

발 간 등 록 번 호

11-1352000-000160-10



2019 보건복지백서

MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE WHITE BOOK



보건복지부
Ministry of Health and Welfare

발 간 등 록 번 호

11-1352000-000160-10



2019 보건복지백서

MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE WHITE BOOK



보건복지부

Ministry of Health and Welfare

2019년 한 해동안 보건복지부는 ‘포용적 복지국가’ 실현을 목표로 국민이 체감할 수 있는 복지 제도와 인프라를 확충하고, 사회서비스 공급 확대, 바이오헬스 혁신 등으로 일자리를 창출하며 경제성장을 뒷받침하기 위하여 최선을 다하였습니다.

긴급지원 대상을 늘리고, 위기가구 발굴을 지원하며, 부양의무자 기준의 단계적 폐지를 통해 19년 기초생활수급자가 188만명까지 확대되는 등 취약계층의 사회 안전망 강화를 위하여 노력하였습니다.

기초연금을 전년에 비해 20.9% 인상하는 한편, 전국 256개 보건소에 치매안심 센터를 설치하는 등 활기차고 존중받는 노후생활 지원에도 매진하였습니다.

국민이 의료비 부담으로 걱정하지 않도록 하복부 초음파, 두경부 MRI, 2~3인 병실료와 같은 의학적 비급여를 단계적으로 급여화하는 등 건강보험 보장성을 확대하였고, 조사대상 국민 87%가 이를 긍정적으로 평가하였습니다.

국공립 어린이집을 확충하여 공공보육이용률 28.2%를 달성하였으며, ‘포용국가 아동정책’을 수립하는 등 아동에 대한 국가와 사회의 책임을 확대하여 아동 돌봄을 강화하였습니다.

첨단재생바이오법 제정과 신약·혁신형 의료기기 등 신성장 분야에 대한 집중 지원과 규제혁신 등을 통해 바이오헬스 산업을 국가 전략산업으로 육성해왔습니다.

건강과 안전, 의료의 질에 대한 투자 확대에 따라 전체 보건의료분야 일자리는 '19년 4만 7천여 개 증가하였고, 보육·돌봄·여가 분야 등 사회서비스 일자리도 9만 3천여 개 확충하였습니다.

그간의 노력에도 불구하고 아직 남은 과제가 적지 않습니다. 앞으로도 취약계층이 최소한의 기본생활을 누리도록 소득지원을 강화하고, 일자리 확충과 근로유인 강화로 ‘일을 통한 빈곤 탈출’을 적극적으로 지원하겠습니다.

코로나19 확산 등 감염병 위기 상황 안정화를 위해 총력 대응하고, 안정화 이후에 대응 과정에서 확인된 미비점을 보완하는 등 감염병 위기 대응체계를 고도화 하겠습니다.

어르신들의 품위 있는 삶과 안정적인 노후 생활을 위해 노인 소득보장과 돌봄을 강화하고, 아동 양육·돌봄 확충 등 아이 키우기 좋은 환경을 조성하는 한편, 아동보호의 공공성도 강화하겠습니다.

D.N.A.(DATA, NETWORK, AI) 기술을 기반으로 제약·바이오, 첨단재생의료 등 바이오헬스 유망분야의 혁신을 가속화하여 가시적 성과를 창출하고, 4차 산업혁명의 핵심기술을 돌봄·복지서비스에 접목해 서비스 품질과 효과성을 높이겠습니다.

전대미문의 코로나 19 감염병 사태를 겪으면서 개인, 지역공동체, 국가의 역할과 기능에 대한 근본적인 질문이 많아지고 있습니다. 포용적 복지 내실화와 사회구조 변화에 대한 역량 강화 등 보건복지부의 고민도 깊어지고 있습니다.

「2019 보건복지백서」는 보건복지부가 ‘국민이 행복한 포용적 복지국가’ 실현을 위하여 묵묵히 지나온 발자취입니다. 본 백서가 부족하나마 불확실한 미래를 헤쳐 나갈 나침반 역할을 할 수 있기를 기대합니다.

2020년 9월

보건복지부장관

백승우



성과개요

2019 보건복지 주요성과

제1부

2019년 보건복지부 정책 개요

제1장 보건복지정책 환경 및 과제

제1절 정책 환경	2
제2절 보건복지정책의 비전 및 과제	8

제2부

부문별 보건복지정책

제1장 국민기초생활보장

제1절 국민기초생활보장제도	14
I. 개요	14
II. 기초생활보장 강화(부양의무자 기준 단계적 완화)	19
제2절 기초의료보장제도	24
I. 개요	24
II. 의료급여제도의 개선	35
제3절 자활지원사업	42
I. 개요	42
II. 자활지원사업의 개선	43
제4절 긴급복지지원제도	57
I. 개요	57
II. 긴급복지지원제도의 강화	62
제5절 노숙인 등 복지지원사업	64
I. 개요	64
II. 노숙인 등 보호 및 지원	64

제6절	농어촌 주민의 보건복지 증진	69
I.	개요	69
II.	농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 대책 추진	70
제7절	사회보장정보시스템	73
I.	개요	73
II.	사회보장정보시스템(행복e음) 구축 내용	75
III.	사회보장정보시스템(행복e음) 운영 현황 및 성과	77
IV.	사회보장정보시스템(법정부) 구축	82
V.	향후 계획	89
제8절	복지사업의 표준화	90
I.	개요	90
II.	기준 표준화의 내용과 절차	92
III.	추진 성과	94
IV.	건강보험료 판정기준	96
V.	향후 계획	97
제9절	지역사회복지의 활성화	98
I.	지역사회보장계획 수립 및 지역사회보장협의체 구성	98
II.	사회복지전달체계 개편	103
III.	지방자치단체 복지평가	112

제2장 사회정책 총괄 · 조정 기능 강화

제1절	사회보장체계 구축 및 지원	116
I.	사회보장위원회 운영	116
II.	사회보장기본계획	121
III.	중장기 사회보장 재정추계	126
IV.	사회복지지출 산출	129
V.	사회보장지표의 조사 · 분석 및 관리	132

제2절 사회보장제도의 협의·조정	136
I. 신설·변경되는 사회보장제도 협의·조정	136
II. 사회보장 협의·조정 제도 개선	140
제3절 사회보장제도 평가	143
I. 사회보장제도 평가	143
II. 사회보장 시행계획 추진실적 평가	145

제3장 사회서비스

제1절 사회서비스 정책	148
I. 개요	148
II. 사회서비스 활성화 대책 추진	150
III. 사회서비스 일자리정책	157
IV. 지역자율형 사회서비스 투자사업	160
제2절 민간복지자원 육성 및 나눔문화 활성화	164
I. 사회복지공동모금회 지원	164
II. 사회복지분야 자원봉사 활성화	166
III. 기부식품등 제공사업 활성화	170
IV. 사회복지무요원 직무교육	173
V. 나눔문화 확산	177
VI. 의사상자 예우	183
VII. 사회서비스원 운영	185
제3절 장애인복지정책	187
I. 개요	187
II. 장애인 차별해소 및 사회참여	199
III. 장애인 소득보장	208
IV. 장애인 경제활동 지원	211
V. 장애인복지 인프라 확충	215

제4장 저출산·고령사회 대응정책

제1절 저출산·고령사회 대책	224
I. 저출산·고령사회 기본계획	224
II. 저출산 대응 인구정책	230
III. 고령친화산업 육성	233
제2절 모성과 어린이 건강증진정책	239
I. 개요	239
II. 영유아 사전·예방적 건강관리	240
III. 모성 건강관리 강화	242
IV. 출산·양육부담 경감	248
제3절 아동복지정책	249
I. 개요	249
II. 아동의 권리와 참여 증진	251
III. 아동복지체계 확충	254
IV. 아동학대 예방 및 아동안전 강화	269
제4절 노인복지정책	280
I. 개요	280
II. 노인 사회활동 참여	284
III. 안전한 노후 생활	289
IV. 편안한 노후 생활	294
V. 노인장기요양보험제도	300
VI. 건강한 노후 생활	306
VII. 장사제도 및 경로우대제도	307
제5절 보육정책	313
I. 개요	313
II. 보육비용 지원 확대를 통한 부모 육아부담 경감	316
III. 보육서비스 인프라 확충	320

IV. 부모와 영유아의 특성에 따른 맞춤형 보육서비스 강화	323
V. 보육서비스의 질 제고	327
VI. 효율적인 보육지원체계 구축	335

제5장 연금제도

제1절 국민연금 운영	340
I. 개요	340
II. 가입대상	341
III. 연금보험료 부과	343
IV. 연금급여 지급	344
V. 사회보장협정	351
제2절 국민연금기금 운용	355
I. 개요	355
II. 국민연금기금 투자 정책	358
III. 국민연금기금 관리·운용 현황	362
IV. 국민연금기금의 주요 정책 과제	367
제3절 기초연금제도의 정착	370
I. 도입 배경 및 필요성	370
II. 운영 현황 및 성과	371
III. 기초연금제도의 내실화	372
제4절 국민연금과 직역연금 간 연계제도	374
I. 개요	374
II. 제도개선 내용	378
III. 운영 실적	381
제5절 국민연금제도의 발전 방향	383
I. 국민연금제도의 내실화	383
II. 제4차 국민연금 재정계산	384

제6장 보건의료정책

제1절 보건의료정책	388
I. 개요	388
II. 의료의 질 관리	389
III. 의료소비자 권익 강화	404
IV. 의료-ICT 융합서비스 도입	421
제2절 의료자원정책	432
I. 의료자원의 합리적 육성	432
II. 보건의료인 국가시험·면허제도 적정 관리	441
III. 보건의료자원 신고 일원화	445
제3절 의약품 정책	447
I. 의약품 정책의 기본 방향	447
II. 적정하고 합리적인 의약품 사용	448
III. 의약품 등의 공급·유통 체계 개선	451
제4절 공공보건의료정책	457
I. 수요자 중심 공공의료체계 구축	457
II. 지역보건의료계획 수립 및 시행	472
III. 지역보건의료기관 현대화 추진	479
IV. 보건기관 정보화 추진	482
V. 공중보건 의사 제도 운영	484
제5절 감염성질환 등 관리	488
I. 개요	488
II. 감염병 감시	491
III. 예방접종 관리	503
IV. 결핵 관리	525
V. 후천성면역결핍증 및 성매개감염병 관리	531
VI. 검역 관리	537

제6절 비감염성질환 관리	548
I. 개요	548
II. 비감염성질환의 특성	548
III. 심·뇌혈관질환 관리	549
IV. 아토피·천식 예방 관리	557
V. 희귀질환 관리	560
제7절 암질환 관리	569
I. 개요	569
II. 국가 암 관리사업 현황	570
III. 국립암센터 운영 지원	586
제8절 응급의료정책	590
I. 개요	590
II. 응급의료계획 수립 및 추진	593
III. 대국민 응급의료 현장 서비스 강화	596
IV. 응급의료 이송체계 구축	597
V. 응급의료기관 평가 및 육성	598
VI. 중증외상전문진료체계 구축	604
VII. 국가재난의료체계 육성	606
제9절 생명윤리정책	608
I. 개요	608
II. 연명의료	609
III. 장기 및 인체조직	615
IV. 혈액안전관리	619

제7장 건강보험

제1절 건강보험제도 운영	624
I. 개요	624
II. 건강보험료 부과체계 개편	630
III. 건강보험료 부과·징수제도 운영	637

IV. 건강보험의 재정 안정	646
V. 건강보험 관리조직 운영	650
제2절 건강보험 급여 체계	654
I. 건강보험 보장성 확대 추진	654
II. 건강보험 수가 관리	670
III. 건강보험 정보화사업	677
제3절 건강보험 약제 관리 체계	679
I. 건강보험 약가제도 운영	679
II. 건강보험 약제 사용량 관리	686
III. 보험약제 사후 관리	688
제4절 건강보험급여 사후 관리	691
I. 건강보험 부당청구 관리	691
II. 건강보험급여 적정성 평가	695
III. 치료재료 가격 사후 관리	698
IV. 건강보험 심판청구	701

제8장 국민건강 증진정책

제1절 건강 생활 실천	706
I. 지역사회 통합건강증진사업	706
II. 국가 금연지원서비스 확대 및 담배규제정책 강화	711
III. 국민영양관리	723
IV. 국민건강영양조사 등 기초 연구	739
V. 질병의 조기 예방을 위한 건강검진 강화	745
VI. 일차의료 중심 만성질환관리 사업 통합	752
VII. 공중위생관리	755
제2절 구강건강 증진	761
I. 개요	761
II. 구강보건정책	763

III. 구강보건사업	766
IV. 치의학 의료기술 연구개발(R&D)	768
제3절 정신건강	769
I. 개요	769
II. 국민 정신건강복지를 위한 법·시스템 개선	770
III. 지역사회 정신건강서비스 인프라 확충	771
IV. 정신질환자 치료·요양 등 서비스 개선	775
V. 정신질환 인식 개선 및 권익 증진	777
VI. 국민정신건강 문제 개입 강화	778
VII. 자살 예방 및 생명존중문화 조성	780

제9장 보건산업정책

제1절 보건산업 육성	786
I. 개요	786
II. 제약산업 육성	791
III. 의료기기산업 육성	795
IV. 화장품산업 육성	799
제2절 미래의료기반 강화	803
I. 보건의료기술 연구개발(R&D)	803
II. 정밀의료 기술개발	810
III. 재생의료산업 육성	814
제3절 바이오헬스 생태계 조성	818
I. 연구중심병원 육성	818
II. 첨단의료복합단지 조성	821
III. 바이오헬스 분야 기술사업화 지원	825
제4절 의료 해외 진출 및 외국인환자 유치	829
I. 개요	829
II. 의료 해외 진출	831
III. 외국인환자 유치	840

제10장 한의약정책

제1절 한의약정책의 비전	850
제2절 한의약정책	851
I. 개요	851
II. 한의약 육성 추진	852
III. 한의약 자원 및 제도	854
IV. 한의약 보장성 강화 및 공공보건 확산	857
V. 한의약의 세계화 추진	861
제3절 한의약산업정책	865
I. 개요	865
II. 한의약 연구개발사업(R&D) 지원	867
III. 한의약 해외환자 유치	875
IV. 한의약산업 육성을 위한 기반구축사업	878
V. 한약재수급조절제도 운영	883

제11장 정책지원

제1절 주요 업무 평가	886
I. 평가 개요	886
II. 평가 결과	887
III. 환류	887
제2절 규제 개혁	888
I. 추진 방향	888
II. 규제 개혁 추진 현황	889
제3절 주요 정책 홍보 관리	895
I. 정책 홍보 방향	895
II. 주요 정책 홍보 추진 현황 및 분석	897

제4절 보건복지통계 생산·관리	903
I. 국가승인통계 생산·관리	903
II. 국제기구통계 생산·관리	906
제5절 정보화 추진	907
I. 사회복지 분야 정보화	907
II. 사회보험분야 정보화	920
III. 보건의료분야 정보화	928
IV. 보건복지행정 분야 정보화	935
V. 보건복지 공공데이터 및 빅데이터 분야	940
제6절 보건복지상담센터의 운영	943
I. 설치·운영 배경	943
II. 운영 체계	944
III. 추진 실적 및 계획	947
제7절 국제 협력의 증진	951
I. 국제협력사업	951
제8절 통상 협력의 증진	960
I. 국제 통상 개요	960
II. 다자 협상 현황	962
III. 자유무역협정(FTA) 현황	964
제9절 보건복지 분야 인재 양성	968
I. 현황	968
II. 보건복지 분야 교육 방향	969
III. 보건복지 인재 양성 실적	970
IV. 주요 분야별 교육 현황	971
V. 연구 및 교재 개발	978
VI. 주요 성과	979

제3부

부 록

제10절 보건복지분야 양성평등(Gender Equality) 실현	981
I. 개요	981
II. 보건복지부 성주류화 제도 운영	982
III. 성희롱·성폭력 방지조치	988

제1장 조직·기능 및 정원 현황

I. 2019년도 조직의 변천	992
II. 역대 장·차관 명단	993
III. 보건복지부 기구 도표('19. 12.)	998
IV. 부서별 기능	1000
V. 정원 현황	1001

제2장 2019년도 예산 현황

I. 2019년도 예산 개요	1002
II. 분야별 예산 내역	1003

제3장 소관법령 현황

I. 법률(100개)	1004
II. 대통령령(103개)	1008
III. 부령(119개)	1012

제4장 산하 공공기관 현황

I. 준정부기관(9개소)	1017
II. 기타 공공기관(16개소)	1018

표 목차

표 2-1-1 2019년도 기준 중위소득 및 급여별 수급자 선정기준	16
표 2-1-2 의료급여수급자의 본인부담 비용	17
표 2-1-3 임차가구의 최저보장수준	17
표 2-1-4 자가가구의 최저보장수준	18
표 2-1-5 교육급여 지급 현황	18
표 2-1-6 2019년도 의료급여 종별 대상자 및 선정 기준	29
표 2-1-7 의료급여 진료비 부담 기준	30
표 2-1-8 의료급여의 요양기관 종별 가산율	31
표 2-1-9 의료급여기금의 국고보조금 및 지방비출연금	32
표 2-1-10 고위험군 1인당 전체 요구(건강) 점수 측정 결과(2019년)	34
표 2-1-11 최근 3년간 사례관리 재정 절감 효과	34
표 2-1-12 연도별 의료급여 수급권자 수 추이	35
표 2-1-13 연도별 의료급여 총진료비 지급 추이	36
표 2-1-14 의료급여 예산 현황	37
표 2-1-15 65세 이상 수급권자 수 및 진료비 현황	41
표 2-1-16 자활사업 유형별 참여 현황	45
표 2-1-17 자활기업 현황	48
표 2-1-18 시·도별 광역 및 지역자활센터 현황	50
표 2-1-19 희망키움통장Ⅰ 지원 내용(2019년 기준 중위소득 기준)	52
표 2-1-20 긴급 지원의 내용 및 기간(2019년 기준)	61
표 2-1-21 긴급복지지원 현황	62
표 2-1-22 연도별 노숙인 및 쪽방주민 현황	65
표 2-1-23 시도별 노숙인 및 쪽방주민 현황	66
표 2-1-24 중앙부처 복지사업(24개 부처 308개 서비스)	84
표 2-1-25 기대 효과	88

표 2-1-26 표준화의 기대효과	92
표 2-1-27 표준화 절차 및 추진체계	94
표 2-1-28 주요 표준화 사항	95
표 2-1-29 2019년 지역사회보장협의체 운영 현황	102
표 2-2-1 사회보장위원회 구성	116
표 2-2-2 2019년 포럼 및 국제학술대회 내역	118
표 2-2-3 2019년 사회보장위원회 개최 현황	118
표 2-2-4 2019년 사회보장위원회 실무위원회 개최 현황	119
표 2-2-5 2019년 사회보장위원회 전문위원회 개최 현황	120
표 2-2-6 제1차 기본계획과 제2차 기본계획 간 비교	122
표 2-2-7 사회보장 재정추계 범위	126
표 2-2-8 추계모형 구축 분야 및 주요 개별 가정	127
표 2-2-9 GDP 대비 분야별 지출 규모('18. 실시)	128
표 2-2-10 GDP 대비 분야별 지출 규모('18. 실시)	128
표 2-2-11 지원형태별 복지지출 규모('18. 실시)	129
표 2-2-12 사회복지지출 현황('15. 기준)	130
표 2-2-13 사회복지지출의 국제비교('15.)	131
표 2-2-14 분야별 공공사회복지지출의 국제비교('15.)	131
표 2-2-15 2019년 사회보장통계 지표 영역	134
표 2-2-16 협의 기준 및 주요 검토항목	137
표 2-2-17 신설·변경되는 사회보장제도 협의 절차	138
표 2-2-18 신설·변경 사회보장제도 협의·조정 현황	139
표 2-2-19 협의 과정에서 컨설팅을 통한 주요 제도 개선 및 보완 사례	141
표 2-2-20 사회보장 분야별 제도평가 추진 계획	144
표 2-3-1 사회서비스 개념	149
표 2-3-2 8대 전자바우처사업 현황	152
표 2-3-3 사업별 개요	152

목차 | CONTENTS

표 2-3-4 2019년 시범사업 7개지역 주요 사업현황	157
표 2-3-5 보건복지형 예비사회적기업 연도별 지정 현황	157
표 2-3-6 지역자율형 사회서비스 투자 사업 내용	162
표 2-3-7 지역자율형 사회서비스 투자 사업 실적 현황	162
표 2-3-8 지역사회서비스 투자사업 표준모델	162
표 2-3-9 희망2020나눔캠페인 모금실적('19. 11. 20 ~ '20. 1. 31.)	165
표 2-3-10 연도별 모금 추이	165
표 2-3-11 2019년 사업 분야별 배분 실적	165
표 2-3-12 사회복지 자원봉사 현황	168
표 2-3-13 시·도별 사회복지 자원봉사 관리센터 현황	168
표 2-3-14 지역사회봉사단 현황	168
표 2-3-15 멘토링 협력 기관 현황('19. 12. 31.)	170
표 2-3-16 기부식품 등 제공사업장 신고·운영 현황	171
표 2-3-17 식품기부 및 제공 실적('12.~'19.)	173
표 2-3-18 보건복지부 소관 사회복지요원 신규 배정 현황	174
표 2-3-19 보건복지 분야 근무 사회복지요원 복무 분야 및 업무	174
표 2-3-20 사회복지교육센터 현황	175
표 2-3-21 보건복지분야 사회복지요원 기본직무교육(기본과정 및 전문화 과정) 현황	175
표 2-3-22 보건복지분야 사회복지요원 심화직무교육 2개 과정 현황	176
표 2-3-23 보건복지 분야 사회복지요원 4대 복무 가치	177
표 2-3-24 연도별 나눔대축제 개요('15.~'19.)	181
표 2-3-25 연도별 의사상자 현황 및 보상금 지급 기준	184
표 2-3-26 연도별 등록 장애인 수	194
표 2-3-27 장애인 관련단체 현황	196
표 2-3-28 편의시설 관련 교육 실적	207
표 2-3-29 편의시설 종류별 설치 현황(2019년도 장애인 편의시설 표본 실태조사 결과) ..	208
표 2-3-30 장애인직업재활시설 운영 현황	212

표 2-3-31	중증장애인 직업재활사업 수행기관 현황	213
표 2-3-32	연도별 중증장애인생산물 우선구매 실적	214
표 2-3-33	장애인보조기기 교부사업 지원 품목	216
표 2-3-34	부처별 장애인보조기기지원사업 현황	217
표 2-3-35	지역장애인보건의료센터 사업내용	219
표 2-3-36	지역사회중심재활사업의 장애인 건강보건관리	220
표 2-3-37	권역재활병원 건립 현황	220
표 2-3-38	장애인복지시설 현황	221
표 2-4-1	인구교육 추진 실적	231
표 2-4-2	지방자치단체 추진 주요 출산장려정책	233
표 2-4-3	고령친화 유망 아이템 컨설팅 지원 성과	237
표 2-4-4	미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 현황	241
표 2-4-5	아동 분야 예산 추이	251
표 2-4-6	지역아동센터 지원사업 연도별 지원개소 및 지원단가	255
표 2-4-7	지역아동센터 기본 프로그램	255
표 2-4-8	지역아동센터 이용 아동 현황	255
표 2-4-9	다함께 돌봄사업 개요	256
표 2-4-10	연도별 아동급식 지원 현황	260
표 2-4-11	아동복지시설 현황	261
표 2-4-12	아동 공동생활가정 현황	262
표 2-4-13	국내·외 입양 현황	262
표 2-4-14	가정위탁보호 현황	264
표 2-4-15	소년소녀가정아동 현황	266
표 2-4-16	연도별 자립지원 대상 아동 현황	267
표 2-4-17	디딤씨앗통장 가입 및 저축 현황	268
표 2-4-18	연도별 지역아동보호전문기관, 학대피해아동쉼터 설치 수	270
표 2-4-19	연도별 아동학대 신고, 판단 건수	273

목차 | CONTENTS

표 2-4-20 연도별 아동학대 신고자 유형	273
표 2-4-21 아동학대 유형별 현황	275
표 2-4-22 연도별 아동학대 행위자 현황	276
표 2-4-23 실종아동 발생 및 복귀 현황(경찰청)	278
표 2-4-24 무연고아동 등 신상카드 D/B 구축 현황(실종아동전문기관)	278
표 2-4-25 아동안전 교육기준(아동복지법 시행령 제28조)	279
표 2-4-26 최근의 노인복지 주요 정책 흐름	280
표 2-4-27 주요 노인보건복지사업	284
표 2-4-28 2019년 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 실적 현황	285
표 2-4-29 2019년 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 유형 및 내용	286
표 2-4-30 노인돌봄기본서비스사업	289
표 2-4-31 응급상황 대응 실적	290
표 2-4-32 연도별 신고 접수 건수	292
표 2-4-33 연도별 노인학대 신고자 유형	293
표 2-4-34 치매노인 현황 및 전망(추계)	294
표 2-4-35 노인돌봄종합서비스 유형별 내용	296
표 2-4-36 노인돌봄종합서비스 이용자 현황	297
표 2-4-37 노인복지시설 종류	297
표 2-4-38 2019년 노인여가복지시설 현황	298
표 2-4-39 2019년 노인주거복지시설 현황	299
표 2-4-40 노인장기요양보험 재정 운용 현황	302
표 2-4-41 최근 10년간 노인장기요양보험료(율) 현황	302
표 2-4-42 장기요양보험 인정 현황	305
표 2-4-43 2019년 노인 개안수술 실적	306
표 2-4-44 건강백세운동교실 연도별 운영 실적('15.~'19.)	307
표 2-4-45 연도별 화장률 추이	309
표 2-4-46 효행자 및 노인복지 기여자 포상 실적	311

표 2-4-47	경로우대시설의 종류와 할인을	312
표 2-4-48	보육정책 연혁	314
표 2-4-49	2019년 영유아 보육료 지원 단가	317
표 2-4-50	연도별 보육료 지원 예산 현황1)	317
표 2-4-51	2019년 보육료 지원 아동 현황(1,359천 명)	317
표 2-4-52	2019년도 양육수당 지원 아동 현황	320
표 2-4-53	연도별 가정양육수당 지원 예산 현황	320
표 2-4-54	어린이집 유형별 시설 수 및 이용 아동 수	320
표 2-4-55	직장어린이집 설치 의무이행 현황	322
표 2-4-56	2019년 어린이집 지원 예산 현황	323
표 2-4-57	2019년 정부 인건비 지원 어린이집 현황	324
표 2-4-58	평가(인증) 현황	329
표 2-4-59	원장 및 보육교사 자격증 발급 현황	331
표 2-4-60	보육교직원 보수교육 실시 현황	332
표 2-4-61	보육교직원 보수교육 종류 및 대상자	332
표 2-5-1	국민연금 가입 현황	342
표 2-5-2	국민연금 기준 소득월액 상·하한액 변동 추이	343
표 2-5-3	국민연금보험료 징수율 추이	344
표 2-5-4	납부예외자 추이	344
표 2-5-5	연도별 노령연금 월평균 지급액	346
표 2-5-6	연도별 급여종별 지급 실적	348
표 2-5-7	2019년도 소득 수준 및 가입 기간별 노령연금급여액 추계(예)	349
표 2-5-8	2019년도 연금월액 현황	350
표 2-5-9	부양가족 연금액 조정 현황	351
표 2-5-10	사회보장협정에 의한 보험료 면제 성과(누계)	353
표 2-5-11	사회보장협정을 통한 상대국 연금 수급 현황	353
표 2-5-12	연도별 조성 및 지출 내역	356

표 2-5-13 국민연금 중기 자산 배분 및 2019년도 기금운용계획안 개요	360
표 2-5-14 국민연금 해외투자 규모 및 비중	361
표 2-5-15 국민연금기금 요약 [재정상태표]	363
표 2-5-16 부문별 투자 금액과 비중(시가 기준)	363
표 2-5-17 국민연금기금 수익률 및 수익금	364
표 2-5-18 벤치마크* 대비 수익률 : 금융 부문	365
표 2-5-19 국민연금기금 위탁운용 금액 및 비중 추이	366
표 2-5-20 국민연금 주식의결권 행사 내역	366
표 2-5-21 연계 신청자 및 수급자 현황	382
표 2-5-22 연계 신청자 이동 현황	382
표 2-5-23 제3차 및 제4차 국민연금 장기 재정 추계 결과 비교	386
표 2-6-1 인증 등급 및 인증 기간(3주기 급성기병원)	392
표 2-6-2 소재지별 인증 현황 누계	394
표 2-6-3 보고자 및 의료기관 종별 보고 건수	398
표 2-6-4 전문병원 지정 분야	401
표 2-6-5 전문병원 지정 분야별 기관수 현황	402
표 2-6-6 의료분쟁 상담 현황('19.)	409
표 2-6-7 조정·중재 신청 현황('19.)	409
표 2-6-8 진료 과목별 조정·중재 신청 현황('19.)	409
표 2-6-9 지역별 조정·중재 신청 현황('19.)	410
표 2-6-10 조정·중재 처리현황('19.)	410
표 2-6-11 2007년~2019년 신의료기술평가 신청 및 처리 현황	416
표 2-6-12 제한적 의료기술 실시 현황	417
표 2-6-13 제한적 의료기술 실시 현황[국고미지원]	418
표 2-6-14 혁신의료기술 대상 심의 기준	419
표 2-6-15 혁신의료기술 잠재가치평가 기준	420
표 2-6-16 그간 시범사업 추진 경과	422

표 2-6-17 진료정보교류표준고시	427
표 2-6-18 보건의료 용어표준 개정(3차 개정)	430
표 2-6-19 보건의료 관계 인력의 양성 기관 및 2019년 입학 정원	432
표 2-6-20 연도별 의료관계 인력 면허 등록 상황	433
표 2-6-21 보건의료 인력 국제 비교	434
표 2-6-22 취업 형태별 의사 수(한의사 제외)	435
표 2-6-23 연도별 전문의 현황	436
표 2-6-24 연도별 치과의사전문의 현황	437
표 2-6-25 2019년 의료인 면허 신고 현황	440
표 2-6-26 2019년 의료기사 등 면허 신고·접수 현황	440
표 2-6-27 보건의료인 국가시험 시행근거법령 및 시험 종목	441
표 2-6-28 보건의료인 국가시험 시행 현황(2019)	442
표 2-6-29 DUR 시스템 설치 기관 현황	448
표 2-6-30 DUR 점검대상 의약품 현황	449
표 2-6-31 DUR 점검 현황	450
표 2-6-32 리베이트 쌍벌제의 주요 내용	452
표 2-6-33 2019년도 의약품유통정보 제공 실적	454
표 2-6-34 공공보건의료정책 연혁	458
표 2-6-35 공공보건의료기관 현황('19. 12.)	460
표 2-6-36 기능 및 관할 지역에 따른 공공병원 분류	460
표 2-6-37 연도별 지원 현황	470
표 2-6-38 지역보건의료계획 및 시행 결과 수립 주기	476
표 2-6-39 지역보건의료계획과 지역보건의료계획 시행 계획·시행 결과의 비교	478
표 2-6-40 보건소 등 설치 기준	480
표 2-6-41 보건소 등 설치 현황	480
표 2-6-42 도시보건지소 및 건강생활지원센터 연도별 지원 현황(국고 지원 기준)	481
표 2-6-43 공중보건 의사 연도별·종별 신규 배출 현황	486

표 2-6-44	공중보건 의사 기관종별 배치 현황	487
표 2-6-45	감염성질환 출현 및 재출현 요인	488
표 2-6-46	법정감염병 환자 발생 신고 현황(1970년~2019년)	493
표 2-6-47	최근 10년간 법정감염병 환자 발생 신고 현황(2010년~2019년)	494
표 2-6-48	2012년 의료관련감염병 발생 현황('12. 1. 1.~9. 29.)	498
표 2-6-49	2012년 10월~2019년 의료관련감염병 분리율 현황	498
표 2-6-50	표본감시감염병 연도별 보고 현황(2010년~2019년)	500
표 2-6-51	최근 3년간 주요 접종별 보고 실적	504
표 2-6-52	위탁의료기관 '국가예방접종 지원사업' 추진 실적	505
표 2-6-53	연도별 초등학교 입학생 예방접종 완료 현황	506
표 2-6-54	중학교 입학생 예방접종 완료 현황	507
표 2-6-55	B형간염 주산기감염 예방사업 신규 등록자 수	508
표 2-6-56	2013년~2019년 어르신 폐렴구균 예방접종 실시 현황	508
표 2-6-57	2019~2020절기 어르신 인플루엔자 예방접종 실적	510
표 2-6-58	2019~2020절기 어린이 인플루엔자 예방접종 실적	510
표 2-6-59	2019~2020절기 임신부 인플루엔자 예방접종 실적	510
표 2-6-60	2019년 예방접종전문위원회 주요 회의 안건	511
표 2-6-61	최근 5년간 연도별 예방접종 피해에 대한 국가 보상 현황	512
표 2-6-62	예방접종 주요 서비스 현황	513
표 2-6-63	오프라인 과정 운영 현황	516
표 2-6-64	온라인 과정 운영 현황	516
표 2-6-65	연도별 홍역환자 수와 감염원 분류 현황	519
표 2-6-66	연도별 풍진환자 수와 감염원 분류 현황	519
표 2-6-67	제2군 감염병 발생 현황(2002년~2019년)1)	520
표 2-6-68	신고 결핵 신환자 추이	527
표 2-6-69	결핵 사망률 추이	527
표 2-6-70	결핵 역학조사 추이	528

표 2-6-71 HIV 감염 내국인 신고 현황	532
표 2-6-72 에이즈에 대한 태도와 콘돔 사용률	532
표 2-6-73 검진상담소의 검진 및 상담 실적	533
표 2-6-74 에이즈 감염인 지원사업 및 외국인 에이즈 예방지원사업 개요	534
표 2-6-75 성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단 대상자	535
표 2-6-76 성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단 대상자 검진 실적 추이	536
표 2-6-77 성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단 대상자 질병별 검진 실적 · 감염 건수 · 양성률 추이	536
표 2-6-78 전국 검역소 현황	538
표 2-6-79 2019년 병원체 검출 현황	542
표 2-6-80 성별 허혈성심장질환 사망률	551
표 2-6-81 성별 협심증 또는 심근경색증 유병률1)	551
표 2-6-82 성별 뇌혈관질환 사망률	551
표 2-6-83 성별 뇌졸중 유병률1)	552
표 2-6-84 성별 고혈압성 질환 사망률	552
표 2-6-85 성별 · 연령별 고혈압 유병률1)	552
표 2-6-86 성별 당뇨병 사망률	553
표 2-6-87 성별 · 연령별 당뇨병 유병률1)	553
표 2-6-88 연도별 의료비 지원 현황	561
표 2-6-89 의료비 지원 내용	563
표 2-6-90 희귀질환 권역별 거점센터	563
표 2-6-91 희귀질환 유전자진단지원사업 대상 질환 (2019년 말 기준)	564
표 2-6-92 우리나라 주요 암종 발생자 수 및 발생분율(2017년)	576
표 2-6-93 5년 암 순 생존율1) 국제 비교	576
표 2-6-94 최근 5년간(2013년~2017년) 우리나라 암 발생 현황	577
표 2-6-95 2019년 국가암검진사업 개요	579
표 2-6-96 6대 암 검진 프로그램	579

목차 | CONTENTS

표 2-6-97 국가암검진사업 현황	580
표 2-6-98 2019년 서비스 유형별 시범사업 기관 현황	582
표 2-6-99 연도별 호스피스 전문기관 지정 현황 및 이용률	582
표 2-6-100 국제암연구소 회원국 현황(2019년)	584
표 2-6-101 연도별 암연구개발사업 실적	588
표 2-6-102 응급의료기관 구성 체계	592
표 2-6-103 응급의료기관 평가대상 기관 현황	599
표 2-6-104 응급의료기관 평가 결과에 따른 국고 지원액	599
표 2-6-105 응급의료 취약지 지원사업 연도별 지원 현황	603
표 2-6-106 연명의료중단등결정에 관한 환자 의사 확인방법	611
표 2-7-1 사보험과 사회보험의 특성	624
표 2-7-2 의료보장 적용 현황	626
표 2-7-3 재원 조달 체계	628
표 2-7-4 보험급여 체계	629
표 2-7-5 피부양자 요건	630
표 2-7-6 개편 전 보험료 부과체계	631
표 2-7-7 지역가입자 보험료 부과요소	631
표 2-7-8 보험료 하한액	633
표 2-7-9 지역가입자 재산 보험료 변동	634
표 2-7-10 지역가입자 자동차 보험료 변동	634
표 2-7-11 피부양자 재산요건 변동	635
표 2-7-12 소득월액보험료	636
표 2-7-13 보험료 상한액	637
표 2-7-14 지역가입자 보험료 부과체계	638
표 2-7-15 직장가입자 보험료 부과체계	638
표 2-7-16 직장가입자 보험료율 현황	639
표 2-7-17 연도별 평균 보험료 현황	640

표 2-7-18 연도별 건강보험 재정 현황	648
표 2-7-19 연도별 국고 지원 현황	649
표 2-7-20 2014년 상한제 적용 결과	655
표 2-7-21 의료수가 합의 과정과 환산지수의 변동 상황	672
표 2-7-22 총 진료비 중 연도별 약품비 증가 현황	679
표 2-7-23 약가 재평가에 의한 상한 금액 인하 현황	682
표 2-7-24 기등재 의약품 연도별 평가 대상	683
표 2-7-25 약품비 절감 및 인센티브 지급 현황	686
표 2-7-26 반기별 처방조제 장려금 지급 현황	687
표 2-7-27 연도별 실거래가에 의한 약가 인하 현황	689
표 2-7-28 요양기관 현지조사 현황(총괄)	692
표 2-7-29 거짓 청구 요양기관 명단 공표 현황	693
표 2-7-30 요양급여의 적정성 평가 현황	696
표 2-7-31 최근 5년간(2015~2019) 치료재료 실거래가 현지조사 현황	699
표 2-7-32 치료재료 원가조사 현황	700
표 2-7-33 치료재료 재평가 현황	700
표 2-7-34 연도별 심판청구 접수 및 처리 현황	704
표 2-8-1 지역사회 통합건강증진사업 분야	709
표 2-8-2 15세 이상 인구의 흡연율 국제 비교	711
표 2-8-3 그간의 국가 금연정책에 따른 흡연율 변화 추이	712
표 2-8-4 담배 규제 및 금연지원정책 현황	712
표 2-8-5 국민건강증진법령 주요 개정 사항('12. 12. 8. 시행)	716
표 2-8-6 2014년 vs 2019년 금연사업 예산 현황	719
표 2-8-7 보건소 금연클리닉 등록자 수 및 6개월 금연 성공률	720
표 2-8-8 국민 영양 관리 추진 전략 및 세부 추진 과제	725
표 2-8-9 사업 대상 우선순위	728
표 2-8-10 식품패키지별 구성 및 제공량(1인 1일 환산치)	729

목차 | CONTENTS

표 2-8-11 영양플러스사업 추진 경과	730
표 2-8-12 영양플러스사업 대상자 수	731
표 2-8-13 영양플러스사업 수혜 대상자의 영양 상태 개선 효과	731
표 2-8-14 사업 추진 경과	735
표 2-8-15 2019년 사업 효과평가 주요 결과	735
표 2-8-16 국가 비만예방관리 종합대책('18.~'22.) 추진 전략 및 세부 추진 과제	737
표 2-8-17 조사 개편 사항	740
표 2-8-18 국민건강영양조사 내용 및 방법	742
표 2-8-19 영유아 건강검진 항목	750
표 2-8-20 공중위생 영업소 현황	757
표 2-8-21 한국 12세 우식경험영구치아 수 변화	762
표 2-8-22 주요 OECD 국가의 우식 경험 영구치아 수 (12세)	762
표 2-8-23 다빈도 질병 순위별 현황(외래)	763
표 2-8-24 치과의료기관 및 구강보건의료인력 현황	764
표 2-8-25 치과의사전문의 배출 현황	765
표 2-8-26 구강보건 인프라 구축 현황(국비 지원시설)	766
표 2-8-27 정신보건 관련시설 현황	776
표 2-8-28 사망 원인 순위 추이(2011년~2018년)	781
표 2-8-29 연령별 3대 사망 원인 구성비 및 사망률(2018년)	782
표 2-9-1 보건산업 세계 시장 규모	787
표 2-9-2 보건산업 국내 시장 규모	787
표 2-9-3 세계 바이오의약품 시장 현황	793
표 2-9-4 연도별 화장품 수출입 실적	800
표 2-9-5 2019 보건의료연구개발사업 지원 분야	804
표 2-9-6 보건의료연구개발사업 국내외 논문 게재 현황	808
표 2-9-7 보건의료연구개발사업 국내외 특허 출원 및 등록 현황	808
표 2-9-8 신약 제품화 완료 현황	809

표 2-9-9	선진국의 재생의료산업 육성 투자 현황	815
표 2-9-10	국내 줄기세포치료제 제품화	816
표 2-9-11	국내외 병원 구조 비교	818
표 2-9-12	2019 연구중심병원 지정 현황 및 중점 연구 분야	819
표 2-9-13	2019년 보건의료 TLO 설치 기관 현황(60개 기관)	826
표 2-9-14	보건의료 TLO 기술 이전 현황	828
표 2-9-15	2019년 주요 정부간 협약 체결사항	832
표 2-9-16	K-Bio 신성장 펀드 조성 현황	835
표 2-9-17	2019년 재외공관사업	835
표 2-9-18	등록 유치기관 추이	841
표 2-9-19	국가별 나눔의료 참여 현황(2011년~2019년)	842
표 2-9-20	수도권 외국인환자 유치 비중(%)	843
표 2-9-21	연도별 선정 지역 및 지원금액	844
표 2-9-22	의료통역능력 검정시험 합격자 현황	847
표 2-9-23	러시아, 몽골환자 유치 현황	847
표 2-9-24	외국의료인 연수 현황	848
표 2-10-1	제3차 종합계획 목표별 추진 과제	853
표 2-10-2	한의학 관련 인력 현황	854
표 2-10-3	한의학 업소 현황	855
표 2-10-4	한의학 선도기술개발사업의 성과지표	869
표 2-10-5	한의학 R&D 예산 현황	870
표 2-10-6	2019년 한의학 선도기술개발사업 세부 사업별 사업내용	871
표 2-10-7	2019년 양·한방융합기반기술개발사업 세부 사업별 사업내용	872
표 2-10-8	2019년 한의기반융합기술개발사업 세부 사업별 사업내용	872
표 2-10-9	2020년 한의학 혁신기술개발사업 세부 사업별 사업내용	873
표 2-10-10	한의학 선도기술개발사업 주요 성과	874
표 2-10-11	한약 공공인프라 추진 현황	880

목차 | CONTENTS

표 2-10-12	한약재 유통지원시설 현황	882
표 2-10-13	한약재유통지원시설 시설 이용률('18.10월~'19.9월)	883
표 2-11-1	기준규제 정비목록	890
표 2-11-2	규제개혁 주요 추진 내용	891
표 2-11-3	정책 추진 단계별 대변인실 지원 현황	896
표 2-11-4	2019년 보건복지부 SNS 채널 운영 현황	900
표 2-11-5	디지털소통팀 제작 콘텐츠 유형	901
표 2-11-6	2019년 보건복지부 국가승인통계 현황	903
표 2-11-7	주요 책자 발간 현황	905
표 2-11-8	데이터마이닝 운영 모델	932
표 2-11-9	2019년도 의약품유통정보 제공 실적	932
표 2-11-10	개인정보통합관리센터 관제 대상기관 및 관제 시스템	938
표 2-11-11	연도별 공공데이터 개방 건수	941
표 2-11-12	상담 그룹별 주요 상담 내용	944
표 2-11-13	연도별 전화상담 현황	947
표 2-11-14	우리나라의 세계보건기구 의무분담금 현황	953
표 2-11-15	자유무역협정(FTA) 체결 현황	964
표 2-11-16	2019년도 보건복지 분야 인재 양성 현황	970
표 2-11-17	보건복지부 교육 현황	971
표 2-11-18	사회복지 분야 교육 현황	972
표 2-11-19	보건의료 분야 교육 현황	973
표 2-11-20	사이버 모바일 분야 교육 현황	974
표 2-11-21	보건산업 분야 인재 양성 현황	975
표 2-11-22	보건복지부 소관 사회복지 분야 사회복지무원 배정 현황	976
표 2-11-23	사회복지무원 직무교육 현황	976
표 2-11-24	외국인 교육사업 현황	977
표 2-11-25	2019년 아동안전사고 예방 교육 현황	978

표 2-11-26	2019년 주요 연구 및 교재 개발	978
표 2-11-27	성인지예산서 상 보건복지부의 성평등 목표	982
표 2-11-28	2019년도 보건복지부 성인지예산서 작성현황	983
표 2-11-29	보건복지부 사업에 대한 성별영향평가 운영현황(2016-2019)	985
표 2-11-30	보건복지부 성평등 (실행)목표	985
표 2-11-31	제2차 양성평등정책기본계획 시행계획에 따른 보건복지부 정책과제(2019) ...	986

그림 목차

그림 1-1-1 보건복지정책 분야의 위기와 기회	2
그림 1-1-2 경제 성장률 추이	3
그림 1-1-3 지니계수 및 소득5분위배율 추이	4
그림 1-1-4 상대적 빈곤율 추이	4
그림 1-1-5 중위소득 부근 인구비중	5
그림 1-1-6 가계신용 추이	5
그림 1-1-7 고령화율 및 생산가능인구 추계	6
그림 1-1-8 노년부양비와 유소년부양비	7
그림 1-1-9 보건복지부 주요업무 추진계획	10
그림 2-1-1 빈곤층 소득보장제도 현황 및 개선방향	20
그림 2-1-2 3차 사회안전망 개념	21
그림 2-1-3 부양의무자 기준 단계적 완화 기대효과	23
그림 2-1-4 사회보장체계와 의료급여사업	24
그림 2-1-5 의료급여 진료 절차 체계도	31
그림 2-1-6 기금 조성 및 운용 체계	32
그림 2-1-7 재가 의료급여 사업 흐름도	41
그림 2-1-8 자활사업 단계별 추진체계	45
그림 2-1-9 자활사업 참여현황 및 자활성공률	55
그림 2-1-10 긴급지원의 체계	61
그림 2-1-11 개인별·가구별 통합시스템	75
그림 2-1-12 공적자료 연계 확대	76
그림 2-1-13 복지급여 지급 절차 개선	79
그림 2-1-14 복지급여·서비스 신청 방법 개선	80
그림 2-1-15 업무처리지원 흐름도	85
그림 2-1-16 복지지킴이 흐름도	87

그림 2-1-17 복지사업 정보 관리	87
그림 2-1-18 기준 표준화 원리(예시)	91
그림 2-1-19 지역사회보장협의체 구성도	101
그림 2-2-1 제3기 위원회 조직도	117
그림 2-2-2 제2차 사회보장기본계획('19.~'23.) 비전 및 전략 체계도	124
그림 2-2-3 사회보장통계 관리 체계	133
그림 2-2-4 협의 미성립 시 조정 절차	138
그림 2-3-1 포괄보조 통합에 따른 내역사업별 통합 예산 운영	161
그림 2-3-2 기부식품 등 제공사업 추진 체계	171
그림 2-3-3 보건복지 분야 사회복무요원 캐릭터 '하비'	176
그림 2-3-4 나눔 현황	179
그림 2-3-5 사회서비스원 국공립시설 운영 체계	186
그림 2-3-6 조직도	197
그림 2-4-1 저출산·고령사회위원회 추진체계	225
그림 2-4-2 기본계획 주요 성과	226
그림 2-4-3 저출산·고령사회 대책 패러다임 전환 방향	228
그림 2-4-4 출산정책 관련 국민의식	228
그림 2-4-5 여성과 어린이 건강증진 체계	239
그림 2-4-6 아동정책의 변천 과정	250
그림 2-4-7 드림스타트 사업 추진체계 및 절차도	257
그림 2-4-8 드림스타트 참여 여부에 따른 아동발달 차이(횡단분석 결과)	258
그림 2-4-9 드림스타트 개입을 통한 아동과 가족의 변화(종단분석 결과)	259
그림 2-4-10 최근 4개년('16년~'20년) 이용자 만족도 조사 결과	259
그림 2-4-11 노인일자리 및 사회활동 지원 사업 추진체계	287
그림 2-4-12 제3차 중장기보육 기본계획 목표 및 전략	313
그림 2-4-13 아이행복카드	337
그림 2-5-1 국민연금기금 적립금 현황(시가 기준)	356

그림 2-5-2 국민연금기금 관리·운용 체계	358
그림 2-5-3 전략적 제휴의 세 축	369
그림 2-6-1 의료기관 인증 절차	391
그림 2-6-2 의료기관 인증 조사 기준	392
그림 2-6-3 전문병원 지정 절차	403
그림 2-6-4 한국의료분쟁조정중재원 조직도	406
그림 2-6-5 의료분쟁 조정·중재 절차도	407
그림 2-6-6 신의료기술평가 도입 전·후 비교	414
그림 2-6-7 신의료기술평가 및 요양급여 결정 절차	415
그림 2-6-8 혁신의료기술평가 절차도	419
그림 2-6-9 진료정보교류시스템 구성 및 개념도	428
그림 2-6-10 진료정보교류포털(마이차트) 메인 화면	430
그림 2-6-11 의약품유통정보시스템 구성도	456
그림 2-6-12 수차량 이동거리 GIS 분석 예시	464
그림 2-6-13 헬스맵 서비스 주요기능	464
그림 2-6-14 스마트 진단 서비스 주요기능	465
그림 2-6-15 모성사망비, 출생 전·후기 사망률, 영아사망률 추이	467
그림 2-6-16 지역보건의료계획 시행 흐름도	477
그림 2-6-17 보건소통합정보시스템 개념도	483
그림 2-6-18 보건진료소통합표준정보시스템 개념도	483
그림 2-6-19 연도별 급성 감염병 발생 현황(2001년~2019년)	492
그림 2-6-20 인플루엔자 의사환자 발생분율(2000년~2019년)	496
그림 2-6-21 수족구병 의사환자 발생분율(2015년~2019년)	497
그림 2-6-22 유행성각결막염 주별 발생 현황(2017년~2019년)	501
그림 2-6-23 급성출혈성결막염 주별 발생 현황(2017년~2019년)	501
그림 2-6-24 국가예방접종사업 포스터 및 캠페인	515
그림 2-6-25 홍역·풍진 발생 현황 및 그간 주요 추진 정책(1975년~2019년)	518

그림 2-6-26	항공기 검역 현황(최근 5년)	540
그림 2-6-27	선박 검역 현황(최근 5년)	540
그림 2-6-28	육로 검역 현황(최근 5년)	541
그림 2-6-29	예방접종 현황	541
그림 2-6-30	오염지역 방문 입국자 관리체계	545
그림 2-6-31	해외감염병NOW 누리집 메인	546
그림 2-6-32	제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획 비전 및 목표	554
그림 2-6-33	아토피·천식 예방관리 종합대책 주요 전략 과제	558
그림 2-6-34	2018~2019년도 전문의 Q&A 인터뷰 영상 “똑똑! 암정보파일”	572
그림 2-6-35	2019년도 암정보 동영상	573
그림 2-6-36	2019년도 암환자를 위한 식생활 안내 및 조리법 영상	573
그림 2-6-37	포털사이트 건강섹션 연계한 암 콘텐츠 제공 사례	574
그림 2-6-38	사회관계망서비스(SNS) 채널을 통한 암 콘텐츠 제공 사례	574
그림 2-6-39	2018~2022 응급의료기본계획 개요	595
그림 2-6-40	연명의료중단등결정 절차	612
그림 2-7-1	국민건강보험 관리 운영 체계	627
그림 2-7-2	수가 계약의 절차와 이해 당사자	671
그림 2-7-3	요양급여 비용 청구 방법 변천사	678
그림 2-7-4	제네릭 약가 산정 방식	681
그림 2-7-5	건강보험 심판청구 업무 흐름도	702
그림 2-8-1	지역사회 통합건강증진사업 체계도	707
그림 2-8-2	담배 규제 및 금연지원정책 체계도	714
그림 2-8-3	제1기 담뱃갑 경고 그림(10종)	717
그림 2-8-4	제2기 담뱃갑 경고 그림(10종)	718
그림 2-8-5	국민영양관리기본계획 수립절차	724
그림 2-8-6	제2차 국민영양관리기본계획 비전 및 추진 전략	724
그림 2-8-7	사업 수행 체계도	728

목차 | CONTENTS

그림 2-8-8 사업 수행 체계도	732
그림 2-8-9 놀이형 영양·식생활 프로그램 주요 내용	733
그림 2-8-10 놀이형 신체활동 프로그램 매뉴얼	734
그림 2-8-11 국가 비만관리 종합대책('18.~'22.) 목표 및 추진 전략	736
그림 2-8-12 국민건강영양조사 제8기 추진 체계	742
그림 2-8-13 국민건강영양조사 수행 절차	743
그림 2-8-14 국민건강영양조사 DB 구축 및 자료 분석	744
그림 2-8-15 국가건강검진체계	746
그림 2-8-16 제2차(2016년~2020년) 국가건강검진종합계획	748
그림 2-8-17 일차의료 만성질환관리 통합서비스 제공 프로세스	754
그림 2-8-18 국가 자살률 비교	781
그림 2-9-1 바이오헬스 산업 혁신전략 비전 및 목표('19.5)	788
그림 2-9-2 보건산업 부문별 수출 현황(제조산업 기준)	790
그림 2-9-3 보건산업 일자리 현황(의료서비스산업 포함)	791
그림 2-9-4 제2차 제약산업 육성·지원 5개년 종합계획 비전 및 목표	794
그림 2-9-5 (K-뷰티) 미래 화장품산업 육성 방안 비전 및 목표	801
그림 2-9-6 보건의료연구개발사업 추진절차	803
그림 2-9-7 정밀의료 기반 진행성암 진단·치료기술개발사업 구조	812
그림 2-9-8 병원정보시스템(HIS)과 정밀의료 병원정보시스템(P-HIS)의 차별성	813
그림 2-9-9 글로벌 재생의료 시장 성장	814
그림 2-9-10 재생의료 분야	816
그림 2-9-11 국립줄기세포재생센터	817
그림 2-9-12 연구중심병원사업의 구조	819
그림 2-9-13 첨단의료복합단지 조성 모형	822
그림 2-9-14 의료시스템 해외 진출 종합정보포털(www.kohes.or.kr)	833
그림 2-9-15 유치 외국인 환자 수	840

그림 2-9-16	메디컬 코리아 컨퍼런스 행사	842
그림 2-9-17	외국인환자 유치 지정 의료기관 마크	846
그림 2-10-1	한의학 R&D 사업 추진 목표	867
그림 2-10-2	한약재유통지원시설 사업 흐름도	882
그림 2-11-1	부내 홍보 추진 체계	898
그림 2-11-2	응급안전안심서비스 시스템 구성도	911
그림 2-11-3	사회복지시설정보시스템 개념도	913
그림 2-11-4	「복지로」 개념도	915
그림 2-11-5	전자출결 운영체계 개요	917
그림 2-11-6	보육통합정보시스템 개념도	917
그림 2-11-7	사회서비스 전자바우처시스템 운영 체계도	918
그림 2-11-8	사회서비스 전자바우처시스템 구성도	920
그림 2-11-9	의약품유통정보시스템 구성도	933
그림 2-11-10	응급의료통합정보망	934
그림 2-11-11	보건복지사이버안전센터 관제 체계	937
그림 2-11-12	개인정보통합관제시스템 업무절차	938
그림 2-11-13	의료기관 공동보안관제센터 운영체계	939
그림 2-11-14	법정부 공공데이터 활용 지원 체계	940
그림 2-11-15	보건의료 빅데이터 플랫폼	942
그림 2-11-16	1차 상담 후 이관하는 경우	946
그림 2-11-17	보건복지상담센터 및 시·군·구 연계업무 처리 흐름도	950
그림 2-11-18	보건복지 분야 국제 협력 활동의 개요	959
그림 2-11-19	보건업 및 사회복지서비스업 종사자 추이	968
그림 2-11-20	보건복지 분야 인재 양성 방향	969

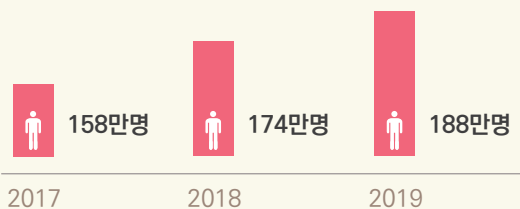
01 취약계층보호

기초생활 보장

I 부양의무자 기준 단계적 폐지

- 2019년 부양의무자 기준 적용 폐지 대상
 - 부양의무자 가구에 장애인연금수급자가 포함된 경우 (생계·의료급여)
 - 부양의무자 가구에 기초연금수급자가 포함된 경우(생계급여)
 - 수급자가 만 30세 미만 한부모가구 및 보호종료아동인 경우 (생계·의료급여)

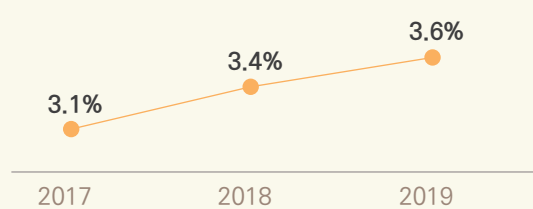
■ 수급자 수 ↑↑



I 급여 보장성 강화

- ♥ 생계 급여액 2.09% 인상
- 🏠 주거 기준 임대료 5.0~9.4% 인상
- 🎓 교육 부교재비, 학용품단가 최저교육비의 100% 수준으로 인상

● 총인구대비수급률



긴급지원 대상 확대

I 재산기준 완화(19.1월)

- 대도시
 - 2018: 1.35억원
 - 2019: 1.88억원
- 중소도시
 - 2018: 0.85억원
 - 2019: 1.18억원
- 농어촌
 - 2018: 0.73억원
 - 2019: 1.01억원

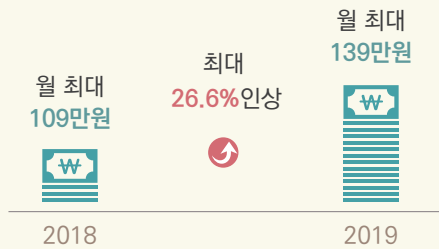
I 위기사유 확대(19.1~6월)

- 겨울철 복지사각지대 발굴대상자로서 생계가 어렵다고 추천받은 경우
- 통합사례관리 대상자로서 생계가 어렵다고 추천받은 경우
- 자살고위험군(자살시도자, 유가족)으로서 생계가 어렵다고 추천받은 경우

자립지원

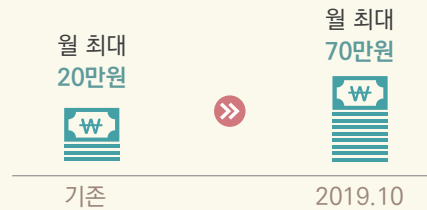
I 자활사업

• 자활급여 인상(시장진입형 급여기준)



• 자립성과금* 확대('19.10월)

* 자활사업단 매출액에 따라 분기별로 참여자에게 분배 지급하는 성과금



• 자활장려금 도입

- 생계급여 산정 시, 소득인정액에서 자활소득의 30%를 공제하여, 추가 지급되는 생계급여를 자활장려금으로 지급
- 월 평균 3.4천명, 20만 8천원 추가 혜택



I 자산형성지원사업

• 청년희망키움통장* 지원 확대

지원연령	
기존	일하는 생계급여수급청년 만15세~만34세
2019. 4	일하는 생계급여수급청년 만15세~만39세

* 일하는 생계급여수급 청년(기준중위소득 30% 이하)에게 3년 후 약 1,500만원의 목돈을 마련할 수 있도록 근로소득장려금 등 월평균 40만원 지원

* 지원요건 : 가입기간 동안 지속적으로 근로·사업소득이 발생하고, 3년 이내 생계급여 탈수급



군입대 특례

군입대 예정자 적립중지기간 6개월

기존

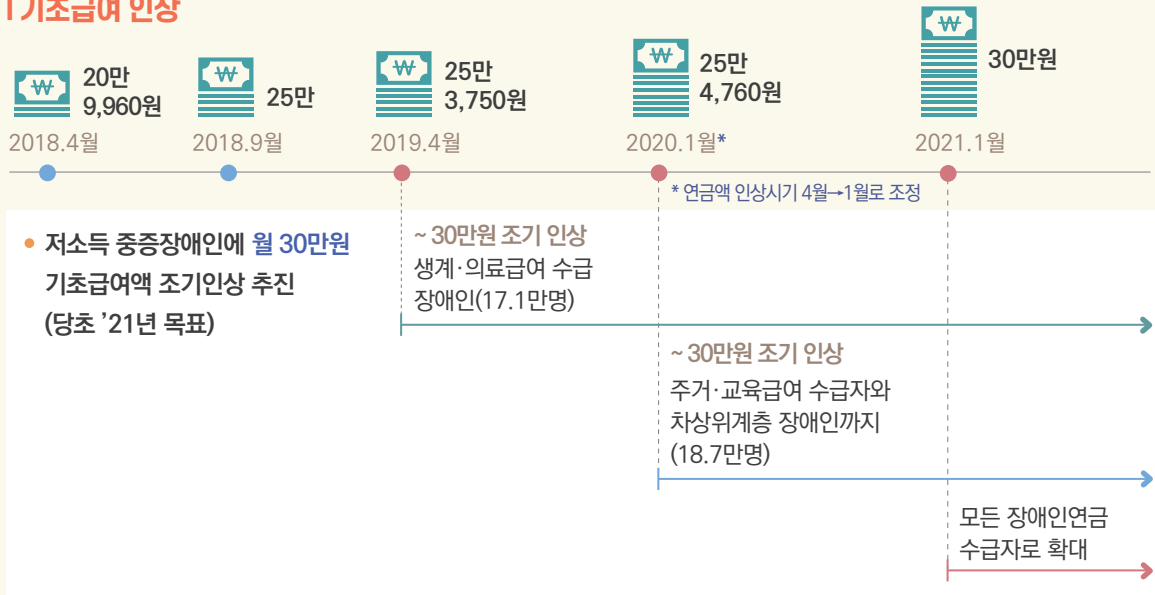
군입대 예정자 적립중지기간 2년

2019. 4

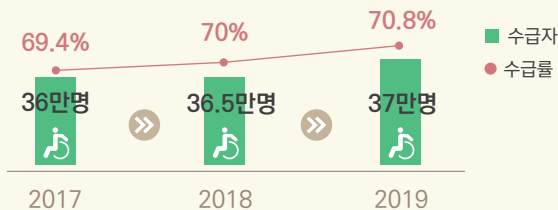
02 수요자중심의 장애인 지원체계 구축

장애인연금 단계적 인상

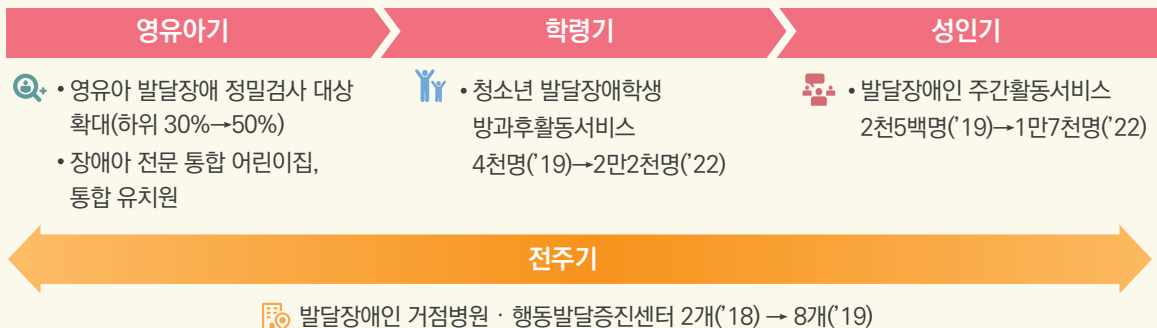
I 기초급여 인상



I 장애인연금 수급자 현황



발달장애인 생애전주기 지원



장애등급제 단계적 폐지

I 장애등급이 아닌 장애정도로 구분 ('19.7월)

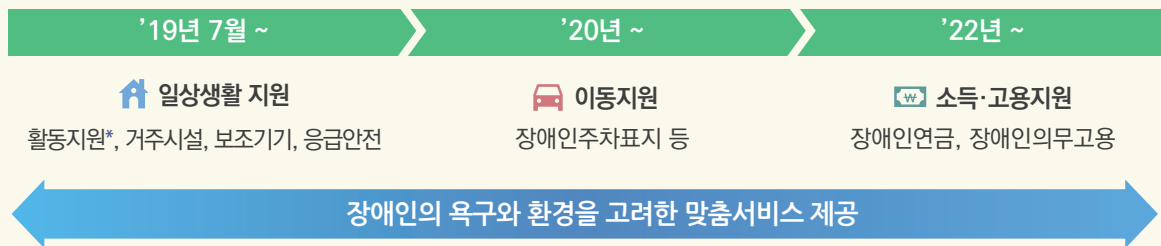
기존 1급~6급

변경 장애의 정도가 **심한** 장애인
장애의 정도가 **심하지 않은** 장애인



서비스 기준 변경에 따라,
장애등급기준 지원 141개 서비스 중
12개 부처 23개 서비스 대상 확대

I '서비스 지원 종합조사' 단계적 도입



* 활동지원 평균 20.7시간 증가(119.4→140.1시간), 이용자 본인부담금 최대 50% 경감**

** 본인부담금 최고금액 : (기존) 322,900원 → (변경) 158,900원

03 포용적 사회보장을 위한 기반 구축

차세대 사회보장시스템 개발

- 혜택을 받기 위해 복지사업을 일일이 찾아봐야 했던 방식에서 벗어나, 복지멤버십(가칭)을 도입하여 '받을 수 있는' 서비스를 먼저 찾아 맞춤형으로 안내
- 국민편의 제고, 복지체감도 향상 및 지자체 복지행정 업무효율과 기대

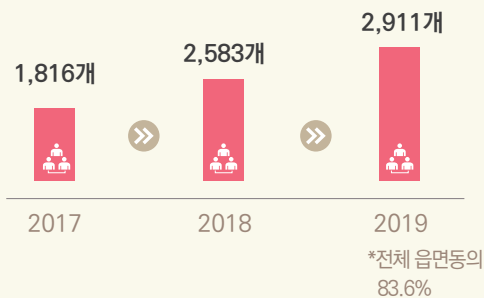
기존	개선
<div>국민</div> <div>복지사업별 신청</div> <div>주민등록지 읍면동 신청</div>	<div>[[가칭]복지멤버십]</div> <div>유형별로 한번의 신청으로 필요서비스 제공</div> <div>전국 읍면동</div>
<div>지자체</div> <div>공무원이 대상자 개별확인</div> <div>120여종 350개 사업 공무원이 직접확인</div>	<div>기준에 맞는 대상자 자동선정</div> <div>[[AI 비서]</div> <div>시스템 자동감지·알림으로 수급자 관리 지원</div> <div>* 시스템 설계·개발('19~'21), '21.9월부터 단계적 개통예정</div>

빈곤·위기가구 발굴 강화 및 지원

I 찾아가는 보건복지서비스

- 전국 모든 읍면동(3,480개소)에서 서비스 제공

전담조직 설치



찾아가는 보건복지상담



기초생활보장 등 공적급여 제공

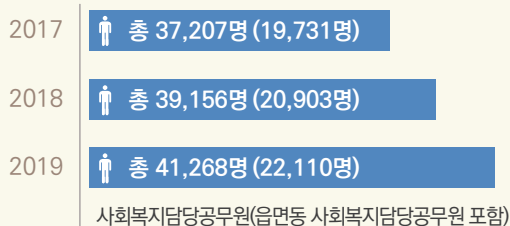


민간복지자원 발굴

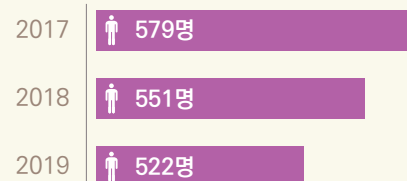


- 현장 사회복지담당공무원 충원

충원 현황



읍면동 복지공무원 1인당 복지대상자 감소

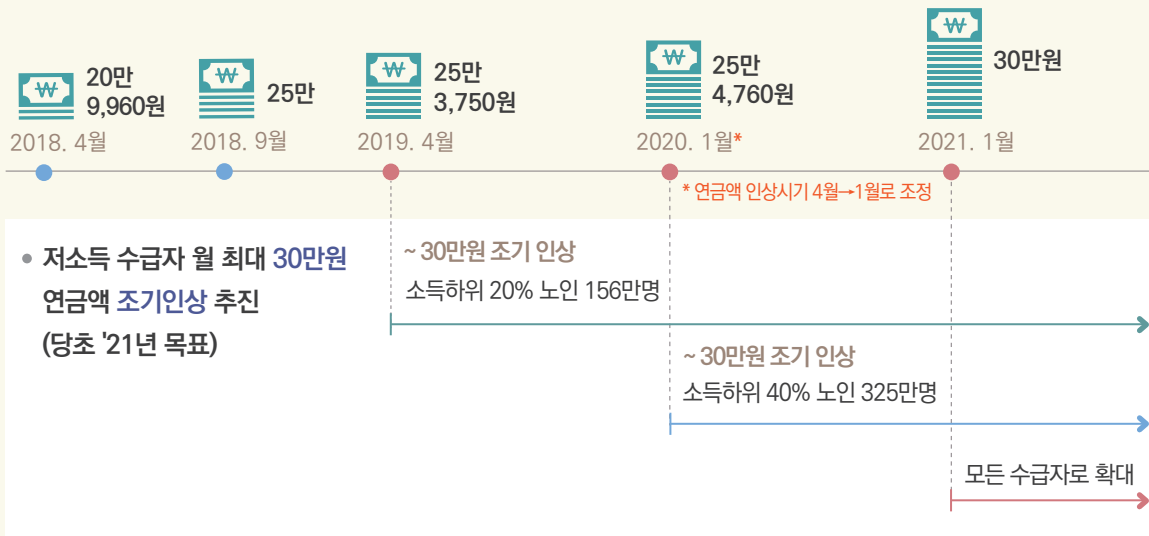


- 빅데이터 활용 복지사각지대 발굴 실적

- 2017년 7.7만명 - 2018년 11.1만명 - 2019년 20.3만명

04 활기차고 존중받는 노후생활 지원

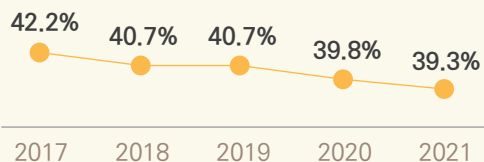
기초연금 단계적 인상



수급자 수



기초연금 단계적 인상에 따른 상대빈곤율 전망



노인일자리 확대

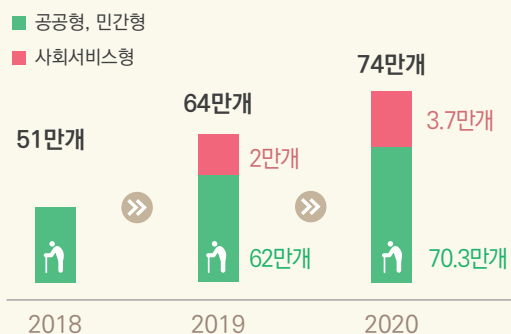
「공공형, 민간형」 노인일자리 10만개 추가('19)

- 공익활동, 재능나눔, 시장형사업단, 시니어인턴십 등

「사회서비스형」 노인일자리 2만개 신설('19)

- 노년세대의 경력과 활동역량을 활용, 사회적 도움이 필요한 영역에 서비스를 제공
- 지역아동센터, 보육시설 돌봄 지원, 장기요양서비스 업무지원 등 공공서비스 보완
- 더 높은 소득 보장(월 60시간, 월 65만원)

노인일자리 확대 추이



04 활기차고 존중받는 노후생활 지원

치매국가책임제 내실화

I 맞춤형 사례관리

- 전국 256개 보건소에 **치매안심센터 정식개소 완료('19)**
 - 상담·검진, 1:1 사례관리, 서비스연계 등 통합서비스 제공
 - 독거노인 등 고위험군 사례관리 강화, 농어촌지역은 방문형 서비스 제공
 - '19년 118만명 이용(누적 346만명)



I 의료·요양인프라 확대

- 공립요양병원에 **치매전문병동 43개소 확충**
 - 환각, 폭력, 망상 등 이상행동증상이 심한 치매환자 집중 치료
- 치매전담형 **요양시설 39개소 확충**
(누적 93개소, 주야간보호시설 포함)
- 치매안심병원 **4개소 지정**
 - 치매전문병동 설치기관 중 일정 시설·인력기준 충족 시 지정

I 치료비 부담 경감

- 중증치매환자 건강보험 **산정특례**
(본인부담률 10%) **혜택자 수 증가**
 - ('18) 3.2만명 → ('19) 4.8만명

I 치매친화적 환경조성

- **치매안심마을 조성,**
치매공공후견사업 전국 확대 실시 등

지역사회중심의 통합돌봄 제공기반 구축

I 지역사회통합돌봄* 기본계획 발표(1단계 : 노인 '18.11월)

- 돌봄서비스 통합제공을 위한 '**종합재가센터**' 10개소 신설 ('19)



* 지역사회통합돌봄이란?

돌봄이 필요한 노인, 장애인 등이 평소 살던 곳에서 개인의 욕구에 부합하는 서비스를 누리고, 지역 사회와 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 의료, 요양, 돌봄 등의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 정책

- 요양병원 퇴원환자 **지역연계, 방문의료(왕진), 재가의료급여 등 신규서비스 개발**
 - 환자 지원팀을 구성하여 퇴원계획 수립, 지역사회 연계 등 지원('19.11월~)
 - 거동이 불편한 환자를 찾아가는 '일차의료 왕진 시범사업' 추진, 348개 의원 참여('19.12월~)
- **케어안심주택(4만호), 주민건강센터·종합재가센터 (시군구별 1개소) 등 인프라 구축(~'22)**

I '지역사회 통합돌봄 선도사업' 실시('19)

- 지역 실정에 맞는 다양한 통합돌봄 모형을 개발·검증하기 위해 16개 지자체에서 선도사업 실시 (노인, 장애인, 정신질환자 대상)



읍면동 주민센터, 보건소, 복지관 등에
통합돌봄창구 총 384개소 설치



대상자 발굴(초기상담) 11,430명



그 중 6,327명(55.4%)에게
욕구에 따른 서비스 연계·제공
('19.12월 기준)

국민연금제도 개선

I 취약계층 국민연금 보험료 지원 확대('19.1월)

- 두루누리* 사업
 - 지원 소득기준 190만원 → 210만원으로 인상 (약 90만명 추가 혜택)
 - * 10인미만 사업장의 일정 소득기준 이하 근로자에 연금보험료를 지원하는 사업



소규모 사업장 국민연금 신규가입자 증가

2018	331만	7.6% 증가 ↑↑
2019	356만	

● 농어업인 보험료 지원

- 기준소득월액 91만 → 97만원으로 인상
- 월 최대 지원 보험료 4.0 → 4.3만원으로 인상

I 국민연금 인상시기 조정 ('19.1월)

- 물가변동률을 반영한 국민연금 인상시기를 4월에서 1월로 앞당겨 타 직역연금과 형평성을 맞추고, 1월부터 인상된 연금 지급

I 기금운용위원회 운영개선방안 마련('19.10월)




- 상근 전문위원 보강, 전문위원회 법제화 등



05 아이 키우기 좋은 환경 조성

양육·돌봄에 대한 공적 책임 강화

I 아동수당 지급 확대

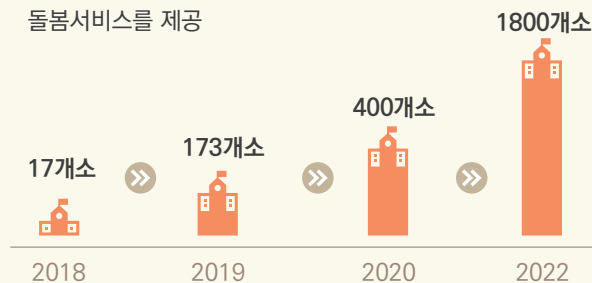
2018		소득재산 하위 90%이하, 만6세 미만 아동 225만명
2019.4		만6세 미만 모든 아동 231만명
2019.9		만7세 미만 모든 아동 269만명



I 돌봄 사각지대 해소

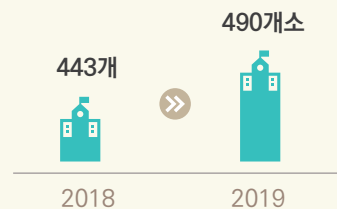
• 다함께 돌봄센터 확충

- 돌봄이 필요한 만6~12세 아동(초등학생)에게 공공시설 등을 활용하여 지역맞춤형 돌봄서비스를 제공



• 시간제보육 제공기관 확대

- 가정에서 6~36개월 아이를 양육하는 부모가 일시·긴급한 사유가 있을 경우, 시간단위로 보육시설을 이용할 수 있도록 함



임신·출산 진료비 지원

I 국민행복카드 지원 확대

 대상	 금액	 사용기한	 지원범위
임산부 의료비	50만원	분만예정일 이후 60일까지	자궁내 임신 지원
임산부 및 1세미만 의료비	60만원	분만예정일 이후 1년까지	자궁외임신까지 지원
(‘19.1월~)	(‘19.1월~)	(‘19.1월~)	(‘19.7월~)

공공보육 인프라 확대

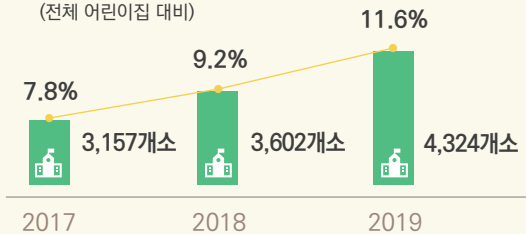
I 국공립 어린이집 확충

- 공공보육이용률 40% 달성을 위해 매년 550개소 이상 국공립어린이집 확충 지원

- 공공보육이용률 : 25.2%(’18) → 28.2%(’19) → 40% 목표 (’21)

- 국공립어린이집 현황

■ 국공립어린이집 시설 수
● 국공립어린이집 구성비
(전체 어린이집 대비)



■ 국공립어린이집 확충



I 연장보육 전담교사 배치 시범운영(’19.5월~’20.2월)

- 어린이집 보육시간을 기본보육과 연장보육으로 구분하고, 보육시간별 전담 교사 배치
- 근무시간 축소로 서비스 질 향상, 장시간 보육 제공 가능
- ’20. 3월부터 본 사업 시행

I 어린이집 의무평가제 시행(19.6월)

- 미인증어린이집 (약 8천개소, 전체 어린이집의 20%)을 평가대상에 포함

취약아동 보호

I 아동권리보장원 설립(’19.7월)

- 아동학대예방, 입양, 가정위탁 등 민간에 분산·운영하던 8개 사업을 아동권리보장원으로 통합하여 총괄지원

분산된 중앙 지원체계

중앙아동보호전문기관
지역아동센터중앙지원단
아동자립지원단
실종아동전문기관
드림스타트사업지원단
중앙가정위탁지원센터
디딤씨앗지원단
중앙입양원

통합



아동권리보장원

I 아동 자립지원

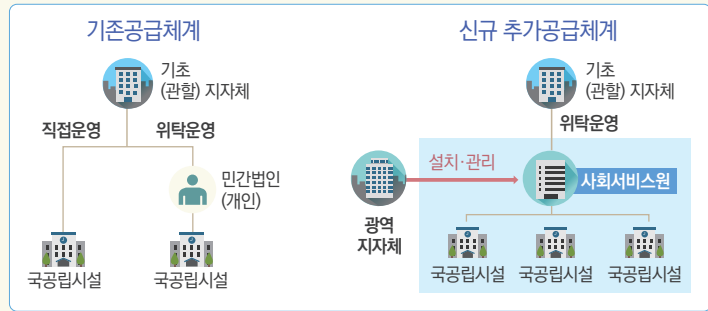
- 아동양육시설, 공동생활가정, 가정위탁 보호종료 2년 이내 아동에게 월 30만원 자립수당 지급 (’19. 5천명)
- 보호종료아동에게 월 임대료 지원 및 맞춤형 사례관리 실시(’19. 240명)

06 사회서비스 공공성 강화와 일자리 확충

사회서비스원 설립

사회서비스원이란?

- 시·도지사가 설립·운영하는 법인으로, 국공립 사회서비스 제공기관을 직접 운영하는 새로운 사회서비스 공급체계
- '19년 4개 → '20년 11개 → '22년 17개 모든 시도로 확대 예정



사회서비스원 운영체계

'19년 주요사업 내용

- 국공립 사회복지시설 직접 수탁 운영
 - 어린이집, 요양시설 등 38개 시설
 - 종사자(1,000여명) 직접 고용
- 사회서비스원에 종합재가센터('지역사회통합돌봄' 시설) 10개소 설치
 - 장기요양, 장애인활동보조, 노인맞춤돌봄 등 유사서비스를 통합·연계 제공
 - (이용자) 원스톱서비스로 편의성 제고
 - (종사자) 기본근무시간 보장, 정규직·월급제 등 처우개선
 - '22년까지 135개소 설치 목표



사회서비스 일자리 확충

- '17~'19년 3년간 사회서비스 일자리 15만개 확충

(단위:만명)



장애인 활동 지원사, 아이돌보미, 간호간병 통합서비스 종사자 등 9.5만개 창출('19), '20년 9.5만개 확충 기반 마련



보육·돌봄·재가복지 등 국민체감분야 중심으로 '22년까지 사회서비스일자리 34만개 창출 목표

사회서비스 일자리 수	'17	'18	'19	'20
전부처 (전년대비)	2.1	5.5 (+3.4)	15.0 (+9.5)	24.5 (+9.5)
보건복지부 (전년대비)	1.8	4.0 (+2.2)	11.2 (+7.2)	19.2 (+8.0)

07 건강보험 보장성 강화

초음파, MRI



- 초음파 : 소장·대장 등 하복부(2월~), 신장·방광 등 비뇨기(2월~), 전립선 등 남성생식기(9월~)
- MRI : 눈·귀·코·안면 등 두경부(5월~), 복부·흉부(11월~)

병실료, 간병비



- 병원·한방병원 2·3인실 건강보험 적용 (19.7월~)
 - 본인부담률 2인실 40% 적용 : 7만원 >> **2.8만원** 수준으로 경감
 - 본인부담률 3인실 30% 적용 : 4.7만원 >> **1.8만원** 수준으로 경감
- 간호간병통합서비스* 확대
 - 3.7만(18) >> 5만(19) >> 10만 병상(22)
 - * 보호자나 간병인 없이 전문간호인력이 환자를 돌봄

치과·한방



- 구순구개열 치아교정 건강보험 적용(3월)
- 추나요법 건강보험 적용(4월)

아동 및 여성



- 1세미만 외래 진료비 본인부담 인하
 - 21~42% >> 5~20%(1월~)
- 12세이하 충치치료(광중합형복합레진충전) 건강보험 적용(1월)
- 난임치료시술 지원 확대
 - 기준중위소득 130% >> 180% 이하 (2인가구기준 370만원 >> 512만원)까지 대상 확대(1월)
 - 기존 만44세이하여성 연령제한 폐지, 수정시술 횟수 추가 보장(7월)

응급실, 중환자실



- CT, 호흡기바이러스 검사 적응증 등 기준비급여* 21개 항목 보험적용(1월~)
 - * 처치·시술 횟수, 치료재료 사용개수, 시술·재료의 적응증에 대한 기준을 초과하여 발생하는 행위, 치료 재료 등으로 급여 제한 기준에 따라 건강보험이 적용되지 않는 것
- 응급·중환자 초음파 보험적용(7월~)
- 모니터링 및 수술·처치 관련 의료행위·치료재료 131개(7월~)

뇌혈관질환



- 뇌졸중, 뇌동맥류 등 뇌혈관질환 치료재료 등 14개 항목 (8월~)

취약계층 의료안전망



- 본인부담상한제* 기준 인하**에 따른 '18년 진료비 본인부담상한액 초과금 환급 ('19.8월)
 - 126만명에 1조8천억원(평균 142만원) 환급 (전년대비 대상자 82%, 지급액 34% 증가)
 - * 소득수준별로 연간 본인부담 상한액을 정하고, 초과금액 발생 시 건강보험공단이 부담하는 제도 (비급여, 선별급여 등 제외)
 - ** 소득하위 50%의 본인부담 상한액을 연소득의 10% 수준으로 인하('18.1~12월 적용기준)
- 재난적 의료비* 11,142건, 약 259억원 지원('19)
 - * 중위소득 100%이하 국민대상, 소득대비 과도한 의료비 발생 시 본인부담 연3천만원까지 지원







08 국민의 건강한 삶 지원

예방적 건강관리체계 구축

I 국가건강검진 강화

	기 존	2019 달라진 점
폐암검진 도입 (‘19.7월) 	〈기존 국가 암검진〉  위,대장,간,유방, 자궁경부암	 폐암 추가 * 만 54세~74세 장기흡연자로서 폐암발생 고위험군(2년주기 실시)
20~30대 건강검진 확대 (‘19.1월) 	〈기존 20~30대 검진대상〉  직장 가입자  지역 가입자 세대주  의료급여 수급권자 세대주	 직장 가입자 피부양자  지역 가입자 세대원  의료급여 수급권자 세대원까지 대상확대 * 약 719만명 추가
	〈기존 우울증 검진대상〉 40, 50, 60, 70세	 20세, 30세 추가
건강검진 사후관리 강화 		<ul style="list-style-type: none"> 40세 이상 고혈압, 당뇨병 확진자에 맞춤형 검진바우처 시범사업 실시 * ‘19.1~12월, 17만명 혜택

I 인플루엔자 무료접종 확대

임산부 추가 (‘19.10월) 	〈기존 무료접종 대상〉  생후6개월 ~ 12세 어린이  만 65세 이상 노인	 임신부 추가 * 약 32만명 혜택
---	--	--

마음 건강관리 강화

I 자살예방

- 국무총리 소속 **자살예방정책위원회** 신설('19.9월)
- 응급실 자살시도자 사후관리 기관 확대
(‘18년 52개소 → ‘19년 63개소)
- 지역사회 생명지킴이 양성
- 방문서비스 **인력 활용**을 통한 **관리 및 서비스 연계**
 - 독거노인생활관리사 및 방문간호사 등 활용,
우울증 스크리닝(32만명) 및 고위험군
정신건강복지센터 연계(1.3만명)

I 정신건강 인프라 확대

- 정신건강복지센터 확충('18년 226개 → '19년 255개)
- 영남권 **국가트라우마센터*** 개소

* 지진, 화재 등 재난피해자의 심리적안정과 사회적 지원

중앙 국가트라우마센터(국립정신건강센터 내, '18)

+

영남권 국가트라우마센터(국립부곡병원 내, '19.5월) 개소



지역 건강사업 확대

I 일차의료만성질환관리 시범사업

- 동네의원 중심 **고혈압·당뇨** 등에 대한 **통합관리 서비스** 제공(1,474개 의원 참여, 환자 17만명 관리)

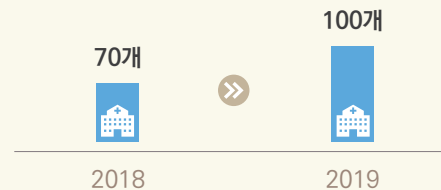
I 방문 건강관리서비스 확대

2018		저소득 노인 116만 가구
2019		독거노인, 75세이상 노인부부 118만 가구
~2022		노인 4명 중 1명 서비스제공 목표

I 모바일 헬스케어 서비스 확대

- '보건소 모바일 헬스케어' 앱을 통해 만성질환 고위험군 생활습관 개선 및 건강관리 서비스 제공

■ 참여 보건소



환자 중심 의료서비스 제공

I 존엄하고 편안한 생애말기 보장

- '호스피스·연명의료 종합계획('19~'23)' 수립('19.6월)
 - 호스피스 서비스유형 다양화 및 대상질환 확대
(암 등 4개 질환에서 국제 수준으로 확대)
 - 사전연명의료의향서 등록기관 확대 등을 통한
연명의료결정제도 활성화 등

I 희귀질환자 의료비 부담 완화

- 신규 희귀질환 **91개 추가 지정**('19.9월)으로,
 - 산정특례 적용 및 의료비지원 대상이 1,014개
희귀질환으로 확대됨('20.1월~)

09 가까운 지역에서 믿을 수 있는 의료서비스 제공

지역의료 질 제고 및 공공의료 확충

I 의료취약지 보건의료 인력양성

- 국립공공보건의료대학(원) 설립(~'22)
- 공중보건장학제도 시범사업 실시('19)

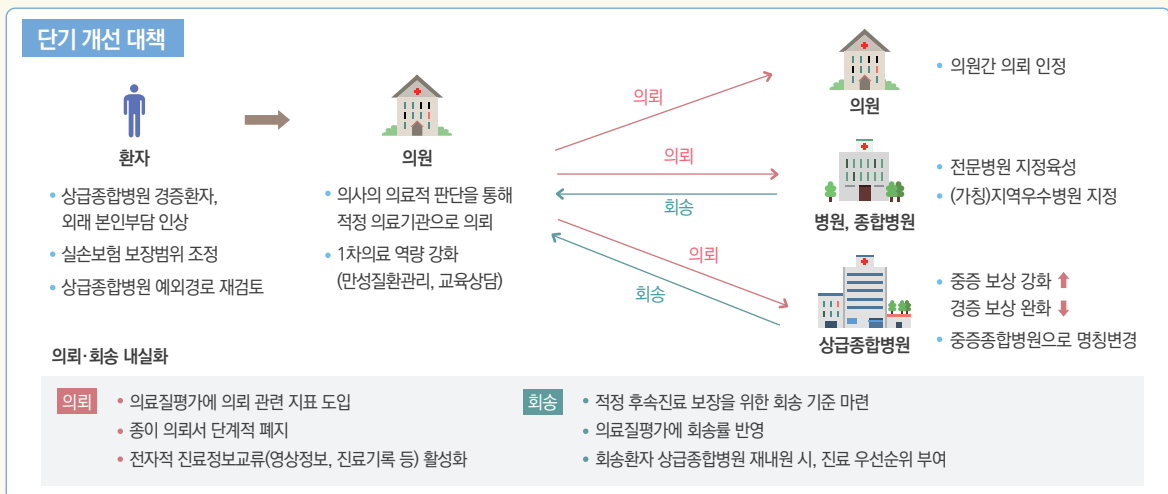
I 응급의료 인프라 강화

- 권역외상센터 확대 :
10개소('17) >> 13개소('18) >> 14개소('19)
- 「범부처 응급의료헬기 공동운영 규정」 제정('19.7월)
- 정부부처 헬기를 효율적으로 활용하여 응급환자를 신속하게 이송할 수 있도록 부처간 협력 강화(복지부, 소방청, 경찰청 등)

의료이용·제공 체계 개편

I 수도권 대형병원의 환자집중 해소를 위한 '의료전달체계 개선 단기대책' 발표('19.9월)

- 상급종합병원 평가·보상체계 개선(중증진료 보상 ↑, 경증진료 보상 ↓)
- 적정의료기관에서 진료받도록 의뢰 내실화
- 환자의 적정 의료이용 유도
- 치료 후 관리환자의 지역 병원 회송 활성화
- 지역 의료해결역량 제고 및 신뢰기반 구축



중장기대책

- 의료기관 종류별 역할 재정립
- 지역의료체계 강화, 지역완결적 의료서비스 제공
- 의료자원 수급관리 계획 마련



상급종합병원,
서울·수도권 집중화 해소

* 상급종합병원 심층진찰 시범사업 추진 : 25개 상급종합병원 321명 전문의 참여, 중증질환자에 대한 충분한 진료시간 보장

* 의뢰·회송 시범사업 : 상급종합(42개)에서 종합병원(155개) 및 전문병원(34개)까지 회송기관 확대, 협력기관 약 1만 8천여개

10 바이오헬스 혁신 생태계 조성

I 대통령 주재 '바이오헬스 국가비전 선포식' 개최('19.5월)

- 바이오헬스(제약·의료기기·화장품) 산업을 반도체·미래차와 함께 **3대 중점산업**으로 선정하여 육성 추진
- 바이오 빅데이터 구축, 정부 R&D투자 확대, 규제혁신 등을 내용으로 하는 '**바이오헬스 산업 혁신전략**' 발표

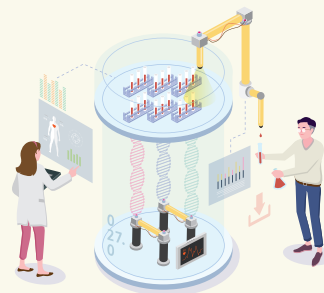
I 바이오헬스 분야(제약·의료기기·화장품) 수출 확대



- 2000년 11억 달러에 불과했던 바이오헬스 수출이 50억 달러에 달하기까지 12년 소요,
그 후 100억 달러까지 4년, 150억 달러까지 3년으로 단축하며 급격한 양적 성장 속도를 기록함

I 바이오헬스 산업 혁신을 위한 제도기반 확충 및 규제개선

- 「의료기기산업법」 제정('19.4월) 및 시행('20.5월)
 - 혁신의료기기 지정하여 식약처 우선심사, R&D 우대 등 지원
- 「첨단재생바이오법」 제정('19.8월) 및 시행('20.8월)
 - 줄기세포치료 등 첨단재생의료에 대한 임상연구제도 도입으로 연구를 활성화하고, 첨단바이오의약품 전주기 안전관리체계 마련



I 보건산업분야(의료서비스 포함) 일자리 확충

■ 보건산업 일자리 수



01

2019 보건복지백서

MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE WHITE BOOK

2019년 보건복지부 정책 개요

제1장 보건복지정책 환경 및 과제

제1절 정책 환경

현재 우리나라는 크게 ① 저성장 추이 지속, ② 양극화와 사회통합 악화, ③ 저출산·고령화 심화의 세 가지 현상에 직면하고 있다. 이러한 상황들은 우리나라의 성장 잠재력을 둔화시킬 가능성이 있고, 사회갈등의 위험도 내포하고 있다.

그러나 이러한 사회현상의 요인들을 분석하여 위기를 최소화하고 기회를 살린다면 우리나라가 재도약할 수 있는 시점이라 할 수 있다.

[그림 1-1-1] 보건복지정책 분야의 위기와 기회

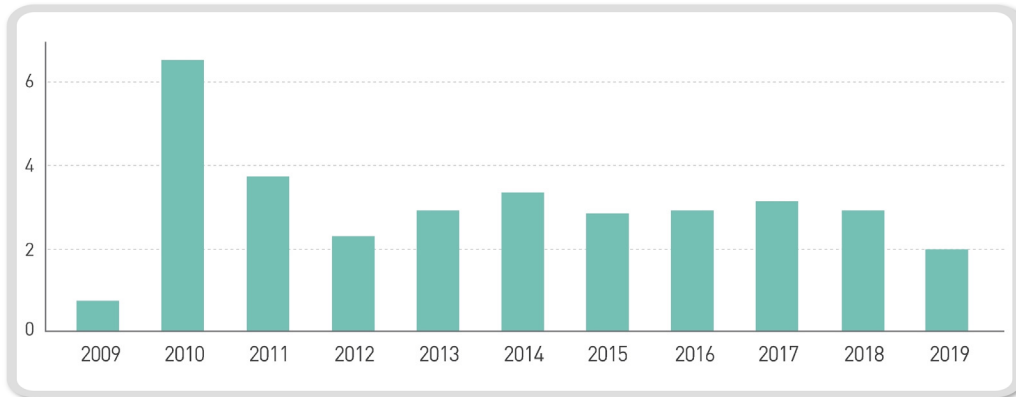
사회현상	위 기	기 회
경제 산업 구조 변화	<ul style="list-style-type: none"> • 성장 잠재력 저하 • 일자리 창출 능력 저하 • 분배 개선 효과 약화 	<ul style="list-style-type: none"> • 사회서비스 분야 일자리 창출 여력 충분 • HT 분야 우수인력 등 경쟁 우위 조건 • IT 기술력, 인프라 등
사회 통합 악화	<ul style="list-style-type: none"> • 중산층 감소 • 비정규직 문제 심화 • 가계 부채 증가 	<ul style="list-style-type: none"> • 삶의 질적 측면에 대한 관심 증가 • 공동체에 대한 긍정적 가치관 형성 • 공생 발전 등 사회 통합 강조
저출산·고령화	<ul style="list-style-type: none"> • 생산가능인구 감소 • 복지재정지출 증가 • 세대 간 갈등 증폭 	<ul style="list-style-type: none"> • 2020년까지 인구보너스 시기 • 의료, 여가, 실버 등 신산업 발전

1. 경제 고용 구조의 변화

우리나라의 경제 구조가 고도화되면서, 과거와 같이 빠른 속도의 경제 성장은 기대하기 어렵다. 경제 성장률은 2010년 6.8%였으나, 2017년 3.2%, 2018년 2.9%, 2019년에는 2.0%에 머물고 있어 앞으로 저성장 추이는 계속될 것으로 예측된다.

✎ 집필자 | 기획조정담당관 장호연

[그림 1-1-2] 경제 성장률 추이



※ 출처 : 한국은행 경제통계시스템, 「거시경제분석지표」

통계청이 발표한 「2019년 연간고용동향」에 따르면, 2019년의 고용률은 66.8%로 전년대비 0.2%p 상승한 수준을 보였다. 취업자 수는 2,712만 3천 명으로 전년대비 30만 1천 명(1.1%) 증가하여 증가세가 상승하였다. 실업자는 106만 3천 명으로 전년대비 1만 명(-0.9%) 감소하였고, 실업률은 3.8%로 전년과 동일하였다. 청년실업률은 8.9%로 전년대비 0.6%p 하락한 것으로 나타났으나 여전히 높은 수준이다.

2. 양극화와 사회 통합 악화

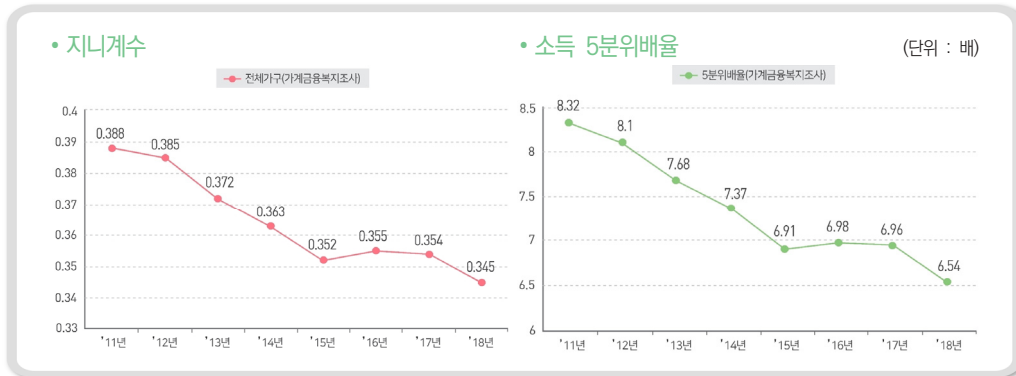
최근 우리나라는 양극화의 심화로 비롯된 사회 통합의 악화 현상이 두드러지게 나타나고 있다.

먼저 지니계수 등 주요 소득분배지표의 추이를 살펴보면, 2018년 지니계수는 0.345로 2017년 대비 감소하였다. 소득5분위배율**도 2018년 기준 6.54배로 전년 대비 0.42배p 감소하며 나아진 모습을 보였다. 2011년 이후 가장 개선된 수준이다. 하지만 해외 주요국가들과 비교하면 OECD 36개국 가운데 한국은 지니계수 28위, 5분위배율 29로 여전히 높은 수준의 소득 불평등도를 나타내고 있어, 양극화 완화를 위한 빈곤계층별 미세한 정책 수행이 필요한 시점이라 하겠다.

* 소득불평등도를 나타내는 대표적인 지수로, 수치가 '0'이면 완전평등, '1'이면 완전불평등을 의미함

** 상위 20%계층과 하위 20%계층의 소득격차를 보여주는 지표로, 소득5분위배율이 높을수록 양극화가 큼을 의미

[그림 1-1-3] 지니계수 및 소득5분위배율 추이



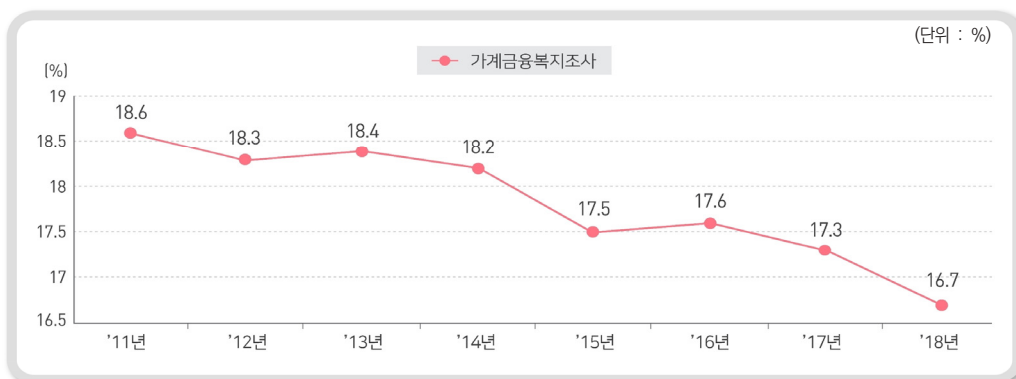
주 : 균등화 처분가능소득 기준

※ 출처 : 통계청, 「가계금융복지조사」('19.12.)

상대적빈곤율* 또한 2011년 이후 완만한 하락세를 보이고 있으며, 2018년 기준 16.7%로 전년보다 0.6%p 감소한 것으로 나타났다. 이를 통해 최근 몇 년간 빈곤층의 소득상황이 나아진 것으로 볼 수 있으나, 여전히 OECD 평균(11.8%)보다는 매우 높은 수준이다.

* 중위소득 50%(빈곤선=1,378만원)이하 계층이 차지하는 비율

[그림 1-1-4] 상대적 빈곤율 추이



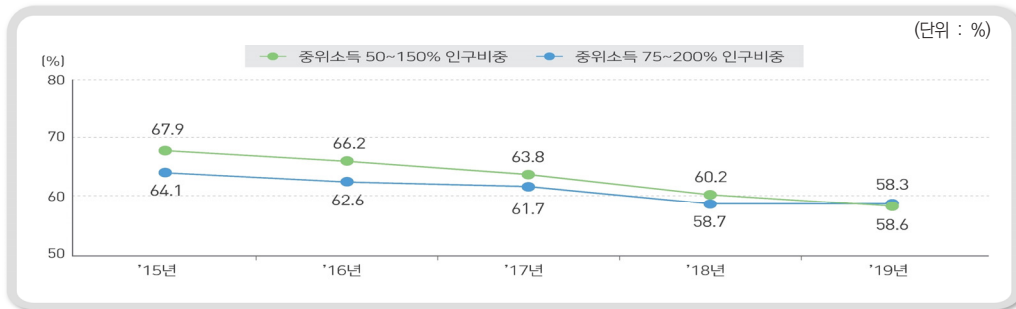
주 : 균등화 처분가능소득 기준

※ 출처 : 통계청, 「가계금융복지조사」('19.12.)

중산층 개념과 기준은 국제적으로 통일된 명확한 기준이 있는 것은 아니나, 중위소득의 계량적 기준(중위소득의 50~150%, 75~200%)으로 나누어 볼 때, 최근 몇 년간 중위소득 부근의 인구비중이 고령화, 가구분화 구조적 요인으로 지속 감소 추세에 있음을 확인할 수

있다. 고령화 진전으로 인한 무직가구 비중 증가, 가구분화에 따른 상대적 소득수준이 낮은 1인가구 비중 증가 등이 중산층 비중 상승을 구조적으로 제약하고 있다.

[그림 1-1-5] 중위소득 부근 인구비중



주 : 2/4분기 기준, 1인 이상 기준

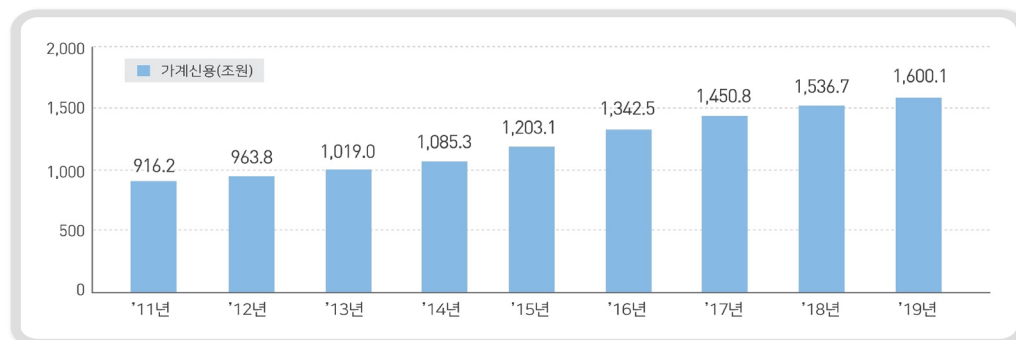
※ 출처 : 기획재정부 보도자료 「중산층 기준 및 최근 중산층 소득 개선 현황」 ('19.9.2)

한편 가계신용(부채)*은 최근 수년 간 지속적으로 상승하여 2011년 916.2조 원에서 2019년 1,600.1조 원으로 급증하였다.

* 일반가정이 은행 등 금융기관에서 대출을 받거나, 외상으로 물품을 구입한 대금 등을 합한 금액

현재의 가계신용 총량은 서민경제가 감당할 수 있는 한계점에 거의 도달하였으며, 부채 부담으로 인한 소비 위축으로 자칫 '소비 → 투자 → 고용 → 소득 → 소비'로 순환하는 경제성장 고리를 훼손할 가능성이 있다. 또한, 부채를 감당하지 못하고 저소득층으로 추락하는 서민과 중산층이 많아질 수 있는 상황이다.

[그림 1-1-6] 가계신용 추이



※ 출처 : 한국은행 「가계신용 동향(e-나라지표)」

이와 같은 상황은 우리 사회의 통합을 약화시키는 물론, 글로벌 경제여건 악화와 같은 갑작스런 위기가 도래할 경우 특히 서민층과 저소득층이 어려움에 직면할 가능성이 있어, 저소득층의 기본 생활을 보장함으로써 사회안전망의 사전예방장치를 강화하고 소득재분배를 통한 사회 통합을 실현해야 할 것이다.

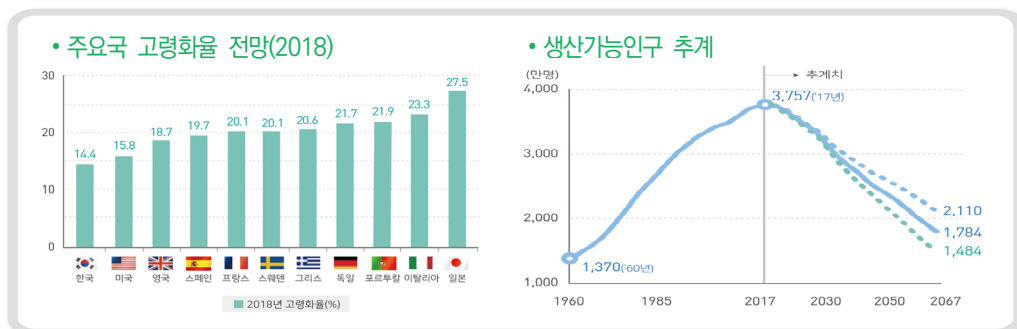
3. 저출산 · 고령화 심화

우리나라는 2017년 고령화율(65세이상 노인인구 비중)이 14%를 초과하여 고령사회에 진입하였다. 낮은 출산율과 기대수명의 증가 등으로 인해 OECD 회원국 가운데 빠른 속도로 늙어가고 있어, 향후 극심한 인구위기가 우려된다.

우리나라의 합계출산율은 2015년 1.24명, 2016년 1.17명, 2017년 1.05명으로 지속 낮아지는 추세를 보였다. 2018년에는 0.98명으로 역대 최초로 1명 미만 수준으로 나타났으며, 2019년에는 0.92(잠정)로 더욱 감소하였다. OECD국가의 합계출산율은 평균 1.65명(17년 기준)으로 우리나라가 꼴찌 수준이다. 또한, 초혼 연령이 계속 상승하는 등 출산 잠재력이 높지 않은 사회로 변화하고 있어, 앞으로도 출산율의 상승은 매우 불투명한 상황이다.

또한, 우리나라의 고령화 수준은 14.4%(18년 기준)로 현재 OECD 국가와 비교할 때 상대적으로 낮은 수준이나, 낮은 출산율과 기대수명의 증가로 빠르게 증가하고 있다. 2060년이 되면 전체인구 중 65세 인구가 차지하는 비율이 43.9%에 도달하여, 10명 중 약 4명은 노인이 된다. 한편, 노인빈곤율은 OECD 국가 중 가장 높은 46.5%(16년 기준)로 OECD평균 12.5%(15년 기준)의 약 4배이다. 은퇴와 나이 들에 따른 소득감소와 건강 악화, 준비되지 않은 마무리 등으로 삶의 질이 급격히 저하될 우려가 있다.

[그림 1-1-기] 고령화율 및 생산가능인구 추계



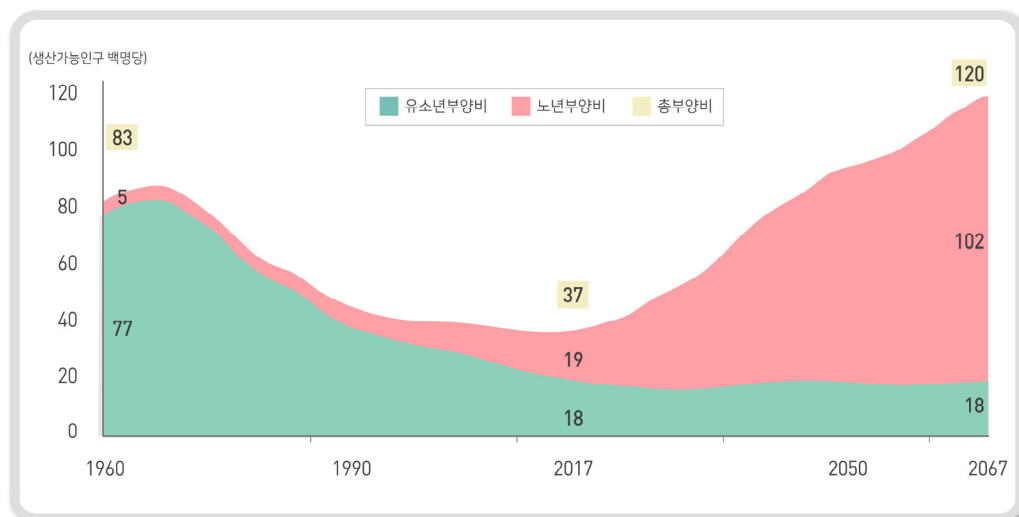
주: 고령화율: 전체 인구 대비 65세 이상 인구비율
※ 출처: World Bank(2018)

※ 출처: 통계청, 「장래인구특별추계」(2017~2067)

생산가능인구는 2018년 3,764만 명을 정점으로 감소하여, 베이비붐 세대가 고령인구로 편입 되는 2020년대에는 연평균 33만 명 이상씩 감소하여 고령화가 초래하는 사회경제적 위기에 본격적으로 직면할 것으로 보인다.

이로 인해 2056년부터 생산가능인구 100명이 부양할 인구가 100명을 넘는 상황이 될 것으로 예상되며, 2067년이 되면 120.2명에 이르러 2017년 36.7명의 3.3배까지 증가할 것으로 예측 되어 OECD 국가 중 가장 낮은 수준이 될 전망이다.

[그림 1-1-8] 노년부양비와 유소년부양비



주 : 1) 생산가능인구 1백 명이 부양해야 하는 인구 : ('17) 36.7명 → ('50) 95명 → ('67) 120.2명

2) 유소년 인구와 고령인구 규모 : ('17) 100:105.1 → ('50) 100:447.2 → ('67) 100:574.5

※ 출처 : 통계청, 「장래인구특별추계」(2017~2067)

이러한 인구 구조 변화는 결국 노동 투입 감소와 저축률 감소를 초래하고, 경제의 성장 잠재력을 약화시킨다. 납세인구의 감소로 세입은 감소하는 반면, 국민연금, 건강보험, 장기요양보험 등 각종 사회보험과 노인 관련 사회 복지지출의 증가를 야기한다. 또한, 아동 및 가족급여, 교육 지출 등에도 변화를 가져오게 된다. 그로 인한 사회적 부양부담 악화는 세대 간 갈등을 초래할 수 있다.

제2절 보건복지정책의 비전 및 과제

앞서 살펴본 바와 같이 다가오는 위기 요인들을 감안할 때 수요자 중심의 보건복지 서비스로 국민체감도를 높이고 인구위기에 따른 저출산 추세 극복, 고령화 사회대비, 보건산업의 성장 견인 등은 시급한 과제이다. 보다 폭넓은 보건복지서비스와 사전예방적 보건의료체계를 통해 안락하고 건강한 삶을 누릴 수 있도록 하고, 소득 계층별-인구 집단별 맞춤형 복지를 내실화하는 등 여러 가지 노력이 뒷받침되어야 한다.

새정부 출범(17. 5. 10.)과 더불어, 모든 국민이 전 생애에 걸쳐 빈곤·질병 등 각종 사회적 위험으로부터 보호받고 인간다운 삶을 영위하는 포용적 복지국가 실현을 위해 7대과제 30개 실천과제를 중점적으로 추진하고, 사람중심의 사회안전망을 구축하여 경제와 복지가 선순환을 이루는 포용적 복지국가 건설을 위해 노력하였다. 포용적 복지국가 실현을 위한 7대 과제의 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 사회서비스 공공인프라 구축과 일자리 창출을 위해서 장애인활동지원 및 노인돌봄기본 서비스 등 일자리 확충과 지역사회 통합돌봄 선도사업 등을 통해 사회적 돌봄체계를 강화하고, 노인일자리와 장애인일자리 확충 등 취약계층 대상 직접 일자리를 창출하였다. 또한, 사회 서비스원을 설립하여 양질의 일자리 창출과 사회서비스 질 제고를 위한 기반 구축에 노력을 기울였다.

둘째, 국민의 기본생활을 보장하는 맞춤형 사회보장을 위해서 부양의무자 기준 단계적 폐지 등 기초생활보장 사각지대에 놓인 저소득층에 대한 보장을 확대하고, 청년희망키움 통장, 도입 및 지원대상 확대, 장애등급 폐지, 장애인 연금 단계적 인상, 장애인건강권 확보 및 발달장애인 생애주기별 종합대책 마련 등 생애 맞춤형 기본적 소득·의료 지원을 강화하였다.

셋째, 기초연금 인상 등 공적연금 개선을 통한 노후 소득보장 강화, 건강보험 임의계속 가입 기간 연장, 치매 국가책임제 도입에 따른 치매국가 책임성을 제고하기 위해 치매안심센터 설치,

공공후견인제도, 치매의료비 부담완화 등을 시행하였으며, 노인일자리 확충 등 고령사회에 대비하여 건강하고 품위 있는 노후생활 보장을 위해 노력하였다.

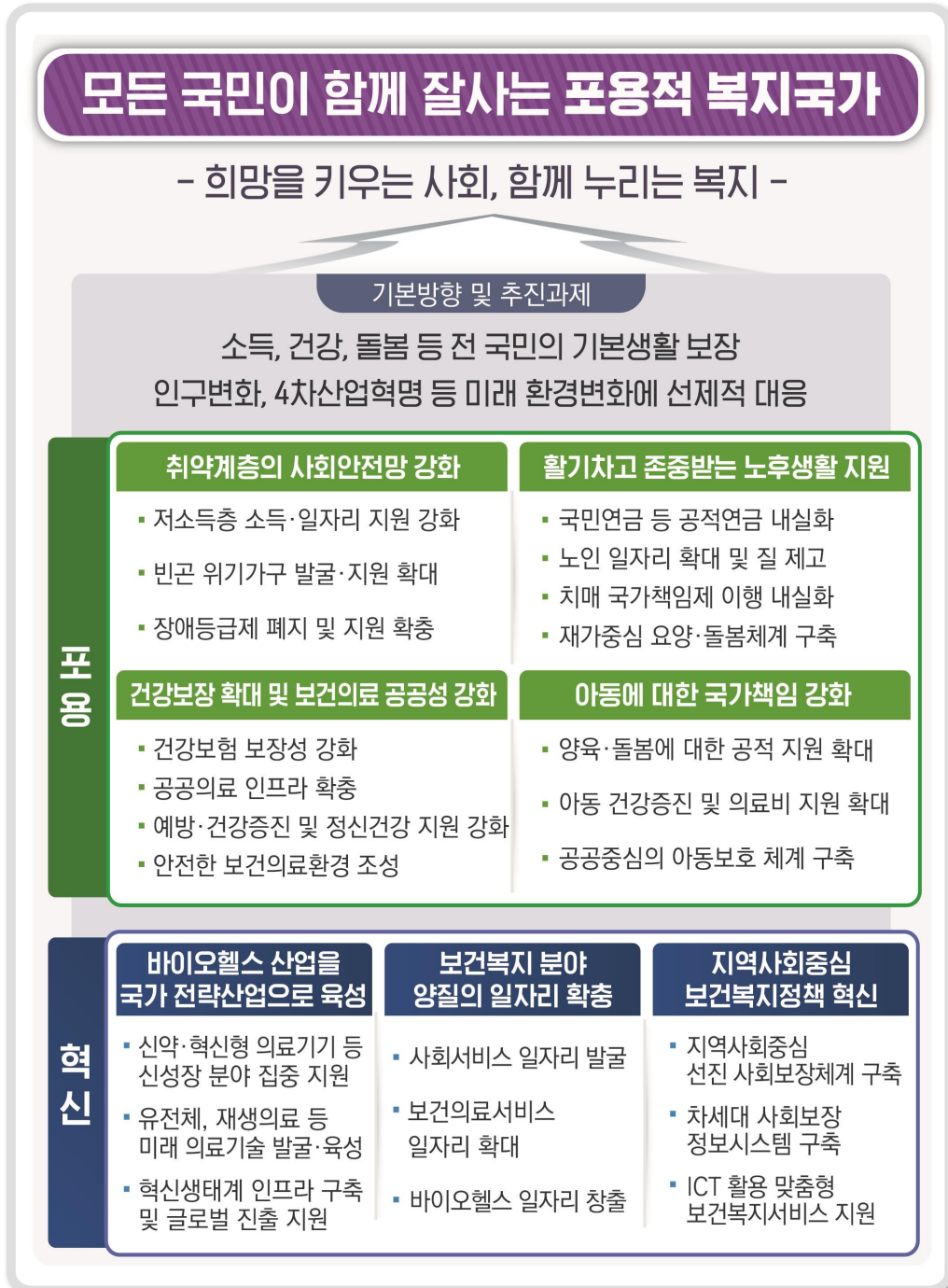
넷째, 3대 비급여(특진·특실·간병) 해소, 초음파·MRI 보험적용 확대, 의학적 비급여의 급여화 등 건강보험 보장성을 강화하고 재난적 의료비 지원, 건강보험료 부과체계 개편, 본인 부담상한제 개선 등 가계부담 경감을 추진하였으며, 수요자 중심의 건강검진체계 전환, 예방접종 지원 확대 등 예방 중심의 건강관리 지원을 위한 과제를 추진하였다.

다섯째, 의료공공성 확보 및 환자 중심 의료서비스 제공 체계를 강화하기 위해 진료정보 교류 참여기관 확대, 공공의료기관 운영평가 및 지원강화, 호스피스·완화의료 활성화 등을 추진하는 한편, 감염병 관리 체계 구축을 위한 기본계획 수립 및 인프라를 확충하였다.

여섯째, 저출산 극복을 위해 아동수당 지급, 국공립 어린이집 확충, 온종일 돌봄체계 구축 추진 등 미래세대에 대한 투자를 강화하였으며, 저출산 정책의 총괄 조정기능 강화를 위해 저출산고령사회 위원회를 개편하였다.

마지막으로, 제약·바이오·의료기기 산업 육성을 위해 보건산업 성장전략을 마련하고, R&D 지원을 확대, 의료기기 규제혁신, 혁신창업 펀드를 조성, 첨단재생바이오법을 제정하는 등 고부가가치 창출 미래형 신산업 발굴·육성을 위한 정책과제를 추진하였다.

[그림 1-1-9] 보건복지부 주요업무 추진계획



02

2019 보건복지백서

MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE WHITE BOOK

부문별 보건복지정책

-
- 제1장 국민기초생활보장
 - 제2장 사회정책 총괄 · 조정 기능 강화
 - 제3장 사회서비스
 - 제4장 저출산 · 고령사회 대응정책
 - 제5장 연금제도
 - 제6장 보건의료정책
 - 제7장 건강보험
 - 제8장 국민건강증진정책
 - 제9장 보건산업정책
 - 제10장 한의약정책
 - 제11장 정책지원

제1장 국민기초생활보장

제1절 국민기초생활보장제도

I 개요

국민기초생활보장제도는 가족이나 스스로의 힘으로 생계를 유지할 능력이 없는 최저생계비 이하의 절대 빈곤층 국민에게 생계, 교육, 의료, 주거 등의 급여를 통해 기본적 생활을 국가가 보장해 주고, 근로능력이 있는 자에게는 체계적인 자활지원서비스를 제공하여 자활·자립을 지원해 주는 제도이다.

1. 도입 배경 및 경과

1961년 제정된 「생활보호법」은 빈곤의 책임을 개인과 가족에게 돌리는 잔여적·시혜적 차원의 복지에 머물고 있었다.

그 결과 대상의 포괄성, 급여의 충분성, 대상자 간의 형평성, 제도의 효율 생산성이라는 측면에서 많은 해결과제들을 내포하고 있었다.

한편, 1997년 말에 닥쳐온 경제 위기는 대량 실업과 빈곤 인구를 양산하였고, 이는 다시 이혼, 아동·노인의 유기, 가출, 노숙, 자살, 결식아동 증가 등 각종 사회병리 현상을 야기시켜 빈곤 문제가 중요한 쟁점으로 부각되었다.

이와 같이 경제 위기 상황에서 최후의 사회안전망으로서 모든 국민을 포괄하지 못하는 「생활보호법」의 한계에 따라 근로능력에 관계없이 최저생계비 이하 저소득층의 기초 생활을 국가가 보장할 필요성이 대두되었다. 1998년 45개 시민단체가 ‘국민기초생활보장 법제정추진연대회의’를 구성하여 법률 제정을 청원하였고, 이에 여당과 야당, 정부 등 전 국민적 합의를 바탕으로 「국민기초생활보장법」을 제정(’99. 9. 7.)하였다.

이후 각계 대표, 전문가, 공무원 등으로 이루어진 ‘국민기초생활보장추진준비단’을 구성하여 1년 여의 준비 기간을 거쳐, 2000년 10월 1일 국민기초생활보장제도를 시행하게 되었다.

2. 기초생활보장제도 도입 의의

「국민기초생활보장법」의 제정은 지난 40년간 시행된 시혜적 단순 보호 차원의 생활보호제도에서 저소득층에 대한 국가의 책임을 강화하는 복지 시책으로의 대전환을 의미한다. 국민기초생활보장제도의 도입은 보호가 필요한 절대 빈곤층의 기초 생활을 국가가 보장하되, 종합적 자활·자립 서비스의 체계적 지원을 통해 생산적 복지를 구현한다는 데 그 의의가 있다.

「국민기초생활보장법」의 주요 특징을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 최저생활보장에 대한 헌법상의 권리를 실제적으로 규정한 법률로서 큰 의의를 가진다. 과거 「생활보호법」에서는 복지가 어려운 사람을 도와주는 시혜적 보호의 의미를 띠었으나, 「국민기초생활보장법」이 제정되면서 복지를 국민의 권리이며 국가의 의무로 보는 복지철학의 대전환을 가져오게 되었다.

둘째, 최저생계비 이하인 국민의 기초 생활을 국가가 보장한다는 점이다. 과거 「생활보호법」에서는 근로능력이 있는 자에게는 생계비를 지원하지 않았으나, 「국민기초생활보장법」에서는 근로능력의 유무에 관계없이 국가의 보호를 필요로 하는 빈곤선 이하의 국민은 최저 생활을 보장받게 되었다.

셋째, 근로능력이 있는 국민에게는 체계적인 자활지원서비스를 제공하여 일할 수 있도록 하는 생산적 복지를 구현한다는 점이다. 기초 생활을 권리로서 보장하되, 근로능력이 있는 사람에게 노동의 기회를 부여하여 개인의 능력을 최대한 발휘하도록 유도하고 개인의 행복 추구는 물론 이웃과 사회 그리고 국가에 이바지할 수 있도록 하여 궁극적인 사회 통합을 지향하고 있다.

3. 주요 기준

가. 수급자 선정 기준

국민기초생활보장 수급자로서 급여를 받기 위해서는 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나(소득 및 재산이 일정 기준 미만인 경우) 부양을 받을 수 없는 자로서, 개별가구의 소득인정액이 급여종류별 선정기준 이하에 해당되어야 한다. 다만, 교육급여, 주거급여의 경우에는 부양의무자 기준을 적용하지 않는다.

생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여별로 각각 수급자가 결정되며, 급여별로 수급자 선정기준이 다층화되어 있어 소득인정액 수준에 따라 최대 1~4개 급여의 수급자가 될 수 있다.

2019년 기준으로 생계급여는 기준 중위소득의 30%, 의료급여는 40%, 주거급여는 44%, 교육급여는 50% 이하의 소득인정액을 가진 경우, 해당 급여의 수급자로 선정된다.

[표 2-1-1] 2019년도 기준 중위소득 및 급여별 수급자 선정기준

(단위 : 원)

구분 \ 가구규모	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
기준 중위소득 (A)	1,707,008	2,906,528	3,760,032	4,613,536	5,467,040	6,320,544	7,174,048
생계급여수급자 (기준 중위소득 30%)	512,102	871,958	1,128,010	1,384,061	1,640,112	1,896,163	2,152,214
의료급여수급자 (기준 중위소득 40%)	682,803	1,162,611	1,504,013	1,845,414	2,186,816	2,528,218	2,869,619
주거급여수급자 (기준 중위소득 44%)	751,084	1,278,872	1,654,414	2,029,956	2,405,498	2,781,039	3,156,580
교육급여수급자 (기준 중위소득 50%)	853,504	1,453,264	1,880,016	2,306,768	2,733,520	3,160,272	3,587,024

※ 8인 이상 가구의 급여별 선정기준 : 1인 증가마다 7인 가구 기준과 6인 가구 기준의 차이를 7인 가구 기준에 더하여 산정

나. 최저보장수준(2019년)

생계급여의 최저보장수준은 기준 중위소득의 30%에 해당하는 금액이며, 수급가구의 소득 인정액과 생계급여액을 합하여 생계급여의 최저보장수준이 되도록 하고 있다.

의료급여 수급자에게는 급여대상 항목에 대한 의료비 중 수급권자 본인 부담금액을 제외한 전액을 지원하고 있으며, 근로능력 유무에 따라 1종 또는 2종으로 구분하고 있다.

[표 2-1-2] 의료급여수급자의 본인부담 비용

가구규모		1차(의원)	2차(병원·종합병원)	3차(지정병원)	약국
구분					
1종	입원	없음	없음	없음	-
	외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원
2종	입원	10%	10%	10%	-
	외래	1,000원	15%	15%	500원

주거급여(국토부)의 경우 임차가구에게는 지역별·가구원수별로 산정한 기준임대료를 상한으로 지급하고 있으며, 자가가구에게는 주택의 보수범위별 수선비용을 지원한다.

[표 2-1-3] 임차가구의 최저보장수준

(단위 : 만 원/월)

가구원수	구분	1급지(서울)	2급지(경기·인천)	3급지(광역시·세종시)	4급지(그 외 지역)
1인		23.3	20.1	16.3	14.7
2인		26.7	22.6	17.8	16.1
3인		31.6	27.2	21.3	19.4
4인		36.5	31.7	24.7	22.0
5인		37.7	32.9	25.8	22.9
6인		44.1	38.9	29.6	26.7

※ 가구원 수가 7인 이상인 경우, 가구원 2인 증가시마다 기준임대로 10% 증가

|표 2-1-4| 자가가구의 최저보장수준

구 분 \ 보수범위	경보수	중보수	대보수
수선비용	378만 원	702만 원	1,026만 원
수선주기	3년	5년	7년

※ 생계급여 선정기준 이하인 경우 수선비용의 100%, 기준 중위소득 35% 이하인 경우 수선비용의 90%, 기준 중위소득 43% 이하인 경우 수선비용의 80%를 지원

교육급여(교육부)의 경우 초등학생과 중학생은 부교재비, 중학생은 부교재비·학용품비, 고등학생은 수업료·입학금·교과서대금·학용품비를 지원하고 있다.

|표 2-1-5| 교육급여 지급 현황

구 분 \ 급여종류	부교재비	학용품비	교과서	입학금/수업료
초등학생	132,000원	71,000원	-	-
중 학 생	209,000원	81,000원	-	-
고등학생	209,000원	81,000원	해당 학년의 정규 교육과정에 편성된 교과목의 교과서 전체	학교장이 고지한 금액 전액
지급방법	연 1회	연 1회	연 1회	입학금은 1학년 1분기 신청시 전액지급/ 수업료는 분기별 지급

4. 주요 성과

가. 지원대상 증가 및 보장수준 확대

부양의무자 기준 단계적 완화, 복지 사각지대 발굴 등을 추진한 결과, 전체 수급자는 2018년 말 기준 174만 명에서 2019년 말 기준 188만 명(생계급여 123만 명, 의료급여 140만 명, 주거급여 168만 명, 교육급여 29만 명)으로 증가하였다.

또한, 기준 중위소득 및 생계급여와 주거급여의 최저보장수준 인상에 따라 4인 가구 기준 평균 현금급여가 2018년 대비 약 4만 원 가량 증가하였다.

나. 사각지대 해소

부양의무자 기준 완화에도 불구하고 여전히 남아 있는 비수급 빈곤층 해소를 위해, 지방생활보장위원회 활성화를 통한 보호대책을 마련하였다. 소득수준은 생계급여 선정기준 이하이나 부양의무자 기준 등으로 인해 기초생활 수급을 받지 못하는 가구에 대해서는 지방생활보장위원회 심의를 의무화하여, 2019년 기준 11.9만 명을 추가로 보호하였다. 또한, 2018년 10월부터 기초연금 및 최저임금 인상에 따른 수급 탈락자에 대해서도 특례적용 및 지방생활보장위원회 심의·의결을 통해 2년간 추가 보호하도록 하여 취약계층을 탄력적으로 보호하고 있다.

다. 자립유인 제고

2019년에는 24세 이하 시설 퇴소 아동 소득인정액 산정시 근로·사업소득 50만 원 정액공제 후 30%를 추가로 공제토록 하였다. 또한, 장애인직업재활참여자 및 북한이탈주민 대상 근로 소득공제도 확대(20만 원 정액공제 추가)하여 일하는 저소득층에 대한 소득 보장 및 근로유인을 강화하여 근로를 통한 탈빈곤 경로를 마련하였다. 또한, 청년층의 소득으로 가구 전체가 선정기준에 초과되는 경우, 청년을 부양의무자로 처리하고 본인을 제외한 나머지 가구원은 수급자로 지속 보호하는 특례 적용 기간을 기존 대학졸업 후 5년 또는 고등학교 졸업 후 7년에서 34세까지로 확대하여 지원하고 있다.

II 기초생활보장 강화(부양의무자 기준 단계적 완화)

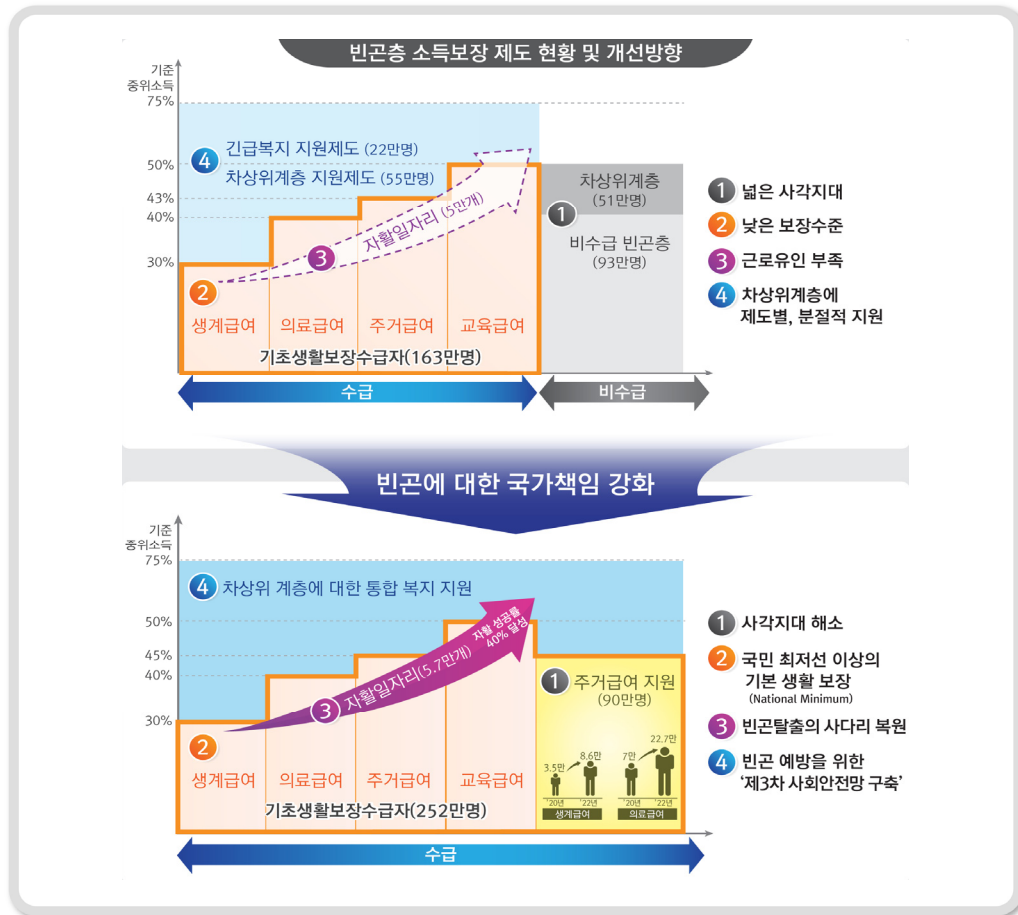
1. 빈곤 사각지대 해소를 위한 「제1차 기초생활보장 종합계획 수립 ('18.~'20.)」('17. 8.)

가. 추진 배경

기초생활보장제도는 2000년 도입 후 2015년 7월 맞춤형 급여로 개편됨으로써 빈곤계층의 '최후의 안전망'으로써 기능을 충실히 수행하고 있으나, 여전히 비수급 빈곤층 등에 대한 복지 사각지대 문제, 낮은 보장수준, 근로유인 부재 등의 한계가 상존하고 있었다.

이에 국민 누구나 기본적인 삶을 누릴 수 있도록 국가가 빈곤층의 삶을 책임지는 예방적이고 적극적인 빈곤정책의 패러다임이 요구됨에 따라 제1차 기초생활보장 종합계획이 수립되었다.

[그림 2-1-1] 빈곤층 소득보장제도 현황 및 개선방향



나. 주요 내용

첫째, 빈곤 사각지대의 해소이다. 우선, 부양의무자 기준을 대상자 및 급여별로 단계적으로 완화*함과 동시에, 남아있는 생계급여 비수급 빈곤층(기준 중위소득 30% 이하이나 부양의무자 기준 등으로 수급자가 되지 못한 빈곤층)은 지방생활보장위원회의 개별 심의 절차를 의무화하여 생계보호를 강화하고 있다.

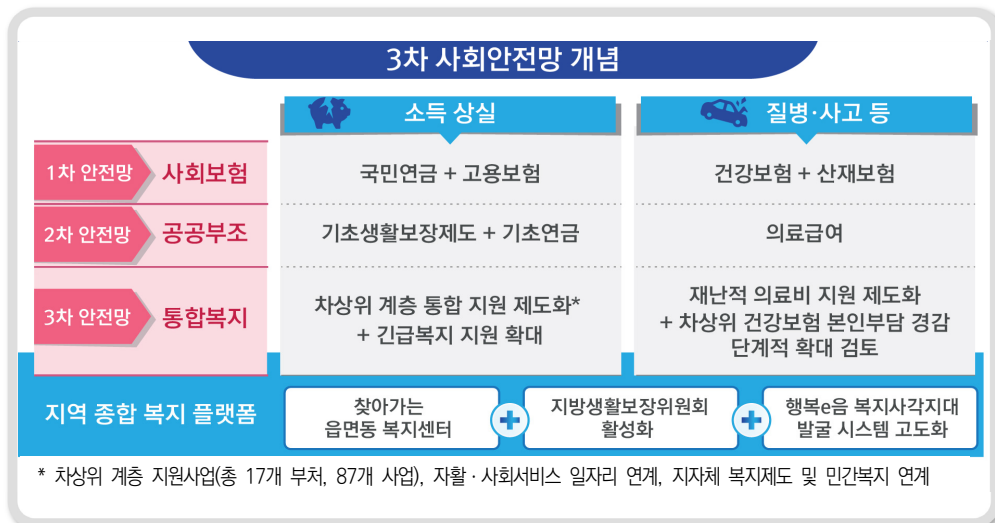
* 부양의무자 기준의 단계적 완화에 대한 상세내용은 아래 '2. 기초생활보장 부양의무자 기준 단계적 완화 추진' 부분 참고

둘째, 국민 최저선(National Minimum) 보장이다. 생계급여는 저소득층의 최저 생활보장 강화를 위해 기준 중위소득 산출방식 개편 및 시설 생계급여 산정 방식 합리화와 가구 균등화 지수 개편방안을 검토해 나갈 계획이다. 의료급여는 건강보험 보장성 강화 계획과 연계하여 보장성을 지속적으로 확대할 예정이다. 주거급여는 2018년 부양의무자 폐지와 함께 주거급여 대상자를 2020년까지 기준 중위소득의 45%로 확대하고 주거급여 최저보장수준도 단계적으로 현실화할 계획이다. 또한, 교육급여는 2019년 최저교육비의 100%까지 지원수준을 인상하여 급여 보장 수준을 확대하였다.

셋째, 자립지원 및 탈 빈곤 촉진이다. 근로능력이 있는 수급자의 자립 기반 마련을 위해 자활일 자리를 확대하고 자활급여도 단계적으로 인상하여 수급자 및 차상위계층의 자립을 촉진할 계획이다. 또한, 新 빈곤층인 저소득 청년 등 일하는 수급자를 위한 근로인센티브 확대와 자산형성지원을 강화할 예정이다.

넷째, 빈곤 예방을 위한 위기 안전망(제3차 사회안전망) 구축이다. 기초생활보장 수급을 받지 못하는 차상위계층의 빈곤 추락 방지를 위해 긴급복지 확대 등 중층적 공적 보호망을 확충하고 복지 사각지대 발굴 사업도 강화할 예정이다.

[그림 2-1-2] 3차 사회안전망 개념



다섯째, 제도의 지속가능성 제고이다. 제도의 확대와 더불어 부정수급 등 도덕적 해이 방지를 위해 사후관리 강화 및 적정급여 이용을 유도해 나갈 계획이다.

다. 향후 계획 및 기대효과

제1차 기초생활보장 종합계획의 부양의무자 기준 단계적 완화를 비롯하여 지방생활보장위원회를 통한 생계급여 비수급 빈곤층에 대한 개별적 탄력적 보호 강화를 통해 비수급 빈곤층 등에 대한 복지사각지대가 대폭 감소할 것으로 기대된다.

또한, 기준 중위소득의 안정적 산출방식 마련을 통해 기초생활보장 수급자의 보장수준을 확대하고 저소득 청년 등 일하는 수급자에 대한 근로인센티브를 강화함으로써 저소득층의 빈곤 탈출을 지원함은 물론 긴급복지 지원 확대를 통한 빈곤 예방 기능도 지속적으로 내실화하여 모든 국민의 기본 생활 보장을 강화하고자 한다.

2. 기초생활보장 부양의무자 기준 단계적 완화 추진

가. 추진 배경

부양의무자 기준은 복지 사각지대 발생의 가장 큰 원인으로 지목되어 왔다. 이에 부양의무자 기준의 단계적 완화를 국정과제로 설정하여 제1차 기초생활보장 종합계획(‘18.~’20.)(‘17. 8.)을 수립함으로써 급여별·대상자별로 부양의무자 기준의 단계적 완화를 추진하고 있다.

나. 주요 내용

「제1차 기초생활보장 종합계획」(‘17. 8.) 및 「저소득층 일자리·소득지원 대책」(‘18. 7.)에 따른 부양의무자 기준 급여별·대상자별 단계적 완화 계획은 다음과 같다.

- (급여별) 주거급여의 부양의무자 기준 폐지
- (대상자별) 소득·재산 하위 70% 중증 장애인 또는 노인이 포함된 경우 부양의무자 기준 연차적 적용 제외 등

[부양의무자 기준 단계적 완화 로드맵]

- ▶ (1단계) 수급자, 부양의무자 가구에 모두 중증 장애인, 노인이 포함된 경우(‘17. 11.)
- ▶ (2단계) 주거급여 부양의무자 기준 폐지(‘18. 10.)
- ▶ (3단계) 부양의무자 가구에 장애인연금 수급자(생계·의료), 기초연금 수급자(생계)가 포함된 경우, 수급자가 30세 미만 한부모가구 및 시설보호종로아동(생계·의료) 포함된 경우(‘19. 1.)
- ▶ (4단계) 부양의무자 가구에 노인(기초연금 수급자)이 포함된 경우(의료급여)(‘22. 1.)

2017년 11월 수급자 및 부양의무자 가구에 노인 또는 중증 장애인이 모두 포함된 경우 부양의무자 기준 적용을 제외하고, 2018년 10월에는 주거급여에 대한 부양의무자 기준이 완전히 폐지되었다.

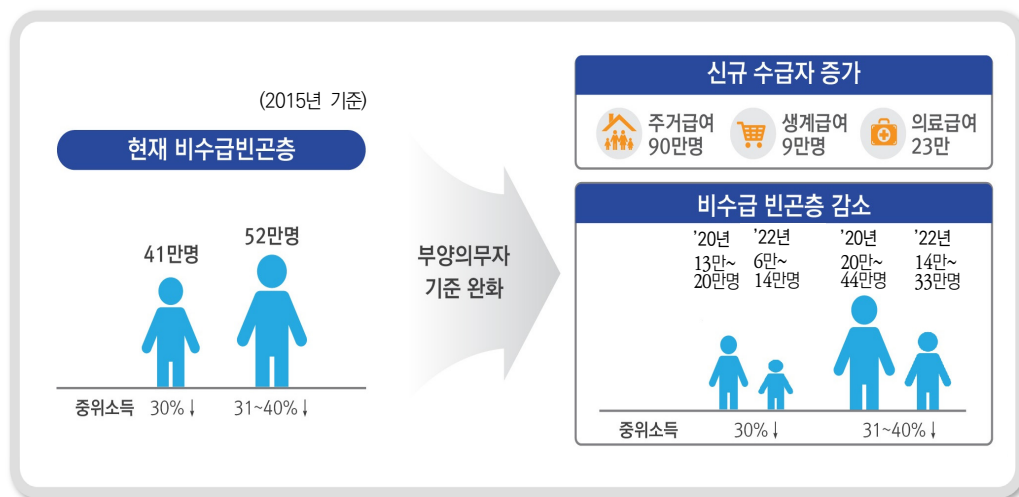
2018년 7월 발표된 ‘저소득층 일자리·소득 지원 대책’에 따라 당초 2022년 1월 시행 예정이던 생계급여에 대한 기초연금 수급자의 부양의무자 기준 완화는 2019년 1월부터 조기 시행하였다. 아울러, 30세 미만 한부모가구 및 보호종결아동에 대한 생계·의료급여 부양의무자 기준도 2019년 1월부터 추가로 완화하였다.

또한, 2019년 5월 ‘포용성 강화를 위한 사회안전망 확충 대책’에 따라 2020년 1월부터 장애 정도가 심한 장애인에 대한 생계급여 부양의무자 기준 적용을 제외하기로 결정하였다.

다. 향후 계획 및 기대효과

향후 부양의무자 기준의 단계적 완화를 통해 2015년 93만 명으로 조사된 비수급 빈곤층은 2022년에는 20만~47만 명으로 감소할 것으로 전망하고 있다. 또한, 부양의무자 기준의 단계적 완화를 차질 없이 이행함으로써 기존 부양의무자 기준으로 인해 수급을 받지 못했던 비수급 빈곤층을 적극적으로 보호할 수 있을 것으로 기대한다.

[그림 2-1-3] 부양의무자 기준 단계적 완화 기대효과



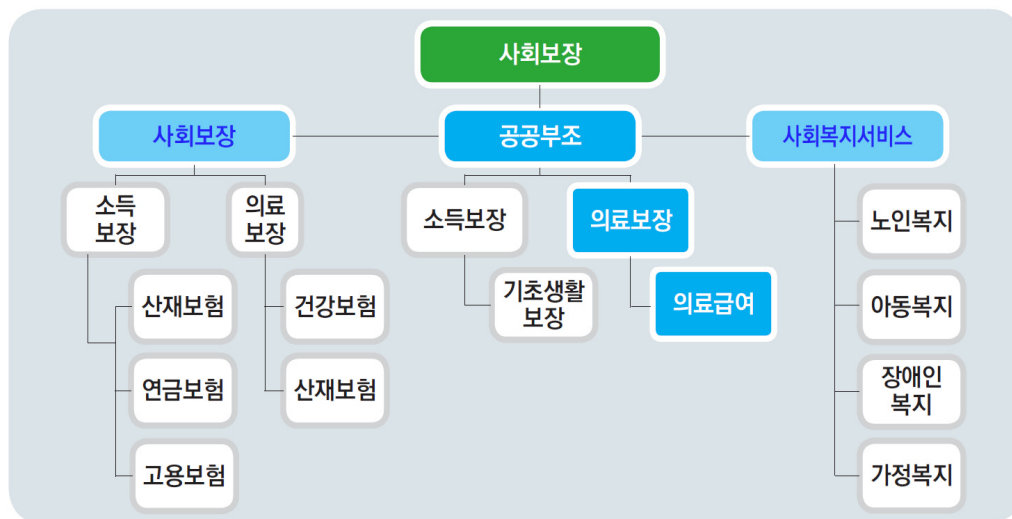
제2절 기초의료보장제도

I 개요

의료급여제도는 생활 유지 능력이 없거나 경제 능력을 상실한 사람들을 대상으로 정부가 의료 서비스를 제공하는 공공부조제도로, 저소득층의 의료 보장을 통한 건강 증진과 복지 향상을 목적으로 하는 사회보장제도이다.

의료급여사업의 배경을 보면 1961년 제정된 「생활보호법」에 근거를 둔 무료진료의 제공을 시초로 1977년 1월 4일에 「의료보호에 관한 규칙」을 보건사회부령으로 제정·시행하다가 1979년 1월 1일부터는 「의료보호법」에 따라 의료보호사업이 시행되었다. 그 후 2001년 「의료급여법」의 시행에 따라 최저생계비 이하의 빈곤계층을 의료급여 수급권자로 선정하여 상대적으로 저렴한 비용으로 의료 이용을 할 수 있도록 하고 있다. 이는 질병으로 인한 사회적 비용을 경감시키는 기능을 동시에 수행한다.

[그림 2-1-4] 사회보장체계와 의료급여사업



집필자 | 기초의료보장과장 이영재

1. 도입 배경 및 경과

1977년부터 의료보호라는 이름으로 시작된 의료급여제도는 저소득층을 위한 의료보장제도로서 많은 발전을 거듭해 왔다.

그러나 제도 시행 초기의 의료보호 대상자들은 진료 지역 및 진료 일수 제한, 지정된 의료기관 이용 등 의료 이용에 많은 제약이 있었으며, 보호 수준도 건강보험에 비해 낮은 편이었다. 이러한 제한점을 해소하기 위하여 보호 기간과 수준 등을 단계적으로 확대하는 등 지속적으로 의료급여의 보장성을 강화하고 제도를 개선하여 왔다. 그 과정을 보면 다음과 같다.

가. 보호 기간

연간 180일 이내이던 보호 기간을 단계적(1995년 210일 → 1996년 240일 → 1997년 270일 → 1998년 300일 → 1999년 330일)으로 확대해오다, 2000년에는 기간 제한을 폐지하였다. 그러나 급여 기간 폐지에 따른 의료 남용 등의 문제가 발생하여 2002년 1월부터 급여 기간을 365일로 다시 제한하면서, 여러 예외 규정을 두어 급여 기간 제한 조치가 복합성병을 가진 수급권자에 대한 지나친 규제가 되지 않도록 보완하였다.

나. 진료 지역의 제한 폐지

종전에는 보건복지부장관 또는 시·도지사가 지정한 진료지구 내의 의료기관에서만 진료를 받을 수 있었으나, 1998년에는 의료급여 진료지구를 폐지하였다. 1999년에는 의료기관 개설과 동시에 별도의 지정 절차 없이 의료급여기관으로 당연 지정되도록 하였다. 그 결과 의료급여 대상자의 의료 이용 편의가 대폭 개선되었다.

다. 수급대상의 단계적 확대

의료급여 수급권자는 국민기초생활보장 수급자뿐만 아니라 국가유공자, 이재민, 5·18민주화운동 관련자 등도 타법 의료급여 수급권자로 보호하고 있으며, 특히 2015년 7월 「국민기초생활보장법」 개정으로 의료급여 수급 자격 기준이 변경되면서 수급 대상자 규모가 크게 확대되었고, 2017년 11월 부양의무자 및 수급자 가구 모두에 노인·중증장애인 포함 시 부양의무자 기준

적용 대상에서 제외함으로써 수급대상자로 지원받게 되었다. 2019년 1월에는 부양의무자 가구에 장애인연금 수급 등 중증장애인이 포함된 경우, 30세 미만 한부모가구인 경우, 30세 미만 시설퇴소 아동인 경우 등에 부양의무자 기준이 폐지되었다.

라. 보호수준의 확대

1998년에 의료급여수가 중 종별가산율을 건강보험의 50% 수준으로, 2000년 11월에는 건강보험의 75%로 상향 조정하여 건강보험과의 차이를 줄임으로써 의료급여 대상자에 대한 차별을 없애기 위해 노력하였다.

장애인보장구 급여 범위는 1998년에 지팡이, 목발 등으로 확대하였고, 2005년에는 전동휠체어, 전동스쿠터, 2013년에는 자세보조용구 등 고가보장구를 급여 대상에 포함하였다. 또한, 2015년 7월에는 의료급여 2종 수급자의 장애인보장구 구입비 본인 부담 비율을 15%에서 0%로 인하여 장애인의 건강 증진에 기여하였으며, 2016년에는 욕창예방매트리스, 욕창예방방석 등 신규 품목을 추가하였으며, 2018년 7월에는 수동휠체어의 유형을 확대(일반형, 활동형, 틸팅형/리클라이닝형)하였으며, 또한 욕창예방방석, 이동식전동리프트 급여대상자를 기존 지체장애인에 더하여 뇌병변장애인에게까지 장애인보장구에 대한 급여를 확대하였다.

저소득계층의 의료비 부담을 완화하기 위하여 2004년부터 2종 수급권자의 외래진료비 본인 부담률을 20%에서 15%로, 2009년에는 입원 본인부담률을 15%에서 10%로 인하하였다.

2003년부터는 2종 수급권자에 대하여 본인부담보상제도를 실시(매 30일간 30만 원 초과 시 초과금액의 50% 환급)하고, 2004년도에는 매 30일간 20만 원으로 인하여 2019년 현재까지 유지하고 있다.

2004년 7월부터는 2종 수급권자에 대하여 본인부담상한제를 도입(매 6개월간 120만 원 초과 시 초과금액 전부 환급)하였으며, 2007년에는 본인부담보상제 및 상한제를 1종 수급권자에까지 확대 실시하여 1종 수급권자의 경우 매 30일간 2만 원 초과 시 초과금액의 50%, 매 30일간 5만 원 초과 시 초과금액 전액을 환급해주었다. 2009년에는 2종 수급권자의 상한제 기준금액을 매 6개월간 60만 원으로 인하하였으며, 2018년에는 2종 수급권자 본인부담금 상한제 기준금액을 연간 120만 원에서 80만 원으로 인하(다만, 요양병원 연간 240일 이상 입원한 자에 대해서는 종전과 같이 연간 120만 원으로 함)하여 저소득층 의료비 지원을 확대하였다.

의료급여 수급자의 임신·출산 진료비 부담 경감을 위하여 2008년 임신·출산 진료비(20만 원)를 도입한 이래로, 지속적으로 지원 금액 인상 및 지원 대상을 확대한 결과, 2019년 1월부터는 임신·출산 진료비의 지원 금액은 단태아 60만 원, 다태아 100만 원이며, 산모뿐 아니라 그 자녀인 영아(출생 1년 이내)에게도 지원되고, 이용기간도 출산 후 60일에서 1년으로 확대하였다.

한편, 의료급여 수급권자의 의료보장성 강화를 위해 가정산소치료 요양비, 복막관류액 또는 소모성 재료비, 제1형 당뇨병환자의 소모성 재료비 및 자가도뇨 소모성 재료비 등 요양비 지원 범위를 확대하였다. 2016년에는 당뇨 소모성 재료 요양비 지원 대상을 제2형 당뇨병환자까지 확대하고, 재가 인공호흡기 신설과 2018년 8월에는 당뇨 소모성재료는 4품목에서 6품목으로 확대하고, 양압기 급여를 신설했다.

2013년 10월부터는 중증질환자도 희귀난치질환자와 같이 1종 자격 부여 및 본인부담 면제, 절차 예외 등을 동일하게 적용하고, 4대 중증질환(암, 희귀, 심장, 뇌혈관)에 대한 초음파 급여를 실시하였으며, 희귀난치성질환 및 중증질환에 대한 의료급여 산정특례 제도에 대한 지속적인 개선과 보장 범위 확대를 추진해왔다.

2014년에는 건강보험 보장성 확대 계획 등에 맞춰 비급여 진료비 중 높은 비중을 차지하는 3대 비급여(선택진료 규모 축소, 4~5인실 상급병실 급여화, 간병비)에 대한 제도를 개선(1차)하였다. 더불어 비급여 중 의학적 필요도가 높은 진료에 대한 의료급여 전환 및 선별급여 제도의 도입 등 4대 중증질환(암, 심장, 뇌혈관질환, 희귀난치질환)에 대한 의료보장성을 본격적으로 강화하였다. 이 외에도 의학적으로 치료에 필요한 비급여 항목에 대해서는 본인 부담을 완화하기 위해, 수술 및 처치 등에 필요한 MRI·초음파 항목의 급여화를 단계적으로 추진해왔다.

또한, 급속한 노령화에 따른 어르신들의 의료비 부담 완화 및 구강건강 향상을 위하여 2012년 7월 만 75세 이상 어르신들에 대한 완전틀니 급여를 시작으로 2013년 7월은 부분틀니, 2014년 7월은 치과임플란트에 대해서도 급여를 적용하였다. 2015년 7월에는 만 70세 이상, 2016년 7월에는 만 65세 이상으로 대상 연령을 단계적으로 확대하는 한편, 본인부담률도 2017년 11월에 노인틀니에 대해 1종 5%, 2종 15%로 인하하였고, 2018년 7월에 치과임플란트에 대해 1종 10%, 2종 20%로 인하하였다.

마. 의료급여 제도의 개선

2000년 「국민기초생활보장법」과 2001년 「의료급여법」의 시행을 통해 국민의 권리를 강화하고, 전문기관(국민건강보험공단)으로 업무를 위탁하여 제도의 효율성을 제고하였다.

일부 의료급여 수급자의 경우, 의료 과소비, 약물 오·남용, 비용 의식 미흡 등 수급자의 건강 악화 및 의료급여 재정에 부담 요인으로 작용하는 문제점이 발생하여 2003년 5월 사례관리사업을 시작하였다. 각 보장기관에서 간호사 면허증을 소지하고 임상경험이 있는 자를 의료급여관리사로 채용, 수급자의 다양한 의료 이용 행태를 파악하여 의료 이용 상담 및 건강관리 정보를 제공하는 사례관리사업을 운영하고 있다. 이로써, 수급자의 적정 의료 이용을 유도하고 건강 수준을 향상시켜 삶의 질을 높이도록 지원하고 있다.

의료급여 진료비가 급증하고, 수급권자의 적절한 건강 관리가 이루어지지 못하는 제도상의 한계를 보완하기 위하여 2006년 7월 「의료급여혁신종합대책」을 수립하였다. 이에 따라 2007년 7월부터 1종 수급권자에 대한 건강생활유지비 지원 및 본인부담금 신설, 선택병의원제와 자격관리시스템 도입 등 제도 개선이 이루어졌다.

그러나, 제도 개선에도 불구하고 중복 투약 및 선택병의원제 악용으로 의료급여 재정 낭비, 약물 중독 등 건강상의 위해 문제가 발생하였다. 이에 2009년에는 동일 성분 의약품을 중복 투약하는 수급권자를 관리하고, 선택병의원 대상자라도 일반 수급권자와 동일하게 급여일수 연장 승인 심사를 받도록 하는 내용의 제도 개선을 단행하였다.

2015년에는 대형병원 쏠림현상 완화 등 의료전달체계 합리화를 위하여 수급권자가 대형병원(종합병원 및 상급 종합병원)에 경증질환으로 내원하는 경우 발생하는 약제비 본인 부담을 정액제(500원)에서 정률제(3%)로 변경하였다.

2017년에는 「의료급여혁신종합대책」(2006년 7월) 수립 이후의 의료급여 제도 운영 실태를 점검 및 평가하고, 빈곤층 의료안전망의 지속적 확충과 재정의 효율적 관리를 위하여 ‘의료급여 3개년 기본계획(2018~2020)’을 수립하였다. 동 기본계획은 ‘최소한의 의료 안전망’이라는 개념을 뛰어넘어 ‘의료 사각지대의 선제적 발굴 및 맞춤형 지원’으로 패러다임을 전환하고, 불필요한 과다 의료이용에 대해서는 근거에 기반한 적정 의료급여 이용 유도 체계 구축을 주요 내용으로 한다.

2. 제도 주요 내용

가. 수급권자 선정 기준 및 유형

의료급여는 「국민기초생활보장법」에 의한 수급권자와 이재민, 의사상자, 국가유공자 및 중요 무형문화재 보유자 등 타 법에 의한 대상자 및 법령상 일정한 조건을 갖춘 행려환자를 의료급여 수급권자로 선정한다.

의료급여 수급권자 중 「국민기초생활보장법」에 의한 수급자는 1종 및 2종 수급권자로 구분하여 본인부담금에 차등을 두고 있다. 1종과 2종을 구분하는 근거는 근로능력의 유무인데 기초생활보장 수급자 중 근로능력이 없는 가구의 구성원은 1종, 근로능력이 있는 가구의 구성원은 2종이 된다.

표 2-1-6 | 2019년도 의료급여 종별 대상자 및 선정 기준

구 분	수 급 권 자
1 종	<ul style="list-style-type: none"> • 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 없는 자로만 구성된 세대의 구성원 • 국민기초생활보장법 이외의 타 법에 의한 수급권자 <ul style="list-style-type: none"> - 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 국내 입양된 18세 미만 아동, 국가유공자 및 그 유족·가족, 국가무형문화재 보유자 및 그 가족, 새터민(북한이탈주민)과 그 가족, 5·18 민주화운동 관련자 및 그 유족·가족, 노숙인 등 • 행려환자
2 종	<ul style="list-style-type: none"> • 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 있는 자를 포함한 세대의 구성원

나. 의료급여 수준과 본인부담금

의료급여는 수급권자에게 국가 재정으로 질병이나 부상, 출산 등에 대한 진찰, 검사, 약제·치료 재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송, 기타 의료 목적 달성을 위한 조치를 제공한다. 국가는 법령에서 정한 수급권자의 법정본인부담금을 제외한 금액의 전액을 지원하는데, 법정 본인부담금은 수급권자의 종별(1종·2종) 구분에 따라 다르게 적용된다.

|표 2-1-7| 의료급여 진료비 부담 기준

구 분		본인부담금
1종	외래	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소·보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 : 없음 • 1차 의료급여기관(1,000원), 2차 의료급여기관(1,500원), 3차 의료급여기관(2,000원) • PET, MRI, CT 등 : 급여비용의 5%
	입원	• 무료
	약국*	• 500원
2종	외래	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소·보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 : 없음 • 1차 의료급여기관(1,000원), 2차 및 3차 의료급여기관(급여비용의 15%) • PET, MRI, CT 등 : 급여비용의 15%
	입원	• 의료급여기관의 입원 진료 : 급여비용의 10%
	약국*	• 500원

* 보건복지부장관이 고시하는 경증질환으로 종합병원 이상급 기관에서 원외처방전을 발급받아 약국에서 조제받는 경우 급여비용의 3%

이와 함께 수급권자들의 부담을 완화하기 위해 대지급금제도, 본인부담보상제, 본인부담상한제 등을 운영하고 있다. 대지급금제도는 2종 수급권자에 한해서 적용되며, 진료비의 15%를 부담하는 2종 수급권자가 최저생계비 이하의 계층임을 고려하여 입원 진료 시 본인부담금이 20만 원 이상인 경우 20만 원 초과분은 의료급여기금에서 대지급해 주고 무이자로 분할 상환하는 제도이다. 이를 통해 수급권자들의 국가에 대한 의타심을 배제하고 자활 의지를 고취시키도록 하고 있다.

본인부담보상제는 일정 기간 동안 본인부담금이 법령에서 정한 금액을 초과하는 경우 초과금액의 50%를 되돌려 주는 제도이다. 1종 수급권자는 매 30일간 2만 원, 2종 수급권자는 매 30일간 20만 원 초과 여부가 적용 기준이 된다.

본인부담상한제는 일정 기간 동안 본인부담금이 법령에서 정한 금액을 초과할 경우 초과금액의 전부를 되돌려 주는 제도로, 1종 수급권자는 매 30일간 5만 원, 2종 수급권자는 연간 80만 원을 초과할 경우 초과금의 전액을 사후에 보상한다.

다. 진료체계

의료급여 수급권자는 「의료급여법시행규칙」 제3조의 규정에 따라, 제1차 의료급여기관 → 제2차 의료급여기관 → 제3차 의료급여기관에서 단계적으로 진료를 받을 수 있다.

제1차 의료급여기관은 「의료법」에 따라 시장·군수·구청장에게 개설 신고한 의료기관 보건소·보건의료원 및 보건지소, 약국이 포함된다. 제2차 의료급여기관은 「의료법」에 따라 시·도지사가 개설을 허가한 의료기관이다. 아울러, 제3차 의료급여기관은 「의료법」 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원으로 한다.

[그림 2-1-5] 의료급여 진료 절차 체계도



라. 수가체계

의료급여 수가 수준은 건강보험 행위별 수가를 준용하여 산정(단, 정신질환 입원 및 혈액투석 외래 수가는 건강보험과 달리 정액수가로 운영)하고, 식대와 요양기관 종별 가산율에 다소 차이를 두고 있다.

[표 2-1-8] 의료급여의 요양기관 종별 가산율

구 분	3차 의료급여기관	종합병원	병원	의원
의료급여 가산율	22%	18%	15%	11%
건강보험 가산율	30%	25%	20%	15%

마. 관리 운영 체계

의료급여 업무의 운영 체계는 의료급여 사업기관인 보건복지부와 지방자치단체, 건강보험공단, 건강보험심사평가원으로 나누어 의료급여 수급권자가 의료급여를 원활하게 받을 수 있도록 각각의 역할을 부여하고 있다.

보건복지부는 의료급여 주요 정책 개발·결정 및 의료급여사업의 총괄적인 조정과 지도 감독 업무를 수행하고, 보장기관인 시·도는 의료급여기금 관리·운영 및 보장기관에 대한 지도 감독 업무를 담당하며, 시·군·구는 수급권자의 자격 선정과 관리 업무를 수행한다. 이외에 건강보험심사평가원은 진료비 심사 및 급여 적정성 평가를, 국민건강보험공단은 진료비 지급 업무, 수급권자 자격 및 개인별 급여내역의 전산 관리 등을 각각 위탁받아 업무를 수행하고 있다.

바. 기금 운용 및 관리

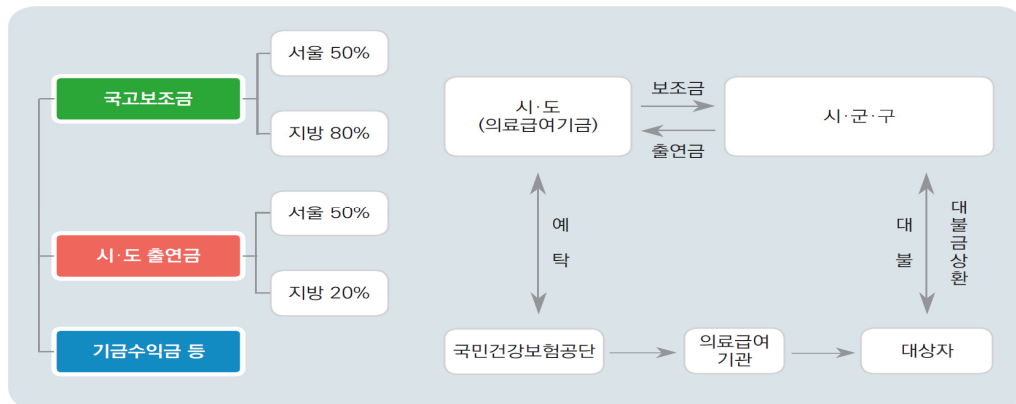
의료급여비용의 지급을 충당하기 위해 시·도에 일반회계와 구분하여 의료급여기금을 설치하고 있다. 의료급여기금은 국고보조금과 지방자치단체 출연금, 대불상환금, 부당이득금, 과징금, 기금의 결산상 잉여금 및 그 밖의 수입금으로 조성된다.

국고보조금의 비율은 보조금의 예산 및 관리에 관한 법령에 따라 서울은 50%, 기타 지역은 80%를 적용하고 「지방재정법시행령」 제33조 제1항의 규정에 의한 지방자치단체 경비 부담의 기준 등에 관한 규칙 중 별표에 따라 특별시 및 광역시의 자치구는 부담 비율이 없고 시는 6%, 군은 4%를 부담하고 있다.

[표 2-1-9] 의료급여기금의 국고보조금 및 지방비출연금

구분	서울특별시		광역시		도		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%
국비	50%		80%		80%		
합계	100%		100%		100%		

[그림 2-1-6] 기금 조성 및 운용 체계



사. 의료급여 사례관리

의료급여법 제5조의2(사례관리)에 따라 수급권자의 건강 관리 능력 향상 및 합리적 의료 이용 유도 등을 통한 삶의 질 향상과 의료급여 재정 안정화에 기여하기 위해 의료급여사례관리 사업을 수행하고 있다.

의료급여사례관리를 실시하기 위해 시·도 및 시·군·구에 의료급여관리사를 배치하고 수급권자의 건강 관리 능력 향상을 위한 교육 및 상담, 의료급여제도 안내 및 의료기관 이용 상담, 의료 및 복약 지도에 대한 모니터링 등 요양 방법의 지도, 수급권자와 보장 시설 등 보건복지자원과의 연계 업무를 수행한다.

의료급여사례관리사업의 기획·운영 지원, 사업 모니터링 및 평가, 연구 및 실태 조사, 통계 산출 및 분석 등 전문적 지원을 위해 건강보험심사평가원에 위탁하여 의료급여사례관리사업 지원단을 운영하고 있다.

2019년 의료급여관리사 1인당 연간 사례관리 대상자는 300명으로 장기입원자(5~40명), 과다의료 이용 등이 예상되는 고위험군(50~90명), 지속적 관리·개입이 필요한 집중관리군(5~10명), 신규 의료급여 수급권자(200명)를 대상으로 방문, 전화, 서신 등을 통해 1~6개월 동안 대상자 관리를 실시한다.

* 재가 의료급여 시범사업 시군구의 경우, 1인당 연간 사례관리 대상자는 275명으로 장기입원자(5~40명), 고위험군(25~65명), 집중관리군(5~10명), 신규 의료급여 수급권자(200명)를 관리

2019년도에는 총 179,902명(전체 수급권자의 12.1%)의 사례관리 대상자에 대해 전화상담 336,618건(46.7%), 서신발송 250,965건(34.8%), 방문상담 132,756건(18.4%) 등 총 720,339건을 수행하였고, 복지시설·보건의료자원·사회복지서비스 등 총 21,994건의 보건 복지 자원 연계를 수행하였다.

수급권자의 사례관리 전·후 변화를 측정하는 ‘1인당 전체 요구(건강) 점수’ 결과(고위험군 기준) 자가 건강관리 능력, 합리적 의료 이용, 지지 체계 구축, 건강 삶의 질 4개 영역에서 모두 점수가 상승하여 사례관리 개입 시 52.7점에서 종결 시 62.5점으로 9.8점 증가하였다. 수급자에 대한 사례관리를 통해 수급권자의 자가 건강관리 능력 향상, 합리적 의료 이용 등을 도모한 것으로 분석되었다.

|표 2-1-10| 고위험군 1인당 전체 요구(건강) 점수 측정 결과(2019년)

구 분	개입 전	개입 후	변화량
전체(100점)	52.7	62.5	9.8
자가 건강 관리 능력(30점)	15.5	18.7	3.2
합리적 의료 이용(30점)	14.2	18.4	4.2
지지 체계 구축(10점)	5.6	6.2	0.6
건강 삶의 질(30점)	17.4	19.2	1.8

아울러, 사례관리를 통한 수급권자의 진료비 및 진료일수 감소에 따른 재정 절감은 약 1,705억 원으로 파악되어 의료급여 재정 안정화에도 기여한 것으로 나타났다.

|표 2-1-11| 최근 3년간 사례관리 재정 절감 효과

(단위 : 원)

연 도		총절감액	절감액 (C=AxB)	1인당 진료비 절감액(A)	사례관리종결자 진료실인원(B)
2019	고위험군	170,461,467,258	114,246,801,144	2,999,076	38,094
	장기입원		56,266,726,824	7,144,074	3,938
	집중관리		-52,060,710	-13,247	3,930
2018	고위험군	150,837,384,528	107,170,107,480	2,789,145	38,424
	장기입원		44,477,517,216	12,877,104	3,454
	집중관리		-810,240,168	-148,287	5,464
2017	고위험군	145,787,153,770	109,935,299,144	3,256,088	33,763
	장기입원		33,732,679,116	11,438,684	2,949
	집중관리		2,119,175,510	459,691	4,610

Ⅱ 의료급여제도의 개선

1. 기초의료보장 현황

가. 수급권자 수

2002년도에 142만 명이었던 의료급여 수급권자 수가 건강보험 차상위계층에 대한 의료급여 적용에 따라, 2005년 176만 명, 2006년 183만 명으로 확대되었다. 2008년부터 복지 재원의 합리적 배분을 위해 단계적으로 차상위계층을 건강보험가입자로 전환하였다. 2015년 7월 맞춤형 복지제도가 시행되었고, 2017년 11월 부양의무자 및 수급자 가구 모두에 노인·중증장애인이 포함 시 부양의무자 기준 적용에서 제외되었고, 2019년 1월 부양의무자 가구에 중증장애인이 포함된 경우, 30세 미만 한부모가구인 수급권자의 경우, 30세 미만 시설 퇴소(보호종료) 아동인 수급권자의 경우 부양의무자 기준 적용에서 제외되었다. 의료급여 수급권자 수는 2019년 말 기준으로 약 149만 명에 이르고 있다.

[표 2-1-12] 연도별 의료급여 수급권자 수 추이

(연도말 기준, 단위: 명, %)

구 분		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
		수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율
계		1,440,762	-1.24	1,544,267	7.2	1,509,472	-2.2	1,485,740	-1.5	1,484,671	-0.1	1,488,846	0.3
1 종	소 계	1,036,713	-0.3	1,078,412	4.0	1,065,551	-1.2	1,065,398	-0.0	1,081,803	1.5	1,104,404	2.1
	기초생활	835,700	0.0	880,966	5.4	876,938	-0.4	879,412	0.2	899,898	2.3	921,201	2.4
	사회복지시설	86,807	-0.2	86,675	-0.2	85,088	-1.8	84,255	-0.9	84,216	0.0	84,128	-0.1
	국가유공자	70,710	-3.7	67,454	-4.6	61,361	-9	58,896	-4	56,446	-4.2	54,861	-2.8
	북한이탈주민	16,948	-0.2	16,691	-1.5	16,067	-3.7	15,482	-3.6	15,616	0.9	15,692	0.5
	국무형문화재	118	-21.3	79	-33.1	65	-17.7	58	-10.7	47	-19.0	41	-12.8
	5·18 민주화	10,339	-1.4	10,099	-2.3	9,758	-3.4	9,606	-1.5	9,431	-1.8	9,239	-2.0
	이재민	117	-92.6	-	-	-	-	1,496	100	-	-	3,869	100
	의사상자	1,030	6.6	1,075	4.4	1,095	1.9	1,137	3.8	1,158	1.8	1,205	4.1
	군입대자	3,571	-6.4	3,634	1.8	3,398	-6.4	3,190	-6.1	3,030	-5.0	2,808	-7.3
	입양아동	8,932	7.5	9,286	4.0	9,608	3.5	9,912	3.1	10,116	2.1	10,235	1.2
	행려환자	1,606	9.6	1,550	-3.5	1,472	-5	1,350	-8.2	1,343	-0.5	697	-48.1
	노숙인 등	835	109.3	903	8.1	701	-22.4	604	-13.8	502	-16.9	428	-14.7
2 종	소 계	404,049	-3.6	465,855	15.3	443,921	-4.7	420,342	-5.3	402,868	-4.2	384,442	-4.6
	기초생활	395,860	-3.8	457,738	15.6	435,920	-4.8	412,482	-5.3	395,852	-4.0	378,121	-4.5
	군입대자	8,189	7.5	8,117	-0.9	8,001	-1.4	7,860	-1.7	7,016	-10.7	6,321	-9.9

나. 총진료비

본인부담금을 포함한 의료급여 총진료비(증가율)는 2018년 78,070억 원(9.7%), 2019년 85,900억 원(10.0%)으로 과거부터 지속적으로 증가하였다.(표 2-1-13| 참고)

경기 침체 및 급격한 인구 고령화 등 재정 지출의 여건 변화에도 불구하고, 의료급여혁신종합 대책 수립·시행('06. 7.), 적정 의료 이용 행태 정착을 위한 의료급여 개선 방안('09. 6.) 등 의료급여 재정 안정화 추진으로 2007년부터 총진료비 증가율이 완화 추세를 보였다. 그러나 4대 중증질환 보장성 강화, 3대 비급여 제도 개선, 2014년~2018년 건강보험 보장성 확대 등에 따른 의료급여 보장성 강화, 2015년 7월 맞춤형급여 체계 개편, 2017년 11월부터 단계적 부양의무자 기준완화로 인한 수급권자 수 증가 등으로 진료비가 다시 증가하고 있다.

이처럼 본인부담률 인하, 급여수준 확대, 수급자 확대 등 추가 재정 부담 요인에 따라 진료비는 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 그러나 사례관리 강화로 과다·과소 의료 이용자의 적정 의료 이용 행태를 정착시키고, 자격 적정성 유지 및 의료급여제도의 내실화를 통해 추가 재정 부담 요인을 극복하여 의료급여 제도의 발전을 도모하고 있다.

[표 2-1-13] 연도별 의료급여 총진료비 지급 추이

(단위: 억 원, %)

구분	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	금 액	증가율	금 액	증가율	금 액	증가율	금 액	증가율	금 액	증가율	금 액	증가율	금 액	증가율
총진료비	53,037	2.1	56,404	6.3	59,823	6.1	67,375	12.6	71,157	5.6	78,070	9.7	85,900	10.0
1종	47,834	3.1	51,274	7.2	54,438	6.2	60,975	12.0	64,717	6.1	71,256	10.1	78,612	10.0
2종	5,203	△6.2	5,130	△1.4	5,384	5.0	6,400	18.9	6,440	0.6	6,814	5.8	7,287	6.9

다. 예산

국민의 최저생활 보장을 위한 공공부조제도 혁신 일환으로 2017년 11월부터 부양의무자 기준을 단계적으로 완화하여 더 많은 수급권자가 혜택을 받게 되고, 건강보험과 연계하여 의료보장성을 확대, 만성질환자 증가 및 고령화 등으로 의료비가 지속적으로 늘어날 것으로 전망되므로 향후 의료급여 수급권자의 건강한 삶의 질 보장 등을 위해서 적정 예산을 확충할 계획이다.

|표 2-1-14| 의료급여 예산 현황

(단위 : 억 원, %, 추경/예비비 등 포함, 국비 기준)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
예산액	39,803	43,926	44,357	45,864	48,183	52,415	56,054	68,769
증가율	8.4	10.4	1.0	3.4	5.1	8.8	6.9	22.7

주 : 추경(2013년 1,456억 원, 2015년 537억 원, 2016년 968억 원, 2017년 4,436억 원, 2018년 226억 원, 2019년 459억 원), 예비비·이전용(2018년 2,335억 원, 2019년 4,410억 원), 자치단체 경상보조(330-01) 예산을 기준으로 작성

2. 기초의료보장의 내실화

가. 의료급여의 보장성 강화

서비스가 제공되는 항목을 건강보험과 병행하여 꾸준히 확대해 왔으며, 중증질환자에 대한 본인부담 수준도 지속적으로 완화해 왔다.

급속한 노령화에 따라 경제적 부담 완화 및 구강건강 향상을 위하여 2012년 7월 만 75세 이상에 대한 완전틀니 급여 적용(본인부담률 : 1종 20%, 2종 30%)을 시작으로 2013년 7월 부분틀니, 2014년 7월에는 치과임플란트까지 급여를 적용하였다. 2015년 7월부터는 틀니(완전, 부분)와 치과임플란트에 대한 급여 적용 연령을 만 70세 이상으로, 2016년 7월에는 만 65세 이상으로 확대하였다. 2017년 11월에는 노인틀니에 대한 본인부담률을 인하(1종 5%, 2종 15%)하였고, 2018년 7월에는 노인 치과임플란트에 대한 본인부담률을 인하(1종 10%, 2종 20%)하였다.

2018년에 장애인보장구 지급 품목 중 기능형·활동형이 필요한 중증 또는 척수장애인들의 경제적 부담을 줄이기 위해 수동휠체어의 품목의 분류 및 기준액 인상과 욕창예방방석, 이동식 전동리프트 급여대상자를 기존 지체장애인에 더하여 뇌병변장애인에게까지 확대했다. 2018년 의료급여 요양비는 양압기 급여를 신설하였고, 당뇨 소모성 재료 요양비를 4품목에서 6품목으로 지원 범위를 확대하였다. 또한, 2019년에는 ‘장애인 보장구’ 라는 용어를 쉬운 표현인 ‘장애인 보조기기’로 변경·실시하였으며, 2020년에는 신규로 당뇨병 관리기기를 제1형 당뇨병환자에게 지원할 예정이다.

출산 전후 산모의 건강 관리를 위하여 임신·출산진료비를 20만 원에서 2010년 9월 30만 원, 2011년 4월부터는 40만 원, 2012년 4월부터는 50만 원으로 인상하였고, 2012년 7월부터 다태아는 70만 원을 지원하였다. 2010년부터는 출산 예정일 이후 15일까지 지원되던 금액을 예정일 이후 60일까지 확대하였으며, 1일 사용 한도 금액도 2010년 4만 원에서 2011년 6만 원으로 확대하였으며, 이후 1일 사용액 한도를 폐지하였다. 또한, 사용기관에 조산원, 한의원과 한방 병원도 추가하여 수급권자의 선택권을 확대하였다. 2016년부터 분만취약지 임신부에 대해 임신·출산 진료비를 추가 지원(20만 원)하고, 임신·출산에 수반되는 초음파검사료를 급여화하였으며, 2017년에는 임신·출산 진료비의 지원 대상을 임신 중인 수급권자에서 임신 중이거나 출산, 유산 또는 사산한 수급권자까지 확대하였다. 2018년에는 임신·출산 진료비의 지원 금액을 인상(단태아 50→60만 원, 다태아 90→100만 원)하였으며, 산모뿐 아니라 그 자녀인 영아(출생 1년 이내)에게도 지원할 수 있도록 대상을 확대하고, 이용기간도 출산 후 60일에서 1년으로 확대하여 산모와 아동의 건강관리에 도움이 되도록 하였으며, 2019년에는 자궁외임신까지 지원을 확대하였다.

본인부담 측면에서 자연분만, 신생아 입원진료 및 6세 미만 아동의 입원 진료시 본인 부담금을 면제하였다. 본인부담 면제 대상자(행려환자, 6세 미만 아동, 자연분만 산모)에 대하여 식대 본인부담을 면제하였으며, 2016년 7월에는 제왕절개 분만 시 입원진료비를 면제하였다. 또한, 중증질환자에 대해서는 본인부담률(식대 포함)이 10%였으나, 2010년부터는 5%(중증암의 경우 2009년 12월부터)로 본인부담 경감을 시행하였고, 2013년 10월부터 1종 자격부여 및 본인부담을 면제하였다.

그리고 저소득층인 기초생활보장수급자 중에서도 상대적으로 의료비 본인부담률이 높은 의료 급여 2종 수급권자에 대해 입원본인부담률을 15%에서 10%로 인하하고, 매 6개월간 120만 원이던 본인부담 상한액을 매 6개월 60만 원으로 인하하였다. 또한, 희귀난치성질환자의 보호를 강화하기 위해 희귀난치성질환의 범위를 건강보험에서 인정하고 있는 수준(정신질환 제외)으로 확대하였다. 2016년에는 극희귀·상세불명희귀질환에 대해서도 산정특례를 확대 적용하여 면제하고, 결핵 질환의 산정특례 기간을 치료 종료까지로 변경해 환자의 의료 부담을 줄일 수 있었다. 2017년 6월에는 의료급여 산정특례 대상이 되는 희귀난치성질환을 확대하고, 중복 암에 대한 추가 산정특례를 인정하여 높은 진료비 부담으로 인해 치료를 중단하거나 포기하는 수급권자를 줄이고자 하였다.

희귀질환의 체계적·종합적 관리를 위해 「희귀질환관리법」이 제정·시행(16. 12. 30.)됨에 따라 2018년에는 의료급여 산정특례 대상인 종전 ‘희귀난치성질환’을 ‘희귀질환’과 ‘중증난치질환’으로 분리하여 등록·관리토록 하는 한편, 희귀질환 상병 추가 확대(100개) 및 희귀질환 분류에 기타염색체이상질환을 추가하는 등 산정특례 관리방안을 개선하였으며, 변경된 내용은 2019년 1월 1일부터 시행하였다.

수급권자 자격 측면에서는 부양의무자의 범위를 ‘직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 2촌 이내의 혈족’에서 ‘1촌의 직계혈족 및 그 배우자’로 조정하였고, 맞춤형 급여체계 개편(2015년 7월)에 따라 부양의무자가 수급자를 부양하면서도 중위소득 수준을 유지할 수 있도록 부양의무자 기준을 완화하여 의료 사각지대를 해소하고 저소득층에 대한 의료 지원을 강화하였다.

한편, 의료급여 수급권자가 건강보험심사평가원의 확인을 통해 의료급여기관으로부터 과다 납부한 본인부담금을 환불받을 수 있도록 하였다.

건강보험과 달리 운영되고 있는 의료급여 정액수가(정신과, 식대, 혈액투석(외래))는 건강보험과 비교하여 낮은 수준으로 수가 현실화를 위하여 단계적 개선을 추진 중이다.

우선, 정신과 정액 수가의 경우 2017년 외래 수가체계를 종전의 정액 수가에서 행위별 수가로 개선함으로써 입원하지 않은 경우나 퇴원한 후에도 지역사회에서 충분한 외래치료를 받을 수 있도록 하였으며, 정신질환에 대한 외래진료를 활성화하기 위해 2종 수급권자의 정신질환 외래 진료에 대한 본인부담을 완화(2종 병원급 이상 외래 : 조현병 15%→5%, 그 밖의 정신질환 15%→10%)하였다. 2018년에는 입원 정액수가에 대하여 매년 건강보험 수가조정률과 같이 자동 조정될 수 있도록 수가 고시 방법을 정액(금액)에서 정액점수제로 변경하였고, 2019년에는 입원 정액수가 외 약제비는 건강보험과 같이 별도 산정할 수 있도록 하였다.

그리고, 2017년 이후 매년 식대 수가를 인상하고 있으며, 2018년에는 그동안 불합리하다고 지적되어왔던 혈액투석 시 만성신부전과 관련 없는 다른 상병에 대한 치료비는 기존의 혈액투석 정액수가 외 별도로 비용을 산정할 수 있도록 개선하였다.

또한, 의료급여법 개정을 통해 수급권자의 권익 증진 및 의료 보장성을 강화하였다. 의료급여 관련 다양한 의견수렴을 위해 중앙의료급여심의위원회 구성 인원을 확대(10인→15인)하고,

수급권자가 의료급여를 거부한 경우 다시 급여적용을 원하더라도 당해 연도에는 재적용이 금지되던 법률상 규정을 삭제하여 수급권자 입장에서 의료접근성을 보장하고자 하였다. 급여비용 관련 심사기관(건강보험심사평가원)에의 이의신청 대상 및 신청 주체를 확대(의료기관만 신청 가능→심사·조정 항목에 한해 수급권자도 신청 가능→적정성 평가·급여비용 확인까지 신청)하고, 의료급여 적정성 평가 결과 공개의 근거를 명문화하여 의료기관의 자발적 진료행태 개선을 유도하고, 의료선택권을 보장하고자 하였다.

건강보험 보장성 강화 추진에 따라 저소득층 의료비 부담을 완화하기 위해 의료급여의 보장성 강화도 함께 추진하였다. 65세 이상 노인 틀니 본인부담을 완화(1종 20%→5%, 2종 30%→15%)하였고, 중증치매환자의 입원 및 외래 본인부담을 완화(2종 입원 10%→5%, 병원급 이상 외래 15%→5%)하였다. 6세 이상 15세 이하 아동 수급권자의 입원 본인부담(2종 6~15세 입원 10%→3%) 및 18세 이하 수급권자의 치아홈메우기 본인부담(2종 입원 10→5%, 병원급 이상 외래 15→5%)을 완화하는 한편, 2종 수급권자의 본인부담상한제 기준금액을 인하(매 6개월간 60만 원→연간 80만 원)하여 급여비용 중 본인부담금이 연간 80만 원 초과 시 초과금 전액을 환급하기로 하였다. 2018년에는 65세 이상 노인 치과임플란트 본인부담을 완화(1종 20%→10%, 2종 30%→20%)하였고, 상급종합병원·종합병원의 상급병실(2인실, 3인실) 입원료 및 상복부 초음파, 뇌·혈관·특수검사 MRI 등을 급여화하였다. 2종 수급권자 중 1세 미만 아동의 병원급 이상 의료급여기관에서의 외래 본인부담을 종전 15%에서 5%로 인하(1종 수급권자 본인부담은 면제)하였다. 2019년에는 치과 광중합형 복합레진 및 한방 추나요법(1종 30%, 2종 40%, 특수추나 80%), 병원·한방병원의 상급병실(2인실, 3인실) 입원료, 초음파(하복부·비뇨기, 남성생식기, 응급·중환자), 두경부, 흉부·복부 MRI 등을 급여화하였다.

나. 의료급여 재정 안정화

부양의무자 기준 단계적 완화(2017년 11월~), 건강보험과 연계한 의료보장성 확대, 만성 질환자 증가 및 고령화 등으로 의료비가 지속적으로 늘어날 것으로 전망된다.

특히, 의료급여 수급권자 중 노인인구 비중이 2014년도 32.1%에서 2019년도 36.5%로 점차 증가되는 상황임을 감안하면 향후에도 재정 안정화 기조를 유지해 나가는 것이 과제이다.

[표 2-1-15] 65세 이상 수급권자 수 및 진료비 현황

(연평균 기준, 단위: 명, 억 원)

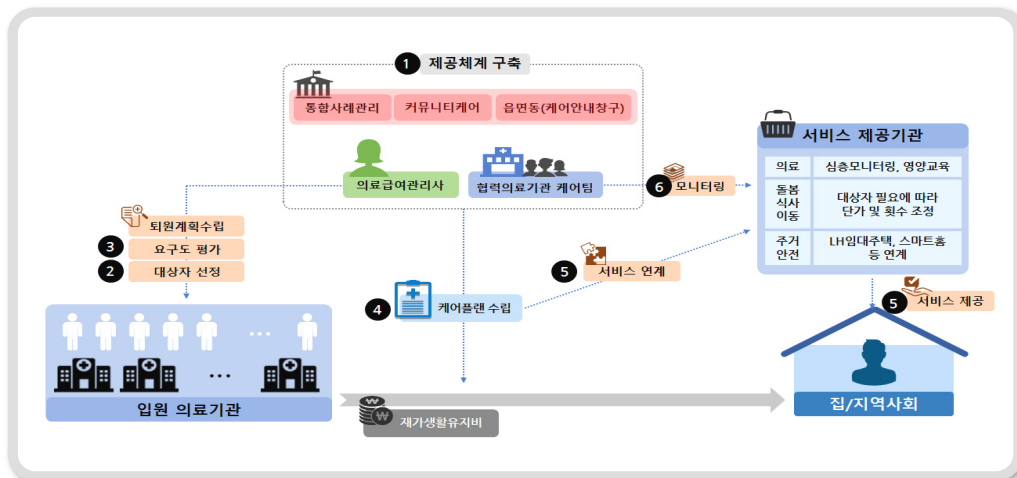
구 분	2014	2015	2016	2017	2018	2019
전체 수급권자 수	1,451,954	1,470,287	1,529,288	1,498,431	1,493,613	1,487,557
65세 이상 수급권자 수 (비중)	465,751 (32.1%)	477,876 (32.5%)	503,832 (32.9%)	511,858 (34.2%)	523,790 (35.1%)	543,292 (36.5%)
총진료비	56,404	59,823	67,375	71,157	78,070	85,900
65세 이상 총진료비 (비중)	25,414 (45.1%)	27,221 (45.5%)	31,392 (46.6%)	34,075 (47.9%)	37,942 (48.6%)	42,323 (49.3%)

이에, 외부 전문가 등으로 구성된 ‘의료급여 재정관리단’을 2017년부터 매분기 운영하며, 재정 상황을 모니터링 하는 등 재정관리 체계를 갖추고 있다.

또한, 불필요한 장기입원에 대한 관리를 강화하고자 시·도 의료급여관리사를 통한 ‘관외입원자 사례관리’를 추진(2018년 7월)하였으며, 공급자 측면에서 의료급여 관외 요양병원 장기입원 청구기관에 대한 기획현지조사를 실시(2018년 10월~11월)하였다. 향후 장기입원 연장승인 제도의 도입을 위한 연구를 실시할 계획이다.

그리고 장기입원 의료급여 수급권자가 지역사회에서 적절한 의료·복지 지원을 받을 수 있도록 2019년 6월부터 13개 시군구에서 재가 의료급여 시범 사업을 추진하고 있다. 재가 의료급여 시범 사업을 통해 의료급여 수급권자가 독립적이고 안정적인 재가 생활이 가능하도록 개인별 욕구와 필요도에 기초하여 의료·주거·돌봄·식사지원 등의 전반적인 서비스를 제공하고 있다.

[그림 2-1-기] 재가 의료급여 사업 흐름도



제3절 자활지원사업

I 개요

2000년 10월 「국민기초생활보장법」의 시행에 따라 근로능력이 있는 수급자에게는 자활에 필요한 사업에 참가할 것을 조건으로 생계급여를 지급하고, 체계적인 자활지원 서비스와 다양한 자활사업 참여 기회를 제공하여 각종 기능 습득과 개인의 역량 제고를 통한 빈곤 탈출을 유도하고 있다.

그간 국가의 생계보호를 받기 위한 조건 이행으로써의 자활사업이 강조되면서 근로빈곤층의 적극적인 탈수급, 탈빈곤정책이 미흡하다는 지적이 꾸준히 제기되어 왔다. 「국민기초생활보장법」을 시행한 지 20여 년이 흐른 지금, 우리나라 근로빈곤층에 대한 복지정책은 ‘일을 통한 복지가 최고의 복지, 가장 좋은 복지’라는 사회적 공감대가 형성되면서, 현금급여 위주의 단순한 기초생활보장 지원에서 벗어나 일을 통해 적극적으로 자립을 지원하는 방향으로 추진되고 있다. 이에 따라 기초수급자가 국가 지원에서 벗어나 자립하고, 차상위계층이 빈곤층으로 전락하는 것을 방지하기 위한 사전예방정책으로써 맞춤형 자립지원정책이 강화되고 있다.

그동안 사실상 다수 국가에서 시행한 〈고용·복지 연계정책〉을 통해 공공부조제도 수급자의 취업을 촉진하는 데 많은 어려움이 있었으며, 우리나라의 기초생활보장제도 또한 근로능력이 있는 수급자의 취업 및 창업을 촉진하는 데 한계가 있었다. 이는 빈곤 진입 직후의 초기 상담과 사례관리, 맞춤형 지원 계획, 각종 서비스의 유기적 연계가 효과적으로 이루어지지 않았던 점이 크게 작용한 것으로 분석되었다.

II 자활지원사업의 개선

1. 자활사업 확대 및 내실화 추진

가. 자활사업 대상자 확대와 관리 강화

빈곤층의 탈빈곤과 탈수급을 촉진하기 위해서는 행정적 관리 체계 및 서비스 지원 체계를 강화할 필요성이 제기되었다. 한편으로는 근로능력 판정, 취업 상태 정기조사, 근로소득 성실신고 등 수급자에 대한 행정적 관리 체계를 강화하고, 다른 한편으로는 취업 및 창업을 통해 자립을 희망하는 근로빈곤층 및 실직수급자의 눈높이에 맞는 서비스를 제공할 수 있는 지원 체계를 구축하는 것이다. 그 중에서도 기초생활보장제도 수급자 중 근로능력이 있는 자를 대상으로 근로능력 판정 및 조건부과 판정과 관련한 행정적 관리 체계를 내실화하기 위해 노력하였다.

먼저 수급자에 대한 근로능력 평가 체계를 개편하여 보다 객관적으로 근로능력 유무 및 정도를 파악할 수 있는 관리 체계를 구축하였다. 이는 자치단체들 간에 근로능력판정이 일관된 기준에 따라 이루어지지 않고 있다는 진단에 기초한 것이다. 이러한 문제점을 보완하기 위해 판정 기준과 판정 방식 그리고 관리 체계를 단계적으로 정비하였다. 근로능력 평가와 관련해서는 2012년 6월 「국민기초생활보장법 시행령」을 개정하여 시·군·구청장의 근로능력 평가 업무를 장애인등급 심사 등에 대한 전문성과 경험을 가진 연금공단에 의뢰할 수 있도록 하였으며, 활동능력 평가 기준도 개선하였다. 2012년 12월부터 연금공단 위탁에 따른 평가업무 수행으로 근로능력 평가의 지역별·개인별 편차로 인한 수급권 형평 문제를 해소하면서 민원은 줄고 제도에 대한 신뢰도는 향상되었다는 평가를 받고 있다.

또한, 근로능력판정제도 운영 상 나타난 제도개선사항을 지속적으로 발굴하여 근로능력평가의 기준 등에 관한 고시를 개정하여 시행하여왔다. 2014년 고시 개정으로 장애판정 기준 및 실질적 임상 증상 등을 고려한 의학적 평가기준을 개선하였고, 2015년 고시 개정으로 호전가능성이 없는 경우에 고착 질환으로 인정하고, 활동능력평가 기준도 개선하여 대상자의 근로능력평가 부담을 경감하였다. 2016년에는 근로능력판정 유효기간 확대로 대상자의 평가비용 부담을 줄이는 방향으로 고시를 개정하였다. 2019년에는 활동능력평가의 인지능력항목 편중도를 개선하여 신체능력항목 배점 점수 상향 및 항목 개선으로 평가의 객관성 및 타당성을 제고하는 방향으로 고시 개정안을 마련하였다.('20. 1. 발령·시행)

한편, 일반 노동시장 취업 등을 사유로 한 조건부과 유예자의 취업 상태를 점검하고 취업 사실 및 근로소득에 대한 성실신고를 유도하기 위한 조치를 취하였다. 과거 일반노동시장 취업 수급자는 자활사업에 의무적으로 참여하는 조건부수급자에서 제외되었으나, 2011년 9월 〈조건부수급자 선정기준에 관한 고시〉를 마련하여, 주 3일 이상 근로에 종사하더라도 일정한 소득 이하인 경우에는 조건부수급자로 지정할 수 있도록 하였다. 이를 통해 월 60만 원 미만 소득자의 소득 증진 및 근로능력 배양을 통한 적극적인 탈수급 촉진을 유도하였다. 또한, 2018년에는 〈조건부수급자 선정기준에 관한 고시〉를 개정하여 소득기준을 월 60만 원 미만에서 90만 원 미만으로 상향 조정하였다.

이러한 관리 체계 내실화 노력을 기울이는 동시에, 자활·자립 지원의 사각지대를 해소하기 위한 노력도 병행하였다. 자활급여 특례자, 조건부수급자 이외의 차상위계층도 실질적 소득 지원과 빈곤 예방 등을 위하여 자활사업에 참여할 수 있도록 하고 있다. 자활사업 참여 대상자에서 원천적으로 배제되었던 장애인, 65세 이상 고령자 등 일반수급자에게도 본인이 희망하는 경우 자활사업에 참여할 수 있도록 제도를 개선하였다.

나. 다양한 자활사업프로그램 실시

자활사업프로그램은 ‘단계적 발전 전략’에 따라 구성되어 있다. 즉, 자활사업 참여자의 근로 능력과 수준을 점진적으로 향상시켜 궁극적으로는 자립이라는 단계에 이르게 하는 것을 목표로 하여 참여자의 능력에 따라 단계별로 ① Gateway / 자활사례관리 → ② 자활근로 / 취업 지원 → ③ 자활기업 / 직업알선·창업지원프로그램 등을 제공하고 있다.

이러한 자활사업프로그램은 크게 자활기업·자활근로 등 즉시 취업이 곤란한 대상 중심의 보건복지부 주관 자활사업과 직업훈련·취업촉진사업 등 즉시 취업적합자 중심의 고용노동부 취업성공패키지로 구분한다. 대상자에 대한 밀착 관리가 불필요하고 즉시 시장에 진입 가능한 대상에게는 고용노동부 사업에, 밀착 사례관리와 보건복지 서비스 지원이 필요한 복합 취약 계층은 보건복지부 사업에 배치된다.

2018년 2월부터는 취업우선지원제도를 개선하여 지자체에서 자활역량평가를 실시할 경우 우선의뢰 기준을 선별의뢰 기준으로 변경하여, 자활역량평가 결과 점수가 80점 이상인 경우 고용노동부 취업성공패키지에 의뢰하고, 80점 미만인 경우 자활사업에 배치하고 있다.

