

새정부의 보건복지정책 추진방향

2007

한국보건사회연구원

목 차

I. 서론(박종돈)	5
1. 보건복지정책 여건	7
2. 보건복지정책과제 및 전망	8
3. 보건복지의 현 위상	14
II. 저출산·고령화	21
1. 저출산정책 전달체계의 개선(이상식·박중서)	23
2. 국가경쟁력 제고 차원의 저출산고령정책(신윤정)	34
3. 지속가능한 장기요양제도의 정착방안(선우덕)	38
III. 사회서비스	49
1. 복지체감도 향상을 위한 사회서비스 제도혁신(강혜규·박세경·김형용)	51
2. 사회복지서비스 전달체계 개선(강혜규)	66
IV. 기초보장	95
1. 유기적이고 동태적인 기초생활보장제도의 구축(노대명)	97
2. 국민기초생활보장제도 모니터링의 실효성 제고(이태진)	102
3. 소득분배 악화의 실태와 분배구조 개선을 위한 정책과제(강신욱)	111
V. 사회보험	125
1. 공적연금의 개혁(윤석명)	127
2. 국민연금관리체계의 개선(원종욱)	140
3. 건강위험의 보장성 강화(최병호·허순임)	154
VI. 장애인	167
1. 기초장애인연금 도입(장애아동특별보호연금 도입)(윤상용)	169
2. 장애인 일자리 창출을 위한 ‘사회적 기업’ 육성(김성희)	183
VII. 보건의료	189
1. 남북한 보건의료협력 증진방안(황나미)	191
2. 한미 FTA 이후 의약품 정책의 새로운 - 혁신성과 접근성의 조화(박실비아)	203
3. 취약계층에 대한 보건의료지원 강화(이상영)	214
4. 보건의료인력의 적정수급 및 질적수준 제고방안(오영호)	228
5. 예방적 건강관리체계 구축(서미경)	240
6. 식중독 저감화를 위한 국가관리체계 개선(정기혜)	254

I. 서론

1. 보건복지정책 여건
2. 보건복지정책과제 및 전망
3. 보건복지의 현 위상

1. 보건복지정책 여건

- 우리사회는 저출산·고령화, 저성장, 소득의 양극화 등 구조적 도전요인에 직면
- 고령화·저출산, 지식기반경제 이행 등 여건변화에 대응한 지속발전가능사회를 추구하기 위하여 국가의 성장원동력을 확보하기 위한 저출산정책 및 고령화 대책의 중요성 증대
- 국민들의 복지욕구 다양화로 인해 사회서비스 확충이 요구되고 있으며, 사회서비스 투자는 성장과 분배의 선순환 구조를 구축할 수 있는 사회정책으로 부상
- 사회보험 개혁의 필요성, 평생건강관리시스템 구축에 대한 국민적 요구 증대

- 우리나라의 사회복지정책은 양적확대뿐만 아니라 질적인 향상을 추구하고 복지과 성장 간 선순환구조 정착이라는 정책과제가 대두됨에 따라 한 세대 앞을 내다보는 비전과 전략을 수립해야 할 시점
 - 우리나라의 합계출산율은 1983년 인구대치수준인 2.1로 감소하였으며, 외환위기 이후인 2001년부터 급격히 감소하여 2005년에는 세계 최저수준인 1.08로 감소
 - 우리나라의 인구 고령화 속도는 세계 최고수준으로 고령화 사회에서 고령사회로 가는데 18년, 고령사회에서 초고령화 사회로 가는데 8년이 소요될 것으로 추정
- 저출산·고령사회의 성장동력 확보를 위하여 육아지원 인프라 확충을 통한 출산·양육에 유리한 환경 조성 및 생산적 고령화 시스템, 다문화 사회 적응을 위한 사회 통합 프로그램 필요성 증대
- 사회·경제적 여건 변화로 사회서비스 수요는 급증하나 서비스 공급량은 절대적으로 부족한 실정이며, 국가발전 수준에 비해 사회서비스에 대한 공공투자는 미흡한 실정
- 국민연금, 건강보험 등 사회보험에 대한 개혁 압력은 거세어지고 있으며, 소득보장 확보와 재정안정화 조치, 건강위험 보장과 재원조달 등에 대한 국민불신 고조
 - 최근 국회를 통과한 국민연금법 개선안 이후 향후 중장기적 정책방향 제시 필요
 - 사회계층간 건강격차 완화와 의료비 절감을 위한 평생건강관리시스템 구축 필요
- 한미 FTA에 따른 의료시장 개방 가속화로 인하여 의약품의 지적재산권 보호 등 관련 논쟁 증가 및 후속대책 마련 필요

2. 보건복지정책 과제 및 전망

- 새정부 첫해인 2008년도는 중장기 보건복지정책의 방향과 틀을 준비하여야 하는 중요한 시기로 한 세대 앞을 내다보는 청사진 제시 필요
 - 3차 사회보장중장기발전계획(2009~2013) 수립과 연계
 - 새정부 보건복지정책의 추진체계(조직), 예산, 제도에 대한 구상

□ 세계 최저수준의 출산율과 가장 빠른 고령화 진행으로 한국사회의 지속발전 가능성에 대한 우려 확산

〈저출산·고령화 대응 정책추진방향〉

비 전	모든 세대가 함께 하는 지속발전가능사회
목 표	2011-20: 출산율 회복 및 고령사회 성공적 대응 2006-10: 저출산·고령사회 대응기반 구축



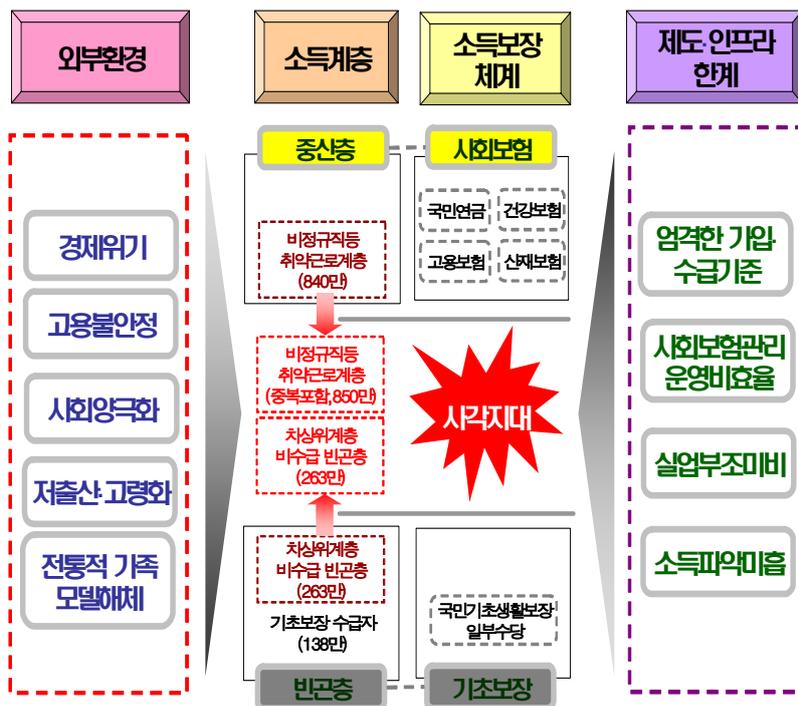
- 성장과 분배가 분절적으로 인식된 것에서 탈피하여 사회정책이 경제정책과 선순환 될 수 있는 체계 구축 필요

〈사회투자과 경제성장간 선순환 개념도〉



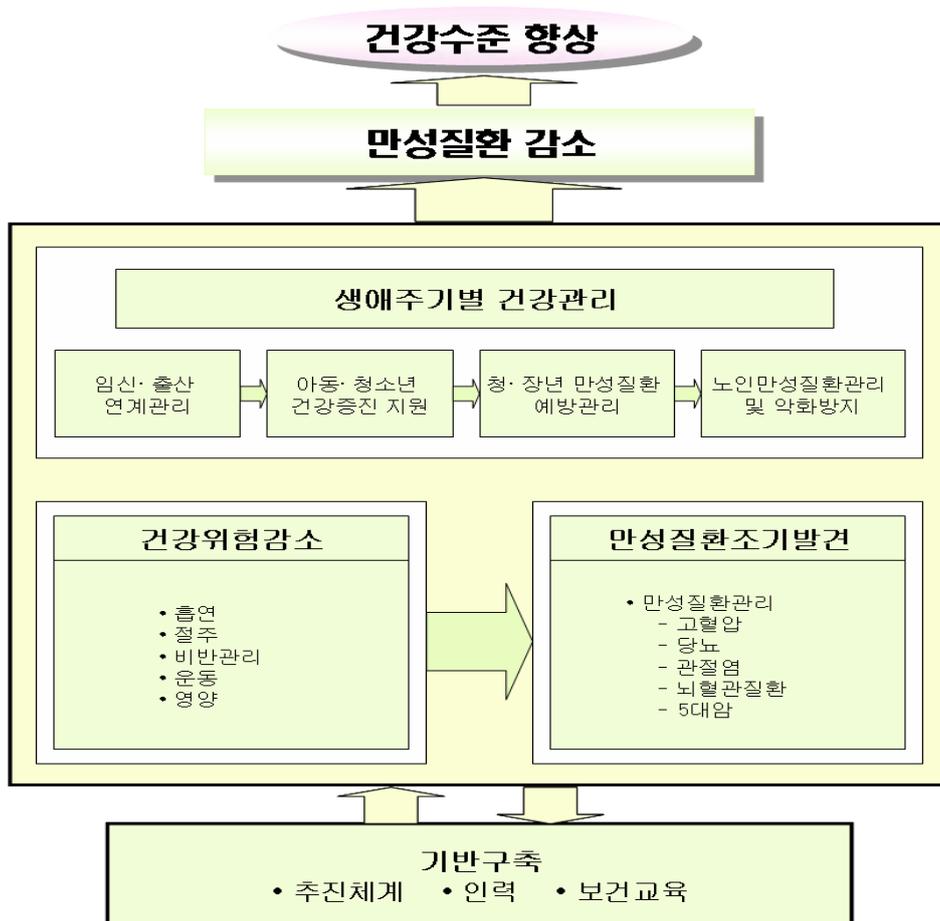
- 사회안전망의 틀은 선진국 수준으로 마련되었으나, 소득의 양극화 현상으로 인해 사회안전망에 다수의 사각지대가 발생하여 제도개선 압력 상존

〈광범위한 사각지대의 존재〉



- 국민의 건강을 위협하는 만성질환의 예방은 만성질환의 위험요소인 건강생활습관의 형성 및 만성질환의 조기발견을 주축으로 실시하여야 하며, 이러한 관리는 생애주기에 따라 적절하고 지속적으로 연계하여 추진

〈예방적 건강관리체계〉



- 갈등을 야기할 수 있거나, 충실하게 지속적 관리가 필요한 주요 보건복지정책의 전망과 추진방향을 제시하면 다음과 같음.

1. 저출산·고령사회 대책

- 저출산정책의 효과성에 대한 논란 및 효과성 평가모형 개발 필요성
- 고령사회에 대비한 총체적인 정책의 모습이 모호함. 특히 부처별로 사업, 예산, 조직 산재
- 저출산대책을 '인구정책'으로 전환하여, 큰 틀의 인구정책 속에서 저출산문제 접근 필요

- 국제결혼 급증¹⁾에 따른 인구정책, 사회정책 수립 필요
- 저출산·고령사회 패러다임 하에서의 복지정책운용 시나리오 설계²⁾
- 저출산고령화 관련 정부의 추진조직에 대한 재정비

2. 노인장기요양보험

- 장기요양의 인프라 문제는 여전히 불안. 즉, 일본과 같이 제도는 있으나 인프라는 뒷받침되지 않은 상황 전개
- 초기의 잘못된 제도설계가 장기적으로 문제를 확대시킬 가능성
 - 국민연금제도의 초기 설계에 대한 비판을 반면교사

3. 사회서비스 사업

- 사회서비스 관련한 다양한 정책들이 동시에 추진(예, 노인요양보험, 노인돌보미, 사회적 기업 육성, 장애인복지대책 등)되면서 사업간 혼선 및 중복 발생
 - 중앙과 지방에서의 동시 진행, 사업별로 다원화된 재원으로 사업 집행상의 혼선 발생
- 중복 투자되거나 예산집행이 되지 않는 사각지대의 문제가 발생할 수 있으며, 바우처 방식이 정착되기 전까지의 혼란 발생
- 돌보미 사업으로 두 마리 토끼(고용창출과 서비스)를 잡는 가시적 성과를 내기 어려울 것임.
- 중앙부처(복지부)에서 Controlling Tower 기능 강화 및 중앙과 지방자치단체 간 정책형성-집행-평가-DB형성의 연계망 구축

4. 기초보장제도

- 공공부조제도의 사각지대, 기초보장제도의 편중성, 취업 및 탈수급 효과 촉진을 위한 공공부조제도 전반의 개편 필요성
- 보충급여에 따른 비형평성, 빈곤예방 기능 및 탈빈곤정책으로써의 기초보장제도의 효과성 미흡

1) 국제결혼건수 2001년 1만건에서 2005년 3만건 (신부기준), 총혼인건수 대비 국제결혼 비율은 4.7%에서 13.7%로 증가

2) 저출산·고령화가 미치는 긍정적인 효과들도 감안(예: 인구감소로 1인당 GDP 상승, 정년연장, 환경개선, 자녀에 대한 투자증가)

- 기초보장제도 모니터링의 실효성 제고 및 정책환류체계 강화 필요성
- 분배구조 개선을 위하여 다차원적 접근이 중요하며, 빈곤층뿐만 아니라 중산층의 소득안정을 위한 다각적 대응 필요

5. 국민연금

- 국민연금 개혁(급여수준 40%)은 정치적 역학에 의해 결정될 것임.
- 낮은 소득대체율, 연금사각지대 문제가 이슈로 등장
- 연금개혁의 불가피성에 대한 홍보는 지속적 강화(미적립부채 강조)
- 사각지대 대책으로 기초노령연금, 기초생활보장급여, 국민연금 간 효과적 연계방안을 제시하고, 최저연금보장제도 등 보완대책 제시
- 공적연금·기업퇴직연금·개인연금·임금피크제 등 종합적인 노후소득보장체계 제시
 - 관계부처 간 태스크포스 구성 등 적극적 공조

6. 건강보험

- 최근 재정급증, 2007년은 흑자 유지하나, 2008년에 재정위기 도래
- 보장성 강화 5개년 로드맵 이행의 불가능 및 '보장성 강화정책에도 불구하고 보장성은 강화되지 않고 재정만 증가했다'는 비판에 처할 가능성
- 2001년 재정위기 당시 가동한 종합적인 재정관리대책 재가동 필요
- 재정위기를 강조하고, 진료비청구 행태에 대한 감시 강화
- 국민의료비 증가를 주도하는 건강보장제도에 대한 개혁안 제시

7. 장애인정책

- 장애인은 장애로 인한 근로능력과 기회 상실, 추가비용 발생으로 생계가 어려우며, 소득보장의 사각지대가 광범위하여 지원수준 미흡
- 권리차원 복지로서의 장애인의 사회참여 및 복지 요구 증가
- 발전적인 장애인연금제도 도입 및 수당 확대 필요
- 장애인의 진정한 사회통합 실현을 위한 장애인 일자리 확대 방안으로서의 사회적 기업 육성 검토

8. 한미 FTA 체결에 따른 보건정책 후속대책

- 특허의약품의 약가 상승 가능성
- 특허의약품 최저가격 산정을 위한 「독립적 검토기구」, FTA 이행의무를 점검하는 「의약품 및 의료기기 위원회」 등을 통해 압력을 행사
- 비용효과적인 의약품등재 등 약제비 적정화 방안 강력 추진
- 복제약의 품질향상, 신약개발 지원 등 국내 제약산업의 발전 지원

9. 건강투자 및 예방적 건강관리

- 건강투자의 정의, 범위와 효과성(evidence)에 대한 의문이 제기되고 있으며, 건강투자의 우선순위 논쟁, 건강투자가 가능한 인프라의 취약
- 건강투자정책의 큰 틀을 '보건정책+건강보험+건강증진'으로 정립
- 건강투자의 효과성을 검증하는 연구투자 강화 및 건강투자전략 개발
- 건강증진사업의 건강증진사업단을 비롯한 산발적인 사업단과 관련 위원회들, 자치단체·보건소 등 추진조직체계 재정비
- 사회양극화 추세와 함께 소득계층 간 만성질환 유병률 등의 격차가 확대됨으로써 건강부문에서도 양극화 대두
 - 공공보건의료 제공사업 간의 연계체계 구축과 공공보건의료서비스에 용이하게 접근할 수 있는 물리적 환경과 제도적 여건 개선 중요
- 식중독 관리체계가 다원화되어 있으며, 식중독 초기대응체계, 검사체계, 조사체계, 사후관리체계가 전반적으로 취약
- 북한에 대한 인도적 차원의 전염성 질환 관리, 임산부 및 영유아 등 취약계층의 건강문제, 보건의료인력의 진단역량 강화 등 남북보건의료지원 및 협력 필요

3. 보건복지의 현 위상

1. 국내 실적 및 통계

- 우리나라의 인구고령화 속도는 세계 최고수준으로 고령화사회에서 고령사회로 가는데 18년, 고령사회에서 초고령화 사회로 가는데 8년이 소요될 것으로 추정

〈주요국가의 인구고령화 속도〉

(단위: 년)

	도달년도			소요년수	
	고령화사회(7%)	고령사회(14%)	초고령사회(20%)	7%→14%	14%→20%
일 본	1970	1994	2006	24	12
프 랑 스	1864	1979	2019	115	40
독 일	1932	1972	2010	40	38
이탈리아	1927	1988	2008	61	20
미 국	1942	2014	2030	72	16
한 국	2000	2018	2026	18	8

자료: 일본 국립사회보장인구문제연구소, 「인구통계자료집」, 2003.

- 우리나라의 총부양비는 2005년 39%로서 선진국 평균보다 낮은 수준을 보이고 있으나, 빠른 고령화 속도로 인하여 2030년에는 55%로 세계평균 수준에도 달할 것으로 예측되며, 2050년에는 선진국 수준보다도 높은 86%에 도달할 것으로 추정

〈주요국가 인구구조 및 부양비〉

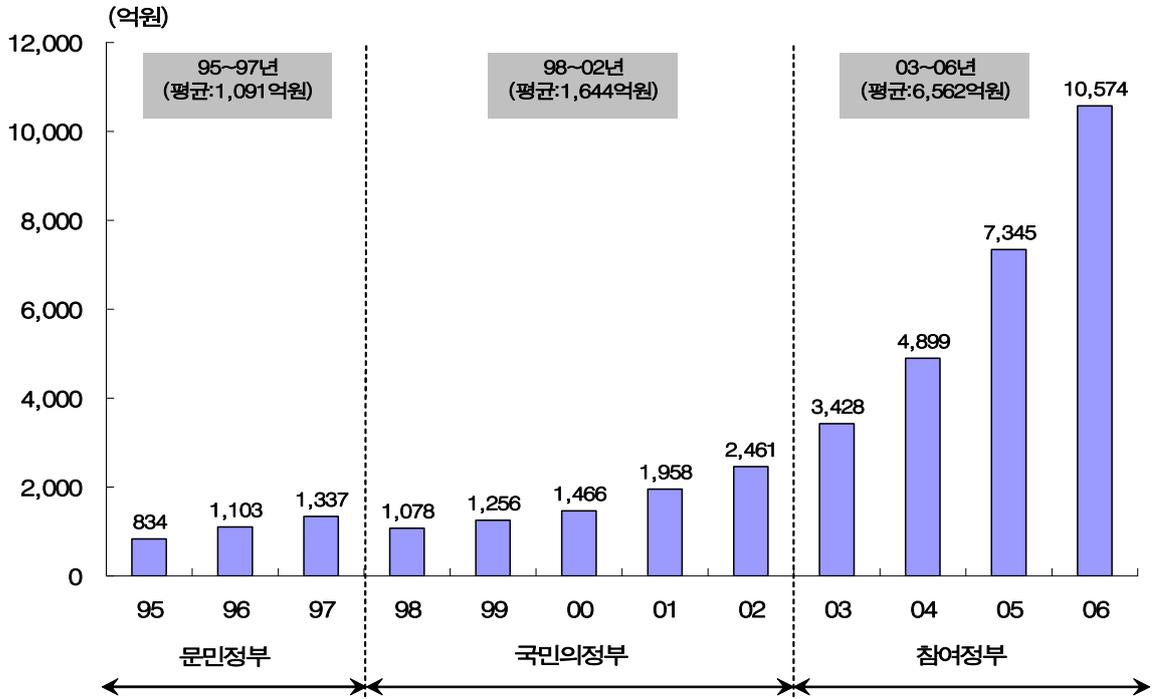
(단위: %, 인구 백명당)

국가	인구구조									총부양비		
	2005			2030			2050			2005	2030	2050
	0~14	15~64	65+	0~14	15~64	65+	0~14	15~64	65+			
전 세계	28.3	64.4	7.3	23.2	65.0	11.8	20.1	64.0	15.9	55	54	56
선진국	17.0	67.7	15.3	15.5	61.8	22.7	15.8	58.3	25.9	48	62	71
개도국	30.9	63.6	5.5	24.5	65.7	9.8	20.8	64.9	14.3	57	52	54
한 국	19.1	71.8	9.1	11.2	64.7	24.1	9.0	53.7	37.3	39	55	86
일 본	14.0	66.3	19.7	11.9	57.7	30.4	13.0	50.5	36.5	51	73	98
미 국	21.3	66.4	12.3	19.4	61.4	20.2	17.9	62.1	21.1	50	63	61
이탈리아	13.9	78.8	19.6	11.7	75.2	28.2	13.0	52.6	34.4	50	67	90
프 랑 스	18.4	65.3	16.3	16.4	60.0	23.6	15.9	57.7	26.4	53	67	73
중 국	21.8	70.7	7.5	17.1	66.9	16.0	16.1	61.0	22.9	42	50	64
인 도	32.0	62.7	5.3	23.0	67.6	9.4	18.6	67.0	14.4	59	48	49

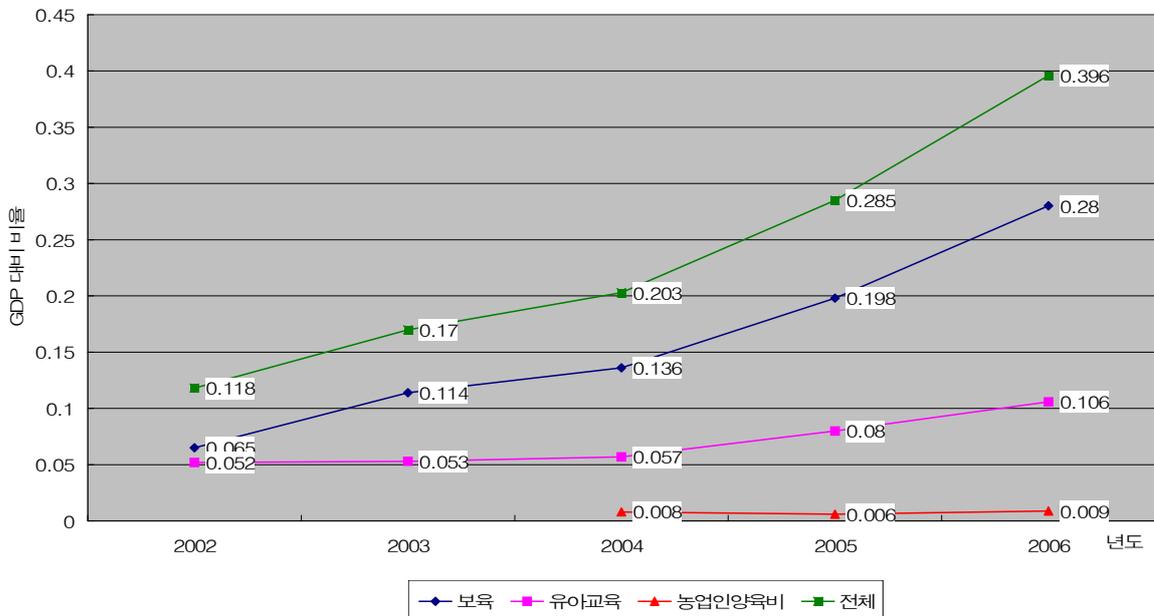
출처: UN, 「World Population Prospects」, 2002.

□ 육아지원예산은 2002년 2,461억원에 비하여 2006년 10,574억원으로 약 4배가 증가하였으며, 육아지원예산의 GDP 대비 비율도 0.118(2002년)에서 0.396(2006년)으로 증가

〈육아지원 예산〉



〈육아지원 예산의 GDP 대비 비율 (2002~2006년)〉



자료: 유희정 외, “육아지원정책 성과 연구”, 여성가족부, 2007.

- 빈부격차 완화를 위한 다양한 정책추진 등으로 외환위기 이후 심화되던 상대빈곤율은 개선되고, 정부의 공적이전과 조세 및 사회보험에 따른 분배 완화효과도 꾸준한 증가 추세

주요지표		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
빈곤율 (%)	최저생계비 기준	4.9	8.6	9.4	7.6	6.5	5.2	6.1	5.9	6.5	
	상대빈곤율 (도시근로자가 처분소득기준)	8.17	10.57	10.48	9.63	9.71	9.33	10.55	11.08	11.24	10.84
지니계수	시장소득	0.279	0.296	0.304	0.296	0.303	0.298	0.298	0.304	0.304	0.303
	가처분소득	0.273	0.291	0.297	0.288	0.294	0.289	0.291	0.294	0.293	0.290

※ 상대빈곤율: 도시근로자 가처분소득기준(OECD에서도 가처분소득기준으로 사용)
지니계수: 도시근로자 기준

2. 국제비교를 통한 현 위치

- 우리의 복지지출 수준은 OECD 평균과 비교할 때 아직은 30% 이하에 머물고 있으나, 1990년 이래 OECD 평균에 대비한 지출수준의 비율은 계속 증가 추세 [16.7%(1990) → 27.5%(2003)]

<(공공)복지지출수준의 변화>

	1990	1995	2000	2003
우리나라(A)	3.0	3.5	5.1	5.7
OECD평균(B)	17.9	19.9	19.4	20.7
A/B×100(%)	16.7	17.5	26.2	27.5

자료: OECD, Social Expenditure Dataset, 2007.

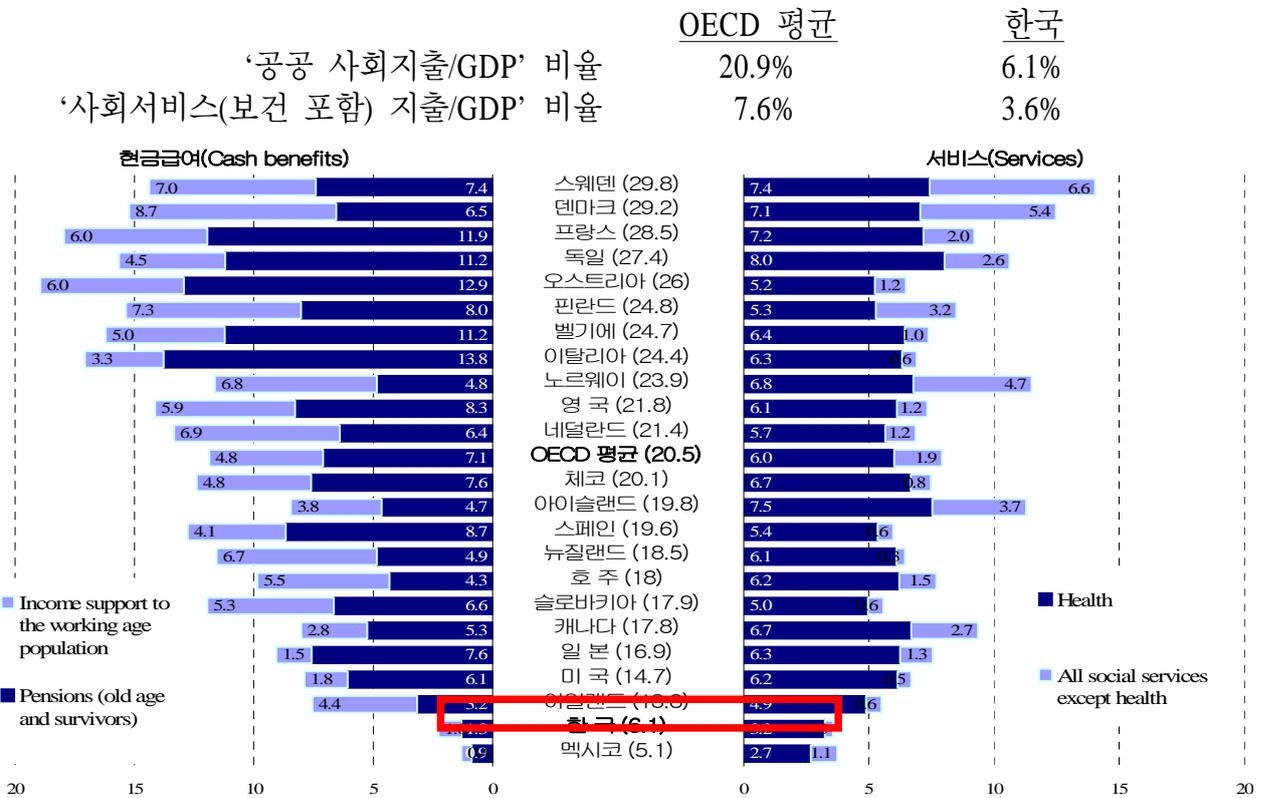
- 우리나라의 의료보장 적용률은 100%로서 OECD 국가들 중 가장 높은 수준이며 1인당 입원 일수 및 외래방문 일수도 OECD 평균을 상회
- 그러나 의료비용의 본인부담률은 37.7%로서 OECD 평균 19.3%에 비하여 약 2배 정도로 높으며, 입원 및 외래 모두 OECD 평균에 비해 약 15% 포인트 정도 높은 수준

〈OECD 국가와의 건강관련 지표 비교(1)〉

부 문	지 표	OECD 수준			한국수준
		최 소	최 대	평 균	
의료비용 보장성	본인부담율, %	51.2	6.9	19.3	37.7
	입 원	40.58	0.67	15.78	33.62
	외 래	92.22	5.41	35.85	50.72
	국민의료비 대 공공지출비중, %	42.8	90.6	72.5	53.0
	국민의료비 대 GDP, %	6.0	15.3	9.0	6.0
	국민의료비 의약품지출 비율, %	8.9	31.9	17.2	27.3
의료 이용	의료보장적용율, %	25.30	100.00	95.65	100.00
	1인당 입원일수	4.0	36.7	9.9	13.5
	1인당 외래방문일수	2.5	13.8	6.8	11.8

□ 급증하는 사회서비스 욕구에 효과적으로 대응하기에는 현재의 서비스 공급체계가 전반적으로 미흡한 수준이며, GDP 대비 사회서비스 부문에 대한 공공지출 수출도 매우 낮은 수준

〈GDP 대비 공공 사회지출 비율(2001년)〉



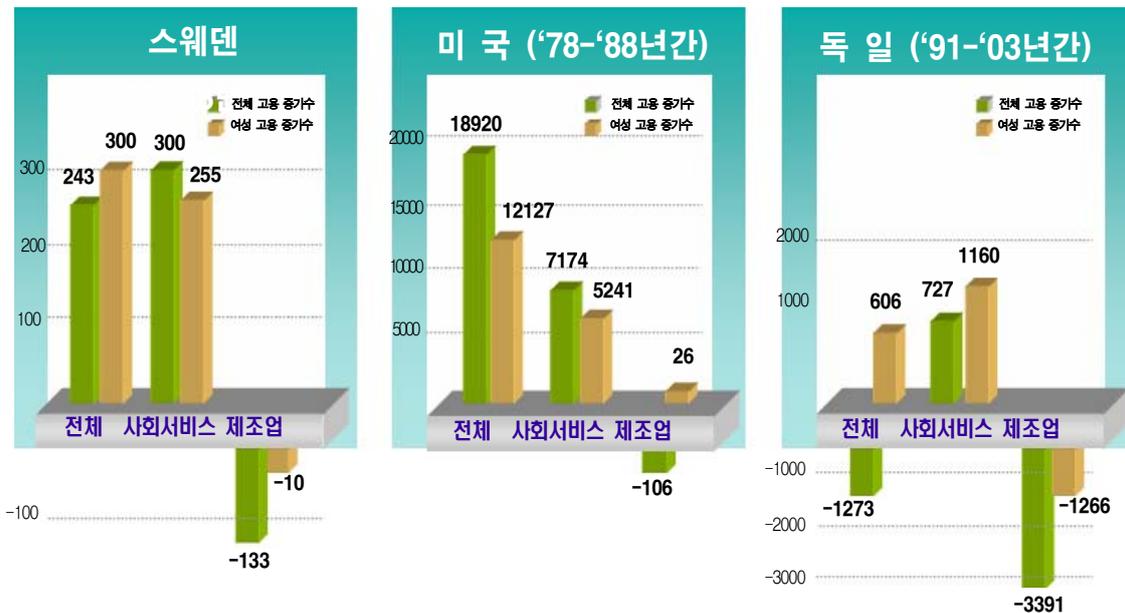
- 우리나라의 여성 경제활동참가율은 저조한 수준이며, 사회서비스의 확충은 여성 경제활동 촉진을 위해 가족 돌봄 부담을 경감시키는 동시에, 여성에게 비교우위를 갖는 안정적 일자리 공급원으로서 기대

〈전체 경제활동참가율 및 여성 경제활동참가율〉



자료: 관계부처 합동, 「사회서비스 확충 전략」 보고회 자료, 2006.9.

- 대부분의 선진국은 국민소득 1만불에서 2만불로 이행하는 시기에 사회서비스 부문에서 일자리 대거 확대



- 평균수명과 영아사망률 등은 OECD 평균과 비슷한 수준을 보이고 있으며, 암으로 인한 사망률 및 허혈성 심장질환에 의한 사망률은 OECD 평균에 비해 낮은 수준

〈OECD 국가와의 건강관련 지표 비교(2)〉

부 문	지 표	OECD 수준			한국수준
		최 소	최 대	평 균	
건강수준	사망률(10만명당)*	971	460.4	652	719
	PYLL(일수)*	7003	290.8	4062	4397
	평균수명(세)	71.4	82.0	78.6	78.5
	영아사망률(천명당)	2.3	23.6	5.4	5.3
	암에 의한 사망률(십만명당)	137.8	244.8	170.6	162.3
	뇌혈관질환에 의한 사망률(십만명당)	29.2	129.5	60.4	95.8
	허혈성심질환에 의한 사망률(십만명당)	29.5	266.8	101.8	34.9
	자기판단건강상태('good' 이상 %)	34.4	89.6	68.6	47.4
건강행태	주류 소비량(1인당 리터)	1.3	15.5	9.5	8.1
	흡연인구비율(%)	15.9	38.6	24.3	25.3
	과체중과 비만인구 비율(%)	23.3	69.2	47.6	30.5

□ 유럽의 대부분 국가에서 가족에 대한 사회적 비용이 GDP에서 차지하는 비율이 2001년 기준 2~3%인 것과 비교해서는 아직까지 부족

〈가족에 대한 사회적 비용 지출(2001년 GDP 대비)〉

국가명	총현금급여	총현물급여	총비용
호주	2.4%	0.5	2.9
캐나다	0.9	0.0	0.9
프랑스	1.5	1.3	2.8
이탈리아	0.6	0.4	1.0
일본	0.3	0.3	0.6
스페인	0.3	0.2	0.5
영국	1.9	0.3	2.2
한국(2001)	0.0	0.1	0.1
한국(2006)	2006년 4조 6천억 원의 정부투자실적 반영		0.56

주: 1) OECD의 2001년 사회적 비용(social expenditure)자료는 단독가구를 포함하고 있으며 이 비용은 아동의 양육만이 아니라 피부양자를 위한 비용도 함께 포함하고 있음

자료: OECD 내부자료, 이선주 외, “아동수당제도의 국제비교 및 도입방안에 관한 연구” 한국여성개발원, 2006.에서 재인용

□ 우리나라 여성들의 경제활동참가율은 최근 약 54%를 유지하고 있으며 이는 OECD 국가 평균에 미치지 못하고 있는 수준. 이는 향후 생산가능인구 감소에 대비하여 여성인구의 활용을 통한 성장여력 확충 예측

〈OECD 주요국가 여성들의 경제활동참가율(15~64세)〉

(단위: %)

	1994	2002	2003	2004	2005	2006
프랑스	59.3	62.1	63.4	63.8	63.8	63.9
독 일	60.9	64.2	64.5	65.8	66.9	68.5
일 본	58.3	59.7	59.9	60.2	60.8	61.3
한 국	50.8	53.5	52.9	54.1	54.5	54.8
스웨덴	77.0	77.1	76.8	76.6	77.7	77.7
미 국	69.4	70.1	69.7	69.2	69.2	69.3
OECD 평균	57.8	59.6	59.6	60.1	60.4	60.8

자료: OECD, Employment Outlook, 2007.

〈OECD 주요국가 연령대별 여성 경제활동참가율('04)〉

(단위: %)

구 분	전체	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54
한 국	49.9	62.8	63.9	50.4	58.9	65.5	62.7	56.2
일 본	48.2	68.9	74.0	61.4	62.4	70.4	73.0	68.4
미 국	59.2	70.5	73.1	74.0	74.5	76.7	78.2	74.5
캐 나 다	62.1	76.4	81.8	81.9	82.3	83.0	82.5	77.4
핀 란 드	56.1	64.2	75.5	80.8	83.2	89.3	89.7	86.7
스 웨 덴	75.7	62.2	78.5	83.7	86.0	87.9	87.5	84.2
뉴질랜드	59.0	66.2	70.2	67.9	72.8	78.4	81.5	79.6

자료: ILO, 『Yearbook of Labour Statistics』, 2004.

조사대상 : 미국 16세 이상, 스페인 16-64, 그 밖의 국가 15세 이상 기준

- 우리나라의 고령자 고용률은 최근 58% 수준을 유지하고 있어 OECD 평균보다 높은 수준. 은퇴 후 연금 지급 등 사회보장 지원 수준이 낮아 고령자가 계속적으로 노동시장에서 임금 근로자로 일할 수밖에 없는 상황도 배제할 수 없음

〈OECD 국가의 고령자 고용률(55~64세)〉

(단위: %)

	1994	1998	2002	2003	2004	2005
프랑스	33.4	33.0	39.3	40.3	40.6	40.7
독 일	35.9	38.4	38.6	39.0	41.8	45.5
일 본	63.7	63.8	61.6	62.1	63.0	63.9
한 국	62.9	58.7	59.5	57.8	58.5	58.7
스웨덴	61.9	63.1	68.4	69.0	69.5	69.6
미 국	54.4	57.7	59.5	59.9	59.9	60.8
OECD 평균	46.1	47.7	49.4	50.3	51.0	52.0

자료: OECD, Factbook: Economic, Environmental and Social Statistics, 2007.

Ⅱ. 저출산·고령화

1. 저출산정책 전달체계의 개선
2. 국가경쟁력 제고 차원의 저출산고령정책
3. 지속가능한 장기요양제도의 정착방안

1. 전달체계 등 저출산정책의 실효성 평가를 통한 정책 환류

1. 현황 및 문제점

- 우리나라 합계출산율은 1960년 6.0에서 1983년에 인구대치수준인 2.1로 감소
 - 1980년대 중반부터 1990년대 중반까지 합계출산율이 1.6 내외 수준에서 유지
 - 그러나 1997년 외환위기 이후 출산율이 다시 감소하기 시작하여, 2001년부터 급격하게 감소
 - 2001년에 1.30으로 감소하였으며, 2005년에는 1.08로 세계 최저수준으로 감소

〈합계출산율 변동 추이, 1960-2005〉

(단위: 여성 1명이 가임기간 동안 낳은 평균 자녀수)

구분	1960	1970	1980	1983	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
합계출산율 (명)	6.00	4.53	2.83	2.08	1.59	1.47	1.30	1.17	1.19	1.16	1.08	1.13
출생아수 (만명)	104.1	100.7	86.5	77.8	65.6	63.7	55.7	49.5	49.4	47.6	43.7	45.2

자료: 통계청, 『인구동태통계연보』, 각 연도.

※ 90년대 중반까지의 출산율 하락은 인구증가억제정책의 영향과 개인의 선택이 맞물린 결과이나, 90년대 후반 이후의 출산율 하락은 고용불안정, 소득구조의 양극화, 자녀양육의 고비용구조 등 환경적 요인이 개인의 출산·양육에 대한 선택권을 제약한 결과

- 인구학적 요인
 - 미혼여성의 결혼연령이 상승하고, 기혼여성들이 출산을 기피·축소하였기 때문
 - 남성의 초혼연령은 1990년 27.9세에서 2005년 30.9세, 여성의 초혼연령은 1990년 24.9세에서 2005년 27.7세로 상승
- 사회경제적 요인
 - 고용 불안정
 - 경제적 불안정 심화는 교육기간 증가 등 다른 사회적 요인과 맞물려 초혼연령 상승의 주된 원인

- 미혼남녀 중 취업을 하지 못하거나 임시·일용직에 종사하는 경우에 실업·고용 불안정 등을 이유로 결혼 연기
- 소득 불안정 및 자녀양육비 부담 증가
 - 자녀양육의 질에 대한 관심이 커지면서 교육비 등 자녀양육비 규모가 크게 증가
- 일-가정 양립 곤란
 - 성분업적 가족문화의 영향으로 가족 내 가사(육아 포함) 부담이 여성에게 전가
 - ※ 여성의 자녀돌봄 전담 65.0%, 부부분담은 29.8%에 불과
 - 결혼·출산시 취업중단으로 여성 경제활동참여율의 M-curve 현상 여전(결혼으로 인한 경력단절 76.3%, 첫째아 출산으로 인한 경력단절 49.9%)
- 육아지원인프라 미흡
 - 보육시설의 양적 및 질적 미흡
 - ※ 0~2세 자녀의 보육시설 충족률은 30%, 가정보육사 충족률은 14.4%에 불과 ('05년, 보사연), 보육·교육시설의 지역간 불균형 배치로 적절한 서비스를 제공받는데 한계
 - 국공립 보육시설의 경우 수요에 비해 시설의 접근성과 수용능력 부족
 - ※ 국공립 보육시설 선호도(59.2%)가 민간시설(29.3%), 법인시설(6.9%)에 비해 높으나 이용아동수는 전체시설 이용 아동의 10.9%에 불과
 - 보육시설 등 육아 지원 인프라가 부족하고, 시간 연장 보육 등 다양한 수요를 충족시킬 수 있는 질 높은 서비스 제공 미흡
- 출산건강 수준 악화
 - 2005년 연간 인공임신중절 시술건수는 350,590건(기혼여성 203,230건, 미혼여성 147,360건)으로 추정(기혼 58%, 미혼 42%, 보건복지부)
 - 만혼, 스트레스 증가 등으로 인하여 불임증 증가
 - ※ 15~39세(여성기준) 불임부부는 이미 출산을 경험한 부인을 제외할 경우 63.5만쌍 추정(한국보건사회연구원, 2003)
- 가치관 변화
 - 보편혼이었던 과거와 달리 최근 결혼은 선택으로 간주
 - ※ 미혼여성의 49.1%(반드시 결혼 12.8%)만이 결혼에 대해 긍정적인 태도로 미혼남성(71.5%, 반드시 결혼은 29.4%)에 비하여 매우 낮음(보사연, 2005)
 - 자녀를 '반드시 가져야 한다'와 '갖은 것이 좋다'라는 긍정적인 태도가 1997년 90.3%에서 2003년 86.8%로 급감

□ 2005년까지 지속 하락추세이던 출산율이 2006년에 증가세로 반등(합계출산율 1.13, 출생아수 45.2만명)

○ 사회문화적 원인

- 자녀관이 긍정적으로 변화(자녀 필요성에 대해 '반드시 가져야 한다'와 '갖은 것이 좋다'라는 긍정적인 태도가 '03년 86.8%에서 '06년에 87.9%(반드시 필요 53.8%)로 다소 회복
- 2003년부터 결혼 증가, 이혼 감소
 - ※ 2006년 출생아의 98.5%는 혼인관계에서 출생하고 있어, 결혼여성증가와 이혼율 감소는 출산에 매우 긍정적인 영향

○ 경제적 원인

- 출산율 급감은 외환위기 3년 후인 2001년부터 본격적으로 발생하여, 그 효과가 2005년까지 지속
 - ※ 경기침체→의식변화→출산의사결정→출산이행(임신→출산)에 일정기간의 시차가 존재하기 때문
- 2003년 이래 경기회복의 영향으로 의식변화→결혼·출산의사결정→출산이행(임신·출산)의 과정을 거쳐 2006년부터 출산율 증가로 이어짐

○ 정책적 원인

- 정부는 2004년부터 저출산·고령화 현상에 본격 대응
 - ※ 고령화및미래사회위원회 발족('04), 저출산고령사회기본법 제정 및 저출산고령사회위원회 출범('05), 저출산고령사회기본계획('06) 수립
- 제1차저출산고령사회기본계획('06~'10) 기간에 18.9조원 투입
 - ※ 보육예산은 '96년 1,103억원에서 '06년 1조 574억원으로 10배 증가
 - ※ 복지재정비율은 '96년 19%에서 '06년 28%로 증가

□ 그러나 정책성과는 여전히 미흡

- 2006년부터 저출산고령사회기본계획 시행으로 전반적인 저출산 대응정책의 효과가 가시화되기에는 미흡
- 저출산정책 중 영유아보육비지원과 일·가정양립지원 등 일부 정책만이 유의적인 영향을 미친 것으로 나타남.
 - ※ 2006년 출산가구 중 4.3%만이 정책의 영향을 받은 것으로 나타남(보사연, 2006년 전국출산동향조사, 2007)

- 이는 정책지속기간이 짧은데다가, 일부 저출산 원인의 제거를 위한 새로운 정책 미흡, 기존정책의 대상 제한, 지원(수혜)정도의 비현실성, 전달체계의 비효율성, 추진 주체의 비협조성 등에 기인
 - 일부 저출산 원인의 제거를 위한 새로운 정책 미흡
 - 저출산의 주된 원인이 되고 있는 결혼 연기(만혼화), 자녀양육비용 부담 등에 대한 실질적이고 직접적인 정책 대응 미흡
 - ※ 결혼을 결정하기 위해서는 고용 및 소득이 안정화되어야 하며, 주거 등 기본적인 결혼비용이 필요하고, 결혼시장에서 원하는 배우자를 찾을 수 있어야 하나, 이에 대한 대안 미흡
 - ※ 자녀양육비용은 영유아보육비뿐만 아니라 분유, 기저귀, 의료비 등과 취학 후 교육비 등 광범위한데다가 상시적인 지출이 요구되는데 반해, 이에 대한 지원정책은 거의 부재한 실정
 - 기존 정책의 대상 제한
 - 자녀양육의 경제적 부담 경감을 위한 정책 대부분은 주로 저소득층 등 특정 계층에만 한정적으로 적용
 - 일-가정 양립지원 대상에는 비정규직 등이 제외되어 있는데다가, 민간부문의 경우 현실적으로 일-가장양립 지원책을 적극적으로 활용하는데 기업의 차별관행, 낮은 임금대체 수준, 대체인력 미흡 등으로 한계가 존재
 - 지원(수혜)정도의 비현실성
 - 정책의 지원 또는 수혜 정도가 낮아 형식적으로 흐르는 등으로 인하여 국민의 체감도가 떨어짐
 - ※ 교육비지원금, 산전후휴가 및 육아휴직 급여, 불임부부 지원 등 지원금액과 횟수 등이 OECD 국가들에 비해 상대적으로 낮음
 - 전달체계의 비효율성
 - 보육시설 등 시설 중심의 지원으로 인하여, 시설을 이용하지 않은 자녀양육가구에 대한 형평성 문제가 발생하고, 실제 혜택을 받는 자녀양육가구에서 느끼는 체감 정도가 낮은 실정
 - ※ 기본보조금제, 육아지원시설 대상 각종 지원 등 시설에 투입되는 정도가 높은 실정
 - 추진주체의 비협조성
 - 일-가정 양립 제고를 위해서는 기업의 적극적인 동참이 중요하나, 현실적으로 소극적인 입장 견지

2. 정책과제

- 만혼화 경향 방지와 결혼률 제고를 위한 정책 개발 및 적극적 추진
- 자녀양육비용부담의 실질적 경감을 위한 효과적인 제도 도입
- 정책의 수직적 접근에서 조기에 수평적 접근으로 전환
 - 모든 정책에 대해 그 대상으로 중상층 이상으로 보편화
- 실질적인 효과를 거두기 위한 지원정도(단가, 기간 및 횟수 등) 확대
- 기업, 시민사회 및 단체 등 저출산대응 실질적인 주체들의 적극적인 참여 도모
- 시설 중심에서 자녀양육가구에 직접 지원 형태로 전환

3. 향후 정책추진방향

- 만혼예방 및 결혼률 제고를 위한 정책 개발 및 적극적 추진
 - 미혼층의 의식개선, 고용안정, 주거안정화, 만남주선 등 지원

〈외국 사례〉

◆ 싱가포르

- 셋째자녀 우선지원 방안(Third-Child Priority(TCP) Scheme)
 - 아파트 분양시 셋째자녀가 있는 신청자들에게 우선권 부여
 - 정부는 TCP 신청자들을 위해 아파트 분양권의 5%를 별도로 책정하도록 하여 만약 다른 TPC신청자들과의 1차 추첨에서 5%내에 들지 못하더라도 2차로 일반 신청자와 재추첨
- 주택지원금 부가 급여 제공
 - 35세 이상이면서 무주택자인 저소득층(월 급여 싱가포르 \$8,000 이하) 미혼시민에게 아파트구입 지원금 지급
 - 결혼하면 위 지원금에 덧붙여 top-up방식의 부가급여 신청자격 부여

◆ 일본

- 주택확보 지원
 - 용자제도에 의한 주택취득 지원
 - 특정우량임대주택제도 활용 또는 도시공단에 의한 양질의 패밀리 전용주택 공급 추진
 - 고령자 등의 주택자산 활용에 의한 양질인 패밀리 전용주택의 공급 촉진
 - 공영주택의 우선입주
 - 입주 전형에서 지방공공단체의 판단에 의해 18세 미만의 아동이 3명이상 있는 세대에 우선권 부여
 - 특정우량임대주택에서 동거친족이 많은 사람, 그 외 특히 거주 안정을 꾀할 필요가 있는 사람에 대해서는 원칙적으로 모집호수의 일정비율에 대해 우선적으로 공모, 추첨에 의해 입주자 선정
 - 보육소 등을 병설한 주택 공급 촉진
 - 직장과 주택의 근접 실현에 의해 맞벌이 세대 지원

□ 실질적인 자녀양육부담 경감책 도입

○ 아동수당 조기도입, 중장기적으로 교육수당 도입(전면 공교육화 이전)

- 자녀 보육·교육비에 대한 국가 지원은 저소득층에 한해 제공되며, 기본보조금도 보조적인 성격으로 보육·유아교육비는 여전히 부담. 의료비 지원도 일부 저소득층 중심으로 제공하고 있는데다가 지원액도 현실화되지 못하고 있는 실정.
- 한국사회에서 자녀 양육과 관련한 용품들의 가격은 고가화. 따라서 현재 국가의 자녀양육지원 체제는 보육·교육과 의료비뿐만 아니라 양육(의식주 등)에 드는 비용에 대한 부담을 포괄적으로 경감하는 데에는 미흡
- 이와 같은 자녀양육비용 부담을 포괄적이고 보편적으로 경감시키기 위한 대책으로 조세방식과 수당방식을 고려
- 조세방식은 자녀양육가정에 보다 직접적이고 빈도가 높은 경제적 부담을 줄이기 위해 자녀양육 관련용품의 간접세(부가가치세 등)를 감면
 - ※ 예: 영유아 양육시 필수 품목(아기거저귀, 분유 등)에 대하여 부가가치세 면제, 육아 관련 각종 교육 프로그램 수강료, 자격시험 등에 대한 부가가치세 등 면제, 산후도우미 등 보육관련 종사자의 용역에 대한 부가가치세 면세 등).
- 수당방식은 아동수당, 출산수당, 교육수당 등의 형태로 포괄적이면서도 직접적으로 지원
 - ※ 최근 아동수당은 대다수 OECD 국가(OECD국가 중 미실시국은 한국, 미국, 터키, 멕시코) 등 88개국에서 가족과 아동빈곤 감소 및 건강한 성장환경 조성을 위해 지급(대부분 유럽국가들은 GNP의 평균 약 2~3% 지급).
- 수당지급 형태는 초기에 근로자, 가족규모, 아동출생순위, 자산조사 등 기준을 적용하여 제한적이었으나, 점차 보편적으로 적용. 아동수당은 아동빈곤 완화에 효과가 있으며, 아동수당이 출산율에 미치는 효과성에 대해서는 연구자마다 정도 차이가 있으나, 긍정적인 효과가 있는 것으로 분석

〈유럽 국가들의 아동수당 차등 적용 기준, 2000~2002〉

국가	수급권기반	차등적용	
		아동수	아동연령
오스트리아	보편적	○	○
벨기에	고용에 기반	○	○
덴마크	보편적	×	○
핀란드	보편적	○	×
프랑스	보편적(두 번째 자녀 이상에 적용)	○	○
독일	보편적	○	×
그리스	고용에 기반, 소득비례	○	×
이탈리아	고용에 기반, 소득비례	○ (가구원수 따라 차등 적용)	
네덜란드	보편적('95년 이전 출생아 한정)	○	○
노르웨이	보편적	×	○
포르투갈	고용에 기반, 소득비례	○	○
스페인	고용에 기반, 소득비례	×	×
스웨덴	보편적	○	×
영국	보편적	○	×

자료: 최병호·이삼식 외, 5개년저출산·고령사회기본계획수립(1차), 저출산고령사회위원회·보건복지부·한국보건사회연구원, 2006.

〈외국의 아동수당관련 정책효과 분석 결과〉

국가	연구자(년도)	기간	종속변수	분석방법	아동수당 관련 정책	출산력에 주는 영향력
국가간 비교	Gauthier & Hatzius(1997)	1970-90 OECD 국가	합계출산율	국간·계열 회귀분석	가족 현금급여	약하나 긍정적
캐나다	Zhang, Quan & Meerbergen (1994)	1971-83	합계출산율	일반회귀모형	가족수당	강한 긍정적 효과
스웨덴	Walker(1995)	1955-90	합계출산율	시계열분석	아동수당	약하나 긍정적
	Kohler등(2005)				아동수당	효과는 적지만 출산율 증가에 유의미한 영향
영국	Emisch(1988)	1971-86	출산순위 및 연령별 출산율	시계열 회귀분석	아동수당	급여수준의 상승으로 인해 셋째아, 넷째아 출산수준 및 첫 출산시기에 변화를 줌

자료: Gauthier A.H. "The Impact of Public Policies on Families and Demographic Behavior," Sleebos, Joelle E.(2003), Low Fertility Rates in OECD Countries: Facts and Policy Responses 재인용

※ 스웨덴에서는 아동수당을 기본적으로 16세 미만의 모든 아동에게 지급하고 (월 SEK 950, 이하 2005년 기준) 있으며, 그 후 16세 이상이면서 중등학교 (secondary school)에 다니는 아동에게는 확대아동수당(extended child allowance)으로 월 SEK 950을 지급

- 이외 학생보조금(student grant)으로 중등학교 이상(고등학교) 재학 중인 아동에 대해 일년에 10개월 동안 월 SEK 950을 지급. 프랑스에서도 수입자산조사에 의거하여 6~18세 자녀를 위한 연간학교수당을 지급

□ 정책대상을 중산층 이상으로 확대(수직적 접근에서 수평적 접근으로 조기 전환)

○ 자녀양육의 경제적·사회적 부담 경감 대상을 중산층 이상으로 확대

- 현재 영유아 보육·교육비 지원사업으로 0~4세아 차등보육·교육비 지원, 5세아 무상보육·교육비 지원, 그리고 두 자녀 이상 가구에 대한 보육·교육비 지원을 저소득층 중심의 잔여적 접근에서 모든 아동에게 확대하는 보편적 접근으로 조기에 전환 필요

- 특히, 우선적으로 3자녀 이상 가구에 대해 보육·교육비는 완전 무상으로 지원.

○ 비정규직의 일·가정양립 지원(단기육아휴직제 등을 통한 노동권 및 모성권 보호 강화)

- 현실적으로 노동시장에서 비정규직 여성은 임신·출산으로 인한 휴가 사용시 부담해고 등에 노출되는 등 불이익을 받고 있어, 임신·출산을 연기하거나 포기하는 경향. 특히, 소규모 영세사업장의 경우 임신 및 출산 등을 이유로 사직 압력, 부담해고, 전보 불이익 등 사례 발생

- ※ 이에 따라 비정규직 여성근로자의 70% 이상이 고용보험에 의한 모성보호(산전후휴가 등), 육아휴직 급여 등의 혜택을 받지 못하고 있는 실정(노동부, 보도자료, 2006. 2)

- 중소기업(고용보험법상 우선지원 대상기업)의 계약직 여성근로자가 산전후휴가를 사용하는 경우, 고용보험에서 산전후급여가 지급되는 기간에 한해 계약기간 진행을 일시중지하고, 복귀 후 나머지 계약기간에 근무가 가능하도록 함

- ※ 이 경우 기업이 실질적으로 근무하지 않은 기간에 대해 급여를 지급하지 않으므로 경제적 압박 해소. 그 급여액을 이용하여 계약직여성의 산전후휴가기간동안 대체인력 사용 가능)

- 대기업의 경우, 기업에서 산전후휴가 기간 중 60일간의 급여를 휴직여성에게 지급함으로써 경제적 부담 발생. 이와 관련하여 대기업 근무 비정규직 여성근로자에 한해 고용보험을 통한 산전후휴가급여 제공 검토

- 1년 이상 계약한 계약직공무원이 육아휴직을 이용하고자 할 경우, 휴직을 개시하고자 하는 날부터 잔여 계약기간이 1년을 초과하지 않아도 잔여기간 내에서 육아휴직을 사용할 수 있도록 개정

- 남녀고용평등법 제19조(육아휴직)에서 육아휴직을 1년 이내로 사용할 수 있도록 하는 규정과 조화

□ 효과성 제고를 위한 지원정도(단가, 기간, 횟수 등) 현실화

○ 보육교육비 지원단가, 산전후휴가 및 육아휴직 급여 단가 상향조정

- 보육의 경제적 부담이 큰데 비해 휴가급여가 크게 부족한 실정에서 국가가 육아휴직 등을 활성화한다고 해도 현실적으로 근로자가 법정 기한만큼 육아휴직을 사용하기에는 한계
- 즉, 휴가제도의 내용상 이들 제도를 활성화하여 근로형태를 유연화 하는 데에는 현실적인 한계가 있어 피상적으로 흐를 가능성이 높음.
- 이는 남녀 근로자 모두에게 해당되어, 특히 남성의 육아휴직 이용률이 극히 낮으며, 휴가제도의 활성화를 위해서는 무엇보다도 휴가급여를 임금대체수준으로 증가시키는 것이 중요

〈외국의 부모휴가제도 현황〉

	부모휴가 기간(주)	부모휴가 소득대체율	아버지할당제	권리의 단위
스웨덴	69(56주?)	80%(0.09%)	있음8주	가족
노르웨이(?)	33주	100%	4주	
덴마크	10	55	있음	개인
핀란드	26	65	있음(보너스방식)	
영국	26	무급	-	개인
아일랜드	14	무급	-	개인
캐나다	35	52	-	가족
호주	(52)	(무급)	-	가족
뉴질랜드	12+26	100(0)		
오스트리아	104	13.3	있음(보너스방식)	
스위스	-	-	-	-
네덜란드	26(part-time)	50	-	개인
포르투갈	8.5+13	무급	-	-
일본	44	30	-	가족

주: 덴마크, 스웨덴, 영국은 2주, 네덜란드는 2일의 아버지 출산휴가제 보장

자료: 최병호·이삼식 외, 5개년저출산·고령사회기본계획수립(1차), 저출산·고령사회위원회·보건복지부·한국보건사회연구원, 2006.

○ 불임부부 지원 단가 및 횟수 증가

- 불임시술(치료, 시험관아기시술)의 경우 성공가능성을 높이기 위해 지원회수와 지원금액을 외국수준으로 증가할 필요가 있으며, 더 나아가 건강보험을 적용할 필요1)

1) 불임부부 지원정책에 대한 비판적인 견해로는 모든 불임부부를 대상으로 성공시까지 지원하는 경우 막대한 예산 부담이 발생한다는 것과 건강보험 처리는 불임부부를 환자로 인정·분류하는 것이 곤란하고 다른 보험가입자와의 형평성문제 등 발생이 예상된다는 것이다.

〈주요 국가들의 불임지원 사업 현황〉

구분	독일	일본	호주	프랑스	미국	기타	
지원 대상	법적 혼인	○	○	-	-	-	
	연령	여(25~40세) 남(25~50세)	연령제한 없음		여성 (43세 이하)	여(21~41세) (뉴욕 경우)	이스라엘 (45세이하)
	소득 수준	-	부부합산 소득650만엔 (약65백만원)	-	-	-	-
	자녀 유무				자녀유무와 상관없이 지원		
지원 수준	지원 횟수	시험관야기 (3회) 인공수정 (6-8회)		시험관야기 (6회)	시험관야기 4회 인공수정 6회	불임치료 시험관야기 (3~4회) 난자채취시술 (평생 4회, 일리노이즈)	-화란·캐나다 3회 -이스라엘(2자녀 출생시까지)
	지원 금액	50%	정액제 1년 10만엔 (약1백만원) 상한으로 2년 지급	85%	100%	정액제 \$15,000~100,000 (아칸소·메릴 랜드)	-캐나다·덴마크· 화란 100) -오스트리아 70% -영국(임상조건에 맞는 23~29세 여성에게 최소 1회시술)
	건강 보험 지원	○			○		

○ 세계·보험 지원 확대 등

- 사교육비 지출이 증가하고 있는 추세를 감안하여 학원 등을 통한 자녀교육비의 소득공제 한도의 상향 조정 필요 및 공제혜택을 체육관련 학원비까지로의 확대 검토
- 건강보험체제 개편은 다자녀가정의 건강보험료 경감, 육아휴직시 건강보험료 경감 등을 고려하고 있으나, 실질적인 지원책으로 자녀양육 과정에서 지불하여야 하는 고가의 의료비 부담을 경감할 필요
 - 자녀양육 과정에서 보편적으로 발생하는 의료항목에 대해 건강보험 혜택을 부여
 - ※ 중장기적으로는 건강보험을 적용하여야 할 의료항목들은 영유아기뿐만 아니라 초등학교 또는 중학교 이상의 연령까지 점진적으로 확대하여 아동에 대한 국가무상치료시스템을 구축

※ 건강보험 재정부담 등을 감안하여 산모 및 신생아에 대한 필수적인 검진 범위와 횟수를 한정하여 급여를 적용하는 방안 도입

- (예로, 양수검사는 35세 이상 초산 산모 등에 한해 보험급여를 적용하며, 임신성당뇨검사는 태아를 보호하기 위해 최초검사부터 보험화)

□ 기업, 시민사회 등 추진주체의 적극적 참여 도모

- 기업의 부담을 제도적으로 보충하고, 인센티브 강화
- 시민사회 등의 활동에 대한 적극적 지원 강화

□ 시설 지원 중심에서 자녀양육가구 지원 중심으로 전환 및 시설 비이용 자녀양육가구에 대한 형평성 제고

- 기본보조금제를 포괄적인 아동수당제 등으로 개선하여, 자녀양육가구에서 그 용도를 결정토록 하여 자녀양육의 경제적 부담경감의 실질화 도모

〈현황 및 문제점, 정책과제, 향후추진방향 종합 정리〉

현황·문제점	정책과제	향후 정책추진방향
①저출산원인 제거정책 미흡(결혼 관련 정책, 양육비용부담 등)	- 만혼예방 및 결혼률 제고를 위한 정책 개발 및 적극적 추진 - 실질적인 자녀양육부담 경감책 도입	- 미혼층의 의식개선, 고용안정화, 주거안정화, 만남주선 등 지원 - 아동수당 조기도입, 중장기적으로 교육수당 도입(전면 공교육화 이전)
②정책대상 한정(저소득층, 정규직 등에 한정)	- 정책대상을 중산층 이상으로 확대(수직적 접근에서 수평적 접근으로 조기 전환)	- 자녀양육의 경제적·사회적 부담 경감 대상을 중산층 이상으로 확대 - 비정규직의 일·가정양립 지원(단기육아휴직제 등을 통한 노동권 및 모성권 보호 강화)
③지원정도의 미흡(형식적)	- 효과성 제고를 위한 지원정도(단가, 기간, 횟수 등) 현실화	- 보육교육비 지원단가, 산전후휴가 및 육아휴직 급여 단가 상향 조정 - 불임부부 지원 단가 및 횟수 증가 - 세제·보험 지원 확대 등
④추진주체(기업, 시민사회 등)의 비협조성 및 소극적 참여	- 기업, 시민사회 등 추진주체의 적극적 참여 도모	- 기업의 부담을 제도적으로 보충하고, 인센티브 강화 - 시민사회 등의 활동에 대한 적극적 지원 강화
⑤전달체계의 비효율성(시설중심 지원)	- 시설 지원 중심에서 자녀양육가구 지원 중심으로 전환 - 시설 비이용 자녀양육가구에 대한 형평성 제고	- 기본보조금제를 포괄적인 아동수당제 등으로 개선하여, 자녀양육가구에서 그 용도를 결정토록 하여 자녀양육의 경제적 부담경감의 실질화 도모

2. 국가 경쟁력 제고 차원의 저출산고령화 정책

1. 저출산 현황 및 경제적 파급 전망

- 우리나라는 2000년 65세 이상 인구 비율이 7% 이상을 넘어 고령화사회에 진입하였으며, 계속되는 고령화 추세로 인하여 2018년 고령사회, 2026년 초고령사회로 진입할 것으로 추정
 - 이러한 인구구조의 고령화는 출산률 하락에 크게 기인하고 있는 바, 우리나라의 합계출산율은 1970년 4.5명에서 2001년 1.3명, 2005년 1.08명으로 세계적으로 가장 낮은 수준
- 고령화가 급속히 진행됨에 따라 경제의 잠재 성장률, 국가재정, 산업구조, 노동 생산성, 저축률 등 국가경제 전반에 커다란 파급효과가 미칠 것으로 예상되며, 이를 세부적으로 고찰하면 다음과 같음.
- 첫째, 출산률 하락에 따른 인구구조의 고령화는 한국경제의 잠재 성장률을 하락시킬 것으로 전망
 - 향후 한국경제는 인구구조 고령화에 따라 노동투입과 자본투입 증가율이 모두 둔화될 전망이며, 이에 따라 잠재 성장률의 지속적인 둔화 예상
 - 출산률의 하락은 생산가능인구의 증가율을 둔화시켜 노동투입증가율에 영향을 미침. 노동투입증가율의 둔화는 노동투입규모의 감소를 가져와 잠재 성장률 둔화의 핵심적인 요인으로 작용할 것으로 예측
 - 피부양인구비중의 증가는 저축률 하락을 가져와 자본축적속도를 둔화시키고 이는 향후 성장률을 낮추는 요인으로 작용할 것으로 예측
 - KDI의 추계 결과, 총요소생산성 증가율이 2.0%를 유지하고 현재의 출산율 수준이 향후에도 지속될 경우, 한국 경제의 잠재성장률은 2000년대 5.10%, 2010년대 4.82%, 2020년대 3.56%, 2030년대 2.25%, 2040년대 1.38%로 하락
- 둘째, 인구구조의 고령화는 국가 재정의 수입 및 지출에 영향을 미쳐 균형재정기조를 유지하는데 심각한 위협요인으로 작용할 것으로 판단
 - 인구 고령화에 따라 취업자 수가 감소하고 경제 성장 속도가 둔화되어 조세 및 사회보장기여금 등 재정 수입이 감소할 것으로 보임. 한편, 연금 수급자의 증가 및 노인 의료·복지비 상승은 국가 재정 지출의 지속적인 증가를 가져올 것으로 전망

- 현행 제도를 기준으로 하여 고령화로 인한 직접적인 영향만을 감안하면 고령화에 따라 2050년에는 재정지출의 GDP 대비 비중이 현재보다 12~13% 정도 증가할 것으로 추정
 - 이 경우, 2050년에 우리나라 재정지출의 GDP 대비 비중은 OECD 국가들의 평균(약 45%) 정도가 되지만, 미국(30.4%), 일본(35.3%), 캐나다(37.2%) 보다는 상당히 커짐.
 - 따라서 우리나라의 재정지출 증가의 속도는 OECD 국가들과 비교하여 상당히 클 것으로 예상되는 바, 재정 수입의 확대가 동반되지 않을 경우 재정 수지의 악화 등 위험성이 클 것으로 판단
- 세제, 급격한 인구구조의 변화는 소비 수요의 변화를 가져와 전체 가계소비지출 구성에 지대한 영향을 미쳐 산업 구조의 변화를 야기할 것으로 예측
- 수요의 상품별 구성은 연령대별로 상당한 차이를 보이며 연령별 인구구성의 변화에 따라 총수요의 상품별 구성에 영향
 - 예를 들어, 저출산 현상에 따른 학령인구의 감소는 교육 서비스에 대한 수요를 저하시키며 고령화에 따른 노인인구의 증가는 보건·의료 서비스에 대한 수요의 증가를 가져올 것으로 전망
 - KDI의 연구결과, 저출산·고령화에 따른 인구구조의 변화는 교육비 비중을 감소시키고 보건·의료비 비중을 증가시키는 방향으로 작용하는 것으로 나타남.
 - 두 품목 모두 소득 수준의 향상으로 인하여 비중이 증가하며, 특히 교육비의 경우 강한 소득 효과가 학령자 수 감소에 따른 감소효과 초과
 - 인구 고령화 현상에 따라 산업구조가 변화할 것으로 예상되는 바, 자원의 효율적인 배분을 위하여 생산요소가 산업 간에 유연하게 이동할 수 있도록 정책적인 뒷받침 요청
- 네제, 인구 고령화에 따라 고령 노동자수는 증가하는 반면 청년 노동자 수는 감소하여 전체적인 노동 생산성의 하락으로 이어질 것으로 전망
- 고령화에 따라 근로자 1인당 부양해야 하는 노인인구는 증가할 것으로 예상되는 바, 이에 노동 생산성의 증가는 부양 비율 증가에 따른 조세 부담의 증가와 가처분소득의 감소를 상쇄시킬 수 있는 중요한 수단으로 작용할 것으로 전망
 - 이에, 고령화가 진전되는 과정에서 노동 생산성이 충분히 고려되지 못한다면 경제의 성장 잠재력과 개인의 복지가 크게 위축될 우려가 큼.

