

2004. 8.

보건복지부 장관보고 자료

# 보건복지분야 정책방향 및 현안과제

2004. 8.

韓國保健社會研究院

Korea Institute for Health and Social Affairs

## 목 차

I. 보건복지정책의 기본방향.....	1
II. 보건복지분야의 주요 정책과제.....	8
□ 공공보건의료의 현황 및 개선방안.....	9
□ 조직체계 개편 등 식품안전종합대책 마련.....	16
□ 국민건강보험의 현안과 과제.....	23
□ 국민연금제도의 현황 및 개선방안.....	29
□ 국민기초생활보장 제도의 현황과 정책과제.....	35
□ 인구문제와 정책방향.....	41
□ 이혼 및 가족해체 증가 대책.....	50
□ 노인요양보장체계 구축.....	58
□ 장애인 소득보장 현황과 정책과제.....	64

---

# I. 보건복지정책의 기본방향

---

# 보건복지정책의 기본방향

## 보건복지정책 여건의 선진화 및 다양화

### 1. 보건복지욕구의 급속한 증대

- 국민소득수준의 1만 달러 시대 진입 10년간 급증된 소비 수준이 비가역적으로 지속되어 실생활 능력과 욕구 사이의 격차가 확대됨.
- 빈부격차확대로 상대적 박탈감의 증대
- 실업 및 고용불안정 계층의 증대로 새로운 복지수요 증가
- 고령화, 이혼증대, 가족부양의 전통적 관습의 취약화도 새로운 복지수요 증대에 기여

### 2. 국민생활양식의 급속한 변화와 복지 욕구의 다양화

- 국민생활양식의 변화
  - 국민소득 1만달러 시대의 다양한 소비생활로 인해 10년전에 비해 의식주의 비중은 줄었음.
  - 그러나 교육·교양오락, 교통·통신 및 비소비지출의 지출비중이 급속히 증대하고 보건의료도 증가세

〈표 1〉 소득계층별 가계지출중 품목별 소비 비교(하위10%, 상위 10%)

		식료품	주거광열	가구집가 가사용품	의복신발	보건의료	교육교양 오락	교통통신	비 소비지출
1991	근로자가구	33.1/22.7	14.0/6.5	4.8/5.6	7.7/8.6	5.1/3.9	8.1/9.4	6.9/9.8	5.7/13.7
1996	근로자가구	27.1/20.5	12.2/5.0	3.9/3.5	6.7/7.8	4.7/3.4	9.7/10.9	8.3/10.5	7.5/20.4
	(전가구)	(27.5/21.0)	(13.0/5.9)	(3.7/4.0)	(6.1/8.1)	(6.0/3.5)	(9.7/12.2)	(7.9/10.3)	(7.5/17.8)
2000	근로자가구	28.2/15.6	13.0/6.0	3.9/5.0	4.2/5.0	5.3/2.9	10.9/15.5	12.3/13.0	10.2/25.4
	(전가구)	(27.1/15.4)	(13.2/6.3)	(3.2/4.6)	(3.9/4.8)	(6.8/2.9)	(9.9/15.2)	(11.1/13.8)	(12.6/25.5)

주: 1) 기타 소비지출은 담배, 이미용, 장신구, 경조비등 잡비 포함

2) 비소비지출은 조세, 보험료 등 기타 지출 포함

□ 보건복지욕구의 다변화

- 국민소비생활의 변화와 더불어 국민의 복지욕구도 현금위주에서 보건의료, 교육, 주거, 복지 서비스 등으로 다변화되고 있음.
- 예컨대, 병의원 이용율의 지속적 증대, 서민층의 사교육수요 증대, 아파트 등 주거의 질 개선 욕구 증대, 노인 등 복지서비스 수요 증대 등

**3. 노사갈등, 사회계층 및 집단간 갈등의 증대는 사회안전망의 강화를 요구**

- 빈곤·서민층의 다수가 비정규직과 같은 고용불안정 계층이어서 노사 및 계층 갈등의 주요 동기가 되고 있음
- 시장경쟁의 탈락자, 특히 중장년층, 노인, 장애인, 여성 등 취약계층의 집단적 요구의 증대가 사회 불안을 증대시킴
- 기타 개인의 미래에 대한 불안도 사회불안의 요인이 되고 있어 사회안전망의 강화를 통한 사회통합효과를 적정수준까지 제고하여야 함.

## 보건복지 선진화와 균형사회의 지향

### 1. 복지재정의 확대와 경제적 기회 비용의 급속한 증대

□ OECD기준 GDP 대비 사회지출의 비중이 95년 이전에 비해 2000년 약 2배 증가함.

- 조세부담률 및 사회보장 부담률을 합한 국민부담률도 1998년 21.1%에서 2003년 25.2%로 최근 급속히 증대되어, 국민소득 1만 달러 시대의 일본 25.8%('81년), 미국 26.8%('78년)와 같은 수준임. 그러나 2002년 미국 24.8% 보다는 높고, 일본 26.3% 보다는 낮은 수준임.

- OECD 국가에서 평균 국민부담률이 2000년 37.1%에서 2002년 36.0%로 감소하고 있음.

□ 현재 계획 중인 보건복지투자사업 위해 재정지출의 급속 증대 필요

- 장기노인요양보장, 기초보장사업, 보육사업, 공공의료사업, 장애인사업 등에서 계획되고 있는 주요사업의 예산만도 2010년 경에는 2004년의 두 배가 넘을 것으로 추정되어, 2004년 보건복지예산 9조원이상의 추가 예산이 필요할 것임..

〈표 2〉 GDP대비 사회지출 비율의 추이(OECD 기준)

(단위, %)

	1990	1995	2000
한 국	4.25	5.05	9.13
일 본	10.97	13.73	15.05('98)
미 국	13.89	15.87	14.68('99)
영 국	21.74	26.03	25.07('98)
독 일	21.74	28.28	28.48('98)

주) 2001년 8.7%~9.7%

## 2. 복지이념의 변화와 복지대상의 변화

- 선진국의 시장경쟁 추구강화에 따른 경제와 복지 관계의 재조정
  - 제3의 길, 연금구조의 개혁, 복지 급여의 제한, 자립과 개인책임의 강조와 같은 이념의 수정이 이루어짐.
  - 한국에서도 복지제도의 경직성 및 팽창과 시장경제 기능 확대간의 갈등발생
    - 경제와 사회 발전의 적정관계의 설정 필요
    - 보건 복지 분야에서도 시장의 역할과 정부의 역할을 명확히 하여야 할 필요성 발생
      - ※ 보건복지 분야의 시장 영역이 확대되고 서비스의 다양화로 정부 규제의 한계 직면
      - 예) 의료서비스, 의약품, 식품, 보육·노인 복지 서비스 등
  - 복지목표 대상과 시장기능 지원을 통한 자립가능대상을 구분할 필요성 증대
    - 저소득 취약계층에 대한 정부 보호의 당위성에 비하여 일반계층에 대한 생활안정에서의 정부의 역할의 경계가 모호하여짐.
    - 예) 보육사업, 의료급여, 주거, 기초연금, 노인복지 및 요양 서비스 등

## 3. 균형사회의 지향 방안

- 경제와 복지의 상생관계 필요성에 대한 인식의 공유가 확대되고 있음.
  - 시장경제의 균형적 배분의 실패: 1999년 이후 분배구조 개선의 부진
  - 경제와의 상생적 복지투자 노력도 부족

- 보건의료, 교육, 여성노동 활성화를 위한 복지 서비스 등에의 투자 부족에 비해 도로확충 및 개보수, 공공건물 신·증축 등 생산성이 적은 투자는 과다
- 정부와 개인이 함께 참여하는 사회적 투자의 경제 잠재력 증진 효과에 대한 사회적 인식이 부족함.
- 예) 간병인, 교통질서 지킴이, 관광·교육·환경 도우미등에 대한 사회적 투자 필요

□ 경제와 복지의 균형을 위해 양자 사이의 적정격차 확보 필요

- 사회발전의 적정수준과 현실 사이의 격차, 즉 복지 격차를 줄이기 위한 복지 격차 규모, 축소속도, 방법 등에 대한 충분한 토의와 사회적 합의가 필요

[규모]

- 각 연도의 최저 생계비 혹은 기본 생활비와 빈곤층 혹은 저소득층의 평균 소비, 이들 차이의 변화 등을 고려하여 적정격차 규모 추정 필요

[축소 속도]

- 시장 경제와 복지 발전의 상생 및 갈등 관계의 조정에서 경제·사회적 비용을 최소화 할 기간 추정하여 단계별 접근 필요
- 이에는 양자의 관계에 대한 극좌 혹은 극우파와 같은 사회적 인식부족과 복지제도의 경직성에 따른 문제 등의 여건이 고려되어야 함.

예) 보건복지정책 목표(Vision) 달성을 위한“보건복지 선진화 10개년 계획”추진



[방법]

- 『경제·사회 문제 심의 위원회』 및 『경제사회전문가포럼』 같은 사회적 토론 및 합의 기구 설치 필요
  - 경제와 사회 발전사이의 적정관계 설정을 위한 사회적 합의 절차 필요
    - 일방적 입장의 정치적 관철은 사회적 갈등과 정책의 비효율성을 야기
    - 『경제 사회 문제 심의 위원회』 설치
  - 경제와 사회의 격차가 발생시키는 경제·사회적 비용(저소득·취약계층의 생활위협, 노사갈등, 계층 및 집단 갈등 등)에 비한 이를 적정 수준으로 줄이는 데 드는 투자 비용을 비교분석하여 정책 방향을 결정하여야 할 것임.
    - 격차 축소 투자 비용의 갈등감소 및 경제·사회적 효과 그리고 사회통합 효과를 분석함.
    - 『경제사회전문가포럼』 설치
  - 이러한 연구와 사회적 합의 과정에서 우리 사회의 경제·사회정책의 vision이 마련될 것임.
    - 이러한 vision의 제시는 사회 갈등에 대한 장기적 설득력이 되고 과도한 갈등에 대한 견제력이 될 수 있음.
    - 또한 정규직과 비정규직, 보건의료단체, 복지단체 사이에 대한 사회적 합의 유도 가능

---

## Ⅱ. 보건복지분야의 주요 정책과제

---

## 공공보건의료의 현황 및 개선방안

- ◆ 의료서비스 공급은 시장적 성격과 공익적 성격을 가지고 있으나, 현재 이들의 역할구분이 불분명하여 공공의료 서비스의 양적 부족과 공공성이 취약한 질적 문제를 안고 있음.
  - 그러나 의료서비스의 시장기능 취약에 대한 의료계의 불만과 공공의료기관이 갖고 있는 일부 비효율성이 정책개선의 걸림돌이 되고 있음.
- ◆ 의료서비스의 공익성이 큰 질병 및 대상을 중심으로 서비스 공급량을 증대시켜야 함.
  - 동시에 기존 및 신규 공공의료기관의 공익성을 강화하기 위한 공공의료제도의 개혁이 요구됨.
  - 또한 의료의 시장성과 공익성을 적정히 결합할 사회적 가치의 공유작업이 필요함.

### 1. 현 황

#### □ 공공보건의료 개념과 필요성 및 기능설정

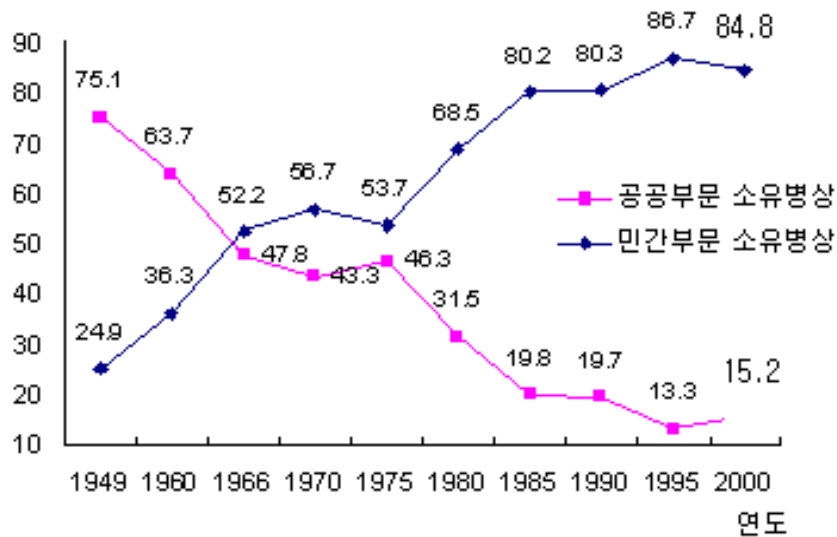
- 보건의료서비스의 비영리성이나 정부규제 여부, 공급주체의 공익성, 제공된 서비스의 공익성 등에 의해 공공과 민간보건의료로 구분됨.
- 보건의료 시장은 시장원리가 작동하지 않는 '시장실패'적 요

소가 많고, 국민의 기본적 권리이자 국가 전체에 미치는 영향이 매우 커서 대부분의 국가에서 공공부문의 통제와 투자를 통해 강화된 공공보건의료체계를 유지하고 있음.

