
보건복지분야 고용전략

2010. 3. 20.

한국보건사회연구원

목 차



I. 보건복지 고용현황 분석 및 비전수립	1
II. 보건복지 제도 개선을 통한 고용활력 제고	15
III. 보건복지 제도 확충을 통한 고용수요 증대	23
IV. 보건복지 산업진흥을 통한 고용기반 확충	34

1. 총량적 고용 현황

□ 총량적 고용 현황

- 경제회복으로 좋아지던 고용시장이 2009년 연말 두달간 주춤하고 있음. 경제성장률이 5% 수준으로 회복하면 고용도 회복될 것으로 보이지만 고용정보원에 의하면 취업인구는 20만명 가량 증가에 머무를 것으로 전망
- 산업별 취업자는 보건 및 사회복지업 중심으로 증가세를 지속했으며, 제조업과 건설업의 감소 폭은 둔화됐으나 농림어업은 감소 폭이 확대
- 비경제활동인구는 가사(+33만명) 등 영향으로 전년동월대비 48만 1천명 증가. 이 가운데 구직단념자는 17만 6천명으로 2만 9천명 증가했고, 취업준비자는 55만 6천명으로 2만1천명 증가. 2009년 실업률은 3.6%로 전년대비 0.4%p 상승하였고, 청년 실업률은 7.6%로 1년 전과 비슷한 추세
- 복지부 자료에 따르면 보건 및 사회복지업 취업자수는 2008년 10만 2000명, 지난해 11월은 15만 6000명이고 취업유발계수는 사회복지서비스가 32.7, 의료 및 보건 분야가 16.7임.

□ 고용전망과 정부 목표 (2010.1)

- 2010년 고용전망: 정부는 올해 15세 이상 인구는 41만 명 증가하지만 일자리는 올해 5% 경제성장을 감안해도 20만 개 내외 증가하는 데 그칠 것으로 전망. 이 경우 고용률은 58.5%로, 지난해 58.6% 보다 0.1%p 하락하고 취업애로계층은 188만명 수준에 이를 전망
- 2010년 고용목표: 취업자 증가 목표치를 '25만 명+α'로 당초 전망보다 5만 명 이상 상향 조절하고 고용률도 당초 목표보다 0.2% 높아진 58.7%로 올려 잡았음.
- 2015년 고용목표: 실업자수는 80만 명대 초반으로 낮추고 실업률도 3% 초반으로 개선하고, 고용률을 0.1% 이상 제고함으로써 위기 이전 고용수준을 회복하고 향후 10년 이내 고용율 60% 달성을 목표

□ 통계청의 2008년 기준 전국사업체조사 에 따른 한국의 산업부문별 종사자 현황

- 총 사업체의 경우 사업체 수는 0.2%, 종사자 수는 2.0% 증가한 반면, 보건업 및 사회복지 서비스업은 각각 14.3%(11,788개), 32.1%(166천명) 증가

■ 한국의 산업부문별 종사자 현황 (2008년 기준, 통계청)

산업분류	수 (천명)	비율 (%)	산업분류	수 (천명)	비율 (%)
전산업	16,288	100.0	출판, 영상, 방송통신 및 정보서비스업	420	2.6
농업, 임업 및 어업	29	0.2	금융 및 보험업	666	4.1
광업	18	0.1	부동산업 및 임대업	435	2.7
제조업	3,277	20.1	전문, 과학 및 기술 서비스업	690	4.2
전기, 가스, 증기 및 수도사업	68	0.4	사업시설관리 및 사업지원 서비스업	662	4.1
하수·폐기물 처리, 원료재생 환경복원업	63	0.4	공공행정, 국방 및 사회보장행정	575	3.5
건설업	873	5.4	교육 서비스업	1,312	8.1
도매 및 소매업	2,544	15.6	보건업 및 사회복지서비스업	890	5.5
운수업	927	5.7	예술, 스포츠 및 여가관련서비스업	314	1.9
숙박 및 음식점업	1,728	10.6	협회 및 단체, 수리 및 기타 개인서비스업	796	4.9

자료: 통계청, 전국사업체조사, 2009.

주: 전국사업체조사는 종사자 1인 이상 모든 사업체를 대상으로 하나, 한국표준산업분류상 T. 가구내 고용활동 및 달리 분류되지 않은 자가소비 생산활동과 U. 국제 및 외국기관은 제외

2. 보건복지 고용 현황

- 2009년 현재 보건업 및 사회복지서비스업 (이하 보건복지) 취업자수는 998천명으로 2007년의 740천명, 2008년의 842천명에 이어 빠른 증가세를 보이고 있음.
- 전체 취업자 중 보건복지 취업자의 비율은 2007년의 3.2%에서 2009년에는 4.3%로 높아졌음. 이는 2009년의 전체 취업자수가 71천명 감소한 것에 대비됨.

■ 보건업 및 사회복지서비스업 취업자 수 및 비율

(단위: 천명)

연 도	2004	2005	2006	2007	2008	2009
전 체 (전년 대비 증감)	22,557	22,856 (299)	23,151 (295)	23,433 (282)	23,577 (144)	23,506 (△71)
보건업 및 사회복지 서비스업 (전년 대비 증감)	590	639 (49)	681 (42)	740 (59)	842 (102)	998 (156)
비 율	2.62	2.80	2.94	3.16	3.57	4.25

자료: 통계청, 경제활동인구조사, 각 연도

1) 통계청의 경제활동인구조사 기준으로 산정한 것이나 전국사업체수 통계 조사의 동 업종 취업자수는 890천명으로 차이가 남. 특히, 제조업, 도소매업, 공공 및 개인서비스업 등에 분산된 보건복지 분야 사업이 별도로 존재함.

□ 사회복지부문의 경우, 복지부 소관시설의 인력은 총 306,841명으로 집계됨.

- 생활시설 종사자는 53,031명, 이용시설 종사자는 253,687명이며, 이 중 보육시설 인력이 62.3%를 차지
- 사회복지 공공행정기관으로서, 지방자치단체의 사회복지직은 현원 1만여명, 사회보험관련 6개 기관의 총 종사자는 2만2천명에 이르는 것으로 파악

〈사회복지시설 종사자 현황 (2008년말 기준)〉

(단위: 개소, 명)

		전체	노인	장애인	아동	정신 질환자	한부모	부랑인 (노숙인)	결핵 한센	지역 자활센터	사회 복지관	보육 시설
생활 시설	시설수	3,385	2,101	347	633	155	107	37	5	-	-	-
	종사자	53,031	32,436	11,114	6,008	2,132	482	759	100	-	-	-
이용 시설	시설수	101,019	61,817	1,811	3,050	100	-	86	-	242	414	33,499
	종사자	253,810	37,073	10,951	6,975	479	-	430	-	1,372	5,427	191,103

주: 1) 노인시설에는 경로당 수 포함
 자료: 보건복지가족부, 2009 주요업무참고자료.

〈공공부조 및 사회보험 기관 종사자 현황 (2009년 기준)〉

(단위: 명)

지방자치단체 (사회복지직)	사회보험기관						
	소계	국민건강 보험공단	건강보험 심사평가원	국민연금 공단	사립학교 교직원연금 관리공단	공무원연금 관리공단	근로복지 공단
10,515	21,868	11,254	1,740	4,817	195	514	3,348

자료: 사회보험관련기관의 경우 공공기관 경영정보 공개시스템; 지자체 사회복지직 인력은 2008년 복지부 취합 자료

- 2009년 복지부 소관 19개 사회서비스사업의 일자리 창출 규모는 85,163개이며, 노인장기요양 보험제도 운영을 통한 일자리 157,497개 중 10만개 이상의 신규일자리가 창출된 것으로 파악
 - 요양보호사 종사인력 120,342명('08년말은 84,412명), 장기요양기관 기타종사자 27,074명, 요양보호사 교육기관 종사자 7,742명, 복지용구 사업소 종사자 1,303명
- 2008년 기준 사회복지서비스산업 실태조사 (전국 단위 표본조사) 자료를 통해 사회복지 사업체 총 고용인력을 추정한 결과 50만5천여명으로 산출
 - 생활시설은 64천명, 이용시설 중 6개부문은 137천명, 지역복합시설(사회복지관, 노인 장애인복지관, 자활센터등)은 41천명, 바우처사업 중심기관 25천명, 보육시설 208천명, 노인장기요양기관 95천명으로 확인

- 1개 기관당 평균 고용 인력은 15.7명으로 이 중 정규직 59.9%, 기간제 계약직 16.4%, 임시 및 일용직 18.2%로 파악(부표1 참고)

〈사회복지시설 분야별 총고용인력 추정 결과 (2008년 기준)〉

	전체	생활 시설	이용시설									보육 ²⁾	장기요양 ²⁾ (요양보호사 교육기관)
			소계	아동	청소년	노인	가족	장애인	정신 보건등	지역 복합	바우처		
기관수 (개소)	50,533	3,974	9,372	3,075	881	1,662	183	1,113	198	1,036	1,224	33,434	3,753 (1,063 포함)
인력 (명)	505,377	64,612	137,127	9,365	15,853	26,772	2,996	13,678	1,675	41,510	25,278	208,460	95,178 (11,517 포함)

주: 1) 표본조사 결과에 의한 추정자료로서, 시설유형구분등이 상이하여 앞의 복지부 취합자료와 다소 차이가 있음(경로당 제외, 노인장기요양관련 노인장기요양법에 근거 운영기관 포함, 재가기관 중복 제거).
 2) 바우처사업기관과 장기요양기관의 경우 복지관등에 병설운영하여 여타 사업 비중이 큰 경우에는 주사업기관 범주로 포함, 바우처사업을 중심으로 운영하는 기관과 노인장기요양보험법에 근거한 시설을 주로 포함.
 자료: 보건복지가족부 한국보건사회연구원이 2009년 7월 실시한 2008년 기준 사회복지서비스산업 실태조사 에서 사회복지시설 (3,488개)이 응답한 직접고용인력 자료를 활용하여 추정한 분야별 총인원 수입.