- 그러나, 가장 낙관적인 시나리오 하에서도 노동생산성 증가율은 지속적으로 하락 될 것으로 전망되며, 현실적인 시나리오 하에서는 2015년에 노동생산성이 정체될 가능성이 높은 것으로 추정
- 한편, 고령자들의 노동시장참여율은 OECD 평균을 훨씬 상회하지만 여성들의 참여율은 아주 낮고 특히, 학력이 높은 여성의 노동시장 참여율이 학력이 낮은 여성들보다 더 낮은 것으로 나타나 고학력 여성 노동력의 적극적인 활용이 요청되고 있음.
- 다섯째, 은퇴자 수의 증가 및 피부양인구비중의 증가는 저축률 하락을 가져와 자본 축적속도를 둔화시켜 국가 성장률을 낮추는 요인으로 작용할 것으로 예측
 - 고령화는 개인적인 차원에서 민간 저축을 감소시키는 한편, 공공부문에서는 고령화에 따른 정부 지출로 인해 재정적자가 양산됨에 따라 공공부문의 저축을 감소시킬 가능성
 - 민간 부문과 공공부문에서의 저축 감소는 경제 성장률 하락을 가져올 가능성이 크므로 고령화 과정에서 지속적인 경제 성장을 유지하기 위해서 저축을 증대시키는 정책이 필수적
 - 이를 위해 퇴직연금, 개인연금 등을 활성화시켜 은퇴전 저축을 증대시켜야 하며 재정 건전화를 통한 국가 채무 감축 및 공적연금의 재정 위기 극복 노력 필요

2. 저출산의 경제적 파급 완화 정책 방향

- 노동력 부족 및 노동력 고령화에 따른 노동생산성 저하에 대비하여 양질의 노동력을 적기에 확보 필요
 - 이러한 양질의 노동력을 직업간·산업간·지역간 수급 균형을 이루도록 균형 배치 필요
- 저출산·고령화 문제가 심화됨에 따라 고령 친화 산업 육성의 필요성이 대두되고 보육 서비스 등 아동산업이 사양화되는 등 산업구조의 변화 예상
 - 이러한 저출산고령화에 따른 산업구조의 변화에 순응하여 국가 경쟁력의 필요성 해야 할 것임.
- 향후 노인인구가 증가하고 생산가능인구가 감소함에 따라 세금 및 보험료 등을 국가재정에서 직접 충당함으로써 국가재정의 위기를 가져올 것으로 예상
 - 고령화에 따른 사회보장지출을 최소화하기 위해 조세 제도와 각종 사회보험의 안정화를 도모하여 조세 및 보험료 수입을 일정 수준에서 유지하는 것이 필요

3. 저출산의 경제적 파급 완화를 위한 정책 건의

- 단기적으로는 여성유휴 노동력 활용, 노인인력 개발 및 활용, 교육 시스템 개혁을 통한 인적자본 투자 강화가 요청되며, 장기적으로는 독일 Green Card 제도와 같이 생산성 높은 고급인력의 이민정책을 추진하는 것이 필요
 - 과거 2차 산업 위주의 사회에서는 육체 노동자가 중요한 위치를 차지 하였으나, 3차 지식기반사회로 발전함에 따라 고급 노동력에 대한 수요가 증가할 것으로 예상
 - 인구구조 변동과 연동하여 직업간·지역간·산업간 중장기 종합적인 인력 수급 계획의 마련 필요
- 산업구조의 변화에 대응하여 고령친화산업 및 지식기반 산업과 관련한 인력 훈련을 국가가 중장기적으로 육성·개발
- 고령화에 따른 사회보장지출을 최소화하기 위하여 노인층 대상 치료 중심 사업에서 예방 중심 사업으로 강화해야 할 것임. 이를 위해 평생건강관리시스템을 조기에 구축하는 것이 필요
 - 정년제를 폐지하여 노인층이 보다 오래 노동시장에 남아서 연금료, 사회보험료 등 각종 사회보험의 납부자로서의 역할 유지 필요
 - 이와 더불어 인구구조와 연동한 조세 및 보험료 부과체계의 개혁 및 탄력적 운영 요청

〈저출산의 경제적 파급효과와 완화정책 방안〉

현황과 문제점	정책과제	정책 향후 추진 방향	
		단기	장기
노동력 부족 및 노동력 고령화에 따른 노동 생산성 저하	- 양질의 노동력 적기에 확보 - 양질의 노동력 균형 배치 (직업간·산업간·지역간 균형)	- 여성 유휴 노동력 활용 - 노인 인력 개발 및 활용 - 인적자본투자 강화 - 인구구조 변동과 연계한 중장기 종합적인 인력 수급 계획 수립 (직업간·지역간·산업간)	- 고급 인력 (생산성 높은 인력) 선택적 이민 수용 (예: 독일의 Green Card)
산업구조의 변화	- 저출산고령화에 따른 산업 구조 변화에 순응하여 국가 경쟁력 제고	- 고령친화산업 육성 - 지식기반 산업 육성	- 관련 인력 훈련 등 국가가 중장기적으로 육성 개발
국가 재정의 악화	- 고령화에 따른 사회보장지출 등을 최소화 - 조세제도와 각종 사회 보험의 안정화 도모 (수입을 일정 수준에서 유지)	- 노인층 대상 치료중심 사업에서 예방 중심으로 강화 - 평생 건강 관리 시스템을 조기에 구축 강화	- 정년제를 폐지함으로써 노인층의 사회보험 납부자로서의 역할 유지 - 인구구조와 연동하여 조세 보험료 부과체계 개혁 및 탄력적 운영

3. 지속가능한 노인장기요양제도의 정착방안

1. 정책현황

1) 현행 노인장기요양서비스정책의 제한점

- 노인장기요양서비스는 극빈저소득층 및 고소득계층 위주로 공공 및 민간부문에서 제공
 - 기존의 노인장기요양서비스는 노인복지법에 의해 설치된 노인의료복지시설(단, 노인전문병원 제외)과 재가노인복지시설에서 제공하고 있었으나, 서비스수급자의 대부분이 국민기초생활보장 수급권자나 차상위 저소득계층에 머무르고 있었음.
 - ※ 2006년말 현재, 노인(전문)요양시설 입소노인의 87.7%가 기초수급자이거나 차상위 저소득노인
 - 또한, 일반노인인 경우에는 노인복지법에 의해 설치된 유료노인(전문)요양시설을 입소하거나 의료법에 의해 규정된 민간요양병원에 입원하고 있는 실정인데, 입(원)소 비용이 높아서 일부 고소득계층만이 이용
 - ※ 유료노인(전문)요양시설 및 민간요양병원에서의 생활(간병)비용이 월 100~250만원 수준
- 결국, 중간소득계층을 포함한 모든 노인이 보편적 장기요양서비스를 이용할 수 있는 노인장기요양보험제도의 도입 요구

2) 노인장기요양보험제도의 수립과정

- 노인장기요양보험제도는 2000년 고령화 사회에 진입한 후부터 정부 및 관계전문가를 중심으로 논의되기 시작하였고, 2001년 대통령 8·15 경축사에서 제도도입을 시사한 이래 제도모형 개발, 시범사업 실시
- 참여정부의 말기인 2007년 4월에 공식적으로 법이 제정되었으며, 2008년 7월부터 시행할 예정이며, 그동안의 구체적인 정책수립과정은 다음과 같음.
 - '01. 8.15 : 대통령 경축사에서 노인요양보장제도 도입 제시
 - '02. : 대통령 공약사항으로 노인요양보장제도 도입 포함

- '03. 3 ~ '04. 2 : 『공적노인요양보장추진기획단』을 설치·운영하여 노인요양보장제도 기본골격(안) 마련
- '04. 3 ~ '05. 1 : 『공적노인요양보장제도실행위원회』를 구성·운영하여 노인요양보장제도 기본요강을 마련하여 건의
- '05. 5 : 당정협의 『노인요양보장제도 기본안』 확정
- '05. 7 ~ '06. 3 : 노인요양보장제도 1차 시범사업 실시
- '06. 2. 16 : 정부입법 국회제출
- '06. 4 ~'07. 4 : 노인요양보장제도 2차 시범사업 실시
- '07. 2. 22 : 국회 보건복지위원회 만장일치 통과
- '07. 4. 2 : 노인장기요양보험법 제정
- '07. 4. 27 : 노인장기요양보험법 공포
- '07. 5 ~ '08. 6 : 노인요양보장제도 3차 시범사업 실시
- '08. 7 : 노인장기요양보험제도 시행

3) 노인장기요양보험제도의 개관

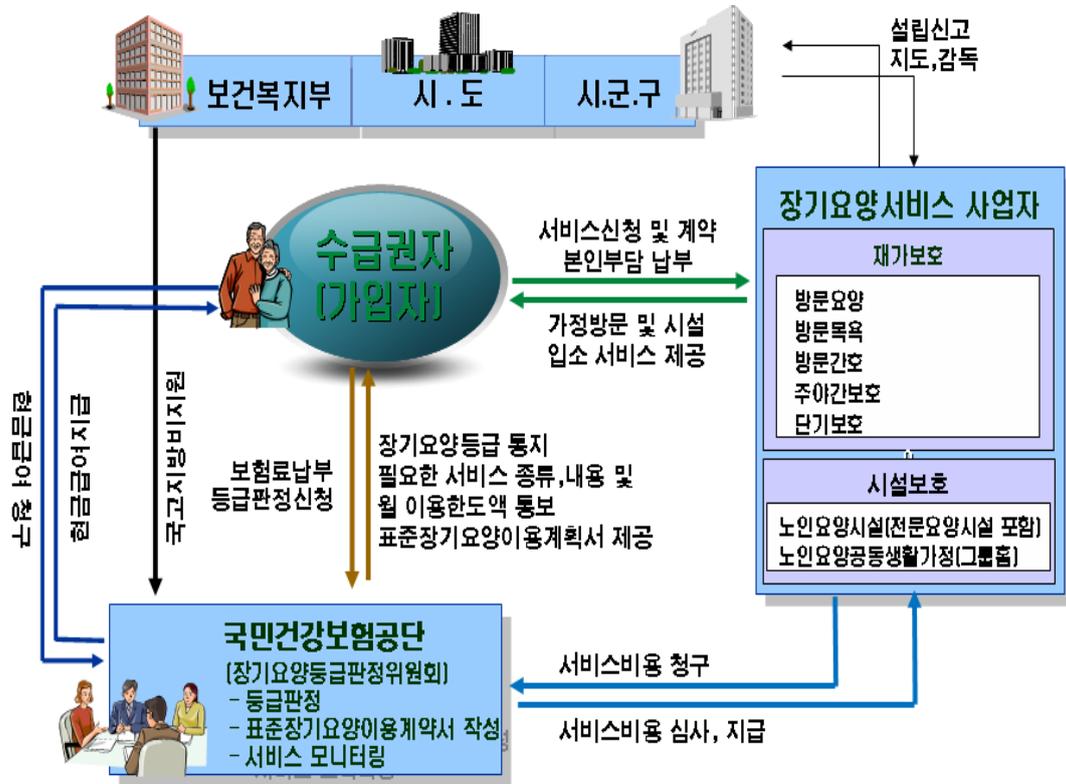
□ 노인장기요양보험제도의 목적

- “고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함”을 목적으로 하고 있음(법 제1조).
- 이를 요약하면, ①노후의 건강증진 및 생활안정 도모, ②가족의 부담 경감, ③국민의 삶의 질 향상에 있는 것으로 정리할 수 있는데, 이 중에서 가족의 경제적 부담의 경감에 일차적인 목적

□ 노인장기요양보험제도는 다음과 같은 하부체계로 구성되어 있으며, 전반적인 제도의 틀과 흐름도는 다음 그림과 같음.

- ① 장기요양인정체계, ② 장기요양서비스이용지원 및 급여체계, ③ 장기요양서비스비용지불체계, ④ 재원조달 및 관리운영체계

<노인장기요양보험제도의 기본체계>



- 노인장기요양보험제도는 보험료를 주재원으로 하고 있는 사회보험이고, 기존의 국민기초생활보장제도 수급노인을 주 대상으로 하여 지방자치단체의 행정조치로 시설 및 재가서비스를 제공하던 방식에서 가입자와 공급자(장기요양기관)간의 계약에 의해 서비스를 제공하는 방식으로 전환
- 가입자는 연령구분 없이 국민건강보험 가입자이거나 의료급여수급자이어야 함. 따라서, 현재의 고령자는 공적연금 등 일정소득이 있는 자를 제외하면 대부분이 피부양자가 될 것임.
- 보험자는 국민건강보험공단이고, 그 역할은 다음과 같음.
 - ① 장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자의 자격관리
 - ② 장기요양보험료의 부과·징수
 - ③ 장기요양인정신청인에 대한 조사
 - ④ 등급판정위원회의 운영 및 장기요양등급 판정
 - ⑤ 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서의 제공
 - ⑥ 장기요양급여의 관리 및 평가
 - ⑦ 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항

- ⑧ 재가 및 시설 급여비용의 심사 및 지급과 특별현금급여의 지급
 - ⑨ 장기요양급여 실시내용 확인
 - ⑩ 장기요양사업에 관한 조사·연구 및 홍보
 - ⑪ 노인성질환예방사업
 - ⑫ 이 법에 따른 부당이득금의 부과·징수 등
 - ⑬ 그 밖에 장기요양사업과 관련하여 보건복지부장관이 위탁한 업무
- 이 중에서 보험자(공단)는 장기요양급여의 관리·평가 실시
 - 장기요양기관이 실시하는 장기요양급여 내용을 지속적으로 관리·평가하여 장기요양급여의 수준이 향상되도록 노력
 - 장기요양급여의 실시 기준·절차·방법 등에 따라 적정하게 장기요양급여를 제공하였는지를 평가한 후, 그 결과를 공개하는 등 필요한 조치
 - 시군구 지방자치단체는 장기요양보험제도의 지원업무를 실시
 - 장기요양기관을 설치·운영하고자 하는 자는 소재지를 관할구역으로 하는 시·군수·구청장으로부터 지정을 받아야 함.
- 보험급여는 가입자 중에서 신체적, 정신적 기능상태의 장애를 지닌 자에게 제공되는 것으로 일정한 절차를 거쳐서 사전적으로 장기요양서비스수급자격을 인정받아야 하고, 그 필요성을 인정받은 고령자에 한해서 시설급여, 재가급여 및 특별현금급여 지급
- 이용자는 보험급여액의 일정비율(15~20%)과 비보험서비스 비용의 전액을 본인부담금으로 공급자에게 지불하고, 나머지는 보험급여액으로 지급
 - ※ 비보험급여내용으로는 상급 요양실료 차액, 식재료비 이외에 이용자의 특별요청에 의해 제공되는 서비스 (예, 수급자에 대한 간병수발행위에서 벗어나는 서비스 등)
 - 여기에서 특별현금급여는 적정수준의 장기요양인프라의 확보가 불가능한 도서벽지 거주노인이거나 정신질환 등의 일부 특정대상자의 가족에게만 특별적으로 지급되는 것으로 보편적인 급여가 아님.
- 재원조달방식은 국고지원금, 장기요양보험료, 이용자본인부담금으로 구성되고, 국고지원금은 장기요양급여비용의 일부 및 의료급여수급자에 대한 일부 비용과 관리운영비 전액으로 한정
- 장기요양보험료는 가입자별로 산정, 부과된 건강보험료액에 일정한 장기요양보험료를 곱해서 산정

- 국가부담액은 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 부담하며, 국가와 지방자치단체는 의료급여수급권자의 급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용, 그리고 관리운영비 전액을 부담하도록 함. 지방자치단체의 부담액은 광역시도 및 기초자치단체에서 분담

〈노인장기요양보험제도의 개관〉

구분	내용
근거법	○ 2007. 4.27 노인장기요양보험법 제정 ○ 2008. 7. 1 시행
가입자	○ 국민건강보험제도 가입자 및 의료급여수급자 (※ 피보험자는 보험료를 납부하되, 의료급여수급자는 보험료부담이 없음)
보험급여	○ 재가급여: 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구 구입 및 대여 ○ 시설급여: 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정에서의 시설급여 ○ 현금급여: 가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비 (※ 단, 보험급여를 받기 위해서는 기능상태 등을 고려하여 사전적으로 장기요양서비스수급자격을 인정받아야 하는데, 2008년 7월부터 1~3등급으로 인정된 자에 한해서 급여가 실시되고 이 중에서 3등급 해당자는 재가급여만을 받게 됨) (※ 장기요양서비스수급 노인수의 정부예측치는 전체노인의 약 3~4%수준으로 책정되어 있음)
이용자본인부담	○ 재가급여: 법정급여액의 15% ○ 시설급여: 법정급여액의 20% (※ 단, 국민기초생활보장 수급자는 본인부담액이 없고, 차상위 저소득계층의 경우에는 법정본인부담율의 1/2을 경감)
재원조달방안	○ 국고지원금+보험료+이용자본인부담금 (※ 보험료는 건강보험료의 4.7% 수준으로 예상)
관리운영주체	○ 국민건강보험공단

□ 주요국가와의 주요 제도내용 비교

- 가입자 범위를 보면, 연령제한 없이 모든 국민을 가입자 범위로 설정하고 있는 우리나라는 독일제도와 유사하지만, 보험급여대상자 범위에서는 일본과 같이 65세 이상 자와 65세 미만 자로 구분
- 급여내용측면에서는 기본적으로 일본방식을 따르고는 있지만, 급여유형에서는 일본에 비해 협소한 수준
- 재원조달측면에서는 보험료, 국가 및 이용자부담의 형태를 띄고 있는 일본방식을 따르고 있지만, 일본에 비하여 국고부담수준이 매우 낮은 수준임. 그리고 보험료 부과방식에서도 일본방식을 따르고 있음.

〈독일과 일본의 장기요양보험제도 비교〉

	독일(1995. 4 시행)	일본(2000. 4 시행)
급여대상	<ul style="list-style-type: none"> ○ 6개월 이상 장기요양이 필요한 자로 연령에 제한이 없음 ○ 1~3 등급으로 구분 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 65세 이상: 6개월 이상 장기요양이 필요한 자 ○ 40~64세이하: 노인성 질환으로 인한 장애발생자 ○ 요개호 1~5등급, 요지원 1~2 등급으로 구분
재원조달	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보험료: 총재정의 100% ○ 본인부담: 숙박비·식비는 전액 본인부담 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보험료: 50% (65세 이상 18%, 40~64세이하 32%) ○ 정부지원: 50% (국가 25%, 도도부현 12.5%, 시정촌 12.5%) ○ 본인부담: 10%
보험료부과	<ul style="list-style-type: none"> ○ 근로자: 사용자와 근로자 각 50%씩 부담 ○ 자영자: 본인이 100% 부담 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 근로자: 사용자와 근로자 각 50% ○ 자영자: 본인 50%, 정부 50%
급여유형	<ul style="list-style-type: none"> ○ 재가급여: 단기요양, 주야간 요양 등 ○ 시설: 노인집합 주택, 요양홈 등 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 재가급여: 방문개호, 주·단기보호 등 ○ 시설급여: 특별양호 시설, 요양병원 및 병상 등

4) 문제점

□ 보험급여방식의 한계

- 노인장기요양보험법안에 의하면, 보험급여는 현물급여주의를 원칙으로 하되, 특별적으로 현금급여를 인정하는 것으로 하고 있지만, 2차 시범사업의 결과를 보면, 장기요양급여의 미수급 요인으로 경제적 부담 이외에 가족수발자의 존재를 들고 있기 때문에 현금급여와 같은 인센티브 대책 마련 필요
- 가족요양비의 경우에는 도서벽지와 같이 요양인프라가 지극히 부족한 지역에 거주하는 요양대상자를 가족이 간병수발한다는 전제조건하에 지급되고 있는 것이지만, 도서벽지가 아닌 도심지역에 거주하면서 자녀 등 가족이 간병수발하고자 하는 경우에도 현물급여를 강요하는 셈임.
- 이는 자녀동거/노인부부가구의 이용자인 경우에는 장기요양급여의 이용의향율이 낮게 나타나고 있는데, 이는 자녀나 배우자 등, 가족이 수발한다는 것을 의미하고 있기 때문에 이에 대한 인센티브 대책 마련 필요

□ 보험급여율의 제한

- 법안에 의하면, 시설서비스는 총 급여비용의 20%, 재가서비스는 총 급여비용의 15%를 이용자가 부담하는 것으로 되어 있는데, 현재 국민연금의 수급이 보편화 되어 있지 못하기 때문에 노인의 소득수준이 매우 낮은 것으로 나타나고 있음.

이러한 상태에서는 이용비용은 자녀 또는 배우자의 부담으로 나타나 가계의 사회보장부담이 늘어날 것으로 예측

※ 실질 본인부담액 범위= 보험급여비용의 법정부담액+비보험급여비용(즉, 주거비+식재료비 등)

- 특히, 최근 몇 년간 요양병원이 난립되어 있어 입원간병비용에 대한 경쟁으로 입원자 본인부담수준이 낮아지고 있어 시설급여의 본인부담액과 비교할 때 별 차이가 나타나고 있지 않는 수준

□ 보험급여범위의 표준화 미흡

- 시설급여의 경우에는 보험급여와 비보험급여로 구분할 때, 비보험급여에 해당하는 서비스가 많지는 않지만, 재가급여 중에는 비보험급여에 해당하는 서비스가 상당히 존재할 가능성
 - 특히, 방문요양서비스(home-help services)의 경우에는 신체수발과 가사지원서비스로 구성되어 있는데, 가사지원서비스의 내용에 상당한 부분이 비보험급여로 간주하여야 하는 것들이 존재하고 있지만, 장기요양서비스에 대한 이용자의 인식부족과 표준화 미흡으로 혼란한 상태에 있음.
- 또한, 현재 제공되고 있는 서비스의 질적 측면에서 아직도 열악한 것으로 제기되고 있어 보험급여에 상응하는 질적 서비스 제고방안 마련 필요

□ 장기요양시설 인프라의 지역간 불균형 배치

- 2006년말 기준으로 볼 때, 확보된 노인(전문)요양시설 입소정원수(병상수)는 40,589명이고, 노인장기요양보험의 시설급여대상자 추정수(1, 2등급자)는 60,654명으로 현재 시설충족율은 66.9%로 추정
 - 이는 총량적으로 보면 시설의 부족을 의미하고 있는데, 지역별로 보면 과소지역과 과잉지역으로 양분
- 2006년말 기준으로 볼 때, 확보된 가정봉사원파견시설(방문요양시설)의 이용정원수는 42,832명이고, 노인장기요양보험의 재가급여대상자 추정수(3등급자)는 65,320명으로 현재 시설충족율은 65.6%로 추정
 - 이는 총량적으로 보면, 시설의 부족 의미
- 2006년말 현재 요양병원(치매병원, 노인전문병원 포함)은 363개로 총 병상수는 43,336개인 것으로 집계되고 있으며, 이는 전체노인대비 1.0%에 해당하는 수치

〈노인(전문)요양시설의 입소자 현황(2006년말 현재)〉

	정원 (명)	현원 (명)	(차이)	노인인구대비율 (%)		총족율(%) (정원/수요량 ¹⁾)
				정원대비	현원대비	
노인요양시설						
무료	11,546	9,965	(1,581)	0.25	0.22	-
실비	9,099	6,690	(2,409)	0.20	0.15	-
유료	2,381	1,626	(755)	0.05	0.04	-
노인전문요양시설						
무료	13,445	11,433	(2,012)	0.30	0.25	-
실비	1,518	869	(649)	0.03	0.02	-
유료	2,600	1,731	(869)	0.06	0.04	-
합계	40,589	32,314	(8,275)	0.89	0.71	66.9

주: 1) 수요량 산정은 4,665,733명(총 노인인구수)×1.3%(1, 2등급자 추정비율)=60,654명
 자료: 보건복지부, 노인보건복지시설 현황자료(2007)

〈재가노인복지시설의 이용자 현황(2006년말 현재)〉

	정원 (명)	현원 (명)	(차이)	노인인구대비율 (%)		총족율(%) (정원/수요량 ¹⁾)
				정원대비	현원대비	
가정봉사원파견시설	42,832	42,063	(769)	0.94	0.92	(65.6)
주간보호시설	6,557	5,824	(733)	0.14	0.13	(10.0)
단기보호시설	1,407	1,041	(366)	0.03	0.02	(2.2)
합계	50,796	48,928	(1,868)	1.11	1.07	77.8

주: 1) 수요량 산정은 4,665,733명(총 노인인구수)×1.4%(3등급자 추정비율)=65,320명
 자료: 보건복지부, 노인보건복지시설 현황자료, 2007.

- 한편, 노인(전문)요양시설이 1개소도 설치되어 있지 못한 지역이 28개 지역이 존재하고, 방문요양시설의 경우에는 33개 지역에서 전무한 실정임

〈 시도별 노인(전문)요양시설 및 방문요양시설 충족율 〉

광역시별	방문요양시설	노인(전문)요양시설
서울	24	32
부산	90	53
대구	91	53
인천	55	80
광주	201	57
대전	73	88
울산	121	143
경기도	47	81
강원도	96	96
충북	26	88
충남	51	51
전북	154	129
전남	99	49
경북	48	68
경남	64	73
제주	125	147

〈 시군구별 노인(전문)요양시설 및 방문요양시설의 충족율 분포 〉

충족율	노인(전문)요양시설	방문요양시설
	(개) (%)	(개) (%)
0	28 (12.1)	33 (14.2)
~ 25% 미만	40 (17.2)	16 (6.9)
25% ~ 50% 미만	49 (21.1)	51 (22.0)
50% ~ 75% 미만	38 (16.4)	47 (20.3)
75% ~ 100% 미만	27 (11.6)	31 (13.4)
100% 이상	50 (21.6)	54 (23.3)
합계	232 (100.0)	232 (100.0)

자료: 보건복지부, 노인보건복지시설 현황자료, 2007.

- 노인(전문)요양시설의 경우, 지역주민의 생활권역을 기준으로 충족율을 재계산하면, 2007년 현재, 100%의 충족율을 보인 권역이 있고, 대부분의 권역이 70%이상의 충족율

〈생활권역별 노인요양시설 수급현황〉

(‘06년말 현재)

권역별	‘08 수요 (명)	입소정원 (명)		충족률 (%)	
		‘06	‘07	‘06	‘07
전국	62,027	40,589	49,621	65.4	80.0
수도권	22,219	13,733	15,962	61.8	71.8
영서권	1,635	1,196	1,271	73.2	77.7
영동권	1,504	1,193	1,645	79.3	109.4
중부권	2,781	2,013	2,494	72.4	89.7
대전권	2,838	1,836	2,203	64.7	77.6
충남해안권	2,036	1,175	1,335	57.7	65.6
전북권	4,552	4,238	4,996	93.1	109.8
서남해권	1,746	856	1,353	49.0	77.5
광주권	2,205	1,330	1,926	60.3	87.3
순천권	1,467	620	816	42.3	55.7
안동권	2,160	1,355	1,693	62.7	78.4
대구권	5,649	3,357	4,004	59.4	70.9
부산울산권	6,028	3,960	5,321	65.7	88.3
창원권	1,984	1,338	1,804	67.4	90.9
진주권	1,931	1,271	1,508	65.8	78.1
제주권	1,293	1,118	1,291	86.4	99.8

자료: 보건복지부 내부자료

5) 정책과제

- 향후 노인 장기요양보험제도가 지속적으로 유지, 발전하기 위해서 제도내외의 보완이 요구되고 있음. 우선적으로 제도내적 정책과제는 다음과 같음.
 - 첫째, 장기요양서비스의 실제 수급대상범위는 중등도(中等度)이상의 신체적, 정신적 기능장애자로 한정되어 있기 때문에 상대적으로 경도(輕度)의 기능장애자는 미약하나마 장기요양서비스욕구는 있으나 서비스이용이 불가능한 실정
 - 그러나, 보험재정의 안정화나 고령자의 사회적 의존성(dependency) 전락을 방지하기 위해서는 현행 방식이 타당할 것으로 보이고, 그 대신에 경도의 기능장애자를 대상으로 한 장기요양예방지원사업 필요
 - ※ 즉, 경도 기능장애의 허약노인을 대상으로 한 보건(지)소 중심의 노인건강운동·영양지원프로그램 확대 필요(2006~2007년간 노인건강증진허브보건소 시범사업 실시)
 - ※ 또한, 경도 기능장애의 허약노인의 경우 신체적 간병수발보다는 가사지원서비스의 욕구가 대부분이기 때문에 지방자치단체중심의 노인가사지원대책의 활성화가 요구되고 있으며, 현행 노인돌봄미바우처사업의 시행방식 전환 필요

- 따라서, 보건(지)소 중심의 장기요양예방차원의 노인건강운동·영양지원프로그램을 확대함. 즉, 보건소 및 보건지소가 중심이 되어 추진할 수 있도록 하되 일차적으로 전국 보건소로 본 프로그램사업을 확대
 - 둘째, 장기요양인정등급분포가 이용자, 가족 또는 장기요양시설 종사자 등의 자의적인 유도로 인하여 왜곡되어 있고 이로 인한 서비스의 과잉제공 또는 보험재정의 불안정화를 야기시킬 수 있기 때문에 이에 대한 통제방안 필요
 - ※ 즉, 노인장기요양보험제도의 운영실적을 지속적으로 평가연구할 수 있는 체계를 마련하여 제도의 왜곡성을 개선시켜 나갈 필요
 - 셋째, 장기요양서비스 미용의 주요 사유로 경제적 부담 등을 들고 있어 경제적 소득수준이 낮은 대상자의 경우 장기요양서비스 이용이 저조한 것으로 추정
 - 따라서, 공적연금제도가 성숙되기 이전까지의 일정기간 동안에 서비스이용의 본인부담 경감대상자범위를 확대시킬 필요
 - ※ 즉, 서비스이용의 본인부담경감대상자범위를 기초노령연금 수급노인으로 확대시킬 필요
 - 넷째, 장기요양보험급여의 표준화 작업을 통하여 비용효율적으로 서비스가 제공될 수 있도록 할 필요
 - 표준화의 기준은 장기요양보험제도가 지향하고 있는 제도의 목적과 장기요양서비스와 부합되는 간병수발행위를 중심으로 설정
- 그리고 제도외적인 장기요양인프라 확충과 관련한 정책과제는 다음과 같음.
- 현재 장기요양시설 인프라의 충족현황을 보면, 도시지역에 비해서 농어촌지역이 여전히 부족한 것으로 집계되고 있기 때문에, 특히 농어촌지역 거주노인으로부터 인프라부족으로 인한 서비스이용의 제한 불만이 제기될 가능성
 - 인프라의 적정 확보가 불가능한 지역에 우선적으로 보건(지)소 및 보건진료소의 장기요양시설 운영을 유도함과 동시에 기타 특별대책 요구
 - ※ 즉, 현재 특정의 도서벽지 거주자에 대해 현금급여를 인정하고 있기 때문에 인프라부족지역의 선정기준을 조정시켜 현금급여의 적용지역을 확대시킬 필요
 - 방문요양, 방문목욕, 주야간보호 등의 재가노인복지시설의 확충을 위해서 보건지소 및 보건진료소의 활용 필요
 - ※ 즉, 모든 보건지소는 지역의 특성에 따라 다양한 장기요양시설을 선택, 복합적으로 운영하는 시설로 활용될 수 있도록 지원하고, 모든 보건진료소는 방문요양사업소를 복합적으로 운영할 수 있도록 지원

Ⅲ. 사회서비스

1. 복지체감도 향상을 위한 사회서비스 제도혁신
2. 사회복지서비스 전달체계 개선

1. 복지체감도 향상을 위한 사회서비스 제도혁신

1. 현황 및 문제점

- 참여정부는 국가정책의 기초를 경제정책 중심에서 사회정책 중심으로 이동시키고, 사회투자국가의 담론을 통해 사회정책의 새로운 기초를 확산시켜옴. 2000년대 이후 이 기간동안은 사회복지와 관련된 수요, 공급여건 양 부문에서 많은 변화가 있었음.
- 저출산·고령화의 심화, 여성의 사회참여 확대를 비롯하여 세계적 경향으로 나타나는 신사회위험(new social risk)으로 인한 새로운 사회복지의 수요의 확대, 지방화·분권화와 민간·지역사회 참여 활성화에 따른 공급여건의 변화는, 현금급여 중심의 사회보장체계를 새로운 복지패러다임으로 전환하고 전통적 가족역할을 대체할 사회서비스의 제도화 및 활성화를 요구하고 있음.
- 사회서비스 확충에 대한 정책적 관심이 집중되기 시작한 것은 일자리 확대를 위한 고용정책 차원에서 고용 잠재력을 지닌 사회서비스부문에 주목하면서부터라 할 수 있음.
- 2000년을 지나며 재정을 통한 일자리 지원의 핵심적 영역으로서 사회서비스가 부각되고 있음. 서비스업의 고용창출 효과는 제조업의 3배(취업유발계수는 제조업 14.4, 전체산업 20.2, 서비스업 24.3)이나, 현재 한국의 서비스부문 고용비중은 낮아서 고용창출 여력이 풍부하며, 이와 관련하여 정부는 '일자리창출과 사회복지서비스의 질 향상을 동시에 달성할 수 있는 간병·보육·의료 등 사회서비스 분야에 대한 일자리 확충, 지속가능한 사회적기업 육성'을 추진함(사람입국일자리위원회, 2006).
- 참여정부의 사회서비스 확충정책이 가시화된 계기는 2006년 9월 보건복지부, 노동부, 문화관광부관계부처 합동으로 준비하여 개최된 「사회서비스 확충 전략: 좋은 일자리로 선진한국 열어가겠습니다」라는 정책과제 보고회를 통해서임. 최근 정부의 사회서비스 확충 전략의 기초를 확인할 수 있음.
- 한국의 사회서비스부문 고용비중은 다음과 같이 매우 낮은 수준으로 확인되고 있으며, '06년 현재 사회서비스 공급인력 부족 규모를 80만명으로 진단하고 있음. 자료에서는 2010년까지 40만명이 민간시장에서 자생적으로 공급될 것으로 전망하고 있는데, 이에 따른 사회서비스 확충의 기본전략으로서 '시장 활성화를

통한 민간시장 공급에 중점을 두어 추진'하고 '재정은 민간시장을 촉발. 취약계층 지원 기능을 수행'한다는 방향을 설정하고 있음.

- 첫째, 제도혁신을 통해 공급 애로요인을 해소하기 위하여, 구매력 보전(사회보험제도 확충, 바우처 도입), 공급 원활화(각종 규제완화·철폐, 공급인력 양성·자격 관리체계 정비)를 추진하고, 둘째, 사회적 기업 육성을 위하여 법적·제도적 기반을 마련하고 저렴한 양질의 서비스를 공급한다는 것임.
- 이어 올해 2월22일 개최된 '사회서비스 일자리 보고회'에서는 중기 사회서비스 일자리 창출을 위하여 목표로서 '07년부터 '10년까지 시장부문과 재정지원을 통해 매년 20만개씩 80만개의 사회서비스 일자리를 신규 창출한다는 목표로 재정 투자와 관련 제도개선을 병행하기로 하였다고 밝히고 있음.¹⁾
- 최근 참여정부가 추진한 사회서비스 성공사례가 나타나고 있는 점을 감안하여 금년부터는 이들 사례의 확산·보급을 통한 좋은 일자리 창출에 주력하는 한편, 사회적기업육성법 시행('07.7월)을 계기로 사회적기업에 대한 세제지원(법인세 감면, 사회적기업에 대한 기여금 손금 인정), 노인장기요양보험법 제정 등 제도 개선을 통해 시장과 제3섹터에서 사회서비스 일자리 확충에 주력한다는 것임.

□ 산업구조 조정 과정에서 요구되는 서비스분야의 일자리 창출 정책과 사회서비스 확충 수요의 정책적 관심이 상승작용하며, 사회정책 패러다임의 변화를 예고하고 있음. 이는 다음과 같은 배경에 기인함.

- 첫째, 사회정책의 비중을 확대하고자 하는 재정지출의 구조 조정과 이를 통한 사회투자의 확대라는 담론적 접근, 둘째, 노인장기요양보험제도의 도입, 보육정책 및 아동보호의 내실화 등 사회서비스 수요에 대처하는 다양한 서비스부문의 제도화 노력, 셋째, 바우처 방식의 도입을 통해 유효수요를 촉발하고 공급 확충이 가능한 새로운 공급구조를 창출하고자 하는 신규 정책 등

□ 이는 참여정부의 정책지향이 반영된 측면뿐만 아니라 사회정책의 수요 변화, 사회정책부문의 제도 성숙에 따른 변화가 함께 작용한 결과임.

- 신빈곤층의 양산이 예고된 90년대 말 경제위기를 지나며 양극화, 고실업은 사회적 이슈로 부각되어 왔으며, 2000년대 중반을 지나며, 저출산·고령화 역시 공동

1) 2007년에 재정에서 지원하는 사회서비스 일자리는 20만개 수준(신규 9만개 포함)으로, 2조 2,703억원(국비 1조 2,945억원)을 투자할 계획임. 여성에 적합한 일자리 13.1만명(보육교사 8.1만명, 방과후학교 교사, 방문간호사 등), 청·장년층에 적합한 일자리 6.5만개(아동복지교사, 도서관 사서, 생활체육강사, 환경감시원 등), 노년층·장애인에 적합한 일자리 5천개(문화관광해설원, 숲해설조사원, 문화재관리원 등)이며, 직종별로 보면 전문직 12.8만명, 비전문직 7.3만명, 채용기관별로 보면 공공기관 5.2만명, 사업기관 11.3만명, 바우처형태 3.5만명 등임.

- 대처가 필요한 사회 문제로 공감되기 시작되었고,
- 기초생활보장제도는 정착단계를 거쳐, 사후관리, 조건부수급자 관리등 제도의 취지를 반영하기 어려운 집행상의 현실적 한계가 존재, 대량의 근로빈곤층에 대한 복지-고용의 통합적 정책 요구가 확대되어 왔으며,
 - 공공부조제도와 미분리된 상태였던 법정 서비스 제도들이 서비스이용 대상 확대를 통해 독자적 제도로 기반을 형성해가고 있는 것임.
- 그러나 이와 같은 정책추진에 대한 기대의 이면에 존재하는 다음과 같은 우려가 있음.
- 첫째, '사회서비스 일자리 확대사업'의 선도를 통한 서비스 확충정책에 대한 우려
 - 재정투입을 통한 단기적 일자리 확충의 효과가 서비스 공급량의 확대로 이어질 것이지만, 서비스 부문의 '직종' 개발이 우선되기 보다는 사회서비스 욕구를 고려한 '제도화'의 전제 속에서, 제도화가 필요한 사회서비스 유형의 선별과 기반 마련이 고려된 후 일자리사업과 연계되어야 할 것임.
 - 이러한 경로를 통한 정책의 추진이 이루어질 때, 지속성을 가진 안정적인 서비스일 자리를 보장하고, 서비스의 품질 보장이 가능할 것임.
 - 둘째, 사회서비스 분야에 바우처 방식이 도입됨에 따라 서비스 이용계층과 유효 수요를 확대하고 공급자의 신규 진입을 촉발하는 순기능이 기대되고 있음. 그러나, 다만 서비스 공급기관간 경쟁 여건이 형성되지 않은 상태에서 효과가 가시화기 위해서는 일정기간이 필요하며, 제도개선이 병행되어야 할 것임.
 - 특히 서비스 이용자와 공급량의 확대와 관련하여, 서비스비용의 일체를 본인부담하는 유료 영역의 확대, 영리부문의 진입이 가능한 사회서비스 영역의 선별과 그 타당성, 민간참여의 활성화·재정투입의 제한성·서비스 공급의 효율성을 감안한 사회서비스 공급부문의 시장원리 반영 등에 대하여 역사적 맥락과 한국적 여건에 대한 심도있는 검토가 필요할 것임
 - 셋째, 사회서비스 확충 정책이 지속되기 위해서는, 사회적으로 대처할 필요가 있는 욕구에 대한 보편적인 인식과 사회적 합의가 우선되어야 하고, 이에 기반한 해당 서비스의 제도화가 추진되어야 하며, 이를 실현할 공급 인프라(공급시설, 인력 등)의 확보, 특히 지역적 형평성, 영역별 균형성의 확보가 필수적임.
- '05년 「사회서비스 확충방안」 보고 이후, 보건복지부는 4대 바우처 서비스를 개발, 시행준비과정을 거쳐 '06년부터 사업이 추진됨.
- 수요자에게 바우처를 지원, 원하는 제공기관을 선택해 서비스를 구매(일정비용

본인 부담)하는 새로운 방식으로,

- 기존 공급자지원방식과 달리 서비스기관간 경쟁을 촉진하여 서비스 품질 향상, 수요자의 선택을 통해 서비스만족도 향상 가능
- 각 사업은 국민들이 경험하지 못한 새로운 서비스임에도 불구하고, 점차 수요자 증가 추세
- 지역사회서비스혁신사업은 중앙 주도의 사업방식에서 벗어나 지역 수요·특성을 고려, 지자체가 직접 개발·선택하는 사업으로, 목표인원 대비 신청률 100%이상 사업이 23%(66개) 차지
 - 자체개발형사업 신청은 급속한 증가 추세(7월 7.8천명, 8월 23.4천명, 9월 50.7천명)
- 노인돌봄서비스는 지난 4월 시작이후 신청·이용자가 꾸준히 증가하여 11월까지 사업량의 100% 달성 전망
 - 8월말기준 연간목표량 대비 63%(1만6000명 신청)로 정상 추진

□ 사업의 효율적인 추진 체계 마련

- 사회서비스관리센터 설치·운영, 전자바우처 관리시스템 구축
- 사회서비스투자사업단 및 각 지역별 서비스 혁신센터 설치
- 사회서비스 10대 선도형 사업 개발

2. 향후 정책추진방향 및 정책과제

1) 공급주체 다변화 전략

(1) 사회서비스 공급의 새로운 복지혼합(Welfare Mix): 공공-민간 협력 모형

- 최근 한국사회는 시장경제의 압축적 성장에 따른 사회적 욕구의 급증과 탈산업사회의 새로운 사회적 위협에 직면하여, 실용적인 대응으로서 사회서비스의 역할에 주목
- 지난 10년 간 국민의 정부와 참여정부는 각기 '생산적 복지' 또는 '동반성장'이라는 명명 하에 신자유주의적 성장전략과 복지전략을 병행 추진
 - 최근에는 사회투자국가 담론을 통해 경제사회발전의 원동력을 인적 자본과 사회자본에 대한 투자에서 찾음으로써 빈곤과 배제를 극복하고 기회의 평등을 달성하고자하는 복지정책을 추구

- 탈산업사회적 위험들, 즉 저출산과 인구고령화 및 가족해체에 대한 대응은 인적 자본과 사회적 자본 투자를 통해 기회의 가치를 창출함과 동시에 활성화(activation)를 가능하게 하는 생활보장과 근로지원을 목표로 함
 - 사회투자 국가는 소득보장과 같이 직접적인 제공을 목표로 세금을 걷어서 쓰는 (tax and spend) 복지 정책을 지양하고, 결과의 평등이 아닌 기회의 평등 전략을 중시함으로써 대인 사회서비스의 비중을 확대
 - 스페테리안 근로복지국가(Workfare State), 길버트의 능력부여국가(Enabling State)는 모두 예방적이고 선제적인 전략으로서 노동시장 참여, 고용과 돌봄 간의 연계조정 등 사회서비스 제공을 전략으로 함
- 한편 서구 선진국과 비교하여 국민소득 2만불 시대에 적합한 사회서비스 창출과 중산층 이상까지 사회서비스 적용대상 확대를 요구.
 - 국민소득 2만불 시대의 사회서비스 고용비중은 핀란드(26.6%), 영국 (21.2%), 뉴질랜드 (20.5%)임에 비해 한국은 13.6%에 불과
 - ※ 우리나라 국민들의 사회서비스 욕구충족 수준은 매우 미흡. 특히 노인 간병 서비스 수요와 여성의 경제활동 증가 추세에 따른 보육서비스 수요 급증. 또한 주 40시간 근무제와 소득수준 향상에 따른 문화·여가서비스 욕구 증대
- 사회서비스 확충을 위한 공공-민간협력 모델은 재정과 공급 확대를 어떤 부문이 담당하는가가 문제의 핵심이며 이는 다름 아닌 민간복지 부문과 지역사회의 사회서비스 공급 참여를 의미
 - 사회서비스 확충의 복지혼합 방안으로서 지역사회 및 시민사회 역할 강조
 - 서구 복지국가의 사회서비스 제도 확충 과정에서 보이는 공통적인 경향은 지역사회 주민참여와 민관 파트너십 역할의 강조
 - 지역사회 이사회, 지역사회 조직, 지방정부가 지역사회 욕구에 따른 사회서비스 발전계획 수립
 - 커뮤니티 케어(community care) 확대를 목표로 가족과 지역사회의 자조집단을 강화하여 재가복지서비스 제공
 - 민간 비영리 및 영리 사회서비스 공급자들의 역량 강화
 - 능력부여국가가 제시한 공공-민간 협력의 핵심적인 본질은 “민간이 책임질 수 있도록 공공부문이 지원”하는 것임.
 - 정부와 비영리 부문의 협력(Collaborative) 모델을 정착하여 공공이 재원을 담당하고 비영리 부문이 공급에 참여하는 체계를 구축
 - 복지다원주의의 기본전제는 비효율적인 국가복지의 전달체계 개선에 의한 복지

의 확충을 목표로 추진하는 것이며 이에 효율성을 높이기 위한 방법으로서의 경쟁 및 협력을 촉진하는 공급주체 다원화 고려

- 공공 재정의 선도적 역할 강화
 - 민간 영역의 영리와 비영리 부문 사회서비스 창출을 촉발하기 위해 선제적 재정투자 대폭 확대 필요
 - 서비스 제공의 활성화와 함께 서비스 질을 높이기 위한 구조적 개혁 수행
- 각종 규제 및 체계적 인력 공급체계 관련 제도적 기반 구축
 - 사회서비스 제공 민간영역에 법인세 감면, 기여금 손비 인정 등을 통해 사회적 기업을 적극 육성
 - 규제완화와 자격제도 정비 등을 통한 돌봄, 보육, 보건, 고용 분야의 제도개선 추진
- 공사 역할분담의 내용과 수준의 조정
 - 복지혼합이 국가복지 축소전략으로 이어지는 무분별한 다원화 전략은 오히려 새로운 사회적 위험을 확대하는 결과로 이어질 수 있으므로, 공공의 재정적 기여도를 줄이는 목표가 아니라 비영리부문의 약점을 보완하는 공공의 협조적 관계 설정

(2) 민간 비영리부문의 사회서비스 공급참여 활성화 요건

- 사회서비스 확충에 있어 민간 비영리부문의 기능을 제고하기 위하여 공공과 비영리부문의 협조적 동반관계 인식
 - 그 동안 한국의 사회서비스는 국가로부터 규제와 감독을 받는 비영리법인 즉 사회복지법인 중심으로 국가주의적 협조 대행자 모형에 의존
 - 비영리조직들은 정부에 예속적인 업무대행자로서, 형식만 비영리 독립부문으로 존재하였을 뿐, 내용상으로는 정부의 기능 대행을 맡아옴
 - 따라서 정부로부터 독립적이고 대등한 민간부문의 역할에 대한 기대 증대
 - 민간 비영리부문은 가치는 사회적 목표 추구, 다원주의, 전문가주의, 소비자주의를 지향
 - 생산효율성을 비롯한 기업적 기제를 도입함과 동시에 지역단위 밀착활동을 기반으로 하여 공공이 대응하지 못하는 주민 욕구에 효율적으로 대응
 - 사회서비스 공급에 혁신적 방식 도입하고 표적집단에 가장 적합한 서비스를 제공함으로써 소비자 역량강화에 기여

- 자원 출처의 다양 및 자율적 운영이 가능하며 이윤분배가 제한되는 특성이 있어, 비영리조직들은 서비스 비용이 저렴하고 또한 질적으로 우수
- 비영리조직은 협조적 전략을 통해 비영리부문은 서비스 제공자 뿐 아니라 서비스 기관 간의 연계, 다른 지역사회와의 자원 교환의 역할을 수행
 - ※ 사회복지 서비스에서의 비영리 부문의 역할 (Kramer, 1981): ① 첨병 (vanguard role): 혁신적이고 선도적인 프로그램 시도 ② 개선자 (improver role): 공공의 역할에 대한 감시나 비판을 통해 서비스의 확대나 개선을 도모 ③ 가치옹호자 (value-guardian role): 특정 소수의 특별한 이익을 보호하고 가이드하는 역할 ④ 보충 (supplement role): 공공의 서비스를 보충적으로 제공
- 그러나 민간복지 재원의 불충분성, 자선의 특수주의, 가부장주의, 비전문성은 비영리부문의 중요한 한계이자 실패의 원인이므로 비영리 부문의 약점을 보완하는 정부부문의 역할을 강구
- 민간 비영리부문을 통한 사회서비스 공급량 확대를 위해 국가의 행정적 지원, 재정적 지원, 기술적 지원 체계 마련
 - 다양한 형태의 제도적 관계 모색
 - 계약적(contracting), 협력적(cooperation), 보충적(complementarity), 협동적(collaboration) 등 명확한 관계목표를 통해 민간 비영리부문에 대한 지원 목적과 지원 내용을 명확히 설정
 - 사회서비스 선진국의 경우 사회서비스 전달방식에서의 가장 두드러지는 특징은 구매 계약방식임. 민간이 제공하는 서비스에 대한 구매자임과 동시에 규제자로서 정부의 역할을 정의
 - 비영리부문의 특수주의를 견제하는 정책 파트너쉽 또는 민관 공동협의 장치 마련
 - 주민들의 사회서비스 수요에 대응하여 필요한 사업과 비영리 공급주체 선정 과정에서 운영 책임 소재를 확인
 - 사회서비스 민관협력센터와 같이 행정정보 제공, 협력과정에서 발생하는 문제 조정, 비영리 사회서비스활동 범주와 활동을 지원하는 매개기관 필요
 - 민간 공급의 인프라 확충 노력과 사회서비스에 대한 민간 공급 공식화 주력
 - 기본적 인프라의 구축과 관련시장의 지원 감독은 공공의 역할로 설정하는 것이 통합관리형 국가역할의 기본 방향
 - 민간단체지원사업법으로 포괄할 없는 다양한 비영리 사회서비스 제공 기관에 대한 재정지원은 제3기금과 사회서비스재단을 통해 안정적으로 확보

- 관리운영체계 개선을 통한 비영리부문 서비스 품질관리와 성과감리 및 서비스 제공기관에 대한 규제
 - 공공부문의 지원과 보호에 따른 내부적인 서비스 질 관리감시체계는 물론, 주민 참여에 의한 감시체계 마련

(3) 영리기업의 사회서비스 공급 유인 확대

- 우리나라의 취약한 사회서비스 공급 기반을 확충하고 사회서비스 산업을 주도할 사회서비스 전문기업 발굴·육성
 - 사회서비스 민영화, 민간 기업 주도에 의한 서비스 공급의 세분화·전문화 등은 세계적 추세임
 - 영리 부문의 참여를 통해 가장 합리적인 가격으로 양질의 서비스를 전달하기 위해 정부의 부담을 감소시키고 정부의 권력을 줄이려는 정책 목표를 추구하고 있는 것
 - 영리기업의 사회서비스 공급은 사회적 일자리 창출과 같이 고용을 통해 취약계층을 지원하고 양극화에 대응하는 복지정책 목표로 지원 및 육성 필요성에 의해 서도 대두
 - 그러나 민간 영리기업을 통한 사회서비스 유사시장 형성정책은 서비스 질 저하를 초래할 우려가 존재
 - 낮은 단위비용에 대한 압력으로 규모의 경제를 이루기 위한 공급의 대규모화가 이루어져야 하나 지역사회 욕구에 기반한 사회서비스의 경우 불가능
 - 계약에 의한 공급은 저임금 미숙련 인력 고용을 선호하고, 장기적으로는 이윤극대화를 통해 가격상승과 질 저하로 귀결되어 결국 소비자 선택이 줄어들 가능성 존재
 - 현재 우리나라는 전자식 바우처 제도 도입, 전자정보관리시스템 구축 등을 통해 민간 영리기업의 사회서비스 공급 방식 개선을 위한 인프라는 어느정도 확충된 상황이나 공급자 지원 방식, 비영리기관 중심의 사회서비스 공급으로 민간 부문의 서비스 공급 역량 및 여건은 미비한 실정
- 공공의 선도적 재정투자와 지불방식의 변화를 통한 민간 사회서비스 기업 육성과 서비스 전달체계 내 편입을 위한 유인조건 마련
 - 사회서비스 시장형성을 위한 전제로서 재정방식의 변화와 서비스 이용실적에 따른 보상제도 검토

- 서구 선진국의 계약방식은 민간영리기관(proprietary agencies)이 아동 및 노인 주간보호 센터 등에서 시장가격으로 서비스를 제공하고 이들 기관들의 실적에 따른 서비스 이용 금액을 정부가 지불. 미국의 경우, 의료부조(medicaid)의 상당한 부분이 민간 영리 요양원의 장기요양서비스 구매에 사용
- 또한 대다수의 아동보호, 정신건강센터, 요양원, 위기개입 센터들은 소득수준 비례 (sliding scale) 사용자 이용요금을 통해 정부의 부담을 완화
- 기존의 획일화된 지자체 매칭에 의한 사회서비스 확충전략의 한계를 극복, 사업 주체 및 내용·전달체계의 다양화 필요
 - 사회서비스의 직접공급 뿐 아니라 사회서비스 전달체계에의 민간기업 참여 증대 필요. 미국의 경우 멕시머스, 록히드마틴 등 대기업은 공공서비스의 정보처리 및 운영관리 업무를 대행하여 효율적 복지서비스 지원
- 시범사업 형태로 신규사업 기관을 선정·운영함으로써 사회서비스 선도 사업과 기업모델 육성
 - 사회서비스 아이템 개발 연구 용역결과와 전문가 컨설팅을 통해 사회서비스 선도기업의 노하우를 최대한 전파함으로써 사업 시행착오를 최소화
 - 지자체 재정력을 고려하여 지역별, 서비스 유형별 균형적 성장 기능의 기전을 마련하고, 서비스 수요에 대한 과학적·합리적 분석을 근거로 하는 사업 아이템 개발
 - 서비스 잠재 수요를 고려하여 다양하고 차별화된 아이템을 지속적 발굴
 - 지자체, 기업, 대학, 연구소 및 공공기관 등 신뢰성 있는 사업자 선정 및 기관 간 컨소시엄 형태의 참여를 적극 유도하고, 철저한 관리체계를 구축하여 사업의 성공률 제고
- ※ 영국의 사회서비스 시장화 초기 경험을 보면, '90년 NHS법 및 지역사회보호법(Community Care Act)의 제정 이후 지방정부의 시장형성·관리·발전 전략의 책임, 그리고 이를 위한 제도개혁과 관계자 태도 변화의 혁신 필요성이 강조되었으나 불충분한 자원과 담당자의 의지 및 전문성 부족 등으로 실질적 대응은 소극적이었음. 따라서 서비스가 유통되는 시장 구조에 대응, 서비스 공급 체계의 다양화·차별화에 대한 구체적 플랜이 필요

2) 수요자 중심의 이용환경 조성

(1) 이용자 권리보호 방안

- 사회서비스 제도혁신 과정에서 이용자 권리강화(empowerment) 및 소비자주의(consumerism) 관련 논의는 주요 서비스 선진국의 공통적 쟁점으로 대두
 - 이용자 권리보호는 기존의 수동적 복지서비스 수혜자(client) 관점에서 탈피하여 소비자로서의 선택권 강화 및 서비스 정책결정 과정에 소비자의 적극적 참여를 확대하는 방향으로 전개
 - 선택권 강화는 바우처 등을 제공하여 소비자가 직접 서비스를 선택하도록 유도하는 방식으로 공공의 직접적 서비스 전달방식을 대체
 - 소비자 참여 확대는 사회서비스의 질적 수준과 이용량의 결정과정에 서비스 대상자 및 그 가족들이 참여하고, 서비스 품질에 대한 모니터링 제도의 활성화, 그리고 이용과정에서 발생하는 각종 권리구제절차의 간소화 등으로 구현
 - ※ 권리강화(empowerment)는 서비스 이용자들이 문제해결을 위해 전문가와 협력하여 스스로 더 높은 통제력을 행사하는 개념이 포함되며, 유사한 개념으로서 소비자주의(consumerism)는 재화 또는 서비스 상품의 구매적 특성을 강조하는 표현으로 이해
 - 현재 우리나라의 이용자 권리보호 관련 제도적 수준은 상당히 미흡하고 선언적 수준에 머물고 있으며, 이용자의 선택권도 제한적 수준
 - 이용자 참여기회의 대부분도 서비스 공급기관 시설장의 권한으로 부여되면서, 실제적인 계획이나 시행과정에서 참여 제한
 - 「사회복지사업법」의 2003년 개정을 통해 서비스 이용을 위한 욕구사정을 받을 권리가 법적으로 규정되었으나, 서비스 실천과정에서 사정체계의 구체화 수준은 여전히 미비한 실정
 - 이용자 권리보호는 국민의 보편적이고 평등한 사회서비스 이용을 보장하는 '거시적' 차원의 권리와 서비스 실천과정에서의 이용자 참여를 보장하는 '미시적' 차원의 권리로 구분하여 접근
 - 보편적 시민권·사회권으로서의 이용자 권리보장과 참여와 선택권 보장 측면에서의 이용자 권리보호는 수요자 중심의 사회서비스 제도화 및 서비스 공급기반 확충의 핵심 요소
 - 증가하는 다양한 서비스 욕구 충족을 위해 이용자의 권리와 욕구에 기반하는 서비스 제공·전달을 유도함으로써,

- 사회서비스 공급의 효율성과 만족도를 제고하고, 이용자의 참여와 권리구제절차를 강화함으로써 서비스의 질을 유지하는 기제로서 유용성 기대
- 이용자 권리보호를 위해 기본적으로 양질의 서비스가 충분히 공급되어야 하며, 서비스 이용에 대한 물리적 접근성 및 서비스 관련 정보에 대한 접근성 확보를 전제
- 사회서비스 이용자 권리보호의 기본원칙
 - 서비스 공급과정 전반에서 이용자 참여와 선택을 존중하도록 절차화하여 이의 제기 발생과 권리침해 사전(事前) 예방
 - 이용자 권리보호를 위한 법적 근거의 마련 및 계약제도의 강화
 - 사회서비스 관련 분쟁의 특수성을 반영하는 권리구제 절차의 마련
- 사회서비스 이용자의 권리보호를 위한 향후 과제
 - 이용자 참여와 선택권 증진을 위한 사전적(事前的) 권리보호 방안
 - ① 이용자 선택권 확대를 위한 바우처 제도의 활성화
 - ② 이용자 권리보호를 위한 법률의 제·개정
 - ③ 서비스 구매계약방식의 제도화
 - ④ 이용자 권리보호에 관한 지침화 및 교육·홍보 의무화
 - 보편적 서비스 이용을 위한 사후적(事後的) 권리보호 방안
 - ① 사회서비스 관련 이의제기와 분쟁 담당 전문기구의 설치·운영
 - ② 사회적 약자 계층의 서비스 이용권리 보호를 위한 후견제도의 도입 및 민간·비영리 이용자 권이용호 활동 지원

《참고》 이용자 권리보호의 제도적 기제

- 서비스 제공과정에서의 참여와 선택 보장 기제
 - 서비스 이용 개시를 위한 사정받을 권리의 보장
 - 이용자의 선택권과 협상권 보장을 위한 정보제공 및 정보공유
 - 이용자 참여기제의 마련과 매뉴얼화
 - 서비스 운영위원회 참여통로 마련
- 이용자 권리구제 기제
 - 인권보장 제도의 강화와 법적 근거 마련
 - 권리구제제도의 구축(구제절차 간소화, 신속한 분쟁종결, 소송비용 최소화)
- 서비스 이용자 권이용호 기제
 - ombudsman제도
 - 민간기관 지원을 통한 권이용호
 - 성년후견제도

(2) 접근성 증진 방안

- 사회서비스 접근성은 서비스 이용자들이 얼마나 형평성을 갖고, 얼마나 편리하게, 또 욕구에 얼마나 적합한 서비스를 이용 가능한가의 쟁점을 포괄적으로 고려
 - 사회경제적 여건의 급변으로 서비스를 필요로 하는 대상이 확대되고, 서비스 욕구 또한 다양해짐으로써 보편적 서비스 제공을 통한 접근성 제고 방안이 사회서비스 제도화의 주요 쟁점으로 부각
 - 이용자의 욕구 충족을 위해서는 보편적이고 다양한 서비스 제공을 할 수 있도록 이용자의 서비스에 대한 접근성의 우선 보장 필요
 - 특정 지역이나 집단 또는 개인에게 서비스 이용의 기회가 차단된다면 궁극적으로 사회적 배제를 초래하여 심각한 사회문제화 될 가능성 농후
 - 현재 사회서비스 이용자의 대부분은 충분한 정보를 갖고 있지 못하거나, 서비스 이용 경험자체가 전무하여 서비스에 대한 접근과 이용 제한
 - 서비스 이용의 접근성 보장에 대한 법적 규정 또한 선언적 수준에 머물고 있어 구체적 시행절차나 담당기관 관련 규정 부재
 - 보편적 사회서비스는 대상자별로 개별화된 서비스의 특성과 서비스 내용의 다양성, 그리고 공급주체의 다양성 등을 고려한 포괄적 접근 필요로 하며,
 - 이에 따라 서비스 접근성은 서비스 이용을 위한 이동성(mobility), 지불가능성(affordability), 이용의 형평성(equality), 편의성, 적합성 등이 복합적으로 고려
 - 이용자의 이동성(mobility) 측면에서의 서비스 이용가능성이 고려되어야 하며, 찾아가는 공급자 방문서비스의 활성화를 통한 이동성 제약의 문제 및 접근성 보장 방안을 강구
 - 거리적 접근성 높은 서비스의 제공이 가능하다 하더라도 이용자가 비용을 지불할 능력이 없다면 실질적 이용기회가 차단되므로 구매력 보전방안 마련 필요
 - 서비스 이용의 형평성 측면에서 동등한 서비스 욕구에 따른 동등한 이용을 보장하는 접근성의 균등화 및 이용자 중심, 소비자 중심주의에 기반한 서비스 공급의 이용 편의성 강조
 - ※ 영국의 경우, 어느 누구든 사회서비스를 필요로 하는 사람 누구나 사정(assessment) 받을 기회를 가질 수 있도록 해야 하며, 연령, 성, 인종, 지역, 장애여부, 주거환경 등에 의해 개인이 불공평하게 차별받지 않아야 한다고 명시(Fair Access to Care Services, 2002)
 - 보편적 접근(universal access), 장벽 없는 접근(barrier-free access)을 보장하기

위해 개인 또는 특정 인구집단의 특성을 고려한 적합성 고려

※ 캐나다의 「온타리오 장애인접근성에관한법률(Accessibility for Ontarians with Disabilities Act, AODA, 2005)」는 장애인이 사회서비스를 이용하는데 고려되어야 할 7개 분야의 접근성 장벽 영역을 분류·정의하고, 이용자의 특성을 고려한 접근성 보장의 법적 근거를 마련(7개 접근성 장벽의 유형: 물리적(physical barriers), 건축설비(architectural barriers), 정보(informational barriers), 의사소통(communicational barriers), 태도(attitudinal barriers), 기술(technological barriers), 정책-사업(policy/ practice barriers))

〈사회서비스 접근성의 개념과 주요 영역〉

서비스 이용 가능성	서비스 이용 형평성	서비스 이용 편의성	서비스 이용 적합성
<ul style="list-style-type: none"> • 지리적 요건에 따른 접근 불가능의 문제 • 지불능력에 따른 접근 기회 차단 문제 • 사전 정보의 부재로 인한 접근 불가능의 문제 • 사회적 낙인에 따른 이용 기피의 문제 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역간 서비스 이용 기회 및 자원 편차로 인한 이용 불가능의 문제 • 이용 대상자의 특성에 따른 접근 불가능의 문제: 성별, 연령, 인종 등 이용자 선별 	<ul style="list-style-type: none"> • 신청→사정→접수 절차의 다원화로 인한 이용 불평의 문제 • 복잡한 이용절차의 문제 • 이용자가 쉽게 이해할 수 없는 제도 운용의 문제 	<ul style="list-style-type: none"> • 이용 대상자별 특성과 욕구의 차이가 고려되지 못한 부적절한 서비스 공급의 문제 (장애, 노인, 아동 등)

자료: 이봉주 외, 『사회복지서비스 공급체계 개편에 관한 연구』, 대통령자문 빈부격차·차별시정위원회, 2006.

□ 사회서비스의 접근성을 보장하는 것은 기존 공급자 중심의 공급 편의적 관행에서 벗어나 이용자 중심의 사고와 제도 혁신을 실천

○ 접근성 보장의 기본 원칙

－ 이용자 중심의 서비스 이용 가능성, 형평성, 편의성, 적합성을 포괄적으로 고려한 접근성 보장

- 사회서비스 제공과정에서 이용자의 욕구에 부합하여 이용 가능한 서비스 종류 및 내용, 이용방법 등에 대한 충분한 정보의 제공:
- 서비스 제공 장소의 통합과 제공되는 서비스의 통합
- 서비스 진입창구의 단일화와 접근의 유연성 확보
- 사정(assessment) 편의성 도모를 위한 기관 간, 서비스 유형별 동일한 사정틀의 적용 및 통합정보 및 자료수집·관리 체계의 구축

- 사회서비스 접근성 보장을 위한 향후 과제
 - 사회서비스 이용 관련 충분한 정보제공을 위한 이용자 입장에서 쉽게 이해하고, 쉽게 접할 수 있는 홍보매체의 다양화 및 전략적 투자
 - 국가적 차원의 사회서비스 접근성 보장에 관한 지침·규정의 마련
 - ※ 지역별 서비스 공급격차 해소를 위한 사회서비스 공급기반 구축이 선행되어야 할 것임
 - 서비스 최종 전달자 및 공급기관 실무자에 대한 접근성 보장 관련 구체적 업무 매뉴얼 제공
 - 서비스 신청·접수창구의 단일화 및 사정(assessment)절차의 간소화
 - 서비스 통합과 찾아가는 서비스의 확대
 - 서비스 이용과정 전반에 대한 성과관리적 측면의 지속적 모니터링 체계의 구축·운영

(3) 서비스 품질향상 방안

- 서비스 확충 및 발전과정에서 공공의 역할은 서비스 질에 대한 체계적이고 전문적인 관리감독 기제의 구축 및 품질향상을 위한 중앙-지방, 공공-민간의 협력 방안을 강구
- 기존의 사회서비스 공급기관에 대한 질 관리 체계는 국고보조금 지원에 따른 재정집행 및 시설운영의 투명성 확보에 초점을 두고 있어, 서비스 이용자에 대한 전문적인 양질의 서비스 보장 측면은 취약
 - 현행 사회복지서비스 질 관리 체계는 지방정부의 행정 관리감독을 통한 질 관리와 사회복지사어법이 규정하고 있는 사회복지시설 평가체계를 통한 관리방식 활용
- 서비스 품질관리의 목표는 투입되는 공공자원의 경제적 효율성 증대 및 재정투자에 대한 효과성 제고의 측면과 서비스 이용자의 욕구충족도 향상의 측면을 동시에 고려
 - 품질관리 제도의 구축을 통해 서비스 제공주체의 입장에서 제공실태를 명확하게 평가·파악하고 개선방향을 설정
 - 서비스 이용자는 물론 제공자의 입장에서 서비스의 질에 대한 상호이해를 도모
- 이용자의 서비스 욕구를 충족시킬 수 있는 양질의 서비스 제공을 위해 서비스 유형별 최소한의 품질 수준(National Minimum) 또는 표준화된 품질 기준(service standards)의 마련 필요성 증대

- 아울러 서비스 품질을 체계적·과학적으로 평가하고 관리하는 공식체계의 구축 및 서비스 최소 기준의 제시, 신규 서비스 공급조직에 대한 진입심사 등을 전담하기 위한 독립적 조직 설치의 요청 확대

※ 영국은 National Care Standards Commission을 설치하여 지방정부와 보건당국이 각각의 책임하에 실시되던 사회서비스 등록 및 감독에 관한 업무를 인계받아 시행. 특히, 서비스 제공주체들이 National Minimum Standards(국가서비스품질 최저기준)의 준수할 수 있도록 지침을 제시하거나 컨설팅을 실시하는 등 공급주체들과의 협력하고, 기준에 미흡하거나 규칙을 위반한 경우 행정조치를 취할 수 있는 권한 행사

- 사회서비스 품질관리는 이용자 스스로 고품질 서비스 이용에 대한 확신을 갖게 하고, 적극적 시장기제의 도입을 통해 공급자간 경쟁촉진으로 고품질 사회서비스 공급 및 수요충족률 제고하는 방향으로 전개

○ 사회서비스 품질향상의 기본 방향

- 서비스 제공과정 및 제공결과에 관한 기준을 마련하여 이용자의 욕구에 상응하는 서비스 품질관리 체계의 구축
 - 양질의 서비스 공급을 위한 인적기반에 대한 정확한 기준의 마련
 - 서비스 공급에 필요한 물리적 환경조성 및 환경기준 제시

○ 사회서비스 품질향상을 위한 향후 과제

- 사회서비스 품질 관리를 위한 전담기구 설치
- 사회서비스 품질기준 마련 및 (최소)품질규격 설계, 분야별 서비스 품질에 대한 표준화된 평가 틀 제시
- 사회서비스 수요·공급실태 조사의 정례화
- 서비스 공급인력에 대한 자격제도의 정비 및 인력배치 기준의 마련
- 지자체 사회서비스 담당 및 민간 사회서비스 공급인력에 대한 훈련·양성체계 강화
- 사회서비스 품질 인증제, 품질평가·모니터링 결과 정보관리체계 구축

2. 사회복지서비스 전달체계 개선

1. 현황 및 문제점

- 참여정부는 사회복지부문 정책 집행체계를 개선하기 위하여 다양한 전달체계 개편 정책을 추진함. 이는 예산, 조직, 인력 차원의 문제로서, 중앙-지방 정부간 기능 조정, 공공 전달체계 개선, 공공-민간의 거버넌스 구축을 핵심 전략으로 함.
- 2005년 2월 대통령주재 국무회의에 「사회복지 전달체계 개선방안」 보고를 통해 공공 전달체계 개편 및 인력 확충 추진, 이후 9월 「희망한국 21」 사회안전망 추진계획에 따라 부처 합동으로 「주민생활지원서비스 행정 개편」 추진
 - － 사회복지직공무원 1,830명 정원 확보, 지자체별 배치하도록 하였으며, 2006년부터 ‘주민생활지원서비스’의 개념을 도입하여 시군구-읍면동 기능 개편을 추진
 - 기존 정책의 범위가 협의의 사회복지를 벗어나고 있지 못하다는 판단 하에, 사회정책 전영역으로 범위를 넓혀 통합적 서비스 제공이 가능하도록 지방행정 기능을 재편하고자 함.
 - 신규인력을 확충하지 않고 기존 인력의 전환배치를 통해 조직편제상의 효율화를 추구하는 것이므로, 전달체계 개편의 모든 목적을 달성하는 데는 제한점이 있음.
 - 지방행정의 책임성을 향상시킬 수 있도록 사회복지직을 포함한 담당 행정직들의 인식 전환, 사회복지 마인드를 확산시키는 효과가 나타나고 있으나, 지방자치역량이 성숙하지 않은 상태에서 관료적 행정문화가 개선되는 데는 상당한 시간이 소요될 것으로 예상됨.
- 2005년 국고보조금사업 정리 차원에서 분권교부세 제도를 신설, 사회복지부문 67개 사업(5,959억원)을 지방사업으로 이양
 - － 2005년 분권교부세제도 도입을 통해 서비스중심의 보건복지분야 사업이 지방사업으로 전환됨으로써, 실질적인 복지분야의 지방분권 실행, 사회복지부문의 분권화는 그 정책 취지에 대한 공감대는 형성되어 있으나, 입장에 따라 다소 다른 평가 존재
 - “분권 및 자치”를 중시하는 입장은 시군구 부담 증가에 대하여 긍정적 평가(시군구의 복지재정 확대를 의미)

- “사회복지 수준 향상”을 중시하는 입장은 복지수준 저하를 우려하여 현행 지방 이양 방식에 대해 부정적 평가(서구국가에서도 지방분권은 복지수준 저하 초래)
- 자치단체 복지비용 부담 완화 대책
 - 종합부동산세 배분방식에 사회복지수요를 25% 반영
 - 1조 6500억원 중 4,125억원 사회복지수요를 반영하여 배분
 - 사회복지수요(25%): ① 사회보장비지수(13%), ② 기초생활보장수급권자지수(3%), ③ 장애인지수(3%), ④ 노령인구지수(4%), ⑤ 노인보호지수(2%)
 - 국고차등보조 시행 예정
 - 기초생활보장제도: 재정자주도 및 사회보장비 지출 등을 고려하여 시군구별 국고지원 차등화(40~90%) 추진
 - 기초노령연금제도: 노인인구비율 및 재정자주도를 고려하여 시군구별 국고지원 차등화(40~90%)
 - 보통교부세 기준재정수요 산정기준에 사회투자 반영비율 강화
 - 사회투자 관련항목을 31%에서 36%로 인상, 지방의 실질적 재정수요와 교부세 기준재정수요를 부합하도록 조정
- 2003년 민관 협력의 제도적 기반 마련을 위해 사회복지사업법 개정안에 포함된 시군구단위 지역사회복지협의체 설치 규정에 따라 2005년 7월부터 각 시군구에 설치·운영
 - 이와 별개로 주민생활지원 행정 개편 과정에서 사회정책 전영역으로 범위를 넓힌 지방 민관협의체 구성 시도중 (행자부 주관)

1) 중앙-지방정부간 책임 분담의 불균형

- 분권교부세 신설에 따라 지방이양된 사회복지서비스 사업들은 시설 인프라 확충이 집중되고 있는 시기로서 그 성장속도가 빠르나, 교부세 규모는 일정수준으로(매년 내국세율의 0.94%) 제한(ceiling)되어, 기존 복지수준 유지를 위해서는 시군구의 부담이 급격히 증가, 재정력이 취약한 지자체의 복지수준 저하 우려
- 그간의 사회복지사업 확대수준을 유지하기 위해서는 시·군·구의 대폭적인 재원 마련 및 구조조정이 요구되고, 지역간 사회복지 수준 편차 확대가 우려됨.
- 몇가지 제기되는 우려에 대하여 지자체의 사회복지사업 운영실태의 변화 추이를 면밀하게 파악하여 분권교부세제도가 종료되는 '09년 이전, 적절한 사회복지의 중앙-지방 재정분담 개선대책을 마련할 필요

- 지방이양 이전에 비해 지자체의 부담은 크게 증가하고 중앙정부의 부담이 경감한 것은 사실
 - 사회복지 지방이양사업 예산의 중앙-광역-기초단체간 분담 실태를 보면, 지방이양 이전인 '04년에 비해 시군구 부담비율이 크게 증가('04년 18.4%, '05년 30.2%, '06년 29.9%), 시도의 부담율은 비슷한 수준으로 유지
 - 67개 지방이양사업 예산의 '00~'04년의 평균 증가율은 20.5%로서, '04~'05년 증가율은 18.9%로 다소 감소 ('06년은 분권교부세율 증가에 따라 약 1,200억원 추가 배분)

<사회복지 지방이양사업 예산 현황 ('04~'06)>

(단위: 억원, %)

정부간 분담규모					분담액의 증가율				
연도	계	국고보조 분권교부세	시도	시군구	연도	총예산	국고보조 분권교부세	시도	시군구
'04 예산	12,952 (100.0)	6,107 (47.2)	4,467 (34.5)	2,378 (18.4)	-	-	-	-	-
'05 예산	15,400 (100.0)	5,499 (35.7)	5,245 (34.1)	4,655 (30.2)	'04~'05	18.9	- 9.9	17.4	95.8
'06 예산	19,379 (100.0)	6,863 (35.4)	6,715 (34.7)	5,799 (29.9)	'05~'06	25.8	24.8	28.0	24.6

자료: 행정자치부·보건복지부 취합자료로 분석; 한국보건사회연구원, 2006.