- 대부분의 국가에서 공공보건의료는 저소득층 등 취약계층의 보건의료서비스 제공이나 질병예방 및 건강증진 등 민간부문에서 담당하기 어려운 부분을 보완적으로 수행하여야 한다는 의견에서부터 진료 등 민간부문이 담당하고 있는 영역도 참여하여 시장을 선도해야 한다는 의견까지 있음.

□ 공공보건의료의 비중

- 공공의료비중이 OECD 최하위인 15.2%(미국 33.2%, 일본 35.8%)
- 공공의료의 비중이 처음부터 이렇게 낮지는 않았으나, 1980년대를 기점으로 대폭 감소하고 있음



〈의료시장에서 공공병상과 민간병상 비중 추이〉

- 공공부문이 전체 진료에서 차지하는 비중도 지속적으로 하락하고 있음.
- ※ 공공부문 외래환자 점유율 22.9%('87)→9.6%('97)→5.5%('03)
- 공공부문 입원환자 점유율 25.9%('87)→13.4%('97)→11.6%('03)

□ 공공보건의료의 질적 수준 저하

- 희귀·난치성질환 등 공적부문이 담당해야만 하는 분야를 포함한 공공의료에 대한 국가의 투자가 전반적으로 미흡
- ※ 2004년도 보건의료 예산은 4,525억원으로 일반회계 세출 예산의 0.54%, 보건복지부 예산의 4.9%에 불과
- ※ 미국 국립보건원(NIH)과 질병통제본부(CDC)는 질병 연구·관리에 연 38조원을 사용하는데 반하여 질병관리본부의 2003년 예산은 550억원에 불과

## 2. 문제점

□ 국가중앙의료기관으로서 역할을 담당할 기관 부재

- 국립의료원은 60~70년대 우수인력이 몰리고 최신의 장비를 자랑하는 우리나라 최고의 의료기관이었으나, 20~30년간 실질적인 국가투자가 없어지면서 지금은 시대에 뒤떨어진 병원으로 인식
- 우리나라 전체 공공보건의료기관의 운영을 지원하고 선도하는 국가중앙의료기관으로서의 이미지를 상실하고 응급의료와 의료급여 환자 등 일부 공공서비스에 치중

□ 국립대병원의 공공적 기능 수행 미흡

- 설립 및 운영주체의 공공성과 우수한 인력을 확보하고 있는

전문성에도 불구하고, 국가 및 지역사회를 위한 공공적 서비스 제공 역할이 미흡하고 교육기능에 치중하고 있는 실정

- 국립대병원은 우수 의료인력 확보로 양질의 서비스를 제공하고 있으나, 상당한 적자 (413억원, '01년) 기록

□ 지역 공공병원은 저소득층에 대한 질 낮은 진료서비스의 제공 병원으로 고착화

- 공공병원 조직·인사의 경직성, 책임자의 경영마인드 부족 등 운영의 비효율성으로 적자 규모가 계속 증가
- 공공병원에 대한 투자부족으로 적자감축을 위한 수입증대 노력의 결과 민간의료기관과의 차별성 상실

※ 적자('01년): 지방공사의료원 412억 등

- 시도립병원 및 지방공사의료원의 경우에도 만성적인 의사인력 부족과 잦은 이동으로 안정적이고 양질의 진료환경 구축 곤란하여 지역주민이 공공병원을 외면하고 노인·의료급여 환자 등 저소득층 진료 병원으로 이미지 고착화

□ 보건소 관리체계 이원화 및 기능 약화

- 인사와 예산은 행자부(지방자치단체), 기술지원과 사업지침은 복지부로 이원화되어 업무의 효율적 수행 어려움
- 인력부족(정원 대비 4,615명 부족) 등으로 보건사업 수행 등에서 역할 미흡
- 전문인력 부족으로 주민에게 필요한 서비스의 충분한 제공 곤란

### 3. 개선방안

#### 가. 단기추진과제

##### □ 공공보건의료 비중 확대

- 민간이 담당하기 어려운 분야(응급, 희귀난치성 질환, 암, 재활, 전염병 예방 등)를 우선적으로 확충하고, 이를 기반으로 적정진료의 표준 제시, 취약계층을 포함한 중산·서민층 진료 등 공공의료 담당 영역 확대 추진

##### □ 공공보건의료기관의 재정 및 운영체제

- 건강보험제도하에서 민간의료기관의 저수가로 인한 과잉진료를 극복하기 위하여, 공공의료기관이 표준진료를 수행하게 될 경우 적자재정이 예상되므로 이에 대한 국가 재정 투입 필요
- 양질의 의료서비스를 확보하기 위한 의료인력 급여의 대폭 인상 필요
- 병원경영에 대한 책임소재 불분명 등의 한계를 극복하고, 공공성이 손상되지 않는 범위에서 경영을 효율화하기 위한 책임경영기관제도 도입 등 운영체제 개선필요

##### □ 국공립병원 혁신을 위하여 특수법인화 검토 등 운영체제 전면 개편

- 엄격한 운영평가 기준 마련 및 시행과 전담평가기관 운영으로 효율성 확보
- 평가시 경영효율성과 함께 공익적 기능에 대해서도 높은 비중으로 평가

□ 국립대병원 중심의 권역별 공공보건의료전달체계 확립

- 국립대병원(또는 국립병원)에 지역암센터, 지역재활병원, 지역 정신보건센터, 지역노인전문병원을 인근 농어촌 지역 등에 분원형태로 건립
- 국가나 지방자치단체가 예산 등을 지원할 때 국가나 지역사회를 위한 공익적 기능을 우선 수행하는 조건을 부여

□ 지방공사의료원을 지역거점병원으로 육성

- 국립대병원과 인력·기술교류를 강화하여 의료서비스의 질을 향상시키고, 보건소와의 연계를 통해 지역사회의 보건의료기관을 지원해주며 국립대병원사이의 허리역할을 부여
- 농촌질환 전문병원 등 지역별로 특성화된 의료서비스를 제공하며, 휴일 및 야간 진료 실시 등 국민편의 위주로 운영
- DRG, 총액예산제, 저소득층 진료 등 국가보건의료정책의 선도 기능을 담당

□ 보건소 기능을 예방, 건강증진, 만성질환 관리 위주로 관리 체계 정비 및 각종 인센티브 제공

- 공공보건사업의 실질적 수행을 위한 인력 보강 및 시설·장비 개선 지원
- 저소득 취약계층에 대하여 방문보건을 통하여 찾아가는 진료를 제공하고, 질병예방 및 건강증진 서비스 제공 강화
- 도시지역 보건지소를 설치하되 그 기능을 건강증진센터형으로 설정하여 건강증진, 만성질환관리, 정신보건 등 공공보건서비스



에 대한 접근권을 보장하며 의료취약계층에 대한 체계적 건강 관리서비스를 제공

#### 나. 중장기 추진과제

- 국가중양의료원을 설립하여 희귀·난치성질환, SARS 등 전염병 치료 등을 담당하는 공공의료의 중추적 기관화
  - 국립암센터, 국립재활원, 국립정신병원 등 공공의료기관은 각각 국가의 재활, 암, 정신보건사업 등을 총괄 지원하는 역할 부여
  - 기존의 농어촌보건의료기술지원단을 확대 개편하여 공공의료 지원센터에 평가전담 부서를 설치하고, 공공보건의료기관 평가기준의 설정 및 평가시행, 평가결과의 환류, 기술지원, 정보관리, 경영컨설팅과 같은 지원활동 수행하며, 인사, 예산, 전반 사업계획과 물자구매, 의약품 공동구매, 의료장비 공동구매 및 관리 등 중앙관리가 가능한 부분을 담당
  
- 공공보건의료기관간 의뢰·회송 체계 구축 등 연계 강화
  - ‘공공보건의료에관한법률’을 개정하여 지역사회에서 공익적 보건사업을 수행하고 지역주민의 건강수준의 향상을 기관의 목표로 하는 공공보건법인제도 도입

## 조직체계 개편 등 식품안전종합대책 마련

- ◆ 식품종류와 양이 급속히 증대되고 있으나 국가관리가 여러 부처에 분산되고 체계화 되지 않아 식품사고가 지속적으로 발생하고, 국민건강 위해 효과가 큼.
- ◆ 관리체계의 부실을 방지하기 위한 식약청의 기능 강화와 더불어 중앙과 지방, 정부와 시장, 중앙부처 사이의 권한과 책임을 명확히 해야 함.
  - 동시에 식품 수출입의 급증 및 국가간 식품위해요인의 신속한 이동에 의한 국민건강 위해발생을 예방하기 위한 식품관리체계의 선진화 필요

### 1. 현 황

- 식품안전사고의 지속적 발생으로 국민건강 위협
  - 식중독, 불량 고춧가루, 유통기한이 지난 김치류와 냉동 수산물 등 불량식품을 매개로 한 식품사고가 지속적으로 발생하여 국민건강을 위협하고 있음.
  - ※ 미국도 식인성질병이 전체 질병의 30%에 육박하자 클린턴 대통령 산하에 특별위원회를 설치
- 식품분야 안전관리 영역 및 위해요인 증가
  - 수입식품 및 식품관련업소 수가 '90년 이후 각각 4배 및 2.4배 증

가, 건강기능식품 시장 확대 등 식품안전관리 영역의 지속적 증대

- 리스테리아균, O157:H7, 다이옥신 등 식품위해요인 증가

〈표 1〉 연도별 식품안전 관련분야 영역의 증가추이

구분	1990년	1995년	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년
수입식품 등 검사현황(건)	46,390	122,022	108,280	133,761	147,742	166,723	185,299
식품위생 관련업소(개소)	401,979	699,476	841,672	855,535	925,796	970,350	미발표
건강기능식품 생산량(톤)	-	66,058	85,040	98,916	113,691	122,479	미발표

주: 관련업체수는 식품제조 가공업, 식품접객업 등의 전체적인 현황임.

자료: 식품의약품통계연보 수입식품 등 검사연보, 식약청, 2001년~2004년.

□ 식품안전관리체계 및 법령의 다원화

- 식품안전관리기관 및 법령의 다원화(8원화)와 수입식품검사체계 3원화

〈표 2〉 식품별 관리소관 부처

식품종류	소관부처	소관법률
축산물가공식품(식육 유 알)	농림부	축산물가공처리법
먹는물	환경부	먹는물관리법
주류	국세청	주세법
밀가루 등	농림부	양곡관리법
어유(간유) 및 선상수산제조식품	해양수산부	수산물관리법
소금	산업자원부	염관리법
학교급식	교육인적자원부	학교급식법
상기 식품 이외의 모든 식품 및 식품접객업, 용기 포장제조업 등	보건복지부 (식품의약품안전청) 지방자치단체	식품위생법

자료: 한국보건사회연구원, 『식품분야 규제개혁 정책 평가 연구』, 2003.

□ 식품분야 업무의 지자체 이관

- 1995년 지자체 출범이후 식품위생업무의 99.8%가 지자체로 이관되고 현재 식품조사업, 식품첨가물업, 건강기능식품만 식약청에서 관리

〈표 3〉지방자치제 실시 이후에 지방정부로 이관된 주요 사무현황

연도	이관 업무	담당 조직	비고
1996년	□ 영업허가권 - 지자체에 이양	- 도지사 시장 군수 구청장	
1998년	□ 사전관리 - 사전관리적 신고 허가업무 - 식품제조 가공업, 식품접객업 등의 전반에 관한 허가 신고업무 관장	- 시 군 구	- 식품위생법 대상업소 99.96%를 시·군·구에서 관리
	□ 사후관리 - 사후관리적 위생감시 및 시설조사	- 시 군 구	- 지방청에서는 문제품목 등에 대한 특별관리
	- 식품첨가물제조업 - 식품조사(照射)처리업 - 건강기능식품업 *	- 지방식품의약품 안전청	- 2002년 관련법 제정으로 관리 담당*

자료: 정기혜, 경실련 세미나 자료, 2004.

## 2. 문제점

□ 국민의 정부정책에 관한 불신감 고조

- 식품안전관련 제도 및 인프라 취약 등으로 인한 지속적인 식품 안전사고 발생은 국민의 식품안전에 관한 불안감 및 국가 정책 전반에 관한 불신감 고조

□ 식약청의 식품안전관리 책임기관으로서의 근간 취약

- 1998년 식품안전관리 업무 전반에 걸친 종합적 검토없이 단순

히 『식품의약품안전본부』를 『식약청』으로 개칭한 후 식품행정의 집행기능만 이관하여 조직, 기능이 근본적으로 취약

- 특히 1998년 식약청 개청과 더불어 축산물가공처리법을 제정하여 축산가공품(햄, 치즈 등)의 관리가 농림부로 넘어가면서 식품안전관리 다원화 심화

#### □ 지자체의 식품행정업무 수행 미흡

- 1998년 지방식약청 출범으로 지자체의 보건과, 위생과 등 통합 및 인력감축으로 업무량 급증
- 2004년 현재 서울시 경우에 1인당 2,673업소 담당
- 민선 자치단체장의 봐주기식 행정처별로 해당업소수 증가에도 불구하고 처벌건수 감소 및 적발률의 저조
- 2002년 총 감시 731,787건 실시에서 적발률을 보면 식품의약품안전청이 20.7%, 시 도는 15.9%, 특히 식품제조 가공업을 대상으로 한 적발률은 식품의약품안전청이 40.0%로 시도의 16.7%보다 2배 이상 높음.