[그림 2-1-8] 자활사업 단계별 추진체계



[표 2-1-16] 자활사업 유형별 참여 현황

('19. 12. 기준, 단위 : 명)

구 분		자활사업 (계)	보건복지부 (소계)	자활 근로	자활 기업	희망 키움 통장 I	희망 키움 통장 II	취업지원 [고용부] 취업성공 패키지
총계(A+B) (실인원)		204,962 (100%)	184,190 (89.9%)	46,640 (22.8%)	2,263 (1.1%)	44,573 (21.7%)	90,714 (44.3%)	20,772 (10.1%)
기 초 수 급 자	계(A)	104,627	85,260	38,860	1,827	44,573	-	19,367
	생계	조건부	41,132	24,400	685	-	-	16,732
		일반	11,433	8,475	467	-	-	2,491
	의료·주거·교육		7,286	6,488	671	-	-	127
	자활급여특례자		203	182	4	-	-	17
	시설수급자		44,573	-	-	44,573	-	-
	취·창업수급자		98,069	98,051	6,925	412	90,714	18
차상위자(B)		2,266	879	855	24	-	-	1,387

주 : 누계는 자활사업 연간 실 참여 인원, 지자체 취합 자료임

1) 자립역량 강화 프로그램(보건복지부)

가) 자활사례관리 / Gateway

자활사업에 참여하게 될 수급자 및 근로빈곤층에 대해서는 '자활사례관리 체계'를 강화함으로써 참여자의 능력과 여건에 맞게 취업 및 창업을 지원할 수 있는 기반을 조성하였다. 자활사례관리는

수급자 및 근로빈곤층 대부분의 취업을 가로막는 다양한 장애 요인을 파악하고, 이 문제를 해결함으로써 취업 및 창업 지원에 따른 성과를 제고하는 데 초점을 맞추고 있다. 먼저 눈높이에 맞는 자립 경로를 제시하고, 필요한 서비스를 효과적으로 연계할 수 있도록, 사업 참여 초기 단계에서 사례관리 체계를 강화하였다. 이는 저소득 취약계층이 본인의 적성과 욕구에 맞게 자립경로를 제시하고, 이를 토대로 시·군·구와 자활사업실시기관이 참여자의 눈높이에 맞는 맞춤형 서비스를 연계·제공하는 방식이다.

이를 위해 시·군·구 단위에서 참여자 지원을 위해 필요한 다양한 자원을 보다 효과적으로 연계·활용할 수 있도록, '자활사례조정회의'를 신설하였다. 자활사례조정회의를 신설함으로써, 한편으로는 근로능력 판정 및 자립지원 계획 수립 과정에 각 분야의 지원담당자가 참여하여 객관적이고 종합적인 평가가 가능하게 하고, 다른 한편으로는 유기적으로 연계되지 않았던 복지 서비스와 고용서비스를 보다 적극적으로 연계시키도록 하였다. 자활사례조정회의는 2011년 상반기부터 전국 48개 시·군·구를 선정하여 시범사업을 실시하였다. 2012년 60개 지역을 시작으로 2019년 기준 90개 지역자활센터 내에 별도의 자활사례관리사를 배치하여 사례관리 전문서비스를 제공하였다. 또한, 2013년에는 자활사업 참여자의 욕구, 적성, 능력, 여건에 따라 개인별 맞춤형 자립계획 및 경로제공과 적절한 프로그램 연계로 효과적인 자립을 지원하는 경로설정 지원 Gateway 프로그램을 도입하여 운영하고 있다.

나) 자활근로사업

자활근로사업은 주로 한시적 일자리를 제공하는 공공근로사업과는 달리 저소득층의 자활 촉진을 위하여 보다 장기적인 계획 하에 자활기업 창업 등 자립이 가능하도록 기초능력 배양에 중점을 두고 있다. 자활의지는 있으나, 근로능력이 다소 미흡한 저소득층을 대상으로 근로능력의 향상과 자활기업 창업 등 자립을 위한 전 단계 프로그램으로 활용하고 있으며, 저소득층의 자활능력과 사업 유형에 따라 근로유지형, 사회서비스형, 인턴·도우미형, 시장진입형 자활근로 사업으로 구분하여 실시하고 있다.

특히, 2003년부터 간병도우미, 집수리, 청소, 음식물·폐자원 재활용 등을 5대 표준화 사업으로 선정하여 도시·농촌 지역별로 구분하여 가급적 모든 지역자활센터가 참여하도록 유도하였다. 그 외에 지역별 특성, 지역자활센터의 기술·경험에 따른 자활사업도 적극 개발하고 있다.

또한, 농어촌 등 지역 특성을 감안한 지역 특화 사업인 영농사업과 외식사업 등 대도시 생활권 중심의 전략 사업을 적극 개발·시행하고 있으며, 자활근로 유형별 참여자에 대한 자활급여를

차등 지급함으로써 근로유인 효과를 제고하고 있다. 2013년부터는 자활근로 연속 참여 기간을 36개월로 제한하고, 다른 유형으로 전환할 경우에 최대 60개월까지 참여가 가능하도록 하여, 조건부 수급자가 자활근로사업 내에 안주하지 않도록 하였다. 이러한 자활근로사업은 2019년 말 현재 약 48,903명이 참여하였다.

2012년부터 각 지자체의 여건과 자활현장에 맞는 사업 아이템 발굴, 사업추진방식 특화 등을 위해 광역형·지역특화형 등 새로운 자활프로그램을 공모하였고, 지원을 통해 자활사업의 규모화·효율화를 도모하고 있다. 2016년에는 근로능력 미약자의 근로의욕 고취 및 근로습관 향상을 위한 자활인큐베이팅을 도입하였다. 이를 통해 자활사업 참여자의 탈수급 및 취·창업 등 자활 성공률을 높이고, 자활사업 이미지를 개선함과 동시에 지역사회 복지서비스 제공 등 지역 복지수준 제고에 크게 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

다) 자활기업

자활기업이란 2인 이상의 수급자 등이 근로·생산·판매·소득공동체 등을 결성·운영하여 자립기반을 다지는 공동출자방식의 사업체이다. 일반적으로 시장진입형 자활근로 사업이 발전하여 수익성이 확보되는 경우 해당 사업단의 참여자들 주도로 사업자 등록 등을 통한 독립 재산제 형태로 창업하는 형태이다.

자활기업 활성화를 통한 저소득층 자활 촉진을 위하여 한국자활복지개발원은 자활기업 활성화를 통한 저소득층의 자활 촉진을 위하여 자활기업에 다음과 같은 지원을 하고 있다. 첫째, 자활근로사업단을 거친 자활기업에 창업자금을 지원한다. 둘째, 최대 5년간 자활기업에 전문인력 및 참여자의 한시적 인건비를 지원한다. 셋째, 신용보증기금과의 연계를 통하여 특별 보증 및 경영컨설팅을 제공한다. 넷째, 최대 5천만 원까지 시설보강 사업비를 지원한다. 다섯째, 자활기업의 사업개발비를 지원한다. 여섯째, 탈수급자를 대상으로 자활기업에 4대 보험 기업 부담금을 지원한다. 일곱째, 우수 자활기업에 최대 1억 원을 지원한다. 여덟째, 자활기업에 국·공유지를 우선적으로 임대하도록 지원한다. 아홉째, 자활기업 생산품의 우선구매를 지원한다. 이러한 지원을 바탕으로 2019년 말 기준 1,176개의 자활기업이 우리 사회의 다양한 영역에서 저소득계층의 자활 촉진을 위한 교두보의 역할을 수행하고 있다. 자활기업의 업종별 현황을 살펴보면 청소(20.9%), 집수리(17.0%), 음식점(12.2%), 배송(11.5%), 사회서비스(7.9%), 식품 생산(5.9%), 기타(24.7%) 등으로 구성되어 있다.

|표 2-1-17| 자활기업 현황

('19. 12. 기준, 단위 : 개, %)

계	청소	집수리	음식점	배송	사회서비스	식품생산	기타
1,176 (100.0)	246 (20.9)	200 (17.0)	143 (12.2)	135 (11.5)	93 (7.9)	69 (5.9)	290 (24.7)

이와 함께, 보건복지부에서는 취약계층 정부양곡의 안정적인 배송을 위해 ‘희망나르미’를 2012년 7월 전국 자활기업 1호로 인정한 것을 시작으로, 2019년 말 현재 총 3개소의 전국 자활기업을 인정하고 있다.

보건복지부가 인정하는 전국자활기업은 전국 단위의 규모화·광역화된 자활사업을 수행하고, 시장경쟁력 강화를 위해 전문가, 경영컨설팅 및 대외적 홍보·마케팅 등의 지원을 받을 수 있다. 또한, 전국 단위 자활기업을 통해 전국 규모 정부재정 투입사업의 원활한 추진과 공공성 확보 그리고 저소득 취약계층을 위한 일자리 창출도 가능할 것으로 전망된다.

2) 취업성공패키지(고용노동부)

고용노동부가 주관하는 취업성공패키지는 고용센터가 즉시 취업 적합자에 대해 제공하는 취업 지원 프로그램으로 직업적응훈련, 자활직업훈련, 자활취업촉진사업 등이 있었으나, 2009년에 저소득층 취업성공패키지 사업으로 통합되었다.

취업성공패키지 사업이란 진단·경로 설정 → 의욕·능력 증진 → 집중 취업알선 등 사업 과정 전체를 통합한 것이다. 이는 취업능력이 있는 즉시 취업 적합자를 대상으로 효율적인 직업훈련 및 직업알선을 수행하기 위한 것으로, 취업성공패키지 참여자는 내일 배움카드(직업 능력개발계좌제)를 통한 직업훈련 등을 일괄 연계받는 한편, 참여수당 및 취업 성공수당 등을 제공받는다.

다. 자활사업 추진 기반 강화

1) 자활인프라 확충 및 내실화

자활사업을 지원하는 인프라는 한국자활복지개발원, 광역자활센터, 지역자활센터 등이 있다.

한국자활복지개발원은 「국민기초생활보장법」 제15조의2에 근거한 기관으로, 자활지원제도 관련 대상자·사업실적 등에 대한 중앙 단위 정보를 수집·분석하고, 자활사업을 체계적·효율적으로 관리하는 업무를 수행한다. 2008년 7월 중앙자활센터로 설치되었으며, 2019년 7월에 한국자활복지개발원으로 출범하여 2020년 1월에 공공기관으로 지정되었다. 한국자활복지개발원은 자활지원 사업 개발 및 평가, 자활지원을 위한 조사·연구·교육 및 홍보, 자활관련 기관 간 협력 체계 및 정보 네트워크를 구축하여 운영하는 등 자활사업의 컨트롤타워로서의 역할을 수행한다.

광역자활센터는 시·군·구 단위로 시행되는 자활사업의 한계를 극복하고 사업을 광역 단위의 공동 추진 및 네트워크 구축 등을 통해 자활사업을 활성화하기 위해 설치되었다. 2004년 3개 지역(대구광역시, 인천광역시, 경기도)을 선정하여 2006년까지 시범사업을 실시하였다. 그 결과 자활지원사업의 인프라로서 사업 성과와 의미를 확인한 후 2007년 자활사업 전달 체계로 포함되었다. 광역자활센터는 2008년 3개 지역(부산광역시, 강원도, 전라북도), 2010년 1개 지역(서울특별시), 2013년 3개 지역(광주광역시, 충청북도, 경상남도), 2014년 4개 지역(대전광역시, 충청남도, 전라남도, 경상북도), 2020년 1개 지역(울산광역시)에 추가 설치되면서 총 15개소로 확대되었다.

지역자활센터는 자활사업 수행의 핵심기관으로 자활근로사업 수행, 자활기업 창업지원, 취업 알선 등 일할 수 있는 기회를 제공하고, 각종 기술·경영지도, 자활 관련 정보 제공 및 상담·직업교육 등을 통해 자활의욕을 고취하고 자립능력 향상을 지원하는 지역자활 인프라의 중추적 역할을 수행하고 있다. 1996년 시범사업 실시 이후 20개소의 자활지원센터를 「국민기초생활보장법」 시행에 따라 지역자활센터로 개편하였으며, 2003년 209개소, 2005년 242개소, 2010년 247개소, 2019년 12월 기준 249개소를 운영하고 있다. 한편, 지역자활센터의 운영비 지원 시 자활사업 참여자 수 등을 고려하는 방식을 도입하였으며, 운영의 안정성을 도모하기 위하여 3년마다 규모별 평가를 실시하고 있다.

저소득층 청소년에게 올바른 직업관을 심어주고, 빈곤의 세습을 방지하기 위해 27개소 지역자활센터에서 운영해 오던 청소년자활지원프로그램은 청소년 관련 시설이 전국적으로 확충된 현재 상황을 고려하여 여성가족부 지원 청소년상담복지센터, 학교 밖 청소년지원센터 등 유관 시설로 서비스를 이관하였다. 그 밖에 자활사업 참여자의 역량 강화를 위해 전국 40개 지역자활센터 등에서 실시한 사회적응프로그램은 자활사례관리의 확충 계획에 따라 2011년까지 운영하고 폐지하였다.

|표 2-1-18| 시·도별 광역 및 지역자활센터 현황

('19. 12. 단위: 개소)

구 분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종
광역자활센터	15	1	1	1	1	1	1	1	-
지역자활센터	249	30	18	9	11	9	5	5	2
구 분	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
광역자활센터	1	1	1	1	1	1	1	1	-
지역자활센터	33	17	12	14	17	23	20	20	4

2) 창업지원사업

가) 자활기금 설치·운영

「국민기초생활보장법」 제18조의3 규정에 따라 한국자활복지개발원은 자활지원사업의 원활한 추진을 위하여 자활기금을 적립한다. 자활기금은 자활기업이 금융기관으로부터 대여받은 자금의 이자 보전, 자활기업에 대한 사업자금 대여, 지역자활지원계획의 집행을 위하여 필요한 비용, 수급자 및 차상위계층의 복지 증진을 위한 사업 등에 활용되고 있다.

나) 생업자금융자사업

생업자금융자사업은 저소득층의 생업 기반을 조성하고 조기 자립을 유도하기 위해 창업을 희망하는 개인에 대하여 사업의 창업·운영 등에 필요한 자금을 융자하고 있다. 가구당 무보증 대출은 12백만 원, 보증대출은 20백만 원, 담보대출은 담보 범위 내 한도로 연리 고정 3%, 5년 거치 5년 상환을 조건으로 융자하고 있다. 2011년에는 432가구에 66억 원, 2012년에는 386가구에 55억 원을 융자하였으며, 2013년에는 230가구에 32억 원, 2014년에는 321가구에 46억 원, 2015년에는 244가구에 470억 원을 융자하였다. 2016년도부터는 미소금융 등 다른 융자사업의 활성화로 생업자금융자 신규대출을 폐지하고, 서민금융진흥원의 「미소금융 창업·운영 자금」으로 전환되었다.

다) 무담보소액대출(Micro-credit)

무담보소액대출(Micro-credit)은 일반은행에서 대출받기 어려운 저소득계층에게 무담보로 자금을 대여하고, 경영컨설팅 등 체계적인 창업지원서비스를 실시하여 사업의 성공률을 높이기 위한 제도이다.

담보나 보증요건보다는 자활의지나 사업계획성을 기준으로 약 2천만 원 규모의 자금 대여와 2% 이자율, 6개월 거치 54개월 상환조건, 기술 및 경영지도 등 사후관리 서비스를 제공한다. 2005년부터 2008년까지 179개 자활기업에 대하여 매년 20억 원씩 사회연대은행, 신나는 조합, 경기광역센터, 인천광역자활센터를 통해 창업자금을 대여하였다. 2009년부터 예산이 확대(20억 원 → 330억 원)되어 저소득층 개인에게 지원을 확대하고, 금융소외문제 해소를 도왔다. 2010년 하반기부터는 서민금융진흥원의 「미소금융 창업·운용 자금」으로 전환되었다.

3) 근로유인형 급여체계 강화

대부분의 근로빈곤층은 소득이 빈곤선에 미달하는 소득빈곤층이면서 상대적으로 축적된 자산도 취약한 자산빈곤층이다. 자산은 일정 수준 이상 축적되어 있는 경우, 실직 등에 따른 단기적 소득 감소의 충격을 흡수하는 역할을 한다는 점에서 빈곤 완충장치(poverty cushion)로 불리기도 한다. 더욱이 자산형성은 근로빈곤층으로 하여금 저축 습관을 장려하고 탈빈곤과 탈수급에 대한 의지를 북돋우는 데도 매우 중요한 역할을 한다.

하지만, 기초생활보장제도 수급자나 근로빈곤층이 자산을 축적하기 힘든 것이 현실이다. 생계의 어려움을 겪고 있는 상황에서 별도의 저축을 하기 어렵기 때문이다. 따라서, 수급자 또는 실직 빈곤층이 취업하는 경우, 이들이 지속적으로 저축을 할 수 있도록 유도하는 정책 지원이 필요하다. 단순한 저축 장려에서 한 걸음 더 나아가, 수급자의 저축이 안정적으로 이루어 질 수 있도록 인센티브를 부여하는 것이다.

이러한 취지에서, 2010년 4월부터 취업수급자가 일정 금액을 매월 저축(적립)하면, 정부 근로소득장려금, 민간 매칭금(2014년 이후 가입가구는 미지원하였으나 2019년도 9월부터 재지원)을 추가로 지원하여 적립금을 많이 축적할 수 있도록 돕고, 사업참여자가 탈수급하면 이를 모두 지급하는 ‘희망키움통장 I’ 제도를 실시하였다. ‘희망키움통장 I’은 일하는 생계·의료 수급가구로서 근로·사업소득이 기준 중위소득 40%의 60% 이상인 수급가구에서 수급자가 매월 10만 원씩 적립할 경우, 월 42만 원의 정부 지원금(근로소득장려금)을 추가로 적립함으로써, 3년 후 생계·의료 수급가구에서 벗어나면 약 1,872만 원(3인 가구 기준, 월소득 140만 원)을 받을 수 있도록 한 것이다. 이에 추가로 민간매칭금을 월 2만 원씩 지원하고 있어 최대 72만 원까지 추가 지원금을 받을 수 있다.

|표 2-1-19| 희망키움통장 I 지원 내용(2019년 기준 중위소득 기준)

〈 2019년도 본인적립금 10만 원 신규 가입자의 지원 내역 〉		
① 평균 지원액	3인 가구 (월소득 140만 원)	본인저축 10+월 근로소득장려금 42 = 월 52만 원 ⇒ 3년간 약 1,872만 원
	4인 가구 (월소득 170만 원)	본인저축 10+월 근로소득장려금 50 = 월 60만 원 ⇒ 3년간 약 2,160만 원
② 최대 지원액	3인 가구	본인저축 10+월 근로소득장려금 51 = 월 61만 원 ⇒ 3년간 약 2,196만 원
	4인 가구	본인저축 10+월 근로소득장려금 61 = 월 71만 원 ⇒ 3년간 약 2,556만 원

‘희망키움통장 I’사업은 2010년 1만 가구, 2011년 5천 가구, 2012년 3천 가구, 2013년 9천 가구, 2014년 5천 가구, 2015년 3천 가구, 2016년 3천 가구, 2017년 3천 가구, 2018년 2천 가구, 2019년 1천 4백 가구를 신규로 추가 모집하였다. 2010년 이후 2019년까지 총 4만 5천 가구에 대하여 지원하였다. 3년 만기가 지난 2010년~2016년 가입가구의 만기 해지 현황을 살펴보면, 가입자 중 63.6%가 탈수급에 성공하였으며, 2020년에는 2천 8백 가구를 추가 모집하여 총 4만 7천 가구를 대상으로 확대·지원할 예정이다.

또한, 자활사업 참여자의 일반 시장 취·창업을 지원하기 위해 2013년 3월 ‘내일키움통장’을 도입하였다. ‘내일키움통장’은 자활사업 참여자가 매월 5만 원 또는 10만 원씩 저축하면 자활사업 매출액, 수익금 등을 통해 1:1 또는 1:0.5(소속된 사업단 별로 차등 지원)로 매칭 지원하는 제도이다. 2016년 내일근로장려금을 추가 신설하였으며, 2019년에는 20만 원까지 저축액을 확대하였다. 2013년 5천 명, 2014년 2천 명, 2015년 3천 명, 2016년 5천 명, 2017년 3천 명, 2018년 2천 7백 명, 2019년도에는 3천 9백 명 등 총 2만 5천 명이 가입하였다. 2020년에는 목표인원을 7천 명까지 확대하여 추가 모집할 계획이다.

또한, 2014년 7월에는 주거·교육 수급가구 및 차상위계층 대상의 ‘희망키움통장II’를 도입(2014년 1만 가구, 2015년 1만 5천 가구, 2016년 1만 8천 가구, 2017년 2만 4천 가구, 2018년 1만 6천 가구, 2019년 7천 4백 가구 등 총 9만 1천 가구 가입)하였다. ‘희망키움통장II’는 근로빈곤층의 생계·의료 수급가구 진입을 사전에 예방하고, 중산층으로의 진입을 지원하기 위한 제도이다. 일하는 차상위계층으로서 참여가구가 매월 10만 원씩 저축하면서 통장을 3년간 유지할 경우 본인 저축액을 1:1 매칭 지원한다. 2016년에는 ‘희망키움통장II’ 지원 대상을 확대하기 위해 일정 소득액 미만 가구는 참여가 제한되었던 ‘소득하한액 기준’을 완화하여

기준 중위소득 50% 이하 차상위 가구로서 근로활동이 확인되면 ‘희망키움통장Ⅱ’에 가입할 수 있도록 하였다. 2020년에는 신규로 1만 5천 가구를 모집할 예정이다.

‘희망키움통장Ⅰ’의 생계·의료수급가구, ‘내일키움통장’의 자활사업참여자에 이어 ‘희망키움통장Ⅱ’를 통해 주거·교육 수급가구 및 차상위계층의 근로유인 제고를 위한 인센티브 체계를 마련함으로써 저소득층을 대상으로 한 자산형성지원사업의 외형적 틀을 완성하였다.

2018년도에는 기존 자산형성지원사업과는 차별화된 형태로 근로를 하고 있는 생계급여 가구의 청년에게 지원하는 ‘청년희망키움통장’을 도입하였다. 자산 축적의 기회가 상대적으로 많지 않았던 청년 수급자에게 별도의 근로인센티브형 자산형성을 지원한다. 근로·사업소득이 있는 경우 추가로 10만 원을 공제하여 저축 및 근로소득장려금을 지원한다. 3년 후 생계급여를 탈수급 할 경우 최대 2,145만 원을 지원받을 수 있다. 2019년도까지 4천 7백 명을 지원하고 있다. 2020년도에는 5천 명을 추가 모집할 계획이다.

2020년도에는 새로운 빈곤층으로 대두되고 있는 일하는 차상위계층의 청년에게 빈곤층으로의 하락을 방지하고 청년이 사회에 정착할 수 있도록 자산을 형성하고 자립할 수 있도록 지원하는 “청년저축계좌”를 도입한다.

4) 맞춤형 고용-복지 연계 체계 강화

그간 고용 및 복지 서비스 수요 증가에 따라 고용센터와 지자체 등을 중심으로 서비스 제공 기관이 지속적으로 확충되었다. 그러나 서비스별로 각각 존재하는 분절적 공급 체계로 인해, 서비스 수요자가 여러 기관을 방문해야 하는 불편이 있었다. 이에 따라 복합적 욕구를 가진 수급자를 위한 공공서비스의 원스톱 제공 필요성이 대두되었다.

2014년부터 본격적으로 고용-복지 연계를 통한 수요자 맞춤형 서비스 제공을 위해 고용복지+센터 설립을 추진했다. 7개 중앙부처(보건복지부, 고용노동부, 행정자치부, 여성가족부, 문화체육관광부, 금융위원회, 보훈처)와 남양주 등 10개 지자체, 민간기관(새일센터 등)이 참여하였다. 2014년 1월 남양주 개소를 시작으로 2015년에는 30개 지역 센터를 추가 개소하였다. 2016년에는 40개소, 2017년 30개소를 추가 개소하였고, 2018년까지 전국적으로 100개소의 고용복지+센터를 단계적으로 확충하였다. 고용복지+센터는 언론 및 전문가에게 기관 간

칸막이를 허물고 협업을 이뤄낸 정부3.0 대표 모델로 평가받았다. 앞으로도 고용-복지 정보 연계 항목 확대 및 프로세스매뉴얼 개편 등을 통해 전달 체계 통합의 시너지 효과가 크게 제고될 것으로 기대된다.

2. 자활사업 성과와 한계

가. 성과

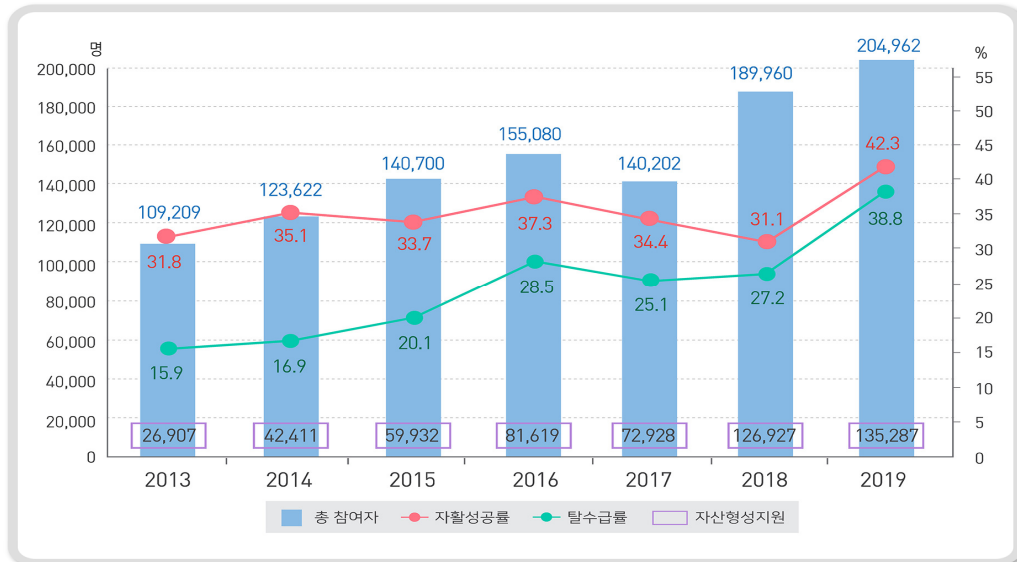
국민기초생활보장제도는 근로능력 여부와 관계없이 저소득층의 최저생활을 보장하여 우리나라 공공부조정책의 패러다임을 전환하는 계기를 조성하였으며, 근로능력자에 대한 조건부수급자 제도를 통해 국민기초생활보장제도의 건강성을 유지하는 데 기여했다는 평가를 받고 있다.

아울러, 사회·경제적 여건 및 인구·가구 특성 변화를 반영하고, 기초생활보장 급여 간 정합성을 높여 빈곤층에 대한 체계적인 자립지원이 가능하도록 기초생활보장 자활급여 기본계획(2018-2020)을 수립·시행(17. 8.)한 바 있다.

2019년에는 소득 1분위, 청년·신중년의 소득감소 등 빈곤층의 자립여건이 악화되고 일자리 부족이 지속됨에 따라, 자활사업의 참여 우선순위 폐지, 건강보험료 최저액 납부 확인으로 참여절차 간소화, 사업단 매출액 관리 효율화 등 '자활사업 활성화 대책'을 시행(19.10.)하였다.

수급자, 차상위계층 등 근로빈곤층에 대한 행정적 관리 체계를 개편하고, 자활사업 참여자에 대한 사례관리 체계를 정비하였으며, 각종 서비스 지원 및 연계 체계를 강화한 결과, 자활사업 성과도 꾸준히 증가하는 것으로 나타났다. 자활사업 참여 수급자 중 탈수급자의 비율인 탈수급률은 2009년 7.7%, 2010년 9.0%, 2011년 10.0%, 2012년 14.7%, 2013년 15.9%, 2014년 16.9%, 2015년 20.1%, 2016년 28.5%, 2017년 25.1%, 2018년 27.2%, 2019년 38.8%로 대체로 점차 증가하는 경향을 보이고 있다. 자활사업 참여자 중 탈수급자와 취·창업자의 비율을 나타내는 자활성공률 역시 2009년 16.9%, 2010년 19.7%, 2011년 21.8%, 2012년 28.3%, 2013년 31.8%, 2014년 35.1%로 2015년 33.7%, 2016년 37.3%, 2017년 34.4%, 2018년 31.1%, 2019년 42.3%의 추세를 보이고 있다. 근로 활동이 취약한 고령자, 여성, 저학력 수급자 등 자활사업 참여자의 기술숙련도나 근로능력 등을 감안하면 매년 높은 수준의 참여율을 보이고 있다.

|그림 2-1-9| 자활사업 참여현황 및 자활성공률



나. 한계

자활사업은 「국민기초생활보장법」의 틀에 머물러 조건부수급자와 일부 차상위계층을 대상으로 제한적으로 운영되는 한계를 지니고 있고, 자활사업 참여자도 일반노동시장의 진입이 곤란할 정도로 근로능력이 미약한 자로, 사업의 성과를 도출하는 데 한계를 지니고 있다.

또한, 자활대상자는 복합적인 욕구를 가지고 있으므로, 이들 가구와 개인 특성에 맞는 차별화된 프로그램 제공을 통해 일할 수 있는 여건 조성이 필요하나, 서비스 연계가 다소 미흡한 편이다. 또한, 자활근로사업단이 3년간 운영기간을 거쳐 일반노동시장으로 진입하여 창업·독립한 자활기업 역시 일부 사회적 기업으로 성장하였으나, 이들 중 상당수는 고용규모·매출액 등이 영세한 편이다.

3. 향후 계획

다변화되고 있는 대상자의 특성에 적합한 맞춤형 자활프로그램을 실시하기 위해, 자활 사례 관리자 배치를 확대하는 등 사례관리를 강화하고, 시간제 자활근로·청년 자립도전 사업단, 예비자활기업 지정 등 맞춤형 자활프로그램을 내실있게 운영할 계획이다. 또한, 한국자활복지개발원·광역자활센터·한국자활연수원 등 자활 지원조직 간 유기적인 업무 추진으로 체계적인

자립지원 정책 수행을 뒷받침할 계획이다. 또한, 자활기금 용자 확대 등을 통해 자활기업 성장단계에서도 충분한 지원이 이뤄지도록 할 예정이다. 이와 함께, 빈곤층의 근로유인 제고를 위한 자활사업 및 자산형성 사업 지원대상 확대 등 참여유인 제고를 통해 빈곤의 경계선에 있는 계층에 대하여 자립 지원을 강화할 계획이다.

제4절 긴급복지지원제도

I 개요

긴급복지지원제도는 가구의 주소득자가 사망, 행방불명, 구금시설 수용 등으로 소득을 상실하였거나, 가구 구성원이 중한 질병 또는 부상을 당하거나, 화재로 주거를 상실하는 등의 사유로 생계유지가 어렵게 된 저소득층을 적극 발굴하여 생계, 의료, 주거비 등을 우선 지원하고, 사후에 소득·재산 등을 조사하여 지원의 적정성 여부를 판단하는 제도이다.

1. 도입 배경 및 경과

2004년 12월 대구광역시 불로동에서 5세 남자 아이가 사망한 채 장롱 속에서 발견된 사건이 발생하였다. 이 가정은 생활고와 질병으로 어려움이 있었으나 아이의 아버지가 타인에게 적극적으로 도움을 요청하지 않았고, 주위에서도 이러한 사정을 행정기관에 알릴 생각을 미처 하지 못했던 것으로 알려졌다. 이 사건은 긴급복지지원제도의 도입 배경이 되었으며, 그 경과 과정을 보면 다음과 같다.

첫째, 주소득자가 소득을 상실했거나 가족 중 누군가 중한 질병 또는 부상을 당하여 치료비가 많이 드는 예기치 못한 위기에 처한 가구를 신속히 지원하여 빈곤층으로의 추락을 막을 수 있는 체계 구축에 대한 사회적 인식이 형성되었다.

둘째, 긴급 상황이 확인될 경우, 즉 신속한 현장 조사를 통해 지원의 필요성이 인정되면 우선적으로 지원을 실시하고, 차후에 그 지원의 적정 여부를 판단하는 선지원제도의 필요성이 제기되었다. 복잡한 절차 없이 최대한 빨리 필요한 지원을 실시할 수 있는 제도가 마련되어야 한다는 점이다. 2005년 3월부터 공청회, 관계부처 협의, 입법예고, 국무회의 의결 등의 절차를 거쳐 2005년 12월 23일 「긴급복지지원법」을 제정·공포한 후, 2006년 3월 24일부터 긴급복지지원제도가 본격적으로 시행되었다.

2. 긴급복지지원의 기본 원칙

가. 선지원 후처리 원칙

위기 상황에 처한 자 등의 지원 요청 또는 신고가 있는 경우 긴급지원 담당 공무원의 현장 확인을 통해 긴급한 지원의 필요성을 포괄적으로 판단하여 우선 지원을 신속하게 하고 나중에 소득, 재산 등을 조사하여 지원의 적정성을 심사한다.

나. 단기 지원 원칙

생계·주거·시설 이용·연료비 지원은 1개월, 의료·교육 지원은 1회 지원을 원칙으로 하고, 시·군·구청장의 결정에 의하여 생계·주거·시설 이용·연료비 지원의 경우 추가로 2개월 범위 내에서 연장 지원하며, 지원에도 불구하고 위기 상황이 계속되는 경우 긴급지원심의위원회를 통해 생계·시설 이용·연료비 지원은 3개월, 주거 지원은 9개월, 의료·교육 지원의 경우 1회 추가 지원이 가능하다.

또한, 지원이 종료되면 동일한 사유로 다시 지원할 수 없으며, 지원이 종료된 때로부터 2년이 경과한 후에 동일한 사유로 다시 지원할 수 있다. 다만, 다른 위기사유가 발생하여 긴급지원이 필요한 경우에는 긴급지원이 종료된 때로부터 3개월 이후 지원이 가능하다.

다. 타 법률 지원 우선의 원칙

다른 법률에 의하여 긴급 지원의 내용과 동일한 구호·보호나 지원을 받고 있는 경우에는 긴급지원을 제외하며, 다른 법률에 의한 지원의 대상이 되는 것이 적합하다고 판단되는 경우에는 해당 지원에 연계한다.

라. 가구 단위 지원의 원칙

가구 단위로 산정하여 지원하는 것을 원칙으로 하며, 가정폭력·성폭력 또는 학대 등으로 인하여 위기상황에 처한 자에 대하여는 당사자 및 그와 함께 보호를 받아야 하는 자를 하나의 가구로 보고 지원한다. 단, 의료 지원, 교육 지원 등의 경우에는 필요한 가구 구성원에 한하여 지원한다.(개인단위 지원)

3. 긴급복지지원의 대상자

긴급복지지원의 대상자는 본인 또는 본인과 생계 및 주거를 같이 하고 있는 가구 구성원이 아래의 위기 사유로 인하여 생계유지 등이 어렵게 된 자를 말한다.

- 가. 주소득자 사망, 가출, 행방불명, 구급시설에 수용되는 등의 사유로 소득을 상실한 경우
- 나. 중한 질병 또는 부상을 당한 경우
- 다. 가구 구성원으로부터 방임·유기되거나 학대 등을 당한 경우
- 라. 가정폭력을 당하여 가구 구성원과 함께 원만한 가정생활이 곤란하거나, 가구 구성원으로부터 성폭력을 당한 경우
- 마. 화재 또는 자연재해 등으로 인하여 거주하는 주택·건물에서 생활하기 곤란하게 된 경우
- 바. 주소득자 또는 부소득자의 휴·폐업 또는 사업장의 화재 등으로 인하여 실질적인 영업이 곤란하게 된 경우
- 사. 주소득자 또는 부소득자의 실직으로 소득을 상실한 경우
- 아. 보건복지부령으로 정하는 기준에 따라 지방자치단체의 조례로 정한 사유가 발생한 경우
 - 1) 가구원의 보호, 양육, 간호 등의 사유로 소득활동이 미미한 경우
 - 2) 「국민기초생활보장법」에 따른 급여가 중지된 경우
 - 3) 「국민기초생활보장법」에 따라 급여를 신청하였으나 급여의 실시 여부와 내용이 결정되기 전이거나 수급자로 결정되지 아니한 경우
 - 4) 수도, 가스 등의 공급이 그 사용의 체납으로 인하여 상당한 기간 동안 중단된 경우
 - 5) 사회보험료, 주택임차료 등이 상당한 기간 동안 체납된 경우
 - 6) 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 준하는 사유가 있는 경우
- 자. 그 밖에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사유가 발생한 경우
 - 1) 주소득자와 이혼한 때
 - 2) 단전된 때(소전기 제한기 부설 포함)
 - 3) 주소득자 또는 부소득자(가구별 1명 한정)의 휴업, 폐업, 사업장의 화재 등 실질적인 영업 곤란으로 가구의 생계유지 등이 곤란하여 다음의 요건을 모두 충족한 경우
 - 가) 가구구성원 중 주소득자가 부가가치세법에 따른 간이과세자로서 1년 이상의 영업을 지속한 후 휴·폐업신고를 한 경우
 - 이 경우 간이과세자가 아닌 사업자로서 공급가액이 4,800만 원 이하도 포함
 - 나) 긴급지원 신청일 기준 휴·폐업 신고일이 1개월이 경과하고 12개월 이내인 경우

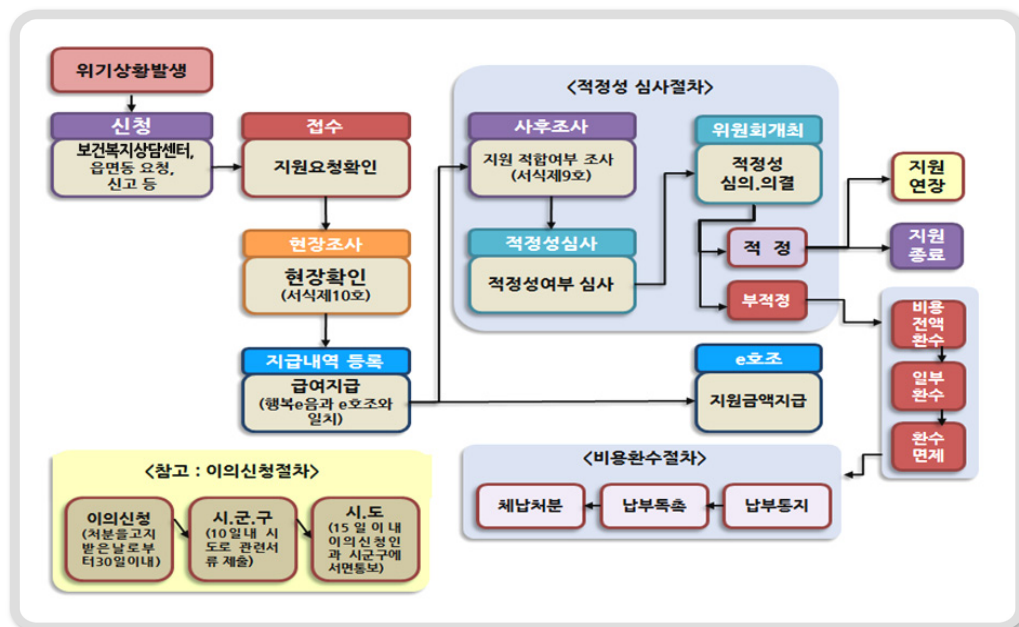
- 다) 부소득자의 휴·폐업 또는 사업장의 화재 등 실질적인 영업 곤란 전 소득이 가구구성원 수에 따른 긴급지원 생계지원 금액 이상인 경우
- 4) 주소득자 또는 부소득자(가구별 1명 한정)의 실직으로 가구의 생계유지 등이 곤란하여 다음의 요건을 모두 충족하는 경우
 - 가) 가구원중 주소득자가 실직했으나 고용보험법상 실업급여를 받지 못하거나 또는 실업급여가 종료되었으나 계속적인 실직 상태로 생활이 어려운 경우
 - 나) 긴급지원 신청일 기준 실직한 날이 1개월 경과 12개월 이내이고, 실직 전 3개월 이상 근로한 경우
- 다) 1개월간 소정근로시간이 고용보험법 제10조2호 및 동시행령 제3조1항에서 정한 적용 제외 근로자 기준의 근로시간 이상인 경우
- 라) 부소득자의 실직 전 소득이 가구구성원 수에 따른 긴급지원 생계지원 금액 이상인 경우
- 5) 교정시설에서 출소한 자가 생계가 곤란하고 다음의 요건을 모두 충족하는 경우
 - 가) 가족이 없거나 가족과의 관계가 단절된 경우 또는 가족이 미성년인 자녀, 65세 이상인 자, 장애의 정도가 심한 장애인으로만 구성되는 경우
 - 나) 구금기간이 1개월 이상으로서 긴급지원 신청일 기준 6개월 이내 출소한 경우
- 6) 가족으로부터 방임·유기 또는 생계유지의 곤란 등으로 노숙을 하는 경우로 다음의 요건을 모두 충족하는 경우
 - 가) 노숙인 시설 및 노숙인 종합지원센터에서 노숙인을 사정하여 시군구청장에 긴급지원 대상자로 신청한 경우
 - 나) 노숙을 한 기간이 6개월 미만일 때
- 7) 겨울철 복지사각지대 발굴 대상자로서 관련 부서로부터 생계가 어렵다고 추천을 받은 경우
- 8) 통합사례관리 대상자로서 관련 부서로부터 생계가 어렵다고 추천을 받은 경우
- 9) 자살한 자의 유족, 자살을 시도한 자 또는 그의 가족인 자살 고위험군으로서 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제13조에 따른 자살예방센터, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제15조에 따른 정신건강복지센터 또는 보건소 등으로부터 생계가 어렵다고 추천을 받은 경우

[표 2-1-20] 긴급 지원의 내용 및 기간(2019년 기준)

종 류	지원내용	최장지원 횟수
금전·현물 지원	생계 지원 ○ 식료품비, 의복비 등 1개월 생계유지비 - 1,194.9천 원(4인 기준)	6회
	의료 지원 ○ 각종 검사, 치료 등 의료서비스 지원 - 300만 원 이내(본인부담금 및 비급여항목)	2회
	주거 지원 ○ 국가·자자체 소유 임시거소 제공 또는 타인 소유의 임시거소 제공 - 643.2천 원(대도시, 4인 기준)	12회
	사회복지 시설이용 지원 ○ 사회복지시설 입소 또는 이용서비스 제공 - 1,450.5천 원(4인 기준)	6회
	교육 지원 ○ 초·중·고등학생 중 수업료 등이 필요하다고 인정되는 사람 학비 지원 - 초 221.6천 원 - 중 352.7천 원 - 고 432.2천 원 및 수업료·입학금	2회 (4회)*
	그밖의 지원 ○ 위기사유 발생으로 생계유지가 곤란한 자에게 지원 - 동절기(10월~3월) 연료비 : 98천 원 - 해산비(60만 원)·장제비(75만 원)·전기요금(50만 원 이내)	1회 (연료비 6회)
민간기관·단체 연계지원 등	○ 사회복지공동모금회, 대한적십자사 등 민간의 긴급지원 프로그램으로 연계	횟수제한 없음
	○ 상담 등 기타 지원	

주 : 주거지원 가구의 교육지원은 최대 4회

[그림 2-1-10] 긴급지원의 체계



|표 2-1-21| 긴급복지지원 현황

(단위 : 건, 백만 원)

구 분		계	생계 지원	의료 지원	주거 지원	교육 지원	그 밖의 지원*
2016	지원건수	222,982	126,257	33,649	10,143	1,130	51,803
	지원금액	109,342	61,370	41,502	2,153	251	4,066
2017	지원건수	250,568	150,460	34,115	12,090	945	52,958
	지원금액	115,791	71,242	37,604	2,496	210	4,239
2018	지원건수	254,119	159,414	32,208	11,302	593	50,602
	지원금액	124,257	76,409	41,433	2,238	151	4,026
2019	지원건수	336,782	220,497	34,643	15,521	759	65,362
	지원금액	159,182	106,044	44,553	3,209	198	5,178

주 : 시설 이용, 연료비, 해산·장제비, 전기요금 지원 등

Ⅱ 긴급복지지원제도의 강화

1. 사회 환경 변화에 대처하는 유연하고 탄력적인 제도로 기능

긴급복지지원제도는 갑작스런 위기상황으로 생계유지 등이 곤란한 가구에 대한 실질적인 지원을 통해 사회안전망으로서의 역할을 수행하였고, 지속적인 대상자 발굴 및 제도개선 등 제도를 적극적으로 운영해 왔다.

긴급복지지원제도가 다양한 위기상황에 유연성 있는 제도로 충실히 기능하기 위해 다음과 같은 정책을 시행하였다.

첫째, 생계·주거·연료비 지원 금액에 2019년도 기준 중위소득 인상률(약 2.09%)을 반영·인상하여 위기가구에 대한 긴급지원을 강화하였으며, 긴급복지담당공무원 및 129 보건복지상담센터의 의견을 수렴하고 지침에 반영하여 효율적인 업무처리를 도모하였다.

둘째, 긴급복지지원제도 평가 및 제도개선 방안 연구를 바탕으로 2009년 이후 변동 없었던 재산의 합계액 기준에 공시지가 상승률을 반영·완화를 추진하여, 그간 위기상황임에도 불구하고 비유동성자산으로 인해 지원받지 못했던 위기가구를 적극 지원하기 위한 합리적 기준을 제시하였다.

셋째, 동절기 복지사각지대 발굴 대상자 등에 대해 시·군·구청장이 인정하는 위기사유로 인정하는 등 대상자를 확대하였고, 소득 악화 등에 대비한 204억 원 예산의 추가 편성 및 실직, 휴·폐업에 제한규정 및 소득·재산 기준에도 불구하고 적극 지원할 수 있도록 긴급지원 심의위원회를 활성화하는 등 위기가구를 적극 지원하였다.

넷째, 긴급복지 신고의무자의 범위를 확대하고 신고의무 교육을 의무화하는 「긴급복지지원법」을 개정·시행(19.6.12)하여 위기가구를 적극 발굴하고 복지사각지대를 예방할 수 있도록 하였다.

2. 향후 계획

복지사각지대를 해소하기 위하여 긴급복지지원 대상자를 확대하고, 몰라서 받지 못하는 위기가구가 없도록 대상자를 적극 발굴하여 최후의 안전망으로써의 역할을 강화해 나갈 것이다.

이를 위해 기존 위기사유 중 “복지사각지대 발굴 대상자”의 범위를 “겨울철”에서 “연중”으로 확대, 자살고위험군에 대한 추천기관을 정신건강복지센터, 보건소 외 기초자치단체(희망복지지원단, 통합사례관리담당)까지 확대, 재외국민에 대한 예외적 긴급지원 기준을 마련하는 등 위기사유에 대한 범위를 보다 확대하여 위기가구에 대한 발굴 및 지원을 강화할 것이다.

또한, 기준 중위소득 인상에 따라 생계지원은 가구별 2.94% 상향, 해산비는 종전 60만 원에서 70만 원, 장제비는 75만 원에서 80만 원으로 지원 단가를 상향하여 현실에 맞는 급여를 제공토록 할 것이다.

제5절 노숙인 등 복지지원사업

I 개요

그동안 부랑인 및 노숙인 보호시설설치·운영규칙(보건복지부령 제93호)에 근거하여 운영해 오던 부랑인·노숙인 복지사업은 2011년 6월 7일 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」(이하 “노숙인복지법”)이 제정되면서 기존의 부랑인, 노숙인의 용어를 노숙인 등으로 통합하고, 노숙인 등의 인간다운 생활을 보호하고, 재활 및 자립을 위한 기반을 조성하여 이들의 건전한 사회 복귀와 복지 증진에 이바지할 수 있는 여건을 마련하였다.

II 노숙인 등 보호 및 지원

1. 부랑인·노숙인 제도의 통합

가. 부랑인·노숙인 지원 체계 개편

기존의 노숙인쉼터와 부랑인복지시설로 구분되었던 노숙인 복지서비스전달체계를 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 근거하여 입소자 욕구별 맞춤형서비스를 제공할 수 있도록 노숙인 자활, 재활, 요양시설로 개편하였다. 특히, 노숙인 종합지원센터(기존의 상담보호센터)에서 노숙인에 대한 상담·시설 연계 기능을 특화하여 노숙인을 사정하고, 특성별·욕구별 맞춤 시설로 연계함으로써 기존의 지원 체계가 단순 보호에 치우쳤던 문제점을 해소하고, 노숙인의 자활 및 자립을 위한 실질적인 지원 기능을 수행하고 있다.

나. 노숙인 등의 종합지원시스템 구축

「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」 제정(2011. 6. 7.)으로 부랑인·노숙인 체계가 ‘노숙인 등’으로 통합되면서 노숙인 등의 다양한 욕구별로 필요한 서비스(주거, 고용, 의료 등)를

✎ 집필자 | 자립지원과장 최종희

적절히 제공하고 관리할 수 있도록 종합지원시스템을 구축하였다. 기존 사회복지시설정보 시스템의 이력 관리, 서비스 관리 기능을 대폭 개선하여 권역별 종합지원센터에 설치하는 통합 지원시스템과 연계함으로써 관할지역 내 노숙인의 이력 및 서비스 이용에 대한 총괄 관리를 수행하고 있다. 노숙인 종합지원시스템 구축을 통하여 노숙인의 개인별 욕구를 체계적으로 관리하여 탈노숙을 지원하고, 정책 수립에 필요한 기초 자료를 실시간으로 산출하여 노숙인 정책에 반영할 수 있게 되었다.

2. 주요 내용

가. 노숙인 및 노숙인시설 현황

노숙인보호사업은 노숙인 개개인이 지닌 인간으로서의 존엄과 가치를 존중하고, 그들의 기본적인 생계보장과 자활자립능력을 제고시켜 정상적인 사회생활을 할 수 있도록 사업을 추진하고 있다. 노숙인 입소자의 특성에 따라 장애인시설, 정신요양시설, 노인복지시설 등 전문시설에 전원 조치하거나, 시설을 전문시설로 기능을 개편(「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」(2012. 6. 8. 시행)하여 입소자가 상태별·욕구별 서비스를 받을 수 있도록 지원하고 있다.

또한, 시설별로 지역 특성에 적합한 자활 및 사회복지프로그램을 추진하여 단순 수용 보호를 벗어나 생활자의 작업 능력에 맞는 다양한 프로그램 개발을 도모하고, 지역 주민과의 유대를 강화하여 입소자들이 보다 용이하게 지역 사회에 접근할 수 있도록 지역 사회의 인적·물적 자원을 최대한 활용하도록 하고 있다.

[표 2-1-22] 연도별 노숙인 및 쪽방주민 현황

(단위 : 명)

연도	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	전년 대비
합계	13,930	13,152	13,145	12,391	12,656	12,347	11,901	10,645	10,828	10,801	10,875	74
자활	3,404	3,117	3,282	2,741	2,095	1,949	1,683	1,613	1,583	1,684	1,523	△161
일시보호	-	-	-	-	844	899	1,045	798	994	1,047	1,173	126
거리	1,260	1,077	1,121	1,081	1,197	1,138	1,125	969	862	895	1,246	351
재활·요양	9,266	8,958	8,742	8,569	8,520	8,361	8,048	7,265	7,389	7,175	6,933	△242
쪽방주민	6,394	6,232	5,991	5,891	5,992	6,147	6,072	6,053	5,705	5,664	5,641	△23

[표 2-1-23] 시도별 노숙인 및 쪽방주민 현황

(‘19. 12. 기준, 단위 : 명)

구분	합계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
합계	16,516	6,674	1,697	1,785	1,136	344	752	145	118	931	256	697	52	247	689	321	528	144
자활	1,523	804	79	120	28	21	102	30	-	223	36	15	17	45	-	3	-	-
일시보호	1,173	572	30	27	1	204	17	113	10	52	6	-	5	23	3	-	102	8
거리	1,246	477	135	156	161	8	36	2	6	178	19	5	30	5	17	-	11	-
재활·요양	6,933	1,736	531	721	526	111	144	-	102	478	195	677	-	174	669	318	415	136
쪽방주민	5,641	3,085	922	761	420	-	453	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1) 노숙인 자활시설

노숙인 자활시설은 노숙인에게 긴급 구호 및 숙식 제공, 재활 및 자활프로그램 등의 서비스를 제공하기 위해 종교기관·사회복지법인 등에서 운영하고 있으며, 2003년도 114개소에서 2019년 말에는 54개소로 줄어들었다.

2) 노숙인 재활·요양시설

2019년 말 기준으로 노숙인 재활·요양시설 56개소에 6,933명의 생활자를 보호하고 있다. 노숙인 재활·요양시설에 운영비 361억 원, 기능보강사업비 21억 원 등을 지원하여, 노숙인 재활·요양시설이 정상적으로 운영될 수 있도록 하고, 노후 시설을 현대화하고 부대시설을 보강하는 등 입소 환경이 개선될 수 있도록 노력하였다.

3) 노숙인 종합지원센터

노숙인 자활시설 입소를 기피하는 거리노숙인 보호를 강화하기 위하여 전국 대도시 역 근처에 노숙인 종합지원센터 11개소를 설치·운영하여, 노숙인에 대한 상담·시설 연계 기능을 특화하여 노숙인의 특성별·욕구별 맞춤시설로 연계하고 있다.

4) 쪽방상담소

쪽방은 서울·부산 등 유동 인구가 많은 대도시 역 주변 및 재래시장 인근 지역 등에 주로 분포되어 있으며, 2019년 말 현재 5개 대도시 지역의 밀집된 쪽방에 5,641명이 거주하고 있다.

쪽방지역 내 거주자에 대한 상담 및 취업 알선, 미용·목욕·세탁·화장실 등 생활 편의를 제공하고자 총 10개소의 쪽방상담소를 운영하고 있다. 2007년부터 일자리가 있고 자립 의지가 뚜렷한 쪽방거주자에게 임대주택을 지원하고 있다. 쪽방 등에 살고 있는 주거 취약 계층은 노숙으로 전락할 우려가 많으므로 일자리, 주거지원사업을 통해 지역 사회 정착을 지원해 주고, 기초생활보장제도, 긴급지원제도 등을 통해 안정적인 생활을 할 수 있도록 지원이 필요하다. 쪽방이라는 주거 환경이 거리노숙인들의 주요한 주거 진입 통로이고, 주거 수준의 하향을 겪는 취약 계층의 노숙화 예방을 위한 최후 주거 형태의 기능을 수행하고 있음을 고려하여 노숙인지원 체계로서 쪽방상담소에 대한 법적 근거를 마련(「노숙인복지법」 시행 규칙)하였다.

5) 기타(거리노숙인)

거리노숙인은 지속적으로 증가하다 2010년 1,077명으로 감소하였으나, 2013년 1,197명으로 다시 증가하였고, 2019년에는 1,246명으로 전년대비 39% 증가한 것으로 추산되고 있다. 거리노숙인 수는 경기 침체로 인한 쪽방생활자의 거리노숙인 전락, 신용불량 등으로 인해 신분노출을 우려한 노숙인 자활시설 입소 기피, 사회 부적응 등의 여러 요인으로 답보 상태를 유지하고 있다.

나. 노숙인 등 지원 사업

노숙인은 부실한 식사와 열악한 주거 환경에 노출되어 있어 결핵 등 전염성 질환에 감염될 소지가 높고 이는 일반 국민의 건강 문제와도 직결된다. 이에 따라 시설노숙인은 물론 거리노숙인을 대상으로 결핵 및 정신 질환(알코올 의존증 포함)에 대한 일제 검진을 실시하여 검진결과 치료가 필요한 노숙인에게는 적절한 의료 지원을 받도록 하는 등 이들의 건강권을 최대한 보호할 수 있는 예방 대책을 마련하고 있다.

서울역 거리노숙인 퇴거조치(2011. 8.)에 따른 알코올 의존증 거리노숙인 보호 대책의 일환으로 거리노숙인 위기관리사업을 시작하였다. 2011년 11월부터 정신과전문의가 포함된 위기관리팀(정신건강+현장대응)이 거리노숙인에 대한 초기 상담 및 진단을 통해 복지시설 및 의료기관 등으로 연계하는 업무를 시범사업으로 2012년 2월까지(3개월 간) 수행하여 71명의 노숙인 감소를 달성하였다. 이후 위기관리사업은 민관협력모델(사회복지공동모금회) 지원사업(2012. 11.~2013. 4.) 종료 후 노숙인종합지원센터의 주요 기능으로 정착시키기 위해 2013년 5월부터 ‘거리노숙인 위기관리사업’으로 정부 지원(150백만 원) 하였고, 2014년

부터 2019년 현재까지 매년 국비로 193백만 원을 지원하며 거리노숙인 밀집 지역인 전국 6개 지역(서울2, 부산, 대구, 대전, 경기)에서 상시 보호 체계로 운영 중이다.

취업성공패키지(고용노동부)와 같은 중앙부처의 일자리지원확대프로그램에 실질적으로 노숙인도 참여할 수 있도록 하였으며, 지방자치단체에 의한 사회적 기업의 지원, 특별자활근로 실시, 귀농프로젝트 활성화 등 노숙인에 대한 다양한 일자리지원사업을 지속적으로 수행하고 있다.

또한, 일하기를 원하며 자립 의지가 높은 노숙인에게 일자리사업과 주거를 연계하여 지원하며 사회 복귀를 도모하고 있다. 2006년부터 2012년 상반기까지 사회복지공동모금회 주관으로 거리 노숙인에 대한 임시주거비지원사업이 수행되어 총 3,678명에 대해 45억 원의 지원이 이루어졌다. 이들 중 81% 정도가 주거를 계속적으로 유지하는 것으로 조사되었다. 이러한 사업 효과에 힘입어 2012년 7월 이후부터 지방자치단체에서 자체 예산을 확보하여 임시주거비지원사업을 수행하고 있다.

2012년에 종교계(개신교, 불교, 천주교, 원불교)의 노숙인 지원 필요성에 대해 논의가 진행되어, 2012년 12월 13일 ‘노숙인 지원 공동모금방송(MBC)’을 통해 모금된 금액을 기반으로 ‘종교계 노숙인 지원 민관협력네트워크’가 출범하였다(2013. 5. 1.). 이후 논의를 통해 공동 사업으로 노숙인들의 탈노숙 및 조기 사회 복귀를 유도하기 위한 ‘노숙인지원주택사업’을 진행하였다. 또한, 노숙인 인식 개선을 위한 사업 및 여성노숙인네트워크사업 등을 수행하고 있다.

제6절 농어촌 주민의 보건복지 증진

I 개요

1. 추진 배경 및 경과

우리 농어촌은 2019년 한·EU FTA 이행 8년차, 한미 FTA 이행 7년차에 접어들면서 농식품 분야에서 비대칭적 교역(수입)수출이 지속되고 있다. 2020년 국내 농업 부문 생산액은 전년(50조 4,280억 원)과 비슷한 수준으로 유지될 전망이며, 아시아·태평양 역내 관세철폐를 골자로 하고 있는 CPTPP(포괄적·점진적 환태평양경제동반자협정, Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership)와 같은 새로운 메가 FTA 다자결정이나, SPS 등 비과세조치에 따른 새로운 품목의 수입 증대 가능성 등에 직면하고 있다.

이러한 상황에서 최근 농가소득은 소폭 증가추세를 보이고 있으나, 이는 공익직불제 도입의 효과 등 이전소득과 농외소득에 따른 것이며 농가의 근간이 되는 농업소득 비중은 감소하고 있다. 특히, 농어촌 지역은 노인인구 비율이 높고, 30대 이하 젊은 층이 주도하는 인구유출 흐름으로 인해 상대적으로 고령화 영향이 크다. 상당수 지역은 마을 소멸 위기를 겪고 있으며, 도농 간 소득 격차 심화 등 상대적 빈곤까지 고려할 때 농어촌 주민의 보건의료·복지에 대한 욕구는 날로 늘어나는 실정이다.

2. 농어촌 보건복지 기본계획

농어촌 지역 보건복지 수요의 급격한 증가에 적극적으로 대처하고, 농어촌 주민의 보건복지 수준 향상을 위하여 2004년 1월 29일 「농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법」이 제정·공포되었다.

이에 따라, 보건복지부는 관계부처 및 지방자치단체와 함께 농어촌 지역 보건복지 분야에 대한 추진계획, 방법, 재원 조달 등을 담은 농어촌 보건복지기본계획*을 5년마다 수립하고 있다.

* 제1차 기본계획 2005~2009, 제2차 기본계획 2010~2014, 제3차 기본계획 2015~2019

제1차 및 제2차 기본계획에 이어 2015년에는 「제3차 농어촌 보건복지 기본계획(2015~2019)」을 수립하였으며, 내년도에는 제4차 농어촌 보건복지 기본계획이 수립될 예정이다. 매년 관계부처 및 지방자치단체에서는 5개년 기본계획에 따라 연도별 추진 계획을 수립·시행하고 있다.

본 계획을 바탕으로 농어촌 지역에 대한 보건복지 증진 및 인프라 확충 등 제반 대책을 지속적으로 추진하고 있으며, 농어촌 지역 보건복지 수준을 높이고 삶의 질을 향상시키기 위해 노력하고 있다.

II 농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 대책 추진

1. 국민기초생활보장 및 자활지원

농어촌의 지역 여건과 특성을 반영한 맞춤형 사회안전망 확충을 위하여 농어촌에 대한 국민기초생활보장제도의 특례를 적용하고 있다. 수급자 선정 및 급여액 결정의 기준이 되는 소득 인정액 산정시 농어촌 주민에 대한 지원금의 일부를 소득에서 제외하거나, 경작농지의 일부에 대하여 재산의 소득환산액에서 제외하여 사실상 지원 기준을 완화하고 있다. 농지 1ha 미만 소유(임차)자에 대하여 「농산물의 생산자를 위한 직접지불제도시행규정」에 따른 경영이양소득 보조금, 친환경농업소득 보조금, 조건 불리지역소득 보조금, 말농업 직접지불 보조금, 「농업소득 등의 보전에 관한 법률」에 따른 농업소득보전 직접 지불금 등은 전액 소득인정액에 반영하지 않으며, 농어민 가구가 자부담한 보육비용의 일부, 농어업 직접사용 대출금의 상환이자 일부 등을 소득 산정에서 제외하고 있다. 또한, 경작농지 등 농어업과 직접 관련되는 재산의 일부에 대해서도 소득환산에서 제외하고 있다. 이에 따라, 2019년 12월 현재 전체 기초생활보장 수급자 수는 128만 가구, 188만 명 정도이며, 이 중 농어촌특례를 적용하여 지원받는 가구는 약 1,500 가구 정도이다.

근로능력이 있는 빈곤 계층의 탈빈곤 촉진을 위한 자활사업의 경우, 농어촌 지역 소재 지역자활센터 운영비 지원 시 농어촌 특성을 반영한 사업에 소요되는 비용을 지원(2019년 68개소 15,729백만 원)하는 등 지역 특성을 반영한 자활사업을 추진 중이다.

2. 사회복지서비스

급격한 농어촌 고령화에 따라 농어촌 지역에 거주하는 일상생활 영위가 어려운 취약노인에게 적절한 돌봄서비스를 제공하기 위한 노인맞춤돌봄서비스, 농어촌 지역 노인의 장기요양 욕구 충족 및 부양가족의 부담 경감을 위한 노인요양시설 확충 등을 추진하고 있다.

농어촌 특성에 적합한 통합적 복지서비스를 제공하기 위하여 농어촌 취약 지역에 국공립 어린이집을 지속적으로 확충(19. 114개소)하고, 시설 접근성 제고를 위해 농어촌 어린이집에 차량운영비(19. 4,117개소)를 지원하고 있다.

3. 사회보험

농어민에 대하여는 국민건강보험법에 따라 건강보험료의 22%를 경감하고, 농특회계 예산으로 보험료 부과점수 1,800점 이하 건강보험료의 28%를 지원, 부과점수 2,501점 이상은 지원제외하는 등 건강보험료의 22~50%를 감면하고 있다.

또한, 휴·폐경농지, 3년 이상 계속 방치된 빈 축사 및 양식장 등은 건강보험료 산정시 재산세 과세표준금액의 20%를 감액하여 적용하는 등 보험료 부과 기준을 완화하여 적용하고 있다. 소득·재산 등 보험료 납부 능력 여부를 조사하여 납부 능력이 없는 세대는 체납보험료를 결손 처분하고 있다.

2019년 12월 현재 전체 국민건강보험 가입자 수는 지역가입자 1,416만 명(838만 세대), 직장가입자 3,723만 명(가입자 1,812만 명) 등 총 5,139만 명이며, 이 중 건강보험료 경감 지원을 받는 농어민은 31만 4천 세대이다.

한편, 2024년까지 한시적으로 농어민에 대한 국민연금보험료 지원을 실시하고 있다. 기준소득 금액은 97만 원으로 본인이 부담할 연금보험료의 1/2을 초과하지 않는 범위 내에서 2019년 최고 43,650원/월을 지원하였다.

2019년 12월 현재 전체 국민연금 가입자는 지역가입자 723만 2천 명, 사업장가입자 1,415만 8천 명, 임의가입자 및 임의계속가입자 82만 7천 명 등 총 2,221만 6천 명이며, 이 중 연금보험료 지원을 받는 농어민은 월평균 36만 명이다.

4. 보건의료 기반 개선

공공보건의료 기반 강화를 위하여 지방의료원('19. 30개소) 및 적십자병원('19. 6개소)의 시설·장비 현대화를 추진하였으며, 농어촌 지역 공공보건기관의 기능 보강('19. 시설 개선 115개소, 의료장비 569개소, 차량 65개소, 병원선 5척)을 통해 도서·벽지 의료취약지역 농어촌 주민에게 양질의 보건의료서비스를 제공하기 위해 노력하고 있다.

농어촌 지역 응급의료 접근성 제고를 위하여 응급치료의 핵심시설·장비·인력 확보를 위한 보조금 지원('19. 119개 응급의료취약지 응급의료기관 및 당직의료기관 지원), 기술적 지원을 위한 응급의료 원격협진('19. 10개 거점병원, 74개 취약지병원), 중증환자 이송을 위한 닥터 헬기('19. 7개 시·도) 운영 등 다각적인 지원을 통하여 농어촌 응급의료서비스를 제고하고 있다.

제7절 사회보장정보시스템

I 개요

1. 사회보장정보시스템(행복e음) 소개

사회보장정보시스템(행복e음)*은 국가나 지방자치단체로부터 각종 사회복지급여와 서비스를 지원받는 대상자의 자격과 지원 내역을 통합적으로 관리하는 정보시스템이다. 이를 통해 지방자치단체(시·군·구/ 읍·면·동) 사회복지 담당 공무원들이 신청·접수, 자산 조사, 지원 여부 결정, 급여 지급, 사후 관리, 사례 관리 등의 업무를 수행하고 있다.

* 2013년 1월 사회보장기본법 개정에 따라 명칭 변경 : (당초)사회복지통합관리망, (변경)사회보장정보시스템

2. 구축 배경

그동안 사회복지분야에 투입되는 예산이 지속적으로 증가하고, 복지서비스도 다양해졌지만 이를 관리하는 관리시스템과 복지서비스를 전달하는 전달 체계가 그에 맞게 선진화되지 못했기 때문에 많은 국민들은 복지서비스의 효과를 잘 체감하지 못하였고, 복지 재정도 효율적으로 운용되지 못했다. 유사한 서비스를 중복적으로 지원받는 사람이 있는가 하면 생활이 어렵지만 아무런 지원을 받지 못하는 사람도 있었고, 소득이나 재산이 기준을 초과하는 사람에게 복지급여가 지급되는 경우도 있었다. 또한, 복지 담당 공무원이 복지급여를 횡령하여 국민의 신뢰를 떨어뜨린 사례도 있었다.

공무원의 입장에서는 소위 ‘깎때기 현상’으로 인해 130여 가지 복지서비스 업무가 읍·면·동 담당자 한 두 명에게 집중되고 있었고, 각각의 복지서비스도 선정 기준이 복잡하고 달라서 자산 조사 등 대상자 선정을 위한 행정 업무를 처리하느라 사각지대 발굴, 사례 관리, 찾아가는 서비스 등 본연의 복지서비스를 제공하기 어려운 실정이었다.

이에 복지급여와 서비스를 관리하는 관리 체계를 효율화하여 복지예산이 꼭 필요한 국민들에게 제대로 전달될 수 있도록 하고, 지방자치단체 일선의 업무를 효율화하여 국민들에게 보다 나은 복지서비스를 체계적으로 제공할 필요가 있었다.

[사회보장정보시스템(행복e음) 추진 경과]

- 대통령 공약 및 핵심국정과제로 선정(2008. 2.)
- 기본계획 수립 및 정보화전략계획(BPR/ISP) 실시(2008. 4.~12.)
- 사회복지통합관리망 기반 구축 1차 사업 추진(2008. 12.~2009. 4.)
 - * 사업별 업무 분석, 소득·재산 표준화, 관계기관 정보 연계 협의 등
- 새울복지행정시스템 관리부서 이관(행정안전부 → 보건복지부, 2009. 3. 11.)
- 「사회복지사업법」 개정(2009. 4. 30. 국회 통과, 6. 9. 공포)
 - * 제도 표준화 및 법적 근거 마련, 유관기관 정보 연계 및 운영기관 설립 근거 마련
- 사회복지통합관리망 기반 구축 제2차 사업 추진(2009. 6.~2010. 3.)
 - * 시스템 설계, 개발, 정보 연계, 자료 전환, 교육 등
- 사회복지통합관리망(행복e음) 개통(2010. 1. 4.) 및 시스템 안정화
 - * 행복e음은 “국민에게 필요한 복지서비스를 연결해 주고 희망과 행복을 이어줄 징검다리”라는 의미로 지자체 공무원들의 의견을 수렴하여 결정
- 사회복지통합관리망(행복e음) 1차 확대 및 고도화(2010. 5.~2011. 4.)
 - (서비스 확대) 장애인연금시스템 구축, 지자체 개별복지시스템 구축, 사회복지통계DW 구축
- 사회복지통합관리망(행복e음) 2차 확대 및 고도화(2011. 5.~2012. 5.)
 - 사회복지공동모금회 연계시스템 구축, 희망키움통장·디딤씨앗통장 시스템 구축, 지자체 개별복지사업 확대, 온라인신청시스템 구축(양육수당, 보육료, 유아학비 등 3종)
- 사회복지통합관리망(행복e음) 3차 확대 및 고도화(2012. 5.~2013. 4.)
 - 사망 의심자 HUB시스템 구축, 공공 및 민간자원통합시스템 구축, 온라인신청서비스 확대 구축(3종 → 10종), 기초노령연금조사 자동화 등
- 사회보장정보시스템(행복e음)* 4차 확대 및 고도화(2013. 5.~2014. 6.)
 - 장애인 통합카드 발급시스템 구축, 사망 의심자 HUB 서비스 확대, 온라인신청서비스 확대(10종 → 11종), 민원업무 무종단 시스템 구축, 소득재산 상시조사 기능 구현 등
 - * 2013년 1월 사회보장기본법 개정에 따라 명칭 변경 : (당초)사회복지통합관리망, 변경)사회보장정보시스템
- 사회보장정보시스템(행복e음) 5차 확대 및 고도화(2014. 5.~2015. 6.)
 - 온라인신청 확대 구축(기초연금 등), 기초연금 시스템 고도화, 장애인 감면서비스 추가
 - 기초생활맞춤형급여제도, 차상위 제도 개편에 따른 시스템 고도화 등
- 사회보장정보시스템(행복e음) 6차 확대 및 고도화(2015. 10.~2016. 7.)
 - 온라인신청 확대 구축(한부모가족지원사업 등), 저소득층 기저귀·조제분유지원시스템 구축, 장기요양 행정처분시스템 고도화 등
- 사회보장정보시스템(행복e음) 7차 확대 및 고도화(2016. 7.~2017. 8.)
 - 신청이지(easy)시스템 구축, 사적이전소득 등 연도 전환 자동화 기능 구축, 청소년증 추가 기능(교통카드) 구현, 복지로 모바일 신청 서비스 개발, 기초연금이력관리시스템 구축 등
- 사회보장정보시스템(행복e음) 8차 확대 및 고도화(2017. 6.~2018. 8.)
 - 복지사각지대발굴시스템2단계, 민관협력연계시스템2단계, 장애인연금수급희망이력관리, 기초생활보장제도 부양위무자 기준 완화(2,3단계), 기초연금, 장애인연금 제도 개편, 아동수당 구축, 청년희망키움통장 등
- 사회보장정보시스템(행복e음) 9차 확대 및 고도화(2018. 6.~2019. 2.)
 - 복지사각지대 발굴(3단계), 민관협력 연계시스템 구축(3단계), 금융자료 연계 모니터링 구축(2단계), 조사·환수 기능 확대, 복지서비스 온라인신청 시스템 확대 등
- 사회보장정보시스템(행복e음) 10차 확대 및 고도화(2019. 7.~2020. 4.)
 - 장애등급제 개편, 복지사각지대 발굴(4단계), 민관협력을 위한 복지정보공유 확대, 전국단위 읍면동 신청, 중복수급 사전차단 등 수급적정성 강화, 복지서비스 온라인신청 확대 등

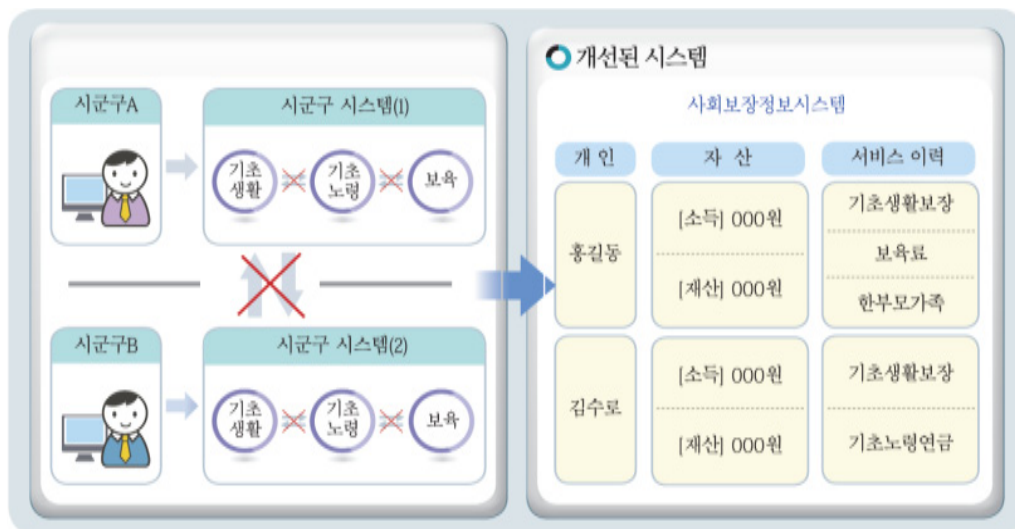
Ⅱ 사회보장정보시스템(행복e음) 구축 내용

1. 분산된 복지전산시스템과 데이터를 하나로 통합

과거 서울행정시스템에서는 복지대상자 정보와 전산시스템이 229개 시·군·구별로 각각 따로 관리되었고, 하나의 시·군·구 안에서도 기초생활, 기초노령, 보육 등 각각의 사업별로 지원대상자 정보를 따로 관리하였기 때문에 개인이 어디서 어떤 서비스를 얼마나 받고 있는지 알기 어려웠다.

사회보장정보시스템(행복e음)은 시·군·구별로 분산되어 있던 복지대상자 정보와 전산시스템을 통합하여 전국 단일 DB로 만들고 사업별로 각각 관리되던 복지대상자 정보를 개인별·가구별로 통합하여 개인별·가구별로 지원받는 수혜 이력을 투명하게 관리하도록 하였다.

[그림 2-1-11] 개인별·가구별 통합시스템

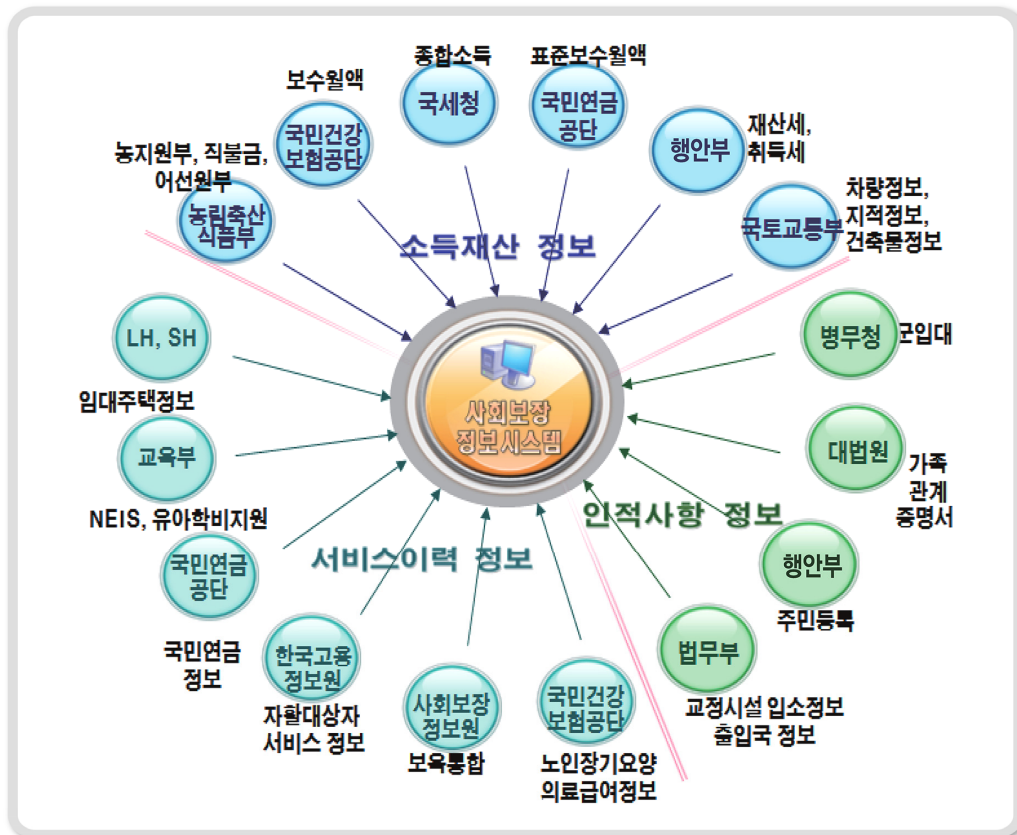


2. 복지대상자 선정·지원에 필요한 공적 자료를 대규모로 연계

그동안에는 복지대상자 선정을 위해 필요한 소득·재산 등 공적 자료의 제공이 부족하여 시·군·구 직원들이 전화와 인터넷 등을 통해 부동산 시세를 알아보는 등 일일이 소득·재산을 확인하는 경우가 많았다. 소득·재산을 파악하는 수준도 미흡하여 대상자 선정의 정확성이 담보되지 못하고 부정·부적정 수급이 발생하였다.

사회보장정보시스템(행복e음)은 81개 기관에서 1,214종('19. 12. 기준)의 소득·재산 자료, 가족관계 및 출입국 등 인적 정보, 타 기관에서 제공받은 서비스 이력 정보 등을 연계하여 각 지자체에 제공함으로써 복지대상자 선정에 정확성을 기하였다. 또한, 변동자료를 정기적으로 반영하여 이미 보호받고 있는 대상자도 소득이 증가하여 기준을 초과한 경우는 지원을 중지하는 등 복지대상자 관리의 정확성을 제고하였다.

[그림 2-1-12] 공적자료 연계 확대



Ⅲ 사회보장정보시스템(행복e음) 운영 현황 및 성과

1. 사회보장정보시스템(행복e음) 운영 현황

사회보장정보시스템(행복e음) 개통(2010. 1. 4.) 이후 월평균 전국 사회복지 담당 공무원 약 3만 8천여 명이 복지급여의 상담·신청 및 조사·결정, 급여지급 및 사후 관리 등 복지 사업 전반에 대한 업무를 행복e음을 활용하여 수행하고 있으며, 매월 기초생활보장급여, 기초연금, 양육수당, 장애수당 등 2019년 기준 87종 현금급여(연 1억 4천 2백만 건, 연간 30조 7천억 원)를 행복e음을 통하여 지급하고 있다. 또한, 2010년 10월부터는 사회복지시설 수급자에 대한 시설생계비 및 시설보조금 등도 행복e음을 통하여 지급·관리하여 사회복지시설 관리의 투명성을 높이고 있다.

* 급여액은 행복e음에서 일괄 생성하여 제공하고, 지자체에서는 변동 사항 등에 대한 확인만을 실시한 후 급여를 지급

복지대상자 선정·사후 관리를 위해 81개 기관에서 1,214종* 소득·재산 자료 및 서비스 이력 정보를 연계하여 지자체에 제공하고, 수급자 선정의 정확성 제고 및 담당 공무원의 업무 수행 편의를 제공하고 있다. 금융재산의 경우 연간 52회(16,454만 건), 공적 자료는 1일 평균 140만 건을 수신하고 있다.

* (소득·재산, 인적 정보) 26개 기관 91종, (자격 정보) 34개 기관 79종, (수혜 이력 정보) 5개 기관 18종, (업무 처리 정보) 67개 기관 1026종(2019년 12월 기준)

금융재산 등의 공적자료를 활용하여 복지대상자를 책정하고, 책정된 대상자에 대하여 매월 20일, 25일은 기초생활보장 등 현금급여를 행복e음에서 일괄 생성하여 제공하고, 지자체에서는 변동 사항을 확인하여 급여를 지급하고 있다.

2. 사회보장정보시스템(행복e음) 운영 성과

사회보장정보시스템(행복e음)은 보건복지 부문의 정보화를 선도하고 복지정책 집행의 효율성을 강화하여 미진했던 서비스기능을 향상시키는 시스템으로서 사회복지 전달 체계를 업그레이드 할 목적으로 추진되었다. 지난 9년 동안의 운영을 거치면서 복지급여 집행의 효율성과 투명성 그리고 책임성을 지속적으로 제고하고 있다.

무엇보다 제도 구축 전과 비교해 볼 때 일선 사회복지공무원 본연의 임무인 사례관리가 강화됨으로써 수급자 중심의 복지급여 전달 체계가 체계화되었으며, 부적정 수급 및 부패를 원천 차단함으로써 복지급여 선정과 집행에 대한 공무원과 국민의 인식이 변화되었다는 점에서 소기의 성과를 거두었다.

가. 찾아가는 서비스와 사례관리 : 대민 서비스 향상

사회보장정보시스템(행복e음) 운영으로 복지사업별로 다른 소득·재산 조사 기준을 통일하여 한 번 조사하면 여러 사업에서 공동으로 활용하고, 업무를 전산화하는 등 시스템을 통해 효율적 업무 처리가 가능하도록 하여 복지대상자 자산조사와 자격관리를 시·군·구에서 전담하도록 했기 때문에 읍·면·동에서는 현장 방문을 통하여 지원이 필요한 가구의 발굴이나 서비스 제공이 가능해졌다.

나. 부정·중복 수급 및 횡령 방지로 복지 재정의 효율화

사회보장정보시스템(행복e음) 구축은 정부의 재원이 투입된 우리나라의 대표적인 복지정보화 혁신사업이다. 사회보장정보시스템(행복e음)은 기초생활보장, 영유아 보육 등 막대한 예산이 투입되는 사회복지사업의 업무 효율성 제고를 통해 부당한 예산 집행의 예방, 적격 수급자의 발굴 및 급여 연계, 복지대상자에 대한 다양한 서비스를 위한 업무 지원 및 연계 기반 마련 등 분명한 목적을 갖고 추진되었으며, 시스템 구축 및 운영으로 다양한 경로를 통해 복지 재정의 효율화가 나타나게 되었다.

복지수급자를 개인별·가구별로 통합 관리하고 공적 자료를 최대한 연계하여 복지서비스가 필요한 대상을 보다 정확히 선정하게 되어 서비스의 누락을 막고, 중복이나 부정수급을 차단하여 복지 예산이 꼭 필요한 국민들에게 효과적으로 전달될 수 있게 되었다. 시스템 개통 이후 연 2회 소득·재산 확인 조사 및 연 6회(17.의 경우 7회)의 월별 확인조사*와 중복 수급자 정비를 통해 약 298만 명의 부적정 수급자를 발견하여 중지하였으며, 이에 따른 재정 절감 효과는 약 6조 7천억 원('10.~'19.)으로 추계된다.

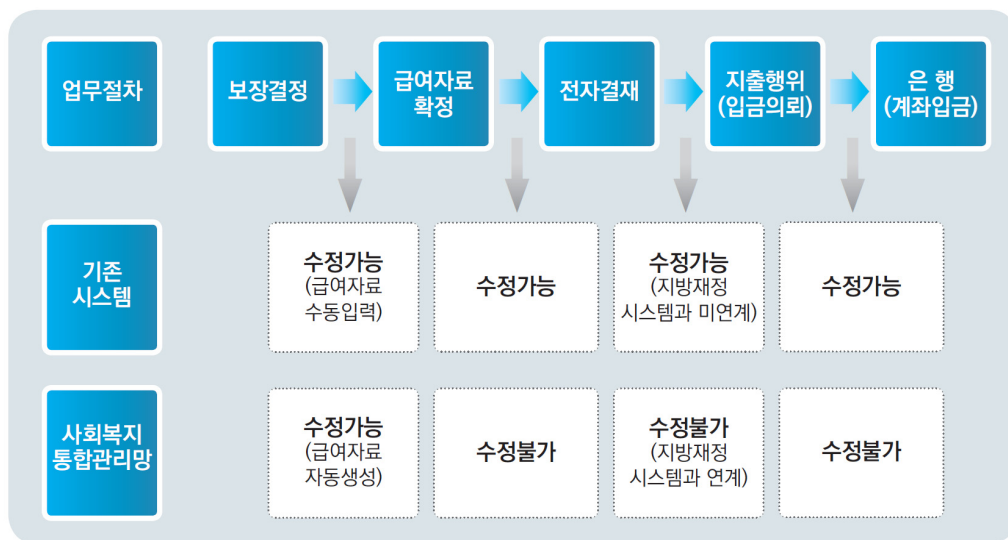
* 월별 확인조사는 2016년 1월부터 시행

사망의심자 허브시스템을 통해 2019년 기준 98만 5천 명의 사망의심자 정보를 공유함으로써, 사망 신고 지연에 따른 재정 누수를 최소화하였다.

또한, 과거 시스템에서는 복지급여를 생성하고 지급하는 과정에서 담당 공무원이 급여 지급 자료를 임의로 수정할 수 있었기 때문에 계좌번호를 조작하거나 친인척 계좌로 급여를 이체하는 등 일부 횡령 사례가 발생하였다.

사회보장정보시스템(행복e음)은 복지급여 자료를 시스템에서 자동 생성되도록 하여 이를 지급하는 과정에서 수정할 수 없도록 하였으며, 계좌의 유효성 등을 확인한 후 지급함으로써 횡령의 가능성을 차단하였다.

[그림 2-1-13] 복지급여 지급 절차 개선



한편, 그간 사회복지시설에서 생활하고 있는 수급자에 대한 지원 내역은 관리가 미흡하였으나, 사회보장정보시스템(행복e음)과 사회복지시설정보시스템을 연계하여 시설 생계 급여와 보조금을 온라인으로 지급하도록 함으로써 사회복지시설에 대한 급여 및 보조금 지급 체계 관리가 투명해졌다.

다. 복지사각지대 발굴관리시스템 구축 및 운영을 통한 위기가구 선제적 발굴 및 지원

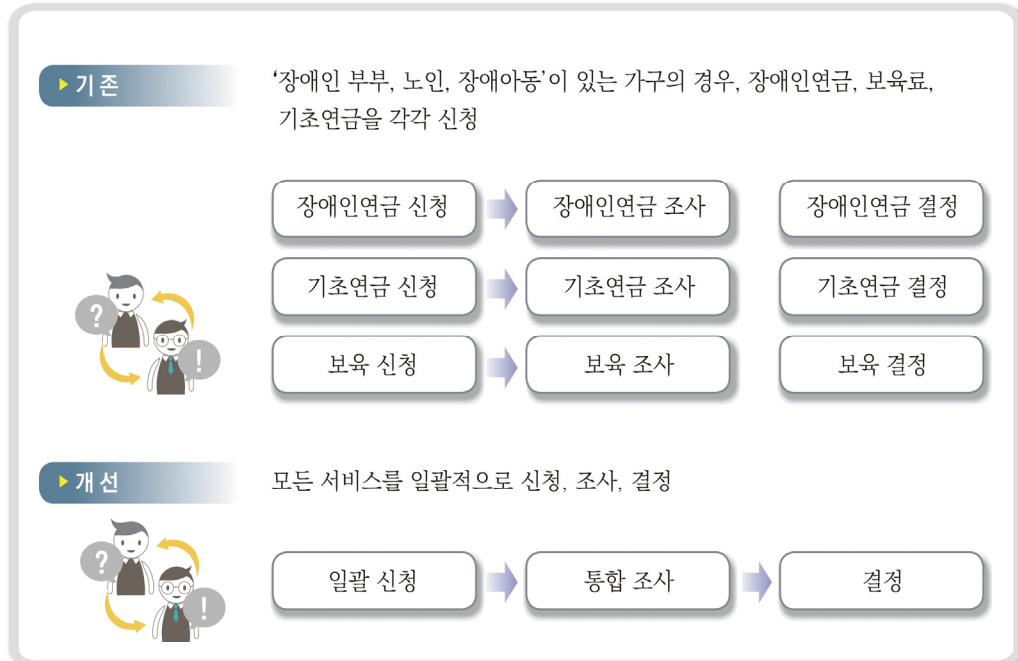
송파 세 모녀 사건 등으로 불거진 취약 계층에 대한 사회 안전망 강화를 위해 정부는 복지사각지대 발굴 및 지원을 위한 근거 법령을 수립(「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, '15. 7. 시행)하였다.

효과적인 복지사각지대 해소를 위해 복지사각지대 발굴관리시스템을 구축하였고, 이에 따라 한국전력공사, 상수도사업본부 등 17개 기관의 단전, 단수, 건강보험료 체납 등 32종의 사회보장 관련 빅데이터를 수집·분석하여 대상자를 발굴하였다. 그 결과, 2019년 기준 복지사각지대 발굴 대상자 162만여 명을 지자체에 제공함으로써 50만여 명에게 맞춤형복지 서비스를 지원할 수 있었다.

라. 국민에게 복지서비스를 신속하고 편리하게 맞춤형으로 제공

그동안은 각각의 복지사업별로 대상자 정보가 따로 관리되었기 때문에 장애인 부부가 노인과 아동을 부양하고 있는 경우 장애수당, 기초연금, 보육료 등을 각각 신청하였으나, 이제 가구원의 복지 욕구를 종합적으로 파악하여 가능한 모든 서비스를 맞춤형으로 안내받고 한 번에 일괄적으로 신청할 수 있게 되었다. 2015년에는 맞춤형급여(생계, 의료, 주거, 교육) 제도 시행에 따라, 사회보장정보시스템을 개편하였다.

[그림 2-1-14] 복지급여·서비스 신청 방법 개선



복지서비스를 신청할 때 제출해야 하는 신청서와 동의서 등 각종 서식도 통합하여 간소화하고, (37종 → 6종) 가족관계증명서와 건강보험료 납입영수증 등 제출 서류도 상당 부분 공적자료로 대체함으로써 서비스 신청의 편의성을 제고하였다. 더불어 소득·재산 조사 방법과 절차를 표준화하여 소득·재산 조사에 걸리는 시간도 최장 60일에서 19.3일로 대폭 단축함으로써 지원여부 결정까지 대기하는 시간을 줄였다.

국민에게 360종의 중앙부처 복지사업정보를 제공하고, 복지사각지대 발굴과 복지 부정 신고가 가능한 국민복지포털인 ‘복지로’(www.bokjiro.go.kr)를 운영 중이다. ‘복지로’를 통해 2019년 기준으로 연간 84만여 건의 보육료, 초중고 교육비, 기초연금 등 총 22종의 복지급여 및 서비스 온라인 신청을 받고 있다. 이로써, 행정기관 방문 신청에 따른 지자체 공무원의 업무 부담을 줄이고, 시간과 장소 제약 없이 복지서비스 신청이 가능해져 국민 편의를 증진시키는 등 유·무형의 행정 비용을 절감하고 있다.

마. 지자체 사회복지 담당 공무원 업무의 신속·편리화

시스템 개통 이전에는 소득·재산 파악을 위한 공적 자료가 충분하지 않아 일일이 조사해야 했고, 급여관리업무도 자동화되어 있지 않아 시·군·구, 읍·면·동 복지공무원이 소득·재산 조사와 급여 관리 등 행정업무에 대한 부담이 컸으며, 파악한 정보가 사업 간에 서로 공유되지 않아 동일 대상자에 대해 중복적으로 소득·재산 조사를 실시하였다.

시스템 개통 이후 공적 자료의 연계를 강화하여 소득·재산 조사에 소요되는 시간이 감소되고, 행정업무에 대한 부담이 경감되었다. 또한, 담당 공무원이 처리해야 할 업무를 자동으로 안내해주는 등 정보시스템 사용자의 편의성이 강화되었다. 시스템 사용자들에 대한 설문조사 결과(2010. 8 한국보건사회연구원), “변동 사항 알림 기능(36.6%), 반복 처리 업무 자동화(31.6%), 원스크린 조회 기능(29.6%) 등 시스템 활용이 편리해졌다”고 답변하였다.

바. 개인정보의 철저한 보호

사회보장정보시스템(행복e음)은 외부 인터넷망과 물리적으로 분리된 행정정보시스템이기 때문에 복지업무를 담당하는 지자체 사회복지 공무원이 아닌 외부에서의 접근은 원천적으로 차단되어 있다. 이를 위해 중앙 서버를 국가정보자원관리원에서 일괄 관리하고 있으며, 별도의 방화벽으로 외부 접근 및 유출을 일절 통제하고 있다. 또한, 정보 조회의 범위를 업무 기관별,

이용자별로 차별화하여 구체적으로 인가된 범위 이외의 자에 대해서는 자료접근이 차단되고 있다.

또한, 지자체 사회복지 공무원도 사회보장정보시스템(행복e음)에 접근하였을 때 접속 일시, 접속자, 조회 내용 등이 자동으로 기록되며, 보건복지부 사이버안전센터 등에서 개인정보 임의 조회 및 유출을 감시하고 있다.

아울러, 「사회복지사업법」(2009. 6.) 개정을 통해 개인정보보호정책이 강화됨으로써 복지수급자에게 개인정보 조회 및 이용 목적을 사전에 고지하고 있으며, 자격상실 후 5년 경과된 개인정보는 의무적으로 파기하고 있다. 그리고 복지업무 외 개인정보 사용 및 유출 시 처벌 규정이 강화됨으로써 사회복지 공무원뿐만 아니라 수급자도 개인정보의 중요성에 대한 인식이 더욱 제고되었다.

지속적인 개인정보 관리 강화를 위해, ‘개인정보보호기본지침’을 개정(2016. 1.)하였으며, 「사회보장급여법」 제정(2014. 12.)을 통해 개인정보 오·남용에 대한 처벌 근거를 마련하는 등 기술적·제도적 보완 장치를 마련하였다.

IV 사회보장정보시스템(법정부) 구축

1. 사회보장정보시스템(법정부)이란?

사회보장정보시스템(법정부)*는 각 부처에서 분산되어 관리 중인 복지사업 정보, 지원 대상자의 자격 이력, 수급 이력 정보를 개인별·가구별로 통합 관리하여 복지 업무 및 사후 관리 업무를 효율적으로 처리할 수 있도록 지원하는 정보시스템이다. 이를 통해, 복지사업의 대상자 선정에서 사후 관리에 이르는 전 과정에 걸쳐 업무 처리를 지원하고, 중앙부처와 지자체의 복지사업 정보도 제공한다.

* 「사회보장기본법」은 사회보장정보시스템의 구축·운영을 보건복지부장관이 총괄하도록 규정(제37조)

✎ 집필자 | 복지정보운영과장 김원석

2. 추진 배경

사회보장정보시스템(행복e음) 개통 이후에도 부처별 복지사업을 수행하는 정보시스템이 개별적으로 운영되고 있어 사업 관리가 비효율적이고, 중복 수급 등으로 인한 복지 자원 배분의 문제가 여전히 발생하고 있었다.

이러한 문제를 해결하고, 사회보장정보시스템(행복e음)의 구축*을 전 부처로 확대하기 위해 사회보장정보시스템(법정부)의 구축을 추진하게 되었다. 사회보장기본법을 개정하여 사회보장정보시스템의 구축·운영을 위한 규정을 마련하고, 사회보장제도의 효율적 운영을 위한 통합 관리시스템의 필요성을 분명히 하였다.

* 제출 서류 간소화, 서비스 대기 시간 축소, 상담 사례 관리 강화, 부적정 수급자 급여 중지 등

[사회보장정보시스템(법정부) 구축 추진 경과]

- 복지사업 지급 실적 통합 관리 및 중복·부적정 수급 방지를 위한 '복지정보연계사업' 추진 (안전행정부, 2010. 2.)
- '법정부 복지정보연계시스템' 구축 추진 결정(2011. 6. 국가정책조정회의)
* 안전행정부 복지정보공유시스템은 사회복지통합관리망으로 통합
- 관계부처 합동 「복지정보통합관리추진단」 설치·운영(2011. 9.~)
- 「사회보장기본법」 개정(2011. 12.)을 통해 사회보장정보시스템 법적 근거 마련
- 11개 부처 194개 복지사업에 대해 1단계 시스템 구축(2012. 8.)
- 17개 부처 292개 복지사업에 대해 2단계 시스템 구축(2013. 2.)
- 17개 부처 293개 복지사업에 대해 3단계 시스템 구축(2013. 12.)
- 사회보장정보시스템 확대 고도화(2014. 12.)
* 복지정보통합관리추진단 소관 법정부시스템 관련 업무 복지정보과로 이관(2015. 1.)

3. 사회보장정보시스템(법정부)의 내용

가. 자격·수급 이력 통합 DB

그간 복지사업을 수행하는 부처와 기관별로 복지사업 정보, 대상자의 자격 정보, 수급 이력 정보를 관리해오며 따라, 개인 또는 가구별로 어떤 복지 서비스를 받고 있는지 혹은 어떤 서비스가 누락되고 있는지 파악하기가 어려웠다.

사회보장정보시스템(범정부)은 범부처 복지사업 대상자의 자격 정보 및 수급 이력 정보를 통합 DB에 연계하여, 주민센터와 각 부처(기관)의 복지사업 담당자가 상담 과정에서 제공받고 있는 복지서비스를 한눈에 파악하고, 효과적인 상담과 누락 없는 서비스 제공 등 맞춤형 서비스가 제공될 수 있는 기반을 마련하였다.

2012년 8월에 사회보장정보시스템(범정부)을 통해 중앙부처에서 수행하고 있는 11개 부처 194개 사업에 대한 자격·수급 이력 통합 DB 구축을 시작으로 하여, 2019년 12월 기준으로 24개 부처 308개 복지서비스로 정보 연계를 확대하였다. 이러한 정보 연계의 확대는 중복·부적정 복지급여 지급 방지 및 자료 품질 제고 등을 위해 중요하며, 앞으로도 이를 지속적으로 확대해 나갈 것이다.

[표 2-1-24] 중앙부처 복지사업(24개 부처 308개 서비스)

부 처	사업명
보건복지부	국가암검진지원, 국가예방접종지원 등(43개)
여성가족부	아이돌봄서비스, 경력단절여성취업지원 등(5개)
국가보훈처	무공영예수당, 국가유공자 생활조정수당 등(34개)
고용노동부	취업성공패키지, 소규모사업장 저소득근로자 사회보험료지원 등(46개)
교육부	국가우수장학금, 국가연구장학금 등(9개)
국방부	취업활동지원 등(2개)
국토교통부	개발제한구역 내 거주민생활비용보조사업 등(41개)
농촌진흥청	선도농가경영육성 등(5개)
통일부	북한이탈주민 교육비지원 등(4개)
과학기술정보통신부	사랑의 그린PC보급, 이동통신요금감면 등(16개)
농림축산식품부	농어업인 건강보험료지원, 취약농가 인력지원 등(15개)
중소기업청	소상공인지원(융자), 창업기업지원(융자 투자) 등(13개)
산업통상자원부	에너지복지요금지원(열요금 감면), 전기요금할인 등(9개)
문화체육관광부	통합문화이용권, 스포츠강좌이용권 등(19개)
문화재청	문화재 상시관리 활동지원 등(3개)
환경부	저소득층 수도요금감면, 석면피해구제급여 등(9개)
방송통신위원회	TV수신료 면제 등(4개)
법무부	교정기관 시설관리인고용지원 등(5개)
산림청	공공산림가꾸기, 산림서비스도우미 등(6개)
외교부	국제기구협력 등(2개)
행정안전부	지방세감면, 지역공동체일자리사업 등(12개)
해양수산부	어업협정이행(민간어업협력사업) 등(4개)
경찰청	아동안전지킴이(1개)
특허청	수요자 중심의 지식재산전문인력양성(기업 지식재산실무인력양성)(1개)

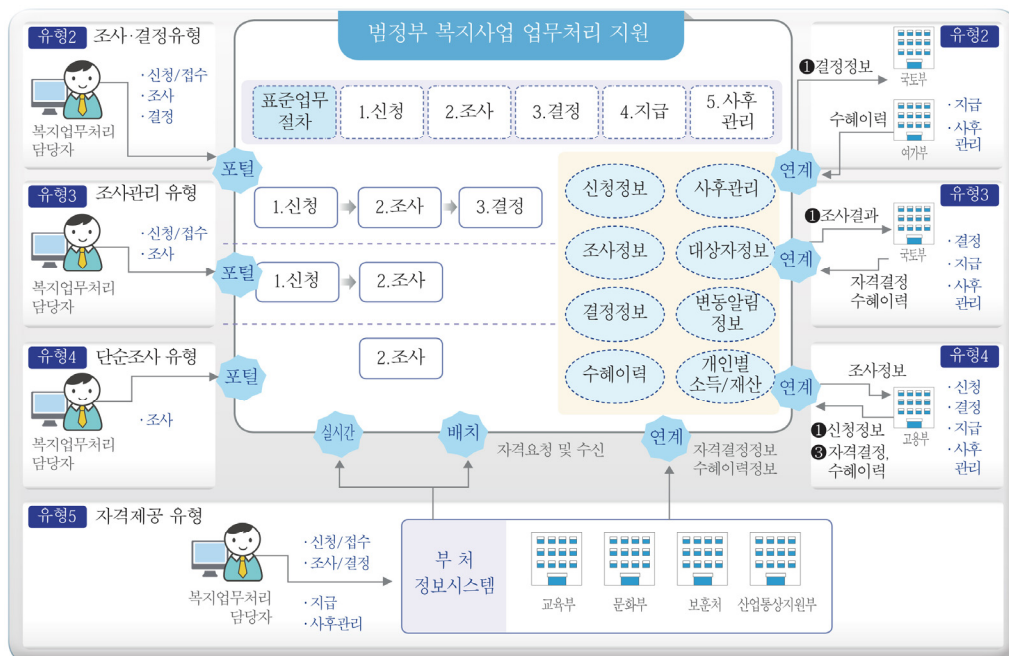
나. 업무처리지원시스템

그동안 부처마다 개별적으로 복지사업이 관리되어 대상자 선정을 위해 동일한 조사(소득·재산 조사 등)가 중복으로 수행되거나, 중복 수급 방지를 위한 개인별 수급 이력을 확인하는 데 있어서도 많은 시일이 소요되었다. 또한, 대상자 선정 이후의 사후 관리에 있어서도 동일한 문제점이 지속적으로 반복되는 등 복지 수요는 증가하는 데 반해, 업무 처리의 효율성은 증대되지 않았다.

사회보장정보시스템(법정부)은 개별 부처별로 진행하던 신청·조사·결정·지급·사후 관리 단계별 업무에 있어 통합 DB를 구축하여 부처 공동 자료를 활용하게 함으로써 범부처 복지사업의 업무 처리를 지원한다.

2012년 8월 1단계 개통 시 국토교통부 임대주택사업, 여성가족부 아이돌봄서비스 등 7개 부처 27개 사업에 대하여 업무처리지원시스템을 구축하였으며, 2019년 12월 현재, 교육부 초·중·고 학생 교육비 및 대학장학금, 국가보훈처 국가유공자 의료급여 등 69개 사업에 대한 업무처리지원시스템을 운영 중이다.

[그림 2-1-15] 업무처리지원 흐름도



주: 유형 1은 신청, 조사, 결정, 지급, 사후 관리까지 전 단계 지원으로 보건복지부 행복e음 사업 기준

주요 사업인 국토교통부 임대주택사업의 대상자 선정시 사회보장정보시스템(범정부)을 활용한 공적자료 조회를 통해 소득 조사 항목은 확대(10종 → 14종)되고, 민원인 제출 서류(3~5종 → 1종)와 조사 기간(1~2주 → 3일)은 크게 단축되었다. 아이돌봄서비스는 신청인이 건강보험료 납부액을 직접 제출하지 않아도 시스템을 통해 조회되도록 하고, 건강가정지원센터 등 서비스 제공 기관을 일일이 방문하지 않아도 가까운 읍·면·동 주민센터에서 신청이 가능하게 하여 국민의 편의성을 크게 제고하였다.

교육부 초·중·고 학생 교육비 지원은 대상자 선정 방식을 기존의 건강보험료 납부액 확인에서 시스템을 통한 소득·재산 공적 자료 조사로 변경하여 대상자 선정이 보다 정확해지고, 신청 장소를 기존의 학교에서 읍·면·동 주민센터로 변경하여 학생들의 가정 형편이 노출되는 문제를 해결하였다.

교육부 대학장학금사업 지원은 과거 건강보험료로만 소득분위를 산정하던 것을 동 시스템을 통한 소득·재산 공적 자료 조사로 변경하여 2015년 1학기부터 적용되었으며, 보다 투명하고 정확한 소득분위 선정이 가능해졌다.

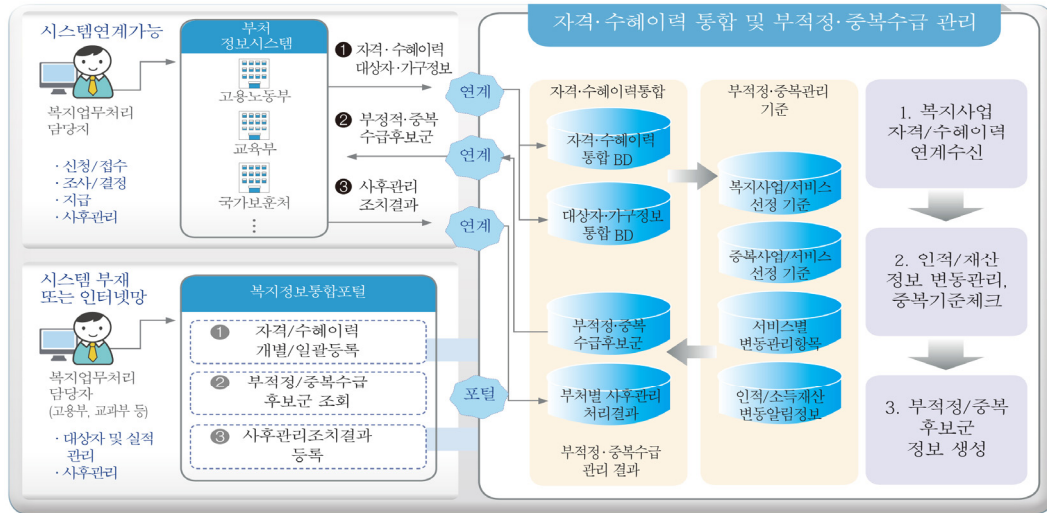
다. 복지지킴이

이전까지는 부처 간 서비스에 대한 수급 이력을 비교하는 데 한계가 존재하고, 급여가 지급된 이후의 중복 수급에 대해서는 환수 등 사후 조치가 어려웠다. 이로 인해, 지속적으로 늘어나는 복지예산에 대한 부정 수급 및 재정 누수 문제가 제기되었다.

사회보장정보시스템(범정부)을 통해 범부처 복지사업 수급대상자의 수급 이력을 관리함으로써 중복 수급을 사전에 차단하고, 급여 지급 이후 변동 사항에 대한 주기적인 모니터링 등 사후 관리를 통해 각 부처에 관련 정보를 제공함으로써 급여 관리의 안정성과 투명성을 높였다.

2019년 12월 기준, 47개 복지사업 84개 중복 유형에 대한 중복방지프로그램을 운영하며, 사전·사후적으로 중복 수급 여부의 확인이 가능하도록 하였으며, 정기적으로 대상자 관리가 필요한 55개 복지사업에 대해서는 사망·말소·기초수급자격 책정/중지 등의 변동 정보를 주기적으로 제공하고 있다.

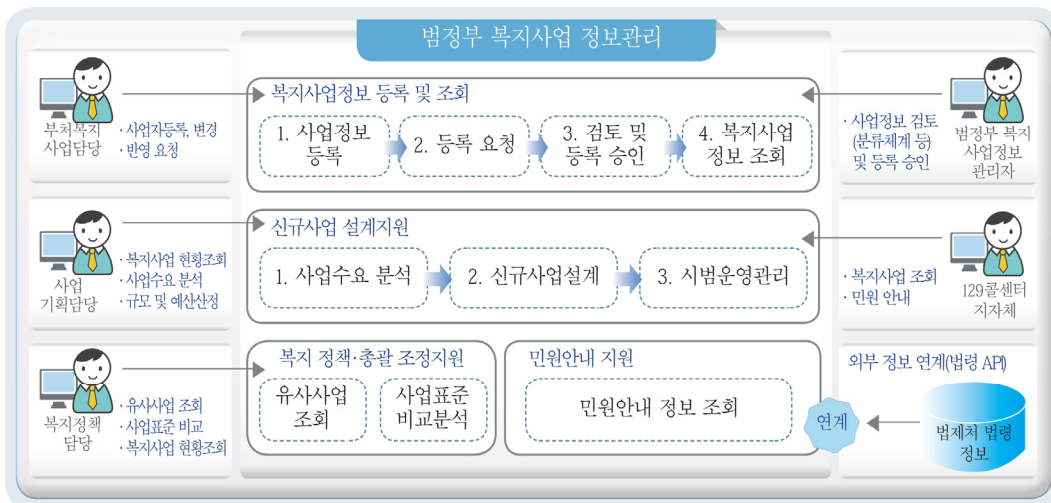
[그림 2-1-16] 복지지킴이 흐름도



라. 복지알림이

부처마다 산재해 있던 복지사업 정보(서비스 내용, 자격 요건, 신청 정보 등)를 통합하여 국민과 각 부처 및 지자체에 제공함으로써, 공급자 측면에서는 중복·유사 사업을 조정하고, 신규 사업은 사전에 타당성을 검토할 수 있는 체계를 구축하였다. 수요자 측면에서는 다양한 복지 사업에 대한 정보를 제공받아 꼭 필요한 서비스를 신청할 수 있는 환경을 조성하였다.

[그림 2-1-17] 복지사업 정보 관리



대표적 복지포털 ‘복지로’(www.bokjiro.go.kr)를 통해 중앙부처 복지사업 정보를 대상별, 욕구별로 분류하여 제공하고 있으며, 지자체에서 수행하는 복지사업의 정보 제공과 더불어 기초연금, 아이돌봄서비스, 초·중·고 학생 교육비 지원 등 8개 복지사업*에 대해서는 모의계산 기능을 제공하여 수급 가능 여부를 사전에 확인할 수 있도록 하였다. 또한, 2014년 12월 ‘복지로’ 전면 개편을 통해 국민들이 직접, 자신 또는 이웃의 어려움을 ‘복지로’의 ‘도움 신청하기’ 코너를 통하여 알리고 주민센터 담당자에게 상담과 도움을 요청할 수 있게 되었으며, ‘부정 수급 신고’ 코너를 통해 복지 부정 수급 신고를 할 수 있게 되었다.

* 기초연금, 초중고교육비, 장애(아동)수당, 국민기초생활보장, 장애인연금, 한부모가족지원, 산모신생아 건강관리, 아이돌봄서비스('19. 12. 31. 기준)

4. 사회보장정보시스템(법정부)의 기대 효과

사회보장정보시스템(법정부) 구축을 통해 각 부처에서 수행하는 복지사업의 통합 관리 및 행정 효율성 향상, 복지 자원의 효율 활용 기반을 마련함으로써 수요자 중심의 맞춤형 복지 서비스 제공 환경을 조성해 나갈 것으로 기대 된다.

[표 2-1-25] 기대 효과

구 분	주요 기능	기대 효과
자격·수급 이력 통합 DB	• 전 부처 복지사업 대상자의 자격·수급 이력 정보 통합 관리	• (국민) 수요자 중심 맞춤형 서비스 • (각 부처) 복지·보건·일자리 등 다양한 서비스의 통합적 연계·제공
업무처리지원 시스템	• 신청-조사-결정-사후관리 등 단계별 업무 처리 지원	• (국민) 구비 서류 감소 등 편의성 증대 • (각 부처) 공적 자료 공동 활용, 전산화로 대상자 선정·관리 효율성·정확성 제고
복지지킴이	• 중복 수급 예방·차단 • 인적 사항, 소득·재산, 수급 이력 등 대상자별 변동 정보 제공	• (각 부처) 중복·부적정 수급 방지를 통한 복지 재정의 효율성 제고
복지알림이	• 중앙부처·지자체·민간 복지사업 정보 통합 제공	• (국민) 전 부처 복지사업 조회·온라인 신청 확대 등 접근성 향상 • (각 부처) 전 부처 복지사업 조회로 맞춤형 복지서비스 제공

V 향후 계획

사회보장정보시스템의 지속적인 서비스 확대 및 고도화를 통해 복지 체감도를 제고하고, 복지사업 운영의 효율성을 높이기 위해, 대한민국 대표 복지포털 ‘복지로’를 더욱 개선하여 모바일 온라인신청서비스를 강화하고, 사회보장정보시스템에 축적된 정보의 개방 및 공유 확대를 추진할 계획이다. 또한, 사회보장정보시스템의 범위를 지자체 복지사업 및 민간자원으로 단계적으로 확대하고, 공공과 민간 복지서비스 제공 기관 간에 대상자와 보유자원 등의 정보 공유를 확대함으로써 지역 단위의 효과적인 지원 체계를 마련하고자 한다. 더불어, 복지사각지대 대상자를 선제적으로 발굴하여 사각지대에 있는 사회적 취약 계층을 지원한 경험을 바탕으로 아동학대 등 사회적 문제 해결에도 사회보장정보시스템이 활용될 수 있도록 발전시켜 나갈 계획이다.

아울러, 2010년 1월 오픈 당시 보건복지부의 복지사업 업무 처리 중심에서, 현재 전 부처 업무를 지원하는 범정부 관점으로 시스템이 확대되어 그 위상이 변화된 점을 반영하고, 사회보장 서비스의 규모가 지속적으로 확대되는 추세 등에 대응하여, 맞춤형 복지의 완성을 목표로 하는 차세대 사회보장정보시스템 구축을 단계적으로 추진할 예정이다.

제8절 복지사업의 표준화

I 개요

1. 복지사업의 기준과 표준화

복지사업 기준에 대한 개념은 명확하게 정의되거나 일반적인 정책용어로 정립되지는 못하였지만 복지사업의 통합 조정·운영 등의 정책기조 하에서 활발히 사용되고 있다. 복지사업 기준이란 복지사업 운영에 필요한 대상, 수준, 형태와 대상자 선정, 급여지급, 사후관리 등과 관련되는 각종 규정을 의미한다고 할 것이다.

복지사업 기준의 표준화는 복지제도가 가지고 있는 특성과 제도 운영의 특수성 등을 고려하여 각종 기준을 체계적으로 조정하는 일련의 정책활동을 의미한다. 즉, ‘기준의 단순화 및 명확화’라는 기본전제 하에서 제도의 목적성, 대상자의 유사성, 행정의 편의성 등을 고려하여 일종의 유형별 가이드라인에 해당하는 공통기준을 마련하는 것이다.

그러나, 복지사업 기준 표준화가 모든 복지사업 기준에 대한 기계적이고 획일적인 통일을 의미하는 것은 아니다. 다양한 사업의 이념적·철학적 지향이나 성격 등을 범주화하고, 각 범주에 합리적으로 부합하는 급여기준을 설정하되, 동일 범주의 사업 내에서도 사업별 특수성이나 예산 상황 등을 고려하여 기준을 차등화 할 수 있다.

복지사업 기준 표준화는 사업의 이념·철학·성격은 물론이고, 다양한 상황적 요소에 대한 분석에 근거하여 사업별로 상이한 기준을 합리적으로 통합·조정함으로써 체계화하는 것을 목적으로 한다.

2. 필요성

복지사업의 규모가 확대됨에 따라 지나치게 복잡한 기준들은 사업의 형평성과 효율성을 저해하고, 복지급여의 중복과 특정집단への 집중을 유도할 수 있으므로 정비의 필요성이 존재한다.

✎ 집필자 | 급여기준과장 김혜래

급여의 형평성 제고 측면에서는 급여대상 선정을 위한 기준이 다른 경우, 실제 소득수준 또는 생활수준이 동일한 대상 중 A사업에 신청한 사람은 급여대상이 되지만 B사업에 신청한 사람은 급여대상이 되지 않는 등의 사례가 발생할 수 있다. 따라서, 복지사업의 대상자 선정체계를 표준화함으로써 급여 간 형평성을 고려함과 동시에 대상자 간 형평성을 제고할 수 있다.

[그림 2-1-18] 기준 표준화 원리(예시)



다양한 복지사업의 선정 및 급여 관련 기준들이 상이하고 복잡할 경우 조사·급여생성·제공·관리 업무를 사업별로 상이한 방식으로 처리해야 하는 지자체 공무원의 업무 수행 부담이 급증한다. 표준화를 통해 사업별 급여기준을 통일하거나, 기준의 상호 호환성을 높임으로써 조사·급여생성·제공·관리 업무의 난이도를 줄이고 업무 수행에 소요되는 시간을 경감하여 효율성을 제고할 수 있다.

복지사업은 정책기획부터 대상자에게 급여 및 서비스가 제공되기까지 고유의 전달체계를 가지고 운영된다. 그러나, 이러한 전달체계가 분절적으로 작동함으로써 복지사업 운영에 있어서 비효율성이 발생하는 문제가 상존하고 있다. 따라서, 복지사업 기준 표준화는 복지정책 집행 및 다양한 복지사업 운영의 효율성을 제고함으로써 전달체계 효율화에 기여할 수 있다.

또한, 복지사업 기준 표준화는 급여의 형평성 제고 및 부적정 급여수급 방지와 복지재정의 효과적 분배 등을 통해 복지사업의 대국민 신뢰성과 정당성을 제고할 수 있다. 즉, 적절한 대상에게 적절한 수준의 급여를 형평성 있게 제공하는 한편, 복지사업 운영에 있어서 재정적·인적 낭비 요소를 최소화함으로써 복지사업이 우리 사회의 주요 문제해결에 정확한 초점을 두고 있으며 합리적으로 운영되고 있다는 신뢰와 지지를 국민으로부터 확보할 수 있을 것으로 기대한다.

|표 2-1-26| 표준화의 기대효과

구분		표준화 목적	기대효과
제도 측면	정책결정 및 기획	급여의 형평성 제고와 복지재정의 효과적 운영을 도모	→ 정책의 합리성 제고
	정보시스템 운영	국가복지사업의 관련 정보의 정합성 제고로 효율적 복지사업의 관리 지원	→ 정보의 정합성·신뢰성 및 운영의 효율성 향상
	전달체계 운영	전달체계의 합리적 효율화로 국민의 복지체감도 향상 및 복지행정의 효율성 향상	→ 전달체계의 효율성 제고
이해 당사자 측면	지자체 공무원 및 관련부처(제공자)	복지행정의 효율성 향상으로 복지정책 집행의 효과성 향상	→ 업무담당자의 업무 효율성 제고
	국민(대상자)	복지급여 및 서비스 이용의 신뢰성 향상	→ 복지정책에 대한 신뢰도 증가

II 기준 표준화의 내용과 절차

1. 기준 표준화의 내용

복지사업 기준 표준화는 크게 세 가지 범주로 나누어질 수 있다. 첫째, 대상자, 선정기준, 전달체계 등 ‘복지제도 자체에 대한 표준화’와 둘째, 통합업무 프로세스 구축 등의 ‘정보시스템 표준화’ 그리고 셋째, 업무처리에 활용되는 소득, 재산, 인적 정보 등 각종 데이터의 표준을 마련하는 ‘정보의 표준화’로 구분할 수 있다.

먼저, 복지제도 자체에 대한 표준화는 복지사업 운영과 관련하여 상시적으로 발생하는 대상자 발굴, 선정, 급여집행 등을 합리적 근거를 바탕으로 일치 또는 연계하는 원칙을 마련하는 것으로 복지사업 기준 표준화의 가장 핵심적인 내용이라 할 수 있다.

다음으로, 정보시스템의 표준화는 복지사업마다 공통적으로 적용되는 업무영역에 대한 통합 관리시스템 구축과 복지사업 처리를 지원하는 각종 행정업무시스템들의 표준 설계원칙 제공을 주요 내용으로 한다.

마지막으로, 정보의 표준화는 복지사업별로 활용되는 기준정보의 범위와 적용항목을 표준화 하고, 연계정보가 적용되는 우선순위를 마련하는 것이다. 보다 구체적으로는 복지사업별로 업무수행에 필요한 연계정보 항목을 사전에 파악하고, 연계시점 및 연계주기 등에 대한 기본 원칙을 수립하여 자료를 일괄적으로 연계하여 활용하는 것이다.

일반적으로 복지급여가 대상자에게 전달되기 위해서는 신청·접수, 확인조사·결정, 급여지급, 사후관리의 절차를 거치게 되는데, 사업의 목적에 맞는 대상자에게 적절한 급여를 지급하기 위해서는 각각의 절차를 처리하는 방법과 기준의 표준화가 선행되어야 한다. 또한, 사업별로 다양한 선정기준(기준중위소득/전국가구평균소득/도시근로자가구평균 소득)과 측정기준(소득인정액/소득/건강보험료 등)을 표준화하고 단순화하는 것은 효율적인 복지전달을 위한 전제가 될 수 있다.

2. 기준 표준화의 절차

기준 표준화는 일반적으로 표준화 과제 발굴, 표준화 방안 마련, 표준화 방안 적용의 절차를 거쳐 이루어진다. 표준화 과제 발굴은 중앙부처 사업담당자, 지자체 일선 업무담당자를 통해서 또는 표준화 업무를 담당하고 있는 보건복지부 급여기준과와 사회보장정보시스템을 운영·관리하는 보건복지부 복지정보운영과 등이 기준의 개선이 필요한 사항을 제시하는 과정을 통해 이루어진다.

표준화 방안을 마련하는 과정에서는 표준화가 여러 사업에 미치는 파급효과, 전달체계에 미치는 영향 그리고 시스템 구현가능성 및 효율성 등에 대한 종합적인 검토를 거치게 된다. 이러한 검토과정에서 사업담당 부서 사이의 의견조정, 중앙부처와 지자체의 의견조정 그리고 시스템 담당부서와 사업부서의 의견조정을 거쳐 표준화 방안이 마련된다. 이렇게 마련된 표준화 방안은 사업별 지침반영, 시스템 구축 및 지자체 안내를 거쳐 적용된다.

[표 2-1-27] 표준화 절차 및 추진체계

표준화 절차	주요 업무내용	업무수행 방법
표준화 과제설정 및 방향 설정	<ul style="list-style-type: none"> 표준화 필요과제 탐색 각 과제별 표준화 쟁점 및 주요 검토내용 파악 	<ul style="list-style-type: none"> SR 분석 및 자체 발굴 등
현행 기준의 논리 및 활용현황 분석	<ul style="list-style-type: none"> 기준 적용에 따른 문제점 파악 기준의 작성논리 및 배경 분석 	<ul style="list-style-type: none"> 사업별 관계법령 및 지침 등 분석
표준화 대안 구성	<ul style="list-style-type: none"> 기존 기준의 타당성 분석 대안의 실현가능성, 부작용 등 현실적 요소들을 고려한 표준화 대안 제시 대안별 장·단점 분석 	<ul style="list-style-type: none"> 문헌연구, 전문가 자문 지자체, 사업운영주체, 사회보장정보원과 협의
사업과 협의	<ul style="list-style-type: none"> 표준화 대안, 적용 방법 및 시기 등에 대한 사전 협의 및 조정 	<ul style="list-style-type: none"> 사업담당자 협의 진행
기준심의위원회 (또는 실무협의회) 심의·의결	<ul style="list-style-type: none"> 최종안 확정 	<ul style="list-style-type: none"> 기준심의위원회(또는 실무협의회) 안건 상정
표준화 방안 확정 및 통보	<ul style="list-style-type: none"> 사업별 지침 반영 시스템 반영 	<ul style="list-style-type: none"> 지침 개정사항 지자체 안내 실시

Ⅲ 추진 성과

1. 추진경과 및 주요성과

보건복지사업 기준 표준화는 사회복지통합관리망의 구축 및 운영과 함께 추진되었다. 표준화에 대한 논의 초기인 2009년에는 해당 사업과 간의 이견, 사회복지통합관리망 구축기간의 한계 등으로 인해 사회복지통합관리망 운영을 위한 필수항목만 표준화하는 것에 그쳤다. 따라서 2009년에는 사업별 소득·재산 항목과 항목별 값, 항목별 조사방법 및 적용기준 등 17개 항목에 대한 표준화를 실시하였다.

2010년에는 지속적인 복지사업 기준 표준화를 위해 ‘보건복지급여 및 서비스관리와 정보 시스템 운영에 관한 규정’을 제정·시행하였고, 「보건복지사업 기준심의위원회」를 통해 급여 및 서비스의 기준에 대한 표준 및 공통업무 지침 등을 심의하도록 함으로써 표준화를 위한 기본 체계를 마련하였다.

이후 2011년부터는 다양한 부문에서 제기되어 온 상이한 기준에 대한 표준화를 지속적으로 실시하여, 2019년까지 총 81개 항목에 대한 표준화를 진행하였다.

[표 2-1-28] 주요 표준화 사항

과제명	기 준	변 경
소득 산정기준	<ul style="list-style-type: none"> 상시근로소득 - 3개월 평균소득 반영 	<ul style="list-style-type: none"> 상시근로소득 - 연 평균소득 반영 - 실·휴직시는 감소한 소득 반영
연령산정방식	<ul style="list-style-type: none"> 출생연도 : 영유아보육, 한부모가족 지원 등 출생월 : 기초노령연금, 장애인연금 등 출생월다음달 : 기초생활보장 출생월일 : 노인장기요양보험 등 	<ul style="list-style-type: none"> 모든 복지사업에서 ‘출생월’ 기준으로 만 나이를 산정 * 다만, 현재 출생연도를 기준으로 하는 사업은 출생월 기준보다 국민에게 신청 기회가 넓으므로, 현행 기준 적용
기본재산액 인정기준	<ul style="list-style-type: none"> 기본재산액이 사업별로 다름(대도시 기준) - 국민기초생활, 장애수당 등 : 5,400만 원 - 기초연금, 장애인연금 : 10,800만 원 - 차상위 자활 등 : 13,500만 원 	<ul style="list-style-type: none"> 2개 사업군으로 구분하여 표준화 - 국민기초생활, 장애수당 등 : 6,900만 원 - 기초·장애인연금, 차상위자활 등 : 13,500만 원
금융기관 회신 이자·배당소득 적용 표준	<ul style="list-style-type: none"> 별도 기준 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 공제 적용 후 금융재산에서 발생하는 이자만을 이자소득으로 적용 * (공제액) 기초생활 12만 원 기초연금·장애인연금 48만 원

2. 2019년도 기준 표준화 성과

「보건복지사업 기준심의위원회」는 2019년도에 총 6건의 기준 표준화를 의결하였으며, 각종 소득 반영·산정 기준을 개선하고 공제규모를 확대하는 방향으로 추진하였다.

우선 장애인의 근로활동 장려를 위해 적용 중인 근로·사업소득 공제를 장애인 직업재활 사업장이 일반사업장에 비해 더 유리하게 적용될 수 있도록 개선하였다. 이는 2018년 7월에 일반사업장의 공제기준이 변경(일괄 30% → 20만 원 선 공제 후 나머지 금액의 30% 추가 공제)됨으로써, 특정 소득 구간에서는 일반사업장이 공제율이 더 높아진 문제점을 해결하기 위한 조치이다. 이를 위해 장애인 직업재활사업장도 일반사업장과 동일하게 ‘근로·사업소득의 20만 원을 선 공제 후 나머지 금액의 50%를 추가공제’하는 것으로 변경하였다. 또한, 장애인 체육인이 국제대회 입상 시 받는 ‘경기력향상연구연금’이 소득 산정에서 제외되고 있다는 점에 착안해, 장애인기능올림픽 입상으로 받는 ‘장애인기능장려금’도 소득 산정에서 제외하였다.

각종 실비지원적 성격의 공적이전소득 공제도 확대하였다. 원활한 직책수행을 위해 매월 20만 원의 활동보상금이 지급되는 이통장 직책수당과, 효과적인 교육훈련을 위한 비용을 지원 하는 직업훈련수당을 일정금액까지는 소득에서 공제하는 것으로 표준화하였다. 또한, 북한이탈 주민의 근로·사업소득 공제를 확대(30% 공제 → 20만 원 선 공제 후 나머지 소득의 30% 추가공제)하고, 기존에 공제가 없던 25세~64세에 대한 근로소득 공제(30%)도 신설하는 것으로 표준화하였다.

그밖에 2020년부터 국민기초생활보장에 적용되는 기본재산공제 금액 확대와 주거용재산 인정 한도액 확대를 일부 타 사업(국민기초생활보장의 소득재산조사 방식을 준용하는 사업)에 확대 적용하는 것으로 표준화하고, 2019년에 새로 신설된 고용보험 미적용자 출산급여를 소득에 반영하지 않도록 하고, 장애인 사용차량 감면 기준 개선(휠체어 탑승설비 장착 요건 삭제) 등을 추진하였다.

IV 건강보험료 판정기준

복지사업의 수급자격을 결정하기 위한 경제력 평가방식에는 소득재산 항목별 조사방식, 건강보험료 부과금 활용방식, 자격확인 방식 등이 있다.

사회서비스 바우처 사업 등 부내 18개 사업은 지원대상자 선정 또는 본인부담금 산정 시 소득재산조사를 하지 않고 건강보험료 부과금을 통해 경제력을 평가하고 있다. 건강보험료

부과금을 활용한 경제력 평가방식은 일선 현장에 소득재산 조사업무 부담을 가중시키지 않고 신속하게 경제력을 평가할 수 있다는 유용성이 있다.

그러나, 2018년 7월부터 건강보험료 부과체계가 바뀌면서 지역가입자의 약 30%(2인 가구 기준으로 기준 중위소득의 약 65% 수준)는 동일한 최저보험료가 부과되었다. 이에 따라, 이보다 낮은 소득기준을 활용하는 일부 사업의 경우 더 이상 건강보험료 부과금을 활용해서 수급자격을 판단할 수 없게 되었다.

이로 인해, 건강보험료 판정기준을 활용 중인 부내 18개 사업 모두 다른 소득재산조사 방식으로 전환을 추진 중이며, 정책연구 등을 통해 수급자 규모 및 예산 변동에 대한 충분한 검토 후 전환을 추진할 계획이다.

V 향후 계획

앞으로는 민·관의 각종 정보를 연계하여 국민이 필요할 때 적합한 복지서비스·시설 정보를 한 번에 알 수 있도록 잘 찾아서 알려드리고, 필요한 서비스를 쉽게 신청할 수 있는 방향으로 복지제도 운영을 개선해 나가고자 한다. 2022년까지 (가칭)복지멤버십 제도 도입, 공무원의 직권신청 활성화 등을 단계적으로 추진할 계획으로, 2020년에는 이를 위한 각종 양식, 절차, 기준을 개선해 나갈 예정이다.

나아가 보다 과학적인 근거를 기반으로 기준 표준화가 이뤄질 수 있도록 정교한 시뮬레이션 등 영향분석을 통해 기준 표준화 의사결정의 합리성을 제고하고, 다양한 복지사업에서 정책 집행자 및 정책수혜자 모두가 납득할 수 있도록 기준 표준화사업을 발전시켜 나가고자 한다.

제9절 지역사회복지의 활성화

I 지역사회보장계획 수립 및 지역사회보장협의체 구성

1. 지역사회보장계획 수립

지역사회보장계획은 지역 주민의 복지 욕구와 지역 내 복지 자원 등을 고려하여 지자체 실정에 부합하도록 수립하는 지역사회보장에 관한 4년 단위 중장기 계획이다. 지역사회보장계획을 수립하기 위해 2003년 「사회복지사업법」에 지역사회복지 계획 및 평가에 대한 근거를 마련하였고, 사회보장기본계획 및 지역보건의료계획과 연계하도록 법제화되어 있다.

2007년 제1기 계획을 시작으로 2015년 제3기 지역사회복지계획이 수립되었으며, 2015년 7월 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」(이하, “사회보장급여법”)이 시행됨에 따라 기존 지역사회복지계획은 ‘지역사회보장계획’으로 명칭이 변경되었다.

「사회보장급여법」에 따라 변경된 지역사회보장계획은 종전 지역사회복지계획과 구분되는 다음의 특징을 가지고 있다.

첫째, 계획 수립의 범위가 기존 복지·보건의료 영역에서 교육·문화·주거·고용·환경 등을 포함하는 사회보장 영역으로 확대되었다.

둘째, 지역 주민의 의견 수렴과 시·도 사회보장위원회 또는 시·군·구 지역사회보장협의체의 심의를 거쳐 수립되었던 기존 수립 절차에 지방의회 보고 절차를 신설하여 지역 사회 내 계획의 중요성을 더욱 강조하였다.

셋째, 계획 수립을 위한 사전 조사 또한 지역 내 사회보장 실태와 지역 주민의 인식 등에 대한 조사(지역사회보장조사)를 정기 또는 수시로 실시하여, 그 결과를 반영하도록 사전 조사의 내용을 구체화하였다.

넷째, 계획 내용에 있어서 시·군·구의 계획 내용을 확대하였으며, 시·도의 계획도 시·군·구 계획과 차별화를 두도록 하였다. 구체적으로 시·군·구 및 시·도의 계획 내용은 다음과 같다.

✎ 집필자 | 지역복지과장 곽순현

우선, 시·군·구 계획은 지역사회보장 수요의 측정, 목표 및 추진 전략에 관한 사항, 지역사회보장의 목표를 점검할 수 있는 지표(이하 “지역사회보장지표”)의 설정 및 목표에 관한 사항, 지역사회보장의 분야별 추진 전략, 중점추진사업 및 연계 협력 방안에 관한 사항, 지역사회보장 전달 체계의 조직과 운영에 관한 사항, 사회보장급여의 사각지대 발굴 및 지원 방안에 관한 사항, 지역사회보장에 필요한 재원의 규모와 조달 방안에 관한 사항, 지역사회보장과 관련한 통계 수집 및 관리 방안에 관한 사항, 그 외에 대통령령으로 정하는 사항을 담도록 하고 있다. 반면, 시·도는 시·군·구의 사회보장이 균형적이고 효과적으로 추진될 수 있도록 지원하기 위한 목표 및 전략에 관한 사항, 지역사회보장지표의 설정 및 목표에 관한 사항, 시·군·구에서 사회보장급여가 효과적으로 이용 및 제공될 수 있는 기반 구축 방안, 시·군·구 사회보장급여 담당 인력의 양성 및 전문성 제고 방안, 지역사회보장에 관한 통계 자료의 수집 및 관리 방안, 끝으로 그 밖에 지역사회보장 추진에 필요한 사항을 담도록 명시되어 있다.

다섯째, 계획 시행 결과 평가에 있어서도 시행 의무를 부과하여 시·도지사의 시·군·구 계획 시행 결과에 대한 평가 결과를 제출하도록 하였으며, 보건복지부는 시·도 지역사회보장 계획 및 시행 결과를 사회보장위원회에 보고하도록 법적 근거를 마련하였다.

개정 전의 지역사회복지계획은 지자체별 재정 여건 및 사회복지예산 비중의 차이 등에 따른 지역 간 사회보장 수준 격차 파악을 위한 정책 수단이 미비하였다. 시행 결과 평가 시에도 부적절한 지표들을 사용하여 평가 결과의 타당성이나 신뢰성을 담보하기 어려운 한계를 가지고 있었다. 또한, 지역사회복지계획 시행 결과에 따른 지역복지 수준 향상이나 지역 주민의 체감 효과를 측정하는 데도 곤란한 문제가 있었다.

이에, 지역사회보장계획 또는 연차별시행계획의 합리적 목표 수준 설정을 위해 지역 사회보장 목표를 점검할 수 있는 “지역사회보장지표”를 개발하였다. 지역사회보장지표는 돌봄(아동), 돌봄(성인), 보호안전, 건강, 교육, 고용, 주거, 문화여가, 환경, 총괄(삶의 질 및 지역 인프라)의 총 10개 영역 230개 지표로 구성되어 있다.

따라서, 2016년도 이후 수립되는 지역사회보장계획은 지역사회보장지표를 도입·적용하여 계획 시행의 효과를 객관적으로 측정할 수 있는 지표체계를 마련하였으며, 궁극적으로 지역사회보장지표를 통해 나타난 사회보장 수준 측정 결과를 토대로 취약 지역에 대한 균형 발전 지원 체계를 구축·운영할 수 있다.

본 지역사회보장지표는 통계 수집의 현실적 어려움을 고려하여 2016년도 연차별 시행계획부터 우선적으로 도입하여 단계적으로 확대·추진하고, 제4기 지역사회보장계획(2019~2022)에서 지표를 본격적으로 활용하여 수립한 바 있다.

이를 위해, 보건복지부는 2016년 4월부터 “지역사회보장균형발전지원센터”를 설치·운영(한국보건사회연구원 위탁수행)하고 있으며, 지역 간 사회보장 추진 현황 분석 및 계획 수립·평가·컨설팅 체계 구축, 지역사회보장지표 개발 및 활용 등의 업무를 효과적으로 수행하기 위한 전문지원체계를 마련하였다.

2. 지역사회보장협의체 구성·운영

2000년대 들어 지방자치제의 발전 및 그에 따른 지방 재정 분권화, 복지 관련 국고보조사업 지방 이양 이후 지역 사회 중심의 복지전달 체계 구축 및 공공과 민간의 협력적 파트너십 구축에 대한 중요성이 대두되었다.

이에, 보건복지부는 2003년 7월 「사회복지사업법」을 개정하여, 시·군·구에 지역 내 사회복지사업의 중요 사항과 지역사회복지계획을 심의·자문하고, 사회복지·보건의료 관련 기관과 단체들이 제공하는 사회복지서비스 및 보건의료서비스를 연계·협력하는 기능을 수행할 민간 협력기구인 지역사회복지협의체를 구성·운영하도록 법적 근거를 마련하였다.

2015년 「사회보장급여법」이 시행되면서 지역 내 사각지대 발굴 및 사회보장급여의 효과적인 제공 및 사회보장제도가 지역사회에서 통합적으로 시행될 수 있는 기반을 구축하기 위해 명칭을 지역사회보장협의체로 변경하고 기능을 확대하였다.

첫째, 협의체 참여 범주가 기존 보건의료 및 사회복지서비스 중심 영역에서 보건의료 및 사회복지뿐만 아니라 고용·주거·교육·문화·환경 등 사회보장 영역으로 확대되었다.

둘째, 지역사회보장 운영체계의 일원화 및 안정적 구축을 위해 읍·면·동 단위의 지역사회보장 협의체를 구성·운영하고, 재정 지원의 법적 근거가 마련되었다.

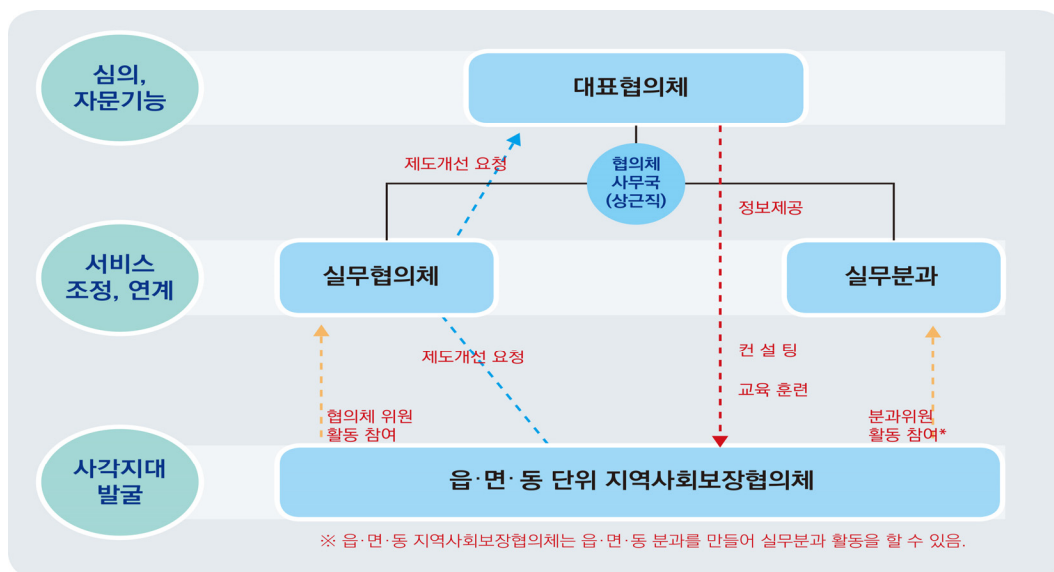
셋째, 협의체 구성 위원의 수와 참여 범위가 확대되었으며, 심의 기능을 강화하기 위해 전문위원회를 구성할 수 있는 근거를 마련하였다.

이외에도, 지역사회보장협의체가 지역 사회 내 복지 문제 해결을 위한 민주적 의사소통 구조를 확립하고, 민관 연계와 협력을 통한 지역복지 자원의 효율적 활용을 위한 체계로 운영될 수 있도록 위원 선출 방법이나 임기, 조직, 운영 등에 관한 세부적인 내용들이 변경되었다.

시·군·구 협의체 위원은 사회보장분야 전문가, 서비스 제공 기관·법인·단체·시설의 대표자, 비영리민간단체 추천자, 읍면동 지역사회보장협의체 위원장, 사회보장 업무 담당 공무원 중에서 지자체 장이 임명·위촉하며, 위원장 포함 10명 이상 40명 이하로 구성한다. 읍·면·동 단위 협의체 위원은 사회보장 서비스기관의 실무자, 사회보장 업무 담당 공무원, 비영리민간단체 추천자, 통(이)장, 주민자치위원, 자원봉사자 등 지역 사정에 밝고 사회보장 증진에 열의가 있는 자로 읍·면·동장이 추천하고, 시·군·구청장이 위촉하는 사람으로 10명 이상 구성한다.

2019년 말 현재 지역사회보장협의체는 전국 229개 시·군·구, 3,479개 읍·면·동에 구성·운영(99.9%)되어 총 97,378명의 위원이 활동하고 있다. 지역사회보장협의체는 그 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 시·군·구에 대표·실무협의체를 두며, 지자체 여건에 따라 실무협의체 내에 노인, 고용, 주거 등 복지대상자별·기능별 실무분과(1,692개)를 설치하여 운영하고 있다. 또한, 지역사회보장협의체의 원활한 운영과 지역사회보장계획의 심의·자문 및 지역 내 복지자원의 연계·발굴 등의 업무를 지원하기 위하여 204개 시군구에 286명의 민간 전담인력이 배치(1명~5명)되어 있다.

[그림 2-1-19] 지역사회보장협의체 구성도



그리고 지역사회 내 공공기관, 서비스 제공기관, 지역주민 등 다양한 이해관계자의 참여를 바탕으로 지역 여건에 맞는 민관협력 체계 구축 지원 및 협의체 운영성과, 우수사례 공유, 정보 교류를 통한 지역 간 협의체 운영격차 완화 및 연계·협력 강화를 위해 2006년부터 매년 지역사회보장협의체 지역 및 전국대회 개최를 지원하고 있다.

17개 시도를 대상으로 한 지역대회는 지역사회보장 환경 변화에 따른 협의체의 역할 및 기능정립, 지역사회 보호체계 구축 강화 등 지역 여건에 맞는 활성화 방안을 모색하고 전국대회는 지역대회를 통해 발굴된 우수한 사례 또는 활동 성과를 공유함으로써 지역사회보장협의체의 실질적인 역량강화가 이루어질 수 있도록 추진하고 있다.

이와 관련, 2019년 지역대회는 17개 시·도 및 지역사회보장협의체 주관으로 추진(4월~12월)되었고, 제14회 전국대회는 ‘민관협력을 담은 포용복지 5G!’ 라는 주제로 경북 경주시에서 개최되었으며(6.27~6.28, 경북 경주시) 협의체 위원, 전담인력, 공무원, 관련 기관, 학계 전문가 등 6,200여 명이 참석하였다.

2020년부터는 사업의 전문성을 강화하기 위해 지역 및 전국대회 명칭을 ‘역량강화 컨퍼런스’로 변경하고 참석대상 확대 및 프로그램 내용 개선 등 기능을 보완하여 실효성 높은 사업으로 추진해 나갈 계획이다.

[표 2-1-29] 2019년 지역사회보장협의체 운영 현황

▶ 구성 현황

(단위 : 개, 명)

구 분		대표협의체		실무협의체		실무분과		읍·면·동 협의체	
		구성	참여인원	구성	참여 인원	구성	참여인원	읍·면·동 수	참여 인원
합계	97,378	229	5,847	228	6,161	226	20,131	3,479	65,239

▶ 참여현황

(단위 : 명)

구 분	합계	학계 전문가	사회보장관련 기관단체대표	비영리단체 추천자	읍면동협의체 위원장	관계 공무원
대표협의체	5,847	701	2,930	802	373	1,041
실무협의체	6,161	337	3,161	544	-	2,119

구 분	합계	사회보장 기관종사자	관 계 공무원	비영리단체 추천자	통(이)장	주민자치위원	자원봉사 회원
읍·면·동 협의체	65,239	6,584	7,736	1,548	9,685	5,869	7,279
	부녀회장	의료인	자영업자	교육복지 관계자	우체국 관계자	종교인	기타 지역주민
	2,866	945	7,645	1,691	220	1,158	12,013

앞으로도 지역사회보장협의체는 민관협력의 구심점으로서 읍면동 찾아가는 보건·복지 서비스가 효과적으로 추진될 수 있도록 시군구와 읍·면·동 단위 지역사회보장협의체 간 연계·협력체계 구축을 통해 지역사회보장 환경 변화를 반영한 협의체의 기능 및 역할을 지속적으로 강화해 나갈 계획이다.

또한, 지역사회보장협의체 운영의 활성화를 위해 참여 인력의 역량 강화를 위한 실무교육 확대, 지역복지사업 평가(민관협력 분야)를 통한 우수기관 포상, 우수사례 전파, 컨설팅 지원은 물론 읍면동 협의체를 중심으로 전국 읍면동(3,435개)에 운영 중인 지역단위 인적안전망(명예 사회복지공무원) 구축을 기반으로 복지 위기가구 발굴이 효율적으로 추진 될 수 있도록 구성 확대(~22년까지 35만 명) 및 역할 강화 등을 단계적으로 추진할 계획이다.

II 사회복지전달체계 개편

1. 추진 배경

우리나라는 국민연금·건강보험 등 5대 보험과 기초생활보장제도 등 공공부조제도, 다양한 복지서비스 등 복지제도의 도입과 확대를 통해 비교적 단기간 내에 선진국 수준의 사회안전망을 마련하였다. 이와 더불어 복지지출도 빠른 속도로 증가하여 복지지출 규모가 2008년 68.8조 원에서 2011년 86.4조 원, 2014년 106.4조, 2018년 144.7조 원으로 확대되어, 중앙 정부 총 지출의 33.7%에 이르렀다.

복지지출 규모가 빠르게 증가하고 있는 데 반해, 국민의 복지 혜택에 대한 체감도는 낮은 것으로 평가되었고, 이는 복지사각지대 상존 및 전달 체계의 비효율성 등에 기인한 것으로 보인다. 특히, 21개 부처 350개 복지 사업의 핵심적 역할을 담당하고 있는 지자체의 복지갈때기 현상 심화로 복지급여 신청·접수 외 종합 상담 및 정보 제공, 찾아가는 서비스 등 복지 민원에 대한 능동적 대응이 미흡하였다.

사회복지전달체계 개편 논의는 보건복지사무소 시범사업(1995. 7.~1999. 12.), 사회복지사무소 시범사업(2004. 7.~2006. 6.)을 거치면서 진행되었고, 2006년 7월부터 복지·보건·고용·주거·교육·문화·체육·관광 등 8대 서비스를 포함한 주민생활지원서비스 행정 체계가 전국적으로 도입·시행되었다. 2012년 4월에 지역 단위 맞춤형 복지행정을 구축하고자 시·군·구에 통합 사례관리 담당 조직인 희망복지지원단을 구성하였다.

그러나 복지급여 및 서비스 전달 체계의 비효율성이 근본적으로 해결되지 않아 전달 체계 개편의 필요성이 지속적으로 제기되어 왔다. 특히, 복지사업과 복지예산의 증가에도 불구하고 국민의 복지 체감도는 여전히 낮은 수준에 머물러 복합적이고 다양화된 국민의 복지 욕구에 조응하여 국민 삶의 질을 증진시킬 수 있는 현장 밀착형 사례 관리 등은 한계가 있었다.

이러한 문제점을 해결하기 위해서 9개 부처 참여 관계부처 합동 TF를 구성(2013. 3. 29.)하여 부처 간 충분한 협의를 거쳐 제4차 사회보장위원회(2013. 9. 10.)에서 ‘국민 중심의 맞춤형 복지전달체계 구축 방안’을 확정하고, 지자체 업무의 효율화 및 업무조정 등을 통한 복지갈때기 해소, 읍·면·동과 희망복지지원단의 역할 강화로 찾아가는 상담, 보건·복지 연계 등 현장 밀착형 복지서비스 지원 등 수요자 중심의 맞춤형 복지전달체계 개편을 추진하게 되었다.

2017년 그동안 수요자 중심의 맞춤형 복지전달체계 성과를 바탕으로 주민과 접촉하는 최일선 행정단위인 읍·면·동을 주민 생활 자치와 공동체 돌봄을 위한 중심으로 혁신하여 찾아가는 보건복지와 더불어 행정혁신, 마을공동체 역량 강화 등 종합적 시각의 읍·면·동 기능을 개선하고자 찾아가는 보건복지서비스 사업을 추진하게 되었다.



참고

복지전달체계 개편 경과

- 1987년, 사회복지전담공무원제 도입, 전문적 사회복지서비스 제공 추진
- 1995년 7월~1999년 12월, 보건복지사무소 시범 운영, 보건과 복지의 연계 시도
- 2004년 7월~2006년 6월, 사회복지사무소 시범 운영, 복지전담기구에 복지인력 집중화를 통해 복지 영역 간 연계, 복지 기획 능력 제고 시도
 - 지역 주민의 접근성 부족, 통합서비스 및 사례 관리를 위한 인력 부족(인력 증원 없이 재배치), 민관 협력 체계 미흡 등의 한계
- 2006년 7월~2007년 7월, 행정자치부 주관으로 전국 시·군·구를 주민생활지원서비스 전달 체계로 개편
 - 보건복지뿐만 아니라 고용·교육·문화 등 8대 서비스 연계 및 민관 협력 강화 추진
- 2009년 6월, 관계부처 합동 “사회복지전달체계 개선 종합 대책” 수립·추진
 - 급증하는 복지 수요에 대응하고자 지자체 조직과 기능을 조정, 일선 공무원의 과중한 업무 부담을 완화하기 위한 인력 보강 추진
- 2009년 10월, 「시·군·구 복지전달체계 개선 대책」 시행
 - 복지 대상자 조사·급여 관리 업무를 시·군·구로 일원화, 읍·면·동을 통한 대상자의 신속한 발굴, 찾아가는 서비스 지원 체계 구축
- 2010년 1월, 사회복지통합관리망(행복e음) 개통
 - 복지지원 대상자 정보를 전국적으로 통합·관리하게 됨으로써, 부정·중복 급여 방지 및 지원 대상자 누락 방지 등 찾아가는 복지서비스의 기반 구축
- 사회복지전담공무원 7천 명 단계적 확충(‘11.~’14.)
- 2012년 4월, 시군구 「희망복지지원단」 설치
 - 지역 단위 수요자 중심의 복지서비스전달체계 개편, 복지종합상담 및 통합사례관리 실시
- 2013년 1월, 「희망복지지원단 중앙지원센터」 위탁 운영
- 2013년 9월, 「국민 중심의 맞춤형 복지전달체계 개편 방안」 확정(제4차 사보위)
- 2013년 11월~2014년 4월, 동 주민센터 복지기능 보강 지침 시달 및 시행
 - 사무·기능 조정, 조직·인력 개편, 업무 효율화 등을 통한 동(洞) 복지허브화 추진
- 2014년 10월, 사회복지공무원 6천 명 확충(‘14.~’17.) 방안 최종 확정(제9차 사보위)
- 2014년 7월~2015년 12월, 읍·면·동 복지 허브화 시범사업 실시(15개소)
- 2016년 2월, 「읍·면·동 복지허브화 추진 계획」 확정(제12차 사보위)
- 2016년 3월, 읍·면·동 복지허브화 선도 지역 33개소 선정
- 2016년 12월, 1,092개 읍·면·동에서 복지허브화 추진
- 2017년 8월, ‘찾아가는 보건·복지서비스’ 국정과제 확정
- 2017년 10월, 일자리정책 5년 로드맵 발표(복지공무원 1.2만 명, 방문간호공무원 3.5천 명 총원)
- 2019년 12월, 전국 읍면동 중 2,911개소에 찾아가는 보건복지전담팀 설치 완료
 - 2017년 1,816개소 → 2018년 2,583개소 → 2019년 2,911개소

2. 추진 경과

가. 전달 체계의 변천

‘수요자 중심의 맞춤형 서비스’를 제공하기 위한 복지전달체계 개선의 일환으로 ‘위기가구 통합사례관리사업’이 시행되었다. 2009년 하반기에 서울 마포, 경기 남양주시, 충남 당진 등 10개 지역에서 시범사업을 실시하였으며, 행복e음 시스템 내 보건복지콜센터와 시·군·구간 상담연계시스템 구축(2009. 9.), 대상자 초기 상담 및 사례관리시스템 구축(2009. 12.) 등을 통해 사례관리사업에 필요한 시스템 체계를 정비하였다.

시·군·구 단위로 ‘서비스 연계팀’을 확대·신설하여 사례 관리 대상자 발굴·서비스 연계·민간자원 발굴 등 사례관리업무를 총괄하게 하였으며, 2009년 민생안정사업을 담당하였던 민생안정 전문요원을 사회복지통합서비스 전문요원(전국 928명, 시·군·구 당 평균 4명)으로 전환 배치하여 사례관리사업을 담당하게 하였다. 2010년 1월부터 전국 232개 시·군·구에서 ‘위기가구 통합사례관리사업’이 본격 실시되었으며, 2012년 4월 복지전달체계 개편에 따라 시·군·구 단위에 ‘희망복지지원단’을 설치하였다.

2013년에는 ‘주민센터를 맞춤형 복지 구현을 위한 허브 기관으로 개편’을 국정과제에 포함하여 2013년 9월 ‘국민 중심의 맞춤형 복지전달체계 구축 방안’을 확정하고, 2013년 11월 ‘동 주민센터 복지기능 보강’ 지침(일반 행정업무 시군구 이관, 최소 배치기준 이행, 복지직·행정직 간 협업, 복지동장 도입 등)을 지자체에 시달하여 2014년 4월까지 최일선 기관인 동 주민센터에 대한 복지기능 보강을 추진하도록 하였다.

또한, 현장 밀착형 복지서비스 제공 모델을 위해 읍·면·동의 공무원, 민간전문인력 확충을 통한 찾아가는 서비스, 통합사례관리, 보건·복지 연계 등 읍·면·동 복지허브화 시범사업을 2014년 7월부터 2015년 12월까지 15개소에서 실시하였고, 시범사업 결과를 토대로 2016년부터 ‘국민 중심 맞춤형 복지를 위한 읍·면·동 복지허브화 추진 계획’을 확정(2016. 2. 3. 제12차 사회보장위원회)하고 이를 시행하였다.

2017년 8월에는 ‘찾아가는 보건·복지서비스’를 국정과제로 확정하고, 전국 읍·면·동에 2019년 12월 기준 2,911개소에 찾아가는 보건복지전담팀을 구성하였다.

또한, 일선 현장에서 생활밀착형 찾아가는 복지서비스를 담당할 사회복지담당공무원과 방문 건강관리 공무원 등 인력 충원 계획(1.5만 명)을 일자리 정책 5년 로드맵('17.10.18.)에 반영하였다. 이에 따라, 사회복지담당공무원은 2017년 37,207명에서 2019년 41,268명으로 4,061명이 증가하였고 읍면동에 간호직공무원도 1,517명을 채용 완료하여 읍·면·동 우선 배치를 통해 지역 보건복지 인프라를 강화하는 데 주력하고 있다.

나. 전달 체계 개편 내용

2012년 4월 '희망복지지원단' 구성·운영함과 동시에 읍·면·동의 종합복지기능 강화 추진을 '지역 단위 수요 중심의 복지서비스전달체계 구축'의 핵심 정책으로 추진하였다.

'희망복지지원단'은 지역 단위 맞춤형 서비스 제공 체계의 컨트롤타워로서, 통합사례 관리, 지역 공공·민간자원 관리, 긴급복지, 개별사례 관리 및 방문형 서비스 연계 체계 구축, 읍·면·동 주민센터의 복지업무 지도 감독 등을 담당하도록 하였다. 사업의 효과성 제고를 위해 2013년 1월 사회보장정보원에 중앙지원센터 운영을 위탁하여 전문화된 전담 지원 체계를 마련하였다. 복지·고용·보건 등 여러 영역 서비스의 통합적인 제공 강화와 지역 사회 자원관리 체계화 및 활용도 제고를 위해 희망복지지원단 내 자원관리 담당자를 지정하고, 민간·공공 복지 자원 통합DB*를 통해 신규 자원을 적극 발굴·관리하여 복지서비스 품질을 제고하고, 국민 복지 체감도를 향상시켰다.

* 제공 주체 및 제공 서비스 건 : ('11.) 20,416(44,411) → ('12.) 41,089(148,773) → ('13.) 210,027 (507,181) → ('14.) 194,225(601,257) → ('15.) 153,649(572,929) → ('16.) 129,560(514,314) → ('17.) 142,294(569,444) → ('18.) 161,526(646,853) → ('19.) 172,098(685,357)

* 복지자원 중복 자료 일제 정비로 등록자원 일부 감소

또한, 방문형 서비스* 간 연계를 통해 대상자 특성 및 근황 등에 대한 정보 공유를 통해 민관 협력을 통한 취약 계층 발굴, 1:1결연 등 지속적인 보호 체계를 구축하였으며, 민간전문가 및 서비스 제공 기관이 함께 참여하는 통합사례회의, 독거노인·미혼모 가구 등 취약 계층 전수조사 실시 등 읍·면·동 방문 상담 및 사후 관리 모니터링 강화를 위한 교육·점검 실시로 민관 협력 활성화 및 읍·면·동 복지업무 내실화에 기여하였다.

* 방문형 서비스 : 장애인활동지원, 방문건강관리서비스, 노인돌봄기본서비스, 노인요양방문서비스 등

그러나 지역보호체계 구축, 자원 발굴 및 관리 등의 업무는 사업 수행 방향이나 매뉴얼이 구체화되지 못한 상황으로 사업 수행 과정의 정교화 및 전문화가 필요하다. 지역의 인적·물적 환경 및 추진 의지에 따라 발생하는 사업 수준 격차도 완화시킬 필요가 있다. 통합사례 관리 기능의 경우에도 수요와 국민 접근성을 고려한 확대 및 효율화를 고민할 단계이다.

정부의 국민 중심 맞춤형 복지전달체계 방향은 동 주민센터에 대한 사무·기능 조정, 조직·인력 개편, 업무 효율화 등의 복지기능 보강을 통한 상담 및 찾아가는 서비스와 복지사각지대 발굴 등 “체감도 높은 복지서비스”를 제공할 수 있도록 행정 중심의 동(洞) 기능을 복지 중심으로 재편하고자 한다. 그 내용은 다음과 같다.

먼저 사무·기능 조정은 청소, 교통 등 일반행정업무를 본청(일반구의 경우 구청)으로 이관, 기능최소업무의 폐지·축소, 무인민원발급기 설치 확대 및 수수료 감면 등 제증명 발급업무 감축 유도 등을 통해 발생하는 잉여인력을 복지업무에 투입하도록 하였다. 동 주민센터에 복지 담당 공무원을 최소 2명 이상 배치하였으며, 사회복지직도 동장으로 승진이 가능하도록 동장의 직렬을 복수로 조정, 동장이 취약 계층 발굴 등 복지업무에 최우선을 두고 동(洞)의 행정을 관리하도록 하였다.

또한, 업무 효율화 방안으로 보편적 복지업무는 행정직 등 다른 직렬이 담당하도록 하여 복지직·행정직 간 협업을 도모하는 표준업무분장을 마련하였고, 공공근로·지역공동체 일자리·자원봉사·복지 관련 제증명 발급업무는 일반행정 인력이 담당하도록 하였다. 신규자의 업무부담 완화를 위하여 신설 제도 등 어려운 업무는 유경험자로 조정하도록 하고, 멘토링제 등을 운영하도록 하였다.

권고 사항으로 상담 역량이 뛰어난 복지공무원을 ‘복지코디네이터’로 배치하여 맞춤형 종합 상담을 실시하도록 하여 서비스 누락 방지 및 일괄신청을 지원하도록 하였고, 동(洞) 복지협의체 등 민관 협력 활성화 기구를 구성·운영하고 통·반장 등 지역 주민을 활용하여 취약가구 발굴 및 안부확인을 수행하도록 하는 등 공공과 민간의 연계·협력 활성화 방안을 제시하였다.

동 주민센터 복지기능 보강 지침(2013. 11. 27.)에 따라, 사무·기능 조정, 인력·기구 조정, 업무 효율화 등을 통한 ‘동 주민센터 복지기능 보강’을 완료(~2014. 4.)하였으나, 저소득층 밀집 지역 등 복지 수요가 높은 읍·면·동의 경우에는 복지기능 보강만으로는 복지 체감도 제고에 한계가 있으므로, 찾아가는 서비스 등 현장 밀착형 복지서비스 강화를 위해 읍·면·동 중심의 복지전달체계 개편 정책을 지속 추진하였다.

아울러, 복지사각지대를 해소하기 위해 일선 현장을 찾아가는 서비스 등의 강화 필요성이 제기됨에 따라 ‘읍·면·동 복지기능 강화’ 1차년도 시범사업을 2014년 7월부터 12월까지 추진하였다. 시범사업 지역은 저소득층 밀집 지역을 중심으로 지역 특성을 반영한 복지기능 강화를 도모하였으며, 주요 사업 내용은 다음과 같다.

동 주민센터 또는 읍·면 사무소의 복지팀에 복지공무원 및 민간 전문인력 등 복지 인력을 보강하였으며, 상담 역량 및 경험이 풍부한 경력직 공무원을 복지코디네이터로 배치하여 복지 서비스에 대한 심층 상담이 가능하도록 하였다. 노인·장애인 등 이동 취약 계층에 대한 찾아가는 상담을 확대하고, 민관 협력을 활성화하여 복지사각지대 발굴·지원을 강화하도록 하였다. 방문간호사, 정신보건사회복지사 등 보건 전문인력, 고용분야 전문인력인 직업상담사 배치를 통해 전문적·체계적 서비스를 제공하고, 보건·복지 가구에 대해 공동 방문을 진행하고 대상자 정보 공유를 활성화하도록 하였다.

‘읍·면·동 복지기능 강화 시범사업’의 1차년도 추진(2014. 7.~12.) 결과, 상담, 사례 관리 의뢰, 복지-보건-고용 통합 상담 및 서비스 실적이 증가하였으며, 복지대상자의 상담만족도가 향상되는 효과가 있었다. 1차년도 시범사업의 지속성을 검토하고, 면 지역의 개선 효과를 추가적으로 검증하기 위해 2차년도 시범사업(2015. 1.~12.)을 실시하였다. 이를 통해 지역적 특성을 반영한 찾아가는 상담, 보건·복지 연계 등 현장 밀착형 복지서비스 제공 강화, 읍·면·동 복지 협의체 구성 등 민관협력 활성화 성과를 확인하고 전국 확산 방안을 모색하였다.

또한, 2014년 10월에는 복지사각지대 해소 및 맞춤형 복지서비스 제공을 위해 2014년부터 2017년까지 단계적으로 복지담당 공무원 6,000명 확충(2014년 7월 맞춤형급여 전담인력 1,177명 배치 완료)과 그 인력 확충의 효과성·지속성 제고를 위한 복지담당 공무원 전보 제한 강화(현행 1.5년 → 2년), 평정가산점 부여, 사회복지 관련 교육 의무화(연간 4시간 이상), 2년 이상 복지업무 담당 행정직에 대한 장기재직수당(3만 원) 신설 등 관리 방안을 마련·추진하였다.(「사회복지 담당공무원 확충 및 관리 방안」, 2014. 10. 29. 사회보장위원회)

복지담당 공무원 확충과 함께 2차례 시범사업 결과를 토대로 보건복지부와 행정자치부는 ‘국민 중심 맞춤형 복지를 위한 읍·면·동 복지허브화 추진 계획’을 마련(2016. 2. 3. 제12차 사회보장위원회)하였다.

읍·면·동 복지허브화는 국민들의 맞춤형 복지서비스에 대한 체감도를 제고하고, 복지사각지대를 해소하기 위해 국민과 가장 가까운 읍·면·동의 복지 인력과 조직, 복지기능을 강화하는 복지 전달체계 개편 정책이다.

주요 내용은 첫째, 읍·면·동에 별도의 맞춤형 복지 전담팀을 설치·운영하는 것이다. 인력은 2014년~2017년 확충되는 6천 명을 우선 배치하고, 그 외는 업무 전산화, 시·도-시·군·구-읍·면·동 간 업무기능 조정을 통해 추가 인력을 확보하는 한편, 방문간호사 등 민간인력의 신규 채용 또는 직원들 간 순환근무를 활용하도록 하였다.

맞춤형 복지팀은 노인·장애인 등 거동이 불편한 대상자를 포함해 취약 계층에 대한 방문상담을 활성화하고, 대상자별 욕구에 따라 다양한 공적급여·민간서비스를 맞춤형으로 제공하는 통합 서비스 제공 역할을 수행한다. 복지통(이)장, 읍·면·동 단위 지역사회보장협의체 등 주민조직을 적극 활용하여 복지사각지대 발굴과 서비스 안내 등의 역할을 강화하며, 민간복지기관과 대상자 및 복지자원 정보를 서로 공유하고 연계함으로써 민관 협력을 통해 수요자 중심의 서비스를 제공할 수 있도록 하였다.

이를 위해 읍·면·동장과 맞춤형복지팀장에 복지업무 경력이 있는 인재를 배치할 수 있도록 하고, 통합조사·관리 및 통합사례 관리 등 높은 전문성이 필요한 업무를 전문직위제로 지정하여 인센티브를 부여하는 등 복지 전문성을 높이는 데 힘썼다.

복지허브화의 읍·면·동 현장 적용은 2016년 2월 말에 30개 시·군·구, 33개 읍·면·동을 ‘선도지역’으로 선정하는 것부터 시작하였다. 동 복지기능강화 및 민관협력활성화사업 등의 시범사업을 수행한 경험이 있는 지역 중 우수지역을 선정하여 ‘복지허브화 선도지역사업’을 추진하도록 하였다. 선도지역에는 방문복지차량과 2천만 원의 사업비를 별도로 지원하여 후발 지역이 벤치마킹할 수 있는 성공모델을 창출하도록 하였다.

이로부터 3개월 후 지자체로부터 복지허브화 인사·지침에 따른 맞춤형 복지팀 설치 계획을 받아 그 적격성을 심사하여 총 933개 읍·면·동을 2016년 읍·면·동 복지허브화 추진지역으로 선정하였다. 이는 당초 정부가 계획한 700개 읍·면·동을 훨씬 초과한 것이다.

각 맞춤형 복지팀에는 사례관리비(600만~900만 원)를 지원하여 복지 대상자의 어려운 삶을 도와줄 수 있도록 하는 한편, 사회복지공동모금회와 업무협의를 통해 읍·면·동 지역사회

보장협의체가 지역사회 내 튼튼한 인적안전망을 구축할 수 있도록 협의체 운영비(600만 원)를 지원하였다. 읍·면·동장, 맞춤형 복지팀장 및 담당자에게도 교육대상자별 차별화된 교육과 사례 관리 컨설팅도 제공되었다.

2016년 12월 말, 읍·면·동 복지허브화의 본격 확산 7개월 만에 당초 신청보다도 17%를 초과한 1,092개 읍·면·동에서 복지허브화를 추진하였다. 관계부처와의 유기적 협업, 17개 시·도 부단체장 간담회, 시·군·구 순회 설명회 및 지속적인 현장 점검 등의 노력과 더불어, 지자체의 적극적인 참여로 이루어낸 성과이다.

2017년 8월에는 새정부 국정과제로 “찾아가는 보건·복지서비스 강화”가 선정되었다. 사회 복지직 공무원과 간호직 공무원을 대폭 확충하여 읍·면·동에 찾아가는 복지전담팀을 설치하고, 기존 읍·면·동 복지허브화 사업으로 추진한 찾아가는 복지서비스 외에도 주민 수요가 높은 방문건강관리를 추가하여 지역사회 보건·복지 통합서비스를 제공하기로 하였다.

일선 사회복지공무원과 방문간호 공무원 확충 규모는 일자리위원회와 관계부처가 참여한 일자리정책 5년 로드맵(17. 10. 18.)을 통해 구체화되었다. 복지사각지대를 해소하고 인구 천 명당 사회복지공무원 규모가 일본의 1/4에 불과(한국 0.7명, 일본 2.9명)한 상황을 개선하기 위해 2022년까지 사회복지공무원 1.2만 명, 방문간호공무원 3.5만 명 등 1.9만 명을 충원하기로 하였다.

기존 사회복지공무원 6천 명 확충 대책에 따른 복지인력 1,623명 충원(17. 7.) 이후 일자리 정책 로드맵에 따른 사회복지공무원 추가 충원을 위해 2017년 12월 16일 전국 시도에서 사회복지 공무원 1,500명 선발을 위한 필기시험을 실시하였다. 특히, 1,500명 충원 인력은 보건복지부와 행정안전부 협의에 따라 2018년 신규로 설치하는 찾아가는 복지전담팀에 우선 배치하기로 하였다.

그간 복지전달체계는 시군구 기반을 확충한 이후 주민과 밀착된 읍면동으로 전달체계의 외연을 확장하는 방향으로 발전하였으나 시군구, 읍면동의 기능확대에도 불구하고 복지사각 지대의 반복적인 발생으로 문제해결 중심의 지역사회 민관의 기능적 연계체계가 필요하였다.

이에 찾아가는 보건복지서비스를 확대하고, 보건복지 분야 통합사례관리, 주민 참여형 서비스 제공기반 마련 등을 위해 읍면동 기능개편사업을 추진하고 있다.

이를 위해 읍·면·동에 찾아가는 복지서비스 전담팀을 2019년 말 기준 2,911개소 설치 완료 하였으며, 2019년 한 해 동안 찾아가는 복지상담(381만 건)과 지역사회보장협의체·복지이(통)장 등 민간 인적안전망, 단전·단수 등 빅데이터(14개 기관 27종)를 활용한 복지사각지대 발굴시스템을 통해 위기가구를 발굴하고, 431만 건의 공적 급여와 민간 복지서비스를 연계·지원하였다. 또한, 위기가구에 대하여 지속적인 개입을 통해 자립을 지원하는 통합사례관리도 12만 가구에 대하여 실시하였다.

아울러, 신속한 현장방문과 응급·위기 상황에 대응할 수 있도록 2019년 당해 “찾아가는 복지 차량” 과 “스마트워치(안전지킴이)”를 전국 지자체에 30대 지원하였으며, 2017년부터 3,391대(누적)를 지원완료 하였다.

3. 향후 계획

2020년에는 찾아가는 보건·복지서비스전담팀을 전국 3,100개소에 설치 완료할 예정으로, 이에 따라 주민의 복지수요에 대응하는 한편, 복지사각지대를 해소하기 위한 사회안전망을 더욱 촘촘히 구축할 계획이다. 아울러, 사회복지공무원과 간호직 공무원을 2022년까지 단계적인 충원을 통해 기존 복지급여 수급자 이외에 노인 진입 가구, 출산양육가구, 고난도 1인가구 등 취약계층 및 병원·복지시설 퇴소예정자 등 생애주기별 서비스 대상 범위를 확대하여 종합상담을 강화하고 주민참여형 협력체계 구축으로 보건복지서비스 질을 제고하는 등 지역사회 중심 보건복지체계를 강화할 계획이다.

Ⅲ 지방자치단체 복지평가

1. 추진 배경

지방화 시대의 문이 활짝 열리면서 국가의 균형적 발전과 지방 분권이 강조되고 있으며, 이러한 경향은 특히 사회복지 분야에서 두드러지게 나타나고 있다. 즉, 지역사회복지의 중요성이 크게 부각되면서 지역 사회의 복지 욕구가 증가함에 따라 지자체 단위의 복지사업이 다양화되고

있다. 지방자치단체가 주체가 되어 지역 사회의 복지를 향상시키는 이와 같은 정책의 흐름은 67개 사회복지사업의 지방 이양, 민관 복지협력기구인 지역사회복지협의체의 구성 의무화, 4년 주기의 지역복지계획 수립 의무화 및 주민생활지원서비스 공공전달체계 개편 등을 통해 구체화되었다.

이러한 일련의 정책적 흐름이 성공적으로 정착하기 위해서는 기초 및 광역 지방자치단체의 지역사회복지에 대한 관심 증대와 지역사회의 복지 책임을 강화하여 궁극적으로 지역 주민의 복지 수준 향상과 삶의 질이 개선되는 방향으로의 변화가 필요하다. 지방자치단체의 자발적인 복지 역량 강화를 유도하고, 지방자치단체 복지사업의 사례 평가결과를 환류하는 등 중앙정부 차원에서 지역사회 복지 발전을 견인할 수 있는 장치의 도입이 필요하며, 그 일환으로 지방자치단체 복지평가가 도입되었다.

2. 지방자치단체 복지평가 개요

2005년 시범평가를 시작으로 2006년에 중앙정부 차원에서 최초의 지방자치단체 복지종합 평가가 전국 기초자치단체를 대상으로 실시되었다. 제주특별자치도 2개 행정시(제주시, 서귀포시)를 포함하여 전국 232개 기초지방자치단체를 대상으로 지방자치단체에서 수행하고 있는 노인복지, 아동복지, 장애인복지 등 9개 복지사업업무 전반에 대하여 평가를 실시하였다.

2009년, 2010년에는 정부의 지자체 평가 통합 방침에 따라 그동안 보건복지부가 주관한 개별평가는 정부 합동평가로 전환되었으며, 평가 방법은 VPS(지방행정평가정보시스템)를 활용하여 지방자치단체에서 입력한 자료를 근거로 실시하고, 현장검증 및 서면평가에 의한 협의 검증 후 최종 평가 결과를 확정하였다. 2011년에는 지방자치단체 복지평가의 평가 분야를 다양화함으로써 기초 및 광역지방자치 단체의 지역사회복지에 대한 관심 증대 및 복지 수준 향상을 도모하였다.

2015년에는 「사회보장급여의 이용 제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 시행(2015. 7. 1.)에 따라 평가 분야를 크게 법적 근거가 있는 지역사회보장계획의 시행 결과 평가와 우수사례 공모로 나누었다. 그 중 우수사례 공모 부문은 복지전달체계 개편, 복지재정 효율화 등 지역 복지 수준 제고를 위한 주요 과제에 대해 공모를 실시하기로 하였다.

특히, 「사회보장급여의 이용 제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」의 시행에 따라, 중앙행정기관 등에게 지역 간 사회보장의 균형 발전 지원 등 역할을 부여하면서 지역사회보장 현황 분석 및 지역복지 수준을 측정할 수 있는 지역사회보장지수 등 지표 개발을 위한 연구를 실시하였다.

한편, 시·도를 대상으로 실시하는 정부합동평가 결과 중 사회복지 분야에 대한 시·군·구 평가는 복지 분야 지표의 감소 등에 따라 별도평가 포상은 생략하였다.

3. 2019년 지방자치단체 복지정책평가

2019년도 평가분야는 지역사회보장계획 시행결과, 사회보장전달체계 개선 분야로 나누어 33.2억 원을 포상하였다. 사회보장전달체계 개선 분야에는 찾아가는 보건복지서비스 제공, 희망복지지원단 운영, 민관협력 및 자원연계, 사회보장급여 사후관리, 사회보장급여 점검·관리, 사회적경제 활성화, 사회서비스일자리 창출, 기초생활보장, 의료급여사업, 보육정책, 아동정책 분야로 나누어 평가하였다.

「2019년 복지행정상」 시상식은 정부세종컨벤션센터에서 개최되었다(19. 12. 9.). 지역사회보장계획 시행결과 분야의 경우 시·도에서는 대전광역시, 전라북도가, 시·군·구에서는 부산 사상구, 경기 수원시, 경기 양평군이 대상을 차지하였고, 사회보장전달체계 개편 분야의 경우 찾아가는 보건복지서비스 제공은 서울 동대문구, 서울 중랑구, 충남 서천군이, 희망복지지원단 운영은 시·도에서는 강원도가 시·군·구에서는 양평군이, 민관협력 및 자원연계는 서울 서대문구, 충남 아산시, 경남 창원군이, 사회보장급여 사후관리는 전남 나주시가, 사회보장급여 점검·관리는 충북 충주시가, 사회적경제 활성화는 전북 완주군이, 사회서비스일자리 창출은 부산 북구가 각각 영예의 대상을 차지하였다.

CHAPTER

2

사회정책 총괄 · 조정 기능 강화

제1절 사회보장체계 구축 및 지원

제2절 사회보장제도의 협의 · 조정

제3절 사회보장제도 평가

제2장 사회정책 총괄 · 조정 기능 강화

제1절 사회보장체계 구축 및 지원

I 사회보장위원회 운영

1. 개요

사회보장위원회는 사회보장 증진을 위한 장기 발전 방향을 수립하고, 범부처 차원의 주요 사회보장시책을 심의 · 조정하기 위하여 개정된 「사회보장기본법」(13. 1. 27. 시행) 제20조에 따라 국무총리 산하에 설치 · 운영되고 있다.

가. 구성

사회보장위원회는 국무총리를 위원장으로 하며 정부위원과 민간위원(위촉권자: 대통령)을 포함하여 30명 이내의 위원으로 구성하도록 되어 있다. 위원회 임기는 2년이다.

[표 2-2-1] 사회보장위원회 구성

구 분	구 성
위원장	국무총리
정부위원 (14명)	기획재정부장관, 보건복지부장관, 교육부장관, 행정안전부장관, 고용노동부장관, 여성가족부장관, 국토교통부장관, 법무부장관, 문화체육관광부장관, 농림축산식품부장관, 산업통상자원부장관, 환경부장관, 국가보훈처장, 국무조정실장
민간위원* (15명)	사용자 · 근로자 대표, 법조인, 언론계, 사회복지, 보건의료, 고용, 교육, 경제, 재정, 가족 · 여성 등 * 대통령 위촉

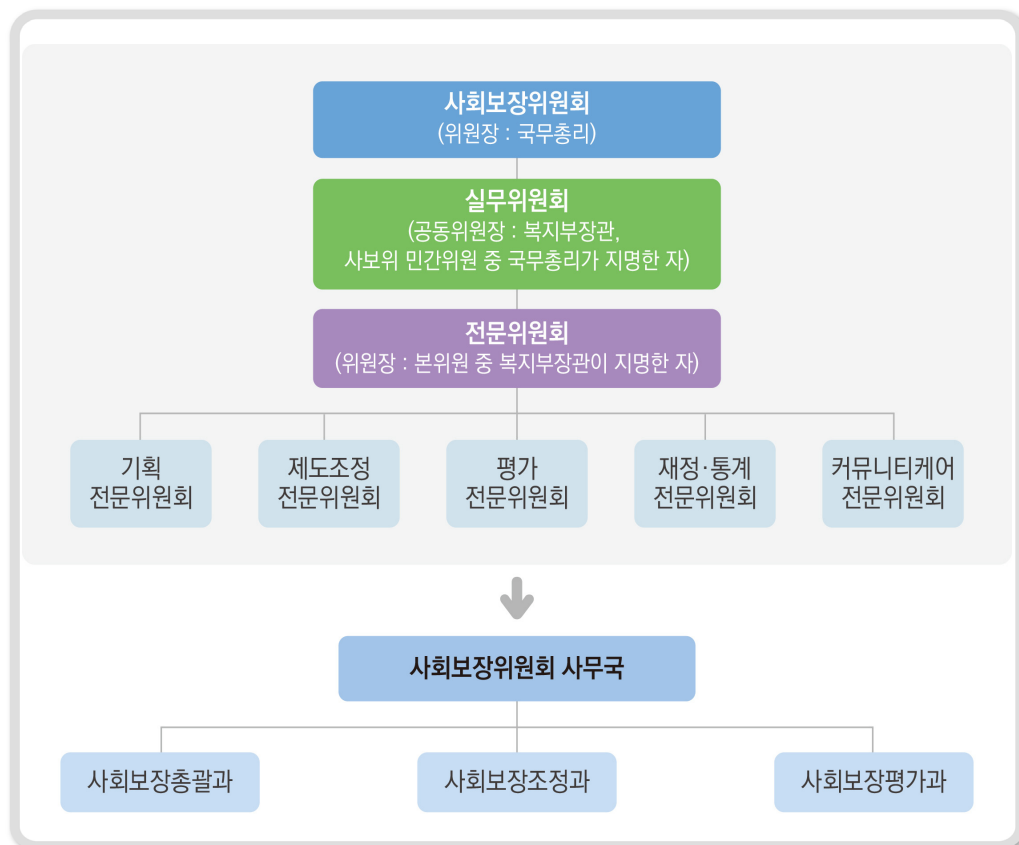
✎ 집필자 | 사회보장총괄과장 방석배

제3기 사회보장위원회의 임기('17.12.26.~'19.12.25.)가 만료되어 제4기 사회보장위원회를 구성 중이다.

나. 추진 체계

사회보장정책에 관한 주요 사항을 심의·조정하는 사회보장위원회는 산하에 실무위원회와 전문위원회를 두고 있다. 실무위원회는 본위원회에 상정할 안건을 사전에 검토 및 조정하며, 분야별 전문위원회를 통해 안건에 대한 전문적 검토와 분석·조사, 의제 발굴 등을 실시한다. 또한, 사회보장위원회에 상정된 안건에 대한 부처 협의와 위원회 운영지원 등을 위하여 전담 사무국을 설치·운영하고 있다.

[그림 2-2-1] 제3기 위원회 조직도



2. 2019년도 운영 현황

사회서비스, 공공부조, 사회보험 등 주요 사회보장 분야를 포괄하는 「제2차 사회보장기본계획(19~23)」을 수립하여 사회보장의 정책 추진 방향을 제시하였다. 또한, 사회보장제도 신설·변경 사업에 대한 협의·조정 제도를 운영하여 기관의 자율성을 최대한 존중하면서도 제도 간 정합성과 효과성을 제고할 수 있도록 하였다.

이와 함께 사회보장 포럼과 국제학술대회를 개최하여 미래 사회보장 이슈를 제시하는 등 주요 사회보장에 관한 공론의 장을 마련하였다.

[표 2-2-2] 2019년 포럼 및 국제학술대회 내역

구분	주제	주요 내용
제1차 포럼 (19.5.)	청년 사회보장의 오늘과 내일	청년 소득보장 정책 현황 및 심리 지원서비스 확대 방안 등 모색
제2차 포럼 (19.7.)	빅데이터 시대, 사회보장 정보 연계 현황과 과제	국내외 빅데이터 활용사례 분석과 시사점 등 논의
국제학술대회 (19.12.)	미래 환경 변화와 사회보장의 미래	국내외 석학, 경제협력개발기구(OECD), 국제노동기구(ILO), 유럽연합(EU) 등 국제기구 전문가들을 폭넓게 초청하여 세계 각국의 사회보장 제도 경험과 연구결과 공유

가. 사회보장위원회

사회보장위원회는 2019년 총 3회 개최되어 민간과 정부가 공동으로 제2차 사회보장 기본계획, 제4기 지역사회보장계획, 제3차 중장기 사회보장 재정추계 등 주요 사회보장 시책을 심의하였다.

[표 2-2-3] 2019년 사회보장위원회 개최 현황

회 의	주요 안건
제18차 (1.31.)	<ul style="list-style-type: none"> 제2차 사회보장 기본계획(안) 사회보장제도 신설·변경 협의·조정 제도 : 지자체 협치 강화 방안 제1차 사회보장 기본계획 '17년 시행계획 추진실적 평가결과 노숙인 등의 복지 및 자립지원 추진실적 평가 보고

회 의	주요 안건
제19차 (4.25.~4. 29.) * 서면 심의	<ul style="list-style-type: none"> • 제2차 사회보장 기본계획 '19년 시행계획 • '17년도 시도별 지역사회보장계획 시행 평가결과 • 제4기 지역사회보장계획 • '18차 사회보장제도 평가 결과 • '18년도 사회보장제도 신설·변경 협의실적
제20차 (7.4.~7.8.) * 서면 심의	<ul style="list-style-type: none"> • 제3차 중장기 사회보장 재정추계 • 제4기 지역사회보장계획 '19년 시행계획 • 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진 현황 및 계획 • '18년 사회보장통계 추진 결과 및 '19년 운영계획

나. 실무위원회

사회보장위원회 실무위원회는 본위원회에 상정할 안건을 사전에 검토하고, 조정하기 위해 총 3회 개최되었다.

[표 2-2-4] 2019년 사회보장위원회 실무위원회 개최 현황

회 의	주요 안건
제18차 (1.24.)	<ul style="list-style-type: none"> • 제2차 사회보장기본계획(안) • 사회보장제도 신설·변경 협의·조정 제도 : 지자체 협치 강화 방안 • 제1차 사회보장 기본계획 '17년 시행계획 추진실적 평가결과 • 노숙인 등의 복지 및 자립지원 추진실적 평가 보고
제19차 (4.22.~4.23.) * 서면 심의	<ul style="list-style-type: none"> • 제2차 사회보장 기본계획 '19년 시행계획 • '17년도 시도별 지역사회보장계획 시행 평가결과 • 제4기 지역사회보장계획 • '18차 사회보장제도 평가 결과 • '18년도 사회보장제도 신설·변경 협의실적
제20차 (6.24.~6.26.) * 서면 심의	<ul style="list-style-type: none"> • 제3차 중장기 사회보장 재정추계 • 제4기 지역사회보장계획 '19년 시행계획 • 지역사회 통합돌봄 선도사업 추진 현황 및 계획 • '18년 사회보장통계 추진 결과 및 '19년 운영계획

다. 전문위원회

사회보장에 관한 전문적인 사항의 조사·연구 및 검토를 위해 기획, 제도 조정, 평가, 재정·통계, 커뮤니케어 총5개 사회보장위원회 산하 전문위원회를 설치·운영하였다. 기획전문위원회는 사회보장기본계획 등 사회보장 관련 주요 계획 등을, 제도조정전문위원회는 사회보장 제도의 신설·변경, 주요 사회보장정책의 조정 등에 관한 사항을 담당한다. 평가전문위원회는 사회보장제도의 평가 및 개선, 재정·통계전문위원회는 사회보장의 재정추계, 사회보장 통계 등을 담당하며, 커뮤니케어 전문위원회는 통합돌봄 추진현황 및 계획 등을 검토하였다.

[표 2-2-5] 2019년 사회보장위원회 전문위원회 개최 현황

분야	일자	주요 안건
기획	1.22.	제2차 사회보장기본계획(안)
제도조정	1.17. 9.6. 12.18.	사회보장제도 신설·변경 협의·조정 제도 개선방안 사회보장 협의제도 운영 원칙 및 주요 사회보장사업 협의 방향 2020 사회보장제도 신설·변경 협의운용지침 및 주요 사회보장사업 협의 방향
평가	1.22. 2.28. 6.19. 9.20. 11.29. 12.10.	'17년 시행계획 추진실적 평가결과, '19년 사회보장 평가계획(안) 제2차 사회보장기본계획 '19년 시행계획 수립방안 등 '18년 시행계획 추진실적 평가, 제2차 사회보장기본계획 실행력 제고 방안 등 '19년 사회보장 제도평가 추진현황 보고 등 사회보장 평가체계 개편(안) 및 연도별 평가 대상 핵심추진과제 선정(안) '20년 제도평가 대상 과제 선정, '19년 추진실적 평가 우수사례 등
재정·통계	5.17. 12.13.	제3차 중장기 사회보장 재정추계 결과, 한국의 사회복지지출 산출 결과 등 제3기 재정·통계전문위원회 운영 결과 보고 등
커뮤니케어	2.19. 6.26.	2026 비전 포럼 운영계획, 통합 돌봄 선도사업 추진현황 및 계획 등 지역사회 통합돌봄 추진현황 및 계획, 통합돌봄 전문인력 양성추진 계획 등

3. 향후 계획 및 기대 효과

사회보장위원회는 인구구조·제4차 산업혁명 등 급격한 환경변화에 따른 선제적 대응을 위해 학계·언론계 등 다양한 전문가들이 참여하는 사회보장 담론 논의의 장을 마련할 예정이다. 또한, 국가의 전체적인 틀 안에서 사회보장사업 간 연계가 이루어지도록 협의·조정하는 역할을 충실히 수행하고, 사회보장제도 평가 내실화를 통해 제도의 사각지대를 발굴·개선하여 국민복지 향상에 기여할 수 있도록 지속적으로 노력할 것이다.

II 사회보장기본계획

1. 수립 배경 및 추진 경과

보건복지부는 각 중앙부처의 사회보장 정책이 체계적이고 일관성 있게 추진될 수 있도록, 사회보장 분야 최상위 계획인 사회보장기본계획을 5년마다 수립·발표하고 있다. 이에 따라 2019년 2월, 제1차 사회보장기본계획(2013~2018)의 성과분석 및 개선방안을 포함한 ‘제2차 사회보장기본계획(2019~2023)’을 발표하였다.

정부는 그간 국민 삶의 질 향상을 위해 5대 사회보험(건강·연금·고용·산재·장기요양), 다양한 현금·현물지원 등 핵심적인 사회보장제도를 도입하였으며, 지난 10년간(2005~2015) OECD 평균 두 배 수준인 연간 11.0%의 빠른 사회복지지출 확대를 추진하였다.

그러나, 사회복지지출의 가파른 증가에도 불구하고 우리나라의 사회복지지출 수준(10.2%)은 2015년 기준 OECD 평균(19.0%)의 53.7%에 불과하여 여전히 낮은 수준이며, 조세와 사회보장 기여금 등 국민부담 중 사회복지지출이 차지하는 비중인 국민부담률 대비 사회복지지출 수준은 OECD 평균의 72% 수준인 40.6%에 불과하다.

제2차 사회보장기본계획은 이와 같은 문제인식을 바탕으로 사회보장의 장기비전과 전략, 향후 5년간 12대 중점 추진과제를 포함하고 있다.

2. 주요 내용

가. 제1차 사회보장기본계획(‘14~’18)과의 비교

제1차 기본계획은 맞춤형 사회안전망 구축, 일을 통한 자립 지원에 전략적 초점을 두었지만, 사회보장을 통한 국민의 복지 체감도가 높지 않다는 평가를 받았다. 또한, 정책영역별 목표 제시 없이 200여 개의 과제가 나열되어 기본계획과 타 계획 간의 관계가 모호하다는 분석이 있었다.

제2차 기본계획은 사회보장의 패러다임을 ‘포용적 사회보장체계 구축’으로 명확히 하였다. 인구고령화, 경제의 저성장 장기화, 4차 산업혁명 등 경제·사회구조의 변화는 가족의 부양능력 저하, 소득 양극화 심화, 고용 불안정성 증가로 이어지고 있으며, 이는 사회보장의 포괄성 및 보편성 강화를 요구하고 있기 때문이다.

또한, 중장기 정책목표 및 분야별 성과지표를 명확히 설정하고, 국민의 삶과 밀접한 4대 핵심영역 중심으로 중점 추진과제 90개를 설정하였다.

[표 2-2-6] 제1차 기본계획과 제2차 기본계획 간 비교

비전	제1차 기본계획('14.~'18.)	제2차 기본계획('19.~'23.)
비 전	더 나은 내일, 국민 모두가 행복한 사회	국민 모두가 함께 잘사는 포용사회
추진원칙 및 전 략	-	① 포용적 사회보장체계 구축 * 사각지대 해소 및 보편적 서비스 확대 ② 지역사회 중심 통합적 서비스 이용체계 구축 * 지역통합돌봄 체계 구축 및 돌봄경제 육성 ③ 사회보장 제도 간 연계조정 강화 * 사업간 연계·조정을 위한 정책조정 거버넌스 강화 ④ 포용과 혁신의 상호보완체계 구축
중 장 기 목 표	-	국민 삶의 질 향상 OECD 20위('23) → 10위('40)
정 책 지 표	- ▶ 5년 후 달라지는 국민생활 제시	▶ 4대 정책영역별 성과 목표 제시 (고용, 소득, 건강, 사회서비스 4대 분야, OECD 비교가능 지표) ▶ 분야별 5년 후 달라지는 국민생활 제시
과 제 수	▶ 약 200여개 과제	▶ 90개 핵심과제
실 행 력 강화방안	▶ 연차별 시행계획 수립 및 평가 - -	▶ 연차별 시행계획 수립 및 점검 ▶ 4대 정책영역 제도평가 실시 ▶ 기본계획 보완·환류(2~3년 주기)

나. 중장기 비전, 추진원칙 및 전략

「제2차 사회보장기본계획('19.~'23.)」은 포용적 사회보장체계 구축이라는 사회보장 패러다임을 통해 달성하고자 하는 중장기 비전으로 “국민 모두가 함께 잘 사는 포용사회”를 제시하였다.

구체적으로는 “모든 국민이 사회적 위험으로부터 안심하고 살아가는 사회”, “공정한 기회와 정의로운 결과가 보장되는 사회”, “내일이 오늘보다 나을 것이라는 희망을 주는 사회”를 말한다.

이러한 비전을 바탕으로 향후 5년간 사회보장정책의 기본원칙으로 다음 세 가지를 제시하였다.

첫째, 모든 국민의 기본생활을 포괄적, 보편적으로 보장하여 사회보장제도의 포용성을 강화한다. 이는 사회보장제도의 사각지대를 해소하여 모든 국민의 기본생활을 포괄적으로 보장하고, 소득·재산조사가 아닌 개인의 욕구에 기반한 보편적 수당 및 서비스를 확대하며, 이를 통해 고용, 교육, 성별 등 사회적 격차를 완화하고, 공평한 기회를 보장하는 것을 의미한다.

둘째, 지역사회 중심의 통합돌봄체제로 서비스 이용체계의 패러다임을 재정립한다. 지역사회 통합돌봄 서비스를 통해 자기가 살던 곳에서 주거, 보건, 의료, 요양, 돌봄 등 원하는 서비스를 통합적으로 이용할 수 있게 하여 국민의 복지 체감도를 높이고, 돌봄 서비스 및 관련 산업 육성을 통해 ‘돌봄경제(Care Economy)’를 활성화하며, 사회서비스 분야 안정적인 일자리 창출을 도모한다.

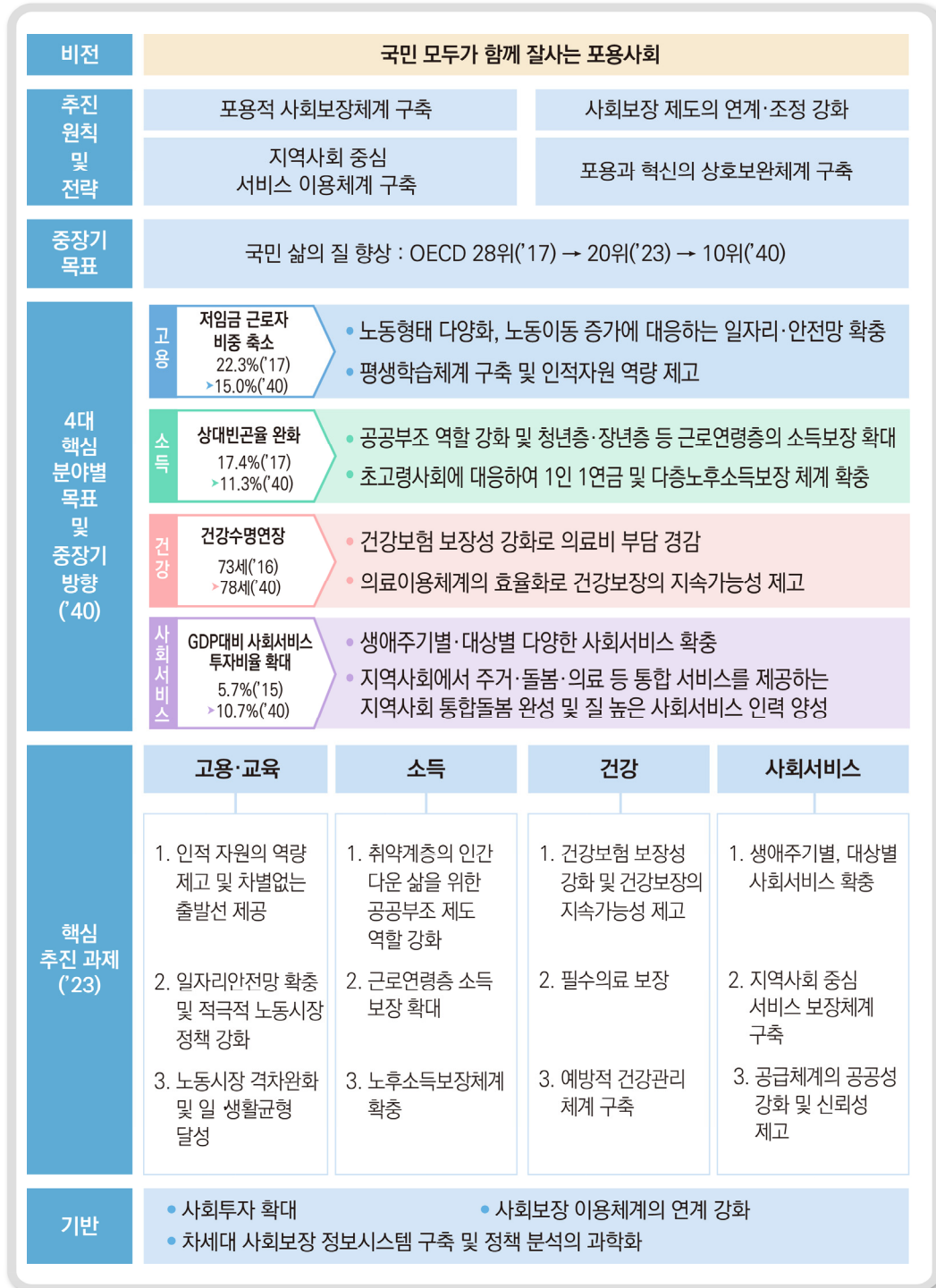
셋째, 영역별, 대상별로 분절 또는 중복되어 있는 사회보장제도의 연계 및 조정을 강화하여 제도의 효과성과 효율성을 높인다. 사회복지지출 확대 필요성은 증가하고 있는 반면, 경제의 저성장 장기화, 산업구조 변화 등 재정여건은 악화되고 있는 상황에서, 기존 제도 간 중복 및 분절을 최소화하여 지속가능성을 확보하는 것이 필요하기 때문이다.

다. 분야별 주요 정책 과제

「제2차 사회보장기본계획(19.~23.)」은 ‘경제발전과 사회발전의 균형을 통한 국민 삶의 질 향상’을 사회보장제도의 중장기 목표로 설정하였다. 구체적으로는 2017년 기준 OECD 28위 수준인 삶의 만족도 지수를 2023년 OECD 평균 수준인 20위, 장기적으로 2040년에는 10위 까지 향상시키는 것을 목표로 설정하였다.