- 시군구 단체장의 의지, 지방재정력에 따라 사회복지사업별 예산배정 감소 및 지자체별 복지수준 편차 확대 우려
 - 행자부가 지자체로 시행한 공문 「지방이양된 노인·장애인·정신요양시설 운영비에 대한 시도와 시군구간 지방비 부담기준 권고(2006. 3)」에 따르면, “신규시설 설치 기피 등으로 사회복지정책에 차질 발생, 시군구에서 운영비 부담 과중으로 신규시설 유치 기피, 노인생활시설과 장애인생활시설에 다른 지역 거주자 입소 거부”의 문제 지적

2) 지방정부의 사회복지정책 기획 및 집행 역량 미흡

- 공공부조를 비롯한 사회서비스의 대부분이 지자체 사회복지 부서를 통해 집행, 제 공되는 전달체계를 구축해온 우리나라는 2006년부터 '주민생활지원서비스 행정 개편'을 통해, 오랜기간 모색해온 공공 사회복지 전달체계 개편을 추진하고 있으나,

사회복지업무의 범위와 업무량은 급격하게 증대되고 있어서, 개편체계가 정착되기 위해서는 사회서비스 확충정책 추세를 반영한 집행업무 수행체계가 구성되고 기존 자산조사 중심의 지방 사회복지직업무가 개선되도록 제도별 업무수행 절차 및 흐름 등을 재설계하여 제시하는 작업이 시급함.

- 현금급여를 위한 대상자 발굴·책정이 사회복지직업무의 대부분을 차지하여, 서비스 수요에 대한 포괄적 관리 등은 어려우며, 지역사회의 서비스 수요의 파악 및 공급의 기획, 자원관리의 주요 축으로의 역할이 강화될 것으로 기대되지만, 공공부조 업무에 대한 과부하로 인하여 새로운 제도 집행의 요구에 대응하기 곤란한 실정임.
- 8개 관계부처 합동으로 행자부 「주민생활지원서비스 혁신 추진단」이 주도하는 개편이 이루어졌으나, 행정 개편, 지역사회복지협의체등 지자체 단위 민관협력체계 운영등에 있어서, 실제 정책소관 부처인 복지부 등과의 부처간 협력추진, 지속적인 모니터링과 실질적인 개편을 위한 후속 개선작업의 지원이 긴요함.
- 공공부조(기초생활보장제도, 경로연금, 장애수당등) 중심의 기존 행정이 확대되는 사회서비스를 수행해갈 수 있도록 업무범위와 분담구조의 재설계 필요
- 지역사회의 서비스 수요의 파악 및 공급의 기획, 자원관리의 주요 축으로의 역할 강화가 요청되나, 당분간 제도의 확대와 정책 변화과정에서 공공부조 업무에 대한 과부하와 새로운 제도 집행의 요구가 혼재할 것이므로 이에 대한 관심도 필수적

3) 중앙정부의 중복적 정책 개발

- 노인, 장애인, 아동 등 사회서비스를 필요로 하는 대상자의 욕구는 점차 복합적으로 변해가고 있으며, 그에 따라 다양한 사회서비스 제공 기관별 협력이 요청되나, 기능별로 설치된 부처간 대상자별·욕구별 통합적 접근이 미흡함.
- 또한 대상별 접근이 이루어지는 부처(여성부, 농림부 등)와 여타 부처간의 정책 중복의 가능성도 상존하여, 정책의 효율성을 저하시키는 중요한 요인이 되고 있음.
- 박능후의 연구(기획예산처, 2007. 3)에서는 중앙행정기관이 서비스를 중복적으로 제공할 가능성이 생겨나는 경우를 다음과 같이 제시함.
 - 첫째, 기능중심으로 편제된 중앙부서조직에 수익자를 기준으로 하는 부서가 겹쳐서 편성되는 경우, 즉, 특정 수익자 집단에 대한 집중적인 서비스 제공을 위해 생겨난 여성가족부, 국가보훈처, 국가청소년위원회 등이 추가 편성됨으로써 기능 중심의 행정서비스와 대상 중심의 행정서비스가 일정 부분 중첩될 가능성

이 원천적으로 존재

※ 예컨대 일반적인 유아교육을 담당하는 교육인적자원부의 유아교육지원과와 여성보육을 지원하는 여성가족부의 보육재정팀은 유아보육에 대해 서비스를 중복적으로 제공할 가능성이 있는 것임

- 둘째, 기능중심으로 편제된 각 중앙행정부서 내에 대상 중심으로 행정서비스를 제공하는 하위행정단위가 생겨나는 경우에도 행정서비스가 중복 제공될 가능성

※ 예컨대 실업자 전반에 대해 직업훈련서비스를 제공하는 노동부 능력개발지원 팀과 여성실업자에 대해서 서비스를 제공하는 노동부 여성고용팀은 동일한 여성에 대해 유사한 직업훈련프로그램을 중복적으로 제공할 가능성이 있음

4) 공공-민간의 거버넌스 기반 미흡

□ 자치역량의 미성숙으로 인한 정착기간 소요

○ 참여정부에서는 분권화, 지방화를 통해 지역사회의 주체들이 정책 기획, 실행에 직접 참여가 가능한 새로운 지역 거버넌스 구조를 형성할 기반이 마련되었으나, 그간의 민관협력의 구조는 일천하였으며, 사회복지 정책에 대한 지방자치단체의 인식, 민·관 협력체에 대한 민·관간 인식의 차이(지방의회의 인식 부족, 민간의 소극적 참여와 민간에 대한 관의 부정적 인식, 관에 대한 민간의 신뢰 부족), 전담인력 부재 등으로 협의체가 형식적 운영에 그칠 가능성이 높아 활성화·내실화 방안 마련이 시급한 것으로 진단되고 있음(보건복지부 사회정책기획팀, 한국복지인력개발원 교육 자료, 2006)

○ 그러나 시군구별로 지역사회 자원의 정도, 민관의 협력 경험, 인식 수준이 모두 다르기 때문에 지역사회복지협의체의 활성화를 추진하는 과정에서 그 적절한 수위를 정하는 일은 쉽지 않음.

- 즉, 지역별 여건을 모두 고려하기도 어려우며, 전국적으로 강력하고 동일한 수준의 적용이 가능한 정책, 중앙의 강력하고 명확한 지침이 갖는 효력도 부작용의 위험이 크게 공존하기 때문임.

- 지역별 협의체 구성 과정에서 관의 일방적 주도, 모든 민간주체를 포괄할 수 없는 참여범위의 제한성의 문제, 참여자의 대표성에 대한 구성원간 민주적 합의의 문제 등이 노정된 것도 극복해야 할 현실임.

□ 참여정부기간의 정책 혼선2)

- 2006년 설치된 행정자치부의 주민서비스혁신추진단에서 ‘시군구 주민생활지원 기능 강화를 위한 행정개편’과 함께 민관협력체계도 8대영역(복지-보건-고용-교육-주거-문화-생활체육-관광)으로 넓혀 재구성하기를 촉구하는 지침과 정책 제시가 이루어진 바 있음.
 - － 행정자치부는 2007년 1월 공문시행을 통해, “주민생활지원서비스 전달체계 혁신의 핵심과제인 민관협력네트워크 구축에 대한 명확한 개념과 추진체계를 정립하고, 민관협력 네트워크를 효과적으로 구축해 나가기 위한 단계별 추진전략과 구체적 실천방안을 제시하며, 민관협업체 구성과 관련한 지자체의 혼선을 방지하고자 추진단과 보건복지부 등 관계기관 간 협의결과를 반영한 「민관협력체계 구축 추진지침 세부시행요령」 마련하여 시행”함.
- 이에 2005년 하반기부터 지역사회복지협의체 구성을 시도하며 운영이 정착되지 않은 각 지자체에서는 정책의 일관성에 대한 문제를 제기하였으며, 행정자치부의 새로운 지침을 반영하려는 관의 의지와 이미 구성된 협의체를 중심으로 자연스럽게 영역을 넓혀가자는 민의 견해가 충돌하는 사례가 빈번하게 발생함
 - － 지역사회복지협의체의 근거 법인 사회복지사업법안의 경우, 협의체 참여 구성원을 ‘보건·복지’를 중심으로 다소 협소하게 규정되어 있다는 제한점이 있음. 지역별로 사회복지 유관영역인 보건부문을 비롯한 고용, 주거, 교육 부문의 경우 협의체 구성과정에서 포함되도록 「지역사회복지협의체 운영 매뉴얼」 등을 통해 제시하고 있으나, 이는 유관부문에 대한 구속력이 낮다는 점에서 문제점으로 지적되고 있으며, 새로운 “민관협력체계” 구성을 제기한 행정자치부의 주요한 논거가 됨.
 - － 지역사회복지협의체가 2000년대 후반부터 4년여에 걸쳐 시범사업 실시, 연구용역, 법제화, 운영지침 작성 등의 준비를 거쳐 시행된 반면, 새로운 민관협력체계의 추진은 정책 방향에 대한 공론화와 정책 결정의 근거가 명확하지 않은 상태에서 급속하게 이루어져 지역사회복지협의체 추진도 지체시키고, 새로운 민관협력체계 구성도 활성화되지 않으면서, 정책에 대한 신뢰를 저하시키는 결정적인 계기로 작용함.

2) 강혜규, 차별시정위원회 백서 원고 인용 (미발간)

2. 향후 정책추진방향 및 정책과제

1) 중앙-지방 정부간, 공공-민간부문간 사회복지 역할 정립

(1) 중앙-지방의 기능 및 재정분담 방식 개선

□ 중앙-지방정부간 관계 재편의 필요성

- 복지수요의 다변화·보편화에 따라, 지역별 인구특성(밀집도, 경제여건 등)의 편차가 확대되고 있으므로, 중앙정부의 획일적인 프로그램과 기준 적용의 어려움 증가
- 복지공급 주체가 다원화되어감에 따라, 지방정부의 자원관리, 조정, 기획의 중요성 증대
- 지자체간 편차 확대, 지방세수 증가요인이 없는 상태에서 복지의 격차 확대 예상
- 참여 확대 및 거버넌스 체제의 강화에 따라, 현 단계 자치역량의 편차를 고려한 정부간 관계모형 설정 필요

□ 중앙-지방정부간 관계 재편의 고려사항

- 사회복지영역과 관련된 중앙정부와 지방정부간 관계의 논점은 궁극적으로 사회복지 수요에 대응할 적절한 서비스 제공이 가능하도록 하는 것에 귀결될 것임
 - 지역사회를 중심으로 재편될 사회복지 공급체계의 재구조화 과정에서 정부는 어떤 역할을 담당할 것인가가 우선적인 논제가 될 것임.
 - 그러나 집권과 분권, 통제와 자치가 갖는 각각의 순기능과 역기능이 존재하므로, 권한의 분배가 갖는 의미와 영향에 대한 다차원적인 검토, 어떤 영역에 어떤 제도로 반영될 것인가가 검토되어야 함.
- 사회복지제도의 성숙도가 고려되어야 함. 제도의 역사가 깊을수록 관리기술과 제도운영이 체계화되고 시설·인력의 확보 정도와 지역간 편차가 비교적 축소됨에 따라 분권의 가능성이 높아질 수 있으나, 사회복지서비스의 역사는 매우 일천하며, 관련된 인프라의 확보가 취약한 실정임을 감안해야 함.
- 중앙정부와 지방자치단체를 연결하는 전달체계에 대한 고려가 필요함.
 - 우리의 경우 사회복지서비스 행정은 사회복지업무를 지속적, 전문적으로 기획·집행할 수 있는 역량의 축적이 용이하지 않은 지방자치단체에서 담당하고 있으므로, 개별사업의 특성을 고려하지 않고 지방사무로 조정하는 것은 무리가 따를 수 있으므로, 그 대상의 특성에 따라 중앙정부의 탄력적 지원이 요청됨.

- 지방자치단체의 자치 역량, 자치 역량의 지자체간 차이가 고려되어야 함.
 - 근본적으로 사업별로 규모의 경제가 가능한 적정 시행단위를 선택하여 책임의 소재와 권한을 부여하며, 사회복지(서비스) 수준의 지역간 형평성을 보장할 수 있는 제도적 장치가 마련되어야 함.

□ 중앙-지방정부간 기능 재조정의 과제

- 첫째, 사회복지부문의 국가사업과 지방사업에 대한 적절성이 전면적으로 재평가 될 필요가 있음.
 - 2005년 국고보조금 정비과정에서 선별되었던 사업은 이후 신규 개발된 사업과 함께, 일관된 기준을 갖고 있지 못한 것으로 파악되었으며, 또한 지방사무 가운데, 광역과 기초간의 역할을 명확히 하여, 사업이 방기되는 것을 방지할 필요가 있음.
- 둘째, 이와 관련하여 유사한 서비스 범주에 따른 통일된 사무분담 체계가 정비될 때, 자치사무에 대한 원칙 설정, 이양방식에 대한 지역별 고려가 포함되어야 할 것임.
 - 특히, 신규사업을 개발할 때 지방 사무로 배분할 경우, 재원마련에 대한 별도의 고려가 필요한데, 사무배분과 재정분담 체계를 분리하는 방법이 적절할 것으로 판단됨.
- 셋째, 외부효과가 있는 서비스에 대해서는 편익의 수혜범위를 고려하여 사무의 책임 단위를 선정하고 재정책임도 조정할 필요가 있음.
 - 서비스별 외부효과는 서비스 인프라의 기본 수준확충이 이루어지는 시점까지 지속적으로 발생할 수 있기 때문에, 적절한 사업배분의 단위를 사업별로 검토하여 설정하는 것이 중요함.
- 넷째, 각 정부를 주체로 한 사업의 ‘배분’이 아니라, ‘사업’별 특성을 고려하여 적절한 책임주체를 설정하는 세부적인 작업이 요청됨.
- 다섯째, 파트너십을 갖는 것과 중앙정부가 지녀야 할 정책 지향의 제시와 설계, 전국적인 서비스 수준의 유지를 위한 지역간, 대상별 형평성의 보장, 이를 위한 감독(inspection)과 통제(control)의 체계화는 분리, 강화될 필요가 있음.

□ 중앙-지방정부간 재정분담 체계 개선과제

- 첫째, 분권화가 추진된 상황 속에서 중앙정부의 책임성을 유지하기 위한 적절한 방안이 검토되어야 함.
 - 선진국의 사례에서 살펴본 바와 같이, 분권화가 진전되더라도, 일정정도의 중앙 정부의 사회복지 책임을 유지하기 위한 새로운 모색이 지속되고 있음.

- 둘째, 사회복지 형평성 제고를 위한 지역간 격차 조정을 위한 개선안이 조속히 마련되어야 함.
 - 시·군·구간 재정능력의 차이를 감안한 재정조정제도의 개선, 특별·광역시와 도의 특성을 감안한 제도의 보완, 광역과 기초자치단체간 세원구조를 반영한 재정 역할 분담의 문제가 각각 검토되어야 함.
- 셋째, 지방의 사회복지사업은 자율적 선택, 지역 특성에 따른 설계가 이루어지도록 하되, 이에 따른 인센티브 제도가 강화되어야 함
 - 지자체가 사회복지 수요를 반영하여 사업을 기획하는지, 중앙정부의 정책방향이 반영되고 있는지 점검될 수 있는 기제도 필요함

(2) 지방의 역량강화 방안

□ 지자체 성과관리 강화를 통한 정책수행기반 마련

- 사회복지재정 확충
 - 지방이양된 사회복지사업에 대하여 중앙정부의 정책목표 및 지자체별 성과목표의 조정을 통해 지자체가 적정수준의 사회복지재원을 배분하도록 성과관리 체계 마련 필요
- 민간 사회복지공급자에 대한 성과관리 강화
 - 민간 사회복지사업 위탁(contract-out) 방식 체계화와 함께 사회서비스의 품질 및 성과관리 체계 마련 필요

□ 개편된 지방행정체계의 정착

- 개편된 지자체 주민생활지원 전달체계가 지역별 특성을 반영하여 적절한 업무 수행 방식을 찾아갈 수 있도록, 지역 여건(담당자 수, 대상인구 수, 팀 편제방식 등)에 적합한 세분화된 모형 개발, 중앙-지방정부간 협의가 이루어져야 할 것임.
 - 강력한 재정분권, 사업의 지방이양 기조는 특히 사회서비스 사업의 지방기획력의 향상, 인프라 확충, 자원관리의 능력 제고를 요구하고 있음. 그러나 이는 상당기간이 소요될뿐더러, 급격한 복지지출 부담에 따른 사업의 지속가능성, 지역간 불균형 확대가 우려되고 있음.
 - 개편된 행정체계가 정착되려면 상당한 시간이 소요될 것이므로, 당분간 지자체 역량강화를 위한 중앙정부의 다각적인 지원이 요청됨.
 - ※ 향후 국세청의 소득과약 기능 향상, 사회보험통합징수기구 운영, 공공부조의 개별급여 제도 전환, 각종 수당 확대 등 현금급여 제도의 변화 등에 따라 현

행 전달체계의 구도 개편 가능/ 그 이전에는 다음에 제시된 소프트웨어 중심의 정책집행 기능 강화 기반 마련 필요

2) 정책 패러다임 개편에 따른 지역단위 전달체계 정비

(1) 사회서비스 중심의 공공 전달체계 기능 조정

□ 정책집행 효율화를 위한 업무절차(process) 재설계

- 공공부조 및 수당, 사회서비스의 '대상자 선정기준'을 가급적 일관성있게 통일 혹은 조정할 수 있는 방안을 모색함.
 - 각종 정책들이 제도별, 부처별로 산발적으로 도입됨에 따라 정책대상자를 선정하는 기준은 매우 다양하여, 대상자선정의 제도간 형평성의 문제뿐만 아니라 집행업무 수행과정에서의 혼돈과 비효율성을 발생시키고 있음.
- 정책 대상별, 계층별 혼재된 '욕구조사 방식'의 정비가 필요함.
 - 기초생활보장대상자 생활실태조사표의 적절성을 검토하고, 일선 행정창구에서 수행되는 욕구조사의 도구(assessment tool)를 통합적으로 개편 모색
 - 현금급여(공공부조, 수당성격)와 서비스 욕구 파악 '양식'의 분리(소득기준 중심의 조사 양식과 욕구(need) 파악 중심의 조사 양식) 혹은 '수행' 단계의 분리를 검토
 - 서비스대상자 선정시 소득조사의 일원화된 수행체계 필요

(2) 지역단위 사례관리 체계 정비

- 시군구단위에서 복지수요자들의 욕구를 파악·진단하고, 서비스계획을 수립, 서비스제공이 통합적으로 이루어지도록 민-관의 서비스 제공경로를 체계화하는 사례관리체계 구축 모델 제시
 - 장애인(판정 및 사례관리체계 개선), 아동(희망스타트 시범사업), 노인(장기요양보험시행에 따른 전달체계 변화, 독거노인생활지도사 배치) 등 대상영역별로, 공공 중심, 민간 중심, 공공-민간협력 중심 각각의 사례관리 체계를 구상중
 - 이는 현재 자산조사중심인 공공 사회복지전달체계의 역할을 어떻게 전환해갈 것인가의 문제와 연계하여 고민되어야 하며, 시급히 마련되어야 할 사회서비스 인프라

(3) 사회복지인력의 전문성 제고

- 지방 사회복지직 공무원의 역할, 업무 조정
 - 지금까지 사회복지직(사회복지 전담공무원)은 대부분 읍면동 창구에서 수급자 책정·관리의 전과정, '복지'관련 업무를 전담
 - 특히 급증하는 대상자 발굴 정책, 정책대상자 책정의 책임성 문제로 인하여 '자산조사'업무가 매우 큰 비중을 차지
 - 사회복지직 업무 중 초기상담, 발굴, 책정 업무의 비중은 점차 증가, 사후관리, 서비스 및 지원 업무의 비중은 감소
 - 행정직의 사회복지업무 배치를 늘리고, 사회복지직은 상담, 사례관리, 기획, 자원관리 등 사회복지의 전문성이 필요한 업무에 집중하도록 역할 조정 필요
- 사회복지인력 확보
 - 사회복지 업무 비중과 비례하는 지자체 인력 배치의 조정이 필요함. 지자체 업무 분석에 따라 현재 전체 지방직 공무원 정원의 5.6%에 불과한 사회복지직 공무원의 비율을 늘려가야 할 것임.
 - 총액인건비 제도의 실시, 사회복지직 인건비의 지방이양에 따라 사회복지직의 확보 권한은 지자체에 있으므로, 적정수준 달성에 대한 중앙정부의 성과관리체계 마련 필요

【첨부 자료】

복지전달체계 개편 현황 및 과제

- 공공 전달체계 및 지방이양사업을 중심으로 -

1. 정책추진 현황

- 지난 5년간의 복지 전달체계 개선정책은 지방행정의 구조개편(조직·인력), 중앙-지방 정부간 기능 조정(재정), 지역 공공-민간 거버넌스 구축(네트워킹)을 핵심 전략으로 함.
- 2005년 2월 대통령주재 국무회의에 「사회복지 전달체계 개선방안」 보고, 9월 「희망한국 21」 사회안전망 추진계획에 따라 부처 합동으로 2006년 7월부터 「주민생활지원서비스 행정 개편」 추진
 - 사회복지직공무원 1,830명 신규배치 추진(2005)
 - 「긴급복지지원법」 제정(2005)
 - 「희망의전화 129 보건복지콜센터」 설치운영(2005)
 - 시군구-읍면동 ‘주민생활지원서비스’의 개념을 도입, 지자체 기능개편 추진 (2006. 7~2007)
 - 시군구에 ‘지역사회복지협의체’ 설치·운영(2005. 7~)
 - 주민생활지원 행정 개편 과정에서 사회정책 전영역으로 범위를 넓힌 지방 민관협의체 구성 시도 중(행자부 주관)
- 2005년 국고보조금사업 정리 차원에서 분권교부세 제도를 신설, 사회복지부문 67개 사업(5,959억원)을 지방사업으로 이양
 - 자치단체 복지비용 부담 완화 대책
 - 종합부동산세 배분방식에 사회복지수요를 25% 반영
 - 국고차등보조 시행: 기초노령연금제도, 기초생활보장제도 지역별 40~ 90% 국고지원 차등화
 - 보통교부세 기준재정수요 산정기준에 사회투자 반영비율 31%에서 36%로 인상

2. 정책현안

□ 사회복지 제도 변화에 따른 전달체계의 제한성

핵심 정책의 전환	고용-복지 연계강화 근로빈곤층, 근로취약계층 확대	→	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 지자체 복지행정과 노동부 고용지원기능 연계 미흡 ◦ 지자체-자활후견기관의 일자리 창출여건 취약
	사회서비스 확충 바우처 서비스를 비롯 서비스 공급확대 추진	→	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 지자체 복지행정은 서비스 기획, 수요자 욕구사정(assessment), 민간과의 협력을 통한 맞춤형 서비스 제공 여건 취약 ◦ 민간서비스 기관에 대한 모니터링 기제 부재
새로운 제도 도입	긴급복지지원제도 시행 시군구 긴급지원체계 마련	→	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 대부분 1인이 긴급지원과 다른 업무 겸임, 신속하고 포괄적인 지원 및 서비스 제한
	보건복지콜센터 운영 전국 단위 1개소 설치	→	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 지자체 및 민간서비스기관 의뢰·연계 기능 미흡
	노인요양보험제도 도입 예정 건강보험공단에서 노인요양욕구 사정	→	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 지자체와 노인서비스 업무 이원화 우려

□ 지방행정의 사회복지 기능 강화여건의 한계

- ‘주민생활지원’의 개념으로 협의의 사회복지를 넘어서는 통합적 공공서비스 중심의 지방행정 기능재편을 시도하였으나, 개편 정착에 어려움
 - 신규인력을 확충하지 않고 기존 인력의 전환배치를 통해 조직편제상의 효율화를 추구한 바, 과중한 업무부담의 감소효과 미흡
 - 복지업무에 배치된 행정직의 적응 지체로 지원효과 미흡
 - 전문성을 극대화할 업무분담 및 복지직의 보직배치 미흡
 - 농촌형(군지역) 등 지역 특성을 고려한 조직모형의 설계 미흡
 - 지자체는 급격하게 확대된 복지재정, 사회정책분야 업무 확대에 대응하는 자체적인 혁신 노력 없이, 중앙정부의 정책방향에 따라 개편을 추진하였으나 지역별 여건을 감안한 설계 및 준비는 미흡
- 현행 지방행정체계(시군구-읍면동)는 복지행정의 최일선단위로서 한계성을 노정하고 있음

- 시군구(232개)는 관할범위가 너무 크고, 읍면동(3,600여개)은 너무 작아서, 읍면동에 적정규모의 인력을 배치하려면 매우 많은 인력이 필요하고, 시군구를 중심으로 하기엔 접근성이 문제
 - 중앙정부의 추진체계 신설(행정자치부 주민서비스혁신추진단, 現 주민서비스기획관)로, 보건복지부등 **사회복지의 주무부처와 기능 상충** 우려
 - ※ 행자부 주민서비스기획관의 업무로 주민생활서비스 전달체계 관련 업무편람 개발 및 보급, 관련 분야별 자원 조사·발굴·분석 및 개선방안 마련, 전달체계 관련 연계방안 모델개발 및 지원 등 포함(행정자치부령 개정 2007.12)
 - ‘주민생활통합정보시스템’의 개발, 운영 과정에서 관계부처간 시스템 연계, 콘텐츠의 주무부처와 행자부간의 업무추진상 협력의 어려움 존재
- 사회복지부문 분권화(재정, 사무)에 대한 전면적 검토 필요
- 지방이양 이전에 비해 지자체 부담은 크게 증가하고 중앙정부의 부담은 축소
 - 사회복지 지방이양사업예산의 중앙-광역-기초단체간 분담 실태를 보면, 지방이양 이전인 '04년에 비해 시군구 부담비율이 크게 증가('04년 18.4%, '05년 30.2%, '06년 29.9%)
 - 67개 지방이양사업예산의 '00~'04년의 평균증가율(20.5%)보다 '04~'05년 증가율(18.9%) 감소('06년은 분권교부세율 증가분 1,200억원 추가 배분)

〈사회복지 지방이양사업 예산 현황 ('04~'06)〉

(단위: 억원, %)

연도	정부간 분담규모				분담액의 증가율				
	계	국고보조 분권교부세	시도	시군구	연도	총예산	국고보조 분권교부세	시도	시군구
'04	12,952 (100.0)	6,107 (47.2)	4,467 (34.5)	2,378 (18.4)					
'05	15,400 (100.0)	5,499 (35.7)	5,245 (34.1)	4,655 (30.2)	'04~'05	18.9	△9.9	17.4	95.8
'06	19,379 (100.0)	6,863 (35.4)	6,715 (34.7)	5,799 (29.9)	'05~'06	25.8	24.8	28.0	24.6

자료: 행정자치부·보건복지부 취합자료로 분석; 한국보건사회연구원, 2006.

- 시군구 단체장의 의지, 지방재정력에 따라 사회복지사업별 예산배정 감소 및 지자체별 복지수준 편차 확대 우려
 - “신규시설 설치 기피 등으로 사회복지정책에 차질 발생, 시군구에서 운영비 부담과중으로 신규시설 유치 기피, 노인생활시설과 장애인생활시설에 다른 지역거주자 입소 거부”(행자부 2006.3 「지방이양된 노인·장애인·정신요양시설 운영비에 대한 시도와 시군구간 지방비 부담기준 권고」)

3. 기본방향

- 그간 공공 전달체계 개편, 사회복지사업 지방이양을 통해 복지의 실질적 분권화와 이를 위한 추진체계를 마련하게 되었으나,
- 제도 변화에 조용하는 전달체계의 선진화는 내실을 기할 세부 사안의 대폭 보완, 근본적인 변화를 위한 거시적인 접근의 병행으로 가능
 - 전달체계 개편은 사회복지 제도의 특성 및 제도간 관계, 분권화의 수준, 지방행정 및 재정제도의 틀과 연동
 - 국민체감도를 높이고 효율성도 높은 전달체계 구축을 위해서는 다음과 같은 다차원적인 고려를 통한 로드맵의 설정 필요
 - 분권화를 통한 지역의 역량 고양, 중앙정부의 책임성 유지
 - 공공부조 집행(현금급여 전달)의 효율화, 서비스 확대
 - 복지-보건-고용-교육 부문 서비스의 통합성 제고
 - 인력 활용 개선을 통한 효율성 제고
 - 전산-정보시스템의 고도화를 통한 대응성 향상
 - 민간서비스 확충을 위한 제도적 기반 강화

4. 개편과제

1) 광역-기초자치단체의 사회복지 기능 강화를 위한 구조개편

□ 규모의 경제, 범위의 경제를 고려한 지방행정체제로 조정

- “동” 통합 혹은 3~5개 동을 **복지권역**으로 하여 일선행정사무소 조정 설치
 - 최일선 행정단위인 3,600여개의 읍면동으로는 일선 창구로서 적절한 업무수행구조 구성 곤란, 이는 인력의 과다 소요의 요인으로서 인력활용의 효율성 개선 저해
 - ※ 일본 복지사무소는 약10만명당 1개소, 호주 센터링크는 약 4만명당 1개소, 한국은 13,000명당 1개소

- 자치가 곤란한 재정력수준의 기초자치단체의 **통합조정**(혹은 광역-기초단체의 전반적 개편 필요)

□ 지방정부의 ‘서비스 정부’로서의 기능 강화

- 실제 업무비중을 고려하여 확대된 사회정책영역의 업무수행에 적절한 구조로 지자체 내부 구조 개편
- 사회복지업무로 축소된 업무담당인력 대폭 배치
 - 사회복지 교육 기회 확대, 복지업무 수행에 따른 인센티브 고려

2) 중앙정부와 지방정부의 역할분담 고려를 전제한 재정제도 개편

□ 복지재정의 중앙-지방 분담방안의 근본적 개편

- 국세:지방세의 8:2 비율을 감안하여 복지재정의 중앙, 지방 분담규모 조정, 지방세원 확대 검토
- 사무배분은 지방중심, 재정책임은 중앙정부 역할강화 필요
 - 공공부조의 중앙책임 확대
 - **서비스 재정의 포괄보조** 방식 도입
 - 사회복지부문의 국가사업과 지방사업에 대한 적절성이 전면적으로 재평가 될 필요가 있으며, 광역과 기초간의 역할을 명확히 하여 사업이 방기되는 것을 방지할 필요가 있음.

□ 사회복지 형평성 제고, 지역간 격차 조정을 위한 개선안 마련

○ 시·군·구간 재정능력의 차이를 감안한 재정조정제도의 개선

○ 특별·광역시와 도의 특성을 감안한 제도 보완, 광역과 기초자치단체간 세원구조를 반영한 재정역할 분담의 문제 검토

3) 지자체 사회복지업무 수행 구조의 개편

□ 사회복지직의 업무범위 축소, 행정직의 배치확대 및 업무여건 조성

○ 사회복지직은 전문성이 필요한 업무를 집중 수행, 행정직은 수행가능한 행정지원 업무에 대폭 배치

(현재) 사회복지직이 자산조사 및 대상자 선정에 집중

(개편) 전문성이 필요한 “상담-욕구판정-사례관리(민간기관연계)” 및 “기획” 업무에 집중 배치

○ 사회복지직, 행정직의 보수교육 기회 확대

□ 상담-서비스 전담팀 설치

○ 주요 서비스대상(노인, 장애인, 아동, 저소득가정)별로 **상담, 서비스욕구파악, 연계·의뢰**를 담당하는 팀을 최일선 창구(access point, 현재는 읍면동)에 설치하여 공공서비스의 체감도 향상 유도

- 이를 위해서는 첫째, 사회복지담당인력의 확대, 둘째, **시군구별 복지권역**(읍면동 3~5개당 1개소) 설정으로 적정인력규모 확보가 전제조건

- 600~1,200개 일선사무소에 상담-서비스 전담 3~4개 팀 설치

- 전문직의 추가소요 최소화, 서비스의 대응성 향상을 통한 효율화 가능

(현재) 모든 읍면동에 사회복지직 1~2인이 상담업무

(개편) 시군구가 최일선 창구를 축소조정 하여 사회복지직 다수로 구성된 팀을 배치, 수요자 특성별 맞춤형 서비스 제공이 가능하도록 전담

※ 이 때 ‘서비스’는 “초기상담-정보제공-욕구파악-서비스의뢰-사후관리”를 의미, 직접 서비스 제공은 민간기관 및 유관 공공서비스기관에서 담당

□ 서비스 연계 및 사례관리를 위한 민간기관과의 협력 강화

○ 지자체는 민간의 서비스 제공으로 연계되는 공공의 서비스욕구 파악, 의뢰기능 및 대상자의 책임관리 강화

- 아동 복지-보건-교육의 통합적 사례관리(희망스타트 시범사업), 장애인 욕구 판정 및 사례관리 등
- 노인요양보험제도 시행과 관련, 건강보험공단과의 대상자 관리, 서비스 중복 등과 관련한 연계, 협력방안 검토

4) 사회정책 부문간 제도 집행 및 서비스의 통합성 제고

□ 사회복지 행정 업무 프로세스 정비

- 업무의 중복성, 비효율성 감소를 위한 제도간 대상선정기준, 욕구사정양식 등의 통일성 제고 방안 추진

□ 통합 복지전산시스템의 기능 향상

- 복지-보건-고용-교육부문간, 지자체-중앙정부간 네트워크가 가능한 정보공유체계 구축을 통해 자산조사, 급여지급 관련 행정 감소
- 부처별, 제도별 전산시스템간 상호 연계 및 정보공유 기능 향상을 위한 **시스템 고도화 발전계획 점검**
 - 사회복지 통합정보시스템의 **보건복지부 통합 관리**(現 주민생활통합정보시스템의 복지부 이관 등) 추진

□ 지역별 복지, 고용, 보건 부문간 연계, 협력방안 마련

- 중앙정부는 협력의 기반으로 정보시스템의 연계를 비롯하여, 정보공유-의뢰-연계의 협력이 가능한 제도적 기반, **지역특성에 따른 모형 개발** 추진
- 지자체는 지역여건에 따라 적절한 모형을 적용하여 서비스의 통합적 제공 방안의 실행

□ 지역별 서비스 확충을 위한 민간 활성화 기반 강화

- 종합사회복지관등 지역 비영리서비스 기관의 서비스 공급 확대를 위한 개선 방안 마련
 - 이용시설 운영비 지원 방식과 수준, 기능에 대한 전반적 검토 필요
- 성과기반의 계약방식 도입을 비롯하여 재정지원 기관에 대한 모니터링 방식의 개선방안 검토

IV. 기초보장

1. 유기적이고 동태적인 기초생활보장제도의 구축
2. 국민기초생활보장제도 모니터링의 실효성 제고
3. 소득분배 악화의 실태와 분배구조 개선을 위한 정책과제

1. 유기적이고 동태적인 기초생활보장제도의 구축

1. 빈곤정책 효과성 제고를 위한 공공부조 급여체계 개편방안

1) 필요성

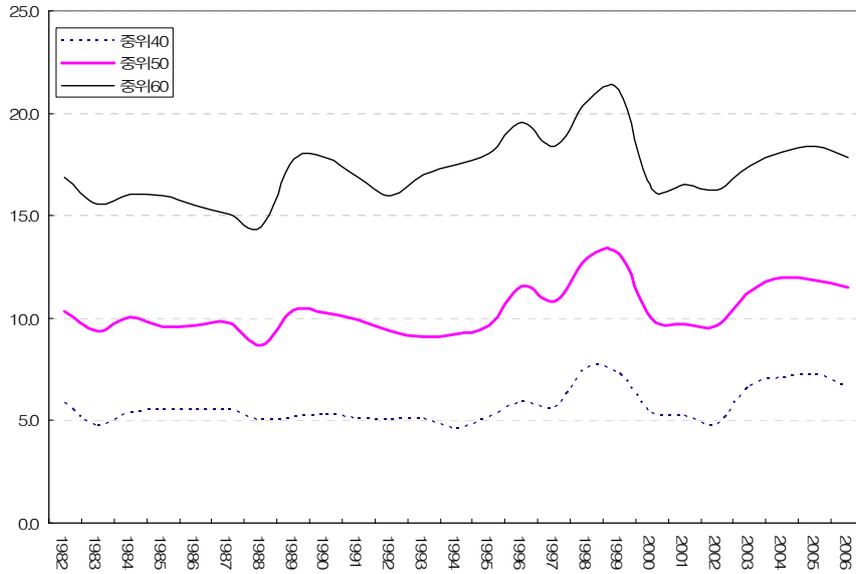
- 공공부조제도는 빈곤층 및 취약계층의 사회권 보장을 위해 국가가 재원을 부담하는 제도로, 아래와 같은 원칙에 따라 운용됨.
 - 시장소득이나 기타 사회보장소득에 후행(後行)하는 잔여주의
 - 빈곤층의 욕구에 대한 적정수준의 보장
 - 수급자의 경제·사회적 자립을 촉진하는 유인체계
- 2007년 현재 한국의 공공부조제도는 다음과 같은 지원제도로 구성되어 있음.
 - 기초생활보장제도: 자산조사(Means-Test)를 통해, 생계, 주거, 의료, 교육 등의 주요 지출을 보전해 주는 대표적인 제도.
 - 범주적 공공부조제도: 특정한 인구학적 범주(노인, 장애인, 아동 등)에 속한 집단 중 일정 소득기준 이하의 집단을 지원하는 제도로 구 경로연금, 장애수당 등이 그것에 해당됨.
 - 긴급복지지원제도: 위기상황에 노출된 집단을 대상으로 <선(先) 지원, 후(後) 조사>의 원칙에 따라, 단기적으로 생계, 의료, 주거, 장제, 해산 등의 지출을 보전.
- 현재 가장 큰 비중을 차지하는 기초보장제도(1999년 제정)는 한국 공공부조제도를 한 단계 발전시키는 중요한 기여를 하였음.
 - 빈곤층에 대한 기초생활보장을 하나의 사회적 권리로 정립
 - 빈곤층의 욕구를 체계적으로 측정하여 급여하는 체계를 구축
 - 근로빈곤층에 대한 소득보장 및 자활지원사업을 강화
- 하지만 공공부조제도가 기초생활보장제도 중심으로 운영되는 과정에서 다음과 같은 문제가 발생.
 - 사각지대: 빈곤층의 규모 증가에 비해 공공부조제도가 보호하는 수급자 규모는 제한적 수준에 머물러 있음(아래 [그림 1] 참조).

- 제도편중: 기초보장제도가 다른 지원을 받는 통로역할을 하게 됨에 따라 이 제도에 대한 의존성이 증가(아래 [그림 2] 참조).
- 복지의존: 공공부조제도 지출이 증가하고 있으나 근로유인 효과가 취약하여 취업 및 탈수급 효과가 부족(아래 [그림 3] 참조).
- 공공부조제도의 사각지대, 기초보장제도의 편중성, 취업 및 탈수급 효과 촉진을 위해서는 공공부조제도 전반에 걸친 개편이 필요.
 - 다양한 공공부조제도를 발전시켜 사각지대를 해소하는 개편전략이 필요: 타 공공부조제도(기초노령연금, 장애연금 등)의 역할을 강화함으로써, 기초보장제도로의 진입을 억제.
 - 기초보장제도를 욕구별 급여체제로 개편하여 제도집중성을 해소하고 급여형평성을 제고하는 전략이 필요: 적정급여 및 욕구별 급여를 통해 급여형평성 및 경제활동 참여를 촉진하는 방향에서 현 기초보장제도를 개편.
 - 근로빈곤층의 취업과 탈빈곤을 촉진하는 자활지원제도의 내실화: 소득보장(Protection)과 취업촉진(Activation) 정책의 균형을 유지하기 위해 자활지원제도를 독립된 제도를 제정.
- 현 공공부조제도가 안고 있는 문제점을 해결하기 위해서는 기초생활보장제도를 개편하는 작업이 출발점이 되어야 할 것임.

2) 현황

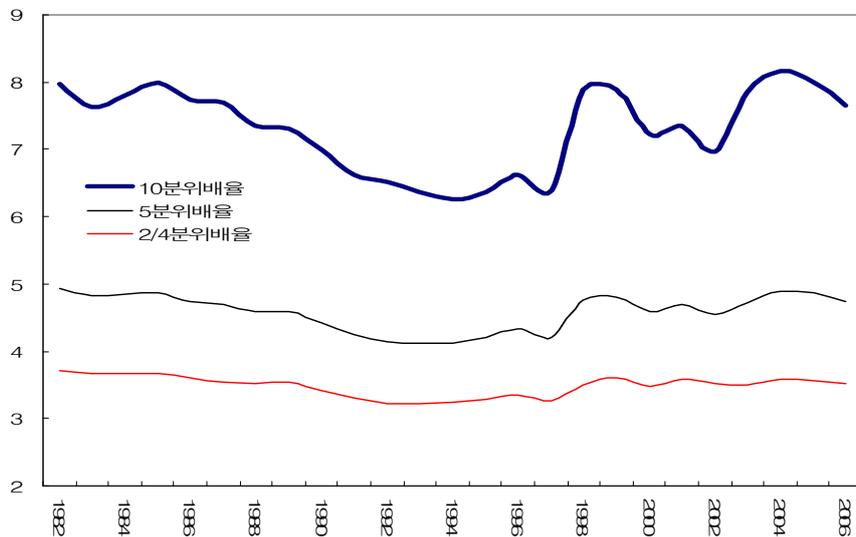
- 우리사회는 소득격차가 확대되고, 빈곤율이 증가하고 있어 이 집단을 중심으로 공공부조제도의 강화가 필요.
 - 빈곤율은 외환위기직후 급격히 증가하다, 2000년 이후 일시적으로 다시 감소하였으나, 2003년 이후 다시 증가([그림 1] 참조).
 - 계층간 소득격차는 외환위기 직후와 2005년 매우 악화된 모습을 보이고, 2006년 다소 완화된 것으로 나타나고 있음([그림 2] 참조).
 - 빈곤율 증가가 저임금·고용불안으로 인한 근로빈곤층 증가에 있다는 점에서 이들을 지원할 제도 개편이 시급
 - ※ 반복적으로 빈곤을 경험하는 가구의 비율이 전체 가구의 16%를 차지하고 있다는 점은 매우 시사적([그림 3] 참조).

〈한국사회의 빈곤율 추이〉



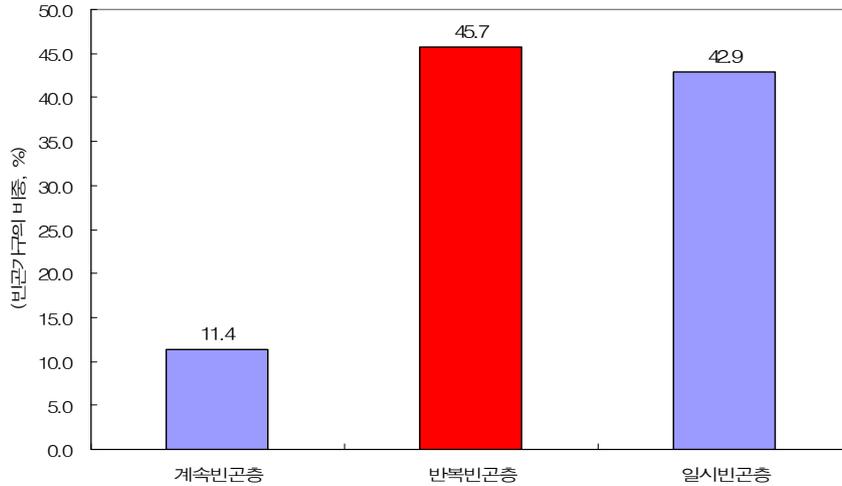
주: 1) 빈곤률은 경상소득을 기준으로 중위값의 40%~60%를 빈곤선으로 적용
 2) 조사표본은 도시지역에 거주하는 2인 이상 임금근로가구
 자료: 통계청, 『도시가계조사』(년간), 각년도 원자료

〈소득계층간 소득격차의 추이〉



주: 1) 경상소득을 기준으로 산출
 2) 10분위배율은 상하위 10% 소득계층간 격차비교; 5분위배율은 상하위 20% 소득계층간 비교; 2/4분위배율은 상위20%와 하위40% 소득계층간 비교임.
 자료: 통계청, 『도시가계조사』(년간), 각 년도 원자료

〈빈곤층의 동태적 특성에 따른 비율〉



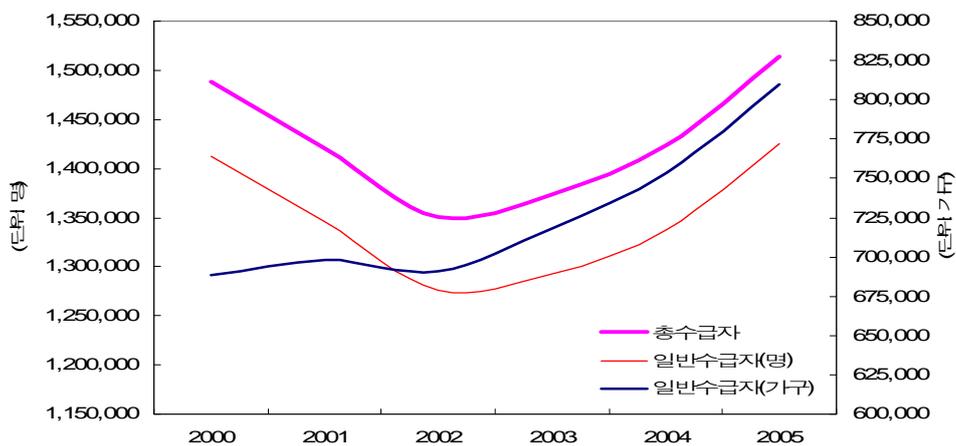
주: 각 빈곤층의 비중은 빈곤가구를 100으로 할 때, 각 집단이 차지하는 비중을 의미.

자료: 한국보건사회연구원·사람입국일자리위원회(2006), 『빈곤의 동태적 특성에 대한 연구』

□ 기초생활보장제도의 수급자 규모의 추이는 아래와 같음.

○ 기초생활보장제도 총 수급자 규모는 150만명 규모를 유지하고 있으며, 2004년 이후 증가하는 추세에 있음.

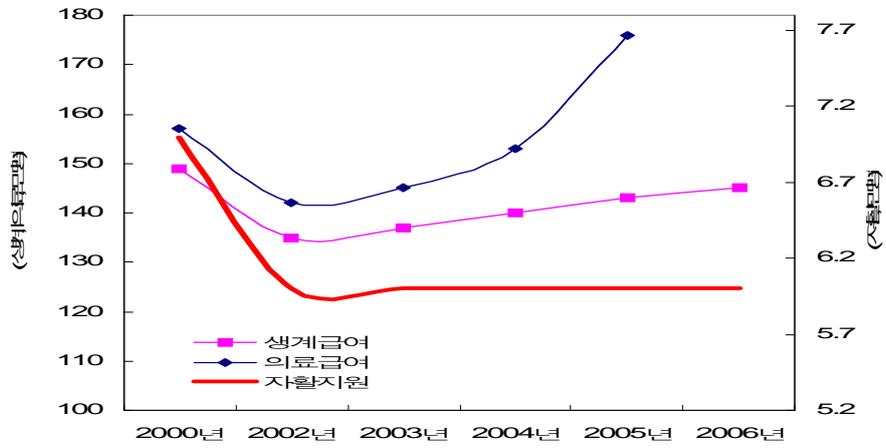
〈기초생활보장제도의 수급가구 및 수급자 추이〉



자료: 통계청, KOSIS

○ 기초보장제도의 각 급여별 수급자 중 의료급여 수급자의 규모가 빠르게 증가하고 있는 것으로 나타남.

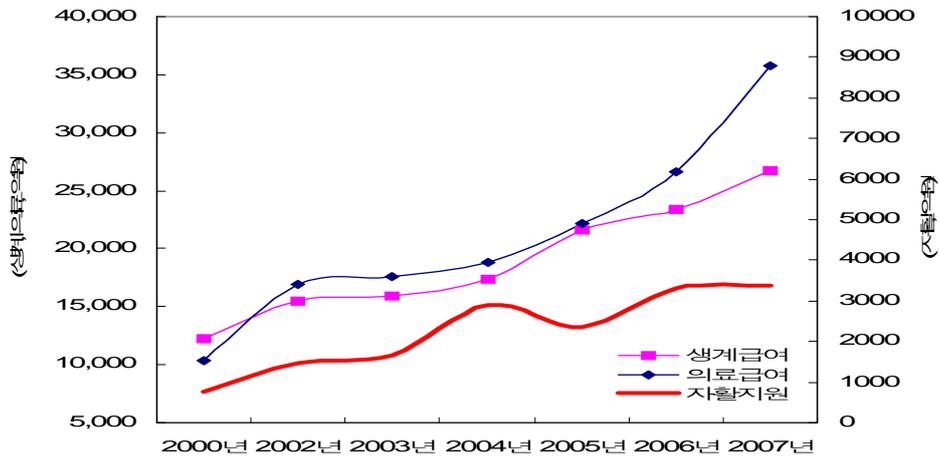
〈기초보장제도의 주요 급여제도별 수급자 추이〉



자료: 보건복지부, 내부자료

- 기초생활보장제도의 예산은 수급자 규모와 물가상승률을 고려한 급여 내실화에 따라 점진적으로 증가하고 있으나, 의료급여의 경우 그 증가세가 다소 빠른 것으로 나타남.

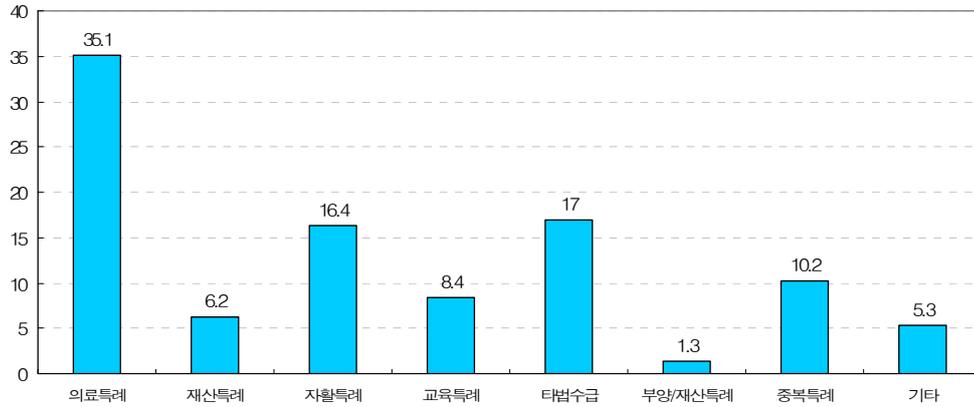
〈기초생활보장제도의 주요 급여별 예산 추이〉



자료: 보건복지부, 내부자료

- 기초생활보장제도는 특례수급제도를 통해 차상위층을 보호하고 있으며, 의료특례와 자활특례가 대부분을 차지.

〈기초생활보장제도의 특례수급자 현황 (2005년 현재)〉



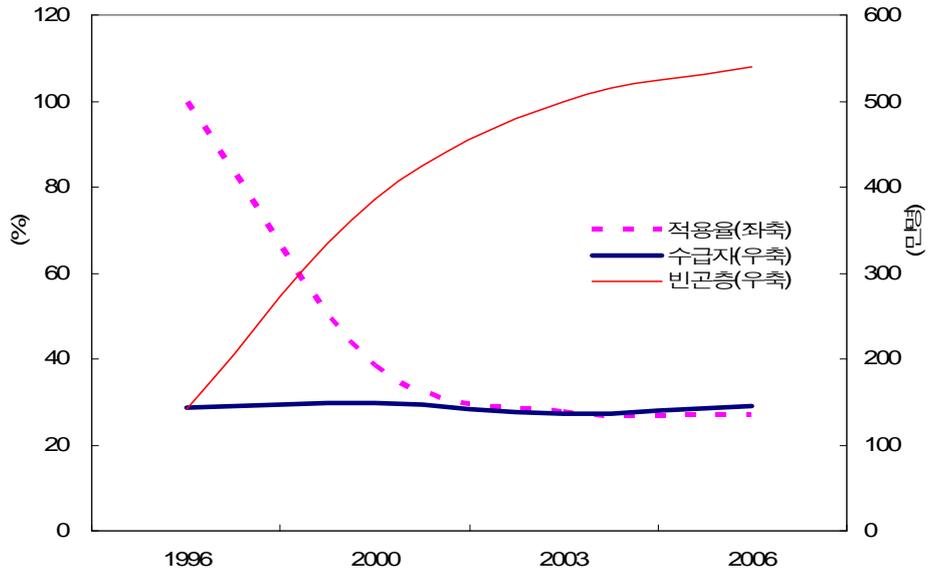
주: 그림의 수치는 전체 특례수급자의 %
 자료: 보건복지부, 내부자료 각년도

3) 문제점

□ 2007년 현재 공공부조제도가 안고 있는 문제점은 아래와 같음.

- 사각지대: 외환위기를 기점으로 우리사회의 빈곤율이 빠르게 증가하고 있으며, 이 증가세는 상당부분 저임금·고용단절을 경험하는 근로빈곤층의 증가에 따른 것임. 하지만 기초생활보장제도를 비롯한 공공부조제도의 수급규모는 크게 증가하지 않고 있음. 그 결과 빈곤층에 대한 기초보장의 사각지대가 증가하는 양상이 발생하는 것임.

〈기초보장제도(공공부조제도)의 보호율 저하〉



자료: 빈곤율은 통계청, 『가구소비실태조사』(1996, 2000년), 보사연, 국민생활실태 조사(2004), 『전국가계조사』(2006); 수급자 규모는 보건복지부 자료를 활용.

- 제도편중: 현재 공공부조제도의 사각지대가 해소되지 않고, 기초생활보장제도에 대한 빈곤층의 의존성이 증가하는 이유는 전체 공공부조제도에서 기초보장제도가 지원을 받을 수 있는 통로의 역할을 하기 때문. 이는 기초보장제도 수급자가 되면, 다른 급여를 받기가 수월해지는 현 제도의 문제점을 시사함.

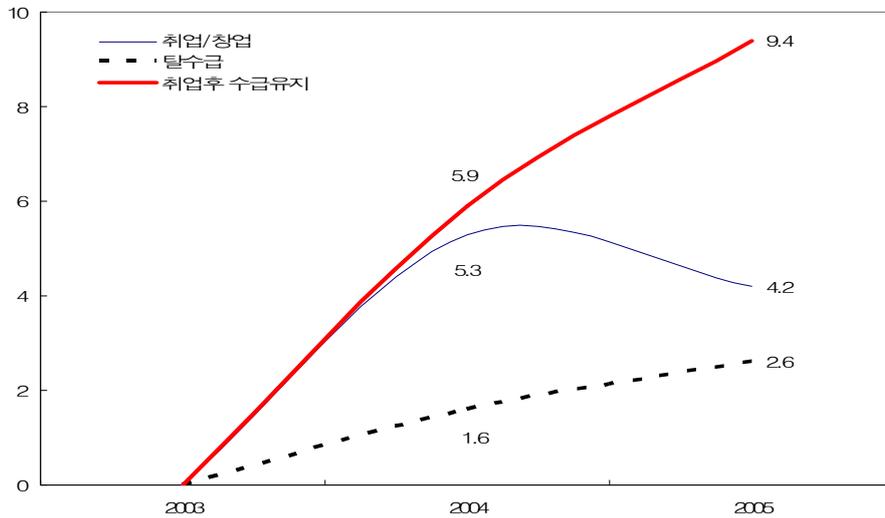
〈기초보장제도의 과도한 집중성〉



자료: 보건복지부, 내부자료(2006)를 가공

- 복지의존: 기초보장제도에 대한 의존도는 자활사업에도 영향을 미쳐, 자활사업 참여를 통한 취업 후에도 제도에서 벗어나지 않고 잔류하는 비율이 증가.

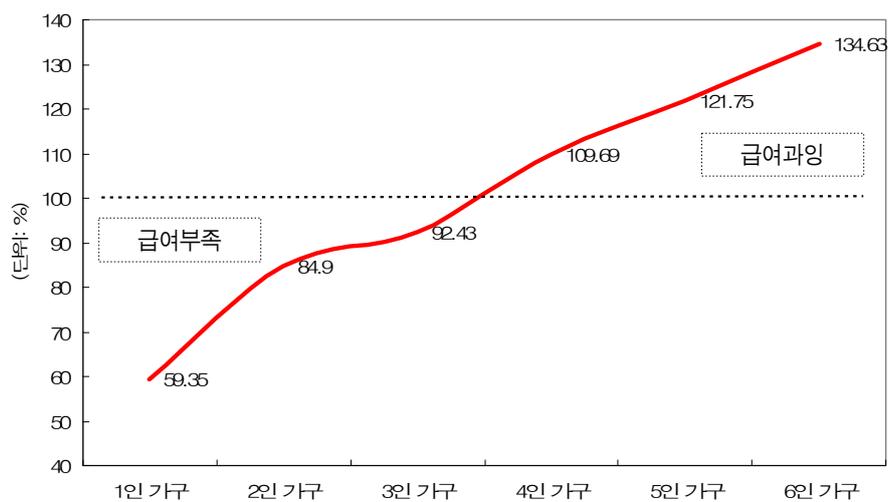
〈자활사업 및 기초보장제도의 탈수급 억제 현상〉



자료: 보건복지부, 내부자료를 가공

- 현 기초생활보장제도는 빈곤층에 대한 주거급여와 관련해서 '명시적으로' 급여부족 및 급여과잉의 문제를 야기하고 있어 이를 개편하는 노력이 필요.

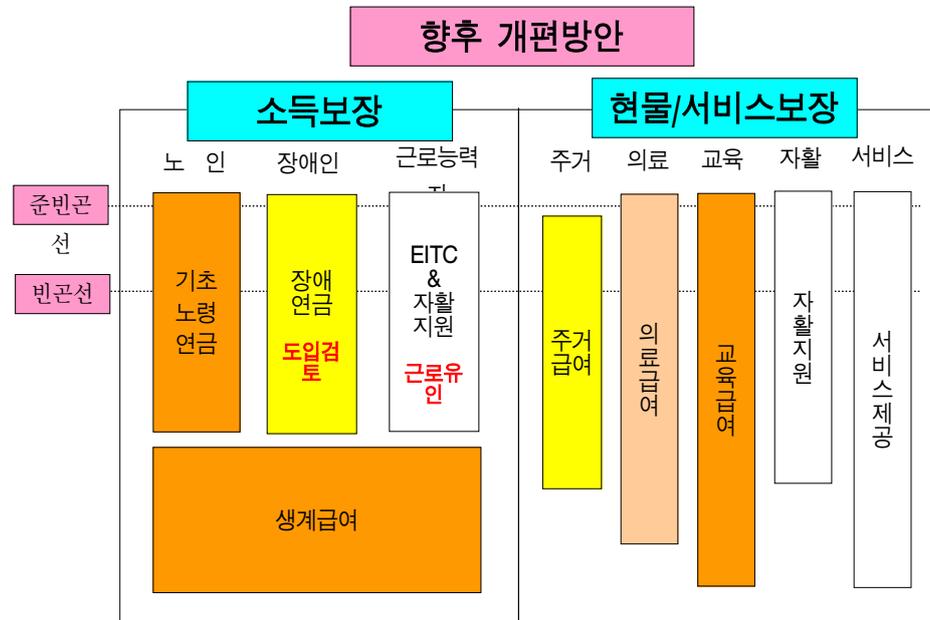
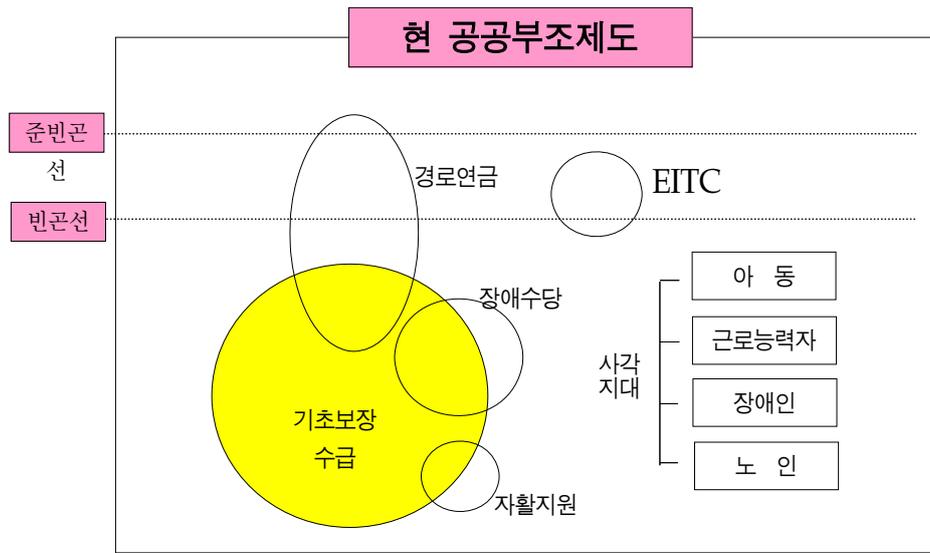
〈지급된 주거급여의 실질임대료 대비 비율〉



자료: 통계청, 전국가계조사자료 2006년 원자료; 복지행정전산망 중 주거급여액 관련 자료

4) 정책과제

- 공공부조제도는 아래 언급된 세 가지 여건변화를 감안하여 향후 제도개편방안을 마련해야 할 것임
 - 기초노령연금제도 도입에 따라 노인빈곤층에 대한 소득이전이 증가하여 기초생활보장제도를 비롯한 공공부조제도의 지출증가 요인이 감소할 것으로 고려하여 제도를 개편.
 - 장애인 연금 및 장기요양보호 등의 제도가 정비되지 않아, 차기 정부에서 이에 대한 대책마련이 중요한 쟁점이 될 것이라는 점을 감안하여 대책을 수립.
 - 근로빈곤층이 증가하는 추세와 그 동태적 특성(고용상태와 소득상태가 빠르게 변화하는)을 감안하여, 이 집단의 취업을 촉진하는 방향에서 욕구별·탄력적 지원을 강화하는 방향에서 급여제도 및 서비스 지원제도를 개편해야 할 것임.
- 중장기적으로 현 공공부조제도는 아래와 같은 방향으로 개편해야 할 것이며, 단기적으로는 이를 위한 준비가 필요.
 - 기초노령연금을 내실화하고, 장애연금 도입타당성을 검토
 - 기초보장제도를 현금(생계급여)과 현물(서비스) 급여제도로 분리
 - 근로빈곤층 대상으로 자활지원과 서비스 공급을 촉진



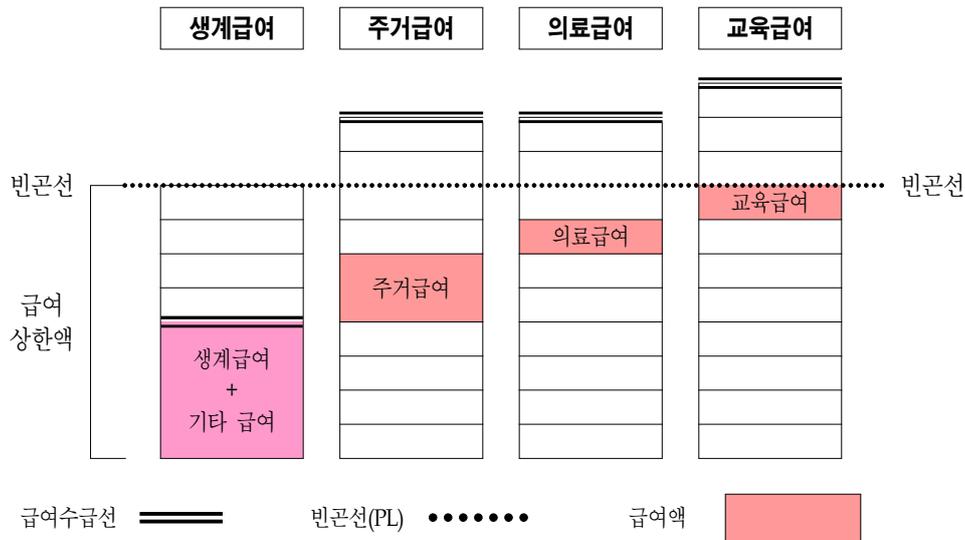
□ 기초생활보장제도는 아래와 같이 소득보장과 현물지원을 분리하는 욕구별 급여체제로 전환.

- 현 기초보장제도는 생계급여를 보장하는 제도로 축소하고, 생계급여 수급자에게는 기타 모든 급여를 받을 수 있도록 자격을 부여.
 - ※ 생계급여 수급기준은 생계급여 상한액과 동일
- 욕구별 현물급여는 소득기준 외에도 욕구의 존재를 전제로 한다는 점에서 선정 기준을 상향 조정하여 필요한 집단에게 지원을 확대. 이는 근로빈곤층의 소득이 증가하는 경우, 단계적으로 급여를 감소시키는 유인체계를 작동하도록 설계.

- 근로능력이 있는 수급자 및 빈곤층에 대해서는 자활지원과 근로소득보전세제(EITC)를 적용함으로써 경제활동 참여에 대한 지원을 강화. 그리고 기초보장제도에 의한 복지의존효과를 최소화하고, 실직빈곤층에 대한 지원을 확대하기 위해 독립법을 제정.

※ 2007년 11월 현재 보건복지부는 자활급여법 제정을 추진 중

〈개별급여체계의 기본구성〉



□ 위와 같이 기초생활보장제도를 개편하기 위해서는 다음과 같이 세부 추진방안을 마련해야 함.

- 현 최저생계비의 계측과 적용방식을 개편: 상대빈곤선으로의 전환을 기본방향으로 하고, 생계급여와 주거급여에 대한 급여상한액을 독립적으로 계측하여 발표할 필요가 있음.

※ 위와 같은 작업을 통해 현금급여의 성격을 가진 주요 급여의 급여상한액을 설정해야 함.

- 욕구별 급여의 구체적 운영방식을 개편:

- 생계급여 급여방식 조정: 현 생계급여는 표준가구를 중심으로 가구균등화 지수를 적용하고 있으나, 가구원 특성을 고려한 급여에 한계가 있음. 따라서 이를 분해하여 가구원 규모 외에도 특성을 고려한 급여방식으로 개편.

※ 동일한 4인 가구라도 가구원 구성상 욕구수준이 다를 수 있으며, 이를 반영할 수 있도록 급여상한액 결정방식을 정교화

- 주거급여 급여방식 조정: 새롭게 가구규모별, 지역별 주거급여 상한액을 산출하고, 이를 토대로 가구의 임대료 지불능력과 실제 지불금액을 감안하여 급여를 하도록 방식을 개편. 이를 위해서는 지역별 주거급여 상한액을 설정해야 함.
- 의료급여의 선정 및 관리체계 개편: 의료급여는 현금급여하지 않는다는 점에서 선정기준을 바꾸어, 의료욕구가 있는 집단을 중심으로 집중보호 하는 체계 구축이 필요하며, 의료서비스 과다이용을 억제하는 관리체계 효율화 또한 중요.
- 소득인정액의 폐기: 현 기초보장제도에서 선정과 급여에 영향을 미치는 소득평가액 및 재산의 소득환산제도는 폐기되며, 개별 욕구별 급여제도의 필요에 따라 선택적으로 활용.
- 전달체계의 개편: 기초보장제도를 욕구별 급여체제로 개편함에 따라 급여관리를 위한 정보화체계를 강화하고, 필요한 인력을 확충.

5) 향후 정책추진방향

(1) 단기 과제

- 기초생활보장제도의 욕구별 급여체제로의 전환은 아래와 같은 원칙에 따라 체계적으로 준비해야 할 것임.
 - <先 효율화 後 확대>를 근간으로 해야 함: 이는 현재 기초생활보장제도의 성급한 확대보다 내실화가 필요하다는 전제에 입각.
 - <급여정확도>를 제고해야 함: 빈곤층에 대한 과소·과잉급여를 막아 제한된 자원을 보다 많은 빈곤층에게 지원해야 함을 의미.
 - <근로친화성>을 제고하는 방향으로 개편되어야 함: 현 기초생활보장제도는 근로활동보다 수급이 유리하도록 설계된 측면이 있음. 따라서 개별급여 중 현물급여는 반복빈곤층이 빈곤에 빠지는 것을 예방하고 취업을 용이하도록 지원해야 함.
 - <행정업무의 단순화>를 위해 전달체계를 효율화해야 함: 현재 선정에 있어 소득인정액과 부양의무자 기준은 제도관리에 많은 부담을 초래하고 있음. 따라서 개별급여화를 통해 개별업무의 단순화를 촉진.

(2) 중장기과제

- 공공부조제도는 중장기적으로 아래와 같은 방향으로 개편이 필요.

- <소득보장>과 관련해서 기초노령연금 및 장애연금 제도가 도입되는 경우, 생계급여제도를 인구학적 특성(근로능력 유무)에 따라 개편하는 방안을 검토해야 할 것임.
- <의료급여>는 건강보험제도에 통합하여 전국민 의료보장체계를 구축하는 방향으로 개편이 필요함.
- <주거급여>는 주거복지정책의 전체적 발전방향을 고려하여 여타 주거복지정책에 통합시켜야 할 것임. 자가구입에 따른 저리융자, 전세자금 융자 등이 빈곤층의 자산형성을 촉진하는 방향으로 통합되어야 함.
- <자활지원제도>는 근로빈곤층을 위한 소득보장 및 고용지원제도로 개편되어야 할 것임.

