

미래보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구

Tasks for Future Health and Welfare Policy

신영석 · 강신욱 · 강혜규 · 고경환 · 김미곤 · 이삼식 · 이상영 · 윤석명 · 정영호
장영식 · 정홍원 · 고숙자 · 김동진 · 김문길 · 윤강재 · 이윤경 · 황도경 · 강지원
이지혜 · 전지현 · 이정은

연구보고서 2012-62

미래보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구

발 행 일 2012년
저 자 신 영 석 외
발 행 인 최 병 호
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 범신사
가 격 10,000원

© 한국보건사회연구원 2012

ISBN 978-89-6827-006-2 93330



머리말

금년도 대통령 선거의 주요 화두 중 하나는 복지확대였다. 돌이켜보면 1960년대 이후 근대화 과정에서 지난 50년간 경제성장에 국가의 모든 동력이 동원되었다. 수출지향형 경제성장이 그 어떤 정책에 앞서 국민의 역량이 집약되었다. 1인당 국민소득 2만 불이 넘고 교역량이 세계 10위권에 근접하는 등 지난 반세기 동안 우리나라는 세계에서 유례를 찾기 어려울 정도로 비약적인 발전을 거듭해왔다. 그 이면에 소득양극화가 심화되고 저출산 고령화가 급속도로 진행되어 국가의 장래에 어두운 그림자를 드리우고 있다. 기존의 시장을 통한 효율성 극대화 원칙이 더 이상 지속가능하지 않다는 목소리가 높아가고 있다. 자본주의의 한계를 이야기하기도 한다. 사회통합과 저출산 고령화를 극복하기 위한 시대적 소명이 우리 앞에 놓여있다. 이러한 현안들을 인식하고 각 대선 주지들은 앞다투어 복지확대에 목소리를 높여왔다. 누가 새로운 대통령이 되든지 향후 보건·복지 분야의 확대는 시대의 소명이 될 것이다.

이러한 인식하에 본보고서는 수행되었다. 지금까지의 보건복지정책에 대해 평가해보고 향후 우리의 나아갈 길을 모색하고자 하였다. 향후 다가올 미래를 전망하면서 우리의 보건복지정책 방향을 모색하였다. 대국민 실태조사에 근거하여 핵심과제를 도출하였다. 생애주기별 맞춤형 복지와 취약계층 보호를 위한 튼실한 사회안전망 구축, 보장성 강화를 통한 국민

의 건강권 담보, 미래사회를 위한 환경조성과 노후생활보장 등이 주요테마로 떠올랐다. 생애주기별 맞춤형 복지를 위해 기초생활보장 사각지대 해소, 맞춤형 빈곤정책과 급여체계, 빈곤예방과 탈빈곤 자립체계 구축 등이 우선 과제로 선정되었다. 국민의 건강권 담보를 위해서는 의료안전망 내실화와 지속가능성 확보, 취약계층 건강안전망 강화, 선제적 질병예방과 평생건강관리체계 등이 주요 과제로 인식되고 있고, 미래 사회를 위한 환경조성과 노후생활보장을 위해서는 건강한 출산보육 환경 조성, 미래인적자원 육성을 위한 투자확대, 건강하고 활력 있는 노후보장 등의 과제가 도출되었다. 각 과제별 세부 추진방향까지 모색되고 있다.

본 연구는 신영석 부원장의 책임 하에 20명의 원내 연구진이 참여하였다. 연구진은 연구과정에서 많은 조언을 아끼지 않으신 보건복지부의 공무원에 감사를 표하고 있다. 또한 수차에 걸친 토론회에서 도움을 주신 자문단의 각계 전문가에게도 고마움을 표하고 있다.

본 보고서는 이처럼 정책 방향이나 제도 개선을 위한 시사점을 제시하는 것 외에 향후 비전도 보여주고 있다. 따라서 보건, 복지, 사회정책에 관심 있는 학자, 정책담당자 그리고 관계자에게 일독을 권하고 싶다.

2012년 12월
한국보건사회연구원장
최 병 호

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	11
제1절 연구의 필요성 및 목적	11
제2절 주요 연구 내용	13
제3절 연구 방법	14
제4절 기대 효과	14
제2장 보건복지 정책 환경의 변화	17
제1절 재정여건 변화	17
제2절 인구구조 변화	22
제3절 사회 환경 변화	26
제4절 노동시장 변화	31
제3장 대국민 복지욕구 및 의식조사	41
제4장 보건복지정책 성과평가 및 향후과제	115
제1절 향후 보건복지정책의 비전, 방향, 전략, 기대효과	115
제2절 보건부문	117
과제 1. 건강보험 지속가능성 제고	117
과제 2. 진료비 보상제도	137
과제 3. 의료서비스 질 제고	156
제3절 복지부문	199

과제 4. 사회서비스관리체계 효율화	199
과제 5. 소득보장 사각지대 해소	231
과제 6. 고용·복지통합연계	245
제4절 저출산·고령사회부문	255
과제 7. 보육 및 아동정책의 합리화	255
과제 8. 노인장기요양보험과 노인보호 정책	280
제5절 사회복지재정·통계부문	304
과제 9. 복지재정의 적정화 및 자원조달	304
과제 10. 정보활용의 극대화를 통한 정책집단의 효율성 제고 ..	331
참고문헌	357

표 목차

〈표 2- 1〉 국민부담률 증가요인	20
〈표 2- 2〉 소득분위별 부채상환 취약가구 현황	30
〈표 2- 3〉 연령별 임금근로자 중 비정규직 비율 추이	33
〈표 2- 4〉 정규직 대비 비정규직 근로자의 사회보험 가입 수준	35
〈표 2- 5〉 자영업자 대출 증감 추이 및 건전성 현황	37
〈표 3- 1〉 정부의 보건복지 혜택에 대한 만족도 - 전체	42
〈표 3- 2〉 평소 생활하는데 가장 큰 걱정거리 - 1+2순위	45
〈표 3- 3〉 새정부가 가장 중점을 뒀아할 보건복지정책 - 1+2순위	49
〈표 3- 4〉 복지수준에 따른 세금 징수에 대한 인식	53
〈표 3- 5〉 정부의 보건복지 혜택에 대한 만족도 - 노인복지	57
〈표 3- 6〉 노인들이 당면한 가장 큰 문제 1+2순위	60
〈표 3- 7〉 정부가 가장 강화해야할 노인복지정책 1+2순위	63
〈표 3- 8〉 기초노령연금 지급 수준	66
〈표 3- 9〉 정부의 보건복지 혜택에 대한 만족도: 보육 지원	69
〈표 3-10〉 0~5세 아동 보육료 전체 지급에 대한 인식	72
〈표 3-11〉 영유아 보육 정책의 문제점	75
〈표 3-12〉 가장 필요한 영유아 보육지원 정책	78
〈표 3-13〉 정부의 보건복지 혜택에 대한 만족도 - 보건의료 혜택	81
〈표 3-14〉 보건의료의 문제점 - 1+2순위	84
〈표 3-15〉 가장 중점을 둘 보건의료 정책 - 1+2순위	88
〈표 3-16〉 진료비 부담 경감을 위한 건강보험료 추가 지출에 대한 인식	92
〈표 3-17〉 정부의 보건복지 혜택에 대한 만족도 - 저소득층	96
〈표 3-18〉 소득수준 인식	99

〈표 3-19〉 빈곤과 관련해 가장 심각한 현상 - 1+2순위	103
〈표 3-20〉 빈곤정책에서 가장 중점을 뒀야 할 대상 - 1+2순위	106
〈표 3-21〉 빈곤정책에서 가장 중점을 뒀야 할 정책 - 1+2순위	109
〈표 4- 1〉 건강보험 재정 수지	117
〈표 4- 2〉 과거 보험료율 및 건강 보험료율 추정	118
〈표 4- 3〉 건강보험 재정의 보험료와 국고 비중 추정	119
〈표 4- 4〉 가입자 종류별 보험료 부과체계	121
〈표 4- 5〉 건강보험 보험료율 변화	122
〈표 4- 6〉 지역가입자 보험료 부과체계	122
〈표 4- 7〉 정부지원금의 실 지원액과 법정기준 지원액과의 차이	126
〈표 4- 8〉 선진국의 보험료율	127
〈표 4- 9〉 주요국의 부양을 비교	127
〈표 4-10〉 주요국의 정부지원 방식 비교	128
〈표 4-11〉 OECD 주요국가의 약제비 지출	132
〈표 4-12〉 부당청구 신고현황	133
〈표 4-13〉 부당청구 포상금 지급현황	134
〈표 4-14〉 우리나라 건강보험 지불제도 현황 개요	138
〈표 4-15〉 적용인구 1인당 내원일수	139
〈표 4-16〉 입내원 1인당 진료비	139
〈표 4-17〉 연도별 수가, 소비자 물가, 건강보험 급여비 변동 추이 ..	141
〈표 4-18〉 진료비 지불단위와 공급자의 위험 공유 정도	142
〈표 4-19〉 VIP 실시 이후 의료행위의 변화	154
〈표 4-20〉 의료의 질 영역	157
〈표 4-21〉 의료의 질 관련 지표	158
〈표 4-22〉 일차의료 예방가능한 입원을	166

〈표 4-23〉 만성질환의 예방가능한 입원률	167
〈표 4-24〉 만성질환자 분포	171
〈표 4-25〉 고혈압 및 당뇨병 환자수 및 진료비 증가율	171
〈표 4-26〉 심뇌혈관질환으로 인한 입원 30일내 원내 사망률	172
〈표 4-27〉 건강검진 사후관리 대상자 및 관리율	177
〈표 4-28〉 우리나라 국민의 의료기관에 관한 불만족 내용	183
〈표 4-29〉 5년간의 정책 추진과 주요 쟁점의 변화 양상	203
〈표 4-30〉 사회서비스 사업 유형 구분에 따른 특성·인식	206
〈표 4-31〉 사회서비스 사업 유형에 따른 주요 쟁점	207
〈표 4-32〉 사회서비스 정책의 주요 성과와 영향	208
〈표 4-33〉 사회서비스 바우처 소요예산의 변화	209
〈표 4-34〉 사회서비스 바우처 사업기관의 변화	209
〈표 4-35〉 일반 국민의 사회서비스 제도의 도움정도 인식	210
〈표 4-36〉 사회서비스 품질관리에 포함될 사업 영역 및 유관 법률	219
〈표 4-37〉 서비스 제공기관의 운영주체별 현황	222
〈표 4-38〉 사회복지정책의 변화 요인과 사회서비스 전달관련 정책 방향의 고려 사항	227
〈표 4-39〉 개편안과 현행 전달체계와의 차이점	231
〈표 4-40〉 65세 이상 국민연금 노령연금 수급자수 현황	232
〈표 4-41〉 65세 이상 국민연금 노령연금 수급자수 전망	232
〈표 4-42〉 65세 이상 유족연금을 포함한 국민연금 수급자수 전망	233
〈표 4-43〉 연령별 노후준비 여부	233
〈표 4-44〉 종사상 지위에 따른 노후준비 여부	234
〈표 4-45〉 지역가입 소득신고자 및 납부예외자 현황	236
〈표 4-46〉 사유별 지역가입 납부예외자 현황	236

〈표 4-47〉 2012년 OECD/EDRC 한국경제 보고서 권고안	241
〈표 4-48〉 국민연금 보험료지원 대상자수(지역가입자 중심)	241
〈표 4-49〉 국민연금 보험료지원 소요자원(지역가입자 중심)	242
〈표 4-50〉 보금자리주택 신혼부부 주택 공급 실적 및 청약률	256
〈표 4-51〉 보금자리 주택 신혼부부 특별공급 목표	256
〈표 4-52〉 보육방식에 대한 자유선택 보조금 지급 소득기준	264
〈표 4-53〉 보육방식에 대한 자유선택 보조금 : 월간 최대 부담 액수	265
〈표 4-54〉 가구형태별 총 임금 대비 조세격차비교	271
〈표 4-55〉 주요국가 간 세액공제제도 비교	273
〈표 4-56〉 주요국가 간 소득공제제도 비교	274
〈표 4-57〉 스웨덴의 아동수별 아동수당(2010)	276
〈표 4-58〉 일본의 아동수당(2012)	276
〈표 4-59〉 장기요양등급인정자 규모	284
〈표 4-60〉 국가별 장기요양기관의 설립·운영주체별 현황 비교	288
〈표 4-61〉 독일, 일본, 한국의 장기요양보험 수혜자 비율 추이	291
〈표 4-62〉 장기요양시설 및 재가기관 평가지표	293
〈표 4-63〉 재가서비스 기관	295
〈표 4-64〉 요양병원과 요양시설의 인력·시설 기준 비교	299
〈표 4-65〉 OECD 주요국가의 경제현황과 공공사회복지지출	304
〈표 4-66〉 소득2만불과 3만불 시점의 경제상황 비교	306
〈표 4-67〉 OECD 주요국가의 공공사회복지지출 연평균증가율	306
〈표 4-68〉 OECD 주요국가의 기능별 공공사회복지지출	308
〈표 4-69〉 OECD 주요국가의 공적연금 기여율	311
〈표 4-70〉 사회보험의 포괄성	314
〈표 4-71〉 신사회적 위험에 대응한 사회서비스 부문 지출	316

〈표 4-72〉 소득 2만불시기의 복지국가유형별 복지재정 수준	320
〈표 4-73〉 소득 3만불시기의 복지국가 유형별 복지재정 수준	322
〈표 4-74〉 고령화율 10.9%시기의 OECD 국가의 복지재정수준	323
〈표 4-75〉 고령화율 14.0%시기의 OECD 국가의 복지재정수준	324
〈표 4-76〉 소득수준, 고령화수준, 복지유형을 고려한 공공복지재정수준의 종합비교	325
〈표 4-77〉 GDP대비 세입비중(2008년)	328
〈표 4-78〉 OECD 주요 국가의 세율비교(2010년 기준)	329
〈표 4-79〉 건강보험의 국고지원	330
〈표 4-80〉 주요 국가의 세입 구성(2008년)	331
〈표 4-81〉 보건복지부 전략목표와 성과목표	333
〈표 4-82〉 역대 국가정보화 기본계획 현황	334
〈표 4-83〉 인터넷이용률	339
〈표 4-84〉 초고속 인터넷가입자	339
〈표 3-85〉 인터넷 이용목적	353
〈표 3-86〉 정보획득경로	354
〈표 4-87〉 스마트 전자정부의 특징	355

그림 목차

[그림 2- 1] 경제성장률	18
[그림 2- 2] 국민부담률 및 조세부담률	19
[그림 2- 3] OECD의 한국 잠재성장률 전망	21
[그림 2- 4] 국가채무 및 보건복지 예산	22
[그림 2- 5] 노인인구 및 생산가능인구 비율	23

[그림 2- 6] 인구구조 변화에 따른 부양비 변화 추이	24
[그림 2- 7] 건강보험 노인진료비 변화 추이	25
[그림 2- 8] 건강보험 국고지원금 추이	26
[그림 2- 9] 지니계수 변화 추이(2003~2011년)	27
[그림 2-10] 소득계층별 비중 추이(1990~2010년)	28
[그림 2-11] 가계부채 추이(2003~2011년)	29
[그림 2-12] 소득 5분위별 가계 재무건전성	30
[그림 2-13] 고용탄력성 및 취업자증감률 추이(2000~2011년)	31
[그림 2-14] 실업률 추이(2003~2011년)	32
[그림 2-15] 20대 고용률 추이(2003~2011년)	33
[그림 2-16] 비정규직 규모 추이(2003~2012년)	34
[그림 2-17] 정규직 대비 비정규직근로자의 시간당 임금총액 수준	35
[그림 2-18] 자영업자 현황(2003~2012년)	36
[그림 4-1] 건강보험 재정 추계	120
[그림 4-2] 건강보험 연간 기여금 및 급여	123
[그림 4-3] 연도별 건강보험 재정에 대한 국고지원금	125
[그림 4-4] 연도별 건강보험 급여비 지출 및 약제비 지출	132
[그림 4-5] OECD 보건의료성과 평가	140
[그림 4-6] 2004~2009년간 의료비지출 증가 원인	141
[그림 4-7] 건강보험제도 개혁 방향	143
[그림 4-8] 가격결정 시점과 보상액 변화에 따른 지불방법 분류	146
[그림 4-9] 덴마크 주치의제도 총진료비 구성	147
[그림 4-10] 병원 입원분야의 지불제도 개편 추진일정	149
[그림 4-11] 보건복지부의 진료비지불보상제도 개편 방향	149
[그림 4-12] 가감자급시범사업모형	163

Contents

[그림 4-13] OECD 국가의 보건·사회복지업과 전체산업 종사자의 연평균 증가율 비교	200
[그림 4-14] OECD 주요국의 GDP 대비 공공사회지출의 현금급여와 서비스분야 지출	201
[그림 4-15] OECD 주요국의 GDP 대비 현금급여 및 현물급여(서비스) 지출 성장 추이	202
[그림 4-16] 사회서비스 개념의 포괄 범위	205
[그림 4-17] 사회서비스 제도운영관련 정책방향과 과제	212
[그림 4-18] 사회서비스 품질관리 기구 설치 방안	217
[그림 4-19] 사회서비스 품질관리 업무 영역	218
[그림 4-20] 개편안 구조	229
[그림 4-21] 현행 구조	230
[그림 4-22] 국민연금 사각지대 개념정의	235
[그림 4-23] 국민연금 지역가입자(소득신고자) 소득분포	237
[그림 4-24] 지니계수	247
[그림 4-25] 빈곤율	247
[그림 4-26] 근로빈곤율 추이	248
[그림 4-27] 임금근로자의 사회보험 가입률	249
[그림 4-28] 고용복지통합연계를 통한 사회보장체계 변화	253
[그림 4-28] 취업모의 집 출발·도착시간과 자녀의 보육시설·유치원 등·하원시간 분포	267
[그림 4-30] 연령에 따른 여성경제활동참가율	278
[그림 4-31] 노인 가구형태의 변화	281
[그림 4-32] 장기요양육구 대응 사회서비스 제공 체계	283
[그림 4-33] 노인돌봄비바우처 대상자 및 예산변화	284

[그림 4-34]	장기요양인정과정	285
[그림 4-35]	노인장기요양보험 등급인정자 및 시설인프라 변화	287
[그림 4-36]	재가노인센터의 역할 정비	293
[그림 4-37]	OECD 주요국가의 공공사회복지지출 추이	307
[그림 4-38]	OECD 주요국가의 노인인구비율 추이	309
[그림 4-39]	OECD 주요국가의 합계출산율 추이	310
[그림 4-40]	우리나라 공공사회복지지출 구성비 추이	312
[그림 4-41]	경제위기와 사회보장제도	313
[그림 4-42]	OECD국가들의 공공복지지출수준과 부담능력, 복지수요와의 관계 : 1인당 GDP, 고령화수준, 국민부담율	318
[그림 4-43]	소득 3만불의 국민부담률과 공공복지재정 비교	322
[그림 4-44]	공공복지재정의 적정수준 탐색	326



Abstract

Tasks for Future Health and Welfare Policy

The future of welfare state has been a topic of discussion and argument in Korea recently. Issues range from education to employment, from healthcare to housing, from welfare rates to pensions to provision for people with disability. Some have claimed it cannot survive because the population is aging. Others have argued that globalization will undermine it in due course. Recent economic recession have added to the questions faced by the welfare state.

Is this right that Korea has to be welfare states? We are going to welfare states, really? Can the Korea's welfare states be sustainable? What are the major challenges faced by Korea's welfare state at this time? What impact does the welfare state have on reducing poverty? Can the necessary funding be provided? If Korea's welfare state is to survive how should it adjust to the changing economic situation? What are the implications of demographic developments? Can the nation state continue to be the basis for this kind of development model?

In these economically turbulent times it is essential to focus on

the shape of the society we wish to see emerge. People want to protect the vulnerable, secure the national standard livelihood, give the same start-line to all, and reduce the financial burden of education, health, housing, etc. Therefore we need to talk to the new government concerning the future Korea's welfare state vision, targets, aims, and tasks.

The present paper consist of 4 chapters. First chapter describes this paper's aim, method, contents. Second chapter describes the challenges of economic status and social condition in Korea. We ought to analyze Korea's condition in the past, present, and future. That results have some implication future welfare state considered. Third chapter analyze the survey how level the Korea's welfare performed and recognized. The results show most Korean feels "satisfies" about welfare policy performed and they need to secure employment, education, their old age life. Fourth chapter show the vision, aims, tasks for future welfare policies. Theses show 4 categories, 10 tasks, 40 items. Each item consist of condition, diagnosis, abroad case study, and road map. We want for you to understand the Korea's future welfare vision, aims, policies, tasks, and items.

요약

1. 연구의 배경 및 목적

- 사회·경제적 환경의 변화와 복지욕구의 증대에 따라 우리사회의 보건·복지 분야에 대한 관심 증대
 - 경제 환경의 변화는 보건복지정책의 위축을 야기
 - － 대외의존도가 높은 개방경제와 경제성장을 감소, 비정규직 증가, 자영업자의 증가
 - － 내수부진과 부동산 경기에 따라 가계부채 증가
 - － 사교육비, 통신비 등 가계의 경직성 지출 증가
 - 사회 환경의 변화는 보건복지정책의 필요성 및 확대를 야기
 - － 저출산·고령화로 인한 생산가능 인구의 감소 및 베이비붐세대 은퇴 본격화
 - － 만혼 등 독신가구 증가, 한 부모가족과 다문화가족 등 다양한 가족의 증가
 - － 자녀양육 및 보육에 대한 부담 증가
 - － 성폭력·가정폭력·학교폭력 등 사회불안 요인 증가
 - － 고령화로 인한 노인성질환과 만성질환 증가, 의료비 급증
 - 2012년 제 18대 대통령선거에서 제기되는 화두 역시 복지공약임.
 - － 생애주기에 따른 맞춤형 복지로의 전환 제안
 - － 선별적 복지에서 보편적 복지로의 전환 제안

4 • 미래보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구

- 본 연구는 지난 정부의 보건복지정책 성과를 살펴보고 향후 보건복지정책의 방향을 설정하는 데 연구의 목적이 있음.
 - 저출산·고령화 가속화, 서민·취약계층의 어려움 지속, 복지지출 증가로 인한 재정적 지속가능성 우려 등을 감안하여 효율적인 복지시스템을 구축하고, 사회안전망을 더욱 촘촘하게 설계할 필요성 대두
 - 글로벌 경제 환경, 저출산 고령화 등 대내외적 여건 변화를 분석하고 이를 토대로 미래 보건복지정책의 지향과 과제 발굴, 재정부담 검토
- 연구방법
 - 분야별 전문가로 구성된 TF 운영, 대국민 복지욕구 및 의식조사, 정책토론회 개최 등 의견수렴

II. 주요 연구결과

- 대내외적 여건 전망
 - 경제성장을 전망: 2012년 3%(기획재정부), 2021년~ 2%대, 2031년~ 1%대(OECD, 2012)
 - 생산 가능인구 전망: 2012년 73.1%로 정점에 달한 이후 2026년 초 고령사회진입(노인인구 20%), 2050년 고령화율은 37.4%로 OECD 국가 중 일본 다음으로 가장 높을 것으로 전망
 - 양극화: 가처분소득 기준 중산층 가구(중위소득 50~150%) 비중이 2000년 71.7% → 2010년 67.5%로 감소
 - 가계부채: 2011년 기준 자산 및 부채 보유 가구의 평균 부채총액은 8,289만원으로 2010년에 비해 15.7% 증가(통계청, 2011)
 - 노동시장: 20대와 50대의 고용률 악화, 비정규직 증가 및 임금격차 큼(정규직의 61.3%)

□ 대국민 복지욕구 및 의식 조사

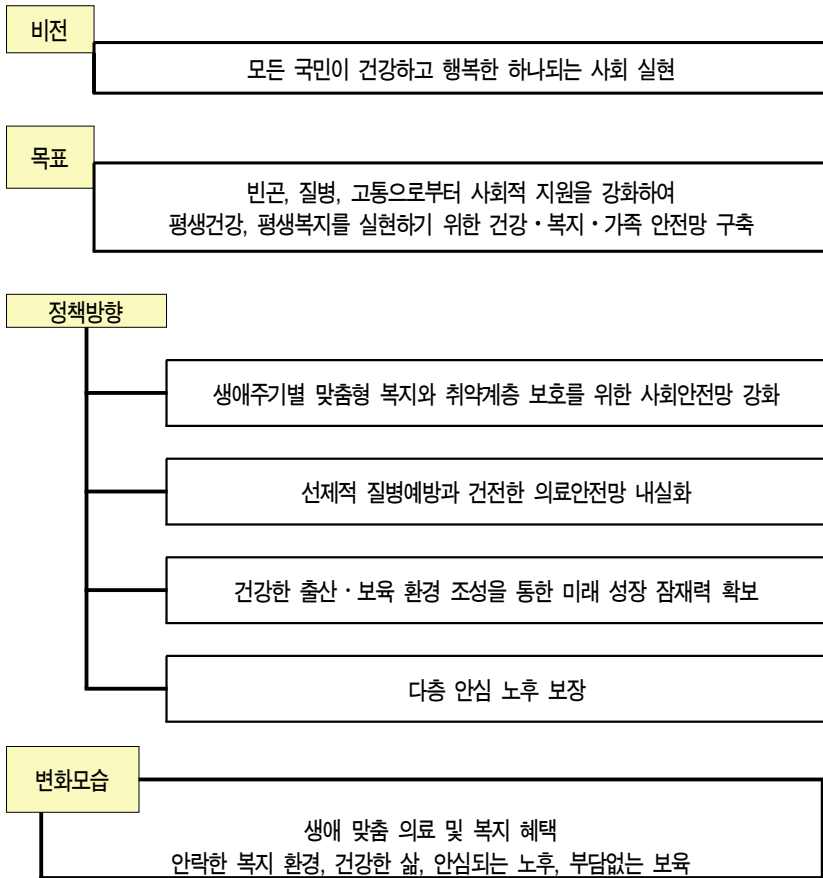
○ 전국 1,000명을 대상으로 복지욕구 및 의식에 대한 조사를 실시

- 평소 생활하는데 가장 큰 걱정거리는 노후준비(41.1%), 자녀교육 문제(31.9%), 일자리 등(27.3%), 소득 및 생활비(24.9%), 건강 및 의료(23.6%), 먹거리, 범죄 등 사회 안전(22.6%), 가계부채(16.3%), 주거(8.2%), 기타(0.3%) 순으로 나타남(1순위, 2순위 중복응답).
- 신정부가 가장 중점을 두어야 할 보건복지정책은 취업 및 일자리 지원(48.4%), 의료비 부담경감(30.1%), 저소득층 소득 지원(26.3%), 노인의 삶의 질 향상(24.8%), 서민 주거지원(24.4%), 보육지원(20.6%), 장애인 등 취약계층 지원(19.9%), 기타(0.6%) 순으로 나타남(1순위, 2순위 중복응답)
- 복지수준과 이에 따른 재원조달 관련 인식은 ‘세금 인상을 하더라도 복지수준을 높여야 한다(40.0%)’는 응답이 가장 높고, ‘복지수준이 낮아도 세금을 더 인하해야 한다(26.0%)’는 응답과 ‘현재의 세금과 복지수준이 적정하다(25.4%)’는 응답 순으로 나타남.

□ 신정부 보건복지정책방향 설정

○ 신정부의 보건복지정책 방향 설정과 과제의 도출

- 경제와 복지가 악순환 구조에서 선순환구조로 전환되어야 함.
- 사회·경제적 환경에 대한 대응성이 높아야 하고, 대응성이 높은 정책에 우선순위가 부여되어야 함.
- 빈곤의 악순환을 끊고 생애주기별 욕구와 전 생애적 위험에 대응할 수 있는 사회안전망 강화
- 중장기적인 방향설정과 단기적인 과제 도출로 이원화 전략 구축



□ 분야별 과제 도출

- 보건부문, 복지 부문, 저출산·고령사회부문, 사회복지재정·통계부문 등 4개 부문 10개 과제를 선정함.
 - － 각 과제별로 현안과 쟁점을 분석하고, 정책의 성과를 평가한 후, 추진방향과 향후 과제 제시
 - － 세부 추진과제(40개 과제)에 대해서는 실태 및 근거, 해외 동향, 대안들, 기대효과 순으로 기술

1	보건부문	건강보험 지속가능성 제고	건강보험의 안정적 재원확보 건강보험 재정지출 효율화
		진료비보상제도	진료비 지불단위 포괄화 거시의료비 관리방안 마련 성과보상제 확대
		의료서비스 질 제고	통합의료관리체계 구축 환자중심의료 고도화 환자안전 강화 의료의 질 인프라 확충
2	복지부문	사회서비스관리체계 효율화	사회서비스부문 품질관리 체계화 사회서비스 운영의 공공성 강화 지역단위 통합적 서비스 전달시스템 마련
		소득보장 사각지대 해소	저소득 순수자영자 국민연금 보험료 지원 사적연금 보험료 지원 지역가입자 소득과약자료 구축 임시·일용직 국민연금 가입률 제고 연금사각지대 해소
		고용·복지통합연계	사회정책 전반에 걸친 재구조화 모색 복지·고용 연계 전달체계 개편
3	저출산·고령사회 부문	보육 및 아동정책의 합리화	0~2세 아동 시설보육과 시설외 보육간 균형 근로-보육 연계 강화 신혼부부 주택 지원 다자녀 가구 조세 지원 확대 아동수당/교육수당 도입 부모보험제도 도입
		노인 장기요양보험과 노인보호 정책	장기요양 대상자 확대 및 등급체계 개선 포괄케어시스템 개발 서비스 평가체계 개선 시설 및 인력 인프라 체계 정비 재가서비스 활성화를 위한 체계 개편 유사서비스간 기능정립 장기요양 돌봄 가족 지원 강화
4	사회복지재정·통계부문	복지재정의 적정화 및 재원조달	2017년도 우리나라 복지재정의 적정수준 복지재원조달 방안
		정보활용의 극대화를 통한 정책집행의 효율성 제고	보건복지 정보 활용을 위한 관련 법·제도 정비 정보의 체계적인 개발 및 수집 수집정보의 체계적인 관리 효율적인 정보제공 및 활용

III. 결론 및 시사점

□ 향후 복지정책의 방향설정에 대한 탐색과 핵심과제의 도출을 통해 신정

8 • 미래보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구

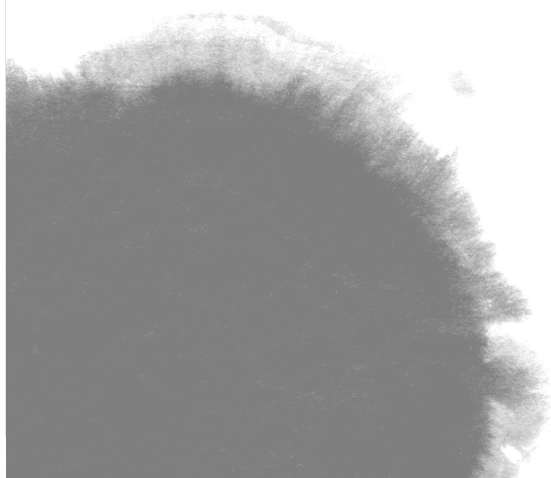
부의 복지정책 비전과 정책 설계에 도움이 될 것으로 기대됨.

- 신정부의 생애주기별 맞춤형 복지공약의 실현을 위해 구체적인 로드맵을 제시하고, 추가적인 정책 방안을 제시하였음.

*주요용어: 복지정책 성과, 신정부 복지정책 추진방향

1장

서론



제장 서론

제1 절 연구의 필요성 및 목적

- 우리나라는 세계에서 유래를 찾아볼 수 없는 낮은 출산율과 평균수명의 연장 등으로 빠르게 고령화 사회로 진행하고 있음.
 - 노인인구 비중은 '00년 7%(고령화 사회)에 도달한 이후 계속 상승하여 '10년 11%, '18년 14%(고령사회), '26년 20%(초고령사회)에 달할 것으로 전망
 - － 60세 이상 인구는 약 765만 명(전체 인구의 15.5%, 2010) → 약 2,120만 명(전체 인구의 44.1%, 2050) 증가 예상
 - － 80세 이상 초고령인구 또한 전체 인구의 1.9%(2010) → 14.3%(2050) 급격히 증가
 - 전체 인구 중 노령인구가 차지하는 비중은 매년 빠르게 증가하고 있으며, 이러한 추세는 상당기간 지속될 것으로 전망됨.
- 생산가능인구의 조세 및 사회보장비 등 부담 급증은 세대 간 갈등을 야기하여 사회통합에 부정적 영향을 초래할 우려
 - 노인 1명당 부양인구 : 9.9명('00) → 7.0명('08) → 6.6명('10) → 5.7명('15)

- 생산 가능인구는 '16년(3,619만 명)을 정점으로 감소할 것으로 전망되며, 생산 가능인구 평균연령도 '08년 38.7세, '20년 41.8세로 지속적인 상승 예상
- 90년대 중반까지 우리나라의 합계출산율은 1.6명 수준에서 유지되었으나, '97년 이후 급격히 하락해 '05년 1.08명까지 감소하였고, 당분간 이를 벗어나기 어려울 전망
 - '06년 1.13명에서 '08년 1.19명으로 출산율이 다소 높아졌으나, '쌍춘년'이나 '황금돼지해' 등 결혼·출산 특수로 인한 일시적 현상으로 판단되며 '09년에 다시 1.15명으로 감소
- 고용 불안정, 결혼 및 자녀양육에 따르는 경제적 부담, 일·가정 양립의 한계 등으로 만혼과 출산기피 현상은 갈수록 심화
 - 청년층 실업률(15~29세) : 8.3%('04) → 8.0%('05) → 7.9%('06) → 7.2%('07) → 7.4%('08) → 8.4%('09)
 - 임신기피사유(복지부 설문조사, '08) : 양육·교육비부담(33.2%), 경제적 부담(21.3%)
 - 평균초혼연령 : (남) 28.6세('90) → 29.3세('00) → 31.1세('07) → 31.4세('08), (여) 25.5세('90) → 26.5세('00) → 28.1세('07) → 28.3세('08)
 - 합계출산율 : 우리나라 1.15('09), 프랑스 2.02('08), 미국 2.1('07), 일본 1.34('07), OECD 평균 1.73('07)
- 인구 고령화, 지식정보기술 및 자동화기술의 발전과 글로벌 경제화에 따른 노동시장 변화, 가족 행태의 변화는 현행 경제 체제의 질적인 전환을 가져왔으나 사회체계는 이를 따라가지 못하고 있음.
 - 따라서 변화하는 사회·경제 환경변화에 대응하기 위한 지속가능한 새로운 사회적 조절기능이 모색 되어야 함.
 - 세계경제 성장률(World Bank, '09.7) : 5.1%('07) → 3.1%('08) → -2.9%('09) → 2.0%('10)

- 향후 저출산·고령화 가속화, 서민·취약계층의 어려움 지속, 복지지출 증가로 인한 재정적 지속가능성 우려 등을 감안하여 효율적인 복지시스템을 구축하고 사회안전망을 더욱 촘촘히 설계할 필요성 대두
- 대내외 여건 변화 분석을 통하여 미래 보건복지정책 방향 선정 및 핵심과제 도출
 - 글로벌 경제 환경, 저출산·고령화 등 대내외 여건 변화를 분석하고 이를 토대로 미래 보건복지정책의 지향 및 과제 발굴
- 또한 현 정부 출범 5년차를 맞이하여 국정과제를 평가하고 방향선회가 필요한 과제, 추진이 미흡한 과제 등에 대한 정책 개선 방안 도출

제2절 주요 연구 내용

- 복지정책, 보건의료, 저출산·고령사회 대응 등 기존 보건복지정책에 대한 성과 및 문제점 검토
 - 복지인프라 부족, 서비스 공급기관의 분절적 제공 등으로 인하여 보건복지의 양적 확대에 비해 국민 체감도는 부족하였고, 각종 복지제도 도입 및 확대에도 불구하고 여전히 사각지대가 존재
 - 현행 의료체계는 사실상 의료이용을 수요자·공급자의 자율에 맡겨져 있어보다 효율적인 의료이용을 유도하는 기제 부족하였으며, 만성질환 증가 등 새로운 보건의료 구조 변화에 선제적으로 대응하는 의료전달체계는 미흡
 - 보육, 기초노령연금 등 특정 정책 중심으로 확대되어 향후 보건복지정책 전반에 걸친 개선이 필요
- 미래 보건복지 정책 추진 방향 설정 및 핵심과제 도출
 - 미래 보건복지 정책의 목표 설정 : 중·장기적 여건 및 사회·정치·경제적 환경 변화를 반영한 정책 목표 설정

- 미래 보건복지 정책의 중점 과제 도출 : 설정된 정책 목표 달성을 위하여 중점 추진과제 도출
- 도출된 과제를 수행하기 위해 재정 확보 가능성 검증 : 재정규모 증가('11년 대비 6.4% 증가한 92조원)에도 불구하고 OECD 국가 등 선진국에 비해 전체 투자규모는 낮은 상황
 - － 예) GDP 대비 출산양육정책 투자 비중: OECD 평균 2.2%, 한국 0.66%('07)

제3절 연구 방법

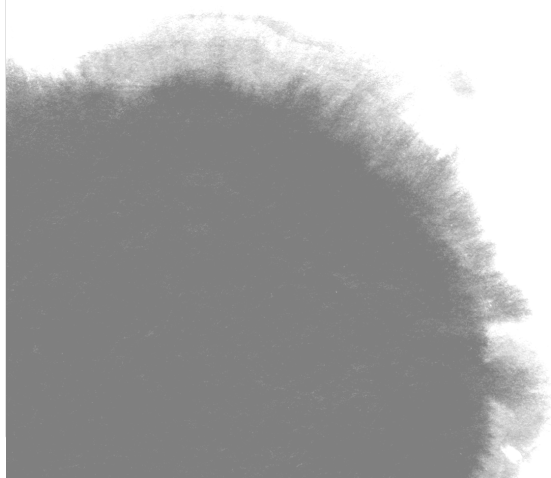
- 문헌 연구
 - 국내·외 관련 법 및 문헌고찰, 인터넷을 통한 정보 검색 등 기존 보고자료 중점 분석
- 분야별 전문가로 구성된 TF 운영
 - 보건복지 정책 분야별 원내 약 21명의 TF를 구성하여 대내외 정치·경제 환경 분석, 기존 정책 및 제도에 대한 평가 그리고 미래 보건복지정책 핵심과제의 우선순위 도출에 활용

제4절 기대 효과

- 기존 보건복지 정책에 대한 객관적 평가를 통해 미래 보건복지정책 지향 마련
- 보건복지 정책의 중장기적 과제 검토를 통해 향후 지속가능한 정책 방향 제시
- 단계별 전략 마련을 통해 핵심 과제에 대한 우선순위 설정으로 정책의 효과성 및 효율성 제고

2장

보건복지 정책 환경의 변화



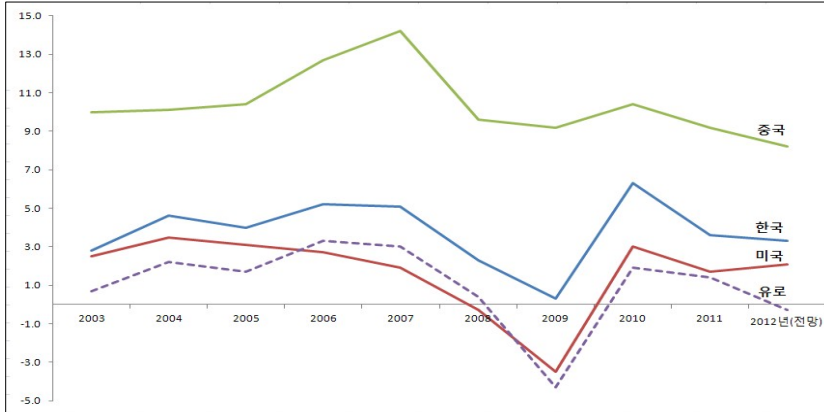
제2장 보건복지 정책 환경의 변화

제1 절 재정여건 변화

1. 경제성장률

- 2009년 저점에 도달했던 경제성장률은 2010년에 최근 10년간 최대치 (6.3%)로 회복되었다가 하향세로 전환(2012년 전망: 기획재정부 3.3%, 한국은행 3.0%)
 - 글로벌 경제위기의 여파는 극복하였으나, 뒤이어 발생한 유럽의 재정 위기 및 장기간의 세계적 경기둔화가 최근 하향세 전환에 반영
 - 前정부(2003~2007년)에서는 평균 4.3%의 안정적인 경제성장률을 보였으며, 세계 경기 역시 안정적인 시기

[그림 2-1] 경제성장률(2003~2012년)

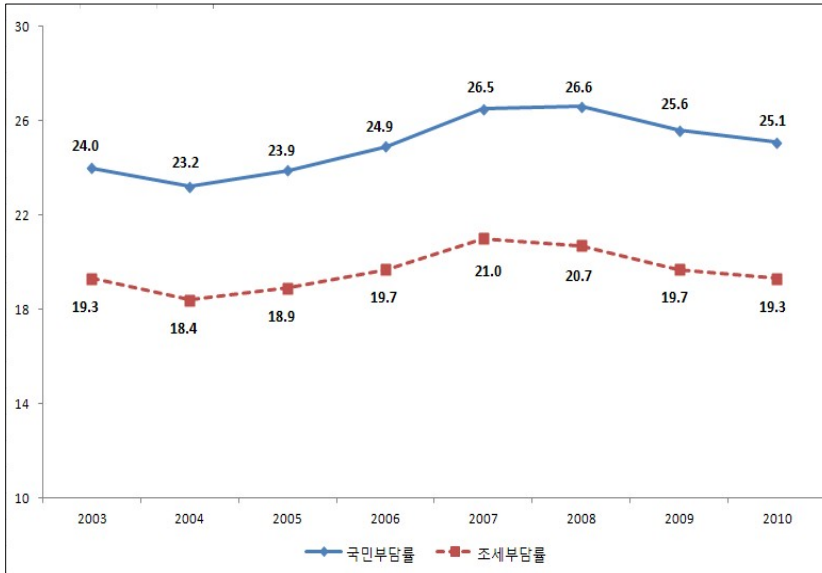


자료: 통계청, e-나라지표(http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=2736)
 한국은행, 경제통계시스템(<http://ecos.bok.or.kr/>)
 2012년 전망은 IMF, World Economic Outlook Update 및 기획재정부(2012.6.28) 참고

2. 부담률(국민부담률 및 조세부담률)

- 우리나라의 국민부담률 및 조세부담률은 2000년 이후 상승추세를 유지하다가 2007~2008년 글로벌 경제위기 이후 다소 감소하는 추세
 - 2008년 이후 국민부담률의 하향 추세에는 경제 활성화를 위해 시행한 소득세 누진세율 완화, 법인세 완화 등 각종 감세조치가 영향을 미친 것으로 평가
 - 前정부(2003~2007년)에서의 부담률은 2003~2004년 구간에서 감소했다가 이후 완만한 증가추세가 지속되는 경향

[그림 2-2] 국민부담률 및 조세부담률(2003~2010년)



자료: 통계청, e-나라지표(http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=1122)

- 2010년 현재 우리나라의 국민부담률은 OECD 평균의 70% 수준이며, 조세부담률 역시 OECD 국가들에 비해 낮은 편(OECD 평균 조세부담률: 24.8%)이나 국민부담률 상승 속도는 OECD 국가 중에서 가장 높은 것으로 파악(기획재정부, 2011)
- 2000년 이후 우리나라 국민부담률 증가의 주된 원인은 건강보험요율 인상, 국민연금 가입자 증가 등에 따른 사회보장기여금의 증가로 파악됨. 사회보장기여금은 같은 기간 전체 증가폭의 절반 이상인 2.07%p에 기여하였음.

〈표 2-1〉 국민부담률 증가요인

(단위: GDP대비 비중 %, %p)

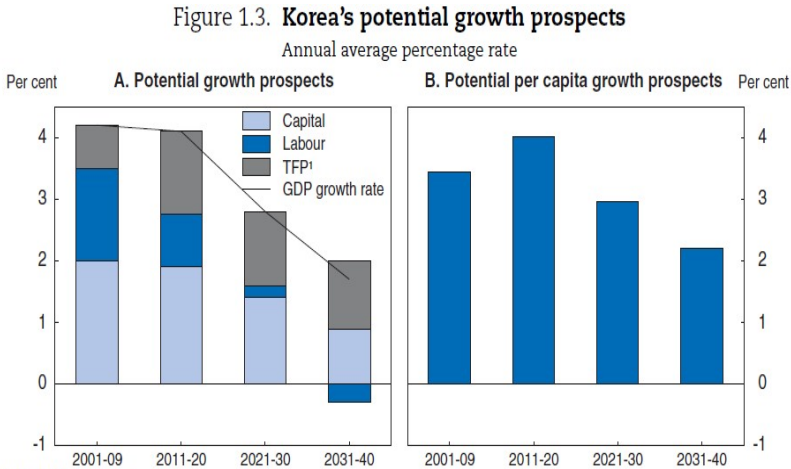
연도	개인 소득세	법인 소득세	사회보장 기여금	재산과세	소비세	기타	합계
2000	3.31	3.20	3.77	2.79	8.67	0.85	22.59
2007	4.44	4.00	5.50	3.40	8.29	0.90	26.53
2009	3.63	3.69	5.84	2.99	8.17	1.25	25.57
증가폭(2000~2009)	0.32	0.49	2.07	0.2	-0.5	0.4	2.98
증가폭(2007~2009)	-0.81	-0.31	0.34	-0.41	-0.12	0.35	-0.96

자료: 기획재정부, 2011년 국가경쟁력보고서

3. 저성장 및 재정부담

- 우리나라의 최근 잠재성장률은 4.3% 내외를 유지하는 것으로 파악(한국 개발연구원, 2011)되나, 고령화 및 이에 따른 생산 가능인구 비중 감소 등으로 인해 2021년 이후 2%대, 2031년 이후에는 1%대로 하락할 것이라고 분석(OECD, 2012)
 - 국가 경제규모 확대를 위한 자본 투자를 낮춘 노동생산성이 상쇄하여 전체적인 성장률을 감소시키는 양상

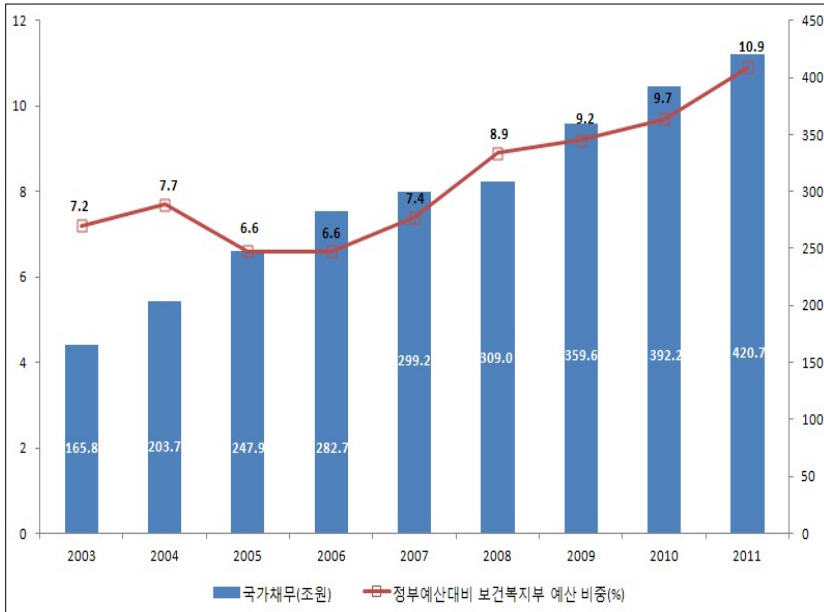
[그림 2-3] OECD의 한국 잠재성장률 전망(2000~2040년)



자료: OECD, Economic Survey Korea, 2012

- GDP 대비 국가채무 비율(34.0%, 2011년)은 상대적으로 안정적이지만, 국가채무 자체는 증가추세임.
- 정부 전체 지출 가운데 차지하는 보건복지예산 비중은 2006년 이후 지속적으로 증가
 - 前정부(2003~2007년)에서 평균 7.1%였으나, 現정부(2008~2011년)에서의 보건복지 예산 비중은 평균 9.7%로 증가
 - 경제위기에 따른 사회안전망 확대와 인구구조의 변동, 국민들의 복지수요 및 요구 증가가 보건복지 예산 증가에 영향을 미친 요인으로 사료
 - 인구구조 등의 변화로 인해 현 제도를 유지하는 경우 복지재정 지출 규모가 GDP 대비 8.5%(2004년)에서 22.4%(2050년)로 13.9%p 증가할 것으로 전망(한국조세연구원, 2009)

[그림 2-4] 국가채무 및 보건복지 예산(2003~2011년)



자료: 통계청, e-나라지표(http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=1106)
보건복지부, 보건복지백서, 각 년도

제2절 인구구조 변화

1. 인구고령화

□ 2000년 고령화사회(노인인구 7%)에 진입한 이후 65세 이상 노인인구 비중은 꾸준히 증가하는 추세이며, 저출산 현상과 맞물려 인구구조의 변화가 가속화 할 것으로 전망

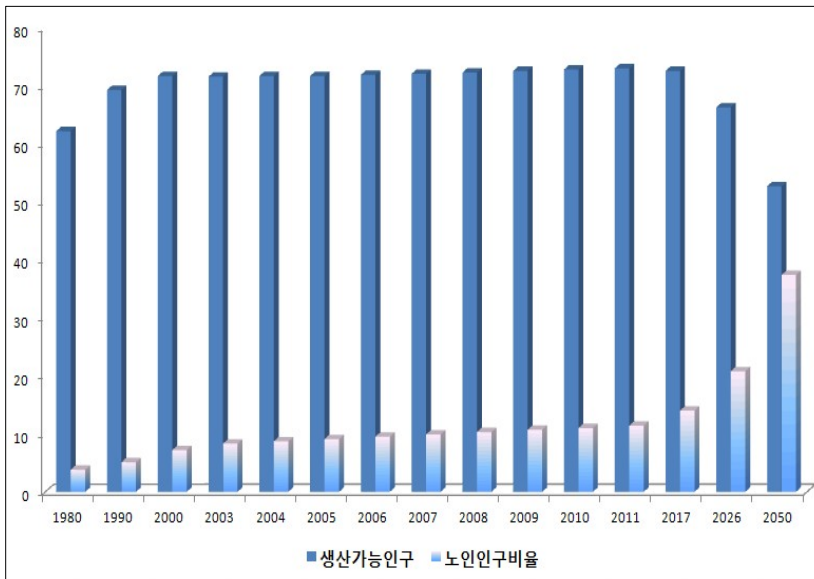
○ 다만, 베이비붐 세대 은퇴가 본격화하기 이전인 2002~2011년은 생산 가능인구 역시 안정적인 추세를 보일 것으로 전망되나,

○ 2012년 생산 가능인구 비중이 73.1%로 정점에 달한 이후, 2026년 초고령사회(노인인구 20%)에 진입하는 등 인구고령화가 정책 환경

변화에 미치는 영향이 급속히 증가할 것으로 전망

- 2050년 고령화율은 37.4%로 예상되며, 일본(39.6%) 다음으로 가장 높은 수준(OECD 평균: 25.8%)

[그림 2-5] 노인인구 및 생산가능인구 비율(1980~2050년)



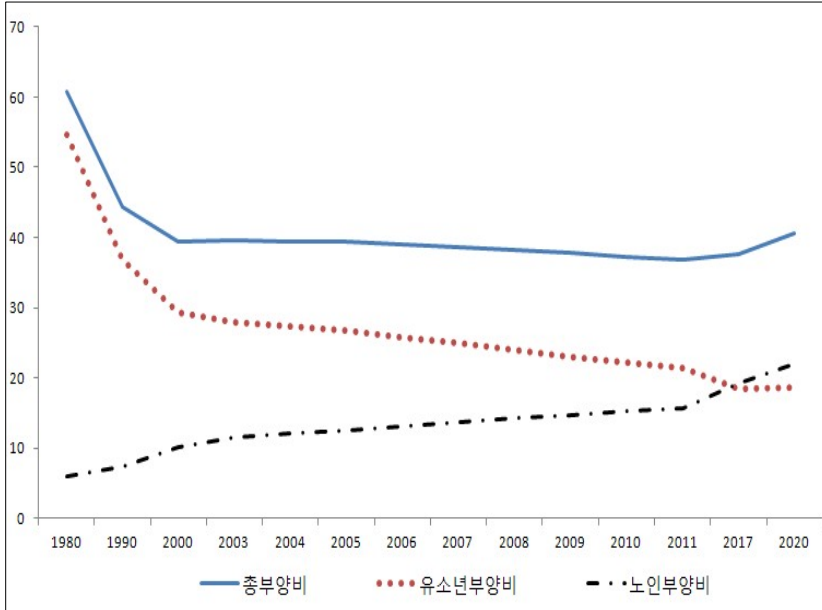
자료: 통계청, 국가통계포털(가정별 성비, 인구성장률, 인구구조, 부양비, 노령화지수, 중위연령, 평균연령 항목)

2. 사회적 부담

□ ‘저출산’이라는 출산형태가 지속되는 한, 인구구조의 노령화로 부양부담이 증가

- 2002~2011년까지는 총부양비가 감소·안정세를 유지하나, 부양계층이 감소하는 2017년 이후 본격적으로 증가
- 유소년부양비는 2000년 이후 지속적으로 감소추세를 보이는 반면, 노인부양비는 2017년 이후 유소년부양비를 추월하여 공공지출에 큰 영향을 미칠 것으로 전망

[그림 2-6] 인구구조 변화에 따른 부양비 변화 추이(1980~2020년)

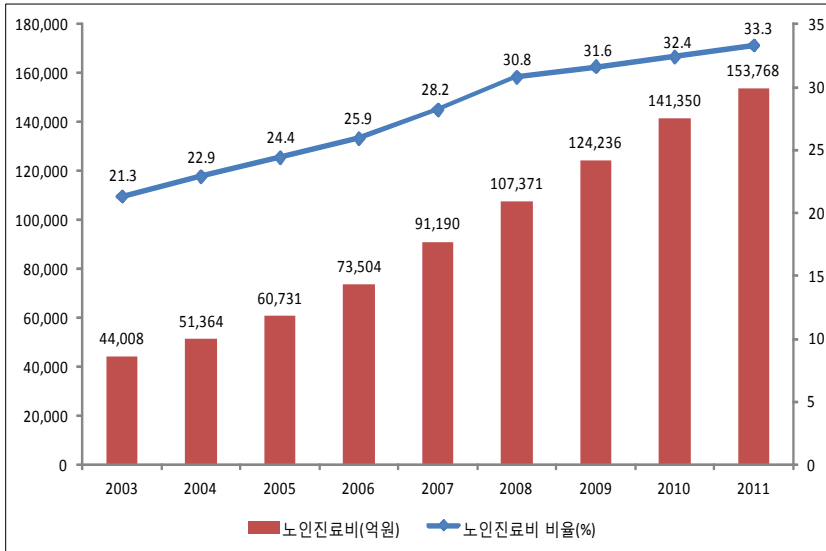


자료: 통계청, 국가통계포털(가정별 성비, 인구성장률, 인구구조, 부양비, 노령화지수, 중위연령, 평균연령 항목)

□ 인구고령화는 건강보험, 국민연금, 장기요양보험, 각종 급여 지출 수준에 이미 큰 부담요인으로 작용

○ 건강보험에서 노인진료비가 차지하는 비중 및 규모는 2003~2011년에 지속적으로 증가하고 있음. 급여범위의 확대와 아울러 인구고령화에 따른 만성질환의 증가가 이와 같은 추세에 큰 영향을 미친 것으로 파악(국민건강보험공단, 2012)

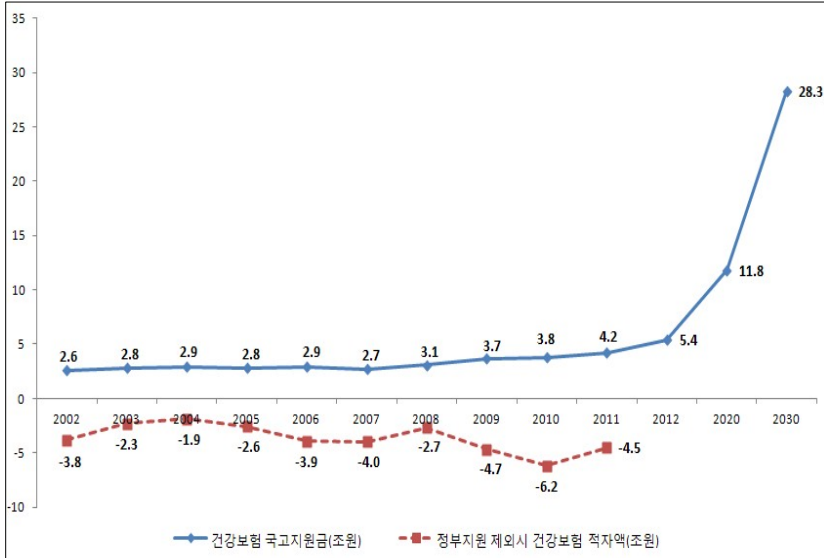
[그림 2-7] 건강보험 노인진료비 변화 추이(2003~2011년)



자료: 국민건강보험공단, 2011년 건강보험주요통계

- 보험료율을 현재 수준으로 유지할 경우 급속한 고령화 진행 등으로 인해 건강보험 운영을 위한 국고지원금이 2030년 28조 3,000억 원에 이를 것으로 전망

[그림 2-8] 건강보험 국고지원금 추이(2002~2030년)



자료: 동아일보(2012.7.19) 및 통계청 국가통계포털(연도별 건강보험 재정현황 항목)

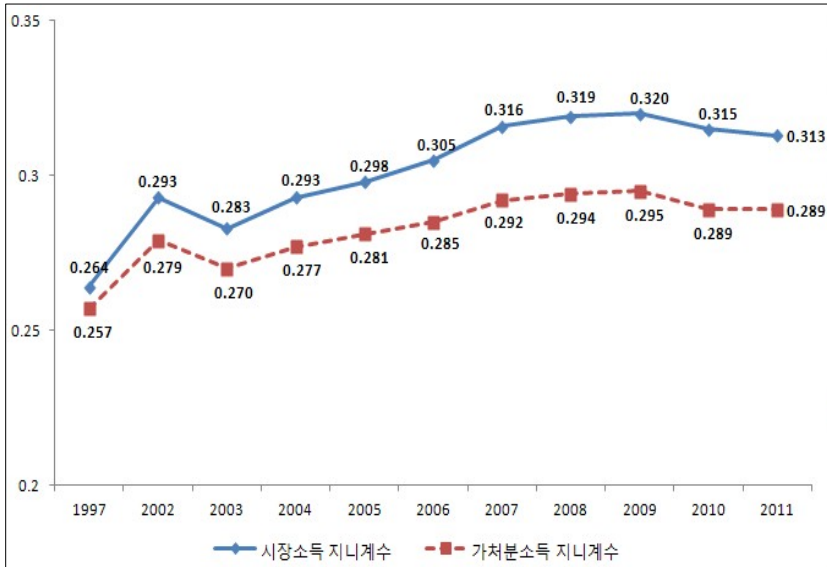
제3절 사회 환경 변화

1. 소득불평등

□ 2003년 이후 지속적으로 증가하던 지니계수는 2009년에 최대치에 도달하였다가, 2010년 이후에는 하향안화

○ 지니계수를 기준으로 할 경우, 현재 정부는 前정부(2003~2007년)에 비해 소득불평등이 높은 수준이나, 증가추세의 둔화 및 개선이라는 측면에서는 성과

[그림 2-9] 지니계수 변화 추이(2003~2011년, 2인 이상 도시가구 기준)



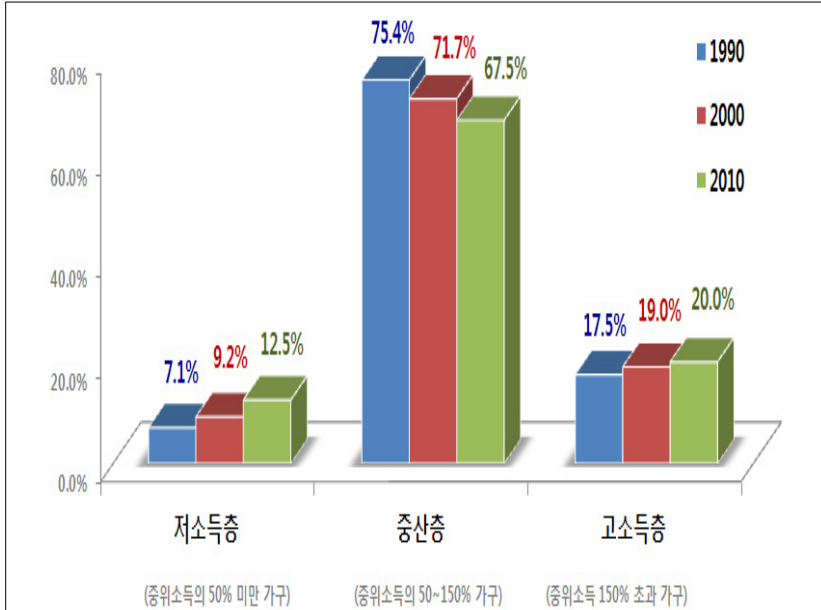
자료: 통계청, 국가통계포털(소득분배지표 항목)

2. 양극화

□ 소득분배의 불평등은 다소 개선되는 양상이나, 외환위기와 글로벌 경제 위기를 거치면서 양극화 현상 심화

○ 가처분소득 기준 중산층 가구 비중(중위소득 50~150%)이 2000년 71.7%에서 2010년에 67.5%로 감소한 반면, 저소득층과 고소득층의 비중은 증가

[그림 2-10] 소득계층별 비중 추이(1990~2010년, 가처분소득 기준)



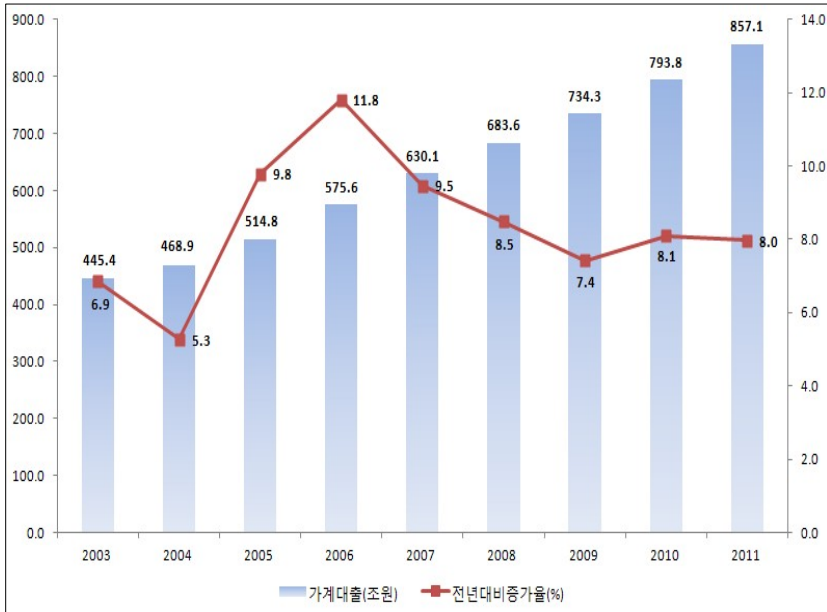
자료: 통계청, 가계동향조사, 각 년도; 이태진 외, 공생발전을 위한 보건복지분야의 정책방향에서 재인용

3. 가계재정 건정성

□ 2011년 가계부채(대출)은 857.1조원으로 지속적으로 증가 추세

- 부동산 경기 호황이 정점에 달했던 2004~2006년 기간에 전년대비 증가율이 크게 높았으며, 2007년 이후에는 다소 안정되고 있음. 그럼에도 2007~2011년의 평균증가율은 8.3%에 달함.
- 반면 2005~2010년 기간의 가구 가처분소득 증가율은 연평균 6%에 그쳐 가계부채/가처분소득 비율은 2005년 129%에서 2010년 155%로 크게 상승하였음. 이는 세계적으로도 매우 높은 수준으로 평가(한국은행, 2012)
- 2011년 자산 및 부채 보유가구의 평균 부채총액은 8,289만원으로서, 2010년에 비해 15.7%가 증가(통계청, 2011)

[그림 2-11] 가계부채 추이(2003~2011년, 가계대출 기준)

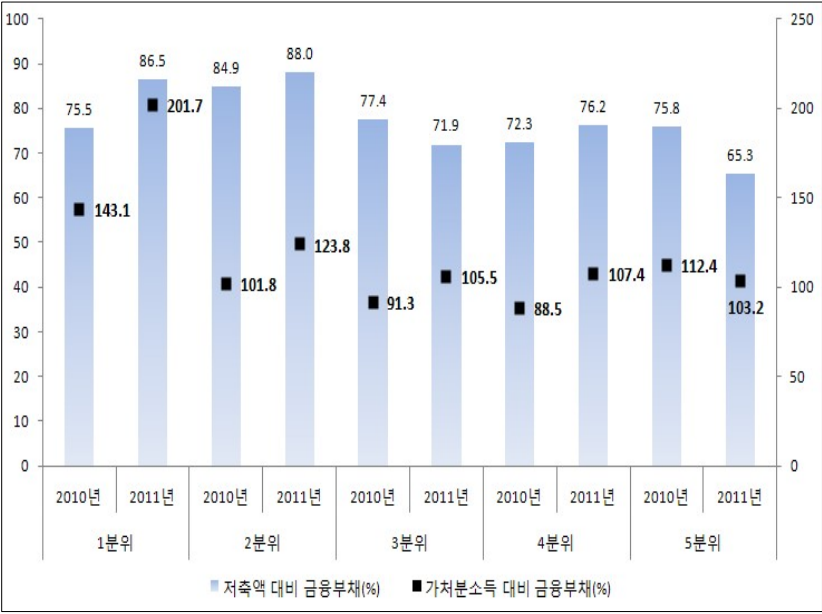


자료: 한국은행, 경제통계시스템(<http://ecos.bok.or.kr/>)

- 소득 5분위별(상위 20% 5분위, 하위 20% 1분위)로 보면, 저축액 대비 금융부채 비율은 1~2분위 가구가 높음. 특히 1분위 가구의 전년대비 증가율이 높은 것은 저축액 증가보다 금융부채 증가율이 컸기 때문으로 분석(통계청, 2011)
- 가처분소득 대비 금융부채 비율은 1분위 가구가 201.7%로 가장 높으며, 5분위는 103.2%로 가장 낮음. 5분위 가구를 제외하고 1~4분위 가구는 모두 2010년에 비해 금융부채 비율이 상승

* 1990년대 초반 북유럽 3국의 경제 위기(부동산 호황→가계대출 증가→부동산 가격 폭락→부실채권) 및 2008년의 경제 위기(주택관련 대출 확대에 따른 가계부채 위기) 원인으로 가계대출의 부실채권화 지적

[그림 2-12] 소득 5분위별 가계 재무건전성



자료: 통계청, 가계금융조사, 각 년도

- 금융부채가 금융자산보다 크면서 소득대비 원리금 상환비율(DSR)이 40% 이상인 ‘부채상환 취약가구’의 경우 1분위가 26.1%로 가장 높은 상황

<표 2-2> 소득분위별 부채상환 취약가구 현황

		(단위: %)				
		1분위	2분위	3분위	4분위	5분위
부채상환 취약가구 비율		26.1	14.6	10.1	7.3	6.9
취약가구 종사상 지위별 비중	상용근로자	9.1	28.8	45.3	37.2	30.2
	임시근로자	22.7	20.5	8.5	4.3	1.0
	자영업자	22.7	31.1	40.2	54.3	61.5
	기타	45.5	19.7	6.0	4.3	7.3

주: 1) 가계금융조사에서 종사상 지위를 표기하지 않은 가구
자료: 한국은행, 부채경제학과 한국의 가계 및 정부부채, 2011

제4절 노동시장 변화

1. 실업 및 연령대별 노동시장 특성

□ 2009년 경제위기 여파로 -1.51의 최저점을 기록한 고용탄력성은 2011년에 0.47로 상승하여 전년 대비 경제성장률의 감소 속에서도 우리 경제의 고용창출력이 다소 회복되었음을 의미

○ 前정부(2003~2007년) 시기 평균 4.3%의 경제성장률에 따라 고용탄력성 역시 안정적이었던 것으로 해석할 수 있음.

[그림 2-13] 고용탄력성 및 취업자증감률 추이(2000~2011년)



자료: 고용노동부, 고용노동백서, 2011

□ 2000년 이후 실업률은 3%대 초·중반에서 안정적으로 유지되는 경향

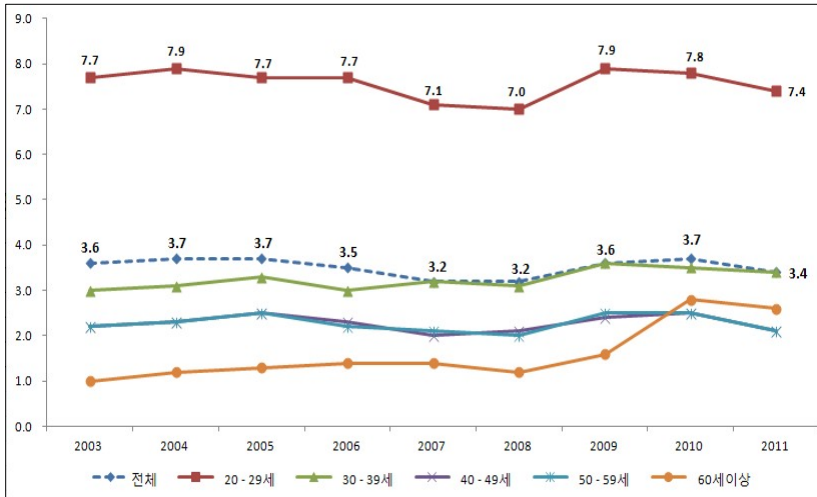
○ 2003년 이후 다소 감소하던 실업률은 경제위기 여파 등으로 2008~2010년에 증가추세를 보였으나, 이후 다시 안정화

○ 외환위기 당시 실업률(1998년 7.0%, 1999년 6.3%)과 비교하면 경제위기 상황에 대한 대비 등으로 고용시장 자체의 안정화는 일정 수

준 달성한 것으로 평가

○ 다만, 20대 청년실업률은 전체 실업률을 상회하는 추세를 유지

[그림 2-14] 실업률 추이(2003~2011년)

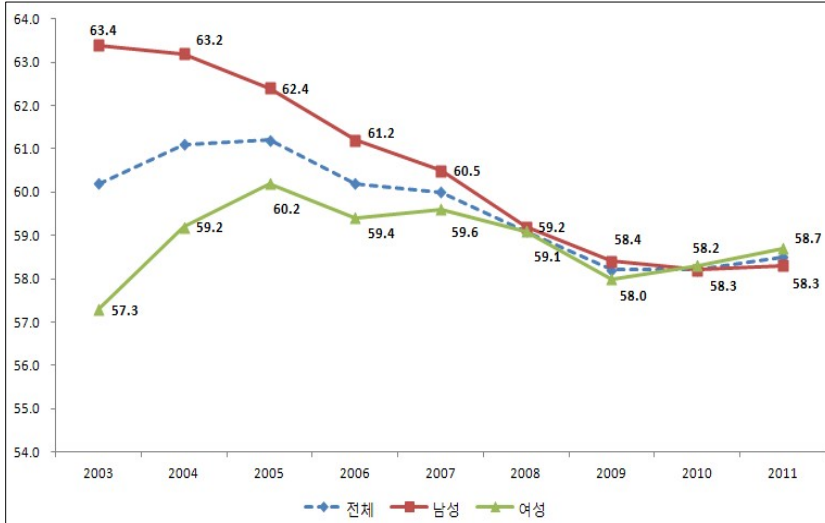


자료: 통계청, 국가통계포털(성·연령별 실업률 항목)

□ 청년(20대) 고용률은 2005년에 61.2%에 도달하였으나, 글로벌 경제위기
와 이에 따른 내수 침체 등으로 이후 50% 후반대에 머무르고 있음.

○ 남성의 20대 고용률이 지속적인 하락추세인 반면, 여성의 20대 고용
률은 장기적인 상승추세로서 2010년부터 남성 20대 고용률을 추월

[그림 2-15] 20대 고용률 추이(2003~2011년)



자료: 통계청, 국가통계포털(성·연령별 경제활동인구 항목)

□ 한국의 중장년층은 50대 이후 고용불안 현상에 직면

- 2012년 3월 현재 60세 이상 임금근로자의 69.0%, 50~59세 임금근로자의 38.6%가 비정규직으로 구분
- 60세 이상 임금근로자를 제외한 전 연령에서 2003~2007년에 비해現정부 들어 비정규직의 비율이 다소 개선되고 있는 모습은 긍정적

〈표 2-3〉 연령별 임금근로자 중 비정규직 비율 추이(2003~2012년)

(단위: %)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012.3
20~29세	29.6	33.3	32.8	30.9	31.2	31.0	31.7	31.3	31.6	29.7
30~39세	26.3	32.1	30.4	29.8	29.8	26.7	25.2	23.3	24.3	24.3
40~49세	31.2	35.9	36.3	34.1	34.1	31.6	32.3	29.8	30.5	30.0
50~59세	40.0	43.1	42.8	41.9	42.6	39.6	40.6	39.3	39.6	38.6
60세 이상	65.9	67.7	66.7	69.0	66.0	65.7	72.7	69.6	70.5	69.0

자료: 통계청, 국가통계포털(연령·근로형태별 취업자 항목)

2. 노동시장 이중화

□ 비정규직 근로자 규모는 2007년을 정점으로 감소하다가 2008년 이후 증가하는 등 등락 추세

- 임금근로자 중 비정규직의 비율은 2004년(37.0%) 정점에 이르렀으며, 2007년 이후 감소추세를 보이다가, 2009년부터는 33~34%대에서 정체된 양상
- 前정부(2003~2007년) 기간 동안 비정규직 비율이 높아지다가 現정부(2008년 이후)에서 감소 및 안정화 추세가 상대적으로 뚜렷

[그림 2-16] 비정규직 규모 추이(2003~2012년)



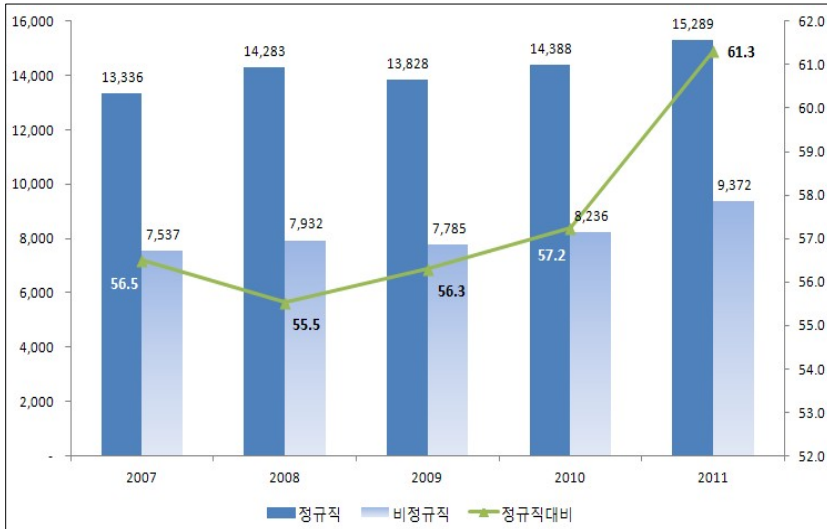
주: 비정규직=한시적근로자(기간제근로자 포함)+시간제근로자+비전형근로자

자료: 통계청, e-나라지표(http://www.index.go.kr/egams/stts/jsp/potal/stts/PO_STTS_IdxMain.jsp?idx_cd=2477)

□ 비정규직 근로자의 시간당 임금 총액 수준은 정규직 근로자의 61.3%에 머물고 있어(2011년) 여전히 임금격차가 존재

- 다만, 2008년 이후로는 정규직 대비 비정규직 근로자의 시간당 임금 총액 수준이 꾸준히 개선되는 양상을 보임.

[그림 2-17] 정규직 대비 비정규직근로자의 시간당 임금총액 수준(2007~2011년)



자료: 고용노동부, 고용형태별 근로실태조사, 각 년도

- 비정규직 근로자의 사회보험 가입률은 산재보험을 제외하고는 여전히 정규직 근로자의 절반 수준에 머물러 있어 사회안전망이 취약한 것으로 평가

〈표 2-4〉 정규직 대비 비정규직 근로자의 사회보험 가입 수준(2007~2011년)

(단위: %)

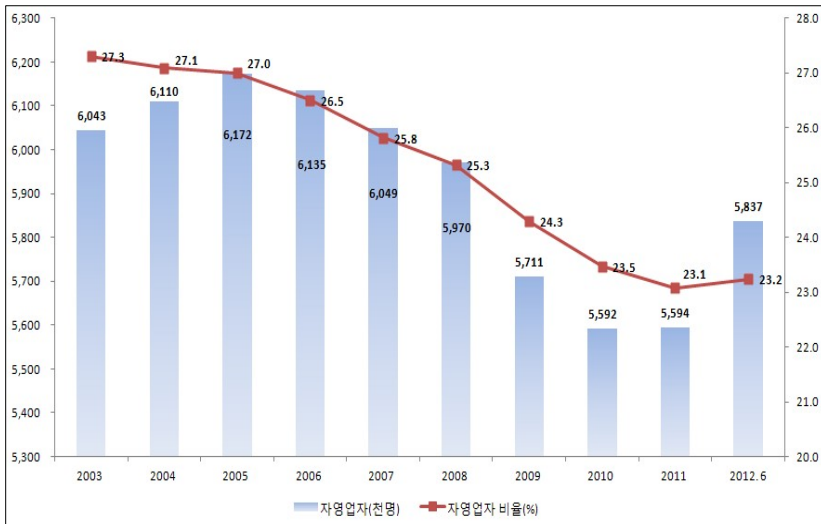
	2007년				2008년				2009년				2010년				2011년			
	고용 보험	건강 보험	국민 연금	산재 보험	고용 보험	건강 보험	국민 연금	산재 보험	고용 보험	건강 보험	국민 연금	산재 보험	고용 보험	건강 보험	국민 연금	산재 보험	고용 보험	건강 보험	국민 연금	산재 보험
정규직	93.9	94.7	94.2	95.8	94.9	95.1	94.9	95.9	95.6	96.6	96.4	97.0	95.7	96.8	96.6	97.6	94.9	96.4	96.1	96.8
비정규 직	52.1	49.6	47.3	90.9	51.3	49.1	47.2	91.5	51.9	49.7	46.8	92.3	52.1	49.5	46.9	93.1	53.5	50.6	48.1	94.2
정규직 대비	56.0	52.4	50.2	94.9	54.6	51.6	49.7	95.4	54.3	51.4	48.5	95.2	54.4	51.1	48.6	95.4	56.4	52.3	50.1	97.3

자료: 고용노동부, 고용형태별 근로실태조사, 각 년도

3. 자영업자 현황

□ 자영업자의 수는 2005년 정점에 이른 이후, 2011년까지 지속적으로 감소하다가 2012년에 증가 추세로 변화하였으며, 이에 따라 전체 취업자에서 차지하는 자영업자의 비율 역시 2012년 23.2%로 전년도에 비해 높아졌음.