이를 위하여 국민의 삶과 밀접한 사회보장 4대 핵심분야를 고용·교육, 소득, 건강, 사회서비스로 구분하고, 각 분야의 주요목표와 분야별 핵심 추진과제, 주요지표 등을 다음과 같이 설정하였다.

[그림 2-2-2] 제2차 사회보장기본계획('19.~'23.) 비전 및 전략 체계도



첫째, 고용·교육 분야에서는 노동형태의 다양화, 노동이동 증가에 대응하는 일자리 안전망 확충과 적극적 노동시장 정책 강화, 인적 자원의 역량제고 및 노동시장 격차완화를 통한 고용의 질 개선을 중장기 정책방향으로 설정하였다. 이를 위해 임금근로자 중 임금 중위값 2/3 미만 근로자의 비중을 의미하는 저임금 근로자 비중을 주요지표로 하여, 2017년 22.3%인 저임금근로자 비중을 2023년 18.0%, 2040년 15.0%까지 축소하는 목표를 제시하였다.

둘째, 소득보장 분야에서는 공공부조 역할강화, 청·장년층 등 근로연령층 소득보장 확대, 1인 1연금 및 다층노후소득보장체계 확충 등을 통한 빈곤율 감소를 목표로 설정하였다. 주요 지표로 상대빈곤율을 제시하였으며, 이를 2017년 17.4%에서 2023년 15.5%, 2040년 OECD 평균수준인 11.3%로 낮출 계획이다.

셋째, 건강보장 분야에서는 건강보험 보장성 확대와 건강보장 제도의 지속가능성 제고, 필수의료 보장 및 예방적 건강관리 강화를 통해 건강수명을 2016년 73세에서 2023년 75세, 2040년 78세로 연장하는 목표를 세웠다.

넷째, 사회서비스 분야에서는 지역사회 통합돌봄체계 완성, 사회서비스 인력양성과 품질 향상을 위한 사회서비스 투자확대를 목표로 설정하였다. 이를 나타내는 주요지표로서 GDP대비 사회 서비스 투자 비중을 2015년 5.7%에서 2023년 OECD 평균수준인 7.4%, 2040년 10.7%까지 확대할 계획이다.

3. 향후 계획 및 기대 효과

「제2차 사회보장기본계획(19.~23.)」 수립으로 중앙과 지방에서 시행되고 있거나 수립될 예정인 사회보장 관련 정책들이 중장기 방향에 따라 일관성을 가지고 체계적으로 추진될 것으로 기대한다.

더불어, 「제2차 사회보장기본계획(19.~23.)」을 바탕으로 연차별 시행계획을 수립하여 매년 추진실적을 평가할 예정이며, 그 결과를 다음 해 계획에 반영하고 미흡한 과제에 대해서는 개선방안을 강구하도록 하여 기본계획이 실행력을 가질 수 있도록 할 것이다.

Ⅲ 중장기 사회보장 재정추계

1. 개요

사회보장 재정추계는 중장기적 관점에서 사회보장제도의 안정적 운영, 지속가능성 확보 및 발전적 방향 제시를 위해 2013. 1. 27. 시행된 개정 「사회보장기본법」(법률 제11238호, 2012. 1. 26. 전부개정)에 근거를 두고 있다. 정부는 2013년 이후 세 차례 재정추계를 실시하고, 그 결과를 발표하였다.

가. 추진 경과

사회보장 중장기 재정추계를 위해, 2013년 5월 사회보장위원회 산하에 민·관 합동의 재정추계 소위원회를 구성하였다. 민간전문가가 참여함으로써 재정추계의 신뢰성·객관성 및 전문성을 제고하였고, 추계 작업의 행정적·기술적 지원을 위해 한국보건사회연구원에 재정추계센터를 설치·운영하였다.

한편, 2015년 7월 개정 시행령에 따라 재정추계소위원회가 재정·통계 전문위원회로 개편되었다.

2017년 3월부터 2019년 7월까지 재정추계자문위원회 및 재정통계전문위원회 회의를 통해 추계 방법과 가정, 공공사회복지지출 규모, 정책영역별 구성 등에 대한 논의를 진행하였다.

나. 추계 기간과 범위

추계기간은 해외 선진국 사례, 사회보험분야 장기재정전망 기간과의 정합성 등을 종합적으로 고려하여 2018년부터 2060년까지로 설정하였으며, 범위는 OECD 공공사회복지지출(SOCX, Public Social Expenditure) 9대 정책영역을 대상으로 하였다.

[표 2-2-7] 사회보장 재정추계 범위

공공사회복지지출 9대 정책 영역	사회보험	일반재정
노령, 유족, 근로무능력, 보건, 가족, 적극적 노동시장, 실업, 주거, 기타 사회정책	국민연금, 공무원연금, 군인연금, 사학연금, 건강보험, 장기요양보험, 산재보험, 고용보험	공공사회복지지출 중 사회보험을 제외한 중앙·지방정부의 공공부조, 사회보상 및 사회서비스 등 정부 지출 사업

다. 추계 모형 및 방법

먼저, 사회보험은 2018년 통합재정추계위원회(기획재정부 주관)와 제도별 각 소관 부처의 추계 모형·방법 및 장기전망 결과를 원용하였다.

다음으로 일반재정 중 주요 재정분야는 '수리모형*'을 통한 조성법**을, 그 외 분야는 일정 비율의 지출증가율을 적용하여 추계하였다. 주요 개별가정의 경우는 분야 간 일관성을 유지할 필요가 있거나 추계 결과에 큰 영향을 미칠 것으로 예상되는 가정변수를 설정하였다.

* (수리모형) 급여지출을 결정하는 변수들 간의 관계를 산식으로 정의하고, 이를 통해 결과값을 산출하는 모형

** (조성법, Cohort-Component Method) 성별, 연령별 인구와 각 인구 그룹의 1인당 평균 급여비를 예측한 뒤 예측한 값을 곱하여 총지출을 계산

표 2-2-8 | 추계모형 구축 분야 및 주요 개별 가정

추계모형 구축 분야	주요 가정
기초연금	<ul style="list-style-type: none"> • 65세 이상 인구 수 • 기초연금액 증가율
기초생활보장급여	<ul style="list-style-type: none"> • 급여종류별 수급률 • 1인당 급여 증가율
노인돌봄서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 65세 이상 1인 가구 수 • 돌보미 수 • 1인당 급여 증가율
장애인연금	<ul style="list-style-type: none"> • 등록 장애인 수 • 급여 종류별 급여 수급률 • 1인당 급여 증가율
장애수당	
장애인활동지원	
보육료지원	<ul style="list-style-type: none"> • 보육시설 이용률 • 1인당 급여 증가율
양육수당	
아이돌봄지원	<ul style="list-style-type: none"> • 서비스 종류별 이용률 • 1인당 인건비 지원 증가율
보육돌봄서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 인건비 지원 대상자 수(교사 유형별) • 1인당 인건비 지원 증가율
아동수당	<ul style="list-style-type: none"> • 아동 수 • 1인당 지원액 증가율

주: 급여 증가율; 경제 성장을 적용

라. 기본 전제

인구추계는 2016년 통계청 ‘장래인구추계’의 중위가정을, 경제변수는 제4차 국민연금 재정 계산시 사용한 경제변수의 중립가정을 활용하였다. 한편, 제도는 2018년 현행 유지를 전제로 하였다.

2. 추계 결과(SOCX 기준)

가. 총지출 규모

GDP 대비 우리나라의 공공사회복지지출 비중은 2018년 11.1%에서 2060년 28.6%로 2.6배 증가할 것으로 전망되었다.

[표 2-2-9] GDP 대비 분야별 지출 규모('18. 실시)

(단위 : %)

구 분	2018년	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년
GDP 대비 지출 규모	11.1	12.1	16.3	20.8	25.3	28.6

나. 분야별 지출 규모

사회보험 분야의 지출 규모는 2018년 GDP 대비 6.9%에서 2060년 23.8%로 일반재정 분야 보다 빠른 속도로 증가하여 2060년에는 전체 공공사회복지지출의 83.1%를 차지하게 될 것으로 전망되었다. 이는 인구 고령화와 연금제도 성숙 등에 따른 자연적 증가로 인해 고령화 관련 지출이 큰 부분을 차지하는 것에 기인하는 것으로 파악되었다.

[표 2-2-10] GDP 대비 분야별 지출 규모('18. 실시)

(단위 : GDP 대비 %, 구성비)

구 분	2018년	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년
일반재정 분야	4.2 (37.8)	4.4 (36.1)	4.9 (29.8)	5.1 (24.3)	5.0 (19.8)	4.8 (16.9)
사회보험 분야	6.9 (62.2)	7.7 (63.9)	11.4 (70.2)	15.8 (75.7)	20.3 (80.2)	23.8 (83.1)

[표 2-2-11] 지원형태별 복지지출 규모('18. 실시)

(단위 : GDP 대비 %, 구성비)

구 분	2018년	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년	증가율
현물급여 ¹⁾	5.4 (53.9)	5.2 (53.4)	8.3 (54.5)	10.9 (54.8)	13.3 (54.8)	4.7 (53.2)	5.6
현금급여 ²⁾	4.6 (46.1)	6.0 (46.6)	7.0 (45.5)	9.0 (45.2)	11.0 (45.2)	12.9 (46.8)	5.6

주 : 1) 현물급여 : 건강보험, 노인장기요양보험, 의료급여 등

2) 현금급여 : 국민연금 등 4대 공적연금, 기초연금, 기초생활보장급여(생계·주거) 등

* 적극적 노동시장은 현금·현물급여로 구분할 수 없어(2017 OECD SOCX MANUAL) 현금·현물급여 분류 시 제외

3. 기대 효과 및 향후 계획

사회보장 재정추계는 현행 제도 유지를 전제로 중장기적 공공사회복지지출을 전망하므로 추계 결과는 중장기적 시각에서 사회보장지출의 수준과 구성, 사회보장제도 개선 등에 관한 기초자료로 활용된다.

사회보장 재정추계 결과의 신뢰성을 확보하고, 재정추계와 제도개선과의 연계성을 제고할 수 있는 방안을 적극적으로 강구하기 위한 사회보장 재정추계 모형 고도화 지속 추진 및 정책변화에 따른 재정소요 및 효과성 분석을 단계적으로 실시할 계획이다. 또한, 사회보장 재정추계의 전문성과 연속성을 높이기 위해 전담기관 설치를 추진할 것이다.

IV 사회복지지출 산출

1. 개요

경제협력개발기구(OECD)에 가입한 이래, OECD 사회복지지출(Social Expenditure)은 보건복지부(연구기관: 한국보건사회연구원)가 산출하여 OECD에 격년으로 제출함과 동시에 국내에 공표하고 있다. OECD 사회복지지출 내역은 사회보험 및 일반재정, 법정·자발적 민간 지출 등을 9대 정책영역(노령, 유족, 근로무능력, 보건, 가족, 적극적 노동시장, 실업, 주거,

기타)으로 분류하여 국가별 정부와 민간의 복지지출 수준의 비교 자료로 활용되고 있다. 통계자료 제출은 OECD협정문 제3조 ‘권고의무’에 따라 OECD 회원국의 의무사항이다.

2. OECD 사회복지지출 현황

2015년 우리나라 OECD 공공사회복지지출(GDP 대비 비중)은 10.2%로 OECD 평균(19.0%)에 비해 낮으나, 그 증가율('05.~'15.)은 11.0%(OECD평균 5.3%)로 빠르게 증가하고 있다.

사회복지지출은 관련 부처가 20여개로 민간전문가 15명, 정부부처 18명으로 ‘복지지출자문위원회’와 민간전문가 10명, 정부부처 9명으로 ‘지자체 복지지출자문위원회’를 각각 구성·운영하여 OECD 기준 사회복지지출(SOCX)을 검토하여 포괄범위와 산출방법 등을 정립해 나가고 있다. 2018년 3월 OECD에 관련 자료를 제출*하고 OECD에서 검토한 후 2019년 1월 공표하였다.

* 2014.~2015.(확정치), 2016(잠정치), 2017.~2018년(전망치, 공공사회복지지출만) 제출

[표 2-2-12] 사회복지지출 현황('15. 기준)

(단위:조 원, GDP 대비 %)

			'12.	'13.	'14.	'15.	'16.e
총사회복지지출 ¹⁾ (E=C+D)	금액		154.7	169.6	184.3	206.3	220.4
	GDP대비		11.2	11.9	12.4	13.2	13.4
사회복지지출 ²⁾ (C=A+B)	금액		129.0	142.0	154.9	174.8	188.7
	GDP대비		9.4	9.9	10.4	11.2	11.5
	공공(A) ³⁾	금액	120.0	132.5	143.6	159.7	172.7
		GDP대비	8.7	9.3	9.7	10.2	10.5
	법정민간(B)	금액	9.1	9.6	11.3	15.1	16.0
		GDP대비	0.7	0.7	0.8	1.0	1.0
	자발민간(D)	금액	25.6	27.6	29.4	31.5	31.7
		GDP대비	1.9	1.9	2.0	2.0	1.9

※ 주: 1) 총사회복지지출: 사회복지지출 + 자발적민간사회복지지출

2) 사회복지지출: 공공사회복지지출 + 법정민간사회복지지출

3) 공공사회복지지출: 일반정부지출(공공부조, 사회보장, 사회 서비스) + 사회보험지출(공적연금, 건강보험, 산재보험, 고용보험, 장기요양보험) + 공기업의 취약계층 교통·통신요금 감면

※ 출처: OECD Social Expenditure(확정치: '90.-'15. 예측치: '16.)

[표 2-2-13] 사회복지지출의 국제비교('15.)

(단위 : GDP 대비 %)

구분	한국	스웨덴	프랑스	독일	일본	영국	미국	OECD 평균
사회복지지출	11.2	26.8	32.2	27.1	22.4	22.6	24.6	20.4
공공사회복지지출	10.2	26.3	32.0	24.9	21.9	21.6	18.8	19.0

※ 출처 : OECD Social Expenditure(현재 '15. 수치가 최종 확정치임)

[표 2-2-14] 분야별 공공사회복지지출의 국제비교('15.)

(단위 : GDP 대비 %)

국가	노령	유족	근로 무능력	보건	가족	적극적 노동 시장	실업	주거	기타	Total
네덜란드	6.1	0.1	3.4	2.7	1.5	0.8	1.5	0.5	1.2	17.7
노르웨이	8.5	0.3	4.3	6.4	3.3	0.5	0.4	0.1	0.8	24.7
덴마크	10.2	0.0	4.4	6.7	3.4	2.1	0.0	0.7	1.5	29.0
독일	8.3	1.8	2.1	8.1	2.2	0.6	0.9	0.6	0.3	24.9
미국	6.4	0.7	1.4	8.4	0.6	0.1	0.2	0.3	0.8	18.8
벨기에	9.1	1.8	2.9	7.9	2.8	0.7	2.9	0.2	0.7	29.2
스웨덴	9.1	0.3	4.1	6.3	3.5	1.3	0.3	0.4	0.9	26.3
스페인	9.3	2.3	2.4	6.5	1.2	0.6	2.0	0.1	0.2	24.7
아일랜드	3.6	0.3	1.4	5.3	2.2	0.6	1.5	0.5	0.1	15.5
영국	6.5	0.1	1.9	7.7	3.5	0.2	0.2	1.5	0.1	21.6
이탈리아	13.6	2.6	1.8	6.7	2.0	0.5	1.0	0.0	0.2	28.5
일본	9.9	1.3	1.0	7.7	1.3	0.1	0.2	0.1	0.3	21.9
프랑스	12.7	1.7	1.7	8.8	2.9	1.0	1.6	0.8	0.8	32.0
핀란드	12.2	0.8	3.6	5.7	3.1	1.0	2.4	0.7	0.9	30.4
한국	2.7	0.3	0.6	4.0	1.2	0.4	0.3	0.0	0.7	10.2
OECD 평균	7.0	0.9	1.9	5.3	2.0	0.4	0.7	0.3	0.5	19.0

※ 출처 : OECD Social Expenditure(현재 '15. 수치가 최종 확정치임)

3. 기대 효과 및 향후 계획

2020년 4월 한국의 사회복지지출(SOCX) 산출 통계 자료를 제출*하고 OECD에서 검토한 후 10월 공표할 계획이다. 국제 기준의 특성상 OECD 사회복지지출 자료는 우리나라 복지지출 현황을 모두 반영하기 어려운 한계가 있다. 그러므로, 사회복지지출의 지속적인 확대 추세 속에서 정부재정(중앙, 지방자치단체), 사회보험, 민간, 조세지출 등을 총괄하는 우리나라 사회 복지지출 전반에 대한 개념 정립 및 지출 규모 산출 · 분석, 의견 조율을 위한 논의체계 운영 등을 통해 지속적인 사회복지지출 관리 체계를 구축하여 정책수요자인 국민에게 복지지출에 대한 정확한 정보를 제공하고, 한정된 재원의 효율적 운용 및 사회보장정책 결정 시 기초 자료로 활용될 수 있도록 지원해 나갈 계획이다.

V 사회보장지표의 조사 · 분석 및 관리

1. 개요

2013년 1월 사회보장기본법 전면개정 시행으로 국가와 지방자치단체에 사회보장통계의 작성 및 관리 의무가 부여되었고, 통계에 근거한 과학적이고 적실성 있는 다양한 사회보장 정책 수립을 지원하기 위하여 체계적인 사회보장지표를 조사 · 분석 및 관리하고 있다.

2. 사회보장통계의 범위

사회보장통계란 국가 및 지자체(공공기관 포함)에서 사회보장정책의 수립과 시행을 위하여 작성하고 관리하는 통계 전체를 말하며, 사회적 상황, 정책 내용, 정책 성과 등 사회보장정책의 수립 · 시행에 필요한 보고 · 조사 · 가공통계 등의 모든 통계를 포함한다. 단, 재정 · 통계전문 위원회와 자문단 운영을 통해 통계의 적절성을 검토하여 사회보장통계 포함 여부를 결정한다.

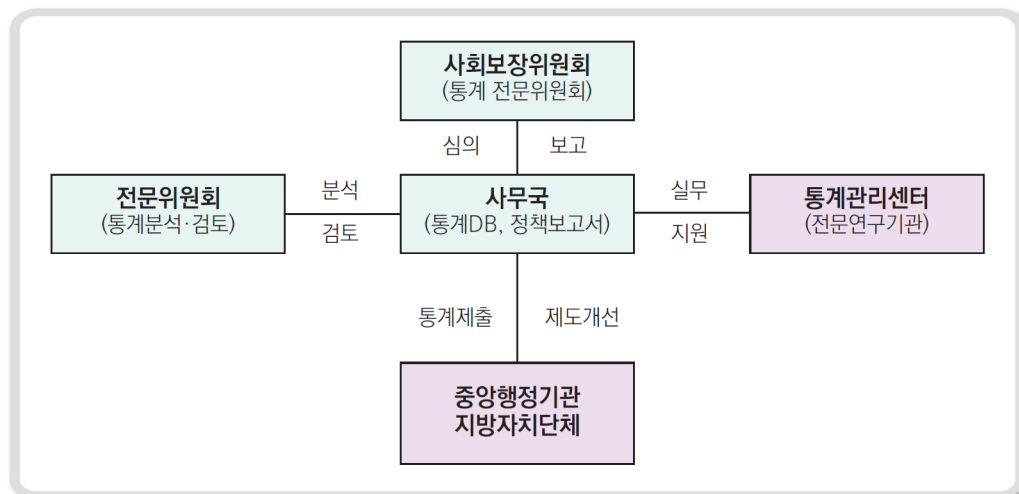
3. 추진 체계

재정·통계전문위원회와 자문단 운영*을 통해 사회보장통계 대표지표를 선정하고, 중복 또는 유사 통계 검토 및 신규 통계 발굴 등 사회보장통계의 체계화와 질을 관리한다. 사무국은 사회보장통계 운용지침을 마련하고, 통계 DB 구축·관리와 연보, 분석 보고서 총괄 등 사회보장통계를 지원하고 관리한다.

* 중앙부처 및 지방자치단체 사회보장 통계담당관으로 '통계담당관협의회'를 구성하여 사회보장통계업무 협의·조정, 발전 방안 등 협의

또한, 통계관리센터는 통계목록 및 통계자료를 수집하여 정리하고 통계 DB 구축·관리, 통계 연보(Fact Book) 발간 등 실무 지원을 담당하고 있다.

[그림 2-2-3] 사회보장통계 관리 체계



4. 2019년 사회보장통계 종합관리 추진 현황

가. 사회보장통계 수집 및 정리

사회보장정책과 관련된 다양한 분야의 통계(159종)를 33개 관련 기관(중앙부처 및 지방자치단체, 공공기관)으로부터 수집하였다. 국가통계포털, e-나라지표를 통하여 공표되는 자료를 제외한 미승인통계는 작성기관으로부터 통계보고서 등 다양한 형태로 직접 수집되었다.

이렇게 수집된 통계에 ‘기관명’, ‘통계명 번호’, ‘통계표 번호’를 조합하여 통계별 고유식별 코드*를 부여하여 체계적인 관리 기반을 마련하였으며, 삶의 질 보장과 주거, 문화, 환경·기후, 에너지 분야 등의 통계를 포함하여 사회보장통계의 범위를 확대하였다.

* 예시 : 보건복지부_A0099_B0001, 여성가족부_A0088_B0001

나. 사회보장통계지표 개선

정책영역별 정책 평가 및 활용도 제고를 위하여 사회보장통계 지표 체계를 14개 분야의 52개 세부정책영역으로 설정하고, 정책 상황을 연계하여 해석할 수 있도록 상호보완적 기능을 수행하는 대표지표와 연관지표로 구분하여 구성하였다. 2013년 핵심지표 161개로 시작하여, 2014년에는 227개, 2015년에는 253개, 2016년에는 263개, 2017년에는 262개, 2018년 260개로 대표지표와 연관지표를 확대·발굴하였으며, 2019년에는 지표 신규 발굴 및 조정 등을 통해 269개 지표로 구성하였다.

[표 2-2-15] 2019년 사회보장통계 지표 영역

분 야	세부정책 영역(52개)
1. 가족	다양한 가족·가족과 일·가족 갈등·가족지원서비스
2. 아동	아동 건강 발달·아동안전·아동빈곤·아동의 사회적 보호·아동 복지 지출
3. 청년	청년의 고용과 경제활동·청년의 삶의 질
4. 노인	노인 건강수준·노인 의료 이용·노인 장기요양
5. 장애인	장애인 인구 및 생활·장애인 복지서비스·장애인 보육교육·장애인 경제활동·장애인 소득보장
6. 근로	고용·고용안정성·일자리의 질·근로빈곤·자활
7. 소득보장과 빈곤	최저소득보장·상대적 빈곤·불평등·노후소득보장
8. 건강	건강수준·건강관리·의료이용·의료자원
9. 보육 및 교육	영유아 보육 및 교육·교육의 질·교육기회보장
10. 문화	문화 향유·문화 접근성·문화 참여·문화 교육·문화 복지
11. 주거	주거의 질·주거의 안정성·주거비 부담 가능성
12. 에너지	에너지 사용 유형·에너지 소비·에너지복지
13. 환경	환경의 질·환경관리·환경보전
14. 사회재정	재원배분·사회보장 지출구조·국제비교

다. 다양한 사회보장통계 제공

최근의 사회보장정책 흐름을 볼 수 있는 “통계로 보는 사회보장 2019”을 발간하여 관계 부처에 배부하고, 2019년까지 수집된 사회보장통계 DB에 대하여 분야, 생애주기, 정책영역(SOCX 분류), 소관 부처별 체계적인 통계서비스를 사회보장위원회 홈페이지를 통해 제공하였다. 이로써 통계를 통한 우리나라의 사회보장 현황과 발전 과정, 정책 방향에 대한 국민들의 이해도를 높이고, 다양하게 활용할 수 있는 기반을 마련하였다. 특히, 모바일용 e-book을 제작하여 사회보장통계에 대한 국민들의 접근성을 높였다.

5. 기대 효과 및 향후 계획

각종 사회보장 관련 통계를 체계화함으로써 효과적인 사회보장정책 수립·시행의 지원 체계가 강화될 것으로 기대한다.

향후 효율적이고 체감도 높은 사회보장정책이 수립될 수 있도록 생애주기별, 정책영역별 사회보장통계를 지속적으로 발굴하고 개선할 예정이며, 사회보장통계의 적시성을 제고할 계획이다. 또한, 사회보장통계 수집과 DB 구축 후 다양하게 공유하고 활용할 수 있도록 사회보장통계 DB를 활용한 전문가 포럼 및 대국민 공모전을 활용한 이슈페이퍼를 발간할 계획이다.

제2절 사회보장제도의 협의 · 조정

I 신설 · 변경되는 사회보장제도 협의 · 조정

1. 개요

중앙정부와 지방자치단체의 사회보장제도를 조정 · 연계함으로써 국가 전체적인 사회보장 제도의 정합성을 확보하고, 조화로운 사회안전망 구축을 위하여 사회보장기본법 전면 개정(12. 1. 27.)을 통해 사회보장협의제도가 도입(13. 1. 27. 시행)되었다.

사회보장기본법 제26조에 따라 중앙행정기관의 장과 지방자치단체의 장이 사회보장제도를 신설하거나 변경하는 경우, 신설 또는 변경의 타당성, 기존 제도와의 관계, 사회보장 전달체계에 미치는 영향 및 운영 방안 등에 대하여 보건복지부장관과 사전 협의하여야 한다.

협의 대상은 사회보험, 공공부조, 사회서비스 및 평생사회안전망의 범위에 포함되는 사업 중 신설되거나 주요사항이 변경되는 사업이다.(법 제3조) 이때 ‘신설’이란 해당 기관에서 시행하고 있지 않은 사업을 새로이 기획하여 시행하는 경우이고, ‘변경’이란 해당 중앙행정기관 및 지방자치단체에서 이미 시행 중인 사업의 목적, 지원 대상, 지원 내용 및 전달 체계 등을 변경하고자 하는 경우이다.

협의 절차는 해당 중앙행정기관 및 지자체에서 신설 · 변경하고자 하는 사업 내용을 보건복지부에 제출하면 보건복지부는 신설 · 변경의 타당성, 기존 제도와의 관계(유사 · 중복성), 사회보장 전달체계에 미치는 영향 등을 검토하고[표 2-2-16 참고] 관계부처 및 민간전문가의 의견을 반영하여 협의 결과를 송부한다.

중앙행정기관의 장과 지방자치단체의 장은 사회보장제도를 신설하려는 경우 매년 4월 30일까지 협의요청서를 보건복지부로 제출해야 한다. 다만, 4월말 이후에도 긴급한 사유로 의해 사회보장제도의 신설 또는 변경이 필요한 경우 협의요청 할 수 있으나, 원칙적으로 법정기한 내에 협의요청 하지 않은 건은 협의기관이 긴급한 사유를 소명하거나 시행시기를 유예할 수 있다. 그럼에도 불구하고, 중앙사업의 경우 긴급한 사유 등으로 제출기한(4. 30.) 이후 제출하는 경우에도 정부예산안의 국회 제출기한(9. 1.) 이전까지 제출하여야 한다.

협이가 완료된 경우에는 사회보장위원회에 보고하고 그 결과를 기획재정부장관과 행정안전부장관에게 통보하고, 협이가 이루어지지 않는 경우 사회보장위원회에 상정하여 심의·조정하게 된다.

[표 2-2-16] 협의 기준 및 주요 검토항목

검토 영역	검토 사항
1. 사업 타당성	① 사업 추진 근거의 명확성(추진근거) ② 지역 문제의 시급성, 지역 내 우선 순위, 지역 특수성 ③ 사업 취지와 사업 내용 간 연계성 ④ 공공재원 투입의 필요성
2. 기존 제도와와의 관계 (유사·중복성 등 검토)	⑤ 사회보장제도 중장기 발전 전략과의 부합 여부 ⑥ 지원대상자에 대한 유사급여·서비스 여부 ⑦ 사업 시행에 따른 중복, 누락(해소), 편중(해소) 효과 ⑧ 정부와 지자체 사업 간 연계를 통한 보충성 확보
3. 전달 체계에 미치는 영향	⑨ 전달 체계의 과부하/분절성 심화에 따른 비효율 여부 ⑩ 수혜자 접근성(편의성), 급여 제공의 적시성 ⑪ 사회보장정보시스템 활용
4. 재정 등에 미치는 영향	⑫ 자원 조달 계획 및 재정의 지속가능성(적정성) ⑬ 재정 집행의 효율성
5. 기타	⑭ 사회보장기본계획 및 지역사회보장계획 등 중장기적 사업추진 계획 ⑮ 특수취약계층의 복지수요 반영 ⑯ 제도 시행 예정 시기의 적절성

[표 2-2-17] 신설 · 변경되는 사회보장제도 협의 절차

절 차	주요내용
<div>협의요청 (요청기관 → 복지부)</div>	<ul style="list-style-type: none"> 제출서류 : 협의요청 공문, 협의요청서 및 참고자료 기초지자체는 관할 시·도와 복지부에 동시 문서 시행 (수신지정 : 관할 시·도 및 보건복지부 사회보장조정과)
<div>관련부처(부서) 의견수렴</div>	<ul style="list-style-type: none"> 협의요청사업 관련 소관부처(부서) 의견조회 필요시 해당사업 분야 전문가 자문 등 의견수렴
<div>전문가 의견수렴</div>	<ul style="list-style-type: none"> 해당사업 분야 전문가그룹(협의지원단) 자문 등 의견수렴
<div>협의회 검토 · 협의</div>	<ul style="list-style-type: none"> 신설변경 사회보장제도 협의회* 안건 검토 · 협의 * 관계부처, 국책연구기관, 지자체 관계자 등이 참여하는 자문기구인 협의회 구성 · 운영
<div>결과 통보 (복지부 → 요청기관)</div>	<ul style="list-style-type: none"> 특별한 사유가 없는 일반안건 : 60일 이내 처리 쟁점안건 : 최대 6개월 이내 처리 요청기관이 기초지자체인 경우 관할 시·도에 동시 문서 시행 (수신지정 : 협의요청기관, 협의총괄부서(중앙부처·기재부, 지자체-관할 시·도), 지방의회 사무처)

[그림 2-2-4] 협의 미성립 시 조정 절차



2. 사회보장제도 협의·조정실적

신설·변경 사회보장제도 협의 건수는 2013년 58건, 2014년 75건, 2015년 290건, 2016년 878건, 2017년 1,078건, 2018년 1,031건, 2019년 1,157건으로 매년 증가하고 있다. 2019년 1,157건에 대한 협의를 진행하여 912건의 협의가 성립되었고, 245건은 현재 협의 중이다.

[표 2-2-18] 신설·변경 사회보장제도 협의·조정 현황

(단위: 건, '19.12월말기준)

구분		협의 건수 (①+ ②+③)	①협의성립(완료)							② 협의 미성립 (조정)	③ 진행중
			('13.~'17. 통보방식)				('18. 이후 통보방식)				
			소계	동의	부동의	대안 권고	소계	협의 완료	재협의 후 완료		
2013	중앙	30	30	28	2	-	-	-	-	-	-
	지자체	28	28	25	-	3	-	-	-	-	-
	소계	58	58	53	2	3	-	-	-	-	-
2014	중앙	12	12	11	1	-	-	-	-	-	-
	지자체	63	63	42	21	-	-	-	-	-	-
	소계	75	75	53	22	-	-	-	-	-	-
2015	중앙	13	13	13	-	-	-	-	-	-	-
	지자체	277	276	207	47	22	-	-	-	1	-
	소계	290	289	220	47	22	-	-	-	1	-
2016	중앙	29	29	29	-	-	-	-	-	-	-
	지자체	849	849	812	37	-	-	-	-	-	-
	소계	878	878	841	37	-	-	-	-	-	-
2017	중앙	38	38	38	-	-	-	-	-	-	-
	지자체	1,040	1,039	1,015	24	-	-	-	-	1	-
	소계	1,078	1,077	1,053	24	-	-	-	-	1	-
2018	중앙	46	-	-	-	-	46	41	5	-	-
	지자체	985	-	-	-	-	977	904	73	-	8
	소계	1,031	-	-	-	-	1,023	945	78	-	8
2019	중앙	55	-	-	-	-	47	45	2	-	8
	지자체	1,102	-	-	-	-	865	802	63	-	237
	소계	1,157	-	-	-	-	912	847	65	-	245

주: 1) 협의성립 건수에 협의대상제외('13.~'19. 반려 437건, 철회 279건)건은 불포함

2) '18년부터 협의결과 통보방식 변경 (동의/부동의 → 협의완료/재협의)

3) 협의 미(未)성립되어 조정 완료한 사업: 2건 ('15년 성남시 교복지원, '17년 용인시 중고등학생 무상교복비 지원)

II 사회보장 협의 · 조정 제도 개선

1. 추진 배경

사회보장기본법상 신설 · 변경 사회보장 협의제도의 취지는 중앙정부와 지방자치단체 간 협업을 통한 국가 사회보장제도의 정합성 제고이나, 당초 취지와 달리 협의과정에서 일부 지자체와 갈등이 있어 지자체의 자율성을 훼손한다는 오해를 받기도 하였다.

이에 지난해 지방분권시대에 지자체 자율성을 보장하면서 중앙정부가 합리적으로 조정 또는 지원할 수 있도록 중앙부처는 ‘지원과 균형’, 지방자치단체는 ‘자율과 책임’이라는 원칙 아래 지자체 특성을 최대한 반영하는 컨설팅 중심으로 협의를 진행하는 것으로 제도개선을 하였다.

2019년에는 지자체의 자율성을 보장하되 지역간 격차 및 무분별한 사업추진 등의 문제를 최소화하기 위해 협의과정을 체계화하고 지자체의 책임성을 제고하기 위한 방안에 대한 지속적인 제도개선을 추진하였다.

2. 주요 내용

가. 주민 수요 기반 중장기사업 추진 유도

단발적 · 즉흥적 복지사업 추진 가능성을 최소화하고 주민 수요에 기반한 중장기사업 추진을 유도하기 위해 협의기준에 지역사회보장계획 등 중장기계획 반영여부를 명시하고, 지역사회보장계획 시행결과 평가기준에도 협의 · 조정 이행여부를 반영토록 하여 협의제도와 지역사회보장계획간의 연계성을 높였다.

나. 사업 효과성 제고를 위한 성과관리 강화

지자체 사업의 효과성을 높이기 위해 협의요청서식에 성과지표를 추가하고 협의요청서 제출 시 성과계획서, 성과보고서를 제출하도록 개선함으로써 성과관리를 강화하는 방향으로 제도개선을 하였다. 다만, 성과계획서 제출 시 지자체 부담 완화를 위해 기활용하고 있는 성과계획서(지방재정법 제5조 등)를 제출하도록 하였다.

또한, 새로운 유형의 사회보장제도 등 타 복지사업에 영향을 줄 가능성이 큰 사업에 대해서는 사업 시행 이후 자체 모니터링 결과를 보건복지부에 제출토록 함으로써 사업 효과성 및 책임성을 제고할 계획이다.

다. 협의업무의 전문성·투명성 제고

협의업무의 전문성과 투명성 제고를 위해 기존에 단기 연구용역 방식으로 수행하던 자료수집·조사·분석 등 협의지원 업무를 근거법 마련(「사회보장기본법」 제26조제3항 신설)을 통해 전문 연구기관에 위탁하여 협의업무의 전문성과 지속성을 확보하였다.

또한, 지자체가 사업기획 단계부터 다른 지자체의 협의사례를 참고할 수 있도록 사업내용 및 권고사항 등 협의결과에 대한 정보제공(사회보장위원회 홈페이지)내용도 확대하였다.

라. 지자체 책임성 제고

지자체가 예산안 및 조례안 제출과정에서 협의·조정 이행여부를 자율적으로 점검할 수 있도록 행정안전부와 협의하여 자치법규 업무매뉴얼 및 지방자치단체 예산편성 운영기준 및 기금운용 계획 수립기준 지침을 개정하였다.

아울러, 지방의회가 관련 예산안 및 조례안을 심의할 때 협의결과를 충분히 감안할 수 있도록 협의 결과를 지방의회에도 공유하여 건전한 외부 견제기능을 활성화하였다.

[표 2-2-19] 협의 과정에서 컨설팅을 통한 주요 제도 개선 및 보완 사례

사업명	협의 요청 내용	컨설팅	최종 결과
• 대학생 반값 등록금 지원 (경기도 안산시)	관내 1년 이상 거주 대학교 재학생 전체에게 직접 부담 등록금의 50% 지원 (연간 200만 원 이내)	국가장학금 제도 및 재정지속성 등을 고려하여 소득수준 및 최소 성적기준 등을 마련	소득6분위(중위소득 130%) 이하의 소득수준 및 최소 성적기준(D학점) 등을 마련하는 것으로 사업 변경·보완
• 아동의료비 본인 부담 100만 원 상한제 (경기 성남시)	18세 미만 아동에게 연 100만 원 초과 의료비 본인부담금 지원 * (제외대상) ①성형·미용 등 비필수 비급여 ②타 법률에 의한 의료비 지원 대상자는 해당 사업 우선 적용 ③ 민간보험 가입자는 보험보상 우선 적용	대상자 범위를 조정하고 건강보험에 영향을 주지 않도록 사업내용 수정	지원 대상을 초등학교생(12세 이하)으로 하고 지원 내용에서 급여 제외, 비급여 항목(본인 부담률 10%설정)만 지원

사업명	협약 요청 내용	컨설팅	최종 결과
• 더큰인재맞춤 훈련수당 (경기도)	만15세~34세, 기준중위소득 180%이하 미취업자(200명) 교육참여자에게 2년간 월 100만 원 훈련수당 지원	지역 특수성 및 훈련프로그램 등을 고려한 지원수준으로 조정 하고 실질적인 취·창업과 연계 훈련프로그램 구성 권고	급여수준 대폭 조정 및 취·창업 포트폴리오를 위한 자기콘텐츠 개발 등 취·창업과 연계된 프로 그램으로 수정 * (1~6월) 월 100만 원, (7~12월) 월 50만 원

3. 기대효과 및 향후 계획

신설·변경 사회보장 협의 제도를 통해 중앙-지방의 사회보장제도 간 정합성이 제고되고, 사업 간 중복·누락을 사전에 방지하여 국민의 복지체감도를 높일 수 있을 것이다. 보건복지부는 협의 과정에서 지방자치단체 특성을 고려한 맞춤형 컨설팅을 실시하고, 관련부서(부처), 지방자치단체, 전문가의 의견을 충분히 수렴하려는 노력을 기울이고 있다. 앞으로도 지방자치단체의 정책 수요와 지역 특수성을 반영한 사회보장사업 추진을 지원하여 제도에 대한 신뢰성과 수용성을 높여나갈 계획이다.

제3절 사회보장제도 평가

I 사회보장제도 평가

1. 추진 배경

지속적인 사회보장제도의 확충 및 예산 증가에도 불구하고 국민의 복지 체감도는 여전히 낮게 나타나 사회보장제도의 전반적인 효과성 점검에 대한 필요성이 제기되었다.

기존의 사회보장제도 관련 평가는 사업별·기관별 위주의 단편적인 평가로, 종합적인 측면에서의 사회보장성과 측정 및 정책 대안 제시에는 미흡하였다. 이러한 문제점을 보완하기 위하여 사회보장사업의 특성을 반영한 수요자 중심의 평가 체계 마련을 추진하였다.

2013년 1월 사회보장기본법 개정을 통해 사회보장제도 평가에 대한 근거를 마련하고, 사회보장평가전문위원회 및 사회보장평가과 신설 등 평가 추진 기반을 조성하였다. 이후 사회보장제도의 효과성 및 지속가능성 제고를 위하여 보다 전문화되고 체계화된 사회보장제도 평가 계획을 수립하여 제12차 사회보장위원회(16. 2.)의 심의·의결을 거쳐 확정하였다. 이를 근거로 사회보장위원회 사무국에서는 2016년 3월부터 사회보장제도 전반에 대한 평가를 추진하고 있다.

2. 주요 내용

사회보장제도에 대한 평가는 제2차 사회보장기본계획(19.~'23.) 연계하여, 고용·교육, 소득, 건강, 사회서비스 등 4대 핵심분야, 12개 중점추진과제를 중심으로 정책 목표별 유사 사업을 사업군으로 묶어 정책 효과성 및 제도간 연계 등에 대해 통합적으로 실시하는 평가이다.

제2차 사회보장기본계획이 수행되는 5년간 12개 중점추진과제에 대한 제도평가를 중요도, 시급성 및 평가 가능성을 종합 검토하여 순차적으로 기본계획 전반에 대한 제도평가가 실시될 수 있도록 추진하고 있으며, 향후 제3차 사회보장기본계획의 기초자료로 활용할 계획이다.

[표 2-2-20] 사회보장 분야별 제도평가 추진 계획

구분	고용·교육	소득	건강	사회서비스
2019	일자리안전망 확충 및 적극적 노동시장 정책 강화		필수의료 보장	
2020		취약계층 공공부조제도 역할 강화		사회서비스 공급체계의 공공성 강화 및 신뢰성 제고
2021		근로 연령층 소득보장 체계 확충	예방적 건강관리체계 구축	생애주기별, 대상별 사회서비스 확충
2022	인적자원 역량제고 및 차별없는 출발선 제공		건강보험 보장성 강화 및 건강보장 지속가능성 제고	지역사회 중심 서비스 보장체계 구축
2023	노동시장 격차 완화 및 일·생활균형 달성	다층 노후소득보장 체계 확충		

2019년 제도평가는 부처, 사보위 민간위원, 연구기관 등을 대상으로 ‘건강분야’, ‘고용분야’에 대한 제도평가 수요조사를 실시하고 사회적 이슈 등 시의성을 고려하여 선정하였다.

각 분야별 취약한 대상을 중심으로 산모·영유아 건강분야 사업군, 청년·여성 고용분야 사업군으로 분류하여 평가를 실시하였다. 산모·영유아 건강과 관련하여서는 건강보험 보장성 강화와 함께 취약한 산모·영유아에 대한 보편적이고 전문적인 통합적 지원이 필요한 사각지대를 확인하고 이를 위해 중앙·지자체·지역사회에서 보건의료 및 복지 서비스의 통합 전달체계를 구축할 필요성이 있음을 제안하였다. 청년·여성 고용 분야에서는, 고용 취약특성을 분석하여 고졸청년·니트족 등 적극적 노동시장정책의 사각지대에 대한 맞춤형 지원방안과 전달체계 확충 방안을 제시하였다. 평가결과는 사회보장위원회에 보고하고, 관계부처에 통보하여 제도개선 등에 활용할 예정이다.

사회보장 제도 평가는 여러 부처에서 실시하고 있는 개별사업 평가와는 달리, 다부처에서 실시되고 있는 사회보장제도의 특성을 반영한 종합적인 평가가 시도되었다는 점에서 큰 의미가 있다. 특히, 동일한 정책 목표를 가진 다양한 사회보장제도들 간의 관계, 영향 등을 유기적으로 분석함으로써 효과적인 정책 재설계 지원을 통한 국민의 정책 체감도 향상에 기여할 것으로 기대하고 있다.

3. 향후 계획

2020년 사회보장제도평가는 소득분야 ‘취약계층 공공부조제도 역할 강화’, 사회서비스 분야 ‘사회서비스 공급체계의 공공성 강화 및 신뢰성 제고’에 대한 중요도, 시급성 및 평가 가능성을 종합 검토하여 평가분야를 선정하여 추진할 예정이다.

사회보장제도평가 결과에 대한 수용성을 높이기 위하여 평가전문위원, 부처 및 정책 관계자가 평가에 참여하는 회의체를 운영하고 현장의 의견이 수렴될 수 있도록 현장 모니터링을 강화하는 등 사회보장 기본계획 이행력 확보를 위한 지속적인 평가체계 개선을 추진해 나갈 계획이다.

II 사회보장 시행계획 추진실적 평가

1. 추진 배경

2013년 1월 전면 개정된 사회보장기본법에 따라 ‘사회보장 장기발전 방향’이 ‘사회보장기본계획’으로 변경되어, 보건복지부 및 관계 중앙행정기관의 장은 5년 단위의 기본계획에 따라 사회보장과 관련된 소관별 주요 시책의 시행계획을 매년 수립·시행하도록 하였다. 또한, 연도별 시행계획의 추진 실적을 보건복지부에서 종합하여 평가하고, 그 결과를 사회보장위원회에 보고하도록 하였다.

이에 따라, 2014년 8월 ‘제1차 사회보장기본계획’이 수립되고, 효과적 실적 점검을 위하여 2015년부터 연도별 시행계획 추진 실적 평가를 실시하였다.

2. 주요 내용

연도별 시행계획 추진 실적 평가는 사회보장제도와 관련하여 여러 부처에서 시행하고 있는 사회보장사업을 약 200여 개의 세부 과제별로 사업 개요, 추진 과정 및 성과 달성도 등을 평가할 수 있는 지표를 설정해 실시하고 있다. 현재 2014년도부터 2018년도 추진 실적까지 제1차 사회보장기본계획(‘14~’18) 추진 5년간의 추진실적 평가를 완료하였다.

평가결과를 살펴보면, 5년간 세부과제 평가 평균점수는 매년 지속적으로 향상*되었으며, 정책목표나 정책방향별로 대부분 개선이 있었음을 보여주고 있다.

* 연도별 평가 평균점수 : (2014) 79.8, (2015) 83.3, (2016) 86.0, (2017) 86.1, (2018) 86.3

2014년도 세부 시행과제의 51.2%(109개 과제)가 ‘우수’ 이상의 평가를 받았으며, ‘미흡’ 이하로 평가된 과제는 5.6%(12개 과제)였다. 2015년의 경우, 세부 시행 과제의 72%(154개 과제)가 ‘우수’ 이상의 평가를 받았으며, ‘미흡’ 이하로 평가된 과제는 없었다. 2016년의 경우, 세부 시행과제의 82.2%(166개 과제)가 ‘우수’ 이상의 평가를 받았고, ‘미흡’은 3.0%(6개 과제)였다. 2018년의 경우, 세부 시행과제의 83.9%(167개 과제)가 ‘우수’ 이상의 평가를 받았고, ‘미흡’은 2.5%(5개 과제)였다.

제2차 사회보장기본계획(‘19~’23)의 이행력을 확보하기 위하여 기본계획 목표와의 연계성 등을 고려한 사회보장 연도별 시행계획을 수립하기 위한 전문가 사전검토를 실시하고 있다. 제2차 사회보장기본계획 시행계획 추진실적 평가부터 평가에 따른 업무부담과 불필요한 점수제를 간소화하는 등 개선된 평가지침을 부처에 배포하고 사업담당자를 위한 설명회 등을 실시하고 있다. 또한, 우수사례를 선발하여 보건복지부 장관 표창을 하고 개선필요 과제에 대해서는 전문가 컨설팅 등을 지원하여 평가결과에 대한 환류를 강화하였다.

2019년도 시행계획 추진실적 평가결과 105개 시행과제의 94.3%(99개 과제)가 우수 및 정상추진 등급을 받아 세부사업이 시행계획에 따라 차질없이 추진되고 있는 것으로 평가된다.

CHAPTER

3

사회서비스

제1절 사회서비스 정책

제2절 민간복지자원 육성 및 나눔문화 활성화

제3절 장애인복지정책

제3장 사회서비스

제1절 사회서비스 정책

I 개요

1. 사회서비스 추진 배경

저출산, 고령화 등 인구 구조의 변화, 핵가족화 등 가족 구조의 변화, 여성의 경제활동 참여 증가로 사회서비스에 대한 수요는 지속적으로 증가해 왔다. 가족, 특히 여성에 과도하게 의존하는 비공식 돌봄은 한계에 도달하여 돌봄의 시장화 내지 사회화가 불가피하였으며, 사회 경제 전반의 경쟁 가속에 따른 양극화의 심화와 확산은 상대적 취약계층의 증가로 이어져 사회서비스 수요의 증대를 가져왔다.

반면, 사회서비스가 가장 필요한 계층인 저소득계층, 아동·노인·장애인 등 취약계층은 시장에서의 서비스 구매력이 크게 부족하므로 취약계층의 삶의 질 향상, 경제 활동 참여 촉진 및 빈곤층으로의 전락을 예방하기 위한 공적 지원이 불가피하였다. 그러나, 기존의 공공부조만으로는 빈곤 탈출의 계기를 제공하는 것이 어렵고 근로 동기를 약화시켜 노동생산성을 저해할 우려가 있어 기존의 소득 보장에서 진일보한 적극적인 복지정책의 일환으로 사회서비스가 대두되었다.

사회서비스는 인적자본 형성을 통한 예방적 복지의 구현이 가능하다는 점에서도 적극적 복지 정책의 의미를 지닌다. 중산층 감소, 근로빈곤층 증가 등 빈곤의 고착화 문제를 해결하기 위해서는 인적자본에 대한 투자가 필요하기 때문이다. 사회서비스는 아동에게는 공정한 기회를 제공하고,

✎ 집필자 | 사회서비스정책과장 김충환

여성, 중고령자 등 근로 취약계층에게는 고용 시장 참여 기회를 제공함으로써 사회 이동을 촉진하고, 빈곤의 대물림을 방지할 것으로 기대된다.

마지막으로, 돌봄서비스를 주축으로 하는 사회서비스는 일자리 창출 잠재력이 매우 큰 분야로 여성 등 고용 취약계층 및 저소득층에게 적합한 일자리를 제공하여 경제 활동 참여 기회의 확대 및 서민생활 안정을 도모함으로써 능동적 복지 구현에 기여할 것으로 전망된다.

이렇듯 사회서비스는 저숙련 노동력에 대한 수요 확대로 일자리 창출을 통한 자립 기회를 제공하고, 생애주기별로 필요한 서비스를 다양하게 제공하여 취약계층에 대한 사회적 보호 수준을 제고한다는 측면에서 복지 정책의 새로운 패러다임을 제시한다.

2. 사회서비스정책 추진 경과

우리나라의 사회서비스는 2006년 4월 ‘사람입국일자리위원회’에서 수립한 ‘사회서비스일자리 창출추진 기본 방향’과 같은 해 7월 기획예산처에 정부 합동 태스크포스(TF)인 ‘사회서비스 향상기획단’(06. 7.)을 구성하면서 시작되었다. 2007년 1월에는 보건복지부에서 사회서비스 확충을 위한 실행 전략으로 ‘지역 사회 수요에 기반한 서비스 확충, 수요자 중심의 시장 형성, 투명하고 효율적인 시장 관리’를 발표하였다.

2008년 9월에는 사회서비스 확충 및 선진화 전략을 발표하였으며, 2009년 4월 ‘사회서비스 전자바우처사업 선진화 방안’, 2010년 5월 ‘사회서비스 육성 및 선진화 방안’ 등의 추진을 통해 사회서비스산업 육성에 대한 의지를 공고히 하였다.

2013년 초 「사회보장기본법」의 개정(13. 1. 27. 시행)을 통하여 ‘사회서비스’ 개념이 법제화되었다. 내용은 다음 표와 같다.

[표 2-3-1] 사회서비스 개념

사회서비스의 개념(사회보장기본법 제3조제4호, '13. 1. 27. 시행)

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

- “사회서비스”란 모든 국민의 인간다운 생활을 보장하고 삶의 질 향상을 지원하는 제도로 종전의 ‘사회복지서비스’가 대상별, 기능별로 확대된 개념

또한, 2013년에는 국민의 복지 체감도 향상 및 서비스 만족도 제고를 통한 국민행복실현을 위해 사회서비스실태조사를 통한 사회서비스 및 일자리 확충 등 정책추진 근거자료 마련, 범정부 바우처통합관리시스템 구축 방안 마련, 사회서비스 전자바우처사업 사후 관리 개선 방안 마련 등 사회서비스정책의 내실화를 기하였다.

2015년에는 바우처 사업별로 별도의 카드를 발급받아야 하는 이용자의 불편을 해소하기 위해 바우처통합카드인 ‘국민행복카드’를 출시하였다. 이를 통해 사업별로 발급되는 바우처 카드를 단계적으로 통합하여 하나의 카드로 서비스를 이용할 수 있도록 개선하고, 시스템을 공동 활용하여 정부 예산의 중복 투자를 방지하였다.

2017년은 사회서비스 전자이용권 제도를 도입한 지 10년이 되는 해로, “누구나, 일상 속에서, 오늘과 내일을 함께하는 사회서비스”를 사회서비스 10주년 슬로건으로 정하여 “사회서비스 아이디어 및 우수사례 공모전” 수상자에게 시상을 하고, 사회서비스 향후 10년 발전방향에 대해 토론하는 등 ‘사회서비스 10주년 기념식 및 포럼’을 개최하였다.

2018년에는 사회서비스의 생애주기별 보장 수준 강화 및 공급·이용 체계의 패러다임 전환을 위한 6대 추진과제를 담은 ‘범부처 사회서비스 발전방향’을 수립·보고하였다. 발전방향 이행을 위한 ‘범부처 사회서비스 종합대책’을 수립, 제2차 사회보장계획의 핵심내용으로 반영(19. 2.) 되었으며, 향후 사회서비스 관련 주요과제 발굴·추진에 활용될 예정이다.

II 사회서비스 활성화 대책 추진

1. 사회서비스 이용 및 이용권 관련 법령 제·개정

보건복지부는 이용자 중심의 사회서비스 제공을 위해 사회서비스이용권(바우처)사업을 도입하였고, 사업의 체계적 운영 및 관리를 강화함과 동시에 사회서비스시장 활성화 기반을 구축하기 위해 2011년 8월 4일 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」(이하 “사회서비스이용권법”)을 제정·공포(12. 2. 5. 시행)하였다.

✎ 집필자 | 사회서비스정책과장 김충환, 차세대사회보장정보시스템구축추진단장 김기남

이 법의 주요 특징은 사회서비스를 제공하려는 자(이하 “제공자”)는 일정한 시설·인력·자격 기준을 갖추어 시·군·구에 등록함으로써 사회서비스를 제공할 수 있게 하였다는 점이다. 기존에는 지자체의 지정을 받아야만 사업이 가능하여 소수의 제공 기관이 시장 경쟁 없이 운영되고 있었으나(지정제), 법률 시행에 따라 일정 기준을 충족하는 기관은 등록을 통해 사업을 수행할 수 있게 되었다(등록제).

제공기관등록제는 8대 보건복지부 전자바우처사업 중 별도의 법률에 따르는 사업(장애인 활동지원, 발달재활서비스, 언어발달지원사업, 발달장애인부모상담지원)을 제외한 4개 사업인 가사간병방문도우미, 노인돌봄종합서비스, 산모신생아도우미, 지역사회서비스투자 사업에 대해 적용되는 것으로 2012년 8월 5일부터 시행되었다. 이로 인해, 사회서비스 전자바우처사업을 수행하는 제공 기관은 2012년 7월 기준 3,251개소에서 2018년 12월 기준 10,986개소로 증가하여 사회서비스 공급 기반을 확충하고, 이용자의 제공 기관 선택권을 확대하였으며, 기관 간 품질경쟁을 유도하여 고품질 사회서비스를 생산할 수 있는 기반을 구축하였다.

아울러, 사회서비스사업을 수행함에 있어 시장에서 발생할 수 있는 부당거래행위에 대한 제재처분 및 벌칙의 법적 근거를 마련하였다. 또한, 사회서비스시장의 투명성을 강화하고, 기관 간 공정한 경쟁 및 이용자의 권익을 보호할 수 있는 법적 기반을 마련하였다.

보건복지부는 적정 수준의 시설·인력·자격 등 등록 기준과 부당거래행위 유형 및 그에 따른 처분 기준 등을 하위 법령에 규정하였으며, 새로운 제도 시행이 가져올 수 있는 혼란을 최소화하고, 사업이 안정적으로 운영될 수 있도록 세부 지침을 마련하여 지방자치단체 사업 담당자 및 제공 기관 실무자를 대상으로 교육, 안내를 적극 실시하였다.

2017년에는 벌금액을 국민권익위원회의 권고안 및 국회사무처 법제예규의 기준인 징역 1년당 1천만 원으로 상향 조정하고, 제공자 불법행위 은닉 방지를 위한 사회서비스 제공자료 기록·보존 의무를 부여하고, 사각지대 해소를 위한 이용권 담당공무원의 직권신청 근거를 마련하는 등 이용자 권익보호를 위하여 사회서비스이용권법을 대폭 개정하였다.

2018년에는 피성년후견인 등을 2년의 추가적인 결격기간에서 제외하여 불합리한 결격사유를 정비하고, 그 밖에 영업정지처분에 갈음하여 부과하는 과징금의 실효성을 제고하기 위해 그 상한액을 현행 1천만 원 이하에서 3천만 원 이하로 상향조정하며, 현재 보건복지부 지침에 따라 운영되고 있는 신고포상금의 지급근거를 현행법에 명시하여 동 제도가 명확한 법률의 근거 하에 운영될 수 있도록 사회서비스이용권법을 개정하였다.

|표 2-3-2| 8대 전자바우처사업 현황

('19. 12. 기준, 단위: 억 원, 개소, 명)

사업명	예산(국비)	제공 기관 수	제공 인력	이용자 수
소 계	15,735	12,833	190,653	660,043
1. 가시간병방문지원	290	445	5,558	8,799
2. 노인돌봄종합서비스	1,061	2,841	35,414	48,816
3. 산모신생아건강관리지원	777	997	20,669	136,364
4. 장애인활동지원	11,061	957	92,587	92,945
5. 발달재활서비스	830	2,195	13,099	75,124
6. 언어발달지원서비스	8	166	317	458
7. 지역사회서비스	1,701	5,049	22,734	296,754
8. 발달장애인부모상담지원	7	183	275	783

※ 기준 : 해당기간(2019. 1.~2019. 12.) 내 1회 이상 결제 이력이 있는 경우

|표 2-3-3| 사업별 개요

('19. 12. 기준)

구분	가시간병 방문지원	노인돌봄 종합서비스	산모신생아 건강관리지원	장애인 활동지원	발달재활 서비스	언어발달지원 서비스	지역사회 서비스	발달장애인 부모상담지원
개요	가사 및 간병지원	가사 및 활동지원, 주간보호 서비스	산후조리 및 건강관리	일상생활 및 사회활동 지원	성장기 장애아동에게 적절한 발달재활 서비스 제공	부모가 장애인인 비장애아동 에게 언어 재활서비스 및 독서지도 등 제공	지자체 중심 신규서비스 개발	발달장애인 부모 심리· 정서 상담
대상	생계·의료· 주거·교육급여 수급자 또는, 차상위계층 중 장애정도가 심한 장애인, 중증질 환자, 희귀난치성 질환자, 소년소녀가정, 조손가정, 한부모가정, 만65세 미만의 의료수급자 중 장기입원 사례관리 퇴원자, 기타 시군구청장이 인정한자	만 65세 이상의 - 장기요양등급 외 A, B등급의 기준 중위소득 160% 이하 자	기준 중위소득 100% 이하	만6~64세 모든 등록장애인 중 서비스 지원 종합조사 결과, 수급자격을 인정받은 경우	- 기준중위 소득 180% 이하 - 만 18세 미만 등록장애 아동(뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각)	- 기준중위 소득 120% 이하 - 부모 및 조손가정의 조부모가 시각, 청각, 언어, 자폐성, 뇌병변 등록 장애인인 만 12세 미만 비장애아동	기준 중위소득 120% 이하 (장애인, 노인 대상 사업은 140% 이하 적용 가능)	발달장애인 자녀의 부모 및 보호자

구분	가사간병 방문지원	노인돌봄 종합서비스	산모신생아 건강관리지원	장애인 활동지원	발달재활 서비스	언어발달지원 서비스	지역사회 서비스	발달장애인 부모상담지원
본인 부담금 (월별, 원)	면제~ 2만 2천 680 원	면제~ 9만 7천 원	책정된 서비스 가격과 정부지원금 차액	급여량 및 소득 수준에 따라 차등 부과 ·활동지원급여 - 수급자 : 무료 - 차상위 : 2만 원 - 차상위 초과: 32.4~ 164.9천 원 ·특별지원급여 - 면제	면제~ 8만 원	면제~ 6만 원	서비스별 상이	월 4천 원~ 4만 원 (기관별 단가 상이)
지원 수준	월 24시간, 27시간, 월 40시간	월 27시간, 36시간	5일~25일	·활동지원급여 (장애정도, 신체 기능 등 고려) : 810~ 6,480천 원 (60~480시간) ·특별지원급여 (생활환경고려 일시적 지원) : 270~ 1,620천 원 (20~120시간)	주 2회 정도 (월 8회)	주 2회 정도 (월 8회)	서비스별 상이	월 3~4회 이상

2. 사회서비스 품질 관리

사회서비스의 양적 확대와 더불어 사회서비스의 품질 향상과 관련된 품질관리 중요성에 대한 사회적 관심이 증가하고 있다. 보건복지부는 이용자를 보호하고, 사회서비스의 질을 높이기 위하여 사회서비스의 품질 기준을 정하고, 그 품질 기준에 따라 제공하는 사회서비스의 질을 평가하고, 관리하는 활동으로 사회서비스 품질평가 제도를 시행하고 있다.

사회서비스는 주로 대인 간 전달되는 서비스로서 유형적인 산출물이 존재하지 않아 품질 수준에 대한 판단은 이용자의 주관에 의존하는 경향이 높다. 또한, 이용자의 신체적, 정신적, 환경적인 여건이 다양하고, 그에 적합한 서비스를 제공하여야 하므로 서비스의 적절성 판단, 객관적인 품질 측정이 어려운 분야이기도 하다.

특히, 서비스를 제공하는 제공인력의 자질에 따라 서비스 품질 및 만족도가 크게 좌우되므로 품질 관리는 제공기관에서 시작되어야 한다는 원칙 아래 품질 관리의 주요 사업으로써 사회 서비스 전자바우처 제공기관에 대한 평가*를 2010년부터 추진하였다.

* (평가 대상 사업) 가사·간병 방문지원 사업, 노인돌봄종합서비스, 산모·신생아 건강관리지원 사업, 지역사회서비스 투자사업

2010년 산모신생아도우미사업, 2011년 노인돌봄서비스, 가사간병서비스사업을 시범 사업 형태로 진행하였고, 2012년부터는 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」(‘11. 8. 제정)에 사회서비스 제공기관 평가에 대한 법적 근거를 마련하여 본격적으로 품질평가를 추진하였으며, 제3기 품질평가(‘19.~’21.)를 실시하고 있다.

《사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률》(‘12. 2. 5. 시행)

- 제30조(사회서비스 품질관리) ① 보건복지부장관은 이용자를 보호하고 사회서비스의 질을 높이기 위하여 사회서비스의 품질기준을 정하고, 그 품질기준에 따라 제공자가 제공하는 사회서비스의 질을 평가하는 등 사회서비스 품질관리 업무를 수행하여야 한다.
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 사회서비스 품질관리 업무를 대통령령으로 정하는 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ③ 제1항에 따른 사회서비스 품질관리 업무의 내용, 방법, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

평가 추진 체계를 살펴보면, 보건복지부는 품질평가 정책을 수립하고, 사회보장정보원은 품질 관리 사업을 운영·관리하며 품질평가위원회와 평가자문단의 운영, 지표개발, 품질평가 및 사후관리 등의 업무를 수행하였다.

2019년도 품질평가 지표는 5개 평가 영역에 29개 평가 지표로 구성되었으며, 세부내용은 기관운영 4개 지표(13점), 제공인력 관리 5개 지표(13점), 서비스 제공 및 평가 15개 지표(40점), 서비스 성과 3개 지표(30점), 현장평가단 2개 지표(4점)이다. 2019년도 지표의 특징으로 ‘서비스 특화지표’를 신설, 각 사업별로 평가지표를 선택 적용하여 평가 후 100점 만점으로 총점을 환산하도록 하였다.

평가대상*은 가사·간병 방문지원사업, 노인돌봄종합서비스, 산모·신생아 건강관리 지원 사업을 수행하고 있는 2,030개 기관을 대상으로 사업별·지역별로 40%(전년도 매출액 기준)에 대해서는 현장평가(836개)를, 그 외에는 자체평가(1,194개)를 실시하였다.

* (평가 대상 기관) 산모·신생아 건강관리 지원사업(360개), 노인돌봄종합서비스(1,326개), 가사·간병 방문지원 사업(344개)

현장평가는 학계, 현장전문가 2인 1조로 현장평가단(총 63개 팀, 126명)을 구성하여 평가위원의 평가수행 역량 교육을 실시하고, 학연·지연을 배제(상피제)하여 공정하고 객관적인 평가를 수행하였으며, 피평가기관을 대상으로 품질평가의 방향과 평가 기준(지표) 등 사전 설명회를 실시하여 평가의 이해도를 향상시켰다.

평가결과('19. 평균 82.01점)는 사업별 전국 단위 평가이며, 평가 등급은 5등급(A~D, F) 절대평가로 이의신청, 확인평가, 최종 심의·의결(품질평가위원회)을 통해 확정하게 된다. 결과는 피평가기관(제공기관)에 개별 통보하고, 전체 등급과 기관 명단을 사회서비스 전자바우처 홈페이지(www.socialservice.or.kr), 복지로(www.bokjiro.go.kr)를 통해 공개하였다. 우리 동네 시설찾기 등 검색 기관의 정보에 품질평가의 결과를 제공함으로써 이용자의 제공기관 선택을 지원하도록 하였다. 또한, 평가 우수기관(A등급 중 상위 10%) 및 노력기관(평가 2회 연속 A등급) 및 개선기관(B등급 이상, 전회 대비 점수가 상승된 상위 5%)은 인센티브를 지급하여 사기를 진작하였으며, 반면, 평가 결과 미흡 기관에 대해서는 역량강화 교육과 맞춤형 컨설팅을 지원하는 등 품질 개선을 위한 사후 관리를 강화하였다.

사회서비스 수요가 증가되면서 공급도 양적으로 팽창하고 있는 가운데 사회서비스 분야의 지속적인 발전을 위해서는 제공 기관의 다원화를 통한 양적 기반 확충과 더불어 질적 수준 제고라는 두 가지 목표를 동시에 추구해 나가야 할 것이다. 이에, 보건복지부는 이용자 중심의 품질관리체계 구축을 통한 사회서비스 품질 향상을 위해 끊임없이 노력할 것이다.

3. 사회서비스 전자바우처시스템 구축

사회서비스 전자이용권사업은 기존의 공급자(서비스 제공 기관) 지원 방식의 사회서비스를 2007년 국내 최초로 전자이용권(바우처카드) 이용자 직접 지원 방식으로 도입한 제도로서,

장애인활동지원 등 각종 사회서비스 사업에 대해 서비스의 이용, 비용 지불, 정산 등의 전 과정을 전산시스템으로 처리하여 2007년 이후 현재까지 운영하고 있다.

한편, 다수의 전자이용권제도 운영으로 인해 너무 많은 전자이용권(바우처카드)을 이용자가 소지해야 하는 불편함이 있었다. 특히, 임신·출산·육아와 관련된 지원제도가 각각의 전자이용권을 의무 발급해야 하는 탓에, 가임여성이 임신을 한 경우 약 3개~5개의 전자이용권을 의무적으로 발급받아야만 정부지원 혜택을 누릴 수 있었다.

이에, 보건복지부는 2015년 5월 통합카드인 국민행복카드를 출시하고, 사업별로 발급되는 전자이용권을 단계적으로 통합하여 하나의 카드로 서비스를 이용할 수 있도록 개선하였다. 2015년 5월에는 구(舊) 고온맘카드(건강보험 임신·출산 진료비 지원) 및 구(舊) 맘편한카드(청소년 산모 임신·출산 의료비 지원)를 국민행복카드로 통합하였고, 2015년 7월에는 산모·신생아 건강관리 지원사업, 2015년 10월에는 저소득층 기저귀·조제분유지원사업, 2015년 12월에는 산업통상자원부 에너지바우처를 국민행복카드로 통합하였다. 2016년에는 노인돌봄 등 보건복지부 7개 전자이용권사업과 여성가족부 아이돌봄지원사업을 국민행복카드로 통합하였다. 또한, 아이 행복카드와 호환 체계를 구축하여 국민행복카드로도 아이행복카드기능(보육료, 유아학비 지원)을 이용할 수 있도록 개선하였다.

4. 사회서비스 분야 사회적경제 활성화

사회적경제는 구성원 간 협력·연대·자조를 바탕으로 재화·용역의 생산 및 판매를 통해 사회적 가치를 창출하는 민간의 모든 경제적 활동으로, 시장경제의 효율성을 살리면서도 실업·빈곤 등 사회·경제적 문제 극복에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

이에 국민 체감도가 높은 사회서비스 분야에 사회적경제 조직의 진출 확대를 통해 사회서비스의 공공성 제고, 품질 향상 및 시장 활성화를 추진해 가고 있다.

이를 위하여 2019년 처음으로 사회적경제 조직 연계·협력(컨소시엄) 시범사업을 추진하여 사회서비스 대상자의 개별적 욕구에 대응할 수 있는 새로운 사회서비스 모델을 제시 하였다.

|표 2-3-4| 2019년 시범사업 7개지역 주요 사업현황

('19. 12. 기준)

구 분	사업 내용
서울 도봉구	노인돌봄서비스 주말·휴일 서비스 확장, 요양돌봄 일상지원 강화 등
서울 금천구	다함께돌봄센터 프로그램 지원 확대, 공간 연계를 통한 돌봄 공백 해소
광주 광산구	저소득 밀집지역 공적서비스 외 사회적경제 맞춤형 서비스 제공
경기 오산시	함께자람센터 급간식 비즈니스 모델 구축(메뉴 개발, 배송, 브랜드 개발 등)
경기 광주시	뇌혈관질환자 Package서비스(운동·재활, 방문요양, 식사, 주거환경개선) 제공
경기 고양시	거동불편 노인 암환자 이동지원 및 낙상방지 서비스
경남 산청군	농촌지역 1인가구 문제(고독사 등) 해소 사회적경제 해결 모델 구축

또한, 보건복지 분야 (예비)사회적기업 인정 기준 완화* 등 사회적경제 조직 진출 촉진을 위한 제도개선을 통하여 사회서비스 분야에 사회적기업의 진출을 확대해 가고 있다.

* 사회서비스 인정 기준 : (기존) 일반시장가격보다 낮은 가격으로 제공한 실적만 인정 → (개선) 사회서비스 이용권법으로 등록된 제공기관이 취약계층에게 제공한 실적 모두 인정

|표 2-3-5| 보건복지형 예비사회적기업 연도별 지정 현황

('19. 12. 기준, 단위: 개소)

연도	'15	'16	'17	'18	'19
지정수	4	5	6	10	40

Ⅲ 사회서비스 일자리정책

1. 사회서비스 일자리 창출 방안 마련

국민의 삶의 질에 대한 관심이 높아지고, 복지에 대한 수요가 증가하면서 돌봄, 상담, 재활, 사회참여 등 사회서비스의 분야와 규모가 지속적으로 확대되고 있다. 사회서비스의 확충에 따라 창출되는 '사회서비스 일자리'는 제조업 중심의 성장 동력의 한계를 극복하고 대인 서비스 산업을 활성화하여 사람 중심의 일자리를 창출하는 주요 정책 수단으로 부상하고 있다.

✎ 집필자 | 사회서비스일자리과장 한상균

그동안 보육, 장기요양서비스 등 돌봄서비스를 중심으로 사회서비스 시장이 확대되면서 새로운 일자리 창출을 주도하였으나, 제조업 위주의 산업지원제도로 인해 시장 자생력을 확보하지 못하고, 취약계층 이외 중산층까지 사회서비스 제공을 확대하지 못한 한계를 안고 있었다.

이에, 정부는 사회서비스 분야에서 양질의 일자리 확충을 위한 「고부가가치 사회서비스 일자리 창출 방안」을 관계 부처 합동으로 마련하였으며,('13. 7. 경제관계장관회의). △ 사회서비스 산업 기반 구축 △ 정부재정투자 패러다임 전환 △ 법·제도적 기반 마련 등의 세 가지 추진 전략을 제시하였다.

2017년 10월, 문재인 정부의 일자리 중심 경제 실현을 위한 실천계획인 '일자리 정책 5년 로드맵'을 발표하였으며 특히, 사회서비스 분야에서 인구구조 변화 및 소득수준 향상에 발맞추어 그간 미흡했던 공공부분의 역할 문제를 해소하기 위해 2022년까지 사회서비스분야 일자리 34만 개 확충 목표를 제시하였다.

정부는 증대하는 사회서비스 욕구에 맞춰 매년 사회서비스 일자리 계획을 확장하고 있다. '범부처 사회서비스 협의체'를 구성하여 부처간 협력을 통해 새로운 사회서비스 일자리 수요를 발굴하고 일자리 창출 실적을 점검하고 있으며, 사회서비스의 질 향상 및 전달 방식의 효율화를 위한 '보건복지 일자리 추진단'을 설립하였다.

이를 통해 보육·요양 등 수요가 많고 지원이 시급한 돌봄 분야 뿐만 아니라 안전·환경·문화 등 국민 체감도가 높은 다양한 분야를 포괄하여 일자리 확충을 위해 노력한 결과, 2019년까지 계획했던 15만 개의 일자리 중 14.9만 개를 실제 창출하여 목표의 99.4%를 달성하였다. 2020년에는 약 9.5만 개의 일자리를 더 늘리는 것이 목표이다.

이를 통해, 그간 인력 부족 등으로 인한 사회서비스 분야 종사자의 과중한 업무 부담을 해소하고 사회서비스의 범위를 확대하는 등 사회서비스의 질을 개선하고, 더불어 사회서비스의 확대가 일자리 창출로 이어질 수 있도록 향후 관계 부처와 지속적 협력을 통해 이행 점검 노력을 이어나갈 계획이다.

2. 사회복지 분야 종사자 처우 개선

많은 일자리를 창출하여 국민들에게 제공하는 것은 일자리정책의 중요한 부분이다. 더 나아가 질적으로 좋은 일자리를 제공하는 것 또한 일자리정책 추진의 중요한 과제이다. 이러한 맥락에서 일자리의 질을 높이기 위하여 사회복지시설 및 돌봄 서비스 종사자의 처우 개선을 추진하였다.

사회복지시설 종사자의 보수 수준을 높이고, 지역 간 보수 수준 격차를 줄이기 위해 2005년 지방이양시점 이후부터 매년 시설종사자의 인건비 가이드라인을 마련하여 제시하고 있으며, 단계적 조정을 통하여 2014년부터는 사회복지시설 종사자의 보수 수준을 사회복지전담 공무원 보수의 95% 이상 수준으로 상향 조정하였다. 이에, 2015년부터는 공무원 보수 인상률 수준으로 인상률을 반영하고, 시설 유형에 편차가 있던 보수 수준을 동일한 수준으로 조정하는 시설종사자 인건비 가이드라인을 마련하여 각 지방 자치단체에 권고하였다.

이와 함께, 종사자 급여의 실질적인 인상을 담보하기 위해 2005년 가이드라인이 제시된 이후, 2014년 처음으로 「사회복지시설 종사자 인건비 가이드라인」에 대한 각 시·도 지방자치단체의 준수율을 조사하여 통보하였으며, 2015년에는 인건비 가이드라인 준수율 조사 범위를 시·도에서 시·군·구로 확대하였다. 이를 통해, 지역 간 인건비의 비교가 가능하도록 하였으며, 지방자치단체의 관심과 협조를 유도하고, 시설종사자의 실질 임금이 인상될 수 있는 계기를 마련하였다. 또한, 시설종사자 인건비 가이드라인의 준수 이행력 제고를 위하여 각 지방자치단체를 대상으로 시설종사자 처우 개선 우수 사례를 공모하고 포상함으로써 지방자치단체의 관심과 협조를 이끌어냈다.

또한, 장애인활동지원, 노인돌봄종합서비스, 가사간병방문지원 및 산모신생아건강관리지원 등 4대 돌봄바우처사업에 종사하는 제공 인력에 대한 처우 개선을 추진하여, 돌봄서비스 유형의 표준화 방안을 마련한 것은 중요한 성과이다. 이는 돌봄서비스 제공 현장에서 서비스 제공 인력이 수행하여야 할 업무를 표준화하여 제시함으로써 서비스 제공시 효율적인 업무 수행을 기대할 수 있고, 이용자의 서비스 선택권 보장에도 기여할 수 있다. 또한, 서비스 제공을 둘러싸고 이용자와의 관계에서 발생하는 갈등 상황을 해소하는데 도움을 줌으로써 돌봄서비스 종사 인력의 처우 개선에 긍정적인 효과를 가져다 줄 것으로 기대하고 있다.

2014년 이후 각 돌봄서비스 사업 지침에 동 서비스 표준을 반영하여 현장에서 적용하도록 하였으며, 2015년에는 각 서비스 제공 기관에 서비스별 표준 홍보물을 배포하여 돌봄서비스 종사자의 교육용 자료로 이용하고, 서비스 제공시 휴대하여 활용하도록 함으로써 제공 인력의 전문성을 확보하고, 이용자의 만족도를 높일 수 있었다.

일자리 중심 성장기조는 사회복지서비스의 안정적 공급과 품질향상을 위한 사회복지 종사자 처우개선에 대한 공감대 확산의 계기가 되었다. 사회복지시설 종사자 근로여건 개선을 위해 사회복지시설 종사자 대체인력 지원 사업을 신규 추진하였으며, 돌봄 서비스종사자들의 최저 임금을 보장하고, 법정수당 지급 등 근로기준법을 준수할 수 있도록 4대 돌봄서비스 바우처 단가를 인상하였다.

IV 지역자율형 사회서비스 투자 사업

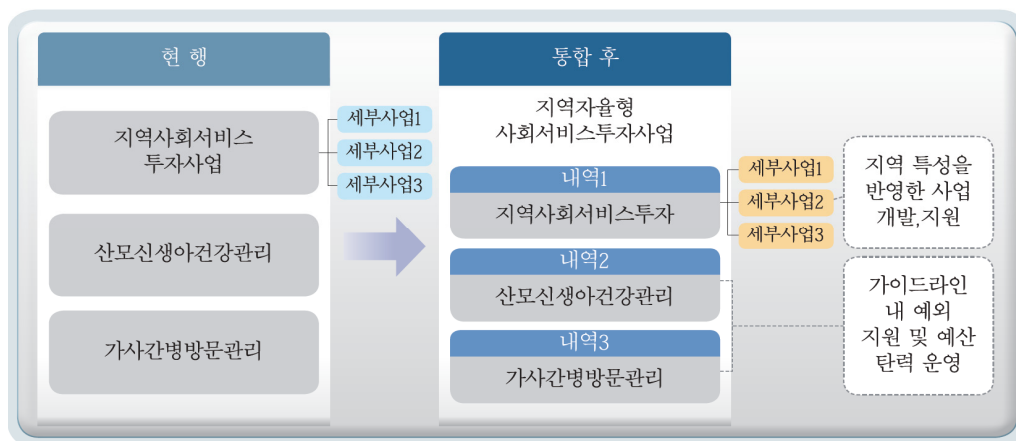
지역자율형 사회서비스 투자 사업은 지역사회가 지역별 특성과 주민 욕구를 반영하여 지역 실정에 맞는 사회서비스를 주도적으로 개발·제공하도록 지원하는 사업으로, 개인 특성에 따른 맞춤형 서비스 제공을 통해 주민 만족도 제고, 사회서비스 시장 활성화, 여성 및 청년 일자리 창출과 사회참여 기회 제공 등 주민들의 수요에 부응하는 다양한 성과를 거두었다.

2013년부터는 지역 수요에 민감한 지방자치단체가 중심이 되어 사회서비스 사업을 운영할 수 있도록 지역사회서비스 투자 사업, 산모·신생아건강관리지원사업, 가사·간병방문지원사업 등 3개 사회서비스 사업을 포괄보조 재정 배분 방식으로 전환하여 시·도가 사업 기획 및 운영의 자율성을 가지고 사업을 추진하는 관리 체계를 도입하였다. 포괄보조 전환에 따라 중앙정부는 성과관리체계를 마련하였으며, 연중 평가 방식으로 상반기(계획)와 하반기(집행·성과)를 구분하여 실시하고, 평가 결과의 공유 및 컨설팅을 통해 시·도별 사업 개선을 지원하였다.

그러나, 지역개발사업과의 경쟁 등으로 지역사회서비스 확충을 위한 지자체의 예산 확보가 쉽지 않아 지역별 예산 편차가 지속 확대되었고, 이에 안정적인 예산 확보를 위해 재정당국 협의를 거쳐 2019년부터 중앙부처 직접 예산편성 방식으로 전환하되 성과관리 체계를 강화하여 지역이 자율성과 책임성을 바탕으로 사업기획과 운영을 내실화하도록 지원하였다.

지속적인 재정 투자 확대를 통해 영유아, 아동·청소년, 노인, 장애인, 성인, 가족 등 다양한 계층에 대해 생애주기별 다양한 서비스를 제공하고 있으며, 서비스 제공기관 간의 경쟁을 통한 서비스 품질 향상을 유도하는 등 제공 기관의 양적 확대가 지속적으로 이루어지고 있다.

[그림 2-3-1] 포괄보조 통합에 따른 내역사업별 통합 예산 운영



2012년부터 제공 기관의 진입 장벽 완화를 위한 제공 기관 등록제로 전환하고, 사회서비스 일자리의 질적 관리를 위해 제공인력 자격기준고시를 제정하여 사업별 최소 자격 기준을 마련하였다.

2013년부터는 산모·신생아 건강관리 서비스에 대한 서비스 가격 규제 완화를 통해 경쟁력 강화 및 서비스 질 제고를 모색하였다.

또한, 지역사회서비스투자사업은 2017년 ‘아동청소년 심리지원서비스’ 시범사업을 통해 모델을 표준화하는 한편 ‘보완대체의사소통기기(AAC) 활용 중재서비스’, ‘성인(청년) 대상 심리

지원서비스', '치매환자가족 여행서비스' 시범사업을 실시하여 표준모델로 개발하였다. 산모·신생아 건강관리 지원사업은 다산(多産)가정에 서비스 기간을 연장하고, 서비스 기간에 대한 이용자 선택권을 확대하였다.

[표 2-3-6] 지역자율형 사회서비스 투자 사업 내용

('19. 12. 기준, 단위 : 억 원, 명, 개소)

구 분	사업 내용	예산 (국비) ¹⁾	사업량		
			이용자	제공 기관	제공 인력
지역자율형 사회서비스 투자 사업		2,768	441,917	6,491	48,961
지역사회서비스 투자사업	지자체가 지역 특성 및 주민 수요에 맞게 발굴·기획한 사회서비스 지원(대상 : 서비스별로 상이하나 기준 중위소득 120% 이하가 다수)	1,701	296,754	5,049	22,734
산모신생아 지원	출산 가정에 산모·신생아 건강관리사를 통한 가정방문서비스 지원(대상 : 기준 중위소득 100% 이하 기본 지원, 소득이 초과되더라도 장애인 산모 등 필요가정에 대해 지방자치단체별로 예외 지원 선정)	777	136,364	997	20,669
가사간병 방문지원	신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회 활동이 어려운 저소득 취약계층에게 재가 간병·가사지원서비스 지원(대상 : 생계·의료·주거·교육급여 수급자 및 차상위계층으로서 일상생활·사회활동 애로자)	290	8,799	445	5,558

주 : 1) 국고보조율 : 서울 50%, 지방 70%, 성장 촉진 80%

[표 2-3-7] 지역자율형 사회서비스 투자 사업 실적 현황

(단위 : 명, 개소)

사업명	2016	2017	2018	2019
이용자 수	401천 명	367천 명	387천 명	442천 명
제공 기관 수	4,840개소	5,555개소	5,906개소	6,491개소
일자리 수	39,084명	41,472명	44,572명	48,961명

주 : 2016년 이후 지역사회서비스 투자 사업, 산모신생아건강관리, 가사간병방문관리사업의 합계 수치임

[표 2-3-8] 지역사회서비스 투자사업 표준모델

사업명	서비스 내용	대 상	소득기준
영유아 발달지원서비스	발달지연 우려 영유아에게 신체·인지·정서 발달을 위한 중재서비스 제공	만 0~6세 발달지연 우려	기준 중위소득 120% 이하

사업명	서비스 내용	대 상	소득기준
아동·청소년 정서발달지원서비스	정서불안, 문화 소외 아동 등에 클래식 악기교육 및 정서순화 프로그램 제공	만 7~18세 정서행동문제 우려 또는 문화소외 아동	기준 중위소득 120% 이하
아동·청소년 심리지원서비스	정서행동장애 위험 아동에 대한 상담 및 음악·미술치료 등 조기개입서비스 지원	만 18세 이하 문제행동 위험군	기준 중위소득 150% 이하
노인 맞춤형 운동 서비스	고령자 건강상태 점검 및 점검결과에 따른 수중 또는 유산소 운동 처방·지도를 통해 의료비 절감 및 건강 증진	만 65세 이상 장기요양등급 외 판정자	기준 중위소득 140% 이하
장애인·노인 돌봄여행 서비스	노인·장애인에게 전문 돌봄 인력이 동반하는 여행 서비스 제공	등록장애인 (또는 상이등급자) 만 65세 이상	기준 중위소득 140% 이하
장애인 보조기기 렌탈서비스	장애아동의 성장 단계에 따른 맞춤형 자세유지도구 등 보조기기 렌탈·리폼	만 24세 이하 자체 및 뇌병변 장애	소득기준 없음
시각장애인 안마서비스	근골격계·신경계·순환계 질환 등의 증상개선을 위해 시각장애인의 안마, 마사지, 지압 및 자극요법 제공	근골격계·신경계·순환계 질환이 있는 만 60세 이상, 지체·뇌병변 장애	기준 중위소득 140% 이하
정신건강 토탈케어 서비스	정신질환자와 가족에게 일상생활 지원, 증상관리, 사회적응 및 취업지원	정신장애인 또는 정신과치료가 필요한 자	기준 중위소득 120% 이하
자살 위험군 예방 서비스	자살고위험군에 대한 조기 선별검사 및 사례관리 서비스 제공	자살위험군 해당자	기준 중위소득 120% 이하 또는 기초연금 수급자
아동·청소년 비전형성 지원	아동·청소년에 체계적인 비전·리더십 형성 프로그램 및 체험·학습 등 지원	만 7~15세	기준 중위소득 120% 이하
장애인·산모 등 건강취약계층 운동 서비스	장애인·산모 등 건강취약계층건강상태 점검, 수중 또는 유산소 운동, 임신부 요가 실시를 통해 건강 증진	장애인, 산모	기준 중위소득 140% 이하
(비만)아동 건강관리서비스	비만·허약 초등학생과 부모에게 운동·처방 지도, 건강 교육 등 제공	만 5~12세 경도 이상 비만·허약	소득기준 없음
성인(청년) 심리지원서비스	성인의 심리정서 지원, 건강한 사회구성원으로서의 역할 촉진	만 18세 이상 진단서, 소견서를 제출한 자	기준 중위소득 140% 이하
보완대체의사소통기기 활용 중재서비스	보완대체 의사소통기기를 활용함으로써 장애인 의사소통 능력의 증진 및 사회활동 참여 지원	만 24세미만 지적, 뇌병변, 자폐성 장애인	기준 중위소득 170% 이하
치매환자 가족을 위한 여행서비스	치매환자가족에게 전문 여행서비스를 통한 휴식의 기회 제공	치매환자를 직접 돌보는 가족	기준 중위소득 120% 이하

제2절 민간복지자원 육성 및 나눔문화 활성화

I 사회복지공동모금회 지원

1. 개요

사회복지공동모금회는 사회복지사업 및 기타 사회복지활동을 지원하기 위하여 국민의 자발적인 성금으로 모금된 재원을 효율적으로 관리·운용함으로써 사회복지 증진에 이바지하기 위하여 설립되었다. 1975년부터 정부에서 주관하던 이웃돕기모금사업은 1998년 7월 1일 「사회복지공동모금법」 시행과 함께 민간단체로 이관되면서 같은 해 전국 공동모금회와 16개 지역공동모금회가 설립되어 활동을 시작하였다. 1999년 3월 31일 「사회복지공동모금회법」으로 전문 개정되면서 현재는 중앙회 및 17개 지회로 운영되고 있다.

2. 모금 및 배분 현황

가. 모금

공동모금회의 모금사업은 연말연시 집중모금과 연중모금으로 구분된다. 연말연시 집중모금으로 ‘희망2020나눔캠페인’을 실시해 2019년 11월 20일부터 2020년 1월 31일까지 2개월여 동안 총 4,273억 원(중앙 2,098억 원, 지회 2,175억 원)을 모금했다.

연중모금액은 2015년 5,227억 원, 2016년 5,742억 원, 2017년 5,996억 원, 2018년 5,965억 원, 2019년 6,541억 원으로 증가하였다.

|표 2-3-9| 희망2020나눔캠페인 모금실적('19. 11. 20 ~ '20. 1. 31.)

(단위 : 억 원)

구분	모금 목표액	모금 실적	달성률(%)
합계	4,257	4,273	100.4
중앙	2,055	2,098	102.1
지회	2,202	2,175	98.8

|표 2-3-10| 연도별 모금 추이

(단위 : 억 원)

구분	2015	2016	2017	2018	2019
합계	5,227	5,742	5,996	5,965	6,541
중앙	2,159	2,196	2,321	2,313	2,479
지회	3,068	3,546	3,675	3,652	4,062

주 : 2018년 태안 유류피해성금 3,067억 원을 제외한 액수임

나. 배분

2015년 6,038억 원, 2016년 5,453억 원, 2017년 5,553억 원, 2018년 8,444억 원, 2019년 5,958억 원을 배분하여 민간사회복지로는 최대 규모의 지원을 하였다. 사업유형은 신청사업, 지정기탁사업, 기획사업, 긴급지원사업 등의 방법으로 다양하게 실시하고 있다. 신청사업은 자유 주제 공모사업으로 비영리 기관이 필요한 사업을 신청 받아 지원하고, 지정기탁사업은 기부자의 의도가 반영되며, 긴급지원사업은 즉각적인 지원이 이루어져야 할 이웃들에게 배분되고 있다.

기획사업은 복지사각 지대를 발굴, 지원함으로써 산재해 있는 다양한 사회복지 현안 중에서 정부나 민간이 쉽게 개입하지 못하는 사회복지인프라 구축 및 민간복지 전반의 폭넓은 변화를 촉진하고 있다.

|표 2-3-11| 2019년 사업 분야별 배분 실적

(단위 : 억 원, %)

구분	금 액	비 율
계	5,958	100.0
신청사업	96	1.6
기획사업	1,178	19.8
긴급지원	169	2.8
지정기탁	2,783	46.7
물품지원	1,732	29.1

3. 향후 계획

사회복지공동모금회는 1998년 출범 이후, 우리 사회의 민간복지재원을 확충하고, ‘나눔과 참여’의 문화를 정착시키기 위해 다양하고 활발한 모금과 배분사업을 실시해 왔다. 향후 모금 측면에서는 나눔에 대한 국민의 이해와 참여를 높이기 위해 지역사회 나눔생태계를 육성하고, 소액다수 기부를 확대할 예정이다.

배분 측면에서는 기존에 수행하고 있던 기초생계, 긴급지원 등 복지 사각지대 해소를 위한 배분사업뿐만 아니라 사회적 과제를 중심으로 배분사업을 수행하여 사회변화를 견인하고 사업의 성과에 대한 사회 보고를 강화하고자 한다.

앞으로도, 사회복지공동모금회는 국민들의 관심과 함께 정부, 지방자치단체, 사회복지 현장의 폭넓은 참여와 성원을 이끌어 내기 위하여 모금과 배분 활동의 전문성·투명성·효율성을 강화하고, 나눔문화 저변 확대를 위한 홍보와 나눔교육 활성화에도 노력할 계획이다.

II 사회복지분야 자원봉사 활성화

1. 사업의 필요성

최근 저출산·고령화 등 인구구조의 변화와 더불어 실직, 질병 등으로 인한 가족해체 및 사회적 고립의 위험이 증가함에 따라 돌봄이 필요한 사람들이 급증하고 있다. 이와 같이 복지수요가 급증하고, 사회적 욕구들이 다양해짐에 따라 사회복지에 대한 국가의 역할뿐만 아니라, 민간부문의 참여와 민간자원 활용의 필요성이 더욱 높아지고 있다. 이러한 상황에서 자발적인 민간 부문의 물적·인적 참여는 국가의 복지정책을 보완하고, 연대의식과 책임의식을 바탕으로 보호의 필요성이 있는 대상에 대해 보다 유연하고 신속하게 접근·지원함으로써 공공 복지자원과 공공전달체계의 사각지대에 있는 취약계층을 지원하는 중요한 역할을 담당해 오고 있다.

특히, 자원봉사활동은 일반 국민들의 이타심과 자발적인 참여를 통해 상부상조하는 복지공동체 구축의 기반을 제공하고, 사회 통합 분위기에 기여한다는 측면에서 매우 중요한 민간자원이라 할 수 있으며, 앞으로 국가 차원에서 더욱 체계적으로 지원·육성하여야 할 분야이다.

한편, 2019년 통계청 사회조사에 의하면, ‘지난 1년간 자원봉사활동 참여 경험’의 추이를 분석한 결과, 2013년 19.9%, 2015년 18.2%, 2017년 17.8%, 2019년 16.1%로 점차적으로 감소하고 있으며, ‘향후 자원봉사 참여의향’에 대한 질문에도 ‘있음’이라고 응답한 비율이 2013년 43.2%, 2015년 37.3%, 2017년 37%, 2019년 33.4%로 점차 감소하고 있다.

따라서, 민간자원으로서 복지사각지대 해소에 중요한 역할을 하고 있는 자원봉사에 대한 참여율을 높이기 위하여 대상별·계층별 맞춤형 봉사일감을 개발하여 널리 보급하는 등 사회 복지자원봉사 활성화를 위한 정책적인 노력들이 필요하다.

2. 사업별 현황

가. 사회복지 자원봉사 육성·지원

사회복지 자원봉사자 등록 및 자원봉사 관련 정보제공 등을 위해 2001년부터 ‘사회복지 자원봉사 관리시스템(Volunteer Management System : VMS)’을 구축·운영하고 있다. 사회복지 자원봉사 관리시스템(VMS)에서 회원으로 가입한 후 사회복지시설·기관·단체 등에서 봉사활동에 참여한 경우, 전국 어디에서나 인터넷 및 모바일을 통해 본인의 봉사활동 실적을 조회할 수 있으며, 빅데이터를 활용하여 봉사자 성별·연령·관심분야 등을 고려한 일감 자동 추천을 통해 사회복지자원봉사 관리센터 및 자원봉사 관련 정보 등을 제공하고 있다.

사회복지 자원봉사의 실적 관리 등을 위해 사회복지시설·기관 등을 대상으로 ‘사회복지 자원봉사 관리센터’를 지정·운영하고 있으며, 2019년 12월 말 기준 13,843개소이며, 인증 관리요원은 26,056명으로 지난해(23,535명) 보다 10% 증가했다.

등록 자원봉사자는 864만 5,241명으로 2018년(816만 8,638명) 대비 5.83% 증가하였으나, 2019년은 125만 6,640명의 활동봉사자가 총 25,489천 시간의 봉사활동을 기록하여 지난해 (127만 2,588명의 활동봉사자, 총 25,850천 시간)보다 활동봉사자 인당 평균 봉사 시간이 소폭 감소하는 추이를 보였다.

|표 2-3-12| 사회복지 자원봉사 현황

('19. 12. 기준)

구 분	등록봉사자 수	활동봉사자 수	총 봉사 시간	총 봉사 횟수
2019년	8,645,241명	1,256,640명	25,489천 시간	7,428,781회

|표 2-3-13| 시·도별 사회복지 자원봉사 관리센터 현황

('19. 12. 기준, 단위: 개소)

계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
13,843	1,976	827	591	695	925	700	359	49	2,006	593	517	846	589	1,018	936	889	327

또한, 보건복지부는 사회복지분야에 특화된 자원봉사활동을 활성화하기 위해 2010년부터 사회복지분야의 다양한 재능과 특기를 가진 봉사자로 구성된 '지역사회봉사단'을 조직·운영하고 있으며, 2019년 지역사회봉사단은 4,740개로 2018년(4,009개)에 비해 18.2% 증가하였다.

|표 2-3-14| 지역사회봉사단 현황

('19. 12. 기준, 단위: 개)

계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
4,740	349	367	253	241	198	88	695	295	296	222	286	199	213	298	527	145	68

사회복지분야 자원봉사자 발굴 확대 및 수요처와의 연계 활성화 등을 위해 전국 17개 시·도 사회복지협의회에 자원봉사 코디네이터를 배치·운영하고 있으며, 이들을 사회복지 자원봉사 전문관리자로 육성하기 위하여 매년 교육을 실시하고 있다.

사회복지 자원봉사자에 대한 사기 진작 및 이를 통한 자원봉사 참여를 확대하기 위하여 다양한 인정·보상체계도 운영하고 있다. 자원봉사활동 중 발생하는 각종 사고에 대한 경제적·심리적 불안을 해소하기 위하여 2019년 자원봉사자 약 864만 명을 대상으로 상해보험가입서비스를 제공하였다. 더불어, 'Golden Volunteer' 300명을 선정하여 인증패를 수여하고, 누적 봉사 실적(200/500/1,000/2,000/3,000/5,000/10,000시간)을 기준으로 배지를 지급하고 있다.

또한, 국민들이 사회복지 자원봉사를 쉽게 이해하고, 참여할 수 있도록 각종 홍보자료(리플릿, 뉴스레터 등)를 제작·배포하고 있으며, '사회복지 자원봉사 이야기·사진·우수프로그램 공모전' 등도 개최하고 있다.

나. 사회공헌활동 기부은행

노인장기요양보험 및 노인돌봄서비스 등 공공노인돌봄서비스가 제공되고 있지만, 노인돌봄 사각지대는 여전히 존재하고 있다. 따라서, 공공노인돌봄서비스 이외에 도움이 필요한 노인돌봄 대상자 수요를 지역사회 주민들이 상호 부조와 나눔을 통해 보완하는 사회공헌활동 기부은행 사업이 2016년 시행되었다.

사회공헌활동 기부은행은 돌봄봉사자의 봉사 시간을 점수화하여 돌봄포인트로 관리하고, 이를 만 65세 이후에 본인이 돌봄활동으로 제공받거나 돌봄이 필요한 가족 또는 제3자가 사용할 수 있도록 기부가 가능한 제도이다. 만 65세 이상의 노인 중 사회복지사 등 전문가가 돌봄활동이 필요하다고 추천한 자이거나, 본인이 적립한 돌봄포인트와 기부받은 돌봄포인트의 합계가 100 포인트(돌봄활동 1시간당 1돌봄포인트 적립) 이상인 자 또는 노인장기요양보험 서비스를 받고 있지 않다면 사회공헌활동 기부은행 돌봄대상자가 될 수 있다. 돌봄대상자는 돌봄활동기초교육을 수료한 봉사자를 통해 말벗, 가사 및 일상생활지원, 주택안전관리 등의 돌봄활동을 제공받게 된다.

본 사업의 효율적 관리와 운영을 위해 사회복지법인 또는 비영리법인 등을 대상으로 공모를 통해 전국 시군구 단위별 사업 수행기관을 선정하여 지역 내 돌봄대상자 및 돌봄봉사자 발굴과 연계를 담당하도록 하고 있다. 2015년 2개소를 선정하여 시범사업을 실시하였고, 2016년에 사회공헌활동 기부은행 수행기관을 전국 시·군·구에 소재한 17개소로 확대하였으며, 2017년에 33개소를 추가 설치하여 현재 50개 시·군·구에서 기부은행 수행기관을 운영 중에 있다. 이를 통해 지역 내 돌봄봉사자를 33,996명 모집하고, 공공노인돌봄서비스 적용이 어려운 돌봄대상자 21,672명을 발굴하였으며 상호 연계(12,985명, 27만 7,245회)를 통해 총 48만 2,698시간의 돌봄을 제공하였다.

다. 멘토링 사업

취약계층 아동·청소년에게 인적 네트워크를 지원하고, 역할 모델을 제시하여 취약계층 아동·청소년의 올바른 성장을 돕는 멘토링 사업은 전국 단위의 협력 기관을 구축·지원하며 멘토링 활성화를 위해 노력하고 있다. 2017년 928개소의 협력 기관이 2018년에는 975개소, 2019년에는 1,048개소로 확대되었고, 멘토-멘티 매칭은 52,342건을 달성하였다.

다양한 멘토티를 구축을 위해 전국 대학생 동아리 20팀을 지원하여 대학생 멘토 206명이 사업에 참여하였고, 기업 맞춤형 멘토링 프로그램을 개발하여 전문직업군 멘토 646명이 전국 아동복지 시설 106개소, 멘티 2,563명을 대상으로 멘토링 활동을 할 수 있도록 지원하였다. 사업의 실적 성장을 위한 분과위원회 2회 개최, 멘토링 수행기관 코디네이터(실무자) 교육 3회, 멘토링 강사 양성과정 교육을 2회 진행하였다.

우수사례 공모전 및 발표회를 통해 우수사례를 발굴 포상하고, 감동적인 사례를 공유하고 서로 격려할 수 있는 장을 마련하였다. 인정보상제도 운영을 통해 사업의 지속적인 참여를 유도하고, 대국민 홍보 사업을 통한 사업 활성화를 위해 노력하고 있다.

[표 2-3-15] 멘토링 협력 기관 현황('19. 12. 31.)

(단위 : 개소)

구분	계	교육	자립	정서·인성	진로	문화·예술·스포츠
주제별	1,048	338	252	242	115	101
구분	계	기타 저소득층	장애	다문화	질병	-
대상별	1,048	799	145	82	22	-

Ⅲ 기부식품 등 제공사업 활성화

1. 사업 개요

기부식품 등 제공사업은 경제위기로 저소득층 결식문제가 대두됨에 따라 식품 및 생활용품의 제조·유통·판매·이용 과정에서 발생한 물품을 기부받아 결식아동, 독거노인, 재가장애인 등 소외계층에게 무상으로 제공함으로써 취약계층의 결식 문제 완화 및 공공사회복지서비스 사각지대 해소 등 민간 사회안전망 역할을 수행하는 사업이다.

2. 추진 현황

가. 운영 체계

전국기부식품 등 지원센터(전국푸드뱅크) 및 광역기부식품등지원센터(광역푸드뱅크)에서는 기부식품 및 생활용품을 접수하여 기부식품 등 제공사업장(기초 푸드뱅크·마켓)으로 배분하고

있으며, 기부식품 등 제공사업장(기초 푸드뱅크·마켓)에서는 기부식품 등을 접수·배분받아 이용자에게 제공하고 있다.

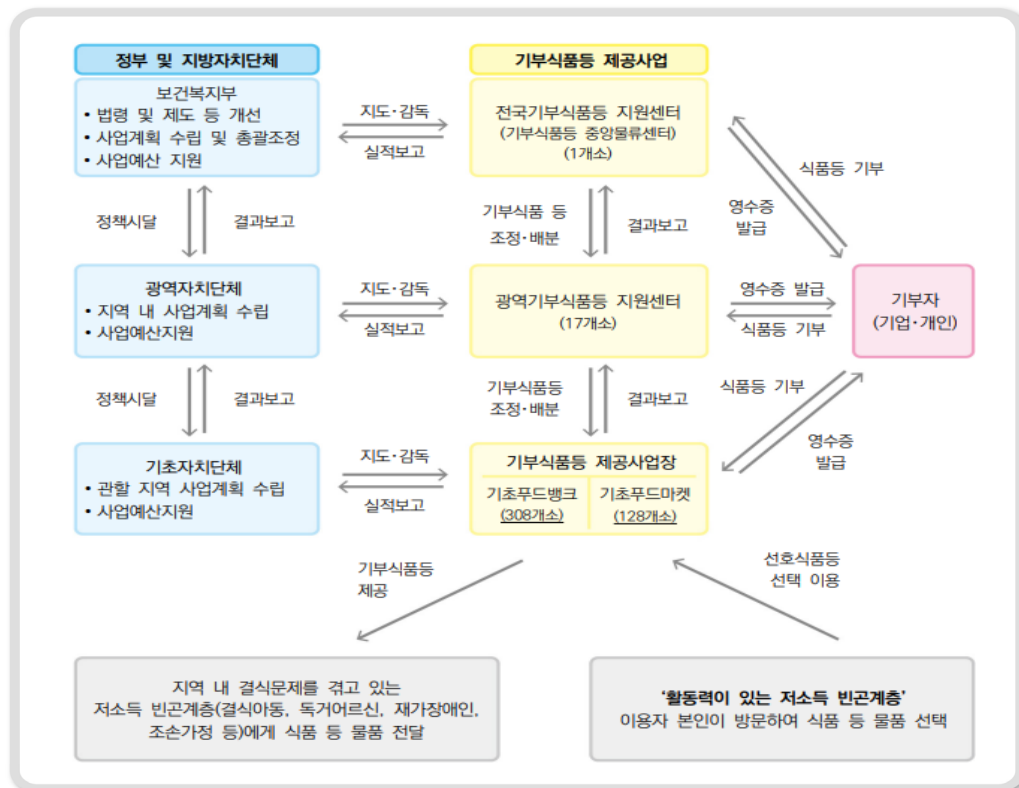
기부식품 등 제공사업은 1998년 1월 4개 권역(서울, 부산, 대구, 과천)에서 시범사업으로 시작하였으며, 2019년 말 기준 454개소(전국푸드뱅크 1개소 포함)의 푸드뱅크·마켓이 운영되고 있다.

[표 2-3-16] 기부식품 등 제공사업장 신고·운영 현황

(‘19. 12. 기준)

구분	계	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
지원센터	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
푸드뱅크	308	-	5	18	12	12	15	12	7	1	73	21	26	20	18	25	21	20	2
푸드마켓	128	-	30	16	8	14	2	8	2	0	17	1	5	6	7	3	3	4	2

[그림 2-3-2] 기부식품 등 제공사업 추진 체계



푸드뱅크는 식품 및 생활용품 제조 및 유통기업, 개인 등에서 기부받은 물품을 저소득 취약계층이나 사회복지시설 등을 방문하여 직접 지원하는 형태이며, 푸드마켓은 이용자의 선택권 보장을 위해 이용자가 편의점 형태의 마켓을 방문하여 식품 및 생활용품을 무료로 선택할 수 있다.

2018년에는 중앙물류센터*(세종특별자치시 연동면)를 확대·이전하여 기부식품 등 배분 계획에 의해 전국적으로 기부식품 등을 적정 배분함으로써 수도권 쏠림 현상을 방지하고, 이용자에게는 보다 다양한 물품이 안정적으로 공급될 수 있는 기반을 마련하였다.

* 중앙물류센터 규모 : 단독창고 2,151㎡(651평), 야외 가설천막(자바라) : 330.6㎡(100평)

2019년에는 기부기업 및 전국지역아동센터협의회와 협력을 통해 결식우려아동에게 식사대용품 등을 담은 HOPE Food Pack* 사업을 확대 운영해 결식문제를 완화하고 아동들의 건강한 성장에 기여하였다.

* 대상 : 6개 시·도 124개 지역아동센터 1,500명 자원

식품 및 생활용품 기부를 희망하는 기업과 개인의 이용 편의를 위해 전국 대표전화(1688-1377)를 통해 기부 절차 및 관련 정보를 제공하고 있으며, 기업이 기부한 식품에 대해서는 전액 손비로 인정되어 세제 감면 혜택을 받을 수 있다. 또한, 기부식품 등의 접수 및 이용자 배분 과정을 투명하고, 효율적으로 관리하기 위해 기부물품관리시스템(FMS)을 구축·운영하고 있다. 기부식품 등의 효과적인 모집 방법과 대상자 맞춤형 서비스 제공을 위한 데이터 분석 및 정보개방 필요성 대두에 따라 이용자 정보, 이용시설단체정보, 기부자정보, 접수현황, 제공현황, 물품정보, 센터정보, 선호기부물품정보 등 푸드뱅크 정보를 공공데이터로 선정하여 국민에게 개방('18. 12. 10)·운영하고 있다.

또한, 한국농수산식품유통공사와 업무 협약('18. 11. 12.)을 통해 농·축·수산물 등 다양한 신선식품 기부를 확대하여 취약계층의 영양 불균형 해소 및 식생활 개선에 기여하고 있다.

나. 추진 실적

2019년에는 식품 기부액 1,974억 원, 생활용품 기부액 391억 원, 기부자 수 1만 5,770개소(명), 이용자 수 32만 6,239명(개소)을 기록하였다.

기부식품 등은 개인 및 시설·단체에게 제공하고 있으며, 개인이용자 중 긴급지원대상자, 차상위계층, 국민기초생활수급탈락자 등 복지사각지대에 대한 지원을 강화하고 있다. 시설·단체의 경우, 정부 지원이 미흡하고, 식품확보가 더 필요한 지역아동센터·무료급식소 등에 배분하고 있다. 하지만, 바자회·행사, 정치·종교적 목적을 위한 행사 등에는 기부식품등 제공을 금지하고 있다.

|표 2-3-17| 식품기부 및 제공 실적('12.~'19.)

(단위 : 백만 원, 개소(명))

연도	기부액	기부자 수	이용자	개인 이용자			단체 이용자
				기초생활수급자	긴급지원대상자	차상위계층	
2012	116,300	13,492	244,709	123,737	23,348	84,810	12,814
2013	144,037	14,626	321,077	139,258	38,397	129,580	13,842
2014	157,757	15,327	293,328	118,644	44,212	119,218	11,254
2015	160,901	16,430	336,523	127,212	51,602	143,445	14,264
2016	178,316	15,450	308,965	116,686	46,833	130,121	15,325
2017	202,803	15,328	290,381	105,001	42,777	128,120	14,483
2018	219,849	15,300	300,118	114,710	45,559	139,849	14,336
2019	236,548	15,770	326,239	117,432	49,442	143,344	16,021

IV 사회복지무요원 직무교육

1. 개요

2008년부터 현역복무를 하지 않는 사회복지무요원(4급 보충역 등)을 고령화 및 사회 양극화 등으로 인해 수요는 많으나, 공급 자원이 부족한 사회복지시설, 보건·의료시설 등 사회서비스 분야에 중점 복무하도록 하는 사회복지무제도가 시행되었다.

제도의 기본 방향은 사회서비스 분야에 사회복지무요원을 우선 투입하여 노인·장애인 수발 보조 등 증가하는 수요에 적극 대응함으로써 시설 업무 부담 경감 및 사회서비스의 질적 수준을

향상시키는 것이다. 이를 위해, 사회복지무요원에게 전문 지식과 필요한 윤리 의식을 교육하여 국가 인적자원으로서 역할을 증대시키고 있다.

사회서비스 분야 중 보건복지분야 사회복지무요원은 사회복지시설, 지방자치단체, 국·공립병원 및 보건소 등에 배치되어 근무하고 있다.

[표 2-3-18] 보건복지부 소관 사회복지무요원 신규 배정 현황

(단위 : 명)

복무 기관	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
총 계	9,339	9,653	11,606	12,657	13,090	14,436
사회복지시설	7,004	7,267	9,368	10,493	10,959	12,217
시·군·구, 읍·면·동	1,891	1,923	1,770	1,754	1,670	1,741
국·공립병원, 보건소, 검역소 등	504	463	468	410	461	478

[표 2-3-19] 보건복지 분야 근무 사회복지무요원 복무 분야 및 업무

복무 분야	근무 기관	주요 업무
사회복지시설 운영 지원	사회복지시설, 사회복지관련 공공단체	사회복지시설 노인·장애인 활동·목욕·취식 등 수발업무 지원, 복지시설 프로그램 운영, 시설 및 물품 관리, 복지사무 지원 등
지방자치단체 사회복지업무 지원	지방자치단체	저소득층 물품 전달 업무 등 사회복지담당업무 지원 등
국민건강 보호·증진업무 지원	국립검역소, 보건(지)소	방역·소독·식품위생 등 주민건강사업 활동 지원 등
환자구호업무 지원	국·공립병원, 지방의료원 등	약품 관리, 환자 이동 등 의료지원 활동 등

2. 추진 현황

1995년부터 도입된 공익근무요원제도는 기초군사훈련(4주, 국방부 주관)만을 받고 복무 현장에 배치되면서 사명감 및 업무의 전문성 부족 등으로 인해 담당업무가 단순 행정보조업무에 머물러 왔으며, 이로 인해 병역의무의 형평성과 인력 운영의 비효율성 문제가 제기되어 왔다.

2008년 사회복지제도 시행 이후, 보건복지부에서는 보건복지 분야에 배치되는 사회복지무요원을 대상으로 근무기관에서 담당직무를 효과적으로 수행할 수 있는 능력을 배양시키는 2주(10일)간의 직무교육을 실시하고 있으며, 이러한 직무교육은 2009년 12월부터 법정 의무교육(병역법 제33조의2)으로 강화되었다.

보건복지분야 사회복지요원 직무교육은 보건복지부 산하의 유일한 보건복지전문교육기관인 한국보건복지인력개발원에 위탁·운영되고 있으며, 사회복지교육본부와 전국 6개 권역별 사회복지교육센터를 설치하여 체험 및 실습교육 중심으로 체계적인 교육을 실시하고 있다.

|표 2-3-20| 사회복지교육센터 현황

구 분	교육 관할 지역	소재지	전화번호
서울사회복지교육센터	서울, 경기 북부, 강원	서울특별시 중구	02-870-7300
부산사회복지교육센터	부산, 울산, 경남	부산광역시 동구	051-466-4061
대구사회복지교육센터	대구, 경북	대구광역시 동구	053-256-0860
경인사회복지교육센터	인천, 경기 남부	경기도 수원시 장안구	031-271-2143
광주사회복지교육센터	광주, 전북, 전남, 제주	광주광역시 서구	062-350-1100
대전사회복지교육센터	대전, 세종, 충북, 충남	대전광역시 중구	042-257-3293

직무교육은 사회복지요원의 복무 초기 기본직무교육(10일)과 복무기간 1년 전후에 실시하는 심화직무교육(3일)으로 구성되어 있다.

기본직무교육(10일)은 노인·장애인 수발 및 이동보조방법 등에 대한 기본적 직무 이해를 돕기 위하여 사회복지요원 근무 유형별 실무 중심의 교육커리큘럼 3개 과정으로 이루어져 있으며, 사회복지과정 중 노인, 장애인, 아동, 지역사회복지과정 등 4개의 전문화 과정을 세분화하여 추가 운영하고 있다.

|표 2-3-21| 보건복지분야 사회복지요원 기본직무교육(기본과정 및 전문화 과정) 현황

구 분	기본과정		
	사회복지과정	사회복지공무원 보조과정	보건의료과정
교육 대상	사회복지기관 및 시설 근무 사회복지요원	시·군·구청, 읍·면사무소 및 동주민센터 근무 사회복지요원	국립 및 지방의료원, 보건소 근무 사회복지요원
담당 업무	장애인·노인 등 수발 및 활동 보조	사회복지행정업무 보조	보건 및 의료지원 활동 보조
2019년 실적 (14,192명)	11,739명(83%)	1,639명(11%)	814명(6%)
교육 기간	10일, 65시간 (강의 42시간, 현장실습 14시간, 팀활동 등 9시간)	10일, 65시간 (강의 42시간, 현장실습 14시간, 팀활동 등 9시간)	10일, 65시간 (강의 49시간, 현장실습 7시간, 팀활동 등 9시간)
주요 교과목	노인, 장애인 체형 및 이해 등 16개 과목	바우처사업에 대한 이해 등 16개 과목	보건·의료서비스의 이해 등 18개 과목

주: 2019년 교육 만족도 4.37점, 강의 만족도 4.52점

심화직무교육(3일)은 사회복지복무요원 복무 기간 1년 전후에 심층직무기술 함양 및 문제행동 대처방법 등을 위한 보수교육 차원의 심화교육으로 현장에서 요구하는 심층직무기술을 사례 중심으로 설계하고, 직무수행 시 문제해결능력 향상에 초점을 맞춰 교과목을 구성하여 운영하고 있다.

[표 2-3-22] 보건복지분야 사회복지복무요원 심화직무교육 2개 과정 현황

구 분	일반심화과정	아동심화과정
교육 대상	노인·장애인·노숙인시설, 종합복지관 근무 사회복지복무요원	아동이용시설 근무 사회복지복무요원
담당 업무	노인·장애인·노숙인 활동 보조 등 지원 활동	아동 학습보조 등 지원 활동
2019년 실적 (7,757명)	6,102(79%)	1,655명(21%)
교육기간	3일, 19시간(강의 17시간, 팀활동 2시간)	
주요 교과목	대상자 문제행동 대처요령, 인권 심층 이해, 수발보조 심층 이해 등 9개 교과목	아동권리에 대한 이해, 아동놀이지도방법, 아동행동이해 및 지도방법 등 9개 교과목

주: 2019년 교육 만족도 4.52점, 강의 만족도 4.61점

한편, 사회복지복무요원에 대한 직무교육 운영 이외에 ① 사회복지복무요원 직무교육 10주년 기념식 개최, ② 사회복지복무요원 재능나눔봉사동아리 운영, ③ 사회복지복무요원 UCC 공모전 개최, ④ 사회복지복무요원 4대 복무가치 「봉사, 책임, 소통, 배려」 교육, ⑤ 사회복지복무요원 캐릭터 ‘하비(HAPPY VIRUS의 HA+VI/출원번호 42-2009-0000182)’ 및 사회복지복무요원 테마송(하비송) 활용 홍보 등 다양한 활동을 지속적으로 실시하고 있다.

[그림 2-3-3] 보건복지 분야 사회복지복무요원 캐릭터 ‘하비’



[표 2-3-23] 보건복지 분야 사회복지무원 4대 복무 가치

가 치	선 언 서
봉사 (Service)	<ul style="list-style-type: none"> • 투철한 사명감으로 뜨거운 실천을 이끈다. - 주위의 도움이 필요한 사람들의 아픔을 보듬으며 따뜻한 손길로 감동을 이어준다.
책임 (Responsibility)	<ul style="list-style-type: none"> • 긍정적 에너지로 헌신적인 열정을 가꾼다. - 원대한 포부와 주인의식으로 국민들의 안전과 행복을 위해 긍정적 사고와 올곧은 가치관과 품성을 가꾸어 간다.
소통 (Communication)	<ul style="list-style-type: none"> • 열린 마음으로 협력의 가치를 더한다. - 서로 특별함과 다름을 인정하는 조화를 바탕으로 열린 마음과 가치를 통해 다같이 하나임을 공유해 나간다.
배려 (Consideration)	<ul style="list-style-type: none"> • 존중과 양보의 마음으로 사랑을 나눈다. - 상대의 의견과 행동을 존중하고, 양보하는 마음으로 진심이 담긴 사랑을 나눈다.

사회복무요원 직무교육은 사회복지무원을 통해 사회복지시설의 노인, 장애인, 아동 등에게 양질의 복지서비스를 제공하는 중요한 역할을 하고 있는 사업으로 수혜범위 및 경제·사회적 계층 간 파급 효과가 높은 사업이다.

따라서, 보건복지부에서는 사회복지무원이 보건복지 현장에 확대 배치될 수 있도록 지속적으로 노력함은 물론, 사회복지무원이 ‘건강하고 가슴이 따뜻한 사회복지무인재’로 성실히 근무할 수 있도록 강도 높은 직무교육을 계속적으로 추진할 예정이다.

V 나눔문화 확산

1. 추진 배경

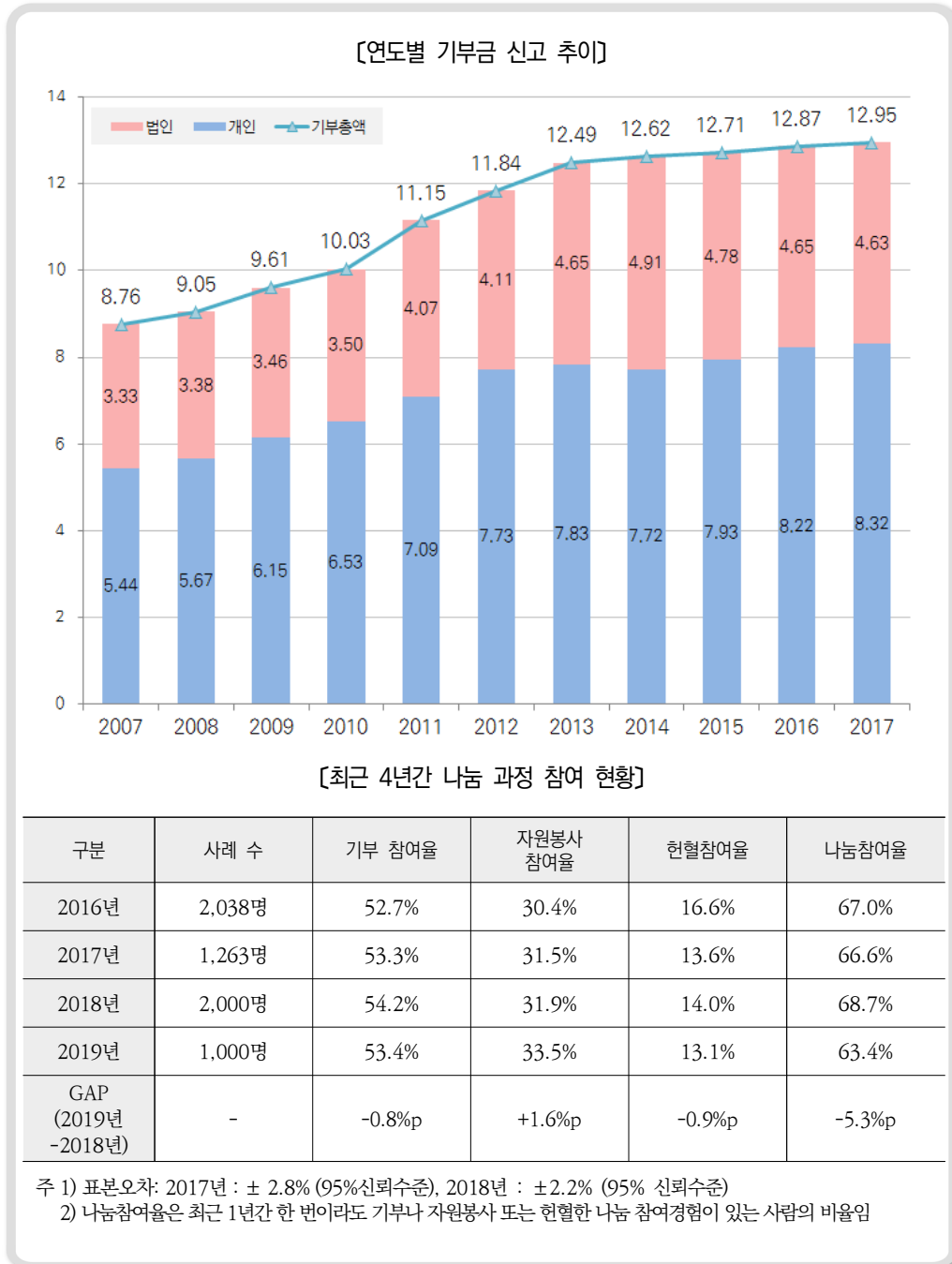
정부는 국민 누구나 행복한 시대를 만들고자 국민 중심의 맞춤형 복지서비스 전달을 위해 다양한 노력을 기울이고 있으나, 정부의 노력만으로 이와 같은 목표에 도달하기는 어려울 것이다. 따라서, 성숙한 시민사회 구성원들의 따뜻한 사랑과 배려로부터 시작되는 나눔문화 확산이 필요하며, 이와 동시에 복지수요 증가에 효율적이고, 탄력적으로 대응하기 위해서는 공익사업에 대한 민간의 참여와 역할을 적극적으로 장려할 필요가 있다.

최근 나눔에 대한 국민적 관심은 크게 높아지고 있으나, 여전히 감성적·일회성 나눔 위주로 생활 속 나눔문화 정착이 미흡한 실정이다. 각종 통계조사 결과에서 알 수 있듯이 일반 국민들의 경우, 나눔활동 참여가 특정 사안이나 행사 중심의 일회성에 그치는 등 일상화에는 한계를 드러내고 있다.

국세청에 신고된 우리나라 개인 및 법인의 기부금 총액을 살펴보면, 2017년 말 기준 12.95조 원으로 지난 10년 동안 꾸준한 증가 추세이며, 개인기부액은 8.3조 원으로 전년 대비 1.2% 증가, 법인기부액은 4.63조 원으로 전년대비 비슷한 수준을 유지하였다.

또한, 한국보건사회연구원 ‘나눔실태조사 2018’ 연구용역보고서에 따르면, 최근 1년간(18. 8. ~19. 7.) ‘기부 경험 여부’와 ‘자원봉사 또는 헌혈 경험 여부’에 대한 빈도 분석 결과, 최근 1년간 기부에 참여한 응답자는 53.4%, ‘자원봉사’를 경험한 응답자는 33.5%, ‘헌혈’에 참여한 응답자는 13.1%로 조사되었다. 전년 대비 기부와 자원봉사, 그리고 헌혈에 참여한 응답자 비율은 각각 0.8%p 감소, 1.6%p 증가, 0.9%p 감소한 것으로 나타났다. 한편, 최근 1년간 한 번이라도 기부나 자원봉사 또는 헌혈 등의 나눔 경험이 있는 ‘나눔 참여도’는 63.4%로, 전년 대비 5.3%p 하락하였다.

|그림 2-3-4| 나눔 현황



2. 추진 현황

가. 생활 속 나눔교육 확대

나눔의 소중한 가치가 체화되어 성숙한 시민 구성원으로서 역할을 할 수 있기 위해서는 나눔교육이 무엇보다 중요하다.

2017년에는 나눔교육 매뉴얼 700부를 제작하여 보급하였고, 4개 권역별 나눔교육기관을 지정하여 4만 9천여 명을 대상으로 나눔교육을 실시하였으며, 나눔교육 강사 510명을 양성하는 등 나눔교육 인프라구축사업을 실시하였다. 또한, 나눔 관련 단체의 투명성 제고와 역량 강화를 위해서 나눔단체 종사자 약 2천여 명에게 재무회계 및 모금자원개발 등의 교육을 실시하고, 비영리 재무회계 매뉴얼을 개발·배포하였다.

2018년에는 지역 및 대상별로 총 3만 6천여 명에게 나눔교육 및 체험프로그램을 실시하고, 비영리기관 등 나눔관련 담당자 2만 5천 명에게 재무회계 등 역량강화 교육을 실시하였다. 또한, 학계 등 전문가와 시민들이 참여하는 나눔포럼에 138개 기관 314명이 참여하여 나눔문화의 확산을 도모했다.

2019년에는 지역별로 9개 기관을 통해 생애주기별 대상자 총 13,658명에게 교육을 하였고, 나눔교육사가 직접 방문하여 소규모 교육을 진행하는 ‘찾아가는 나눔교실’을 70개 지원하여 9,587명을 교육하였다. 또한, 나눔단체의 투명성과 전문성을 높이기 위하여 나눔단체 종사자 2,812명에게 역량강화 교육을 실시하였다.

나. 나눔문화 저변 확산

보건복지부는 나눔이 일상에서 생활화·습관화되어 지속적으로 확산될 수 있도록 국민인식 개선과 나눔문화 확산 사업을 추진하고 있다.

2010년부터 2015년(제1회~제6회)까지 민관 협력 공동 주관으로 실시한 ‘나눔대축제’는 2016년도부터는 국고 지원 없이 지난 6년간의 수행 경험을 바탕으로 나눔국민운동본부 등 유관단체 간 연합을 통해 추진하도록 하여, 민간 기반의 나눔문화가 조성될 수 있도록 사업 방식을 변경하였다. 한편, 우리 사회에 나눔의 씨앗이 뿌리내려 국민들이 생활 속에서 자연스럽게

나눔을 체험하고 실천할 수 있도록 기존 활성화된 전국 9개 시·군·구의 지역축제 기간 중 ‘지역축제나눔활성화사업’ 프로그램(기부, 자원봉사, 생명나눔 등)을 운영하여 일상 속 나눔 문화의 전파를 유도하였다.

[표 2-3-24] 연도별 나눔대축제 개요('15.~'19.)

구 분	2015	2016	2017	2018	2019
일시/장소	10.23.(금)~24.(토) 여의도공원	10.15.(토)~16.(일) 여의도공원	10.28.(토)~29.(일) 시청광장	10.23.(금)~24.(토) 시청광장	10.5.(토)~6.(일) 올림픽공원
주 최	보건복지부 한국사회복지협의회 나눔국민운동본부	나눔국민운동본부	나눔국민운동본부	나눔국민운동본부	나눔국민운동본부
추진방법	중앙과 지방 9개 권역 동시 개최, TV 특별생방송 및 나눔 관련 연계 프로그램 운영	중앙에서 개최, TV 특별생방송 및 나눔 관련 연계 프로그램 운영	중앙에서 개최, TV 특별생방송 및 나눔 관련 연계 프로그램 운영	중앙에서 개최, 아프리카tv 나눔오픈스튜디오 연계 생방송	중앙에서 개최, 나눔 관련 연계 프로그램 운영
참 여	576개 참여단체 (중앙 70개, 지방 506개)	64개 참여단체	59개 참여단체	63개 참여단체	62개 참여단체
주요행사	개막식, 국무총리 참관행사, 나눔국민행사 (KBS 특별 생방송), 대한민국나눔음악회 (OBS 특집 녹화방송), 재능나눔 콘서트, 토크콘서트, 국민참여 프로그램 등	개막식, 국무총리 참관행사, 나눔국민행사 (KBS 특별 생방송), 나눔인디밴드대전, 나눔라이딩대회, 나눔응원대제전, 참가단체 재능기부공연, KBS라디오 공개방송	개막식, 국무총리 참관행사, 나눔국민행사 (KBS 특별 생방송), 대한민국나눔음악회 (OBS 특집 녹화방송), 재능나눔 콘서트, 토크콘서트, 국민참여 프로그램 등	개막식, 보건복지부장관 참관행사, 나눔국민행사 대한민국나눔음악회, 나눔 캐릭터뮤지컬, 아프리카tv 나눔오픈스튜디오, 국민참여 프로그램 등	개막식, 국무총리 참관행사, 나눔국민행사, 나눔응원대제전, 대한민국나눔음악회 (KBS라디오공개방송) 시민재능기부공연 나눔바자회 국민참여 프로그램 등

또한, 나눔실천자들을 발굴·포상하여 명예를 드높이고, 우수사례를 확산하기 위해 ‘2019년 대한민국나눔국민대상’을 통해 국민추천 등의 방법으로 발굴된 대상자 155명에게 훈·포장 등을 포상하고, KBS를 통해 시상식을 방송하여 포상의 권위와 홍보 효과를 높였다.

다. 기업 사회공헌 활성화 지원

기업 사회공헌은 다양한 사회적 가치 실현을 위해 지역사회 발전에 직접적으로 도움이 되는 활동을 활발히 전개하고 있다. 최근 10년간 사회공헌 지출규모가 2배 이상 성장하면서 민간 사회복지 영역에 중요한 역할을 담당하고 있다. 이에 사회공헌센터는 기업 사회공헌 활성화를 통한 지속가능한 사회공헌 생태계 구축을 위해 사회공헌 연계·협력 기반 조성, 사회공헌 리더십 역량 강화, 대국민 소통·공유 확대 등 다양한 사업을 지원하고 있다.

‘기업 사회공헌 연계·협력 기반 조성사업’으로 사회공헌 민·관 협력 모델 개발, NGO와 기업 연계, 글로벌 사회공헌 네트워크 구축 사업을 추진하고 있다. 민·관 협력 모델인 노숙인 자립 지원 도시농부 아카데미 하우스 프로젝트는 2018년에 시작하여 강원도 원주에서 2019년 7월 개장식을 개최했다. 또한, 지역사회 문제해결을 위해 지역단위 비영리단체 임직원 대상 ‘커뮤니티 디자이너 교육’을 운영하고, ‘기업-NGO 매칭데이’를 개최하여 사업 연계 및 네트워크를 구축했다. 미국 스탠퍼드대학교 PACS센터 및 SSIR 등 세계 유수 사회혁신 기관과의 교류 및 글로벌 사회공헌 포럼 공동주최로 글로벌 사회공헌 생태계를 이끌었다.

‘사회공헌 리더십 역량 강화’를 위해 사회공헌 담당자를 대상으로 직능수준별 사회공헌 혁신 스쿨 5개 과정을 운영하고, 관계자 교류 워크숍 및 지역 포럼 개최, 외부 전문가 협업을 통한 사회공헌 컨설팅 45개소 지원 등 국내 사회공헌 수준의 상향평준화를 위한 실효성 있는 사업을 전개했다.

또한, ‘대국민 소통·공유 확대’를 위해 사회공헌 백서, 매거진, 도서를 각각 발간하여 국민의 사회공헌 이해 제고와 사회적 공감대를 형성했다.

특히, 지역사회 문제해결을 위한 방안으로 지역 사회공헌에 기여가 큰 기업 및 공공기관을 발굴하여 인정패 수여 및 정부포상을 하는 지역사회공헌 인정제도를 도입하여 121개소의 사회공헌 인정기업을 선정(19. 12.)하였으며, 인정제 활성화를 위해 신용보증기금, 기술보증기금과 업무협약을 체결하였다.

VI 의사상자 예우

1. 개요

가. 정의

의사상자는 직무 외의 행위로 자신의 생명 또는 신체상의 위험을 무릅쓰고 위해(危害)에 처한 다른 사람의 생명·신체 또는 재산을 구하다가 사망하거나 부상을 입은 경우 의사상자심사위원회의 심사·의결을 거쳐 의사자 또는 의상자로 인정된 사람을 말한다.

정부는 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의사자 또는 의상자가 보여 준 살신성인(殺身成仁)의 숭고한 희생 정신을 사회의 귀감으로 삼고, 의사자의 유족 및 의상자와 그 가족에 대하여 국가적 예우를 실시함으로써 사회 정의 실현에 이바지하고자 노력하고 있다.

나. 적용 범위

- 1) 강행·납치 등의 범죄 행위를 제지하거나 그 범인을 체포하다가 사망하거나 부상을 입는 구조 행위를 한 때
- 2) 자동차·열차, 그 밖의 운송수단의 사고로 위해에 처한 다른 사람의 생명·신체 또는 재산을 구하다가 사망하거나 부상을 입는 구조행위를 한 때
- 3) 천재지변, 수난, 화재, 건물·축대·제방의 붕괴 등으로 위해에 처한 다른 사람의 생명·신체 또는 재산을 구하다가 사망하거나 부상을 입는 구조 행위를 한 때
- 4) 천재지변, 수난, 화재, 건물·축대·제방의 붕괴 등으로 일어날 수 있는 불특정 다수인의 위해를 방지하기 위하여 긴급한 조치를 하다가 사망하거나 부상을 입는 구조 행위를 한 때
- 5) 야생동물 또는 광견 등의 공격으로 위해에 처한 다른 사람의 생명·신체 또는 재산을 구하다가 사망하거나 부상을 입는 구조 행위를 한 때

- 6) 해수욕장·하천·계곡, 그 밖의 장소에서 물놀이 등을 하다가 위해에 처한 다른 사람의 생명 또는 신체를 구하다가 사망하거나 부상을 입는 구조 행위를 한 때
- 7) 국가 또는 지방자치단체의 요청에 따라 구조 행위를 위하여 통상적인 경로와 방법으로 이동하던 중에 사망하거나 부상을 입은 때
- 8) 기타 이와 유사한 형태의 위해에 처한 다른 사람의 생명·신체 또는 재산을 구하다가 사망하거나 부상을 입는 구조 행위를 한 때

2. 의사상자 예우 추진 현황

의사자의 유족 및 의상자와 그 가족에게는 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」이 규정하는 보상금, 의료급여, 교육보호, 취업보호, 장제보호 등의 국가적 예우가 실시된다. 보상금은 매년 고지한 금액을 의사자의 유족에게 지급하고, 의상자에 대해서는 1급부터 9급까지 등급에 따라 의사자 보상금의 100/100~5/100에 해당하는 금액이 지급된다.

표 2-3-25 | 연도별 의사상자 현황 및 보상금 지급 기준

(단위: 명, 천 원)

구 분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
인원	계	37	38	21	25	21	17	27	5	19
	의사자	20	22	13	20	11	10	10	1	8
	의상자	17	16	8	5	10	7	17	4	11
지급 기준	의사자	201,803	201,803	201,803	202,913	202,913	202,913	209,000	215,270	221,728
	의상자	201,803 ~ 10,090	201,803 ~ 10,090	201,803 ~ 10,090	202,913 ~ 10,146	202,913 ~ 10,146	202,913 ~ 10,146	209,000 ~ 10,450	215,270 ~ 10,764	221,728 ~ 11,086

주: 보상금은 구조 행위가 있었던 연도의 지급 기준을 적용하여 지급

또한, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 의사자의 유족이나 의상자의 신청에 의해 「의료급여법」이 정하는 의료급여, 「국민기초생활보장법」에 따른 교육보호와 장제보호 및 생활안정을 도모하기 위한 취업보호를 실시한다.

Ⅶ 사회서비스원 운영

1. 추진 배경

인구 구조 및 가족 구조 변화로 다양한 사회서비스 수요가 증가함에 따라, 그간 민간부문의 적극적인 제공기관 설치 및 서비스 확대 등으로 국민들의 다양한 사회서비스 수요에 대응해 왔으나, 사회서비스의 공공적 성격에도 불구하고, 민간에 대한 의존도가 높고 공공부문 역할이 미흡하다는 한계, 특히, 국가·지자체가 설치하고 공적재원이 투입되는 국·공립 시설조차 민간위탁(민간법인 또는 개인) 중심으로 운영되어, 급증하는 사회서비스 수요에 대응한 공공 부문의 역할 확대의 필요성이 대두되었다.

또한, 사회서비스 제공환경 개선 등 사회서비스 질 제고를 위해 공공부문에서 종사자 처우개선, 시설운영의 투명성·책임성 제고, 서비스 격차 완화, 수요자 중심 서비스 제공, 민간 제공기관의 서비스 품질 향상 유도를 위해, 공공부문이 지역사회 내 사회서비스 질 제고를 견인하는 선도적 역할 수행이 필요하게 되었다.

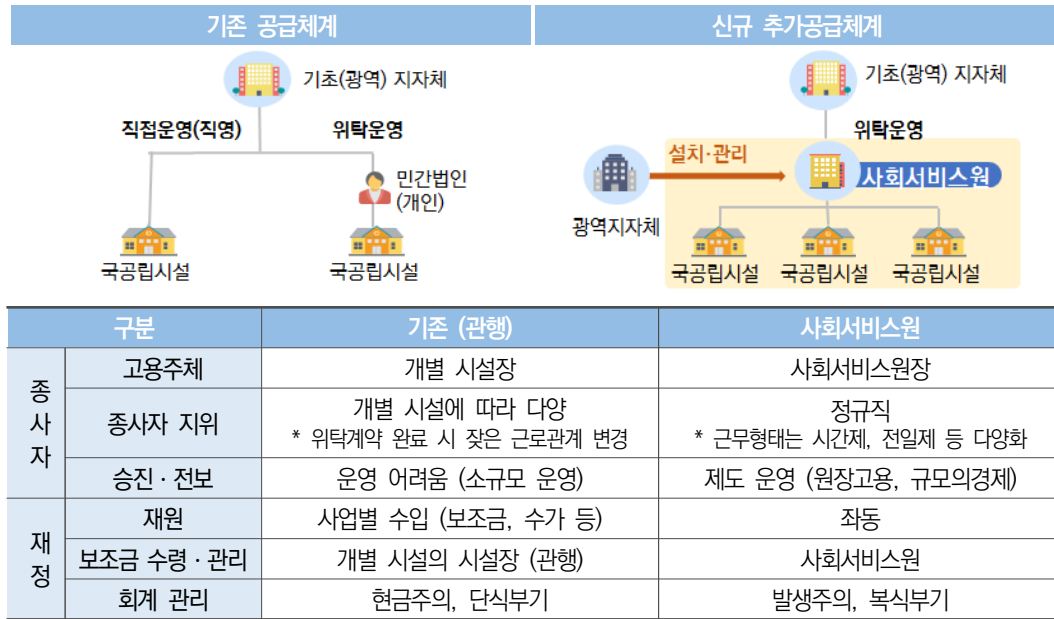
위와 같은 역할·기능을 수행할 수 있는 체계 마련을 위해 지자체가 직접 설치하고 관리하는 사회서비스원이 국정과제로 지정되어 추진해오고 있다.

2. 개요

사회서비스원은 사회서비스의 공공성 향상을 통한 서비스 질 향상을 위해 지역 내 선도적 역할을 수행할 공공부문으로서 지자체장이 설립한 공익법인으로, 주요업무는 다음과 같다.

첫째, 국공립 사회복지시설을 직접 수탁 운영하여, 국·공립 시설 운영의 책임성·투명성을 강화하고, 개별적·분절적으로 운영되던 유사시설의 통합·연계 운영을 통한 시너지를 제고할 것이다.

[그림 2-3-5] 사회서비스원 국공립시설 운영 체계



주 : 신규 설치 시설, 위·불법 발생 또는 평가 결과 저조 시설 우선위탁

둘째, ‘종합재가센터’ 설치를 통한 각종 재가서비스 통합·연계* 제공을 통해 바람직한 재가 서비스 운영모델 마련 및 민간 확산을 유도하여 전체 재가서비스 질 제고를 할 것이다.

- * (예시) 장기요양, 장애인활동보조, 노인맞춤돌봄서비스 등 유사서비스 종합제공
* (현행) 단일 서비스, 단시간, 시급제 → (개선) 통합서비스, 기본근무시간 보장, 월급제

셋째, 민간 제공기관 사회서비스 품질 관리 지원을 위해 표준운영모델 마련·배포, 회계·법무·노무상담·자문, 시설 대체인력 및 안전점검 등 지원 사업을 추진하고 있다.

3. 추진 현황

2019년은 서울·대구·경남·경기, 4개 시·도를 시작으로 사회서비스원이 운영되고 있으며, 시범사업 추진을 통해 위·불법 시설(대구 희망원) 및 평가 미흡시설(합천 요양원) 등 운영법인을 찾기 어려운 국·공립시설을 위탁받아 운영하여 공공성이 강화되었다. 또한, 종사자 직접 고용 및 재가서비스 제공 요양보호사 월급제 도입(62.8%), 직무·소양교육(51회) 등 질 좋은 일자리를 창출하였고, 종합재가센터(10개소) 설치로 취약·사각계층 서비스 우선 제공 등 공공성 강화 및 일자리 질 개선을 통해 서비스 질 향상을 추진하였다.

제3절 장애인복지정책

I 개요

1. 장애인복지정책의 기본 방향

장애인복지정책의 기본 목표는 장애인과 비장애인이 더불어 행복한 사회 구현이다. 이를 달성하기 위한 장애인복지정책의 중점 추진 방향은 다음과 같다.

첫째, 장애인복지정책의 추진 과정에 이해 당사자인 장애인의 적극적인 참여를 유도하고, 장애인의 자립 생활에 대한 지원을 강화함으로써 장애인의 권익 증진과 사회 참여를 확대한다.

정부의 장애인정책 결정과 관련된 각종 위원회에 장애인 당사자를 위원으로 적극 위촉하고, 정책추진과정에서도 당사자 의견 수렴을 강화한다. 장애인이 지역사회에서 비장애인과 더불어 일상생활을 영위하고, 다양한 영역에서 활발한 사회 참여가 가능하도록 활동지원, 보조기기 제공 등 필요한 지원정책도 확대해 나간다.

둘째, 정책의 다양화를 통해 수요자 중심의 복지시스템을 마련하고, 전달 체계를 보완한다. 복지서비스 제공에 있어서 장애의 유형과 상태를 반영하고, 복지 욕구와 생활환경 등 구체적인 특성을 파악하여 소득·고용·교육·주거·보건의료·문화 등 다각적인 부문에서 수요자인 장애인의 실질적인 욕구와 필요에 적합한 ‘장애인 중심’ 정책을 추진한다. 저소득 장애인을 중심으로 지원하고 있는 복지서비스의 대상을 점진적으로 확대하고, 지역사회의 복지 환경과 조화를 이룰 수 있는 탄력적인 정책 추진으로 중앙정부, 지방자치단체, 민간의 합리적인 역할 분담 및 협력을 강화해 나간다.

셋째, 장애인의 역량 강화를 통한 자주적·능동적 복지정책을 추진한다. 장애의 특성에 따른 전문적인 직업재활서비스 및 훈련 체계를 확립하여 각자의 적성과 능력에 맞게 사회에 참여할 수 있는 제도를 마련하고, 장애수당, 장애인연금 등을 단계적으로 현실화한다. 한편, 장애인 일자리 확충 및 직업재활 서비스 확대, 창업 지원 등을 통해 장애인의 자립을 촉진하고, 맞춤형 복지 체계를 구축한다.

넷째, 장애인 차별 해소 및 실질적 권리 보장을 통하여 사회 참여를 촉진한다. 장애인 활동의 장을 확대하여 자유로운 사회 참여를 위한 정책을 확대하고, 공공시설 등에 편의시설을 확충하여 생활환경 면에서 물리적 장벽을 제거한다.

2. 중장기 장애인정책 : 장애인정책종합계획

가. 추진 배경

1995년 3월 「삶의 질 세계화」 선언을 계기로, 1996년 2월 삶의 질 세계화를 위한 ‘국민복지 기본상황’ 보고서가 발표되었다. 이 보고서에는 노인 및 장애인복지를 획기적으로 증진시킬 수 있는 종합 대책이 포함되었다. 이후 1996년 12월 총리를 위원장으로 하는 장애인복지대책 위원회에서 ‘장애인복지발전 5개년 계획’의 수립을 결정하였다. 장애인 단체, 학계 등의 의견을 수렴하여 정부 각 부처가 협력하여 「제1차 장애인복지발전 5개년(’98.~’02.) 계획」을 수립한 이후 2018년 3월에는 ‘모두가 누리는 포용복지국가’라는 국정기조를 담아 「제5차 장애인정책 종합계획(’18.~’22.)」을 수립·발표하였다.

나. 추진 방향

“장애인의 자립생활이 이루어지는 포용사회”란 비전 아래 “장애인과 비장애인의 삶의 격차 완화” 목표를 달성하기 위해 복지·건강 지원체계 개편, 교육·문화·체육 기회보장, 경제적 자립기반 강화, 권익 및 안전 강화, 사회참여 활성화 5대 분야 70개 세부 과제를 설정하여 관련 부처가 모두 참여한 종합 계획이다. 또한, 그간의 계획과는 달리 장애인 단체 주관의 과제발굴 연구를 우선 실시하는 등 계획 수립 단계부터 장애계 의견을 반영하였다.

다. 추진 내용

제5차 종합계획은 제4차 계획의 한계를 보완하여 장애인이 비장애인과 격차 없이 자립생활을 할 수 있도록 사회 전분야를 망라했다. 복지·건강 분야에서는 보건장애인의 욕구와 환경에 맞는 맞춤형 서비스 지원을 위해 2019년 7월부터 ‘장애등급제’를 단계적 폐지, 종합판정도구 도입을 중점 과제로 탈시설지원센터 설치 등 탈시설 지원, 공공어린이재활의료기관 설립, 장애인 건강주치의제 도입, 장애인 건강검진기관 확충을 추진할 계획이다.

교육·문화·체육 분야에서는 특수학교 및 특수학급 확대, 통합문화이용권 지원 확대, 생활체육 지원 확대 등 장애인들이 주거지에서 최대한 가까운 곳에서 문화·여가를 즐길 수 있도록 지원할 계획이다.

경제적 자립기반 분야에서는 장애인에 대한 두터운 소득보장을 위해 ‘장애인연금 기초급여’를 2018년 9월 25만 원으로 인상하고, 2021년 30만 원으로 인상하는 방안을 추진하는 한편, 장애인 고용장려금 단가 인상, 장애인 의무고용률 제고, 중증장애인 생산품 우선구매 비율 확대 등을 통해서 장애인에 대한 고용 확대를 유도해 나가고, 최저임금 적용제외 대상을 최소화 하는 등 장애인 고용의 질 개선을 위해 노력할 것이다.

권익 및 안전 분야에서는 장애인에 대한 국민 인식개선을 위한 중장기 로드맵을 마련하고, 중앙 및 시도의 ‘장애인권익옹호기관’을 통해 장애인 학대와 차별 문제에 체계적으로 대응할 계획이다.

사회참여 분야에서는 장애인들이 웹사이트 뿐만 아니라 모바일앱, 소프트웨어, 정보통신 융합 제품에도 쉽게 접근할 수 있도록 지원하고, 공공기관 건축물에 의무적용되는 BF(장애물 없는 생활환경, Barrier Free) 인증을 민간 건축물에도 단계적으로 확대한다. 또한, 현재 19%인 저상버스 보급률을 2021년까지 42%로 확대하고, 휠체어장애인이 탑승 가능한 고속·시외버스 모델을 개발·도입하는 한편, 철도·공항·버스 등 여객시설에 휠체어 승강기 등의 이동 편의 시설을 대폭 확충하고, 장애인의 보행환경을 개선하는 등 장애인 이동권 보장을 강화해 나갈 계획이다.

라. 추진 실적

우선, 2017년에 장애등급제를 폐지하도록 장애인복지법, 장애인활동지원법 등을 개정하였으며, 1~3차 시범사업을 통해 서비스 종합판정도구 및 맞춤형 전달체계 모형을 마련했다. 활동지원제도의 급여 혜택도 장애1급에서 장애3급까지 확대하고, 급여 시간도 수급자의 생활 환경 및 중증도를 반영해 최대 391시간까지 확대하였다. 또한, 중증장애인 가정의 응급상황에 대처하기 위해 독거노인·중증장애인 가정에 가스·화재·활동감지기 및 응급호출버튼 등을 설치하는 응급안전서비스를 2014년부터 실시하였다. 2015년 11월 「발달장애인 권리 보장 및 지원에 관한 법률」을 시행하여 2016년 광역지방자치단체에 17개 지역발달장애인지원센터를 신설하였으며, 발달장애인의 법적조력서비스를 강화하기 위해 공공후견법인 2개소를 신규 지정하였다. 발달장애인 지원 예산은 2013년 6억 원에서 2018년 86억 원까지 확대되었고, 2018년 관계부처 합동 「발달장애인 생애주기별 종합대책」을 발표하면서 2019년 이후 예산이 더욱 큰 폭으로 확대될 예정이다.

장애인과 비장애인 간의 건강 격차 해소 및 의료 접근성 격차 해소를 위해 2015년 12월 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」을 제정하였다. 장애인건강추진위원회 도입, 장애인건강검진기관 및 재활의료기관 지정 등을 주요 내용으로 하고 있으며, 2017년 12월 시행되었다. 또한, 2015년에는 보장구 건강보험 본인부담률을 기존 20%에서 10%로 경감하였으며, 같은 해 11월에는 건강보험 적용 보장구 품목을 확대하고, 기존 급여 품목에 대한 급여 기준을 확대하였다. 이후, 보장구 보험급여 지원품목을 지속 확대하고, 2018년 7월에는 지체 및 뇌병변장애인을 지원대상에 포함하였다.

2013년에는 장애인연금 부가급여를 2만 원 인상하였다. 2014년 5월에는 「장애인연금법」을 개정하고, 2014년 7월부터 그간 9만 9천 원씩 지급하던 장애인연금 기초급여를 20만 원으로 2배 인상하고, 지원 대상을 소득 하위 63%에서 70%까지 확대하였다. 이에 따라 장애인연금 수급자는 2012년 30만 5천 명에서 2019년 36만 5천 명으로 증가하였고, 장애인 상대빈곤율은 2012년 36.3%에서 2017년 31.5%로 개선되었다. 또한, 공공형 장애인 일자리 확대('13. 13,279명 → '19. 19,852명), 중증장애인생산품 생산시설 확충('13. 379개소 → '19. 630개소) 등을 통해 장애인 취업 기회도 기존에 비해 크게 확대되었다.

2014년 12월에는 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률」을 개정하여 장애물 없는 생활환경 인증제도(Barrier Free)(어린이·노인·장애인·임산부 등이 개별 시설물·지역을 접근·이용함에 있어 불편을 느끼지 않도록 계획·설계·시공되는 것)의 법적 근거가 마련되고, 국가나 지방자치단체가 신축하는 공공건물 등에 대해 장애물 없는 생활환경 인증이 의무화되었다. 이를 통해 장애인 편의시설 적정 설치율은 2013년 60.2%에서 2018년 74.8%로 개선되었다.

또한, 교육 및 문화예술에 대한 접근성 제고를 위해 유아기부터 성인평생교육에 이르기까지 일관된 생애주기별 특수교육 인프라를 지속적으로 확충하고 있으며, 문화예술 강사, 장애인생활체육지도자 등의 파견을 통한 문화예술프로그램 및 생활체육교실 지원도 지속적으로 추진하고 있다.

끝으로, 장애인의 정보 접근성 및 이동권 보장을 위하여 웹접근성 품질인증제도 도입, 정보통신 보조기기 보급 확대, 전철 역사 엘리베이터 및 에스컬레이터 설치, 저상버스 확대 등에 지속적으로 노력하고 있다.

3. 장애인등록 판정체계 선진화

장애인복지서비스 전달체계도 기관별 방문에 의해 분절적, 개별적으로 이루어져 이에 대한 개선 작업이 필요하였다. 이에 따라 기존 판정 체계에 대한 합리적 개선 및 장애인복지서비스의 통합적 전달 체계 구축 사업을 2007년도 제2차 장애인종합대책을 기점으로 추진하게 되었다.

2007년에는 한국보건사회연구원 및 대한의학회에서 ‘장애인판정체계 및 인프라 개편’과 관련된 연구 용역을 통하여 의학적 판정 도구 및 근로능력·복지 욕구 판정 도구 안을 마련하였다. 2008년에는 장애인복지인프라 개편기획단을 구성('08. 5.)하여 총 9차례의 회의를 통해 이미 마련된 ‘의학적·직업적·복지 욕구 평가 도구’의 지방자치단체·연금공단·민간단체의 3개 모형에 대한 모의적용 시범사업을 진행하였다.

2009년에는 2008년 모의적용시범사업의 결과 분석을 통해 수정·보완된 복지 욕구 사정 도구를 적용, 지방자치단체 내부형과 지방자치단체 외부형으로 나누어 모의 시범사업을 진행하였으며, 장애 등급 판정기준을 계량화·객관화하는 방향으로 개정하여 장애등록의 신뢰성을 제고하였다.

2010년에는 장애 등록·판정 체계, 서비스 전달 체계, 서비스 질적 개선 등에 관한 제안 및 의견 수렴을 목적으로 장애인서비스지원체계 개편기획단을 구성하였다.

이와 함께, 2011년에는 이전의 모의적용시범사업의 성과를 바탕으로 연금공단이 수행하는 장애인서비스지원체계 시범사업을 서울 은평구와 충남 천안시를 대상으로 실시하였으며, 2012년에는 시범사업지역을 부산, 인천, 경북, 전남 등 전국 21개 지방자치단체로 확대하였다. 2013년부터는 24개 지방자치단체에서 본 사업에 착수하여, 2014년 47개, 2015년~2017년 42개 지방자치단체에서 장애인서비스연계 지원을 지속적으로 추진함으로써 장애인의 욕구와 생활 환경을 감안한 맞춤형 서비스를 제공하였다.

4. 장애인정책 관련 기타 현황

가. 장애인등록 및 등급심사 현황

정부에서는 장애인의 현황 파악과 복지전달체계 구축 등을 위하여 1988년 11월부터 전국적으로 장애인등록사업을 실시하고 있으며, 2018년 12월 기준, 등록 장애인의 수는 258만 명이다.

그간 장애인의 수는 계속 증가하였으나, 그 증가 폭은 점차 감소 추세에 있었다. 그 원인으로는, 2000년과 2003년 장애 범주 확대 이후 장애 등록 수요를 크게 증가시킬 만한 유인 요소가 부재하였다는 점과, 대다수의 장애인이 이미 장애인등록을 완료(장애인 추정자의 91%는 장애인 등록 완료)한 것으로 추정된다는 점을 들 수 있다. 이러한 원인에 따라 향후 장애인의 수도 현 수준에서 소폭의 증감이 예상된다.

장애인등록을 신청할 때 1급~3급만 등급심사를 하던 것을, 2011년 4월 1일부터 모든 신청자가 등급심사를 받도록 제도가 개선되었다. 변경된 제도에서 의사는 장애 유형 및 장애 정도를 진단하고, 등급은 장애인등록 신청 후 보건복지부가 지정한 전문심사기관인 국민연금공단에서 장애등급심사를 거쳐 판정한다. 이를 통해 의사 한 명이 장애등급을 부여하던 제도를 전면 개선하여 장애등급의 신뢰성 및 공정성을 높이게 되었다.

장애등급 판정의 합리성 제고를 위하여 장애등급 판정 기준의 개선이 이루어졌다. 2011년 4월 뇌병변장애를 개정하였으며, 8월에는 안면장애에 5등급을 신설하였다. 2012년 6월 심장

장애를 개정하였으며, 2013년 4월 호흡기장애 1등급 기준 및 뇌전증장애 5등급을 신설하는 등 장애 인정 범주 확대를 추진하였다. 같은 해 11월에는 장애인 등록 후 일정 기간이 경과하면 의무적으로 실시하는 장애등급 재판정에 있어 그 기준을 완화함으로써 장애인의 경제적 부담 및 불편을 일정 부분 경감시켰다. 이후에도 장애등급 심사 관련 민원과 장애등급 심사 경험을 바탕으로 보다 객관적이고 형평성 있는 장애인등록제도 운영을 위한 장애등급 판정 기준 개정 작업이 지속적으로 이루어질 예정이다.

한편, 최근 장애인 복지서비스가 다양화되고, 장애에 대한 사회적 인식이 변화함으로써 현행 의학적 판정 중심의 장애인 등록제도의 문제점이 대두되면서 개인의 욕구 및 사회·환경적 요인을 반영한 장애판정체계로의 개편을 국정 과제로 추진 중에 있다. 이에 따르면, 장애인 등록단계부터 개인의 사회·환경적 요인 및 복지 욕구 등에 대한 통합적인 사정을 통해 필요한 서비스를 연계한다는 방침이다.

2013년에는 장애판정체계기획단을 구성하여 장애등급제 폐지를 둘러싸고 장애인단체 및 전문가 등과 다양한 논의를 진행하였고, 2014년~2015년까지는 개편 모형에 대한 연구 및 모의 적용, 주요 관계 부처·지방자치단체·장애인단체와 협의를 추진하였다. 다양한 논의를 바탕으로 장애등급제 개편 1차 시범사업(15. 6.~12. 6개 시·군·구)과 2차 시범사업(16. 6.~11. 10개 시·군·구)을 실시하였으며, 2017년에는 장애인 맞춤형 서비스 구축 연구 및 연금공단·장애인개발원을 포함한 실무 TF를 구성 운영하고, 읍·면·동을 활용하는 장애등급제 개편 3차 시범 사업(17. 4.~10. 18개 시군구)을 추진하였다.

장애등급 폐지와 서비스 지원 종합조사 도입 등을 주요 내용으로 하는 장애인복지법 개정안이 국회 본회의를 통과(17. 12. 1.)함에 따라, 1988년 도입되어 30년간 운영되어 온 장애등급제를 2019년 7월부터 폐지하고, 장애등급에 기반 한 공급자 중심의 장애인복지 패러다임을 수요자 중심으로 전환하는 전기를 마련하였다.

이밖에 보건복지부 장관이 광화문농성장을 직접 방문(17. 8. 25.)함에 따라, 지난 5년(1,842일) 동안 장애등급제 폐지 등을 주장하며 야외농성을 이어 온 장애인단체와 '장애등급제 폐지 민관 협의체'를 구성(17. 9. 27)하여, 장애계의 목소리가 실질적으로 반영될 수 있는 논의의 장을 마련하고, 장애등급 폐지를 위한 세부 추진방안을 지속적으로 논의하고 있다.

|표 2-3-26| 연도별 등록 장애인 수

(단위 : 명, %)

연도	시·군·구에 등록된 장애인 수														
	계	지체	시각	청각·언어	지적	뇌병변	자폐	정신	신장	심장	호흡기	간	장루·요루	안면	뇌전증
1989	176,687 (100)	108,923 (61.6)	13,467 (7.6)	26,884 (15.2)	27,413 (15.5)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1990	200,372 (100)	125,267 (62.5)	14,698 (7.3)	28,721 (14.3)	31,686 (15.8)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1991	224,025 (100)	144,080 (64.3)	15,720 (7.0)	30,373 (13.6)	33,852 (15.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	242,419 (100)	158,477 (64.3)	16,721 (6.9)	31,602 (13.0)	35,619 (14.7)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1993	265,442 (100)	176,015 (66.3)	17,977 (6.8)	33,190 (12.5)	38,260 (14.4)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1994	294,246 (100)	197,628 (67.2)	19,876 (6.8)	35,098 (11.9)	41,644 (14.2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1995	324,860 (100)	220,723 (67.9)	21,488 (6.6)	36,655 (11.3)	45,994 (14.2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1996	362,475 (100)	248,690 (68.6)	23,507 (6.5)	38,465 (10.6)	51,813 (14.3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	425,064 (100)	294,419 (69.3)	27,211 (6.4)	43,875 (10.3)	59,559 (14.0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1998	527,250 (100)	371,328 (70.4)	34,548 (6.6)	52,501 (10.0)	68,873 (13.4)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	597,513 (100)	502,647 (84.1)	46,957 (7.9)	67,890 (11.4)	80,019 (9.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2000	958,196 (100)	606,422 (63.3)	90,997 (9.5)	87,387 (9.1)	86,793 (8.4)	33,126 (3.5)	1,514 (0.2)	23,559 (2.5)	23,427 (2.4)	4,971 (0.5)	-	-	-	-	-
2001	1,134,177 (100)	682,325 (60.2)	115,911 (10.2)	105,711 (9.3)	94,951 (8.0)	64,950 (5.7)	2,516 (0.2)	32,581 (2.9)	28,118 (2.5)	7,114 (0.6)	-	-	-	-	-
2002	1,294,254 (100)	754,651 (58.3)	135,704 (10.5)	123,823 (9.6)	103,640 (7.1)	91,998 (5.7)	4,014 (0.3)	39,494 (3.1)	32,094 (2.5)	8,836 (0.7)	-	-	-	-	-
2003	1,454,215 (100)	813,916 (56.0)	152,857 (10.5)	139,325 (10.8)	112,043 (7.4)	117,514 (8.1)	5,717 (0.4)	46,883 (3.2)	34,884 (2.4)	10,409 (0.7)	7,039 (0.5)	3,108 (0.2)	6,585 (0.5)	673 (0.0)	3,262 (0.2)
2004	1,610,994 (100)	883,296 (54.8)	170,107 (10.6)	155,382 (9.6)	119,207 (7.1)	142,804 (8.9)	7,740 (0.5)	54,333 (3.4)	38,175 (2.4)	11,634 (0.7)	9,768 (0.6)	4,072 (0.3)	8,182 (0.5)	1,114 (0.1)	5,180 (0.3)
2005	1,777,400 (100)	959,133 (54.0)	188,172 (10.6)	174,302 (9.8)	126,764 (7.0)	167,570 (9.4)	9,466 (0.5)	63,323 (3.6)	41,579 (2.3)	12,705 (0.7)	11,635 (0.7)	5,126 (0.3)	9,520 (0.5)	1,481 (0.1)	6,624 (0.4)
2006	1,967,326 (100)	1,049,396 (53.3)	196,507 (10.0)	205,155 (10.4)	137,596 (6.8)	195,253 (9.9)	10,926 (0.6)	75,058 (3.8)	44,571 (2.3)	13,739 (0.7)	13,035 (0.7)	5,875 (0.3)	10,461 (0.5)	1,863 (0.1)	7,891 (0.4)
2007	2,104,889 (100)	1,114,094 (52.9)	216,881 (10.3)	218,206 (10.4)	142,589 (6.5)	214,751 (10.2)	11,874 (0.6)	81,961 (3.9)	47,509 (2.3)	14,352 (0.7)	14,289 (0.7)	6,329 (0.3)	11,184 (0.5)	2,149 (0.1)	8,721 (0.4)
2008	2,246,965 (100)	1,191,013 (53.0)	228,126 (10.2)	238,560 (10.6)	146,898 (6.4)	232,389 (10.3)	12,954 (0.6)	86,624 (3.9)	50,474 (2.2)	14,732 (0.7)	14,984 (0.7)	6,968 (0.3)	11,740 (0.5)	2,337 (0.1)	9,166 (0.4)
2009	2,429,547 (100)	1,293,331 (53.2)	241,237 (9.9)	262,050 (10.8)	154,953 (6.4)	251,818 (10.4)	13,933 (0.6)	94,776 (3.9)	54,030 (2.2)	15,127 (0.6)	15,860 (0.7)	7,730 (0.3)	12,437 (0.5)	2,505 (0.1)	9,760 (0.4)
2010	2,517,312 (100)	1,337,722 (53.1)	249,259 (9.9)	277,610 (11.0)	161,249 (6.4)	261,746 (10.4)	14,888 (0.6)	95,821 (3.8)	57,142 (2.3)	12,864 (0.5)	15,551 (0.6)	7,920 (0.3)	13,072 (0.5)	2,696 (0.1)	9,772 (0.4)

연도	시·군·구에 등록된 장애인 수														
	계	지체	시각	청각·언어	지적	뇌병변	자폐	정신	신장	심장	호흡기	간	장루·요루	안면	뇌전증
2011	2,519,241 (100)	1,333,429 (52.9)	249,259 (10.0)	277,610 (11.1)	161,249 (6.6)	261,746 (10.3)	14,888 (0.6)	95,821 (3.8)	57,142 (2.4)	12,864 (0.4)	15,551 (0.6)	7,920 (0.3)	13,072 (0.5)	2,696 (0.1)	9,772 (0.4)
2012	2,511,159 (100)	1,322,131 (53.1)	252,564 (9.9)	276,332 (11.0)	173,257 (6.4)	257,797 (10.4)	16,906 (0.7)	94,638 (3.8)	63,434 (2.3)	7,744 (0.5)	13,879 (0.6)	8,588 (0.3)	13,374 (0.5)	2,709 (0.1)	7,806 (0.3)
2013	2,501,112 (100)	1,309,285 (52.3)	253,095 (10.1)	273,229 (10.9)	178,866 (7.2)	253,493 (10.1)	18,133 (0.7)	95,675 (3.8)	66,551 (2.7)	6,928 (0.3)	13,150 (0.5)	9,194 (0.4)	13,546 (0.5)	2,696 (0.1)	7,271 (0.3)
2014	2,494,460 (100)	1,295,608 (51.9)	252,825 (10.1)	271,054 (10.9)	184,355 (7.4)	251,543 (10.1)	19,524 (0.8)	96,963 (3.9)	70,434 (2.8)	6,401 (0.3)	12,445 (0.5)	9,668 (0.4)	13,867 (0.6)	2,689 (0.1)	7,084 (0.3)
2015	2,490,408 (100)	1,281,499 (51.5)	252,874 (10.2)	269,147 (10.8)	189,752 (7.6)	250,862 (10.1)	21,103 (0.8)	98,643 (4.0)	74,468 (3.0)	5,833 (0.2)	12,033 (0.5)	10,324 (0.4)	14,116 (0.6)	2,685 (0.1)	7,069 (0.3)
2016	2,511,051 (100)	1,267,174 (50.5)	252,794 (10.1)	291,252 (11.6)	195,283 (7.8)	250,456 (10.6)	22,853 (0.9)	100,069 (4.0)	78,750 (3.1)	5,507 (0.2)	11,831 (0.5)	11,042 (0.4)	14,404 (0.6)	2,680 (0.1)	6,956 (0.3)
2017	2,545,637 (100)	1,254,130 (49.3)	252,632 (9.9)	322,324 (12.6)	200,903 (7.9)	252,819 (9.9)	24,698 (1.0)	101,175 (4.0)	83,562 (3.3)	5,399 (0.2)	11,807 (0.5)	11,843 (0.5)	14,718 (0.6)	2,692 (0.1)	6,935 (0.3)
2018	2,585,876 (100)	1,238,532 (47.9)	252,957 (9.8)	363,326 (14.0)	206,917 (8.0)	253,083 (9.8)	26,703 (1.0)	102,140 (4.0)	87,892 (3.4)	5,304 (0.2)	11,761 (0.4)	12,524 (0.5)	15,027 (0.6)	2,689 (0.1)	7,021 (0.3)
2019	2,618,918 (100)	1,223,135 (46.7)	253,055 (9.7)	398,579 (15.2)	212,936 (8.1)	252,188 (9.6)	28,678 (1.1)	102,980 (3.9)	92,408 (3.5)	5,266 (0.2)	11,522 (0.4)	13,154 (0.5)	15,290 (0.6)	2,673 (0.1)	7,054 (0.3)

나. 장애인단체 지원 육성

정부는 장애인의 사회 참여 활동을 통한 권익 향상과 장애인의 사회 통합을 강화하기 위하여 단체별 특성에 맞는 활동을 지원하고 있다.

각 단체의 설립 목적에 따라 장애인 당사자 단체(한국시각장애인연합회 등 13개)에는 시각 장애인 정보제공 및 접근성 사업, 시각장애인 인식개선사업, 수화통역사 자격관리, 점역·교정사 양성, 전국 장애인 배우자 초청 대회, 부모교육 등의 사업을 지원하고 있다. 장애인 지원 단체(한국장애인단체총연맹 등 23개)에는 단체교류 협력사업, 장애인 인식 개선 및 정책정보 제공 사업, 장애인 체육 진흥, 자원개발 사업, 자립생활센터 컨설팅 사업 등을 지원하고 있다.

또한, 장애인단체의 활동 중 일반 지원 사업은 장애인단체 회원 및 가족을 위한 상담 활동 및 상호 교류를 위한 각종 정보지 발간, 홍보사업, 재활체육 및 단체행사 등이 있다.

특히, 주요 장애인 단체의 참석 하에 매년 「장애인의 날」 행사를 주관하여 장애에 대한 대국민 인식 개선과 장애인의 재활의지를 제고하고, 각종 장애인 단체의 행사 시 관련 공무원 참석, 축하, 유공자에 대한 정부 표창수여 등 장애인의 복지 진흥을 위해 많은 노력을 기울이고 있다.

[표 2-3-27] 장애인 관련단체 현황

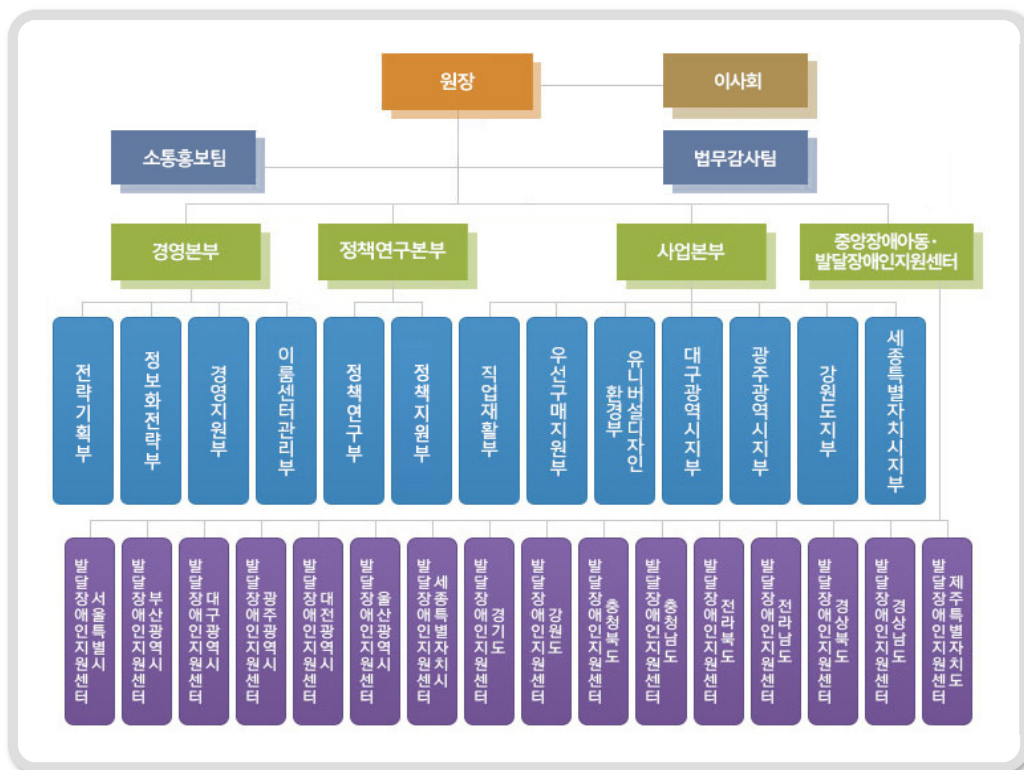
('19. 12. 기준)

구 분	단체명	설립 목적
재단법인	<ul style="list-style-type: none"> • 한국장애인개발원 • 한국장애인재단 • 푸르메 • 이형섭복지재단 	장애인 관련 조사·연구, 정책 개발, 복지 진흥 등 장애인 복지기금 운용 및 관리 장애인 재활병원 설립·운영 장애인 복지시설 지원
사단법인	<ul style="list-style-type: none"> • 한국시각장애인연합회 • 한국농아인협회 • 한국지체장애인협회 • 한국뇌성마비복지회 • 한국여성장애인연합회 • 한국신장장애인협회 • 한국뇌병변장애인인권협회 • 한국척수장애인협회 • 한국장루장애인협회 • 한국장애인연맹(DPI) • 한국장애인인권포럼 • 한국신체장애인복지회 • 한국장애인자립생활센터총연합회 	시각장애인의 사회 참여와 평등 이념 실현 농아인 재활 및 자립 도모 지체장애인의 사회 참여와 평등 이념 실현 뇌성마비인의 재활과 복지 진흥 여성장애인 복지 증진 신장장애인 지원 사업 및 권익 신장 뇌병변장애인 권익 옹호 및 복지 증진 척수장애인 권익 보호 장루관리 방문 교육 및 간호 장애인 차별 제거 및 사회 경제적 자립 실현 장애인의 인권 및 권익 보호와 정치 참여 보장 신체장애인 재활 대책 도모 중증장애인의 정책 개발 및 제도 연구
	<ul style="list-style-type: none"> • 자행회 • 한국지적발달장애인복지협회 • 한국자폐인사랑협회 • 한국장애인단체총연합회 • 한국장애인단체총연맹 • 한국장애인복지관협회 • 한국장애인재활협회 • 장애우권익문제연구소 • 한국의지보조기협회 • 한국장애인복지시설협회 • 국제키비탄한국본부 • 한국언어재활사협회 • 장애인먼저실천운동본부 • 한국장애인직업재활시설협회 • 해냄복지회 • 한국장애인부모회 • 전국장애인부모연대 • 한국장애인주간보호시설협회 • 한국장애인재활상담사협회 	정신지체아동 복지 증진 정신지체인 권익 옹호 및 복지 증진 자폐인의 자립 지원 및 복지 증진 장애인 당사자 단체 권리 증진 장애인단체 간 협력 강화 장애인복지관 교류·협력 지원 장애 발생 예방 및 재활에 기여 장애인 제반 문제 연구 조사 보장구 제작 기술 향상 장애인 복지시설의 육성·발전 장애인의 재활과 복지, 권익 보장과 건강 증진 언어재활사의 권익 보호 및 질적 관리 장애인먼저실천운동 및 인식 개선 장애인직업재활시설 상호간의 교류·협력 활성화 발달장애인 교육 및 재활, 중증장애인 자립 지원 장애자녀 양육 및 재활 정보 교환 장애인, 부모, 가족 지원을 통한 장애인 권리 확대 장애인주간보호시설 교류·발전 도모 재활상담사의 전문성 향상을 위한 교육훈련 및 보수교육

한국장애인개발원은 「장애인복지법」 제29조 제2항에 근거하여 설립된 기타 공공기관으로서, 장애인복지의 종합적이고, 체계적인 조사연구 평가 및 정책 개발, 장애인복지 진흥, 자립 지원, 재활체육 진흥 등을 수행함으로써 장애인의 사회 참여를 원활히 하고, 장애인에 대한 국민의 이해를 증진시켜 더불어 사는 사회 환경 조성과 장애인 복지 발전에의 기여를 목적으로 하고 있다.

한국장애인개발원의 주요 사업으로는 장애인정책 관련 각종 조사연구·개발, 장애인복지 관련 평가 및 인증 사업, 복지진흥사업, 중증장애인 생신품 우선구매사업, 중증장애인 직업재활 지원사업 및 장애인 일자리사업, 장애물 없는 생활환경 인증사업 및 장애인 주거환경 개선사업, 장학사업 및 올해의 장애인상 사업, 국제협력사업, 이룸센터의 관리 및 운영(사용, 임대 포함), 국가와 지방자치단체 등에서 위탁하는 사업, 개발원의 목적달성을 위한 기금조성사업 등이 있다. 이러한 사업을 통해 장애인정책의 연구 개발, 장애인 인식 개선 및 직업재활 중심 기관으로 육성하여 장애계의 숙원 사항을 해결하는 데 중추적인 역할을 하고 있다.

[그림 2-3-6] 조직도



다. 장애 발생 예방 대책

선천적 장애의 발생 예방을 위해 1997년부터 모든 신생아에게 국고 부담으로 선천성대사 이상검사를 무료로 실시하고 있으며, 저소득층의 선천성대사 이상 신생아에게는 특수 조제 분유 무료 지급 등 사후 관리를 하고 있다. 또한, 임신부·영유아에 대한 무료 건강검진 및 예방 접종, 임신·육아지침서의 발간과 보급 등 모자보건사업을 내실화하고, 유전성 질병과 관련한 장애발생 방지 대책을 강화하고 있다.

장애의 90.5%가 질병, 사고 등 후천적 원인으로 발생하는 것을 감안하여 후천적 장애 발생 예방을 위해 만성퇴행성질환, 뇌졸중 등에 의한 장애 예방을 강화하는 등 성인병과 노인성 질환의 관리에 철저를 기하는 한편, 응급의학과 전문의를 비롯한 응급의료 전문인력 양성 등 응급의료체계 개선을 위하여 노력하고 있다.

라. 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행

장애인 건강권 보장에 대한 정책 수요에 따라 2015년 12월 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」을 제정하였고, 실행방안을 구체화하고 법적 근거를 마련하기 위해 2017년 12월 시행령 및 시행규칙을 제정하고 법률을 시행하였다.

「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」은 재활의료기관 지정사업을 통해 병원 내의 전문재활의료서비스 기능을 강화하고, 장애인건강주치의, 장애인건강검진 등 신규 제도를 도입하여 병원 밖인 지역사회로의 사회복귀를 지원한다.

장애인 건강권법에 따라 새롭게 추진되는 국가 장애인 건강보건관리 정책을 체계적으로 추진하기 위한 전달체계로서 중앙 및 광역 단위에 장애인보건의료센터를 지정하고, 보건소의 지역사회중심재활사업을 확충하여 사업 수행 인프라로 운영된다. 시·군·구 단위의 보건소는 장애인 건강권의 실행기관으로서의 지역장애인보건의료센터의 기술지원을 받아 개인 맞춤형의 보건의료-복지서비스 연계·지원을 통해 장애인의 건강보건관리사업을 운영한다. 2018년부터 장애인보건의료센터 지정(중앙 1, 지역 3), 장애인 건강검진기관 지정(8개소), 장애인 건강주치의 시범사업 등을 시작으로 장애인건강권법에 따른 신규 사업을 단계적으로 확충해 나갈 계획이다.

II 장애인 차별 해소 및 사회 참여

1. 개요

우리 사회에서 장애인의 의미는 태어날 때부터 장애를 가지고 있는 사람으로 인식되거나, 장애의 원인도 유전과 같은 선천적 요인에 의한 것으로 여기는 경향이 일부 남아있다. 이러한 인식은 장애인이 우리 사회에서 특별한 사람 또는 다른 사람이라는 생각으로 이어지고, 장애인과 비장애인이 더불어 같이 살아가는 사회를 구현하는 데 걸림돌로 작용할 수 있다.

90%에 이르는 후천적 장애 발생 비율과 70%에 이르는 성인 장애 발생 비율은 장애인이 유전적으로 특별한 사람이라거나, 장애가 우리와 다른 특별한 사람에게 일어나는 일이 아니라는 것을 명확히 보여 준다. 장애는 우리 모두에게 언제든지 일어날 수 있는 일반적인 현상이다.

이러한 사실에도 불구하고, 우리 사회에는 아직도 장애인을 자신과는 별개의 사람들로 치부하고 차별하는 관행이 일부 남아있다. 특히, 「2017년도 장애인 실태조사」 결과에 따르면, 보험 계약 시 차별을 경험한 장애인이 36.4%에 달하고, 취업 시 차별을 경험한 장애인도 30.9%에 이르고 있는 것으로 나타났다.

장애인의 차별해소 및 권익증진을 위한 정부의 노력은 국내와 국제협력 면에서 이루어지고 있다. 국내적으로는 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」(이하 「장애인차별금지법」)이 제정되어 시행되었다. 국제적으로는 「UN장애인권리협약」 이행에 적극적으로 참여하고 있다.

2. 「장애인차별금지법」

한 사회가 성숙한 사회인지의 여부는 그 사회의 경제력에 의해서만 결정되는 것은 아니다. 경제력과 더불어, 소외계층에 대한 사회의 인식 수준과 정책적 배려, 그리고 인권 보장 수준도 그 사회의 성숙도를 가늠할 수 있는 중요한 지표가 된다. 따라서 우리 사회가 선진 사회로 발돋움하고 보다 성숙한 사회로 발전해 나가기 위해서는 장애인과 같은 사회적 약자에 대한 우선적이고도 충분한 배려는 반드시 필요하다.

2001년 시작된 「장애인차별금지법」 제정 운동은 2007년 4월 10일 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」의 공포로 결실을 맺었다. 「장애인차별금지법」은 장애인의 완전한 사회참여와 평등권 실현을 통하여 인간으로서의 존엄과 가치를 구현함을 목적으로 한다.

2008년 4월 11일부터 시행되어 2019년 12월 3일 까지 6차례 일부개정('10. 5. 11., '12. 10. 22., '14. 1. 28., '17. 9. 19., '17. 12. 19., '19. 12. 3.)된 「장애인차별금지법」은 직접차별, 간접차별, 정당한 편의제공 거부, 광고를 통한 차별을 차별 행위로 규정하고 있다. 나아가 장애아동의 보호자 또는 후견인, 기타 장애인을 돕기 위한 장애인 관련자와 장애인이 사용하는 보조견 및 장애인 보조기구 등에 대한 부당한 처우도 차별에 해당하는 것으로 규정하였다.

차별의 영역에 고용, 교육, 재화와 용역의 제공 및 이용, 사법·행정 절차 및 서비스와 참정권, 모·부성권 등, 가정·복지시설 및 건강권 등의 여섯 가지 영역을 포함하여 생활의 전 영역에 걸쳐서 차별 금지가 적용되도록 하였다.

장애를 사유로 한 차별의 예방·조사·시정 조치 및 장애인 인권의 보호·향상을 위하여 국가인권위원회 내에 장애인차별시정소위원회를 두어 차별행위에 대한 시정 권고를 하도록 하고, 그 내용을 법무부장관에게 통보하도록 했다. 차별행위자가 시정 권고를 정당한 사유없이 이행치 않거나 차별 행위의 양태가 심각하며 공익에 미치는 영향이 중대한 경우에는 법무부장관이 시정명령을 할 수 있다.

차별 행위로 인한 피해의 회복을 위해 손해배상 규정을 두고, 분쟁 해결에 있어서는 장애인들의 정보 접근 등의 어려움과 차별 행위의 특수성 등을 감안하여 입증 책임을 원고와 피고 간에 분배하도록 규정하였다. 또한, 차별 행위에 관한 소송 전 또는 소송 중에 피해자의 신청으로 차별이 소명되는 경우 법원으로 하여금 본안 판결 전까지 차별 행위의 중지 등 필요한 임시 조치를 취할 수 있도록 법원의 구제 조치를 규정하였다.

더불어, 「장애인차별금지법」에서 규정하고 있는 차별의 금지를 실효성 있게 행하기 위해 차별행위가 악의적인 경우에는 법원으로 하여금 3년 이하의 징역 또는 3천만 원 이하의 벌금에 처할 수 있도록 하여 차별받은 장애인의 권리가 실질적으로 구제받을 수 있도록 하고 있다.

보건복지부는 「장애인차별금지법」에서 정하고 있는 의무나 조치 사항이 대상 기관 등에서 잘 이행되고 있는지 점검하기 위해 지속적으로 법 이행 모니터링을 실시하였다. 특히, 2017년도에는 「장애인차별금지법」 10주년을 맞아 법 이행의 실효성을 제고하기 위해 그동안 실시되었던 모니터링 결과, 이행이 저조한 기관으로 선정되었던 기관들을 대상으로 전반적인 분야에 걸쳐 재모니터링을 실시하였다.

3. 장애인 국제 협력 강화

우리나라는 장애인의 인권 및 기본적인 자유를 보호·촉진하기 위해 UN 회원국 192개국의 만장일치로 채택('06. 12. 13.)된 장애인권리협약을 국회에서 비준('08. 12. 12.)함으로써, 2009년 1월 10일 동 협약은 발효되었다.

또한, 2013년 7월에 「국제개발협력기본법」이 개정되어, 국제개발협력에 관한 기본정신에 장애인의 인권향상에 관한 사항을 규정함으로써 국제개발협력에 있어 장애인에 대한 배려와 적극적 조치가 이루어 질 수 있게 되었다. 즉, 개발도상국의 장애인 인권 향상을 목표로 국제개발협력(ODA)을 추진할 수 있는 법적 근거가 마련되었다. 이를 근거로 개발도상국 장애인 지원사업 추진을 위해 대상 국가에 대한 타당성 조사를 실시하였으며, 조사 결과를 토대로 2015년부터 몽골, 라오스, 인도네시아 등 아·태지역을 대상으로 장애인 협력사업을 추진 중이다.

아시아·태평양 장애인을 위한 인천전략(제3차 아·태장애인 10년, '13.~'22.) 이행 지원을 위해 한국장애인개발원에 이행 사무국을 설치하고, 기금을 마련하여 집행하고 있다. 또한, 장애인 국제 협력에 대한 민간의 역량을 강화하고, 인천전략 이행 상황에 대한 정보를 공유하기 위해 민·관으로 구성된「인천전략 국제 협력 추진단」을 운영하고 있다. 인천전략기금사업의 효과적인 홍보 및 정보 공유를 위해 국·영문으로 구분하여 홈페이지를 구축하였으며 홍보 리플릿도 제작·배포하고 있다. 인천전략의 주도국으로서 동 전략의 실질적 이행 및 선도적 역할 수행을 위해, 2019년에는 인천전략 상반기 이행평가 및 '장애인의 완전한 사회참여'를 달성하기 위한 「인천전략하반기 국가행동계획('19.~'22.)」을 마련하였다.

2011년 6월에 대한민국 정부는 UN장애인권리위원회에 장애인권리협약 제1차 국가보고서를 제출하였고, 2014년 9월에는 장애인권리협약의 대한민국 이행 상황에 대한 국가보고서 심사를

받았으며, 그 결과(최종 견해)가 2014년 10월에 발표되었다. UN 장애인권리위원회의 권고 사항을 적극 수용하고 신속히 이행하기 위해, 2016년 1월에는 장애인정책조정위원회에서 「UN장애인권리위원회 권고사항 이행방안」을 심의 확정하였다. 지난 2019년 3월에는 장애인 권리협약 제2·3차 병합 국가보고서를 제출하였다. 또한, 한국 정부는 매년 UN본부에서 개최되는 장애인권리협약 당사국회의에 참석하여 국내외 협약 이행상황 등에 대한 정보를 공유하고 있다.

4. 장애인 활동 지원 제도

장애인 중 상당수는 신체적, 정신적, 인지적 장애 등으로 식사하기, 이동하기 등 일상생활을 수행하는 데 어려움을 겪고 있으며, 이러한 도움은 주로 가족들이 그 역할을 담당해왔다.

그러나, 장애인의 의식 향상과 장애인과 비장애인이 지역사회에서 함께 어울려 살아가야 한다는 사회적 인식의 변화에 따라, 과거 기능 향상을 위한 치료, 훈련재활모델(Rehabilitation Paradigm)에서 역량 강화와 활동 지원 차원의 자립생활모델(Independent Living Paradigm)로 장애인 복지의 인식 전환이 필요하게 되었다.

실제로 소득 보장 욕구와 더불어 재가중증장애인이 자립생활 차원에서 일상생활을 주체적으로 수행하기 위한 사회적 관심과 도움의 욕구가 매우 크게 나타나고 있다. 이에 따라, 재가장애인의 개인 선택권, 자기 결정권 등 자립생활에 대한 욕구에 능동적으로 대처하기 위해 2007년부터 활동보조서비스를 도입하게 되었다.

한편, 2007년 4월 「노인장기요양보험법」이 통과되면서 국회는 64세 이하의 장애인에 대하여도 장기요양서비스 대책을 마련하도록 추가로 결의하였다. 이에 따라, 제도의 도입 방향과 서비스 지원 대책을 마련하기 위하여 2009년 6개 지역에서 ‘활동보조모형’과 ‘노인장기요양보험모형’으로 1차 시범사업을 실시하였다. 1차 시범사업 결과와 장애인계의 의견을 바탕으로 장애인에게는 장기요양 욕구 이외에도 사회 활동에 대한 욕구가 강한 점 등을 고려하여 현행 ‘활동보조 지원사업’을 확대·개편하여 2011년부터 ‘장애인활동지원제도’를 도입하기로 결정하였다.

‘장애인활동지원제도’의 추진 방향과 세부적인 시행 방안을 마련하기 위하여 장애인계, 전문가 등으로 「장애인활동지원추진단」을 운영('08. 2.~)하고, 이 논의 결과를 반영한 「장애인 활동 지원에 관한 법률」이 2010년 12월 국회에서 의결되어 2011년 10월 시행되었다.

‘장애인활동지원제도’ 시행에 따라 대상자가 3만 명(2010년)에서 8.7만 명(2017년)으로 확대되었고, 기존의 활동 보조 이외에도 방문간호와 방문목욕 등이 추가되어 서비스의 종류가 다양화되었으며, 서비스 사후관리와 평가를 통하여 보다 양질의 서비스를 지원할 수 있게 되었다. 특히, 2013년에는 신청 자격을 장애2급까지 확대하고, 장애아동의 급여를 성인과 같은 수준으로 향상시켰으며, 최종증수급자에 대한 급여를 확대하였다. 또한, 2013년 11월부터 소방방재청의 U-119시스템과 연계한 중증장애인 응급안전서비스 시범사업을 실시하여 상시보호가 필요한 중증장애인의 신체와 생명, 재산을 보호할 수 있는 체계를 마련하였다. 2015년에는 신청 자격을 장애3급까지로 확대하고, 수급자가 본인의 급여량 및 사용 금액을 간편하게 확인할 수 있도록 문자알림서비스를 개시하였다.

활동지원서비스 연계가 어려운 최종증장애인의 서비스 연계를 위하여 2016년 3월부터 가산 급여를 지급하였다.

2019년 7월부터 장애등급제 개편에 따른 서비스지원 종합조사 도입으로 활동지원 서비스 대상이 중증장애인(기존 1~3급)에서 경증장애인까지 서비스 지원 대상이 확대되었으며, 종합 조사표의 도입으로 수급자의 활동지원 서비스 이용시간이 종합조사 도입 전 대비 약 20.5시간(19. 12월 현재) 증가하였다. 종합조사 적용 후 급여량이 감소하는 수급자에 대해서는 3년간 특례를 인정하여 급격한 급여량 감소에 따른 부작용을 최소화하였다. 또한, 본인부담금 산정 체계 및 기준변경(전국가구평균소득→기준중위소득)으로 평균 본인부담률이 기존 4.03%에서 3.35%로 인하(최고 164,000 원, 15% 인하)되어 저소득층 이용자의 경제부담 완화에 기여하였다.

5. 여성장애인을 위한 사회 참여 기회 확대

여성장애인지원사업은 장애와 여성이라는 이중제약으로 역량강화의 기회를 갖지 못한 여성 장애인들에게 양질의 맞춤형 서비스를 제공하여 역량강화를 통한 사회참여 기회를 확대하고, 출산한 여성장애인에게 출산비용을 지원하여 경제적 부담을 완화하는데 목적을 둔다.

여성장애인 교육지원은 2006년부터 시행되었고, 2016년 여성가족부 주관 여성장애인 사회 참여 지원사업과 통합하여 추진하고 있다. 시·도별로 공모를 통해 선정된 여성장애인 교육수행

기관은 상담·사례관리, 역량강화 교육프로그램, 자조모임 운영 및 지역사회 연계 등을 통해 여성장애인의 다양한 욕구에 맞는 서비스를 제공하고 있다.

여성장애인 출산비용지원은 2012년 출산한 1~3급 여성장애인을 대상으로 시행되었고, 2015년 모든 등록 여성장애인으로 확대하여 매년 출산(임신기간 4개월 이상의 태아를 유산·사산 포함)한 여성장애인에게 태아 1인 기준 1백만 원을 지원하고 있다. 2017년에는 임신·출산 관련 서비스 통합(행복출산 원스톱서비스)을 통해 여성장애인들이 신청방법이 간소화될 수 있도록 하였다. 또한, 2019년에는 행복e음 장애인복지누락 조회서비스 및 복지로 온라인 신청기능 추가(기존 행복출산 원스톱서비스)를 통해 지원 대상자 발굴 강화 및 여성장애인들의 정보접근 편의성을 증대하였다.

6. 발달장애인 지원

발달장애인지원사업은 발달장애인 권리 보장 및 지원에 관한 법률 시행(15. 11. 21.)에 따라 장애인복지법 상 지적장애인, 자폐성장애인을 대상으로 발달장애인의 생애주기별 특성 및 복지 욕구에 맞는 체계적·통합적 지원 체계 마련을 목적으로 추진 중이다.

발달장애인 복지 지원 연계 및 관련 업무·연구 등을 지원하고, 권익옹호 업무를 수행하기 위한 발달장애인지원센터가 중앙 1개소 및 시·도별 1개소씩 총 18개소를 운영하고 있다. 발달장애인지원센터를 통해서 성인 발달장애인 주간활동서비스, 청소년 발달장애학생 방과후 활동서비스, 발달장애인의 개인별 지원계획, 부모교육, 그리고 공공후견지원사업과 권리구제와 같은 권익옹호 사업을 수행하고 있다.

발달장애인과 가족의 돌봄 부담을 경감하고, 양육능력 강화를 위해 부모와 보호자를 위한 상담, 교육 서비스를 2012년부터 2019년까지 총 35,036명에게 제공하였으며, 2019년 발달장애인과 가족, 비장애 형제 자매 등 총 12,311명에게 여행, 캠프 등 가족휴식지원프로그램을 제공하였다.

발달장애인 공공후견지원사업은 의사결정능력 부족으로 사회생활과 법률행위를 하는 데 어려움을 겪는 성인 발달장애인을 위한 특정후견을 지원해주는 사업이다. 후견이 필요한 발달

장애인을 발굴하는 것부터 후견심판 청구에 이르기까지 후견 절차의 전 과정을 지원 중이다. 가정법원의 후견심판 결정에 따라 선임된 공공후견인은 2019년 기준 477명, 후견 지원 받는 발달장애인 768명으로, 가정법원 및 지방법원에 552건의 후견심판을 청구(특정후견청구 474건, 사후조치청구 78건)하였고, 258건(보정서, 의견서 등)의 법원서면을 제출하였다.

또한, 발달장애인을 대상으로 범죄가 발생하는 경우 보호조치를 수행하고, 수사기관 및 재판에 출석하는 경우 신뢰관계인으로 동석하는 권리구제사업을 제공하고 있으며, 2019년 현장조사(현장방문) 320건, 형사사법절차지원 439건을 실시하였다.

발달장애인의 특성에 맞는 의료서비스를 제공하고, 자해, 타해와 같은 도전적 행동을 치료·재활하기 위한 거점병원이 2016년 한양대병원, 양산부산대병원 두 곳에 지정되어 운영 중이다. 2019년부터는 권역별로 6개소가 추가로 지정되어 서비스가 확대 제공되고 있다.

2018년에는 발달장애인이 체감할 수 있는 복지서비스 제공을 통해 포용사회 구현을 위해 정부합동으로 『발달장애인 생애주기별 종합대책』을 발표(‘18. 9.)하였다. 해당 계획에 따라 2019년에는 발달장애인 주간활동서비스, 청소년 발달장애인 방과후활동서비스, 발달장애인 생애주기별 부모교육 등 좀 더 촘촘한 복지서비스 제공을 위한 신규사업이 도입되었다.

7. 장애인 편의 증진

가. 법적 기반 정비

장애인 편의시설이란 장애인, 노인, 임산부, 아동 등 시설 이용 및 이동에 불편을 겪는 사람들이 안전하고 편리하게 시설과 설비를 이용하고 정보에 접근할 수 있도록 설치한 시설을 말한다. 1995년도부터 「장애인 편의시설 및 설비의 설치 기준에 관한 규칙」을 만들어 편의시설 설치에 관한 노력을 기울여 왔으며, 1998년 4월부터 시행된 「장애인·노인·임산부 등의 편의 증진 보장에 관한 법률」(이하 「장애인등편의법」이라 함) 이후 본격적으로 장애인 편의시설에 대한 정책이 강화되었다.

2012년 「장애인등편의법」 개정을 통하여 장애인들이 공공건물 및 공중시설 이용 시 인적 편의서비스(안내서비스, 수화통역 등)를 제공받을 수 있도록 하였으며, 2019년 12월 「장애인등

편의법」이 개정(21. 12. 4. 시행)됨에 따라 국가나 지방자치단체, 공공기관 그리고 민간이 신축하는 공공건물 및 공중이용시설과 공원 등에 ‘장애물 없는 생활환경 인증’ 취득 의무 및 편의시설 적합성 확인 등이 법제화됨에 따라 향후 장애인·노인·임산부 등의 사회 활동 참여 기회 확대와 복지 증진 향상을 기대하고 있다.

나. 편의시설 설치 현황

장애인 편의시설 실태조사는 장애인등편의법령에 의해 전수조사 또는 표본조사의 형태로 실시하고 있다. 매 5년마다 전수조사를 실시하고 있는데 1998년도 전수조사 결과 편의시설 설치율은 47.4%, 2003년도는 72.3%(도로 제외), 2008년도는 77.5%, 2013년도는 67.9%, 2018년도는 80.2%로 나타났다. 2018년 설치율 결과는 처음 조사를 실시한 1998년보다 약 2배 수준으로 증가하였다. 설치율이 향상된 것은 1998년 「장애인·노인·임산부 등의 편의 증진 보장에 관한 법률」 제정 이후 지속적인 제도 보완 및 인식 개선 등에 따른 것으로 판단된다.

그러나 2008년 처음으로 법적 기준에 부합되는지를 알 수 있는 적정 설치율을 조사하였는데 그 결과 2008년 55.8%, 2013년 60.2%, 2018년 74.8%로 전수조사에 의한 설치율과는 상당한 차이를 보이고 있어, 향후 편의 시설 적정 설치율 제고를 위하여 편의시설 설치 대상 건축물 등에 대한 건축허가 신청 등을 받는 단계부터 편의시설 설치 기준에 적합한지를 확인하는 등 편의시설에 대한 검사 및 확인에 정부의 지도·감독을 강화할 계획이다.