참고자료

〈기초생활보장제도 수급자 및 의료급여 수급자 추이〉

	수급자(만명)				
	기초보장	의료급여			자활지원
		계	1종	2종	
2000년	149	157	81	76	-
2002년	135	142	83	59	6
2003년	137	145	86	59	6
2004년	140	153	92	61	6
2005년	143	176	100	76	6
2006년	145				6

	예산(억원)			
	계	기초보장	의료급여	자활지원
2000년	23,321	12,219	10,323	779
2002년	33,819	15,439	16,904	1,476
2003년	35,228	15,959	17,617	1,652
2004년	39,126	17,424	18,810	2,892
2005년	46,149	21,645	22,148	2,356
2006년	53,338	23,412	26,623	3,303
2007년	65,835	26,697	35,778	3,360

주: 수급자 규모는 일반수급자 규모임
 자료: 보건복지부, 내부자료 각 년도

〈자활사업 참여자 추이〉

연도	근로능력 수급자	조건부 수급자	자활사업 참여자(만명)		
			소계	수급자	차상위층
2000	37	7.1	-	-	-
2001	32	5.6	5.5	3.9	1.6
2002	30	3.8	5.7	4.5	1.2
2003	30	3.3	6.0	4.3	1.7
2004	31	3.3	6.1	4.2	1.9
2005	33	3.4	5.7	3.9	1.9
2006	32	3.5	5.9	4.0	1.9

자료: 보건복지부, 내부자료 각 년도

〈최저생계비 중 임대료와 실질임대료의 비교('06년)〉

	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
최저생계비 (‘06년)	418309	700849	939849	1170422	1353242	1542382
최저생계비 중 임대료(A)	55,033	92,204	123,647	153,981	178,033	202,916
지급된 주거급여(B)	73,913	128,837	166,067	206,808	239,111	272,532
‘06년 수급가구 실제 임대료(C)	124,533	151,746	179,672	188,545	196,400	202,424
A/C	44.19	60.76	68.82	81.67	90.65	100.24
B/C	59.35	84.90	92.43	109.69	121.75	134.63

- 주: 1) 2003년 4인 가구 최저생계비에서 임대료가 차지하는 비율은 13.156%
 2) <지급된 주거급여>는 생계급여 중 주거급여 몫과 별도의 주거급여를 합한 금액임
 3) 실제임대료는 수급자 DB에서 파악된 월세가구의 임대료의 가구규모별 평균 값
 자료: 통계청(2006), 전국가계조사자료 원자료

2. 국민기초생활보장제도 모니터링의 실효성 제고

1. 기초보장제도의 현황과 빈곤실태

□ 기초보장제도의 현황

- 2006년 12월 기준으로 기초생활보장수급자는 약 153만5천명(83만2천가구)으로 총 인구수 대비 기초생활보장수급자의 비율인 수급률은 3.2%임. 수급자의 종류별로 보면, 일반수급자가 대부분(94.5%)이며, 시설수급자는 5.5%임.
- 기초생활보장수급자로 보호되는 특례수급자로 선정된 특례유형은 의료급여특례(26.6%)와 자활급여특례(16.4%)가 51.5%를 차지함. 특례로 보호중인 가구는 전체 수급자 가구 831,692가구의 2.9%인 23,848가구임.
- 국민기초생활보장제도는 수급자 규모에 비해 예산의 증가속도가 빨라 1인당 지원수준이 높아지고 있는 상황임.
- 기초보장제도 전체 예산은 2000년 2조4천억 원에서 2006년 5조3천억 원으로 약 2.2배, 2007년에는 6조6천억 원으로 약 3배가량 증가한 것으로 나타남.
- 수급자 1인당 지출비용을 보면, 생계급여 예산이 빠르게 증가하였으며, 의료급여의 차상위층 지원확대로 인해 지출이 급격히 증가하였다고 할 수 있음.
- 최근의 특례급여 수급추이를 보면, 기초보장제도는 향후 의료급여, 자활급여를 중심으로 지출이 증가하게 될 것으로 예상됨.

〈기초생활보장제도 수급자 및 예산 추이〉

	예산(억원)				수급자(만명)				
	계	기초보장	의료급여	자활지원	기초보장	의료급여			자활지원
						계	1종	2종	
2000년	23,321	12,219	10,323	779	149	157	81	76	-
2002년	33,819	15,439	16,904	1,476	135	142	83	59	6
2003년	35,228	15,959	17,617	1,652	137	145	86	59	6
2004년	39,126	17,424	18,810	2,892	140	153	92	61	6
2005년	46,149	21,645	22,148	2,356	143	176	100	76	6
2006년	53,338	23,412	26,623	3,303	145				6
2007년	65,835	26,697	35,778	3,360					

주: 수급자는 시설수급자를 제외한 일반수급자 규모임

자료: 보건복지부, 예산안 자료 및 수급현황 자료를 참조하여 정리한 노대명(2007)에서 재인용

□ 우리나라의 빈곤실태

- '06년 현재 도시근로자가구의 빈곤율에 비해 자영업자가구와 미취업가구가 포함된 전체가구의 빈곤율이 약 4~5%가량 높게 나타남.

〈2006년 전체가구 대상 빈곤율 현황〉

기준소득	빈곤선	전체가구		도시근로가구	
		1인 이상	2인 이상	1인 이상	2인 이상
경상소득	중위 40%	11.9	10.3	6.9	6.5
	중위 50%	16.7	15.0	11.8	11.4
	중위 60%	22.2	20.4	18.1	17.6
	최저생계비	11.1	10.0	5.3	5.1
공공부조전 경상소득	최저생계비	12.7	11.4	6.4	6.2

자료: 통계청(2006), 전국가계조사자료 원자료. 노대명(2007)에서 재인용

- 2003년~2005년 3년간 1분기 이상 빈곤을 경험한 적이 있는 가구의 규모가 전체 가구의 35.1%에 이르는 것으로 나타난 것으로 보고되고 있음(노대명, 2006).

〈2003년~2005년 빈곤경험가구의 유형별 분포〉

	빈곤무경험가구	일시빈곤가구	반복빈곤가구	계속빈곤가구	계
상대빈곤선 (중위소득 50%)	64.9%	14.9%	16.1%	4.1%	100.0%

주: 이 분석결과는 2003년~2005년 전국가계조사자료의 패널화된 데이터를 토대로 추정되었음.
 자료: 노대명(2006), 『빈곤의 동태적 특성 연구』.

2) 국민기초생활보장제도의 문제점

□ 빈곤대책 수준의 미흡

- 현행 기초보장제도의 경우 빈곤지표 개선에 미치는 효과가 매우 낮은 것으로 추정됨(김미곤 외, 2004).
 - 기초보장제도의 급여를 포함하는 공공부조성 급여는 절대빈곤율을 약 0.78%(=8.75%-7.97%) 감소시키고 있음(2000년 기준).
 - 반면, 사적이전의 경우 절대빈곤율을 약 4.23%(=12.2%-7.97%) 감소시키고 있어, 공적이전보다 빈곤지표 개선에 더 큰 효과를 보임.

□ 기초보장 사각지대 존재

- '03년 현재 소득이 최저생계비 이하이면서 국민기초생활보장제도에서 혜택을 받지 못하는 비수급 빈곤층은 전인구의 7.7%인 약 373만명으로 추정됨(이현주 외, 2005).
 - 비수급 빈곤층이 발생하는 주요 이유는 선정기준(최저생계비, 부양의무자 기준)의 불합리 혹은 미흡, 개별가구의 능력(소득인정액, 부양정도)의 과다책정때문임.
- 한편 '03년 현재 소득인정액(소득평가액+재산의소득환산액)이 최저생계비 이하인 가구 중 기초보장제도로 보장받지 못하는 자는 전체 인구의 3.7%인 약 177만명에 달하는 것으로 추정됨.
 - 그리고 소득인정액이 최저생계비의 100~120% 범위에 속하는 빈곤위험 계층은 전인구의 약 1.8%인 86만명에 이르는 것으로 추정됨.

□ 보충급여에 따른 비형평성

- 수급자의 근로의욕을 저하시키고, 일하는 자와 일하지 않는 자간의 형평성 문제를 야기함.
 - 보충급여방식은 수급자의 소득이 증가하는 경우 증가하는 만큼 급여가 감소하는 구조이므로 근로여부와 무관하게 생활수준이 최저생계비수준으로 같아짐.
- 소득과약이 어려워 수급자간 또는 수급자와 비수급자간의 형평성 문제를 야기함.
 - 수급자들 대부분이 비공식부문(영세자영업, 일일노동 등)에 종사하고 있어 소득과약이 어렵고, 신고된 소득과약이라도 근로소득액만큼 급여가 줄어들기 때문에 신고의 성실성을 기대하기 어려움.

□ 빈곤예방 기능 미흡

- 빈곤의 나락으로 전락하기 전 그 요인(의료, 교육, 주거 등)을 제거하는 예방기능은 국가적 또는 개인 차원에서 효율적이고 바람직하지만, 우리나라의 경우 빈곤에 대한 예방기능이 매우 미흡함.

□ 탈빈곤 정책으로써의 효과성 미흡

- 탈빈곤은 빈곤가구의 물적자본 또는 인적자본이 축적되어야 가능하나, 기존의 탈빈곤대책은 이러한 자본축적을 촉진하는데 미흡.

□ Working poor 등 상대빈곤층에 대한 대책 미흡

- 현행 기초보장제도의 선정기준은 절대빈곤선(최저생계비)이기 때문에 절대빈곤선 이상 상대빈곤선 이하의 계층에 대한 대책이 미약한 실정임.

- 하지만 최근 새롭게 등장하고 있는 근로빈곤층(working poor)의 문제, 소득불평 등의 문제, 양극화 문제 등을 감안하면 상대빈곤에 대한 대책이 강구되어야 함.

□ 제도 시행상에 있어서의 현실과 괴리: 수요자 측면 모니터링결과

- 부양의무자 기준이 엄격하여 지원이 필요함에도 지원을 받지 못하는 가구가 존재하는 문제가 발생(이태진 외, 2003; 여유진 외, 2004; 이태진 외, 2006, 이태진 외, 2007).
- 반면 부양의무자 조사방식과 관련하여 실제의 지원여부 및 부양능력 파악이 용이하지 않아 자의적인 기준적용의 문제가 발생하기도 함(이태진 외, 2003; 여유진 외, 2004; 이태진 외, 2006, 이태진 외, 2007).
- 소득파악이 어려움에 따라(보충급여 방식의 문제, 소득신고의 비성실성에 기인) 부정수급의 문제 발생(김미곤 외, 2002; 이태진 외, 2003; 여유진 외, 2005; 이태진 외, 2006)
 - 2004년의 경우 부정수급 발생률이 12.5%였으며(여유진 외, 2005), 전담공무원 의식조사 결과 대부분(93.1%)이 소득을 성실하게 신고하지 않는 것으로 인식하고 있음(이태진 외, 2003).
- 보건복지시스템이 부정확함에 따라 이를 활용한 자산조사의 정확성을 기하기 어려운 것으로 파악되고 있음.
 - 통합조사표상 가구원수와 실제 가구원수가 같지 않은 경우가 16.7%로 조사되었고, 근로능력 있는 가구의 소득이 통합조사표상 소득보다 약 11.7만원 높은 것으로 조사됨(김미곤 외, 2002).
- 사례관리가 실질적으로 이루어지지 않고 있어 실질적인 수급자의 변화되는 요구에 대응하지 못함.
- 자활사업 성과와 관련하여 참여인센티브 미미와 참여자의 소득파악에 대한 거부감으로 참여기피 및 거부가 나타나고 있음. (김미곤 외, 2002; 이태진 외, 2003) 또한 참여자의 특성에 맞게 적절히 배치되지 않았거나 지역간 편차로 인해 충분한 프로그램을 지원받지 못하고 있음(이태진 외, 2003).

□ 제도 시행상에 있어서의 비효율적 운영체계: 공급자 측면 모니터링 결과

- 전달체계 개편 이후 조사업무는 시·군·구 통합조사팀에서 담당하고, 읍·면·동 사무소에서는 상담과 사후관리에 집중하도록 하는 취지가 시현되지 못하고 있음.
- 읍·면·동사무소에서 실제로 1차 조사 업무를 담당하고 있고, 주민생활지원팀

내 행정직 공무원과의 효과적인 업무분장이 이루어지지 못함에 따라 업무부담
가중으로 실질적인 사례관리가 불가능한 실정임.

3) 기초보장제도 모니터링의 실제

(1) 기초보장제도 모니터링의 필요성 및 의의

□ 기초보장제도 모니터링의 필요성 및 의의

- 빈곤문제를 사회적·국가적 책임으로 규정하고 이를 원조하여 인간다운 생활보
장을 목표로 하는 국민기초생활보장제도는 사각지대 문제, 수급자 근로의욕 감
퇴, 부정 수급 양산, 예산 낭비 등과 같은 문제점들이 지적되고 있는 실정임.
- 이러한 문제들은 국민기초생활보장제도의 재원이 수급자의 기여가 아닌 국민의
세금으로 마련된다는 점에서 제도에 대한 국민들의 불신을 양산하고, 자칫 제도
의 존립 자체를 위협할 수 있게 됨.
- 따라서 국민기초생활보장제도가 그 목적에 맞게 정확한 대상에게 적절한 서비스
가 제공되는지를 점검하고, 이를 토대로 제도의 효율성, 효과성, 적절성을 도모하
고 제도 자체의 완전성을 제고하기 위한 체계적인 평가 작업이 요구됨.

(2) 모니터링의 현황 및 문제점

□ 기초보장제도 모니터링 사업 현황

- 2000년 기초보장평가센터 설립 이후 2006년까지 평가 및 모니터링 체계 구축방
안에 관한 3건의 연구와 더불어 총 4차례의 모니터링 사업을 수행하였음. 또한
2007년에는 빈곤층 연구에 적합한 질적 접근방식으로 수요자와 공급자에 대한
각각의 모니터링을 실시하여 제도 시행상의 점검평가를 하였음.
 - 기초보장제도 평가 및 모니터링 체계 구축에 관한 연구로 이현주 외(2002), 김
미곤 외(2003), 김안나 외(2005)가 있으며,
 - 대상별 모니터링 사업관련 연구는 김미곤 외(2002), 이태진 외(2003), 여유진 외
(2004), 이태진 외(2006), 이태진 외(2007)이 있음.

□ 기초보장제도 모니터링과 관련한 문제점

- 기초생활보장제도 평가 및 모니터링 결과의 정책환류체계 부재
 - 기초생활보장제도 평가 및 모니터링 결과에서 제기된 문제점들이 공식적으로
검토되어 정책으로 반영되는 사례는 거의 없는 실정임.

- 아래 표와 같은 제도개선사례가 있지만 이는 부양의무자의 선정기준개선으로 한정되어 있어, 조사방식 등으로 야기되는 제도운영상의 문제 즉, 시행내용과 현실과의 괴리에서 야기되는 부정수급문제는 접근하지 못하여 제도의 건강성 제고를 위한 모니터링 결과의 정책환류체계가 이루어지고 있지 못함.

〈기초생활보장제도 개선사례〉

개선 또는 개정내용	개선수위	개정(시행)시기
부양의무자 범위를 축소하는 국민기초생활보장법개정법률 공포 - 수급권자의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 2촌이내의 혈족	국민기초생활보장법 개정	2004.3 (2005.7.1)
부양의무자 범위축소 - 생계를 같이하는 2촌이내 혈족 제외	국민기초생활보장법 개정	2005.12.23 (2007.1.1)
부양능력 판정기준 완화 - 최저생계비의 120% → 130%	동법 시행령 개정	2006.2.22 (2006.7.1)

- 제도변화의 중단기적 전망에 따른 모니터링 및 평가방법 개발 미흡
 - 향후 예측되는 제도변화(개별급여체계 도입 등)에 맞는 평가 및 모니터링 방법에 대한 이론적 검토 및 사전검토 부재
- 기초생활보장제도 평가를 위한 연구의 분석틀과 방법론에 있어서의 일관성이 부족한 실정임.
 - 연구별로 조사대상, 표본 수, 설문 문항, 분석방법 등이 상이함에 따라 분석 및 평가의 일관성을 기대하기 어려움.
- 모니터링을 위한 조사방법을 선택함에 있어서의 원칙을 찾기 어려움.
 - 연구별로 연구목적에 따라 조사방법을 선택하고 있으나, 보다 장기적인 관점에서 일관성 있는 계획에 의거하여 조사가 이루어지지 못하고 있는 것으로 파악됨.

4) 기초보장제도 모니터링 실효성 제고방안

(1) 정책목표

- 기초생활보장제도에 대한 모니터링 체계를 구축함으로써 수급자 관리 및 예산집행의 효율성 제고
- 모니터링을 통해 부정수급의 발굴은 물론 지역사회내 취약계층에 대한 접근성을 높임으로써 기초생활보장제도의 사각지대 축소효과 제고

모니터링 결과의 정책환류체계 구축(모니터링 법제화)

(2) 정책방향

지속적이고 체계적인 모니터링

모니터링 법제화

개별급여체계에 따른 급여별 연계 모니터링

복지정책과의 통합적 평가

(3) 단기추진과제

모니터링 주체, 대상, 운영방안 개발

○ 해외 주요국가 공공부조제도 혹은 사회보장제도에 대한 모니터링 및 평가에 대한 사전연구

• 단순 부정수급 발굴 및 제재만이 아닌 모니터링을 통한 제도개선 사례 동시 분석

○ 우리나라에 적합한 모니터링 모형 개발

• 기초보장제도 뿐만 아니라 여타 사회복지제도에 대한 모니터링 및 평가와 연계할 수 있는 대안 검토

• 필요하다고 판단되는 모니터링 지표에 대해서는 종단면 조사 혹은 패널조사 계획수립 및 실시

소득, 자산 및 부양의무자 조사방식, 부정수급 처리 관련 수급자 반발 및 공무원 제재 등 효율적인 업무지침 반영

○ 제도의 목표달성과 관련하여 점검 및 성과평가를 실시하여 미흡한 지표들의 장애요인을 유형화하여 실효성 있는 개선방안 도출

• 대상 및 급여, 운영방안 등과 관련하여 제도내용 및 시행과정에서 발생하는 각 요인들을 유형화

• 시군구간 연계 협조, 기초자료에 대한 전산화 및 기타 정부부처와의 연계를 통한 조사방식 개선

• 개인정보 유출 및 조사로 인한 수급자 및 부양의무자들의 반발에 대한 대처기초보장제도 수급자 사후관리에 대한 모니터링 및 평가

• 전담공무원의 사후관리 강화를 위하여 기초보장 업무부담 및 기타 추가적 업무에 따른 문제점 파악

□ 기초생활보장제도 평가를 통한 모니터링 법제화

○ 모니터링 법제화를 위한 시범사업 실시

- 도시 및 농어촌을 대상으로 기초생활보장제도 모니터링에 대한 시범사업 실시
- 시범사업의 경우 정량적 및 정성적 평가를 수요자, 공급자, 운영주체별 실시 또한 기존의 중앙주체, 민간주체의 자체평가와 비교분석
- 모니터링으로 인하여 부정수급에 대한 제재 등 공급자 및 수요자에 대한 반발 혹은 행태변화 분석
- 모니터링 요원 임명을 시·군·구 단위 또는 읍·면·동 단위에서 시행
- 모니터링 결과의 정책환류를 위한 공론화

(4) 중장기 추진과제

□ 기초생활보장제도 모니터링 및 평가를 위한 중장기 계획 수립

- 기초보장제도에 대한 평가는 현재 복지부에서 중앙현장점검을 통해 일부 시군구를 대상으로 매년 이루어지고 있음. 그러나 정책환류 체계에 있어 자체적, 제한적이고 비체계적임.
- 기초보장제도 모니터링을 위한 중장기적인 계획수립과 결과에 대한 평가가 가능하도록 법(혹은 시행령 및 규칙)안에 포함.
 - 해마다의 변화를 볼 필요가 있는 항목은 매년 조사, 중단기적인 변화를 파악할 필요가 있는 항목은 격년 내지는 격3년 조사 등 모니터링 및 평가항목별 종합적인 시간계획수립
- 지속적인 모니터링 및 평가 방안 마련을 위한 관련 전문가 및 연구기관간의 협력 구축을 위한 방안 마련

□ 기초생활보장제도에 대한 모니터링 법제화에 법안 주요내용 반영

○ 모니터링 주체

- 기초생활보장제도에 대한 모니터링을 정부주체로 실시할 것인지, 민간에 위탁할 것인지, 정부와 민간이 동시에 실시할 것인지에 대한 검토
- 정부나 민간에서 각각 별도로 모니터링을 실시할 경우, 모니터링 관련 부서(혹은 기관)를 설치할 것인지, 기존 부서(혹은 민간기관 위탁)에서 수행할 것인지 검토 필요함.
- 외국의 주요 사례를 기초로 하여 우리나라 실정에 맞게 설정할 필요가 있음.

- 모니터링을 위한 재원
 - 정부가 직접 혹은 민간에 위탁하여 모니터링을 시행할 경우, 모니터링 요원, 제도운영 등을 위한 재원이 필요함.
 - 모니터링 재원의 경우 조세를 통해 재원을 조달하는 것이 바람직하며, 단기적으로 기초생활보장제도의 예산을, 장기적으로 사업별 반영보다는 복지정책평가 예산을 별도로 구성하는 방안을 고려할 수 있음.
- 모니터링 전달체계
 - 모니터링을 수행하기 위해서는 시·군·구(혹은 읍·면·동) 단위로 모니터링 요원의 배치가 필수적임.
 - 모니터링 요원에 있어 전담공무원들에 대한 재교육과 업무과중이 필수적으로 수반되게 되므로 기존 사회복지전담공무원을 활용할 것인지, 아니면 별도의 모니터링 요원을 선발하여 운용할 것인지 고려할 필요가 있음.
- 부정수급 등에 대한 제재 및 규제
 - 모니터링의 기본적인 목적이 달성될 수 있도록 모니터링을 통해 발굴된 수급자와 공급자의 부정수급에 대한 처리방안이 함께 담겨져 있어야 함.
- 모니터링 결과에 대한 평가
 - 모니터링 결과에 대한 평가를 통해 제도의 안정적 정착을 도모할 수 있도록 정책환류체계를 확립하여 기초생활보장제도에 대한 개선은 물론 다른 복지제도와 연계가능성까지 확보
- 복지정책의 통합적 모니터링 평가체계 확립
 - 기초생활보장제도 이외 기타 복지정책과의 모니터링 및 평가에 대한 연계
 - 통합적 사회복지제도 모니터링 및 평가를 위한 모니터링 및 평가틀, 조사방법 등에 대한 사전적 구상 검토
 - 기초생활보장제도 이외의 장애인, 노인, 아동, 여성 등 취약계층에 대한 정부 복지제도에 대한 전반적인 현황과 문제점 파악
- 기초생활보장제도의 개별급여화에 따른 급여간 모니터링 연계방안 마련
 - 현재 부처에서 기초생활보장제도 내 급여(생계, 주거, 의료, 교육, 자활급여)에 대해서 수급자의 욕구별로 급여를 제공하는 방안이 검토 중에 있음.
 - 각 급여에 대한 급여체계, 전달체계 등과 관련하여 모니터링 주체, 범위 설정

3. 소득분배 악화의 실태와 분배구조 개선을 위한 정책과제

1. 소득분배의 악화와 '양극화' 담론의 대두

- 1997년 경제위기 이후 악화되었던 각종 분배지표가 개선되지 않고, 일부 지표는 최근 들어 더욱 악화됨
- 소득분배의 전반적 악화는 이른바 '양극화'로 표현되며 우리 경제가 처한 문제점을 드러내는 대표적 사회현상으로 인식되고 있음.
 - 2: 8사회, 88세대 등 분배구조의 악화를 표현하는 다양한 조어가 등장하며 사회적 설득력을 얻고 있음.
 - 비정규직 근로와 청년 실업, 부동산 가격의 폭등과 지역적 편차 등이 국민들이 보편적으로 경험하는 문제점이 되면서 분배문제에 대한 사회적 관심도 높아짐.
- 그러나 '양극화'라는 표현은 사용되는 경우에 따라 상이한 내용을 지칭하며, 그에 대한 정책적 함의도 상이하므로, 그에 대한 세밀한 정책적 대응방안을 마련하기 위해서는 엄밀한 정의와 정확한 실태 파악에 기초할 필요.
 - 양극화는 산업, 기업, 고용, 소득, 소비 등 다양한 영역에서 발생하는 격차를 지칭하는 용어로 사용됨
 - 제조업과 서비스업의 양극화, 수출과 내수의 양극화, 대기업과 중소기업의 양극화, 정규직과 비정규직의 양극화, 계층간 소득 및 소비지출의 격차 확대 등 서로 상이한 부문에서 나타나는 현상
 - 이 가운데 일부 현상은 시장연건의 변화와 그에 대한 경제주체의 대응의 과정에서 자연스럽게 나타나는 현상(예: 제조업과 서비스산업의 양극화, 수출과 내수의 양극화)으로 인식되며, 이 문제에 대처하기 위한 정부의 개입에 동의를 얻기 힘든 경우도 있음.
 - 반면 정규직과 비정규직의 임금 및 근로조건 격차 확대, 소득 상위층과 하위층의 격차 확대 등은 사회통합을 저해하는 중요한 문제로 인식되면서, 격차 해소를 위한 정부의 개입이 정당성을 확보할 수 있음.
 - 따라서 '양극화'로 표현되는 각 현상에 대처하는 문제의식과 방법은 상이할 수밖에 없으며, 각 영역의 문제에 대한 엄밀한 정의와 현실인식으로부터 출발하는 것이 필요.

- 이하에서는 주로 소득분배의 측면에서 '양극화'가 어떠한 현상을 지칭하며 그에 대한 정책적 대응은 어떠한 방향으로 이루어져야 하는지를 검토할 것.
 - 소득분배구조의 악화를 표현하는 주요 분배지표별로 그 의미와 변화 양상을 고찰
 - 분배구조 악화의 원인과 정책적 대응 방안을 고찰.

2. 최근 주요 소득분배 관련 지표의 변화

□ 빈곤률의 변화

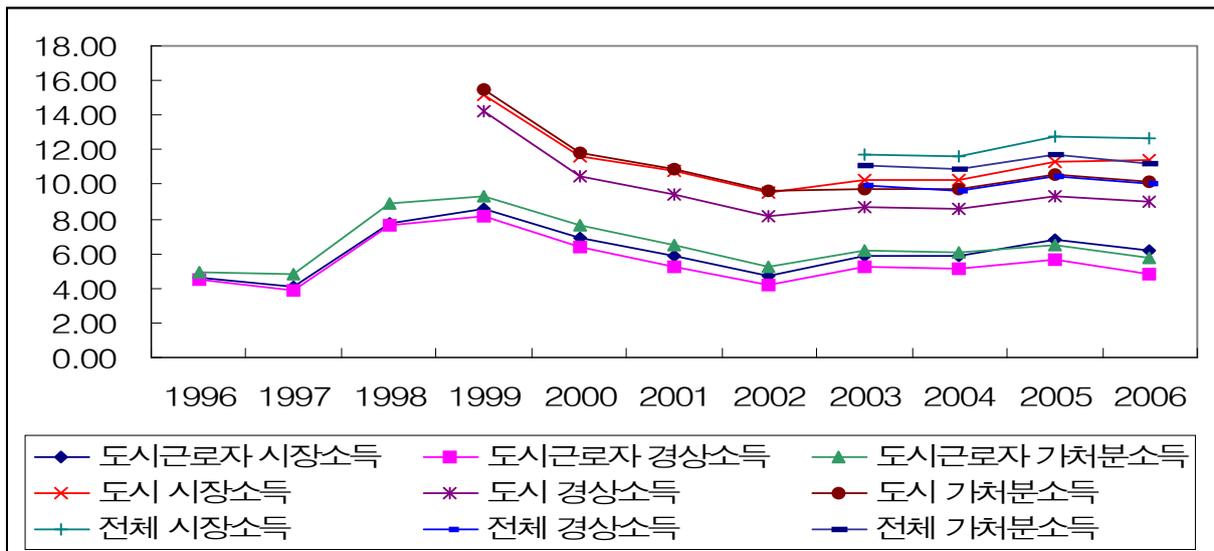
- 빈곤률의 의미
 - 빈곤률은 개인(또는 가구)의 소득이 일정한 기준선(빈곤선) 이하인 사람들의 비율을 의미
 - 빈곤률이 높아졌다는 것은 한 사회에서 빈곤한 상태에 놓여 있는 사람들의 규모가 그만큼 커졌음을 의미함
- 빈곤률의 측정은 빈곤선을 무엇으로 설정하느냐에 따라 달라질 수 있으며 통상적으로 절대빈곤률과 상대빈곤률로 구분됨
 - 절대빈곤률은 정부가 매년 발표하는 가구원수별 최저생계비를 빈곤선으로 설정할 때의 수치이며, 상대빈곤률은 소득분포 상 중위소득(median income)의 50%를 빈곤선으로 설정했을 때의 수치임.
- 절대빈곤률의 변화
 - 절대빈곤률은 경제위기 직후인 '98년 급증하였으며 '99년 이후 계속 감소
 - 그러나 '02-'03년간 악화. '05년 다시 상승한 후, '06년 다소 완화됨.
 - 도시근로자에 비해 도시가계(도시 자영자와 무직자 포함)의, 도시에 비해 전체가계(농어촌 거주자 포함)의 빈곤률이 높음

〈절대빈곤률 변화추이〉

(단위: %)

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
도시 근로자	시장소득	4.59	4.05	7.79	8.55	6.90	5.82	4.70	5.90	5.91	6.78	6.17
	경상소득	4.50	3.90	7.62	8.19	6.42	5.25	4.17	5.26	5.11	5.70	4.87
	가처분소득	4.95	4.79	8.90	9.35	7.61	6.50	5.21	6.13	6.05	6.54	5.73
도시	시장소득				15.16	11.66	10.75	9.53	10.22	10.28	11.32	11.35
	경상소득				14.19	10.50	9.43	8.16	8.66	8.56	9.34	8.96
	가처분소득				15.50	11.81	10.91	9.61	9.74	9.75	10.52	10.18
전체 (2인이상)	시장소득								11.68	11.58	12.74	12.67
	경상소득								9.97	9.61	10.51	10.01
	가처분소득								11.11	10.83	11.68	11.24

〈절대빈곤률 변화 추이〉



○ 상대빈곤률의 변화

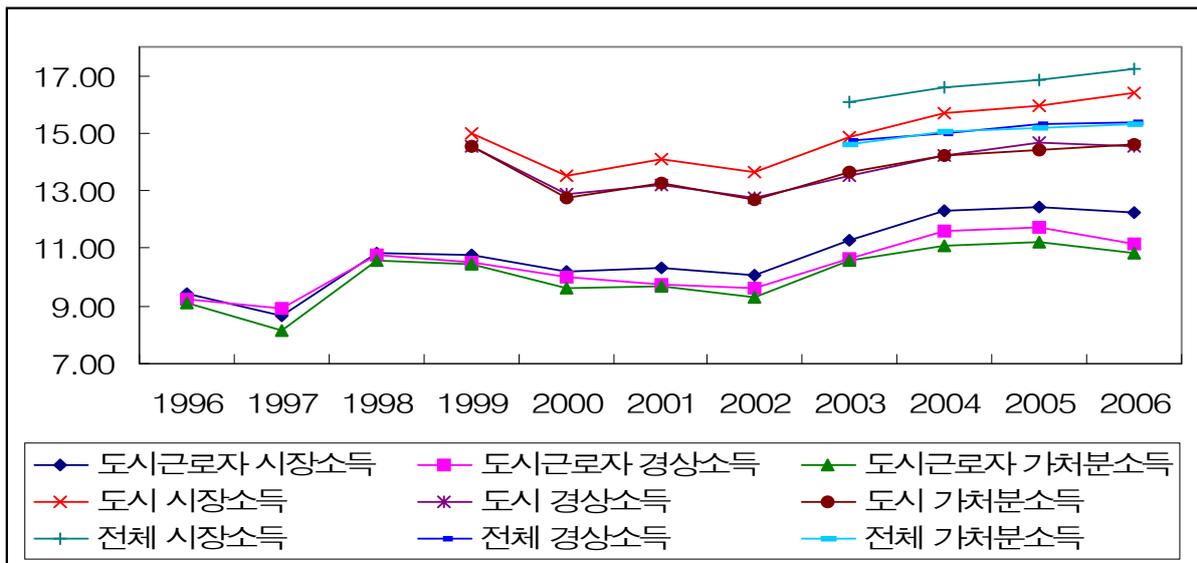
- 상대빈곤률 역시 경제위기 직후인 '98-'99년간 악화. 이후 완화경향을 보이다가 '03년 이후 다시 증가경향을 보임
- '03년 이후 도시가계와 농어촌 포함 전체가계의 시장소득 상대빈곤률은 지속적으로 상승

〈상대빈곤률(중위값의 50%)변화추이〉

(단위: %)

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
도시근로자	시장소득	9.40	8.67	10.84	10.78	10.19	10.32	10.06	11.29	12.33	12.41	12.25
	경상소득	9.24	8.91	10.76	10.52	10.00	9.72	9.63	10.66	11.59	11.70	11.16
	가처분소득	9.13	8.17	10.57	10.48	9.63	9.71	9.33	10.55	11.08	11.24	10.84
도시	시장소득				15.01	13.51	14.10	13.63	14.88	15.71	15.97	16.42
	경상소득				14.53	12.86	13.19	12.75	13.55	14.24	14.65	14.57
	가처분소득				14.52	12.74	13.25	12.68	13.63	14.23	14.40	14.59
전체 (2인 이상)	시장소득								16.07	16.61	16.88	17.23
	경상소득								14.73	15.00	15.28	15.41
	가처분소득								14.63	15.03	15.17	15.30

〈상대빈곤률(중위값의 50%) 변화추이〉



○ 소득격차비율의 변화

- 소득격차 비율은 빈곤의 깊이(depth), 즉 빈곤층의 소득이 빈곤선에 얼마나 못 미치는지를 나타내는 지표임
- (빈곤선-빈곤층 소득)을 모든 빈곤인구에 대하여 합한 값으로써, 소득격차비율이 클수록 빈곤층의 빈곤 정도가 심하다고 볼 수 있음.
- 상대빈곤선을 기준으로 한 소득격차비율은 빈곤률 변화와 유사한 양상을 띠며, 97년 경제위기 직후 증가하였으며 2000년 들어 감소하다 최근 다시 증가경향을 보임.

〈도시근로자의 소득격차비율〉

	시장소득	가처분소득
1996	26.98	27.53
1997	28.45	28.27
1998	34.27	34.93
1999	32.18	31.60
2000	30.21	31.05
2001	29.04	29.25
2002	27.00	27.26
2003	33.84	33.79
2004	34.17	34.99
2005	34.64	33.93

□ 불평등의 변화

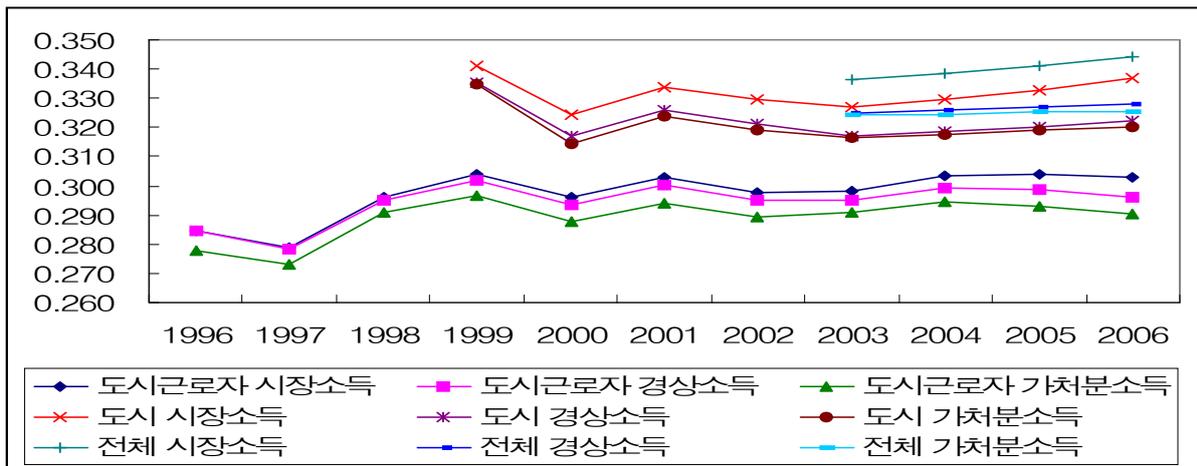
○ 지니계수의 변화

- 지니계수는 한 사회의 소득이 균등한 분배상태(모든 사회구성원이 $1/n$ 씩 동일한 크기의 소득을 얻고 있는 상태)로부터 벗어나 있는 정도를 말함. 지니계수의 값이 0일 경우 완전한 균등분배 상태를, 1일 경우 극단적 불평등 분배상태를 의미
- 우리나라는 상대적으로 시장소득의 불평등이 작은 국가에 속함. 그러나 경제위기 이후 불평등 상태가 급속히 악화됨. 이후 경제위기 이전의 지니계수를 회복하지 못함.
- '04년 이후 도시가계의 불평등 증가추이가 두드러짐.

〈지니계수 변화추이〉

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
도시 근로자	시장소득	0.285	0.279	0.296	0.304	0.296	0.303	0.298	0.298	0.304	0.304	0.303
	경상소득	0.284	0.278	0.295	0.302	0.294	0.300	0.295	0.295	0.299	0.299	0.296
	가처분소득	0.278	0.273	0.291	0.297	0.288	0.294	0.289	0.291	0.294	0.293	0.290
도시	시장소득				0.341	0.325	0.334	0.330	0.327	0.330	0.333	0.337
	경상소득				0.336	0.317	0.326	0.321	0.317	0.319	0.320	0.322
	가처분소득				0.335	0.314	0.324	0.319	0.317	0.317	0.319	0.320
전체 (2인이상)	시장소득								0.336	0.338	0.341	0.344
	경상소득								0.325	0.326	0.327	0.328
	가처분소득								0.324	0.324	0.325	0.325
전체 (1인포함)	시장소득											0.356
	경상소득											0.338
	가처분소득											0.335

〈지니계수 변화추이〉



○ 분위간 소득배율의 변화

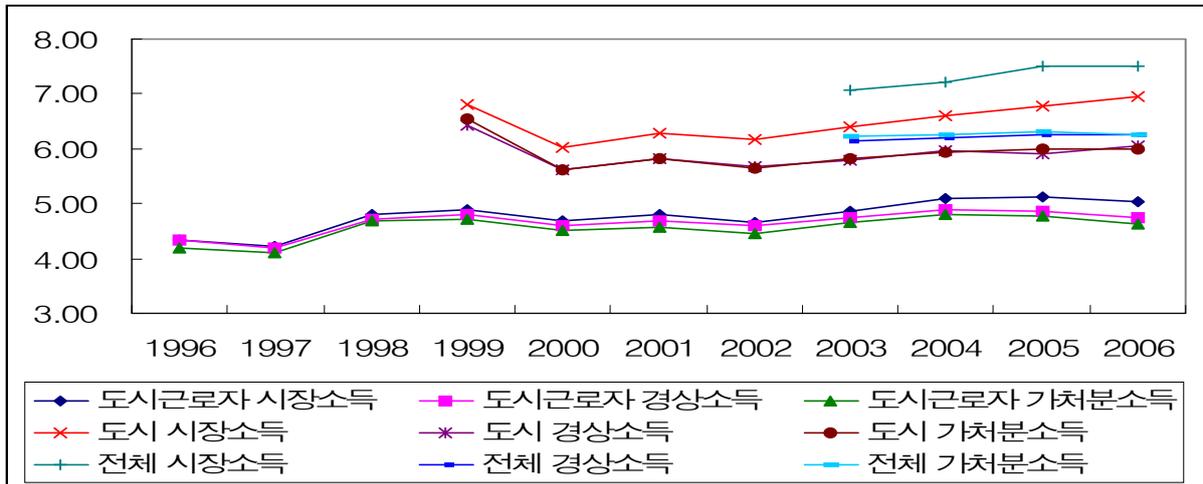
- 소득 5분위(10분위) 배율은 전체 인구를 소득 순위를 기준으로 5개(10개) 계층으로 균등분할 한 후, 최하위 계층과 최상위 계층의 소득 배율을 비교한 값임. 흔히 빈부의 격차를 의미하는 지표로 자주 인용됨.
- 소득 5분위 배율이 높을수록 하위 20% 계층의 소득 대비 상위 20%의 소득의 격차가 크다는 것을 의미.
- 도시근로자의 시장소득 5분위 배율은 약 5배로 '03년 이후 다소 확대됨.
- 도시가계와 전체가계의 시장소득 5분위 배율은 계속 확대되는 양상을 보임

〈5분위배율 변화추이〉

(단위: 배)

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
도시근로자	시장소득	4.34	4.23	4.79	4.89	4.67	4.82	4.65	4.87	5.09	5.12	5.03
	경상소득	4.33	4.20	4.71	4.81	4.59	4.69	4.60	4.73	4.90	4.87	4.75
	가처분소득	4.20	4.11	4.67	4.70	4.50	4.57	4.44	4.66	4.80	4.76	4.62
도시	시장소득				6.80	6.03	6.30	6.17	6.41	6.61	6.77	6.95
	경상소득				6.44	5.61	5.82	5.66	5.78	5.95	5.91	6.05
	가처분소득				6.54	5.61	5.82	5.65	5.83	5.92	5.99	5.98
전체 (2인이상)	시장소득								7.07	7.20	7.49	7.51
	경상소득								6.14	6.20	6.25	6.25
	가처분소득								6.22	6.27	6.32	6.26

〈5분위배율 변화추이〉

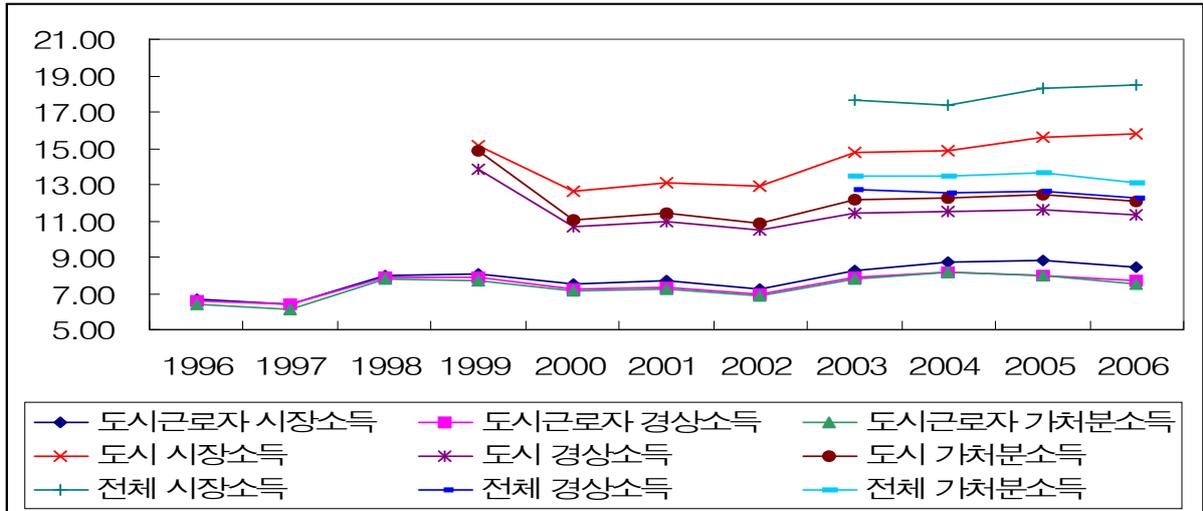


〈10분위배율 변화추이〉

(단위: 배)

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
도시 근로자	시장소득	6.63	6.36	8.01	8.11	7.49	7.66	7.23	8.26	8.75	8.77	8.45
	경상소득	6.60	6.37	7.87	7.92	7.22	7.35	6.96	7.86	8.18	7.99	7.65
	가처분소득	6.41	6.13	7.79	7.70	7.15	7.19	6.86	7.80	8.12	7.97	7.54
도시	시장소득				15.16	12.61	13.05	12.88	14.76	14.89	15.58	15.77
	경상소득				13.83	10.63	10.96	10.47	11.45	11.48	11.58	11.34
	가처분소득				14.86	11.01	11.38	10.87	12.13	12.22	12.41	12.11
전체 (2인이상)	시장소득								17.70	17.39	18.33	18.49
	경상소득								12.71	12.50	12.59	12.29
	가처분소득								13.50	13.45	13.67	13.07

〈10분위배율 변화추이〉



○ 중산층의 인구 및 소득점유율의 변화

- 중위소득의 50% 미만을 빈곤층, 50~70%를 중하층, 70~150%를 중상층, 그 이상을 상위층으로 구분.
- 중하층과 중상층의 합을 중산층으로 간주. 중산층의 인구비율 및 소득점유율이 줄어들면 중산층이 축소로 해석할 수 있음.
- 1996년부터 2006년까지 1인가구를 포함한 전체가구 중 중산층 가구의 비율은 68.6%에서 54.7%로 줄어들어 중산층의 축소 경향을 보여줌. 또한 같은 기간동안 중산층의 소득점유율 비율은 58.7%에서 46.2%로 줄어듬.

〈계층구성의 변화(경상소득기준)〉

	1996	2000	2003	2006
빈곤층	11.19	16.12	19.98	20.0
중하층	13.19	12.84	11.69	11.3
중간층	55.54	48.27	42.76	43.4
상류층	20.08	22.77	25.56	25.4
계	100.00	100.00	100.00	100.00

〈계층별 경상소득 점유율변화〉

	1996	2000	2003	2006상
빈곤층	3.38	4.38	5.10	4.68
중하층	7.12	6.53	6.00	5.77
중간층	51.61	42.97	38.82	40.70
상류층	37.89	46.11	50.07	48.85
계	100.00	100.00	100.00	100.00

- 이상의 지표변화를 통해 볼때, 최근의 분배구조는 빈곤의 증가 및 심화, 불평등의 확대, 상하위층간 격차의 확대, 중산층의 위축 등을 포괄하는 종합적 현상으로 이해됨.

3. 분배구조 악화의 원인

□ 실질소득 증가율의 둔화

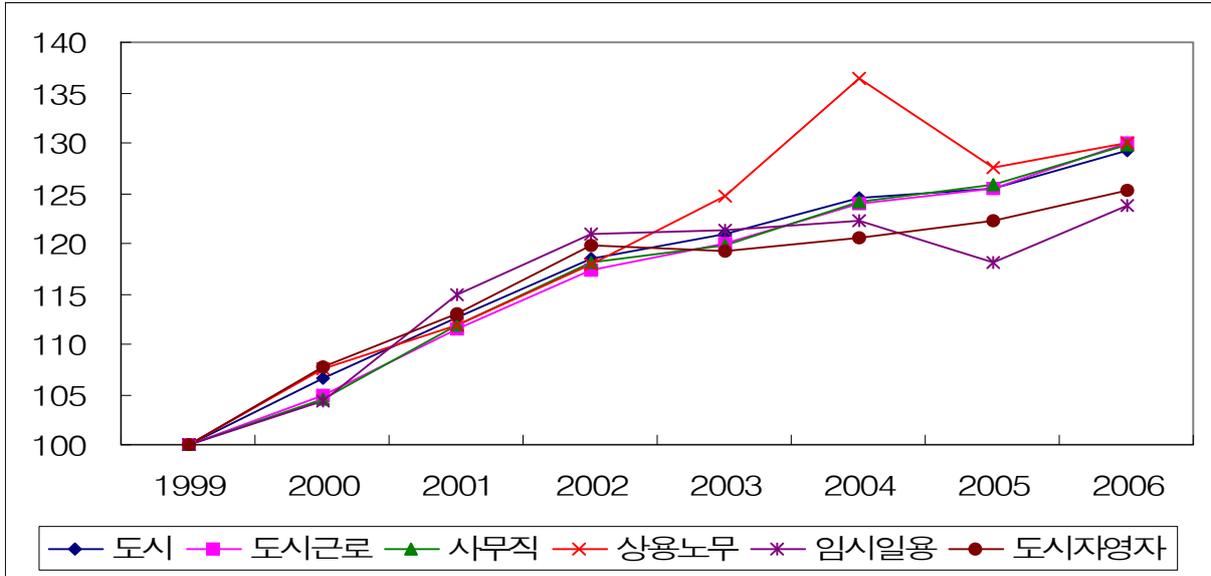
- 소득분배구조 악화의 일차적 원인은 실질소득 증가율의 둔화와 집단간 격차임
 - '99-'06년간 실질시장소득은 전반적으로 상승했으나 도시근로자에 비해 자영자의 소득이, 사무직과 상용노무직에 비해 임시일용직의 소득증가율이 낮음.
 - '03년을 기점으로 도시가계의 시장소득 증가율이 급격히 저하되었으며, 임시일용직 근로와 도시자영자의 증가율 둔화가 특히 심함. '03년의 경우 도시자영자 가구의 실질시장소득 감소 경향도 나타남.

〈도시가계의 시장소득 증가율〉

(단위: %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
도시	6.66	5.66	5.09	2.19	2.82	0.88	3.00
도시근로	4.87	6.25	5.25	2.29	3.30	1.25	3.67
사무직	4.61	6.94	5.56	1.47	3.53	1.44	3.21
상용노무	7.46	4.12	5.35	5.86	9.38	-6.59	1.95
임시일용	4.29	10.20	5.21	0.26	0.86	-3.42	4.79
도시자영	7.74	4.95	5.94	-0.45	1.03	1.55	2.47

〈도시가계의 시장소득 증가추이(1999=100)〉



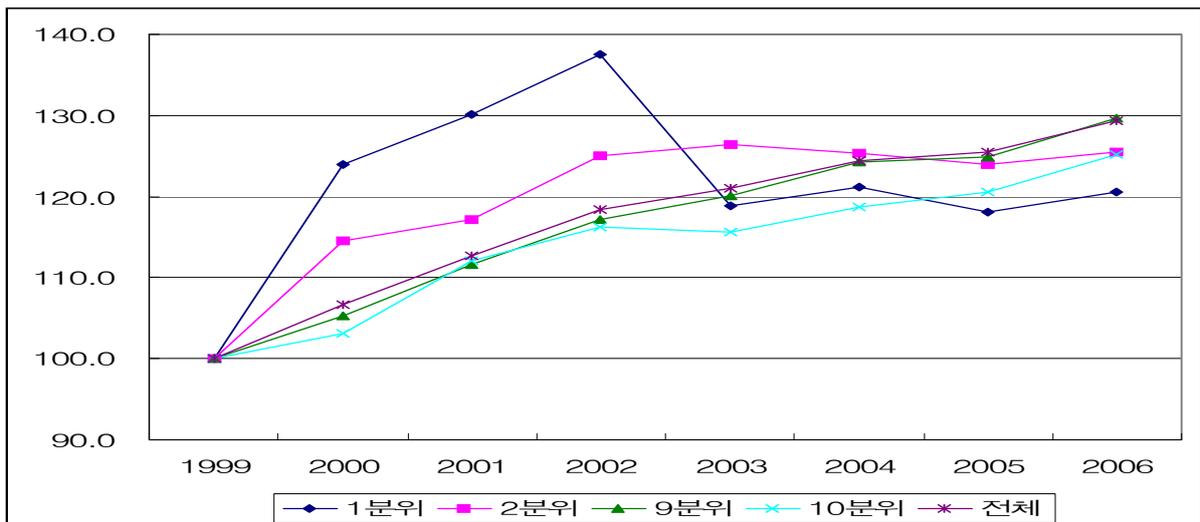
□ 저소득층의 소득증가율 미흡

- 소득계층별로 실질시장소득 증가율을 비교할 경우, 1/10, 2/10분위의 소득증가율이 전체층의 평균적 소득증가율에 못미침.
 - 이는 성장의 결과가 전 계층에 고루 돌아가지 못했음을 의미할 뿐만 아니라, 저소득층일수록 성장의 혜택을 입지 못했음을 의미함.
 - 이러한 사실을 통해 볼 때, 경기회복과 경제성장이 분배구조를 개선시킬 수 있다는 낙관적 전망은 하기 힘들. 경기와 무관하게 분배구조를 악화시키고 있는 요인에 대처하는 것이 필요.
 - '03-'04년의 도시근로자 절대빈곤률 증가는 임시·일용노무직 가구의 증가와 무관하지 않은 것으로 보임.
 - 요컨대 자영부문의 저조와 저소득층의 고용불안에 따른 소득불안이 분배구조 악화의 결정적 원인인 것으로 판단됨.

〈도시가계 분위별 시장소득 증가추이(1999=100)〉

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	평균증가율
1분위	100.0	124.0	130.1	137.5	118.9	121.1	118.1	120.6	2.71
2분위	100.0	114.5	117.2	125.1	126.4	125.3	124.0	125.4	3.29
3분위	100.0	111.5	114.4	121.5	126.4	128.2	126.9	130.1	3.84
4분위	100.0	110.1	113.4	120.2	125.9	128.9	129.1	132.3	4.08
5분위	100.0	108.4	113.0	119.2	124.5	128.2	129.6	132.6	4.11
6분위	100.0	106.8	112.2	118.0	123.2	127.2	128.8	131.6	4.00
7분위	100.0	106.1	111.5	117.5	121.8	126.1	127.8	131.4	3.98
8분위	100.0	105.9	111.7	117.5	121.7	125.8	127.0	131.7	4.01
9분위	100.0	105.2	111.6	117.2	120.0	124.3	124.9	129.6	3.77
10분위	100.0	103.1	112.0	116.3	115.6	118.7	120.6	125.1	3.25
전체	100.0	106.7	112.7	118.4	121.0	124.5	125.5	129.3	3.74

〈도시가계 분위별 시장소득 증가추이(1999=100)〉



〈도시가계의 가구주 고용상태별 구성 및 절대빈곤률 변화〉

(단위: %)

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	평균
구성비	근로자	55.80	56.20	55.88	55.78	58.85	58.82	58.72	59.36	57.43
	자영자	31.89	32.32	32.68	33.16	30.87	31.07	30.44	29.39	31.48
	무직자	12.31	11.48	11.44	11.05	10.28	10.11	10.84	11.26	11.10
절대 빈곤률	근로자	8.19	6.42	5.25	4.17	5.26	5.11	5.70	4.87	-
	자영자	11.54	7.05	6.05	4.69	5.57	6.34	6.88	6.80	-
	무직자	48.26	40.18	39.50	38.71	37.43	35.48	35.95	36.15	-

□ 불평등 확대에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 노동공급의 격차

- '03-'06년 분위별 노동공급의 격차 확대가 불평등 악화의 54.0%를 설명. 한편 소득격차 확대는 소득불평등 증가의 45.9%를 설명(이병희·강신욱 외, 2007)
- 이 기간 동안 가구주의 임금근로 취업률이 불평등 증대의 가장 큰 요인으로 나타남. 1/5분위의 임금근로 취업률은 감소하고 있는 반면 5/5분위는 증가.
- 최근 소득불평등 증가는 하위 소득 가구의 임금근로 취업률 하락에 따른 노동공급 격차 확대, 상위가구의 높은 근로소득 증가, 하위 가구의 사업소득 감소에 따른 소득 격차 확대에서 기인하고 있음을 시사.

4. 분배구조 개선을 위한 정책과제

□ 분배구조 개선을 위한 다차원적 접근 필요

- 최근 분배구조의 악화는 일차적으로 저소득층의 소득 불안에서 비롯된 바 크지만, 빈곤률의 증가 뿐만 아니라 분위간 소득배율의 증가, 중산층의 축소 등 다양한 현상으로 나타나고 있음.
- 따라서 빈곤층뿐만 아니라 중산층의 소득 안정을 위한 다각적인 정책적 대응 필요

□ 확장적 빈곤대책의 필요성

- 특히 중하층에서 빈곤으로의 진입과 탈퇴를 반복하는 계층이 폭 넓게 존재
 - '03-'05년간 계속빈곤층은 약 4.1%에 불과하나 한 분기라도 빈곤을 경험한 계층은 약 35.1%에 달할 것으로 추정됨.(일시빈곤 14.9%, 반복빈곤 16.1%)
- 이들은 근로능력을 갖고 있거나 취업상태에 있는 빈곤층, 즉 이른바 근로빈곤층(working poor)이 대부분일 것으로 추정됨
 - 따라서 빈곤대책의 범위를 계속빈곤층의 기초생활보장에서 더욱 확장하여 빈곤 위험층의 빈곤화 방지 및 근로능력이 있는 빈곤층의 탈빈곤을 위한 정책까지 영역을 넓힐 필요.
- 계속빈곤층에 대해서는 빈곤의 깊이(depth)를 완화시켜주는 정책(기초보장의 사각지대 해소 등), 반복빈곤층과 일시빈곤층에 대해서는 탈빈곤 촉진정책(급여체계 개편, 적극적 노동시장정책), 빈곤 위험층에 대해서는 빈곤화 방지대책(사회보험 적용 확대 등) 필요.

□ 저소득층의 고용기회 확대와 고용안정성 강화

- 각종 분배지표의 악화경향이 관측되는 가운데 정부의 사회보장 지출에 따른 불평등의 완화 폭은 점차 증가하는 경향
 - 시장소득 기준 빈곤률과 지니계수, 5(10)분위 배율 등에 비해 경상소득(시장소득 + 공적이전)과 가처분소득(경상소득-직접세-사회보험료납부액)의 분배지표는 개선되고 있음.
 - 따라서 사회보장지출 확대가 분배구조 개선에 어느 정도 기여한다고 볼 수 있음.
 - 그러나 시장소득 불평등의 악화속도가 빠르게 진행되고 있다는 것이 문제이며, 이를 해결하지 않고서는 불평등 완화를 위해 더 많은 재원이 소요될 것으로 예상됨.
- 시장소득 불평등의 개선을 위해서는 고용기회 확대가 가장 우선시 되어야 할 것으로 판단됨.
 - 고용 없는 성장을 계속할 경우 하위 분위의 소득증가율이 전 계층의 평균 소득증가율에 못 미치는 현상이 계속될 것임.
 - 비정규직 근로자의 고용불안을 해소함으로써 소득을 안정화시키는 정책이 절실히 요구됨.

□ 영세 자영업자의 소득지위 개선을 위한 차별적 접근 모색

- 소득 1, 2분위(5분위 기준)에 속하는 영세자영업자의 소득불안 해소 필요
- 연령, 학력, 성별로 자영업으로의 진출·입이 소득지위 상승 및 하락에 다른 방식으로 작용할 것으로 추정됨.
 - 저학력, 여성, 고령층의 자영업자층에 대해서는 성공적 자영업 정착을 위한 창업 정보 및 금융지원
 - 고학력, 남성, 중년층에 대해서는 자영업으로의 진입을 억제하고 임노동자의 지위를 유지할 수 있도록 고용지원 서비스 강화 필요

V. 사회보험

1. 공적연금의 개혁
2. 국민연금관리체계의 개선
3. 건강위험의 보장성 강화

1. 공적연금의 개혁

1. 공적소득보장의 현 위치

- 공적연금제도별로 도입단계가 상이하어 재정상황 및 소득보장 수준에서 상당한 차이가 존재
 - 1960년 도입된 공무원연금, 1963년 도입된 군인연금은 '저부담·고급여'연금제도가 성숙단계에 진입함에 따라 심각한 재정 불안정을 노출하고 있음.
 - 2008년 공무원연금은 1조 2,500여억원, 군인연금은 9,500억원의 적자가 예상됨.
 - 1975년 도입된 사학연금은 본격적인 수급자가 발생하지 않아 아직까지 재정적자를 시현하지 않고 있으나, 2026년에 기금이 고갈될 것으로 전망됨.
 - 공무원연금 등 특수직역연금은 일반 국민대상 연금제도에 비해 넉넉한 연금액이 지급됨으로써 소득보장의 목적은 충실히 달성하고 있음.
 - 그러나 20년 이상 가입자에게만 연금이 지급됨에 따라 상당수 가입자들이 연금사각지대에 노출, 즉 연금이 아닌 일시금 수급자로 전락하고 있음.
- 한편 일반 국민 대상의 국민연금제도는 공무원연금 등 특수직역연금에 비해 상대적으로 건전한 재정 상태를 보이고 있으나, 제도 도입역사가 일천함에 따라 파생되는 소득보장의 적절성과 연금사각지대 문제에 노출되고 있음.
 - 1988년에 도입된 국민연금제도는 1998년, 2007년 두차례에 걸친 재정안정화 노력을 통해 1988년 제도 도입당시 70%였던 소득대체율을 2028년까지 40%로 하향 조정하였음.
 - 이론적인 소득대체율과 제도 도입 역사가 짧아 초래되는 실질 소득대체율 사이의 괴리로 인한 소득보장의 적절성 문제가 중요 정책과제로 대두
 - ※ 2008년부터 적용될 국민연금 소득대체율이 50%이나, 이는 40년 가입한 평균 소득자의 소득대체율임.
 - ※ 현재 예상되고 있는 평균적인 국민연금 가입기간(21.7년)에 해당되는 가입자의 실제 소득대체율이 25% 수준에 불과하여, 이론적인 소득대체율(50%)과 상당한 괴리가 발생.

○ 사회보험방식, 즉 보험료를 납부한 가입자에게만 연금을 지급하는 국민연금제도 운영의 기본원칙에 따라 상당한 규모의 사각지대 발생이 불가피함.

→ 2006년 말 현재 국민연금 가입대상자 1,700여만 명 중 490여만명이 보험료를 납부하지 않는 납부 예외자로 분류되어 잠재적인 연금사각지대에 노출되어 있음.

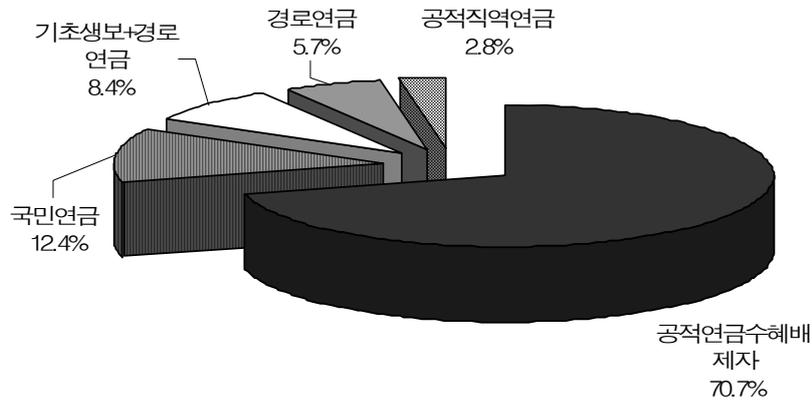
※ 국민연금 납부예외자수가 평균적으로 490만명을 유지하고는 있으나, 대상자가 변동하고 있다는 사실을 주목할 필요가 있음. 즉 전체 숫자에는 커다란 변화가 없으나, 납부예외자 구성원들의 변동이 심하여 개별 가입자 측면의 납부 예외자 내역에는 상당한 변동이 있다는 것임.

○ 국민연금에의 가입기회를 부여받지 못한 현 노령층의 노후소득보장 사각지대문제가 중요한 정책과제로 대두되고 있음.

→ 2005년말 현재 65세 이상 노인 중 70%가 공적소득보장의 사각지대에 노출되어 있음.

→ 국민연금 가입자 중 납부예외자로 대표되는 잠재적 연금사각지대문제와 함께 현 노령층의 연금 사각지대를 어떻게 해결할 것인가가 중요한 논점으로 등장

〈65세 이상 총인구 대비 공적연금 사각지대 현황('05년 말 현재)〉



2. 공적소득 보장을 둘러싼 여건전망

- 현 노령층의 연금사각지대 해소차원에서 도입된 기초노령연금제도의 성격 규명 및 발전방향에 대한 논쟁이 심화될 것임.
 - 국민연금에의 가입기회를 부여받지 못한 현 노령층의 연금사각지대 해소차원에서 도입된 기초노령연금의 성격 및 제도발전방향에 관한 논란이 거세질 것임.
 - 2003년 10월 정부가 국회에 제출하였던 국민연금법안이 재정안정화에만 치우쳐있고 연금사각지대 해소방안이 없었다는 지적에 따라 다양한 대안들이 거론되었음.
 - 현 노령층의 사각지대 해소차원에서 정부는 당초 현 노령층(65세 이상)의 45%에 게 정부 일반재정(세금)으로 재원을 조달하는 기초노령연금법안을 제안하였음.
 - 65세 이상 노인 대대수에게 세금으로 재원을 조달하는 기초연금제도 도입을 줄기 차게 주장한 야당과의 정치적 협상의 일환으로 기초노령연금제도가 탄생하였음.
 - ※ 2007년 4월 65세 이상 노인 60%에 대해 국민연금 가입자 소득(A값)의 5%를 지급하는 기초노령연금법이 통과
 - ※ 그러나 동년 7월 국민연금 재정안정화 법안 통과와 조건으로 시행한번 되어 보지 못한 채 기초노령연금법은 다음과 같이 개정되었음. 즉 수급대상자는 2009년까지 60%에서 70%로 10% 포인트 확대, 급여수준은 5%에서 2028년까지 10%로 확대하는 내용으로 수정시켜 통과되었음.
 - 기초노령연금법 통과과정을 통해 알 수 있는 것처럼 제도에 대한 장기적인 비전 및 장기적인 발전방향에 관한 청사진이 결여되었음.
 - 기초노령연금의 발전방향, 국민연금과의 관계 등 전체 노후소득보장체계 구축 차 원에서의 기초노령연금 발전방향 제시가 시급함.
- 국민연금제도의 추가적인 재정안정화 방안과 개혁방향에 대한 논의가 거세질 것임.
 - 당초 국민연금법 재정안정화 방안에 따르면 소득대체율 인하와 함께 현재 9%인 국민연금 보험료를 2018년까지 12.9%까지 인상할 예정이었음.
 - 그러나 정치적인 타협과정에서 소득대체율 인하조치만 법안에 반영되었고 보험 료 인상이 이루어지지 않음에 따라 장기적인 관점에서의 재정 불안정이 불가피

〈국민연금 장기재정전망(2007년 연금법 개정 이후, ‘공무원연금발전위’ 가정 채택)〉

(단위: 조원, %, 배)

연도	총수입			총지출	수지차	적립기금		보험료율	적립률 ²⁾
	계	보험료	투자수익			경상 가격	불변 가격 ¹⁾		
2007	38	22	16	6	32	244	230	9.0	37.1
2010	51	27	23	10	41	357	308	9.0	33.1
2020	112	53	59	32	80	984	632	9.0	28.4
2030	202	91	111	99	103	1,931	922	9.0	18.4
2040	294	131	163	262	32	2,701	960	9.0	10.2
2042	305	140	166	311	-5	2,712	908	9.0	8.7
2050	313	187	126	535	-222	1,808	478	9.0	3.8
2055	248	221	27	728	-480	-48	-11	9.0	0.6
2060	262	262	0	995	-734	-	-	9.0	-
2070	387	387	0	1,687	-1,300	-	-	9.0	-

주: 소득대체율은 2008년 50%로 인하한 이후 매년 0.5%씩 인하하여 2028년 이후 40%를 유지하고 보험료율은 9%를 유지함.

1) 2005년 불변가격

2) 당해연도 총지출 대비 전년도 적립기금을 뜻함.

자료: 한국보건사회연구원, 2007

□ 공무원연금 등 특수직역연금의 개혁압력이 거세질 것임.

○ 국민연금에 비해 재정 불안정이 훨씬 심각한 특수직역연금 제도 개선 압력이 거세질 것임.

→ 특수직역연금에 비해 상대적으로 건실한 국민연금의 경우 이미 두차례의 재정 안정화 조치가 이루어졌음.

※ 연금 한번 제대로 받아보지 못하였는데도 재정 안정화 조치가 두차례나 이루어짐에 따라 나이 들어 국민연금을 받을 수 있을 것인가에 대한 불신 고조와 함께 형평성 차원에서 특수직역연금에 대해서도 유사한 수준의 고통분담 압력이 거세질 것임.

〈공무원연금 재정전망〉

(단위: 조원)

연도	경상가격			2005년 불변가격		
	총지출	보험료 수입	정부보전	총지출	보험료 수입	정부보전
2007	6	5	1	5	4	1
2010	7	6	1	6	5	1
2015	14	6	8	11	4	6
2020	25	8	17	16	5	11
2025	41	11	30	23	6	16
2030	63	15	48	30	7	23
2035	88	23	65	36	9	27
2040	113	32	81	40	11	29
2045	151	44	106	46	14	33
2050	199	57	141	53	15	37
2060	362	97	265	71	19	52
2070	630	158	473	92	23	69

주: 상기 추계결과는 공무원연금 가입자에게 국민연금과 동일한 생명표를 적용한 관계로 실제 공무원연금 재정보다 낙관적, 즉 보수적으로 추계되었다. 공무원연금 관리공단의 자체 생명표에 의하면 공무원의 평균수명이 국민연금 대상자보다 높은 것으로 나타나고 있기 때문이다. 본 추계모형은 공무원을 포함한 특수직 종사자들의 사망률에 대한 별도의 정보를 입력하여 추계하도록 구축되어 있으나, 공무원 등 특수직역 종사자의 사망률에 대한 상세한 정보 부재로 국민연금 가입자와 동일한 가정이 사용되었음을 밝힌다.

자료: 윤석명, 「한국의 사회보장비 지출전망 및 시사점 - 사회보험 중심으로 -」, 『보건복지포럼』 11월호, 한국보건사회연구원, 2007f.

〈사학연금 재정 전망〉

(단위: 조원)

연도	경상가격				2005년 불변가격			
	총수입	총지출	수지차	적립기금	총수입	총지출	수지차	적립기금
2007	2	1	1	10	2	1	1	10
2010	3	2	1	14	2	1	1	12
2015	4	3	1	19	3	3	0	14
2018	5	5	0	19	3	3	0	13
2019	5	6	-1	18	3	4	0	12
2020	5	6	-1	17	3	4	-1	11
2025	6	11	-5	1	3	6	-3	0
2026	6	12	-6	-5	3	7	-3	-3
2030	8	17	-10	-	4	9	-5	-
2040	14	39	-25	-	5	15	-10	-
2050	24	79	-55	-	7	23	-16	-
2060	44	160	-116	-	10	36	-26	-
2070	80	307	-227	-	14	54	-40	-

자료: 윤석명(2007f), 전계서.

〈군인연금 재정전망〉

(단위: 조원)

연도	경상가격			2005년 불변가격		
	총지출	총수입	정부보전	총지출	총수입	정부보전
2007	1.8	0.9	0.9	1.7	0.8	0.8
2010	1.9	1.0	0.9	1.6	0.9	0.7
2015	2.6	1.4	1.3	2.0	1.0	0.9
2020	3.2	1.8	1.5	2.1	1.1	0.9
2025	4.3	2.3	2.0	2.4	1.3	1.1
2030	5.9	2.9	3.0	2.8	1.4	1.4
2035	8.2	3.6	4.6	3.4	1.5	1.9
2040	10.9	4.5	6.4	3.9	1.6	2.3
2045	15.4	5.6	9.8	4.7	1.7	3.0
2050	21.6	6.9	14.7	5.7	1.8	3.9
2060	39.2	11.2	28.0	7.7	2.2	5.5
2070	68.4	18.2	50.2	10.0	2.7	7.3

자료: 윤석명(2007f), 전계서.

3. 공적소득보장의 목표

- 대한민국 노인 대다수가 최소한의 생활을 할 수 있도록 관련제도를 보완 및 정비할 필요가 있음.
 - 근로기간 동안 본인의 보험료 납부에 기반하여 연금을 지급받는 사회보험방식의 공적연금제도가 공적노후소득보장의 기본이 되어야 함.
 - 현재 국민연금제도의 약점으로 거론되는 잠재적 연금사각지대를 최소화할 수 있는 정책대안이 시급함.
 - 사회보험방식 공적연금제도와는 별도로 근로기간동안의 빈곤이 노후에도 이어지지 않도록 사회취약계층에 대한 별도의 노후소득보장제도가 불가피
 - 사회적 취약계층에 대해서는 본인의 기여와 상관없이 연금이 지급되는 사회수당형 연금제도를 확대하여 운영
 - 국민연금에 가입하여 보험료를 납부하고 있으나, 가입기간이 짧거나 보험료 납입액이 적어 낮은 연금액이 예상되는 계층에 대해 별도의 참여유인 및 소득보장제도 마련
- 공적연금제도의 지속 가능성 제고, 제도의 통합운영을 위한 준비, 다층소득보장체계 내에서 공적연금의 역할을 명확하게 할 필요가 있음.

