

# 보건복지동향

보건복지부 2014년 7월 보도자료 중 주요내용을 발췌한 것임.

## ■ ■ ■ 「OECD Health Data 2014」 주요지표 분석

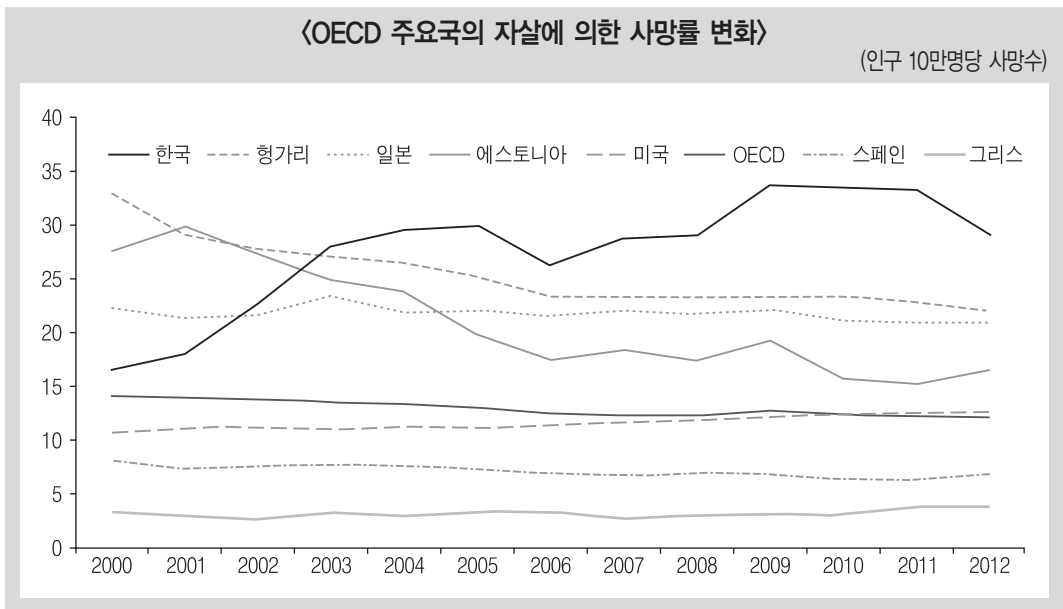
- 보건복지부(장관 문형표)는 OECD(경제협력개발기구)에서 6.30(월) 발표한 「OECD Health Data 2014」의 주요지표를 분석·발표하였다.
  - 「OECD Health Data」는 34개 회원국의 건강상태, 보건의료자원, 보건의료비용 등 보건의료 전반의 통계 수치를 담은 데이터베이스로,
  - OECD 회원국의 전반적인 보건 수준 현황을 동일한 기준에서 비교할 수 있어 보건의료 정책 수립의 기초자료로 많이 활용되는 자료다.
    - \* 우리나라는 '96.12월 OECD 가입 이후 매년 보건통계를 제출하고 있음(한국보건사회연구원, 연세대학교, 통계청, 질병관리본부 등 다양한 기관·전문가 참여).
- OECD의 보도자료에 의하면, 경제위기동안 많은 OECD 국가에서 정체되거나 감소한 보건지출이 다시 상승하기 시작했으나, 성장세는 경제위기 이전에 비해서 여전히 낮은 상태이다.
  - 아울러 OECD는 제네릭 시장의 확대를 통한 약가 인하로 3분의 2 회원국에서 '09년부터 의약품 지출이 실질적으로 감소한 것을 하나의 트렌드로 꼽았다.
- 다음은 「OECD Health Data 2014」에 수록된 통계(지표) 중 우리나라에서 관심이 필요한 사항 위주로 발췌하여 분석한 내용으로, OECD 홈페이지에서도 확인할 수 있다.  
(<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>)
  - \* 「OECD Health Data 2014」에 수록된 통계는 '12년 기준임.
- (기대수명과 주요질환) 지난 5년간 우리나라의 기대수명은 빠르게 증가하였으나, 자살에 의한 사망률은 10년 연속 OECD 1위를 기록하였다.
  - (기대수명) 우리나라의 기대수명은 81.3년으로 OECD 평균(80.2년)보다 1.1년 길다. 지난 5년

간 우리나라의 기대수명은 1.9년이 증가하여, OECD 평균의 증가 수준(1.2년) 보다 큰 폭으로 증가하였다.

\* 기대수명: ('07년) 79.4년 → ('12년) 81.3년

- (자살) 자살에 의한 사망률은 인구 10만 명당 29.1명으로 OECD 평균(12.1명)에 비해 17.0명 높으나, 전년('11년, 33.3명)에 비해서는 감소하였다. OECD 회원국 중 자살률이 가장 낮은 국가는 터키로 1.7명이다.

\* 자살에 의한 사망(인구 10만 명당): ('07년) 28.7명 → ('11년) 33.3명 → ('12년) 29.1명



- (영아사망률) 출생아 천 명당 2.9명으로 OECD 평균(4.0명)보다 1.1명 낮았다. OECD 회원국 중 아이슬란드, 슬로베니아, 일본, 핀란드, 노르웨이 등 11개국에서 영아사망률이 3.0명 미만으로 낮게 나타났다.

\* 영아사망률(출생아 천 명당): ('07년) 3.6명 → ('12년) 2.9명

- (암) 암에 의한 사망률은 인구 10만 명당 183.3명으로 OECD 평균 (207.5명)보다 24.2명이 낮았으며, OECD 회원국 중 멕시코, 터키, 핀란드, 이스라엘, 스위스에 이어 6번째로 낮은 수준을 기록하였다.

\* 암에 의한 사망(인구 10만 명당): ('07년) 203.6명 → ('12년) 183.3명

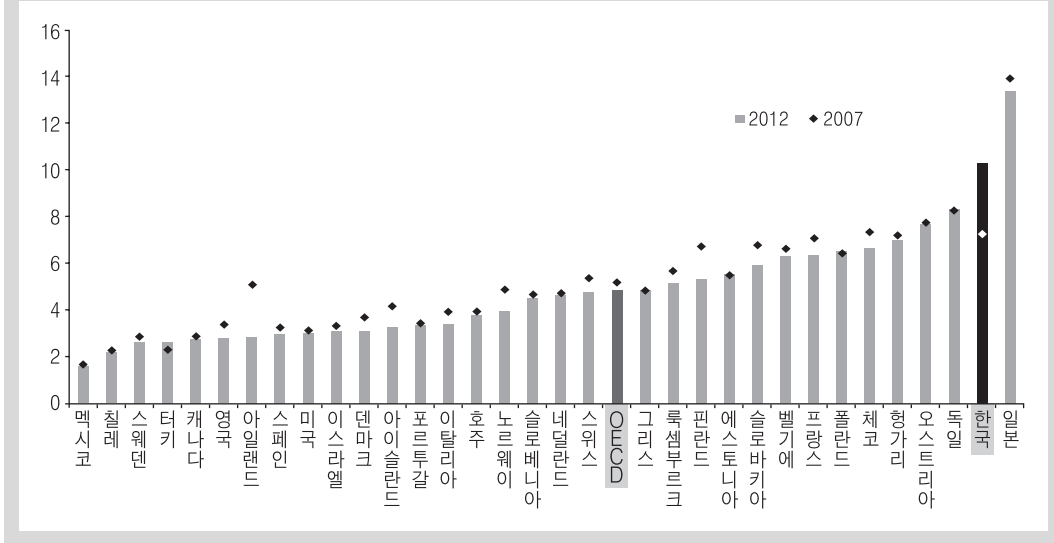
\* OECD에서 적용한 연령표준화사망률(Age-standardized death rate)은 국가간 또는 시계열에 의하여 생기는 연령구조의 차이에 따른 영향을 제거하기 위하여 OECD 인구구조로 표준화