#### □ 보건복지부의 역할 및 기능 취약

- 현재 보건복지부내 『약품식품정책과』의 4인에 의한 식약청 관리로 업무과다 및 농림부 등 타부처와의 업무경쟁력 저하
- 법 제개정 등 업무 지연에 따른 식약청의 불만 및 식품안전 업무에 관한 보건복지부의 관심, 의지부족이라는 외부 평가
- 보건복지부 자체 조직개편시에도 식품관련 독립과 설치 못함.

- 식품안전관리체계 및 법령 다원화에 의한 비효율 발생
  - 인력 예산 장비 등 국가자원이 분산 운용으로 식품안전업무 비효율성 및 국가자원의 집중화 곤란, 책임영역의 불확실 등으로 업무수행의 책임성, 능동성, 신속성, 일관성이 결여
  - 식품안전관리부처가 상이함으로써 인허가 등 사전관리업무와 지도 단속 등 사후관리업무에 국가의 인적, 물적 자원이 중복/분산 투입되어 낭비요인이 발생하며 국가 자원의 활용성 저하

□ 식품안전규제 완화

- 소비자의 식품안전 욕구는 지속적으로 증대되고 있으나 지난 5년간 규제총량제에 의해 최초 등록규제 193건중 100건 폐지, 67건 완화로 정부의 집행력 완화 및 법적 근거 미흡으로 식품안전기반 저해

### 3. 개선방안

#### 가. 단기방안

- 식품안전종합대책 마련 및 단기적 안 시행
  - 국무조정실에서 초안 마련 및 관련 부처, 전문가 회의 개최
    - 부정불량사범에 대한 최저형량제 도입 등
  - 언론의 정확한 식품사고 보도를 위한 지침 마련
  - 식품사고의 책임 규명을 위한 위생책임자실명제 등을 도입
  - 현재 규제개혁위원회 산하 식품안전 TFT이 식약청의 기능강화 및 식품안전위원회(가칭) 설치 등을 고려한 1차 종합대책 마련

- 식품안전위원회는 민간위원 6명, 국무조정실장, 보건복지부장관, 농림부장관, 해양수산부장관으로 조직(안)

□ 국가 식품안전관리 조직 및 기능 개선

- 식품안전관리 효율화를 위하여 관련 기관간의 업무 유사 중복 기능을 조정하고, 현재 분산된 국가식품 안전관리의 조직 및 기능 통합 개선
- 식품의약품안전청을 중심으로 식품관련 기능, 조직 강화안 제시

□ 식품안전기본법(가칭)의 제정

- 국가식품안전관리 기능을 총괄 조정, 협의할 수 있도록 상위 법 개념인 가칭 『식품안전기본법』 제정 추진이 필요
- 2004. 1. 9 대통령의 식약청 방문시 소비자 중심의 『식품안전기본법』 제정을 보건복지부에 지시

□ 식품의약품안전청의 식품관련 조직 기능 강화

- 소비자 안전 욕구를 충족하고 신규 및 부가업무의 능동적 수행을 위하여 식품관리인력 증원 필요
- 2004. 1. 9 대통령 방문시 식품관리인력 보완 약속으로 올해 62명 보강 추진 중

□ 지자체와의 업무분장 조정

- 전국 유통식품관리는 식약청, 지역유통식품관리는 지자체 담당
- 정부지방분권혁신위원회 등과 업무 조율 필요

## 나. 중장기 방안

- 식품안전관리의 Negative system 도입을 위한 제도 검토
  - 식품 수 및 업소 수의 증대에 대응한 정부조직의 확대 개편에는 한계가 있으므로 현 Positive system을 Negative system으로 전환
  
- 식품안전수준 제고를 위한 식품분야 규제개선
  - 식품위생관리인제 신설, 식품관련업체 허가제로 전환 등
  
- 장기적 식품의약품안전청의 식품관련 조직 기능 강화 및 효율화 추진
  - 6개 지방청의 기능강화 및 지소 등 거점감시망 구축을 통한 현장업무 강화 및 지자체와의 업무 효율화 추구
  - 향후 지속적인 조직, 기능 등의 강화 방안 마련

### [참고] 선진국의 식품안전관리체계 전환

- ※ WTO 출범에 의한 무역의 자유화 및 광우병 등 신종 질병 발생에 따라 생산부서(자)중심에서 수입품 등의 관리를 위한 안전부서(소비자)중심으로 조직 전환
  - 영국, 캐나다 등은 식품(검사)청, 일본과 미국 등은 통합 조직으로 전환하기 위한 전단계로 위원회를 총리, 대통령산하에 설치



## 국민건강보험의 현안과 과제

- ◆ 의약분업 실시 이후 급속히 악화된 건강보험재정은 안정국면에 들어가고 있으나, 보험급여율을 증대시키려는 시민단체의 압력 그리고 보험료 수가를 인상하려는 의료계의 압력으로 재정불안의 요소가 남아 있음.
  - 장기적으로는 고령화, 의사인력 증대, 의료기술 발전 등으로 의료비 상승압력 전망
- ◆ 건강보험의 지속적인 재정 안정화를 확보하기 위한 메카니즘과 사회적 합의를 구축하여야 함.
  - 또한 건강보험의 실질적인 보장성 증대와 더불어 의료공급자의 영리성 허용간의 균형적 정책개선과 사회적 합의 필요
  - WTO 체제하의 의료기술 발전 증진과 의료비 상승 억제를 위한 정부역할 확대 필요
  - 건강보험통합관리의 효율성을 제고하기 위한 경쟁시스템과 전산관리(e-건강보험)가 필요함.

### 1. 현 황

#### □ 흑자재정으로의 전환

- 2000년 7월 의약분업 시행으로 인한 건강보험의 재정위기가 2003년에 이어 금년에도 1조 3700억원의 당기흑자가 예상되어 누적적자가 거의 해소될 것으로 전망됨.

- 당초 재정정상화 목표연도인 2006년을 앞당겨 달성할 것으로 전망됨.

#### □ 보험급여 확대와 수가 인상의 압력

- 최근의 흑자기조가 2005년에도 이어질 경우, 시민사회단체들은 현재 50%에 불과한 보험급여율을 확대하려 할 것임.
- 반면 경영계는 보험료인상 자제를 요구하고, 의료계는 어려워진 경영환경 때문에 수가인상을 요구할 것임.
- 그런데 현재의 보험재정의 흑자기조는 재정위기 당시에 제정된 건강보험재정특별법에 의한 한시적인 국고지원 확대(2006년까지)에 힘입어 달성된 것임.
  - 한시적 국고지원: 지역건강보험재정의 50% 국고지원(40%는 일반예산, 10%는 담배부담금)
- 참여복지 5개년 계획에 의하여 건강보험급여율을 2008년까지 70% 수준까지 확대할 경우 재원조달방안을 심각하게 고민하여야 함.
  - 재원조달방안에 대해 이해집단간에 의견이 다름.

#### □ 재정통합 상황

- 건강보험통합이 2000년 7월 조직통합, 2003년 7월 재정통합이 이루어졌으나, 재정통합 이후의 재정운영방법에 대한 명쾌한 해법이 제시되어 있지 않음.
- 직장과 지역간 보험료부과체계가 이원화되어 있어 실질적인 재정통합을 달성할 수는 없어, 직장과 지역간 부담의 배분에 따른 갈등이 내재되어 있음.

## 2. 문제점

### □ 낙관하기 어려운 보험재정

- 현재의 재정흑자기조에도 불구하고 향후 보험재정을 압박하는 구조적 요인들은 여전히 존재하면서 재정을 위협할 것임.
  - 진료비의 후불보상으로 진료비통제 메커니즘의 취약<sup>1)</sup>
  - 노인의료비 급증(65+인구비중: '04년 8.7% → '08년 10.1%)
  - 의료인력공급 증가(면허의사수: '04년 8만 4천명 → '08년 9만 8천명) 와 의료수요 창출 효과
- 특히 보장성 강화를 위하여 보험급여를 확대하게 되고, 의료공급자들의 수가인상 압력이 가중될 때에 재정은 다시 악화될 가능성이 있음.

### □ 건강보험 사각지대

- 2008년까지 보험급여율<sup>2)</sup> 70%를 확보하기 위해서는 지역가입자의 보험료를 획기적으로 인상하여야 하나, 보험료인상으로 체납율이 증가하게 되면 사각지대가 더욱 커질 우려
  - 현재 지역보험료체납(3개월이상)이 150만세대로써 전체세대의 14%에 해당함.

### □ 직장과 지역간 형평문제 재연 가능성

- 재정통합하에서 재정균형을 유지하기 위해서 지역 적자분을 직장이 부담해야 할 상황에 이르면 직장가입자의 저항이 예상됨.

---

1) '후불보상'이란 의사가 환자를 진료한 후에 비용을 청구하고, 청구비용을 심사하여 보상하는 것임. 따라서 의사의 환자 진료량을 사전에 예측하기 어려움.

2) '보험급여율'이란 진료비용중에서 건강보험으로 보상되는 비용의 비중을 말함.

- 직장가입자의 저항을 완화하려면 국고지원을 확대해야 하나, 예산당국의 반대 등 상당한 정치적 난관이 예상됨.

### 3. 개선방안

#### 가. 단기과제

##### □ 지속적인 재정안정을 위한 진료비 목표관리

- 진료비 목표관리제 도입: 국민들이 지속적으로 부담가능한 정도 ('sustainable growth rate')의 진료비 목표치를 정하고, 이에 따라 수가수준('환산지수')을 조정함<sup>3)</sup>. 이와 함께 “수가 - 보험급여 - 보험료 - 국고부담금”을 동시에 결정하는 의사결정 메카니즘을 만들어야 함.

##### □ 보험혜택을 체감할 수 있는 보장성 확보방안 마련

- 중증질환과 같은 고액진료비에 대한 환자의 본인부담을 경감하기 위하여 건강보험이 적용되지 않는 비보험진료부문에 대한 보험급여범위를 확충
  - 특히 희귀난치성 질환, 소아암, 빈곤층의 중증질환에 대한 보장성의 획기적 확충 필요
    - ※ 금년 7월부터 시행되는 본인부담금상한제(6개월간 300만원 상한)는 비보험 진료비에는 적용되지 않아 실제 환자들이 체감하기 어려운 한계점이 있음.
- 소요재원은 감기와 같은 다빈도의 가벼운 질환에 대한 본인부담의 소폭 인상으로 조달 가능함.

3) 병의원에 대한 진료비의 보상단위는 제공한 의료행위별 '점수'로 산정되고, 해당 점수에 점당 단가(즉 환산지수)를 곱하여 보상금액을 산정함.

□ 건강보험통합 시스템의 효율성 제고를 위한 개편

- 기능의 재조정: 보험료 징수와 진료비지불 기능에 주로 한정된 기능을 국민에 대한 건강서비스 정보를 제공하고 상담관리하는 기능으로 전환
  - 보험료징수를 국세청에 위탁하는 방안에 대한 실무적인 검토가 필요 (4대 사회보험의 징수기능 통합과 함께 고려)
- 성과관리 시스템 도입: 거대 단일공단의 비효율성을 보완하기 위하여 경쟁적 유인을 도입 → 지사별로 목표수입 달성율, 진료비 절감 성과 등 관리성과에 따라 인센티브를 부여하는 방안을 검토
- 건강보험 전자카드 도입을 위한 시범사업
  - 전자(IC)카드 도입을 통하여 가입자들의 부정한 의료이용을 통제하고 공급자들의 허위부당청구를 제어하도록 함.
    - ※ 대만은 2003년에 스마트카드 도입, 프랑스와 독일도 시행중
  - 이에 따라 비급여 본인부담 등 의료비의 투명한 관리도 가능함.

나. 중장기 과제

□ 실질적인 보장성 확보

- 2008년 보험급여율 70% 확보는 보험료의 획기적 인상에 대한 사회적 공감대가 형성되지 않는 한 어려운 것으로 판단함.
  - 입원진료와 같은 고액진료 영역에서의 환자부담이 획기적으로 경감되는 실질적인 보장성 확보로 정책방향 수정이 필요할 것으로 생각함.

□ 요양기관 계약제 도입 검토

- 현행 요양기관 강제지정제를 계약제로 전환하여, 정부(보험자)가 요양기관의 건강보험 서비스 수준을 평가하여, 기준에 합당한 요양기관에 대해서만 건강보험 취급기관으로 계약함.