- 특수직역연금 중심으로 조속한 시일 내에 재정안정화 방안 마련
- 전 세계 연금개혁 추세에 발맞추어 국민연금과 특수직역연금을 통합운영할 수 있도록 관련제도를 정비
- 적당한 시점에 국민연금과 특수직역연금을 통합·운영할 수 있도록 통합에 장애가 되는 제도를 정비함.
- 공적연금, 퇴직연금(기업연금), 개인연금으로 이루어지는 다층소득보장체계를 구축하여 초고령사회에 효과적으로 대처할 수 있는 기반 구축
- 실질적인 의미에서 다층소득보장체계의 한 축을 담당하되, 여타 제도가 공존할 수 있도록 공적연금제도의 발전방향을 제시

4. 공적소득 보장을 위한 정책방향

1) 국민연금의 정책방향 1 : 적절한 수준의 연금액 지급을 위해 기준소득 상향조정

- 국민연금의 경우 노후생활에 필요한 적절한 수준의 소득대체율 확보
 - 연금액 산정의 기본이 되는 표준소득월액, 즉 기준소득의 상한이 12년 동안 고정(월 360만원)되어 그 동안의 그동안의 상승률을 반영하지 못하고 있음.
 - 여기에 덧붙여 강한 소득재분배 기능이 도입되어(소득재분배 비중이 50%) 중산층 이상의 국민연금의 소득대체율이 매우 낮은 수준임.
 - ※ 반면에 특수직역연금은 100% 소득비례연금으로 운영되고 있으며, 연금액 산정의 기준이 되는 기준소득에 대한 상한이 없음.
 - 국민연금 기준소득의 상한을 월 360만원에서 월 480만원 안팎으로 상향 조정하여 그 동안의 소득 상승분 현실화 및 줄어든 소득대체율을 보충

〈표준소득월액 등급 변경(최고등급을 480만원으로 인상)시 소득등급별 수익비〉

(단위: 배)

소득수준 (천원)	가입기간			
	40년	30년	20년	10년
220	4.19	5.44	7.92	8.00
729	2.98	2.97	3.02	3.06
1,238	2.12	2.11	2.15	2.18
1,747	1.76	1.75	1.79	1.81
2,256	1.57	1.56	1.59	1.61
2,764	1.44	1.44	1.47	1.48
3,273	1.36	1.35	1.38	1.40
3,782	1.30	1.29	1.32	1.33
4,291	1.25	1.24	1.27	1.28
4,800	1.21	1.20	1.23	1.25

자료: 한국보건사회연구원, 2007.

→ 대신 기준소득 상향 조정으로 인해 초래될 추가적인 재정 불안정 해소차원에서 현재 9%인 보험료를, 당초 정부의 국민연금 재정안정화 법안을 따라 12.9%까지 인상(2018년까지)

※ 기준소득 상향조정에 따라 고소득층의 보험료 부담액이 증가할 것이므로 이에 대한 홍보전략 마련에 만전을 기하여야 함. 즉 보험료 인상이 아니라 보험료 부담액 증가에 비례하여 연금액이 증가한다는 사실을 적극 홍보할 필요가 있음.

→ 기준소득 상향 조정에 따른 보험료 부담액 증가가 정치적으로 부담스러울 경우 이원화된 정책을 고려할 수도 있을 것임.

※ 가입자 기준소득이 월 360만원 ~v 480만원인 가입자에 대해 기존의 소득기준(월 360만원)과 변경된 기준소득(월 360만원 ~v 480만원) 중 선택할 수 있도록 허용

2) 국민연금의 정책방향 2 : 소득재분배 기능 완화

□ 국민연금의 소득재분배 기능완화를 통한 가입자들의 제도 참여 유인 강화

○ 현재 50% : 50%인 국민연금의 소득재분배와 소득비례 비율을 25% : 75%로 변경하여 소득비례 속성을 강화시킴.

→ 자영자 등에 대한 소득과약 인프라가 불안정한 상황에서 지나치게 강한 소득재분배 기능이 도입됨에 따라 가입자들의 제도 참여 유인이 약화

※ 유리알 지갑으로 대표되는 사업장 가입자(봉급생활자)와 소득과약이 어려운 자영자를 하나의 제도로 운영함에 따른 불만 최소화

→ 중산층 이상 국민연금 가입자의 경우 보험료 기준소득 상향조정과 소득재분배 기능 축소로 성실 가입자의 경우 안정적인 노후소득을 제공

※ 현재 국민연금제도는 중산층 이상의 고소득층과 저소득층 모두에게 만족스럽지 못한 제도로 전략

〈국민연금 급여산식 중 소득재분배 비중을 하향 조정할 경우의 소득 수준별 예상 연금액〉

(단위: 월액, 천원(2007년 가격기준))

소득수준	가입기간			
	40년	30년	20년	10년
220	184	158	107	54
596	312	232	158	80
971	412	307	209	106
1,347	513	382	260	132
1,722	613	457	312	158
2,098	714	532	363	184
2,473	815	607	414	210
2,849	915	682	465	236
3,224	1,016	757	516	262
3,600	1,116	832	567	288

자료: 한국보건사회연구원, 2007.

→ 중산층 이상 고소득자는 용돈수준의 연금이라는 불만, 중산층 이하 저소득층은 보험료 부담의 어려움으로 인한 사회보험방식 연금제도에 대한 불만이 높음.

※ 적어도 중산층 이상의 고소득층으로부터 용돈 수준의 연금에 불과하다는 비판을 잠재울 필요가 있음.

※ 지금 살기도 어려운데, 퇴직 후의 먼 미래를 내다보고 보험료를 내야한다는 저소득층의 불만에 대해서는 별도의 대책을 강구

3) 국민연금의 정책방향 3 : 저소득층에 대한 보험료 지원 및 최저연금제 도입

□ 국민연금의 소득재분배 기능이 완화될 경우 저소득층의 연금액이 대폭 하락하여 노후소득보장제도로서의 기능을 상실할 우려가 높음.

○ 저소득층이 국민연금제도에 성실하게 가입할 유인 마련이 시급함.

□ 저소득층에 대해 보험료를 지원하는 제도 도입

○ 일정소득 이하 가입자에 대해 보험료의 50%를 정부가 부담

→ 일단계로 국민연금 표준소득월액이 최저생계비에 미달하는 계층의 국민연금 보험료 50%를 국고로 지원

※ 소득 파악 정도에 발맞추어 점차 대상자를 확대시킴.

〈표준소득월액이 최저생계비 이하인 등급(12등급 이하)에 보험료 50%를 국고로 지원할 경우의 대상자수, 예상 부담액 및 연금액〉

(단위: 백만원, 2007년 가격기준)

등급	표준 소득월액	가입자수(명)	월액			연액		
			보험료		수급액	보험료		수급액
			총부담액	국고지원		총부담액	국고지원	
1	220	8,317	165	82	1,480	1,976	988	17,762
2	230	664	14	7	128	165	82	1,532
3	240	605	13	7	117	157	78	1,403
4	250	1,404	32	16	273	379	190	3,273
5	260	1,264	30	15	247	355	177	2,962
6	270	1,668	41	20	327	486	243	3,928
7	290	3,177	83	41	630	995	498	7,558
8	310	7,249	202	101	1,451	2,427	1,213	17,418
9	340	12,098	370	185	2,459	4,442	2,221	29,502
10	370	23,945	797	399	4,938	9,568	4,784	59,251
11	400	32,327	1,164	582	6,763	13,965	6,983	81,152
12	440	30,329	1,201	601	6,465	14,412	7,206	77,586
합계		123,047	4,111	2,055	25,277	49,329	24,664	303,326

주: 국민연금 표준소득월액 12등급이하 123천명¹⁾이 평균가입기간 22년동안 가입하는 경우 이들의 보험료 50%를 국고로 지원한다는 가정에서의 대상자수와 재원소요액임.

자료: 윤석명·신화연 외, 『한국적 노후소득보장체계 구축방안』, 한국보건사회연구원, 2007년 출간 예정.

1) 2007년 8월기준

□ 국민연금에 성실 가입한 저소득층에 대해 최저연금보증제도 도입

○ 근로기간동안 소득이 낮아 국민연금에 성실 가입하였음에도 불구하고 연금액이 최저생계비에 미달하는 가입자에 대해서는 최저연금보증제도를 도입

→ 국민연금에의 성실가입 유인 제공을 통해 노후 부양비용을 국가와 개인이 공동 부담

※ 개인의 노후를 국가에 전적으로 의존하는 도덕적 해이를 원천적으로 차단

4) 국민연금을 보완할 수 있도록 현행 기초노령연금제도를 개편 : 소득보장 확보

□ 국민연금 성숙단계에서도 국민연금으로부터 적절한 수준의 소득원을 확보하지 못한 빈곤 노인을 위한 공공부조제도로 기초노령연금제도의 발전방향을 설정

○ 현재의 제도를 유지할 경우 이것도 저것도 아닌 제도로 전략할 우려가 높음.

〈기초노령연금제도 도입에 따른 수급자 및 소요재원 장기전망〉

연도	대상자수 (천명)	1인당 평균급여액(월액, 천원)		총비용(조원)	
		경상가격	2007년 가격기준	경상가격	2007년 가격기준
2008	3,012	85	80	3	2
2010	3,748	105	87	5	4
2020	5,475	276	128	18	8
2030	8,329	596	161	60	16
2040	10,459	979	163	123	20
2050	11,055	1,595	163	212	22
2060	10,208	2,501	164	306	20
2070	9,047	3,884	164	422	18

자료: 한국보건사회연구원, 2007.

○ 국민연금과 최저보증연금제도로부터 노후소득을 확보하지 못한 저소득 노인(또는 근로기간 동안의 저소득자) 대상의 공공부조제도로 개편

→ 정부의 지원을 받더라도 국민연금에 성실 가입한 자와 그렇지 않은 자에 대해서는 차별을 명확히 한다는 측면에서 어느 정도의 스티그마 속성을 부여함.

○ 수급대상자는 최소화, 급여수준은 현실화

→ 현 노령층의 국민연금 사각지대 문제 상당부분은 국민연금제도가 미성숙단계인 관계로 인해 발생하는 현상임.

〈65세 이상 인구대비 국민연금 수급자 수 증가추이(유족연금 포함)〉

(단위: 천명, %)

연도	65세이상 총인구수(가)	유족포함 연금수급자수(나)	(나)/(가)
2007	4,822	975	20.2
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: 한국보건사회연구원, 2007.

- 국민연금에 적극 참여할 수 있는 유인을 제공함으로써 무연금 및 저연금자를 최소화함(최저보증연금 및 소득비례 강화)
- 이같은 노력에도 불구하고 연금소득을 확보하지 못한 저소득 노인 및 근로빈곤층을 대상으로 기초노령연금제도를 활용
 - ※ 자신의 노력으로 안정적인 연금액을 확보할 수 있는 계층에 대해서는 제도 적용에서 제외하는 원칙을 설정함으로써 제도 운영 및 발전방향과 관련된 적용대상과 급여수준을 명확하게 함.
 - ※ 장기적으로 적용대상을 최소화하는 반면에, 현재의 기초노령연금처럼 노후생활에 필요한 수준에 미달하는 연금액(최대 10%)을 지급하는 것이 아닌 노후생활이 가능한 연금액(최대 20%에서 30% 사이)을 지급할 수 있도록 제도 개편
- 제도의 적용대상 및 성격을 명확히 함으로써 노인 모두에게 적용되는 보편적인 제도로 발전하는 것을 사전에 방지함으로써, 초고령사회에서 근로세대의 지나친 부담을 예방

5) 특수직역연금의 정책방향 : 재정안정화 법안 마련 및 국민연금과의 통합 준비

□ 국민연금에 상응하는 수준으로 특수직역연금의 재정안정화 추진

- 소득대체율(76% : 40%), 연금연동방식(소비자물가 상승률 + 정책조정, 소비자물가상승률), 연금액 산정기준(최종 3년 : 생애평균), 보험료 납입기간(33년 : 40년), 연금수급개시연령(60세 : 65세)에서 국민연금과 유사한 방향으로의 제도개선 도모

→ 지금까지의 기득권은 최대한 보장하는 방향으로 제도개혁을 추진

※ 재직자의 경우 적어도 2028년까지 국민연금과 동일한 제도를 적용받을 수 있도록 제도개선 추진

→ 신규입직자의 경우 국민연금 가입자와 동일한 소득대체율(2008년 50%, 2028년까지 40% 적용)과 보험료를 부담(과세소득 9%)시키되, 당장 국민연금에 편입시키는 것보다는 공무원연금제도에 잔류시키는 것이 현실적인 대책일 것임.

※ 일부에서 논의되는 것처럼 신규 입직자를 국민연금으로 편입시킬 경우 신규 공무원의 보험료 수입이 퇴직공무원 연금지급액으로 충당되지 않아 공무원 연금의 적자액이 커질 것임. 이에 따른 일반 국민들의 정치적 반발을 감안할 필요가 있음.

○ 특수직역연금 중에서도 군인연금에 대해서는 적절한 선에서의 예외를 인정하는 것이 현실적인 처방이 될 수 있을 것임.

→ 생명수당의 성격이 가미되어 있는 측면을 고려할 필요가 있음.

□ 재정안정화에 다른 소득대체율 하락을 보전하기 위해 퇴직(연)금 제도를 현실화시킴.

○ 현재 민간부문과 비교시 현저하게 낮은 수준인 퇴직수당(재직기간에 따라 보수월액 기준으로 10%~60% 수준)을 민간 부문의 퇴직금(8.3%)과 동일한 수준으로 인상

→ 신규 입직자에게 우선 적용하되, 현행 특수직역연금의 기득권을 인정받는 재직자에 대해서는 일정한 이행기간을 거치도록 함.

□ 국민연금과의 통합을 위한 준비

○ 2007년 개정된 국민연금법에 따른 경우 소득대체율이 2028년까지 40%로 하향 조정될 예정임.

○ 적어도 2028년 이전에 국민연금과 통합 운영할 수 있도록 관련제도를 국민연금과 유사한 방향으로 정비함.

→ 연금액 산정기준 소득(보수월액 → 과세소득), 소득대체율 (76% → 40%), 연금액 산정기준(최종 3년 → 생애평균), 연금액 연동방식(소비자물가 상승률 + 정책조정 → 소비자물가 상승률)

2. 국민연금관리체계의 개선

1. 관리체계개선의 배경

- 현재 국민연금의 기금운용은 국내외 금융시장의 급격한 변화에 발맞추어 국민연금 기금의 투자 대상도 다변화하고 있고, 또한 국민연금 기금의 규모 증대에 따라 국가경제에 미치는 영향도 클 것으로 예상되어 국민연금의 기금운용은 국가적인 관심사가 될 것으로 전망됨.
- 국민연금의 적립기금규모는 지속적으로 증가하여 향후 2030년에는 경상GDP 대비 약 45%수준에 이를 것으로 전망되는 등 기금규모의 급속 확대에 따라 향후 기금운용이 국내 경제 전반에 미칠 영향이 증대될 것으로 예상됨.
- 이와 같은 기금운용의 중요성을 감안할 경우 국민연금 기금운용의 독립성·전문성·투명성을 강화하기 위한 국민연금의 운용주체를 포함한 관리체계 개선방안에 관한 논쟁이 날로 가열되고 있음.
- 이러한 거대기금운용을 관리, 감독할 주체는 사실상 기금운용위원회이나, 현재 우리나라의 기금운용위원회는 조직과 기능면에서 거대한 적립기금을 관리, 감독하기에는 부적절한 형태를 갖고 있음.
- 1년에 4회 뿐인 회의개최를 통해 막대한 기금의 자산관리를 수행한다는 것은 불가능하며, 투자대상과 투자기법의 다양화로 전문적이고 체계적인 관리, 감독이 요구되고 있음.
- 미국의 대표적인 공적직역연금인 Calpers와 캐나다의 공적연금인 CPP의 경우, 위원회를 월 1회 연 12회 이상 회의를 개최하고 있으며 산하 위원회는 1년에 6회 이상 회의를 개최하여 부문별 세부안전에 대해 면밀한 검토와 심의, 의결이 이루어지고 있음.
- 우리나라의 기금운용위원회는 조직의 확대와 실질적인 기능확충이 시급한 실정임.
- 또한, 운용자산에 대해 지금까지는 수익률만이 주 관심사이었고 자산에 대한 회계감사(Audit)와 실적평가에 대해서는 상대적으로 등한시 한 것이 사실임.
- 해외 주요 공적연금은 자산의 가치에 대해서도 기금운영위원회의 감사소위에서 외부의 회계법인을 선정해서 감사보고서 및 Comprehensive Annual Financial

Report를 받는 것이 원칙으로 하고 어, 기금운용위원회는 시대적으로 요구되고 있는 기금의 감독주체로서 제 기능을 할 수 있는 방안 제시가 필요함.

2. 현행 국민연금기금운용 체계현황 및 문제점

1) 현황

- 현행 국민연금기금운용 지배구조에서 보건복지부는 국민연금기금 관리·운용주체로서 국민연금관리공단에 기금관리·운용에 관한 업무의 일부를 위탁하고 있음.
 - 기획예산처는 연금기금 운용 기본정책을 수립하고, 연금기금 운용계획안 협의 및 조정과정에 참여하며, 연금기금 운용에 대한 감독 및 평가를 담당하기도 한다.
- 기금운용위원회는 보건복지부 내에 설치되어 있으며, 기금운용지침 및 계획, 운용내역과 사용내역 등을 포함하는 기금운용관련 주요 사항을 심의·의결함.
 - 당연직 위원 7인, 위촉위원 14인 등 총 21인으로 구성되며, 보건복지부장관이 위원장을 맡고 있음

〈기금운용위원회 위원구성〉

구 분	위 원
당연직(7인)	- 보건복지부 장관(위원장), 재정경제부 차관, 농림부 차관, 산업자원부 차관, 노동부 차관, 기획예산처 차관, 국민연금관리공단 이사장
위촉직(14인)	- 사용자대표: 경총 부회장, 중기협 부회장, 전경련 부회장 - 근로자대표: 한국노총 부위원장, 민주노총 사무총장, 금융노령 위원장 - 지역가입자대표: 농협 대표이사, 수협 부회장, 공인회계사회 부회장, 음식업중앙회 회장, 소비자보호단체협의회 회장, 참여연대 시민대표 - 관계전문가: 한국보건사회연구원장, 한국개발연구원장

- 기금운용실무평가위원회는 기금운용위원회 내 설치되어 있으며, 기금운용위원회에 안전이 상정되기 전 기금운용자산의 구성 및 기금의 회계처리, 기금운용 성과의 측정, 기금의 관리·운용에 있어서 개선사항에 대한 심의 및 평가를 목적으로 하고 있음.
 - 당연직 위원 7인, 위촉위원 14인 등 총 21인으로 구성되며, 보건복지부 차관이 위원장을 맡고 있음.
- 국회는 매년 연간 기금운용계획 및 기금운용실적에 대한 결산을 심의·의결, 최종 확정함.

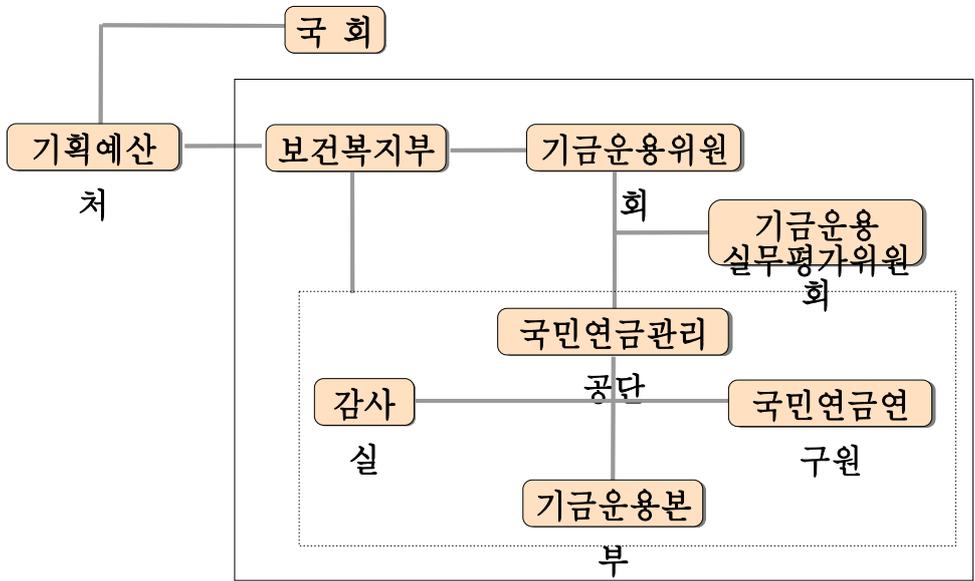
□ 감사원은 국민연금관리공단 감사를 통해 국민연금 사업 및 기금운용에 관여함.

2) 현행 국민연금기금운용 관련 의사결정 과정

□ 기획예산처가 그 해의 국민연금기금운용 계획의 작성기준을 마련 보건복지부에 통보하면 보건복지부 장관이 이 기준에 의거, 연간 기금운용지침을 작성하여 이를 기금운용위원회에 회부함.

- 기금운용위원회는 회부된 지침을 심의, 의결 → 보건복지부는 의결된 지침에 따라 연간 기금운용계획을 수립(기획예산처와의 협의 및 조정) → 기금운용위원회와 국무회의 심의를 거쳐 국회에 제출 → 국회에서 심의, 의결을 거쳐 확정.
- 기금운용본부는 연간 기금운용계획에 의거, 월간 및 일간 자금운용계획을 수립하여 보건복지부에 보고, 기금운용 → 국민연금관리공단 국민연금연구원 및 외부평가기관에서 기금운용 성과 1차 평가 → 기금운용실무평가위원회 2차 평가 → 기금운용위원회에 보고함.

〈현행 국민연금의 지배구조〉



3) 기금운용관리체계개선 관련 그간 논의내용

□ 기금운용관리체계개선과 관련하여 지난 4년간 다양한 개선안이 개진된 바 있음.

○ 정부는 2007년 9월 관리체계개선 최종안을 국회에 제출하였음.

구분	①현행 ('99 - 현재)	②정부제출안 ('03.10)	③당정합의안* ('04.12 이후)	④유승민의원안 ('04.12.26)	⑤현애자의원안 ('04.11.18)	⑥'07년 정부안* ('07.9)
정책조정 (경제정책 조화 및 위원추천)	-	국민연금정책협의회 (10) 국무총리(의장) 재경·복지·예산총관 대통령비서실정책실장 국무조정실장, 기금운용위원회위원장 민간전문가 3인	국민연금정책협의회 (10) (좌동) (위원추천은 기금운용추천위가 담당)	-	-	-
성격	기금운용위원회 (비상설)	기금운용위원회 (상설)	기금운용위원회 (상설)	자산운용위원회 (투자전문회사내 설치, 상설)	기금운용위원회 (상설)	기금운용위원회 (상설)
소속	정부(복지부)	정부(복지부)	정부(복지부)	정부로부터 독립	정부부처와 독립	정부로부터 독립
구성	21인	9인	15인	13인(9인)	21인(22인)	7인
위원장	보건복지부장관	민간전문가	민간전문가	민간전문가	민간전문가	민간전문가
위원	상임	-	1인	민간위원중 2인 선정	3인	민간위원 중 1인
	정부	6인 재경부·농림부 ·산자부·노동부 ·예산처 차관, 공단이사장	3인 재경부·복지부 ·예산처 차관	5인 재경부·복지부 ·예산처 차관, 공단이사장, 공사사장	4인(의결권 없음) 재경부·복지부 ·예산처 차관, 투자전문회사사장	3인 재경부·복지부 ·예산처 차관
	민간	14인 근로자(3), 사용자(3), 지역가입자(4), 시민단체(2), 관계전문가(2)	4인 사용자(1), 근로자(1), 지역가입자(1), 시민단체(1)	8인 사용자(2), 근로자(2), 지역가입자(2), 시민단체(1), 공익대표(1)	8인 노동조합(1), 사용자(1), 농어민 or 지역자(1), 국회교섭단체(2), 재정공공경제학회(1), 사회보장학회(1), 금융기관(1)	15인 사용자 및 근로자 각 3인 (전문 가 각 1인), 농어업인 지역자민원 단체 각 2인 (전문가 1인 시민단체 추천전문가 2), 공익대표(3)
위원추천	-	국민연금정책협의회	기금운용추천위원회 (9인) 재경부·복지부·예산처 차관, 공단이사장, 추천5인(근로자, 사용자, 시민 단체 각 1인, 지역가입자 2인) ※ 위원장은 민간위원중 복지부 장관이 위촉	추천소위원회 (5인) 노동조합(1), 사용자(1), 농어민 or 지역자(1), 재정공공경제학회 or 사회 보장학회(1), 금융기관(1)	추천위원회 (7인) 복지부장관위원장, 예산처 차관, 근로자 사용자 농어업인 지역자민원 단체 시민단체 추천 각 1인	기금운용추천위원회 (11인) 정부위원 5인 복지부장관(위원장) 재경부·예산처 차관, 국무조정실 정책처장, 금감위 부위원장 민간위원 6인 근로자·사용자·지역가 입자 각 1인, 공익대표 3인
기금운용 실무조직	공단 기금운용본부 (기금이사)	공단 기금운용본부 (기금이사)	국민연금기금운용공사 (사장 상임이사4인 감사2인)	투자전문회사 (사장, 실장4인, 국장1인)	국민연금기금운용공사 (본부장, 상임이사2인 감사1인)	국민연금기금운용공사 (사장 상임이사, 감사)
정부의 권한 행사 (출석·발언 및 의견제시)	-	-	-	-	-	관계부처 협의회 (5) 재경부장관, 복지부장관 (2인), 예산처 장관 국무조정실장 금감위 위원장 *관계부처 협의회 결정, 복 지부장관이 행사

〈해외 주요연기금의 관리운영체계 비교〉

구분	국민연금	미국 연방사회보장연금 (OASDI)	미국캘리포니아 공무원 연금기금	캐나다연금기금	일본 공적연금기금
보험료징수·급여지급기관	복지부(공단)	국세청, 재무성	CalPERS	국세청, 재무성	후생성 (사회보험청)
기금관리기관	복지부	재무성	CalPERS	재무성	후생성
기금운용위원회	복지부내 설치	재무성내 설치	관리이사회구성	캐나다연금투자이사회 (CPPIB)	GPIF(독립행정법인) 내에 설치
위원	· 21명 · 12명의 가입자대표와 6명의 정부위원으로 구성	· 6명 · 정부위원 4명 및 공공대표 2명	· 13명 · 가입자대표 6명, 주정부대표 3명 당연직 4명	· 12명의 금융전문가 · 주정부에서 추천을 받고 연방 재무성장관이 임명	· 11명 이내 · 경제·금융에 대한 전문가 중후생노동대신이 임명한 위원으로 구성
기금운용기관	공단 기금운용본부	재무성내 공공채무국	관리이사회 산하 투자위원회의 운용지침에 따라 CIO 운용 총괄	CPPIB내 CIO 운용총괄	GPIF (Government Pension Investment Fund)

2. 기금관리체계의 책임성 및 독립성 제고 필요성

1) 전략적운용의 책임성, 독립성, 전문성

□ 책임성(Accountability) 의 결여

- 현행 기금운용위원회는 기금운용에서 가장 중요한 전략적 자산배분에 대한 최종의결기구임에도 불구하고 기금운용위원회 위원장이 보건복지부장관인 관계로 기금운용에 대한 최종책임이 보건복지부장관에게 귀결되는 행태를 보이고 있음.
- 위원회는 심도 있는 논의를 바탕으로 연초에 전략적자산배분을 결정해야 함에도 불구하고 현재는 보건복지부와 기금운용본부가 마련한 자료를 승인해 주는 회의에 불과함.
- 위원회가 결정한 사안에 대해 결과나 성과 과정등을 최종적으로 언론등에 공표하여 공·과를 엄정하게 평가 받는 체제로 전환되어야 함.

□ 독립성(Independence)의 결여

- 현행 기금운용위원회의 구성은 정부부처 당연직 공무원들이 다수 참여하고 있음.
- 정부나 정치로부터 독립성이 공적연금관리체계의 중요한 구성요소임에도 불구하고 현행체계는 독립성을 유지하기 어려운 구조임.
- 민간위원들도 복지부장관의 위촉에 의해 임명되어 기금운용위원회의 구성 자체가 정부주도의 위원회로 비취질 수밖에 없음.
- 이는 국민들의 기금에 대한 신뢰도를 떨어뜨리는 요인으로 작용하게 됨.

□ 전문성(Capacity)의 결여

- 기금운용위원회와 관련하여 지속적으로 지적받는 부문이 위원들의 전문성임.
- 정부부처공무원과 각 단체대표가 대다수인 기금운용위원회는 200조가 넘는 기금에 대한 투자를 담당하기에는 전문성이 크게 결여되어 있어, 위원의 자격요건이 재무와 거시경제분야 전문가로 한정되는 것이 바람직함.

〈국민연금과 캐나다, 미국 CPPCalPERS 수익률 비교〉

투자상품군	국민연금기금		CalPERS		CPP		
	자산비중(%)	수익률(%)	자산비중(%)	수익률(%)	투자상품군	자산비중	수익률
국내채권	78.1	5.86	21.9	-1.3	Fixed Income (채권등)	27.7	4.3
해외채권	8.6	7.42	2.6	-0.2			
국내주식	10.9	4.86	40.0	9.6	Equities (주식)	63.0	22.6
해외주식	0.7	7.42	21.2	26.7			
대체투자	1.1	6.88	5.7	19.8	Real Return Assets	9.3	12.9
단기자금	0.2	4.19	1.4	4.4			
총계	100	5.91	100	11.8		100	15.5

2) 전술적운용의 전문성과 책임성

□ 기금운용본부의 전문성 부족

- 현재, 기금운용본부는 연금관리공단의 부서로 운용되고 있고, 공단이 보건복지부의 관리·감독을 받고 있는 관계로 기금운용본부도 자연히 보건복지부의 관리·감독하에 있음.
- 이는 전술적운용에서도 독립성이 결여되었다는 지적이 제기 될 수밖에 없음
- 기금운용본부내 펀드메니저들의 역량과 인원부족이 지속적으로 문제점으로 제기 되어왔음.
- 기금규모가 CalPERS와 비슷한 규모이나 기금운용본부의 조직체계나 인력구성면에서 크게 뒤 떨어지는 것을 알 수 있음.
- 기금의 규모가 급속히 증가하여 국내시장 보다는 해외시장에 대한 투자가 활성화 되어야 함에도 불구하고 기금운용본부내에는 해외시장전문가가 크게 부족한 실정임.

- 이러한 문제점이 노출되는 것은 기금운용본부가 공단의 일개 부서로 운영되는데 따른 한계점임.
 - 조직, 인력, 성과보상등 모든 면에서 공단의 기준과 규정에 어느 정도 보조를 맞추어야 하는 한계점을 갖고 있어, 독립적인 투자기관으로 거듭나야만 이러한 한계를 극복할 수 있음.
- 기금운용본부의 책임성(accountability & responsible investment) 결여
- 기금운용본부의 책임은 책임성 있는 투자(responsible investment)를 수행하는 것임.
 - 현재 기금운용본부의 의사결정은 공단내 보고와 복지부에 대한 보고등 의사결정 과정이 투자기관이라는 조직의 특성에 비해 상당히 느리고 복잡한 구조를 갖고 있음.
 - 기금운용본부는 이러한 환경하에서 내부투자지침만을 준수하는데 급급한 매우 소극적이고 안전한 투자만을 지향해 온 것이 사실임.
 - 해외의 공적연금들이 10%가 넘는 수익률을 내고 있는데 반해 우리나라의 국민연금은 6%미만의 수익률을 내는 것도 복잡한 관리체계내에서 다양한 요구를 수용해야하는 기금운용본부의 의사결정의 한계점이 원인임.
 - 따라서 기금운용본부는 현재와 같이 복잡한 구도하에서 벗어나 순수하게 투자만을 조직의 가치로 설정할 수 있는 별도 조직체제로 독립되어 운용되어야 할 것임.
- 독립성장화에 따른 대리인(Agency)문제 극복
- 공적연금제도에서도 기금관리에서 발생하는 대리인문제가 발생할 수 있음을 많은 선행 연구들이 밝히고 있음.
 - 이를 극복하기 위해서는 기금운용위원회가 자산배분, 운용조직에 대한 성과보상, 기금의 회계감사 및 공시등에 대해 결정권을 가지고 결과에 대해 공개적으로 책임지는 관행을 구축해야만 함.
 - 현재는 보건복지부 뒤에서 개별 위원들은 자신들의 의무와 책임에 대해 인식을 하지 못하고 있는 것이 사실임.
 - 독립적인 위원회의 발족과 함께 모든 자료의 공시와 함께 기금운용위원장이 정기적으로 언론을 통해 국민들에게 보고함으로써 자신들의 공과를 공개적으로 발표함으로써 대리인문제를 부분적으로 극복할 수 있을 것임.

- 기금운용실적이 저조한 경우, 위원들에 대한 전문가집단, 언론, 국민, 관련업계, 정부로부터 낮은 평가를 받아 향후 자신들의 경력에 오점이 되는 구조가 되어야 함.
- 이와는 반대로, 자신들이 재임하는 기간중 기금수익율이 높은 경우에는 기금운용 부문의 전문가로서 명성을 인정받을 수 있는 체계가 구축되어야 할 것임.
- 미국, 캐나다의 공적연금에서 요구되는 공시수준의 공시가 우선 선행되어야 하고 공시자료를 바탕으로 국회의 국정감사등을 통해 객관적인 검증을 받도록 함으로써 대리인의 문제를 다소 극복할 수 있을 것임.

3. 정부의 국민연금 기금관리체계 개선안에 대한 평가

1) 정부안의 한계와 문제점

- 정부는 국민연금기금운용의 전문성과 독립성을 제고하기 위해 민간위원으로 구성된 독립적인 기금운용위원회의 구성과 기금운용본부를 기금운용공사로 전환하는 법안을 국회에 상정하였음.(2007.9.)
 - 이 법안은 앞에서 지적한 우리나라 기금관리체계의 문제점을 부분적으로 해소할 수 있는 대안으로 평가됨.
 - 우선, 기금운용위원회가 전문성을 갖지 못해 불필요하고 소모적인 논의가 진행되어 지난 수년간 자산배분의 방향을 제대로 제시해 주지 못하였으므로 전문가중심의 위원회로 거듭나는 것은 필요함.
 - 기금운용본부 또한 공단조직의 일부로 인식되어 기금의 규모에 걸맞지 않는 조직체계와 인력구성을 갖고 있었던 문제를 독립조직인 공사화를 통해 해소할 수 있을 것임.
 - 그러나 현 정부안 또한 구조적인 문제점을 갖고 있음. 개정안은 현재의 기금관리체계를 답습하는 모습을 갖고 있기 때문에 내용면에서 수정이 필요로 함.
- 기금운용위원회의 업무지속성향상 및 자체 지원시스템구축
 - 개정된 기금운용위원회체제는 공사가 사무국역할을 하고, 기금운용위원회는 별도의 지원부서가 없기 때문에 공사가 작성한 각종 보고안건이 거의 수정 없이 원안대로 통과될 가능성이 큼.
 - 현행 기금운용위원회도 사무국 역할을 연금공단(기금운용본부)이 맡고 있어 기금운용자의 보고사항이 엄정한 검증과정 없이 기금운용위원회에서 통과되는 것과

같은 현상이 발생할 가능성이 큼.

- 또한, 개정된 기금운용위원회도 상임 1인을 제외하고는 위원들이 기금관리가 본업이 아니라 현행 위원과 마찬가지로 회의참석만하는 역할만 가능할 것으로 기대되어, 재무관련 전문가로 위원을 구성한다 해도, 공사에서 작성한 각종 보고서를 객관적으로 검토하기 위해서는 별도의 작업을 수행할 수 있는 보좌기구가 있어야 함.
- 기금운용위원회가 제 기능을 하는 경우, 보고안건은 현재 보다 훨씬 많아지고 전문화될 것이다.

〈주요 부문별 기금운용관련 정례 안건비교〉

안건		국민연금		CalPERS
		기금운용위원회	이사회	
투자	월별보고	비해당	비해당	<ul style="list-style-type: none"> • 투자부문회장의 투자활동보고서 • 부동산대체투자, 주식, 채권부문별 토의안건보고(외부운용사선정 계약연장, 의결권행사, 벤치마크수정등)
	분기별보고	기금운용본부장의 실적보고	비해당	<ul style="list-style-type: none"> • 외부컨설팅사가 작성한 분기실적보고
	연차보고	연차보고서 보고 성과평가보고서	비해당	연차보고서 보고 외부성과평가
회계 및 감사	월별보고	비해당	정례적인 보고 및 토의안건 상정제도가 없고 수시안건으로 규정개정이 주로 보고됨	<ul style="list-style-type: none"> • 감사실보고: 월간보고, 리스크평가, 감사계획 • 준법감시실보고: 월간보고
	분기별보고	비해당		<ul style="list-style-type: none"> • 감사실보고: 분기보고, 리스크평가 감사계획 • 준법감시실: 분기보고
	연차보고	회계감사보고서	<ul style="list-style-type: none"> • 상·하반기 내부회계 관리제도 운영실태 보고 • 회계감사보고서 	<ul style="list-style-type: none"> • 준법감시실 연차보고서 • 회계감사보고서 및 Comprehensive Financial Report 보고
예산	월별보고	비해당	정례적인 보고 및 토의안건 상정제도가 없고 수시안건으로 규정개정과 추경예산안이 보고됨	<ul style="list-style-type: none"> • 예산: 월간집행실적보고 • 기획실: 사업계획보고 • 정보기술: 현황보고
	분기별보고	비해당		<ul style="list-style-type: none"> • 예산: 분기집행실적보고 • 기획실: 사업계획보고 • 정보기술: 현황보고
	연차보고	비해당	<ul style="list-style-type: none"> • 사업운영계획안 • 실행예산안 	• 예산: 연간집행실적보고
인사, 성과평가 및 보상	월별보고	비해당		• 월간주요 투자부문 간부직 직무성과계획보고
	분기별보고	비해당	정례적인 보고 및 토의안건 상정제도가 없고 수시안건으로 규정개정이 주로 보고됨	<ul style="list-style-type: none"> • 분기별 주요 투자부문 간부직 직무성과계획보고 • 신규 투자부문 간부직 직무성과계획보고
	연차보고	비해당		• 연차 주요 간부 성과급 및 기본급조정 보고

- 기금운용위원회는 마치 국회의 상임위 활동과 같이 지속성과 전문성이 누적되는 구조를 갖도록 해야 하나 정부의 개정안은 이러한 조직체계를 갖고 있지 못함.
- 이러한 구성상의 문제는 회의개최의 횟수 및 하부위원회(재정, 투자, 평가)의 구성에도 한계점으로 작용할 것임.

□ 위원선출방식의 개선

- 개정안에 따르면 위원의 선출을 복지부장관이 위원장인 선출위원회에서 선출하고, 추천위원의 구성은 정부위원 5인, 가입자 대표 3인, 그리고 공익 대표 3인으로 되어 있음.
- 해외 사례를 보더라도 추천위원회는 순수 민간부문 인사로 구성하고 위원장 또한 민간부문 인사가 맡도록 되어 있고, 다만 추천위원회의 구성은 정부에서 주도적으로 역할을 수행함.
- 개정안은 정부가 직접 기금운용위원을 선정하겠다는 것과 다를 바 없고 이렇게 선출된 위원은 정부위촉직이라는 신분과 동일하게 인식되는 문제점이 있음.
- 개정안의 취지인 위원들의 독립성이 보장되지 않아 객관적이고 중립적인 그리고 엄정한 위원회활동에 제약을 받을 것으로 예상됨.

□ 위원의 수의 적정성, 상임위원제, 공사사장 당연직화의 문제점

- 현재 정부개선안은 위원의 수가 7인으로 되어 있음.
- 위원의 수가 적으면 의사결정이 신속해 질 수 있는 장점이 있을 수 있는 반면 국민연금기금의 투자가 다양화됨에 따라 7명의 위원으로는 전문성을 유지하기가 어려울 수 있음.
- 기금운용위원직은 임기가 정해져 있는 직책이므로 신분보장이 제한적 일 수밖에 없음.
- 상임위원을 두는 취지가 기금운용업무에 전념할 수 있도록 한다는 것인데, 이런 취지는 모든 위원에게 적용되는 것이지 상임위원만에게 적용되어서는 위원간 정보의 비대칭문제가 발생함.
- 상임위원 혼자서 업무에 전념한다는 것이 과연 가능 할 것인지 그리고 그것이 얼마나 기금운용의 의사결정에 도움을 줄 수 있는가가 의문시 됨.
- 공사사장이 당연직위원으로 참여하는 것은 독립성과 객관성 차원에서 문제의 소지가 있음.

- 예를 들어, 공사사장이 재무소위원회 위원으로 지정되는 경우, 외부회계감사의 공사에 대한 감사를 선정하고, 진행과정, 결과를 보고 받게 되나. 공사사장으로서 자신의 실적을 자신이 선택한 외부감사에 의해 자신에게 보고를 하게 되는 현상이 발생하게 되는 것임.
- 회계감사 뿐만아니라 실적평가도 동일한 현상이 발생하게 됨.

□ 외부컨설팅사의 활용을 통한 전문성제고

- 외국의 공적연금사례에서 알 수 있듯이 각종 보고안건은 엄정한 검증을 위해 외부 컨설팅사의 자문을 거쳐 자문사의 의견과 함께 의제로 위원회의 안건으로 제출되고 있음.
- 기금운용위원회가 공사에 의존하지 않고 각종 자료의 객관적 검증이 가능한 지원조직을 두는 것이 바람직함.
- 공사는 공사 나름대로 백오피스의 역량을 키우는 노력을 기울여야 하지만 한계가 있기 때문에 우리나라도 공사의 업무수행을 위해서도 외부 컨설팅사의 활용이 절실히 요구될 것임.

□ 현재의 기금운용본부가 공사화 된다고 해서 단기적으로는 자산배분 측면에서 수익률의 제고를 크게 기대하기는 어려울 것으로 예상됨.

- 국민연금의 기금의 수익률이 타 공적연금이나 해외 공적연금과 비교해 낮았던 것은 기금운용위원회에서 결정하는 전략적 자산배분에서 주식의 비중이 낮았던 것에 기인함.
- 따라서, 기금운용위원회가 주식의 비중만 높였다면 현재의 기금운용본부체계하에서도 수익률을 높일 수 있었을 것임.
- 기금운용본부가 담당하는 전술적인 부분은 수익률에서 차지하는 부분이 크지 않음. 예를 들어, CalPERS의 경우, 전술적자산배분이 기여하는 수익률은 전체수익율의 10%포인트 내외에 불과함.
- 따라서, 공사의 설립이 수익률증대로 연결된다는 기대는 버려야 하고, 공사조직의 설계시 비핵심부서, 특히 행정조직이 비대해 지는 것을 경계해야 함.
- 국민연금기금의 운용원칙은 공공성, 안정성, 수익성 임.
- 공사발족은 기금운용본부가 공단하부 조직으로 있는 한계점으로 인해 유능한 펀드메니저의 임용과 파격적인 보수의 지급등이 제한되었던 점을 해소할 수 있다는 점에서 의미가 있음.

- 공사 발족과 함께 보다 유능한 펀드메니저의 영입과 기금운용위원회가 경제·재무분야 전문가로 구성됨에 따라, 현재까지 고수하던 기금운용의 원칙이 수정돼야만 할 것임.

4. 기금운용관리체계 개선안(보사연안)의 주요 내용

□ 상임위원으로 구성된 위원회 운영

- 거대 기금을 관리하기 위해서는 기금운용위원회는 투자, 재정, 성과관리등 다양한 분야에 대해 심도 있는 토의가 있어야만 함.
- 외국의 사례에서도 알 수 있듯이 위원회는 매월 1회 개최되며 1회기 일정이 3-4일로 각 하부위원회가 개최된 뒤 최종일에 본위원회가 개최되고 있는 것을 볼 때 우리나라의 기금운용위원회도 이와 같은 체계를 갖추어야만 할 것임.
- 현행 기금운용위원회는 거의 모든 안건을 1년 4회 회의개최로 심의·의결하고 있는 실정이다.
- 따라서 개정된 기금운용위원들은 겸직을 금하고 현재의 직책을 휴직한 상태에서 기금운용위원의 직무만 종사할 수 있도록 해야 외국의 기금운용위원회와 같은 역할을 기대 할 수 있음.

□ 공모를 거친후 추천위에서 위원선출

- 기금운용위원의 자격을 보다 구체화하고, 공모방식을 통해 Pool을 형성→, 2-3개 관련 학회와 전문가협회의 1차 Screen을 통해 2-3배수를 확정→ 추천위원회에서 결정하는 방식을 채택하는 것이 바람직함.
- 추천위원회의 구성도 정부위원의 수에 비해 가입자단체 대표수가 상대적으로 적어 정부의 안 대로 위원이 선정될 가능성이 크므로 따라서 가입자 대표의 수를 6인으로 확대하는 것이 바람직함.
- 또한, 위원선정은 절대 비밀투표를 통해 추천위 위원들의 소신 있는 위원선출이 가능하도록 해야 할 것임.

□ 11명 내외로 위원수를 증가시키고, 공사사장은 위원에서 배제

- 전문적인 기금운용위 운용이 되기 위해서는 국내외 거시경제의 전망, 국내주식, 해외주식, 국내채권, 해외채권, 해외부동산, 해외대체투자, 기타 파생상품, 환위험, 총체적인 리스크 관리등 에 대한 심도 있는 토의가 필요함.

- 이들 전문분야별로 위원을 안배한다고 해도 적어도 11명은 돼야만 기금운용전반을 관리할 수 있을 것임.
- 또한 위원의 성향이 너무 한 분야나 한쪽 시각에 치우치는 편익현상을 방지하기 위해서도 위원의 수를 최소 11명 정도로 확대할 필요가 있음.
- 모든 위원들이 동등한 강도로 업무에 전념해야만 객관적이고 엄정한 의사결정이 가능할 것임. 따라서 특정 1인만을 상임직으로 두는 것 보다는 모든 위원이 본 직업을 휴직하고 위원으로서의 업무에만 전념 할 수 있도록 해야 함.
- 기금운용의 책임자인 공사사장이 위원회의 위원까지 겸하는 것은 객관성과 독립성의 훼손으로 평가 될 것임.
- 따라서, 공사사장은 보고자의 자격으로 위원회에 참석하는 것이 바람직함. CEO는 미국과 캐나다의 공적연금제도에서도 보고자의 자격으로 위원회에 참석하고 있음.

□ 외부컨설팅사의 활용을 통한 전문성제고

- 공사와 기금운용위원회는 기금운용과정에서 생성되는 각종 자료의 객관성을 검토하기 위해서 외부컨설팅사의 활용이 절대적으로 필요함.
- 외부 컨설팅사의 검토보고서가 첨부되어 기금운용위원회에 상정되는 경우, 경우에 따라서는 불필요하거나 소모적인 논쟁을 하지 않아도 되어 위원회가 보다 효율적으로 운용될 수 있을 것으로 기대됨.

□ 투자중심 조직체계로 설계

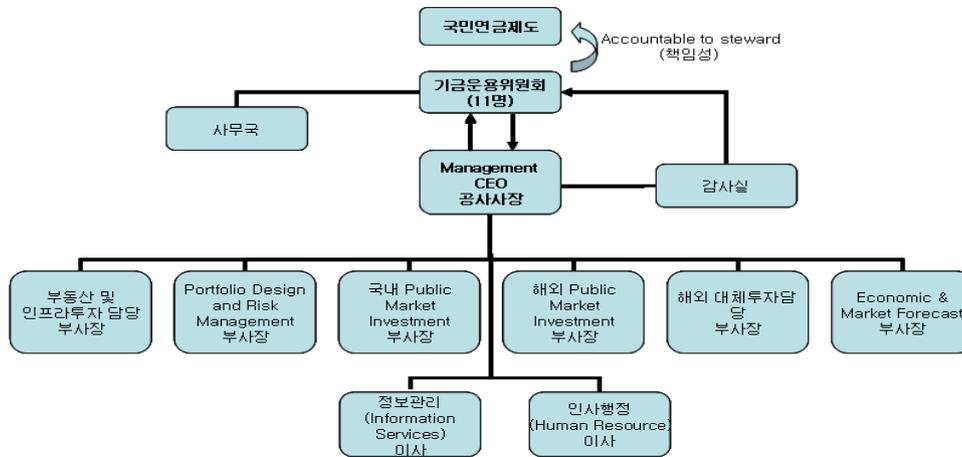
- 공사설립의 목적이 단기적인 수익률증가 보다는 앞으로 증가되어야 하는 해외투자등 현재 보다 복잡하고 정교한 투자전략수립에 기여하는 것으로 설정해야 함.
- 공사는 투자전문기관으로 금융시장변화에 대응하는 의사결정과정의 신속하게 진행될 수 있다는 장점도 있을 수 있을 것임.
- 이런 측면에서 종합적으로 고려해 볼 때, 공사의 조직은 정교한 투자분석과 투자설계가 가능한 전문조직이어야 하며 핵심 6개 투자전문부서는 유능한 해외인력의 유치등을 통해 부사장제를 도입하는 것을 검토 해 볼 수 있음.
- 정보관리와 인사등 비핵심 행정조직은 이사수준의 부서로 설계하는 것이 바람직함.

□ 기금운용원칙을 수익성추구로 전환

- 국민연금기금의 운용원칙은 공공성, 안정성, 수익성임.

- 공사발족은 기금운용본부가 공단하부 조직으로 있는 한계점으로 인해 유능한 펀드메니저의 임용과 파격적인 보수의 지급등이 제한되었던 점을 해소할 수 있다는 점에서 의미가 있음.
- 공사 발족과 함께 보다 유능한 펀드메니저의 영입과 기금운용위원회가 경제·재무분야 전문가로 구성됨에 따라, 현재까지 고수하던 기금운용의 원칙이 수정되어야 할 것임.
- 기금운용관리체계 개선안이 실효성을 거둘 수 있으려면 현재 보다는 수익성을 추구하는 방향으로 운용원칙으로 수정이 돼야함.
- 공사내부의 투자지침 또한 수익성추구 위주로 전환이 필요함.
- 주식의 비중이 높아져야 하며, 해외투자 의 증가와 국내시장에서는 투자처를 찾지 못하는 해외대체투자(AIM)등에 비중을 높임에 따라, 허용위험수준을 상향조정해야 할 것임.

〈기금관리체계 개선안〉



- 주: 1) 기금운용위 부설 연구소(기금운용위 자문): 자체연구 및 외부컨설팅사 활용
 2) 보고: (각종 실제보고, 내부감사보고서 등)
 지시: 전략적 자산배분, 회계감사의 선정, 성과결과에 대한 개선방안 결과, 공사 직원에 대한 인사 및 성과·보상 등
 3) 위원: 공사사장을 위원자격이 아닌 보고자의 역할 수행
 4) 선출위원회 구성: 정부위원 5인 가입자단체 6인 공익 3인
 5) 위원은 겸직을 금지하고 현직을 휴직한 상태에서 임명하고, 위원의 수는 현 7인에서 11인으로 늘리고, 상임 1명은 의미가 없으므로 폐지.

3. 건강위험의 보장성 강화

1. 국민건강위험 보장의 현위치

- 국민건강위험 및 건강수준과 관련하여 우리나라의 현위치를 OECD 국가들과 비교함.
- 공공성이 취약하며, 특히 입원의 보장성이 취약함. 이 때문에 국민들의 의료접근성이 형평하지 못하게 됨.

〈의료비 본인부담율과 공공재정 비중〉

지 표	OECD	한국
본인부담율, %	19.3	37.7
입 원*	15.78	33.62
외 래*	35.85	50.72
국민의료비 대 공공지출비중, %	72.5	53.0

- 국민의료비 수준이 OECD 국가에 비해 낮는데, 이는 소득수준이나 고령화수준이 낮은 데에 원인이 있음.
- 그리고 의료인력이 부족하며, 인력의 부족을 자본과 기술, 의약품이 메꾸고 있음. 이는 환자가 의사와 간호사의 서비스를 잘 받지 못함을 의미함.

〈국민의료비 수준과 의료 인프라〉

지 표	OECD	한국
국민의료비 대 GDP, %	9.0	6.0
소득수준	3만불	1만6천불
고령화	15.0	9.1
국민의료비 대 의약품지출 비율, %	17.2	27.3
병상수(천명당)	5.6	7.9
활동의사수(천명당)	3.0	1.6
약사수(천명당)*	0.72	0.6
간호사수(천명당)*	8.4	1.8
CT 스캐너(백만명당)	20.6	32.2
MRI 대수(“)	9.8	12.1

- 반면 의료의 평균적인 접근은 평균 이상으로 성공적이며, 오히려 과열, 왜곡의 양상을 띤다.

〈의료보장의 적용율과 의료접근성 지표〉

지 표	OECD	한국
의료보장적용율, %*	95.65	100.00
1인당 입원일수	9.9	13.5
1인당 외래방문일수	6.8	11.8

- 건강수준은 낮은 보장성과 취약한 인프라에 비추어 괜찮은 성과를 나타내고 있음.
 - 다만, 만성질환의 사망률은 고령화 수준과 비례하기 때문에 고령화 수준을 보정한 평가가 필요함.
 - 희망적인 것은 건강행태도 양호한 편임.

〈건강수준과 건강행태의 지표〉

부 문	지 표	OECD	한국
건강 수준	사망률	652	719
	PYLL	4062	4397
	평균수명	78.6	78.5
	영아사망률	5.4	5.3
	암질환 사망률	170.6	162.3
	뇌혈관질환 사망률	60.4	95.8
	허혈성심질환 사망률	101.8	34.9
	자기판단건강상태	68.6	47.4
건강 행태	주류 소비량	9.5	8.1
	흡연인구비율	24.3	25.3
	과체중과 비만인구 비율	47.6	30.5

2. 건강위험 보장을 둘러싼 여건 전망

- 소득수준 향상은 의료수요의 양적, 질적 개선을 요구할 것임.
 - 국민소득은 2005년 1만6천불에서 2012년 2만불 후반에 육박할 것으로 전망되며, 보험급여의 범위와 수준의 확대를 요구할 것임.

- 그러나 보험급여 확대는 국민들의 의료수요를 즉시 반영하기 어려운 의사결정 구조를 가짐.
- 그러나 환자의 요구로 비급여 영역이 빠르게 증가하게 되고, 이는 보장률을 떨어뜨림.
 - 따라서 의료기술의 발전속도에 따라 필수보장의 범위가 신속하게 결정되는 시스템을 구축해야 하며, 나머지는 소비자 선택에 맡기도록 함.
- 산업의 양극화는 소득과 고용의 양극화를 낳고, 다시 건강의 양극화를 배태하게 됨.
 - 이에 따라 의료신기술이나 장기이식 등 고가·첨단의료 영역에서 계층간 격차를 심화시킴.
 - 그리고 FTA의 확산, WTO 체제의 출범 등 개방화의 가속화는 소득양극화를 지속할 것임.
 - 건강투자의 관점에서 건강보장을 국가정책의 우선순위에 두도록 함. 건강보장이 되면 복지성 급여를 축소하는 개혁에 동의할 것임. 건강보장은 국가에 대한 신뢰와 사회적 통합을 이루는 '사회적 자본'임.
- 고령화는 의료비 증가의 주요인이며, 고가·장기치료, 장기간병 수요가 급증할 것임. 이에 따라 노인의료에 대한 사회적 비용편익 논쟁 가열
 - 자원효율성을 위해서는 예방이나 건강증진, 장기요양 까지도 포함한 'comprehensive health care'를 연속선상에서 보장하는 것이 바람직함.
 - 장기요양서비스 중에서 예방, 간호와 간병, 재활은 건강보험에 포함하고, 신체기능보조나 가사지원은 서비스 영역으로 분류하도록 함.
 - 노인 의료와 케어는 종교단체, 시민NGO의 역할을 활성화하도록 함.
- 정보전산기술 발전과 생명과학의 발전은 의료기술의 놀라운 발전을 촉진함.
 - 생명과 삶의 질에 대한 가치는 갈수록 높아지고, 의료산업은 고부가가치 산업이 되고, 의료비 증가를 통제하기 어려워짐.
 - 의료비의 적정수준에 대한 통제가 필요하며, GDP 대비 적정비중이 판단기준이 되어야 함.
 - 의료비 투자 대비 효과성을 제고해야 하며, 보험자는 건강관리, 건강증진을 담당하는 건강설계사(health designer)의 역할을 해야 함.
- 질병구조가 변화하고 신종질환이 끊임없이 발생하게 됨.
 - 국내 문제가 아닌 지구촌적 문제가 되어 수백만명의 생명을 위협함.
 - 질병의 확산에 대처한 '건강안보'가 중요해짐. 이에 따라 건강보험은 질병의

확산에 대비하여 신속하게 예방하고 치료하고 사후관리할 수 있는 시스템을 갖추어야 함.

□ 가까운 장래에도 대형병원의 대형화 경쟁은 계속될 것임.

○ 환자당 진료비용은 커져서 의료비는 증가할 것이며, 로봇수술이나 원격진료를 비롯한 U-healthcare 등 새로운 형태의 진료양식의 등장은 자본력을 갖춘 대형병원이 경쟁력의 우위를 점하게 될 것임.

→ 새로운 진료양식에 대한 보험적용의 범위와 방식, 지불보상의 방법을 개발해야 하며, 특히 신기술과 기존기술에 대한 보상수준을 잘 조정해나가야 함.

□ 병원간의 경쟁에서 수평적 통합과 수직적 통합 등 경영선진화(합리화)를 위한 노력이 강화될 것임.

○ 의원급들간의 네트워크를 통한 경쟁력 확보 등 의료경영의 선진화

→ 의료경영 선진화를 권장하는 또는 선진화를 유인하는 지불보상의 인센티브나 지불보상 방식을 개발

□ 의사수의 증가로 보상 규모나 수준에 대한 압력이 커질 것임.

○ 의료인력의 종별 갈등은 심화될 것이며, 인구구조, 질병구조의 변화, 신종 질환의 출현은 의료인력의 변화를 요구할 것임.

○ 첨단의료기술은 전통적인 의사의 역할 변화를 요구할 것임.

→ 의료인력이나 병상, 장비 등 의료자원이 의학적 관점이나 경제성의 관점에서 판단할 때에 왜곡된 방향으로 공급될 수 있음.

→ 건강보험의 지불보상은 원가반영에 유일한 목적을 두기 보다는 진료부문별 균형을 회복하는 방향으로 설계되어야 할 것임.

3. 건강위험 보장의 목표

□ 건강위험 보장을 위한 건강보장의 기능은,

○ 질병의 치료 및 재활, 건강검진 등 예방적인 서비스 영역을 넘어 만성질환자에 대한 건강관리 및 정보제공 사업, 그리고 건강증진의 영역 까지 평생건강관리의 차원으로 확대되어야 함.

○ 건강을 연속선상(continuum of cure and care)에서 관리하는 것이 '범위의 경제성'(economy of scope)을 확보할 수 있으므로 건강보험을 중심으로 관련된 프로그램들을 통합하도록 함.

〈건강위험 보장의 목표와 정책방향〉

비 전	질병발생에 따른 위험으로부터 국민을 보호하고, 건강수준의 향상을 통한 삶의 질 제고	
목 표	○ 의료안전망 구축과 「건강」 보장 ○ 의료접근도의 형평 확보	○ 재정건전성 확보 ○ 의료서비스 질과 만족도 향상
정 책 방 향	보장성	수가와 지불보상
	· 필수질환 안전망(재난성 질환 우선) · 만성질환의 예방과 관리 · 예방투자 강화, 건강행태 진단과 상담 · 건강보험과 의료급여 통합 · 건강보험에 간병(장기요양)서비스 포함	· 진료부문 특성에 적합한 지불방식 적용 · 진료비총액관리 (GDP 대비 일정률) · 진료부문별 보상의 상대적 균형 · 성과와 질 평가에 기반한 지불보상 · 요양기관계약제 도입
	재원조달과 재정관리	거버넌스와 관리운영시스템
	· 보험료 중심의 재원조달 (부과대상의 확대) · 소득과약과 지속가능한 부과체계 개발 · 건강부담금(건강위해행위)으로 재원조달 · 의료저축계정(MSA) 도입 · 국고지원의 역할 명확화 · 사회보험료 징수통합	· 가입자와 공급자간 계약, 사회적 합의구조 · 국가통합재정의 틀속에서 관리 · 건강보험관리원 설립(가입자건강관리, 건강정보제공, 진료비심사지불) · 의료평가원, 건강정보센터 설립 · 건강보험 정보전산화 (전자카드 도입)

4. 건강위험 보장을 위한 정책방향

1) 건강위험 보장의 정책방향 1 : 건강보장성 확보

건강보장성의 쟁점사항

- 1) 보장성을 획기적으로 확대할 것인가, 점진적으로 확대할 것인가?
- 2) 보장성 지표의 대표성과 신뢰성
- 3) 건강보험의 기능(보험급여의 범위)
- 4) 보장의 우선순위
- 5) 민간보험과의 관계

보장성의 확대 속도

- 의료이용의 배분(rationing) 시스템이 없이 보장성을 일시 확대하면 의료공급 시스템을 붕괴시킬 것임.

- 대표적인 비급여인 병실차액과 선택진료는 현재의 의료이용 행태와 병원경영 환경의 특수성에서 비롯된다. 행태와 환경은 일거에 바꾸기 어려움.
- 의사나 간호사 등 의료인력의 공급이 뒷받침되지 않는 상황에서 보장성을 일시에 확대하고 의료비 규모를 증가시키기는 쉽지 않음.
- 보장성 확대를 위해서는 준비가 필요함. 보편적인 보장이 필요한 '필수진료'의 정의를 내리고 의학적 타당성과 경제성 평가를 위한 정부투자가 필요함.

□ 보장성 지표의 대표성과 신뢰성

- 보장률은 건강보험공단의 조사결과, 2005년 61.8%, 2006년 64.3%이나, OECD에 보고하는 정형선 교수의 조사결과는 2005년 52.9% 임.
- 보장성의 대표지표로 사용하기 위해서는 자료의 대표성과 신뢰성을 확보해야 함.
 - 그 방안으로 연구자간에 경쟁을 시키고, 전문가위원회를 구성하여 대표적인 자료와 신뢰할만한 방법론을 채택하도록 함.
 - 보장성 지표는 보험자부담률 하나에 한정하기 보다는 국민들이 실질적으로 '체감'할 수 있고 정책적으로 유용한 지표를 정책목표로 삼아야 함.

□ 건강보험의 기능(보험급여의 범위)

- 건강보험의 기능을 예방과 건강증진의 영역 까지 확장하고, 사후적인 보험에서 사전적인 보험으로 기능을 전환하도록 함.
- 장기요양보험의 급여대상인 기능장애의 활동보조, 간호를 「건강」 보험의 보장범위에 포함하여 관리함.
- 의료급여제도를 건강보험제도에 통합하여 관리함.
 - 건강보험과 의료급여 환자의 구분이 현재 'separate but equal'에 기초하고 있으나, 향후'integrated and equal'로 전환하여 목표집단별 특성에 맞추어 보장내용, 보험료부담, 본인부담을 조정하도록 함.

□ 보장의 우선순위

- 현재 보험급여의 확대는 항목 중심, 질환 중심, 진료비의 크기 중심으로 추진하고 있으며, 출산 장려, 아동 투자, 건강투자 등 사회정책적 접근도 병행하고 있음.
- 1차적으로 보험원리에 충실하고, 2차적으로 보건정책 및 사회정책적 목적을 감안하도록 함.
 - 원칙적으로 의료수요의 가격탄력성에 따라 환자부담률을 조정하도록 함.
 - 환자집단의 특성에 따라 본인부담을 달리하도록 함.

- 우선순위 결정의 합의 도출
 - 급여확대 우선순위의 합의 과정을 개선해야 함.
 - 방법의 명시성과 타당성, 이의신청 또는 의견제시 절차의 확보 등에 대한 원칙을 정하여야 함.
 - 비급여의 급여 전환의 판단기준은 임상적 효과, 안전성 및 비용효과성 임. 따라서 의사결정기구는 전문성을 갖추어 그 판단에 대한 신뢰와 절차상의 투명성을 확보해야 함.

□ 민간건강보험과의 관계

- 경질환(minor risk) 및 비보험 영역(신기술이나 non-medical 서비스 등)은 공보험과 민영보험간 경쟁을 허용
 - 경질환 보충보험은 관리의료(managed care)방식이나 의료저축계정(MSA)의 도입을 모색
 - 의료기관에 대한 계약제를 도입
- 공보험과 민간보험간의 경쟁, 의료기관간의 경쟁을 통해,
 - 의료의 질적 수준 향상과 의료비절감을 도모
 - 민간보험과의 경쟁으로 단일보험자의 생명력과 경쟁력을 도모

2) 건강위험 보장의 정책방향 2 : 재원조달과 재정관리

□ 쟁점 사항

- 1) 재원의 구성, 즉 누가 부담할 것인가?(부담의 형평)
- 2) 보험료부과체계의 지속가능성
- 3) 얼마나 부담할 것인가?
- 4) 국고지원의 방식

□ 2007년도 건강보험재원은 보험료 83.3%, 일반국고 11.7%, 건강증진기금 5.0% 로 구성됨.

□ 재원조달의 원칙은 소득에 대해 보험료 부과하되,

- 보험료부과대상 소득을 확대함. 즉 금융소득, 양도소득, 연금소득, 주식양도차익 등
- 건강위해행위인 흡연(담배), 음주(주류), 화석연료소비에 부담금(건강세)을 부과함.
- 그리고 '의료저축계정'도입을 검토
- 이에 따라 총의료비의 구성은 다음과 같이 됨.

〈건강위험 보장을 위한 의료비의 자원구성(안)〉

총의료비	건강보험			MSA	민간보험
	보험료	건강부담금(건강세)	일반국고		
100	60	10	5	5	20

□ 보험료부담의 수준은 현재 임금소득의 4.77% 임.

- 미래전략위원회(2007. 6)의 추정에 의하면 2015년 보장성 70%를 목표로 할 때에 보험료는 8.13%가 됨.
- 현재 사회보험료는 25% 이며, 2008년 7월 노인장기요양보험이 시행되면 추가 부담이 있음.
 - 사회보험료는 국민연금 9%, 퇴직금 8.3%, 건강보험 4.77%, 산재·고용보험 3% 내외 임.

□ 장기적으로 사회보험료는 30%선으로 운영하도록 함.

사회보험 계	국민연금	퇴직연금	건강보험 (의료급여+장기요양)	산재, 고용보험
30%	9%	9%	9%	3%

3) 건강위험 보장의 정책방향 3 : 수가와 지불보상제도

□ 지불보상방식의 개편원칙

- 1) 의료소비자 측면에서 소비자의 의료비부담수준의 적절, 부담 대비 의료의 질이 담보되어야 함.
- 2) 의료공급자 측면에서 서비스에 대한 정당한 보상(적정한 이윤)이 보장되면서 환자에 대해 최선의 진료를 할 수 있는 유인이 주어져야 함.
- 3) 보험자 측면에서 의료비규모가 효과적으로 통제되면서, 의료자원의 낭비가 최소화되고 보험행정이 간소화되어야 함.

□ 지불보상제도의 개편의 틀

사후보상제도	사전목표제도
<ul style="list-style-type: none"> · 예측가능성 결여 · 불필요한 진료, 부정청구 · 청구, 급여·심사기준의 복잡 	<ul style="list-style-type: none"> · 예측가능성 확보 · 의료의 질 감시 · 행정비용의 절감

□ 진료부문별 지불보상제도의 운영방향

입 원	외 래	요 양
DRG (기본질환) + 행위수가제 (특수질환)	행위수가제 + 외래 포괄수가제 + 인두제(단골의사제) + 통원수술 포괄수가제	일당제 (환자군별) + * 총액계약제

□ 지불보상의 수준

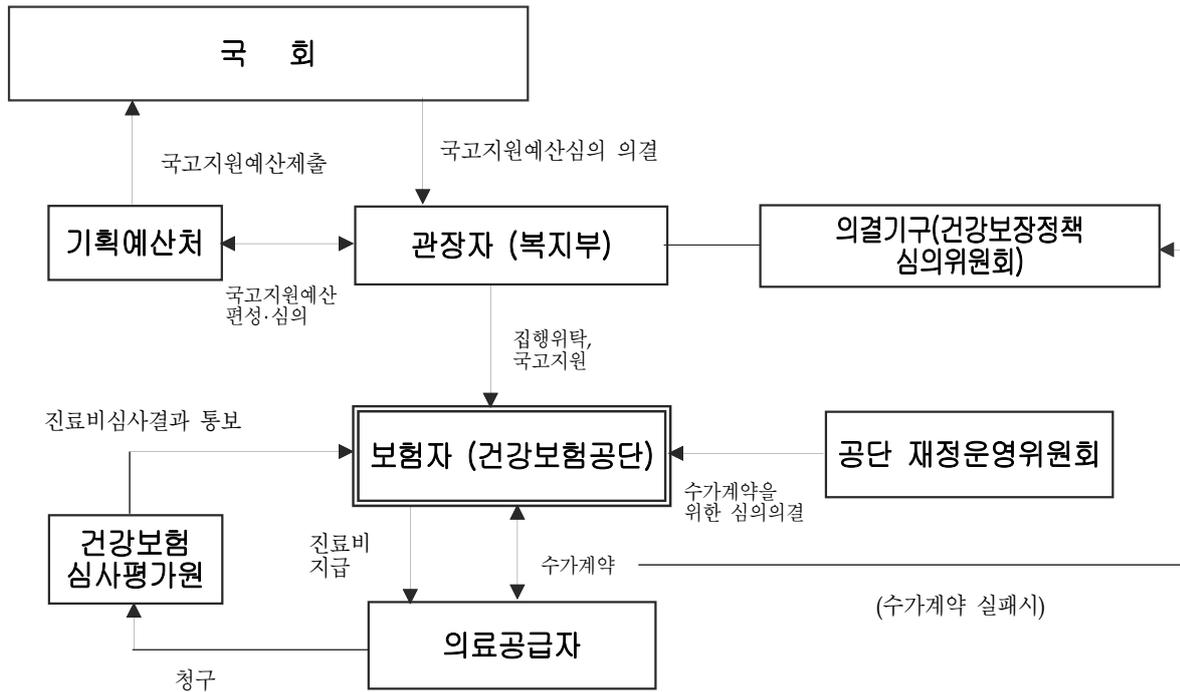
- 진료비의 총액목표와 연계하여 관리
- 진료부문별 배분은 의료정책목표, 의학적 타당성에 근거한 가치, 의료수요와 성과를 고려한 경제성 평가, 진료부문별 경영상황을 고려
- 개별공급자에 대해서는 성과에 근거한 지불공식을 개발 혹은 의료공급자단체의 자율적인 배분을 허용함.
- 목표관리제 도입을 위한 준비
 - 비급여 영역의 투명성 제고, 필수진료의 급여화, 의료서비스의 질 관리체계 구축, 요양기관계약제 도입

4) 건강위험 보장의 정책방향 4 : 거버넌스와 관리운영 시스템

□ 쟁점 사항

- 1) 이해당사자가 참여하는 민주적인 거버넌스 구조
- 2) 사회적 합의에 의한 의사결정의 수용성 제고
- 3) 보험자의 정체성 정립과 재정운영의 책임성 명료화
- 4) 집행조직인 공단과 심평원의 기능 재편

□ 현재의 건강보험 관리운영 시스템



□ 건강보험 거버넌스와 관리시스템 운영의 원칙

- 1) 정책결정에 국민의 참여를 보장하여 의사결정의 민주성을 확보
- 2) 사회적 합의를 거친 정책결정으로 국민들의 수용성을 확보
- 3) 정책의 결정과 결과에 대한 책임성을 강화
- 4) 정책집행의 효율성과 가입자에 대한 효과적 전달로 국민신뢰를 획득

□ 여건 전망

- 1) 4대 사회보험료 징수는 국세청 산하의 징수공단에서 담당할 예정
- 2) 2008년 7월에 노인장기요양보험제도의 시행이 예정되어 있고 공단이 장기요양보험제도의 관리자로 정해져 있음.
- 3) 지불보상제도의 포괄화로 심사기능은 축소되고 평가기능이 중요시 됨
- 4) 건강관리 서비스 및 건강정보의 제공 서비스가 보험자의 주요한 기능으로 등장

□ 개편방향 1 : 민주적 거버넌스

- 재정운영위원회는 가입자위원회로 전환
- 가입자위원회가 가입자측의 최고 의사결정기구가 됨.