하여 산출한 수치임

- (심 · 뇌혈관질환) 허혈성심장질환으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 43.2명으로 OECD 평균 (119.2명)보다 낮고, 뇌혈관질환에 의한 사망률은 76.5명으로 OECD 평균(68.1명)보다 높게 나타났다.
  - \* 허혈성심장질환에 의한 사망(인구 10만 명당): ('07년) 53.8명 → ('12년) 43.2명
  - \* 뇌혈관질환에 의한 사망(인구 10만 명당): ('07년) 109.5명 → ('12년) 76.5명
- (음주 · 흡연 등) 우리나라 남성흡연율은 OECD 회원국 가운데 가장 높으며, 비만 및 과체중 인구는 가장 낮은 편이다.
  - (음주) 15세 이상 1인당 연간 주류소비량은 순수 알코올 9.1리터로 OECD 평균(9.0리터)과 비슷과 수준으로 나타났다.
    - \* 주류소비량(15세 이상 인구, 순수알코올): ('07년) 9.3 리터 → ('12년) 9.1 리터
  - (흡연) 15세 이상 인구 중 매일 담배를 피우는 인구의 백분율인 흡연율은 21.6%로 OECD 평균 (20.3%)보다 다소 높게 나타났다. 여성 흡연율(5.8%)은 OECD 회원국 가운데 가장 낮은 반면, 남성 흡연율은 37.6%로 OECD 회원국 가운데 그리스에 이어 두 번째로 높은 수준이다.
    - \* 흡연율(15세 이상 인구, %): ('07년) 24.0% → ('12년) 21.6%
  - (과체중 및 비만) 과체중 및 비만인구 비율은 31.8%로 OECD 회원국 중 일본에 이어 2번째로 낮은 수준으로, OECD 평균(56.8%)에 비해 매우 낮았다.
    - \* 비만 및 과체중 비율(15세 이상 인구, %): ('07년) 31.0% → ('12년) 31.8%
- (병상 · 의료장비) 우리나라 병원의 병상과 MRI 등 의료장비는 OECD 평균에 비해 많은 편이며, 지난 5년간 지속적으로 증가하였다.
  - (병상) 우리나라의 총 병원병상 수는 인구 1,000명당 10.3병상으로 OECD 평균(4.8병상)보다 2.1배 많았다. 대부분의 OECD 국가에서 지난 5년간 총 병원병상 수가 줄어든 반면, 우리나라는 1.4배 증가하였다.
    - \* 총 병원병상 수(인구 천 명당): ('07년) 7.3병상 → ('12년) 10.3병상
  - (MRI · CT) 우리나라의 MRI 보유 대수는 인구 100만 명당 23.5대로 OECD 평균(14.0대)보다 9.5대 많으며, CT 스캐너 역시 인구 100만 명당 37.1대를 보유하고 있어, OECD 평균(24.1대)보다 높다.
    - \* MRI 장비 수(인구 백만 명당): ('07년) 16.0대 → ('12년) 23.5대
    - \* CT 장비 수(인구 백만 명당): ('07년) 37.0대 → ('12년) 37.1대
- (의료인력) 지난 5년간 임상 의사 수와 임상간호사 수가 꾸준히 증가하였으나, 여전히 OECD 회원국 중 의료인력의 수가 가장 적은 편이다.
  - (의사) 우리나라의 임상 의사 수는 인구 1,000명당 2.1명으로 OECD 평균(3.2명)보다 1.1명 적으

### 〈총 병원병상수〉

(인구 1,000명당)



며, OECD 회원국 중 가장 낮은 수준이다. 의대졸업자 수도 인구 10만 명당 8.2명으로 OECD 평균(11.1명)에 비해 낮아, 중·장기적 의료인력 수급판단이 필요해 보인다.

\* 임상 의사 수(인구 천 명당): ('07년) 1.7명 → ('12년) 2.1명

\* 의대졸업자 수(인구 백만 명당): ('07년) 9.0명 → ('12년) 8.2명

○ (간호사) 임상간호사 수는 인구 1,000명당 4.8명으로 OECD 평균(9.3명)의 절반 수준이다.

\* 임상간호사 수(인구 천 명당): ('07년) 4.2명 → ('12년) 4.8명(간호조무사 포함된 수치임)

□ (보건의료 이용) 우리나라 국민 1인당 의사에게 외래진료를 받은 횟수와 환자 1인당 평균 재원일 수는 OECD 회원국 중 가장 높은 수준이다.

○ (진찰) 국민 1인당 연간 14.3회 의사 진찰을 받아, OECD 회원국 중 1위를 기록하였으며, OECD 평균(6.9회)보다 2.1배 높다.

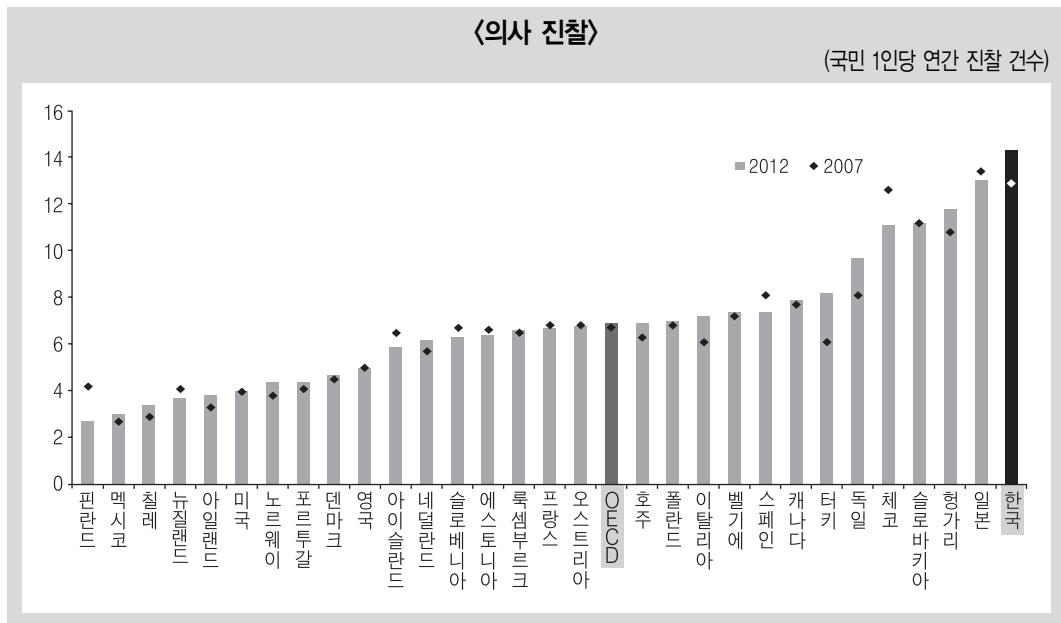
\* 의사 진찰 건수(국민 1인당, 연간): ('08년) 12.9회 → ('12년) 14.3회

○ (평균병원재원일수) 환자 1인당 평균병원재원일수는 16.1일로, OECD 평균(8.4일)에 비해 1.9 배 길었으며, 일본에 이어 2번째로 긴 평균재원일수를 나타냈다.

\* 평균병원재원일수(일수): ('08년) 17.5일 → ('12년) 16.1일

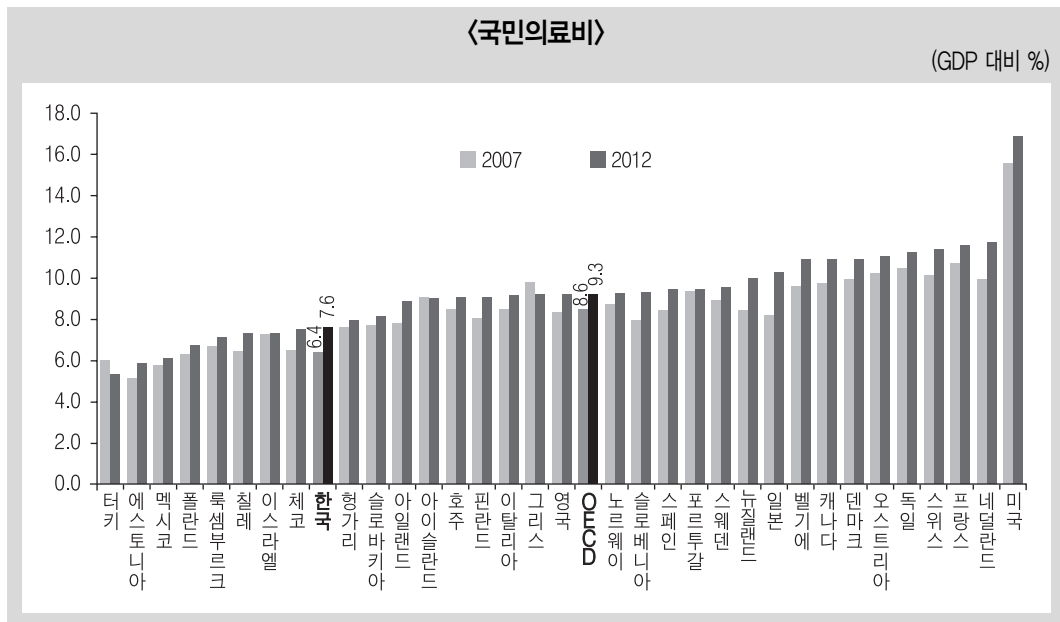
□ (의약품 소비) 우리나라는 OECD 평균에 비하여 항생제 소비량은 높고, 항우울제 소비량은 낮다.

○ (항생제) 우리나라의 항생제 소비량은 국민 1,000명당 하루 28.4DDD(Defined Daily Dose · 일일상용량)로 OECD 평균(20.3DDD)에 비해 높았다.