- 보건의료부문의 경우, 종사 인력은 총 576,601명으로서, 의사 인력 114,145명(의사 78,569명, 치과의사 20,184명, 한의사 15,392명), 간호인력 216,134명(간호사 109,077명, 간호조무사 107,057명), 약사 31,830명으로 파악(부표2 참고)
- 설립주체별 인력분포를 보면, 국공립 및 군 6.3%, 법인운영 33.8%, 개인운영 59.9%
 - 국립 3,194명, 공립 29,262명, 군 3,806명, 법인운영 194,908명, 개인운영 345,431명

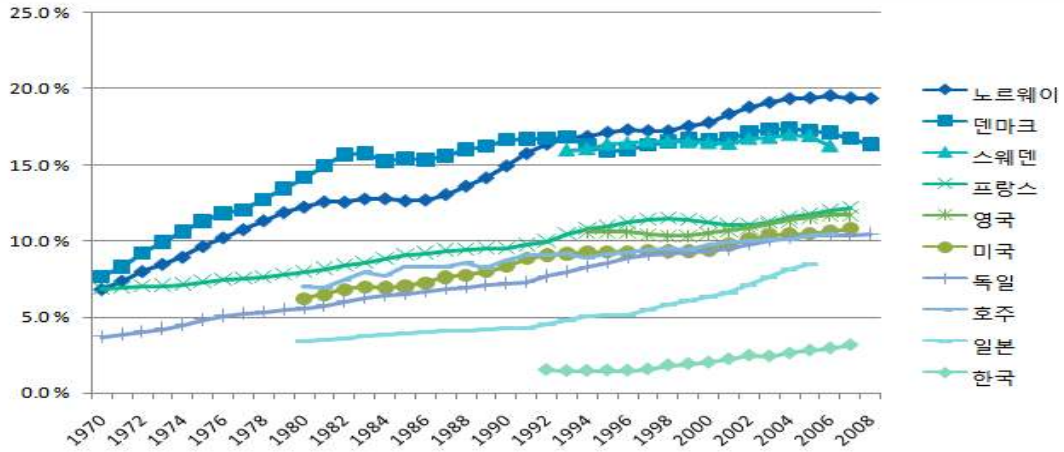
〈보건의료기관 총 인력 현황 (2009년 7월 기준)〉

	전체	종합 전문병원	종합 병원	병원	요양 병원	의원	치과 병원	치과 의원	조산원	보건소	보건 지소	보건 진료소	보건 의료원	약국	한방 병원	한의원
기관 수	79,456	44	269	1,228	733	26,819	175	13,999	50	239	1,287	1,912	17	20,914	144	11,626
인력 총수	576,601	71,270	92,707	77,339	27,443	152,432	5,399	54,355	83	10,233	5,715	1,962	968	35,539	5,233	35,922

- OECD 주요 선진국들과 보건복지 고용비율²⁾을 비교해보면, 주요 유럽국가들은 70년대 초반 이미 6~7%의 보건복지 고용비율을 보이고 있으며, 최근까지 3배 가량 증가
 - 미국도 90년대 초반 8.3%에서 2005년 10.8%로 증가
 - 일본은 90년대 초반 4.2%에서 2005년 8.5%로 2배 이상 증가

2) 보건복지취업자수/전체취업자수

OECD 주요국의 보건복지 고용비율 증가추이



자료: OECD STAN DB를 이용하여 산출(한국보건사회연구원, 2010. 2)

주: 국제표준산업분류에 따른 전체 산업 대비 보건복지(Health and Social Work)산업의 고용이 차지하는 비율

OECD 주요 국가의 전체 고용비율 및 보건복지 고용비율 추이

(단위: %)

국 가	고용율	1990	1995	2000	2005	2007
노르웨이	전체	75.6	75.1	79.2	76.7	78.5
	보건복지	15.0	17.2	17.8	19.4	19.4
덴마크	전체	77.1	74.5	77.0	76.8	78.6
	보건복지	16.6	15.9	16.6	17.2	16.7
스웨덴	전체	84.4	73.6	75.6	75.2	77.2
	보건복지	-	16.4	16.4	16.9	-
프랑스	전체	60.4	59.5	61.5	63.5	64.3
	보건복지	9.5	10.9	11.2	11.8	12.2
영 국	전체	73.7	70.4	73.4	74.2	73.9
	보건복지	-	10.6	10.5	11.6	11.7
미 국	전체	74.3	74.7	76.4	74.2	74.6
	보건복지	8.3	9.3	9.4	10.5	10.8
독 일	전체	64.8	65.2	66.2	66.5	70.1
	보건복지	7.2	8.6	9.4	10.4	10.4
호 주	전체	69.2	68.7	70.4	73.0	74.5
	보건복지	8.7	9.1	9.7	10.4	-
일 본	전체	72.7	74.2	74.4	75.1	77.1
	보건복지	4.2	5.1	6.3	8.5	9.5
한 국	전체	63.4	65.9	64.5	67.7	68.3
	보건복지	-	1.5	2.0	2.8	3.2

자료: OECD STAN DB를 이용하여 산출(한국보건사회연구원, 2010. 2)

주: 일본의 2007년 자료는 2006년 일본 통계청 자료

3. OECD 국가와의 비교 분석

- 한국(2만6천 PPP \$, '07년)과 1인당 GDP가 유사한 시기에, 보건 복지 고용수준의 격차는 큰 편
 - 일본('02) 7.1%, 미국('94) 9.2%, 독일('01) 9.2%, 영국('00) 10.5%, 스웨덴('00) 16.4%

■ 주요선진국 보건복지 고용비율 비교 (2007년 기준)

(단위: ppp \$, %)

국가	한국	일본	미국	독일	영국	스웨덴
GDP ²⁾	26,574	30,312	46,434	34,683	34,957	34,328
보건복지 고용비율 ³⁾	3.18	9.53	10.80	10.41	11.71	16.25

자료: OECD STAN DB(고용율) 및 OECD National Accounts(GDP자료)를 이용하여 산출(한국보건사회연구원, 2010. 2)

주: 1) 일본, 스웨덴은 2006년 자료임.

2) 1인당 GDP(US \$, current prices, current PPPs)

3) 국제표준산업분류에 따른 전체 산업 대비 보건복지(Health and Social Work)산업의 고용이 차지하는 비율임.

■ 1인당 GDP(PPP \$) 26천달러 시기의 보건 복지분야 고용비율 비교

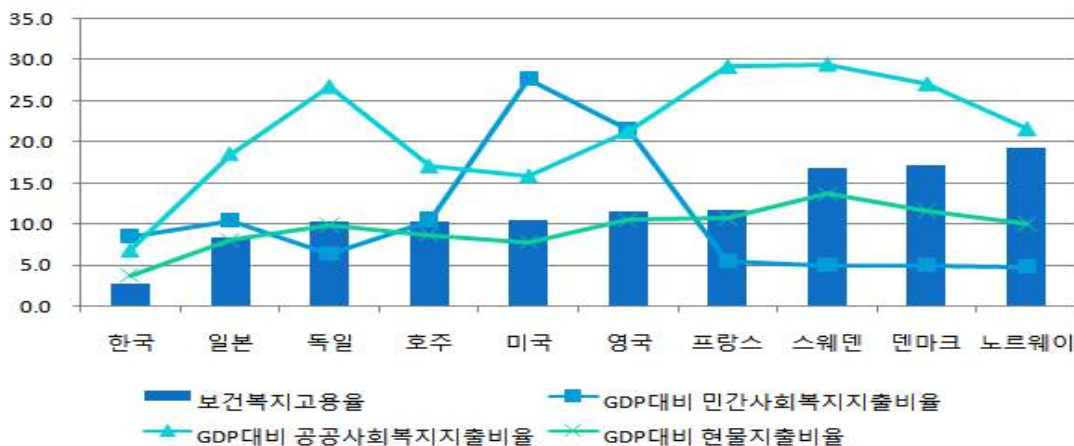
(단위: ppp \$, %)

국가	한국	일본	미국	독일	영국	스웨덴
해당연도 ¹⁾	2007	2002	1994	2001	2000	2000
GDP	26,574	26,805	26,686	26,859	26,074	27,761
고용비율	3.18	7.14	9.23	9.17	10.47	16.44

주: 1) 최근 한국의 1인당 GDP(PPP \$, 구매력평가반영) 26,574달러와 유사한 각 국가 해당연도

- 보건복지 고용비율과 사회지출수준을 비교한 결과, GDP 대비 현물(benefit in kind)지출 비율과 매우 유사한 수준을 보임.

■ OECD 주요국의 보건 복지분야 고용비율과 사회지출수준 비교



자료: OECD STAN DB를 이용하여 산출(한국보건사회연구원, 2010. 2)

주: 보건복지고용율은 국제표준산업분류에 따른 전체 산업 대비 보건복지(Health and Social Work)산업의 고용이 차지하는 비율

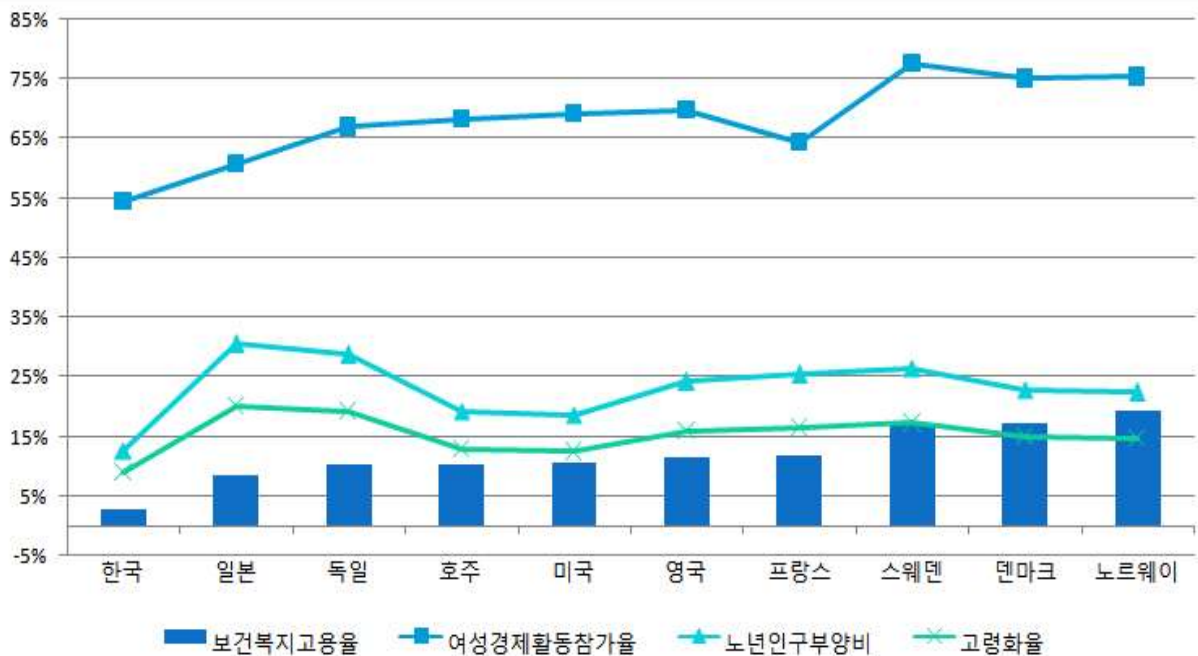
- 미국, 호주의 경우 공공사회지출비율은 낮지만, 상대적으로 현물 지출은 높은 편
- 독일의 경우 공공사회지출비율은 매우 높은 편이지만, 보건복지 고용비율과 현물지출은 유사한 수준으로 낮은 편

□ OECD 주요 국가의 보건복지 고용비율과 고령화율, 노년인구부양비를 비교한 결과, 보건복지 고용비율은 여성경제활동참가율과 유사한 추세(프랑스 제외)

- 노년인구부양비의 경우 독일, 일본을 제외하고는 국가별 보건복지고용비율 수준과 유사

※ 고령화율: 65세이상 인구가 전체 인구에서 차지하는 비율, 노년인구부양비: 생산가능인구-15~64세 100명이 부양해야 할 65세 이상 인구를 의미

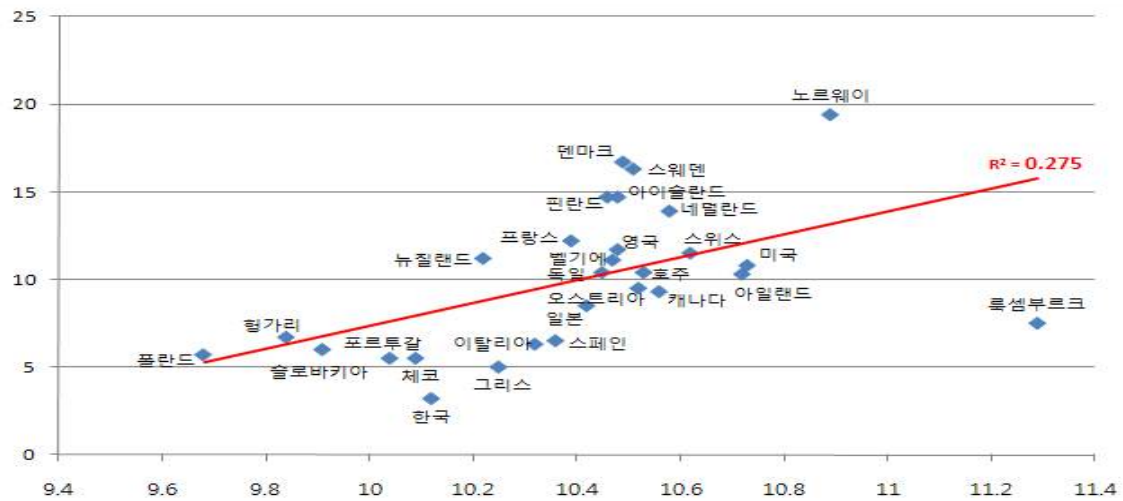
■ OECD 주요국의 보건 복지분야 고용비율과 고령화수준, 여성경제활동참가율, 노년인구부양비 비교



4. 보건의복지 적정 고용비율 수준 추정

□ 보건의복지 적정 고용비율에 영향을 미치는 요인으로 1인당 GDP와 총부양비를 고려하여 우리나라의 보건의복지 적정 고용비율을 추정해 보았음. 우선 2007년 현재 OECD 국가들의 보건의복지 고용비율과 1인당 GDP 및 총부양비의 상관관계는 다음 그림과 같이 양의 상관관계를 가지는 것으로 나타남.