□ 통합시스템의 비용효과적 관리

- 거대한 단일공단의 비효율성을 보완하기 위하여 경쟁 시스템을 도입; 지사별로 목표수입 달성율, 진료비 절감 성과 등 관리성과에 따라 인센티브를 부여하는 방안을 검토

□ e-건강보험 시스템 구축

- 건강보험 관리의 전산화로 관리효율을 획기적으로 개선하고, 관리인력의 전문화를 강화하도록 함.
- 국민의료비의 투명한 관리로 보건의료체계의 효율성 제고를 위한 인프라를 구축함.

## 국민연금제도의 현황 및 개선방안

- ◆ 국민연금은 광범위한 사각지대 존재 지속, 연금기금 고갈위협, 타 공적연금과의 불형평성, 그리고 세대간 및 가입자간의 불형평성 등으로 국민의 불안과 불만을 발생시킨 현안과제가 되었음.
  - 출산율의 급속하락으로 기금고갈은 더욱 빨라지고 미래의 연금재정 적자폭도 커져 현행 급여·기여 체계에서는 젊은 세대 및 후세대의 제도불신과 국민경제위협을 초래할 수 있음.
- ◆ 국민연금제도의 개혁은 사회보장개혁의 핵심이므로 노후생활안정과 사회의 부담능력을 고려하여, 현행 시스템내의 제도개선에서부터 장기적 구조 개선에 이르는 종합적 계획안을 마련하여야 함.(첨부 1 참조)
  - 동시에 GDP의 약 47%에 이를 국민연금기금의 경제적 영향을 고려한 기금운영방안이 마련되어야 함.

### 1. 현 황

#### □ 지역가입자의 보험료 납부율 저조

- 국민연금의 가입자는 2003년말기준으로 1,718만명이며, 국민연금을 실제로 납부하고 있는 현황은 2004년 4월 기준으로 전체 가입자의 약 71%수준, 지역가입자의 경우 52.2%수준에 불과함.

- 이러한 납부율은 전국민확대 당시의(1999년) 66.1%에 비해서는 다소 높아지고 있지만, 경제위기를 겪으며 납부율이 다소 감소하고 있음.

〈표 1〉가입자중 국민연금 납부자 현황

(단위: 명)

기준	총가입자	보험료 납부자			
		전체 <sup>2</sup>	사업장	지역	기타 <sup>1</sup>
1999년 12월말	16,261,889	10,749,322 (66.1)	5,238,149	5,309,735	201,438
2000년 12월말	16,209,581	11,763,116 (72.6)	5,676,138	5,972,708	114,270
2001년 12월말	16,277,826	11,802,104 (72.5)	5,951,918	5,704,389	145,797
2002년 12월말	16,498,932	12,248,483 (74.2)	6,288,014	5,754,340	206,129
2003년 12월말	17,181,778	12,358,149 (71.9)	6,958,794	5,399,355	258,750
2004년 4월말	17,171,174	12,232,509 (71.2)	7,066,825 (99.2)	5,165,684 (52.2)	171,254

주: 1) 임의가입자와 임의계속가입자 포함

2) ( )는 총가입자대비 보험료납부자의 비율임.

□ 지역가입자에 대한 부과체계의 구조적 한계

- 지역가입자의 소득등급분포는 중위등급인 22~23등급에 납부자의 34%(1,820,276명)가 분포하고 있어 소득과약의 어려움으로 인해 형평부과의 어려움을 보여주고 있음.
- 사업장가입자가 동 등급에 8% 분포하는 것과는 달리 지역가입자가 22~23등급에 집중되는 것은 지역가입자의 소득과약이 어려워 대부분의 자영업자를 최소한 평균소득등급이상으로 가입시키는 것을 목표로 하고 있는데서 발생하는 현상임.



- 지역가입자에 대해서는 소득과약이 사실상 불가능하여 형평부과가 어려운 실정임.

#### □ 채권위주의 기금운영

- 국민연금기금은 2004년 4월말 현재 119조 1,691억원이 운용되고 있으며 공공부문에 11%, 금융부문에 88.7%, 복지부문에 0.3%에 투자되고 있음.
- 금융부문운용에서는 채권에 대한 비중이 91%로 가장 높고 주식은 4%를 차지하고 있음.

## 2. 문제점

#### □ 국민들의 이해부족과 제도의 구조적 문제점

- 현재 불거지고 있는 국민연금의 문제점은 국민연금제도의 구조적인 측면과 국민들의 사회연대성에 입각한 사회보험제도에 대한 이해부족이 원인임.
- 소득과약이 불가능한 자영자와 소득노출이 수월한 사업장가입자가 동일한 제도에 가입되어 있는 한계점을 국민연금제도는 갖고 있음.
- 일반국민들은 국민연금제도를 사회구성원간 위험분산을 도모하는 사회보험기능 보다는 저축기능으로 인식하는데 또 다른 요인이 되고 있음.
- 경제가 어려워짐에 따라 보험료납부가 어려운 계층이 많이 발생함에도 불구하고 보험료징수를 무리하게 징수하는 것도 다른 요인으로 작용하고 있음.

- 이와 함께 일반국민들은 타 공적연금과의 형평성문제까지 제기하고 있어, 현재 추진중인 연금법개정이 불투명한 상태에 처해 있음.

### 3. 개선방안

#### 가. 단기과제

##### □ 대국민 수용성을 제고할 수 있는 개선대안 필요

- 따라서 정부가 현재 추진중인 연금제도 개선안은 지나치게 재정안정화만을 강조하고 있어 대국민 수용성이 떨어지는 문제점을 안고 있으므로 사각지대해소, 제도내·제도간 형평성까지를 감안한 제도 개선안이 필요함.
- 단기적인 방안으로는 과도한 체납처분등 강제가입의 부작용을 완화하는 정책이 필요함.
- 2008년 연금의 본격적인 수급이 시작되는 시점에 연금제도의 대국민수용성이 전환될 것을 기대할 수 있으므로 향후 4~5년 간은 강제성을 완화하는 정책을 펼 필요가 있음.
- 연금제도개선의 기본원칙을 지속가능성 강화와 함께 보편적 보장, 형평성제고에 두고 추진해야만 함.

#### 나. 중장기과제

##### □ 현행 개선안을 대체할 수 있는 법안으로 다음과 같은 3개 안을 검토할 수 있음.

- 중장기적으로는 연금제도개선이 필요하며 현재 정부가 추진중인 재정안정화 방안과 기본골격은 동일하되 보다 수용성이 제

고된 제1안, 근본적으로 현행 국민연금제도를 소득비례부분과 균등부분을 분리하는 제2안, 그리고 현행 국민연금제도를 저부담·저급여 형태로 유지하면서 조세방식의 기초연금을 도입하는 제3안 등을 고려할 수 있음.

- 현행 제도를 복지부 개정안, 본고에서 제시된 3개안과 장·단점을 부분별로 비교하면 다음과 같음.

〈표 2〉 제도개선대안별·부문별 비교우위분석

정책대안	장기재정안정	가입자의 수용성	사각지대해소	형평성
현행제도	과도한 잠재적 부채의 상존	저부담-고급여로 현세대의 수용성이 높음.	보험료 부과방식으로 인해 상당수의 납부예외자 발생	국민연금내, 타 공적연금과의 형평성 결여
복지부 확정안	장기적 재정안정성 확보	과도한 보험료의 인상과 급여의 삭감으로 수용성이 떨어짐.	현행제도와 마찬가지로 사각지대를 해소하지 못함	현행 제도와 마찬가지로 형평성이 결여되어 있음
제1안	현행 제도에 비해서는 재정 안정성 측면에서 비교우위가 있으나 복지부 확정안에 비해서는 재정안정성이 떨어짐.	고소득계층에 대해 소득비 1을 보장함으로써 복지부 확정안에 비해 수용성이 다소 제고됨.	현행 제도와 마찬가지로 사각지대를 해소하지 못함. - 사회부조와의 결합 필요	현행 제도와 마찬가지로 형평성이 결여되어 있음.
제2안	현행 보험료수준을 기준으로 소득비례와 기초연금을 지급함으로써 재정안정성이 확보됨.	급여 삭감 효과로 인해 수용성이 낮을 것으로 전망됨.	보험료 부과방식을 채택하고 있으므로 여전히 사각지대는 상존함.	타 공적연금가입자에 대해서도 기초연금을 가입하게 함으로 형평성이 제고됨
제3안	국민연금의 재정안정성은 담보되나 조세방식의 기초연금으로 인해 과도한 재정지출이 발생	무각출 기초연금의 도입으로 인해 수용성이 매우 높음.	무각출 기초연금의 도입으로 인해 사각지대 해소	국민연금가입자에 대해 조세방식의 기초연금 지급으로 타 공적연금과의 형평성 문제 해결

<별첨 1>

## 일본의 연금개혁동향

### 1. 현행 일본의 연금제도

- 현재 일본은 전국민을 대상으로 하는 국민연금(기초연금)과 사업장가입자만을 대상으로 하는 후생연금으로 제도가 설계되어 있음.

### 2. 연금개혁안의 주요내용

- 2004년 6월 5일 일본의회를 통과한 연금개선안의 골자는 후생연금의 보험료율을 13.58%에서 2017년까지 18.30%로 인상하는 것과 국민연금(기초연금)의 정액보험료율을 현행 월 13,300엔에서 2005년부터 인상하여 2017년에는 16,900엔으로 조정할 예정임.
- 후생연금의 급여율은 가입세대평균소득의 59.3%수준에서 2023년에는 50.2%로 내리는 것으로 계획하고 있음.
- 국민연금(기초연금)에 대한 국고보조비율을 현행 1/3수준에서 2009부터 1/2로 올릴 계획임.
- 일본도 우리나라와 마찬가지로 국민연금의 정액보험료를 장기체납(사실상 미가입)하는 사람이 거의 400만명에 근접하고 있는 실정임.

## 국민기초생활보장제도의 현황과 정책과제

- ◆ DJ정부의 획기적인 탈빈곤정책에도 불구하고 엄격한 부양의무자 기준, 복잡한 선정기준 그리고 획일적인 급여체계 때문에 공적부조의 사각지대가 광범위하게 존재하고, 급여의 효과성에 대한 의문이 제기되고 있음.
  - 특히 근로유인책의 미흡으로 인한 자활사업의 부진, 과도한 본인부담과 선정기준 제약으로 인한 의료욕구의 미충족, 빈곤층으로 전락할 위기에 있는 저소득층 등 공적부조 정책의 재검토가 필요함.(첨부 2 참조)
- ◆ 종합평가에 근거하여 선정기준의 명료화 및 단순화, 근로유인제도의 확대, 특성별 급여체계로의 개편, 현물서비스 대상자 확대 등 기초생활보장제도의 내실있는 정책이 추진되어야 함.

### 1. 현 황

#### □ 수급자 선정

- 소득, 재산, 부양의무자 등 선정기준에 개별 가구의 능력이 미달하는 경우 수급자로 선정
- 제반소득과 재산의 소득환산의 합인 소득인정액 그리고 부양의무자 기준이 수급자의 능력을 판별하는 기준으로 적용됨.
- 기초보장제도가 시행된 2000년 10월 이후 전 국민 대비 수급자 비율은 2001년 3.1%, 2002년 말 기준 2.67%, 그리고 2003년

말 기준 2.69%로 수급자의 규모는 점진적으로 감소하다가 2003년 중반을 기점으로 증가세를 보이고 있음.

□ 급여

- 최저생계비까지의 실질 소득이 유지되도록 가구 소득과 최저생계비의 차액만큼 생계급여 제공

〈표〉 최저생계비

연도	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구
2003	355,774	589,219	810,431	1,019,411	1,159,070	1,307,904
2004	368,226	609,842	838,797	1,055,090	1,199,637	1,353,680

- 생계급여와 함께 주거, 의료, 교육, 자활 등 욕구에 따른 포괄적 급여 제공

[의 료]

생계급여와 상관없이 근로능력 유무에 따라 1종과 2종으로 구분하여 의료서비스를 제공하되 1종은 본인부담이 없고 2종은 입원 15%, 외래 1,500원의 본인부담이 있음

[주 거]

생계급여와 연동되어 가구원수에 따라 일괄 지급(1~2인 가구: 33,000원, 3~4인 가구: 42,000원, 5~6인 가구: 55,000원)

[자 활]

근로능력 보유수급자는 취업자 23만명, 미취업자 8만명으로 구성되어 있고, 미취업자중 보육, 간병 등의 가사부담이 없는 약 3만 7천명과 차

상위 빈곤층 1만명 등 총 4만 7천명에게 빈곤에서 벗어날 수 있도록 복지서비스와 고용서비스(취업연계 및 훈련)를 통합적으로 제공

## 2. 문제점

### □ 기초보장의 사각지대 잔존

- 재산과 부양의무자 기준 그리고 제도에 대한 인지 미흡 및 낙인등 때문에 기초보장의 사각지대 잔존
  - 장애인, 노인, 아동 등에 대한 특성별 최저생계비가 반영되지 못해 수급자로 선정되지 못하거나 선정되어도 급여 충분성을 확보하지 못하고 있음.
  - 보충급여 방식의 급여방식이 적용되고 있지만 소득과약의 미흡으로 급여의 적정성(Accuracy)이 담보되지 못함.
  - 지역별, 주거형태별 생계비의 차이, 의료욕구 등이 반영되지 못하여 실제 생활이 최저생활을 유지할 수 없는 가구들이 잔존하고 있음.