- \* 항생제 소비량(DDD/1,000명/1일): ('08년) 26.9DDD → ('12년) 28.4DDD
- (항우울제) 항우울제 소비량은 국민 1,000명당 하루 14.7DDD로 OECD 평균(56.4DDD)에 비해 크게 낮았다.
- \* 항우울제 소비량(DDD/1,000명/1일): ('08년) 7.9DDD → ('12년) 14.7DDD
- (장기 요양) 우리나라는 지난 5년간 병원내 장기요양병상과 시설의 침상 수가 급격하게 증가하였다.
- (장기요양병상) 우리나라의 65세 이상 노인 인구 1,000명당 장기요양을 위한 병원병상과 시설 침상은 50.1개로 OECD 평균(50.5개)과 비슷한 수준이나, '07년(24.4개)에 비해 2배 이상 급격하게 늘어났다.
- \* 장기요양병원병상 수(65세 이상 인구 천 명당): ('07년) 13.8개 → ('12년) 27.4개
- \* 장기요양시설침상 수(65세 이상 인구 천 명당): ('07년) 10.6개 → ('12년) 22.7개
- (보건의료 비용) 우리나라의 국민의료비는 지속적으로 상승하고 있으나, OECD 평균과 비교하면 여전히 낮은 수준이다. 하지만, OECD 국가 중에서 가장 빠르게 증가하고 있다.
- (국민의료비) 97.1조원의 국민의료비를 지출하였으며, GDP에서 차지하는 비중은 7.6%로 OECD 평균(9.3%)에 비해 낮으나, 연평균 증가율은 OECD 국가 중에서 가장 높다.
- \* GDP대비 국민의료비 비중: ('07년) 6.4% → ('12년) 7.6%
- \* '07~'12년 우리나라 국민의료비의 실질증가율은 6.6%, 같은 기간 OECD는 2.3%

- (1인당 의료비) 1인당 의료비 지출은 2,291 US\$ ppp로 OECD 평균(3,484 US\$ ppp)보다 낮다.
- (공공재원·가계직접 부담) 국민의료비 중 공공재원의 비중은 54.5%(52.9조원)로 OECD 평균(72.3%)보다 낮고, 가계직접부담 비중은 35.9%(34.8조원)로 OECD 평균(19.0%)보다 높다.
  - \* 공공재원의 비중: ('07년) 54.7% → ('12년) 54.5%
  - \* 가계직접부담의 비중: ('07년) 36.0% → ('12년) 35.9%
- (의약품 등) 의약품 등의 지출은 19.8%(19.3조)로 OECD 평균(15.4%)보다 높으나, '00년대에 들어 처음으로 20% 이하로 감소한 것으로, OECD는 이를 '12년 4월 약가 인하 도입을 통한 보건 지출 증가를 제한하려는 정부 노력의 결과로 분석하였다.
  - \* 의약품 등의 비중: ('07년) 22.7% → ('12년) 19.8%

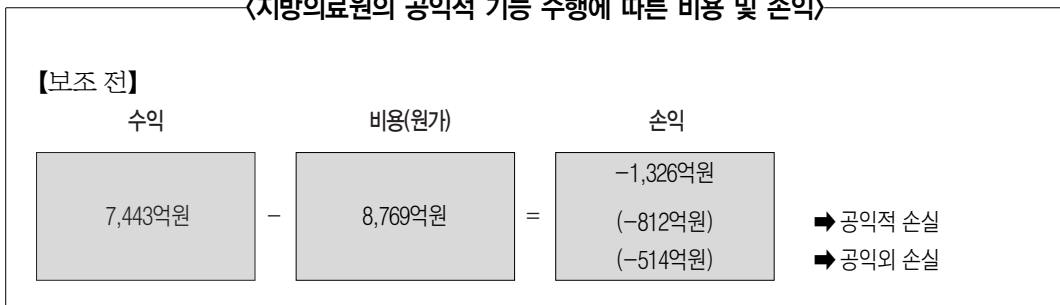


- 보건복지부 관계자는 국민의료비 100조원 시대에 국민의 건강지킴이 주무부처로서 지속적으로 보건의료 제도를 개선하고 투자를 확대해 가면서,
  - 장기적인 보건의료 정책 방향 마련을 위해 국민의료비 중장기 추계를 실시하는 등 정책의 기반이 되는 통계지표를 구비하여 정책효과성을 높이는 동시에 투명한 정책 운영에 기여할 계획이라고 밝혔다.

**■ ■ ■ 지방의료원, 공익적 기능 강화와 경영 개선, 두 마리 토끼를 잡는다!**

- 보건복지부는 『지방의료원의 공익적 기능 강화 및 경영개선』을 추진한다고 밝혔다.
  - 보건복지부는 앞으로 지방의료원의 공익적 손실에 대한 지원을 확대하고, 일반적 적자는 개별 지방의료원이 목표와 계획을 가지고 경영개선을 통해 줄여나갈 수 있도록 할 방침이다.
  - 이를 위해 지방의료원 스스로 개선 계획을 수립하고, 정부와 지자체는 이를 토대로 지원책을 마련, 지방의료원별 자구노력에 대한 평가와 차등 지원을 통해 관리해 나갈 계획이다.
    - \* 지방의료원 등 관련 예산('15년): '14년 대비 115억원(17%) 증가한 782억원 편성 협의 예정
- 이번 계획은 지난해 실시한 국정조사 결과와 「지방의료원 육성을 통한 공공의료 강화방안」의 이행을 위한 실행계획으로,
  - 정부의 지방의료원 기능에 대한 강한 개선 의지와 지방자치단체와 지방의료원의 역할과 책임을 강화하는 내용을 담고 있다.
- 복지부는 지방의료원의 적자를 공익적 역할 수행에 따른 '건강한 적자'와 경영개선을 통해 감소 가능한 '불건강한 적자'로 구분하기 위해 「지방의료원 공익적 비용 계측」 연구용역을 실시하였다('13년 9월~'14년 3월, 건국대 산학협력단·갈렙ABC·프라임코어컨설팅).
  - 연구 결과 33개 지방의료원 전체 손실('12년 1,326억원, 보조 전) 중 61%(812억원)가 '건강한 적자', 39%(514억원)는 '불건강한 적자'로 구분되고,
  - 운영보조금('08년~'12년 평균 672억원, '12년 532억원)을 감안하면, 보조 후 공익적 손실(건강한 적자)은 140억원~280억원 수준인 것으로 분석되었다.
    - \* 자본보조금('08년~'12년 평균 1,107억원)을 포함하면 전체 보조액은 1,779억원 수준

〈지방의료원의 공익적 기능 수행에 따른 비용 및 손익〉



- 분야별로는 공익적 비용 중 의료급여 진료와 비급여 차액으로 인한 비용이 44.2%(359억원), 응급실·분만실 같은 필수의료시설과 내과·외과 등 필수진료과목 운영으로 인한 비용이 42.5%(345억원), 공공사업 수행으로 인한 비용이 13.3%(108억원)로 도출되었다.

필수 진료과목	필수 의료시설	의료급여 진료	비급여 진료	공공사업	합계
127억원 (15.6%)	218억원 (26.9%)	155억원 (19.1%)	204억원 (25.1%)	108억원 (13.3%)	812억원

□ 이번 「지방의료원 공익적 기능 강화 및 경영개선 추진계획」의 주요 내용은 다음과 같다.

1 지방의료원별 공익적 기능 강화계획 수립 추진

- 지방의료원이 소재한 지역 특성을 반영하여 요구도가 큰 필수요료를 중심으로 기능을 강화하고, 재정적·정책적 지원체제도 이를 중심으로 개편할 계획이다.

〈공익적 기능 강화 기본원칙〉

- ① 의료원별 지역 특성에 따라 필수 요료를 도출하여 기능 강화
- ② 전체 의료원에 응급, 격리병상, 분만, 중환자실 등 필수 의료시설 확충
- ③ 농어촌 등 취약지는 지역별 수급상황에 따라 필수 의료시설 및 진료과목 강화
- ④ 도시지역 의료원은 민간과의 경쟁분야는 축소하고, 대상·분야별 전문화, 보건복지연계, 건강증진 등 특화 기능 강화를 통해 의료 서비스 제공

- 지자체와 지방의료원은 지역별 의료 수요·공급 분석, 지역주민 의견 수렴 등을 통해 향후 중점 육성 분야를 설정하고 의료원별 ‘공공의료 기능 강화계획(‘15~’17)’을 수립해야 하며,
- 복지부는 지역별 의료서비스 요구도 분석 결과 등 기초 자료와 계획 수립에 참고할 가이드라인을 제공할 예정이다.

2 지방의료원별 경영개선 계획 수립 추진

- 또한 지방의료원의 운영 효율성을 높이기 위해, 일반 적자에 대한 관리를 강화하고, 운영평가와 예산지원 연계를 강화하는 등 경영개선을 위한 관리 및 지원 체계를 확립할 계획이다.

〈경영 개선 추진 기본원칙〉

- ① 지방의료원 스스로 자구노력 등 일반 손실감축(수익제고) 계획을 수립
- ② 국가 및 지자체는 지방의료원의 자구노력을 전제로 지원책 마련
- ③ 자구노력과 실적에 대한 평가 및 차등 지원을 통해 이행 관리

- 지자체와 지방의료원은 수익·비용과 관련된 모든 운영체제를 원점에서 재검토하여 연도별 목표치를 설정하고 의료원별 자구노력을 포함한 ‘경영개선계획(‘15~’17)’을 수립해야 하며,



○ 복지부는 지방의료원 운영 관련 주요 지표 등 기초 자료와 계획 수립에 참고할 가이드라인을 제공할 예정이다.

**③ 공익적 기능에 대한 집중 지원 및 성과에 따른 차등 지원**

○ 지방의료원의 공익적 기능과 운영 효율성 강화를 위한 예산 지원은 ① 필요 분야와 기관에 대한 ‘선택과 집중 지원’, ② 목표달성 실적에 따른 ‘차등 지원’의 원칙을 갖고 추진할 계획이다.

○ 즉 의료원이 수립한 계획을 평가하여 중점 육성 필요 기능별로 시설·장비·인력 등을 패키지로 지원하고, 필요하다면 의료원별 Total Remodeling 수준으로 지원하는 방안도 고려하고 있다.

- 지원 분야도 단순 노후화 개선보다 기능 특성화에 필요한 지원을 단계적으로 확대해 나갈 예정이다.

○ 또한 정부는 매년 지방의료원별 공익적 역할 수행 및 경영개선 실적을 평가하고, 그 결과를 다음 해 예산에 반영, 차등 지원하여 성과와 보상을 연계함으로써 목표이행을 관리한다는 방침이다.