[그림 2-18] 자영업자 현황(2003~2012년)



자료: 통계청, 국가통계포털

- 최근의 자영업자 증가는 50대 이상에서 두드러지게 나타나고 있으며, 29세 이하 연령대에서도 증가
 - 이는 재취업 여건이 여의치 않은 상황에서 본격화된 베이비붐 세대의 은퇴, 임금근로자의 수요 둔화, 청년실업의 장기화, SSM규제 등 상생정책 등이 영향을 미친 것으로 파악(LG경제연구원, 2012)

- 2012년 현재 자영업자 대출은 164조 8,000억원 규모로서 2011년부터 증가세
- 2011년 자영업자 대출 증가폭은 12.8조원으로 증가하였고, 2012년도 5월까지 6.3조원 증가
 - 자영업자대출 연체율 및 부실채권 비율 역시 2012년 현재 최근 3년 사이 가장 높은 수준을 기록하면서 건전성이 악화된 것으로 분석(금융감독원, 2012)

〈표 2-5〉 자영업자 대출 증감 추이 및 건전성 현황(2009~2012년)

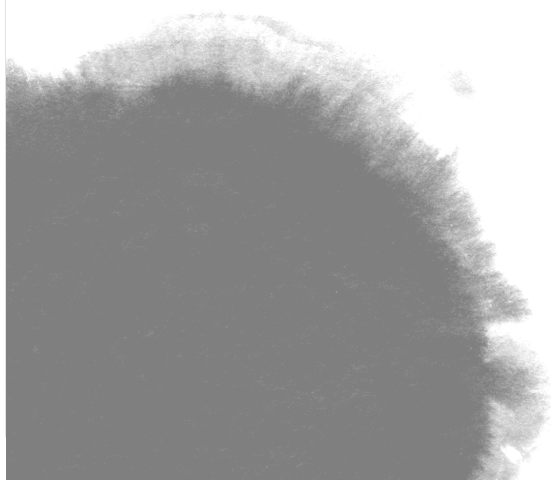
(단위: 조원, %)

	2009년	2010년	2011년	2012년 5월
대출증가폭	9.1	5.3	12.8	6.3
대출연체율	0.89	0.86	0.80	1.17
부실채권비율	0.89	0.92	0.81	0.98

자료: 금융감독원, 국내은행 개인사업자대출 현황, 2012

3장

대국민 복지욕구 및 의식 조사



제3장 대국민 복지욕구 및 의식조사

- 조사 대상 : 전국 16개 광역시도 만 20세 이상 남녀
- 표본 수 : 1,000명
- 표본 추출 방법 : 지역별/성별/연령별 인구 비례 할당(2012년 행정안전부 주민등록 통계 기준)
- 표본 오차 : 95% 신뢰수준에서 $\pm 3.1\%p$
- 응답률 : 17%

1. 보건복지정책 일반

〈표 3-1〉 정부의 보건복지 혜택에 대한 만족도 - 전반적인 보건복지 혜택

	사례 수	매우 불만족 ①	불만족 ②	보통 ③	만족 ④	매우 만족 ⑤	불만족 (①+②)	보통 (③)	만족 (④+⑤)	모름/ 무응답	계	평균 (5점)	통계량(x²) p-value
전	총	(1,000)	3.5	24.7	44.9	16.5	1.9	28.3	44.9	18.5	8.3	100.0	2.88
	남성	(495)	4.7	27.3	43.3	15.4	1.6	32.0	43.3	17.0	7.8	100.0	2.80
성별	여성	(505)	2.4	22.2	46.6	17.6	2.3	24.6	46.6	19.9	8.8	100.0	2.95
	만20세~29세 이하	(166)	4.0	26.5	44.7	16.5	2.7	30.5	44.7	19.1	5.7	100.0	2.87
연령	30대	(205)	4.4	25.9	50.0	11.3	1.0	30.3	50.0	12.2	7.4	100.0	2.77
	40대	(222)	3.0	20.0	46.9	18.1	1.5	23.0	46.9	19.6	10.6	100.0	2.95
	50대	(196)	2.3	26.1	42.1	15.5	0.9	28.4	42.1	16.4	13.1	100.0	2.85
	60대 이상	(211)	4.1	26.0	40.9	21.1	3.6	30.1	40.9	24.7	4.4	100.0	2.94
	서울	(206)	3.7	27.2	38.6	19.0	1.7	30.9	38.6	20.7	9.9	100.0	2.87
지역	인천/경기	(287)	2.2	24.3	49.9	11.4	0.6	26.5	49.9	12.0	11.6	100.0	2.82
	대전/충청	(102)	4.5	27.4	41.7	15.9	3.3	31.9	41.7	19.2	7.2	100.0	2.85
	광주/전라	(102)	5.4	26.4	45.0	14.9	2.2	31.7	45.0	17.0	6.2	100.0	2.81
	대구/경북	(103)	3.7	20.5	39.9	25.5	2.6	24.2	39.9	28.1	7.8	100.0	3.03
	부산/울산/경남	(158)	4.8	23.8	48.1	14.8	3.6	28.6	48.1	18.4	4.9	100.0	2.88
	강원	(31)	0.0	13.4	53.8	32.8	0.0	13.4	53.8	32.8	0.0	100.0	3.19
지역규모	제주	(11)	0.0	36.6	41.2	22.2	0.0	36.6	41.2	22.2	0.0	100.0	2.86
	대도시	(474)	4.0	26.2	41.5	17.4	1.6	30.2	41.5	19.0	9.2	100.0	2.85
	중소도시	(460)	3.3	24.1	47.2	15.3	1.9	27.4	47.2	17.3	8.1	100.0	2.87
	동아촌	(66)	1.5	19.0	53.6	18.9	3.9	20.4	53.6	22.7	3.2	100.0	3.05
0~5세 영유아	있다	(151)	4.1	30.6	39.8	15.3	1.3	34.7	39.8	16.6	8.9	100.0	2.77
	없다	(849)	3.4	23.7	45.9	16.8	2.0	27.1	45.9	18.8	8.2	100.0	2.89

	시례 수	매우 불만족 ①	불만족 ②	보통 ③	만족 ④	매우 만족 ⑤	불만족 (①+②)	보통 (③)	만족 (④+⑤)	모름/ 무응답	계	평균 (5점)	통계량(χ^2) p-value
65세 이상 노인 부양	있다	1.3	22.9	51.8	17.6	1.0	24.2	51.8	18.6	5.4	100.0	2.94	$\chi^2=$ 4.356 $p=$ 0.113
	없다	4.2	25.3	42.9	16.2	2.2	29.5	42.9	18.4	9.2	100.0	2.86	
가구원수	2명 이하	3.3	25.9	47.8	13.2	2.3	29.1	47.8	15.5	7.6	100.0	2.84	$\chi^2=$ 3.934 $p=$ 0.686
	3명	3.9	26.4	40.3	16.0	3.6	30.3	40.3	19.6	9.8	100.0	2.88	
	4명	4.1	24.1	45.4	16.7	1.6	28.2	45.4	18.3	8.1	100.0	2.86	
	5명 이상	2.3	23.2	46.1	20.1	0.4	25.4	46.1	20.6	7.9	100.0	2.93	
	100만원미만	3.7	29.5	39.1	21.6	2.0	33.2	39.1	23.7	4.1	100.0	2.88	
월 가구소득	100~199만원	2.7	22.4	49.5	13.8	4.1	25.0	49.5	17.9	7.6	100.0	2.94	$\chi^2=$ 28.363 $p=$ 0.005
	200~299만원	6.1	24.4	41.3	15.5	2.0	30.6	41.3	17.6	10.6	100.0	2.81	
	300~399만원	2.2	24.1	48.8	16.3	0.4	26.3	48.8	16.7	8.2	100.0	2.88	
	400~499만원	2.7	25.1	55.5	6.8	0.0	27.8	55.5	6.8	10.0	100.0	2.74	
	500만 원 이상	4.1	21.3	41.2	22.7	3.3	25.4	41.2	26.0	7.4	100.0	3.00	
	모름/무응답	1.4	33.5	33.4	20.1	1.4	35.0	33.4	21.4	10.2	100.0	2.85	

- 우리나라 정부가 지원하는 보건복지 혜택에 대해서는 전반적으로 만족한다는 의견(18.5%)보다 불만족한다는 의견(28.3%)이 많음.
 - 여성에 비해 남성의 불만족 의견이 높았으며, 연령별로는 60대 이상 연령층에서 만족한다는 의견이 상대적으로 높음.
 - 취업·육아·부양 등의 부담계층인 30대 및 베이비붐 세대인 50대의 만족의견이 각각 12.2%와 16.4%로 낮게 조사되었음.
 - 지역별로는 대도시 지역 거주자의 경우 농어촌 지역 거주자에 비해 전반적인 보건복지 혜택에 대해 만족하는 비중이 낮고, 불만족한다는 의견이 높게 나타났음.
- 0~5세 영유아 자녀가 있는 경우에는 불만족 의견이 높게 나타나 보육 및 자녀교육 측면에서의 만족도가 떨어지는 것으로 조사되었으나, 65세 이상 부모를 봉양하고 있는 경우에는 그렇지 않은 경우에 비해 불만족 의견이 낮음.
 - 월평균 가구소득 측면에서는 월 100만 원 이하 수입을 가진 가구의 불만족 의견이 33.2%로 가장 높은 반면, 월 500만 원 이상 가구에 사는 만족 의견이 26.0%로 나타났음.

〈표 3-2〉 평소 생활하는데 가장 큰 걱정거리 - 1+2순위

	시례 수	노후준비	자녀 교육문제	일자리, 퇴직, 지역업 폐업 등	소득 및 생활비	건강· 의료	먹거리, 범죄 등 사회 안전	기계부채	주거	기타	모름/ 무응답
전	총	41.1 (1,000)	31.9	27.3	24.9	23.6	22.6	16.3	8.2	0.3	3.8
	남성	39.5 (495)	31.2	30.3	26.3	23.4	18.2	16.7	10.4	0.2	3.8
성별	여성	42.8 (505)	32.5	24.5	23.4	23.8	26.8	16.0	6.0	0.5	3.7
	만20세~29세 이하	16.2 (166)	16.5	50.2	31.8	13.6	39.0	14.3	14.2	0.0	4.2
연령	30대	28.9 (205)	57.3	17.5	26.9	18.9	18.7	16.7	15.0	0.0	0.0
	40대	42.0 (222)	54.0	20.5	19.8	14.6	20.3	21.6	5.0	0.7	1.5
	50대	56.5 (196)	19.3	32.5	23.5	25.3	19.3	16.6	3.9	0.0	3.1
	60대 이상	57.6 (211)	7.7	21.2	24.0	43.9	18.8	11.7	4.1	0.9	10.1
지역	서울	37.4 (206)	28.6	24.8	24.2	26.6	23.1	18.3	12.0	0.4	4.6
	인천/경기	43.0 (287)	34.7	30.6	23.2	22.5	20.8	17.7	5.4	0.3	1.9
	대전/충청	47.8 (102)	31.8	18.9	25.3	25.4	26.4	15.5	4.9	0.0	4.0
	광주/전라	32.5 (102)	35.1	23.1	28.2	23.6	21.1	21.7	9.3	0.0	5.4
	대구/경북	41.0 (103)	28.1	31.1	34.2	22.2	14.9	13.4	6.3	0.9	7.9
	부산/울산/경남	43.6 (158)	30.4	28.3	23.1	20.9	29.4	12.2	9.5	0.5	2.2
	강원	43.0 (31)	43.2	29.9	14.1	31.1	17.1	6.6	11.8	0.0	3.3
	제주	43.3 (11)	16.4	51.1	11.8	9.8	26.1	15.8	18.9	0.0	6.8
지역규모	대도시	38.6 (474)	32.3	25.5	24.8	23.5	24.8	17.4	7.8	0.4	4.8
	중소도시	42.9 (460)	31.9	30.1	25.3	21.3	21.1	14.9	9.1	0.4	3.1
0~5세 영유아 유아	농어촌	47.0 (66)	28.2	21.3	22.8	39.4	17.1	18.3	4.6	0.0	1.5
	있다	31.1 (151)	48.9	16.3	29.2	22.4	23.2	16.3	8.8	0.6	3.2
	없다	42.9 (849)	28.8	29.3	24.1	23.8	22.4	16.3	8.1	0.3	3.9
	65세 이상 노인 부양	43.8 (230)	35.6	29.1	24.9	20.5	16.1	16.3	8.0	0.7	5.1
가구원수	없다	40.4 (770)	30.7	26.8	24.9	24.5	24.5	16.4	8.2	0.2	3.4
	2명 이하	47.0 (199)	10.1	23.6	30.7	35.4	20.9	16.3	9.5	0.5	6.0
	3명	44.1 (209)	26.6	24.2	26.2	26.3	21.8	16.9	8.9	0.4	4.6

□ 응답자들에게 평소 생활하는데 가장 큰 걱정거리를 두 가지씩 조사하였음(중복응답 허용).

○ 조사 결과 노후준비에 대한 걱정이 41.1%로 1위였으며, 그 뒤를 이어 자녀 교육문제 31.9%, 일자리·퇴직·자영업 폐업 등의 문제 27.3%, 소득 및 생활비 24.9%, 건강·의료 문제 23.6%, 먹거리·범죄 등 사회 안전 22.6%, 가계부채 16.3%, 주거 문제 8.2% 등의 순으로 나타남.

□ 남녀 모두 전체적인 걱정거리의 순위에서 차이는 없었으나, 남성의 경우 일자리·퇴직·자영업 폐업과 소득 및 생활비, 주거 문제 등 주로 가계의 경제적 측면에서 여성보다 걱정하는 응답이 높은 반면 여성들은 노후준비, 먹거리·범죄 등 사회 안전 측면에서 남성보다 평소 더 많은 걱정을 하고 있는 것으로 나타났음.

□ 평소 걱정거리의 연령별 차이 역시 비교적 분명했는데, 20대에서는 일자리·퇴직·자영업 폐업에 대한 걱정이 50.2%, 먹거리·범죄 등 사회 안전에 대한 걱정이 39.0%로 높은 반면, 60대 이상에서는 노후준비 57.6%, 건강·의료 43.9%가 큰 걱정거리임.

○ 노후준비와 건강·의료 문제는 연령이 높아질수록 걱정하는 비율도 높아지는 관계를 보임.

— 자녀 양육을 담당하는 연령대라 할 수 있는 30대와 40대에서는 자녀 교육문제가 각각 57.3%, 54.0%로 가장 높았으며, 결혼 적령층이라 할 수 있는 30대에서는 주거(15.0%), ‘내 집 마련’의 부담이 큰 40대에서는 가계부채(21.6%)가 다른 연령층에 비해 상대적으로 큰 걱정거리로 꼽혔음.

□ 지역별로는 대도시, 중소도시, 농어촌 거주자 모두 노후준비에 대한 걱정이 가장 컸으나, 도시지역(대도시, 중소도시) 거주자들에게 자녀 교육문제가 다음으로 중요한 걱정거리였던 반면, 농어촌지역 거주자들에게는 건강·의료 문제를 두 번째로 지적한 경우(39.4%)가 많았음.

- 0~5세 부양 영유아가 있는 응답자들에게서도 자녀 교육문제(48.9%)가 가장 큰 것으로 조사되었음.
- 월평균 가구소득별로는 월 300만 원 이하 및 월 500만 원 이상 소득층에서 노후준비에 대한 걱정이 가장 컸고, 300~499만원 소득층에서는 자녀 교육문제에 대한 걱정이 1위였음.
- 상대적으로 소득 및 생활비 문제와 건강·의료 문제는 소득이 낮을수록, 먹거리·범죄 등 사회 안전 문제와 소득이 높을수록 큰 걱정거리로 인식하는 응답이 상대적으로 많았음.

- 새롭게 출범하는 정부가 가장 중점을 뒤야할 보건복지정책으로는(중복응답 허용) 취업 및 일자리 지원이라는 응답이 48.4%로 가장 많았고, 의료비 부담 경감(30.1%), 저소득층 소득 지원(26.3%), 노인의 삶의 질 향상(24.8%), 서민 주거지원(24.4%), 보육 지원(20.6%), 장애인 등 취약계층 지원(19.9%) 등을 다음 순위로 응답하였음.
- 남녀 모두 취업 및 일자리 지원이 새 정부가 가장 중점을 두어야 할 보건복지정책이라는 점에서는 동일하였음(남성: 45.5%, 여성 51.3%).
 - 남성은 여성보다 저소득층 소득지원과 장애인 등 취약계층 지원의 필요성을 많이 지정한 반면, 여성은 남성보다 의료비 부담 경감, 노인의 삶의 질 향상 등에서 남성보다 필요성을 지정한 비율이 높았음.
- 연령별로는 육아 담당층이 많을 것으로 예상되는 30대에서 보육지원(41.6%)이 가장 높은 순위였으며, 나머지 연령층(20, 40, 50, 60대 이상)에서는 모두 취업 및 일자리 지원에 대한 요구가 가장 높았음.
 - 다만 20대에서는 저소득층 소득 지원, 서민주거지원 등이 2, 3위로 나타난 반면, 40대는 의료비 부담 경감과 장애인 등 취약계층 지원이 2, 3위였음.
 - 50대와 60대 이상 등 연령이 높아질수록 노인의 삶의 질 향상과 의료비 부담 경감을 원하는 경우가 많아서 새 정부 중점 정책에 대한 세대 간 입장 차이가 나타났음.
- 지역별로도 순위의 차이는 크게 나타나지 않았으나, 대도시 및 중소도시 지역 거주자들은 취업 및 일자리 지원에 대한 요구가 농어촌 지역 거주자들에 비해 높은 반면, ‘장애인 등 취약계층 지원’ 측면에서는 농어촌 지역 거주자들의 요구가 도시지역 거주자들에 비해 유의하게 높았음(대도시: 19.2%, 농어촌 29.9%).
 - 0~5세 부양 영유아가 있는 경우는 보육지원(41.9%)이 역시 가장 중점을 뒤야 할 정책으로 꼽혔고, 부양 영유아가 없는 응답자들은 취업 및 일자리 지원(50.1%)에 대한 요구도가 가장 높았음.

- 월평균 가구소득별로는 소득수준이 낮을수록 저소득층 소득지원을 선택한 경우가 많아지는 양상이었으며, 월평균 소득 400만 원 이상의 상대적 고소득층은 200만 원 이하의 상대적 저소득층에 비해 보육지원과 장애인 등 취약계층 지원 분야에 대해 중점을 둬야 한다는 응답이 많았음.

〈표 3-4〉 복지수준에 따른 세금 징수에 대한 인식

	사례 수	세금을 좀 더 내더라도 복지수준을 높여야 한다	현재의 세금과 복지수준이 적정하다	복지수준이 낮아져도 세금을 좀 더 내려야 한다	잘 모르겠다	계	통계량(x ²) p-value
전	총	(1,000)	40.0	25.4	26.0	8.6	100.0
	남성	(495)	44.5	24.6	23.2	7.8	100.0
성별	여성	(505)	35.6	26.2	28.8	9.4	100.0
	만20세~29세 이하	(166)	39.0	35.9	19.5	5.5	100.0
연령	30대	(205)	45.0	22.3	21.5	11.2	100.0
	40대	(222)	43.8	21.4	24.2	10.7	100.0
	50대	(196)	37.5	27.9	29.0	5.6	100.0
	60대 이상	(211)	34.1	22.1	34.6	9.2	100.0
지역	서울	(206)	38.1	27.9	24.8	9.2	100.0
	인천/경기	(287)	40.7	24.2	27.1	8.1	100.0
	대전/충청	(102)	34.1	21.8	33.8	10.3	100.0
	광주/전라	(102)	44.7	21.4	26.1	7.7	100.0
	대구/경북	(103)	31.1	25.1	31.9	11.9	100.0
	부산/울산/경남	(158)	46.5	27.6	20.3	5.6	100.0
	강원	(31)	39.9	36.1	13.2	10.8	100.0
	제주	(11)	55.8	23.3	9.2	11.7	100.0
지역규모	대도시	(474)	39.5	27.0	25.4	8.1	100.0
	중소도시	(460)	39.9	23.6	26.5	10.0	100.0
	농어촌	(66)	43.9	26.3	26.8	3.0	100.0
0~5세 영유아	있다	(151)	40.7	19.3	31.0	9.1	100.0
65세 이상 노인 부양	없다	(849)	39.8	26.5	25.1	8.5	100.0
	있다	(230)	39.3	22.5	30.1	8.1	100.0
	없다	(770)	40.2	26.3	24.8	8.8	100.0

	사례 수	세금을 좀 더 내더라도 복지수준을 높여야 한다	현재의 세금과 복지수준이 적정하다	복지수준이 낮아져도 세금을 좀 더 내려야 한다	잘 모르겠다	계	통계량(x ²) p-value
가구원수	2명 이하	(199)	38.4	21.0	30.6	10.0	x ² =16.398 p=0.059
	3명	(209)	35.4	26.2	31.5	6.9	
	4명	(394)	41.4	29.2	21.3	8.1	
	5명 이상	(198)	43.5	21.6	24.9	10.0	
	100만원미만	(113)	35.5	18.6	32.9	13.0	
월 가구소득	100~199만원	(137)	37.0	16.2	34.1	12.6	x ² =52.208 p=0.000
	200~299만원	(190)	38.3	26.7	28.8	6.2	
	300~399만원	(199)	43.5	32.0	19.0	5.5	
	400~499만원	(126)	42.7	29.3	22.0	6.0	
	500만 원 이상	(174)	46.1	24.2	23.7	6.0	
	모름/무응답	(60)	25.2	28.5	24.1	22.3	

- 복지수준과 재원조달을 위한 세금 징수에 대한 인식 조사에서는 ‘세금을 좀 더 내더라도 복지수준을 높여야 한다’는 응답이 40.0%, ‘복지수준이 낮아져도 세금을 좀 더 내려야 한다’는 응답이 26.0%, ‘현재의 세금과 복지수준이 적정하다’는 응답이 25.4%로 조사되었음(잘 모르겠다 8.6%).
 - 결과적으로 응답자의 약 60%는 [복지수준 제고+조세 부담 증가] 조합보다는 증세 없이 최소한 현재 상태의 복지 수준 유지 정도를 원하는 것으로 해석됨.
- 성별로는 남성이 여성에 비해 [복지수준 제고+조세 부담 증가]에 찬성하는 비율이 높았고(남성 44.5%, 여성 35.6%), 연령별로는 30대와 40대에서 찬성 비율이 높았음.
 - 반면 60대 이상 연령층에서는 [복지수준 저하+조세 부담 감소]에 찬성하는 입장이 34.6%로 가장 높았으며, 20대 연령층은 현재 세금과 복지수준이 적정하다는 응답이 다른 연령층보다 상대적으로 많았음.
 - 지역별로는 농어촌 지역 거주자들이 복지수준과 증세를 선택한 비중이 도시지역 거주자들보다 많았음.
- 0~5세 영유아 또는 65세 이상 노인 등 부양가족이 있는 응답자들은 그렇지 않은 응답자들에 비해 [복지수준 저하+조세 부담 감소] 조합을 지지하는 비율이 높게 나타난 반면, 가구원 수는 대체로 많아질수록 증세 및 복지수준 증가에, 적어질수록 감세 및 복지수준 저하에 찬성하는 경향이 나타났음.
 - 월평균 가구소득 수준 역시 상대적 고소득층에서 [복지수준 제고+조세 부담 증가]에 찬성하는 경우가 많은 반면, 상대적 저소득층에서는 [복지수준 저하+조세 부담 감소]에 찬성하는 경우가 많았음.
- 복지정책의 실제 수요층(0~5세 영유아 및 65세 이상 노인 등 부양가족 보유 응답자, 상대적 저소득층)에서 오히려 복지수준의 저하를 감수하면서도 조세 부담 완화를 요구하는 응답이 많다는 것은 실질적인 가처분소득 및 유효수요에 부정적인 영향을 끼치는 증세에 대한 부담감은 큰 반

면, 이를 상쇄할 수 있는 복지정책의 체감도는 미흡하다고 인식하기 때문으로 사료됨.

2. 노인정책

〈표 3-5〉 정부의 보건복지 혜택에 대한 만족도 - 노인복지

	사례 수	매우 불만족 ①	불만족 ②	보통 ③	만족 ④	매우 만족 ⑤	불만족 (①+②)	보통 (③)	만족 (④+⑤)	모름/ 무응답	계	평균 (5점)	통계량(x) p-value
전 성별	총체	(1,000)	5.5	31.3	33.2	18.4	1.9	36.9	20.4	9.5	100.0	2.78	-
	남성	(495)	5.2	30.2	33.2	18.8	2.2	35.4	21.1	10.3	100.0	2.81	$\chi^2=$ 0.706
	여성	(505)	5.9	32.5	33.2	18.1	1.7	38.3	19.7	8.7	100.0	2.75	p= 0.702
연령	만20세~29세	(166)	6.1	34.2	33.5	18.5	2.0	40.2	20.6	5.7	100.0	2.75	
	이하												
	30대	(205)	7.5	35.5	36.6	14.8	1.4	43.0	16.2	4.2	100.0	2.66	$\chi^2=$ 16.985
	40대	(222)	6.2	31.9	37.7	14.8	2.5	38.1	17.3	7.0	100.0	2.74	p= 0.030
	50대	(196)	3.7	32.6	29.4	20.1	1.4	36.4	29.4	12.7	100.0	2.80	
	60대 이상	(211)	4.2	23.3	28.6	24.1	2.4	27.5	28.6	17.4	100.0	2.97	
지역	서울	(206)	6.6	29.6	34.6	18.9	2.5	36.1	34.6	7.8	100.0	2.80	
	인천/경기	(287)	4.6	31.5	37.7	16.7	1.1	36.1	37.7	8.4	100.0	2.76	
	대전/충청	(102)	3.2	32.5	30.6	20.5	4.3	35.7	30.6	8.8	100.0	2.89	$\chi^2=$ 23.399
	광주/전라	(102)	7.2	41.6	22.5	18.1	0.9	48.8	22.5	9.8	100.0	2.60	p= 0.054
	대구/경북	(103)	5.1	31.0	25.9	25.4	2.4	36.1	25.9	10.2	100.0	2.88	
	부산/울산/경남	(158)	6.2	31.4	33.4	15.3	1.4	37.6	33.4	12.4	100.0	2.71	
	강원	(31)	7.4	9.6	44.9	17.8	3.3	17.0	44.9	17.0	100.0	3.00	
	제주	(11)	5.0	19.9	47.7	21.3	0.0	24.9	47.7	6.1	100.0	2.91	
	대도시	(474)	5.3	31.7	33.2	19.4	1.5	36.9	33.2	9.0	100.0	2.78	$\chi^2=$ 3.987
	중·소도시	(460)	6.6	31.0	33.9	16.4	2.4	37.6	33.9	9.7	100.0	2.74	p= 0.408
지역구분	농어촌	(66)	0.0	31.3	28.8	25.7	2.5	31.3	28.8	11.6	100.0	2.99	
	있다	(151)	7.0	31.8	33.4	20.9	2.8	38.8	33.4	4.1	100.0	2.80	$\chi^2=$ 0.629
0~5세 영유아	없다	(849)	5.3	31.3	33.2	18.0	1.8	36.5	33.2	10.5	100.0	2.77	p= 0.730

	사례 수	매우 불만족 ①	불만족 ②	보통 ③	만족 ④	매우 만족 ⑤	불만족 (①+②)	보통 (③)	만족 (④+⑤)	모름/ 무응답	계	평균 (5점)	통계량(χ^2) p-value
65세 이상 노인 부양	있다	(230)	3.9	30.6	34.3	20.0	1.3	34.5	21.3	9.9	100.0	2.82	$\chi^2=$ 0.723
	없다	(770)	6.0	31.6	32.9	18.0	2.1	37.6	32.9	9.4	100.0	2.76	p= 0.697
가구원수	2명 이하	(199)	4.0	30.1	32.1	16.0	3.0	34.2	32.1	14.7	100.0	2.81	$\chi^2=$ 0.438 p= 0.999
	3명	(209)	5.9	30.1	33.0	19.4	2.0	35.9	33.0	9.7	100.0	2.80	
	4명	(394)	5.5	32.9	33.6	18.8	1.3	38.3	33.6	8.0	100.0	2.76	
	5명 이상	(198)	6.8	30.9	33.8	19.3	2.1	37.7	33.8	7.1	100.0	2.77	
	100만원미만	(113)	3.2	25.6	29.8	21.3	0.7	28.8	29.8	19.4	100.0	2.89	
월 가구소득	100~199만원	(137)	2.7	32.5	33.0	15.6	3.7	35.2	33.0	12.5	100.0	2.83	$\chi^2=$ 8.896 p= 0.712
	200~299만원	(190)	8.3	29.7	31.3	21.0	1.3	37.9	31.3	8.6	100.0	2.75	
	300~399만원	(199)	5.6	31.4	40.1	14.8	1.2	37.0	40.1	6.9	100.0	2.73	
	400~499만원	(126)	3.0	38.1	31.7	19.9	0.6	41.1	31.7	6.7	100.0	2.75	
	500만 원 이상	(174)	8.7	28.7	34.0	17.8	4.6	37.4	34.0	6.2	100.0	2.80	
	모름/무응답	(60)	3.7	38.1	24.6	22.2	0.0	41.8	24.6	11.3	100.0	2.74	

- 정부가 지원하는 노인복지 혜택에 대해 어느 정도 만족하는지 조사한 결과, 불만족은 36.9%, 보통 33.2%, 만족은 20.4%로 나타났다.
- 응답자의 연령대 별로 살펴보면 20대와 30대 응답자들은 40% 이상이 한국 내 노인복지 혜택이 불만족스럽다고 응답한 반면, 60대 이상의 응답자들은 27.5%만이 불만족스럽다고 답하였음.
 - 또한 30대의 16.2%, 40대의 17.3%가 노인복지 혜택이 만족스럽다고 하였는데, 60대 이상 응답자들은 26.5%가 만족스럽다고 응답하였음.
 - 지역 규모 면에서 살펴보면, 농어촌 지역 응답자들의 28.2%가 노인복지혜택이 만족스럽다고 응답하였고, 대도시는 20.9%, 중/소도시는 18.7%만이 만족스럽다고 응답하여, 중/소도시와 농어촌 응답자 사이에는 만족하는 비율의 차가 다소 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-6〉 노인들이 당면한 가장 큰 문제 1~2순위

		시례 수	건강 및 의뢰비	고독감 등 사회적 소외	일자리 부족	빈곤	주거 문제	기타	모름/ 무응답
성별	전	체 (1,000)	53.8	44.7	43.3	39.5	12.4	0.5	5.8
	남성	(495)	53.9	42.8	44.3	37.7	12.9	0.8	7.6
연령	여성	(505)	53.6	46.7	42.2	41.3	12.0	0.2	4.1
	만20세~29세이하	(166)	43.4	56.0	41.1	35.2	14.5	0.0	9.9
	30대	(205)	52.9	41.7	46.1	37.5	14.1	0.0	7.7
	40대	(222)	50.8	50.9	41.4	44.7	9.1	0.0	3.1
	50대	(196)	55.3	42.5	45.5	37.1	14.8	1.1	3.8
지역	60대 이상	(211)	64.4	34.4	42.2	41.6	10.4	1.4	5.6
	서울	(206)	54.2	41.0	50.2	35.9	12.3	0.0	6.3
	인천/경기	(287)	52.0	47.2	47.4	38.7	9.8	0.0	4.8
	대전/충청	(102)	53.9	43.7	44.5	36.1	14.3	0.9	6.5
	광주/전라	(102)	50.2	52.2	33.4	42.4	14.8	3.1	3.9
	대구/경북	(103)	55.9	42.7	36.0	42.6	10.8	0.9	11.1
	부산/울산/경남	(158)	56.5	41.7	39.1	46.9	11.9	0.0	3.9
	강원	(31)	66.1	42.3	29.3	26.9	27.5	0.0	7.9
	제주	(11)	29.4	60.9	50.4	31.3	21.2	0.0	6.8
	대도시	(474)	53.5	43.3	47.1	38.5	10.1	0.7	6.7
지역규모	중 소도시	(460)	53.7	46.5	40.5	40.1	14.1	0.2	4.9
	농어촌	(66)	55.8	42.2	34.5	42.5	17.3	1.4	6.3
0~5세 영유아	있다	(151)	53.6	40.2	46.7	44.4	10.9	0.0	4.1
65세 이상 노인 부양	없다	(849)	53.8	45.5	42.6	38.6	12.7	0.6	6.1
	있다	(230)	52.6	40.4	42.9	43.6	15.0	0.4	5.2
가구원수	노인 부양	(770)	54.1	46.0	43.4	38.3	11.6	0.5	6.0
	2명 이하	(199)	56.5	38.1	43.3	41.7	9.9	1.4	9.1
	3명	(209)	56.5	45.0	41.6	39.3	12.1	0.0	5.5
	4명	(394)	52.4	46.6	41.8	39.9	13.2	0.3	5.9
	5명 이상	(198)	50.8	47.5	48.0	36.8	13.7	0.5	2.7

	시혜 수	건강 및 의료비	고독감 등 사회적 소외	일자리 부족	빈곤	주거 문제	기타	모름/ 무응답
월 가구소득	100만원미만	(113) 59.8	34.7	41.0	42.8	13.2	0.8	7.6
	100~199만원	(137) 52.2	38.0	39.0	47.9	14.9	0.0	8.0
	200~299만원	(190) 56.9	42.7	42.1	37.5	14.7	1.5	4.5
	300~399만원	(199) 53.0	45.9	49.2	36.0	11.2	0.6	4.1
	400~499만원	(126) 51.1	51.0	48.5	39.5	7.4	0.0	2.6
	500만 원 이상	(174) 50.4	52.8	44.5	34.7	10.1	0.0	7.5
	모름/무응답	(60) 53.8	45.2	26.5	45.9	19.3	0.0	9.3

- 우리나라 노인들이 당면하고 있는 가장 큰 문제가 무엇이라고 생각하는지 두 가지 응답을 고르도록 질문한 결과는 다음과 같이 나타났다.
- 조사 결과 국민들이 생각하는 노인들의 문제는 ‘건강 및 의료비’ 53.8%, ‘고독감 등 사회적 소외’ 44.7%, ‘일자리부족’ 43.3%, ‘빈곤’ 39.5% 으로 나타났다.
- 60대 이상 응답자들의 64.4%는 ‘건강 및 의료비’가 가장 큰 문제라고 응답한 반면, 20대 응답자들은 56.0%가 ‘고독감 등 사회적 소외’가 가장 큰 문제라고 생각하는 것으로 나타났다.
- 60대 이상 응답자이 생각하는 노인들의 가장 큰 문제는, ‘건강 및 의료비’ (64.4%), ‘일자리 부족’(42.2%), ‘빈곤’(41.6%), ‘고독감 등 사회적 소외’(34.4%)인 것으로 조사되었음.
- 연령과 무관하게 가구 소득별로 살펴보면, 응답자의 월 가구소득이 높아질수록 ‘고독감 등 사회적 소외’가 노인들의 가장 큰 문제라고 응답하는 비율이 늘어났음.
 - － 월 가구 소득이 199만 원 이하인 가구에서는 40% 이상의 응답자들이 노인들의 당면 문제로 ‘빈곤’을 꼽았고, 월 가구 소득이 300만원~400만 원대인 응답자들은 다른 소득집단보다 ‘일자리 부족’을 노인의 당면 문제라고 생각하는 비율이 높았음.

〈표 3-7〉 정부기 가장 강화해야할 노인복지정책 1+2순위

	시례 수	노인에게 적합한 일자리 확대	치매노인 등 장기요양 보험 적용 대상자 확대	기초노령 연금 등 소득보장 강화	노인전문 병원 등 의료서비스 강화	노후 주거시설 확충	노인복지관, 경로당 등 여가복지 확충	기타	모름/ 무응답
전	총	(1,000)	43.7	36.6	35.1	13.7	13.3	0.2	6.9
	남성	(495)	50.7	39.2	36.5	15.0	12.3	0.2	7.0
성별	여성	(505)	47.2	48.0	36.6	12.3	14.3	0.2	6.8
	만20세~29세 이하	(166)	59.3	31.2	36.3	20.3	18.1	0.0	7.1
연령	30대	(205)	53.5	40.0	34.8	16.1	10.8	0.5	6.8
	40대	(222)	48.2	48.1	36.8	11.7	14.9	0.0	5.3
	50대	(196)	53.8	48.6	34.6	11.8	11.4	0.0	4.1
	60대이상	(211)	40.8	47.8	40.0	9.9	12.2	0.4	11.1
지역	서울	(206)	56.1	48.7	32.0	27.6	14.0	0.0	8.5
	인천/경기	(287)	53.8	38.3	38.7	37.7	14.7	0.3	4.7
	대전/충청	(102)	55.1	38.4	33.6	40.6	17.1	0.0	3.3
	광주/전라	(102)	43.8	49.4	34.1	35.9	12.9	1.0	7.0
	대구/경북	(103)	40.2	41.4	41.5	37.0	16.2	0.0	11.0
	부산/울산/경남	(158)	44.8	45.6	39.2	37.2	15.1	0.0	8.8
	강원	(31)	56.6	57.7	24.5	22.2	10.4	0.0	7.1
	제주	(11)	53.2	38.3	65.3	37.1	0.0	0.0	0.0
지역규모	대도시	(474)	53.7	45.3	35.4	32.2	14.6	0.2	7.6
	중소도시	(460)	48.0	41.8	36.9	38.3	12.9	0.2	7.2
	농어촌	(66)	47.6	44.1	42.5	32.9	12.2	0.0	0.0
0~5세 영유아	있다	(151)	50.0	42.5	38.5	32.0	24.1	0.6	10.1
65세 이상 노인 부양	없다	(849)	50.8	43.8	36.2	35.6	13.9	0.1	6.3
	있다	(230)	53.2	42.9	32.2	34.3	14.7	0.4	7.7
	없다	(770)	49.9	43.9	37.9	35.3	12.9	0.1	6.7

	사례 수	노인에게 적합한 일자리 확대	치매노인 등 장기요양 보험 적용 대상자 확대	기초노령 연금 등 소득보장 강화	노인전문 병원 등 의료서비스 강화	노후 주거시설 확충	노인복지관, 경로당 등 여가복지 확충	기타	모름/ 무응답
가구원수	2명 이하	41.3	43.8	44.7	39.9	11.3	10.4	0.0	8.6
	3명	56.8	41.8	35.1	33.1	12.5	11.9	0.5	8.2
	4명	50.6	44.7	34.9	34.5	15.0	15.0	0.2	5.1
	5명이상	53.7	43.3	33.1	33.6	14.5	14.5	0.0	7.3
월 가구소득	100만원미만	44.7	44.6	51.4	33.6	7.8	9.9	0.0	8.1
	100~199만원	42.5	46.1	36.3	39.3	13.0	12.2	0.6	10.2
	200~299만원	47.1	40.4	37.6	36.7	16.4	14.3	0.5	6.9
	300~399만원	55.0	40.5	37.2	33.0	15.3	15.0	0.0	3.9
	400~499만원	55.1	49.5	33.2	34.3	12.6	11.6	0.0	3.7
	500만원 이상	56.5	50.4	28.8	30.8	13.7	14.8	0.0	5.0
	모름/무응답	51.2	25.4	33.0	44.1	14.3	12.9	0.0	19.1

□ 정부가 가장 우선적으로 강화해야 할 노인복지정책은 무엇인지 두 가지 응답을 고르도록 질문한 결과는 다음과 같음.

- 국민들이 바라보기에 정부가 가장 강화해야할 노인복지정책은 ‘노인에게 적합한 일자리 확대’ (50.7%), ‘치매노인 등 장기요양 보험 적용 대상자 확대’ (43.7%), ‘기초노령연금 등 소득보장 강화’ (36.6%), ‘노인전문병원 등 의료서비스강화’ (35.1%), ‘노후주거시설 확충’ (13.7%), ‘노인복지관, 경로당 등 여가복지 확충’(13.3%)으로 나타났음.

□ 20대~50대 응답자 사이에서는 정부가 강화해야할 노인복지 정책으로 ‘노인에게 적합한 일자리 확대’를 꼽은 비율이 가장 높았는데 60대 이상 응답자 사이에서는 ‘치매노인 등 장기요양 보험 적용 대상자 확대’를 꼽은 비율이 가장 높은 것으로 조사되었음.

- 연령과 무관하게 가구 소득별로 살펴보면, 월 가구소득이 200만 원 이상인 집단에서는 소득이 높아질수록 ‘치매노인 등 장기요양 보험 적용 대상자 확대’가 가장 강화해야할 노인복지 정책이라고 생각하는 이들의 비율이 높아졌음.
- 또한 소득이 100만원 미만인 응답자들의 51.4%가 ‘기초노령연금 등 소득보장 강화’를 강화해야할 노인복지 정책으로 꼽은 반면, 소득이 500만 원 이상인 응답자들은 28.8%만이 같은 응답을 강화가 필요한 노인복지 정책으로 뽑았음.

〈표 3-8〉 기초노령연금 지급 수준

	시례 수	월 10만원 (현재수준)	월 15만원	월 20만원	월 25만원	월 30만원 이상	모름/ 무응답	계	통계량(x²) p-value
성별	전	제	14.2	35.2	5.5	24.1	5.5	100.0	-
	남성	남성	12.4	36.7	7.1	27.4	4.5	100.0	x²= 19.385
연령	여성	여성	18.8	33.8	4.0	20.9	6.5	100.0	p= 0.001
	만20세~29세 이하		11.9	36.4	9.9	26.1	2.1	100.0	
	30대	(205)	18.1	31.5	4.2	29.5	8.7	100.0	x²= 56.196
	40대	(222)	12.2	33.2	7.7	29.4	5.2	100.0	p= 0.000
	50대	(196)	15.2	40.8	4.5	21.9	4.3	100.0	
지역	60대이상	(211)	19.0	35.0	2.1	13.8	6.5	100.0	
	서울	(206)	17.6	33.7	5.1	22.5	4.8	100.0	
	인천/경기	(287)	13.3	36.3	6.1	25.8	7.1	100.0	
	대전/충청	(102)	16.8	27.0	10.1	22.6	8.5	100.0	x²= 23.596
	광주/전라	(102)	14.0	40.5	3.6	25.3	1.8	100.0	p= 0.703
	대구/경북	(103)	11.6	34.8	7.4	23.1	6.3	100.0	
	부산/울산/경남	(158)	17.4	39.3	3.0	23.9	3.7	100.0	
	강원	(31)	24.9	23.0	3.5	21.8	6.8	100.0	
	제주	(11)	6.8	44.8	0.0	32.4	0.0	100.0	
	대도시	(474)	14.5	37.9	5.6	23.7	3.9	100.0	x²= 17.221
지역규모	중소도시	(460)	16.8	32.1	5.3	26.2	7.3	100.0	p= 0.028
	농어촌	(66)	12.2	38.2	6.4	12.4	4.3	100.0	
0~5세 영유아	있다	(151)	17.5	36.9	1.8	23.8	8.4	100.0	x²= 5.394
65세 이상 노인 부양	없다	(849)	15.0	35.0	6.2	24.2	5.0	100.0	p= 0.249
	있다	(230)	15.4	31.1	6.5	23.9	6.8	100.0	x²= 2.944
가구원수	노인 부양 2명 이하	(770)	15.4	36.5	5.2	24.2	5.1	100.0	p= 0.567
	3명	(199)	14.2	34.2	4.3	25.0	8.0	100.0	
	4명	(209)	16.7	36.7	5.7	15.7	7.0	100.0	x²= 17.553
	5명이상	(394)	16.7	34.0	4.9	27.3	3.4	100.0	p= 0.130
		(198)	12.5	37.2	7.9	25.7	5.8	100.0	

		시례 수	월 10만원 (현행수준)	월 15만원	월 20만원	월 25만원	월 30만원 이상	모름/ 무응답	계	통계량(χ^2) p-value
월 가구소득	100만원미만	(113)	15.5	22.3	31.4	3.2	21.7	6.0	100.0	$\chi^2=$ 28.876 p= 0.225
	100~199만원	(137)	15.2	11.4	36.8	5.2	27.2	4.2	100.0	
	200~299만원	(190)	13.9	13.1	41.6	2.3	24.0	5.1	100.0	
	300~399만원	(199)	15.2	13.5	33.7	7.4	24.9	5.3	100.0	
	400~499만원	(126)	16.1	12.9	38.9	6.9	21.6	3.6	100.0	
	500만 원 이상	(174)	18.5	11.4	31.9	5.9	26.0	6.3	100.0	
	모름/무응답	(60)	9.9	22.4	26.0	10.6	19.3	11.8	100.0	

- 복지 재정 부담을 고려해 볼 때 기초노령 연금을 전체 노인에게 지급한다고 할 경우, 그 수준은 어느 정도가 되어야 한다고 생각하는지 질문한 결과 35.2%가 월 20만원이라고 응답하였고, 24.1%가 월 30만 원 이상, 15.4%가 월 10만원이라고 응답하였음.
- 새 정부가 공약으로 제시한 내용은 월 20만원으로 응답자 중 가장 높은 비율이 이 금액을 적정수준으로 보고 있는 것으로 나타났음.
- 응답자의 연령대별로 살펴보면 20대~40대에서는 응답항목 중 최고액인 월 30만 원 이상이라고 응답한 이들이 1/4이상이었는데 60대 이상에서는 13.8%로 나타났음.
- 대도시 지역 거주자들은 월 20만원 (37.9%), 월 30만 원 이상 (23.7%), 월 10만원 (14.5%) 순으로 기초노령연금의 적정수준을 바라보고 있었는데, 농어촌 거주자들은 월 20만원 (38.2%), 월 15만원 (26.5%), 월 30만 원 이상 (12.4%) 순 적정 수준을 생각하고 있는 것으로 나타났음.

	사례 수	매우 불만족 ①	불만족 ②	보통 ③	만족 ④	매우 만족 ⑤	불만족 (①+②)	보통 (③)	만족 (④+⑤)	모름/ 무응답	계	평균 (5점)	통계량(χ^2) p-value
65세 이상 노인 부양	있다	3.8	26.0	37.4	27.4	2.7	29.7	37.4	30.1	2.8	100.0	2.99	$\chi^2=$ 1.159
	없다	3.3	27.2	39.7	24.6	1.7	30.5	39.7	26.3	3.5	100.0	2.94	p= 0.560
가구원수	2명 이하	4.8	26.5	35.1	26.3	1.5	31.3	35.1	27.9	5.7	100.0	2.93	$\chi^2=$ 3.490 p= 0.745
	3명	2.9	26.7	42.4	22.4	2.0	29.7	42.4	24.4	3.5	100.0	2.94	
	4명	3.0	28.4	39.2	25.3	1.2	31.4	39.2	26.5	2.9	100.0	2.93	
	5명 이상	3.1	24.8	39.7	26.9	3.7	27.9	39.7	30.7	1.7	100.0	3.03	
	100만원미만	5.0	27.8	34.6	29.0	0.8	32.8	34.6	29.8	2.8	100.0	2.93	
월 가구소득	100~199만원	4.9	22.7	40.4	23.6	2.7	27.5	40.4	26.3	5.8	100.0	2.96	$\chi^2=$ 11.063 p= 0.524
	200~299만원	4.0	31.7	31.9	26.6	0.5	35.7	31.9	27.1	5.3	100.0	2.87	
	300~399만원	2.9	27.6	43.1	24.4	0.6	30.5	43.1	25.0	1.4	100.0	2.92	
	400~499만원	0.9	24.8	47.3	22.4	2.4	25.7	47.3	24.8	2.1	100.0	3.01	
	500만 원 이상	3.2	25.7	38.6	24.2	4.4	28.9	38.6	28.6	3.9	100.0	3.01	
	모름/무응답	2.3	26.0	39.3	29.2	3.2	28.3	39.3	32.4	0.0	100.0	3.05	

□ 전체 대상자 중 정부의 보육 지원에 대해 “만족하다”고 응답한 비중은 27.2%로 나타났다.

○ 이는 전반적인 보건복지 혜택에 대해 “만족하다”고 응답한 비중 18.5%보다 높은 비중이며, 세부적인 정책 영역으로 볼 때 노인 복지(20.4%), 보건의료(14.1%), 저소득층 지원(16.9%) 보다 높은 비중임.

○ 보육 지원 정책에 대한 만족도가 다른 정책에 비해 상대적으로 높은 이유는 최근에 확대된 0~5세 무상 보육료 지원에 기인한 바가 크다고 판단됨.

○ 그러나 0~5세 영유아 자녀가 있는 사람들 중 “만족하다”고 응답한 비중은 21.1%로서 전체 대상자보다 낮게 나타났다.

— 이러한 결과는 실제로 자녀를 키우는 가정에 있어서 정책 혜택의 체감도는 일반 국민들이 생각하는 것만큼 만족스럽지 않을 수 있다는 것으로 해석될 수 있음.

○ 소득 기준으로 구분하여 볼 때 “만족하다”고 응답한 비중은 월 가구 소득이 100만 원 이하인 집단에서 29.8%로 가장 높게 나타났으며, 월 소득이 400~499만원인 중산층에서 가장 낮은 비중인 24.8%로 나타났다.

— 과거 보육료 전액 지원은 소득 기준에 따라 저소득층부터 중산층 이상으로 확대되었음.

— 2012년도 현재 보육료에 대한 전액 지원은 3~4세 아동의 경우 소득하위 70% 이하 가정에 한해서만 이루어졌으며 양육수당도 차상위계층 이하 저소득 계층을 대상으로만 지원되었음.

— 따라서 중산층 이상의 가정은 보육 지원 대상에 해당되지 못한 경우가 많아 정책에 대한 체감도가 저소득층에 비해 더 낮게 나타난 것으로 판단됨.

○ 2013년부터 전체 0~5세 영유아에 대해 무상 보육료 및 양육수당이 지원됨에 따라 중산층의 정책 체감도는 증대될 것으로 판단됨.

〈표 3-10〉 0~5세 아동 보육료 전체 지급에 대한 인식

	사례 수	적극 동의 ①	동의 ②	반대 ③	적극 반대 ④	동의 (①+②)	반대 (③+④)	모름/ 무응답	계	통계량(x) p-value
전 성별	총 체	(1,000)	18.2	37.8	26.3	15.2	41.5	2.4	100.0	-
	남성	(495)	20.2	37.9	24.3	15.3	39.6	2.2	100.0	$\chi^2= 3.738$
연령	여성	(505)	16.3	37.7	28.2	15.2	43.4	2.6	100.0	$p= 0.291$
	만20세~29세 이하	(166)	19.4	52.0	19.3	8.7	28.0	0.6	100.0	
	30대	(205)	28.2	37.8	19.8	11.2	66.0	3.0	100.0	$\chi^2= 77.918$
	40대	(222)	10.9	31.2	34.0	22.0	42.1	1.9	100.0	$p= 0.000$
	50대	(196)	17.8	25.5	31.5	22.6	54.1	2.6	100.0	
지역	60대 이상	(211)	15.8	45.0	25.1	10.4	60.8	3.7	100.0	
	서울	(206)	17.8	27.6	30.7	20.5	45.5	3.4	100.0	
	인천/경기	(287)	16.4	36.3	29.4	15.3	52.7	2.6	100.0	
	대전/충청	(102)	20.0	37.4	19.8	19.8	57.4	3.0	100.0	$\chi^2= 36.296$
	광주/전라	(102)	23.2	43.4	22.5	10.9	66.6	0.0	100.0	$p= 0.020$
	대구/경북	(103)	13.5	48.0	21.2	12.4	61.6	4.9	100.0	
	부산/울산/경남	(158)	22.0	39.1	28.2	10.1	61.2	38.3	0.6	100.0
	강원	(31)	13.1	60.4	12.8	13.7	73.5	0.0	100.0	
	제주	(11)	14.8	42.4	18.0	18.7	57.2	6.1	100.0	
	대도시	(474)	19.6	35.4	27.6	15.2	55.0	2.2	100.0	$\chi^2= 6.412$
지역규모	중·소도시	(460)	16.6	39.0	26.3	15.5	55.6	2.6	100.0	$p= 0.379$
	농어촌	(66)	19.8	47.1	16.6	13.8	66.9	30.3	2.7	100.0
0~5세 영유아	있다	(151)	27.2	48.4	16.6	4.4	75.6	21.0	3.3	100.0
	없다	(849)	16.6	35.9	28.0	17.2	52.6	45.2	2.2	100.0
65세 이상 노인 부양	있다	(230)	14.6	37.5	27.9	17.6	52.0	45.5	2.5	100.0
	없다	(770)	19.3	37.9	25.8	14.5	57.2	40.4	2.4	100.0
가구원수	2명 이하	(199)	20.2	43.3	19.6	13.3	63.5	32.8	3.7	100.0
	3명	(209)	15.0	40.9	28.0	14.3	55.9	42.3	1.8	100.0

- 소득 수준과 무관하게 전체 만 0~5세 아동을 대상으로 보육료를 지원하는 것에 대해 전체 응답자 중 56.1%가 동의하는 것으로 나타났다.
- 무상 보육료 지원에 대해 동의하는 비중은 전반적으로 볼 때 현재 혹은 미래 영유아 자녀 양육 집단으로 볼 수 있는 젊은 연령층과 실제적으로 0~5세 영유아를 양육하는 가정에서 상대적으로 높게 나타났다.
 - 이러한 사실은 영유아 보육에 대한 실 수요층이 무상 보육에 대한 지지도가 높다는 사실을 지적함.
- 만20세~29세 이하(71.4%)와 30대(66.0%)가 영유아 자녀 양육을 이미 마친 40대(42.1%)와 50대(43.3%)에 비해 무상 보육료 지원을 지지하는 비중이 높았음.
- 또한 0~5세 영유아를 양육하는 사람(75.6%)이 0~5세 자녀가 없는 사람(52.6%)에 비해 무상 보육에 동의하는 비중이 높았음.
- 소득 수준에 따라 무상 보육료를 지지하는 비중은 전반적으로 볼 때 저소득층이 고소득층에 비해 동의하는 비중이 높게 나타났으며, 중간 소득계층에서 동의하는 비중이 가장 낮게 나타났다.
 - 월 소득 100만 원 미만(65.3%), 100~199만원(57.4%)인 저소득층이 월 소득 500만 원 이상(51.4%)인 고소득층에 비해 무상 보육료 지원에 동의하는 비중이 높았음.
 - 중간 소득 계층에 해당하는 월 소득 300~399만원인 사람 중 무상 보육료에 대해 동의하는 비중은 47.4%로 전체 소득 집단 중에서 가장 낮은 것으로 나타났다.

〈표 3-11〉 영유아 보육 정책의 문제점

		사례 수	직장 여성이 아이를 맡기는데 어려움이 있다	민고 맡길 보육 시설이 부족하다	시설 보육료가 너무 비싸다	보육 시설에 맡기지 않고 작정 부모가 키울 때 지원이 부족하다	보육 서비스가 다양하지 못하다	기타	모름/ 무응답
전	총 계	(1,000)	53.0	50.2	43.4	26.9	16.1	0.6	9.9
	남성	(495)	46.9	49.5	45.2	28.2	18.2	0.8	11.2
성별	여성	(505)	58.9	50.9	41.6	25.6	14.0	0.4	8.6
	만20세~29세 이하	(166)	54.1	51.9	42.9	29.7	15.3	0.0	6.0
연령	30대	(205)	55.2	48.9	41.0	31.0	16.8	0.5	6.5
	40대	(222)	51.3	50.5	47.2	24.7	21.1	0.6	4.7
	50대	(196)	52.4	49.9	43.2	25.7	17.6	0.0	11.3
	60대 이상	(211)	52.2	50.2	42.2	24.1	9.4	1.7	20.3
	서울	(206)	55.2	54.1	39.8	26.6	15.6	0.0	8.8
지역	인천/경기	(287)	55.4	52.6	44.4	24.4	17.0	0.3	6.1
	대전/충청	(102)	46.9	57.3	45.0	19.6	20.3	0.9	10.0
	광주/전라	(102)	59.0	42.5	45.4	29.9	12.2	0.8	10.2
	대구/경북	(103)	51.9	35.7	41.7	28.0	17.8	0.9	24.0
	부산/울산/경남	(158)	51.1	51.2	42.4	29.8	13.3	1.4	10.9
	강원	(31)	31.7	53.2	56.8	42.2	16.2	0.0	0.0
	제주	(11)	45.2	35.0	42.9	44.1	26.0	0.0	6.8
	대도시	(474)	53.5	50.1	40.9	26.2	17.8	0.4	11.1
지역규모	중소도시	(460)	51.5	50.0	44.8	28.2	15.8	0.7	9.0
	농어촌	(66)	59.7	52.5	50.9	22.5	6.1	1.4	6.9
0~5세 영유아	있다	(151)	45.0	57.8	42.1	34.7	15.2	1.5	3.7
	없다	(849)	54.4	48.9	43.6	25.5	16.3	0.4	11.0
65세 이상	있다	(230)	49.2	55.1	43.4	24.0	17.1	0.4	10.8

	사례 수	직장 여성이 아이를 맡기는데 어려움이 있다	민고 맡길 보육 시설이 부족하다	시설 보육료가 너무 비싸다	보육 시설에 맡기지 않고 직접 부모가 키울 때 지원이 부족하다	보육 서비스가 다양하지 못하다	기타	모름/ 무응답
노인 부양 가구원수	없다 (770)	54.1	48.8	43.3	27.7	15.8	0.6	9.6
	2명 이하 (199)	56.9	47.5	43.4	24.5	10.7	1.3	15.8
	3명 (209)	45.4	56.5	43.7	28.1	16.0	0.0	10.4
	4명 (394)	57.2	49.2	42.6	27.4	16.4	0.3	6.9
	5명 이상 (198)	48.6	48.4	44.5	27.0	21.1	1.1	9.4
월 가구소득	100만원미만 (113)	49.1	48.2	42.7	28.5	9.3	2.3	20.0
	100~199만원 (137)	55.6	48.2	50.3	21.7	10.2	0.7	13.3
	200~299만원 (190)	46.9	50.7	46.2	29.6	16.8	0.5	9.2
	300~399만원 (199)	51.0	46.1	47.7	30.4	18.1	0.0	6.5
	400~499만원 (126)	59.5	51.0	39.7	27.1	19.2	1.0	2.5
	500만 원 이상 (174)	55.0	59.3	35.5	20.8	20.3	0.0	9.1
	모름/무응답 (60)	60.2	42.3	35.7	32.8	14.9	0.0	14.1

□ 전체 응답자 중 정부의 보육 정책에 있어서 가장 큰 문제점으로 1순위와 2순위로 응답한 비중이 가장 높은 항목은 “직장 여성이 아이를 맡기는데 어려움이 있다(53.0%)” 인 것으로 나타났다.

○ 반면에 실제로 0~5세 영유아를 양육하는 사람들은 “믿고 맡길 보육 시설이 부족하다(57.8%)”를 가장 많이 응답한 것으로 나타났다.

— 이는 보육 실 수요계층의 경우 국내 보육 지원 정책에서 양질의 보육 서비스 부족 문제를 가장 크게 절감하고 있다는 사실을 말함.

○ “직장 여성이 아이를 맡기는데 어려움이 있다”고 응답한 비중은 소득 계층별로 볼 때 중간 소득 계층에 해당하는 300~399만원(51.0%)보다 저소득층 100~199만원(55.6%)과 고소득층 400~499만원(59.5%)에서 더 높은 것으로 나타났다.

— 저소득층의 경우 가계 소득을 벌기 위해, 그리고 고소득층의 경우 전문직에 종사하는 여성이 많아 맞벌이 부부가 중간 소득 계층과 비교하여 더 많을 수 있음.

— 따라서 이들 집단에서 취업 여성의 자녀 양육 어려움을 지적한 비중이 상대적으로 더 높은 것으로 추측됨.

○ 한편, “믿고 맡길 보육 시설이 부족하다”고 응답한 비중은 고소득층인 월 소득 500만 원 이상(59.3%)이 저소득층인 월 소득 100만원 미만 그리고 100~199만원(각각 48.2%) 보다 더 높은 것으로 나타났다.

— 이는 양질의 보육서비스에 대한 문제점을 고소득층일수록 더 높게 느끼고 있다는 사실을 반영한다 하겠음.

〈표 3-12〉 가장 필요한 영유아 보육지원 정책

	사태 수	직장 여성이 아이 키우면서 일 할 수 있게 도와주기	좋은 보육 시설 더 많이 짓기	직접 자녀를 키우는 부모의 양육 부담 덜어주기	시설에 지불하는 보육 비용 낮추기	집에 와서 아이를 돌보아 주는 돌보미 서비스를 지원해 주기	기타	모름/ 무응답
전	총	(1,000)	37.1	36.3	34.3	16.8	0.5	9.3
	남성	(495)	43.8	38.5	32.2	13.0	0.2	11.7
성별	여성	(505)	30.5	34.1	36.3	20.6	0.7	6.9
	만20세~29세 이하	(166)	30.5	43.5	45.6	12.3	0.0	5.0
연령	30대	(205)	34.0	37.2	37.9	20.9	1.0	5.9
	40대	(222)	37.1	34.1	37.9	16.5	0.3	6.9
	50대	(196)	40.7	35.0	24.1	15.9	0.9	11.5
	60대 이상	(211)	41.9	33.3	27.4	17.7	0.0	16.3
	서울	(206)	42.7	35.6	31.8	12.9	1.4	7.8
지역	인천/경기	(287)	38.8	33.9	35.1	16.1	0.3	8.0
	대전/충청	(102)	39.1	33.3	32.7	19.3	0.0	10.9
	광주/전라	(102)	36.1	35.5	37.5	18.2	0.0	9.8
	대구/경북	(103)	28.5	38.2	30.5	21.1	0.0	17.0
	부산/울산/경남	(158)	35.4	40.3	34.0	18.7	0.0	8.3
	강원	(31)	23.7	47.4	53.1	14.0	2.8	4.1
	제주	(11)	20.5	42.6	32.2	15.3	0.0	6.8
	대도시	(474)	38.5	36.6	32.9	15.8	0.6	9.4
지역규모	중소도시	(460)	37.1	35.2	35.4	17.6	0.4	8.9
	농어촌	(66)	27.0	42.0	35.9	19.4	0.0	10.5
0~5세 영유아	있다	(151)	41.5	38.3	39.1	14.2	1.3	2.6
	없다	(849)	36.3	36.0	33.4	17.3	0.3	10.5
65세 이상	있다	(230)	42.9	35.3	33.7	14.3	1.2	8.3

	사례 수	직장 여성이 아이 키우면서 일 할 수 있게 도와주기	좋은 보육 시설 더 많이 짓기	직접 자녀를 키우는 부모의 양육 부담 덜어주기	시설에 지불하는 보육 비용 낮추기	집에 와서 아이를 돌보아 주는 돌보미 서비스를 지원해 주기	기타	모름/ 무응답
노인 부양 가구원수	없다 (770)	66.2	35.4	36.6	34.4	17.6	0.2	9.6
	2명 이하 (199)	68.2	36.0	32.5	30.7	19.5	0.0	13.0
	3명 (209)	63.7	40.0	36.9	35.3	14.1	0.0	10.0
	4명 (394)	64.9	37.1	38.5	34.8	15.9	1.1	7.8
	5명 이상 (198)	67.2	35.2	35.2	35.7	19.0	0.0	7.8
월 가구소득	100만원미만 (113)	60.7	37.1	35.6	33.1	19.0	0.0	14.5
	100~199만원 (137)	62.6	31.7	34.3	37.8	20.9	0.6	12.1
	200~299만원 (190)	58.0	39.5	41.9	33.4	18.6	0.8	7.8
	300~399만원 (199)	68.6	38.2	38.1	35.1	12.0	0.5	7.4
	400~499만원 (126)	68.6	38.7	36.4	34.7	18.1	0.0	3.4
	500만 원 이상 (174)	75.1	36.7	29.4	32.3	17.2	0.6	8.7
	모름/무응답 (60)	64.7	35.9	38.1	33.2	10.7	0.0	17.5

□ 영유아 보육을 위해 지원이 가장 필요한 부분에 대하여 1순위 혹은 2순위로 응답한 비중이 가장 높은 항목은 전체 응답자 그리고 각 인구집단 모두에게서 “직장에서 아이를 키우면서 일 할 수 있게 도와주기”인 것으로 나타났다.

- 이러한 사실은 전반적으로 볼 때 국내 보육 지원 정책에서 국민들이 가장 필요하다고 인식하고 있는 부분이 취업 여성 혹은 맞벌이 부부 등 보육 실 수요층에 대한 지원이라는 것을 지적함.
- 전체 응답자 중 65.8%에 해당하는 사람들이 “직장에서 아이를 키우면서 일 할 수 있게 도와주기”를 가장 필요한 정책의 1순위 혹은 2순위로 응답하였음.
- 취업 여성에 대한 보육 지원의 필요성은 여성의 경우 70.9%로 남성 60.5%보다 월등하게 높았음.
- 젊은 연령 집단 뿐만 아니라 중·고령자 집단에게서도 취업 여성에 대한 보육 지원의 필요성은 높은 것으로 나타났다.
 - － 특히 50대 연령에서 가장 높은 71.7%로 나타나 젊은 연령층의 응답 비중보다 오히려 더 높았음.
 - － 50대 중·고령자 집단에서 취업 여성에 대한 보육 지원 정책의 필요성을 높게 지정한 것은 자녀가 맞벌이 부부인 경우 손자녀를 직접 돌보는 사례가 많기 때문인 것으로 추측됨.
- 소득 집단으로 구분해 볼 때 취업 여성에 대한 보육 지원의 필요성은 전반적으로 소득이 높은 집단이 소득이 낮은 집단보다 높은 것으로 나타났다.
 - － 고소득층의 경우 전문 직종에 종사하는 여성 비중이 높아 맞벌이 부부에 해당하는 경우가 많고, 장시간 노동 및 탄력적이지 못한 근로 환경으로 인하여 보육 서비스에 대한 지원을 더 필요로 하고 있는 경우가 많기 때문인 것으로 파악됨.

	사예 수	매우 불만족 ①	불만족 ②	보통 ③	만족 ④	매우 만족 ⑤	불만족 (①+②)	보통 (③)	만족 (④+⑤)	모름/ 무응답	계	평균 (5점)	통계량(χ^2) p-value
노인 부양	없다	6.2	38.0	33.3	12.9	1.2	44.2	33.3	14.1	8.5	100.0	2.62	p= 0.752
	2명 이하	6.6	34.1	33.7	15.0	1.2	40.7	33.7	16.2	9.4	100.0	2.67	
	3명	8.3	36.1	31.5	12.8	1.6	44.3	31.5	14.4	9.7	100.0	2.60	$\chi^2= 3.506$
	4명	4.7	41.8	32.4	10.3	1.5	46.4	32.4	11.8	9.3	100.0	2.58	p= 0.743
월 가구소득	5명이상	5.1	39.4	32.6	15.0	1.2	44.5	32.6	16.2	6.7	100.0	2.65	
	100만원미만	4.5	32.0	32.0	18.9	1.7	36.5	32.0	20.7	10.8	100.0	2.79	
	100-199만원	5.8	39.8	33.7	12.4	1.0	45.6	33.7	13.3	7.3	100.0	2.60	
	200-299만원	5.6	43.7	25.7	14.6	0.9	49.3	25.7	15.5	9.5	100.0	2.57	$\chi^2= 13.491$
월 가구소득	300-399만원	5.9	39.7	38.5	11.2	0.0	45.6	38.5	11.2	4.7	100.0	2.58	p= 0.334
	400-499만원	2.5	37.7	34.6	11.4	1.2	40.2	34.6	12.6	12.6	100.0	2.67	
	500만 원 이상	9.7	34.7	32.1	8.9	3.7	44.4	32.1	12.6	10.9	100.0	2.58	
	모름/무응답	5.8	41.2	29.1	14.3	1.9	47.0	29.1	16.1	7.8	100.0	2.62	

- 우리나라 정부가 지원하는 보건복지 혜택 중 보건의료 분야의 혜택에 대해서 만족 정도를 조사한 결과 44.5%의 응답자가 불만족하다고 답한 반면, 만족한다는 응답은 14.1%에 그쳤음.
 - 성별로는 여성(40.3%)에 비해 남성(48.8%)에서 불만족한다는 의견이 많았으며, 연령별로는 60대 이상 연령에서 불만족한다는 응답이 가장 낮고, 만족한다는 응답이 가장 높아서 상대적으로 다른 연령에 비해 정부의 보건의료 혜택을 긍정적으로 평가하였음.
- 보건의료자원이 집중적으로 배치되어 있는 대도시 지역 거주자들은 농어촌 지역 거주자들에 비해 만족도가 낮았으며(불만족 대도시 응답: 42.1%, 농어촌 응답: 38.4%), 0~5세 부양 영유아가 있는 응답자들과 65세 이상 부양 노인이 있는 응답자들도 그렇지 않은 응답자들에 비해 근소하지만 불만족한다는 응답이 높았음.
- 월평균 가구소득 측면에서는 100만원 미만의 상대적 저소득계층에서 만족한다는 응답이 20.7%로 가장 높았던 반면, 차상위층이라 할 수 있는 100~199만원 소득층 및 200~299만원 소득층의 불만족 응답이 각각 45.6% 및 49.3%로 높게 조사되었음.

	사례 수	입찰란트, 간병비, MRI 등 고비용 의료 서비스에 대한 건강보험 미적용	중증질환 발생 시 높은 진료비 부담	예약, 대기 등 대형병원에서 진료받기 어려움	짧은 진료시간, 불친절 등의 낮은 의료 서비스의 수준	민고 찾을 수 있는 동네의원이 없음	부족한 응급의료시설	사전 건강검진 등 예방적 의료 서비스의 부족	기타	모름/무응답
노인 부양 가구원수	없다	(770)	57.8	45.2	25.6	20.8	18.3	15.3	11.5	0.2
	2명 이하	(199)	67.2	45.1	28.2	16.8	15.1	8.8	10.9	0.8
	3명	(209)	54.7	42.4	23.8	21.3	19.0	18.5	11.7	0.0
	4명	(394)	52.7	46.8	26.8	21.3	20.2	18.0	10.9	0.0
	5명이상	(198)	56.6	46.0	21.5	17.5	20.1	18.3	15.1	0.0
월 가구소득	100만원미만	(113)	58.3	47.6	27.7	13.6	18.0	11.4	9.5	0.0
	100~199만원	(137)	68.0	46.0	25.2	17.2	18.4	7.9	9.0	1.1
	200~299만원	(190)	55.5	44.8	24.0	21.0	21.5	19.1	10.0	0.0
	300~399만원	(199)	54.2	46.5	27.2	18.9	20.2	18.9	11.5	0.0
	400~499만원	(126)	53.8	48.7	29.6	22.1	13.4	17.1	13.4	0.0
	500만 원 이상	(174)	56.9	39.5	20.5	24.8	19.4	19.8	16.2	0.0
	모름/무응답	(60)	46.8	48.1	25.3	14.4	19.4	15.9	15.1	0.0

- 우리나라 보건의료의 문제점으로는(중복응답 허용) ‘임플란트, 간병비, MRI 등 고비용 의료서비스에 대한 건강보험 미적용(56.8%)’이 가장 많았음.
 - 또한 2위로는 ‘중증질환 발생 시 높은 진료비 부담(45.4%)’으로 나타나 진료비를 비롯한 의료비 부담 과중이 우리나라 보건의료의 큰 문제점으로 지적되었음.
 - 그 외에는 ‘예약, 대기 등 대형병원에서의 진료받기 어려움(25.4%)’, ‘짧은 진료시간, 불친절 등 낮은 의료서비스 수준(19.6%)’, ‘믿고 찾을 수 있는 동네의원 부재(18.9%)’, ‘부족한 응급의료 시설(16.3%)’, ‘사전 건강검진 등 예방적 의료서비스 부족(11.9%)’ 등의 순으로 문제점이 제시되었음.
- 성별, 연령별로도 의료비 부담을 우리나라 보건의료의 문제점으로 지적하는 응답이 많았으며, 상대적으로 남성은 ‘중증질환에 대한 높은 진료비 부담’을, 여성은 ‘고비용 의료서비스에 대한 건강보험 미적용’과 의료서비스의 질적 측면(대형병원 진료 어려움, 짧은 진료시간·불친절)에서 문제점을 지적하는 비중이 높게 나타났음.
 - 또한 젊은 연령층으로 갈수록 ‘부족한 응급의료 시설’과 ‘사전 예방적 의료서비스의 부족’을 지적한 응답이 높아지는 경향을 보인 반면, 고연령층에서는 상대적으로 건강보험 미적용 및 중증질환 진료비 등 주로 경제적 측면에서의 문제점이 큰 것으로 인식하고 있었음.
- 지역별로도 의료비 부담은 가장 큰 문제점으로 지적되었음.
 - 다만 도시지역 거주자들이 의료비 부담을 보다 많이 지적한 반면, 농어촌 지역 거주자들은 의료자원의 부족으로 인해 ‘대형병원에서의 진료 어려움’과 ‘믿고 찾을 수 있는 동네병원 부재’, ‘응급의료 시설 부족’ 등에 대해 문제점으로 인식하는 비율이 높게 나타났음.
- 월평균 소득수준 측면에서도 의료비 문제가 가장 심각하다는 전체적인 경향성은 차이가 없었음.

- 그러나 고소득층일수록 ‘사전 예방적 의료서비스의 부족’과 ‘짧은 진료시간, 불친절 등 의료서비스 수준’의 문제점을 지적하는 비중이 높아지는 반면, 저소득층에서는 ‘중증질환 발생 시 진료비 부담’ 문제를 심각하게 보는 경우가 고소득층보다 많았음.

〈표 3-15〉 가장 중점을 둘 보건의료 정책 - 1+2순위

전	성별	연령	지역	시·도·구·군·자치 시·도·구·군·자치	사별 수	암 환자 등 증질환에 대한 의료비 감면 확대	소득에 따라 환자가 부담해야 하는 의료비 병원비 치등화	임플란트 간병 등의 비급여 진료비 축소 (건강보험 적용 확대)	정부가 운영하는 공공 병원이나 보건소의 기능 확대	의료서비스 수준 격차 해소를 위한 취약계층 대상 의료안전망 확대	의료 서비스의 질적 향상	식품, 의약품 등 안전관리 강화	질병 예방을 위한 건강증진 정책 강화	기타	모를/ 무응답
전	남성	여성	민20세~29세 이하	30대	(1,000)	48.1	30.6	28.0	27.8	18.0	16.2	13.6	13.3	0.1	4.4
					(495)	47.7	29.0	25.2	29.9	20.2	17.3	13.6	12.4	0.2	4.5
연령	남성	여성	민20세~29세 이하	30대	(505)	48.4	32.2	30.7	25.7	15.8	15.0	13.6	14.2	0.0	4.3
					(166)	35.8	41.7	23.2	26.6	16.0	22.7	12.6	17.5	0.0	3.8
연령	남성	여성	민20세~29세 이하	40대	(205)	45.5	26.3	26.9	28.9	20.7	19.9	15.7	13.5	0.0	2.5
					(222)	48.7	29.4	25.0	30.3	22.1	15.5	15.7	11.4	0.0	1.9
연령	남성	여성	민20세~29세 이하	50대	(196)	47.8	29.7	33.1	25.8	16.1	15.9	13.0	13.2	0.6	4.8
					(211)	59.7	28.1	31.2	26.7	14.4	8.2	10.6	12.0	0.0	9.1
연령	남성	여성	민20세~29세 이하	60대 이상	(206)	50.8	27.3	25.5	29.6	22.7	14.3	13.9	12.8	0.0	3.3
					(287)	44.3	30.1	26.9	29.0	17.1	19.3	15.1	14.7	0.4	3.3
지역	서울	경기	인천/경기	대전/충청	(102)	51.3	34.3	25.8	28.1	14.6	14.6	11.7	17.9	0.0	1.7
					(102)	42.1	31.9	27.8	25.6	22.1	23.5	13.2	11.2	0.0	2.8
지역	광주/전라	충청	대전/충청	부산/울산/경남	(103)	47.3	28.2	33.7	24.1	15.8	10.4	14.2	11.9	0.0	14.3
					(158)	49.4	34.3	31.6	28.6	14.3	14.8	11.8	9.9	0.0	5.4
지역	강원	제주	대전/충청	부산/울산/경남	(31)	64.0	35.4	12.8	29.6	16.9	6.5	13.5	21.5	0.0	0.0
					(11)	64.0	18.0	61.4	0.0	25.4	15.6	10.8	4.7	0.0	0.0
지역	충청	제주	대전/충청	부산/울산/경남	(474)	49.7	30.2	30.6	27.7	16.5	14.6	12.2	13.0	0.0	5.3
					(460)	46.9	30.6	25.9	28.3	19.2	16.5	14.7	13.8	0.2	4.0
지역	충청	제주	대전/충청	부산/울산/경남	(66)	44.3	33.7	23.4	24.8	20.3	24.9	15.2	12.1	0.0	1.3

	시례 수	암 환자 등 중증질환에 대한 의료비 감면 확대	소득에 따라 환자가 부담해야 하는 병원비 차등화	임플란트, 간병 등의 비급여 진료비 축소 (건강보험 적용 확대)	정부가 운영하는 공공 병원이나 보건소의 기능 확대	의료서비스 수준 격차 해소를 위한 취약계층 대상 의료안전망 확대	의료 서비스의 질적 향상	식품, 의약품 등 안전관리 강화	질병 예방을 위한 건강증진 정책 강화	기타	모름/ 무응답	
0~5세 영유아	있다	(151)	43.2	31.7	23.2	31.1	18.3	16.6	16.7	15.2	0.0	3.8
	없다	(849)	48.9	30.4	28.8	27.2	17.9	16.1	13.0	13.0	0.1	4.5
65세 이상 노인 부양	있다	(230)	49.5	29.1	25.8	30.9	17.9	13.9	15.7	12.6	0.0	4.6
	없다	(770)	47.6	31.1	28.6	26.9	18.0	16.8	12.9	13.5	0.1	4.4
가구원수	2명 이하	(199)	54.3	28.8	30.1	29.8	19.0	11.3	8.5	10.4	0.0	7.8
	3명	(209)	50.0	28.2	26.4	26.8	15.6	19.1	14.8	13.0	0.0	6.1
	4명	(394)	46.8	32.1	26.7	28.0	20.3	14.4	14.0	14.9	0.3	2.5
	5명 이상	(198)	42.2	32.0	30.0	26.3	15.0	21.4	16.5	13.5	0.0	3.2
월 가구소득	100만원미만	(113)	63.0	30.5	23.8	27.0	19.9	6.9	6.6	11.5	0.0	10.8
	100~199만원	(137)	45.6	37.0	31.0	26.4	10.9	16.3	10.8	14.1	0.0	7.9
	200~299만원	(190)	49.7	33.1	29.4	26.5	17.3	14.5	14.7	12.4	0.0	2.5
	300~399만원	(199)	47.8	30.1	27.0	25.4	24.8	15.1	13.8	13.5	0.0	2.4
	400~499만원	(126)	47.5	25.2	31.8	29.5	15.2	23.9	15.4	9.1	0.9	1.5
	500만 원 이상	(174)	43.4	29.1	23.5	29.7	16.3	20.9	16.9	18.1	0.0	2.2
	모름/무응답	(60)	35.5	25.8	33.1	35.1	21.2	12.3	15.1	12.3	0.0	9.5

- 향후 우리나라 보건의료 분야 정책 가운데 가장 중점을 두어야 할 부분으로는(중복응답 허용) ‘암 환자 등 중증질환에 대한 의료비 감면 확대’가 48.1%로 가장 많았으며, 다음으로 ‘소득에 따라 환자가 부담하는 병원비 차등화’가 30.6%, ‘임플란트·간병 등 비급여 진료비 축소(건강보험 적용 확대)’가 28.0%로 2, 3순위를 차지하였음.
- 이들은 모두 수요자가 부담하는 의료비 경감과 관련된 항목이라 할 수 있음.
- 다음으로는 ‘정부가 운영하는 공공병원이나 보건소 기능 확대(27.8%)’, ‘의료서비스 수준 격차 해소를 위한 취약계층 의료안전망 확대(18.0%)’로서, 이들 항목은 공공의료의 확대라는 범주로 구분할 수 있음.
- 한편 ‘의료서비스의 질적 향상(16.2%)’, ‘식품·의약품의 안전관리 강화(13.6%)’, ‘질병예방을 위한 건강증진정책 강화(13.3%)’ 등은 상대적으로 낮은 응답률을 보였음.
- 남성 역시 의료비 경감과 관련한 정책에 우선순위를 두는 응답이 가장 많았지만, 여성에 비해 상대적으로 공공의료의 확대(공공병원·보건소 기능 확대, 취약계층 의료안전망 확대)가 중요하다는 응답이 많았고, 반대로 여성은 남성에 비해 소득수준에 따른 병원비 차등화와 건강보험 적용 항목의 확대에 대한 요구가 높은 것으로 나타났음.
- 연령별로는 20대에서 ‘소득에 따른 환자 부담 병원비 차등화(41.7%)’가 1위인 반면 다른 연령층에서는 모두 ‘중증질환에 대한 의료비 감면 확대’가 1위였음.
- 또한 상대적으로 연령이 낮아질수록 의료서비스의 질적 향상에 대한 필요성 인식이 높아지는 경향이었고 반대로 중증질환에 대한 의료비 감면과 건강보험 적용 항목 확대는 연령이 높아지는 것에 비례하여 높아졌음.

- 월평균 가구소득별로는 저소득층에서 중증질환에 대한 의료비 감면과 소득에 따른 병원비 차등화 등에 대한 요구가 높게 나타난 반면, 고소득층에서는 상대적으로 의료서비스의 질적 향상과 식품·의약품 등의 안전관리, 질병예방을 위한 건강증진정책 강화 등에 중점을 두어야 한다는 응답이 높은 것으로 조사되었음.

〈표 3-16〉 진료비 부담 경감을 위한 건강보험료 추가 지출에 대한 인식

	시례 수	보장을 늘리기 위해 보험료를 더 낼 의향이 있다	현재의 보장수준과 보험료 부담수준이 적당하다	보장은 늘어나야 하지만 보험료는 더 낼 의향이 없다	잘 모르겠다	계	통계량(x²) p-value	
전	체	(1,000)	19.4	30.0	46.1	100.0	-	
	성별	남성	27.2	30.3	37.4	5.0	x²= 47.860	
		여성	11.7	29.8	54.5	4.0	p= 0.000	
	연령	만20세~29세 이하	20.6	33.2	41.7	4.5	100.0	x²= 26.750 p= 0.008
		30대	18.0	28.5	47.1	6.4	100.0	
40대		22.8	27.6	47.3	2.3	100.0		
50대		20.1	25.2	53.4	1.4	100.0		
지역	60대 이상	15.6	36.1	40.4	8.0	100.0	x²= 29.099 p= 0.112	
	서울	20.8	38.1	38.4	2.6	100.0		
	인천/경기	18.7	26.9	49.6	4.8	100.0		
	대전/충청	20.4	31.0	42.1	6.6	100.0		
	광주/전라	26.4	28.3	42.9	2.4	100.0		
	대구/경북	16.9	29.5	46.8	6.7	100.0		
	부산/울산/경남	17.0	25.8	50.9	6.2	100.0		
	강원	9.5	37.5	52.9	0.0	100.0		
	제주	21.8	11.8	66.5	0.0	100.0		
	지역규모	대도시	20.5	30.8	44.5	4.2		100.0
중소도시		18.4	27.7	48.7	5.1	100.0	p= 0.409	
농어촌		18.1	40.2	38.7	3.0	100.0		
0~5세 영유아		21.3	25.1	51.3	2.2	100.0	x²= 5.159	
65세 이상 노인 부양	있다	19.1	30.9	45.1	4.9	100.0	p= 0.161	
	없다	18.3	26.7	51.6	3.4	100.0	x²= 4.158	
	없다	19.7	31.0	44.4	4.9	100.0	p= 0.245	

	사례 수	보장을 늘리기 위해 보험료를 더 낼 의향이 있다	현재의 보장수준과 보험료 부담수준이 적당하다	보장은 늘어나야 하지만 보험료는 더 낼 의향이 없다	잘 모르겠다	계	통계량(χ^2) p-value
가구원수	2명 이하	(199)	19.0	29.4	44.1	7.5	100.0
	3명	(209)	18.4	26.4	51.2	3.9	100.0
	4명	(394)	19.0	32.7	45.1	3.2	100.0
	5명이상	(198)	21.6	29.2	44.4	4.8	100.0
	100만원미만	(113)	11.3	27.4	53.2	8.2	100.0
월 가구소득	100~199만원	(137)	18.0	26.3	49.1	6.6	100.0
	200~299만원	(190)	21.4	26.9	49.0	2.8	100.0
	300~399만원	(199)	20.4	30.4	48.3	1.0	100.0
	400~499만원	(126)	25.8	30.8	40.6	2.7	100.0
	500만 원 이상	(174)	20.7	34.2	41.2	3.9	100.0
	모름/무응답	(60)	10.9	38.7	34.6	15.9	100.0
							$\chi^2= 9.819$ $p= 0.365$
							$\chi^2= 50.496$ $p= 0.000$

- 진료비 부담을 낮추기 위해서는 추가적인 재원조달이 필요한 바, 이를 위한 건강보험료 추가 부담 의사에 대해서 조사하였음.
 - 조사 결과 ‘건강보험 보장은 늘어나야 하지만 보험료는 더 낼 의향이 없다’라는 응답이 46.1%로 가장 높았고, ‘현재의 보장수준과 보험료 수준이 적당하다’는 응답이 30.0%였음.
 - ‘보장 수준을 늘리기 위해 보험료를 더 낼 의향이 있다’는 응답은 19.4%에 그쳤음.
 - 건강보험 보장수준 제고의 필요성은 인정하면서도 건강보험료 인상에 대해서는 매우 부정적인 인식을 가지고 있는 상황임.
- 성별로는 남성이 여성에 비해 보험료 추가 부담 의향이 상대적으로 높았으며(남성 27.2%, 여성 11.7%), [보장 수준 증가+추가 부담 반대] 의견은 여성(54.5%)이 남성(37.4%)보다 높았음.
 - 연령별로는 보험료 추가 부담에 찬성하는 비율은 40대가 가장 높았고, 60대 이상이 가장 낮았음.
 - 반면, 50대는 추가 부담에 반대하는 비율이 가장 높았음.
 - 그러나 연령별 경향은 다소 일관적이지 못하였는데, 40대는 보험료 인상에 반대하는 비율 역시 50대 다음으로 높았고, 60대는 현재의 보장수준과 보험료 부담수준을 적정하게 보는 응답이 다른 연령보다 높게 나타났음.
- 도시 지역 거주자들이 보장은 늘어나야 하지만 보험료는 더 부담할 의향이 없다는 응답이 높은 반면, 농어촌 지역 거주자들은 현재의 보장수준과 보험료 수준을 적정하다고 판단하는 응답이 가장 높았음.
 - 0~5세 영유아 또는 65세 이상 노인 등 부양가족이 있는 응답자들 역시 보험료 추가 부담에 대해서 부양가족이 없는 응답자들보다 더욱 부정적이었음.
 - 월평균 가구소득 수준 역시 고소득층으로 갈수록 보험료 추가 부담 의향층이 다소 높아지는 경향인 반면, 저소득층은 보장성 확대에는

동의하나 보험료 추가 인상에는 반대하는 경향이 높았음.