### □ 수급자에 대한 소득보장기능과 자활촉진기능의 상충

- 기초생활보장제도의 급여체계와 급여방식이 근로능력자의 취업 및 자활사업 참여를 유인할 수 있는 인센티브가 미약함(장애인, 학생, 자활공동체 참여자에게 30%의 근로소득 공제 제도 시행).
  - 최저생계를 보장하는 기초생활보장제도와 빈곤탈출을 지향하는 자활지원제도가 하나의 법체계 안에 통합되어 있어 소득보장기능을 강화하면 자활촉진기능이 약화되고, 자활지원기능이 강화되면 소득보장의 권리가 침해되는 문제 발생

- 의료욕구가긴요한 계층에 대한 충분치 못한 급여
  - 의료급여제도의 급여범위가 건강보험과 거의 일치(비급여 포함 본인부담율이 40% 이상)하여 고액이 소요되는 중질환자의 경우 실질적인 보장이 되고 있지 못함.
  
- 국민기초생활보장제도에 대한 종합적 평가 미흡
  - 제도의 효과성 및 제도의 목적 달성 정도에 대한 평가의 필요성이 대두되고 있음.
    - 평가는 제도 시행 4년을 경과하면서 제도의 존속 및 강화, 또는 수정 등에 대한 기초 자료 제공
  
- 빈곤문제와 관련된 기초자료의 부족 및 복지행정전산망의 지속적 관리 미흡
  - 빈곤층 및 차상위계층 등 저소득계층의 규모 및 생활실태 등을 종합적으로 파악할 수 있는 자료가 부족하여 제도 설계, 개선, 조정을 위한 근거를 확보하는데 어려움이 있음.
  - 소득, 취업상태 등에 대한 복지행정 전산망의 지속적 관리 미흡 (2000년 이후 자료에 대한 Update가 되어있지 않음)

### 3. 정책과제

#### 가. 단기과제

- 자활사업 참여자의 선정기준 완화 및 근로유인제도 개선
  - 생계급여와 연동되어 있는 현재의 자활급여체계를 개별급여로 전환하고 근로소득공제 제도의 본격적 도입 (자활 유인제도로 최소 50% 이상의 근로소득공제 제도 필요)



- 실직수급자로 국한되어있는 자활사업 참여자 선정범위를 실제 자활잠재력이 큰 불완전취업자 및 근로빈곤층까지 확대하여 사업의 활성화와 자활성공률을 제고시킬 필요가 있음.

□ 기초보장 평가 및 모니터링 강화

- 국민기초생활보장제도에 대한 효과 등 평가를 강화하여 제도 개선의 기초자료를 마련하고 제도의 정확한 수행을 보증하는 모니터링 체계 구축

나. 중장기과제

□ 사각지대의 해소

- 재산, 부양의무자 기준의 완화 등 선정기준의 개선
  - 부양의무자 기준 개선: 부양의무자의 범위를 축소하고 부양능력 판정 소득·재산기준을 단계적으로 완화 조정하여 국가의 보호가 필요한 저소득계층을 적극적으로 선정 보호
- 가구규모별, 가구유형별, 지역별 합리적인 최저생계비를 설정하여 선정 및 급여의 합리화와 현실화 도모
  - 아동, 노인, 장애인 등 특성 계층에 대해서는 해당 가구원에 대한 추가적 혹은 덜 드는 지출을 고려하는 최저생계비 설정
  - 대도시는 농어촌보다 높은 생활비 지출이 필요

□ 의료급여제도에서 급여범위를 점진적으로 확대하고 현행 본인부담체계를 개편하여 실질적 의료보장체계 구축

- 비급여 부분을 급여로 전환하여 의료욕구가 큰 계층(희귀난치성 및 만성질환 보유자)에 대한 실질적 의료보장 실현
- 현행 의료급여 2종 입원 본인부담율 15%를 점진적으로 인하

□ 빈곤 관련 패널자료의 생성 및 관리

- 빈곤층에 대한 정기적인 조사를 통하여 빈곤층의 실태 및 욕구변동을 파악하고 이를 토대로 제도의 개선이 가능하도록 빈곤 패널자료 생성
- 복지행정 전산망이 실시간 관리될 수 있도록 지원체계 구축

## 인구문제와 정책방향

- ◆ 현재의 출산율은 정부의 공식적 예측치보다 크게 적은 수준으로 감소하여 고령화 속도 재조정 필요
  - 국민연금기금 고갈 시점 및 적자재정 규모 재조정, 연금 부담률의 재추정, 국민건강보험 재정 불안정에 대한 재수정, 노인의료비 및 요양비 추정 등에서의 재수정뿐 아니라, 국민경제 영향도 재고되어야 할 것임.
- ◆ 『인구문제종합대책위원회』를 설치하여 축적된 인구문제 전문가의 지혜를 모을 뿐 아니라 만혼, 독신, 소자녀관이 증가하는 사회에서 자녀를 더 많이 생산하는 가족관의 변화도 필요함.
  - 남북통일, 이민과 관련된 정책 등에서 개방적 자세를 가져야 함.

### 1. 현 황

#### □ 출산력 급감 및 저출산 장기 지속

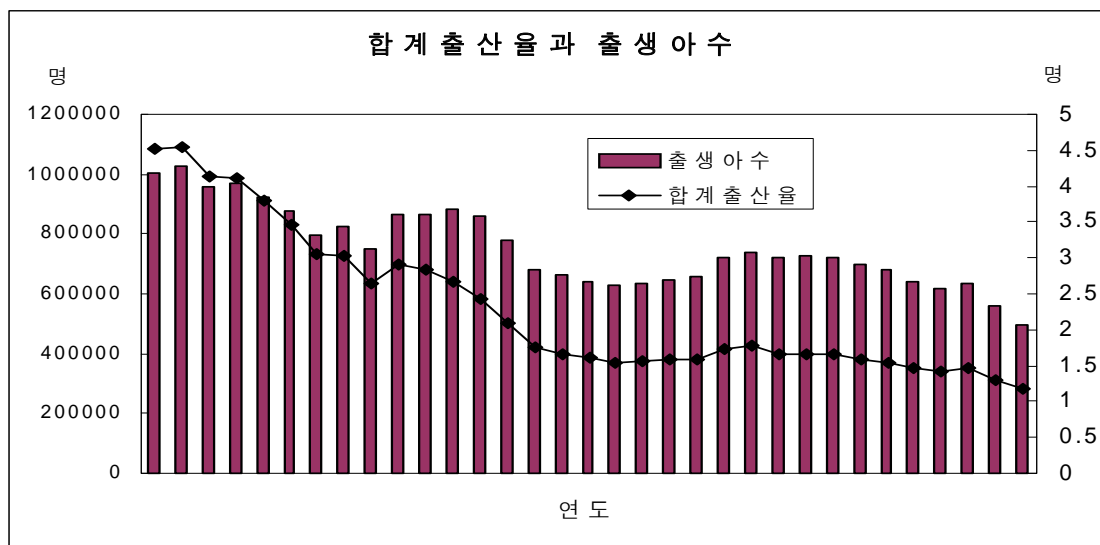
- 저출산 현상이 장기적으로 지속되고 있으며, 최근에 들어 출산력이 더욱 감소하여 세계에서 가장 낮은 국가 중 하나가 됨.
- 합계출산율<sup>4)</sup>은 1960년대 6.0명 수준에서 1983년 인구대치수준(population replacement level)<sup>5)</sup>인 2.1명으로 낮아졌으며, 2002년에는 1.17로 더욱 낮아짐.

4) 합계출산율(total fertility rate)은 여성 1인이 가임기간 동안 낳는 평균자녀수임.

5) 부부 2명이 사망을 감안하여 평균 2.1명의 자녀를 둘 때, 인구규모에 변동이 없음을 의미함.

- 일본의 합계출산율은 1.3명 수준으로 우리나라보다 오히려 높음.
- 출생아수가 1970년 100만명을 초과하였으나, 2002년에는 그 절반 수준에도 미치지 못한 49만5천명으로 급격히 감소함.
- 1970년대 이래 유소년 인구(0~14세)가 계속하여 감소하여 왔음. 이에 따라 각급학교의 학령아동들이 계속 감소하여 왔음.
- 노인인구가 절대적, 상대적으로 증가하여, 2000년에 노인의 비율이 7%대로 높아짐. 즉, 우리나라는 고령화사회(aging society)로 진입함.

〈그림 1〉 합계출산율 및 출생아수 변동추이, 1970~2002

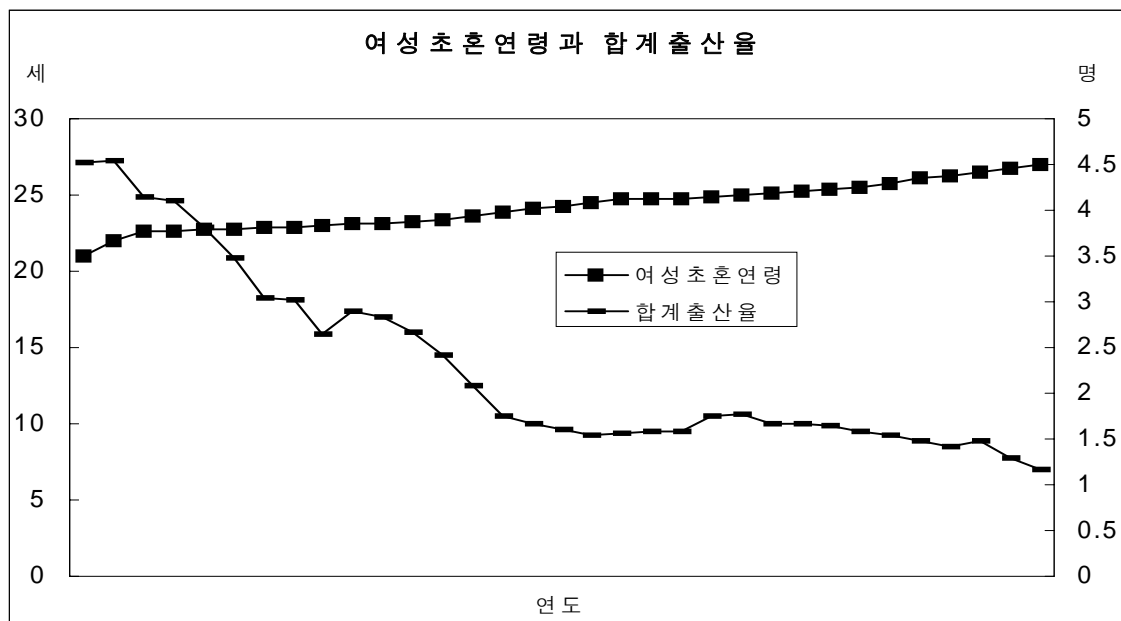


구분	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
출생아수 (천명)	1,007	875	865	663	659	721	637	557	495
합계출산율(명)	4.53	3.47	2.83	1.67	1.59	1.65	1.47	1.30	1.17

□ 저출산 원인

- 지속적인 저출산 현상은 한국사회에 만연되어 있는 소자녀관, 독신, 만혼 경향 등에 기인함.
- 자녀양육환경의 열악 및 고비용 구조, 여성취업 증가, 가족주의에서 개인주의로의 가치관 변화 등 복합적인 이유로 소자녀를 선호함.
- 여성의 교육수준 증가, 여성의 경제활동참가 증가, 여성의 자아실현 욕구 증대, 청년층의 취업곤란 등 사회경제 현상과 가치관의 변화에 따라 만혼 및 독신 경향이 증가하고 있음.
  - 여성의 초혼연령은 1970년대 20대 초에서 2002년 27세로 증가하며, 남성의 초혼연령은 30세에 육박함(2002년도 29.8세).
  - 조혼인율(인구 천명당 혼인건수)은 1980년 10.6에서 2002년에 6.4로 급격히 감소하여, 인구의 미혼율이 상승하고 있음.
  - 혼인 이전에 임신하는 경우, 대부분 인공임신중절로 소모되고 있음.

〈그림 2〉 여성초혼연령과 합계출산율: 1970~2002



## 2. 문제점

### □ 인구고령화 및 노인부양 부담 증가

- 지속적인 저출산 현상으로 인구고령화가 가속화되는 반면, 노인들을 부양하여야 할 노동력 인구는 고령화되고 동시에 절대 규모가 감소할 것임.
- 2002년 합계출산율 수준(1.17)이 계속 유지시, 2050년 노인 인구 비율은 40.4%로 상승할 것임.
  - 노인 1명을 부양하여야 할 생산가능인구는 1.3명(노년부양비 77.7%)으로 감소할 전망이다.
  - 총인구는 현 인구보다 약 530만명 감소할 것임.
    - ※ 통계청 추계(2001년, 합계출산율 1.4 가정)결과, 2050년 노인비율은 34.4%, 노년부양비 62.4%, 총인구 44,337천명임.
    - ※ 최근 출산율 수준을 감안하면, 인구고령화 등의 현상은 더욱 가속화될 전망이다.