또한, 이러한 전수조사 외에도 매년마다 분야별 장애인 편의시설에 대한 실태조사를 실시하고, 2004년 및 2005년에는 철도·고속철도·지하철 역사에 대한 실태조사를 실시하였다(’04. 평균 72.3%, ’05. 73.2%). 2006년에는 공공시설 편의시설 실태조사(평균 69.4%), 2007년에는 문화 및 집회시설에 대한 실태조사(평균 61.6%)를 실시하였다. 2010년에는 학교에서의 장애인 편의시설 현황 조사, 2012년에는 생활 밀착형 시설로써 모범음식점 및 아름다운 화장실로 지정된 시설에 대한 편의시설 현황조사(평균 59.5%), 2015년에는 관광·숙박시설에 대한 실태조사(평균 70.3%), 2016년에는 국·공립병원 및 보건소 등에 대한 실태조사(평균 91.8%), 2019년에는 주민자치센터 및 파출소에 대한 실태조사(평균 86.9%)를 실시하였다.

다. 관련 시책 추진

편의시설 활성화정책을 체계적으로 추진하기 위해 2000년부터 ‘편의시설 확충 국가종합 5개년 계획’을 제1차(’00.~’04.), 제2차(’05.~’09.), 제3차(’10.~’14.)에 걸쳐서 수립·시행하였으며, ‘제4차 편의 증진 국가종합 5개년 계획’(’15.~’19.) 수립을 통하여 고령사회 진입에 따른 장애 인구 증가에 대비할 수 있는 방안을 모색하고, 사회적 변화에 따른 IT 기술과 편의시설이 접목된 설비 요소 등에 대한 항목 도출 관련 연구를 수행하였다. 또한, 편의시설과 보조공학 관련 업무의 융합방안 모색을 통하여 이용자가 만족하는 편의시설, ‘무장애’ 시설의 보편화를 기본방향으로 계획을 만료하였다. 이를 계승 발전시켜 제5차(’20.~’24.) 계획은 장애인등편의 법상 적정설치율 상승을 통한 장애인 접근성의 양적·질적 향상과 도로·보도·교통수단 및 웹접근성 등의 통합적으로 개선하여 장애인의 이동 편의향상, 사회활동 참여 기회 확대로 이어질 수 있도록 하는 장애인 접근성 개선을 위한 종합대책을 마련할 것이다.

특히, 2007년부터는 국토교통부와 함께 장애인 등이 지역·개별시설 이용 및 이동권 강화 등을 위하여 “장애물 없는 생활환경(Barrier-Free) 인증제도”를 추진하고 있으며, 현재 8개의 BF 인증기관인 한국장애인개발원, 한국토지주택공사, 한국장애인고용공단, 한국생산성본부인증원, 한국감정원, 한국교육녹색환경연구원, 한국환경건축연구원, 한국건물에너지기술원을 통하여 공공건물 및 공중이용시설 등 현재(’19. 12. 기준)까지 총 5,998건(예비인증 4,071건, 본인증 1,927건)이 인증을 취득하였다.

아울러, 편의시설을 확충하는 데 있어서 무엇보다 중요한 것은 국민의 적극적인 협조와 참여이다. 이를 위해 정부에서는 적극적 홍보를 통하여 편의시설에 대한 인식 개선 캠페인을 전개하고 편의시설 설치비용에 대해 세제 감면 혜택으로 설치를 유도하는 한편, 관계부처 및 지방자치단체 그리고 민간(건축사 등) 건설 전문 인력을 대상으로 편의시설 및 BF인증 찾아가는 세미나 교육을 강화해 편의시설을 지속적으로 확충하고자 한다.

【표 2-3-28】 편의시설 관련 교육 실적

(’19. 12. 기준, 단위 : 참가자수, (진행회수))

구분	공무원	건축사	민간 등	BF세미나	계
2019년	62(5회)	284(4회)	595(2회)	510(7회)	1,451

|표 2-3-29| 편의시설 종류별 설치 현황(2019년도 장애인 편의시설 표본 실태조사 결과)

(단위 : 개소, %)

편의시설의 종류		설치기준 항목수	설치수 및 설치율(%)		적정설치수 및 적정설치율(%)	
주민 자치 센터	매개시설	76,566	68,875	90.0%	59,094	77.2%
	내부시설	88,692	81,060	91.4%	73,203	82.5%
	위생시설	96,901	81,425	84.0%	67,066	69.2%
	안내시설	40,907	31,791	77.7%	28,113	68.7%
	기타시설	8,595	7,626	88.7%	5,728	66.6%
	계	311,661	270,777	86.9%	233,204	74.8%
파출 소	매개시설	25,206	20,032	79.5%	16,245	64.4%
	내부시설	19,618	17,409	88.7%	15,260	77.8%
	위생시설	30,848	20,334	65.9%	16,159	52.4%
	안내시설	14,855	8,318	56.0%	7,056	47.5%
	기타시설	3,243	2,407	74.2%	1,547	47.7%
	계	93,770	68,500	73.1%	56,267	60.0%

Ⅲ 장애인 소득보장

1. 개요

장애인 소득보장(income maintenance)은 장애라는 독립된 소득 상실 위험 요인에 직면해 있는 장애인을 대상으로 하는 특수한 소득보장체계라 할 수 있다. 소득보장은 정책 운영 원리에 따라 사회보험, 사회수당, 공적부조로 나눌 수 있다. 사회보험 방식의 소득보장정책은 국민연금 제도가 있고, 공적부조 성격에 가까운 정책으로는 장애인연금, 장애수당 및 장애아동수당제도를 운용하고 있다. 한편, 생활에 필요한 비용을 지원하거나 경감함으로써 간접적으로 소득보장에 기여하는 자녀학비 지원, 의료비 지원 및 각종 공공요금감면제도가 운용되고 있다.

2. 장애인연금 지급

중증장애인의 생활 안정을 지원하고 복지 증진을 도모하고자 생활이 어려운 중증장애인에게 매월 일정액의 연금을 지급하는 장애인연금제도가 2010년 7월부터 시행되었다. 종전에 장애수당이 기초생활수급자 및 차상위계층에게만 지급되던 것에 비해 장애인연금은 중증장애인 중 차상위 초과계층(14. 7. 소득 하위 63% → 70%)까지 지급 대상을 확대하였다.

2013년부터 장애인연금 수급자 전 계층을 대상으로 부가급여를 일괄적으로 2만 원 인상하여 지급하였고, 2014년 7월부터는 기초급여를 종전(99,100원) 대비 2배 인상하여 지급(200,000원)하였다. 또한, 추가적으로 2018년 9월에는 기초급여액을 25만 원으로 인상하였고, 2019년 4월부터는 생계·의료급여 수급대상자에 대해 30만 원으로 인상하여 중증장애인의 생활이 과거에 비해 안정될 것으로 전망된다.

장애인연금은 18세 이상의 등록 중증장애인(장애등급 1급, 2급 및 3급 중복장애인) 중 본인과 배우자의 소득과 재산을 합산한 금액(소득인정액)이 선정기준액 이하인 자가 대상이 된다. 장애인연금은 소득 보전을 위한 기초급여와 장애로 인한 추가 비용 보전을 위한 부가급여로 구성되며, 이는 소득과 연령에 따라 차등 지급된다. 2019년 12월 말 기준 총 36.9만 명의 중증 장애인에게 장애인연금이 지급되었다.

3. 장애수당 지급

저소득 장애인의 경제적 안정을 위하여 1990년부터 도입된 장애수당은 2010년 7월 장애인연금이 도입됨에 따라 장애연금대상인 중증장애인을 제외한 경증장애인을 중심으로 수당을 지급하고 있다. 현재 장애수당 지급 대상은 「국민기초생활보장법」에 따른 수급자 및 차상위 계층으로 18세 이상의 「장애인연금법」상 중증장애인에 해당하지 않는 등록 장애인(종전3~6급)이다. 2018년 12월 말 기준 35만 2,117명의 장애인에게 월 2~4만 원의 장애수당을 지급하였으며 2019년 12월 말 기준 36만 5,804명의 장애인에게 월 2~4만 원의 장애수당을 지급하였다.

4. 장애아동수당 지급

2002년에 장애아동 부양수당에서 2007년 명칭을 변경한 장애아동수당은 장애아동의 양육에 소요되는 추가 비용 및 장애아동의 건강한 성장을 지원하고자 마련되었다. 장애아동수당은

2007년 지원 대상자를 기존 기초생활수급자에서 차상위계층까지 확대하고, 지급액도 기초 중증 20만 원, 차상위 중증 15만 원, 기초 및 차상위 경증 10만 원으로 급여 수준을 향상시켰다. 2019년 12월 말 기준 총 1만 7,990명에게 장애아동수당을 지급하였다.

5. 장애인 자녀교육비 지원

장애인 자녀교육비는 비장애인에 비해 상대적으로 교육 비용이 많이 드는 저소득 장애인 가구의 교육 여건을 개선하고자 1992년부터 도입되었다. 최초에는 저소득 장애인가구의 중학생 자녀 또는 중학생 장애아동 본인에게 입학금 및 수업료를 지원하였으나, 1995년에는 지원 대상자가 고등학생까지 확대되었다. 2004년부터는 중학생 전체에 대한 의무교육 실시로 입학금과 수업료가 면제됨에 따라 중학생은 부교재비와 학용품비를 지원하고 있으며, 고등학생은 입학금, 수업료, 교과서대, 학용품비를 지원하고 있다.

2012년 초등학생까지 대상을 확대하였으며 초등학생에게는 부교재비를 지원하고 있다. 2015년 7월 맞춤형 급여체계 개편으로 교육급여 지급 기준이 완화(기준 중위소득 40%→50%) 되어 장애인 자녀교육비 수급자가 교육급여 수급자(교육부 소관)로 전환이 가능하게 되어 2016년 까지는 교육급여 미전환자에 대해 한시적으로 지원(2016년 12월 말 기준 129명)하였으며, 2017년부터는 사업이 종료되었다.

6. 장애인 의료비 지원

의료급여 2종 수급권자 및 건강보험 차상위 본인부담경감대상(만성질환, 18세 미만) 중 등록 장애인이 의료기관 이용 시 발생하는 본인부담금 중, 일부 또는 전액을 장애인 의료비로 지원하고 있다. 즉, 대상자가 1차 의료기관에서 외래진료 시 발생하는 본인부담금 중 일부를 지원하고 있으며, 2, 3차 의료기관 외래진료 및 입원 시 발생하는 본인부담금 중 비급여 항목을 제외한 의료(건강보험)급여 적용 본인부담 진료비를 전액 지원하여 저소득 장애인의 부담을 덜어 주고 있다. 2019년 12월 말 기준 장애인의료비 수급권자는 91,007*명(의료급여 2종 36,859명, 차상위 본인부담 경감 54,148명)이다.

* 총 인원수는 각각의 인원수 합에서 두 영역의 중복을 제외한 값임

7. 장애아동가족 지원

성장기 장애아동에게 적절한 발달재활서비스를 제공하여 기능 향상과 행동 발달을 지원하고 장애아동 양육가족의 경제적 부담을 경감시키기 위해 기준 중위소득 180% 이하 가정의 만 18세 미만 장애아동에게 소득 수준에 따라 월 바우처(14만 원~22만 원)를 지원하여 발달재활 서비스를 이용할 수 있도록 하였다. 장애부모를 둔 자녀(비장애아동)에게는 언어재활서비스 및 독서지도, 수어지도 등을 이용할 수 있도록 지원하였으며, 장애아동의 상시적 돌봄에 지친 장애아동가족 구성원에게 양육 및 휴식지원서비스를 제공하였다. 2019년 12월 말 기준 발달재활서비스는 62,361명, 언어발달지원은 327명, 장애아가족양육지원은 3,711명을 각각 지원하였다.

IV 장애인 경제활동 지원

1. 개요

장애인복지의 궁극적인 목표는 장애인이 자기 능력을 최대한 개발하여 적성에 맞는 직업을 가지고 사회적·경제적 활동에 참여하여 자활·자립을 도모하는 것이다.

정부에서는 일반고용이 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업 환경에서 직업훈련을 받거나 직업재활을 할 수 있도록 장애인직업재활시설의 운영을 지원하고 있다.

또한, 재가장애인이거나 장애인직업재활시설(중증장애인생산품시설)에서 생산한 생산품을 판매하기 위하여 시·도별 1개소씩 전국에 17개 장애인생산품 판매시설 운영을 지원하고 있다. 중증장애인생산품의 구매를 촉진하기 위하여 중증장애인생산품 우선구매제도를 시행하고 있다. 아울러, 재가장애인의 자립을 지원하기 위하여 장애인자립자금대여제도와 공공기관의 매점·자동판매기 장애인우선허가제도를 시행하고 있다.

2. 장애인직업재활시설 운영 지원

일반 경쟁 고용 시장에서 취업이 어려운 장애인에게 취업 기회와 직업 훈련 및 직업 적응 훈련 등을 제공하기 위하여 장애인직업재활시설의 운영을 지원하고 있다. 특히, 직업능력이 있음에도 불구하고 취업이 곤란한 중증장애인에게 직업 생활의 기회를 제공함으로써 중증장애인의 사회 복귀에 기여하고 있다.

장애인직업재활시설은 근로능력과 중증장애인의 구성 비율에 따라 근로사업장, 보호작업장, 직업적응훈련시설(15. 12. 유형 추가)로 구분하고, 근로능력에 따라 보호 고용하고 있다. 2019년 12월 말 현재 683개소의 직업재활시설에 있는 이용 장애인 수는 19,056명으로 집계되었다.

또한, 이들 장애인직업재활시설의 생산품과 중증장애인생산품 인증을 받은 물품의 판매 활동 및 유통의 대행, 판로 개척, 홍보, 정보 제공 등을 위하여 전국 17개소에 장애인생산품 판매시설을 설치하여 운영을 지원하고 있다.

[표 2-3-30] 장애인직업재활시설 운영 현황

(‘19. 12. 기준, 단위: 개소, 명)

구 분	계	근로사업장	보호작업장	직업적응훈련시설
시설 수	683	65	593	25
이용 장애인 수	19,056	2,823	15,796	437

주: 장애인생산품 판매시설: 17개소(시·도별 1개소씩 운영)

3. 중증장애인 직업재활지원사업

중증장애인 직업재활지원사업은 장애인의무고용제가 경증장애인 위주로 추진되는 문제점을 개선하고자 보건복지부와 고용노동부가 2000년부터 장애인고용촉진기금을 활용하여 공동으로 추진하게 되었다. 이후 2008년부터는 동 사업의 복지와 연계된 직업재활지원사업 특성을 고려, 보건복지부의 일반회계예산으로 전환하였다. 전달 체계도 보건복지부로 일원화하고 사업전담 총괄수행기관으로 (재)한국장애인개발원을 지정하여 중증장애인의 고용 기회 확대 및 직업재활지원서비스를 제공하고 있다.

정부와 (재)한국장애인개발원은 중증장애인 직업재활정책, 제도 개선 및 적합 직종 관련 조사 연구 등을 수행한다. 또한, 일선 장애인복지관(직업재활센터), 장애인단체, 장애인직업재활시설

등 161개소의 사업수행기관을 지원하여 중증장애인에 대한 직업지도, 직업 적응 훈련, 지원 고용, 취업 알선 및 취업 후 적응 지도 등의 사업을 실시하고 있다.

그 결과 2019년에는 약 25,662명의 장애인에게 직업 상담 등 직업재활서비스를 제공하여 이 중 약 7,236명이 취업하는 등 중증장애인에 대한 직업 재활 및 고용 촉진에 기여하고 있는 것으로 나타났다.

[표 2-3-31] 중증장애인 직업재활사업 수행기관 현황

(19. 12. 기준, 단위: 개소)

구분	계	직업재활 센터	현장중심 직업재활 센터	장애인 단체	장애인직업 재활시설	직업평가 센터	직업재활 프로그램 기관
개소 수	161	33	13	30	74	6	5

4. 장애인일자리사업

일반 노동 시장에서 취업이 어려운 장애인에게 정부가 직접 일자리를 제공하여 장애인의 사회 참여와 경제적 자립을 도모하고자 2007년도부터 장애인일자리사업을 시행하고 있다. 정부, 지방자치단체 등이 사업 주체가 되어 장애 유형 및 정도에 맞는 적합 직종을 발굴·보급하고 있다. 전국 주민자치센터의 지역사회 장애인복지 행정업무를 보조하는 행정도우미와 장애인 간 동료 상담, 주차단속 보조요원, 장애인 건강도우미 등의 일자리 유형이 대표적인 예이다.

매년 장애인일자리 아이템 공모사업을 통하여 신규 일자리를 보급하고 있으며, 2019년도에는 시범사업을 통해 2가지 직무를 확대하고 적용하였다. 그 결과 2019년 12월 말 기준 장애인복지 일자리 11,244명, 일반형 일자리(전일제) 5,446명, 일반형 일자리(시간제) 1,825명, 시각장애인 안마사 760명, 발달장애인 요양보호사 보조 577명 총 19,852명을 지원하였다.

5. 중증장애인생산물 우선구매 제도

정부는 고용의 사각지대에 있는 중증장애인의 직업재활 및 경제자립을 지원하기 위해 이들을 고용한 장애인직업재활시설 또는 장애인복지단체가 생산한 중증장애인생산품을 공공기관

(국가, 지방자치단체, 교육청, 공기업, 준정부기관 등)이 일정 비율 이상 의무구매 하도록 하는 '중증장애인생산품 우선구매' 제도를 시행하고 있다.

우선구매 제도는 1989년 「장애인복지법」에 근거해 일부 품목 중심으로 시행되었고, 2008년 3월 「중증장애인생산품 우선구매 특별법」(이하 「특별법」) 제정으로 본격 시행되었다.

모든 공공기관('19년 말 기준 1,019개)은 특별법에 따라 공사비를 제외한 기관 총구매액의 1% 이상을 중증장애인생산품으로 구매하여야 하며, 그 품목에 제한은 없다.

보건복지부는 공공기관의 우선구매 이행담보를 위해 매년 각급 공공기관의 우선구매 실적 및 계획을 종합하여 공표하고 법정 의무구매 비율 미달기관에 대해서는 시정 조치 등을 요구하고 있다.

공공기관의 중증장애인생산품 우선구매는 매년 늘어나고 있으며 법정 의무구매율 달성 기관도 지속 증가하고 있다. 2019년의 경우 공공기관 전체 중증장애인생산품 구매액은 6,488억 원으로 총구매액 대비 1.14%를 차지하여 법정 비율을 초과하였고 1% 이상 도달기관도 2018년 493개소(전체의 48.4%)에서 549개소(전체의 53.9%)로 늘어났다. 특히, 2019년('19.10월부터)에는 민간부문인 장애인복지관의 중증장애인생산품 구매실적을 관할 지방자치단체 실적에 반영하는 우선구매 시범사업을 실시함으로써 지역사회 우선구매 시장을 넓히는 소기의 성과를 거두었다.

[표 2-3-32] 연도별 중증장애인생산품 우선구매 실적

(단위: 억 원, %)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
총구매액(A)		424,993	513,917	412,853	387,328	454,748	468,179	534,154	537,964	570,285
우선구매액(B)	1,902	2,358	2,518	2,958	3,530	4,640	5,312	5,387	5,757	6,488
우선구매율(B/A)	-	0.55	0.49	0.72	0.91	1.02	1.13	1.01	1.07	1.14

한편, 중증장애인생산품을 공급하는 생산시설도 지속 증가하여 2019년말 기준 630개소가 보건복지부로부터 지정을 받았으며 이 생산시설에 총 11,871명의 장애인근로자(이중, 중증장애인은 10,408명)가 고용되어 있다.

특별법 개정(18.9월)으로 생산시설 등에 대한 실태조사 근거가 마련됨에 따라 2019년 처음으로 중증장애인생산물 생산시설 전수에 대한 실태조사를 하였다. 실태조사의 내용은 생산시설의 근로자 고용, 생산품목, 매출 및 수익, 임금 등에 관한 사항으로 2018년 기준으로 최근 3년간의 현황을 조사하여 공표하였다.

그 외 장애등급제 폐지에 맞추어 특별법에 규정된 ‘중증장애인’에 대한 정의 규정도 정비하여 중증장애인의 범위를 일부 확대하였다.

V 장애인복지 인프라 확충

1. 장애인보조기기 보급, 서비스 확대

가. 장애인보조기기 교부사업

장애인보조기기교부사업은 생활이 어려운 저소득층 장애인에게 장애인보조기기를 교부하여 일상생활 능력 및 사회 활동을 촉진함으로써 삶의 질을 향상시키는 데 목적을 두고 있다.

장애인보조기기교부사업을 통해 2007년까지 5개 품목(욕창방지 방석 및 커버, 음향리모콘, 자세보조기기, 음성탁상시계, 휴대용 무선신호기)을 지원하였고, 2008년에 4개 품목(기립보조기기, 진동시계, 식사도구, 보행보조기기)이 추가되었다. 이후 지속적으로 지원 품목을 확대* 및 세분화하여 2019년에는 2개의 품목이 추가함으로써 총 30개의 품목이 각 품목의 기준 금액 내에서 전액 지원되고 있다. 지원 대상은 「국민기초생활보장법」상 수급자 및 차상위 계층으로 등록한 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 심장, 호흡, 발달, 언어장애인이다.

* 2010년 음성증폭기, 시력 확대 및 각도조절용구, 인쇄물 음성변환출력기, 2013년 녹음 및 재생장치, 목욕의자 추가, 2017년 미끄럼보드, 미끄럼매트 및 회전좌석, 장애인용의복, 휠체어용 탑승자 고정장치 및 기타액세서리, 독립형 변기 팔 지지대 및 등지지대, 환경조정장치, 대화용장치 추가, 2019년 전동침대 및 안전손잡이 추가

[표 2-3-33] 장애인보조기기 교부사업 지원 품목

순번	지원품목	장애유형	지원기준	내구연한
1	욕창 예방용 방석 및 커버	심장	35만 원	3년
2	와상용 욕창예방 보조기기	심장		
3	음성유도장치 (음향신호기리모컨)	시각	2만 원	2년
4	음성시계	시각	2만 원	2년
5	시각신호표시기	청각	15만 원	2년
6	진동시계	청각	3만 원	2년
7	보행차	지체·뇌병변	20만 원	5년
8	좌석형 보행차	지체·뇌병변		
9	탁자형 보행차	지체·뇌병변		
10	음식 및 음료 섭취용 보조기기	지체·뇌병변	5만 원	1년
11	식사도구(칼-포크), 젓가락 및 발대	지체·뇌병변		
12	머그컵, 유리컵, 컵 및 받침접시	지체·뇌병변		
13	접시 및 그릇	지체·뇌병변		
14	음식 보호대	지체·뇌병변	150만 원	3년
15	기립훈련기	지체·뇌병변		
16	헤드폰(청취증폭기)	청각		
17	영상확대 비디오(독서확대기)	시각	80만 원	2년
18	문자판독기(광학문자판독기)	시각	80만 원	2년
19	목욕의자	지체·뇌병변	60만 원	5년
20	녹음 및 재생장치	시각	50만 원	3년
21	휴대용 경사로	지체·뇌병변	30만 원	8년
22	이동변기	지체·뇌병변	60만 원	5년
23	미끄럼 보드, 미끄럼 매트 및 회전좌석	지체·뇌병변· 심장·호흡	35만 원	4년
24	장애인용의복	지체·뇌병변· 심장·호흡	15만 원	2년
25	휠체어용 탑승자 고정 장치 및 기타 액세서리	지체·뇌병변· 심장·호흡	10만 원	5년
26	독립형 변기 팔 지지대 및 등지지대	지체·뇌병변	25만 원	5년
27	환경조정장치	지체·뇌병변	40만 원	3년
28	대화용장치	뇌병변·지적·자폐성· 청각·언어	60만 원	4년
29	안전손잡이	지체·뇌병변	10만 원	5년
30	전동침대	지체·뇌병변·심장·호흡	120만 원	10년

우리나라의 장애인보조기기 관련 정부지원정책은 1964년 원호처(현재의 국가보훈처) 산하 보훈병원의 보장구센터가 국가유공자를 대상으로 재활에 필요한 보철구를 제공하는 데서 시작되었다. 이후 1997년 건강보험 및 의료급여를 통해 보조기기를 지원하여 현재는 보건복지부 외에 고용노동부와 과학기술정보통신부 등 각 부처에서 보조기기를 지원하고 있다.

한편, 장애인·노인 등을 대상으로 보조기기서비스의 효율적 제공을 통해 활동의 제약을 최소화하고 삶의 질 향상을 목적으로 2015년 12월 29일 「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용 촉진에 관한 법률」이 제정되었다. 주요 내용으로는 보조기기 지원 및 활용촉진 사업, 중앙 및 지역보조기기센터 설치·운영 등 근거 마련, 보조공학사 자격 도입 등이며 2016년 12월 30일 시행되었다.

[표 2-3-34] 부처별 장애인보조기기지원사업 현황

부처	보건복지부				고용노동부		국가보훈처	과학기술 정보통신부
과	보험 급여과	요양보험 제도과	기초의료 보장과	장애인 자립기반과	산재	장애인 고용과	보훈 의료과	정보활용 지원팀
사업	건강보험	장기요양	의료급여	보조기기 교부	산재보험	보조공학 기기지원	국가유공자 보철구지급	정보격차 해소지원
지원 기관	건강보험 공단	건강보험 공단	시·군·구	시·군·구	근로복지 공단	장애인고용 공단	보훈병원	정보문화 진흥원
2018년 결산 (억 원)	1,192	1,465	298	32	70	80.6	60.6	15.8
품목 수 (개수)	88	18	26	30	218	46	44	101
대상	건강보험 가입자		의료급여 수급권자	기초 및 차상위층	산재보험 가입자	장애인 고용 사업주	국가유공 상이자	등록 장애인
DB 관리 체계	건강보험공단 시스템		행복e음	행복e음	통합노동 보험정보 시스템	보조공학 업무관리 시스템	통합보훈 시스템	정보문화 진흥원

나. 장애인보조기기 사례관리서비스

장애인이 사용하는 장애인보조기기에 대한 관리 부실을 해소하고, 수요자의 이용 만족 및 보조기기사업의 효율성을 높이고자 “장애인보조기기 사례관리사업”을 추진하고 있다.

2009년 중앙(국립재활원 위탁 수행) 사례관리 시범사업을 시작으로, 2010년 2개소(대구·대전광역시), 2011년 2개소(부산·광주광역시), 2012년 1개소(경기도), 2013년 1개소(충북), 2014년 2개소(인천, 경남), 2015년 2개소(전북, 제주), 2019년 6개소(세종, 울산, 충남, 강원, 전남, 경북)의 광역보조기기센터를 신규로 열어 서비스를 확대·시행하였다.

장애인보조기기 사례관리사업은 상담, 평가, 적용, 개조, 사후 관리 등 개별 맞춤 서비스를 통해 서비스 만족도를 높이고, 장애인의 사회 활동 및 사회 통합을 촉진시키고 있다. 앞으로도 계속 보조기기 사례관리사업을 확충하여 양질의 표준화된 서비스를 제공하고 장애인 복지 향상에 힘쓰고자 한다.

다. 장애인건강보건관리 사업

장애인건강보건관리사업은 장애인의 건강상태 개선 및 건강관리능력 향상을 위해 지역사회 연계를 기반으로 한 보건의료-복지 서비스 지원을 목적으로 한다.

보건복지부·중앙장애인보건의료센터-시도·지역장애인보건의료센터-시군구·보건소 연계체계를 구축하여 장애인 맞춤형 건강통합 서비스를 제공하며, 자원 연계·조정을 통해 장애인이 자신이 속한 지역사회 속에서 자원을 활용하여 건강한 삶을 스스로 영위하고 주체적인 삶을 살아갈 수 있도록 장애인건강보건관리 사업을 추진하고 있다.

지역장애인보건의료센터는 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률(17. 12. 시행)」을 근거로 하여 병원급 의료기관을 지정하여, 장애인 주치의, 보건소 등 건강관리사업 조정·지원, 검진·재활·진료 등 거점병원 역할, 여성장애인 임신·출산지원, 의료종사자 교육 등을 수행하고 있다. 2018년도 지역장애인 보건의료센터 3개소 지정(서울, 대전, 경남)을 시작으로, 2019년도에는 3개소가 추가 지정(서울, 강원, 전북)되었다.

[표 2-3-35] 지역장애인보건의료센터 사업내용

법적 기능	사업내용
장애인 건강보건 관리사업	<ul style="list-style-type: none"> • 대상자, 보건·의료·복지 자원 DB 구축으로 보건의료정보플랫폼 운영 • 관할 시·도의 지역장애인 건강보건관리계획 수립 지원 • 보건소 CBR사업 지원 / 장애인 통합건강관리 서비스 제공 • 의료기관 이용시 장애유형 등의 특성에 따른 편의제공, 방문진료 등 • 장애인 의료기관 이동지원 연계 및 응급의료 연계서비스 지원
여성장애인 모성보건사업	<ul style="list-style-type: none"> • 임신 여성장애인등록 관리(DB 구축) / • 임신 여성장애인 건강 클리닉 • 여성장애인 건강관리 교실(여성질환 관련) / • 참여형 동아리 사업
보건의료인력 및 장애인·가족에 대한 교육	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인 건강주치의 및 임신·출산 관련 의료인, 기타 일반 의료서비스 제공인력에 대한 교육 / • 장애인 및 그 가족에 대한 교육 • 의료기관 종사자(비의료인), 관련 학과 학생에 대한 교육 등
건강검진, 진료, 재활 등 의료 서비스 제공	<ul style="list-style-type: none"> • 재활의료서비스 제공(직접) • 장애 소아청소년 재활의료 서비스 제공(직접 또는 연계) • 장애인 건강 주치의 서비스 제공(직접 또는 연계) • 건강검진 서비스 제공(직접 또는 연계)

또한, 지역사회중심재활사업은 보건소를 중심으로 지역사회 장애인의 재활운동, 퇴원 후 조기 적응, 장애로 인한 2차 장애 예방, 장애인 사회참여 등 장애인에게 의료를 기반으로 맞춤형 보건의료-복지 서비스를 지원한다. 이는 장애인 건강문제를 총체적으로 파악하여 보건소 내의 자원 연계를 통해 맞춤형 건강보건관리 서비스를 제공하여 장애인의 건강상태 개선 및 자가 건강관리능력 향상을 통한 지역사회 복귀를 목적으로 한다.

이 사업은 1981년 이래 WHO의 주요 재활정책이며 세계 90여 개 국가에서 도입·실시하고 있다. 우리나라는 2000년부터 16개 거점 보건소를 중심으로 CBR사업을 추진하기 시작하여 2013년 지역사회 통합건강증진사업으로 통합 및 운영보건소 86개소, 2016년에는 170개소로 확대되었으며, 2017년에는 통합건강증진사업 필수사업으로 지정되어 전국 254개 모든 보건소에서 사업을 추진하고 있다.

또한, 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률(17. 12. 시행)」의 장애인 건강보건관리 전달체계에 있어서 지역사회중심재활사업이 기초지역단위 전달체계의 역할을 담당하게 됨으로써 그 중요성이 더욱 확대되고 있다.

[표 2-3-36] 지역사회중심재활사업의 장애인 건강보건관리

영역	세부영역	세부 프로그램
건강관리 서비스	장애인 건강관리	배뇨·배변관리, 욕창·피부관리, 영양관리, 통증관리, 연하관리, 호흡관리, 만성 질환 관리 등
	재활교육 및 훈련	재활운동 교육, 일상생활 동작 훈련, 관절구축 예방교육, 2차 장애예방 교육, 생활안전 교육 등
사회참여 서비스	장애인 사회참여	외출·나들이·체험, 동료상담, 자조모임, 스포츠·레크리에이션, 가족 소모임 등
자원연계 서비스	지역자원 연계	통합건강증진사업 내 연계, 의료기관과 연계(지역장애인보건의료센터 등), 장애인복지관과 연계, 자활센터와 연계, 행정기관과 연계, 보조기기센터와 연계, 장애인 단체와 연계, 자원봉사자(활동보조)와 연계, 가옥 내 편의시설 지원, 장애인운전지원 등
자기역량 서비스	자기역량 강화	자가 건강운동 및 복지정보 가이드북·리플렛 제공 등
기타	사업홍보 등	

라. 권역재활병원 건립

장애인에게 질 높은 재활의료서비스를 제공하기 위해 2006년부터 6개 권역에 전문재활병원 건립을 추진하여 2013년 사업을 완료하였다. 6개 권역재활병원을 통해 전문재활의료서비스를 제공하고, 사회 복귀 지원, 방문재활프로그램 등 공공재활프로그램을 제공함으로써, 장애인의 효과적인 사회 복귀를 지원하고 있다. 2015년부터 추가적으로 경북 지역의 권역재활병원, 2017년부터 충남, 전남 지역 권역재활병원 건립을 지원하고 있다.

[표 2-3-37] 권역재활병원 건립 현황

('19. 12. 기준)

권역	건립 지역	건축 기관	사업 기관	건립 현황
경인	인천	대한적십자사	대한적십자사	2010년 9월 개원
영남	경남 양산	부산대학교	부산대학교	2011년 10월 개원
강원	춘천	강원도	강원대학교	2012년 10월 개원
호남	광주	광주광역시	조선대학교	2012년 12월 개원
충청	대전	충남대학교	충남대학교	2012년 12월 개원
제주	서귀포	제주도	서귀포의료원	2014년 1월 개원

2. 장애인복지시설 확충 및 내실화

가. 현황

장애인복지시설은 장애인이 시설에 입소하거나 통원하여 재활에 필요한 상담, 치료, 교육, 훈련 및 요양 등의 장애인복지 서비스를 제공받을 수 있는 사회복지시설을 말하며, 「장애인복지법」 제58조에서 정한 장애인 거주시설, 장애인 지역사회재활시설, 장애인 직업재활시설, 장애인 의료재활시설로 구분하고 있다.

[표 2-3-38] 장애인복지시설 현황

(‘19. 12. 기준, 단위: 개소)

구분	계	거주시설						지역사회재활시설					직업재활시설			
		소계	유형별	중증	영유아	단기	공동	소계	복지관	주간보호시설	수화통역센터	기타	소계	근로	보호	직업적응
시설수	3,708	1,557	368	251	9	159	770	1,468	254	769	197	248	683	65	593	25

나. 장애인복지시설 확충 및 운영 개선

장애인복지시설은 시설 수 증가, 시설의 기능 보강 및 서비스 개선을 위해 지속적으로 노력해 오고 있다. 그러나 사회적 여건 변화와 사회복지서비스 욕구 증대에 부응하기 위해 종합적인 장애인복지서비스가 지역 내에서 이루어져야 한다는 지방분권위원회 결정에 따라 2005년 장애인복지시설운영을 지방자치단체 사무로 이관하였으나 지자체의 재정부담 증가로 인해 장애인거주시설운영 지원사업은 2015년에 다시 국고보조사업으로 환원되었다.

정부는 장애인복지시설의 평가 등을 포함하여 전문적인 재활서비스가 이루어지도록 기본적인 정책방향을 제시하는 역할을 담당하게 되었다. 그 일환으로 2007년에는 「장애인 거주시설 서비스 기능과 구조의 혁신 방안」, 2010년에는 「장애인 거주시설 서비스비용 산정 연구」, 2015년에는 「장애인 거주시설 설치·운영기준 개정안 마련 연구」를 실시하였다.

한편, 2011년 「장애인복지법」 개정으로 장애인거주시설의 거주 기능을 별도로 분리하고, 이용 정원은 30명을 초과할 수 없도록 하는 규정을 신설하였으며, 2012년에는 장애인복지시설

운영자 및 종사자의 장애인 학대 사실 신고 의무화, 피해학대 장애인에 대한 응급조치 의무화, 장애인 학대 사건 심리에 있어 보조인 선임 절차 등을 정함으로써 거주시설 이용 장애인 인권 보호를 위해 노력하고 있다.

또한, 2017년 장애인복지법을 개정하여 학대 등 피해 장애인의 인권 보호를 위해 피해 장애인 쉼터 설치·운영, 인권지킴이단 운영, 불법·부당한 시설 운영에 대한 행정 처분의 법적 근거를 마련하여 시행 중이다.

장애인복지시설 이용자의 서비스 질 개선과 인권보호 강화를 위해 제도적 기반 확립 및 인프라 확충에 힘쓰고 있으나 거주시설 장애인의 지역사회정착 및 자립지원 요구가 커지고 있다.

CHAPTER

4

저출산 · 고령사회 대응정책

제1절 저출산 · 고령사회 대책

제2절 모성과 어린이 건강증진정책

제3절 아동복지정책

제4절 노인복지정책

제5절 보육정책

제4장 저출산·고령사회 대응정책

제1절 저출산·고령사회 대책

I 저출산·고령사회 기본계획

1. 수립 배경 및 경과

우리나라는 저출산·고령화 문제에 본격 대응하기 위하여 2005년 범국가적인 추진 체계를 구축하였다. 2005년 9월 「저출산·고령사회기본법」에 근거한 대통령 직속 「저출산·고령사회 위원회」가 출범하였고, 같은 해 12월 관계 부처와 전문가로 구성된 저출산·고령사회기본계획 실무추진단을 설치하였다.

2006년 8월에는 15개 중앙부처, 연구기관, 민간 전문가가 대폭 참여한 가운데 5년간(2006~2010) 추진할 정책 과제를 발굴하여 ‘새로마지플랜 2010’이라 불리는 ‘제1차 저출산·고령사회기본계획’을 수립하였다. ‘새로마지’는 ‘새롭고 희망찬 출산에서부터 노후생활의 마지막 까지 아름답고 행복한 사회’라는 의미와 ‘행복이 가득한 새로운 미래를 맞이한다’는 의지를 동시에 표현하고 있다.

2008년 정부 조직이 개편되면서 대통령 직속이던 저출산·고령사회위원회는 보건복지부장관 소관으로 이관되었고, 2008년 11월에는 기본계획 수립 이후에 변화된 정책 환경을 반영하여 제1차 저출산·고령사회기본계획 보완판을 마련하였다.

2010년 제1차 기본계획이 완료되면서 2010년 10월 향후 5년 간 추진할(2011~ 2015) ‘제2차 저출산·고령사회기본계획(새로마지플랜 2015)’을 수립하였다. 이후 2012년 5월 저출산·고령사회 정책 관련 사업 수행 체계 일원화 및 관련 부처간 정책적 조율 및 협력 강화를 위하여 보건복지부장관 소관이었던 저출산·고령사회위원회를 대통령 직속 위원회로 격상하였다.

✎ 집필자 | 인구정책총괄과장 임숙영

2015년으로 제2차 기본계획이 완료되면서 2015년 12월 향후 5년간 추진할 (2016~2020) '제3차 저출산·고령사회기본계획(브릿지 플랜 2020)'을 수립하였다.

2016년 8월에는 출생아수가 계속해서 감소하는 위기 극복을 위한 호소문을 발표하고 3차 기본계획의 보완 및 대책을 마련하였다.

2017년에는 저출산고령사회위원회의 위상, 역할 강화를 위해 부위원장직을 신설하고, 정부 위원 규모를 절반으로 감축하고 민간위원 규모를 확대하였다. 또 위원회의 총괄 조정 기능을 실질적으로 뒷받침하고 대통령 위원회의 위상에 맞도록 위원회 직속 사무기구(그 이전에는 보건복지부 운영지원단에서 기능수행)를 신설하였다.

[그림 2-4-1] 저출산·고령사회위원회 추진체계



2. 제1·2차 기본계획 주요 성과

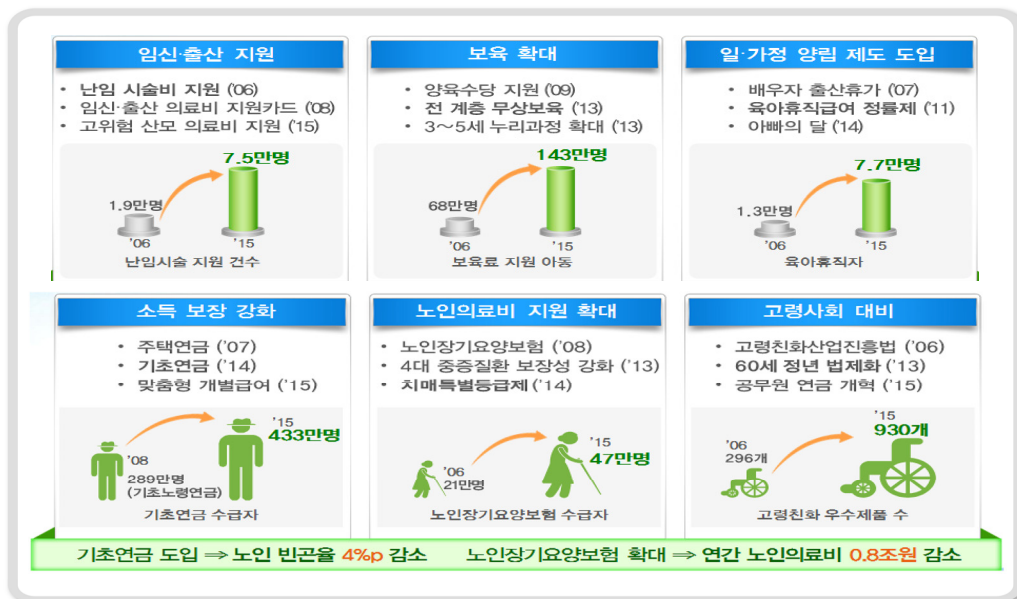
제1차('06.~'10.) 기본계획에서는 출산·양육에 유리한 환경 조성 및 고령사회 대응 기반을 구축하였고, 제2차('11.~'15.) 기본계획에서는 출산율의 점진적 회복 및 고령사회 대응 체계를 공고화하였다. 제3차('16.~'20.) 기본계획에서는 저출산 추세 반전 및 고령사회의 성공적 적응에 초점을 두고 있다.

우선 제1차 기본계획에서는 출산·양육에 유리한 환경 조성 및 고령사회 적응 기반 구축을 목표로 출산·양육에 대한 사회 책임 강화, 가족친화·양성평등 사회문화 조성 및 건전한 미래 세대 육성을 통해 출산과 양육에 유리한 환경 조성을 주요 정책 과제로 정하였다.

또한, 안정적인 노후소득 보장 체계 구축, 노인건강 및 의료보장 내실화, 주거·교통·문화 등 안전하고 활기찬 노후 생활 기반을 조성하여 고령사회 삶의 질이 향상될 수 있도록 노력하였다. 더불어 저출산·고령사회의 성장 동력 확보를 위해 여성·고령자 등 잠재 인력 활용, 인적 자원의 경쟁력 제고, 고령사회 금융 기반 조성 및 고령친화산업 육성 등을 추진하였다.

제2차 기본계획에서는 점진적 출산율 회복 및 고령사회 대응 체계 확립을 목표로 출산과 양육에 유리한 환경 조성, 고령사회 삶의 질 향상 기반 구축, 성장 동력 확보 및 분야별 제도 개선 등 4개 분야 231개 과제로 구성하였으며, 5년 동안 109조 원이 소요되었다.

[그림 2-4-2] 기본계획 주요 성과



3. 제3차 기본계획 주요 내용

제3차 기본계획은 그간 정부 부처의 추진 계획을 취합하는 단편적인 접근에서 벗어나, 저출산·고령사회위원회 민간위원 중심의 의제 발굴 및 부처 검토, 국민 및 지역사회 의견 수렴을 거쳐 국민 눈높이에 맞는 대책을 수립하기 위해 노력하였다. 공청회 이후 관계 부처 추가 협의 등 적극적인 보완 노력을 통해 대책의 내용과 수준을 대폭 보완하였다.

예를 들어, 행복주택·뉴스테이 등 신혼부부 임대주택 확대, 난임휴가제 도입, 국공립·직장어린이집 확대, 초등돌봄교실 확대, 비정규직 육아휴직 지원금 인상, 중소기업 1호 육아휴직자 인센티브, 중소기업 대체 인력 지원 체계 강화, 주택·농지연금가입 확대, 민간·지역·정부 협력 등이 전문가와 관계 부처의 협의를 거쳐 추가로 보완되었다.

지난 10년간 제1·2차 저출산·고령사회기본계획을 통하여 저출산 극복을 위해 국가책임보육, 다양한 일·가정 양립 제도 등을 도입하여 출산율 하락 추세가 일정 부분 반등(2005년 1.08명 → 2014년 1.21명)하였다. 그러나 만혼·비혼 추세 심화, 취업모의 낮은 출산율 등으로 정책 효과는 한계를 보였다.

⇒ 만혼 영향 제거시 2014년 출산율 1.58명(실제 1.21명)까지 가능했을 것으로 분석(2014년, 보건사회연구원)
※ 25~34세 여성혼인율 2005년 60.4% → 2014년 43.7%

고령사회 대응에 있어서도 기초(노령)연금(수급자 수 2008년 289만 명 → 2015년 444만 명), 장기요양보험제도 등을 도입하여 고령자 소득·건강 보장의 토대를 마련하였으나, 노인빈곤, 아프고 긴 노후, 고령화에 따른 사회·경제적 대응 노력 미흡 등은 해결해야 할 숙제이다.

이에 따라, 제3차 기본계획은 지난 10년간 제1·2차 저출산·고령사회기본계획에 대한 평가를 바탕으로 정책 방향을 근본적으로 전환하여, 저출산·고령화 극복을 위한 미시적이고 현상적인 접근에서 벗어나 종합적이고 구조적인 접근을 시도하였다.

저출산 대응을 위해 종전 기혼가구 보육 부담 경감에서 일자리, 주거 등 만혼·비혼 대책으로 전환하고, 제도·비용지원 위주에서 실천·사회 인식 변화 중심으로 접근하였다. 고령사회 대응은 소득·건강보장 제도의 성숙에 따라 사각지대 해소와 급여 수준 제고에 중점을 두고, 고령사회 전환에 따른 생산 인구 감소 등에 대응하도록 고용·산업 등 구조 개편에 주력하였다. 또한, 저출산·고령사회 대응은 사회 전반의 인식과 문화가 바뀌어야 하므로 정부 정책만으로는 한계가 있어 민간·지역과의 협조 체계를 구축해 20~30년을 내다보는 장기적 접근을 모색하였다.

[그림 2-4-3] 저출산·고령사회 대책 패러다임 전환 방향

저출산	기혼가구 보육부담 경감	⇒	일자리·주거 등 만혼·비혼 대책 강화
	제도 도입·기반 조성, 비용지원 위주	⇒	사각지대 해소, 실천, 문화 개선 초점
고령사회	기초연금·장기요양 등 노후 기반 마련	⇒	국민·주택연금 확대 등 노후대비 강화
	노인복지대책 위주	⇒	생산인구 확충, 실버산업 등 구조적 대응

4. 제3차 기본계획의 수정

‘제3차 저출산 고령사회 기본계획’에 대하여 여성·청년·아동·노인 등 정책 수요자에 대한 고려가 부족하다는 관점이 존재하였고, 특히 제3차 기본계획에서 설정하였던 「출산율 1.5명」 목표는 출산율의 양적 목표 설정으로 개개인의 선택을 존중하지 않는 국가 주도 출산장려 정책이라는 지속적인 비판이 있어왔다.

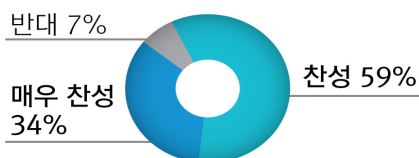
이렇듯 출산율 장려 정책의 한계를 노정하여 새로운 정책 방향 모색이 필요한 상황에서 ‘제3차 기본계획’의 정책 방향을 출산율 제고 등의 양적 목표가 아닌 모든 세대의 ‘삶의 질 제고’로 패러다임을 전환하였다.

국민 대다수(93%)도 출산율 제고 목표의 출산 장려 정책에서 「국민 삶의 질 제고 정책」으로의 방향 전환에 적극 찬성하는 것으로 나타났다.

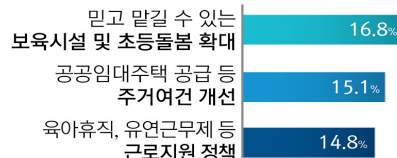
[그림 2-4-4] 출산정책 관련 국민의식

- 국민 대다수(93%), 출산율 제고 목표의 **출산 장려 정책**에서 → 「**국민 삶의 질 제고 정책**」으로의 **방향 전환에 적극 찬성**

출산장려→삶의질 전환에 대한 인식 (갤럽, '18.10)



정부가 우선시해야 하는 저출산 정책 (갤럽, '18.10)



기본계획 재구조화를 위한 연구용역을 추진하여 기본계획 로드맵을 공론화 및 발표(18. 12. 7.)하고, '제3차 저출산 고령사회 기본계획 수정안'을 정책운영위 및 본위원회에 의결(19. 2. 8.)하였으며, 차관회의(19. 2. 21.) 및 국무회의(19. 2. 26.) 의결을 거쳐 확정하였다.

수정안의 비전은 '모든 세대가 함께 행복한 지속 가능한 사회'로, 목표는 ① 삶의 질 향상, ② 성 평등 구현, ③ 인구변화 적극 대비이며, 구체적인 추진 영역으로는 ① 함께 돌보고 함께 일하는 사회, ② 함께 만들어가는 행복한 노후, ③ 인구변화 적극 대비이다.

구체적으로 수정안의 내용을 살펴보면 다음과 같다.

아이 키우기 행복한 사회를 조성하고 미래세대의 인적 역량을 강화하기 위한 노력들을 추진한다. 출산·양육 부담의 경감을 위해 임신·출산진료비 지원 금액을 인상(50→60만원)하고, 영유아(만 1세 미만) 외래진료비를 인하하였으며, 아동수당을 만 6세 미만 모든 아동들에게 지급(19. 4.)할 예정이다.

아이와 함께하는 시간을 늘리기 위해 주 최대 근로시간(52시간) 단축 현장 안착, 남성 육아 참여 확대, 육아 휴직 개편 등을 추진하였으며, 촘촘하고 질 높은 돌봄 체계를 구축하기 위해 국공립 어린이집 550개소 이상 확충, 다함께 돌봄센터 150개소를 추가로 확충할 예정이다.

2040세대의 안정적 삶의 기반 마련을 위한 일자리·주거·대책 등을 위해 중소기업 취업 청년에게 인센티브 제공, 중소·중견기업 근로자 육아휴직 후 복귀 시 지원을 확대하며, 청년주택 공급을 확대하고 임차 가구 주거비 지원을 강화하며, 신혼부부 맞춤형 임대·분양 주택 공급을 확대하고자 한다.

함께 만들어 가는 행복한 노후를 위하여 다층노후소득보장체계 내실화, 노후 소득 보장을 위한 공적연금 역할 강화, 인생 3모작 기반 구축을 통한 신중년 일자리 기회를 확대할 예정이다. 또한 노인일자리 창출하고(18. 51만명→'19. 61만명) 노인 통합서비스 제공 기능을 강화하며 건강보험 보장성 강화, 건강 노화를 위한 예방적 관리를 강화할 예정이다.

그밖에 안전하고 편안하게 노후를 보낼 수 있는 주거환경을 조성하고 노인 등 사회적 약자를 포용하는 물리적 여건을 조성할 계획이다.

II 저출산 대응 인구정책

1. 인구교육

가. 필요성

저출산의 원인으로는 인구 구조적 요인, 문화·인식적 요인, 사회경제적 요인 등 다양한 원인이 있으며, 결혼·출산·양육에 대한 부정적 인식으로 비혼*과 출산기피** 현상이 심화되는 것도 저출산의 요인이라 할 수 있다.

* '결혼 해야한다' 응답비율(통계청 사회조사) : ('10.) 64.7% → ('16.) 51.9% → ('18.) 48.1%
 ** '결혼하면 자녀를 가져야 한다' 응답비율('18. 신설항목) : 69.6%(남 72.6%, 여 66.6%)

정부는 저출산 극복을 위해 보육 및 아동지원, 신혼부부 주거지원, 청년일자리 지원 등 다양한 정책을 추진하고 있으나, 출산 장려를 위해서는 경제적 지원, 제도개선과 함께 결혼·출산·양육에 대한 긍정적인 인식과 문화가 동반되어야 큰 효과를 낼 수 있다.

이를 위해 인구에 대한 이해, 생명존중, 양성평등, 일·생활 균형 등 결혼·출산·양육에 대하여 긍정적이고 합리적인 가치관 형성 지원을 위한 체계적인 인구교육이 필요하다.

나. 주요 내용

정부는 2006년부터 다양한 계층을 대상으로 학교 인구교육과 사회 인구교육을 추진하고 있으며, 인구교육은 직접적인 출산장려가 아닌 가족의 소중함 등 기본적인 삶의 가치를 통해 바람직한 가치관을 형성하는 것을 목적으로 한다.

학교 인구교육은 인구교육과정 반영, 연구·선도학교 운영, 대학 인구교육 강좌 개설 지원, 교사수업경진대회 개최 등을 통하여 학생·교사들의 인식개선 및 가치관 증진에 기여하고 있으며, 사회 인구교육은 기업, 종교단체, 군·공공기관 등 다양한 계층별 맞춤형 교육으로 가족친화적인 사회 형성에 기여하고 있다.

또한, 초·중등 학생용 전자책, 사회인구교육 교재 등 인구교육 콘텐츠를 개발하여 인구교육 현장에서 교육자료로 활용토록 제공하고, 인구관련 공모전 등을 개최하여 인구현상에 대한 국민들의 관심과 참여를 유도하고 있다.

인구교육과 관련된 정보와 교육자료는 인구교육 포털(<http://pep.mohw.go.kr>)에서 확인 가능하다.

[표 2-4-1] 인구교육 추진 실적

구분	세 부 사 업 내 용
2006	(준비기) 교사대상 학교 인구교육 활성화 토론회, 교사 자율연수, 학생 논술 공모대회
2007	초·중학생용 교재 개발, 교과연구회(8팀) 지원, 8차 개정 교육과정('09.~'13.)에 저출산·고령화 현상 반영
2008	인구교육 시범학교 운영 시작(초, 중 6교), 고등학생용 인구교육 교재 개발, 민간단체 지원 통한 사회인구교육 추진
2009	시범학교 운영, 유아용 자료 개발보급, 초중고 e-book 제작 보급, 교원 사이버 연수프로그램 개발·보급, 결혼누리사이트 구축
2010	인구교육 시범학교(초, 중, 고 6교), 교과연구회(4팀) 운영, 초등학교 '인구교육지침서' 및 대학인구교육 교재 개발, 사회인구교육(민간·종교단체) 추진
2011	교원 단기연수과정 운영(7,335명), 교원양성대학 인구교육 강좌 개설(3개교), 시범학교 운영(5개교), 사회인구교육(민간·종교단체) 추진
2012	교원 단기연수과정 운영(10개 시·도교육청), 시범학교 운영(7개교), 초등학교 인구교육 보조교재 전자책 3종(저, 중, 고학년) 개발, 사회인구교육(민간·종교단체) 추진
2013	교원 단기연수과정 운영(9개 시·도교육청), 시범학교 운영(7개교), 교원양성기관 강좌개설 지원(4개 대학), 인구교육 보조교재 전자책 2종(중, 고) 개발, 인구교육 교육과정 개발, 사회인구교육(민간·종교단체) 추진
2014	교원 단기연수과정 운영(7개 시·도교육청), 시범학교 운영(7개교), 교원양성기관 강좌개설 지원(5개 대학), 사이버 동영상콘텐츠 개발, 인구교육포럼, 사회인구교육(민간·종교단체) 추진
2015	연구·선도학교 운영(12개교), 교원양성기관 강좌개설 지원(5개교), 인구교육포럼, 인구교육 홈페이지 구축, 인구교육 전문강사 양성(143명), 애니메이션(30종), 사회인구교육(민간·종교단체) 추진
2016	연구·선도학교운영(15개교), 대학인구교육 강좌개설 지원(7개교), 인구교육포럼 개최, 인구교육 전문강사 양성(145명), 영상자료 제작(3편), 사회인구교육(민간·종교·공공기관 등) 추진
2017	연구·선도학교 운영(15개교), 대학인구교육 강좌개설 지원(7개교), 인구교육 포럼, 교사 인구교육 수업경진대회, 전문인력 보수교육(100명), 인구교육 보조교재 전자책(5종) 및 EBS 지식채널-e 영상(2편) 개발, 사회인구교육(민간·종교·공공기관 등) 추진
2018	연구·선도학교 운영(16개교), 대학인구교육 강좌개설 지원(7개교), 인구교육 포럼, 교사 인구교육 수업경진대회, 인구교육 홈페이지 개편, 전문인력 보수교육(103명), 인구교육 연극 제작(2종), 교사연구회 운영(10개), 사회인구교육(민간·종교·공공기관 등) 추진
2019	연구·선도학교 운영(16개교), 대학인구교육 강좌개설 지원(7개교), 인구교육 포럼, 교사 인구교육 수업경진대회, 인구교육 홈페이지 운영, 전문인력 양성(29명), 인구교육 창작동화 공모전 개최 및 수상작품집 발간, 사회인구교육(민간·종교·공공기관 등) 추진

2. 지방자치단체 출산장려정책

가. 필요성 및 배경

국가적 문제인 저출산 문제를 해결하기 위해서는 중앙정부뿐만 아니라 지방정부 등 범정부적인 노력이 필요하며, 지역별 특성을 고려한 다양한 출산장려정책 개발이 필요하다. 이에 따라, 지방자치단체는 「저출산·고령사회기본법」 제4조에 근거하여 국가의 저출산 고령사회 정책에 맞추어 지역의 사회·경제 실정에 부합하는 정책을 수립·실시하고 있다.

나. 주요 내용

지방자치단체가 자체적으로 시행하고 있는 출산장려정책은 결혼, 임신, 출산, 육아, 국제결혼 이민자 지원, 인식개선 홍보 교육, 기타 세부 사업별로 구분할 수 있다.

자녀양육 관련 지원 시책으로는 양육지원금, 신생아 보험지원 등 경제적 부담 경감을 위한 지원책과 지역 내 공동육아나눔터, 육아종합지원센터 운영 등 육아인프라 확충 등이 병행 추진되고 있다.

출산 관련 지원 시책으로는 대부분의 지방자치단체에서 출산축하금 및 출산용품 지원 등 주로 현금·현물성 지원을 채택하고 있다. 기타 미혼남녀를 위한 만남 지원, 저출산 인식 개선을 위한 홍보·교육, 다자녀가정 우대카드 발급을 통한 혜택 부여 등 지역 여건에 부합하는 다양한 정책을 추진하고 있다.

앞으로도 보건복지부는 제3차 저출산·고령사회기본계획을 기반으로 지방자치단체(교육청 포함)에서 실시하고 있는 출산장려정책 사례를 집대성하고 우수사례를 선정하여 보급하는 한편, 지방자치단체가 출산장려정책에 보다 많은 관심을 갖고 적극적으로 동참할 수 있는 분위기를 확산시켜 나갈 계획이다.

[표 2-4-2] 지방자치단체 추진 주요 출산장려정책

구분	세부 사업 내용
결혼	미혼남녀 만남의 장, 결혼식장 무료 대여, 예비신혼부부 무료 건강검진, 베이비플랜교육 등
임신	임산부 건강관리 지원, 고위험 임신부 특별 관리, 임신기초검사 지원, 임신부 산전 관리, 난임부부 한약 지원, 엽산제·철분제 지원 등
출산	출산축하금 및 출산장려금, 출산용품 지원, 모유수유 클리닉, 유축기 등 임신부용품 대여, 출산 준비교실, 신생아 건강보험 지원, 출산 축하카드 발송, 신생아 앨범 제작 지원, 출산기념 통장 지원 등
육아	양육지원금 지원, 육아용품 무료대여, 장난감 무료대여, 아빠 육아교실, 예비할머니 교실, 공동 육아나눔터 운영, 육아종합지원센터 운영 등
국제결혼 이민자 지원	다문화가족 임신부 건강교실, 다문화가정 산모건강관리사 지원, 의료시설 이용시 통역 서비스 지원 등
인식 개선 교육·홍보	출산장려 교양 강좌, 출산장려정책 홍보물 제작·배포, 임신부의 날, 저출산 인식 개선홍보 등

Ⅲ 고령친화산업 육성

2005년 「저출산고령사회기본법」, 2006년 「고령친화산업진흥법」의 제정으로 고령화에 따른 사회·경제적 변화에 적극적으로 대응하고, 노인의 삶의 질 향상과 국민경제의 건전한 발전을 위한 고령친화산업 지원·육성의 근거가 마련되었다.

이에 따라, 2008년 고령친화산업지원센터를 지정하여 고령친화산업의 핵심 영역인 노인 보건의료, 요양, 복지 분야를 중심으로 고령친화산업 정책기반 조성, 고령친화제품의 품질 제고 및 시장 활성화 지원, 전문인력 양성 등 고령친화산업의 육성기반을 지속적으로 마련하고 있다.

1. 고령친화산업 정책 기반 강화

가. 고령친화산업 혁신을 위한 발전 방향 마련

지속적인 노인인구 증가 및 다양한 니즈를 가진 베이비부머 세대('55~'63년생)의 노인층 진입으로 새로운 수요에 맞는 경쟁력 있는 제품기술 혁신, 새로운 서비스 개발, 시장활성화 등 고령인구의 삶의 질 제고와 국가 경제성장을 위한 전략마련 필요성이 증가하였다. 이에

따라 4개 분야(제도개선, 통계/조사, 제품서비스혁신, 시장활성화) 산학연·관 전문가 25명으로 구성된 고령친화산업 혁신추진단을 운영하여, 고령친화산업의 현황을 진단하고 고령친화 혁신을 위한 발전방향(4대 전략 12대 핵심과제)을 도출하였다. 이를 근간으로 2020년에는 제2기 인구정책 TF 고령산업반(보건복지부 중심의 범부처 협의회)을 통해 실행전략을 구체화할 예정이며, 실질적인 고령친화산업의 혁신과 신산업 창출을 위한 전략기반을 갖추는데 집중할 계획이다.

나. 고령친화산업 정책 및 산업지원을 위한 통계생산

고령친화산업의 전략수립 및 산업지원의 기초를 마련하고자 매 2~3년마다, 격년주기로 공급자인 산업체(용품중심)와 수요자인 고령자 대상 니즈조사를 실시한다. 2019년도에는 「고령친화용품산업 실태조사」와 60세 이상 예비고령자와 돌봄자를 포함한 「고령친화산업 제품서비스 수요 및 소비특성조사」가 동시 수행되었으며, 실태조사를 통해 파악된 데이터와 정책수요는 고령친화산업 혁신을 위한 발전방향 마련의 기초 자료로 활용되었다. 이를 기반으로 2020년부터는 보다 신뢰성 있는 실태 파악을 위해 고령친화 9대산업 전체를 포함하는 공급자 측면의 「고령친화산업 제조·서비스업 실태조사」와 수요자측면의 「고령친화산업 제품·서비스 수요 및 소비행태 조사」를 실시할 예정이며, 주기적(격년) 생산을 통해 산업분류체계를 마련, 국가통계의 기반을 확립할 계획이다.

다. 고령친화산업의 발전방향 마련을 위한 정책포럼 개최 및 고령친화산업 유공자 발굴

고령친화산업의 발전방향 마련을 위해 고령친화산업 분야 산학연 관계자들을 초청하여 2015년부터 포럼을 개최하고 있다. 2019년의 경우, 수요자 니즈에 맞는 경쟁력 있는 고령친화 제품/서비스의 국내·외 동향 및 정책방향 등을 살펴보고 향후 고령친화산업의 미래 이슈와 대응전략을 모색하기 위해 정책포럼을 개최하였다. 포럼은 “고령친화산업, 수요자 중심으로의 변화와 혁신”의 주제로 11월 6일 일산 킨텍스에서 진행되었다. △The Growth Opportunities in Global Senior Healthcare Market △고령친화산업의 메가트렌드-플랫폼 △ICT기반 고령자 스마트케어 서비스 △고령친화산업에서의 인공지능(AI)의 활용과 미래 등의 발표가 진행되었으며, 패널토론은 보건복지부 노인정책과장 및 고령친화산업 유관기관이 참여하여 고령친화산업의 수요자 중심으로의 변화와 혁신을 위한 방안을 모색하였다.

고령친화산업의 건실한 발전과 고령자 삶의 질 향상에 기여한 유공자를 지속적으로 발굴하는 한편, 고령친화 기술 및 제품개발을 통해 고령친화산업 발전에 기여한 기업과 고령친화산업 육성을 위한 연구, 법·제도개선 등에 헌신적으로 노력한 개인에게 매년 보건복지부장관 표창을 통해 사기를 진작하고 있다. 2019년에는 고령친화 기술·제품 개발 부문 및 고령친화산업 진흥부문에서 총 8개(개인 4, 단체 4)의 유공자를 선정하여 포상하였다.

2. 고령친화산업 품질 향상

가. 고령친화우수제품지정제도 운영

고령친화우수제품지정제도는 「고령친화산업진흥법」 제12조 및 같은 법 시행령 제7조에 따라 심사를 통해 우수한 고령친화제품을 지정함으로써 품질 향상, 고령소비자에게 선택권 제공 및 우수한 제품을 제공하는 기업의 가치를 높이고자 시행되었다.

2019년에는 31개 품목을 대상으로 고령친화우수제품 지정을 추진하여, 분기별 고령친화 우수제품을 공고·지정하였다. 4회에 걸쳐 지정된 고령친화우수제품 신규지정건수는 71건으로 2018년 56건 대비 26.8% 증가하였다.

고령친화산업의 건전한 발전과 외국의 주요 제품들과 견줄 수 있는 품질 우위의 제품 개발 지원을 위해 고령친화제품의 사용성평가지표 및 관련 정보를 생성·보급하고 있다. 이를 통해 고령친화기업에게는 기술경쟁력 향상 및 제품개발에 필요한 정보를 제공하고, 소비자에게는 안전성, 편의성 등을 고려하여 제품을 선정할 수 있는 자료를 제공하고 있다.

2019년에는 5개 품목(고관절보호대, 요실금팬티, 미끄럼방지매트, 단차해소기, 배회감지기)을 대상으로 고령친화제품 사용성평가 지표를 개발하여 고령친화산업체 공유 및 보급하였으며, 총 15개 고령친화제품 사용성평가 지원을 통해 개발된 사용성평가 지표에 대한 실증 및 고령친화기업의 사용성평가 유도·확대에 기여하였다.

2020년부터는 고령친화제품 사용성평가 지원센터 지정·운영과 고령친화우수제품 지정제도 운영, 고령친화우수제품 품목 확대를 위한 품질기준 마련 및 사후관리를 통해 국내 제조기업 품질향상 및 설계 역량을 강화를 유도할 예정이다.

나. 첨단·융합 돌봄 제품 고도화 지원

고령친화산업은 다품종의 제품과 서비스가 융합하는 융·복합의 기술산업으로, 업체들이 제품의 경쟁력을 좌우하는 기술력을 키우고, 글로벌 트렌드에 부합하는 공백(미개발 기술)·대체·보강 특허 등을 발굴하여 고령친화제품의 새로운 가치를 창출할 수 있도록 지원하는 것이 필요하다.

이에, 고령친화산업지원센터는 첨단·융합 돌봄 제품 고도화 지원사업을 통해 고령친화제품의 아이디어는 있으나, 제품화에 어려움을 겪는 영세한 국내 고령친화산업 제조업체를 대상으로 신규 IP 창출, R&D 방향성 및 IP 포트폴리오 구축을 지원하고 있다.

2019년에는 퇴행성관절 치료, 시원한 등반이 휠체어 제품의 신규 IP창출을 지원했으며, 그 결과 최근 이슈 동향을 확보(관절치료에 유효한 성분 추출 및 개발)했고, 동종 업체의 특허를 피해 개발할 수 있는 정보(유효특허 194건)를 획득했다. 주름개선 화장품, 요실금 팬티 제품의 경우, R&D 방향성 및 IP 포트폴리오를 구축했으며, 신규 특허 전략 컨설팅을 제공하였다. 그 결과 특허 출원(10월) 및 디자인 실용신안 등록(12월)으로 기술력을 강화하였다.

국제사회의 기술 트렌드는 고령자의 삶의 질 향상을 위한 AAL(Ambient Assisted Living, '08~, 유럽)프로젝트, 일본의 돌봄로봇 개발에서 볼 수 있듯이 ICT 기술을 접목시킨 제품 개발이다. 국내 고령친화산업에서도 업체의 유망 기술에 VR, IoT, 빅데이터 등의 ICT 기술들을 활용하여 고령자 맞춤형 제품·서비스 개발로 이어질 수 있도록 다양한 기업 지원 프로그램을 기획·추진할 계획이다.

3. 고령친화산업 시장 활성화

가. 시장진입 단계별 맞춤형 컨설팅 지원

사업화 전문기관(국내 1개, 국외 1개)을 활용하여, 신규 수요처 발굴 및 MOU 체결을 통해 판로 확보, 마케팅 지원 등 사업화의 어려움을 겪고 있는 기업의 아이템 7개(스마트 틀니, 스마트 근력운동 시스템 등)를 대상으로 국내외 판로개척을 지원하였다.

[표 2-4-3] 고령친화 유망 아이템 컨설팅 지원 성과

구분	추진내용	성과
스마트 틀니	• NFC칩이 탑재된 스마트 틀니 및 연동 앱 프로그램에 대한 시범운영과 라이선싱 지원	• 조선대학교 치과병원 기술 라이선싱 계약 협의 중('20년~)
스마트 근력 운동 시스템	• (복지관 활용 지역기반 리빙랩) IoT기반 웨어러블 기기 및 이를 활용한 고령자 맞춤형 운동 프로그램 판매·투자유치 지원	• Pulse Gym사 판매계약(12월) • 크라우드 펀딩 293% 달성(11월)
낙상방지 헬체어	• 사용자 헬체어 미탑승 시 잠금 되며, 탑승 후에야 잠금장치가 자동 해제되는 안전 브레이크 모듈 라이선싱 지원	• 호주, 뉴질랜드, 베트남 판매 협력 계약 체결(11월)
복약지도 모바일앱	• 빅데이터를 활용한 환자 맞춤형 건강관리, 복약시간 관리, 정보제공 기능의 모바일앱 제휴협력 및 라이선싱 지원	• 카톨릭대학교 은평성모병원 자이약국 시범설치·운영(11월) • 페루 병원 기술이전 협정(11월)

2020년에도 고령친화산업 유망 아이템 기반으로 사업화 전문가(기관) 매칭을 통해 기업의 사업화 역량 강화 및 수요처 발굴을 통해 기술제휴, 수요자 파트너링 계약 등을 체결할 수 있도록 지원할 예정이다.

나. 고령친화산업 수출강화 지원

수출을 희망하는 고령친화산업체를 지원하고자 국내외 고령친화산업 분야 박람회 참가지원, 수출상담회 개최를 통해 제품 홍보 및 마케팅 기회를 제공하고 있다.

2019년에는 2차례 해외박람회에 참가하여 한국관을 운영하였다. 3월에는 '제3회 중국국제 양로산업엑스포(중국 베이징, 3.31~4.2)'에 참가하였다. 5개의 국내 고령친화산업체로 구성된 한국관은 KOTRA와 함께 공동으로 운영하였다. 9월에는 'REHACARE(국제 장애인 재활 및 실버용품 전시회, 독일 뒤셀도르프, 9.18~21)'에 참가하여 8개의 국내 고령친화산업체로 구성된 한국관(Korea Pavilion)을 운영하였다. 상담건수는 각각 97건(중국), 159건(독일)이며, 상담액은 5,850천USD(중국), 15,931천USD(독일)이다. 국내 박람회의 경우 11월에 개최된 'SENDEX 2019(시니어 리빙&복지 박람회, 일산 킨텍스)'에 참가하여 10개 업체로 구성된 고령친화제품 홍보관을 운영하며 판로개척을 지원하였다. 그 결과, 상담 301건, 상담액 6,410천 USD의 실적을 거두었다.

그 밖에도 수출상담회를 개최하여 해외시장 진출을 희망하고 있으나, 역량 부족 및 재정적인 부담으로 바이어 발굴과 해외출장을 수행하지 못하는 기업들을 지원하였다. 수출상담회는 해외 현지 대형유통회사 및 관련기관의 국내 초청을 통해 국내 산업체의 제품소개 및 판로개척을 지원하는 사업으로, 2016년 시범사업을 통해 매년 수행되었다. 2019년에는 11월 'SENDEX 2019(시니어 리빙&복지 박람회, 일산 킨텍스)'와 연계하여 11.6.~11.7. 킨텍스 제1전시장에서 이틀간 진행되었다. 국내업체 28개사와 해외바이어 20개사(9개국)를 1:1로 매칭 후 상담을 진행하였고, 155건의 상담과 53,330천USD의 상담실적을 거두었다.

2020년에는 개별 기업의 한계를 보완하고 참가기업간의 시너지 강화를 위해 고령친화제품 통합 전시관을 운영할 계획이다. 통합전시관은 고령친화제품을 통합 구성·전시를 통해 기업 마케팅 지원 및 투자자·협력 파트너·바이어 등의 발굴 지원이 크게 강화될 것으로 기대된다.

4. 고령친화산업 전문인력 양성

초고령사회에 대응하여, 고령친화산업과 비즈니스를 접목시킬 수 있는 전문성을 갖춘 인재 양성을 위한 '친고령 특성화대학원사업'을 지원하였다. 2015년 2학기부터 2019년까지 해당 사업에 참여한 2개 대학(경희대학교, 차의과학대학교)에서는 산업현장에서 필요로 하는 친고령 전문가 양성 및 고령친화산업과 관련 있는 다양한 산업분야 혹은 관련 학문을 융합하여 기존 교육과 차별화된 교육을 실시하였다.

동 사업을 통해, 해당 기간 동안 총 240명의 대학원생(석사과정 194명, 박사과정 46명)이 입학하였으며, 85명의 전문인력(석사 80명, 박사 5명)을 배출하였다. 이렇게 배출된 전문인력을 통해 향후 건강한 고령사회 선제대응체계를 구축하고, 국내 고령친화산업의 경쟁력 강화에 기여할 수 있을 것이다.

2020년에는 고령친화산업 전문가 과정(비학위)을 운영할 계획이다. 세계에서 가장 빠른 고령화가 진행되고 있으나 국내 고령친화산업 관련 전문인력 양성 및 교육은 부족한 상황에서, 고령친화 전문인력 양성을 통해 건강한 고령사회 대응기반을 마련하고, 新시장 개척과 질 좋은 일자리를 창출하고자 한다.

제2절 모성과 어린이 건강증진정책

I 개요

모자보건사업은 임신 및 출산 지원, 임산부 및 영유아 건강관리, 미숙아 및 선천성 이상아의 장애 발생 예방 및 모유수유율 제고 등을 통하여 영유아의 사망 및 장애를 사전에 예방하고 모성건강을 증진시키며, 난임부부에게 시술비 일부를 지원하여 사회·의료적 장애를 제거하여 임신 출산지원 정책을 강화하려는 사업이다.

[그림 2-4-5] 여성과 어린이 건강증진 체계



II 영유아 사전·예방적 건강관리

1. 영유아 장애예방 및 미숙아 관리체계 강화

가. 선천성대사이상 검사 및 환아 관리

선천성대사이상은 단백질 등 영양분의 소화와 흡수 과정인 물질대사(metabolism)가 완전하게 이루어지지 않아 인체에 유독한 물질이 축적되어 신생아 사망 및 심각한 정신지체 등 장애를 유발하는 질환이다. 1991년부터 선천성대사이상 검사 및 환아 지원 사업을 추진해 왔는데, 이는 선천성대사이상질환의 조기 발견 및 치료를 통해 영유아의 장애를 예방하기 위한 것이다. 특히, 2018년 10월부터는 한국인에게 발생 빈도가 높은 6종의 선천성 대사이상 질환(페닐케톤뇨증, 갑상선기능저하증, 호모시스틴뇨증, 단풍당뇨증, 갈락토스혈증, 선천성부신과형성증)을 포함하여 50여종에 대한 “광범위 대사이상 선별검사”의 건강보험 적용에 따라 광범위 대사이상 검사 50여종 외래검사 시 본인부담금을 기준 중위소득 180% 이하 가구의 신생아(2명 이상의 다자녀 가구에서 출생한 신생아는 소득수준 관계없이 지원)에게 지원하고 대사이상으로 확진된 환아에게 특수식이(특수조제분유, 저단백햇반) 및 의료비를 지원하고 있다.

나. 선천성 난청 검사 및 보청기 지원

선천성 난청으로 인한 언어 발달 장애 및 사회 부적응 등의 후유증을 최소화하기 위해 2007년~2008년 시범사업으로 신생아 청각선별검사를 실시하였다. 2007년에는 전국 16개 지역에서 실시하였고, 2008년에는 32개 지역으로 확대하여 추진하였다. 청각선별검사비 및 확진검사비 중 법정 본인부담금을 지원하고, 인공달팽이관 수술 등 재활치료와의 연계를 도모하였다.

2년 간의 시범사업을 통해 난청 조기발견을 위한 정부지원사업의 타당성 조사를 거쳐 합리적인 사업 체계를 구축하여 2009년에는 전국 차상위계층(최저생계비 120% 이하)을 대상으로 사업을 실시하였다. 이후 대상자 범위를 2015년에는 월평균 소득 60% 이하, 2016년에는 기준 중위소득 72%로 확대하였고, 2018년 10월부터는 난청선별검사 2종(자동이음향방사검사, 자동청성뇌간 반응검사)의 건강보험 적용으로 기준 중위소득 180% 이하 가구의 신생아 외래 선별검사 시

발생하는 본인 부담금을 지원하고, 2019년부터는 난청 선별검사 및 확진검사 결과 난청(40~59dB)으로 확진받은 만 3세 미만 영유아에게 보청기를 지원하고 있다.

다. 미숙아 및 선천성이상아 등록 관리 및 의료비 지원

미숙아(임신 37주 미만의 출생아 또는 출생 시 2.5kg미만인 영유아) 및 선천성이상아(선천성 기형 또는 변형이 있거나 염색체에 이상이 있는 영유아)의 집중 치료에 따른 과도한 의료비 지출로 인한 치료 포기, 치료 시기 지연 등으로 발생하는 장애 및 영아사망을 예방하기 위하여, 2000년부터 미숙아나 선천성이상아로 출생하는 신생아에게 의료비를 지원해 왔다. 기준 중위 소득 180% 이하 가정 미숙아의 경우 체중별로 300~1,000만 원까지, 선천성이상아의 경우 최대 500만 원까지 의료비를 지원하고 있다.

선천성이상아 의료비 지원 대상은 출생 후 28일 이내 질병코드가 Q로 시작되는 선천성이상으로 진단받은 환아로 출생 후 6개월 이내 선천성이상질환 치료를 위해 입원하여 수술한 경우에 의료비를 지원해 왔으나, 2020년 9월부터는 불필요한 입원이나 수술을 지양하고 적절한 의료 서비스를 받게 하는 등 사업 내실화를 위해 출생후 1년 이내 선천성이상 진단을 받고 출생후 1년 이내에 치료를 위해 입원·수술한 경우로 지원 요건을 완화하였다.

[표 2-4-4] 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 현황

(단위: 명, 천 원)

구 분	2015	2016	2017	2018	2019
지원자 수(명)	12,164	13,631	10,906	10,380	9,559
평균 지원액(천원)	2,190	2,087	1,611	905	630

주: 지역보건의료정보시스템 추출 자료(지급일 기준)

의료기관으로부터 미숙아 및 선천성이상아의 출생을 보고받은 보건소에서는 미숙아 등을 출산한 임산부의 주소지 관할 보건소로 관련 자료를 이송하고, 관내 미숙아 출산가구에는 의료비 지원을 안내하고 있다.

2. 모유수유클리닉 운영 및 엄마젖먹이기 홍보 사업

초유에 들어 있는 항체는 각종 감염성 질환으로 인한 신생아 사망 예방은 물론 균형있는 영양소를 제공하기 때문에 모유수유는 신생아의 건강한 성장과 산모의 건강증진에 필요한 요소이다. 이에 따라 적극적인 모유수유의 중요성에 대한 인식을 제고하고 모유수유 실천율을 높이기

위해, 지자체 보건소에서 각종 행사 등을 활용한 홍보 및 캠페인을 전개하고 모유수유 클리닉을 통하여 유축기 대여, 모유수유 상담, 교육 및 간담회 등 프로그램을 운영하였다. 아울러 인구보건복지협회와 협력하여 모유수유상담사이트를 운영함으로써 상시 지원 체계를 마련하고, 직장 내 모유수유·착유실 설치 지원을 통해 기업 및 공공기관 내에서 엄마가 젖을 먹일 수 있는 환경을 조성하였다.

또한, 세계모유수유주간(8월 첫째 주)을 기념하여 인구보건복지협회 및 관련 학회와 함께 임산부 및 일반인 대상으로 모유수유 바로알기 퀴즈, 수유시설 검색사이트 안내 등 모유수유의 중요성을 홍보하는 온·오프라인 캠페인을 개최하였다.

Ⅲ 모성 건강관리 강화

1. 가임기 여성 건강증진 지원

가. 임신·출산·육아 종합정보 제공

여성의 경제활동 증가와 만혼 및 고령출산이 늘면서 가임기 여성의 생식건강 및 영유아 건강 증진에 대한 필요성이 커지게 되었다. 이에 따라 임신·출산·양육과 관련하여 자신의 건강을 스스로 관리할 수 있도록 정보 접근 기회 확대 및 건강관리능력 제고를 위하여 정부지원사업으로 2005년 7월, 포털사이트 ‘아가사랑’(www.aga-love.org)을 구축(인구보건복지협회)하였다.

2006년부터 임산부에 대한 정보욕구조사를 통해 출산지원시책 제공, 전문가 24시간 On-line 상담, 전화 상담(1644-7373), 동영상교육 등의 콘텐츠 확충 사업을 실시하였으며, 2010년에는 스마트폰 애플리케이션(숙녀 다이어리)을 제작·배포하였다. 2011년에는 가임기 여성의 임신·출산·육아 관련 정보 제공을 위한 콘텐츠(계획임신 프로그램, 동영상 제작, 놀이와 교육, 영양과 이유식)를 개발하였으며, 2012년에는 산후우울증 체크프로그램 개발, 여성건강기툰 개발 등 온·오프라인(페이스북, 트위터 운영 등) 정보 연계를 통한 사이트 홍보를 활성화하였다. 2013년에는 아가사랑 홈페이지의 디자인, 접근 경로 등을 개편하여 이용자가 더욱 편리하게 이용할 수 있도록 보완하였으며, 2014년에는 산전·후 우울증 콘텐츠 개발, 다국어(영어, 중국어,

베트남어) 사이트 운영 등으로 다양한 계층이 임신·출산·육아에 대한 신뢰성 있는 종합정보 및 전문가 상담을 통해 임신·출산에 친화적인 환경을 조성하고 있다. 2015년에는 임신·출산·육아 정부정책 정보 제공 등 기능이 유사한 사이트*를 통합·운영함으로써 운영의 효율화를 높이고 수요자 중심의 통합·연계 서비스를 제공하고 있으며, 난임상담센터(온라인, 전화: 1644-7382, 방문)를 운영함으로써 난임시술로 인한 정신적·경제적 고충이 심한 난임부부에게 의료 및 정서적 지원을 강화하여 2015년 463건, 2016년 1,588건, 2017년 1,984건, 2018년 1,831건의 상담을 실시하였다. 2019년부터는 난임 및 우울증 상담의 전문성을 강화하기 위하여 중앙 및 권역난임우울증상담센터 4개소(중앙 1개소, 권역 3개소) 설치·운영을 통해 총 17,286건의 상담을 실시하였으며, 2020년에는 권역센터를 신규로 2개소 추가할 예정임에 따라 전문적인 난임상담이 보다 확대될 것으로 기대된다.

* 아가사랑 + 마음더하기 + 아이사랑보육포털 = 임신육아종합포털 아이사랑

나. 인공임신중절 예방 등

2018년에는 2010년 이후 8년 만에 「인공임신중절 실태조사」 연구 용역을 실시하여 국내 인공임신중절의 현황을 파악하였다. 우리나라 인공임신중절 추정 건수는 2005년 34만여 건('05. 고려대 실태조사), 2010년 17만여 건('11. 연세대 실태조사), 2017년 5만여 건('18. 한국보건사회연구원)으로 감소추세인 것으로 나타났다. 이는 피임 실천율의 증가, 만 15~44세 여성의 지속적 감소 등을 고려해 볼 수 있다.

임산부·모유수유부 대상 약물 부작용 상담 및 안전한 약물복용에 대한 정보를 제공하는 위기임신 전문상담센터를 2010년부터 운영하여 2019년에는 총 15,729건의 상담을 제공하였으며, 의료인(의사, 간호사, 약사) 대상 약물상담전문가 양성교육, 임산부 대상 찾아가는 교육을 실시하였다.

계획임신 및 피임실천율 제고를 위해 학교 및 학교밖 청소년과 대학생, 직장인 등 성인을 대상으로 찾아가는 성·피임교육을 실시하고, 피임실천 토크콘서트를 개최하는 등 계획 임신(피임실천) 홍보 등을 지속적으로 추진하였다.

2019년 4월 11일 헌법재판소는 형법 제270조제1항 의사의 업무상동의낙태죄에 대하여 헌법불합치 결정을 하면서 2020년 12월 31일을 시한으로 잠정 적용하도록 하였다. 이에 따라 「모자보건법」의 인공임신중절 관련 규정에 대한 개정입법을 위하여 보건복지부 내에 '인공임신

중절 제도개선 TF'를 구성(19.4월)하는 한편 여성·의료·법조·종교계 등 각계 의견수렴을 위하여 관계부처(보건복지부·법무부·여성가족부) 합동 각계 간담회를 개최하였다.

다. 청소년산모 임신·출산 의료비 지원

청소년산모는 사회적 노출 기피, 부모와의 관계 단절 등으로 임신출산에 대한 산전관리가 미흡한 실정에 처해 있다. 청소년산모와 태아의 건강증진을 위해 2011년에는 청소년산모 임신·출산 의료비 지원 신규사업을 마련하여 미혼모자시설에 입소한 만 18세 이하 청소년산모를 대상으로 산전검사비 및 출산비용을 1인당 120만 원 이내에서 지원하였다. 2012년부터는 지원 대상을 확대하여 시설입소자뿐 아니라 만 18세 이하 모든 산모가 이용할 수 있도록 하였으며, 수기로 직접 신청하던 것을 '맘편한카드'를 신규 도입하여 온라인으로 의료비를 지원하였다. 2015년 5월부터 국가바우처 통합카드(국민행복카드)를 도입하여 사용자의 편의성을 제고하였다. 2019년 1월부터는 임신부 뿐만 아니라 1년 이내 영유아의 의료비로도 이용할 수 있게 하고, 분만예정일 이후 1년까지로 사용기간을 확대하였다.

2. 모성건강지원 강화

가. 임신부 철분제·엽산제 지원

임신 중기의 임신부 건강 및 태아의 성장 증진을 도모하기 위하여 2008년부터 보건소에 등록된 임신 16주 이상 임신부에게 분만 전까지 철분제를 지원하고 있다. 엽산제의 경우, 2012년부터 유·사산 또는 선천성기형아 출산을 예방하기 위하여 35세 이상 임신부에게 우선적으로 지원하였다. 2013년부터는 연령 제한 없이 보건소에 등록된 모든 임신부에게 임신일로부터 3개월까지 지원하여 계획 임신 및 건강한 아기 출산을 장려하였으며, 2020년부터는 임신 전·후 3개월까지(1인 기준 최대 3개월분, 단 지자체 여건에 따라 추가 수량 지급 가능) 엽산제를 지원할 수 있도록 확대할 계획이다.

나. 표준모자보건수첩 지원

임신부터 영유아기까지의 각종 검사 및 건강관리에 대한 안내, 예방 접종, 검진 등 의무기록 유지 등 필수·객관적 정보를 제공하고자 2008년부터 임신부 및 어린이건강수첩을 제작·배포

하고 있다. 2011년부터 다문화가정의 임신부 및 어린이를 위한 다국어 번역수첩을, 2014년에는 시각장애인을 위한 점자산모수첩을, 2015년에는 다문화가정의 캄보디아어 번역 수첩을 추가로 제작·배포하여 이용자 편의를 제고하였다. 그 결과 2019년에는 21만 6천 권의 표준모자보건 수첩을 전국 시·군·구 보건소 및 산부인과에 배포하였다.

다. 임신부의 날 행사 및 임신부배려 캠페인 실시

임신과 출산의 중요성을 고취하고 모성친화적 사회 분위기 조성을 통한 저출산 문제의 극복을 위하여 10월 10일을 임신부의 날로 정하였다(「모자보건법」 제3조의2, '05. 12. 개정). 2006년부터 매년 임신부의 날 행사를 개최(19. 제14회)하여 임신부배려문화 확산에 기여한 유공자 포상을 실시하고 있다.

2013년에는 임신부배려 교통문화 정착을 위하여 수도권 및 4대 광역시 등 전국 지하철과 전철에 노약자석과는 별도로 차량 1대당 2좌석을 확보하여 임신부배려 엠블럼을 부착하고 임신부배려석을 도입·확대하였다. 초기 임신부에 대한 배려문화 확산을 위해 2013년과 2014년에는 임신부배려 홍보 광고 및 동영상 제작하여 지하철·버스 등 대중이용시설을 통해 상영하였다. 2015년에는 임신부배려 엠블럼이 새겨진 '가방고리'를 제작·배부(전국 보건소 및 지하철역사 등에서 20만 개 배부)하였다.

또한, 2016년 10월에는 보건복지부, 인구보건복지협회, 서울9호선 등이 참여하는 임신부배려 캠페인을 서울 지하철 일부 구간에서 실시하여 임신부배려 엠블럼 가방 고리와 임신부배려 안내 수칙 등을 배부하였다.

2017년에도 지하철 임신부 배려 캠페인을 실시(총9회)하여 홍보물(물티슈) 배부 및 객차 내 자리양보 캠페인을 실시하였으며, 10월에는 제12회 임신부의 날 행사를 KBS 아트홀에서 개최하여 임신과 출산에 공헌한 유공자에게 대통령 표창(2건), 국무총리 표창(4건)을 수여하였다.

2018년에는 지하철 임신부 배려 캠페인을 실시(총8회)하였다. 2018년 9월에는 KBS아나운서 협회와 공동으로 캠페인을 실시하여 많은 관심을 받았으며, 10월에는 제13회 임신부의 날 행사를 KBS아트홀에서 개최하여 임신과 출산에 공헌한 유공자에게 대통령 표창(1건), 국무총리 표창(3건)을 수여하였다.

2019년에는 지하철 임신부 배려 캠페인 실시(총5회)를 통해, 지하철 캠페인, 임신부배려 포스터 배포 등 홍보를 실시하였으며, 지자체·기업 등과 함께 전국 각지에서 민·관 연계 캠페인(총 21회)을 실시하여 임신부에 대한 인식개선 활동을 실시하였다. 2019년 10월에는 제14회 임신부의 날 행사를 여의도 IFC몰에서 개최하여 임신과 출산에 공헌한 유공자에게 대통령 표창(1건), 국무총리 표창(3건)을 수여하였다.

라. 고위험임산부 의료비 지원

결혼에 대한 가치관 변화와 여성의 사회활동 증가, 만혼 및 늦은 출산의 경향으로 임신 연령대가 높아지고 모체의 건강이상 등으로 조기진통, 분만 출혈 등 고위험임산부가 매년 늘어났다. 따라서 선천성기형·합병증을 동반한 조기분만 위험성이 높은 고위험임산부에 대한 적극적인 치료의 필요성이 제기되었다. 이에 2015년 7월부터 고위험 임신의 적정 치료·관리에 필요한 진료비를 지원하는 고위험임산부 의료비 지원사업을 시행하였다.

지원 대상은 기준 중위소득 180% 이하의 19대 고위험 임신 질환*으로 진단받고 입원 치료받은 임신부이며, 입원치료비의 급여 중 전액본인부담금 및 비급여 진료비에 대하여 1인당 300만 원까지 지원하였다.

* 조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증, 양막의 조기파열, 태반조기박리, 전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부무력증, 고혈압, 다태임신, 당뇨병, 대사장해를 동반한 임신과다구토, 신질환, 심부전, 자궁 내 성장 제한, 자궁 및 자궁의 부속기 질환

고위험임산부의 임신유지에 필요한 비급여 위주의 추가부담 진료비를 지원함으로써 우리나라의 모성사망비*는 감소 추세**를 기록하고 있으며, 향후 지속적으로 고위험 임신부 가정의 경제적 부담을 줄이면서 건강한 출산 및 모자건강 보장에 기여할 것이다.

* 임신과 관련된 원인으로 임신 또는 분만 후 42일 이내에 발생한 여자 사망자 수를 해당연도의 출생아 수로 나눈 수치를 100,000분비로 표시

** ('14) 11.0 → ('15) 8.7 → ('16) 8.4 → ('17) 7.8 → ('18) 11.3

3. 난임부부 지원사업

우리나라 가임기 여성의 초혼연령 상승, 환경오염 등 사회적 요인에 의해 기혼 여성의 난임률이 증가하면서 난임이 개별의 가정문제가 아닌 사회 현상으로 간주되어 국가적 책무 이행이 요구되었다. 이에 따라 난임부부가 자녀를 가질 수 있도록 체외수정 및 인공수정 시술비 일부를 지원하는 출산지원시책을 실시하고 있다.

2006년 시작된 난임부부 지원사업은 난임부부에게 체외수정 시술비의 일부를 지원, 경제적 부담을 줄여주고 임신·출산에 따른 사회·의료적 장애를 제거하여 출산 기회를 제공하고 있다.

지원 대상은 기준 중위소득 180% 이하 및 의료급여수급자인 난임부부이다. 체외수정의 경우 지원금액은 2010년 1회 지원비 150만 원(기초생활수급자 270만 원)에서 2011년 180만 원(기초생활수급자 300만 원) 범위 내로, 지원횟수는 2010년 3회에서 2011년 4회로 확대하였다(단, 4회의 경우 100만 원 범위 내 지원). 또한, 2010년 신설 사업으로 인공수정 의료비를 1인당 50만 원 범위에서 총 3회에 걸쳐 지원하였다. 2013년에는 체외수정 4회차 지원금을 100만 원에서 180만 원으로 확대하였으며, 2014년에는 체외수정 지원횟수를 4회에서 신선배아 3회, 동결배아 3회로 최대 6회까지 확대하여(단, 동결배아 미발생시 신선배아 4회까지 지원) 난임부부의 경제적 부담을 덜어주었다. 2015년에는 체외수정 시술비 신선배아 1회당 지원금을 180만 원에서 190만 원으로 증액하였다. 2016년 9월부터는 소득상한기준을 폐지하여 모든 난임부부를 대상으로 4개의 소득구간별로 지원금을 차등 지급하고 전국 가구 월평균소득 100% 이하의 난임부부에게는 체외수정(신선배아) 지원횟수를 3회에서 4회로 확대하였으며, 2017년에는 전국 가구 월평균소득 150%에서 기준중위소득 200%, 전국 가구 월평균소득 100%에서 기준 중위소득 130%로 지원기준이 변경되었으며, 10월에는 난임치료도 건강보험이 적용되어 체외수정은 최대 7회(신선배아 4회, 동결배아 3회), 인공수정은 최대 3회까지 모든 난임부부가 지원을 받을 수 있게 되었다.

2018년도에는 난임치료의 건강보험적용으로 대상자를 기준 중위소득 130% 이하 및 의료급여수급자인 저소득층을 대상으로 비급여 및 전액 본인부담금에 대하여 체외수정(신선배아) 최대 4회, 1회당 50만 원으로 지원하여, 건강보험으로 모두가 혜택을 받음에도 경제적으로 많은 지원이 필요한 저소득층에 대하여 정부지원사업을 지속 추진하였다.

2019년도에는 기준 중위소득 180% 이하 및 기초생활보장수급자 및 차상위계층을 대상으로 비급여 및 일부·전액 본인부담금에 대하여 신선배아 최대 7회, 동결배아 최대 5회, 인공수정 최대 5회까지 1회당 최대 50만 원(단, 확대된 대상자 및 횟수는 최대 40만 원)까지 지원이 이루어졌으며, 연령제한 폐지 및 사실혼 부부도 지원이 가능해지는 등 지원대상이 확대되었다.

위와 같은 지원 기준으로 2019년에는 184억(국비) 예산으로 체외수정(신선배아, 동결배아) 및 인공수정 6만8천여 건의 시술을 지원하였으며, 앞으로도 난임부부시술비지원사업을 통해 난임가정이 희망하는 자녀를 출산하고 행복한 가정을 영위할 수 있음은 물론 저출산 극복에도 크게 기여할 것이다.

Ⅳ 출산·양육부담 경감

저소득층 영아(0~24개월) 가정의 출산 양육에 따른 경제적 부담을 덜어주기 위해 육아 필수재인 기저귀(월 6만 4천 원) 및 조제분유(월 8만 6천 원)의 구매 비용을 지급하는 시책을 2015년 10월부터 시행하였다. 2019년 1월부터는 기초생활보장수급자, 차상위계층, 한부모가족 수급가구를 대상으로 기저귀 구매비용을 지원하였으며, 조제분유는 기저귀 지원 대상 중 산모의 질병·사망으로 모유수유가 불가능한 경우나 아동복지시설·공동생활가정·가정위탁 아동, 한부모(부자·조손) 가정, 산모의 의식불명, 입양가정 등인 경우에 구매를 지원해왔다.

동 사업은 임신·출산·육아 등 생애주기 전자바우처 통합카드인 국민행복카드를 통해 바우처를 지급하여 현물 구매를 지원하는 방식이며, 구매처를 확대해 나가고 읍면동 주민센터를 통한 신청을 독려해 나가는 등 이용자 편의 제고를 위한 노력을 계속하고 있다.

제3절 아동복지정책

I 개요

1. 아동정책 개요

아동정책은 1961년 「아동복지법」의 제정으로 출범한 이후 1981년 「아동복지법」으로 개정되면서 구호적 성격의 복지 제공 중심에서 전체 아동의 복지를 보장하기 위한 여건을 마련하고자 하였다. 2012년 8월 아동의 인권증진을 중심으로 「아동복지법」을 전부 개정하여 아동의 이익을 우선하는 정책 추진 기반을 조성하였다.

아동정책의 역사는 크게 3기로 나누어 볼 수 있다.

1기, 1950년대에 전쟁으로 인한 고아, 기아, 미아의 응급구호를 위한 아동복지시설이 급속히 증가하였고 1960년대에 이르러서 전체 사회복지시설의 80%에 달하였다. 이 시기는 서비스 보다는 민간과 해외원조에 의존한 빈민아동구호 중심이었다. 이어 1960년대는 「아동복지법」을 제정하여 보호대상아동에 대한 국가책임원칙을 법제화하였다.

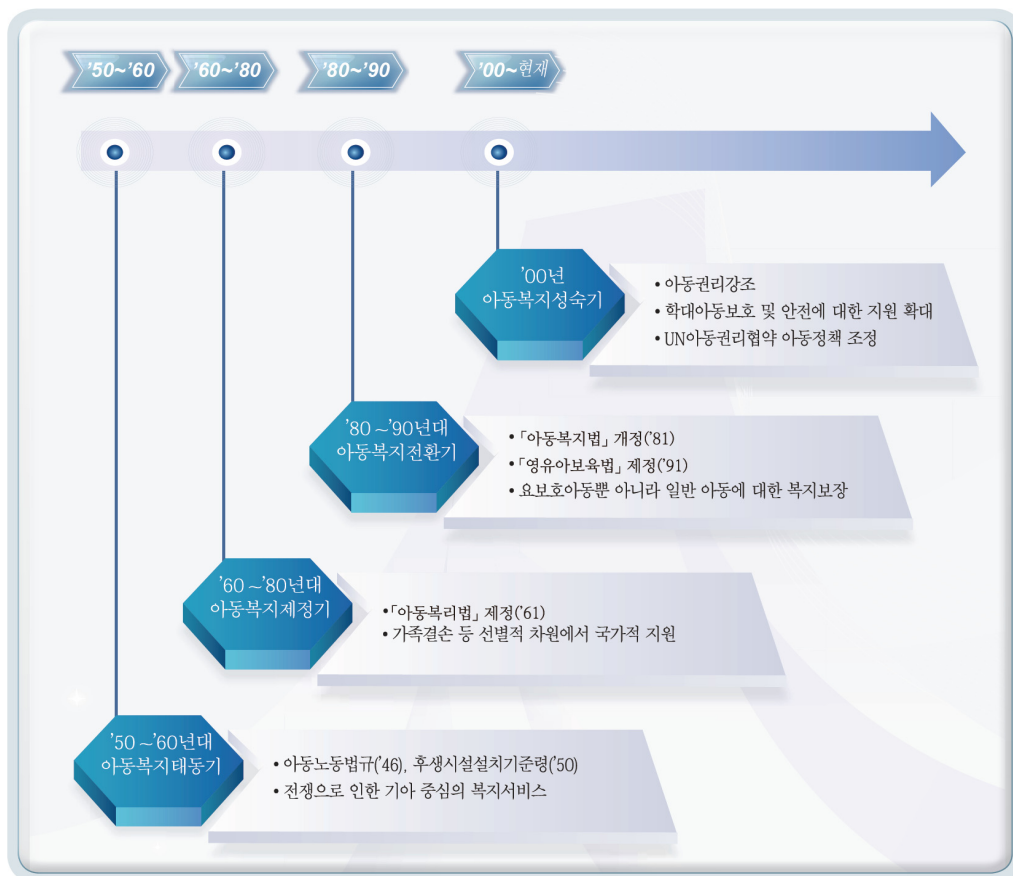
2기, 1970년대에는 「모자보건법」, 「입양특례법」 등 아동복지와 관련된 법이 차례로 공포되는 등 아동보호정책이 국가중심체제로 전환되었으나 여전히 선별주의원칙에 입각한 잔여적 형태의 아동서비스를 제공하였다. 1980년대에는 「아동복지법」이 「아동복지법」으로 개정되어 다양한 복지서비스를 제공하기에 이르렀다.

3기, 2000년대 이후에는 보호대상아동에 대한 보호 대책과 함께 아동의 인권과 권리, 학대 아동에 대한 보호 및 아동안전 등과 관련된 정책을 추진하는 등 개별적 서비스에서 보편적 서비스를 지향하였다. 2011년에는 11년 만에 「아동복지법」을 전면 개정하여(12. 8. 5. 시행)

아동정책기본계획, 아동종합실태조사 등의 실시 근거를 마련하여 아동복지 증진을 위한 정책 수립의 기초를 강화하였다. 이에 따라, 2013년에 아동종합실태조사를 실시하였고, 2015년에는 아동 정책의 효율적 추진을 위하여 복지·건강·문화·여가 등 여러 분야를 포괄한 범정부 차원의 “제1차 아동정책기본계획(15.~19.)”을 수립하였으며, 학대로 고통받는 아동이 없도록 아동 학대 근절을 위한 대책도 적극 추진하였다.

또한, 「아동복지법」 일부를 개정(16. 3. 22.)하여 아동이 태어난 가정에서 건강하게 성장할 수 있도록 지원하는 원가정 보호원칙을 규정하고, 아동보호에 대한 국가 및 지자체의 책무를 더욱 강화하였으며, 2017년에는 미래세대인 아동에 대한 투자 확충을 통해 건강한 성장환경 조성 및 아동의 기본적 권리와 복지증진을 위한 ‘아동수당 제도’ 도입을 새정부 국정과제로 선정하여 추진하고 있다.

[그림 2-4-6] 아동정책의 변천 과정



2. 2019년 주요 추진 실적 개요

취약계층 아동에 대한 공평한 출발 기회 보장을 위하여 빈곤의 악순환을 끊기 위한 「드림스타트」는 2019년 12월 현재 229개 전체 시·군·구 지역에서 10만 2,459가구의 아동 15만 6,439명을 대상으로 실시되어 2018년에 비해 대상 아동 수는 6,387명이 증가하였다.

또한, 지역아동센터 지원은 4,219개소에서 10만 9,926명을 대상으로 이루어졌으며, 저소득층 아동의 자립기반 마련을 위한 「아동발달 지원계좌」는 2019년 12월 현재 8만 770명을 대상으로 지원되고 있다.

3. 아동 관련 예산

아동 분야 예산의 변화 추이는 다음과 같다.

[표 2-4-5] 아동 분야 예산 추이

(단위 : 억원)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
예산	1,722	1,484	1,750	2,085	2,471	2,484	2,857	2,886	3,071	10,319	24,650

주 : 2018년 '다함께 돌봄, 아동수당 지급' 신규 사업, 2019년 '요보호아동 자립수당 지급' 신규 사업

II 아동의 권리와 참여 증진

1. 개요

1991년 우리나라가 유엔아동권리협약('89.)에 가입하여 협약당사국이 되면서 요보호 아동 대상의 아동정책이 권리 보장 관점에서 새롭게 출발하였다. 이후 협약에서 명시된 차별금지 원칙과 아동 최선의 이익 원칙을 기본 이념으로 아동보호전문기관 설치·확대, 아동정책조정 위원회 도입, 대한민국 아동총회 운영 등 아동권리 증진을 위한 정책이 추진되었다.

2. 아동권리 증진 정책

국정과제 ‘아동청소년의 시민권 강화를 위한 맞춤형 권리교육프로그램 개발’로 2008년에 개발된 4종의 권리교재(일반 공통, 초등 교사용, 복지시설 실무자용, 보육교사용)를 보급하였다. 이를 토대로 제작된 사이버 교육용 웹 교재를 활용하여, 전국 권역별 복지시설 종사자 집합·순회 교육 및 사이버교육을 실시한 결과, 2013년까지 3만 9,754명이 교육을 수료하였다.

3. 아동 참여 증진 정책

2002년 UN아동특별총회에서 외국 아동들의 활발한 참여 동향을 접하고 돌아온 우리나라 아동대표들의 요청에 따라 2004년부터 대한민국아동총회를 매년 개최하고 있다. 대한민국아동총회는 지역대회와 전국대회로 나누어 열리고 있으며, 각 지역의 아동대표들이 모여 아동과 관련된 문제를 토론하고 그 결의문을 정부에 제출한다.

2014년 아동총회에서 “학교 건물 및 어린이 놀이시설 등 아동과 관련된 시설의 경우, 학부모와 전문가 등이 참여한 가운데 1년 단위로 안전 검사를 받도록 해주세요.”라는 내용을 결의하였다. 이는 2016년 「학교안전사고 예방 및 보상에 관한 법률」 개정을 통하여 제6조 학교시설에 대한 안전점검 부분에 반영되는 성과를 거두었다. 2017년에는 아동총회 참가아동들이 ‘희망쓰기’ 손글씨 릴레이 캠페인 활동을 통해 아동권리에 대하여 홍보하였으며, 포털 홈페이지에 유엔아동권리협약 및 아동권리헌장 홍보물을 게시하여 유엔아동권리협약에 대한 인식을 제고하였다. 또한, 아동의 눈높이에 맞춘 아동권리헌장 홍보포스터를 제작·배포하였다.

4. 유엔아동권리협약

국제사회는 아동의 권익 향상을 위하여 유엔아동권리협약(CRC : Convention on the Rights of the Child)을 1990년 9월 2일 발효하였으며, 우리나라는 1991년 가입하였다.

유엔아동권리협약은 아동을 권리의 주체로 인정하고 국가, 사회, 가정 모두가 아동에게 필요한 보호와 도움을 주며, 아동의 인격 발달과 복지 증진을 위하여 특별한 배려를 제공하여야 함을 규정하고 있다. 우리나라는 협약 가입 이래 1994년과 2000년에 제1·2차 국가보고서를, 2008년

12월에 제3·4차 국가보고서를 제출하여, 1996년·2003년·2011년에 이행 상황을 심의받았다. 특히, 2011년 9월에 이루어진 제3·4차 국가보고서 심의에서 유엔아동권리위원회는 우리나라가 권리협약 이행을 위하여 노력한 그간의 실적을 높게 평가하였다. 2017년 11월에 유엔아동권리위원회 권고 사항에 대한 소관 부처별 정책 추진 이행성과, 장애요인 분석, 향후계획 등을 포함한 제5·6 차 통합 국가보고서를 제출하여 유엔아동권리협약의 기본이념 실현 등 국가 위상을 강화하였다. 이후 2019년 8월 유엔아동권리위원회의 심의 쟁점목록 채택에 따라 국가 보고서 이후 추진 성과 등을 담은정부 공식 답변서 형식의 추가보고서를 제출하였다. 복지(수석대표 : 차관)·외교·법무·교육·국방·환경·여가부 및 대법원 등으로 구성된 정부대표단은 2019.9.18.~19일 제네바에서 개최된 유엔아동권리위원회 국가 심의에 참가, 대한민국의 아동권리협약 이행 현황을 국제적 수준에서 평가받았다.

5. 아동수당 지원 확대

아동과 양육에 대한 국가의 책임을 강화하고, 미래세대인 아동에 대한 투자 확충을 위해 2018년 3월에 「아동수당법」을 제정하였고 2018년 아동수당 예산으로 약 7천억 원을 편성하였다. 이에 따라 2018년 9월부터 소득·재산 하위 90% 가구의 만 6세 미만 아동 225.4만명(18.12월 기준)에게 월10만 원 아동수당을 지급하였다.

이후 2019년 2조 2천억 원 예산을 편성하였으며, 「아동수당법」을 개정을 통해 4월부터 경제적 수준과 무관하게 만 6세 미만 아동 230.8만명(19.4월 기준)에게 아동수당을 지급하였고 2019년 9월부터 만 7세 미만 아동까지 확대하여 268.7만명에게 아동수당을 지급하였다. 아동수당 도입 및 지급 확대로 아동 양육에 따른 경제적 부담이 경감되고, 아동의 기본적 권리와 복지가 증진될 것으로 기대된다.

Ⅲ 아동복지체계 확충

1. 방과후 돌봄서비스(지역아동센터 지원사업)

지역아동센터는 방과후 돌봄이 필요한 아동의 건전한 육성을 위해 보호·교육, 건전한 놀이와 오락의 제공, 보호자와 지역사회의 연계 등 종합적인 복지서비스를 제공하는 아동복지시설로, 홀로 방치될 수 있는 취약계층 아동들에게 사회적인 안전망을 제공하는 것을 목적으로 하고 있다.

지역아동센터는 1980년대부터 민간 영역을 중심으로 지역사회에서 돌봄이 필요한 아동들을 위해 자생적으로 설립·운영해 온 ‘민간공부방’에서 출발하였으며, IMF 경제 위기 이후의 사회 현상과 맞물려 방과후 방임 아동이 증가하면서 그 수가 급격하게 늘어났다.

여성의 사회진출로 인한 맞벌이 가족의 증가, 근로빈곤층의 확대 등으로 인해 방과후에 홀로 방치되는 아동에 대한 돌봄이 사회적 책임으로 인식되면서, 정부는 민간공부방을 지역아동센터로 법제화(「아동복지법」 개정, '04. 1. 29.)하여 공적 전달체계로 제도화하고 운영비 지원을 시작하였다. 현재는 지역사회 안에서 아동의 건강한 성장뿐만 아니라 가족기능을 강화하고 아동의 종합적 복지서비스를 제공하는 기능과 역할을 담당하고 있다.

2019년 말 기준 전국적으로 지역아동센터 4,217개소가 운영 중에 있으며, 지역아동센터를 통해 아동보호(안전한 보호, 급식 등), 교육(일상생활 지도, 학습능력 제고 등), 정서지원(상담·가족지원), 문화서비스(체험활동, 공연) 등 다양한 프로그램을 제공함으로써 지역사회 내 아동 돌봄에 대한 사전 예방적 기능 및 사후 연계 기능을 수행하고 있다.

정부는 지역아동센터의 기능을 강화함과 동시에 서비스 수준의 향상을 위하여 종사자들에게 매년 일정 시간의 교육이수를 의무화하고 있으며 시설에 대하여 주기적으로 평가를 실시하고 있다. 아울러 타 부처에서 시행 중인 초등돌봄교실, 청소년방과후아카데미 등과 연계체계를 구축하여 수요자 중심의 효율적인 방과후 돌봄서비스를 제공하고 있으며 지역사회 돌봄 안전망을 지속적으로 강화해 나가고 있다.

✎ 집필자 | 아동복지정책과장 박재찬, 아동권리과장 변효순, 인구정책총괄과장 임숙영

1) 연도별 지역아동센터 지원 현황 규모

[표 2-4-6] 지역아동센터 지원사업 연도별 지원개소 및 지원단가

구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
편성 개소	3,260	3,500	3,742	3,989	4,113	4,113	4,113	4,124	4,135
지원 단가 (만원/개소, 월)	370	395	420	433	443	458	473	516	529

2) 지역아동센터의 서비스 내용

■ 기본 프로그램

[표 2-4-7] 지역아동센터 기본 프로그램

프로그램명	내 용
보호 프로그램	일상생활관리, 위생건강관리, 급식지도, 생활안전지도, 안전귀가지도, 5대안전의무교육
교육 프로그램	숙제지도, 교과학습지도, 예체능활동(미술/음악/체육), 적성교육(진로/독서/요리/과학 등), 인성·사회성 교육, 자치회의 및 동아리 활동
문화 프로그램	관람·견학, 캠프·여행, 공연, 행사(문화/체육 등)
정서 지원	연고자 상담, 아동 상담, 정서지원 프로그램, 보호자 교육, 행사·모임
지역사회 연계	기관 홍보, 인적 연계, 기관 연계

■ 특화 프로그램 : 지역사회 특수성 및 주요 대상의 특성을 고려한 맞춤형 프로그램

3) 연령별 이용 아동 현황

[표 2-4-8] 지역아동센터 이용 아동 현황

(‘19. 12. 기준, 단위: 명, %)

계	미취학	초등학생 저학년	초등학생 고학년	중학생	고등학생 등
111,148 (100.0)	2,751 (2.5)	65,832 (59.2)	32,669 (29.4)	8,729 (7.9)	1,167 (1.0)

※ 출처 : 행복e음 통계 추출

2. 다함께 돌봄사업

또한, 정부는 ‘다함께 돌봄’사업을 추진하고 있다. 다함께 돌봄사업이란, 저소득층 자녀 중심으로 이루어지는 지역단위 방과 후 돌봄(지역아동센터) 이외에, 모든 초등학생 대상의 상시·일시 마을 돌봄(다함께 돌봄) 서비스를 제공하는 사업을 말한다.

지역맞춤형 돌봄체계 구축을 위해 2017년에는 보건복지부-행정안전부 공동으로 시범사업을 추진하였다(전국 10개 시·군·구 선정, 리모델링 지원). 2018년에는 17개 시군구에 신규 설치를 완료하였다. 2019년에는 정규사업으로 '다함께 돌봄' 사업을 본격 추진하여 전국에 156개소의 다함께돌봄센터가 신설 확충되었으며, 2022년까지 1,400개소를 신설할 예정이다.

|표 2-4-9| 다함께 돌봄사업 개요

구 분	내 용
목적	안전하고 접근성이 높은 지역 내 공공시설 등을 활용하여 돌봄이 필요한 모든 아동에게 돌봄서비스 제공
사업 대상	돌봄이 필요한 6~12세 아동(초등학생 중심) - 소득수준 무관하게 모든 계층에게 열린 서비스 제공
사업 내용	지역여건, 수요를 고려한 다양한 서비스 발굴·제공 - 상시·일시 돌봄, 문화·예술·스포츠 등 프로그램 운영, 등·하원 지원, 돌봄상담 및 서비스 연계, 간식(또는 식사) 제공 등
사업 공간	시설 리모델링을 통한 서비스 공간 확보 - 공공시설, 아파트 커뮤니티센터 등 접근성 높고 개방된 안전한 시설의 유휴공간 등을 리모델링하여 활용 * 주민자치센터·복지관·도서관·보건소 등 활용
운영 방식	지자체 직영, 공동운영, 위탁운영 등 다양한 형태 가능
재원조달	설치비와 인건비는 국비·지방비 매칭 지원, 운영비는 이용자 자부담 등 활용, 그 외 다양한 지역자원 연계·활용

3. 지역사회 아동복지 지원

가. 드림스타트(아동통합서비스 지원)

드림스타트는 아동의 건강한 성장과 발달을 도모하여 취약계층 아동에게 공평한 출발 기회를 보장하고, 나아가 빈곤의 대물림을 방지하기 위한 종합적인 아동복지정책이다.

기존의 아동복지서비스가 문제 발생 후 단편적이고 치료적인 면에 초점을 두었다면, 드림스타트는 문제가 발생하기 전에 통합적인 사례관리를 통하여 문제 발생을 예방하는 사전적이고 능동적인 복지를 추구하는 아동복지서비스이다.

드림스타트는 수요자인 아동 중심의 맞춤형 통합서비스를 제공하고 있다. 기초수급 또는 차상위계층 등 아동(0세~12세)과 그 가족, 임산부를 대상*으로, 아동에게는 건강·복지·보육·교육 등 맞춤형 통합서비스를, 부모에게는 부모교육 프로그램 및 직업훈련·고용 촉진 서비스

등을 연계·제공한다. 이는 아동의 전인적 발달을 도모하고 동시에 가족기능 회복을 통해 안정적이고 공평한 양육여건이 보장될 수 있도록 한다.

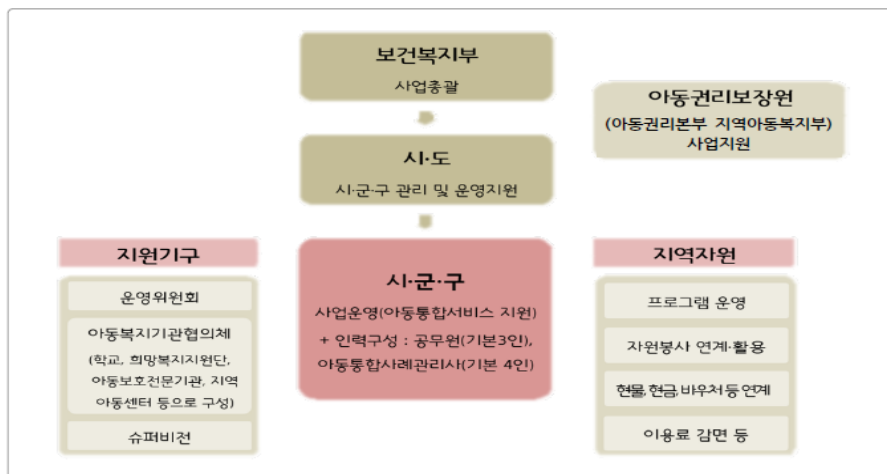
* 사업 대상 : 0세(임산부) 이상 만 12세 이하(초등학생 이하) 취약계층 아동 및 가족

보건복지부는 드림스타트 사업을 총괄하고 시·군·구 드림스타트를 운영하고 있다. 드림스타트 사업의 주요 내용은 지원이 필요한 대상 아동을 발굴하고 가정 방문을 통해 아동과 그 가족에게 필요한 서비스 수요를 파악하고 지역 자원(서비스)과 연계하는 역할이다.

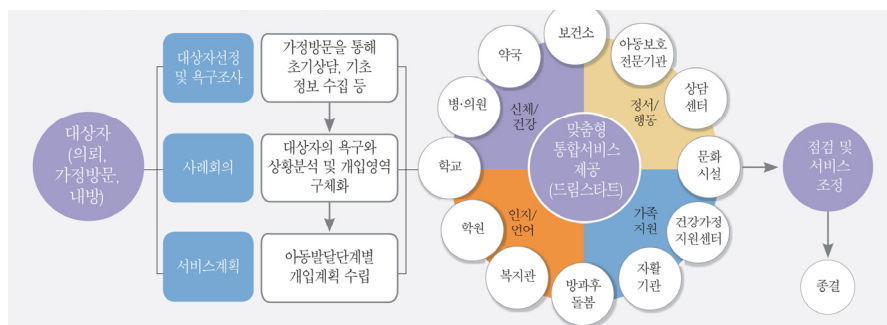
* 사회복지관, 지역아동센터, 학교, 보육시설, 보건소 및 민간 의료기관 등 다양한 지역 내 아동 복지자원 연계 → 경제적 후원뿐만 아니라 정서적 후원 효과까지 도모

[그림 2-4-7] 드림스타트 사업 추진체계 및 절차도

1. 추진체계



2. 통합서비스지원 및 자원연계 절차



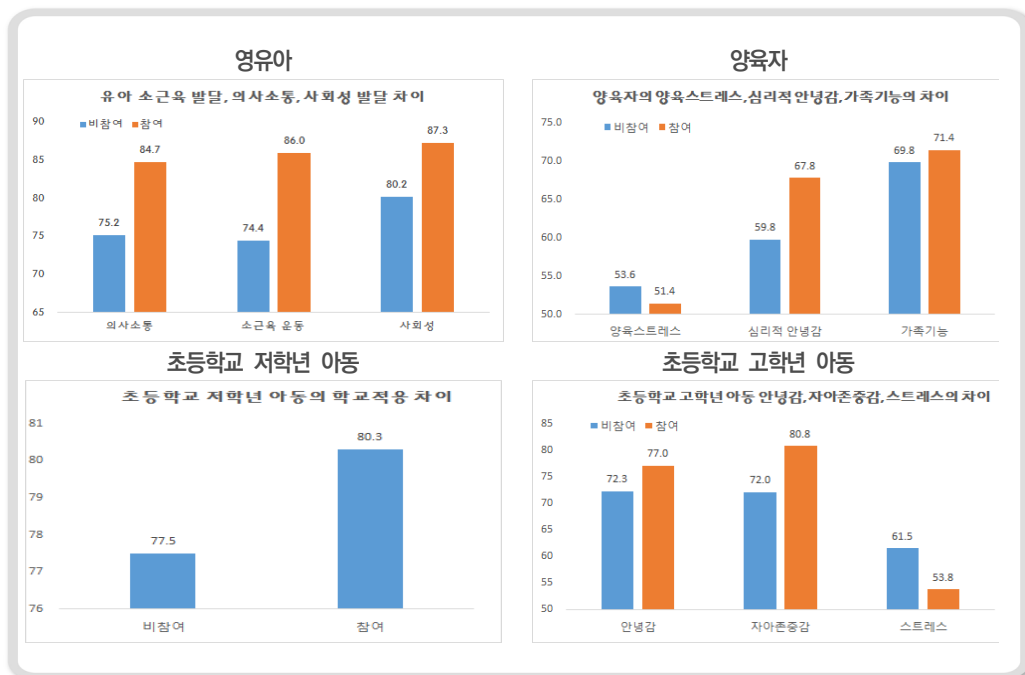
2007년 16개 시·군·구에서 시범사업으로 출발한 드림스타트사업은 2015년에는 전국 229개 시·군·구에 보급이 완료되었고, 서비스 수혜 아동을 지속적으로 확대하기 위해 노력하고 있다. 이에 따라 2019년 말 기준 10만 2,459가구, 15만 6,439명의 아동이 서비스를 지원받았다.

양적 확장과 더불어 드림스타트는 질적 서비스 수준 제고를 위해 노력해 왔다. 그 결과 드림스타트 프로그램에 참여한 대상 아동 및 부모들의 서비스 만족도*가 높게 나타났다. '19년 드림스타트 사업만족도 조사(9월~10월)** 결과 최근 4개년간 아동 및 양육자 모두 드림스타트 프로그램 이용으로 만족도가 향상되고 있다. 영유아의 경우는 근육 운동 발달과 의사소통, 사회성에 긍정적인 효과를 확인할 수 있고, 학령기 아동의 경우는 문제행동, 건강증진행위, 학습습관 등 측면에서 긍정적인 효과가 확인되었다. 특히, 아동이 어릴수록 서비스 수혜에 대한 효과가 다른 연령대보다 두드러진 것으로 나타났다. 아울러 부모들의 양육 스트레스가 줄고, 가족기능 제고로 화목한 가정 형성에도 기여하는 것으로 나타났다.

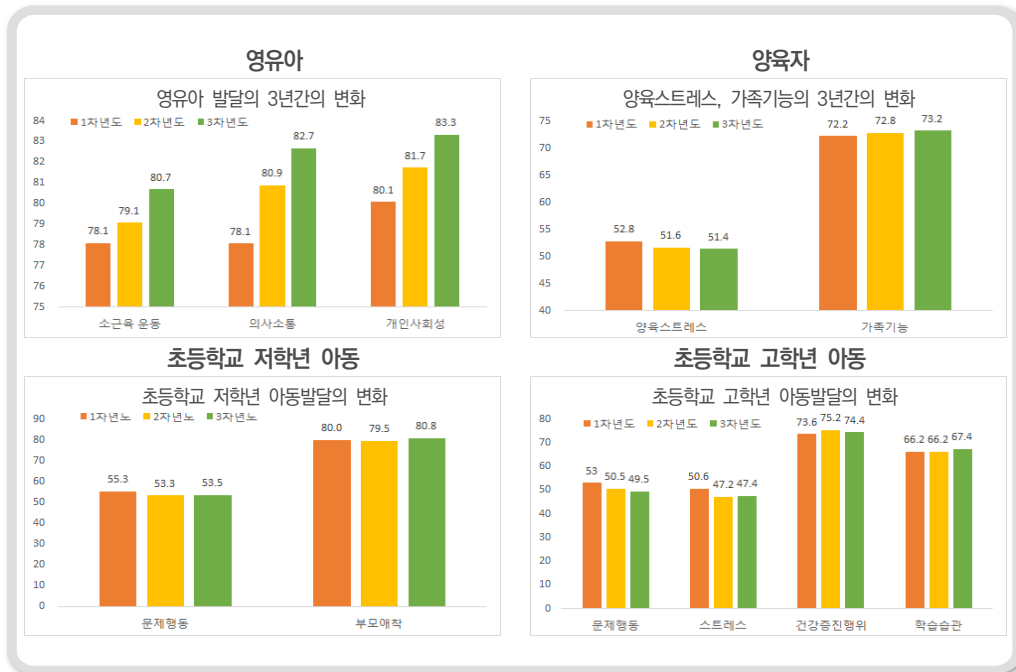
* (효과성 검증) 2017년 드림스타트사업 지역 중 99개 시·군·구의 아동 및 주 양육자 2,856명을 대상으로 실시

** (만족도 조사) 2019년 229개 드림스타트 아동 3,559명, 양육자 3,474명 대상으로 고객만족, 성과, 서비스 충성도, 서비스 만족 등 양육자 21문항, 아동 20문항

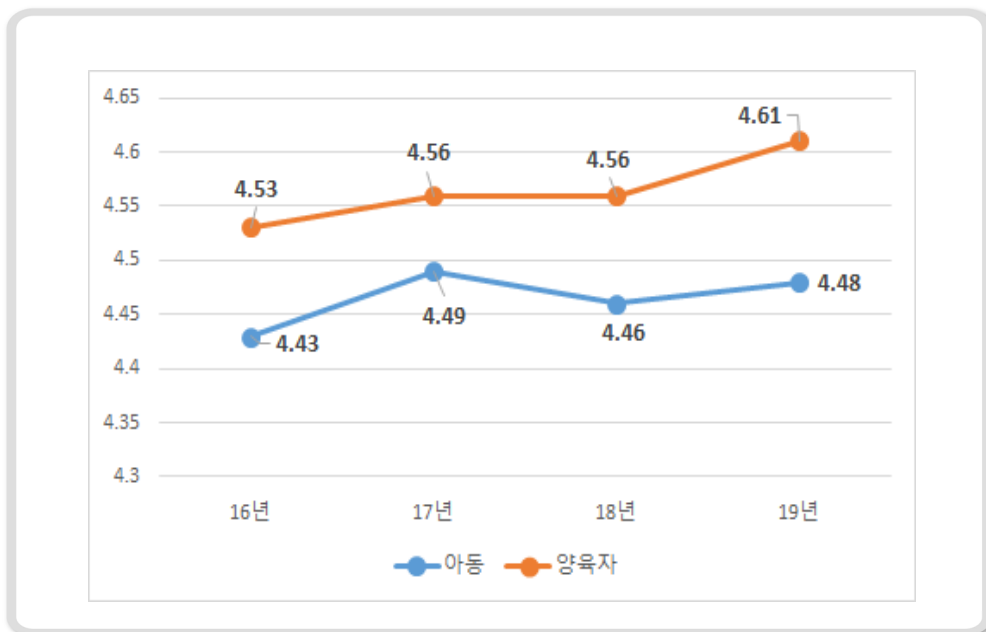
[그림 2-4-8] 드림스타트 참여 여부에 따른 아동발달 차이(횡단분석 결과)



[그림 2-4-9] 드림스타트 개입을 통한 아동과 가족의 변화(종단분석 결과)



[그림 2-4-10] 최근 4개년('16년~'20년) 이용자 만족도 조사 결과



나. 아동급식 지원(지방이양사업)

정부는 가족기능의 결손으로 결식(끼니를 거르거나 먹는다 해도 필요한 영양을 충분히 공급받지 못하는 경우) 우려가 있는 아동에 대해 2000년 10월부터 아동급식을 실시하여 아동의 건강한 성장을 도모하고 있다.

아동급식은 사회복지관, 민간 및 종교단체 급식소의 교육 및 복지프로그램과 병행하여 급식을 제공하거나, 일반음식점 이용, 도시락, 주부식 배달 등의 형태로 제공되고 있다. 2005년 아동급식 사업이 지방자치단체로 이양되면서 지방비로 급식을 지원하고 있다.

[표 2-4-10] 연도별 아동급식 지원 현황

(단위 : 명)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
지원 대상자	415,519	476,444	485,811	471,961	438,042	416,092	381,838	350,109	332,865	317,234	357,127	330,014

4. 아동복지시설 인프라 확충

가. 아동복지시설 보호

2019년 말 기준 아동복지시설은 281개소이며, 보호가 필요한 아동 1만 1,665명이 보호를 받고 있다. 정부에서는 시설종사자 처우개선 및 시설아동의 보호 수준 향상을 위해 보육사를 포함한 종사자 2교대 근무를 실시하고 있으며, 주52시간제 적용 시설에 대해서는 3교대 근무를 확대 적용하고 있다. 지역 여건이나 시설 특성에 맞는 효율적인 예산 집행이 이루어지도록 시설운영자의 자율성을 대폭 강화하였다.

다만, 아동복지시설의 보호아동이 감소되고 있어 시설 기능을 재정비할 필요성이 대두되고 있다. 정책의 추진 방향인 아동복지시설 기능 전환을 기본 원칙으로 “아동·가족 중심 서비스 제공”, “전문성 강화”, “단계적 전환”을 설정하여 추진을 검토하고 있다.

이는 아동보호체계의 지자체 중심 공적 책임 강화와 유엔 아동권리협약 및 「아동복지법」에서도 명시하고 있는 ‘아동의 최우선적인 이익(the best interests of the child)’을 기본 전제로 한다.

[표 2-4-11] 아동복지시설 현황

(단위 : 개소, 명)

구 분		계	양육	보호치료	자립지원	일시보호	종합시설 ¹⁾
2012	시설 수 보호인원	281 15,916	243 14,700	11 497	12 256	12 335	3 128
2013	시설 수 보호인원	281 15,239	243 14,038	11 486	13 250	11 359	3 106
2014	시설 수 보호인원	278 14,630	242 13,437	10 481	12 252	11 336	3 124
2015	시설 수 보호인원	281 14,001	243 12,821	11 447	12 243	12 350	3 140
2016	시설수 보호인원	281 13,689	243 12,448	11 485	12 230	12 356	3 170
2017	시설수 보호인원	280 12,789	242 11,665	11 497	12 221	12 279	3 127
2018	시설수 보호인원	279 12,193	241 11,100	11 447	12 227	12 272	3 147
2019	시설수 보호인원	281 11,665	240 10,585	12 469	13 218	13 275	3 118

주 : 1) 종합시설은 일시보호시설과 아동상담소를 겸한다.

나. 아동공동생활가정(그룹홈)

아동공동생활가정(그룹홈)은 보호를 필요로 하는 아동에게 가정과 같은 주거 여건과 보호를 제공하는 것을 목적으로 하는 생활시설로, 전용면적 82.5제곱미터 이상의 주택형 숙사에서 5~7인의 아동을 보호하고 있다.

1995년 국민복지 기본구상을 하면서, 기존의 대규모 시설에 의한 아동보호에서 탈피하는 새로운 보호형태로 민간에서 자생적으로 운영되고 있던 아동공동생활가정(그룹홈)에 대한 제도적 도입을 논의하여 왔다. 1997년부터 1999년까지는 10개 공동생활가정을 선정하여 시범사업을 실시하였고, 2004년 1월 「아동복지법」 개정으로 아동복지시설의 종류에 ‘공동생활가정’이 추가됨으로써 제도화되었다.

2019년 공동생활가정(그룹홈) 수는 578개소로 2,949명을 보호하고 있으며, 전년과 비교하여 시설 수는 20개소 증가하였고 입소아동 수는 77명 증가하였다. 정부는 지속적으로 공동생활가정(그룹홈) 운영 활성화를 통해 아동보호 수준을 향상시켜 나갈 계획이다.

|표 2-4-12| 아동 공동생활가정 현황

(단위 : 개소, 명)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
개소수	60	101	120	276	348	397	416	460	489	480	476	480	510	533	558	578
아동수	280	540	1,030	1,368	1,664	1,993	2,127	2,241	2,438	2,481	2,588	2,636	2,758	2,811	2,872	2,949

5. 입양

2012년 8월 입양특례법의 전면 개정으로 법원허가제 및 입양숙려제 등을 도입하여 입양 절차에 있어 국가 책임을 강화하고, 양부모 자격 및 파양 요건 등을 엄격히 하여 입양에 있어 아동의 권리가 최우선적으로 보장될 수 있도록 하였다. 또한, 정부는 2013년 5월 국외로 입양되는 아동의 안전과 권리 보호를 위한 국외입양의 절차와 요건을 규정한 헤이그 국제아동입양협약에 가입 서명하고 2017년 10월 협약 비준 동의안을 국회에 제출하여, 아동이 태어난 나라에서 자라날 권리를 보장하고 국제 입양아동의 안전과 인권을 책임지겠다는 정부의 의지를 국제사회에 명확히 보여주는 계기를 마련하였다.

|표 2-4-13| 국내·외 입양 현황

(단위 : 명)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
계	2,439	2,475	2,464	1,880	922	1,172	1,057	880	863	681	704
국 내	1,314	1,462	1,548	1,125	686	637	683	546	465	378	387
국 외	1,125	1,013	916	755	236	535	374	334	398	303	317

2019년 한 해 동안 입양으로 보금자리를 찾은 아동 수는 총 704명으로 2018년 대비 23명이 증가하였으며, 전체 입양 대비 국내와 국외 입양비율은 전년도와 비슷한 수준이다. 앞으로도 입양에 대한 공적책임을 강화하여 가정에서 자라는 아이가 더 많아질 수 있도록 계속해서 노력할 예정이다.

정부는 국내입양을 활성화하고 입양에 대한 사후 관리를 강화하기 위하여 2012년 중앙입양원을 설립하였으며, 입양에 대한 사회적 인식개선을 위한 홍보 및 예비양부모 발굴, 입양아동·가족 정보 및 친가족 찾기에 필요한 통합 DB 구축·운영을 하고 있다.

✎ 집필자 | 아동복지정책과장 박재찬

2019년 7월부터는 중앙입양원을 중심으로 아동권리보장원을 설립하여 보호대상아동의 보호 체계를 발생단계부터 보호종료 단계까지 통합지원 체계를 구축하였다.

또한, 정부는 국내입양가정의 아동양육 부담을 완화하기 위해, 입양가정에 대해 경제적인 지원을 실시하고 있다. 2007년부터 국내 입양아동에 대해 1인당 월 15만 원의 양육수당을 지원하고 있으며, 당초 13세 미만이었던 지원 연령을 2020년 만 17세 미만까지 점진적으로 확대하였다. 만 18세 미만의 입양아동에 대해서는 의료급여 1종 혜택을 제공하고 있으며, 비교적 저조한 장애아동 입양을 활성화하기 위해 장애아동을 입양한 가정에 대해서는 아동이 만 18세가 될 때까지 매월 중증장애의 경우 627천 원, 경증 및 기타 장애의 경우 551천 원의 양육보조금과 연간 260만 원 한도 내에서 의료비를 추가로 지원하고 있다. 입양 시 소요되는 아동보호비용 등을 반영한 입양비용도 지원하고 있는데, 보건복지부 허가기관의 경우 입양알선 비용으로 270만 원(시·도 허가기관 100만 원)을 지원하고 있다.

아울러, 아동이 원가정에서 우선적으로 보호될 수 있도록 출산 후 일주일의 지나야 입양동의서를 할 수 있는 ‘입양숙려제’를 시행중이다. 2013년부터 입양숙려기간 모자지원사업을 통해 출산 후 7일 이내의 미혼이거나 이혼한 한부모에게 최대 70만 원까지 모자보호 비용을 지원하고 있다. 또한, 입양이 의뢰된 아동의 원가정 복귀를 촉진하기 위해 친생부모가 입양에 동의하였으나 이를 철회하는 경우 입양철회비용(입양기관의 아동보호비용)을 최대 73만 원까지 지원하고 있다.

입양 후에는 입양아동이 건강한 사회인으로 성장할 수 있도록 정서적 안정과 정체성 확립에 도움을 줄 수 있는 사후 서비스프로그램(모국방문사업, 모국어연수 및 생활지원 등) 운영을 적극 지원하고 있으며, 매년 공모를 통해 국내는 입양기관 및 입양인 단체, 국외는 입양인이 주축이 된 자조단체 등을 선정하여 사업을 수행하고 있다.

정부는 헤이그국제아동입양협약 가입을 통해 아동의 원가정 보호 및 국제입양의 보충성 원칙을 강조하고 국제적 기준에 따라 상거소를 이동하는 모든 아동의 안전한 입양을 보장할 것이며, 기존 민간 입양기관이 주도했던 입양 절차에 대한 공적 책임성을 강화하여 아동 권익을 최우선으로 보호하는 입양 제도로 개편하기 위해 지속적으로 추진할 것이다.

6. 가정위탁보호

가. 가정위탁보호 현황

가정위탁은 보호가 필요한 아동을 일시적으로 가정에서 보호하는 제도이다. 2005년 「아동복지법」을 개정하여 가정위탁보호의 정의, 가정위탁지원센터의 설치근거와 업무 등에 관한 법적 근거를 마련하여 가정위탁 활성화와 업무 추진의 효율성 제고를 위한 기틀을 마련하였다. 2011년 아동복지법 전부 개정(2012. 8. 5. 시행)으로 가정위탁 희망자의 범죄경력을 조화하고 시·군·구에도 지역가정위탁지원센터를 설치할 수 있도록 가정위탁제도를 강화하였다. 2019년 말 기준 10,384명의 아동이 가정위탁으로 보호되고 있다.

[표 2-4-14] 가정위탁보호 현황

(단위 : 세대, 명)

연도	계		대리양육가정		친인척위탁가정		일반위탁가정	
	세대 수	아동 수	세대 수	아동 수	세대 수	아동 수	세대 수	아동 수
2008	11,914	16,454	7,488	10,709	3,436	4,519	990	1,226
2009	12,170	16,608	7,809	10,947	3,438	4,503	923	1,158
2010	12,120	16,359	7,849	10,865	3,365	4,371	906	1,123
2011	11,630	15,486	7,463	10,205	3,351	4,260	816	1,021
2012	11,030	14,502	7,230	9,732	3,037	3,831	763	939
2013	11,169	14,596	7,294	9,776	3,086	3,843	789	977
2014	11,077	14,385	7,162	9,550	3,089	3,816	826	1,019
2015	10,706	13,728	6,944	9,127	2,927	3,556	835	1,045
2016	10,197	12,896	6,642	8,578	2,773	3,348	782	970
2017	9,575	11,983	6,207	7,950	2,605	3,100	763	933
2018	8,955	11,141	5,831	7,426	2,357	2,801	767	914
2019	8,359	10,384	5,442	6,905	2,167	2,572	750	907

위탁가정의 선정 기준으로는 성범죄, 가정폭력 등의 전력이 없어야 하고(‘12. 8. 이후 범죄 경력 조회), 위탁아동을 양육하기에 적합한 수준의 소득이 있어야 하며, 양육하는 아동의 수가 4인(친자녀 포함)을 넘지 않아야 한다.

나. 지원 내용

2003년부터 전국에 17개소의 가정위탁지원센터가 운영되고 있으며, 2004년 7월 중앙가정위탁센터를 설치하여 지역의 가정위탁지원센터를 지원함은 물론, 각종 프로그램을 개발·보급하고 있다.

정부에서는 가정위탁을 활성화하기 위해 위탁가정에 양육보조금(월 20만 원 권고)을 지원하고 있으며, 2006년부터 가정위탁아동의 상해보험 가입을 통해 위탁아동의 예상치 못한 질병과 안전사고에 대비하고 있다. 2010년부터는 입양·가정위탁아동 중 과잉행동장애(ADHD), 정서 불안장애 등으로 상담·치료가 필요한 아동의 심리정서치료비를 지원하고 있으며, 국토교통부에서는 위탁가정에 일반주택 전세자금 및 공공임대주택 임대보증금을 지원하고 있다.

다. 소년소녀가정의 가정위탁보호 전환

2019년 말 18세 미만의 소년소녀가정은 전국에 10세대, 17명이 있다. 정부는 이들을 국민 기초생활보장수급자로 책정하여 생계·교육급여를 지급하고, 의료급여 및 월 20만 원 이상의 부가급여를 지급함으로써 가정생활을 영위하면서 학업을 계속할 수 있도록 지원하고 있다.

하지만 소년소녀가정은 실질적인 보호자가 없어 가정위탁이나 시설보호 등에 비해 외부의 위험에 노출되어 있는 보호 형태이기 때문에 신규 지정을 금지하고, 가정위탁 등 적절한 보호 체계로 변경될 수 있도록 정책을 전환하고 있다.

|표 2-4-15| 소년소녀가정아동 현황

(단위 : 세대, 명)

연도	세대 수	전 세대원					
		계	미취학	초등학생	중학생	고등학생	기타
2001	5,248	8,060	133	1,640	2,611	3,414	262
2004	3,504	5,444	87	1,244	1,681	2,331	101
2007	1,630	2,501	25	401	789	1,226	60
2010	967	1,327	9	149	375	753	41
2011	699	1,020	8	103	264	601	44
2012	483	796	3	77	206	456	54
2013	337	493	1	39	119	310	24
2014	209	292	3	23	82	163	21
2015	129	183	0	6	39	121	17
2016	62	92	0	2	11	71	8
2017	41	59	0	0	3	25	31
2018	24	33	0	0	4	9	20
2019	10	17	0	0	2	10	5

7. 아동자립지원

가. 보호대상아동의 자립지원

아동복지시설 생활아동, 가정위탁 아동은 만 18세 이후 보호가 종료되면서 일반 가정 아동들과 달리 부모의 재정적·심리적 지원 없이 사회에 홀로 살아가야 하는 현실적인 문제에 직면하게 된다.

매년 약 2,600여 명의 아동이 보호 종료되며, 이들 중 상당수가 자립의지 부족, 학업능력 미흡, 심리·사회적 적응 문제 및 주거, 취업, 등 각종 문제에 직면하여 자립생활에 어려움을 겪고 있다.

보호종료아동이 안정적으로 자립하기 위해서는 취업 등을 통한 경제력 확보뿐만 아니라, 스스로 살아갈 수 있는 자립의지와 자립기술을 갖추는 동시에, 전문가에 의한 상담·사례관리 제공과 적절한 지역사회 자원 연계가 이루어져야 한다.

이를 위해 보호종료 전 아동을 대상으로 연령별·단계별 「자립지원표준화프로그램」(Ready? Action!) 실시, 찾아가는 자립교육, 자립체험관 등을 통해 자립의지와 자립기술을 고취시키고 있으며, 2019년부터 아동복지시설 경계선지능아동을 대상으로 전문 사례관리를 제공하는 경계선지능아동 자립지원 사업도 시작되었다.

보호종료 후에는 아동이 안정적으로 사회에 정착할 수 있도록 500만 원 이상의 자립정착금을 지급(지방이양사업)하여 왔으며, 2019년부터 보호종료 3년 이내 아동에 대해 매월 30만 원의 자립수당을 지급하고, 임대료 및 맞춤형 사례관리를 통합 제공하는 주거지원 통합서비스 등 다양한 신규사업 도입을 통해 보호종료아동 자립지원을 강화해 오고 있다.

[표 2-4-16] 연도별 자립지원 대상 아동 현황

(단위 : 명)

연도	보호아동 수				보호 종료 및 퇴소아동 수			
	합계	양육시설	그룹홈	가정위탁	합계	양육시설	그룹홈	가정위탁
2011	34,276	16,549	2,241	15,486	3,644	945	227	2,472
2012	32,856	15,916	2,438	14,502	2,995	900	200	1,895
2013	32,316	15,239	2,481	14,596	2,207	1,065	85	1,057
2014	31,603	14,630	2,588	14,385	2,172	1,008	82	1,082
2015	30,364	14,001	2,636	13,728	2,677	980	140	1,557
2016	29,343	13,689	2,758	12,896	2,703	1,042	139	1,522
2017	27,583	12,789	2,811	11,983	2,593	1,034	153	1,406
2018	25,113	11,100	2,872	11,141	2,606	1,065	192	1,349

※ 출처 : 자립지원통합관리시스템

나. 아동발달지원계좌(디딤씨앗통장)

최근 양극화 심화에 따른 빈곤층 증가, 가정해체 등으로 미래성장동력인 아동들에게까지 ‘빈곤의 대물림’이 이어지는 것을 예방하고, 저소득아동의 자립의지 함양을 위하여 2007년 4월부터 ‘아동발달지원계좌(Child Development Account) 사업’을 시행하고 있다. 가입 대상

아동은 0~18세까지의 시설보호·가정위탁·소년소녀가정·공동생활가정·장애인 시설 생활 아동이며, 2011년부터 기초생활수급가정아동 일부가 추가로 포함되었다. 디딤씨앗통장으로 모아진 저축금액은 학자금, 취업 훈련, 주거 마련 등 자립용으로 사용할 수 있다.

디딤씨앗통장이 기존의 기부와 다른 점은 후원자의 기부에 국가가 동참한다는 것이다.

예를 들어, 후원자가 아동의 디딤씨앗통장계좌에 매월 일정 금액을 후원하면 국가에서 추가로 기준금액(월 4만 원) 한도 내에서 매칭 지원하여 아동들의 디딤씨앗통장에 적립되게 된다.

디딤씨앗통장은 단순히 자립을 위해 저축액을 늘리는 것에 그치지 않고, 아이들에게 목표와 계획에 맞게 돈을 모으게 하는 경제교육 효과도 있으며, 추후 사회 진출 시 적립액 사용에 대한 계획과 기대감을 갖게 하여 자립에 대한 의지와 자신감을 키워주는 장점도 있다.

2019년 말 기준 디딤씨앗통장 가입 아동은 8만 770명(만기 경과 제외)이고, 적립금액 누계는 4,570억 원이다. 아동 1인당 월평균 적립액은 5만 2,515원이다.

[표 2-4-17] 디딤씨앗통장 가입 및 저축 현황

('19. 기준)

구 분	지원아동(명)	저축아동(명)	1인당 월평균 아동적립액(원)	1인당 월평균 매칭지원금(원)
계	80,770	67,661	52,515	33,688
요보호아동	25,042	24,370	62,754	31,715
기초수급아동	55,728	43,291	46,747	34,800

N 아동학대 예방 및 아동안전 강화

1. 아동학대 예방

가. 아동학대예방 관련 사업

1) 아동보호전문기관 설치·운영

중앙아동보호전문기관¹⁾은 아동학대예방사업 활성화 및 지역 간 연계 체계 구축을 위해 지난 2001년 보건복지부가 1개소를 설치하고 민간비영리법인에 운영을 위탁하였다. 중앙아동보호전문기관은 지역아동보호전문기관과 학대피해 아동쉼터에 대한 업무 지원, 아동학대 예방 관련 연구 및 정책 개발, 교육 및 홍보, 아동학대 관련 통계 관리와 분석 등의 업무를 수행하여 왔다. 2019년 7월에는 아동권리보장원이 출범함으로써 기존 중앙아동보호전문기관에서 수행하던 아동학대예방업무를 2020년 1월부터 아동권리보장원에서 수행하게 된다.

지역아동보호전문기관²⁾은 2019년 말 현재 전국에 67개소가 설치되어 있으며, 아동학대 신고접수 및 현장 조사, 학대피해아동에 대한 응급조치, 상담 및 치료, 학대발생가정에 대한 상담·교육서비스 제공 및 사후 관리 등을 수행하고 있다. 한편 2005년 지방에 이양되었던 지역아동보호전문기관 운영을 2015년에는 국고보조사업으로 전환하여 아동학대 예방에 대한 국가책임을 더욱 강화하였고, 앞으로도 기관 수와 전문인력을 지속적으로 늘려나갈 계획이다.

2) 학대피해아동쉼터 설치·운영

보호자가 가해자인 학대피해아동은 일반적인 보호대상아동에 비해 심리적 후유증이 더욱 심각하므로 별도의 보호·관리가 필요하다는 판단 아래, 2015년 아동공동생활가정 중 학대피해 아동쉼터를 분리·운영하였다. 학대피해아동쉼터는 보육사와 심리치료 전문인력을 배치하여 가해자로부터 분리 조치된 피해아동에 대한 보호 및 숙식 제공, 상담 및 치료, 교육 및 정서지원 등을 하고 있다. 2019년 말 현재 73개소가 설치되어 있으며, 향후 아동학대신고 증가에 따른 보호수요 증가를 감안하여 지속적으로 확충할 것이다.

1) 중앙아동보호전문기관은 아동복지법 개정('19.7.16.시행)에 따른 존립 근거 삭제로 폐관됨

2) 아동복지법 개정('19.7.16.시행)에 따라 지역아동보호전문기관이라는 명칭이 아동보호전문기관으로 변경됨

[표 2-4-18] 연도별 지역아동보호전문기관, 학대피해아동쉼터 설치 수

(단위 : 개소)

구 분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
지역아동보호 전문기관	38	38	43	43	43	44	44	46	46	50	50	55	59	60	63	67
학대피해 아동쉼터	* 학대피해아동쉼터는 2014년부터 통계 관리											46	53	57	66	73

3) 국가아동학대정보시스템 전면 개편

국가아동학대정보시스템은 아동학대 관련 DB 관리를 위해 2002년에 구축되었다. 이 후 아동학대 관련법령 개정에 따른 보다 세부적인 정보의 관리, 보안 문제 해결, 경찰청망과의 연동, 정보관리 효율화를 위해 2015년부터 30억 8백만 원의 예산을 들여 시스템 전면 개편을 추진하였으며, 2017년에 사업을 완료하였다.

4) 범부처 아동학대 방지 대책 보완·추진

정부는 2016년 3월 29일 관계부처 합동 ‘아동학대 방지대책’을 수립·발표한 이래, 2017년부터 ‘범부처 아동학대대책추진협의회(보건복지부 차관 주재)’를 주기적으로 운영해 오고 있다. 특히, 2018년 3월 8일 국정현안점검조정회의에서 △사전예방 △조기발견 △신고대응·보호, △사후관리 총4개 분야에 대해 보건복지부, 교육부, 법무부, 여가부, 경찰청, 권익위 총6개 부처별 추진 과제를 마련하여 「아동학대 방지 보완대책」을 발표하였다.

해당 대책에는 학대위기아동 사전예측·발굴시스템(e아동행복지원시스템)운영, 아동학대 예방을 위한 부모교육 확대, 보호기관-경찰간 수사정보 공유 등 협력체계 마련, 피해아동에 대한 사후보호 플랜 마련 등이 포함되었다. 또한, 반기별 아동학대대책추진협의회 개최를 통해 각 부처별 추진 상황을 점검하는 한편, 부처별 신규추진 과제 발굴을 통해 아동학대 대응 협력체계 강화 및 대책 보강을 추진하고 있다.

「아동학대 방지 보완대책」 주요 내용

- 사전예방 : 부모교육 및 아동인권보호 강화
 - 영·유아 부모대상 교육*실시, 아동대상 인권교육 강화 및 아동학대 사건을 공익신고 대상에 포함하여 신고자 보호하는 방안 추진 등
 - * 양육수당·보육료·유아학비('18. 6.) 및 아동수당('18. 9.) 신청 시 예방·신고 교육
- 조기 발견 : 과학적 접근 강화
 - 빅데이터를 활용한 위기아동 예측·발굴시스템(e아동행복지원시스템) 개통('18.3월~)
- 신속 대응 : 공공성·전문성 제고
 - 아동보호전문기관 공공화 방안 추진, 보호기관-경찰 간 수사정보 공유, 아동보호 인프라 확충
- 사후관리 : 재학대 방지
 - 피해아동에 대한 사후보호 플랜 마련, 가정 복귀 아동에 대한 모니터링 강화 등

5) e아동행복지원시스템 운영

아동학대 사건 발생을 사후대응하는 방식만으로는 아동학대 근절에 한계가 있다는 판단 하에 사회보장 빅데이터를 활용하여 복지서비스 연계 및 아동학대 조사 등 보호가 필요한 아동을 예측·지원하는 상시발굴시스템 구축의 필요성이 제기되었다. 이에 따라 제30회 국정현안점검조정회의('18.3.8.)에서 「아동학대 방지 보완대책」의 주요 과제 중 하나로 'e아동행복지원시스템 전국 확대 운영'을 확정·발표하였다. 2017년 시스템 구축 및 시범사업 운영을 거쳐 2018년 3월부터 본격 사업을 시작하였다. 약40종의 예측 변수에 해당하는 위기아동에 대해 읍면동 공무원이 직접 가정 방문하여 아동학대 여부를 확인하고, 필요시 관련 복지서비스를 연계하는 것을 목적으로 하는 e아동행복지원시스템은 2019년까지 총 6회 운영되었으며 총 10만 8,385명 아동의 가정방문을 통해 4,414명에 대해 복지서비스를 연계하였고, 68건의 아동학대 의심사례를 발견하여 경찰·아동보호전문기관에 신고하였다.

6) 아동학대예방을 위한 인식개선사업

2014년에는 아동인권 침해의 주요 사례인 아동학대에 대한 국민인식 개선을 위해 아동 학대 예방교육용 영상을 제작하여 EBS에서 방영하였다. 방송 이후 유튜브, SNS, 중앙아동 보호전문기관 홈페이지 등에 게시하여 홍보한 결과 누적 조회 수가 13만 건에 달하였다.

2015년에는 40초 분량의 아동학대 신고 독려 오디오광고 콘텐츠(2개)를 제작하여 4개 라디오 방송사에 총 116일(626회) 송출하였으며, 옥외영상 홍보로 공항철도 멀티비전에 4,500회, PC방 흡연실 LCD에 1,800회, 아파트 엘리베이터 LCD에 1,800회 송출하였다.

2016년에는 아동권리헌장을 제정(16. 5. 2.)하고, 이를 확산하기 위하여 아동권리헌장 교육용 영상을 제작하여 교육부 학교안전정보센터 홈페이지 등 각 부처 소관 웹사이트에 게재하였다. 또한, 아동의 눈높이에 맞춘 유엔아동권리협약 홍보포스터(25만 부)를 어린이집·유치원에 배포하였다. 가정의 달(5월)·인구의 날(7. 11.)·아동학대 예방의 날(11. 19.) 등 주요 일자에 아동학대 예방 캠페인을 실시하였다. 이와 함께 아동학대 예방에 대한 방송(3회), 기고, 카드 뉴스 제작, 인포그래픽 동영상 제작·배포, 아동학대 모바일앱개편(아이지킴콜112), 방송통신 위원회·공익광고협의회·TV·라디오매체 공익광고 송출(500회), 서울 유동 지역 버스광고(49개 노선, 139대), 가정 내 학대방지 생활밀착형 매체 영상 송출 등을 하였다.

2017년에는 아동학대 예방 및 올바른 훈육문화 확산을 위하여 영상매체 광고를 제작, TV·대중교통(42만회) 등에 송출하였으며, 아동학대 신고 활성화를 위하여 라디오 캠페인을 진행(총 120회)하였다. 또한, 5개 부처(복지부, 교육부, 법무부, 여가부, 경찰청) 합동 아동학대 예방 릴레이 캠페인을 촬영, 총 118회 송출하였고, (주)캐리소프트와 ‘아동학대 예방을 위한 공동협력 업무협약(MOU)’을 체결하여 아동학대 예방 홍보 콘텐츠를 개발, 지원하였다. 또한, 제3회 아이 지킴콜 112 콘텐츠 공모전을 실시하여 출품작(542개) 중 선정작(32개)에 대하여 적극적 홍보를 진행하였다.

2018년에는 ‘체벌은 학대, 바람직한 양육문화 및 적극적 신고문화 확산’이라는 인식개선을 위해 아동권리·부모교육 등의 콘텐츠를 제작, KTX(43,540회), 전국 아파트 엘리베이터(3천만여 회), CGV 극장(5만여 회), IPTV(472만 회), 유튜브(144만 회) 등 송출하였다. 그리고 아이를 향한 사랑스런 눈으로, “아이컨택” 캠페인을 현장홍보(4회), 순회강연(8회), SNS 등을 활용하여 진행하였다. 또한, 제3회 아이지킴콜 112 콘텐츠 공모전을 실시하여 출품작(943개) 중 선정작(52개)에 대하여 적극적 홍보를 진행하였다.

2019년에는 올바른 양육태도 및 방식에 대한 공감대를 형성하기 위해 ‘아이를 이해하면 방법이 바뀐다’라는 슬로건으로 ‘아이해 캠페인’을 진행하였다. 대국민 공익광고를 제작, IPTV, KTX, 유튜브 등에 영상광고를 송출하고, 캠페인 메시지 전달을 위한 BI 제작 및 디자인

가이드를 제작·배포해 전국 아동학대 캠페인의 통일성을 제고하였다. 또한, 아동학대에 대한 사회적 관심을 환기하기 위해 아동학대 사건을 다룬 영화 <어린 의뢰인>상영회(7.29)를 개최하고, 주연배우를 통한 캠페인 응원영상을 제작하였다. 아동학대예방의 날에는 아동학대예방 포럼을 진행하고, 민법상 징계권 조항 삭제 요청 퍼포먼스를 진행한 바 있으며, 아동보호전문기관 홍보를 위해 일러스트영상 및 뉴스콘텐츠 등을 제작·송출하였다.

나. 아동학대 현황

2019년의 경우 작년 대비 신고접수건수가 13.7% 증가하였고 전체 아동학대 신고건수 중 92.7%가 아동학대의심사례였다.

[표 2-4-19] 연도별 아동학대 신고, 판단 건수

(단위 : 건)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
아동학대 신고 건수	6,998	8,000	8,903	9,478	9,570	9,309	9,199	10,146	10,943	13,076	17,791	19,214	29,674	34,169	36,417
아동학대 판단 건수	3,891	4,633	5,202	5,581	5,578	5,685	5,657	6,058	6,403	6,796	10,027	11,715	18,700	22,367	24,604

주: 2019년 통계는 11월 이후 공개예정

연도별 아동학대 신고의무자에 의한 신고는 2015년 4,900건(29.4%)에서 2018년 9,151건(27.3%)까지 증가했다가 2019년 8,836건(23.0%)으로 다소 감소한 것으로 나타났다. 신고의 무자 유형을 세부적으로 살펴보면 신고의무자 중 초·중·고교직원이 가장 많은 아동학대 의심사례를 신고하는 것으로 나타났다. 비신고의무자 직군의 신고 분포를 살펴보면 2015년 사회복지 관련종사자가 신고한 비율이 가장 높았다가 2016년부터 부모가 높게 나타났다.

[표 2-4-20] 연도별 아동학대 신고자 유형

(단위 : 건, %)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
신 고 의 무 자	초·중·고교 직원	1,988(13.2)	2,172(13.0)	3,978(15.4)	5,168(16.7)	6,406(19.1)
	의료인	123(0.8)	137(0.8)	216(0.8)	-	-
	의료인·의료기사	-	-	-	296(1.0)	325(1.0)
	아동복지시설 종사자	275(1.8)	257(1.5)	498(1.9)	407(1.3)	411(1.2)
	장애인복지시설 종사자	24(0.2)	46(0.3)	27(0.1)	33(0.1)	56(0.2)
	보육교직원	273(1.8)	309(1.9)	286(1.1)	313(1.0)	213(0.6)

구분		2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
	유치원교직원	43(0.3)	68(0.4)	114(0.4)	115(0.4)	115(0.3)
	학원 및 급습소 종사자	26(0.2)	31(0.2)	24(0.1)	9(0.0)	18(0.1)
	소방구급대원	28(0.2)	22(0.1)	39(0.2)	33(0.1)	24(0.1)
	응급구조사	2(0.0)	0(0.0)	2(0.0)	2(0.0)	0(0.0)
	의료기사	0(0.0)	0(0.0)	2(0.0)	-	-
	성매매피해상담소 및 지원시설 종사자	2(0.0)	12(0.1)	12(0.0)	9(0.0)	8(0.0)
	성폭력피해상담소 및 보호시설 종사자	20(0.1)	72(0.4)	122(0.5)	0(0.0)	
	성폭력피해상담소 및 성폭력피해자보호 시설종사자·성폭력피해자통합지원센터종사자	-	-	-	274(0.9)	168(0.5)
	한부모가족복지시설 종사자	10(0.1)	5(0.0)	11(0.0)	16(0.1)	14(0.0)
	가정폭력피해자보호시설 및 상담소 종사자	174(1.2)	285(1.7)	301(1.2)	169(0.5)	283(0.8)
	사회복지전담공무원	700(4.7)	602(3.6)	815(3.1)	819(2.6)	-
	아동복지전담공무원	104(0.7)	58(0.3)	98(0.4)	27(0.1)	72(0.2)
	아동보호전문기관종사자	-	-	695(2.7)	-	-
	사회복지시설 종사자	151(1.0)	210(1.3)	312(1.2)	271(0.9)	211(0.6)
	가정위탁지원센터 종사자	27(0.2)	30(0.2)	11(0.0)	20(0.1)	25(0.1)
	건강가정지원센터 종사자	18(0.1)	19(0.1)	44(0.2)	48(0.2)	31(0.1)
	다문화가족지원센터 종사자	20(0.1)	41(0.2)	35(0.1)	33(0.1)	52(0.2)
	정신건강복지센터 종사자	78(0.5)	49(0.3)	51(0.2)	38(0.1)	48(0.1)
	청소년시설 및 단체 종사자	185(1.2)	140(0.8)	223(0.9)	357(1.2)	276(0.8)
	청소년보호센터 및 재활센터 종사자	14(0.1)	28(0.2)	75(0.3)	43(0.1)	121(0.4)
	아이돌보미	0(0.0)	9(0.1)	1(0.0)	8(0.0)	11(0.0)
	취약계층 아동 통합 서비스 지원인력	73(0.5)	298(1.8)	296(1.1)	317(1.0)	255(0.8)
	성폭력피해자통합지원센터 종사자	-	-	0(0.0)	-	-
	육아종합지원센터 종사자	-	-	0(0.0)	4(0.0)	4 (0.0)
	입양기관 종사자	-	-	0(0.0)	1(0.0)	4(0.0)
	소 계	4,358(29.0)	4,900(29.4)	8,288(32.0)	8,830(28.6)	9,151(27.3)
비 신 고 의 무 자	아동 본인	628(4.2)	1,500(9.0)	2,322(9.0)	3,883(12.6)	4,512(13.5)
	부모	1,991(13.3)	3,048(18.3)	4,619(17.8)	5,328(17.2)	6,089(18.2)
	형제·자매	110(0.7)	231(1.4)	341(1.3)	359(1.2)	403(1.2)
	친인척	536(3.6)	452(2.7)	657(2.5)	738(2.4)	607(1.8)
	이웃·친구	1,202(8.0)	1,040(6.2)	1,858(7.2)	1,963(6.3)	1,859(5.5)
	경찰	2,204(14.7)	846(5.1)	1,426(5.5)	645(2.1)	406(1.2)
	종교인	27(0.2)	27(0.2)	40(0.2)	24(0.1)	18(0.1)
	사회복지관련종사자	3,486(23.2)	3,590(21.6)	4,088(15.8)	323(1.0)	933(2.8)
	아동보호전문기관장·종사자	-	-	619(2.4)	6,881(22.3)	7,756(23.1)
	의료사회복지사	-	-	-	79(0.3)	66(0.2)

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
낮선 사람	193(1.3)	305(1.8)	649(2.5)	685(2.2)	443(1.3)
익명	98(0.7)	134(0.8)	244(0.9)	271(0.9)	228(0.7)
기 타	199(1.3)	578(3.5)	727(2.8)	914(3.0)	1,027(3.1)
법 원	-	-	-	-	34(0.1)
소 계	10,667(71.0)	11,751(70.6)	17,590(68.0)	22,093(71.4)	24,381(72.7)
계	15,025(100.0)	16,651(100.0)	25,878(100.0)	30,923(100.0)	33,532(100.0)

- ※ 2009년부터 유치원교직원 항목이 새롭게 추가되었고, 시설종사자 항목은 아동복지시설종사자, 장애인복지시설종사자, 보육교직원, 성매매피해상담소 및 지원시설 종사자, 한부모가족복지상담소, 가정폭력피해자보호시설 및 상담소 종사자로 구분하여 집계함.
- ※ 2012년 8월 5일, 전부 개정 아동복지법 시행에 따라 신고의무자 직군에 아동복지전담공무원, 사회복지시설 종사자, 가정위탁지원센터 종사자, 건강가정위탁지원센터 종사자, 다문화가족지원센터 종사자, 정신보건센터 종사자, 청소년시설 및 단체 종사자, 청소년보호센터 및 재활센터 종사자가 추가됨(아동복지법 제 25조 의거)
- ※ 2014년 9월 29일, 아동학대처벌법 시행에 따라 신고의무자 직군에 아이돌보미, 취약계층 아동통합서비스 지원인력이 추가됨(아동학대처벌법 제10조 의거)
- ※ 2016년 11월 30일, 아동학대처벌법 시행에 따라 신고의무자 직군에 성폭력피해자통합지원센터 종사자, 육아종합지원센터 종사자, 입양기관 종사자가 추가됨. 또한 의료인과 의료기사, 성폭력피해자보호시설의 장과 종사자, 성폭력피해자통합지원센터종사자가 통합되었음(아동학대처벌법 제10조 의거)
- ※ 2016년 9월 23일, 아동복지법 시행에 따라 아동보호전문기관이 아동복지시설로 편입되면서 신고의무자 직군에 속하였으나, 이후 아동학대처벌법 개정(2016.11.30.시행)으로 인해 아동보호전문기관의 장과 종사자는 제외한다는 내용이 추가되면서 신고의무자 직군에서 제외됨.
- ※ 기존 아동학대처벌법 제10조(아동학대범죄 신고의무와 절차) 제7항에 규정된 사회복지전담공무원의 경우 사회복지사업법 제14조 삭제로 인해 기존 신고의무자 중 사회복지전담공무원 항목을 삭제하고 비신고의무자의 사회복지관련종사자 항목에 통합하였음.
- ※ 2019.7.16, 개정 아동복지법 시행에 따라 아동권리보장원 및 가정위탁지원센터의 장과 그 종사자는 신고의무자에 해당되므로 아동권리보장원을 가정위탁지원센터의 장과 종사자 항목에 통합하였음.

아동학대의 유형은 신체학대, 정서학대, 성학대, 방임 등으로 분류되며, 유형별 현황은 다음과 같다. 두 가지 유형 이상의 학대가 중복된 경우(47.9%)가 가장 많았으며, 개별적으로는 정서학대(23.8%)가 그 뒤를 이었다.

[표 2-4-21] 아동학대 유형별 현황

(단위 : 건)

구분	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
총계	11,715(100.0)	18,700(100.0)	22,367(100.0)	24,604(100.0)	30,045(100.0)
신체학대	1,884(16.1)	2,715(14.5)	3,285(14.7)	3,436(14.0)	4,179(13.9)
정서학대	2,046(17.5)	3,588(19.2)	4,728(21.1)	5,862(23.8)	7,622(25.4)
성학대	428(3.7)	493 (2.6)	692 (3.1)	910 (3.7)	883(2.9)
방임	2,010(17.2)	2,924(15.6)	2,787(12.5)	2,604(10.6)	2,885(9.6)
중복	5,347(45.6)	8,980(48.0)	10,875(48.6)	11,792(47.9)	14,476(48.2)

2015년부터 2019년까지 학대행위자가 부모인 경우가 매년 70% 이상 나타났다. 대리양육자에 의한 학대는 2015년 1,431건(12.2%)에서 2019년 4,986건(16.6%)로 지속적으로 증가하고 있다.

|표 2-4-22| 연도별 아동학대 행위자 현황

(단위 : 건)

구분		2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
부 모	친부	5,368(45.8)	8,295(44.4)	9,562(42.8)	10,747(43.7)	12,371(41.2)
	친모	3,475(29.7)	5,923(31.7)	6,824(30.5)	7,337(29.8)	9,342(31.1)
	계부	236(2.0)	394(2.1)	401(1.8)	480(2.0)	557(1.9)
	계모	237(2.0)	362(1.9)	341(1.5)	297(1.2)	336(1.1)
	양부	17(0.1)	37(0.2)	28(0.1)	36(0.1)	58(0.2)
	양모	15(0.1)	37(0.2)	21(0.1)	22(0.1)	36(0.1)
	소계	9,348(79.8)	15,048(80.5)	17,177(76.8)	18,919(76.9)	22,700(75.6)
친 인 척	친조부	96(0.8)	111 (0.6)	128(0.6)	147(0.6)	194(0.6)
	친조모	112(1.0)	177(0.9)	237(1.1)	229(0.9)	304(1.0)
	외조부	28(0.2)	39 (0.2)	61(0.3)	74(0.3)	76(0.3)
	외조모	52(0.4)	95 (0.5)	127(0.6)	118(0.5)	143(0.5)
	친인척	201(1.7)	266 (1.4)	328(1.5)	352(1.4)	390(1.3)
	형제, 자매	73(0.6)	107 (0.6)	186(0.8)	194(0.8)	225(0.7)
	소계	562(4.8)	795 (4.3)	1,067(4.8)	1,114(4.5)	1,332(4.4)
대 리 양 육 자	부·모의 동거인	158(1.3)	311(1.7)	247(1.1)	270(1.1)	363(1.2)
	유치원교직원	203(1.7)	240(1.3)	281(1.3)	189(0.8)	155(0.5)
	초·중·고교 직원	234(2.0)	576(3.1)	1,345(6.0)	2,060(8.4)	2,154(7.2)
	학원 및 교습소 종사자	64(0.5)	167(0.9)	217(1.0)	176(0.7)	320(1.1)
	보육교직원	427(3.6)	587(3.1)	840(3.8)	818(3.3)	1,384(4.6)
	아동복지시설 종사자	296(2.5)	253(1.4)	285(1.3)	313(1.3)	408(1.4)
	기타시설 종사자	22(0.2)	28(0.1)	60(0.3)	27(0.1)	63(0.2)
	청소년관련시설 종사자	7(0.1)	2(0.0)	32(0.1)	33(0.1)	87(0.3)
	위탁부	8(0.1)	0(0.0)	4(0.0)	7(0.0)	3(0.0)
	위탁모	5(0.0)	5(0.0)	17(0.1)	2(0.0)	8(0.0)
	베이비시터	7(0.1)	4(0.0)	15(0.4)	11(0.0)	41(0.1)
	소계	1,431(12.2)	2,173(11.6)	3,343(14.9)	3,906(15.9)	4,986(16.6)
타 인	이웃	85(0.7)	91(0.5)	86(0.4)	146(0.6)	224(0.7)
	낯선 사람	102(0.9)	110(0.6)	208(0.9)	214(0.9)	439(1.5)
	소계	187(1.6)	201(1.1)	294(1.3)	360(1.5)	663(2.2)
기타		166(1.4)	454(2.4)	441(2.0)	305(1.2)	364(1.2)
파악불가		21(0.2)	29(0.2)	45(0.2)	-	-
계		11,715(100.0)	18,700(100.0)	22,367(100.0)	24,604(100.0)	30,045(100.0)

2. 아동·장애인(지적·자폐성·정신) 실종 예방 및 실종가족 지원

아동에게 있어 부모와 떨어져 격리되는 경험은 극도의 불안감과 스트레스를 야기할 뿐만 아니라 평생토록 지워지지 않는 심리적 충격으로 남게 된다. 부모 또한 아동이 실종되면 일상 생활을 포기하고 아동 찾는 일에만 전념하며, 그 상황이 장기화될수록 죄책감과 우울 등 부정적인 감정으로 발전하고, 경제적인 어려움을 겪는 등 감당하기 어려운 고통에 처하게 된다. 더 나아가 가정이 해체되는 등의 심각한 사회 문제로까지 발전한다.

1991년 실종되었던 개구리 소년들의 유골이 2002년도에 한 야산에서 발견되었고, 2004년 부천초등생, 포천여중생 실종사건이 발생하면서 실종아동 문제가 사회적으로 이슈화되어 국가 차원의 실종예방 및 실종아동 등의 조기 발견 대책 마련의 필요성이 대두되었다.

국가 차원의 대책 마련의 일환으로 2005년 5월 「실종아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률」을 제정하여 실종아동 등의 발생을 예방하고, 신속한 가정 복귀를 도모하기 위한 제도적인 기틀을 마련하였다.

2005년 11월부터 실종아동전문기관의 위탁 운영을 통하여 실종아동 등 가족에게 의료비·상담비·부모활동비·전단제작 지원비 등 재정적 지원을 하여 경제적 부담을 완화해 주고 있다. 또한, 실종아동 등 가족을 위한 교육·상담 등의 프로그램 지원, 실종아동 등의 발견을 위한 보호시설 출입조사 시 관계 공무원과 실종가족이 동행할 수 있는 법적 근거 마련 등으로 실종아동 등 가족에 대한 심리적 지지를 강화하였다. 더불어 실종아동 발생 예방을 위한 교육·홍보 강화 등의 노력을 기울이고 있다.

2014년에는 실종아동 등의 발생 위험이 높은 다중이용시설(놀이공원, 대형마트 등)에서 신속하게 실종아동 등을 찾기 위한 법적 근거를 마련하였다. 이에 따라 실종아동 등 발생 시 보호자의 신고, 상황 전파와 경보 발령, 출입구 감시 및 수색 등의 규정을 포함한 ‘실종아동 등 조기발견 지침’을 시행하였다(2014. 7. 29.).

2018년도 실종아동보호 및 지원 사업 예산은 8억5천4백만 원으로 실종 예방을 위한 교육 및 홍보, 실종아동 신상카드, 유전정보 D/B 구축·운영, 실종아동 등 가족지원 등 실종아동 조기 발견 체계 구축 및 장기실종아동 가족지원을 통한 가족해체 예방을 주로 추진하였다.

2019년도는 실종아동전문기관에서 국가의 기능을 강화하고 사무수행을 체계적이고 안정적으로 운영하기 위하여 위탁기관을 법에서 지정하도록 법제화를 목표로 추진하였으며, 이에 국회에서 본회의를 통과(19.12.2) 하였으며, 실종아동법이 전문성과 책임성을 강화하고, 실종아동 가족의 욕구를 만족시키는 물론 효율적인 사무수행을 위하여 보건복지부와 경찰청이 공동으로 법률을 주관하기 위한 노력을 하였다(19.12.17.).

[표 2-4-23] 실종아동 발생 및 복귀 현황(경찰청)

('19. 12. 기준, 단위: 명)

구분	일반아동(18세 미만)		장애인(연령 불문)	
	발생 건수	미발견	발생 건수	미발견
2016	19,870	5	8,542	3
2017	19,956	5	8,525	7
2018	21,980	10	8,881	12
2019	21,551	99	8,360	75

주: 1) 장애인: 「장애인복지법」 제2조의 장애인(연령제한 없음) 중 지적장애인·자폐성장애인·정신장애인

2) (접수) 해당 연도 기준, (미발견) 현시점 기준/ 미발견은 시간이 지나면서 감소

[표 2-4-24] 무연고아동 등 신상카드 D/B 구축 현황(실종아동전문기관)

('19. 12. 기준, 단위: 명)

합계	아동시설	장애인 시설	정신요양시설	정신병원	노숙인시설	기타
18,869	5,112	6,863	2,222	1,835	1,991	846

3. 아동 안전사고 예방

어린이 안전사고는 성인에 비해 사망 및 중상의 비율이 높고 인격 발달과 정서에 심각한 영향을 끼치게 되며, 사고로 인한 가족의 위기와 해체를 막기 위한 사회적 비용의 증가는 결국 국가 경쟁력을 현저히 떨어뜨린다.

정부는 2020년까지 어린이 10만 명당 사망자 수를 선진국 수준인 2명 이하로 감축하기 위해 행정안전부, 교육부, 경찰청 등 9개 관계부처 합동으로 어린이 안전 종합대책을 발표하였다(행정안전부 총괄). 보건복지부는 아동복지법의 개정을 통해 아동안전과 관련한 교육시간을 확대하고 교육콘텐츠를 확대하고 강화하였다.

또한, 사회변화에 발맞추기 위한 노력으로 노후된 아동안전교육 시스템을 재정비하고, 이를 활용하기 위해 새로운 콘텐츠 개발과 보완에 주력하였다. 또한 민간기관 및 공공기관과의 협업을 강화하기 위하여 ‘아동안전협의체’를 구성하여 운영하였다.

[표 2-4-25] 아동안전 교육기준(아동복지법 시행령 제28조)

교육 시간	1. 성폭력 및 아동학대 예방	2. 실종·유괴의 예방·방지	3. 감염병 및 약물의 오남용 예방 등 보건위생관리	4. 재난대비 안전	5. 교통안전
연 44시간 이상	연 8시간 이상 (6개월 1회)	연 10시간 이상 (3개월 1회)	연 10시간 이상 (3개월 1회)	연 6시간 이상 (6개월 1회)	연 10시간 이상 (2개월 1회)

이로 인해 어린이 안전사고 사망자는 2003년 1,027명에서 2018년 163명으로 2003년 대비 84% 이상 감소하였다. 특히, 어린이 10만 명당 안전사고 사망자가 2003년 10.59명에서 2014년 2.93명, 2016년 2.81명, 2018년 2.43명으로 감소하였다.

앞으로도 아동에 대한 5대 안전교육(성폭력 및 아동학대예방, 실종·유괴 예방·방지, 감염병 및 약물 오남용 예방, 재난대비안전, 교통안전)에 대한 맞춤형 교육콘텐츠 개발과 더불어 참여형 체험교육 프로그램 개발을 확대하는 등 쌍방향적인 교육을 통해 아동이 안전한 사회구성원으로 자리매김할 수 있도록 내실 있는 교육을 추진할 것이다.

제4절 노인복지정책

I 개요

1. 최근의 노인복지 주요 정책 흐름

[표 2-4-26] 최근의 노인복지 주요 정책 흐름

분야	국민의 정부 ('98.~'02.)	참여 정부 ('03.~'07.)	이명박 정부 ('08.~'12.)	박근혜 정부 ('13.~'16.)	문재인 정부 ('17.~'19.)
소득 보장	<ul style="list-style-type: none"> • 경로연금 도입('98.) - 65세 이상 생활보호대상 노인과 저소득 노인으로 확대 - 월 3만 5천 원~5만 원 지급 - 55만 1천 명('98.)→61만 6천 명('02.) 	<ul style="list-style-type: none"> • 경로연금 지속 지급 - 월 3만 5천 원~5만 원 지급 - 61만 9천 명('03.)→61만 명('07.) • 「기초노령연금법」 제정('07. 4.) • 정부지원 노인일자리 마련 - 3만 5천 개('04.)→11만 개('07.) - 대한노인회 지부별 취업지원 센터 설치 지원 - 시·도별 노인일자리박람회 지원 - 한국노인인력개발원 설립 	<ul style="list-style-type: none"> • 기초노령연금 지급 개시 - 소득 하위 60% 290만 명('08.) - 소득 하위 70%, 363만 명('09.), 393만 명('12.) • 노인일자리 확대 - 11만 7천 개('08.)→19만 6천 개('09.)→18만 9천 개('10.)→19만 7천 개('11.)→22만 개('12.) - 인프라 확대 • 한국노인인력개발원 지역본부 : 3개소('08.)→5개소('09.)→6개소('11.) • 지역사회 시니어클럽 : 70개소('08.)→88개소('09.)→93개소('10.)→114개소('12.) 	<ul style="list-style-type: none"> • 노인일자리 확대 - 24만 개('13.)→31만 개('14.)→37만 개('15.)→41만 9천 개('16.) • 재능나눔활동 마련·확대 - 3만 개('14. 시범 운영)→4만 개('15.)→4만 개('16.) 	<ul style="list-style-type: none"> • 노인일자리 확대 - 46.7만 개('17.)→54.4만 개('18.)→64만 개('19.) • 재능나눔활동 추진 - 4.5만 개('17.)→4.7만 개('19.)
	<ul style="list-style-type: none"> • 공립요양병원 지원 - 9개소('98.)→27개소('02.) 	<ul style="list-style-type: none"> • 공립요양병원 지원 확대 - 매년 5~6개씩 신축 지원 ※ 44개('03.)→74개('07.) • 치매조기검진사업 실시('07.) • 「노인장기요양보험법」 제정('07. 4.) • 노인장기요양보험보험 시범 사업 실시 	<ul style="list-style-type: none"> • 노인장기요양보험제도 시행('08. 7.) - 인정자 29만 명, 이용자 23만 명('09.) - 인정자 32만 명, 이용자 28만 명('10.) - 인정자 32만 명, 이용자 29만 명('11.) 	<ul style="list-style-type: none"> • 제1차 노인장기요양보험 기본계획 수립('12. 9.) - 4대분야 12개 중점과제추진 • 장기요양 등급체계 개편 - 3등급 인정기준 완화('13. 7.) - 5등급(치매특별등급) 신설('14. 7.) 	<ul style="list-style-type: none"> • 치매국가책임제 도입('17.9.) • 치매인프라 확충 - 치매안심센터 설치·운영 (전국 256개소 설치 완료 및 장석개소 ~'19.) - 치매전담형 요양시설 확충('18.~'22.) - 치매안심병원 지정('19. 47개소)

집필자 | 노인정책과장 양동교

분야	국민의 정부 (‘98.~’02.)	참여 정부 (‘03.~’07.)	이명박 정부 (‘08.~’12.)	박근혜 정부 (‘13.~’16.)	문재인 정부 (‘17.~’19.)
요양 · 건강 보장				<ul style="list-style-type: none"> 제3차 치매관리종합계획 수립(‘15. 12.) - 치매극복의날(‘13.~’16.) - 치매역학조사(‘16.) - 치매상담콜센터설치(‘13.) - 17개 시·도 광역치매센터 설치 	<ul style="list-style-type: none"> 의료비 지원 확대 <ul style="list-style-type: none"> - 중증치매환자 산정특례 적용(‘17.10.) ※ 본인부담금 20~60%→10% - 치매검진비용 건보적용(‘17.10.) ※ 신경인지검사(SNSB, CERAD-K, ‘17.10.)·영상검사(MRI, ‘18.1.) 장기요양보험 치매 서비스 확대 <ul style="list-style-type: none"> - 장기요양 인지지원등급 신설(‘18.1.) - 장기요양 본인부담 경감 확대(‘18.8.) ※ 건강보험료 순위 25% : 50 → 60% 경감 / 건강보험료 순위 25%~50% : 0 → 40% 경감 치매친화적 사회환경 조성 <ul style="list-style-type: none"> - 치매노인 실종예방 사업 추진 ※ 치매안심센터 지문 사전 등록 시행(‘18.3.), 실종 예방인식표 발급 - 치매안심마을 조성 시범사업(‘17~’18) 및 전국 확대(‘19) - 치매공공후견사업 실시(‘18.9.) 및 전국 확대(‘19)
		<ul style="list-style-type: none"> - 제1차 : ‘05. 7.~’06. 3. - 제2차 : ‘06. 4.~’07. 4. - 제3차 : ‘07. 5.~’08. 6. 	<ul style="list-style-type: none"> - 인정자 34만 명, 이용자 30만 명(‘12.) • 제1차 치매종합관리대책 수립(‘08. 9.) • 제2차 국가치매관리종합계획 수립(‘12. 9.) - 치매극복의날(‘08.~’12.) - 치매 유병률 조사(‘08. / ’12.) - 치매조기검진 보건소 전국 확대 - 70, 74세 건강검진 항목에 치매 포함(‘09.) - 공립치매병원 지원 : 신축 7개소, 증축 7개소(‘08.), 2개소(‘09.), 5개소(‘10.), 4개소(‘11.), 6개소(‘12.), 25개소(‘13.) 	<ul style="list-style-type: none"> - 공립요양병원 지원 : (‘13.)25개소, (‘14.)24개소, (‘15.)2개소, (‘16.)2개소 	<ul style="list-style-type: none"> - 공립요양병원 지원 : (‘17)50개소 (‘18)12개소 (‘19)6개소

분야	국민의 정부 (‘98.~’02.)	참여 정부 (‘03.~’07.)	이명박 정부 (‘08.~’12.)	박근혜 정부 (‘13.~’16.)	문재인 정부 (‘17.~’19.)
시설 보호	<ul style="list-style-type: none"> 전문요양시설 지속 지원 - 4개소(‘98.)→85개소(‘02.) ※ 요양시설: - 75개소(‘98.)→171개소(‘02.) 	<ul style="list-style-type: none"> ‘03년부터 노인요양시설 매 년 100개소씩 확충 - 231개(‘03.)→647개(‘07.) 	<ul style="list-style-type: none"> 양로시설 확충 지원 - 27개소(‘10.)→167개소(‘11.) →35개소(‘12.) 노인요양시설 확충 지원 - 534개소(‘08.)→420개소(‘09.)→231개소(‘10.)→232개소(‘11.)→232개소(‘12.) 		<ul style="list-style-type: none"> ‘18년부터 공립 치매전담형 노인요양시설 130개소 추가 확충 - 210개소(‘17.)→340개(‘22.)
재가 복지	<ul style="list-style-type: none"> 재가노인 식사배달사업(‘00.) 	<ul style="list-style-type: none"> 노인돌봄미바우처사업(‘07. 5.) 독거노인생활지도사 파견(‘07. 6.) 	<ul style="list-style-type: none"> 노인돌봄서비스 통합(‘09.) - 독거노인생활지도사 파견 사업과 노인돌봄미 바우처 사업 노인재가시설 확충 지원 507개(‘08.)→100개(‘09.)→22개(‘10.)→16개(‘11.)→7개(‘12.) 장기요양보험제도의 방문 요양, 주간 보호, 단기 보호, 방문목욕 서비스 시작(‘08.) 	<ul style="list-style-type: none"> 노인돌봄서비스 지속 지원 - 노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스(바우처) 사업 - 독거노인 응급안전알림 서비스 시행(‘13) 	
경로 효친 및 권익 증진	<ul style="list-style-type: none"> 수도권 전철 50%→100% 할인 확대 무궁화호 30% 할인(‘97. 8.) 	<ul style="list-style-type: none"> 노인학대예방센터(노인보호 전문 기관) 설치(‘06.) - 중앙(1개소), 지방(17개소) 	<ul style="list-style-type: none"> 노인보호전문기관 확대 - 21개소(‘09.)→25개소(‘12.) 효행장려 및 지원에 관한 법률 시행(‘08. 8.) ‘장사법’ 개정: 자연장 제도 도입(‘08. 5.) 	<ul style="list-style-type: none"> 노인보호전문기관 확대 - 25개소(‘13.)→27개소(‘14.)→29개소(‘16.) 	<ul style="list-style-type: none"> 노인보호전문기관 확대 - 21개소(‘17.)→32개소(‘18.)→34개소(‘19)

주 : 기초연금 및 국민연금금 제5장에서 별도 기술

2. 노인복지정책 향후 계획

우리나라의 2019년도 노인인구는 769만 명으로 전체 인구의 14.9%에 이른다. 2000년에 노인인구가 전체 인구의 7.2%(339만 명)로 고령화사회에 도달한 이후 급속하게 고령인구가 증가하여 2017년에는 전체 인구의 14.2%(712만 명)에 이르는 고령사회에 진입하였고, 2025년에는 20.3%(1,051만 명)에 이르는 초고령사회로 진입할 것으로 예측된다.

급격한 고령화는 노인의 퇴직 후 수입 감소로 인한 빈곤, 노화에 따른 질병, 역할 상실에 따른 무위, 고독과 소외를 초래하며, 이는 필연적으로 노인보건복지정책의 변화를 요구한다. 이러한 정책 변화 수요에 대응하여 그간 정부는 국민연금 개선, 기초연금과 노인장기요양보험 제도의 도입, 노인일자리의 확대, 독거노인 등 취약노인 안전 및 보호 강화, 치매 대책의 추진 등 기본 적인 노인보건복지정책의 틀을 지속적으로 갖추어 왔다.

앞으로도 노인들이 사회의 일원으로 삶을 주도하며 당당한 노년을 누릴 수 있도록 안전·안부 확인, 돌봄서비스 제공 및 노후 소득 보장, 건강 보장, 사회 참여 확대 등 다양한 정책을 추진할 예정이다.

첫째, 노인일자리는 다양한 노인의 활동 욕구를 반영하고, 급속한 인구 노령화로 늘어나는 노인계층에게 보다 많은 사업 참여 기회를 제공하기 위해 매년 일자리 수를 늘리고 있다. 2022년까지 80만 개 일자리를 창출할 계획이며, 노인의 사회 참여 활성화와 일자리 참여 만족도 향상을 위해 사회기여도가 높은 프로그램을 개발·보급하고자 노력하고 있다.

둘째, 노인장기요양보험의 성공적인 출발을 토대로 장기요양 보장성 확대 및 수준 향상을 통하여 내실화를 기하고자 한다.

셋째, 2012년 2월 「치매관리법」이 시행되고 중앙치매센터(2012년), 광역치매센터(2013~2016년) 및 치매상담콜센터(2013년)를 설치하였다. 2015년 12월 제3차 국가치매관리종합계획(2016~2020)을 수립하여 중앙·권역·지역 단위로 구성된 국가치매관리체계를 구축하고 치매 관리사업을 확대 추진하여 치매 예방과 관리는 물론 치매노인 가족에 대한 지원 정책도 확대해 나갈 것이다. 특히, 2017년 9월 ‘치매 국가책임제’ 추진을 선포하여, 치매환자와 가족의 부담을 국가가 책임지고 경감하기 위한 체감도 높은 정책을 추진하고 있다.

넷째, 독거노인에 대한 사회안전망 강화와 내실화를 기하고, 노인학대 예방 및 학대피해 노인에 대한 보호 대책을 마련하여 취약노인에 대한 안전 및 보호를 강화하고자 한다.

다섯째, 경로당과 노인복지관 등을 통해 노인을 대상으로 하는 각종 여가활동프로그램을 활성화하고, 전문 분야 노인인력의 사회 참여 활동을 지원하여 노인의 사회 참여를 도모해 나갈 계획이다.

여섯째, 「장사시설의 수급에 관한 종합 계획」을 수립·추진하여 장사관리시스템을 획기적으로 개선하고, 2008년에 도입된 자연장제도가 건전하게 정착될 수 있도록 정책적 노력을 지속적으로 기울여 나갈 것이다. 또한, 국민들에게 장례서비스의 질을 높이고, 장례식장 내에서 특정 장례용품의 구입·사용을 강요하는 행위를 근절하기 위하여 2016년부터 기존 자유업에서 시설·설비·안전기준 등의 규정을 갖추어 신고하도록 하였다.

|표 2-4-27| 주요 노인보건복지사업

구 분	지원 서비스
노후 소득 보장	<ul style="list-style-type: none"> • 국민연금 개선 • 기초연금 지급 • 맞춤형 노인일자리 제공
건강 보장	<ul style="list-style-type: none"> • 노인장기요양보험 보장성 확대 및 서비스 품질 제고 • 치매 검진 및 치료·관리 • 노인 건강 운동 • 노인 안검진 및 개안 수술 • 노인 무릎관절수술 지원
사회 참여 확대	<ul style="list-style-type: none"> • 노인 자원봉사 활성화 • 노인 여가 활동 지원 등
사회서비스 제공 등	<ul style="list-style-type: none"> • 노인돌봄서비스 • 노인 안전·안부 확인 서비스 • 노인학대 상담 서비스 • 장사 인프라 확충 및 품위 있는 장사문화 창출 등

II 노인 사회 활동 참여

1. 주요 내용

2019년도에 노인일자리사업은 크게 공공형과 민간형으로 분류하던 이전의 사업체계에서 사회서비스형이라는 새로운 사업유형이 시작되었으며, 사회활동과 소득보장이라는 두 가지 목표를 취하고 있으며, 이러한 목표는 참여자인 노인들의 욕구에 부합하고 있다. 「2019년 노인일자리 및 사회활동 실태조사」 결과에 따르면, 노인이 사업에 참여하는 동기는 생계비 마련(54.1%), 용돈마련(20.1%), 건강유지의 수단(8.8%), 사회참여 및 관계형성(5.9%) 등 다양하게

나타난다. 베이비붐세대는 현재 노인세대에 비해 건강, 교육수준, 경제적 조건에서 양호할 뿐만 아니라 적극적으로 경제활동에 참여할 의지를 보여주고 있다. 이런 신노년세대의 특성을 고려해 소득보장을 위한 목적이 아니더라도 노인일자리에 참여할 수 있는 기회를 확장시킬 필요가 있다. 2019년도에는 노인의 경력과 활동역량을 고려해 사회서비스 영역에 필요한 서비스를 제공하는 ‘사회서비스형 일자리’를 처음 시행하였다. 사회서비스형 사업은 참여노인의 인적 구성의 변화와 좋은 일자리 창출을 위한 대안으로, 2019년도에 3만 7천개 일자리 실적을 발판으로 지속 확대할 계획이다.

사회활동 영역의 공공형 일자리는 일정한 참여기간, 사회적 기여, 최소한의 금전적 보상을 하는 시민서비스(civic service)에 가까운 유형으로, 전체 사업의 80% 이상을 차지하며, 매년 참여를 원하는 노인들이 증가하고 있는 상황이다. 공공형 일자리는 취약노인의 보조적 소득보장 역할도 하면서 공공의 영역에서의 활동을 통해 사회적 가치창출에도 기여하고 있다. 민간형 일자리는 재정지원에서 벗어나, 노인의 소득보전과 자립을 지향한다. 전체 노인일자리의 약 15%를 차지하고 있는 민간형 일자리에선 시장형사업단, 취업알선형, 시니어인턴십, 고령자 친화기업 등이 있으며, 세부사업별로 정책목표 달성을 위한 다양한 지원책과 관리체계를 통해 지원하고 있다. 민간형 일자리의 수행기관이나 기업에 보조금을 지원하는 인턴지원금, 채용 지원금, 장기 취업유지금, 위탁운영비, 채용성공보수, 기업설립 지원을 통해 직간접적으로 노인에게 일자리의 기회와 취업 가능성을 제고 하였다. 또한 질적 관리체계를 강화하는 차원에서 시장형 사업의 전반적인 구조조정을 통해 사업의 혁신을 기하고, 취업형 일자리의 관리 효율성과 정책성고를 개선하기 위해 기존 인력파견형과 취업지원사업을 통합하여 취업알선 기능 체계화를 위해 노력 중이다.

[표 2-4-28] 2019년 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 실적 현황

(단위: 개)

구 분		목 표		성 과	
		사업량	비 율	사업량	목표대비 달성률
합 계		637,179	100%	684,177	107.5%
공공형	공익활동	468,242	73.5%	504,206	107.7%
	재능나눔	47,400	7.4%	47,367	99.9%
사회서비스형		20,000	3.1%	23,548	117.7%
민간형	시장형사업단	58,837	9.2%	66,972	113.8%
	인력파견형	26,550	4.2%	27,718	104.4%
	시니어인턴십	8,900	1.4%	7,349	82.6%
	고령자친화기업	2,250	0.4%	1,344	59.7%
	기업연계형	5,000	0.8%	5,673	113.5%

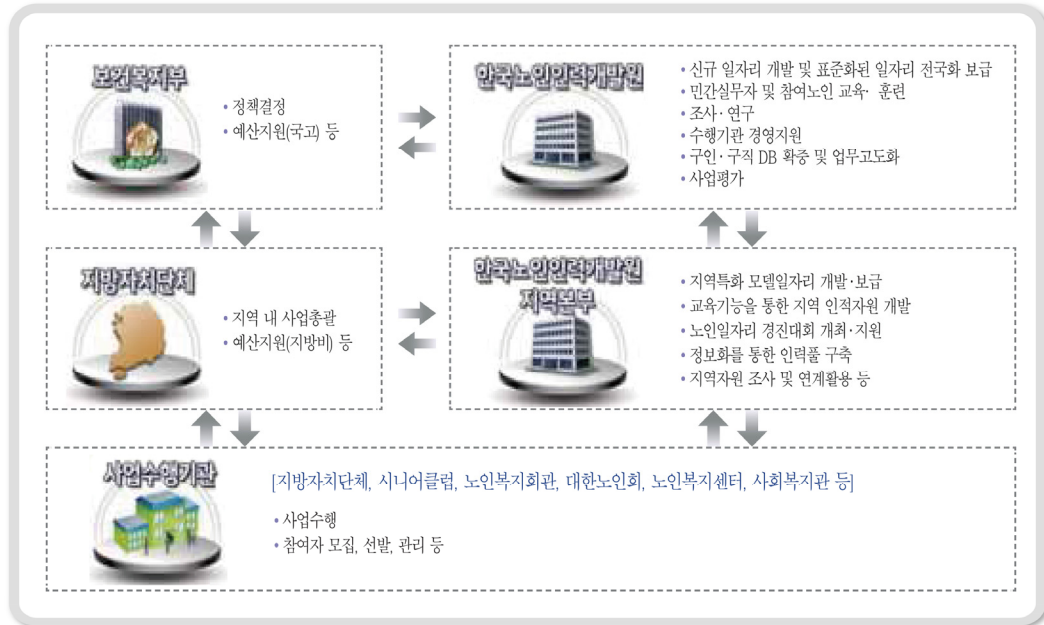
[표 2-4-29] 2019년 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 유형 및 내용

유 형		내 용	지 원	대 상
공공 형	공익 활동	노노케어, 취약계층 지원, 공공시설 봉사, 경륜전수 활동 등	월27만	기초연금 수급자
	재능 나눔	노인의 전문자격·경력을 활용한 노인 권익증진 활동	월10만 / 6개월	만 65세 이상
사회서비스형		취약계층 지원시설 및 돌봄시설 등 사회적 도움이 필요한 영역에 서비스 제공	월 59.4만 원 /10개월	기초연금 수급자
민간 형	시장형 사업단	실버카페, 반찬가게 등 제품 제조·판매, 서비스 제공 등 사업을 통해 수익 창출	연 230만 원 사업비	만 60세 이상
	인력 파견형	가사·간병인, 경비원, 지역일손 도우미 등 수요처에 파견 지원	연 15만 원 사업비	
	시니어 인턴십	기업에 인턴기회(3개월) 제공 후 계속 고용 유도	연 최대 240만 원/ 6개월(3+3개월)	
	고령자 친화기업	노인 적합업종 분야 내 노인 다수 고용기업 설립 또는 우수 고용기업 지원	최대 3억 원 사업비	
	기업 연계형	기업이 적합한 노인일자리 창출하고 유지하는데 필요한 직·간접비용을 지원하여 노인 고용 확대 도모	연 최대 250만 원 사업비 (설비 등)	

2. 제도 개선 사항

노인일자리 프로그램에 대한 질적 개선이 필요하다는 지적에 따라 사회기여도가 높은 프로그램을 사회서비스형 일자리로 신설하여 더 많은 참여 수당(월 60시간·65만 원)을 보장하는 양질의 일자리로 전환하고자 노력하였다. 2019년에는 사회서비스형 일자리 2만개 창출을 추진하였다. 또한, 그간 노인일자리 사업 수행기관 신청대상을 중앙정부 및 지방자치단체에 등록된 비영리 단체 또는 기관으로 제한하였으나, 사회적 경제조직까지 수행기관으로 지정될 수 있도록 허용하여 노인일자리 사업 수행기관 유형 확대 및 다양화를 모색하였다. 노인일자리 수요를 반영한 일자리수 증가에 대비해 참여자 주도형, 사회적 경제조직 등 새로운 공급체계로의 변화를 모색할 계획이다. 또한 노인일자리통합지원센터 구축과 60+ 교육센터 역할 및 기능 확대를 통해 상담, 교육훈련 및 취업지원, 사례관리 등 통합적 서비스지원이 가능한 수요자 중심의 전달체계를 구현할 예정이다.