■ 1인당 GDP와 보건의복지 고용비율의 상관관계 ■



■ 총부양비와 보건의복지 고용비율의 상관관계 ■



□ 회귀모형 도출(OECD 국가들의 횡단면적 자료를 활용하는 경우)

- 1인당 GDP 및 총부양비가 보건의복지 고용비율에 미치는 영향을 파악하고, 이를 토대로 향후 적정 보건의복지 고용비율을 추정하기 위하여 우리나라를 포함한 OECD 28개 회원국(보건의복지

고용비율 자료가 부재한 터키 및 멕시코 제외)의 2007년 자료를 바탕으로 회귀분석 실시

- 종속변수로 보건복지 고용비율(Y)을, 독립변수로 1인당 GDP(X_1)와 총부양비(X_2) 등 2가지 변수를 포함하였으며, 모형의 설명력을 높이기 위하여 1인당 GDP 변수는 $\ln(X_1)$ 으로 변환시켰음. 또한 상수항은 제외하고 모형을 설정함. 따라서 기본 모형은 아래 [식 1]과 같음.

$$Y = \ln(X_1) + X_2 \quad \text{[식 1]}$$

- 회귀분석을 시행하면 [식 2]와 같이 각 변수의 계수를 산출 할 수 있음. 이 모형의 설명력 (adjusted R^2)은 .896으로 상당히 높게 나타남.

$$Y = 1.284X_1 + .490X_2 \quad \text{[식 2]}$$

- 특히 총부양비가 보건복지 고용비율과 정(正)의 관계를 가지는 통계적으로 유의한 변수로 나타남. 따라서 부양 부담이 증가함에 따라 보건복지 분야 고용비율도 증가하는 경향이 있는 것으로 해석할 수 있음.

□ 회귀식 [식 2]에 2007년 우리나라의 1인당 logGDP값인 10.12 및 총부양비 38.8을 대입하면 적정 보건복지 고용비율은 6.0%로 추정됨.

- 2007년 보건복지 고용비율이 3.2%인 점과 비교해 보면 우리나라의 보건복지 분야 고용율은 적정 수준에 비해 절반 정도 수준이었음.
- 2009년 보건복지 고용비율은 4.3%로 2009년의 GDP수준과 총부양비가 2007년 수준과 비슷한 상황임을 감안하면 선진국과 격차가 빠르게 축소되고 있는 것으로 판단됨.

□ 따라서 보건복지 고용비율이 선진국보다 저조한 것은 보건복지 수요에 비하여 낮은 보건복지 투자에 기인한 것으로 판단됨.

- OECD 국가에 대한 통계분석에 의하면, 보건복지 서비스 일자리는 여성경제활동 참가율 및 합계 출산율과 상관관계가 높은 것으로 나타남.

□ 우리나라 고용율(2009년 58.6%)을 높이기 위해서 보건복지부문 투자확대를 통해 여성의 종사율이 높은 보건복지서비스 일자리를 창출하여야함.

- 이는 사회 생산성 제고를 통한 GDP 성장을 유발시키는 Mechanism을 가짐 (실증분석중).

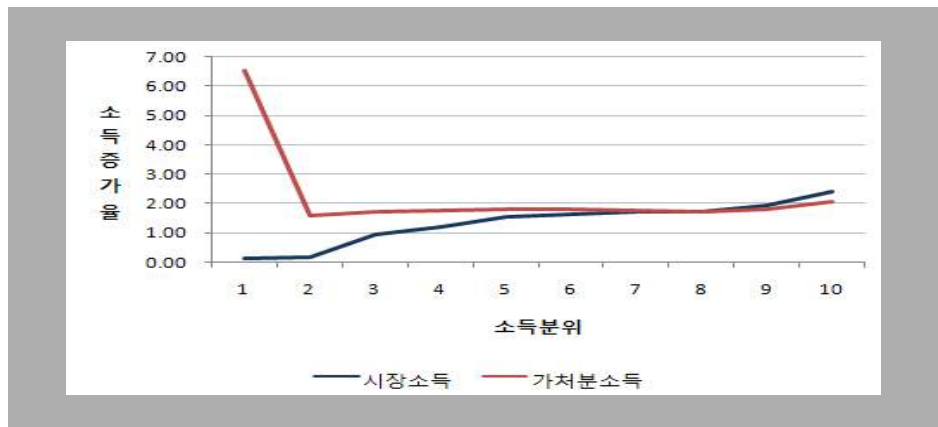
5.

사회서비스 고용전략 수립의 필요성

□ 분배구조의 변화와 고용전략의 필요성

- 최근 분위별 소득증가 패턴은 하위 소득분위의 소득증가율이 평균 소득증가율에 못미치고 있어 경제 성장과 분배 개선이 병행하는 trickle-down 효과의 가능성이 낮아지고 있음.

〈2003-2008년간 비농가 가구 분위별 소득증가율(%)〉



- 상위분위의 소득증가율이 하위분위보다 높은 소득증가율의 역진성이 가처분소득을 기준으로 볼 때 크게 완화된다는 점과, 하위분위의 가처분소득 증가율이 높다는 점은 재분배정책의 성과라고 볼 수 있음.
- 따라서 노동소득 분배를 개선시키는 것이 시급한 과제이며, 이를 위해 중하분위 계층에게 안정적 소득을 제공해줄 일자리 창출 필요

□ 고용여건의 변화

○ 제조업 부문의 고용흡수력 변화

- 최근 우리나라의 산업구조 변화는 제조업의 노동수요가 둔화되고 서비스업의 노동수요가 증가
- 1997년 경제위기 이후 경기회복국면에서 사회서비스업의 비중이 증가하였으나, 시장에서의 과당경쟁, 저숙련·저임금화 등으로 실질적으로 중산층의 안정적 소득증가에 기여하지 못함.

○ 사회서비스부문 미발달

- GDP 대비 사회서비스 비중을 실질치 기준으로 보면 거의 답보 상태에 있음.

※의료보건·사회복지서비스 부문의 GDP 대비 비중: 1.5('80)→2.9('90)→2.4('00)→2.7%('07)

- 사회서비스 부문 고용비중은 약 6.6%로, OECD국가 평균인 16.1%의 절반에도 못 미침.
- 의료·보건·사회복지의 성장기여율(3.2%)은 선진국(5.4~10.5%)에 비해 낮은 편이나 고용탄력성은 우리나라(1.84)가 선진국(0.49~1.37)에 비해 상대적으로 높은 편임.
- 현재 우리나라의 사회서비스 부문은 낮은 발달 수준을 보이고 있으며, 향후 확대 과정에서 경제성장에 대한 기여도와 고용창출 가능성이 높을 것으로 전망할 수 있음.

□ 사회서비스 분야 고용확대의 효과

- 사회서비스 분야에 대한 투자는 국민의 기본적인 육체적·정신적 역량을 유지·증진시킴으로써 인적자본 투자의 토대를 형성
- 노동공급 증대효과
 - 노동능력과 의사가 있으나 가구 내의 서비스 수요(보육, 간병, 노인 돌봄 등)에 의해 노동시장 진입이 불가능했던 집단에게 경제활동의 기회 제공
 - 특히 고학력 여성이나 중고령층의 노동시장 (재)진입을 용이하게 함으로써 사회적으로 양질의 노동공급이 확대
- 서비스의 시장화에 따른 국민소득 증대효과
 - 가계 내에서, 또는 비공식 부문에서 이루어지던 서비스의 산업화·시장화를 통해 GDP 증대 효과
- 사회통합 제고 효과
 - 빈곤층 추락의 주된 원인이었던 고용불안(낮은 고용안정성, 낮은 소득, 부족한 취업기회)을 해소함으로써 중산층 축소를 방지하고 빈곤층의 중산층 재진입을 용이하게 함.
 - 사회복지의 수혜계층을 중산층으로 확대하고 서비스 내용을 다양화함으로써 복지 확대에 대한 계층적 지지기반을 확장하는 데 기여(취약계층 중심의 시혜적 복지 → 중산층을 포괄하는 보편적 복지)
 - 사회서비스 일자리의 확대 과정에서 종사상 지위 분포가 변화(무급가족종사자와 자영자의 축소, 근로자 비중 증가)하면 사회보험 가입률이 제고되고, 따라서 사회보장 사각지대 해소에 기여

□ 정책기조 정립 필요

- 일자리 대책의 수립을 위해서는 먼저 우리나라가 노동력 부족국인지 노동력 잉여국가인지 명확히 해야 함. 고령화 저출산 문제는 노동력 부족국이라는 전제하에서 지적되고 있으며, 청년·여성·중고령층 실업 문제에서는 일자리 부족이 지적
- 정부는 우리나라의 적정인구와 생계수단 등에 대하여 비전을 가지고 대책을 강구해야 함. 경기가 불황일 때는 생계형 일자리 제공이 관건이라면 경기가 정상화되는 상황에서는 소득이 괜찮고 안정성도 높은 좋은 일자리를 많이 만드는 것이 관건

□ 서비스 일자리 중요성 부각

- 한국은행이 발표한 2007년 고용지표에 따르면 특정산업부문에서 10억원의 생산이 늘어날 때 해당 산업을 포함해 전 산업에서 직간접적으로 유발되는 취업자 수를 의미하는 전산업 취업유발계수는 2000년 18.1명에서 2007년 13.9명으로 줄었음. 특히, 제조업의 취업유발 계수는 13.2명에서 9.2명으로 크게 감소했고, 수출의 취업유발 계수는 2000년 15.3명에서 2007년 9.4명으로 감소했음.
- 반면에 서비스업의 취업유발계수도 하락하고는 있지만 18.1명으로 제조업의 두배 수준을 유지함. 그렇지만 서비스업의 취업유발계수가 높은 것은 서비스업이 제조업에 비하여 생산성이 낮은 것이 주원인이므로 서비스업 진흥만으로는 한계가 있음. 서비스업 일자리 중 그 자체가 생산적인 전기·통신·금융·운수 영역은 매우 한정적이고 대부분의 서비스 일자리는 제조업의 성장이 전제되어야 늘어날 수 있는 일자리인 점을 유념할 필요가 있음. 서비스 선진화를 통한 일자리 창출은 고소득 일자리를 약간 증가시킬 수는 있어도 근본적인 대책은 되지 못함.
- 전통적 서비스 부문에 대한 지원책도 강구해야 함. 대기업 대자본이 무차별적으로 유통시장까지 잠식하는 것은 적절히 통제되어야 함. 동네음식업, 동네수퍼, 미용실 등과 재래시장에 대한 보다 적극적인 정책이 필요하며, 개인서비스업에 존재하는 각종의 규제도 풀거나 완화하는 정책이 필요
- 보건복지 부문 일자리 중 상당부분은 조세나 사회보험료에 의존한 공공부문에서 발생하고 있다는 점에서 한계를 가지고 있음. 더욱이 보건복지서비스 일자리 중 상당수는 돌봄(care)과 관련된 것임. 이들 일자리에 대한 보상수준은 높지 않은 상태이므로 일자리 증가에도 불구하고 좋은 일자리가 되기 어려운 측면이 존재함. 이러한 일자리가 좋은 일자리가 되기