○ 한편, 운영보조금의 경우, 지자체별로 공익적 손실은 보전하되 일반 손실에 대해서는 의료원별 개선 목표와 실적에 따른 지원 원칙을 정립하도록 유도할 계획이다.

\* (예시) 서울시의 경우, 서울의료원과 시립병원들에 대해 병원별 목표손실을 협의·설정하고 5년에 걸쳐 지원·달성하는 방식으로 보조금 지원기준을 개선

**④ 실폐괄수가 인센티브 강화**

○ 지방의료원에 적용하고 있는 실폐괄수가에 대한 인센티브를 현행 최대 15%에서 이르면 내년 부터 35%로 상향조정할 예정이다.

○ 즉, 공공성과 효율성에 대한 인센티브를 각각 현행 5%에서 15%로 올리고 참여 인센티브(5%)를 유지하는 한편, 지표를 재설정하면서 간호인력에 대한 인센티브 강화방안도 검토할 계획이다.

**⑤ 포괄간호서비스(보호자 없는 병원) 확대**

○ 현재 15개 지방의료원에서 시범사업 중인 포괄간호서비스에 대해 금년 말부터 건강보험을 적용하고,

○ 시설 개선 지원, 운영평가에 반영 등을 통해 지방의료원의 참여를 확대하여 서민층의 간병 부담을 줄여 나갈 것이다.

**⑥ 국립대병원 의사 인력 파견 제도화 및 전공의 통합수련 도입**

○ 우수 의료인력의 안정적 확보를 위해 현행 의사인력 지원 사업을 단계적으로 확대하면서 관계 부처와 협의하여 내년부터 국립대병원 정원 반영 등 임상교수요원 파견 방식으로 제도화할 계획이다.

- 교수 인력 파견과 함께 내년부터 국립대병원과 지방의료원 간 전공의(인턴, 레지던트) 통합수련 및 별도 정원 제도\*를 운영할 계획으로,
  - \* 외과 · 흉부외과 · 산부인과 등 육성지원과목 전공의 정원 별도 배정
  - 국립대병원-지방의료원 간 협력 체계 구축을 통해 지방의료원의 경쟁력 제고, 다양한 임상 사례를 경험한 의료인력 배출, 기관간 진료협력 활성화 등 시너지 효과가 있을 것으로 기대된다.
- 또한, 공공의료 종사자의 역량 향상을 위해 관리자, 의료인력, 행정직 등 직무별 교육훈련 과정을 하반기부터 개설할 계획이다.
  - \* 공공보건의료지원센터에서 운영하되, 임상교육은 대학병원에 위탁 예정
- 보건복지부는 7.2(수) 15시 지자체의 담당 국장과 지방의료원장을 대상으로 지방의료원 공익적 기능 강화 및 경영개선 계획을 논의하고 자체 계획 수립 등의 실행을 위한 연석회의를 개최했다.
- 지자체와 의료원이 책임지고 자체 세부계획을 마련하고, 지자체를 중심으로 주기적으로 이행 점검토록 할 방침이다.
- 복지부는 이를 지원하기 위해 의료원별 운영현황 모니터링, 평가, 진단 및 컨설팅 등 지원체계를 강화하고 관련 제도개선을 지속 추진할 계획이다.
- 문건표 복지부장은 이 자리에서 “지방의료원이 지금은 만성적자 등 어려움에 처해 있지만 국민의 기대와 지역 요구에 부합하는 공공병원으로 거듭나야 한다”고 강조하면서,
  - “정부는 지방의료원의 역할을 지역별 필수 의료서비스 제공에 중점을 두고 지원하되 동시에 운영 효율성도 강화해 나갈 것이며, 국가와 지자체, 지방의료원이 함께 의지를 갖고 노력하자”고 당부하였다.
  - 이어서 지방의료원 공익적 기능 강화 및 경영개선 추진계획에 대한 설명, 강원도 및 남원의료원의 사례 소개, 지방의료원연합회장의 개선대책 발표, 지자체 담당 국장들과 지방의료원장들의 종합토론이 진행되었다.
    - \* 지방의료원의 공공성과 운영 효율성 강화를 위한 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 개정안 6.24(화) 국무회의 의결, 6.30(월) 국회 제출
    - \* 금년 중 공공보건의료 정책 목표와 방향, 공공보건의료 확충 계획 등을 포함한 「공공보건의료기본계획」을 수립하여 체계적 공공보건의료정책 추진 기반 마련

## ■ ■ ■ 이제 일하는 차상위계층도 희망키움통장 가입 가능

- 보건복지부는 저소득층의 자산형성을 통한 자립을 지원하는 희망키움통장을 '14년 7월부터 차

상위계층까지 확대한다고 밝혔다.

○ 이에 복지부는 가입대상 규모를 고려하여, 전국 17개 시도에서 18천 가구를 신규 모집할 예정이다.

\* 1차 모집: 7.14(월)~7.23(수), 2차 모집: 10.1(화)~10.10.(수), 2회 분할 모집

□ 보건복지부는 '10년부터 일하는 수급자의 근로유인을 제고하고, 탈수급을 지원하는 저소득층의 자산형성지원 프로그램으로서 '희망키움통장' 사업을 도입·운영해 왔다.

○ 희망키움통장은 일하는 기초생활수급자를 대상으로 '10년부터 현재까지 약 27천가구가 가입하여 자립의 꿈을 키워가고 있으며,

\* (가입현황) 10천('10년) → 15천('11년) → 18천('12년) → 27천('13년)

○ 3년 만기가 도래한 '10년 가입가구의 경우 60%가 기초수급자에서 벗어났고, 대부분이 근로·사업 소득의 증가(93.0%)로 기초수급자에서 벗어나는 등 높은 성과를 달성하고 있다.

〈'10년 가입가구의 해지 현황('13.12.31일 기준)〉

구분	가입인원	해지 현황			해지절차 진행중
		소계	탈수급 등 지급요건 충족 해지	지급요건 미충족 해지(중도해지 포함)	
2010년	10,685 (100%)	9,763 (91.4%)	6,404 (59.9%)	3,359 (31.4%)	922 (8.6%)

□ 이러한 높은 성과를 바탕으로 복지부는 '14년 7월부터 희망키움통장을 일하는 수급자에서 차상위계층까지로 확대 시행한다.

○ 차상위 대상 「희망키움통장 II」는 최저생계비 120% 이하인 차상위계층 중 근로사업 소득이 90% 이상인 가구를 대상으로 하며,

- 매월 본인이 10만원씩 저축하면, 정부가 1:1로 매월 10만원씩 매칭 지원하게 된다.

〈희망키움통장 II 개요〉

- ◆ (지원대상) 총 근로(사업)소득이 최저생계비의 90% 이상인 차상위가구(최저생계비의 120% 이하)
- ◆ (지원내용) 본인 저축액 월 10만원, 정부 지원금 월 10만원으로 1:1 매칭 지원  
→ 3년 동안 가입하고, 재무·금융 교육 이수할 경우 적립금 전액 지급  
☞ 3년 가입 시 본인적립금(360만원) + 정부지원금(360만원) + 이자 수급 가능
- ◆ (지원용도) 주택구입·임대, 본인·자녀의 교육·훈련, 사업의 창업·운영자금 등으로 제한

### 〈가입 가능 차상위가구 기준〉

가입기준	(근로사업소득) 최저생계비 90% ~ (총소득) 최저생계비 120%
1인 가구	543,063원~724,084원
2인 가구	924,675원~1,232,900원
3인 가구	1,196,206원~1,594,942원
4인 가구	1,467,738원~1,956,984원
5인 가구	1,739,270원~2,319,026원
6인 가구	2,010,801원~2,681,068원

- 적립기간은 3년으로, 3년 동안 가입하고, 재무·금융 교육 이수할 경우 적립금 약 720만원(본인적립금 360만원, 정부지원금 360만원)을 지급받을 수 있으며,
  - 지원금은 주택구입·임대, 본인·자녀의 교육·훈련, 사업의 창업·운영자금 등으로 제한된다.

□ '14년 「희망키움통장 II」는 총 18천가구를 7월 14일부터 신규 모집할 계획이며, 7월·10월 2회로 분할 모집할 계획이다.

- 가입을 희망하는 차상위가구는 읍면동 주민센터를 방문하여 신청하면 된다.
- 지자체는 신청 가구의 자립 의지와 적립금 활용 계획 등 서류 심사를 통해 최종 지원자를 선정할 예정이다.
  - \* 신청 후 소득재산 조사를 거쳐 익월 최종 가입대상자로 결정된 후 장려금 지급(7월 신청 시 8월부터 장려금 지급)

□ 차상위가구를 대상으로 한 「희망키움통장 II」 도입은 현 정부의 국정과제로서 '경제혁신 3개년 계획' 에도 포함된 대표 과제이다.