- 정부가 보험자의 역할을 한다면 가입자위원회가 의료공급자와의 계약의 당사자가 되도록 하는 방안 검토
- 개편방향 2 : 사회적 합의를 통한 의사결정 구조
 - 1단계에서는 보험료, 수가 및 보험급여범위 등 포괄적으로 계약
 - 2단계로 공익위원으로 구성된 중재위원회에서 중재하여 결정
 - 가입자-공급자-공익으로 구성된 건정심에서 최대한 합의를 도출하도록 노력하되, 실패할 경우 공익위원들이 결정
 - 중재위원회에 참여하는 공익위원은 국회의 보건복지위원회의 심의를 거쳐 선임
- 개편방향 3 : 보험자의 정립과 재정운영의 책임주체
 - 복지부가 보험자 역할을 하고, 건강보험 재정은 국가통합재정의 틀 속에서 운영
- 개편방향 4 : 집행조직의 기능 재편
 - 공단과 심평원의 심사기능을 통합하여 '건강보험관리원'으로 함.
 - 심평원은 평가전문기관인 '의료평가원' 으로 전환
 - 의료정보 활용의 투명성을 확보하기 위해 '건강정보관리센터'를 설립
 - 건강보험 관리시스템의 정보화를 위해 '전자카드' 시스템 도입
 - 건강보험 관리의 내부경쟁 시스템 도입
 - 16개 시도 지부별 재정관리의 경쟁시스템 도입
 - 건강보험설계사 또는 관리사로서 one-stop 고객 서비스 제공

5. 건강위험 보장을 위한 정책건의

- 건강위험 보장의 정책방향의 핵심은,
 - 공공성과 통합성을 강화하는 방향으로 추진하되, 시스템의 운영은 시장원리(유인 시스템)와 민주성의 원리로 접근하도록 함
- 필수적인 위험의 보장을 위한 신속한 의사결정 시스템에 구축되어야 하고, 공적인 보장을 제외한 영역은 소비자의 선택을 존중함
- 건강위험의 보장은 국가정책의 우선에 있어야 하며, 건강투자를 통하여 국가경쟁력과 삶의 질을 향상시키도록 함
- 건강위험의 보장은 'comprehensive health care'로 접근함.

- 보험자는 건강관리 및 건강증진을 하는 건강설계사(health designer)가 되어야 함.
- 노인 의료 및 케어는 종교단체와 NGO의 역할을 활성화하여, 국가의 개입을 가능한 줄이도록 함.
- 의료비증가를 잘 통제하도록 함. 통제의 기준은 대 GDP 비중이 됨.
- 글로벌 관점에서 건강보험은 '건강안보' 시스템이어야 함.
- 건강보험은 첨단 신기술, 새로운 보건조직과 경영 변화에 적응하거나 선도해 나가야 함.

Ⅵ. 장애인

1. 기초장애인연금 도입(장애아동특별보호연금 도입)
2. 장애인 일자리 창출을 위한 '사회적 기업' 육성

1. 기초장애연금 도입(장애아동특별보호연금 도입)

1. 검토 배경

- 장애인의 경우, 장애로 인한 근로능력·기회의 상실, 추가비용의 발생 등으로 생계에 큰 어려움을 겪고 있으나,
 - 장애인가구의 월평균 소득은 157.2천원으로 도시근로자가구의 절반수준이며 장애인가구 빈곤율은 비장애인가구의 2배 수준
 - 장애로 인한 추가비용은 월평균 155.4천원이며 장애유형 및 정도에 따라 큰 차이
- 장애인에 대한 소득보장의 사각지대가 광범위하며 지원수준 미흡
 - 국민연금의 장애연금은 국민연금 가입 중 발생한 질병·부상으로 인한 장애인이 수급대상으로 전체 장애인의 3.1%에 불과
 - 장애수당은 기초생활보장법상의 기초수급자 및 차상위계층에 한정
 - 중증 12~13만원, 경증 2~3만원
- 국회 및 장애계는 장애연금 도입을 추진하고 있으며, 기초노령연금의 시행에 따라 장애연금에 대한 도입 압력 증대 예상
 - 「중증장애인가초연금법안」(정화원 의원 대표발의) 법안소위 심사중(「장애인소득보장법안」) (장향숙의원 대표발의)과 병합심사)
 - 기초노령연금법 개정안 통과시('07.6.29) 부대결의로 장애인의 사회보장 강화를 위한 별도 법안을 마련기로 함
 - 이명박 당선자의 공약에 중증장애인가초연금 및 장애아동특별보호연금 도입 포함

2. 국내 장애인의 소득 실태

- 월평균 가구소득
 - 2005년 장애인실태조사 결과, 장애인 가구의 월평균 소득은 157.2만원으로, 도시근로자 가구소득(2005년 2/4분기 301.9만원)의 52.1%에 불과했음.
 - 2006년 국민생활실태조사 결과, 장애인 가구의 월평균 소득은 210.8만원으로, 비장애인 가구의 월평균 소득 275.1만원의 76.6% 수준으로 나타났음.

- 근로소득에서는 장애인가구가 월 122.1만원으로 비장애인가구의 185.9만원에 비해 63.8만원이 적었으며,
- 사업소득에서도 장애인가구는 월 30.6만원으로 비장애인가구의 51.2만원에 비해 20.6만원이 적었으며,
- 반면에 사회보험, 기초보장 및 기타 정부보조금의 공적 소득에서는 장애인가구가 월 23.1만원으로 비장애인가구의 7.6만원에 비해 15.5만원이 많았음.

□ 장애인 빈곤율

- (2005년 장애인실태조사) 전체 장애인 가구 194.5만 가구 중 국민기초생활수급자 가구는 26만 가구로 전체 장애인 가구의 13.1%로서, 비장애인가구의 국민기초생활보호대상자 비율 6.8%에 비해 2배 정도 높음
- (2006년 국민생활실태조사) 차상위계층 이하 저소득장애인가구의 비율은 전체 장애인가구의 47.3%로 추정됨.
 - 중증의 경우에는 차상위계층 이하 장애인가구의 비율이 61.5%에 달함.

<장애인 및 일반가구의 최저생계비 비율별 빈곤율 추이(소득인정액 적용시)>

(단위: %)

구 분	소득인정액						
	최저생계비 미만	최저생계비×1.2 미만	최저생계비×1.3 미만	최저생계비×1.5 미만	최저생계비×1.8 미만	최저생계비×2 미만	
2003	비장애인가구	8.87	11.83	-	16.98	-	27.47
	장애인가구	19.36	24.75	-	33.27	-	48.59
2005	비장애인가구	7.25	9.81	11.27	14.73	20.53	25.05
	장애인가구	21.03	26.26	29.32	35.08	43.32	49.28

자료: 한국보건사회연구원, 국민생활실태조사 원자료, 2006.

<장애인 등급별 최저생계비 비율별 빈곤율 추이(소득인정액 적용시)>

(단위: %)

구 분	소득인정액						
	최저생계비 미만	최저생계비×1.2 미만	최저생계비×1.3 미만	최저생계비×1.5 미만	최저생계비×1.8 미만	최저생계비×2 미만	
장애등급1	중증	27.28	34.23	38.38	44.10	51.75	56.84
	경증	19.09	23.86	26.56	32.31	40.74	46.92

주: 1) 중증은 장애등급이 1~2등급, 경증은 4~6등급인 경우를 의미함.
 자료: 한국보건사회연구원, 국민생활실태조사 원자료, 2006.

□ 장애로 인한 추가비용

○ 2005년 장애인실태조사 추가비용

- 재가장애인의 장애로 인한 추가비용은 월평균 155.4천원
- 의료비 90.2천원, 교통비 22.9천원, 보호간병비 11.8천원, 보장구 구입·유지비 6.4천원 등
- 장애종류 및 장애등급에 따라 추가비용은 상당한 차이가 있음.
- 주관적 계측조사에 의해 추정된 비용으로서 실제 추가비용보다 과소 추정될 가능성이 높음.

○ 2006년 국민생활실태조사 가구유형별 최저생계비 계측조사의 장애로 인한 추가비용

- 교통비, 의료비, 교육비, 휴대폰비, 주택수리비, 보호간병비, 보장구비, 재활기관 이용료 등이 주된 추가비용 항목임.
- 교통비, 의료비는 전체 장애유형, 장애등급에서 추가비용이 있음.
- 교육비는 지적장애(정신지체 및 발달장애)에서만 추가비용이 있음.
- 지적장애(정신지체 및 발달장애) 104만7천원, 내부장애 94만8천원, 지체중증 91만4천원, 뇌병변중증 87만8천원으로 장애로 인한 추가비용이 매우 높음.
- 반면에 지체경증, 뇌병변경증, 시각경증, 청각경증은 추가비용이 20만원 미만으로 낮게 나타남.
- 주요 외국의 선행연구에서 주관적 계측 조사 방법보다 보다 객관적이고 실제 비용에 가까운 추가비용을 추정할 수 있는 방법으로 인정받고 있는 삶의 질 계측 조사 방법을 사용하여 추정한 금액임.

〈장애종류별 1인당 추가 비용〉

(단위: 원)

장애종류	공통비목 추가비용					특수비목 추가비용			공통비목 감소비용	추가비용 합계
	교통비	의료비	교육비	휴대폰 비	주택 수리비	보호 간병비	보장구 비	재활기관 이용료		
지체중증	57,551	113,511	0	30,759	35,923	628,891	13,764	46,207	12,371	914,235
지체경증	57,551	63,050	0	29,394	0	0	0	0	12,371	137,624
뇌병변중증	26,515	113,511	0	30,759	35,923	628,891	9,106	46,207	12,371	878,541
뇌병변경증	26,515	63,050	0	29,394	0	0	0	0	12,371	106,588
시각중증	36,238	54,260	0	30,759	33,076	628,891	9,106	0	12,371	779,959
시각경증	36,238	54,260	0	29,394	0	0	0	0	12,371	107,521
청각중증	57,551	54,260	0	29,394	33,076	0	13,764	0	12,371	175,674
청각경증	57,551	54,260	0	29,394	0	0	13,764	0	12,371	142,598
지적장애	36,238	63,050	132,272	0	0	781,840	0	46,207	12,371	1,047,236
정신장애	26,515	54,260	0	0	0	628,891	0	46,207	12,371	743,502
내부장애	36,238	113,511	0	29,394	0	781,840	0	0	12,371	948,612

※ 장애로 인한 추가비용 중 보호간병비, 보장구비, 주택수리비를 현물급여하는 경우, 추가비용이 가장 많은 장애유형은 지적장애(정신지체와 발달장애)로 22만1,892원이었으며, 지체중증이 15만7,334원, 뇌병변중증이 12만6,298원으로 추가비용이 10만원이 넘었음.

〈보호간병비, 보장구비, 주택수리비를 현물급여하는 경우 추가비용〉

(단위: 원)

장애종류	공통비목 증가				특수비목	공통비목 감소	추가비용 합계
	교통비	의료비	교육비	휴대폰비	재활기관 이용료		
지체중증	57,551	35,188	0	30,759	46,207	12,371	182,076
지체경증	57,551	19,546	0	29,394	0	12,371	118,862
뇌병변중증	26,515	35,188	0	30,759	46,207	12,371	151,040
뇌병변경증	26,515	19,546	0	29,394	0	12,371	87,826
시각중증	36,238	16,821	0	30,759	0	12,371	96,189
시각경증	36,238	16,821	0	29,394	0	12,371	94,824
청각중증	57,551	16,821	0	29,394	0	12,371	116,137
청각경증	57,551	16,821	0	29,394	0	12,371	116,137
지적장애	36,238	19,546	132,272	0	46,207	12,371	246,634
정신장애	26,515	16,821	0	0	46,207	12,371	101,914
내부장애	36,238	35,188	0	29,394	0	12,371	113,191

3. 국내 장애인 소득보장정책의 현황

□ 국민연금제도의 장애연금

- 목적: 장애로 인한 노동능력의 손실 또는 감소에 따른 소득보장
- 대상: 가입자가 가입 중에 발생한 질병 또는 부상으로 인하여 완치 후에도 신체 또는 정신상의 장애로 인해 노동능력이 상실 또는 감소된 경우에 생계안정을 위해 지급되는 급여로 장애 정도(장애등급 1~4급)에 따라 지급
- 가입기간 중 산업재해가 아닌 다른 이유로 장애를 입은 경우에 지급
- 장애가 존속하는 동안은 수급 계속
- 장애연금은 장애연금과 장애일시보상금으로 나뉘어지는데, 장애연금은 장애등급 1~3급에 해당하는 장애를 당한 경우에 지급한다. 장애등급에 따라 기본연금액의 100%, 80%, 60%를 지급하게 된다. 장애일시보상금은 장애등급 4급(국민연금법상)에 해당하는 경미한 장애를 입은 경우에 지급한다.
- 장애연금의 수급액은 40년 가입시 이전 소득의 60%에 해당
- 현황
 - 2006년 장애연금 수급자는 61,762명으로 등록장애인 196만7,326명의 3.1%에 불과(2004년의 3.6%에 비해 감소)
 - 연 평균 365만3천원(월 30만4천원)
- 문제점
 - 국민연금은 사업장 근로자를 대상으로 하고 있어서 선천적 장애인이거나 경제활동 이전에 장애를 입어 취업하지 못하는 경제활동을 한 경험이 없는 장애인에게는 소득보장 제공 기능 제약
 - 국민연금 가입자가 되기 이전에 장애를 입게 된 경우 지급대상에서 제외
 - 최소가입기간 없이 가입기간 중 2/3 이상의 보험료를 납부하면 수급자격을 부여하여 불성실가입자에 대한 제재조치가 미약
 - 등록장애인의 3.1%만이 장애연금 수급자로 장애인을 위한 소득보장체계로는 매우 미흡
 - 연금 급여액은 월 평균 30만4천원으로 2006년 1인 가구 최저생계비 418,309원의 70% 정도로 장애연금만으로는 최저생계 유지 불가
 - ILO에서는 최저수준의 소득대체율을 40%로 권고하고 있어서 상당한 격차
 - 장애는 정신적·육체적 손상상태로 인하여 생긴 노동력의 손실 또는 감소를 의미

하는, 의학적 장애개념을 사용하고 있어서 근로능력에 대한 고려가 미흡

□ 장애관련수당

○ 장애수당

- 장애로 인한 추가비용을 보전하기 위해 지급
- 국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위계층(120% 이하)의 18세 이상 등록장애인이 지급대상
- 중증장애인은 장애등급 1~2급(다른 장애가 중복된 3급 정신지체인 및 발달장애인 포함)
- 경증장애인은 장애등급 3~6급
- 2007년부터 중증수급자에게 월 13만원, 중증 차상위계층에 월 12만원, 경증 수급자 및 차상위계층에 월 3만원 지급
- 2007년 수급자 수 51만명에 3,130억 지급: 월 평균 5만1천원 지급
- 지급액은 2006년에 비해 크게 향상되었으나(중증 국민기초생활보장수급자의 경우 월 13만원) 아직 장애로 인한 추가비용에는 미치지 못함. 2005년 실태조사에서 추정된 월 평균 추가비용 18만원(물가상승을 반영)에도 미치지 못하고 있으며, 2006년 국민생활실태조사에서 추정된 추가비용 금액에는 크게 못 미침. 또한 장애유형별로 추가비용 차이가 큼에도 불구하고 이를 반영하지 못하여 제도 운용의 형평성을 저해하고 있음.
- 지급 요건으로서 장애인의 장애 정도와 경제적 상태를 고려하고 있는데, 특히 지급 수준을 결정하는 요인으로 작동하고 있는 장애 정도 판별의 경우, 장애인의 장애로 인한 일상생활 및 사회생활에서의 기능 제한 정도가 아닌 의학적 손상 정도를 나타내는 현행 장애 등급 기준을 적용하고 있어 제도의 본래 취지를 살리지 못하고 있음.
- 장애인 자녀교육비 지원, 장애인 의료비 지원, 활동보조서비스 등 추가비용 보전의 성격을 갖고 있는 타 제도와의 명확한 관계 정립이 필요함.

○ 장애아동부양수당

- 국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위계층(120% 이하)의 18세 이하 재가 장애아동의 보호자(보호자가 없는 경우 장애아동 당사자)
- 중증장애인은 장애등급 1~2급(다른 장애가 중복된 3급 정신지체인 및 발달장애인 포함)
- 경증장애인은 장애등급 3~6급
- 2007년부터 중증 수급자에게 월 20만원, 중증 차상위계층에 월 15만원, 경증 수

급자 및 차상위계층에 월 10만원

- 2007년 수급자 수 2만3천명에 279억 지급: 월 평균 10만 1천원 지급
- 지급액은 2006년에 비해 크게 향상되었으나 아직 장애로 인한 장애아동의 추가 비용에는 미치지 못함. 또한 장애유형별로 추가비용 차이가 크에도 불구하고 이를 반영하지 못하여 제도 운용의 형평성을 저해하고 있음.
- 지급 요건으로서 장애인의 장애 정도와 경제적 상태를 고려하고 있는데, 특히 지급 수준을 결정하는 요인으로 작동하고 있는 장애 정도 판별의 경우, 장애인의 장애로 인한 일상생활 및 사회생활에서의 기능 제한 정도가 아닌 의학적 손상 정도를 나타내는 현행 장애 등급 기준을 적용하고 있어 제도의 본래 취지를 살리지 못하고 있음.
- 장애인 자녀교육비 지원, 장애인 의료비 지원, 활동보조서비스 등 추가비용 보전의 성격을 갖고 있는 타 제도와의 명확한 관계 정립이 필요함.

○ 보호수당

- 18세 이상의 중증장애인을 보호하기 위해 지급하도록 장애인복지법에 규정
- 아직 지급되지 않고 있어서 성인장애인을 보호하고 있는 장애인가구에 상당한 부담이 되고 있음.

□ 국민기초생활보장제도

○ 최후 안전망

- 빈곤층에게 최저생활을 유지할 수 있도록 지원하는 최후 안전망

○ 수급자 선정기준

- 소득인정액 기준과 부양의무자 기준을 동시에 충족시키는 경우에 수급자로 선정
- 소득기준이 되는 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액을 기준으로 하며, 가구별 산정 소득인정액을 가구별 최저생계비와 비교
- 부양의무자의 범위는 1촌 이내의 혈족(자녀 및 사위, 며느리)으로 규정

○ 급여액

- 가구별 소득인정액과 가구별 최저생계비를 고려하여 급여액 결정

○ 급여의 종류

- 생계급여, 주거급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 의료급여, 자활급여
- 교육급여, 해산급여, 장제급여, 의료급여는 실제 필요한 경우 외에는 지급하지 않는 급여

- 수급현황
 - 2006년 현재 전체 수급가구 83만1,692 가구 중 장애인가구는 17.4%인 14만4,747 가구
- 국민기초생활보장제도의 문제점
 - 장애로 인한 추가비용을 전혀 고려하지 않은 채 수급자 선정
 - 국민기초생활보장법에 가구유형을 고려하여 최저생계비를 계측하도록 하고 있으나 아직 장애가구의 최저생계비를 별도로 제시하지 않고 있음
 - 장애인에게 의료비, 보장구비 등 장애로 인한 추가비용은 지출하지 않으면 일상생활을 유지할 수 없고 생명마저 잃을 수 있는 불가피한 지출
 - 장애인가구는 장애로 인한 추가비용 때문에 비장애인가구와 동일한 소득이라 하더라도 실제 생활에 쓸 수 있는 소득은 비장애인가구보다 더 낮음.
 - 장애로 인한 추가비용을 전혀 고려하지 않은 채 급여액 지급
 - 장애인가구 중 수급자로 선정되어 급여를 지급할 때도 장애로 인한 추가비용을 고려하지 않고 있음.
 - 국민기초생활보장수급자로 선정되더라도 장애인가구 급여액이 비장애인가구와 동일하기 때문에 실제 생활수준은 비장애인가구보다 훨씬 낮게 됨.
 - 보충급여제의 근로저해 효과
 - 소득인정액과 최저생계비의 차액만큼만 지급하는 보충급여제로 인해 가능한 한 소득을 적게 신고하려는 탈법 조장
 - 자활사업에 참여하는 장애인의 경우 소득공제를 30%까지 인정하고 있으나, 소득공제율이 낮아서 자활사업에 참여하는 것을 회피
 - 일반고용을 통한 근로소득에는 소득공제가 전혀 없는 실정이어서 일반고용을 통해 초봉 100만원 내외에 불과한 대부분의 중증장애인들은 취업의도가 현저히 떨어지게 됨.
- 자산조사 간접적 소득지원
 - 직접 현금을 지급하지 않으며, 자산조사를 거쳐 일정 소득수준 이하의 장애인가구에 지원
 - 장애인자녀교육비지원, 장애인자립자금대여, 장애인의료비지원 등이 이에 해당.
 - 문제점
 - 실제로 앞에서 언급한 지원을 받는 대상이 적용대상이 지나치게 제한되어 있음

□ 비자산조사 간접적 소득지원

- 민간: 철도·도시철도 요금할인, 항공료 할인, 연안여객선 여객운임 할인, 전화요금 할인, TV 수신료 면제, 고속도로 통행료 할인
- 공공: 의료비 소득공제, 증여세 면제, 소득세 인적공제, 상속세 인적공제, 장애인 특수교육비 소득공제, 장애인용 수입물품 관세 감면, 장애인차량 관련 세금 면제
- 형평성의 문제
 - 각종 면세혜택은 상대적으로 소득수준이 높은 장애인들에게 혜택을 주며, 소득수준이 낮은 장애인들에게는 혜택이 적음.
 - 자동차 관련 세금은 자동차를 구입할 정도의 재정적 여유가 있는 장애인에게만 면세의 혜택
 - 상속세, 소득세, 증여세 등도 세금을 내지 않는 장애인들에게는 혜택이 주어지지 않기 때문에 상대적으로 세금을 낼 가능성이 적은 저소득계층보다는 고소득계층에게 유리
 - 세금 감면은 저소득층보다는 중산층, 중산층보다는 고소득층에게 더 많은 혜택으로 사회복지제도의 목표인 부의 재분배가 아닌 소득의 역진적 분배 조장 가능
- 정부 책임을 민간에 전가
 - 장애인소득보장은 정부의 책임이지만 책임의 일부를 민간 업체에 전가
 - 항공사 등 일부 업체에서는 장애인 요금감면의 부담을 줄이기 위해 감면 범위 및 대상 축소
 - 코레일에서도 장애인 등 철도요금감면으로 재정 손실의 부담 확대 주장

4. 장애인 소득보장 관련 주요 대안

□ 중증장애인가초연금제도의 도입(정화원 의원 대표 발의안)

[기본 내용]

지급대상	- 18세 이상의 중증장애인으로서는 부양의무자가 없거나, 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자로서 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제6조제2항에 따라 공표된 최저생계비의 100분의 150 이하인 중증장애인(장애인복지법상 1,2급 장애인과 3급 장애인중 대통령령으로 정하는 자) - 단, 부양의무자는 배우자로 한정
급여 종류	- 기본급여: 장애로 인한 추가적 비용의 보전(18만원) - 생활급여: 장애로 인한 소득의 감소 보전(지급단가는 최저생계비의 50%수준, 20만원)
연금액 결정방식	- 보건복지부장관은 중증장애인의 소득지출수준과 생활실태, 물가상승률 등을 고려하여 연금액을 결정하여야 하며, 이에 필요한 계측조사를 3년마다 실시, 매년 기본급여 및 생활급여의 수준을 심의하기 위해 보건복지부에 중증장애인 기초연금심의회를 두도록 함
재원	- 일반회계 예산, 필요한 경우 특별회계 예산 및 지방재정 예산 또는 기금으로부터의 지원이나 그 밖에 대통령령이 정하는 방법에 의함

[소요 예산]

(단위: 억 원)

년 도	2008	2009	2010	2011	2012	합 계
기본급여 소요예산 (A)	7,906	8,836	9,901	11,087	12,399	50,129
생활급여 소요예산 (B)	3,720	4,561	5,121	5,738	6,447	25,587
총 소요예산 (A+B)	11,626	13,397	15,022	16,825	18,846	75,716
기존장애관련수당예산 (C)	4,129	4,892	5,381	6,360	6,976	27,738
총 순증예산 (A+B-C)	7,497	8,505	9,641	10,465	11,870	47,978

○ 장점

- 기존의 장애등급에 따른 중증장애인을 선정하는 방식 활용 가능
- 중증장애인가초연금이 시행되면 장애수당 폐지
- 이미 장애수당, 국민기초생활 수급장애인이 많기 때문에 추가예산의 규모가 비교적 감당할 수 있는 수준(약 7,500억 추가)

○ 단점

- 자산조사를 통해 급여대상자를 선정하는 과정이 필요하며, 이 과정에서 심각한 산입오류와 배제오류를 겪을 수 있음.
- 장애수당은 장애로 인한 추가비용을 보전하는 기능을 하지만 이를 폐지함으로써 중증장애인으로 판정받지 못한 경증장애인의 장애로 인한 추가비용을 보전하기 어려움
- 따라서 중증장애인으로 판정받지 못한 경증장애인의 반발이 심각할 것으로 예상됨.

- 소득보전급여로서의 생활급여와 추가비용급여로서의 기본급여의 수급자 선정기준의 엄격성이 결여되어 있음. 즉, 소득보전급여의 경우에는 장애인의 근로능력 평가가 수급기준이 되어야 하며, 추가비용급여의 경우에는 장애인의 신체기능상태(ADL 및 IADL) 평가가 수급기준이 되는 것이 원칙이나, 의학적 손상 정도를 나타내는 현재의 장애등급에 근거하여 수급 여부를 결정하는 것은 제도의 취지와 부합하지 않음.

□ 장애수당 세분화(장향숙 의원 대표 발의안)

[기본 내용]

지급대상	- 국내에 거주하는 65세 이하 장애인으로서 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자와 차상위계층(소득인정액이 최저생계비의 120%)에 해당하는 자
급여 종류	- 이동급여: 거동이 곤란한 중증장애인에게 월평균교통비를 지급 - 정보접근급여: 1급 내지 4급의 시각장애인과 2급 또는 3급의 언어·청각장애인에게 정보접근을 위해 추가로 발생하는 비용 지급, 경중장애인에게는 그 비용의 100분의 80을 지급 - 건강급여: 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자를 제외한 수급권자에게 「국민건강보험법」에 따른 보험료를 국가가 대신 납부 - 요보호장애인급여: 1급 또는 2급의 뇌병변장애인, 정신지체장애인, 발달장애인, 정신장애인에게 상시보호비용 지급 - 소득보전급여: 수급권자의 소득보전을 지원하기 위하여 수급권자에게 「국민연금법」에 따른 연금 보험료를 국가가 대신 납부
급여액 결정방식	- 보건복지부장관은 장애인의 생활실태, 물가상승률 등을 고려하여 급여액을 결정하고 공표 - 장애인소득보장사업의 실시에 관한 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부와 시·도 및 시·군·구에 장애인소득보장위원회를 두도록 함
재원	- 일반회계

[소요 예산]

(단위: 백만 원)

년 도	2007	2008	2009	2010	2011	합 계
이동급여	78,424	90,682	104,220	119,124	127,391	519,841
정보 접근급여	16,141	17,948	19,826	22,142	22,744	98,801
건강급여	12,487	14,736	17,171	19,793	21,251	85,439
요보호장애인수당	58,937	65,726	72,806	80,178	83,393	361,040
소득보전급여	121,311	144,684	171,439	202,007	223,390	862,831
합 계	287,300	333,776	385,462	443,244	478,169	1,927,952

○ 장점

- 욕구에 따른 장애수당의 분리
 - ※ 영국의 경우 이동수당, 보호수당 등으로 나뉘어져 있음

- 기존 장애수당 폐지
- 이미 장애수당, 국민기초생활 수급장애인이 많기 때문에 추가예산의 규모가 비교적 감당할 수 있는 수준(약 7,500억 추가)

○ 단점

- 한 사람이 받을 수 있는 급여의 액수는 1인당 10만원에서부터 시작하여 최고 20만 원 정도로서, 시행 첫해의 소요예산은 2,873억 원 정도로 오히려 기존의 장애관련 수당 예산에도 미치지 못하고 있으며, 지급 대상 역시 기존의 장애관련 수당과 마찬가지로 차상위 계층에 한정되어 있음.
- 이로 인해 기존의 장애수당을 세분하여 이를 장애유형과 정도에 따라 차등 지급하는 것에 불과하다는 장애인단체의 비판에 직면할 것으로 보임.
- 각 급여의 수급자 선정기준의 엄격성이 결여되어 있음. 즉, 소득보전급여의 경우에는 장애인의 근로능력 평가가 수급기준이 되어야 하며, 이동급여 등 추가비용급여의 경우에는 장애인의 신체기능상태(ADL 및 IADL) 평가가 수급기준이 되는 것이 원칙이나, 의학적 손상 정도를 나타내는 현재의 장애등급에 근거하여 수급 여부를 결정하는 것은 제도의 취지와 부합하지 않음.

5. 기초장애연금 도입의 기본 방향

□ 소득보전급여로서 기초장애연금 도입의 필요성

〈소득계층별 장애인 소득보장 제도 현황〉

구분	18세 미만		18세 이상 ~65세 미만		65세 이상		비고
	소득보전 급여	추가비용 급여	소득보전 급여	추가비용 급여	소득보전 급여	추가비용 급여	
기초보장수급자 (최저생계비 100%이하)	○ (생계 급여)	○ (장애아동 수당)	○ (생계 급여)	○ (장애 수당)	○	○ (장애 수당)	추가비용 급여 지급 수준 낮음
차상위계층 (최저생계비 120%이하)	×	○ (장애아동 수당)	×	○ (장애 수당)	기초노령 연금	○ (장애 수당)	소득보전 급여 사각지대 추가비용 급여 지급 수준 낮음
차차상위계층 (최저생계비 150%이하)	×	×	×	×	기초노령 연금	×	소득보전 급여 사각지대 추가비용 급여 사각지대
최저생계비 150% 초과	×	×	장애연금	×	기초노령 연금 노령연금 (장애 연금)	×	

○ 차상위계층, 차차상위계층에 대한 소득보전 급여 제도 마련 필요

- 국민기초생활보장 수급자 선정기준에 장애인 가구 특성이 고려되지 않아 수급자에서 배제되고 있는 상황에서 근로능력이 없거나 또는 미약하여 노동시장에 서까지 배제되고 있는 차상위계층 및 차차상위계층 중증 장애인을 대상으로 한 소득 보전 급여 제도 필요
- 소득 보전 급여의 지급 요건에는 경제적 상태와 함께 근로 능력 상태가 반영되어야 함.
- 이 경우, 법에 추가비용 보전 급여로 명시되어 있는 장애수당제도와외의 양립이 가능함. 단 장애수당의 지급 요건이 기존의 의학적 손상이 아닌 장애로 인한 일상생활 및 사회생활의 제약 정도를 파악할 수 있는 기준으로 바뀌어야 함.
- 주요 선진 외국에서는 선천적 장애인이나 근로활동 가능 연령대 이전에 장애가 발생한 장애인 및 공적 연금의 장애연금 수급 요건을 충족하지 못한 장애인 등을 대상으로 이들의 소득을 보전하고자 하는 것을 목표로 하는 다양한 급여 제도를 운영하고 있음.

〈주요 OECD 회원국의 장애인 소득보장체계〉

유형	종류	벨기에	덴마크	독일	스페인	프랑스	핀란드	아일랜드	이태리	노르웨이
소득 보전 급여	장애연금	○	×	○	○	○	○	○	○	○
	장애부조 (기초장애연금)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	일반부조	○	○	○	○	○	○	○	○	
추가 비용 급여	비자산조사 급여	×	○	○	○	○	○	×	○	○
	자산조사 급여	○	×	○	○	○	×	○	×	○

유형	종류	네덜란드	오스트리아	포르투갈	스웨덴	영국	미국	호주	일본	한국
소득 보전 급여	장애연금	○	○	○	○	○	○	×	○	○
	장애부조 (기초장애연금)	○	×	○	○	○	○	○	○	×
	일반부조	○	○	○	○	○	○	○	○	○
추가 비용 급여	비자산조사 급여	×	○	○	×	○	×	○	×	×
	자산조사 급여	○	×	○	○	○	×	○	○	○

주: 소득보전급여 중 장애연금은 가입자의 기여에 기반한 사회보험방식의 연금을 의미하며, 장애부조(기초장애연금)는 선천적 장애 등으로 인해 장애연금에 가입되어 있지 않거나, 장애연금의 수급요건을 충족하지 못한 중증장애인에게 조세(사회보험료)를 통해 지급하는 급여를 의미함. 또한 일반부조는 장애로 인한 근로능력 손상 정도가 덜하여 장애부조(기초장애연금)를 수급할 수 없는 경증 장애인 중 일정 소득 이하인 자에게 지급하는 급여를 의미함.

□ 기초장애연금 도입의 기본방향

- 추가비용급여로서 장애수당(장애아동수당)의 성격을 명확히 하고, 장애유형과 장애정도를 고려하여 지급액을 차별화하되, 추가비용의 100% 수준에 이르기까지 지속적으로 확대
- 선천적 장애인이나 근로활동 가능 연령대 이전에 장애가 발생하여 소득활동을 수행할 수 없어 국민연금에 가입되어 있지 않은 저소득 중증장애인의 소득을 보전하기 위해 기초장애연금을 도입
 - ※ 우리나라를 제외한 모든 OECD 회원국은 공적연금의 사각지대에 있는 중증장애인, 즉 선천적 장애인이나 근로활동 가능 연령대 이전에 장애가 발생한 장애인 및 공적 연금의 장애연금 수급 요건을 충족하지 못한 장애인 등을 대상으로 장애부조 또는 기초장애연금을 지급하여 이들의 소득을 보전하고 있음.

□ 장애아동특별보호연금

- 장애아동의 부모 사후 장애아동의 안정적인 생활을 위하여 장애아동특별보호연금 도입
- 장애아동의 부모들이 장애아동을 위하여 장애아동특별보호연금 가입시 국가는 납입액의 30% 지원

□ 연차별 계획

- 기초장애연금 도입 방안 및 장애수당 확대 방안 검토('08 상반기)
- 기초장애연금 실시 및 장애수당(장애아동수당) 지급수준 확대('09)
- 장애판정체계 개편에 따른 기초장애연금 및 장애수당 수급 기준 조정('10)
- 기초장애연금: 근로능력(소득활동수행능력) 평가를 실시하여 기초장애연금 수급 여부 및 지급 수준 결정
- 장애수당: 신체기능상태(ADL 및 IADL) 평가를 실시하여 장애수당 수급 여부 및 지급 수준 결정

2. 장애인 일자리 창출을 위한 '사회적 기업' 육성

1. 추진배경

- 장애인구의 증가와 권리의식 신장으로 잔여적·시혜적 복지에서 권리차원 복지로의 패러다임변화로 장애인의 사회참여 및 복지에 대한 요구 증가
- 장애인들의 취업(일)에 대한 욕구 증대
 - 장애인들은 정부지원보다는 일을 통한 소득증대, 일을 통한 만족도 제고를 선호하고 일자리 마련을 요구하는 경향이 있음.
 - 일을 통한 장애인의 생계보장 욕구가 높고 (48.9%, 2005년 장애인실태조사),
 - 창업에 대한 의지가 강함(28%, 2005.10 현대리서치).
- 실질생산인구감소로 장애인노동인력의 활용필요성이 높아질 것으로 예상되어 장애인고용기회는 증가할 것으로 판단
 - 일자리창출을 통한 저소득장애인 빈곤탈출 및 사회참여기회 확대
- 일을 통한 장애인 차별해소로 장애인의 진정한 사회통합 실현
 - 일을 통한 사회참여 확대로 장애인에 대한 인식을 개선함으로써 진정한 사회통합을 실현
 - 또한 양극화 해소를 위한 중요 정책수단으로써 다양한 사회적 일자리 마련 필요
- 장애인복지 종합대책 (청와대사회정책수석실, 빈부격차차별시정위원회 마련, '06. 06. 26) 및 장애인지원 종합대책(, '06.09.04, 발표)에 따라 중증장애인 등에 대한 일자리 마련 정책보완이 필요하게 됨.
- 2007년부터 장애인 일자리 창출사업을 위해 보건복지부에서는 '장애인 일자리사업', 노동부에서는 '사회적 기업'사업이 수행되고 있음.

2. 현황 및 문제점

1) 보건복지부의 장애인 일자리 사업 및 직업재활

- 장애인 일자리 창출을 위해 '07년부터 도입하여 시행하고 있는 장애인일자리 사업은, 장애인의 장애유형과 정도에 따라 복지형, 공익형 등 다양한 일자리를 통해 사

회참여 경험을 갖도록 하고, 이를 통해 일반노동시장으로의 전이에 도움을 주고자 제공하는 인턴십형, 아르바이트형 일자리임.

- '07년 신규사업으로서로서 임금이 적고, 사업기간이 짧아 아직 참여율이 저조한 것은 사실이나 장애유형별 적합 일자리를 지속 발굴, 보급하여 장애인의 사회참여 및 자립기반을 마련하는 기회가 되도록 함.
- 장애유형별·정도별 적합 일자리를 지속적으로 발굴, 보급하기 위해 2007년 현재 장애인복지개발원과 함께 장애인일자리 아이템 공모를 통해 정신지체 및 발달 장애인을 위해 도서관 사서보조 및 우체국 우편분류 업무를 하는 장애인 일자리 시범사업을 추진 중에 있음.
- 시범사업에 이어 내년도 복지일 자리를 통해 전국적으로 확산, 보급해 나갈 계획임.
- '07년도의 장애인복지 일자리의 유형별 참여자 현황을 보면, 지체장애인이 절반가량인 49.4%, 정신지체가 13.6%로 타 장애유형은 상대적으로 적은 수가 참여하고 있음. 타 장애유형의 다양한 직종 개발이 필요하다고 하겠음.

<장애인복지일자리 유형별 참여자 현황('07. 7. 31 현재)>

구분	지체	시각	청각	언어	정신 지체	뇌병변	정신	발달 (자폐)	신장	심장	호흡기	간	안면	장루·요루	간질	계
	1,119	182	155	24	305	286	100	7	32	3	16	4	-	7	18	2,258

- '07년도 장애인행정도우미는 읍·면·동 사무소에 배치하여 직접 지역사회 장애인 복지행정 업무를 보조 수행토록 함으로써 지역사회 참여 확대와 소득보장 기회를 제공하고자 하는 것임.
- 담당업무는 장애인 민원상담 및 장애인 관련 사업(활동보조서비스사업, 장애인일자리 사업 등) 보조 업무 등 장애인복지업무를 우선 담당하되, 필요에 따라 다른 업무 지정 가능
- 직무분석을 통해 담당업무를 조정·확대하고, 담당 직무 및 근무환경에 맞는 직무수행 능력을 갖춘 장애인을 선발하고 교육하도록 할 계획이며 사업기간도 '07년 6개월에서 '08년 12개월로 연장하여 실질적인 지역사회 행정에 참여토록 할 방침

〈장애인주민주치센터 도우미 유형별 참여자 현황('07. 7. 31 현재)〉

구분	지체	시각	청각	언어	정신 지체	뇌병변	정신	발달 (자폐)	신장	심장	호흡기	간	안면	장루· 요루	간질	계
	1,061	137	75	24	46	198	43	2	28	10	1	3	4	3	21	1,656

- 장애인 직업재활은 장애인 생산품판매시설을 제외한 4개 유형직업재활시설에서 수행중이며, 2006년 7월 현재 국가의 지원을 받는 보호고용인원은 전체 장애인의 0.4% 수준임(에이블뉴스, 2007. 5. 8. 기사).
 - 2006년 7월 현재, 직업재활시설 평균임금은 19만 8천원이고, 근로작업시설(8%)만이 장애인의 71.6%에게 최저임금 이상의 임금을 지급하고 있음.
 - － 취업직종은 제조업분야(85.7%), 단순임가공(40%) 등 노동생산성이 떨어지는 가장 취약한 산업을 대상으로 하고 있고, 29%의 시설만이 우선구매품목을 생산하고 있었을 뿐임(에이블뉴스, 2007. 5. 8. 기사).
 - 직업재활시설 입소 장애인의 장애유형은 정인지체장애인이 77%, 지체장애인이 18%로 편중되어 있음.
 - － 다른 장애유형의 보호고용 기회가 차단되어 있는 실정임.

2) 노동부의 사회적 기업

- '03년 노동부의 사회적 일자리 창출사업(73억원 2천명)으로 시작하여, 사업규모가 지속적으로 확대되어 '07년에는 11개 부처(1조 3천억원, 20만명)가 참여하여 일자리 및 사회서비스 제공확대 추진 중임.
 - 대부분 사업이 재정지원에 의존하고 단기·임시적, 저임금일자리 한계에 부딪침에 따라 지속가능한 양질의 일자리 창출과 사회서비스 공급확대를 위해 사회적 기업 육성이 시급함.
- 「사회적 기업지원법안」이 '07. 1. 3. 제정됨('09. 7. 1. 시행).
 - 사회적 기업은 비영리조직과 영리기업의 중간형태로서, 사회적 취약계층에 대한 일자리 제공, 직업훈련 등의 사회적 서비스를 제공하는 사회적 목적을 추구하고 있으며, 영업활동 수행을 통해 수익을 창출하여야 하고, 노동부장관으로부터 인 증받아야 함.

□ 사회적 기업으로 인증받기 위해서는 일정 조건을 만족시켜야 함.

- 조직형태는 민법상 법인·조합·상법상 회사, 비영리단체 등 대통령령이 정하는 조직형태이며, 최소한의 유급근로자 고용의무가 있으며, 사회적 목적을 추구하여야 함. 그리고 이해관계자가 참여하는 의사결정구조를 갖추어야 하며, 최소한의 영업활동을 통한 수입기준이 필요함. 그외 정관이나 규약등을 갖추어야 함.

□ 사회적 기업의 지원

- 재정지원 : 사회적 일자리 창출시 참여자인건비 및 사회보험료 지원, 서비스 제공형 사회적 기업은 인건비, 운영경비 지원
- 그외 세제지원, 경영지원, 시설비등 융자지원, 공공기관 우선구매, 사회적 기업가 아카데미 운영·지원 등이 이루어짐.

□ 국내의 사회적 기업 현황(2007년 10월 1차 36개 기관 인증)

- 자활지원사업을 통해 형성된 사회적 기업: 자활공동체, 각종 기금사업단
- 민간의 자활사업을 통해 형성된 사회적 기업: 자활영리사업단 등
- 기존제도내 : 장애인 보호작업장 → 장애인 사회적 기업해당(6개 기관 선정)
- 시민사회에서 형성된 사회적 기업: 아름다운 가게, 푸드마켓, 지역아동센터 등

〈사회적기업 지원 예산〉

'07년	'08년(안)
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 총계 : 52억원 ○ 사회적기업 재정지원 : 35억원 <ul style="list-style-type: none"> - 사회적일자리 창출 : 35억원 ○ 사회적기업(사회적일자리 포함) 경영지원: 17억원 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 총계 : 427억원 ○ 사회적기업 재정지원 : 376억원 <ul style="list-style-type: none"> - 사회적일자리 창출 : 307억원 - (신규) 전문인력 인건비 지원 : 49억원 - (신규) 시설비 등 지원 : 20억원 ○ (신규) 사회적기업 네트워크 지원 : 10억원 ○ 사회적기업(사회적일자리 포함) 경영지원: 31억원 ○ (신규) 사회적기업가 아카데미 : 8억원 ○ (신규) 사회적기업 상시 모니터링 및 평가: 2억원

자료: 성공회대학교, '사회서비스와 사회적기업에 관한 국제 심포지엄', 2007.

□ 전방적으로 장애인 일자리 사업과 관련하여 복지부와 노동부의 이원화된 정책시행으로 실무자들 혼란 초래

⇒ 장애인 고용관련 역할분담 정립 및 장애인 일자리 창출을 위한 관련 인프라 재구성이 필요함.

3. 개선방안

- 기본적으로 미래에도 지속 가능한 장애인 고용(취업)정책 기반 구축 필요
 - 장애인 소득증대를 통해 국가지원대상 장애인을 최소화하고 선택된 중증장애인은 중점 지원하도록 함.
 - 근로능력 있는 장애인에게 일자리를 찾아주어야 하고, 일반경쟁 노동시장에 진출할 수 있도록 국가는 제도, 예산에서의 뒷받침을 하여야 하고 사회적 분위기 마련을 위한 일도 해야 함.
 - 일반경쟁 노동시장 취업이 어려운 중증장애인들에게 직업재활시설 등을 통해 '보호고용'을 제공해야 함.
- 장애인의 사회적 기업은 국가 재원뿐 아니라 지자체, 지역사회, 기업 등 다양한 지원이 전제되어야 함. 즉, 현금, 현물, 사업물량 등 국가나 사회로부터 지원받고, 장애인 이동편의 등을 고려해 작업환경을 조성하고 발생이익을 함께 나누는 것임. 이와 관련 장애인 사회적 기업의 경우 복지부와 노동부로 부터 지원을 받고 있어 이를 중복중지원으로 볼 것인지에 대한 부처간 합의가 필요함.
 - 장애인 사회적 기업은 기본적으로 다양한 지원을 받는 것이 전제되어야 하는 상황에서, 2개 부처에서 지원을 받는 것을 중복지원으로 보고, 사회적 기업으로의 인정여부를 결정하는 것이 바람직한지에 대한 부처간 합의 필요. 장애인 사회적 기업의 경우 정부 또는 지자체 등의 다양한 도움이 절대적으로 필요함.
- 장애인 사회적 기업 설립의 근본적인 문제는 기업성과 공익성의 배치를 극복하는 일임. 즉, 장애인을 고용하여 기업활동을 통해 수익을 창출하고 창출된 수익은 더 많은 고용창출이나 성공적인 직업재활이라는 사회적 목적달성에 환원하는 것임.
 - 장애인은 비장애인에 비해 노동생산성이 떨어지므로 경영논리로 논의하기 보다는 장애인 근로자의 생산능력 향상과 함께 직업생활의 기본적 이해를 넓혀주는 직업적 사회화 훈련의 장으로서의 역할을 병행해야 함.
 - 장애가 문제가 되지 않는 직종이나 업종의 선정과 배치를 통해 노동생산성을 확보하고 정부지원을 최대한 활용해 수익성 확보할 수 있어야 함.
 - 장애인직업재활시설의 생산품과 품질을 높이기 위한 자체브랜드화 등 적극적인 마케팅 도입, 안정적인 생산품 판로개척, 새로운 사업개발, 생산품 다양화 등이 필요함.

- 공익성 확보를 위해 근로능력이 낮은 중증장애인 중심의, 전체 유형의 장애인들이 참여할 수 있는 포괄적 성격을 가져야 할 것임.
- 양질의 일자리 창출을 위한 장애유형별 장애인의 적합직종 개발 및 다양한 직업 훈련 실시가 필요함
- 사회적 기업의 도입을 통해 취약계층에게 양질의 일자리 창출문제를 해결하고자 하나, 장애인의 경우 취약계층 중에서도 상대적으로 불리한 위치에 있고 다른 사회적 기업과 동일한 기준 적용으로 어려움이 발생함.
 - 구체적으로 이해관계자가 장애인인 경우 장애인이 참여하는 의사결정구조 구비의 문제 등이 해당되므로, 장애인 사회적 기업의 경우 점검보완이 필요함.
- 장애인직업재활시설 사회적 기업의 사회적 기업가 양성 및 종사자 필요
 - 새로운 사업을 발굴하고 지역내에서 필요한 자원을 동원하는 사회적 기업가와 장애인의 조건을 이해하고 지원할 수 있는 실무종사자 필요
- 장애인 일자리 창출을 통한 자립지원에 대한 부처간 협력체계 구축 필요.
 - 일을 희망하는 장애인에 대한 일자리창출사업에 대해 부처간 협력체계 구축(보건복지부, 노동부 등)

VII. 보건의료

1. 남북한 보건의료협력 증진방안
2. 한미 FTA 이후 의약품 정책의 새로운 - 혁신성과 접근성의 조화
3. 취약계층에 대한 보건의료지원 강화
4. 보건의료인력의 적정수급 및 질적수준 제고방안
5. 예방적 건강관리체계 구축
6. 식중독 저감화를 위한 국가관리체계 개선

1. 남북한 보건의료협력 증진방안

1. 현황 및 문제점

□ 보건의료제도의 기본체계

- 북한은 전반적 무상치료제, 예방의학적 방침, 의사담당구역제 등을 근간으로 1~4차에 이르는 보건의료서비스 전달체계가 제도상으로는 구축되어 있음.
- 그러나 1990년대 이후 극심한 경제난과 함께 전력부족 및 기반시설의 가동 중단 등으로 총체적인 붕괴 상태에 직면한 상태임.

□ 보건의료 인력 및 시설

- 총의사수는 인구 10만 명당 297명(WHO, 2003년)으로 남한의 215명(의사 및 한의사)보다 높은 수준임.
- 3년제 의학전문학교에서 양성되는 준의사, 야간통신 과정을 통해 양성되는 의사 등 의료인력의 질적 수준이 낙후되어 있음.
- 의료시설이 미가동되고 의약품·장비 부족으로 진단·처방 및 장비활용을 위한 임상수련 교육여건이 매우 열악함.
- 전체 병상은 인구 1만명당 136병상(WHO, 2003)으로 남한의 79병상('05년)의 약 1.7배, OECD 국가와 비교해도 최상위 수준임(OECD Health Data, 2006).
- 입원실 난방 및 식사, 의약품 구입 등을 환자 스스로 해결해야 하는 등 입원병상으로서의 기능을 상실한 상태임.

□ 북한주민의 건강수준

- 평균수명은 남자 64.7년, 여자 72.6년으로 남한(남자 74.4년, 여자 81.8년)에 비해 10년 정도 낮은 수준임(WHO, 2007).
- 영아사망률은 출생 1천명당 20.2명으로 남한 5.3명의 약 4배, 모성사망비는 출생 10만명당 97명으로 남한 13명의 약 8배임(WHO, 2007).
- 영아사망 원인은 설사증 50%, 호흡기 감염증 30%로(Central Bureau of Statistics DPRK, 2000) 기초의약품 및 식수 개선 만으로도 예방 가능한 사망이 대부분을 차지함.

- 5세 미만 유아사망률은 1천명당 남자 56명, 여자 49명으로, 남한의 남자 5명, 여자 5명에 비해 약 10배 이상 높은 수준임(UNFPA • PPFK, 「2007 세계인구현황」).
- 영유아 건강수준은 7세미만 영유아의 37%가 만성영양장애, 23% 저체중, 7%가 급성영양장애(Central Bureau of Statistics DPRK, 2004) 상태임.
- 높은 결핵 유병률 및 말라리아 발생 등 전염병은 북한주민의 생존권 위협하는 수준임.
 - 결핵유병률은 인구 10만명당 179명으로(WHO Report, 2007), 진단미비로 미발견 환자를 고려하면 훨씬 높을 것으로 추정됨.
 - 말라리아 환자 수는 민간인 환자수가 2001년 30만명에서 2006년 9,353명으로 국내외 대폭적인 지원으로 급감되었으나 휴전선 인접지역에는 증가하는 양상을 보임.
- 어린이 신장 및 체중은 14세 미만 새터민 어린이의 평균 신장 및 체중은 남한 어린이보다 각 16cm, 16kg 낮은 수준임(질병관리본부, 2006).
- 방역체계의 붕괴로 신종 전염성질환(사스, 조류독감 등) 발생시 대응에 무방비 상태임.
- 북한의 우선순위 보건문제는 전염성질환의 관리와 임산부 및 영유아 등 취약계층의 건강문제와 보건의료인력의 진단능력 등의 역량강화 등임.

〈북한의 우선순위 보건분야〉

우선순위	북한당국	세계보건기구	새터민	평양현지방문 평가결과
1위	결핵, 말라리아, HIV/AIDS	전염성 질환(결핵, 말라리아, HIV/AIDS)의 예방, 관리, 감시체계	결핵	결핵 및 말라리아
2위	B형간염, 장관계감염질환, 기생충 질환	예방접종 및 백신	폐렴 등 호흡기질환	기초의약품 생산 및 설비복구
3위	비전염성 질환 (심장질환, 구강질환 및 암 등)	근거에 입각한 보건정책 및 건강서비스 증진 (임상지원, 합리적인 약품사용, 전통의학)	설사 등 장관계질환	근거에 입각한 보건정책 및 보건서비스 증진
4위	금연사업	지역사회 접근을 통한 기초의료서비스 강화	위장병 등 소화기계	금연사업
5위	모자보건 (예방접종 포함)	보건의료인력에 대한 임상기술과 의학교육의 현대화	기생충 질환	모자보건 영양 및 환경위생을 포함한 일차보건의료강화, 인력 재훈련
6위	식품안전	혈액 안전성 확보		
7위	영양	공중보건과 역학 기술 및 연구		
8위	정신보건	보건의료체계 개발		
9위	혈액 안전성 확보	금연사업		
10위	보건환경	‘보건성’의 다른 기구와의 협력능력제고		
11위	신기술 개발 및 적용			
12위	기초의약품 확보 및 질 보장			
13위	보건시스템 강화			
14위	보건인력 훈련 및 재교육			

출처: 황나미, 북한의 우선순위 보건문제와 향후과제, 2004

WHO, WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008, 2003.

□ 대북 보건의료 지원 현황

- 2000년 제1차 남북정상회담의 ‘남북 6·15 공동선언’은 보건의료분야의 대북지원을 활성화하는 계기를 마련함.
- 대북 사업규모는 179억원(2000년)에서 280억원(2007년)으로 2000년 이후 급증 추세이며 2007년 지원액은 전년 대비 22% 증가함.

〈2006~2007년 보건의료분야 남북협력기금 대북지원액〉

(단위: 억원)

분 류		'06년	'07년 8월현재
총 액		230	279.6
민간단체를 통한 지원	개별사업(민간단체 단독추진)	61(22개 사업)	76(26개 사업)
	합동사업(3개이상 민간단체 연합추진)	34(3개 사업)	24(2개 사업)
	영유아 지원사업	—	17
	원료의약품 및 전염병치료제 지원	—	14
	북한의료인 교육훈련사업	—	0.6
국제기구 경유 지원	말라리아 관리사업(WHO)	12	14
	병원현대화 및 영유아지원사업(WHO, UNICEF)	123	119
	IVI 백신연구 및 개발사업	—	5
	홍역백신	—	10

- 그러나 남한 및 국제기구의 지원물량은 북한 취약계층의 수요에 절대 부족한 상태임.
 - 북한은 분배의 투명성을 전제조건으로 하는 'UN 합동지원절차'(Consolidated Appeal Process)에 따른 지원을 거부함에 따라 2005년부터 국제기구의 지원을 급감함.
 - UNICEF의 경우, 5세미만 중증영양장애 아동 7만명 중 약 6% 지원, 백신은 전체 필요물량의 20~30% 지원 수준에 불과함(UNICEF, 2006).
- 물적 지원에 치중하여 북한 보건의료의 인프라 현대화 및 역량강화에는 미흡함.
 - 20여개 민간단체가 약 30여개의 병원 현대화사업을 추진하고 있으나 정수·난방 등 의료기반시설 복구 지원에는 미흡하고, 장비를 지원하고 있으나 전력부족 등으로 활용이 저조하며, 병원 외벽수리 및 창틀 교체 등까지 지원해야 하는 상황임.
- 남북 인적 교류협력이 미흡하고, 북한 의료인의 역량 강화를 위한 의약품 처방, 의료장비 활용 등의 교육·훈련 프로그램이 부재함.
 - 2006년 8월, 「보건복지부」가 전문적 대북지원을 위해 설립한 「한국국제보건의료재단」이 '07년부터 5개년 계획으로 제 3국(독일)에서 북한 의사 교육·훈련 사업을 추진 중이나 연 10여명에 불과함.
- 제약분야는 제약시설 복구 및 설비 지원 후, 항생제·수액제 등의 원료를 지원, 의약품의 현지 직접 생산체제로 전환단계 중이나 가동수준이 저조함.

- 2007년부터 평양 제약공장에 원료지원사업을 추진 중이고 사업의 성과에 따라 연차적으로 확대할 계획임.
- 남북의 상호이익을 실현하고 북한의 자생력 확보를 위한 보건의료 기술 협력과 보건산업 분야의 경제협력이 부재함.
- 의약품 및 의료장비, 의료소모품의 지속적 공급을 위한 생산시설 가동설비 및 원료, 기술 지원 등 북한 보건의료 개발협력이 원활하지 못한 상태임.

□ 남북 보건의료 협력의 필요성

- 민간단체 중심의 대북 지원사업은 물적 지원 및 개별사업에 치중되어 북한 보건 의료문제의 근본적인 개선을 위한 통합적 접근에 한계를 노출함.
- 북한 보건의료문제의 우선순위에 대한 전문적·전략적 고려 없이 북측이 요구하는 사업이나 물자지원에 치중하고 있음.
- 북한의 복합적인 위기상황(Complex emergency) 극복을 위해서는 기존의 구호사업에서 장기적인 개발관점으로 사업방향의 전환이 필요함(UNOCHA, 1999).
- 특히 남북간 활발한 인적·물적 교류협력 확대를 통한 북한 보건의료인력의 역량강화와 공동 전염병 예방·관리체계 구축으로 안정적 교류협력 기반 조성이 필요함.
- 남한 주민의 북한 방문인원은 국민의 정부부터 2007년 6월 현재까지 31만명, 북한 주민의 남한방문은 동 기간동안 6천명에 이르러 특히 남북간 왕래가 빈번한 개성공단 및 금강산지구 등은 전염성 질환 전차 창구로서 전염성 질환 차단 및 건강문제 해결을 위한 상호 협력이 시급함.
- 개성공업지구의 1단계 사업 완료와 연이은 2단계 개발 확대에 따른 경제협력의 활성화 기반 마련하기 위해서는 방역 및 보건의료 수요 증가에 대비하여 남북 보건의료 협력이 요구됨.
- 응급상황 발생 후 남한 병원 이송까지 3시간 이상 소요됨에 따라 응급의료서비스 제공 지원의 필요성이 대두됨.
- 남북 공동 번영과 미래 통일한국의 준비를 위한 북한 보건의료체계 개발 복구는 「북한주민의 건강보호 및 어린이 생존권 확보 → 인적 자질 향상 → 한반도 경쟁력 향상」이라는 선순환 고리 출발점임.

□ 제1차 남북총리회담에서의 당국간 보건의료 협력 추진 이행을 위한 합의내용

- 2007년 10월, 제2차 남북정상회담에서 합의한 사항의 추진력을 확보하기 위해 2007년 11월에 개최된 남북총리회담에서는 '남과 북은 병원, 의료기구, 제약공장 현대화 및 건설과 원료지원 등을 추진하고 전염병 통제와 한의학 발전을 위해 적극 협조한다'는 합의문을 채택하여 보건의료 당국간 협력을 통해 한반도 건강 공동체를 구성하는 구체적인 내용으로서의 의미를 가지게 됨.
- 합의 내용면에서는 타당하고 현실적으로 실현가능한 합의가 이루어진 것으로 평가할 수 있으나 합의내용은 기존 민간 대북단체가 수행하여 온 사업내용들이어서 당국간 사업이 개발협력을 위한 차별화된 접근이 필요함. 즉, 의료인력의 교육·훈련 프로그램이나 기술 및 지식의 · 협력을 통한 자생력(sustainability) 확보방안 마련이 요구됨.
- 남과 북은 '남북경제협력공동위원회' 산하에 6개 분과를 두며, 보건의료분야의 경우 '남북보건의료협력·환경보호협력분과위원회'들을 구성, 운영하기로 함.

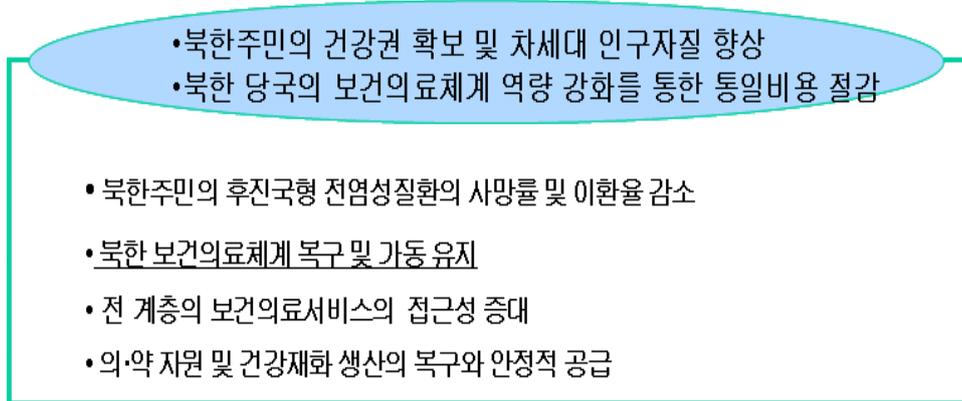
1) 향후 정책 목표 및 추진방향

(1) 남북 보건의료 협력의 목표

- 한반도의 **Health security**를 위해 2015년 까지 '어린이 사망률 저하', '산모 건강증진', '말라리아 및 관련 질병 퇴치', '위생적 환경의 지속가능성 보장', 그리고 '개발을 위한 국제기구와의 파트너십 개발' 등을 남북 보건의료 협력의 목표로 설정
- 북한 당국은 세계보건기구의 목표와 전략에 적극적으로 동참하여 보건수준 향상에 전력을 기울이고 있는 바, 상기 제시한 「세계보건기구(WHO)」의 '새천년 개발 목표(MDGs: Millenium Development Goals)'를 남북 보건의료 협력의 목표로 설정

(2) 남북 보건의료 협력의 목표달성을 위한 기본구상

목 표



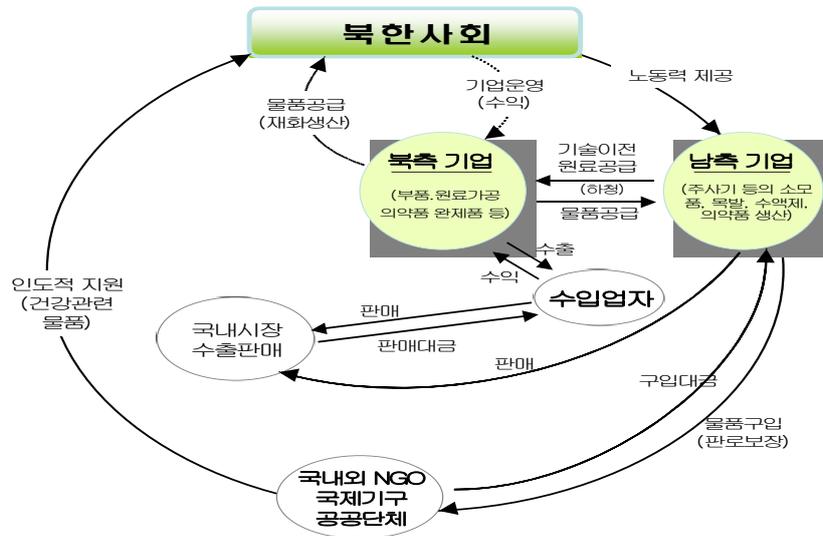
- ▷ 우선순위 보건문제 해결을 위한 협력
- ▷ 한반도 방역 및 공중위생 관리 수립체계 구축협력
- ▷ 체계적 보건의료 기술 지원 및 인력 역량강화 협력
- ▷ 재정 및 인프라 지원을 통한 자생력 확보협력

(3) 추진방향

- 북한 현실에 근거한 북한주민의 생명에 치명적인 전염성 질환의 사망률 및 이환율 감소 전략 개발
 - 지속적인 식량난으로 인한 영양결핍과 의약품 부족으로 질병의 사전 예방 및 대처가 미흡하여 모성 및 영유아 사망률 감소와 건강보호를 위한 포괄적 지원접근 필요
- 보건의료체계 복구 및 보건의료인력 역량 강화
 - 열악한 경제사정으로 전염병 관리능력, 진단시설·장비·기술력의 보유수준이 낙후되어 장기간에 걸친 보건 인프라 개선 전략 모색
 - 원료의약품 부족 및 의약품 생산 미흡 등으로 말미암아 열악한 의료교육 여건으로 인해 의료인력의 임상진단 및 기술능력이 미흡하여 자생력을 확보하기 위해서는 인적 자원의 개발과 시설 구비가 요구
- 북한 보건의료체계의 지속유지를 위한(sustainability) 보건의료 자원(시설·인력·장비 등)과 기술의 공급기반 구축

- 북한주민의 건강수준 향상에 기여하고 남북경제 동반 성장을 도모할 수 있도록 남측의 자본, 원료 및 기술과 북측의 노동력을 결합하여 북측의 보건산업 동력을 일으키고 점차 남측 기술을 이전하여 자생적인 생산조직을 발생하도록 수익창출적인 구조와 판로 마련(초기에는 남측에서 구매)
- 북한이 자신감을 갖는 분야의 남북 협력(약초재배 및 건강보조식품 생산)을 통해 남북 공동의 경제적 이익과 번영 추구(그림 참조)

〈남북 보건산업 교류·협력 모형〉



- 남북 공동의 경제적 이익과 번영 추구하고 남북 동반 성장을 도모하는 보건의료 산업의 육성
- 북측의 노동력 및 남측의 자본·기술이 결합할 수 있는 보건산업사업 발굴·추진

2) 정책과제

(1) 단기과제

- 남북 당국간 합의사업에 대한 보건의료협력의 장단기 계획 수립
- 한정된 재원을 효율적으로 사용하면서 북한의 치명적인 사망이나 이환을 줄일 수 있는 우선순위 사업을 대상으로 지식 및 기술을 동시에 전달 가능케 하는 사업과 사업전략 개발
- 남북총리회담에서의 합의된 사업의 원활한 이행과 '남북경제협력공동위원회' 산하의 6개 분과의 통합적·순차적 접근을 통한 분야간 효율성 제고방안 모색을

위한 '남북 보건의료협력분과위원회'를 지원하는 전문팀의 구성·운영

□ 대북 사업의 중복 방지와 효율성 제고를 위한 평가체계 개발 및 평가

- 대북 지원사업 및 투입자원을 표준화된 코드로 분류하여 이를 근거로 사업의 중복방지과 효율성을 제고할 수 있는 기획 및 평가체계 구축
 - － 국제기구, 정부 및 민간단체에서의 대북 보건의료 지원사업의 개발협력 방향으로의 발전을 위한 사업정보 DB 구축과 성과 평가

□ 건강취약계층의 사망 및 이환률 감소를 위한 남북 협력증진 방안

- 임산부 및 영유아를 우선 지원 대상으로 하는 포괄적 지원
 - － 질병예방 및 치료를 위한 백신·기초의약품 등 지원

□ 보건의료체계 복구 및 보건의료인력 역량 강화

- 1~4차 보건의료 서비스전달체계 기능 복구
 - － 기본 임상기구 및 시약 보급과 예방백신 지원 및 접종사업 확충
- 산원 및 아동병원 현대화와 흔한 질병의 관리체계 복구를 위한 장비 현대화 등 인프라를 구축과 인력 기술교육 프로그램 개발

□ 전염성질환 감시 및 방역체계 구축

- 감염성 질환 유입·전파·확산을 조기 파악하는 역학적 대응 강화 및 감시체계 구축
 - － 전염병 발생 매개체 및 다발 서식지의 남북 보건·방역 협력시스템 구축
 - － 위생방역소 기능 복구를 평양 및 개성공업지구 인접지역 등 남북 접촉 가능지역에서부터 시작하여 남북 당사자간 협력시스템 구축 및 공동 방역사업 실시
- 전염병 관리 역량강화를 위한 교육훈련
 - － 말라리아, 홍역 등 생명위협 전염성 질환 및 신종 질환(SARS 등) 원인 유발 요소 파악을 위한 기술 지원

(2) 중장기과제

□ 질병 진단·치료 역량강화 교육·훈련 프로그램 운영 및 상호 인력교환 프로그램 개발 추진

- 「보건의료기술훈련센터」(가칭) 설립·운영
 - － 의료기기·장비의 운용과 유지·보수 관련 기술 훈련 실시 및 관련 교재 보급

- 북측 「보건성」의 보건의학적 지식 및 근거에 입각한 국가 공중보건계획 수립 및 평가 훈련 프로그램 개발 및 실시
 - 질병감시 예방 훈련 지원
 - 통합적 건강관리 능력 배양 매뉴얼 개발 보급
 - 동일 의료직종간 공동 관심분야 개발 및 공동연구 추진, 학술 교류 개최
- 남북 당국간 안정적·체계적 접근을 통한 사업효과 제고를 위해 (가칭) 「남북보건 의료협정」 체결 방안 모색
 - 『남북보건의료협력자문단』을 구성, 민·관·학계 공동으로 보건의료 협력사업 추진전략 마련
 - 특정 지역내 질병이나 사고 발생시 상호 응급의료 제공
 - 전염성 질환의 발생에 대한 상호 정보 교환 및 감염 전파 방지 전략(특정백신접종 권고 등) 마련
 - 전염병 유행시 공동 방역소독사업 및 공동대처를 위한 정보교환
 - 인명에 치명적이고 사회 경제적 손실이 큰 동물질병의 예방·퇴치를 위한 협력
 - 보건학·의학·약학 및 수의학 분야 등에서 최신의료문제(SARS, HIV/AIDS, 조류독감 등) 및 의과학 기술관련 교재 교환
 - 중증의 환자(개성공단에서의 산업재해)에 대한 남북 상호 협진*
 - 거주민을 위한 일반의약품(소화제, 비타민제 등) 및 한약제 상호 판매*
 - 의료소모품(밴드, 생리대, 솜, 붕대, 소독제 등), 건강식품(분유, 이유식 등) 판매의 허용 및 상호 구매가능 등*
- 지역주민의 접근성이 높은 일차보건의료(Primary Health Care)사업 추진
 - 「세계보건기구」의 MDGs 목표¹⁾를 달성하고 북한주민의 기본 건강권 확보를 위해 인간안보(human security)의 필수적 투자인 일차보건의료사업 추진
 - 8개 부문의 일차보건의료 시범사업 전개
 - ① 전염성 질환 치료에 대한 필수약품의 비치와 공급
 - 결핵 및 말라리아 관리 패키지(임상진단 키트, 치료약품 등)

1) WHO의 새천년 개발 목표(MDGs)에는 극한 빈곤과 기아의 완전제거, 어린이 사망률 저하, 산모 건강증진, 에이즈, 말라리아 및 관련 질병 퇴치, 위생적 환경의 지속가능성 보장 등임

- ② 흔한 질병의 예방과 치료
 - 호흡기 및 소화기계 질환, 수인성 질환에 대처한 일차의료기관(진료소) 기능 강화
 - 기생충 관리
 - ③ 예방접종
 - 예방접종 실시: EPI 프로그램 확대
 - 백신의 Cold Chain System 가동 시설 구축
 - ④ 모성 및 영유아 건강관리와 가족계획
 - 산전·후 관리 및 안전분만 셋트 보급
 - 응급차량(mobile) 등 각 급 병원과 연계한 환자 이송의뢰 체계 마련
 - 원치 않는 임신을 위한 안전한 피임기기 보급
 - ⑤ 영양 공급
 - 임신부(89만명) 및 영유아(230만명)의 안정적 영양공급 및 영양 재활프로그램 지원
 - 영양제(비타민제, 철분제 등) 및 분유 제공
 - 급식시설(두유 및 국수 공장, 제빵시설 등) 설립
 - ⑥ 보건교육
 - 호담당역사의 질병 예방 및 수인성 질환 위생관리 교육 실시 지원
 - 높은 남성 흡연율(16세 이상 남성 흡연율: 59.9%, 1일 평균15.3개피 담배 소모) 및 음주 감소를 위한 교육자료 보급
 - ⑦ 과학적으로 입증된 고려의학 기술의 대중요법 활용
 - 고려의학 재료의 한약재 남북공동 재배 및 치료 활용방안
 - 고려의학 재료 및 기기(부황셋트, 침, 뜸 등) 지원
 - ⑧ 안전한 식수 공급과 기본적인 환경위생사업
 - 안전 음용수 확보를 위한 환경위생 개선 사업
 - 식품 안전성 확보 기반 구축(쓰레기 및 폐기물 관리 포함)
- 지역모델사업의 형태로 거점 중심으로 추진한 후 전 지역으로 점진적 이식

(implantation) 확대

- 국제기구(WFP, UNICEF, WHO 등) 및 남측 연구기관과의 연계를 통하여 전문적이고 체계적인 사업수행 매뉴얼 개발
- 북한 자생력 확보를 위한 개발복구 및 지속발전을 위한 보건의료산업분야의 경제협력 증진
 - 북한내(개성공단) 의료기기 생산품의 북측 내수 충당 및 수출 방안 마련 및 한약재 재배단지 조성
 - 북한내 의약품 및 의료기기 생산시설의 품질관리체계(GMP 등) 구축 지원 및 생산·관리인력 교육·훈련 실시
 - 남북 경제 동반 성장을 도모할 있도록 남한의 자본, 원료 및 기술과 북한의 노동력을 결합하여 점차 기술이전을 추진, 북한의 보건산업 동력을 향상(초기에는 기술이 덜 필요한 목발, 주사기, 소독솜, 치약, 칫솔 등 보건위생분야)
- 세계적 수준의 기술향상 도모와 재원조달을 위한 남북간 협력사업의 국제사회와의 파트너쉽 구축
 - 북핵 문제가 해결되면, 남북 당사자 원칙에 기초하면서 국제기구와의 협력적 분업관계로 발전하여 보다 다양한 보건의료 전문집단과의 연계 협력 및 참여를 통해 재원 등 자원 확보방안 모색

2. 한미 FTA 이후 의약품 정책의 새로운 모색-혁신성과 접근성의 조화

1. 한미FTA의 의약품 분야 주요 내용과 관련 현황

1) 혁신성과 접근성 관련 주요 조항의 내용

(1) 혁신의 가치 인정

- 특허 및 제네릭 의약품의 효율적 개발과 이에 대한 접근을 위한 건전한 경제적 유인과 경쟁적인 시장의 중요성
- 특허의약품의 가치를 의약품 급여액에서 적절히 인정
- 의약품 급여액을 결정하는 데 사용되는 비교제품이 있는 경우, 그 비교제품보다 증가된 급여액을 제품의 안전성, 유효성 증거에 기초하여 신청하는 것을 허용
- 의약품 급여액에 대한 결정이 내려진 후에, 그 제품의 안전성, 유효성 증거의 제출에 기초하여 증가된 급여액을 신청하는 것을 허용
- 의약품 제조자가 그 제품의 안전성, 유효성 증거의 제출에 기초하여 그 제품의 추가적인 적응증에 대한 급여를 신청하는 것을 허용

(2) 의약품 지적재산권 강화

- 의약품 시판허가와 특허의 연계
 - 이전에 승인된 제품의 안전성, 유효성 정보의 증거에 의존하여 의약품을 시판허가 신청하는 경우, 제품 또는 승인된 사용방법에 대한, 승인당국에 통보된 특허기간동안 특허권자의 동의없이 타인이 제품을 판매하지 못하도록 시판승인 절차에서 조치를 이행
 - 제품 또는 승인된 사용방법에 대한, 승인당국에 통보된 특허기간동안 시장에 진입하기 위해 시판승인을 요청하는 모든 타인의 신원을 특허권자가 통보받도록 함.
- 신약 허가시 제출한 시험자료의 독점
 - 신약 시판승인을 얻기 위하여 작성에 상당한 노력이 소요된 안전성, 유효성 정보를 제출한 경우, 제출자의 동의 없이 타인이 그 정보 또는 그 시판승인 증거에 기초하여 동일 또는 유사한 제품을 판매하는 것을 시판승인일로부터 최소 5년간

승인해서는 안됨.