[그림 2-4-11] 노인일자리 및 사회활동 지원 사업 추진체계



노인일자리 및 사회활동 성과평가 연구결과^{*}에 따르면, 노인일자리사업은 그간 제도의 변화를 통해 사업의 안정적 운영과 노인 및 지역사회의 욕구에 대응하는 제도의 모습을 갖추어 실제적인 노인 문제 및 노인의 욕구를 충족시키는 수단으로 기능함을 알 수 있다. 2004년 대비 약 10배의 사업 확대를 통해 보다 많은 노인들이 사업에 참여함으로써 소득보충을 통한 생활의 어려움 해소와 건강증진으로 인한 의료비 지출의 감소는 빈곤 감소에 도움이 되는 수단으로 작용할 수 있으며, 이를 통한 간접적인 측면의 비용감소까지 고려한다면 사회적 비용의 절감에 더 큰 기여를 할 수 있는 것으로 나타났다.

^{*} 출처 : 서울대 산학협력단, 2016

또한, ‘2017년 노인일자리 정책 효과 분석결과’^{*}에서는, 노인일자리 참여 전 상대적 빈곤율이 82.6%에서 사업 참여 후 79.28%로 3.32%p 감소했으며, 참여 노인이 미참여 노인에 비해 의료비 지출이 848,749원으로 감소한 것으로 나타났다. 또한, 참여 노인이 미참여 노인에 비해 우울수준은 3.193점 감소, 자아존중감은 0.222점, 삶의 만족도는 0.377점으로 높아졌으며 노인일자리 전체 비용편익비는 1.65로 “1”보다 큰 비용편익비를 보이는 것으로 나타났다.

^{*} 출처 : 한국보건사회연구원, 2017

3. 대한노인회 취업지원센터 운영

근로능력이 있는 지역사회 노인 대상 구직상담 및 알선 등 취업연계를 통해 노인의 소득보장 및 사회적 관계증진 등 안정된 노후생활에 도움을 주는 서비스를 제공하고 있다.

2004년부터 대한노인회 전국조직을 통하여 본부 및 시도 광역센터, 시군구 취업지원센터를 설치·운영(194개소)중으로, 민간 노동시장에 적극적으로 참여를 희망하는 만 60세이상 노인에게 수요처를 개발하여 맞춤형 일자리를 연계하고 있다.

2019년 12월 31일 현재 28,031명의 일자리를 창출하였으며, 2020년부터는 취업알선형(인력파견형사업과 통합)으로 추진하여 구직자와 구인처 모두에게 맞춤형 일자리를 제공하기 위한 노력을 지속해 나갈 계획이다.

4. 노인자원봉사 활성화

노령전문인의 지식과 경험, 재능 등을 활용하기 위해 2007년부터 전문 노인자원봉사 프로그램을 운영·지원하고 있으며, 2007년부터 한국노인종합복지관협회, 2011년부터 대한노인회 노인 자원봉사회지원센터를 통해 노인자원봉사클럽(봉사단)을 조직·운영하여 노인의 적극적인 사회 참여 기회를 제공하고 있다.

노인자원봉사는 시설봉사, 환경보호, 교통정리 등 단순 노력봉사 활동 외에도 전문적인 노인 자원봉사활동 개발을 통해 자원봉사 프로그램의 질적 제고에 기여하고 있다. 그간의 비전문, 친목성격의 봉사클럽(봉사단) 운영을 축소하고, 노인 주도적인 사회 기여형 클럽을 확대하여 노인의 사회참여 내실화를 꾀할 계획이다. 2019년에는 1,700개의 자원봉사클럽, 222개의 봉사단, 35,441여 명의 노인이 자원봉사활동에 참여하였다.

Ⅲ 안전한 노후 생활

1. 독거노인 보호 확대

가. 노인돌봄기본서비스

노인돌봄기본서비스는 독거노인에 대한 생활실태 및 복지욕구를 파악하여 독거노인생활관리사가 요보호 독거노인을 주 1회 직접 방문하고, 주 2회 전화 통화를 통해 정기적인 안부 확인을 실시하는 사업이다. 또한 독거노인에게 필요한 생활교육, 복지서비스 자원을 발굴하고 연계하는 등의 서비스도 제공한다. 혹서기 및 혹한기의 경우에는 독거노인 보호 강화를 위해 기상특보발령지역에 대해 독거노인생활관리사가 일일 안전 확인을 실시하고, 민간 후원을 받아 냉·난방용품을 전달하기도 한다.

동 서비스는 독거노인의 안부 확인 및 일자리 창출을 위해 2007년 5월부터 시행되었다. 2007년 사업 도입 시에는 ‘독거노인생활지도사파견사업’이었으나, 2009년 노인돌보미 바우처 사업과 함께 노인돌봄서비스로 통합되어 ‘노인돌봄기본서비스’로 명칭이 변경되었다.

사업대상자는 주민등록상의 동거자 유무에 관계없이 실제로 혼자 살고 있는 65세 이상 노인으로 일상적 위험에 매우 취약하여 정기적인 안전 확인이 필요한 경우, 사업수행기관에서 신청자의 생활환경을 고려하여 보호가 필요한 순으로 선정한다. 다만, 노인돌봄종합서비스, 노인장기요양보험, 국가보훈처 보훈재가복지서비스 등의 정부 제공 및 지자체 자체 제공 재가 서비스를 받고 있는 경우 대상에서 제외된다.

[표 2-4-30] 노인돌봄기본서비스사업

구 분	보호 인원	제공 인력
2019	29.5만 명	총 11,800명 생활관리사 11,269명 서비스 관리자 531명

나. 독거노인응급안전알림서비스

독거노인응급안전알림서비스는 건강 상태가 취약한 홀로 사는 어르신들을 대상으로 댁내 화재·가스·활동감지기 및 응급호출장비를 설치하여 위급상황 발생 시 이를 알리고 119 및 지역센터 응급관리요원과 연계한 신속한 구조 등을 지원하여 독거노인의 생명과 신체를 보호하는 사업이다.

동 서비스는 2013년부터 본격적으로 시행되어, 2019년에는 8만 8천여 가구가 서비스 수혜를 받고 있다. 2019년 응급상황 대응 실적은 총 8,143건으로 화재 1,792건, 가스 누출 66건, 응급호출 177건, 응급통화 6,408건에 이른다.

[표 2-4-31] 응급상황 대응 실적

(단위 : 건)

연도	합계	응급상황			
		화재	가스	응급호출	응급통화*
2017	5,922	1,526	70	4,356	
2018	7,870	1,795	52	159	5,864
2019	8,143	1,792	66	177	6,408

* 2018년부터 응급통화와 응급호출 건수 분리 관리

읍·면·동 주민센터를 통해서 서비스 신청이 가능하며, 대상자는 65세 이상 독거노인 중 보호가 필요한 치매 또는 치매 고위험자, 노인장기요양서비스(재가) 및 방문보건서비스 이용자 등 건강 취약자, 기타 지방자치단체에서 인정하는 자 가운데서 선정된다.

다. 독거노인 사회관계활성화 지원사업

독거노인 사회관계활성화(친구만들기) 지원사업은 사회 관계가 취약한 독거노인의 고독사·자살 등의 예방을 위해 도시와 농촌의 특성을 고려한 ‘맞춤형 독거노인 자립생활지원’의 일환으로 2014년 첫 시범사업이 시작되었다.

도시형의 경우 보건복지부 주관으로 고독사·자살 고위험군의 독거노인을 대상으로 독거노인 끼리의 모임을 구성하여 사회 관계를 촉진할 수 있도록 독거노인에게 친구를 만들어 주는 자조모임을 운영·지원하고 있다. 농촌형의 경우 농림수산식품부 주관으로 독거노인들이 경로당·마을회관 등을 개조하여 함께 모여 살 수 있는 공동생활홈을 구축하도록 지원하고 있다.

전국 도시 지역(도농복합지역 포함)은 노인복지관 등에서 독거노인 사회관계활성화(친구만들기) 지원사업을 수행하고 있으며, 2019년의 경우 은둔형 독거노인 350명, 활동제한형 독거노인 854명, 우울형 자살위험군 독거노인 3,597명 등 총 4,801명의 사업대상자를 발굴·지원하였다.

독거노인 사회관계활성화(친구만들기) 프로그램 진행이 완료된 독거노인을 대상으로 고독감, 우울, 자살 생각 등에 대해 사전·사후 검사를 진행한 결과, 모두 유의미하게 감소된 것으로 나와, 노인인구 증가에 대비하여 독거노인 사회관계망 구축을 더욱 확대할 예정이다.

라. 독거노인사랑잇기사업

독거노인사랑잇기사업은 공공기관과 민간기업, 일반 자원봉사자가 서로 연계하고 협력하는 자원봉사사업으로 사랑잇는전화, 마음잇는봉사로 구분한다. 사랑잇는전화는 홀로 사는 어르신에게 자원봉사자들이 주기적으로 전화를 드려 안부를 확인하고 말벗도 해드리는 자원봉사활동이며, 마음잇는봉사는 자원봉사자가 결연을 맺은 독거노인가정을 직접 방문하여 보살펴 드리고 후원금·후원물품을 전달하는 자원봉사활동이다.

매년 만 65세 이상 독거노인의 가정을 직접 방문하여 주거 상태, 이웃(가족)과의 왕래 빈도, 식사 횟수, 건강 상태 등을 사전 조사한 후 종합적으로 판단하여 선정되는 노인돌봄 기본서비스 대상자 및 예비 대상자가 서비스를 제공받을 수 있다.

독거노인사랑잇기사업은 2011년에 시작되었으며, 참여 공공기관, 민간기업 및 단체가 꾸준히 증가하여 122개소의 민·관 기업 및 단체가 MOU 체결을 진행하였고, 2019년 한 해 동안 사랑잇는전화로 83,986명, 마음잇는봉사로 445,548명의 독거노인에게 따뜻한 마음을 전달하였다.

2. 노인학대 예방

가. 노인보호전문기관 설치·운영

노인보호전문기관은 2004년 노인복지법 개정으로 법적 기반을 마련하고, 노인의 인권 보호와 노인학대 예방을 위해 노력해 오고 있다. 지난 15년 간 노인보호전문기관의 활동으로 노인학대에 대한 사회적 인식이 높아지고, 노인복지법의 개정으로 노인학대 예방 조치가 강화되어 왔다.

현재 전국에 중앙노인보호전문기관 1개소, 16개 광역시·도에 34개 지역노인보호전문기관과 학대피해노인전용쉼터 17개소가 운영되고 있다.(2019년에 지역노인보호전문기관 2개소를 증설) 노인보호전문기관은 노인학대 신고 접수부터 현장 조사, 학대피해노인 및 가족에 대한 통합적 지원, 노인학대 예방 교육 및 홍보, 학대피해 노인을 지원하기 위한 지역사회 네트워크 구축 등 학대받는 노인의 인권 향상을 위해 지속적인 활동을 펼치고 있다.

나. 노인학대 현황

2019년 한 해 동안 전국 34개 지역노인보호전문기관을 통해 총 16,071건의 노인학대가 신고되었다. 이는 전년(15,582건) 대비 3.8% 증가한 것이며, 이중 노인학대 사례로 판정된 건수는 총 5,243건으로 전년(5,188건) 대비 1.1% 증가하였다.

[표 2-4-32] 연도별 신고 접수 건수

(단위 : 건,%)

구 분	'08.	'09.	'10.	'11.	'12.	'13.	'14.	'15.	'16.	'17.	'18.	'19.
일반사례 ¹⁾	2,885	3,485	4,435	5,162	5,916	6,642	7,037	8,087	7,729	8,687	10,294	10,828
	(54.9)	(56.6)	(59.1)	(60.0)	(63.3)	(65.4)	(66.6)	(67.9)	(64.4)	(65.3)	(66.5)	(67.4)
증감	19.3	20.8	27.3	16.4	14.6	12.3	5.9	14.9	-4.4	12.4	18.5	5.2
학대사례	2,369	2,674	3,068	3,441	3,424	3,520	3,532	3,818	4,280	4,622	5,188	5,243
	(45.1)	(43.4)	(40.1)	(40.0)	(36.7)	(34.6)	(33.4)	(32.1)	(35.6)	(34.7)	(33.5)	(32.6)
증감율	2.5	12.9	14.7	12.2	-0.5	2.8	0.3	8.1	12.1	8.0	12.2	1.1
전체사례	5,254	6,159	7,503	8,603	9,340	10,162	10,569	11,905	12,009	13,309	15,482	16,071
증감율	11.1	17.2	21.8	14.7	8.6	8.8	4.0	12.6	0.9	10.8	16.3	16.3

주 : 1) 일반 사례 : 노인보호전문기관에 신고 접수된 사례 중 단순 정보 제공의 경우와 현장 조사 등에 따라 학대 사례가 아닌 것으로 판정된 경우

※ 출처 : 보건복지부, 중앙노인보호전문기관, 「2019년 노인학대 현황보고서」

최근 3년간 학대 사례 평균 증감률은 7.1%를 보이고 있다. 그간 노인학대 신고 및 학대건수는 매년 증가추세를 보이고 있는데, 그 이유는 노인보호전문기관의 지속적 확충, 신고의무자 직군 확대* 등을 통해 은폐되었던 노인학대 사례의 신고·접수가 증가했기 때문으로 보인다.

* 신고의무자 직군 추가(3개) : 국민건강보험공단 소속 요양직 직원, 지역보건의료기관의 장과 종사자, 노인복지시설 설치 및 관리 업무 담당 공무원

노인학대 발생 장소는 가정내 학대가 4,450건(84.9%)으로 가장 높은 비율을 보이고 있으며, 특히, 재학대 사례(500건)의 경우는 가정 내에서 발생하는 비율이 97.8%로 가장 높게 나타났다. 또한, “자녀 및 타인 등에 의해 노인의 동의 없이 금융 재산을 가로 채거나 임의로 사용”하는 등의 경제적 학대도 전년(381건)대비 11.8%(426건) 증가하였다.

* 재학대 사례 : 노인보호전문기관에 신고접수되어 종결되었던 사례 중 다시 학대가 발생하여 신고된 사례

** 재학대 추이 : 229건('15년) → 500건('19년), 118.3% 증가

** 노인학대사례 중 84.9%가 가정내 학대이고, 그 외 생활시설(9.3%), 이용시설(2.5%) 등에서 발생

또한, 「노인복지법」 제39조의6에 따른 노인학대 신고의무자에 의한 신고는 2019년 학대사례 5,243건 중 877건으로, 전체 학대사례 신고 접수 건수에서 신고의무자에 의한 신고 건수는 16.7%로 낮은 편으로 나타났다.

이에, 노인학대 조기발견 및 가정내 방지를 위해 사례관리 종료 후 학대피해노인 가정에 사후관리 상담원(LCS, Life Care Supports) 파견 확대 추진, 노인학대예방 및 노인인권교육 강화 등 노력을 지속적으로 전개해 나갈 계획이다.

[표 2-4-33] 연도별 노인학대 신고자 유형

(단위 : 건, %)

구분	'07.	'08.	'09.	'10.	'11.	'12.	'13.	'14.	'15.	'16.	'17.	'18.	'19.
신고의무자	324	409	498	682	716	573	645	709	707	751	635	767	877
	14.0	17.3	18.6	22.2	20.8	16.7	18.3	20.1	18.5	17.5	13.7	14.8	16.7
비신고 의무자	1,988	1,960	2,176	2,386	2,725	2,851	2,875	2,823	3,111	3,529	3,987	4,421	4,366
	86.0	82.7	81.4	77.8	79.2	83.3	81.7	79.9	81.5	82.5	86.3	85.2	83.3
전체	2,312	2,369	2,674	3,068	3,441	3,424	3,520	3,532	3,818	4,280	4,622	5,188	5,243

N 편안한 노후 생활

1. 치매 국가책임제 추진

65세 이상 노인인구의 약 10.3%인 79만 명 정도(19. 기준)가 치매노인으로 추정되고 있으며, 이 비율은 노인인구 증가에 따라 지속적으로 늘어날 것이다. 치매는 치매노인 본인은 물론, 가족들에게 정신적, 육체적, 경제적으로 심각한 부담을 초래한다. 이로 인해 개인과 가족의 삶의 질이 저하되는 것은 물론이고, 치매로 인한 의료비가 2조 3,370억 원(2018년 건강보험 의료비)에 달하는 등 공식·비공식 의료 비용을 포함한 사회·경제적 비용이 증가하여 국가 재정에도 큰 부담으로 작용하고 있다.

[표 2-4-34] 치매노인 현황 및 전망(추계)

(단위: 만 명, %)

구 분	'16.	'17.	'18.	'19.	'20.	'30.	'40.	'50.
65세 이상 인구 수	676	708	738	769	813	1,296	1,712	1,881
65세 이상 치매노인 수	66	70	75	79	84	137	218	303
치매 유병률(%)	9.73	9.95	10.15	10.28	10.29	10.56	12.71	16.09

※ 출처: 「2016 치매역학조사」(중앙치매센터)

이에 따라, 정부는 2011년 8월에 「치매관리법」을 제정하고, 2008년 제1차, 2012년 제2차 및 2015년에 제3차 국가치매관리종합계획(2016~2020)을 수립하여 추진하는 등 국가 차원의 체계적인 치매관리정책을 추진해왔다.

전국 보건소에서 무료로 치매선별검사를 실시하였고(10.~), 치매 의심자로서 일정 소득기준(기준 중위소득 120%) 충족 시 정밀검사비를 지원, 치매환자로 등록 시에는 치매 진료비 및 약제비(월 3만원 한도)를 지원해왔다.

중앙치매센터, 치매상담콜센터(☎1899-9988), 17개 시도 광역치매센터 등 기본 인프라를 확충(13.~16.)하는 한편, '치매 예방'에도 초점을 맞추어 치매예방수칙 333, 치매예방운동법, 치매예방실천지수를 개발·확산(14.~)하였으며, 매년 '치매 극복의 날(9. 21.)'에 기념행사를 개최하여 치매와 더불어 살아가는 사회적 분위기 조성에도 노력해왔다.

✎ 집필자 | 노인정책과장 양동교, 노인자원과장 박기준, 요양보험운영과장 박민정, 치매정책과장 유보영

특히, 문재인정부에서는 2017년 9월 ‘치매 국가책임제’ 추진을 선포하여, 치매환자와 가족의 부담을 국가가 책임지고 경감하기 위한 체감도 높은 정책을 추진하고 있다.

2017년 12월부터 전국 256개 보건소에 치매안심센터를 확충하여 치매 예방부터 검진, 상담, 등록관리, 서비스 연계 및 가족지원 등 치매환자와 가족에게 치매에 관한 원스톱 서비스를 지원하고 있다.

2018년 1월부터는 장기요양 ‘인지지원등급’을 신설·시행하여, 그간 신체기능이 양호하여 장기요양 등급 판정에서 탈락했던 경증치매환자도 인지서비스 등 장기요양서비스를 이용할 수 있게 되었다.

치매환자와 가족에게 큰 부담으로 작용했던 의료비를 경감하기 위하여 2017년 10월부터 중증치매질환자(26개 질환)에 산정특례를 적용하여 의료비 본인부담률을 최대 60% 수준에서 10%로 인하하였다. 또한, 고가의 비급여 검사였던 치매진단에 필요한 신경인지검사와 치매 의심환자에 대한 MRI(자기공명영상) 검사 비용도 2018년부터 건강보험에서 지원하고 있다.

의료비 외에 요양비 부담도 낮추기 위하여 「노인장기요양보험법」을 개정하여 2018년 8월 급여이용부터 장기요양 본인부담 경감을 확대 시행했다. 기존 경감대상인 건강보험료 순위 약 25% 이하자에는 경감률을 50%에서 60%로 확대 적용했고, 건강보험료 순위 25%~50% 이하자도 경감대상에 포함하여 경감률을 40%로 적용했다.

이상행동증상이 심한 중증치매환자를 집중 치료하기 위하여 전국 공립요양병원을 중심으로 치매전문병동을 확충 중이며, 치매전문병동을 설치한 공립요양병원 중 치매 전문 의료인력을 갖춘 병원을 2019년부터 치매안심병원으로 지정하고 있다. 또한, 치매전담형 주야간보호시설 및 요양시설도 2018년부터 단계적으로 확충하고 있다.

치매환자 실종예방을 위하여 지문등 사전등록을 치매안심센터에서도 지원하고, 치매앱의 위치추적 기능을 강화하는 한편, 2017년부터 3개 읍면동에 시범사업으로 실시해오던 치매안심 마을 조성사업을 2019년부터 전국 지자체로 확대하여 치매 친화적 환경을 조성하고자 하였다. 2018년 9월부터는 의사결정능력이 취약한 치매환자가 자력으로 후견인을 선임하기 어려운 경우 지방자치단체 장이 후견인의 선임 및 활동을 지원하는 성년후견 이용지원제도를 시행하고 있다. 이와 같이 치매가 있어도 안심하고 살아갈 수 있는 환경을 조성하기 위하여 향후에도 지속적으로 노력할 계획이다.

2. 노인돌봄종합서비스 및 단기가사서비스 제공

노인돌봄종합서비스는 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인에게 가사·활동 지원 또는 주간보호서비스를 제공하여 안정된 노후생활 보장 및 가족의 사회·경제적 활동 기반을 조성할 목적으로 2007년 시행되어 노인장기요양보험제도와 더불어 공적 노인장기 요양서비스로 자리잡고 있다.

만 65세 이상의 노인(단기가사의 경우 독거노인 또는 고령(만 75세 이상) 부부노인가구) 중 가구 소득, 건강 상태 등을 고려하여 돌봄서비스가 필요한 노인들을 대상으로 서비스를 제공하며, 소득 수준과 이용 시간에 따른 차별적 본인부담금과 지방정부지원금이 전자바우처 형식으로 사회보장정보원에 예치·지불·관리되고 있다.

제공되는 서비스유형은 방문서비스, 주간보호서비스, 단기가사서비스가 있으며, 사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률에 따라 시·군·구에 등록된 제공 기관에서 서비스가 제공된다.

[표 2-4-35] 노인돌봄종합서비스 유형별 내용

유형	대상자	서비스 내용	비고
방문 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 연령 : 만 65세 이상 건강 기준 : 노인장기요양 등급 외 A,B 소득 기준 : 가구 소득이 기준 중위 소득 160% 이하 ※ 시·군·구청장 인정자 건강 기준 : 장애 1~3등급 또는 중증질환자 	식사, 세면 도움, 옷 갈아 입히기, 신체 기능의 유지·증진, 화장실 이용 도움, 외출 동행, 생필품 구매, 청소·세탁 등	목욕보조서비스는 보호자가 동의하는 경우에만 가능 의료인이 행하는 의료·조산·간호 등의 의료서비스 제공은 불가
주간보호 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 소득 기준 : 차상위 계층 이하 	심신기능회복서비스(여가, 물리 치료·작업치료·언어치료 등의 기능 훈련), 급식 및 목욕, 노인 가족에 대한 교육 및 상담 등	
단기가사 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 연령 : 만 65세 이상 독거노인 또는 고령(부부 모두 만 75세 이상)의 부부노인가구 건강 기준 : 최근 2개월 이내 골절(관절증, 척추병증 포함) 진단 또는 중증질환 수술자로 최근 2개월 이내 의사진단서(소견서) 또는 입퇴원확인서, 수술확인서 중 1개 제출 소득 기준 : 가구 소득이 기준 중위소득 160% 이하 	식사 도움, 옷 갈아 입히기, 외출 동행, 취사, 생활필수품 구매, 청소, 세탁 등	

노인돌봄종합서비스는 노인장기요양보험의 보험재정 등의 한계로 대상에서 제외된 돌봄이 필요한 자를 대상으로 운영되고 있다. 노인인구의 급속한 증가에 따른 노인장기요양보험의 재정적 부담으로 인해 대상자가 서비스를 받지 못하는 사례를 방지하기 위해 향후 예방적 차원의 돌봄서비스 제공과 관리 방안도 마련할 예정이다.

[표 2-4-36] 노인돌봄종합서비스 이용자 현황

(단위 : 명)

구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
이용자 수	37,728	37,271	42,282	46,759	43,428	44,293	47,686	49,512	47,607

3. 노인복지시설

가. 노인복지시설의 종류

노인복지시설은 노인장기요양보험제도 도입으로 「노인복지법」이 개정('07. 8. 3.)되면서 기존 제도가 개편되었다. 주거 및 의료복지시설의 무료·실비·유료의 구분을 없애고 노인주거 복지시설의 노인공동생활가정과 노인의료복지시설의 노인요양공동생활가정을 신설하여 2008년부터 시행되고 있다.

[표 2-4-37] 노인복지시설 종류

분 류	시설 종류		
노인주거복지시설	• 양로시설	• 노인공동생활가정	• 노인복지주택
노인의료복지시설	• 노인요양시설	• 노인요양공동생활가정	
노인여가복지시설	• 노인복지관	• 경로당	• 노인교실
재가노인복지시설	• 방문요양서비스 • 방문목욕서비스	• 주·야간보호서비스 • 재가지원서비스	• 단기보호서비스

나. 노인여가복지시설 지원

최근 산업 구조의 변화, 사회 가치와 구조의 변화 속에서 노인인구의 급속한 증가를 경험하면서, 기존의 저소득층 노인과 건강하지 않은 노인 중심의 선별적이고 일방적인 사회복지시스템으로는 노인이 가지고 있는 다양한 욕구를 해결하는 데 한계가 있었다.

따라서 건강한 노인과 건강하지 않은 노인, 저소득층 노인과 중산층 이상의 노인들의 서로 다른 복지 욕구에 대해 다양하고 전문적이며 개별적인 정책적 접근을 필요로 한다. 이러한 관점에서 노인복지서비스의 방향도 저소득층 노인에게서 일반 노인을 대상으로 하는 보편적 복지로 체계 및 인식 전환을 하고 있다. 이런 의미에서 노인여가문화를 활성화시키는 지원이 필요하다.

정부에서는 노인들이 활기찬 노후 생활을 보낼 수 있도록 다양한 여가 활동을 지원하여 노인들의 사회 활동 참여 욕구를 충족시키고 노후 생활을 보람 있게 보내도록 하고 있다.

지역사회의 대표적인 노인여가복지시설인 경로당은 2019년 말 기준으로 67,024개소가 설치·운영되고 있다. 2006년부터는 경로당을 대상으로 시행되고 있는 다양한 프로그램 및 서비스들이 전국 모든 경로당에 누락 없이 지원될 수 있도록 지역사회 내의 프로그램과 서비스를 연계·조정·지원할 수 있는 경로당 순회프로그램 관리자를 배치하여 운영하고 있으며, 시·도에 경로당 광역지원센터를 두어 이용자 맞춤형 프로그램 발굴과 보급 등 운영을 지원하고 있다.

또한, 경로당은 학대피해노인을 발굴·신고하는 학대노인지킴이센터로 지정되어 지역사회 학대예방체계 구축의 역할도 수행하고 있다.

[표 2-4-38] 2019년 노인여가복지시설 현황

(단위: 개소)

구 분	경로당	노인복지관	노인교실
시설 수	67,024	391	1,329

노인복지관은 2019년 말 기준 391개소가 설치·운영되고 있으나, 노인인구가 급증하면서 노인들의 다양한 여가 욕구를 충족시키기 위해 지속적인 시설 신축이 필요하다. 2005년부터는 노인복지관 신축 및 운영이 지방이양사업으로 운영되고 있으며, 노인복지관은 다양한 계층의 노인들이 이용하는 만큼 평생교육·취미여가·건강생활지원사업, 노인상담·정서 및 사회생활 지원사업, 위기·독거노인지원사업 등 이용자 특성에 적합한 맞춤형 프로그램을 개발·보급하여 운영함으로써 앞으로 더욱 많은 노인들이 이용할 것으로 기대된다.

노인교실은 일반적으로 ‘노인대학’, ‘노인교실’, ‘노인학교’ 등의 다양한 명칭으로 통용되고 있으며, 2019년 말 기준 전국적으로 1,329개소가 설치·운영되고 있다.

노인복지관, 경로당, 노인교실 등의 노인여가복지시설이 전국적으로 운영되고 있지만 우리나라 노인들은 외국에 비해 주로 집안에서 소극적인 여가 활동을 하고 있다. 정부에서는 노인들이 창조적이고 적극적으로 여가를 보낼 수 있도록 관계 부처와 협업하여 프로그램을 개발·보급하고, 이용 어르신의 특성과 규모 변화에 따른 서비스 제공을 통해 노인복지관과 경로당이 활성화될 수 있는 다각적인 방안을 마련하고자 노력하고 있다(2005년부터 지방이양사업으로 전환).

다. 노인 주거복지시설 지원

도시화·핵가족화·여성의 사회 참여 증가로 전통적인 가정의 노인부양기능이 약화되고 있다. 이제 노인 문제는 전통적으로 견지해 온 가족에 의한 노인부양에만 맡겨둘 수 없으며, 지역사회와 국가가 적극적으로 이들을 보호·지원해야 한다.

2019년 12월 말 기준 382개소의 노인주거복지시설이 운영되고 있으며, 이중 양로시설 232개소, 노인공동생활가정 115개소, 노인복지주택이 35개소를 차지하고 있다.

향후, 경제적으로 여유가 있어 자녀에게 의존하지 않으려는 베이비부머세대가 은퇴하면서 기존의 기초수급자 위주의 보호시설(양로시설, 노인공동생활가정)에서 중산층을 위한 다양한 공급방안을 모색하여 노인들의 주거 안정화를 도모할 계획이다.

[표 2-4-39] 2019년 노인주거복지시설 현황

○ 양로시설 및 노인공동생활가정

(단위 : 개, 명)

구 분	계	양로시설	노인공동생활가정
시설 수	347	232	115
입소 정원	13,990	13,036	954
입소 인원	8,950	8,340	610

○ 노인복지주택

(단위 : 개, 세대)

구 분	계	노인복지주택		
		분양	임대	혼합
시설 수	35			
사업 승인	7,684	3,885	2,507	1,292
운영 현황	6,837	3,519	2,104	1,214

V 노인장기요양보험제도

1. 노인장기요양보험 개요

가. 노인장기요양보험제도의 도입 및 추진 경과

급속한 고령화의 진전으로 노령, 치매·중풍 등으로 장기요양을 필요로 하는 노인 수는 늘어나고 있지만, 핵가족화 및 여성의 사회참여 증가 등에 따라 가족에 의한 간병은 약화되었다. 반면, 그간의 노인복지서비스체계는 저소득층을 기반으로 한 공급자 중심의 제한적으로 제공되는 공공부조방식을 유지함으로써 중산, 서민층 가정이 이용할 수 있는 요양서비스 체계가 절대적으로 부족하고 한편, 노인의료비는 급증하고 있는 상태였다.

이러한 문제의식에서 고령화 초기에 공적노인요양보장체계를 확립하여 국민의 노후불안을 해소하고 노인요양가정의 부양부담을 경감하고자, 일반국민을 대상으로 수요자 선택권 중심의 전문적이고 다양한 서비스를 제공하는 제5의 사회보험제도로 노인장기요양보험이 도입되었다.

노인요양보장문제가 직접 논의된 시기는 의약분업실시로 건강보험재정의 안정대책을 수립하는 과정 중인 2000년으로 그 해 「노인장기요양보호정책기획단」을 발족시키고, 2001년 2월에 노인장기요양보호종합대책의 수립과 함께 동년 8월 15일 고령화시대에 대비한 노인요양보장제도 도입을 발표하였다.

2003년 3월 「공적노인요양보장추진기획단」을 설치하고, 2004년 「공적노인요양보장제도 실행위원회」 등을 구성·운영하여 노인요양보장제도 도입을 위한 방안 마련과 제도화 추진에 대한 논의가 있었다. 이를 바탕으로 2005년 5월 23일 당·정 협의를 통해 노인요양보장제도를 사회보험방식으로 도입하는 것을 골자로 한 「노인요양보장제도 기본안」을 확정하게 되었다.

이후 수차례에 걸친 부처협의, 공청회 등을 통하여 2006년 2월 16일 정부는 「노인수발법」안을 국회에 제출하였다. 동 법안은 2007년 2월 5일 법안심사소위원회의 심사를 거쳐 같은 해 2월 22일에 보건복지위원회의 전체회의에 상정·의결되었다.

이때 그동안 사용하여 왔던 정부안의 법안 명칭이 「노인수발보험법」에서 「노인장기요양보험법」으로 변경되었다. 「노인장기요양보험법」은 2007년 4월 2일 국회 본회의에서 만장 일치로 통과된 후, 같은 해 4월 17일 국무회의 의결을 거쳐 4월 27일에 공포되었다.

나. 노인장기요양보험제도의 주요 내용

「노인장기요양보험법」의 주요 내용을 살펴보면 첫째, 제도의 적용대상은 전 국민이며, 장기요양 신청대상자는 65세 이상 노인과 65세 미만이라도 노인성질환을 가진 국민으로 6개월 이상 혼자 일상생활이 어려운 자로서 장기요양등급판정위원회에서 등급판정을 받은 국민으로 하였다.

둘째, 장기요양등급판정은 1차적으로 건강보험공단의 조사요원이 방문조사를 통해 파악한 기능상태(5영역 52개 항목) 결과를 수형분석도에 적용하여 장기요양인정 여부 및 장기요양 등급을 산출하도록 하였다. 그 다음 등급판정위원회에서 1차 판정결과와 특기사항 및 의사 소견서, 기타 심의 참고자료 등을 종합하여 최종 결정을 하는 것으로 하였다.

셋째, 급여종류는 재가급여와 시설급여, 그리고 특별현금급여로 구분하였다. 재가급여는 요양보호사, 간호사 등이 수급자의 가정을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 서비스로 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 기타 재가급여(복지용구) 서비스가 있다. 시설급여는 수급자가 노인요양시설 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동지원 등의 서비스를 제공받는다. 이외에도 특별현금급여인 가족요양비 등이 포함되었다.

넷째, 노인장기요양보험에 필요한 재원은 장기요양보험료, 국가지원, 본인부담으로 구성된다. 장기요양보험료는 국민건강보험료액에 장기요양보험료율을 곱하여 산정하며, 장기요양보험료율은 장기요양위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정하도록 되어 있고, 국민건강보험료와 구분하여 통합 징수하되, 각각의 독립회계로 관리 운영하는 것으로 하였다. 국가지원은 장기요양보험료 예상 수입액의 20%와 의료급여수급권자 장기요양급여 비용부담(국가와 지자체 부담) 및 공무원·교원 등 장기요양보험료 국가부담을 내용으로 한다. 본인부담금은 본인도 급여비용 일부를 부담하는 제도로 시설급여는 20%, 재가급여는 15% 부담하도록 되어 있다. 단, 의료급여수급권자 중 국민기초생활수급권자는 전액무료이며, 그 외 기타 의료급여수급자와 보험료 순위 25%이하인 자는 60%를, 보험료 순위 25% 초과 50%이하인 자는 40%를 감경한다.

2. 노인장기요양보험 추진 실적 및 2020년 계획

가. 2019년 추진 실적

2019년 장기요양보험료율은 전년도보다 1.13%p 인상된 국민건강보험료액의 8.51%로 결정되었다. 이로 인해 총 수입은 7조4,977억 원, 지출 8조1,579억 원으로 당기수지 적자가 6,602억 원 발생하였다.

이에, 장기요양위원회('19.10.)에서는 최저임금인상(2.9%)에 따른 수가인상(2.74%)과 급속한 노인인구 증가 및 장기요양서비스 이용 증가 등을 감안하여, 장기요양보험의 지속가능성을 위해 2020년 장기요양보험료율을 1.74%p(8.51%→10.25%) 인상하는 것으로 합의 결정하였다.

[표 2-4-40] 노인장기요양보험 재정 운용 현황

(단위 : 억 원)

구 분		2017	2018	2019
총 재정	□ 수입	50,846	60,657	74,977
	- 요양보험료	32,328	38,474	48,506
	- 국고지원금	5,822	7,107	8,912
	- 의료급여 부담금	12,069	14,385	16,986
	- 기타수입	627	691	573
	□ 지출	54,139	66,758	81,579
	□ 당기수지	△3,293	△6,101	△6,602

[표 2-4-41] 최근 10년간 노인장기요양보험료(율) 현황

(단위 : 억 원)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
보험료율	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	7.38	8.51
세대별 월평균 보험료	4,584	5,132	5,476	5,696	5,909	6,120	6,375	6,581	7,600	9,191

주 : 사용자 부담금 제외 기준

그간 노인장기요양보험제도의 지속·발전가능성을 저해하는 장기요양기관의 불법·부당 행위에 대한 관리·감독을 지속적으로 강화해왔음에도, 장기요양기관 불법행위에 대한 국민적

관심 및 우려가 고조*됨에 따라 2019년에는 ‘장기요양기관 불법행위 대응방안’을 마련하고 대통령이 주재하는 반부패정책협의회에 안건으로 상정하여 대책을 논의(‘19.6.20.)하였다.

* (언론 보도) 1) 요양보호사가 서비스 제공 없이 태그만 찍고 요양급여를 타거나, 서비스 제공시간을 부풀려 청구 등 (‘18.10.31, 오마이뉴스), 2) “요양시설 4%만 조사했는데 착복액 ‘150억’”, 3) “시설장 딸을 요양보호사로 근무했다고 허위 청구” (‘19.5월, 한겨레 기획기사)

이러한 논의를 통해 장기요양기관의 공공성 제고를 위한 재무회계 투명성 강화 및 처벌·제재 규정 강화, 불법행위 관리 감독을 위한 인력·권한 강화 등을 추진하기로 하였다.

먼저, 장기요양기관 불법·위법 행위의 차단을 위해 위반기관(현지조사 거부, 부정청구) 대한 명단 공표를 의무화하고, 부정청구 가담 수급자에 대한 급여 제공 제한, 부정청구 기관에 대한 벌칙 규정 신설 등 제재·처벌을 강화하는 내용의「노인장기요양보험법」개정을 추진하여 보건복지위원회를 통과하였다(‘19.11.28.).

또한, 증가하는 장기요양기관 수에 비해 현지조사 전담인력(건보공단) 부족(‘18년 기준, 96명이 850개소 조사)으로 부정청구 등 적발에 한계가 있어, 기존 96명으로 21,000여개 기관을 관리하고 있던 것에 78명을 추가 증원하기로 관계부처 등과 협의를 완료하여 부정청구 적발 실효성 제고 및 조사 기관 수 확대 기반을 마련하였다.

불법·부정청구 개연성이 높은 기관 총 50개소(방문요양기관 30개소, 요양시설 20개소)를 대상으로 기획 현지조사를 실시하여 40개소에서 부당청구를 적발하였고 약 11억원의 부당이득금 환수 및 업무정지 등 행정처분을 진행 중에 있다. 이 중 부당청구 행위가 심각한 4개 기관에 대해서는 수사의뢰를 조치하였다.

2019년에는 노인장기요양보험제도 도입 이후 최초로 ‘장기요양 실태조사’를 실시하였다. 2015년 노인장기요양보험법 개정으로 ‘장기요양 실태조사’의 법적 근거가 마련되었고(법 제6조의2), 2016년 5월 동 조항이 시행된 이래 조사 내용구성 및 예산 마련 등 준비기간을 거쳐 2019년 최초로 실태조사가 실시된 것이다. 장기요양 실태조사는 향후 매 3년마다 실시될 예정이며 그 결과는 국가승인통계(제117104호)로서 전 국민에게 공표된다. 실태조사를 통해 생성된 데이터는 장기요양보험제도 만족도 향상과 장기요양서비스의 질적 개선 도모를 위한 근거자료로 활용될 것이다.

또한, 2019년에는 집에서 장기요양급여를 이용하시는 어르신들의 지역사회 생활을 지원하기 위해, 병원 등 외출 시에 휠체어 탑승가능 차량을 지원하는 이동지원서비스 시범사업 및 접근성이 좋은 주·야간보호기관에서 단기보호서비스도 이용할 수 있도록 하는 시범사업을 실시하였다. 이동지원 시범사업은 서울특별시택시운송사업조합과 MOU를 통해 서울시 내 장기요양 1~4등급 재가 어르신을 대상으로 5월부터 12월까지 약 7개월간 실시하였으며, 주·야간기관 단기보호 시범사업은 전국의 주야간보호기관 중 단기보호기관의 침실기준을 충족하고 야간 돌봄인력을 배치한 곳을 제공기관으로 선정하여 9월부터 12월까지 약 4개월간 실시하였다.

나. 2020년 향후 계획

고령화 사회로 진입하면서 급격히 증가된 수급자 수로 인해 장기요양보험 재정은 2016년 432억 원의 당기수지 적자가 발생한 이래 2019년 6,602억 원으로 적자규모가 크게 확대되었다. 이러한 재정적자 문제에 대응하여 장기요양위원회의 결정에 따라 불필요한 재정 누수를 막기 위해 도입 목적의 달성 여부, 급여 간 형평성, 중복 지출 여부 등을 점검하고 일부 가산 항목을 축소 또는 폐지를 추진할 예정이며, 국고지원금의 안정적 확보, 보험료를 조정 등을 추진해 나갈 계획이다. 이를 통해 장기요양 서비스가 지속될 수 있는 안정적인 재정기반을 마련하고자 한다.

부정청구 등에 대한 처벌강화를 위해 내년에는 올해 11월 보건복지위원회를 통과한 「노인장기요양보험법 일부개정안」이 국회 본회의를 통과하도록 노력할 것이며, 개정안이 통과되면 바로 법률의 원활한 시행을 위해 하위법령 개정을 추진할 예정이다. 하위법령 개정 시에는 법률에서 위임한 사항을 정하는 것 외에도, 거짓·부정한 방법으로 청구한 기관에 대해 3차 적발 시 지정취소하는 현행 행정처분 기준을 2차 적발 시 지정취소 할 수 있도록 하는 등 처분 강화조치를 추가할 계획이다.

장기요양기관 현지조사의 경우, 조사 전담인력이 증원됨에 따라 조사대상 기관 수를 확대(전년대비 약 2%)하고 FDS* 고도화를 통해 부당청구가 높은 유형을 중점 분석하여 기획조사 대상을 확대·적용하는 등 적발 실효성을 제고할 계획이다.

* 적정청구지원시스템(Fair Detection System) : 부당적발 사례를 바탕으로 부당청구 모형 개발 및 기관의 청구경향 분석, 부당청구를 감지하는 시스템

또한, 기존에 ‘실명’으로만 신고가 가능했던 부당청구 신고제도(건강보험공단 홈페이지 ‘부당청구 장기요양기관 신고하기’)를 ‘익명’으로도 신고할 수 있도록 개선하여 부당청구 신고를 보다 활성화할 계획이다.

2019년에 진행하였던 1차 이동지원 시범사업 및 1차 주야간 보호기관 내 단기보호 시범사업의 결과를 분석·평가하여 사업모형을 개선하고 사업수행기관을 대폭 확대하여 2차 시범사업을 시행할 예정이다. 연말에는 2차 시범사업 추진결과를 평가하고 그 결과에 따라 본 사업 도입 여부를 검토할 계획이다.

3. 노인장기요양보험제도의 성과

먼저, 제도의 혜택을 받는 노인들이 크게 증가하였다. 제도 시행 초기인 2008년도에는 대상자 수가 전체 노인인구의 약 4% 수준인 21만 명 정도였으나, 장기요양서비스에 대한 인지도 및 만족도 증가로 신청자 및 인정자가 지속적으로 증가하여 2019년 12월 말 현재 전체 노인인구의 9.6%인 77만 명이 제도의 혜택을 보게 됨으로써 제도 시행 이후 지속적으로 증가하고 있다.

[표 2-4-42] 장기요양보험 인정 현황

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
노인인구 (A)	5,086,195	5,286,383	5,448,984	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740	6,719,244	6,940,396	7,310,835	7,611,770	8,003,418
신청자	355,526	522,293	622,346	617,081	643,409	685,852	736,879	789,024	848,829	923,543	1,009,209	1,113,093
인정자 (B)	214,480	286,907	315,994	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752	519,850	585,287	670,810	772,206
비율 (B/A)	(4.2%)	(5.4%)	(5.8%)	(5.7%)	(5.8%)	(6.1%)	(6.6%)	(7.0%)	(7.5%)	(8.0%)	(8.81%)	(9.65%)

주 : 의료보장인구(건강보험 및 의료급여 가입자의 자격을 유지하고 있는 가입자)

또한, 2019년 12월 현재 장기요양기관 중 입소시설은 5,543개소, 재가기관은 19,410개소(기관기호 기준)가 운영 중에 있다.

노인장기요양보험제도는 제1·2차 장기요양 기본계획 수립·시행 등 지난 11년간 꾸준히 제도개선 추진해왔으며 이를 통해 보장성 확대, 서비스 질 향상, 공공성 강화를 실현하고 돌봄의 사회화를 구현하여 고령화시대의 사회안전망으로 자리매김하였다.

VI 건강한 노후 생활

1. 노인실명예방관리 및 무릎수술 지원

2003년부터 의료취약지 및 저소득층 노인에게 대한 정밀 안 검진을 실시하여 안질환의 조기 발견·적기 치료를 통해 실명을 예방하고 일상생활이 가능한 시력을 유지하도록 지원하고 있다. 검사 결과 안경이나 돋보기가 필요한 노인에게는 안경을 지원하고 있으며, 실명원인성 안질환인 백내장 등으로 수술이 필요한 노인에게는 수술비를 지원하여 의료비 부담을 줄여주고 있다.

특히, 노인들에게 눈 건강교육을 실시하여 안질환과 노안에 대한 인식 변화를 유도하는 한편, 안질환 및 노안으로 인하여 시력이 악화된 노인들을 대상으로 일상생활 적응을 지원하기 위한 재활프로그램을 실시하여 실명과 시각 장애의 심화를 예방하는 노력을 하고 있다. 노인 건강을 체계적으로 보장하기 위하여 대상자를 단계적으로 확대해 나갈 것이다.

[표 2-4-43] 2019년 노인 개안수술 실적

(단위: 명, 백만 원)

지원실적	예 산		
	계	수술비 등 사업비	인건비 및 운영비
8,321만(5,429명)	2,070	1,708	362

2015년부터는 무릎관절증으로 고통에 시달리고 있으나 경제적 이유로 수술을 받지 못하고 있는 저소득 노인을 대상으로 무릎인공관절수술비를 지원하여, 2019년에는 1,722명(2,549건)이 수술 지원을 받았다. 앞으로도 의료비 부담 경감 및 활력 있는 노후 생활을 위하여 지원 사업을 지속적으로 추진할 계획이다.

2. 노인운동지원사업

정부는 노인들에게 적합한 운동프로그램을 개발·보급하고 내실있는 건강교육을 실시함으로써 노인들의 신체 기능 저하를 예방하고 건강한 노후생활을 유지할 수 있도록 지원하고 있다. 규칙적인 운동은 어르신들의 질환 예방 및 증증화 지연에 큰 도움이 되기 때문에, 노인운동지원사업은 중장기적으로 급증하는 노인의료비를 절감하는데 기여할 것으로 기대된다.

대표적인 프로그램으로는 국민건강보험공단 건강백세운동교실이 있다. 2005년부터 실시된 이 사업은 2019년 전국의 4,274개 경로당, 노인복지관 등에 실력있는 운동 강사를 파견하여 약 8.5만여 명의 어르신들이 주 2회, 1시간 가량 규칙적으로 운동을 하도록 지원하고 있다. 이외에도 어르신들이 모여서 꾸준히 운동할 수 있도록 운동자조모임 구성을 지원하고 있으며, 지자체 보건소·노인복지관 등을 통해서도 노인운동프로그램을 제공하고 있다.

[표 2-4-44] 건강백세운동교실 연도별 운영 실적('15.~'19.)

(단위: 개소, 명)

구분	2015	2016	2017	2018	2019
시설 수	4,096	4,293	4,231	4,395	4,274
강습 횟수	270,337	253,378	245,885	259,754	257,893

Ⅶ 장사제도 및 경로우대제도

1. 장사제도

가. 개요

우리나라 장사제도는 광복 이후에도 일제의 제도를 그대로 유지해 오다가 1961년 공설묘지 및 공설화장시설 설치를 주요 내용으로 하는 「매장 및 묘지 등에 관한 법률」이 제정되었다. 1968년 「매장 및 묘지 등에 관한 법률」로 개정된 후, 1973년과 1981년 2차례 개정하였다.

현행 「장사 등에 관한 법률」은 2000년 1월 12일 명칭 개정과 함께 전면 개정된 후 2007년 5월 25일 전부 개정되어 2008년 5월 26일부터 시행하고 있다. 동 법률은 장사방법(매장· 화장· 개장)과 묘지· 화장시설· 봉안시설· 자연장지 및 장례식장의 설치· 조성 및 관리 등에 관한 사항, 장사시설 확충을 위한 장사시설의 수급에 관한 계획 수립 등을 규정함으로써 보건위생상의 위해를 방지하고 국토의 효율적 이용과 공공복리 증진에 이바지하는 것을 목적으로 하고 있다. 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 묘지 등 장사시설의 부족으로 인한 국민들의 불편을 해소하고 장사시설의 무분별한 설치로 인하여 자연환경이 훼손되는 문제점을 개선하기 위하여 자연장제도를 도입하였고, 이를 더욱 활성화하기 위하여 관련 규제를 완화하였다.

둘째, 화장에 대한 수요가 급격히 증가하고 있으나 화장시설은 지역주민들에게 혐오시설로 인식되고 있어 장사시설의 확충은 답보 상태이므로 지역주민의 수요를 충족시킬 수 있는 화장 시설을 갖추도록 화장시설 확보의무를 제도화하였다.

셋째, 국가 또는 지방자치단체가 아닌 자가 자연장지를 조성하는 경우에는 기존의 묘지와 같이 조성 허가를 받거나 신고하도록 하고, 산림 등의 훼손을 막기 위하여 자연장지에는 사망자 및 연고자의 이름 등을 기록한 표지와 편의시설 이외의 시설물 설치를 제한하였다.

넷째, 봉안묘의 급속한 확산에 따라 규모가 과한 봉안묘가 무분별하게 설치되어 자연경관이 훼손되고 있으므로 봉안묘의 높이는 70cm, 봉안묘 1기당 면적은 2㎡ 이하로 제한하였다.

다섯째, 공설장사시설의 사용료 및 관리비를 당해 지역의 주민과 다른 지역의 주민을 차등 부과할 수 있도록 하였다. 이는 지역주민의 납비현상으로 장사시설 설치가 점점 어려워지고 있어, 관내 지역주민에게는 사용료 경감혜택을 제공하여 지방자치단체의 장사시설 설치를 촉진할 수 있도록 하였다.

여섯째, 장사시설의 재해 예방과 시설물 관리 및 재해 복구를 위한 장사시설 관리금 적립 의무를 제도화하여, 해당 장사시설의 보존과 관리 등을 위한 용도로만 사용하게 하여 이용자의 안정적인 시설 이용에 기여할 수 있도록 하였다.

최근 「장사 등에 관한 법률」을 개정(법률 제16376호, '19. 4. 23. 공포)을 개정하였으며, 주요 내용은 다음과 같다.

우선, 신고 민원의 투명하고 신속한 처리와 일선 행정기관의 적극행정을 유도하기 위하여 매장 신고 등이 수리가 필요한 신고임을 명시하고('19. 7. 24. 시행), 무연고 사망자의 유류금품을 장례비용으로 충당할 수 있도록 하여 복지예산 집행의 효율성을 높이며, 장례지도사의 결격 사유를 합리적으로 조정하였다('19. 4. 23. 시행).

또한, 행정의 효율성을 높이기 위하여 실적이 저조한 보존묘지심사위원회를 폐지하고 관계 기관의 의견 조화와 관계 전문가의 자문을 거쳐 보존묘지 또는 보존분묘를 지정할 수 있도록 하고, 행정조사 대상자의 권익을 보호하기 위하여 행정조사의 실시요건을 구체화하였다('19. 7. 24. 시행).

나. 장사시설 현황 및 문제점

화장률은 그동안 장사문화 개선을 위한 시민단체와 정부의 노력에 힘입어 꾸준히 증가하고 있으며, 2018년 말 기준 화장률은 86.8%이다. 향후 1~2%의 증가율을 유지할 것으로 예상되나, 여전히 화장시설이 지역복지시설임에도 주민들이 기피시설로 인식하여 시설 설치를 반대하는 사례가 빈발하고 있어 이에 대한 대책 마련이 필요하다.

[표 2-4-45] 연도별 화장률 추이

(단위: %)

연도	'70.	'91.	'01.	'02.	'03.	'04.	'05.	'06.	'07.	'08.	'09.	'10.	'11.	'12.	'13.	'14.	'15.	'16.	'17.	'18.
화장률	10.7	17.8	38.5	42.5	46.4	49.2	52.6	56.5	58.9	61.9	65.0	67.5	71.1	74.0	76.9	79.2	80.8	82.7	84.6	86.8

전국 60개 화장시설의 47%가 1990년 이전에 설치된 시설로 노후화가 심해 연기·냄새·먼지 등의 환경문제 발생 소지가 있고 편의시설 부족 등으로 품격 있는 화장서비스의 제공이 어려운 실정으로 화장시설의 현대화 추진이 절실히 요구되고 있다.

2019년 12월 말 기준 화장시설은 60개소이며, 공설묘지는 338개소, 법인묘지는 175개소, 봉안시설은 2001년 「장사법」이 개정되면서 화장장려정책에 따라 급속하게 보급되어 공설 및 법인·종교단체 봉안당은 421개소이다.

2001년 「장사 등에 관한 법률」이 개정되면서 화장장려정책에 따라 급속하게 보급된 봉안시설이 과도한 석물 사용 등으로 오히려 자연환경을 훼손하는 문제가 발생하여 정부는 화장한 유골의 골분을 수목, 화초, 잔디 등의 밑이나 주변에 묻어 장사하는 친환경 자연장 제도를 도입·시행('08. 5.)하였다. 2019년 12월 말 기준 공설자연장지는 60개소에 이른다.

한편, 장사시설을 운영하는 자가 그 이용자에게 장사시설의 사용료, 임대료 및 장례용품에 대한 거래명세서를 발급하도록 의무화('18. 6.)하여 그 내역을 쉽게 확인할 수 있도록 하고, 거래명세서를 발급하지 않는 장사시설의 경우 시정명령 등의 행정처분이나 250만 원 이하의 과태료를 부과하도록 하였다.

이에 따라, 사용하지 않은 서비스나 물품까지 포함하여 총액으로 요금을 청구하는 것을 방지하여 장사시설 이용자의 피해를 예방할 것으로 기대된다.

2. 경로우대

가. 경로효친사상 양양

정부는 매년 5월 8일을 어버이날로 정하여 어버이 은혜에 감사하고 웃어른을 공경하는 기풍을 조성하며 우리의 전통적 미풍양속인 경로효친사상을 계승·발전시키기 위해 시·도, 시·군·구, 민간단체별로 자체 실정에 맞는 행사를 실시하고 있다.

1997년부터는 어버이날과는 별도로 매년 10월 2일을 「노인의 날」, 10월을 「경로의 달」로 지정하고 경로포상과 노인체육대회, 학술세미나 등 다양한 행사를 전개하여 노인에 대한 사회적인 관심 제고와 경로효친사상을 지속적으로 계승·발전시켜 나가고 있다.

이와 함께 부모를 극진히 봉양하고 웃어른을 공경하여 다른 사람의 모범이 되는 전국의 효행자와 노인복지사업에 업적이 많은 모범노인·단체 및 노인복지기여자를 발굴하여 2019년 까지 총 11,988명을 포상하였다. 이 중 효행자 등은 어버이날에, 노인복지 기여자는 노인의 날에 포상을 실시하고 있다.

또한, 2007년 8월 3일 「효행 장려 및 지원에 관한 법률」 제정('08. 8. 4. 시행)으로, 효행장려 및 지원을 보다 적극적으로 추진할 수 있는 기반이 구축되어, 현재 정부는 효문화를 학습하고 체험할 수 있는 '효문화진흥원' 설립 추진 등 효행 장려 풍토 조성 등을 위한 노력을 기울이고 있다. 이에 따라, 2017년에는 대전에 전시관, 체험관, 학습관으로 구성된 효문화진흥원을 설립 하여 사회적으로 효행 장려 분위기 조성과 효의 새로운 가치 창출을 추진하고 있다

[표 2-4-46] 효행자 및 노인복지 기여자 포상 실적

(단위 : 명)

구분	계	효행자 등					노인복지 기여자
		소계	효행자	장한 아버이	전통 모범가정	노인복지 기여단체 등	
계	11,988	7,846	6,330	647	356	513	4,142
1982~2000	6,152	4,817	4,186	333	298	-	1,335
2001	386	199	174	13	12	-	187
2002	350	179	150	14	15	-	171
2003	370	193	162	15	16	-	177
2004	370	182	152	15	15	-	188
2005	366	180	154	14	-	12	186
2006	367	218	147	15	-	56	149
2007	322	205	123	15	-	67	117
2008	313	181	126	15	-	40	132
2009	315	181	126	15	-	40	134
2010	315	181	114	15	-	52	134
2011	303	169	111	17	-	41	134
2012	293	155	93	15	-	47	138
2013	312	155	93	15	-	47	157
2014	306	161	97	15	-	49	145
2015	262	120	79	28	-	13	142
2016	264	130	81	30	-	19	134
2017	255	100	62	24	-	14	155
2018	189	74	52	14	-	8	115
2019	178	66	48	10		8	112

나. 경로우대제도

경로우대제도는 1980년 5월 8일 70세 이상 노인에 대하여 철도, 지하철, 고궁, 능원, 목욕, 이발, 시외버스, 사찰 등 8개 업종에 50% 할인을 시작으로 출발하였다. 현재 65세 이상의 노인을 대상으로 이용요금을 할인할 수 있는 공공시설(이하 '경로우대시설')의 종류와 그 할인율은 다음과 같다.

[표 2-4-47] 경로우대시설의 종류와 할인율

시설의 종류	할인율 (일반요금에 대한 백분율)
1. 철도 가. 새마을호, 무궁화호, KTX 나. 통근열차 다. 수도권 전철	100분의 30 100분의 50 100분의 100
2. 도시철도(도시철도 구간 안의 국유전기철도를 포함한다)	100분의 100
3. 고궁	100분의 100
4. 능원	100분의 100
5. 국·공립박물관	100분의 100
6. 국·공립공원	100분의 100
7. 국·공립미술관	100분의 100
8. 국·공립국악원	100분의 50 이상
9. 국가·지방자치단체 또는 국가나 지방자치단체가 출연하거나 경비를 지원하는 법인이 설치·운영하거나 그 운영을 위탁한 공연장	100분의 50

- 주 : 1) 철도 및 도시철도의 경우에는 운임에 한한다.
 2) 공연장의 경우에는 그 공연장의 운영자가 자체 기획한 공연의 관람료에 한한다.
 3) 새마을호의 경우 토요일과 공휴일에는 할인율을 적용하지 아니한다.

제5절 보육정책

I 개요

1. 보육정책의 추진방향

보육정책은 여성의 경제활동 증가와 우리나라가 심각하게 겪고 있는 초저출산 현상에 대응하기 위한 중요한 정책 중 하나이다. 보육은 개인적 차원의 문제가 아니라, 사회와 정부가 미래세대의 건강한 성장 발달을 지원하고, 양질의 인적자원을 양성하기 위해 함께 노력해 나가야 하는 분야이다.

‘영유아의 행복한 성장을 위해 함께 하는 사회’를 비전으로 ① 보육의 공공성 강화, ② 보육체계 개편, ③ 보육서비스 품질향상, ④ 부모 양육지원 확대의 4개 분야 14개 추진과제를 설정한 「제3차 중장기보육 기본계획(2018~2022)」을 2017년에 수립하였다. 양적으로는 국공립 어린이집에 대한 수요가 높으며, 질적으로는 어린이집의 충분한 이용시간 보장과 양질의 보육 서비스에 대한 요구가 높아지고 있는 상황을 반영하였다.

[그림 2-4-12] 제3차 중장기보육 기본계획 목표 및 전략

목 표 및 전 략	보육의 공공성 강화	보육 체계 개편
	1. 국공립 이용률 40%로 확대 2. 국공립 운영의 공공성 강화 3. 직장어린이집 활성화 4. 어린이집 운영의 건전성 제고	1. 어린이집 이용 및 지원체계 개선 2. 표준보육비용 산정 및 적정 보육료 지원 3. 보육과정 개편
	보육서비스 품질향상	부모 양육지원 확대
	1. 보육교사 전문성 강화 2. 보육교사 적정 처우 보장 3. 영유아 보육환경 개선 4. 상시적 품질관리 강화	1. 부모의 양육역량 강화 지원 2. 시간제 보육 서비스 확대 3. 취약보육 지원 개선

|표 2-4-48| 보육정책 연혁

기간	구 분	주요 내용
1921~1991	구빈적, 직장여성 지원을 위한 탁아사업	<ul style="list-style-type: none"> • 1921년 태화기독교사회관에서 저소득층 자녀 위주의 탁아사업 시작 • 1962년~1981년 「아동복지법」에 의해 보건복지부가 탁아관리 • 1982년 「유아교육진흥법」 제정으로 어린이집, 새마을협동유아원 및 농번기 탁아소를 새마을유아원으로 흡수·통합 • 1987년 고용노동부에서 「남녀고용평등법」에 따라 직장탁아제 도입
1991~2004	탁아에서 보육으로 발전	<ul style="list-style-type: none"> • 「영유아보육법」 제정('91.) : 보육시설의 조속한 확대, 아동의 건전한 보호·교육 및 보육자의 경제적 사회적 활동 지원 • 주관부처 일원화 : 보육사업 주관부처를 보건복지부로 일원화 • 설치 기준의 변천 : 법제정 당시('91. 1.)에는 인가제(가정보육시설만은 신고제)였으나, 1998년 7월 신고제로 완화하고 2004년 1월 인가제로 다시 강화
2004. 6.	보육업무 여성가족부로 이관	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부 보육과(1과)에서 1국(보육정책국) 3과(보육정책·재정·지원팀)로 개편
2004. 6. ~ 2008. 2.	참여정부의 육아지원정책	<ul style="list-style-type: none"> • (제1차 육아지원정책, '04. 6.) 고령화 및 미래사회위원회에서 “보육 및 육아교육 지원의 공공성 확대(공약 사항)”에 대한 대책 발표 <ul style="list-style-type: none"> - 육아 부담을 소득에 따라 50% 경감, 1년간 육아휴직 포함, 평가인증제 도입, 보육국가자격제도 시행 • (제2차 육아지원정책, '05. 5.) 고령화 및 미래사회위원회에서 “출산율 제고 및 여성경제활동 참가”에 대한 대책 발표 : 표준 보육료·교육비 산정, 영아기본보조금 시범 도입 • (새싹플랜, '06. 7.) 여성가족부에서 공보육 강화를 위한 제1차 중장기 보육계획인 새싹플랜('06.~'10.)을 발표 <ul style="list-style-type: none"> - 국공립시설 2010년까지 2배, 이용 아동 30% 수준까지 확충, 기본보조금 확대 지원, 차등보육료 평균 소득 130% 이하까지 확대('09.) • (새로마지플랜, '06. 8.) 저출산고령사회위원회에서 세계 최저의 저출산 문제 해결을 위해 새로마지플랜 2010을 발표 <ul style="list-style-type: none"> - 국공립 시설을 30% 확충, 영아기본보조금 도입, 차등보육료 확대, 만 5세 무상보육확대, 아동수당 도입 검토
2008. 3.	보건복지부로 이관	<ul style="list-style-type: none"> • (조직) 여성가족부의 보육정책국이 보건복지부의 보육정책관실로 이관
2008. 3. ~ 2013. 2.	이명박정부의 육아지원정책	<ul style="list-style-type: none"> • 아이사랑플랜('08. 12.) • 보육료 지원대상 확대(도시근로자 월평균소득 100% → 소득하위50%) ('09. 3.) • 양육수당 지급('10.) 및 대상 지속확대('10.~) • 보육료 지원 방식 변경에 따라 부모에게보육전자바우처(아이사랑카드) 지급('09. 9.)

기간	구 분	주요 내용
2013. 3. ~ 2017. 5	박근혜정부의 육아지원정책	<ul style="list-style-type: none"> • 제2차 중장기 보육계획('13. 12.) • 0~5세 영유아 전 계층 지원('13. 3.) • 0~83개월 전 계층 양육수당 지원('13. 3.) • 입소대기시스템 전산화 및 전국 확대시행('14. 4.) • 모든 어린이집에 CCTV 설치 의무화('15. 12.) • 직장어린이집 설치의무 미이행 사업장 이행 강제금 부과제도 실시('16. 1.) • 맞춤형보육 시행('16. 7.)
2017. 5 - 2022. 5	문재인정부의 육아지원정책	<ul style="list-style-type: none"> • 제3차 중장기 보육계획('17. 12.) • 국공립어린이집 확충('17. 373개소, '18. 574개소, '19. 654개소) • 보조교사 확대 지원('17. 1.9만 명, '18. 2.5만 명, '19. 4만 명) • 어린이집 평가(의무)제(법 개정 '18. 12., 시행 '19. 6.)

2. 보육정책 성과 및 계획

보육의 공공성 강화를 위해 국공립어린이집을 당초 목표(550개소)보다 19% 초과 달성한 654개소를 확충하였다. 기존 신축 방식 이외에 국공립 장기임차, 민간 어린이집 매입, 공동주택 어린이집 리모델링 등 다양한 확충방식을 활용하였으며, 신규 500세대 이상 공동주택에는 국공립어린이집 설치를 의무화한 영유아보육법 개정안 시행에 맞추어 하위법령을 개정하였다.

종일보육 내실화와 보육교사의 근로여건 개선을 위해 보육지원체계 개편 TF를 구성·운영('17. 9.~'18. 8.)하고, 정책토론회(8월), 부모 의견수렴 토론회(10월) 등을 거쳐 보육지원체계 개편의 기본방향을 마련하였다. 또한 보육정책 및 환경변화를 고려한 적정 보육료 지원을 위해 표준보육비용 산정을 실시하고, 표준보육비용 계측 주기(3년) 및 결정방법(중앙보육정책위원회 심의) 등을 영유아보육법 개정을 통해 제도화 하였다.

종일 아이들을 돌보느라 잠시 숨 돌릴 틈 없는 보육교사의 업무 부담을 덜어주기 위해 보조교사를 2019년 4만 명 배치하였고, 아파도 맘 편히 쉴 수 없는 보육교사를 대신 하는 대체교사를 2019년 2,736명 지원하였다.

어린이집 품질 관리 강화를 위해 신청에 의한 평가인증제를 전체 어린이집에 대한 평가(의무)제로 전환하고 한국보육진흥원을 법정기관화 하는 영유아보육법을 개정하였다. 평가방식을 서면 평가에서 관찰·면담 중심 비중을 높이고 평가지표도 아동의 안전, 인권을 중점적으로 평가토록 개선하였다.

부모의 양육 역량을 강화하고 지원을 확대하고자 신규 부모교육 프로그램을 개발하고 온라인 교육을 통해 접근성을 높였다. 종합적인 육아지원서비스를 제공하는 육아종합지원센터를 4개소 확충하였고, 2019년 육아종합지원센터 내 놀이체험실 60개소 확충 예산(30억)을 확보하였다. 또한 가정양육 가구의 일시적 돌봄 수요를 위한 시간제 보육 서비스 제공을 확대(335→372천 건, 11%↑)하였다.

2020년에는 ‘공공보육 이용률’ 40% 달성(22.3월)을 위해 국공립어린이집을 550개소 이상 확충하고, 보조교사 확충 등 보육교사의 근로환경 개선과 자격체계개편을 통해 우수 전문인력이 보육에 집중할 수 있는 환경을 조성하고자 한다. 또한, 표준보육비용을 반영하여 보육료를 현실화하고, 보육지원체계 개편 시범사업 등을 통해 적정 수준의 보육서비스가 제공될 수 있도록 기반을 마련할 예정이다. 전체 어린이집 대상으로 평가(의무)제를 시행하고 부정 신고·점검 전담 조직을 신설하여 보육서비스 품질관리를 강화해 나가고자 한다.

II 보육비용 지원 확대를 통한 부모 육아부담 경감

낮은 출산율 수준과 세계적으로 유례가 없는 빠른 속도의 고령화가 동시에 진행되는 상황 속에서 여성경제활동의 중요성이 부각되고 보육에 대한 수요는 비례적으로 늘어나고 있다.

한편, 생애주기별 인적자원 개발을 위한 투자 대비 효과성이 아동기가 가장 높다는 인식의 확산과 함께 자녀 양육을 가정·국가·사회가 공동으로 책임져야 한다는 국민 의식 증대로 보육료 지원 사업에 대한 국민적 기대가 매우 높은 상황이다. 이와 함께 보육료 지원을 통한 어린이집 이용 기회 증대가 저출산 문제의 핵심 대책으로 부각되고 있다.

이러한 정책 환경에 대응하여 정부는 부모의 양육부담 완화를 위해 어린이집 이용 만 0~5세 아동에 대하여 소득에 관계없이 보육료를 전 계층에 지원하고 있으며, 어린이집 이용 만 2세 이하 영아에게는 아이와 부모의 필요에 따른 다양한 보육서비스를 제공, 일·가정 양립, 아이와 부모의 애착관계 형성 등을 위해 맞춤형 보육을 시행하고 있다. 만 3~5세 취학 전 아동에게는 어린이집, 유치원 어디를 이용하든 수준 높고 균등한 교육을 받을 수 있도록 누리과정(어린이집-유치원 공통 보육·교육과정)을 지원하고 있다.

✎ 집필자 | 보육사업기획과장 홍승령

2020년 3월부터 보육시간을 기본보육시간과 연장보육시간으로 구분하고 연장보육시간에 별도 전담교사를 배치하는 보육지원체계 개편을 시행하여 기본보육 담임교사의 근무여건을 개선하고 부모가 어린이집에서 부담 없이 필요한 만큼 보육서비스를 이용할 수 있도록 지원할 예정이다.

또한, 장애아동의 특수성을 고려하여 아동 양육에 따른 보호자의 경제적 부담을 덜어 주고 장애아동의 어린이집 이용 기회 보장을 통한 조기 사회 통합을 위해 장애아 보육도 지원 중이다.

[표 2-4-49] 2019년 영유아 보육료 지원 단가

(단위 : 원)

구 분	지원 단가		장애아 보육료	비고
	종일반	맞춤반		
만 0세 보육료	454,000	354,000	462,000	
만 1세 보육료	400,000	311,000		
만 2세 보육료	331,000	258,000		
만 3~5세 보육료	220,000	-		

2019년 보육료 지원 예산은 7조 1,464억 원이며, 1,359천 명의 아동에게 보육료를 지원하였다.

[표 2-4-50] 연도별 보육료 지원 예산 현황¹⁾

(단위 : 억 원)

연도	계	국비	지방비	지방교육재정교부금 ²⁾
2017	68,637	32,349	15,418	20,875
2018	70,872	33,845	16,441	20,586
2019	71,464	34,052	16,887	20,525

주 : 1) 예산 현액(추경 포함) 기준

2) 지방교육재정교부금 중 어린이집 누리과정 지원 예산

[표 2-4-51] 2019년 보육료 지원 아동 현황(1,359천 명)

(단위 : 명)

합 계	만 0세	만 1세	만 2세	만 3세	만 4세	만 5세
1,359,475	126,216	294,242	376,041	240,429	173,715	148,832

※ 출처 : 보육통합시스템('19. 12. 말 기준), 보육 연령(반편성 연령) 기준

1. 만 0~2세 보육료 지원

만 0~2세 보육료 지원은 어린이집을 이용하고 있는 만 0~2세 아동에 대하여 지원되며, 2012년 3월부터 만 0~2세 영아는 소득 계층 구분 없이 보육료를 전 계층에 지원하여 부모의 양육부담 경감과 더불어 보육에 대한 국가 책임을 강화하였다.

2016년 7월부터는 맞벌이가정 등 장시간 어린이집 이용이 필요한 가구에게 필요한 만큼 충분한 보육서비스를 제공하여 일·가정 양립을 지원하고, 영아 시기 건강한 성장·발달을 지원하기 위해 가정 내 돌봄이 가능한 영아에게 적정 시간의 보육서비스를 지원하여 아이와 부모의 애착관계 형성을 돕는 맞춤형 보육을 시행하고 있다.

2019년 보육료 지원 단가(종일반 기준)는 만 0세 아동은 월 45만 4천 원, 만 1세 보육아동은 월 40만 원, 만 2세 보육아동은 월 33만 1천 원이다. 아울러, 정부에서 인건비를 지원받지 않는 민간·가정어린이집 등을 이용하는 영아에 대하여는 보육료 외 기본보육료(만 0세 월 48만 5천 원, 만 1세 월 26만 4천 원, 만 2세 월 17만 9천 원)를 어린이집에 추가적으로 지원하고 있다.

2. 만 3~5세 보육료 지원(누리과정 보육료 지원)

2011년 5월 누리과정 도입 발표 후 준비 기간을 거쳐, 2012년 3월부터 전체 만 5세아 공통 과정인 누리과정이 도입되었다. 이후 2013년 3월부터 만 3, 4세까지 확대·적용하면서 '3~5세 누리과정'은 유치원과 어린이집의 현행 체계를 그대로 유지한 채 유치원교육과정과 표준보육과정으로 이원화되어 있는 교육·보육과정을 통합하여 제공하고 있다. 누리과정은 '신체 운동·건강', '의사소통', '사회관계', '예술 경험', '자연 탐구'의 5개 영역을 중심으로 유아 주도적인 경험과 놀이중심의 통합 과정으로 제공되고 있다. 이는 2012년 7월 4일자로 고시되었다. 비용 지원은 지방교육재정교부금을 통해 부모의 소득수준에 관계없이 만 3~5세아 모두에게 22만 원씩 지원하고 있다.

이외에도 보육교사의 처우개선을 위하여 영아반 담임교사에게는 월 22만 원의 교사근무환경 개선비를 지원하고, 담임교사를 겸직하는 원장에게는 월 7만 5천 원의 수당을 지원하고 있으며, 3~5세 누리과정 담임교사에게는 월 33만 원의 누리과정 담임수당을 지급하고 있다. 또한,

보육교사의 연가 등 불가피한 사유로 인한 결원 시 보육서비스의 공백을 해소하기 위하여 어린이 집에 대체교사(19. 2,736명)를 지원하는 등 보육교사의 근무 여건 개선을 위하여 노력하고 있으며, 지속적으로 이를 확대·보강할 예정이다.

3. 장애아 보육료 지원

장애아 보육료는 부모의 소득 수준과 아동의 장애등급과 무관하게 장애인 복지카드(등록증)를 소지한 미취학 만 12세 이하 장애아동을 지원하는 것이 원칙이나, 예외적으로 장애아가 부득이하게 취학유예, 재학 중 교육받을 의무를 유예한 경우에도 가능하다. 또한, 장애인복지카드(등록증)가 없는 영유아는 장애소견이 있는 의사 진단서(만 5세 이하)나, 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제15조에 따라 특수교육 대상자로 선정되어 ‘특수교육 대상자 진단·평가 결과 통지서’(만 8세 이하)를 제출한 경우에 지원한다.

장애아 보육서비스의 질 제고를 위해서 교사 대비 아동 비율(1 : 3)을 준수하고 장애아 전담 보육교사 또는 특수교사를 배치한 어린이집을 이용할 경우 월 46만 2천 원을 지원하고, 그 밖의 어린이집을 이용하는 장애아는 해당 반별 보육료(시·도지사가 정한 보육료) 상한액을 지원한다.

4. 가정양육수당 지원

정부는 가정에서 아동을 양육하는 부모의 양육부담을 경감하고 어린이집 등 보육시설 이용 아동과의 형평성을 제고하기 위하여, 2009년 7월부터 가정양육수당지원제도를 도입하여 지원하고 있다. 2011년부터는 지원 연령을 기존의 24개월 미만에서 36개월 미만으로 확대하고, 지원 금액 역시 월 10만 원에서 월 10~20만 원으로 인상하였다. 2012년에는 장애아동 양육수당을 도입하여 어린이집을 미이용하는 등록장애아동에 대해 취학 전까지 소득 수준과 무관하게 양육수당을 지원하고 있다.

한편, 2013년 3월부터는 보육료나 유아학비 또는 종일제돌봄서비스를 지원받지 않고 가정에서 양육하는 만 84개월 미만 취학 전 전 계층 아동에게 소득 수준과 관계없이 양육수당을 지원함으로써 양육에 대한 국가 책임을 점차 강화시켜 나가고 있다. 또한, 2019년 1월부터 보육료·

유아학비와 동일하게 양육수당의 지원기간을 만 86개월 미만 취학 전 아동까지 확대하여 시설 이용 아동과의 형평성을 제고하였다.

[표 2-4-52] 2019년도 양육수당 지원 아동 현황

(단위 : 명)

연령별	12개월 미만	24개월 미만	36개월 미만	48개월 미만	60개월 미만	72개월 미만	86개월 미만	합계
지원 아동	269,362	203,769	66,223	31,442	27,913	29,534	30,207	658,450

[표 2-4-53] 연도별 가정양육수당 지원 예산 현황

(단위 : 억 원)

구 분	2018			2019		
	계	국비	지방비	계	국비	지방비
가정양육수당 지원	14,966	9,405	4,807	13,561	8,923	4,638

주 : 예산현액(추경 및 전용 포함) 기준

Ⅲ 보육서비스 인프라 확충

1. 국공립어린이집 확충 및 환경 개선

2019년 말 국공립어린이집이 전체 어린이집에서 차지하는 비중은 11.6%이고, 국공립어린이집을 이용하는 영유아는 전체 이용 아동의 17% 수준이다.

[표 2-4-54] 어린이집 유형별 시설 수 및 이용 아동 수

('19. 12. 기준, 단위 : 개소, 명, %)

구분	계	국공립	법인	민간보육			협동	가정	직장
				소계	법인·단체 등	개인			
시설 수	37,371 (100.0)	4,324 (11.6)	1,343 (3.6)	13,275 (35.5)	707 (1.9)	12,568 (33.6)	159 (0.4)	17,117 (45.8)	1,153 (3.1)
아동 수	1,365,085 (100.0)	232,123 (17.0)	86,775 (6.4)	702,644 (51.4)	38,538 (2.8)	664,106 (48.6)	4,121 (0.3)	273,399 (20.0)	66,023 (4.8)

집필자 | 공공보육TF팀장 백경순

이에 정부는 보육 인프라의 공공성 제고와 취약 지역의 보육 수요 충족을 위하여 국공립 어린이집 확충을 지속적으로 추진하고 있다. 2017년 당초 국공립어린이집을 180개소 확충할 계획이었으나 추경예산에 180개소를 추가 편성하여 총 360개소로 확충 목표를 확대 설정하고 총 373개소를 선정·지원하였다. 2018년에는 450개소 확충을 목표로 총 574개소를 선정·지원하였다. 2019년에는 550개소 확충을 목표로 총 654개소를 선정·지원하였다.

또한, 2019년에는 500세대 신규 공동주택 의무화에 따른 하위법령 정비를 추진하였다. 그리고 민관협력(하나금융 MOU)을 통한 확충 비용 지속 지원, 신축·매입 국비 지원한도 인상(4.61억 원 → 8.99억 원), 생활SOC 복합화 사업 추진 등으로 지자체의 재정 부담을 완화하기 위해 노력하였다.

아울러, 오래 되고 협소한 어린이집에 안전하고 쾌적한 보육서비스 제공을 위한 환경 조성으로 보육 서비스의 질을 높이기 위하여 2019년에 노후된 어린이집에 대한 증개축(29개소), 개보수(579개소), 장비비(375개소) 등 환경 개선을 지원하였다.

특히, 증개축, 개보수 등 국고보조금이 지원되지 않고 재정 여건이 열악한 민간어린이집의 환경 개선 및 시설 이전을 위해 2010년부터 공공자금 관리기금을 이용하여 저리로 용자지원 사업을 추진하고 있다. 2019년 말까지 총 1,855개소에 507억 원을 용자 지원하였다.

앞으로도 정부에서는 저소득층 주민 밀집 주거 지역, 농어촌 지역 등 취약 지역을 중심으로 국공립어린이집을 설치할 것이며, 신축 외에도 기존 시설 활용 및 민간시설 매입 등 다양한 확충 방식을 지속적으로 추진할 계획이다.

2. 직장어린이집 활성화

0~5세 모든 어린이를 대상으로 무상보육을 시행하고, 출산과 일·가정 양립을 지원하는 사회적 분위기가 확산되는 등 보육환경이 크게 변화되고 있다. 부모는 믿고 맡길 수 있는 어린이집 및 보육의 품질에 더 큰 기대를 갖게 되었으며, 기업도 직장어린이집 설치에 대한 관심이 높아졌다. 하지만, 이러한 높은 관심에도 불구하고 기업의 직장어린이집 설치·운영비 부담으로 설치율은 낮은 상황이었다.

이에, 정부는 「일과 가정의 양립을 위한 직장어린이집 활성화 방안」(관계부처 합동, '13. 6.)을 마련하여 설치 기준 개선 등 직장어린이집 설치의 장애 요인은 해소하고, 중소기업에 대한 설치·운영비 지원을 확대하여 부모의 만족도가 높은 직장어린이집 설치 활성화를 도모하였다.

이러한 노력의 결과 전체 직장어린이집 수도 1,153개소로 전년('18. 기준 1,111개소) 대비 3.8%p 증가하고, 전체 어린이집 대비 직장어린이집 이용아동 비율도 4.8%로 전년('18. 기준 4.4%) 대비 0.4%p 상승하였다.

육아정책연구소를 통해 직장어린이집 설치 의무이행 현황 실태조사('19. 1.~ 5.) 결과에 따르면 전체 직장어린이집 설치 의무 사업장 1,389개소 중 의무를 이행하고 있는 사업장은 1,252개소(90.1%)이며, 미이행 사업장은 142개소(9.9%)이다.

2019년 직장어린이집 설치의무 이행률은 90.2%로 전년('18. 기준 90.1%)에 이어 2년 연속 90%를 넘어선 것으로 나타났다.

2016년 이후 지속적으로 직장어린이집 설치 이행률이 제고된 것은 「제3차 저출산·고령사회 기본 계획」에 따른 범정부 차원의 일·가정 양립을 강조하는 사회적 분위기 조성결과 함께, 2016년 1월 1일부터 미이행 사업장에 대한 지방자치단체의 이행명령 및 이행강제금 부과 등 직접적 조치가 시행된 결과로 파악된다.

직장어린이집 직접 설치 활성화를 위한 대책으로 설치 기준 개선, 운영 비용 지원 확대 등 직장어린이집 설치 장애 요인 해소 및 이행강제금부과제도를 지자체와 협력하여 지속 시행함으로써 사업장의 직장어린이집 설치 의무 이행을 독려할 예정이다.

[표 2-4-55] 직장어린이집 설치 의무이행 현황

(단위 : 개소, %)

구분	의무 사업장	의무 이행 사업장				미이행 사업장
		계	설치	수당	위탁	
2013. 12.	1,074	877	534	242	101	197
	100.0	81.7	49.7	22.5	9.4	18.3
2014. 12.	1,204	903	635	175	93	301
	100.0	75.0	52.8	14.5	7.7	25.0
2015. 12.	1,143	605	578	-	27	538
	100.0	52.9	50.5	-	2.3	47.1

구분	의무 사업장	의무 이행 사업장				미이행 사업장
		계	설치	수당	위탁	
2016. 12.	1,153	940	729	-	211	213
	100.0	81.5	63.2	-	18.3	18.5
2017. 12.	1,253	1,086	839	-	247	167
	100.0	86.7	67.0	-	19.7	13.3
2018. 12.	1,389	1,252	957	-	295	137
	100.0	90.1	68.9	-	21.2	9.9
2019. 12.	1,445	1,303	987	-	316	142
	100.0	90.2	68.3	-	21.9	9.8

주 : 2015년 직장어린이집 의무 이행 기준 변경(보육수당 지급 인정 부분 폐지)

IV 부모와 영유아의 특성에 따른 맞춤형 보육서비스 강화

어린이집에 대하여 보육교직원 인건비, 차량운영비 및 교재교구비, 기능보강비 등이 지원되고 있으며, 예산은 국고 기준 7,169억 원이다.

[표 2-4-56] 2019년 어린이집 지원 예산 현황

(단위 : 억 원)

구 분	2019		
	계	국고	지방비
계	14,116	7,169	6,947
보육교직원 인건비	13,672	6,945	6,727
어린이집 기능보강	300	150	150
교재교구비	94	48	46
차량운영비	50	26	24

주 : 국비는 예산(추경 및 예비비 포함), 지방비는 확정 내시 기준

1. 시설 유형별 지원 현황

가. 국공립·법인어린이집 등 지원

국공립 및 법인어린이집 등에 대하여는 주로 인건비가 지원되고 있으며, 그 지원 비율은 보육교직원의 담당분야와 임무에 따라 각기 다르다. 원장은 80%, 영아반 보육교사는 80%, 유아반 보육교사는 30%를 지원하며, 농어촌 등 취약 지역과 평가 인증을 통과한 중소도시·대도시 어린이집에는 조리원 1명에 대해서 인건비 100%를 지원하고 있다.

정부 인건비 지원을 받는 어린이집은 전체 어린이집(37,371개소) 중 약 16.9% (6,320개소)를 차지한다. 특히, 국공립어린이집뿐만 아니라 사회복지법인을 포함한 법인·단체 어린이집의 93.6%가 인건비 지원을 받고 있는데, 이들 어린이집에 대한 지원을 통해 국공립어린이집과 함께 보육 인프라의 공공성을 제고하고, 농어촌 등 취약 지역 보육 수요를 담당하는 어린이집의 운영 안정성을 도모하고 있다.

[표 2-4-57] 2019년 정부 인건비 지원 어린이집 현황

(‘19. 12. 기준, 단위: 개소)

구 분	계	국공립 어린이집	법인 어린이집	법인· 단체 등	민간	가정	협동	직장
전체 어린이집	37,371	4,324	1,343	707	12,568	17,117	159	1,153
정부 지원 어린이집 (전체 대비 비율)	6,320 (16.9%)	3,833 (88.6%)	1,322 (98.4%)	577 (81.6%)	302 (2.4%)	44 (0.3%)	0 (0.0%)	302 (26.2%)

나. 민간(개인) 및 가정어린이집 지원

민간(개인) 및 가정어린이집에 대해서는 교재교구비를 시설 규모 등에 따라 개소당 평균 100만 원을 지원하고 있다. 다만, 교재교구비 용도를 책자, 장난감 등 아동과 직·간접적 상호작용에 활용할 수 있는 교재교구로 제한하여 신발장, 서랍장 등 어린이집 환경 개선을 위한 물품을 구입하지 못하도록 하고 있다. 교재교구비의 경우 매년 말에 지원되기 때문에 시설 입장에서 지원 시기가 너무 늦다는 지적이 있어 2006년부터는 연중 지원이 가능하도록 개선하였다.

또한, 농어촌 지역은 지역적 특성상 보육아동이 소수로 여러 지역에 분산되어 있어 차량으로 보육아동을 이동시키는 것이 필수적이므로 2006년부터 농어촌 지역의 모든 어린이집에 차량 운영비(매월 20만 원)를 지원할 수 있도록 하였다. 아울러, 그동안 지원 대상 차량이 11인승 이상이어서 작은 규모의 차량에 대한 지원이 어려웠던 점을 개선하여, 2007년부터는 9인승 이상으로 완화하여 지원이 가능하도록 하였다.

다. 취약보육서비스 지원

1) 영아보육 지원

2019년 말 기준 405개의 영아전담어린이집에서 13,912명의 영아가 보육되고 있다. 이들 어린이집에는 원장 및 교사 인건비 80%, 조리원 인건비 100%를 지원한다. 농어촌 시설인 경우에는 월 20만 원의 차량운영비도 지원하고 있다. 다만, 영아전담어린이집은 만 3세가 되면 다른 어린이집으로 옮겨야 하는 등 보육의 연속성이 저해되고, 부모의 접근성 및 적재적소 배치 등에 한계가 있어 2005년부터 추가 지정사업을 중단하고, 2006년부터 민간시설 영아 기본보조금 지원을 확대함으로써 영아보육을 활성화하였다.

민간시설에 대한 영아 기본보육료는 민간 및 가정어린이집에서 보육하는 영아 1인에 대한 연령별 기준 단가(0세 48만 5천 원, 1세 26만 4천 원, 2세 17만 9천 원)를 적용하여 어린이집에 지원함으로써 영아보육의 활성화와 더불어 민간 어린이집의 서비스 개선을 도모하였다.

2) 장애아보육 지원

상시 12명 이상의 장애아를 보육하는 장애아전문 어린이집에는 원장과 보육교사 및 특수교사 인건비의 80%를 지원하고, 조리원 1명의 인건비를 100% 지원하고 있다. 장애아동의 치료 서비스를 강화하기 위해 필요한 치료사에 대해서도 장애아동 9명당 치료사 1명의 인건비 100%를 지원하고 있다. 또한, 특수교사와 장애영유아를 위한 보육교사 자격을 가진 교사는 수당 20만 원을 별도로 지원받는다. 아울러, 차량운영비 월 20만 원을 지원함으로써 장애아동의 어린이집 접근성을 높이고 있다.

장애아와 비장애아를 함께 보육하는 장애아 통합보육의 활성화를 도모하기 위하여 장애아 3명 이상을 통합 보육하는 장애아통합어린이집의 경우 장애아 전담 보육교사 인건비의 80% (민간은 1인당 월 162만 9천 원)를 지원하며, 정부지원시설을 제외한 어린이집에서 장애아를 보육하는 경우 기본보육료(1인당 49만 원)를 보육시설에 지원하고 있다.

2019년 말 기준 장애아전문어린이집은 176개소가 운영 중이며 장애아동 6,301명을 보육하고 있다. 장애아통합어린이집은 전국에 1,100개소가 있으며, 장애아동 4,568명이 이용하고 있다. 장애아 전문·통합 어린이집이 아닌 일반 어린이집에서도 1,247명의 장애아동을 보육하고 있다.

3) 시간 연장, 휴일, 방과후보육 지원

맞벌이부부가 증가하고 여성의 경제활동이 날로 확대되면서 기준 보육시간(07:30~19:30)을 경과하여 운영하는 시간 연장 보육서비스의 필요성이 절실하게 요구되고 있다. 이에 따라 2011년부터 시간연장 어린이집으로 지정받은 어린이집에서 시간연장 보육교사를 별도로 채용할 경우 인건비의 80%(민간 월 134.3만 원)를 지원하는 방식 외에 단시간 보육교사를 채용하거나 주간 보육교사가 초과근무 형태로 시간연장 보육한 경우 근무수당을 지원하는 방식을 추가하였으며, 인건비 지원은 최대 5개 반까지 지원하였다. 2019년 말 기준 시간연장 어린이집은 8,105개소가 운영되고 있으며, 30,029명의 아동이 이용하고 있다.

또한, 휴일 어린이집으로 지정된 어린이집의 보육교사가 휴일에 3명 이상의 영유아를 5시간 이상 보육할 경우 휴일 근무수당 5.2만 원을 지급하도록 하였다. 아울러, 부모의 야간 경제활동, 한부모 또는 조손가정 등 불가피하게 주간 및 야간 보육을 원하는 경우 24시간 보육서비스를 제공하고 있다. 2019년 말 기준 휴일 어린이집은 312개소로 143명의 아동이 이용하고 있으며, 24시간 보육서비스를 제공하는 어린이집은 153개소로 549명이 이용하고 있다.

방과후 어린이집은 초등학생을 대상으로 일일 4시간 이상 보육서비스를 제공하는 시설로 2004년 이전 방과후 어린이집으로 지정된 국공립·법인어린이집에 한하여 방과후 보수교육과정(40시간 이상)을 이수한 보육교사를 별도로 채용한 경우에 보육교사 인건비의 50%를 지원하고 있으며, 장애아동을 방과후 보육하는 경우에는 보육교사 인건비의 100%를 지원하고 있다.

향후 수요자 중심의 다양한 보육서비스를 제공할 수 있도록 지원을 확대할 계획이다.

4) 시간제보육 서비스 지원

시간제 보육서비스는 만 6~36개월 미만 영아를 대상으로 시간단위의 보육서비스를 제공하는 제도로, 가정양육수당을 지원받는 가구 중 부모가 시간선택제로 근무하거나 긴급한 병원 이용

등으로 짧은 시간 아이를 맡겨야 하는 상황인 경우 지정된 시간제보육 제공 기관(어린이집, 육아종합지원센터 등)에서 필요한 시간만큼 보육서비스를 이용하고, 이용한 시간만큼 보육료를 지원받는 서비스이다. 2013년 7월부터 시범사업으로 시작하여 2019년 말 현재 490개 반을 운영 중이다.

2018년 2월까지의 기본형(시간당 이용료 4천 원 중 2천 원 지원, 자부담 2천 원/월 40시간 한도 내)과 맞벌이형(시간당 이용료 4천 원 중 3천 원 지원, 자부담 1천 원/월 80시간 한도 내)의 이원화된 지원구조로 운영하였다. 가정양육수당 가구는 기본적으로 기본형으로 지원받게 되며, 근로자, 자영업자 등 맞벌이가구임을 증명하는 구비 서류를 제출하면 맞벌이형으로 지원받았다.

2018년 3월부터 맞벌이형과 기본형으로 이원화된 지원구조를 일원화하여 모든 가정양육수당 수급가구는 월 80시간 한도 내에서 시간당 이용료 4천 원 중 3천 원을 지원받을 수 있도록 개선하였다.

V 보육서비스의 질 제고

1. 어린이집 평가인증제도

보육서비스에 대한 효과적인 질 관리시스템 마련, 어린이집의 자발적인 보육서비스 개선 노력 유도 및 부모에게 어린이집의 질적 수준에 대한 정보 제공을 목적으로 2005년 시범사업을 거쳐 2006년부터 어린이집 평가인증제도가 본격적으로 시행되었으며, 2019년 6월부터 의무 평가제로 전환하여 시행되었다.

어린이집 평가는 4개 영역, 18개 지표에 대한 자체점검, 기본사항 확인 및 현장평가 그리고 종합평가위원회 심의 결과를 토대로 평가등급 및 평가주기(2~3년)를 부여하는 제도이다.

어린이집 평가인증제도가 종료된 2019년 5월 인증을 유지하고 있는 어린이집은 3만 1,504개소(전체 어린이집 수 대비 84.3%, 결과발표월 10월)이다. 그간 평가인증제도 시행을 통해

보육환경을 비롯하여 보육과정, 안전 등 어린이집 운영 전반에 있어 수준이 향상되고 더 나은 보육서비스를 제공하기 위한 기반을 마련하여 보육현장이 한 단계 발전할 수 있는 계기가 되었다.

2010년부터는 평가인증 제2차 주기로 2차 지표를 시행하여 평가 기준을 상향 조정하고 유사 항목은 통합하였으며, 교사의 상호작용에 대한 항목을 신설하고 보육 대상의 연령 또는 특성에 따른 기준을 제시하는 등 평가의 합리성과 효율성을 높였다. 2012년부터 인증어린이집에 대한 확인점검 실시 및 보육컨설팅 제공 등 사후 관리를 강화하였으며, 2013년도에는 확인점검 결과에 따른 인센티브 또는 패널티 부여 등을 추진하였고, 부모가 어린이집 선택 시 충분한 정보를 제공받을 수 있도록 아이사랑보육포털 등을 통해 평가인증 세부 결과를 공개하도록 하였다. 2014년도에는 어린이집 질적 수준의 변별력 확보, 효과적인 품질 관리 제도 개선을 위해 3차 지표를 개발하여 시범사업을 시행하였다. 3차 지표는 명확한 평가 기준 제시 및 변별력 강화, 보육교직원의 처우 개선 강화, 평가 방법을 실행 과정 중심으로 개선하는 등 보육서비스의 질적 수준을 더욱 향상시키고자 하였다.

2015년에는 수요자 중심 평가인증 개편 방안을 마련하고 어린이집 부모만족도조사 시범사업을 실시하여 지표에 반영하였다. 또한, 평가인증 준비에 대한 어린이집의 부담을 완화하기 위해 전산시스템의 정보 연계를 확대하였다. 2016년에는 수요자 중심 관련 내용을 지속적으로 추진하여, 부모만족도조사, 어린이집 운영에 대한 부모 참여 여부 등을 평가에 반영하였으며, 평가 인증에 어린이집의 정보 공시 항목을 활용하여 부모들의 어린이집 선택권을 제고하였다.

2017년에는 제3차 주기 평가인증을 시행하여 유치원·보육 통합지표 및 등급제로 개편하는 등 평가인증 제도에 대한 신뢰도 제고 및 보육서비스 질 개선에 노력하였다. 제3차 주기에 적용된 통합지표는 평가항목을 감축, 관찰·면담 비중을 확대하는 등 운영중심의 평가를 통해 현장 부담을 완화하고, 보육 질적 향상과 연관이 높은 보육과정 및 상호작용, 교직원 영역 항목비중을 높였으며, 아동학대 예방 등 영유아의 안전과 건강한 성장 발달을 위해 안전·건강 영역을 강화하였다.

한편, 전체 어린이집에 대한 보육품질 관리를 위해 2018년 12월 영유아보육법 개정을 통해 어린이집 신청에 기반하여 운영한 평가인증을 전체 어린이집을 대상으로 하는 평가(의무)제로 전환하여, 2019년 6월부터 평가(의무)제가 본격 시행되었다. 평가제 지표는 아동인권·건강·안전 관련 필수지표를 확대하는 등 ‘영유아 권리 존중’, ‘놀이’, ‘안전’ 가치 강조를 통해 영유아 중심의 안심 보육환경 조성 및 놀이 중심의 보육과정 운영을 강화하였다.

[표 2-4-58] 평가(인증) 현황

('19. 12. 기준, 단위: 개소)

구분	합계	국공립	사회복지 법인	법인·단체 등	민간	가정	협동	직장
전체기관	37,371	4,324	1,343	707	12,568	17,117	159	1,153
인증+평가	32,131	3,804	1,254	642	10,710	14,764	87	870
인증기관*	30,061	3,574	1,232	621	9,987	13,789	71	787
평가기관	2,070	230	22	21	723	975	16	83
평가 결과	A	1,090	175	10	8	275	547	7
	B	722	45	12	8	316	321	6
	C	191	7	-	4	91	86	2
	D	67	3	-	1	41	21	-

* (평가인증 유지율) ('13) 70.7%(30,955/43,770개소) → ('14) 75.6%(33,050/43,742개소) → ('15) 78.8%(33,496/ 42,517개소) → ('16) 79.8%(32,795/41,084개소) → ('17) 81.1%(32,630/40,238개소) → ('18) 80.7%(31,625/39,171개소)

2. 표준보육과정 개발 · 보급

2006년 11월 「영유아보육법 시행 규칙」 개정을 통해 국가 수준의 '표준보육과정'을 마련하였다. 표준보육과정의 목적은 6세 미만 영유아의 전인적인 성장과 발달을 도와 영유아가 심신이 건강하고 조화로운 사회 구성원으로 자랄 수 있도록 하는 데 있다.

2007년 표준보육과정 제정 이후, 사회적 환경 변화와 이에 따른 보육환경 변화를 반영하여 2011년에는 제2차 표준보육과정이 고시되었으며, 현재는 2013년 1월 고시를 통하여 제3차 어린이집 표준보육과정이 시행 중이다.

제3차 표준보육과정은 2013년부터 확대 · 도입된 3~5세 누리과정을 반영하여 개편한 것으로 「0~1세 보육과정」, 「2세 보육과정」, 「3~5세 보육과정(누리과정)」으로 구성되어 있다.

0~2세 보육과정은 6개 영역(기본 생활, 신체 운동, 사회관계, 의사소통, 자연 탐구, 예술 경험)으로 구성되어 있으며, 각 영역은 연령 집단별로 구분하여 영아의 성장과 발달, 개인차 등 각각의 수준을 고려하여 보육 내용을 세분화하였다.

3~5세 보육 · 교육은 어린이집 · 유치원 공통 과정인 누리과정이 적용된다. 유아에 대한 국가의 책임 강화 차원에서 도입된 누리과정은 5개 영역(신체운동 · 건강, 의사소통, 사회관계, 예술경험,

자연탐구)으로 구성되어 있으며, 유아의 자율성과 창의성을 높이는 방향으로 2019년 7월 24일 개정하였다.

개정된 누리과정은 교사 주도적 교육에서 벗어나 아동 주도적·자발적 놀이를 권장하는 것을 핵심 내용으로 한다. 즉, 일과에서 놀이가 충분히 이루어지도록 놀이를 통한 배움을 강조하고, 계획 수립, 교수 방법 및 평가 등에서 교사의 자율성을 확대하는 한편, 연령별 구분을 폐지하고 3~5세 경험하여야 할 최소한의 내용으로 적정화하였다. 개정 누리과정은 2020년 3월 시행되며, 이와 함께 0~2세 표준보육과정도 개정할 계획이다.

3. 보육 인력의 전문성 및 처우 개선

보육 인력의 전문성 제고와 체계적인 관리를 위하여 보육교사('05. 1.) 및 어린이집 원장('06. 12.)에 대한 국가 자격증 제도를 시행하였으며, 이후 전문성을 강화하기 위하여 지속적으로 어린이집 원장 및 보육교사의 자격 기준을 개선하여 왔다.

2011년 12월 8일 「영유아보육법 시행령」 및 「영유아보육법 시행규칙」을 개정('14. 3. 1. 시행)하여, 어린이집 원장 및 보육교사의 보육 관련 업무 경력 등의 기준을 높이고, 보육교사 2급 자격 취득을 위한 교과목 및 학점을 상향 조정하였다.

즉, 일반 어린이집 원장 자격은 보육교사 1급 이후 업무 경력 2년에서 3년으로 상향하고, 가정어린이집 원장 자격은 보육교사 2급 이후 업무 경력 2년에서 보육교사 1급 이후 업무 경력 1년으로 개선하였으며, 원장 자격을 취득하고자 하는 사람은 80시간의 사전직무교육을 필수적으로 이수하도록 강화하였다.

또한, 보육교사 2급 자격의 경우, 대학 등에서 이수하여야 할 교과목 및 학점을 종전 12과목 35학점에서 17과목 51학점 이상으로 상향 조정하고 보육교사 승급에 필요한 '보육 업무 경력'을 어린이집이나 육아종합지원센터에서 근무한 모든 경력에서 보육교사, 특수교사, 보육전문요원 등 보육에 직접 종사한 경력으로 제한하였다.

그러나, 이런 보육 인력 자격 기준 개선에도 불구하고 2015년 1월 사회적으로 이슈화된 어린이집 아동학대 사건 이후 보육교사의 양성 및 교육 체계에 대해 보다 강화된 기준을 마련할 필요성이 강하게 제기되었다.

이에 따라 2015년 1월부터 6월까지 아동보육관련 전문가, 어린이집 원장 및 보육교사 등 현장 종사자, 교육기관 관계자 등과의 간담회, 토론회 및 「보육교직원 자격 체계 개편 연구」 등을 거쳐 보육교사양성제도 개편 방안을 마련하고 「영유아보육법 시행규칙」 개정(16. 1. 12.) 등을 추진하였다.

보육교사 2급의 경우 개정 전 기준에서는 자격 취득을 위한 교과목 및 학점(17과목 51학점)을 모두 원격교육으로 이수하여도 무방하였지만, 개정된 자격 기준에서는 보육교사로서의 실무 능력 및 영유아와의 상호작용이 특히 필요한 교과목을 대면 필수 교과목(9과목)으로 지정하고, 해당 교과목에 대해 8시간의 출석 수업과 1회 이상의 시험을 거치도록 의무화하였다. 또한, 어린이집 현장에서 직접 보육 업무를 습득하도록 하는 보육 실습은 4주 160시간에서 6주 240시간으로 대폭 상향하였다.

이런 개정 자격 기준은 대학의 경우 2017년 1월 1일 이후 입학 대상자부터, 학점은행제 기관의 경우 2018년 1월 1일 학위 취득자부터 적용되어, 개정 자격 기준 시행에 따라 보육교사의 인성과 전문성을 향상시키고 이를 통하여 영유아에게 보다 안전하고 질 높은 보육서비스 제공을 도모하게 되었다.

현재 어린이집 원장 및 보육교사의 자격검정 및 발급은 (재)한국보육진흥원(보육사업지원국)에 위탁 실시하고 있으며, 한국보육진흥원은 자격발급 절차를 효율적으로 하기 위하여 홈페이지(<http://chrld.childcare.go.kr>) 및 ARS시스템(1661-5666) 상담을 통하여 업무를 처리하고 있다.

2019년 기준으로 전체 보육교사 자격증 취득자는 139만 1,762명이고, 어린이집 원장 자격증 취득자는 38만 960명에 이르고 있다. 연도별 발급 건수로 보면 아래 표와 같다.

[표 2-4-59] 원장 및 보육교사 자격증 발급 현황

(단위 : 건수)

구분	2014	2015	2016	2017	2018	2019
원장	58,129	6,409	7,335	10,118	10,608	9,754
보육교사	128,583	81,737	76,095	82,738	55,532	53,668
합계	186,712	88,146	83,430	92,856	66,140	63,422

※ 출처 : 한국보육진흥원 자격관리시스템 산출 자료('19. 12. 기준)

그리고 2005년 이후 매년 보육교직원의 자질 향상을 위해 보육에 필요한 지식을 취득하고 능력을 유지·개발하기 위한 보수교육을 실시하고 있다. 보수교육의 종류에는 보육교직원이 3년에 한 번씩 정기적으로 받아야 하는 직무교육(일반직무, 특별직무)과 보육교사가 상위 등급의 자격(3급 → 2급, 2급 → 1급)을 취득하기 위해 받아야 하는 승급교육이 있다.

2019년 기준으로 보수교육 실시 인원은 승급교육 2만 6,830명, 일반직무교육 7,768명, 특별직무교육은 6만 2,136명으로, 연도별 실시 현황은 아래 표와 같다.

[표 2-4-60] 보육교직원 보수교육 실시 현황

(단위: 명)

구 분	2014	2015	2016	2017	2018	2019
계	84,217	90,302	98,419	103,064	101,522	96,734
승급교육	22,775	26,502	26,261	31,880	28,608	26,830
일반직무교육	18,963	18,614	19,935	9,784	7,234	7,768
특별직무교육	42,479	45,186	52,223	61,400	65,680	62,136

※ 출처: 보건복지부 내부 자료, 교육비 자비 부담 및 온라인 교육 인원 포함

[표 2-4-61] 보육교직원 보수교육 종류 및 대상자

교육 구분			교육 대상	교육 시간	비고
직무 교육	일반 직무 교육	보육 교사	현직에 종사하고 있는 보육교사로서 보육 업무 경력이 만 2년을 경과한 자와 보육교사 직무교육(승급교육 포함)을 받은 해부터 만 2년이 경과한 자	40시간	매 3년마다
		원장	현직에 종사하고 있는 원장으로서 어린이집 원장 직무교육을 받은 해부터 만 2년을 경과한 자	40시간	매 3년마다
	특별 직무 교육	영아 보육	영아보육을 담당하고 있는 일반직무교육 대상자와 영아보육을 담당하고자 하는 보육교사 및 어린이집 원장	40시간	이수하고자 하는 자
		장애아 보육	장애아보육을 담당하고 있는 일반직무교육 대상자와 장애아 보육을 담당하고자 하는 보육교사 및 어린이집 원장	40시간	이수하고자 하는 자
		방과후 보육	방과후 보육을 담당하고 있는 일반직무교육 대상자와 방과후 보육을 담당하고자 하는 보육교사 및 어린이집 원장	40시간	이수하고자 하는 자
승급 교육	2급 승급 교육		보육교사 3급의 자격을 취득한 후 보육 업무 경력이 만 1년이 경과한 자	80시간	이수하고자 하는 자
	1급 승급 교육		보육교사 2급의 자격을 취득한 후 보육 업무 경력이 만 2년이 경과한 자 및 보육교사 2급의 자격을 취득한 후 보육 관련 대학원에서 석사 학위를 취득한 경우 보육 업무 경력이 만 6개월이 경과한 자	80시간	이수하고자 하는 자
원장 사전 직무 교육	-		영유아보육법 시행령 [별표1] 제1호의 가목부터 라목(일반, 가정, 영아전담, 장애아전담 어린이집 원장)까지 어느 하나의 자격을 취득하고자 하는 자	80시간	이수하고자 하는 자

한편, 높은 자질을 갖춘 보육교사가 어린이집에 많이 진입할 수 있도록 보육교사의 근무 여건 및 처우 개선 정책도 지속 추진하고 있다. 2015년 5월 18일 「영유아보육법」이 개정되어 어린이집에 보조교사 및 대체교사를 배치하거나, 육아종합지원센터에서 보육교직원의 정서적·심리적 상담 업무를 수행하는 상담전문요원을 둘 수 있는 법적 근거 조항이 마련되었다.

아울러, 영아반 담임교사의 업무 부담을 줄이기 위해 보조교사 지원을 확대('19. 40,000명) 하고, 담임교사의 연가 및 보수교육 등으로 인한 보육 공백을 방지하기 위한 대체교사를 지원('19. 2,736명)하였다.

이와 함께 보육교사의 직무 스트레스 관리와 인성 함양을 지원하기 위해 2016년부터 인성 자기진단 및 교육을 실시하고 있다.

또한, 보육교사의 보수 수준 향상을 위하여 0~2세 영아반 담임교사에게 매월 지급하는 교사 근무환경개선비는 2012년 5만 원에서 2019년 22만 원으로 매년 평균 2.4만 원 인상되었으며, 3~5세 누리과정반 담임교사에게는 월 33만 원의 처우개선비가 지급되었다. 앞으로도 보육교사의 근무 여건 및 처우 개선 정책을 지속적으로 확대·보강할 예정이다.

4. 건강·영양·안전관리 강화

국가정책조정회의에서 확정·발표('13. 5. 3.)한 『어린이 통학차량 안전강화 종합대책』의 후속 조치에 따라 어린이통학버스에 대한 안전 의식을 제고하기 위하여 어린이통학버스를 운영하는 전체 어린이집의 안전관리 현황조사('19. 8)를 실시하였다. 영유아보육법 개정을 통해 보육교직원 등이 동승하지 않고 어린이통학버스를 운행하다 교통사고로 영유아가 사망 및 중상해를 입은 경우 최대 시설 폐쇄까지 가능하도록 차량 안전 규정을 강화하였다.

지역사회 보건소 및 의료기관의 재능기부를 활용하여 질환의 조기 발견, 질병 예방교육, 예방접종 및 정기 건강검진 등을 통해 어린이집 영유아의 건강 증진을 도모하기 위해 「건강주치의 제도」를 시행하고 있다. 어린이집의 영양·급식 등 분야에 대한 부모의 안심보육 여건 조성을 위해 식약처와 협조하여 영양사 고용의무가 없는 소규모 어린이 급식시설을 지원하기 위해 100인 미만의 어린이집의 '어린이급식관리지원센터' 등록을 단계적으로 확대('18. 67% → '20.6월 90% → '21. 100%) 추진하고 있다. 또한, 급식·위생 관리 실태에 대한 점검을 정기적으로 실시하여 어린이집의 수족구병, 콜레라 등 감염병 및 식중독 사고 발생을 예방하였다.

안전사고 예방 및 사후보상 강화 등의 사업을 추진하기 위하여 설립된 ‘어린이집 안전공제회’(09. 11. 설립)는 그간 생명·신체 피해 보상에 대한 당연가입의무를 신설하고 보상 범위를 재산상의 피해까지 확대하였다. 이와 더불어 “어린이집 안전예방 강화”를 위해 어린이집 대상 안전컨설팅 사업을 실시(19. 210개소)하였다.

아울러 보다 안전한 보육환경 조성 및 보육교직원의 안전 역량을 강화하기 위하여 어린이집 안전공제회, 육아종합지원센터 등 유관기관과 협력하여 보육교직원(19. 4.4만 명)을 대상으로 아동학대 및 안전교육을 실시하였다.

5. 어린이집 운영의 투명성 확보 및 지도·점검

보육통합시스템 모니터링을 통해 아동학대등록 등 법령 위반이 의심되는 어린이집을 선정하여 시·도와 합동으로 보조금 부정수급 또는 유용, 급·간식 적정 제공 및 위생·안전 관리 등 운영 전반에 관하여 지도·점검을 실시하였다.

특히, 효과적인 지도·점검 및 전문성 확보를 위해 한국보육진흥원에 「어린이집 이용불편 부정신고 센터 및 현지조사 지원」사업을 2019년 7월부터 위탁하여 중앙정부 차원에서 직접 조사를 확대하여 사회적 이슈 발생 기관, 지자체 유착 의심기관, 심각한 복합민원 기관 등에 대한 신속하고 엄정한 조사를 진행하게 되었다.

또한, 중앙 및 지자체 간 보육정책 공유 및 지자체의 역량 강화를 위해 어린이집 권역별 교육을 상·하반기 진행하였으며, 전국 지도·점검 담당 공무원 대상 워크숍을 진행하여 지방자치단체 지도·점검 담당공무원을 대상으로 부정수급 유형 및 사례, 조사 기법 등에 대한 교육을 실시하였다.

지도·점검통합시스템 구축으로 점검계획 수립부터 사후관리까지 전 단계를 시스템을 통해 종합적으로 관리할 수 있도록 하여 점검 결과 상호 공유, 비리 시설·인력의 재진입 관리, 어린이집 중복 점검 방지 등을 효율적으로 추진할 수 있도록 하였다.

한편, 어린이집에서 발생하는 보육료 등 제반 비용, 어린이집 예·결산 사항 등 부모가 궁금해 하는 정보를 수시로 공시함으로써 운영의 투명성을 높이고자 하였으며, 어린이집의 안전한 보육환경 및 투명성 강화를 위해 2019년 6월 영유아보육법을 개정하여 법 위반 어린이집에 대한 「공익제보자 신고포상금」 법령 근거를 마련하여 어린이집의 부적정 운영 및 아동학대 신고 활성화를 제고하였다.

6. 공공형어린이집 운영

공공형어린이집은 우수한 민간, 가정어린이집을 선정하여 매월 운영비를 지원하고, 보다 강화된 운영 기준을 적용하여 보육 서비스의 질을 높이는 제도로써, “믿고 맡길 수 있는 어린이집”으로 운영하고자 2011년부터 시행되었으며, 2019년 말 기준으로 2,317개소가 운영 중으로 10만 3천여 명의 아동이 이용하고 있다.

공공형어린이집은 평가인증 A등급 또는 90점 이상, 비상재해 대비시설 설치 등 기본 요건을 갖춘 어린이집 중 건물 소유 형태, 1급 보육교사 비율 등을 점수화하여 고득점 순으로 선정한다.

한편, 부모에게 추가적인 차액보육료 부담을 낮추고, 보육교사 인건비를 국공립어린이집 보육교사 1호봉 이상으로 지급하도록 함으로써 공공형 어린이집이 우수한 교사를 채용하여 고품질의 서비스를 제공하도록 유도하고 있다.

2019년에는 공공형 어린이집 운영의 개방성 및 투명성 강화 등을 통해 보육서비스 품질을 제고하도록 하고 지자체에서 공공형 어린이집 운영현황을 정기적으로 관리할 수 있는 체계를 마련하였다. 또한, 공공형 어린이집에 대한 품질관리 컨설팅 참여 대상 및 재무회계 소그룹 교육 대상을 확대하고 상설특강을 신설하는 등 공공형 어린이집의 관리역량을 강화함과 동시에 공공형 어린이집 정보공시 현행화 점검을 연 1회에서 2회로 확대하는 등 공공형 어린이집 운영의 건전성을 제고하였다.

VI 효율적인 보육지원체계 구축

1. 육아종합지원센터 확충

영유아 보육에 대한 지역 내 보육 정보와 육아 지식 등을 제공하고, 상담을 통한 어린이집 이용자의 편의를 도모하고자 1995년부터 운영하고 있던 ‘보육정보센터’를 2013년 12월 영유아 보육법 개정을 통해 ‘육아종합지원센터’로 명칭 변경 및 확대 개편하였다. 종전의 시설보육

지원 기능에 더하여 가정양육 지원의 기능(시간제 보육서비스, 부모교육, 놀이공간 제공 등)도 추가하여 종합적인 육아지원 서비스를 제공한다.

2019년 12월 육아종합지원센터는 중앙 육아종합지원센터 1개소를 비롯하여 시·도 육아종합지원센터 18개소, 시·군·구 육아종합지원센터 94개소가 설치되어 총 113개소가 운영 중이다.

종합적인 육아지원서비스를 제공할 수 있는 육아종합지원센터 설치를 위하여, 2011년 3개소(대구, 대전, 울산 중구)와 2012년 3개소(부산 사상구, 경기 용인시, 전북 익산시), 2013년 17개소(부산 부산진구, 충북 청주시, 전북 고창군, 경북 문경시, 경남 진주시, 경기 수원시, 성남시, 부천시, 시흥시, 광명시, 광주시, 김포시, 오산시, 고양시, 대구 동구, 경남 합천군, 울산 울주군), 2014년 2개소(전남 순천시, 경북 김천시), 2015년 1개소(제주 서귀포시), 2016년 7개소(경기 여주시, 양주시, 강원 원주시, 전남 여수시, 울산 동구, 경남 양산시, 충북 충주시), 2017년 5개소(충남 아산시, 부산 북구, 경기 안성시, 전남 광양시, 경북 안동시), 2018년 4개소(울산 북구, 경기 안산시, 충북 진천시, 충남 서산시), 2019년 3개소(부산 사하구, 대구 수성구, 경북 구미시) 및 육아종합지원센터 내 놀이체험실 44개소를 선정·지원하였다.

2. 보육전자바우처제도 및 보육통합정보시스템 고도화

가. 보육전자바우처제도 시행

보육정책의 체감도를 높이고 수요자 중심 보육정책을 실현하기 위하여, 부모에게 전자바우처를 지급하여 어린이집 이용에 따른 보육료를 결제할 수 있도록 하는 아이사랑카드(보육전자바우처) 제도를 2009년 9월에 도입하였다.

이를 통해 부모의 정책 체감도가 향상되었으며, 보육료 신청·지급·정산 등에 수반되는 어린이집과 행정기관의 부담이 대폭 줄어들었다.

나. 보육료·유아학비 지원카드가 하나로! 아이행복카드 사업 추진

2015년부터 보육전자바우처(어린이집) 카드인 아이사랑카드와 유아학비(유치원) 지원카드인 아이즐거웁카드가 아이행복카드 하나로 통합되었다.

그동안 보육료와 유아학비 지원카드가 달라 부모는 어린이집 ↔ 유치원 이동시 카드를 교체해야 하는 불편함이 있었다. 이에, 카드를 통합하여 2015년부터 부모는 어린이집·유치원 어디서나 아이행복카드 하나로 보육료 또는 유아학비를 지원받을 수 있게 되었다. 또한, 아이행복카드를 발급받을 수 있는 카드사를 다수로 확대(7개 카드사)하여 부모의 카드 선택권이 강화되고 발급 편의성이 향상되었다.

[그림 2-4-13] 아이행복카드



다. 육아관련 정보를 One-stop으로 제공하는 임신육아종합포털 구축

보건복지부는 기존에 개별적으로 운영되던 임신·출산·육아 관련 웹사이트를 통합하여 한 곳에서 맞춤형 종합서비스를 제공할 수 있는 종합포털을 2015년 8월부터 구축하였다. 기존의 임신관련 정보를 제공하는 ‘아가사랑’ 사이트와 임신·출산 관련 정부 및 지자체 서비스 정보를 제공하는 ‘마음더하기 포털’, 어린이집 입소 대기·보육료 결제 등 보육 관련 정보를 제공하는 ‘아이사랑 보육포털’을 하나로 통합하였으며, 이를 통해 부모들이 보다 쉽고 간편하게 관련 정보를 한 곳에서 확인할 수 있도록 편의를 도모하였다.

라. 보육통합정보시스템 고도화 및 기능 개선

보육전자바우처 운영·관리 및 보육 행정의 효율화를 위해 보육통합정보시스템을 2009년 11월 구축·완료하였으며, 이후 지속적으로 고도화·기능 개선 사업 등을 통해 보육통합정보시스템을 개선·보완하고 있다.

* 보육정책 DW 구축('12.), 어린이집 정보 공시 포털 및 입소대기시스템 구축('13.), 지자체 e호조시스템 및 영유아 예방접종·건강검진 정보 연계('14.년), 임신육아종합포털 아이사랑 구축('15.), 맞춤형 보육제도 등 적용('16.), 아이사랑 모바일 웹/앱 개편 및 부모의 결재권 강화를 위한 기능 개선('17.), 어린이집 평가인증시스템 전면개편, 보육 신학기 입소 업무처리 간소화 도모와 등·하원정보를 활용한 안심보육환경 설계('18.), 어린이집 안심등·하원 알림서비스 도입을 위한 전자출결시스템 구축('19.)

CHAPTER

5

연금제도

제1절 국민연금 운영

제2절 국민연금기금 운용

제3절 기초연금제도의 정착

제4절 국민연금과 직역연금 간 연계제도

제5절 국민연금제도의 발전 방향

제5장 연금제도

제1절 국민연금 운영

I 개요

국민연금제도는 소득 활동을 하는 사람이 소득 활동기에 보험료를 납부하였다가 일정한 연령이 되거나, 갑작스런 사고나 질병으로 사망 또는 장애를 입어 소득 활동이 중단된 경우, 본인이나 유족에게 연금을 지급하여 안정된 생활을 할 수 있도록 도와주는 소득보장제도이다. 또한, 국민연금제도는 사회보험원리에 따라 가입이 강제되고 보험료율과 연금 지급에 대한 내용이 법률로 정해지며, 국가의 책임으로 운영된다는 점에서 민간보험과는 구분된다.

이러한 국민연금제도는 경제 발전으로 평균 수명이 연장된 반면 핵가족화로 노인부양 의식이 약화되면서 노후 소득 보장을 사회적으로 해결하기 위해 1988년 1월 1일부터 시행되었다.

1988년 도입 당시에는 상시 10인 이상의 근로자를 고용하는 사업장에 대하여 국민연금제도를 실시하였다. 이후 1992년 1월부터는 5인 이상, 1995년 7월부터는 농어촌 지역 주민, 1999년 4월부터는 도시 지역 주민에게까지 확대되어 전 국민 연금시대가 개막되었다.

그 후 2003년 7월부터는 지역가입자 중 5인 미만 사업장의 가입자와 비정규직 근로자를 사업장가입자로 단계적으로 편입, 2006년 1월부터 당연적용사업장을 근로자 1인 이상 사업장으로 확대하여 적용하고 있다.

II 가입 대상

국민연금의 가입 대상자는 국내에 거주하는 18세 이상 60세 미만의 국민으로 하되, 특수 직역에 종사하여 별도의 연금에 가입하고 있는 공무원, 군인, 사립학교 교직원, 별정 우체국 직원 등은 제외된다. 국민연금가입자는 사업장가입자와 지역가입자, 임의가입자 및 임의계속 가입자로 구분된다.

사업장가입자는 국민연금에 가입된 사업장의 18세 이상 60세 미만의 사용자와 근로자로서 국민연금에 가입된 자를 말한다. 1인 이상의 근로자를 사용하는 사업장 또는 주한 외국 기관으로서 1인 이상의 대한민국 국민인 근로자를 사용하는 사업장에서 근무하는 18세 이상 60세 미만의 사용자와 근로자도 당연히 사업장가입자가 된다.

지역가입자는 사업장가입자가 아닌 18세 이상 60세 미만의 당연적용가입자로서, 1995년 7월부터 군 지역 거주자 및 농어민에게 적용되어 오다가 1999년 4월부터는 도시 지역 주민에게 까지 확대 적용하였다. 이후 임시·일용직 및 5인 미만 사업장근로자를 2003년 7월부터 지역가입자에서 사업장가입자로 단계적으로 전환시켰다.

임의가입자는 사업장가입자와 지역가입자는 아니지만, 본인의 희망에 따라 국민연금에 가입한 경우를 말한다. 다른 공적연금에서 퇴직연금 등을 수급할 수 있는 자, 공적연금가입자 및 수급자의 무소득배우자 등이 가입을 희망하여 국민연금에 가입한 경우이다.

임의계속가입자는 60세 이후에 본인의 희망에 따라 65세가 될 때까지 신청하여 국민연금에 가입한 사람을 말한다. 과거에는 가입 기간이 20년 미만인 가입자로서 60세가 된 자만 가입이 가능하였으나 2011년 6월 7일부터는 보험료 납부 사실이 없는 자, 노령연금수급자, 가입 기간 10년 미만으로 반환일시금을 지급받은 자를 제외하고는 가입이 가능하도록 가입 요건을 완화 하였다.

|표 2-5-1| 국민연금 가입 현황

(단위 : 명)

연도	계	사업장 가입자	지역가입자	임의가입자	임의계속 가입자
1988	4,432,695	4,431,039	-	1,370	286
1989	4,520,948	4,515,680	-	4,036	1,232
1990	4,651,678	4,640,335	-	8,274	3,069
1991	4,768,536	4,747,605	-	14,921	6,010
1992	5,021,159	4,977,441	-	32,238	11,480
1993	5,159,868	5,108,871	-	40,452	10,545
1994	5,444,818	5,382,729	-	48,332	13,757
1995	7,496,623	5,541,966	1,890,187	48,710	15,760
1996	7,829,353	5,677,631	2,085,568	50,514	15,640
1997	7,835,878	5,600,947	2,085,489	47,208	102,234
1998	7,126,307	4,849,926	2,129,243	29,024	118,114
1999	16,261,889	5,238,149	10,822,302	32,868	168,570
2000	16,209,581	5,676,138	10,419,173	34,148	80,122
2001	16,277,826	5,951,918	10,180,111	29,982	115,815
2002	16,498,932	6,288,014	10,004,789	26,899	179,230
2003	17,181,778	6,958,794	9,964,234	23,983	234,767
2004	17,070,217	7,580,649	9,412,566	21,752	55,250
2005	17,124,449	7,950,493	9,123,675	26,568	23,713
2006	17,739,939	8,604,823	9,086,368	26,991	21,757
2007	18,266,742	9,149,209	9,063,143	27,242	27,148
2008	18,355,409	9,493,444	8,781,483	27,614	32,868
2009	18,623,845	9,866,681	8,679,861	36,368	40,935
2010	19,228,875	10,414,780	8,674,492	90,222	49,381
2011	19,855,911	10,976,501	8,675,430	171,134	62,846
2012	20,329,060	11,464,198	8,568,396	207,890	88,576
2013	20,744,780	11,935,759	8,514,434	177,569	117,018
2014	21,125,135	12,309,856	8,444,710	202,536	168,033
2015	21,568,354	12,805,852	8,302,809	240,582	219,111
2016	21,832,524	13,192,436	8,060,199	296,757	283,132
2017	21,824,172	13,459,240	7,691,917	327,723	345,292
2018	22,313,869	13,817,963	7,694,885	330,422	470,599
2019	22,216,229	14,157,574	7,232,063	328,727	497,865

Ⅲ 연금보험료 부과

국민연금보험료는 가입자 자격 취득 시의 소득 신고 또는 정기 결정에 의하여 결정되는 기준 소득월액에 2019년 보험료율인 9%를 곱하여 산정하되, 사업장가입자의 경우 국민연금 보험료는 본인과 사업장의 사용자가 각각 절반씩(4.5%) 부담하며 사업장가입자를 제외한 가입자는 본인이 전액 부담한다.

* 보험료율 변동 추이 : 3%('88) → 6%('93) → 9%('98~)

기준소득월액은 상·하한액의 범위 내에서 결정되며, 1988년 제도 시행 시 하한액 7만 원, 상한액 200만 원으로 시작하여 1995년 1차 조정을 통해 2009년까지 하한액 22만 원에서 상한액 360만 원까지의 범위 내에서 기준 소득월액이 결정되어 왔다.

2010년부터는 국민연금 기준 소득월액 상·하한액은 국민연금 전체가입자의 3년간 평균 소득월액의 평균액 상승률과 연동하여 매년 조정, 당해 연도 7월부터 다음 연도 6월까지 적용된다.

[표 2-5-2] 국민연금 기준 소득월액 상·하한액 변동 추이

(단위 : 만 원)

구분	1988~ 1994	1995~ 2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
하한액	7	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30	31
상한액	200	360	368	375	389	398	408	421	434	449	468	486

연금보험료는 가입자 자격을 취득한 날이 속하는 달의 다음 달부터 가입자 자격을 상실한 날의 전날이 속하는 달까지 매월 납부해야 하며, 납부 기한은 해당 월의 다음 달인 10일이다. 연금보험료를 납부 기한 내에 납부하지 않으면 연체금이 가산되는데, 연체금은 납부 기한 경과 후 첫 30일간은 매 1일이 경과 시마다 미납금액의 0.1%씩 연체금을 가산하고, 31일째부터는 매 1일이 경과할 때마다 0.033%씩을 추가로 가산하여 최대 9%까지 부과한다. 한편, 2020년 1월분 연금보험료부터는 연체금 부과율을 인하하여 첫 30일간은 매 1일 경과 시마다 미납금액의 0.067%씩 연체금을 가산하여 최대 2%까지 부과하고, 31일째부터는 매 1일이 경과할 때마다 0.0167%를 추가로 가산하여 최대 5%까지 부과할 예정이다.

[표 2-5-3] 국민연금보험료 징수율 추이

(단위 : %)

구 분	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19
징 수 율	95.6	95.4	95.2	95.4	96.0	96.7	97.2	97.6	97.8	97.9	98.0	98.1	98.2	98.3	98.5	98.6	98.8
-사업장	99.2	99.1	99.1	99.1	99.2	99.2	99.3	99.4	99.3	99.3	99.4	99.4	99.4	99.4	99.5	99.5	99.5
-지역가입자	75.1	76.0	75.7	76.7	79.4	82.6	85.2	87.2	88.7	89.1	89.6	89.8	90.0	90.7	91.6	92.3	92.8
-임의(계속) 가입자	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

사업 중단이나 휴직 등의 사유로 연금보험료를 납부할 수 없는 경우 본인 신청에 의하여 해당 기간 동안 납부를 면제해 주는 '납부예외제도'를 두고 있다. 납부예외기간 중에는 보험료를 납부하지 않으므로 이 기간은 가입 기간에 포함되지 않는다.

[표 2-5-4] 납부예외자 추이

(단위 : 천 명, %)

구분	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
가입자	17,070	17,124	17,740	18,267	18,335	18,624	19,229	19,886	20,329	20,745	21,125	21,568	21,833	21,824	22,314	22,216
납부 예외자	4,683	4,634	4,936	5,107	5,026	5,052	5,100	4,900	4,665	4,575	4,571	4,511	4,173	3,826	3,701	3,277
비율	27.6	27.1	27.9	28.0	27.4	27.1	26.5	24.6	22.9	22.4	22.0	21.4	19.6	17.5	16.6	14.7

IV 연금급여 지급

1. 급여의 종류

국민연금 급여는 지급 방법에 따라 매월 정기적으로 지급하는 연금급여와 일시금급여로 분류된다. 연금급여에는 노령연금, 장애연금 및 유족연금이 있고, 일시금급여에는 반환일시금, 사망 일시금이 있으며, 장애등급 4급에 해당하는 자에게는 연금이 아닌 일시보상금을 지급한다.

✎ 집필자 | 연금급여팀장 최승현

노령연금은 국민연금에 10년 이상 가입하고 60세에 도달한 때부터 받게 된다. 다만 1953년생 부터는 5년마다 1세씩 상향 조정되어 만 61세부터 만 65세까지 지급 연령이 변동된다. 만일 소득이 없거나 월평균 소득금액이 236만 원 이하(2019년 기준)인 경우에는 만 57세부터 조기 노령연금 지급이 가능(출생 연도별로 만 60세까지 상향)하다.

* 연금 수급 개시 연령 : 60세(~1952년생까지), 61세(1953~1956년생), 62세(1957~1960년생), 63세(1961~1964년생), 64세(1965~1968년생), 65세(1969년생 이후)

또한, 노령연금 수급권자와 이혼(배우자였던 자가 이혼 후 노령연금 수급권을 취득한 경우 포함)한 60세 이상인 배우자로서 가입 기간 중의 혼인 기간(별거, 가출 등의 사유로 인하여 실질적인 혼인관계가 존재하지 아니하였던 기간은 제외, '18. 6. 20. 시행)이 5년 이상이면 혼인 기간에 해당하는 만큼 연금액을 균분하여 지급받을 수 있는 분할연금제도가 1999년 1월 1일부터 시행되고 있다.

노령연금은 가입기간이 10년 이상인 자에게 지급되는 연금이나, 예외적으로 특례노령연금을 두어 최초 시행('88. 1. 1.) 시점과 농어촌 지역 확대('95. 7. 1.) 및 도시 지역 확대('99. 4. 1.) 당시 나이가 많아 연금 수급을 위한 최소한의 가입 기간을 채울 수 없는 45세 이상(도시 지역 확대 당시는 50세 이상) 60세 미만인 자가 5년 이상 가입하여 60세가 된 경우, 노령연금을 지급 받을 수 있도록 하였다. 최초 시행 당시 가입한 경우에는 1993년부터 연금이 지급되고 있다.

2019년 12월 당월 기준 노령연금 수급자의 급여액은 평균 약 53만 원(특례·분할 연금 수급자 제외 산정)이다. 국민연금 제도가 성숙해 짐에 따라 가입기간이 늘어나게 되어, 노령연금 평균급여액 역시 증가할 것이다.

이 외에 소득이 일정 수준 이상인 수급자는 연금 수급을 연기 신청할 수 있으며, 연기 신청을 한 경우 연기 기간 1년당 7.2%를 가산하여 연금을 지급하고 있다. 지급 연기에 따른 가산 연금은 고령화가 심화되는 상황에서 고령자들의 근로 유인을 제고하기 위해 2007년부터 도입 되었다.

[표 2-5-5] 연도별 노령연금 월평균 지급액

(각 연도 12월 급여지급자 기준, 단위 : 원)

구분	노령 연금					
	가입 기간 20년 이상	가입 기간 10~19년	소득활동	조기	특례	분할
2010	770,772	418,996	476,833	425,977	186,468	139,988
2011	791,490	408,600	489,780	446,410	191,470	146,120
2012	819,770	406,890	494,120	467,550	198,920	157,030
2013	848,590	411,500	533,020	476,610	203,160	160,300
2014	869,800	408,260	527,190	485,190	205,770	167,340
2015	883,050	403,700	558,070	496,320	208,460	172,690
2016	884,210	397,490	665,050	505,840	209,850	178,690
2017	892,030	393,770	739,140	515,280	211,900	186,450
2018	911,369	396,154	776,621	534,249	215,723	190,918
2019	921,763	397,784	855,823	554,587	218,987	199,136

주 : 중복급여조정자 및 동순위자는 조정 전 금액임

이 외에도 질병이나 부상의 초진일 당시 일정한 가입 기간이 있고 완치 후에도 신체상 또는 정신상의 장애가 있는 경우에는 장애등급(1~4급)에 따라 장애연금을 지급하고, 노령연금 수급권자, 장애등급 2급 이상인 장애연금 수급권자, 가입기간이 10년 이상 또는 가입기간이 10년 미만(연금보험료를 낸 기간이 가입대상기간의 3분의 1이상이거나 사망일 5년 전부터 사망일까지의 기간 중 가입기간이 3년이상이고 전체 체납기간이 3년미만인 경우)인 가입자 또는 가입자였던 자가 사망한 때에는 최우선순위 유족에게 유족연금이 지급된다.

여기서 유족이란 가입자 또는 가입자였던 자의 사망 당시 그에 의하여 생계를 유지하고 있던 배우자, 25세 미만의 자녀, 60세 이상의 부모(배우자의 부모 포함), 19세 미만의 손자녀, 60세 이상의 조부모(배우자의 조부모 포함) 순이며, 장애등급 2급 이상인 자는 연령에 제한 없이 유족의 범위에 포함된다.

이러한 연금은 기본연금액에 부양가족연금액을 합산한 금액을 지급하는데, 기본연금액은 연금수급 직전 3년간의 전국소비자물가변동률을 반영한 전체 가입자의 평균 소득월액의 평균액과 가입자 개인의 가입 기간 중 기준 소득월액의 평균액을 기초로 한 공식에 의해 산정된다.

부양가족연금액은 수급권자(유족연금의 경우에는 사망한 가입자 또는 가입자였던 자)에 의하여 생계를 유지하고 있는 배우자, 자녀(19세 미만 또는 장애등급 2급 이상), 부모(60세 이상 또는 장애등급 2급 이상)가 있는 경우에 지급되는 일종의 가족수당적 성격의 부가급여이다. 다만, 수급권자가 소득 활동에 따른 노령연금 수급권자이거나 부양가족연금 대상자가 연금수급권자 또는 퇴직연금 등 수급권자, 수급권자에 의한 생계유지가 끝난 경우, 이혼한 경우 등은 제외한다.

일시금급여 중 반환일시금은 가입 기간이 10년 미만인 자가 60세 도달, 사망(유족연금이 지급되지 않는 경우), 국적 상실 또는 국외 이주 중 하나에 해당하면 납부한 연금보험료에 일정한 이자를 가산하여 본인 또는 유족에게 지급하는 일종의 청산적 성격의 급여이다. 반환 일시금 제도는 국민연금의 기본적인 목적인 노후 생활 보장에 더욱 충실할 수 있도록 하기 위해 60세 전에는 지급을 엄격히 제한하고 있다.

사망일시금은 가입자 또는 가입자였던 자가 사망하였으나, 유족연금 또는 반환일시금을 지급 받을 유족이 없는 경우, 배우자, 자녀, 부모, 손자녀, 조부모, 형제·자매 또는 4촌 이내의 방계 혈족에게 지급(다만, 4촌 이내의 방계혈족인 경우에는 생계 유지 관계가 인정되어야 함)하는 장제보조적 성격의 급여로서 반환일시금에 상당하는 금액을 지급한다. 이때 사망일시금은 가입자 또는 가입자였던 자의 최종 기준소득월액 또는 가입기간 중의 기준소득월액의 평균액 중 많은 금액의 4배를 초과할 수 없다.

|표 2-5-6| 연도별 급여종별 지급 실적

('19. 12. 기준, 단위 : 명, 백만 원)

구분		합계	연금				일시금			
			소계	노령연금	장애연금	유족연금	소계	장애 일시금	반환 일시금	사망 일시금
총계	수급자	16,084,452	5,684,064	4,621,887	171,327	890,850	10,400,388	79,379	10,127,828	193,181
	금액	199,764,389	178,145,615	152,127,757	5,255,869	20,761,988	21,618,774	757,378	20,320,428	540,969
'05	수급자	1,757,674	1,651,681	1,349,626	54,467	247,588	105,993	4,147	96,078	5,768
	금액	3,584,901	3,210,044	2,531,536	193,931	484,577	374,857	35,713	324,885	14,259
'06	수급자	1,985,502	1,858,769	1,517,649	61,762	279,358	126,733	4,898	115,394	6,441
	금액	4,360,239	3,899,369	3,103,161	225,607	570,601	460,870	44,239	400,674	15,957
'07	수급자	2,244,477	2,110,519	1,731,560	67,091	311,868	133,958	5,167	121,200	7,591
	금액	5,182,611	4,748,988	3,857,709	245,898	645,401	433,623	48,325	368,374	16,924
'08	수급자	2,517,579	2,366,626	1,949,867	72,166	344,593	150,953	4,902	137,654	8,397
	금액	6,180,804	5,764,986	4,765,528	268,100	731,358	415,818	47,921	348,026	19,871
'09	수급자	2,770,344	2,602,630	2,149,168	74,535	378,927	167,714	3,836	154,119	9,759
	금액	7,471,934	6,946,490	5,814,825	287,016	844,649	525,444	40,940	460,476	24,028
'10	수급자	2,975,336	2,820,649	2,330,128	76,280	414,241	154,687	3,447	141,347	9,893
	금액	8,635,467	8,107,420	6,861,876	296,305	949,239	528,047	37,299	465,123	25,625
'11	수급자	3,166,983	3,015,244	2,489,614	75,895	449,735	151,739	3,480	136,628	11,631
	금액	9,819,296	9,273,039	7,905,180	305,547	1,062,312	546,257	41,919	475,051	29,287
'12	수급자	3,499,522	3,310,211	2,748,455	75,934	485,822	189,311	2,862	175,716	10,733
	금액	11,550,754	10,837,244	9,327,087	314,463	1,195,694	713,510	34,654	648,045	30,811
'13	수급자	3,633,770	3,440,693	2,840,660	75,041	524,992	193,077	2,993	179,440	10,644
	금액	13,112,752	12,361,973	10,705,594	326,168	1,330,211	750,779	38,737	679,145	32,897
'14	수급자	3,748,130	3,586,805	2,947,422	75,387	563,996	161,325	2,651	146,353	12,321
	금액	13,779,943	13,087,468	11,295,917	331,604	1,459,947	692,475	34,471	618,469	39,535
'15	수급자	4,028,671	3,832,188	3,151,349	75,688	605,151	196,483	2,597	179,937	13,949
	금액	15,184,010	14,342,683	12,415,111	336,568	1,591,004	841,327	35,522	759,704	46,101
'16	수급자	4,362,254	4,135,292	3,412,350	75,497	647,445	226,962	2,577	207,751	16,634
	금액	17,068,159	16,107,103	14,047,956	337,333	1,721,814	961,056	36,048	874,649	50,359
'17	수급자	4,692,847	4,475,143	3,706,516	75,486	693,141	217,704	2,916	201,278	13,510
	금액	19,083,886	18,155,323	15,931,616	349,017	1,874,690	928,563	42,131	842,325	44,107
'18	수급자	4,769,288	4,596,690	3,778,824	75,734	742,132	172,598	3,072	157,867	11,659
	금액	20,752,684	19,800,820	17,384,044	359,198	2,057,577	951,864	46,669	859,082	46,113
'19	수급자	5,163,110	4,961,143	4,090,497	77,872	792,774	201,967	3,028	186,921	12,018
	금액	22,764,343	21,711,564	19,069,258	378,720	2,263,586	1,052,780	48,847	953,068	50,865

주 : '총계'란의 수급자(노령·장애·유족연금)의 수는 1988년부터 현재까지의 수급자였던 자를 포함

2. 급여 수준

연금액의 지급 수준에 대해서는 가입자의 종전 소득 수준에 비례하여 지급하여야 한다는 논리와 국민연금 도입 목적이 노후 빈곤 퇴치에 있으므로 소득 수준과 상관없이 모든 국민에게 동일한 수준으로 지급하여야 한다는 논리가 대립하고 있다. 우리나라의 연금제도는 두 입장을 절충한 내용으로 설계되어 있다.

기본연금액의 산정 공식은 가입자 본인의 소득 수준과는 관계없이 전체 가입자의 평균 소득 월액을 반영하는 균등 부분과 가입 기간 중 본인의 기준 소득월액의 평균액을 반영하는 소득 비례 부분으로 구성되어 있다. 이에 따라 소득대체율(가입자의 재평가된 생애평균소득 대비 연금액)은 소득이 낮을수록 높고, 소득이 높을수록 낮아지는 소득 재분배적 기능을 포함하고 있으며, 가입기간 20년을 초과하는 매 1년(월 단위까지 계산)마다 기본연금액의 5%씩 가산 되도록 되어 있다.

이 산식에 의한 급여 수준은 전체 가입자 평균 소득월액에 해당하는 소득자가 40년을 가입했을 경우를 기준으로 최초 제도 도입 시(1988년)에는 70% 수준이었다. 1999년 이후의 가입 기간에 대해서는 60%가 되도록 1차 조정하였으며, 2008년의 가입 기간에 대해서는 50%, 2009년부터는 0.5%씩 하향 조정하여 2028년부터는 40% 수준이 되도록 2차 조정하였다.

[표 2-5-7] 2019년도 소득 수준 및 가입 기간별 노령연금급여액 추계(예)

(단위 : 원)

기준 소득 월액	월 보험료	가입 기간별 연금액			
		10년	15년	20년	25년
300,000	27,000	140,300	206,720	273,130	300,000
1,000,000	90,000	177,270	261,190	345,100	429,020
2,000,000	180,000	230,080	339,000	447,920	556,830
4,680,000	421,200	371,620	547,540	723,450	899,370

주 : 1) 2019년 1월에 최초 가입한 것으로 가정하였고, 연금액 계산에 사용한 3년간 평균소득월액의 평균액(A)은 2,356,670원임 ('19 적용), 실제 연금수급월액은 연금 수급 당시의 'A' 값과 재평가율을 적용

2) 생계를 유지하고 있는 가족이 있을 경우 배우자 연 260,720원, 자녀/부모 1인당 연 173,770원의 부양가족 연금액이 본인의 연금액에 가산됨

실제 2019년 12월에 지급된 국민연금의 급여 수준을 살펴보면 20년 이상 가입자의 노령연금은 월 평균 급여액이 92만 원(최고 212만 1천 원, 최저 27만 2천 원)에 달하고 있어, 국민연금 제도가 성숙 단계에 진입할 경우 노후 소득 보장에서 중요한 역할을 담당할 것으로 기대된다.

[표 2-5-8] 2019년도 연금월액 현황

('19. 12. 지급자 기준, 단위 : 원)

구분	노령연금					장애연금	유족연금
	가입기간 20년 이상	가입기간 10~19년	초기	특례	분할		
최 고	2,120,680	1,755,640	1,846,220	1,021,390	1,407,170	1,647,390	1,076,890
최 저	271,830	140,810	102,810	71,230	38,210	164,240	100,980
평 균	921,763	397,784	554,587	218,987	199,136	455,731	284,892

주 : 1) 해당월 지급자의 기본 + 부양가족연금월액 기준이며, 중복급여 및 동 순위자는 조정 전 금액임

2) 반환일시금 건당 평균 지급액은 4,776,236원이며 사망일시금 건당 평균 지급액은 2,438,773원임

3. 실질가치 보장

국민연금 급여제도는 연금액의 실질가치를 유지시켜 연금수급자의 안정된 생활을 보장하기 위하여 다음 두 가지 장치를 두고 있다.

첫째, 연금을 처음 지급받을 때에는 가입자 개인의 가입 기간 중 기준 소득월액 평균액을 계산함에 있어 매년의 기준소득월액 평균액을 그대로 적용하는 것이 아니라, 연도별 재평가율에 의하여 연금수급 전년도에 현재 가치로 환산한 금액을 기준으로 기본연금액을 계산하고 있다.

둘째, 연금을 지급받기 시작한 후에는 통계청이 매년 고시하는 전년도 전국 소비자물가 변동률에 따라 지급액(부양가족 연금액 포함)을 매년 조정하는데, 2018년까지는 4월에 물가 변동률을 반영하여 연금액을 인상(당해 연도 4월부터 이듬해 3월까지 적용)하였으나, 2019년부터는 1월에 인상*(당해연도 1월부터 12월까지 적용)하여 국민연금 수급자에게 인상된 연금액으로 3개월 분을 더 지급하게 됨으로써 수급자의 노후소득을 더욱 강화하였으며, 이미 1월에 연금액을 인상하고 있는 공무원연금 등 직역연금과의 형평성도 맞출 수 있게 되었다.

* 신규수급자에게 적용하는 연도별 재평가율 및 연금수급 개시 3년 전 가입자 전체 평균소득월액의 평균값(A값)의 적용시기도 4월에서 1월로 변경됨

|표 2-5-9| 부양가족 연금액 조정 현황

(단위 : %, 원)

구 분		1999.1. 1999.3.	1999.4. 2000.3.	2000.4. 2001.3.	2001.4. 2002.3.	2002.4. 2003.3.	2003.4. 2004.3.	2004.4. 2005.3.	2005.4. 2006.3.	2006.4. 2007.3.	2007.4. 2008.3.	2008.4. 2009.3.
조정률		(법개정)	7.5	0.8	2.3	4.1	2.7	3.6	3.6	2.7	2.2	2.5
부양가족 연금액(년)	배우자	150,000	161,250	162,540	166,270	173,080	177,750	184,140	190,760	195,910	200,220	205,220
	자녀· 부모	100,000	107,500	108,360	110,850	115,390	118,500	122,760	127,170	130,600	133,470	136,800
구 분		2009.4. 2010.3.	2010.4. 2011.3.	2011.4. 2012.3.	2012.4. 2013.3.	2013.4. 2014.3.	2014.4. 2015.3.	2015.4. 2016.3.	2016.4. 2017.3.	2017.4. 2018.3.	2018.4. 2018.12.	2019.1. 2019.12.
조정률		4.7	2.8	2.9	4.0	2.2	1.3	1.3	0.7	1.0	1.9	1.5
부양가족 연금액(년)	배우자	214,860	220,870	227,270	236,360	241,550	244,690	247,870	249,600	252,090	256,870	260,720
	자녀· 부모	143,220	147,230	151,490	157,540	161,000	163,090	165,210	166,360	168,020	171,210	173,770

주 : 1999년부터 매년 전국소비자물가변동률을 적용하여 재조정

V 사회보장협정

1. 의의

사회보장협정은 국가 간 노동력의 이동이 활발해지면서, 인적 이동 과정에서 양국 연금제도의 이중 적용에 따른 연금보험료 이중 부담과 연금 가입 기간 분산에 따른 연금 수급권 제한 문제를 해소하기 위해 국가 간에 체결하는 조약으로서, 해외에 진출한 우리 기업과 근로자의 해외 연금보험료 부담 완화와 국민연금 가입자의 국내·외 연금 수급권 개선에 기여하며, 나아가 우리 기업의 해외 진출 및 외국 자본의 국내 유치를 위한 기반 조성에 큰 도움이 되고 있다.

우리나라는 상호 인적 교류가 많은 주요 국가를 중심으로 사회보장협정 체결을 지속적으로 추진하여 이란('78. 6.), 캐나다('99. 5.), 영국('00. 8.), 미국('01. 4.), 독일('03. 1.), 네덜란드('03. 10.), 일본('05. 4.), 이탈리아('05. 4.), 우즈베키스탄('06. 5.), 몽골('07. 3.), 헝가리('07. 3.), 프랑스('07. 6.), 오스트레일리아('08. 10.), 체코('08. 11.), 아일랜드('09. 1.), 벨기에('09. 7.), 폴란드('10. 3.), 불가리아('10. 3.), 슬로바키아('10. 3.), 루마니아('10. 7.), 오스트리아('10. 10.), 덴마크('11. 9.), 인도('11. 11.), 중국('13. 1. 개정), 스페인('13. 4.), 스위스('15. 6.), 스웨덴

(15. 6.), 터키(15. 6.), 브라질(15. 11.), 칠레(17. 2.), 핀란드(17. 2.), 퀘벡(17. 9.), 페루(19. 1.), 룩셈부르크(19. 9.), 슬로베니아(19. 10.), 크로아티아(19. 11.) 36개국과 협정이 발효되어 시행 중에 있다.

또한, 아르헨티나, 노르웨이, 우루과이, 뉴질랜드, 필리핀 등 5개 국가와는 협정에 서명하였으며, 협정 발효를 위한 국내 절차를 마무리하고 곧 시행될 예정이다. 그 밖에 우리 교민 수가 많고 우리 기업의 진출이 활발한 중동, 중남미, 아시아권 국가 등과 사회보장협정 체결을 추진 중에 있으며, 향후 사회보장협정 체결 국가는 더욱 늘어날 것이다.

2. 유형

가. 가입기간 합산협정

사회보장협정의 주요 목적인 이중 가입 방지와 가입 기간 합산을 모두 규정한 포괄적인 사회보장협정이다. 계약 당사국을 오가며 근로 또는 자영하는 사람들이 협정의 적용을 받을 경우 한 국가의 연금제도에만 가입하면 되고, 연금 가입 기간이 양국으로 분리되어 양국 또는 한 국가로부터 연금을 받지 못하는 경우 상대국 가입 기간을 합산하여 양국에 납부한 기간에 비례하여 연금을 받을 수 있도록 규정하고 있다.

우리나라는 캐나다, 미국, 독일, 헝가리, 프랑스, 오스트레일리아, 체코, 아일랜드, 벨기에, 폴란드, 불가리아, 슬로바키아, 루마니아, 오스트리아, 덴마크, 인도, 스페인, 스웨덴, 터키, 브라질, 핀란드, 퀘벡, 페루, 룩셈부르크, 슬로베니아, 크로아티아와 가입기간 합산협정을 체결하여 시행하고 있다.

나. 보험료 면제협정

사회보장협정의 주요 목적 중 이중 가입 방지만을 규정한 협정으로, 양국을 오가며 근로하거나 자영하는 사람들이 협정의 적용을 받을 경우 한 국가의 연금제도에만 가입하도록 하는 규정만 있고 가입 기간 합산을 통해 급여수급권을 개선하는 규정은 없다.

우리나라는 이란, 영국, 중국, 네덜란드, 일본, 이탈리아, 우즈베키스탄, 몽골, 스위스, 칠레와 보험료 면제협정을 체결하여 시행하고 있다.

3. 시행 현황 및 전망

1999년 5월 캐나다와의 사회보장협정이 시행된 이래 2018년 말까지 7만 4,030명이 우리 국민연금 가입증명서를 상대국에 제출하여 상대국 연금보험료를 면제받았으며, 2만 8,467명의 외국인 근로자가 상대국 연금제도 가입증명서를 제출하여 국민연금 보험료 면제의 혜택을 누렸다.

[표 2-5-10] 사회보장협정에 의한 보험료 면제 성과(누계)

(단위 : 명, 백만 원)

연도	우리나라(A)		협정 상대국(B)		면제차액 (A-B)
	해외 파견자	면제 금액	한국 파견자	면제 금액	
2019	79,387	3,968,732	32,043	327,605	3,641,127
2018	74,030	3,597,156	28,467	259,654	3,337,501
2017	68,980	3,226,057	24,739	206,110	3,019,947
2016	61,034	2,833,463	21,564	171,241	2,662,222
2015	53,340	2,449,538	16,890	139,687	2,309,851
2014	47,997	2,085,590	15,314	119,282	1,966,307
2013	43,145	1,749,324	14,499	100,813	1,648,511
2012	31,750	1,452,917	11,043	86,540	1,366,376
2011	21,672	1,013,082	9,749	75,054	938,028
2010	15,883	760,892	8,376	63,527	697,364
2009	13,138	618,764	7,230	50,877	567,887

또한, 사회보장협정에 의해 2019년말 기준으로 4,278명의 우리나라 국민이 캐나다, 미국, 독일, 프랑스, 호주 등의 연금을 수급 중이며, 현재까지 누적 수급액도 1,069억 원에 이른다. 조만간 아르헨티나, 노르웨이, 우루과이, 뉴질랜드, 필리핀 등과의 사회보장협정이 발효되면 외국연금 수급 혜택을 받는 우리나라 국민이 더욱 늘어날 전망이다.

[표 2-5-11] 사회보장협정을 통한 상대국 연금 수급 현황

(단위 : 명)

구분	계	캐나다	독일	미국	프랑스	호주	오스트리아	기타
수급자 수	4,278	328	334	3,209	169	23	24	191
1인당 월평균 수급액	299천 원	207천 원	821천 원	263천 원	293천 원	799천 원	828천 원	146천 원

주 : '19. 12. 기준 수급자 수

앞으로, 해외 진출 기업과 근로자 수, 재외교포 수 등을 고려하여 사회보장협정 체결 실익이 큰 국가를 중심으로 협정을 추진해 나갈 예정이다. 이미 사회보장협정이 체결된 국가 중에도 양국의 사회보장제도 변화 등으로 협정 개정이 필요한 경우 적극적으로 협정 개정을 추진하여 해외에 진출한 우리 기업과 국민의 권리를 보호해 나갈 계획이다.

제2절 국민연금기금 운용

I 개요

1. 국민연금기금의 설치 목적

국민연금기금은 「국민연금법」 제101조에 명시된 것처럼 국민연금사업에 필요한 재원을 원활히 확보하고, 국민연금가입자에게 노령연금, 장애연금, 유족연금 등 급여 지급을 충당하기 위한 목적으로 설치되었다.

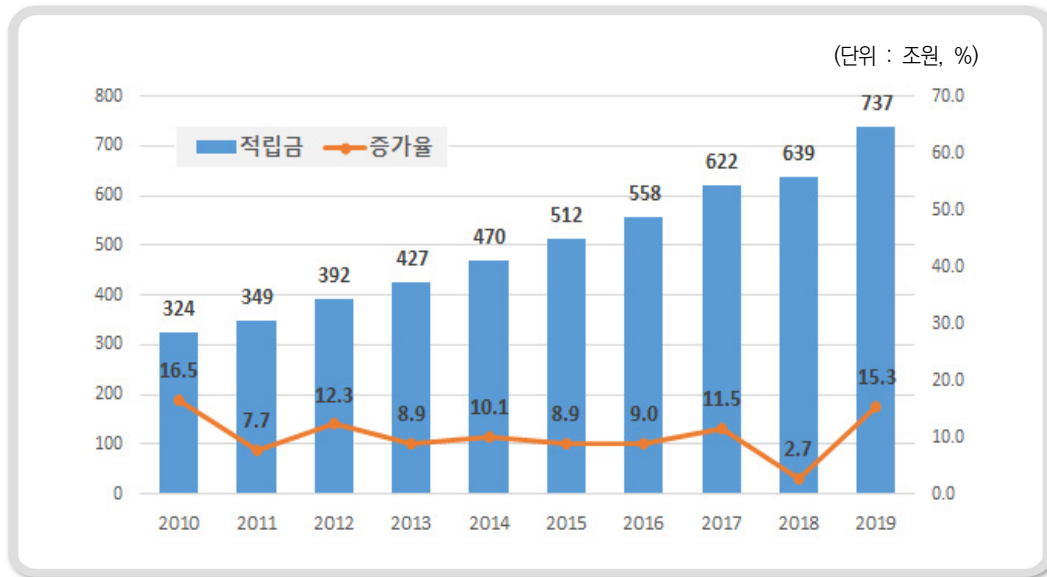
이러한 국민연금기금은 가입자가 부담하는 연금보험료와 기금운용수익금 등으로 조성되며, 연금 재정의 장기적인 안정을 유지하기 위해 기금의 운용 수익을 최대한 증대시킬 수 있도록 운용하고 있다.

2. 국민연금기금의 재정 현황

국민연금기금은 1988년 제도시행 이래 2019년 말까지 연금보험료 및 기금운용수익금 등으로 총 945조 1천억 원을 조성하여 연금급여 지급 등에 208조 4천억 원을 지출하고 736조 7천억 원의 적립금을 금융 부문 등에 운용하고 있다.

조성액 945조 1천억 중 기금운용수익금은 367조 5천억 원으로 1988년부터 2019년 말까지의 누적수익률은 5.86%이다. 2018년에 실시한 제4차 국민연금 재정계산에 따르면 기금의 적립금은 2020년에 약 781조 원, 2041년에는 약 1,778조 원에 이를 것으로 전망된다.

[그림 2-5-1] 국민연금기금 적립금 현황(시가 기준)



[표 2-5-12] 연도별 조성 및 지출 내역

(단위 : 십억 원)

구 분	'12.	'13.	'14.	'15.	'16.	'17.	'18.	'19.	'88.~'19.
조성(A)	55,168	48,628	57,199	58,256	63,628	83,050	38,535	121,306	945,096
연금보험료	30,128	31,907	34,078	36,426	39,036	41,785	44,373	47,800	576,416
기타	24,992	16,651	23,033	21,741	24,544	41,194	-5,867	73,425	367,478
지출(B)	49	70	89	88	48	71	28	81	1,202
연금급여지급	12,068	13,641	14,330	15,754	17,653	19,707	21,396	23,433	208,442
운영비 등	11,551	13,113	13,780	15,184	17,068	19,084	20,753	22,764	199,764
운용 수익(C)	517	528	550	570	585	624	643	669	8,678
기금 증가(A-B+C)	43,100	34,987	42,868	42,501	45,975	63,343	17,139	97,873	736,654
운용	391,968	426,955	469,823	512,324	558,299	621,642	638,781	736,654	736,654
공공 부문	-	-	-	-	-	-	-	-	-
복지 부문	127	125	126	136	140	143	145	166	166
금융 부문	391,568	426,447	469,253	511,698	557,682	621,018	638,217	736,079	736,079
기타 부문	272	382	443	490	478	481	420	408	408

주 : 연도별 금액은 해당 연도의 금액임

3. 국민연금기금의 관리·운용 체계

국민연금기금의 관리·운용에 관한 중요 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관을 위원장으로 하는 국민연금기금운용위원회가 설치되어 있다. 국민연금기금운용위원회는 정부, 사용자, 근로자, 지역가입자를 대표하는 위원과 관계 전문가 등 총 20명(민간위원 14인)으로 구성되어 있으며, 기금운용 지침 및 기금운용 계획 수립 등을 심의·의결한다.

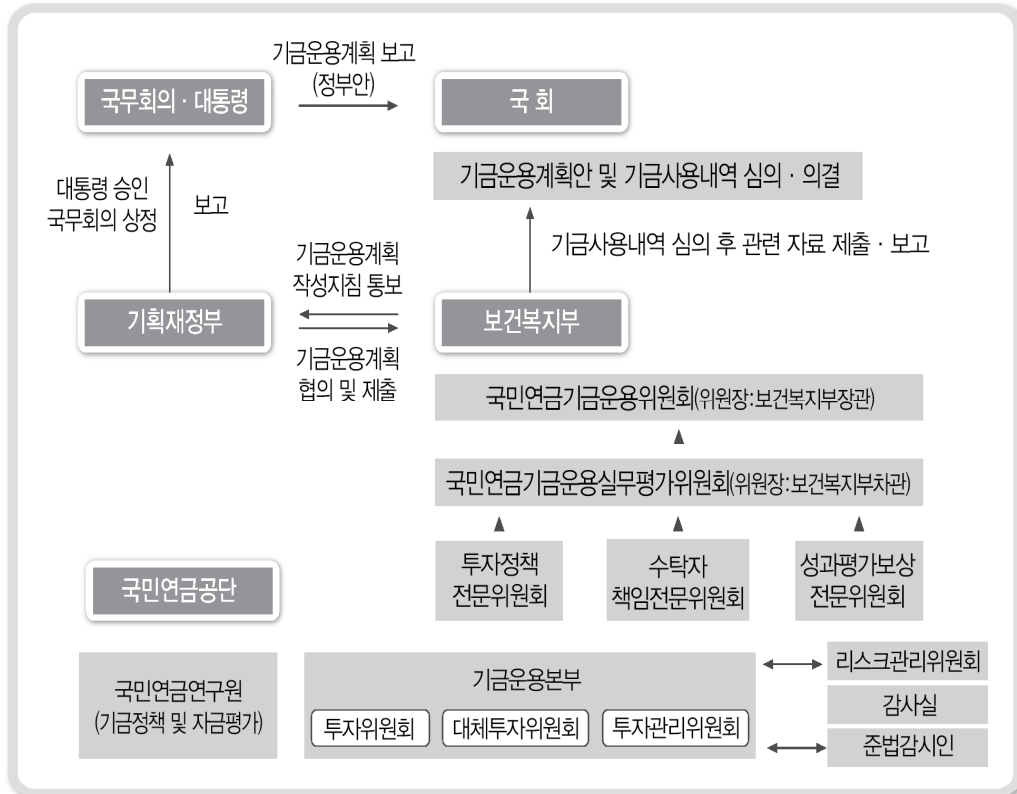
국민연금기금운용위원회 산하에는 법·사회복지·경제·경영 전문가로 구성된 국민연금기금운용 실무평가위원회를 두고 있고, 국민연금기금운용위원회의 전문적 의사 결정을 자문하기 위해 관련 전문위원회(국민연금기금 수탁자책임전문위원회, 국민연금기금 성과평가보상 전문위원회, 국민연금기금 투자정책전문위원회)도 구성·운영하고 있다.

수탁자책임전문위원회는 국민연금 보유 주식에 대한 주주권 및 의결권 행사와 책임투자 관련 주요 사안을 검토·결정하기 위해 2006년부터 구성·운영('06~'18. 7. 의결권행사전문위원회, 이후 수탁자책임전문위원회)되고 있고, 성과평가보상전문위원회는 성과평가 및 보상에 관한 전반적인 정책 개발과 제언을 담당하고 있으며, 그 기능에 '위험관리'를 추가하여 '위험관리·성과보상 전문위원회'로 개편·운영할 예정이다. 또한, 2011년부터 투자정책전문위원회를 설치하여 전문적 지식을 바탕으로 객관적인 평가가 필요한 투자 정책 및 새로운 투자 정책의 개발 또는 기존 투자 정책의 변경에 관한 사항 등을 검토하고 있다.

국민연금기금운용위원회에서 심의·의결된 기금운용계획은 지출 부문에 대해 기획재정부와의 협의·조정을 거쳐 대통령 승인 후 국회에서 확정되어 집행된다. 기금운용계획에 의한 여유자금의 운용은 국민연금공단 내 기금운용본부가 담당하고 있다.

아울러, 기금 운용과 관련된 정보를 보건복지부 및 국민연금공단 홈페이지에 공개하여 국민연금 가입자 및 수급자들에게 기금 운용 관련 정보를 실시간으로 제공하고 있으며, 대국민 공시 및 정보 공개 수준을 지속적으로 강화하고 있다.

[그림 2-5-2] 국민연금기금 관리·운용 체계



주 : 성과평가보상 전문위원회의 기능에 '위험관리'를 포함하여 위험관리·성과보상전문위원회로 개편 예정('20)

Ⅱ 국민연금기금 투자 정책

1. 국민연금기금의 투자 원칙

국민연금기금은 국민연금사업에 필요한 재원을 원활하게 확보하고 국민연금급여에 충당하기 위한 책임준비금이므로, 기금의 실질 가치를 유지하고 보험료 부담을 완화하거나 급여를 보장 하는데 기여하도록 위험 한도 내에서 추가적인 수익을 창출하기 위해 노력하여야 한다. 이를 위해 국민연금기금운용지침은 수익성, 안정성, 공공성, 유동성, 지속 가능성, 운용 독립성 등 기금 운용 원칙을 정하고 있다.

가. 수익성의 원칙

가입자의 부담, 특히 미래 세대의 부담 완화를 위하여 가능한 한 많은 수익을 추구하여야 한다.

나. 안정성의 원칙

기금은 투자하는 자산의 전체 수익률 변동성과 손실 위험이 허용되는 범위 안에 있도록 안정적으로 운용하여야 한다.

다. 공공성의 원칙

전 국민을 대상으로 하는 제도이고, 적립 규모가 국가 경제에서 차지하는 비중이 크므로 국가 경제 및 국내 금융 시장에 미치는 파급 효과를 감안하여 운용하여야 한다.

라. 유동성의 원칙

기금은 연금급여의 지급이 원활하도록 유동성을 고려하여 운용해야 하며, 특히 투자한 자산의 처분 시 국내 금융 시장의 충격이 최소화되는 방안을 사전에 강구해야 한다.

마. 지속 가능성의 원칙

투자자산의 지속 가능성 제고를 위하여 환경, 사회, 지배구조 등의 요소를 고려하여 신의를 지켜 성실하게 운용하여야 한다.

바. 운용 독립성의 원칙

기금은 상기 원칙에 따라 운용되어야 하며, 다른 목적을 위하여 이러한 원칙이 훼손되어서는 안 된다.

2. 자산 운용

「국민연금법」 제102조 제2항에 따르면 국민연금 재정의 장기적 안정을 유지하기 위하여 그 수익을 최대로 증대시킬 수 있도록 기금을 운용해야 한다. 기금 운용의 최종 심의·의결 권한을 가진 국민연금기금운용위원회는 이와 같은 운용 기준에 따라 자산군별 목표 비중을

결정하는 전략적 자산 배분을 결정하고, 기금운용본부가 적극적 운용을 통해 전략적 자산 배분에 의한 초과 달성 수익률의 목표치를 설정하는 등 기금 운용에 관한 주요 사항을 담당하고 있다.

중기 자산 배분은 향후 5년 단위의 자산 배분 목표를 설정하는 과정으로, 장기투자자로서 중장기 운용 계획을 마련할 필요성이 제기되어 2006년부터 매년 수립하고 있다. 국민연금기금 운용위원회는 국내외 경제 전망을 바탕으로 중·장기적 관점에서 허용 위험 한도 내에서 투자 수익을 극대화할 수 있는 전략적 자산 배분을 결정하고, 이를 기반으로 연도별 기금운용계획을 수립한다. 기금운용본부는 전략적 자산 배분에 따라 결정되는 연간 자산 배분 계획을 기초로 시장 상황 등에 따라 투자 허용 범위 내에서 최대한의 수익을 올릴 수 있도록 전술적 자산 배분 및 운용을 담당한다.

2019년에 수립한 중기('20~'24) 자산 배분(안)은 향후 5년간 경제 성장률과 물가 상승률 등을 고려하여 목표 수익률을 5.3%로 정하였고, 이를 달성하기 위한 최적 [포트폴리오]를 주식 45% 내외, 채권 40% 내외, 대체투자 15% 내외로 정하였다. 특히, 기금운용위원회는 수익성 제고 및 위험 분산을 위해 그간 추진해 온 해외투자, 대체투자 확대 등 투자 다변화 기조를 지속 유지하기로 하고, 기금의 해외투자 비중을 2018년 말 30.1%에서 2024년 50% 수준까지 확대하기로 하였다.

2019년 말 자산군 별 목표 비중은 중기 자산배분 이행 계획에 따라 2019년도 기금운용 계획에 반영되어 국내주식 17.3%, 국내채권 41.9%, 해외주식 22.3%, 해외채권 5.5%, 대체투자 13.0%로 정해졌다. 이에 따라 2019년 말 자산군 별 투자 금액은 국내주식 129조 7천억 원, 국내채권 313조 3천억 원, 해외주식 166조 9천억 원, 해외채권 41조 2천억 원, 대체투자 96조 9천억 원을 계획하였다.

[표 2-5-13] 국민연금 중기 자산 배분 및 2019년도 기금운용계획안 개요

구 분	2018년 말		2019년 말(예상)		2024년 말
	금액(조 원)	비중(%)	금액(조 원)	비중(%)	비중(%)
주식 전체	263.1	38.0	296.6	39.6	45% 내외
국내주식	124.6	18.0	129.7	17.3	15% 내외
해외주식	138.5	20.0	166.9	22.3	30% 내외
채권 전체	341.4	49.3	354.4	47.4	40% 내외
국내채권	313.7	45.3	313.3	41.9	30% 내외
해외채권	27.7	4.0	41.2	5.5	10% 내외
대체투자	87.9	12.7	96.9	13.0	15% 내외
계	692.4	100.0	747.9	100.0	100%

[표 2-5-14] 국민연금 해외투자 규모 및 비중

구 분	2018년 말		2019년 말		2024년 말
	금액(조 원)	비중(%)	금액(조 원)	비중(%)	비중(%)
해외투자 (주식+채권+대체+단기)	192.2	30.1	222.2	32.7	50% 내외
국내투자 (주식+채권+대체+단기)	446.3	69.9	470.2	67.3	50% 내외

3. 성과 평가 및 위험 관리

보건복지부는 기금운용 성과 평가에 대한 투명성, 객관성, 독립성을 제고하고, 성과 평가의 질적 발전과 수요자 요구에 맞는 성과 평가 결과의 산출을 위해 2008년 2월부터 민간전문가 12명으로 구성된 ‘국민연금기금 성과평가보상전문위원회’를 운영하고 있다.

국민연금연구원과 외부 전문평가기관이 매년 기금 운용 성과를 평가·분석하여 성과평가 보상전문위원회에 보고하면, 전문위원회는 정량적·정성적 성과평가 결과를 바탕으로 정책 제언을 작성하고 기금운용본부가 수행할 정성평가 과제를 제시한다.

정량평가는 평가 항목별 벤치마크 대비 초과수익률로 평가하며, 정성평가는 기금운용위원회의 지적 사항 등을 바탕으로 전문위원회가 선정한 과제에 대한 기금운용본부의 이행 실적을 기준으로 평가하고 있다. 성과 평가 결과는 우수한 인력의 확보를 통한 기금의 장기 수익률 제고에 기여하고자 기금운용본부 운용 전문 인력에 대한 보상 정책에 반영하고 있다.

공정한 성과 평가뿐만 아니라 기금 운용 현황 및 성과 평가 결과를 충실하게 공시하는 것도 기금 운용의 신뢰를 높이고 기금의 투명성을 확보하기 위해 중요하다. 국민연금 가입자와 수급자, 기타 국민연금 이해관계자들이 기금운용 성과에 대하여 정확하게 이해할 수 있도록 성과 평가 결과를 실무평가위원회의 심의 및 기금운용위원회의 의결을 거쳐 홈페이지 등에 공시하고 있다. 2013년 5월, 기금운용위원회는 기금 운용 정보 공개를 확대하는 방향으로 기금운용지침을 개정하였다. 이에 따라 5% 이상의 지분을 보유 중인 국내주식에 대한 종목 명과 투자 규모, 지분율까지 확대 공시하고, 위탁운용사 및 거래증권사 현황 등을 분기별로 공시하는 등 투명성과 책임성이 더욱 강화되었다. 2014년 7월에는 국민이 기금 운용에 대해 보다 쉽게 이해하고 정보를 얻을 수 있도록 기금 운용 전용 홈페이지를 개설하였다.

국민연금기금의 성과는 위험에 대한 적절한 허용·관리를 통하여 창출되므로 위험을 정확하게 인식·측정하며 관리·통제할 수 있도록 하고 있다. 국민연금기금의 실질가치 유지와 장기 재정안정에 기여하며 목표 달성을 위하여 운용상 감내할 수 있는 최대한도로 연간 총 허용 위험 한도 및 자산별 허용 위험 한도를 설정하여 연간 자금운용계획에 반영하고 있다.

국민연금공단 리스크 관리센터는 기금의 안정성 및 수익성에 영향을 미칠 수 있는 시장위험, 신용위험, 유동성위험, 법규위험, 운영위험 등을 체계적으로 산출하여 관리하고 있으며, 리스크 관리위원회 및 보건복지부장관에게 보고하고 있다. 향후 보다 체계적인 리스크 관리를 위하여 성과평가보상전문위원회의 기능에 '위험관리'를 추가하여 심도 깊은 논의를 이어갈 예정이다.

Ⅲ 국민연금기금 관리·운용 현황

1. 국민연금기금 결산

2019년 말 기준 국민연금기금의 자산은 736조 7,753억 원으로 전년대비 97조 8,653억 원 (15.3%)이 증가한 것으로 나타났다. 유동자산은 193조 3,969억 원으로 1년 이내 만기가 도래하는 채무증권의 증가 및 국내외 주식 평가금액 증가 등에 따라 전년 대비 50조 3,003억 원이 증가하였고, 투자 자산은 542조 7,907억 원으로 국내외 채무증권, 지분증권 및 대체투자 확대에 따라 전년대비 47조 5,600억 원 증가하였다.

국민연금기금의 부채는 1,215억 원으로 전년대비 92억 원이 감소한 것으로 나타났다. 유동 부채는 주식매수 미지급금, 환위험해지를 위해 계약한 파생상품 평가손실 등 844억 원으로 전년 대비 108억 원 감소하였고, 비유동부채는 공단임대보증금으로 371억 원이며 전년 대비 16억 원 증가하였다.

자산에서 부채를 차감한 순자산은 전년 대비 97조 8,727억 원이 증가한 736조 6,538억 원으로 나타났다. 기본 순자산은 1988년도에 국민복지연금에서 전입된 금액으로 3억 원이고, 적립금은 연금보험료수입에서 연금급여지급액을 차감한 연금급여적립금의 증가로 23조 357억 원이 증가하였다. 잉여금은 재정운영결과 △15조 9,918억 원이 발생하였다. 순자산조정은 국내외 주가 상승 등에 따른 투자증권 평가이익 증가 등으로 전년대비 56조 8,452억 원이 증가하였다.

[표 2-5-15] 국민연금기금 요약 [재정상태표]

(단위 : 억 원, %)

구 분	2019(당기)	2018(전기)	증 감	
			금액(C=A-B)	비 율(C/B)
자산합계(a)	7,367,753	6,389,118	978,635	15.3
Ⅰ. 유동자산	1,933,969	1,430,966	503,003	35.2
Ⅱ. 투자자산	5,427,907	4,952,307	475,600	9.6
Ⅲ. 기타비유동자산	5,877	5,845	32	0.5
부채합계(b)	1,215	1,307	△92	△7.0
Ⅰ. 유동부채	844	952	△108	△11.3
Ⅱ. 기타비유동부채	371	354	17	4.5
순자산(a-b)	7,366,538	6,387,811	978,727	15.3
Ⅰ. 기본순자산	3	3	-	-
Ⅱ. 적립금 및 잉여금	6,069,773	5,659,497	410,276	7.2
Ⅲ. 순자산조정	1,296,762	728,310	568,452	78.1

2. 국민연금기금 운용 및 성과

가. 투자 현황

2019년 말 시가 기준 국민연금기금의 규모는 736조 6,538억 원으로 금융 부문에 736조 790억 원, 복지 부문에 1,663억 원을 투자하고 있다. 채권과 주식의 비중은 각각 47.7%와 40.6%이며, 대체투자의 비중은 11.4%이다.

[표 2-5-16] 부문별 투자 금액과 비중(시가 기준)

(단위 : 억 원, %, %p)

구 분		2019		2018		증감	
		규모	비중	규모	비중	규모	비중
총계		7,366,538	100.0	6,387,811	100.0	978,728	0.0
금융 부문 계		7,360,790	99.9	6,382,168	99.9	978,622	0.0
주식	소계	2,987,885	40.6	2,218,747	34.7	769,138	5.9
	국내	1,322,609	18.0	1,089,138	17.1	233,471	0.9
	해외	1,665,277	22.6	1,129,610	17.7	535,667	4.9
채권	소계	3,512,134	47.7	3,375,800	52.8	136,334	-5.1
	국내	3,207,512	43.5	3,109,927	48.7	97,585	-5.2
	해외	304,622	4.1	265,874	4.2	38,749	-0.1
대체투자		842,952	11.4	766,195	12.0	76,757	-0.6
단기자금		17,819	0.2	21,426	0.3	-3,607	-0.1
복지 부문		1,663	0.02	1,446	0.02	217	0.0
기타 부문		4,085	0.1	4,196	0.1	-111	0.0

주 : 1) 기타 부문은 일반사업회계자산, 기금보관금에서 공단임대보증금 및 미결제 조정 금액을 차감한 금액임

2) 반올림에 의한 단수 차이 있음.

나. 수익률 현황

2019년도 국민연금기금의 금액가중 수익률은 11.31%이고, 수익금은 73조 4,247억 원이다. 최근 3년간 연평균 수익률은 5.87%이고, 1988년~2018년 말 기준 누적수익률은 5.86%이며 동 기간 수익금은 367조 4,776억 원이다.

주요 투자 자산군별 2019년도 수익률을 살펴보면, 주식은 21.91%, 채권은 4.30%, 대체투자는 9.62%를 기록하였다. 최근 3년간 연평균 수익률은 주식 8.74%, 채권 3.25%, 대체투자는 8.76%를 기록하였다.

[표 2-5-17] 국민연금기금 수익률 및 수익금

(단위: %, 억 원)

구 분	2019		2018		3년 평균 (‘17.~’19.)	5년 평균 (‘15.~’19.)	연평균 (‘88.~’19.)	
	수익률	수익금	수익률	수익금	수익률	수익률	수익률	누적수익금
금융부분	11.33	734,135	-0.93	-58,758	5.88	5.46	5.78	3,475,758
채권전체	4.30	141,963	4.80	152,547	3.25	3.18	4.77	1,826,440
국내채권	3.61	109,183	4.85	142,340	3.04	3.05	4.74	1,687,105
해외채권	11.85	32,780	4.21	10,208	5.70	4.66	5.14	139,335
주식전체	21.91	516,839	-11.88	-292,101	8.74	7.70	7.30	1,207,482
국내주식	12.58	143,238	-16.77	-221,599	5.47	4.80	5.59	572,469
해외주식	30.63	373,601	-6.19	-70,502	12.22	11.06	10.08	635,013
대체투자	9.62	75,569	11.80	80,801	8.76	9.49	8.89	431,443
단기자금	1.46	413	2.43	676	1.39	1.57	3.89	15,719
공공 부문	-	-	-	-	-	-	8.26	190,827
복지 부문	-1.08	-16	-1.52	-20	-1.40	-1.52	6.23	6,081
기타 부문	1.11	128	0.95	106	0.90	0.81	1.64	2,110
전체	11.31	734,247	-0.92	-58,671	5.87	5.45	5.86	3,674,776

다. 금융 부문 벤치마크 대비 수익률 현황

2019년도 금융 부문 시간가중수익률*은 11.34%로 벤치마크(10.86%)에 비해 0.48%p 높았다. 투자 자산군별로 살펴보면, 국내채권(3.53%)은 벤치마크(3.49%)보다 0.04%p, 국내주식(12.46%)은 벤치마크(10.08%) 보다 2.38%p, 해외주식(31.64%)은 벤치마크(31.45%) 보다

0.19%p, 대체투자(9.82%)는 벤치마크(9.70%)보다 0.13%p만큼 각각 높았으며, 해외채권(11.99%)은 벤치마크(12.21%)보다 0.22%p 낮았다.

* 시간가중수익률은 각 기간의 투자 금액은 고려하지 않고 세부 기간별 수익률을 구한 후 세부 기간별 수익률을 복리로 누적한 수익률로, 운용자의 운용 능력을 측정하기 위한 수익률 계산 방법으로 널리 사용

최근 3년간 금융 부문의 연평균 수익률(2.92%)은 벤치마크(2.92%)와 같았다. 투자 자산군별로 살펴보면, 국내채권(5.36%)은 벤치마크(5.43%)보다 0.07%p 낮았고, 해외채권(5.68%)은 벤치마크(4.84%)보다 0.84%p, 국내주식(11.21%)은 벤치마크(10.88%)보다 0.33%p, 해외주식(8.80%)은 벤치마크(7.62%)보다 1.18%p, 대체투자(5.79%)는 벤치마크(5.57%)보다 0.21%p 각각 높았다.

[표 2-5-18] 벤치마크* 대비 수익률 : 금융 부문

(단위 : %, %p)

구 분	2019			3년 평균('17.~'19.)			5년 평균('15.~'19.)		
	기금	BM	차이	기금	BM	차이	기금	BM	차이
금융 부문	11.34	10.86	0.48	2.92	2.92	0.00	2.97	2.96	0.01
국내채권	3.53	3.49	0.04	5.36	5.43	-0.07	4.35	4.59	-0.27
해외채권	11.99	12.21	-0.22	5.68	4.84	0.84	4.86	4.73	0.13
국내주식	12.46	10.08	2.38	11.21	10.88	0.33	9.88	9.56	0.32
해외주식	31.64	31.45	0.19	8.80	7.62	1.18	9.73	8.50	1.23
대체투자	9.82	9.70	0.13	5.79	5.57	0.21	5.32	5.28	0.04

* 벤치마크(Benchmark) : 펀드를 운용할 때 그 운용 성과를 비교하는 기준을 말한다. 펀드의 종류에 따라 서로 다르며 주식형 펀드의 경우에는 코스피지수나 코스피 200지수를, 채권형 펀드는 채권평가사에서 발표하는 채권지수나 국고채 3년 등을 사용한다.

3. 국민연금기금 위탁운용 현황

2019년 말 기준 국민연금기금의 위탁운용자산은 시가 기준 300조 5,512억 원으로 금융 부문 자산 중 40.8%를 차지하고 있으며, 2018년 말(246조 2,939억 원, 38.6%) 대비 2.2%(54조 2,573억 원) 증가한 규모이다.

|표 2-5-19| 국민연금기금 위탁운용 금액 및 비중 추이

(단위 : 시가 기준, 억 원, %)

구 분	2019년 말(A)		2018년 말(B)		증감(A-B)	
	금액	비중 ¹⁾	금액	비중 ¹⁾	금액	비중
채권	594,688	16.9	536,917	15.9	57,771	1.0
국내	414,324	12.9	379,379	12.2	34,945	0.7
해외	180,364	59.2	157,538	59.3	22,826	0.0
주식	1,630,365	54.6	1,224,919	55.2	405,445	△0.6
국내	606,419	45.9	500,703	46.0	105,716	△0.1
해외	1,023,946	61.5	724,216	64.1	299,730	△2.6
대체투자	780,459	92.6	701,103	91.5	79,357	1.1
위탁운용 계	3,005,512	40.8	2,462,939	38.6	542,573	2.2

주 : 1) 해당 자산별 위탁운용 비중이며, 위탁운용 계는 금융 부문에서의 비중

4. 2019년도 국민연금 주식의결권 행사 내역

국민연금은 2019년 총 767회의 주주총회에 참석하여 3,278건의 상정안에 대하여 의결권을 행사하였다. 행사 내역별로는 찬성 2,647건(80.8%), 반대 625건(19.1%), 중립/기권 6건(0.2%)을 행사하였다.

|표 2-5-20| 국민연금 주식의결권 행사 내역

(단위 : 건수, %)

연도	행사 주주총회수	행사 안건 수	행사 내역					
			찬성		반대		중립/기권	
			건수	비중	건수	비중	건수	비중
2019년	767	3,278	2,647	80.8	625	19.1	6	0.2
2018년	768	2,864	2,309	80.6	539	18.8	16	0.6
2017년	708	2,899	2,519	86.9	373	12.9	7	0.2
2016년	796	3,010	2,692	89.4	303	10.1	15	0.5
2015년	749	2,836	2,542	89.6	287	10.1	7	0.3

주 : 지분율 1% 이상 또는 보유 비중 0.5% 이상 기업을 대상으로, 수탁자 책임 활동에 관한 의결권 행사

IV 국민연금기금의 주요 정책 과제

1. 장기적 관점의 운용 체계 구축

국민연금기금의 적립금 규모는 2019년 말 기준 약 736조 6,538억 원이며, 2041년까지 지속적으로 늘어날 것으로 예상된다. 이러한 기금 규모에 합당한 관리·운용 체계를 구축하는 것이 시급한 과제이다. 기금을 효과적으로 관리·운용할 수 있도록 충분한 사회적 논의를 거쳐 전문성·독립성과 대표성·책임성이 조화된 합리적 체계로 개선하기 위하여 국민연금기금 전문위원회 법제화, 상근전문위원 설치 등 기금운용체계 개편방안을 담은 국민연금법 시행령 개정을 추진하고 있다.

또한, 기금의 규모가 지속적으로 증가함에도 불구하고, 장기적인 기금 운용의 가이드라인을 제시해 줄 장기 재정 목표가 설정되어 있지 않아 현재의 포트폴리오와 운용전략이 장기 재정 안정과 운용 성과에 어떠한 영향을 미치는지 알기 어려운 실정이다. 따라서 재정 목표와 기금 운용 장기 목표 수익률이 연계되어 설정되도록 ALM 분석*을 통해 제도 변경과 기금의 장기 운용전략과의 조합을 도출하고, 인구 고령화 등이 기금 및 자산시장에 미치는 영향에 대하여 지속적으로 모니터링 할 필요가 있다.

* ALM(Asset-Liability Management) 분석 : 제도, 인구, 경제, 거래, 투자, 시장을 하나의 통합적 모형 틀 내에서 분석하여 장기적인 국민연금의 재정 상황을 예측할 수 있는 시스템

2. 적극적 투자 다변화

기금 규모의 증가에 따라 주식·채권 등 전통적 금융 상품에 대한 투자에서 탈피하여 대체투자 등 투자대상을 다변화할 필요성이 증가하고 있으며, 특히 기존 국내채권 중심의 투자에서 장기 수익률을 높이기 위한 주식, 대체투자 등 위험자산 투자를 확대하고 있다.

또한, 국민연금 규모가 급증함에 따라 국내 투자에 따른 시장 영향력이 커지는 점을 감안하여 영향력을 줄이고, 분산투자를 통한 수익률 제고를 위해 해외투자 확대를 추진하고 있다.

이를 위해 매년 5년 단위로 국민연금 중기자산배분(안)을 마련하여 투자 다변화를 꾸준히 추진하고 있다. 가장 최근인 2019년 5월 기금운용위원회는 현재 50% 수준인 채권 자산을 5년 뒤 40% 내외로 축소하고, 현재 40% 수준인 주식 자산을 45% 내외로 확대하는 「20~24년 중기자산배분(안)」을 의결하였다. 앞으로도 국민연금은 기금의 장기 수익률을 높이기 위해 해외주식+채권+대체 등 해외투자를 50% 내외로 확대하는 등 투자 다변화를 지속적으로 추진할 계획이다.

3. 안정적인 운용성과 창출 기반 마련

세계 3대 연기금 규모에 걸맞게 조직 체계를 갖추고 우수인력을 확보하는 등 안정적인 운용 성과 창출 기반을 마련하는 것은 국민연금 재정의 장기적인 안정을 유지하기 위한 필수적인 과제이다.

기금 적립금 규모의 증가에 따른 투자 다변화 및 글로벌 경쟁력 강화를 위해 지속적으로 기금운용 인력 증원을 추진하고 있다. 2015년~2019년 간 총 165명을 증원하여 1인당 운용 규모를 2014년 2조 2천억 원에서 2019년 1조 9천억 원으로 대폭 축소하였다.

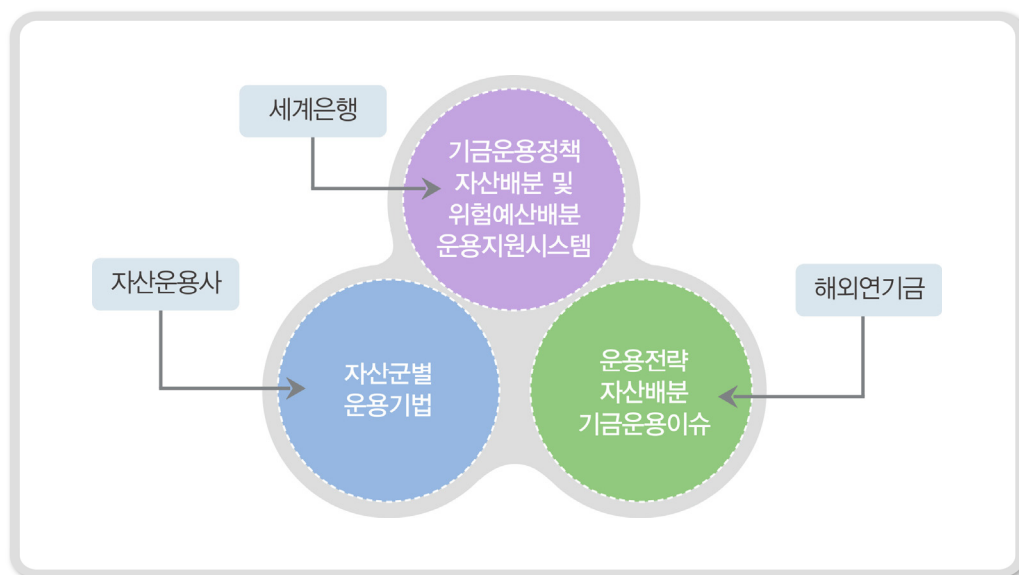
해외투자 규모가 급속히 증가함에 따라 해외투자 인프라를 확충하였다. 2014년에 수립된 해외투자 종합 계획 등 투자 다변화 방향성을 고려하여 '조직 및 인력운영계획'을 수립하고 해외투자 전문 인력 확충을 위한 노력을 지속하였다. 그 결과, 국내투자 전문 인력이 2014년 56명에서 2019년 76명으로 36%(20명) 증가한 데 반해, 해외투자 전문 인력은 2014년 51명에서 2019년 115명으로 125%(64명) 증가하였다. 그리고 2014년 2개 사무소(뉴욕, 런던) 총 9명에 불과했던 해외사무소 인력을 2015년 8월 싱가포르사무소 개소 이후, 2016년 3개 사무소 총 40명(현지 펀드매니저 13명 포함)으로 대폭 확충하였다. 현지 투자 경험이 풍부하고 현지 투자 네트워크 활용이 가능한 해외 현지 펀드매니저를 채용함으로써 현지에서만 접근 가능한 투자 기회를 발굴하고, 해외투자의 신속성 및 효율성을 제고 할 수 있는 기반을 마련하였다. 향후 해외투자에 있어 기금운용본부는 포트폴리오 기획 및 심사를 강화하도록 하고, 해외 사무소는 기존 네트워킹, 시장모니터링 중심에서 해외 현지에서의 독자적 딜 소싱(deal sourcing)을 주도하는 등 해외사무소의 기능과 역할을 강화할 예정이다.

기금운용의 전문성 강화와 대내외 환경 변화에 적극적인 대응을 위해 2007년 실 단위 조직을 신설한 이후 처음으로 간접투자 분야(전략·리스크·지원)에 부문장제를 도입하는 조직의 수직적

확대를 실시하였다. 이를 통해 기금이사는 기금운용에만 전념할 수 있는 환경을 조성하게 되었다. 급속히 증가하고 있는 해외투자과 대체투자에 따른 법률리스크에 대응하기 위해 리스크관리부 문장 직속으로 기금법무팀을 신설하고, 전년도 대체투자 조직을 자산별로 재편한데 이어, 지역별 전문성을 강화하고 해외사무소와의 연계를 강화하기 위해 하부 팀 조직을 지역별(아시아투자, 미주투자, 유럽투자)로 재편하였다. 또한, 기능별 전문성 강화를 위해 3개 팀(채권위탁팀, 해외주식전략팀, 금융공학팀)을, 투자자산관리 강화를 위해 자산관리부를 증권자산관리부와 대체자산관리부로 분화하였다.

국민연금공단 기금운용본부를 세계적인 자산운용기관으로 육성하기 위해서는 해외 기관과의 적극적인 관계 형성(Net-Working)이 필수적이다. 2007년에 MSIM(Morgan Stanley Investment Management), CSAM(Credit Suisse Asset Management) 및 세계은행과 전략적 제휴를 체결하였으며, 2020년 현재 총 7개 기관 4개 과정을 운영하고 있고, 맞춤형 전문 연수를 통해 선진 운용 기법을 습득하고 있다. 앞으로 해외 선진 연기금과 지속적으로 교류하여 기금 운용 전략 및 자산 배분의 개선, 자산군별 선진 운용 기법 도입, 리스크 관리 및 운용지원시스템 강화, 기금 운용 정책 역량 향상 등 글로벌 자산 운용에 필요한 기금 운용역량을 강화할 계획이다.

[그림 2-5-3] 전략적 제휴의 세 축



제3절 기초연금제도의 정착

I 도입 배경 및 필요성

현재 우리나라는 인구 고령화와 자녀세대의 부모부양 의식 약화가 매우 빠르게 심화되고 있는 상황이다. 노인세대는 전후 국가 발전을 주도하고, 자녀 교육에 힘써 왔으나 정작 자신의 노후 준비에는 신경을 쓰지 못했다는 점을 고려할 때, 어르신들의 노후 생활을 지원하는 것은 국가적 도리이자 책임이다.

노후 소득보장을 위하여 이미 국민연금제도(도입·시행, 1988년~)가 시행되고 있지만 노인 중 약 42.5%(19. 12. 당월 기준)만 국민연금을 수급하고 있고, 평균 수급액도 약 53만 원(특례·분할연금 제외) 수준으로 노후 보장 수단으로서 충분하지 못하다. 2008년에는 국민연금을 보완해 노후소득보장 수준을 제고하기 위해 기초노령연금제도가 도입되었으나, 연금액이 작아 연금 사각지대 해소에 한계가 있었다. 또한, 국민연금제도가 성숙되어 노후 준비 수준이 올라가더라도 이와 상관없이 일정 금액으로 계속 지급해야 하기 때문에 제도의 지속 가능성이 낮고 미래세대에게는 부담이 가중되는 구조적 문제점을 안고 있었다.

이에, 2013년~2014년 정부는 현 세대 노인 빈곤을 해소하는 동시에 미래세대의 부담을 완화함으로써 재정적으로 지속 가능한 기초연금제도 도입을 추진하였다. 2014년 5월에는 국회에서 기초연금법이 통과되었고, 그 후 2014년 7월부터 기초연금제도가 시행되었다. 기초연금 제도는 기존 기초노령연금 제도의 낮은 급여수준(14. 6월 기준 월 99,100원)을 월 최대 20만 원 수준으로 높여 노인 빈곤 문제를 완화하는 동시에 국민연금과 연계하여 재정적으로도 지속 가능한 방향으로 설계되었다.



참고

2019년 기초연금제도 개요

- 도입 취지 정기적·안정적인 소득기반 제공을 통한 노후 소득 보장 및 국민연금 사각지대 보완
- 법적 근거 기초연금법
 - * 제정 : 2014. 5. 20. / 시행 : 2014. 7. 1.(첫 지급 : 2014. 7. 25.)
- 대상자
 - (수급 대상) 만 65세 이상 전체 노인 인구 중 소득 하위 70%
 - (선정 기준) 소득인정액이 선정기준액(단독 137만 원, 부부 219.2만 원) 이하
 - * 직역연금(공무원·사학·군인·별정우체국 등) 수급권자 및 배우자는 제외
 - 다만, '직역연금 특례대상자'는 월 126,875원(기준 연금액의 50%) 지급
- 지급현황 534.6만 명('19. 12. 현재)
 - * ('14.7.) 423.9만 명 → ('14.12.) 435.3만 명 → ('15.12.) 449.5만 명 → ('16.12.) 458.1만 명 → ('17.12.) 486.9만 명 → ('18.12.) 512.6만 명 → ('19.12.) 534.6만 명
- 연금액
 - 기초연금액
 - 국민연금·직역연금·연계연금 등의 수급권이 없는 무연금자는 253,750원 산정
 - 국민연금 수급권자 등은 국민연금 A급여**, 월 연금액***, 등에 따라 126,875~253,750원 산정
 - * 기준연금액 = 매년 전국 소비자물가 변동율을 반영
 - ** 2019년 산식 = (253,750원 - 2 / 3A급여액) + 126,875원
 - *** 국민연금액 등이 380,625원(기준연금액의 150%) 이하인 경우 기초연금액 253,750원으로 산정
 - 월 급여액
 - 개인별 기초연금액을 가구 유형 및 소득 인정액에 따라 감액하여 지급

II 운영 현황 및 성과

2014년 7월부터 도입·시행된 기초연금은 2019년 12월 기준 만 65세 이상 어르신 중 총 534.6만 명에게 매월 최대 300,000원이 지급되고 있다. 이 중 86.3%에 달하는 분들이 300,000원(부부감액 제외)전액을 지급받고 있으며, 나머지 13.7%에 해당하는 분들은 국민연금 연계, 소득역전 방지 등을 위하여 일정 금액을 감액하여 지급받고 있다. 한편, 2014년 7월부터 12월까지 6개월 간 기초연금 지급을 위한 예산은 약 3조 5,699억 원이었으나, 매년 그 규모가 증가하여 2015년 7조 5,634억 원, 2016년 7조 8,497억 원, 2017년 8조 762억 원, 2018년 9조 1,028억 원, 2019년 11조 4,745억(국비기준)원이 소요되었다.

기존 약 21만 원 수준인 기준연금액을 2018년에는 25만 원으로 인상하였으며, ‘저소득층 일자리·소득지원 대책’(18.7.)에 따라 기초연금법 개정(19.1.) 및 2019년 예산 확보로 소득하위 20% 어르신에게는 기준연금액을 월 30만 원씩 조기 인상 지급하였다(19.4월~).

기초연금 도입(14. 7.) 이후 노인 상대빈곤율*은 2013년 48.1% → 2014년 47.4% → 2015년 44.8%로 감소하는 추세였으나, 2016년에는 46.5%로 2015년 대비 소폭 상향되었다. 단계적 인상*을 통해 2019년 소득하위 20%, 2020년 소득하위 40%, 2021년 소득하위 70%(전체 수급자) 수급자의 기준연금액이 30만 원으로 인상 지급되어, 2021년에는 노인 상대빈곤율이 39.3%로 감소할 것으로 기대하고 있다.