### □ 보건·복지 수요증가에 따른 사회복지 재정 악화

- 결과적으로 저출산으로 인해 복지 및 보건 서비스의 수요가 급격히 증가하여, 의료보험, 연금 등 사회복지재정을 악화시킬 것임.

### □ 지속가능한 사회·경제 발전 저해

- 또한, 사회경제발전의 불활성, 국가경쟁력 약화 등 각종 문제를 발생시키는 주요 원인이 될 것임.
- 고비용·저효과의 문제가 발생하며 궁극적으로는 지속가능한 사회경제발전 및 복지실현의 도모가 어려울 것으로 예상됨.

〈표 1〉 합계출산율 수준별 인구변동 전망: 2002~2100

구분	2002	2025	2050	2075	2100
합계출산율=1.17					
인구(천명)	47,639	49,493	42,342	30,515	20,409
유소년인구(%)	20.6	11.2	7.6	6.5	5.9
생산가능인구(%)	71.5	68.4	52.0	42.4	37.7
노인인구(%)	7.9	20.4	40.4	51.1	56.4
노년부양비(%)	11.0	29.8	77.7	120.5	149.6
노인명당부양자(명)	9.1	3.4	1.3	0.8	0.7
합계출산율=1.30					
인구(천명)	47,639	50,573	43,729	33,932	24,314
유소년인구(%)	20.6	12.3	9.1	8.0	7.3
생산가능인구(%)	71.5	67.7	52.7	45.0	41.3
노인인구(%)	7.9	20.0	38.2	47.0	51.4
노년부양비(%)	11.0	29.5	72.5	104.4	124.5
노인명당부양자(명)	9.1	3.4	1.4	1.0	0.8
합계출산율=1.40 (통계청 추계)					
인구(천명)	47,639	50,649	44,337		
유소년인구(%)	20.6	13.0	10.5		
생산가능인구(%)	71.5	67.9	55.1		
노인인구(%)	7.9	19.1	34.4		
노년부양비(%)	11.0	28.1	62.4		
노인명당부양자(명)	9.1	3.6	1.6		

주: 1) 기준인구=통계청 2002년 추계인구

2) 합계출산율이 향후 계속 유지되는 것으로 가정

### 3. 정책과제

#### □ 인구문제 대처의 중요성

- 인구변동으로 인해 향후 발생될 사회적 비용과 위험을 미연에 방지하는 노력이 중요함.
- 인구문제의 치유나 회복은 인구특성 상 다른 사회현상보다 훨씬 많은 사회적 비용과 기간을 필요로 함. 따라서 효과적인 인구정책을 조기에 수립하여 지속적으로 추진하는 것이 매우 중요함.

- 인구변동에 따른 사회경제 및 보건복지에 미치는 부정적인 영향을 사전에 방지하기 위해 우리나라 경제력 등 제 조건들을 감안한 적정인구를 도출하고, 이를 토대로 인구정책 및 관련 사회경제정책의 수립이 필요함.

#### □ 인구문제 대응방향

- 저출산에 대응하기 위한 인구정책은 두 가지 방향에서 동시에 추진되어야 함. 하나는 저출산의 원인을 제거하여 출산안정화를 도모하는 것이며, 다른 하나는 저출산 지속시 발생할 수 있는 사회경제적 역기능을 추정하여 그 효과를 최소화하기 위한 다각적인 방안을 강구하는 것임.
- 저출산 원인을 제거하기 위한 정책 강구
  - 결혼 및 가족 가치관, 가족복지, 아동복지, 보육서비스, 여성복지, 보건 및 건강증진 정책, 주거정책 등의 모든 사회정책분야에서 포괄적이고 종합적으로 강구되어야 함.
  - 결혼을 통한 가족형성의 개인적 및 사회적 중요성 강조
  - 미취학 아동의 자녀 돌보기 부담, 사교육비 증가, 사회적 위험요인 과다 등의 자녀양육부담 경감
  - 여성의 사회활동이 지속적으로 증대되고 있으므로 여성이 자녀양육, 가사 등의 가정생활과 직장생활을 동시에 병행할 수 있도록 양성평등 가정생활, 모성보호제도, 직장 및 사회 환경 조성 등 강화
- 저출산-고령사회의 사회경제적 역기능 최소화 정책 강구
  - 노인복지, 보건 건강증진, 사회보험재정 안정, 노인인력활용,



여성인력활용, 고용 및 임금, 교육, 국방인력 등의 정책을 체계적으로 추진하여 저출산의 부작용을 최소화하여야 함.

- 저출산 관련 대응전략을 단기 및 중장기로 구분하여 개발, 실시할 필요가 있음.

#### 가. 단기과제

- 인구문제종합대책기구 실시 운영

- 저출산 관련 각종 정책들이 체계적으로 수립되고 효과적으로 실행되기 위해서는 범정부기구로서 “인구문제종합대책위원회(가칭)”을 보건복지부에 설치, 운영할 필요가 있음.

- ※ 일본의 경우 1989년 합계출산율이 1.57에 이르자, 이를 사회적으로 쇼크로 인식하여 범정부기구를 발족하여 운영한 바 있음. 이 기구에서 엔젤플랜(Angel Plan), 골드플랜(Gold Plan) 등 각종 정책들을 건의하여 현재 시행 중임.

- ※ 현재 대통령자문기구로서 고령화및미래사회위원회에서 인구문제와 관련하여 각종 대책을 마련 중에 있음. 향후 인구문제 주관부서인 보건복지부가 인구정책 및 관련 정책들의 지속적이고 체계적인 실천을 모니터링할 필요가 있음.

- 인구정책 프로그램 개발 실행

- 출산력 회복 및 안정화를 위해 인구정책 및 프로그램을 조속히 개발 및 실행

□ 출산력 회복 및 안정화를 위한 계층별 접근

- 다양한 계층별로 출산수준 및 원인을 분석하여 향후 출산력 회복 및 안정을 위한 정책 및 프로그램을 차별화하여 개발 및 실행함.

나. 중장기과제

□ 부처별 정책수립·실행 지원 및 모니터링

- 출산력 회복 및 안정화와 저출산에 따른 부정적 기능의 방지를 위해 부처별로 정책수립, 프로그램 개발 및 실행
- 보건복지부에서는 전담기구 설립을 통해, 각 부처의 정책 및 프로그램 지원 및 모니터링

□ 지방자치단체의 인구정책 및 프로그램 지원

- 지방자치단체에서 인구감소 및 인구고령화 문제를 근본적으로 해결하기 자체적으로 인구관련 프로그램을 실행하고 있음. 보건복지부에서는 이를 체계적으로 지원할 필요가 있음.

□ 남북한 통일시 인구문제 대비한 정책 개발

- 북한은 식량난, 경제난으로 인해 출산감소 및 사망증가를 경험하였으며, 이에 따라 1990년대부터 이미 출산증가 정책을 추진하였음.
- 그러나 경제난 등으로 인해 주민의 결혼지연 및 출산기피 현상이 여전하여, 통일시 남한뿐만 아니라 북한지역에서도 저출산의 부정적인 효과가 발생할 것으로 예상됨.

- 따라서 통일 이전이라도 남북한이 협력하여 저출산 문제에 공동으로 대비할 필요가 있음.

□ 해외동포 노동력 활용방안 강구

- 향후 인구고령화 및 노동력 부족을 대비하여 해외동포(조선족, 러시아 거주 교포 등)의 노동력을 활용하는 방안에 대한 연구 및 정책개발이 필요함.

## 이혼 및 가족해체 증가 대책

- ◆ '97년 경제위기 이후 이혼 및 가족해체가 급속히 증대되어 사회경제 문제뿐 아니라, 복지수요를 급속히 증대시키고 있음.
  - 특히 아동시설 입소자 수 등 요보호아동의 급증과 노인 부양 관습의 급속한 쇠퇴 가능
- ◆ 이혼을 용이하게 하는 현행제도의 개선을 위한 이혼전 상담 제도와 이혼준비 프로그램의 실시를 강화함.
  - 개인별 복지정책을 가족복지 정책으로 전환하여 전통적 가족의 장점을 살려야 함.

### 1. 현 황

#### □ IMF 경제위기 이후 이혼급증 지속

- 통계청이 발표한 2003년 총 이혼건수는 167.1천 건으로 2002년 145.3천 건에 비하여 15%(21.8천건) 증가하여 세계에서 높은 이혼율 국가로 기록되고 있음.
- 2003년 조이혼율은 3.5로 꾸준한 증가추세를 보였으며, 이러한 경향은 지속될 것으로 판단됨.
- 이혼율의 증가에 반하여 혼인건수는 감소추세를 보이고 있어 2003년 총 혼인건수는 304.9천 건으로 2002년 306.6천 건보다 0.6%(1.7천건) 감소하였음.

- 우리나라의 이혼제도는 세계 어느 나라보다도 그 절차가 간소하여 전체 이혼건수의 86%가 협의이혼으로 나타나고 있음.

〈표 1〉 우리나라의 이혼실태

(단위: 천건, 인구천명당 건)

	1993	1998	1999	2000	2001	2002	2003
혼인건수	402.6	375.6	362.7	334.0	320.1	306.6	304.9
이혼건수	59.3	116.7	118.0	120.0	135.0	145.3	167.1
조이혼율	1.3	2.5	2.5	2.5	2.8	3.0	3.5

자료: 통계청, 『인구동태통계연보』, 각 연도.

□ 가족해체의 증가

- 우리나라의 가족해체율은 6.76%인 것으로 나타났으며, 전체 해체가정의 규모는 96만 7,500인 것으로 추정됨.
- 모자가정이 489.6천 가구, 1인 단독가구 313.4천 가구, 부자가정 134.4천 가구, 그리고 기타 해체가정은 30.1천 가구로 추정됨.
- 가족해체의 원인은 사망 60.0%, 이혼 및 별거, 가출 등이 40.0%이었음.

〈표 2〉 가족해체율에 기초한 해체가정 추정

(단위: 천 가구, %)

	전체 일반가구	해체가족				전체 해체가정
		부자가정	모자가정	1인 단독가정	기타 해체가정	
비율	100.0	0.939	3.421	2.190	0.21	6.76
가구규모	14,312	134.4	489.6	313.4	30.1	967.5
해체가구구성비	-	13.9	50.6	32.4	3.1	100.0

자료: 김승권 외, 『최근 가족해체의 실태와 정책방안에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 2001.

## 2. 문제점

### □ 계획성 없는 이혼으로 인한 부정적 영향 증대

- 충동적으로 이혼을 결정하거나 이혼 후 삶에 대한 구체적인 계획이 없는 경우, 이혼으로 인한 부정적 영향은 이혼 당사자와 자녀에게 어려움을 초래함.
- 발생하는 모든 이혼과 해체가족이 사회문제를 야기하는 것은 아니지만 미성년자녀가 있는 가정의 이혼은 이혼당사자뿐만 아니라 이들 가정의 자녀에게 지대한 부정적 영향을 주고 있음.

### □ 이혼당시 미성년자녀 증대

- 이혼 당시 미성년자녀수의 증가추세를 살펴보면 1996년 8만여명 이었던 것이 2003년에는 약 18만 9천명으로 급증하고 있음.
- 따라서 이혼으로 인한 미성년 아동의 적응 및 지원방안에 대책 마련의 필요성이 강조되는 것임.

〈표 3〉 이혼당시 미성년자녀수

(단위: 명)

연도	없음	1명	2명	3명 이상	미상	계
1996	22,471	25,989	27,293	4,142	-	79,895
1997	25,907	29,221	31,387	4,644	-	91,159
1998	32,892	37,002	41,380	5,453	-	116,727
1999	33,932	37,691	41,241	5,150	-	118,014
2000	33,684	38,117	41,079	5,252	1,850	119,982
2001	37,660	42,193	46,694	6,039	2,428	135,014
2002	41,895	43,650	50,826	6,875	2,078	145,324
2003	52.8천	47.8천	58.4천	8.1천	-	167.1천

자료: 통계청, 『인구동태통계연보』, 각 연도.

□ 가족해체에 의한 생활시설 입소아동 급증

- 이혼 등 가족해체로 인하여 아동생활시설에 입소하는 아동의 비율이 날로 증가하여 현재 생활시설 입소아동 13,374명 중 54.4%가 2000~2003년 기간에 입소하였음.
- 아동연령의 증가로 퇴소아동이 많아지는 경향을 감안한다 하더라도 IMF 경제위기 이후의 생활시설 입소아동은 큰 폭으로 증가한 것으로 추정됨.