위해서는 무엇보다도 종사자의 임금 혹은 처우를 개선하는 것이 필요

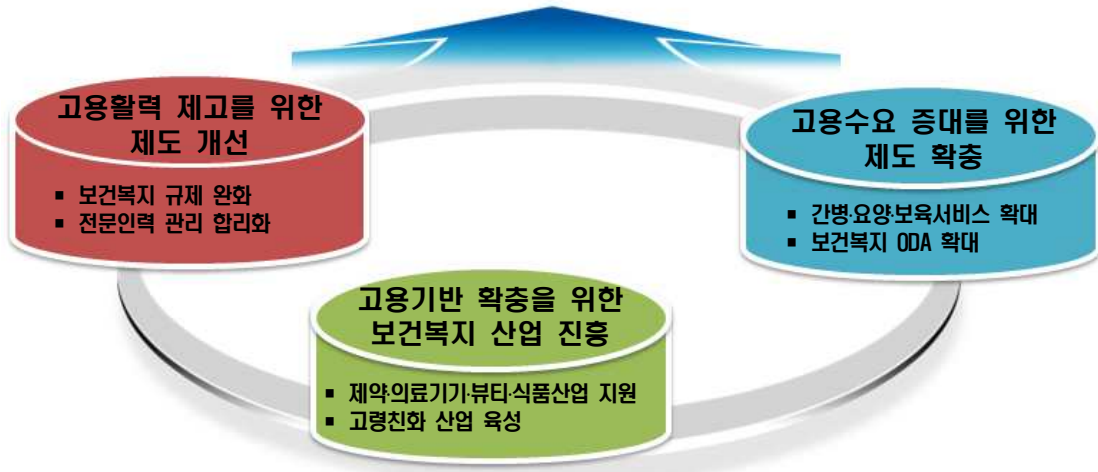
□ 사회안전망 보완 필요

- 안정적 일자리를 만드는 것이 한계가 있다면 다른 방식으로 경제적 안정성을 제고할 수 있도록 사회시스템을 만들어야 함. 의료비, 교육비, 주거비 등 필수적인 생계비에 대한 사회안전망을 강화하면, 노동시장 유연성이 높아지더라도 국민 불안은 대폭 감소시킬 수 있음. 우리나라보다 실업율이 두배 이상 높은 데도 불구하고 서구사회가 안정적인 것은 바로 든든한 사회안전망에 기인함.

□ 보건복지 일자리는 취업유발효과가 높은 일자리이지만 중장기적 비전을 가지고 체계적, 종합적, 적극적인 정부노력에 의하여 고용의 규모나 질이 가변될 수 있음.

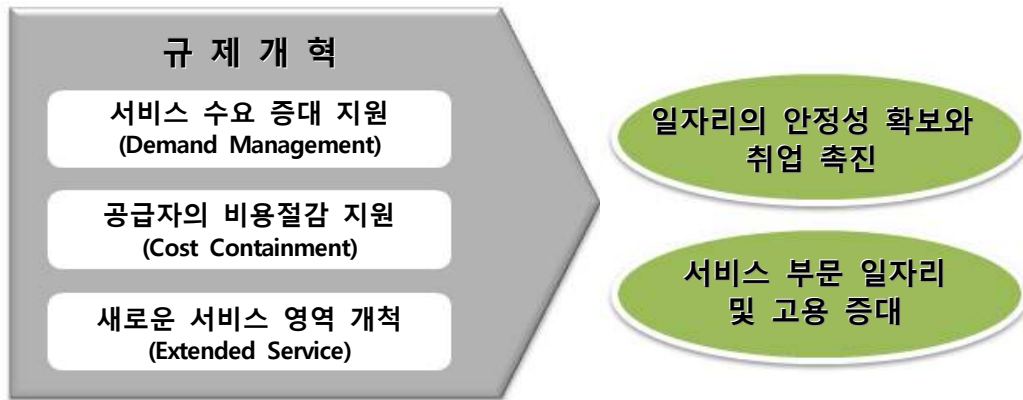
- 일시적인 예산투입을 통한 보건복지 일자리는 단기적이고 만들 수 있으나 지속가능성이 낮기 때문에 불황 대응을 위한 소득이전용 일자리로 활용할 수 있을 뿐임.
- 예산을 사용하지 않는 일자리는 규제완화 혹은 강화 등을 통하여 만들 수 있으나 관련제도의 개선이 필요하고 규제 변경에 따른 갈등 조정이 필요함. 보건의료 서비스와 보육서비스 등의 규제 개선을 통한 일자리 증가 주장이 대표적임.
- 고령화와 저출산 등에 대응하기 위한 제도로 만들어지는 일자리로 선진국에 비하여 저조한 보건복지 서비스의 도입 혹은 확충이 있어야 가능함. 대부분 노인 장애인 보육 등 돌봄 서비스 일자리가 창출됨. 그러나 이러한 제도 확충에는 사회적 비용을 수반함으로써 재원 조달 마련이 병행되어야 함.
- 시장에서 만들어지는 일자리는 민간 중심의 보건복지 산업에서 창출됨. 궁극적으로 좋은 일자리이지만 관련 산업의 발전을 위해서는 R&D 등 정부의 초기투자를 통하여 산업발전이 촉발되거나 앞당겨질 수 있음.

보건복지 일자리 창출 및 고용 증대



II

보건복지 제도 개선을 통한 고용활력 제고



- **서비스 수요증대 지원:** 보건복지 관련 서비스 지원 대상자 확대와 지원내용 확대를 통해 수요를 증대하고 이에 따른 일자리 증대 도모
- **공급자의 비용절감 지원:** 서비스공급의 직·간접적 비용을 절감하도록 지원함으로써 해당 일자리의 안정성과 decency를 증대하고 취업 촉진
- **새로운 서비스 영역 개척:** 국민의 보건복지 서비스 수요 충족을 위한 민간 시장 형성을 촉진함으로써 관련 일자리 창출

1. 보건의료서비스 규제 완화 검토

1] 일자리 창출을 위한 주요 규제 개혁 과제

가) 건강관리서비스 시장 조성

- 『국민건강증진법』 등 개정을 통해 금연 및 비만 클리닉 등 민간서비스 조성을 위한 법 제 도적 기반을 마련하고 건강관리 서비스 시장의 활성화를 위한 지원 대책 마련
- 다양한 건강관리서비스가 제공되는 민간시장을 조성함으로써 양질의 일자리 확충 및 건강 관리 서비스 산업의 발전 기반 형성

나) 의료기관의 원격의료 허용범위 확대

- 원격의료 서비스의 안전성·경제성·사회적 수용성의 문제를 고려하여 시범사업과 평가를 거친 후 법제화 추진
 - 원격의료 허용범위 확대를 통해 수요자의 선택권을 확대하고 원격의료 관련 종사자 고용 증대 도모

다) 조산원 지도의사 지정제도 폐지

- 『의료법』 개정을 통해 조산원 개설시 지도의사를 두도록 하는 조항을 폐지하고, 산부인과 전문의가 있는 의료기관 등과 비상협조체계를 갖추도록 개선
 - 지도의사를 두는 데 따르는 직 간접 비용을 절감하도록 하고 조산원 개설 등 촉진에 기여

라) 정신 요양시설 설치 절차 완화

- 정신요양시설 설치 절차를 완화함으로써 정신요양 시설 설치 확대 및 관련 종사자의 취업 증대에 기여
 - 정신요양시설을 설치하거나 중요사항을 변경하고자 하는 경우 보건복지가족부 장관의 허가를 받도록 되어 있는 규정을 시장·군수·구청장의 허가로서 가능하도록 요건 완화

마) 영양사 자격시험 응시자격 요건 완화

- 『국민건강증진법』, 『영양사에 관한 규칙』 등 개정을 통해 영양사 국가시험 응시 자격요건을 전공 및 학과 명칭이 아닌 지정교과목 이수여부로 변경
 - 영양사 시험 응시자격을 지정교과목에 대한 이수학점을 기준으로 변경함으로써 영양사 응시 기회와 영양사 인력 배출 확대

바) 의약품 등 취급자의 결격사유 합리화

- 의약품 의료기기 화장품 등 취급자의 결격사유 중 불명확한 조항을 합리적으로 개선함으로써 해당 품목 취급자 취업 상의 편의 증진
 - ※ 예: ‘그밖의 유독물질 중독자’를 ‘대마 또는 향정신성의약품 중독자’로 규정

2. 보건의료 전문인력 관리 강화

1] 보건의료인력 현황

가) 보건의료인력의 낮은 활용도

- 의사직종을 제외한 전반적인 보건의료 인력의 비활동 비율이 높은 수준임.
 - 가용인력 중에서 비활동인력 비율이 가장 큰 직종은 조산사로 61.5%에 이르며, 그 다음이 치과기공사(53.6%), 약사(43.2%), 의무기록사(43.0%), 안경사(41.5%), 임상병리사(41.4%) 순임. 간호사도 36.4%라는 높은 비활동비율을 보임.
 - 이는 전반적인 보건의료인력의 활용수준이 낮음을 의미하며, 특히 여성 보건의료인력의 이직율이 높은 경향을 반영한 것으로 보임.

나) 선진국과 비교시 주요 의료인력(의사, 약사, 간호사) 양적 수준 미달

- 지난 20여년간 보건의료인력은 지속적으로 증가하였으나, 일부 인력의 경우 여전히 OECD 국가에 비해 낮은 수준임.
 - 우리나라는 한의사를 포함한 의사수가 인구 1,000명당 1.74명으로 OECD 국가 평균 3.04보다 낮음. 치과의사수는 우리나라가 0.39명으로 OECD 평균 0.62명보다 낮음.
 - 간호사의 경우도 우리나라 인구 1,000명당 2.08명으로 OECD 평균인 6.87명과는 3.3배에 달하는 차이가 나는 것으로 조사됨.
 - 약사의 경우, 우리나라의 약사는 인구 1,000명당 0.65명으로 OECD 국가의 평균 약사인 0.77명에 비해 낮은 수준임.

다) 의료서비스관련 신종 직종 창출의 진입 규제

- 우리나라는 아직 전통적인 의료서비스 직종의 인력 수요·공급 문제에 초점을 맞추고 있고, 보건의료 환경 변화에 대비한 새로운 직종 창출이 더딘 편이라 할 수 있음.