* 기준연금액 인상(25만 원→30만 원) 계획 : (‘19년) 소득하위 20% → (‘20년) 소득하위 40% → (‘21년) 소득하위 70%

** 출처 : 2018년 가계금융복지조사(통계청) 재분석(‘19. 국민연금연구원)

한편, 기초연금수급자를 대상으로 기초연금을 주로 어디에 쓰는지, 수급 후 생활 변화 및 만족도 등을 조사한 결과*, 식비(69.2%)·주거비(15.0%)·보건의료비(11.0%)에 가장 많이 쓰이고 있는 것으로 나타났다. 또한, “병원에 가는 것에 대한 부담이 줄었다”(44.6%), “원하는 것을 살 수 있다”(37.2%)라는 응답이 많아 기초연금 수급 어르신의 삶의 질 개선에 효과가 있었던 것으로 분석되었다. 아울러, 대부분의 수급 어르신들은 기초연금이 생활에 도움이 된다(82.4%)라고 답변하는 등 기초연금에 대해 긍정적으로 평가하고 있다.

* 출처 : 기초연금수급자 2,000명 대상 설문조사 결과(‘19. 국민연금연구원)

III 기초연금제도의 내실화

정부는 기초연금이 필요한 노년층이 빠짐없이 기초연금을 지급받을 수 있도록 기초연금 신청 안내 및 홍보를 강화하고 기초연금 신청 후 탈락한 대상자에 대한 수급희망자 이력 관리, 거주불명등록자 등 미수급자 발굴·신청 지원 등을 추진하고 있다.

만 65세 도래 노년층에 대한 기초연금 신청 안내는 그간 지방자치단체에서 실시해 왔으나, 이를 개선하여 국민연금공단을 통해 중앙에서 실시하고 미신청자에 대해서는 모바일로 재안내

함으로써 기초연금 신청률이 올라갈 것으로 기대된다. 한편, 현재 주민등록상 거주불명으로 등록되어 있는 노인들에 대해 지방자치단체, 국민연금공단 등과 협력하여 실제 수급 가능한 노인들을 발굴하고 신청할 수 있도록 상담 및 신청을 지원하고 있다.

또한, 기초연금을 신청했다가 탈락하더라도, 추후 소득·재산 조사를 통해 새롭게 수급이 가능한 것으로 예측되는 경우 기초연금을 다시 신청하도록 안내하는 ‘수급희망자 이력 관리’ 제도(‘16. 1. 도입)를 적극 활용하고 있으며, 이를 통해 기초연금수급 사각지대를 해소하고 기초연금 신청률을 지속적으로 제고해 나갈 계획이다.

제4절 국민연금과 직역연금 간 연계제도

I 개요

1. 도입 배경

그간 공무원연금, 사학연금 등 직역연금 간에는 연금 가입 기간을 합산하는 「재직기간 합산 제도」가 존재하여 연금 수급이 용이하였으나, 국민연금과 직역연금 간 이동 시에는 가입 기간이 연계되지 않아 각 제도에서의 최소 가입 기간을 채우지 못해 일시금을 수령하는 사례가 빈번히 발생하였다.

이러한 연계 문제는 공기업이 민영화될 때마다 제도 보완이 거론되어 왔는데, 2003년 철도청 민영화를 계기로 2003년 7월 총리실에 ‘공적연금 연계기획단’이 설치되어 연계 제도에 대한 본격적인 논의를 시작하였다.

수년에 걸쳐 연계 제도 도입에 대한 논의가 지속되던 가운데, 2008년 1월 대통령직 인수위원회에서 「국민연금 등 공적연금 연계 방안 마련」이 국정 과제로 선정되었다. 이후 ‘국민연금개혁위원회’(08. 5. 14. 보건복지부)와 ‘공적연금개혁협의회’(08. 6. 5. 총리실)에서 관계 부처 대표, 전문가 등이 모여 연계 제도 주요 내용에 대한 최종 합의를 도출하는 데 성공하였다.

* 보건복지부(국민연금), 인사혁신처(공무원연금), 교육부(사립학교교직원연금), 국방부(군인연금), 과학기술정보통신부(별정 우체국직원연금)

보건복지부 주관 하에 연계특별법을 제정하기로 결정되었고, 연금제도 소관부처 담당자 및 연금공단 실무자, 민간전문가 등으로 실무작업단이 구성되었다. 실무작업단에서는 연계특별법(안)에 대한 세부 내용을 마련하였고, 이해 당사자 여론 수렴 절차 등을 거쳐 2008년 11월 12일 「국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률」*(이하 「연금연계법」이라 함)을 국회에 제출, 2009년 1월 13일 국회 본회의를 통과하였다.

* 「국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률」은 2009년 2월 6일 공포되어 2009년 8월 7일부터 시행됨

✎ 집필자 | 연금급여팀장 최승현

국민연금과 직역연금의 가입 기간 연계 신청을 통하여 가입 기간을 합산하여 20년이 되는 경우에는 각 연금으로부터 연금별 가입 기간에 따라 산정된 연금급여 수급이 가능하게 되었다. 이러한 공적연금연계제도는 직업 이동에 따른 노동시장의 유연성 강화와 국민의 안정된 노후 생활을 도모할 수 있다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있다.

2. 주요 내용

「연금연계법」의 시행으로 국민연금 가입 기간과 직역연금(공무원연금, 사립학교교직원연금, 군인연금 및 별정우체국직원연금)의 재직·복무 기간을 연계하여 가입 및 재직과 복무 기간이 20년 이상이고 65세 이상이 되면 연계노령연금과 연계퇴직연금이 지급된다.

가. 연계의 기본 원칙 : 연결통산방식

연계 제도는 각 연금제도의 기본 틀을 변경하지 않은 상태에서, 국민연금과 각 직역연금의 가입 기간만 합산하고 급여는 각 연금의 가입 기간에 기초하여 각기 산정·지급하는 연결통산 방식을 채택하였다.

연금간 연계 방식

- 연결통산방식 : 개별 공적연금의 비용 부담 및 급여 구조를 그대로 적용하되 가입 기간에 비례하여 최종 급여를 산정하는 방식
- 완전통산방식 : 연금수급권자가 이전에 가입한 제도에 관계없이 최종적으로 가입한 연금제도에서 연금을 산정하는 방식
- ▶ 완전통산방식은 연금제도별로 비용 부담·급여 구조에 많은 차이가 있다는 점에서 현실적으로 채택하기가 어려워 공적연금제도의 기본 틀을 변경하지 않으면서 각 제도에 미치는 재정적 영향이 중립적인 연결 통산 방식(각 공적연금의 가입 기간을 합산하고, 개별 제도의 가입 기간을 기반으로 급여를 산정하는 방식)을 채택

나. 연계는 강제가 아닌 선택

연계 신청은 강제가 아닌 본인의 선택*에 따라 할 수 있다. 직역연금 가입자가 연계를 희망하는 경우 퇴직 시에 퇴직급여를 수령하지 않고 연계 신청을 해야 한다. 퇴직 당시 퇴직일시금을 수령한 경우에는 국민연금 가입자 자격을 취득하고 각 연금법에 따른 급여 수급권이 없어지기

전에 수령한 퇴직일시금을 반납하고 연계 신청을 할 수 있다. 이때, 퇴직일시금을 지급받은 연금관리기관에 지급받은 퇴직일시금과 일정 이자를 가산하여 반납하여야 한다.

* 직역연금과 국민연금의 수급 개시 연령이 서로 달라 직역연금에서 국민연금으로 이동할 경우 연계가 적용되는 연령까지 연금(또는 일시금)을 수령할 수 없어, 강제적인 연계 제도 도입 시 직역연금 가입자의 강한 저항이 우려되어 연계를 선택으로 결정함

다. 연계급여 수급 요건 : 연계 기간 20년 이상, 65세 이상이 된 때

연계 신청을 한 자가 국민연금 가입 기간과 직역연금 재직 기간을 합한 기간이 20년 이상이고, 65세 이상이 되면 연계급여가 지급된다. 만약 연계 신청을 한 자가 국민연금과 직역연금의 최소 가입 기간을 모두 충족한 경우에는 각 연금법에 따라 연금이 지급된다. 연계급여 수급 요건을 충족하지 못한 경우에는 각 연금법에 따라 급여를 지급하게 된다.

* 「국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률」 일부개정법률안(15. 1. 28. 공포·시행)에 따른 연계급여 수급 개시 연령은 1952년 이전 출생자는 60세, 1953년부터 1956년까지 출생자는 61세, 1957년부터 1960년까지 출생자는 62세, 1961년부터 1964년까지 출생자는 63세, 1965년부터 1968년까지 출생자는 64세로 함

라. 연계 신청 대상

연계 신청 대상은 기본적으로 「연금연계법」 시행일(09. 8. 7.) 이후 연금제도 간 이동한 자이며, 예외적으로 「국민연금법」 개정(07. 7. 23.) 이후 국민연금에서 직역연금으로 이동한 경우와 법 공포일(09. 2. 6.) 이후 연금제도 간 이동한 경우도 인정된다.

마. 연계 대상 기간

연계 대상 기간은 「국민연금법」상 가입 기간과 직역연금법상 재직·복무 기간이다. 「국민연금법」은 공무원 등 직역 종사자를 제외한 18세 이상 60세 미만의 일반 국민을 가입 대상으로 하고 있으며, 「연금연계법」은 「국민연금법」상 임의 계속 가입기간과 출산·군복무 크레딧*을 연계 대상 기간에서 제외하고 있다.

* 출산·군복무 크레딧 : 출산 및 군복무에 따른 추가 가입 기간 인정 제도
· 출산 크레딧 : 2자녀 이상 출산 시 2자녀부터 12개월, 3자녀부터 18개월의 추가 가입 기간을 주되, 50개월을 초과하지 못함
· 군복무 크레딧 : 군복무에 따른 6개월의 추가 가입 기간 인정

이는 본래 연계의 취지가 정상적인 연금 가입 기간에도 불구하고 각 제도에서 연금수급권을 확보하지 못한 사람들의 노후 생활 안정을 보장하기 위한 것이기 때문이다.

바. 연계급여의 종류 및 급여액 결정

연계에 따른 급여로는 연계노령연금, 연계노령유족연금, 연계퇴직연금, 연계퇴직유족연금이 있다.

- 연계노령연금 : 국민연금 가입자 또는 가입자였던 자가 연계에 의하여 국민연금 가입 기간에 대해서 받을 수 있는 노령연금
- 연계노령유족연금 : 연계노령연금 수급권자가 사망하여 그 유족에게 지급되는 연금
- 연계퇴직연금 : 직역연금 가입자 또는 가입자였던 자가 연계에 의하여 직역 재직·복무 기간에 대해서 받을 수 있는 퇴직연금
- 연계퇴직유족연금 : 연계퇴직연금 수급권자가 사망하여 그 유족에게 지급되는 연금

연결통산방식에 따라 연계노령연금은 국민연금공단에서 국민연금 가입 기간만큼 연금액을 지급하고, 연계퇴직연금은 해당 직역연금 관리 기관에서 직역 재직·복무 기간만큼 연금액을 지급한다.

1) 연계노령연금

연계노령연금의 지급산식은 국민연금 20년 가입 기준의 기본연금액 산정식을 그대로 따른다. 다만 가입 기간에 비례하여 연금을 지급할 수 있도록 가입 기간을 20으로 나눈 비율을 곱하는 방식으로 계산한다.

▶▶ 기본연금액 $\{1.335(A+B)\} \times N/20$ (2019년 기준)

N = 가입 기간(1년 미만이면 1개월을 12분의 1로 계산함)

A = 전체 가입자 3년간 평균 소득월액의 평균액

B = 가입자 개인의 기준 소득월액의 평균액

※ 비례상수(1.335) : 소득대체율로서, 2028년 1.2가 될 때까지 매년 0.015씩 작아짐

2) 연계퇴직연금

현행 직역연금법상 퇴직연금은 재직 기간 매 1년당(1년 미만의 매 1월은 12분의 1년으로 계산) 평균기준소득월액의 1천분의 18.12(군인연금은 1천분의 19)에 상당하는 금액으로 지급한다.

→ 평균기준 소득월액 × 재직 연수 × 지급률* × 직역연금법상 부칙에 따른 재직(복무) 기간별 비율

※ 「공무원연금법·사학연금법」의 개정으로 2010년 1월 1일 이후 변경산식 적용

※ 별정우체국직원연금은 2011년 6월 1일 이후 변경산식 적용

※ 군인연금은 2013년 7월 1일 이후 변경산식 적용

* 지급률 : 1.9%(2010~2015년) → 1.812%(2019년) → 1.79%(2020년) → 1.74%(2025년) → 1.7%(2035년)

연계퇴직연금의 경우 재직 기간 매 1년당 평균기준소득월액에 지급률(2016년부터 소득 재분배 요소 도입)을 적용하여 지급하고 있다. 또한, 「공무원연금법」 등 직역연금법 개정으로 기준 소득과 지급률이 변하는 경우에는 그에 따르기로 하였다.

3) 연계노령유족연금 · 연계퇴직유족연금

연계노령연금 및 연계퇴직연금 수급권자가 사망할 경우, 연계노령유족연금과 연계퇴직유족 연금을 지급하되, 연금제도마다 유족연금과 관련된 규정이 상이하므로 각 연금법에 따라 개별적으로 유족연금이 지급된다.

연계노령유족연금은 연계노령연금 수급권자가 사망한 경우 유족에게 기본연금액의 40%(국민 연금 가입 기간이 10년 미만인 경우)를 지급하고, 연계퇴직유족연금은 연계퇴직연금 수급권자가 사망한 경우 유족에게 수급자가 받던 연금액의 60%를 지급한다. 연계퇴직연금과 마찬가지로 해당 직역연금법에서 정하고 있는 유족연금액의 산정 비율에 따르도록 하고 있다.

II 제도 개선 내용

「국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률」 시행 이후 그간 추진한 제도 개선 내용은 다음과 같다.

1. 연계 신청 시기 및 대상 확대

가. 퇴직일시금 수령자의 연계 신청 기간 제한 폐지

퇴직일시금 수령자의 연계 신청 기간 제한을 폐지하여, 국민연금가입자 자격을 취득하고 각 연금법에 따른 급여수급권이 없어지기 전에 수령한 퇴직일시금을 반납하고 연계 신청을 할 수 있도록 하였다.

* 현재 공무원·사학 등 재직자가 퇴직하고, 재임용 시 합산 신청 기간을 제한(재임용 후 2년 이내)하던 것을 폐지하였음
(‘10. 1. 1. 시행)

나. 연계 신청 제외 대상 일부를 대상으로 포함

연계 신청 대상을 「연금연계법」 시행 전까지로 한정된 조문을 개정하여 직역연금 가입자가 법 공포일(09. 2. 6.) 후 퇴직하고 법률 시행일(09. 8. 7.) 이후 국민연금에 가입하거나 국민연금 가입자가 2007년 7월 23일 이후 국민연금을 탈퇴하여 법 시행일 이후 직역연금으로 이동한 경우에도 연계 신청이 가능하도록 하였다.

다. 연계 신청 대상의 확대

‘국민연금 혹은 직역연금에 현재는 가입하지 않고 있으나 가입했던 적이 있던 사람(가입자였던 자)’까지 연계 신청이 가능하도록 개선하였다.

라. 연계 신청 시기의 확대

국민연금에 가입하였다가 직역연금으로 이동한 사람이 국민연금 가입자 자격상실 후 직역연금 가입 시 바로 연계 신청할 수 있도록 개선하여 연계 신청 시기를 확대하였다.

2. 연계급여의 적절한 지급 도모

가. 연계 신청 후 일시금 지급 신청 규정 명확화

공적연금 연계를 신청하였으나 연계급여가 발생하지 않은 경우에 일시금을 그 사유에 따라 지급할 수 있도록 개선하였다. 즉, 연계급여 수급 연령인 65세가 되었으나 연계 기간이 20년

미만인 경우와 연계 기간이 20년 미만인 상태에서 국적을 상실하거나 국외로 이주한 경우에 각 연금법에 따른 반환일시금 또는 퇴직일시금을 지급받을 수 있도록 명확하게 하였다.

나. 연계노령연금액 등 산정 시 임의 계속 가입 기간을 포함

국민연금 가입 기간이 10년 미만인 가입자의 연계노령(유족)연금액 산정 시, 임의 계속 가입 기간을 포함하여 급여를 산정하도록 개선하여 연금 수급액 증가에 따른 노후 소득 보장이 강화되었다.

다. 직역연금법 개정에 따른 연계급여 산정 기준 변경

공무원연금법·사학연금법(‘10. 1. 1.), 별정우체국법(‘11. 6. 1.), 군인연금법(‘13. 7. 1.) 개정에 따라 퇴직연금액 산정 기준이 변경되었다. 공무원연금법 등 개정 사항을 명확히 반영하도록 연계퇴직연금액 산정방식을 직역연금별로 분리하여 규정하고, 개정 전 재직 기간에 대해서는 종전 규정을 따르도록 경과 조치 규정을 마련하였다.

* 평균 보수월액(퇴직 전 3년 보수 평균)×2%×재직 기간 → 평균 기준 소득월액(재직기간 전체 소득 평균)×1.9%×재직 기간

또한, 지급률을 단계적으로 인하하는 내용의 공무원연금 등 직역연금의 개정 사항(‘16. 1. 1.)을 반영하여 직역 재직 기간에 따른 연계퇴직연금액을 산정하도록 개선하였다.

* 현행 재직 기간 매 1년당 평균기준 소득월액의 1.834%에서 2035년 1.7%로 단계적 인하 등(군인연금 제외)

라. 군인연금 평균기준소득월액을 연금 지급 시점으로 현재 가치화

군인연금 가입 이력이 있는 자의 연계퇴직연금 산정 시 평균기준소득월액을 연계급여 지급 시점으로 현재가치화 할 수 있도록 근거 규정을 마련하였다. 즉, 급여의 사유가 발생한 날과 연계퇴직연금의 지급 사유가 발생한 날이 다른 경우에는 군인보수인상률 등을 고려하여 연계퇴직연금의 지급 사유가 발생한 날의 평균기준 소득월액을 현재 가치로 환산하여 적정 급여를 지급받을 수 있도록 하였다.

3. 연계 제도의 합리성 제고

가. 형벌 등에 따른 퇴직급여 제한자의 연계시 반납금 제한 폐지

형벌 등으로 제한받은 퇴직급여는 추가 부담 없이 그대로 반납하고, 연계퇴직급여는 해당 직역법에서 산정한 제한된 금액으로 수급할 수 있도록 하였다.

나. 연계 신청 취소 근거 마련

연계 신청한 후 직역에 재임용되어 직역 재직 기간을 합산하려는 경우 종전의 국민연금가입 기간과 직역 재직 기간의 연계는 취소된 것으로 간주하는 규정을 마련하였다.

다. 심사청구 불복 절차 정비

심사청구에 대한 결정에 불복하는 경우 각 연금법에서 정한 절차에 따라 재심사청구를 하고, 소송은 각 연금법에 따라 행정소송 또는 민사소송을 할 수 있도록 법 체계에 부합하게 정비하였다.

라. 사망 외 사유로 인한 수급권 소멸·변경 시 신고 규정 마련

각 연금법에 따른 수급권 소멸·변경 사유 발생 시 연계급여의 수급권자가 가입하였거나 가입한 연금관리기관 중 어느 하나의 연금관리기관에 신고하면, 신고를 받은 연금관리기관은 이를 관련 있는 다른 연금관리기관에 통보하도록 하고 각 연금관리기관에 신고한 것으로 간주하도록 규정하여 신고의 부담을 완화하였다.

III 운영 실적

공적연금 연계 제도 시행 이후 연계 신청자 및 연계급여 수급자는 꾸준히 늘어나고 있다. 2019년 12월 말 기준으로 연계 신청자는 19,682명, 수급자는 2,199명으로 2009년 제도 시행 이후 누적 연금지급액은 1,093억 원이다.

|표 2-5-21| 연계 신청자 및 수급자 현황

(누계 기준 : '19. 12. 단위 : 명, 천 원)

구분	신청자	수급자	지급액		
			계	국민연금	직역연금
2019년	19,682	2,199	109,313,478	46,335,447	62,978,030
2018년	15,364	1,819	83,631,186	33,766,608	49,864,578
2017년	11,419	1,723	61,734,585	23,229,236	38,505,348
2016년	8,624	1,371	42,448,994	15,166,714	27,282,280
2015년	6,052	1,004	26,682,242	9,489,466	17,192,776
2014년	4,739	731	15,917,647	5,958,554	9,959,093
2013년	3,764	489	10,036,165	3,591,053	6,445,112
2012년	2,785	442	4,798,023	1,845,944	2,952,079
2011년	1,810	136	1,500,370	694,252	806,118

주 : 신청자 ; 처리 완료 기준(취하, 취소 포함), 수급자 및 지급액 ; 연계노령연금 및 연계퇴직연금 합산

연계 신청자 19,682명 중 국민연금에서 직역연금 이동자는 8,432명(42.8%)이고, 직역연금에서 국민연금 이동자는 11,250명(57.2%)으로, 직역 퇴직 후 국민연금에 가입한 상태에서 연계 신청을 많이 하고 있다. 공무원연금 및 사학연금에서 국민연금으로의 이동자가 10,217명으로, 전체 이동자의 51.9%를 차지하고 있다.

|표 2-5-22| 연계 신청자 이동 현황

(누계 기준 : '19. 12. 단위 : 명)

	계	국민연금 → 직역연금					직역연금 → 국민연금				
		소계	국민 → 공무원	국민 → 사학	국민 → 군인	국민 → 별정	소계	공무원 → 국민	사학 → 국민	군인 → 국민	별정 → 국민
총계	19,682	8,432	4,708	3,695	13	16	11,250	5,592	4,625	1,021	12

제5절 국민연금제도의 발전 방향

우리나라는 급속하게 노령화 사회로 진입하고 있으나 제2의 인생인 노후에 대한 노인들의 준비는 아직도 미흡한 상태이다. 현재 우리나라의 노인들이 겪고 있는 가장 큰 어려움은 ‘경제적인 문제’이다. 따라서 전 국민이 가입하는 연금제도는 현세대와 미래세대가 함께 노후를 준비하고 공동으로 노인을 부양하여 노후의 빈곤이나 갑작스런 장애 등 소득상실에 대비하는 사회안전망(Social Safety Net)으로서 큰 의의가 있다.

국민연금제도는 가입자의 입장에서 볼 때 짧게는 10년에서 길게는 40년 이상 가입해야 하는 장기소득보장제도로써 전 생애의 관점에서 적절한 수준의 급여가 보장되도록 하고, 나아가 노후 빈곤의 예방과 축소라는 국가 백년대계의 관점에서 현세대와 미래세대 모두의 제도로 발전시켜 나가야 한다.

이에 향후에도 세대 간 상호 공평부담을 통한 국민연금재정의 장기적 안정을 기하고, 국민연금보험료 부과 및 급여제도의 합리적 개선, 연금기금의 운용수익률 제고 등을 통하여 전 국민연금시대에 걸맞는 성숙한 연금제도로의 발전을 위한 기틀을 마련해 나갈 것이다.

I 국민연금제도의 내실화

1988년 10인 이상 사업장을 대상으로 도입된 국민연금제도는 점진적인 제도 확대 과정을 거쳐 1999년 4월에는 도시 지역 자영업자까지 확대되면서 전 국민을 대상으로 하는 연금제도로 자리 잡게 되었다.

외형적인 제도 확대와 함께 실질적인 의미에서 전 국민연금으로 국민연금제도가 거듭나기 위해 앞으로 풀어나가야 할 과제도 있다. 국민연금 당연가입자(임의(계속)가입자 제외) 2,139만 명 중 2019년 12월 말 기준 327만 명이 실직·휴직·사업 중단 등의 사유로 인한 연금보험료 납부예외자이고, 106만 명이 장기체납자이다.

1999년 4월부터 국민연금이 전 국민으로 확대·시행된 이후 지속적으로 납부예외자 및 장기체납자를 줄이고 국민연금 가입을 확대하기 위하여 노력하였으나, 여전히 국민연금 사각지대가 발생하고 있다. 국민연금사업장 가입자 확대, 가입자 납부편의 개선 등의 노력에도 불구하고

납부예외자 수준은 전체 가입자의 14.7% 수준이다. 사각지대의 주요 발생 원인은 ① 소득 파악 인프라 미흡, ② 보험료의 경제적 부담, ③ 제도에 대한 이해 부족 등이다.

이에, 보건복지부는 국민연금 사각지대를 해소하고 실질적인 노후 소득 보장의 체계 확립을 위해 다음과 같은 노력을 추진하였다.

첫째, 현재 10인 미만 소규모 사업장에 종사하는 저임금 근로자에게 연금보험료의 1/2을 지원하는 두루누리 제도의 신규가입자 지원 비율을 최대 90%로 상향(5인 이상 9인 미만 사업장 80%)하여 신규 가입 유인을 확대하고, 지원대상 근로자 월 소득기준을 210만 원까지 상향하여 지원대상자를 확대하였다.

둘째, 구직급여 수급자의 연금보험료 75%를 지원하고, 구직급여 수급 기간을 국민연금 가입 기간으로 인정하는 실업크레딧제도를 도입·시행하고 있다.

셋째, 국외에서 근로하는 선원들의 적정 노후소득 보장을 위해 그동안 비과세 소득으로 분류되어 국민연금보험료 부과 시 기준 소득(기준소득월액)에서 제외되었던 국외 선원의 월 300만 원 이내 보수를 기준소득월액 산정 시에 포함되도록 소득 범위를 확대하였다.

넷째, 고용노동부 일용근로내용확인신고서, 국세청 일용근로소득지급명세서 자료 및 특수형태 근로종사자 등의 공적자료 연계를 강화하고 적극적으로 가입안내를 실시하여 국민연금가입자 확충을 추진하였다.

다섯째, 사업장의 국민연금보험료 체납으로 인한 근로자의 피해를 최소화하기 위해 기존 1회 실시하던 체납 사실 안내를 최대 3회까지 확대하여 실시하였고, 기여금 개별납부 기한을 5년 이내에서 10년 이내로 확대하도록 개선하였다.

여섯째, 그동안 보험료 지원이 없었던 지역가입자에 대해서도 국가에서 연금보험료를 지원할 수 있도록 국민연금법을 개정하여 보험료 지원에 대한 법적 근거를 마련하였으며, 이를 통해 사각지대에 있는 저소득 지역가입자 중 납부예외자의 납부예외 장기화를 방지하고 가입기간을 확보하도록 함으로써 취약계층에 대한 노후소득보장을 좀 더 두텁게 할 수 있게 되었다.

II 제4차 국민연금 재정계산

공적연금제도 운영에 있어서 중요한 원칙 중 하나는 연금제도를 지속 가능하게 꾸려나가는 것이다. 선진국의 경우 공적연금제도 시행 초기에는 보장된 급여수준에 비해 낮은 보험료 부담을 적용하고 점차 보험료 부담을 상향 조정해 나가는 재정 운영을 하고 있다.

국민연금제도도 시행 초기에는 가입자의 경제적 부담을 줄이기 위하여 보험료를 낮게 하되 점차적으로 높여 나가도록 설계되었다. 따라서 제도를 장기적으로 유지하기 위해서는 제도 초기의 저부담·고급여 체계를 적정 부담·적정 급여 체계로 수정해야 한다.

제도 시행 초기에는 급여 수급자가 적고 급여 지출이 많지 않아서 급여 지급에 어려움이 없지만 제도가 성숙되어 가면 수급자 수가 증가하고 급여 지출도 증가하여 수지 구조가 악화되기 시작한다. 이에 따라, 장래의 급여 지출 증가에 대비하여 사전에 보험료 부담 수준을 조정하거나 급여 수준을 조정하는 등 사전에 연금제도의 지속성을 위한 조치를 취할 필요가 있다.

이러한 인식 하에 1998년 12월 「국민연금법」 개정을 통하여 2003년부터 5년 단위로 재정 계산제도를 실시토록 하였다. 재정계산제도는 공적연금제도에서 재정 안정성을 유지하려는 목적으로 장래의 가입자, 수급자, 임금 상승률, 물가 상승률, 이자율 등에 대해 일정한 가정을 한 상태에서 장래의 수입 및 지출 추이를 전망하고 그 결과에 기초하여 제도개선 방안을 마련하는 제도로서, 미국과 독일은 매년 공식적 재정 추계를 시행하고 있고 캐나다는 3년마다, 영국과 일본은 5년마다 재정 계산을 시행하고 있다.

지금까지 국민연금 재정 계산은 2003년, 2008년, 2013년, 2018년까지 네 차례 실시되었다. 2003년 제1차 재정 계산을 토대로 2007년 연금 개혁이 이루어졌다. 개혁의 주요 내용은 보험료율을 9%로 그대로 유지하되, 급여율을 60%에서 40%(2028년까지)로 인하하여 장기 재정 안정을 달성하는 것이었다. 2008년 실시된 제2차 재정 계산 결과 국민연금 적립금 소진 시기가 2060년으로 추계되어 1차 재정 계산 시보다 13년 연장된 것으로 나타났다. 제도 개혁 직후 실시된 제2차 국민연금 재정 계산에서는 재정 안정화보다는 국민연금제도 운영의 중장기 방향을 설정하는 데 주안점을 두었다. 제도 개선안으로는 기준 소득월액 상·하한 현실화, 급여 수준의 합리화, 사각지대 해소, 공·사연금제도의 보완적 발전 방안 등이 제시되었다.

2013년 제3차 재정계산 결과, 기금의 수지 적자가 발생하는 해는 2044년이며, 기금 보유 기간은 2060년으로 나타났다. 이는 제2차 재정 계산 결과와 수지 적자 발생 시점 및 적립금 보유 기간은 동일하나, 기금 규모의 변동 폭이 다소 커질 것으로 전망되었다.

제3차 재정 계산 결과를 바탕으로 수립한 ‘종합운영계획’의 제도 개선안으로는 노후 소득 보장을 위한 국민연금 사각지대 해소, 장애연금 및 유족연금제도 합리화 등 국민연금제도 내실화, 국민연금기금운용의 선진화 등이 제시되었다.

2018년에는 제4차 재정계산이 실시되었다. 보건복지부는 제4차 재정계산을 맞아 2017년부터 3개의 재정계산위원회(재정추계·제도발전·기금운용발전위원회)를 구성하여 논의를 시작하였다. 각 위원회의 위원은 각계(사용자·근로자·지역가입자 단체 등)의 추천에 의해 대표성 및 전문성을 고려하여 고루 배치될 수 있도록 구성하였다.

재정계산 위원회는 약 1년여 간의 치열한 논의를 통해 제4차 국민연금 재정추계 결과 및 국민연금 제도와 기금운용의 발전을 위한 전문가 권고안을 발표하였다(‘18. 8.)

[표 2-5-23] 제3차 및 제4차 국민연금 장기 재정 추계 결과 비교

구분	최대 적립금	수지적자 발생 시점	적립금 보유 기간
제3차	2043년(2,561조 원)	2044년	2060년(-281조 원)
제4차	2041년(1,778조 원)	2042년	2057년(-124조 원)

보건복지부는 재정계산위원회의 재정추계 결과와 제도개선 방향을 바탕으로 제4차 국민연금 종합운영계획을 수립하기 위한 작업을 시작하였다. 이번 종합운영계획에는 무엇보다 국민의 의견을 수렴하는 것이 중요하다고 판단, 전국 주요 권역별 대국민 토론회와 주요 지역별 간담회, 온라인을 통한 의견수렴 및 전화설문 조사 등을 약 2달여 간에 걸쳐 대대적으로 실시하였다.

이를 통해 수렴된 국민의 의견을 적극 반영하여 제4차 종합운영계획을 수립하였으며 종합운영 계획에는 노후소득보장과 지속 가능성 제고를 위한 보험료율-소득대체율 조정방안을 4가지로 제시하였고, 기타 공적연금의 제도개선 방안으로 신뢰도 제고방안, 사각지대 해소방안, 다층 노후소득보장체계 강화 방안 등을 제시하였다.

제4차 국민연금 종합운영계획은 국민연금 개혁을 위한 사회적 논의의 기틀을 제공하였다는 데 의의를 가진다. 경제사회노동위원회는 ‘국민연금개혁과 노후소득보장특별위원회’를 구성(‘18.10~’19.8)하여 정부, 전문가 및 가입자·사용자 대표가 참여한 가운데 연금개혁에 관한 사회적 논의를 실시하고, 연금개혁안과 제도개선안을 포함한 결과문을 발표하였다.

연금개혁은 장기간의 사회적 논의와 국민적 토론이 필요한 사항이다. 많은 선진국들도 연금 개혁을 위한 논의에 많은 시일이 소요되었다. 보건복지부는 2007년 연금개혁 이후 약 10여년 만에 논의되는 연금제도 개선이 국민이 중심이 된 사회적 합의과정을 통해 이루어질 수 있도록 사회적 논의과정에 적극적으로 참여하고 지원해 나갈 것이다.

CHAPTER

6

보건의료정책

- 제1절 보건의료정책
- 제2절 의료자원정책
- 제3절 의약품 정책
- 제4절 공공보건의료정책
- 제5절 감염성질환 등 관리
- 제6절 비감염성질환 관리
- 제7절 암질환 관리
- 제8절 응급의료정책
- 제9절 생명윤리정책

제6장 보건의료정책

제1절 보건의료정책

I 개요

우리나라 보건의료체계는 민간 위주의 의료공급체계(전체 기관의 99.4%)와 건강보험 당연 지정제 및 수가제도를 통한 의료서비스 가격 관리가 특징이다.

2017년 기준 기대수명 82.7년(OECD 평균 80.7년), 영아사망률 2.8명(OECD 평균 3.8명, 인구 천 명당) 등 대표적인 건강지표가 OECD 평균보다 높은 것으로 보아 의료서비스 및 의료인력의 질적 수준이 높다 할 수 있으며, 국민 1인당 외래진료 횟수 연간 16.6회(17. 기준 OECD 평균 7.1회) 등 의료접근성이 높은 편이다. 반면, GDP 대비 국민 의료비 지출 비율은 7.6%(17.)로 OECD 평균(8.8%)과 비교하면 여전히 낮아 보건의료체계의 비용 효과성은 모범적인 수준으로 평가되고 있다.

하지만, 지방 의료기관의 의료인력 부족, 진료과목, 병상 등 의료자원 분포의 불균형, 진료기능 및 중증도에 따른 중별 의료기관간 기능 미정립으로 인한 의료기관간 무한 경쟁 구조에 대한 개선이 지속적으로 요구되고 있다.

또한, 인구 고령화로 인한 노인 의료비 증가, 신종 감염병, 환경질환 등 새로운 건강 위협 요인의 빠른 증가 등 보건의료체계의 지속가능성 제고 및 환경변화의 대응에 대한 국민들의 관심과 요구가 증가하고 있다.

✎ 집필자 | 보건의료정책과장 김국일

이에 따라 2019년도 보건의료정책은 모든 국민이 계층, 지역, 생애주기, 질병 등 어떠한 경우에도 부담 가능한 비용으로 적절한 보건의료 서비스를 이용할 수 있도록 지역사회 기반 환자중심 의료체계 구축, 환자안전 강화, 필수의료 중심으로 하는 의료 공공성 확보 강화를 중점적으로 추진하였다.

Ⅱ 의료의 질 관리

1. 의료기관인증제도 시행

가. 추진 배경

국내 의료기관평가제도는 의료보장개혁위원회의 제안으로 2004년부터 본격적으로 도입되었다.

주로 종합병원 이상을 대상으로 강제 평가 방식으로 운영된 의료기관평가제도는 의료서비스에 대한 의료기관의 관심 제고, 서비스 수준 향상, 임상 질 지표 도입 등 일부 긍정적인 성과를 달성하였다.

그러나 언론, 소비자 단체, 의료기관 등을 통한 평가는 서열화에 따른 병원 간 과잉 경쟁을 유발하였고, 평가 전담 조직이나 전담 인력 부재에 따른 평가의 전문성 및 객관성 미흡이나 구조적 측면 평가로 인한 불필요한 비용 부담 발생, 강제 평가로 인한 의료기관의 자발적 질 향상 동기 부재 등 문제점이 지속적으로 제기되었다.

정부는 의료기관 평가의 문제점을 개선하고 의료기관의 자발적이고 지속적인 질 향상을 유도하기 위해 2008년 ‘의료기관인증제’를 국정 과제로 선정하였으며, 운영 실태 점검과 정부 업무 평가위원회의 심의를 거쳐 개선 방안을 마련하고 다양한 이해 관계자가 참여하는 ‘의료기관 평가인증추진위원회’를 운영하여 의료기관인증제로 전환을 추진하였다.

또한, 2010년 7월 「의료법」 개정(10. 7. 23. 법률 제10387호)을 통하여 의료기관인증제 시행의 법적 근거를 마련하였다. 2010년 10월에 인증전담기관인 의료기관평가인증원을 설립하였으며, 2011년 1월 24일부터 의료기관의 자율 신청에 의한 의료기관인증제도가 시행되었다.

나. 주요 내용

「의료법」 제58조(의료기관 인증)에 의하면 보건복지부장관은 의료의 질과 환자 안전 수준을 높이기 위하여 병원급 의료기관에 대한 인증을 할 수 있도록 정하고 있다.

이와 같이 병원급 의료기관의 자율 신청을 원칙으로 하고 있으나, 요양병원(「장애인 복지법」에 따른 의료재활시설의 장은 제외)은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 인증을 신청하여야 한다.

또한, 인증 받은 의료기관에 인증서를 교부하고 인증마크를 사용할 수 있도록 하고 있으며, 의료기관의 인증 등급, 인증 유효기간 및 평가 결과 등은 인터넷 홈페이지를 통해 공표하여 국민들이 인증의료기관의 정보를 쉽게 열람할 수 있게 하였다.

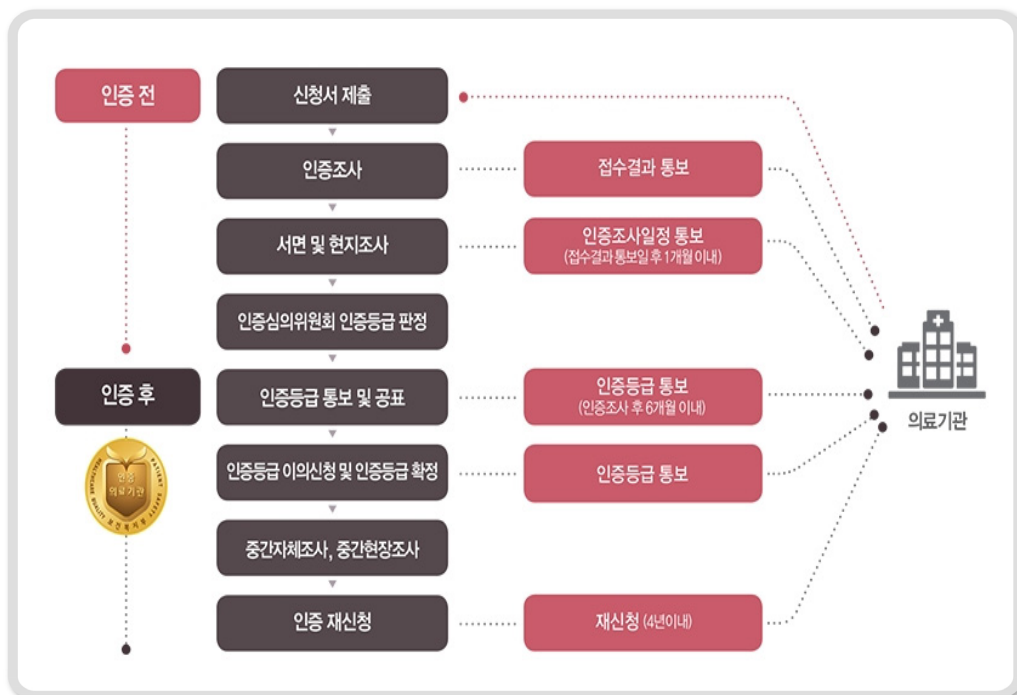
다. 의료기관인증제도의 시행

의료기관인증제는 보건복지부가 주관하며 의료기관 인증에 관한 주요 정책을 심의하기 위하여 의료기관 단체, 노동계·시민단체·소비자단체, 보건의료 전문가, 정부 등이 참여하는 보건복지부장관 소속 의료기관인증위원회를 두고 있다. 또한, 의료기관 인증을 목적으로 보건복지부장관의 허가를 받아 설립된 비영리법인 인증 전담 기관(의료기관평가인증원)에 종별 인증 기준 개발 및 시행, 조사위원 교육, 결과 분석·종합 및 평가 결과 공표 등의 업무를 위탁하여 의료기관인증제의 전문성과 공정성을 기하고 있다.

의료기관인증제는 의료기관의 자율 신청에 의해 조사 일정을 수립하여 현지 조사를 실시한 후, 조사 결과 및 인증 등급에 관한 이의신청 절차를 거쳐 최종적으로 인증 등급을 공표하고 인증서를 교부한다. 현지 조사는 개별 환자 추적 조사와 시스템 추적 조사를 통해 환자의 진료 과정을 중심으로 조사하며, 조사위원은 의료기관이 자율적으로 제정한 규정에 따른 수행 정도를 조사함으로써 의료기관이 업무의 표준화를 통해 환자 안전을 강화하도록 지원하고 있다.

또한, 인증 의료기관의 사후 관리 강화를 위하여 매년 1회 의료기관 중간 자체 조사를 시행하고 있다. 인증 후 24개월~36개월 사이에 중간 현장 조사가 시행되며, 인증 획득 시 제출한 개선 계획에 대한 개선 활동 결과 보고서를 제출하도록 하였다.

[그림 2-6-1] 의료기관 인증 절차



2018년 개정되어 공표된 의료기관 인증조사기준(Ver.3.0)은 국제 수준에 부합하는 의료의 질 향상 및 환자 안전의 수준 제고를 목표로 개발되었으며, 의료기관 내 감염 예방 및 관리 활동 내용이 강화되어, 4개 영역, 13개 장, 5개 범주, 91개 기준, 520개 조사 항목으로 구성되어 있다.

[그림 2-6-2] 의료기관 인증 조사 기준



의료기관의 인증 등급은 인증, 조건부 인증, 불인증의 3개 등급으로 구분되며, 정부는 인증을 받은 의료기관의 인증 등급과 평가 결과 등을 인터넷 홈페이지를 통해 상시 제공하여 국민의 알 권리와 의료기관 선택권을 보장하고 있다. 또한, 인증 결과를 상급 종합병원·연구 중심병원·전문병원, 수련병원 지정 요건으로 활용하여 우수한 의료기관이 진입할 수 있도록 정책적 연계를 강화하고 있다.

[표 2-6-1] 인증 등급 및 인증 기간(3주기 급성기병원)

등급	인증 기간	종별	1. 필수 항목	조사 항목 평균 점수			비고
				2. 전체	3. 기준별	4. 장별	
인증	4년	병원	‘하’ 없음	8점 이상	모든 기준 5점 이상	모든 장 7점 이상	1~4 모든 조건 충족해야 함
		종합병원					
		상급종합병원		9점 이상		모든 장 8점 이상	
불인증	-	병원	‘하’ 1개 이상	7점 미만	5점 미만 3개 이상	7점 미만 1개 이상	1~4 중에서 한 개라도 해당되면 불인증
		종합병원			5점 미만 2개 이상		
		상급종합병원		8점 미만	5점 미만 1개 이상	8점 미만 1개 이상	
조건부 인증	1년	필수 항목에서 ‘하’가 없으면서, 조사항목 평균점수 (전체, 기준별, 장별)가 인증과 불인증에 해당되지 않는 모든 경우					

라. 의료기관인증제의 기대 효과

의료기관인증제를 통해 의료기관의 자발적 질 향상 노력을 유도하여 환자 안전 수준 제고와 의료서비스의 질 향상을 도모할 수 있게 되며, 인터넷을 통해 인증 결과를 공표하여 소비자의 알 권리를 충족시킬 수 있다.

이를 통해 국민들(소비자)은 의료기관 이용 시 인증 받은 의료기관을 선택할 수 있고, 환자의 안전이 보장되는 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있게 되어 의료기관 이용 만족도가 향상될 것으로 기대된다.

또한, 인증을 받은 의료기관은 매년 자체적인 질 관리를 수행하여 보고함으로써 전반적인 의료서비스의 질 향상을 도모할 수 있을 뿐만 아니라, 인증마크를 활용한 홍보 등을 통해 경쟁력을 확보할 수 있게 된다. 궁극적으로는 우리나라 의료서비스의 질적 수준 향상에 기여하여 국민의 건강 증진을 도모할 수 있다.

2019년 1월부터는 환자안전 및 감염관리 기준 강화, 직원안전을 위한 인적자원 관리 개선, 조사방식을 합리화한 급성기병원 인증조사기준(Ver3.0)을 적용하여 인증조사를 시행하고 있으며, 이로 인해 의료기관 내에 보다 안전한 의료 환경 조성 및 질 높은 의료서비스 제공 체계를 유도할 것으로 기대하고 있다.

마. 주요 성과

2019년 12월 기준으로 병원급 의료기관 중 1,790개소에 대한 인증 조사를 완료하여 1,646개소가 인증을 획득하였다. 종별로 보면 상급종합병원 42개소, 종합병원 186개소, 병원 94개소, 치과병원 12개소, 한방병원 20개소, 요양병원 1,197개소, 정신병원 95개소였다. 지역별로는 경기 341개소, 부산이 198개소로 가장 많았고, 서울, 경남 등의 순서였다.

인증유효기간(4년) 동안 인증받은 의료기관의 환자 안전의 지속적 유지 및 의료 질 향상을 위한 노력을 독려하고자, 인증 후 24개월~36개월 사이에 중간현장조사를 실시하고 있다. 2019년말 현재 1,473개소(상급종합병원 42개소, 종합병원 120개소, 병원 35개소, 요양병원 1,276개소)에 대해 중간현장조사를 완료하였다.

[표 2-6-2] 소재지별 인증 현황 누계

('19. 기준, 단위 : 개소)

구 분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	세종
계	1,646	181	198	76	77	68	61	39	341	32	48	79	85	87	120	135	16	3
상급종합병원	42	13	4	5	3	2	1	-	5	1	1	2	2	1	-	2	-	-
종합병원	186	31	21	5	11	4	8	2	43	8	8	6	6	7	12	8	6	-
병원	94	25	10	11	8	5	2	-	19	-	-	-	1	6	3	3	1	-
치과병원	12	5	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	3	-	1	-	-
한방병원	20	8	1	1	1	-	1	1	5	-	-	-	-	-	-	2	-	-
요양병원	1,197	97	151	54	53	51	47	35	242	22	34	58	75	65	100	102	8	3
정신병원	95	2	11	-	1	4	2	1	26	1	5	13	1	5	5	17	1	-

2019년부터 시작한 3주기 급성기병원 인증을 위한 기준은 IEEA* Accredited Standards 분야의 인증을 획득('19.6월~'23.6월)함으로써 국제적 수준의 인증 기준으로 신뢰성을 확보함과 동시에 효율적 인증기준 관리를 위한 통합관리체계를 구축하게 되었다.

* International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association

더불어 인증제 참여 활성화와 실효성 제고를 위한 제도 개선안을 마련하기 위해 보건의료 관계자, 환자 및 소비자 단체, 전문가 등으로 구성된 '인증 혁신 TF'를 운영하고 다양한 의견을 논의하였다.

그 결과 감염관리 및 환자안전 관리 등의 기준을 강화하고, 의료기관의 중복 평가 부담을 완화하고 조사방식을 합리화하는 등 3주기 급성기병원 인증기준을 개정하여 발표하였으며, 단계별 인증제 도입을 위한 인증입문제 실시, 인증 보상제도 마련, 인증기관의 지속적 관리를 위한 환류 강화, 조사전문성 강화 등 장·단기 추진 방안을 포함한 의료기관인증제도 혁신안을 마련하여 제16차 의료기관인증위원회에서 안건을 심의·의결하였으며 2019년부터 혁신안에 따라 인증제도 개선을 추진하고 있다.

바. 향후 계획

급성기병원 및 요양병원 인증 조사를 원활하게 운영하고, 인증 이후 사후관리를 위한 급성기병원 중간현장조사 및 요양병원 중간현장조사를 차질 없이 수행할 예정이다.

또한, 의료기관 인증제도 혁신안에 따른 단계별 입문인증 도입을 위한 시범사업 운영, 인증에 대한 적절한 보상방안을 위한 협의체를 구성하여 운영할 예정이다. 이와 더불어 인증 의료기관에 대한 사후관리 강화, 인증조사 세부결과와 단계적 공개 등 국민 알권리를 위한 인증결과 환류를 강화할 예정이다.

2. 「환자안전법」 시행

가. 추진 배경

2010년 5월 백혈병으로 항암제 치료를 받던 정중현 군과 2012년 10월 강미옥씨가 동일한 투약 오류로 사망한 사건이 발생하였다. 이를 계기로 우리나라에서도 교차 투약이 발생하면 치명적인 결과가 발생할 수 있는 의약품 사용뿐만 아니라 병원감염 등 환자안전에 위협하는 위험으로부터 환자를 보호하기 위한 「환자안전법」 제정의 필요성이 대두되었다.

정부는 환자안전에 심각한 위협을 초래하는 유사한 사고의 재발을 방지하고 의료기관의 자발적이고 지속적인 질 향상을 유도하기 위한 제도를 마련해야 한다는 여론을 수렴하여 환자안전에 대한 체계적이고 총괄적인 관리와 국가와 보건의료기관 등의 환자안전활동에 대한 사항을 규정하였다. 또한, 환자안전사고에 대한 보고 체계를 마련하기 위해 2015년 1월 28일 「환자안전법」(법률 제13113호)을 공포, 2016년 7월 29일부터 시행하였다.

나. 주요 내용

「환자안전법」은 환자안전에 위하여 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 보호 및 의료 질 향상에 이바지하는 것을 기본 목적으로 하고 있다.

「환자안전법」의 시행에 따른 환자안전체계의 주요 내용은 다음과 같다.

우선, ‘환자안전 보고학습시스템’의 가동이다. 환자안전사고가 발생한 사실을 알게 된 보건 의료인, 보건의료기관장, 환자, 환자보호자 등은 그 사실을 보고 서식에 따라 보고 학습시스템 운영자를 통하여 보건복지부장관에게 보고한다. 접수된 보고는 보고학습시스템 운영자를 통해 검증 및 분석을 거친 후, 새로운 유형이거나 중대한 위협이 발생할 우려가 있는 환자안전사고라 판단될 경우 주의경보 등의 형태로 전체 의료기관에 공유한다. 「환자안전법」의 성패는 환자안전

사고 자율 보고가 얼마나 활성화되느냐에 달려 있는 만큼, 보고학습시스템에는 보고의 비밀을 철저히 보장하며 수집된 정보의 적절한 분석·공유 수행 능력이 강조된다. 따라서 보고자의 비밀보장을 위해, 보고된 내용은 접수일로부터 14일 내에 내용을 검증한 후 개인 식별정보를 복구가 불가능한 상태로 완전하게 삭제하고, 보고의 비밀을 누설한 경우에는 3년 이하의 징역 또는 3천만 원 이하의 벌금에 처한다. 보고를 이유로 보고자에게 불리한 조치를 한 경우 2년 이하의 징역 또는 2천만 원 이하의 벌금에 처하도록 하였으며, 보고는 비밀로 개별 차원에서 하는 반면, 환류는 의료기관 전체에 제공하는 방식의 체계를 갖추었다.

수집된 정보의 분석·공유 능력을 높이기 위해, 보건복지부는 「환자안전법」 제16조제5항 및 「환자안전법 시행령」 제8조에 따라 환자안전 보고학습시스템의 운영 업무를 의료기관평가인증원에 위탁하고, 보고의 접수·검증·분석·공유 등 보고와 학습의 모든 절차를 협력하여 수행하고 있다.

국가적 차원에서는 환자안전기준, 환자안전지표, 환자안전종합계획, 국가환자안전위원회 등이 마련된다. 환자안전에 대해 보건의료기관이 갖추어야 할 시설·장비·관리 체계 및 보건의료인의 준수해야 할 사항 등을 명시한 환자안전기준을 마련하여 공표하며, 환자안전 및 의료 질 향상과 관련한 수행 정도를 측정·점검할 수 있는 평가 지표인 환자안전지표를 마련한다. 더불어 환자안전 향상을 위한 국가 차원의 중기 계획으로 환자안전활동의 기본 목표 및 향후 계획, 관련 기술 연구·개발, 환자와 환자 보호자의 참여 방안 등이 담긴 환자안전종합계획을 5년마다 수립·시행하여야 한다.

「환자안전법」 제16조제2항 및 동법 시행규칙 제14조에 따라 환자안전 주의경보 발령으로 환자안전사고 관련 정보와 재발방지대책을 공유(‘17. 11. ~)하고 주의경보 발령 대상이 아닌 경우 환자안전사고 정보관리에 따라 환류(정보제공, 통계연보 등)한다.

개별 의료기관 차원에서는 환자안전위원회 및 환자안전 전담인력 등을 마련하여 체계적인 환자안전활동이 이루어지도록 하였다. 환자안전위원회는 종합병원 및 200병상 이상의 병원급 의료기관 내에 설치되며, 해당 의료기관장을 위원장으로 하여 5인~30인의 위원으로 구성되며, 환자안전사고 예방을 위한 계획 수립·시행, 환자안전 전담인력 배치, 환자안전체계 구축·운영, 보고자 보호, 환자의 환자안전활동 참여 계획 수립·시행 등의 업무를 심의한다.

환자안전 전담인력은 환자안전위원회가 설치된 기관에 1인 이상(500병상 이상의 종합병원은 2인 이상) 배치되며, 환자안전사고의 정보 수집·분석·관리·공유, 보건의료인·환자에 대한 교육 등의 업무를 담당한다. 전담인력은 법 시행과 함께 배치되며, 원활한 업무 수행을 위해 배치된 6개월 내에 24시간의 신규교육과 매년 12시간의 보수교육을 이수하여야 한다. 보건복지부는 원활한 교육 수행을 위해 「환자안전법」 제13조제3항 및 「환자안전법 시행규칙」 제11조에 따라 환자안전활동에 관한 교육 업무를 대한병원협회에 위탁하였다.

다. 기대 효과

「환자안전법」의 시행에 따라 환자안전 및 의료 질 향상을 위한 정책을 수립하고, 국가 차원의 환자안전관리체계를 구축하여 국민 건강 및 보건 의료 향상에 기여한다.

의료기관에서 발생 가능한 환자안전사고의 위험 정보를 신속하고 체계적으로 수집 및 분석하여 환자안전사고의 예방을 위한 활동을 수행하고, 의료기관의 시스템 개선 등의 사항을 알려 교육함으로써 유사 환자안전사고의 재발을 방지한다.

의료기관 내 환자안전 및 의료 질 향상 활동 수행을 위한 전담인력을 배치하고 환자안전위원회 설치 의무를 통해 의료기관이 자발적인 환자안전사고 예방 활동 및 재발 방지 활동을 수행하도록 유도한다.

또한, 환자안전에 관한 기준을 정하고, 환자안전 및 의료 질 향상과 관련한 수행 정도를 측정하고 점검할 수 있는 평가 기준 등을 제시하는 환자안전지표를 개발·보급하여 우리나라의 환자안전 실태와 수준 및 개선 정도를 파악할 수 있다.

환자안전 주의경보 발령 등 환류를 통하여 의료기관 내 동일 혹은 유사 환자안전사고 재발 가능성을 낮추고 새로운 유형의 사고 발생 가능성을 예방한다.

이를 통해 국민들은 환자의 안전이 보장되는 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있게 되며 의료기관에 대한 신뢰도 및 이용에 따른 만족도가 향상될 것으로 기대된다.

라. 주요 성과

2018년 4월 제1차 환자안전종합계획이 발표된 이후 이를 이행하기 위한 법적 근거와 기반을 마련하고, 현행법상 미비한 규정들을 개선하기 위하여 「환자안전법」 개정을 추진하였다(’20.1.29. 개정, ’20.7.30., ’21.1.30. 시행) 법 개정 주요 내용으로는 환자안전사고 실태조사 실시, 중앙·지역환자안전센터 지정 및 중대한 환자안전사고 의무보고 시행 등이 있다.

2019년 말 환자안전 정보화 전략계획을 바탕으로 3년간의 환자안전 보고학습시스템 구축을 완료하였다. 주요 성과로는 환자안전사고 보고의 전산화, 정보환류 체계 확립 및 지식관리시스템 제공, 표준연계프로그램 개발 및 배포를 통한 보건의료기관간 연계, 환자안전통계 데이터 제공 등이 있다.

또한, 환자안전 보고학습시스템으로 수집된 환자안전사고를 분석하여 2019년 12월 말 기준 19건의 주의경보와 17건의 환자안전 정보제공지, 2건의 통계연보 등을 배포하여 의료기관 내에서 유사한 환자안전사고를 예방할 수 있도록 지원하고 있으며, 환자안전사고 자율보고제도 도입 이후 매달 보고 건수는 증가하여, 2019년 12월 말 기준으로 총 25,630건의 환자안전사고가 보고되었다.

[표 2-6-3] 보고자 및 의료기관 종별 보고 건수

(’19. 12. 기준, 단위: 건)

보고자	의료기관 종별									계
	상급 종합 병원	종합 병원	병원	의원	치과 병·의원	한방 병·의원	요양 병원	약국	불명확	
환자	5	8	15	4	2	-	7	3	-	44
환자보호자	12	14	10	3	3	-	17	2	1	62
보건의료인	229	945	417	2	-	22	1,570	13	1	3,199
환자안전 전담인력	4,587	10,415	1,359	-	1	-	2,646	-	-	19,008
보건의료기관장	-	4	10	1	1	-	30	3,246	-	3,292
불명확	1	-	1	-	-	-	1	-	22	25
계	4,834	11,386	1,812	10	7	22	4,271	3,264	24	25,630

2017년 개발한 사례분석위원회 운영방안 모델을 토대로 선정된 의약품 주입펌프 사례에 대하여 국가차원의 의약품 주입펌프 관련 환자안전사고 예방을 위한 제도적 지원을 준비하고 있으며, 환자안전사고의 유형 및 빈도 등 체계적인 정보 수집을 통해 공공의료원 15개소를 선정하여 국가 차원의 실태조사를 수행하였다.

또한, 2019년 3월 환자안전 현장지원 운영계획을 수립하여 보건의료기관별 환자안전사고 재발 방지 및 예방체계 마련을 위한 맞춤형 지원을 시행하고 있으며, 병·의원 및 약국 등 환자안전 활동 수행이 어려운 중소 보건의료기관을 지원하기 위하여 보건의료기관 및 보건의료인 단체 각 2개소를 선정, 환자안전사고 보고 활성화 및 환자안전활동 교육·홍보의 실효성 향상을 위한 지역환자안전센터 예비사업을 수행하였다.

2018년도에 이어 2019년에도 제2차 환자안전일 기념행사를 개최하고, ‘국가기념일 제정 범국민추진위원회’를 발족하여 법 개정을 통한 국가기념일 제정을 추진하고 있다. 또한, 대국민 홍보영상 제작, 환자안전 보고학습시스템 유튜브 채널 생성, 국제 환자안전 심포지엄 개최 등을 통하여 환자안전에 대한 인식제고 및 환자안전활동 참여 활성화를 추진하고 있다.

마. 향후 계획

먼저 「환자안전법」의 원활한 개정을 위하여 관련 전문가 및 이해관계자들의 의견을 수렴하고, 수용성 높은 하위법령 개정을 추진하여 정책이 적시에 시행될 수 있도록 할 계획이다.

또한, 구축된 환자안전 보고학습시스템을 바탕으로 보고활성화 및 환자안전사고 예방 재발 방지 대책마련을 위한 자료 공유 및 환류 등으로 보건의료기관들의 환자안전활동을 지원하고 환자안전문화를 조성하여 환자안전사고를 예방할 수 있도록 기여할 예정이다.

환자안전사고의 실태 파악을 위한 중장기 환자안전사고 실태조사를 위한 로드맵을 마련할 예정이며, 환자안전의 사각지대 해소 및 열악한 환경에 있는 보건의료기관들의 환자안전활동을 지원하기 위하여 다양한 방법의 환자안전 현장지원 및 실효성 있는 지역환자안전센터의 운영을 지속할 예정이다.

법 개정 및 관련 수가 지급 기준을 확대하여 보다 많은 보건의료기관이 부담 없이 전담인력 배치와 위원회 설치를 할 수 있도록 제도를 지속적으로 보완해 나갈 계획이며, 전담인력의 역량을 강화하여 내실 있는 환자안전활동을 수행할 수 있도록 교육프로그램을 개발하고 보급하는 등 적극적인 지원활동을 펼쳐나갈 예정이다.

환자안전은 의료기관과 환자뿐만 아니라 국민 모두의 관심과 협조가 중요하므로, 환자 스스로 적극적으로 환자안전활동에 참여해야 한다는 인식을 고취시키기 위해 환자 중심의 안전문화 형성을 위한 다양한 홍보 활동 및 교육자료 개발을 지속적으로 추진할 것이다.

3. 전문병원제도 시행

가. 추진 배경 및 경과

전문병원제도는 중·소병원의 경쟁력 강화, 국민의 전문적인 의료 수요의 증대 등으로 1990년대 초부터 논의가 본격화되었다. 의료 공급자는 특정질환이나 진료 과목에 대해 전문적·표준화된 의료서비스를 지속 제공하여 의료기술의 안정성을 높이고 비용 효과적인 기술을 개발하여 대외 경쟁력을 향상시킬 수 있으며, 의료 소비자는 소규모 병원이라도 양질의 난이도 높은 의료기술에 대한 접근성 향상으로 전문 진료 욕구를 충족할 수 있다는 긍정적 기대 효과가 있어 사회적 공감대가 형성되었다.

이에 정부는 전문병원제도 시범사업을 실시하여 전문병원 인정 기준의 적정성 및 경제적 효과 등 분석을 통해 전문병원 도입 방안을 마련코자 2005년 7월부터 2008년 1월까지 4개 질환, 6개 진료 과목을 대상으로 전문병원 제1차 시범사업을 실시하였다.

사업 평가 결과 진료 실적, 의료 인력 등에서 사업의 효과가 있는 것으로 나타났으나, 분석의 통계적 유의성이 떨어지고 개선 효과의 검증이 미약하다는 분석에 따라 2008년 5월 제1차 시범사업의 동일 질환, 진료 과목을 대상으로 제2차 시범사업을 실시하였다. 또한, 그간 시범사업에 포함되지 않았던 2개과 진료 과목(재활의학과, 이비인후과)에 대한 전문병원 필요성이 제기되어 2010년 3월부터 2011년 1월까지 제3차 시범사업을 실시하였다.

전문병원의 법적 근거를 마련한 「의료법」 개정('00. 1. 30.) 이후 전문병원제도의 시행을 위해 시범사업 평가 및 시행 방안 연구 분석, 전문병원제도 발전 TF 구성·운영을 통해 전문병원의 지정기준·절차 등을 포함한 「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」과 관련 고시를 제정('11. 1.)하였다.

2011년 7월 21개 분야에 대해 전문병원 신청을 받아 지정 기준에 대한 평가 및 전문병원 심의위원회의 심의를 거쳐 2011년 11월 전국 99개소의 병원급 의료기관을 제1기 전문병원으로 지정하였다('11. 11.~'14. 10.).

제2기('15. 1.~'17. 12.) 전문병원 지정을 위해 기존 개편과 '의료서비스 수준(인증)'과 전문 분야 특성에 맞춘 '의료 질'을 평가하고 전문병원심의위원회 심의를 거쳐 111개 전문병원을 지정하였다. 의료질 평가는 20개 분야 중 10개 분야는 2개년('12.~'13.)동안 개발한 임상 질 지표를 활용하여 평가하고, 나머지 10개 분야는 건강보험심사평가원의 적정성 평가 결과를 반영하였다.

전문병원 선택진료 축소·폐지에 따른 손실보전 목적으로 지급하던 의료질지원금을 의료질 평가 결과에 따라 차등지급할 수 있는 방안을 수립 하였으며, 이에 따라 평가지표 개발 및 평가를 실시하고 전문병원(병원·요양병원·한방병원) 의료질평가지원금 차등 수가를 결정 하였다.

[표 2-6-4] 전문병원 지정 분야

구 분	지정 분야
질환(12)	관절, 뇌혈관, 대장항문, 수지접합, 심장, 알코올, 유방, 척추, 화상, 주산기, 한방중풍, 한방척추
진료 과목(8)	산부인과, 소아청소년과, 신경과, 안과, 외과, 이비인후과, 재활의학과, 한방부인과

나. 주요 내용

전문병원은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료 과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료 행위를 하는 병원을 보건복지부장관이 지정할 수 있도록 함에 따라, 3가지 영역으로 전문병원의 지정 기준을 설정하여 특정 요건 및 난이도 등에 대한 평가를 실시하도록 하였다.

첫째, 구조적 측면으로 환자 구성 비율, 진료량, 의료 인력, 필수 진료 과목, 병상 수를 조건으로 설정하여 전문병원의 외형적 조건을 구성하였다.

둘째, 환자의 안전과 시설안전 관련 사항으로 양질의 진료 체계 구성에 대한 의료기관 인증을 조건으로 과정적 측면을 평가할 수 있도록 설정하였다.

마지막, 진료 결과적 측면으로 질환 또는 진료 과목별 의료 질 지표 설정을 통해 향후 제도의 효과를 평가하는 틀을 제공하도록 하였다. 이 중 의료기관인증과 의료 질 지표는 준비에 필요한 기간을 감안하여 2014년부터 적용하였다.

한편, 지방 중·소병원 및 공급 부족 등으로 정책적으로 지원·육성해야 하는 질환 또는 진료 과목에 대해서는 진입 장벽을 낮추기 위해 일부 기준 중 30% 범위 내에서 지정 기준을 완화·적용한다.

전문병원 지정은 12개 질환, 8개 진료 과목을 대상으로 절대 기준에 대한 평가 후 특정질환 또는 진료 과목별 상대평가를 실시하여 전문병원심의위원회의 심의를 통해 보건복지부장관이 최종 지정한다. 지정 주기는 3년이며, 질 관리 차원에서 3년마다 재평가를 통해 재지정 또는 재지정 여부를 결정한다.

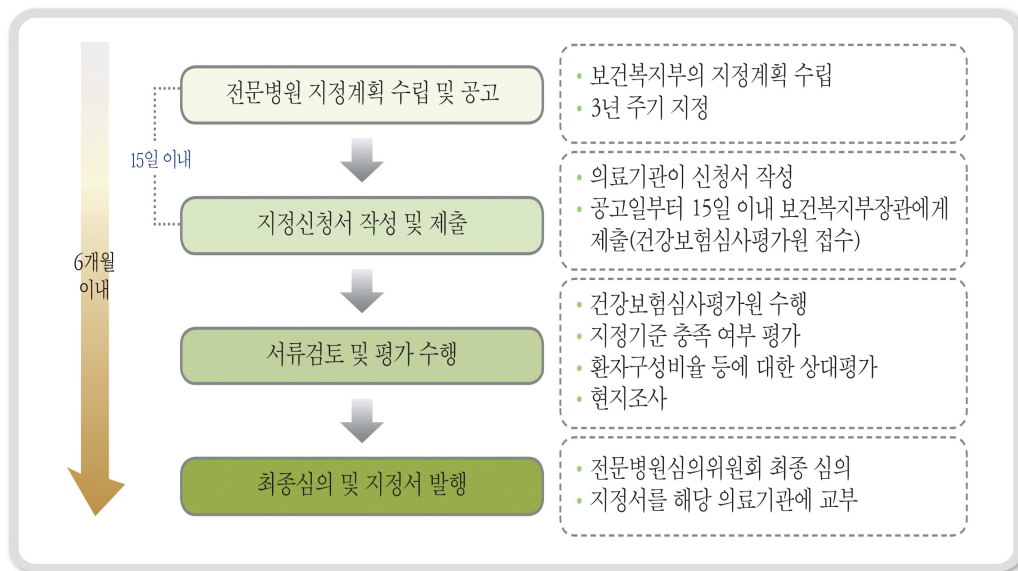
[표 2-6-5] 전문병원 지정 분야별 기관수 현황

구 분		기관수			구 분		기관수		
		1기	2기	3기			1기	2기	3기
질환	관절	10	18	18	진료 과목	산부인과	13	16	12
	정형외과(폐지)	4				소아청소년과	2	-	-
	뇌혈관	1	4	3		신경과	1	1	1
	신경외과(폐지)	1				안과	8	9	9
	대장항문	4	5	4		외과	2	2	2
	수지접합	6	4	4		이비인후과	2	2	2
	심장	1	1	1		재활의학과	10	10	10
	알코올	6	7	9					
	유방	1	1	1					
	척추	17	17	16	한방	한방중풍	5	2	-
	화상	3	5	5		한방척추	2	4	8
	주산기(신규)	-	3	1		한방부인과	-	-	1
소 계		54	65	62	소 계		45	46	45

주 : 1) 1기(2011~2014)는 99개소 지정
 2) 2기(2015~2017)는 111개소 지정
 3) 3기(2018~2020)는 107개 지정('20.7월 기준)

지정 요건에 대한 평가는 객관성과 전문성을 확보하기 위해 관련 전문 기관에 위탁하여 실시 하며, 전문병원으로 지정된 의료기관은 특정 질환이나 진료과목과 함께 ‘전문병원’, ‘전문’ 용어를 사용할 수 있고, 의료기관 명칭 표시판에 전문병원으로 지정받은 사실을 표기할 수 있고, 전문병원임을 광고할 수 있다.

[그림 2-6-3] 전문병원 지정 절차



다. 기대 효과

전문병원제도 시행을 통해 의료 전달 체계상 중·소병원의 역할 모델이 새롭게 정립되고 특정분야에 대한 치료 기술 발전 및 표준화된 서비스 제공으로 대외 경쟁력을 갖춘 강소(強小) 병원이 늘어날 것으로 기대된다.

의원은 간단한 질병 치료, 전문병원은 특정질환의 전문 의료서비스 제공, 대형병원은 고난이도 질환 치료 및 교육·연구 활동 중심으로 기능을 설정하여 효과적인 의료전달체계 확립을 통해 의료비 절감 및 자원의 활용도를 제고할 것이다. 특히, 대형병원 환자쏠림 완화, 양질의 의료 서비스에 대한 접근성 향상 및 특정질환별 소비자 중심의 서비스 제공으로 환자의 의료 편의성이 증대될 것이다.

라. 향후 계획

전문병원제도는 소비자 중심의 전문 의료서비스를 제공하는 것을 지향하고 있다. 향후 지정분야 개편을 통해 국민의 다양한 욕구에 대응하고, 지방 소재 의료기관들의 인력 확보 등 어려움을 감안하여 지정 기준 완화를 통해 전문병원의 지역적 불균형을 해소하고 전문의료서비스 이용의 형평성을 강화해 나갈 계획이다.

Ⅲ 의료소비자 권익 강화

1. 의료분쟁조정제도 시행

가. 도입의 필요성

경제 수준의 향상과 전 국민 건강보장 실현으로 의료 이용이 많아지고 의료서비스의 다양화로 환자와 의료인 간의 의료사고에 대한 분쟁이 늘어나고 있다. 법원행정처에서 매년 발행하는 사법연감에 따르면, 의료사고로 인해 민사1심에 접수된 소송 건수는 1989년 42건에서 시작해, 2014년 이후 900여건의 의료소송이 매년 제기되고 있으며, 2019년 970건으로 최다를 기록했다. 환자들은 의료에 관한 지식 및 정보가 부족하고, 효과적인 구제 수단이 없어 신속한 구제를 받지 못하고 있다. 이러한 억울함을 호소하기 위해 의료기관을 무단 점거하는 등의 물리적인 방법을 구사하는 사례가 많아 사회 문제가 되고 있다. 의료인 및 의료기관은 예기치 않은 의료분쟁에 대응하여 응급환자에 대한 방어진료 및 과잉진료가 이루어지면서 의료비의 상승과 의료자원을 낭비하는 등 사회적 비용이 증가하고 있다.

의료의 전문적 속성으로 인하여 일반 국민이 소송을 통해 의료사고 피해 구제를 받는 데에는 어려움이 많고, 많은 시간과 비용이 소요된다. 의료분쟁 관련 민사소송의 해결 기간이 제1심 법원에서 평균 2.3년, 2심 판결에서 평균 3.9년, 3심 판결에서 평균 4.6년이 소요되어 환자의 조속한 피해 구제가 어려운 실정이다.

✎ 집필자 | 의료자원정책과장 김현숙, 의료기관정책과장 오창현, 의료보장관리과장 공인식

또한, 의료분쟁의 적절한 조정제도 미흡은 환자 측과 의료인 측 간 감정 대립의 격화를 초래하여 민사사건보다 형사사건이 5배~6배 높은 건수를 차지하고 있다. 결국 의료사고 및 이에 따른 분쟁은 국민과 의료인 모두에게 육체적·심리적 및 금전적 피해를 초래하고 국민 의료비 부담을 증가시킬 뿐 아니라, 환자와 의료인 간 신뢰에 부정적 영향을 미친다.

이러한 문제점을 해소하고 의료인과 환자 간의 신뢰 회복을 통한 건전한 진료 환경 조성을 위해 의료분쟁이 발생하였을 때 이를 신속·공정하게 조사하고 그 결과에 따라 적절한 배상이 이루어지도록 하는 의료분쟁조정제도의 도입이 시급하게 요구되어 왔다.

나. 추진 경과

의료분쟁조정제도의 도입은 의료정책의 발전을 위한 제도 개선 계획으로 1989년 12월부터 추진된 이후 2008년 17대 국회까지 여러 차례의 입법 시도가 있었으나, 입증책임 전환, 형사처벌특례, 무과실보상제도 도입, 조정전치주의 등 쟁점에 대한 의견 조정이 되질 않아 번번이 무산 되었다.

2009년 5월에 최영희 의원 외 11인은 「의료사고 피해구제에 관한 법률(안)」을 발의하였고, 6월에 심재철 의원 외 14인은 「의료분쟁 조정 및 피해구제에 관한 법률(안)」을 발의하였으며, 7월에는 의료사고피해구제법 제정을 위한 시민연대가 「의료사고 피해구제법(안)」을 청원하여 의료분쟁조정법 제정에 대한 논의가 다시 시작되었다.

2개의 법안과 1개의 청원에서 입증책임전환 또는 완화, 불가항력 의료사고 보상, 형사 처벌특례 등 주요쟁점사항으로 추진에 난항을 겪었으나 관계부처 및 단체 의견 수렴, 의료분쟁 조정제도 TF 운영을 통해 제도 목적에 맞는 대안을 마련하고 정책토론회를 실시하는 등의 노력 끝에 2009년 12월 29일 보건복지위원회 전체회의에서 대안으로 의결되는 결과를 얻었다.

법제사법위원회에 2010년 2월에 회부되어 마침내 2011년 3월 11일 국회 본회의를 통과하였고, 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」이 2012년 4월 8일부터 시행되었다.

다. 주요 내용

1) 한국의료분쟁조정중재원 설립

의료사고 발생 시 그간 「의료법」에 따른 의료심사조정위원회, 소비자분쟁조정위원회 등의

조정 절차를 이용하였으나 전문성이 부족하여 거의 유명무실하거나, 소액사건 위주로 기능을 발휘하는 문제로 환자와 보건의료기관 양측이 만족할 만한 수준의 의료분쟁 조정절차가 부재했다.

따라서 당사자 모두에게 이익이 될 수 있는 특수법인 형태의 독립 기구 「한국의료분쟁조정중재원」을 설치하여 의료분쟁의 신속·공정 및 효율적 처리를 할 수 있게 되었다.

한국의료분쟁조정중재원은 조직 내에 ‘의료분쟁조정위원회’와 ‘의료사고감정단’을 두어 조정과 감정을 이원화하여 상호 견제 및 감정의 독립성을 확보하고 각 조직에는 대표성과 전문성을 고려하여 위원을 임명(또는 위촉)하게 된다. 또한, 위원회와 감정단에는 진료 과목별 특수 지리적 접근 가능성 등을 고려하여 조정부 및 감정부를 구성할 수 있도록 하였다.

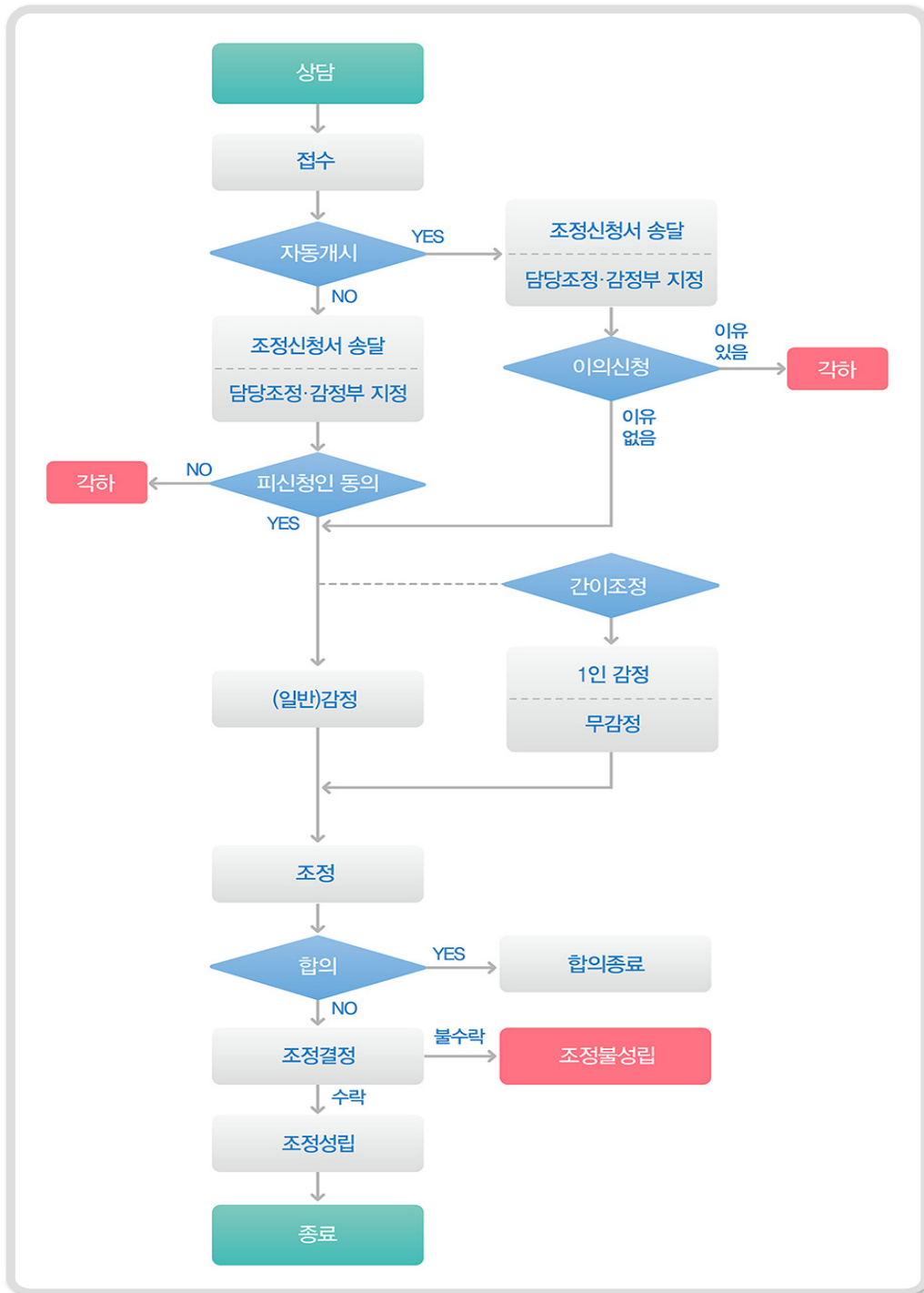
[그림 2-6-4] 한국의료분쟁조정중재원 조직도



2) 의료분쟁의 조정·중재 절차

의료분쟁이 발생한 경우 당사자(환자 및 보건의료기관개설자)가 조정 신청을 하면 피신청인이 조정에 응하고자 하는 의사를 조정중재원에 통지할 때 조정 절차가 개시된다. 다만 조정 신청의 대상인 의료사고가 사망, 1개월 이상의 의식불명, 대통령령으로 정하는 중증장애에 해당하는 경우에는 지체 없이 조정 절차가 개시된다. 원장은 조정신청서 접수 후 의료분쟁조정위원회와 의료사고감정단에 각각 이를 통지하고 사건을 조정부와 감정부에 배당하며, 감 정부는 조정 개시일부터 60일 이내 조정부에 감정서를 송부하고 조정부는 90일 이내 감정 의견을 참작하여 조정을 결정한다. 조정부가 내린 결정에 대해 당사자가 동의함으로써 조정은 성립되며, 재판상 화해와 동일한 효력이 있어 동일 사건으로 법원에 소송을 제기하지 못한다.

|그림 2-6-5| 의료분쟁 조정·중재 절차도



3) 적용 대상

의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률에 따른 적용 대상은 내국인뿐만 아니라 외국인도 포함시켜 외국인 환자 의료사고에도 적용 가능토록 하였으며, 외국의 법제에 관한 학식과 경험이 풍부한 자를 조정(또는 감정)위원으로 위촉하도록 하여 언어 장벽 등 외국인 환자의 특수성을 최대한 고려하였다.

4) 손해배상금 대불제도

의료분쟁의 조정 성립 등에도 불구하고 환자가 기일 내에 손해배상금을 지급받지 못한 경우 환자가 조정중재원에 손해배상금 대불을 청구하고 조정중재원이 환자에게 손해배상금을 대신 지급한다. 이후 조정중재원은 보건의료기관개설자로부터 대불금을 구상하도록 하여 환자의 손해에 대해 신속히 배상받을 수 있도록 하였다.

5) 불가항력 의료사고 보상제도

조정중재원은 보건의료인이 충분한 주의의무를 다해 의료행위를 하였음에도 불구하고 불가항력적으로 발생하였다고 의료사고보상심의위원회에서 결정한 분만에 따른 의료사고의 경우 그 피해를 보상한다. 국가와 보건의료기관개설자 등이 비용의 일부를 분담하여 보상하도록 하며 통제 불가능한 위험에 공동 대응하기 위한 사회보장 차원의 입법으로서 산모가 안심하고 분만할 수 있는 사회적 환경을 조성할 수 있을 것이다.

6) 형사처벌특례

의료인의 적극적 진료 보장과 조정 절차의 적극적인 참여를 위해 의료인의 행위가 업무상 과실치상죄에 해당되더라도 조정 절차를 통해 환자가 손해를 충분히 배상받고 환자가 의료인의 처벌을 원하지 않는다는 의사표시가 있는 경우 공소를 제기할 수 없도록 하는 것으로, 조정 성립 등 당사자의 합의 및 완전한 손해배상과 피해자의 처벌불원의사를 전제로 특례를 인정하고 있다.

7) 입증 책임

의료사고를 분석하고 그 원인을 규명하는 데에는 전문적인 지식이 요구되므로 환자 측에서 의료인의 과실을 입증하기는 쉽지 않아 시민단체 등은 입증 책임을 의료공급자에게 전환할

것을 지속 요구하였다. 그러나 입증 책임을 의료공급자에게 전환할 경우 방어(과잉)진료 확대, 의료비 상승 등의 문제를 초래할 수 있어 '한국의료분쟁조정중재원' 내 의료사고 감정기구를 설치하여 의료사고의 과실 유무를 직권으로 조사하도록 함으로써 환자의 입증 부담을 최소·완화하는 장치를 마련하였다.

라. 주요 성과

조정중재원은 2019년 한 해 동안 약 63,900여 건의 상담서비스를 제공하였고, 2,824건의 조정 신청을 접수하였다.

조정 신청이 접수된 2,824건을 진료 과목별로 구분하면 정형외과 672건, 내과 404건, 치과 307건, 신경외과 271건 등의 순서였다. 또한, 지역별 조정 신청 건수로는 경기 704건, 서울 624건으로 수도권 지역에서 가장 많았고 부산, 인천, 경남 등의 순서였다.

조정중재원에 접수된 2,824건 중에서 환자 측과 의료인 측 양 당사자 모두가 조정·중재 절차에 참여한 1,262건과 사망·대통령령으로 정하는 중증장애·1개월 이상 의식불명 등으로 자동개시 된 522건을 포함하여 총 1,784건이 조정 개시 되었다.

2019년에 처리한 1,636건 중 1,030건에 대해 합의 또는 조정 성립을 이끌어 양 당사자가 원만하게 분쟁을 해결할 수 있도록 하였다.

[표 2-6-6] 의료분쟁 상담 현황('19.)

(단위 : 건)

구분	방문	온라인	우편·팩스	유선상담	계
건수	2,755	4,074	328	56,781	63,938

[표 2-6-7] 조정·중재 신청 현황('19.)

(단위 : 건)

구분	조정·중재 개시	각하·취하	계(신청 건)
건수	1,784	1,040	2,824

[표 2-6-8] 진료 과목별 조정·중재 신청 현황('19.)

(단위 : 건)

구분	내과	외과	정형외과	신경외과	흉부외과	성형외과	산부인과	소아 청소년과	안과
건수	404	172	672	271	55	151	120	22	111

구분	이비인후과	피부과	비뇨 의학과	신경과	마취통증 의학과	정신건강 의학과	영상 의학과	진단검사 의학과	재활 의학과
건수	70	57	78	39	35	16	11	11	26

구분	가정 의학과	응급 의학과	치과	한의과	약제과	기타	계
건수	31	94	307	49	3	19	2,824

|표 2-6-9| 지역별 조정·중재 신청 현황('19.)

(단위: 건)

구분	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기
건수	624	229	96	224	60	84	41	14	704

구분	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	기타	계
건수	75	91	104	77	58	111	190	35	7	2,824

|표 2-6-10| 조정·중재 처리현황('19.)

(단위: 건)

구분	조정·중재 성립	조정 불성립	각하·취하 등	계
건수	1,030	161	445	1,636

※ 출처: 2019년도 의료분쟁 조정·중재 통계연보, 한국의료분쟁조정중재원

마. 향후 계획

「의료사고 피해 구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 및 같은 법 시행령·시행 규칙이 시행 되고('12. 4. 8.) 의료분쟁해결 전문기구인 한국의료분쟁조정중재원을 설립·운영하고 있어 의료사고의 양 당사자에게 의료사고에 관한 전문 지식을 제공하고 의료분쟁을 신속·공정하게 해결할 수 있도록 제도를 안정적으로 운영할 것이다. 또한, 의료사고를 예방하기 위한 조사·연구, 통계 작성 및 공표, 교육 및 지침 개발 등 법적·제도적 기반을 마련하여 안정적인 진료 환경을 조성할 수 있도록 지속적으로 노력할 것이다.

2. 의료서비스 가격정보제공 강화

가. 추진 배경

신의료기술 발전 등으로 국민들이 의료기관을 방문할 때 건강보험이 적용되지 않는 치료 분야는 그 규모가 점차로 증가하는 추세이다. 개별 의료행위·약제 및 치료재료의 비용 수준에 대한 관심이 많지만 사전에 알 수 있는 방법이 없어서 환자의 알 권리에 많은 제약이 있었다.

이와 같이 비급여 진료 비용을 포함한 진료비 전체에 대한 환자의 알 권리를 강화하고, 진료 비용에 대한 예측 가능성을 높여서 환자들이 의료기관을 선택할 때 진료 비용을 고려할 수 있도록 하기 위하여, 의료기관 내에 비급여 진료 비용 등을 환자 및 보호자가 쉽게 알 수 있도록 고지 의무를 부과하였다. 한편, 병원급 이상 의료기관의 주요 비급여 항목에 대한 현황 조사를 실시하여 그 가격 현황을 공개하였다.

나. 주요 내용

의료기관 개설자는 비급여 대상 항목(행위, 약제 및 치료재료를 말한다)과 그 가격을 적은 책자 등과 진료기록부 사본 등 제증명 수수료의 비용을 접수창구 등 환자 또는 환자 보호자가 쉽게 볼 수 있는 장소에 비치하여야 한다. 또한, 인터넷 홈페이지를 운영하는 의료기관은 비급여 진료비용 및 제증명 수수료비용을 홈페이지 이용자가 알아보기 쉽도록 인터넷 홈페이지에 따로 표시하도록 하였다.

이렇게 의료기관이 자율적인 방식으로 고지하다 보니 기관마다 용어와 분류 방식이 달라 국민들이 같은 항목에 대하여 가격을 비교하는 데 어려움이 있고, 기관 내의 비치 장소나 홈페이지 내 위치를 찾기 어렵다는 지적이 있어 왔다.

이에 따라 고지 방식을 건강보험법 고시의 비급여항목 용어와 분류 체계를 따르도록 표준화 하고, 고지 양식을 전체 병원급 의료기관까지 의무로 적용하도록 「비급여 진료비용 고지지침」(고시)을 개정하여 의료기관과 국민 모두 쉽게 이용할 수 있도록 하였다.

또한, 개별 의료기관의 원내 고지는 의료기관별 가격 비교가 어렵다는 문제가 제기되어 보건 복지부장관이 의료기관의 비급여 진료비용 등의 현황을 조사하여 공개하도록 하는 의료법을 개정하고, 현황 조사 및 결과 공개 업무를 전문기관인 건강보험심사평가원에 위탁하였다.

이에 「의료법」 제45조의2에 따라 비급여 진료비용 및 제증명수수료의 항목, 기준 및 금액 등에 관한 현황을 조사·분석하여, 2019년 4월에 「2019년 비급여 진료비용 공개 항목」을 건강보험심사평가원 홈페이지와 모바일앱(건강정보)을 통해 공개하였다.

비급여 진료비용 공개는 국민의 알권리와 의료선택권 강화를 위해 2013년 상급종합병원을 시작으로 매년 공개기관과 항목을 확대하여 왔다. 2019년에는 전체 병원급 의료기관 3,825개소를 대상으로 총 340항목에 대한 병원별 진료비용을 공개하였고('19.4.), 전국 3천여개소 의원급 의료기관을 대상으로 표본조사를 실시하여 그 결과를 분석·공표하였다('19.9.).

또한, 각 병원의 항목별 최저금액과 최고금액, 병원규모 및 지역에 따른 중간금액과 평균금액을 제공하여 병원규모별 및 지역별 진료비를 쉽게 비교할 수 있도록 하였다.

앞으로, 정부는 건강보험 보장성 강화를 통해 의학적 비급여를 최소화해 나가고, 남아있는 비급여 항목에 대해서도 지속적으로 진료비용 공개를 확대해 나갈 계획이다.

한편, 의료기관마다 천차만별로 운영되고 있는 진단서 등 제증명 수수료에 대한 가격 규제 필요성이 제기됨에 따라, 이를 개선하기 위해 '의료기관의 제증명 수수료 항목 및 금액에 관한 기준' 고시 제정에 대한 법적 근거(「의료법」 제45조의3, 신설 '16. 12. 20., 시행 '17. 9. 21.)를 마련하여 제증명 수수료의 항목 및 금액에 관한 기준 등을 정하여 2017년 9월에 고시하였다.

정부는 이러한 비급여 진료비용 고지 기준 강화 및 현황 조사, 결과 공개 확대 등의 비급여 관리 체계 강화 정책을 통해 비급여 진료비용에 대한 국민들의 알권리를 충족시킴은 물론, 과도한 비급여 진료비용 책정 등의 문제가 줄어들 것으로 기대하고 있다.

다. 향후 계획

2020년은 전체 병원급 의료기관 3,920개소를 대상으로 총 564항목에 대한 병원별 진료비용을 공개할 계획이며, 공개대상을 의원급까지 확대하기 위한 법령을 개정하여 시범사업을 추진할 계획이다. 이에 따라 비급여 진료에 대한 국민의 알권리 및 선택권을 보장하고, 앞으로도 불필요한 비급여 진료 감소를 유도하기 위해 전체 의료기관의 비급여 진료비용 등에 대한 현황 조사를 매년 확대 실시하여 공개할 계획이다.

3. 신의료기술의 안전성·유효성 평가

가. 목적과 기대 효과

2007년 4월 28일 시작된 신의료기술평가제도는 새로운 의료기술이 개발, 도입되는 시점에서 국가가 과학적, 객관적으로 해당 기술의 안전성 및 유효성을 평가하여 의과학적으로 입증된 의료기술을 국민에게 사용할 수 있는 여건을 마련함으로써 국민의 건강권을 보호하고, 아울러 신의료기술의 발전을 촉진하는 데 그 목적이 있다.

신의료기술평가를 통해 국가는 새롭게 도입된 의료기술을 합리적으로 관리할 수 있게 되었고, 신의료기술평가 결과 안전하고 유효한 기술이 건강보험에 적용되도록 함으로써 국민은 의료기술을 안심하고 이용할 수 있게 되었다. 또한, 의료기관은 양질의 의료를 수행할 과학적 근거를 마련하게 되었고, 의료기술 개발자 등의 입장에서 개발한 의료기술을 공식적으로 활용할 수 있는 통로를 갖게 되었다.

신의료기술평가제도 도입 전에는 학회 간 이견 등으로 인해 요양급여행위 결정신청건의 법정 기한 처리율이 저조하였으나, 도입 후에는 법정 기한을 준수하여 평가가 이루어지고 있다. 또한, 신의료기술에 대한 안전성·유효성 평가 결과를 공표하여 누구나 빠르고 쉽게 필요한 정보를 획득할 수 있으며, 이를 통해 불필요한 의료기술은 자연스럽게 사용이 자제되고 효과적인 의료기술은 사용을 장려하게 되어 양질의 의료서비스와 의료자원이 확보되는 효과가 있다.

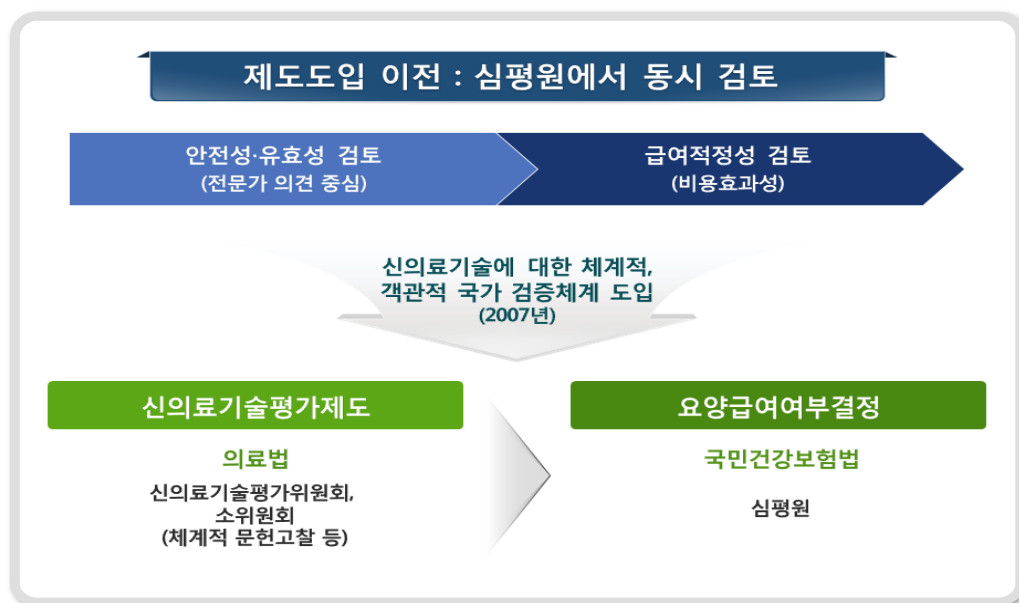
나. 추진 경과

「의료법」 제54조 및 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제6조의 규정에 의거, 신의료기술 평가를 수행할 위원회가 2007년 6월 11일 보건복지부 내에 설치되었으며 평가 위원은 3년의 임기로 활동을 시작하였다.

신의료기술평가위원회는 신의료기술의 안전성·유효성에 대한 최종 심의의결기구로 객관적 구성을 위해 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의학협회, 대한변호사협회 및 소비자단체로부터 위원을 추천받아 총 20인으로 구성하여 현재 활동 중이다. 또한, 신의료기술평가위원회의 심의 사항을 전문적으로 검토하기 위해 대한의학회, 대한치의학회 및 대한한의학회 등의 추천을 받아 5개 분야별 전문평가위원회가 조직되었다. 분야별 전문평가위원회는 평가할 대상에 따라 전문 분야별로 10인 이내의 소위원회를 구성하여 그 역할을 수행한다.

사업을 원활하게 운영하기 위해 「의료법」 제55조의 규정에 따라 2007년 6월 15일부터 건강보험심사평가원 신의료기술평가사업본부에 신의료기술평가에 수반되는 제반 업무를 위탁하여 운영하였고, 2010년 6월부터는 보건의료기술의 안전성 및 적정성 등에 대한 정보의 수집·평가 기능을 수행하는 한국보건의료연구원으로 업무를 이관하여 신의료기술평가사업의 효율성과 전문성을 제고해 나가고 있다.

[그림 2-6-6] 신의료기술평가 도입 전·후 비교

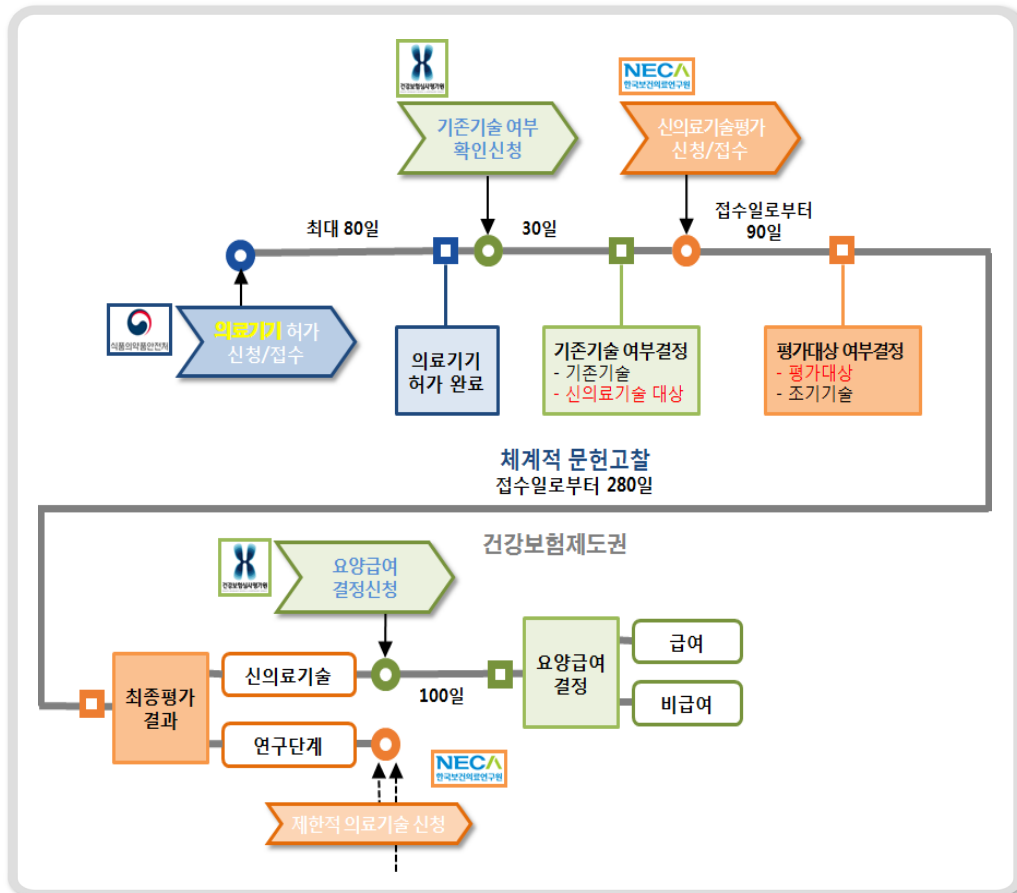


다. 평가 절차

건강보험 급여·바급여 목록에 등재되어 있지 않은 새로운 의료기술을 의료 현장에서 사용하기 위해서는 신의료기술평가를 신청해야 한다. 평가가 신청된 의료기술은 10인 이하로 구성된 소위원회에서 평가 대상여부와 안전성·유효성을 동시에 심의한다.

소위원회에서 평가 대상으로 결정되면 정해진 평가 방법에 따라 해당 기술의 안전성 및 유효성을 검토하고, 소위원회 검토 결과를 신의료기술평가위원회에서 최종 심의하여 심의 결과를 보건복지부장관에게 보고한다. 보건복지부장관은 신의료기술평가위원회의 최종 심의결과에 대하여 신의료기술의 사용 목적, 사용 대상 및 시술 방법 등을 공표하고 해당 신청자에게도 평가 결과를 통보한다.

[그림 2-6-7] 신의료기술평가 및 요양급여 결정 절차



신의료기술의 안전성·유효성 평가는 신청부터 최종 평가결과 공표까지 250일의 기간 내에서 수행된다. 단, 체외진단검사 또는 유전자검사인 경우에는 140일 이내에 수행되며, 추가적 검토를 필요로 하는 경우 1회에 한하여 110일 범위에서 연장할 수 있다.

라. 신청 및 평가 현황

2007년 5월 8일 처음으로 신의료기술평가 신청이 접수되어 2019년 12월까지 총 2,575건이 신청되었으며, 이 중 1,310건(50.9%)이 평가 비대상건으로서 기존 건강보험 요양급여 비용에 등재된 기술(465건)이거나, 아직 임상시험 등이 진행되고 있어 의료시장에 도입될 신의료기술의 조건을 갖추지 못한 조기기술(568건) 및 신청 취하된 건 등(277건)이며, 13건은 심의 전 기술이다.

심의 결과 안전성·유효성 평가가 필요하다고 심의된 의료기술은 전체 신청 건 중 1,252건 (48.6%)으로 이 중 신의료기술 인정 899건, 연구 단계 250건, 기타 58건이며, 45건은 평가 절차가 진행 중이다.

신의료기술평가위원회 평가 건당 평균 평가 소요 일수는 2010년 307일에서 2011년 283일, 2012년 295일, 2013년 263일, 2014년 251일, 2015년 254일, 2016년 201일, 2017년 215일, 2018년 223일, 2019년 233일로, 법정 처리 기간 이내에 처리함으로써 새로운 의료기술이 의료 현장에서 조기에 사용될 수 있도록 최선을 다하고 있다. 또한, 유관기관과의 협력을 통해 아직 평가를 통과하지 못한 기술을 대상으로 근거 창출을 지원하는 사업을 연계하는 한편, 지속적으로 평가 프로세스를 개선하여 신의료기술평가의 신뢰성 및 공정성 제고를 위해 노력하고 있다.

[표 2-6-11] 2007년~2019년 신의료기술평가 신청 및 처리 현황

(단위 : 건)

구분	총신청	심의전	평가 비대상 결정				평가 대상 결정					
			계	기존 기술	조기 기술	기타 ¹⁾	계	평가	평가 완료			
									소계	신의료 기술	연구 단계	기타 ¹⁾
총계	2,575	13	1,310	465	568	277	1,252	45	1,207	899	250	58
'07년	55	0	31	13	10	8	24	0	24	15	8	1
'08년	359	0	193	67	95	31	166	0	166	132	29	5
'09년	142	0	91	34	35	22	51	0	51	38	12	1
'10년	135	0	70	13	33	24	65	0	65	44	17	4
'11년	194	0	90	9	56	25	104	0	104	72	30	2
'12년	238	0	112	31	61	20	126	0	126	95	24	7
'13년	286	0	144	52	80	12	142	0	142	120	17	5
'14년	253	0	126	76	38	12	127	0	127	102	24	1
'15년	255	0	150	52	50	48	105	0	105	79	18	8
'16년	175	0	86	26	43	17	89	0	89	67	18	4
'17년	174	0	91	35	41	15	83	0	83	60	17	6
'18년	173	0	80	36	20	24	93	2	91	58	25	8
'19년	136	13	46	21	6	19	77	43	34	17	11	6

주 : 1) 신청 취하, 반려, 평가 비대상 등

마. 제한적 의료기술 소개 및 현황

신의료기술평가 결과, 안전성 및 유효성 근거가 부족한 의료기술에 대하여 의학적 근거를 쌓는 기회를 제공하기 위해 2014년 10월 제한적 의료기술제도를 도입하였다. 연구단계기술로 심의된 기술 중 대체기술이 없는 질환이거나 희귀질환의 치료 및 검사를 위해 신속히 임상에 도입할 필요가 있는 의료기술 중 일부 의료기술은 보건복지부장관이 정하는 의료기관에서 3년간 비급여 진료를 하며 근거를 창출할 수 있다. 아울러, 이 경우 근거 창출 비용 일부를 국가에서 지원하고 있다. 2019년 12월 현재 5개의 제한적 의료기술을 12개 의료기관에서 시행하고 있다(종료된 기술 2건 제외).

[표 2-6-12] 제한적 의료기술 실시 현황

의료 기술명	실시 의료기관	실시 기간
심근경색증에서의 자가 말초혈액 줄기세포 치료술	서울성모병원 순환기내과	2014. 10. 1.~ 2017. 9. 30.
	서울대학교병원 순환기내과	
	세브란스병원 심장내과	
자가 혈소판 풍부혈장 치료술	CHA의과대학교 분당차병원 정형외과	2014. 10. 1.~ 2017. 9. 30.
	서울성모병원 재활의학과	
	삼성서울병원 정형외과	
	조선대학교병원 정형외과	
체장암에서의 비가역적 전기천공술	한림대학교 강남성심병원 정형외과	
C-11 메치오닌 양전자방출 전산화단층촬영	세브란스병원 소화기내과	2015. 9. 1.~ 2019. 2. 28.
	세브란스병원 핵의학과	2016. 8. 1.~ 2019. 7. 31.
유리체내 자가 혈소판 농축액 치료술	서울성모병원 안과	2016. 11. 1.~ 2019. 10. 31.
	여의도성모병원 안과	
	대전성모병원 안과	
	성빈센트병원 안과	
	부천성모병원 안과	
	인천성모병원 안과	
당뇨병성 중증 하지허혈에서의 자가 골수 줄기세포 치료술	가톨릭대학교 서울성모병원 혈관·이식외과	2018. 1. 1. ~ 2020. 12. 31.
	서울대학교병원 정형외과	
	순천향대학교 부천병원 성형외과	
아토피 피부염 환자에서의 자가 혈청 근육주사요법	고신대학교복음병원 알레르기내과	2018. 12. 1.~ 2021. 11. 30.

한편, 2016년 12월부터 제한적 의료기술을 맡기 또는 중증 상태의 만성질환까지 확대하였다. 이 경우 근거 창출 비용에 대한 국가 지원은 없으나 비급여 진료를 통해 임상적 근거를 쌓을 수 있는 기회를 마련하여 6개 의료기관에서 실시하고 있다.

[표 2-6-13] 제한적 의료기술 실시 현황[국고미지원]

의료 기술명	실시 의료기관	실시 기간
근골격계 질환에서의 자가 지방 줄기 세포 치료술	강남 연세사랑병원 정형외과	2018. 5. 1.~ 2021. 4. 30.
저에너지 X선을 이용한 수술 중 방사선 치료	강남세브란스병원 방사선종양학과	2018. 8. 1.~ 2021. 7. 31.
선택적 망막 치료술	서울대학교병원 안과	2018. 8. 1.~ 2021. 7. 31.
국소성 전립선암에서 비가역적 전기천공술	서울성모병원 비뇨의학과	2019. 6. 1.~ 2022. 5. 31.
간암에서의 비가역적 전기천공술	여의도성모병원 영상의학과	2019. 10. 1.~ 2022. 9. 30.
	서울성모병원 영상의학과	

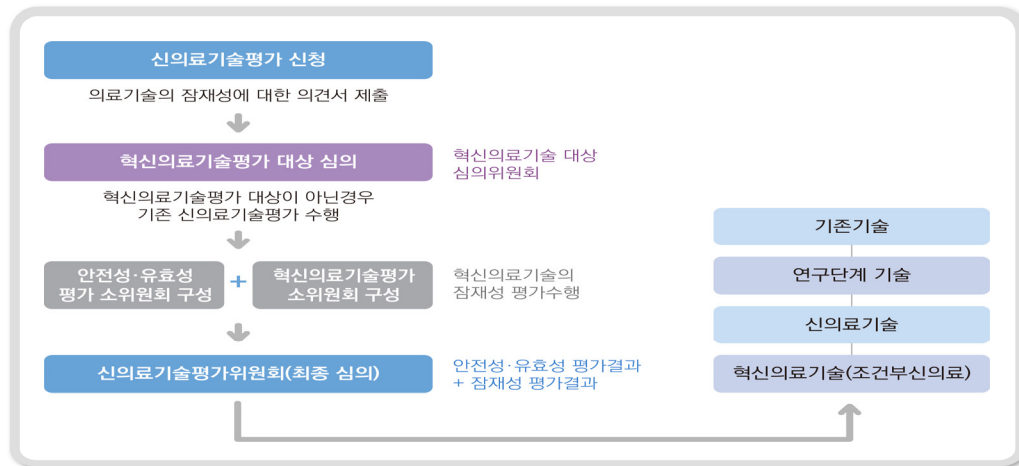
바. 혁신의료기술 별도평가트랙의 도입

개발 이력이 짧은 혁신·첨단 의료기술들은 임상문헌을 축적할 시간이 부족하여 문헌 기반의 신의료기술평가를 통과하지 못해 시장진입이 지체되는 상황이 발생하였다. 이에, 기존의 문헌 중심 평가 이외에 의료기술의 잠재적 가치를 추가로 평가하여, 안전성이 확보된 경우 유효성에 대한 근거가 다소 부족하더라도 미래 신산업 육성 등 사회적 요구도가 높은 유망 의료기술에 대해서는 시장진입의 기회를 제공하기 위해 혁신의료기술 별도평가트랙을 도입하였다.

혁신·첨단기술이 융합된 의료기술 및 사회적 활용가치가 높은 의료기술을 문헌 중심의 안전성·유효성 평가와 사회적 가치 등 잠재성 평가를 동시에 진행하여, 기존의 평가체계에서 유효성을 평가할 문헌이 부족하여 탈락했던 의료기술 중 환자의 삶을 획기적으로 개선하거나 환자의 비용 부담을 줄여주는 등 높은 잠재성을 가졌을 경우, 조기 시장 진입을 허용한다. 혁신의료기술 평가를 신청하면, 혁신의료기술 대상 심의위원회에서 혁신의료기술 별도평가 대상 여부를 심의 하며, 혁신의료기술평가 대상으로 심의되면 안전성·유효성 평가를 위한 소위원회와 의료기술의 잠재적 가치를 평가하기 위한 혁신의료기술평가 소위원회가 별도로 구성되어 평가를 진행한다.

이후 신의료기술평가위원회에서 신청기술의 안전성·유효성 평가결과와 잠재적 가치 평가결과를 종합하여 최종심의를 한다.

[그림 2-6-8] 혁신의료기술평가 절차도



혁신의료기술 대상 심의위원회는 첨단의료기술전문가 및 의료계, 산업계, 환자·시민단체의 추천인사로 15명 이내의 위원으로 구성되며, 혁신의료기술 대상 심의 기준은 크게 기술적, 사회적, 의료적 3가지 속성으로 나뉜다.

[표 2-6-14] 혁신의료기술 대상 심의 기준

구분	심의항목	심의 시 검토 사항
기술적 속성	맞춤형 의료기술	개별 환자의 상황에 따른 맞춤형 진단 및 치료 솔루션을 제공함으로써 의료 결과의 향상이 기대되는 의료기술인가?
	혁신·첨단 기술(기기) 활용	기술집약도가 높고 기술혁신 속도가 빠른 혁신·첨단 기술 또는 기기를 활용한 의료기술인가? ※ 3D 프린팅, 로봇, 이식형 장치, 가상/증강현실, 나노기술, 인공지능 등 혁신/첨단 기술을 활용한 의료기술, 신개념 의료기술 탐색 활동 및 보건신기술(NET) 등 공공기관에서 인정된 유망 의료기술
사회적 속성	사회적 요구도가 높은 질환	암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치질환 등을 비롯한 재난적(catastrophic) 질환을 대상으로 하는 의료기술인가?
	대체기술 부재	해당 적응증에 대한 대안으로서 진료지침(가이드라인) 등에서 권고하는 표준(비교)치료 또는 선행 치료법이 없는 의료기술인가?
의료적 속성	환자 중심 기술	검사/치료 시 침습도 저하, 시간단축 등 환자의 불편감을 줄여 질병관리의 수용성을 높임으로써 환자만족도의 향상이 기대되는 의료기술인가?
	의료결과 향상	진단정확성, 수술성공률 증진 및 오류 감소 등 의료행위의 질과 의료결과의 향상이 기대되는 의료기술인가?

혁신의료기술평가 소위원회는 임상전문가, 임상연구 방법론자, 첨단기술전문가, 환자·시민 단체 추천 전문가로 구성되며 질병의 중요성, 대체기술 유무, 기술의 혁신성 등의 잠재가치를 평가한다.

[표 2-6-15] 혁신의료기술 잠재가치평가 기준

평가 항목		검토 내용
질병	질병의 중요성	해당질환의 진행과정에서 사망, 합병증, 장애 및 후유증 등에 미치는 영향이 ① 큰 경우 ② 중등도인 경우 ③ 적은 경우
	질병의 희귀성	① 희귀질환인 경우 ② 희귀질환이 아닌 경우
환자 중심성	환자의 신체적 부담	기존기술과 비교하였을 때, 동 기술이 환자에게 주는 신체적 부담이나 위해 정도가 ① 큰 경우 ② 유사한 경우 ③ 적은 경우
	환자의 경제적 부담	대체 가능한 기존기술과 비교하였을 때, ① 환자 본인 부담 비용이 높은 경우 ② 환자 본인 부담 비용이 유사한 경우 ③ 환자 본인 부담 비용이 낮은 경우
	삶의 질	기존기술과 비교하였을 때, 동 기술에 의한 환자의 삶의 질 향상이 ① 큰 경우 ② 유사한 경우 ③ 적은 경우
사회	남용 가능성	① 남용 가능성이 높은 경우 ② 남용 가능성이 낮은 경우
기술	대체기술 유무	① 동등 혹은 뛰어난 효과 수준의 대체기술이 존재하는 경우 ② 대체 기술이 있으나, 효과 등이 떨어져 치료 성적의 향상을 기대하기 어려운 경우 ③ 대체기술이 없는 경우
	기술의 혁신성	의료현장에 도입 시 임상적 유용성 및 사회적 파급력이 ① 높을 것으로 판단한 경우 ② 낮을 것으로 판단한 경우

‘혁신의료기술 별도평가트랙’을 통해 신의료기술(조건부)로 심의될 경우, 보건복지부장관이 사용기관 및 기간 등을 별도로 고시하며, 이후 의료현장에 도입된 혁신의료기술은 의료현장에서 활용된 결과를 바탕으로 3~5년 후 재평가를 받아야 한다.

혁신의료기술 별도평가트랙의 도입을 통해 그간 지체되었던 혁신의료기술들이 의료현장에서 적극적으로 활용되어 환자들의 의료서비스 만족도 증진에 기여할 것으로 예상된다.

사. 향후 계획

신의료기술평가는 국민건강 증진과 의료산업 발전 도모를 동시에 추구하고 있다. 약제의 경우 특정인(기관)이 개발하고 그에 대한 권리까지 갖는 반면 의료기술은 특허 및 판매권 등이 없어 의료인 개인이 임상시험 재원을 마련하는 것이 현실적으로 어렵다. 따라서 유망 의료기술이 사장되지 않도록 하기 위해 의료기술 임상적 근거 창출에 대한 정부의 적극적 지원이 필요하다. 이를 위해 발전 가능성이 높은 연구 단계 기술에 대한 임상연구 지원 강화 방안을 지속적으로 마련할 계획이다.

아울러, 신의료기술평가사업 운영의 공정성, 투명성 및 예측 가능성 제고를 위해 맞춤형 상담 제도, 신의료기술평가 관점의 의료기기 허가 임상시험계획서 컨설팅, 문헌 검색 서비스 등 다양한 수요자 맞춤형 서비스를 운영 중에 있으며, 앞으로 더욱 확대해 나갈 계획이다. 또한, 신의료기술 평가 결과 발표회, 의료계, 환자 단체 공지를 통해 임상적으로 중요한 평가 정보를 안내하고, 제도를 알기 쉽게 설명한 웹툰 제작, 보도자료 배포 등을 통해 제도 홍보도 강화해 나가겠다.

V 의료-ICT 융합서비스 도입

1. 취약지·취약계층 대상 ICT 기반 의료서비스

가. 추진 배경 및 경과

‘원격의료(Telemedicine)’란 의사가 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 환자나 의료인에게 필요한 의료서비스를 제공하는 것으로, 발전된 정보통신기술과 의료를 함께 이용하여 병원 방문이 어려운 의료 취약계층의 의료 접근성을 높이고, 만성질환에 대한 상시적·지속적인 관리를 가능하게 하여 국민의 건강을 증진하고 의료의 질을 높일 수 있는 의료서비스이다.

✎ 집필자 | 의료정보정책과장 신옥수, 보험급여과장 이종규

2002년 3월 의료법 개정을 통해 의사와 의료인 간 원격의료가 처음 제도화된 이후 정부, 지자체, 민간 등에서 다양한 형태의 시범사업을 실시하였다. 보건복지부, 국방부 등은 도서 벽지, 군부대·원양선박 등 의료기관 이용이 어려운 의료 취약지역과 거동이 불편한 노인·장애인 등 취약계층을 대상으로 의료 접근성 제고를 위해 원격의료 시범사업을 추진하여 국민의 의료 이용 불편을 해소하고자 하였다. 시범사업의 평가를 통해 시범사업의 안전성 및 유효성 등도 검증하였다.

[표 2-6-16] 그간 시범사업 추진 경과

추진일	사업내용	소관부처
2005년 9월	• 교정시설 수용자 대상, 의사-의료인 간 원격의료 도입	법무부
2007년 10월	• 격오지부대 장병 대상 원격의료 시범사업 추진	국방부
2008년 9월	• 산간·도서 지역(서산, 보령, 영양, 강릉) 만성질환 원격의료시스템 구축	보건복지부 안전행정부
2009년 2월	• 독도경비대 ↔ 경찰병원 간 원격의료 도입 * 독도경비대원, 거주자 및 관광객 대상	경찰청
2010년 4월 ~2013년 3월	• 만성질환(고혈압, 당뇨) 대상, 원격건강관리서비스 효과성·타당성 검증 등 스마트케어서비스 시범사업 추진	산업통상 자원부
2013년 8월	• 농어촌 원격의료 시범사업 강원도 전역으로 확대	보건복지부
2014년 9월 ~2015년 3월	• 고혈압·당뇨환자 재진환자를 대상으로 동네의원 중심 원격의료 시범사업 추진	보건복지부
2015년 4월 ~2016년 3월	• 도서벽지, 요양시설 등 원격의료 시범사업 서비스 모형 다양화	보건복지부 범부처
2016년 4월~12월	• 도서 벽지, 격오지부대, 원양선박 및 거동 불편 노인·장애인 등 시범사업 확대	보건복지부 범부처
2017년 1월~12월	• 도서 벽지, 격오지부대, 원양선박 및 거동 불편 노인·장애인 등 대상 시범사업 계속	보건복지부 범부처
2018년 1월~12월	• 노인요양시설, 취약지 응급환자, 의료취약지 및 격오지부대, 원양선박, 교정시설 대상 시범사업 계속	보건복지부 범부처

주: 정부부처 시범사업 외에도 지자체, 민간 등에서 다양한 시범사업 추진

나. 주요 내용

일반적으로 원격의료는 유형에 따라 의사-의료인 간 의료기술지원으로서 원격협진, 원격모니터링(의사-환자 간 지속적 관찰, 상담 및 교육) 및 원격진료(의사-환자 간 진단 및 처방) 등으로 구분된다. 우리나라에서는 현행 의료법상 의사-의료인 간 원격의료는 허용하고 있으며 의사-환자 간의 원격의료는 허용되고 있지 않다.

정부는 의사-환자 간 원격의료를 허용하는 내용의 의료법 개정안을 제18대, 제19대 국회에 제출하였으나, 모두 회기만으로 폐기되었다. 이후 2016년 6월, 제20대 국회에 제19대 국회에 제출했던 내용과 유사한 내용의 의료법 개정안을 재제출하였으며, 2016년 10월 국회 상임위원회 및 2017년 3월 상임위원회 법안심사소위원회에서 논의된 바 있다.

개정안은 거동이 어려운 노인이나 장애인, 섬, 벽지, 거주자, 고혈압이나 당뇨 등 만성질환자, 상당기간 진료를 받고 있는 정신질환자, 수술·퇴원 후 관리가 필요한 환자 등을 주요 대상으로 의사-환자 간 원격의료를 허용하는 내용을 포함하고 있으며, 제한적 범위 내에서 대면진료를 보완하는 형태로 원격의료를 허용하는 내용이 담겨 있다. 원격의료를 실시하는 의료기관은 기본적으로 동네의원을 중심으로 실시하되, 군·교도소 등 특수지 환자의 경우 제한적으로 병·의원 모두 이용이 가능하도록 하고, 대상 질환은 의학적 위험성이 낮은 경증질환에 한정하며 주기적 대면진료를 의무화하도록 하고 있다. 재진을 원칙으로 하되 도서 벽지 거주자 등은 제한적으로 초진을 허용하고, 원격의료만 수행하는 의료기관의 설립·운영이 금지되며, 이를 위반할 경우 형사처벌을 할 수 있는 내용도 담고 있다.

한편, 정부는 2014년 9월 1차 원격의료 시범사업 실시를 계기로 2016년 3차 시범사업까지 다양한 모델의 원격의료 시범사업을 추진하고 평가를 통해 안전성 및 유효성 등을 검증해 왔다. 또한, 3차까지 실시한 시범사업 중 일부 사업에 대해서는 2017년 이후에도 지속하여 시범사업을 추진하고 있다.

1차 시범사업(14. 9.~15. 3.)에서는 서울, 부산, 경기, 강원, 충남 등 5개 보건소와 의원급 의료기관 13개소가 참여하여, 고혈압·당뇨 재진환자 845명을 대상으로 원격의료서비스를 제공하였다. 시범사업 결과 환자 만족도는 '만족' 이상이 76.87%로 높게 나타났으며, 복약 순응도(만점 6점) 역시 시범사업 참여 전 4.64점에서 참여 후 4.88점으로 향상되는 등 긍정적 결과가 도출되었다.

2차 시범사업(15. 4.~16. 3.)에서는 고혈압·당뇨 원격모니터링과 함께 도서 벽지 주민 및 노인요양시설 입소자를 대상으로 하는 원격의료사업이 신규 실시되었다. 평가 결과 혈당·혈압 관리의 개선 효과가 입증되었으며, 환자 만족도 및 복약순응도 모두 유의미한 수치를 보였다. 당뇨환자 239명 대상 비교 임상연구 결과 시험군이 대조군에 비해서 당화혈색소 수치는 0.36%p, 혈당 수치는 16.44mg/dL이 더 감소하는 등 임상적 효과가 있는 것으로 나타났으며, 참여자 만족도도 1차 시범사업보다 높은 83~88%, 복약 순응도(만점 6점)도 서비스 이전 4.83점에서 5.1점으로 개선되었다.

특히, 2차 시범사업부터는 보건복지부, 미래창조과학부(현 과학기술정보통신부), 국방부, 산업통상자원부, 해양수산부, 법무부 등 6개 부처가 협업하여 의료 접근성이 떨어지는 도서 벽지 주민, 전방에서 근무하는 군인, 먼 바다에서 조업하는 선원, 노인돌봄시설에서 생활하시는 어르신, 교정시설 재소자 등에게 원격의료서비스를 제공하여 의료복지를 실현하고 공공의료를 보완하였다.

3차 시범사업(16. 4~12.)에서는 기존 시범사업 참여기관 및 대상의 규모를 확대하여 실시하고, 의료사각지대에 있는 취약대상을 발굴하여 새로운 시범사업 모형을 개발하였다. 이에 노인·장애인 등 거동불편자 대상 원격의료를 확대하고, 국내와 다른 의료환경과 의사소통 등의 어려움을 겪는 개도국 교민을 대상으로 재외공관과 연계하여 원격의료를 제공하였다

2017년에는 의료기관 이용이 어려운 도서벽지 등 의료취약지역에 대한 원격의료를 확대 및 내실화 하여 도서벽지 주민 등의 의료접근성 제고를 위해 노력하였다. 또한, 동네의원 중심으로 고혈압, 당뇨 등 만성질환 재진환자에게 ICT 활용한 만성질환 모니터링 서비스를 제공하고 환자교육용 콘텐츠도 제공하였다. 또한, 거동이 불편한 장기요양수급자의 가정을 간호사가 방문하여 협력 의료기관 의사와 협진 방식의 원격의료 시범사업도 실시하였다. 그리고 2016년도부터 실시한 재외국민 대상 원격의료를 고도화하여 건강상담 서비스를 제공하였다.

2018년 정부는 보건복지부, 국방부 등에서 크게 6가지 유형의 원격의료 시범사업을 추진 중이다. 보건복지부에서는 의료취약지, 노인요양시설, 농어촌 응급의료기관 대상의 의사-의료인 간 원격협진 사업으로 의료접근성이 낮은 환자의 편의를 증진시키기 위해 노력하였다. 의료취약지 원격의료 시범사업은 7개 시·도 25개 시·군의 지역보건의료기관을 중심으로 도서벽지 등 의료취약지에 총 3,495명의 경증만성질환자 등에게 14,905건의 원격의료 서비스를 제공하였다. 원격의료 서비스를 받은 만성 질환자를 대상으로 실시한 시범사업 평가결과 전반적 만족도는 86.8%였으며, 치료만족도는 이용전 3.74점 보다 이용후 4.95점이 향상되었다. 또한, 환자의 교통비가 대조군의 13,030원에 비해 4,440원으로, 치료비 부담이 이용전 22,810원에서 이용후 18,340원으로 감소하였다. 또한, 노인요양시설에서의 촉탁의-간호사 원격협진으로 의료기관 방문이 어려운 노인요양시설 환자의 의료접근성이 향상되었다. 115개 요양시설이 참여 증으로 2016년부터 총 8,948건의 원격협진을 실시하여 촉탁의 월 2회 대면진료로 부족한 환자의 상시건강관리가 강화되었다. 더불어, 응급환자를 대상으로 한 거점병원과 취약지병원에서의 응급의료 원격협진을 실시 중이다. 거점병원 10개소, 취약지병원 71개소가 참여하여 2015년부터 총 2,816건의 원격협진이 시행되어 취약지 응급환자 발생 시 조기 대처가 가능해졌다.

뿐만 아니라, 관계부처의 원격의료 시범사업도 진행 중으로 적시의 의료서비스 제공을 위해 노력하고 있다. 국방부에서는 원격진료센터(국군의무사령부)를 중심으로 원격진료를 실시하여 격오지 군부대 군인들의 중증질환 조기발견·후송, 응급 대처 등으로 질병악화를 방지하고 있다. 2015년부터 총 14,452건의 원격진료와 총 47,310건의 상담 및 교육이 이루어졌다. 해양수산부에서는 원양선박 선원을 대상으로 24시간 운용중인 해양의료연구센터를 통해 원격진료를 실시하고 있다. 2015년부터 총 11,147건의 원격의료이 시행되었고 항해 중 응급환자 및 건강문제 발생 시 대처능력이 향상되었다. 법무부에서는 원격의료센터와 협력병원을 통해 교정시설 대상 원격협진을 제공한다. 2005년부터 총 16,799건의 원격협진이 이루어졌는데 재소자에게 전문의 진료기회를 제공하여 의료복지가 강화되었다는 데에 의의가 있다.

다. 향후 계획 및 기대 효과

2002년 의사-의료인간 원격의료이 허용된 이후, 의료사각지대 해소를 위해 시행 중인 다양한 형태의 원격의료 시범사업을 더욱 내실있게 추진할 계획이다. 이를 위해, 의료취약지, 노인요양시설, 농어촌 응급의료기관 대상의 의사-의료인 간 원격협진 사업의 성과를 점검하고 개선방안을 모색할 예정이다.

또한, 현행 의료전달체계를 보완하고, 의료취약지 국민의 건강보장과 의료서비스 질 제고 및 국민 편익 강화 관점에서 원격医료를 추진함으로써, 의료의 본질적 목적을 달성하기 위해 노력을 기울일 것이다.

2. 표준 기반의 진료정보교류 인프라 구축

가. 추진 배경 및 경과

정보통신기술의 발달로 의료기관의 전자의무기록 도입율은 지속 증가하였으나, 의료기관 간에 환자의 진료기록 및 영상정보 등을 공유하여 연속성 있는 진료서비스에 활용하려는 노력은 다소 미흡하였다.

* 전자의무기록 도입 : ('11.) 70%미만 → ('14.) 92.1%, 의료기관간 진료정보공유 : ('14.) 1.3%

최근 노령인구 증가로 중복처방·검사 등 과잉진료 감소를 통한 진료비 절감, 체계적이고 일관성 있는 환자관리 등 의료서비스 질 향상이 요구되고 있어, 진료정보의 공유·활용을 위한 국가차원의 인프라 구축을 도모하게 되었다.

정부는 2012년부터 정보의 원활한 공유·활용체계 구축을 위한 의료정보표준화, 정보시스템의 검증, 법·제도적 기반을 마련하고자 관련 연구 및 실증사업을 추진하였다.

2013년에는 보건의료정보의 상호 호환성을 확보하기 위해 의료법 시행규칙을 개정하여 의학 용어·진료기록부 서식 등 표준고시 근거를 마련하였고, 2014년에 그간 연구를 근간으로 「보건의료 용어표준」 고시를 제정하였다.

또한, 2014년부터 ‘국가보건의료표준화’ 사업을 시작하여, 용어·서식 및 기술 분야 의료정보 표준을 개발하고, 의료현장에 확산·적용할 수 있도록 검증사업과 표준활용을 위한 자동화 도구 등을 배포하는 인터넷포털 구축 등 표준 개발·활용·품질관리 활동을 적극 추진하고 있다.

나. 주요내용

2015년에는 진료정보의 의미 있는 사용 촉진을 위하여 그간 연구결과물을 바탕으로 법·제도 정비 및 사업화 등 보건의료정책과의 연계를 위한 제도기반 구축을 위해 노력하였다. 안전한 진료정보교류를 위한 진료정보교류시스템 구축모형과 전국 단위 진료정보 전달체계 구현을 위한 정보화 전략계획을 수립하였고, 지역거점 중심의 진료정보교류시스템 구축방향을 마련하였다.

2016년에는 정보교류가 가능하도록 객관적이고 신뢰성을 담보하는 데이터·기술·업무 등의 보건의료정보표준화를 추진하여 진료정보교류를 위한 교류항목·표준서식 등의 정보교류 표준 모형을 마련하고, 교류문서 서식 및 전자문서의 생성·교환 등에 관한 ‘진료정보교류표준’ 고시를 제정·발령하였다.

|표 2-6-17| 진료정보교류표준고시

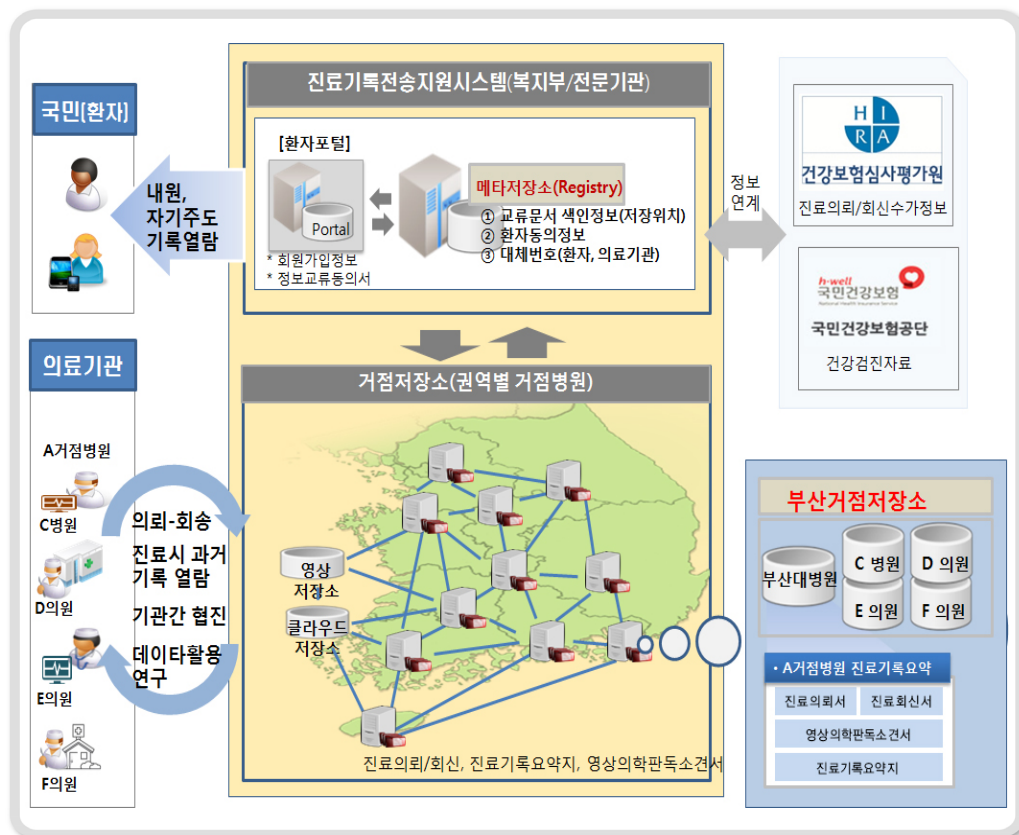
조문	세부내용
제 2장 서식의 종류 및 구성항목	<ul style="list-style-type: none"> • 현장에서 자주 활용하는 4종 서식(진료의뢰서 · 회송서, 진료기록요약지, 영상의학 판독소견서)을 정의 • CT · MRI 등 영상정보
제8조 (교류문서 생성 및 교환)	<ul style="list-style-type: none"> • 국제표준화기구(HL7*)에서 제시하는 임상문서표준(CDA: Clinical Document Architecture) 규격에 따라 생성 • 교류문서 생성 · 열람 및 감사기록 · 동의서관리 등 기능을 포함
제9조 (교류객체 등록번호 관리)	<ul style="list-style-type: none"> • 복지부장관이 유일하게 식별해야 하는 의료기관, 교류서식 등과 같은 정보에 대해 교류객체등록번호를 부여하도록 함
제10조 (보안 및 개인정보보호)	<ul style="list-style-type: none"> • 개인정보보호 관계법령을 준용하여 필요한 안전조치 수행 • 개인정보보호를 위한 관리계획 수립 · 시행
제11조 (환자의 동의 및 철회)	<ul style="list-style-type: none"> • 진료정보교류를 희망하는 환자(또는 보호자)에게 제출받는 개인정보 제공 동의서와 철회서식 제공

* HL7(Health level 7) : 보건의료SW간 정보호환이 가능하도록 표준을 제정하는 국제표준화기구(1987~)

특히, 의료법 개정('16. 12.)으로, 안전한 진료정보 교류를 위해 진료기록은 의료기관에서 관리하고, 진료정보교류를 위한 진료기록의 위치 정보를 저장하여 효율적으로 진료기록을 찾아 교류할 수 있도록 지원하는 진료기록전송지원시스템의 구축 및 운영 근거와, 전자의무기록을 효율적이고 통일적으로 관리 · 활용될 수 있도록 기록의 작성 · 관리 및 보존 하는 전자의무기록 시스템에 대해 표준 적합성 · 상호호환성 · 정보보안에 대한 국가적 표준을 마련하고 적합성을 검증하는 전자의무기록 인증제도에 대한 법적 기반을 마련하였다.

또한, 마련된 표준 교류 서식 및 문서 교환 방식 등 교류 모형의 현장 적용성을 점검하고, 문제점을 도출 · 개선하기 위해 4개 거점병원(분당서울대병원, 연세의료원, 경북대병원, 부산대병원)과 151개 협력 병 · 의원을 대상으로 시범사업을 실시하였다.

[그림 2-6-9] 진료정보교류시스템 구성 및 개념도



2017년에는 개정 의료법이 시행(17. 6. 21.)됨에 따라, 신규로 2개 거점(전남대학교병원, 충남대학교병원)을 구축하여 총 6개 거점 1,322개 병의원으로 참여를 확산하였다. 기존에는 진단·투약 등 진료기록만 교류가 가능하였으나, 2017년에는 CT·MRI 등 영상정보를 교류하기 위한 기반을 마련하여 교류 가능한 정보의 범위를 확대하였다. 아울러, 인터넷 및 모바일을 통해 환자가 직접 진료정보교류 사업 참여를 신청하고, 진료기록의 전송 내역을 확인할 수 있도록 진료정보교류포털(마이차트, www.mychart.kr)을 개설하여 환자 편의를 제고하였다.

2018년 정부는 지역 중심의 의료네트워크가 활성화될 수 있도록 가톨릭서울성모병원·전북대학교병원·한림대성심병원 3곳에 추가로 거점저장소를 구축하였고, 서울대학교병원은 공공문서저장소를 사용하는 형태로 참여하였다. 이로써 누적 9개 거점문서저장소(공공문서저장소 제외)를 중심으로, 상급종합병원 15개소를 포함하여 2,316개 병의원 간 진료정보교류 인프라를 마련하였다.

또한, 안전한 교류 기반 마련을 위해 보건복지부 의료기관 공동보안관제센터(ISAC)와 협업하여 진료기록전송지원시스템 및 거점저장소에서 정보유출 등의 위험을 방지하기 위해 24시간 365일 상시 모니터링을 실시하고 있다.

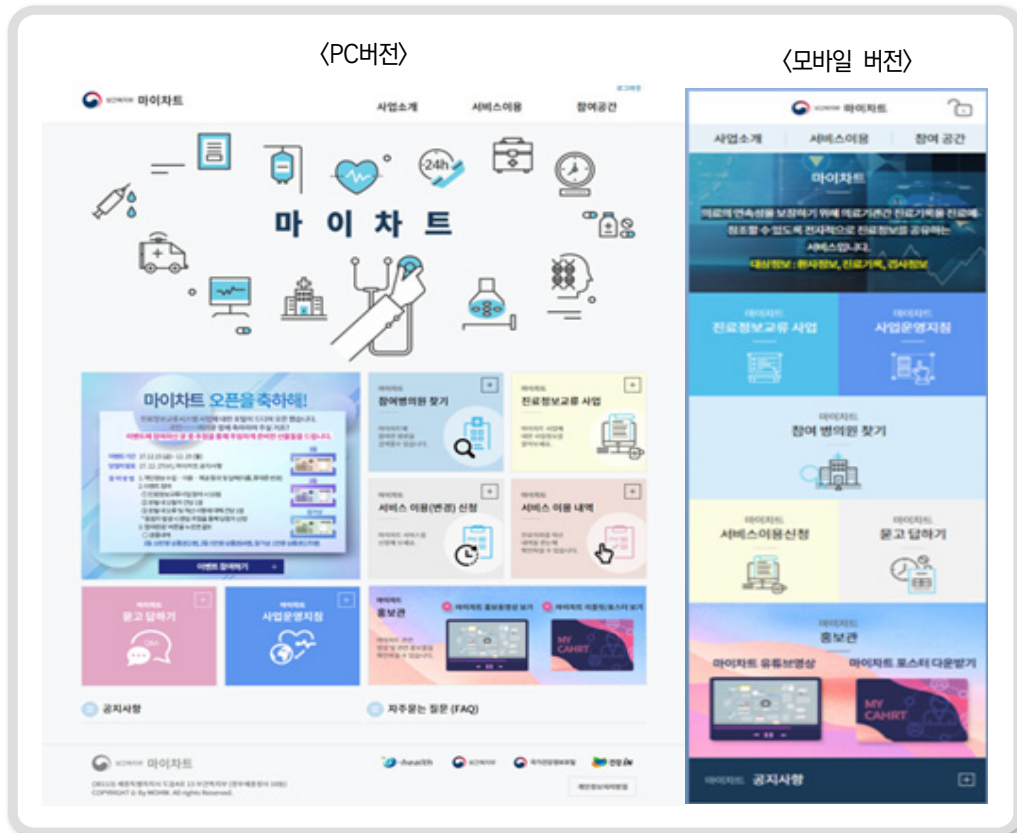
아울러, 현재 의료기관에서 개별적으로 구축하여 사용하는 전자의무기록(EMR)시스템 간 상호운용성을 확보하고, 기능성 및 보안성을 제고하기 위해 전문가 자문회의, 공청회 등을 거쳐 한국 의료환경에 적합한 인증기준안을 마련하였다. 인증기준과 절차의 현장적합성 및 수용성을 검증하기 위해 8개 EMR 제품을 대상으로 시범사업(18. 8.~19. 7., 1년간)을 추진하고 있으며, 내년 본격적으로 전자의무기록시스템에 대한 국가 인증제를 도입할 예정이다.

또한, 의료정보 표준화 영역에서는 의학용어의 추가 개발 및 지속적인 품질 관리를 통하여 2014년에 마련한 「보건의료 용어표준」 고시를 개정해왔으며, 이번 3차 개정(18. 3.)에서는 기존 9개 분야 용어 및 진료용 그림에서 한의약 분야를 신규 추가하여(375개 용어) 10개 분야로 용어표준을 확대하였다.

2019년에는 삼성서울병원, 인하대병원, 아주대병원 3곳에 추가로 거점저장소를 구축하였다. 이로써 누적 12개 거점문서저장소(공공문서저장소 제외)를 중심으로, 상급종합병원 28개소를 포함 4,339개 병의원 간 진료정보교류 인프라를 마련하였다.

또한, 공공보건의료에 대한 국가책임 강화 및 지역격차 해소를 위해 국립대병원, 지방의료원, 보건의료원·보건(지)소에 진료정보교류를 위한 시스템 인프라를 마련하여 공공영역 내에서 진료정보교류가 활성화될 수 있도록 하였다.

[그림 2-6-10] 진료정보교류포털(마이차트) 메인 화면



[표 2-6-18] 보건의료 용어표준 개정(3차 개정)

용어 부문										진료용 그림
진단	의료 행위	임상 검사	방사선 의학	치과	보건	간호	한의학	기타	계	
78,796	20,498	97,004	17,255	10,604	3,411	11,056	375	93,642	321,217	540

한편, 합리적 전달체계를 확립하고 의료자원의 효율적 활용을 유도하고자 협력기관 간 진료 의뢰-회송 시범사업을 추진 중에 있으며, 2016년 5월 13개 상급종합병원과 약 5천여 개의 협력 병의원을 시작으로 2019년 12월 기준 전체 상급종합병원 및 155개 종합병원과 약 2만 1천여 개의 협력병의원이 사업에 참여하고 있다. 향후에는 진료정보교류사업과의 연계를 통해 사업의 효과성을 더욱 높일 예정이다.

다. 향후 추진 방향 및 기대효과

2017년 법적근거 마련 이후 지역거점을 중심으로 본격 확산하기 시작한 진료정보교류 사업은 2021년까지 지역거점을 단계적으로 구축하여 전국적 교류 네트워크를 완성할 계획이다. 기존에는 주로 민간의료기관을 대상으로 참여 확산에 노력을 기울였으나, 2019년부터는 「공공보건 의료발전종합대책(18. 10. 공공의료과)」과 연계하여 국립대병원, 지방의료원, 보건기관(보건 의료원, 보건소) 등 공공의료기관 대상으로도 사업을 확산하여 수평적·수직적 교류 네트워크를 구축해나갈 예정이다.

또한, 「진료정보교류표준」 고시(16. 12. 제정)를 개정하여 현재 4종(진료의뢰서, 진료회송서, 진료기록요약지, 영상판독소견서)의 표준교류서식 외에도 응급환자전원소견서 등 추가 개발을 통해 서비스 영역을 확대해나갈 계획이다.

향후에도 진료정보교류의 참여확산 및 서비스 확대를 통해 환자 개인에게는 연속성 있는 보건의료서비스 제공으로 중복검사·처방 방지를 통해 의료비를 절감하고 진료정보 전달의 불편함을 해소하게 할 것이며, 의사에게는 의료사고 예방 및 임상결정 지원을 가능하게 할 것이다. 중·장기적으로는 개인주도의 건강관리지원 등 다양한 의료정보를 활용할 수 있는 근간을 마련하는데 중요한 역할을 할 것으로 기대한다.

제2절 의료자원정책

I 의료자원의 합리적 육성

1. 보건의료 인력의 수급 관리

가. 보건의료 인력 관리 실태 및 현황

현재 우리나라에서 법으로 정하고 있는 보건의료 관계 인력은 「의료법」 제2조에 의하여 의료인으로 규정된 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사를 비롯하여 「약사법」 제3조 및 제3조의2에서 규정하고 있는 약사 및 한약사, 「의료기사 등에 관한 법률」 제2조에서 규정하고 있는 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사)와 보건의료정보관리사 및 안경사, 「응급의료에 관한 법률」 제2조의 응급구조사가 있으며, 그 밖에 「의료법」 제80조의 간호조무사 등이 이에 포함된다.

보건의료 인력은 국민의 건강과 생명에 직결되는 일을 하는 전문적 직업인들이므로 국가가 법으로 그 자격을 엄격하게 규정하고 면허 또는 자격 소지자가 아니면 보건의료 관계 행위를 할 수 없도록 규제하고 있다. 의사를 비롯한 보건의료관계 인력의 양성에는 장기간의 준비기간과 많은 투자를 필요로 하기 때문에 그 수급 대책은 장기적인 목표 아래 수립되어야 하며, 또한 전체적인 보건의료계획 내에서 이루어져야 한다.

|표 2-6-19| 보건의료 관계 인력의 양성 기관 및 2019년 입학 정원

(단위 : 개, 명)

대학	학교 수	정원
의과대학	40	3,058
치과대학	11	750
한의학대학	12	750
약학대학	35	1,700
간호대학(간호전문대학 포함)	203	20,383

집필자 | 의료자원정책과장 김현숙

[표 2-6-20] 연도별 의료관계 인력 면허 등록 상황

(단위 : 명)

연도	의사	한의사	치과 의사	약사	조산사	간호사	간호 조무사	의료 기사	보건 정보 관리사	안경사	응급 1급	응급 2급
1991	45,496	6,120	10,137	38,396	7,862	95,335	143,760	49,482	2,486	11,627	-	-
1992	48,390	6,839	11,285	39,564	8,012	101,140	152,966	53,980	3,061	12,018	-	-
1993	51,518	7,569	12,180	40,779	8,150	107,883	162,047	56,680	3,564	12,682	-	-
1994	54,406	8,179	12,939	42,037	8,262	114,320	177,252	61,448	4,270	13,819	-	-
1995	57,188	8,714	13,681	43,269	8,352	120,415	188,714	65,961	4,681	14,671	-	146
1996	59,379	9,299	14,371	44,577	8,447	127,145	195,289	69,751	5,349	15,946	346	507
1997	62,609	9,289	15,383	45,820	8,516	133,920	207,484	75,512	6,142	16,995	934	1,024
1998	65,431	9,914	16,126	46,998	8,590	141,094	218,718	81,539	6,811	18,220	1,504	1,482
1999	68,204	10,706	16,878	47,425	8,662	151,326	231,280	87,829	7,399	19,305	2,279	2,013
2000	71,045	11,481	17,748	49,538	8,733	160,301	242,262	94,432	7,645	20,168	3,032	2,429
2001	73,826	12,084	18,580	50,773	8,807	170,852	254,622	101,858	8,151	21,308	3,738	2,976
2002	78,162	13,549	19,600	53,124	8,881	181,786	272,101	109,049	8,818	22,564	4,329	3,514
2003	78,559	13,564	19,788	52,399	8,714	191,254	304,024	116,172	9,277	23,615	4,890	4,003
2004	81,914	14,348	20,727	53,537	8,628	202,012	321,152	124,638	10,140	24,652	4,999	4,410
2005	85,284	15,200	21,566	54,845	8,657	213,647	340,375	134,373	10,825	26,001	5,528	4,935
2006	88,776	16,016	22,367	56,234	8,685	224,142	362,020	144,052	11,429	27,417	6,043	5,372
2007	91,393	16,661	23,114	57,285	8,587	235,682	382,722	154,172	12,448	28,712	6,589	5,815
2008	95,013	17,473	23,912	58,363	8,565	246,838	406,366	164,913	13,630	30,237	7,312	6,413
2009	98,360	18,333	24,627	59,717	8,603	258,568	438,176	176,003	13,630	30,237	7,980	7,144
2010	101,569	19,097	25,425	61,114	8,614	270,393	470,954	187,417	15,390	33,334	8,720	7,690
2011	104,332	19,846	26,087	62,245	8,562	282,656	508,113	199,538	16,453	34,791	9,616	8,239
2012	107,221	20,600	26,791	63,647	8,528	295,254	539,962	212,069	17,689	35,934	10,577	8,789
2013	109,500	21,287	27,398	63,292	8,422	307,797	571,736	225,912	18,821	37,225	11,594	9,831
2014	112,407	22,007	28,123	63,150	8,382	323,041	601,941	240,496	20,662	38,482	12,742	11,182
2015	115,976	23,178	28,942	65,510	8,387	338,629	637,513	255,364	21,679	39,914	13,955	12,747
2016	118,696	23,845	29,632	66,991	8,328	355,772	660,125	270,400	22,754	41,060	15,251	13,835
2017	121,571	24,560	30,333	68,616	8,297	374,990	681,276	285,075	23,907	42,297	16,638	15,681
2018	123,106	24,861	30,910	69,366	8,266	394,662	729,264	50,192	24,608	43,376	18,168	17,696
2019	126,724	25,524	31,629	70,905	8,247	414,983	752,920	316,602	25,590	44,736	19,731	19,029

※ 출처 : 보건복지부 면허관리시스템 등록 현황(사망자 제외), 시·도 자료 취합(간호조무사)

우리나라의 보건의료관계 인력은 지난 10여 년간 양적으로 많이 증가되었을 뿐 아니라 기술적 수준도 많이 향상되었다. 그러나 선진국에 비하면 양적으로 미흡한 수준인 것으로 평가된다. 반면 의료 인력의 연평균 증가율은 선진국에 비하여 매우 높다.

국가에 따라 의료인 종별에 대한 정의와 자격 인정 방법 및 업무 내용이 서로 조금씩 다르기 때문에 그 비교가 정확한 것이라고는 할 수 없으나 보건의료 인력의 국제 비교는 일반적인 경향의 파악에 많은 도움이 된다.

[표 2-6-21] 보건의료 인력 국제 비교

지표		연도별	인구 1,000명당 활동 의료인 수	
			의사	간호사
한국 ¹⁾	2002		1.5	3.4
	2003		1.6	3.5
	2004		1.6	3.8
	2005		1.6	3.9
	2006		1.7	4.0
	2007		1.7	4.2
	2008		1.8	4.3
	2009		1.9	4.4
	2010		2.0	4.6
	2011		2.0	4.7
	2012		2.1	4.8
	2013		2.2	5.2
	2014		2.2	5.6
	2015		2.2	5.9
	2016		2.3	6.8
	2017		2.3	6.9
주요 선진국	일본		2.4('16.)	11.3('16.)
	스웨덴		4.1('16.)	10.9('16.)
	독일		4.3('17.)	12.9('17.)
	영국		2.8('17.)	7.8('17.)
	핀란드		3.2('14.)	14.3('14.)
	덴마크		4.0('16.)	10.0('16.)
OECD 평균			3.4('17.)	9.0('17.)

주 : 1) 한국은 의사의 경우 한의사 포함, 간호사의 경우 간호조무사 포함

※ 출처 : 「건강보험심사평가원 월별 요양기관 현황」, 「OECD Health Data 2019」

나. 의료 인력의 중·장기 수급 전망

1) 의사

우리나라의 의료인력 수급정책은 1970년대 중반까지 의료시장의 자율 기능에 의존하여 왔으나 1970년대 후반부터는 국가 전략을 경제 성장 위주의 개발전략정책과 사회복지를 병행하는 정책으로 방향을 전환함에 따라, 지난 1977년 제4차 경제개발 5개년 계획부터 의료인력 수급 문제를 정책 과제로 다루게 되었다.

1977년에는 의과대학 입학 정원이 14개교에 1,380명이었으나, 1978년 이후 의료보험 실시에 따른 의료 수요 증가에 대처하기 위하여 의사 인력 공급을 확대하였으며, 2018년 이후로는 40개교에 3,058명 수준을 유지하고 있다. 한편, 이공계 활성화 등을 위한 제도로 2005년부터 의학전문대학원제도를 도입하여 당시 40개 의과대학 중 일부 대학이 의학전문대학원을 신설하였으나, 현재는 공중보건의 공급 감소 및 이공계 인재들의 의학계로 이탈 등의 사유로 2013년부터 다시 의과대학으로 전환하는 추세(2019학년도 기준 의학전문대학원 잔류 5개교)이다.

2019년도 말 의사 면허자 수는 126,724명이고, 2017년 기준 인구 천 명당 활동 의사 수(한의사 포함)는 2.3명으로 같은 해 OECD 평균 3.4명에 비해 상대적으로 의사 수가 다소 부족하다. 그러나 의사 인력에 대한 수요는 노인요양보험제도 실시 등 보건의료정책 및 국민 의료 이용 형태의 변화에 따라 많은 영향을 받게 되므로 이러한 요인들을 감안하여 의사 인력의 적정 공급 수준을 유지할 계획이다. 아울러, 의사인력의 양적 관리와 함께 의사국가시험 및 면허제도 개선 등을 통한 의사 인력의 질적 수준 제고 및 의사 인력의 효율적 활용방안을 중점적으로 강구할 예정이다.

[표 2-6-22] 취업 형태별 의사 수(한의사 제외)

(‘19. 12월말 기준, 단위: 명, %)

구분	계	종합병원	병원	의원	보건 기관
취업자 수 (구성비)	105,628 (100.0)	42,688 (40.4)	17,293 (16.4)	43,576 (41.3)	2,071 (1.9)

2) 전문의

전문의는 의사면허를 가진 자로서 「의료법」 제77조 및 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」에 따라 보건복지부장관이 지정하는 수련병원(기관)에서 인턴 1년(가정의학과 제외)과 레지던트 4년(가정의학과, 결핵과, 예방의학과, 내과, 외과 3년)의 수련 과정을 이수하고 대한의학회에서 위탁하여 시행하는 해당 전문의자격시험에 합격한 후 보건복지부장관으로부터 전문의 자격을 인정받은 자이다. 2019년도 말 전문의자격등록자는 26개 전문 과목에 100,190명(사망자 제외)으로 전체 의사의 79.0%에 이르고 있다.

그리고 응급의학과, 핵의학과 및 산업의학과(현 직업환경의학과)의 전문 과목이 1996년도에 신설되어 응급의학전문의 등 신설 과목 전문의 배출 및 전공의 수련을 실시하게 되면서 전문의 수련 과목은 26개과로 증가하였다. 또한, 의료기술의 발달과 의료 수요자의 고급 및 전문진료의 선호도가 높아지면서 전문의는 계속 증가할 것이다.

이와 같이 전문의 수요가 증가하는 데 반해 흉부외과 등 필수 과목의 전문 인력 충원률이 저하되는 문제가 발생하고 있다. 이를 해결하기 위하여 정부는 전공의 적정 수급을 위한 과목별 정원 적정화를 추진하여, 전공의 총 정원을 신규 의사면허자 수와 일치하여 충원률을 높이는 한편, 권역외상센터의 확대를 위한 적정한 흉부외과 전문의 양성 등 적절한 전문 인력 수급을 위해 노력하고 있다.

|표 2-6-23| 연도별 전문의 현황

(단위 : 명, %)

구분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
의사 수	85,284	88,776	91,393	95,013	98,360	101,569	104,332	107,221	109,500	112,407	115,976	118,696	121,571	123,106	126,814
전문의 수	59,385	62,188	64,079	66,937	70,347	73,489	76,379	79,508	82,160	85,262	88,749	91,689	94,799	97,348	100,190
비율	69.6	70.0	70.1	70.4	71.5	72.4	73.2	74.2	75.0	75.9	76.5	77.2	78.0	79.1	79.0

3) 치과의사

2019년도 말 현재 치과의사 수는 31,629명이다. 인구 대비 치과의사 수는 선진국 수준(주요 선진국의 인구 천 명당 활동 치과의사 수는 0.64명 정도이나, 우리나라는 0.44명임)에는 못 미치는 것으로 나타난다. 뿐만 아니라, 의사 직종과 마찬가지로 지역적인 불균형의 문제가 발생하고 있어 중·장기적인 인력 추계 및 수급 계획이 필요한 시점이다.

다만, 향후 치과 의사의 공급은 국민 소득 증가 등으로 인한 치과 의료 수요증가 요인, 치과 의사 전문의 등 인력 수급 변동 요인, 실제 치과 의료 시장의 상황 등을 전반적으로 감안하여 적정 수준의 인력이 공급될 수 있도록 신축성 있게 대처할 계획이다.

한편, 2004년에는 치과 의사 전문의 제도를 도입하여, 인턴 1년 및 레지던트 3년의 수련과정을 이수 후 2008년 첫 치과 의사 전문의가 배출되었다. 2019년에는 688명이 배출되어 2019년까지 배출된 치과 의사 전문의 수는 총 6,579명이다.

[표 2-6-24] 연도별 치과 의사 전문의 현황

(단위 : 명)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	총계
치과 의사 전문의 수	220	258	275	272	271	274	271	285	268	964	2,533	688	6,579

4) 한의사

우리나라의 한의사 수는 2019년도 말 현재 25,524명(전문의 3,160명)으로, 의사·치과 의사와 마찬가지로 대학교육을 통해서 배출되고 있는 우리나라의 고유 의사 인력이다. 한의과대학은 1979년도에 3개 대학에서 2016년 말 기준 11개 대학 및 1개 한의학 전문대학원에 입학 정원 750명으로 증가 되었다. 또한, 2007년 당시 대통령 공약 사항으로 한·양방 협진과 한의학의 과학화·세계화를 위해 국립부산대학에 한의학전문대학원을 설립하였다.

한의사 인력은 의사 인력과 관계 등 그 특성상 적정 인력 수준을 정하기가 어려울 뿐 아니라 건강보험 적용 범위가 제한되어 있어 수급 추계를 위한 기초 자료가 극히 미흡하여 의료 이용량의 변화를 예측하기가 매우 어렵다.

한의사 인력의 수급은 앞으로 한약사의 증가, 한방의약분업 등 관련 정책의 변화로 인한 수급 변동 요인을 고려하고, 한방 의료 수요에 대한 기초 자료의 확보가 가능한 시점에서 전반적으로 재검토할 계획이다.

5) 간호 관계 인력

간호 관계 인력은 조산사, 간호사, 간호조무사로 나눌 수 있다. 조산사가 되고자 하는 자는 간호사 면허를 가지고 보건복지부장관이 인정하는 의료기관에서 1년간 조산의 수습 과정을

마친 자 또는 보건복지부장관이 인정하는 외국 조산사의 면허를 받은 자로서 조산사 국가 시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다. 2019년 말 현재 조산사는 8,247명이 등록되어 있다.

간호사는 환자의 간호 요구에 대한 관찰, 자료 수집, 간호 판단 및 요양을 위한 간호, 또는 진료의 보조 및 대통령령이 정하는 보건 활동에 종사하고 있으며, 2019년도 말 현재 우리나라 간호사는 414,983명이다. 인구 천 명당 활동 간호사(간호조무사 포함)는 6.9명으로 OECD 국가 평균 9.0명에 비하면 부족한 실정이다(17년 기준, OECD Health Data 2019). 간호사는 의료기관의 수요에 따라 활동자 수가 결정되며, 현재 의료기관의 활동자 수는 215,293명(2019년 12월 말 건강보험심사평가원 신고 기준)이나, 실제 간호사 취업자 수는 이보다 높을 것으로 판단하고 있다. 하지만 의료기관 간호사 부족 현상 등을 고려할 때, 경력단절 유후 간호 인력을 활용하는 방안을 모색할 필요가 있다. 이를 위해 보건복지부는 2015년부터 ‘간호인력 취업지원 사업’을 실시하고 있다.

간호사 중 특정 분야에 교육과 훈련을 받고 실무 경력을 쌓은 자에 대해서 2000년부터 전문 간호사자격제도를 운영하고 있다. 전문간호사제도는 국민의 의료서비스 기대 수준의 상승에 부응하면서, 해당 분야에 보다 효과적이고 전문적인 간호서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다. 보건·마취·정신·가정·감염관리·산업·응급·노인·중환자·호스피스·종양·임상 및 아동의 13개 분야로 자격이 구분되며, 2018년에는 15,239명이 자격을 인정받았다.

간호조무사는 특성화고등학교, 간호조무사양성소(국·공립병원 내 설치), 간호학원, 평생 교육 시설에서 양성이 가능한 간호보조인력으로, 간호사를 보조하여 간호 및 진료 보조에 관한 업무를 수행하는 것을 그 임무로 하고 있다. 의료기관, 특히 의원급 의료기관 및 만성기 병상(요양병원, 정신병원)에서도 간호사 대신 간호조무사를 충당할 수 있어 향후 의료 현장에서의 간호조무사 인력 수요는 증가할 것으로 보인다.

의료법 개정으로(15. 12. 29.) 간호 인력의 체계적 업무 수행을 위해 간호사와 간호조무사의 업무를 구체화하였다. 또한, 간호조무사의 엄격한 질 관리를 위해 자격 인정을 시·도지사에서 보건복지부장관으로 변경하고, 간호조무사 훈련교육기관에 대한 지정평가제도, 보수 교육, 자격 신고제 등 제도 개선의 근거를 마련하여, 전 국민에게 양질의 보편적인 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 하였다(17. 1. 1. 시행).

6) 의료기사 등

「의료기사 등에 관한 법률」에서는 의사·치과의사의 지도 하에 진료나 의화학적 검사에 종사하는 인력을 의료기사로, 의료 및 보건지도 등에 관한 기록을 주된 업무로 하는 자를 보건의료정보관리사로, 시력 보정용 안경의 조제 및 판매를 주된 업무로 하는 자를 안경사로 각각 규정하고 있으며, 의료기사의 종류에는 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사 및 치과위생사가 있다.

노인인구 및 요양병원 증가로 인해 물리치료사, 작업치료사 등에 대한 현장에서의 수요가 끊임없이 늘어날 전망이다. 또한, 수도권 중심으로 치과 병·의원 보조인력 구인난이 심각하여 당분간 치과위생사에 대한 수요도 늘어날 것으로 예상된다.

다. 향후 의료 인력 정책 방향

우리나라는 그동안 경제 성장과 더불어 국민 소득과 교육 수준 및 생활 수준이 향상되면서 국민의 건강에 대한 관심 고조, 인구의 지속적인 증가와 평균 수명 연장으로 인한 노령인구의 증가, 그리고 1989년 7월 1일부터 시행한 전 국민 의료보험 실시로 의료 수요가 계속 늘어나고 있다. 날로 증가하는 보건 의료 수요에 대응하는 적정 서비스 공급과 이를 위한 의료 인력의 확충은 국민 복지 차원의 필수 불가결한 요소이다.

면허를 받은 의료 인력의 현재 취업 상황 정보 부재, 자질 향상을 위한 보수교육의 낮은 이수율 등 보건의료인의 면허 관리 체계가 부실한 상황이었다. 이에 2009년 7월부터 면허자의 사후 관리 체계 마련을 위해 정부, 의료계, 학계 등에서 참여하는 협의체를 구성·운영하였다.

그 결과 의료법령 개정을 통해 의료인이 2012년 4월부터 3년을 주기로 보수교육 이수 후의 실태와 취업 상황 등을 신고하는 면허신고제도가 시행되었다. 동 제도 시행 후 1년간 일괄신고(12. 4. 29.~13. 4. 28.)를 실시하였으며, 향후 신규면허취득자는 면허발급일로부터, 면허신고자는 면허신고일로부터 매 3년마다 신고하는 정기신고체제로 전환하였다.

의료기사 직종 등은 2014년 11월부터 시행되어 일괄신고(15. 1. 6.~15. 11. 22.)를 실시하고, 간호조무사 자격신고제도는 2017년부터 시행하였으며, 면허신고제를 통해 보건의료인의 실태를 파악하고 보수교육을 강화할 계획이다.

그동안 정부의 보건의료인력정책은 수요에 대응하는 적정 인력을 양성하는 양적 관리에 치중해 왔으나, 앞으로는 의료 인력의 질적 수준 제고 및 효율적인 활용 방안에도 역점을 두고자 한다.

그간 보건의료인력의 근무환경 개선, 전문성 제고, 인력 수급 등 종합적이고 효율적인 정책 수립에 어려움을 겪었던 것이 사실이다. 이에 보건복지부는 보건의료인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선, 우수 보건의료인력 양성 등에 필요한 사항을 규정한 「보건의료인력지원법」을 시행하였다(19.10.24).

이를 통해 실태조사, 종합계획, 보건의료인력정책심의위원회, 보건의료인력지원전문기관 등 보건의료인력정책에 적합한 기반시설과 제도적 틀을 마련하여, 보다 근본적이고 체계적인 정책 추진이 가능할 것으로 기대된다.

|표 2-6-25| 2019년 의료인 면허 신고 현황

(단위 : 명, %)

구 분	면허등록자 ¹⁾	면허신고자 ²⁾	미신고자	면허 신고율
계	623,278	423,458	199,820	72.7%
의사	134,033	92,532	41,501	69.0%
치과의사	33,118	25,931	7,187	78.2%
한의사	27,473	19,639	7,834	71.4%
간호사	419,278	284,058	135,220	67.7%
조산사	9,376	1,298	8,078	13.8%

주 : 1) '19. 12. 기준 보건복지부 면허등록대장 통계(사망자 제외)

2) 자료: 의료인협회

|표 2-6-26| 2019년 의료기사 등 면허 신고·접수 현황

(단위 : 명, %)

구 분	면허등록자 ¹⁾	면허신고자 ²⁾	미신고자	면허 신고율
계	391,888	185,960	205,928	52.55
임상병리사	61,576	31,798	29,778	48.36
방사선사	47,371	29,663	17,708	37.38
물리치료사	71,894	43,943	27,951	38.88
작업치료사	18,446	10,054	8,392	45.49
치과기공사	36,607	12,375	24,232	66.19
치과위생사	84,089	29,243	54,846	65.22
보건의료정보관리사	25,740	6,236	19,504	75.77
안경사	46,165	22,648	23,517	50.94

주 : 1) '19. 12. 기준 보건복지부 면허등록대장 통계(사망자 제외)

2) 자료: 한국보건의료인국가시험원

II 보건의료인 국가시험·면허제도 적정 관리

1. 국가시험·면허제도 개요

1952년에 의사, 치과의사, 한의사 등 300여 명의 응시자에게 면허를 부여하기 위하여 제도화된 보건의료인 국가시험·면허제도는 1955년에는 약사면허, 1962년에는 간호사면허 등 그 종류와 규모 면에서 계속 확대되었다. 2019년에는 10개 법률에 근거한 26개 종류의 면허·자격시험을 시행 중이다.

[표 2-6-27] 보건의료인 국가시험 시행근거법령 및 시험 종목

근거 법령	시험 종목
「의료법」(시행령 및 시행 규칙) (간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙)	의사, 치과의사, 한의사, 간호사, 조산사, 간호조무사
「의료기사 등에 관한 법률」(시행령 및 시행 규칙)	임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기사, 치과위생사, 보건의료정보관리사, 안경사
「약사법」(시행령 및 시행 규칙)	약사, 한약사, 한약조제자격
「국민영양관리법」(시행령 및 시행 규칙)	영양사
「공중위생관리법」(시행령 및 시행 규칙)	위생사
「응급의료에 관한 법률」(시행령 및 시행 규칙)	1급·2급 응급구조사
「장애인복지법」(시행령 및 시행 규칙)	의지·보조기기사, 1급·2급 언어재활사, 1·2·3급 장애인재활상담사
「국민건강증진법」(시행령 및 시행 규칙)	보건교육사 1·2·3급
「노인복지법」(시행령 및 시행 규칙)	요양보호사
「장애인노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용 촉진에 관한 법률」(시행령 및 시행 규칙)	보조공학사

[표 2-6-28] 보건의료인 국가시험 시행 현황(2019)

(단위 : 명, %)

직종	접수 인원	응시 인원	합격 인원	합격률(%)
총계	333,737	320,402	271,977	84.9
의사	3,318	3,307	3,115	94.2
치과의사	817	812	790	97.3
한의사	752	746	721	96.6
약사	2,130	2,106	1,896	90.0
조산사	14	14	14	100.0
간호사	21,511	21,391	20,622	96.4
한약사	124	122	99	81.1
영양사	6,933	6,411	3,522	54.9
임상병리사	6,607	6,448	4,932	75.5
의사 예비시험	88	87	26	29.9
치과의사 예비시험	90	88	23	26.1
의지·보조기기사	127	125	55	44.0
1급 응급구조사	1,729	1,717	1,512	88.1
2급 응급구조사	1,419	1,379	1,233	89.4
위생사	10,772	9,624	5,630	58.5
보건의료정보관리사	3,300	3,155	2,162	68.5
작업치료사	2,147	2,116	1,928	91.1
안경사	1,901	1,829	1,337	73.1
치과기공사	1,238	1,217	963	79.1
치과위생사	11,499	11,417	9,400	82.3
물리치료사	10,208	10,069	8,817	87.6
방사선사	2,690	2,622	2,022	77.1
보건교육사 1급	21	17	9	52.9
보건교육사 2급	97	82	39	47.6
보건교육사 3급	1,594	1,467	735	50.1
간호조무사	42,513	40,598	33,874	83.4
요양보호사	195,189	186,829	163,324	87.4
1급 언어재활사	873	825	641	77.7
2급 언어재활사	1,368	1,319	985	74.7
1급 장애인재활상담사	365	305	182	59.7
2급 장애인재활상담사	408	385	335	87.0
3급 장애인재활상담사	10	9	8	88.9
1급 장애인재활 상담사(특례)	937	847	252	29.8
2급 장애인재활 상담사(특례)	131	122	69	56.6
3급 장애인재활 상담사(특례)	9	9	5	55.6
보조공학사	122	122	117	95.9
보조공학사(특례)	686	664	583	87.8

2. 국가시험 전담관리기관 설립

1952년에 보건복지부가 의사시험을 필두로 시행·관리한 국가시험은 1963년부터 국립보건원이 관리하였다. 1994년부터 의사국가시험은 한국 의사국가시험원에서 관리하고, 치과의사, 한의사, 약사, 간호사와 의료기사 등 19종의 국가시험은 종전대로 국립보건원에서 시행하여 왔다. 그 후 1998년 5월 4일 「민법」 제32조에 의한 재단법인 한국보건의료인국가시험원이 설립되어 모든 보건의료인 국가시험을 통합 관리하게 되었다.

2015년 6월 22일에는 「한국보건의료인국가시험원법」이 제정되어 운영근거를 마련하였다. 2015년 12월 23일 동법 시행으로, 한국보건의료인국가시험원은 재단법인에서 특수법인으로 전환되었다.

한국보건의료인국가시험원의 조직은 원장, 사무총장 및 5본부 1팀으로 하고, 정원은 2019년 130명으로 되어 있다. 예산은 2019년 국고지원 34억 원과 응시수수료 등 251억 원이며, 의사, 약사 등 26개 직종의 보건의료직종 국가시험관리를 맡고 있다.

3. 국가시험·면허제도의 발전

한국보건의료인국가시험원은 보건의료단체의 자발적인 공동 참여를 통해 설립된 순수한 국가시험 전담기구로, 국가가 주도해 왔던 국가시험 관리 체계가 민간으로 이관되었다는 의미를 가진다.

보건의료인으로서의 자질과 능력을 평가하는 국가시험 제도는 해당 시험에 합격한 사람에게만 국가가 면허와 자격을 주어 국민의 질병을 치료하고 건강을 증진할 수 있도록 권리를 부여하는 것이다. 예비 보건의료 인력이 학교 교육을 마치고 전문직업인으로서 객관적인 공인을 받는 평가이며, 국가적으로는 국민에게 양질의 보건의료 서비스를 제공할 인적 자원을 확보하는 중대한 의미가 있다.

한국보건의료인국가시험원은 국가시험의 전문화와 질적 향상을 위한 업무 수행 체계를 구축하여, 개인의 지식·기술태도를 평가하는 동시에 보건의료정책 방향에 부합하도록 학교 교육을 내실화하는 데 기여하고 있다.

변별력과 타당성 있는 시험문제 개발, 임상수행능력 평가 강화를 위한 평가체계 구축, 국가 시험제도에 관한 연구 개발을 통해 한 차원 높은 국가시험을 실시하고자 노력하고 있다. 또한, 2017년 1급 응급구조사 국가시험에 태블릿PC를 활용한 컴퓨터시험(SBT : Smart device Based Test)을 도입하여 소리, 동영상 등의 다양한 멀티미디어 자료를 활용한 시험을 구현 하였고, SBT의 경험과 노하우를 토대로 컴퓨터시험(CBT : Computer Based Test) 시행을 추진함으로써 국가시험 선진화를 위해 지속적으로 노력하고 있다.

보건의료인의 종합적인 역량 평가를 강화하고 국가 성장 동력으로서 역할을 하고 있는 의료 산업의 수준을 제고하기 위해 아시아 최초로 2009년 의사 실기시험을 도입하였으며, 의사 실기시험의 성공적인 도입을 기반으로 타 직종에도 실기시험의 도입을 지속적으로 확대함으로써 국제적 경쟁력을 갖춘 우수한 보건의료인력 배출을 위한 평가체계를 구축하였다.

2003년부터 국가시험 전 직종에 걸쳐 인터넷 원서접수가 시작되어 제출 서류가 대폭 간소화 되었으며, 면허 발급 기간이 획기적으로 단축되었다. 또한, 의료 인력의 국가 간 이동성 증가에 대응하여, 2020년에는 외국대학 졸업자의 응시자격 인정심사를 강화하기 위한 고시를 제정할 계획이다.

적정 응시수수료 산출을 위해 외부기관을 통한 연구용역을 수행하고 있으며, 이를 토대로 2016년부터 응시수수료를 동결 및 인하하였고, 2019년에는 취약계층 응시수수료 감면제도를 도입하였다.

국가시험과 면허제도는 보건의료 전문직이 스스로 자신들의 교육과 훈련을 지속해서 개선하고 고도화할 수 있는 견인차 역할을 할 수 있기 때문에, 좋은 시험 제도는 한 나라의 국가적 자산이고 훌륭한 문화적 자산이 될 수 있다. 향후에도 국가시험의 전문화를 통해 보건의료인의 질적 수준 향상, 우수한 보건의료인 배출을 위해 노력할 것이다.

Ⅲ 보건의료자원 신고 일원화

의료기관(약국) 개설, 휴·폐업, 장비신고 등 보건의료자원(인력, 시설, 장비) 신고 처가 지방자치단체와 건강보험심사평가원으로 이원화되어 있어 중복 신고에 따른 민원 불편, 자원관리 불일치, 행정력 낭비 등 제도 개선에 대한 필요성이 제기되었다. 이에 보건복지부, 행정안전부, 건강보험심사평가원, 한국지역정보개발원, 지방자치단체 등과 협업하여 의료기관의 보건의료자원 신고 업무(14종)를 ‘한 곳에 한 번만 신고’할 수 있도록 제도 개선을 추진하였다.

신고일원화를 위해 우선 의료법·약사법·국민건강보험법 시행 규칙 등 5개 법령을 개정(15. 7.)하여 2016년 1월부터 의료기관이 지방자치단체에 신고 시 심사평가원에도 신고한 것으로 간주하였다. 다만, 대진의 신고와 의료인 수 변경 신고는 심사평가원에만 신고하면 정보연계를 통해 지방자치단체에 통보하도록 하여 신고 절차를 간소화하였다.

또한, 의료기관이 신고 업무를 온라인으로 간편히 할 수 있도록 「보건의료자원 통합신고 포털(www.hurb.or.kr)」을 신규 구축(건강보험심사평가원)하여 신고에서부터 증명서발급까지 One-Stop으로 처리할 수 있도록 하였다. 또한, 의료인 등 면허·자격, 처분 정보 등 15종 정보에 대해 유관기관 간 시스템 연계를 통해 직접 조회하여 처리할 수 있도록 업무 효율화를 도모하였다.

정부는 보건의료자원 신고일원화제도를 안정적으로 시행, 정착시켜 민원 편의 증진 및 신고 비용을 절감하는 한편, 건강보험심사평가원과 지방자치단체의 의료기관 현황 정보 등의 통계도 체계적으로 관리할 수 있도록 하였다.

앞으로도 정부는 신고 절차 간소화 등 민원인의 편의 증진 및 보건의료자원 관리체계 효율화 방안을 지속적으로 발굴·개선해 나갈 계획이다.



참고

보건의료자원 신고일원화 사업 개요

▶ **주요 내용**

① 신고일원화 대상 사업(14종)

- 지자체 신고로 일원화(9종) : 의료기관 휴(폐)업 신고, 약국 휴(폐)업 신고, 진단용 방사선 발생 장치의 설치 및 사용(재사용) 신고, 진단용 방사선 발생 장치의 사용 중지·양도·폐기 등 신고, 진단용 방사선 발생 장치의 신고 사항 변경 신고, 특수의료장비 등록 신청, 특수의료장비 시설등록사항 등 변경 통보, 특수의료장비 양도 등 통보, 의약분업 예외지역 요양기관 신고
- 심사평가원 신고로 일원화(2종) : 의원급 대진의 신고, 의료기관 의료인 수 변경 신고
- 지방자치단체 신고로 부분 일원화(3종)* : 의료기관 개설·변경 신고(허가), 약국개설등록신청, 약국등록사항 변경신청

* 요양급여비용 수령계좌, 시설 및 인력세부사항 등은 심사평가원에 추가 신고

- ② 법령 개정(5개) : 국민건강보험법·의료법·약사법 시행 규칙, 진단용 방사선 발생 장치의 안전 관리에 관한 규칙, 특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙
- ③ 서식 표준화(20종), 신고(허가)시 증빙 서류 삭제 및 생략(31종)
- ④ 통합신고포털 구축 및 유관기관 면허·자격·처분 정보 등 연계(15종)

▶ **시행일 : 2016년 1월 1일**

제3절 의약품 정책

I 의약품 정책의 기본방향

의약품 정책의 기본방향은 안전하고 유효한 의약품 사용 환경 조성을 통해 건강 등 삶의 질 향상에 대한 욕구 증대에 능동적으로 대응하여 국민들의 건강한 삶을 보장하는 것이다.

이를 위해 의약품 불법 리베이트 근절을 위한 제도개선, 의약품 일련번호 제도 운영 및 의약품 안전사용서비스(DUR) 등을 통하여 의약품의 유통체계와 의약품 적정 사용을 관리하고 있다.

2015년에 의료법 및 약사법을 개정하여 의·약사에게 처방·조제 시 의약품 정보 확인의무를 부여하고, DUR 시스템 구축·운영 및 개인정보수집 등 처리에 대한 법적 근거를 마련하였다. 2016년부터는 ‘의약품 일련번호 제도’를 단계적으로 시행하여 의약품의 유통 투명화 및 안전한 사용을 위해 전문의약품 최소 유통 단위에 고유번호를 부여하고 해당 정보를 의약품관리종합정보센터(KPIS)에 보고하도록 하였다. 이에 의약품관리 종합정보센터는 의약품 공급내역 정보를 제품 출하 시 기준으로 수집할 수 있어 의약품의 실시간 이력 관리 등이 가능하게 되었다.

한편, 의약품 불법 리베이트 근절을 위해 판매촉진 목적의 경제적 이익의 제공·수수를 원칙적으로 금지하는 리베이트 쌍벌제를 2010년 11월에 도입한 바 있다. 이후 제공자·수수자에 대한 리베이트 가중처분기간을 1년에서 5년으로 연장하고, 처벌기준을 2년에서 3년으로 강화하는 사후관리 제도를 보강하였다. 2018년에는 의약품·의료기기 공급업자가 의료인·약사 등에게 제공한 경제적 이익내역을 작성하고, 그 근거자료를 함께 5년간 보관하도록 하는 ‘지출 보고서 작성 제도’를 시행하여 불법 리베이트에 대한 자정기능을 강화하는 사전적 정책을 함께 펼치고 있다.

앞으로도 의약품 유통 투명화 기반을 마련하여 의약품 거래의 투명성을 지속적으로 높이고, 의약품안전사용서비스(DUR)의 고도화 등 의약품의 적정 사용 관리를 위해 끊임없는 제도개선의 노력을 할 것이다.

II 걱정하고 합리적인 의약품 사용

1. 의약품안전사용서비스(DUR)를 통한 의약품 적정 사용

DUR(Drug Utilization Review)이란 의사 및 약사에게 의약품 처방·조제 시 병용 금기 등 의약품 안전성과 관련된 정보를 실시간으로 제공함으로써 부적절한 의약품 사용을 사전에 예방할 수 있도록 지원하는 서비스이다. 이를 통해 환자가 의약품을 복용하기 전에 의약품 적정 사용 정보를 점검하고 의약품의 중복 및 과다 사용으로 인한 국민건강상 위해(危害)를 예방하고자 하였다.

DUR 제도는 2007년에 본격적으로 논의를 시작하여 2008년부터 2010년까지 시범사업을 실시하고, 시범사업 중 나타난 문제점 등을 보완하여 2010년 12월부터 전국으로 확대·시행하였다. DUR 전국 확대 이후, 의료기관·약국의 DUR 시스템 구축 및 참여 유도, 대국민 홍보 등을 지속적으로 추진함에 따라 DUR 시스템을 설치한 기관 비율이 2011년 96.8%에서 2019년 99.3%로 높아졌다.

[표 2-6-29] DUR 시스템 설치 기관 현황

('19. 12. 기준, 단위: 개소, %)

종별	대상기관 수	점검기관 수(누적)	비율
계	77,918	77,400	99.3
상급종합병원	42	42	100.0
종합병원	309	309	100.0
병원급	3,309	3,291	99.5
의원급	30,970	30,629	98.9
치과 병·의원	18,101	17,972	99.3
보건기관	3,457	3,451	99.8
약국	21,730	21,706	99.9

또한, 건강보험 급여 의약품에 한하여 실시하던 DUR 점검을 2010년 12월부터 비급여 의약품까지 확대하였고, 국토교통부·고용노동부·의약 단체들과의 협의를 거쳐 2012년에는 산업재해보험 및 자동차보험환자까지 확대, 2013년에는 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따른 보건진료소까지 DUR 점검을 본격적으로 확대하였다.

2013년에 ‘DUR 알리미’를 개발하여 식품의약품안전처에서 배포하는 안전성 서한 또는 속보에 따라 관련 안전성 문제로 사용이 중지되었거나 주의해서 사용해야 하는 의약품에 대한 정보를 전국 의·약사에게 공지하기 시작하였다. 또한, 치료 용량 또는 투여기간 주의 필요 의약품(2014), 분할주의 및 65세 이상 노인사용 주의 의약품(2015), 약제 허가사항 주의 의약품(2018) 등에 대한 정보를 DUR를 통해 제공하고 있다.

참고로 DUR 점검대상 의약품은 한국의약품안전관리원에서 의약품 안전 정보를 수집·검토, 식품의약품안전처에서 병용·연령·임부 금기 등 금기 의약품 성분을 고시하고 있다.

[표 2-6-30] DUR 점검대상 의약품 현황

(‘19. 12. 기준, 단위: 개)

항 목	성분 수	품목 수		
		계	급여	비급여
계	3,086	49,199	37,656	11,543
병용 금기	1,019 (조합)	7,962 (420,181조합)	6,050 (257,708조합)	1,912 (162,473조합)
연령 금기	177	3,439	2,233	1,206
임부 금기	815	16,025	12,121	3,904
효능군 중복	330	7,059	5,803	1,256
용량 주의	356	7,154	4,815	2,339
투여 기간 주의	46	351	207	144
노인 주의	28	72	59	13
분할 주의	-	2,021	1,607	414
안전성 관련 사용 중지	-	532	293	239
약제 허가사항 주의	-	1,878	1,762	116
비용효과적인 함량 사용대상	-	2,706	2,706	-
동일 성분 중복	의약품 전체			

DUR 점검 현황의 모니터링 결과 2019년에는 처방전 14억 9천만여 건에 대하여 DUR 점검이 이루어졌으며, 이 중 10.2%인 1억5천여 건의 의약품 적정 사용 정보가 제공되었다. 먼저 의사의 의약품 처방 단계에서 11.7%, 이후 약사의 조제 단계에서 8.4%의 DUR 정보가 제공된 것이다.

|표 2-6-31| DUR 점검 현황

('19. 12. 기준, 단위: 만 건, %)

구분	처방 건수	
	점검 요청 건수	DUR 정보(팝업) 발생 건수 비율
전체	149,943	15,233(10.2)
처방 단계	81,461	9,502(11.7)
조제 단계	68,482	5,731(8.4)

한편, 헌혈 금지 약물 복용자의 헌혈 방지와 안전한 혈액 공급을 목적으로 건강보험심사평가원(요양급여청구 시스템, DUR 시스템)과 대한적십자사(헌혈사고방지 정보조회시스템) 간에 헌혈 금지 약물 복용 정보를 연계하여 실시간 조회 가능한 혈액 관리 체계를 세계 최초로 마련(2014)하였다. 이를 통해 2019년에는 1천만여 건의 헌혈금지약품 복용정보를 제공하여 7,979건의 부적절한 헌혈 및 수혈을 사전에 차단하였다.

2015년부터 감염병 예방 대응 방안으로 DUR 시스템을 통한 메르스 환자 접촉자 및 중동 지역 입국자 정보 등을 의·약사에게 제공하였으며, 이로 인해 의료 현장에서 신속하고 적절한 조치가 가능해져 감염 확산을 최소화하였다. 같은 해 12월부터는 질병관리본부와 DUR 시스템 자동연계를 통해 감염병 관련 발생국 입국자 및 감염병 확진자 정보를 의·약사에게 제공하여 해당 환자가 요양기관 방문 시 신속한 초기대응을 지원할 수 있게 되었다.

그리고 2018년 발사르탄 계열 고혈압약에 이어 2019년에도 위장약인 라니티딘과 니자티딘 성분 의약품에서 발암물질이 검출되는 사고가 발생하였다. 식품의약품안전처의 해당 의약품 회수 조치에 따라, 문제의약품이 처방·조제되지 않도록 DUR 시스템에서 처방을 즉시 차단하는 등 위해 의약품으로부터 국민의 안전을 확보하기 위해 많은 노력을 기울이고 있다.

Ⅲ 의약품 등의 공급·유통 체계 개선

의약품은 연구 개발에서 공공의료에 이르기까지 사회·경제적으로 미치는 파급 효과가 큰 산업분야로서 최근 FTA 등 시장 개방의 시류 속에서 국제 경쟁력 강화의 중요성이 점차 증대되고 있다. 또한, 타 산업에 비해 유통의 투명성 확보가 중요한데 이는 일반 공산품과는 차별화된 법적·윤리적 의무 부과가 필요한 의약품의 특성 때문이다. 이에 의약품 유통 체계 개선에 정부 개입 비중이 확대될 필요가 있다.

이러한 정책 기조의 일환으로 의약품 제조업소에 대하여 ‘우수약품 제조 및 품질 관리 기준(Good Manufacturing Practice : GMP)’ 제도를 1994년 의무화하였으며, 의약품 유통 관리를 위해 의약품 도매업소에 대하여 ‘우수약품 유통관리 기준(Korea Good Supplying Practice : KGSP)’을 준수하도록 의무화('02. 1. 12.)하였다.

그러나 2001년 규제 완화를 위한 의약품 도매업소 시설 면적 기준 폐지 이후 도매상 수*가 급증하였다. 특히, 제약사와 약국, 병원 간의 거래 방식은 직거래와 도매상 경유 거래가 혼재되어 있었다. 이러한 거래 채널의 분산은 소량·다빈도 배송 및 기능별 전문화 미흡 등에 의한 물류 비효율을 유발하였다.

* 의약품도매상 수 2000년 1,046개 → 2019년 2,888개(의약품관리종합정보센터, 「2019년 완제약품 유통정보 통계집」)

영세 제약사, 도매상 증가, 제네릭 의약품 간의 과다 경쟁으로 덤핑, 변칙 거래 등 유통 질서가 문란하고, 과도한 판촉비 지출로 제약 및 유통산업의 경쟁력이 약화되었다. 이와 관련하여 공정거래위원회의 제약사 불공정거래 조사 결과 발표 등 의약품 납품 비리는 지속적인 사회 문제로 대두되었다.

이러한 의약품 유통의 근본적인 문제들을 극복·개선하기 위해 정부는 의약품 유통 구조 개혁 등 다양한 제도개선을 추진하였다.

우선, 의약품 채택 등과 관련하여 부당한 경제적 이익을 제공한 자뿐만 아니라 받은 자도 함께 처벌할 수 있도록 「약사법」, 「의료법」 등을 개정하여 리베이트 쌍벌제를 도입('10. 11. 28. 시행)하였으며, 의약품 물류 관리의 규모화를 유도하고 영세 도매상 급증으로 인한 의약품

안전관리상 위해를 방지하기 위해 「약사법」에 의약품 도매업소 시설 면적 기준(165㎡ 이상)을 강화('15. 1. 28.)하였다. 또한, 의약품 실거래가를 부풀리는 등 의약품 유통 부조리 행위 방지 등을 위하여 의약품 도매업소와 특수 관계에 있는 의료기관 및 약국과의 거래를 제한하는 규정을 마련('12. 6. 8. 시행)하였다. 또한, 의료기관으로 귀속되는 경제적 이익도 처벌 대상에 포함하는 법률 개정('16. 3. 30. 시행)이 이루어졌다.

의약품·의료기기 불법 리베이트 근절을 위해 제공자·수수자에 대한 제재수준을 높이는 등 관련 제도를 보강하였다. 리베이트에 대한 가중처분기간을 종전 1년에서 5년으로 연장하고, 제공자 업무정지기간을 확대하며, 수수자 자격정지기간을 수수액에 연동시키는 등의 내용을 담은 「약사법 시행규칙」, 「의료기기법 시행규칙」 및 「의료관계 행정처분 규칙」을 개정하여 2013년 4월부터 시행하는데 이어 2016년 12월에는 불법 리베이트 제공자 및 수수자에 대한 처벌기준을 2년에서 3년으로 강화하였다.

[표 2-6-32] 리베이트 쌍벌제의 주요 내용

구 분		내 용
의무 이행 주체	수수자	· 의료기관 개설자·의료인(의료기관 종사자 포함), 약사·한약사(약국 종사자 포함)
	제공자	· 의약품의 품목허가를 받은 자·수입자, 의약품도매상, 의료기기 제조업자·수입업자 · 판매업자
리베이트범위		· 의약품 및 의료기기의 채택 등 판매촉진을 목적으로 제공 또는 수수하는 금전, 물품, 편의, 노무, 향응, 그 밖의 경제적 이익
예외		· 견본품제공, 학술대회지원, 임상시험지원, 제품설명회, 대금결제조건에 따른 비용할인, 시 판후조사 등의 행위로서 보건복지부령으로 정하는 경제적 이익
행정 처분	수수자	· 1년 이내의 자격정지
	제공자	· 제조(수입)자 : 해당품목 판매업무정지 및 허가취소 · 의약품도매상 : 업무정지 및 허가취소
형사 처벌	수수자	· 3년 이하의 징역이나 3천만 원 이하의 벌금(경제적 이익 등은 몰수·추징)
	제공자	· 3년 이하의 징역이나 3천만 원 이하의 벌금

리베이트 관련 약제의 요양급여 적용을 정지·제외할 수 있도록 하는 내용의 「국민건강보험법」('14. 7. 개정)과 의료기관으로 귀속되는 경제적 이익도 처벌대상에 포함('15. 12. 개정, '16. 3. 30. 시행)하고, 의약품 및 의료기기 공급자가 의료인에게 경제적 이익을 제공한 경우, 해당

내역을 보고서로 작성·보관하여 보건복지부장관이 요청하는 경우 이를 제출하도록 하는 ‘지출 보고서 제도’ 도입(16. 12. 2. 「약사법」 개정)등 리베이트 근절을 위한 제도개선을 지속적으로 추진하고 있다.

또한, 2016년부터 의약품 일련번호제도를 통해 최소포장 단위의 개별의약품에 고유번호(일련번호)를 부여하여 의약품 생산부터 소비까지의 전 유통이력을 추적하고 체계적으로 관리하는 환경을 조성하였다. 다만, 의약품 유통업체의 업무상 부담을 고려하여 제약사는 2016년 7월부터, 도매업체는 2017년 7월부터 순차적으로 제도 참여를 의무화하였다.

2019년 기준 전체 도매업체 2,730개소 중 중 98.9%의 업체가 출하 시 일련번호 보고에 참여하고 있으며, 일련번호 보고율이 75% 이상 되는 업체는 2,646개소로 96.9%를 차지하고 있다. 2019년 일련번호 보고제도의 행정처분 유예기간 종료에 따라 일련번호를 보고하지 않는 제약사 및 도매업체에 대해서는 해당 관할기관에 행정처분을 의뢰하게 된다.

의약품종합관리정보센터는 일련번호 보고가 제대로 이루어지지 않는 업체를 대상으로 대면, 유선 등 다양한 방식으로 일련번호 보고 제도에 대한 안내 및 홍보를 실시하고 있다. 향후에도 의약품관리종합정보센터를 중심으로 의약품 생산에서부터 최종 소비에 이르는 유통 흐름의 체계적 관리를 통해 효율적인 의약품 유통 거래를 위해 지속적으로 노력할 것이다. 또한, 의약품 일련번호제도의 정착을 통해 의약품 유통 거래의 문제점을 파악하여 현대화된 투명한 거래 방식을 유도하고, 위해·회수 의약품의 유통 현황 파악 등 국민의 안전한 의약품 사용을 도모하는 등 적극적인 의약품 물류 관리를 위한 기반을 마련할 계획이다.

1. 의약품관리종합정보센터의 운영

의약품관리종합정보센터는 의약품의 생산과 수입부터 공급을 거쳐 최종 소비되는 과정의 의약품 유통 현황 정보를 수집·조사·가공·이용 및 제공하는 기관으로 2007년 10월 건강보험심사평가원 내에 설립되었다.

그동안 의약품 생산·수입 현황은 식품의약품안전처, 공급 현황은 보건복지부 그리고 사용 현황은 건강보험심사평가원에서 각각 관리하였으나, 2008년부터 자료 제출 방법 및 보고주기 등을 변경하여 유통 정보를 체계적으로 종합·관리할 수 있도록 하였다.

의약품 유통 및 실거래가 내실화를 위하여 수집된 의약품 유통 정보를 효율적으로 활용할 수 있는 과학적 분석 기법인 데이터마이닝(Data Mining)을 개발·운영함으로써 의약품 유통의 투명성을 제고하고 있다.

2008년에 개발된 불성실 보고업체 판별모델, 품목변경 이상징후 인지모델, 거래수량오류 감지모델, 대체청구기관 색출모델, 2009년에는 의약품 유통네트워크 인지모델, 독과점 공급업체 인식모델, 의약품유통재고 추정모델, 개별모델 산출값 연계모델 등 4개의 모델을, 2010년에는 의약품 시장형 실거래가 시행에 대비하여 의약품가격 모니터링모델을 개발·운영하여 왔다.

2013년 이들 모델에 대한 성능 개선, 유사 기능 통합 및 의약품 생산·수입 실적 대비 공급이상 인지모델을 신규로 개발하여 총 7개 모델을 운영하고 있다. 이렇게 데이터마이닝을 이용하여 의약품공급내역 불성실 보고업체 제도와 의약품 유통 현지 조사, 의약품 실거래가 현지 조사를 위한 대상 기관 선정 및 현지 조사 자료를 제공하였다.

또한, 의약품관리종합정보센터에서 수집·분석한 의약품 관련 시장 정보는 공공기관의 정보 공개제도를 통해 제약사 등 수요자에게 편리하고 저렴하게 제공되어, 제약산업 및 유통산업의 경쟁력 강화에 큰 도움을 주고 있다. 2019년에는 의약품 일련번호 보고 제도를 반영하여 의약품 유통현황을 관리하는 등 데이터마이닝 모델 개선 및 활용을 강화할 예정이다.

[표 2-6-33] 2019년도 의약품유통정보 제공 실적

(단위: 건, 개소, 품목)

구 분	정책 자료 제공 - 보건복지부, 식약처, 국회, 국세청, 검경 등 제공	제약·수입사 제공(품목)
제공 건수	330	업체 수 : 35 품목 수 : 1,026

향후, 의약품관리종합정보센터는 의약품표준코드 관리 등을 통해 의약품 정보 표준화와 선진화를 선도하는 의약품유통정보의 허브 기관으로 자리매김할 것이다. 더불어 제약산업의 경쟁력을 강화하여, 안전한 의약품 사용과 의약품 유통 투명화 제고에 기여하기 위해 의약품 유통 정보의 신속·정확한 수집 관리를 위해 지속적으로 노력할 것이다.

2. 의약품표준코드(KD코드*)를 통한 의약품 유통 정보화

* KD코드(Korea Drug Code) : 개개의 의약품을 식별하기 위해 고유하게 설정된 번호로서 국가코드, 업체코드, 품목코드 및 검증번호를 포함한 13자리 숫자를 말함. 2019년 12월 현재 의약품관리종합정보센터에서 54,130개 품목에 162,594개 표준코드를 부여·공고

의약품 물류 관리 효율성 제고 및 안전성을 확보하기 위하여 의약품 바코드(유통코드)와 보험코드(EDI코드)에 공통적으로 적용될 수 있는 의약품표준코드를 2008년부터 도입하였다. 2009년에는 의약품바코드 표시에 본격적으로 사용하도록 했으며, 표준코드 중 9자리 숫자는 2010년부터 건강보험급여의약품 제품코드(EDI코드)로 활용하고 있다.

이를 통해 의약품 생산에서부터 공급, 사용에 이르기까지 동일 코드를 사용하게 됨에 따라 의약품 정보관리 표준화가 이루어졌으며, 의약품관리종합정보센터가 각종 의약품 유통 정보를 정확하고 효율적으로 연계 분석하는 데에도 크게 기여하였다.

또한, 의약품표준코드 도입과 더불어 바코드제도를 내실화함으로써 의약품 도매업소, 요양기관 등에서 의약품 물류 관리 시 바코드를 적극 활용하고, 의약품 이력 추적이 가능하도록 하였다.