- 국정과제 57 : 일을 통한 빈곤 탈출 지원
  - (근로유인형 급여체계 구축) 자산형성 지원을 취창업 수급자에서 자활참여자, 차상위까지 확대
- 경제혁신 3개년 계획
  - “...소득이 적어도 일하는 만큼 재산을 늘려갈 수 있도록 본인 저축액만큼 국가도 저축해주는 희망키움통장 대상을 차상위까지 확대하고...”
    - 경제혁신 3개년 계획 대통령 담화문 中(14.2.25) -

- 보건복지부 관계자는 “희망키움통장은 기초수급자의 탈빈곤을 지원하는 등 대표적인 ‘일을 통한 빈곤 탈출’ 지원 프로그램으로서 자리매김하고 있다”며,
- “희망키움통장 II 역시 차상위가구의 기초수급자 등 빈곤상태로의 진입을 사전에 예방하고, 중산층으로의 진입을 지원할 수 있을 것”으로 기대했다.
- 또한 자활사업 참여자들의 자활·자립을 지원하기 위해 올해 10월부터는 내일키움통장 역시 가입대상을 점차 확대하는 등 지속적으로 “일을 통한 빈곤 탈출”을 지원할 수 있도록 노력할 계획이다.
- \* (현행) 시장진입형, 매출 10% 이상 사회서비스형 사업단 참여자 → (개선) 매출 10% 미만 사회서비스형까지 확대

**하반기부터 선택진료비, 상급병실료 대폭 줄고, 중증환자 대상의 전문 의료서비스는 더 향상된다**

- 보건복지부는 8일 제12차 건강보험정책심의위원회(이하 건정심)를 개최하여 「선택진료·상급병실 개선에 따른 수가 개편 방안」, 「캡슐 내시경 등 4대 중증질환 관련 5항목 급여 적용방안」 등의 안건을 심의·의결하였다.

**< 2014년 선택진료·상급병실 개선 및 수가 개편 방안 >**

- 제12차 건정심에서는 박근혜 정부 국정과제로 지난 2월 발표한 「3대 비급여 제도개선 방향」 중 금년도(2014년) 선택진료 및 상급병실 개선계획 및 이에 따른 수가 개편방안을 의결하였다.
- 3대 비급여 개선에 따라 '14.8월부터 선택진료비가 평균 35% 감소되고, '14.9월부터는 건강보험이 적용되는 일반병상이 6인실에서 4인실까지로 확대될 예정이다.
- \* 관련 법령 개정 진행 중(선택진료에관한규칙, 요양급여의기준에관한규칙 등)
- 상급병실료 개편 주요 내용('14.9.1일 시행)
  - 건강보험이 적용되는 일반병상이 현행 6인실 → 4인실까지 확대
    - 일반병상 약 21,000개 증가하여 병원급 이상의 일반병상 비율 평균 74% → 83%까지 확대, 상급종합병원의 경우도 65% → 74%로 확대
    - ※ 내년에는 모든 상급종합병원이 최소 70% 이상 일반병상 확보 의무화 추진
- 선택진료비 개편 주요 내용('14.8.1시행)
  - 환자가 선택진료를 받기 위해 건강보험 진료비용에 더해 추가적으로 내는 산정비율을 현행 20~100%에서 15~50%로 축소

**〈추가비용 산정기준 항목별 부과〉**

구분	검사	영상	마취	진찰	의학관리	정신	처치·수술	침·구·부항
현행	50%	25%	100%	55%	20%	50%	100%	100%
변경	30%	15%	50%	40%	15%	30%	50%	50%

- '15~'16년에는 선택의사 지정 비율을 병원별 80%→ 진료과별 30%로 단계적으로 축소하고, '17년에는 비급여 선택진료비 폐지, 건강보험제도로 전환
- 제도 개선에 따른 환자 부담 경감
  - 4·5인실 입원료 대폭 경감
    - 상급종합병원 기준 4인실은 6~11만원, 5인실은 4~5만원 수준 → 제도개선 후에는 4인실 2.4만원, 5인실 1.3만원 수준으로 예상
  - 하반기 선택진료 환자부담 평균 35% 가량 감소
    - 항목별로 축소율이 달라, 수술을 받는 경우만 보면 선택진료비가 50% 가까이 감소
- 이와 함께 제도 개편으로 인한 의료계 손실을 보전하면서도, 의료 서비스의 질적 수준을 제고할 수 있도록 중증환자에 대한 의료서비스를 강화하는 수가 개편방안을 추진하기로 하였다.
  - \* 의료계 손실 7,460억원(상급병실료 축소 2,030억원, 선택진료 축소 5,430억원)
- 상급병실의 경우, 4·5인실 상급병실료 차액이 사라지는 대신, 향후 4인실 기준으로 입원 환경이 개선되고, 특수병상 등을 통해 더욱 우수한 입원 서비스가 제공되는 방향으로 입원료 수가를 개편한다.
  - 우선, 기본입원료 수가를 2~3% 인상하고, 4·5인실 입원료를 기본 입원료의 160%, 130% 수준으로 신설한다.
    - 이에 따라 상급종합병원(간호2등급) 기준 4인실은 80,490원, 5인실은 65,400원 수준이며, 환자는 이 금액의 5~30%\*만 부담하게 된다.
      - \* 중증집환 등 본인부담산정특례 환자 : 5% 또는 10%, 일반 입원환자 20%, 상급종합병원 4인실 입원환자 30%
  - 일부 특수병상 수가도 현실화 하여 의료기관이 치료에 필수적인 특수병상을 충분히 갖추도록 유도할 계획이다.
    - 면역이 억제된 환자, 전염성 환자, 화상 환자 등을 격리하여 치료하는 격리실의 경우, 병원 종별 및 시설 기준에 따라 수가를 10~150% 인상한다.
    - 상급종합병원·종합병원의 신생아 입원실을 확충하기 위해 신생아실 및 모자동실 입원료, 모유수유관리료 등도 50% 가량 인상한다.
- 입원료 개편을 통해 환자들의 4·5인실 입원 비용은 대폭 축소되고, 장기적으로는 병원에 격

**<입원료 수가 개편에 따른 환자 본인부담금액 변화>**

(단위: 원)

구분	6인실 환자부담		5인실 환자부담		4인실 환자부담	
	현행	개편후	관행가격	개편후	관행가격	개편후
상급종합	9,770	10,060	41,770	13,080	7,770	24,150
종합병원	7,770	8,000	33,770	10,400	42,770	12,800
병원	5,680	5,790	25,680	7,530	29,680	9,270
의원	5,180	5,180	25,180	6,740	29,180	8,290

\* 4·5인실 관행가격은 병원종별 평균 상급병실차액을 반영한 결과(의원은 병원급금액 반영)

\*\* 종별 평균간호등급(상급종합2등급, 종합4등급, 병·의원6등급)적용, 환자부담은 20%(상급종합병원 4인실의 경우만 30%) 적용

리실 등 특수병상이 확대되어 원치 않는 상급병실 이용이 감소할 수 있을 것으로 기대된다.

□ 선택진료와 관련해서는 고도의 수술과 처치 등의 수가 인상과, 중증환자를 대상으로 한 의료서비스의 수가 조정을 추진한다.

○ 첫째로, 그동안 상대적으로 수가 수준이 낮아 적자양상을 보이던 고도의 수술·처치·기능검사 등의 수가를 인상\*(1,600여 항목, 13~50% 인상)하여, 고도 수술분야의 발전과 안정적인 의료서비스 제공, 진료과별 불균형 해소 등이 가능할 것으로 기대된다.

\* (예시) 만성신장병으로 인해 신장을 떼어내는 신적출술, 동맥류가 생겼을 때 이를 절제하는 동맥절제술, 종양이 의심되는 경우 골수를 채취하여 검사하는 골수천자생검 등

○ 둘째로, 그동안 수가수준이 낮거나 수가 자체가 없어 활발히 이루어지지 못한 중증환자 대상의 의료서비스도 개선된다.

- 중증암환자를 대상으로 4~5명의 의사가 동시에 진료하는 암환자 공동진료, 영양불량환자에 대한 집중관리를 통해 합병증 감소 및 생존율을 증가시킬 수 있는 집중영양치료료 등을 신설하였으며,

\* (암환자 공동진료) 5인 의사기준 141,510원(본인부담 7,000원), (집중영양치료료) 36,870원(상급종합, 본인부담 7,370원)

- 현재 월 1회만 인정되던 입원중 협력진료를 최대 5회까지 확대하고, 한번에 여러 수술이 동시에 이루어지는 경우의 수가도 인상하여 고난이도 행위가 좀더 원활하게 이루어지도록 하였다.

\* 협진 인정횟수 확대(월 1회 → 병원 2회, 종합병원 3회, 상급종합 5회), 여러 수술의 동시수술 시 제2, 3 등의 수술의 보상을 50% → 70%로 개선

□ 금번 수가 개편에 따른 추가 건강보험 재정 소요는 연간 약 6,550억(상급병실 1,840억, 선택진료 4,710억) 수준으로 이는 '14년도 보험료 결정 시('13.6월) 기 고려되었으며,

- 수가 개편에 따른 환자 부담 증가는 연간 약 1,390억 정도이나, 선택진료 및 상급병실 개편에 따라 감소하는 비급여 의료비가 7,460억 규모인 점을 감안하면, 실제 환자 부담은 6,070억 정도 경감되는 셈이다.
- 이번 선택진료·상급병실 개편 및 이에 따른 건강보험 수가 개편을 통해 환자들의 의료비 부담은 경감되고, 장기적으로 의료서비스의 질적 수준은 제고될 수 있을 것으로 기대된다.
- 보건복지부는 이번 건정심에서 의결된 수가 개편안을 고시 개정에 반영하는 등 행정절차를 거쳐, 선택진료 개편은 8월 1일, 상급병실 개편은 9월 1일자로 시행할 예정이며,
  - 제도 시행 6개월 시점에서 수가 조정 효과를 모니터링하여, 필요시 추가적인 수가 조정 등 후속조치를 검토할 예정이다.
- 보건복지부는 금번의 선택진료·상급병실 개편과 수가조정안에 대하여 지속적인 논의\*를 통해 국민(환자), 의료계(의료공급자) 모두 만족할 수 있는 방안을 모색한 합리적 결과라고 평가하고,
  - \* 2013년 학계, 의료계, 시민단체 등의 국민행복의료기획단에서 9개월간 논의한 방안을 중심으로 의사협회·병원협회 협의체를 통해 6개월간 검토하는 과정을 거쳐 도출
  - 지나치게 과중한 선택진료비, 상급병실료를 감소시켜 중증환자의 의료비 부담을 크게 완화하는 효과와 함께,
  - 의료계에서 고질적 문제로 제기하였던 고도 중증환자 대상 의료서비스의 낮은 보상 수준을 개선하여 좀더 우수하고 합리적인 의료서비스 제공이 가능해질 것이라고 예상하였다.
  - 참고로, 금번 개편은 3대 비급여 제도개선 의 '17년까지 단계적 이행과제 중 '14년도 추진사항으로, 내년 이후에도 선택진료 단계적 축소, 상급종합병원 일반병상 비율 확대 등을 지속 추진 예정이다.