- 인구증가 및 고령화 사회 도래, 경제수준의 증가, 교육 수준 증가, 질병구조의 변화 등이 예방, 재활, 요양, 건강증진 등에 대한 수요를 다양화시키고 있으며, 이에 대한 빠른 대응력이 필요한 시점임.
- 선진국(미국 및 호주)은 수요의 다양화에 대응하여 지원인력(support workforce)과 간호인력 그리고 치료사 및 의료장비기사 등에서 전문적이고 세분화된 직종을 창출하고 있으며 제도적으로도 이를 뒷받침하고 있음.
- Dental assistants (치과 보조원), Physician assistants (의료보조원), Optometrists & opticians (검안사), Home health aides (가정간호보조원) 등

2 대응방안

가) 유휴 보건의료인력의 노동시장 유인 방안 마련

- 기존의 가용인력 중 비활동 인력을 보건의료부문 일자리로 재편입
 - 유휴기간 동안 정체된 기술의 수준을 끌어올리기 위한 교육과 훈련 지원 프로그램 마련
 - 유휴인력들의 대다수가 여성이라는 점을 감안하여, 여성의 일자리 복귀를 위한 지원 방안 마련(육아 보육 시설, 근무형태 및 근무시간의 다양화 등)
 - 유휴인력들과 일자리의 효율적인 연계를 위한 네트워킹 혹은 모니터링 시스템 구축

나) 미래의 필요 인력수 추계와 그에 따른 대응방안 마련

- 의료인력에 대한 수급 전망을 통해 필요하다고 판단된 미래의 인력수 충족
 - 주기적인 보건의료인력 수요 공급 추계 및 전문가가 참여하는 '분야별 전문가 위원회'를 구성하여 보건의료인력 적정 소요량 판단
 - 이를 바탕으로 보건의료인력을 교육하는 기관의 입학 정원을 조정하고 보건의료인력 면허(자격) 시험제도를 통해 적정수의 보건의료인력을 공급

3.

공중위생분야 규제개선 및 완화

- 공중위생분야는 총 7개 업종이 포함되어 있고³⁾, 기존 『공중위생법』을 폐지하고 1999년에 새롭게 제정된 『공중위생관리법』에 의해 관리되고 있음.
- 공중위생관리법상 고용활력을 위해 규제개선 및 완화가 필요한 조항과 내용은 다음과 같음.

● 영업신고 절차 간소화: 법 제3조 및 시행규칙 제3조(공중위생영업의 신고)

- 공중위생영업의 신고를 하려는 자는 공중위생영업의 종류별 시설 및 설비기준에 적합한 시설을 갖추고 영업시설 및 설비개요서, 교육필증, 면허증 원본(이용업 미용업)의 서류를 첨부하여 시장 군수 구청장에게 제출
 - 현재 지자체 제출하는 면허발급 수수료는 신규 발급시 5,500원, 재발급시 3,000원으로 이런 행정비용은 지자체에서도 재원이 되지 못하고 있음.
 - 우리나라 전체 면허증 발급 수수료는 이용업은 4,180,000원, 미용업은 64,394,000원으로 추계(2008)

→ 국가기술자격법에 따른 이용사 미용사의 국가자격을 취득한 자는 추가적인 면허전환 절차 없이 영업신고시에 건강진단서를 제출하여 영업을 용이하게 할 수 있도록 개선

● 영업 및 폐업신고에 관한 행정벌 완화: 법 제3조(공중위생영업의 신고 및 폐업신고)

- 공중위생영업을 하고자 하는 자는 보건복지가족부령이 정하는 시설과 설비를 갖추고 시장 군수 구청장에게 신고하여야 함. 이를 이행하지 않을 경우 6월 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금에 처함.

→ 행정형벌 사항 중 변경신고의무 위반을 과태료 적용사항으로 개선으로 영업 신고 용이토록 함

3) 이용업, 미용업, 목욕장업, 숙박업, 피부미용업, 세탁업, 위생관리용역업

● 과태료 및 부과기준 감경 : 법 제22조 및 동법 시행령 11조(과태료 및 부과기준)

- 폐업신고를 하지 아니한 자, 목욕장의 수질기준 또는 위생기준을 준수하지 아니한 자, 숙박업소 및 목욕장업소의 시설 및 설비를 위생적이고 안전하게 관리하지 아니한 자 등은 300만원 이하의 과태료에 처함.

→ 과태료가 부과되었을 때 기한 이내에 자진하여 납부하고자 하는 경우에는 부과될 과태료의 100분의 20 범위 이내에서 감경조치로 자영업자 부담을 줄여 고용확대로 이어지는 법적 토대 마련 필요
(관련법: 질서위반행위규제법 제18조 및 동법 시행령 제5조)

● 공중위생진흥기금(과징금 및 출연금) 조성으로 1인 영세업장의 인건비 지원

- 공중위생업소의 과징금, 생활위생서비스단체 등의 보조금, 출연금 및 기부금 등으로 조성하여 주로 시·군·구가 운영토록 함.
- 기금관리기본법을 개정하여 기금 조성의 법적근거 마련 필요
- 1인 여성업소(미용업)에 집중 지원하여 저출산도 병행하여 해결

4. 보육서비스 규제 완화 검토

- 불필요한 규제의 철폐 또는 완화를 통해 자율경쟁체제를 확립해야 함.4)
 - 실효성이 낮은 가격규제는 철폐하거나 지역별 특성을 반영하여 완화시킬 필요가 있음.
 - 보육시설 가운데 기준보육료보다 많이 받는다고 보고한 시설은 2004년에는 4.9%에 불과하였으나 2007년에는 22.7%로 증가
 - 기준보육료 외에도 특별활동, 간식비, 교재교구비 등의 명목으로 보육료를 징수할 수 있는 여러 방법이 활용되고 있음.
 - 보육시장의 발달과 더불어 시설의 창의적 활동을 저해하는 규제에 대해서는 자체적으로 회피가 일어나고 있는 것으로 보임.
 - 현재 유치원의 영아보육은 금지되어 있으나 수요가 있다면 굳이 금지할 필요는 없는 것으로 판단됨.
 - 유치원이 영아보육에 적합하지 않다면 수요자가 스스로 이용하지 않을 것이므로 굳이 영아보육 자체를 금지하여 경쟁을 가로막을 이유는 없음.
 - 가정보육시설의 경우에도 유아의 보육이 금지된 것은 아니나 수요자의 판단에 의해 전체 시설이용 유아의 1.0%만이 가정시설을 이용함.
- 수요자 중심의 보육비 지원을 통해 수요자의 선택권을 강화해야 함.
 - 현재 시설에 직접 지급되는 보조금을 바우처(voucher)나 세액공제(tax credits)를 통해 수요자에게 지급함으로써, 수요자의 권리를 강화할 수 있음.
 - 수요자의 입장에서 화폐착각(money illusion)이 존재하므로 시설에 월 30만원을 지불하는 경우보다, 월 60만원을 지불하고 30만원을 환급받는 경우에 수요자로서의 권리와 정부의 보조에 대해 강하게 인식할 수 있음.
 - 바우처 통용기관을 여러 보육 교육시설로 확대하거나, 세액공제 대상을 자녀의 보육 교육비로 설정함으로써 수요자의 선택범위를 넓힐 수 있음.
 - 수요자의 선택권이 강화되면 시설 간 경쟁이 활성화되어 질 향상을 위한 자발적이고 창의적인 노력이 유도될 수 있음.

4) 조운영·김정호, 「영유아 보육, 정부의 역할은?」, KDI정책포럼 제195호(2008-07)

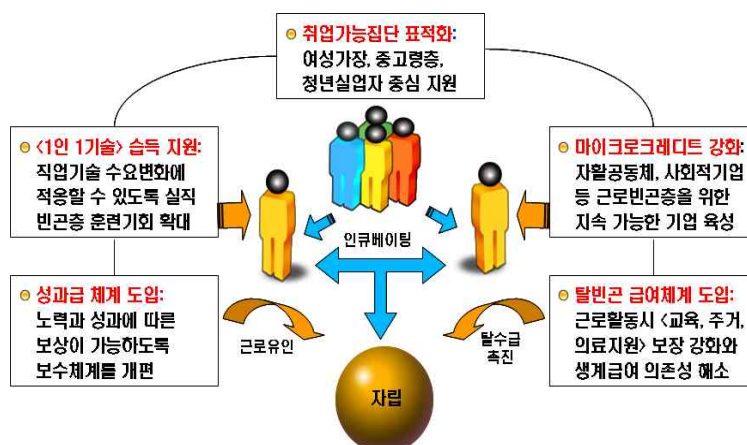
5. 자립·자활촉진 제도 개선

□ 자립촉진제도 개선의 기본 방향: 취업가능집단의 표적화

- 자립촉진제도 참여자의 직업능력 파악 및 욕구와 능력에 따른 참여 프로그램 배치 필요
- 공적전달체계를 통한 중점 지원대상 포착
 - 여성가장, 중고령층, 청년실직자 중심의 지원

□ 자립촉진제도 운영 방안

- 근로빈곤층 대상의 탈빈곤대책과 근로유인대책 병행 추진
 - 탈빈곤대책: 근로활동시 가구소득이 증가하더라도 일정 수준까지 교육 주거 의료 등 현물 급여를 보장함으로써 복지제도에서 탈출할 수 있는 급여제도 구축
 - 근로유인대책: 자립촉진사업 사업 참여자들에게 작업성과 및 취업성공에 따른 인센티브 부여
- 근로빈곤층에 대한 직업훈련 강화
 - 현재 자활사업에서 제한적으로 이루어지고 있는 직업훈련 참가자를 모든 자활사업 참여자로 단계적 확대
 - 직업훈련을 통해 실제 취업가능성을 고려한 기술습득
 - 공인직업훈련기관에 국한되지 않은 다양한 형태의 직업훈련기관 개발
- 자영업자 지원 강화
 - 근로빈곤층 지원대책 중 사각지대인 자영업자 지원 강화
 - 마이크로 크레딧을 통한 개인창업, 공동창업, 자활공동체, 사회적 기업 등 창업 지원: <희망키움뱅크사업> 및 <미소재단> 활용



1. 의료기관 간병서비스 제도화

① 필요성

- 핵가족화, 저출산 및 고령화 등 사회변화로 가족기능이 약화됨에 따라 기존에 가족이 수행하던 환자 돌봄의 사회화가 필요
 - 보건의료부문 인력 고용이 선진국에 비해 적은 현실
 - 미국, 독일, 일본 등에서는 의료기관내 간호사, 실무(준)간호사, 간호보조인력이 간호체계 내에서 간병서비스를 제공

② 의료기관내 간호·간병 관련 실태

- 현재 간병서비스는 의료체계내 명시된 규정없이 간호사의 역할내에서 이루어질 것으로 인식, '입원료'의 '간호관리료'에 포함, 건강보험에서 지불보상되고 있다고 볼 수 있음.
 - 현 '간호관리료' 수가체계는 병상수 대비 간호사 인력 확보수준에 따라 1~9등급으로 분류, 차등 지급하고 있음. 그러나 간호사를 투입할수록 인건비 보전율이 낮아짐에 따라 의료기관에서는 간호인력 투입 기피현상 초래
 - 종합병원의 경우, 등급이 높을수록(즉, 병상내 간호인력 비율이 많을수록) 간호관리료의 간호사 인건비 보전율이 낮아짐(1등급: 34%~6등급: 63%)
 - * 입원료 = 병원관리료 + 의학관리료 + 간호관리료
 - * 별도 수가가 책정된 간호행위는 전체 간호행위의 7.8%(51개 행위) 수준
- 우리나라 병원급 이상 의료기관 간호사 1인당 담당병상수는 4.5병상(2006)으로 미국 0.71, 영국 0.56, 일본 2.0병상보다 많고(OECD, 2004), 기본간호용품 구비가 미흡하여 간호서비스 제공에 상대적으로 많은 시간이 소요됨.