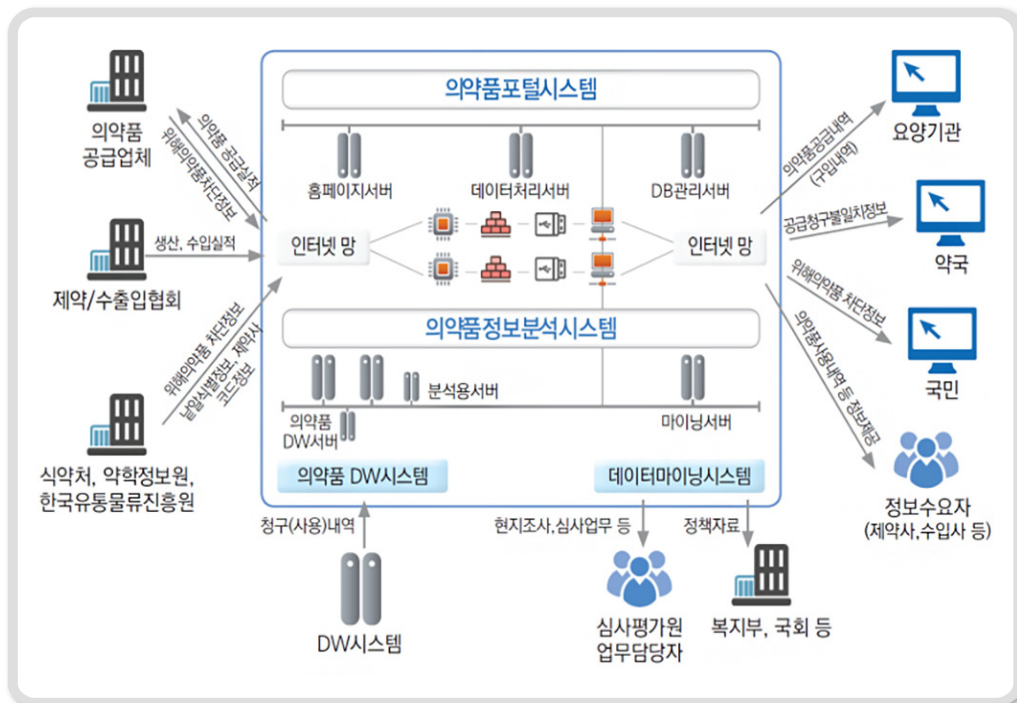
이를 위해 그간 바코드 표시를 생략할 수 있었던 소량 포장의 주사제, 연고제, 액제 등의 단품에도 바코드 표시를 의무화(10. 1. 1. 시행)하였고, 안전한 사용 관리가 필요한 전문의약품, 지정의약품(마약 및 향정신성의약품, 인화성·폭발성이 있는 의약품, 생물학적 제제)의 경우 이력 추적이 가능하도록 제조번호와 유효기간 표시가 가능한 바코드체계인 GS1-128코드 사용을 의무화(지정의약품은 '12. 1. 1. 전문의약품은 '13. 1. 1. 시행)하였다. 2015년부터 지정·전문 의약품에 대한 일련번호를 도입하여 의약품의 생산·유통·사용 전 과정에서 이력 추적 기반을 마련하여 위조의약품 방지 등 의약품의 안전 사용 및 유통 투명화를 제고하였다.

「약사법 시행 규칙」 제69조제1항제9호에 따라 의약품 용기·포장에 기존 바코드 대신 전자태그(RFID tag) 부착도 가능하게 되었다. 「의약품 바코드와 RFID tag의 사용 및 관리요령(보건복지부 고시 제2011-58호)」을 개정(11. 5. 31.)하여 전자태그(RFID tag) 규격, 부착 방법 등 기준 등이 마련되면서 제약회사가 2013년부터 의약품에 바코드 또는 전자태그를 선택·부착할 수 있도록 하였으며, 2012년 지정의약품, 2013년 전문의약품 대상 유통기한과 제조번호를, 2015년 1월 1일부터 전문·지정의약품 일련번호 표기의무화규정을 마련하였다. 또한, 「의약품

바코드와 RFID tag의 사용 및 관리 요령(보건복지부 고시 제2015-74호)을 개정(15. 5. 14.)하여 전문의약품 일련번호 제외 대상을 지정하였다.

아울러, 건강보험심사평가원(의약품관리종합정보센터)에서는 RFID 및 GS- 128코드 사용으로 의약품 일련번호, 제조번호 및 유통기한이 관리되면서 의약품 생산·공급 내용의 실시간 보고 및 관리를 위해 정보 시스템 등을 개편하여 운영하고 있다.

[그림 2-6-11] 의약품유통정보시스템 구성도



제4절 공공보건의료정책

I 수요자 중심 공공의료체계 구축

1. 공공의료정책 개요

가. 공공보건의료의 필요성

보건의료는 ‘건강권 실현’이라는 ‘공익’을 목적으로 하는 점에서 기본적으로 공공성을 바탕으로 한다. 우리나라는 국민건강보험을 통해 의료의 가격과 진료량 통제, 모든 의료기관에서 건강보험 보장 등을 통해 의료의 공공성을 확보하고 있다.

다만, 건강보험제도는 의료 수요의 불확실성에 대비하고 의료서비스의 배분을 담당하는 특성상 의료 공급의 적정성 유지를 위한 공공부문의 개입이 필요하다. 보건의료는 서비스의 특성상 공급자·소비자 간 정보의 비대칭성으로 공급자 유발 수요 발생이나 외부 효과로 인한 수익성은 없으나 삶의 질과 직결되는 필수의료 분야는 공급 부족 등 일정 부분의 시장 실패가 발생할 수밖에 없는 특성이 있다. 이에 지역·계층·분야에 관계없이 보편적 의료이용을 보장하고 건강을 증진하기 위해서는 공공의 조정 및 역할 수행을 필요로 한다.

나. 공공보건의료정책의 경과

[표 2-6-34] 공공보건의료정책 연혁

연도	법개정 등 정책결정	주요내용
2000년	「공공보건의료에 관한 법률」 제정	‘공공보건의료기관이 행하는 보건의료’를 공공의료로 정의
2005년	「공공보건의료 확충 종합 대책」 수립	5년에 걸쳐 약 3조 7천억 원(계획 대비 85.6% 확보) 재원을 확보하여 공공의료 투자
2012년	「공공보건의료에 관한 법률」 전부개정	공공과 민간 관계없이 ‘필수 보건의료서비스 제공’이라는 ‘기능’을 중심으로 공공보건의료 개념 전환
2013년	「지방의료원 육성을 통한 공공의료 강화 방안」 마련	경상남도의 진주의료원 폐업에 대한 논란을 계기로 지방의료원의 역할과 기능, 누적되는 운영 적자의 문제 등이 공론화
2016년	제1차 공공보건의료 기본계획(2016년 ~2020년) 발표	지역·계층·분야에 관계없이 보편적인 의료서비스 접근성을 보장 목표
2018년	「공공보건의료 발전 종합 대책」 수립	필수의료의 지역 격차 없는 포용 국가 실현을 위한 4대 분야 12대 과제 도출
2019년	「민고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책」 수립	어디서나 안심하고 필수의료서비스를 이용할 수 있도록 지역의료자원 확충, 지역보건의료기관간 협력을 강화하기 위한 추진과제 마련

2017년 공공보건의료가 민간에서 서비스를 제공하기 어려운 취약지, 취약계층, 취약한 분야를 보충하는 역할을 넘어, 모든 국민을 대상으로 생명·안전과 직결되는 필수의료로 선제적·기본적으로 보장하는 것으로 역할과 기능이 확대되어야 한다는 필요성이 제기되었다.

국정운영 5개년 계획에 “의료 공공성 강화”가 국정과제로 확정되었고, 지역 간 의료 격차를 해소하고 양질의 필수의료 제공을 위한 지역거점병원의 지정·신설, 공공의료인력 양성기관 신설, 응급·분만 등 필수의료 공급 인프라 확충, 공공보건의료기관의 기능과 역할 확대, 국립대 병원 등이 지역거점병원·지역의 중소병원과의 네트워크를 구축하여 의료체계 공공성을 강화하는 내용들이 세부내용으로 포함되었다.

2017년 11월 국정과제의 이행 등을 위해 민·관 합동으로 ‘공공보건의료발전 위원회’를 구성·운영하였고, 2018년 ‘국민의 생명·건강과 직결된 필수의료의 지역 격차 해소와 의료 공공성 강화’를 주요 내용으로 하는 「공공보건의료 발전 종합대책(18. 10. 1.)」을 발표하였다.

종합대책은 ‘필수의료의 지역 격차 없는 포용 국가 실현’을 비전으로 필수 중증의료 국가 책임 강화, 산모·어린이·장애인 의료서비스 확대, 지역공동체 기반의 건강관리 체계 강화의 3대 핵심목표를 제시하였다. 주요 내용으로 지역격차 해소를 위한 공공보건의료 책임성 강화, 필수의료 전 국민 보장 강화, 공공보건의료 인력 양성 및 역량제고, 공공보건의료 거버넌스 구축 등 4대 분야 12대 과제를 포함하였다.

2018년 4월 의료격차 해소 및 필수의료 공백방지를 위해 국가가 공공의료 인력을 직접 양성하는 ‘국립공공의료대학(원)’을 설립하기로 당정협의를 발표하였다. 8월에는 교육부가 국립공공의료대학(원) 설립타당성을 심의 후 가결하였고, 9월에는 「국립공공보건의료대학 설립·운영에 관한 법률안」을 (김태년 의원 대표발의) 발의 하였다. 2019년 11월에는 관련법 공청회를 거쳐 법안소위에 심의를 진행하였다. 2023년 개교를 위해 20대 국회 회기 이전에 국립공공보건의료대학 설립 근거법률 제정을 추진할 계획이다.

또한, 2019년 ‘지역의료자원 확충 및 지역보건의료기관 간 협력 강화’를 주요 내용으로 하는 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책(19. 11.11.)」을 발표하였다.

지역의료 강화대책은 종합대책의 4대 분야 중 하나인 ‘지역격차 해소를 위한 공공보건의료 책임성 강화’를 위한 후속 대책으로 ‘어디서나 안심하고 이용하는 필수의료 서비스’를 비전으로 필수의료 분야 건강 격차 완화를 핵심목표로 제시하였다. 정책목표로는 지역우수병원 지정·육성, 공공병원 신·증축 등을 주요 내용으로 하는 지역의료 자원 육성, 책임의료기관 지정 및 지역 내 공공·민간 협력 활성화 등을 주요 내용으로 하는 지역의료 협력 활성화를 포함하였다.

2. 공공보건의료기관 및 수행 기관 현황

우리나라의 보건의료체계는 민간위주의 의료공급체계와 국가주도의 재정관리체계를 특징으로 한다. 의료기관의 공급 측면에서 2019년 12월 현재 공공 보건의료기관*은 3,699개소로, 전체 의료기관의 5.1%, 병상 수는 전체의 8.9%, 의사 인력은 10.7%에 불과하여, 민간이 의료시설의 절대 다수를 차지하고 있다. 이 중 공공의료기관은 총 221개소이다. 이러한 공공보건의료기관의 비중은 외국과 비교해 봤을 때 매우 낮은 수준이지만, ‘공공의료’의 개념이 과거 ‘서비스 주체(공공의료기관 중심)’에서 공공·민간 관계없이 ‘서비스 기능’ 중심으로 전환되면서 공공의료기관은 양적 확충보다 기존 기관의 기능 강화에 주력하였다. 민간의료기관은 공익적 의료서비스

제공을 확대하여 양적으로 부족한 공공의료기능을 보완하는 공공·민간이 상호 보완적으로 공공의료 기능을 수행하는 체계**를 마련해 나가고 있다.

* 보건소 등 공공보건기관과 병원급 이상의 공공의료기관을 모두 포함

** 민간을 포함한 우리나라 공공보건의료 수행 기관은 개소수 기준 전체 의료기관의 33.8%임

[표 2-6-35] 공공보건의료기관 현황('19. 12.)

(단위: 개소, 병상, 명)

구 분	공공보건기관 ¹⁾ (A)	공공의료기관 (B)	공공보건 의료기관 ²⁾ (C=A+B)	민간의료기관 (D)	전체 ³⁾ (E=C+D)	공공/전체 (C/E)
기관 수	3,478	221	3,699	68,655	72,354	5.1%
병상 수	341	62,240	62,581	642,003	704,584	8.9%
의사 인력	3,505	12,691	16,196	135,693	151,889	10.7%

주: 1) 공공보건기관: 보건소(보건의료원포함)·보건지소·보건진료소 포함

2) 공공보건의료기관: 공공보건의료에 관한 법률 제2조 및 같은 법 시행령 제2조에 따른 기관

3) 전체: 의료법제3조에 따른 의료기관(조산원 제외) 및 보건소(보건의료원 포함)·보건지소·보건진료소 포함

※ 출처: 건강보험심사평가원 요양기관 현황 자료, 건강정책과(공공보건기관), 공공의료과 내부자료(공공의료기관)

기능별로 보면 공공의료기관은 주로 일반진료를 담당하는 국립중앙의료원, 국립대병원, 지방의료원 등이 있으며, 결핵·정신·재활·암 등 특수질환 또는 군·산재·보훈·교정·경찰 등 특수대상에 대한 진료를 담당하는 특수목적병원 등으로 구분할 수 있다.

[표 2-6-36] 기능 및 관할 지역에 따른 공공병원 분류

('19. 12. 기준)

기능 구분	광역 이상		단일 혹은 복수 기초자치단체		
일반진료 중심 (63)	국립중앙의료원(1) 국립대병원(10) 국립대학병원분원(6) 건보공단일산병원(1)		18	지방의료원(34) 지방의료원분원(2) 적십자병원(6) 시립일반병원(2) 군립일반병원(1)	45
특수질환 중심 (122)	국립결핵병원(2) 국립정신병원(5) 국립법무병원(1) 국립재활원(1) 국립교통재활병원(1) 국립암센터(1) 국립소록도병원(1) 국립대치대병원(6)	시립장애인치과병원(1) 시립서북병원(1) 시립어린이병원(1) 도립재활병원(4) 원자력병원(2) 시도립정신병원(10) 국립대한방병원(1) 시도립노인병원(38)	76	시군구립 노인병원(46)	46
특수대상 중심 (36)	경찰병원(1) 근로복지공단병원(10)	보훈병원(6)		군병원(19)	36

또한, 「공공보건의료에 관한 법률」 개정으로 민간의료기관도 공공보건의료 수행 기관으로서 공공보건의료정책에 참여할 수 있는 기반이 마련되었다. 시·도가 의료취약지 거점 의료기관으로 지정하거나 보건복지부가 공공전문진료센터로 지정, 또는 보건복지부·지자체와의 협약 체결 등을 통해 ‘공공보건의료 수행 기관’으로 지정할 경우 민간의료기관도 참여가 가능하다.

3. 주요 정책 추진 현황

가. 의료공공성 강화

어디서나 안심하고 이용할 수 있는 필수의료 서비스를 제공하기 위해 지역별로 신뢰할 수 있는 의료자원을 육성하고, 지역보건의료기관-지자체-지역사회 간 협력을 강화할 계획이다. 이를 위해 2019년 발표한 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책(19. 11.11.)」에 따라 전국을 17개 권역, 70개 지역으로 구분하여 권역·지역 책임의료기관을 지정, 육성하고, 의료 자원 부족 지역은 공공병원을 확충해 나갈 예정이다.

1) 책임의료기관 지정 및 육성

공공보건의료 발전 종합대책 핵심과제인 책임의료기관 지정·육성을 위해 2019년부터 국립대 병원 중심으로 권역 내 공공보건의료 협력사업 수행 예산을 지원해 나가고 있다. 또한, 종합대책 후속조치로 2019년 지역의료 강화대책을 발표함에 따라 인구규모·접근성 등을 고려하여 필수 의료 정책을 개별 시군구가 아닌 여러 시군구를 포괄하는 중진료권(지역) 단위로 관리해 나가고, 전국 17개 권역, 70개 지역별 공공병원 중심으로 필수의료* 협력을 조정·유도해 나갈 책임의료 기관을 지정·육성해 나갈 계획이다.

* ① 응급·외상·심뇌혈관 등 중증의료, ② 산모·신생아·어린이 의료, ③ 재활, ④ 지역사회 건강관리(만성질환, 정신, 장애인), ⑤ 감염 및 환자안전 등 생명과 직결되지만 수익성이 낮은 분야

2) 공공의료의 평가 및 운영 진단 체계 구축

제1차 공공보건의료 기본계획이 수립됨에 따라 관계 부처 8개 및 시·도 17개는 「공공보건의료에 관한 법률」 제4조에 의거 공공보건의료 시행계획 수립 및 추진실적을 제출하였으며, 보건복지부장관은 2017년부터 관계 부처 및 지방정부의 공공의료정책 평가를 실시하였다. 평가범위는 공공보건의료 기본계획의 5대 추진전략, 14개 세부과제, 46개 실행과제에 대한

실적 전체이며, 과제별 세부 평가지표는 4개 분야 9개 평가지표(세부 평가지표: 14개)로 ① 추진실적 개요(20점), ② 추진과정(30점), ③ 추진실적 성과(20점), ④ 사업계획(30점)로 구성하였다.

「공공보건의료에 관한 법률」 제8조 및 제9조에 따라 공공보건의료기관이 국민에게 요구되는 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공하여 국민보건 향상에 기여할 수 있도록 공공보건의료 계획 수립 및 평가를 수행하고 있다. 전국 공공의료기관 221개소(17. 12. 기준)를 관할 영역(광역시/지역)과 기능(일반진료/특수대상/특수질환/노인) 등에 따라 5개 그룹으로 분류하여 계획을 수립하고 4개 영역*에 대해 평가를 실시하였다. 기관 유형별 전문가를 구성하여 사업 내용 및 타당성 정도 등을 평가함으로써 공공의료기관의 공공보건의료 수행에 대한 전반적 실적 및 성과를 파악하고, 평가 결과를 활용하여 공공보건의료사업 개선 방안을 마련하는데 기여하고 있다.

* ① 공공성 강화, ② 적정 진료 및 양질의 의료서비스, ③ 건강안전망 기능, ④ 미충족 보건의료서비스 제공

「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따라 지역거점공공병원 운영 평가를 실시하고 있으며, 공공성과 효율성을 조화시킨 평가 체계 구축 및 평가 결과에 따른 예산의 차등 지원으로 지역거점공공병원의 운영 혁신을 유도하고 있다. 또한, 지역거점공공병원 운영 진단을 통해 지방의료원 운영 전반의 상태를 진단하고 발견된 문제점에 대한 개선 방안을 제시해 주는 등 지방의료원과 적십자병원이 의료 환경 변화에 적절히 대응하여 지역의 특성과 내·외부 환경에 적합한 기능과 역할을 수행할 수 있도록 지원하고 있다.

나. 의료 취약지 완화

1) 분만 및 소아청소년과 취약지 지원

분만 사고 부담, 병원 경영의 어려움 등으로 분만이 가능한 산부인과가 감소하는 가운데, 특히 농어촌, 격오지에서 급격히 감소하였다. 이에 분만 취약지 산모는 산전·산후 진찰 및 분만을 위해 원거리 이동 또는 대도시 원정출산 등 어려움을 겪고 있다. 이에 분만취약지*를 지정하고, 분만 및 외래·순회진료 등 공공형 산부인가를 설치할 수 있도록 시설장비비 및 의사, 간호사 등 의료 인력 채용을 위한 운영비를 지원하였다. 현재 분만 산부인과 19개소, 외래 산부인과 13개소, 순회진료 산부인과 5개소 설치 및 운영을 지원하고 있다.

* 60분 내 분만 의료기관에 접근이 불가능한 가임인구(만 15세~49세) 비율이 30% 이상이면서, 60분 내 병원급 분만의료 이용 비율이 30% 미만인 시·군·구

분만 산부인과와 경우 취약지의 특성상 의사, 간호사 등 인력 수급이 어려워 사업 응모 기관이 적어 재공모를 실시하는 등 한계가 있었다. 이에, 수급이 어려운 분만 산부인과 간호사 인력 기준을 조정하여 간호사 의무 채용 수를 줄이고(8명 → 6명), 채용 비중을 완화(8명 중 7명 간호사 → 6명 중 3명 이상 간호사)하였다. 또한, 의사 인력 확보를 위한 홍보를 강화하는 등 제도 개선을 병행하여 사업 참여를 유도하였다.

또한, 전국 80개 시·군은 ‘소아청소년과’ 진료를 위해 주민의 70% 이상이 타 지역으로 이동하는 등(출처: 2015년 의료 취약지 모니터링 연구) 지역 간 의료서비스 접근성의 격차로 취약지역 주민의 의료서비스 이용이 어려운 상황이었다. 이는 결과적으로 건강 수준에도 영향을 미칠 우려가 있어 소아청소년과 의료 취약지*를 지정하고, 그동안 병원급 의료기관 7개소의 시설·장비·인력을 지원하였다.

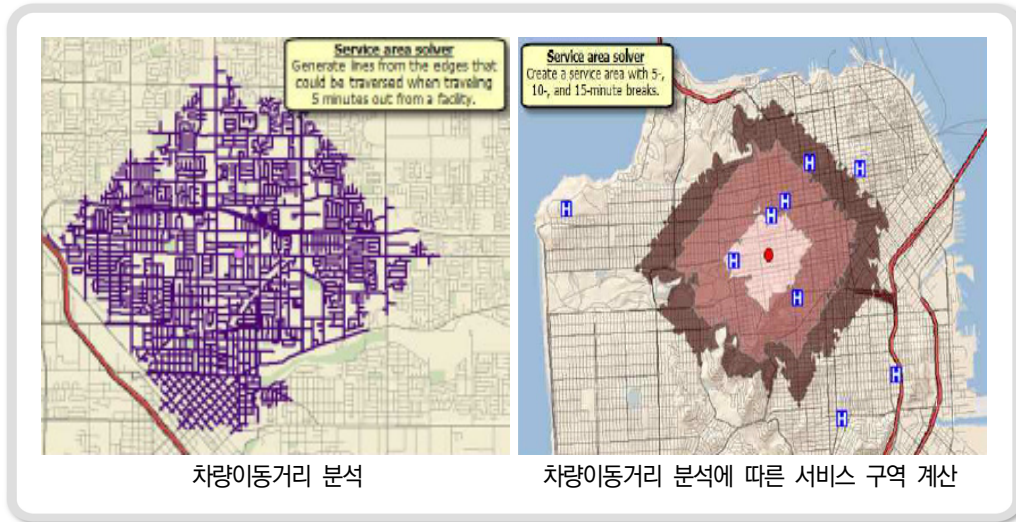
* 병원급 의료기관까지 60분 내 도달하기 어려운 소아청소년(만 0세~18세) 인구 비율이 30% 이상인면서, 60분 내 병원급 의료 이용 비율이 30% 미만인 시·군·구

2) 의료 취약지 모니터링 체계 구축(Health Map)

의료 취약지에 대한 지원의 필요성이 높아지면서 공공보건의료에 관한 법률을 2013년 개정하여 의료 취약지 지원에 대한 법적 근거를 확보하였다. 의료 취약지를 지원하기 위하여 인구 구성 및 지역별 의료 수요·공급, 병상 수급 현황 등 신뢰도 있는 기초 자료가 필요하였다. 이에 의료 자원 자료(건강보험심사평가원), 의료 이용 자료(국민건강보험공단), 인구 보건 통계(통계청) 자료를 수집하여 의료 취약지 모니터링 연구 용역(2014년~2019년)을 수행하였다.

방대한 빅데이터는 통계분석툴(SAS) 및 GIS 프로그램을 통해 분석하여 지도화하였다. 특히, 의료 취약지의 산출을 위해서는 기준 시간 내 서비스 구역을 산출하는 것이 중요하다. 기준 시간 내 서비스 구역은 국가교통 DB센터(www.ktdb.go.kr)에서 제공하는 전국 도로망 자료를 바탕으로 GIS 프로그램의 차량이동거리 분석(Network Analysis) 툴을 활용하여 산출하였다. 이는 도로망을 고려하는 등의 현실 적인 조건을 반영하기 때문에 기존의 반경 분석(원형 영역 분석)보다 합리적인 결과를 도출할 수 있다.

[그림 2-6-12] 수차량 이동거리 GIS 분석 예시



이러한 분석 결과를 지자체 및 공공의료기관, 일반 국민들도 자유롭게 정보에 접근 할 수 있도록 홈페이지(<http://www.healthmap.or.kr>)를 통해 서비스하고 있다.

[그림 2-6-13] 헬스맵 서비스 주요기능



2017년부터 헬스맵 서비스 내 ‘스마트 진단 서비스’라는 신규 메뉴가 추가되었으며, 해당 메뉴를 통해 공공의료기관 유형별 지역진단 통계 지표 정보를 제공하고 있다. ‘스마트 진단 서비스’에서는 기관 또는 시도의 담당자가 조회하고자 하는 지역의 의료현황, 진료실적, 시장 점유율 등의 다양한 정보를 조회할 수 있다. 또한, 리포팅 툴을 활용하여 조회한 정보를 다양한 형식으로 다운로드 받을 수 있어 보고서 작업에도 손쉽게 활용할 수 있다.

[그림 2-6-14] 스마트 진단 서비스 주요기능



3) 공공보건의료 전문 인력 양성 추진

최근 의사 인력의 수도권 집중, 의료 취약지 근무 기피 현상 심화, 의과대학 여학생 비율 증가 및 의학전문대학원 도입 등으로 인한 공중보건의사제도의 감축 등 공공보건의료기관의 의사인력 공급 부족 문제에 당면하게 되었다. 특히, 국방부에서 국방개혁위원회 과제로 공중보건의사의 축소를 요청하고 있으나, 공중보건의사는 농어촌 위주로 배치되어 의료 사각지역 해소에 기여하고 있으며, 지역사회 내 감염병 확산 방지에 기여할 수 있어 공중보건의사제도의 축소를 반대하고 있다. 그러나 공중보건의사 역시 단기의무복무 인력으로 공공보건의료서비스의 지속성, 질 저하가 우려되어 공중보건의사제도에 의존하지 않는 공공보건의료 인력 양성 및 확보가 가장 시급한 문제이다.

이에 취약지 등에 우수한 의료인력을 안정적으로 양성·공급하여 전 국민에게 균등한 의료서비스를 제공하기 위해 국립공공보건의료대학(원) 설립을 진행 중이다. 2023년 3월 개교를 목표로 전북 남원에 4년제 의학전문대학원 형태로 설치할 예정이며, 정원 49명, 학비 전액지원 및 졸업 후 취약지역 의무복무를 하게 된다. 국립공공의료대학(원)을 설립할 경우 기존 의대

교육과는 차별화된 학생선발, 교육과정, 졸업 후 수련과정, 의무복무 및 지역 정착에 이르기까지 전 과정에 걸쳐 국가와 지방자치단체가 학생들을 관리하고 지원해 주는 시스템 구축이 가능하다. 「국립공공보건의료대학 설립·운영에 관한 법률안」이 김태년 의원 대표발의로 2018년 9월 발의되었고, 2019년 11월에는 관련법 공청회를 거쳐 법안소위에 심의를 진행하였다. 2023년 개교를 위해 20대 국회 회기 이전에 국립공공보건의료대학 설립 근거법률 제정을 추진할 계획이다.

또한, 보건복지부는 국립공공보건의료대학을 통해 공공의료 분야의 핵심 인력을 양성한다 하더라도 현재 지역 및 공공분야에서 부족한 의료인력을 충원하기에는 한계가 있어 '77년~'96년에 실시 후 중단된 공중보건장학제도를 보완하여 2019년부터 시범사업으로 추진 중이다. 공중보건장학제도는 1977년 무의촌 해소를 위해 시행된 제도였으나 공중보건 의사 배치 확대, 지원자 감소 등으로 1996년에 중단되었다.

단순히 경제적 어려움에 있는 학생을 선발·지원하는 것이 아닌 취약지 또는 공공의료 분야에 사명감과 전문성을 가진 학생을 선발하고 지원한다는 원칙을 확립하고, 과거 중앙정부 차원에서 획일화된 방식으로 선발하고 의무복무를 시키는 방식을 탈피하여 지방정부가 주도권을 가지고 지역에 종사할 의사 인력을 선발하고 중앙정부와 공동으로 장학금을 지원한 이후에 지역의 필요에 따라 의무복무(장학금을 지원받은 기간, 최소 2년~최대 5년)를 시키고 지역의 인재로 육성해 나갈 예정이다. 특히, 지역 의료에 대한 심도 있는 이해를 할 수 있도록 교육 프로그램을 개발하여 지원하고, 지역사회 내 멘토를 연계하여 멘토링을 받을 수 있도록 함으로써 지역사회 정착을 유도할 예정이다.

다. 취약 분야 인프라 강화 지원

1) 고위험 산모·신생아 통합치료센터 확충

고령산모(35세 이상) 및 다태아 증가로 이에 대한 치료 시설 수요가 증가하고 있는데 반해 고위험 산모·신생아 인프라는 고비용·저수익 시설로 고위험 산모를 전문적으로 치료하는 시설과 치료 체계가 미흡하여 치료 전달 체계를 구축할 필요성이 높아졌다. 특히, 각 권역별로 고위험 산모·신생아 통합치료센터를 설립하여 고위험 임신부에 대한 집중 치료를 수행함으로써 신생아 생존율을 높이고 장애율을 낮추는 등의 성과를 내고 있으며, 이것은 전체 의료비 절감 측면에서도 중요한 의미를 가진다.

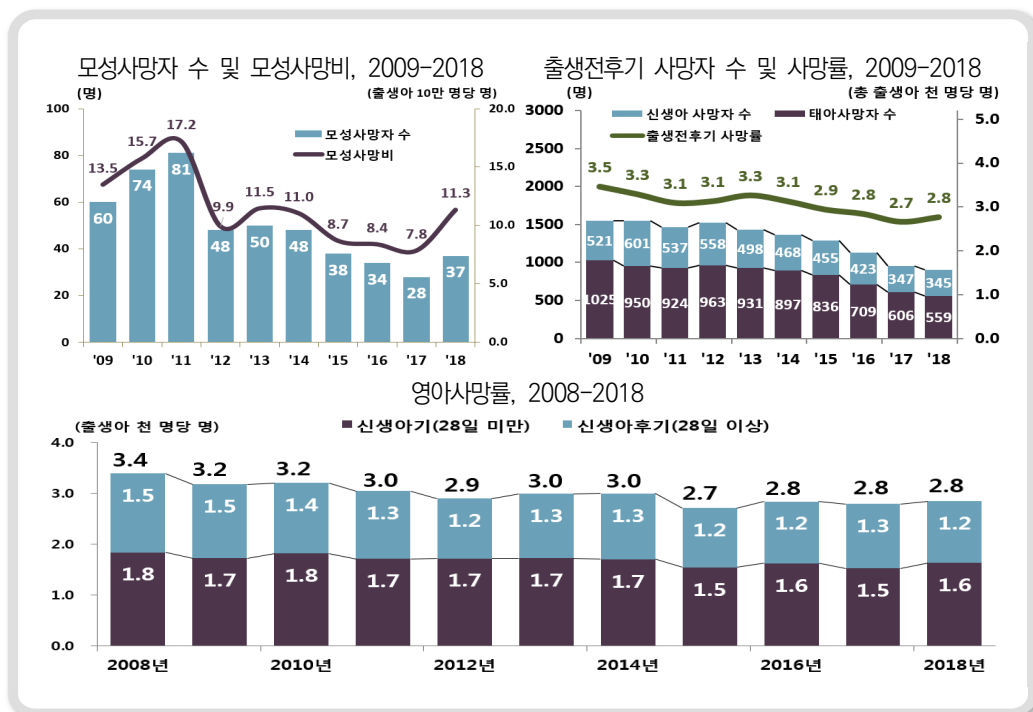
2014년부터 고위험 산모·신생아 통합치료센터를 14개 권역, 19개 의료기관에 설치하여 운영·지원하고 있다. 강원·충북 지역의 경우 이전에는 고위험 산모가 있을 경우 모두 수도권 지역으로 가서 치료를 받았으나, 이제는 해당 권역의 고위험 산모·신생아 통합치료센터에서 안전하게 출산할 수 있게 되었다. 그러나 여전히 고위험 산모 병상이 부족한 상황으로 2020년 까지 고위험 산모·신생아 통합치료센터를 20개소까지 확대 설치할 예정이다.

2) 신생아 집중치료 지역센터 확충

고령산모(35세 이상) 및 다태아 증가로 저체중 출생아 등 고위험 신생아가 매년 증가하고 있다. 그러나 고위험 신생아 치료는 첨단 장비와 전문 인력을 필요로 하는데 의료기관들은 경영 적자를 이유로 신생아 중환자실 설치·운영을 기피하였고, 이로 인해 권역별로 병상 부족 등의 문제가 있었다.

이에 2008년부터 신생아 집중치료 지역센터가 부족한 권역을 중심으로 신생아 집중치료실을 설치하기 시작하여 2019년 현재 50개 의료기관, 445병상(17. 증설 완료)에 대해 지속적인 운영을 지원하고 있다. 이후 모성사망비, 출생 전·후기 사망률, 영아사망률 감소 등 가시적인 성과가 있었다.

[그림 2-6-15] 모성사망비, 출생 전·후기 사망률, 영아사망률 추이



※ 출처 : 2018 사망 원인 통계(통계청)

3) 공공전문진료센터 지정 및 관리

수익성이 낮은 보건의료서비스 등을 원활하게 제공하기 위해 일정한 기준을 갖춘 의료기관을 공공전문진료센터로 지정하여 관리하고 있다. 지원 분야는 수익성이 낮아 공급이 원활하지 아니한 전문 진료, 국민건강을 위하여 국가 육성이 필요한 전문 진료, 지역별 공급의 차이가 커서 국가지원이 필요한 전문 진료로 구분하고 있다.

공공전문진료센터 지정을 받을 수 있는 의료기관은 의료법에 의한 종합병원 또는 전문병원으로서 전문진료 분야별로 필요한 시설·인력 및 장비를 갖추었거나 갖추 능력에 있다고 인정하는 의료기관을 대상으로 하고 있다. 현재 4개 전문진료 분야에 총 23개(어린이 7개소, 호흡기 6개소, 류마티스 및 퇴행성관절염 5개소, 노인 5개소) 공공전문진료센터가 지정·운영되고 있으며, 향후 공공전문진료센터 지정을 확대할 계획이다.

4) 외국인근로자 등 의료 지원

외국인근로자 및 그 자녀(18세 미만)와 배우자, 국적 취득 전 결혼이민자 및 그 자녀, 난민 및 그 자녀, 노숙인 등 건강보험, 의료급여 등 각종 의료보장제도에 의한 의료 혜택을 받을 수 없는 자에 대해서도 의료서비스 혜택을 제공하고 있다. 외래진료는 원칙적으로 지원 대상이 아니며(단, 산전 진찰 및 18세 미만 자녀의 외래는 지원) 입원, 수술이 필요한 경우 의료비를 지원하고 있다. 지원 대상자 선정 기준에는 부합하지 않아 진료비 지원이 어려우나 소외계층을 위한 의료지원이 필요한 경우에는 민간단체의 외국인근로자 등 의료지원사업기관과 연결해 주고 있다.

5) 공공보건프로그램(301네트워크/만성질환관리) 사업

지역거점공공병원에서는 병원 입퇴원환자에 대한 만성질환관리사업, 취약계층 공공의료복지 연계사업 등 공공보건프로그램을 운영하고 있다. 만성질환관리사업은 지역거점공공병원 입퇴원 환자 중 만성질환이나 복합적 의료 수요(만성 심장질환·호흡기질환·신장질환·간염, 당뇨 등 복합 문제)를 갖고 있는 사람에게 만성질환관리서비스를 제공(지역 서비스 연계, 교육, 치료 계획 관리 등)하는 것으로 2014년 20개, 2015년부터 16개 지방의료원에서 수행하고 있다. 사업추진 이후 병원별 평균 등록환자수, 필수검사 시행률, 프로그램 순응도 등이 향상되는 등 가시적 성과를 보이고 있다.

공공의료복지 연계 사업은 의료 개입이 필요한 취약계층의 발견과 병원 치료, 치료 후 사회 복귀를 지원하는 One-Stop 창구로서 지역사회 내 보건(보건소)·의료(의료기관)·복지(주민센터, 요양시설 등)를 연계하여 서비스를 제공하는 것으로, 2015년부터 6개 지방의료원에서 수행하고 있다. 보건복지부는 제1차 공공보건의료 기본계획(2016년~2020년)에 따라 지역거점공공병원이 공공의료 기능을 강화할 수 있도록 지속적으로 공공보건프로그램사업을 지원해 나갈 예정이다.

라. 공공의료 효율성 향상 및 경쟁력 강화

1) 공공의료 지원 강화

먼저 국립중앙의료원이 국가 공공의료 중심병원으로 기능 확대를 위해 이전·신축을 추진하고 있으며 응급, 중증외상, 감염병 대응 등 국가 공공의료기능 수행을 강화해 나갈 예정이다. 국립중앙의료원 내에 공공보건의료지원센터를 두어 공공보건의료 시행 계획 및 공공보건의료 계획의 수립·결과 평가 등 지원 업무, 공공보건의료 분야 통계 분석, 공공보건의료 정보화사업, 시·도 공공보건의료지원단 설립 및 운영 지원, 지역거점 공공병원 기능 강화 업무 지원, 의료 및 분만 취약지 지원 사업 등의 실행 업무를 수행하고 있다. 이로써 중앙정부와 지방정부 간의 공공보건의료정책 연계성 향상 기반을 마련하였고, 지역거점공공병원에 적용할 CP(표준진료 지침) 개발 및 CP 모니터링 시스템 개발을 통한 CP 보급용 가이드라인을 배포하는 등 공공보건의료 확충에 기여하고 있다.

또한, 2016년부터 국립중앙의료원 내 교육훈련기능을 확대 개편하여 공공보건의료인력 임상 교육, 지역거점공공병원 임직원 직무교육 등 공공보건의료 인력에 대한 교육 업무를 실시하고 있다. 이는 공공보건의료인력 역량 제고에 기여하고, 전국 공공의료기관 담당자와 지속적인 교류를 통해 관계 기관과의 네트워크를 구축함으로써 협력을 강화하는 결과를 가져왔다.

2) 지역거점공공병원 지원 강화

수도권·대도시가 아닌 지역에서도 국민의 생명·건강에 필수적인 양질의 필수의료서비스 제공이 가능하도록 지역거점공공병원에 대한 지원도 강화하고 있다. 진료권 내에서 필수의료 서비스 및 2차 진료 제공이 가능한 공공병원으로의 역할을 수행할 수 있도록 35개 지방의료원 및 6개 적십자병원의 노후화된 시설·장비 교체, 미충족 필수의료서비스 제공(응급, 중환자실, 심뇌혈관 등)에 필요한 시설·장비 확충 예산을 지원하고 있다.

[표 2-6-37] 연도별 지원 현황

(단위 : 백만 원)

구 분		계	시설보강사업	장비보강사업	기능특성화사업
지방 의료원	2017년	42,469	21,625	5,097	15,747
	2018년	50,347	20,092	22,685	7,570
	2019년	91,759	46,875	28,595	16,235
적십자 병원	2017년	3,668	798	2,870	-
	2018년	3,089	0	3,089	-
	2019년	7,045	560	6,485	-

또한, 우수한 의료 인력을 안정적으로 확보할 수 있도록 대학병원 등으로부터 의사 인력을 파견 받는 경우 인건비를 지원하고 있으며 2016년 61명, 2017년 53명, 2018년 54명, 2019년 61명의 파견 의료 인력에 대한 인건비를 지원하였다.

지방의료원의 경우 민간병원에 비하여 낙후된 병원정보시스템 사용으로 병원 진료 및 운영 효율성이 낮고, 그에 따라 환자 만족도 및 병원 경쟁력이 지속적으로 저하되어 2009년부터 지방의료원 34개소의 병원정보시스템 구축을 지원하고 있으며, 2018년까지 32개소의 병원정보시스템 구축을 완료하였고, 2019년부터는 32개소의 병원정보시스템 고도화 사업을 추진하고 있다.

또한, 2016년 사업 수행, 조직 운영과 정원·인사 관리, 예산과 자금 운영 등 운영 전반에 대하여 지방의료원이 준수해야 할 표준화된 운영 지침을 마련하였으며, 질환별 임상진료지침(CPG)을 기초로 개별 병원에서 양질의 적정 진료를 행할 수 있도록 질환, 수술별 진료의 순서와 치료의 시점, 진료 행위 등을 미리 정해 둔 지역거점공공병원 표준진료지침(Critical Pathway, CP)을 45개 질환에 대해 완성하였다.

4. 주요 정책 추진 성과

공공의료의 개념을 과거 서비스 공급 주체에서 공공·민간 여부와 관계없이 ‘기능 중심’으로 공공의 이익(공공성)을 실현하기 위한 보건의료서비스로 전환하여 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역·계층 및 진료 분야 등 공공부문의 개입이 필요한 영역에 우선 투자를 원칙으로 정책을 추진하였다.

우선 의료취약지 및 취약 분야의 의료지원 강화를 위해 필수의료서비스 분야별(분만실·내과·외과·소아청소년과·산부인과) C등급 의료취약지를 선정하여 의료취약지 수가 가산 정책에 활용할 수 있는 기준을 마련하였다. 또한, 헬스맵(Health Map) 서비스 내 ‘스마트 진단 서비스’를 통하여 기관과 시도의 공공보건의료 담당자들이 지역진단 통계 지표를 손쉽게 획득하고 사용할 수 있는 지원 서비스를 제공하고 있다.

헬스맵 서비스의 운영과 소아청소년과 분야 취약지 23개 지역을 대상으로 병원급 이상 의료기관에 시설·장비·인건비 지원을 추진하여 지역 간 형평성 있는 의료서비스 이용을 보장함으로써 건강 불평등 해소에 기여하였다. 또한, 분만 가능한 산부인과가 없는 분만 취약 지역에 산부인과가 설치·운영될 수 있도록 시설·장비비 등을 지원하여 60분 내에 분만 가능한 의료기관에 접근하지 못하는 취약 인구가 지원 전 45만 명에서 현재 15만 명으로 감소하였다. 신생아 집중 치료실 확충을 통해 고위험 신생아의 치료 접근성을 제고하였고, 중앙모자의료센터를 설치하여 분만산부인과 - 신생아 집중치료 지역센터 - 고위험 산모·신생아 통합치료센터의 기능 재정립과 연계 체계 구축을 추진 중이다. 아울러, 건강보험, 의료급여 등 각종 의료보장제도에 의해서도 의료 혜택을 받을 수 없는 외국인근로자 등 소외계층에게도 의료서비스를 제공 (2019년 입원 실 인원 1,582명, 외래 연 인원 3,299명)하고 있다.

지역거점공공병원 경쟁력 강화를 위해 지방의료원(35개소) 및 적십자병원(6개소)을 대상으로 시설 개선 등 현대화사업과 지역별 의료 수요·공급 등 지역 특성을 반영하여 필수의료시설 확충 및 공급부족 전문화 등 기능특성화사업을 2014년부터 추진하고 있다. 이를 통해 지방의료원 신축 11개소를 포함하여 병원 전면 리뉴얼 29개소, 응급·분만·중환자실·심혈관센터 등 필수의료시설 확충 및 기능보강 35개소, 호스피스·재활 등 미충족 의료서비스 확대 50개소, 첨단 의료장비 확충에 따른 의료의 질 향상 등을 통해 지역거점공공병원의 환자수 및 환자만족도가 지속적으로 상승하고 있다.

또한, 지역거점공공병원 종사자들의 역량 강화를 위해 임직원교육(2019년 실 인원 450명) 및 의사, 간호사에 대한 임상교육(2019년 실 인원 1,537명)을 실시하였다. 현 국립중앙의료원은 민간이 기피하는 응급, 중증외상, 재난의료, 감염병관리 등 국가 공공의료체계의 총괄기관으로서 기능 수행 및 역할 확대를 위하여 국립중앙의료원 현대화사업을 추진하고 있다.

지역거점공공병원의 적정 진료 강화를 위해 공공의료 표준진료지침(CP) 개발 사업을 지속적으로 시행하고 있으며, 2018년 5개 질환·수술별 표준진료지침 개발을 통해 총 45개의 표준

진료지침 가이드라인을 완성하는 한편 표준진료지침 적용현황 및 통계분석이 가능한 모니터링 시스템을 구축·운영 중에 있다.

II 지역보건의료계획 수립 및 시행

1. 지역보건의료계획 개요

1995년 지방자치제가 본격적으로 실시되면서 「보건소법」을 「지역보건법」으로 전부개정하였고, 1996년부터 전국의 기초 및 광역자치단체는 매 4년마다 지역보건의료계획을 자체적으로 수립하고 매년 연차적 시행 계획을 수립하도록 하였다.

지역보건의료계획의 목적은 기초 및 광역자치단체 수준에서 지역 실정에 맞는 보건의료사업에 대한 계획을 수립하여 지역주민의 건강 욕구에 부응하는 지역보건의료사업을 개발하여 보건 의료서비스의 질을 향상시키고 주민 건강 향상을 도모하기 위한 것이다.

동 계획의 특징은 보건사업에 대한 각종 계획을 중앙정부에서 수립하여 시달하고 지방자치단체에서는 이를 피동적으로 집행하던 종전의 상의하달방식(Top-down)에서 탈피하여 지방자치단체가 주도적으로 계획을 수립하고 시행하는 하의상달방식(Bottom-up)을 채택하여 지방자치단체 스스로 보건 기관의 기획 능력 향상 및 동기를 부여하는데 있다.

또한, 지방자치단체장, 지방의회, 지역사회 네트워크를 포함한 관련 단체와 기관 등이 계획 수립에 참여함으로써 추진 목표를 명확히 하며, 보건의료에 대한 인식을 제고하고 주민 건강 증진에 이바지하고 있다.

2. 지역보건의료계획 수립·평가

「지역보건법」 제7조부터 제9조 및 「같은 법 시행령」 제4조부터 제7조에 따라 매 4년마다 수립하는 지역보건의료계획과 그에 따라 매년 수립하는 연차별 시행 계획의 시행 결과를 보고

복지부장관이 정하는 평가 기준에 따라 평가할 수 있다. 지역보건의료계획 및 시행 결과 평가는 1994년 우루과이라운드 타결 이후 농산물 수입을 방어하고 농어촌 발전과 보호를 위한 농어촌 의료서비스 개선 대책('94. 9.)에서부터 시작되었다.

1996년~1997년 개발된 지역보건의료계획 평가서는 지역보건의료 계획서에 대한 평가로 「지역보건법」 제정 이후 시행된 지역보건의료계획에 대한 최초의 본격적인 평가서로 의의가 있다. 1996년과 1997년에 걸쳐 시행된 지역보건의료계획 평가는 평가의 목적이 농어촌 의료 서비스 개선 사업 평가의 일부로 편입되어 농어촌 보건소 지원 순위를 선정하는 평가 영역의 일부로 시행되었으며, 서류평가만 시행하였다. 1997년 제1기, 1999년에 제2기 지역보건의료 계획이 제출되었으나, 일부 농촌 지역만을 대상으로 평가를 시행하였다.

지역보건의료계획의 수립은 보건소의 기획력 향상에 적잖은 기여를 하였으나 지역보건의료 계획 시행 결과에 대한 체계적이고 과학적인 평가가 필요하다는 지적이 꾸준히 제기되어 왔다. 이에 2001년에 지역보건의료계획 시행 결과 평가 기준 및 평가 체계 개발에 관한 연구 용역을 실시하여 서류평가와 현지평가를 병행하는 평가 체계를 개발하고 구축하였다.

2002년에는 전국 40개 보건소를 대상으로 시범사업을 실시하였으며, 제3기('03.~'06.) 지역 보건의료계획을 수립하고, 2003년부터 2006년까지 매해 지역보건의료계획 연차별 시행 계획의 시행 결과를 평가하여 모니터링하였다. 2003년에는 40개소, 2004년 68개소, 2005년 69개소, 2006년 69개소를 선정하여 지역보건의료계획에 따른 업무 수행 과정을 중점적으로 평가하였다.

2006년에 제3기 지역보건의료계획이 종료되면서, 그동안 평가한 서류평가, 1차~4차 현지평가, 연차별 평가를 종합하여 최종 결과를 도출하여 제3기 지역보건의료계획을 마무리하였다. 이듬해에 제3기 지역보건의료계획 종합 평가대회를 개최하여 지난 4년 동안의 평가 결과를 발표하고, 우수 기관에 대해 시상하였다.

2007년에는 제4기 지역보건의료계획('07.~'10.)을 수립하고 이를 평가하였다. 2008년에는 지난 3기와 마찬가지로 매해 지역보건의료계획 연차별 시행 계획 및 시행 결과를 작성하였으나, 지방자치단체의 업무 부담 경감과 업무 효율성 향상을 위해 계획 및 평가 방식을 변경하였다. 개별적으로 수행하던 보건사업평가를 지자체 보건사업 통합평가로 변경하고, 개별 보건사업에서 수립하던 보건사업계획을 지역보건의료계획으로 통합하여 수립하였다.

2009년에는 지역보건의료계획, 연차별 시행 계획 및 시행 결과를 종합 진단·평가하고 이를 지방자치단체에 환류하는 ‘지역보건의료계획 시행’ 체계를 구축하였다. 동 체계에서 개별 보건 사업계획을 지역보건의료계획 중심으로 통합하여 2010년 연차별 시행 계획을 수립함으로써 계획 수립 효율화를 도모하고 온라인시스템을 통해 진단·환류를 강화하는 등 지방자치단체 보건사업의 체계적인 관리를 위한 발판을 마련하였다.

이를 통해 지자체별 보건기관 인프라와 사업 실적 등에 관한 모니터링이 가능해졌으며, 실적 관리에 따른 기술 지원이 이루어지면서 보건사업 전반에 대한 수준이 제고되었다.

2010년에는 제5기 지역보건의료계획(‘11.~’14.)의 수립 연도로서 지방자치단체가 수립한 지역보건의료계획에 대한 평가 및 환류를 강화하여 지자체의 활용도를 높이도록 운영하였다. 또한, 시·도 광역기술지원단을 운영하여 사전 기술 지원으로 계획서의 수준 향상 및 환류 기능을 강화하고자 하였다.

제5기 지역보건의료계획의 주요 내용으로 시·도에서는 지역보건의료계획 비전 및 목표, 지역사회 현황 분석, 중점 과제 선정, 중점 과제 해결 전략 수립, 개별 보건사업계획 수립, 보건 기관 자원 확충 및 지원 계획, 지역보건의료계획 수립 활동 등이 있다. 시·군·구에서도 동일한 내용이 포함되도록 하되, 지역 실정에 맞게 계획을 수립하고, 지역보건의료자원 역량 강화 계획을 추가하도록 하였다.

2013년에는 지역사회 통합건강증진사업의 도입에 따라 지역의 여건 및 특성을 반영한 지역사회 통합건강증진사업 계획을 수립하고, 2013년 지역보건의료계획에 2012년 연차별 시행 결과 및 2013년 시행 계획에 통합하도록 하였다.

2014년에는 제6기 지역보건의료계획(‘15.~’18.)을 작성하는 해로, 보건의료 종합계획으로서의 역할 강화하고자 하였다. 제2차 국민건강증진종합계획(HP2020)을 추진하기 위한 지역사회의 역할을 강조하고 계획 수립 전 과정의 지역주민의 의견을 적극 반영하여 계획의 실효성을 높이는데 중점을 두었다.

2018년에는 제7기 지역보건의료계획(‘19.~’22.)을 수립하였다. 제7기 지역보건의료계획에서는 중앙, 광역, 기초로 이어지는 보건의료 정책의 일관성 및 협력을 도모하고자 제7기 계획에 대한 중앙 정책방향을 수립하였으며 이를 공유하였다.

또한, 광역의 지방자치단체의 역할을 강화하여 기초 지방자치단체의 계획 수립, 사업수행 과정, 평가 등 계획 전반에 대해 조정 및 지도감독 역할을 수행하도록 하였다.

2019년은 제7기 지역보건의료계획('19.~'22.)이 시작하는 해로, 지역보건사업의 효율적 수행을 도모하기 위하여 중장기 및 연차별(1차년도, 2019년) 시행계획 평가를 실시하였다. 평가 후 성과대회를 개최하여 우수지자체 포상 및 지자체 간 교류의 장을 마련하였으며, 시도별 평가결과 환류보고서를 제공하는 등 지역보건의료계획 성과관리 및 환류 체계를 마련하였다.

[지역보건의료계획 수립 및 평가]

- 제1기(1996년)
 - 제1기 지역보건의료계획('97.~'98.) 수립 및 일부 지역 평가 시행
- 제2기(1998년)
 - 제2기 지역보건의료계획('99.~'02.) 수립 및 일부 지역 계획서 평가
- 제3기(2002년)
 - 제3기 지역보건의료계획('03.~'06.) 수립 및 전국 시·도, 시·군·구 계획서 평가
 - 제3기 지역보건의료계획 1차 현지평가 시행('03. 10.)
 - 제3기 지역보건의료계획 시행 결과('03.) 및 시행 계획('04.) 평가 시행('04. 5.)
 - 제3기 지역보건의료계획 2차 현지평가 시행('04. 9.)
 - 제3기 지역보건의료계획 시행 결과('04.) 및 시행 계획('05.) 평가 시행('05. 3.)
 - 제3기 지역보건의료계획 3차 현지평가 시행('05. 9.)
 - 제3기 지역보건의료계획 시행 결과('05.) 및 시행 계획('06.) 평가 시행('06. 5.)
 - 제3기 지역보건의료계획 4차 현지평가 시행('06. 9.)
 - 제3기 지역보건의료계획 시행 결과('06.) 평가 시행('07. 3.)
 - 제3기 지역보건의료계획 종합 평가대회 실시('07. 8.)
- 제4기(2007년)
 - 제4기 지역보건의료계획('07.~'10.) 수립 및 전국 시·도, 시·군·구 계획서 평가
 - 제4기 지역보건의료계획 1차 현지평가 시행('07. 9.)
 - 제4기 지역보건의료계획 2008년 시행 계획 수립 및 평가 시행('08. 2.)
 - 제1차 지방자치단체 보건사업 통합평가 시행('07. 시행 결과)('08. 10.)
 - 제4기 지역보건의료계획 2009년 시행 계획 수립('08. 9.)
 - 제2차 지방자치단체 보건사업 통합평가 시행('08. 시행 결과)('09. 7.)
 - 제4기 지역보건의료계획 2008년 시행 결과 평가 시행('09. 10.)
 - 제4기 지역보건의료계획 2010년 시행 계획 수립('09. 10.)
 - 제1회 보건사업대회 개최('10. 1.)
 - 제4기 지역보건의료계획 2009년 시행 결과 평가 시행('10. 2.)
 - 제3차 지방자치단체 보건사업 통합평가 시행('09. 시행 결과)('10. 2.)
 - 제2회 보건사업대회 개최('10. 12.)
 - 제4기 지역보건의료계획 2010년 시행 결과 평가 시행('11. 2.)

- 제5기(2010년)
 - 제4차 지방자치단체 보건사업 통합평가 시행('10 시행 결과)('11. 2.)
 - 제5기 지역보건의료계획('11.~'14.) 수립 및 전국 시·도, 시·군·구 계획서 평가
 - 제5기 지역보건의료계획 2012년 시행 계획 수립 및 평가 시행('11. 2.)
 - 제3회 지방자치단체 보건사업 통합대회 개최('11. 12.)
 - 제5기 지역보건의료계획 2012년 시행 결과 제출 및 2013년 시행 계획 수립('12. 12.)
 - 제4회 지방자치단체 보건사업 통합대회 개최('12. 12.)
 - 제5회 지방자치단체 보건사업 통합대회 개최('13. 11.)
 - 제5기 지역보건의료계획 2013년 시행 결과 제출 및 시행 계획 수립('14. 2.)
- 제6기(2014년)
 - 제6기 지역보건의료계획('15.~'18.) 수립 및 전국 시·도, 시·군·구 계획서 평가
 - 제6회 지방자치단체 보건사업 통합대회 개최('14. 12.)
 - 제7회 지방자치단체 보건사업 통합대회 개최('15. 5.)
 - 제8회 지방자치단체 보건사업 통합대회 개최('16. 5.)
 - 제6기 지역보건의료계획('15.~'18.) 2015년 시행 결과 제출 및 2016년 시행 계획 수립('16. 2.)
 - 제6기 지역보건의료계획('15.~'18.) 2016년 시행 결과 제출 및 2017년 시행 계획 수립('17. 2.)
 - 제6기 지역보건의료계획('15.~'18.) 2017년 시행 결과 제출 및 2018년 시행 계획 수립('18. 2.)
- 제7기(2018년)
 - 제7기 지역보건의료계획('19.~'22.) 수립을 위한 중앙 정책 방향 수립('18. 3.)
 - 제7기 지역보건의료계획('19.~'22.) 평가매뉴얼 통보('18. 7.)
 - 제7기 지역보건의료계획('19.~'22.) 및 1차년도(2019년) 시행계획 평가('19. 3~5.)
 - 제7기 지역보건의료계획 수립 성과대회 개최('19. 6.)

3. 현황

가. 지역보건의료계획 및 시행 결과 수립 주기

「지역보건법 시행령」 제6조 및 제7조에 의거 지역보건의료계획 및 시행 결과에 대한 수립 주기는 다음과 같다.

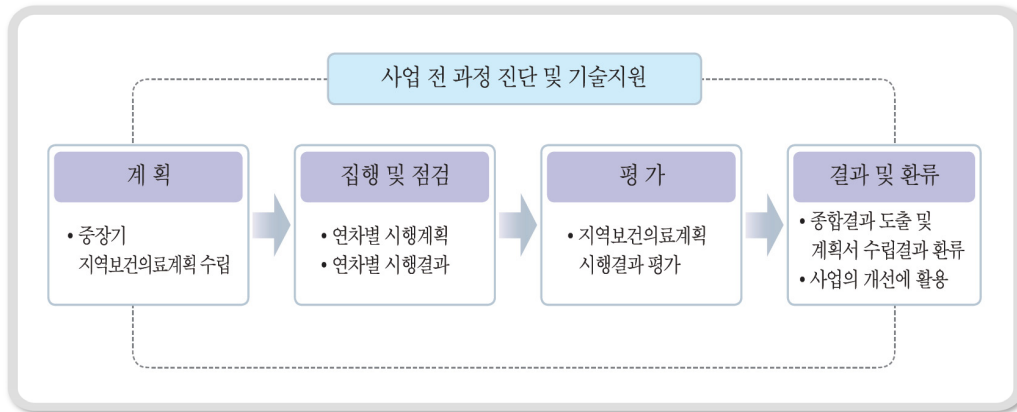
[표 2-6-38] 지역보건의료계획 및 시행 결과 수립 주기

수립 주체	수립 계획	주기	제출 시기	제출처
시·도	지역보건의료계획서 연차별 시행 계획 연차별 시행 결과	4년 1년 1년	계획 시행 연도 2월 말일까지 계획 시행 연도 2월 말일까지 매 시행 연도 다음해 2월 말일까지	보건복지부
시·군·구	지역보건의료계획 연차별 시행 계획 연차별 시행 결과	4년 1년 1년	계획 시행 연도 1월 31일까지 계획 시행 연도 1월 31일까지 매 시행 연도 다음해 1월 31일까지	시·도

나. 지역보건의료계획 시행 흐름도

지역보건의료계획의 시행 흐름도는 다음과 같다.

[그림 2-6-16] 지역보건의료계획 시행 흐름도



4. 지역보건의료계획 수립 방법과 내용

가. 수립 대상

지역보건의료계획 수립은 시·도 및 시·군·구를 대상으로 한다.

나. 수립 범위

지역보건의료계획의 수립 범위는 지역사회 전반에 대한 건강 환경, 자원을 모두 포함하며, 지난 4개년의 시행 결과를 토대로 향후 4년의 지역보건의료에 대한 종합 계획을 수립한다.

연차별 시행 결과 및 시행 계획의 수립 범위는 전년도 지역보건의료계획 시행 계획에 따른 시행 결과 및 당해 연도 사업 수행을 위한 세부 실행 계획 등이 포함되며, 중장기 지역보건의료계획과 시행 계획·시행 결과의 수립 시기 및 수립 절차를 비교하면 다음과 같다.

[표 2-6-39] 지역보건의료계획과 지역보건의료계획 시행 계획·시행 결과의 비교

구 분	지역보건의료계획	지역보건의료계획 시행 계획	지역보건의료계획 시행 결과
수립 주체	• 시·도 및 시·군·구		
수립 시기	• 4년마다	• 매년	• 매년
수립 절차	<ul style="list-style-type: none"> • 의회 보고 • 지역보건의료심의위원회 심의 • 지역주민의 의견 수렴 • 지역 내 보건의료실태와 지역주민의 보건의료의식 • 행동 양상 등 조사 및 자료 수집 	<ul style="list-style-type: none"> • 의회 보고 • 지역보건의료심의위원회 심의 	<ul style="list-style-type: none"> • 의회 보고 • 지역보건의료심의위원회 심의 • 지역보건의료계획의 연차별 시행 계획에 따른 시행
수립 내용	• 4년간의 중장기 총괄 계획	• 지역보건의료계획을 근거로 당해 연도 사업 수행을 위한 세부 실행 계획	• 지역보건의료계획의 연차별 시행 계획에 따른 시행 결과

다. 수립 내용

지역보건의료계획 내용은 비전 및 목표, 지역사회 현황 분석, 중점 과제 선정 및 계획, 개별 보건사업계획, 지역보건의료자원 확충 및 역량 강화 계획으로 일반적으로 널리 쓰이는 보건의료계획의 수립 내용 및 단계와 유사하다.

지역보건법 제7조는 지역보건의료계획에 보건의료 수요의 측정, 지역보건 의료서비스에 관한 장기·단기 공급 대책, 인력·조직·재정 등 보건의료자원의 조달 및 관리, 지역보건의료 서비스의 제공을 위한 전달 체계 구성 방안, 지역보건의료에 관련된 통계의 수집 및 정리에 관한 사항이 포함되도록 규정하고 있다.

2015년 11월 지역보건법령 개정을 통하여 같은 법 시행령 제4조에 따라 취약계층의 건강 관리 및 지역주민의 건강 상태 격차 해소를 위한 추진 계획을 지역보건의료계획에 포함하도록 하였다.

제6기 지역보건의료계획(15.~18.)부터는 지역사회 현황 분석 및 전 기수 계획에 대한 자체 평가를 통해 지난 성과와 개선점을 도출하여 차년도 계획에 반영할 수 있도록 설계하였으며, 지역사회 보건의료정책에 대한 총괄 관리 기능을 강화하기 위하여 다부문간 공조, 협력과 타 계획(국민건강증진종합계획, 사회보장기본계획 및 지역사회보장계획)과 연계되도록 하였다.

5. 향후 계획

지난 제5기까지는 지역보건의료계획이 보건소를 주축으로 하는 지역보건기관의 업무 범위 내의 보건사업에 국한되어 있었으며, 지역보건 전반을 아우르지 못하는 한계점이 있었다.

제6기 지역보건의료계획(15.~18.)에서는 지역사회 전체 건강정책의 총괄 관리(governance) 기능을 보건소가 수행하도록 하면서 전달 체계 구축 및 자원 재정비를 위한 역량을 강화하는 계기를 마련하였으며, 「지역보건법」 개정을 통해 이러한 보건소의 고유 기능을 법제화(15. 11. 시행)하였다.

제7기(19.~22.) 지역보건의료계획에서는 계획서의 위상과 실행력 강화를 위하여 평가체계 내실화, 계획서 간 수립내용 연계방안 등을 마련할 예정이다. 또한, 제7기 전반적인 성과와 계획 수립 과정별 개선점을 도출하여 제8기 지역보건의료계획(23.~26.)의 방향성을 제시하고자 한다.

지역보건의료계획은 지방자치단체가 해당 지역의 보건 및 건강문제를 스스로 인지하고, 그 해결방안을 지역 내 이해관계자와 함께 검토하여 수립하는 지방자치제도의 정신을 구현한 계획으로, 지역별 보건의료의 발전에 큰 기여를 하고 있다.

Ⅲ 지역보건의료기관 현대화 추진

1. 보건소 등 설치 기준

보건소는 우리나라 1차 공공보건의료기관으로 건강증진·질병예방, 진료에서 의·약 관리까지 지역의 보건의료를 총괄하는 기관이다. 보건소는 1956년 「보건소법」이 제정되면서 행정단위로 설치되기 시작하였고, 1995년에 「보건소법」이 「지역보건법」으로 전면개정되면서 보건소에서 수행해야 할 각종 업무에 대한 내용 등을 체계적으로 규정하고 있다.

1980년에는 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」이 제정되면서 의사가 없는 무의촌 지역에 보건진료소를 설치하여 보건진료전담공무원(24주의 직무교육을 받은 간호사)으로 하여금 경미한 의료 행위를 할 수 있도록 하였다.

보건소와 보건지소, 건강생활지원센터는 「지역보건법」, 보건진료소는 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」의 규정에 의하여 설치·운영되고 있다.

[표 2-6-40] 보건소 등 설치 기준

구 분	설치 근거	설치 기준
보건소	「지역보건법」 제10조 「동법시행령」 제8조	시·군·구별 1개소 (필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 설치)
보건지소	「지역보건법」 제13조 「동법시행령」 제10조	읍·면별 1개소 (필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 및 통합 설치·운영)
건강생활 지원센터	「지역보건법」 제14조 「동법시행령」 제11조	읍·면·동별 1개소 (보건소 설치 읍·면·동 제외)
보건진료소	「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조 「동법시행규칙」 제17조	동·리(里) 단위의 오·벽지에 설치

2019년 6월 말 현재 보건소는 256개소, 보건지소는 1,340개소, 건강생활지원센터는 64개소, 보건진료소는 1,904개소 등 총 3,564개소의 지역보건의료기관을 설치·운영하고 있다.

[표 2-6-41] 보건소 등 설치 현황

(19. 12. 기준, 단위: 개소)

시·도별	총계	보건소	보건지소	건강생활지원센터	보건진료소
총 계	3,564	256	1,340	64	1,904
서울특별시	50	25	25	0	0
부산광역시	34	16	10	3	5
대구광역시	29	8	10	3	8
인천광역시	69	10	27	7	25
광주광역시	23	5	2	6	10
대전광역시	19	5	6	0	8
울산광역시	25	5	8	1	11
세종특별자치시	19	1	10	1	7
경기도	343	46	123	13	161
강원도	254	18	100	7	129
충청북도	271	14	97	2	158
충청남도	406	16	151	5	234
전라북도	410	14	150	4	242
전라남도	569	22	214	6	327
경상북도	560	25	223	1	311
경상남도	417	20	173	3	221
제주특별자치도	66	6	11	2	47

2. 보건(지)소, 보건진료소 등 지역보건의료기관 현대화

UR 타결 이후 열악한 농어촌 지역의 보건의료서비스 개선을 위해 농어촌특별세를 신설하고 1994년부터 보건소 등 지역보건의료기관에 대하여 매년 기능 보강을 위한 예산 지원을 하고 있다. 당초 농어촌특별세 존치 기간은 1994년~2004년까지였으나, FTA 체결 등으로 2003년, 2013년 두 차례의 법률 개정을 통하여 2024년까지 연장되었다.

2019년에는 754개 보건기관에 보건기관 신·증축·개보수비, 의료장비, 차량 등으로 438억을 지원하였다. 지원 금액은 지방자치단체의 재정 자립도에 따라 다소 차이가 있으나, 평균 시설 개선 사업비의 2/3까지 지원하였다.

또한, 도시 지역 저소득층, 거동불편노인, 장애인 등 보건의료 취약계층의 접근성 제고 및 통합적 보건의료서비스 제공을 위하여 2007년부터 도시 보건지소 확충 사업을 실시하였다. 도시 보건지소에서는 건강생활실천 통합서비스 및 고혈압·당뇨 등 만성질환관리, 방문 건강 관리, 재활보건서비스를 핵심 사업으로 수행하도록 하고, 지역 특성에 따라 구강보건, 모자보건, 정신 보건서비스 등을 선택 사업으로 제공하도록 설계하였다.

2013년부터는 도시 보건지소 확충 대신, 지역주민, 지역사회 내 보건의료 관련 유관 기관과의 연계 협력을 통한 질병 예방 및 건강 생활 실천을 중점적으로 추진하는 「건강생활지원센터」 확충 사업을 추진하고 있다. 건강생활지원센터는 지역의 건강 문제를 발견 및 해결하는 지역사회 건강증진 거점기관으로 진료를 하지는 않고, 지역 민간의료 자원과 연계 협력하여, 지역주민 참여를 통해 지역사회에 필요한 건강증진사업을 발굴하여 수행한다. 지역사회 통합건강증진사업 중 금연, 절주, 영양, 신체 활동과 만성질환 예방·관리 분야를 위주로 하되, 지역사회 주민이 필요로 하는 특화형 건강증진서비스를 발굴·수행하도록 하여 지역주민의 만족도를 향상시키고 건강 수준을 개선하고 있다.

[표 2-6-42] 도시보건지소 및 건강생활지원센터 연도별 지원 현황(국고 지원 기준)

(단위 : 연, 개소, 백만 원)

구분	도시 보건지소						건강생활지원센터						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
기관 수	시설 6개소 장비 5개소	시설 11개소	시설 7개소 장비 2개소	시설 4개소 장비 10개소	시설 5개소 장비 5개소	시설 5개소 장비 6개소	시설 9개소 장비 12개소	시설 4개소 장비 5개소	시설 4개소 장비 6개소	시설 7개소 장비 5개소	시설 5개소 장비 3개소	시설 7개소 장비 10개소	시설 5개소 장비 4개소
금액	3,214	6,999	4,887	4,096	2,779	3,391	2,967	2,662	2,988	3,969	3,097	4,169	4,368

V 보건기관 정보화 추진

1. 그간의 추진 경과

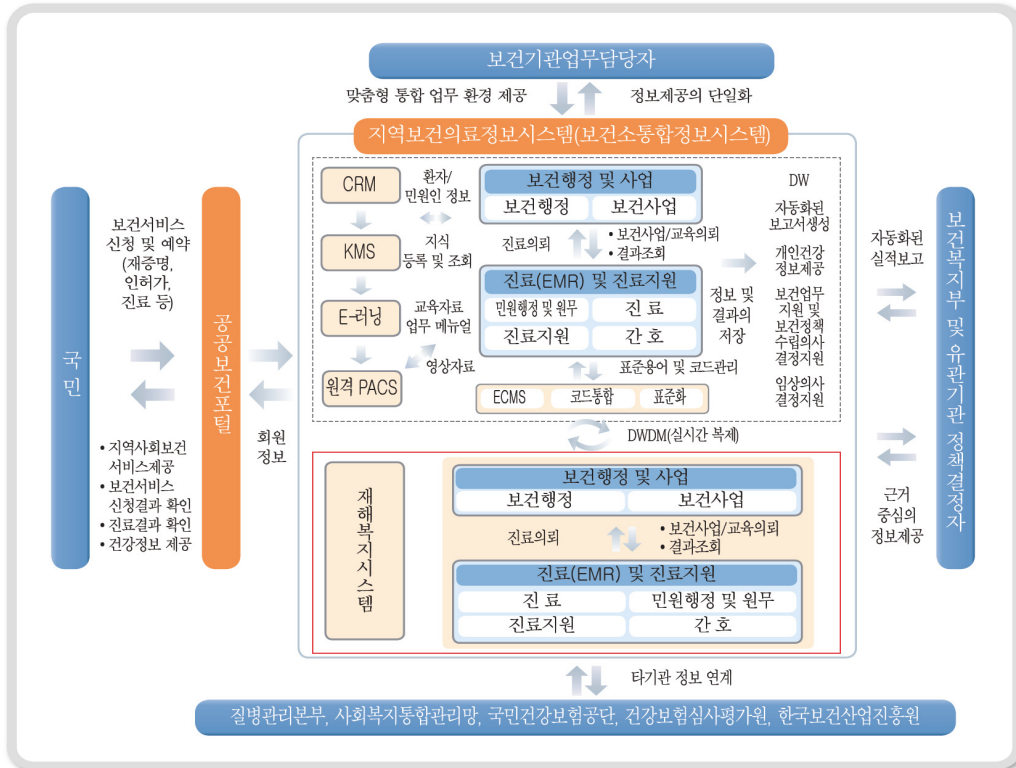
지역보건의료정보시스템은 보건소 등 지역보건의료기관의 업무처리를 전자적으로 지원하는 시스템으로, 전자의무기록(EMR) 및 진료관련 업무(청구, 검사 등), 21개 분야 보건사업 및 보건행정 기능을 제공하고 있다. 기존의 개별적 비표준 형태로 운영 중이던 시스템을 효율적인 보건행정업무 처리를 위해 2007년 전국 단위로 통합 구축하여 현재 보건소, 보건지소, 건강생활지원센터, 보건진료소 등 전국 지역보건의료기관에서 사용 중이다.

2005년 9월 공공의료확충 5개년 계획의 일환으로 ‘지역보건의료 분야 정보화 전략 계획(ISP)’을 수립하고 “보건의료 정보화사업 추진단”을 구성(05. 12.~10. 1.)하여 사업 추진 체계를 마련하였다. 1단계 보건소 정보화사업(06. 9.~07. 8.)으로 보건행정·보건사업, 진료 EMR*·진료지원, 공공보건포털 구축, 정보지식화(KBR)** 업무 등 4개 분야에 대한 응용프로그램을 개발하였다. 2단계 보건소 정보화사업(07. 10.~08. 12.)은 전국 보건기관에 이용·확산을 위한 고도화와 지식관리시스템(KMS)***, 고객관계관리(CRM)**** 등을 추가 개발하였다. 3단계 보건소 정보화사업(08. 11.~09. 5.)으로 장애 및 재해복구시스템을 구축하였다.

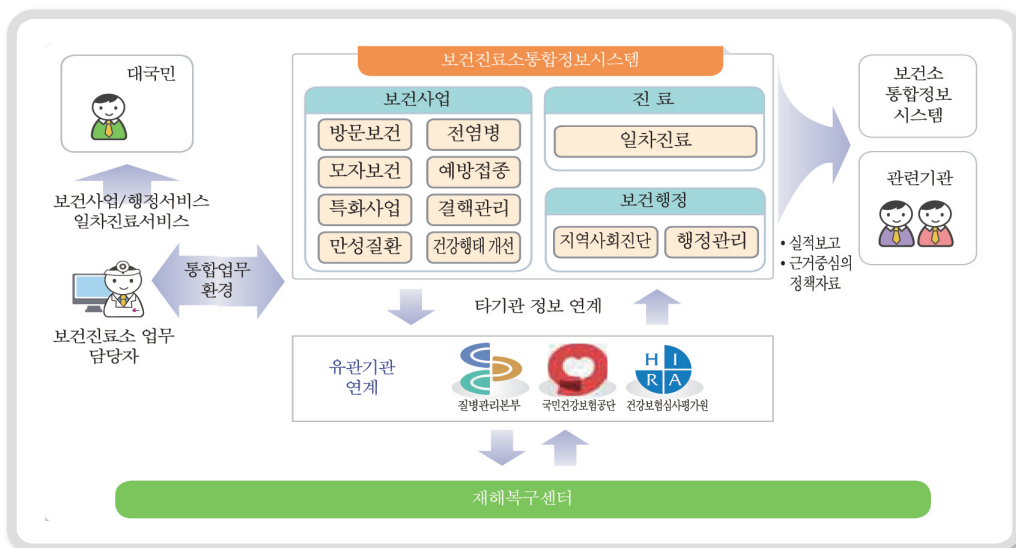
* EMR : 전자의무기록(Electronic Health Record)
 ** KBR : 지식기반저장소(Knowledge Based Repository)
 *** KMS : 지식관리시스템(Knowledge Management System)
 **** CRM : 고객관계관리(Customer Relationship Management)

2010년도에는 정보시스템 전산자원 유지보수 및 사용자지원체계(UHD)를 구축하여 시스템의 안정적 운영을 위한 지원 체계를 마련하였으며, 2011년도에 전국 253개소의 보건소에 통합 정보시스템의 확산을 완료하여 사업 실적 및 정책 통계의 적시 생산, 시스템 운영의 비용효과성 제고 등이 가능한 체계를 갖추게 되었다. 아울러, 인터넷을 통한 제증명 발급 종수를 확대(5종 → 8종)하여 대민서비스를 보다 효율적으로 제공할 수 있는 체계를 마련하였다. 2012년도에는 고객관계관리(CRM)시스템 기능 개선과 정보 시스템 운영 안정성 제고를 위해 전산자원 보강 및 개인정보 보호 강화를 추진하였으며, 2013년도에는 지역사회 통합건강증진사업 실시에 따라 지자체 여건과 수요에 맞는 보건사업을 설계하여 수요자 중심으로 통합 제공할 수 있는 여건을 마련하는 등 매년 사업 지침개정에 따른 정보시스템 기능개선 및 신규 관리기능 구축 등을 통해 이용자의 편의성을 높였다.

[그림 2-6-17] 보건소통합정보시스템 개념도



[그림 2-6-18] 보건진료소통합표준정보시스템 개념도



2. 2019년 추진 현황 및 향후 계획

지역보건의료정보시스템은 매년 사용자 수요 및 정책환경 변화 등을 반영한 정보시스템 기능 개발, 전산장비 교체를 통해 지역보건의료기관의 효율적인 업무수행을 지원하고 있다.

2019년도에는 모자보건사업 등 보건사업 지침 변경사항을 반영하고, 개인정보 보호를 위한 시스템 개선 및 공공보건포털-정부24 웹사이트 간 보건제증명 발급기능 연계 등을 추진하였다.

2020년도에는 지역보건의료정보시스템 전면 재구축을 3개년 간 추진할 예정이다. 기존 보건사업 유형, 기관별 분절된 정보관리 체계를 서비스 대상자 중심으로 통합하여 건강증진서비스 효과성을 제고할 계획이다.

V 공중보건의사 제도 운영

1. 공중보건의사제도

가. 개요

공중보건의사제도는 농어촌 등 보건의료 취약 지역의 주민 등에게 보건의료를 제공하기 위해 1978년 12월 「국민보건의료를 위한 특별조치법」의 제정으로 시행되었다. 공중보건의사란 「병역법」에 따라 공중보건의사로 편입된 의사, 치과의사, 한의사로 보건복지부장관의 공중보건업무 종사 명령을 받은 경우 임기제 공무원으로 채용된 것으로 간주되며, 3년간 의무복무기간을 마칠 경우 사회복지무요원으로 복무한 것으로 본다.

나. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 연혁

공중보건의사제도를 최초 규정한 「국민보건의료를 위한 특별조치법」은 1980년 12월 「농어촌 보건의료를 위한 특별조치법」으로 흡수·통합되었고, 1991년 12월 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」으로 제명을 변경하였고, 근무 의욕 고취를 위해 전문직 공무원으로 규정하였다.

2002년 12월 공중보건의사의 신분을 계약직 공무원으로 하고, 국가공무원으로서의 결격 사유가 있는 자는 공중보건의사로 복무할 수 없도록 하였다. 또한, 보건소, 국가·지방자치단체가 설립·운영하는 병원, 공공보건의료 연구 기관, 공중보건사업의 위탁 사업을 수행하는 기관 등에 공중보건의사를 배치할 수 있도록 하여 현재와 같은 배치 기준이 마련되었다. 전염병 발생, 재해 발생 등의 사유로 의료 인력이 긴급히 필요한 경우에는 다른 지역·기관 또는 시설에 공중보건의사를 파견·근무할 수 있도록 하였다.

또한, 공중보건의사의 직장이탈 금지의무를 명시하는 한편, 근무지역 거주의무를 폐지하였으며, 공중보건의사의 효율적 활용을 위해 공중보건의사 배치 적정성을 평가하고 평가 결과를 익년도 배치에 반영할 수 있도록 개정하였다.

2007년 4월 공중보건의사의 근무지역 이탈금지명령을 할 수 있는 사유를 야간 또는 공휴일 등에 진료를 하는 의료기관이 없는 오·벽지, 도서, 접경 지역 등에 거주하는 주민들의 건강 보호를 위하여 필요한 경우 등으로 구체화하였다.

2013년 12월 「국가공무원법」의 개정·시행으로 계약직 공무원이 임기제 공무원으로 용어가 변경되면서 공중보건의사의 신분이 임기제 공무원으로 변경되었다.

다. 공중보건의사의 의무와 복무 관리

1) 공중보건의사의 의무

공중보건의사는 의무복무기간 동안 공중보건업무에 성실히 종사하여야 하며 공중보건업무 외에 종사할 수 없다. 또한, 응급환자진료, 관할 구역 안에 의료기관이 없어 야간 또는 공휴일에 진료를 하는 의료기관이 없는 도서·벽지의 주민 건강 보호, 감염병 및 재해 등에 따른 대량 환자 발생 등에 준하는 사유가 발생하여 근무지역 이탈금지명령을 받은 경우 근무지역을 무단이탈 할 수 없으며, 해당 근무기관장의 허가 없이 근무시간 중에 그 직장을 이탈하여서는 안 된다.

공중보건의사가 업무 외 종사하거나, 복무기간 중 7일 이내의 기간 동안 직장이탈 등을 하는 경우 발생 일수의 5배의 기간을 연장근무처분 받으며, 통상 8일 이상 근무지역을 이탈한 때에는 공중보건의사의 신분을 박탈한다.

2) 공중보건역사의 복무 관리

시장·군수·구청장 또는 배치 기관의 장이 관할 지역 또는 당해 기관에 근무하는 공중보건역사의 복무에 관하여 지도·감독하고 있으며, 복무 관리에 관한 구체적인 사항을 「공중보건역사제도 운영 지침」에서 정하고 있다.

라. 공중보건역사의 배치

1979년 144명을 시작으로 신규 공중보건역사가 매년 4월 중 배출되고 있으며, 연도별 신규 배출 현황은 |표 2-6-43|과 같다. 의대생 정원 인력 확대 및 한의과 공중보건역사의 본격적인 배치로 2002년 이후 신규 공중보건역사는 1,600명 이상 되다가 치·의학 전문대학원 도입(05.) 등으로 2009년부터 매년 감소하고 있다. 2019년에는 총 1,208명의 신규 공중보건역사가 편입되었다. 2019년 12월 현재 공중보건역사 배치 현황은 |표 2-6-44|와 같으며, 3,540명의 공중 보건역사 중 3,090명(87.3%)이 시·군 보건소 또는 읍·면의 보건지소에 배치되어 근무하고 있다.

|표 2-6-43| 공중보건역사 연도별·종별 신규 배출 현황

(연도 말 기준, 단위: 명)

연도	합계	의사			치과의사	한의사
		소계	일반의	전문의·인턴		
2001	1,340	957	149	808	345	38
2002	1,688	1,090	269	821	324	274
2003	1,663	944	208	736	332	387
2004	1,848	1,159	399	760	386	303
2005	1,712	1,008	324	684	411	293
2006	1,513	965	305	660	296	252
2007	1,613	1,003	367	636	292	318
2008	1,962	1,278	598	680	340	344
2009	1,740	1,137	456	681	222	381
2010	1,500	966	308	658	204	330
2011	1,318	809	286	523	189	320
2012	1,241	761	349	412	177	303

연도	합계	의사			치과의사	한 의사
		소계	일반의	전문의 · 인턴		
2013	1,336	851	248	603	122	363
2014	1,242	785	280	505	116	341
2015	1,071	622	257	365	124	325
2016	1,193	694	285	409	155	344
2017	1,366	814	476	338	169	383
2018	1,006	512	385	127	156	338
2019	1,208	664	276	388	188	356

[표 2-6-44] 공중보건 의사 기관종별 배치 현황

(연도 말 기준, 단위 : 명)

구분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
총계	3,876	3,793	3,626	3,488	3,612	3,537	3,540
보건(지)소	3,215 (82.9%)	3,159 (83.3%)	3,048 (84.1%)	3,002 (86.1%)	3,128 (86.6%)	3,099 (87.6%)	3,090 (87.3%)
국공립병원	273	270	262	227	230	200	202
병원선 · 이동진료반	29	26	29	28	28	28	28
국가보건기관	95	87	63	59	53	42	41
교정시설 등	69	65	57	52	50	55	73
보건단체 · 복지시설	31	20	13	5	5	5	5
응급의료지정병원 등	164	166	138	115	118	108	101

제5절 감염성질환 등 관리

I 개요

1980년대 이후 국가 경제의 발전과 더불어 생활 수준과 위생 수준이 향상되면서 급성 감염병의 발생은 급격히 감소하였으나, 1990년대 이후 전 세계적인 토지개발, 인구증가 및 이동, 기술과 산업발전 등 거시적 환경변화로 인해 기존에 유행하지 않던 새로운 감염병이 유입 및 발생·유행하거나, 통제되고 있던 감염병이 재발생하여 우리의 건강을 위협하고 있다. 특히, 2015년 메르스의 국내 유행은 감염병이 국가에 위기 상황을 초래할 수 있음을 보여주었다. 이에 따라 우리 정부는 국가방역체계를 개편하여 환경변화에 대한 대비책을 마련하였으며, 감염병 유행 시 즉각 대응할 수 있도록 대응체계 및 조직역량을 지속적으로 강화시키고 있다.

[표 2-6-45] 감염성질환 출현 및 재출현 요인

요 인	특정 요인의 예	질병의 예
생태학적 변화 (경제적 발전 토지 사용에 의한 것들을 포함)	농업, 댐·물 등 생태계, 남벌(濫伐), 재조림, 홍수·가뭄·지진, 기근 기후 변화	주혈흡충증(땀), 리프트 계곡 열(땀, 관개), 아르헨티나 출혈성열(농업), 한탄(한국형 출혈성열)(농업), 아이티 콜레라(지진)
인구 통계, 행동	인구 성장과 이주(전원 지역에서 도심 으로 이동), 전쟁 혹은 문명 충돌, 도시의 쇠퇴, 성적 행동, 약물 중독, 발달된 시설의 사용	HIV의 발생, 뎅기열의 확산, HIV와 다른 성 전파성 질병의 확산
국제적인 여행과 교역	사람과 물품의 전 세계적인 이동, 비행기를 통한 여행	‘공황’ 말라리아, 모기 벡터의 파종, 쥐 매개 한타바이러스, 남미에서의 콜레라 발생, O139 비브리오 콜레라의 파종, 에볼라, 메르스
기술과 산업	식품 보급의 국제화, 식품 제조 과정과 포장의 변화, 기관이나 조직의 이식, 약물로 인한 면역 억제, 널리 보급된 항생제 사용	용혈요독증후군(대장균으로 인한 햄버거 고기의 오염), 광우병, 수혈 관련 간염(B, C형 간염), 면역 억제환자의 기회 감염, 인간 성장호르몬 배치의 오염에 의한 크로이츠펠트 야콥병(의학기술)
미생물의 적응과 변화	미생물의 진화와 환경에 있어서의 선택적 반응	항생제내성균, 인플루엔자 바이러스의 ‘항원소변이’
공중보건의 쇠퇴	예방 프로그램의 축소, 부적절한 공중위생과 벡터 억제 방안	미국의 결핵 재발생, 아프리카 난민촌의 콜레라, 소비에트 연방에서의 디프테리아의 재발생

※ 출처 : Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis. 1995. 1. 7.~15.

✎ 집필자 | 질병관리본부 감염병총괄과장 이동한, 위기대응생물테러총괄과장 박혜경, 인수공통감염병관리과장 김미영

1. 주요 감염병별 추진 실적 및 방향

가. 수인성·식품매개 감염병 관리

콜레라는 2016년 3건을 제외하고는 최근 국내 발생은 없었고, 장티푸스, 세균성이질은 국외 유입 사례 감소로 전년대비 각각 55.9%, 20.9% 감소하였다. 반면, A형간염이 오염된 조개젓 섭취로 인하여 전년대비 7배 이상 증가하였다. 이처럼 학교, 직장 등의 단체급식 증가, 외식산업 발달, 해외여행 증가에 따라 수인성·식품매개 감염병 발생 건수 및 발생 규모가 증가하고, 연중 발생하는 경향이 나타난다.

이에, 전국 보건기관 간에 연중 비상체계 확립을 위한 온라인 일일보고제도를 도입하여 상시 감시 체계로 전환하고, 지역사회 내 실정에 맞는 질병 정보 모니터링을 구성·운영하는 등 감염병 감시 체계를 강화하였다. 그리고 수인성·식품매개 감염병이 빈발하는 하절기에는 비상근무 체계로 전환하여 더욱 철저하게 감시·관리하고 있다. 또한, ‘입국자 추적 및 대량환자관리 시스템’을 통해 입국자 잠복기 동안 감염병 발병 여부를 감시하여, 해외유입감염병으로 인한 지역사회의 피해를 최소화하는데 일조하였다.

또한, 재해 발생 시 신속하고 효율적인 감염병 예방관리업무 수행을 위하여 손소독제, 살충제 등 중앙방역비축약품을 상시 비축하여 신속하게 보급하고 있다. 아울러, 아동극 공연, 체험행사 개최 등을 통하여 감염병 예방에 가장 기본적이고 중요한 손 씻기 운동을 범국민적으로 활성화하고 지속적인 홍보 및 교육을 통해 각종 감염병을 예방하고 전파를 최소화하고자 노력하고 있다.

나. 신종감염병 관리

2015년 사회·경제적으로 큰 영향을 미친 메르스 사태 이후 2019년에도 국내외 신종감염병 유입 위협은 지속되고 있다. 국내 메르스 유행 종식 후에도 사우디 등 중동지역에서 간헐적, 산발적 발생 및 유행이 지속되고 있으며 아프리카를 중심으로 에볼라, 라싸열 등 바이러스성출혈열, 마다가스카르에서 페스트, 중국에서 동물인플루엔자 인체감염증 발생 등 국외 감염병의 국내유입 위험이 상존하고 있다.

메르스 이후 신종감염병 대응을 위한 국가방역체계 개편에 따라 지난 2016년 1월 질병관리 본부에 감염병 위기 대비 및 대응을 총괄하는 긴급상황센터를 신설하고 24시간 상시 정보를 수집·분석하여 위기 상황을 조기에 인지하고, 감염병 위기 시 신속 대응을 통해 방역 현장을 종합적으로 총괄 지휘·통제하도록 하였다. 또한, 신속한 초동 대처를 위해 중앙역학조사관 인력을 확대하였고 교육과정 개편 및 관련 규정 제정 등 체계 정비를 통해 전문인력을 양성하는 한편, 시·도 및 유관기관 담당자들을 대상으로 신종감염병 위기대응 합동교육 및 훈련을 확대하고 있다. 그리고 국가 지정 입원치료병상 확충, 권역 감염병 전문병원 도입으로 신종감염병 대유행 대비 인프라를 확충중이며, 항바이러스제 및 개인보호구 등 필수 국가비축물자를 안정적으로 확보·유지하고 있다. 아울러, 국내외 유행 감염병 발생 정보 및 유의 사항 등을 다양한 형태로 가공하여 의료계 및 관련 부처 등과 지속적으로 공유하고 있다.

다. 인수공통감염병 관리

인수공통감염병은 ‘동물과 사람 간에 상호 전파되는 병원체에 의하여 발생하는 감염병’을 말한다. 전체 감염병의 60% 이상이 인수공통감염병이고, 20세기 이후 발생한 신종 감염병의 75% 이상이 야생동물로부터 유래되어 근본적 관리를 위해 사람-동물-환경 분야의 통합적 접근 및 관계 기관과의 유기적 협력이 필요한 감염병이다. 우리나라는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」(보건복지부장관 고시)에 따라 10종*을 인수공통감염병으로 지정하여 관리하고 있다.

* 인수공통감염병(10종): 장출혈성대장균감염증, 일본뇌염, 브루셀라증, 탄저, 공수병, 동물인플루엔자 인체감염증, 중증급성호흡기증후군(SARS), 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD), 큐열, 결핵

2019년에는 인수공통감염병 10종 중, 장출혈성대장균 감염증, 일본뇌염 환자 수는 증가하였다. 결핵 중 인수공통감염병으로 분류되는 우결핵과 탄저, 중증급성호흡기증후군(SARS), 동물인플루엔자 인체감염증, 공수병은 환자가 발생하지 않았고, 크로이츠펠트-야콥병은 신고 건 대부분 산발성 또는 유전성으로 확인되었으며, 변종 크로이츠펠트-야콥병 환자는 발생하지 않았다. 브루셀라증은 2014년 이후 10명 이내로 보고되고 있으며, 2019년에는 1명 발생하였다. 큐열의 경우 2017년 96명, 2018년은 163명 발생하였고, 2019년은 162건 발생하여 전년 대비 0.6% 감소하였다(표 2-6-46| 참고).

II 감염병 감시

1. 감염병 감시사업 추진 실적

감염병 감시는 감염병 발생과 관련된 자료 및 매개체에 대한 자료를 체계적이고 지속적으로 수집·분석 및 해석하고, 그 결과를 제때에 필요한 사람에게 배포하여 감염병 예방 및 관리에 사용하도록 하는 일체의 과정이다. 우리나라 법정감염병은 6개군 80종으로 분류(세분류 120종) 되었으며, 법정감염병의 발생 자료는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 의거하여 감염병 환자를 진단한 의료인(의사, 한의사 등)이 보건기관에 신고한 자료를 기초로 하고 있다.

법정감염병 감시 방법은 모든 의료기관에 신고 의무가 있는 법정감염병 전수감시(Mandatory Surveillance), 발생 규모가 크거나 신속한 유행 감지가 필요한 질환을 모니터링하기 위해 표본기관을 대상으로 하는 표본감시(Sentinel Surveillance), 비법정감염병의 유행 예측 및 관리를 위한 보완적 감시 체계인 보완감시(Complementary Sentinel Surveillance)로 구분한다.

신고·보고된 법정감염병 자료는 감염병포털(<http://cdc.go.kr/npt>)을 통해 실시간으로 국민에게 제공하고 있다. 또한, 매주 “주간 건강과 질병(PHWR)”을 통해 감염병 발생현황 자료를 포함한 주요 감염병 정보를 관련 기관 및 단체에 배포하고 있다. 매년 6월 말에는 신고된 법정감염병 발생 현황을 분석·정리한 결과를 보도자료로 통해 발표하고, 감염병 감시연보를 발간하여 감염병 발생 추이와 통계 의미를 분석하여 제공하고 있다.

가. 법정감염병 전수감시

1) 2019년 추진 실적

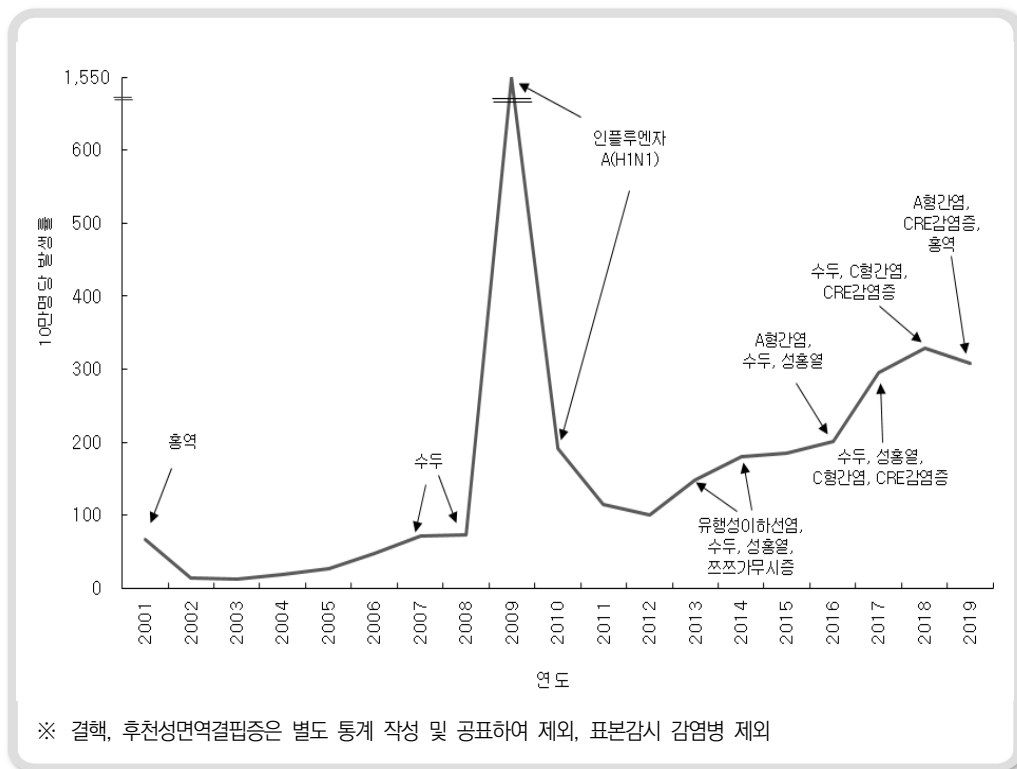
2019년에는 「감염병의 진단기준」 고시를 개정(2019.4.30.)하여 제2군감염병 중 풍진을 선천성 풍진 및 후천성 풍진으로 구분하여 신고하도록 하였고 제3군감염병 중 말라리아, 쯤쯤가무시증, 브루셀라증, 신증후군출혈열, 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증의 신고범위 변경에 따라 진단기준을 추가·보완하였으며, 임상증상 및 진단을 위한 검사기준 등을 정비 하였다. 또한, 법정감염병의 연간 발생현황뿐만 아니라 말라리아, 쯤쯤가무시증 등 계절적 주요 발생을 모니터링하고 그 분석 결과를 지자체로 환류하여 활용하도록 하였다.

2) 현황

2019년도 신고된 법정감염병 환자*는 총 159,496명이었고, 인구 10만 명당 발생률은 308명으로 2018년 170,499명(인구 10만 명당 329명)에 비하여 신고가 6.5% 감소하였다. 지난해 보다 증가한 주요 감염병은 제1군감염병 중 파라티푸스, 장출혈성대장균감염증, A형간염, 제2군감염병 중 홍역, 일본뇌염, 제3군감염병 중 레지오넬라증, 렙토스피라증, 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증, 제4군감염병 중 뎅기열, 유비저, 치쿤구니아열이고, 감소한 주요 감염병은 제1군감염병 중 콜레라, 장티푸스, 세균성이질, 제2군감염병 중 백일해, 유행성이하선염, 수두, b형헤모필루스인플루엔자, 폐렴구균, 제3군감염병 중 말라리아, 성홍열, 쯤쯤가무시증, 신증후군출혈열, 제4군감염병 중 중증열성혈소판감소증후군 등이다.

* 결핵, 후천성면역결핍증은 별도 통계 작성 및 공표하여 제외, 표본감시 감염병 제외

[그림 2-6-19] 연도별 급성 감염병 발생 현황(2001년~2019년)



[표 2-6-46] 법정감염병 환자 발생 신고 현황(1970년~2019년)

연도	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
10만 명당 발생률	94.9	21.5	14.6	93.9	27.7	192.4	114.6	101.3	148.4	181.0	185.7	201.5	295.5	329.1	307.7

주: 법률에 명시된 80종 감염병 중 결핵, 후천성면역결핍증과 표본감시 감염병 제외

감염병 군별로 보면, 제1군 감염병은 장티푸스, 세균성이질은 감소하였으나 A형간염은 오염된 조개껍질 섭취로 인하여 전년대비 7배 이상 증가하였다. 제2군 감염병 중 풍진, 일본뇌염은 전년대비 증가하였고, 홍역은 전 세계적 홍역 유행에 따라 국외유입사례 및 연관 사례 증가로 인해 전년대비 증가하였다. 제3군 감염병 중 말라리아는 적극적인 퇴치사업의 노력으로 2012년 이후 퇴치 전 단계 상태를 유지하고 있으며, 2019년에는 전년대비 소폭 감소하였다. 성홍열은 2013년 의사환자가 신고대상에 포함된 이후 지속적으로 신고가 증가하였으나, 2019년에는 전년대비 감소하였고, 레지오넬라증은 진단 증가에 따른 환자 발견 및 신고가 증가하였다. 쯔쯔가무시증은 2019년에 신고범위가 변경(의사환자 중 의심환자 제외)되어 전년대비 39.9% 감소하였고, 2017년 전수감시체제로 전환된 C형간염은 감소하였고 카바페넴내성장내세균속 균종(CRE) 감염증은 전수감시체제에 대한 인식 향상, 보건의료이용 증가, 선제적 대응을 위한 감시 강화 등에 따라 지속적으로 증가하였다. 제4군 감염병 중 중증열성혈소판감소증후군(SFTS)은 2013년 첫 환자가 확인된 이후 지속적으로 증가하였으나, 2019년에는 전년대비 소폭 감소하였다. 뎅기열은 전년대비 증가하였고, 모두 국외 유입 사례로 주로 동남아시아(필리핀, 베트남, 태국 등) 여행객에서 신고되었다.

국외 유입 감염병은 2010년 이후 매년 400~600명 내외로 신고되고 있었으나, 2019년에 755명이 신고되어 전년대비 26.5% 증가하였다. 2019년에 신고된 주요 국외유입 감염병은 뎅기열(36%, 273명), 세균성이질(14%), 홍역(11%), 말라리아(10%), 장티푸스(6%) 등 순이었고, 주요 유입지역은 아시아 지역(필리핀, 베트남, 태국, 인도, 라오스, 캄보디아 등)이 전체의 약 86%를 차지하였고, 그 다음 높은 지역은 아프리카 지역(우간다, 나이지리아 등)이 약 9%를 차지하였다.

[표 2-6-47] 최근 10년간 법정감염병 환자 발생 신고 현황(2010년~2019년)

(단위 : 건)

질병명	신고 수(No. of notifications)									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
콜레라	8	3	0	3	0	0	4	5	2	1
장티푸스	133	148	129	156	251	121	121	128	213	94
파라티푸스	55	56	58	54	37	44	56	73	47	55
세균성이질	228	171	90	294	110	88	113	112	191	151
장출혈성대장균감염증	56	71	58	61	111	71	104	138	121	146
A형간염	-	5,521	1,197	867	1,307	1,804	4,679	4,419	2,437	17,598
백일해	27	97	230	36	88	205	129	318	980	496
파상풍	14	19	17	22	23	22	24	34	31	31
홍역	114	42	3	107	442	7	18	7	15	194
유행성이하선염	6,094	6,137	7,492	17,024	25,286	23,448	17,057	16,924	19,237	15,967
풍진	43	53	28	18	11	11	11	7	0	8
B형 간염	-	1,428	2,753	3,387	4,115	3,666	359	391	392	389
일본뇌염	26	3	20	14	26	40	28	9	17	34
수두	24,400	36,249	27,763	37,361	44,450	46,330	54,060	80,092	96,467	82,868
b형헤모필루스 인플루엔자	-	-	-	0	0	0	0	3	2	0
페렴구균	-	-	-	-	36	228	441	523	670	526
말라리아	1,772	826	542	445	638	699	673	515	576	559
성홍열	106	406	968	3,678	5,809	7,002	11,911	22,838	15,777	7,562
수막구균성수막염	12	7	4	6	5	6	6	17	14	16
레지오넬라증	30	28	25	21	30	45	128	198	305	501
비브리오패혈증	73	51	64	56	61	37	56	46	47	42
발진열	54	23	41	19	9	15	18	18	16	14
쯔쯔가무시증	5,671	5,151	8,604	10,365	8,130	9,513	11,105	10,528	6,668	4,005
렘토스피라증	66	49	28	50	58	104	117	103	118	138
브루셀라증	31	19	17	16	8	5	4	6	5	1
신증후군출혈열	473	370	364	527	344	384	575	531	433	399
매독 (1기,2기,선천성)	-	965	787	798	1,015	1,006	1,569	2,148	2,280	1,753
크로이츠펔트- 야콥병(CJD)	-	29	45	34	65	33	43	38	54	53

질병명	신고 수(No. of notifications)									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
한센병	6	7	5	7	6	2	4	3	6	4
C형간염	-	-	-	-	-	-	-	6,396	10,811	9,810
반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증	-	-	-	-	-	-	-	0	0	3
카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증	-	-	-	-	-	-	-	5,717	11,954	15,369
뎅기열	125	72	149	252	165	255	313	171	159	273
보툴리눔독소증	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
큐열	13	8	10	11	8	27	81	96	163	162
신종감염병증후군	56,850	0	0	0	0	0	0	0	0	0
웨스트나일열	-	0	1	0	0	0	0	0	0	0
라임병	-	2	3	11	13	9	27	31	23	23
유비저	-	1	0	2	2	4	4	2	2	8
치쿤구니야열	-	0	0	2	1	2	10	5	3	16
중증열성혈소판감소증후군(SFTS)	-	-	-	36	55	79	165	272	259	223
중동호흡기증후군(MERS)	-	-	-	-	-	185	0	0	1	0
지카바이러스감염증	-	-	-	-	-	-	16	11	3	3

- 주 : 1) 결핵, 후천성면역결핍증과 표본감시대상 감염병에 대한 신고 자료는 제외
 2) 각 질병별로 규정된 신고 범위(환자, 의사환자, 병원체보유자)의 모든 신고 건을 포함
 3) 환자발생 보고가 없는 감염병(디프테리아, 폴리오, 발진티푸스, 탄저, 공수병, 페스트, 황열, 바이러스성출혈열, 두창, 중증급성호흡기증후군(SARS), 동물인플루엔자인체감염증, 신종인플루엔자, 야토병, 진드기매개뇌염) 제외
 4) 제2군 B형간염은 감염병의 진단기준 고시 개정(2016.1.7.)에 따라 급성B형간염에 한해 신고토록 변경됨
 5) 제3군 C형간염, 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 개정(2017. 6. 3.)에 따라 2017년 6월 3일자로 기존 표본감시체계에서 전수감시체계로 전환하여 운영
 6) 제4군 신종감염병증후군 2009, 2010년도 자료는 인플루엔자 A(H1N1)pdm09임(2010년 9월 30일 기준, 2010.10월 이후로는 인플루엔자 A(H1N1)pdm09를 계절인플루엔자에 준하여 관리)
 7) 제3군 반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증은 감염병의 진단기준 고시 개정(2019.4.30.)에 따라 반코마이신중등도내성 황색포도알균(VISA) 감염증(3건)을 포함함
 8) 0 : 환자 발생이 없는 경우, - : 신고·보고 대상이 아닌 경우

나. 법정감염병 표본감시

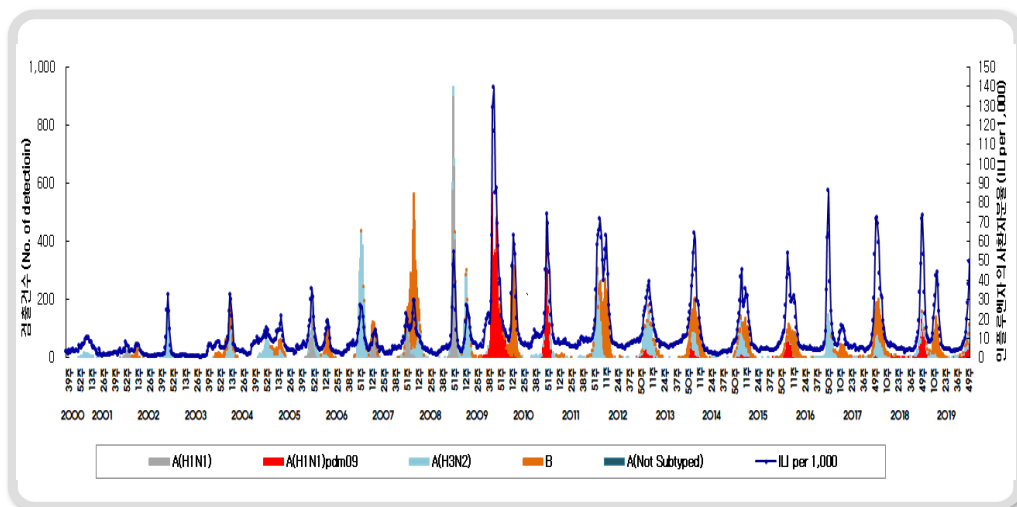
1) 2019년 추진 실적

2019년도에는 장관감염증, 급성호흡기감염증, 엔테로바이러스감염증의 표본감시기관을 200병상이상 의료기관 200개 이상으로 유지하여 운영하였으며, 해당 감염병의 연령별 발생 현황을 파악하였다.

2) 현황

2019년 인플루엔자 표본감시 결과는 2018-2019년 절기의 유행이 2018년 11월부터 2019년 6월까지 32주간 유행이 있었고, 2019-2020절기의 유행이 11월 15일에 시작되었다. 2018년 11월 45주차(11.4.~11.10.)에 의사환자 수가 7.8명(외래환자 1,000명당)으로 유행기준(2018-2019절기 유행기준 6.3명)을 초과하였고, 52주(12.23.~12.29.)에 73.3명으로 정점을 보인 후 2019년 16주(4.14.~4.20.)에 두 번째 정점에 도달 후 지속적으로 감소하여 2019년 6월 21일에 유행이 종료되었다. 인플루엔자 유행양상은 2016-2017절기부터는 12월 초 유행 기준을 넘어 빠르게 상승하여 12월말에 최고점에 이른 후 4~5월까지 유행하는 양상을 보였으나, 2018-2019절기에는 11월 중순에 유행 기준을 넘어 12월말에 최고점에 이른 후 감소하다 4~5월에 재유행하는 봄철 유행을 보였다. 2019년 인플루엔자 바이러스는 총 1,702건이 검출되었으며, 아형별로는 B형 688건, A(H1N1)pdm09형 623건, A(H3N2)형 391건 순으로 검출되었다.

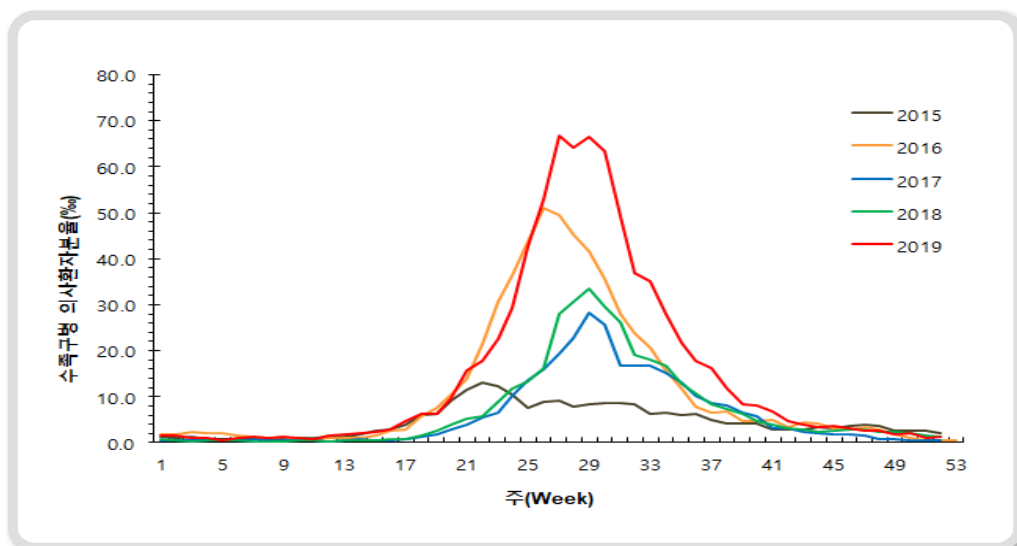
[그림 2-6-20] 인플루엔자 의사환자 발생분율(2000년~2019년)



기생충감염병은 2019년에 간흡충증(1,042건), 장흡충증(460건), 요충증(253건), 편충증(201건), 회충증(6건), 폐흡충증(1건) 순으로 신고되었다.

수족구병은 2019년도 제27주(7.14.~7.20.)에 수족구병의사환자가 66.7명(외래환자 1,000명당)으로 최고점을 보였으며 2018년 제29주(7.15.~7.21.)의 33.5명(외래환자 1,000명당)에 비해 유행정점이 2배가량 증가하였다.

[그림 2-6-21] 수족구병 의사환자 발생분율(2015년~2019년)



성매개감염병은 법 개정으로 표본감시기관 지정기준은 인구 10만 명당 1개소의 보건소 및 의원급, 병원급으로 변경되었고, 2020년 기준으로 593개(민간의료기관 341개, 보건소 252개)가 지정되었다. 성매개감염병은 2011년 7,422건이 신고되었고, 2019년 32,041건으로 약 4.3배 신고가 증가하였다. 임질은 2011년 1,816건 대비 2019년 2,724건으로 약 1.5배, 클라미디아 감염증은 2011년 2,984건 대비 2019년 11,721건으로 약 3.9배, 성기단순포진은 2011년 1,572건 대비 2019년 11,608건으로 약 7.4배, 침균콘딜롬은 2011년 1,050건 대비 2019년 5,984건으로 약 5.7배 증가하였다.

의료관련감염병 다제내성균 6종(반코마이신내성황색포도알균(VRSA), 반코마이신내성장알균(VRE), 메티실린내성황색포도알균(MRSA), 다제내성녹농균(MRPA), 다제내성아시네토박터

바우마니균(MRAB), 카바페넴내성장내세균속균종(CRE)은 230개 표본 감시 기관을 대상으로 운영하고 있으며, 혈액 검체 분리율, 혈액 외 검체 분리율을 구분하여 산출하고 있다. 2019년 표본감시결과 혈액검체 분리율(재원일수 1,000일당)은 메티실린내성장색포도알균(MRSA) 감염증 0.10, 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증 0.07, 다제내성아시네토박터바우마니균(MRAB) 감염증 0.04, 다제내성녹농균(MRPA) 감염증 0.01 순으로 신고 되었다. 혈액 외 검체 분리율(재원일수 1,000일당)은 메티실린내성장색포도알균(MRSA) 감염증 1.00, 다제내성아시네토박터바우마니균(MRAB) 감염증 0.65, 반코마이신내성장알균(VRE) 감염증 0.52, 다제내성녹농균(MRPA) 감염증 0.26 순으로 신고 되었다.

[표 2-6-48] 2012년 의료관련감염병 발생 현황('12. 1. 1.~9. 29.)

(단위 : 건)

구분	총계	VRSA/ VISA	VRE	MRSA	MRPA	MRAB	CRE
총계 (100개)	27,968 (279.7)	0/0 (0.0)/(0.0)	894 (8.9)	3,920 (39.2)	5,292 (52.9)	17,249 (172.5)	613 (6.1)

주 : 1) 본 통계는 해당 의료기관에서 신고받은 건을 기준으로 작성한 것임

2) 기관당 신고건수는 환자 발생 총 신고 수를 1번 이상 신고한 기관 수로 나눈 것임

[표 2-6-49] 2012년 10월~2019년 의료관련감염병 분리율 현황

구분			총계	VRSA/ VISA	VRE	MRSA	MRPA	MRAB	CRE
혈액 검체 분리율	2012	10월	0.29	0.00/0.00	0.04	0.18	0.01	0.05	0.00
		11월	0.31	0.00/0.00	0.04	0.19	0.02	0.05	0.01
		12월	0.25	0.00/0.00	0.04	0.15	0.01	0.05	0.01
	2013	1월	0.29	0.00/0.00	0.05	0.17	0.01	0.06	0.00
		2월	0.29	0.00/0.00	0.06	0.18	0.01	0.05	0.00
		3월	0.32	0.00/0.00	0.06	0.18	0.02	0.06	0.01
		4월	0.28	0.00/0.00	0.05	0.16	0.01	0.05	0.01
		5월	0.28	0.00/0.00	0.05	0.16	0.01	0.05	0.01
		6월	0.32	0.00/0.00	0.05	0.19	0.01	0.06	0.01
		7월	0.27	0.00/0.00	0.04	0.16	0.01	0.05	0.00
		8월	0.28	0.00/0.00	0.04	0.15	0.02	0.06	0.01
		9월	0.26	0.00/0.00	0.05	0.15	0.01	0.05	0.01
		10월	0.27	0.00/0.00	0.03	0.16	0.01	0.06	0.01
		11월	0.27	0.00/0.00	0.05	0.15	0.01	0.05	0.01
		12월	0.23	0.00/0.00	0.04	0.13	0.00	0.05	0.01
	2014	1월	0.26	0.00/0.00	0.05	0.14	0.01	0.05	0.01
		2월	0.25	0.00/0.00	0.04	0.14	0.01	0.06	0.00
		3월	0.27	0.00/0.00	0.05	0.13	0.01	0.06	0.01
		4월	0.23	0.00/0.00	0.05	0.13	0.01	0.05	0.01

구분			총계	VRSA/ VISA	VRE	MRSA	MRPA	MRAB	CRE
		5월	0.24	0.00/0.00	0.05	0.13	0.01	0.05	0.01
		6월	0.26	0.00/0.00	0.04	0.15	0.00	0.05	0.01
		7월	0.26	0.00/0.00	0.04	0.15	0.01	0.05	0.01
		8월	0.27	0.00/0.00	0.04	0.15	0.01	0.06	0.01
		9월	0.30	0.00/0.00	0.04	0.18	0.01	0.05	0.01
		10월	0.25	0.00/0.00	0.05	0.13	0.00	0.05	0.01
		11월	0.27	0.00/0.00	0.05	0.15	0.01	0.06	0.01
		12월	0.26	0.00/0.00	0.04	0.14	0.01	0.06	0.00
	2015	1월	0.25	0.00/0.00	0.05	0.13	0.01	0.06	0.00
		2월	0.27	0.00/0.00	0.06	0.15	0.01	0.06	0.01
		3월	0.27	0.00/0.00	0.05	0.15	0.01	0.05	0.01
		4월	0.28	0.00/0.00	0.05	0.14	0.01	0.08	0.01
		5월	0.28	0.00/0.00	0.06	0.14	0.01	0.06	0.01
		6월	0.32	0.00/0.00	0.05	0.17	0.01	0.08	0.01
		7월	0.35	0.00/0.00	0.06	0.19	0.01	0.08	0.02
		8월	0.32	0.00/0.00	0.05	0.17	0.01	0.07	0.02
		9월	0.30	0.00/0.00	0.04	0.15	0.01	0.08	0.02
		10월	0.32	0.00/0.00	0.05	0.17	0.02	0.06	0.02
		11월	0.30	0.00/0.00	0.06	0.15	0.01	0.06	0.02
		12월	0.30	0.00/0.00	0.05	0.15	0.01	0.07	0.02
	2016	1월	0.25	0.00/0.00	0.05	0.13	0.01	0.06	0.01
		2월	0.26	0.00/0.00	0.05	0.14	0.01	0.06	0.01
		3월	0.25	0.00/0.00	0.05	0.12	0.01	0.05	0.01
		4월	0.25	0.00/0.00	0.05	0.13	0.00	0.05	0.01
		5월	0.26	0.00/0.00	0.06	0.14	0.01	0.05	0.01
		6월	0.25	0.00/0.00	0.05	0.13	0.01	0.05	0.01
		7월	0.25	0.00/0.00	0.05	0.13	0.01	0.04	0.02
		8월	0.23	0.00/0.00	0.04	0.13	0.01	0.04	0.02
		9월	0.28	0.00/0.00	0.05	0.15	0.01	0.05	0.02
		10월	0.25	0.00/0.00	0.04	0.14	0.00	0.05	0.01
		11월	0.23	0.00/0.00	0.05	0.11	0.01	0.04	0.01
		12월	0.21	0.00/0.00	0.05	0.11	0.00	0.05	0.01

※ 단위 분리율로 해당 월에서 중복을 제거한 것이므로 월간 중복이 발생될 수 있음.)

- 1) 혈액 검체 분리율 = 혈액 검체에서 해당 항생제내성균이 분리된 자 / 총 재원일수 X 1,000
혈액 외 검체 분리율 = 혈액 외 검체에서 해당 항생제내성균이 분리된 자 / 총 재원일수 X 1,000
- 2) 2012.9.27 보건복지부 고시개정에 따라 2012.9.30. 자료부터는 'VRE 감염증', 'MRSA 감염증', 'MRPA 감염증', 'MRAB 감염증', 'CRE 감염증'의 혈액에서 분리된 경우 환자, 혈액 이외 검체에서 분리된 경우 병원체 보유자 신고함
- 3) 'VRE 감염증', 'MRSA 감염증'의 대상 검체 범위 확대 : 혈액 → 혈액, 혈액 외 검체
- 4) 2012.9.27. VRSA 진단기준이 개정(VRSA: 반코마이신최소억제농도 8 μ g/mL 초과, VISA: 반코마이신최소억제농도 2 μ g/mL 초과 8 μ g/mL 이상)됨에 따라 반코마이신중등도내성황색포도알균(VISA)감염증 사례가 신고되었음
- 5) 2017.6.3. VRSA 감염증과 CRE 감염증이 전수감시체계로 전환 됨에 따라 반코마이신중등도내성황색포도알균(VISA)감염증과 카바페넴내성장내세균속균종(CRE) 감염증은 보완적감시체계(의료관련감염병 표본감시 신고기준 적용, 2018)로 운영

[표 2-6-50] 표본감시감염병 연도별 보고 현황(2010년~2019년)

(단위 : 건)

구분	질병명	신고 수									
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
제3군	인플루엔자	[그림 2-6-18] 참조									
제5군	기생충 감염병										
	회충증	-	11	9	10	8	8	3	2	4	6
	편충증	-	287	222	218	207	142	178	130	176	201
	오충증	-	331	289	301	182	128	455	218	225	253
	간흡충증	-	2,019	1,943	2,479	2,372	1,959	1,801	1,618	1,352	1,042
	폐흡충증	-	4	4	0	3	1	1	2	2	1
지정 감 염 병	장흡충증	-	78	242	309	524	500	579	408	431	460
	C형간염	5,629	4,316	4,272	3,703	4,126	4,609	6,283	-	-	9,810
	수족구병	[그림 2-6-19] 참조									
	수족구병										
	합병증을 동반한 수족구병	42	55	23	21	4	7	13	4	3	9
	성매개감염병										
	임질	1,816	1,821	1,612	1,612	1,699	2,331	3,604	2,462	2,362	2,724
	클라미디아 감염증	2,984	3,172	3,488	3,691	3,955	6,602	8,412	9,882	10,609	11,721
	연성하감	0	2	0	3	0	2	0	2	5	4
	성기단순포진	1,572	1,988	2,618	2,870	3,550	5,019	6,635	7,752	10,359	11,608
	침구균질균	1,050	1,389	1,495	1,688	2,197	3,484	4,163	5,041	5,402	5,984
	의료관련 감염병										
	반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증*	9									
	반코마이신내성장알균(VRE) 감염증	-									
	메티실린내성황색포도알균(MRSA) 감염증	-									
	다제내성녹농균(MRPA) 감염증	-									
	다제내성아니티모타이유마균(MRAB) 감염증	-									
	카바페넴내성장내세균속군(CRE) 감염증	-									
	장관 감염증	-	2,611	11,274	10,625	3,408	7,001	10,939	15,717	20,176	21,103
	급성호흡기 감염증	-	15,558	24,769	25,324	43,567	56,456	80,431	70,442	93,402	91,108
	해외유입기생충 감염증										
	리슈만편모충증	-	0	0	0	0	(1)	0	0	0	0
	바베스열원충증	-	0	0	0	0	1	0	0	0	2
	아프리카수면병	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	주혈흡충증	-	0	(1)	0	0	0	1	1	0	0
	사가스병	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	광동주혈선충증	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	악구충증	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	사상충	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	포충증	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0
	톡소포자충증†	-	(2)	(1)	(2)	(2)	(6)	(15)	(7/1*)	(17)	(4/1)
	메디나선충증	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	엔테로바이러스 감염증	-	2,816	7,518	7,773	1,312	3,920	5,463	2,183	3,166	4,593
제2군	B형간염										
	급성 B형	1,486									
	만성 B형	3,581									
	주사기 B형	18									
제3군	성병										
	매독(현재 제3군)	1,144									
지정	비임균성요도염(식제)	585									
	A형간염(현재 제1군)	7,655									
	크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종	29									
	크로이츠펠트-야콥병(vCJD)†(현재 제3군)	0									
	웨스트나일열(현재 제4군)	0									
	뉴델리 메탈로 베타락타마제(NDM-1) 생성	4									
	카바페넴내성장내세균속군(CRE) 감염증§										

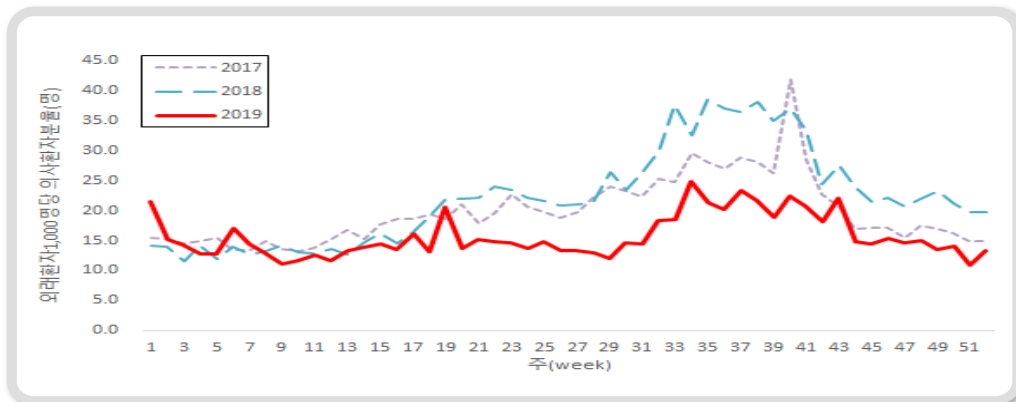
주 : 1) 0 : 환자 발생이 없는 경우, - : 신고·보고 대상이 아닌 경우(법정 감염병으로 지정되기 이전), NA : 산출 불가
 * 2006.11 VRSA 진단 기준이 개정(VRSA : 반코마이신 최소 억제 농도 16 μ g/ml 이상, VISA : 반코마이신 최소 억제 농도 4 μ g/ml-8 μ g/ml)되었으며, 현재까지 보고된 건은 VISA(반코마이신중등내성황색포도상구균) 감염증 사례임
 † NDM-1 등의 카바페넴 분해효소 생성 CRE 감염증 2011년도 16건, 2012년도 23건 포함
 ‡ 괄호 안의 자료는 국내 감염 사례임
 § 2001년 CJD 감시 체계 구축 이후 현재까지 국내 vCJD 환자 보고는 없었음
 || 2010년 10월 28일 표본 감시 감염병으로 지정되어 보고되었음
 ※ 2017년 톡소포자충증 1건이 추정감염지역 국내/국외 판정 불가

다. 보완적 감시 체계

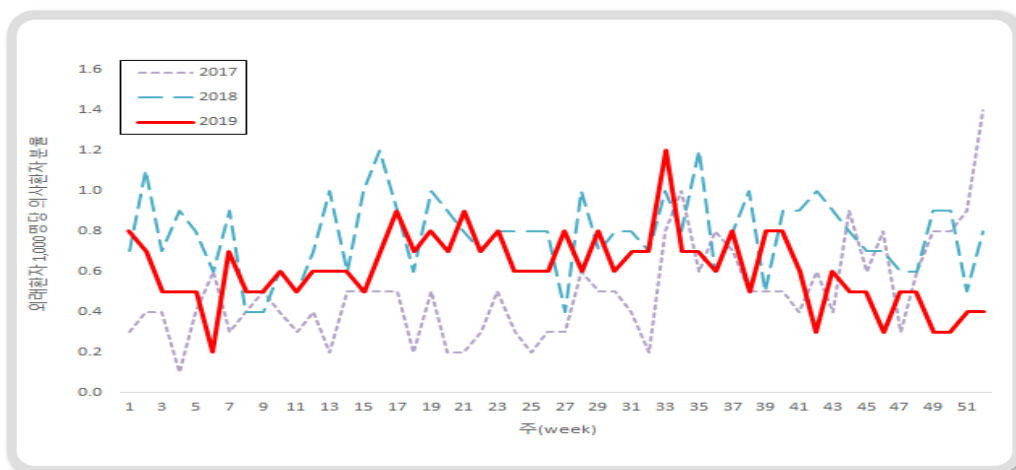
1) 안과감염병

안과감염병 감시체계는 일차 진료를 담당하고 있는 안과 개원 의사를 중심으로 전체 90개의 병원에서 참여(19.12. 기준)하고 있으며, 대상질환은 유행성각결막염 및 급성출혈성결막염 2종이다. 2019년 유행성각결막염의 유행 정점은 34주(8.18.~8.24.)로 외래환자 1,000명당 환자 24.8명으로 전년도 (35주, 38.5명)보다 낮았으며, 급성 출혈성결막염 환자 수(외래환자 1,000명당)는 연중 비슷한 수준으로 발생하였다.

[그림 2-6-22] 유행성각결막염 주별 발생 현황(2017년~2019년)



[그림 2-6-23] 급성출혈성결막염 주별 발생 현황(2017년~2019년)



2) 학교감염병

학교감염병 감시 체계는 2001년부터 2015년까지 일부 초·중·고등학교를 표본으로 지정하여 학생들에 흔한 감염병(감기/인플루엔자, 수두, 뇌막염, 유행성이하선염, 결막염, 폐렴, 홍역 등)을 학교 보건교사가 신고하는 체계로 운영되었다. 2016년부터는 교육부의 NEIS(교육행정정보망)에 보고되는 감염병 자료를 이용하여 교육부와 공동으로 분석·활용하는 체계로 개선하였다.

감시 결과는 학생 빈발 감염병인 유행성각결막염, 유행성이하선염, 수두, 수족구병, 인플루엔자 발생현황을 주단위로 분석하여 교육부 학생건강정보센터(<http://www.schoolhealth.kr>)에 게재하고 있다.

2. 향후 계획

1) 감시 체계 강화 및 개선

관할 보건소를 통한 홍보, 관련 학·협회와의 유기적인 협력 체계 구축, 관련 학회 학술대회를 통한 의료인 대상 감염병 감시 정보 제공, 감염병 발생 현황에 대한 자료 환류 체계 보완 등 감염병 신고의 중요도를 인식하고 신고할 수 있도록 다각적인 방안을 마련할 예정이다. 더불어 표본 감시 대상의 지속적인 참여 확대, 보고되는 자료의 질 향상 등의 개선을 통해 감염병 표본감시체계의 대표 유용성을 높여나갈 계획이다.

2) 감시자료 환류 및 활용 강화

감염병을 ‘지체 없이’ 신고하고 신고율을 높이기 위해 관할보건소를 통한 의료기관의 신고기한 준수율을 주기적으로 관리하도록 환류 체계를 강화하고자 한다. 또한, 질병관리본부 관련 부서와의 감염병 자료 공유 체계를 마련하여 자료의 인지와 대응에 대한 좀 더 유기적인 협력 체계를 마련하고 감염병 모니터링 시스템을 구축하여 수집된 감염병 감시자료를 효율적으로 활용할 계획이다.

3) 감염병 웹 신고 및 통계 시스템 개편

감염병웹신고시스템 및 웹통계시스템을 개편하여 사용자의 편의성을 높이고 감시 내용의 확장·변경에 대비하여 시스템 운영의 유연성을 확보하는 등 안정적으로 시스템을 운영해 나갈 계획이다.

Ⅲ 예방접종 관리

1. 개요

현대의학의 기적이라고도 불리는 ‘예방접종’은 감염병의 위협으로부터 인류를 구하는데 지대한 공헌을 하였다. 과거 인류의 평균 수명을 낮추던 최악의 감염병 두창은 예방접종을 통해 1980년 전 세계에서 완전히 박멸되었고, 어린이에게 무서운 마비 장애를 일으키던 폴리오도 우리나라에서는 이미 30여년 전에 근절되었다.

또한, 2000년대 초반 전국적으로 수만 명의 감염환자를 냈던 홍역도 일제예방접종과 접종기록 확인 등을 통해 2006년 퇴치 선언을 할 수 있었고, 2014년에는 세계보건기구가 인정한 홍역퇴치 국가에 이름을 올리기도 했다. 이는 1950년대 ‘전염병예방법’ 제정 이후 지속적으로 국가예방접종사업을 감염병 관리를 위한 공공보건정책의 주요 전략으로 삼은 성과이다.

현재 우리나라의 예방접종 관리는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 의거 국가예방접종 시행 및 대상 감염병 관리를 강화하고, 예방접종 안전관리, 예방접종통합등록시스템 운영, 의료인 전문교육, 대상자 홍보 등 다양한 분야에서 이루어지고 있다.

특히, 집단생활을 하는 학생들의 겨울철 건강 보호를 위해 초, 중, 고교생에 대한 인플루엔자 예방접종은 2017년 국정과제로 지정되어, 2018년부터 초등학교생(~12세)까지 확대 지원하였고, 2020년 10월부터 중학교 1학년(13세)을 지원할 예정으로 단계적으로 확대 지원하고자 한다.

2. 2019년도 예방접종 관리사업 추진 실적

가. 국가예방접종 지원사업 운영

1) 만 12세 이하 어린이 국가예방접종 지원사업 추진

예방접종 비용으로 인한 육아부담 경감 및 예방접종률 향상을 위하여 국가예방접종의 보장 범위를 보건소뿐 아니라 의료기관 이용자로 확대하는 시범사업(2005년~2007년) 추진 및 관련 법령 제·개정 등으로 「어린이 국가예방접종 지원사업」 시행을 위한 제도를 정비하였다.

예방접종 국가지원의 효율적 관리를 위하여 2004년 예방접종비용 상환을 위한 관리시스템 개발, 2005년 시스템 검증을 거쳐 2009년 비용상환 관리시스템을 본격 운영하였다. 또한, 2008년에는 예방접종업무를 의료기관에게 위탁할 경우 적정 지원비용을 심의하기 위한 ‘예방접종비용심의위원회(구, 예방접종수가조정위원회)’를 구성하여 국가예방접종 지원을 위한 비용 결정 관련 의사 결정 체계를 마련하였다.

예방접종사업에 대한 국가지원 원년이 되는 2009년에 예방접종 일정을 알리기 위한 ‘예방접종 일정알림 문자서비스시스템’을 구축하고, 국가예방접종사업의 본격적인 시행을 위한 세부 사업 관리지침 개발, 보건소와 의료기관을 대상으로 전문교육 실시 등 국가예방접종 관리·지원체계 확립을 위한 노력을 지속해 왔다

2009년 3월부터 예방접종 비용 중 백신비를 지원하기 시작한 국가예방접종 지원사업은 지정 의료기관(위탁의료기관)에서 만 12세 이하 어린이를 대상으로 예방접종을 실시하면서 서비스의 편의성까지 개선되는 계기를 마련하였다. 이후 2012년 백신비와 접종 시행비용 일부를 추가로 지원하여 본인부담금을 접종 건당 5천 원 이하로 낮추고, 2014년부터는 국가예방접종비용 전액을 국가에서 지원함으로써 경제적 부담 경감에 큰 영향을 주었다.

또한, 질병의 역학적 특성, 백신수급 안정성, 국가재정의 수용 가능성 등을 고려해 단계적인 항목 확대를 추진하였다. 지원 백신은 2009년 8종 백신(피내용 BCG, B형간염, DTaP, IPV, MMR, 수두, Td, 일본뇌염 불활성화 백신)을 시작으로 2011년 9종(DTaP-IPV 백신 추가), 2012년 10종(Tdap 백신 추가), 2013년 11종(Hib 백신 추가), 2014년 13종(일본뇌염 약독화 생백신, 폐렴구균 백신 추가), 2015년 14종(A형간염 백신 추가), 2016년 16종(HPV, 어린이 인플루엔자 백신 추가), 2017년 17종(DTaP-IPV/Hib 백신 추가)으로 매년 1~2종의 백신이 추가되어 현재는 총 17종의 백신이 지원되고 있다.

[표 2-6-51] 최근 3년간 주요 접종별 보고 실적

(단위 : 건)

구 분	2017		2018		2019	
	보건소	병·의원	보건소	병·의원	보건소	병·의원
BCG 피내	154,796	1,585	58,637	40,505	112,329	118,471
BCG 경피 ¹⁾	2,062	76,049	3,953	158,208	-	-
HepB	117,45	1,044,780	65,889	991,321	82,865	903,848

구 분	2017		2018		2019	
	보건소	병·의원	보건소	병·의원	보건소	병·의원
DTaP	39,843	837,962	26,683	555,588	17,328	486,807
Td	11,351	47,536	6,135	33,981	3,825	26,521
Tdap	62,548	281,160	58,479	342,224	60,647	382,483
IPV	17,086	386,430	8,837	233,681	6,348	169,961
DTaP-IPV	79,971	597,007	31,281	377,935	24,085	367,712
DTaP-IPV/Hib ²⁾	39,230	360,318	52,748	909,009	61,320	824,520
MMR	56,510	843,113	50,045	802,753	43,817	869,430
IJEV	132,494	1,500,050	93,550	1,468,813	94,543	1,346,590
LJEV	27,669	177,358	22,964	158,751	18,030	128,737
VAR	24,256	395,108	20,381	347,704	16,061	323,983
Hib	85,598	1,087,668	24,811	400,171	20,080	378,729
PCV	104,099	1,470,925	71,552	1,320,165	73,120	1,214,485
HepA	56,278	754,258	50,719	814,158	31,912	737,437
HPV ²⁾	46,969	384,640	46,342	306,037	38,136	296,293
합 계	1,058,212	10,245,947	693,006	9,261,004	704,446	8,576,007

주 : 1) BCG 피내 백신의 부족으로 2017~2018년(2017.10.16.~2018.6.15.) BCG 경피 임시예방접종을 실시함

2) 국가예방접종으로 도입된(HPV '16. 6. 20, DTaP-IPV/Hib '17. 6. 19.) 이후의 접종 등록 현황임

※ 출처 : '20. 1. 4. 기준, 예방접종통합관리시스템에 등록된 12세 이하 어린이 국가예방접종 건수로 변동 가능한 잠정 통계임

참여 의료기관은 2009년 4,000여 개소에서 2019년 약 11,000여 개소의 의료기관이 지방자치단체와 예방접종 업무 위탁 계약 체결을 통해 국가예방접종 지원사업에 참여하고 있으며, 연간 약 1,200만 건 이상의 예방접종 건에 대해 약 5,000억 원의 비용이 상환되고 있다.

[표 2-6-52] 위탁의료기관 '국가예방접종 지원사업' 추진 실적

(단위 : 개소, 건, 백만 원)

구 분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
참여 의료기관 수	4,937	6,769	7,047	7,111	7,255	7,326	10,045	10,340	10,793	10,964
월평균 비용 상환 신청 건수	119,648	272,486	526,441	721,270	838,596	913,904	970,917	1,002,890	1,083,288	1,025,024
월평균 비용 상환 신청 금액	695	1,791	9,253	13,521	27,001	32,710	35,876	37,684	41,436	35,130

2) 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업 추진

초·중학교 입학 시 예방접종 완료여부를 확인하는 것은 우리나라와 같이 학교에서 집단생활 하는 시간이 많은 학생들의 건강 보호 및 감염병 예방, 관리의 효과적인 방법으로 여겨진다. 이에, 2000년~2001년 초·중학생 중심의 홍역 대유행 이후 ‘국가홍역퇴치 5개년 계획’의 일환으로 초등학교 입학생을 대상으로 홍역 2차 예방접종(홍역은 생후 12개월~15개월에 1차 접종, 만 4세~6세에 2차 접종을 권장함) 완료여부를 확인한 것이 취학아동 예방접종 확인사업의 시초가 되었다.

취학아동 예방접종 확인사업 결과 홍역 예방접종을 완료하지 않은 어린이가 초등학교 입학 전에 홍역 2차 접종을 완료하는 등 홍역 예방접종률 향상에 큰 성과가 있었다. 2012년 교육부의 교육정보시스템(NEIS; National education information system, 이하 ‘나이스’라 함)과 연계를 통해 학교에서도 시스템으로 접종력 확인이 가능해지면서 ‘예방접종증명서’ 제출이 생략되는 등 행정절차가 간소화되었다.

집단생활 하는 학생들에 대한 감염병 관리 강화를 위하여 2012년부터 초등학교 입학생의 확인사업 대상 백신을 만 4~6세에 접종을 완료하여야 하는 예방접종 4종(DTaP 5차, IPV 4차, MMR 2차, 일본뇌염 불활성화 백신 4차(또는 약독화 생백신 2차))으로 확대하였다. 사업 대상을 중학생까지 확대하기 위해 2017년에 만 11~12세 추가예방접종 2종(Tdap(또는 Td), HPV*)에 대해 예방접종통합관리시스템과 나이스시스템 연계 시 안정적인 서비스 운영을 위해 문제점을 개선하고자 시범사업을 희망한 중학교 중 2개의 중학교(충북지역)를 선정하여 시범 사업을 실시한 후, 2018년부터 전국 중학교 입학생으로 확대하여 확인사업을 시행하였다.

* HPV 지원대상인 여학생에 한하여 확인

[표 2-6-53] 연도별 초등학교 입학생 예방접종 완료 현황

(단위: 명, %)

구분	초등 입학생 수	DTaP 5차		IPV 4차		MMR 2차		일본뇌염 (불활성화 백신 4차 또는 약독화 생백신 2차)		4종 백신	
		접종자	접종 완료율	접종자	접종 완료율	접종자	접종 완료율	접종자	접종 완료율	접종자	접종 완료율
2012	423,294	406,782	96.1	408,373	96.5	410,699	97.0	388,609	91.8	382,731	90.4
2013	437,309	423,679	96.9	427,062	97.7	426,528	97.5	393,315	89.9	387,598	88.6
2014	481,407	467,857	97.2	472,913	98.2	472,590	98.2	434,285	90.2	414,892	86.7
2015	455,536	442,090	97.0	447,337	98.2	447,142	98.2	403,658	88.6	399,263	87.6
2016	435,886	423,093	97.1	428,787	98.4	428,963	98.4	390,267	89.5	386,705	88.7
2017	458,397	443,892	96.8	449,797	98.1	450,295	98.2	416,586	90.9	411,850	89.8
2018	460,311	444,077	96.5	451,133	98.0	452,030	98.2	415,457	90.3	407,680	88.6
2019	472,147	459,406	97.3	464,359	98.4	464,966	98.5	441,068	93.4	437,733	92.7

[표 2-6-54] 중학교 입학생 예방접종 완료 현황

(단위 : 명, %)

구분	중등 입학생 수			Tdap(또는 Td) 6차		HPV 1차(여아)	
	계	남	여	접종자	접종 완료율	접종자	접종 완료율
2018	419,620	217,638	201,982	380,059	90.6	166,187	82.3
2019	433,823	224,367	209,456	388,609	89.6	171,032	81.7

3) B형간염 주산기감염 예방사업

B형간염의 주요 감염 경로는 주산기(임신 28주에서 생후 1주까지) 감염, 오염된 혈액이나 체액에 의한 피부 및 점막을 통한 감염, 성 접촉 등이 있다. 국내 영유아의 B형간염 백신 접종률은 96~98%로, 우리나라에서 가장 중요한 감염경로는 B형간염 산모를 통해 이뤄지는 주산기감염이다. B형간염 주산기감염 예방을 위하여 일반적으로 B형간염 전파 위험성이 높은 HBsAg 양성 산모에서 태어난 신생아에게 B형간염 백신을 단독 접종하는 방법과 B형간염 백신 접종과 면역글로불린을 동시에 투여하는 방법이 시행되고 있으며, 그 예방 효과는 각각 75~95%, 85~95%로 알려져 있다.

B형간염 주산기감염 예방을 위하여 2002년 7월부터 B형간염 표면항원 양성 산모에게서 태어난 신생아에게 예방접종 및 면역글로불린 투여 비용 및 항원·항체 검사비용을 지원하는 ‘B형간염 주산기감염 예방사업’을 실시하고 있다.

우리나라 어린이의 B형간염 예방접종의 완전접종률은 95%이상을 유지하고 있으며, 주산기 감염 예방사업을 동시에 시행하여 B형간염 표면항원 양성률이 4세~6세에서는 0.2%, 10세~14세에서는 0.2%로 B형간염 관리가 성공적으로 이루어지고 있다. 이 결과는 세계보건기구(World Health Organization, WHO) B형간염 관리 기준(5세 아동 표면항원 양성률 1% 미만)을 뛰어넘는 성과로, 2008년 서태평양 지역 국가 중 최초로 세계보건기구 서태평양지역 사무처(Western Pacific Regional Office, WPRO)에서 ‘B형간염 관리 성과 인증(Certification for achieving the regional goal of hepatitis B control in Korea)’을 받았다. 또한, 2011년에는 높은 영유아 예방접종률, 주산기감염 예방사업 실적, 국제기구의 인증 등 국내 B형간염 관리사업에 대해 종합적으로 인정받아 ‘정부혁신 우수 인증사례’로 선정되었다.

[표 2-6-55] B형간염 주산기감염 예방사업 신규 등록자 수

(단위 : 명, %)

구 분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
대상자 추계 ¹⁾	14,235	15,045	14,138	14,537	13,094	13,063	13,153	12,187	10,733	9,807	9,747
신규 등록자 수	14,635	14,875	15,030	14,630	12,777	12,117	11,654	10,165	8,230	7,056	6,077
등록률 ²⁾	102.8	98.9	106.3	100.6	97.6	92.8	88.6	83.4	76.7	71.9	62.3

주 : 1) 대상자 추계 = 연도별 출생아수 × 산모 표면항원 양성율

· 출생아 수는 통계청 자료를 적용

· 산모 표면항원 양성율 2002~2006 : 3.4%, 2007~2010 : 3.2%, 2011~ : 3.0%

2) 사업대상자 추계 대비 등록현황으로 향후 산모 표면항원 양성률 변경에 따라 등록률 변경 가능

※ 출처 : '20. 1. 4. 기준, 예방접종통합관리시스템에 전산등록된 자료로 변동 가능한 잠정 통계임

4) 어르신 폐렴구균 예방접종사업

폐렴구균은 수막염, 균혈증, 폐렴 등 다양한 침습성 및 비침습성 질환을 유발하는 병원체로, 65세 이상 어르신에서 폐렴구균에 의한 침습성 감염질환 발생 빈도가 높은 것으로 알려져 있다. 65세 이상 어르신에서 폐렴구균으로 인한 균혈증, 수막염 등의 침습성 질환이 발생할 경우 사망률은 60%~80%에 이른다. 침습성 질환 예방을 위해서는 예방접종이 가장 효과적이지만 국내 성인의 폐렴구균 예방접종률은 15~23% 수준으로 낮다.

이에 2013년 5월부터 어르신의 침습성 폐렴구균 감염증 예방 및 질병부담 감소를 위하여 전국 256개 보건소에서 65세 이상 어르신을 대상으로 폐렴구균 23가 다당질 백신 무료 예방접종을 지원하고 있다. 폐렴구균 23가 다당질 백신은 65세 이상 연령에서 1회 접종으로 완료하고, 추가접종은 권고하지 않는다. 2019년은 어르신 폐렴구균 접종률 관리를 위해 '지방자치단체 합동평가지표'에 반영하여 사업대상자(65세 진입 연령대상) 목표 접종률 75% 대비 72.3%를 달성하였다.

[표 2-6-56] 2013년~2019년 어르신 폐렴구균 예방접종 실시 현황

(단위 : 건, %)

65세 이상 인구	누계		연도별 접종건수						
	접종률 ¹⁾	접종건수	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
7,928,411	66.6	5,282,755	2,055,648	836,429	605,124	420,753	509,486	278,767	576,548

주 : 1) 만 65세 이상 인구수(예방접종통합관리시스템 등록된 대상 인구수) 대비 접종기록 등록건수로 사망자는 제외

※ 출처 : '20. 1. 4. 기준, 예방접종통합관리시스템 전산등록된 자료로 변동 가능한 잠정 통계임

5) 인플루엔자 국가예방접종 지원사업

인플루엔자는 인플루엔자 바이러스에 의해 발생하는 질환으로 38℃ 이상의 갑작스러운 발열, 두통, 근육통, 피로감 등 전신 증상과 인두통, 기침, 객담 등 호흡기 증상을 나타낸다. 주로 12월~4월까지 유행하며, 모든 연령에서 발생할 수 있지만 소아에서 발생률이 가장 높고, 합병증, 입원, 사망의 위험은 65세 이상 어르신, 소아, 만성질환자에서 높은 것으로 알려져 있다. 집단생활을 하는 소아청소년의 경우 긴밀한 접촉으로 인해 전파 속도가 빠르고 지역사회 유행 확산의 주요 원인이 되어 지역사회 인플루엔자 전파방지를 목적으로 인플루엔자 우선접종 권장 대상에 생후 60개월~18세 소아청소년을 2017년 지정하였다.

우리나라는 1997년 인플루엔자 표본 감시가 도입되면서 65세 이상 어르신을 대상으로 보건소에서 무료 예방접종을 시작하였고 2002년 「예방접종의 실시기준 및 방법」(보건복지부장관 고시)내 우선접종권장대상자로 지정하였다. 그러나 보건소 접종은 단기간 내 많은 인원이 집중되면서 어르신들이 장시간 대기하는 불편함과 안전사고 및 이상 반응 발생에 대한 우려가 커져 2015년부터 65세 이상 어르신 대상 무료 접종을 민간의료기관까지 확대하여 실시하였다.

어린이 인플루엔자 예방접종은 2016년 부터 생후 6개월~12개월 미만 영아 대상 지원이 시작되었으며, 2017년 부터 생후 6개월~59개월 이하까지, 2018년 부터 생후 6개월~12세 어린이까지 대상자를 확대하여 실시하였다. 또한, 임신부는 인플루엔자에 걸릴 경우 폐렴 합병증 발생 등의 위험이 크고, 태아 건강보호 및 출생 후 6개월 미만 영아 보호를 위해 2019년부터 임신부까지 지원을 확대하였다.

2019년 9월 17일부터 12월 31일까지의 인플루엔자 예방접종 실적*을 살펴보면 65세 이상 어르신은 총 6,626,931명이 접종(접종률 83.3%)하였고, 이중 보건소에서 713,141명, 민간 위탁의료기관에서 5,913,790명이 접종하였다. 생후 6개월 이상 12세 어린이는 총 4,404,657건 (2회 접종 대상: 1차 372,835건, 2차 236,132건, 1회 접종 대상: 3,795,690건)을 접종(접종률 76.6%)하였다.

* 2019~2020절기 인플루엔자 국가예방접종 지원사업 기간은 2020년 4월 30일까지 지속

|표 2-6-57| 2019-2020절기 어르신 인플루엔자 예방접종 실적

(단위 : 명, %, 건)

구분	접종 대상자(명)	예방접종실적(건, %)			예방접종률 (%)
		계	보건소	위탁기관	
2018-2019절기 ¹⁾	7,585,980	6,395,081 (100.0%)	739,913 (11.6%)	5,655,168 (88.4%)	84.3%
2019-2020절기	7,950,830	6,626,931 (100.0%)	713,141 (10.8%)	5,913,790 (89.2%)	83.3%

주 : 1) 2018-2019절기 실적은 사업기간 전체(~2019.4.30.까지)를 포함

|표 2-6-58| 2019-2020절기 어린이 인플루엔자 예방접종 실적

(단위 : 명, %, 건)

구분			접종 대상자(명)	예방접종률 (%)	접종실적(건)		
					전체	3가 접종	4가 접종
2018-2019 절기 ¹⁾	계		5,744,603 ²⁾	73.5 ⁵⁾	4,582,809	3,889,303	693,506
	2회 접종	1차	816,167	70.3	573,420	508,493	64,927
		2차		43.8	357,673	312,039	45,634
	1회 접종 ³⁾		4,928,436	74.1	3,651,716	3,068,771	582,945
2019-2020 절기	계		5,440,216 ⁴⁾	76.6 ⁵⁾	4,404,657	3,580,486	824,171
	2회 접종	1차	558,761	66.7	372,835	317,278	55,557
		2차		42.3	236,132	197,815	38,317
	1회 접종 ³⁾		4,881,455	77.8	3,795,690	3,065,393	730,297

주 : 1) 2018-2019절기 실적은 사업기간 전체(~2019.4.30.까지)를 포함

2) 2018-2019절기 접종대상자: 사업기간('18. 9. 11. ~ '19. 12. 31.)동안 생후 6개월 이상 12세 어린이

3) 과거 절기 기초 2회 접종 완료로 이번 절기 1회 접종에 해당하는 어린이

4) 2019-2020절기 접종대상자: 사업기간('19. 9. 17. ~ '19. 12. 31.)동안 생후 6개월 이상 12세 어린이

5) 1회 접종 및 2회 접종 대상자 중 1차 접종 완료자에 대한 접종률

|표 2-6-59| 2019-2020절기 임신부 인플루엔자 예방접종 실적

(단위 : 명, %, 건)

구분	접종 대상자(명)	예방접종실적(건, %)			예방접종률(%)
		계	3가 접종	4가 접종	
2019-2020절기	330,693	110,220 (100.0%)	109,690 (99.5%)	530 (0.5%)	33.3%

나. 예방접종 실시 기준 및 방법 확립

근거 중심의 예방접종 실시 기준을 마련하고 예방접종 대상 감염병관리정책 등을 심의하기 위해 예방접종심의위원회가 1995년에 구성되었다. 이후 「전염병 예방법」이 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」로 전면 개정되면서 2011년부터 예방접종전문위원회(이하 전문위원회)로 명칭이 변경되었다.

2019년 전문위원회에서는 의료종사자 대상 성인 예방접종 기준을 명확하게 수립하기 위한 성인 예방접종 안내서 개정과 A형간염 고위험군 예방접종 사업 시행 계획에 대해 심의하였다. 이외에도, 예방접종률 향상을 위한 관리 방안, 2019-2020절기 인플루엔자 국가예방접종 지원 사업 계획 및 진행상황에 대한 검토가 이루어졌다. 또한, 예방접종전문위원회 및 분야별 전문가 자문위원단 운영 계획, 국가필수예방접종 확대 계획, 국가예방접종사업 예산 계획, 관련 정책연구 용역사업 결과 및 계획 등에 대한 다각적인 검토를 통해 국가 감염병 예방관리 체계를 굳건히 하였다.

[표 2-6-60] 2019년 예방접종전문위원회 주요 회의 안건

구분	개최일	안 건
제1차	'19. 4. 9.	<ul style="list-style-type: none"> • 성인 예방접종 안내서 일부 개정(심의) • 제5기 예방접종전문위원회 운영 계획(보고) • 2019-2020절기 인플루엔자 국가예방접종 지원사업 계획(보고)
제2차	'19. 10. 8.	<ul style="list-style-type: none"> • 예방접종 전문위원회 운영규정 개정(안) 검토(심의) • A형간염 고위험군 임시 예방접종 시행 계획(안)(보고) • 예방접종률 향상을 위한 관리 방안(보고) • 2019-2020절기 인플루엔자 국가예방접종사업 진행상황(보고)
제3차	'19. 12. 10.	<ul style="list-style-type: none"> • A형간염 고위험군 예방접종 세부 시행계획(심의) • 도입평가 및 효과평가 전문가 자문위원단 구성결과(보고) • 국가필수예방접종 확대 계획 수립(안) 검토(보고) • 백신수급 전문가 자문위원단 구성 및 논의상황(보고) • 2019-2020절기 인플루엔자 국가예방접종 지원사업 현황(보고) • 2020년 국가예방접종사업 예산(안)(보고) • 2019년 정책연구용역 결과 및 2020년도 추진 계획(보고)

다. 예방접종 후 이상 반응 관리

예방접종은 감염병 예방의 가장 효과적인 수단이나, 백신의 생물학적 특성상 예방접종 후 이상 반응이 발생할 수 있다. 국민에게 안전한 예방접종을 보장하고, 이상 반응에 대한 감시와 원인 규명, 접종 피해에 대한 국가 보상 등 체계적인 관리를 위하여 1994년 예방접종 후 이상반응 감시 체계를 도입하였다. 2005년부터는 웹사이트를 통해 보고하는 방식을 도입하였다. 또한, 근거 기반의 역학조사 및 피해조사 업무 지원을 위하여 시·도 역학조사관 및 이상반응 피해 보상 담당자 대상 국내외 학술문헌검색시스템 구축 및 피해 보상 신청 내역 및 결과 조회를 위한 피해보상신청관리시스템을 구축 완료하였다.

아울러, 장애인복지법 외 국민연금법 등에서 장애 등급을 받은 장애인에 대해서도 장애인일시 보상금을 지급할 수 있도록 고시를 제정하여 장애일시보상금 지급대상을 확대하였고, 예방접종 피해보상전문위원회가 원활하게 심의를 할 수 있도록 각 분야별 전문적인 사항에 대하여 조사 및 분석의 자문을 수행하는 “예방접종 이상반응 피해보상 분야별 자문위원단”을 구성하였다. 특히, 임신부 예방접종 후 이상반응 자문단을 구성하여 임신부 인플루엔자 예방접종 사업의 안전성 확보를 위해 노력하였다.

2019년에는 총806건이 이상반응으로 신고 되었고, 보상 신청 건수는 68건(8.4%), 이 중 보상 결정은 42건(67.8%)이었다.

[표 2-6-61] 최근 5년간 연도별 예방접종 피해에 대한 국가 보상 현황

(단위 : 건)

구분	신고	보상 신청		
		소계	보상	기각
2015	271	99	59	40
2016	318	73	47	26
2017	439	87	43	44
2018	588	63	40	23
2019	806	68 ¹⁾	42	24

주 : 보류 2건 포함

▶ 신고와 보상 신청의 정의

- 신고는 이상반응의 종류, 빈도를 감시하는 목적으로 보호자, 의료기관을 통해 자발적으로 받는 것으로 예방접종과의 관련성이 확인되지 않은 사례
- 보상 신청은 「예방접종의 실시 기준 및 방법」 고시에 명시된 접종 대상 및 백신에 한하여 예방접종 후 이상 반응으로 발생한 진료비를 국가보상제도에 보상 신청한 사례

라. 예방접종 등록사업

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제28조 예방접종 기록 보고 규정에 의거 2000년 6월부터 예방접종통합관리시스템을 통해 예방접종 기록을 보고받아 2019년 말 기준으로 4억여 건의 예방접종 기록 DB를 구축하였다.

또한, 구축된 예방접종 기록 DB를 활용하여 2002년부터 예방접종 내역 조회 서비스를 제공하고 있으며, 2009년부터는 필수예방접종 사전알림 서비스 등 개인별 예방접종 맞춤 정보를 제공하고 있다. 예방접종 DB를 활용하여 접종대상자나 보호자들이 편리하게 접종력을 확인할 수 있도록 2010년 11월 정부24 누리집의 국문 예방접종증명서 발급서비스를 시작으로 2018년 8월부터는 예방접종도우미 누리집(<https://nip.cdc.go.kr>)에서 무료로 국·영문 증명서를 발급하는 대국민 서비스도 제공하고 있다.

예방접종도우미 누리집에 더 간편히 접근할 수 있도록 개발 된 이동통신 앱은 2011년부터 서비스를 시작하여 2019년에는 22만여 건이 다운로드 되었으며, 2015년에는 정부24 누리집 내 생활정보서비스와의 연계, 2017년에는 보건복지부 누리집 복지로 내 복지정보조회서비스와의 연계 등을 통해 예방접종 내역을 조회할 수 있는 창구를 늘려나가고 있다.

[표 2-6-62] 예방접종 주요 서비스 현황

(단위 : 건)

구 분	2017년	2018년	2019년
예방접종증명서 발급 ¹⁾	661,050	702,451	748,702
다음접종 및 지연접종 알림 문자 서비스	6,478,922	6,223,458	5,660,054
이동통신 앱 다운로드 ²⁾	175,000	291,904	220,534
정부24 생활정보서비스(예방접종일) ³⁾	5,517,695	11,731,268	17,921,331
복지로 복지정보조회서비스(예방접종내역) ⁴⁾	37,187	41,021	61,388

주 : 1) 서비스 시작일: (정부24) 2010. 11. 10., (예방접종도우미) 2018. 8. 24.

2) 서비스 시작일: (안드로이드) 2011. 3. 11., (iOS) 2011. 4. 7.

3) 연계 시작일: 2015. 2.

4) 연계 시작일: 2017. 1.

마. 예방접종 홍보사업

2019년은 임신부 대상 인플루엔자 백신 신규 지원 홍보 및 어린이 완전 예방접종률 향상을 지속하기 위하여 연중 캠페인을 추진하였고, 국가예방접종 사업의 원활한 운영과 올바른 예방접종 인식 제고를 위한 대외 협력을 지속하였다. 특히, 상반기 온·오프라인 통합 캠페인을 전개하였는데, ‘제9회 예방접종 주간(19. 4. 22.~28.)’을 맞이하여 정책 고객 초청행사를 개최하였고, 개최와 동시에 다양한 채널을 활용한 홍보 콘텐츠의 확산을 통해 대국민 예방접종 캠페인을 실행하였다.

뿐만 아니라, 백신 안전성에 대한 대국민 인식을 강화하고자 올바른 정보 제공을 위한 전문가 콘텐츠를 개발·확산하였고, 전 연령대에 걸쳐 적극적인 예방접종 행동을 유도하고자 지자체, 민간 기업과도 협력 사업을 활발히 전개하였다. 특히, 2019년 연간 홍보주제인 “우리함께, 예방접종”의 확산을 위해 다양한 대외협력 기관을 모색하고, 다채로운 공동 프로그램을 운영해 캠페인의 효율 및 효과를 증대시켰다.

* 기념행사 참관객 설문결과: ‘행사가 예방접종 이해에 도움 되었다(87.1)%’, ‘어린이 예방접종 정책에 대해 만족한다(100%), 예방접종 편 방송(2회) 타깃 시청률 약 5%’

하반기에는 인플루엔자 국가예방접종을 중심으로 홍보활동이 전개되었다. 유관기관 협력을 통한 홍보활동이 주를 이루었는데, 교육부와 ‘인플루엔자 집중접종 주간’을 공동 추진하여 어린이 인플루엔자 예방접종률 증진을 위한 콘텐츠 개발·이벤트 진행 등으로 어린이 대상자에게 사업 내용 확산에 기여하였다. 또한, 대한노인회와 함께 어르신 인플루엔자 예방접종 독려를 위해 추석시즌 전후 광고·홍보를 실시하기도 하였다. 한편, 예방접종사업 관련 정보 확산 및 겨울철 예방접종에 대한 관여도 증대를 위해서 대중매체 공익광고뿐만 아니라, 온라인 채널(SNS, 커뮤니티 등)을 중심의 콘텐츠를 제작·확산하였다.

특히, 산모와 태아의 건강우려로 기피할 가능성이 높은 임신부 인플루엔자 예방접종에 대한 홍보를 실시하고자 맘카페, 여성잡지 등 타깃 특화 매체에 대한 홍보를 진행하였다. 그 중 ‘임신부의 날(10.10.)’과 같은 시의성을 고려한 현장행사도 동시에 진행하여, 임신부들의 고충과 우려를 청취하는 자리도 마련하였다.

○ 어르신 인플루엔자 예방접종 독려를 위해 추석시즌 전후 광고·홍보 실행

* 추석 귀성객(자녀) 대상 TBN 광고 실시, 대한노인회 홍보 협력, 고속도로 휴게소 홍보물 배포

○ 다각적 매체활용 정보제공 강화

- TBN 라디오 송출, EBS 라디오 송출, YTN '원 포인트 생활상식'(방송협찬)
- 서울역 KTX 옥외광고, 지하철 PDV광고 송출, 아파트 엘리베이터 광고, 병원 내부영상 송출

○ 온라인 미디어 중심 콘텐츠 제작·확산

- 뉴미디어 공익광고 실시, 타겟 오디언스(3040세대) 선별을 통한 효율적 광고 집행
- * 페이스북 48만 조회(예상노출 31만), 유튜브 85만 조회(예상노출 54만)
- 미디어채널(피키캐스트) 협업을 통해 예방접종 공익영상제작 및 확산실시(3편)

[그림 2-6-24] 국가예방접종사업 포스터 및 캠페인

B형간염 주산기감염 예방사업	임신부 인플루엔자 예방접종	대외협력 캠페인

바. 예방접종 전문교육사업

국가예방접종사업은 민관의 협력 체계 구축과 보건의료인들의 적극적인 참여가 요구되며, 시·군·구 예방접종 담당자와 민간의료기관 의료인들의 사업에 대한 올바른 이해를 바탕으로 운영되어야 한다. 따라서 국가예방접종사업에 대해 올바르게 이해하고 사업이 관리될 수 있도록 대상별 전문교육과정을 운영하고 있다. 대상자별 교육과정은 민간의료기관 의료인 대상의 온라인

기본교육과 보수교육 과정, 시·도 및 시·군·구 예방접종사업 담당자를 대상으로 현장교육과 온라인교육 과정으로 구분, 운영하였다. 또한, 피내용 BCG 접종에 대한 술기 표준화 등을 위하여 보건소(보건지소) 및 위탁의료기관 의료인 대상으로 피내용 BCG 예방접종 실습교육(7회)을 추가로 운영하였다.

|표 2-6-63| 오프라인 과정 운영 현황

(단위 : 명)

과정명	운영기간	수료자
시·도 예방접종사업 관리자 교육	'19. 2. 27.~28.	29
[기본교육] 예방접종 전문교육	'19. 3. 13.~4. 12.	180
[보수교육] 예방접종 전문교육	'19. 5. 13.~20.	130
예방접종전산시스템 실무자 전산교육	'19. 6. 17.~28.	148
'19-'20절기 인플루엔자 예방접종 전문교육	'19. 7. 17.~18., '19. 7. 24.~25.	394
피내용 BCG 예방접종 실습교육	'19. 11. 28.~12. 16.	178

|표 2-6-64| 온라인 과정 운영 현황

(단위 : 명)

과정명	운영기간	수료자
[기본교육] 어린이 국가예방접종 지원사업 위탁의료기관 교육	'19. 4. 1.~'20. 2. 29.	2,897
[보수교육] 어린이 국가예방접종 지원사업 위탁의료기관 교육	'19. 4. 1.~'20. 2. 29.	4,517
[기본교육] 임신부 인플루엔자 국가예방접종 지원사업 위탁의료기관 교육	'19. 7. 8.~'20. 2. 29.	7,678
시군구 대상 예방접종 기본교육	'19. 4. 1.~12. 15.	325
시군구 대상 예방접종 보수교육	'19. 4. 1.~12. 15.	129
어르신·임신부 인플루엔자 국가예방접종 교육	'19. 7. 8.~'20. 2. 29.	805

사. 예방접종 대상 감염병 관리

1) 홍역 및 풍진 퇴치 유지사업

우리나라는 1965년 홍역 단독 백신, 1978년 풍진 단독 백신이 도입되었으며, 1983년에는 MMR(Measles, Mumps, Rubella) 혼합백신이 국가 예방접종 사업에 포함되었다. 홍역의

연간 환자 발생 수는 1960년대 1만 명 이상에서 점차 감소하여 1983년 이후 1천~3천명 내외로 감소하였다. 그러나 주기적인 유행은 지속되어 1993년~1994년 전국적인 홍역(measles) 유행이 발생하였고, 1995년~1996년에는 중·고등학생 사이에서 풍진(rubella)이 크게 유행하였다. 홍역과 풍진의 주기적 유행은 1997년 MMR 2차 접종을 국가예방접종으로 도입하게 되는 계기가 되었다. 그러나 2000년~2001년에는 그간의 감수성자 누적으로 초·중학생을 중심으로 전국적인 홍역 대유행이 발생하였다.

이에 국가는 홍역 퇴치를 목표로 2001년 「홍역퇴치 5개년 계획」을 수립하였으며, 계획의 기본 전략은 첫째, 학교 입학 전 예방접종 확인사업을 통하여 2회의 홍역 백신 접종률을 95% 이상 유지하고, 둘째, 만 8세~만 16세 감수성자에 대한 홍역 일제예방접종(Catch-up)을 실시하며, 셋째, 환자발생 및 실험실 감시체계를 강화하여 토착 발병의 근절을 확인하는 것이었다. 특히, 일제접종(Catch-up) 시 홍역뿐만 아니라 풍진도 포함된 MR(Measles, Rubella) 백신으로 접종하였고, 7세~18세 18,139명을 대상으로 실시한 홍역 면역도 조사결과(2000년)를 근거로 선정한 만 8세~만 16세 590만 명 중 570만 명(97.3%)에게 접종을 완료하였다.

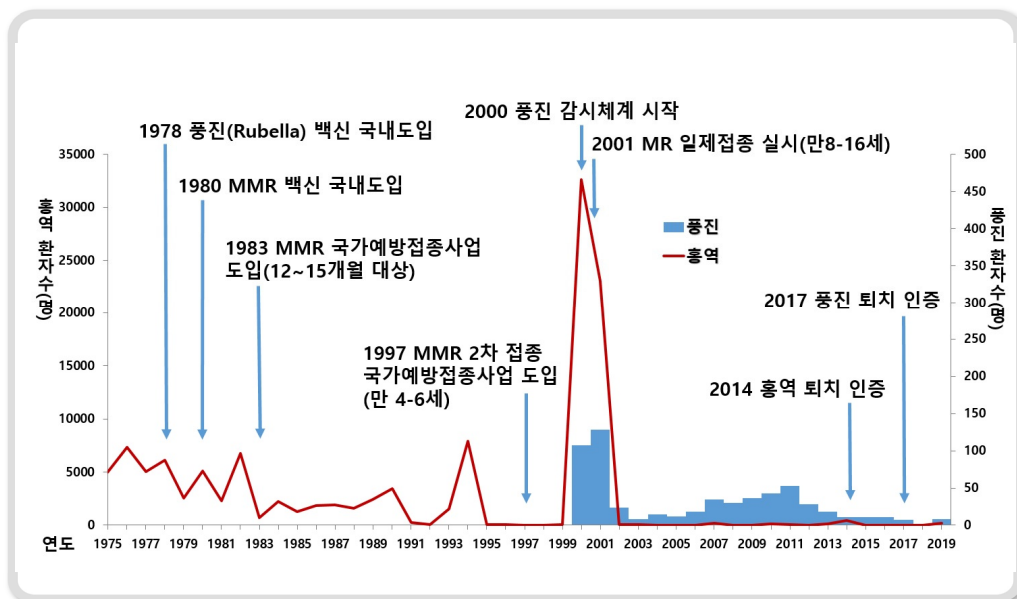
적극적인 홍역퇴치 사업 수행 결과, 2002년 이후 홍역 확진환자 발생은 급격히 감소하여 2002년 62건, 2004년 11건, 2006년에는 28건이 발생하여 2006년의 홍역 발생률은 인구 100만 명당 0.52명으로 세계보건기구(WHO)에서 제시한 인구 100만 명당 1명 미만의 홍역 퇴치기준을 만족하여 2006년 홍역퇴치를 선언하였다. 이후 2010년 114건, 2013년 107명, 2014년 442명의 홍역 환자가 발생하였으나 대부분이 자국 내 환자 발생이 아닌 국외 유입 및 국외 유입 연관 사례로 확인되었고, 국내 토착화된 홍역 바이러스에 의한 환자가 36개월 이상 없는 등 퇴치인증 기준에 부합하여 2014년 세계보건기구(WHO) 서태평양지역사무국(WPRO)으로부터 홍역 퇴치 인증을 받았다.

이후 홍역 환자 발생 수는 2015년 7건, 2016년 18건, 2017년 7건, 2018년 15건으로 연간 20건 미만을 유지하였으나 최근 유럽 등에서 홍역이 지속적으로 유행함에 따라 2019년 194명의 홍역 환자가 발생하였고, 이 중 95% 이상이 국외 유입 및 국외 유입 연관 사례였다. 이에 2019년 7월 홍역대응지침을 전면 개정하여 국내 유입 대비 및 상황에 따른 신속한 대응이 가능하도록 관리 체계를 정비하였다.

풍진도 2001년 MR(Measles, Rubella) 일제 접종(Catch-up) 이후 지속적으로 감소하여 2000년 107명에서 2012년 이후 30건 이내로 감소하였고, 2014년 11건, 2017년 7건으로 급격히 감소하여 당초 계획보다 1년 앞선 2017년 세계보건기구(WHO) 서태평양지역으로부터 뉴질랜드와 함께 서태평양지역 최초로 풍진 퇴치 인증을 받았다. 2018년부터는 선천성 풍진 감시강화를 위해 선천성 풍진의 진단 신고기준을 마련하여 신고 된 모든 의심사례에 대한 실험실적 검사를 권고하고 있으며, 2018~2019년에 발생한 선천성 풍진 환자는 없었다.

우리나라는 홍역 및 풍진의 경우 예방접종률(2017년 전국 예방접종률 1차 97.7%, 2018년 취학아동 예방접종 확인사업 2차 98.2%)이 높아 집단면역 수준을 지속적으로 유지하고 있어, 발생하더라도 지역 내 확산 가능성은 매우 낮은 상황이다. 그러나 2014년과 같이 국외 유입 사례에 의해 예방접종 전인 1세 영유아 및 면역력이 불충분한 국내의 감수성자를 중심으로 환자가 발생할 가능성이 있기 때문에 유입 시 신속한 확인과 확산 방지가 중요하다. 또한, 최근에는 유럽 및 중국, 필리핀, 베트남 등 홍역 발생 지역으로부터 국제 결혼 이주자 증가 및 여행으로 국외 유입 건수가 증가하고 있어 감시 및 관리와 함께 교육·홍보 강화가 필요하다.

[그림 2-6-25] 홍역·풍진 발생 현황 및 그간 주요 추진 정책(1975년~2019년)



|표 2-6-65| 연도별 홍역환자 수와 감염원 분류 현황

(단위 : 명)

연도	총환자 수	감염원 ¹⁾			
		국외유입	국외 유입 연관	자국 내 발생	불명
2008	2	1	-	-	1
2009	17	2	-	-	15
2010	114	1	-	-	113
2011	42	3	32	-	7
2012	3	2	-	-	1
2013	107	4	103	-	-
2014	442	21	407	-	14
2015	7	3	1	-	3
2016	18	9	9	-	-
2017	7	3	-	-	4
2018	15	5	8	-	2
2019	194	86	104	-	4

주 : 1) 국외 유입-국외에서 감염된 후 국내에서 확인된 경우, 국외 유입 연관-국외 유입 사례에 의한 국내 2차 전파 또는 바이러스 유전자 분석 결과 국외 유입 바이러스로 구분되는 경우, 자국 내 발생-토착형 홍역바이러스에 의한 전파로 확인되는 경우, 불명-어떤 경우로도 분류할 수 없는 경우

|표 2-6-66| 연도별 풍진환자 수와 감염원 분류 현황

(단위 : 명)

연도	총환자 수	감염원 ¹⁾			
		국외 유입	국외 유입 연관	자국 내 발생	불명
2011	53	5	3	-	45
2012	28	-	-	-	28
2013	18	-	-	-	18
2014	11	-	-	-	11
2015	11	-	-	-	11
2016	11	-	-	-	11
2017	7	1	-	-	6
2018	0	-	-	-	-
2019	8	7	1	-	-

주 : 1) 국외 유입-국외에서 감염된 후 국내에서 확인된 경우, 국외 유입 연관-국외 유입 사례에 의한 국내 2차 전파 또는 바이러스 유전자 분석 결과 국외 유입 바이러스로 구분되는 경우, 자국 내 발생-토착형 홍역바이러스에 의한 전파로 확인되는 경우, 불명-어떤 경우로도 분류할 수 없는 경우

2) 그 밖의 예방접종 대상 감염병 관리

예방접종 대상 감염병의 발생 및 유행 차단을 위하여 감시, 실험실 등 관련 부서와 협력 체계를 구축, 감염병 발생 감시 및 역학조사를 실시하고 있으며, 2010년부터는 홍역 외에도 백일해, 풍진, 일본뇌염 신고 사례에 대한 사례 판정을 실시하고 있다.

2019년 주요 감염병 신고 및 사례 분류 현황을 살펴보면 일본뇌염은 총 신고 582명 중 확진 환자가 34명이었으며, 파상풍은 31명으로 전년(31명)과 동일하였다. 백일해는 총 496명으로 2018년(980명) 대비 49.4% 감소하였으며, 지난 2006년~2010년 평균 1.4명에 불과했던 성인(만 20세 이상) 환자가 2011년 30명(30.9%), 2012년 24명(10.4%), 2013년 11명(30.6%), 2014년 22명(25.0%), 2015년 46명(22.4%), 2016년 60명(46.5%), 2017년 113명(35.5%), 2018년 214명(21.8%), 2019년 188명(37.9%)으로 2011년 이후 꾸준히 높은 발생률을 보이고 있다.

2019년 수두는 82,830명으로 전년 대비 14.1% 감소하였으며, 유행성이하선염은 15,963명으로 전년 대비 17% 감소하였다. 수두와 유행성이하선염 모두 4세~6세의 유치원과 초등학교 저학년에서 주로 신고되었으며, 수두의 경우 예방접종률이 95% 이상 유지되고 있으나 주 발생 연령의 집단 발생이 지속적으로 보고되고 있다. 유행성이하선염 집단 발생사례는 2015년 이후 지속적으로 감소하여 2019년에는 총 1건이었다. B형간염은 2016년 1월부터 산모 B형간염과 주산기 B형간염을 제외한 급성 B형간염만을 신고 대상으로 하도록 변경했으며, 이후 약 380명 내외로 발생하고 있다.

[표 2-6-67] 제2군 감염병 발생 현황(2002년~2019년)¹⁾

(단위 : 명)

질병	연도	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
제 2 군	수 두 ²⁾	-	-	-	1,934	11,027	20,284	22,849	25,197	24,400	36,249	27,763	37,361	44,450	46,330	54,080	80,092	96,467	82,830
	홍 역	62	33	11	7	28	194	2	17	114	42	3	107	442	7	18	7	15	194
	백일해	21	5	6	11	17	14	9	66	27	97	230	36	88	205	129	318	980	496
	유행성 이하선염	764	1,518	1,744	1,863	2,089	4,557	4,542	6,399	6,094	6,137	7,492	17,024	25,286	23,448	17,057	16,924	19,237	15,963
	풍 진	24	8	15	12	18	35	30	36	43	53	28	18	11	11	11	7	0	8
	b형간염 인플루엔자 ⁴⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	3	2	0
	폐렴구균 ⁵⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	228	441	523	670	526

질병	연도	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
		4	8	11	11	10	8	16	17	14	19	17	22	23	22	24	34	31	31
제3급	파상풍	4	8	11	11	10	8	16	17	14	19	17	22	23	22	24	34	31	31
	B형간염 ³⁾	-	-	-	650	1,211	1,588	1,612	1,746	1,486	462	289	117	173	155	359	391	392	389
	일본뇌염	6	1	0	6	0	7	6	6	26	3	20	14	26	40	28	9	17	34

주 : 1) 감염병 웹통계시스템(<http://stat.cdc.go.kr>) 자료임

2) 수두는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 개정에 따라 2005년 7월 법정 감염병으로 지정

3) B형간염은 2010년 12월 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 개정·시행 이후 표본 감시에서 전수 감시로 변경, 2016년 1월 7일부터 신고 범위가 급성B형간염만 포함됨

4) b형헤모필루스인플루엔자는 2013년 「감염병예방법」 개정에 따라 9월 23일부터 신고·보고된 자료

5) 폐렴구균은 2014년 9월 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 개정 이후 전수 감시 시작

6) 1980년대 이후 환자발생이 없는 디프테리아, 폴리오는 신고 현황에서 제외함

3. 2020년도 예방접종 관리사업 추진 계획

가. 국가예방접종 지원사업 운영

1) 국가예방접종 지원사업 확대 시행

집단생활을 하는 13세 어린이(중학교 1학년)의 경우 긴밀한 접촉으로 인해 전파 속도가 빠르고 지역사회 유행 확산의 주요 원인이 되어 지역사회 인플루엔자 전파방지를 목적으로, 2020년에는 인플루엔자 예방접종 대상에 '13세 어린이(중학교 1학년)'를 포함하여 접종비용을 전액 지원하고 확대한다.

예방접종 기록의 체계적인 관리를 바탕으로 미접종자를 관리하여 예방접종률을 향상시키고 통합적인 접종기록 관리로 예방접종 서비스 질을 향상시키는 등 예방접종사업의 질적 향상을 높일 계획이다.

2) 초·중학교 입학생 예방접종 확인 시행

2020년에도 초·중학교 입학생을 대상으로 예방접종 완료 여부를 확인하여 체계적인 관리를 지속화할 계획이다. 우리나라는 95% 이상의 높은 예방접종률을 유지하고 있으나, '2018년 전국 예방접종률 현황(승인번호 제117093호)' 결과 만 3세, 만 6세 아동의 일본뇌염 백신 접종률은 93% 정도로 다른 백신에 비해 낮은 것으로 확인되어, 2020년에는 중학교 입학시 확인하여야 기존 2종 Tdap(또는 Td), HPV 이외 일본뇌염을 추가 확대 시행하여 일본뇌염 백신 예방접종률을 지속적으로 관리할 예정이다.

3) B형간염 주산기감염 예방사업

B형간염 주산기감염 예방사업 대상자를 정확하게 파악할 수 없어 대상자를 추계하여 관리하고 있는 어려움이 존재함에 따라 현황 확인 등 보완방안을 마련하고, 적극적인 참여 독려를 위해 관련 학·협회의 협조를 구하여 홍보 등을 강화할 예정이다.

4) 어르신 폐렴구균 예방접종사업

어르신 폐렴구균 예방접종사업은 사업 시행 초기 2013년 5월부터 2015년 12월까지 65세 이상 연령을 대상으로 따라잡기(Catch-up) 예방접종을 시행하였다. 2020년은 사업대상자(65세 진입 연령 대상) 접종률 65% 목표로 사업을 추진할 계획이다. 단, 65세 이상에서 1회 접종을 완료하지 못한 66세 이상 연령도 대상에 포함시킬 예정이며, 사업대상자의 접종률을 높이기 위해 포스터 및 안내문 등을 제작·배포할 계획이다. 또한, 연관 행사(노인의 날, 세계 폐렴의 날 등), 연관 단체(대한노인회 등) 등과 연계하여 사업 홍보도 추진할 계획이다.

5) 인플루엔자 국가예방접종 지원사업

어르신 인플루엔자 국가예방접종 사업은 2015년 10월부터 위탁의료기관까지 확대 시행하였으며, 2020년에는 1955. 12. 31. 이전 출생자를 대상으로 접종률 84%를 목표로 사업을 추진할 계획이다.

어린이 인플루엔자 국가예방접종 사업은 2016년부터 사업대상이 지속 확대되어, 2020년 10월부터 13세 어린이(중학교 1학년)를 추가하여 접종률 55%를 목표로 사업을 추진할 계획이다.

임신부 인플루엔자 국가예방접종 사업은 2019년 10월부터 시행하였고 임신부 접종의 안전성 및 필요성에 대해 충분한 정보전달 및 예방접종 안내를 지속 실시할 계획이다.

지원백신은 기존 3가 백신에서 4가 백신으로 전환하여 지원할 예정이다.

나. 예방접종 실시 기준 및 관리 강화

예방접종 대상 감염병의 예방관리 체계 고도화를 목표로 과학적 근거기반 정책 결정을 위해, 국가예방접종 사업 및 백신의 효과 평가를 체계적으로 시행하고, 향후 국가예방접종 대상 백신

도입과 대상자 확대 결정을 위한 검토 기준 및 절차를 마련하고 운영할 예정이다. 아울러, 예방접종 분야별 전문가 자문위원단의 활성화를 위해 운영방안을 마련할 예정이다. 또한, 근거 중심의 새로운 과학적 근거를 바탕으로 감염병별 실시기준을 개정하고, 필요시 특정 감염병이나 대상자에 대한 예방접종 권고 등을 통해 관리를 지속할 예정이다.

다. 예방접종 후 이상반응 감시 및 안전관리 강화

예방접종 후 드물게 발생할 수 있는 중증이상반응에 대해 보건소에서 보다 체계적이고 신속한 대응을 할 수 있도록 지속적인 교육을 실시할 예정이다. 또한, 이상반응 신고, 중증이상반응 신속대응, 국가보상제도 소개 등 예방접종 후 이상반응 업무 전반 내용을 수록한 ‘이상반응 관리지침’을 개정하여 이상반응 업무 담당자의 업무 이해도를 높이고, 원활하게 업무수행을 하여 국민의 안전한 예방접종을 도모하고자 한다.

라. 예방접종통합관리시스템의 안정적 운영 지원

국가예방접종 지원사업 운영 시스템을 상시 유지 보수하며 예방접종통합관리시스템의 기능 개선 및 신규 업무 정보화 요청에 맞추어 효율적인 운영을 지원할 계획이다. 특히, 2020년에는 예방접종통합관리시스템과 예방접종도우미 누리집의 범용성 확보를 위해 ActiveX를 제거하고 HTML5로 전환할 예정이다. 더불어 교육시스템에서도 기술 지원이 종료되는 어도비 플래시를 제거하여 이동통신 앱을 비롯한 다양한 플랫폼에서 교육 수강이 가능하도록 변경할 예정이다. 또한, 질병관리본부 내 타 시스템과의 연쇄 장애를 해결하기 위해 공용 인프라 자원과 분리한 장비를 더욱 안정적으로 관리할 수 있도록 별도 유지 보수 사업을 수행할 계획이다.

마. 예방접종 홍보사업

국정과제로 추진하고 있는 어린이, 어르신, 임신부 대상 무료예방접종 확대 및 완전 접종률 향상을 위한 다양한 통합커뮤니케이션 사업을 추진할 예정이다. 특히, 2020년에는 어린이 인플루엔자 무료지원대상자가 생후 6개월~13세 이하 어린이로 확대됨에 따라, 정책변동에 대한 정보 안내와 대중매체, 소셜미디어를 활용한 정보 확산에 초점을 두고 홍보활동을 강화할 예정이다. 또한, 임신부 인플루엔자 및 여성청소년 HPV 예방접종의 안전성 우려에 대한 인식을 개선하기 위해 과학적 근거기반의 소통도 함께 운영할 계획이다.

예방접종 안전관리, 보호자 불안 해소 및 적기·완전 접종률 향상을 위한 사회적 관심 환기 등 중장기 커뮤니케이션 목표 달성을 위해 관련 단체 협력, 사회적 의제 제기, 활용 가능한 콘텐츠 개발, 이슈·성과관리 및 조사 연구에도 힘을 계획이다.

바. 예방접종 전문교육사업

민간의료기관의 의료인을 대상으로 온라인 기본교육을 운영하고, 2020년도에는 지속적으로 운영하는 교육에 대한 학습효과를 높일 수 있도록 시스템 및 구성을 개선할 수 있도록 계획을 수립할 예정이다. 또한, 시·도 및 시·군·구 예방접종사업 담당자를 대상으로 현장교육과 온라인 교육 과정을 병행 운영하여 이들의 역량을 지속적으로 강화할 계획이다. 2019년에 추가되었던 임신부 인플루엔자 예방접종 온라인 교육을 2020년부터는 기존의 어르신 인플루엔자 교육과 통합하여 제공할 계획이다.

기존의 교육은 일률적으로 대상자별로 기본교육과 보수교육을 운영하였으나, 일선 지방자치단체에서 근무하는 예방접종 관련자들의 다양한 직무에 적합한 교육의 필요성이 대두되어 왔다. 이에 따라, 2020년에는 지방자치단체(256개 보건소) 예방접종 관련자 일부 대상으로 실시한 직무분석 사전 설문조사(담당 업무, 담당 업무별 필요 교육, 교육의 실효성, 만족도 등)를 보건소 예방접종 담당자 전체 대상으로 확대하여 진행할 계획이며, 향후 이를 바탕으로 담당 직무에 맞는 교육과정을 편성하여 교육의 질을 높일 계획이다.

사. 예방접종 대상 감염병 관리 강화

1) 홍역 및 풍진 퇴치 수준 유지

표준예방접종일정에 따른 영유아 예방접종률 관리 및 취학 전 아동에 대한 예방접종률 확인 사업으로 높은 예방접종률을 유지하고, 국외에서 유입되는 홍역·풍진에 대한 조기 인지를 위해 강화된 감시체계를 지속 운영할 것이다. 특히, 감염병의 국내 유입을 조기에 인지하기 위해 의료인 대상의 교육·홍보와 선천성 풍진 예방을 위한 국제결혼 이주자에 대한 교육을 강화하고 국민 스스로 감염병 예방법을 준수할 수 있도록 정확한 정보를 지속적으로 제공해 나갈 계획이다.

2) 그 밖의 예방접종 대상 감염병 관리 강화

예방접종 대상 감염병별 역학적 특성에 따른 역학조사 및 관리 방안을 재정비하고, 실험실 진단·감시 체계를 강화하여 감염병 발생 및 유행을 조기에 인지하여 대응할 계획이다. 또한, 지자체의 감염병 확산 방지를 위해서는 대국민 대상 예방수칙 준수사항 당부를 위한 보도자료 배포 등 홍보를 지속적으로 진행할 계획이다.

IV 결핵 관리

1. 개요

가. 국내·외 동향

세계보건기구(WHO)는 1993년 세계결핵퇴치를 선언한 이래, 「Stop TB 2006~2015 전략」을 수립하는 등 전 세계 결핵관리를 강화하여, 2003년 이후 결핵 사망률이 1990년에 비해 47% 줄어드는 성과를 보였다. 그러나 2000년 이후 결핵 발생률은 연간 1.5% 감소에 그치고 있어 WHO는 'END TB' 전략을 마련, 2022년까지 결핵 발생 50% 감소(10만 명당 40명 이하), 2030년 까지 90% 감소(10만 명당 10명 이하)를 목표로 각 국가들과의 연대를 추진하고 있다.

WHO 발표 통계에 따르면, 우리나라 결핵 발생률은 2017년 인구 10만 명 당 70명에서 2018년 66명, 사망률은 2017년 인구 10만 명당 5.0명에서, 2018년 4.8명으로 감소하였다. 그러나 결핵 발생률은 OECD 가입국 중 여전히 1위를 기록하고 있다. 국내 질병보건통합관리시스템으로 신고된 결핵 신환자는 2003년부터 증가하다가 2011년에 정점을 보인 후 2012년부터 감소하기 시작하였다. 2019년 결핵 신환자는 23,821명(10만 명당 46.4명)으로 2018년 26,433명(10만 명당 51.5명) 대비 신환자율이 9.9% 감소하였다.

나. 국가결핵관리사업 배경

우리나라 결핵관리는 1962년 국가결핵관리체계를 구축하여 전국 보건소를 중심으로 결핵 예방, 환자 발견, 등록 관리 및 치료 사업 등을 체계적으로 실시하였다. 이후 경제 성장에 따른 주거 위생과 영양 상태의 개선, 전 국민 의료보험 도입에 따른 의료 접근도 향상 등으로 빠른 속도로 환자가 감소하였다. 그러나 2000년 이후 결핵환자 감소 속도가 둔화되고 다제내성 결핵환자가 증가하며, 학교·시설 등을 중심으로 소집단 결핵의 산발적 발생이 지속되고 있어 새롭고 강력한 국가결핵관리사업의 추진이 요구되었다.

이에 따라 학계, 의료계를 비롯하여 WHO 등 전문가 자문을 거쳐 ‘결핵퇴치 2030계획(2008년)’, ‘결핵조기퇴치 New 2020plan(2010년)’을 수립하여 새로운 결핵관리사업의 틀을 마련하였다.

또한, 「결핵예방법」 전문 개정(10. 1. 25.)을 통해 결핵환자의 신고의무를 강화(기존 7일 이내에서 ‘지체 없이’로 변경)하고 결핵환자접촉자조사, 입원명령 및 부양가족생계비지원, 결핵 환자 의료비 지원 등 각종 국가결핵관리사업에 대한 법적 근거를 마련하였다.

2013년 ‘제1차 결핵관리종합계획(2013년~2017년)’을 수립하여 본격적인 결핵 퇴치 사업에 돌입하였다. 중앙결핵역학조사팀을 구성하여 학교, 군부대 등 집단시설 역학조사를 추진하고, 민간·공공협력 결핵관리사업(PPM사업)을 강화하여 개별 역학 조사 등 환자 관리 체계를 개선하였다. 2014년에는 결핵예방법 일부 개정(14. 1. 28.)을 통해 잠복결핵감염관리비 지원, 입원명령권을 시·도지사로 확대하는 등 퇴치 사업 추진을 위한 법적 기반을 마련하였다. 2015년에는 결핵예방사업의 일환으로 전국 산후조리원 종사자 등에 대한 결핵집중관리를 통해 결핵 예방교육, 잠복결핵감염 검사 및 치료를 시행하였다. 또한, 잠복결핵감염 치료 시 요양급여비용의 본인부담금 지원을 시작(15.7.)하여, 잠복결핵감염으로 치료하는 모든 대상자는 요양급여에 대하여 별도의 비용 지불 없이 무료로 치료받게 되었다.

2016년은 환자 발견 및 치료의 수준을 넘어 잠복결핵 단계부터 발병 전 치료를 하는 ‘결핵 안심국가 실행 계획’을 마련하고, 「결핵예방법」을 일부 개정(16. 8. 4.)하여 집단시설 종사자에 대한 잠복결핵감염 검진을 의무화하였다.

이를 통해 2017년에는 의료기관·어린이집·사회복지시설 등 집단시설 종사자, 결핵고위험 취약계층인 교정시설 재소자, 고등학교 1학년·학교 밖 청소년 대상으로 한 잠복결핵감염 검진 사업을 추진하였고, 총 120만 명의 검진자 중 14만 명의 양성자(양성률 11.6%)를 확인하였다.

2018년도에는 의료기관·어린이집 종사자, 학교 밖 청소년 등 대상으로 잠복결핵감염 검진을 수행하여 총 48만 명중 2.7만 명의 양성자(양성률 5.6%)를 확인하였으며, 2019년도에 의료기관, 학교 밖 청소년 등을 대상으로 총 44만 명 중 1.5만명의 양성자(양성률 3.4%)를 확인하였다.

2. 2019년도 결핵관리사업 추진 실적

가. 신고 결핵 신환자율 감소

결핵은 2004년 이후 매년 증가 추세였으나 2012년부터 결핵 신환자는 감소하기 시작하였고 2019년은 전년 대비 2,612명 감소하였다. 최근 5년간 결핵환자수가 연 평균 7.4% 감소하였고, 2019년에는 전년 대비 9.9% 감소하였다.

[표 2-6-68] 신고 결핵 신환자 추이

(단위 : 명, 명/10만 명)

구 분		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
전체	신환자수	35,845	36,305	39,557	39,545	36,089	34,869	32,181	30,892	28,161	26,433	23,821
	신환자율	72.2	72.8	78.9	78.5	71.4	68.7	63.2	60.4	55.0	51.5	46.4
폐결핵	신환자수	28,922	28,176	30,100	31,075	28,720	27,906	25,550	24,696	22,314	20,883	18,765
	신환자율	58.2	56.5	60.1	61.7	56.8	55.0	50.1	48.3	43.6	40.7	36.6
(도말양성)	신환자수	11,285	10,776	11,714	12,137	11,100	10,446	9,309	8,812	7,701	7,330	6,497
	신환자율	22.7	21.6	23.4	24.1	22.0	20.6	18.3	17.2	15.0	14.3	12.7
폐외결핵	신환자수	6,923	8,129	9,457	8,470	7,369	6,963	6,631	6,196	5,847	5,550	5,056
	신환자율	13.9	16.3	18.9	16.8	14.6	13.7	13.0	12.1	11.4	10.8	9.8

주 : 신고 결핵 신환자율 계산 방법 : 신고 결핵 신환자 수 / 주민등록연앙인구×100,000

※ 출처 : 2019 결핵환자 신고 현황 연보(질병관리본부, 2020), 주민등록연앙인구(통계청)

[표 2-6-69] 결핵 사망률 추이

(단위 : 명, 명/10만 명)

구 분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
전체	사망자 수	2,323	2,292	2,365	2,364	2,466	2,230	2,305	2,209	2,186	1,816	1,800
	사망률	4.7	4.6	4.7	4.7	4.9	4.4	4.5	4.3	4.3	3.6	3.5
호흡기 결핵	사망자 수	2,125	2,140	2,198	2,168	2,244	2,055	2,136	2,019	2,020	1,678	1,658
	사망률	4.3	4.3	4.4	4.3	4.5	4.1	4.2	4.0	4.0	3.3	3.2
기타 결핵	사망자 수	198	152	167	196	222	175	169	190	166	138	142
	사망률	0.4	0.3	0.3	0.4	0.4	0.3	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3

주 : 결핵사망률 계산 방법 : 결핵사망자 수 / 주민등록연앙인구×100,000)

※ 출처 : 사망원인통계(통계청, 2019)

나. 결핵환자 조기 발견

매년 결핵역학조사 시행 건수*는 증가 추세이며, 결핵환자 신고 시 직업 항목 기재 의무화(15. 6.)로 직장, 의료기관 등 조사 건수가 증가하였다. 2019년 총 4,526건 역학조사를 시행한 결과, 조사 대상자 130,843명 중 추가결핵환자 154명, 잠복결핵감염자 12,873명(19.1%)을 발견하였다.

* 결핵 역학조사 시행 건수 ('13.) 1,142건 → ('14.) 1,405건 → ('15.) 2,639건 → ('16.) 3,502건 → ('17.) 3,759건 → ('18.) 4,041건 → ('19.) 4,526건

[표 2-6-70] 결핵 역학조사 추이

구 분	연 도	계	학 교							의료 기관	군/ 경찰	교정 /복지 시설	직장	기타
			소계	유치원/ 어린이 집	초	중	고	대	기타					
조사 시행 (건)	2016	3,502	659	46	64	58	183	295	13	856	128	574	1,167	118
	2017	3,759	603	60	64	51	173	246	9	1,217	108	622	1,067	142
	2018	4,041	506	58	60	44	113	219	12	983	88	786	1,503	175
	2019	4,526	514	61	59	50	104	231	9	780	66	976	1,971	219

2011년부터 호흡기 결핵환자의 가족 및 동거인을 대상으로 가족접촉자 검진사업을 시행중에 있으며, 호흡기 결핵환자 가족검진율*은 매년 증가하고 있다. 2019년 가족접촉자 27,835명을 대상으로 결핵검사 결과 120명(0.4%) 추가환자가 발견되었으며, 잠복결핵감염자 5,761명(26.7%)이 진단되었다.

* 호흡기 결핵환자 가족검진율 ('15.) 73.6% → ('16.) 85.5% → ('17.) 84.4% → ('18.) 86.5% → ('19.) 89.2%

또한, 2018년부터 강원(강릉시, 삼척시), 경북(경주시, 포항시) 지역의 65세 이상 어르신 32,399명을 대상으로 찾아가는 어르신 결핵검진 시범사업을 통해 결핵환자 74명(인구 10만 명 당 228명)을 조기 발견했다. 이는 2018년 국내 전체 65세 이상 결핵 신환자율인 인구 10만 명 당 162.8명과 비교할 때, 인구 10만 명당 65.2명을 추가로 조기에 발견한 것이다.

다. 철저한 환자 관리 및 지원

시·도 및 보건소에 결핵관리요원(259명), 민간의료기관에 결핵관리전담간호사(154개소, 258명)를 배치하여 결핵환자의 역학적 특성 파악 및 체계적인 관리를 위하여 사례조사를 실시하였다. 특히, 전염성 환자는 환자 개인별 복약지도·교육, 가족검진 등 밀착 사례관리 및 업무중사 일시제한 등 추구관리를 시행하였다. 또한, 다제내성결핵 관리지침을 마련하여 다제내성 결핵환자에 대한 주기적인 모니터링을 실시 중이며, 전염성 다제내성 및 비순응 결핵 환자는 입원명령 및 격리치료를 통해 관리를 강화하고 있다. 취약계층 결핵환자 대상 치료비, 간병인, 영양간식 등을 지원하고 있는 결핵안심벨트 사업의 참여기관을 확대(9개소)하였으며, 결핵 고위험국(19개국)*외국인을 대상으로 국내에서 비자 변경 또는 연장 시 결핵검사를 의무 실시하여 관리를 강화하였다. 또한, 2019년 서울 지역 외국인을 대상으로 결핵 및 잠복결핵감염 검진 시범사업을 실시하여 체류 중인 외국인의 잠복결핵감염률을 확인하였다.

* 결핵환자가 인구 10만 명당 50명 이상이고 국내에서 취업, 유학 등 집단 활동을 하는 체류자격 소지자가 많은 국가 (19개: 중국, 베트남, 스리랑카, 러시아, 우즈베키스탄, 태국, 베트남, 인도, 네팔, 필리핀, 파키스탄, 몽골, 인도네시아, 방글라데시, 미얀마, 캄보디아, 말레이시아, 키르기스스탄, 동티모르, 라오스)

라. 결핵관리기반 강화

「결핵예방의 날(3. 24.)」을 맞이하여 기념행사 및 결핵·잠복결핵감염 바로알기 홍보콘텐츠(포스터, 리플릿, 카드뉴스 및 영상 등)를 제작·배포하는 등의 대국민 캠페인을 벌였으며, 결핵예방의 날을 전후로 「결핵예방주간」을 운영하여 지자체 중심의 결핵 검진·교육·홍보 캠페인이 원활하게 이루어질 수 있도록 관리·감독을 시행하였다. 결핵홍보 사업의 성과로 ‘2019 국제 비즈니스 대상’ 금상 등 국내·외 어워드 4회 수상 등 2019년 한 해 동안 국내 유수의 어워드에서 총 다섯 차례 수상하며 결핵홍보 캠페인의 성과를 인정받았다. 아울러, 「2018 결핵환자 신고현황 연보」와 「결핵관리소식지(4회)」 발간하여 대국민 정보제공을 강화하였다. 결핵예방법 시행규칙」을 개정(17. 9.)하여 신규채용자는 1개월 이내 결핵검진을 실시하도록 하였다. BCG 백신(피내용)의 안정적 확보를 위해 국산화를 추진해 2017년 성인 대상 제1상 임상시험에 착수, 2018년 8월 완료하였으며 2019년부터 영유아 대상 제3상 임상시험 국내 접종 및 국외 승인 절차 진행 중이다. 또한, 다제내성 결핵 신약의 단일임사(질병관리본부)가 가능하도록 제도를 개선(17.5.)하여 심사기간을 대폭 단축시켰다. 아울러, 2022년까지 결핵 발생률을 절반 수준(16. 대비)으로 감소시키는 것을 목표로 4개 분야 추진 전략이 담긴 제2기 결핵관리 종합계획을 수립하였다(18. 7.)