- 이전에 승인된 화학물질을 포함한 의약품의 승인에 필수적인 새로운 임상정보를 제출하는 경우, 제출자의 동의 없이 타인이 그 새로운 임상정보 또는 그 시판승인의 증거에 기초하여 동일 또는 유사한 제품을 판매하는 것을 시판승인일로부터 최소 3년간 승인해서는 안됨.

□ 의약품 시판허가 관련 특허존속기간 또는 특허권 회복

- 신약 및 신약의 제조 또는 사용방법에 관한 특허에 대해, 그 신약의 최초의 상업적 사용에 관한 시판승인 절차의 결과로 유효한 특허기간이 불합리하게 단축된 데 대하여, 특허권자의 요청이 있는 경우, 그 의약품 및 제조방법, 승인된 사용에 대한 특허의 존속기간 또는 특허권의 조정을 가능하게 함.

2) 관련 분야 및 제도 현황

(1) 혁신의 가치 인정 관련 현황

□ 경제성평가 및 선별등재제도 실시

- 신약의 가치 평가를 통한 보험등재 및 약가결정 : 경제성평가 및 약가협상을 통한 선별등재 및 약가결정방식을 2006년 12월부터 도입함.
 - 2006년 정부가 발표한 '약제비적정화방안'에 따라 신약 및 개량약품에 대하여 경제성평가를 통하여 보험약 등재여부를 결정하고 약가협상을 통하여 약가를 결정함.
 - 선진국의 약가를 참조하여 신약 약가를 결정하던 기존의 방식에 비해 새로운 제도는 신약의 가격 대비 편익을 직접 평가하므로 혁신성에 대한 평가를 과학적, 합리적으로 수행할 수 있는 근거가 마련됨.
 - 약가협상을 통한 가격결정방식은 보험자의 구매력을 활용하여 의약품의 적절한 가격을 산정하려는 것으로 접근성 향상 측면에서 바람직함.

□ 시판후 자료를 활용한 혁신성 평가결과의 약가 반영 체계 미흡

- 등재후 약가재평가 제도에서는 선진 7개국의 조정평균약가를 참고하고 있으며, 사용량 및 효능효과의 추가 등과 연계하여 조정하도록 하고 있음.
- 시판전보다 의약품의 사용 성과에 관한 자료가 더 풍부한 시판후의 자료를 활용하여 의약품의 혁신성 또는 경제성을 평가하여 약가에 반영하는 기전이 없음.

□ 의약품의 가치를 평가하기 위한 인프라 미흡

- 의약품의 경제성평가와 약가를 연계하는 제도를 도입하였으나 치료적 혁신성을 과학적으로 평가할 수 있는 자료 및 인력, 운영체계 등이 미흡함.
- 신약 도입 시점의 경제성평가뿐만 아니라 사용관련 정보 및 학술정보 등을 지속적, 체계적으로 수집하고 분석하여 의약품의 치료적 혁신성 및 가치를 평가하고 결과를 활용하는 체계가 미흡함.

(2) 의약품 지적재산권 관련 현황

□ 의약품과 관련하여 특허, 자료독점 등 강력한 지적재산권 보호제도를 실시하고 있음.

- 1987년 물질특허제도 실시를 비롯하여 의약품 용도특허 인정, 자료독점제도 실시, 허가심사기간에 대한 특허존속기간 연장 등 의약품에 대해서는 TRIPS(Agreement on Trade-Related Aspects on Intellectual Property Rights) 규정 이상의 강력한 지적재산권보호를 일찍부터 실시해왔음.
- 허가-특허 연계 제도를 제외하고는 미국 수준의 의약품 지적재산권 보호를 이루고 있음.

□ 1995년부터 신약 등 재심사제도에 자료독점 제도를 결합하여 운영

- 재심사기간동안 동일한 품목을 허가받기 위해서는 최초 허가시 제출된 자료가 아닌 것으로서 동등범위 이상의 자료를 제출해야 함(식약청고시 제2003-1호 제5조10항).
 - 신약 및 유효성분의 종류/배합비율 변경, 동일 유효성분의 투여경로 변경 의약품은 6년, 동일 유효성분/투여경로의 효능효과 추가는 4년의 재심사기간을 운영함에 따라 자료독점 기간도 이와 동일
 - 이는 TRIPS 규정 자료보호 수준 이상의 지적재산권 보호임

□ 1987년부터 의약품 시판허가에 소요된 기간만큼 특허존속기간을 연장

- 의약품 시판허가과정으로 인하여 특허를 실시할 수 없었던 기간에 최대 5년까지 특허존속기간을 연장하고 있음(특허법 제89조).
 - TRIPS 규정에는 포함되지 않은 사항이며, 한미FTA 협정문에 포함되었으나 이미 시행중임.

□ 의약품 시판허가와 특허는 무관하며, 제도적으로 특허 도전을 통한 의약품 개발 및 시판이 가능

- 현재 식약청은 의약품 시판허가시 의약품의 안전성, 유효성 자료만 심사하고 특허사항은 전혀 관여하지 않음.
 - 다만 후속 조치로서 특허를 침해한 것으로 판명된 의약품은 제조하지 못하도록 함 (약사법 시행규칙 제40조)
- 제네릭 의약품 개발 및 특허 분석 능력을 갖춘 제약기업들은 신약 특허 만료 전에 특허도전을 통하여 경쟁 제품을 시판하고 이 과정에서 특허를 무효화시키기도 함.

2. 한미FTA 파급 영향과 이행 과정의 목표

1) 혁신성과 접근성 관련 조항의 파급 영향

(1) 의약품시장에서의 파급 영향

신약 및 개량의약품 등 신제품 개발 촉진

- 의약품 허가제도에서 지적재산권 보호가 강화되고 약가 책정에서 특허의약품의 가치를 인정한다는 규정 등에 따라 지적재산권을 보유할 수 있는 신약 및 개량 의약품의 개발이 촉진될 것임.

신약의 시장 독점 강화 및 경쟁 제품 출시 지연

- 허가-특허 연계 및 자료독점의 강화 등으로 의약품 지적재산권 보호가 강화됨에 따라 특허를 보유한 제품 및 신약의 시장 독점 기간이 길어지고 경쟁 의약품의 시장진입 시점이 현재보다 늦어질 것임.
 - 허가-특허 연계로 신약의 특허기간 중에 제네릭을 허가신청할 경우 특허소송이 발생하면 제네릭 허가가 정지되므로 과거에 비해 제네릭 의약품의 출시 시점이 늦어짐.
 - 신약 및 개량의약품에 대한 자료독점 제도가 한미FTA로 독립적인 제도로 시행되면서 제네릭 의약품 등 경쟁제품의 허가가 독점기간동안 금지됨.

신약 등 개발 촉진 및 독점권 강화로 약제비 증가

- 신약 및 개량의약품의 개발이 촉진되고 시장 독점권이 커지며, 약가에서 특허의약품 및 개선된 의약품의 가격 인정 여지가 커지면서 약제비가 증가할 가능성이 있음.

(2) 의약품정책에서의 파급 영향

□ 의약품 지적재산권 보호 관련 논쟁 증가

- 허가-특허 연계 및 자료독점 등 의약품 허가제도에서 지적재산권 보호에 관한 규정이 본격 도입되면서 의약품 정책에서 지적재산권이 새로운 요소로 부각됨
 - 국내 제약기업의 신약개발 및 연구개발이 활발해질수록 의약품의 지적재산권 보호에 대한 요구가 커질 것임.
 - 지적재산권이 신약의 시장 독점 및 경쟁의약품 출시에 영향을 미치는 주요 변수가 될수록 의약품의 접근성에 대한 요구가 증가할 것이며, 지적재산권의 보호와 의약품 접근성의 합리적 조화 방안이 의약품 정책에서 중요한 과제가 될 것임.

□ 신약 및 개량의약품 관련 보험등재 및 약가 정책 논쟁 증가

- 보험의약품 급여에서 혁신의 가치를 인정한다는 선언적 조항과 인상된 가격 신청 허용 및 업체의 이익신청 기회 허용 등 구체적 조항은 신약에 대한 보험 등재 및 약가 결정시 산업계과 보험자간의 이해 대립을 증가시킬 가능성이 있음.
 - 신약 및 개량의약품 개발이 활발해질수록 보험약가로 그 노력을 보상받으려는 주장이 강해질 것임.
 - 보험자 측에서는 약제비 증가 억제 동기가 존재하고 보험급여기준의 원칙을 적용하므로 연구개발 투입이나 특허 여부 등 기술적 혁신보다는 치료상의 편익과 같은 임상적 혁신을 기준으로 약가를 인정하려 함.
 - 산업계와 보험자간의 혁신의 가치에 대한 입장 차이는 약가 결정과 관련한 입장 차이로 이어지고 이와 관련한 논쟁이 증가할 것임.

2) 한미FTA 의약품 관련 주요조항 이행의 목표

□ 의약품 혁신성과 접근성의 조화를 이루어야 함.

- 신약개발은 질병의 치료영역을 넓히고 기존의 의약품을 개선하여 질병치료효과를 제고할 수 있으므로 촉진되어야 하며 이를 위해 지적재산권의 보호가 필요함.
- 그러나 지적재산권의 지나친 보호는 혁신을 감퇴시킬 뿐만 아니라 의약품에의 접근성을 감소시키므로 지적재산권 보호만을 무조건 강조할 수는 없음.
- 지적재산권 보호를 적절한 수준에서 유지하되 다른 한편으로는 경쟁을 촉진시키고 의약품에의 접근성을 보장하기 위한 제네릭 의약품 촉진정책이 추구되어야 함.

□ 기술적 혁신성이 아닌 치료적, 효용적 측면의 혁신성을 추구해야 함.

- 혁신의 궁극적 목표는 국민의 후생증가 및 건강증진이므로 의약품의 혁신적 가치 인정은 기술적 혁신이 아니라 치료적, 효용적 측면에서 추구되어야 함.
- 치료적으로 혁신적인 의약품은 가치를 충분히 인정하여 약가 등 보상에 반영해야 함.

3. 의약품 혁신성과 접근성의 조화를 위한 정책방안

1) 의약품 혁신성과 접근성의 조화를 위한 허가-특허 연계제도 시행

□ 허가-특허 연계 적용대상 특허 범위 제한 및 소송 남발 방지

- 제품 및 용도에 관한 특허로 한정하며, 제품과 관련해서는 허가받은 의약품과 동일한 화학물질 및 성분에 국한하고 용도는 허가받은 용도로 제한함.
- 오리지널 제품 허가신청 당시 출원된 특허로 한정하여, 추가적인 특허 등재를 통하여 제네릭 개발을 지연하지 못하도록 함.
- 후발의약품 허가 신청자는 허가신청 시점까지 등재되어 있는 특허에 대해서만 소명하도록 함.
- 등재된 특허의 등재 적합성에 대해 제3자가 공식적으로 이의제기할 수 있도록 하고, 이의제기가 있는 경우 등재 적절성 여부를 재검토하는 절차를 마련함.

□ 후발 의약품 개발 및 시장진입 촉진 방안

- 특허도전에 성공하여 신약에 대한 최초의 제네릭 의약품을 허가받은 경우 일정 기간동안 동일 제네릭 의약품 시장의 독점권을 부여
 - 제네릭 의약품 개발과 관련한 특허분쟁 가능성이 증가함에 따라 제네릭 의약품 개발 비용이 증가하고, 이는 제네릭 의약품 개발을 위축시킬 우려가 있으므로 제네릭 의약품 개발을 촉진시키는 인센티브로서 필요함.
 - 그러나 미국의 퍼스트제네릭 시장독점제도 시행경험으로 볼 때 독점권을 부여 받은 제네릭사와 신약기업간의 담합 가능성이 존재하므로, 우리나라에 시행시 이에 대한 적극적 감시 필요
- 후발의약품 허가신청 전에 특허관련 심판 절차를 개시할 수 있도록 하여 시장진입 지연을 최소화함.

- 후발의약품의 허가신청 전에 권리범위확인심판 또는 특허무효심판 과정을 밟을 수 있도록 하여 특허관련 분쟁이 가능한 한 일찍 종결될 수 있도록 촉진
- 제네릭 시장독점권을 부여하는 최초 제네릭의 판단기준에 특허분쟁의 개시 시점과 허가신청시점을 모두 고려함.

□ 허가-특허 연계 대상 특허의 등재에 관한 식약청의 적극적 역할

- 식약청은 허가-특허 연계를 위한 특허목록에 등재 신청하는 특허에 대해 등재 대상으로서의 적합성 여부를 엄밀히 심사하고 판단해야 함.
 - 식약청이 특허 자격에 대해 판단을 할 수는 없으나, 허가-특허 연계 제도 운영의 주체로서 대상 특허 범위를 설정하고 그 범위에의 포함 여부에 대해서는 판단기준과 능력을 갖출 필요가 있음.
 - 의약품 허가심사 과정에 특허가 연계됨에 따라 부적절하게 등재된 특허로 허가심사에 차질이 발생하는 것은 바람직하지 못함. 따라서 식약청은 허가-특허 연계 제도 운영을 위해 작성하는 특허목록에 등재되는 특허의 등재 적절성에 대한 기준을 마련하고 전문적으로 판단하는 체계를 구축해야 함.
 - 허가-특허연계 제도를 운영하고 있는 캐나다는 보건부 내 Office of Patented Medicines and Liaison에서 신약 허가권자가 제출한 특허 사항을 검토하여 등재 적합성 여부를 판단함. 2006년 등재 여부를 판단한 720건중 273건(38%)을 등재 거부함.

□ 허가-특허 연계 제도에 따른 의약품 개발, 허가, 시장 현황 등을 모니터링

- 허가-특허 연계 시행이 제네릭 의약품 개발 및 허가, 시장진입, 의약품 시장의 경쟁 등에 미치는 영향을 전문연구기관 또는 정부기관에서 지속적으로 모니터링, 분석하여 제도의 역기능을 억제하고 순기능을 촉진할 수 있도록 해야 함.
 - 허가-특허 연계제도는 기존의 의약품 허가제도와 매우 이질적이고 새로운 제도일 뿐 아니라, 외국의 경험으로 볼 때 시장경쟁을 억제하는 요인을 상당히 포함하고 있으며, 시장 환경 변화에 따라 새로운 현상이 계속 나타나고 있으므로 지속적으로 모니터링하는 것이 필요함.
 - 미국은 2002년 연방거래위원회(Federal Trade Commission)의 허가-특허 연계 운영 분석보고서가 2003년 제도 개선에 결정적 역할을 하였고, 이후 환경변화에 따라 새로이 관찰되는 문제점 등에 대한 모니터링, 분석 작업을 2007년 현재 진행중임.

2) 의약품 혁신성과 접근성의 조화를 위한 자료독점제도 시행방안

□ 자료독점제도를 신약 등 재심사제도에서 분리

- 자료독점제도를 독립적 제도로 규정을 신설하여 제도의 취지를 살릴 수 있도록 운영
 - 신약 등 재심사제도는 안전성 자료 수집 및 평가를 위한 제도로서, 연구개발에 대한 보상적 성격의 자료독점제도와는 완전히 다른 취지의 제도임에도 불구하고 지금까지 두개의 제도를 함께 운영해왔음.
 - 한미FTA 이행시 신약 등 재심사제도에서 자료독점에 관한 조항은 삭제하고 독립적 제도로써 자료독점제도를 규정하고 원래의 취지에 맞도록 운영할 필요가 있음.

□ 의약품의 '혁신적 가치'를 합리적으로 고려한 자료독점제도 시행

- 자료독점제도에서 보호 대상인 '신약'의 범위를 '단지 새로운 화학물질'이 아닌 '신물질신약(New Chemical Entities)'으로 함.
 - 보호대상 신약은, 의약품의 생리학적, 약리학적 작용을 나타내는 핵심 부분 (active moiety)이 새로운 '신물질신약'으로 하며, 염 변경, 에스테르, 복합체 등 비핵심적인 부분의 신규성에 대해서는 자료독점 대상 신약에서 제외함.
- 연구개발 과정에서 안전성, 유효성 자료 생산에 '상당한 노력 (considerable efforts)'이 부여된 경우에 한해 자료독점권 부여
 - 신약 허가신청자가 직접 연구개발을 수행 또는 위탁하여 안전성, 유효성 자료를 생산한 경우에 한하여 자료독점권을 부여함.
 - 타인이 작성한 자료 또는 문헌자료를 최초로 인용한 경우는 제외함.
- 임상정보의 제출이 허가심사에 필수적인 경우에 한해서 자료독점권 부여
 - 새로운 임상정보를 제출했다는 사실만으로 자료독점권을 부여하는 것이 아니라 임상적으로 새로운 의미가 있는 허가사항의 필수적인 요건으로 임상정보의 제출이 요구되는 경우에 한해서 자료독점권을 부여함.

□ 자료독점제도에 따른 의약품 개발, 허가, 시장 현황 등을 모니터링

- 자료독점제도 시행이 신약 등 의약품 개발 및 혁신성, 의약품 시장현황 등에 미치는 영향을 전문연구기관 또는 정부기관에서 지속적으로 모니터링, 분석하여 제도의 순기능을 촉진할 수 있도록 해야 함.

3) 혁신의 합리적 가치인정을 위한 보험약가제도

□ 보험급여 및 보상의 본래 목적에 충실한 보험약 등재 및 약가 결정

- 지적재산권 강화로 신약 및 개량약품 등의 개발이 활성화될수록 보험약 등재 및 약가 결정을 위한 신제품의 가치평가는 더욱 엄밀하고 과학적으로 수행되어야 함.
 - 보험등재나 약가결정은 기존 제품에 비교한 치료적 혁신성과 환자에 대한 편익에 기초하여 이루어져야 하며, 단순히 연구개발을 수행했다는 사실만으로 그에 대한 보상을 보험약가를 통해서 이루는 것은 불합리함.
 - 보험약 제도에서 이러한 원칙을 준수하는 것이 제약산업 연구개발을 사회적 편익을 극대화하는 방향으로 유도하는 길임.

□ 시판후 자료를 활용할 수 있도록 약가결정 및 재평가 방식 개선

- 최초 약가 결정 이후 시판과정에서 수집된 자료를 근거로 경제성 등 가치 평가를 다시 실시하여 보험 등재 및 약가를 다시 결정하는 방식으로 약가재평가 방식을 개선함.
- 최초 약가 결정 시점에 경제적평가를 위한 자료가 불충분한 경우, 잠정적 약가를 결정하여 적용하고 경제성평가를 수행할 만큼 자료가 축적되면 약가를 다시 산정하며 필요시 정산함.

□ 의약품의 혁신성, 치료적·경제적 가치의 과학적 평가 강화

- 현재 의약품의 혁신성 및 경제적 가치 평가는 신약 등의 약가등재와 관련해서만 이루어지고 있으나 이를 확대하여 의약품의 시판전뿐만 아니라 시판후에도 지속적인 자료수집과 분석으로 의약품의 치료적, 경제적 가치를 평가함.
 - 국내외 학술문헌 고찰 및 보험DB를 활용한 의약품 사용현황·효과 분석, 부작용 정보 분석 등을 통하여 제품의 가치를 평가
 - 대체 치료제 등과의 비교 평가를 실시
- 의약품의 가치 평가 결과를 약가결정 및 재평가 등에 활용
- 의약품의 가치에 대한 정보를 의료공급자 및 소비자에게 다양한 채널을 통하여 전달하여 의약품 사용의 질 향상 도모

□ 식약청의 허가심사시 의약품의 가치 평가를 위한 정보 생산

- 식약청에서 신약 및 개량약품 허가 심사시 해당 의약품의 약효 개선 및 편익 증가 정도에 따라 등급을 부여함.
 - 허가심사시 안전성, 유효성 자료를 토대로 기존 유사 제품과 비교하여 '치료적으로 혁신적 개선이 있는 약', '기존 치료제에서 약간의 개선이 있는 약', '기존

- 치료제에 비해 우수성이 없는 약' 등으로 분류하고 그 결과를 공개
- 이러한 정보는 허가관리뿐만 아니라 보험의약품 등재 및 약가결정 과정, 의료서비스 현장에서 의약품의 선택 등에 중요한 근거자료가 됨.

4) 의약품 접근성 보장을 위한 제네릭 의약품 정책

□ 의약품 시장에서 제네릭 의약품의 중요성 증가 추세

- 제네릭 의약품은 신약과 동일한 제품이나 저렴한 비용으로 공급되므로 혁신성과 접근성의 조화 측면에서 중요한 가치를 지님.
 - 의약품에의 접근성 확보 차원에서 제네릭 의약품의 신속하고 안정적인 공급과 사용의 활성화를 추구해야 함.
- 세계적으로 약제비 상승 추세에 따라 제네릭 의약품의 빠른 출시와 공급이 더욱 강조되고 있으며, 우리나라도 약제비 절감 및 접근성 강화, 제약산업 육성 측면에서 제네릭 의약품의 사용을 계속 강화할 필요가 있음.

□ 생동성평가 강화로 제네릭 의약품의 신뢰 제고

- 제네릭 의약품의 품질 확보는 의약품 시장에서 제네릭 의약품의 채택을 위한 최우선의 필수조건임.
 - 제네릭 의약품은 신약의 복제품으로 동일한 의약품임에도 불구하고 제조사가 다르다는 점 등으로 인해 일반적으로 신약에 비해 품질에 대한 신뢰도가 낮음.
 - 제네릭 의약품에 대한 신뢰도 미흡은 보건의료체계에서 제네릭 의약품의 사용 활성화에 결정적 장애 요소로 작용함.
- 생동성평가 및 재평가, 시험기관에 대한 관리를 강화하여 제네릭 의약품의 생동성에 대한 신뢰를 제고함.
 - 생동성시험 자료 심사와 시험기관 실사 등을 강화하여 신뢰도를 제고함.
 - 다빈도 처방 제네릭을 중심으로 생동성 재평가를 우선적으로 실시하고 생동성 기준에 미흡한 제품은 대체조제 대상에서 제외
 - 자료조작 등 불성실한 시험기관은 생동성시험기관에서 제외하는 등 시험기관에 대한 관리를 엄격히 함.

□ 제네릭 의약품 생산시설에 대한 감독 및 품질검사를 강화

- 제네릭 의약품 생산시설에 대한 관리감독을 강화하고 GMP(Good Manufacturing Practices: 우수 의약품 생산 및 품질관리 기준) 수준의 차등평가를 실시
- 다빈도 처방 제네릭을 중심으로 제품별 GMP 심사를 실시

- 현재 계획된 연차별 사전 GMP 심사 형태를 다빈도 처방 제네릭 의약품에도 적용하여 제네릭 의약품의 품질관리를 강화
- 제네릭 의약품의 품질 수준에 대한 정보를 공개
 - 모든 제네릭 의약품에 대해 생동성 평가 결과 및 GMP 차등평가 결과에 대한 정보를 공개하여 신뢰도를 제고함.
 - 모든 제네릭 의약품에 대해 대조 신약에 대한 생동성 수치를 공개함으로써 의료 서비스 제공자 및 국민이 제네릭 의약품 사용관련 의사결정시 참고자료로 활용할 수 있게 함.
- 품질이 확보된 제네릭 의약품의 사용 촉진을 위한 제도 개선
 - 처방 조제시 환자의 본인부담금은 현재 정률제에 의해 제네릭 의약품의 본인부담금이 신약에 비해 낮으나, 제네릭 의약품과 신약에 대한 본인부담 비율을 차등화하여 제네릭 의약품의 사용을 더욱 촉진할 수 있음.
 - 예. 대체할 제네릭이 있는 신약 사용시 (multi-source) 본인부담 약가 비율 50%, 대체할 제네릭이 없는 신약 사용시 (single-source) 본인부담 약가 비율 30%, 제네릭 의약품 사용시 본인부담 약가 비율 20% 등 본인부담 비율을 점차 차등화
- 제네릭 의약품 산업의 지속성 강화
 - 국내 제약산업은 전통적으로 제제기술 등 제네릭 의약품 개발능력이 우수하여 제네릭 산업을 비교적 건실하게 유지하고 있음.
 - 최근 세계적으로 신약중심의 다국적기업이 제네릭 의약품 생산기업을 소유하여 신약과 제네릭을 동시에 판매하는 경향이 증가하고 있으며, 인도 등 거대 제네릭기업의 국내 의약품시장에 대한 관심이 커지고 있음.
 - 동일 기업에서 동일 의약품의 신약과 제네릭을 동시에 판매하지 못하도록 하여 제네릭 산업의 독립성을 유지해야 함.
 - 국내 의약품시장에서 신약중심의 기업이 자신의 신약과 동일한 제네릭을 판매할 경우 단기적으로는 제네릭 의약품 시장의 경쟁이 활성화될 수 있으나 장기적으로는 순수 제네릭 기업의 제품은 경쟁력을 잃거나 수익이 악화되어 제네릭 의약품의 개발과 공급에 장애가 될 수 있음.
 - 신약기업과 제네릭 의약품 기업의 담합을 금지하고 상호 독립성을 강화
 - 제네릭 의약품의 출시를 지연하기 위한 신약기업과 제네릭기업의 담합을 금지하고 의약품산업의 두 축인 신약산업과 제네릭 의약품 산업이 양립하여 균형을 이루도록 함.

3. 취약계층에 대한 보건의료지원 강화

1. 취약계층에 대한 보건의료지원체계 현황

□ 계층간 보건의료수준 격차

- 외환위기 이후 新빈곤층의 건강문제가 대두되고 사회계층간 건강 격차가 확대되는 추세임.
 - 경제적 능력 부족이나 취업·구직활동 등으로 의료이용과 체계적인 건강관리에 소홀해 질 수밖에 없는 건강 취약계층이 증가하고 있음.
- 특히 전반적인 사회양극화 추세와 함께 소득계층간 만성질환 유병률 등의 격차가 확대됨으로써 건강부문에서도 양극화 현상이 대두되고 있음.
 - 65세 이상 노인 가구 중 월평균 소득 1분위 가구 및 2~5분위 가구간의 만성질환 유병률 격차가 남성의 경우 1998년 1.3% 포인트에서 2001년 6.7% 포인트로 확대되었음.

〈소득계층별 연령보정 만성질환 유병률(65세 이상)〉

(단위: %)

연도	소득분위	남 자	여 자
2001년	1분위	86.1	93.0
	2~5분위	79.4	89.5
1998년	1분위	84.7	93.4
	2~5분위	83.4	89.9

자료: 김혜련외, 「건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향」, 한국보건사회연구원, 2004

- 소득계층간 사망률의 격차도 뚜렷하게 관찰되고 있음.
 - 1999~2003년 기간 동안 사망자 중 월가구 소득 100만원 미만 가구의 사망자 수는 200만원 이상 가구의 2.3배에 달하며, 월가구 100~199만원 가구의 사망률은 200만원 이상 가구의 약 1.8배에 달함.

〈소득계층별 연령보정 만성질환 유병률(65세 이상)〉

(단위: %)

월가구소득	사망자수의 상대비 ¹⁾
200만원 이상	1.00
100~199만원	1.81
100만원 미만	2.33

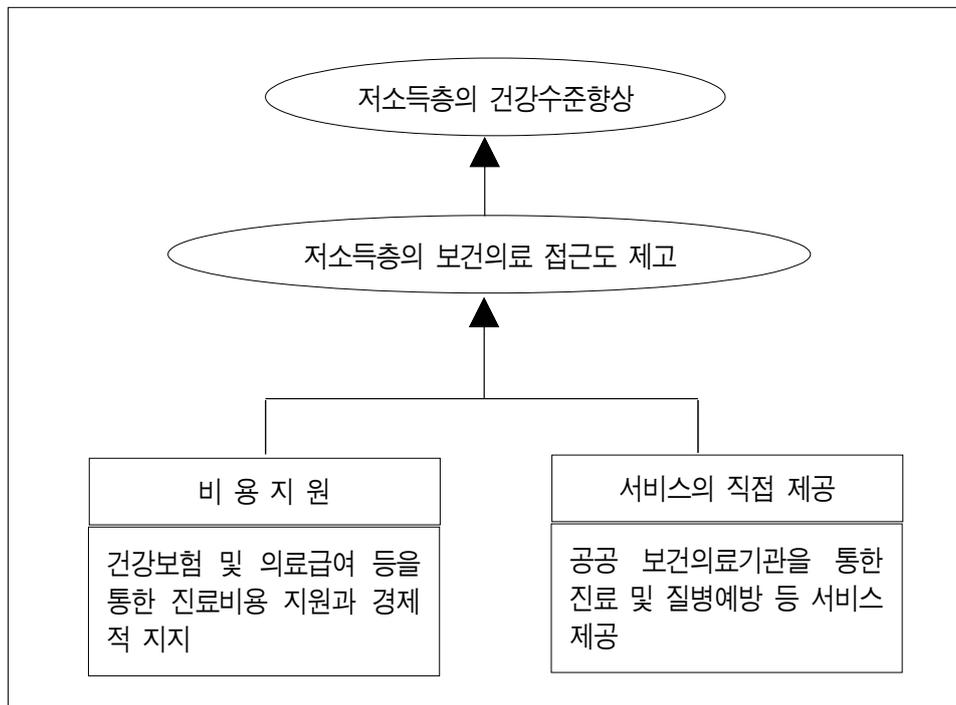
주: 1) 200만 이상 가구의 사망자수에 대비한 사망자수 비율

자료: 김혜련외, 「건강수준의 사회계층간 차이와 정책방향」, 한국보건사회연구원, 2004

□ 보건의료 지원체계 현황

- 계층간 건강격차 해소를 위해서는 저소득층에 대한 국가적 보건의료 지원 강화가 필수적으로, 저소득층에 대한 보건의료지원체계는 크게 의료비용 지원과 서비스의 직접적 제공을 통한 지원으로 구분할 수 있음.

〈취약계층에 대한 보건의료 지원체계〉



- 의료비 지원은 건강보험이라는 사회보험의 틀을 바탕으로 의료급여, 희귀난치성 질환자에 대한 지원, 응급의료비 지원, 아동에 대한 의료비 지원 등으로 구성됨.

〈취약계층에 대한 의료비 지원체계〉

구 분		소득 기준	
		저소득층	중산층·고소득계층
집단별	일반국민	의료급여(의료급여 1, 2종), 진료비 대불 제도(의료급여 2종 수급자)	건강보험
	희귀난치성질환자	차상위 계층으로 희귀난치성 질환 자 의료급여 1종 편입	환자가구 및 부양의무자 가구 소득 및 재산 기준을 만족할 경우 본인부담금 등 지원
	만성질환자	차상위 계층으로 만성질환자에 대 해 의료급여 2종 편입	건강보험
	18세 미만 아동	차상위 계층으로 18세 미만 아동 은 의료급여 2종 편입	건강보험
	출산	의료급여 2종 수급자가 자연분만 시 입원료, 분만비 본인부담금, 미 숙아치료비 전액지원	건강보험
	응급의료이용자	응급의료비 미수금 대불	
	6세 미만 입원아동	본인부담 면제	

- 저소득층에 대한 보건의료지원체계의 가장 기본적인 하부구조로서, 국민기초생활 수급자에 대해 의료급여 1, 2종의 혜택을 부여하는 지원체계를 구비하고 있음.
- 의료급여를 통한 과도한 의료이용을 방지하고 의료급여의 재정 안정화를 도모하기 위해 2007년 7월부터 의료급여 1종 수급권자에 대해서도 일정액의 본인부담금을 부과함.

※ 최근의 의료급여 제도개선 주요 내용

- 1종 수급권자에게 건강생활유지비를 월 6,000원을 지급한 뒤 의원을 이용할 때 1,000원, 약국을 이용할 때 500원을 본인이 부담하도록 함.
- 환자의 본인부담이 월 2만원 이상인 경우에는 50%를 보상하고 월 5만 원을 초과하는 부분은 부담을 면제함.
- 본인부담금의 지출 등을 위해 건강생활유지비를 지급하되 국민건강보험 공단이 관리하는 수급권자 개인별 가상계좌에 적립하여 의료기관 및 약국이용시 사용하도록 함.
- 의료기관의 중복이용과 중복투약을 방지하기 위해 연간 급여일수 상한 365일을 초과하는 경우 1차 의료기관 1개소를 지정하여 이용하도록 하는 선택의원제를 적용함.
- 6개월 이상 치료가 필요한 복합질환자 및 희귀·난치성질환자의 경우 1차 의료기관 뿐만 아니라 2차 의료기관 중에서도 한 곳을 추가로 선정할 수 있도록 함.
- 선택병의원 이용시 본인부담이 면제되며, 선택병의원에서 발생한 처방전으로 약국에서 조제 받는 경우에도 본인부담을 면제함.

- 의료급여 2종 수급자에 대해서는 입원비(외래 비포함)가 20만원을 초과할 경우 초과금액에 대해 우선적으로 국민건강보험 공단이 대불을 하고 추후 본인이 이를 분할 상환하는 대불금 제도를 운영하고 있음.
 - 의료급여 본인부담금 대불금 제도는 의료급여법 제20조, 제21조 및 동법 시행규칙 제27조, 그리고 급여비용의예탁 및 지급에 관한 규정 제18조, 의료수가의 기준 및 일반기준 제20조, 제21조에 의거하여 운영되고 있음.
 - 대불금에 대해서는 무이자 균등 분할 상환해야 하는데, 대불금이 10만원 미만인 경우는 3회 분할 상환, 10만원 이상 30만원 미만인 경우는 8회, 30만원 이상인 경우는 12회 분할 상환하도록 하고 있음.
- 차상위 계층으로서 의료급여법 제3조 제1항 제 9조 및 동법 시행령 제2조 제2호, 제3호 및 제3의 2의 규정에 해당하는 자(희귀난치성 질환자, 만성질환자, 18세 미만 아동)에 대해서는 의료급여 혜택을 부여하고 있음.
- 『의료급여수가의 기준 및 일반기준』 제17조의 2(보건복지부 고시)에 의한 107개 희귀난치성 질환자(예: 암, 파킨슨병, 신부전증 등)는 의료급여 1종 대상자에 편입

- 『의료급여수가의 기준 및 일반기준』 제22조에 해당하는 11개 만성질환과 기타 6개월 이상의 치료를 요하는 질환자는 의료급여 2종에 편입
- 18세 미만 아동은 질환과 상관없이 의료급여 2종에 편입

※ 차상위계층 선정기준

- 소득인정액 기준: 국민기초생활수급권자가 아닌 가구로서 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 가구

〈차상위 계층 의료급여 소득인정액 기준(2006년)〉

가구 규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인
최저생계비(원/월)	418,309	700,849	939,849	1,170,422	1,353,242	1,542,382
차상위기준(원/월)	501,971	841,019	1,127,819	1,404,508	1,623,890	1,850,858

- 수급권자 가구의 재산의 소득환산 시에는 다음의 기초공제 금액을 공제하고 난 다음 소득환산율(일반재산) 월 4.17% 적용

〈재산에서 공제하는 기초공제액〉

대도시	중소도시	농어촌
9,500만원	7,750만원	7,250만원

주: 대도시: 특별시, 광역시의 구(도농복합군 포함), 중소도시: 도의 시, 농어촌: 도의 군

- 희귀난치성 질환자²⁾로서 의료급여 2종 수급자, 가구소득이 최저생계비의 300% 미만인 환자 가구, 가구소득이 최저생계비의 500% 미만인 부양의무자 가구³⁾ 등에 대해서는 본인부담금 면제 등의 혜택을 부여하고 있음.
- 응급의료서비스 이용자에 대해서는 소득계층과 상관없이 응급의료비 미수금 대불제도를 운영하고 있음.
 - 응급의료비 미수금 대불제도는 응급의료비 중에서 환자가 본인부담금을 지불할 수 없는 경우, 의료기관의 손실을 방지하고 응급환자의 의료비 조달

2) 98종 대상질환에 대해서는 2007년도 희귀난치성 질환자 의료비 지원사업 지침, 보건복지부 참조.

3) 혈우병 환자, 고셔병, 파브리병, 류코다당증 환자에 대한 기준은 별도 기준(2007년도 희귀난치성 질환자 의료비 지원사업 지침, 보건복지부 참조)

부담을 완화하기 위해 1995년부터 국가가 대신 의료비를 지급하고 추후 환자가 분할 상환하도록 하는 제도임.

- 지금까지 홍보 부족 등으로 집행실적이 미흡하다가 2003년 이후 크게 증가하는 추세를 보이고 있음.

〈응급의료비용 미수금 대불 실적〉

(단위: 건, 백만원)

구 분	대불금 지급		비고
	건수	금액	
계	8,121	5,810	
1995	6	2	
1996	35	33	
1997	86	115	
1998	235	303	
1999	358	429	
2000	510	449	
2001	803	720	
2002	541	568	
2003	1,027	960	'03예산 1,282
2004	1,300	782	'04예산 1,282
2005	3,219	1,449	'05예산 1,635
2006	4,198	1,501	

- 수급자의 유형별로 보면, 집행금액 상으로 행려환자가 59.0%를 차지하고 있는 등 대불제도가 주로 저소득 취약계층의 의료비 조달 방법으로 활용되고 있음을 보여 줌.

〈2005년도 대불환자의 수급 유형〉

(단위: 건, %, 백만원)

수급유형	건 수	금 액
계	3,219(100.0)	1,449(100.0)
행려환자 등 ¹⁾	517(16.1)	854(59.0)
건강보험	2,449(76.1)	554(38.2)
의료급여	253(7.8)	41(2.8)

주: 1) 건강보험 또는 의료급여 수급권자가 아닌 자로 주민등록 말소자, 행려환자, 건강보험급여 제한자, 외국인 노동자 등

2) () 안은 구성비

- 저출산 대책 및 건강투자의 중요성을 강조하면서 2006년 1월 6세 미만 아동에 대해 입원 본인부담금을 면제하였음.
- 저소득층에 대해 보건의료서비스를 직접 제공하는 사업으로는 공공보건의료기관을 통한 진료 및 질병예방·건강증진 사업을 들 수 있음.
- 공공보건의료기관에서의 주요 취약계층 지원 사업으로는 방문보건사업, 예방접종, 만성질환자 등록관리 사업, 도시보건지소 설치 운영, 질병예방사업, 노인·장애인·여성·아동 보건사업, 모자보건사업 등임.

2. 현행 지원체계에 대한 평가

- 저소득층에 대한 현행 보건의료지원체계는 의료급여, 희귀난치성질환자 등 특수집단에 대한 지원체계, 대불금 제도, 공공보건의료서비스 제공 등 전체적인 제도적 틀은 갖추고 있는 것으로 평가됨.
- 그러나 저소득층에 대한 현행 보건의료 지원체계는 관련제도간 연계가 부족함.
 - 저소득층에 대한 보건의료지원체계가 의료비 지원과 공공보건의료서비스 제공이라는 양대 축으로 구성되어야 함에도 불구하고, 현재는 저소득층에 대한 의료지원을 의료비 지원만으로 인식하는 경향이 있음.
 - 그 결과 의료비 지원 사업과 저소득층에 대한 공공보건의료서비스 제공 사업 간의 연계체계가 부족함.
 - 특히, 의료급여 수급권자들의 도덕적 해이는 최근의 제도 개선 등을 통해 방지할 수 있지만, 그렇다고 해서 의료수급권자들의 합리적 의료이용이 완전히 보장되는 것은 아님.

- 즉, 의료급여 수급권자들이 개선된 제도의 틀의 범위 내에서 여전히 불필요하게 의료를 이용하는 행태를 보일 가능성이 높음.
 - 현재 1종 수급권자에게 건강생활유지비 월 6,000원을 지급한 뒤 의원을 이용할 때 1,000원, 약국을 이용할 때 500원을 본인이 부담하도록 되어 있는데, 그 6000원의 범위 내에서는 의료이용 절감에 대한 동기부여가 없는 셈임.
 - 이와 같은 의료급여 수급권자의 의료이용 행태의 개선과 합리적 의료이용을 도모하기 위해서는 방문보건사업 등 공공보건의료사업을 통한 연계가 절실함.
 - 의료급여 수급자 중에서 질병으로 의료기관을 이용하는 사람을 대상으로 방문보건사업 등을 통해 가정간호와 건강관리, 향후의 의료기관 이용 등에 대한 지도와 상담 등의 서비스를 제공해주는 연계체계가 없는 실정임.
- 보건의료의 특성을 고려하여, 의료비 지원 적용범위를 확대할 필요가 있음.
- 차상위 계층에 대한 의료 지원이 최저생계비 120% 이하인 가구를 대상으로 하고 있으나, 의료비 지원의 경우는 가계에 미치는 부담의 크기를 고려하여 이를 단계적으로 확대할 필요가 있음.
 - 다만, 이는 막대한 예산을 수반하게 되므로 장기적으로 검토하되, 질환의 종류 및 소요되는 의료비 규모 등을 고려하여 지원대상 가구의 소득기준을 질환별로 차별화하는 방안을 강구할 필요가 있음.
 - 아울러 지원대상 희귀난치성 질환의 범위를 확대하고 지원대상가구의 소득기준을 완화할 필요가 있음.
 - 현재 예산확보 등의 차원에서 지원 대상 희귀난치성 질환의 범위를 단계적으로 확대해 오고 있으나, 사회적으로 지원이 필요하다고 인정되는 수준으로 획기적으로 확대할 필요가 있음.
 - 이와 함께 지원 대상 가구의 소득기준을 최저생계비 300% 이하(일반기준)에서 400% 등으로 완화할 필요가 있음.

※ 현행 희귀난치성 질환 지원대상 기준

○ 소득기준

- 환자 가구: 가구의 실제소득이 최저생계비의 300% 미만(일반기준)
가구의 실제소득이 최저생계비의 400% 미만(혈우병환자)
가구의 실제소득이 최저생계비의 1,000% 미만(고셔병, 파브리병, 뮤코다당증)
부양의무자가구: 가구의 실제소득이 최저생계비의 500% 미만
가구의 실제소득이 최저생계비의 600% 미만(혈우병환자)
가구의 실제소득이 최저생계비의 1,200% 미만(고셔병, 파브리병, 뮤코다당증)

○ 재산기준

- 환자가구: 가구의 재산가액이 최고재산액의 300% 미만(일반기준)
가구의 재산가액이 최고재산액의 1,000% 미만(혈우병환자)
가구의 재산가액이 최고재산액의 1,000% 미만(고셔병, 파브리병, 뮤코다당증)
부양의무자 가구: 가구의 재산가액이 최고재산액의 500% 미만
가구의 재산가액이 최고재산액의 1,200% 미만(혈우병환자)
가구의 재산가액이 최고재산액의 1,200% 미만(고셔병, 파브리병, 뮤코다당증)

□ 지원제도간의 연계성 부족으로 실효성을 상실한 제도를 정비할 필요가 있음.

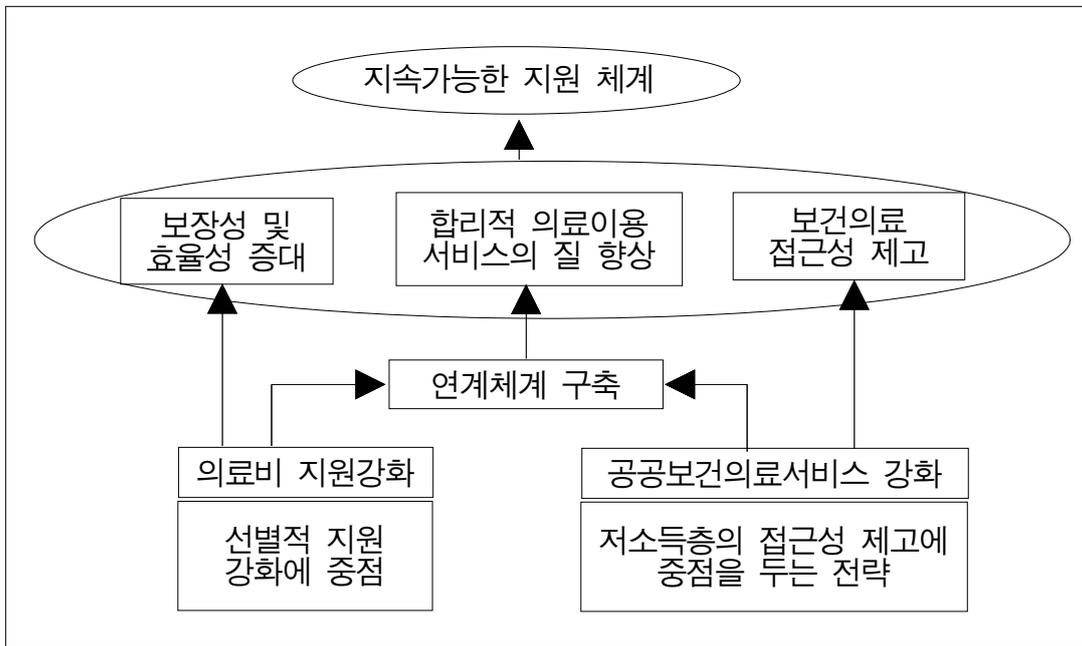
- 의료급여 1종의 경우 환자의 본인부담액이 월 2만원 이상인 경우 50%를 보상하고 월 5만원을 초과하는 부분은 부담을 면제해주고 있음.
- 의료급여 2종 환자의 경우, 본인부담금 보상제도(매 30일간 본인부담액이 20만원을 초과할 경우 그 초과액의 50% 보상)와 상한제(매 6개월간 본인부담액의 120만원을 초과한 경우 초과액의 전액 사후 보상)를 실시 중임.
- 따라서 의료급여 2종에 대해서 실시하고 있는 대불금 제도는 실질적으로 그 효력이 유명무실해진 상태가 유지되어 오고 있음.

□ 의료이용 상의 도덕적 해이와 불합리한 의료이용을 조장하는 지원방식은 개선할 필요가 있음.

- 2006.1월부터 6세미만 아동에 대한 입원비를 전액 지원하고 있는데, 경증질환으로 입원하는 등 수요자와 공급자 모두의 도덕적 해이가 발생하고 있음.
- 이에 따라 앞으로 10%의 본인부담을 부과할 계획이나 질병에 종류 등에 따라 중증질환에 대한 지원은 확대하고 경증질환에 대해서는 지원을 줄이는 방향으로 제도를 개선할 필요가 있음.

- 저소득층 지원에 대한 재원조달과 관련하여 사회적 합의가 미흡한 실정임.
 - 현재 국민건강보험에 대한 국고 지원은 줄이고 대신 저소득층에 대한 지원은 대신 늘려야 한다는 주장이 제기되고 있음.
 - 이와 함께 차상위계층(희귀난치성 질환자, 만성질환자, 18세 미만 아동) 등에 대한 지원을 건강보험 재정으로 이관해야 한다는 주장도 제기되고 있음.

3. 향후의 정책방향과 과제



- 전체적으로 의료비 지원과 공공보건서비스 강화를 병행하되, 의료비 지원보다는 공공보건의료서비스 확대에 중점을 두는 것이 바람직함.
 - 최근 의료급여 지출이 급증하고 있는데, 2005년도 의료급여 총 진료비용은 3조 2,372억원으로 2004년 보다 23.7% 증가하였으며, 심사건수는 4,852만 건으로 전년도 대비 51.6% 증가함.
 - 2005년도 1인당 연평균진료비는 1,837,668원으로 2004년의 1,711,166원에 대비하여 7.4% 증가하였으며, 1인당 진료일수도 2004년 197일에서 2005년 206일로 증가하였음.

〈최근 의료급여 대상자 및 진료지표 추이〉

(단위: 명, 백만원, 천건)

구 분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
○ 수급권자					
- 전체 대상자	1,502,986	1,420,539	1,453,786	1,528,843	1,761,565
· 1종	831,854	828,922	867,305	919,181	996,449
· 2종	671,132	591,617	586,481	609,662	765,116
- 진료비	1,949,639	2,031,169	2,212,081	2,616,105	3,237,171
· 1종	1,495,906	1,607,687	1,791,883	2,148,201	2,610,407
· 2종	453,733	423,482	420,198	467,904	626,764
- 청구건수	27,436	28,288	28,989	32,009	48,515
○ 주요 지표					
- 1인당진료비	1,297,177	1,429,858	1,521,600	1,711,166	1,837,668
· 1종	1,798,279	1,939,491	2,066,035	2,337,081	2,619,710
· 2종	676,071	715,804	716,474	767,481	819,175
* 건강보험	384,213	408,505	435,931	471,922	523,226
- 1인당 진료건수	18.25	19.91	19.94	20.94	27.54
- 1인당 내원일수	50.71	54.15	53.40	56.08	56.52
- 1인당 진료일수 ¹⁾	162.37	176.54	180.56	196.99	206.04

주: 1) 진료일수 = 투약일수 포함. 즉, 내원일+투약일(중복되는 날은 1일로 계산)

자료: 국민건강보험공단, 『의료급여통계연보』, 각 연도

- 이러한 증가는 의료급여비 증가는 제도적 요인과 인구·사회적 변화요인 등에 의한 것임.
 - 제도적 요인은 차상위계층 급여 확대에 따른 의료급여 수급권자 증가, 고액진료비 발생군인 희귀난치성·만성질환자 의료급여 실시, 중증질환자의 본인부담율 인하(15%→10%) 등임.
 - 인구·사회적 변화요인으로는 인구고령화에 따라 절대 노인인구수가 증가하고 그 중 소득이 낮은 노인인구가 증가하면서 의료급여 노인수급권자가 증가한 것임.
 - 또한 의료급여 수급자 및 서비스 공급자의 도덕적 해이에 의한 과도한 의료급여 이용도 지출증대의 주요 요인이었으나 2007년 7월 의료급여제도 개선으로 향후 이러한 요인은 크게 감소할 것으로 예상됨.
- 따라서 앞으로 제도적 요인의 변화가 없다고 가정한다고 하더라도, 인구고령화가 급속히 진행될 전망이고 보면 노인수급자 증가에 의한 의료급여 재정 압박은 크게 증가하게 될 것임.

- 제도적 외연을 대폭적으로 확대할 경우 향후 재정적인 측면에서 커다란 부담으로 작용하게 될 것임.
 - 단기적으로는 의료급여 1종 수급자에 대한 본인부담제도 및 선택병원제도 도입을 통해 절감되는 재정의 범위 내에서 차상위 계층에 대한 의료급여를 확대하는 방안을 추진할 필요가 있음.
 - 이 범위를 넘어서는 제도적 틀의 확대는 국가적 재정능력을 감안하여 장기적으로 검토되어야 할 것임.
- 결론적으로, 저소득층에 대한 의료비 지원은 사회·경제적 여건 변화와 국가적 재정 능력을 감안하여 신중하게 접근 하되, 공공보건의료 서비스의 확충을 통한 지원에 중점을 두는 것이 바람직할 것임.
 - 저소득층에 대한 공공보건의료 확충의 비용-효과가 의료비 지원 확대의 비용-효과보다 클 것으로 판단됨.
 - 의료비 지원사업에 있어서의 대상자의 확대나 급여 수준 인상은 급여가 확대되는 만큼 재정적 부담이 순증하는 특성을 가지고 있음.
 - 반면, 공공보건의료체계를 통한 서비스 확대는 기존의 공공보건의료 인프라를 활용할 수 있다는 점과 사업의 확대를 통해 규모의 경제를 실현할 수 있는 여지가 큼.
- 중장기적으로 의료비 지원사업 지원규모 확대를 검토함에 있어서는 의료급여 대상자의 확대와 같은 보편적인 제도적 틀의 확대보다는 특수집단별로 필요한 수준의 지원을 제공하는 접근이 바람직함.
 - 차상위 계층의 최저생계비 기준 완화 등을 통해 의료급여 대상자를 확대하는 것 보다는 아동, 노인, 장애인 등 특수집단별로 선별적으로 지원하는 것이 바람직함.
 - 즉, 의료급여와 같이 수급권을 가지고 있는 한 어떤 질환이든 혜택을 볼 수 있는 제도적 틀보다는, 앞으로 지원을 확대함에 있어서는 특수한 여건에 있는 대상자가 특정한 질환을 앓게 될 경우 그 질환이 치료되기까지 일시적으로 지원하는 형태가 바람직함.
 - 다만, 이는 막대한 예산을 수반하게 되므로 장기적으로 검토하되, 질환의 종류 및 소요되는 의료비 규모 등을 고려하여 지원대상 가구의 소득기준을 질환별로 차별화하는 방안을 강구할 필요가 있음.
 - 희귀난치성 질환자 지원 가구 선정기준의 예에서와 같이 질환별로 소득기준을

차별화하는 방안을 강구하여야 할 것임.

- 이러한 제도 운영방식은 보장성을 강화하면서도 제도 운영의 신축성과 효율성을 증대시키는 효과를 가질 것으로 판단됨.
- 의료비 지원사업과 공공보건의료서비스 제공 사업 간의 연계체계를 구축할 필요가 있음.
 - 의료급여 환자들을 대상으로 의료 이용 이후의 추서관리 및 건강상담, 복약 관련 행태 지도 등의 서비스를 제공하면서 합리적인 의료서비스 및 약국이용을 지도하는 관리체계의 구축이 필요함.
 - 이를 위해서는 의료급여 수급권자 중에서 질환이 발생하여 의료기관을 이용하는 환자를 지역사회 방문간호사업 등과 연계하는 관리체계의 구축이 필요함.
 - 만성질환자, 희귀난치성 질환자, 18세 미만 아동, 기타 질환자 등에 대해 의료기관 이용 이후 건강관리 지도 등의 서비스를 제공하고, 추후의 의료이용에 대한 상담서비스를 제공함.
 - 이러한 연계체계의 가동을 통해 의료급여 환자에 대한 건강관리 증대 및 의료급여 지출 절감 등의 효과를 얻을 수 있을 것으로 기대됨.
- 저소득층 공공보건의료 강화를 위해서는 방문보건사업의 확대 및 도시 보건지소 설립 등에 중점을 둘 필요가 있음.
 - 저소득층의 경우 구직 및 취업 활동 또는 거동 불편 등으로 보건의료기관을 이용하는 데 제한을 받는 계층이 많은 특성이 있음.
 - 이와 함께 질병예방과 평소의 건강관리에 대한 관심이 타 계층에 비해 상대적으로 약하거나 또는 그러한 활동에 대한 시간적·경제적 여유가 부족한 경우가 많음.
 - 따라서 저소득계층이 공공보건의료서비스에 용이하게 접근할 수 있는 물리적 환경과 제도적 여건을 조성하는 것이 급선무임.
 - 방문보건사업 확대와 관련하여, 도시 취약계층 밀집지역 및 농어촌을 중심으로 기초생활보장 수급자, 노인, 장애인 등에 대한 방문보건 사업을 확대 실시할 필요가 있음.
 - 방문보건사업을 통해 각종 저소득층 지원제도를 이용하는 환자들에 대한 사후 관리 기능을 병행하여 수행함.
 - 2007년 77만 가구를 대상으로 실시하고 있는 방문보건사업을 2008년 150만 가구 등 단계적으로 확대하여야 함.

- 지역 주민의 보건의료 욕구를 고려한 특화된 서비스를 개발·제공하고, 고혈압·당뇨·치매·뇌졸중 등 주요 만성질환에 대해서는 보건소 및 공공병원을 연계한 서비스 전달체계를 수립할 필요가 있음.
- 2008년 7월부터 실시 예정인 노인장기요양보험제도와 연계하여 독거노인, 거동불능자, 만성질환자, 빈곤가구 등에 대한 보호체계를 구축하는 것이 바람직함.
- 도시보건지소 설립과 관련하여, 도시빈곤층, 거동불편자, 장애인, 치매환자 등 취약계층 밀집지역에 지역의 사회·경제적 특성과 보건의료서비스 공급 기반, 주민의 보건의료욕구 등을 종합적으로 고려하여 단계적으로 도시보건지소 설치를 확대할 필요가 있음.
 - 도시보건지소는 방문보건, 질병예방 및 건강증진, 재활, 구강보건 등의 보건사업 위주로 업무를 설정하고, 전문인력 확보 및 사업담당자에 대한 교육·훈련 프로그램 운영 등을 추진할 필요가 있음.
 - 도시보건지소를 설립함에 있어 별도의 기관을 설립하는 것보다는 지역사회 내의 민간의료기관을 보건지소로 지정하거나 계약을 통해 공공보건의료 사업의 일부를 수행하도록 하는 방안을 강구할 필요가 있음.
- 실효성을 상실한 의료급여 환자에 대한 대불금 제도(급여부분 본인부담)는 폐지하여 비급여 부분에 대한 의료비 대불 제도로 전환하는 것이 바람직함.
- 6세 미만 아동의 입원비 지원은 보장성 강화라는 목적과 함께 저출산 대책의 일환으로 추진되고 있으나, 질환의 종류별로 지원기준을 차등화하여 선별적으로 지원하는 것이 바람직함.
 - 도덕적 해이의 방지와 비용절감을 위해 경증질환 및 중증질환 등 질환의 종류와 소득기준에 따라 지원 규모를 차등화할 필요가 있음.
- 저소득층 지원에 대한 재원조달 과 관련하여 사회적 합의 도출이 필요함.
 - 건강보험에 대한 국고지원을 줄이는 대신 저소득층에 대한 지원을 확대하는 것은 건강보험 재정이 악화되고 있는 현재의 상황에서 재검토가 필요함.
 - 차상위 계층에 대한 지원비용을 건강보험 재정에 이관하는 것은 건강보험 재정 여건으로 인해 향후의 사업 확대에 장애가 될 가능성이 높고, 건강보험 재정을 더욱 악화시킬 가능성 있기 때문에 바람직하지 않음.

4. 보건의료인력의 적정수급 및 질적수준 제고방안

1. 우리나라 보건의료인력 현 위치

- 보건의료인력의 적정수급과 관련하여 총량과 지역별 분포 그리고 활용도를 추이 변화, OECD국가와 비교, 불균형 지수 등의 측면에서 검토함.
- 지난 20여년간 보건의료인력은 지속적으로 증가함. 그러나 일부 인력의 경우 여전히 OECD국가에 비해 낮고, 지역간 분포의 불균형과 의료인력의 활용율이 낮는데, 이는 의료인력의 특성에 원인이 있음.
- 우리나라 보건의료인력은 1989년 전국민건강보험 도입 이후 의료시설의 증가와 더불어 지속적인 증가 추세를 보임.
 - 의사는 '85년에 비해 거의 3배 증가하였고, 치과의사와 한의사가 각각 4배와 5배 이상 증가하였음.

〈주요 의료인력의 변화 추이〉

구분	1985년(A)	2006년(B)	(B/A)
의사	29,596	88,139	2.98
치과의사	5,436	22,255	4.09
한의사	3,015	15,849	5.26
간호사	59,104	223,781	3.79
약사	29,866	55,845	1.87

- 그러나 OCED 국가에 비하여 전반적으로 보건의료인력 수준은 낮음.
 - 우리나라는 '90년대 의과대학증가 등으로 의사인력 등이 꾸준히 증가하고 있지만 OECD국가와 비교하였을 때 전반적으로 낮은 수준임.
 - OECD국가 평균이 우리나라보다 의사는 1.9배, 치과의사는 1.5배, 간호사는 4.5배 더 높음.

〈인구 천 명당 주요 의료인력 수(2005년)〉

지 표	OECD (A)	한국(B)	(A/B)
소득수준	3만불	1만6천불	1.9
활동의사수(천명당)	3.0	1.6	1.9
활동치과의사수(천명당)	0.6	0.4	1.5
약사수(천명당)	0.72	0.6	1.2
간호사수(천명당)	8.6	1.9	4.5

□ 보건의료인력의 지속적인 증가에도 불구하고 지역간 불균형은 크게 개선되고 있지 않음.

- 전체 의사인력의 지역간 불균형 지수는 다소 개선되었지만, 기본적인 보건의료서비스를 제공하는 일차진료의사와 치과의사의 지역간 불균형 상태는 개선되지 않았음.

〈주요인력의 지역별 불균형 지수(지니계수)〉

지 표	2006(A)	2000년(B)	변화율(%)'00~'06년
일차진료의사	0.3515	0.3421	2.75
의사	0.3393	0.3903	-13.07
치과의사	0.2477	0.2439	1.56

주: 일차진료의사인력은 일반의 뿐만 아니라 가정의학과, 내과, 소아과, 산부인과, 외과 전문의를 포함함.

- 인구 10만명당 의사수는 서울이 205.5명으로 가장 많았고, 경북이 110.8명으로 가장 적어 두 지역간 1.86배의 차이를 보임. 치과의사수는 서울이 57.2명으로 가장 많고 충북이 26.4명으로 가장 적은 것으로 조사되어 2배 이상 차이가 났고 있음.
- 의학(치의학)전문대학원 도입에 따라 향후 공중보건 의사 수급차질이 예상되어 농어촌 등 취약지역의 공공의료 접근도는 더욱 낮아질 것으로 예상됨.

〈인구 10만 명당 주요 의료인력 수 (2006년)〉

의사		치과의사	
지역	의사수	지역	치과의사수
서울	205.5	서울	57.2
대전	185.6	광주	50.7
광주	181.5	강원	42.1
대구	169.4	대구	40.2
전북	163.4	전체(평균)	38.6
부산	162.1	전북	38.4
전체(평균)	148.6	부산	36.6
강원	144.2	대전	35.0
전남	131.3	충남	34.5
충남	129.6	경기	33.0
충북	129.0	인천	31.9
제주	128.5	전남	31.2
인천	119.1	제주	30.4
경남	115.0	울산	30.0
경기	114.8	경남	27.0
울산	113.2	경북	26.6
경북	110.8	충북	26.4

- 전문과목간 의사인력의 수급불균형이 문제가 되고 있음. 이는 전문과목간 비합리적인 수가구조에 원인이 있음.
- 내과, 가정의학과, 소아과 등 1차 의료를 담당하는 일차진료의사 전문의와 응급의학과와 같이 국민에게 절대적으로 필요한 전문의수가 상대적으로 적음.

〈주요 전문과목 전문의 구성비중〉

	한국(2006년)		미국(2003년)	
	전문의 수	%	전문의 수	%
내과	9,982	16.3	197,406	25.4
일반외과	5,441	8.9	51,715	6.7
산부인과	5,669	9.3	45,083	5.8
소아과	4,723	7.7	79,988	10.3
가정의학과	4,824	7.9	85,478	11.0
(일차진료의사)		50.0		59.0
응급의학과	464	0.8	22,633	2.9

- 최근 전공의 과목별 정원확보율은 고객의 수요 등 시장성에 따라 편중되고 있어, 핵심진료과목에 대한 기피현상은 지속될 것으로 예상됨.
- 우리나라는 의사직종을 제외한 나머지 보건의료인력의 의료기관 종사율은 낮은 편으로 의료인력의 활용수준이 낮음.
- 특히 여성 보건의료인력은 이직율이 비교적 높아 이는 서비스 제공능력 숙련성을 저하시켜 보건의료의 질을 저하시키는 요인으로 작용함.

〈주요 의료인력의 면허자대비 의료기관 활동인력 비율(2003년)〉

구분	면허자수(A)	의료기관 활동인력(B)	비율(B/A)
의사	81,328	66,018	81.1
간호사	192,480	101,943	53.0
약사	54,381	32,657	60.1
임상병리사	34,074	15,031	44.1
물리치료사	21,153	13,160	62.2

2. 우리나라 보건의료인력 적정수급 및 질적 수준 관리의 문제점

- 보건의료인력 모니터링 시스템구축 및 적절한 인력관리정책 수립 미흡
 - 보건의료인력은 관련법에 의거해 그 실태와 취업상황 등을 보건복지부장관에게 신고하도록 규정되어있지만 제대로 신고 되지 않고 있어 인력의 종합적 관리 및 추계 등의 활용에는 한계가 있어 단순통계자료로 활용되고 있음.
 - 보건의료인력에 대한 수급추계는 비정기적이고 간헐적으로 문제가 제기될 때 이루어지고 있음. 연구자 및 연구시기별로 각기 다양한 연구결과를 제시하고 있고, 단체 등에서 자기입장의 연구결과를 발표하는 등 신뢰성·타당성이 미흡함.
 - 의사 등 의료인이 과잉공급 되었다는 연구결과와는 달리, 직종별, 지역별, 의료기관 종별로는 다양한 입장 상존하고 있음.
 - 노인인구증가, 의료산업 및 의료시장개방 등 의료환경의 변화, 국민의 의료 욕구 증가 등에 대한 전반적인 수요 미반영
 - 간호등급제 확대, 의료기관별 임금 및 처우수준 등에 따라 수도권 및 도시지역 집중
 - 의료기사 등 의료보조인력의 취업률 저하 및 이에 따른 유희인력 증가

□ 보수교육 등 평생교육체계구축 및 양성기관의 질적 수준 미흡

- 의사 등 보건의료인에 대하여 면허취득 후 신 의료기술 및 정책 등에 대한 정보 전달을 통한 자질향상 방안으로 보수교육 이수 의무화하고 있지만, 보수교육의 필요성 등에 대한 인식 부족으로 교육참여 및 효과 미흡함.
 - 교육참여시 대체인력 부족 등의 이유로 참여율 저조
 - 학술대회를 보수교육으로 대체하는 등 교육내용의 질적 수준 미흡
 - 형식적 교육대상자의 관리 및 미 이수자에 대한 행정처분 미이행 등 실질적인 제도적 관리방안 미흡
 - 장기간 미 활동자, 타분야 종사자 등 유휴인력의 재취업을 위한 교육 프로그램 부재
- 필기시험위주의 단일평가로 면허의 효력이 평생 유지되는 등 보건의료인 면허제도는 현실성이 미흡함.
 - 의사, 한의사 등 의료인 및 의료기사 등 21개 보건의료 직종 면허·자격시험을 보건의료인국가시험원에 위탁 운영하고 있지만, 보건의료인 국가시험이 7개의 다양한 개별법령에 근거하고, 시험과 면허관리의 이원화에 따른 중복절차수행 등 적정체계의 구축이 미흡
 - 면허자격제도가 단일평가의 필기시험위주로 운영됨에 따라 급변하는 의료선진기술 등의 도입에 소극적인 점이 결과적으로 질적 저하 초래
- 보건의료분야 학과는 신·증설 되었지만 인력양성기관의 질적 수준은 미흡함.
 - 의과대학 등 보건의료관련 학과의 신설 및 확대로 의과대학이 '77년에 14개에서 현재 41개로 증가하고, 대학의 자율화 및 경영개선을 위하여 보건의료분야 학과의 신·증설 추진됨.
 - 단기간에 의과대학 등이 과다하게 설립되었으나 이에 비해 부속병원 및 임상실습병원 확보 등 교육여건은 미흡하여 의학교육의 부실화 우려가 있으며, 보건의료관련대학의 교과과정, 교육여건 등에 대한 기준 및 평가시스템이 미흡함.

3. 보건의료인력 개발의 목표 및 추진방향

- 보건의료인력 개발의 비전은 양질의 보건의료인력을 적정하게 공급하고, 균형있게 배치하는 것으로,
- 이러한 비전을 달성하기 위한 목표는 '수급의 적정화'와 '질적수준 제고', 그리고 '접근성 및 생산성'을 제고하는 것임.

- 추진전략으로는 공론화를 위한 수요자와 공급자의 정책참여, 유관정책 간 연계강화를 위한 부처 및 팀간 협력 강화 그리고 업무추진의 극대화를 위해 단기 및 중·장기로 과제를 추진하는 것임.

□ 목표별 방향과 추진과제로는,

- 첫째, 수급의 적정화의 비전은 보건의료인력 양적 수급의 적정화를 통한 효율적인 의료인력체계구축하는 것이며, 정책과제로 인력수급모니터링 시스템 구축, 중장기적 인력수급추계, 보건의료인력의 적정관리를 선정하였음.
- 둘째, 질적수준 제고의 비전은 보건의료인력의 질적 수준향상을 통한 양질의 보건의료서비스 제공하는 것이며, 정책과제로 인력양성기관의 질적수준제고, 평생교육체계 구축 및 개선, 면허자격제도의 개선, 그리고 세계화에 대응하는 질적수준제고를 설정하였음.
- 접근성 및 생산성 제고의 비전은 보건의료인력의 접근성 및 생산성 향상을 통한 국민건강증진으로 설정하였으며, 정책과제로 취약지역의 보건의료인력 적정배치와 보건의료인력의 활용성 및 생산성 제고를 설정함.