- 그 결과, 의료기관 입원환자를 가족이 직접 돌보거나, 유료간병인 고용(11.7%)에 의존
 - 유료간병인 비용부담은 가정경제에 큰 손실을 초래하고, 가족간병시 가족의 일상생활 지장으로 인한 가족 갈등의 주원인으로 부상
 - 소자녀화 및 맞벌이 부부 증가로 가족내 환자를 돌볼 가족 구성원 수가 급감하여 경제적 부담이 더욱 커진 상황
 - 2005년 12월 말 현재 병원급 이상 의료기관(1,561개소)의 1일 평균 유료 활동 간병인 수는 총 42,906명으로 추정
 - 전국 112개 병원급 이상 의료기관 중 64.8%가 간병인을 병원 차원에서 공식적으로 외부간병단체와 연계, 활용하고 있으며 그 외 대부분의 기관은 환자가 개별적으로 간병인을 활용
- 일반인에 의한 간병행위, 의료문제의 소지
 - 간호사 지시 불응, 안전 미준수 등 의료인과의 마찰, 사고 및 감염전파 등의 의료문제 상존
 - 전문인력 확보가 곤란하고, 간병인들도 열악한 근무환경에 노출

③ 간병수요 및 일자리 창출규모 추정

- 병원의 간호관리자 등 전문가가 환자에게 필요한 간병요구(need-based)에 근거
 - 입원환자의 간병요구도는 환자의 건강문제(활력수준, 영양, 의식수준, 피부, 배뇨 및 배변, 감각 및 운동, 호흡, 일상생활 수행, 이동, 정서상태 및 적응 등) 고려
 - 아울러 간호서비스량에 영향을 미치는 간호사 인력의 투입수준을 구분하여 추계
 - 2005년 4/4분기 간호등급 요양급여 신청 병원급 이상 의료기관종별 간호등급 기준에 의한 총간병인력 수요는 104,703명(부표3, 부표4 참조)
 - 요양병원, 특수병원 제외

4] 간병서비스 제도화(안)

주요내용

- 사적 영역의 일반인에 의한 간병 활동을 폐지하고, 병원내 간호보조인력에 의한 간병서비스 제공
- 전인적인 간호서비스(total care)를 제공할 수 있도록 간호사 단독의 간호체계에서 간호·간병인력의 팀체계로 개편
- 간호보조인력에 의한 간병서비스를 별도 수가화(간호보조료)하되 일차적으로 적정 수의 간호사 인력배치 유도를 위한 간호관리료 수가 현실화
- 간호보조인력은 요양보호사 자격과 호환되도록 교육, 양성

재원조달방안

- 민간보험
- 국고 또는 보험재정: 비급여에서 단계적 적용

5] 기대효과

- 가족의 간병부담을 완화하고 질높은 간병서비스를 제공함으로써 국민의 삶의 질 향상에 기여
- 저임금 임시 일자리라는 한계를 극복하고 보건의료서비스 분야의 일자리를 총 10여만개 규모로 창출

1 노인장기요양보험제도 현황

□ 노인장기요양보험제도의 도입 이후 급여대상자와 시설인프라가 급속히 확대

- 급여대상자는 제도도입 초기 '08년말 14.6만명(노인인구의 2.9%)에서 '09년말 28.6만명(노인인구의 5.5%)까지 지속적으로 증가
- 시설인프라는 제도도입이후 급격히 증가하여 1년간 요양시설은 140%, 재가시설은 163%의 괄목한 증가를 나타냄.
 - 요양시설 : (2008.7) 1,395개 → (2009.9) 2,385개
 - 재가시설 : (2008.7) 6,340개 → (2009.9) 16,660개

□ 노인장기요양보험제도 도입으로 인해 2008~2009년에 걸쳐 10만 9천명의 일자리가 창출

- 2008년 요양보호사(67,358명)를 비롯하여 장기요양기관 종사자(23,740명) 등 10만명의 일자리가 창출
- 2009년 인프라 확충 등을 통해 기관 종사자 8천 2백명과 장기요양관리요원 6백명의 충원이 이루어짐.

<노인장기요양제도 인력 현황¹⁾>

(단위 : 명)

연 도	2007년	2008년	2009년
급여대상인원(등급인정자)	-	214,480	229,759
계	23,535	124,257	124,608
요양보호사 종사인력	17,054	84,412	90,405
장기요양기관 종사자 ²⁾	6,481	30,221	32,367
요양보호사 교육기관종사자		7,588	-
복지용구사업소종사자		1,000	-
공단 장기요양관리요원		1,036	1,836

주: 1) 자료: 국민건강보험공단 보도자료(2009.4.1), 노인장기요양보험시행에 따라 약 10만명 일자리 창출효과 재구성

2) 장기요양기관 종사자 : 시설내 근무하는 사회복지사, 간호사, 물리치료사 등

② 노인장기요양보험 급여대상자 확대를 통한 인력창출 효과

- 노인장기요양보험제도는 향후 2012년까지 급여 대상자를 기존 1~3등급에서 4등급까지 단계적으로 확대하여 향후 5년간 '10년 34만명에서 '14년 47만명까지 확대 예정
- 장기요양대상자의 확대에 따라 노인장기요양 관련 종사일자리가 계속적으로 창출되어, 2010년~2014년의 5년간 약 124천개의 추가 인력 공급이 이루어질 것으로 예측됨.
 - 요양보호사 종사인력은 2010년 227백명의 추가인력을 필요로 할 것이며, 2014년까지 5년간 727백명의 요양보호사 일자리 창출
 - 또한 간호사 등의 장기요양기관종사자인력은 2014년까지 5년간 275백명의 일자리 창출

<노인장기요양보험 향후 필요인력 추계(2010~2014)>¹⁾

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
대상자 규모(만명)	27	34	41	43	45	47
계	146,730	178,657	215,439	225,948	236,457	246,966
요양보호사종사인력	108,047	130,769	157,692	165,385	173,077	180,769
장기요양기관종사자	38,683	47,887	57,746	60,563	63,380	66,197
년도별 추가필요인력	-	55,885	36,782	10,509	10,509	10,509

주: 필요인력의 추계는 요양보호사는 2009년 현재를 고용되어있는 보호노인대비 해당 종사인력의 비율로 추정함.
 요양보호사종사인력은 노인 2.6명당 1인, 장기요양기관종사자는 노인 7.1명당 1인을 기준으로 산출함.

1] 추진 배경 및 현황

- 등록장애인의 연평균 증가율 8%, 등록장애인 200만명 시대에 급격히 증가하는 장애인의 요양 보호 문제는 장애당사자, 가족, 사회전체에 큰 영향을 미치는 중요한 과제
- 노인장기요양보험법 국회통과시 장애인이 서비스 대상에서 제외됨에 따라 국회에서 '10년 6월 까지 장애인장기요양보장 대책 마련하도록 부대결의
- 현재 활동보조서비스를 통해 기본적인 장애인 요양서비스를 지원하고 있으나 최종중장애인의 요양보장서비스를 충족시키기에는 부족
- 제도 도입을 위해 2007년 '장애인 장기요양보장을 위한 정책 연구'를 수행한 결과, 장애인장기요양제도 도입방안 3가지를 도출
 - ⇒ ① 활동보조서비스 등 현행 장애인 복지서비스를 확대, ② 별도의 장애인 장기요양보장제도의 도입, ③ 노인장기요양보험제도에 통합
- 2009년 '장애인장기요양보장제도 실시 모형' 시범 적용을 통해 모형의 적정성 및 본 사업의 실현 가능성을 검증하고, 장애인장기요양보장제도 도입 방식에 대한 범국민적 합의 도출
 - 활동보조서비스 확대안(이하 1안): '07년부터 중증장애인을 대상으로 신체 및 가사활동과 외출이동서비스를 중심으로 지원하는 현행 활동보조서비스를 확대 개편하는 방식
 - ⇒ 활동보조서비스외에 기존에 지원되지 않았던 방문간호, 방문목욕 서비스를 추가로 지원하고, 총 급여량도 증가
 - 노인장기요양보험제도에 장애인 포함안(이하 2안)은, 현행 노인장기요양보험제도 그대로를 장애인에게 적용, 서비스를 지원하는 방식
 - ⇒ 노인장기요양보험제도의 방문요양, 방문간호, 방문목욕 등 재가 급여를 중심으로 진행
- 2009년 7월부터 2010년 1월까지 전국 6개 지역에서 '장애인장기요양보장제도 시범사업'을 실시 중

<시범사업 실시지역: 총 6개 지역>

구 분	선정 지역				
활동보조서비스 확대 안	서울 서초	광주 남구	경기 이천	전북 익산	제주 서귀포
	관련전문기관	연금공단	건강보험공단	연금공단	연금공단
노인장기요양에 장애인 포함	부산 해운대구				
	관련전문기관	건강보험공단			

② 제도도입 방향

□ 1안(활동보조서비스 확대안)으로 추진

□ 대상 인원

- 활동보조서비스 대상자(장애인복지법상 등록 1급 장애인) : 18만명
- 현재 활동보조서비스 이용자 : 2만명
- 1안 확대 시 : 4만명 추가예정 (보건복지가족부 중기재정계획에 의거)
 ⇨ 현재 이용자 2만명에서 6만명으로 확대될 것으로 예측

□ 급여 수가 및 수준

- 현 활동보조서비스: 시간당 수가 방식
- 1안 확대 시: 등급별 총 한도액 내에서 장애인이 활동보조, 방문간호, 방문목욕 서비스를 선택 이용하는 서비스 이용 방식

□ 전달체계

- 관리운영주체 : 지방자치단체(당해 시군구)에서 담당
 ⇨ 장애서비스관정위원회를 설치하여 서비스 대상자의 요양인정, 이의 신청, 사후관리 등 업무를 담당
- 서비스 급여방식: 현재 바우처 방식 적용

4. / 보육서비스 확대

① 배경 및 필요성

- 맞벌이 부부 증가 및 고용 형태의 다양화로 인해 보육 시설이 제공하는 정규 보육 서비스 외의 다양한 보육 서비스에 대한 욕구가 증가
- 최근 심각한 저출산 문제를 극복하기 위해 수요자의 특성에 맞는 다양한 보육 서비스의 제공이 절실한 실정이며 시설 보육 서비스를 보완할 수 있는 서비스의 강화가 필요

② 영유아 보육 서비스 확대

- 영아 가정 내 돌봄 서비스 지원 강화
 - 영아를 둔 취업모를 위해 가정으로 전문 보육 교사 파견 및 비용 지원
- 아이돌보미 서비스 확대
 - 소득 하위 50% 이하 0세 아동을 양육하는 맞벌이, 한부모 가정에 정기 돌봄 서비스 제공 (하루 최대 11시간, 주5일 제공)
- 친인척 가정내 아이돌보미 참여 허용
 - 소득 하위 50% 이하 맞벌이 가정의 친인척이 일정 교육을 거쳐 0세아를 돌보는 경우 가정 내 아이 돌보미 참여 허용
- 시간 연장형 및 휴일 보육 서비스 지원 확대
 - 긴급 아이 돌보미 운영을 통한 24시간 보육체계 확립
 - 교사 충원을 위해 증원한 보육 교사의 인건비 지원 확대

