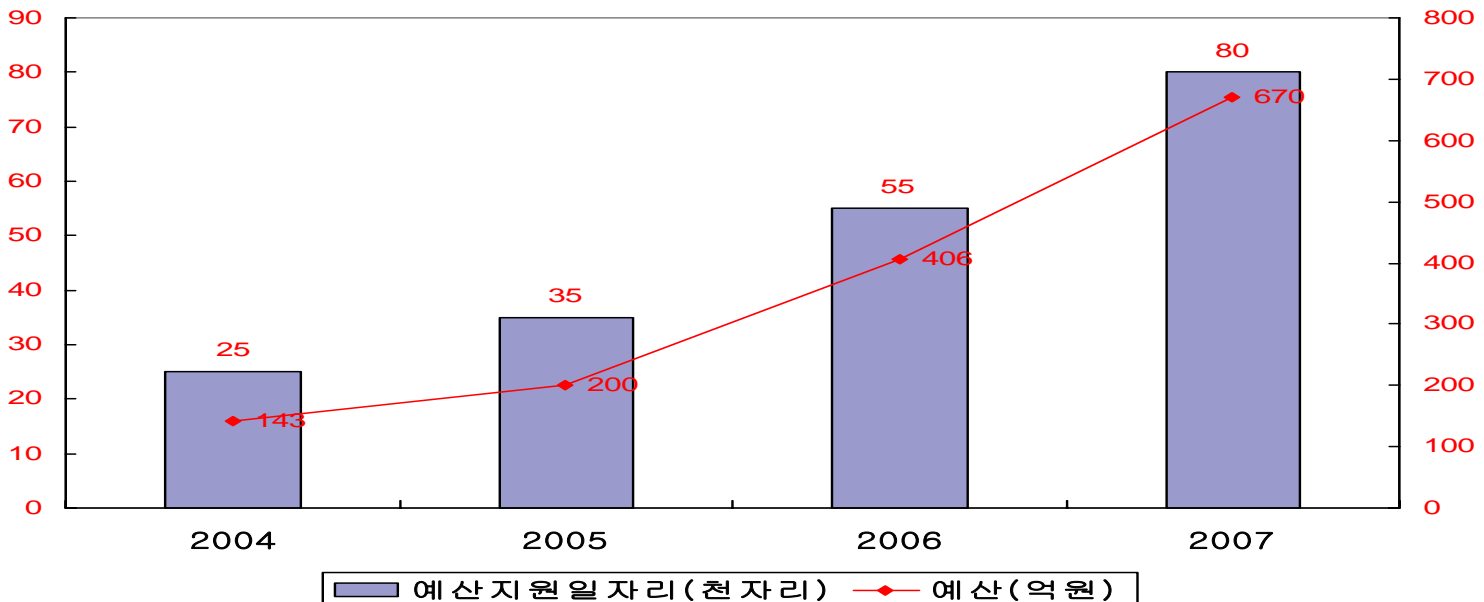
2. 정책대응

- 노인일자리 창출계획마련(2003) → 계획수립(2005년)
 - 2009년까지 노인일자리 30만개 창출
- 공적노인요양보장제도 2007년 도입 계획, 시설 인프라 확충 등 준비여건 감안하여 제도도입 시점 2008년으로 연장
 - 노인수발 시설 인프라 확충계획에 따른 단계적 시설 확충
 - 노인수발보장법(안)제정을 위한 공청회 개최 및 국회에 제출

□ 노후생활보장체계 구축 (2/3)

3. 정책평가

- 노인일자리 사업은 2005년 현재 제한적 규모(예산지원 3만5천개, 비예산포함 10만개), 일자리의 비지속성(연 5-6개월), 공익형 일자리 위주(65%), 낮은 보수수준(월 20만원) 등이 문제로 지적
 - 노인일자리 추진을 위한 중앙총괄기구 및 일선 사업추진체계 미비
- 노인수발시설 인프라 확충이 지자체의 재정여건 한계로 원활한 추진 미흡
 - 노인수발보장제도 관련 제도도입 준비는 계획대로 추진



□ 노후생활보장체계 구축 (3/3)