〈표 4〉 아동생활시설 입소시기

(단위: %, 명)

현시설 입소년도	남아	여아	전체
~1989년	2.8	3.2	3.0
1990~1999년	42.5	42.8	42.7
2000~2003년	54.7	53.9	54.4
계	100.0	100.0	100.0
(수)	(7,524)	(5,850)	(13,374)

자료: 김승권 외, 『아동복지시설 생활아동 복지증진방안 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2003.

□ 부모가 있는 시설입소 아동 증가

- 아동의 생활시설 입소사유는 가정생활 곤란이 가장 많았으며, 다음은 부모의 이혼 후 아동을 양육포기 또는 유기, 그리고 미혼모의 자녀 등의 순이었음.
- 과거에는 부모가 없는 아동이 주로 아동생활시설에 입소하였으나 최근에는 부모가 있는 아동이 입소하는 경향이며, 이러한 양상은 심화될 것으로 판단됨.
- 최근의 이혼율 상승 등 가족해체 현상의 증가로 인하여 복지부담이 가중되고 있음을 의미하는 것임.

〈표 5〉 아동생활시설 입소사유

(단위: %, 명)

구분	남아	여아	전체
부모 모두 사망	2.1	2.3	2.2
부모이혼 후 아동유기	10.8	10.0	10.5
편부(편모) 가출	9.1	9.4	9.2
편부(편모) 재혼	2.4	2.9	2.6
가정생활 곤란	22.1	21.7	21.9
편부(편모) 질병장애	3.3	3.9	3.6
미혼모 자녀	9.3	9.7	9.5
조부모(친인척) 생활곤란	5.5	4.8	5.2
조부모·친인척·질병장애·사망	1.7	1.6	1.6
기타	33.6	33.9	33.7
계	100.0	100.0	100.0
(수)	(7,864)	(6,080)	(13,944)

자료: 김승권 외, 『아동복지시설 생활아동 복지증진방안 연구』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2003.

□ 가족불안정의 사회문제화

- 이혼율 증가에 따르는 가족형태의 다양화와 이에 의한 가족불안정은 가족문제의 발생을 초래하고 있으며, 점차 사회문제로 대두됨.
- 가족해체는 한부모 가정, 재혼가정, 독신가정 등 다양한 가족형태를 조성하고 있으나 이들 가족은 대부분 약화된 가족기능으로 인하여 요보호가족인 실정임.

3. 정책방안

가. 단기과제

□ 이혼의 예방 및 대책강화

- 이혼을 사전 예방하기 위한 정책을 강화하면서 다른 한편으로



이혼가정이 적절한 계획 하에 이혼생활을 할 수 있는 정책을 강화하여 조화를 이루어야 할 것임.

- 이혼전 전문상담제도를 도입하여 이혼의 합리적인 판단을 내릴 수 있도록 결혼생활, 이혼 과정, 이혼 후 생활계획 등에 대한 전문적인 상담기회를 제공할 수 있는 제도적 장치를 마련함.

※ 외국의 이혼관련 연구를 종합해보면 이혼중재제도(divorce mediation program) 등을 통해 이혼에 따르는 제반 문제에 대한 효과적이고 합리적인 대처방안을 발굴함으로써 이혼으로 인한 가족해체를 예방하고 사회·경제적 비용을 최소화할 수 있음.

- 이혼준비교육프로그램을 개발하여 적극적으로 보급하여 자녀가 있는 부부가 이혼을 희망하는 경우 이혼이 자녀에게 미치는 영향에 대한 교육 및 이혼 후 적응을 원활히 하기 위한 교육프로그램을 제공함.

※ 미국의 이혼법은 주(州)별로 다소 상이하기는 하나, 일부 주(州)에서 이혼중재프로그램 및 이혼준비교육프로그램의 이행을 의무사항으로 권고하고 있음.

#### □ 가족해체로 인한 복지부담 경감 필요

- 가족해체로 인한 엄청난 복지부담을 경감할 수 있도록 가족정책의 기본방향과 세부 정책방안이 설계되어야 함.
- 날로 증가하고 있는 이혼을 예방하고, 다른 한편으로 이혼가정의 생활안정화를 도모하기 위한 각종 정책적 지원을 강화하여야 함.

- 건강가정지원센터와 지역아동센터의 조속한 전국적 설치·확대 및 역할 강화가 이루어져야 함.
- 7월 1일부터 시·군·구에 설치된 ‘위기가정 SOS 상담전화’(1688-1004)의 역할을 강화하고, 각종 복지기관과 연계망 구축이 이루어져야 함.
- 특히, 이혼증가의 예방과 함께 이혼가정의 가족기능을 강화함으로써 과도한 복지서비스 비용을 감소시킬 수 있어야 함.

□ 가족정책은 보건·복지와 불가분의 관계

- 최근 ‘가족정책’ 업무의 담당부처에 대한 논쟁(보건복지부 및 여성부)이 진행 중에 있으나, 가족정책은 보건 및 복지와의 불가분의 관계에 있어 보건복지부의 역할이 더욱 강조되어야 할 것임.
- 가족정책의 대상은 빈곤가족 뿐만 아니라 모든 형태의 다양한 가족을 포괄하는 종합적 정책으로 추진되어야 효과를 극대화할 수 있음.
- 따라서 가족정책이 보건 및 복지, 특히 건강보험 및 국민연금, 기초보장, 노인복지, 장애인복지, 아동복지 등과의 연계성을 감안하여 보건복지부에서 담당하는 것이 바람직함.
- 여성부를 (가칭) ‘여성가족부’로 변경하여 가족정책을 담당토록 하는 것은 여성주의적 시각에서 가족을 볼 수 있다는 측면의 장점이 없지는 않음.
- 그렇지만 가족관련 수많은 사회정책과의 연계를 약화시키고 지나친 여성중심의 편협한 정책이 초래될 가능성이 높아 정책혼선을 가중시키는 단점이 매우 큼.

## 나. 중장기과제

### □ 다양한 형태의 가족수용과 가족기능 강화

- 다양한 가족을 인정하고 가족형태를 불문하고 기능이 약화된 모든 가족이 복지정책의 주요 대상이어야 함.
- 이혼가족, 재혼가족, 미혼모가족, 1인 독신가족, 형제자매 가족, 공동체가족 등 다양한 가족을 사회적 및 정책적으로 수용해야 할 것임.
  - 가족형태에 따른 다양한 지원체계를 구축하여 보호대상에서 벗어나는 사각지대가 없도록 함.
- 건강가정기본법에 명시된 ‘전국가족실태조사’를 참여복지5개년계획에 따라 2005년도에 실시하여야 하며, 특히 다양한 정책개발을 위하여 조사규모는 일정수준 이상이어야 함.
  - 전국의 5만 가구 이상의 표본규모이어야 하며, 다양한 가족의 형태와 생활양식, 각종 복지욕구 등에 관한 사항이 광범위하게 포함되어야 함.

## 노인요양보장체계 구축

◆ 급속한 고령화로 노인의료 및 요양수요의 급증이 전망되는데 비해 수요와 필요한 재정규모에 대한 예측이 과소하여 서비스의 공급 부족과 국가재정 불안위험이 예상된다.

- 이는 사회·정책적 갈등을 야기할 가능성이 높음.

(첨부3참조)

◆ 요양 서비스의 수요와 공급능력에 대한 정확한 평가가 우선되어야 하고 정책실시는 선진국의 경험을 충분히 고려하여야 함.

- 단기에는 취약계층 노인에 대한 정부보호를 확대하고, 부담능력 있는 노인을 위해서는 민간서비스 공급증대를 유도하기 위한 정책개발이 필요

### 1. 현황

□ 고령화의 급진전에 따라 요양보호<sup>6)</sup>가 필요한 노인이 증가하고 있음.

- 장기요양 서비스가 필요한 노인의 규모는 65세 이상 노인의 14.8%로 가정하면, 이는 2004년은 62만명, 2010년 79만명, 2020년 114만명에 해당하는 것임.

6) 요양보호(long-term care)는 신체적·지적·정신적인 질병 등으로 인해 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 장기간(6월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위하여 「보건·의료·요양복지」 등의 서비스를 제공하는 것이며, 지역사회에서 요양보호서비스를 제공하는 재가보호(가정봉사원파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설)와 시설에서 보호하는 생활시설보호가 있음.

- 반면, 자녀수 감소와 여성의 경제활동 참여 증가로 전통적으로 부양을 떠맡았던 가족의 노인부양기능이 지속적으로 약화됨. 보호기간의 장기화(평균 2년) 등으로 가정에 의한 요양보호에 한계에 도달하였음.
  - 이는, 여성경제활동참여의 저하와 노인학대 등 노인의 삶의 질 저하로 이어질 수 있음.
  
- 현재는 수급자 중심의 보호가 이루어지고 있어, 중산서민층이 이용할 수 있는 장기요양시설의 절대적으로 부족하며 및 유료이용시설의 비용부담이 과중한 실정임.

## 2. 문제점

- 시설기반의 미비
  - 2003년 현재 시설입소 노인은 약 2만명으로써 전체 노인의 0.5%에 해당하고 시설보호수요(=7만 8천명)의 29.5% 수준에 불과함.
  - 재가보호서비스를 받고 있는 노인은 2만 3천여명으로 재가서비스 수요(=51만 9천명)의 4.4%에 불과함.
  - 재가보호 우선의 원칙을 내세우고 있으나 실제 재가보호시설은 매우 취약한 실정임.
  - ※ 일본의 경우 개호보험 실시년도인 2000년에는 노인의 10%가 2003년도에는 노인의 14%가 개호보험의 급여를 받았음. 이 중 재가시설보호가 74%, 시설보호가 26%를 차지하고 있음.

〈표 1〉 생활시설보호 및 재가보호비율의 국제비교

국가	65세 이상중 생활시설보호 %	65세 이상중 재가시설보호 %
독일	6.8	9.6
미국	5.7	16.0
네덜란드	8.8	12.0
영국	5.1	5.5

자료: OECD, *National Achievements*, 1988.

□ 높은 수준의 간병·수발 부담

- 장기요양보호 서비스가 필요한 노인의 약 1/3이 수발자가 전혀 없거나 수발자가 있어도 수발부담이 큰 상태임.

□ 낮은 수준의 정부의 예산지원

- 보건복지부의 노인요양관련 2004년 예산 총지원액은 1,126억 원에 불과함.

### 3. 개선방안: 제도 도입 이전에 검토해야할 사항들

#### 가. 기본방향

□ 공적노인요양보장제도의 도입과 단계적 확대

- 고령화 사회초기에 공적노인요양보장체계를 확립하여 국민의 노후불안 해소 및 노인가정의 부담경감을 도모할 필요성이 높아짐에 따라 2007년 '공적노인요양보험제도'의 도입이 논의되고 있음.
- 이를 통하여 인구고령화에 따라 보편적인 사회적 위험으로 등장한 노인요양문제에 적극적으로 대처함으로써 민간의 요양비용 부담의 위험을 분산하고 가족해체를 예방할 수 있음.

- 또한 현 요양시스템이 갖고 있는 사각지대를 해소하고 기존 복지제도의 형평성과 질을 제고하며, 치료중심의 건강보험(의료급여) 재정의 효율화, 고용창출 및 여성의 경제활동 참여 유인, 보건의료 자본시장의 확대 등의 파급효과를 가져올 것으로 기대됨.

□ 실현 가능하고 서비스 효과가 큰 방안 필요

- 이러한 기대효과가 충분히 발휘되기 위해서는, 부족한 시설·인력 인프라와 제도 도입을 위한 준비기간이 부족한 현실을 반영하여 국민 불편과 제도 혼란을 최소화할 수 있는 현실적이고 구체적인 시행 방안을 마련할 필요가 있음. 이를 위해서는 다음과 같은 이슈에 대한 충분한 검토가 필요함.

나. 정책과제

□ 적절한 인프라 확보 방안 마련

- 시설·인력 인프라 확충관련 국가의 예산 투입 능력에 대한 현실적 판단 및 세부방안 마련이 필요함.
- 현 재정소요규모 추계(2007년: 1조 9,087억, 2011년: 4조 6,624억)는 시설설치 비용을 포함하지 않은 것이며, 현재의 낮은 수준의 인력기준에 기초한 것으로 실제 재정규모는 이보다 클 가능성이 있음.
- 현실성 있고 구체적인서비스 기반마련 방안의 모색이 요구되고 있음.
  - ※ 장기요양보험제도의 도입에 앞서 시설기반마련을 위하여 1989년부터 골드프랜, 신골드프랜 등 시설기반을 정비해온 일본의 경우도 "보험료부담과 제도만 있고 서비스는 없다"는 비판을 받을 바 있음.

□ 재정능력이 취약한 지자체의 인프라 지원방안

- 지자체별 재정능력의 한계로 인한 지역별 시설기반의 편차가 매우 커, 이에 대한 대응방안이 요구됨.
- 현재 234개 기초자치단체중 장기보호시설이 전혀 없는 곳이 86개, 재가보호시설이 전혀 없는 곳이 100개에 달하고 있음.
- 지방자치단체의 재정자립도의 편차가 매우 커 현재와 같은 요양보호 서비스 기반정비 비용(국비 50%, 지방비 50%)을 분담하지 못하여 시설기반을 확보하지 못하는 지방자치단체가 많을 것으로 전망됨.