- 앞서 추가적인 조세 부담 의향에 대한 문항에서와 같이(표 3-16) 진료비 감면 및 보장성 확대의 실질적인 수요층이라 할 수 있는 65세 이상 노인 부양가족과 저소득층 등에서 건강보험료 추가 지출에 부정적인 인식이 높다는 것은 실질적인 가처분소득에 부정적인 영향을 끼치는 사회 부담감 증가에 대한 부담감은 큰 반면, 이를 상쇄할 수 있는 건강보험정책의 체감도는 미흡하다고 인식하기 때문으로 사료됨.

5. 빈곤정책

〈표 3-17〉 정부의 보건복지 혜택에 대한 만족도 - 저소득층 소득지원

	시례 수	매우 불만족 ①	불만족 ②	보통 ③	만족 ④	매우 만족 ⑤	불만족 (①+②)	보통 (③)	만족 (④+⑤)	모름/ 무응답	계	평균 (5점)	통계량(x) p-value
전	총	(1,000)	2.7	30.0	48.6	15.7	1.2	32.7	48.6	16.9	100.0	2.82	-
	남성	(495)	4.0	29.0	46.5	17.0	1.9	32.9	46.5	18.9	100.0	2.84	$\chi^2=$ 3.003
성별	여성	(505)	1.5	31.0	50.7	14.6	0.4	32.5	50.7	15.0	100.0	2.81	p= 0.223
	만20세~29세 이하	(166)	2.9	29.0	45.8	17.7	3.9	31.9	45.8	21.6	100.0	2.91	
연령	30대	(205)	2.9	36.5	44.4	15.0	0.0	39.3	44.4	15.0	100.0	2.72	$\chi^2=$ 17.636
	40대	(222)	2.1	30.9	52.5	12.7	0.0	33.0	52.5	12.7	100.0	2.77	p= 0.024
	50대	(196)	2.6	29.9	51.3	11.6	1.9	32.5	51.3	13.5	100.0	2.80	
	60대 이상	(211)	3.2	23.7	48.4	22.0	0.8	26.9	48.4	22.8	100.0	2.93	
지역	서울	(206)	1.9	29.8	47.1	19.2	0.4	31.7	47.1	19.6	100.0	2.86	
	인천/경기	(287)	3.3	28.9	52.1	12.3	0.6	32.2	52.1	12.8	100.0	2.77	
	대전/충청	(102)	3.6	28.2	46.3	15.4	4.2	31.8	46.3	19.6	100.0	2.88	$\chi^2=$ 8.899
	광주/전라	(102)	5.7	31.7	42.9	17.1	2.6	37.4	42.9	19.7	100.0	2.79	p= 0.837
	대구/경북	(103)	1.7	28.3	47.9	18.6	0.9	30.0	47.9	19.5	100.0	2.88	
	부산/울산/경남	(158)	1.3	33.9	49.8	13.5	1.0	35.3	49.8	14.5	100.0	2.79	
	강원	(31)	0.0	31.3	47.8	20.8	0.0	31.3	47.8	20.8	100.0	2.89	
	제주	(11)	5.0	17.6	53.7	23.7	0.0	22.6	53.7	23.7	100.0	2.96	
지역규모	대도시	(474)	2.0	31.2	47.2	17.0	1.1	33.2	47.2	18.1	100.0	2.84	$\chi^2=$ 7.752
	중소도시	(460)	3.9	29.9	49.7	13.3	1.1	33.8	49.7	14.5	100.0	2.77	p= 0.101
	농어촌	(66)	0.0	21.9	51.3	23.4	2.1	21.9	51.3	25.5	100.0	3.06	
0~5세 영유아	있다	(151)	2.3	36.7	45.7	13.6	0.0	39.0	45.7	13.6	100.0	2.72	$\chi^2=$ 3.505
	없다	(849)	2.8	28.8	49.2	16.1	1.4	31.6	49.2	17.5	100.0	2.84	p= 0.173

	매우 불만족 ①	매우 불만족 ②	보통 ③	만족 ④	매우 만족 ⑤	불만족 (①+②)	보통 (③)	만족 (④+⑤)	모름/ 무응답	계	평균 (5점)	통계량(χ^2) p-value
65세 이상 노인 부양	1.4	29.4	46.5	19.6	1.2	30.7	46.5	20.8	1.9	100.0	2.90	$\chi^2=$ 3.391
	3.1	30.2	49.2	14.6	1.2	33.3	49.2	15.8	1.7	100.0	2.80	p= 0.184
가구원수	4.0	27.3	49.2	16.3	0.3	31.3	49.2	16.5	3.0	100.0	2.81	
	2.0	31.3	49.3	13.5	2.0	33.4	49.3	15.5	1.8	100.0	2.82	$\chi^2=$ 4.736
	2.7	31.5	49.2	15.1	0.2	34.2	49.2	15.3	1.3	100.0	2.78	p= 0.578
	2.2	28.2	46.3	18.9	3.1	30.5	46.3	21.9	1.3	100.0	2.92	
월 가구소득	3.7	28.2	49.3	15.8	0.8	31.9	49.3	16.6	2.2	100.0	2.81	
	2.2	31.0	47.7	14.1	1.9	33.2	47.7	16.0	3.1	100.0	2.82	
	2.7	37.2	41.4	15.4	0.5	40.0	41.4	15.9	2.7	100.0	2.73	$\chi^2=$ 18.106
	1.4	29.4	52.7	14.9	0.8	30.7	52.7	15.7	0.9	100.0	2.84	p= 0.113
	1.6	32.7	54.0	11.2	0.0	34.3	54.0	11.2	0.4	100.0	2.75	
	4.4	23.3	46.6	22.5	2.0	27.7	46.6	24.5	1.3	100.0	2.94	
모름/무응답	3.8	24.1	53.4	13.5	3.7	28.0	53.4	17.2	1.4	100.0	2.89	

- 정부의 저소득층 소득지원 정책에 대해 만족한다는 응답자는 16.9%에 불과했고, 만족하지 못한다는 응답자는 32.7%로 나타났다.
- 전반적인 보건복지 혜택에 대한 만족한다는 응답자 18.5%, 만족하지 못한다는 응답자 28.3%와 비교해 볼 때 일반국민들의 빈곤관련 정책에 대한 만족도가 상대적으로 낮다는 것을 알 수 있음.
- 연령대별로 보면 20대와 60대 이상 세대의 만족도가 높은 편이고 30대가 가장 불만이 많은 것으로 나타났다.
- 지역별로는 중소도시 거주자의 만족도가 낮은 반면 농어촌 거주자의 만족도가 상대적으로 높음.
 - － 이는 농어촌 인구의 고령화를 생각할 때 60대 이상의 만족도가 높다는 사실과 연관이 된다 할 수 있음.
 - － 기초노령연금, 장기요양보험 등 노인일반에 대한 복지지원과 각종 직불금, 기초보장 특례, 사회보험 특례 등 농어촌에 대한 복지지원 혜택을 공유하는 데 따른 결과로 해석할 수 있음.
- 소득수준별로는 500만원 이상의 고소득층의 만족도(24.5%)가 가장 높았고 100만원 미만의 저소득층의 만족도(16.6%)는 전체의 만족도보다 약간 낮은 수준으로 나타났다.
 - － 200~299만원의 경우 불만족 비율(40.0%)이 전체 평균(32.7%)을 크게 상회하는 특징이 보임.
 - － 이 같은 결과는 차상위계층¹⁾보다 높은 소득을 얻지만 중산층 평균소득²⁾에는 미치지 못하는 소득계층으로써 자신의 소득수준이 충분하지 않다고 생각하지만 정부의 지원대상이 되지는 못하는데 따른 불만이 반영된 것이 아닌가 판단됨.

1) 2012년 4인 가구 기준 약 179만원

2) 2010년 기준 약 321만원(현대경제연구원)

〈표 3-18〉 소득수준 인식

		사례 수	하 ①	중하 ②	중 ③	중상 ④	상 ⑤	하 (①+②)	중 (③)	상 (④+⑤)	모름/ 무응답	계	평균 (5점)	통계량(x²) p-value
전	총체	(1,000)	28.7	21.8	36.9	8.6	1.9	50.5	36.9	10.5	2.1	100.0	2.32	-
	남성	(495)	27.8	20.3	38.2	9.3	2.9	48.1	38.2	12.2	1.5	100.0	2.38	x²= 4.284
	여성	(505)	29.6	23.2	35.6	8.0	0.9	52.8	35.6	8.8	2.8	100.0	2.25	p= 0.117
연령	만20세~29세 이하	(166)	12.8	24.7	43.5	14.8	2.4	37.5	43.5	17.2	1.8	100.0	2.69	
	30대	(205)	15.5	26.7	46.0	7.9	1.7	42.3	46.0	9.5	2.2	100.0	2.52	x²= 58.123
	40대	(222)	24.5	22.6	36.0	11.9	1.6	47.0	36.0	13.5	3.4	100.0	2.42	p= 0.000
	50대	(196)	33.1	20.0	35.6	6.6	3.3	53.1	35.6	9.9	1.4	100.0	2.26	
	60대 이상	(211)	54.4	15.4	24.8	2.8	0.8	69.9	24.8	3.6	1.7	100.0	1.78	
지역	서울	(206)	23.1	24.0	39.8	9.4	1.5	47.1	39.8	11.0	2.2	100.0	2.41	
	인천/경기	(287)	31.2	20.2	34.4	8.1	3.2	51.5	34.4	11.3	2.8	100.0	2.30	
	대전/충청	(102)	29.1	19.2	34.9	14.5	2.2	48.3	34.9	16.7	0.0	100.0	2.42	x²= 21.836
	광주/전라	(102)	31.3	22.6	33.8	7.9	2.3	53.9	33.8	10.2	2.1	100.0	2.26	p= 0.082
	대구/경북	(103)	35.9	21.2	34.4	6.9	0.8	57.1	34.4	7.7	0.8	100.0	2.15	
	부산/울산/경남	(158)	20.9	22.2	45.3	7.9	0.0	43.1	45.3	7.9	3.7	100.0	2.42	
지역규모	강원 제주	(31) (11)	47.9 32.9	28.0 16.7	19.9 41.2	0.0 9.2	4.1 0.0	76.0 49.6	19.9 41.2	9.2 9.2	0.0 0.0	100.0 100.0	1.84 2.27	
	대도시	(474)	25.5	21.3	39.8	10.1	1.0	46.8	39.8	11.1	2.3	100.0	2.38	x²= 7.996
	중·소도시	(460)	31.4	20.9	35.4	7.5	2.5	52.3	35.4	10.0	2.3	100.0	2.27	p= 0.092
0~5세 영유아	농어촌	(66)	32.8	31.5	25.8	5.9	4.0	64.3	25.8	9.9	0.0	100.0	2.17	
	있다	(151)	30.5	29.9	26.9	9.9	0.7	60.4	26.9	10.6	2.1	100.0	2.19	x²= 7.932
65세 이상 노인 부양	없다	(849)	28.4	20.3	38.6	8.4	2.1	48.7	38.6	10.5	2.1	100.0	2.34	p= 0.019
	있다	(230)	29.7	23.5	34.2	8.8	1.3	53.3	34.2	10.1	2.4	100.0	2.27	x²= 1.010
	2명 이하	(770)	28.4	21.2	37.7	8.6	2.1	49.6	37.7	10.6	2.1	100.0	2.33	p= 0.603
가구원수	3명	(199)	50.4	16.9	27.6	1.7	0.8	67.3	27.6	2.5	2.5	100.0	1.83	
	4명	(209)	29.0	26.3	34.1	7.2	1.1	55.3	34.1	8.3	2.2	100.0	2.23	x²= 52.349
	5명 이상	(394)	19.8	20.0	44.1	11.5	2.4	39.8	44.1	13.9	2.2	100.0	2.56	p= 0.000
		(198)	24.4	25.4	34.6	11.5	2.7	49.8	34.6	14.1	1.5	100.0	2.42	

100 • 보건 의료 체계의 환경 변화 예측 및 중장기 발전 방향

		시 예 수	하 ①	중 하 ②	중 ③	중 상 ④	상 ⑤	하 (①+②)	중 (③)	상 (④+⑤)	모 름/ 무 응 답	계	평 균 (5점)	통 계 량 (χ^2) p-value
월 기 구 소 속	100만원미만	(113)	75.2	12.8	11.2	0.0	0.0	88.0	11.2	0.0	0.8	100.0	1.35	$\chi^2=$ 316.234 p= 0.000
	100~199만원	(137)	54.0	25.9	16.2	1.3	0.0	79.9	16.2	1.3	2.6	100.0	1.64	
	200~299만원	(190)	33.0	30.1	33.4	1.1	1.4	63.1	33.4	2.4	1.1	100.0	2.07	
	300~399만원	(199)	16.6	32.4	42.9	6.7	0.4	49.0	42.9	7.1	1.0	100.0	2.41	
	400~499만원	(126)	2.6	17.8	61.1	16.0	0.7	20.4	61.1	16.7	1.8	100.0	2.94	
	500만 원 이상	(174)	3.3	10.7	51.0	24.7	7.7	14.1	51.0	32.4	2.6	100.0	3.23	
	모 름/ 무 응 답	(60)	38.2	7.9	31.9	9.6	2.3	46.0	31.9	11.9	10.2	100.0	2.22	

□ 응답자가 속한 가구의 소득수준이 어디에 속하는지를 묻은 결과 전체적으로 상위층(중상, 상)으로 응답한 비율은 10.5%, 중간층이라 응답한 비율은 36.9%, 그리고 하위층(하, 중하)이라 응답한 비율은 50.5%로 나타났다.

- 중하, 중, 중상을 묶어서 보면 67.3%로 통계청이 분류하는 2011년 중산층 비중 63.7%³⁾와 거의 비슷함.
- 성별로 보면 스스로를 상위층이라 생각하는 비율은 남성(12.2%)이 여성(8.8%)보다 조금 높음.
- 연령대별로 보면 스스로를 하위층이라 생각하는 비율은 연령대가 높아질수록 더 높아지는 특징을 보임(20대 37.5%, 60대 이상 69.9%).
 - － 스스로를 상위층이라 생각하는 비율은 20대(17.9%)에서 가장 높게 나와 최근 심각한 문제로 인식되고 있는 청년실업 혹은 근로빈곤의 문제와 상이한 결과로 비쳐질 수 있음.
 - － 그러나 자신이 속한 가구의 주관적 경제 상태를 묻는 것이므로 이 같은 결과는 소득과 자산의 프로파일상 경제적으로 부유한 세대에 속한 부모와 생계를 같이하는데 따른 것으로 풀이될 수 있음.
- 지역별로는 지역규모가 클수록 스스로를 소득상위층으로 분류하고, 지역규모가 작을수록 스스로를 소득하위층으로 분류하는 경향이 발견됨.
- 영유아와 노인 부양여부에 따라서는 상위층으로 응답한 비율은 거의 비슷하지만 하위층으로 응답한 비율은 차이를 보임.
 - － 즉, 영유아와 노인이 있는 경우 스스로를 하위층으로 인식하는 경향이 있는데, 이는 보육과 노인부양에 대한 경제적 부담이 표출된 결과로 해석할 수 있음.
- 소득수준별로는 다른 기준에 비해 직관적인 결과를 보인다. 소득수준이 높아질수록 스스로를 상위층으로 인식하는 비율이 높아짐.

3) 2011년 가계동향조사 자료를 이용, 균등화 중위소득 50%에서 150% 사이의 소득계층을 추정한 값

- 그리고 소득수준이 낮아질수록 스스로를 하위층으로 인식하는 비율도 높아짐.
- 저소득층은 실제 경제 상태와 주관적 경제상태가 비슷한 반면, 고소득층의 경우 실제 경제 상태에 비해 주관적 경제 상태를 낮게 평가하는 경향을 발견할 수 있음.

〈표 3-19〉 빈곤과 관련해 가장 심각한 현상 - 1+2순위

		시례 수	가난한 사람과 부유한 사람의 경제적 격차가 크다	일을 하는데도 가난한 사람이 많다	가난한 노인이 많다	한부모 가정, 장애인 등 취약계층 중 가난한 사람이 많다	전반적으로 가난한 사람이 많다	모름/ 무응답
성별	전	(1,000)	71.0	49.6	26.5	23.4	22.2	7.4
	남성	(495)	72.0	49.4	25.5	22.2	23.0	7.9
연령	여성	(505)	70.0	49.9	27.4	24.4	21.4	6.9
	만20세~29세 이하	(166)	76.4	63.6	13.8	21.7	20.4	4.1
	30대	(205)	82.0	49.3	17.9	22.4	21.0	7.4
	40대	(222)	71.9	55.8	21.7	27.7	18.3	4.7
	50대	(196)	68.8	51.8	28.0	21.9	22.5	7.0
지역	60대 이상	(211)	57.0	30.4	48.5	22.4	28.5	13.2
	서울	(206)	73.6	49.6	24.4	24.1	20.3	8.0
	인천/경기	(287)	71.0	54.8	27.6	22.8	20.1	3.7
	대전/충청	(102)	68.8	42.5	22.1	31.2	25.2	10.1
	광주/전라	(102)	74.4	51.1	27.8	18.7	21.3	6.6
	대구/경북	(103)	68.8	51.9	27.9	12.6	27.5	11.3
	부산/울산/경남	(158)	71.0	46.7	25.6	24.8	22.9	8.9
	강원	(31)	53.3	27.7	38.4	43.5	27.5	9.5
	제주	(11)	76.9	47.9	31.6	17.7	16.3	9.5
	대도시	(474)	72.7	49.9	26.0	21.7	21.4	8.3
	중·소도시	(460)	70.6	49.6	26.1	24.9	22.4	6.4
	농어촌	(66)	61.5	47.9	32.7	24.3	26.2	7.4
지역규모 0~5세 영유아	있다	(151)	70.7	48.5	29.7	24.1	22.0	5.0
	없다	(849)	71.0	49.8	25.9	23.2	22.2	7.8
65세 이상 노인 부양	있다	(230)	73.5	51.0	24.4	21.7	23.4	6.0
	없다	(770)	70.2	49.2	27.1	23.8	21.8	7.8

	사례 수	가난한 사람과 부유한 사람의 경제적 격차가 크다	일을 하는데도 가난한 사람이 많다	가난한 노인이 많다	한부모 가정, 장애인 등 취약계층 중 가난한 사람이 많다	전반적으로 가난한 사람이 많다	모름/ 무응답
가구원수	2명 이하	(199)	66.0	40.4	37.7	23.8	10.1
	3명	(209)	71.7	43.3	25.6	29.1	8.4
	4명	(394)	71.9	57.6	22.0	18.1	5.9
	5명 이상	(198)	73.2	49.6	25.0	21.5	6.5
	100만원 미만	(113)	60.6	31.5	47.2	22.6	12.6
월 가구소득	100~199만원	(137)	67.3	51.2	24.8	24.5	7.8
	200~299만원	(190)	71.7	48.7	27.0	27.2	5.7
	300~399만원	(199)	72.7	57.7	21.9	20.3	5.8
	400~499만원	(126)	74.7	51.7	26.0	16.2	5.2
	500만 원 이상	(174)	79.7	49.4	19.6	19.0	5.3
	모름/무응답	(60)	57.8	52.4	25.8	28.1	17.5

- 일반국민을 대상으로 우리나라 빈곤문제와 관련해서 가장 심각한 현상에 대해 복수 응답하도록 한 결과 경제적 불평등(가난한 사람과 부유한 사람의 경제적 격차가 크다)(71.0%)을 가장 심각한 문제로 인식하고 있었음.
- 다음으로는 근로빈곤(일을 하는데도 가난한 사람이 많다)(49.6%), 노인빈곤(가난한 노인이 많다)(26.5%), 취약계층 빈곤(한 부모가정, 장애인 등 취약계층 중 가난한 사람이 많다)(23.4%), 전체적인 빈곤(전반적으로 가난한 사람이 많다)(22.2%)의 순이었음.
 - 연령대별로 살펴보면, 20대(76.4%)와 30대(82.0%)는 불평등 문제를 심각하게 받아들이고 있었고, 특히 20에게는 근로빈곤 문제(63.6%)가 심각하게 인식되고 있었음.
 - 40대와 50대도 근로빈곤에 대해서는 20대를 제외한 다른 세대보다 심각하게 인식하고 있는데, 이는 이들 세대의 자녀가 당면하고 있거나 곧 당면할 문제로 인식하고 있기 때문으로 풀이됨.
 - 60대 이상의 노인은 역시 노인빈곤(48.5%) 문제와 전반적인 빈곤(28.5%) 문제를 심각하게 인식하고 있었음.
 - 지역별로는 대도시 거주자(72.7%)가 불평등에 대해 상대적으로 심각하게 인식하고 있었고, 노인인구 비중이 높은 농어촌 거주자(32.7%)는 역시 노인빈곤을 보다 심각하게 인식하고 있었음.
 - 한 가지 흥미로운 결과는 노인을 부양하지 않고 있는 응답자(27.1%)가 노인을 부양하고 있는 응답자(24.4%)에 비해 노인빈곤 문제를 더 심각하게 받아들이고 있다는 점임.
 - 이는 노인부양 여부에 대해 실제 부양을 전제로 응답을 했다고 한다면, 노인을 부양하고 있는 응답자가 노인빈곤 문제를 덜 심각하게 체감한 결과로 추론할 수 있음.
 - 소득수준별로는 소득이 높을수록 불평등 문제를 심각하게 받아들이고 있으며, 100만원 미만의 저소득층(47.2%)은 노인빈곤 문제를 상대적으로 심각하게 받아들이고 있음.

〈표 3-20〉 비교정책에서 가장 중점을 두어야 할 대상 - 1+2순위

	사례 수	일을 하는데도 비교한 사람 (근로빈곤층)	실업자, 근로 무능력자 등 일을 못해서 빈곤한 사람	노인	장애인	한부모 가정	모름/ 무응답
전	총	(1,000)	57.4	43.7	36.4	32.5	24.0
	성별						
	남성	(495)	57.2	46.6	36.9	31.8	21.5
	여성	(505)	57.6	40.7	35.9	33.1	26.4
연령	만20세~29세 이하	(166)	53.7	49.1	36.1	29.6	26.1
	30대	(205)	62.5	42.3	34.8	27.5	26.9
	40대	(222)	61.4	36.5	34.6	32.5	29.1
	50대	(196)	59.3	46.2	36.6	33.0	18.8
	60대 이상	(211)	49.2	45.8	40.1	39.0	18.8
	서울	(206)	56.8	48.4	38.3	30.7	21.7
지역	인천/경기	(287)	61.4	43.5	37.2	28.2	26.3
	대전/충청	(102)	53.1	37.0	32.0	46.9	24.9
	광주/전라	(102)	54.7	37.0	34.4	41.1	26.4
	대구/경북	(103)	53.6	43.3	35.7	33.3	19.4
	부산/울산/경남	(158)	56.3	47.5	35.1	28.9	23.3
	강원	(31)	63.2	43.1	43.2	29.7	17.0
	제주	(11)	60.7	32.2	46.7	14.5	45.8
	대도시	(474)	55.5	46.4	37.2	32.3	21.3
지역규모	중소도시	(460)	59.0	41.5	36.8	31.5	26.0
	농어촌	(66)	59.7	38.4	28.3	40.6	29.1
0~5세 영유아	있다	(151)	64.1	42.9	33.7	31.2	23.7
	없다	(849)	56.2	43.8	36.9	32.7	24.0
65세 이상 노인 부양	있다	(230)	56.9	42.8	37.0	35.2	20.2
	없다	(770)	57.5	43.9	36.2	31.7	25.1
가구원수	2명 이하	(199)	47.4	44.7	40.2	40.2	21.1
	2명 이상	(801)	57.4	43.7	36.4	32.5	24.0

	사례 수	일을 하는데도 빈곤한 사람 (근로빈곤층)	실업자, 근로 무능력자 등 일을 못해서 빈곤한 사람	노인	장애인	한부모 가정	모름/ 무응답
월 가구소득	3명	(209)	60.7	43.0	33.3	30.8	23.6
	4명	(394)	60.3	43.9	36.1	28.8	26.4
	5명이상	(198)	58.0	42.8	36.6	34.0	22.3
	100만원미만	(113)	52.2	40.4	39.9	44.2	17.0
	100~199만원	(137)	58.2	42.5	28.4	32.5	29.8
	200~299만원	(190)	60.0	41.2	38.2	31.8	23.9
	300~399만원	(199)	57.7	46.2	39.6	28.7	23.3
	400~499만원	(126)	54.2	42.7	39.7	38.4	22.9
	500만 원 이상	(174)	60.4	44.6	32.8	26.3	28.1
	모름/무응답	(60)	53.9	51.4	35.4	30.6	16.4

8.6

4.5

6.4

6.3

8.6

4.9

4.6

2.2

7.8

12.2

- 빈곤정책에서 가장 중점을 뒀야 할 대상에 대해서는 근로빈곤층(57.4%)을 가장 많이 꼽았고, 다음으로 실업자와 근로무능력자(43.7%), 노인(36.4%), 장애인(32.5%), 한 부모가정(24.0%)의 순이었음.
- 연령별로는 30대(62.5%)와 40대(61.4%)가 근로빈곤층을 꼽았고, 60대 이상은 노인(40.1%)과 장애인(39.0%)을 꼽았음.
- 그리고 한 부모가정에 대해서는 40대 이하에서 상대적으로 중요한 정책대상으로 꼽았음.
- 다른 인구집단별로는 주목할 만한 특징을 발견할 수 없었음.

〈표 3-21〉 비교정책에서 가장 중점을 두어야 할 정책 - 1+2순위

	사례 수	가난한 사람들이 일을 통해서 가난에서 벗어나 수 있도록 지원해	취업의 기회를 넓혀서 빈곤으로 떨어지지 않도록 미리 예방해야	가난한데도 정부의 지원을 받지 못하는 사람이 없도록 해야 한다	지원 금액을 올려야 한다	기타	모름/ 무응답		
성별	전	체	(1,000)	74.1	71.8	38.7	9.4	0.1	5.9
		남성	(495)	75.5	72.4	37.4	8.8	0.2	5.8
		여성	(505)	72.7	71.1	40.0	10.0	0.0	6.1
연령		만20세~29세 이하	(166)	66.0	65.9	49.7	13.8	0.0	4.6
		30대	(205)	72.5	74.3	37.7	10.6	0.0	4.8
		40대	(222)	79.0	73.2	34.7	7.9	0.0	5.3
		50대	(196)	79.0	78.1	29.7	8.7	0.0	4.5
		60대 이상	(211)	72.3	66.6	43.5	7.2	0.4	10.0
지역		서울	(206)	75.2	71.6	39.3	7.9	0.4	5.6
		인천/경기	(287)	76.4	76.6	36.0	7.4	0.0	3.6
		대전/충청	(102)	76.9	68.2	44.7	5.5	0.0	4.6
		광주/전라	(102)	66.5	72.0	41.1	17.3	0.0	3.2
		대구/경북	(103)	76.8	62.9	30.1	12.8	0.0	17.4
		부산/울산/경남	(158)	70.7	72.6	39.6	9.6	0.0	7.4
		강원	(31)	72.9	61.9	54.0	11.2	0.0	0.0
		제주	(11)	63.2	76.9	45.4	14.5	0.0	0.0
지역규모		대도시	(474)	72.6	72.1	38.5	9.7	0.2	6.8
		중·소도시	(460)	76.9	72.3	37.0	8.9	0.0	4.9
0~5세 영유아		농어촌	(66)	65.1	65.5	51.6	11.1	0.0	6.8
		있다	(151)	76.8	75.7	37.1	6.5	0.0	3.8
65세 이상 노인 부양		없다	(849)	73.6	71.1	39.0	10.0	0.1	6.3
		있다	(230)	74.9	73.8	35.7	10.3	0.0	5.3
		없다	(770)	73.8	71.2	39.6	9.2	0.1	6.1

	사례 수	가난한 사람들이 일을 통해서 가난에서 벗어날 수 있도록 지원해 주 있도록 지원해	취업의 기회를 넓혀서 빈곤으로 떨어지지 않도록 미리 예방해야	가난해도 정부의 지원을 받지 못하는 사람이 없도록 해야 한다	지원 금액을 올려야 한다	기타	모름/ 무응답
가구원수	2명 이하	(199)	71.7	69.0	41.6	0.0	7.2
	3명	(209)	77.3	72.1	36.0	0.0	7.1
	4명	(394)	73.9	71.4	41.4	0.0	3.3
	5명 이상	(198)	73.4	74.9	33.3	0.4	8.8
	100만원미만	(113)	70.4	53.6	56.8	0.0	8.3
월 가구소득	100~199만원	(137)	73.7	70.6	38.5	0.0	6.9
	200~299만원	(190)	73.1	80.0	33.0	0.0	2.5
	300~399만원	(199)	72.6	73.3	35.2	0.4	7.8
	400~499만원	(126)	75.6	72.4	42.6	0.0	3.0
	500만 원 이상	(174)	79.0	73.5	34.5	0.0	4.8
	모름/무응답	(60)	72.2	71.2	38.6	0.0	13.3

□ 빈곤정책에서 가장 중점을 두어야 할 정책을 묻은 결과 자활·자립지원(가난한 사람들이 일을 통해서 가난에서 벗어날 수 있도록 지원해야 한다)(74.1%)과 빈곤예방(취업의 기회를 넓혀서 빈곤으로 떨어지지 않도록 미리 예방해야 한다)(71.8%)이 70%가 넘는 지지를 받았음.

○ 반면 급여인상(지원 금액을 늘려야 한다)에 대해서는 9/4%만이 지지하는 결과가 나왔음.

— 일반국민들은 빈곤정책이 기초보장급여와 기초노령연금 등 급여를 인상하는 방향보다 일을 통해 빈곤을 탈출할 수 있도록 지원하거나 일자리 제공을 통해 사전에 빈곤을 예방하는 방향으로 빈곤정책의 초점이 맞춰지는 것을 선호한다는 것을 알 수 있음.

○ 한편, 기초보장제도의 부양의무자기준이나 재산의 소득 환산제에 따른 비수급 빈곤층이 상존하는 문제를 해결하기 위한 빈곤사각지대 해소(가난한데도 정부의 지원을 받지 못하는 사람이 없도록 해야 한다)에 대해서는 38.7%가 지지하였음.

○ 성별로는 자활·자립지원은 남성이, 사각지대 해소는 여성이 조금 더 선호하는 것으로 나타났음.

○ 연령대별로는 30대에서 50대까지는 자활·자립지원과 빈곤예방을 보다 선호하였고, 20대와 60대 이상은 다른 연령대에 비해 사각지대 해소에 보다 많은 관심을 보였음.

— 30대 이하는 다른 연령대에 비해 급여인상에 대해 좀 더 많은 관심을 보였음.

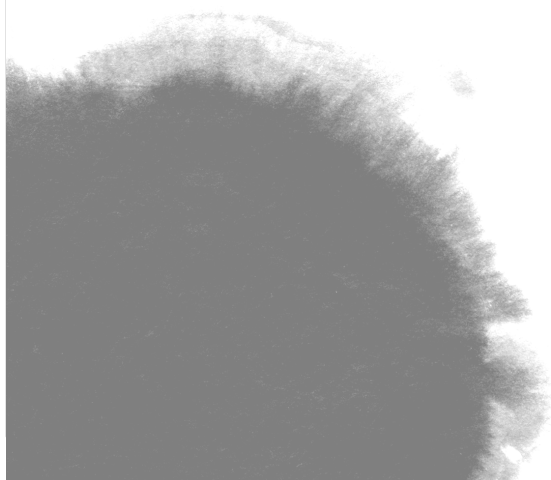
○ 농어촌에 비해 도시지역 거주자들이 자활·자립지원과 빈곤예방에 더 많은 관심을 보이는 반면, 농어촌 거주자들은 도시지역 거주자들에 비해 사각지대 해소에 상대적인 관심이 많았음.

○ 소득수준별로는 이미 빈곤에 진입해 있는 100만원 미만의 저소득층의 경우 빈곤예방(53.6%)에 대한 관심보다는 사각지대 해소(56.8%)에 보다 많은 관심이 있었고, 자활·자립(70.4%)에 대해서는 전체평

균(74.1%)에는 미치지 못하지만 상당한 관심을 가지고 있는 것으로 나타났다.

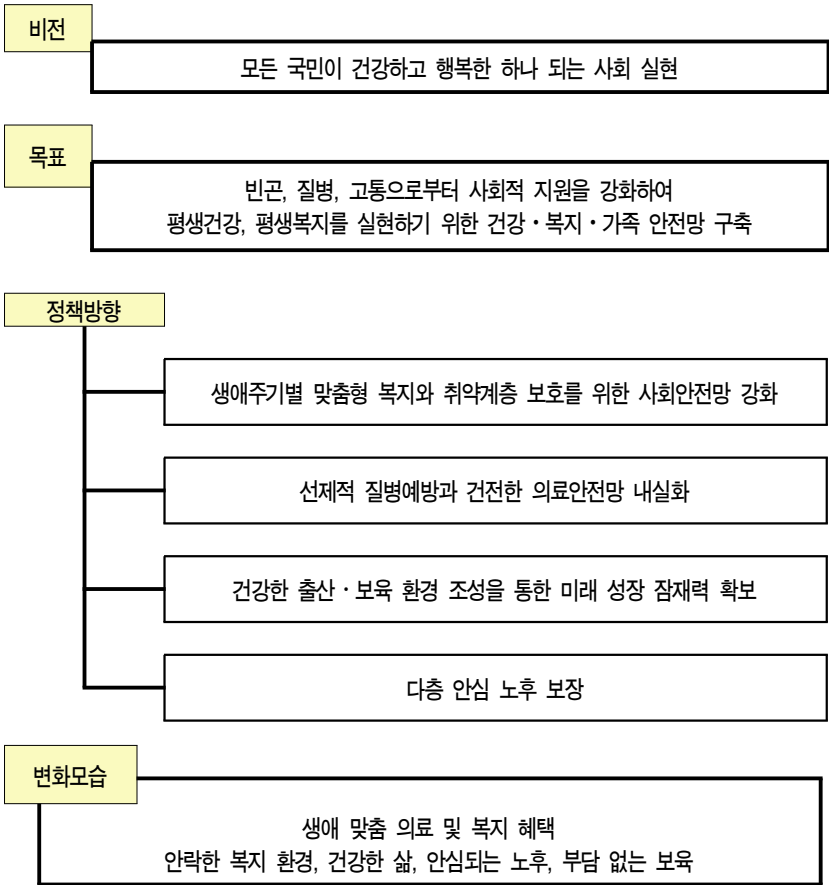
4장

보건복지정책 성과평가 및 향후과제



제4장 보건복지정책 성과평가 및 향후과제

제1 절 향후 보건복지정책의 추진방향과 핵심과제



- 10대 핵심 과제 -

1. 보건부문

과제 1 건강보험 지속가능성 제고

과제 2 진료비 보상제도

과제 3 의료서비스 질 제고

2. 복지부문

과제 4 사회서비스관리체계 효율화

과제 5 소득보장 사각지대 해소

과제 6 고용·복지통합연계

3. 저출산·고령사회부문

과제 7 보육 및 아동정책의 합리화

과제 8 노인 장기요양보험과 노인보호 정책

4. 사회복지재정·통계부문

과제 9 복지재정의 적정화 및 재원조달

과제 10 정보활용의 극대화를 통한 정책집행의 효율성 제고

제2절 보건부문

과제 1 건강보험 지속가능성 제고

가. 현안과 쟁점

- 우리나라의 건강보험은 당기적자와 흑자가 반복되어 2010년에는 당기수지 적자를 기록하였으며, 2011년은 다시 흑자로 돌아섰음.
- 누적적립금은 2004년 이후 계속 흑자를 기록하고 있으며, 2011년 기준 누적 적립금은 약 1조 6천억 원임.
- 2002년부터 2011년까지 지난 10년간 보험급여비를 포함한 총지출은 10.9% 증가한 반면, 보험료 인상 및 보험료 기반 확대 등에 따라 보험료수입은 연평균 12.9% 증가하여 누적 흑자를 기록하였음.

〈표 4-1〉 건강보험 재정 수지

(단위 : 조원, %)

	2002	2004	2006	2008	2010	2011	연평균 증가율 (02-11)
수입	13.9	18.6	22.4	28.9	33.6	38.0	11.8
- 보험료 등	10.9	15.1	18.6	24.8	28.7	32.4	12.9
- 정부지원	3.0	3.5	3.8	4.1	4.9	5.1	6.1
* 국고	2.6	2.9	2.9	3.1	3.8	4.2	5.5
* 국민증진기금	0.4	0.6	0.9	1.0	1.1	0.9	9.4
지출	14.7	17.0	22.5	27.5	34.9	37.4	10.9
- 보험급여비 등	14.0	16.2	21.6	26.5	33.8	36.2	11.1
- 관리운영비	0.7	0.8	0.9	1.0	1.1	1.1	5.2
당기수지	-0.8	1.6	-0.1	1.4	-1.3	0.6	
누적수지	-2.6	0.1	1.2	2.3	1.0	1.6	
수지율(지출/수입)	105.5	91.6	100.3	95.3	104.0	98.0	

주: 현금수지기준

자료 : 보건복지부 (국민건강보험공단 자료), 통계청 e-나라지표(<http://www.index.go.kr>) 제인용

□ 그러나 인구고령화 및 만성질환 증가 등에 따라 건강보험 재정 수지는 지속적으로 적자를 기록할 것으로 전망됨.

○ 그러나 인구증가 둔화 및 저성장 경제구조에 따라 가입자 수, 소득수준 등 보험료 부과기반 증가율도 점차 둔화되는 추세이며, 적자보전을 위한 보험료율과 국고지원을 지속적으로 확대에는 한계가 있음.

－ 가입자 수 및 소득수준 등 부과기반 증가율은 2009년에 9.9%에서 2008년 8.6%, 2009년 6.1%에서 2010년에 3.8%로 매년 증가율이 둔화되고 있음.

－ 과거 보험료의 연평균 증가율을 유지한다고 가정할 경우 2019년경 보험료율이 8%를 넘어설 것으로 전망됨.

• 그러나 직장 가입자의 보험료율은 『국민건강보험법』 제65조에 따라 “1000분의 80범위” 내에서 결정하도록 되어 있어 보험료율 산정에 대한 추가적인 논의가 필요함.

〈표 4-2〉 과거 보험료율 및 건강 보험료율 추정

구분	보험료율(%)
2001	3.40
2002	3.63
2003	3.94
2004	4.21
2005	4.31
2006	4.48
2007	4.77
2008	5.08
2009	5.08
2010	5.33
2011	5.64
2012	5.80
연평균 증가율(2001-2012)	4.98
2013	6.09
2014	6.39
2015	6.80
2016	7.14

구분	보험료율(%)
2017	7.49
2018	7.80
2019	8.19
2020	8.60

주 : 보험료를 추정할 때 과거 연평균 증가율 4.98% 적용

자료 : 신현웅(2012), 한국보건사회연구원 내부 발표자료

- 국고지원은 건강보험 재정의 주요 수입원의 하나로서 국고지원을 제외하고 보험료 수입으로만 건강보험제도를 운영할 경우 재정적자 규모는 작게는 2조(2004년)에서 많게는 6조원(2010)원이 넘었을 것으로 추정됨.
- 하지만 전체 수입 중 보험료의 비중은 76.30%(2001)에서 85.31%(2011)로 높아진 반면 국고수입의 비중은 동기간 22.55%에서 13.61%로 감소하는 추세에 있음.

〈표 4-3〉 건강보험 재정의 보험료와 국고 비중 추정

구분	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
보험료 비중	7630	7632	7835	8009	8059	8155	8410	8454	8317	8392	8531
국고 비중	2255	2170	2035	1875	1817	1714	1453	1411	1543	1482	1361

자료 : 신현웅(2012), 한국보건사회연구원 내부 발표자료

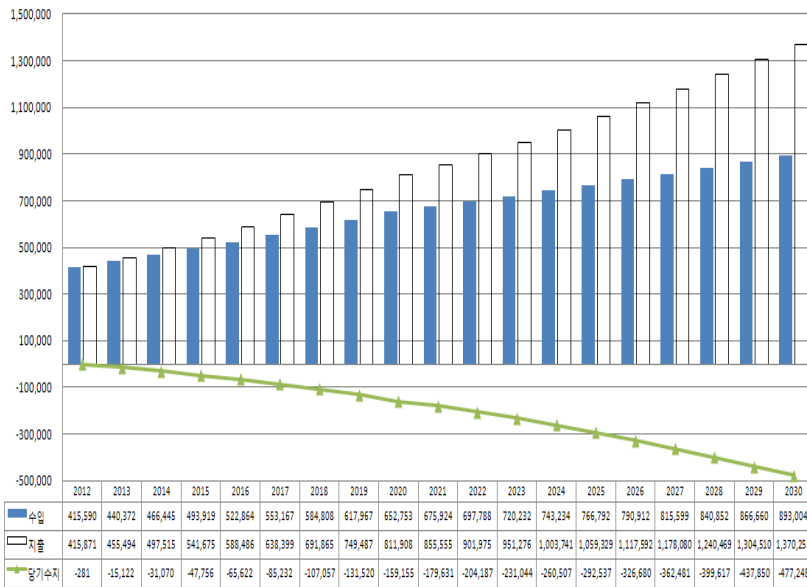
나. 정책성과 평가

- 현재의 보험료 수준과 정부지원 등이 유지된다고 가정할 경우 건강보험 재정 수지 적자규모는 급속히 확대될 전망이다.
 - 노인인구의 증가, 소득 증가, 신기술의 확산 등에 따른 의료수요의 증가, 보장성 확대 등으로 건강보험재정지출이 지속적으로 증가할 것임.
 - 건강보험 재정추계 결과 2015년 수입은 49조 3,919억 원, 지출은 54조 1,675억 원으로 당기수지 예상 적자규모는 약 4조 8,000억 원으

로 추정되며, 당기적자는 이후 지속적으로 증가하여 2022년에 20조를 넘어서고 2030년에는 47조원으로 예측됨.

- 신규 보장성 확대 계획 등이 반영되지 않았음에도 당기수지 적자는 큰 폭으로 증가할 것으로 판단됨.

[그림 4-1] 건강보험 재정 추계



자료 : 국민건강보험공단(2010), 건강보험 중·장기 재정전망 연구, 국민건강보험공단.

다. 추진방향 및 향후 과제

- 부과체계 개편, 안정적 정부지원 확보, 새로운 재원 발굴 등을 통한 안정적 재원 확보
- 진료비 지출 및 약제비 지출의 효율적 관리, 관리 운영의 효율화 등을 통한 재정 지출 효율화 방안 마련

1-1

건강보험의 안정적 재원 확보

1) 실태 및 근거

□ 건강보험료 부과체계

- 현재 건강보험 부과체계는 크게 직장가입자와 지역가입자로 구분되어 있고, 지역가입자는 다시 종합소득(사업소득, 이자소득, 배당소득, 근로소득, 연금소득, 기타소득) 500만 원 이하와 500만원 초과로 구분하여 3원화되어 있음.
- 직장가입자에 대해서는 근로소득, 지역가입자에 대해서는 종합소득(500만 원 이하 세대는 세대원 수, 연령 등을 감안한 평가소득), 재산, 자동차를 점수화 하여 부과하고 있음.
 - 보험료부과체계는 직장보험료 상한도입('02), 지역보험료 재산점수 조정('06) 등의 개선은 있었으나, '00년 통합 당시의 제도가 큰 변화 없이 현재까지 유지되고 있음.

〈표 4-4〉 가입자 종류별 보험료 부과체계

구 분	직장가입자	지역가입자
부과 기준 (요소)	근로소득(보수월액) * 개인사업장 사용자 : 사업소득	○500만원 초과 : 소득, 재산, 자동차 ○500만원 이하 : 재산, 자동차, 평가소득 (생활수준 및 경제활동참가율)
산정 방식	보수월액 × 정률(5.80%)	보험료 부과점수 × 점수당 금액(170.0원)
납부 의무자	사용자 50%, 근로자 50%	지역가입자 100%
피부양자	있음(형제·자매까지 폭넓게 인정되며, 보험료 미부과)	없음(모든 가족의 재산 등을 포함하여 보험료 부과)

- 직장가입자의 경우 근로소득에 대해 정률('12년 5.80%)로 부과되고, 지역가입자는 소득, 재산, 생활수준 및 경제활동참가율 등을 고

려한 보험료 부과점수에 일정액(‘12년 170.0원)을 곱하여 산정됨.

〈표 4-5〉 건강보험 보험료를 변화

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
보험료를 인상률(%)	6.7	8.5	6.75	2.38	3.9	6.5	6.4	0.0	4.9	5.9	2.8
<직장가입자> 보험료를(%)	3.63	3.94	4.21	4.31	4.48	4.77	5.08	5.08	5.33	5.64	5.80
<지역가입자> 점수당 금액(원)	106.7	115.8	123.6	126.5	131.4	139.9	148.9	148.9	156.2	165.4	170.0

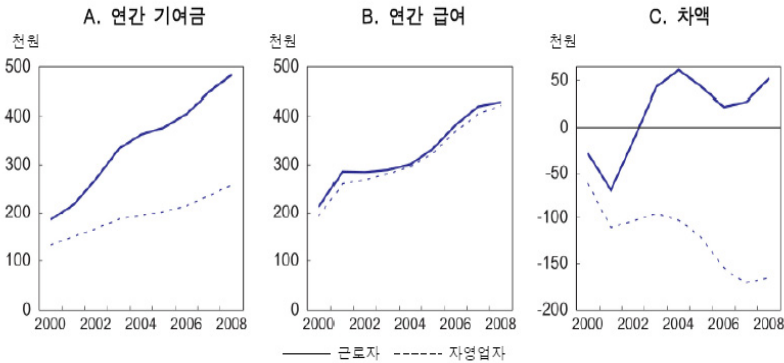
〈표 4-6〉 지역가입자 보험료 부과체계

부과요수별 등급구분	산정방법(점수합산)	보험료 결정
1) 소득등급별점수(75등급)	-연소득 500만원 이하 세대 (②+③+④) -연소득 500만원 초과세대 (①+②+③)	보험료 부과점수 결정 → 보험료부과점수 X 점수당 금액
2) 재산등급별점수(50등급)		
3) 자동차등급별점수(7등급28구간)		
4)생활수준 및 경제활동 참가율 등 급점수(30등급)		

○ 이에 따라 직장 및 지역가입자(자영업자)의 재정기여 및 수혜와 관련한 형평성에 문제가 제기되고 있음.

- 2000년에는 자영업자보다 근로자들이 40% 더 많은 기여금을 냈지만, 2008년경에는 그 폭이 확대되어 근로자들이 자영업자보다 87% 더 기여하였음.
- 그러나 자영업자에 대한 급여(실질 연간 비율 10%)는 근로자에 대한 급여(9%)보다 약간 빠르게 상승했음.
- 그 결과 근로자 기여금은 급여를 넘어선 반면, 자영업자의 경우는 기여금이 급여를 따라가지 못하여 그 차액만큼의 61%는 기여금으로 충당하고 나머지는 정부 보조로 부담했음.

[그림 4-2] 건강보험 연간 기여금 및 급여(직장가입자 및 지역가입자 비교)



주 : 2000년 가격으로 1인당 1000원(부양가족 포함)

자료 : 건강보험공단(2009), Randall S. Jones.(2010), Health-care Reform in Korea, OECD working papers No 797에서 재인용.

○ 부과기준과 관련하여서는 실제로 부담할 수 있는 능력과 보험료 부과 간의 불일치로 부과능력에 비례해서 부과가 이루어지지 않는 사례가 발생하고 있음.

— 직장가입자 중 고액의 임대소득, 금융소득 등이 있을 경우 근로소득에만 보험료가 부과되는 문제점이 있었으나, 2012년 『건강보험법』 개정을 통해 종합소득 연간 7,200만원을 초과할 경우에 대해 2.9%의 보험료를 부과함.

• 그러나 보험료부과 소득기준이 고액을 책정되어 있어 향후 소득 기준을 적절하게 조정하기 위한 노력이 필요함.

— 전문직 자영자, 기업주 등 재력가가 직장가입자로 편입되어 있는 경우 근로소득(사업주는 사업소득)에만 보험료가 부과되고 있음.

• 근로소득이 주 소득원인 일반 직장가입자에 비해 보험료를 적게 부담하는 사례가 발생하고 있으며, 비슷한 상황의 지역가입자에 비해서도 고소득자가 적게 부담하는 사례가 발생하고 있음.

○ 피부양자와 관련하여 직장가입자의 경우 형제·자매까지 폭넓게 인정되며, 피부양자에 대해서는 보험료가 부과되지 않으나, 지역의 경우

원칙적으로 무임승차 피부양자가 없음.

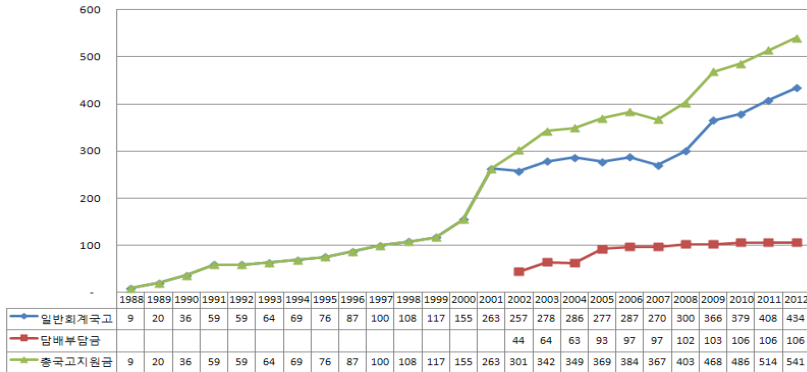
- 2011년 기준 보험료 부담이 없는 직장가입자의 피부양자는 19,860천명으로 1인당 부양 비율은 1.48명임.
- 피부양자 수는 매년 증가하고 있으며, 부양비율도 다른 국가보다 높음.
 - 연도별 피부양자 : 1,439만명(‘95) → 1,514만명(’00) → 1,749만명(’05) → 1,962만명(’10) → 1,986만명(’11)
- 2011년 8월 9억원(형제·자매는 3억원)을 초과하는 재산을 보유한 피부양자(약 18천명)를 지역가입자로 편입하였음.
- 2012년 피부양자 소득요건을 개정하여 사업, 이자소득 등을 제외한 종합소득이 연간 4천만 원 이상일 경우 지역가입자로 편입도록 할 계획임.
 - 지역가입자로 편입되는 피부양자는 약 12천명(전체 피부양자의 0.06%) 규모로, 보험료 규모는 연간 278억 원이 될 것으로 전망됨.

□ 건강보험 재정에 대한 정부지원

- 2012년 기준 공교국가부담금을 제외한 건강보험 국고보조금은 일반회계 4조 3429억 원, 건강증진 부담금 1조 631억 원으로 총 5조 4,060억임.
 - 일반회계 지원금은 전년대비 6.5% 증가하였으며, 건강증진부담금은 동일함.
- 국고지원 액수는 지난 24년간 지속적으로 증가하고 있으며, ‘국민건강보험재정건전화특별법’에 따른 담배부담금으로 2002년 이후 정부지원이 크게 증가하였음.

[그림 4-3] 연도별 건강보험 재정에 대한 국고지원금

(단위 : 십억원)



자료 : 이은경(2012), 건강보험에 대한 국고지원방안.

- 그러나 일반회계 국고지원금은 보험료수입 예상 오차에 따른 과소·과다지원 가능성이 높기 때문에 재정지원의 안정성이 부족함.
 - 2006년 건강보험법 개정에 따라 건강보험국고 지원 규모는 보험료 수입의 20%(국고지원 14%, 건강증진기금 6%)를 지원하도록 하였음.
 - 그러나 복지부가 건강보험료율을 결정하고 수입액의 결산치와 기재부가 추정한 보험료의 예상수입은 차이가 있음.
 - 이러한 차이로 2007년부터 2010년 4년 실지원금은 전체보험료의 17.16% 수준임.

〈표 4-7〉 정부지원금의 실 지원액과 법정기준 지원액과의 차이

		2007	2008	2009	2010	계
실지원금	국고지원금	27,042	30,023	36,565	39,123	132,753
	담배부담금	9,676	10,239	10,262	10,630	40,807
	계	36,718	40,779	48,100	49,753	173,360
법정기준 지원액	국고지원금	30,420	34,962	36,633	39,408	141,423
	담배부담금	13,037	14,984	15,700	16,889	60,610
	계	43,457	49,946	52,332	56,298	202,033
차액	국고지원금	-3,378	-4,939	-68	-285	-8,670
	담배부담금	-3,361	-4,745	-5,438	-6,259	-19,803
	계	-6,739	-9,167	-4,232	-6,545	-28,673
보험료 수입 대비 실제 지원금 비중	국고지원금	17.78	17.17	19.96	19.86	18.77
	담배부담금	14.84	13.67	13.07	12.59	13.47
	계	16.90	16.33	18.38	17.67	17.16

자료 : 국회예산정책처(2010), 「건강보험 국고지원에 대한 해외 사례비교 연구」

- 또한, 국가예산 제약 및 일반회계 재원의 경직성으로 건강보험 재정 규모 증가에 상응하는 지원규모의 지속적인 확대에는 한계가 있음.
 - 최근 5년간 국가재정 지출은 연평균 6.6% 증가하였지만, 건강보험 재정지출은 연평균 11.5% 증가하였음.
 - 2011년 기준 보건복지부 예산 중 87.8%가 법정의무지출 등 경직성 경비임
- 국민건강증진기금 지원액은 ‘담배부담금 예상수입 65% 상한’ 규정과 최근의 담배부담금 수입의 정체로 목표지원금에 미달 할 수 밖에 없는 실정임.

2) 해외 사례

○ 일본과 대만의 보험료율은 우리나라보다 높은 편

— 일본

- 정부관장보험(중소기업) : 월 소득의 9.5%
- 시정촌 국민건강보험(지역) : 도쿄 23區는 연간가구소득의

8.0% + 가구원당 정액

- 오사카市는 연간가구소득의 11.4% + 가구원당 정액

－ 대만

- 소득의 5.17% × (1 + 피부양자수)
- 피부양자 추가 보험료는 최대 3명분까지만 납부
- 가입자, 기업, 정부의 보험료 분담률은 6개 인구집단별로 차등 적용(예 : 일반기업 근로자의 경우 30 : 60 : 10)

〈표 4-8〉 선진국의 보험료율

(단위: %)

국가명	독일(2010)	프랑스(2010)	일본(2011)	대만(2011)	한국(2011)
보험료율	14.9	13.6	*보험자별	5.17×(1+피부양자수)	5.64

○ 우리나라의 부양율이 다른 국가들에 비해 월등히 높은 편임.

〈표 4-9〉 주요국의 부양율 비교

(단위: %)

국가	대만	독일	프랑스	일본	한국
부양율	0.72	0.3~0.7	0.56	1.09	1.54

□ 체코, 프랑스, 독일, 헝가리, 스위스 등은 특정계층에 대한 보조의 수단으로 급여보다는 보험료에 대한 지원을 하고 있으며, 오스트리아, 룩셈부르크는 특정 질병에 대한 보조(주로 분만수당)를 하고 있음

- － 벨기에 일본은 관리운영비에 정부지원이 이뤄지고 있으며, 네덜란드는 건강보험 재정총액에 대한 국고가 지원되고 있음.

〈표 4-10〉 주요국의 정부지원 방식 비교

국가명	국고 보조방식
오스트리아	-분만수당의 70% -병원비의 일부
벨기에	-관리 운영비 -건강증진·예방사업 및 정보시스템 구축에 보조, 지역공동체와 병원시설에 대한 투자, 자동차 보험료, 입원보험료 및 약제 판매수입에 대해 과세
체코	-건강보험공단(VZP)의 지불능력 보충 -경제적 능력이 없는 그룹(학생, 아동, 육아휴직 중인 부모, 연금수령자, 실업자 등)의 건강보험료
프랑스	-공공병원의 자본비용(주정부 및 지방정부) -일반회계 국고보조는 1%이하 : 공무원, 군인 등이 속해 있는 특별제도에 국가가 고용주로서 재원 분담 -준조세 성격을 갖는 분담금과 사회보장목적세(재정의 47%): CSG(일반사회보장분담금), 사회보장적자상환분담금(CRDS), 사회연대분담금(C3S), 알코올 및 담배소비세, 의약품 광고세 -농업자 자영제도에는 농산물에 과한 목적세와 일반회계에서 공동지원
독일	-분만수당 비용 -연금수급 농부의 보험급여비 -의료보험 비관련 비용
헝가리	-재정적자 전액 -아동 급여비용
일본	-건강보험 관리운영비의 일부 혹은 전액: 직장근로자, 지방공무원 공제조합, 조합관장 건강보험 -보험급여비의 일부: 정부관장 건강보험
룩셈부르크	-분만수당 전액 -현금급여의 29.5%
네덜란드	-보험료 수입의 50%(소득비례세금으로 징수) -보험료 수입의 5%는 위험조정기금(지방정부 보조금)
스위스	-저소득 계층에 대한 보험료 보조

자료 : 국회예산정책처(2010), 「건강보험 국고지원에 대한 해외 사례비교 연구」

3) 추진방향

□ 보험료 부과체계 형평성 제고

- 임금근로자의 경우 근로소득 뿐 아니라 자본소득(이자, 배당 등), 임대소득 등 종합소득이 7,200만원 이상일 경우 보험료를 부과하는

방안을 시행함(2012년 9월).

- 연간 종합소득 7,200만 원 이상인 경우 소득월액에 보험료를 5.8%의 50%를 부과하도록 하고 있음(연간 보험료 징수액은 2,158억 원으로 전망).
- 연간 종합소득 7,200만 원 이상인 직장가입자는 35,000명으로 직장가입자의 0.3% 수준임.
 - 종합소득의 수준에 따라서 차등보험료율을 적용하는 방안을 고려할 수 있음.

※ 프랑스의 경우 연금 및 수당(6.6%), 근로소득(7.5%), 부동산 및 투자소득(8.25), 사행성 소득(9.5%) 등 차등하여 보험료율을 적용하고 있음.

- 현재 직장, 지역 등으로 3원화되어 있는 보험료 부과체계를 통합하여 중장기적으로 소득기준 단일 보험료 부과체계를 개발할 필요가 있음.
 - 보험료 부담의 형평성과 공정한 기준을 확보하고 건강보험 재원조달의 합리성을 제고하여 국민의 수용성이 높은 소득중심의 단일한 보험료 부과체계 개발

□ 국고지원의 안정적 확보

- 보험료 예상 수입액의 과소 추정을 방지하기 위해 보험료 확정시기를 앞당길 필요가 있음.
 - 보험료 확정 시점을 예산 확정 이전인 5월 이전에 결정하면서 보험료 예상수입 과소추정에 따른 과소 지원을 방지
- 국고지원을 예상 보험료 수입이 아닌 실제수입의 20%로 변경하고 사후정산제를 고려할 수 있음.

□ 새로운 재원 발굴

- 건강을 해치는 소비행위에 대한 징벌적 성격의 보험료 부과(sin tax)
 - 스스로 의료비 증가를 유발하는 행위자가 이에 따른 재정부담의 책임성을 지도록 보험료를 부과하는 방안을 검토할 수 있음.

- 우선적으로 담배 부담금 인상, 주류 등에 부담금을 부여하고 중장기 적으로 비만세 등 기타 sin tax를 검토할 수 있음.
- 소비가 비교적 부담 능력을 잘 대변한다고 볼 수 있기 때문에 소비관련 세제를 새로운 건강보험 재원으로 활용 가능한 지에 대한 중장기적 검토가 필요함.
- OECD는 근로소득 중심의 보험료에만 의존할 경우 중장기적으로 고용 및 경제성장을 저해하므로 향후 간접세 확대를 권고(‘10.6, 한국경제보고서)
- 현재 부가가치세에 대한 논의가 이루어지고 있으나 역진성 등에 대한 문제점이 지적되고 있음.

4) 기대효과

- 부과체계의 단일화, 보험료 부과 소득원의 다양화, 무임승차 방지 등에 따른 보험료 납부자의 증가는 건강보험 수입의 증대를 꾀할 수 있고, 보험료 산정 시기의 조정 또는 사후 정산 등을 통한 안정적 국고 보조금 지원은 재정수입의 예측가능성을 높일 수 있음.
- 새로운 재원 확보는 건강보험 수입의 다원화를 통해 안정적인 재원확보가 가능함.

1-2

건강보험 재정 지출 효율화⁴⁾

1) 실태 및 근거

□ 건강보험 수가 계약

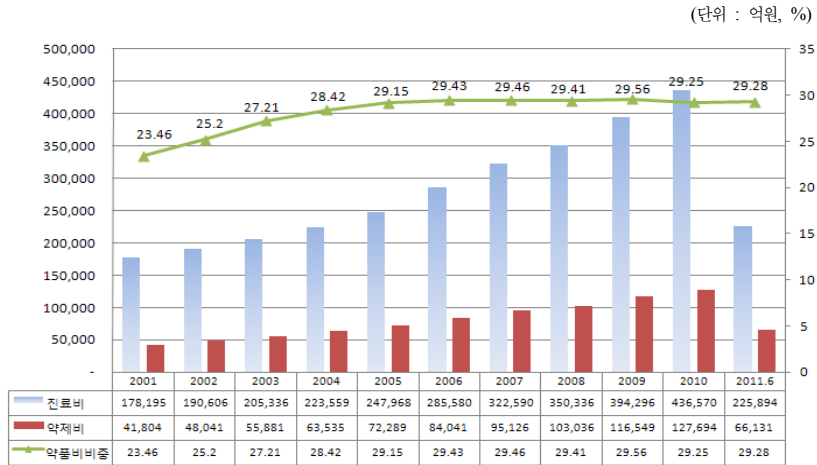
- 현행 건강보험의 수가계약 방식은 매년 다음 해의 수가만 결정하게 되어 진료량을 반영한 수가계약 체계가 되지 못함.
- 현재 운영 중인 환산지수 계약과 관련하여, 보험자와 공급자가 수가 인상 요인을 반영하여 다음 해의 수가인상률을 결정하고 있음.
 - － 현재 수가계약은 과거 진료비와 가격을 고려하여 환산지수를 계산하고 있지만, 계약 시에 정치적 합의 등을 통해 결정되는 구조임.
 - － 그 결과 매년 2%내에서의 수가 인상이 이루어지고 있지만, 전체적인 진료비가 10% 이상 증가하였음에도 불구하고 다음해에는 다시 수가가 인상되고 있음.

□ 약제비 지출관리

- 건강보험 진료비 중 약제비 비중은 2001년 23.46%에서 꾸준히 증가하여 2005년 29%를 넘어섰고 이후 29% 수준을 유지하고 있음.

4) 신현웅(2012)의 2012년 사회정책연합 학술대회 발표자료 참조

[그림 4-4] 연도별 건강보험 급여비 지출 및 약제비 지출



자료 : 국민건강보험공단 내부자료

○ 2008년 기준 우리나라의 국민의료비 대비 약제비 지출 비중은 23.9%로 OECD 평균 17.2%보다 높았으며, OECD 주요 국가와 비교하여도 6번째로 높은 수준을 기록하고 있음.

<표 4-11> OECD 주요국가의 약제비 지출

약제비 지표	OECD 평균	한국	순위(국가수)	최대	최소
국민의료비 대비 비중	17.2	23.9	6(35)	31.6(헝가리)	7.6(노르웨이)
GDP 대비 비중	1.5	1.6	12(35)	2.4(그리스)	0.6(룩셈부르크)
1인당 약제비(USD PPP)	449	430	22(35)	897(미국)	132(칠레)
약제비의 공공재원 비중	60	55	26(33)	85(룩셈부르크)	19(멕시코)

자료 : OECD health data 2010, 김성욱(2012), ‘건강보험과 약가제도’ 발표자료에서 재인용

□ 관리 운영 효율화

- 2012년 2월 기준 2년 이상 1천만 원 이상 고액채납은 총 9,770건(직장 8,804, 지역 966)으로 총 채납액은 2,139억 원(직장 2,012억 원, 지역 127억 원)임.
 - － 고액상습채납자의 경우 인적사항 공개에 대한 법적근거가 마련되었음.
- 부당청구 신고건수는 매년 증가하여 2005년부터 2012년 4월까지 총 811건이 접수되었으며, 부당금액은 130억 원에 이르는 것으로 나타났다.
 - － 부당청구 신고건수는 2005년 20건에서 2011년 188건으로 매년 증가하고 있음.

〈표 4-12〉 부당청구 신고 현황

(단위: 건, 천원)

구분	접수	접수·처리 현황				
		공단 확인중	조사 진행중	자체 종결	심의대기	심의완료
계	811	24	176	222	0	389
2005년	20	-	-	5	-	15
2006년	33	-	-	4	-	29
2007년	101	-	1	21	-	79
2008년	126	-	3	50	-	73
2009년	159	-	13	48	-	98
2010년	147	-	40	42	-	65
2011년	188	5	105	49	-	29
2012년	37	19	14	3	-	1

자료 : 보건복지부 보도자료 2012. 04.27

〈표 4-13〉 부당청구 포상금 지급현황

(단위: 건, 천원)

구분	포상금 심의 결과			
	포상금 발생			포상금 미발생 (건수)
	건수	신고관련 부당금액	포상금	
계	347	13,000,697	1,830,037	42
2005년	-	-	-	-
2006년	8	64,535	16,439	-
2007년	31	813,647	113,380	4
2008년	45	759,454	154,199	5
2009년	64	1,116,190	215,832	3
2010년	73	2,178,681	366,345	13
2011년	82	6,113,563	759,886	10
2012년	44	1,954,627	203,956	7

자료 : 보건복지부 보도자료 2012. 04.27

2) 해외 동향

□ 약제비 관리

- 약제비의 효율적인 관리를 위해 많은 국가 특허만료 시장에 대한 가격경쟁 촉진, 제네릭 사용 장려, 총액관리, 그리고 신약에 대한 가치 평가, 혁신에 대한 보상제도 등을 운영하고 있음.
 - － 이중 특허만료 시장에 대한 가격경쟁 촉진, 제네릭 사용 장려, 그리고 약제비 총액 등이 약제비를 보다 직접적으로 관리하는 제도임.
 - － 독일은 제약회사와 건강보험자 간 리베이트 계약(tendering rebate contracts)을 체결한 경우, 약사들은 처방약을 리베이트 계약을 체결한 할인 약으로 대체 조제할 의무를 지님.
 - － 스웨덴은 약국을 국영으로 운영하며, 약국의 처방전이 상품명이든 일반명이든 가장 최저가 제품으로 대체조제를 할 의무가 있음.
 - － 덴마크 역시 가격차이가 작을 경우는 제외하고는 가장 싼 약품을 조제할 의무가 있으며, 프랑스의 경우 약가에 상관없이 마진의 크

가를 일정하게 하였고, 환자가 제네릭으로 대체조제를 거절할 경우 오리지널 약값을 먼저 전액 지불하고 제네릭 가격을 기준으로 한 금액을 건강보험에서 환급받도록 하고 있음.

3) 추진방향

□ 진료비 지출 목표관리제

- 목표관리제는 진료비의 가격과 양을 동시에 고려하여 총량적인 개념에서 보험자와 공급자가 수가계약을 하는 것으로 수가계약시 진료비와 양을 고려하여 다음 연도 목표 진료비를 결정하고 이를 기준으로 그 다음연도의 환산지수를 결정하게 되는 구조임.
 - － 실제 진료비와 목표 진료비를 비교하여 실제진료비가 목표 진료비보다 높으면 수가를 인하하고, 반대의 경우 수가를 인상하는 구조임.
 - － 즉, 환산지수 계약 시 다음연도의 환산지수 계약 뿐 아니라 그 다음연도의 목표 진료비에 대한 계약과 그 결과에 따른 환산지수 산정방식을 계약하는 방식임.
 - 초기에는 다다음해의 산식을 합의하는 구조로 가되, 중장기적으로 정착할 경우 장기적으로 일정한 산식에 의해 매년 자동적으로 수가가 결정되는 구조로 가야 할 것으로 판단됨.
- 진료비에 대한 목표관리제는 과년 실적에 적용인구, 물가인상률 등 관련 요인의 변화를 고려하여 목표 진료비를 산정하고 이를 통해 다음 연도의 수가를 결정함.
 - － 목표 진료비는 전년도 진료비에 적용인구 증가율, 의료수가 증가율, 물가인상률, 공급자 증가와 기타 요인을 고려하여 산정함.
- 목표 진료비를 산출하는 것은 각 의료기관의 특성을 반영하여 산정하는 것이 필요한데, 이를 위해서는 충분한 연구와 검토가 필요함.
 - － 이러한 진료비 목표관리제를 모든 중별 기관에 동시에 진행할 수

없다면, 비교적 목표 진료비 계산이 용이한 치과, 한방, 약국 등부터 실시하는 방안을 검토함.

- 의과의 경우는 의료급여 환산지수를 건강보험과 분리하여 의료급여부터 시범적으로 시행하는 방안도 고려할 수 있음.

□ 약제비 관리는 약가관리와 수량관리로 구분할 수 있는데, 약가관리 뿐 아니라 수량을 통제하기 위한 효과적인 메커니즘의 개발이 필요함.

- 처방 의약품수 감소, 고가의약품 처방 감소 등을 위해 의사의 처방을 양적·질적으로 적정화할 수 있는 관리기전이 마련되어야 함.

□ 보험료 징수 및 급여의 중복·누수 방지를 위한 관리시스템 구축 등을 통해 관리 운영의 효율화를 지속적으로 추진하여야 함.

- 사회보험료 통합징수 정착, 융합심사 도입 등으로 건강보험공단과 심사평가원의 업무를 효율화하여 인력 및 예산 절감을 지속적으로 추진할 필요가 있음.

- 현재 체납관리 전담팀을 운영 중이며, 상습 고액체납자의 신상공개의 근거가 마련되었으므로, 보험료 체납방지 및 징수 노력 강화를 통해 고액 장기 체납자에 대한 적극적 관리가 필요함.

- 급여절차 관리를 강화하여 무임승차를 방지하고 이에 따른 불필요한 재정지출을 차단하며, 본인 부담제도 등의 개선 등을 통해 불필요한 의료이용을 방지하여 재정지출의 효율성을 높임.

- 현재 시행중인 부당청구감지시스템(FDS)를 운영과 허위부당청구 포상금제도의 효과성을 제고하고, 허위청구기관에 대한 행정조치 처벌 수준을 강화하여 의료기관의 책임성 및 투명성을 제고 하여야 함.

- 관계기관과 협조를 통해 개인의료보험 및 자동차보험 사기를 방지하고, 불필요하고 과도한 의료이용을 제한하여 재정지출의 누수를 차단함.

4) 기대효과

□ 진료비 목표관리제

- 진료비 목표관리제는 수가계약 당시에 진료비 총액이 결정된다는 점에서 총지출이 예측 가능하여, 진료비를 효과적으로 관리할 수 있음.
- 현행 수가계약 하에서는 가격에 대한 통제만 가능하고, 양(volume)을 억제할 수 없었지만, 관리비 지출 목표제는 동시에 가격과 양의 통제가 가능하여 의료비 지출 증가율을 조절하는데 효과적임.

□ 관리운영의 효율화

- 부정수급 방지, 고액체납자에 대한 징수강화, 허위 청구기관에 대한 행정조치 강화 등으로 재정 누수 없는 건강보험제도 운영

과제 2 진료비 보상제도

가. 현안과 쟁점

□ 우리나라의 건강보험 진료비 지불제도는 상대가치체계를 이용한 행위별 수가제를 근간으로 함.

- 행위별수가제에서 개별 행위의 수가는 진료 행위별 상대가치 점수와 환산지수의 곱으로 산정되는데 이중 환산지수는 매년 이루어지는 요양급여비계약을 통해 결정
 - 2007년부터는 요양기관 유형별 특성을 고려하여 국민건강보험공단과 의학단체별로 각각 계약하는 유형별 환산지수 계약을 하고 있음.
- 입원환자 중 일부 질환 및 시술에 대해서는 한국형 진단명기준환자군(DRG) 분류를 이용한 포괄수가제와 일당 정액제 등이 부분적으로 사용되고 있음.

- 진료량에 관계없이 건당 지불하거나, 일당 일정액을 지불하는 제도로 건강보험 및 의료급여제도 일부 분야에 적용 중
- (건강보험) 7개 질병군 포괄수가(입원, '02년~), 요양병원 일당정액제(입원, '08년~)
 - 급여비용('10년, 32조 4,966억) : 7개 질병군 7,061억(2.2%), 요양병원 1조 3,102억(4.0%)
- (의료급여) 정신질환자 일당정액 및 건당수가(외래·입원, '78년~), 혈액투석 건당수가(외래, '01년~)
 - 급여비용('10년, 4조 8,656억) : 정신질환자 7,139억 원 (14.7%), 혈액투석 1,966억 원(4.0%)

〈표 4-14〉 우리나라 건강보험 지불제도 현황 개요

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

- 행위별 수가제는 신의료기술 도입 등에는 유리하나, 의료행위에 대한 총량 통제가 불가능하기 때문에 의료비 급증을 초래할 수 있는 지불제도임.
- 행위별수가제에서는 공급자가 더 많은 양의 진료를 제공하려는 유인을 가지게 되므로, 공급자 유인수요(supplier induced demand)를 유발할 가능성이 있음.
 - 우리나라에서는 건강보험 진료량 통제방법으로 이용자에 대한 본인부담금 부과, 건강보험 급여 범위 제한, 진료비 심사기준에 따른 청구 진료비의 사후조정 등의 방법을 사용하고 있으나, 목적 달성과는 거

리가 있음.

- 2003년부터 2009년까지 지난 6년간 수가(환산지수)는 연평균 2.62% 인상되었으나 입내원 1일당 진료비의 연평균 증가율은 이를 훨씬 상회하고 있음
- 적용인구 1인당 내원일수 또한 2003년에 14.64에서 2009년에 18.11로 증가하여 약 23.7%가 증가하였음.

〈표 4-15〉 적용인구 1인당 내원일수

(단위: 일)

연도	전체내원일수	입원	외래	약국
2003	14.64	1.09	13.54	8.08
2004	14.86	1.13	13.74	8.21
2005	15.33	1.19	14.13	8.43
2006	16.01	1.32	14.69	8.78
2007	16.53	1.57	14.96	8.80
2008	16.78	1.74	15.03	8.82
2009	18.11	1.92	16.15	9.46

주: 2009년 자료는 통계연보 발표 전 잠정적 데이터를 사용하여 전체내원일수가 입원과 외래 내원일수 합과 맞지 않음.
자료: 건강보험공단, 2009 주요통계 각 연도 통계연보; 신영석 외, 2010 재인용

〈표 4-16〉 입내원 1인당 진료비

(단위: 원)

구분	2003년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	연평균 증가율
입원	106,559	116,475	125,131	131,519	129,795	133,741	3.86%
외래	15,338	16,801	17,988	19,056	19,934	20,892	5.29%

자료: 신영석 외, 2010 재인용

□ 현재의 지불제도는 진료성과와는 무관하게 비용을 보상하는 제도임.

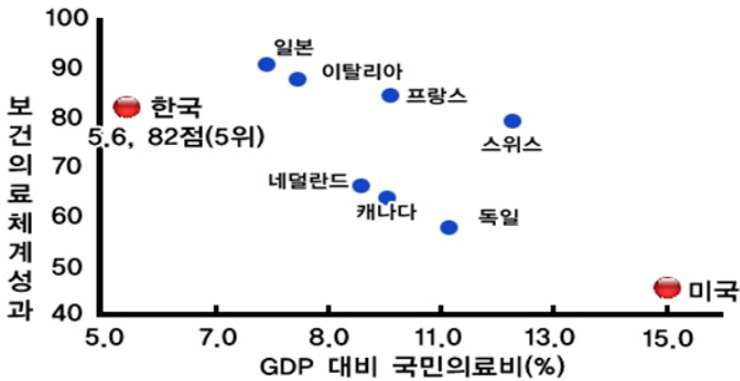
- 때문에 편익이 없는 진료를 과다 제공할 가능성이 있고, 반면에 효과가 있음에도 진료비 지불 항목에서 제외되거나 다른 행위들과 묶여서 지불하게 되는 경우 과소진료가 나타날 수 있음.
- 이 외에도 진료 중 발생한 합병증이나 후유증과 같이 건강에 해를 끼치는 과오 진료에 대해서도 진료비를 지불하고 있음.

나. 정책성과 평가

□ 건강보험제도의 성과

- 의료 기관에 대한 접근성 향상으로 전반적인 보건의료수준 제고
 - 1인당 외래 내원일수: 0.7일(1977년) → 14.7일(2006년)
 - 영아사망률: 출생 1천명 당 17명(1981년) → 3.2명(2010년)

[그림 4-5] OECD 보건의료성과 평가



자료: OECD Conference Board in Canada, 2006.

□ 진료비 지출의 급격한 증가

- 보험자가 수가 수준을 강력하게 통제하고 있음에도 적절한 진료량 통제 기전이 없어 건강보험 급여비가 크게 증가함
 - 건강보험 수가는 지난 9년 동안 16.6% 인상되었지만 급여비는 123.46%가 증가하였음(신영석 외, 2010).

〈표 4-17〉 연도별 수가, 소비자 물가, 건강보험 급여비 변동 추이

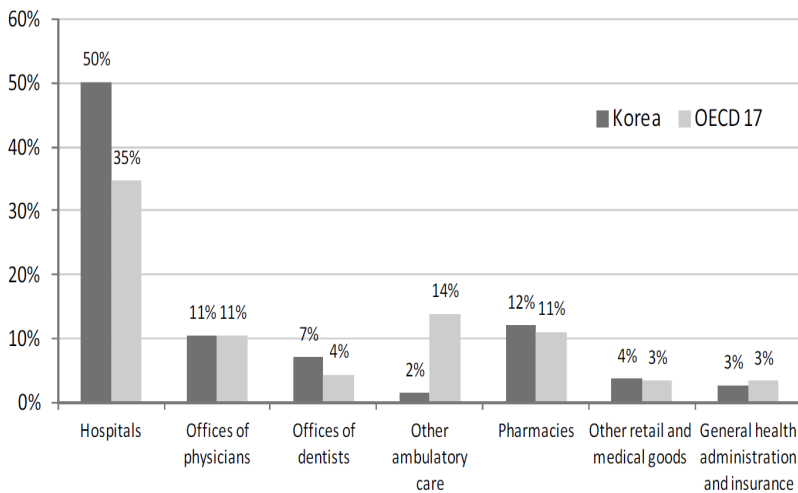
(단위: %, 10억 원)

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

자료: 신영석, 2010; 국민건강보험공단, 2010.

- 특히, 2004~2009년 동안 의료비 지출 증가의 주요 원인은 병원급 의료 기관에서의 진료비 증가 요인이 50%를 차지하고 있으며, 이는 OECD 평균 35%를 훨씬 상회하고 있음.

〔그림 4-6〕 2004~2009년간 의료비지출 증가 원인



자료: OECD, OECD reviews of health care quality: Korea, 2012.

□ 행위별 수가제는 지불단위가 가장 적은 단위로 구분되어 있어 진료량 증가에 따른 재정적 위험을 공급자가 거의 부담하고 있지 않기 때문에 이와 같은 현상이 지속될 것으로 예상됨.

〈표 4-18〉 진료비 지불단위와 공급자의 위험 공유 정도

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

자료: 국민건강보험공단, 2010.