③ 초등학교 방과후 보육 서비스

- 초등 「종일돌봄교실」 운영 확대
 - 학교에서 “정규 교육 + 방과후 활동 + 가정 돌봄”의 3가지 기능을 야간까지 지원하는 수요자 맞춤형 방과후 보육 서비스 제공
 - 유휴 교실이 있고 돌봄 수요가 있는 전국 초등학교에 신규 교실 설치
- 종일 돌봄교실 운영에 「엄마표 멘토링제」 도입
 - 학부모를 교사로 활용하여 자녀 보육에 대한 신뢰감 및 친밀감 강화
 - 전업 주부에 대한 사회적 일자리 창출 효과

4) 보육시설 이용시간 차등 적용

가) 이용시간 유형 구분 필요성

- 12시간으로 획일화된 적용 이용시간 유형은 보육시설과 유치원 모두 오후 2~3시에 귀가하는 이용시간 유형과 7시 전후에 귀가하는 유형으로 이원화하고, 보육시설은 0, 1세에 한하여 반일반을 운영할 수 있도록 하는 방안을 제안
 - 이와 같은 구성은 유아 부모들의 선호도, 보육시설이나 유치원 프로그램 운영상의 효율성과 편의성에 근거함.
- 교사의 배치는 8시간 근무를 원칙으로 하고 7시 전후에 귀가하는 아동 보육을 위해서는 인력의 추가 배치를 원칙으로 함.
 - 시간제 교사보다는 종일제 정규 교사가 바람직함. 0, 1세아 반일반 보육은 시간제 교사를 채용할 수 있도록 함.
- 교사 1인당 아동 비율은 오후 2~3시 이용까지는 보육시설의 현 기준을 적용하고, 그 이후에는 만3세아에 한하여 교사 1인당 20명을 적용함. 영아 혼합반을 구성할 경우 나이가 어린 아동 연령 기준을 따름.
 - 교사 1인당 아동수는 일반적인 전체 현원을 기준으로 하기보다는 매 시각 실제 아동수를 기준으로 하는 것이 합리적임.
- 이 경우 현 보육교사수 약 14만명의 약 30% 정도인 4만여명 정도의 일자리 창출 효과 발생

나) 비용 지원 및 조건

- 보육시설 이용에 대한 정부의 지원은 이용시간 유형을 기본형과 12시간 종일제형으로 이원화하여 적용하고 대상도 모의 취업 등 조건을 두어 이용시간 자격을 제한할 것을 제안함.
 - 기본형의 이용시간은 2세 이상 아동의 경우 오후 2~3시에 귀가하고, 0, 1세 영아에 한하여 평일 하루 3시간 보육을 기본으로 함.
 - 종일제는 모의 취업이나 직업교육, 또는 가정에 보호를 필요로 하는 구성원이 있어서 아동의 적절한 보호가 어려운 경우 등으로 제한
- 비용 분담은 기본형은 현재와 같은 보육비용 지원체계를 일부 보완하여 적용하고, 종일제는 추가 배치교사 인건비 지원 등으로 국가부담을 높임.
 - 기본형의 비용은 현실적 비용을 반영하여 차등보육료의 차등체계를 새로이 구축하도록 함.
 - 종일제가 취업모 등 가정에서 아동을 적절하게 돌보기 어려운 부모에 한하므로 추가되는 비용은 국가가 인건비 형태로 지원하도록 조정할 필요가 있음.

5. 보건복지 분야 ODA 사업 확대

1 현 황

- 우리나라 공적개발원조(ODA) 규모는 1조 860억원 규모로, 개발원조 규모는 국민총소득(GNI)의 0.1%에 불과
 - 개발원조 규모는 OECD 권고인 국민총소득(GNI)의 0.7%의 1/7에 불과하고 OECD 회원국 평균 0.3%에 미달

- 세계 전체 ODA 중 보건분야가 차지하는 원조액은 2005년 14%, 2006년 17%로 지속적으로 증가추세
 - 그러나 우리나라 ODA 중 보건의료분야가 차지하는 비율은 7.85%로, 보건복지 부문에 대한 자금 투입 미흡

- 2008년과 2009년 개발원조사업으로 해외 파견된 인력은 총 1,575명이며, 이 중 보건의료분야 200명, 복지분야 60명임.
 - 보건분야는 의사(군복무 대체)와 간호사가 대부분을 차지하고 있음

<ODA 보건복지분야 해외파견 인력현황(2009)>

(단위: 명)

분야	일반단원	협력의사*	협력요원*	NGO	계
총 파견 인원	1,196	34	198	147	1,575
보건의료 분야 (%)	148 (9.4)	34 (2.2)	-	18 (1.1)	200 (12.7)
사회복지 분야 (%)	54 (3.4)	-	-	6 (0.4)	60 (3.8)

주: 1) * 병역대체 복무인력

2) 2007년 파견자 보건의료분야 20명 추가 고려필요

자료: KOICA내부자료, 2010

- 우리나라는 2009년 OECD DAC 가입국이 되면서 해외원조 공여국으로서의 국가경제력과 국제적 위상에 적합한 개발원조 지원규모의 확대 계획과 목표를 설정
 - 2015년 까지 단계적으로 국민총소득(GNI)의 0.25% 목표로 확대할 계획임.

- 보건복지분야의 ODA 사업은 건강한 인적자원의 공급을 통해 저개발국의 빈곤퇴치에 필요한 경제개발의 기본역량 구축을 지원한다는 측면에서 그 의의가 큼.
 - 저개발국 및 개발도상국의 생명권과 기본건강권 확보를 위한 보건복지분야의 사업은 UN의 새천년 개발목표(MDGs)가 강조하는 인간안보(human security) 강화에 필수적이어서 사업 확대가 강조되고 있음.
- 지구촌화가 진행됨에 따라 HIV/AIDS, SARS, 신종플루 등의 감염성질환 발생이 일국의 보건 의료문제가 아닌 전 세계적인 문제로 확대됨에 따라 개발원조사업의 양적 확대는 물론 질적 발전을 도모할 수 있는 전문성 강화가 요구

② 일자리 창출분야 및 규모

- 우리나라는 ODA 규모 증액에 따라 전문인력의 파견분야와 규모를 증대할 필요성이 큼.
 - 새천년개발목표를 달성하고, ODA 협력대상국으로부터의 수요가 많으며, 파견성과가 높은 비교우위 분야를 중점 파견할 필요성이 있음.
- 인간안보에 초점을 둔 보건복지분야의 사업으로서 사업성과를 제고하기 위해서는 무엇보다도 한국의 개발경험을 전수할 수 있는 분야를 적극 발굴, 파견하여야 할 것임.
 - 정부의 역량강화를 필요로 하는 국가들에게 질병퇴치, 모자보건 등 우리의 개발경험과 인력간 교류·협력을 위해 전문인력과 해외봉사단을 파견하여야 할 것임.
- 보건복지분야의 ODA 규모의 양적 증대에 따른 질적 발전을 기대하기 위해서는 양적 확대에 따른 단순 산술적 인력 투입이 아닌 다양한 다학제적 분야의 일자리가 창출될 것으로 예상됨.
 - 개발원조사업 추진에 필요한 해외 파견인력 뿐 아니라,
 - 국내외적 변화를 모니터링하여 개발원조 콘텐츠를 개발하고,
 - 국제기구와의 역할분담, 파트너십 유지 및 정보공유를 위한 국제적 네트워크와 시행사업 평가 및 계획·설계에 따른 국내에서의 전문가와 관리인력의 일자리가 창출될 것으로 예상

③ 기대효과

- 보건의료분야 ODA 양적 확대 및 질적 발전에 따른 개발도상국의 새천년 개발목표 달성에 기여
- 보건복지분야의 개발경험의 체계적 전수에 따른 국격 제고와 동시에 보건복지분야의 일자리 창출

1. 제약산업

① 현황

- 2007년 제약산업 총인력은 72,179명으로 전년도에 비해 2% 증가하였으며, 영업직이 35.0%, 생산직이 30.7%, 연구직이 9.5%를 차지함.
- 2001~2007년 동안 연구직은 3,742명에서 6,845명으로 증가하였고 전체 인력에서 차지하는 비율도 6.8%에서 9.5%로 상승하였음. 이와같이 제약산업에서 연구 인력은 증가추세에 있으나 그 비중은 낮은 편임.
- 생산직이 전체 인력에서 차지하는 비중은 2001년 32.8%에서 2007년 30.7%로 감소하여 국내 제약생산 인력이 감소추세임을 알 수 있음.

② 장애요인

- 제약산업의 장기적 발전과 국제 경쟁력 강화를 위해서는 연구직 인력 규모가 획기적으로 증가하고 제약산업의 연구활동이 강화되어야 하나, 국내 제약산업의 연구개발비 규모가 작고 연구개발 촉진을 위한 정부지원 및 제도가 충분하지 않음.
- 국내 제약시장의 성장과 해외진출이 확대되고 있으나 제품의 수입이 더욱 빠르게 증가하고 있어 무역적자가 증가추세임. 그러나 국내 생산 의약품이 품질 측면에서 경쟁력이 낮아 수출 확대에 제한이 있고, 국내에서도 신뢰가 충분하지 않은 실정임.

③ 지원방안

- 막대한 비용이 소요되는 신약개발을 촉진하고 제약산업의 연구역량을 강화하기 위해서는, 제약산업의 연구개발비 지출에 대한 세제 지원을 강화하고 정부 R&D 지출 증가 및 관리의 효율을 향상시킬 필요가 있음.
- 현재 추진중인 사전 GMP(우수의약품제조및품질관리기준) 및 밸리데이션 강화를 지속적으로 추진하여 국내 제약생산시설 및 공정을 선진국 수준으로 높이고 품질의 국제경쟁력을 향상시켜야 함. 이에 따라 국내 제약생산 역량이 강화되고 관련 인력이 확충될 수 있음.

① 의료기기산업 현황⁵⁾

- 인구고령화와 웰니스(Wellness: Welbeing+Fitness)라는 세계적인 트렌드 속에서 보건의료의 패러다임이 치료에서 예방중심으로 변화함에 따라 세계의료기기산업은 급속히 발전하고 있음.
 - 국내의료기기 산업도 최근 평균 10% 대 생산액 기준의 높은 성장을 지속하면서 빠르게 성장하고 있으나, 선진국과 비교하여 여전히 취약한 상황으로 많은 부분을 수입에 의존
 - 2007년 기준 전년도 대비 의료기기 수입과 수출비율을 살펴볼 때, 수입이 큰 폭으로 증가함에 따라 무역수지 적자도 대폭 증가함.
 - 또한 의료기기산업은 타산업에 비해 시장규모가 작아 상대적으로 낮은 관심의 대상이 되고 있어, 산업에 대한 분석 및 정보의 유통이 원활히 이루어지지 못하고 있음.
- 기술집약도가 높은 의료기기산업의 특성상 각 기업의 R&D 투자가 증가하고 있는 실정임.
 - 우리나라의 R&D 투자 재원도 2007년에 2006년 대비 23.1% 증가함.
 - 그러나 기존의료기기 제품 개량에 대한 연구개발이나 수입 대체를 위한 연구 개발에 집중적으로 투자하고 있으며, 신기술 개발에 대한 투자는 그 비중이 매우 낮음.