#### <4대 중증질환 보장 강화>

- 건정심은 「'14년 4대 중증질환 보장강화 계획」('14.3.5 발표)에 따라 캡슐내시경 검사, 풍선 소장 내시경 검사 및 시술 등 5항목에 대하여 급여(필수급여 포함)전환을 결정하였다.
- 우선 위·대장내시경으로는 확인할 수 없는 소장부위의 병변을 확인하는데 유용한 '캡슐내시경 검사'가 급여로 전환된다.
  - 위·대장내시경으로 병변을 확인할 수 없으나 '소장 부위의 출혈이 의심' 되어 실시한 경우에는 필수 급여화하고, '크론병, 소장종양, 기타 소장 질환이 의심' 되어 실시하는 경우 선별급여화하여 본인부담률 80%가 적용된다.
  - 이에 따라 그동안 진단 및 치료가 어려웠던 소장질환의 진단율을 높이고 환자의 진료비 부담이 대폭 경감될 것으로 기대된다.
    - 환자 본인부담금은 원인불명 소장출혈의 경우 130만원에서 10.7만원으로, 크론병·소장종



양·기타 소장 질환은 130만원에서 42.9만원으로 줄어들게 되며, 연간 약 2,800명의 소장질환자가 혜택을 받을 것으로 예상된다.

대상	급여 항목명	급여 확대 내용	환자 부담(선택진료비 제외)
소장 질환자	캡슐내시경 검사	- 급여: 원인불명 소장 출혈 - 선별급여(본인부담률 80%): 크론병, 소장종양, 기타 소장질환	130만원→10.7만원(원인불명 소장출혈) 130만원→42.9만원(그 외 소장 질환)
	풍선 소장내시경 검사	- 급여	200만원→15.6만원(소장지혈술)
	풍선 소장내시경하 시술	- 급여	
심장 질환자	심근생검 검사	- 급여	125만원→3만원(심장이식)
암 환자	F-18 뼈 PET	- 선별급여(본인부담률 80%)	61만원→38.6만원(전신촬영, 행위료기준)

□ 소장의 조직검사, 용종절제 및 지혈 등 소장 질환의 직접적인 시술 및 처치가 가능한 ‘풍선 소장 내시경\*’도 급여로 전환된다.

\* (풍선 소장내시경) 내시경 말단에 부착된 풍선을 부풀려 소장벽에 고정하여 소장을 잡아당기면서 내시경을 밀어 넣는 방식으로 실시하는 내시경

○ 내시경적으로 소장부위의 시술 및 처치를 시행하는데 필수적인 것으로 금번 급여 전환에 따라 소장질환자의 진료비 부담이 크게 줄어들게 된다.

- 환자 부담금(소장지혈 기준)은 200만원에서 15.6만원으로 줄어들게 되며, 내시경적 처치 및 시술이 필요한 연간 700여명의 소장질환자가 혜택을 받을 것으로 예상된다.

□ 심장 이식 후 거부반응 여부 및 심근염, 심근병증 등 심근질환의 진단에 필요한 ‘심근 생검검사’도 급여로 전환되어,

○ 환자 부담금(심장이식환자 기준)은 125만원에서 3만원으로 줄어들며, 연간 520여명의 심장이식자 및 심근 질환자가 혜택을 받을 것으로 예상된다.

□ 또한, 암세포가 뼈에 전이가 되었는지 여부를 진단하는데 사용되는 ‘뼈 양전자단층촬영(F-18 bone PET)’은 선별급여로 전환된다.

○ 동 검사는 뼈스캔(Bone Scan) 등 뼈 전이 여부를 확인할 수 있는 기존 검사 보다 진단의 정확도는 높으나 소요 비용이 비싼 검사이다.

- 환자 부담금(전신촬영, 행위료 기준)은 61만원에서 38.6만원으로 줄고, 연간 1,200명의 뼈 전이 의심 암환자가 혜택을 받을 것으로 기대된다.

□ 보건복지부는 금번 4대 중증질환 보장 항목으로 약 5,200명의 환자가 혜택을 받고 연간 약 20억 원의 보험재정이 소요될 것으로 예상했다.

○ 아울러 선별급여 결정 항목에 대해서는 주기적(3년)으로 재평가를 실시하고 그 결과에 따라, 본인 부담률 등을 조정하거나 필수급여로의 전환 여부를 검토하게 된다고 밝혔다.

## ■ ■ ■ '14년 7.28(월) 부터, 시간제보육반 시범사업 시행 예정

- 보건복지부는 7월 28일(월)부터 육아종합지원센터, 어린이집 등 전국 71개 기관에서(14개 시·도, 61개 시·군·구) 시간제보육 시범사업을 실시한다고 밝혔다.
  - 『시간제보육』이란 종일제 어린이집 등을 이용하지 않는 가구라 하더라도, 지정 어린이집 등에서 시간제로 보육서비스를 이용하고, 실제 이용한 만큼 보육료를 지불하는 서비스이다.
  - 시간제보육은 시간선택제 근로자와 같이 단시간 어린이집 이용이 필요한 가구에 큰 도움이 될 것으로 보인다.
    - 과거에는 짧은 시간 아이를 맡겨야하는 경우에도 종일제 어린이집을 이용하거나, 친인척의 도움을 통해 개인적으로 해결할 수밖에 없었지만,
    - 시간제보육반이 도입되면, 양육수당을 받으면서 필요한 시간을 선택하여 어린이집을 이용하고, 이용한 시간만큼 비용을 지불할 수 있게 된다.
  - 시간당 보육료 단가는 4,000원이나 종일 보육료, 유아학비 등을 지원 받고 있지 않은 시간선택제 근로자 가구라면 정부의 지원을 받아, 시간 당 1,000원의 저렴한 비용으로 이용할 수 있다.
    - ※ (시간선택제근로 등 맞벌이 가구) 월 80시간 한도, 시간당 1,000원으로 이용(非맞벌이가구) 월 40시간 한도, 시간당 2,000원으로 이용
  - 예를 들어, 하루 4시간(월20일)정도 어린이집 이용이 필요한 시간선택제 근로자가 시간제보육을 이용하는 경우, 종일제 이용 대비 사실상 최대 월 12만원\*의 혜택을 얻을 수 있게 된다.
    - ※ 예: 11개월 영아가 시간제보육반을 4시간/일 (월 80시간) 정기 이용시 12만원 혜택 = 양육수당(20만원/월) - 시간제보육료 자부담(8만원/월 = 1,000원×80h)
- 시간제 보육반 이용을 위해서는 최초 이용시, '아이사랑 보육 포털'에서(<http://www.childcare.go.kr>) 영유아를 등록한 후,
  - PC· 모바일 및 전화 신청(1661-9361)을 통해 필요한 때, 필요한 만큼, 사전에 예약하고 편리하게 이용하면 된다.
    - 온라인 신청은 이용일 1일 전까지, 전화 신청은 당일에도 예약 가능하다.
- 전업주부와 같은 경우에도 양육수당을 신청하면 병원이용 등 긴급한 보육수요에 대비, 월 40시간 내에서 시간당 2,000원으로 시간제보육반을 이용할 수 있는 바우처가 지급된다.
  - 다만, ▲시간선택제 근로자 등 맞벌이 가구, ▲한부모 취업가구, ▲장기입원 등 정부의 양육 도움이 필요한 가구라면 읍·면·동 주민센터를 방문, 증빙서류를 제출하고 추가 지원을 받을 수 있다.