□ 건강보험제도의 지속가능성 위협

- 진료량 통제 기전 미비로 인한 진료비 지출 급등, 단기보험임에도 진료비 지출 총액이 예측 불가능한 현 상황은 건강보험제도 지속가능성의 기본 전제인 재정안정성을 위협하는 요인으로 작용함.
- 노인인구 증가, 건강보험 보장성 확대 요구 등으로 건강보험 급여비 지출은 지속적으로 증가할 것으로 예상됨
 - － 노인인구 비율: 9%(1995년) → 14%(2018년) → 20%(2026년)
 - － 노인진료비 비중: 총 진료비의 17.5%(2004년) → 25.9%(2026년)
- 거시적 효율성을 담보하지 못하는 현재 지불방식을 계속 유지할 경우 노인인구 증가 및 건강보험 보장성 확대 요구 등에 대처하기 어려움.
- 행위별수가제 하에서는 비급여 급등 등으로 보장성 확대가 어려움.
 - － 보장성을 강화해도 비급여가 더 빠르게 증가하는 구조
 - － 최근 법정비급여 외에도 임의비급여 이슈화

우리나라 진료비지불보상제도에 대한 OECD의 평가

(OECD, Health Care Quality Review : Korea, 2012)

- 현행 행위별수가제는 과잉의료를 유발하고 진료비 통제기전이 미약하므로 DRG 등 보다 포괄적인 지불제도로의 개편이 필요,
- 다른 OECD 회원국에 비해 월등히 긴 입원환자 평균재원일수를 근거로 들어, 행위별 수가제도를 급성기 의료영역의 대표적 비효율의 원인으로 지적
 - － 전체질환 평균재원일수(2009년): 한국 16.7일, OECD 평균 8.8일
 - － 심부전 평균재원일수(2009년): 한국 18.3일, OECD 평균 9.6일
 - － 만성폐쇄성폐질환 평균재원일수(2009년): 한국 15.6일, OECD 평균 9.2일

다. 추진방향 및 향후 과제

- 향후 초고령 사회에서도 지속가능한 제도 구축을 위해서는 급여비 적정관리를 위한 진료비 지불보상제도 개편이 반드시 필요함.

[그림 4-7] 건강보험제도 개혁 방향



자료: 보건복지부 내부자료

- 진료비 지불제도의 개편의 목적은 크게 건강보험제도의 지속가능성 확보와 의료서비스 질 향상의 두 가지로 설정 가능함.
 - 건강보험제도의 지속가능성 확보를 위한 진료비 지불제도 개편 방향은 미시적으로는 진료비지불단위의 포괄화를 통해 무분별한 진료량 증가를 억제하여 진료의 효율화를 도모하고, 거시적인 의료비 관리를 위해 “사후보상” 원칙에서 탈피하여 “사전목표” 시스템으로 전환하는 것을 고려해 볼 수 있음.
 - 한편, 의료서비스 질 향상을 촉진하기위해 지불보상제도 등 재정적 수단을 효과적으로 사용할 필요가 있음.
 - 이러한 지불제도 개편이 성공하기 위해서는 사회적 합의가 필요하며, 주요 이해집단 사이에 이해관계 조정이 필요함.

우리나라 진료비지불보상제도에 대한 OECD의 권고

(OECD, Health Care Quality Review : Korea, 2012)

- 행위별수가제는 의료영역에서의 대표적 비효율의 원인으로 과잉의료를 유발하고 진료비 통제기전이 미약하므로 DRG 등 보다 포괄적인 지불제도로의 개편이 필요하며,
- 투입 요소 중심으로 설계된 현재의 종별 가산제를 문제점으로 지적하고, 질 평가를 통해 나타난 성과에 근거하도록 가산제를 개선하여 성과향상을 위한 경제적인 동기를 제공할 것을 권고하는 한편, 비급여 진료비에 대한 공적 관리체계를 확충하여 국민의료비의 비용대비 가치를 높일 것을 권고하였음.

- 진료비지불제도에 대한 개편은 전체 보건의료제도의 변화와 맞물려 있기 때문에 의료기관 기능재편, 현행 요양급여비용 계약제도 개선 및 비급여 서비스에 대한 공적 관리 강화 등과 함께 추진되어야 함.

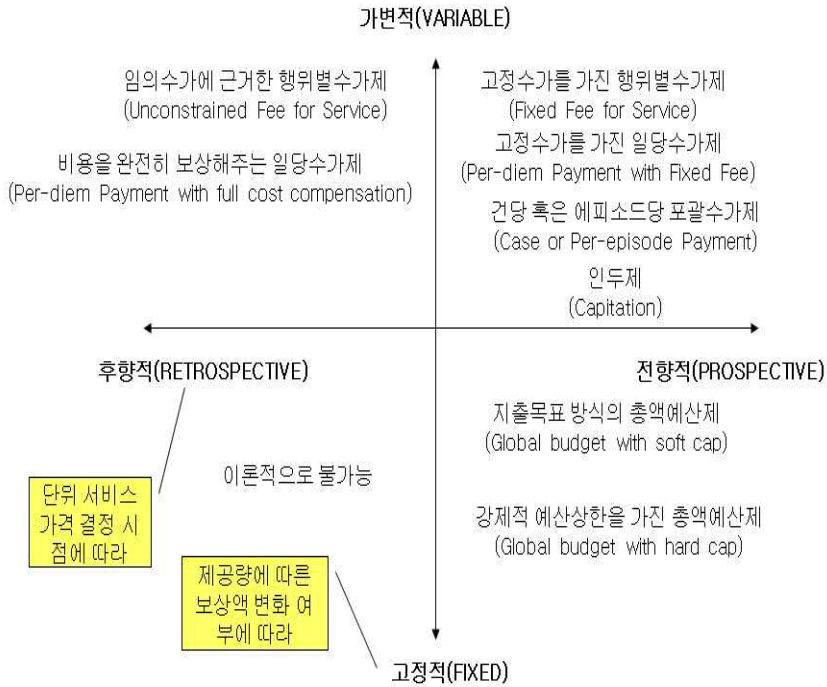
2-1

진료비 지불단위 포괄화

1) 실태 및 근거

- 지불방법을 단위 서비스 가격 결정 시점이나 서비스 제공량에 따른 보상액 변화여부에 따라 크게 후향적 지불방법과 전향적 지불방법, 가변적 지불방법과 고정적 지불방법으로 구분하여 볼 수 있음.
- 지불방법에 따라 의료제공자는 서로 다른 유인(incentive)을 가지게 됨.
 - 지불단위 당 비용을 줄이려는 유인은 모든 지불방법에 공통되지만, 후향적으로 지불금액이 결정되는 임의수가 방식의 행위별수가제 하에 서는 비용을 절감시키려는 유인이 강하지 못함.
 - 환례(case)별 서비스 제공량은 포괄수가제나 인두제, 총액예산제 모두에서 줄이려는 유인이 강하지만, 반대로 행위별수가제에서는 서비스 제공량이 증가할수록 수입이 증가하기 때문에 서비스 제공량을 늘리려는 강력한 유인이 존재함.
 - 환례 수를 늘리려는 유인은 환례 수에 따라서 지불금액이 달라지는 포괄수가제에서 가장 강력하고, 반대로 환례 수가 늘어나면 손실이 늘어나는 인두제에서 줄이려는 유인이 가장 강력함.
 - 중증 질환자 등 위험환자를 회피하려는 유인은 인두제에서 가장 강력하고 임의수가 방식의 행위별수가제나 총액예산제 하에서는 위험환자 회피가 일어나지 않음.

[그림 4-8] 가격결정 시점과 보상액 변화에 따른 지불방법 분류



자료: 강길원, 진료비지불제도와 건강보험 수가, 2010.

□ 신포괄수가제의 도입

- 2009년부터는 입원환자에 대한 포괄수가를 확대키 위해 신포괄수가 모형을 개발, 현재 시범사업 실시 중임(일산병원, 3개 지방의료원)
- 기존 포괄수가모형에 비해 고가 급여항목과 의사행위에 대해서는 행위별수가도 인정함으로써 복잡한 질병에도 적용할 수 있으면서 환자 부담은 7.9% 줄어 보장성 강화 효과 달성
 - 1차 시범사업('09.4월~): 폐렴 등 20개 질병군 대상(전체의 16%)
 - 2차 시범사업('10.7월~): 항암치료 등 총 76개 질병군 대상(전체의 53%)
 - 3차 시범사업('11.7월~): 복잡한 뇌종양 수술 등 총 553개 질병군(전체의 96%)

- 시범적용 기관이 일산병원과 3개 지방의료원에 불과해 의료기관 중 별, 민간 기관을 고려한 확대모형 등 기반이 취약

2) 해외 동향

- 유럽 선진국들은 진료영역별로 행위별 수가, 일당 혹은 건당 지불, DRG 등 다양한 방식으로 지불보상제도를 운영함(최병호 등, 2007).
 - 병원의 입원부분은 일당정액제에서 건당정액제로, 이어서 DRG로 전환하는 추세
 - 병원에서의 외래서비스는 최근 DRG 방식 증가, 전문의 서비스의 경우 행위별 보상방식 유지
 - 요양부문은 일당제에서 자원이용량에 근거한 정액수가로 전환
 - 개원의 방식은 인두제 방식으로 배분하거나 의료서비스의 양에 비례하여 배분하기도 함.
 - 덴마크의 경우 주치의에 대한 지불보상은 등록환자 1인당 정액으로 지급되는 인두제 적용뿐만 아니라 행위별수가, 인센티브, 특별 추가지급 등이 적용되어 지불됨.

[그림 4-9] 덴마크 주치의제도 총진료비 구성

총진료비			
인두제 적용부문	특별추가지급부문	행위별수가 적용부문	인센티브 부문
- 기본서비스 - 예방, 건강증진 및 재활서비스	- 시간외 수당 - 전화상담 - 왕진	- 선택서비스 - 특수 전문서비스	- 취약계층, 지역 - 양질의 서비스

자료: 강길원, 2010.

□ 대만

- 대만은 총액계약제 하에 단계적으로 DRG 제도 (Tw-DRG)를 확대하는 중

- 행위별수가 내 진료비 급증에 따른 거시적 효율성(총액관리) 추구를 위해 총액계약제 도입 ('98 치과 → '00 한의과 → '01 의원 → '02 병원)
- 2010년부터 2014년까지 단계적으로 확대 추진(2010년 155개 질병군에 소요되는 비용은 총입원진료비의 17.4%)해 최종적으로 1,017개 질병군

□ 일본

- 일본은 행위별수가제 하에 대형병원을 중심으로 일본형 DRG 제도인 DPC (Diagnosis Procedure Combination) 도입
- 1998년 10개 의료 기관에 J-DRG 시범사업을 '04년까지 하고 미국과 같이 병원비용과 의사비용을 나눠 포괄수가에 일당수가와 행위별수가를 혼합할 수 있는 DPC 분류체계를 개발해 수가로 적용
 - DPC 의료기관 참여현황 : '03년 82개 → '07년 360개 → '09년 1,284개
 - (전체 병원의 15%로 종합병원 급 이상이 주로 참여)

3) 추진방향

1안: 제공되는 의료서비스의 특성에 맞는 지불보상제도 도입

- 입원서비스에 대해서는 기본적으로 포괄수가제 확대 적용 하되, 특수 질환이나 검사에 대해서는 행위별 수가제를 부분적으로 실시

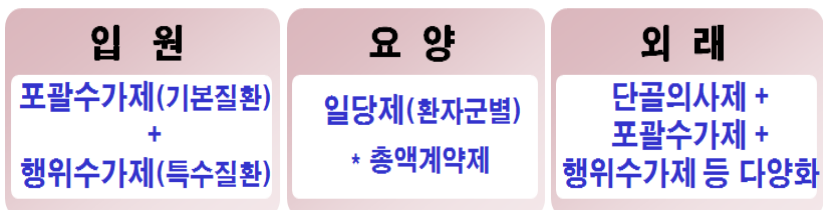
[그림 4-10] 병원 입원분야의 지불제도 개편 추진일정

구분		현재	단기	중기	장기	
7개 질병군	의원급	선택참여	당연적용		종합평가 실시	통합모형 마련 및 제도화
	병원					
	종합병원		선택참여	당연적용		
	상급 종합병원					
新포괄	공단병원	553개 질병군		553개 질병군 + 외래영역 추가		
	지역거점 공공병원	76개 질병군 (3개소)	553개 질병군 (40개소)			
	국공립, 민간병원	-	모형개발	자율참여		

자료: 보건의료미래기획단, 제4차 보건의료미래위원회 안건, 2011.

- 외래서비스에 대해서는 행위별수가제를 현행처럼 실시하되, 진료비 총액에 대한 통제 기전을 도입
 - － 노인 및 일부 만성질환 환자에 대해서는 단골의사제 실시와 함께 인두제+행위별수가제를 실시하는 방안도 고려 가능
 - － 또한 만성질환 관리 강화를 위해서는 별도의 인센티브 지급도 고려 가능
- 요양환자에 대해서는 환자군별 일당 정액제 고려 가능

[그림 4-11] 보건복지부의 진료비지불보상제도 개편 방향



4) 기대효과

- 지불단위를 포괄화 함으로써 의료공급량에 증가에 따른 재정적 부담을 의료공급자에게도 공유하게 함으로써 급격한 의료비 증가를 억제시키고, 지속가능한 제도 구축이 가능하게 함.
- 행위별수가제에서 환자가 전액 부담하는 비급여의 일부를 포괄수가에 포함하게 됨으로써 비급여 증가에 대한 보장을 저하가 일부 개선될 수 있으며, 임의비급여 증가 등에 따른 문제를 일정부분 경감할 수 있게 함.

2-2

의료비 관리 방안 마련

1) 실태 및 근거

□ 진료비 총액의 예측 곤란

- 현재는 사전에 진료비 지출액을 정확하게 예측할 수 없어, 건강보험재정의 안정적 운영이 어려움(표 4-1 참조).
 - － 건강보험 수가 인상률과 급여비 증가율간 차이의 연도별 변동이 매우 크게 나타나고 있음.
 - － 건강보험의 당기수지 또한 2002~2011년 사이 0.8조원 적자에서 1.6조원 흑자에 이르기 까지 연도별 변화의 폭이 큼.

□ 진료비 증가에 대한 적절한 통제 기전이 없기 때문에 매년 10% 이상 지출이 증가

- 2010년 건강보험재정 당기적자 1조 3천억 원 발생
 - － 적립금 : ('09년 말) 2.2조원 → ('10년 말) 0.9조원
- 최근 5년간 지출증가율 : 연 12.7%, 수입증가율 : 연 10.5%

— 현 추세가 지속 유지되면 만성적으로 적자발생 전망

- 제도의 지속가능성 확보를 위해서는 전체 진료비 증가율 억제를 위한 진료비 총액 관리시스템을 구축할 필요가 있음.
 - 진료비 총액 설정은 질환의 특성(eg. 급성질환/만성질환), 의료기관별(eg. 병원급/의원급 등) 혹은 제공되는 의료서비스별(eg. 입원/외래/약품 등)로 지출목표액을 설정하거나 혹은 지역별(eg. 서울 등 대도시/중소도시/농어촌 등)로 지출목표액을 설정하는 방안을 고려해 볼 수 있음.
 - 제도의 정착을 위해 제도 초기에는 지출 총액 상한 금액에 대한 강제성을 다소 느슨하게 운영할 수 있음.

2) 해외 동향

- 오스트리아, 일본, 한국, 스위스를 제외한 대부분의 OECD 국가들은 거시적 수준에서 진료비 총액을 관리하는 시스템을 가지고 있음.
 - 총액지출목표를 설정하고 할당하지 않는 국가: 룩셈부르크
 - 총액지출목표와 함께 지역별 또는 서비스 영역별 할당을 하는 국가: 오스트레일리아, 벨기에, 체코, 덴마크, 핀란드, 독일, 그리스, 아이슬란드, 네덜란드, 슬로바키아, 스페인, 터키
 - 총액지출목표와 함께 지역 및 서비스 영역별 할당을 하는 국가: 캐나다, 멕시코
 - 총액예산 상한과 함께 지역별 또는 서비스 영역별 할당을 하는 국가: 헝가리, 아일랜드, 이탈리아
 - 총액예산 상한과 함께 지역 및 서비스 영역별 할당을 하는 국가: 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스웨덴, 영국
- 사회보험 제도 하에서 예산 목표제를 사용하는 일부 국가(벨기에, 프랑스, 룩셈부르크, 네덜란드)에서는 지출 목표가 잘 지켜지지 않고 있음.
 - 그 원인으로는 목표 달성의 강제성이 강하지 않고, 목표를 초과한 경

우 다음 해의 진료비 조정 수단을 가지고 있지 못하기 때문임.

- 진료비 지출 총액의 상한선을 설정하는 경우, 정책 효과는 매우 크지만 그 영향력의 지속 기간은 짧은 편이며, 진료의 접근성, 진료의 질, 공급자의 반응성에는 부정적인 영향이 나타날 가능성이 높은 것으로 알려짐.

3) 추진방향

1안: 지출목표 방식의 총액예산제(soft cap) 도입

- 강제적 예산상한을 가진 총액예산제(hard cap) 보다는 전체 진료비에 대한 상한선을 설정하되, 총액을 초과하는 진료비에 대해서 지불은 하지만 다음 년도 진료비 조정에 이를 반영하는 soft cap 도입을 모색하는 것이 보다 현실적
 - 이러한 방식은 환경이나 여건변화에도 대응 가능하다는 장점이 있음.
 - 미국 지속가능성장률(Sustainable Growth Rate, SGR)을 이용한 진료비목표 관리제: 실제 진료비가 목표 진료비를 초과할 경우 차년도 환산지수를 조정하여 총액관리
- 의료 분야별(eg. 의원, 한방, 치과 등) 혹은 서비스 대상별(eg. 노인, 만성질환자)로 단계적으로 도입하는 방안 또한 고려 가능함.
 - 대만의 경우 1998년도 치과부분을 시작으로 2000년 한방부문, 2001년 의과의원부문, 2002년 의과병원부문 까지 총액계약제 단계적 도입 실시

4) 기대효과

- 전체 의료비 관리를 통한 의료비 증가 속도의 둔화 및 진료, 청구, 지급에 이르는 행정비용 절감 효과

2-3

성과보상제 확대

1) 실태 및 근거

- 행위별수가제는 환자에게 제공된 의료서비스의 양을 기준으로 진료비를 보상하는 방식으로 의료의 질과 서비스 제공의 효율성을 담보하지 못함 (국민건강보험공단, 2010).
 - 진료과정에서 합병증 혹은 부작용이 발생하거나 의학적으로 불필요한 서비스가 제공되더라도 진료비를 보상받을 수 있기 때문임.
 - 또한 행위별수가제 하에서는 진단적 검사 및 처방 등이 의료기관의 주요 소득원이 되고 있기 때문에, 의료 기관에서는 예방서비스나 만성 질환 관리를 적극적으로 실시할 유인이 부족함.
- 이러한 문제점을 보완하여 의료의 질적 수준을 향상시키기 위해 선진국에서는 의료서비스 질 평가 기반 수가 차등제도(value-based purchasing, VBP)를 도입하였음.
 - 질 평가 기반 수가 차등제도는 의료의 질과 비용을 기준으로 의료제 공자에게 재정적인 보상을 함으로써 의료의 질적 수준을 제고하기 위한 것임.
- 우리나라는 2008년부터 질 인센티브 시범사업(value incentive program, VIP)이라는 이름으로 질 평가 기반 진료비 차등제 시범사업을 시행해 왔음.
 - 그러나 제왕절개분만과 급성 심근경색의 2개 질환에 대해서 일부 상급 의료 기관에서만 시범사업이 실시되었고, 인센티브 재원도 크지 않은 규모임.
 - 인센티브 재원: 지불보상액의 1%(2010년 4억400만원)
 - 건강보험심사평가원 내부 자료에 의하면, 성과보상제 이후 제왕절개

분만 및 급성 심근경색 질환 관련 질 지표가 개선되고 있는 것으로 평가하였음.

〈표 4-19〉 Value Incentive Programme 실시 이후 의료행위의 변화

		Baseline (late 2007)	2008	2009
		Percentage		
AMI	Thrombolytic drug administration rate within 60 minutes of hospital arrival	70%	86%	91%
	Primary PCI performance rate within 120 minutes of hospital arrival	85%	89%	96%
	Aspirin administration rate at hospital arrival	98%	99%	100%
	Aspirin prescription rate at discharge	100%	100%	100%
	Beta-blocker prescription rate at discharge	96%	98%	99%
	30-day case fatality	8%	8%	6%
Cesarean section	Risk adjusted C-section delivery rate	35%	34%	33%

자료: HIRA (2011), ““Response to the OECD Questionnaire on Quality of Care in Korea, Health Insurance Review and Assessment Service””, Seoul (unpublished); OECD, 2012.

2) 해외 동향

□ 성과보상제는 OECD 19개 국가들에서 실시중인 것으로 보고되었고, 포함된 평가영역은 일차진료의, 전문의, 병원 등으로 다양함.

- 지급하는 인센티브는 영국만 제외하면 대개 5% 이하로 일차진료 부문에서 벨기에 2%, 폴란드 5%, 영국 15%이고, 전문의 부문에서 폴란드 5%, 병원 부문에서 벨기에 0.5%, 룩셈부르크 1.4%의 인센티브를 지불

□ 영국 Quality and Outcome Framework (QOF)

- GP에 대한 인센티브 지불 프로그램으로 2004년에 시작되었으며, 등록된 GP의 99.8% 참여
- 질지표: 146개 지표를 사용, 1000점 만점으로 환산

- 보상: 점수를 환산계수로 사용하여 금전적 인센티브로 환산(eg. 점수당 00파운드)
- 미국 메디케어 Physicians Quality Reporting Initiative
 - 개원의를 대상으로 한 자발적인 임상질지표 결과평가 프로그램으로 2007년부터 시작
 - 외래진료 임상질지표의 결과를 보고하는 개원의 들을 대상으로 재정적 인센티브를 제공
 - 질지표 결과 보고에 대한 인센티브로 진료비의 2%를 보너스로 지급

3) 추진방향

1안. 적절한 질 지표의 선정

- 흔히 발생하는 질환 혹은 시술
- 질 개선 여지와 가능성이 높은 질환 혹은 시술
- 중증도가 높은 질환 혹은 시술

2안. 보상의 기준

- 질적 수준이 높은 군
- 일정 수준이상으로 질적 수준이 개선된 군

3안. 보상의 수준 및 재원

- 진료비 가감률
 - 기존의 가감률: 의사에 대한 수가 5~10%, 병원에 대한 수가 1~2%
- 기존 재원 활용 또는 추가 재원 마련

4) 기대효과

- 전반적인 의료의 질적 수준 향상 및 진료비 지불단위의 포괄화에 따라 나타날 수 있는 단점인 의료의 질적 수준 저하를 예방할 수 있는 장치로서 작용 가능
- 만성질환에 대한 예방이나 관리 등 기존에 취약하였던 일차의료 사업이 보다 활발히 실시될 수 있는 기반 마련

과제 3 의료서비스 질 제고

가. 현안과 쟁점

□ 의료의 질 개념

- 양질의 보건의료란 가능한 최상의 결과를 위하여 적절한 의료서비스가 최적의 시간에 올바른 방법으로 필요한 사람에게 제공되는 것을 의미함(National Healthcare Quality Report, 2007).
 - － 의료의 질은 안전성, 효과성, 환자 중심성, 시의성, 효율성, 형평성 등의 요소로 구성됨(IOM, 2001).

〈표 4-20〉 의료의 질 영역

	Donabedian (1988)	Maxwell (1992)	DoH UK (1997)	IOM (2001)	JCAHO (2006)
효과성	○	○	○	○	○
효율성	○	○	○	○	○
접근성	○	○	○		○
안전성	○			○	○
형평성	○	○	(○)	○	
적절성	○	○			○
시의성			○	○	○
수용성		○			
반응성		정보선택		환자중심성	
만족도			(○)		
건강향상			○		
지속성				○	
기타					예방, 조기검진

주: JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)

자료: WHO, 2008

□ 미국의 AHRQ, 영국의 NICE, OECD 등에서 보건의료 질 지표를 개발하고 있음.

〈표 4-21〉 의료의 질 관련 지표

OECD	미국	스웨덴	영국	우리나라
- 치료의 효과 (암, 예방접종, 천식, 심뇌혈관질환, 당뇨) - 시의적절성 (고관절수술대기시간) - 심혈관관리 - 당뇨관리 - 일차의료와 예방 - 정신건강 - 환자 안전 (병원감염, 수술전후 합병증, 일과성 사건, 산과)	- 치료효과 (암, 당뇨, 말기신부전, 심질환, AIDS, 모성건강, 정신건강, 호흡질환, 요양원, 가정간호, 호스피스간호) - 환자안전 - 시의적절성 - 환자중심성 (환자치료경험)	- 치료결과 (사망/입원/예방접종, 약물요법, 집중치료, 암생존율, 모성신생아관리, 당뇨관리, 정신질환관리, 뇌졸중관리, 심장관리, 정형외과관리, 신장관리) - 환자경험 - 치료접근성(1차, 2차진료) - 비용(1인당비용, 치료건수/방문당비용, 비용효과적 치료옵션)	- 건강증진 (질병사망, 자살, 사고사망) - 접근성 - 적절한 보건 의료의 효율적 전달 (질병예방 및 건강증진, 암조기발견, 급성만성기입원, 일차의료에서의 정신건강, 비용효과성, 퇴원) - 효율성 (일일방문환자, 입원기간) - 환자/제공자 경험 - 서비스결과 (사망율, 암생존율)	- 요양급여적정성평가 (급성심근경색, 뇌졸중, 약제평가, 제왕절개분만, 수혈, 혈액투석, 요양병원입원급여, 수술의 예방적항생제) - 응급평가지표 (폐렴, 수술감염예방적 항생제, 중환자실, 모성 및 신생아, 응급서비스 신속성)

주: OECD의 보건의료 질지표 프로젝트(HCQI), 미국(National Health Quality Review: NHQR), 스웨덴(Quality and Efficiency in Swedish Health Care), 영국 임상질지표(clinical indicator)
자료: 황지인 등(2009)

□ OECD가 바라본 우리나라의 보건의료 질관련 전반적인 평가 결과
(OECD, Health Care Quality Review: Korea, 2012)

○ 의료서비스 접근성과 평균수명 증대 등 건강성과가 크게 향상되었으나, 예방보다는 질병치료중심의 보건의료체계로 인하여 보건의료비 지출이 급속히 증가하고 있음.

○ 이에 지역사회중심 의료서비스를 개선하여 강력한 일차의료체계를 구축하고, 양질의 의료서비스 제공자에게 적절한 보상, 의료의 질 관리

전략 확대 등을 권고함.

□ 우리나라는 의료서비스의 질적 수준을 향상시키기 위해 다양한 기관에서 평가지표를 개발하고 의료의 질을 평가하고 있음.

○ 건강보험심사평가원의 ‘진료비적정성평가제’, 의료기관평가인증원의 ‘의료기관인증제도’, 중앙응급의료센터의 ‘응급의료기관평가’, 병원감염관리학회 등에서 다양한 보건의료 질 평가지표를 개발하고 질 향상을 위해 노력하고 있음.

— 이 중에서 건강보험심사평가원의 ‘진료비적정성평가제도’와 의료기관평가인증원의 ‘의료기관인증제도’가 대표적인 의료의 질 개선 활동이라 할 수 있음.

□ 우리나라의 보건의료 질 지표 개발 및 평가 현황 및 문제점

○ 현재 국내에서 개발되어 사용되고 있는 다양한 보건의료 질 지표는 각 기관에서 기관의 업무를 수행하는데 필요한 보건의료 지표를 생성하고 있어 보건의료 질 지표간의 연계성과 통합성, 체계성이 결여되어 있음.

• 질 평가를 위한 보건의료 질 지표란 환자에 대한 보건의료서비스의 구조, 과정 및 성과를 측정하는 도구로서 이를 통하여 보건의료 서비스의 결과를 파악하고 이에 영향을 미치는 관리적, 임상적, 보조적 기능에 대한 질을 모니터링, 평가, 향상시키는 것을 목표로 함.

○ 미국의 AHRQ, 영국의 NICE, OECD 등에서 개발한 보건의료 질 지표들을 그대로 활용하는 방안도 고려할 수 있으나, 이 경우 보건의료 서비스 체계 및 문화적 차이로 인해 국내 상황에 그대로 적용하기에는 한계가 따름.

— 우리나라의 문화 및 의료체계가 반영된 보건의료 질 지표의 개발이 필요함.

□ 의료의 질 개선 활동의 문제점 및 쟁점

- 의료의 질 개선에 대한 성과를 기반으로 인센티브를 제공하는 체계 미흡
 - － 진료비 적정성 평가를 통하여 성과를 평가하고, 성과에 따른 보상 지불제도(Pay For Performance: P4P)인 가감지급시범사업을 실시하고 있으나, 요양급여 적정성 평가를 수행하고 있으나, 적정성 평가항목과 대상기관이 제한적임.
 - － 기관단위의 성과평가 방안과 평가영역을 포괄화할 수 있는 방안 마련 필요
- 질 평가관련 인프라 부족
 - － 투입되는 인적, 물적 인프라 부족
 - － 중소병원, 의원에서는 질 개선 활동 기대 어려움
- 의료전달체계가 분절적으로 이루어지고 있으며, 일차의료, 만성질환관리와 환자안전의 중요성에 비해 이에 대한 제도적 체계 미흡

나. 정책성과 평가

□ 우리나라의 의료의 질 관련 강점

- 단일 건강보험체계와 선진적 정보통신기술, 이에 근거한 질 평가와 공개시스템, 대형 급성기 병원을 중심으로 한 질 향상을 위한 노력 등은 우리나라의 강점이라 할 수 있음.

□ 병원간 의료의 질 차이로 인한 높은 진료 변이 발생

- 2008년 700병상 이상 병원의 진료비 청구 및 사망자료를 활용하여 사망률을 비교해 본 결과(위험도보정 후), 사망률은 최대 10.32%, 최소 2.43%로 약 4.25배의 차이가 발생함(이상일, 2010).
 - － 또한, 진료비도 평균 1.98배의 차이가 있었음(최대 661만원~ 최소 334만원)

○ poor quality의 비용은 미국의 경우 1997년에 전체비용 중 15%이며, 영국의 경우 15%~30%가 지출된 것으로 추정됨(Øvretveit et al., 2009).

- poor quality 비용(cost of poor quality: COPQ): 프로세스 내의 모든 업무가 결함없이 수행될 경우 지출하지 않아도 되는 비용

□ 일차의료체계 미흡

○ 대표적인 일차의료 성과지표인 예방 가능한 입원율이 OECD회원국에 비해서 높고, 지속적으로 증가하고 있음(OECD, 2012).

- 예방가능한 입원율 : 천식, 만성폐쇄성폐질환, 당뇨와 같은 만성 질환은 일차의료영역에서 관리를 잘하면 입원을 줄일 수 있는 질환이지만, 이들 질환으로 인한 입원률이 높다는 것은 일차의료영역에서 관리가 되지 않아 질병이 악화되어, 입원병상이 비효율적으로 활용된다는 것을 의미함.

○ 2009년, 한국의 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원은(인구 10만명 당 127.5건) OECD 평균(50.3건)의 2배 이상이며, 평균재원일수(16.7일) 또한 OECD 평균(8.8일)의 2배에 달함

· 예방가능한 입원율 (2009년 진료분, 단위 : 인구10만명당 입원건수)		
	천식	조절되지 않는 당뇨병
한국	101.5	127.5
OECD 평균	51.8	50.3

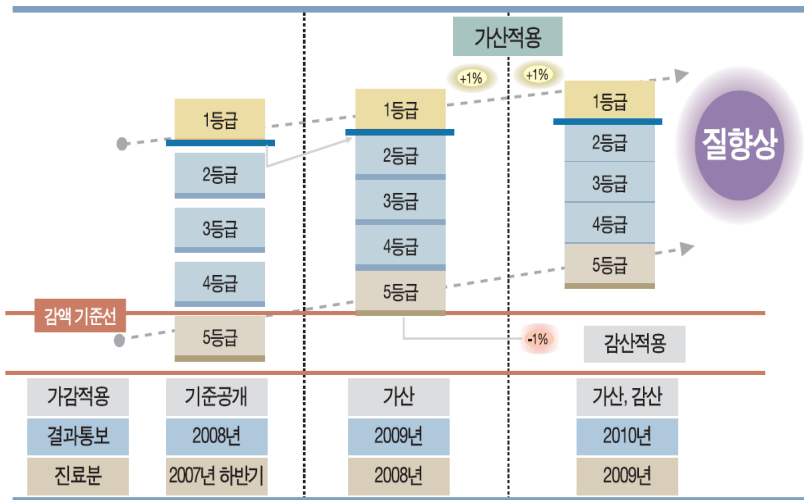
자료: OECD, Health Care Quality Review : Korea 2012

□ 질 향상과 연계된 재정적 인센티브 체계 미흡

○ 2010년에 가감지급시범사업(대상: 급성심근경색증, 제왕절개분만)을 실시하였고, 2012년에는 가감지급확대사업(대상: 수술의 예방적 항생제)을 수행하고 있음.

- 가감지급 모형은 평가결과에 따라 대상기관의 등급을 나누고, 일정구간의 상위등급 기관에 가산 적용, 하위등급기관에는 감액 적용을 함으로써, 요양기관 간 질적 차이(variation)를 줄이고 모든 요양기관의 질을 일정수준이상 향상시키는 효과를 기대하는 모형
- 시범사업 평가결과: 요양기관 간 질적 차이를 줄이고 목표설정 기준선 이상으로 의료의 질 수준이 향상되었으며, 급성심근경색증의 경우 평균입원일수 9.1일(2007년 하반기)에서 8.9일(2008년)로 감소하였음.
- 병원분야 성과지불제도인 가감지급사업의 성과가 인정되나, 이 프로그램이 시범사업에서 확장하여 공식적인 평가체계로의 확대가 필요함.
- 병원 규모에 따른 현재의 재정적 인센티브를 전환하여, 향후 (규모와 무관하게) 높은 질과 적정 서비스를 공급하는 병원에 인센티브를 부여할 필요가 있음.
 - 2009년 최초로 1등급기관 및 등급 향상된 종합전문병원 21개 기관에 해당진료비 4억 5천만 원을 인센티브로 지급함.
- 질 평가를 통해 나타난 성과에 근거하도록 가산제를 개선하여 성과향상을 위한 경제적인 동기 제공 필요
- 비급여 진료비에 대한 공적 관리체계의 확충 필요

[그림 4-12] 가감지급시범사업모형



- 고령화에 따른 복합만성질환자 수의 증가 및 만성질환 관리연속성 부족
- 연령이 증가할수록 보유하고 있는 만성질환 수가 증가함.
 - 50대 만성질환자의 경우 평균 2개 이상의 복합만성질환(multiple chronic conditions)을 보유하고 있으며, 60대 만성질환자의 경우 평균 3개, 70대 이상 만성질환자의 경우 평균 3.5개의 복합만성질환을 보유하고 있음(정영호 등, 2011).
 - 심평원과 질병관리본부를 중심으로 하는 심뇌혈관질환 의료의 질 평가는 급성기병원 치료 부문에서는 우수하지만, 그 외 부문은 상대적으로 부족
 - 우리나라의 심뇌혈관질환 중심의 검진프로그램은 종합적이고 전국적이기는 하나, 이차예방을 위한 서비스 수행창구로서 역할을 할 수 있을지 분명하지 않음.
 - 광명 등 일부 도시에서 고혈압 당뇨병 환자 관리등록사업을 하고 있으나, 대상인구가 제한적임.

- 심뇌혈관질환 종합계획 하에 전국 지역심뇌혈관질환센터 설립이 추진되고 있는데, 이는 예방과 건강증진을 포함하고 있지만 사실상 병원에 집중되어 있음.
 - 심뇌혈관 질환과 관련하여, 9개 권역별 센터 지정과 같은 소수병원에 대한 투자에서 나아가, 보다 국가 차원에서 질병단계별 의료 서비스 필요를 충족할 수 있는 체계구축이 필요
- 진료의 연계(coordination of care)를 강화하기 위해 예방과 건강증진, 재활치료에 대한 국가적인 투자를 확대하고 질병의 연속선상에서 나타나는 다양한 필요에 부응하는 조화로운 서비스 제공체계를 마련 필요
- 환자안전과 경험관리체계의 부재
 - 의료 과오로 인한 환자안전사고 증가하고 있으나 의료관련 감염 및 안전에 관한 국가차원에서의 자료 및 현황파악 부재
 - 의료의 질 평가에서 주요하게 고려되는 지표가 환자 경험(patient experience) 결과지표이나, 우리나라에서는 아직 patient reported outcome 측정을 위한 데이터 수집 및 관리방안이 도출되지 못한 실정임.

다. 추진방향 및 향후과제

3-1

통합의료관리 체계 구축

3-1-1

지역사회중심 일차의료체계 구축

1) 실태 및 근거

□ 일차의료체계 강화에 따른 효과

- 일차의료체계는 만성질환자가 지속적이고 포괄적인 치료를 받을 수 있어, 불필요한 입원이나 응급방문을 감소시킬 수 있음(Donahue et al., 2001; Starfield, 1992).
- 일차의료체계는 질병 악화를 방지하고 건강보험 재정지출을 적정화하며, 인구구성원의 보건의료제도에 대한 만족도를 높일 수 있음(Starfield, 1994).

□ 우리나라 성인의 상용치료원 보유 현황(정영호 등, 2011)

- 우리나라의 상용치료원 보유 실태를 보면, 상용치료원을 보유하고 있는 경우는 약 38.6%(2009년 기준)정도로 낮았으며, 이 중에서 종합병원을 상용치료원으로 보유하고 있는 비중도 높은 편이었음.
 - 상용치료원(usual source of care): 한국의료패널 조사에서 ‘아플 때나, 검사 또는 치료·상담을 하고자 할 때 주로 방문하는 의료기관’에 대해 설문
 - 상용치료원 보유 비율을 연령별로 보면, 40대는 31.1%, 50대는 44.9%, 60대는 60.5%, 70대 이상은 68.5%이었으며, 남성의 상용치료원 보유율은 34.3%이고 여성의 경우에는 42.0%이었음.
 - 소득수준이 높을수록 상용치료원 보유율이 낮아지는 추세로, 소득

이 낮은 1분위는 54.7%, 2분위 40.5%, 3분위 37.7%, 4분위 34.6%, 5분위 33.6%로 감소함.

○ 30세 이상 고혈압 환자가 상용치료원을 보유한 경우는 78.5%였으나, 종합병원을 상용치료원을 이용하는 경우가 21.4%로 다소 높았음.

— 30세 이상 고혈압 환자가 의원을 상용치료원을 보유한 경우는 63.9%, 종합병원이 21.4%, 병원이 7.6%, 보건소가 6.5% 등의 순임.

□ 급성기 치료중심의 현행 보건의료체계에서는 지속적이고 포괄적인 만성 질환 관리는 한계가 있음(이재호, 2009).

○ 병원중심의 급성기 의료에 대한 의존이 높아 합병증 등 만성질환 악화 예방을 위한 적절한 임상적 조치가 부족하여 만성질환 중 일차의 료로 예방가능한 입원이 지속적으로 증가하고 있음(심평원, 2011).

— 평균 입원률은 2005년 대비 2009년 34.77% 증가하였으며, 이 중 에서 당뇨 관련 질환 입원률이 매우 높게 증가함.

〈표 4-22〉 일차의료 예방가능한 입원을

(단위: 인구10만명당, %)

구분	2005년	2007년	2009년	05년 대비 09년 증가율	연평균 증가율
천식	68.16	76.13	79.36	16.34%	3.88%
만성폐색성폐질환	127.15	155.01	163.79	28.82%	6.54%
당뇨 장기 합병증	143.41	174.33	180.19	25.64%	5.87%
조절되지 않는 당뇨	50.96	89.92	110.75	117.32%	21.42%
당뇨하지절단	5.22	6.17	7.14	36.70%	8.13%
고혈압	113.13	141.31	161.85	43.07%	9.37%
일차의료지표* 평균 입원율	72.74	90.72	98.03	34.77%	7.74%

주: *일차의료지표=(15세이상진단된원건수/15세이상 인구)*100,000

진단=천식, 만성폐색성폐질환, 울혈성심부전, 당뇨단기합병증, 당뇨장기합병증, 조절되지않는당뇨, 당뇨하지절단, 고혈압

자료: 심평원, 2011

□ 예방 가능한 입원률을 OECD 국가와 비교해 보면, 조절되지 않는 당뇨

는 매우 격차가 심한 것으로 나타남.

- 조절되지 않는 당뇨의 경우 OECD 국가 평균은 인구10만명 당 50.3명이지만, 우리나라는 인구십만명당 127.5명으로, 2.5배정도 더 높음.

〈표 4-23〉 만성질환의 예방가능한 입원률: 2009년

(단위: 인구10만명당)

예방가능한 입원율	우리나라			OECD		
	남	여	계	남	여	계
천식	93	110	101.5	36	66	51.8
만성폐쇄성폐질환	318	159	222.0	251	164	198.0
조절되지 않는 당뇨	137	115	127.5	54	48	50.3

자료: 심평원, 2011

2) 해외 동향

□ 영국의 일차의료와 질 관리

- 영국은 2003년부터 NHS에 소속된 일반의와의 계약시, 질평가 결과를 반영하고 있음.
- 일차의료서비스 질 평가를 위해 QOF(Quality and Outcome Framework)를 통하여 성과에 따라 차등지급하고 있음.
 - QOF는 임상지표, 기관지표, 환자경험, 추가서비스 등 총 4개영역, 146개 지표, 총점 1,050점으로 구성됨.
 - 일반의에게 지불되는 금액은 일반의의 총예산 중 30%(2005년기준)에 해당됨.
- 최근 개혁을 통해 의료의 질 평가를 공개하고 이를 기반으로 소비자가 지역 제한 없이 주치의를 선택할 수 있도록 소비자 선택권을 강화하고 있음.

□ 프랑스의 선호의사제와 질관리

- 선호의사제도는 선호의사와 16세 이상 가입자와 계약을 통해 선정하며 자유롭게 선호의사를 변경할 수 있으며, 보험인구 중 82%가 선호의사를 선택함(2007년 기준).
 - 선호의사제도는 강제성은 없지만, 주치의의 의뢰경로를 거치지 않은 경우 재정적 패널티가 주어짐.
 - － 의뢰경로 이탈에 대해 고정 진료비의 50%만 상환 받음.
 - 만성질환을 대상으로 질향상 인센티브를 위해 7개 요인에 기초하여 인센티브 또는 추가적인 재정적 지원을 하고 있음.
- 미국의 일차의료 강화 방안
- 미국의 PCMH모형(Patient-Centered Medical Home; 일차의료, 환자중심 진료, 새로운 모형의 의료기관, 진료비 지불체계)을 옹호하는 20개 법안이 10개 주에 도입되었음.
 - － PCMH모형은 행위별 수가제, 성과보상제, 조정기능과 통합에 대한 별도의 지불체계를 이용
 - ACO(Accountable Care Organization: ACO)는 특정 환자군에 대해 질향상과 의료비 감소의 책임성을 가지고 제공자가 주도하는 조직형태로 진료의 연속성과 인센티브를 특징으로 하고 있음.
 - － 일차의료 중심의 진료 연속성과 포괄성을 확보하고 질을 향상, 효율적 의료자원 활용으로 낭비적 요인을 절감함으로써, 절감된 비용을 환자와 의료제공자 모두에게 인센티브로 제공

□ ACO의 조직과 지불체계

- ACO는 병원과 의사 단체(medical group)가 한 묶음이 된 네트워크 조직으로, 환자의 건강을 책임지는 단체라 할 수 있음. 기존의 인두제와는 달리 global payment 방식으로, 위험요소를 고려해 의료비용을 조정하고 의료의 질을 고려함. 예를 들어, 수술환자가 수술 후 회복이 빠르고 합병증이 없는 경우와 같이 환자의 성과가 좋을 경우 진료비의 잉여분이 발생하고 이에 대해 60%까지 보너스를 받게 됨.

3) 추진방향

1안. 한국형 일차의료모형 구축 및 운영

- 2013년 한국형 일차의료모형 구축
 - － PPP(Public Private Partnership) 모형 개발
 - － 지역사회 자원과 조직망 개발
- 2014~2015년 시범사업 실시
 - － 평가도구개발
 - － 재정적 인센티브 설계

2안. 일차의료중심의 통합의료체계 구축

- 통합의료체계 사례연구 및 국내적용 가능한 통합의료체계 모형 구축
 - － 진료권 설정과 진료권간 의료자원의 균형화 및 협력구조 구축
 - － 환자관리를 위한 서비스제공자들 간 정보 공유
 - － 일차의료, 이차의료의 우선순위 설정에 따른 care pathway 구축

4) 기대효과

- 일차의료강화를 통하여 예방가능한 입원을 감소
- 지속적인 환자-의사 관계로 환자의 건강문제를 해결하고 급증하는 의료비의 효과적 관리
- 의료전달체계 확립을 통하여 대형병원 쏠림현상, 환자들의 장보기 등 부적절하고 비효율적인 진료 감소

3-1-2

만성질환관리체계 구축

1) 실태 및 근거

- 인구고령화, 소득증대, 생활습관변화 등으로 인해 만성질환이 급격히 증가하고 있어, 신뢰성 있고 지속적인 환자-의사 관계 속에서의 만성질환관리의 중요성이 강조되고 있음.
 - 세계적으로 만성질환은 2020년까지 전체 사망원인의 73%, 전체 질환의 60%를 차지하게 될 것으로 예측하고 있음(Devol & Bedroussian, 2007).
- 우리나라 성인의 만성질환 보유 현황
 - 우리나라 20세 이상 성인 중 54.3%가 만성질환을 보유하고 있음(한국보건사연구원, 2011).
 - 만성질환자의 만성질환 보유 개수는 평균 2.5개임.
 - 50대에는 68.7%가 최소 1개 이상의 의사진단 만성질환을 보유하고 있으며, 60대에서는 83.7%, 70대 이상에서는 91.3%가 만성질환을 보유하고 있음.

〈표 4-24〉 만성질환자 분포

만성질환 수	20대	30대	40대	50대	60대	70대 이상	계
만성질환자 비중(%)	16.5	27.9	43.1	68.7	83.7	91.3	54.3
만성질환자의 평균 만성질환 보유수(개)	1.2	1.5	1.7	2.3	3.0	3.5	2.5

자료: 정영호 등, 2011

□ 만성질환으로 인한 사회경제적 부담

- 우리나라는 건강수준 관련 총괄지표(평균기대수명, 영아사망률 등)는 이미 선진국 평균수준에 도달하였지만 개인별 만성질환관리체계 미흡에 따른 사회경제적 부담은 매우 큼.
 - 고혈압 및 당뇨병으로 인한 진료비가 각각 1, 2위를 차지하며 건강보험재정 뿐 아니라 사회경제적 부담으로 작용하고 있음.

〈표 4-25〉 고혈압 및 당뇨병 환자수 및 진료비 증가율

		2002년	2008년	증가율
고혈압	총진료비	2,407억원	1조 8,835억원	7.8배
	환자수	248만명	430만명	1.7배
당뇨병	총진료비	1,625억원	9,253억원	5.7배
	환자수	98만명	152만명	1.6배

자료: 국민건강보험공단, 2010

- 뇌혈관질환으로 인한 사망자 수는 2010년 인구10만명 당 53.2명으로, 암에 이어 사망원인 2위에 해당되며, 뇌졸중은 높은 장애와 합병증 발생률로 의료비 부담을 가중시키고 있음.
 - 급성심근경색은 입원 30일내 원내 사망률이 6.3%로, OECD 평균인 4.3%보다 높은 수준임.

〈표 4-26〉 심뇌혈관질환으로 인한 입원 30일내 원내 사망률

(단위: 환자100명당)

구분	우리나라		OECD	
	2005년	2009년	2005년	2009년
급성심근경색	7.9	6.3	5.2	4.3
허혈성 뇌졸중*	2.5	1.8	-	5.2
출혈성 뇌졸중*	13.2	9.9	-	19.0

주: 한국의 지표 산출을 위해 청구자료에 의존하고 있어, 만성뇌졸중과 일과성 허혈발작 환자가 포함되어 사망률이 과소 추정될 가능성이 있음.

자료: 심평원, 2011

□ 만성질환관리 행태 및 문제점

- 심뇌혈관질환의 선행질환인 고혈압, 당뇨병의 치료 지속율은 각각 22.2%, 29.2%에 불과한 실정임(박민정 등, 2010)

□ Wagner et al.(1996)의 만성질환관리모형

- Wagner의 만성질환관리모형의 핵심에는 환자에게 지속적인 자기관리 지원(continuous self-management support)을 제공하는 데 있음.

- 우리나라의 만성질환관리는 2000년 보건소 중심의 고혈압·당뇨병 예방관리 시범사업을 시작으로 하여, 2003년도에는 전국 보건소로 확대하였고, 2007년 대구광역시 고혈압·당뇨병 등록관리 시범사업, 2005년 인천광역시 만성질환자 등록관리사업을 시행하고 있음.

- 대구시는 등록자 교육사업 모형, 인천시는 건강포인트 모형으로 시범사업을 시행함.

- 시범사업 지역: 경기도 광명시('09.7), 남양주시, 안산시, 하남시('10.11)

【고혈압·당뇨병 등록·관리 시범사업 (경기도 광명 등 4개 시·군)】

- 목적 : 지역사회 중심의 포괄적인 예방 서비스 제공을 통해 고혈압, 당뇨병의 지속치료를 향상으로 심근경색, 뇌졸중, 만성신부전 등 합병증 발생과 이로 인한 사망과 장애, 의료비부담 감소
- 주요 사업내용 : 고혈압·당뇨병 환자 등록관리, 상설 교육센터를 통한 교육·상담 실시, 취약계층(65세 이상 노인환자) 의료비 경감 (월 4,500원), 지역사회 주민 대상 보건교육 및 환자발견사업 등
 - － 만성질환 건강포인트 사업(인천광역시)
 - 고혈압, 당뇨병 등록환자에 대해서 자가관리실적(정기치료, 교육이수 등)에 따라 건강포인트를 부여하고, 일정 포인트이상 누적되면 등록 의료기관에서 합병증 검사 등에 포인트를 현금 처럼 사용

자료: 권역심뇌혈관질환센터 2012년 운영지침, 보건복지부·질병관리본부, 2012

□ 고혈압·당뇨병 관리사업의 제한점

- 일부 도시를 중심으로 고혈압·당뇨병 환자 관리등록사업을 수행하고 있으나, 대상인구가 제한적이며, 전국적이고 종합적인 체계를 가지고 있지 못함.
- 실제 시범사업 수행과정에서 건강보험공단과 연계를 통해 환자발견사업이 선행되어야 하나 질병정보공유가 원활히 진행되지 못한 한계가 있음.

2) 해외 동향

□ 영국의 주치의 중심 만성질환 관리

- 일반의는 만성질환자 진료, 영유아 예방접종, 자궁경부암 검사 등 질적 지표에 근거한 성과에 따라 보상

- P4P(Pay for Performance)제도가 도입되기 전보다 만성질환관리가 질적으로 향상되었으나, 진료의 지속성은 오히려 감소되었다고 보고하고 있음(국민건강보험공단, 2009).
- 독일의 만성질환통합사례관리
 - Heidelberg Integrated Case Management Model은 일차의료 내에서 심부전을 가진 환자를 관리하기 위한 팀제의 접근방식임.
 - 표준적인 도구를 활용하여 팀 내의 의사와 건강전문가가 만성질환자를 포괄적으로 관리하고 있음.
 - 의사의 보조 인력에는 간호사, 건강관리보조원, 임상병리사 등이 있으며, 환자들의 자가관리를 위해 지원하고 있음.

3) 추진방향

1안: 등록기반 사례관리 및 인센티브 제도 구축

- 환자등록관리체계 구축
 - 보건소를 중심으로 미발견 만성질환자를 발견
 - 추후관리를 위한 등록환자 정보 연계
 - 환자의 위험도별 포괄적 관리
- 건강서비스제공(금연, 절주, 운동, 영양, 질병교육 등)
- 환자 인센티브 제공 방안
- 의료기관 성과 평가 및 인센티브 제공 방안
- 지속적 의료서비스를 제공받기 위한 일차의료기관과 연계

2안: "새로운 자가관리 전략(new self-management strategy)" 구축

- 환자 및 환자보호자 교육 프로그램

- 의약품 복용 관리 지원
- 식이요법 및 운동 컨설팅
- 자가 모니터링(self-monitoring) 지원을 위한 원격의료 활용
- 전화상담을 통한 컨설팅
- 통증 관리
- 환자 자신의 의무기록에 대한 용이한 접근성

4) 기대효과

- 지역사회 중심의 포괄적인 예방서비스 제공을 통해 심뇌혈관질환의 선행질환인 고혈압, 당뇨병의 치료지속율을 향상시키며, 중장기적으로 심근경색, 뇌졸중, 고혈압 및 당뇨병 합병증을 감소, 이로 인한 사망 및 장애, 진료비 부담을 감소
- 자가관리는 환자 자신의 신체활동을 개선시켜 건강상태를 증진시킴.
- COPD, 천식 등의 예상하지 못한 입원을 감소시키고, 치료효과 및 의약품 복용효과를 개선시킴.

3-1-3

건강검진 사후관리체계 강화

1) 실태 및 근거

- 국가건강검진은 전 국민을 대상으로 주요 질병 및 위험요인을 조기 발견하기 위한 집단대상 선별검사 프로그램임.
- 우리나라는 영유아(6세미만), 청소년(6~18세), 성인(19세 이상)을 대상으로 생애주기별 건강검진을 통한 평생건강관리체계의 기반을 구축하였음.

- 2009년부터 일반건강검진을 심뇌혈관질환으로 집중시켜 조기에 발견·치료하도록 하고 있으며, 사후상담체계를 개편하였음.
 - WHO(2005)에 의하면, 심뇌혈관질환의 조기사망의 80%는 적정관리를 통하여 예방가능하다고 보고하고 있음.
- 국가건강검진 수검률 및 직역별 일반검진 수검률 현황
 - 건강검진에 있어 의료의 반비례 법칙('inverse care law')이 적용됨.
 - inverse care law: 가장 필요로 하는 사람이 의료서비스 혜택을 가장 받지 못하게 되는 현상
 - 일반건강검진의 수검률은 2002년 43.22%에 불과하였으나, 이후 지속적으로 증가하여 2009년에는 66.03%의 수검률을 보이고 있음(국민건강보험공단, 2010).
 - 그러나 일반건강검진의 직역별 수검률을 보면, 직장가입자는 2003년 이후 80~84%의 수검률을 지속적으로 유지하고 있으나, 지역가입자 및 직장피부양자의 수검률은 상대적으로 저조함.
- 검진 사후관리 현황 및 문제점
 - 2009년 5월에서 2010년 1월까지 9개월간 검진 사후관리를 받은 사람은 총 대상자 중에 7.8%이며, 이 중에 방문상담은 3.6%, 유선상담은 97.4%임.
 - 고혈압·당뇨병 의심자가 전체의 42.8%로 가장 많았으며, 그 다음으로 이상지질혈증, 비만의 순이었음.
 - 직장가입자는 대상자 중 7.8%가 관리를 받았으며 지역가입자는 9.0%, 직장피부양자는 14.9%로 직장가입자의 관리율이 낮았음.

〈표 4-27〉 건강검진 사후관리 대상자 및 관리율

(단위: 명, %)

	이상지질 혈증	고혈압, 당뇨 의심자	고혈압, 당뇨 전단계	비만	검진결과 유질환자	계
대상자	1,265,069	701,561	58,459	492,340	24,898	2,542,327
건강상담자	4.9%	12.1%	14.6%	7.0%	33.2%	7.8%
-유선상담 관리율	4.8	11.9	14.5	7.0	29.4	7.6
-방문상담 관리율	0.1	0.2	0.1	0.0	3.8	0.2

주: 관리율=(사후관리서비스를 받은 자/사후관리대상자)*100

자료: 국민건강보험공단, 2010

2) 해외 동향

□ 일본의 특정검진·특정보건지도

- 2008년부터 생활습관병 대책에 중점을 두는 특정검진 및 특정보건지도가 도입되었으며, 보험자의 실시의무 및 경제적 인센티브 부여를 법에 포함하여 예방영역에 대한 보험자 역할이 강화됨.
- 특정검진은 대사증후군에 초점을 맞춰, 허리둘레, LDL-콜레스테롤, HDL-콜레스테롤, 공복혈당 도는 당화혈색소를 포함하고 있음.
- 보건지도에 의한 예방효과를 극대화 할 수 있는 허리둘레를 기준으로 특정보건지도 대상자를 선정하여 정보제공군, 동기부여군, 적극적 지도군으로 분류한 후 맞춤형 서비스를 제공하고 중재 6개월 후에 사업 효과를 평가함.

□ 호주의 건강검진

- 일차진료의를 중심으로 1년마다 검진이 수행되며, 건강생활습관 평가 결과를 기초로 생활습관 개선에 관한 의사의 처방이 부여됨.
- 생활습관 개선을 위한 건강관리서비스는 전문위탁관리업체를 통해 제공되고 있음.

□ 대만의 지역사회 통합검진

- 대만은 지역사회통합검진(Community-based Integrated Screening) 프로그램을 수행하고 있으며, 암과 만성질환에 관한 검진으로, 검진 전 단계에서는 국가보건통계, 암등록자료, 사망통계를 활용하여 지역별, 가구별 검진대상자를 선별함.
- 검진 후에는 이상자와 고위험군을 선별하여 자문 또는 확진을 위한 정밀검사를 실시하고, 종단적 추후관리 및 감시체계를 위한 정보 인프라로 활용하고 있음.

3) 추진방향

1안: 건강검진 사후관리 프로그램 개발

- 건강검진 사후관리 대상 질환의 선정
 - 2009년 국가건강검진을 예방가능한 심뇌혈관질환에 집중하고 있으나, 정신건강도 포함한 포괄적 관리 수행
- 검진사후관리군의 분류 및 환자모니터링 체계 구축
 - 건강검진결과에 따라 위험군별로 건강군, 위험군, 질병군으로 구분하고 단계별로 개인맞춤형 자가관리전략에 대해 상담 및 교육
 - 공공보건시설을 중심으로 위험환자 모니터링, 상담, 일차진료의와의 연계체계 구축

4) 기대효과

- 건강검진의 효율을 높이고, 국민건강 수준을 향상
- 예방강화를 통한 건강한 삶의 질 향상

3-1-4

금연, 절주, 비만 등의 건강위험요인 관리 강화

1) 실태 및 근거

□ 우리나라 국민의 건강을 위협하는 가장 큰 원인은 만성질환이라 할 수 있으며, 조기사망 및 건강수명 악화의 주요 요인이 되고 있음.

— 우리나라 국민의 기대여명과 건강수명은 8년 이상의 차이를 보이고 있음. 즉, 8년 이상을 질병으로 고생하고 있음.

• 2009년의 기대여명 80.67세, 건강수명 72.63세(정영호 등, 2011)

○ 이러한 만성질환의 주요 원인은 흡연, 음주, 비만 등 생활습관과 밀접한 연관관계가 있음.

— 우리나라의 경우 흡연, 음주, 운동부족, 영양, 과체중 및 비만이 전체 건강위험요인 중 28.45%(2003년 기준) 정도를 차지하고 있음.

• 흡연에 기인한 질병으로 지출된 건강보험진료비 비중: 10.75%(2007)→11.67%(2009)

• 음주에 기인한 질병으로 지출된 건강보험진료비 비중: 11.15%(2007)→13.11%(2009)

• 비만에 기인한 질병으로 지출된 20세 이상 건강보험 진료비 비중: 6.0%(2007)

□ 효과적인 일차예방은 질병 발생률을 감소시키고 국민 전체의 건강한 삶 보장, 질병의 사회경제적 부담 감소 등의 효과가 있음.

○ 일상적인 생활습관형 건강위험요인을 없앨 경우, 심장질환 및 뇌졸중, 당뇨병의 80%, 암의 40%를 없앨 수 있음(WHO, 2005).

○ 의사(GP)가 중년층에게 5분간 금연에 관해 권고하였을 경우 금연률

을 증가시킬 수 있을 뿐 아니라, 1인당 £11의 비용으로 1인당 £30를 절감할 수 있음(Health England, 2009)

□ 건강위해품목에 대한 적절한 규제 필요

- 국민의 효과적인 건강증진을 통하여 건강수준의 향상을 도모하기 위해서는 만성질환을 유발하는 건강위해품목들인 담배, 주류, 고열량 저영양식품 등의 소비를 줄여, 흡연을, 위험음주를, 비만율의 감소를 위한 정책적 노력이 절실함.
- 이를 위해서는 적절한 규제(비가격 정책)와 함께 공공보건의 관점에서 건강위해품목에 강력한 가격정책을 추진하는 것이 필요한.
 - 국민의 건강을 증진하고 만성질환을 예방할 수 있도록 건강위해품목의 실질적인 소비감소를 유도할 수 있는 적극적 가격정책 필요
 - WHO에서 발표한 세계 각국의 담배가격 중 우리나라의 담배가격은 78번째에 해당됨.
 - 전체 물가수준으로 보정한 주류의 상대가격은 점차 하락하는 추세임.

2) 추진방향

1안: “건강친화적 재정정책(Health-friendly Fiscal Policy)”의 개념을 도입

- 건강 친화적 재정정책은 건강증진이라는 목표를 달성·유지하기 위한 재정정책을 의미하는 것으로, 건강관련 제품가격을 변경하거나 수요량을 조절하여 소비패턴에 영향을 주기 위한 정책 방안임.
- 담배, 주류, 고열량 저영양 식품 등 건강위해품목에 건강세 신설
- 건강위해품목 조세 부과, 건강증진관련 제품 세금감면, 보조금 등 지원을 통해 조세중립설계

- 저소득층에 대한 금연지원 및 절주 프로그램 사업, 맞춤형방문건강 관리사업, 저소득층 아동 영양개선 사업을 보다 적극적으로 추진

3) 기대효과

- 국민의 삶의 질을 향상 및 의료비 절감
- 경제적, 신체적 거동 불편의 이유로 의료기관 접근성이 떨어지는 의료취약 계층의 건강을 관리 하고, 건강문제를 스스로 관리할 수 없는 대상자를 조기 발견하며, 생활습관의 개선을 통하여 합병증을 예방하고, 건강증진을 통해 주민 스스로 건강을 유지할 수 있도록 지원

3-2

환자중심의료 고도화

3-2-1

의사와 환자간 신뢰(Trust) 의료 구축

1) 실태 및 근거

- 의사-환자와의 관계에 대한 패러다임 변화: shared decision making model
 - 의사-환자와의 관계를 (1) 능동적-수동적 관계 (2) 지도-협력관계 (3) 상호참여관계로 유형화하였을 경우(Szasz&Hollender, 1956), 질병구조가 급성질환 중심에서 만성질환으로 이행하면서 의사-환자 관계가 상호참여관계로 이행되고 있음(Fenton, 2003).
 - 의사의 일방적 지시에 따르기만 하는 수동적인 환자 유형에서 벗어나 환자중심의료(patient-centered care)가 강조되고 있음.
 - 환자중심의료(patient-centered care): 모든 영역에서 환자의 필

요와 선호를 만족시키기 위해 의료제공자와 환자가 협력하는 진료체계를 말함. 환자와 환자가족의 필요와 선호에 대한 존중, 환자와 환자가족들을 진료파트너로 정하여 진료절차, 퇴원계획 등에 관한 모든 정보를 공유하고 다양한 치료대안에 대한 설명을 통해 환자 및 환자가족이 가장 적합한 대안을 선택할 수 있는 체계

【 미국 Northern Westchester 병원의 캠페인】

※ "무조건 묻기(Just ask campaign)" 캠페인 실시

－ 환자 침상에 “생각하는 것이 있으면 질문하기(If you're thinking, it ask it)" 안내문 부착

□ 우리나라 국민은 의료의 질적 측면에서 있어 불만 수준이 높은 것으로 나타남.

- 의료비를 제외한 의료 기관에 관한 주요 불만족 내용을 보면, 의료시설이나 인력의 문제보다는 진료대기시간, 치료결과, 진료의 성실도, 과잉진료 등에 대해 불만족이 높은 것으로 나타남.
- 수직적 의사-환자의 관계가 아니라 정보를 공유하고 의사소통할 수 있으며, 여러 치료대안에 대해 공동의 의사결정을 하는 수평구조가 취약함.

〈표 4-28〉 우리나라 국민의 의료기관에 관한 불만족 내용

(단위: 인구10만명당, %)

구분	%
의료비가 비싸다	30%
진료대기, 입원대기시간이 길다	19%
치료결과가 미흡하다	18%
불친절하다	11%
진료가 불성실하다	8%
필요이상으로 진료를 많이 한다	8%
의료시설이 낙후되거나 미비하다	3%
전문 의료인력이 부족하다	2%
계	100%

자료: 2010년 통계청 사회조사

□ OECD 한국 의료의 질 검토보고서(2012)에서 한국 의료체계의 해결과제 중 하나로 환자의 경험관리체계 부재를 지적하고 있음.

○ 의료의 질 평가에서 주요하게 고려되는 지표가 환자 경험 결과지표이나, 우리나라에서는 아직 patient reported outcome 측정을 위한 데이터 수집 및 관리방안이 도출되지 못한 실정임.

- 환자 경험 : 환자의 관점을 중시하는 보건의료 질 평가 방법. 의료의 질 평가에 있어 제공자 관점뿐 아니라 환자의 관점을 중시하자는 목소리가 1990년대 대두됨에 따라 환자 만족도(patient satisfaction)를 평가하였으나, 측정의 객관성이 떨어진다는 지적에 따라 2000년대 이후에는 보다 객관적인 환자 경험 측정에 의존하게 되었음.

○ 환자경험을 토대로 국가차원 또는 의료기관차원에서 체계적으로 피드백 되어 의료기관의 성과향상에 영향을 미치도록 할 필요가 있음.

【 환자 경험 조사 】

※ 만족도 조사가 아닌 환자의 경험 조사

- 의사와의 의사소통, 간호사와의 의사소통, 도움필요시 신속성, 통증조절, 투약설명, 야간병실환경, 충분한 퇴원 후 생활설명 등

2) 해외 동향

□ 1970년대 후반의 의료소비자주의에서 최근에 환자중심의료의 개념으로 변화하고 있음.

○ “환자의 눈으로”(Through the patient's eyes, Picker/Commonwealth program, 1993)라는 보고서를 통해 환자중심의료의 개념을 제시

○ WHO(2000)에서는 환자에 대한 반응성(Responsiveness)을 보건의료 체계의 3대 목표중 하나로 설정하고 있음.

- 반응성의 구성요소에는 인간적 존엄성 보장, 개인정보 비밀보장, 개인의 자율성보장, 서비스 신속성, 접근성, 의료서비스 선택권 보장 등이 있음.

□ 영국의 질 관리전략 보고서(The Healthcare Quality Strategy for NHSScotland, 2010)에 의하면, 질 관리를 위한 전략적 요소로 환자 중심성, 효과성, 안전성을 설정하고 이에 대한 전략방안을 제시함.

○ 환자 중심성 확보를 위한 세부전략으로 정보공유 및 공동의사결정을 제시하고 있음.

□ 미국 메사추세츠 Health Care Quality Act 2010

○ 주 내의 모든 병원에 ‘환자와 환자가족 자문위원회’ 설치 의무화

- 환자와 환자가족의 의견을 반영하여 병원이 운영될 수 있는 위원회 구성

○ 위원회 구성원을 위한 교육 수행 의무화

3) 추진방향

1안. 의료 질 향상을 위한 공동의사결정 지원

- 환자경험조사 수행 및 결과에 따른 방안 도출
 - － 환자와 의료진 간의 선호와 경험에서의 차이를 파악하고 이에 대한 결과를 토대로 한 정책방안수립
 - － 환자중심의료 프로그램 개발
- 공동의사결정 지원을 위한 인프라 확충
 - － 지역사회 병원운영에 환자와 환자가족의 의견을 반영할 수 있는 통로 구축
- 의무기록에 대한 환자 및 환자가족의 접근성 보장
- 환자맞춤형 교육용 질병/건강 자료 제공
- 건강문맹(health literacy) 향상을 위한 지원

4) 기대효과

- － 의료비 및 재원기간 감소
- － 의료진과 환자 만족도 증가
- － 환자 안전 증대 및 예방 가능한 응급, 입원 감소

3-2-2

환자권리 강화

1) 실태 및 근거

□ 환자권리와 관련하여 소비자기본법과 보건의료기본법에 이를 제시하고 있음.

○ 보건의료기본법

- － 건강권, 보건의료에 관한 알권리, 보건의료서비스에 대한 자기결정권, 비밀을 보장받을 권리

○ 소비자 기본법

- － 보호받을 권리, 필요한 지식 및 정보를 제공받을 권리, 자유롭게 선택할 권리, 정부와 사업자에게 소비자 의견을 반영할 권리, 피해에 대해 적절한 보상을 받을 권리, 교육을 받을 권리, 단체를 조직할 권리, 안전하고 쾌적한 소비생활 환경에 관한 권리

□ 환자권리 실행에 따른 효과

○ 환자들은 자신의 질병과 진료방향에 대해 충분히 이해하여 알권리가 충족될 경우 환자는 치료에 보다 적극적으로 참여하여 긍정적인 효과를 달성할 수 있음.

- － 환자가 자신의 진단과 병의 진행, 예후 등에 관해 충분한 정보를 들은 경우 알 권리가 충족되어 치료를 견디고 좋은 결과를 가져오는 데 도움이 됨(Tuckett, 2004)

□ 환자권리 실행관련 체계 미흡

- 최근에 국민들의 생활수준과 의식수준의 향상 및 정보의 다양화 등으로 인하여 의료서비스 선택과 치료방법의 결정에 이르기까지 자신의 권리를 행사하고자 하는 욕구가 증대되고 있음.
- 그러나 환자들은 알권리에 대한 요구도는 높지만, 실제로는 자신의 진료방향에 대한 의사결정과 연계되지 못하고 여전히 의료진에 의존하는 형태로 나타나고 있음(안선화 등, 2009).
 - 2012년 8월부터 모든 의료기관은 환자의 권리와 의무를 액자형태로 게시해야한다는 의료법 시행규칙이 적용됨.
 - 환자의 권리: (1)성별 나이 경제적 조건으로 진료에 차별을 받지 않을 권리, (2)자신의 질병과 치료 방법에 대해 의료진에게 충분한 설명을 들을 권리, (3)비밀을 보장받을 권리, (4)의료분쟁조정중재원에서 피해를 보장받을 권리
 - 환자의 의무: (1)의료인을 신뢰하고 존중한다 (2)타인의 명의로 진료를 받거나 부정한 방법으로 진료를 받지 않는다.

□ 국민건강보험공단의 건강정보사이트 “건강N”

- 건보의 건강검진결과 조회 및 건강나이, 12개월간 병의원, 약국 이용 내역조회 가능
- 처방정보나 약물내역 등에 관한 자세한 정보는 제공하고 있지 않고 의료기관 이용내역(방문일시, 투약일수) 등 단순한 일차정보만 전달하고 있으며, 홍보부족으로 활용도가 저조함.

2) 해외 동향

□ 미국의 의료 질 관련 정보 제공 현황

- 미국 보건부는 Healthcare Research and Quality Act에 따라, 매년 두 개의 보고서인 National Healthcare Quality Report(미시적 측면)

와 National Healthcare Disparities Report(거시적 측면)를 미국의
회에 제출해야 함..

- 메디케어 환자를 치료하는 병원들의 의료의 질을 비교할 수 있는
‘Hospital compare’를 운영하여, 병원간 과정지표, 결과지표, 촬영기
기, 환자 만족도 등을 비교제시하고 있음.
- 미국의료기관 인증기구인 The Joint Commission에서 의료의 질에
관한 정보를 제공하고 있음.
- 정부가 직접개입하고 않지만, 자율적으로 의료의 질을 모니터링하고
관련 정보를 제공하고 있음.

□ 영국의 의료 질 관련 정보 제공 현황

- “Dr Foster(www.drfoosterhealth.co.uk)”라는 사이트를 통해 병원에
대한 정보를 얻을 수 있음.
 - 전반적인 사망률, 고위험상태의 사망률, 수술 후 사망률, 뇌졸중
환자에 대한 선별검사 등
- NHS에서 관리, 운영하고 있는 “HealthSpace”통해 온라인 건강정보
를 제공함.
 - GP가 생산하는 정보로 환자 개인에 대해 요약된 건강정보 제공
 - 복용약물정보, 알러지정보, 약물 부작용 정보 등을 포함.
 - EMR 정보를 환자 본인에게 제공하거나 응급상황에서 의료진이
활용

3) 추진방향

1안. 환자 및 환자가족 입장에서 주요한 의료관련 정보 제공

- 품질 정보 제공
 - － 서비스 제공 능력: 면허, 자격, 인증 등
 - － 진료 건수 및 진료 성과
 - － 소비자용 진료 지침
- 가격 정보 제공
 - － 단위 서비스 가격
 - － 상병별 평균 진료 비용
- 기술정보 제공
 - － 기술의 효과, 안전성 등

3-3

환자안전 강화

1) 실태 및 근거

□ 의료 과오로 인한 환자안전사고 증가

- 2010년 기준 국내 병원 입원 환자 574만4566명 가운데 평균 9.2%가 환자 위해사건을 경험하고, 이 중 7.4%인 3만9109명이 의료 사고로 사망한 것으로 추정(이상일, 2012).
 - － 이는 교통사고 사망자의 5.7배, 산업재해 사망자의 18.7배에 해당됨.
 - － 의료 과오가 발생한 뒤 사후 대응을 잘 할 경우 예방가능한 환자 비율은 사망자 중 평균 43.5%(1만7012명)에 이름.
- 2009년과 비교해 보면, 의료 과오 사망자 2636명(6.7%) 증가, 예방

가능 사망자는 1146명(6.7%) 증가하였음.

□ 의료관련 감염 및 안전에 관한 자료 및 현황과약 부재

○ 의료관련 감염의 경우, 보건복지부나 질병관리본부가 주도하는 전국적인 통계의 수집이나 분석이 없음.

— 입원 환자가 진료 과정에서 다른 약 처치나 용량 초과 등 투약 실수, 다른 혈액형 수혈, 엉뚱한 장기 절제 등 수술 과오, 침상 안전시설 미비로 인한 원내 낙상 사고 등에 대한 현황 파악 부재

• 2006년부터 대한병원감염관리학회와 연계하여 44개 종합병원과 대학병원을 중심으로 전국병원감염감시체계(KONIS: Korean Nosocomial Infection Surveillance)가 구축되었으며 일부 중소병원으로 확대되었으나 요양병원 및 요양시설에 적용하지 못하고 있음.

• 질병관리본부에서 의료관련 감염병 표본감시체계를 수행하고 있으나, 표본대상으로 한정됨.

○ 많은 대형 의료 기관들이 여러 가지 선진기술이나 치료를 광고 하고 있지만 이들 기술이나 치료의 적정성과 성공율 (반대로 실패율) 또는 부작용 빈도를 조사, 확인 할 수 있는 통계적인 기반 부재

□ 의료관련 감염관리를 위한 시설, 인력부족, 재정부담, 의료진 관심 부족

○ 300병상 미만의 의료 기관에서는 격리환경이 조성되지 않아 격리를 못하거나 상급의료기관으로 전원 시키고 있는 실정임.

— MRSA(메티실린 내성 포도상구균)는 37%만 격리되고 있는 현황임(건강증진재단, 2008).

○ 의료계에서는 2010년 8월 감염관리료(월 1회 4,480원, 중복산정불가)가 신설되었지만, 이외에 가운, 장갑, 손소독제, 마스크 등은 병원부담이어서 감염관리 준수의 어려움을 제시하고 있음.

□ OECD 한국의료의 질 검토 보고서(2012)에서 환자 안전 감시체계 부재를 지적하고 개별 의사들의 성과모니터링체계 구축을 통해 환자안전문제를

의 실태를 파악하도록 권고한 바 있음.

2) 해외 동향

□ 미국의 환자안전기관(Patient Safety Organizations, PSOs)

- 미국은 환자안전과 관련하여 2005년에 Patient Safety & Quality Improvement Act가 제정되어 환자안전기관(Patient Safety Organizations, PSOs)를 설립하고 Patient Safety Work Product(PSWP)에 대한 법적 보호를 제공하고 있음.
 - 기밀성이 보장된 자발적 보고시스템을 운영하여 환자안전에 해로운 영향을 주는 사건을 감소시키고자 함.
- 국가차원에서 환자 안전에 대한 데이터베이스를 구축하고 있음.
 - National Patient Safety Databases 구축
- 환자안전기관은 법적으로 강제화된 것은 아니며, 민간에서 운영 중인 기관들이 신청하여 보건부 산하기관으로부터 지정을 받고 있음.

□ 미국의 국가병원감염감시체계(National Nosocomial Infection Surveillance)

- 급성기 집중 치료를 받는 고위험 환자군에서 발생하는 병원감염에 초점을 둠.
- 참여 병원의 훈련된 감염관리 전문 인력에 의해 표준화된 병원감염 기준으로 병원감염을 조사하여 CDC에서 이를 수집하여 분석, 활용
- CDC는 개인 또는 기관 파악이 가능한 정보는 공개하지 않는 것이 원칙
- 병원감염에 초점이 맞추어진 기존의 NNIS를 포함하면서 혈액 투석을 받는 환자들에 대한 감시 체계(Dialysis Surveillance Network, DSN)와 의료직 종사자의 안전감시 체계(National Surveillance System for Healthcare Workers, NaSH)를 모두 통합

□ 영국의 환자안전청(Patient Safety Organization)

- 영국은 국가에서 환자 안전만을 전담하는 National Patient Safety Agency라는 별도의 기구를 두고 있음.
- 영국은 환자안전과 의료질 향상법에 의하여, 과오, 근접사고, 불안전 상태를 보고 받아 분석한 뒤 결과에 근거를 둔 자료를 의료인이나 의료기관에 적시에 보고하여 과오의 재발을 막고자하고 있음.

3) 추진방향

1안. 환자안전관리 보고체계 구축

- 주관담당기관 설치 및 오류보고체계 구축
 - － 위험발견, 원인분석 등을 할 수 있는 오류보고를 통해 경험 공유
 - － 전달기구 설치 및 보고체계 정형화
- 환자안전 프로그램 개발
 - － 환자안전관련 가이드라인 개발

4) 기대효과

- － 환자안전 및 의료사고 예방
- － 환자안전에 관한 국가적 관리체계 확보

3-4

의료의 질 인프라 확충

3-4-1

의료기관 평가 내실화

1) 실태 및 근거

□ 의료기관평가인증원의 의료기관인증제도

- 의료기관평가를 위해 의료기관평가, 응급의료기관평가, 지방의료원평가, 한방의료기관평가, 치과의료기관평가, 암검진의료기관평가 등이 있으나, 이러한 의료기관 평가제도는 의료서비스 품질관리체계로 미흡하다는 지적이 논의되면서 이 문제점을 해소하기 위해 의료기관 인증제도를 도입함.
 - 기존의 의료기관 평가제도는 전담기구, 전문 인력의 부재로 평가 결과의 신뢰성을 보장하지 못하였고, 의료기관이 평가기간동안 일시적으로 대응하는 등의 문제점이 발생함.
 - 이에 전문적인 인증전담기관을 설립하여 의료서비스 평가의 전문성, 객관성, 공정성을 제고하고, 의료 기관에 행정적, 재정적 지원을 하며, 인증결과에 대한 정보를 공개하여 소비자의 알권리와 선택권을 강화하고자 함.
 - 폐렴 및 수술감염예방 등 임상적 질 평가 + 환자안전항목으로 구성
- 의료기관인증제도 관련 쟁점(의료기관평가인증원 개원 1주년 기념 심포지엄 자료, 2011)
 - 과거 평가는 시설중심이었으나, 현재의 인증제는 환자중심의 평가로 이행되고 있는 장점이 있음.
 - 그러나 여전히 의료기관 평가 결과가 일회성 효과를 지니며, 지속적인 의료의 질 향상과 연계되지 못하며 자율적 인증제도로 인해

중소병원을 포괄하고 있지 못함.

- 의료기관인증제의 활성화를 위해 인센티브제공, 수가 신설 등 정부지원의 필요성을 요구하고 있으나, 이를 어떻게 건보재정 안으로 포함시킬 지에 대한 논쟁.
 - 인증 받은 병원이 적정수준 이상의 환자안전이 보장되고 있다는 효과관련 객관적 지표 필요
 - 인증 유효기관 4년 동안 지속적으로 수가 지원을 해야 할 타당성
- 인증제반비용, 의료기관 인증과 기존 평가제도 통합, 조사 객관성 확보 등의 문제

2) 해외 동향

- 자율적 인증 제도를 시행하는 선진국의 경우 의료기관이 인증평가를 받게 되는 강력한 제도적 인센티브 존재
 - 미국: JC(Joint Commission) 인증 또는 이에 상응하는 다른 인증을 받지 못할 경우, Medicare 및 Medicaid 환자를 진료할 수 없음.
 - 호주: 정부는 모든 공공병원으로 하여금 의무적으로 인증평가를 받도록 하고 있으며, 민간병원의 경우 민간보험과 계약을 위해서는 인증을 받아야 함.
 - 대만: Taiwan Joint Commission의 인증을 받지 않을 경우, 수련병원이 될 수 없고 건강보험 입원환자를 진료할 수 없음.