② 의료기기산업 성장의 장애요인

- 선진국에 비해 협소한 시장 규모
 - 세계의료기기기시장규모는 2007년 1,968.2억불로 추정되고 있으며, 2012년까지 연평균 6.2%의 성장을 지속할 것으로 전망됨.
 - 우리나라는 2007년 35.1억불의 시장규모를 보이고 있으며, 이는 세계 10위권
- 높은 수입의존도
 - 우리나라의 의료기기 수입 의존도는 2000년대에 59~65% 정도로 매우 높은 편

5) 한국보건산업진흥원, 「2008년 의료기기산업분석 보고서」 참조

③ 의료기기산업 지원방안

가) 선택과 집중

- 우리나라 의료기기산업의 육성을 위해 연구개발 측면에서 향후 시장성이 높고 우리나라가 세계시장에서 어느 정도 경쟁우위를 확보할 수 있는 분야에 대한 선택과 집중이 필요
 - 향후 질병 트렌드를 고려하여 발병률이 높은 질병과 관련된 의료기기의 개발에 역량을 집중
 - 기업 측면에서는 대기입 참여 유도, M&A 등을 통해 기업 규모를 확대하고, 특화된 부문에서의 전문성을 확보하여 글로벌 브랜드를 육성

나) 의료기기업체의 규모화, 전문화 유도를 통한 경쟁력 강화 방안 마련

- 업체간 컨소시엄 구성을 통한 신의료기기 개발 또는 M&A 유도를 통한 세계시장에서 경쟁력을 갖는 업체 육성
 - 기업간 효율적인 협력을 통한 기술력 향상과 생산비용절감 등을 달성

다) 민간투자 여건 조성

- 국산의료기기의 수요기반 확충 등 시장확대와 세제지원 등을 통한 민간투자 활성화 유도
 - 수요기반확충을 위해서 국공립 혹은 군병원 및 해외투자원조 등의 경우 국산의료기기의 구매 활용 확대 및 동반진출방안 마련
 - 신의료기기 연구개발 투자에 대한 세액 공제 확대, 기기연구개발투자에 대한 세액공제 확대, 중소의료기기업체 세제지원 및 국산화 불가능품의 관세 인하 등을 통해 투자 활성화 유도

라) 기술 수준 향상 방안 마련

- 선진기업의 국내유치를 통해 선진기업의 앞선 기술력을 습득하여 우리나라의 의료기기의 기술 수준을 향상시키고 고용창출을 확대할 수 있는 방법 고려

1 현 황

- 현행 노인생활지원서비스는 저소득층, 독거노인 등의 취약계층과 노인장기요양 인정 등급자를 대상으로 전액 또는 일부 국고지원을 통해 실시됨(본인부담이 비교적 적음).
 - 현재의 주택개조 서비스는 장애인, 저소득층을 대상으로 선별적으로 자치단체의 예산의 범위 내에서 시행되고 있음.
 - 노인식사서비스의 경우, 자선단체, 비영리기관, 복지관(경로식당)등에서 이루어지고 있으나 통일된 식단 제공, 접근성 미흡, 기호불일치(질환, 종교 등) 등으로 노인의 선호를 반영하고 있지 못함.
- 일반 중산층 노인의 경우에도 다양한 형태의 생활지원서비스가 필요하며, 이를 활성화하기 위해서는 고령자의 수요에 부응하는 서비스가 이루어 질 수 있도록 제도적, 재정적 지원이 필요함.
 - 기존의 생활지원서비스는 지속적으로 수행하되
 - 중산층을 대상으로 하는 생활지원서비스를 산업(기업)화하여 질적 향상을 도모함. 따라서 고령친화진흥법상의 '우수제품 또는 서비스 인증제'를 활용하여 수요를 유인하고, 자치단체 중심으로 지역특성과 재정상황을 고려하여 민간기업 지원을 병행 실시함.
- 중산층 노인의 생활지원은 다양한 측면에서 이루어 질 수 있음. 노인 생활지원서비스는 노인의 욕구를 가장 잘 알고 있는 노인인력의 활용이 절대적임.
 - 일상생활 지원사업: 노인일자리로 연결 가능
 - 주택개조, 식사서비스: 지역산업 발전차원에서 고용창출

2 제약요인

- 중산층 노인을 대상으로 하는 경우, 재원의 일부를 국고지원해야 함.
- 주무부처의 문제, 노인생활지원서비스는 복지부 소관이나 산업 활성화는 지식경제부 소관임.
- 민관이 함께하는 고령친화적 생활지원서비스 모델 개발을 위한 시간소요
 - 필요 서비스별 산업화 가능성 분석

③ 지원방안

□ 생활지원서비스 유형

- 안부 확인서비스
- 긴급 통보 시스템 대여서비스(긴급시 소방서 등지에 통보할 수 있는 기기대여)
- 식사 서비스(식생활 원조가 필요한 고령자를 위한, 영양식 제공과 안부 확인)
- 외출지원 서비스(일반교통을 이용하는 것이 곤란한 고령자 등이, 의료나 복지 서비스 등을 받기 위해서 외출하는 경우 또는 고령자의 사회참가를 촉진하는 외출지원)
- 방문 이미용서비스(외출이 곤란한 노인을 대상으로 출장 이미용서비스)
- 가사지원 서비스(청소, 세탁, 쇼핑 등 가사 원조서비스)
- 복지전화의 설치(주택에 전화기를 설치해서, 상담 및 안부 확인서비스)
- 일상생활 용구지원(주택에서 안전하게 일상생활을 보낼 수 있도록 일상생활 용구서비스, 병이나 상처 등으로 일시적으로 가정에서 휠체어 등이 필요한 경우)
- 고령자 주택개조서비스(고령자의 거실, 욕실, 화장실 등의 개선 서비스)

□ 노인식사서비스산업 활성화 방안

- 고령친화적 노인전용식당 인증, 고령자우대 식권 제도 등의 도입
※일본사례: 지방자치단체에서 재정여건에 맞게 노인생활지원서비스관련 다양한 사업을 실시하고 있음.
- 노인식사서비스: 자치단체와 외식기업과 제휴하여 일정비용을 본인이 부담하고 고령자의 기호에 맞는 식사를 배달해줌(일부 재정지원)

- 주택개조서비스: 개호보험제도에서 일정 수준(20만엔: 본인부담 10%)까지 부담하고 그 이상 또는 비대상항목(샤워 화장실, 계단승강기 등)은 자치단체 주택개조 조성자금에서 보조(비용의 10%)해주고, 차액은 무이자로 대출해줌.

① 현황

- 현재 식품위생법 제41조 3항에는 식품제조·가공업, 식품접객업, 단체급식소 등 모든 식품업장별로 식품위생관리책임자를 두게 되어 있으나, 실천율은 파악되지 않고 있음.
- 식품안전관리를 위해서도 식품위생관리책임자(실명제)는 전 업장에 두어야하나 영세업소에서는 인건비 부담으로 두고 있지 못함.
 - 2008년말 현재 식품관련업소는 1,022,081개소임.

② 제약요인

- 식품위생법 제41조 3항 규정
 - 3년 이상 종사한 종사자도 식품위생관리책임자가 될 수 있음.
- 식품진흥기금 사용범위 제한
 - 식품위생법 제89조 3항 2에 소비자식품위생감시원 교육·활동비만 보조토록 규정
 - 기금이 주로 업소 과징금으로 조성되었지만 업소 지원조향은 없음.

③ 지원방안

- 식품위생법 제41조 개정
 - 모든 업장에 식품분야 전공자를 식품위생관리책임자로 두게 함.
- 식품진흥기금에서 인건비 지원 가능토록 법 개정
 - 식품위생법 제89조 3항 2를 개정
 - 각 업장별 식품위생관리책임자 1인에 한하여 인건비 지원

□ 산업의 규모화와 고도화를 통한 인력수요증대

- 뷰티서비스 업소에 대한 중소기업 정책자금지원 및 관련 컨설팅기능 강화를 통한 규모화
 - (5인 이상 중소기업) 뷰티서비스 기업에 대해서도 중소기업 정책자금지원이 가능토록 제도 개선 필요
 - 준비 없는 창업이 실패로 이어지는 악순환을 단절시키기 위해서 창업컨설팅 교육 프로그램을 운영하며, 업종별로 성공한 기업인을 창업도우미로 활용, 서비스 경영기법 등을 전수토록 함.
- 중소기업청과 연계 소규모업소의 사업자간 공동브랜드 개발운영지원을 통한 규모화
 - 영세사업자간 공동브랜드 개발운영을 지원하여 프랜차이즈화를 유도함.
 - 브랜드개발, 통합홈페이지 운영, 경영모델제공 등의 지원을 실시함.
 - 공동브랜드 활성화를 위한 각종 지원(브랜드 및 로고디자인 위탁, 공동브랜드 launching에 필요한 사업지원인력 확보, 공동홈페이지 제작 및 서버운영)
 - 또한 프랜차이즈 기업이 중소기업 창업지원법상 투자제한업종인 규정을 완화하고 민간 펀드와의 연계를 통한 소규모사업장의 집단규모화를 유도하는 것이 바람직 함.
- 화장품, 미용용품 등 제조업과 연계하여 동반성장을 통한 일자리 창출
 - 무한한 잠재력을 가지고 증가하고 있는 고품격서비스수요를 충족시키기 위해서는 제조업과 서비스업간 연계가 필요함.
 - 현재 극히 제한적인 사례에 불과한 뷰티제조업과 뷰티서비스업의 연계를 정부차원에서 활성화를 유도
 - 화장품산업의 뷰티서비스 지분인수 또는 직영신규진출
(예: 코리아나(화장품)와 미플(피부미용))
 - 뷰티업소의 화장품 OEM제작 (예: 이가자 등 자체브랜드 제작)
 - 프랜차이즈산업의 활성화(화장품산업 또는 타산업의 신규뷰티프랜차이즈 설립)

□ 취업지원체계 구축을 통한 일자리 창출

- 뷰티서비스 전문 인력DB 구축 및 뷰티서비스 취업박람회 개최
 - 업계의 구인난과 취업자 및 재취업자의 구직어려움을 완화시켜주기 위해 뷰티서비스 전문 인력DB를 구축, 전문 인력별 면허 자격취득현황, 재교육 및 경력 등 산업계에서 요구되는 각종 정보를 제공하도록 함.
 - 취업박람회를 개최하여 구직자와 기업 간 인력 matching이 원활할 수 있도록 지원함.
- 전문 인력의 해외 진출확대 지원
 - 현재 뷰티관련 인력의 해외진출은 한국산업인력공단의 직업알선사업과 연수취업사업 두 가지 사업을 통해 가능하나, 극히 제한적인 규모로 진행되고 있고 실적도 부진하여 사업의 대폭적인 확대가 필요함.
 - 직업알선사업은 Worldjob 사이트를 통해 올라온 채용공고를 취업희망자에게 전달하고, 인터뷰, 비자신청 등의 지원을 하는 서비스에 그치고 있음.
 - 연수취업의 경우, 해외취업을 확정지은 인력에 대해 교육훈련기관이 한국산업인력공단에 사업신청을 하면 이들 교육생에 대한 연수교육비용을 지원하는 사업임.

□ 관광 수출 산업으로 전략적 육성을 통한 일자리 창출

- 성형, 피부진료 등 의료관광과 연계한 Total Beauty Package 사업지원
 - 의료관광과 뷰티를 연계하는 시범사업체를 선정하여 국가차원 홍보지원이 필요함.
- 뷰티산업 복합테마파크 조성
 - 뷰티산업의 다양한 Contents를 집적(연구소, 아카데미, 미용체험, 전시, 공연, 웰빙 푸드 등), 자연과 결합한 복합테마파크를 조성하여 새로운 뷰티산업을 문화산업으로 발전시켜나갈 수 있는 테마파크를 조성
 - 프랑스의 경우, 향수와 화장품등의 아이템을 활용한 전시관과 체험관을 운영하여 관광자원으로 발전시키고 있음.
 - 국내 화장품업계와 뷰티서비스업계, 지자체, 자본시장등과의 종합적 연계를 통한 복합테마파크의 설립을 추진함.