4. 향후과제

- 사회적 일자리 창출과 연계한 요양 및 사회복지분야의 안정적인 일자리에 대해 노인인력에 의한 서비스 제공 시스템 구축
 - 노인일자리사업 중앙 노인인력운영센터 독립 및 일선 노인일자리 사업기구 확대 재편

< 연도별 조정(안) >

구 분	2005년	2006년	2007년
일자리수	35,000자리	55,000자리	80,000자리
사업기간	5-6개월	8개월	10개월
보수수준	20만원	25만원	30만원
소요예산(국고)	143억원	505억원	1,068억원

- 노인수발시설확충 과정에서 중앙정부의 전폭적 재정지원과 지자체의 협력 필요
- 중증의 요양욕구를 가진 현 노령계층의 즉각적 혜택을 위한 시설이용 할인제도 및 재가서비스 이용권 도입 필요

□ 저출산 대책수립 (1/3)

1. 초기여건

- '04년 합계출산율이 1.16명으로 사상 최저로 떨어졌으며, 최저출산 국가군으로 분류
<출생아수 및 합계출산율 변화 추이> (단위 : 명, 천명)

구 분	1970	1980	1990	2000	2002	2003	2004
합계출산율	4.53	2.83	1.59	1.47	1.17	1.19	1.16
출생아수	1,007	865	659	637	495	493	476

※ 국가별 합계출산율 : OECD 평균(1.6명, '03), 일본(1.29명, '04), 독일(1.34명, '03), 영국(1.79명, '04), 프랑스(1.89명, '03), 미국(2.04명, '03)

- 저출산은 향후 경제·사회 운영 전반에 부담을 가중시킬 것으로 예상
 - 저출산으로 인해 고령화 속도가 더욱 급속히 진행
 - ※ '00년 고령화사회(노인인구 7%) → '18년 고령사회(14%) → '26년 초고령사회(20%) → '50년 세계 최고령 국가(37.3%)
 - 장기적인 사회현상으로서 저출산 및 고령사회에 대한 체계적·종합적 대응을 위한 관련 법 및 조직 정비의 필요성 대두

□ 저출산 대책수립 (2/3)

2. 정책대응

- 『저출산·고령화사회기본법』 제정('05. 9. 1일 시행)
 - 저출산·고령사회위원회(위원장 : 대통령) 및 저출산·고령사회 대책본부 설치
- 국무조정실 주관 '저출산 대책 추진기획단' 구성·운영('05.2)
- 사회각계각층 참여를 통한 의견수렴
- 범정부적 저출산종합대책 마련 추진('05.2~)
- 저출산 종합대책 마련 전 해당부처 및 지방자치단체별 단편적인 출산장려시책 추진

□ 저출산 대책수립 (3/3)

3. 정책평가

- 참여정부이후 저출산문제에 대하여 사회적 관심은 크게 증가하였으나, 이를 해결하기 위한 체계적 대응노력 부족
 - 정부 및 지자체의 단편적 출산장려시책 추진으로 성과 불분명
- 저출산대책 마련을 위한 추진주체들(관련위원회, 국무총리실, 여성가족부, 보건복지부내 저출산 고령사회정책본부 등)간의 중복
- 저출산고령사회정책본부의 구성지연
 - 이로 인한 「저출산·고령사회기본계획」 수립 및 부처별 정책시행 지연

4. 향후과제

- 조속한 저출산종합대책 수립 및 체계적인 추진
- 저출산대책 추진을 위한 재원의 충분성, 안정성, 지속성 등을 고려한 자원확보방안 수립
- 저출산대책에 관한 일반국민의 이해와 자발적 참여를 위한 공감대 형성 제고방안 마련

Working Paper 2005-07

참여정부 사회정책 성과분석

An Assessment of the Participatory Government's Social Policy

발행일 2005년 12월 일
저 자 김 안 나 외
발행인 김 용 문
발행처 한국보건사회연구원
서울특별시 은평구 불광동 산42-14(우: 122-705)
대표전화: 02) 380-8000
<http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 예원기획

© 한국보건사회연구원 2005

ISBN 89-8187-370-4 93330