3) 추진방향

1안: 의료기관 인증제 활성화 방안 마련

- 평가 대상 기관 및 영역 확대
 - － 일차의료기관 및 중소규모 의료 기관으로 대상 확대
 - － 평가 영역으로 결과지표, 일반적 질 지표, 효율성 지표의 확대
- 평가 결과 확대
 - － 평가 결과의 공개 확대
 - － 금전적 인센티브 및 비금전적 인센티브 개발

4) 기대효과

- － 의료의 질 평가에 따른 의료기관의 의료의 질 수준 향상

3-4-2

성과연동 지불보상제도를 위한 평가체계 확충

1) 실태 및 근거

□ 건강보험심사평가원의 진료비 적정성 평가제도

- 개념 및 도입취지
 - － 건강보험심사평가원에서는 건강보험 심사청구자료를 이용하여 의학학적 측면과 비용효과적인 측면에서 의료이용 및 진료의 적정하게 이루어졌는지를 평가하고 그 결과를 의료 기관에 피드백하여 의료서비스의 질 향상을 유도하고자 함.
 - － 급성심근경색증, 뇌졸중, 제왕절개분만, 수혈, 관상동맥중재술, 약제, 수술의 예방적 항생제 등 다양한 영역과 항목을 대상으로 적

정성 평가 수행

- 외래: 항생제, 주사제 등의 약제사용 평가
- 입원: 급성심근경색, 뇌졸중 등의 진료과정과 결과

○ 발전과정

－ 도입단계(2000~2003년)

- 2000년 7월부터 진료비 청구심사에만 국한되었던 기존의 역할을 확장하여 진료의 적정성 평가업무를 시작
- 평가 기반 마련 및 의료 이용도 중심의 평가, 평가결과에 대한 피드백

－ 발전단계(2004~2006년)

- 구조부문과 의료이용도 중심 평가에서 임상 질 평가로 전환 시기, 평가결과보고서 작성 및 보고서 공개

－ 확장단계(2007년 이후)

- 기존 평가항목에 있어서는 주기적으로 평가 수행, 급성기 입원 진료에서 장기 및 만성질환 진료부문까지 확대.
- 평가결과환류 및 결과공개 뿐 아니라 성과(질 평가)에 따른 보상지불제도(Pay For Performance: P4P)인 가감지급시범사업 도입.

○ 쟁점

- － 의료의 질을 파악하기 위해 평가대상을 선택하는 방법으로, 보건의료서비스 전달 시스템을 평가하는 방법 & 임상적 관점에서 질을 평가하는 방법이 있음.
- － 심평원의 적정성 평가는 임상적 질 중에서 주로 과다이용에 초점을 맞추고 있어 과소이용이나 오용(misuse)에 대한 평가가 상대적으로 부족
- － 또한 특정 질환이나 의료서비스에 초점을 맞춘 임상적 평가지표 중심으로 진행되었음.

- 측정가능성을 중요한 평가항목 선정기준을 삼아 체계적인 임상적 질 향상을 위한 평가항목 부족

2) 해외 동향

□ 미국의 Healthcare Research and Quality Act

- 미국 보건부는 Healthcare Research and Quality Act에 따라, 매년 두 개의 보고서인 National Healthcare Quality Report(미시적 측면)와 National Healthcare Disparities Report(거시적 측면)를 미국의회에 제출해야 하며, 이 중에 National Healthcare Quality Report가 의료의 질과 관련 요소들을 살펴보고 있음.
- 메디케어 환자를 치료하는 병원들의 의료의 질을 비교할 수 있는 'Hospital compare'를 운영하여, 병원간 과정지표, 결과지표, 촬영기기, 환자 만족도 등을 비교제시하고 있음.
- 미국의료기관 인증기구인 The Joint Commission에서 의료의 질에 관한 정보를 제공하고 있음..
- 정부가 직접개입하고 않지만, 자율적으로 의료의 질을 모니터링하고 관련 정보를 제공하고 있음.

□ 영국의 QOF

- 일차의료 진료기관에 대한 평가 수행, The Quality and Outcomes Framework에 따라 일차 진료에 대한 평가를 실시하고 결과를 공개하며, 결과에 따라 인센티브를 제공.
- 'early alert' Quality scorecard 등의 고도화된 질 측정 지표를 개발, 측정하고 있음.
 - 'early alert' Quality scorecard: 의료의 질이 안정적으로 기대되는 지에 대한 평가지표 제공

3) 추진방향

1안: 한국형 질 평가 지표 개발

- 한국형 질 평가 지표 개발
- 질 평가 지표 산출을 위한 관련 인프라 도출

2안: 성과결과의 공개보고

- 의료의 질 관련 조기경보제 관련 인프라 구축
- 소비자에게 성과결과에 대한 정보 공개

제3절 복지부문

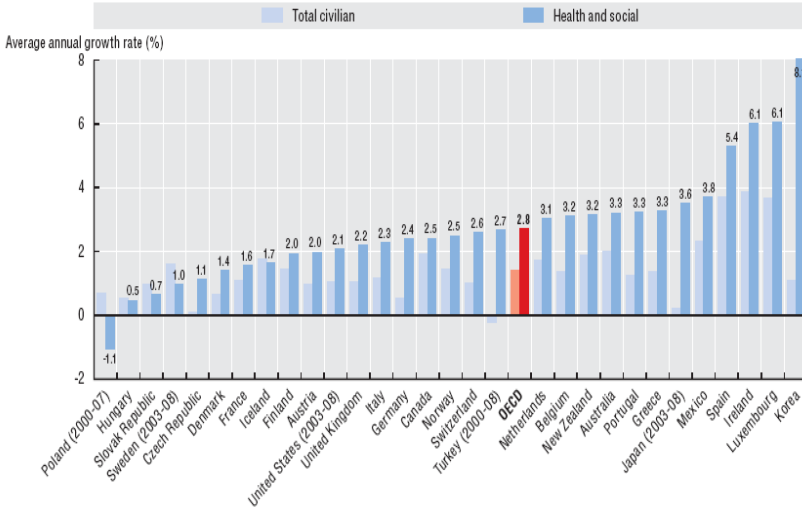
과제 4 사회서비스관리체계 효율화

가. 현안과 쟁점

□ 사회서비스 정책의 한국적 특성과 쟁점 형성의 배경

- 사회서비스 부문은 사회보험과 공공부조제도가 중심이던 한국의 사회보장제도에서 2000년대 중반 이후 본격적인 제도화가 진행되고 큰 폭으로 확대, 부각된 영역임.
 - ‘사회투자정책’에 대한 재원배분 방향과 고용 잠재력이 큰 사회서비스업에 대한 기대를 배경으로, 특히 복지부문의 사회서비스가 크게 성장
 - 사회서비스산업의 취업자 비중은 스웨덴(38.9%), 미국(35.4%)보다 낮지만(한국 19.9%), OECD 국가 중 한국의 보건·사회복지업 증가 속도가 가장 빠른 상황
 - 저출산 수준에 대한 위기의식과 빠른 속도의 고령화가 2000년대 후반의 조급한 서비스 공급량 확충에 작용

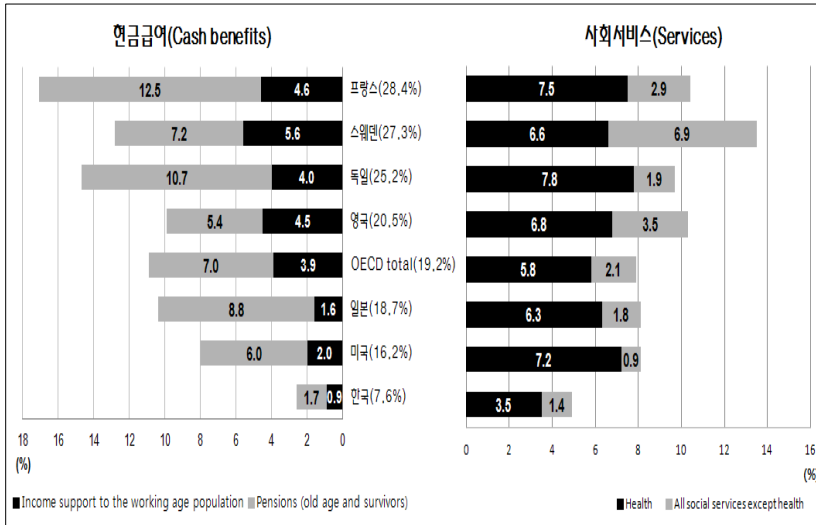
[그림 4-13] OECD 국가의 보건·사회복지업과 전체산업 종사자의 연평균(1995-2008) 증가율 비교



자료: OECD(2009), Health at a Glance 2009(원자료: OECD Annual Labour Force Statistics: US Bureau of Labor statistics)

- 한국의 공공사회지출 중 서비스분야 지출은 GDP 대비 4.9% 수준 (2007년)이며, 이 중 보건 분야를 제외한 사회분야 서비스 지출은 1.4%임(OECD SOCX data, 2007).
 - － 사회분야 서비스 지출은 스웨덴(6.9%), 영국(3.5%)이 높으며, OECD국가 평균은 2.1%
 - － 현금급여와 사회서비스의 비율이 각각 스웨덴은 12.8%, 6.9%, 영국은 9.9%, 3.5%, OECD국가 평균 10.9%, 2.1%로서, 우리는 현금급여 지출수준이 선진 국가에 비해 현저히 낮은 수준으로서 (2.6%), 이를 감안할 때는 상대적으로 공공지출에서 사회서비스가 차지하는 비율이 낮은 수준

[그림 4-14] OECD 주요국의 GDP 대비 공공사회지출의 현금급여와 서비스분야 지출

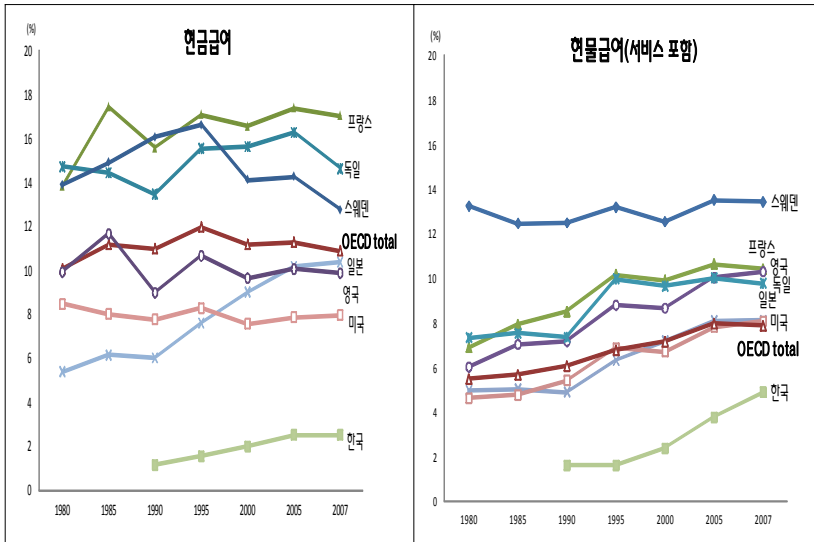


자료: 강해규 외(2012); OECD SOCX 데이터의 가장 최근(2007년) 자료로 구성

주: 공공사회지출의 부문별 GDP대비 구성 비율로서, 적극적노동시장정책(ALMPs)은 현금-현물로 구분할 수 없어 총지출(가운데 축)에만 포함

- 선진 국가는 공통적으로 현금급여 지출의 성장은 지체하거나 감소 추세인 반면, 사회서비스를 중심으로 한 현물급여는 대부분 성장 추세로 나타남.
- 한국의 GDP 대비 현물급여 지출 2000년 2.4%에서 2007년 4.9%로 크게 증가(보건부문 포함)

[그림 4-15] OECD 주요국의 GDP 대비 현금급여 및 현금급여(서비스 포함) 지출 성장 추이



자료: 강해규 외(2012); OECD SOCX 데이터의 가장 최근(2007년) 자료로 구성

○ 인구 구성 및 가족 구조 변화, 경제 위기와 고용불안정의 일상화에 따른 사회문제 등 개개인의 삶의 질에 영향을 미치는 문제가 다양화, 보편화되면서, 노동시장정책, 소득보장 제도를 통한 전통적 접근으로 해결할 수 없는 복지 수요가 확대되어 새로운 정부의 대응 방식으로 서, 서비스의 제도화에 관심이 모아짐.

— 보육서비스를 위시하여, 사회서비스 바우처사업, 노인장기요양보험 제도 등 이전과는 전혀 다른 재정방식으로 “돌봄(care)이라는 사회서비스의 핵심 욕구영역에 대응하는 제도가 도입되고, 재정규모도 크게 증가, 서비스의 양적 확대에 기여

- 예컨대, 보육시설은 1999년 18,768개소에서 2009년말 현재 38,021개소로, 노인장기요양서비스기관은 제도 도입이전 2,500여 개소에서 4년간 23,800여개소로 증가

- 이러한 변화는 이용자, 서비스사업자에게 각각 도전과 기회가 되고 있으며, 이를 둘러싼 제도 운영상의 문제로 인하여, 서비스의 사회적 제도화, 양적 확대를 중심으로 하던 기존 정책 이슈와는 다른 차원의 쟁점이 생산되고 있음.

〈표 4-29〉 5년간의 정책 추진과 주요 쟁점의 변화 양상

그간의 주요 과제	정책 변화	현안 및 쟁점
• 주요 욕구에 대응하는 서비스의 제도화 추진	• 핵심 욕구관련 서비스 제도 도입	• 돌봄영역의 유사제도 도입으로 제도간 기능조정, 역할분담 필요성 확대
• 시설입소자의 적절한 보호	-	• 다양한 서비스에 대한 접근성, 이용자 편의성, 통합적 제공시스템 마련 • 수요자의 주도성, 권익을 존중하는 제도적 요소의 반영
• 제도 확대를 위한 다양한 재정원천 동원	• 서비스사업의 지방이양과 새로운 국고지원제도 도입 병행 • 이용자 자부담, 추가구매 제도 도입	• 사회서비스사업에 대한 지자체 책임성 저하 • 기존 복지관의 수익사업 치중으로 인한 기능 변질
• 서비스제공 시설 및 인력 확보	• 급속한 민간 사업자 진입 • 저임금 불안정 돌봄일자리 확대 • 돌봄서비스 자격자 양산	• 다수의 개인, 민간사업자의 진입으로, ‘사회적’서비스에 대한 책임성 저하 • 공급자, 이용자의 도덕적 해이 빈발 • 돌봄인력의 고용안정성 저하
• 사회복지법인중심의 보호된 서비스 공급구조 탈피	• 이용자지원(바우처, 보험)으로 사회서비스 시장 형성 • 서비스사업자 지정제에서 등록제(바우처), 신고제(장기요양) 전환	• 사업자간 출혈 경쟁으로 서비스 품질 저하, 소규모·영세사업자의 확대 등 사업운영의 지속성 확보 방안 필요 • 매우 느슨한 규제, 사업운영 기준으로 인해 서비스 품질 향상 방안 마련 필요
• 중앙정부의 사업운영 지침 준수 독려, 시설 평가	• 이용자지원에 따른 새로운 사업평가 방안 시행	
• 지자체의 사회복지시설 지도·점검 강화	• 사회서비스의 관리·운영 주체 다원화: 건강보험공단, 연금공단(추진), 보건복지정보개발원	• 지역사회 단위 서비스 전달체계의 통합성 제고 • 수요자 욕구중심의 통합적 시스템 마련
• 공공부조·복지서비스 전달체계 개선		

- 이용자에게는, 사회적 서비스 경험과 함께 이용계층의 확대가 이루어지고 있으나, 비용 부담·서비스 구매시스템으로 인한 서비스 접근성의 제한, 소비자로서의 인식에 기반한 권리, 서비스 품질에 대한 민감도 제고
- 서비스제공기관에게는, 다양한 사업 아이템의 선택과 이용자 확대가 가능해졌으나, 다양한 재정원천을 관리하고 수익성을 고려해야 하면서 사업의 기본 목적과 운영 원리의 변화로 혼돈 초래

□ 사회서비스 개념의 다양한 인식과 정책-현장의 혼선

- 사회서비스에 대한 지속적인 정책적 관심 속에서, 개정 사회보장기본법(2012.1)에 사회서비스의 개념을 명시⁵⁾하고 체계적인 정책 기반을 마련하고자 함.
 - 사회서비스 제도가 큰 폭으로 성장함에 따라 이를 사회보장제도의 틀에서 명문화하고, 정책의 중복·사각을 발생시키는 기획·전달과정의 조정, 관리 기능을 강화하여, 효율적 제도 운영과 실질적인 편익의 확대를 도모하려는 것으로 해석
 - 그러나 개정 사회보장기본법에서 제시된 사회서비스의 정의도 사회서비스 유관 분야의 범위는 매우 넓게(보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경까지) 제시된 반면, 그 기능과 수단은 제한적(상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원)이어서, 이 분야들의 핵심 기능과 합치된다고 보기 어려워, 여전히 논란 지속
- 현 시점에서 세계적으로 통용되는 사회서비스의 정의를 찾아보기 어려움. 다음과 같이, 사회서비스의 개념적 요소 중 사회적 ‘목적’을 강조하는가, 재화가 아닌 급여로서 혹은 인적서비스로서 ‘급여 유형’을

5) 사회서비스란 “국가·지방자치단체 및 민간부문의 도움이 필요한 모든 국민에게 복지, 보건의료, 교육, 고용, 주거, 문화, 환경 등의 분야에서 인간다운 생활을 보장하고 상담, 재활, 돌봄, 정보의 제공, 관련 시설의 이용, 역량 개발, 사회참여 지원 등을 통하여 국민의 삶의 질이 향상되도록 지원하는 제도”

중심으로 하는가에 따라 사회서비스의 포괄 범위는 달라질 수 있음.

[그림 4-16] 사회서비스 개념의 포괄 범위

포괄범위	돌봄 ←←	사회적 목적 →→ 인간다운 삶의 보장
현금 제외한 급여 ↑ 급여유형		광의 • 사회보장기본법의 개념 • 김혜원 외(2006)
↓ 인적서비스	협의 • 복지서비스와 유사, 복지정책에서 사용 • 영, 미 개념	• 서구의 문헌연구에서 제시 • OECD 연구등

자료: 강혜규(2012b)

- 한편, 사회서비스 정책은 2007년 사회서비스 ‘바우처사업’ 시행을 통해 본격화되면서 기존 사회복지사업은 사회서비스가 아니라고 인식됨. 즉 ‘바우처’ 방식이 혁신 서비스이며, 사회서비스는 이용자 선택과 기관간 경쟁을 조건으로 하는 시장 친화적 제도로 이해되어 혼돈이 지속됨.
 - 이는 직접 시설운영비 지원의 전통적 재정이전방식을 탈피하고 지방이양된 사회복지서비스 재정여건을 극복하는 방안으로서,
 - 유효수요를 창출하고 중앙정부의 지원이 가능한 새로운 일군의 서비스제도를 확충해가는 경로가 되었으나,
 - 서비스 제공현장인 기관운영자에게는 보호되지 않은 시장이 형성되고, 종사인력에게는 비정규 저임금일자리의 양산으로 고용 안정성을 저해하는 위협으로 인식
- 현재 사회서비스 분야의 서비스사업 유형은 제도 형성의 시기, 재정

지원방식의 변화를 중심으로 다음과 같이 다섯 가지로 구분 가능함.

- 첫째, 전통적 입소형 시설사업, 둘째, 지역사회 기반 이용 시설·프로그램, 셋째, 개별 제도화된 사회서비스사업, 넷째, 돌봄 사회서비스 바우처사업, 다섯째, 유관부처 서비스사업 등임.
- 이들은 <표 4-27>과 같이 각각 복지서비스, 사회서비스, 보험 등 차별적으로 인식
- 이와 같이 ‘사회서비스’임에도 불구하고 차별적으로 인식되고 있는 서비스제도들은 제도의 형성과정과 사업운영 특성에 따라 다음과 같은 문제와 정책적 쟁점이 나타나고 있음(<표 4-30> 참조).

〈표 4-30〉 사회서비스 사업 유형 구분에 따른 특성·인식

사회서비스 유형	주요 제도	재정 지원	제도 형성시기	기존 인식
전통적 입소형 시설사업	사회복지 생활시설	• 시설운영비 지원 • 지방이양사업/ 분권교부세	70년대	복지서비스
지역사회 기반 이용 시설·프로그램	종합사회복지관, 장애인복지관, 방과후활동지원, 아이돌보미 등	• 시설운영비/ 프로그램 지원 • 지방이양사업/ 분권교부세 • 국고보조사업	90년대	
개별 제도화된 사회서비스사업	보육서비스(보육료지원)	• 이용자 지원 • 국고보조사업	2000년대	복지서비스
	노인장기요양보험	• 이용자 지원 • 보험 재정	2008년	보험
	장애인활동지원제도	• 이용자 지원 • 국고보조사업	2011년	사회서비스
돌봄 사회서비스 바우처사업	노인돌봄종합서비스 산모신생아도우미 가시간병서비스 장애아동재활치료 지역사회서비스투자사업	• 이용자 지원 • 국고보조사업	2007년	사회서비스
유관부처 서비스사업	문화바우처 장애인고용컨설팅 방문건강관리사업 등	• 이용자 지원, 사업 지원 • 국고보조사업, 지방이양사업	-	복지성격의 서비스

〈표 4-31〉 사회서비스 사업 유형에 따른 주요 쟁점

사회서비스 유형	주요 쟁점
전통적 입소형 시설사업	• 일방적인 공급자지원의 전형으로서, 입소자 인권, 운영자 비리문제 빈번
지역사회 기반 이용 시설·프로그램	• 지방이양된 시설운영비 지원방식과 각종 이용자지원사업의 병행으로 공급체계의 비효율, 사업 중복 문제 제기
개별 제도화된 사회서비스사업	• 서비스 품질에 영향을 미치는 사업 및 고용의 안정성 문제 상존 • 이용자와 공급자간 담합등 공급자와 이용자의 도덕적 해이 발생
돌봄 사회서비스 바우처사업	• 공급자 규제가 약화됨에 따라, 서비스 이용의 형평성(공급기관의 creaming), 서비스 품질관리의 문제 발생
유관부처 서비스사업	• 중앙부처가 대상별, 기능별로 운영됨에 따라, 동일 대상·욕구에 대하 여 유사한 서비스제도 도입, 중복운영의 문제 발생

나. 정책성과 평가

□ 성과 평가의 관점

- 서비스 욕구 대응성
- 제도 운영의 효율성
- 서비스 전달의 통합성

□ 서비스 정책의 주요 성과와 영향

- 지난 5년간 정부에서 추진된 서비스부문의 정책을 제도운영을 중심으로 성과를 파악하기 위하여, 첫째, 서비스 욕구의 대응성, 둘째, 제도 운영의 효율성, 셋째, 서비스 전달의 통합성으로 구분하여 주요 성과와 영향을 제시함.

〈표 4-32〉 사회서비스 정책의 주요 성과와 영향

평가 차원	주요 지표	5년간의 주요 성과	영향
서비스 욕구의 대응성	서비스 제도화 추진	• 돌봄서비스분야 다양한 서비스제도 확대	↑ 생애주기별 서비스 욕 구에 대응하는 사회적 체 계 마련 (돌봄의 사회화) ↓ 서비스의 중복, 도덕적 해이 가능성 증가
	서비스 이용자 확대	• 돌봄서비스분야 이용자 대폭 확대	
	서비스 공급기관 확대	• 각종 돌봄서비스 기관, 개인사업자 확대	
제도 운영의 효율성	새로운 서비스제도 운영 원리 도입	• 사회서비스의 핵심 욕구영역으로서 성인 장기요양에 대한 보험제도 도입 • 바우처방식으로 각종 돌봄서비스, 사회적 서비스사업 추진	↑ 유효수요 창출, 서비스 지원의 표적화(targeting) ↓ 서비스 구매개념은 도 입되었으나 경쟁으로 인한 품질 향상 미진
	전자/정보시스템 기반 제도 도입	• 사회서비스 바우처사업의 전자시스템 기반 운영 • 지자체 복지행정지원 및 범 복지분야 정보시스템으로서 ‘사회복지통합정보망’ 운영	↑ 행정 효율성, 서비스의 통합적 제공 가능성 향상 ↓ 초기시스템 구축 비용 을 상쇄하는 정책관리, 이 용자체감의 편익 산출 미흡
서비스 전달의 통합성	공공 전달체계의 개선	• 지자체 복지인력 증원(3년간 7천명) • 공공사례관리 체계 마련(시군구 희망복지지원단 신설) • 방문형 서비스사업의 협력체계 구축	↑ 복지 행정업무에서 서 비스 지원 강조, 공공정책 대상자에 대한 책임성 향상 ↓ 주요 서비스제도의 관 리운영을 보험공단이 담당 하게 됨에 따라, 지역단위 서비스 전달체계의 분절 심화(외국의 경우 서비스전 달은 주로 지자체가 담당)
	사회서비스 제도의 관리기관 신규 운영	• 노인장기요양은 건보공단, 장애인활동지원원은 연금공단, 사회서비스 바우처사업은 한국보건복지정보개발원에서 관리 담당	

* 서비스 이용의 접근성, 편의성

〈표 4-33〉 사회서비스 바우처 소요예산(6대 바우처, 국비기준)의 변화

(단위: 백만원)

구 분	'07	'08	'09	'10	'11
소 계	146,106	275,155	319,702	377,440	395,249
가사간병방문도우미		59,583	53,625	13,624	13,624
노인 돌봄(종합)	30,769	27,543	19,910	53,459	62,225
산모신생아도우미	15,007	18,641	25,684	24,400	24,400
장애인 활동보조	27,637	72,322	109,539	127,914	111,657
지역사회서비스투자사업	72,693	97,066	82,000	110,000	135,300
장애아동 재활치료			28,944	48,043	48,043

〈표 4-34〉 사회서비스 바우처 사업기관의 변화

(단위: 개소)

구 분	'07	'08	'09	'10	'11
소 계	1,274	2,235	3,000	4,424	5,149
가사간병방문도우미	-	292	303	309	315
노인 돌봄종합서비스	478	490	505	1,001	931
산모신생아도우미	-	164	197	250	283
장애인 활동보조	406	409	453	528	585
지역사회서비스투자사업	390	880	906	1,566	2,044
장애아동 재활치료	-	-	636	770	991

다. 추진방향 및 향후 과제

□ 추진방향

- 우리의 경우, 사회서비스 제도화의 초기단계로서 보편적으로 서비스 이용경험이 축적되지 않은 상태이지만, 보육, 노인장기요양, 장애인활동지원 등 핵심적인 서비스 제도의 기반이 마련되었으며, 이에 대한 실질 수요 증가는 지속될 것으로 보임.
- 이용자지원 서비스의 지원 기준이 기초수급자 및 차상위계층을 중심으로 하던 과거 보다 크게 높아져서, 일반 서민, 중산층의 사회 복지서비스 이용 경험에 확대되고, 국민들의 체감도도 높아짐.

〈표 4-35〉 일반 국민의 사회서비스 제도의 도움정도 인식

	매우 도움됨	도움됨	도움안됨	전혀도움 안됨	계
영유아(0-4세) 보육료 지원	21.6	62.9	13.2	2.2	100.0
노인장기요양보험	32.3	59.2	7.2	1.4	100.0

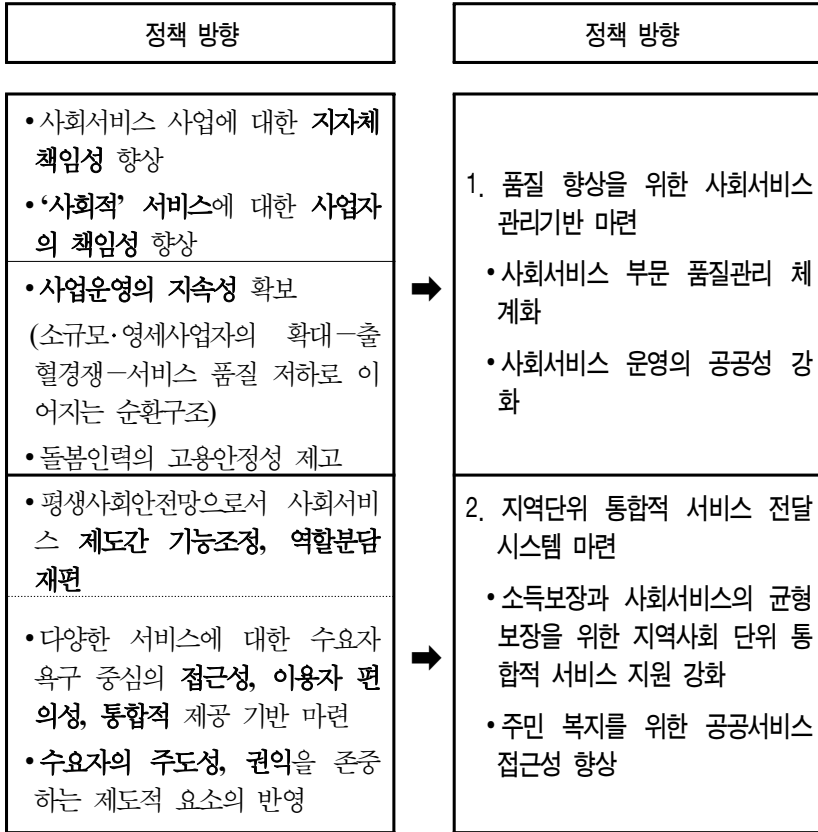
주: 1) 한국보건사회연구원 “사회복지정책 국민체감도 조사(2009년 9월 조사) 결과임.

- 따라서 사회적 서비스 이용·수혜에 대한 실질적 수요에 기반 하여 조세(혹은 사회보험료) 부담, 재원 배분으로 이어지는 정책 수요관리의 합리화 방안을 모색하고, 수요자가 원하는 요소를 최대한 반영하되, 투입대비 성과가 높은 복지서비스 이용기반을 마련하기 위한 다차원적인 점검이 필요할 것임.
- 특히, 사회복지서비스 제도 운영에서 ‘수요자 중심’적 요소를 강화하고, ‘효율화’가 가능한 구조로 재편하는 과정이 요청됨.
- 그러나 제한적 자원과 투입의 최소화, 수요자 욕구와 권한의 확대라는 상충가능성이 높은 요소들의 적절한 조율을 통한 제도 운영의 개선 방안을 마련하는 것은 결코 수월하지 않은 과정이 될 것임.

- 효율성의 사전적 의미는 ‘노력, 투입과 얻어진 결과의 비율’, 특히 경제적 효율성은 ‘최소비용으로 최대효과를 얻는다는 원칙으로서, 최대의 효과를 얻도록 자원을 사용하고, 일정한 목적을 달성하기 위하여 사용되는 자원을 최소로 하는 것’임.⁶⁾
- 자원의 제약이 심화되는 경제 여건으로 인하여, 사회복지부문에서도 ‘효율성’은 우선순위가 높은 가치가 되고 있음. 그러나 서비스의 품질과 형평성의 훼손 없이 가능한 방안의 모색이 요청됨.
- 이는 다음과 같은 복합적인 요건에 대한 고려 속에서 가능할 것임.
 - 복지서비스 수요의 확대와 재정의 부담 구조
 - 공급구조의 변화: 시장화와 수익 창출
 - 사회서비스의 특성을 반영한 품질 향상 방안
 - 사회서비스 일자리 확대와 고용안정성

6) 한편, 효율성이 효과성과 능률성을 합친 개념, 즉, 행정의 투입에 대한 산출의 비율인 능률성과 투입과 산출의 비율을 따지지 않고 목표의 성취도만 따진 효과성을 함께 이룰 수 있는 정도로 정의되기도 함. 공공행정에 있어서 최소의 투입으로 최대의 산출을 기하되(능률성), 그 산출이 당초에 설정한 목표에 비추어 얼마나 기대했던 효과를 얻게 되었는가(효과성)를 나타내는 개념으로 사용됨(네이버 백과사전: 행정학사전, 이종수, 2009, 대영문화사 등)

[그림 4-17] 사회서비스 제도운영관련 정책방향과 과제



4-1

사회서비스부문 품질관리 체계화

1) 실태 및 근거

- 재정지원 방식 변화에 따른 사회서비스 품질관리의 필요성 제기(김은정, 2008; 이재원 외, 2009; 유정원 외, 2012)

- 사회서비스를 공공부문이 직접 제공하거나 민간기관과 서비스 위탁제

약을 맺는 등의 공급자지원방식에서는 공급 기관에 대한 직접적 개입을 통해 일정수준의 품질확보가 가능함.

— 서비스 전달과정에 대한 검열 및 평가, 서비스 결과로서의 성과 평가가 강조됨.

○ 최근 증가한 이용자지원방식은 서비스 공급주체에 대한 직접적인 품질통제가 어려우며, 다수의 서비스 공급주체가 존재하는 환경 조성을 중요한 과제로 삼음.

— 서비스 공급주체로의 진입 관리, 이용자의 선택이 서비스 품질을 반영할 수 있도록 서비스 성과에 대한 정보 공개 등이 강조됨.

□ 공급자 지원방식의 사회서비스 품질관리 현황 및 문제점(보건복지가족부, 2011)

○ 1997년 사회복지사업법 및 동법 시행규칙의 제정과 함께 성과관리의 시초인 시설평가가 실시됨으로써 정신요양시설 및 장애인복지관 등 사회복지시설의 서비스 품질향상을 위한 평가가 매년 진행되고 있음 (2008년말 기준 누적 평가시설 3,800개소).

○ 평가를 통해 종사자의 처우개선, 서비스 제공의 활성화 등 긍정적 효과도 있으나, 다음과 같은 한계를 가지고 있음.

— 평가 전담기구 미설치로 상시 평가체계가 부재함에 따라 평가 시마다 평가위원을 위촉해야하는 등 평가시행의 연속성, 효율성이 낮음.

— 평가지표의 잦은 변경과 짧은 평가일정으로 인해 평가제도의 신뢰성이 떨어지며, 모든 유형의 사회복지시설을 포괄하지 못하는 한계를 지님.

— 평가 결과에 따라 성과인센티브 지원, 서비스 품질개선 등의 사후 관리지원체계가 미비하여 평가년도의 현황파악을 위한 일회성 사업으로 전락하고 있음.

□ 이용자지원방식 사회서비스의 품질관리 현황 및 문제점

- 2012년 8월부터 ‘서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률’ 개정안이 시행됨에 따라 사업별 기준을 갖추어 지자체에 등록하면 서비스를 제공할 수 있는 ‘등록제’로 전환됨.⁷⁾ 이는 서비스 제공기관의 증가 및 경쟁을 통한 서비스의 품질 향상이라는 결과를 가져올 수 있으나, 품질 관리의 필요성은 더욱 증가할 것으로 예상됨.
 - 과도한 경쟁체계는 결국 서비스제공 인력의 일자리 질의 저하로 이어져 서비스의 질을 하락시킬 가능성이 높음.
 - 등록제로 인해 사회서비스 제공기관의 사회적 책임성⁸⁾을 준수하기 어려울 가능성이 높음.
 - 그러므로 등록제 시행으로 인해 서비스 제공기관의 진입이 쉬워진 만큼 서비스 품질관리를 통한 규제와 퇴출을 제도화하는 등 보다 정기적이고 중장기적인 품질관리 대책이 필요함.
- 사회서비스 제공기관으로 지정된 이후, 제공되는 사회서비스가 일정 수준 이상의 품질을 유지하기 위해 제공기관 및 지자체의 품질관리(평가)가 이루어지고 있음.
 - 2010년 9월 ‘사회서비스 공통품질기준’이 제작·배포되어 사회서비스 제공 관련 3가지 핵심원칙(사회서비스 기본원칙, 사회서비스 제공기관 운영원칙, 사회서비스 제공원칙)에 따라 서비스를 제공하도록 하고 있으나 사회서비스 공통품질기준은 의무사항이 아닌 권고사항으로 운용되고 있어 한계를 가짐(강철희 외, 2011).
 - 한국보건복지정보개발원이 주체가 되어 시행하는 사회서비스 이용

7) 이전까지 바우처사업기관은 지자체를 통한 지정공모, 신청, 심사, 선정의 절차를 따랐으며, 지자체에서는 유사사업 제공경험 여부, 사회서비스 수행능력, 인력관리, 서비스 관리계획 등의 평가기준을 마련하여 검증함으로써 사회서비스 제공에 있어 1차적인 질관리 기제로 작동함.

8) 사회적 책임성은 사회서비스 영역에서 중요한 영역으로, 이용자에 대한 비차별적 대우, 가격대비 적정서비스의 제공, 서비스 제공인력의 공공적 책임감 견지 등을 통해 확보될 수 있다고 봄(김은정, 2008).

자 만족도 조사, 서비스 제공현황 등의 품질평가는 기관운영의 합리성 제고, 품질수준 제고 등의 성과를 도출했으나(2010년 1개 사업, 2011년 2개 사업 실시), 평가 경험 및 전문성 부족으로 평가의 신뢰성을 담보하기 어려우며, 서비스 현황 파악의 수준에서 이루어져 제한적임. 또한 평가의 법적 근거가 미비함에 따라 평가 결과의 활용도 소극적임(평가 우수기관 명단의 홈페이지 공개, 현판 수여 등)(2012, 보건복지부 내부자료).

- 서비스 제공기관에서 자체적으로 이용자 만족도, 서비스 개선사항 등을 조사, 반영하고 있으나, 이는 서비스 제공이 이루어지는 기관에서 직접 만족도를 조사함으로써, 응답자의 진정성과 만족도가 왜곡될 개연성이 있음.
- 지자체에서 이루어지는 사회서비스 제공기관의 서비스의 품질, 운영현황 등에 대한 관리감독은 체계성을 결여하고 있으며, 1회성의 형식적 성격에서 벗어나지 못함(김은정, 2011).
- 온라인을 통해 이용자에 대한 서비스 관련 정보 공개가 이루어지고 있으나, 서비스 제공기관의 주요특성, 인력보유 현황, 서비스 제공능력에 관한 정보, 제공되는 서비스에 대한 품질평가 결과 등 서비스 이용자들이 제공기관 선택 시에 고려해야하는 충분한 정보가 통합적으로 제공되지 않아, 정보를 통해 양질의 서비스를 선택할 가능성이 낮음

2) 추진 방향

- 사회서비스 부문 주요 영역에 공통적으로 적용되는 ‘품질관리’의 개념 정립 및 대상영역 설정
 - (기본방향) 개정사회보장기본법에서 정의된 사회서비스의 범위는 사회복지뿐만 아니라, 보건, 교육, 고용, 주거 등 확장된 영역을 포괄하

고 있음. 이와 관련하여 첫째, 사회복지영역 내에서 분절적으로 이루어지고 있는 (품질) 관리체계를 어떻게 운영할 것인지, 둘째, 사회서비스의 넓은 영역을 어디까지, 어떤 목적으로 품질관리 체계에 담을 것인지가 우선 검토되어야 할 것임.

- (단계적 접근) 품질관리가 시급하고 필수적인 서비스 영역부터 우선 착수하며, 점차 통합적인 관리 체계의 구성을 모색함.
- (대인서비스 우선) 직접적인 대면 접촉이 이루어지는 인적서비스(human services)를 중심으로 하되, 서비스가 이루어지는 장소에 따라 ‘시설서비스’, ‘재가서비스’ 영역으로 구분하여 관리 방안을 마련함.
- (복지부문 사업 우선) 사회복지사업(유관부처 사업 포함)

○ (제도개선) 수급 규모가 크고 서비스 운영 구조가 체계화된 보육(품질인증), 노인장기요양(평가) 체계를 현행 체계로 두고, 그 밖의 대인 사회서비스 영역(사회서비스 바우처사업, 장애인활동지원, 정신보건, 기존 사회복지시설 평가 대상, 타 부처의 재가 대인서비스 등 포함)을 포괄하는 전담기구를 설치·운영하는 방안

- 이 때, 품질관리 체계는 서비스의 성격을 감안하여, 아동보육·돌봄 서비스(현행 보육서비스 품질 인증업무 + 방과후돌봄서비스 포함)와 성인대상서비스로 이원화 모색
- 타 부처의 재가 대인서비스(여성가족부 아이돌보미 등)도 포함

□ 사회서비스 품질관리 기구 설치 방안

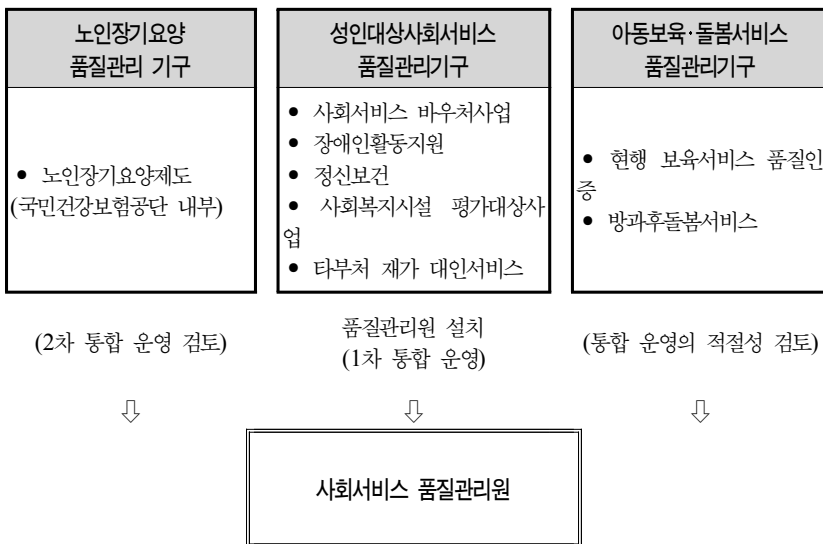
○ 대인사회서비스의 영역은 현행 사회서비스부문의 사업체계를 고려할 때, 다음과 같이 3개의 범주로 구분할 수 있음. 사회서비스부문의 품질관리를 담당하는 “사회서비스 품질관리원”을 설립하되, 우선 노인 장기요양제도를 제외한 ‘성인대상 사회서비스’를 대상으로 운영하는 방안을 검토함.

- 착수단계에서는 현재 위탁 운영 중인 사회서비스 바우처사업 품질

관리 체계를 중심으로 품질관리 방안 마련을 모색하되, 전체 사업 범위와 서비스영역의 포괄성을 고려할 때, 품질관리를 전담할 독립법인을 설치할 필요가 있을 것으로 보임.

- 장기적으로 노인장기요양 품질관리도, “성인대상사회서비스 품질관리”로 통합 운영하는 방안을 검토할 필요가 있음.
- 현재 아동보육부문은 시설인증제도가 운영 중이므로, ‘방과후돌봄 서비스’의 품질관리 주체를 검토한 후, 아동보육과 방과후돌봄의 품질관리를 통합하는 방안을 마련하고, 성인대상 품질관리와의 통합은 그 이후에 검토하도록 함.

[그림 4-18] 사회서비스 품질관리 기구 설치 방안



□ 사회서비스 품질관리의 내용: 전담기구의 업무 영역

- 사회서비스 품질관리기구가 담당할 업무 영역은 다음과 같이 품질관리 기준개발, 기관의 설치·운영, 인력관리의 영역으로 대별할 수 있음.
- 이 중 품질관리 업무의 우선순위는 첫째, 서비스 제공의 여건 및 서비스 내용, 절차 등을 포함하는 “기관 운영(서비스수준)의 점검, 평가” 영역, 둘째, “기관 설치” 영역, 셋째, “품질관리 기준” 영역, 넷째, “인력 운용” 영역으로 볼 수 있음.

[그림 4-19] 사회서비스 품질관리 업무 영역

품질관리 기준 개발	기관 설치	기관 운영		인력 운용	
서비스 품질기준 설정	• 지정-위탁 • 등록-심사-승인	사업 점검·평가	서비스 품질 인증	자격관리	교육훈련

- “사회서비스 품질관리기구”의 업무
 - － 사회서비스 품질관리 실행방안의 중장기 계획 마련
 - － 사회서비스 분야별 최저기준 개발
 - － 사회서비스 수준의 정기적 점검 및 평가 방안 마련, 운영
 - － 사회서비스 기관 설치·운영 기준 및 심사 기준 마련/ 등록제도 운영 (집행: 지자체 vs 품질관리기구)
 - － 사회서비스 자격관리 및 교육훈련 계획 수립 (부가 검토)
 - － 사회서비스 인력의 수급 점검 및 계획 수립 (부가 검토)

〈표 4-36〉 사회서비스 품질관리에 포함될 사업 영역 및 유관 법률

구분	해당 사업
사회복지사업법	• 사회복지생활시설, 종합사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관 등 지방이양사업 • 장애인직업재활, 노인일자리
사회서비스이용및 이용권관리에 관한 법률	• 사회서비스 바우처 사업 (산모신생아도우미, 가사간병, 노인돌봄, 지역사회서비스투자사업)
개별 법령	• 노인장기요양제도 • 장애인활동지원제도 • 정신보건시설
사업 지침	• 드림스타트사업 • 지역아동센터 • 아이돌보미 사업 (여성가족부) • 다문화가족지원서비스 (여성가족부) • 방과후돌봄 사업: 방과후아카데미(여성가족부), 방과후돌봄교실(교육과학기술부)

3) 기대효과

- 사회서비스 품질관리원을 설립, 점진적으로 사회서비스 품질관리의 통합적 운영 체계 마련
- 주요 사회서비스 영역별 실효성 있는 품질기준 설정, 평가의 체계적 운영

4-2

사회서비스 운영의 공공성 강화

1) 실태 및 근거

□ 사회서비스의 공공성

- 공공성의 정의는 크게 두 가지 측면의 접근이 가능함(소영진, 2008; 신동면, 2010).⁹⁾
 - 첫째, 형식적 측면의 공공성으로서 이는 사회서비스 공급과정에서

의 국가(혹은 국가대행 공공기관) 관련성을 의미하며,

- 둘째, 실질적 측면의 공공성으로 사적 이익과 구분되는 공공의 이익을 담보하는 사회적 결과로서의 평등 또는 정의를 뜻함.

○ 사회서비스 영역에서의 공공성 역시 다양한 방식으로 정의되고 있음. 형식적 측면으로서의 공공성은 사회서비스 공급주체에 대한 공공부문의 역할, 사회서비스 시장에 대한 규제와 감독 등을 의미함(이미진, 2008; 석재은, 2009).

- 사회서비스 공급주체에 대한 공공부문의 역할 논의는 시장실패 (market failure)를 극복하기 위한 공공성 확보라는 측면에서 설명될 수 있음.

- 사회서비스 시장에 대한 규제와 감독은 정보 비대칭성을 갖는 사회서비스의 특징으로 인해 강조됨.

○ 실질적 측면으로서의 공공성은 사회서비스의 공익적 측면에서 서비스 접근 및 이용 상의 불평등, 서비스 이용자의 권리보장 등을 의미함 (이미진, 2008; 신동면, 2010).

□ 한국 사회서비스 공공성에 관한 논의

○ 다수의 연구에서 사회서비스 영역에 있어 공공성 확보가 필요함을 공감하고 있으며, 수위에 차이는 있으나 시장화에 초점을 둔 사회서비스 확대에 대한 우려와 부정적인 입장이 주류를 이룸.

- 우리나라의 경우 관료화, 경직적 대응 등으로 요약할 수 있는 정부실패를 보완하기 위한 시장화가 아니며, 시장 실패를 보완할 수 있는 정부의 정책적 경험이 미숙한 점을 고려해볼 때 시장실패의 부작용에 대한 위험성을 검토할 것을 주장함(석재은, 2009; 강혜규 외, 2007; 남찬섭, 2008).

- 이에 대한 대안은 연구자마다 조금씩 차이를 보이는데, 석재은

9) 공공성의 개념은 경제학, 행정학, 사회복지학 등 다양한 학문분야에서 논의가 이루어지고 있으나 그 내용이 광범위함에 따라 합의된 개념 도출이 어려움.

(2009)의 연구에서는 한국의 경우 제한된 시장, 관리된 시장(regulated market, managed market)으로서의 정체성을 갖는 것이 필요함을 강조하였고, 남찬섭(2008)은 공동체적인 수요자 권리성을 확보하는 것이 필요하며, 이를 위해서는 효과적이고 공평한 공공 전달체계를 구축할 것을 제안함.

- 또한 상당수의 연구에서 공급주체의 다원화(시장화)를 위해서는 공공성 향상을 위한 공공의 관리 및 규제 역할 강화가 수반되어야 함을 강조하고 있음(강혜규 외, 2007; 석재은, 2008; 김은정, 2011).

□ 사회서비스의 공공성 강화의 필요성

○ 서비스 공급 및 규제·감독에 대한 정부의 역할 부재

- 노인장기요양보험의 경우, 제도 시행에 맞춘 서비스 제공기관의 조성 및 서비스 인력의 배출을 위해 서비스 공급의 시장화에 대한 검토가 부족한 상태에서 서비스 제공자의 진입장벽을 완화하는 데 초점(석재은, 2012).
- 노인장기요양서비스 제공기관은 인력 및 시설기준에서 국가최소기준(national minimum standards)을 충족하는 경우 운영주체에 상관없이 시군구에 신청하여 인증 받을 수 있으며, 지역의 수요에 따른 제공기관 통제가 이루어지지 않아 급격한 서비스 제공기관의 증가를 야기함.
- 공급의 통제 뿐 아니라, 공급기관 및 서비스 제공인력에 대한 관리, 서비스의 질에 대한 모니터링도 적절히 이루어지고 있지 않음.
- 즉, 장기요양서비스는 형식적 측면의 공공성이 확보되지 않고 있으며 과도한 시장경쟁에 따른 다양한 부작용을 경험하고 있음.
 - 노인요양시설을 제외한 대부분의 운영주체 중 개인시설의 비중이 높으며, 통제되지 않는 서비스 공급은 종류별, 지역별로 상당한 서비스 격차를 야기함.

- 제한된 수요 안에서 서비스 제공기관의 과도한 공급은 영세기관의 증가로 이어져 폐업, 이용자 확보를 위해 비정상적인 영업활동도 마다하지 않는 등 부작용들이 발생함.

〈표 4-37〉 서비스 제공기관의 운영주체별 현황

		개인	법인	지방자치 단체	기타	전체
시설	노인요양시설	1,177	1,077	95	2	2,351
		(50.0)	(45.8)	(4.0)	(0.0)	(100.0)
	노인요양공동생활가정	965	219	10	1	1,195
		(80.8)	(18.3)	(0.8)	(0.0)	(100.0)
재가	방문요양	7,166	781	8	1	7,991
		(89.7)	(9.8)	(0.1)	(0.0)	(100.0)
	방문목욕	5,869	696	6	26	6,597
		(88.9)	(10.6)	(0.0)	(0.4)	(100.0)
	주야간보호	375	91	10	1	477
		(78.6)	(19.1)	(2.1)	(0.2)	(100.0)
	방문간호	585	162	8	1	756
		(77.4)	(21.4)	(1.1)	(0.0)	(100.0)
	단기보호	17	56	4	0	77
		(22.1)	(72.7)	(5.2)	(0.0)	(100.0)

자료: 강혜규 외(2012b), 국민건강보험공단 내부자료, 2010. 6.

- 노인장기요양보험과 비슷한 시기에 실시된 노인돌봄, 가사간병, 아이돌봄 등 사회서비스 관련 바우처사업의 경우도 점차 시장화에 초점을 맞추고 있음.
- 바우처를 통한 이용자 재정지원방식은 이용자에게 서비스 제공자나 기관에 대한 선택권을 제공해주는 것이 주요 목적이므로 선택 가능한 다수의 서비스 제공자를 전제로 함. 이로 인해 바우처제도 실시 이후, 민간부문의 적극적인 시장 진입이 가속화되었음(김은정, 2011).

- 더욱이 2012년 8월부터 제공기관 선정방식이 지자체의 심사를 거치는 지정제 방식에서 등록제로 변경되어 제공기관의 진입장벽이 완화됨에 따라 공급기관의 증가와 함께 그에 따른 과도한 경쟁이 불가피한 상황임(강혜규 외, 2012b).
 - 서비스 제공기관의 과잉 공급은 급격한 시장화를 경험한 장기요양보험에서 발생하는 다양한 부작용들을 답습할 가능성이 높음.
- 바우처사업은 서비스 제공기관의 자유로운 경쟁체계를 통한 발전을 기대하고 있으므로 행정기관의 지도점검은 낮은 수준에서 이루어지는 경우가 많으며, 바우처사업의 서비스 품질관리를 통한 서비스 제공기관의 퇴출이 이루어지는 경우는 발생하지 않는 등 전반적인 관리는 제대로 이루어지지 않고 있음(강혜규 외, 2012b).
- 사회서비스의 경우, 서비스의 생산과 전달, 소비가 동시에 이루어지는 특성이 있어 인력의 질이 곧 서비스 질에 영향을 미치게 되나 현재 과열된 시장경쟁 하에서는 서비스 제공인력의 임금이 경비절감의 경영수단으로 사용될 수밖에 없는 상황임(강혜규 외, 2012a).
 - 서비스제공 인력의 열악한 근로조건 및 임금수준은 서비스의 질의 하락으로 연결되고 있음에도 불구하고 정부의 개입은 부족한 실정임.
 - 장기요양보험의 경우 요양보호사는 주당 40시간을 기준으로 월 80~120만원의 보수를 받는 것으로 나타났으며, 장기요양 재가 서비스 제공기관의 경우 계약직이 95.5%를 차지함(국민건강보험공단, 2011).
 - 바우처사업의 경우, 서비스 이용료(시간당 이용료 8230원~9300원/ 사업마다 차이가 있음)의 75%수준에서 제공인력 인건비를 권고하고 있는데 이를 준수해도 기업의 마진은 10.5~11.8% 밖에 발생하지 않으므로 현 상황에서 제공인력에 대한 근로조건 개선 및 임금수준 향상, 인적자원 개발 등은 어려운 실정임(강혜규 외, 2012b).

□ 서비스의 접근, 이용 상의 한계

- 서비스의 접근, 이용 등 실질적 측면의 공공성 확보도 미흡한 실정임.
 - － 장기요양서비스의 경우, 서비스 대상자를 선정하는 기준과 관련하여 타당성(욕구평가 도구)과 신뢰성(욕구평가 수행 인력의 평가)의 문제가 제기되고 있으며, 바우처사업의 일부 서비스는 이용자 선정기준이 모호하거나, 실제 수요가 충분히 고려되지 못하고, 지자체의 예산 및 관심 정도에 따라 서비스 수요량이 통제되는 실정으로 지자체에 따라 서비스 이용에 차이가 있음.
 - － 또한 시장화의 확대에 의해 대도시 지역에는 서비스 제공기관이 집중되어있으나, 일부 농어촌 지역의 경우 선택 가능한 제공기관이 부족하거나 부재하여 서비스 접근에 있어 지역간 편차가 발생함.

2) 정책 방향

- 한국의 사회서비스는 제도화와 함께 시장화를 통한 급진적 양적확대로 인해 시장실패의 가능성을 내포하고 있으며, 앞서 살펴본 것처럼 이미 다양한 부작용이 발생하고 있음. 이에 공공성을 확보하기 위한 대안으로서, 보호된 시장, 관리된 시장(regulated market, managed market, quasi-market)에서의 지원이 필요함.
- 과당경쟁에 의한 왜곡된 부작용을 줄이기 위해 사회서비스 제공기관이 일정 부문 성장 단계에 이를 때까지 보호된 시장으로 지원
 - 최소한 시·군·구 단위로 사회서비스 공급을 목적으로 독립 운영가능한 규모의 서비스 제공기관이 1개소 이상 성장할 수 있도록 직·간접 지원방안 마련이 필요
 - “공공서비스 우선 구매”의 적용을 통해 의료급여수급자에 대한 서비스를 담당할 공공 돌봄서비스센터 운영 시도

- 국민들이 안전하고 신뢰할 수 있는 서비스 중에서 선택할 수 있도록 서비스 제공기관 선정에 대한 초기 선별작업과 단계적인 서비스 질관리, 지속적인 모니터링 정부의 규제자 역할 강화
 - 실효성 있고 높은 인센티브를 동반한 품질인증제 시행, 불법행위 등에 대해서는 강한 규제(원스트라이크 퇴출제 등)를 적용 모색
- 대도시와 중소도시, 도시지역과 농산어촌지역 등 서비스 수요 및 노동시장의 형성의 차이를 반영할 수 있도록 제도 운영
 - 전국적 동일 기준의 운영방식은 결국 이용자별 서비스의 형평성을 저해하게 되므로, 지역 특성을 반영한 차별화된 서비스에 대한 고민이 필요

4-3

지역단위 통합적 서비스 전달시스템 마련

1) 실태 및 근거

- 현 정부에서는 사회복지통합관리망 구축(2010년), 지자체 사회복지인력 증원(2011년), 시군구 희망복지지원단을 통한 통합사례관리 기반 마련(2012년) 등 다각적인 사회복지 전달체계 개선 대책을 추진해 옴.
 - 정부는 수요자 중심의 맞춤형 복지실현을 위한 “복지전달체계 개선대책”을 마련하고, 핵심 과제로서 2014년까지 사회복지담당공무원 7천명의 확충을 추진
 - 수요자 중심의 지역단위 통합서비스 제공 기반을 마련하기 위하여 시군구별로 희망복지지원단을 설치하여 체계적인 지역단위 통합사례관리체계를 운영
 - 사회복지통합관리망을 구축하여 각 부처와 지방자치단체 및 민간 복지자원을 체계적으로 연계, 통합 관리하고, 복지급여와 서비스의

자격 및 이력정보를 통합 관리함으로써 필요한 혜택의 누락이나 중복, 부정수급을 방지할 시스템 마련

- 범정부 복지정보 연계시스템(사회보장정보시스템)을 통해 각 부처가 개별적으로 실시중인 복지 제도의 수급 및 관리체계 효율화를 추진

○ 그간 사회복지 전달체계의 개선은, 주로 사회복지 정책 집행을 담당한 공공전달체계로서 지자체 복지행정의 조직과 인력에 중점을 두어 왔고, 이는 협소한 접근으로 비판되기도 하였으나, 공공영역의 책임성 강화를 위한 지자체(시군구-읍면동)의 기능강화의 추진은 여전히 핵심적인 전달체계의 과제임.

- 지역사회 공공, 민간의 협력 기반을 통한 복지 수요와 공급관리, 이용자중심의 서비스 이용체계 마련을 위해 관련 제도 개선이 추진되었으나, 지자체의 조직, 인력확보, 업무행태 등 복합적인 변화가 병행되어야 하는 바, 이용자체감도 향상이나 적절하고 지속적인 복지욕구 및 문제해결의 향상을 위해서는 상당기간이 소요될 것이며, 지속적인 정책적 관심과 기반 마련이 필요

- 특히, 시군구 ‘희망복지지원단’의 운영을 추진, 2010년 사회복지 통합관리망의 구축과 함께 복지 전달체계의 개선을 주도할 계기가 될 것으로 기대되고 있으나, 이를 확산할 새로운 구조가 요청됨.

- ‘통합사례관리, 지역 공공·민간자원 관리, 긴급복지, 개별 사례관리사업 및 방문형서비스사업 연계·협력체계 구축, 읍면동 주민센터의 복지업무 지도감독 등을 통하여 지역단위 맞춤형 서비스 제공체계의 컨트롤타워 기능을 수행’하는 서비스지원 중심의 복지행정 시스템 구축

○ 공공 복지전달체계의 업그레이드를 위해서 고려해야 할 변화 요인과 정책방향은 다음과 같음.

〈표 4-38〉 사회복지정책의 변화 요인과 사회서비스 전달관련 정책 방향의 고려 사항

변화 요인	향후 고려할 정책 방향
복합적 복지 욕구의 확대 - 저소득·고령자 증가 - 취업취약계층 확대 - 다양한 돌봄서비스 수요 확대	→ • 사회서비스의 확대, 제도화 • 통합적 서비스 제공 기반 마련
사회보장기본법 전면 개정의 계기	→ • 사회정책 부문의 통합적 요소 강화 - 정책의 조정, 협력 기제 마련 • 사회서비스 정책의 관리체계 정비
이용자의 권리의식 신장 인권과 이용자 존중의 요구	→ • 제도 운영의 패러다임 변화: “이용자 중심 관점” - 이용자로부터 출발, 정보 접근성, 절차 편의성의 비중 확대 - 단일제도의 대상자 선택이 아닌, 개인이 필요 서비스, 해결 방식 선택 (단편적 문제 해결 → 복합적 문제 및 예방)
시민사회의 성숙 자치, 참여의 가치 부각	→ • 거버넌스의 강화 - 참여, 협력에 기반한 의사 결정 - 지역, 공동체에 기반한 서비스 생산
정보화의 가속화 정보 가공기술의 발달	→ • 정보시스템 기반의 행정 효율화

자료: 강해규(2012. 6)

2) 정책 방향

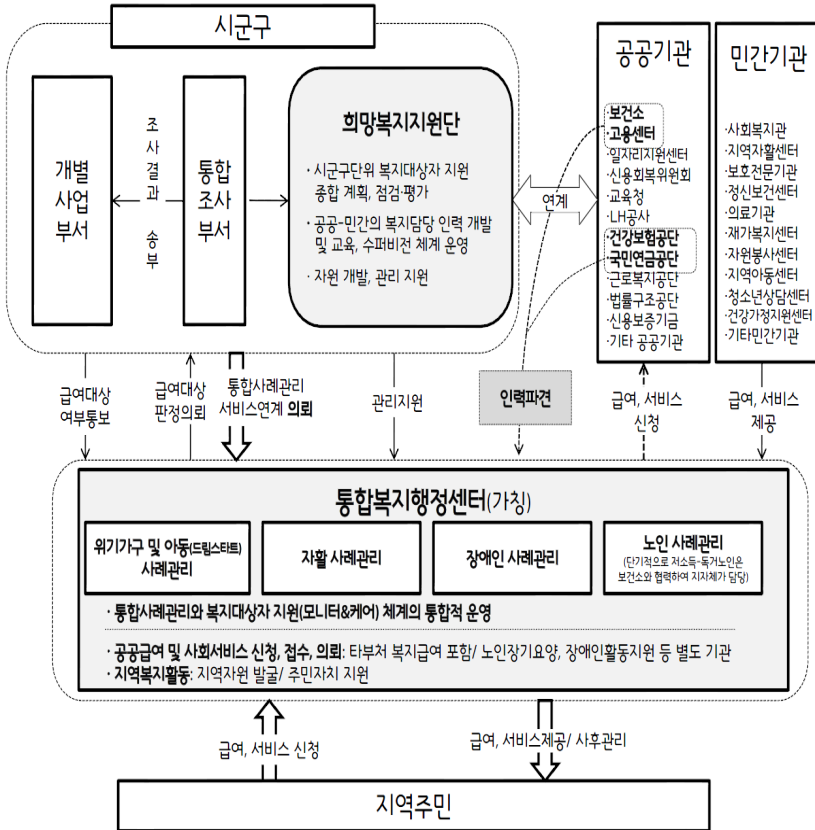
□ 대민서비스 점진 강화

- 사회복지, 일반 민원행정 중심의 주민센터 기능을 복지·고용·보건 등 사회정책 부문의 서비스 접근 창구 기능으로 전환
 - 정보제공 기능의 강화: 대면상담 안내를 비롯 지역별 콜센터, 웹사이트 등 온라인서비스 기능 강화

□ 서비스 지원 강화를 위한 시군구-읍면동의 업무 재구조화

- 도시지역의 동주민센터를 통폐합(大洞제), 권역별 ‘통합복지행정센터(가칭)’로 재구조화
 - － 도시지역의 동주민센터를 인구 5~10만단위의 ‘복지행정센터’로 전환
 - － 접근성 저하에 대한 불만은 서비스 향상으로 상쇄가능할 것으로 판단
- 시군구-읍면동에서 병행하는 ‘대면서비스’를 일원화된 구조로 통합, 최일선사무소를 사례관리체계 중심으로 구성
 - － 희망복지지원단의 권역별·영역별 확대 효과
- 별도의 사회서비스 관리운영체계, 고용서비스 기관, 보건서비스 기관과의 공식적 의뢰, 협력체계 강화
 - － 기관별 직원(건보공단, 연금공단, 보건소 등)의 파견 근무 추진
 - 상시 근무 혹은 요일지정제등으로 양기관 탄력적 근무방안 고려
- 지방행정의 복지 책임 및 서비스 기능 강화를 위한 공공인력의 효율적 활용 효과
 - － 급여신청·서비스수요자와의 대면 접촉이 필요한 업무가 읍면동 신청접수, 시군구 통합조사·관리, 희망복지지원단(사례관리) 각각 중복의 여지가 있는 ‘욕구 파악’, ‘문제 상담’이 이루어지고 있는 바, 접촉을 집중화하여 수요자의 편의를 향상하고, 정보의 손실을 최소화, 전문인력의 효율적인 업무 여건 마련

[그림 4-20] 개편안 구조



□ “통합복지행정센터”의 조직 구성 안

○ 안내·접수·상담 팀

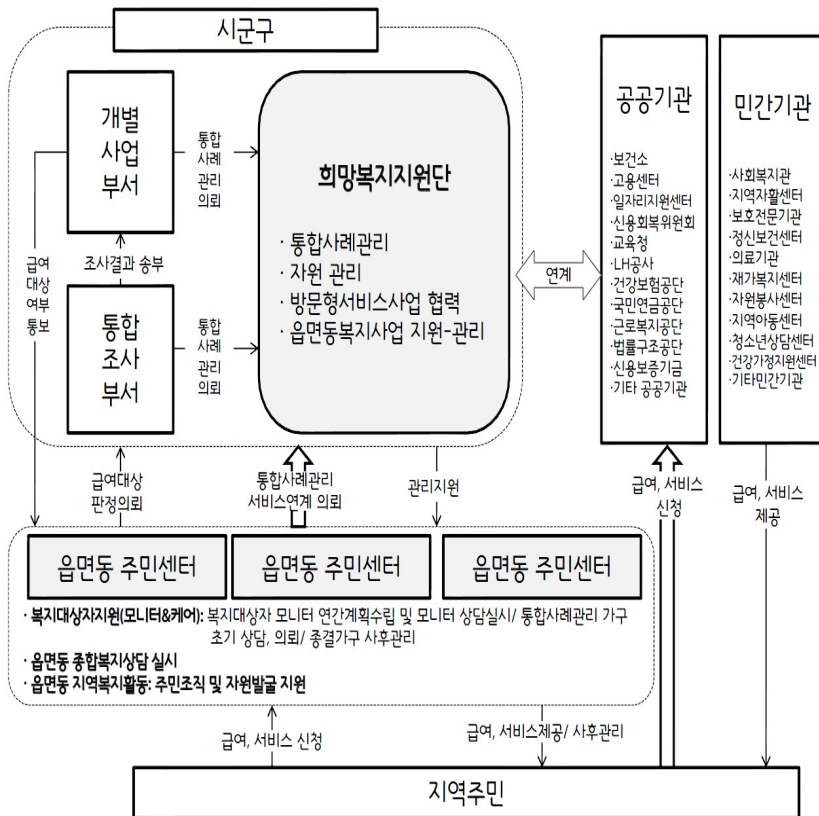
- 접수담당자(receptionist): 방문목적 식별, 상담 영역 screening, 기본 정보제공
- 분야별 상담자: 가구(위기가구, 여성, 다문화, 폭력, 정신건강 등), 아동, 장애인, 노인 영역별 상담자 배치

○ 사례관리 팀

- 분야별 사례관리팀 구성

- (1) 위기가구(통합사례관리) 및 아동(드림스타트), (2) 장애인, (3) 노인, (4) 자활 사례관리 등으로 전담팀 구성
- 지역여건에 따라 순차적으로 전문화하되 (1) 위기가구 및 아동 사례관리체계를 보편적으로 강화

[그림 4-21] 현행 구조



〈표 4-39〉 개편안과 현행 전달체계와의 차이점

영역	차이점
기능	• 통합사례관리 강화 - 희망복지지원단 인력과 동 복지직 통합근무의 시너지 - 위기가구, 아동, 노인, 장애인 등 분야별 전문화 추진 • 노인장기요양등 사회서비스, 고용지원, 보건·건강증진서비스 등 서비스 안내·신청·접수·연계 - 편의성, 효율성 향상 - 영역별 초기상담·안내 전문화
조직	• 시군구 조직 단순화 • 희망복지지원단도 지원기능 중심으로 축소 • 통합복지행정센터내 ‘안내접수상담팀’ ‘사례관리팀’ 운영
인력	• 동: (현재) 복지담당 4인 → (개편) 평균 15인 규모/ 5인 정도 확충 추진 • 군(읍면): 복지직 10인 규모로 확대 추진 • 유관 공공기관(건보공단, 연금공단, 보건소 등) 인력의 파견 근무

과제 5 소득보장 사각지대 해소

가. 현안과 쟁점

○ 국민연금의 가입자 추이와 규모

- 가입자는 1998년 제도 도입 당시 약 660만 명에서, 1999년 4월 도시지역 자영자확대적용 등을 통해 꾸준히 증가하여 2012년 6월 기준 약 2,009만 명임.
- 가입종류별로는 사업장가입자 56.1%, 지역가입자 42.5%, 임의가입자 및 임의계속가입자는 1.4%임.
- 가입률은 59세 이하 경제활동인구¹⁰⁾(2012년 6월 기준 약 2,253만 명) 대비 89.1%

10) 국민연금 당연적용가입자의 가입가능연령인 59세와 비교하기 위해 경제활동인구수 역시 59세까지만 반영함.

〈표 4-40〉 65세 이상 국민연금 노령연금 수급자수 현황

(단위: 개소, 명)

구분 연도별	총 가입자	사업장 가입자	지역가입자			임의 가입자	임의 계속 가입자
			계	농어촌	도시		
'88.12	4,432,695	4,431,039	-	-	-	1,370	286
'95.12	7,496,623	5,541,966	1,890,187	1,890,187	-	48,710	15,760
'99.12	16,261,889	5,238,149	10,822,302	2,083,150	8,739,152	32,868	168,570
'05.12	17,124,449	7,950,493	9,123,675	1,969,017	7,154,658	26,568	23,713
'10.12	19,228,875	10,414,780	8,674,492	1,951,867	6,722,625	90,222	49,381
'12.06	20,089,867	11,273,613	8,537,356	1,936,882	6,600,474	200,379	78,519

자료 : 국민연금공단(2012), 2012년 6월 기준 국민연금 월별통계자료, <http://www.nps.or.kr/>

○ 국민연금의 수급자 추이

- 국민연금 중 노령연금의 수급자는 2010년 120만 명에서 급격히 증가하여 2050년대에는 1,000만 명을 넘어서는 것으로 나타남.
 - 2050년대 이후 전체 노인인구 감소로 인해 노령연금 수급자수도 감소할 것으로 전망됨.
- 유족연금을 포함한 연금수급자 비율은 2020년 41.3%에서 2050년 73.3%로 급격하게 증가할 것으로 전망됨.

〈표 4-41〉 65세 이상 국민연금 노령연금 수급자수 전망

연도	65세 이상 (천 명)		인구수 대비 연금수급자수 (나/가)
	인구수 (가)	노령연금 수급자수 (나)	
2010	5,354	1,200	22.4%
2020	7,821	2,853	36.5%
2030	11,899	6,095	51.2%
2040	14,941	9,050	60.6%
2050	15,793	10,422	66.0%
2060	14,583	10,197	69.9%
2070	12,925	8,917	69.0%

자료 : 윤석명 외(2010), “기초노령연금 선정기준 연구”, 보건복지부·한국보건사회연구원.

〈표 4-42〉 65세 이상 유족연금을 포함한 국민연금 수급자수 전망

연도	65세 이상 (천 명)		인구수 대비 연금수급자수 (나/가)
	인구수 (가)	유족연금 포함 연금수급자수 (나)	
2010	5,354	1,353	25.3%
2020	7,821	3,230	41.3%
2030	11,899	6,795	57.1%
2040	14,941	10,049	67.3%
2050	15,793	11,572	73.3%
2060	14,583	11,272	77.3%
2070	12,925	9,789	75.7%

자료 : 윤석명 외(2010), “기초노령연금 선정기준 연구”, 보건복지부·한국보건사회연구원.

○ 노후준비 여부

- 연령별로 보면, 실제 노후준비가 필요한 60세의 19.4%만이 노후를 준비하고 있음.
- 상용직과 고용주는 각각 97.7%, 91.8%가 노후준비를 하고 있다고 응답한 반면, 자영업자는 66.2%, 임시직 59.6%, 일용직은 25%가 노후준비를 하고 있다고 응답하였음.

〈표 4-43〉 연령별 노후준비 여부

구분	(단위 : 명, %)	
	하고 있음	하지 않고 있음
30~39세	73.6	26.4
40~49세	66.0	34.0
50~59세	73.9	26.1
60세	19.4	80.6
합계(응답자수)	70.5(2,132)	29.5(894)

자료 : 윤석명 외(2011), “다층노후소득보장체계 구축을 위한 국민연금 등의 실태조사 분석 및 연구”, 보건복지부·한국보건사회연구원.

〈표 4-44〉 종사상 지위에 따른 노후준비 여부

(단위 : 명, %)

구분	하고 있음	하지 않고 있음	전체
상용직	97.7	2.3	1,310(100.0)
임시직	59.6	40.4	332(100.0)
일용직	25.0	75.0	373(100.0)
고용주	91.8	8.2	97(100.0)
자영업자	66.2	33.8	596(100.0)

자료 : 윤석명 외(2011), “다층노후소득보장체계 구축을 위한 국민연금 등의 실태조사 분석 및 연구”, 보건복지부·한국보건사회연구원.

나. 사각지대 관련 실태

〈국민연금과 고용보험의 사각지대의 정의 및 현황 : 부처별 공식 통계 기준〉

□ 국민연금 사각지대 (보건복지부)

- 정의 : 당연 적용자 가운데 보험료를 납부하지 않는 납부예외자 및 1년 이상 장기체납자
- 현황 : 2010년 12월 말 기준 616만명(국민연금 가입자의 32.2%)

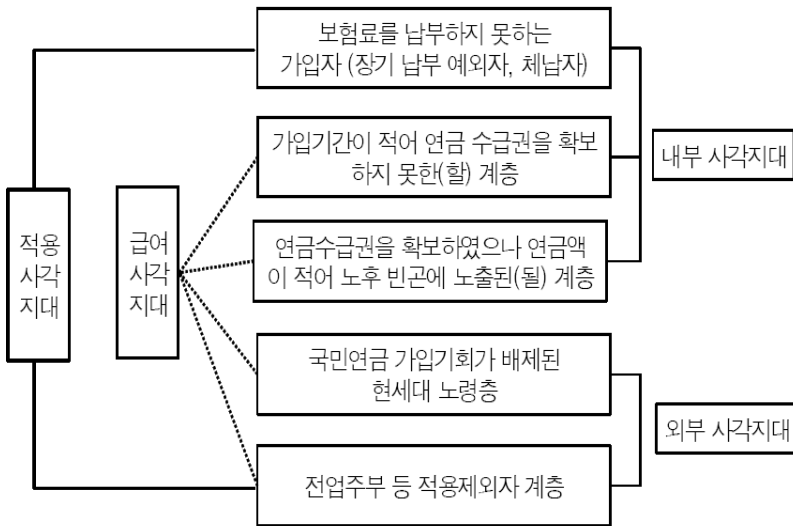
□ 고용보험의 사각지대 (고용노동부) : 2가지 정의 존재

- 정의 (1) : ‘법 내 사각지대’로 “고용보험의 적용 대상인 임금근로자 중에서 현재 고용보험에 가입되지 못하고 있는 집단”
 - － 2010년 12월 기준 고용보험 법 내 사각지대는 약 3,674천명으로 고용보험 적용대상 임금근로자의 25%를 차지하고 있음.
- 정의 (2) : ‘법 외 사각지대’로 “자영업자나 노동시장 최초 진입자와 같이 고용보험의 적용대상에 포함되지 않는 집단”
 - － 2010년 12월 기준 고용보험 법 외 사각지대는 약 9,285천명으로 취업자의 39.0%가 해당됨.

자료 : 국무총리실 자료.

- 국민연금 사각지대 규모는 분류기준에 따라 차이가 있음.
 - 국민연금 외부의 사각지대(적용제외자, 국민연금 가입 기회가 배제된 현세대 노령층)가 존재함.
 - 내부에서도 납부예외자 체납자 등 보험료를 내지 못하는 가입자와 납부하더라도 기간이 적어 수급권을 확보하지 못하는 가입자, 수급권은 있지만 연금액이 낮은 가입자가 존재함.

[그림 4-22] 국민연금 사각지대 개념정의



자료 : 윤석명 외(2007), “고령사회를 대비한 한국적 노후소득보장체계 구축방안”, 한국보건사회연구원.

- 국민연금 납부예외자
 - 2011년 기준 약 490만 명으로 전체 가입자 대비 24.6%가 납부 예외자임.
 - 이들은 대부분이 불안정한 소득활동으로 인해 다시 납부자가 되기가 어려움.

〈표 4-45〉 지역가입 소득신고자 및 납부예외자 현황

(단위: 명, %)

구분		계	도시	농어촌
계		8,631,327	6,688,773	1,942,554
소득신고	인원	3,554,862	2,636,239	918,623
	비율	(41.2)	(39.4)	(47.3)
납부예외	인원	5,076,465	4,052,534	1,023,931
	비율	(58.8)	(60.5)	(52.7)

자료: 국민연금공단(2011), 주요사업통계.

〈표 4-46〉 사유별 지역가입 납부예외자 현황

(단위: 명, %)

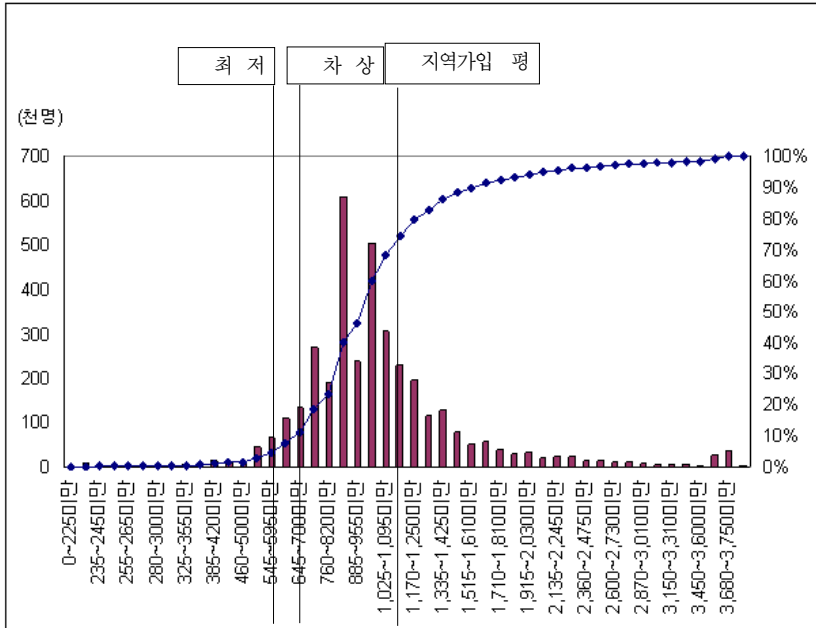
구분	계	실직	휴직	사업 중단	3월 이상 입원	자연 재해	기초생활 곤란 등	교도소 수감 등	주소 불명	재학 등
계	5,076,465	3,831,963	73,379	409,572	7,234	478	265,108	7,615	87,224	393,892
(%)	(100.0)	(75.5)	(1.4)	(8.1)	(0.1)	(0.0)	(5.2)	(0.2)	(1.7)	(7.8)
도시 지역	4,052,534	3,056,540	57,994	320,674	4,862	203	208,110	5,616	77,101	321,434
농어촌 지역	1,023,931	775,423	15,385	88,898	2,372	275	56,998	1,999	10,123	72,458

자료: 국민연금공단(2011), 주요사업통계.

○ 국민연금 가입종류별 소득분포

- 사업장가입자의 경우 소득상한부분을 제외하면 사업장가입자 평균 소득을 중심으로 고르게 분포하고 있는 반면, 지역가입자의 경우는 신고소득수준이 거의 120만원 이하에 몰려있음.
- 상대적으로 사업장가입자는 고소득층이, 지역가입자는 저소득층이 많은 형태로 나타남.

[그림 4-23] 국민연금 지역가입자(소득신고자) 소득분포 (2011년 8월 기준)



주: 국민연금공단 2011년 8월 기준 국민연금 월별통계자료를 바탕으로 계산함.

다. 국민연금 사각지대 관련 현황 및 문제점

- 1988년 10인 이상 사업장을 대상으로 도입된 국민연금제도는 점진적인 제도 확대과정을 거쳐 1999년 4월 도시지역 자영업자에게도 제도가 적용됨에 따라 전 국민 연금시대를 맞이하였음.
 - － 외형적인 측면에서는 전 국민 연금의 규모를 갖추었음.
 - － 실질적인 측면에서는 납부예외자, 체납자 등 가입자 상당수가 보험료 납부를 하지 못하고 있음.
 - 이러한 현상을 그대로 방치할 경우 이들 대부분이 무연금 또는 저연금자로 전락하게 됨.
 - 소득활동기간의 격차가 노후 소득의 양극화로 이어질 우려가 있음.
 - 이들을 부양하기 위한 미래세대의 부담의 가중

- 2012년부터 7월부터 10인 미만 사업장 근로자 중 125만원 미만인 경우, 정부에서 사회보험료를 1/2~1/3을 지원하는 ‘두루누리 사회보험 지원사업’ 시행 중임.
 - 7월 30일 기준 지원대상 사업장 50.2만개소 중 24.4만개(48.6%) 사업장의 저임금근로자 49.2만 명에게 약 190억 원의 보험료를 지원할 계획
 - 저임금근로자에 대한 국민연금 보험료지원제도를 통해 국민연금에 미가입한 근로자 또는 지역가입자를 사업장 가입으로 유인하는 효과 기대
 - 보험료지원제도를 통해 기존에는 국민연금에 가입하지 않았던 영세사업장과 근로취약계층에 대한 국민연금가입 유도
 - 연금법 상으로는 사업장에 가입해야 하나 지역가입자인 임시직, 일용직 등 취약계층 근로자가 사업장가입자로 전환될 것으로 기대
- 저임금근로자에 대해 국민연금 보험료를 지원하더라도 건설일용직 등 특수고용형태 근로자 중 일부는 연금법상 규제로 보험료를 지원받지 못하고 있음.
 - 1개월 이상 근로계약서 작성 또는 20일 이상 현장 근무시 사업장 가입자에 가입이 가능한데, 실제로 20일 미만 근무자의 경우 국민연금 사각지대에 방치
 - 건설일용직의 경우 사업장가입 기준을 현행 월 20일 이상에서 10일 이상 등으로 사업장 가입 기준을 완화하여, 국민연금 가입과 동시에 저임금근로자의 경우 보험료 일부를 지원받도록 할 필요가 있음.
- 저소득 지역가입자에 대한 보험료 지원이 유보되었음.
 - 자영자에 대한 정확한 소득 파악이 어려워 자영자 보험료 지원제도가 도입될 경우 소득 하향신고 등 예상치 못한 부작용이 발생할 것을 우려하였기 때문임.