**〈시간제보육 개요〉**

구분	시간제 보육반	
	기본형	시간선택제 근로자 등 추가지원
주요 이용 대상	- 양육수당 수급자 中 전업주부 - 병원·외출 등 전업주부의 긴급하고 일시적인 수요에 대응 ※ 양육수당 수급자에게 기본형 바우처를 자동 지급하고, 맞벌이 바우처를 신청하고 자격을 충족한 경우, 해당 바우처를 지급	- 양육수당 수급자 中 시간제 근로자 등 맞벌이 가구 - 기본적으로 가정양육을 희망하나, 취업 등으로 인한 단시간 보육 수요에 대응
이용시간 및 지원단가	- 월 40시간 - 4천원/h 중 2천원 자부담 (정부지원50%+본인부담50%)	- 월 80시간 - 4천원/h 중 1천원 자부담 (정부지원 75%+본인부담25%)

- 보건복지부 관계자는 “시간선택제 일자리와 같은 다양한 형태의 일자리들이 늘어나고 육아와 자신의 일을 병행하면서, 경력단절을 예방하고자 하는 여성들을 위해 유연한 보육지원체계 마련이 필요하게 되었다.
- 이러한 차원에서, 수요자가 「필요한 때, 필요한 만큼, 편리하게」 이용할 수 있는 시간제보육반이 그 대안이 될 것으로 생각한다.
- 금년 하반기에는 제공기관 수를 現 71개에서 최대 120개까지 추가 확대하여 서비스 접근성을 강화하고,
  - 내년에는 시범사업 결과를 바탕으로, 사업모델을 정교화 하여 전국단위의 본 사업으로 전환할 예정으로,
  - 앞으로도 부모의 다양한 보육수요에 대응할 수 있는 맞춤형 보육지원체계 마련을 위해 지속적으로 노력해 나갈 계획”이라고 밝혔다.

**■ ■ ■ 기초연금 수급자의 93.1%가 전액 다 받는다.**

**1] 기초연금 수급 현황**

- 보건복지부는 7월 25일 410만명의 어르신에게 기초연금이 지급되며, 최근 신청 추이(7.1~7.23 32.9만명)를 고려할 때 앞으로 기초연금을 받는 어르신은 더욱 늘어날 것이라고 밝혔다.
- 7월에 신규로 기초연금을 신청한 어르신은, 소득·재산 조사 등 대상자 결정에 시간이 소요되어, 기초연금 대상자로 결정되면 대부분 8월부터 7월분 기초연금과 함께 받을 수 있게 된다.

- \* 기초연금 급여는 신청한 달을 기준으로 지급하기 때문에 8월에 7월분까지 함께 수령
- \*\* 6월말 신청자 중 아직 조사 중인 사람들도 8월에 7월분을 포함하여 함께 지급
- 기존에 기초노령연금을 받았던 대상자 중 2만3천명은 소득·재산 확인 결과 기초연금 대상에서 탈락되는 것으로 나타났다.
  - 보건복지부는 그동안 지자체에서 탈락예정자에 대하여 1:1로 탈락 사유를 설명하고, 최대한 소명 기회를 부여\*해 왔다고 밝혔다.
    - \* 탈락(예정)의 사유가 되는 개별 소득·재산 항목 및 변경 기준을 설명하고, 필요시 그에 대한 소명 및 증빙자료, 추가자료 안내
    - \* 감액자의 경우에도 자료 정비·소명 등을 통해 구제 가능
  - 그 결과 당초 탈락예정자(7월 15일 발표 자료 참고)로 분류되었던 3만명 중 7천명은 소명절차를 거쳐 기초연금 대상자로 다시 포함된 것으로 나타났다.
  - 탈락자는 소득·재산이 대상자 선정 기준을 초과한 사람으로서, 새로 소득·재산 조사를 한 결과 ▲소득·재산이 증가한 사람, ▲고급자동차·회원권을 보유하거나, 자녀 명의 고가 주택에 거주하는 사람(변경된 기준 적용 대상) 등이 이에 해당한다.
    - \* 탈락자 중 에쿠스 등 3,000cc 또는 4,000만원 이상의 고급자동차를 보유한 사람 1,621명, 골프회원권 등을 보유한 사람은 25명, 자녀 명의 고가 주택 거주자 196명, 기타 소득·재산 증가 등 22,183명
  - 한편, 근로소득 공제를 통해 일부 대상자의 경우 기초연금 대상에 새로이 포함되는 등 근로소득 공제의 효과도 상당한 것으로 나타났다.
    - \* (사례) 서울 xx구에 사시는 장xx 할아버지 부부는 할아버지가 아파트 경비로 매달 117만원, 할머니가 주방도우미로 126만원을 벌고 계신데, 기초노령연금 대상자 기준에는 해당되지 않으나, 근로소득 공제에 따라 기초연금 대상자(32만원)에 해당

## 2 기초연금 급여액 분포

- 기초연금 급여액을 보면, 국민연금 30만원 이하 수급자 전액(단독, 부부1인 수급시 20만원, 부부2인 수급시 32만원) 지급, 적극적 소명 절차 진행 등으로 당초 예상보다 늘어난 382만명(93.1%)이 전액을 받는다.
  - 단독 또는 부부1인 수급가구로서 월 20만원 전액을 받는 가구는 235만명, 부부2인 수급가구로서 월 32만원 전액을 받는 가구는 73.5만 가구, 147만명이다.
    - 나머지 28만명(6.9%)은 기초연금액 일부가 감액되어 지급된다.
  - 소득·재산이 많거나 국민연금액이 높아 기초연금액이 일부 감액되는 대상자는 6.9%인 28만

3천명이다.

\* 소득역전방지에 따른 감액 미고려 시 국민연금액에 따른 감액 수급자는 전체 수급자의 2.8%인 11.6만명으로 예상된다

〈수급자 유형별 기초연금 급여액 분포〉

수급자 유형	기초연금 급여액		
	20(16)만원	10(8) ~ 20(16)	2 ~ 10(8)
무연금자* [2,909천명 71.0%]	2,824천명 (97.1%)	63천명 (2.2%)	22천명 (0.7%)
국민연금 수급권자** [1,191천명 29.0%]	993천명 (83.4%)	171천명 (14.3%)	27천명 (2.2%)
합계 [4,100천명]	3,817천명 (93.1%)	234천명 (5.7%)	49천명 (1.2%)

※ ( ) 는 부부2인 수급가구의 경우

\* 무연금자: 국민연금을 수급하지 않는 기초생활보장 수급권자, 장애인연금 수급권자 등 포함

\*\* 국민연금 수급권자: 국민연금을 수급하고 있는 기초생활보장·장애인연금 수급권자, 국민연금 유족·장애연금 포함

### ③ 기초연금 미수급자에 대한 재능활용 일자리 지원

□ 기초연금을 못 받거나 기초연금 급여액이 월 10만원에 못 미치는 만 65세 이상 노인 중 재능이 있거나 전문 자격증 등을 보유한 분은 국가가 실시하는 재능나눔 활동지원 사업에 참여할 수 있다.

○ 노인 재능나눔 활동에 참여를 희망하는 분이 8월 중 대한노인회와 노인복지관 등을 통해 참여를 신청하면, 건강상태·자격증·활동경력 등 선발기준표를 통해 고득점자 순으로 선발할 계획이다.

- 선발된 노인은 경로당, 노인복지관 등을 중심으로 월 10시간 이상 노노케어, 노인상담, IT정보화, 치매예방봉사 등 對 노인활동을 3개월(9~11월) 동안 수행하게 되며,

- 월 10만원 수준의 교통비, 식비 등의 실비를 지원받게 된다.

\* 대상자는 3만명이며 자세한 사항은 8월 중 별도 안내 예정

### ④ 기초생활보장 수급자의 기초연금 급여액

□ 기초연금을 받게 될 410만명 중 기초생활보장 수급자는 39만명으로, 보충적으로 지원하는 최후의 사회안전망인 기초생활보장제도의 특성상 종전 기초노령연금과 마찬가지로 기초연금급여액이 소득인정액에 포함되어 일정부분 기초생활 급여가 차감된다.

\* 기초생활보장 수급자 대상 기초연금액은 단독가구 20만원(부부가구 32만원)

○ 기초생활보장 수급자의 경우 2인 가구 기준 최대 103만원의 최저생계비 수준까지 보호하고 있으며,

- 기초연금을 받아 소득이 최저생계비 기준을 초과하여 자격기준을 벗어나는 경우에도 수급자의 요구가 가장 많은 의료급여와 전기료·통신료 감면 등의 혜택을 2년간 유지할 계획이다.

\* 부가혜택: 전기료 감면, 통신료 감면, 주민세 감면, 각종 바우처 등

#### ◇ 기초생활보장제도에서 기초연금수령액을 소득으로 산정하는 이유

##### ▶ 기초생활보장제도의 보충적 지원 원칙

- 기초생활보장제도는 자신의 소득·재산, 부양의무자 및 타법 지원에도 최저생활을 유지할 수 없는 경우에만 보충적으로 지원함이 원칙
- 가구특성별 지출, 근로유인 요소를 제외한 각종 수당, 연금, 급여 등 공적이전소득을 소득으로 산정

##### ▶ 해외사례: 공공부조의 원칙

- 영국, 일본, 스웨덴 등 기초연금 제도를 운영하는 외국 사례에서도 기초연금을 우선 적용하고, 이를 통해 최저소득수준을 충족하지 못하는 경우 공공부조가 보충 개입하는 것이 일반적 형태

##### ▶ 기초연금 소득산정 제외시 문제점

- 기초생활 수급자에게 2인 가구 기준으로 최대 103만원의 최저생계비 수준까지 두텁게 지원하고 있는 상황으로
- 기초연금을 추가로 지급하면 기초생활 수급자의 소득이 차상위계층보다 오히려 더 많아지는 등 사회적 형평에 맞지 않는 상황도 발생

\* (○○일보) '기초수급자 기초연금 제외가 맞다' 제시 사례(시론)

• 기초수급자 김씨 부부(월 103만원 혜택, 기초연금 소득산정제외시 135만원)

• 차상위계층 박씨부부(아파트 경비로 한달 90만원 수령, 기초연금 수령시 122만원)

○ 복지부는 “기초생활보장 수급자 분들의 어려움을 충분히 공감한다”고 밝히면서, “기초생활보장제도의 보장성 문제는 부양의무자 기준 완화, 상대빈곤 개념의 도입, 복지사각지대 해소 등 빈곤정책 전반을 놓고 봐야 할 문제”라고 밝혔다.