〈보건의료인력개발의 비전과 목표 및 추진방향〉

비 전	양질의 보건의료인력 적정공급 및 균형배치		
목 표	○ 수급의 적정화	○ 질적 수준 제고	○ 접근성 및 생산성 제고
추진 방향	<ul style="list-style-type: none"> ■ 온라인 방식의 인력수급 시스템 구축으로 정책추진의 신뢰도 제고 ■ 생산성 중심의 데이터베이스 구축 ■ 보건의료 수요변화에 대응하는 적정 보건의료인력 개발 ■ 수급적정화를 위한 관련부처 및 단체와의 긴밀한 협조체제 구축 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 교육훈련기관의 수준제고를 위한 신임평가 실시 ■ 동일 면허 자격에 대한 교육의 표준화 ■ 교육효과에 대한 연구와 정책 방안 수립 ■ 면허 또는 자격에 대한 정기적인 평가 ■ 단계적 평가에 의한 보건의료인 면허제도 도입 ■ 국제화, 개방화 환경에 대응할 수 있는 경쟁력 제고 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 보건의료인력 지리적 분포의 결정요인 분석에 따른 기초자료 수집 ■ 취약지역 보건의료기관 근무에 대한 재정적 지원 ■ 취약지역에 대한 보건의료인력 공중보건의 적정배치

4. 보건의료인력개발 정책과제

1) 보건의료인력 수급적정화 장단기 과제

□ 인력수급 모니터링 시스템 구축

○ 보건의료부문 활동인력 모니터링

- 의료기관, 보건기관, 약국에 근무하는 보건의료인력(활동인력)에 대한 정보를 주기적으로 정확히 파악할 수 있도록 조사 설계함.
- web 시스템을 통하여 효율적인 모니터링을 함으로써 적시에 타당한 자료를 수집 및 활용토록 함.

○ 주기적인 비 보건의료부문(비활동자 포함)인력 실태조사

- 복지부가 관리하고 있는 면허관리정보시스템과 연계하여 비보건의료부문 활동인력과 비활동 인구(미취업, 은퇴자)를 표본조사.
- 이를 통해 전직사유, 가용 보건의료인의 미취업 사유, 미취업 보건의료인력의 질, 보건의료인의 취업관련 요인 등의 조사가 가능하므로, 기존 자원의 효율적 활용방안 마련에 기여할 수 있음.

○ 정책결정지원을 위한 정보시스템 운영

- 보건소, 복지부, 교육부, 심평원 등 관련 국가기관간 상호 정보를 공유하여 자료수집의 효율성을 확보하고 정확한 국가통계 산출함.
- 등록현황 중심 통계에서 심화정보 분석을 통한 정책결정지원 시스템으로 전환하여, 급변하는 보건의료인력에 대한 수요의 변화에 대하여 적시에 대응하기 위하여 실용적이고 다각적인 보건의료인력 정보를 생산함.
- 건강보험심사평가원 및 국민건강보험공단 등의 진료내용과 연계하여 도시 또는 농촌지역 보건의료인력의 생산성을 비교·분석할 수 있고, 보건의료인력의 연령별·성별 생산성 등의 다양한 자료를 확보하여 보건의료인력에 대한 중·장기적 계획 수립에 기여토록 함.

□ 중장기적 인력수급추계

○ 주기적으로 보건의료인력 수요 공급 추계

- 의료보장범위 확대, 인구의 고령화, 국민 경제수준의 변화 등 급변하는 보건의료수요의 변화 요인을 반영하여 주기적(3~5년)으로 보건의료수요량을 중·장기 예측함.

- 전문보건의료인력을 각 종별, 분야별로 세분하고, 교육기관의 정원, 합격률, 취업과 실업의 요인 등을 반영하여 보건의료인 공급량을 중·장기 추계함.

- 공신력 있는 기관에서 지속적으로 수행해야함.

- 보건의료인력 소요량 판단을 위하여 '분야별 전문가 위원회'를 구성

- 이해관계에 의한 오류를 배제하여 공정한 추계치가 생산되도록 하기 위하여 학계 및 연구계, 관련의료계, 관계 등의 전문가가 참여하는 '분야별 전문가 위원회'를 구성함.

- 적정수의 보건의료인력 배출

- 보건의료자격 심의위원회 설치 운영

- 보건의료 자격의 수요 파악과 적정 공급을 위하여 보건복지부, 노동부, 교육인적자원부 등 관련부처간의 협조와 관련의료계 및 학계를 포함하는 '보건의료자격 심의위원회(가칭)'를 설치 운영함.

- 기존 민간자격의 관리방안의 일환으로 유사 민간자격의 통폐합, 자격발급 기준 재검토를 통해 기존 민간자격의 정비가 필요하며 자격과대홍보로 인한 피해를 최소화하기 위한 대책을 마련함.

- 보건의료 필요와 수요 중심의 인력개발

- 보건의료의 필요와 수요와 그에 따른 적정 질적 수준이 보장되도록 민간자격 발급기관의 교육내용과 훈련 기준을 강화함.

- 정신과, 산부인과 등 전문분야의 의사보조인력 (Physician Assistant), 한방전문보조인력(한방진료보조와 한약재 수급 및 탕재실 관리 등) 등 개발함.

- 국민 및 보건의료공급자 등의 의견을 반영하는 인력개발함.

- 보건의료 자격취득자 데이터베이스 구축

- 보건의료 자격취득자의 등록과 활용(취업), 적정 양과 질의 관리를 도모하기 위한 보건의료 자격취득자 데이터베이스를 구축함.

2) 보건의료인력 질적수준 제고를 위한 장단기 과제

□ 인력양성기관의 질적수준제고

- 의(치의)학전문대학원 또는 약학대학 6년제의 도입에 따른 교육과정 기준설정
 - － 교육과정의 질적 수준을 제고하여 양질의 의료인 및 약사가 배출되도록 그 기준을 설정함.
- 동일 자격·면허자에 대한 교육과정 및 교육기간의 표준화
 - － 간호사 및 의료기사는 교육기간이 다르면서 동일한 면허와 자격을 주고 있는바, 면허·자격의 명칭을 변경시키거나 교육기간을 통일하는 방안 등을 검토함.
- 보건의료분야 대학신입평가제도 도입
 - － 보건의료인력 양성기관에 대해서는 ‘보건의료 대학신입평가제도(가칭)’을 도입하거나 또는 현 대학신입평가제도를 강화하여 적정의 질적 수준이 보장되는 보건의료인을 양성하도록 유도하며, 또한 신설되는 보건의료인력 양성대학의 기준설정 및 평가를 함.
 - － 평가기준에 미달되는 대학에 대해서는 일정기간(2-3년) 유예기간을 두며 이 기간 내 보건의료 교육에 필요한 시설, 교수확보율, 교과과정, 교육의 질평가 등 평가기준에 도달하도록 함.
 - － 평가 결과에 따라 정부의 예산상의 지원 또는 입학정원감소, 학생모집 중지, 타 대학과의 통폐합 등의 구속력있는 제재를 부과함.
 - － 고등교육평가원으로부터 의학교육평가원 또는 간호교육평가원 등 각 직능별 평가기구로 보건의료분야 대학신입평가업무를 위임함.

□ 평생교육체계 구축 및 개선

- 보수교육의 내용과 방법의 개선
 - － 의료현장의 경험과 사례를 바탕으로 한 교육이 될 수 있도록 내용과 방법을 개선함.
 - － 새롭게 도입되고 있는 의료기술이나 지식 등을 충분히 반영할 수 있도록 교육주관기관이나 교육프로그램 다양화 함.
 - － 보수교육기관 및 교육프로그램 인증평가제도 도입 검토함.
- 보수교육효과에 대한 연구시행과 정책방안 강구
 - － 보수교육 전후의 교육효과에 대한 모니터링을 시행하고, 교육 효과에 대한 연구를 조사·분석하여 적절한 교육이 이루어질 수 있는 방안을 강구함.

○ 관련 협회에서 평생교육프로그램 담당

- 관련협회들이 평생교육프로그램과 최신 정보제공 등 다양하고 실효성있는 역할을 수행하도록 여건을 조성하고, 관련협회의 리더십을 강화함.
- 비회원에 대해서도 회원과 동일하게 평생교육을 실시함.
- 보수교육 미이수시 미이수자 및 고용기관에 제재조치 강화함.

○ 의료기관내 직무교육의 활성화

- 의료기관내에서의 학술대회, 집담회, 연수교육, 학술세미나, 심포지엄, 연구회 등을 적극 활용함.
- 의료기관서비스 평가시에 적정 직무교육의 시행여부를 포함하여 보건의료인력의 질적 향상에 의료기관과 학회가 적극 동참하도록 함.

○ 보수교육 실효성 강화

- 장기휴직 면허자가 보건의료부문 재진입시 보수교육의 의무화 및 보건의료기관의 환자진료업무종사자(산업장, 학교시설, 사회복지시설 등)의 보수교육 의무화 함.

□ 보건의료인 면허제도 개선

○ 의료관계 법률에서의 보건의료인력 기능 정립

- 의료관계법률에서 직종간 업무(기능)영역구분을 명확하게 함으로써 불필요한 분쟁의 소지를 줄이고 전문성을 강화함.
- 특히, 다음과 같은 영역에서의 기능에 대한 관련단체의 이해관계 조정을 위한 적극적인 노력을 경주(傾注)함.

○ 면허제도 개선

- 현행 1회 필기시험으로 완료되던 의사국가시험에 실기시험을 추가하여 2-3단계로 제도를 개선함.
- 간호사 및 의료기사의 경우 필기시험과 병행하여 실기시험을 도입을 검토함.

○ 면허 또는 자격의 정기적인 평가를 통한 면허갱신제도 도입

- 평생교육프로그램을 이용한 면허·자격의 정기적인 평가를 통한 면허자격갱신제도를 실시함.
- 평생교육프로그램이수 여부에 따라 면허 또는 자격을 재부여함. 간호사의 경우 미국, 캐나다, 영국, 싱가포르, 태국, 중국 등에서는 2년에서 5년단위로 면허재등록을 통해 질적 수준을 유지하고 있음.

3) 보건의료인력 접근성 및 생산성 제고를 위한 장단기 과제

□ 취약지역의 보건의료인력 적정배치

○ 보건의료인력 적정배치를 위한 기초자료수집 및 모형개발

- 보건의료인력의 지리적 분포 결정요인분석을 통한 경제적 동기, 교육적 동기, 문화적 동기, 기타 등의 영향력을 파악하여 정책 수립의 기초자료로 활용함.
- 보건의료인력의 지역적 배분 기준 마련을 위한 모형개발 및 보건의료인력 최소 배치기준 설정함.

○ 취약지역 보건의료기관 근무에 대한 재정적 지원

- 현재 응급의학과 등 기피대상 의료인력에 대하여 정부가 인건비를 보조하듯이 의료취약지역에 근무하는 의료인력에 대한 정부의 적극적 재정 지원을 검토함.

○ 취약지역에 대한 보건의료인력 적정배치

- 의학(치의학)전문대학원 및 여학생 구성비 증가로 인한 공중보건의 자원의 감소에 따른 공중보건의 대체인력 확보방안을 강구함. 특히 여성인력 확보방안, 공중보건한의사 확대방안, 치과임상교육과정 2년(안)과 같은 치과의사 일반의 수련제도, 임상교육과정의 한 과정으로 취약지역 공공보건의료기관 복무 도입 등 검토
- 의료취약지역의 개념을 재정립하고 우선 배치 지역과 기관 선정 기준을 마련함.
- 보건지소의 통폐합, 도시화된 읍·면, 도시인접 지역 보건지소 및 보건진료소의 폐쇄 등을 고려할 수 있음.
- 공중보건약사제도, 방문물리치료사제도 등 도입 검토함.

□ 보건의료인력의 활용성 및 생산성 제고

○ 의료중심의 서비스 제공 역할에서 보건·복지 중심의 서비스 제공 역할로의 확대 전환

- 그동안 치료영역에 중점으로 역할을 수행하던 보건의료인력을 예방 및 건강증진 활동을 포함하는 보건영역에서 활동할 수 있도록 공공 보건서비스 확대 및 민간 참여를 유도함.

○ 기존 인력 활용 방안 모색

- 노인요양보장 등 제도 도입시 재교육을 통해 기존 인력 활용을 활성화토록 함.

- 의료비절감과 국민보건복지 향상을 위해 의료보조인력 활용방안 모색함.
- 여성인력의 이직 방지를 위한 고용 및 근로조건 개선
 - 여성인력이 다수 차지하는 보건의료인력의 특수성을 감안할 때 보건의료기관의 직장내 보육시설 설치 및 근로조건 개선이 이루어질 수 있도록 행정지도를 추진함.
- 의료기관 및 보건기관 정원책정 기준의 재설정
 - 보건소, 보건지소 등 공공보건기관의 최소인력배치기준을 상향조정함.
 - 의료기관의 보건의료인력 정원의 합리적 기준강화 및 보호자 없는 병실운영을 위한 인력을 재조정함.

5. 예방적 건강관리체계 구축

1. 우리나라 국민의 건강수준

- 우리나라 국민의 만성질환유병률 및 이로인한 조기사망은 심각한 수준이며, 이로인한 개인 및 국가의 비용이 증가함.
- 우리나라 국민의 만성질환 유병률은 심각한 수준으로 고혈압, 관절염, 당뇨등 만성질환의 유병률은 지속적으로 증가하여 2005년 고혈압은 인구 1,000명당 125.46명, 관절염은 99.09명, 당뇨는 49.56명으로 높음.

〈주요 만성질환의 연도별 유병률 추이〉

(단위: 명/인구 1,000명)

질병명	1998년 ¹⁾	2001년 ²⁾	2005년 ³⁾
고혈압	41.62	57.7	125.46
관절염	73.74	63.9	99.09
당뇨	21.56	25.5	49.65

주: 1) 전체 인구의 연간 치료경험 또는 의사진단 유병률임.

2) 전체 인구의 연간 의사진단 유병률임.

3) 19세 이상 성인의 연간 의사진단 유병률임.

4) 피부염, 알러지 등을 포함한 피부질환의 유병률임.

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 국민건강영양조사, 각년도.

- 또한 이러한 결과로 만성질환에 의한 사망률도 점진적으로 증가하여 암에 의한 사망이 2005년 인구 100,000명당 134.5명 당뇨병 24.2명으로 나타남.

〈주요 사망원인의 연도별 사망률 추이〉

(단위: 명/인구 100,000명)

사망원인	1986	1989	1992	1995	1998	2001	2005
암(악성신생물)	92.1	105.0	110.9	112.1	109.3	123.5	134.5
뇌혈관질환	77.0	74.0	80.4	79.7	74.0	73.8	64.3
심장질환	50.0	45.7	43.5	36.9	38.7	34.2	39.6
당뇨병	7.6	9.4	13.5	17.2	21.1	23.8	24.2

주: 1) 운수사고를 포함한 불의의 사고

2) 분류되어 있지 않음.

- 만성질환에 의한 연간 질병비용은 악성신생물 5조6천억원, 심뇌혈관질환 3조4천억원, 당뇨병 1조등으로 나타남.

〈주요 사망원인의 질병비용 및 기여도〉

(단위: 백만원)

사망원인	비용	기여도(%)
암(악성신생물)	5,690,851	26.5
결핵호흡기질환	4,685,583	21.8
심뇌혈관질환	3,415,917	15.9
근골격계질환	3,210,224	15.0
정신관련질환	1,620,375	7.5
당뇨병	989,043	4.6
전염성질환	971,852	4.5
고혈압성질환	883,130	4.1
계	21,466,979	100.0

출처: 정영호의 우리나라 국민의 건강결정요인 분석, 표 5-9(168쪽), 2006.3

- 우리나라 국민은 서구화된 식습관, 운동 부족, 흡연·음주 등 건강행태가 좋지 않아 전반적인 국민 건강수준은 나빠질 가능성이 있음.
- 장기적인 활동제한의 원인이 되는 만성질환은 연령증가와 더불어 위험요인이 증가하지만 위험요인을 감소시킴으로써 질병에 걸릴 가능성을 감소시킬 수 있음.
 - 흡연, 음주, 운동부족, 영양과 다이어트, 고혈압, 고지혈증 등이 만성질환발생의 위험인자들이 주요 만성질환의 위험요인인 것으로 밝혀지고 있음.

〈만성질환과 변화가능한 위험요인〉

구분	심장병	암	당뇨병	간경화	근골격계질환	신경계 질환
흡연	+	+			+	?
음주	+	+		+	+	+
고지혈증	+					
고혈압	+					+
식습관	+	+	+		+	?
운동부족	+	+	+		+	+
비만	+	+	+		+	+

주: + = 입증된 위험요인; ? = 가능한 위험요인

자료: Brownson et al., Chronic Disease Epidemiology and Control, American Public Health Association, 1998.

- 우리나라에서의 연구결과 건강생활습관이 질병에 기여하는 비용이 흡연 2조9천억원, 음주 2조7천억원, 운동부족 1조2천억, 영양 1천억원 등 총 건강생활행위가 질병발생 및 사망에 21.82%를 기여하는 것으로 나타남.

〈우리나라 국민의 건강위험요인의 질병비용에의 기여도〉

구 분	위험요인	비용(단위:백만원)	기여도(%)
건강생활실천	흡연	2,967,554	9.12
	음주	2,791,697	8.58
	운동부족(신체비활동)	1,221,318	3.75
	영양	120,064	0.37
	소계	7,100,633	21.82
생물학적으로인	체중(과체중, 비만)	2,161,851	6.63
	고혈압	723,184	2.22
	고콜레스테롤	77,166	0.24
	소계	2,962,201	9.09

주: 20세 이상 질병비용기준

출처: 정영호외 우리나라 국민의 건강결정요인 분석, 표 5-10(169쪽), 2006.3

- 만성질환이 건강생활과 밀접한 관계가 있음에도 불구하고 현재 우리나라 국민의 건강생활습관은 많은 문제를 갖고 있음.
 - － 청소년(15~19세)의 35%가 아침을 거르고 규칙적 운동은 25%만 실시, 33%가 지방 위주의 열량 과다섭취함(통계청, '06). 청소년 흡연율은 남자 13.9%, 여자 8.3%로 상당히 높은 수준이며, 특히 고2 여학생의 흡연율(13.5%)은 성인여성 흡연율(5.8%)을 상회함. 중학생 비만율은 '05년 25%('98년 15%)로, 4명중 1명이 비만 상태임.
 - － 직장인은 흡연, 음주 등과 함께 과도한 스트레스와 운동부족증세를 나타냄. 평소 건강관리를 위해 「규칙적으로 운동」하는 사람은 28.3%, 「정기적으로 건강검진」을 받는 사람은 30.0%에 불과함 (통계청, 사회통계조사결과, '06).
 - － 노인 스스로가 만성질환을 가지고 있다고 인식하는 비율은 90%에 달함. 그러나 지속적으로 치료받는 비율은 고혈압 25%, 당뇨 35%에 불과함 (질병관리본부, '06)
- 만성질환, 고령화 등 여건의 변화는 크고 작은 질병을 평생 보유하는 환자들의 거대 인구집단 등장이 예견되어, 국민의료비의 급격한 증가가 예상됨.
- 급격한 가계의 의료비 부담 증가 및 건강보험, 의료급여 등의 재정 불안을 야기

하고 경제 성장잠재력에 영향을 미칠 것임.

- 이러한 만성질환의 심각성은 급격한 노령화로 인하여 더욱 가속화될 전망이다.
- 우리나라는 2018년 고령사회(고령인구 14%) 진입, 2026년 초고령사회(고령인구 20%) 진입할 전망이다.
 - 현재의 고령화 속도와 의료비 급증추세가 단순 유지될 경우, 2030년 GDP대비 국민의료비는 현재의 3배 이상 수준으로 전망임.(서울대, '04)
 - ‘10. 74조 (GDP 대비 8.1%) → ‘20. 171조 (11.4%) → ‘30. 373조 (16.8%)
- 질병으로 인한 비용 중 소득, 작업손실 등 생산손실액(간접비용)은 직접적인 의료 비용만큼 발생하여 상당한 규모의 경제손실을 야기할 것임

〈질병으로 인한 비용: 2003년 질병비용 분석〉

(한국보건사회연구원, '06년)

총계	직접비용				간접비용		
	계	진료비	간병비	교통비	계	소득손실	작업손실
38.4조	22.5조	20.0조	1.6조	0.9조	15.9조	11.1조	4.8조

2. 건강관리체계 현황

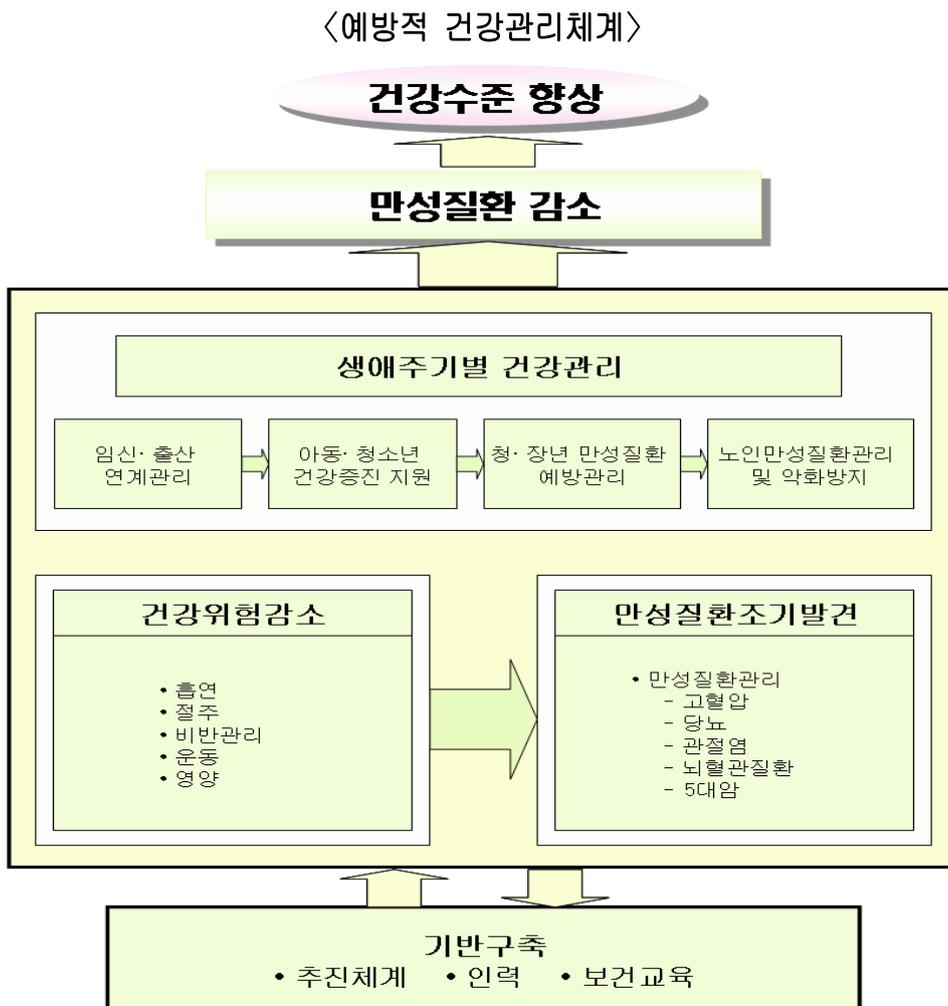
- 현재의 보건의료체계는 치료 중심으로 사전예방적 서비스 제공이 미흡함.
 - 전 국민을 대상으로 한 예방적 서비스가 필요하나, 공공보건조직은 양적 수준에서 크게 부족할 뿐만 아니라, 급성치료 위주의 기능을 수행함.
 - 예방적 예산은 '06년 3,120억원으로 치료부문 재정투입(건강보험·의료급여) 23조 517억원의 1.35%에 불과함.
 - 현재의 의료체계는 사후 치료는 가능하나, 사전예방적 서비스와 건강증진을 위한 포괄적 서비스 제공은 불가능함.
 - 전 국민을 대상으로 한 서비스가 요구되나, 공공보건조직은 양적 수준에서 크게 부족하며, 부족한 공공의료기관마저도 급성치료 위주의 기능을 수행하고 있음.
 - 「보건소-보건지소」의 공공보건조직은 종합적인 접근 보다는 개별적인 단위과제의 수행에 치중하여, 실질적 건강향상을 위한 종합적인 접근이 미비함.
 - 건강증진업무가 소관부처별로 분산되고 체계적인 통합이 미흡하여 수요자 입장에서 연속적이며, 종합적인 서비스가 부재함

- 학생의 건강은 교육인적자원부가, 직장인은 노동부가, 군인경찰은 국방부가, 이외 유·소아, 장애인, 주부, 노인 등은 보건복지부가 관리하는 등 분산화되고 단절적임.

3. 예방적건강관리체계 구축 방안

□ 우리나라 국민의 건강을 위협하는 만성질환의 예방은 만성질환의 위험요소인 건강 생활습관의 형성 및 만성질환의 조기발견을 주축으로 실시하여야 함. 또한 이러한 관리는 생애주기에 따라 적절하게 그리고 지속적으로 연계되어 이루어져야 함. 이에 예방적 건강관리체계는 다음의 4가지를 중점으로 추진함.

- 생애주기에 따른 지속적 건강관리 강화
- 주요질병에 대한 국가 중점관리 체계 구축
- 건강증진사업 및 건강생활 실천 운동 활성화
- 건강증진사업 지원을 위한 기반구축



1) 생애주기에 따른 지속적 건강관리 강화

(1) 임신부터 출산까지 연계 관리 실시

가. 임신부·영유아 건강검진사업의 실시

- 보건소에서 등록·관리하고 있는 기초생활보장수급대상자의 임신부와 영유아에 대한 건강검진으로 질병을 조기발견·치료함으로써 질병 및 장애를 예방하고 질병으로 인한 부담의 최소화를 도모함.
- 보건소에서 등록·관리하고 있는 기초생활보장수급대상 임신부와 영유아에 대한 건강검진으로 질병을 조기발견·치료함.

나. 임신부 건강교육의 실시

- 임신부의 산전·산후 관리를 조기에 관리하고 질적으로 실시하여 고위험 요인 발생이 예상되거나 의심되는 경우 민간기관과 연계하여 조기에 발견, 치료함으로써 모성 및 태아사망을 감소하고 모성과 태아의 건강증진을 도모함.
- 보건소를 통하여 임신부의 산전·산후 관리를 실시하고, 위험 요인 발생이 예상되거나 의심되는 경우 민간기관과 연계하여 치료토록 지원함.
 - 임부 건강교실 : 정상분만을 위한 출산 교육·훈련, 모유수유를 위한 준비, 빈혈 예방을 위한 영양, 흡연, 음주, 약물복용 등 건강실천
 - 모자보건 교육자료·정보 제공
 - 고위험 임부 의뢰 및 추서관리

다. 여성건강전문상담센터 운영

- 여성은 임신, 출산 등의 고유의 기능과 여성특유의 신체적 특징으로 인한 건강상의 여러 어려움을 사춘기부터 여성을 대상으로 일반적인 건강상담을 실시함과 동시에 불임 및 유전 전문상담 등을 실시하여 사전 예방 및 조기치료를 통해 여성의 건강증진을 도모하기 위함.
- 사업 전문인력 양성(유전문제, 불임 등에 대하여 의학적, 전문적으로 대응할 수 있는 체제를 확립하기 위하여 상담전문인력), 여성 건강 책자 발행 및 배포, 건강교육 시행, 불임 및 유전상담, 기형아 출산 예방 상담을 실시함.

라. 보육시설 어린이의 건강보호 및 증진 지원

- 보육시설의 안전 실태를 점검하고 필요한 보육 지원을 함으로써 어린이의 건강을 보호하고 건전한 성장·발달을 도모함.
- 인가된 미취학 아동 보육시설에 대하여 보육시설 및 사설 교육기관 보육실태 현황 파악, 보육활동 시설 안전관리지침 정비, 보육활동 시설 안전 관리, 보육활동 시설 아동 건강관리, 보건위생 관련 지침 검토, 건강기록부 비치, 관리, 예방접종 관리, 보육활동 시설 아동 건강증진 담당인력 개발등을 실시하여 제도권밖의 아동의 건강을 증진함.

마. Well baby clinic 활성화

- 어린이의 질병예방과 건강증진을 위한 육아상담실(Well baby clinic)이 신체계측과 예방접종 위주의 서비스를 제공하는 것에서 포괄적 보건의료서비스를 제공하도록 유도하기 위하여 서비스 내용의 표준화와 활성화를 위한 전략을 개발함.
- 0~4세 아동에 대하여 Well baby clinic 지표에 따른 건강조사를 체계적으로 하고, 예방접종, 성장발달 선별검사, 모유수유 및 영양지도, 육아교육등 포괄적 예방서비스를 제공함.

(2) 아동·청소년 건강 증진을 위한 종합적 전략과 계획 수립

가. 학생 건강관리 체계 개발

- 건강증진학교를 만들기 위하여 학교 내의 실현가능성이 있고, 효율적인 보건·위생·안전관리 체계의 구축이 필요함. 보건교사, 영양교사, 체육교사, 행정실직원 등을 총망라한 지원적체계를 구축함.
- 일선학교의 보건교육, 안전의식, 환경 및 식품위생관리, 학생건강관리 및 보건실운영, 응급처치 등 업무를 체계화 하여 효율적인 보건·위생·안전관리 업무등 통합적인 수행을 하도록 함.
- 학교보건을 이끌어갈 교사에 대한 역량강화를 실시함. 흡연, 음주, 약물남용, 운동, 영양, 보건교육 및 상담과 같은 보건사업을 추진하기 교사를 위한 보건·위생·안전관리등의 학교보건인력의 연수교육 프로그램 개발 및 운영을 함.

나. 학생 및 교직원의 건강 위험행태 감소 사업실시

- 학교에서 학생과 교사에 대하여 학교보건교육 및 건강위험행태감소 사업을 실시하

고, 학교와 학교 주변의 건강환경 조성 방안 마련함으로써, 건강생활습관을 형성하게 하여, 장기적으로는 만성질환을 예방하고 건강증진을 도모함.

- 신체활동을 위한 체육시간 내실화, 체력향상제도 도입, 연령대별로 적정한 영양섭취가 가능하도록 학교 급식체계를 개선하여 영양개선사업으로 발전시킴, 학교건강검사 영양 고위험 학생의 추서관리 프로그램을 지역자원과 연계하여 도입함. 학생 건강에 위배되는 학교 내(매점, 식품판매 자판기) 식품판매 기준을 마련하고, 이를 적용함.
- 학교 흡연예방, 절주, 위생 등 건강생활실천 교육 내용에 대한 표준화 및 효과 검증, 시범학교 운영을 통한 현실적 적용 방안 도출, 지역 의료기관, 청소년상담센터, 금연·음주클리닉과 연계한 학생 금연 및 금주상담 프로그램을 개발하고 실시함.

다. 학교보건 지원기구 설립을 통한 각종 학교보건의 활성화 및 강화

- 학교보건 활성화와 지속적 학교보건관리를 위하여 필요한 기반기구를 보건복지부, 교육인적자원부 등 관련부처와 관련민간단체를 연계한 지원기구를 설립하여, 청소년기의 건강증진사업의 기획과 지원을 위한 역할 담당하도록 함.
- 학교보건을 지원하기 위한 on, off-line 상의 네트워크를 구축함으로써 학교보건자료의 생산을 활성화하고 학교보건정보에 대한 접근률을 증가시키는 통합관리를 함.

(3) 청장년기 만성질환 예방을 위한 건강관리체계 구축 및 서비스 제공

가. 지역사회 중심 만성질환 등록·관리체계 구축

- 지역사회 만성질환 관리모형을 도입하여 만성질환자에 대한 장기적 포괄적 건강관리를 함. 공공의료기관 및 보건소, 민간 병의원과 연계하여 고혈압·당뇨환자 등록관리, 치료일정 안내 및 치료상태 모니터링, 만성질환 합병증 관리를 위한 맞춤형 건강진단 프로그램 제공, 의료진에 표준치료지침 및 전산화된 의사결정 시스템을 개발·보급함.

나. 소규모 사업장 밀집 아파트형 공장등 소규모 사업장에 대한 근로자 종합건강증진 프로그램 시행

- 취약지대인 소규모 사업장에 대하여 근로자의 건강생활실천 및 만성질환관리를 실시하고, 수요자의 욕구에 부응하는 건강관리사업을 실시함. 보건소 또는 지역사회 병원 등과 연계한 사업장 건강증진 및 근로자 질병예방 지원사업모형을 개발함.

근로자의 건강증진 및 질병예방을 위하여 보건, 운동, 영양 및 심리 지도 등을 통합한 종합건강증진프로그램(Comprehensive Health Promotion Program at Work)을 개발 보급함.

- 흡연, 음주, 비만, 운동, 영양 등 건강생활위험요인 관리프로그램을 개발하고 사업장에서 근로자의 건강관리를 실시함. 적절한 프로그램의 개발, 인력의 교육, 필요한 보건교육자료의 개발 보급 등 종합적인 건강생활실천프로그램을 실시함.
- 근로자의 만성질환 조기진단 및 조기관리를 위하여 직장가입자건강검진 및 암 검진의 수검률을 제고하고, 질병소견 근로자에 대한 사후관리를 강화함. 만성질환 근로자의 효율적인 사후관리 지도·지원을 위하여 등록·관리 추진함. 고위험 만성질환자로서 의료이용 등 사후관리를 하지 않는 근로자에 대하여 정밀검사 등 건강보호 추적관리함. 사업장 보건관리자 및 (산업)보건기관 관계자의 만성질환 사후관리 역량을 강화함.
- 근로자 건강증진 관계부처 및 유관기관 간 효율적인 역할분담 및 공조체계 구축을 위하여 중앙 및 지역별로 협의체를 구성·운영함.

(4) 노인의 만성질환 및 활동제한 악화방지를 위한 체계구축 및 서비스 제공

가. 생애전환기 맞춤형 건강진단서비스 제공

- 취약계층의 건강관리를 위하여 66세 생애전환기 맞춤형 건강진단 서비스를 제공함.
- 노인특화건강검진(일차검진) 도구를 개발, 실시지침을 마련함.검진항목에는, 시력(안검진 포함), 청력, 저작능력, 균형감각, 갑상선저하, 치매, 파킨슨, 골밀도, 일과성 뇌허혈증상발견항목, 노실금위험, 낙상위험소지여부 등 노인성 질환 선별검사 추가함.

나. 치매 조기 발견 및 등록관리사업 강화

- 치매노인의 조기발견, 등록관리 등을 위해 전국 보건소에 치매상담센터 운영함. 향후 고령화 진전에 따라 지속적으로 증가하여, 2010년 460천명(노인인구의 8.6%)으로 예상됨.
- 지역사회 종합상담·등록관리체계 구축함. 보건소 치매상담센터(246개소)에 전담 간호사를 지원하고, 이를 중심으로 지역사회 노인복지회관, 치매요양병원 등과의 연계망을 구축하여 조기진단, 등록관리, 상담기능을 대폭 강화함. 지역사회중심의 통합적 치매관리시스템 모델을 개발함.

다. 저소득층을 위한 맞춤형 보건서비스 제공

- 기초수급자, 독거노인 등 취약계층에게 맞춤형 방문보건 서비스 제공하고, 심근경색, 뇌졸중 환자 가정간호 서비스를 무상 제공함. 노인의 영양 개선을 위해 보건소 노인영양지원사업을 시설 등과 연계하여 운영함. 영양부족 노인계층에 대한 영양강화와 함께 영양교육 및 영양실태 평가 등 병행하여 수행함.

2) 주요질병에 대한 국가 중점관리 체계 구축

가. 주요만성질환 관리체계 구축

- 고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌혈관질환, 5대암에 대하여 관리체계를 효율적으로 운영하여, 조기검진을 통한 환자색출과 조기치료를 실시함. 공공의료기관 및 보건소, 민간 병의원과 연계하여 고혈압 등 주요질환에 대한 등록관리 추진함. 지속적인 관리가 되도록 스케줄관리 및 개별적인 맞춤형 건강관리 프로그램을 적용함.
- 만성질환을 예방할 수 있도록 건강보험에서 실시하는 무료건강검진에 암과 만성질환 조기발견 항목을 추가함. 또한 건강보험공단과 보건소를 연계하여 건강검진에서 이상이 발견된 환자에 대한 추구관리를 실시함.

3) 건강증진사업 및 건강생활 실천 운동 활성화

(1) 정상체중자의 증가를 위한 비만예방 환경 조성

- 자전거도로, 공원의 확대와 비만 없는 학교, 비만관리 우수사업장, 비만예방 음식점 등을 발굴하여 우수기관으로 지정하는 등 비만예방 환경을 확대함.

(2) 흡연예방 및 금연의 강화를 위한 법제도 정비 및 홍보, 서비스 제공

- 학교 교과과정내에서 흡연예방교육이 이루어지도록 교과서 금연관련내용을 보완함. 또한 금연예방 및 흡연지원 실시 학교를 확대함. 학교교사의 흡연율 0%를 달성하도록 교사에 대한 금연을 강화함.
- 기존 보건소 금연클리닉과 학교를 연계하여 청소년 금연 상담 업무를 담당하도록 함. 일반인 대상으로 금연 및 흡연예방 홍보를 지속적으로 실시하여, 적극적인 금연정책의 호응도를 높이도록 함. 보건소금연클리닉의 활동 범위를 확대하도록 함. 사업장과 연계하여 운영하고, 군인, 경찰등에 대한 방문금연클리닉을 운영함. 보건소에서만 실시하는 금연클리닉을 공공보건의료기관에서 실시하도록 확대함.

- 담배규제국제협약 내용에 부응하도록 법적·제도적 장치를 강화함. 그 내용으로서 금연구역 확대, 담배가격 인상, 담배 경고 문구 강화, 담배 광고 및 담배회사 행사 후원 금지 등과 같은 것이 있음. 또한 법이 잘 지켜지도록 지방자치단체를 중심으로 감시체계를 구축하여 운영함.

(3) 주류 소비 억제를 통한 음주율 저하 유도

- 주류에 대한 건강증진부담금 부과 등 가격정책 도입을 통한 술의 소비를 감소시킴.
- 국·공립공원, 종합경기장, 놀이시설 등 다중이용 공공장소에 대하여 음주행위 및 주류를 제한함. 주류의 광고, 간접광고 및 미성년자 대상 주류 판매 및 무허가 시설의 주류 판매 행위 등 불법사태에 대한 단속체계를 강화함.
- 정책수립에 기반이 되는 음주와 관련된 기초 통계 구축을 강화함. 음주 폐해 평가 지표 개발하여 지역사회 진단 실시 및 보건소 음주폐해 예방사업의 자체 평가를 통한 사업의 질적 향상을 도모함.

(4) 운동실천의 확산 및 환경 조성

- 지역사회내 운동시설을 확충하여 운동에 대한 접근성을 제고하고, 건강증진 운동시설 장비를 확대하여 체계적인 운동이 가능하도록 함. 걷기전용코스과 자전거 전용도로의 확대, 방과 후 학교에서 운동시설을 제공하도록 강화, 보건소,주민 복지시설, 사업장, 보건소 및 국·공립 병원 등에 운동시설 확충 및 이용가능시간대를 확대함.
- 어린이, 근로자, 노인 등 대상별 건강체조 개발·보급: 운동부족 관련 만성질환 개선을 위한 운동 프로그램 개발·보급, 건강체력 향상을 위한 운동 프로그램 개발·보급, 국민들이 쉽게 운동을 하도록 장려함.
- 또한 국민건강운동사업의 명확한 범위와 목표를 설정하고 이를 평가하기 위한 평가체계를 마련하여 체계적인 운동사업이 지속되도록 지원함.

(5) 영양지원 프로그램의 확대를 통한 적절한 영양 섭취 강화

- 영양 취약계층에 대한 국가의 체계적인 관리 및 지원을 위해 다각적인 사업을 개발하고 시행함. 평생건강유지의 틀을 확보하고 저출산 문제완화에 기여하기 위해 「임산부 및 영유아 보충영양관리사업」시범사업의 단계적 확대 및 정착유도, 「저출산·고령화 사회」로 인해 초래될 노동력의 감소에 대한 대처방안의 하나로 노인 및 소년소녀가정, 장애인 등 영양상태가 취약한 대상을 위한 급식 및 영양관리 서비스

체계화 방안을 마련함.

- 국민이 올바른 식생활을 영위할 수 있도록 국민의 식생활 양상과 만성질환 발병 양상의 분석에 근거한 식생활 지침을 개선·보급하고, 미량 영양소 등의 적정 섭취를 독려하기 위한 다양한 자료를 개발하여 홍보를 실시함. 소비자의 알 권리 보호 및 건강증진에 기여하는 영양표시제도의 실효성 제고를 위하여 영양표시기준을 합리적으로 개선하고, 산업체의 영양표시 기술 지원 및 소비자 교육·홍보를 강화함으로써 영양표시제도의 정착 기반을 마련함.

4) 예방체계 지원을 위한 기반구축

(1) 추진체계의 확립

- 중앙정부의 전략 수립 및 사업 평가 기능을 강화함. 현재 보건소에서 담당하는 예방서비스를 보건소는 사업 수행 과정의 모니터링과 및 사업의 평가를 담당하고, 지역 내의 다양한 단체(보건단체 및 비보건단체)와 협력체계를 구축하여 주민을 대상으로 건강증진 프로그램을 실행하도록 함.
- 국민건강보험공단과 연계하여 건강보험공단이 갖는 지역주민에 대한 질병 및 건강 관련 정보의 공유, 사업내용의 분담: 검진사업이나 지역사회 활동, 사업 효과에 대한 평가, 사업효과의 근거(evidence) 축적을 공동으로 실시함.

(2) 인력의 효율적인 양성

- 보건소에 1차예방과 관련하여 흡연, 음주 등의 영역을 관리하는 인력의 정규직화 또는 보건교육사의제도화를 통한 인력의 흡수가 필요하며, 2차 예방과 관련하여 정신보건, 암 관리, 구강보건 같은 특수영역의 인력에 대한 기준을 마련하고 이러한 인력의 확보를 하여야 함.

(3) 보건교육체계의 확립

- 보건교육개발센터를 구축하여 보건교육정보의 평가와 모니터링을 실시하고, 표준화된 보건교육자료개발을 지원함. 보건교육에 대한 근거있는 콘텐츠 개발에 중점을 두고, 생애주기별로 특성화된 보건교육 내용의 개발하고 관리함. 또한 대상별로 제공할 수 있는 체계적인 보건교육과정의 확립함.

부 록

〈제1~3기 국민건강영양조사 결과 10대 만성질환 유병률 추이〉

(단위: 명/인구 1,000명)

순위	1998년 ¹⁾		2001년 ²⁾		2005년 ³⁾	
	질병명	유병률	질병명	유병률	질병명	유병률
1	치아우식증	158.21	관절염	63.9	치아우식증	231.81
2	피부병	154.11	고혈압	57.7	고혈압	125.46
3	관절염	73.74	치아우식증	55.0	골관절염	99.09
4	요통·좌골통	57.87	위염·소화성궤양	48.7	치주질환	97.58
5	위염·소화성궤양	57.74	알러지성비염	36.9	알레르기성비염	72.01
6	고혈압	41.62	요통·좌골통	35.0	아토피성피부염, 피부알레르기	60.60
7	치주질환 및 치경 부마모증	31.03	당뇨	25.5	디스크	54.99
8	치질, 치핵	27.21	디스크	21.6	당뇨	49.65
9	당뇨	21.56	사고후유증	17.9	골다공증	38.63
10	축농증	21.17	신경통	17.3	빈혈	38.42

주: 1) 전체 인구의 연간 치료경험 또는 의사진단 유병률임.

2) 전체 인구의 연간 의사진단 유병률임.

3) 19세 이상 성인의 연간 의사진단 유병률임.

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 국민건강영양조사, 각년도.

〈주요 만성질환의 연도별 유병률 추이〉

(단위: 명/인구 1,000명)

질병명	1998년 ¹⁾	2001년 ²⁾	2005년 ³⁾
치아우식증	158.21	55.0	231.81
고혈압	41.62	57.7	125.46
관절염	73.74	63.9	99.09
치주질환	31.03	13.4	97.58
알레르기성비염	17.37	36.9	72.01
아토피성피부염, 피부 알레르기	154.11 ⁴⁾	11.9	60.60
디스크	18.75	21.6	54.99
당뇨	21.56	25.5	49.65
골다공증	4.52	11.5	38.63
빈혈	6.13	9.9	38.42
요통·좌골통	57.87	35.0	-
위염·소화성궤양	57.74	48.7	20.67
치질·치핵	27.21	9.0	34.39
축농증	21.17	7.8	16.89
사고후유증	11.58	17.9	-
신경통	6.31	17.3	-

주: 1) 전체 인구의 연간 치료경험 또는 의사진단 유병률임.

2) 전체 인구의 연간 의사진단 유병률임.

3) 19세 이상 성인의 연간 의사진단 유병률임.

4) 피부염, 알러지 등을 포함한 피부질환의 유병률임.

〈주요 사망원인의 연도별 사망률 추이〉

(단위: 명/인구 100,000명)

사망원인	1986	1989	1992	1995	1998	2001	2005
암(악성신생물)	92.1	105.0	110.9	112.1	109.3	123.5	134.5
뇌혈관질환	77.0	74.0	80.4	79.7	74.0	73.8	64.3
심장질환	50.0	45.7	43.5	36.9	38.7	34.2	39.6
자살	10.2	8.7	9.0	11.8	19.9	15.5	26.1
당뇨병	7.6	9.4	13.5	17.2	21.1	23.8	24.2
간질환	29.0	30.0	28.6	29.4	24.8	22.3	17.3
운수사고	56.2 ¹⁾	64.5 ¹⁾	69.1 ¹⁾	38.7	25.7	21.0	16.3
만성하기도질환	- ²⁾	- ²⁾	28.6	14.9	12.7	19.0	15.5
고혈압성질환	47.2	37.2	27.5	18.3	8.4	10.2	9.3
폐렴	10.4 ³⁾	9.6 ³⁾	4.5	4.2	6.5	6.1	8.6
결핵	17.2	12.6	10.4	8.3	7.1	6.3	5.5

주: 1) 운수사고를 포함한 불의의 사고

2) 분류되어 있지 않음.

3) 폐렴 및 기관지염 포함.

6. 식중독 저감화를 위한 국가관리체계 개선

1. 식중독 발생 현황 및 문제점

□ 식중독 발생이 해마다 증가

○ 1960년대 이후 감소하던 식중독⁴⁾ 발생은 1990년도 이후 다시 증가

– 2007년 8월말 현재 전년 대비 2.4배 증가

– 인구 백만명당 환자수도 1995년에 60.0명에서 2006년 225.7명으로 증가

○ 전 세계적으로도 식중독 발생은 증가하고 있지만 우리나라 더함.

– 식중독 건당 환자수를 비교해 보면, 우리나라는 2004년 기준으로 미국의 3배, 일본의 3.5배 발생

〈국가별 식중독 발생현황〉

(단위: 건, 명)

연도	발생건수			환자수			환자수/건(명)		
	한국	미국	일본	한국	미국	일본	한국	미국	일본
1996	81	602	1,217	2,797	15,421	46,327	34.5	25.6	38.0
1997	94	806	1,960	3,942	18,802	39,989	31.3	23.3	20.4
1998	119	1,314	3,010	4,577	26,719	46,179	38.5	20.3	15.3
1999	174	1,344	2,697	7,764	25,286	35,214	44.6	18.8	13.0
2000	104	1,414	2,247	7,269	26,021	43,307	69.9	18.4	19.2
2001	93	1,238	1,928	6,406	25,035	25,862	68.9	20.2	13.4
2002	78	1,332	1,850	2,980	24,971	27,629	38.2	18.7	14.9
2003	135	1,073	1,585	7,909	22,799	29,355	58.6	21.2	18.5
2004	165	1,319	1,666	10,388	28,239	28,175	63.0	21.4	16.9
2005	109	982	1,545	5,711	20,179	27,019	52.4	20.6	17.5
2006	259		1,491	10,833		39,026	41.8		26.2
2007.7	312			6,734			21.6		

4) 식품섭취로 인하여 인체에 유해한 미생물 또는 유독물에 의하여 발생하였거나 발생한 것으로 판단되는 감염성 또는 독소형 질환으로 수인성은 제외하고 있음.

□ 식중독 발생의 증가는 바이러스성 식중독 증가, 조리실 환경(온도)의 변화, 급식 참여인력의 위생인식 저조 등 다양한 요인 있음.

– 즉, 급식환경이 실내로 들어오게 되면서 겨울철에도 식중독균이 증식할 수 있는 20℃ 이상의 환경이 유지되고 있음.

– 식중독균은 그 종류에 따라 증식의 최적온도가 서로 다르지만, 5℃에서부터 60℃까지 광범위한 온도 범위 내에서 증식이 가능함.

□ 식중독 발생의 탈 계절화

○ 5월에서 9월까지의 하절기에 집중적으로 발생하던 식중독이 탈 계절화하여 1년 내내 발생하고 있고, 특히 겨울철 발생이 증가하고 있음.

– 겨울철 식중독 발생률을 건수대비로 보면 2004년 8.5%에서 2006년 19.3%로 증가

○ 2000년대 이전에는 세균성 식중독 발생이 주를 이루었으나 최근에는 병원성 바이러스에 의한 식중독 증가로 겨울철에도 지속적으로 발생

– 바이러스성 식중독 발생률이 2005년 7%에서 2007년 8월현재 24.5%로 증가

– 대표적인 식중독 바이러스가 노로바이러스임.

□ 식중독 발생 대형화

○ 학교급식을 포함한 집단급식소에서의 식중독 환자수 증가

– 취장소별 발생 건수를 보면 2006년 집단급식소가 93건, 음식점이 108건으로 건당으로는 음식점이 많지만

– 섭취장소별 환자수를 보면 음식점이 1,971명으로 전체의 10,833명의 18.2%에 불과한 반면, 집단급식소의 환자수는 8,073명으로 전체의 74.5%를 차지

– 특히 학교급식이 전체 환자수의 64.5%를 차지하고 있는 등 식중독 발생이 대형화

○ 1990년대 이후 학교급식이 의무화되어 위생기반 시설이 미흡한 상태에서 학교급식 실시율이 초등학교의 100.0%를 비롯하여 중학교 99.3%, 고등학교 99.3% 등 단체급식 실시율이 증가

– 평균 학교급식률이 1997년 51.3%에서 2003년 96.4%로 증가

□ 식중독 원인균의 다양화

○ 최근에는 리스테리아, 노로바이러스⁵⁾ 등 새로운 병원성 바이러스에 의한 식중독

발생 증가로 원인균이 다양화되고 있음.

- 즉, 살모넬라균, 장염비브리오균 등 기존 식중독균외에 리스테리아, 노로바이러스 등 신종 병원성, 저온성 바이러스에 의한 식중독 발생이 증가
- 노르워크 바이러스(Norwalk Virus, Norovirus, 노로바이러스)에 의한 식중독 환자수는 2003년 대비 2006년에 2배로, 발생건수는 4배로 급증

〈원인균별 식중독 발생현황〉

(단위: 건, 명)

연도	2003년		2004년		2005년		2006년		
	건수	환자수	건수	환자수	건수	환자수	건수	환자수	
합계	135	7,909	165	10,388	109	5,711	259	10,833	
세균	계	70	4,112	92	6,040	73	4,406	126	6,156
	살모넬라	17	416	23	839	22	753	22	576
	황색포도상구균	13	808	11	763	16	863	32	1,924
	장염비브리오균	22	732	15	300	17	663	25	547
	바실러스 세레우스	3	198	2	84	1	24	5	59
	클로스트리디움 퍼프린젠스	1	12	4	680			2	160
	클로스트리디움 보툴리눔	1	3						
	캠필로박터 제주니	1	215	3	175	1	175	1	53
	병원성 대장균	6	1,502	21	2,043	15	1,883	38	2,832
	기타	6	226	13	1,156	1	45	1	5
바이러스	계	16	1,606	18	1,407	8	744	54	3,371
	노로바이러스	14	1,442	13	922	6	719	51	3,338
	기타	2	164	5	485	2	25	3	33
화학물질					1	8	1	14	
자연독	2	11	3	15	1	3	1	4	
불명	47	2,180	52	2,926	26	550	77	1,288	

○ 미국 등을 포함한 외국도 노로바이러스에 의한 식중독 다발

- 미국의 경우 1989년 42건에서 1999년 4,545건으로 급증

5) 노로바이러스는 식품, 음용수 등에 존재하고 있으며, 전파력이 매우 높아 특히 학교, 호텔 등 단체생활을 하는 집단에서 주로 발생되고 있고, 저온성이라 겨울철에도 생존하고 있음.

〈한국과 일본의 노로바이러스 식중독 발생 비교〉

구분	전체 식중독		노로바이러스		발생 비율	
	건수(건)	환자수(명)	건수(건)	환자수(명)	건수(건)	환자수(명)
한국	259	10,833	51	3,338	19.7	30.8
일본	1,506	39,212	500	27,632	33.2	70.5

□ 식중독 관리체계의 다원화

○ 법령의 다원화

- 현재 우리나라 식중독 관리와 관련된 보건복지부 관리 법령은 『식품위생법』, 『전염병예방법』, 『기생충질환예방법』으로 중복, 공백부분 상존
- 최근 가장 식중독 발생이 문제시 되고 있는 학교급식은 교육인적자원부가 『학교급식법』에 의해 관리
- 이외에 농림부의 『농산물품질관리법』, 법무부의 『소년원법』, 해양수산부의 『수산물품질관리법』 및 『선원법』, 그리고 국방부의 『병역법』 등이 식중독 예방 및 발생과 관련
- 현재 법무부 산하의 교정시설, 국방부 산하의 훈련소 및 군부대의 식중독 발생 현황은 보고 누락 등으로 실태 파악 미비

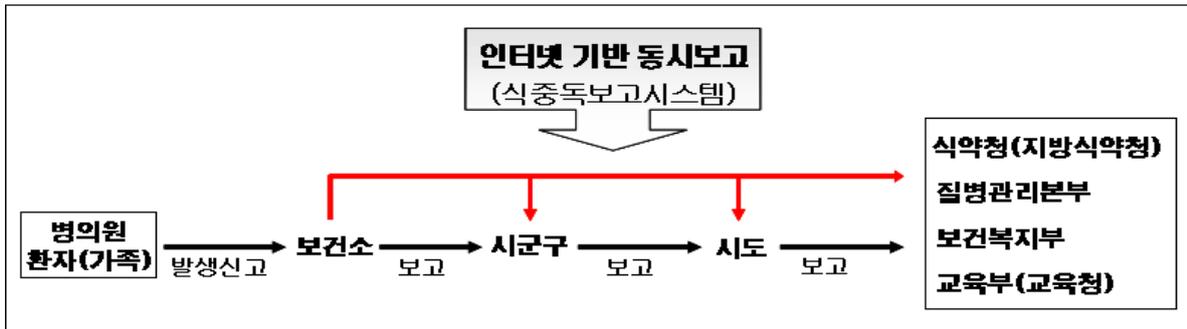
○ 조직의 다원화

- 법령의 다원화에 의해 관리 조직도 다원화되어 있어 업무의 신속성, 효율성이 저해
- 보건복지부 산하에도 보건소, 질병관리본부, 식약청 등 다양한 기관이 중첩
- 환자 가검물 검사는 시도보건환경연구원, 식중독 관련 연구는 질병관리본부, 식품 검사법은 식약청이 각각 담당

○ 발생 보고체계의 다원화

- 우리나라는 [그림 1]에 제시된 바와 같은 중앙정부차원의 총괄 책임부처가 없는 다원화된 식중독 발생 보고체계를 유지하고 있어 사고처리 지연, 업무 처리 혼선 등 초래

〈국내 식중독 발생 보고체계〉



- 2007년 동절기 노로바이러스 등 식중독 예방을 위한 겨울철전담대응단 구성
 - 전담대응단은 보건복지부, 질병관리본부, 교육인적자원부, 해양수산부 등 11개 부처가 참여하는 한시적 조직으로 책임한계 희박
- 식중독 원인균 검출률 저조
 - 원인균 불검출률이 높음
 - 일본 등 선진국의 식중독 원인균 불검출률이 10% 미만 수준을 유지하고 있으나 우리나라는 40%에 육박
 - 원인균 검출은 향후 동일한 사고를 예방할 수 있는 근거가 되기에 식중독 발생의 원인균 검출률을 높이기 위한 방안 마련이 시급
 - 원인균 분류체계 미흡
 - 원인균으로 기타가 전체의 41.7%인 것은 기존 식중독 균을 제외한 신종 세균에 관한 통계적 분류가 아직 안되고 있고
 - 이는 향후 동일한 균에 의한 식중독 예방을 저해하는 요인이 되기에 식중독 통계 생산체계의 개선이 필요

〈원인균 검출현황〉

(단위: 건, %)

구분	총계	살모넬라	황색포도상구균	장염비브리오	불검출	기타
2000	104 (100.0)	30 (28.8)	9 (8.7)	14(13.5)	35(33.6)	16(15.4)
2001	93 (100.0)	13 (14.0)	10 (10.8)	13 (14.0)	51 (54.8)	6 (6.5)
2002	78 (100.0)	25 (32.1)	8 (10.3)	10 (12.8)	34 (43.6)	1 (1.3)
2003	135 (100.0)	17 (12.6)	13 (9.6)	22 (16.3)	63 (46.7)	20 (14.8)
2004	165 (100.0)	23 (13.9)	11 (6.7)	15 (9.1)	94 (57.0)	22 (13.3)
2005	109 (100.0)	22 (20.2)	16 (14.7)	17 (15.6)	26 (23.8)	28 (25.7)
2006	259 (100.0)	22 (8.5)	32 (12.4)	25 (9.7)	77 (29.7)	103 (39.8)
2007	312 (100.0)	30 (9.6)	25 (8.0)	2 (0.6)	125 (40.1)	130 (41.7)

- 우리나라 식중독 관리 규정이 미흡하여 식중독 원인 검출률이 낮을 수 밖에 없음.
 - 검사항목 수를 보면 일본 등은 검사대상 항목이 20종인데 반해 우리나라는 10종임.
 - － 살모넬라, 장염 비브리오, 황색포도상구균, 병원성 대장균, 리스테리아 모노사이토제네스, 바실러스 세레우스, 여시니아 엔테로콜리티카, 캄피로박터 제주니, 코로스트리움 보툴리눔, 클로스트리움 퍼프린젠스, 장내세균임.
 - 식중독 검체량 채취에 관한 규정이 미비하여 현재는 식중독 발생의 원인식품의 검체 채취량이 따로 규정되어있지 않아 일반 식품의 검사시 필요한 검체 채취량인 200g 근거하는 등 식중독 검사와 관련한 규정이 불비
 - － 식품공전에 수록된 식품 검사를 위한 이런 규정에 의해 보건소, 시도보건환경연구원 등 기관별 검체 채취량이 각기 다르고, 모든 식중독균에 검사에 충분한 검체량인지도 판단 모호

2. 향후 여건 전망

- 향후 식중독 발생은 전 세계적으로 증가할 것으로 예측되고 있음.
- 주요 원인으로는
 - 기후 온난화 등 환경여건 변화
 - 노로바이러스 등 병원성 바이러스에 의한 식중독 발생 증가

- 환경오염에 의한 교차오염 증가
- 식행태, 삶의 다양화에 의한 원인 및 병인물질 다양화
- 새로운 균의 동정을 위한 검사법 확립의 미흡으로 원인균 검출률 감소

3. 식중독 발생 저감화를 위한 정책추진 방향 및 과제

1) 정책방향 1 : 식중독 관리체계 개선

□ 식중독 관리체계 일원화

- 식약청으로 식중독 관리 일원화
 - 중앙정부 및 보건복지부 차원에서도 관리부처, 발생보고 체계 등 다원화되어있어 업무의 신속성이 중시되는 식중독 관리에 저해가 되고 있음
 - 식중독은 원인식품, 환자 식품섭취조사 등이 우선되어야하므로 식품의 전문기관이 식약청으로 일원화되어야 하고,
 - 조직의 일원화가 이루어질때까지 식약청을 총괄부서로 활용

□ 식중독 범위 확대

- 우리나라는 식중독 범위는 선진국에 비해 협의로 규정되어 있어 관리도 협의로 수행될 수 밖에 없음
- 미국을 제외한 영국, 호주, 일본 등의 국가에서는 수인성질환을 포함한 모든 식품매개질환까지 식중독의 범위에 포함시켜 광의로 관리
- 우리나라도 식품위생법에 식중독 정의를 규정하고, 그 범위를 전염성을 떠나서 식품매개질환까지 확대
 - 집단 식중독도 환자 1명 이상으로 확대

2) 정책방향 2 : 식중독 초기대응체계 강화

□ 식중독 발생 보고내용 확대 및 일원화

- 식중독 보고기준, 보고주기를 강화

- 현재 식중독 발생 보고는 식약청과 질병관리본부로 이원화되어 있어 이를 식약청으로 일원화

〈보고체계 개선〉

구분	현재	개선안
보고기준	의심환자 2인 이상	의심환자 1인 이상
보고주기	2인 이상은 발생 즉시 보고 1인 환자는 미보고	2인 이상 발생 즉시 보고 1인 환자는 반기 또는 연간보고
보고방법	식중독보고관리 시스템 대량설사환자관리 시스템	식중독보고관리 시스템의 일원화

□ 전문적인 역학조사계획 수립

○ 역학조사팀의 전문적인 역할 구분

- 현재 집단식중독이 발생하였을 경우 질병관리본부의 지휘아래 역학조사팀이 구성되는데 대부분 전염성질환의 전문가들로서 식중독에 관한 전문성이 부족

○ 식중독 전담 역학조사팀 구성

- 식중독 조사는 환자 외에 식품과 환경(시설 및 기구)에 관한 전문적인 조사가 필요하므로 식중독 전담 역학조사팀이 별도로 구성되어야 식중독 초기대응이 체계적으로 가능

□ 역학조사관 및 전문인력 양성 등 인력의 전문성 강화

○ 식중독 관련 전문인력의 부족

- 식중독사고 신고를 가장 먼저 접하고 보고하는 보건소 소장은 초기대응체계에서 신속하고 정확한 판단을 위한 전문성이 필요한데, 현재 우리나라의 보건소장은 행정직도 다수여서 전문성이 결여
 - 일본의 보건소장은 모두 의사로 식중독 초등대응으로써 식중독 여부를 판정
- 또한 역학조사관은 3년간 군복무를 대신하는 공보의가 주로 담당하고 있어 전문성, 업무의 연속성이 떨어지며,
- 각 시, 도에 1~2명만 배치되어고, 주로 보건소, 보건지소에서 환자진료를 담당하고 있기 때문에 식중독에 관한 전문성을 습득할 기회도 부족

- 식중독조사의 체계화
 - 식중독 신고부터 처리와 종료보고 후 사후관리까지의 광범위한 일련의 과정을 체계화
- 식중독 조사 절차를 7단계로 분류
 - 초기대응-조사-검사-조사결과 확인-보고-보도 및 정보전달-행정처분 및 사후관리
- 7단계별로 표준화
 - 각 단계에 필요한 질의서 양식, 검사항목, 검체의 채취법 및 보관법, 검사결과 확인방법, 보도 및 정보전달 방법, 행정처분 등을 표준화하여 규정하여 조사자 및 조사환경에 따른 조사결과 편차를 최소화
 - 단계별 표준화 방안 마련을 위한 연구 수행 필요
- 식중독조사 매뉴얼의 표준화
 - 식중독조사체계를 7단계로 구분하고 각 단계별 표준화가 필요
 - 각 단계에서 필요한 질의서 양식, 검사항목, 검체의 채취법 및 보관법, 검사결과 확인방법, 보도 및 정보전달 방법, 행정처분 등을 표준화하여 조사자 및 조사환경에 따른 조사결과 편차를 최소화

3) 정책방향 3 : 식중독 검사체계 개선

□ 검체범위 확대

- 환자 검체는 대변 검체가 대부분이고 대변검체의 검사항목 또한 한정되어 있어 식중독 원인균 규명에 한계가 있기 때문에 환자 검체를 대변, 혈액, 구토물 외에 타액 등을 추가 검사토록함
 - 즉, 세균성 및 바이러스성 식중독의 증상 외에 경련, 저림, 발진 등 자연독과 화학물질로 기인하는 식중독의 특수증상까지 폭넓은 범위의 증상 유무와 발생 순위 그리고 개인의 병력 등 폭 넓은 조사가 필요

〈환자검체 및 검사내용 개선〉

구분	현재	개선안
환자 검체물	대변 혈액 구토물	대변 혈액 구토물 타액 등
검사내용	세균검사 바이러스검사 기생충검사	세균검사 독소검사 바이러스검사 화학물질검사

□ 검체량 확대

- 바이러스, 세균, 기생충 검사를 모두 실시할 수 있도록 3종으로 구분하여 개별적으로 각 2g 이상의 대변을 채취하여 충분한 검체량 확보
- 보존식의 메뉴별 및 원재료별 각 250g이상씩 보관이 필요
 - － 집단급식소에서 현실적으로 250g 보관이 불가능한 실정임으로 식중독원인규명 조사에 한해서는 검체량이 적을 때는 희석해서 사용할 수 있기 때문에 메뉴별 및 원재료별 최소 50g 이상의 검체량을 확보하는 것이 바람직함.

□ 검체 채취방법 개선

- 환자검체인 대변검체는 대변검체채취를 원칙으로 함.
 - － 조사시에 채취가 어려운 경우에는 1일을 시간을 두고 채변하도록 하며 대변채취가 곤란한 경우에는 직장도말법을 실시
 - － 직장도말법의 경우 역학조사관이 직접 채취하는 것을 원칙으로 하고, 곤란한 경우에는 환자 본인에게 채취하도록 하되 충분한 검체가 확보되도록 역학조사관이 지도, 확인함

□ 검사항목 확대

- 검사항목은 세균검사, 독소검사, 바이러스 검사, 화학물질 검사 등으로 범위를 넓혀 실시하는 것이 필요함.

〈검사항목의 개선〉

구분	현재	개선안
검사항목	세균성 식중독 바이러스성 식중독	세균성 식중독 바이러스성 식중독 기생충성 식중독 화학물질에 의한 식중독

- 세균성 식중독의 검사항목을 20종목으로 확대
 - 세균성 식중독의 검사는 현재의 10종류 이외에 추가로 에아로모나스 하이드로 필라, 에아로모나스 소르비아, 플레지오모나스 시게로이데스, Streptococcus pyogenes, Providencia alcalifaciens, 장티푸스, 파라티푸스, 쉬겔라, 콜레라 등을 추가
- 바이러스·기생충 및 화학물질에 의한 검사항목 확대
 - 현재 검사하고 있는 바이러스성 식중독의 아스트로바이러스, 간염 A형 바이러스, 아데노바이러스외에 노로바이러스, 간염 E형과 기생충 그리고 화학물질(히스타민, 금속, 농약, 복어독 등)의 검사항목 추가

4) 정책방향 4 : 식중독 조사체계 강화

□ 식중독 발생시설 조사 확대

- 현재 우리나라는 식중독 원인시설에 대해서만 조사를 실시하고 있는데 이를 확대하여 일본처럼 환자조사와 병행하여 식중독 원인시설(원인식품의 제조·가공자 또는 판매자)과 의심이 가는 영업시설, 가정, 집단급식시설 등에 대하여 조사가 확대되어야 함.

□ 조사단계를 총 4단계로 분류하여 단계별 조사를 철저히 수행

- 1단계: 조사대상 시설의 사전 정보 수집
 - 조사 대상 시설의 ①주소, ②전화번호, ③사무실 호실, ④위치관계, ⑤영업허가 등을 출입하기 전에 점검하고, 조사의 대상시설을 오인하지 않도록 재확인하고 조사개시
- 2단계: 식중독 원인시설에 따른 조사내용
 - 식중독 원인시설을 단체급식(음식점)에서 제공된 식사, 판매용 식품, 제조·가공업에서 제공된 식품 등으로 분류하고 식품, 원재료관계, 사용용수, 판매관련 시

설 등으로 세분화하여 조사

○ 3단계: 식품 조리·제조에 관한 조사

- 식품의 조리·가공·판매과정에서 오염경로나 혼입경로, 증균환경, 당일 조리내용, 조리상의 문제 등을 확인
- HACCP 지정시설이나 타 인증시설에 관해서는 신청내용으로부터 제외된 제조라인의 확장이나 변경 등 제조시설의 문제점을 중점적으로 조사

○ 4단계: 원재료 조사

- 동일한 원재료 등을 사용하고 있는 타 제조공장이나 타 지점, 계열점포에 관해서 이용자의 증상조사를 실시하고 원재료 중에 원인식품(식재)에 사용될 가능성이 있는 것에 관해서는 구입확인 등 역추적 조사를 실시하여 원료에 의한 유래오염 등을 조사

5) 정책방향 5 : 식중독 사후관리체계 강화

○ 행정처분 강화

- 현재 식중독 발생시 집단급식소의 경우에 과태료 부과, 식품접객업소는 영업장 폐쇄 등의 행정처분을 하고 있는데 향후 사고 정도 및 대응태도에 따라 영업정지 7~30일로 변경하고, 과태료 부과 규정은 반드시 폐기
 - 동일 장소에서의 향후 식중독 발생을 예방하기 위해서는 발생 현장에 대한 일정기간 관리가 필요하기 때문에 과태료만 납부하고 영업을 계속하는 조치는 불합리
- 즉, 영업장을 폐쇄하고 시설 및 개인 위생수준의 개선을 지도하고 결과를 확인함이 반드시 필요

○ 시설 및 환자의 사후관리 강화

- 식중독의 원인이 시설 자체의 위생 미흡에 있는 경우 행정처분 외에도 시설개선에 관한 철저한 사후관리가 필요
- 식중독 원인균에 따라 감염성이 크고 전염가능기간이 긴 경우가 있기 때문에 확산방지 및 예방차원의 지속적인 환자관리 필요
- 환자관리는 환자 외에도 가족 및 직장 등의 넓은 범위에서 감염여부 확인 후 치료 및 주거 소독 등의 관리가 필요

□ 원인균과 원인식품의 Database 구축 및 운영 확대

- Database 구축으로 원인균 및 원인식품의 신속한 규명 및 규명률 증대
 - 기존의 식중독에 관한 다양한 시험결과들이 Database화 되어있을 경우 식중독 원인균 및 원인식품에 관한 세부 동정결과를 판정하는 속도가 빨라지고 원인규명률도 증가 기대
- Database의 운영 확대로 자료 공유 및 사업 효율 극대화 추구
 - 현재 식중독 검체에 관한 검사는 시도 보건환경연구원, 연구는 질병관리본부, 노로바이러스 등의 시험법 개선은 식약청이 담당
 - 식중독 관련 자료를 Database화하여 집중화하면 동시다발적 또는 반복적인 연구 수행 방지 및 식중독 예방을 위한 기관간의 활발한 Know-how 교환이 가능
 - 전세계적으로도 실험실의 정보망과 관리 감시 네트워크를 공유하는 추세

4. 정책제언

□ 기후 온난화 등 환경여건에 대비

- 식중독은 온도가 상승함에 따라 식중균의 증식이 빨라져 식중독 유발시간이 짧아짐.
 - 즉, 15℃일때 식중독 유발시간은 69.3시간이나 40℃때는 3.5시간으로 단축
- 최근 지구 온난화에 의해 평균 해수온도가 2~3℃ 상승했다는 국제적인 보고가 있어 향후 기후변화 예측과 그에 따른 식중독 발생 양상에 관한 연구, 대응방안 마련이 필요

□ 식중독 관리의 사각지대 해소

- 정부의 관리 사각지대 존재
 - 현재 법무부 산하의 교정시설, 국방부 산하의 훈련소 및 군부대의 급식시설은 사실상 관리 사각 지대로 존재
 - 최근 군부대 급식시설의 식중독 발생 사례가 언론에 보도
 - 이들 시설에서 발생하는 식중독 발생 현황은 보고 누락 등으로 실태 파악조차 안되고 있음.

□ 단체급식시설에 HACCP 적용 의무화

○ 2006년 현재 학교급식시설은 HACCP 의무적용

- 어묵가공품, 냉동수산제품, 냉동식품, 빙과류, 비가열음료, 레토르트식품의 6개 품목은 단계별로 2012년까지 HACCP 적용을 의무화하고 있음.

○ 단체급식시설도 단계별 HACCP 의무적용

- 식중독 사고 다발 장소인 학교급식을 포함한 단체급식시설에 HACCP 적용을 의무화하여 조리환경을 개선하면
- 식재료의 안전과 더불어 식중독 발생 저감화에 기여

□ 식중독 관리 인력의 전문화

○ 식중독 사고의 초등대응시 전문가 참여체계 구축 필요

- 식중독 규명률을 높이기 위해서는 역학조사관의 수를 늘이고,
- 역학조사관의 전문성 제고를 위해서는 의사, 약사, 식품 등 전문성이 있는 자로 선발하며, 식중독에 관한 주기적인 전문 실무교육 실시