- 자영자 등 지역가입자의 소득수준이 상대적으로 낮고 보험료도 본인 100% 모두 부담한다는 점에서 저소득 지역가입자에 대한 대책마련 필요
- 사업장 가입자 뿐 아니라 자영업자 등 저소득 지역가입자가 무연금 또는 저연금자로 전락하지 않도록 근로기간 동안 보험료 일부를 정부가 지원할 필요가 있음.

라. 국민연금 사각지대 관련 주요 쟁점

- 자영자 등 비공식적인 분야의 비중이 높은 우리나라의 특성상 저소득 지역가입자에 대한 보험료 지원 방안 적용 시 실세소득과액 등의 문제에 직면하게 될 것으로 예상
 - 과세소득자료, 산재·고용·건강보험 자료 등 공적자료를 추가 입수하여 국민연금 지역가입자 신고자료와 비교하여 공적소득자료 확보 필요
 - 2012년부터 시행하고 있는 자영업자에 대한 실업급여 임의가입제도와 2015년부터 자영업자로 확대될 근로장려세제(EITC) 등을 활용할 필요가 있음.
 - ※ 국세청은 저소득보험료 지원 사업을 위한 EITC 정보 활용에 대해 비판적인 입장임.
- 대표적인 취약계층인 저소득 순수 자영자에게 국민연금 보험료 일부를 지원하는 제도 등의 조치가 없을 경우, 이들은 공적소득보장제도로부터 배제될 수 있음.
 - 이들이 무기여 방식의 공공부조제도로 포함될 경우, 더 큰 사회적 지출 우려
 - 본인의 기여가 전제된 보험료 지원제도가 사회정책적인 측면 뿐 아니라,

- － 발생 가능성이 높은 다수의 ‘무연금’ 및 ‘저연금자’를 최소화시킴으로써 장기적인 관점에서 이들의 노후를 보장하기 위한 재정 절감효과 기대
 - 실질적인 의미에서 전 국민에게 국민연금제도가 적용되지 않을 경우 장기적으로 노후빈곤문제 해소 차원에서 더 큰 노후소득보장비용이 소요될 수 있다는 측면에서 저소득 순수자영자 등 저소득 지역가입자에 대한 보험료지원 필요
 - － 특히 납부예외자 중 일부는 보험료 지원 사업을 통해 소득신고 유인 및 납부자로 전환을 기대할 수 있어, 납부예외자 규모가 축소될 가능성 있음.
 - 국민연금 적용제외자 중 특수직역연금 가입자 및 수급자가 존재함.
 - － 통상 사각지대로 분류되는 적용제외자 중 특수직역연금의 직·간접적인 해당자가 존재함.
 - 배우자가 특수직역연금 해당자일 경우 등
 - － 상대적으로 급여수준이 높은 특수직역연금의 혜택을 받으므로 이들 모두를 사각지대로 분류하는 것은 문제가 있음.
 - 사각지대 해소를 위한 국민연금과 기초노령연금의 재구조화
 - － 2012년 OECD/EDRC 보고서는 우리나라의 노인빈곤율이 높다는 사실을 강조하면서, 노인 집단 내부의 상대적 빈곤을 언급하고 있음.
 - 기초노령연금의 급여수준이 낮아, 전체 제도 유지비용은 매우 크면서도 실질적인 의미에서의 노인빈곤 완화에는 큰 기여를 못하고 있다는 점을 문제점으로 지적

〈표 4-47〉 2012년 OECD/EDRC 한국경제 보고서 권고안

기초(노령)연금	국민연금
- 선택과 집중으로 통해 저소득 노인 중심으로 수급 대상 축소 - 수급비율 축소가 정치적인 반발로 어렵다면 급여는 저소득 중심으로 인상(일정소득 이상 노인에 대해서는 급여 동결)	○ 재정 불안정 측면 - 연금수급 연령 인상 계획을 앞당기거나 수급연령을 추가로 연장함으로써 재정 불안정 문제 대처 (보험료 인상폭 축소 가능) ○ 제도 적용에서의 잠재적 사각지대를 축소할 필요 - 노동시장 양극화 해소를 통해 잠재적 사각지대 축소 - 사회보험료 지원 통해 취약계층의 가입유인 제고

자료 : OECD/EDRC 보고서(2012).

마. 개선방안

- 저소득 순수자영자 국민연금 보험료 지원(matching fund 형태)
 - 보험료 일부를 정부가 지원함으로써 자신의 노력으로 노후준비 유도
 - 소득수준에 따라 보험료 지원 수준을 연동하는 방안 검토
 - 차상위계층에 대한 국민연금 보험료 지원제도 도입 시 보험료지원 대상자는 약 376천명으로 예상되며, 1,130억 원의 재원이 소요될 것으로 추정됨.

〈표 4-48〉 국민연금 보험료지원 대상자수(지역가입자 중심으로)

(단위: 천명)

보험료 지원 대상	현재 지역가입자(소득신고자)만 고려할 경우	보험료 지원제도로 인해 예상되는 납부자 증가를 고려할 경우
최저생계비 553천원 이하 소득계층	104	139
차상위계층 664천원 이하 소득계층	277	376

자료: 윤석명(2012), “국민연금 납부를 제고를 위한 취약계층 보험료 지원방안”, 『보건복지포럼』 3월호에서 재인용.

〈표 4-49〉 국민연금 보험료지원 소요재원(지역가입자 중심으로)

(단위: 십억원)

보험료 지원대상	현재 지역가입자(소득신고자)만 고려할 경우	보험료 지원제도로 인해 예상되는 납부자 증가를 고려할 경우
최저생계비 553천원 이하 소득계층	25	34
차상위계층 664천원 이하 소득계층	83	113

자료: 윤석명(2012), “국민연금 납부를 제고를 위한 취약계층 보험료 지원방안”, 『보건복지포럼』 3월호에서 재인용.

- 국민연금 뿐 아니라 사적연금 보험료 지원 사업 검토
 - 취약계층은 공적부문 뿐 아니라 사적부문에서도 소외되어 있음.
 - 독일의 ‘리스티연금’과 유사한 저소득층에 특화된 사적연금제도를 통해 공적연금의 소득대체율 저하를 보완할 필요가 있음.
- 국민연금 지역가입자 소득파악을 위한 공적자료 확보 노력 필요
 - 지역가입자의 경우 현재 본인신고소득에 따라 보험료를 부과하므로 실제소득수준을 파악할 수 있도록 공적소득자료 확보
 - 과세소득자료, 산재·고용·건강보험 자료, 근로장려세제 등을 통해 국민연금 지역가입자 신고 자료와 비교할 수 있는 공적소득자료 확보
- 임시직·일용직 등에 대한 국민연금 사업장가입을 제고
 - 건설일용근로자의 사업장 가입조건인 1개월 중 20일 이상 근로기간을 10일 이상으로 개선하는 등 국민연금 사업장가입 기준 완화 검토
- 국민연금과 기초노령연금의 재구조화를 통한 사각지대 해소 방안
 - 국민연금
 - 국민연금은 노후소득보장체계의 중추적인 역할을 담당하여,
 - 성실 가입자에게는 국민연금이 안정적인 노후보장수단이 될 수 있도록 함.
 - 국민연금의 소득비례 속성을 강화하여 급여수준 제고

- 기초노령연금
 - 기초노령연금은 노후준비를 할 기회가 없었던 현 노령층은 가급적 현재의 수급율을 유지하되,
 - 급여수준은 저소득층 중심으로 차등 인상하여, 중장기적으로 저소득층 등 취약계층 중심의 공공부조 성격의 제도로 개편 검토
 - 부족한 급여수준은 현물급여를 통해 보충
- 노후준비가 충분하지 못한 베이비붐 세대 등의 노후준비(좀 더 넓게는 사각지대 해소) 지원 차원에서 2012년 7월부터 국민연금 보험료 선납 제도가 확대 시행되고 있음.
 - 50세 이상 국민연금 가입자의 보험료 선납기간을 기존 1년에서 5년으로 늘렸음.
 - 선납기간을 5년으로 확대하면서 보험료 선납 신청자 수가 대폭 증가
 - 보험료 선납제도 신청건수는 일평균 7.9건(2012.1~2012.6)에서 2012년 7월부터는 27.6건으로 대폭 증가하였음.
 - 신청자 중 5년 선납비중은 31.7%
 - 향후 도래할 초고령 사회에 효과적으로 대처하기 위해 연금제도만이 아닌 부분근로와 부분연금 등과 같은 점진적인 퇴직제도를 활성화시킬 수 있도록 관련 제도를 손봐야 할 것임.

바. 참고: 저소득층 사회보험료 지원제도의 관심이 고조되는 배경

□ OECD : 소득양극화에 따른 사회갈등 치유차원에서의 사회통합(Social cohesion)달성 가능성 측면

- 2012년 OECD/EDRC의 한국경제 검토 보고서
 - 사회 통합 차원에서 정규직과 비정규직 사이의 현격한 소득격차를 해소하는 노력이 필요
 - ※ 비정규직과 비교 시 상대적으로 높은 정규직 임금을 삭감하

여 이를 비정규직의 임금인상 재원으로 활용하는 방안 제시

- 그러나 강력한 정규직 노동조합의 존재로 인해 실현 가능성이 낮음.
- 사회통합 차원에서 정규직과 비정규직의 소득격차를 축소해야 함에도 불구하고, 현실적으로 양 집단 간의 임금격차 해소가 어렵다면, 우선적으로 양 집단의 사회 안전망 혜택에서의 격차를 축소하는 방향으로 접근하는 것이 바람직하다고 권고

□ 세계은행 : 공적연금에서 여타 정책대안과 비교 시 비용 효과적인 측면 고려

- 1994년 Averting the Old-age Crisis 발간 이후 세계은행의 정책권고 방향이 지나치게 친 시장적이라는 비판에 직면
- 2000년 이후 공적연금제도가 제대로 발전하지 못한 개도국 및 저개발 국가 노인 빈곤문제 완화 차원에서 사회수당형 연금(Social pension) 도입을 제안
 - 세금으로 재원을 충당하는 Social pension 도입으로 노인빈곤 완화 효과는 있으나, 막대한 소요재원에 따른 제도 지속 가능성에 대한 의문이 제기
- 근로기간 동안 가입자 자신의 보험료 기여를 전제로 매칭(Matching) 형태로 보험료를 지원하는 취약계층 보험료 지원제도에 대한 관심 고조
 - 가입자 자신이 보험료를 일부 부담한다는 측면에서 자조노력 활성화 측면 외에도 향후 예상되는 초고령 사회에서 미래 세대의 부담을 줄여줄 수 있다는 점이 고려됨.

과제 6 고용·복지통합연계

가. 복지·고용 연계의 의미

□ 복지·고용 연계의 의미

- 복지·고용 연계는 우리나라 외환위기 이후 복지정책을 생산적 복지로 설정한 이후 강조되어 왔음.
 - 사회복지 확대의 필요성이 확산되고 있으나, undeserving poor에 해당하는 근로빈곤층에 대한 복지 확대는 여전히 커다란 장애물이 존재
- 복지국가 초기부터 완전고용을 추구하였으며, 1980년대 이후 복지개혁에 있어서 복지급여 수급과 근로를 연계시키는 다양한 노력을 지속
 - workfare, welfare to work, work line, active line, active labour market policy, active society 등 국가마다 다양한 용어를 사용하였으며, 모두 근로의 중요성을 강조하는 것
- 복지와 고용의 연계를 강조하는 다양한 시도들은 workfare(근로연계 복지)와 activation(활성화)로 구분할 수
 - 근로연계복지는 급여수급과 근로활동의 (강제적인) 연계, 근로를 통한 자활, 최저수준의 공적 부조, 노동시장 유연성에 대한 강조 등의 특징을 보임
 - 활성화는 공공지출과 선별적 보조금을 통한 고용창출, 지속적인 교육과 재훈련, 임금연대정책 등 구조적인 접근을 선호

□ 현 상황에서 복지·고용 연계의 의미

- 복지·고용 연계의 핵심은 소득보장과 고용지원 제도간 연계
 - 외환위기 이후 정부가 가장 강조해왔던 사항임에도 불구하고, 관련 제도가 제대로 정비되지 않았다는 것이 일반적 평가

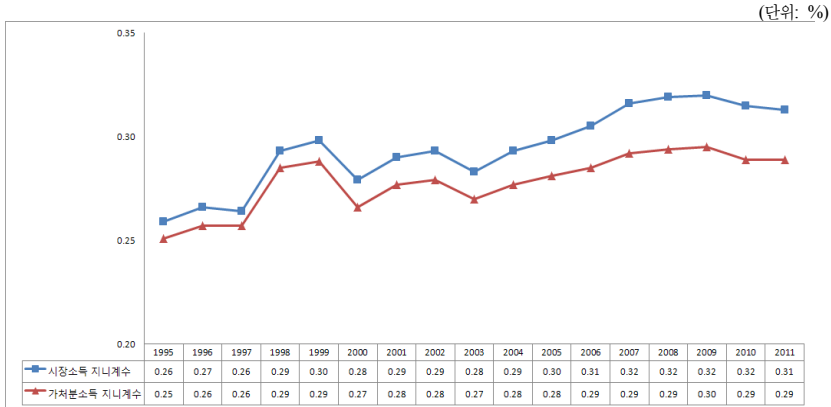
- 기초생활보장의 자활제도가 사실상 유일한 제도이며, 고용보험 재원을 기반으로 하는 일부 고용지원제도가 이에 해당
- 복지·고용 연계에 대한 필요성과 사회적 논의가 지속되고 있으며, 새로운 제도의 신설을 포함한 다양한 대안이 모색되고 있음
- 복지·고용 연계의 또 다른 측면은 전달체계상의 연계
 - 사회복지 급여는 보건복지부 - 지방자치단체를 축으로 하는 전달체계를, 고용지원은 노동부 - 지방노동청(고용센터)을 축으로 하는 전달체계를 통하여 집행
 - 전달체계의 이원화는 중복적인 제도의 편제로 인한 동일한 대상에 대한 정책간 불필요한 경쟁과 비효율을 초래하는 원인
 - 전달체계간의 연계, 업무조정 혹은 통합 등의 대안을 모색하는 방식으로 복지·고용의 연계를 강화해야 하다는 요구가 커지고 있는 상황

나. 현안과 쟁점

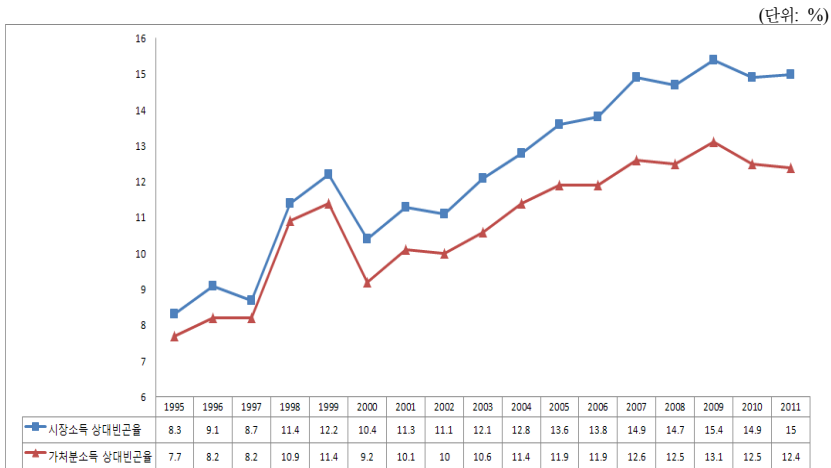
□ 복지·고용 연계와 관련된 (제도) 현황과 문제점

- 소득 분배구조의 악화
 - 외환위기 이후 우리의 소득 분배구조가 악화되고, 추세가 장기화
 - 다만, 2009년을 기점을 다소 개선되는 양상을 보이고 있음

[그림 4-24] 지니계수



[그림 4-25] 빈곤율



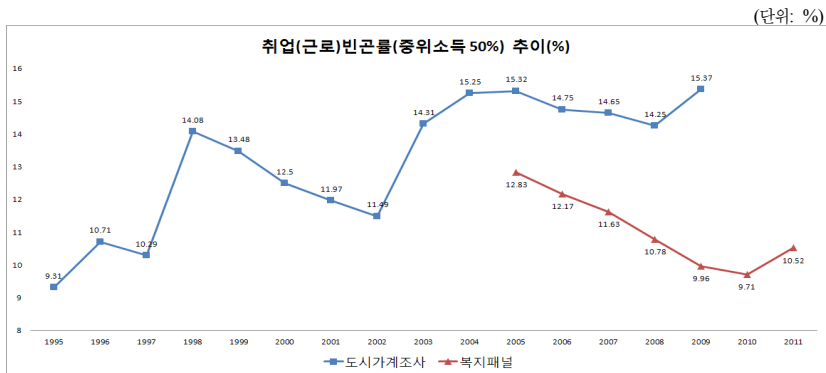
○ 근로빈곤층의 증가

- 소득 분배구조의 악화는 근로빈곤층의 증가로 연결되고 있으며, 특히 외환위기를 포함한 3차례 외부적 충격에 근로빈곤층의 증가에 큰 영향을 미쳤다는 것임
 - 1997년 외환위기, 2003년 신용대란, 2008년 미국발 금융위기
- 노동시장의 임금불평등의 변동은 가구소득 변화와 추세적으로 일

치(이병희 · 장지연, 2012)

- 국민소득에서 무역이 차지하는 비중의 변화 역시 가구소득 변화와 추세적으로 일치하는데 이는 수출 의존적 경제성장이 비정규직 · 저임금 일자리의 비중을 증가시키면서 저소득 근로인구가 상대적으로 큰 타격을 입음
- 저소득층의 적극적인 소득활동으로 인하여 임금불평등이 가구소득불평등으로 그대로 전이된 것은 아니라, 이러한 효과를 지속적으로 기대하기 어려움

[그림 4-26] 근로빈곤율 추이

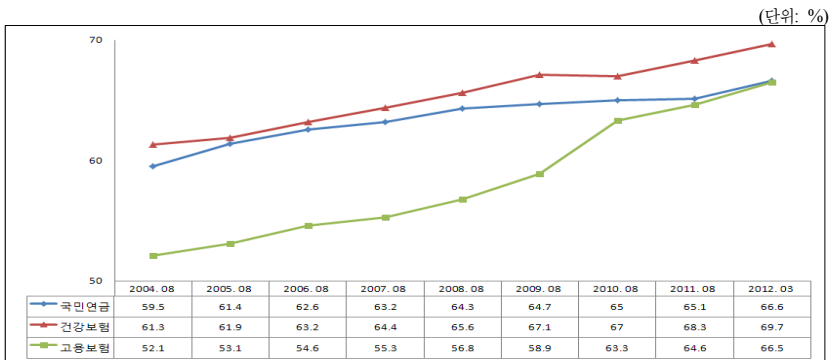


○ 사회보장체계의 사각지대가 감소하지 않고 있음

- 임금근로자의 사회보험 가입율은 지속적으로 증가하고 있는 것은 사실이나 기대에 미치지 못하고 있으며, 일정정도 한계에 직면하고 있는 것으로 보임
- 임금근로자의 사회보험 가입율은 2012.3 현재 70%에 이하이며, 특히 비정규직의 경우에는 50% 수준에 불과한 실정
- 저임금 근로자에 대한 사회보험료 지원 등을 통해 일정수준의 가입률 제고를 기대할 수 있지만, 중소기업과 영세사업장 그리고 비

정규직 근로자가 사각지대의 대부분을 차지하고 있다는 점에서 가입률 제고의 효과는 제한적임

[그림 4-27] 임금근로자의 사회보험 가입률



○ 자활사업의 현황과 문제점

- 자활사업 참여자는 지속적으로 증가하여 2005년에 55천명에서 2011년 84천명 증가하였으며, 고용노동부의 프로그램 참여자는 2010년 이후 빠르게 증가(노동부, 2012)
 - 자활사업 참여자의 유형별 비중의 변화는 자활공동체 및 자활근로사업 참여자가 증가한 반면에 근로유지형 자활근로사업 참여자는 크게 감소
 - 보건복지부의 희망리본프로젝트와 고용노동부의 취업패키지사업의 도입은 일정정도 성과를 거둔 것으로 판단되며, 이 두 사업의 취업성공율은 평균 40~60% 수준
- 자활사업에 있어서 사회복지체계와 노동체계가 충돌하면서 발생한 갈등과 딜레마로 자활사업에 대한 근본적 재검토가 필요
 - 복지사업인 자활사업단을 영리기업처럼 운영해야 하면서 발생하는 갈등 : 보호된 시장으로서 공공영역에서 수익성과 공공성을 동시에 충족시켜야 하는 상황

- 참여자의 소득이 복지급여와 노동임금의 성격을 동시에 띠면서 발생하는 혼선 : 욕구에 기반한 복지급여와 업적/성과 중심의 임금의 상충되는 성격으로 자활급여의 산정에 혼란
- 개인의 자립/자활과 자활사업의 협동(공동체)이라는 상충되는 목적으로 인한 혼란
- 실무자의 역할이 복지종사자와 사업경영자 사이에서 발생하는 딜레마

○ 자활사업의 전달체계 및 서비스 제공 현황

- 시군구 통합조사팀의 사회복지공무원과 노동부에서 파견하는 자립지원상담사가 100여개 시군구에서 고용서비스를 결정
- 시군구 통합조사팀에서 수급자격여부 및 근로능력자 여부, 조건부과 제외 여부 판정에 관한 판정 권한을 갖고 있음. 근로능력 판정은 연금공단에 위탁
- (지역에 따라 차이가 있지만) 자활지원팀에서 노동부에서 파견하는 자립지원상담사가 조건제시 유예 여부 및 자활사업 참여 프로그램 결정.
- ※ 자립지원상담사 제도가 도입된 2011년에는 자활 사례조정회의를 별도로 운영하면서 고용센터와 지역자활센터가 자활사례조정회의에 참여. 그러나, 2012년에 희망복지지원단이 출범하고, 통합사례회의를 수행하면서 고용센터와 지역자활센터의 참여 부진
- 비취업 대상자는 지방자치단체와 지역자활센터를 통해 지원
 - 대다수의 비취업대상자는 자활근로사업에 참여, 자활근로를 거쳐 자활공동체를 참여하여 자립하는 것을 주된 자활 경로로 설정
 - 2009년 이전에는 이전에는 일반노동시장 취업을 목표로 하지 않았으나 성과관리 시범사업(희망리본프로젝트)을 통해 일반 노동시장 취업도 지원 시작

- 취업대상자가 되면 고용센터로 위탁되어 취업성공패키지를 통해 지원
 - 프로그램 제공에는 민간기업과 비영리기관이 모두 참여
 - 취업성공패키지에는 자활사업 참여자뿐만 아니라 광범위한 근로 빈곤층이 참여
- 비취업 대상자에 대한 성과관리사업이 시작되고, 노동부의 취업성공패키지사업이 확대되면서 고용노동부와 보건복지부 및 지자체 사이에 정책대상과 전달체계의 중복문제 부각
 - 2009년 이전에는 일반노동시장 취업 지원(노동부)과 비일반노동시장 일자리 경험 및 자활공동체 창업지원(복지부)으로 역할이 분담
 - 최근 고용노동부와 보건복지부 및 지방자치단체의 역할 분담 경계와 두 부처 프로그램 메뉴의 차별성 거의 사라짐.
- 현재 사회복지서비스가 결합될 필요가 있는 경우는 희망리본으로 배치하고, 그렇지 않은 취업대상자는 고용센터로 위탁하는 선에서 통합되어 있는 상황

다. 추진방향

□ 복지·고용 연계 강화를 위한 대안 모색

- 현재 사회보장체제에서 복지·고용 연계의 핵심인 자활사업, 근로빈곤층에 대한 소득보장, 고용지원 및 고용안정 등의 제도는 그 중요성에도 불구하고 제도적 정비가 가장 미진
- 기초보장(자활)의 수급 조건 완화를 통한 제도 확대는 사회적 저항이 크며, 근로빈곤층에 대한 효과는 제한적
 - deserving poor와 undeserving poor를 구분하려는 사회적 통념
 - 기초보장의 수급조건 완화는 주로 부양의무자 조건, 재산의 소득

환산 등에 대한 논의를 중심으로 이루어지고 있으며, 이는 근로빈곤층 보다는 근로무능력 계층의 수급과 관련이 있음

- 자활사업에 있어서 근로유인형 혹은 노동장려형 급여제도 도입은 현행 제도에 비해 탈빈곤의 유인을 제고하는 효과를 나타낼 것으로 판단됨

- 저임금 근로자 혹은 비정규직에 대한 사회보험료 지원을 통한 사회보험 가입률 제고 방안은 시급하게 추진해야 할 과제이며 일정정도 효과가 있을 것으로 기대하고 있으나, 근로빈곤층 문제를 해결하는 방안이라고 보기에는 적절하지 않음

6-1

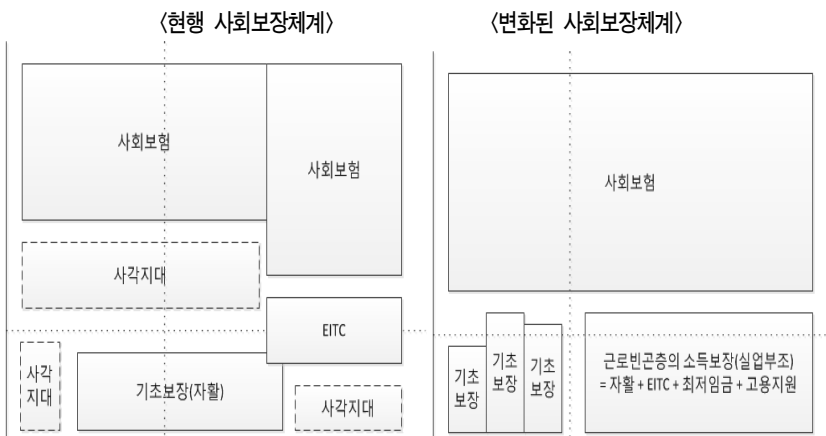
사회정책 전반에 걸친 재구조화 모색

- 개별제도의 차원을 넘어서서 사회정책 전반에 걸쳐 재구조화를 모색해야 할 시점
 - 근로연계복지의 패러다임에서 일정정도 활성화 패러다임으로 전환을 모색
 - 근로빈곤층의 발생은 임금소득 격차에서 비롯된다는 점에서 노동시장 자체의 변화가 전제되어야 하며, 구체적으로 실질임금의 상승과 임금격차의 완화, 그리고 고용안정성 제고 등의 변화가 동반되어야 함
- 공공지출의 의미 있는 증가를 바탕으로 공공부문의 고용창출, 선별적 보조금 지원을 통한 민간부문의 고용창출 등을 중시
 - 최소 수준의 임금과 고용의 불안정성이 높은 공공부문 일자리 창출은 고용상황과 소득분배를 악화시키는 방향으로 작용하였다는 이전의 경험을 반복하지 않아야 할 것임
 - 최소수준의 공공부문을 적정수준으로 확대함으로써 공공부문의 인

력 증가로 양질의 일자리를 증가시켜야 할 것임

- 노동시장의 임금 격차를 줄이는 문제는 단기간에 달성하기 용이하지 않다는 점에서 장기적인 과제로서 지속적인 추진이 필요하며, 시급한 것은 물가상승에 비해 뒤쳐진 최저임금을 현실화 하는 것임
 - 정부 예산지출에 의해서 수행되는 자활사업과 사회적 일자리 종사자는 기본적으로 임금근로자라는 점에서 근로기준법을 적용하고 이를 통하여 임금, 퇴직(연)금, 근로시간 등의 격차를 해소
- 근로빈곤계층과 근로무능력계층을 하나의 제도적 틀이 아닌 별도의 제도적 틀로 이원화
 - 근로 무능력계층(노인, 장애인, 아동 등)의 소득보장은 개별급여로 전환된 기초생활보장제도에서 담당
 - 근로 빈곤계층은 현행 관련제도들을 통합하여 새로운 제도로 전환
 - 현행 자활, 최저임금, EITC, 빈곤계층을 위한 고용지원서비스 등을 통합하고, 근로유인형 급여를 통하여 최저생계비 이상의 소득을 보장

[그림 4-28] 고용복지통합연계를 통한 사회보장체계 변화



6-2

복지고용 연계의 전달체계 개편

□ 지방자치단체와 고용센터의 연계·협력 강화방안

- 현재의 자립지원상담사 모형을 전체 고용서비스 대상으로 확대하되 몇 가지 문제점 개선
 - － 희망복지지원단 통합사례회의로 통합되면서 고용센터 및 지역자활센터와의 연계·협력 정도가 떨어지고 있는 문제점을 개선. 자활사례조정회의를 독립시키거나, 통합사례회의에서 자활사례를 모아서 운영하고 고용센터 및 지역자활센터 참여 활성화
 - － 노동부에서 계약직으로 채용하여 파견하고 있는 자립지원상담사를 대신해서 경력직 고용센터 상담원을 지방자치단체로 배치. 현재의 자립지원상담사는 고용센터에서 자활대상자 서비스를 담당하도록 재배치.
- 통합사례관리를 담당하는 단위에 고용센터의 직업상담원 파견
 - － 기초수급자 및 차상위층을 대상으로 자활프로그램별 배치 및 사례조정회의 운영 등 현재의 자립지원상담사가 수행하는 역할 수행
 - － 고용서비스가 필요한 일반계층을 대상으로 취업정보 제공 등 단순 서비스 제공
 - － 실업급여 수급자 및 복합적인 고용서비스는 고용센터로 위탁
 - 고용센터가 설치되어 있지 않은 시군구의 경우 고용센터 인력을 더 파견하여 복합서비스가 필요하지 않은 실업급여 수급자 관리 업무도 수행하는 모델도 가능.

제4절 저출산·고령사회부문

과제 7 보육 및 아동정책의 합리화

가. 현안 및 쟁점

- 제한적 정책 대상자와 낮은 지원 수준으로 체감할 수 있는 결혼 지원 정책의 부재
 - 결혼장려를 위한 사회적 배려 정책으로는 유자녀 현역병에게 상근에 비역 편입 혜택 부여, 국공립 대학 등에 기혼자 기숙사 확대, 저소득 기혼자에 대하여 장학금 수혜 우선순위 부여에 그쳐 대상자가 극히 제한적
 - 결혼 관련 교육, 정보 및 서비스 제공은 실질적인 결혼 지원 정책이 되지 못함
 - 실질적인 결혼 지원 정책으로는 신혼부부 주거부담 경감 정책 밖에 없으나 이 역시 대상자 및 지원 수준이 낮음
 - － 신혼부부 전세·구입자금 대출 지원은 국민주택기금을 재원으로 하며 기본적으로 근로자서민 주택 지원 내에서 이루어지기 때문에 취약계층에 대한 주거 복지지원 정책의 성격이 강함
 - 신혼부부의 전세자금 대출 지원은 연소득 3,500만원 이하인 무주택 세대주를 대상으로 8천만원(전세가격의 70% 범위 내) 까지 대출 가능(금리 연 4.0%)
 - 신혼부부 주택 구입자금 대출 지원은 부부합산 연소득 3,000만원 이하인 자를 대상으로 1억원 이내까지 대출 가능(금리 연 5.2%)
 - － 공공주택 사업인 ‘보금자리주택’ 사업에서 신혼부부 특별 분양은 그 자격은 다소 완화되었으나 공급량은 여전히 한정된 수준이며,

가구소득 기준(도시근로자 가구당 월평균소득의 100%, 배우자가 소득 시 120% 이하)에 비해 특별공급 가격이 높아 실제 청약률은 매우 낮은 상태임

- '09.9월까지 56개 사업 지구에서 총 12,033호 신혼부부 주택 공급, 청약률 45% 수준

〈표 4-50〉 보금자리주택 신혼부부 주택 공급 실적 및 청약률(2009.9)

유형	지구수	공급호수	신혼부부 배정호수	신혼부부 신청호수	청약률
국민임대	50개 지구	40,349	11,720	5,192	44%
소형분양	3개 지구	592	149	43	29%
10년 임대	1개 지구	412	123	36	29%
5년 임대	2개 지구	207	41	110	268%
총 계	56개 지구	41,560	12,033	5,381	45%

토지주택공사 국정조사 자료. 2009. 10. 20

전제정(2010) 『보금자리주택 정책내 신혼부부 특별공급정책에 관한 개선방안』에서 재인용

- 연도별 신혼부부 대상 보금자리 주택 공급 목표는 우리나라 초혼부부의 10% 수준에 불과 (남편과 아내 모두 초혼인 건수: '07-26.5만, '08-25.0만, '09-23.7만, '10년- 25.5만)

〈표 4-51〉 보금자리 주택 신혼부부 특별공급 목표

	'11	'12	'13	'14	'15
공급계획	2.5만호	2.5만호	2.0만호	2.0만호	2.0만호

자료: 국토해양부 주택토지실 홈페이지 자료(<http://housing.mltm.go.kr>)

- 자녀 양육 가정의 경제적 지원 정책의 편향성, 비효율성, 형평성 부재로 정책의 효과성 제고 및 수요자의 다양한 욕구 충족에 한계
 - 자녀양육 가정의 경제적 지원 정책은 조세 정책, 현금 지원 정책, 서비스 지원 정책, 돌봄 시간 지원 정책 등이 조화롭게 이루어져야 하

나, 현재는 시설 이용 아동을 중심으로 한 서비스 지원에만 집중되어 있음.

— '12년 현재 전체 0~2세, 소득하위 70% 이하 만3~4세, 전체 만5세 아동(누리과정)에 대해 보육·교육비가 전액 지원되고 있으며, '13년 누리과정을 만3~4세로 확대함으로써 보편적인 시설 보육·교육 서비스 지원 체계 확립

• 시설을 이용하지 않는 경우 '12년 현재는 차상위 이하 0~2세 아동만을 대상으로 양육수당을 지원하고 있으며, '13년부터 소득 하위 70%까지 확대할 계획

— 조세 정책은 다자녀가정의 경우 기본공제 외에 추가로 자녀가 2명인 경우 연 100만원, 2명을 초과하는 경우에는 100만원과 2명 초과 1인당 연 200만원을 과세기간 소득금액에서 공제하는 다자녀 추가공제를 실시 중이며, 자녀수에 관계없이 보편적으로는 교육비, 의료비 등 공제 실시 중

— 중앙정부 차원의 현금 지원 정책은 전무한 실정이며 지자체에서 지자체 실정에 따라 출산축하금 지원 중

○ 보편적 보육·교육 서비스는 확립되었으나 여성의 경제활동 여부 및 아동의 보육 시간 필요도를 고려하지 않고 종일제로 일관된 서비스를 제공하고 있어 정책의 비효율성 유발

— 뿐만 아니라 부모의 경제활동 참여 특성과 보육이 연계되어 있지 않아 맞벌이 가정의 일과 자녀 양육의 양립이 여전히 어려운 실정임

○ 보육·교육비 지원은 소득 수준 및 자녀 수 등 다양한 사회경제적 요인에 따른 양육 부담 정도에 대한 고려 없이 동일한 급여액을 지원하고 있어 전체 국민의 수직적·수평적 형평성 확보를 저해하고 있음

□ 광범위한 일가정양립 정책의 사각지대 및 낮은 급여수준

○ 대표적인 일가정양립정책인 출산전후휴가와 육아휴직이 고용보험(실업급여)에 의해 운영됨에 따라 소규모 영세업종 종사자, 비정규직, 자

영업자 등 광범위한 사각지대 발생

- 여성임금근로자 748만명 중 비정규직이 320만명(42.8%), 이중 고용보험가입률은 약 30%(’11.8, 경제활동인구조사, 통계청)
- 육아휴직은 급여수준이 통상임금의 40%(상한 100만원, 하한 50만원)에 불과하여 실효성이 낮고 특히 남성의 육아휴직 이용에 장애 요인으로 작용
 - 휴가휴직 재원이 고용보험(실업급여)에서 지급되고 있어 고용보험 재정의 안정성 및 일반적인 실업급여와의 형평성을 위하여 급여수준을 높이기 어려움

나. 정책성과 평가

□ 결혼지원 정책

- 신혼부부 전세·구입자금 대출의 대상자 및 대출 금액 확대
 - 신혼부부 주택 전세·구입자금 대출 지원 정책이 근로자서민 전세 및 구입자금 대출 지원 정책 안에서 이루어지지만 신혼부부의 경우 소득기준을 추가로 완화하였음
 - 전세자금은 소득기준이 연간급여 3천만원 이하이지만 신혼부부에 한하여 3천5백만원 이하로 대상자 확대. 구입자금은 소득기준이 부부합산 2천만원 이하이지만 신혼부부에 한하여 3천만원으로 확대하고 6개월 이상 무주택 세대주가 대상이지만 신혼부부는 대출신청 현재 무주택 세대주로 기준 완화
 - 전세자금은 당초 대출한도 6천만원에서 8천만원으로 확대되었고 금리도 연 4.5%에서 4.0%로 인하되었음

□ 자녀양육 가정의 경제적 지원 정책

- 보육교육비 지원 대상 확대
 - 보육교육비 지원 정책의 경우 당초 전액 지원 대상이 차상위계층

이었으나 2009년 7월부터 영유아가구 소득하위 50%이하 가구로, 만5세아 무상보육료는 소득하위 70%이하 가구까지 확대하였으며, 둘째아 이상 지원 확대 및 맞벌이 가구에 대한 소득기준 완화 등 지속적으로 대상자를 확대하여 왔음. 올해부터는 0~2세, 만5세아(누리과정)는 소득수준 상관없이 전액 지원하고 있으며 만3~4세아는 소득하위 70% 이하 가정 지원

- 그에 따라 육아서비스이용률(전체 0-5세아 중 보육시설, 유치원 이용 아동 비율)이 지속적으로 증가

- '08년 61.0% → '09년 63.6% → '10년 68.7% → '11년 69.3%

○ 보육시설 미이용 아동 대상 양육수당 지원으로 부모의 선택의 다양성 존중

- '09년 7월부터 차상위 계층 이하 보육시설 미이용 0~1세 아동에 대하여 월 10만원 양육수당을 처음으로 지원하였으며, '11년부터는 0~2세 아동으로 대상을 확대하고 금액도 자녀의 출생 순위에 따라 10~20만원으로 확대

○ 자녀 양육 가정에 대한 조세지원 확대

- '09년 기본공제액 상향 조정, '10년 다자녀 추가공제 금액 확대

□ 일가정양립정책

○ 육아휴직급여 및 대상자 확대

- 정액제 육아휴직급여 50만원에서 '11년 통상임금의 40%(상한액 100만원, 하한액 50만원)로 정률제로 변경
- 육아휴직을 쓸 수 있는 자녀도 만3세 미만에서 만6세 이하 초등학교 취학전으로 확대하여 사용자의 선호 및 상황에 따라 시기 조절 가능하도록 조정
- 그에 따라 육아휴직자 수가 급격히 증가

- '08년 29,145명 → '09년 35,400명 → '10년 41,733명 → '11

년 58,137명

다. 추진방향 및 향후과제

보육	0~2세 아동 대상 시설보육과 시설외 보육간 균형
	근로-보육 연계 강화
결혼 지원	신혼부부 주택지원
경제적 지원	조세 지원 확대
	아동수당/교육수당
일-가정 양립	부모보험제도 도입

7-1 0~2세 아동 시설보육과 시설외 보육간 균형

1) 실태 및 근거

- 영아자녀 양육 방법으로는 부모에 의한 직접 양육, 보육시설에 의한 양육, 부모 이외의 사람에 의한 1:1 개인양육 등이 있으나 현재는 보육시설 양육에 정책이 집중되어 있음
 - 현재 0~2세 및 5세아의 경우 부모의 소득수준에 상관없이 보육·교육시설 비용 전액 지원, 3~4세 아동은 소득하위 70%까지 전액 지원 중이나 직접 양육이나 개인양육은 소득기준 등 대상자에 대한 제한이 크고 지원 수준이 적음
 - 보육시설 미이용시 차상위계층에 한하여 양육수당 월 10~20만원 지원
 - 0세아 월 20만원, 1세아 월 15만원, 2세아 월 10만원
 - * 보육료는 0세아 월 39.4만원, 1세아 월 34.7만원, 2세아 월 28.6만원 지원 (기본보조금 제외 금액)

- 개인돌봄서비스인 아이돌보미 지원사업 중 종일제 돌봄은 영유아 가구 소득하위 100% 이하 맞벌이 가정의 0세 아에 한하여 40~70만원 지원
 - 종일제 돌봄은 맞벌이 가구 및 취업 한부모 가구(비취업모는 다 자녀 가구) 중 보육료, 양육수당 등 지원을 받지 않는 영유아가 가구 소득하위 100% 이하 가정의 0세아(3개월~12개월)에 대하여 비용 일부 지원(월 200시간 이용 시 기준요금은 100만원이며, 본인부담은 소득기준에 따라 30만원~60만원)
 - 시간제 돌봄은 전국가구 월평균 소득의 100% 이하 가정에 대하여 보육시설 이용시간 이외의 시간에 대하여 연간 480간 한도로 비용 일부를 지원하고 있음
- 특정 소득 기준 이상의 가정은 개인의 선호 등에 따른 선택권 없이 보육시설 이용 시에만 지원받음
 - 2세 이하 영아를 둔 취업부모는 자녀의 안전과 건강한 양육을 위해 1:1 개별보육 선호
 - 0세아 75.2%, 1세아 73.6%, 2세아 60.6%가 조부모·친인척·비혈연 등 가정 내 양육지원 선호('09년 전국 보육실태조사)
 - 영아는 아동의 발달 등을 고려할 때 시설 양육 보다는 부모에 의한 직접 양육이 더 바람직하지만 0~2세 영아에 대한 보육시설 보육료를 부모의 소득 수준에 상관없이 전액 지원함으로써 직접 자녀를 양육할 수 있는 경우에도 영아를 보육시설에 보내 아동의 발달 저해 및 예산 낭비를 초래하고 부모의 선호가 고려되지 않음

2) 해외 동향

- 프랑스 근로 여성 대상 0~2세 보육 지원 (가족수당 별도 지원)
 - 부모에 의한 직접 양육

- 산전후휴가 이후 직장에 복귀하지 않고 집에서 자녀 양육 시 3년간 육아휴직(6개월간 육아휴직급여) 제공
 - 자녀가 2명 이상인 경우 육아휴직급여는 자녀 연령 3세까지 지원, 자녀가 3명 이상인 경우 ‘육아휴직급여 인상 + 육아휴직기간 단축’ 선택 가능

○ 시설보육서비스 이용

- 취업상태, 보육서비스 이용시간, 가구소득, 자녀수를 고려하여 차등 적용

○ 개인보육서비스 이용

- 개인보육서비스 이용 지원은 부부 모두 일을 하는 경우에 해당되며, "영아보육수당(La Prestation d'accueil du jeune enfant; Paje)"의 일환으로 지원되는 "보육사 이용에 대한 지원금(Complément mode de garde; Cmg)"으로 이루어지고 있으며, 지원 정도는 자녀수와 소득수준에 따라 차등 지원
 - Cmg는 부모가 고용하는 개인보육사 월급의 일정부분을 환급해주는 보조금 형식으로 지원

□ 프랑스 0~2세 보육 관련 부모의 선택권 보장

- 기초수당(L'allocation de base)은 자녀양육과 관련한 지출을 보장해 주기 위한 것으로 2004년 1월 1일 이후 출생 혹은 입양한 경우에 한하여 지급. 기초수당은 1인당 월 177.75유로이며, 자녀수(쌍둥이 이상, 입양 자녀수)에 비례하여 지급.

- 기초수당과 함께 직업 활동에 대한 자유선택 보조금(Clca) 및 선택적 보조금(Colca) 혹은 보육방식에 대한 자유선택 보조금 중 하나를 선택하여 수혜

- 직업활동에 대한 자유선택 보조금(Clca: Le complément de libre choix d'activité)

- 자녀양육을 위해 직업 활동을 중단하거나 근무시간을 단축한 부모에게 지원. 특히, 정원 초과로 보육시설을 이용할 수 없는 경우,

부모가 직접 자녀를 보육하기 위해 퇴직하는 것을 방지하기 위한 것임.

- 동 보조금은 2004년 1월 1일 이후에 출생 혹은 입양된 3세 이하의 자녀를 두고 있는 부모 중 자녀 양육을 위해 일을 중지하였거나 파트타임으로 근무하고 있는 경우에 지급. 또한 첫째 아이만 있는 경우에는 최근 2년 이내에 최소 24개월, 둘째를 출산한 경우에는 최근 4년 이내 그리고 셋째 이상 출산한 경우에는 최근 5년 이내에 노후분담금을 지불하였음을 증명.
- 지급기간은 1자녀를 둔 경우에는 출생일부터 혹은 산전후휴가나 육아휴직, 입양휴가 혹은 병가가 끝나는 날부터 최대 6개월. 2자녀 이상을 둔 경우에는 막내 아이의 세 번째 생일 전 달까지 지급.
- 보조금의 지급수준은 직업 활동¹¹⁾을 완전 중지한 경우 매달 374.17유로¹²⁾이며, 파트타임 혹은 그 이하로 일하는 경우에는 매달 241.88유로¹³⁾. 전일제의 50%에서 80%를 일한 경우에는 134.13유로¹⁴⁾

○ 직업활동과 관련하여 ‘직업활동의 자유로운 선택에 대한 선택적 보조금(Colca: Le complément optionnel de libre choix d'activité)’

- 자녀양육으로 직장을 그만두었거나 2006년 7월 1일 이후 출생 혹은 입양된 자녀를 포함해 세 자녀이상을 두고 있는 경우에 지급
- 지급기간은 모성육아, 부성육아, 질병 등에 대한 매일보상금을 받고, 기타 모든 조건이 충족된 경우에는 매일보상금 수령이 끝나는 달부터 자녀(입양아 포함)가 1세가 되기 1개월 전까지 보조금(Colca)의 혜택. 지급기간은 출생일이나 입양일부터 정확히 계산

11) 직업활동 기간에는 병으로 일을 멈춘 기간, 유급육아휴가, 임금이 지급된 직업교육기간, 실업수당을 받은 실업기간(첫째 아이를 위해서는 제외), ‘부모가 지출한 자녀교육비 수당’이나 ‘직업활동에 대한 자유선택 보조금’의 수령기간이 포함된다.

12) 기초수당을 받지 않는 경우에는 매달 552.11유로가 지급된다.

13) 기초수당을 받고 있지 않는 경우에는 매달 403.56유로가 지급된다.

14) 기초연금을 받고 있지 않다면 매달 305.17유로를 지급받는다.

하여 최대 12개월 동안

— 지급액은 2009년 현재 월 789.94유로¹⁵⁾

○ 보육방식에 대한 자유선택 보조금(Le complément de libre choix du mode de garde)

— 부모가 시간제 혹은 전일제로 근무하면서 6세미만의 자녀를 한 달 16시간 이상 보육시설¹⁶⁾ 혹은 가정 도우미에게 맡기는 경우에 지원

— 보조금은 배우자가 없는 경우 월 취업활동 소득액이 최소 389.20 유로, 배우자가 있는 경우에는 최소 778.40유로가 되는 경우에 한 하여 지급

— 지급액은 소득수준이나, 자녀 수, 자녀의 연령에 따라 상이. 자녀 보육을 위해 보육담당 사회복지사 혹은 가정 내 보육 도우미를 고용하는 자격을 갖춘 단체나 기업에 도움을 요청하는 경우에 혜택을 받을 수 있음. 상점을 순회하는 판매원이거나 비급여자, 파트타임에 종사하는 경우에도 소득액 조건 충족시 보조금 지급.

〈표 4-52〉 보육방식에 대한 자유선택 보조금 지급 소득기준(2009)

피부양 자녀수	연간 소득액(유로)		
	저소득	중소득	고소득
1명	19,513이하	~43,363까지	43,363이상
2명	22,467이하	~49,926까지	49,926이상
3명	26,010이하	~57,801까지	57,801이상

자료: <https://www.caf.fr/wps/portal/>

15) 기초수당을 받는 경우에는 월 587.90유로이다.

16) 위탁하는 보육시설은 ‘모성유아보호’기구로부터 인가받은 곳이어야 하며, 보육시설의 임금 총액은 2007년 1월 1일 현재 1명당 41.35유로/1일을 초과해서는 안 된다.

〈표 4-53〉 보육방식에 대한 자유선택 보조금 : 월간 최대 부담 액수(2009)

자녀연령	소득수준	피고용인의 직접 급여액수	보육담당 사회복지사의 고용자격을 갖춘 단체나 기업의 급여	가정 내 보육도우미를 고용하는 자격을 갖춘 단체나 기업의 급여
3세 미만	저소득	441.63유로	668.29유로	807.55유로
	중소득	278.48유로	556.92유로	696.14유로
	고소득	167.07유로	445.54유로	584.76유로
3~6세	저소득	220.82유로	334.15유로	403.78유로
	중소득	139.27유로	278.47유로	348.08유로
	고소득	83.54유로	222.78유로	292.39유로

자료: <https://www.caf.fr/wps/portal/>

3) 추진방향

- ① 0~2세 아동 양육가정의 선택에 따라 공공에 의한 보육(돌봄) 지원을 세 가지 방식으로 제공하여 부모의 선택권 강화

- 보육시설 이용 시 보육료 지원
- 시간제 돌봄서비스 이용시 비용 지원(단, 맞벌이가정의 0세아에 대해서는 현행대로 종일제 돌봄서비스 제공)
 - － 지급대상은 보육료 지원기준과 동일 적용
 - － 급여액은 보육료 지원수준과 형평성 등 고려
- 보육시설/돌봄서비스 미이용 시 양육수당 지원
 - － 지급대상은 보육료 지원기준과 동일 적용
 - － 급여액은 질적으로 부모의 양육부담을 완화하고 가정양육에 대한 사회적 가치를 인정해 줄 수 있도록 보육료 지원수준과의 형평성 등 고려

4) 기대효과

- 영아 자녀 보육에 대한 부모의 선택권 확대로 영아 자녀 양육 부담 경감
- 소득 기준에 따른 제한 없이 대상자 확대로 정책의 보편성 획득 및 소득

수준 및 자녀수에 따른 지원 수준 차등화로 형평성 강화

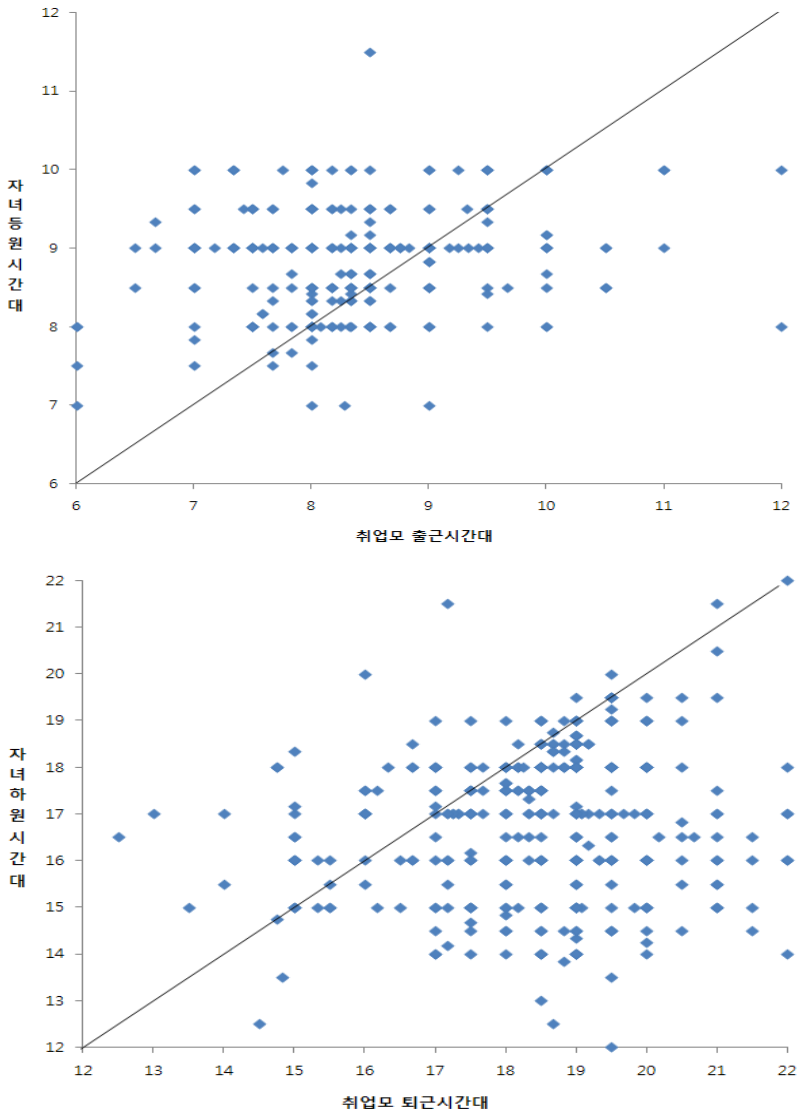
7-2

근로-보육 연계 강화

1) 실태 및 근거

- 맞벌이 가정의 근로와 보육의 연계 부족으로 정책의 효과성 저하
 - 취업모의 출근시간이 이르거나 퇴근시간이 늦은 경우 미취학 자녀의 보육시설·유치원 등·하원 시간 간 차이로 인해 시설 이외에 개인양육 서비스 등 추가적인 서비스 병행 경향이 높음
 - 보육시설·유치원이 취업모의 다양한 근로시간에 부응하지 못하고 획일적으로 운영되고 있어 원하는 시간에 자녀를 맡기는 데 한계가 있고 예산의 비효율성 초래
 - － 현재 보육료 지원은 실제 이용 시간이나 부모의 취업여부나 근로 시간에 관계없이 전일제로 지원
 - － 전업주부의 경우 전일제로 자녀를 보육시설에 보낼 필요가 없으며, 근로여성의 경우 전일제로 근무하는 경우나 파트타임으로 근무하는 경우 등 다양한 상황에 대한 고려가 없음

[그림 4-28] 취업모의 집 출발·도착시간과 자녀의 보육시설·유치원 등·하원시간 분포



자료: 이삼식 외(2011), 『일가정양립과 보육정책간 연계방안 연구』, 한국보건사회연구원.

2) 해외 동향

- 많은 국가에서 보육시설 이용, 직접 양육, 베이비시터에 대한 비용 지원을 통해 부모의 상황에 따라 다양한 선택권을 주고 있음 (특히 영아인 경우)
 - 프랑스는 영아를 양육하는 취업모에 대하여 부모에 의한 직접 양육 (육아휴직) 지원, 시설보육 이용 시 비용 지원, 개인보육서비스 이용 시 비용 지원 (소득수준 및 자녀수에 따라 차등)
 - 핀란드는 미취학 자녀에 대하여 지자체 보육시설 지원, 가정양육수당으로 직접 양육 지원, 사설 데이케어 수당으로 사설 보육시설 또는 돌보미 지원
- 또한 휴가휴직 제도를 부모의 상황에 따라 다양하게 탄력적으로 설계
 - 스웨덴의 경우 육아휴직을 전일제, 3/4일제, 반일제, 1/4일제 등으로 조합해서 사용 가능, 자녀가 8세까지 근무시간을 1/4로 단축할 수 있는 권리부여
 - 노르웨이는 자녀가 10세가 될 때까지 근무시간을 줄일 수 있는 권리 부여
- 취업모에 대한 보육시설 우선권 부여
 - 스웨덴은 취업모, 독신모, 저소득층 등에 보육시설 우선권을 부여하고 있음.
 - 일본도 맞벌이 가정에게 보육시설 우선권을 부여하고 있음.

3) 추진방향

- 보육시설 기준운영시간(7:30~19:30)의 엄격한 준수를 위한 관리·감독 강화, 시간연장 보육시설 확대, 종일제 유치원 운영 시간 연장
- 직장보육시설 설치 의무 미이행 시 분담금 등 징수로 직장보육시설

의무 이행을 제고

- 시차 출퇴근제 활성화, 육아기 근로시간 단축제를 하루 30분 이하 등 짧은 시간으로 장기간 이용할 수 있도록 제도 개선, 근로시간저축휴가제 활성화
- 부모의 다양한 근무시간에 따라 맞춤형 시간제 보육서비스 개발·제공 등

4) 기대효과

- 맞벌이 가정의 자녀 양육 부담 경감
- 자녀 양육기 여성의 경제활동 참여 증대

7-3

신혼부부 주택 지원

1) 실태 및 근거

- 우리나라 저출산 현상은 약 50%가 만혼화에 따른 자녀수 축소에 기인하며, 현재 청년층의 만혼화는 고용불안정과 결혼비용부담(주택마련 등)에 주로 기인
 - 남성의 결혼하지 않는 사유는 소득부족 14.3%, 실업·고용불안정 13.9%(이삼식 외, 2009)
 - 신혼집 마련은 신랑, 신부 스스로 64.4%, 부모지원으로 31.5% 등임(이삼식 외, 2009)
- 따라서 청년층 고용과 주택마련은 스스로 대처하는데 한계가 있으므로 국가 보조 또는 획기적 지원 노력 필요

2) 해외 동향

□ 스웨덴

- 주택수당은 1969년부터 유자녀 가족 및 장애아를 둔 가족에게 적용 시작. 주택수당은 아동수, 가족소득액, 주택비를 합산하여 산정되나, 현재에는 노동자 1인당 표준소득이 연간 12만SEK이기에 대부분의 가정이 보조대상(범위)에 포함.

□ 독일

- 1965년에 주택수당법, 1968년에는 모성보호법이 제정되어 유자녀가정에 대한 지원 확충

□ 일본

- 자녀가 집이나 시내에서 안전, 안심하여 살 수 있도록 양질의 패밀리를 임대주택의 공급촉진

□ 프랑스

- 프랑스 정부는 자녀수에 따라 주택수당을 차별적으로 지급

3) 추진방향

- 신혼부부용 공공임대 주택 확대 (미분양 주택 매입 후 신혼부부 대상으로 장기 임대 등)
- 신혼부부 주택 특별공급 비율 확대
- 주택 구입 및 전세자금 대출제도 개선 (이자율 완화 및 소득기준 완화 등)
- 신혼부부 대상 월세 소득공제액 확대, 소득공제 급여기준 및 주거면적 기준 완화(맞벌이 신혼부부의 경우 부부합산소득의 일정 부분 감액하여 소득인정액 산정 등)

4) 기대효과

□ 신흥부부 주거 부담 경감으로 만혼화 완화

7-4

다자녀 가구 조세 지원 확대

1) 실태 및 근거

□ 자녀 양육 가정에 대한 조세 배려 부족

- 현 제도는 가족 수에 대한 고려 없이 일괄적으로 소득을 기준으로 한 구간별 세율에 따라 과세하고 있으며, 소득공제로서 자녀 등 가족원, 교육비 및 의료비 등에 대한 공제가 들어감
 - － 그에 따라 우리나라의 조세격차는 자녀 유무에 따라 큰 차이가 없음
 - 우리나라는 평균 임금을 받는 무자녀 독신자의 조세격차가 20.3%, 평균 임금을 받는 2자녀 단일소득 가정의 조세격차가 17.9%로 큰 차이가 없으나, OECD 평균은 각각 35.3%, 25.4%로 무자녀와 유자녀 가정의 조세격차가 큼

〈표 4-54〉 가구형태별 총 임금 대비 조세격차(Tax Wedge) 비교(2011)

(단위: %)

구분	무자녀 독신자	2자녀 기혼(단일소득)
한국	20.3	17.9
OECD 평균	35.3	25.4

주: 조세격차(Tax Wedge)는 고용주가 근로자에서 지급하는 임금 중 소득세와 사회보장기여금(국민연금, 건강보험, 고용보험)이 차지하는 비율로 조세 격차가 클수록 근로자의 세 부담은 가중됨 (노동연, 2006).

자료: OECD(2012), Taxing Wages 2010-2011.

2) 해외 동향

- 가족과 육아에 관련된 조세지원제도는 크게 소득공제와 세액공제로 구분
 - 세액공제를 중심으로 지원하고 있는 국가들로는 미국, 영국, 캐나다, 뉴질랜드 등을 들 수 있고, 소득공제를 중심으로 지원하고 있는 국가들로는 일본, 노르웨이 등을 들 수 있다. 독일은 소득공제와 세액공제를 병행
- 프랑스는 가족 수가 많을수록 세부담이 적어지도록 n분의 n승제로 세액 계산
 - 가족 총소득 합산 금액을 가족계수로 나누어 계수 1당 과세액을 구하고, 여기에 다시 가족계수를 곱하여 가족전체 세액을 계산함으로써 동일한 소득인 경우, 가족계수가 많을수록 계수 1당의 과세소득액이 낮아지기 때문에 누진세 하에서 세부담 완화
 - N분의 N승 세제는 가족형성 초기에는 부담액 감소 효과가 나타나지 않고, 고소득 세대일수록 감세효과가 커지며, 특히 다자녀가 족에게 세율의 누진성 완화

〈표 4-55〉 주요국가 간 세액공제제도 비교

국가	세액공제종류(급여명)	내용
미국 ¹⁾	자녀세액공제 (Child Tax Credit)	· 아동연령 17세 미만 · 소득기준: 임금소득, 순사업소득, 장애인연금 등의 과세소득 · 급여액: 아동수(1인 1천달러), 소득신고유형, 조정총소득, 근로소득, 급여증가율(15%), 급여감소율(5%)에 따라 결정 · 최소 근로소득 기준을 넘지 못하면 급여대상 될 수 없음
	자녀 및 부양가족세액공제 (Child and Dependent Care Tax Credit)	· 자녀연령기준: 13세 · 비용기준: 자녀 1인 3,000달러, 2인 이상 6,000달러 인정 · 공제액: 근로소득수준에 따라 조정후소득에 20~35% 곱하여 결정
	교육비세액공제	· HOPE scholarship: 고교 이후 교육 최초 2년간의 수업료에 한정 연간 1,800달러 공제 · Lifetime Learning: 대학교(원), 전문학교, 직업훈련학교 수업료 포함 연간 2,000달러 · 동일 학생의 교육비에 대해 두 가지 공제 모두 받을 수 없음
	근로소득세액공제 (Earned Income Tax Credit)	· 근로소득과 조정후소득 한도액: 3자녀 이상 \$43,279, 2자녀 \$40,295, 1자녀 \$35,463, 무자녀 \$13,440 · 2009년 최대공제액: 3자녀 이상 \$5,657, 2자녀 \$5,028, 1자녀 \$3,043, 무자녀 \$457
영국 ²⁾	자녀세액공제 (Child Tax Credit)	· 16세 미만 아동(가족요소(연간 £545) 자녀당 £2,235 추가) · 연간소득 £16,040 초과시 £1당 39% 감소, £50,000 초과시 £15파운드마다 £1씩 감소
	근로세액공제(Working Tax Credit)	· 유자녀 경우 주당 최소 16시간이상 근로(기본요소 £1,890에 부모요소 £1,860을 합한 £3,750이 최대급여액) · 무자녀 경우는 30시간 이상 일을 해야 수급자격 부여
캐나다 ³⁾	캐나다자녀세액공제 (Canada Child Tax Benefit)	· 아동연령기준: 18세 미만 · 급여액: 아동 1인당 매월 \$111.66(세제아부터 \$7.75씩 추가) · 조정후소득이 \$40,726이상 경우 자녀수 비례 공제액 감소
프랑스 ⁴⁾	보육비세액공제	· 자택 보육비: 지불보수액(€12,000상한)의 50% 세액공제 · 자택외 보육비: 6세 미만의 아동 1인당 €2,300상한으로 함
	교육비세액공제	· 자녀 1인당 €61~€153까지 세액공제
독일 ⁵⁾	보육비세액공제	· 첫째~셋째아 1인당 €1,848, 넷째아이후 €2,148 부모세액에서 공제
뉴질랜드 ⁶⁾	근로연계세액공제 (In-work Tax Credit)	· 부모합산 근로시간이 주당 30시간 이상(한부모는 20시간) · 세전총연가구소득, 자녀수에 의해 공제액 결정 · 1~3자녀 주당 \$60, 3자녀 이상이면 자녀 당 \$15 추가
	가족세액공제 (Family Tax Credit)	· 연간세전총소득, 자녀수, 자녀나이에 의해 주당 공제액 결정 · 첫째아: 16세미만 \$86.29/ 16세이상 \$99.26 · 둘째아+: 13세미만 \$59.96, 13~15세 68.40, 16세+ 89.44
	보육세액공제 (Childcare Tax Credit)	· 급여액은 총지출액의 33%, \$310(\$940 x 33%), 세전 소득의 33% 중 가장 적은 금액
	부모세액공제 (Parental Tax Credit)	· 출생 후 8주(56일) 신생아에 대한 세액공제제도 · 급여기준: 세전가구소득, 자녀수, 자녀나이, 한해 신생아의 수 · 출생 후 8주간 주당 150불 한도지급(유급부모휴직 시 비혜택)

자료: 1) <http://www.irs.gov/publications/index.html> 2009년 12월 검색/ 이상진(2009)

2) <http://www.ifs.org.uk/fiscalFacts/taxTables> 2009년 12월 검색

3) <http://www.cra-arc.gc.ca> 2009년 12월 검색

4) 이상진(2009)

5) 전병목 · 조찬래(2006)

6) <http://www.ird.govt.nz/wff-tax-credits/entitlement/what-is-wfftc> 2009년 12월 검색

〈표 4-56〉 주요국가 간 소득공제제도 비교

국가	소득공제종류(급여명)	내용
미국 ¹⁾	의료비소득공제	· 조정후소득의 7.5%를 초과하는 의료보험료와 의료비에 대해 공제
독일 ²⁾	자녀소득공제	· 1명 이상 자녀와 거주하는 편부모 €1,308 소득공제
	보육비소득공제 (Child-care benefits)	· 14세 이하 자녀보육시 €1,548 초과 양육비는 부모의 과세대상 소득에서 공제
일본 ³⁾	보육·교육비소득공제	· 자녀 1명당 38만엔(16~23세 자녀의 경우 63만엔)
	연소자부양공제	· 1세 미만 자녀 1인당 38만엔으로 2006년 축소
	의료비소득공제	· 의료비 중 보험금 등에 의해 보전되는 부분을 제외한 총소득금액 등의 5%(총소득금액이 200만엔 미만의 경우) 또는 10만엔 초과부분 공제
노르웨이 ⁴⁾	부양가족소득공제 (Tax Allowance for Dependents)	· 2007년 기준 공제액(공제액은 매년 변경) - tax class 1(맞벌이, 동거커플) NOK 37,000 - tax class 2(홀벌이, 한부모): NOK 74,000
	양육비용소득공제 (Tax Allowance for Child-care Expenses)	· 자녀연령기준: 12세 미만 · 최대공제액은 첫째자녀의 경우 NOK 25,000/ 둘째부터는 NOK 5,000

자료: 1) 이상진(2009), <http://www.irs.gov> 2009년 12월 검색

2) 김현숙·원종학(2004)

3) 이상진(2009), 최성은 외(2009)

4) <http://www.regjeringen.no/en/> 2009년 12월 검색

3) 추진방향

- 다자녀가구에 대한 소득공제 폭 확대
- 다자녀가족에 유리한 세액공제로 전환 (과세단위를 개인이 아닌 가족으로 규정)

4) 기대효과

- 자녀가 많을수록 조세 부담 경감으로 자녀 양육 가정의 경제적 부담 경감

7-5

아동수당/교육수당 도입

1) 실태 및 근거

- 저출산 원인 중 자녀양육 및 교육 비용부담이 가장 높은 비율을 차지하나 자녀 양육 가정의 경제적 부담 경감 정책이 보육료 지원 정책에 편중되어 있고 보편적인 현금 지원 정책은 전무함
 - 기혼여성(20~44세)의 출산 중단 사유(전국 결혼 및 출산 동향 조사, '09)는 양육 교육비 부담이 35.1%, 소득 고용 불안정 19.3%, 일-가정 양립 곤란 15.8% 등의 순으로 나타남
 - 자녀 양육에는 보육료 외에 의료비, 학습비, 식비 및 의복비 등 다양한 비용이 발생하며, 이에 대한 지원 필요
- 대부분의 선진국들은 아동수당을 통해 아동이 있는 가족에 대한 비용을 보전하고 있으며, 이는 아동빈곤의 예방에도 중요한 역할을 함으로써 건전한 아동의 성장을 도모하고 있음
 - 아동빈곤은 학업성취, 사회정서발달, 학교생활적응, 건강상태 등에 모두 부정적인 영향을 줌
 - 스웨덴의 경우 아동수당을 포함한 소득이전을 통해서 아동빈곤율이 17.3%에서 2.8%로 14.5%p 감소함

2) 해외 동향

- 전 세계 88개 국가에서 아동수당제도를 시행하고 있으며, 주요 선진국 중 아동수당 미도입 국가는 미국과 우리나라 정도임
 - 국가에 따라 대상 아동의 연령이나 지급 금액 등이 다양하며 자녀수나 아동의 연령, 가구 소득 기준 등에 따라 금액이 달라지기도 함
 - － 스웨덴은 16세가 되는 첫 분기까지 아동 수당 지급 (학생이면 20

세 미만, 학습장애아동의 경우는 연령제한 없음, 16세 이상인 경우 교육수당으로 변경되며 지원 방식은 동일). 아동이 2인 이상일 경우 기본수당 이외에 추가수당이 지급됨

〈표 4-57〉 스웨덴의 아동수별 아동수당(2010)

(단위 : 크로나 163.79원, 월별)

아동 수	기본수당	추가수당	소계
1명	1,050 (171,980원)	-	1,050 (171,980원)
2명	2,100 (343,959원)	150 (24,569원)	2,250 (368,528원)
3명	3,150 (515,930원)	604 (98,929원)	3,754 (614,868원)
4명	4,200 (687,918원)	1,614 (264,357원)	5,814 (952,275원)
5명	5,250 (859,898원)	2,864 (469,095원)	8,114 (1,328,992원)

자료: 스웨덴 사회보장청 홈페이지(www.fk.se), 2012.

— 일본은 중학생이하의 아동에게 수당을 지급하고 있으나 수당액은 가족의 소득과 아동의 연령에 따라 차등 지급됨

〈표 4-58〉 일본의 아동수당(2012)

(단위 : 엔 14.5원, 월별)

아동연령 및 출생순위		1인당 월 급여액
3세미만		15,000엔 (217,500원)
3세 이상 ~ 초등학교 수료	첫째자녀 둘째자녀	10,000엔 (145,000원)
	셋째자녀 이후	15,000엔 (217,500원)
중학교		10,000엔 (145,000원)

* 기준 소득 초과 시 특례급부로 월 5천엔(약 7만원)만 지급

3) 추진방향

1안: 현금 지급

- 18세 미만 아동이 있는 가구를 대상으로 월 10~20만원을 아동의 연령 및 자녀수에 따라 차등 지급 (대상 아동 연령 및 금액 등은 예산 등에 따라 점진적으로 확대 가능)
- 재원은 전액 국고 또는 지자체의 출산축하금 등을 아동수당으로 전환 시 지자체 매칭도 가능

2안: 바우처 지급

- 18세 미만 아동이 있는 가구를 대상으로 아동 용품, 학용품 등을 구입할 수 있는 일정 금액의 바우처 지급 (금액은 아동의 연령 및 자녀수에 따라 차등 지급하며, 국가 예산 등에 따라 점진적으로 확대 가능)
- 실제 아동이 사용하는 용품을 구입할 수 있도록 하기 때문에 아동에게 직접적으로 지원이 이루어진다는 장점이 있으나 부모의 선택권이 제한될 수 있음

3안: 둘째아 이상 자녀 출산에 대한 양육수당을 매칭방법으로 제공

- 신혼부부 또는 1자녀 부부를 대상으로 보육시설 등 이용과 무관하게 다자녀 양육의 경제적 부담 경감 차원에서 둘째아 이상 출산시 일정금액(소득수준별 차등적용)까지 1:1매칭하여, 최대 매칭액수 제한
- 자녀양육의 경제적 부담은 보육료 이외에 많은 지출항목이 존재(분유·이유식·보조식품, 기저귀, 보건의료지출, 장난감, 육아용품 등)하고 있으며, 특히 다자녀의 경우 그 부담이 크다는 점을 고려

4) 기대효과

□ 자녀 양육 가정의 경제적 부담 경감

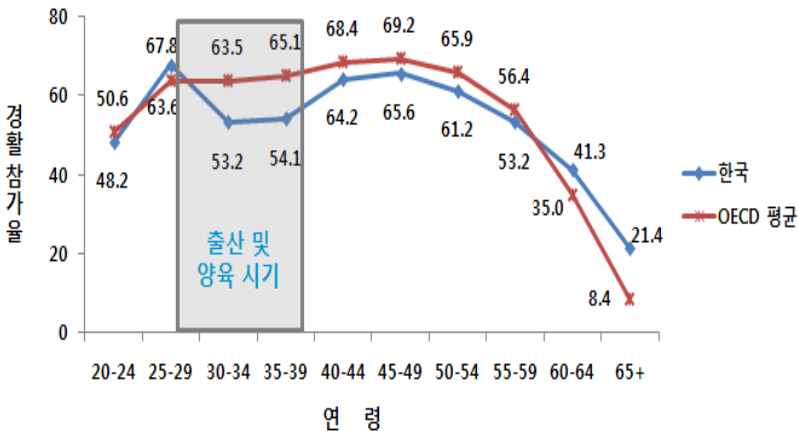
7-6

부양보험제도 도입

1) 실태 및 근거

- 한국 사회에서 일·가정 양립 곤란은 결혼·출산의 연기 내지 기피로 이어져 저출산을 유발하는 중요한 원인으로 작용
 - 우리나라는 여전히 결혼·출산·양육으로 인한 M자 커브의 여성경제 활동참가율 보이고 있음.

[그림 4-30] 연령에 따른 여성경제활동참가율



- 일·가정양립을 위한 정책들이 개선되어 왔고, 많은 정책들이 만들어지고 있다는 점은 고무적이나, 일·가정양립의 핵심 정책인 출산전후휴가와 육아휴직의 사각지대는 여전히 광범위하게 남아 있음.

- 육아휴직급여 정률제 도입, 육아기 근로시간단축 청구권 도입, 유연근로제 확산을 위한 모델 개발 및 컨설팅 등 추진
- 비정규직 등 사각지대 해소를 위해서는 고용보험 미가입 사업장의 적용 조치를 강화함으로써 수혜 대상 확대를 추진 중이나 근본적으로 고용보험의 틀이라는 한계 존재

2) 해외 동향

□ 스웨덴

- 고용주·자영업자 보험료와 국고로 부모보험 운영
 - － 고용주·자영업자는 임금총액의 2.2%를 보험료로 납부
 - － 보험료로 전체의 85% 비용을 충당하며 국고로 나머지 15%를 충당

□ 캐나다 퀘벡주

- 고용주·자영업자 보험료와 근로자 보험료로 부모보험 운영
 - － 보험료율은 근로 소득자는 0.559%, 고용주는 0.782%, 자영업자는 0.993%임.

3) 추진방향

- 재원마련
 - － 1안: 국고 없이 고용주·자영업자 보험료와 근로자 보험료로 구성
 - － 2안: 근로자 보험료 없이 고용주·자영업자 보험료와 국고로 구성
 - － 보험료율 등은 보험가입대상 및 급여액 수준에 따라 산정
- 수급기간 및 급여액
 - － 출산전후휴가: 급여액은 현행 제도와 동일하게 적용하되(월 135만원 한도), 대규모 기업 등도 90일분 전체를 부모보험에서 지원
 - － 육아휴직: 부부합산 최대 15개월 지급(부부 중 한쪽이 최대 11개월

내에서 사용 가능, 다른 한쪽이 이용하지 않은 경우 대체 불가능),
급여액은 사회적 합의에 따라 통상 임금의 80%(선진국 수준)로 지급

4) 기대효과

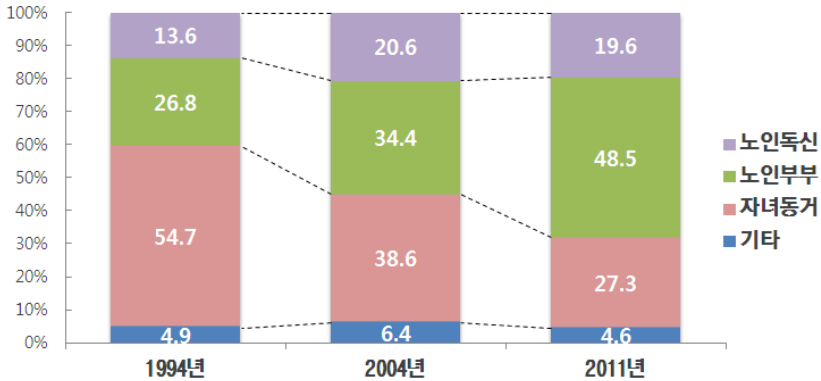
- 출산전후휴가와 육아휴직 제도의 사각지대를 해소함으로써 모든 근로자의 일가정 양립 토대 마련

과제 8 노인장기요양보험과 노인보호 정책

가. 현안 및 쟁점

- 인구 고령화로 인한 신체 및 정신 기능이 약화된 노인의 양적 증가, 가족구조와 인식 변화로 인해 사회적으로 보호를 필요로 하는 노인이 증가하고 있음.
 - (75세 이상 후기 고령인구의 증가) 65세 연령이 전체 인구에서 차지하는 고령화율은 2010년 현재 11%에서 2030년 24.3%로 증가하며, 보호를 필요로 하는 75세 이상 비율 또한 3.4%(2010년)에서 7.2%(2030년)로 증가할 것으로 예상됨(통계청, 장래인구추계, 2011).
 - (독거노인, 노인부부가구의 증가) 혼자 사는 독거노인과 노인부부끼리 거주하는 노인이 증가하면서, 가족에 의한 보호 기능이 약화됨. 노인 중 노인독신가구는 2011년 현재 19.6%이며, 노인부부가구는 48.5%임. 자녀동거가구는 1994년 54.7%에서 2011년 27.3%로 급격히 감소함.

[그림 4-31] 노인 가구형태의 변화(1994-2011)



자료 : 노인생활실태조사 각 년도(1994, 2004, 2011년)

- (노후 부양에 대한 인식변화) 노인보호에 있어 가족 이외의 외부 서비스를 이용하는 것에 대한 긍정적 인식의 증가함. 현 중년층의 부모에 대한 서비스 이용 희망율은 71%로 높게 나타나, 향후 서비스 이용에 대한 욕구는 계속적으로 증가할 것임.
- 향후 계속적으로 노인 보호의 사회화는 증가할 것이므로 현재 노인을 대상으로 하는 보호 정책에 대한 점검과 평가를 바탕으로 정책을 안정화시킬 필요가 있음.
- 신체 및 정신기능 약화로 인한 보호(수발)을 필요로 하는 노인에 대한 보호는 노인장기요양보험, 노인돌봄종합서비스(노인돌보미바우처 사업)를 중심으로 이루어지고 있음. 또한 요양병원을 통해서 요양을 필요로 하는 노인이 보호를 받고 있음.
- 노인장기요양보험은 2008년 7월 도입된 사회보험으로 가입대상, 관리운영주체, 재원은 건강보험과 동일함. 건강보험 가입대상자는 노인장기요양보험에 가입 의무 대상자이며, 국민건강보험공단에서 관리운영하며, 주재원은 보험료이며 현재 건강보험료의 6.55%임.
 - － 급여대상자 선정 : 건강보험공단의 ‘인정조사신청’을 통해 요양 필

요 정도가 일정수준 이상인 자(1-3등급자, 1등급 최중증, 2등급 중증, 3등급 경증)

- 급여내용 : 요양시설, 재가서비스(방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호), 특별수당(가족특별현금급여)

○ 노인돌봄종합서비스¹⁷⁾는 2007년 사회적 일자리 확대의 일환으로 ‘노인돌봄바우처’사업이 실시, 기존 빈곤층 중심의 요양서비스 제공체계에서 일정수준 중산층까지 수급권이 확대됨.

- 급여대상자 : 장기요양보험 등급판정에서 등급내 진입하지 못한 등급외자(등급외 A) & 중위소득 150% 미만
- 급여내용 : 방문요양(월 27-36시간)
- 운영주체 : 시군구
- 재원 : 조세+본인부담

○ 요양병원은 의료시설로서 건강보험의 요양급여로서 운영 중인 서비스임. 요양병원은 의료시설이지만, 요양을 목적으로 하여 시설 및 인력 기준이 타 의료시설에 비해 약화되어있음.

- 요양병원은 최근 몇 년간 급격히 증가하였는데 이는 노인장기요양보험 제도가 도입되기 이전 소규모 의료시설의 부도, 운영난 등을 해결하기 위해 정책적으로 요양병원으로 전환을 유도, 지원
- 이로 인해 요양병원은 노인장기요양보험의 요양시설과 요양대상자를 유치하기 위한 경쟁 발생, 이 과정에서 낮은 비용, 본인부담금 면제, 낮은 서비스 등의 문제 발생

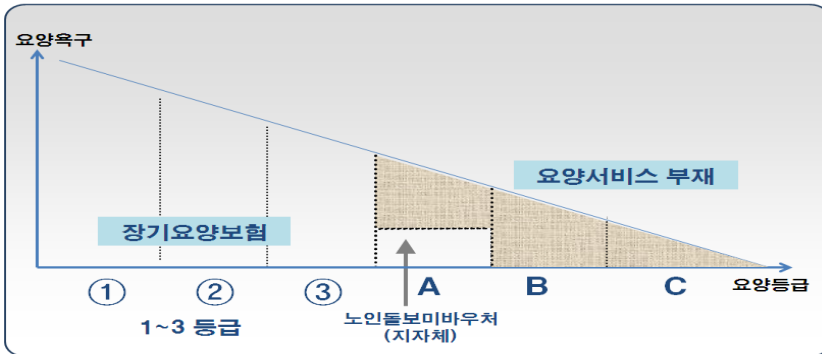
□ 노인보호제도간의 역할정립에 대한 필요성 : 보호의 연속성 요구

○ 노인장기요양보험과 노인돌봄바우처 사업은 사업목적은 동일하며, 대상자 선정방식 또한 연동하여 운영 중이며, 제공되는 서비스 또한 유사함. 단, 운영주체, 재원을 달리하고 있음.