- 아울러, “기초생활보장법 개정으로 ‘맞춤형 급여체계 개편’이 완성될 경우, 부양의무자 기준 완화 및 급여수준 인상 등을 통해 가구당 월 평균 급여액이 단계적으로 6만원 수준\*(1~2인 가구 최대 13만원) 상승하고 지원대상도 40만명 수준 증가할 것”이라고 예상했다.

\* 현재 국회 상임위 법안소위 계류중. 개편 후 생계급여 수준을 중위소득 30%로 가정

◇ 관련 사례: 맞춤형급여 개편에 따른 사례

- ▶ 지원액 증가 사례: 1인 가구, 지원액 13만원 증가
  - 서울 거주하는 수급자 이○○ 어르신은 기초연금(20만원) 수령하고, 자녀의 부양능력으로 부양비가 부과(10만원) 되어 소득인정액 30만원
    - 생계·주거급여(19만원), 의료급여 혜택(약 36만원) 등 수급자 혜택 받고 계심
  - 맞춤형급여 개편시 생계·주거급여(32만원)으로 13만원 증가 예상(의료급여 유지)
- ▶ 수급자로 새로 보호되는 사례
  - 안양에 거주하는 유○○ 어르신 부부는 부양의무자인 아들(2인 가구)의 소득이 270만원으로 부양능력이 있음
    - 수급자로 지원받지 못하고, 기초연금 32만원만 받고 계심
  - 맞춤형급여 개편시 부양의무자 기준 완화로 수급자로 신규 보호되어, 생계·주거급여(37만원), 의료급여 혜택(약 72만원) 및 요급할인·지원사업 우선순위 등 혜택을 받으시게 됨

5 기타

- 보건복지부는 보다 많은 분이 기초연금을 받을 수 있도록 TV, 신문, 현수막 등 지속적인 홍보를 통해 신청을 독려하고 있다고 밝혔다.
  - 특히 보건복지부 문형표 장관은 각 시·도와 시·군·구 등 자치단체 장들에게 서한을 보내(7.22일), 보다 많은 어르신들이 기초연금을 받으실 수 있도록 최대한 노력해줄 것을 당부하였다.
  - 아울러, 시·군·구, 읍·면·동에서는 탈락자와 감액 대상자에 대해 그 사유를 상세히 설명하고, 이의신청위원회 등 각종 이의신청 절차를 통해 최대한 구제함으로써 억울하게 탈락되는 분들이 없도록 최선의 노력을 다하고 있다.

**■ ■ ■ 본인부담상한액 넘는 2013년분 의료비, 건강보험에서 돌려드려요!**

- 보건복지부와 국민건강보험공단(이사장 김종대)은 2013년도 건강보험료 정산이 완료(4월)되어 개인별 본인부담상한제 상한액이 결정됨에 따라,
  - 2013년에 요양기관에서 사용한 진료비(비급여제외) 중 본인부담상한제 상한액(200~400만원)을 초과한 금액에 대해 7월 30일부터 환급을 실시한다.

### 〈본인부담상한제〉

- (제도 내용) 1년간 지불한 의료비(비급여제외)중 본인부담금 총액이 200~400만원(개인별 소득수준에 따라 차등적용)을 초과하는 경우 그 초과액을 건강보험에서 되돌려주는 제도
- (지급 방법) 적용시기에 따라 사전급여와 사후환급으로 구분하여 지급
  - (사전급여) 동일한 요양기관에서 입원 본인부담액이 400만원을 넘을 경우, 환자는 400만원만 부담하고 초과되는 금액은 요양기관이 환자에게 받지 않고 건강보험공단에 직접 청구 (당해연도에 지급)
  - (사후환급) 개인별 상한액기준보험료 결정(건강보험료정산) 전·후로 나누어 개인별 본인부담상한액을 초과하는 금액을 건강보험공단에서 환자에게 직접 지급(다음연도에 지급)
    - \* (상한액기준보험료 결정이전) 개인별로 연간 누적 본인부담금이 400만원을 초과할 경우 매월 초과금액을 계산하여 지급
    - \* (상한액기준보험료 결정이후) 개인별 연간 누적 본인부담금이 개인 소득수준에 따른 상한액을 초과하는 경우 초과금액 지급

□ '13년도 진료비에 대한 본인부담상한제 적용 결과 총 대상자는 31만7천명, 적용금액은 6,774억원에 달하는 것으로 나타났다.

○ 금년에 건강보험료 정산을 완료하여 개인별 본인부담상한액 기준보험료가 산출됨에 따라 최종 개인 본인부담상한액이 결정되어, 사후환급에 해당되는 대상자 21만3천명에게 3,384억원이 환급될 예정이다.

- 한편, 건강보험 급여 본인부담금이 최고 상한금액인 400만원을 넘는 대상자 17만2천명에게는 400만원을 넘는 금액에 해당하는 3,390억원을 '13년도에 기 지급하였다.

\* 사전적용대상자 17만2천명 및 사후환급대상자 21만3천명 중 6만8천명은 사전적용 및 사후환급 대상자에 모두 해당함

○ '13년도 결과를 '12년도와 비교해 보면 환급 대상자는 3만1천명, 지급액은 924억원이 증가하였다.

\* 대상자: '12년 285,867명 → '13년 316,967명 (10.9% ↑)

\* 환급금액: '12년 5,850억원 → '13년 6,774억원 (15.8% ↑)

□ '13년도 상한제 적용내용을 세부적으로 분석한 결과, 소득수준은 저소득층이, 연령으로는 65세 이상 노인이 많은 혜택을 보았고, 요양기관 종별로는 요양병원에서 지급액 발생 비중이 가장 높게 나타났다.

○ 소득수준별로 보면 상한액기준보험료 수준이 하위 50%(본인부담상한액 200만원)인 경우가



대상자는 약 18만명, 지급액은 3,246억원으로 가장 높게 나타났다.

본인부담상한액	대상자(명)	지급액(억원)
합계	316,967	6,774
200만원(하위50%)	175,462	3,246
300만원(중위30%)	77,525	1,852
400만원(상위20%)	63,980	1,676

○ 연령별로 보면 65세 이상이 전체 지급액의 67.8%로 비중이 가장 높게 나타났다.

- 40세 미만은 전체 지급액의 6.4%, 40세 이상 65세 미만은 25.8%, 65세 이상은 67.8%를 차지하였다.

○ 요양기관 종별 지급액은 요양병원이 3,530억원(52.1%)으로 가장 많이 차지하는 것으로 나타났다.

\* 상급종합병원 763억, 종합병원 802억, 병원 886억, 요양병원 3,530억, 의원 248억, 약국 237억, 기타 31억

□ '14년 1월부터는 본인부담상한제 상한액이 기존 200~400만원에서 120~500만원으로 개선되어, 저소득층의 의료비 부담이 더욱 감소 될 것으로 보여 진다.

○ 본인부담상한제의 기준금액이 소득 수준에 따라 더 세분화(3단계→7단계)되어, 저소득층의 기준금액이 낮아지고 의료비 부담이 최고 60%(최저등급기준)까지 낮아지게 된다.

### 〈본인부담상한제 개선 방안〉

소득 구간	본인부담 상한액		
	기존(3단계)	개선(7단계)	
1분위	200만원	120만원	
2분위		150만원	
3분위		200만원	
4분위			
5분위			
6분위	300만원	250만원	
7분위		300만원	
9분위		400만원	400만원
10분위			500만원

#### 〈현재는〉

- 당노와 척추질환을 앓고 있는 73세의 신 할머니, 소득 최하위 1분위에 해당(본인부담상한액 200만원)
- 한해 동안 총 554만원을 병원비(급여)로 납부했으나, 본인부담상한제에 따라 이후에 공단으로부터 354만원을 돌려받음
- 할머니가 부담한 병원비는 200만원이었음

#### 〈앞으로〉

- 신할머니는 한해 동안 총 554만원을 납부하고, 본인부담상한액이 120만원으로 낮아져 공단으로부터 434만원을 돌려받음
- 이전보다 병원비 부담이 80만원 경감되었음

\* 소득이 가장 낮은 하위 10%는 상한액이 200만원-120만원으로 낮아지고, 소득이 가장 높은 상위 10%는 상한액이 400만원-500만원으로 높아짐.

- 또한, 고정금액으로 정해져 있던 본인부담상한액은 매년 '전국소비자물가지수변동률'을 적용(최대 5%)하여 경제환경 변화에 탄력적으로 연동될 수 있도록 하고 있다('15년부터 적용 예정)
- 건강보험공단은 '13년도 진료분 환급 대상자에게 7월 30일부터 안내문을 발송 할 계획이며, 안내문을 받은 대상자는 우편·인터넷·전화 등을 통해 건강보험공단에 신청(대상자 본인명의 계좌로 입금 신청 필요)하면 된다.

\* ☎ 1577-1000, 건강보험공단 홈페이지([www.nhic.or.kr](http://www.nhic.or.kr))