□ 민간공급자의 참여 동기를 부여할 수 있는 대책 마련

- 필요한 시설의 확보를 위해서는 민간의 적극적이 참여가 요구되고 있으므로 민간부문(영리사업자 포함)의 참여를 유도할 수 있는 대책마련이 요구됨.

□ 추계 이상의 수요에 대한 대비

- 제도설계가 가정·기초하고 있는 대상자 이상의 잠재적 수요가 매우 크게 표출될 가능성이 있어 이에 대한 고려도 필요함.

□ 서비스의 연속성 및 체계성 확보

- 의료서비스와 요양 및 복지서비스의 역할분담의 명확화
  - 노인의 대부분이 질병과 기능장애를 동시에 갖고 있으므로 장기요양 병상의 환자와 장기요양시설의 보호대상자의 명확한 구분 및 그에 따른 요양급여의 명확화가 요구됨.



- 노인의 기능상태의 다양성 및 변화에 따른 효과·효율적인 요양보호가 이루어질 수 있도록 시설보호와 재가보호의 연계성을 강화해야 할 것임.

□ 적절한 수준의 서비스 질 확보 방안 마련

- 적절한 수준의 서비스를 제공할 수 있는 인력기준 및 환경 기준 등에 대한 면밀한 검토하고 기준을 제시하며,
- 서비스의 질을 평가하고 관리할 수 있는 감독체계(monitoring)를 구축하도록 함.

□ 충분한 시범사업의 실시를 통한 시행상의 문제점 최소화

- 본 사업과 동일한 내용의 시범사업을 실시하여 급격한 제도변화에 따른 본격적인 제도 실시 시 초래될 문제점을 보완함으로써 시행상의 문제점과 제도저항을 최소화하도록 함.
- 보험료 부담에 대한 국민의 수용성, 급여의 적정성, 보험료부과·징수절차, 재정 소요 등에 대한 면밀한 시범사업 실시
  - ※ 시설기반마련과 제도정비가 우리나라보다 충실한 편이었던 일본의 경우도 4년간('96~'99년) 시범사업을 실시한 바 있음.
- 시설에 대한 재정지원방식의 변경(정부보조금 중심의 시설운영 → 보호노인의 중증도별 보험급여)에 따른 적응기간 마련

□ 선진국 경험에 대한 심층적 검토

- 선진국의 장기요양보호체계에 대한 심층적 분석(타제도와와의 연계성, 역사적 발전과정, 사회 경제 문화적 배경 등)을 통하여 제도설계에 필요한 시사점 도출
- 이를 통하여 선진국의 문제점을 개선하는 ‘후발주자의 이점’을 극대화 할 수 있을 것임.

## 장애인 소득보장 현황과 정책과제

- ◆ 장애인은 낮은 경제활동 참가율, 높은 실업률로 인하여 소득수준은 낮은 반면, 비장애인은 지출하지 않아도 되는 추가 비용 지출
  - 절반 이상의 장애인이 경제적 어려움을 겪고 있음.
- ◆ 추가생활비를 고려한 장애인 가구의 최저생계비 계측 및 보장
  - 장애수당 확대 및 장기적으로 장애인 연금제도 도입 검토
  - 장애인 차별금지법 제정
  - 장애인 보장구 급여범위 확대 및 기준액 현실화

### 1. 현 황

- 2004년 3월말 현재 등록장애인은 1,492천명이며, 이 가운데 남자는 984천명(66.0%), 여자는 507천명(34.0%)임.
  - 등록장애인수는 '00. 3. 795천명에서 4년간 697천명(1.88배) 증가

〈표 1〉 등록 장애인 현황(2004년 3월말 기준)

구분	계	남자	여자
등록장애인 수(천명)	1,491.6	984.2	507.4
구성비(%)	100.0	66.0	34.0

자료: 보건복지부, 내부자료

- 장애인이 국가에 대해 가장 우선적으로 요구하는 사항(1순위)은 생계보장(50.3%)과 의료혜택 확대(17.9%)로 소득보장에 대한 욕구가 가장 높음.

〈표 2〉 재가장애인의 사회나 국가에 대한 복지욕구(우선순위)

(단위: %)

구 분	1순위	2순위
생계보장	50.3	10.3
의료혜택 확대	17.9	33.3
세제혜택 확대	4.5	9.9
건물, 도로 등의 편의시설 확대	1.6	2.7
가사지원서비스(간병인, 도우미 등)	1.2	2.1
주택보장	4.6	10.2
결혼상담 및 알선	1.1	1.6
장애인에 대한 인식개선	4.5	5.1
교통수단 이용편의 확대	2.5	5.9
보장구 및 생활편의용품 개발, 보급	1.5	3.4
특수교육의 확대, 개선	1.7	2.3
장애인 복지시설의 확충, 개선	2.8	8.4
문화 및 여가생활기회의 확대	0.4	2.0
없다	4.4	1.4
기타	0.8	1.4
계	100.0	100.0

- 장애인 가구의 월평균 소득(2000년)은 108만원에 불과
  - 도시 근로자 가구 소득(2000년 2/4분기 233만원)의 46.4% 수준에 불과
  - 전체 장애인 가구의 52.5%가 월 100만원 미만의 소득임(국민 기초생활보장 수급자 수준).

〈표 3〉 재가 장애인 가구의 월 평균소득 분포

소득(만원)	50 미만	50~99	100~149	150~199	200~249	250~299	300 이상
구성비(%)	25.3	27.2	19.4	12.1	6.6	3.0	6.2

자료: 한국보건사회연구원, 2000년도 장애인 실태 조사

□ 장애인들은 낮은 경제활동 참가율과 높은 실업률이라는 고용특성을 보임.

- 만 15세 이상 경제활동가능 장애인구 1,331천명 중 47.8%에 불과한 637천명이 취업 및 구직활동에 참여함.
- 실업률은 28.4%로 비장애인에 비해 월등히 높은 수준
- 장애인의 생산력은 일반적으로 낮게 평가되고 있으며, 시장경제에서 제외되거나 적응이 어려운 집단으로 인식되는 등 고용 및 사회생활 전반에 걸쳐 차별 존재

〈표 4〉 재가장애인의 성별 취업인구 및 취업율

(단위: 명, %)

구분	15세 이상 인구	경제활동인구			비경제 활동인구	경제활동 참가율	취업률	실업률	인구대비 취업자 비율
		계	취업	실업					
남자	819,450	486,507	356,046	130,461	332,943	59.37	73.18	26.82	43.45
여자	512,039	150,150	99,684	50,466	361,889	29.32	66.39	33.61	19.47
계	1,331,489	636,657	455,730	180,927	694,832	88.69	71.58	28.42	34.23

자료: 한국보건사회연구원, 『2000년도 장애인 실태조사』, 2001.

□ 장애인 가구의 경우, 치료·재활 서비스, 교통수단 이용, 특수 교육 등으로 추가 비용 발생

- 장애로 인한 평균 추가비용: 월 16만원(의료비 52.8%, 교통비 18.4%, 보장구 구입·유지비 9.9%, 보호·간병인 6.1% 등)

## 2. 문제점

### □ 국민연금 및 건강보험 등 사회보험의 역할 미흡

- 국민연금 가입 전 질병이나 부상에 따른 장애에 대해서는 수급자격 불인정
  - 국민연금제도에 가입하기 이전에 질병이나 부상으로 인해 장애인이 된 경우에는 국민연금제도의 적용대상이 되어 보험료를 상당 기간동안 납부하였다 할지라도 장애정도가 악화되어 소득활동을 할 수 없게 된 경우에는 현행 국민연금법상으로는 장애연금 수급권을 취득할 수 없음.
  - 이는 국민연금의 장애연금 수급권이 엄격하여 국민연금 가입 중에 발생한 질병 또는 부상으로 인한 장애에 대해서만 수급권이 부여되기 때문임.
- 건강보험의 경우 재활치료 관련 급여가 미약함
  - 현행 국민건강보험은 재활치료와 관련하여 물리치료만을 급여항목으로 인정하고 있고 언어치료나 작업치료 등은 제외하고 있기 때문에 이러한 치료를 필요로 하는 장애인들이 비용부담 때문에 제대로 이용하고 있지 못하고 있는 실정임.
- 보장구에 대한 건강보험 및 의료급여 지원이 미약함
  - 보장구 구입가의 80%(단, 의료급여 1종 대상자는 100%)에 대해 부담해 주고 있으나, 보장구 구입가로 책정된 금액이 실구입가에 미치지 못하고 있으며,
  - 장애인에게는 필수 보장구라고 할 수 있는 전동휠체어, 정

형외과용 구두, 장루용품 등은 포함되어 있지 않음.

□ 국민기초생활보장제도의 역할 미흡

- 국민기초생활보장제도는 전 국민의 최저생활 보장을 목표로 하고 있으나 현행 정부의 공식적인 최저생계비는 가구규모별로만 책정되어 있어,
  - 장애로 인해 발생하는 추가 지출 비용이 최저생계비 계측에서 누락됨으로써 장애인 가구의 경우 실질적인 최저생계가 이루어지지 못하고 있음.

□ 각종 수당제도의 미흡

- 장애수당 급여액의 불충분
  - 현 장애수당은 월 6만원을 지급하고 있으나 이는 장애인의 추가생활비용(월평균 16만원)을 고려하면 매우 낮은 수준임.

□ 장애인에 대한 각종 사회적 차별 존재

- 장애인에 대한 잘못된 인식과 편견이 상존
  - 전통적으로 장애인에 대한 접촉이나 사회적 노출이 결여된 상태에서 장애인의 능력 및 일상생활 전반에 대해 잘못 인식하고 있으며 장애원인에 대한 비과학적인 선입견을 갖고 있음.
  - 장애에 대한 사회의 이해부족은 장애인의 균등한 사회참여 기회를 제한하고 각종 차별을 야기함.

### 3. 향후 정책과제

#### 가. 단기과제

##### □ 장애인 가구의 최저생계비 별도 계측 및 보장

- 최저 생계비 계측시 장애인 가구의 추가 지출 비용을 감안하여 장애인 가구에 대해서는 별도의 최저생계비를 계측공포하도록 하고
- 이를 통해 추가지출 비용만큼을 가산급여로 책정해 지급함으로써 장애인 가구의 실질적인 최저생계를 보장하도록 함.

##### □ 장애인 차별금지법 제정

- 장애인복지의 기본이념은 장애인의 "완전한 사회참여와 평등"으로, 이를 달성하기 위하여 장애인차별금지법을 제정함.
- 2004년 5월 보건복지부 주최로 장애인차별금지법(안)에 대한 공청회가 개최한 바 있음. 이를 토대로 다양한 의견 수렴 절차를 거쳐 법 제정 준비 단계에 있음.

##### □ 국민들의 인식개선사업 지속 추진

- 일반국민, 학교, 고용에서의 인식개선 및 여성장애인에 대한 인식개선이 필요하며, 이를 위해 지속적인 장애인먼저운동, 장애체험의 확산, 대중홍보매체를 활용한 인식개선 등을 추진함.
- 방송, 체육, 문화 등의 활동에서 장애인의 적극적인 참여 보장

##### □ 장애인보장구의 범위 및 기준액의 현실화

- 전동휠체어 등이 반드시 필요한 장애인이 있음에도 불구하고 고가라는 이유로 급여범위에 제외되어 있으므로, 이를 급여범위에 포함.

- 장애인 보장구 급여지급 기준액을 현실화 하여 보장구 구입에 따른 자부담을 낮추어 줄 필요가 있음.

□ 재활치료와 관련된 급여의 확대

- 언어치료나 작업치료 등을 급여항목에 포함하여 장애인들의 재활을 촉진함으로써 장애인이 독립생활을 증진할 수 있도록 하여야 할 것임.

나. 중장기과제

□ 장애연금 수급권의 확대

- 국민연금 가입 이전에 발생한 질병 또는 부상에 따른 장애일 지라도 가입이후 그 장애의 악화로 인해 수입이 있는 활동에 종사하기가 어렵게 되었다면 일정한 최소가입기간(예로서, 3년 내지 5년)을 설정하고 이 기준을 충족하면 장애연금 수급권을 취득할 수 있도록 하는 방안을 검토함.

□ 장애기초연금 도입 검토(일본)

- 장애인의 경우 장애로 인해 국민연금에 가입하지 못하는 것이 일반적인 상황이므로, 장애인의 보험료 납입을 전제하지 않는 무기여 장애인 연금제도의 도입을 검토할 필요가 있음.
- 다만, 무기여 연금제도는 국민연금의 전반적인 구조 개선과 연관되어 있으므로 신중한 검토가 필요함



□ 장애수당의 확대 지급 및 장애인연금제도 도입 검토

- 장애수당의 지급대상을 수급자 가구부터 전 등급으로 확대하고, 향후 차상위계층까지 확대 지급
- 장기적으로는 이러한 장애인 수당제도를 장애인 연금제도로 확대 추진