17) 노인돌봄종합서비스는 노인돌봄바우처사업과 독거노인보호서비스가 통합된 형태임. 본 글에서는 노인보호의 중요 역할을 수행하고 있는 노인돌봄바우처사업에 국한하여 논의하고자 함.

- 따라서 노인장기요양보험대상자 확대 논의 속에서 노인돌보미바우처 사업에 대한 성격과 역할 정립의 필요성이 제기되어지고 있음.

[그림 4-32] 장기요양욕구 대응 사회복지서비스 제공 체계



- 노인장기요양보험의 요양시설급여와 국민건강보험 내 요양병원 급여 간의 대상자군과 서비스 군 혼재로 인한 문제, 과잉 경쟁으로 인한 부적절한 서비스 제공 뿐 아니라 전 사회적으로 자원 낭비
 - 대상자군의 혼재 : 의료 서비스가 부적절한 대상자의 요양병원 장기입원, 의료필요도가 높은 대상자가 요양시설 입소
- 노인의 건강 및 기능 상태에 따른 연속적 보호체계의 정립이 요구되어짐. 의료와 요양서비스 체계간 연속적 보호 체계 구축이 요구됨.
- 노인 요양보호 대상자 적정 규모의 설정
 - 장기요양대상자의 적정 규모에 대한 논의는 다양하지만, 일반적으로 일상생활수행능력 제한자(ADL)로 정의됨.
 - 일상생활수행능력제한자의 규모는 연구별로 다소 차이가 있으나, 노인인구대비 7.2%~11.4%로 예측됨(04, 08년 노인실태조사 결과).
 - OECD 평균 노인장기요양 서비스 수급자의 비율은 약 10%로 나타났다(OECD Health Data, 2010).

○ 노인장기요양보험의 등급인정자 규모

- 노인장기요양보험 등급인정자는 324천명이며, 이중 서비스 이용자는 약 290천명, 미이용자는 40만 명임.

〈표 4-59〉 장기요양등급인정자 규모('08.7~'12.2)

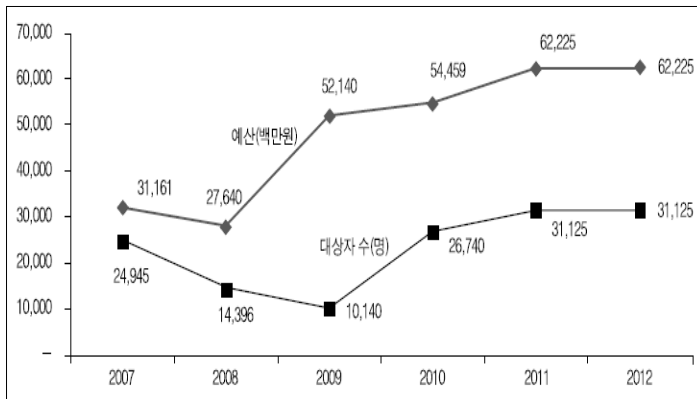
등급	'08. 7.	'12. 2.
1등급	50,209	40,270
2등급	39,080	71,695
3등급	57,354	211,902
총 수	146,643	323,867
노인인구대비 비율	2.9%	5.6%

자료: 노인장기요양보험 홈페이지(www.longtermcare.or.kr)

○ 노인돌보미 바우처 대상자 규모

- 노인돌보미바우처 사업은 제도 초 2007년 약 25천명에서 노인장기요양보험제도가 도입된 2008년을 기점으로 축소되다가, 2010년부터 증가하며 현재 안정적인 대상자 규모를 나타내고 있음.

[그림 4-33] 노인돌보미바우처 대상자 및 예산변화(2008~2012)



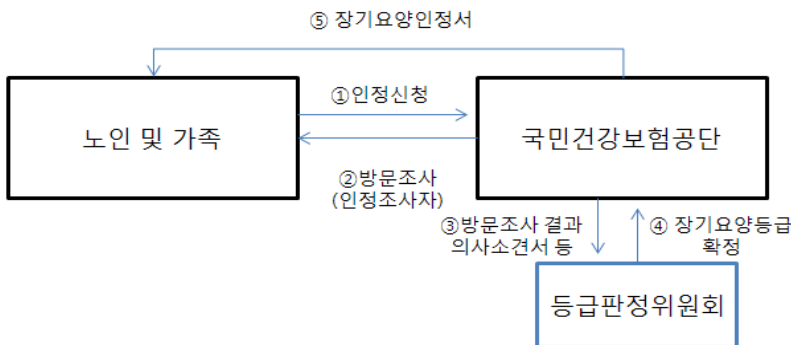
자료: 보건복지부 예산자료 및 사업안내.

- 요양병원을 이용하는 노인의 규모는 약 16만 명임. 이중 2만 명은 노인장기요양보험 등급인정자로 파악됨.
- 즉, 노인장기요양보험 등급인정자(33만 명), 요양병원이용자(16만 명), 노인돌보미바우처 이용자(3만 명)이며, 등급인정자 중 요양병원 이용자(2만명)을 고려할 때, 현재 요양보호체계에 의해 보호를 받고 있는 노인은 약 50만 명으로 추정됨.
 - － 이는 2012년 노인인구수 대비 약 9% 규모로 향후 노인 장기요양 보험 대상자 확대를 고려할 때 이와 같은 규모에 대한 고려가 이루어져야 할 것임.

□ 노인장기요양보험제도 관련 현안

- 등급판정체계의 현안 : 노인장기요양대상자 선정은 인정조사신청서가 접수되면 건강보험공단의 인정조사자에 의한 방문조사를 실시하며, 방문조사 결과와 의사소견서를 바탕으로 지역별 등급판정위원회에 의해서 최종 등급이 결정되어짐.

[그림 4-34] 장기요양인정과정



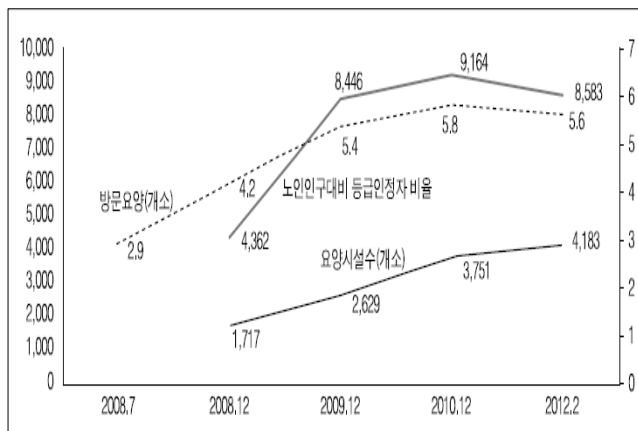
- － 대상자 선정과 관련된 현안이슈는 현 등급판정체계가 요양필요도를 적절히 반영하지 못한다는 지적이 있음. 특히 치매와 같은 인지기능 저하자의 경우 수발욕구가 높음에도 불구하고 경증치매의

경우 등급을 받는 것이 어렵다는 평가가 지속되고 있음.

- 이는 현 등급판정도구의 등급판정 알고리즘은 요양필요도와 기능 상태와의 상관관계 분석을 통해 도출된 것임. 요양필요도는 요양시설에서 이루어지는 서비스에 대해 1분 타임스터디 조사를 실시(조사원에 의한 제공서비스의 기록 방식)하고, 기능상태 따라 제공 되어지는 서비스량을 추정하는 방식임.
- 그러나 이 방식은 요양필요도를 객관적으로 측정하는 장점은 있으나, 인지기능 저하자와 같이 제공되는 서비스는 대부분 직접 서비스 보다는 관찰 또는 지켜보기 등과 같이 타인이 기록할 수 있는 서비스 내용이 아니므로, 실제 서비스량이 고려되지 못하는 한계가 나타남. 따라서 현재의 등급산출 알고리즘 속에서는 인지기능 저하자(치매 등)에 대한 고려가 적게 나타남(추가적으로 인지기능 저하자에 대한 등급내 진입을 위한 장치를 마련하였으나, 여전히 경증 치매자에 대한 인정요구가 나타남.
- 요양필요도를 측정하는 방식의 현재 방식에 대한 보완이 요구되어짐. 그러나 제도도입 초기로서 대상자의 등급판정체계를 변경시키는 것에 대한 반발, 그리고 현 요양필요도를 문진방식으로 수행하고 있음으로 인한 허위진술의 문제가 여전히 있음.
- 허위진술은 국민들이 등급을 받고 서비스를 받고자 하는 욕구로 인하여 나타나고 있으며, 등급을 받지 못할 경우 이용할 수 있는 서비스가 거의 없음으로 인해 등급내 진입하고자하는 욕구 등으로 인해 나타났다고 평가됨.
- 또한 앞서 언급한 것과 같이 노인의 건강 및 기능상태의 정도에 따른 연속적 보호체계의 구축과 효율적 대상자 선정을 위해 유사 영역간의 공통된 등급판정 또는 요양필요도를 측정방식이 개발되어야 할 것임.

- 장기요양서비스 공급 인프라 정비 : 공공성 부족 vs 민간 기관 확대
 - 장기요양서비스의 공급은 제도 도입이후 계속적으로 증가, 특히 방문요양은 2008년 말 4362개소에서 2012년 8583개소로 약 2배 가까이 증가
 - 장기요양인정자의 규모가 일정수준 안정화를 나타내면서, 시설의 과잉공급의 문제가 나타나고, 이로 인한 부작용이 나타남(과다경쟁, 부적절한 서비스의 질 등)

[그림 4-35] 노인장기요양보험 등급인정자 및 시설인프라 변화(2008~2012)



자료: 노인장기요양보험홈페이지

- 노인장기요양 기관은 시설보호는 공공이 2.9%이며, 방문요양은 0.4%로 매우 낮음.

〈표 4-60〉 국가별 장기요양기관의 설립·운영주체별 현황 비교

(단위: 개소, %)

국가	구분	공공	비영리민간	영리민간	기타	합계
한국	시설보호	111(2.9)	1,377(35.6)	2,367(61.3)	9(0.2)	1,523(39.4)
	재가보호	65(0.4)	2,757(16.3)	14,055(82.9)	83(0.5)	16,960(100.0)
	방문요양기관	40(0.4)	1,559(17.1)	7,475(82.0)	45(0.5)	9,119(100.0)
	방문간호기관	7(1.2)	122(21.6)	433(76.8)	2(0.4)	564(100.0)
	방문목욕기관	18(0.2)	1,076(14.8)	6,147(84.5)	36(0.5)	7,277(100.0)
스웨덴	시설보호	89.0	11.0		-	100.0
	재가보호	93.0	7.0		-	100.0
영국	시설보호	19.2	15.5	65.4	-	100.0
	재가보호	32.4	67.6		-	100.0
독일	시설보호	8.2	56.0	35.9	-	100.0
	재가보호	18.0	62.0	20.0	-	100.0
일본	시설보호	100.0		0.0	-	100.0
	재가보호	1.5	49.9	48.6	-	100.0

자료: 이미진(2012) 인용, 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계(2011년 6월), 선우덕(2012)에서 재인용함; 석재은(2008)

○ 서비스의 질 관리체계 부실

- 서비스 질을 일정수준 유지하기 위해서는 시
- 평가체계의 문제점

○ 공급 인력의 량 및 질 유지

- 시설 요양인력 구인난
- 방문요양보호사 부적절한 처우
 - 낮은 임금
 - 부적절한 대우
 - 서비스 내용의 부적절성

○ 급여 내용과 포괄성의 적절성

- 시설과 재가의 급여 이용비율
- 재가급여의 문제점
 - 다양한 급여 확대 부족, 급여간 연계 어려움
 - 가사서비스 중심의 방문요양

- 가족요양보호사 제도의 문제

나. 정책성과 평가

1) 성과

□ 노인보호의 제도화

- 사회보험방식을 통한 노인보호의 제도화, 사회화 달성
- 노인수발로 인한 가족의 부양부담 감소
 - 시설 이용시 제도도입이후 본인부담금 1/3으로 감소(월 150만원 -> 50-60만원)

□ 일자리 창출

- 장기요양 일자리 창출 : 장기요양기관 종사자 수는 279,882명(2011년 6월 현재)

□ 시설인프라의 양적 확대

- 제도도입과 함께 빠른 시일 내의 시설 인프라의 양적 확충

2) 미비점

□ 신제도 도입으로 인한 기존 제도와의 역할정립 부족

- 노인장기요양보험제도 도입 이전의 유사서비스, 유사영역간의 역할정립이 부족한 상태에서 제도를 실시됨으로 제도간 대상자 중복으로 인한 불법 과다 경쟁으로 인한 시장질서 혼란

□ 인프라 확대 계획 실패

- 시장논리 지나치게 부각시켜 인프라의 양적 확대를 꾀함으로써, 과잉공급으로 인한 문제(공급자에 의한 등급 판정 시 허위진술 방법 교육, 대상자 확보를 위한 브로커 등) 가 발생하게 됨.

— 지역 간 불평등, 이용서비스의 다양성 부족 등

□ 서비스 질 관리 부족

- 장기요양기관의 인허가와 관련 업무는 지자체 업무, 급속히 기관의 증가 등으로 인하여 부적절한 시설 운영에 대한 관리 부족
- 요양제공에 대한 가이드라인이 부족한 상태로 기관별 제공되는 서비스 질의 수준의 차이가 크게 발생

다. 추진방향 및 향후과제

8-1

장기요양 대상자 확대 및 등급체계 개선

1) 실태 및 근거

- '08.7월 제도 도입 이후 인구 구조나 한정된 재정여건 등을 감안하여 중등도가 높은 대상자에 우선순위를 두고 제도가 시행됨에 따라 시행 5년 차에 접어든 현재 시점에서는 지나치게 엄격한 수혜자 인정제도에 대한 재검토가 필요하다는 지적이 다수 제기
 - 특히 치매 등 인지장애와 관련해 등급판정제도 개편에 대한 개선 요구가 높은 상황
 - 11년말 기준 치매노인 495천 명 중 장기요양 인정자는 27%인 134천명 수준
- 등급판정체계 개선과 관련된 문제는 특히 장기요양의 적정 수혜규모와 연계하여 검토할 필요
 - 이와 관련해서는 최소 7%에서 12%까지 다양한 추계가 존재하나 명확한 분류기준 및 합의된 컨센서스는 없는 상황
 - 보사연(07): 8.1~12.2%, 노인실태조사(08): 11.4%, 서영준:

7%~10% 등

- 다만, 우리나라의 장기요양보험제도와 유사하게 사회보험체계로 운영하는 독일 및 일본과 비교할 경우
 - 향후 5년 뒤인 '17년의 우리나라 고령화율(14%)과 대비시 최소 7~10% 수준까지는 확대가 필요

〈표 4-61〉 독일, 일본, 한국의 장기요양보험 수혜자 비율 추이

구분		1995	2000	2008	2011
독 일	고령화율(%)	15.5%	16.4%	20.2%	20.4%
	인정자수(천명)	1,061	1,822	2,113	2,317
	노인대비 비율(%)	12.0%	13.5%	12.7%	13.7%
일 본	고령화율(%)	12.6%	17.4%	22%	23.4%
	인정자수(천명)	-	2,240	3,441	3,864
	노인대비 비율(%)	-	10.2%	12.2%	13.0%
한 국	고령화율(%)	5.9%	7.2%	10.3%	11.4%
	인정자수(천명)	-	-	214	324
	노인대비 비율(%)	-	-	4.2%	5.7%

주: 일본의 경우 요지원 2개 등급은 제외
자료: 독일 연방보건성; 일본 후생노동성

2) 추진방향

- 장기요양 대상자 확대 계획(2012년부터 추진 중)
 - '14년까지 3개년에 걸쳐 나누어 3등급 인정 기준의 하한선을 55점에서 50점으로 단계적으로 완화할 계획
- 현 등급판정체계의 개편을 통해 현 요양병원이용자 포괄할 수 있는 등급판정체계로 전환
 - 경증치매대상자, 근거리 외출, 장보기 등 일상생활수행능력을 포괄적으로 평가하도록 함.

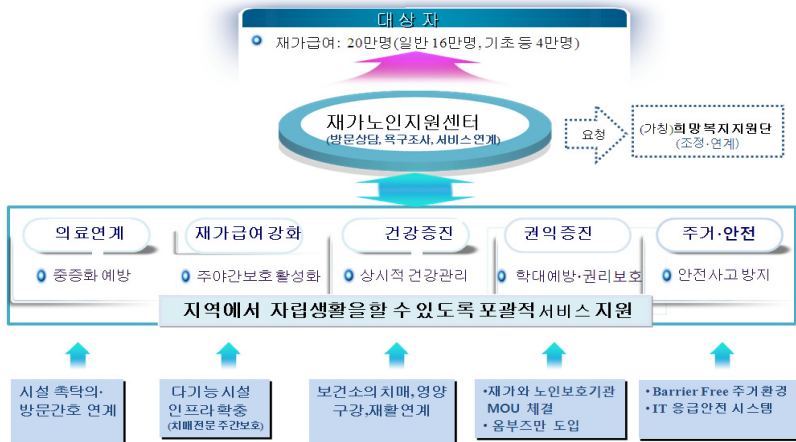
구분	현행	변경
수혜 범위 확대 목표	▪ 일부 도움을 받아 실내 이동은 가능하나, 외출 불가 ▪ 사물 변별 능력이 현저히 저하된 중증도의 인지상태	⇒ ▪ 벽을 짚고 스스로 보행이 가능하고 보조기를 통하여 일부 외출 가능 ▪ 인지장애로 간헐적으로 문제행동을 유발, 보조인의 도움이 필요한 상태
최저 등급 인정 완화	55점 이상 ~ 75점 미만	⇒ 50점 이상 ~ 75점 미만

8-2

포괄케어시스템 개발: 서비스 이용지원 강화

- 장기요양 등급인정 이후 인정자와 가족은 수급자에게 적절한 서비스와
량, 그리고 구체적 서비스 이용에 대한 정보가 부족한 실정임.
 - 국민건강보험공단이 장기요양인정자에게 표준장기요양이용계획서를
제공하지만, 그 내용만으로는 수급자와 가족이 서비스를 선택하는 것
에는 정보가 부족함.
- 장기요양 인정자(등급외자)와 가족이 적절한 서비스를 선택하기 위한 정
보와 상담을 제공, 장기요양서비스 이외의 유사 요양서비스 연계, 지역자
원 정보 제공 및 연계가 요구됨.
 - * 독일의 최근 개혁에서는 장기요양이용자의 이용지원 강화가 주요
내용으로 포함됨. 일본은 케어매니저를 통한 이용지원이 제도초기
부터 이루어짐.
- 지역사회 내 재가 장기노인지원센터를 다양한 공공·민간 자원의 핵심 연
계기관으로 지정
 - 재가서비스 수혜자 등이 지역내 산재해 있는 건강, 생활안전, 개별지
역서비스 등에 보다 쉽게 접근할 수 있도록 서비스 연계 기능부여

[그림 4-36] 재가노인센터의 역할 정비



8-3

서비스 평가체계 개선

- 재가 및 입소시설에 대한 격년 단위의 평가제도가 일정 정도 정착
- 다만, 서비스 질 등 급여제공 결과보다는 기관운영, 시설환경 중심으로 평가가 이루어지는 경향

〈표 4-62〉 장기요양시설 및 재가기관 평가지표(2010-2011)〉

구 분	지표현황(개수)		주 요 내 용
	시설('11)	재가('10)	
기관운영	19	15~17	건강검진, 적정급여지급, 4대보험 가입, 응급대응
환경·안전	24	5~9	시설안전, 종사자 복장, 장비 등 서비스 환경
권리·책임	10	8~12	상담·상태파악 등 권리보호, 배상책임보험가입, 정보제공·서비스 연계 등
급여제공 과정	40	16~21	이용자 질병·인지 등 욕구평가 및 기록관리 등
급여제공 결과	5	2~4	수급자 신체청결, 상태호전, 수급자 만족도 등

- 장기요양서비스에 대한 평가는 다음과 같은 측면에서 서비스 질 향상을 위한 주요한 요소임.
 - 평가 지표를 통해 장기요양제도의 지향점을 제시하고, 평가 결과 개선을 위한 기관의 자구노력을 통해 서비스 질 향상, 수급자와 가족들이 좋은 서비스를 선택할 수 있는 정보 제공, 또한 이를 통해 질 낮은 기관의 도태를 통한 인프라 정비효과
- 재가 및 시설 평가결과 공개 시 서비스 질 등 소비자 선택에 영향을 줄 수 있는 중요지표에 대해서는 세부 평가 결과까지 공개
 - 임상적 성과, 일상생활 수행 기능 개선, 지역자원 연계 등 서비스 결과(outcome) 중심의 평가지표 비중을 확대
 - 장기적으로는 현행 가산중심으로 운용되는 평가인센티브를 가감산 체계로 개편하고
 - － 가산 인센티브를 정률방식(전년도 급여 청구액의 5%)에서 규모별, 시설유형별로 차등화해 평가의 타당성 및 적실성 제고
 - － 특히 감산 인센티브는 서비스 평가의 최저기준을 정해 최저 기준 이하의 시설에 대해서만 절대평가방식으로 도입

8-4

시설 및 인력 인포라 체계 개편

- ‘12.2월 현재 재가기관은 2만여 개, 입소시설은 4천여 개로 총량 공급 측면에서는 수요에 비해 공급이 다소 많은 상태로 판단
 - 재가기관의 경우는 최근 증기추세가 안정화된 것으로 보이며, 입소 시설은 10인 미만의 소규모 시설을 중심으로 꾸준한 증가 추세 유지

〈표 4-63〉 재가서비스 기관

(단위 : 개소)

구 분		'08.12 월	'09.12 월	'10.12 월	'11.12 월	'12.2 월	증감율(%)
재 가	소계	10,033	19,066	19,947	19,505	19,457	93.9
	방문요양	4,271	8,443	9,164	8,709	8,655	102.7
	기타	5,762	10,623	10,783	10,796	10,802	87.5
입 소	소계	1,700	2,628	3,751	4,061	4,142	143.7
	10인 미만	406	995	1,480	1,667	1,720	323.7
	10-50인 미만	692	931	1,433	1,543	1,568	126.6
	50인 이상	602	702	838	851	854	41.9

□ 지역별 인프라 분포 측면에서는 방문요양 외 주간보호 등 여타 재가시설이 수도권 등 일부지역에 편중, 지역별 인프라 균형 확충 필요

- 방문요양 외 재가기관의 수도권 집중률 : 43.7%('12.2월말 기준)

□ 적정 인프라 공급관리 체계 구축

- 총량 측면에서 공급 인프라 확충이 상당규모로 이루어져 있으나, 산간벽지 등 지리적 특성상 서비스 이용에 불편을 겪는 지역 존재
 - － 단기적으로 서비스 소외지역 최소화를 위해 보건소 등 공공기관 부설 재가기관 설치를 활성화하고 현행 실비보상 수가체계에 더해 기획비용 부분을 보상할 수 있도록 수가체계 개선도 추진
 - － 장기적으로 농산어촌 등에 설치되는 신규 시설에 대한 국비 지원 비율 확대, 원거리 서비스 제공에 따른 별도의 수가 보상 방안 등도 검토
- 재가서비스 이용불편지역 해소대책과 더불어 가족 요양보호사 제도의 단계적 개선도 병행 추진
- 지역간 인프라 불균형 해소 및 무분별한 시설 증가억제를 위해 장기 수요 공급추계를 바탕으로 지역 내 장기요양 인프라 지정 시 사전협의토록 관련 규정 신설

- 신축 혹은 증축 수요 발생 시 주야간 보호 중심의 복합 재가서비스 제공시설에 국비 지원 을 확대해 재가 인프라 다양화 유도
 - 특히 시군구별로 접근성이 높은 사회복지관 등을 중심으로 최소 1 개소 이상의 주야간 보호 기관 설치 지원
 - 지자체 설립 주야간 보호 기관 수 : 91개소(전체 주야간 보호 기관 수 1,325개소)

□ 기존 장기요양 인프라의 정비

- 현재 재가기관의 법정 인력기준을 충족하지 못하는 시설이 다수 존재, 영세 시설 난립 억제 및 서비스 안정성 보장 차원에서 재가시설에 대해서는 정기적 실태조사 실시, 이를 통해 법정 인력 및 시설 미충족 시설에 대해서는 단계적으로 정리할 필요가 있음.
- 입소시설에 대해서는 시설 신규 지정 시 가급적 법인 혹은 일정규모 이상의 개인 시설 위주로 인프라가 재편될 수 있도록 제도 개선 검토
 - 특히 장기적으로는 일정 규모 이상의 신규 진입 시설에 대해서는 법인 시설로 한정하는 방안 검토
 - 우리나라 지자체·법인 비율 : 37%, 일본은 입소시설의 100%가 법인 혹은 지자체
 - '08.4월 이전 신고 노인요양시설(318개소, 1만 명 생활)중 인력 기준 미충족 시설에 대해서는 '13.4월까지 한시적 유예기간을 둔 상황
- 인력기준 미충족 혹은 부당 청구, 장기간 급여청구가 없는 등 장기요양시설로서 계속적으로 유지하기 어려운 시설에 대해서는 일정 주기로 지정시설의 적정성 여부를 재검토, 적정급여 제공을 위한 최소 인력 및 시설 기준의 적정성도 검토

□ 요양시설 종사자 처우 개선

- 업무상 재해발생을 예방*하고 보다 안전한 근무환경을 조성하기 위해 산업보건 예방교육을 강화하고 정기적으로 법정 인력·시설 기준 충족

여부, 근무환경상의 위해요인 등에 대한 지도점검 강화

- 요양보호사의 74%가 4-50대 여성으로 근골격계 질환 등으로 산재 신청률 지속 증가

○ 기관 서비스 평가 인센티브 비용 중 일부를 종사자 처우개선에 의무적으로 사용토록 하고 보수교육을 근무시간으로 인정, 장기요양 종사 인력에 대한 5년 단위의 실태조사를 통해 장기적 인력 수급계획을 마련

- 요양보호사 및 시설 간 구인 및 구직 연계를 보다 강화하고 구인 임금 공개를 통해 간접적으로 시설 간 임금 편차를 해소할 수 있도록 취업포털 운영 검토

8-5

재가서비스 활성화를 위한 체계 개편

1) 실태 및 근거

□ ‘12.2월 현재 시설급여 34%, 재가급여 66%의 비중을 차지하는 등 재가 급여 중심의 현물급여를 확대하고자 노력하고 있으나, 재가 급여가 가능한 3등급 경증 수혜자의 시설입소가 꾸준히 증가하는 추세

- 3등급 시설입소율 : (‘09)10.3% → (‘10)17.2% → (‘11)21.9%
→ (‘12.2)22.7%

□ 3등급의 재가급여 감소 원인은 1일 3~4시간(1회)의 방문요양 중심 재가 급여 체계가 수급자 보호 형태로 부적합하기 때문임.

- 지속적인 관찰이 요구되는 경증치매, 1일 복수의 방문이 요구되는 기능상태(식사수발 등)의 경우 현 방문요양 체계로는 보호가 어려움.
- 특히 보호자가 취업 등의 사회활동을 할 경우 현 방문요양 중심 재가급여 체계를 통한 계속적 재가거주는 불가능한 상태임.

□ 복합재가서비스 활성화, 주야간보호 중심으로 전환

- 시설 입소보다는 가정에서 돌보는 것에 불편이 없도록 방문요양에서 주야간 보호 중심의 재가급여서비스 제공이 활성화
 - 우리나라는 방문요양이 전체 재가급여이용총액의 83% 차지. 반면 일본('11년)은 방문개호가 24%에 불과하고 통소개호 45.3%로 주야간 보호가 활성화
 - 수혜자 입장에서 여러 서비스 이용 시 1개 서비스만 이용하는 것에 비해 추가적 본인부담이 과다하게 발생치 않도록 재설계**
 - 공급자에게는 일반형과 신체·인지 재활 전문형 등으로 특화토록 하고 별도의 수가를 부여하는 방안 검토
 - 복합재가 서비스 제공기관이란 주야간 보호 외 1개 이상의 기타 재가급여 서비스를 함께 제공하는 기관으로 정의(定議)
 - 3등급 수급자가 주야간 보호 22일, 방문요양 8일 표준형 프로그램 이용 시 월한도액 초과 일수의 본인부담에 대해서는 공단 전액부담

□ 치매주야간보호 및 농어촌형 주야간 보호 서비스 신설

- 치매질환자에게 특화된 프로그램을 통하여 전문적이고 안전한 보호를 실시하도록 유도
 - 치매질환자의 특수성을 고려한 보호 수행과 프로그램 수행
 - 특히 신체기능의 제한 없는 경증 치매질환자에 대한 인지기능 유지, 강화 프로그램 수행
 - 주야간보호에서 치매질환자(특히 폭력적이거나 비위생적인 문제 행동 발생환자)와 신체기능제한자(예, 중풍 등)를 같이 보호할 경우 대상자별 특화된 프로그램 수행의 어려움 존재.
- 농어촌의 경우 주야간보호서비스가 부족한 지역이 많음. 이는 주야간 보호서비스는 초기 투자비용이 타 재가서비스에 비해 높으며, 송영서비스의 어려움, 수급자 부족 등으로 주야간보호 서비스가 확대되지

못함.

— 또한 주야간보호의 경우 이윤창출이 어려운 구조로 인하여 민간에 의한 인프라 확대가 이루어지지 못함.

- 농어촌에서의 주야간보호서비스 확대를 위해 요양시설의 주야간보호 서비스 병설 의무화(지원확대), 시군구의 주야간보호 시설 설립 지원이 요구됨(중앙정부와 시군구의 시설건립비 또는 시설 리모델링비용 지원).

8-6

유사서비스간 기능정립

□ 요양병원 및 시설 간 역할 재정립

- 의료·요양 수요에 대비해 설치된 요양병원이 사실상 의료적 처치를 목적¹⁸⁾으로 하나 실체는 단순 요양 수준에도 미치지 못하는 경우가 많아 급성-아급성-요양이라는 서비스 전달체계의 기능적 역할 분담 미작동

〈표 4-64〉 요양병원과 요양시설의 인력·시설 기준 비교

구분	환자 분류	인력 기준	시설면적기준	규모(11년)
요양병원 (94.1월)	환자선택	의사: 40명당 1인, 간호사: 6명당 1인	입원실 1인당 4.3㎡, 1개 입원실당 6~8인실 이상	992개 (13만 병상)
요양시설 (08.7월)	1·2등급 중심 (등급판정)	간호사: 25명당 1인 요양보호사: 2.5명당 1인	입소정원 1인당 연면적 23.6㎡, 침실 1인당 6.6㎡(합숙용 침실 4인 이하)	3,751개소 (10만명 입소)

- 따라서 당초 의료의 기능적 역할분담체계를 보다 명확히 할 수 있도록

18) 불필요한 장기입원 유도, 모델을 개조한 열악한 시설, 불충분한 케어 등 문제점 노출

록 요양병원 중 재활, 아급성 등 특성화된 의료기능을 수행하는 경우 전문병원 형태로 유지하되

- 사실상 치료보다는 요양이 필요한 환자의 경우에는 요양시설에서 보다 체계적 서비스를 받을 수 있도록 요양병원 제도 재설계
- 요양병원을 노인장기요양보험 내 급여로 전환, 장기요양기관 인정 기관의 자격요건을 갖추도록 함. (현 요양시설과 별도의 전문요양 시설의 형태로서 일반 요양서비스 이상의 케어를 필요로 하는 자를 입소대상으로 함)

□ 재가급여와 노인돌봄서비스와의 기능정립

- 노인돌봄종합서비스(노인돌봄바우처)의 대상자는 장기요양 등급외자 A, B를 주요 대상으로 하며, 제공되는 서비스는 주 2-3회의 방문요양이 실시되고 있으며, 등급외자의 경우 신체수발보다는 가사지원 중심의 서비스가 이루어짐.
- 노인장기요양보험의 대상자 확대 계획과 함께 노인돌봄서비스의 대상과 서비스 내용에 대한 논의가 제기됨.
 - 장기요양보험에서 대상자를 향후 요양인정점수 50점까지 확대할 경우 현 노인돌봄종합서비스의 대상층을 흡수하게 됨.
 - 또한 노인돌봄종합서비스 대상층의 경우 신체수발 보다는 가사지원을 중심으로 이루어짐으로 장기요양 이전의 기능악화 방지와 예방을 목적을 달성하기에는 제한적임.
- 노인돌봄종합서비스의 기능재편
 - 목적 : 요양기능상태로의 악화를 예방, 자존기능을 유지 재활
 - 기능재편 방향 : 허약노인 집중 관리 프로그램으로 전환
 - 대상자 : 장기요양 비급여 대상자로 허약노인 (인지 저하자 포함)
 - 서비스 내용 :
 - 허약노인집중관리 프로그램
 - 재활을 통한 기능유지 및 증진

- 경증 인지장애 노인의 안전보호를 위한 주간보호
- 추진체계
 - 보건소를 활용한 노인돌봄종합서비스 제공
 - 허약노인집중관리(운동+영양관리 등)
 - 장기요양 등급외자 중 인지장애 노인 이용 가능 주간보호 신설

8-7

장기요양 돌봄 가족 지원 강화

- 노인장기요양보험제도가 도입되어 노인보호의 사회적 제도화가 이루어졌으나, 노인보호에서의 가족 역할은 사회의 공식적 서비스와 함께 유지되고 그 중요성이 강조됨.
 - 재가급여의 확대 강화를 위해서는 재가급여와 가족보호의 조화가 요구됨.
 - 노인장기요양에서의 가족의 역할은 제도의 지속가능성 강화를 위해 요구되며, 이를 위한 가족 지원이 강조됨.
 - 사회적으로 장기요양제도를 도입한 여러 국가들에서는 비공식적 수발자를 위한 다양한 보상 형태를 갖고 있음. 독일의 경우 현금급여를 통한 보상 이외도 휴가제도를 도입하였으며, 서유럽국가나 호주, 미국의 경우 또한 비금전적 방식이지만 휴가, 연금 등의 제도지원이 이루어짐.
- 가족요양비는 현물급여인 재가급여와 시설급여와는 달리 현 제도에서 실행되고 있는 유일한 현금급여
 - 지역적 특수성, 수급자의 개인적 신체·정신, 성격 등의 사유로 타인으로 부터 장기요양을 받기 어렵다고 인정된 경우만 지급
 - 등급과 상관없이 월 15만원 지급되며, 점차 그 대상자는 감소(전국 약 600명 수준)

- 가족요양비 감소의 원인은 “가족인 요양보호사” 제도로 인하여 가족이 요양보호사 자격 획득을 통한 현물급여로 전이, 또는 낮은 가족요양비 수준으로 인한 현물급여로 전환한 것으로 판단됨.
- 노인보호는 아동보육과 같이 가족 내에서 이루어지는 대표적 돌봄 노동임에도 불구하고, 보육의 경우 고용보험을 통한 휴가제도, 수당제도 등이 이루어지고 있으나 노인보호는 이들 기반이 부족함.

□ 가족요양비 제도 개선

- 가족요양비 급여 현실화 및 등급별 차등화
 - － 가족요양비 급여 수준 상향조정을 통해 가족 내에서의 보호역할에 대한 보상의 의미를 가질 수 있도록 함.
 - － 단, 가족 요양비의 지급수준은 현재 현물급여 중심의 체계에 부정적 영향을 미치지 않도록 하여야 함. 가족요양비의 급여수준 향상으로 인해 부적절한 가족요양비 지급사례가 증가하지 않도록 하여야 할 것임.
 - － 가족요양비의 급여수준은 급여한도액의 30%까지 확대, 가족요양비의 성격을 가족 요양에 대한 위로비라고 볼때, 현재 가족요양보호사의 급여수준과 균형을 이루도록 함.
- 가족요양비 수급 노인의 보호 상태 점검 기제 마련
 - － 가족 요양비 수급자의 경우 정기적인 기능상태 및 보호 실태에 대한 점검 의무화
 - － 노인의 기능상태 및 보호 실태에 대한 점검은 방문간호기관을 통해 점검을 의무화(분기별 1회)
 - － 방문간호사는 점검실태를 해당 공단에 보고, 적절한 보호가 이루어지지 않는다고 판단할 경우 타 서비스의 이용으로 전환

□ 장기요양돌봄 가족의 휴가제 도입

- 장기요양을 필요로 하는 가족원을 돌보기를 희망하는 근로자에 대해 휴가가 가능하도록 제도화

- 고용보험법에서 65세 이상 가족을 보호하기 위해 휴직을 희망하는 경우 1년 미만의 휴직을 보장하도록 함.

제5절 사회복지재정 • 통계부문

과제 9 복지재정의 적정화 및 재원조달

가. 현안과 쟁점

- 우리나라의 공공사회복지지출은 2010년 기준 9.18%로, OECD 평균 (19.24%, 2007년 기준)에 비해 상대적으로 낮은 수준임.
- 경제수준이 유사한 국가들에 비해 공공사회복지지출이 상대적으로 낮음.
 - 1인당GDP 수준이 우리와 가장 유사한 그리스의 공공사회복지지출은 2.8배 차이
 - 국민부담율 수준이 유사한 미국과 일본에 비해서도 우리의 공공사회복지지출은 1/2수준임.
 - 복지레짐별 국가들의 공공사회복지지출의 편차는 상대적으로 감소하였으나 여전히 격차는 존재함.
 - 스웨덴과 독일에 비해 영국, 미국, 일본의 지출 수준이 상대적으로 낮음.

〈표 4-65〉 OECD 주요국가의 경제현황과 공공사회복지지출(2007)

(단위: \$, %, GDP 대비 %)

구분	스웨덴	독일	영국	미국	일본	그리스	한국
1인당GDP	50,559	40,405	46,331	46,278	34,095	27,241	21,590
경제성장률	3.31	3.27	3.63	1.91	2.19	3.00	5.11
재정수지	3.58	0.23	-2.80	-2.91	-2.09	-6.78	4.66
국가채무	49.33	65.56	47.17	66.96	162.42	115.41	28.72
국민부담율	47.4	36.0	36.0	27.9	28.3	31.8	26.5
공공사회복지지출	27.30	25.16	20.54	16.20	18.70	21.33	7.57 (9.18)

주 : 경제성장률, 재정수지, 국가채무, 공공사회복지지출은 GDP 대비 비율임; 한국()은 2010년 추계 결과임.

자료 : OECD Stats. National Accounts; Social Expenditure; Revenue Statistics; 한국의 2010년 공공사회복지지출은 고경환 외(2011).

□ 동일한 경제 상황에서도 우리나라의 공공사회복지지출 수준이 현저히 낮음을 알 수 있음.

○ 소득 2만불 진입 시점에서 대부분의 주요 선진국들은 20% 내외의 공공사회복지지출을 투자함.

- 소득 2만불 기준 공공사회복지지출은 스웨덴(29.6%)과 독일(23.7%)에서 가장 높고, 일본(11.4%)과 미국(13.1%)이 가장 낮음.
- 최근 소득 2만불 시대에 진입한 그리스는 국민부담율이 상대적으로 높고, 고령화율이 매우 높은 반면, 재정수지가 가장 열악함. 그러나 공공사회복지지출은 스웨덴과 독일 뒤를 이어 세 번째로 높음.
- 우리나라는 2007년에 소득 2만불 시대에 진입하였으나 이 시기 다른 국가에 비해서 공공사회복지지출이 현저히 낮으며, 국민부담율도 상대적으로 낮은 편이나, 재정수지는 건전하고 고령화율도 상대적으로 낮은 편.

○ 소득 3만불 진입시점에서 주요 선진국들의 공공사회복지지출은 다소 증가

- 소득의 증가에 따라 모든 국가에서 공공사회복지지출이 증가하였으나 공공사회복지지출의 증가가 반드시 국민부담율의 증가와 연계되지 않음(스웨덴과 독일, 일본에서는 국민부담율이 오히려 감소).
- 소득 2만불 진입 시점과 3만불 진입 시점을 비교하면 고령화율은 큰 차이가 없음(단, 예외적으로 독일 3.3%, 일본은 1.9% 수준의 차이가 있음).

〈표 4-66〉 소득2만불과 3만불 시점의 경제상황 비교

(단위: US\$, % of GDP, %)

	1인당 GDP \$20,000	SOCX Public	국민 부담 율	재정 수지	고령 화율	1인당 GDP \$30,000	SOCX Public	국민 부담 율	재정 수지	고령 화율
스웨덴	1987	29.6	52.1	3.3	17.7	1996	31.6	49.4	-3.3	17.5
독일	1991	23.7	36.0	-2.8	15.0	2004	27.1	35.0	-3.8	18.3
영국	1996	19.6	33.9	-4.2	15.9	2003	19.8	34.3	-3.7	16.0
미국	1988	13.1	26.4	-3.7	12.3	1997	14.8	28.7	-0.9	12.6
일본	1988	11.4	29.5	0.5	11.2	1992	12.1	27.0	0.6	13.1
그리스	2004	19.9	31.2	-7.4	18.0	2008	21.3 ¹⁾	31.5	-7.8	18.6
한국	2007	7.5	26.5	4.7	9.9					

주: OECD SOCX의 가장 최근 데이터는 2007년이므로 그리스의 2008년 공공사회복지지출은 2007년 데이터임.
자료: OECD stat; GDP per capita는 IMF 기준임.

□ 우리의 공공사회복지지출 증가 속도는 매우 빠르며, 지속적인 증가가 예상됨.

- 1990년대 연평균증가율 9%, 2000년대 6.7%로 비교대상국 가운데 가장 높음.
- 고령화의 영향으로 노령과 보건부문 지출의 증가가 예상됨

〈표 4-67〉 OECD 주요국가의 공공사회복지지출 연평균증가율

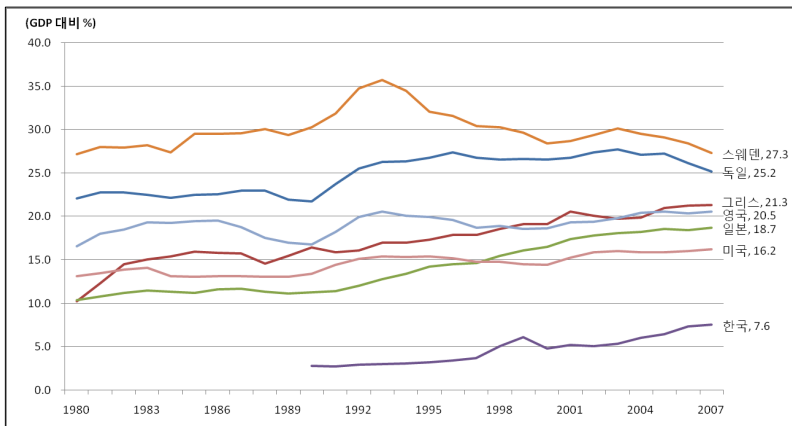
(단위: %)

구분	1980년대	1990년대	2000년대	1980-2007	1990-2007
스웨덴	0.9	-0.2	-0.6	0.0	-0.6
독일	-0.1	2.3	-0.8	0.5	0.9
영국	0.3	1.1	1.4	0.8	1.2
미국	-0.1	0.8	1.6	0.8	1.1
일본	0.7	4.0	1.8	2.2	3.0
그리스	4.7	1.7	1.5	2.8	1.5
한국	-	9.0	6.7		6.0

주 : 한국은 1990년부터 사회복지지출 자료 제출
자료 : OECD Stats. Social Expenditure.

- 대부분의 선진국들은 이미 사회보험의 성숙과 복지개혁 등을 통해 복지재정을 안정적으로 운용하고 있어 연평균 증가속도는 상대적으로 낮음.
 - 스웨덴과 독일은 보편적 복지제도를 운용하나 복지재정을 효과적으로 통제
 - 그리스와 일본, 우리나라의 복지지출은 지속적으로 증가. 특히 그리스의 재정 위기와 일본의 장기 불황은 우리나라 복지재정의 지속가능성에 대한 검토를 촉구

[그림 4-37] OECD 주요국가의 공공사회복지지출 추이(1980~2007)



자료 : OECD Stats. Social Expenditure.

□ 공공사회복지지출의 기능별 지출 형태를 통해 국가별 복지재정의 투자전략을 살펴보면,

- 세대를 기준으로 살펴볼 경우 과거세대(노인)에 대한 투자 우선 국가와 미래세대(유아 및 가족)에 대한 투자 우선 국가로 구분할 수 있음.
 - 그리스와 일본, 스웨덴, 독일 등은 노령과 유족, 근로무능력에 대한 투자가 50%를 초과하고 있음(그리스 60.5%, 일본 58.2%, 스웨덴 53.3%, 독일 50.1%).

- 영국과 스웨덴은 미래세대에 대한 투자 우선순위를 제안하면서, 가족부문에 대한 지출을 증가시키고 있음. 우리나라(2010) 역시 가족에 대한 지출이 최근 급격히 증가(영국 15.79%, 스웨덴 12.28%, 한국 8.82%(2010))
- 최근 고용과 복지를 연계하면서 적극적인 사회정책을 펼친 국가들과 소득의 상실에 대한 소극적인 지출 투자 국가로 구분할 수 있으나 그 격차는 거의 없음.
- 스웨덴과 영국은 고용과 복지를 연계한 대표적인 국가이며, 우리나라 역시 지난 정권 때 고용과 복지의 연계에 방점을 두었음. 이들 국가에서는 적극적 노동시장정책이 실업급여보다 투자우선순위가 높았음.
- 독일과 미국, 그리스는 노동시장 이탈에 대한 소득보장에 방점

〈표 4-68〉 OECD 주요국가의 기능별 공공사회복지지출(2007)

(단위: GDP 대비 %)

구분	노령	유족	근로 무능력	보건	가족	ALMP	실업	주거	기타	전체
스웨덴	8.98 (32.90)	0.54 (1.98)	5.02 (18.40)	6.58 (24.09)	3.35 (12.28)	1.10 (4.02)	0.67 (2.44)	0.47 (1.73)	0.59 (2.17)	27.30 (100)
독일	8.65 (34.39)	2.06 (8.20)	1.89 (7.50)	7.85 (31.18)	1.83 (7.28)	0.72 (2.87)	1.38 (5.5)	0.61 (2.41)	0.17 (0.68)	25.16 (100)
영국	5.77 (28.07)	0.14 (0.68)	2.44 (11.89)	6.84 (33.27)	3.24 (15.79)	0.32 (1.55)	0.20 (0.99)	1.43 (6.96)	0.17 (0.81)	20.54 (100)
미국	5.30 (32.74)	0.70 (4.32)	1.31 (8.08)	7.24 (44.67)	0.66 (4.06)	0.11 (0.70)	0.33 (2.06)	-	0.55 (3.38)	16.20 (100)
일본	8.79 (46.98)	1.30 (6.94)	0.79 (4.23)	6.30 (33.69)	0.79 (4.23)	0.16 (0.87)	0.31 (1.65)	-	0.26 (1.41)	18.70 (100)
그리스	10.02 (46.96)	2.00 (9.37)	0.89 (4.16)	5.86 (27.46)	1.09 (5.09)	0.17 (0.81)	0.46 (2.16)	0.46 (2.17)	0.39 (1.82)	21.33 (100)
한국	1.61 (21.29)	0.25 (3.34)	0.55 (7.28)	3.50 (46.24)	0.50 (6.59)	0.13 (1.72)	0.25 (3.30)	-	0.77 (10.23)	7.57 (100)
한국 (2010)	2.1 (22.88)	0.26 (2.83)	0.51 (5.56)	4.12 (44.88)	0.81 (8.82)	0.38 (4.14)	0.31 (3.38)	-	0.68 (7.41)	9.18 (100)

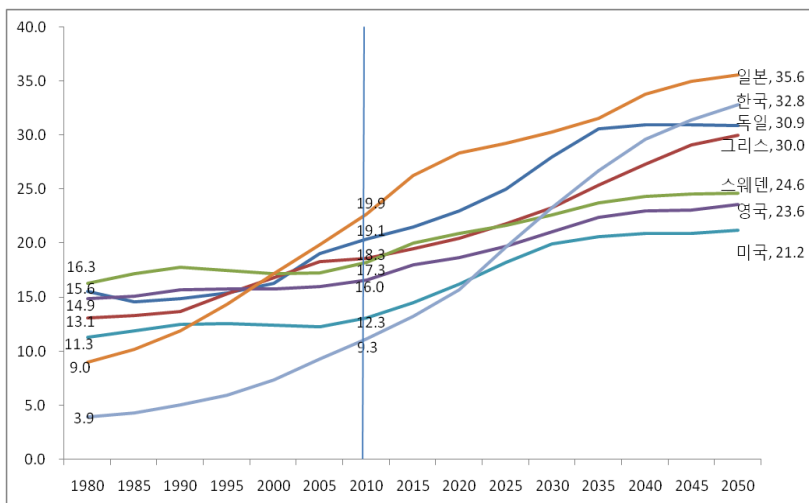
주 : ()는 구성비를 나타냄.

자료 : OECD Stats. Social Expenditure.

□ 향후 우리나라의 복지재정 역시 인구구조적인 이유로 증가할 것으로 예상된다.

○ 우리나라의 노인인구비율은 9.3%(2010)로 상대적으로 낮은 편이나 증가속도가 매우 가파른 관계로 2050년 32.8%로 예상되고 있음.

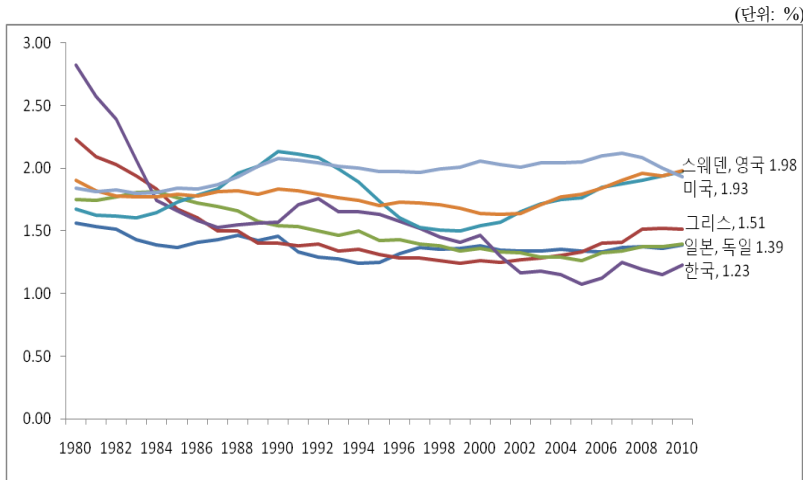
[그림 4-38] OECD 주요국가의 노인인구비율 추이(1980~2050)



자료 : UN(2011). World Population Prospects : The 2010 Revision Population Database.

○ 반면에 우리나라의 합계출산율은 가파르게 감소하였으나 최근 다소 상승세임.

[그림 4-39] OECD 주요국가의 합계출산율 추이(1980~2010)



자료 : List of OECD Statistical offices: <http://stats.oecd.org/source/>

□ 저출산·고령화의 영향은 공적연금의 성숙과 연계하여 노령지출의 증가를 야기할 뿐만 아니라 건강한 고령화의 영향으로 보건의료지출의 증가를 야기함.

○ 국민연금의 저기여-고급여의 구조적 문제로 급여지출이 본격화 될 경우 상당한 부담으로 작용할 전망

— 실질금리하락과 저출산·고령화로 인해 고갈 시점이 2060년에서 2053년으로 더 앞당겨질 것으로 전망(국회예산정책처, 2012)

○ 이미 연금개혁을 통해 소득 대체율을 낮추어 재정을 통제하고자 시도하고 있으나 연금 본래의 노후소득보장의 정책 목표 달성에는 한계가 있음.

— 가입기간 40년 기준 2028년 국민연금의 실질 소득 대체율은 40%이나 실제 평균 가입기간이 27년에 불과하므로 향후 국민연금의 실질 소득 대체율은 25.8%~ 30.7%(보험연구원, 2011)

〈표 4-69〉 OECD 주요국가의 공적연금 기여율

(단위: %)

구분	연금기여율(총소득대비%)							소득대체율			
	1994	1999	2004	2007	2009	근로자	고용주	중위 소득	소득배수		
									0.5	1	1.5
스웨덴	19.1	15.1	18.9	18.9	18.9	7	11.9	58.4 (3.1)	72.9 (3.9)	58.4 (3.1)	72.1 (3.8)
독일	19.2	19.7	19.5	19.9	19.9	9.95	9.95	42 (2.1)	42 (2.1)	42 (2.1)	42 (2.1)
영국	-	-	-	-	-	-	-	37	53.8	31.9	22.6
미국	12.4	12.4	12.4	12.4	12.4	6.2	6.2	42.3 (3.4)	51.7 (4.2)	39.4 (3.2)	35.3 (2.8)
일본	16.5	17.4	13.9	14.6	15.35	7.675	7.675	36.3 (2.4)	47.9 (3.1)	34.5 (2.2)	30 (2.0)
그리스	20	20	20	20	20	6.67	13.33	95.7 (4.8)	95.7 (4.8)	95.7 (4.8)	95.7 (4.8)
한국	6	9	9	9	9	4.5	4.5	46.9 (5.2)	64.1 (7.1)	42.1 (4.7)	31.9 (3.5)

주 : 영국은 분리된 공적연금 기여율 자료 없음; 괄호는 2009년 기준 연금기여율 대비 소득대체율로 단순계산한 수익률임.
 자료 : OECD(2011). Pensions at a Glance 2011: Retirement-income Systems in OECD and G20 Countries
 에서 재구성.

○ 고령화 사회에 접어들면서 만성질환 등 노인의료비가 지속적으로 증가하고 있으며, 노인인구의 의료이용도 증가추세임.

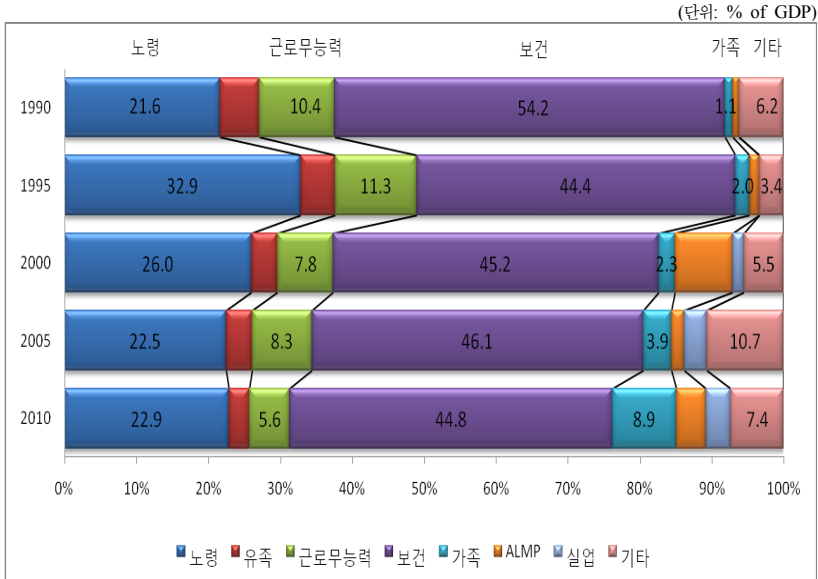
— 2011년 기준 건강보험 총 진료비 중 노인의료비 지출은 33.3%(15조 3천768억원)로 전년 대비 8.8% 증가, 2002년부터 지난 10년간 평균 16.9% 증가(건강보험주요통계, 2012)

— 65세 이상 노인 1인당 월평균 진료비는 2002년 9만4천405원에서 2011년 24만7천166원으로 2.6배 증가(건강보험주요통계, 2012)

나. 정책성과 평가

□ 우리나라 공공사회복지지출을 구성비로 살펴보면, 노령과 보건 부문의 구성비는 상대적으로 감소한 반면 가족과 기타부문의 구성비는 꾸준히 증가

[그림 4-40] 우리나라 공공사회복지지출 구성비 추이



자료 : OECD Stats; 고경환 외(2011)

○ 노령부문과 가족부문, 기타영역의 구성비 증가

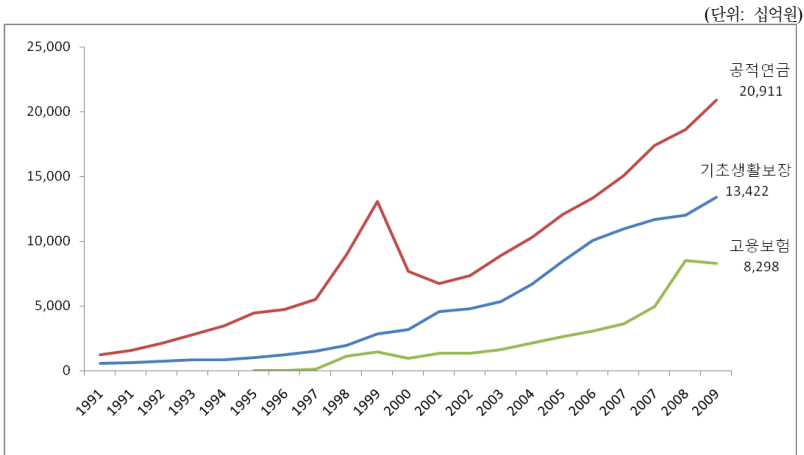
- 노령부문의 급격한 증가에도 불구하고 구성비는 다소 감소 그러나 2008년 이후 완전노령연금수급자가 배출된 관계로 향후 급격한 증가를 보일 것으로 예상됨.
- 가족부문은 최근 급격한 증가를 보이고 있는데 특히 영유아를 대상으로 하는 보육지출의 증가와 밀접한 관련이 있음.
- 기타영역은 2000년 국민기초생활보장제도의 도입과 함께 지속적으로 증가하였으며, 2008년 금융위기 이후 차상위층까지 지원을 확대하면서 최근 급격한 증가를 보임.

○ 근로무능력관련급여, 유족부문, 보건부문 구성비 감소

- 장애인연금제도의 도입 등에도 불구하고 근로무능력관련급여의 구성비는 감소하였음. 또한 유족부문의 지출은 과거에 비해 지출 수준이 상당히 감소한 것으로 나타나고 있음.

- 보건부문 역시 노령부문 지출과 마찬가지로 지출액의 급격한 증가에도 불구하고 구성비는 다소 감소하는 것으로 나타남. 그러나 1995년 이후 보건부문 지출의 증가를 고려할 때 건강보험과 국고지원의 지출 증가에 대한 재정검토가 필요함.
- 1차안전망인 사회보험이 빈곤으로의 추락을 사전예방하고, 기초생활보장 제도는 사후적보호기능과 빈곤탈피의 2차안전망으로 작동
 - 두 차례의 경제위기에서 사회보험제도와 기초생활보장제도는 사회안전망으로 작동

[그림 4-41] 경제위기와 사회보장제도



주 : 1) 1997 외환위기
 2) 2008 글로벌 금융위기
 3) 기초생활보장에는 의료급여 등이 포함된 금액임.
 자료 : 고경환 외(2011)

□ 4대 사회보험과 노인장기요양보험제도의 도입 및 발전

- 사회보험제도는 질병, 노령, 실업, 장애, 사망 등 사회적 위험에 직면하여 소득 손실(중단 또는 현저한 감소)이 발생하거나 또는 추가비용 발생으로 인한 지출 증가로 기존의 생활을 유지하기 어렵거나 기본적인 생활유지를 할 수 없을 때 이전의 생활을 유지할 수 있도록 작동

하는 1차적 사회안전망

- 제도도입이래 그동안의 외적 팽창을 통해 사회적 위험에 대한 포괄성(법·제도적 사각지대)은 일정 수준 달성하였으나 제도의 미성숙과 사회 환경 변화의 공존으로 사회구성원への 적용에서 보편성 측면(행정적 사각지대)은 미흡한 부분이 존재

〈표 4-70〉 사회보험의 포괄성

(단위: 천명)

구분	국민연금			건강보험			노인장기요양보험			
	전체 인구	가입자 수	수급자 수	의료보장 인구	가입자 수	급여액	65세 인구	신청자 수	판정자 수	수급자 수
1999	46,617	16,262	1,255	46,821	45,184	7,886	-	-	-	-
2000	47,008	16,210	934	47,466	45,896	9,042	-	-	-	-
2001	47,357	16,278	956	47,882	46,379	13,165	-	-	-	-
2002	47,622	16,499	1,059	48,080	46,659	13,670	-	-	-	-
2003	47,859	17,182	1,177	48,557	47,103	15,028	-	-	-	-
2004	48,039	17,070	1,542	48,901	47,372	16,429	-	-	-	-
2005	48,138	17,124	1,767	49,154	47,392	18,366	-	-	-	-
2006	48,297	17,740	1,996	49,238	47,410	21,439	-	-	-	-
2007	48,456	18,267	2,257	49,672	47,820	24,575	-	-	-	-
2008	48,606	18,335	2,534	50,001	48,160	26,380	5,086	356	265	150
2009	48,747	18,624	2,787	50,291	48,614	29,970	5,286	522	322	291
2010	48,875	19,229	2,992	50,581	48,907	33,796	5,449	622	338	349
2011	49,779	19,886	3,185	50,909	49,299	36,056	5,645	617	478	360

자료 : 국민연금 통계연보, 각년도; 건강보험 통계연보, 각년도; 노인장기요양보험 통계연보, 각년도.

- 공적연금과 법정퇴직금 등이 포함된 노령부문 지출은 1990(21.6%) → 1995(32.9%) → 2000(26.0%) → 2005(22.5%) → 2010(22.9%)로 증가
- 건강보험 급여 등이 포함된 보건부문 지출은 1990(54.2%) → 1995(44.4%) → 2000(45.2%) → 2005(46.1%) → 2010(44.8%)로 감소함. 이는 과거에 다른 부문의 지출이 미미하기 때문임.

□ 소극적인 공적부조제도에서 기초생활보장제도의 도입(1999년)으로 사회 안전망 기능 강화

- 1차적 사회안전망인 사회보험의 사전적 예방에도 불구하고 빈곤으로 추락한 경우 기초생활보장제도에서 보호기능을 수행하고, 궁극적으로는 빈곤에서 탈피할 수 있도록 지원
- 제도 외형은 갖추었으나 주로 최소한의 사후적 보호기능에 치중하여 빈곤탈피효과가 미비
- 이미 빈곤으로 추락한 사회구성원의 경우 빈곤이전의 생활로 돌아가는 것이 현실적으로 매우 어렵기 때문에 예방기능을 강화할 필요
- 기초생활보장제도가 포함된 기타 영역의 구성비는 1990(6.2%) → 1995(3.4%) → 2000(5.5%) → 2005(10.7%) → 2010(7.5%)로 지속적으로 증가하다가 최근 다소 감소

□ 신사회적 위험에의 대응에 따라 사회서비스 신규 제도의 도입 및 확대

- 구사회적 위험에 대한 대응과 함께 인구구조, 가족형태, 노동시장 등 사회 환경의 변화로 새롭게 등장한 신사회적 위험에 개인 또는 가족이 담당해온 역할의 상당부분을 사회적 책임으로 인식하고 적극적인 대응이 요구되고 있음.
- 그러나 우리사회는 구사회적위험에 대한 대응체계가 완벽하게 이루어지지 않은 단계에서 신사회적 위험에 직면하여 제도의 성숙과 변화를 동시에 경험하고 있어 동시적인 대응에 상당한 부담이 있음.
- 장애인연금 등이 포함된 근로무능력관련 급여부문의 지출 증가에도 불구하고 구성비는 다소 감소: 1990(10.4%) → 1995(11.3%) → 2000(7.8%) → 2005(8.3%) → 2010(5.6%)
- 저출산으로 인한 출산장려정책과 한자녀 가족의 증가로 인한 자녀교육에의 욕구가 증가함에 따라 가족부문의 지출 급증: 1990(1.1%) → 1995(2.0%) → 2000(2.3%) → 2005(3.9%) → 2010(8.9%)

〈표 4-71〉 신사회적 위험에 대응한 사회서비스 부문 지출

(단위 : 십억원)

구분	2008	2009	2010
재가서비스 ¹⁾	4,745	5,014	1,436
장애인연금(2010)	-	-	221
근로장려세제(2009)	-	454	434
아동발달계좌(2007)	10	10	10
문화·여행·체육바우처 ²⁾	-	-	9

주 : () 는 도입연도임.

- 1) 재가서비스는 노인돌봄종합서비스사업, 장애인활동지원사업, 산모/신생아도우미사업, 지역사회서비스투자사업, 가사간병방문사업, 장애아동재활치료사업, 언어발달지원사업 등이 포함
- 2) 문화바우처 사업은 2005년부터 2010년까지 시범 사업으로 시행되다가 2011년부터 전국으로 전면 확대; 여행바우처는 2005년 7월부터 2006년까지 시행되다가 한시적 폐지후 2010년 재개되었으며, 2011년에 들어서 다시 기준이 재조정되어 시행되고 있음; 스포츠바우처는 2009년부터 2011년까지 시범사업을 마치고 2012년부터는 본격 시행.

자료 : 고경환 외(2011); 보건복지부 홈페이지.

다. 추진방향 및 향후 과제

9-1

2017년 우리나라 복지재정의 적정수준

1) 연구방법

□ 우리나라와 유사한 여건에 놓여있을 시점에서의 OECD 국가들의 복지재정의 수준과 재원부담수준을 비교하여 우리나라의 적절한 수준을 탐색하는 방법을 취함.

- 유사한 여건이란 곧 복지재정을 결정하는 여건 혹은 요인이며, 복지재정의 결정요인으로 소득수준, 고령화율, 국민부담률, 복지제도 성숙도, 복지이념(복지국가유형의 선택)을 선택함.

○ 첫 번째 접근방법으로 소득수준에 따른 복지재정수준을 비교함.

- 먼저 한국의 2010년 소득수준(1인당 GDP) 20,540불을 기준으로 2만불대에 도달한 시기의 OECD 국가들의 복지재정수준(‘공공사

회복지지출의 대GDP 비중')을 비교함.

- 다음으로 한국이 2017년에 예상되는 소득수준의 전망치 3만불을 기준으로 3만불대에 도달한 시기의 OECD 국가들의 복지재정수준을 비교하여 한국의 복지재정 목표를 가늠함.¹⁹⁾

○ 둘째, 고령화 수준에 따른 복지재정수준을 비교함.

- 먼저 한국의 2010년 고령화율 10.9%를 기준으로 고령화율 10.9%에 도달한 시기의 OECD 국가들의 복지재정수준을 비교함.
- 다음으로 한국의 2017년 고령화율 전망 14.0%를 기준으로 고령화율 14.0%에 도달한 시기의 OECD 국가들의 복지재정수준을 비교함.

○ 셋째, 소득수준과 고령화율 수준에 따른 복지지출수준을 비교하면서 복지국가의 유형을 북구형, 대륙형, 영미형으로 분류하여 유형별로 복지재정수준을 비교하여 특징을 찾아내고 한국이 지향해야 할 방향을 모색함.

- 영미형은 조세조달방식의 영미형 국가와 사회보험방식의 영미형 국가로 구분

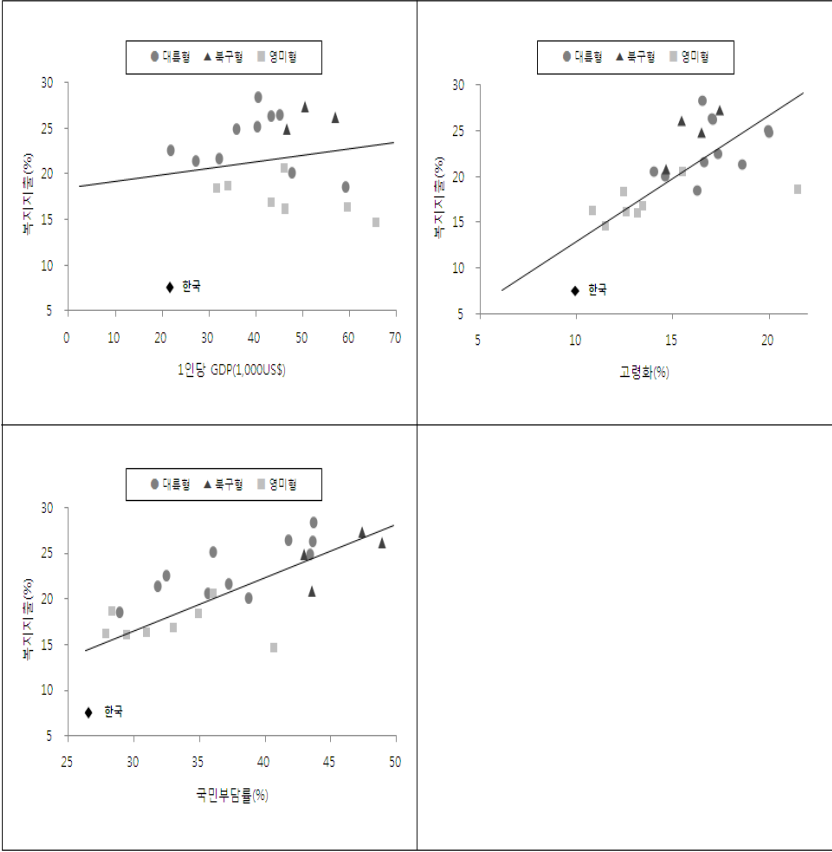
○ 넷째, 복지재정의 부담수준(조세부담률, 사회보장부담율)을 비교함.

- 복지국가 유형별로 복지재정 부담을 비교하여 향후의 복지투자의 방향을 제시함.

□ 이상의 가정을 근거로 종합적으로 소득수준, 고령화율, 복지가념(복지국가유형), 복지제도의 성숙도(‘연금성숙도’)를 고려하여 적정 복지재정수준을 제시하고, 복지재정의 부담수준을 제안하고자 함.

19) 2010년 1인당 GDP 20,540불을 기준한 연 5.5%의 성장이 실현될 경우 2017년 3만불에 도달할 것으로 전망함.

[그림 4-42] OECD국가들의 공공복지지출수준과 부담능력, 복지수요와의 관계(GDP % 기준) : 1인당 GDP, 고령화수준, 국민부담률



주: 1) R^2 : 1인당GDP = 0.004, 고령화수준 = 0.476, 국민부담률 = 0.565
2) $\text{공공사회복지지출} = -5.059 + (-0.018) * 1\text{인당GDP} + 0.709 * \text{고령화수준} + 0.433 * \text{국민부담률}$ (6.050), $R^2=0.757$, ()는 t값을 나타냄.
3) 2010년 한국의 기대복지지출(실제지출은 9.18%) = $-5.059 + (-0.018) * 2.1 + 0.709 * 10.9 + 0.433 * 25.07 = 13.49$
4) 기준연도는 2007년임.
자료: OECD SOCX database.
OECD GDP per head.
OECD Revenue Statistics-Comparative tables.
OECD Population.

- OECD 국가와의 비교에서 연금제도의 성숙도를 고려하는 이유는 우리나라가 국민연금제도를 늦게 도입하여 아직 성숙기에 들어서지 못하였으므로 연금제도가 성숙한 다른 국가들과 복지재정수준을 평면적으로 비교하는 것은 이치에 맞지 않다는 지적들이 있기 때문이다.
 - － 따라서 연금제도가 성숙되는 시점에서의 연금지출을 계산하여, 동연금지출을 가산한 복지재정지출을 비교하는 방법을 사용함.
- 여기서 복지재정지출은 ‘공공사회복지지출’을 의미함.
- 복지재정지출 분석의 기초자료는 OECD의 Social Expenditure 자료를 이용함.
- 복지재정에 영향을 미치는 가장 결정적인 요소들의 관계를 살펴보면 소득수준, 고령화수준, 국민부담율이 높을수록 복지재정지출 수준이 높아지는 관계에 있는 것으로 나타남.
 - － 그러나 동일한 소득수준이라도 복지국가 유형이 상당히 큰 영향을 미치고 있음.
- 한국의 2010년 공공복지지출은 9.18% 이지만 횡단면 회귀분석에 의하면 13.49%로 추정되어 유사한 여건 수준대의 국가군에 비해서도 낮은 것으로 나타남.

2) 소득수준에 따른 복지재정수준의 비교

- 소득 2만불 대(2010년 기준)에 도달한 시점에서의 OECD 국가들의 복지재정수준을 비교하면 한국은 OECD 평균의 46.6% 수준에 해당
 - 한국의 GDP 대비 공공복지지출은 9.18%, OECD평균은 19.7%
 - － 그러나 한국은 국민연금제도의 도입이 늦어 아직 연금지출이 본격화되지 않았으므로 연금제도가 성숙된 국가들과 비교하기에는 무리가 있음.
 - － 따라서 공적연금의 성숙을 감안한 한국의 공공복지지출은 GDP대

비 12.38%로 추정되며, 여전히 OECD 평균의 63% 수준

- 영미형 국가군(평균 15.0%)과 비교해도 한국의 복지 지출 수준은 낮은 편(82.5%)

○ 한국의 국민부담율 수준은 OECD 평균의 69%, 영미형 국가군의 81% 수준

- 한국의 공공복지지출 수준에 비해 국민부담율 수준은 높은 편이며, 이는 국민부담의 지출구조를 조정하여 복지 부문에 더 많은 재원을 투입해야 함을 의미
- 또한 공공복지재정지출이 높을수록 국민부담율이 높아지는 관계로 볼 때 향후 국민부담은 그것이 조세든 사회보험료이든 복지의 확대 정도에 달려 있음을 시사
- 복지 확대에 따라 국민 부담이 증가하지 않으면 국가부채가 증가할 수밖에 없음.

〈표 4-72〉 소득 2만불시기의 복지국가유형별 복지재정 수준

(단위: GDP 대비 비율 %)

구분	연 도	조세 부담률	사회보장 부담률	국민 부담률	공공 복지지출
OECD 평균	1986-2006	28.1	8.4	36.5	19.7
북구형1)	1986-1988	38.6	8.5	47.1	23.5
대륙형2)	1987-2006	24.2	12.6	36.8	22.2
영미형	1986-2003	27.1	3.8	30.9	15.0
영미형13)	1986-2003	29.7	2.2	31.9	16.0
영미형23)	1987-1996	22.8	6.5	29.3	13.2
한 국 (2010)	2010	19.35	5.72	25.07	9.18 (12.38) ⁴⁾

주: 1) 북구형은 덴마크, 핀란드, 노르웨이, 스웨덴이 포함됨.

2) 대륙형은 오스트리아, 벨기에, 프랑스, 독일, 그리스, 이탈리아, 룩셈부르크, 포르투갈, 스페인이 포함됨.

3) 영미형 1 은 tax-financing 중심의 국가군이며(영국, 호주, 뉴질랜드, 캐나다, 아이슬랜드), 영미형 2는 social insurance financing 중심의 국가군임(아일랜드, 미국, 일본)

4) 한국 ()는 공적연금의 성숙을 감안한 공공사회지출 수준임(연금성숙기를 2030년으로 가정하면, 2030년의 공적연금지출 규모는 GDP 대비 5.4%로 전망되며, 2010년의 공적연금지출은 GDP 대비 2.2%임(윤석명 외, 2006: 183). 공적연금 성숙도 반영분은 3.2%p로 볼 수 있음. 따라서 9.18%에 3.2%p를 추가한 12.38%가 다른 국가와 비교 가능한 수치임).

자료: OECD SOCX database; OECD Revenue Statistics-Comparative tables.

- 소득 3만불대(한국 2017년)에 한국의 공공복지지출 수준은 현행 증가추세를 유지하고 앞으로 복지확충 노력이 지속적으로 이루어진다면 12.5%로 전망됨.
 - 이 수준은 OECD평균 21.9%의 57% 수준
 - － 이는 2010년의 46.6% 수준에 비해서는 증가할 것이나 여전히 낮은 수준에 머물 것으로 예상됨.
 - － 그러나 공적연금의 성숙을 감안한 한국의 공공복지지출은 GDP대비 15.7%로 전망되는데, 영미형 국가군의 평균(16.1%)에 거의 근접할 것으로 보임.
- 현행 한국복지제도를 성숙시키는 것으로 가정할 때, 2017년 국민부담율은 28.39%가 되어야 함. 이 때 공공복지지출의 3.32%p²⁰⁾ 상승분을 부채를 통하지 않고 국민이 부담한다고 가정한 것임.
 - 2017년 국민부담율은 영미형의 평균에 가깝게 접근
 - － 2010년 국민부담율은 25.07%(조세부담율 19.35%, 사회보장부담율 5.72%)
 - 국민부담율 28.39%를 조세부담과 사회보장부담으로 어떻게 배분할 것인가?
 - － 조세부담율을 현행대로(19.35%) 유지한다면, 사회보장부담율은 5.72%에서 9.04%로 인상되어야 함. 따라서 대부분의 복지재정 부담이 건강보험, 연금보험, 장기요양보험과 같은 사회보험에서 부담이 불가피할 것으로 보임.
 - － 조세로 부담해야 하는 사회서비스 부문이 급증하고 있어 세출구조 조정만으로는 충분히 재원을 확보하기 어렵기 때문에 조세부담율 인상 또한 불가피함. 2017년 까지 조세부담율을 20.3% 까지 인상할 것을 가정

20) 2010년 공공사회복지지출(GDP 대비 9.18%)과 2017년 전망치(GDP 대비 12.5%)와 차이임.

〈표 4-73〉 소득 3만불 시기의 복지국가 유형별 복지재정 수준

구 분	조세부담률	사회보장 부담률	국민부담률	공공복지지출
OECD평균	28.5	8.7	37.2	21.9
복구형	36.2	9.1	45.3	28.2
대륙형	25.8	13.1	39.0	24.9
영미형	27.2	4.1	31.4	16.1
영미형11)	30.7	2.8	33.5	17.4
영미형21)	21.5	6.4	27.8	14.0
한국(목표) (2017)	20.35	8.04	28.39	12.5 ²⁾ (15.7) ²⁾

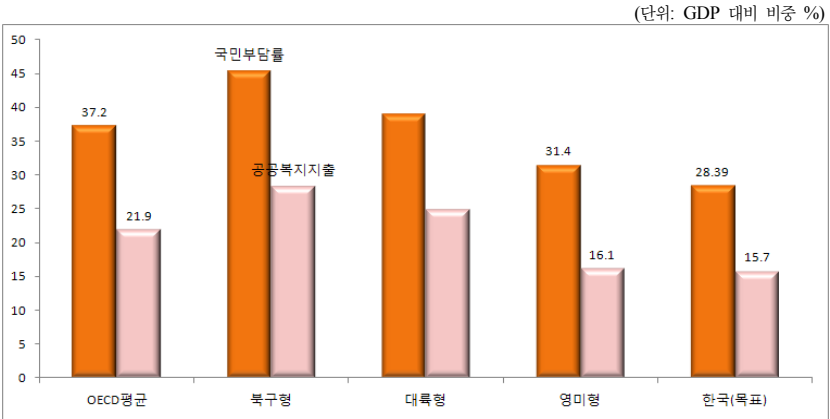
주 1) 영미형 1 은 tax-financing 중심의 국가군이며(영국, 호주, 뉴질랜드, 캐나다, 아이슬랜드), 영미형 2는 social insurance financing 중심의 국가군(아일랜드, 미국, 일본)임.

2) 한국(목표)의 공공복지지출은 보사연의 전망치이며, ()는 공적연금성숙을 감안한 공공복지지출임.

자료: OECD SOCX database.

OECD Revenue Statistics-Comparative tables.

〔그림 4-43〕 소득 3만불의 국민부담률과 공공복지재정 비교



주: 한국은 연금제도 성숙을 가정했을 경우의 3.2%p를 가산한 15.7% 임.

3) 고령화 수준에 따른 복지재정수준 비교

□ 고령화율 10.9%에 도달한 2010년의 한국의 복지재정수준은 9.18%

○ 영미형 5개 국가는 1980년 후반과 1990년 초에 비슷한 고령화 수준에 도달하여 복지재정수준이 평균 15.11%

- 우리의 복지재정수준은 영미형 국가의 61% 수준
- 그러나 연금 성숙도를 감안하면 한국의 복지재정수준은 12.38%가 되어 영미형 국가에 거의 근접(82%)
- 참고로 OECD 국가들이 고령화를 10.9%에 도달한 시기는 북구형과 대륙형 모두 1960-1970년대
 - 불행히도 OECD 복지재정자료(‘OECD SOCX’)는 1980년 이후에 공표되어 북구형과 대륙형 국가들의 공공복지지출을 비교할 수 없는 실정

〈표 4-74〉 고령화를 10.9% 시기의 OECD 국가의 복지재정수준

(단위: GDP 대비 비율 %)

		연도	고령화율	조세 부담률 (a)	사회보장 부담률 (b)	국민 부담률 (a+b)	공공복지지출
영미형	평 균	1988-1993	11.02	28.88	3.02	31.90	15.11
	호 주	1989	10.98	27.72	0.00	27.72	11.63
	캐나다	1988	10.93	29.28	4.39	33.67	16.36
	뉴질랜드	1989	11.03	37.58	0.00	37.58	21.14
	아이슬랜드	1993	10.92	28.57	2.49	31.06	15.05
	일 본	1988	11.23	21.23	8.23	29.46	11.35
한 국		2010	10.9	19.35	5.72	25.07	9.18(12.38)

주: 1) ()내는 연금 성숙도를 감안할 때의 지출수준 임.

2) 대륙형과 북구형 국가들이 고령화를 10.9%에 도달한 시기는 1960-1977년으로 이 당시의 복지재정자료는 OECD가 제공하지 않음.

자료: OECD SOCX database.

OECD Revenue Statistics-Comparative tables.

OECD Population.

- 고령화를 14.0%에 도달하는 2017년에 한국의 복지재정수준은 12.5%로 전망
- OECD 8개국은 1990년경에 유사한 고령화율에 도달하였으며, 복지재정수준은 19.87%

- 그러나 연금성숙도를 감안한 한국의 복지수준은 15.7%로써 OECD 평균에 약간 못 미치나 일본(1994년)의 지출수준 보다 높게 나타남.
- － 다만 OECD 국가 중 북구형과 영미형의 대표적인 국가들이 빠져 있어 비교의 준거로 삼기에는 한계가 있음.

〈표 4-75〉 고령화를 14.0% 시기의 OECD 국가의 복지재정수준

		(단위: GDP 대비 비율 %)					
		연도	고령화율	조세 부담율(a)	사회보장 부담율 (b)	국민 부담율 (a+b)	공공복지지출
북구형	핀란드	1994	14.01	31.9	14.8	46.7	32.64
	평 균	1988-1995	14.13	23.0	11.3	34.3	19.78
대륙형	프랑스	1990	14.03	23.5	18.5	42.0	24.87
	그리스	1992	14.27	19.5	7.6	27.1	16.09
	이탈리아	1988	14.15	23.9	11.9	35.8	21.02
	룩셈부르크	1995	14.01	27.3	9.8	37.1	20.76
	포르투갈	1992	14.06	22.3	7.6	29.9	14.11
	스페인	1992	14.27	21.5	12.3	33.8	21.84
	캐나다	2010	14.13	26.2	4.8	31.0	19.30
영미형	일본	1994	14.06	17.7	8.4	26.1	13.40
OECD 평균		1988-2010	14.11	23.4	10.2	33.5	19.87
한 국		2017	14.0	20.35	8.4	28.39	12.5(15.7)

주: 1) 자료의 제약상 1980년 이후에 고령화를 14.0%에 도달한 국가들만 선택하였음.
2) 영미형국가인 호주, 뉴질랜드, 아이슬랜드, 아일랜드, 미국의 고령화를 14.0%는 2012년 이후임.
3) 한국 ()내는 연금성숙도를 감안한 값임.
자료: OECD SOCX database. OECD Revenue Statistics-Comparative tables. OECD Population.

4) 적정수준 및 적정구조의 탐색

□ 우리나라의 복지재정 적정수준의 목표는 OECD의 평균이 하나의 준거가 될 수도 있지만 우리의 경제적 부담능력, 복지국가의 이념 지향을 감안 하여 단계적으로 접근해야 함.

- 한국인의 복지 지향은 복구형 국가책임의 보편적 복지와 영미형 자유주의적 잔여형 복지를 모두 취하고 있음.
 - － 근래에 복구형은 국가의 개입을 점차 줄여나가는 개혁을 단행하고 있는 반면에 영미형은 잔여형에서 보편형을 지향하려는 개혁의 동향을 보임으로써 상호 접근하는 추세에 있음.
- 2017년 소득 3만불 시대의 공공복지재정 전망치는 12.5%, 연금성숙도를 합산하면 최대 15.7%로 OECD 평균(21.9%)에는 못 미치나, 영미형 평균(16.1%)에 근접
 - － 2017년의 고령화 수준에 비추어 복지수준을 비교하면, OECD평균(19.87%)에 비해 낮은 수준
 - － 영미형은 2012년까지 고령화율 14.0%수준에 도달하지 않음.
- 이상과 같이 복지재정수준을 비교함에 있어서 모두가 동의할 수 있는 기준을 만들기는 쉽지 않으나, 한국은 현행 증가추세를 유지하고 앞으로 복지확충 노력이 이루어진다면 2017년에는 소득3만불의 영미형 수준 또는 고령화율 14.0%의 OECD국가평균에 가까운 수준으로 접근

〈표 4-76〉 소득수준, 고령화수준, 복지유형을 고려한 공공복지재정수준의 종합비교

(단위: GDP 대비 %)

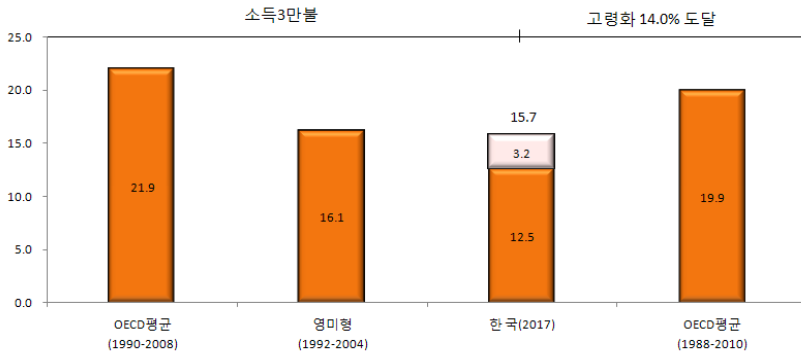
	소 득		고 령 화	
	2만불	3만불	10.9% 시점	14.0% 시점
한국	9.18(12.38) ¹⁾ / 2010	12.5(15.7) ¹⁾ / 2017	9.18(12.38) ¹⁾ / 2010	12.5(15.7) ¹⁾ / 2017
OECD 국가평균	19.7 / 1986-1995	21.9 / 1990-2008	data 없음 ²⁾	19.87 / 1988-2010
영미형	15.0 / 1986-1995	16.1 / 1992-2004	15.11 / 1988전후	적절한 data 없음
영미형 1	16.0	17.4	-	-
영미형 2	13.2	14.0	-	-

주: 1) ()는 연금성숙을 가정하였을 때의 연금재정을 가산한 복지재정수준임.

2) 복구형과 대륙형 공히 1960-1970년대

3) 3만불 도달시 OECD 영미형 중에서 tax financing 국가군은 18.5%, social insurance financing 국가군은 14.1%

[그림 4-44] 공공복지재정의 적정수준 탐색



9-2

복지재원조달 방안

9-2-1

조세재원 확보방안

1) 실태 및 근거

□ 현 정부의 감세정책으로 조세수입이 감소

○ 조세부담율: 21%(2008) → 19%(2012)

- 2008년 이후 MB정부의 감세정책: 투자촉진과 외국자본 유치를 위한 '법인세율 인하', 민생안정 및 소비기반 확충을 위한 '소득세율 인하', 불합리한 조세체계 개편 차원에서의 '종합부동산세 개선' 등
- 2008~2012년 감세액은 총 29조 1000억 원이며, 이는 지방재정 수입 감소와 연계: 법정교부세 12조 7000억, 부동산교부세 10조 3000억, 지방소득세 6조 1000억 등 감소(국회예산정책처, 2012).

□ 근로소득세와 자본소득세, 담배세 등 세입 확보를 위한 다양한 방안들이 논의

- 우리나라의 경우 근로소득세를 포함한 직접세의 비중이 외국과 비교해 다소 낮음.
 - 우리나라 소득세수의 GDP 탄력성은 1.3(200~2009년 기준), GDP 증가율 이상으로 세입이 증대하는 것으로 나타남.
 - 소득세 최고세율 2%p 인하를 유예하고 과세표준 1.5억 원 이상 구간에 대한 40% 세율구간을 신설하는 경우 세수증대효과는 약 1조4천억 원~1조 6천억 원으로 추정(최성은, 2012; 안종석 외, 2010; 국회예산정책처, 2010).
- 개인에 대한 상장주식양도차익 및 파생금융상품에 대한 양도세 등이 부재하여 기타 금융 자산과의 수평적 형평성 문제 제기
 - OECD 국가의 경우 다수가 상장주식양도차익에 대하여 과세
 - 안종석 외(2010)는 2009년도 시가총액기준으로 유가증권시장과 코스닥시장에 대하여 상장주식의 양도차익을 분리과세하고 이자소득세율인 14% 세율을 적용하는 경우 추가적 세수입은 약 19조원으로 추정하고 있음.
- 파생금융상품에 대한 거래세 신설
 - 정부가 2016년부터 코스피 200 주가지수 선물의 경우 거래금액의 0.001%, 옵션은 0.01%를 세금으로 부과하는 방안을 발표(2012년 10월 8일 머니투데이)
 - 파생금융상품에 대해 거래세를 부과하여 거래량이 감소한다고 해도 연간 1,437억 원의 세수효과가 있음(국회예산정책처, 2012)

2) 해외 동향

- 독일은 1990년 통일 이후 급격한 공공사회복지지출의 증가를 보이는데, 이는 동독지역 주민을 위한 사회보장제도의 적용에 따른 것임(전병목 외, 2011:131)

- 1990~1993년 공공사회복지지출의 급등 시기동안 국민부담을 상당히 증가
 - － 법인세 및 개인소득세에 대한 사회연대 부가세(Solidarity Surcharge) 부과, 사회보장기여율 인상, 유류세 및 소비세 인상 등 시행
- 스웨덴은 1991년 조세개혁을 단행하였으나 공공사회복지지출의 증가는 재정적자와 연계되었음.
 - 그러나 1993년 연금개혁을 시작으로 하는 복지개혁과 2000년대 이후 보건의료개혁을 통해 공공사회복지지출의 증가분에도 불구하고 흑자로 전환하였음.
 - 전통적으로 국민부담율이 높았던 스웨덴은 1993년(54.9%) 이후 지속적으로 국민부담율을 50%이하로 통제하고 있음.
- 주요 국가들의 GDP 대비 조세 세입의 비중을 살펴보면, 대부분의 국가에서 직접세의 비중이 높은 반면 그리스와 우리나라는 간접세의 비중이 상대적으로 높은 것으로 나타남.

〈표 4-77〉 GDP대비 세입비중(2008년)

OECD국가	직접세/(직접세+간접세)	간접세/(직접세+간접세)
스웨덴	60%	40%
독일	50%	50%
영국	60%	40%
그리스	40%	60%
일본	70%	30%
한국	50%	50%
미국	70%	30%

주: 1) Revenue Statistics의 세부항목을 기준으로 작성한 것임.

2) ()는 총세입부담에 대한 비중임.

자료: OECD Stats. Revenue Statistics의 항목임.

- 주요 국가들의 소득세를 격차는 큰 반면, 법인세의 격차는 상대적으로 적음.

- 우리나라는 소득세의 최저세율과 최고세율의 차이가 큰 편이며, 이는 미국, 일본, 그리스, 독일과 유사함. 반면에 스웨덴과 영국은 소득세의 최저-최고세율의 격차 적음
- 대부분의 국가에서 법인세는 20~30% 내외 수준으로 나타남. 특히 독일에서 법인세율이 낮은 편이며 우리나라도 상당히 낮은 수준임.

〈표 4-78〉 OECD 주요 국가의 세율비교(2010년 기준)

국가	소득세		법인세	소비세	근로자사회보장기여		고용주사회보장기여	
	최저	최고			최저	최고	최저	최고
스웨덴	20.00	25.00	26.3	25.0	7		31.42	
독일	14.00	45.00	15.0	19.0	11.35	20.71	11.35	19.56
영국	40.00	50.00	28.0	17.5	1	11	12.8	
그리스	18.00	45.00	24.0	19.0	16		28.06	
일본	10.00	40.00	30.0	5.0	0.4	12.175	0.83	12.605
한국	15.00	35.00	22.0	10.0	3.11	4.5	5.31	9.81
미국	15.00	35.00	35.0	18.0	1.45	6.2	1.45	13.85

주: 단, 한국 사회보장기여 근로자의 최저는 고용보험과 건강보험의 합임. 최고는 국민연금납부비율임.
 자료: OECD Tax Database.

9-2-2

사회보험료 확대방안

1) 실태 및 근거

□ 사회보험이 전 국민 대상으로 확대되면서 보험료 외의 국고 의존도가 높아짐(최성은, 2012).

- 역사적으로 사회보험료 증가의 필요성이 있을 때는 보험료 인상이나, 보험료 상한선 철폐 등의 방식이 고려되며, 국가세입에서 적자 등의 부족분을 충당하는 등 국가세입의 지원도 강화됨.
- 국민연금 및 특수직역연금, 건강보험, 노인장기요양보험, 산재 및 고

용보험 등 사회보험료로 재정수지를 맞추고 국고지원은 최소화하는 것이 바람직

- 2008년 도입된 노인장기요양보험의 경우 2012년 국민건강보험공단의 노인장기요양보험지출 예산은 약 3.2조원에 이르고 이 중 국고지원분은 약 4,879억원인 것으로 나타남(2011년 건강보험통계).
- 문제는 건강보험과 노인장기요양보험의 경우 지출측면의 도덕적 해이 현상에 따른 비효율성이 내재되어 있다는 점
- 또한 급속한 고령화로 인한 노인인구의 증가는 보험료의 인상과 더불어 국고지원으로 인한 재정압박도 더해질 것으로 전망됨.

〈표 4-79〉 건강보험의 국고지원

(단위: 백만원)

회계구분	'08예산	'09예산	'10예산	'11예산	'12예산
건강보험국고지원	3,002,300	3,656,585	3,798,385	4,079,422	4,343,441
공교국가부담금 보험료	458,018	520,221	520,574	567,324	604,460
차상위지원	68,875	0	0	0	0

자료: 한국보건사회연구원(2012), 2012 사회예산분석

2) 해외 동향

□ 주요 국가들의 세입 구성을 살펴보면, 총 세입 부담 중 직접세 및 간접세의 부담이 가장 높지만 사회보장기여금의 비중도 우리나라보다는 높게 나타남.

- 특히 우리나라(8.9%)는 개인이 내는 사회보장기여금이 스웨덴(5.7%)과 영국(7.4%)에 비해 다소 낮은 편임. 문제는 이들 국가에서는 법인이 내는 사회보장기여금이 상당히 높게 나타나는데 반해(스웨덴 18.8%, 영국 11.0%), 우리나라는 법인이 내는 사회보장기여금이 상대적으로 낮음(9.6%)

〈표 4-80〉 주요 국가의 세입 구성(2008년)

	총세입 부담	직접세			간접세 부담	사회보장기여금				기타
		직접세 총부담	개인 총부담	법인 총부담		총가담	개인	법인	자영업자	
스웨덴	46.3 (100)	16.8 (36.3)	13.8 (29.8)	3.0 (6.4)	12.8 (27.7)	11.5 (24.8)	2.7 (5.7)	8.7 (18.8)	0.2 (0.5)	5.2 (11.2)
독일	37.0 (100)	11.5 (31.1)	9.6 (26.0)	1.9 (5.1)	10.5 (28.5)	13.9 (37.6)	6.1 (16.6)	6.5 (17.7)	1.2 (3.4)	1.0 (2.8)
영국	35.7 (100)	14.3 (40.0)	10.7 (30.1)	3.6 (10.0)	10.3 (28.8)	6.8 (19.0)	2.6 (7.4)	3.9 (11.0)	0.2 (0.6)	4.3 (12.1)
그리스	32.6 (100)	7.3 (22.5)	4.8 (14.7)	2.5 (7.5)	11.4 (34.9)	12.2 (37.6)	4.7 (14.5)	5.7 (17.5)	1.8 (5.6)	1.6 (5.0)
일본	28.1 (100)	9.5 (33.7)	5.6 (20.0)	3.9 (13.7)	5.1 (18.0)	10.9 (38.6)	4.8 (17.2)	5.0 (17.9)	1.0 (3.6)	2.7 (9.7)
한국	26.5 (100)	8.2 (31.0)	4.0 (15.0)	4.2 (15.9)	8.4 (31.6)	5.8 (21.8)	2.4 (8.9)	2.6 (9.6)	0.9 (3.3)	4.1 (15.6)
미국	26.1 (100)	11.8 (45.2)	9.9 (38.1)	1.8 (7.1)	4.6 (17.6)	6.5 (25.1)	2.9 (11.1)	3.3 (12.6)	0.4 (1.4)	3.2 (12.1)

주: 1) Revenue Statistics의 세부항목을 기준으로 작성한 것임.

2) ()는 총세입부담에 대한 비중임.

자료: OECD Stats. Revenue Statistics.

과제 10

정보활용의 극대화를 통한 정책집단의 효율성 제고

가. 현안과 쟁점

□ 정보의 개념

- 정보와 관련된 개념은 다음과 같이 정의되고 있음(국가정보화기본법 제3조).

— "정보"란 특정 목적을 위하여 광(光) 또는 전자적 방식으로 처리되어 부호, 문자, 음성, 음향 및 영상 등으로 표현된 모든 종류의 자료 또는 지식을 말함.

— "정보화"란 정보를 생산·유통 또는 활용하여 사회 각 분야의 활동을

가능하게 하거나 그러한 활동의 효율화를 도모하는 것을 말함.

- "국가정보화"란 국가기관, 지방자치단체 및 공공기관이 정보화를 추진하거나 사회 각 분야의 활동이 효율적으로 수행될 수 있도록 정보화를 통하여 지원하는 것을 말함.
- "지식정보사회"란 정보화를 통하여 지식과 정보가 행정, 경제, 문화, 산업 등 모든 분야에서 가치를 창출하고 발전을 이끌어가는 사회를 말함.
- "정보보호"란 정보의 수집, 가공, 저장, 검색, 송신, 수신 중 발생할 수 있는 정보의 훼손, 변조, 유출 등을 방지하기 위한 관리적·기술적 수단(이하 "정보보호시스템"이라 한다)을 마련하는 것을 말함.
- "지식정보자원"이란 국가적으로 보존 및 이용 가치가 있는 자료로서 학술, 문화, 과학기술, 행정 등에 관한 디지털화된 자료나 디지털화의 필요성이 인정되는 자료를 말함.
- "정보격차"란 사회적, 경제적, 지역적 또는 신체적 여건으로 인하여 정보통신서비스에 접근하거나 정보통신서비스를 이용할 수 있는 기회에 차이가 생기는 것을 말함.

□ 우리나라는 창의적 소프트웨어, 첨단 디지털 융합 인프라, 신뢰의 정보사회, 일 잘하는 지식정부, 디지털로 잘사는 국민을 국가정보화 5대 전략 목표로 하고 있으며, 보건복지부는 다음과 같이 기관의 전략목표와 성과목표를 설정하였음.

〈표 4-81〉 보건복지부 전략목표와 성과목표

국가정보화 5대 전략목표	기관의 전략목표(정보화)	기관의 성과목표(정보화)
창의적 소프트파워	○ 경제성장과 함께하는 보건복지	○ 보건의료산업을 신성장동력으로 육성 ○ 의료제도 혁신으로 의료서비스 산업의 경쟁력 강화
첨단 디지털 융합 인프라	○ 평생복지 안전망을 확충하여 국민의 기본 생활보장 ○ 경제성장과 함께하는 보건복지	○ 수요자중심의 서비스 전달체계 개편 및 민간자원 활성화 ○ 보건의료산업을 신성장동력으로 육성
신뢰의 정보사회	○ 평생복지 안전망을 확충하여 국민의 기본 생활보장	○ 수요자중심의 서비스 전달체계 개편 및 민간자원 활성화
일 잘하는 지식정부	○ 평생복지 안전망을 확충하여 국민의 기본 생활보장 ○ 예방형·맞춤형 정책으로 국민의 건강 보장 ○ 미래에 대비하는 인구·고령화 및 가족정책을 통해 지속발전가능 사회 구현	○ 장애인의 소득보장과 사회참여 기회 확대로 삶의 질 개선 ○ 건강보험 재정안정을 통한 제도의 지속 가능성 제고 ○ 영유아의 건강한 성장발달지원을 위한 수요자 중심 보육정책 추진
디지털로 잘사는 국민	○ 경제성장과 함께하는 보건복지	○ 보건의료산업을 신성장동력으로 육성 ○ 의료제도 혁신으로 의료서비스 산업의 경쟁력 강화

□ 우리나라는 1987년부터 시작된 국가기간전산망사업계획을 시작으로 초고속정보통신기반구축, 제1~3차 정보화촉진기본계획, 전자정부 11대 과제, Broadband IT KOREA VISION 2007, 전자정부 로드맵, u-KOREA 기본계획, 국가정보화 기본계획 등 국가정보화 계획을 추진하였음.

〈표 4-82〉 역대 국가정보화 기본계획 현황

정보화 정책명	핵심내용
국가기간전산망사업계획 (1987~1996년)	• 5대 전산망(행정, 국방, 공안, 금융, 교육연구) 구축 • 제1차(1987~1991)와 제2차(1992~1996) 구분 • 업무별(주민, 부동산, 자동차, 고용, 경제통계, 통관 등) 추진방식
초고속정보통신기반 구축 (1995~2005년)	• 초고속망 구축 어플리케이션 및 기술 개발 등 병행 • 주요지역 광케이블 구축 조기달성 추진 • 정부의 선도적 투자와 민간 참여를 효과적으로 결합
제1차 정보화촉진기본계획 (1996~2000년)	• 교육, 행정 등 10대 중점과제 선정 • 초고속 정보통신기반 구축, 정보통신사업 육성 등 포함 • 기본계획에 의거 분야별로 시행계획 수립·추진
제2차 정보화촉진기본계획 Cyber KOREA 21 (1999~2002년)	• 창조적 지식기반국가의 비전과 전략 • 2002년까지의 목표, 중점 추진과제 설정 • 정보인프라 구축, 신산업 육성 및 고용창출 병행, 정보화 교육을 통한 수요 기반 확대 추진
제3차 정보화촉진기본계획 e-KOREA VISION 2006 (2002~2006년)	• 인터넷 보급·확산 등 양적 확충단계를 넘어서 생산성 제고 등 성과 중심의 정보화 추진 • 전 국민, 전 산업·정부의 생산성 제고 • 인프라 고도화, IT산업의 일류화, 국제협력 강화
전자정부 11대 과제	• 전자민원 G4C, 시군구행정정보시스템, 4대보험 연계시스템 등
Broadband IT KOREA VISION 2007 (제3차 수정계획, 2003~2007년)	• 세계 최고 수준의 열린 전자정부 구현으로 행정서비스의 혁신 및 효율성·투명성 향상 • 산업 정보화 촉진을 통한 국가경쟁력 강화 • 광대역통합망 구축 및 IT 신성장 동력의 전략적 육성
전자정부 로드맵	• 일하는 방식 혁신 분야 11개 과제 추진 • 대국민 서비스 혁신 분야 14개 과제 추진 • 정보자원 혁신 분야 5개 과제 추진 • 법·제도 정비 분야 1개 과제 추진
u-KOREA 기본계획 (제3차 연동계획, 2006~2010년)	• 세계 최고 수준의 u-인프라 위에 세계 최초의 u-사회 실현을 통해 선진한국 건설 • 유비쿼터스 사회 기반 위에서 국민 모두가 혜택받는 사회 실현 • 융·복합 및 연계가 용이한 기술개발 지원, 자생력 있는 생태적 산업 기반 제공
국가정보화 기본계획 (2008~2012년)	• 창의와 신뢰의 선진 지식정보사회 실현 • 창의적 소프트파워, 첨단 디지털 융합 인프라, 신뢰의 정보사회, 일 잘하는 지식정부, 디지털로 잘 사는 국민 등 5대 목표 설정

자료: 2011 국가정보화백서, 행정안전부, 2011

□ 한국의 국가 보건의료정보화 사업 추진

- 보건·의료부문의 정보화는 “보건기관 통합정보시스템 구축”, “독거노인 응급안전돌봄 시스템”, “응급의료통합정보망 구축”, “의약품관리 종합정보센터” 등의 정보화사업이 추진되고 있음.

□ 한국의 국가 복지정보화 사업 추진

- 사회복지부문의 접근성, 형평성, 그리고 효과성 등을 제고하기 위해 “사회복지통합관리망”, “보육통합정보시스템”, “e-하늘 장사종합정보시스템”, “전자바우처통합정보시스템” 등의 정보화를 추진하였음.

□ 우리나라의 정보화

- 정보기술의 급속한 발전으로 국민들의 정보화인식이 확산되면서 사회 모든 분야에서 정보화가 진전되고, 보건·복지 분야에서는 정보화가 국가경쟁력 강화와 국민의 삶의 질을 향상시키기 위한 수단으로서 기관별 분야별 정보화가 추진됨.
- 보건복지정보화가 분야별로 진행되고, 개인정보보호로 인해 조직간 정보 공동 활용에 어려움이 있음.
- 또한 분야별 행정의 편의성 증진 차원에서 추진된 정보화는 관련 통계의 체계적인 제공, 정보의 체계적인 제공 등을 통한 적극적인 정책 활용은 아직 미흡한 실정임.
- 병원 관련정보는 의료진의 환자진료 지원 및 환자치료에 대한 성과평가를 위하여, 병원경영 지원 및 평가를 위하여, 환자를 포함한 소비자의 편의 및 건강증진을 위하여, 의학교육 및 연구를 위하여, 보험관련 업무처리를 위하여, 국가단위의 필요정보 산출을 위하여 가공되어 생산되고 있음.
 - 병원에는 환자 개인의 인적 및 진료, 의료시설 및 장비, 의료서비스, 병원 경영 등에 관련된 수많은 정보가 수집되고 가공되며 처리되는 곳으로 써 정보에 대한 의존도가 높을 뿐 아니라 정보생산자와 이용자가 분리되어 있음.

- 이러한 과정이 이용자의 충분하고 총체적인 의견수렴과 검토 없이 개별 병원마다의 정보생산과 산출은 이용자의 충분한 만족을 이끌어 내지 못하여 결국 국가차원의 비효율을 초래하고 있음.
- 이용자의 요구를 충족시킬 수 있는 필요정보를 파악하여 이에 대한 수집, 가공, 산출방안의 제시가 필요함.

□ 정보화 현황 및 문제점

- 각 분야에서의 정보화가 표준화 없이 진행되어 상호 정보교환이 어려워 보다 효율적인 정보교환 등이 어려움.
- 의료기관에서는 의료기관별로 정보화가 이루어져 표준화에 따른 추가적인 비용 등으로 인해 상호 정보교류가 가능한 시스템으로의 전환을 어렵게 하고 있음.
- 약국에서도 의약품 관리를 위해 다양한 시스템(Pharm Manager 2000(PM 2000), @Pharm 등)이 개발되고 규모에 따라 각기 적합한 시스템을 이용함에 따라 정보의 통합 이용이 어렵게 하고 있음.

나. 정책성과 평가

□ 우리나라 정보화 관련 강점

- 우리나라는 정보화의 기반인 인터넷 이용률이 빠르게 증가하였음.
 - 인터넷이용률은 2001년 56.6%에서 2005년에는 72.8%로 그리고 2011년에는 78.0%로 증가하였음.
 - 초고속인터넷 가입자는 2002년 10,405천명에서 2005년 12,190천명으로 그리고 2011년에는 17860천명으로 증가하였음.
- 전년대비 증가율은 2002년에는 33.3%가 증가하여 큰 폭의 증가를 보였고, 이후에도 2.3~15.2%의 증가율을 보였음.
- 100명당 가입자 수는 2002년 21.8명에서 2005년에는 25.4명으로 그리고 2011년에는 36.6명으로 증가하였음. 많은 이용자가 가구단위로

이용하는 점을 감안한다면 가입가구율은 매우 높을 것으로 예상됨.

- 이와 같이 인터넷 이용률의 증가와 특히 초고속인터넷가입자의 증가는 정보화에 있어서 우리나라가 어느 나라보다 빠르게 성장하고 있고 이의 활용도 선도적으로 앞서가고 있음을 알 수 있음.
- 2011년에 인터넷 이용목적은 자료 및 정보획득이 92.2%, 여가활동 87.9%, 커뮤니케이션 87.9%, 인터넷 구매 및 판매 58.4%, 교육학습 50.6%로 인터넷 이용자의 대부분은 자료 및 정보획득을 위해 인터넷을 이용하고 있고, 여가활동이나 커뮤니케이션을 위해 이용하는 경우도 90%에 근접하여 우리나라에서의 인터넷 이용은 생활화되어 있으며, 이를 통해 정보를 얻고 여가활동을 보내고, 커뮤니케이션을 하고 있음을 알 수 있음.
- 그러나 많은 사람들이 정보를 TV를 통하여 가장 많이 얻고 있으며, 그 다음이 인터넷인 것으로 나타났다.
- 우리나라의 스마트폰 가입자는 2011년 3월에 1,000만명을 돌파하였고, 2012년 8월에는 3,000만 명을 넘어 스마트폰 가입자는 빠른 속도로 증가하여 스마트폰이 새로운 정보 전달매체로 자리 잡고 있음. 따라서 이를 적극적으로 활용한 정책집행의 효율성 제고 방안 마련이 요구됨.

□ 정보기반 구축이외의 개선문제

- 기관별 시스템간 낮은 호환성, 공동 활용을 통한 비용 절감 미흡, 불건전 사이버문화의 사회문제화, 해킹·개인정보 유출 등 정보보호문제의 지속발생

□ 우리나라 정보지수의 향상

- 정보화 지수는 통신망·광통신망 등과 정보기기(컴퓨터 등), 통신기기, TV 등의 설비지표, 국제전화·텔렉스 등과 인터넷, 무선호출 등의 이용지표, 통신관련 투자논문 중사자 연구원 등의 정보화 지원지표 등을 종합적으로 수치화한 것임.

- 국제정보화지수에는 전자정부발전지수, 온라인참여지수, 세계경제포럼(WEF), 네트워크 준비지수, 국제경영개발원(IMD)의 국가경쟁력지수의 기술 인프라 부문 등이 있음.
- UN에서 발표하는 전자정부 발전지수는 2010년에 우리나라가 1위(192개국 조사)이고, 2위는 미국, 3위는 캐나다, 4위는 영국이었으며, 일본은 17위였음.
- UN에서 발표하는 온라인 참여지수는 2010년에 우리나라가 1위(192개국 조사)이고 2위는 호주, 3위 스페인 4위는 영국이 차지하였으며, 일본은 6위를 차지하였음.
- 국제통신연합(ITU)에서 발표하는 ICT 발전지수는 2010년에 우리나라가 3위(159개국 조사)이고, 1위는 스웨덴, 2위는 룩셈부르크이며, 일본은 8위였음.
- 세계경제포럼(WEF)에서 발표한 네트워크 준비지수는 2011년에 우리나라가 10위(138개국 조사)였으며, 1위는 스웨덴, 2위는 싱가포르, 3위는 핀란드이며, 일본은 19위였음.
- 국제경영개발원(IMD)에서 발표하는 국가경쟁력지수 기술준비도 부문에서 우리나라는 2010년에 19위(139개국 조사)였으며, 1위는 스웨덴, 2위는 룩셈부르크, 3위는 네덜란드의 순이었으며, 일본은 28위를 차지하였음.
- 국제경영개발원(IMD)에서 발표하는 국가경쟁력지수 기술인프라 부문에서 우리나라는 2011년에 14위(59개국 조사)였으며, 1위는 홍콩, 2위는 미국, 3위는 싱가포르의 순이었으며, 일본은 26위를 차지하였음.

〈표 4-83〉 인터넷이용률

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
인터넷 이용률	56.6	59.4	65.5	70.2	72.8	74.1	75.5	76.5	77.2	77.8	78.0

(단위: %)

자료: 방송통신위원회 및 한국인터넷진흥원, 인터넷이용실태조사(국가승인통계제12005호)

〈표 4-84〉 초고속 인터넷가입자

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
가입자수	10,405	11,178	11,921	12,190	14,043	14,710	15,475	16,349	17,224	17,860
전년대비 증감율	33.3	7.4	6.6	2.3	15.2	4.7	5.2	5.6	5.1	3.7
100명당 가입자수	21.8	23.3	24.7	25.4	29.1	30.4	31.8	33.5	35.3	36.6

(단위: 천명, %, 명)

자료: 방송통신위원회(통신사업자보고자료)

□ 복지서비스 지식정보화의 진전

- 2002년 복지서비스 지식정보화 비전 중 대상을 정책 및 행정담당으로 한 지식정보화 전략은 의사결정 지원 커뮤니티 구축, 행정업무의 온라인 처리 체계 구축, 복지행정 시스템 확대 운영 등에 두고 정책 과정 및 행정의 효율화를 목표로 하였음.
- 보건·복지 분야에서는 그 동안 많은 분야에서 정보화가 진행되고 있었고, 새로운 분야로 확대해 나가고 있음.
 - 사회복지 통합관리망, 사회복지시설정보시스템, 장기요양 부당청구 방지 연계시스템, 국민연금정보시스템 등 복지서비스 지식정보화에 진전이 있었음.

□ 보건복지정보의 통합관리를 위한 전담조직 설립

- 보건복지정보의 통합관리를 위한 보건복지정보개발원 설립 운영
- 한국보건복지정보개발원은 다음과 같은 목적을 가지고 설립되었음.
 - 「사회복지사업법」 제2조, 제6조의3 및 제33조의7의 규정에 의하여 사회복지업무의 전자화를 위한 정보시스템의 구축운영과 복지

서비스이용권 사업 및 기타 각종 사회서비스 사업 등을 체계적으로 수행

- － 「보건의료기본법」 제53조, 제54조, 제56조 및 제57조에 따른 보건의료정보화를 촉진하기 위한 사업을 수행함으로써 보건복지 업무를 원활하게 수행할 수 있도록 지원

- 한국보건복지정보개발원은 다음과 같은 주요 기능을 수행함.

- － 보건·복지 분야 정보시스템 통합 운영·관리

- 사회복지 통합관리망(행복e음), 사회복지시설정보시스템, 보건기관통합정보시스템 등

- － 사회·보육서비스사업의 통합 관리

- － 보건·복지 분야 정보화 지원

- 공공민간의 보건·복지 분야 정보화 지원, 정보화 수요조사, 정보화 표준마련

- － 보건복지 정책 개발지원

- 보건·복지 분야 각종 통계 생산·조사 분석 및 제공, 신규정책 도입영향 및 기존 정책효과 평가

- － 고객 지원 및 품질 관리

- － 보건·복지 분야 대국민 포털 운영, 정보시스템의 개인정보 보호 및 정보보안

○ 보건복지사업 통계 산출현황

- － 사회복지 통합관리망, 보건기관통합정보시스템, 사회복지시설정보시스템, 보육통합정보시스템, 전자바우처정보시스템 등을 활용 관련 통계를 생산

- 정보화를 통해 얻어진 정보로부터 각종 보건복지통계를 산출하고 그 활용도를 높이기 위해 노력하고 있으나 아직 활성화되지는 못하였음.

다. 추진방향 및 향후과제

10-1

보건복지정보활용을 위한 법제도 정비

1) 실태 및 근거

□ 통계법

- 통계법 제32조에서 “통계응답자의 성실응답의무”를 다음과 같이 명시하고 있음.
 - － 통계응답자는 통계의 작성에 관한 사무에 종사하는 자로부터 통계의 작성을 목적으로 하는 질문 또는 자료제출 등의 요구를 받은 때에는 신뢰성 있는 통계가 작성될 수 있도록 조사사항에 대하여 성실하게 응답하여야 함.

□ 국가정보화기본법

- 국가정보화기본법 제2조 기본이념을 다음과 같이 명시하고 있음.
 - － 이 법은 국가정보화의 추진을 통하여 인간의 존엄을 바탕으로 사회적, 윤리적 가치가 조화를 이루는 지식정보사회를 실현하고 이를 지속적으로 발전시키는 것을 기본이념으로 함.
- 제4조 국가정보화 추진의 기본원칙에서는 다음과 같이 명시하고 있음.
 - － ① 국가와 지방자치단체는 제2조에 따른 기본이념을 고려하여 국가정보화 추진을 위한 시책을 수립·시행하여야 함.
 - － ③ 국가와 지방자치단체는 국가정보화 추진 과정에서 정보화의 역기능을 방지하기 위한 정보보호, 개인정보 보호 등의 대책을 마련하여야 함.

□ 개인정보보호법

- 개인정보보호법 제2조 정의에서 개인정보 등을 다음과 같이 명시하고

있음.

- “개인정보”란 살아 있는 개인에 관한 정보로서 성명, 주민등록번호 및 영상 등을 통하여 개인을 알아볼 수 있는 정보(해당 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없더라도 다른 정보와 쉽게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함한다)를 말함.

○ 개인정보보호법 제3조 개인정보보호원칙 중 관련 사항은 다음과 같이 명시하고 있음.

- ① 개인정보처리자는 개인정보의 처리 목적을 명확하게 하여야 하고 그 목적에 필요한 범위에서 최소한의 개인정보만을 적법하고 정당하게 수집하여야 함.

(개인정보보호법 제2조 5항 “개인정보처리자”란 업무를 목적으로 개인정보파일을 운용하기 위하여 스스로 또는 다른 사람을 통하여 개인정보를 처리하는 공공기관, 법인, 단체 및 개인 등을 말함)

- ② 개인정보처리자는 개인정보의 처리 목적에 필요한 범위에서 적법하게 개인정보를 처리하여야 하며, 그 목적 외의 용도로 활용하여서는 아니 됨.
- ④ 개인정보처리자는 개인정보의 처리 방법 및 종류 등에 따라 정보주체의 권리가 침해받을 가능성과 그 위험 정도를 고려하여 개인정보를 안전하게 관리하여야 함.

□ 사회보장기본법

○ 사회보장기본법 제32조에서 사회보장통계와 관련 다음과 같이 명시하고 있음.

- ① 국가와 지방자치단체는 효과적인 사회보장정책의 수립·시행을 위하여 사회보장에 관한 통계(이하“사회보장통계”라 한다)를 작성·관리하여야 함.
- ② 관계 중앙행정기관의 장과 지방자치단체의 장은 소관 사회보장

통계를 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 제출하여야 함.

- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 제출된 사회보장통계를 종합하여 위원회에 제출하여야 함.
- ④ 사회보장통계의 작성·관리에 필요한 사항은 대통령령으로 정함.

□ 사회복지사업법

○ 사회복지사업법 제6조의 3에서 다음과 같이 명시하고 있음.

- 보건복지부장관은 제6조의2 제2항에 따른 정보시스템의 효율적 운영을 위하여 그 운영에 관한 업무를 수행하는 전담기구를 설립할 수 있음.

(제6조의 2 제2항, 보건복지부장관은 사회복지업무에 필요한 각종 자료 또는 정보의 효율적 처리와 기록 관리 업무의 전자화를 위하여 정보시스템을 구축·운영할 수 있음)

○ 한국보건복지정보개발원은 다음과 같은 목적을 갖고 설립

- 「사회복지사업법」 제2조, 제6조의3 및 제33조의7의 규정에 의하여 사회복지업무의 전자화를 위한 정보시스템의 구축·운영과 복지서비스이용권 사업 및 기타 각종 사회서비스 사업 등을 체계적으로 수행함.
- 「보건의료기본법」 제53조, 제54조, 제56조 및 제57조에 따른 보건의료정보화를 촉진하기 위한 사업을 수행함으로써 보건복지 업무를 원활하게 수행할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 함.

□ 정보화 추진에 있어서 관련법의 문제점

- 관련법을 근거로 다양한 정보화사업이 추진되고 있으나 상호 연계된 종합적인 정보화가 아닌 단일사업 위주의 정보화가 진행되고 있음.
- 점차 개인중심의 정보화가 요구되고 있으나 개인정보보호에 따른 제약으로 이의 접근은 매우 미약한 상황임.

2) 외국 동향

- 전자매체에 의한 의료상담(보건복지부문별 지식정보화 촉진계획, 2002)
 - 미국은 통신매체에 의한 의료상담을 할 수 있으며, 그러나 진단은 내릴 수 없음.
 - 영국은 전화나 이메일을 통하여 환자에게 서비스를 제공하려고 하면, 지역의사협회나 의료법률 협회에 조언을 구해야 함.
- 전자의무기록 상담
 - 미국 인디애나주나 캘리포니아주, 유타주에서는 전자기록을 수기기록과 동일한 원본으로 인정
- 원격의료
 - 미국 웨스트버지니아주에서는 환자의 진료정보는 주내에 있는 의사나 대리인이 전자적 또는 다른 방법에 의해 전송하여 다른 곳의 의사로부터 치료를 받는 원격진료 행태를 인정함.
 - 일본은 상당기간 진료를 계속 해온 만성질환자, 직접적인 대면 진료가 곤란한 경우 허용

3) 추진방향

- 개인정보보호와 정보활용을 모두 만족할 수 있는 제도적인 장치마련
 - 정보화의 효과를 높이기 위해서는 개인 중심의 정보화가 중요함. 개인 정보보호에 따른 제약을 벗어나기 위해 제한된 접근만이 가능하도록 하는 프로그램의 개발이 요구됨.
 - 관련 자료분석에 있어서도 개인정보의 상호연계로 보다 좋은 결과를 얻을 수 있으나 개인정보보호로 이의 활용이 매우 어려운 형편임.
 - 따라서 이를 담당하는 조직을 만들고 여기에서 관련된 자료를 취합 연계하고 개인정보보호에 해당하는 주민등록번호를 전환하여 제공할

수 있는 법적 제도적인 보완이 요구됨.

- 사업 중심에서 사람중심으로 정보화되고 서비스 될 수 있도록 관련법의 마련
- 정보의 많은 부문을 점유하고 있는 통계 생산을 위한 정보수집의 원활한 수행을 위한 관련법 및 제도의 정비
 - 사회보장기본법에서 사회보장통계의 작성관리에 대해 명시하고 있으며, 이의 원활한 수행을 위한 제도 및 관련 조직의 신설 혹은 보완
 - 보건복지통계의 원활한 생산 및 관리를 위한 제도 및 관련 조직의 신설 혹은 보완

4) 기대효과

- 보다 다양한 정보의 생산 및 활용이 가능할 것임.
- 개인적인 정보의 축적 활용은 보건(의료), 복지분야 뿐만 아니라 다양한 분야에서 효율적인 대응이 가능토록 할 것임.

10-2

정보의 체계적인 개발 및 수집

1) 실태 및 근거

□ 각종 보건복지사업의 정보화를 통한 효율적 정책집행 도모

○ 보건복지부는 국가정보화 정책과 연계하여 각종 사업의 정보화를 추진하고 있음.

- 기관의 성과목표인 경제성장과 함께하는 보건복지와 관련되어 보건산업통계 DB 구축, 국가 건강질병예방을 위한 지식축적 구축, 수진자 본인확인 시스템, 급여정보 분석통계시스템 구축 등을
- 평생복지 안전망을 확충하여 국민의 기본 생활보장, 경제성장과 함께하는 보건복지와 관련하여 정보시스템 이전전략 및 그린데이터 센터 구축컨설팅, 국립병원 정보화 등을
- 평생복지 안전망을 확충하여 국민의 기본 생활 보장과 관련하여 의약품관리종합정보센터 구축 및 운영, 국립마산병원 정보화, 의약품 처방조제 지원시스템 구축 및 운영 등을
- 평생복지 안전망을 확충하여 국민의 기본 생활보장, 예방형·맞춤형 정책으로 국민의 건강 보장, 미래에 대비하는 인구·고령화 및 가족정책을 통해 지속발전가능 사회 구현과 관련하여 국립공주병원 정보화, 수가협상 및 급여확대 지원시스템 구축, 보육전자바우처 운영 등을
- 경제성장과 함께하는 보건복지와 관련하여 장기요양 부담청구 방지 연계시스템구축, 보건기관 통합정보시스템 구축 및 운영, u-Health 인프라 구축 지원 등의 사업을 추진하고 있음.

□ 각종 사업의 단일 사업 중심의 정보화 수행

○ 정보화는 각 사업의 편의성과 효율성 증대를 위해 추진되어 필요 정

보를 얻기 위한 정보화에는 다소 미흡함.

- 보다 다각적인 검토를 통한 필요정보를 파악하고, 체계적인 정보 습득방안이 모색되어 진다면 보다 효율적인 정보 수집과 활용성이 높아질 것임.
- 아직까지는 단일 사업 중심의 정보화로부터 얻어지는 정보는 제한적이며, 보다 높은 활용성을 지향할 필요성이 있음.
- 정책에 필요한 각종 정보는 그 때 그 때 필요성에 따라 산출하여 활용되기 때문에 필요 정보의 파악에 많은 시간이 소요되고 예산의 낭비도 발생하게 됨.
- 담당분야 이외의 정보를 파악하는데 많은 시간이 소요되고 그 대안 마련도 어려운 실정임.
- 각종 정보는 연계성을 필요로 하는 경우도 많이 있지만 분야별 정보화 사업 추진으로 수집되는 정보도 단편적으로 활용되는 경향이 있음.

2) 외국 동향

□ 영국의 정보화 사업

- 영국은 2001년부터, 캐나다와 미국, 호주는 각각 2004년부터 국가 단위의 보건의료정보화 사업을 장기계획으로 추진
- 영국의 경우 1997년 토니 블레어 총리의 현대화 전략에 따라 전통적으로 무료로 제공되어 왔던 NHS(National Health Service)의 개선이 시작되어 지역 보건의료 정보화에 기반을 둔 국가 통합 보건의료망을 지향하며 2001년부터 2010년까지 약 11조 3000억 원을 투입하는 국가사업(NPfiT: National Programme for IT)이 진행 중
- 의료기록을 기본으로 하는 영국의 보건의료정보화는 전자의무기록의 형태로서 CPR과 EHR을 바탕으로 환자의 기록정보에 부합하는 맞춤형 치료와 인터넷 네트워킹을 통한 의료정보 전달 서비스의 제공을

목적으로 함

□ 미국의 정보화사업

○ 2004년 4월 27일 미 대통령 부시는 대통령령 13335에서 의료비절감, 의료사고 및 오진 예방, 의료서비스의 질 개선을 목적으로 10년 이내 모든 국민의 의무기록전자화를 골자로 하는 의료정보화계획을 공포

— 이에 미 정부는 2004년부터 2010년까지 100조 원 이상의 대규모 비용을 투입하는 국가 보건정보망 구축사업(NHIN: Nationwide Health Information Network)을 진행 중

— 전담 기구인 NCHIT(National Coordinator for Health Information Technology)는 전국적인 보건의료 네트워크 아키텍처 구축단 및 다양한 협력체와 함께 법제도적 문제, 운영 고려사항, 개인정보 보호를 위한 기준과 자료교환 방식, 전자건강기록 인증 방식 등의 표준 및 상호운용성 기준을 마련하고 있음.

○ 미국의 유비쿼터스 컴퓨팅을 활용한 보건, 복지 분야의 활용은 편리한 생활을 추구한다는 Easy Living에 많은 관심을 가지고 있으며, 이것은 편리한 삶의 공간을 창조하는데 유비쿼터스 컴퓨팅기술을 이용하고 있음.

— 추진 중인 사례들을 살펴보면 Easy Living 프로젝트, 테마파크에서의 노인(또는 미아) 찾기, Elite CareNN 등이 있음(이연희, 2007)

• Easy Living 프로젝트: 사람을 추적하고 시각적으로 사용자와 상호작용하는 컴퓨터 화면(Computer Vision)임. 사람의 움직임이나 음성인식을 통해 집안에서의 편안하고 독립된 생활을 가능토록 함으로써 노인들의 독자적인 집안생활을 보조하는데 커다란 역할을 할 것임.

• 테마파크에서의 노인(또는 미아) 찾기; 미국의 테마파크 「

Dolly's Splash Country」에서는 위치정보 표시, 놀이기구의 자동 예약, 무현금 쇼핑, 동행자에게 메일 전송 등 다양한 기능을 내장한 「Safe Tzone Locator」라고 불리는 손목 시계형 무선통신 단말기를 방문자에게 배포하고 있음.

- Elite CareNN; 노인들에게 최대한 자유롭고 가족적인 생활을 가능하게 하는 동시에 최대한의 간호를 보장하는 양로원과 같은 노인복지 시스템임. 엘리트 케어에는 곳곳에 보이지 않게 센서가 장착되어 있고, 노인들은 작은 위치추적 배트를 부착하고 다님으로써 노인들의 건강상태를 관리, 긴급 상황 발생 시 관리실과 연결되어 신속한 대처가 이루어지도록 하였음.

□ 일본의 정보화사업

- 일본은 2001년부터 e-Japan 전략에 따라 세계 최첨단의 IT국가가 되는 것을 목표로 해왔음. 2004년에는 「언제라도, 어디에서라도, 뭐든지, 누구라도」연결되는 유비쿼터스 사회를 목표로 u-Japan 정책으로 수정하였으며, 현재 정보통신기술의 활용을 통해 사회 및 보건, 복지 분야에서 기대가 커지고 있음.

- u-Japan 정책은 유비쿼터스(Ubiquitous), 유니버설(Universal), 유저(User-oriented), 유니크(Unique)의 “4u”를 기본이념으로 네트워크의 정비나 정보통신기술 이용방법 또는 활용방법의 개발을 진행시켜 국민의 100%가 고속 혹은 초고속 네트워크를 이용할 수 있는 「유비쿼터스 네트워크의 정비」, 국민의 80%가 정보통신기술은 과제 해결에 도움이 된다고 평가하는 사회로 만들기 위한 「ICT 활용의 고도화」, 국민의 80%가 ICT에 안심감을 얻을 수 있는 사회로 하기 위한 「이용 환경 정비」를 추진해, 2010년까지 유비쿼터스네트(UbiquitousNet) 사회로 일본을 발전시키는 것이 목표임. 특히 유비쿼터스 사회에서 고령자의 복지시스템은 멀리서 고령자 가족이 있는 곳의 주변 상황이나 고령자의 동작을 지켜볼

수 있게 되고, 노후의 불안을 해결하는 개호 복지지원시스템을 실현할 수 있을 것으로 기대하고 있다(이연희, 2007).

- 일본 총무성은 ‘유비쿼터스 아동감시시스템 구축방법’의 보급을 실시하기로 함. 2005년부터 ‘유비쿼터스 네트워크기술을 이용한 아동의 안전 확보 시스템의 관련 정보 수집’을 실시하고 이를 기반으로 2007년에 ‘유비쿼터스 기술을 이용한 어린이 안전 확보 시스템에 관한 사례’의 제시함으로써 아동의 안전에 있어서 유비쿼터스 컴퓨팅을 활용한 정책을 추진하고 있음.
- 2006년 2월부터 일본 총무성은 ‘ICT를 활용한 안전·안심한 사회 실현의 방향에 관한 조사연구회’ 개최를 기반으로 하여 2007년에는 조사 연구회의 일환으로 유비쿼터스를 활용한 고령자 안전확보 시스템에 관한 사례 발표를 통하여 유비쿼터스 컴퓨팅을 활용한 노인들에 대한 복지 정책을 추진하고 있음(한국정보화진흥원, 2007).

3) 추진방향

□ 필요정보의 파악 및 체계적인 수집

- 보건·복지 분야에서의 필요정보, 기존 정보 생산원을 체계적으로 정리하고 각 분야별 및 포괄적인 정보수집 방안을 마련함.
- 필요정보를 수집하기 위해서는 필요 정보의 표준화 및 표준화된 양식의 개발, 이에 맞는 정보의 축적이 요구됨.

4) 기대효과

- 필요정보의 체계적인 개발 및 수집으로 정책수립 및 추진 시 보다 정확한 기초자료에 근거한 효율적인 추진으로 정책목표를 보다 용이하게 달성할 수 있을 것임.

10-3

수집정보의 체계적인 관리

1) 실태 및 근거

□ 각종 수집 정보의 분산 관리에 따른 문제점

- 최근 각종 사업관련 정보는 DB를 통한 정보축적에 노력하고 있으나 부분적인 정보만 공유할 뿐 전체 DB의 체계적인 구축은 미흡한 실정임.
- 보건복지 관련 정보는 조사, 보고, 가공 등을 통하여 생산 관리되고 있지만 이들을 통합·관리하는 기능이 강화되고 있지만 아직 만족할 만한 수준은 아님.

□ 정보보호관리

- 정보보호관리 체계란 조직 자산의 안정성과 신뢰성을 향상시키기 위한 절차를 체계적으로 수립하고 문서화하여 지속적으로 관리·운영함으로써 정보의 기밀성, 무결성, 가용성을 실현하기 위한 일련의 과정과 활동에 관한 표준
- 국제 표준인 ISO27001, ISO27002, ISO13335와 한국정보보호진흥원(KISA)의 ISMS(Information Security Management System) 등 일반 조직의 자산 보호와 시스템 운영을 위한 관리 표준은 이미 마련되어 안정기에 이르렀고 또 새로운 환경에 맞추어 진화 중
- 그러나 보건의료부문은 보호대상 자체가 일반적인 정보자산보다 더욱 민감한 정보이고 조직의 프로세스도 일반 사업체와는 차별되는바 의료정보 선진국인 미국을 중심으로 보건의료분야에 특화된 정보보호관리 표준이 개발 중이며 국내에서도 이러한 연구가 시도되고 있음.

2) 외국의 동향

- 선진국에서는 수집된 정보의 체계적 관리를 위해 표준화와 안정성 확보에 주력하고 있으며, 이는 또 다른 경쟁력으로 생각하고 있음.

3) 추진방향

- 수집된 각종 정보의 활용을 극대화시키기 위해서는 체계적인 관리가 매우 중요하므로 이를 집중 관리하는 방안을 모색함.
- 또한 수집된 정보의 보호 여부에 따라 정보수집에 막대한 영향을 미치는 만큼 정보의 안전성을 확보할 수 있도록 지속적인 투자와 발전을 도모함.
- 각종 수집정보의 체계적 관리를 위한 표준화를 기하여 상호 정보교류 및 추가적인 정보 축적이 가능토록 함.

4) 기대효과

- 각종 수집 정보의 체계적 관리는 수집 정보의 활용성을 높여 정책의 효율적인 수행에 기여할 수 있을 것임.
- 수집정보의 정보보호의 강화를 통한 보다 다양한 정보제공 방안의 강구를 통한 정보의 활용성을 높일 수 있을 것임.

10-4

문화적인 정보제공 및 활용

1) 실태 및 근거

□ 인터넷 보급 현황 및 이용목적

- 우리나라 인터넷 보급률은 빠르게 증가하여 2011년에는 78.0%에 이르고 있으며, 초고속 인터넷 가입자는 2011년에 17,860천명으로 100명당 36.6명에 이르고 있음. 이와 같은 정보화 기반은 이를 통한 빠른 정보제공과 수집이 가능하게 하고 있음.
- 인터넷 이용목적은 2011년에 92.2%(중복 선택가능)가 자료 및 정보 획득을 목적으로, 87.9%는 여가활동을 목적으로 그리고 87.9%는 커뮤니케이션을 목적으로 이용하고 있어, 이를 활용한 적극적인 활용방안 모색이 요구됨.

〈표 3-85〉 인터넷 이용목적

(단위: %)						
	인터넷이용자	자료 및 정보 획득	여가활동	커뮤니케이션	인터넷 구매 및 판매	교육 학습
2010	100.0	91.6	89.1	88.4	57.7	53.4
2011	100.0	92.2	87.9	87.9	58.4	50.6

자료: 한국인터넷진흥원(인터넷이용실태조사)

□ 정보획득 경로의 다양성

- 각종 정보의 획득경로는 91.6%가 TV를 통하여 69.8%는 인터넷을 통하여 그리고 신문은 37.1%, 라디오는 10.3%로 TV나 인터넷에 대한 의존도가 높은 것으로 나타났음.
- 따라서 각종 매체의 활용은 정보를 얻기 위해 접촉이 많은 TV나 인터넷 등을 활용하는 것이 바람직함.

〈표 3-86〉 정보획득경로

	12세 이상	TV	인터넷	가족 친구 동료 등 지인	신문	라디오	(단위: %) 잡지 서적
2010	100.0	91.6	70.7	68.7	37.0	9.9	6.5
2011	100.0	91.9	69.8	68.8	37.1	10.3	6.4

자료: 한국인터넷진흥원(인터넷이용실태조사)

□ 스마트폰 보급현황 및 활용

- 우리나라의 스마트폰 가입자는 2011년 3월에 1,000만 명을 돌파하였고, 2012년 8월에는 3,000만 명을 넘어 스마트폰 가입자는 빠른 속도로 증가하여 대중화됨.
 - － 스마트폰 대중화로 스마트 라이프, 스마트워크, 스마트 정부 등의 현실화를 위해 노력하고 있음.
 - － 기존전자정부서비스는 스마트폰, 태블릿PC, 소셜네트워킹, 클라우드 컴퓨팅 등 모바일환경으로의 급속한 변화와 첨단 IT 기술의 발전을 반영하지 못하고 있어, 스마트시대로의 거대한 변화에 선제적으로 대응 하지 못하는 한계를 가지고 있었음(2011 국가정보화백서, 40).
 - － 과거에는 정부가 전자정부시스템을 구축하고 국민들이 가정이나 사무실에 있는 컴퓨터를 이용해 접속하기를 기다렸으나 현재는 스마트폰, 태블릿PC 등 컴퓨터가 탑재된 모바일 기기가 국민들의 손안에서 하루 종일 생활을 같이 하게 됨으로써, 기존전자정부서비스들도 이제 국민들이 언제 어디서나 편리하게 이용할 수 있도록 할 필요가 생겼음.

〈표 4-87〉 스마트 전자정부의 특징

구 분	유 형	기존 전자정부 (~2010)	스마트 전자정부 (2011~)
국 민	접근방법	• PC만 가능	• 스마트폰, 태블릿 PC, 스마트 TV 등 다매체
	서비스 방식	• 공급자 중심 획일적 서비스	• 개인별 맞춤형 통합서비스 • 공공정보 개방을 통해 국민이 직접 원하는 서비스 개발
	민원 신청	• 개별 신청 • 동일 서류도 복수 제출	• 회 신청으로 연관 민원 일괄 처리
	(지원금/복지 등) 수혜 방식	• 국민이 직접 자격 증명 신청	• 정부가 자격 요건 확인·지원
공무원	근무 위치	• 사무실(PC)	• 위치 무관(스마트워크 센터/모바일 오피스)
	(재난/안전 등) 일하는 방식	• 사후 복구 위주	• 사전 예방 및 예측

자료: 정보통신산업진흥원, '2010년도 IT활용촉진기반조성사업결과보고서', 2011.2

2) 외국의 동향

- 우리나라뿐만 아니라 선진외국도 정보화 기반 확충을 위해 적극적으로 노력하고 있음. 네덜란드, 덴마크, 스위스 등은 100명당 초고속인터넷 가입자 수가 우리나라 보다 높아 정보화 기반 확대에 적극적으로 노력하고 있음을 알 수 있음.

3) 추진방향

- 각종 정보의 활용 극대화를 위하여 전달매체의 효율적인 활용방안을 지속적으로 모색하고
- 사업의 홍보나 결과의 제공과 함께 개인 맞춤형 정보제공을 위한 방안 마련에 주력하여야 할 것임.

- 정보의 상호 교환 및 개인 중심의 정보 활용을 위해 각종 정보 수집 및 관리, 제공의 표준화가 이루어져야 할 것임.
- 개인 맞춤형 통합서비스를 위해 개인정보 보호 하에서 상호 정보 교환이 가능하도록 시스템이 개발되고 구축되어야 할 것임.

4) 기대효과

- 수집된 정보의 효율적 활용으로 정확한 기초자료에 근거한 정책수립 및 추진이 가능하여 정책 목표의 달성을 용이하게 함.
- 국민의 알권리 충족과 함께 정부 정책에 대한 이해를 높이고, 정책참여도를 높임.
- 개인 맞춤형 정보제공으로 국민의 보건복지향상을 통한 삶의 질 향상에 기여

참고문헌

- 강신욱, 강혜규, 김태완, 원종욱, 장영식, 정홍원, 최현수, 주영선, 임완섭, 김은빈(2012). **개정 사회보장기본법 시행과제 연구**. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 강신욱, 이현주, 손병돈, 금현섭, 김성한, 김용득, 민소영, 정희선, 이경진(2011). **복지정책의 효율적 관리방안 연구**. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 강혜규, 박수지, 정홍원, 유태균, 민동세, 이한나, 이선희, 이정은(2012). **사회서비스부문 바우처사업의 운영 실태와 개선방향**. 경제인문사회연구회·한국보건사회연구원.
- 강혜규, 박세경, 원종욱, 서문희, 김유경, 이재원, 박소현, 김은지, 김은정(2009). **아이사랑카드제도 성과관리 체계 구축 및 효과성 평가 연구**. 한국보건사회연구원.
- 고경환, 장영식, 강지원, 정형선, 최성용, 정영애(2011). **2010년도 한국의 사회복지지출추계와 OECD 국가의 보건부문 지출비교**. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 공무원연금공단(2012). **2011년 공무원연금 통계연보**
- 국민건강보험공단(각 연도). **국민건강보험통계연보**
- 국민건강보험공단(각 연도). **노인장기요양보험통계연보**

국민건강보험공단(2011). **2011 장기요양기관 평가결과 보고서**.

국민연금공단(각 연도). **국민연금통계연보**

국민연금공단 홈페이지 국민연금 월별통계(http://www.nps.or.kr/jsppage/info/resources/info_resources_03_01.jsp?cmsId=statistics_month)

국민연금공단 홈페이지(www.nps.or.kr)

국민연금재정추계위원회 · 국민연금운영개선위원회(2008). **2008 국민연금재정계산: 국민연금 장기재정추계 및 운영개선방향**.

국방부(2012). **2011년 군인연금 통계연보**

기획재정부(각 연도). 예산개요 참고자료.

기획재정부(2011). **2011년 국가경쟁력보고서**.

기획재정부(2008). **나라살림예산개요**

김문길 외(2011). **2011년 빈곤통계연보** 한국보건사회연구원.

김순호(2009). 청암재단 사건을 통해 바라본 사회복지시설의 문제점. 사회복지시설의 민주적 운영구조 마련을 위한 토론회 자료집, pp.16-21.

김인경(2012). 보육정책의 문제점과 개선방안. **KDI정책포럼**, 246, pp.1-8.

남구현(2009). 사회복지시설과 민주화. 사회복지시설의 민주적 운영구조 마련을 위한 토론회 자료집, pp.3-9

박성민 외(2011). **국민연금 중기재정전망(2012~2016)**. 국민연금연구원.

박일수, 이동현(2010). **건강보험 중·장기 재정전망 연구**. 국민건강보험 건강보험정책연구원.

박종민, 조인영 (2007). 신자유주의 정부역할에 대한 태도. 한국행정학회 동계학술대회 발표논문집(상), pp.477-494.

보건복지부(각 연도). **보건복지통계연보**

보건복지부(각 연도). **보육통계**.

보건복지부(2012). **2012년도 보육사업안내**.

보건복지부(2012). **2012년도 사회복지시설 관리안내**.

보건복지부(2012). **2012 가사간병방문서비스 사업안내**.

- 보건복지부(2012). 2012 노인돌봄서비스 사업안내.
- 보건복지부(2012). 2012 사회복지관 운영관련 업무처리 안내.
- 보건복지부(2012). 2012 장애인복지사업 안내.
- 보건복지부(2012). 2012 정신보건사업 안내.
- 보건복지부(2012). 2012 지역아동센터 사업안내.
- 보건복지부(2012). 2011 장애인활동지원 사업안내.
- 보건복지부(2011). 2011 장기요양기관 현지조사지침.
- 보건복지부(2011). 전국 지역아동센터 실태조사보고서.
- 보건복지부(2010). 2010 노인일자리사업 종합안내.
- 보건복지부(2010). 2010 정신보건사업 안내.
- 보건복지부(2009). 2009 보육사업 안내.
- 사립학교교직원연금공단(2012). 2011년 사학연금 통계연보
- 서동민 외(2012). 장기요양 중사인력 중장기 수급전망 및 대책. 국민건강보험공단
- 서문희 외(2009). 2009년 전국보육실태조사 - 가구조사 보고서. 보건복지가족부·육아정책개발센터.
- 선은애(2012). 사회복지시설의 평가제도에 관한 고찰. 토지공법연구, 56, pp.401-420.
- 세계가치관조사 홈페이지 World Value Surveys Databank (<http://www.wvsevsdb.com/wvs/WVSanalyze.jsp>)
- 신영석 외(2004). 차상위계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안. 한국보건사회연구원
- 신영석 외(2008). 건강보험료 부과체계 개선 방안 및 재원확보 방안. 한국보건사회연구원
- 신영석 외(2010). 건강보험 추가재원 확보 방안. 한국보건사회연구원 내부자료
- 신영석 외(2010). 건강보험 재정안정과 정책과제. 한국보건사회연구원 내부자료
- 신영석 외(2010). 의료보장 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원 내부자료

- 신영석 외(2010). **의료안전망 강화를 통한 서민의료복지 증진 방안**. 한나라당 정책 토론회 발제 자료
- 신영석 외(2010). 건강보험 진료비 지불제도의 개편방향, **건강포럼**, 건강보험공단.
- 신현웅, 신영석, 황도경, 윤필경(2010). **의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향**. 한국보건사회연구원.
- 여성가족부(2012). **2012 건강가정지원센터 사업안내**.
- 여성가족부(2012). **2012 다문화가족지원 사업안내**.
- 여성가족부(2011). **2011 청소년 백서**.
- 오영호 외(2011). **보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링 시스템 구축 및 운영**. 한국보건사회연구원.
- 오영호(2010). **국민의료이용접근도 제고를 위한 전문과목간 의사 수급불균형 개선방안에 관한 연구**. 한국보건사회연구원.
- 오영호, 신호성, 이상영, 김진현(2007). **보건의료 인력자원의 지역별 분포 적정성과 정책과제**. 한국보건사회연구원.
- 유희정 외(2009). **2009년 전국보육실태조사: 보육시설조사보고서**. 보건복지가족부 한국여성정책연구원.
- 유희정, 김은설, 유은영(2006). **육아지원기관의 공공성제고 방안 연구**. 육아정책연구소.
- 윤석명·신화연(2011). **국민연금 재정전망과 정책과제, 100세 대응을 위한 미래전략-인구 및 사회보험재정 전망과 과제**. 토론회 자료집.
- 이병희 외(2012). **사회보험 사각지대 해소방안 - 사회보험료 지원정책을 중심으로-**. 한국노동연구원.
- 이현주, 정익중(2012). 아동복지서비스 전달체계의 복지혼합과 공공의 역할 재구축. **한국사회정책**, 19(1), pp.65-94.
- 이태진 외(2012). **빈곤정책 제도개선 방안 연구**. 보건복지부·한국보건사회연구원.

- 이태진 외(2011). **빈곤정책 선진화를 위한 실태조사**. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 장원봉(2005). **사회적 경제의 대안적 개념구성에 관한 연구**. 한국학중앙연구원 박사학위논문.
- 정무성 외(2011). **2011 사회복지시설평가**. 보건복지부·한국사회복지협의회.
- 주은선, 백정미(2007). 한국의 복지인식 지형: 계층, 복지수요, 공공복지 수급경험의 영향을 중심으로. **사회복지연구**, 34, pp.203-225.
- 통계청(2011). **장래인구추계: 2010년~2060년**.
- 통계청. **경제활동인구조사**.
- 통계청. **2011년 가계동향조사**.
- 통계청. **2010년 출생통계결과**.
- 통계청. **인구동향조사**.
- 통계청(각년도). **가계조사 원자료**.
- 통계청 국가통계포털(KOSIS)홈페이지** (www.kosis.kr/)
- 통계청 e-나라지표 홈페이지** (<http://www.index.go.kr>).
- 한국보육진흥원(2012). **2012 어린이집 평가인증 참여 설명서**.
- 한국보건산업진흥원(2008). **2007년 병원경영분석**.
- 한국보건사회연구원·서울대학교 **한국복지패널 6차 조사 원자료**
- 행정안전부(각 연도). **기초자치단체 예산서 및 내부자료**

Carneiro, Pedro and James J. Heckman(2005). Human Capital Policy. in James J. Heckman and Alan B. Krueger(eds.). *Inequality in America: What Role for Human Capital Policies*. Cambridge: MIT Press.

Cunha, Flavio, James J. Heckman, Lance Lochner, and Dimitriy V. Masterov(2005). Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation. Discussion Paper 05-02, University of

College London.

OECD(2011). *HEALTH DATA 2011*.

OECD. stat (<http://stats.oecd.org/>)

宮本太郎(1999). 福祉國家という戦略 : スウェーデンモデルの政治經濟學. 임

성근 역(2004). **복지국가전략: 스웨덴 모델의 정치경제학**. 논형.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

Kihasa 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

2 · 간행물위원회 안내 및 발간목록



연구보고서 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민
연구 2011-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 지출 및 수입구조 분석	조재국
연구 2011-03	천서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영
연구 2011-04	약제비 지출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박실비아
연구 2011-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가 아젠다 개발 등 추진전략 수립	정기혜
연구 2011-06	소바자 중심의 유기식품의 관리체계 및 개선방안 -유기가공식품 표시제 중심으로-	곽노성
연구 2011-07	저소득층 아동비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안	김혜련
연구 2011-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진
연구 2011-09	인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분석	김동진
연구 2011-10	통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응방안	황나미
연구 2011-11	건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안	신영석
연구 2011-12	노후준비 실패를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명
연구 2011-13	사회보장재정과 재원조달에 관한 연구	최성은
연구 2011-14	보편적 복지와 선별적 복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근준
연구 2011-15	장애연금제도 발전방안 연구 -장애·장해·장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로-	신화연
연구 2011-16-1	선진국의 아동사례관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙
연구 2011-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진
연구 2011-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지재정에 관한 연구	고경환
연구 2011-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환
연구 2011-17-3	2011 사회예산분석	최성은
연구 2011-17-4	2011 보건복지재정의 정책과제	유근준
연구 2011-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명
연구 2011-17-6	사회복지 재정추계 모형개발 연구	원종욱
연구 2011-17-7	건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호
연구 2011-18	공정사회를 위한 천서민정책 개선방안	이태진
연구 2011-19	한국인의 복지의식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명
연구 2011-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진
연구 2011-21	한국복지패널 연계 질적패널 구축을 위한 기초연구 -저소득층 양적 & 질적 연계 패널조사-	최현수
연구 2011-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김태완
연구 2011-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조응성 분석 -TANF의 배경과 그 집행의 특징-	이현주
연구 2011-24	2011 빈곤연계연보	김문길
연구 2011-25	사회복지제도 운영체계 국제비교 연구: 호주·뉴질랜드·캐나다 영국을 중심으로	강혜규
연구 2011-26	중산층가족의 복지제감도 증진방안 연구	김유경
연구 2011-27	다문화가족아동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙
연구 2011-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-29	장애인 서비스 연계방안 연구	김성희
연구 2011-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희
연구 2011-31	사회적기업의 사회복지서비스 제공 실태 및 운영 구조 연구	강해규
연구 2011-32	저출산·고령사회에서 외국인 유입의 파급효과 분석	이삼식
연구 2011-33	건강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철
연구 2011-34	보건복지통계의 품질관리 표준화 방안 연구	손창균
연구 2011-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록
연구 2011-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식
연구 2011-37-1	출산율예측모형개발	이삼식
연구 2011-37-2	저출산에 대한 한호의 영향과 정책과제	김태홍(외부)
연구 2011-37-3	출산관련 행태 변화에 따른 신생아건강 동향과 정책과제	최정수
연구 2011-37-4	소득계층별 출산·양육 행태 분석 및 정책방안	김은정
연구 2011-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희(외부)
연구 2011-37-6	일가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식
연구 2011-37-7	자방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서
연구 2011-37-8	외국의 이민정책 변천과 사회경제적 영향	임정덕(외부)
연구 2011-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정경희
연구 2011-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임 모색: 연금제도와 고령자 경제활동의 관계를 중심으로	이소정
연구 2011-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경
연구 2011-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕
연구 2011-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구 -M시 종적연구기반(I)	오영희
연구 2011-37-14	고령친화 여가산업 활성화 방안	김수봉
연구 2011-37-15	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구	오영희
연구 2011-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인·폴란드 판-	이삼식
연구 2011-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정경희
연구 2011-37-18	저출산고령사회 대응관련 쟁점연구 -저출산고령사회 정책 사각지대 분석-	이소정
연구 2011-37-19	출산행동의 동향분석을 위한 출산관련 조사자료DB구축	신창우
연구 2011-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 지속가능한 다문화사회 구축방안 연구	김기홍(외부)
연구 2011-37-21	북한인구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 함의	정영철(외부)
연구 2011-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회 환경 조성방안	이미정(외부)
연구 2011-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006-2010년 결과 보고서-	오영호
연구 2011-39-1	건강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영
연구 2011-39-2	건강도시산업의 건강영향평가 및 기술지원	김동진
연구 2011-39-3	아태 지역 유럽 지역의 건강영향평가와 정책동향	최은진
연구 2011-39-4	건강영향평가 DB 구축	김동진
연구 2011-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순
연구 2011-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선
연구 2011-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표
연구 2011-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효율적 운영방안 연구	홍석표

4 • 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-42	취약 위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (2차년도)	김승권
연구 2011-43	친서민정책으로서의 사회서비스일자리 확충 전략 I 아동분야 사회서비스를 중심으로	김미숙
연구 2011-44-1	2011년 한국복지패널 기초분석 보고서	남상호
연구 2011-44-2	2011년 한국복지패널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신옥
연구 2011-45	2009년 한국의료패널 기초분석보고서(Ⅱ)	정영호
연구 2011-46	2011년 인터넷 건강정보 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2011-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-01	주요국의 사회보장제도(12권)	정기혜
연구 2012-02	보건의료분야 시장개방 이슈와 대응방안 연구 -한미FTA중심으로	김대중
연구 2012-03	초·중·등 고등학교 교과서에 수록된 식품(안전) 내용에 관한 분석 및 개선방안 도출	김정선
연구 2012-04	식품안전분야 연구개발사업 효율화 방안에 관한 연구	곽노성
연구 2012-05	근거중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안	김남순
연구 2012-06	약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구	박설비아
연구 2012-07	제약산업 구조분석과 발전방향	윤강재
연구 2012-08	건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선방안	신호성
연구 2012-09	건강증진서비스 전달체계 다원화 방안 연구	이상영
연구 2012-10	다문화가족 여성과 아동의 건강실태 및 건강서비스 지원방안 연구	김혜련
연구 2012-11	농어촌 지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안	김동진
연구 2012-12	정신건강고위험자 관리체계 정립방안에 관한 연구	정진옥
연구 2012-13	식품안전분야 인식조사 개선을 위한 조사시스템 구축방안	정기혜
연구 2012-14	보건의료체계의 New Paradigm 구축 연구	신영석
연구 2012-15	보험자 내부경쟁을 통한 효율화 방안 연구	김진수
연구 2012-16	국민연금 적정부담 수준에 관한 연구	윤석명
연구 2012-17	건강보험 노인의료비의 효율적 관리방안	신현웅
연구 2012-18	장애인소득보장제도간 급여의 형평성 제고방안 연구	신화연
연구 2012-19	사회정책목표의 실질적 달성을 위한 중장기 복지재정 운용방향	유근춘
연구 2012-20	사회환경에 따른 복지지출 수요와 경제주체별 재정부담능력에 관한 연구	원종옥
연구 2012-21	복지지출 수준에 따른 사회현상과 정책과제	고경환
연구 2012-22	중앙과 지방의 사회복지 재원분담	최성은
연구 2012-23	지방정부의 복지재정과 발전방안에 관한 연구-지방정부의 복지수준과 욕구의 대응성 분석	고경환
연구 2012-24	2012년 사회예산 분석	최성은
연구 2012-25	2012 보건복지재정의 정책과제	유근춘
연구 2012-26	공무원연금 등 직역연금 재정평가와 정책현안 분석: 군인연금과 노르딕 모델을 중심으로	윤석명·신화연
연구 2012-27	OECD 국가의 사회복지지출과 재정건전성 비교연구	원종옥
연구 2012-28	국민기초생활보장제도 개편에 따른 저소득층 소득지원제도 발전방향	강신옥
연구 2012-29	청년층 근로빈곤 실태 및 지원방안 연구	김태환
연구 2012-30	중고령자의 소득·자산분포와 노후빈곤가능성 분석	남상호

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-31	현세대 노인의 빈곤 실태 및 소득보장 방안 연구	김미곤
연구 2012-32	빈곤에 대한 대안적 접근: 욕구변주를 고려한 다차원성에 대한 분석	이현주
연구 2012-33	빈곤층 라이프스타일 분석 및 복합적 커뮤니티 케어 제공방안 연구	염주희
연구 2012-34	사회정책과 사회통합의 국가비교: 아시아 국가를 중심으로 I (터키)	이현주
연구 2012-35	인구구조변화가 불평등에 미치는 영향에 대한 연구	김문길
연구 2012-36	한국복지패널 연계 질적연구(2차): 빈곤층의 삶과 탈빈곤 노력을 중심으로	김미곤
연구 2012-37	2012년 빈곤통계연보	김문길
연구 2012-38	사회서비스 바우처사업의 정책효과 분석 연구	강혜규
연구 2012-39	아동복지지출실태 및 적정 아동복지지출 규모 추계	김미숙
연구 2012-40	수요자 중심 장애인복지정책 개발을 위한 연구: 2011년 장애인 실태조사 심층분석	김성희
연구 2012-41	다문화가족의 변화와 사회적 대응방안 연구	김유경
연구 2012-42	장애인의 소득보장과 사회서비스 연계동향 및 정책과제	박수지
연구 2012-43	보건복지부문의 소셜미디어 활용 현황 및 정책과제	정영철
연구 2012-44	한국의 보건복지 동향 2012	장영식
연구 2012-45	의료이용 통계생산 개선에 관한 연구	도세록
연구 2012-46	보건복지분야 조사통계 선진화 방안 연구	손창균
연구 2012-47-1	미래 성장을 위한 저출산부문의 국가책임 강화 방안	이삼식
연구 2012-47-2	국가 사회 정책으로서 통합적인 저출산 정책 추진 방안	신윤정
연구 2012-47-3	중앙정부와지방정부의저출산정책연계방안	이상립
연구 2012-47-4	여성근로자의 노동조건에 따른 출산수준 차이와 정책방안	김원식
연구 2012-47-5	친가족기업 지표개발과 적용방안: 가족친화인증제도의 성과점검과 향후과제	이철선
연구 2012-47-6	한국사회 결혼규범이 저출산에 미치는 영향 분석: 다출산 가정을 중심으로	염주희
연구 2012-47-7	주거행태와 결혼·출산 간 연관성 분석	이삼식
연구 2012-47-8	임신 및 출산을 위한 인공수정 시술비 지불보상 현황과 정책방향	황나미
연구 2012-47-9	신생아기 저출생체중아 사망영향요인과 관리방안	최정수
연구 2012-47-10	둘째자녀 출산제약 요인분석과 정책방안	정은희
연구 2012-47-11	저출산고령화에 따른 유산상속 동기변화 전망과 정책과제	김원식
연구 2012-47-12	고령화·저출산에 따른 지역별 인구분포와 변화요인 분석과 정책과제	(이현정)
연구 2012-47-13	남북한 통합시 인구가동 전망과 대응과제	이상립
연구 2012-47-14	2011년도 노인실태조사 심층분석	정경희
연구 2012-47-15	100세 시대 건강한 노화의 양상과 정책과제 - M시 종적연구(II)	오영희
연구 2012-47-16	노인 장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로	선우덕
연구 2012-47-17	노인장기요양 욕구필요도 측정방식 개발	이윤경
연구 2012-47-18	고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA) 이행실태 및 평가	정경희
연구 2012-47-19	복지용구사업 시장규모 추계와 활성화 방안	김대중
연구 2012-47-20	저출산 현상의 동태적 분석을 위한 지역 사례 조사	박종서
연구 2012-47-21	100세 시대 대응 고령화 지역 연구	이윤경
연구 2012-47-22	저출산대책 관련 국제동향분석: 미국·영국 편	이삼식
연구 2012-47-23	선진국의 고령사회정책 유럽국가의 활기찬고령화(active ageing)정책을 중심으로	선우덕
연구 2012-47-24	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구(II)	오영희

6 • 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-47-25	가족구조 변화와 정책적 함의: 1인가구 증가와 생활실태를 중심으로	정정희
연구 2012-47-26	출산력시계열자료 구축 및 분석	신창우·이삼식
연구 2012-47-27	저출산고령화에 따른 사회복지 공적전달체계 개편 방안	정홍원
연구 2012-47-28	부모에 대한 경제적 의존과 자녀의 만혼화	(이만우)
연구 2012-47-29	저출산에 대응한 영유아 보육·교육 정책 방안	신윤정
연구 2012-47-30	농업인의 노후준비실태와 정책대안	(최경환)
연구 2012-47-31	저출산 고령화 대응 영세자영업자 생활실태 연구	박중서
연구 2012-48	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영	오영호
연구 2012-49-1	중앙정부의 문화정책에 대한 건강영향평가	이상영
연구 2012-49-2	지방자치단체환경보건정책에 대한 건강영향평가	김동진
연구 2012-49-3	아태지역 및 유럽지역의 건강영향평가 동향 및 정책과제	최은진
연구 2012-49-4	건강증진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향 연구	최은진
연구 2012-50-1	지역사회 기후변화 관련 건강적응대책 발전방안	김남순
연구 2012-50-2	기후변화 대응을 위한 식품접객업소의 위생관리 개선 방안	김정선
연구 2012-51	아시아 국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책	홍석표
연구 2012-52	취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (3차년도)	김승권
연구 2012-53	친서민정책으로서의 사회서비스 일자리확충 전략II: 영유아돌봄 및 초·중 방과후서비스를 중심으로	김미숙
연구 2012-54	2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권
연구 2012-55-1	2012년 한국복지패널 기초분석 보고서	최현수
연구 2012-55-2	2012년 한국복지패널 심층분석	남상호
연구 2012-56-1	2012년 한국의료패널 기초분석보고서(I)	정영호
연구 2012-56-2	2012년 한국의료패널을 활용한 의료이용 심층연구	김대중
연구 2012-57	2012년 인터넷 건강정보평가시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2012-58	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영(4년차)	이연희
연구 2012-59	의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책	이상영
연구 2012-60	북한주민의 생활과 보건복지실태	황나미
연구 2012-61	사회보장 재정추계 방법론 개발을 위한 기초연구	원종욱
연구 2012-62	미래 보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구	신영석
연구 2012-63	보건의료 분야 법령 현황과 주요 과제	윤강재
연구 2012-64	우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제	이상영
연구 2012-65	복지정책의 지속가능성을 위한 재정정책 - 스웨덴, 프랑스, 영국을 중심으로 -	고경환
연구 2012-66	OECD 보건통계로 본 한국의 보건의료 위상과 성과 및 함의	김혜련
연구 2012-67	보건복지 종합지수 연구	남상호
연구 2012-68	2012년 지역복지개발평가센터 운영보고서	김승권
협동 2012-1	2012년 사회보건분야 기후변화 취약성 평가 및 적응역량 강화	신호성
협동 2012-2	2012년 비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구	오영호