3. 2020년도 결핵관리사업 추진 계획

가. 결핵관리 종합계획 수립(제2기)

결핵 감소를 위해 「제2기 결핵관리 종합계획」(결핵예방법)을 수립('18. 7.)하였으며, 국제 사회는 결핵 조기퇴치를 위해 보다 강화된 전략 추진을 결의('18. 9.)함에 따라, 결핵예방관리 강화대책(제2기 결핵관리종합계획 보완)을 수립('19. 5.)하였고, 추진전략 및 세부과제를 마련하여 본격적인 사업을 수행해 나갈 계획이다.

나. 결핵 발병 예방 및 환자 발견 강화

결핵환자 관리 의료기관 전체의 질을 향상시켜 결핵환자 치료성공률을 높이기 위해 2018년부터 의료기관 결핵적정성 평가를 실시하여 의료기관에 인센티브를 제공할 예정이다. 잠복결핵 감염 치료의료기관을 관리 및 확대('19년 기준 누적 457개소)하여 결핵의 예방적 치료가 가능하도록 운영중에 있으며, 결핵 및 잠복결핵감염에 대한 전문가 인식 향상을 위해 의료인 교육 실시 및 설명자료 등을 배포할 예정이고, 어린이부터 어른까지 기침예절 실천 문화 정착과 의심증상이 있을 시 결핵검사를 유도하는 등 대상을 세분화하여 맞춤형 홍보를 추진할 예정이다. 특히, 잠복결핵감염 검진 및 치료의 중장기적 효과 분석을 통한 치료 가이드라인을 마련할 예정이다. 결핵역학조사 인력의 역량을 강화하여 지자체의 역학조사 참여를 확대하고, 중앙-지자체의 역할 분담을 명확히 할 예정이다. 더불어 직장 결핵역학조사 실시 기준을 확대(도말 양성 또는 PCR 양성 시 → 호흡기검체 검사 결과가 양성으로 확인된 경우)하여 접촉자조사를 강화할 예정이다.

또한, 결핵검진 사각지대에 놓여 있는 노숙인 및 쪽방촌 주민 등의 결핵검진 프로토콜을 개발하여 향후 사업 추진을 위한 기반을 마련할 예정이다.

다. 철저한 환자관리 및 기반 강화

노숙인 등 취약계층의 결핵환자 관리 강화를 위해 공공의료원을 대상으로 결핵안심벨트 사업 참여기관을 확대하고 치료 접근성을 향상시켜 치료성공을 도모할 예정이며, 지역사회 결핵사업 협의체를 구성·지자체 특성사업을 발굴하고 지역 간 격차를 해소하기위해 노력할 것이다. 또한, 결핵 고위험국가 지정을 확대하여 외국인 결핵관리를 강화하고 특히 외국인 검진 유소견자

대상 내성검사를 강화할 계획이다. 나아가 다제내성결핵 컨소시엄 구축을 추진하여 다제내성 결핵환자의 치료·관리를 강화하고, 내성결핵의 진단 및 치료에서의 항결핵제 분류기준 변화 등의 내용을 추가하여 국내 현실에 맞는 「결핵 진료지침(4판)」 부분 개정을 통해 관련 요양급여기준을 변경할 예정이다.

V 후천성면역결핍증 및 성매개감염병 관리

1. 후천성면역결핍증(AIDS, 에이즈) 예방 관리

가. 개요

국내 인체면역결핍바이러스(HIV) 감염 내국인 현황을 보면 2018년 한 해 동안 총 989명이 새로 신고 되어, 2017년 대비 19명(1.2%) 감소하였다.

신규 HIV 감염 내국인은 남자 945명(95.6%), 여자 44명(4.5%)으로 남자가 여자보다 21.5배 많았다. 감염경로에 대해 응답한 감염인은 799명으로 모두 성 접촉에 의한 감염이었다. HIV의 주요 감염 경로인 성 접촉은 개인의 성생활에 관한 영역으로서 실태를 확인하거나 예방·관리 사업의 즉각적인 효과를 기대하는 데 한계가 있고, 개방적 성문화가 빠르게 확산하고 있는 점이 감염병 관리에 어려움으로 작용한다. HIV 치료제 및 치료용법의 개발로 감염인의 수명이 연장되고 있으며 복약편의성 등을 고려한 단일정 복합제의 출시와 효과적인 노출 전 사전 예방 약제의 식품의약품안전처 승인 및 일부 대상자에 대한 요양급여 적용으로 치료 및 예방 패러다임이 변화하고 있다.

HIV/AIDS의 예방 관리를 위해 대국민 예방 교육·홍보와 대상별 특화 교육을 강화하고, 진단 검사 활성화를 통해 조기 발견을 촉진하며, 감염인에 대해서는 진료비 지원을 비롯한 포괄적 서비스를 제공하는 등 HIV/AIDS 예방·관리 사업과 감염인 보호·지원 활동을 적극 추진하고 있다.

[표 2-6-71] HIV 감염 내국인 신고 현황

(단위 : 명)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
감염인	797	768	773	888	868	1,013	1,081	1,018	1,060	1,008	989

※ 출처 : 질병관리본부(2019), 「2018 HIV/AIDS 신고 현황 연보」

나. 2019년도 사업 실적

1) 후천성면역결핍증 예방 교육 및 홍보

질병관리본부는 지방자치단체 및 관련 민간단체와의 협력을 통해 에이즈에 대한 교육과 홍보 캠페인을 전개하고 있다. 청소년 등 젊은층 눈높이에 맞춘 유튜브 영상 및 웹툰을 제작하여 송출하고, 뮤지컬을 제작하여 전국 순회공연을 실시하였다. 또한, 법무부와 연계하여 비제도권 청소년을 대상으로 에이즈 예방 교육을 강화하였다. 매년 세계 에이즈의 날(12. 1.) 전·후 ‘에이즈 바로알기 온라인 캠페인’을 개최하면서 일반 국민의 인식 변화를 위하여 에이즈에 대한 올바른 정보 전달을 목표로 다방면에서 홍보 활동을 추진하고 있다.

[표 2-6-72] 에이즈에 대한 태도와 콘돔 사용률

(단위 : %)

구 분	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UNAIDS에서 권고하는 에이즈에 대한 지식(5문항 ¹⁾) 정답률	11.2	27.1	30.4	-	18.1	-	16.7	-	18.4
콘돔 사용으로 에이즈 감염 위험을 줄일 수 있음	78.6	86.3	89.7	-	76.8	-	77.1	-	77.7
에이즈에 대한 편견·차별에 대한 태도 (자녀가 같은 학교 등교 및 옆자리 착석 허용 인함)	59.8	51.2	46.4	-	59	-	58.4	-	47.8
동성애자 고정파트너와 성관계 시 최근 콘돔 사용	65.5	67.5	-	65.4	-	-	-	68.6	-

주 : 1) UNAIDS 권고 5문항 : 건강하게 보이는 사람도 에이즈 감염인일 수 있다(정답 ○), 성관계를 할 때마다 콘돔을 사용하면 에이즈 감염 위험을 줄일 수 있다(정답 ○), 에이즈에 감염되지 않은 건강한 한 명의 파트너와 성관계를 함으로써 에이즈 감염의 위험을 줄일 수 있다(정답 ○), 에이즈 감염인과 함께 식사를 하는 것만으로도 에이즈에 걸릴 수 있다(정답 ×), 모기에 물리는 것만으로도 에이즈에 감염될 수 있다(정답 ×).

※ 출처 : 서울대학교, 「MSM대상 HIV/AIDS 관련 행태 조사 및 체계 개발(2014)」

서울대학교, 「MSM/MtF 대상 HIV/AIDS 관련 행태 조사 및 체계 개발(2018)」

한양대학교, 「에이즈에 대한 지식, 태도, 신념 및 행태 조사(2017)」

HIV/AIDS 예방의 관건은 콘돔 사용에 있으며, 올바른 콘돔 사용률 향상을 위한 정확한 정보 제공을 위해 감염 취약계층 등 대상자별 교육·홍보를 실시하고 있다. 또한, 에이즈 전문 상담가·상담간호사·예방강사 등 전문 인력 양성을 위한 교육 프로그램을 운영하고 있으며, 의료인들과 예비의료인들을 대상으로 에이즈에 대한 최신 정보 제공, 의료기관에서의 HIV 감염인 보호와 진료권 보장을 위한 교육 사업을 추진하고 있다.

2) 진단 검사 및 상담 활성화

HIV 감염인이 자신의 감염 사실을 모르는 상태에서 타인에게 전파시키는 것을 막고 조기 발견을 통해 감염인의 건강 상태 악화를 지연하기 위하여 자발적으로 검사를 받도록 노력하고 있다. 이를 위해 「후천성면역결핍증 예방법」에 익명검사를 명문화하여 어디서나 익명검사가 가능하도록 하고 있으며, 주요 도시에 성소수자 대상 검진상담소 3개소, 외국인 대상 검진상담소 4개소와 대국민 에이즈상담지원센터를 운영하고 있다.

또한, 감염내과가 있는 전국 주요 26개 의료기관에 HIV/AIDS 전문교육을 받은 상담 간호사를 배치하여, HIV 감염인의 치료순응도를 높이고 정서적 지지 등을 통해 삶의 질 향상을 위한 치료 및 복약 상담 등 통합 상담을 제공하고 있다.

[표 2-6-73] 검진상담소의 검진 및 상담 실적

(단위 : 건)

구 분		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
동성애자 대상 검진상담소	상담	4,248	3,980	3,989	4,872	4,966	4,878	5,852	5,427	5,926
	검진	1,361	1,664	1,716	2,219	2,551	2,687	2,616	2,368	2,594
외국인 대상 검진상담소	상담	758	1,067	1,115	1,192	1,450	1,448	1,704	1,830	2,238
	검진	401	447	710	742	712	865	829	938	1,051
상담지원센터	상담	3,990	10,685	10,964	11,062	10,758	10,294	11,844	15,889	14,382

※ 출처 : 에이즈 및 성병예방 국민건강증진기금 민간경상보조사업 결과 보고

3) 감염인 진료비 지원 등 포괄적 서비스 제공

정부는 HIV 감염인 및 환자의 진료비 부담을 덜어 주기 위해 에이즈 진료비 중 보험급여분의 본인부담분을 전액 지원하고 있으며, 생활이 어려운 감염인의 경우는 기초생활보장 수급자로 지정될 수 있도록 지원하고 있다. 또한, 취약계층 감염인에게 장기요양서비스(간병비) 제공, 재가복지서비스 제공 등 노령화 및 질병으로 인해 의료서비스에서 소외되는 감염인을 최소화하기 위한 노력을 기울이고 있다.

4) 감염인 인권 보호

2008년 「후천성면역결핍증 예방법」을 개정하여 인권 침해적 용어 정비, 감염인의 근로 차별 금지 및 근로자의 HIV 검사결과서 요구 금지 등 감염인의 인권 및 노동권 보호를 위한 제도적 장치를 마련하였다. 특히, 2010년 11월 「출입국관리법 시행 규칙」 개정을 통해 그간 HIV

감염인의 입국, 체류, 거주를 제한하던 것을 전면 폐지하였으며, 2012년 7월 우리나라의 HIV에 대한 국제 사회 인권 보호 지지 및 HIV 관련 출입국 제한 철폐 입장을 국제에이즈컨퍼런스를 통해 국제 사회에 재확인하였다.

아울러, 외국인 감염인에게도 국내 감염인과 동일하게 진료비를 지원하는 등 다양한 보건의료 서비스를 제공하고 있다.

[표 2-6-74] 에이즈 감염인 지원사업 및 외국인 에이즈 예방지원사업 개요

센터명	사업 내용(2019)
에이즈 감염인 지원센터	<ul style="list-style-type: none"> • 감염인 종합 상담 <ul style="list-style-type: none"> - 개인면접 상담, 전화 상담, 온라인 상담 등 • 감염인 건강 증진 : 건강증진실 및 건강교실 운영 • 감염인 자활 지원 <ul style="list-style-type: none"> - 재가복지 및 간병 지원 - 감염인 취업 지원
외국인 에이즈예방 지원센터	<ul style="list-style-type: none"> • 홍보(기관 홍보 및 에이즈 홍보) <ul style="list-style-type: none"> - 현장 캠페인, 홍보물 제작 및 배포 • 외국인 교육 <ul style="list-style-type: none"> - 주요 국가별 외국인 대상 동료 교육자 양성 - 교육자료 개발 및 교육 실시 • 상담 및 검진 <ul style="list-style-type: none"> - 외국인 내방 상담, 현장 상담 - HIV 검사, 검사 전후 상담 • 취약감염인 지원 : 관련 기관 연계 및 감염인 치료 지원

다. 향후 계획

HIV 감염인이 지속적으로 발생하고 생존감염인이 증가하고 있는 추세임을 감안할 때, 정부는 HIV/AIDS 확산 방지와 감염인에 대한 차별과 편견 해소를 위해 에이즈에 대한 정확한 지식이 보급될 수 있도록 홍보·교육사업을 지속적으로 추진할 것이다. 아울러, 에이즈 예방 수단인 콘돔 사용 촉진과 에이즈 검진상담소를 통한 감염 취약계층의 종합적인 상담·검진을 활성화 하고자 한다.

또한, HIV 노숙인, 외국인 노동자 등 취약계층 감염인들을 위한 지원사업을 지속하며, 의료 기관감염인상담사업 확대를 통해 감염인의 치료순응도를 향상하고 감염인의 삶의 질을 향상 시키고자 한다.

2. 성매개감염병 관리

가. 개요

국가 성매개감염병 관리는 성매개감염의 발생 예방과 성매개감염병 감염자에 대한 치료를 강화함으로써 개인의 건강은 물론 타인에게 전파를 미연에 방지하여 성매개감염병으로부터 국민의 건강을 유지·보호함을 목적으로 한다. 성매개감염병은 조기에 치료받지 않을 경우 불임·난임, 사산 등의 부작용이 나타날 수 있어 저출산 시대에 그 중요성이 더욱 강조되고 있다.

2013년 『성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단 규칙』과 2020년『감염병의 예방 및 관리에 관한 법률』이 개정·시행됨에 따라 사람유두종바이러스 감염증과 매독이 4급 감염병으로 재분류되었다. 사람유두종바이러스 감염증과 기존 전수감시였던 매독은 표본감시로 신설 및 변경됨에 따라 건강진단대상자에게 보다 자발·자율적인 검진 유도를 할 뿐만 아니라 적극적인 교육·홍보를 실시하여 성매개감염병 관리사업의 효율성을 제고하고 있다. 성매개감염병 발생 현황은 20~30대의 젊은 층과 60대 이상의 노인층에서 증가하고 있으므로 이에 대한 지속적인 예방관리 대책이 필요할 것이다.

나. 추진 실적

성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제19조, 「성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단규칙」 제3조 및 제5조의 대상자에 대해 보건소를 포함한 성매개감염병 전담진료기관에서 정기적인 무료 검진 제공 및 상담을 실시하고 있다.

[표 2-6-75] 성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단 대상자

성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단 대상자	건강진단 항목 및 횟수		
	매독검사	HIV검사	그 밖의 성매개 감염병 검사
1. 「청소년보호법 시행령」 제6조제2항제1호에 따른 영업소의 여성 종업원	1회/6개월	1회/6개월	1회/6개월
2. 「식품위생법 시행령」 제22조제1항에 따른 유흥접객원	1회/3개월	1회/6개월	1회/3개월
3. 「안마사에 관한 규칙」 제6조에 따른 안마사소소의 여성종업원	1회/3개월	1회/6개월	1회/3개월
4. 특별자치도지사·시장·군수·구청장이 불특정 다수를 대상으로 성매개감염병 및 후천성면역결핍증을 감염시킬 우려가 있는 행위를 한다고 인정하는 영업장에 종사하는 사람	1회/3개월	1회/6개월	1회/3개월

성매개감염병 검진대상자의 검진 건수는 2013년 이래로 매년 감소 추세를 보이다가 2018년 이후 다시 증가하는 양상을 보이고 있다. 2019년은 약 25만 건으로 2018년의 약 24만 건 대비 1.0% 증가하였다

[표 2-6-76] 성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단 대상자 검진 실적 추이

(단위: 건, %)

구분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
검진	395,522	356,467	345,632	298,910	293,416	242,889	245,312
감염	4,226	3,676	3,095	2,757	2,607	870	1,113
치료 ¹⁾	3,617	3,141	2,592	1,998	1,797	0	0
양성률 ²⁾	1.07	1.03	0.90	0.92	0.89	0.36	0.46
치료율 ³⁾	85.6	85.4	83.7	72.5	68.9	0	0

주: 1) 치료: 2019년부터 지역보건의료정보시스템 연계하여 실적 추이 통계 산출함

2) 양성률: [감염(건) / 검진(건)] × 100, 3) 치료율: [치료(건) / 감염(건)] × 100

[표 2-6-77] 성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단 대상자 질병별 검진 실적 · 감염 건수 · 양성률 추이

(단위: 건, %)

구 분		매독	임질	클라미디아 감염증	연성하감	성기단순포진 침균곤딜로마
2013	검진	138,997	135,025	116,207	2,933	2,360
	감염	859	504	2,861	2	-
	양성률	0.62	0.37	2.46	0.07	-
2014	검진	129,429	117,941	107,889	410	798
	감염	703	413	2,560	-	-
	양성률	0.54	0.35	2.37	-	-
2015	검진	121,210	117,190	106,521	237	474
	감염	542	338	2,215	-	-
	양성률	0.45	0.29	2.08	-	-
2016	검진	104,947	101,918	91,331	238	476
	감염	510	215	2,041	-	-
	양성률	0.49	0.21	2.23	-	-
2017	검진	105,225	99,771	88,420	-	-
	감염	413	243	1,951	-	-
	양성률	0.39	0.24	2.21	-	-
2018	검진	99,425	76,298	67,166	-	-
	감염	62	60	748	-	-
	양성률	0.06	0.07	1.11	-	-
2019	검진	97,831	78,154	69,327	-	-
	감염	60	76	977	-	-
	양성률	0.06	0.10	1.41	-	-

다. 향후 계획

성매개감염병은 매년 전 세계적으로 3억7천만 명 이상의 신규 감염인이 발생하고 있다. 주요 전파경로는 성접촉으로써 성생활을 하는 누구나 감염될 수 있으므로 적절한 예방관리 대책을 통해 그 발생위험을 감소시킬 수 있다.

국가는 성매개감염병 예방관리를 위해 성매개감염병 감시체계를 구축·운영하여 발생현황을 파악하고 있으며, 그 외에 국가적 성매개감염병 예방관리대책 마련을 위한 전문가 자문위원회를 운영하고 지자체 성매개감염병 담당자들을 대상으로 역량강화 및 신고율 향상을 위한 교육을 실시할 예정이다.

또한, 대국민을 대상으로 교육·홍보를 실시하여 안전한 성 행태를 유도하고, 특히 고위험군 및 취약계층의 검진을 향상을 위해 민간단체를 활용하는 등 대상별로 특화된 성매개감염병 예방관리 사업을 추진해 나갈 계획이다.

VI 검역 관리

1. 개요

가. 검역의 목적

우리나라로 들어오거나 외국으로 나가는 선박·항공기·열차·자동차 등 운송수단과 승객·승무원 및 화물에 대한 검역을 실시하고 국내외로 감염병이 번지는 것을 방지하여 국민의 건강을 유지하고 보호하는 것을 목적으로 한다.

나. 검역대상 감염병

검역감염병은 검역법에 따라 콜레라, 페스트, 황열, 중증 급성호흡기 증후군(SARS), 동물인플루엔자 인체감염증(AI), 신종인플루엔자, 중동 호흡기 증후군(MERS)이 있으며, 외국에서 발생

하여 국내로 들어올 우려가 있거나 우리나라에서 발생하여 외국으로 변질 우려가 있어 보건복지부장관이 긴급 검역 조치가 필요하다고 인정하여 고시하는 아래의 감염병*을 포함한다.

* 긴급 검역 조치가 필요하다고 인정하는 감염병 : 급성출혈열증상, 급성호흡기증상, 급성설사증상, 급성황달증상 또는 급성신경증상을 나타내는 신종감염병증후군

* 세계보건기구가 공중보건위기관리 대상으로 선포한 감염병(폴리오, 에볼라바이러스감염병)

다. 국립검역소 현황

국립검역소는 전국 공항과 항만에 13개 검역소 및 11개 검역지소가 설치되어 있다.

[표 2-6-78] 전국 검역소 현황

(‘19. 12. 기준, 단위 : 개, 명, 건)

구분	계	인천 공항	부산	인천	군산	목포	여수	마산	김해	통영	울산	포항	동해	제주
검역소	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
검역 지소	11	1	1	1	1	1	1	-	-	1	-	1	2	1
정원	453	165	51	40	20	18	25	11	28	17	23	19	15	21
현원	405	142.5	47	38	18	16	22	10	26	14	20	18	15	18.5
검역 구역	49 공항 : 9 항만 : 38 육로 : 2	인천국제공항 김포국제공항 남북출입사무소 (서울 공항)	부산항 김천항 다대포항 수영만 신항	인천항 경인항 평택 당진항 청주국제공항	군산항 정항항 보령항 대산항 태안항	목포항 완도항 무안국제공항	여수항 광양항 이동항	마산항 진해항	김해국제공항	통영항 삼천포항 옥포항 장승포항 고현항	울산항	포항항 대구국제공항	동해·북호항 호신항 삼천항 옥계항 속초항 영양국제공항 동해선철도 남북출입사무소 (고성)	제주항 서귀포항 제주도청형 관광미항 제주국제공항
검역 인원	49,439,394	38,522,739	1,348,551	1,084,705	205,349	186,700	175,865	21,392	5,425,003	18,529	151,059	1,148,559	87,749	1,063,194
	9,842,474 (오염)	7,417,165	103,972	532,335	79,283	15,216	46,443	4,218	1,076,014	4,232	43,465	153,065	2,405	364,661
	39,596,920 (비오염)	31,105,574	1,244,579	552,370	126,066	171,484	129,422	17,174	4,348,989	14,297	107,594	995,494	85,344	698,533
예방 접종 ²⁾	43,186 (황열)	19,605	2,972	6,731	3,529	2,276	313	1,909	607	518	910	2,708	608	500
	1,247 (콜레라)	297	647	186	-	7	-	-	58	-	-	-	27	25

주 : 1) 서울공항은 직제시행규칙 내에는 포함되어 있지 않으나, 실제 검역이 이루어지고 있어 검역구역에 포함

2) 황열 접종실적 : 국제공인예방접종지정기관(국립중앙의료원 등)의 황열 예방접종 실적 포함.

라. 국립검역소의 주요업무

1) 검역

항공 등 교통수단의 발달에 따라 2003년 중증 급성호흡기 증후군(SARS), 2009년 신종인플루엔자 A(H1N1), 2014년 에볼라바이러스병, 2015년 중동 호흡기 증후군(MERS), 2016년 지카바이러스 등 신변종 감염병의 세계적 확산이 두드러지게 나타나고 있다. 이와 같은 해외 발생 감염병의 국내 유입을 차단하기 위해서 전국 13개 검역소에서는 검역감염병 오염지역을 체류·경유한 입국자에 대하여 건강상태질문서를 징구하는 등 검역 조사를 실시하고 있다. 또한, 해외에서 입국하는 선박·항공기·열차·자동차 등 운송수단의 위생 상태 및 적재 화물을 점검하고, 살충·살균을 위한 소독을 실시하며, 검역 구역 내 감염병에 관한 역학조사, 어패류와 식품 취급자에 대한 위생지도 및 교육, 감염병 병원체·매개체 감시사업 등을 실시하고 있다.

2) 감염병 예방 홍보 및 협력 체계 구축

국립검역소는 해외여행 시 감염병 예방의 중요성을 국민들에게 알리기 위해 공항과 항만 내에서 해외여행객 대상으로 정기적인 홍보 캠페인을 실시하고, 지역사회 축제나 행사에 참여하여 홍보 활동을 실시하고 있다. 또한, 보건소, 교육기관, 해외봉사단체 등과 연계하여 감염병 예방의 중요성을 알리고 감염병 예방 수칙에 대한 교육을 실시하고 있다. 아울러, 해외여행질병 정보센터를 주요검역소(인천공항, 부산, 군산, 김해, 제주)에 설치하여 해외여행 시 필요한 예방 접종, 감염병별 예방방법 등 주의사항을 안내하고 있다. 특히, 인천국제공항은 출국장에 해외 감염병 예방홍보센터를 운영하여 해외여행객에 대한 감염병 주의·예방 홍보를 강화하였다. 한편, 외교부, 법무부, 건강보험심사평가원 등 유관기관과 검역정보시스템 연계를 구축하여 메르스 등 해외감염병 유입 시 정보시스템을 통하여 신속히 대응할 수 있도록 대비하고 있다.

3) 해외여행자 예방접종증명서 등 발급

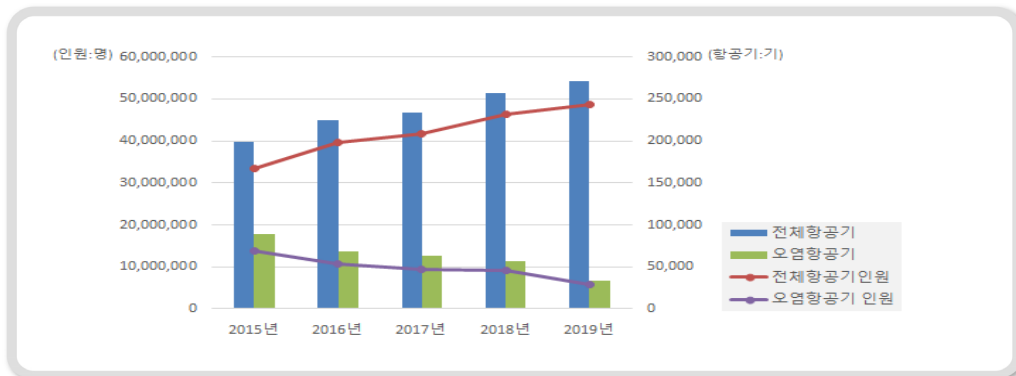
국립검역소는 세계보건기구(WHO)의 국제보건규칙(International Health Regulation)에 따라 선원을 포함한 해외여행자를 대상으로 황열, 콜레라에 대한 예방접종을 실시하고 국제 공인예방접종증명서를 발급하고 있다. 그 밖에도 선박위생관리 면제증명서, 감염병 매개체 구제증명서, 소독증명서 등을 발급하고 있다.

2. 주요 업무 추진 실적 및 향후 계획

가. 주요 업무 추진 실적

2019년 검역 실적은 항공기 271,517기, 승객 및 승무원 48,710,388명으로 2015년(항공기 198,571기, 승객 및 승무원 33,484,474명)에 비해 그 수가 각각 연평균 8.1%, 9.8% 증가하였으며 지속적으로 증가하는 추세이다. 단, 오염지역발 항공기 및 입국자는 오염지역 지정 국가 변경에 따라 2015년 이후 감소하는 추세이다.

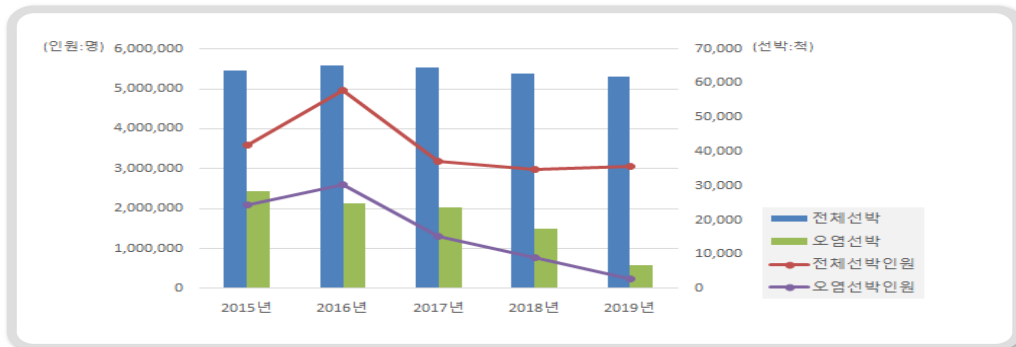
[그림 2-6-26] 항공기 검역 현황(최근 5년)



1) 선박 검역 실적

2019년 검역 실적은 선박 61,962척, 선원 및 승객 3,049,889명으로 2015년(선박 63,760척, 선원 및 승객 3,585,146명)에 비해 선박은 0.8% 감소하였고, 선원 및 승객은 4% 감소하였다.

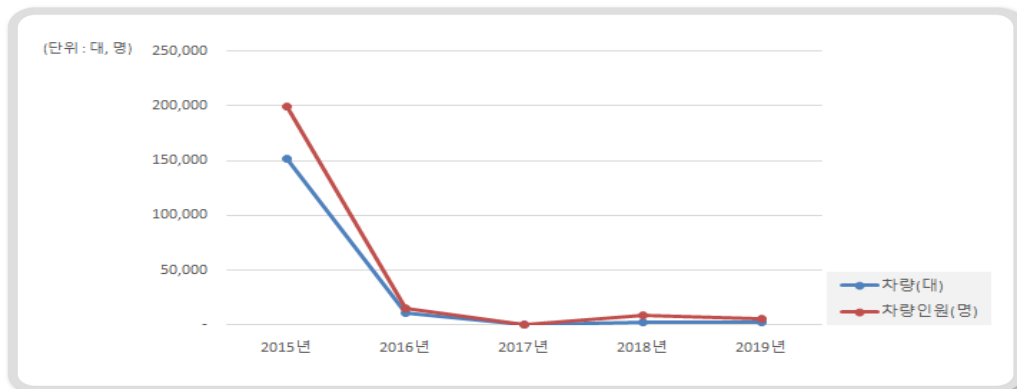
[그림 2-6-27] 선박 검역 현황(최근 5년)



2) 육로 검역 실적

육로 검역은 2003년부터 금강산 관광 지역인 강원도 고성과 개성공단 출입 지역인 경기도 도라산 2곳에서 실시하고 있으며, 2019년 차량 2,407대, 승객 및 승무원 5,511명으로 확인되었다.

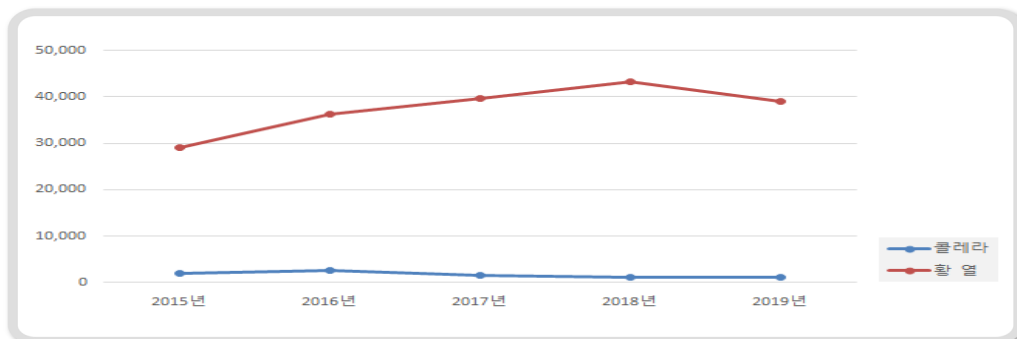
[그림 2-6-28] 육로 검역 현황(최근 5년)



3) 예방접종

전국 검역소에서는 선원을 포함한 해외여행자를 대상으로 황열과 콜레라에 대한 예방접종을 실시하고 있으며, 예방접종 건수는 40,278건(황열 39,051건, 콜레라 1,227건)이다. 특히, 황열 예방접종은 해외여행자의 증가와 더불어 아프리카, 중남미 등으로 여행 지역이 확대되면서 2015년 32,489명에서 2019년 39,051명으로 지속적으로 증가하고 있다.

[그림 2-6-29] 예방접종 현황



4) 감염병 병원체 검사 실적

국립검역소에서는 감염병 병원체의 국내 유입 및 확산 방지를 위해 검역 대상자 및 운송수단, 검역 구역에서 검체를 채취하여 검사하고 있으며, 2019년도 총 105,868건 중 5,775건에서 양성균을 검출(양성률 8.7%)하여 검체 양성률은 전년과 동일하다.

|표 2-6-79| 2019년 병원체 검출 현황

(단위 : 건)

구 분		합계	인천 공항	부산	인천	군산	목포	여수	마산	김해	통영	울산	포항	동해	제주
소 계		5,775	1,341	416	419	679	408	577	355	44	417	485	294	175	165
비브리오 균종	콜레라(독소형)	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	콜레라 (비독소형)	754	26	57	151	69	36	99	65	1	61	93	43	21	32
	비병원성콜레라	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	장염비브리오균 감염증	2,917	111	277	185	474	278	327	217	16	250	329	198	142	113
	비브리오패혈증	834	-	78	83	135	69	146	73	-	106	63	49	12	20
세균성이질		43	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
살모넬라 균종	장티푸스	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	파라티푸스	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
	살모넬라균 감염증	95	68	-	-	-	19	3	-	1	-	-	4	-	-
장출혈성 대장균종	장출혈성대장균 감염증	9	4	-	-	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-
	장독소성대장균 감염증	526	507	1	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-
	장병원성대장균 감염증	505	502	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
	장침습성대장균 감염증	11	7	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-
	장응집성대장균	4	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
기 타 ¹⁾		74	72	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

주 : 1) Cbacter(jejuni, coli)

5) 검역법·제도 개선 연구

국내 검역환경의 변화·발전에 따라 검역법제도의 효과성·체계성 향상 및 일부 운영상의 미비점 보완, 국가 방역체계의 전반적 개편 등을 고려하여 검역법령을 개정하고 제도 개선을 추진하였다. 또한, 검역법 전반의 전문성을 재고하고 체계적인 개편을 위해 TF와 연구용역을 병행 운영하였다. 다양한 토론 및 논의 등을 통해 검역관리기본계획 수립·시행, 검역관리지역 등의 지정·해제 절차마련, ICT기반 검역정보시스템 운영 강화 등의 내용을 주요골자로 하는 검역법 일부개정안을 마련하여 입법을 추진할 계획이다.

6) 메르스, 에볼라 특별검역 실시

중동지역에서 지속적으로 환자가 발생하고 있고, 2015년 국내 첫 환자가 유입된 중동호흡기 증후군(MERS, 이하 메르스)의 경우 국내 유입을 방지하기 위해 중동지역 입국자를 대상으로 검역을 강화하고 있다. 항공기가 도착하는 주기장 앞에서 중동지역 입국자 전수 발열감시를 실시하고 건강상태질문서를 징구하였으며, 발열, 기침 등 유증상자 인지 즉시 시 신속한 검역·역학조사를 수행하고 있다. 국립인천공항검역소에 메르스 발생지역 입국 항공기 도착 게이트를 중심으로 전자검역심사대를 운영(제1여객터미널 2곳 16대, 제2여객터미널 1곳 10대)하여 의심환자 발생 시 접촉자 관리, 시·도 통보 등을 신속·정확하게 관리하고 있다. 메르스 의심환자로 분류될 경우 국가지정입원치료병상으로 이송하여 지역사회로의 감염병 확산을 차단하고 있다. 또한, 중동지역 출국자를 대상으로 현지 도착 시 감염병 예방주의 안내 문자를 외교부 영사콜센터 협조 하에 1회 발송하며, 입국 후에는 질병관리본부에서 감염병 증상 발생 시 신고할 수 있도록 총4회(1일, 6일, 11일, 15일차)에 걸쳐 안내 문자를 발송하고 있다. 그리고 건강보험심사평가원과 연계한 DUR/ITS 프로그램*을 통해 접수에서부터 진료, 처방까지 중동지역 입국자의 해외여행력을 제공할 수 있는 스마트검역시스템을 구축하여 병원에서 중동지역 방문자를 조기에 인지하고 적절하게 대응할 수 있도록 운영하고 있다. 특히, 검역단계에서 메르스 의심증상이 있는 여행객에 대해서는 관할 시·도로 명단을 통보하여 증상발생 여부를 모니터링 할 수 있도록 지역사회와 연계하여 감염병 관리를 실시하고 있다.

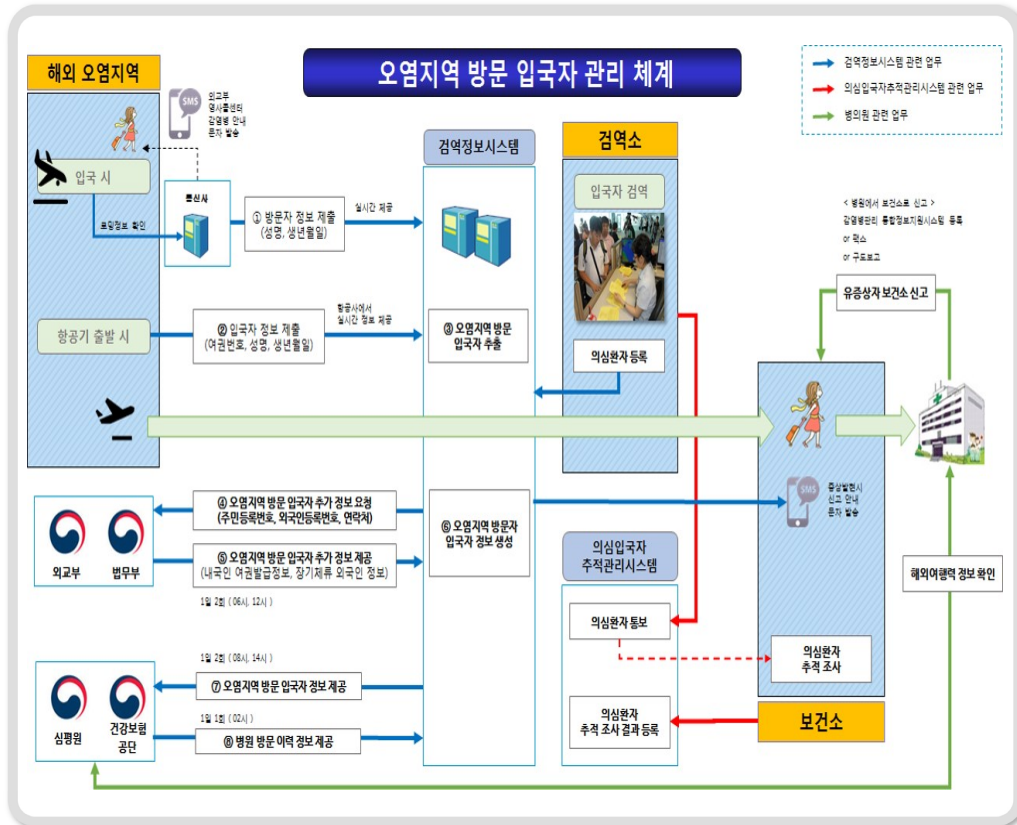
* ITS(International Traveler Information System) : 건강보험심사평가원의 의약품안전사용서비스(DUR) 시스템을 활용하여 진료접수, 진료, 처방단계에서 환자의 해외여행력을 확인가능하도록 의료기관에 정보제공

세계보건기구에서 콩고민주공화국 등 에볼라바이러스병 발생국가에 대한 공중보건위기상황 선포(19.7.17.)에 따라 콩고민주공화국 출국자를 대상으로 현지 도착 시 에볼라바이러스병 감염병 감염예방주의 안내문자를 발송(외교부 영사콜센터)하였고, 콩고민주공화국을 경유·체류한 입국자를 대상으로 건강상태질문서를 확인하고, 1:1 체온 측정을 하는 등 집중검역을 실시하였다. 더불어 입국자가 귀가 후 잠복기까지 입국자 스스로 건강을 관리할 수 있도록 에볼라바이러스병 안내문과 건강관리 KIT(체온계, 자가 건강관리 체크리스트, 손소독제 등)를 배부하고 기내 안내방송 등 홍보를 실시했다. 에볼라바이러스병 위험지역 입국자 명단을 관할 시·군·구에 통보하여 수동감시를 실시하는 등 유관기관과의 협조체계를 강화하였다. 콩고민주공화국 입국자를 대상으로 입국 후 발열 등 증상이 있을 경우 1339또는 보건소 신고 안내문자를(3회) 발송하였다. 귀국 후 잠복기동안 감염병 관리를 위해 관할 시·도에 입국자 명단을 통보하고, 건강보험심사평가원 DUR 시스템, 국민건강보험공단 수진자자격조회시스템을 활용하여 일선 의료기관으로 입국자 해외여행력 정보를 제공하였다.

7) 스마트검역정보시스템의 안정적 운영

2010년 질병관리본부의 질병보건통합관리시스템 내, 국내로 입국하는 운송수단(항공기, 선박 등) 및 입국자에 대하여 검역업무를 수행하는 국립검역소의 업무시스템인 검역정보시스템을 구축하였고, 2015년 메르스 국내 유입 이후, 입국 시 이루어지는 검역의 한계점을 보완하기 위해 외교부, 법무부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단 등 유관기관 및 국내 통신 3사와 IT 연계하여 해외감염병 발생 관리지역을 체류·방문한 입국자의 정보를 확보하고, 증상발현 시 자진신고 안내문자 발송 및 의료기관에 관리국가 방문자 정보 제공으로 입국 후 감염병 잠복기간까지 입국자 건강관리를 지원하는 스마트검역정보시스템으로 개선하여 2020년 신종 감염병에 대응하여 활용하고 있다.

|그림 2-6-30| 오염지역 방문 입국자 관리체계

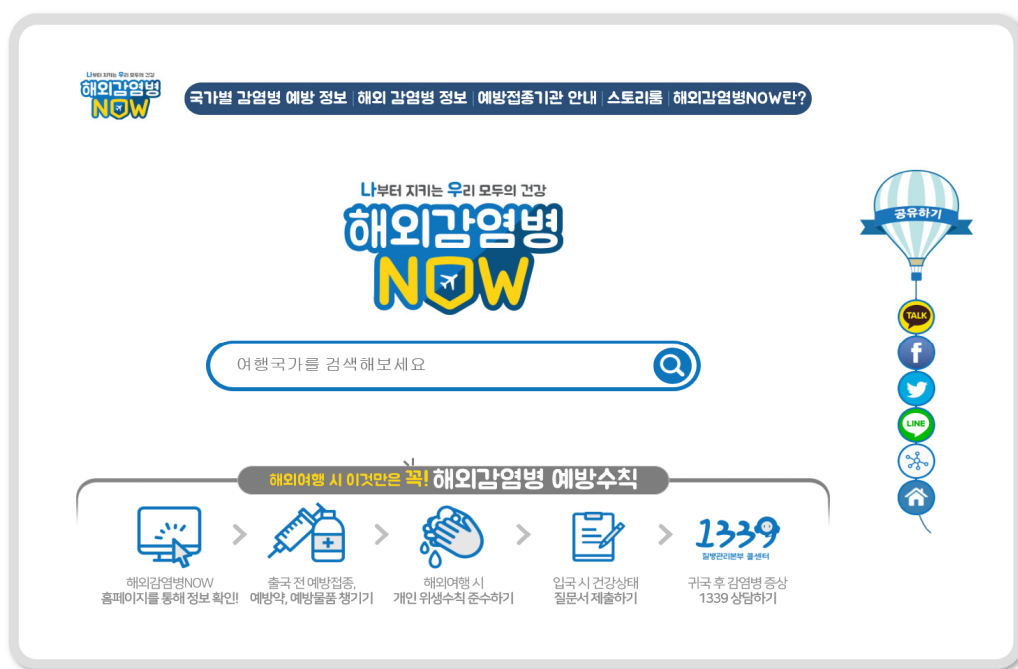


8) 해외감염병 예방 통합커뮤니케이션

2017년에는 입국 후 감염병 확산 방지를 위해 건강상태 질문서 제출 및 1339 질병관리본부 콜센터 문의를 강조한 더블체크 캠페인을 실시하였고, 2018년에는 출국 전 질병관리본부 홈페이지를 방문하여 감염병 예방 정보 확인을 강조한 ‘찾GO막GO 캠페인’과 2017년에 실시한 ‘더블체크 캠페인’을 병행하여 추진하였다. 2019년에는 해외여행객의 감염병으로부터 안전한 여행을 위한 ‘해외감염병NOW’ 누리집(홈페이지) 구축을 통해 원-스탑(one-stop)으로 해외감염병 관련 정보 습득 경로를 마련하여 대국민 홍보를 실시하였다. 해외감염병NOW 누리집(홈페이지) 인지 형성을 위해 흥미를 유발하는 영상광고와 온라인 밈(meme)을 활용한 국민 친화성 옥외광고를 제작하여 KTX역, SNS, 정부매체 등에 광고를 송출하였으며 해외여행 박람회 홍보부스 운영, 여행사 연계 웹사이트 이벤트, 해외여행 도서 구매자 대상 홍보물 배포 등의

프로그램을 추진하였다. 이외에도 연휴대비 대국민 소통 토크콘서트, 국립검역소 내 출입국자 대상 홍보, 국민소통단 ‘해외감염병 예방’ 분과 운영을 하는 등 해외감염병 예방을 위한 적극적인 홍보를 실시하였다.

[그림 2-6-31] 해외감염병NOW 누리집 메인



9) 검역관 역량강화

의심환자 조기 발견 및 감염병 확산 차단을 위해 전국 13개 검역소의 검역관들을 대상으로 검역대응 및 감염병 관리 교육 및 훈련을 실시하였다. 정례교육인 검역실무기본·심화과정 교육과정의 내용을 보완하고, 해외감염병 의심환자 검역대응 시나리오 기반 문제해결 토론훈련 등의 ‘찾아가는 교육’을 지속 운영하여 현장에서 근무하는 검역관의 교육 참여율을 높이고, 실제적 검역대응과 밀접한 전문 검역교육을 실시하였다. 또한, 검역관의 감염병 관리 역량을 강화하기 위해 역학조사교육 이수를 독려하여 역학조사 능력을 함양하도록 추진하였다. 끝으로 신종감염병 의심환자 발생에 따른 검역, 역학조사, 격리조치 및 이송 등 상황별 훈련을 실시하여 검역관의 현장대응능력을 강화하였다.

나. 향후 계획

1) 체계적인 검역관리 수행

세계보건기구, 미국 질병통제예방센터 등이 제공하는 해외감염병 발생동향 및 위험도평가를 바탕으로 연 2회 오염지역 관리(지정·해제)를 지속 실시하고, 전문성과 객관성 있는 오염지역 관리를 위하여 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병 관리위원회 내에 검역전문 위원회를 신설할 예정이다. 또한, 「검역법」 개정에 따른 하위법령 개정을 추진하고, 입국자를 대상으로 감염병별 위험수준 등에 따른 체계적인 검역조사를 수행하도록 검역관리 계획을 별도로 마련할 예정이다.

메르스·에볼라바이러스병과 같이 국내유입 시 공중보건위기상황을 초래할 수 있는 신종 감염병 대상으로 1:1 체온 측정 및 건강상태질문서 징구 등 집중검역을 지속 수행하고, 제3국 경유 입국자에 대한 집중검역률을 향상시키기 위해 검역정보시스템을 지속 개선할 예정이다.

2) 스마트검역정보시스템 구축·운영

기존의 전자검역심사대를 모바일 APP을 통한 검역신고 기반의 ICT 전자검역심사대로 개선하고, 모바일 APP을 통한 입국자 검역신고 체계 마련, 행정안전부 등 유관기관 정보시스템 연계 등 스마트검역정보시스템을 지속적으로 개선할 계획이다.

제6절 비감염성질환 관리

I 개요

우리나라의 경제 발전, 주거 환경과 영양 상태의 개선, 치료 방법의 발전 등으로 질병 발생이나 감염성질환에 의한 사망률은 감소한 반면, 비감염성질환에 의한 사망률은 꾸준히 증가하고 있다. 2018년 사망원인통계(통계청)를 살펴보면 심장질환, 뇌혈관질환, 당뇨병, 고혈압성질환으로 인한 사망이 전체 사망자 수의 23.3%를 차지한다.

일찍이 세계보건기구(WHO)는 비감염성질환이 국가 경쟁력 약화와 관련이 있다고 판단하여 2000년 제53차 총회부터 비감염성질환 예방과 관리를 논의하기 시작했다. 최근에는 선진국뿐만 아니라 개발도상국에서도 심혈관질환, 뇌혈관질환, 암, 당뇨, 만성폐쇄성폐질환 등 비감염성질환의 높은 사망률과 질병 부담으로 비감염성질환의 관리가 모든 국가의 핵심 주제가 되고 있다.

비감염성질환의 발생 및 유병은 인구 구조의 노령화, 식생활 습관의 변화 등으로 더욱 심화될 것이다. 따라서 보건복지부는 이들 질병으로 인한 사회·경제적 피해를 최소화하고 국민의 건강 수명을 연장시키기 위해 비감염성질환의 사전 예방 및 관리 사업을 강화하는 데 중점을 두고 있다.

II 비감염성질환의 특성

비감염성질환(Non-communicable Disease : NCD)은 감염성질환에 반대되는 말로 일반적으로 만성질환으로 알려져 있다. 비감염성질환은 유병 기간이 길고, 질환의 진행이 대체로 느린 특징이 있다. 주요 4대 비감염성질환은 심혈관질환, 암, 만성호흡기질환, 당뇨병이다(WHO).

✎ 집필자 | 질병정책과장 송준현

현대 사회에서 감염성질환이 전반적으로 감소하고 있는 데 비하여 비감염성질환이 지속적으로 증가하는 이유는 다음과 같다.

- ① 평균 수명의 증가
- ② 생활양식의 변화
- ③ 산업 기술의 발달로 건강에 대한 위해 요소의 증가
- ④ 진단 기술의 발전

비감염성질환의 증가는 인구의 고령화, 도시 중심 생활환경으로 공해에 대한 노출 증가, 가공식품 위주의 식생활, 만성적인 스트레스와 운동 부족과 같은 개인의 생활 습관 등에 그 원인이 있다.

Ⅲ 심·뇌혈관질환 관리

심뇌혈관질환은 우리나라 사망의 주요 원인으로 2018년 전체 사망원인의 23.4%를 차지하고 있다. 10대 사망원인에 4개 질환이 모두 심뇌혈관질환이며, 이를 합치면 1위인 암사망률 26.5%와 유사한 수준이다.

고령인구 증가와 청장년 인구의 심뇌혈관질환 위험요인 악화로 심뇌혈관질환의 사회적 부담은 지속 증가할 전망이다. 생존률, 사망률, 적정치료를 위한 인프라 구축에 있어 여전히 지역격차가 존재하고 있어 심뇌혈관질환 발생의 추세와 국가적 부담을 볼 때 이들 질환에 대한 체계적인 예방과 관리대책이 요구되고 있다.

* '17년 고령사회(노인인구가 14% 이상) 진입, '25년 초고령사회(노인인구 20% 이상) 진입 예상(통계청, 2019 장래인구특별추계(2017-2067))

** 65세 이상 노인 진료실인원 1위 질병 본태성 고혈압(273만 6,034명), 6위 2형 당뇨병(122만 4,808명), 입원진료비는 뇌경색증이 1위인 차매 다음으로 높음, 외래 진료비 1위 본태성 고혈압(2018 건강보험통계연보(2019))

*** (급성심정지 생존율) '18년 시·도 지역간 격차(최대-최소)는 7.1%로 10년 전 대비 1.6배 증가 (질병관리본부 급성심정지 조사결과 보도자료, 2019.12.)

그간 심뇌혈관질환 관리는 개별사업 위주로 수행되어 왔으나, 2016년에 심뇌혈관질환 관리 정책을 종합적·체계적으로 수행할 수 있도록 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률(이하 심뇌혈관질환법)」이 제정(2016년 5월)되었고, 1년간 하위법령(시행령·시행규칙) 제정 등 준비를 거쳐 2017년 5월부터 동 법률이 시행되었다.

심뇌혈관질환법의 주요 내용으로 첫째, 심뇌혈관질환의 범주로 심근경색 등 허혈성 심장질환, 심장정지, 뇌졸중 등 뇌혈관질환, 고혈압, 당뇨병, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환을 정의한다.

둘째, 정부는 심뇌혈관질환관리종합계획을 5년마다 수립해야 하고 지자체는 세부 집행계획을 수립하여야 한다.

셋째, 심뇌혈관질환의 예방, 진료 및 재활기술의 발전을 위한 연구·개발을 위해 심뇌혈관질환 연구사업을 시행할 수 있다.

넷째, 심뇌혈관질환 발생률·재발률, 심뇌혈관질환에 따른 사망률 등 심뇌혈관질환조사통계 사업을 시행할 수 있다.

다섯째, 심뇌혈관질환에 대한 정보를 지속적이고 체계적으로 구축하여 심뇌혈관질환관리에 필요한 내용을 효율적으로 국민에게 제공하는 심뇌혈관질환예방사업을 시행할 수 있다.

여섯째, 심뇌혈관질환의 발생 및 재발의 원인 규명 등을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 역학조사를 실시할 수 있다.

일곱째, 정부는 심뇌혈관질환센터로 종합병원을 지정할 수 있고, 지정기준의 미달이나 지도·감독을 불이행하면 그 지정을 취소할 수 있다.

이후, 2019년 12월 심뇌혈관질환의 유병력자 관리를 위해 심뇌혈관질환관리종합계획에 유병력자의 재발방지 방안에 관한 사항을 포함하고, 심뇌혈관질환조사통계사업시 유병력자의 재활 및 후유 장애 현황도 조사하도록 하는 내용으로 법률이 개정되었다.

1. 심·뇌혈관질환 현황

주요 심·뇌혈관질환의 사망률과 유병률은 다음과 같다.

가. 허혈성심장질환 현황

허혈성 심장질환 사망률(18.)은 인구 10만 명당 28.3명으로 14,500명이 사망하였다. 국민건강영양조사 결과에 따르면 30세 이상의 협심증 또는 심근경색증의 유병률은 전체 2.5%, 남자 3.3%, 여자 1.8%였으며, 남녀 모두 연령이 높을수록 유병률이 증가하였다.

[표 2-6-80] 성별 허혈성심장질환 사망률

(단위 : 인구 십만 명당 명)

구 분	남	여	계
계	30.9	25.6	28.3

[표 2-6-81] 성별 협심증 또는 심근경색증 유병률¹⁾

(단위 : %)

구 분	남	여	계
전체(30세 이상)	3.3	1.8	2.5
전체(65세 이상)	11.4	5.9	8.2

주 : 1) 의사로부터 협심증 또는 심근경색증 진단을 받은 분을

※ 출처 : 2018 국민건강통계(국민건강영양조사), 보건복지부(질병관리본부)

나. 뇌졸중 현황

뇌혈관질환 사망률(18.)은 인구 10만 명당 44.7명으로 22,940명이 사망하였다. 국민건강영양조사 결과에 따르면 30세 이상의 뇌졸중 유병률은 전체 2.4%, 남자 2.5%, 여자 2.3%였으며, 남녀 모두 연령이 높을수록 유병률이 증가하였다.

[표 2-6-82] 성별 뇌혈관질환 사망률

(단위 : 인구 십만 명당 명)

구 분	남	여	계
계	42.7	46.7	44.7

|표 2-6-83| 성별 뇌졸중 유병률¹⁾

(단위 : %)

구 분	남	여	계
전체(30세 이상)	2.5	2.3	2.4
전체(65세 이상)	7.5	6.5	6.9

주 : 1) 의사로부터 뇌졸중을 진단받은 적이 있는 분을

※ 출처 : 2018 국민건강통계(국민건강영양조사), 보건복지부(질병관리본부)

다. 고혈압 현황

고혈압성 질환 사망률^(18.)은 인구 10만 명당 11.8명으로 6,065명이 사망하였다. 국민건강영양조사 결과에 따르면 30세 이상 고혈압 유병률은 전체 33.3%, 남자 36.4%, 여자 30.4%였으며, 남자와 여자 모두 연령이 높을수록 유병률이 증가하였다.

|표 2-6-84| 성별 고혈압성 질환 사망률

(단위 : 인구 십만 명당 명)

구 분	남	여	계
계	7.1	16.5	11.8

|표 2-6-85| 성별 · 연령별 고혈압 유병률¹⁾

(단위 : %)

구 분	남	여	계
전체(30세 이상)	36.4	30.4	33.3
30~39세	17.1	5.8	11.7
40~49세	29.1	11.9	20.6
50~59세	40.2	29.1	34.7
60~69세	47.5	44.6	46.0
70세 이상	65.1	73.7	70.2

주 : 1) 수축기 혈압이 140mmHg 이상이거나 이완기 혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압 약물을 복용한 분을

※ 출처 : 2018 국민건강통계(국민건강영양조사), 보건복지부(질병관리본부)

라. 당뇨병 현황

당뇨병 사망률(18.)은 인구 10만 명당 17.1명으로 8,789명이 사망하였다. 30세 이상 당뇨병 유병률은 전체 12.4%, 남자 14.6%, 여자 10.3%였으며, 전체 유병률은 연령이 높을수록 증가하였다.

[표 2-6-86] 성별 당뇨병 사망률

(단위 : 인구 십만 명당 명)

구 분	남	여	계
계	17.3	17.0	17.1

[표 2-6-87] 성별 · 연령별 당뇨병 유병률¹⁾

(단위 : %)

구 분	남	여	계
전체(30세 이상)	14.6	10.3	12.4
30~39세	2.7	2.2	2.5
40~49세	11.7	3.3	7.5
50~59세	16.2	9.8	13.0
60~69세	24.6	16.3	20.3
70세 이상	27.7	25.7	26.5

주 : 1) 공복 혈당이 126mg/dL 이상이거나 의사 진단을 받았거나 혈당강화제 복용 또는 인슐린 주사를 투여받고 있는 분을

※ 출처 : 2018 국민건강통계(국민건강영양조사), 보건복지부(질병관리본부)

2. ‘제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획(2018년~2022년)’ 수립 · 추진

「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」제4조에 따라 최초의 심뇌혈관질환분야의 법정 계획으로서 “심뇌혈관질환 걱정없는 건강한 사회”를 비전으로 급성심근경색증, 뇌졸중, 고혈압, 당뇨병, 심부전 등 심뇌혈관질환을 ‘예방-치료-관리’한다는 전주기적인 관점에서 5개 추진전략, 14개 중점과제를 마련하여 2018년 9월에 수립·발표하였다.

종합계획의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 대국민 인식개선과 건강생활 실천을 위해 심뇌혈관질환 예방수칙 및 증상 발생 시 적절한 대처가 가능하도록 정확한 정보제공과 대국민 인지도를 개선한다.

둘째, 고위험군 및 선행질환 관리 강화를 위해 동네의원 중심 만성질환 관리사업 등과 연계하여 고혈압·당뇨병 등 고위험군 발굴 및 관리사업을 활성화한다.

셋째, 지역사회의 응급대응 및 치료역량 강화를 위해 ‘중양-권역-지역의 심뇌혈관질환 안전망’ 구축을 통한 지역적 편차를 해소한다.

넷째, 환자 지속관리체계 구축을 위해 급성기 진료 후 퇴원한 환자에 대한 관리와 재활서비스를 강화하여 진료의 지속성 확보 및 후유증·장애 감소, 삶의 질을 개선한다.

다섯째, 관리 기반(인프라)과 조사·연구개발(R&D) 강화를 위해 심뇌혈관질환 국가단위 통계생산 기반 확립 및 조사·R&D 강화, 전문인력 수요 평가 등을 통해 근거 중심적 정책을 수립·시행한다.

[그림 2-6-32] 제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획 비전 및 목표



3. 주요 사업 추진 현황

가. 심뇌혈관질환센터 인프라 구축

심뇌혈관질환의 골든타임(3시간) 내 전문치료 및 수도권-지방간 의료 불균형 해소를 위해 2008년부터 2018년까지 지방대학교병원 중심으로 12개 시도(강원, 경북, 제주, 경남, 전남, 충북, 부산, 전남, 충남, 경기, 인천, 울산)에 14개 권역심뇌혈관질환센터(2개소는 조건부)를 지정하여 운영하고 있다.

센터는 포괄적이고 전문적인 집중진료기반(24시간 전문진료팀)을 구축하고, 지역사회 병원 간 진료 네트워크 구축, 심뇌혈관질환 입퇴원환자 등을 대상으로 심뇌혈관질환 예방관리 역할을 수행하고 있다.

한편, 심뇌혈관질환의 규모와 파급력 등을 감안할 때 정책개발 및 심뇌질환 관리사업 기술지원 등의 역할을 수행할 중앙단위 지원기구가 요구되어 제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획에 따라 2019년 12월 공모를 통해 심뇌혈관질환관리 중앙지원단을 지정하였으며, 심뇌센터의 기술 지원과 평가, 환자 등록관리시스템 운영 등을 수행할 예정이다.

또한, 권역센터 운영에도 지역간 건강격차 등 전국단위 심뇌혈관질환 대응에는 여전히 한계가 있어 향후, 지역의료 강화 대책('19.11.)과 연계하여 권역센터로 즉각 이송이 어려운 환자의 1차 대응을 위한 지역단위 심뇌혈관질환센터 구축을 통해 촘촘한 심뇌혈관질환관리 안전망을 구축해나갈 계획이다.

나. 심뇌혈관질환 예방관리 홍보 사업

「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」 시행 및 「제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획('18~'22)」이 수립('18.9.)됨에 따라 국민인식 개선사업 일환으로 심뇌혈관질환의 예방관리 방법을 알리고 적극적으로 실천할 수 있는 계기 마련을 위해 9월 첫 주에 전국 지자체와 다양한 민간기관의 참여하에 '레드서클(Red Circle)' 캠페인을 추진하고 있다.

이는 본인의 혈압, 혈당, 콜레스테롤의 수치를 측정하여 측정 결과를 통해 스스로 생활습관을 개선하고, 심뇌혈관질환을 예방하고자 '자기혈관 숫자 알기' 메시지를 활용하여 특히 건강관리에

취약한 30~40대 직장인을 대상으로 홍보부스 운영 및 소셜미디어 및 라디오 방송 등을 활용한 매체 홍보 실시 등을 하고 있다.

다. 지역사회 기반 고혈압·당뇨병 등록관리사업

고혈압·당뇨병 등 선행질환의 지속치료를 향상을 위하여 지역사회 중심의 민관협력 모형의 고혈압·당뇨병 등록관리를 추진하고 있다. 2007년 9월부터 2010년 8월까지 대구광역시에서 고혈압당뇨병 등록관리 시범사업을 추진하였으며, 사업 추진결과 연중 290일 이상 지속 투약하는 환자의 비율이 약 35%가 증가되는 실적을 거두었다. 이러한 성과 등을 토대로 지역사회에서 추진할 수 있는 모형을 개발하여 경기도 광명시('09.7.~)를 시작으로 현재 총 19개 지자체*(25개 보건소)에서 지역특화사업으로 운영되고 있다.

* 사업 참여 지역: 서울(성동구), 광주(광산구), 울산(중구), 세종, 경기(광명시, 남양주시, 안산시, 부천시, 하남시), 강원(동해시, 홍천군), 전북(진안군), 전남(목포시, 여수시, 장성군), 경북(경주시, 포항시), 경남(사천시), 제주(제주시)

2019년 사업 추진결과 19개 지역(25개 보건소)에서 일차의료기관 1,475개, 약국 2,145개가 참여하였고, 고혈압당뇨병 환자 약 49만 명이 등록되어 고혈압당뇨병 등록교육센터에서 제공하는 치료일정 및 누락치료 알림서비스와 동기부여 상담, 질환 및 영양 교육을 제공받았다.

라. 일차의료 만성질환관리 시범사업

일차의료기관을 중심으로 고혈압·당뇨병 등 경증 만성질환을 효과적이고 지속적으로 관리하는 체계를 구축하기 위하여 '지역사회 일차의료 시범사업'과 '만성질환관리 수가 시범사업'을 통합하여 동네의원 중심 '일차의료 만성질환관리 시범사업'을 실시하고 있다.('18.12.~)

2018년 12월부터 2019년 5월까지 4차례 참여지역 공모결과, 2020년 5월 기준 총 75개 지역(시군구) 2,510개 의원이 참여하였고, 고혈압·당뇨병 환자 약 20만 명이 등록되어, 케어 플랜을 수립하고, 질환 및 생활습관 교육·상담을 받는 등 주기적으로 환자관리가 이루어지고 있다.

마. 기타 사업

심뇌혈관질환 예방관리를 위해 일차의료용 심뇌혈관질환 관리 임상진료지침을 개발하여 보급(고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증)하고 있으며, 조사통계 사업으로 1998년부터 실시하고 있는 국민건강영양조사와 건강행태 및 만성질환, 손상, 의료이용 등의 조사하는 지역사회건강 조사('08.~), 급성심장정지조사('08.~), 뇌졸중 코호트 조사('12.~) 등이 실시되고 있다.

Ⅳ 아토피·천식 예방 관리

1. 천식 등 알레르기 질환 관리의 중요성

알레르기 질환이란 무해한 외부 항원에 대해 면역계가 과민하게 반응하여 발생하는 질병으로, 아토피피부염, 천식, 알레르기비염이 대표적이다. 최근 사회·경제적 성장과 더불어 식품알레르기 및 아나필락시스 등 알레르기 질환이 증가하고 있다. 영국, 오스트레일리아, 미국 등 선진국의 천식 유병률은 우리나라의 2~3배로 향후 사회·경제적 성장과 더불어 우리나라도 선진국 수준으로 증가할 것이다.

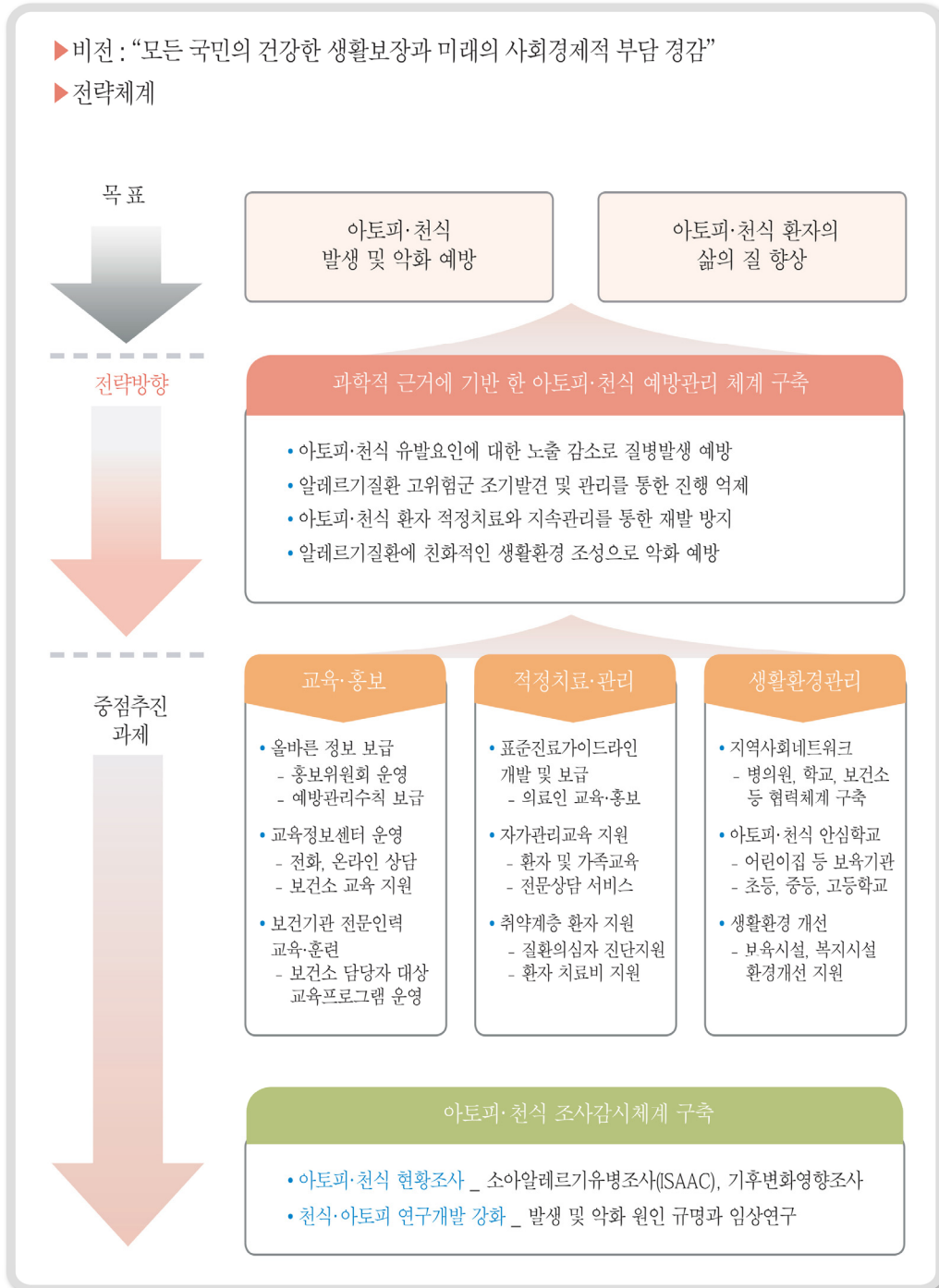
따라서 알레르기 질환의 올바른 예방 관리와 적극적인 자가 관리 및 악화 인자 관리를 할 수 있도록 국가 차원의 관리 계획이 필요하다.

2. 아토피·천식 예방관리 종합대책

우리나라는 “모든 국민의 건강한 생활 보장과 미래의 사회·경제적 부담 경감”이라는 비전 아래 2007년 5월 국가 차원의 아토피·천식 예방관리종합대책을 마련, 2008년부터 본격적인 사업을 시행하였다.

아토피·천식 예방관리 대책의 일환으로 추진한 주요 전략과제로는 다양한 대중매체를 활용한 홍보와 광역 아토피·천식 교육정보센터 설치·운영, 보건소 아토피·천식 예방관리사업, 아토피·천식 안심학교 운영 등 지역사회 네트워크 구축, 취약계층 지원 등을 포함하고 있다.

[그림 2-6-33] 아토피·천식 예방관리 종합대책 주요 전략 과제



3. 아토피·천식 예방관리 종합대책 주요 실적

보건복지부(질병관리본부)는 아토피·천식 예방관리 대책의 추진으로 다음과 같은 성과를 거두었다.

관련 전문 학·협회와 협력하여 일상생활에서 쉽게 실천할 수 있는 알레르기 질환 예방관리 수칙을 제정하고, 다양한 교육·홍보 자료(초등학교 저학년용 아토피피부염 동영상 1종, 알레르기 신문지, 아나필락시스 한눈에 보기, 알레르기 퀴즈 등)제작 및 ‘세계 천식의 날’ 기념 심포지엄 개최(5.7.)를 통해 알레르기 질환 예방관리의 중요성에 대한 대국민 인식 고취와 생활 실천을 유도하였다.

또한, 166개의 아토피·천식 예방관리사업 수행 보건소를 관리하여 지역사회 참여를 독려 하였고, 6개 시도(서울, 부산, 광주, 경기, 강원, 경북)의 광역 아토피·천식 교육정보센터 운영을 통해 지역의 보건소 및 안심학교 보건교사와 지역주민을 대상으로 알레르기질환의 올바른 정보 제공을 위한 교육 및 상담을 실시하였다. 아울러, 차년도 예산 확보를 통해 1개의 신규 아토피·천식 교육정보센터 운영지역(대전)을 선정하였다.

2019년 3,240개의 아토피·천식 안심학교(유치원 및 어린이집 포함) 운영을 통해 알레르기 질환 환자 발견 및 관리, 대상자별(학생·학부모·교사) 표준화 된 알레르기 질환 교육, 천식 응급키트 비치 등을 통한 응급상황 대응체계 구축 등 생활터 중심의 사업을 운영하였다.

마지막으로 알레르기 질환의 발생 및 악화에 대한 원인 규명을 위해 다년도 장기 연구를 진행 중에 있다.

4. 향후 계획

2020년 아토피·천식 예방관리사업의 추진 방향은 대국민 인식 고취 및 행동 변화를 이끌 수 있는 건강 캠페인을 지속적으로 실시하고, 관련 기관과의 협조 강화와 지역사회 현황을 점검·개선하여 사업의 질을 향상시켜 체계적인 알레르기 질환 예방관리서비스를 제공하고자 한다.

아토피·천식 예방관리사업은 대상자별 아토피·천식 예방관리 교육·홍보 사업 추진, 지역 사회 참여 및 역량 강화를 위해 광역 단위 아토피·천식 교육정보센터 운영, 알레르기 질환 사업 수행보건소 운영 지원 및 안심학교 운영을 통해 대상자 중심의 예방관리서비스를 제공할 계획이다.

V 희귀질환 관리

1. 희귀질환 관리사업

희귀질환자들은 진단과 치료가 어려울 뿐 아니라 지속적인 치료를 받아야 하기 때문에 의료비의 경제적 부담이 과중하여 가계의 사회·경제적 수준 저하가 우려된다. 이에 따라, 국가에서는 희귀질환자에 대해 의료비 지원을 통하여 대상자와 그 가족의 사회경제적·심리적 안정을 도모하고 국민 건강 및 복지 수준을 제고하기 위하여 의료비지원사업을 실시하고 있다.

희귀질환자에 대해 국가는 지원 사업으로 2000년에 국내 혈우병 등록환자 1,451명에 대해 치료약품비 1억 9백만 원을 혈우재단에 지원하였고, “희귀질환자 보호지원 계획 수립에 관한 연구” 용역 결과를 토대로 2001년부터 희귀·난치성질환 만성신부전증, 혈우병, 고혈압, 근육병 등 4종의 질환에 대한 의료비지원사업을 시작하였다. 지원 항목으로는 의료비 중 본인부담금, 간병비, 특수식이 구입비 등이 있다. 해마다 지원 대상 질환을 확대하여 더 많은 희귀질환자에게 지원하여 2002년에는 크론병과 베체트병을 추가하여 총 6종 질환을 지원하였다. 2003년에는 다발성경화증과 아밀로이드증을 추가하여 총 8종 질환을 지원하였고, 2004년에는 유전성운동실조증, 부신백질영양장애, 파브리병 등 3종 질환을 추가하여 총 11종의 질환을 지원하였다.

2005년에는 전신 홍반성 루프스, 모야모야병 등 60종을 대폭 추가하여 총 71종의 질환을 지원하였다. 2006년에는 강직성 척수염, 재생불량성빈혈 등 18종을 추가하여 89종으로, 2007년에는 발작성 야간 혈색소뇨증, 에반스 증후군 등 22종을 추가하여 총 111종으로 지원 대상 질환을 확대하였다. 2008년에는 희귀·난치성질환자들이 편리하게 의료서비스를 제공받을

수 있도록 하기 위하여 의료비 지원 체계를 개선하였는데, 환자가 요양기관에 본인부담금을 납부한 후 보건소에 방문 신청하여 환급받는 기존의 방법에서 환자의 본인 부담금을 요양기관에서 직접 국민건강보험공단으로 청구하여 환자가 진료를 받을 때마다 진료비 면제를 위한 별도의 절차를 거치지 않게 되었다. 그 후 본인부담금 산정특례대상 질환이 추가됨에 따라 2010년에는 「희귀질환자 의료비지원사업」 대상 질환이 132종으로 확대되어 27,000여 명의 환자가 지원을 받게 되었다.

2011년에는 통계청 한국표준질병사인분류 개정에 따라 의료비지원 대상 질환 분류 기준이 변경되면서 지원 대상 질환이 133종으로 재정리되었으며, 간병비, 호흡보조기 대여료 및 기침 유발기 대여료, 보장구 지원 대상 질환이 기존 5종에서 8종으로 확대되었다. 또한, 2012년도에는 지원 대상 질환에 건선척추염을 추가하여 총 134종으로 확대되었다. 2016년도에는 결핵 산정 특례 특정기호가 신설되어 다제내성 결핵 및 광범위약제내성 결핵이 건강보험에서 요양급여 중 본인부담금을 100% 지원함에 따라 희귀질환자 의료비지원사업 대상 질환이 133종으로 조정되었다. 2018년 9월에 희귀질환 목록(926개)을 재정비하여 지정·공고한 이후로 2019년부터는 지원 대상 희귀질환 목록을 개별 질환으로 관리하고 있고, 이후 매년 정기적으로 신규 희귀질환을 지정·확대하고 있다.

[표 2-6-88] 연도별 의료비 지원 현황

(단위 : 종, 명, 억 원)

연 도	대상 질환	지원 대상	예산	연 도	대상 질환	지원 대상	예산
2001	4	8,693	226	2011	133	28,773	325
2002	6	11,469	220	2012	134	29,166	315
2003	8	13,056	263	2013	134	28,936	315
2004	11	14,087	285	2014	134	29,386	297
2005	71	16,756	353	2015	134	27,761	300
2006	89	18,886	390	2016	133	27,336	328
2007	111	21,144	391	2017	133	26,737	373
2008	111	23,826	375	2018	133	25,485	294
2009	111	28,218	432	2019	926개 ¹⁾	26,444	320
2010	132	28,548	390				

주 : 1) 희귀질환 목록 지정 및 공고('18.9)에 따라 대상 질환을 '종'에서 '개수'로 표시함

2) 예산은 국고 지원금이며, 지방비 50%는 별도 부담(단, 서울은 70% 지방비 부담)

간병비, 호흡보조기대여료, 보장구 지원 대상 질환은 2001년에 근육병으로 시작하여 2003년에 3종(근육병, 다발성경화증, 유전성운동실조), 2006년에 5종(뮤코다당증, 부신백질영양장애 추가), 2011년에 8종(글리코젠축적병, 샤르코-마리-투스 병, 길랭-바레 증후군)으로 확대하였다.

2012년도부터는 만 18세 이상 7개 질환자에게 특수식이 구입비를 지원하고 있으며, 간병비 지원 대상 질환을 기존 8종에서 3종(크로이츠펔츠 야콥병, 기타 스팅고리피드증, 레트증후군)을 추가하여 11종으로 확대하였다.

호흡보조기 대여료 및 기침유발기 대여료 지원 대상 질환은 기존 8종에서 2012년에 2종(크로이츠펔츠 야콥병, 중증근육무력증)을 추가한 10종 질환으로 확대하였고, 2013년도에는 기침유발기 대여료 대상 질환 1종(특발성폐섬유증)을 추가하여 지원하였다. 또한, 2016년 1월 1일부터 호흡보조기 대여료, 2017년 1월 1일부터 기침유발기 대여료의 급여화가 각각 시행되면서 그동안 비급여 항목이었던 호흡보조기 대여료 및 기침유발기 대여료는 요양급여본인부담금에 대하여 지원하고 있다.

2. 2019년도 사업 실적

희귀질환관리법 시행(‘16. 12. 30.) 및 ‘희귀질환관리종합계획’ 수립(‘17.12)에 따라 2018년 9월에는 희귀질환 목록(926개)을 지정·공고하고, 희귀질환자의 의료비 부담 경감 및 조기진단·치료를 통하여 희귀질환자와 가족의 삶의 질을 향상시킬 수 있도록 국가 관리방안을 수립하여 발표하였다.

희귀질환자 의료비지원사업을 통해 총 926개 희귀질환자 26,444여 명에게 320억 원의 의료비를 국비로 지원하였다. 희귀질환자를 대상으로 희귀질환자의 의료비 본인부담금과 근육병 등 중증희귀질환자를 대상으로 간병비(월 30만 원, 11종 질환), 호흡보조기 및 기침유발기 대여료(본인부담금 10%, 11종 질환), 보장구 구입비(급여 비용 중 본인부담금, 8종 질환), 특수식이 구입비(특수조제분유 : 연간 360만 원 이내, 저단백햇반 : 연간 168만 원 이내, 7개 질환)를 지원하였다. 2019년 지원 대상질환은 간병비 95개, 보장구 91개, 호흡보조기 및 기침유발기 94개이며, 7개 질환을 가진 만19세 이상 환자들에게 특수식이 구입비를 지원하고 있다.

[표 2-6-89] 의료비 지원 내용

지원 내용	대상 질환	지원 금액
요양급여 본인부담금	<ul style="list-style-type: none"> 진료비: 대상질환 및 한시적 지원 질환 등 951개 질환 보장구입비: 근육병 등 91개 질환 인공호흡기 및 기침유발기 대여료: 근육병 등 94개 질환 	본인부담금 10%
간병비	<ul style="list-style-type: none"> 근육병 등 95개 질환 지체 장애1급 또는 뇌변병 장애 1급 등록자 	월 30만 원
특수식이 구입비	<ul style="list-style-type: none"> 고전적 페닐케톤뇨증 등 7개 질환 만 19세 이상 대상자 	<ul style="list-style-type: none"> 특수조제분유: 연간 360만원 이내 저단백햇반: 연간 168만원 이내

대부분의 의료시설이 서울 및 수도권에 편중되어 있어 지역별 희귀질환자들의 치료 및 관리, 질환 상담, 교육을 통한 지역사회 질환자 관리서비스를 제공하고자 2006년부터 권역별로 3개 (충청권, 경상권, 호남권) 지역거점병원 운영을 지원하였으며, 2013년부터 지역거점병원 1개소 (대구·경북권)를 추가 지정하여 2018년에는 지역거점병원 4개소의 운영을 지원하고 있다.

2019년에는 희귀질환 권역별 거점센터로 명칭을 변경하여 중앙지원센터 1개소, 권역별 거점센터 10개소로 확대하여 운영 중이다.

[표 2-6-90] 희귀질환 권역별 거점센터

분류	권역	지정 기관	예산 (백만원)
중앙지원센터	전국	서울대학교병원	170
권역별 거점센터	경기도 서북부권	인하대학교병원	120
	경기도 남부권	아주대학교병원	120
	충남권	충남대학교병원	120
	충북권	충북대학교병원	120
	대구·경북권	칠곡경북대학교병원	120
	부산권	인제대학교 부산백병원	120
	울산·경남권	양산부산대학교병원	120
	전남권	화순전남대학교병원	120
	전북권	전북대학교병원	120
	제주도권	제주한라병원	70

희귀질환 의료비 지원 대상자들의 37%만이 수도권에 거주하고 있는 것으로 파악됨에 따라, 보건복지부는 환우들의 안정적인 치료 환경 조성을 목적으로 2006년부터 (사)한국희귀·난치성질환연합회에 희귀질환자 쉼터(숙박 시설)를 위탁하여 운영하고 있다. 2006년 11월 희귀질환자 쉼터를 서울역 인근(2014년 연희동으로 이전)에 개소하였고, 2007년부터 운영비를 지원하고 있으며, 2010년부터 주간 프로그램을 추가 운영하고 있다. 희귀질환자 쉼터는 지방 거주환자들이 서울 및 수도권 지역의 의료기관 방문 시 숙소를 제공하며 희귀질환 환우들의 특성을 고려한 재활치료프로그램 운영 및 질환별 자조모임활동을 위한 시설 무료임대를 지원하고 있다. 희귀질환자 쉼터는 이용자 만족도는 98%를 유지하고 있으며, 2019년도 말 기준 658명의 환자가 이용하였다.

희귀유전질환의 경우 시장성이 낮아 병원 또는 일반 검사기관에서 서비스가 되지 않아 질병이 의심되어도 확진을 위한 유전자 진단이 어려웠고, 고가의 비용이 소요되어 환자들에게 부담이 되었다. 희귀질환자들의 이러한 경제적 부담을 완화하고자 2012년 「희귀질환 유전자진단지원 시범사업」을 거쳐 2013년 17개 질환의 유전자 진단법 개발을 완료하고 진단의뢰기관을 통해 본격적으로 지원서비스를 실시하였으며, 11개 질환을 추가하고 2014년부터는 민간경상보조 사업으로 전환하여 총 28개 질환에 대한 진단지원서비스를 실시하였다. 2016년에는 검사 대상 유전자 중 급여성용대상 유전자 종류가 확대되어 4개 질환에 대한 유전자 검사가 급여화되었으며, 이에 따라 희귀질환 유전자진단지원사업 대상 질환이 24개로 조정되었다. 기존에 지원 하던 희귀질환의 유전자 검사가 급여화 됨에 따라 2017년 7월 이후 지원을 중단하였고, 2017년 8월부터는 비급여 산정특례 대상인 60개의 극희귀질환에 대하여 유전자진단을 지원하였다. 2018년 일부 질환의 유전자 검사비용의 급여화 전환에 따라 2018년 말 현재 51개 질환에 대한 유전자 진단을 지원하였으며, 신규 희귀질환 지정과 함께 2019년에는 87개의 극희귀질환에 대하여 진단을 지원하였다.

[표 2-6-91] 희귀질환 유전자진단지원사업 대상 질환 (2019년 말 기준)

연번	질환명	영문명
1	Adult-onset leukoencephalopathy with axonal spheroids and pigmented glia	Adult-onset leukoencephalopathy with axonal spheroids and pigmented glia
2	ARC증후군	Arthrogryposis, renal tubular dysfunction, and cholestasis (ARC) syndrome
3	Cowden 증후군	Cowden syndrome

연번	질환명	영문명
4	Dent 질환	Dent diseases
5	KID 증후군	KID syndrome (Keratitis-ichthyosis-deafness)
6	가부키 증후군	Kabuki syndrome
7	다발성 골단 형성이상	Multiple epiphyseal dysplasia, MED
8	단순성 표피 수포증	Epidermolysis bullosa simplex, EBS
9	데니스-드래쉬 증후군	Denys-Drash syndrome
10	두개골간단형성부전증	Craniometaphyseal dysplasia
11	랑거 기드온 증후군	Langer-Giedon syndrome
12	밀러-디커 증후군	Miller-Dieker syndrome
13	선천성 고인슐린혈증	Congenital hyperinsulinemia
14	선천성 무거핵구성 혈소판감소증	Congenital amegakaryocytic thrombocytopenia
15	알라질 증후(군)	Alagille's syndrome
16	알란헌드증후군	Allan-Herndon-Dudley syndrome(AHDS)
17	알스트롬 증후군	Alstrom Syndrome
18	어린선(선천성 비늘증)	Congenital Ichthyosis
19	에드하임-체스터병	Erdheim-Chester disease
20	울프-허쉬호른증후군	Wolff-Hirschhorn syndrome
21	주버트 증후군	Joubert syndrome
22	지텔만 증후군	Gitelman Syndrome
23	진행성 가족성 간내 담즙정체증	Progressive familial intrahepatic cholestasis
24	카나반병	Canavan disease
25	코헨증후군	Cohen Syndrome
26	큐라리노 증후군	Currarino syndrome
27	터프팅장증	tufting enteropathy (intestinal epithelial dysplasia)
28	팔리스 터-킬리언 증후군	Pallister-killian syndrome
29	표피박리각화과다증(선천성 수포성 비늘모양홍색피부증)	Epidermolytic hyperkeratosis(congenital bullous ichthyosiform erythroderma)
30	프레이저 증후군	Fraser syndrome
31	헤이-웰스증후군	Hay-Wells syndrome (Ankyloblepharon-ectodermal defects)
32	15장완11.2 미세결실 증후군	15q11.2 Microdeletion Syndrome
33	1단완36 미세결실 증후군	1p36 Microdeletion Syndrome

연번	질환명	영문명
34	2장완11 미세중복 증후군	2q11 Microduplication Syndrome
35	3MC 증후군	3MC(Malpeuch, Maichels, Mingarelli, Carnevale) Syndrome
36	아이카디-구티에레스 증후군	Aicardi-Goutieres Syndrome
37	소아성 교대성 편마비	Alternating Hemiplegia of Childhood
38	카라실 증후군	CARASIL syndrome(Cerebral Autosomal Recessive Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy)
39	아동기 저수초형성 운동실조	Childhood ataxia with central nervous system hypomyelination
40	코핀 시리스 증후군	Coffin Siris Syndrome
41	선천성 중추성 무호흡증	Congenital Central Hypoventilation Syndrome
42	선천성단장증후군	Congenital Short Bowel Syndrome
43	10장완 말단 증후군	Distal 10q Trisomy Syndrome
44	동형접합 가족성 고콜레스테롤혈증	Familial hypercholesterolemia homozygote
45	Goldberg Shprintzen 증후군	Goldberg Shprintzen Syndrome
46	근긴장이상을 동반한 고망간혈증	Hypermanganesemia with Dystonia
47	철불응성 철결핍성 빈혈	Iron-refractory iron deficiency anemia
48	피어슨 증후군	Pearson Syndrome
49	거짓 부갑상선기능저하증	Pseudohypoparathyroidism
50	쉬젤 기드온 증후군	Schinzel Giedion Syndrome
51	워커-워버그 증후군	Walker-Warburg Syndrome
52	장병성 말단피부염	Acrodermatitis enteropathica
53	무홍채 소뇌성 운동실조 정신박약증	Aniridia cerebellar ataxia mental deficiency
54	베크위트-비데만 증후군	Beckwith-Wiedemann syndrome
55	가족성 칸디다증 2	Candidiasis, familial, 2, autosomal recessive (CANDF2)
56	카테콜라민 다형성 심실성 빈맥	Catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia
57	소뇌무발생	Cerebellar agenesis
58	만성 진행성 외안근마비	Chronic progressive external ophthalmoplegia
59	코핀-로우리 증후군	Coffin-Lowry Syndrome
60	COL4A1 관련 증후군	COL4A1-related disorder

연번	질환명	영문명
61	선천성 염소설사 (만성염소설사)	Congenital chloride diarrhea(Chronic chloride diarrhea)
62	선천성 간섬유증	Congenital hepatic fibrosis
63	선천성 전신지방디스트로피	Congenital systemic lipodystrophy
64	크라이오피린 연관 주기 발열증후군	Cryopyrin associated periodic fever syndrome (CAPS)
65	불완전상아질형성	Dentinogenesis imperfecta
66	DYRK1A 결핍 증후군	DYRK1A haploinsufficiency syndrome or DYRK1A-related intellectual disability syndrome
67	(무한성)외배엽 형성이상	Ectodermal dysplasia(anhidrotic)
68	플로우팅 하버 증후군	Floating harbor syndrome
69	젤레오피직 골이형성증	Geleophysic dysplasia
70	골초 증후군	Goltzs syndrome
71	골린 증후군	Gorlin syndrome
72	하쥬-체니 증후군	Hadju-cheney syndrome
73	가족성(유전성) 췌장염	Hereditary pancreatitis
74	KBG 증후군	KBG syndrome
75	Kleefstra 증후군	Kleefstra syndrome
76	층판비늘증	Lamellar ichthyosis
77	렌즈소안구 증후군	Lenz microphthalmia syndrome
78	활택뇌증	Lissencephaly
79	로이에 디에츠 증후군	Loeys-Dietz syndrome
80	메켈 증후군	Meckel syndrome
81	메이어 골린 증후군	Meier-Gorlin syndrome
82	피트 홉킨스 증후군	Pitt hopkins syndrome (PTHS)
83	포토키 룩스키 증후군	Potocki-lupski syndrome
84	SOPH 증후군	Short stature with optic atrophy and Pelger-Huët anomaly (SOPH; MIM 614800) syndrome
85	Vici 증후군	Vici Syndrome
86	볼프람 증후군	Wolfram syndrome
87	알파-1-항트립신결핍	α -1-Antitrypsin deficiency

주 : 희귀질환자 진단지원사업의 대상 질환은 계속적으로 확대될 예정이며, 확대된 내용은 헬프라인 (<http://helpline.nih.go.kr>)
 새소식 및 희귀질환 유전자진단지원사업 안내 메뉴를 통해 확인 가능

3. 향후 계획

2019년에 희귀질환 등록통계사업 시행계획을 수립하고 국가통계 승인을 획득함에 따라 2020년부터는 본격적으로 통계자료를 생성하여 희귀질환의 체계적 관리 및 지원 정책 마련을 위한 근거 자료로 활용 예정이다.

이밖에 ‘희귀질환 헬프라인(<http://helpline.nih.go.kr>)’웹사이트를 통하여 신규 지정된 희귀질환 정보 제공, 의료비지원사업 온라인 신청, 그 밖의 희귀질환 지원정책 안내 등 대국민 서비스를 지속적으로 확대할 계획이다. 2019년 10월 공고된 신규 희귀질환을 포함한 1,017개 질환에 대하여 2020년부터 의료비지원을 확대하고, 향후 지속적으로 신규 희귀질환을 지정하여 지원 확대 방안 마련을 위해 노력하고자 한다.

제7절 암질환 관리

I 개요

인구 및 질병 구조의 변화로 암 환자가 매년 증가하고 있으며, 암은 국민건강을 위협하는 주요 요인으로 대두되고 있다. 2018년 우리나라 사망 원인 분석 결과를 보면, 암으로 인한 사망자 비율이 전체 사망자 수의 26.5%(79,153명)를 차지하며 사망 원인 1위를 차지하고 있다.

암은 고가의 진단 및 치료 비용으로 인한 의료비 지출이 큰 질환으로 2019년에 국민건강보험공단의 암 환자 총 진료비는 9조 1,548억 원이 소요되었다. 또한, 비급여 의료비까지 포함할 경우 실제 암으로 인한 의료비는 이보다 훨씬 클 것으로 추정된다. 따라서 암으로 인한 피해를 최소화하고 국민의 건강 수명을 연장시키기 위해, 건강한 생활습관을 통해 암 발생을 줄이는 1차 예방, 조기발견·조기치료를 통한 암 생존율을 높이고 암 사망률을 줄이는 2차 예방, 지속적인 치료와 암성 통증의 완화를 통한 삶의 질 향상을 위한 3차 예방 및 암 연구사업의 활성화 등 국가 차원의 암 관리 체계 수립을 추진하였다.

정부는 1996년부터 암 정복 10개년 계획을 수립하여 국가 차원의 암관리사업을 추진하였으며, 2000년 암관리과를 신설하고 2003년 「암관리법」을 제정하였다. 또한, 1999년부터 국가암조기검진사업이 시작되었으며, 2004년에는 5대암(위·유방·자궁경부·간·대장) 검진 체계가 확립되었고, 2019년에는 폐암 검진이 추가되었다.

이와 더불어 암 발생률을 감소시키고 생존율을 높이기 위한 교육·홍보사업 강화와 취약계층에 대한 의료비 지원사업, 지역단위 암관리사업 활성화를 위한 지역암센터 지정 및 운영 지원, 호스피스·완화의료사업 등을 추진하고 있다.

II 국가 암 관리사업 현황

「암관리법」을 제정하여 국가암관리위원회 구성·운영, 지역암센터 운영을 지원하고, 암 예방 및 암 환자 관리를 위하여 수검자, 암 등록환자 등에 대한 데이터베이스를 구축하여 암관리사업의 기초 자료로 활용하며, 암에 대한 정확한 정보 제공, 국가암검진사업, 암환자의료비지원사업, 암생존자통합지지센터 운영지원사업, 호스피스전문기관 지원사업 등을 추진하고 있다.

1. 국가암관리사업의 기반 구축

국가가 암의 예방·진료 및 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행하기 위해 「암관리법」이 제정·공포되었으며(03. 5. 29.), 2004년 3월에는 「암관리법 시행령」(3. 5.) 및 「시행 규칙」(3. 29.)이 제정되었다.

「암관리법」의 주요 내용은 보건복지부장관이 암관리종합계획을 수립하고 국가암관리위원회를 구성·운영하도록 하고 있다. 또한, 암에 관한 연구, 암등록통계사업, 암 역학조사, 암검진사업, 암환자의료비지원사업, 말기 암환자 관리사업 실시 등을 규정하여 국가암관리사업의 계획 및 수행을 위한 법적 근거를 명확히 하고 있다.

「암관리법」에 의한 국가암관리위원회의 기능은 국가암관리체계 및 제도의 발전에 관한 사항, 암관리종합계획의 수립 및 평가에 관한 사항, 연도별 암관리사업 시행 계획에 관한 사항, 암연구사업의 기본 계획에 관한 사항, 암관리 정보 체계의 개발 및 인력 양성에 관한 사항, 암관리사업의 예산에 관한 중요 사항 등을 심의하도록 하고 있다.

지역 단위의 암관리체계를 구축하기 위해 12개의 지역암센터를 지정하여 운영하고 있다. 2004년~2006년 지방 국립대학병원을 중심으로 9개 종합형지역암센터를 지정하여 운영하고 있고, 2011년에는 미지정 시·도에 건립비 지원 없이 암관리사업비만 지원하는 기능형 지역암센터 3개소를 지정하였다. 지역암센터는 암환자들의 서울 쏠림 현상을 완화하기 위해 지역주민에 대한 암진료, 암연구, 암관리사업 수행 등 다양한 암 관련 정책을 추진하고 있다. 또한, 의료자원의 효율적 활용, 지역 암 관련 의료서비스 접근의 질 향상 방안 마련을 위해 노력 하고 있다.

또한, 2016년 제3차 암관리종합계획(2016년~2020년)을 수립하여 암 발생 및 사망 최소화를 목적으로 한 종합적 암관리 영역을 진료 전후로 확장해 예방과 검진은 물론 재활과 사회화, 더 나아가 암생존자와 말기암환자 등 돌봄으로까지 그 영역을 확장하였다.

2. 암 예방 교육·홍보

세계보건기구(WHO)에서는 암으로 인한 사망의 약 40%는 위험 요인 증재를 통해 예방이 가능하며, 조기 검진을 통해 완치 가능성을 높일 수 있고, 암 진단 후의 적절한 치료를 통해 완치, 생명 연장 및 암 진단 후의 삶의 질을 높일 수 있는 것으로 보고하고 있다.

암 예방을 강화하기 위하여 정부에서는 2006년 10월에 10대 국민 암 예방 수칙을 제정·시행 하였고, 2016년 3월에 개정된 수칙을 공표하였다. 지속적인 암 예방 교육·홍보는 암 발생률과 암 사망률을 감소시킬 수 있으며, 암을 예방하기 위한 생활 습관 개선은 암뿐만 아니라 고혈압이나 당뇨 같은 여러 만성 질환을 예방하는 데도 도움이 된다. 암은 개인의 유전적, 기질적 요인 이외에 식생활 습관, 환경적 요인 등 여러 외부인자에 의해 발생하는 경우가 대부분이므로 암 및 암 예방법에 대한 정확한 지식을 전달하고 생활 습관을 개선할 수 있도록 하는 적극적인 교육·홍보가 절실히 요구된다.

보건복지부는 국민에게 다양한 채널을 통한 올바르고 포괄적인 암 정보와 관련 지식을 제공 하기 위해 콘텐츠 생성은 물론 전략 수립을 통해 체계적이고 효과적인 암 관련 교육·홍보를 추진하고 있다.

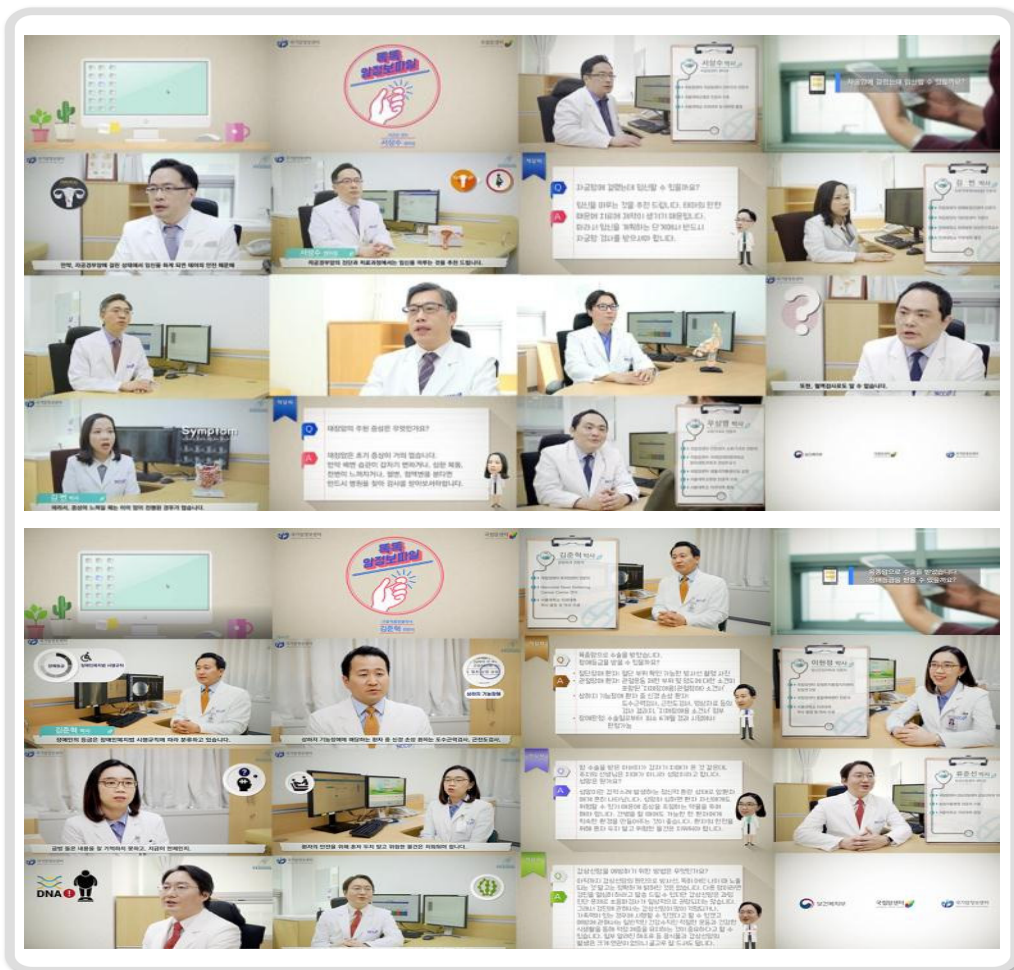
암에 대한 인식을 높이고 올바른 암 예방 실천을 유도하기 위해 2005년에 국가암정보센터를 국립암센터에 개설하여 과학적 근거 기반의 최신 암 정보 데이터베이스를 구축하고, 인터넷 홈페이지(www.cancer.go.kr)와 유명 포털사이트를 통한 전문가 암 정보 제공, 사회관계망 서비스(SNS) 운영, 포털사이트 건강섹션과 연계한 암 정보 콘텐츠 홍보, 암 정보 상담전화(1577-8899) 등 다양한 채널을 이용하여 정보를 제공하고 있다.

2003년부터 2018년까지 총 100개 암종에 대한 데이터베이스(DB)를 구축하고 지속적인 최신화 작업을 진행 중이며, 일반인 및 건강 정보 취약계층(시각장애인, 다문화가정 구성원 등)을 대상으로 소책자와 오디오북, 리플릿, 포스터, 플래시 애니메이션, 그림동화, 동영상 강좌 등 쉽게 이해할 수 있는 암 관련 교육자료를 개발·배포하고 있다. 암환자의 증상 관리를 위한

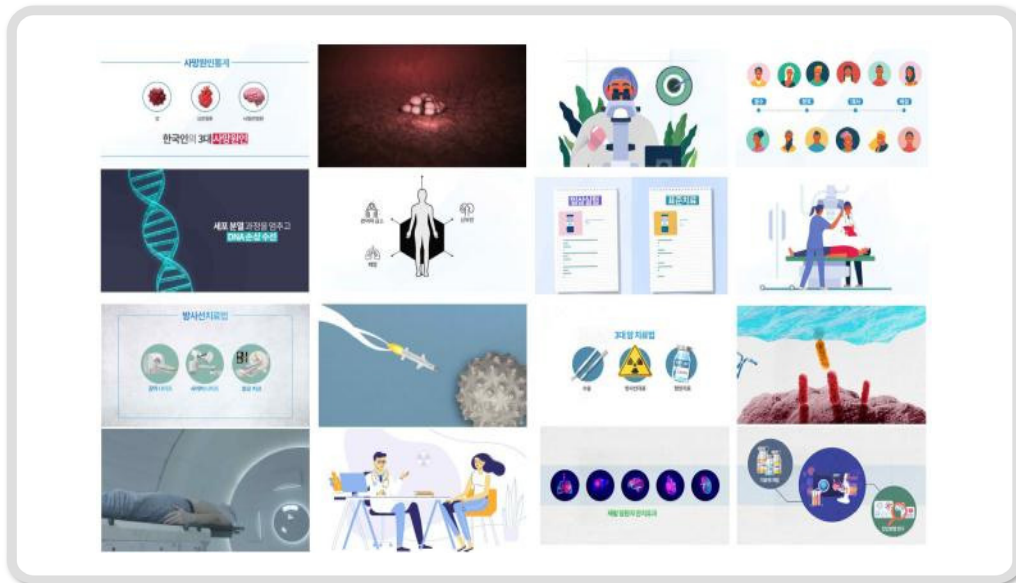
교육용 애니메이션(‘통증’, ‘운동’, ‘신경계 변화’, ‘우울과 불안’, ‘불면증’, ‘설사’ 등 총 20편)을 제작하여 배포하였으며, 어린이 암 예방 교육 프로젝트의 일환으로 EBS TV 프로그램을 통해 암 예방 메시지를 전달하였다.

또한, 일반인을 위한 호발암 예방정보 및 실천방안을 주제로 전문의 Q&A 인터뷰 영상 시리즈(대장암, 자궁암, 췌장암, 폐암, 위암, 전립선암, 양성자치료, 방광암, 유방암, 갑상선암, 정신건강, 육종암, 두경부암 등 총 70편)를 제작하여 배포하였다. 그리고 암의 발생과 전이, 항암제의 종류 및 차이점, 임상 시험에 대한 이해, 면역 치료, 양성자 치료에 관한 주제별 암정보 동영상 5편을 제작하였고, 암환자를 위한 식생활 안내 및 조리법 관련 영상 10편을 제작하였다.

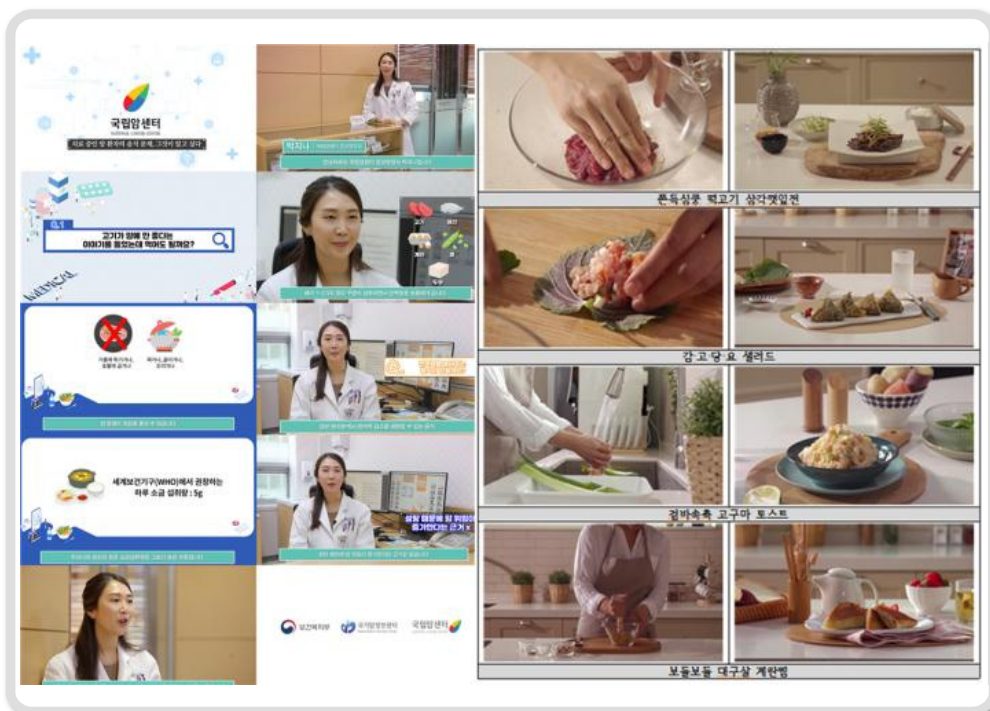
[그림 2-6-34] 2018~2019년도 전문의 Q&A 인터뷰 영상 “똑똑! 암정보파일”



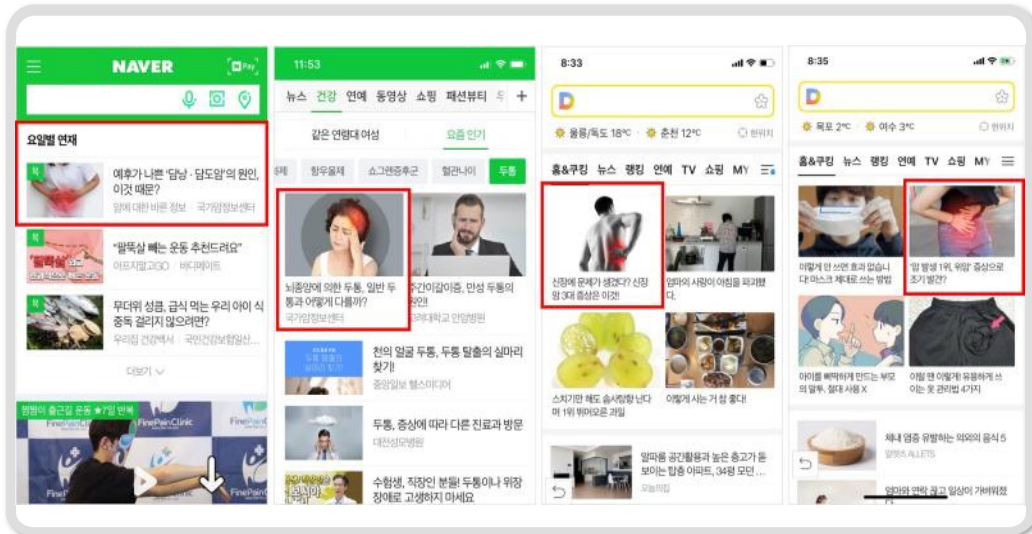
[그림 2-6-35] 2019년도 암정보 동영상



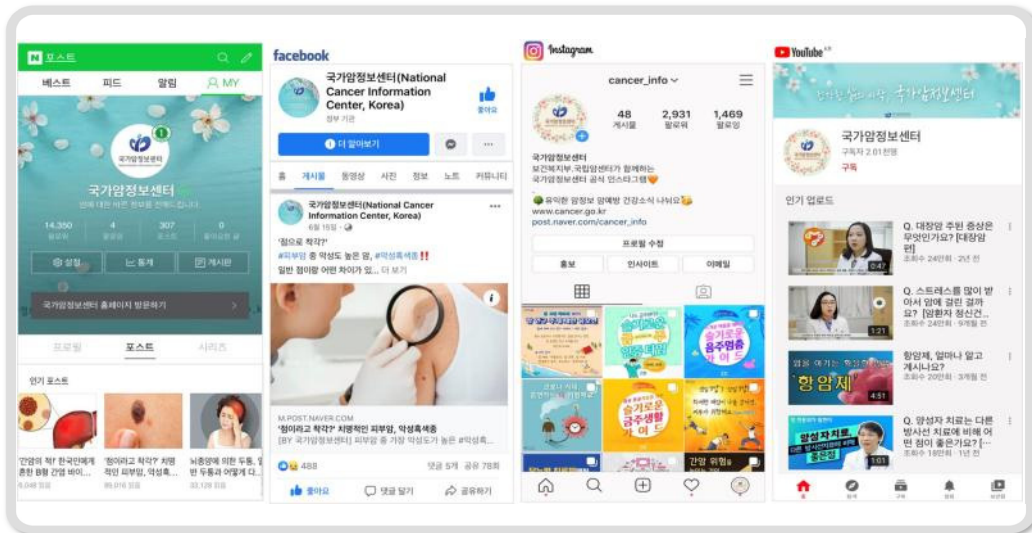
[그림 2-6-36] 2019년도 암환자를 위한 식생활 안내 및 조리법 영상



[그림 2-6-37] 포털사이트 건강섹션 연계한 암 콘텐츠 제공 사례



[그림 2-6-38] 사회관계망서비스(SNS) 채널을 통한 암 콘텐츠 제공 사례



이해하기 쉽고 공감대를 형성할 수 있는 암예방 콘텐츠 개발 및 확산은 물론, 온·오프라인의 다양한 채널을 활용한 맞춤형 암예방 캠페인 추진을 통해 대국민 대상의 효과적인 암 커뮤니케이션을 실천하고 있다.

3. 암등록통계사업

우리나라 암등록통계사업은 1980년부터 지속적으로 수행하고 있다. 2000년 9월 한국중앙암등록본부를 국립의료원(현 국립중앙의료원)에서 국립암센터로 이관하였고, 2003년 「암관리법」 제정으로 암등록통계사업의 시행 근거를 마련하였으며, 2004년 12월에 중앙암등록본부와 지역암등록본부를 지정하여 체계적으로 암등록통계사업을 운영하고 있다.

암등록자료의 표준화를 위해 ‘종양학 국제질병분류(ICD-O)’ 적용 및 「암등록 지침서」 발행, 암등록실무자를 대상으로 다양한 교육을 실시하고 있다. 또한, 효율적인 사업 추진을 위해 ‘암등록통계시스템’을 운영하여 양질의 국가 암 발생 데이터베이스를 구축하고 있으며, 이를 통해 매년 우리나라의 암 발생률, 생존율, 유병률 등의 암등록통계를 지속적으로 생산·발표하고 있다.

암등록통계사업의 자료는 국가암관리사업의 기획과 평가, 암 연구 등의 기본 자료 및 근거 정보로도 활용되고 있다.

2019년 12월 기준 중앙암등록본부와 11개(부산·대구경북·인천·광주전남·대전(충남, 세종)·울산·제주·강원·충북·전북·경남) 지역암등록본부가 암등록통계사업에 참여하고 있으며, 2017년 암등록통계를 생산하여 국가암등록사업 연례 보고서를 발간하였다.

2017년도 1년간 발생한 암 환자는 232,255명이며, 이에 대한 성별 분포는 남자 122,292명(52.7%), 여자 109,963명(47.3%)으로 1.11 : 1의 비율을 보였다. 우리나라에서 주로 발생하는 암은 위암, 대장암, 폐암, 갑상선암, 유방암, 간암, 전립선암 등으로 이들 7대 암이 전체 암 발생의 70% 가량을 차지하고 있다.

국가 암관리정책의 가장 중요한 결과 지표라고 할 수 있는 5년 암 상대 생존율은 1993년~1995년 발생자의 경우 42.9%, 1996년~2000년 발생자의 경우 45.1%, 2001년~2005년 발생자의 경우 54.1%, 2006년~2010년 발생자의 경우 65.5%, 2013년~2017년 발생자의 경우는 70.4%였다.

2013년~2017년 발생자의 주요 암의 5년 상대 생존율은 위암 76.5%, 대장암 75.0%, 폐암 30.2%, 갑상선암 100.1%, 유방암 93.2%, 간암 36.5%, 전립선암 94.1%로 나타났다.

[표 2-6-92] 우리나라 주요 암종 발생자 수 및 발생분율(2017년)

(단위 : 명, %)

전체		남자		여자	
암종	발생자 수 (발생분율)	암종	발생자 수 (발생분율)	암종	발생자 수 (발생분율)
위암	29,685(12.8)	위암	19,916(16.3)	유방암	22,300(20.3)
대장암	28,111(12.1)	폐암	18,657(15.3)	갑상선암	20,135(18.3)
폐암	29,985(11.6)	대장암	16,653(13.6)	대장암	11,458(10.4)
갑상선암	26,170(11.3)	전립선암	12,797(10.5)	위암	9,769(8.9)
유방암	22,395(9.6)	간암	11,500(9.4)	폐암	8,328(7.6)
간암	15,405(6.6)	갑상선암	6,035(4.9)	간암	3,905(3.6)
전립선암	12,797(5.5)	췌장암	3,733(3.1)	자궁경부암	3,469(3.2)
췌장암	7,032(3.0)	신장암	3,617(3.0)	췌장암	3,299(3.0)
담낭 및 기타담도암	6,846(2.9)	담낭 및 기타담도암	3,555(2.9)	담낭 및 기타담도암	3,291(3.0)
신장암	5,299(2.3)	방광암	3,525(2.9)	자궁체부암	2,986(2.7)
모든 암	232,255(100.0)	모든 암	122,292(100.0)	모든 암	109,963(100.0)

※ 출처 : 보건복지부, 「국가암등록사업 연례 보고서(2017)」

[표 2-6-93] 5년 암 순 생존율¹⁾ 국제 비교

(단위 : %)

구 분	한국			미국 2010~2014	영국 2010~2014	일본 2010~2014
	2000~2004	2005~2009	2010~2014			
위암	48.6	61.1	68.9	33.1	20.7	60.3
결장암	60.5	68.1	71.8	64.9	60.0	67.8
직장암	60.8	68.1	71.1	64.1	62.5	64.8
폐암	15.3	19.9	25.1	21.2	13.3	32.9
유방암	79.5	84.0	86.6	90.2	85.6	89.4
간암	15.3	22.4	27.2	17.4	13.0	30.1
전립선암	76.0	87.3	89.9	97.4	88.7	93.0
췌장암	7.6	8.4	10.5	11.5	6.8	8.3
자궁경부암	76.0	77.0	77.3	62.6	63.8	71.4
백혈병 ²⁾	73.1	78.6	84.4	89.5	92.2	87.6

주 : Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. Lancet 2018;391(10125):1023–1075. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33326-3.

1) 세계 암 생존 표준가중치(International Cancer Survival Standard weights)를 이용한 연령표준화 순생존율(age-standardized net survival), 백혈병을 제외하고는 15–99세 성인

2) 0–14세 소아, 급성 림프구성 백혈병(acute lymphoblastic leukaemia)

[표 2-6-94] 최근 5년간(2013년~2017년) 우리나라 암 발생 현황

(단위 : 명)

구 분	2013	2014	2015	2016	2017
전체	228,766	220,131	217,272	231,236	232,255
남자	115,448	114,511	114,646	121,163	122,292
여자	113,318	105,620	102,626	110,073	109,963

※ 출처 : 보건복지부, 『국가암등록사업 연례 보고서(2017)』

4. 국가암검진사업

1차 예방은 상대적으로 시간과 노력이 많이 든다. 그에 비해 암을 조기에 발견하여 치료하는 것으로 부담을 감소하고자 하는 2차 예방은 행태 변화와 그 효과가 비교적 빨리 나타난다. 암검진사업은 암 관리 체계의 핵심적인 부분이다. 대부분의 선진국에서 암검진사업을 실시하고 있고, 실제로 암검진사업을 통하여 암 사망률이 감소한 것으로 보고되고 있다.

우리나라는 2001년~2002년에 개발된 국가암검진 권고안에 따라 2002년부터 위암, 유방암, 자궁경부암에 대해서 국가암검진사업을 실시하였으며 2003년 간암 검진, 2004년 대장암 검진을 추가하여 5대 호발암(위암, 유방암, 자궁경부암, 간암, 대장암)에 대한 국가암검진체계를 구축하였다.

국가암검진사업 대상자 중에서 의료급여수급권자와 저소득 건강보험가입자는 무료 암검진을 제공받았는데, 2002년 의료급여수급권자와 저소득 건강보험가입자(보험료 부과 기준 하위 20%)를 시작으로 2003년에는 건강보험가입자 하위 30%, 2005년에는 건강보험가입자 하위 50%까지 대상이 확대되었다. 무료 암검진 대상에 포함되지 않은 건강보험가입자인 경우에는 전체 암검진 비용의 50%를 본인이 부담하였다. 2006년부터 장애인, 도서 벽지 거주자 등에게 무료 암검진 대상을 확대하였고, 본인부담률을 50%에서 20%로 경감하였다. 2010년에는 건강보험가입자 상위 50%의 암검진 본인부담률을 20%에서 10%로 경감하였다.

* 2019년 대상자의 경우 2018년 11월 건강보험료 부과 기준 지역가입자 94,000원, 직장가입자 93,000 원 이하

2011년에는 직장가입자, 지역가입자 등 직역에 관계없이 검진 연령 및 검진 주기를 일원화 하기 위해 관련법을 개정하였고, 2012년부터 대상자 선정 시 반영하였다. 2015년에는 자궁경부암의 경우 의료급여수급권자에 한하여 시작 연령을 20세로 조정하였으며, 2016년 자궁경부암

검진 시작 연령을 전체 20세로 확대하였다. 또한, 간암 검진 주기를 6개월로 변경 실시하며 의료급여수급권자에 대한 간암 고위험군 선별 검사를 폐지하였다. 2017년에는 대장암검진 대상자 편의 제고(대장암환자의 국가대장암검진 유예, 대장내시경 이후 국가대장암검진을 받은 것으로 갈음)하여 2018년도 대상자 선정시 반영하였다.

2019년도에는 기존 암환자 유예제도에서 유예대상 암종을 위암, 유방암, 자궁경부암 환자까지 확대하였고, 2019년 하반기부터 국가암검진 암종에 폐암이 추가되었다.

암검진 수검률을 제고하기 위해 2008년 암검진기관의 기준을 완화하여 암종별 암검진기관을 인정하였다. 그 결과 암검진기관의 수가 2007년 2,090개에서 2020년 6,889개로 증가하였으며, 2007년부터 국가암검진사업의 수검자 만족도 조사를 실시하여 지속적으로 사업을 모니터링하고 있다. 2019년 국가암검진사업 만족도 조사에 따르면 국가암검진사업에 전반적으로 만족한다는 응답은 78.4%, 국가암검진이 암을 조기에 발견하는데 효과적이라는 응답은 82.0%으로 나타났다.

또한, 암검진의 만족도와 정확도를 제고하기 위해 「건강검진기본법」에 따라 2012년부터 암검진기관 평가사업은 일반건강검진기관 평가와 통합하여 국민건강보험공단이 실시하고 있다. 국립암센터는 암검진기관 평가에 대한 기술적 자문, 질병 예측도 및 결과 기록 충실도 분석 등을 지원하고, 암검진기관 평가 결과에 근거한 사후 관리 교육을 시행하고 있다.

양질의 암 검진을 제공하기 위하여 암검진기관 질 향상 교육(전문가 현장 방문 멘토링 교육 또는 집체 교육)을 시행하고 있으며, 암 검진 전문인력의 실습교육인 내시경 소독 교육을 실시하고 있다. 또한, 암 검진 질 향상 교육에 대한 접근성을 높이기 위해 온라인 교육프로그램을 개발하여 운영(국가 암 검진 질 향상 교육 홈페이지<http://neweducation.ncc.re.kr>) 하고 있다.

|표 2-6-95| 2019년 국가암검진사업 개요

구 분		의료급여수급자	건강보험가입자
대상자 선정 방법		국민건강보험공단에서 사업 대상자를 선정하여 검진 대상자(의료급여 및 건강보험)에게 일괄 안내문 발송	
검진 대상 암종별	위암	만 40세 이상 남·여	
	대장암	만 50세 이상 남·여	
	간암	만 40세 이상 남·여(간암 발생 고위험군)	
	유방암	만 40세 이상 여성	
	자궁경부암	만 20세 이상 여성	
	폐암	만 54-74세 남·여(폐암 발생 고위험군)	
비용 부담 방법		국비 50%, 지방비 50% * 서울은 70% 부담	- 건강보험료 납부 상위 50% 대상 : 국민건강보험공단 90%, 자부담 10% - 건강보험료 납부 하위 50% 대상 : 국민건강보험공단 90%, 국비 5%, 지방비 5% * 서울은 7% 부담 (단, 대장암, 자궁경부암은 국민건강보험공단 전액 부담)

|표 2-6-96| 6대 암 검진 프로그램

구 분	검진 대상	검진 주기	검진 방법
위암	만 40세 이상 남·여	2년	위내시경검사(단, 위내시경검사를 실시하기 어려운 경우 위장조영검사 선택적 시행)
대장암	만 50세 이상 남·여	1년	분변잠혈검사 : 이상소견시 대장내시경검사(단, 대장내시경검사를 실시하기 어려운 경우 대장이중조영검사 선택적 시행)
간암	만 40세 이상 남·여 중 간암 발생 고위험군 (간경변증, B형간염 항원 양성, C형간염 항체 양성, B형 또는 C형간염 바이러스에 의한 만성 간질환자)	6개월	간초음파검사 + 혈청알파태아단백 검사 병행
유방암	만 40세 이상 여성	2년	유방촬영술
자궁경부암	만 20세 이상 여성	2년	자궁경부세포검사
폐암	만 54-74세 남·여(30갑년 이상의 흡연력을 가진 흡연자)	2년	저선량 흉부 CT검사

|표 2-6-97| 국가암검진사업 현황

(단위 : 백만 원, 천 명)

구 분	2017	2018	2019
국비보조 예산	45,911	21,532	34,539
수검자	11,735	12,454	13,220

5. 암환자의료비지원사업

우리나라는 2002년부터 저소득층 가정의 소아 백혈병 환자를 대상으로 암 관련 의료비를 지원해 왔으며, 2005년부터는 저소득층 성인 암환자들까지 지원 대상자를 확대하여 암 관련 의료비를 지원하고 있다.

가. 소아암환자 의료비 지원

소아는 성인과 달리 염색체 이상이나 유전자 변이 등 대부분 선천적 요인에 의해 암이 발생하며, 완치율은 평균 70~80% 정도로 높다.

정부는 2002년부터 2004년까지 소아에게서 가장 많이 발생하는 백혈병 환자를 대상으로 만 15세까지 연간 최대 1천만 원 내에서 의료비를 지원하는 암환자 의료비 지원사업을 실시하였다. 2005년에는 지원 연령을 만 15세 이하에서 만 18세 미만으로 상향하였으며, 지원 암종도 백혈병에서 전체 암종으로 확대하였다. 그리고 연간 지원 상한 금액도 백혈병 환자이거나 백혈병 이외 암종에서 조혈모세포 이식 시 2천만 원으로, 그 외의 암환자는 1천만 원으로 상향 조정하였다. 2010년에는 연간 지원 상한 금액을 다시 상향 조정하여 백혈병 환자이거나 백혈병 이외 암종에서 조혈모세포 이식 시 3천만 원, 그 외의 암환자는 2천만 원까지 지원하는 등 지속적으로 지원을 확대하고 있다.

의료급여수급권자 및 차상위 본인부담 경감대상자는 지원대상자로 당연 선정하고, 건강보험 가입자의 경우 가구의 소득과 재산이 지원기준에 적합한 경우에만 대상이 된다. 구체적인 소득·재산 기준은 ‘국민기초생활보장사업’에서 정한 기준 중위소득 120% 이하(2019년 현재 4인 가구 기준 553만 6,243원)이면서 재산이 ‘일반 재산의 최고 재산액’의 300%(2019년 현재 4인 가구 기준 2억 9,476만 3,626원) 이하인 경우에 지원대상자로 선정한다. 2019년에는 1,699명에게 지원하였다.

나. 성인 암환자 의료비 지원

소득이 낮을수록 암 사망의 위험이 높으며, 고액의 의료비 부담으로 성인 암환자 가구의 경제적 부담이 크다는 지적에 따라 정부는 2005년부터 만 18세 이상 저소득층 성인 암환자에 대해서도 의료비 지원을 확대하게 되었다.

2019년 현재, 의료급여수급권자와 차상위 본인부담 경감대상자에 해당하는 암환자는 당연 선정되어 연간 본인일부부담금 120만 원, 비급여 본인부담금 100만 원 내에서 최대 연속 3년간 지원받을 수 있다. 건강보험가입자인 암환자는 국가암검진사업으로 해당 암(위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암)을 진단받은 암환자에게 연간 본인일부부담금 200만 원 내에서 최대 연속 3년간 지원받을 수 있다.

성인 폐암 환자 중 의료급여 수급권자나 차상위 본인부담 경감대상자에 해당하는 암환자는 본인일부부담금 120만 원 및 비급여 본인부담금 100만 원이 연간 한도이며, 건강보험가입자(등록신청연도 기준 1월 건강보험료 고지액 기준 하위 50%인 직장가입자 9만 6,000원, 지역가입자 9만 7,000원 이하)인 경우 본인일부부담금 200만 원 한도 내에서 최대 연속 3년간 지원 가능하다. 2019년에는 46,317명에게 지원하였다.

6. 호스피스전문기관 지원사업

보건복지부에서는 말기환자의 체계적인 관리 및 적절한 의료서비스를 제공하기 위하여 2005년 15개 호스피스 전문기관을 선정해 인건비, 시설 장비비 등의 운영비에 대한 국고 지원 사업을 시작하였다. 이후 지원 대상 기관수는 꾸준히 증가해, 2019년 기준 88개 기관 1,416병상에서 말기환자를 위한 호스피스·완화의료서비스를 제공하고 있다.

2017년 8월 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 시행되어 호스피스 대상 질환이 말기암에서 비암 질환(후천성면역결핍증, 만성폐쇄성호흡기 질환, 만성간경화)으로 확대되었으며 서비스 제공 유형 다양화 추진을 위하여 가정형, 전문형, 요양병원, 소아청소년 완화의료 시범사업을 운영 중이며, 가정형 호스피스 시범사업의 경우 2020년 본사업으로 전환되어 시행될 예정이다.

[표 2-6-98] 2019년 서비스 유형별 시범사업 기관 현황

(단위 : 개소)

서비스 유형	실시 기준일	기관수
가정형	2016. 3. (‘20 본사업 전환 예정)	39
자문형	2017. 8.	27
요양병원	2016. 9.	12
소아청소년	2018. 7.	4

2018년 기준 말기 암 환자의 약 22.9%가 호스피스 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났으며, 정부는 호스피스전문기관 필수인력(의사, 간호사, 사회복지사)에 대한 교육 프로그램 개발 및 운영을 통해 종사자들의 전문성 향상 및 호스피스·완화의료 서비스의 질적 향상을 도모하기 위하여 다양한 사업을 진행하고 있다.

[표 2-6-99] 연도별 호스피스 전문기관 지정 현황 및 이용률

구 분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
기관수(개)	19	40	42	46	56	54	57	66	77	81	84	88
병상수(개)	282	633	675	755	893	867	950	1,100	1,293	1,337	1,358	1,416
이용률(%)	7.3	9.1	10.6	11.9	11.9	12.7	13.8	15.0	17.5	22.0	22.9	-

호스피스전문기관을 대상으로 매년 사업실적을 평가하여 국고보조금을 차등지급하고, 운영 및 서비스 제공에 어려움을 겪는 기관을 대상으로 전문가가 직접 현장을 찾아 경험을 전수하는 호스피스·완화의료 전문가 실무 멘토링을 운영하여 전체 호스피스 전문기관의 서비스 질 향상을 도모하고 있다.

또한, 매년 ‘호스피스의 날’ 기념행사를 개최하고 다양한 홍보 콘텐츠를 개발하는 등 전 국민의 호스피스 인지도를 높이고 그 필요성을 알리기 위한 호스피스 홍보사업을 진행 중이다.

7. 지역암센터 지원사업

정부는 암환자의 서울 및 수도권 집중화 현상을 완화하기 위해 지방의 종합대학병원을 중심으로 전국 14개 시·도에 12개 지역암센터를 지정하여 운영하고 있다. 2004년부터 전북·광주

전남·경남지역암센터(전북대병원·화순전남대병원·경상대병원) 3개소, 2005년 부산·대전·대구경북지역암센터(부산대병원·충남대병원·칠곡경북대병원) 3개소, 2006년에는 강원·충북·제주지역암센터(강원대병원·충북대병원·제주대병원) 3개소를 점차적으로 선정하여 총 9개소로 확대·지정하고 건립비로 개소 당 국비 100억 원을 지원하였다.

2011년 수도권을 포함한 미 지정 시·도에 지역암센터로서의 조직과 시설 및 장비를 갖춘 사립대병원을 기능형 지역암센터로 지정하였다. 인천·경기·울산(가천대길병원·아주대병원·울산대병원)지역 3개 병원이 기능형 지역암센터로 지정되었다.

지역암센터는 권역 거점기관으로서 체계적인 지역 암관리를 위해 진료·연구·암관리사업을 수행하고 있다. 특히, 지역 특성에 따른 암관리체계를 구축하여 지역주민의 다양한 암 관리 필요에 대응하고, 의료자원의 효율적 활용을 도모하고 있다.

8. 암생존자통합지지사업

정부는 모든 암에 대한 상대생존율이 지속적으로 증가하고 있으며, 향후 인구 고령화, 조기검진 확대·강화, 치료기술 향상 등으로 암생존자 수는 더욱 증가할 것으로 예상하고 있다. 이에 제3차 국가암관리종합계획(2016년~)에 암생존자 통합지지체계 구축의 근거를 마련하였다. 2017년부터 국립암센터와 광주·전남, 강원, 충북, 전북, 경남, 제주 권역암생존자통합지지센터(이하, 권역센터) 6개소, 2018년 경기권역센터 1개소, 2019년 대구·경북, 대전, 부산, 울산 권역센터 4개소를 확대 지정하여 2019년 기준 총 12개소를 지정하였다. 소아청소년 암생존자 통합지지 시범사업은 2019년부터 국립암센터와 경남, 제주 권역센터 총 3개소에서 시행하고 있다. 또한, 2019년 2월 국립암센터를 중앙암생존자통합지지센터로 지정하였다.

암생존자통합지지센터는 암 진단 후 암 치료 목적의 초기 적극적인 치료(수술, 항암치료, 방사선치료)를 마친 암생존자를 대상으로 다양한 영역(신체건강, 정신건강, 사회복지 등)의 어려움에 대한 종합적인 평가를 시행하며 그 결과에 따라 상담, 교육, 프로그램 등 통합지지 서비스를 제공하고 있다.

암생존자통합지지센터 전문인력(의사, 간호사, 사회복지사 등)의 전문성 및 통합지지서비스 제공의 질적 향상을 위하여 표준화 프로그램 및 가이드라인을 개발하고 있다. 또한, 국민 대상으로 암생존자 관련 인식제고를 위해 홍보영상물 제작 및 교육자료(리플릿, 소책자 등)를 제작하여 배포하고 있다.

이를 통해 암생존자와 가족의 건강 증진과 사회적 기능 복귀를 지원하고 삶의 질을 향상하고자 한다.

9. 재가암환자관리사업

재가암환자(치료중인 암환자, 말기암환자, 암생존자 등)들의 신체적·정신적 건강관리 및 사회적 지지를 위해 지역사회·재가 중심으로 공적서비스제공 전문가의 역량강화를 위한 프로그램을 국립암센터에 운영하고 있다. 2012년부터 보건소 담당자 및 전문가 대상의 교육 주제, 방법 등 요구도 조사와 교육 평가를 통해 질 관리 체계를 마련하였으며, 재가암생존자 관리 전문인력을 대상으로 교육프로그램 시행 등 재가암환자를 돌보고 있는 방문간호사, 관계자에게 국가암관리사업의 중요성 인식과 필요한 지식·기술을 습득할 수 있도록 기회를 제공하고 있다.

10. 국제암연구소 가입 및 활동

국제암연구소는 프랑스 드골 대통령의 주창으로 1965년 WHO 산하에 설립되었으며, 1967년 프랑스 리옹에 본부를 두고 업무를 시작하였다. 현재 26개국이 가입하여 활동 중이다. 우리나라는 2006년 국제암연구소 가입을 통해 회원국으로서 활동하고 있으며, 암 연구 관련 최신 정보를 공유하며 교육훈련 프로그램의 교류 등 국제 협력을 증진할 수 있는 기반을 조성하였다.

[표 2-6-100] 국제암연구소 회원국 현황(2019년)

회원국	가입 연도	회원국	가입 연도	회원국	가입 연도	회원국	가입 연도
독일	1965	프랑스	1965	이탈리아	1965	영국	1965
미국	1965	오스트레일리아	1965	네덜란드	1967	벨기에	1970
일본	1972	스웨덴	1979	캐나다	1982	핀란드	1986
노르웨이	1987	덴마크	1990	스위스	1990	에스파냐	2003
대한민국	2006	인도	2006	러시아	2007	아일랜드	2007
오스트리아	2008	터키	2011	브라질	2013	카타르	2013
모로코	2015	이란	2018	헝가리	2019		

국제암연구소 가입을 통해 암의 발생 원인 규명, 치료, 예방의 각 분야에 대한 연구 및 그 결과에 대한 보급 등을 통해 국가암관리정책 및 국내 암 연구 수준 향상을 도모할 수 있게

되었다. 2019년까지 총 7건의 협력 연구를 수행해 오고 있으며 암 연구 인력의 훈련 프로그램 개발 및 국제암연구소 교육훈련 프로그램 참여 등을 통해 암 연구 인력 양성 체계를 구축하게 되었다.

향후 저개발국가에 대한 연구 및 정보 지원, 국가암조기검진사업, 국가암등록통계사업 등 우리나라의 국가암관리정책 보급을 통해 대외 이미지 개선 및 국제적 위상 제고를 기대할 수 있게 되었다.

11. 국가암데이터 구축 사업

국립암센터는 국가암빅데이터 발전계획과 제3차 암관리종합계획(2016)을 보다 효율적으로 지원하기 위해 암빅데이터센터를 신설(2017)하였다.

암빅데이터센터는 암데이터자원의 통합적 수집·연계·관리 및 제공을 위한 범국가적 인프라를 구축하여, 비용 효율적이고 지속가능한 암 데이터 관리와 암데이터를 활용한 진료의 질적 수준 향상, 합리적 암관리 정책결정지원 등에 직접 기여할 수 있도록 데이터 공유 및 개방하는 서비스 제공을 목표로 운영되고 있다.

국립암센터가 보유하고 있는 임상정보를 바탕으로 사용 목적에 따라 주제별로 정리한 임상연구 데이터웨어하우스(CRDW, Clinical Research Data Warehouse)를 구축하였으며, 데이터 활용 활성화를 위한 서비스 발굴을 추진하고 있다.

또한, 국가 암 병기조사 데이터 개방체계 구축사업(2019)을 통해 암 병기조사(5종, 위, 폐, 대장, 유방, 간) 및 암 레지스트리(6종, 구강, 소아청소년, 육종, 자궁, 폐, 방광) 개방DB를 구축하였고, 메타데이터·통계·집계 정보에 대한 오픈데이터 형태의 API를 개발하여 공공 데이터 포털(<https://www.data.go.kr/>)에서 개방하고 있다. 그리고 보건의료 빅데이터 플랫폼(2019, <https://bigdata-cancer.kr/>)을 통해 개방데이터 기반의 보건의료 데이터를 제공하고 있다.

아울러, 국가암데이터 관리기반 구축 사업(2019)을 통해 암임상데이터셋, 유전체(NGS)데이터, 암종양영상데이터, 암관리사업데이터를 연구목적으로 DB화하고 관리체계를 마련하였다.

이 DB는 진단, 검사, 치료, 추적관찰에 이르는 진료의 흐름에 따라 정리한 임상데이터이며, 이를 통해 데이터 기반의 의학적 근거를 마련하였고 암 관련 정책 결정을 지원하는 국가암DB를 구축·운영함으로써 암 연구 역량을 강화하였다.

향후에는 국가암데이터 관리기반 구축 사업(2020)을 통해 기구축된 국가암DB 데이터를 최신화하고 데이터 운영환경 기능, CRDW 서비스 검색 및 관리 기능, 데이터 개방 서비스, 키프리 시스템 등을 강화하고자 한다. 이를 통해 암빅데이터 서비스가 개선 및 확대됨으로써 암 관리사업 분야에서 다양한 정책 및 서비스를 창출할 것으로 기대한다.

III 국립암센터 운영 지원

1. 국립암센터의 역할과 기능

국립암센터는 암 연구 기관으로서 기초 연구를 임상에 적용하는 이행성(translational) 연구에 역점을 두어 우리나라 암 연구를 선도하고 있다. 또한, 우리나라에서 흔히 발생하는 암에 대한 표준진료지침을 개발하고, 암 진료에 필요한 우수 인력과 첨단 의료장비를 확보하여 모든 국민이 최선의 진료를 받을 수 있는 기반을 조성하여 암 전문 연구·치료 기관으로서의 위상과 역할을 다하고 있다. 이와 더불어 암 전문인력 양성, 암 정보 체계 구축, 암 등록사업, 암 예방 및 조기검진모델 개발 연구 등 국가암관리사업을 적극 뒷받침하고 있다. 한편, 암에 특화된 실무형 인재 양성 및 아시아·아프리카 지역에 한국의 성공적 암 관리 노하우 전수를 위한 대학원대학을 설치·운영하고 있다.

2000년 1월 12일 제정된 「국립암센터법」에 근거하여 설립된 국립암센터는 2001년 6월 20일 개원하였고, 2005년 암 연구동 건립, 2007년 양성자 치료기를 이용한 진료를 개시하였으며, 정부의 공공의료 확충 및 5대 암검진사업의 효율적 지원을 위해 2007년에 국가 암검진 지원센터를 개원하였다. 2010년 5월 「암관리법」 전부개정을 통해 설치 근거를 마련한 국제암대학원대학교는 2013년 9월 설립 인가를 받아 2014년 3월 개교하였으며, 2017년 3월부터는 박사과정을 포함한 전문대학원으로 확대하여 운영하고 있다.

국립암센터는 「암관리법」 제29조에 따라 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부, 국립암센터국제암대학원대학을 부속 기관으로 설치하여 단위 조직별 권한과 책임이 강화된 ‘연구-진료-암관리사업-교육’을 연계하는 조직 기반을 구축하고 있다. 국립암센터는 1연구소 1병원 1본부 1대학교 4실 1국 3센터 1팀으로 운영되고 있다. 2019년 12월 기준 정원 1,390명, 현원 1,300명이 근무하고 있다.

2. 주요 사업 현황

가. 암연구사업

국립암센터 암 연구사업은 ‘효과적인 암 예방·진단·치료법’을 연구개발하여 국민의 보건복지 및 삶의 질 향상에 기여하기 위해 기관고유연구사업과 암정복추진연구개발사업으로 추진된다.

국립암센터 내부 연구사업인 기관고유연구사업은 국립암센터 중장기 발전계획에 따라 공익적 핵심 암 융합 연구, 정밀의학 실현 암 기반 연구, 근거 기반 전주기적 암관리 연구, 공공 개방형 암 연구 인프라 운용 등 4대 중점 연구주제를 도출하여 추진 중이다. 임상에 적용가능한 중개연구 및 융합공동과제를 위주로 지원하며, 민간 수요가 낮고 국립암센터만의 공공성과 차별성을 부각시킬 수 있는 연구 분야를 발굴해 중점 추진하고 있다.

국내 산·학·연 소속 연구자의 암 연구를 지원하는 암정복추진연구개발사업은 제3차 암관리 종합계획에 따라 암 중개융합연구, 공익적 다기관 암 임상연구, 암 예방·관리·서비스 연구 등의 연구분야를 중점 지원하여 국내 암 연구 진흥 및 기반 강화에 기여하고 있다.

국립암센터 연구소는 연구기능별 이행성연구부, 융합기술연구부, 정밀의학연구부 등의 6개 부, 16개 과, 1개 사업단과 인프라 기능의 9개 코어, 그리고 연구 사업화 등 2개 지원부서로 구성되어 있다. 특히, 암연구코어센터에서 생산되는 데이터는 공유 및 개방을 추진하여 국내 암 연구 발전에 기여하는 공익적 역할을 수행하고 있다. 연구직, 의사, 교원 등은 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부, 대학원대학 등 각 조직에 겸직하며, ‘암 연구-진료-정책-환류 및 개방’의 선순환 체계 하에 상호 긴밀히 연계하여 연구를 수행하고 있다.

[표 2-6-101] 연도별 암연구개발사업 실적

(단위 : 백만 원, 건)

구 분		계	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
예산	계	403,688	6797	5,000	5,000	10,000	12,000	13,422	15,000	21,000	21,000	25,700	26,510	28,710	29,571	30,071	30,471	30,938	30,166	31,166	31,166	33,433
	암 정책 추진 연구	191,888	6797	1,000	1,000	4,000	5,000	5,922	7,000	11,000	11,000	11,000	11,810	14,010	14,471	14,721	15,121	16,088	15,316	15,316	11,316	8,816
	기관 고유 연구	211,800	0	4,000	4,000	6,000	7,000	7,500	8,000	10,000	10,000	14,700	14,700	14,700	15,100	15,350	15,350	14,850	14,850	15,850	19,850	24,617
연구 개발 과제	계	3,609	212	50	73	114	139	154	159	212	220	227	210	227	249	251	246	233	220	219	194	171
	암 정책 추진 연구	1,929	212	20	29	64	82	88	93	131	138	131	121	129	130	129	115	99	78	83	57	51
	기관 고유 연구	1,680	0	30	44	50	57	66	66	81	82	96	89	98	119	122	131	134	142	136	137	120

나. 진료 체계 구축

2000년 설립 이래 우리나라에서 많이 발생하는 위암, 간암, 폐암, 자궁암, 대장암, 유방암, 갑상선암 등 11개 질환별진료센터와 5개 기능별 진료센터로 특화된 진료센터를 운영하여, 환자들에 최적화된 진료를 제공하고 있다. 이들 센터는 암 전문 의사 및 간호사와 의료기사 등으로 구성되며, 이들 전문인력이 하나의 팀이 되어 환자를 돌보는 구조적 센터제를 운영함으로써 진료 전문성을 극대화하여 환자가 편리함을 느끼고 만족도가 높은 시스템을 운영하고 있다. 특히, 개별화된 맞춤형 진료 추세에 맞춰 각 센터별로 외과, 내과, 방사선종양학 등 여러 전문 진료분야 전문가들이 한 곳에 모여 환자를 진료하는 다학제적 통합진료체계를 도입하여 차별화되고 개별화된 진료 시스템을 구축하여 운영하고 있다.

또한, 우리나라 7대암(위암, 간암, 폐암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 갑상선암) 및 췌장암과 난소암을 비롯한 주요 암에 대하여 대장내시경과 폐전산화단층촬영 등의 최신 암검진기법을 적용할 뿐만 아니라 발생 위험도를 고려하여 특화된 암예방 검진서비스를 제공하고 있다. 국내 최초 도입한 양성자치료기는 소아청소년암 환아들이 치료받는 동안 발생할 수 있는 성장의 지연, 기능 장애 등의 부작용을 최소화하여 환자의 삶의 질까지 고려하는 첨단 치료로 국민을 암으로부터 보호하기 위한 국립암센터의 노력을 보여주고 있다.

국립암센터 부속병원은 암연구와 진료를 겸할 수 있는 60명의 암전문 의료진을 배치하여 연구와 진료의 연계를 통해 개발된 암치료 신기술이 신속하게 암환자 대상 임상시험으로 연결하는 체계를 구축, 국민들에게 희망을 주는 역할을 수행 중이다. 2019년 기준 국립암센터 부속병원은 약 60만 6천명(외래 42만 7천명, 입원 17만 9천명)의 환자들을 진료하고 있다.

다. 국가암관리사업 지원

국가암관리사업의 정책 개발 등의 업무를 체계적으로 수행하기 위해 설립된 국가암관리 사업 본부는 국가암관리정책 수립을 위한 암등록사업, 6대암에 대한 국가암검진사업 지원, 전국 지역 암센터에 대한 운영 지원, 암생존자통합지지센터 운영 지원, 암환자의료비지원사업 지원, 말기 암환자의 삶의 질 향상을 위한 말기암환자 관리사업 지원, 암환자 및 국민들에게 암 전반에 걸친 올바른 암 정보 서비스 제공을 위한 국가암정보센터 운영 등의 사업을 수행하고 있으며 관련 정책 기획 및 근거자료 생산 및 연구사업도 추진하고 있다.

라. 암 관리 인력 양성 및 정보 교류

국립암센터는 암 예방·조기검진사업 추진 및 암환자 관리 능력을 갖춘 전문 인력 양성을 위해 암연구자, 암전문의와 종양전문 간호사 등 암전문 의료인과 지역사회 암관리사업 담당자, 세포병리사 등 암 전문 인력을 대상으로 한 다양한 교육프로그램을 개발하여 실시하고 있다.

지역사회 내 암 검진 및 암 의료비지원사업 담당자를 대상으로 하는 「암 검진·의료비 지원 사업 과정」은 암 검진 및 암 의료비 지원에 대한 이해를 도와 국가암관리사업 활성화를 도모하는 과정이다. 「지역암센터 실무 과정」은 지역암센터 암관리사업 실무자들이 지역 내에서의 지역암센터의 역할을 이해하고, 지역암관리사업에 필요한 지식과 기술을 습득하기 위한 교육과정이며, 지역암센터 간 네트워크를 강화를 위한 교류를 활성화하고 있다. 「암등록 보건의료 정보관리사 교육과정」은 암등록 실무자를 대상으로 국가암등록통계사업의 전문인력을 양성하여 암등록자료의 품질 향상에 기여하는 것을 목표로 삼는 교육과정이다. 또한, 「암생존자관리 기본교육」은 지역사회 보건담당자 및 의료서비스 제공자들을 대상으로 암 경험자 관련 주요 현안과 국내외 암 경험자 관리사례를 고찰하고 암 경험자의 신체적·정신적 문제 관리, 사회·경제적 지원 등 관리 사례를 소개하는 교육과정이다.

마. 국제암대학원대학교

국립암센터 국제암대학원대학교에서는 암에 특화된 교육을 통해 국내외 암 전문 인력을 양성하고 아시아·아프리카 지역에 한국의 성공적 암 관리 노하우를 전수하고 있다. 2019년 12월 현재 암관리학과 및 암의생명과학과 등 2개 학과에 석사과정 42명, 박사과정 23명 등 총 65명이 재학하고 있으며, 현재까지 배출된 석사학위자는 보건학석사 57명, 의학석사 50명 등 총 107명이 있다.

제8절 응급의료정책

I 개요

통계청이 발표한 2018년 사망 원인 통계 결과를 보면 5대 사망 원인 순위 중 암과 폐렴을 제외한 2, 4, 5위는 심장질환, 뇌혈관질환, 고의적 자해(자살) 순이며 11위는 운수사고로 나타났다. 이는 응급의료이 필요한 분야이다. 특히, 10대부터 30대까지 사망원인 1위는 고의적 자해(자살)이며, 운수사고와 심장질환이 모두 4위 안에 자리하고 있으며 20대와 30대 사망원인 5위 안에는 뇌혈관질환 역시 포함되어 있어, 경제활동이 활발한 연령층에서 응급의료를 요구하는 원인으로 조기사망이 일어나고 있음을 알 수 있다. 한편, 국민들의 응급의료에 대한 사회적 관심도 또한 급속도로 증가하여 이에 부응한 응급의료체계 발전이 시급하다.

우리나라의 응급의료체계는 88올림픽 이후 지적된 응급의료체계의 부재를 계기로 1989년부터 구축되기 시작하였다. 정부는 1991년 4월에 「응급의료체계 관리 운영에 관한 규정」(보건사회부령)을 제정·공포하였다. 이 규정에는 129 응급환자정보센터 및 응급의료통신망의 설치, 응급의료기관 지정 등의 주요 내용이 포함되어 있었다.

1991년 이후 몇 차례의 대형 사고를 겪으며 응급의료체계의 중요성은 더욱 커졌고, 1992년 의료수가의 대폭 상향 조정 등 지속적인 정책이 진행되었다. 그러나 관리운영규정, 「의료법」, 응급실, 구급차 등에 대한 각종 지침, 「소방관계법」 및 관련 규칙 등 정책 강제수단으로서의 법적 근거가 분산·혼재되어 정책 집행의 실효성이 확보되지 못하는 문제가 드러났다. 이에 따라 1994년 「응급의료에 관한 법률」을 제정하게 되었다.

국가와 지방자치단체의 응급의료체계 구축의 의무를 처음으로 공표한 이 법안의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 응급진료기관의 지정·기준 및 휴일·야간 진료 의무 등 응급진료체계를 정비한다.

둘째, 응급의료정보센터의 법적 기준을 확립하고 정보센터에 대한 의료기관의 협조 의무를 명시하는 등 응급의료정보센터의 역할을 명확히 한다.

셋째, 응급구조사의 양성, 응급의료기금의 조성 등 응급의료체계가 좀 더 세분화되어 발전할 수 있는 근거를 확립한다.

1998년 7월부터 응급환자 신고·접수는 119가, 응급처치 상담 및 병상 정보 활용을 통한 응급의료기관 안내는 1339 응급의료정보센터가 담당하는 체계로 역할을 구분하였다.

이 시기 동안 응급의료기관, 구급차 수 등 응급의료 자원의 양적 분야는 꾸준히 성장하였다. 그러나 실제 운영 과정에서의 질적 수준은 만족스러운 수준이 아니었으며 유기적인 시스템의 구축과 응급의료기관, 인력 등의 질과 내용을 관리할 수 있는 좀 더 분화된 체계가 필요하였다.

이에 따라, 2000년 「응급의료에 관한 법률」 전면 개정이 이루어졌다. 응급진료기관체계를 권역응급의료센터·지역응급의료센터·지역응급의료기관의 3단계 체계로 정립하였고 이외 외상센터와 소아, 화상, 독극물 등 전문응급의료센터의 근거를 마련하였다.

2001년 11월 중앙응급의료센터를 신설하여 응급의료체계에 대한 행정 지원 업무를 수행하게 하여 포괄적인 정책 수립이 가능하게 되었다. 또한, 응급의료기관을 평가하여 그 결과에 따라 응급의료기관을 직접 지원할 수 있는 응급의료기금의 활용 근거를 확보하여 추후 재원이 확충되면 응급의료체계를 개선할 수 있는 정책 수단을 마련하였다.

이외에도 응급의료기관의 병상 정보를 실시간으로 수집하기 위하여 응급정보시스템을 구축하는 정책이 병행되었다.

그렇게 전체적인 시스템의 틀을 세분화하고 운영에 대한 질적 관리의 개념을 포함하였지만 2000년의 법 개정도 응급의료체계를 도약시킬 자원 확보 방안을 마련하지 못하였다. 이는 본래의 법 개정이 의도하였던 정책 수단들이 효과적으로 집행되지 못하는 결과를 초래하였다.

이에 따라, 2002년 3월 「응급의료에 관한 법률」이 개정되었다. 김태홍 의원이 대표발의한 개정안의 주요 내용은 전년년도 교통 범칙금의 20%에 해당하는 금액을 국가가 응급의료기금에

출연하도록 강제하는 것이었다. 이 개정으로 매년 4억~6억 원의 수입에 의존하던 기금이 2003년도 전입금 434억 원이 편성되었고, 2004년에는 500억 원이 편성되어 기금 총 운용규 모가 연간 총 50억 원 규모에 불과하던 수준에서 총 500여억 원의 규모로 커졌다.

2008년 12월 「응급의료에 관한 법률」 개정으로 2010년~2012년 한시적으로 응급의료기금이 대폭 확충되어(연 500억 원 → 연 1,900억 원 규모) 응급의료 선진화 3개년 특별계획을 수립하였다. 동 계획의 목표는 응급의료 취약지역에 대한 응급의료 인프라 확충, 응급실에 방문한 살릴 수 있는 외상사망환자 수를 줄이기 위한 24시간 외상환자 진료체계 구축 및 예방 가능한 응급환자 사망률 감소를 위한 선진응급의료체계 구축 등이다.

2012년 5월 개정된 「응급의료에 관한 법률」은 두 가지 주요 사항을 담고 있는데, 하나는 3년간 한시적으로 확충된 응급의료기금을 다시 5년('13.~'17.) 간 연장하여 응급의료분야에 대한 투자를 확대·유지하는 것이다. 또 다른 하나는 외상센터 지정과 지원에 관한 근거가 마련되어 외상 분야의 발전을 기대할 수 있게 되었다는 것이다.

[표 2-6-102] 응급의료기관 구성 체계

(‘19. 12. 기준)

종 별	수	지정권자	주요 역할
중앙응급의료센터	1	보건복지부장관	응급의료체계 관리 총괄
권역응급의료센터	38	보건복지부장관 (시·도지사와 협의)	권역 내 최종 응급진료기관, 중증응급환자 진료
권역외상센터	14	보건복지부장관	권역 내 중증외상환자에 대한 최종 치료
전문응급의료센터	3	보건복지부장관 (시·도지사와 협의)	전문응급진료기관
지역응급의료센터	123	시·도지사	응급환자 진료
지역응급의료기관	240	시장·군수·구청장	경증응급환자 및 야간·휴일의 일반환자 진료

2015년에는 권역응급의료센터를 기능과 생활권 중심으로 확대·개편하여 보다 효율적인 응급의료 체계를 구축하였으며, 중증응급환자 진료를 위한 응급의료수가 체계를 전면 개편하였다.

2018년에는 국민의 생명과 건강을 지키는 든든한 사회안전망'이라는 목표로 제3차 응급의료 기본계획('18.~'22.)을 수립하였고, 2019년에는 민관 전문가로 구성된 '응급의료체계 개선 협의체'를 운영하여 응급의료체계의 향후 발전 방향을 모색하였으며, 정신질환자응급의료센터 지정 근거를 신설하고 응급의료기관에 보안인력 및 보안장비를 두도록 하는 등「응급의료에 관한 법률」을 개정하였다.

II 응급의료계획 수립 및 추진

「응급의료에 관한 법률」 제13조의2(응급의료계획의 수립·시행)에 따라 응급의료기본계획을 매 5년마다 전년도 8월 말일까지 수립하게 되어 있다. 2006년~2010년까지의 5개년 계획에 이어, '2010년~2012년 응급의료 선진화 추진 계획', '2013년~2017년 응급의료기본계획'이 수립·시행되었고, 최근 2018년~2022년까지의 제3차 응급의료기본계획이 수립되었다.

'2010년~2012년 응급의료 선진화 추진 계획'은 2009년 10월 중앙응급의료위원회에서 의결해 확정된 중기 계획으로서 2008년 말 「응급의료에 관한 법률」의 개정으로 응급의료기금이 1,900억 원 규모로 대폭 확충되면서 늘어난 응급의료기금을 보다 효과적이고 집중적으로 사용하기 위하여 수립되었다.

선진화 계획의 내용을 살펴보면 먼저 응급의료 취약지 해소를 위해 응급환자 발생 시 전국 어디서나 30분 내에 응급의료서비스를 받을 수 있도록 전국에 119구급지원센터를 신설하였다. 이외 일부 낙도·오지 지역은 헬기·경비정으로 환자이송 중에 응급처치가 가능하도록 응급의료 장비를 보강하는 내용이 담겨져 있다.

응급의료기관이 없는 43개군 지역에 재정 지원을 통해 응급의료기관을 설치(2008년)하고, 전국 50개 응급진료권 중 상급 응급의료센터가 없거나 부족한 6개 진료권에도 응급의료센터를 설치(2009년)하여 중증 응급환자가 전국 어디서나 30분 이내에 도달하는 것을 목표로 하고 있다.

응급의료기관의 질적 수준을 선진국 수준으로 향상시키기 위해 2003년부터 응급의료기관에 대한 평가를 매년 실시하고 그 결과에 따라 국고보조금(기본 보조 및 차등 지원)을 지원하여, 응급의료기관이 자발적으로 응급진료의 질 향상을 도모하도록 유도하고 있다. 이 밖에도 응급 상황에 대한 국민의 대응력을 향상시키기 위해 응급의료기금을 통해 심폐소생술 등 응급처치 교육을 확대 시행(2014년 39만 명 → 2016년 63만 명 → 2018년 69만 명)하고, 공공기관·다중이용시설 등에 자동심장충격기 설치를 지원(2013년~2018년 총 7,115대)하였다.

최근 수립된 ‘2018~2022년 응급의료기본계획’은 “국민의 생명과 건강을 지키는 든든한 사회안전망”이라는 비전 하에 2022년까지 외상, 심근경색, 뇌졸중 등 중증응급질환의 사망률은 질환별 최대 25% 이상 줄이고 국민들의 응급의료서비스 신뢰도는 20% 이상 높이는 것을 목표로 하여, 응급환자 발생부터 최종치료까지 통합적 서비스 제공, 기능적 내실화를 통해 적시에 중증응급환자 치료, 지방정부의 권한과 책임 강화, 환자 중심의 응급의료서비스 구현 등을 추진 방향으로 하여, 4개 영역 20개 중점과제로 구성되었다.

[그림 2-6-39] 2018~2022 응급의료기본계획 개요



Ⅲ 대국민 응급의료 현장 서비스 강화

1. 대국민 응급처치 역량 강화

「응급의료에 관한 법률」 제4조(응급의료에 관한 알 권리), 제14조(구조 및 응급처치에 관한 교육), 동법 시행규칙 제6조(구조 및 응급처치교육)에 따라 보건복지부와 지방자치단체는 자동 심장충격기 설치기관의 관리책임자, 「응급의료에 관한 법률」에 따른 의무 교육 대상자, 기타 일반인을 대상으로 ‘심폐소생술 등 응급처치 요령 교육’ 사업을 실시하고 있다. 2016년~2018년 3년간 기준 응급처치교육을 이수한 사람은 총 199만 명이며, 이 교육에 따라 2008년 일반인이 심폐소생술을 시행한 비율이 1.8% 수준이었으나, 2018년에는 23.5%까지 대폭 증가하였다.

최근 연구에 따르면, 구급대원 도착 전 자동심장충격기를 사용하여 심폐소생술을 하는 경우 환자의 생존율이 비약적으로 높아질 수 있다는 결과가 있다. 2019년 현재 전국에 45,772대 자동심장충격기가 설치되어 있으며, 보건복지부와 지방자치단체에서는 자동심장충격기 설치 확대를 위해 매년 약 14억 원을 투자하고 있다. 또 자동심장충격기 관리를 강화하기 위해 2018년 자동심장충격기 의무설치기관이 미설치(미신고)시 과태료 규정을 신설하였으며, 자동 심장충격기 설치 기관의 관리 책임자에게 한 달 단위로 적정 설치 여부를 점검하고 점검 결과를 제출하도록 하였다. 자동심장충격기의 설치 현황은 국립중앙의료원 중앙응급의료센터에서 응급의료포털과 응급의료정보앱(APP)을 통해 모든 국민이 어디서든 검색할 수 있도록 서비스 하고 있다.

2. 응급의료 정책홍보

응급의료 정책에 대한 인식 개선을 통해 관련 정책에 대한 국민의 이해와 공감을 유도하고 추진 동력을 확보하기 위하여 매년 응급의료 정책 홍보 계획을 수립하여 시행하고 있다. 2019년에는 대국민 심폐소생술 캠페인, 응급실 폭행 예방과 같은 올바른 응급실 진료문화 개선 등의 내용으로 영상 및 카드뉴스 제작, TV 및 온라인 홍보를 통해 대국민 응급의료 정책의 인식전환을 위해 노력하였다. 또한, 공공·응급의료 포럼 개최를 통해 응급의료관련 우수 유공자 포상 및 우수사례를 발굴·확산하고, 응급의료인들이 공동체 의식을 가질 수 있게 하였으며, 정보 교류를 통한 이해와 화합의 장을 마련하였다.

3. 응급환자 미수금 대지급

응급환자 미수금 대지급 제도는 의료기관 등이 응급환자에게 응급진료 및 이송처치를 제공하고 응급환자로부터 응급의료비용을 지불받지 못하였을 경우에 건강보험심사평가원에 청구하면 심사를 통해 응급환자를 대신하여 응급의료비용을 지불하는 제도이다. 이는 의료비를 내지 못한다는 이유로 의료기관 등이 응급환자에 대한 응급의료를 거부하는 문제점을 해결하고 인간 생명의 존엄성을 유지하기 위한 제도로써 「응급의료에 관한 법률」 제22조, 같은 법 시행령 제14조 내지 제23조 및 시행규칙 제9조 및 제10조에 따라 1995년부터 건강보험심사평가원에 업무를 위탁하여 수행하고 있다. 2015년 8,259건, 2016년 8,340건, 2017년 7,086건, 2018년 5,854건, 2019년 8,385건의 응급환자 미수금 대지급 실시를 통해 의료비 부담능력이 없는 응급환자에게 적기에 응급의료를 제공하여 국민의 생명을 보호하고 있다.

Ⅳ 응급의료 이송체계 구축

1. 응급환자 이송 효율화 방안

응급환자를 안전하게 이송하기 위해 2014년, 「응급의료에 관한 법률」 및 「응급의료에 관한 법률 시행 규칙」, 「구급차의 기준 및 응급환자 이송업의 시설 등 기준에 관한 규칙」을 개정·시행하여, 2014년 말 기준 전국 5천 8백여 대의 구급차에 장비, 인력 등이 기준에 맞는지 확인하고 신고필증을 부착하였다.

또한, 2015년부터 현장 응급구조사의 대응 능력 향상을 위해 웨어러블 장비 등을 활용한 스마트 의료지도사업을 시범 운영하였으며, 2019년 기준으로 7개 거점, 30개 의료기관, 30개 소방관서가 참여하고 있다.

아울러, 2017년에는 응급구조사 자격관리 및 보수교육 내실화를 통한 의료서비스의 질 향상을 도모하고 응급구조사에 대한 대국민 신뢰도를 제고하기 위해 ‘응급구조사 자격 신고제’를 시행하였으며, 향후에도 응급구조사, 구급차 등 응급의료 자원에 대한 지속적인 관리를 통해 이송 과정에서 응급환자의 안전을 위한 노력을 확대해 나갈 것이다.

‘2018년~2022년 응급의료기본계획’에서 제시한 ‘지역 맞춤형 응급환자 이송지침’을 마련하기 위해 2018년 강원지역에서 중증외상환자에 대한 이송지침을 마련하기 위한 시범사업을 추진하고 있다. 향후 이 시범사업의 결과를 반영하여 효율적인 응급환자 이송체계를 구축하기 위해 지역 맞춤형 이송지침 가이드라인을 제작할 예정이다.

2. 응급의료 전용헬기 도입

도시·산간 등 취약지역 응급환자의 신속한 이송을 위하여 응급의료 전용헬기(이하 “닥터헬기”)를 2011년 9월 인천, 전남, 2013년 7월 강원, 경북, 2016년 1월 충남, 2016년 6월 전북에 도입하였다. 그리고 2019년 8월에는 경기도(아주대학교병원)에 7번째 닥터헬기 가 도입되어 운항을 개시하였다. 닥터헬기는 응급환자 발생 시 즉시 출동할 수 있도록 지역 내 지정된 병원(인천: 가천대길병원, 전남: 목포한국병원, 강원: 원주세브란스기독병원, 경북: 안동병원, 충남: 단국대병원, 전북: 원광대병원, 경기: 아주대병원) 인근에 대기하고 있다. 응급의학 전문의가 신고를 받고 출동을 결정하면 응급실 수준의 장비와 치료약품이 구비된 헬기에 의료진이 탑승하여 현장으로 출동하는 ‘날아다니는 응급실’이라고 할 수 있다. 2019년까지 인천 1,225건, 전남 1,992건, 강원 1,436건, 경북 2,199건, 충남 1,207건, 전북 820건, 경기 25건 등 총 8,904건을 이송하였으며, 향후 전국 어디서나 적정 시간 내 응급환자가 이송될 수 있도록 닥터헬기 추가 배치를 검토 예정이다.

V 응급의료기관 평가 및 육성

1. 응급의료기관 평가

응급의료기관 중별 기능의 적정을 기하고 응급의료의 질적 수준을 향상시키기 위해 2003년부터 응급의료기관을 대상으로 매년 평가를 실시하고 있으며, 그 결과에 따라 응급의료 인프라 개선 비용 및 운영비를 지원하고 있다.

[표 2-6-103] 응급의료기관 평가대상 기관 현황

(단위 : 개소)

구 분	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
합계	428	444	457	463	464	461	430	415	414	414	419 ⁵⁾	401 ⁵⁾	399 ⁵⁾
권역응급의료센터	16	16	16	16	16	21 ¹⁾	19 ²⁾	18 ³⁾	18 ⁴⁾	18	36	36	35
전문응급의료센터	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	3 ⁵⁾	4 ⁵⁾	4 ⁵⁾
지역응급의료센터	99	102	112	117	119	114	116	122	125	128	116	116	125
지역응급의료기관	309	322	325	326	325	324	293	273	269	266	264	249	239

주 : 1) 평가대상 기간 중 조건부 권역응급의료센터로 운영된 분당서울대학교병원, 가톨릭대학교서울성모병원, 관동대의과대학명지병원은 지역응급의료센터로 평가

2) 조건부 권역센터로 지정된 분당서울대병원, 신규 지정된 강릉아산병원은 지역응급의료센터로 평가

3) 조건부 권역센터로 지정된 분당서울대병원, 신규 지정된 강릉아산병원은 지역응급의료센터로 평가

4) 조건부 권역센터로 지정된 분당서울대병원, 강릉아산병원은 지역응급의료센터로 평가

5) 전문센터는 권역응급센터 또는 지역응급센터 중에 지정하므로 각 권역·지역응급의료센터 기관 수에 포함하고, 총 합계에서 중복산정 제외함

평가 첫 해인 2003년도에는 권역응급의료센터 15개소 및 지역응급의료센터 106개소에 대해 법률에 규정한 적정 인력·시설·장비 등 인프라 구비·가동 현황 등을 평가하여 결과가 우수한 응급의료센터(권역응급의료센터 14개소 및 지역응급의료센터 48개소)에 응급의료 개선 비용 약 78억 원을 지원하였다. 2004년에는 전문응급의료센터 및 지역응급의료기관에 대한 평가를 처음으로 실시하였고, 2006년에는 권역응급의료센터를 대상으로 8개의 질 지표에 대한 평가를 실시하여 응급의료서비스의 질적 수준을 측정하였으며, 2007년에는 전문응급의료센터 및 지역응급의료센터에 대한 질 평가를 실시하였다.

[표 2-6-104] 응급의료기관 평가 결과에 따른 국고 지원액

(단위 : 개소, 백만 원)

구 분	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액
계	62	7,810	85	11,000	110	11,000	149	14,600	171	14,600	130	12,600	128	11,335
권역응급의료센터	14	3,250	16	4,100	16	3,530	16	4,700	16	4,380	16	3,220	16	2,835
전문응급의료센터	-	-	-	-	2	350	4	900	4	830	4	780	4	600
지역응급의료센터	48	4,560	69	6,900	60	6,000	69	6,900	81	6,940	50	5,000	53	4,720
지역응급의료기관	-	-	-	-	32	1,120	60	2,100	70	2,450	60	3,600	55	3,180

구 분	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액
계	183	20,917	176	20,272	202	21,859	246	24,582	246	24,592	258	23,961	256	24,998
권역응급의료센터	7	1,800	11	2,800	12	2,850	14	3,010	14	3,082	20	2,896	16	2,440
전문응급의료센터	0	0	1	200	2	475	2	473	2	470	2	475	3	488
지역응급의료센터	77	10,598	73	10,949	80	11,415	91	12,421	91	12,452	104	12,739	105	12,170
지역응급의료기관	99	8,519	91	6,323	108	7,119	139	8,678	139	8,588	132	7,851	132	9,900
구 분	2017		2018		2019									
	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액								
계	266	25,053	254	23,440	272	23,915								
권역응급의료센터	17	2,735	35	4,750	36	6,330								
전문응급의료센터	4	508	4	1,085	4									
지역응급의료센터	113	11,910	104	9,448	117	10,160								
지역응급의료기관	132	9,900	111	8,157	119	7,425								

주 : 2003년 및 2004년은 당해 연도 평가 실시 후 국고 지원하였으며, 2005년부터는 전년도 평가 실시 후 그 결과에 따라 국고 지원

2013년도 응급의료기관 평가 결과 필수 영역(시설·장비·인력) 충족률은 81.4%로 2012년 69.7% 대비 11.7%p 증가하였다. 특히, 가장 소규모 응급의료기관인 지역응급의료기관의 법정 충족률이 크게 향상(12. 58.1% → '13. 73.7%)되었다.

2016년 중증환자에 대하여 최종 치료를 제공한 비율인 '중증환자 최종 치료 제공률'은 2016년 80.1%로 2015년(75.6%) 대비 4.5%p 상승하였다. 응급실이 과밀하여 혼잡한 정도를 나타내는 '병상포화지수'는 2016년 50.1%로 2015년 54.5% 대비 4.4%p 감소하였고, 응급실이 매우 과밀한 의료기관(병상포화지수 100% 이상)은 2015년 11개소에서 2016년 7개소로 감소하는 등 응급실 과밀 정도가 전년에 비해 소폭 개선된 것으로 나타났다. 이는 응급실 과밀화에 대한 사회적 관심이 증가하고, 응급환자 재실시간 지표가 수가에 연동되도록 제도가 개선됨에 따라 병원들이 해소하기 위해 많은 노력을 기울였기 때문이라고 분석된다.

2017년 응급의료기관 평가 결과 필수 영역 충족률이 86.0%로 전년 대비 4.1%p 향상되어, 법정기준인 시설·장비·인력을 갖추려 노력한 것으로 나타났다. 중증환자에 대하여 최종 치료를 제공한 비율인 ‘중증환자 최종 치료 제공률’은 2017년 80.5%로 2016년(80.1%) 대비 0.4%p 상승하였다. 응급실이 과밀하여 혼잡한 정도를 나타내는 ‘병상포화지수’는 2017년 49.2%로 2016년 50.1% 대비 4.4%p 감소하였으며, 중증상병해당환자 재실시간은 2017년 6.4시간으로 2016년 6.7시간 대비 0.3시간 감소하여, 응급실 과밀 정도가 전년에 비해 소폭 개선된 것으로 나타났다. 이는 응급실 과밀화에 대한 사회적 관심이 증가하고, 응급환자 재실시간 지표가 수가에 연동되도록 제도가 개선됨에 따라 병원들이 많은 노력을 기울였기 때문이라고 분석된다.

* 응급의료서비스의 질적 개선을 위해 응급의료기관 평가 결과와 응급의료수가를 연동하는 방안을 2017년부터 시행. 2016년 응급의료기관 평가에서 A등급을 받은 기관의 응급의료수가는 10~20% 가산되고, C등급인 경우 10~20% 감액된다. 법정기준을 미충족한 기관은 C등급을 적용

2018년 응급의료기관 평가 결과 필수 영역 충족률이 91.0%로 전년 대비 5.0%p 향상되었다. 중증환자 최종치료 제공률은 2018년 82.4%로 2017년(80.5%) 대비 1.9%p 상승하였다. 병상 포화지수는 2018년 51.0%로 2017년 49.2% 대비 1.8%p 증가하였으며, 중증상병해당환자 재실시간은 2018년 6.5시간으로 2017년 6.4시간 대비 0.1시간 증가하였다. 응급환자가 적시에 적정 병원에서 최선의 치료를 받을 수 있도록 응급실 과밀화 및 중증응급환자 재실시간 등에 대한 관리가 필요할 것으로 보인다.

2019년 응급의료기관 평가 결과 필수 영역 충족률이 94.5%로 전년 대비 3.5%p 향상되었다. 중증환자 최종치료 제공률은 2019년 86.8%로 2018년(82.4%) 대비 4.4%p 상승하였다. 병상 포화지수는 2019년 51.8%로 2018년 51.0% 대비 0.8%p 증가하였으며, 중증상병해당환자 재실시간은 2019년 6시간으로 2018년 6.5시간 대비 0.5시간 감소하였다. 앞으로도 응급실 과밀화에 대한 지속적인 관리가 필요할 것으로 보인다.

2. 취약지 응급의료기관 지원

2006년부터 응급의료기관이 없는 농어촌 군(郡) 지역의 24시간 응급의료 제공을 위한 응급실 시설·장비 개선 및 응급실 전담의사 인건비를 지원하였다. 2008년부터 응급의료기관이 없거나 부족한 지역의 의료기관이 응급의료기관으로 지정받을 수 있도록 시설·장비 및 인건비 지원 사업을 추진하여 2008년 4개, 2009년 6개 의료기관을 지원하였다. 2010년에는 두 사업을 통합·확대하여 지역응급의료센터 3개소, 지역응급의료기관 24개소에 응급의료기관 지정을

위한 지원을 하였고, 당직의료기관도 11개소를 지원하였다. 군부대가 있고 민간병원 접근성이 낮은 4개 지역(가평, 함평, 포천, 홍천)은 국군병원 응급실 확충 공사비와 장비비를 지원하였으며, 2011년에도 지역응급의료센터 3개소 및 지역응급의료기관 7개소 설치를 위한 보조금을 지원하였다. 2012년에는 기존에 지정된 취약지역 응급의료기관 운영비 지원과 함께 2개 취약 응급진료권에 신규 지역응급의료센터 육성 대상을 선정·지원하였으며, 응급의료기관이 1개소밖에 없어 해당 기관이 응급실 유지를 못할 경우 응급의료 사각지대가 되는 군 지역(21개)에도 운영비를 지원하였다.

2013년부터는 응급의료기관 운영비 지원 방식을 응급의료기관 평가 결과와 연동하여 차등 지원하였으며, 모든 군 지역(84개) 내 응급의료기관으로 지원 대상을 확대하였다. 2014년에는 응급의료기관이 없는 군 지역에 응급의료기관 2개소(가평군, 옹진군)를 추가 확충하고, 응급의료기관이 없는 군 지역의 당직의료기관, 야간진료기관에도 운영비를 지원하였다. 2015년에는 취약지 응급의료기관 지원 대상을 군 지역(83개)에서 인구 15만 명 미만의 도농복합시(19개)까지 확대하였다. 2017년에 권역응급의료센터와 지역응급의료센터까지의 접근성을 반영하여 응급의료 취약지를 새롭게 정의하였으며(99개), 이에 취약지에서 제외된 기존 취약지역(11개)도 경과 조치를 두어 2018년까지 지원이 유지될 수 있도록 하였으나 2019년 경과조치 종료로 현재 99개 지역이 응급의료 취약지로 지원받고 있다.

보조금 지원 외에도 응급실에 공중보건의를 배치하고 간호사 수급이 상대적으로 용이한 도심지의 거점병원에서 취약지병원 응급실로 간호사를 파견하는 등 취약지 응급의료기관의 의료인력 확보를 지원하였다. 2017년에는 12개 취약지 응급의료기관에 17명의 간호사가 파견되었다. 또한, 다양한 전문 의료진을 확보하기 어려운 취약지 응급의료기관의 진료 수준을 제고하기 위하여 2015년부터 거점병원과 취약지병원 간 원격협진 네트워크를 통해 응급환자 진료자문을 제공하고 있으며, 2017년부터는 취약지병원에 내원한 응급환자의 영상검사 판독도 24시간 지원하고 있다. 2018년에는 128개 취약지 응급실 운영기관에 운영비를 지원하였으며, 14개 취약지병원에 24명의 간호사를 파견하고, 10개 거점병원과 71개 취약지병원 간 응급원격협진 네트워크를 통해 1,035건의 협진을 시행하였으며, 27개 취약지 병원에 내원한 응급환자의 영상검사 판독도 5,051건 실시하였다. 2019년에도 119개 취약지 응급실 운영기관에 225억 원의 국고보조금을 지원하였으며, 13개 취약지병원에 23명의 간호사를 파견하고, 10개 거점병원과 74개 취약지병원 간 응급원격협진 네트워크를 통해 1,819건의 협진을 시행하였으며, 27개 취약지 병원에 내원한 응급환자의 영상검사 판독도 14,231건 실시하였다.

|표 2-6-105| 응급의료 취약지 지원사업 연도별 지원 현황

(단위 : 개소, 백만 원)

구 분		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
		개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액
계		28	3,667	37	3,275	44	4,669	50	6,157	42	19,218	54	18,939	71	6,920
지역응급 의료센터 운영지원	소계					4	1,456	1	1,748	3	5,331	11	7,836	10	6,580
	시설·장비					-	-	1	1,702	3	592	3	4,280	2	3,380
	운영비					4	1,456	1	46	3	4,739	10	3,556	8	3,200
지역응급 의료기관 운영지원	소계					-	-	5	1,122	24	11,346	36	10,661	56	
	시설·장비					-	-	5	544	24	3,708	7	2,707	-	
	운영비					-	-	5	577	24	7,638	34	7,954	56	11,591
당직 의료기관 운영 지원	소계	28	3,667	37	3,275	40	3,213	44	3,287	11	877	7	442	5	340
	시설·장비	28	1,777	11	759	5	493	3	295	2	197	-	-	-	
	운영비	28	1,890	37	2,516	40	2,720	44	2,992	11	680	7	442	5	340
군응급실 확충 지원	건설·장비									4	1,664				
구 분		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
		개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액
계		87	23,372	201	42,170	135	53,110	109	26,623	127	25,286	128	23,162	119	22,459
지역응급 의료센터 운영지원	소계	11	4,826	106	22,800	11	4,160	11	3,144	11	2,962	11	2,220	8	1,982
	시설·장비	1	860												
	운영비	10	3,966	11	3,430	11	4,160	11	3,144	11	2,962	11	2,220	8	1,982
지역응급 의료기관 운영지원	소계	67	17,828	83	18,260	114	47,470	88	21,979	98	19,948	98	18,757	87	17,957
	시설·장비							1	1,731						
	운영비	67	17,828	83	18,260	114	47,470	87	20,248	98	19,948	98	18,757	87	17,957
당직 의료기관 운영 지원	소계	9	718	12	1,110	10	1,480	10	1,500	18	2,376	19	2,185	24	2,520
	시설·장비			1	110										
	운영비	9	718	12	1,000	10	1,480	10	1,500	18	2,376	19	2,185	24	2,520

3. 소아전문응급의료체계 구축·운영

소아환자에 특화된 진료환경을 제공하기 위해, 2010년부터 성인 응급실에서 독립된 소아 전용 공간에서 소아전용 의료장비를 활용, 소아과 전문의가 24시간 진료를 실시하는 소아전용 응급실을 설치·지원하는 사업을 시작하여, 2015년까지 6년간 소아전용응급실 10개소에 총 143억원을 지원하였다. 2015년 기존 소아전용응급실의 시설·장비·인력기준을 강화하여 소아전문응급의료센터로 법제화하였으며, 9개 의료기관을 소아전문응급의료센터로 선정하였다. 2019년 현재 9개 의료기관 중 서울아산병원, 순천향대천안병원, 분당차병원 3개소가 소아 전문응급의료센터로 정식 지정되어 운영 중이며, 2020년 1월 1일부터 서울대병원, 가천의대 길병원이 지정을 앞두고 있다. 소아전문응급의료센터로 지정된 기관은 매년 2억~5억원의 국고보조금을 운영비로 지원받고 있으며, 기존의 소아전용응급실을 운영하는 기관에도 매년 144백만 원을 운영비로 지원 중이다.

4. 중증응급질환 치료 체계 구축

사회·경제적 질병부담이 높고 증상 발현부터 적절한 시간 내 진료 여부가 환자의 예후에 미치는 영향이 치명적인 심·뇌혈관 및 중증외상에 대하여 지역 내 1시간 이내 급성기 치료를 받을 수 있도록 응급의료센터를 적정 배치하고자 중증응급질환 특성화센터사업을 추진하였다. 2008년~2009년 간 응급질환 특성화 후보센터를 운영 후 2010년 4월 평가를 통하여 응급뇌질환특성화센터 22개소, 응급심장질환특성화센터 22개소, 중증외상특성화 센터 35개소를 지정하여 운영하였다. 특히, 2012년부터 추진된 중증외상특성화센터사업을 확대 발전시켜, 중증외상 전문치료시설 설치 운영 및 전문인력 양성 등을 지원하는 권역외상센터 설치사업을 추진하고 있다.

VI 중증외상전문진료체계 구축

2012년 응급의료통계연보에 따르면 우리나라는 매년 중한 외상(外傷)환자가 125,000명 발생하고 이 중 11,000명이 사망한다. 하지만 이를 치료할 외상진료체계는 취약한 실정이었다. 2015년 우리나라 중증외상환자의 예방가능사망률(외상으로 인한 사망자 중 적절한 처치를 실시하였으면 생존할 것으로 예상되는 자의 비율)은 30.5%로 10~15%인 선진국에 비해 높은 수준이었으나

대다수 의료기관은 수익 대비 많은 비용이 필요한 외상진료 시설·장비 구축에 소극적이었으며, 의료인에게도 의료사고 가능성, 24시간 당직체계 등 기피 요인이 많아 서울의 대규모 상급종합병원에서조차 외상전용시설을 운영하지 않다. 질병관리본부가 실시한 2011년 서울·강원 지역 중증외상환자 분석 결과에 따르면 교통사고와 같은 중증 외상으로 입원한 환자 2,889명 중 중환자치료 또는 응급수술을 받은 환자 비율은 60.3%(1,743명)로, 타 기관으로 전원된 39.7%의 주된 사유는 전문인력(외상전문의) 및 전담시설(중환자실, 혈관조영실) 부족으로 나타났다.

이에 국가 지원을 통한 전문진료체계 구축을 목표로 2010년 중증응급질환 특성화센터사업을 시작하였고, 외상 분야에 대한 특성화센터 35개소를 지정·운영하였다. 특성화센터사업 도중 아덴만 여명작전에서 석해균 선장이 총상을 입은 사건이 발생하였고, 이에 대한 치료가 전국적인 관심을 보이면서 중증외상진료를 위한 인프라 확충의 필요성이 급속도로 제기되었다.

그 결과 2012년 5월, 「응급의료에 관한 법률」의 일부 개정을 통해 법적 근거를 마련하였고, 같은 해 11월 5개 병원(경북대병원, 목포한국병원, 가천대길병원, 단국대병원, 원주세브란스기독병원) 선정을 시작으로 한국형 외상전문진료체계인 권역외상센터 설치지원사업이 시작되었다.

전국 어디서나 중증외상환자가 1시간 내 치료받을 수 있도록 지역 균형을 고려하여 2022년까지 전국에 17개 권역외상센터를 설치할 예정이다. 연차별로 외상진료에 대한 의지와 역량을 갖춘 병원을 선정하여, 2019년 말 현재 전국 17개 병원을 권역외상센터를 운영할 의료기관으로 선정 완료하였다. 선정된 병원에는 시설·장비 설치비 80억 원을 지원하여 법정 시설과 장비를 갖추 수 있도록 하며, 2019년 말 현재 권역외상센터 선정 병원 중 14개 의료기관이 관련 시설과 인력을 갖추어 권역외상센터로 지정·운영되고 있다. 2020년에는 1개소가 추가로 시설과 인력을 갖추어 운영을 시작할 예정이다. 이렇게 전국을 연결하는 중증외상환자 전용 인프라를 구축하여, 중증외상환자의 예방가능사망률이 19.9%(17)로 감소하였다. 이는 2023년까지 중증외상환자 예방가능사망률을 20% 이하로 낮추겠다는 당초 계획을 6년이나 앞당긴 결과이다. 앞으로 2022년까지 중증외상환자 예방가능사망률을 17% 미만으로 낮출 수 있을 것으로 기대하고 있다.

이외에도, 우수한 외상전담 의사인력 확보를 위해 외상외과 세부전문의 수련과정 이수 시 최대 2년까지 수련비용을 보조하고 이후 권역외상센터에 근무하도록 하는 사업을 함께 추진 중이다. 2018년부터는 골든타임 내 적절한 치료를 받는 것이 중요한 중증외상환자에게 적절한

초기 외상처치가 이루어질 수 있도록, 응급실 전담의사, 권역외상센터 내 관련 전문의들을 대상으로 전문외상교육비용을 지원하고 있으며, 2020년부터는 간호사까지 전문외상교육을 확대할 예정이다.

Ⅵ 국가재난의료체계 육성

보건복지부는 다수 인명피해를 동반한 재난 및 사고가 발생한 경우 신속한 현장의료지원을 통하여 국민의 생명과 건강을 보호하고 예방 가능한 사망률을 낮추고자 노력해 왔다. 2014년 경주 마우나리조트 붕괴, 세월호 침몰 등을 계기로 체계적인 재난의료대응의 필요성이 제기 되었으며 국가재난의료체계를 본격적으로 육성하게 되었다.

2014년 5월 중앙응급의료센터(국립중앙의료원) 내에 중앙응급의료상황실을 설치하여 365일 24시간 가동하고 있으며, 현장의료지원이 필요한 상황 접수, 현장의료지원팀 출동 요청 등 초기 의료대응을 총괄하고 있다. 2015년 1,087건, 2016년 1,044건, 2017년 913건, 2018년 1,035건, 2019년 514건이 접수되었고, 재난 등 발생지점 인근 의료기관 가용 병상이나 사상자 수용능력 현황 정보를 소방을 비롯한 관계기관에 제공하거나, 보건소 신속대응반과 재난거점병원의 재난의료지원팀 등 현장의료지원팀의 출동 조정 등의 대응이 이루어진 사례는 2015년 20건, 2016년 18건, 2017년 29건, 2018년 85건, 2019년 277건이었다. 중앙응급의료상황실은 응급의료기관으로부터 수집하고 있는 병상정보 및 중증응급질환정보를 활용하여 병원 간 전원이 필요한 중증응급환자를 대상으로 전원지원 업무를 하고 있다. 전원요청 건은 2016년 1,365건, 2017년 2,821건, 2018년 5,188건, 2019년 5,993건이었으며, 최근 3개년 간 전원요청에서 의료기관 선정 통보까지 평균 31분이 소요되었다.

전국 재난거점병원에는 현재 총 40개소로, 현장 출동하는 재난의료지원팀(Disaster Medical Assistance Team, DMAT)을 3개팀 이상 구성하고 있다. 또한, 재난거점병원은 소속 의사 중 권역 내 재난의료 관련 업무를 총괄하는 재난의료책임자를 지정하고, 중앙응급의료센터에서 파견된 재난의료관리자를 중심으로 해당 재난거점병원 및 지역사회 재난 대응, 물품·장비 관리, 교육훈련 등의 역할을 수행하고 있다. 국가와 지방자치단체는 재난거점병원에 현장응급 의료소용 텐트를 탑재한 재난의료지원차량을 배치하고, 화학·방사능 재난 등에 대응할 수 있는

제염·제독시설, 다수 환자가 동시에 내원하였을 경우를 대비한 예비병상 등을 확보하도록 예산을 지원하고 있다.

현장의료지원팀은 크게 보건소 신속대응반과 재난거점병원의 재난의료지원팀으로 구분한다. 보건소 신속대응반은 전국 모든 보건소에 구성되어 있으며 의료인 2명~3명, 행정요원 2명 이상이 포함되어 있다. 재난거점병원의 재난의료지원팀은 1개 팀당 의사 1명 이상, 간호사 또는 응급구조사 2명, 행정요원 1명 이상으로 구성된다. 현장의료지원팀은 중앙응급의료상황실의 출동 요청에 따라 다수 사상자 사고현장으로 출동하여 현장응급의료소를 운영하는 등의 역할을 한다.

긴급구조통제단장은 재난현장에 출동한 응급의료자원을 총괄·지휘·조정·통제하고 사상자를 분류·처치 또는 이송하기 위하여 현장응급의료소를 설치·운영해야 하며, 관할 보건소장이 현장응급의료소장의 임무를 맡아 현장응급의료소의 운영 전반에 관하여 지휘·감독한다. 현장응급의료소에는 분류반, 응급처치반, 이송반 등을 두며, 보건소 신속대응반, 재난거점병원 재난의료지원팀, 구급대원 등을 적절하게 편성한다.

「응급의료에 관한 법률」에 따라 재난현장에서 응급의료 지원과 관련된 기관별 역할과 지휘체계, 재난현장의 응급의료체계 등의 사항을 포함한 비상대응매뉴얼을 마련하고 이에 대한 교육을 실시하고 있다. 2016년 1월 재난응급의료 비상대응매뉴얼 초판이 제정되었고 매년 지자체 재난의료 담당자와 재난거점병원의 재난의료지원팀을 대상으로 교육훈련이 이루어지고 있다. 2017년부터 2019년까지 지자체 담당자 총 1,037명, 재난의료지원팀 총 614명이 교육을 이수하였다. 또한, 매년 각 시·도별로 소방 다수 사상자 구급대응훈련에 참여하여 재난 관련 유관기관과 공동으로 훈련을 실시하였으며, 보건복지부(중앙응급의료센터) 주최로 재난의료 종합훈련대회를 개최하여 전국의 의료기관·보건소 및 소방 간의 협업을 강화하였다.

향후에도 재난으로부터 국민의 생명 보호라는 국가 및 지방자치단체의 기본적인 의무를 이행하기 위하여 국가재난의료체계를 강화하는 한편, 지역 재난의료 역량을 제고하기 위한 노력을 지속할 예정이다. 현장의료지원팀이 최대한 신속하게 현장으로 출동하도록 상황전파체계를 개선하고, 대규모 재난 혹은 재난의 장기화를 대비하여 구축한 이동형 병원(2017년 12월 발대식 개최)의 운용 매뉴얼 마련 및 운용 인력에 대한 정기적인 교육훈련도 추진 중이다.

제9절 생명윤리정책

I 개요

1. 연명의료결정제도

과학기술과 의학의 발전은 삶의 마지막 순간의 모습도 변화시키고 있다. 과거에는 치료가 불가능했던 질병이 치료가 가능해지는 경우도 많아졌고, 인공호흡기 착용 등 기계장치에 의존하여 생명을 연장할 수도 있게 되었다. 이러한 현실에서 1997년의 보라매병원 사건과 2008년의 김할머니 사건은 우리사회가 무의미한 연명의료를 중단 또는 유보할 수 있는 제도화된 틀을 만들 수 있는 사회적 분위기를 조성하였고, 이에 2016년에 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 제정되어 2년 뒤인 2018년에 연명의료결정제도가 시행되기에 이르렀다.

2. 장기·인체조직

장기이식 이외에 더 이상의 치료방법이 없을 때 그 장기를 타인의 장기로 대체하는 장기이식 수술은 현대 첨단의학의 상징이자 생명구원의 효과적 수단이 된다. 우리나라에서 장기이식은 1969년 신장이식의 성공으로부터 시작되었으며, 1979년 신장이식, 1988년 간이식의 성공을 계기로 뇌사에 관한 사회적 관심이 대두되었다. 그러나 장기이식에 대한 환자의 수요는 급속히 증대되고 있는 반면, 공급장기의 수량은 절대적으로 부족한 실정이다. 이식용 장기의 대부분은 뇌사자로부터만 구득이 가능하기 때문에 뇌사자의 장기기증이 그 중요성을 더해가고 있다. 이에 「장기등 이식에 관한 법률」 및 「인체조직 안전 및 관리 등에 관한 법률」에 의하여 이식용 인체자원의 공적 관리체계가 마련되었다. 뇌사자로부터의 장기적출이 합법화되고 장기 및 인체조직 관리가 체계화되게 된 것이다.

기증 및 이식 대상 장기로는 신장, 간장, 췌장, 심장, 폐, 췌도, 소장, 위장, 십이지장, 대장, 비장, 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우), 골수, 안구, 손·팔, 발·다리가

✎ 집필자 | 생명윤리정책과장 하태길

있으며, 인체조직으로는 장기등에 속하지 아니하는 뼈, 연골, 근막, 피부, 양막, 인대, 건, 심장판막, 혈관, 신경, 심낭 등이 있는데, 관련 법률 제정과 관리체계 정비를 통해 장기이식 뿐만 아니라 인체조직 이식 또한 단순히 실험적인 단계를 지나 하나의 통상적인 치료회생술로 확고한 자리를 잡았다.

3. 혈액안전 및 수급관리

헌혈자 보호 및 수혈자 안전성 확보를 위하여 「혈액관리법」이 1970년에 제정된 이래 2014년에는 연간 헌혈자 300만 명 달성 이후 현재 총 인구 대비 우리나라 헌혈율은 5.4%로 선진국 대비 낮은 수준은 아니나, 전체 연령대 중 10~20대 헌혈자 비율이 약 65%인 구조로, 주 헌혈층인 10~20대 인구가 감소하는 추세에서 중장년층 헌혈확대를 통한 혈액수급 관리가 필수적이다. 반면, 수혈의 대부분을 차지하는 50대 이상 및 중증질환자는 증가함에 따라 의료기관을 중심으로 혈액 적정량 사용을 유도할 수 있도록 관리가 필요하다.

이에 정부는 ‘2004년 혈액안전관리개선 종합대책’, ‘2018년 혈액사업 중장기 발전계획’을 수립하여 혈액 수급 및 안전관리 사업을 추진하고 있으며, 매년 헌혈권장 계획 수립 및 지자체 헌혈추진협의회 구성 등을 통하여 헌혈 증진 및 헌혈 문화 확산에 노력하고 있다. 아울러, 헌혈 인프라 확충 등을 통한 헌혈자 접근성 제고, 노후 장비 개선 등을 통한 혈액 검사 안전성 제고, 민관 합동 위기대응 협력 시스템 구축을 통한 혈액 부족 감시 및 적정조치를 위한 관리체계 등을 추진 중이다.

II 연명의료

1. 연명의료결정제도의 시행

가. 추진 배경

의료기관에서 환자에 대한 치료 계획을 환자와 환자가족 및 의료진이 함께 논의하고 난 후 치료를 실시하는 것은 매우 자연스러운 일이고, 비록 그 수행의 결과가 당초 원하던 바와 다르다 할지라도 당시의 적절한 의학적 판단 및 조치에 따른 결과라면 의료진에게 환자를 해할 의도가 없는 이상 개개 의료행위에 대한 잘잘못을 묻기는 어렵다.

그러나 1997년 보라매병원 사건(인공호흡기로 연명하던 환자를 가족 요청에 따라 퇴원 조치한 의료인에게 살인 방조죄로 유죄판결이 난 사건)은 의료현장에서 의사들이 방어진료를 할 수 밖에 없도록 조장하였고, 2008년 김할머니 사건(지속적 식물인간 상태로 연명하는 환자에 대한 가족들의 연명치료 중지 요청을 대법원이 인용한 사건)은 연명의료 결정에 대한 사회적 관심을 증대시켰다.

위 사건을 계기로 각계에서는 연명의료중단에 관한 사회적 토론을 진행하였고, 오랜 윤리적·법적 논란에 대해 종교계·윤리계·의료계 등 사회 각계의 의견수렴의 결과로 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(이하 ‘법’ 또는 ‘연명의료결정법’)」이 제정되었고(‘16. 2.) 법 시행 준비기간을 거쳐 연명의료결정제도가 2018년 2월 4일부터 시행되었다.

연명의료결정법은 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 관한 규정을 통해 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정권을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치 보호를 그 목적으로 하고 있다.

나. 주요 내용

연명의료결정제도를 이해하기 위해서는 연명의료결정법에 언급된 주요 용어에 대한 이해가 필요하다.

먼저 ‘연명의료’란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정만을 연장하는 것을 말한다.

둘째, ‘연명의료중단등결정’은 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 않거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.

셋째, ‘임종과정에 있는 환자’는 회생 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 않으며, 급속도로 증상이 악화되어 담당의사와 전문의 1인으로부터 사망에 임박한 상태에 있다는 의학적 판단을 받은 환자이다.

넷째, ‘말기환자’란 암 등의 질병에 걸린 후 적극적 치료에도 근원적인 회복 가능성이 없고, 점차 증상이 악화되어 담당의사와 전문의 1인으로부터 수 개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

다. 연명의료중단등결정

모든 환자는 자신이 앓고 있는 상병의 상태와 예후 및 향후 본인에게 시행될 의료행위에 대하여 분명히 알고 스스로 결정할 권리가 있으므로, 임종이 예측되는 환자에게도 본인에게 시행될 의료행위가 단지 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 시술일 수 있음을 알리고 스스로 결정할 수 있는 기회를 주는 것이 필요하다.

연명의료결정법은 연명의료에 관해 환자가 스스로 결정할 수 있도록 연명의료계획서와 사전 연명의료의향서라는 제도를 제안하고 있으나, 환자 본인이 의사를 표현할 수 없거나, 환자의 의사를 파악할 수 없는 상황에서도 환자의 가치에 반하지 않으면서 환자를 위한 최선의 이익이 무엇인지는 고려될 필요가 있다.

이를 위해 의식불명 등의 사유로 환자 본인이 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태인 경우, 평소 환자가 연명의료에 관하여 어떠한 가치관이나 태도를 지니고 있었는지를 환자가족 2명 이상이 동일하게 진술하면 이를 환자의 의사로 추정하도록 하고 있다.

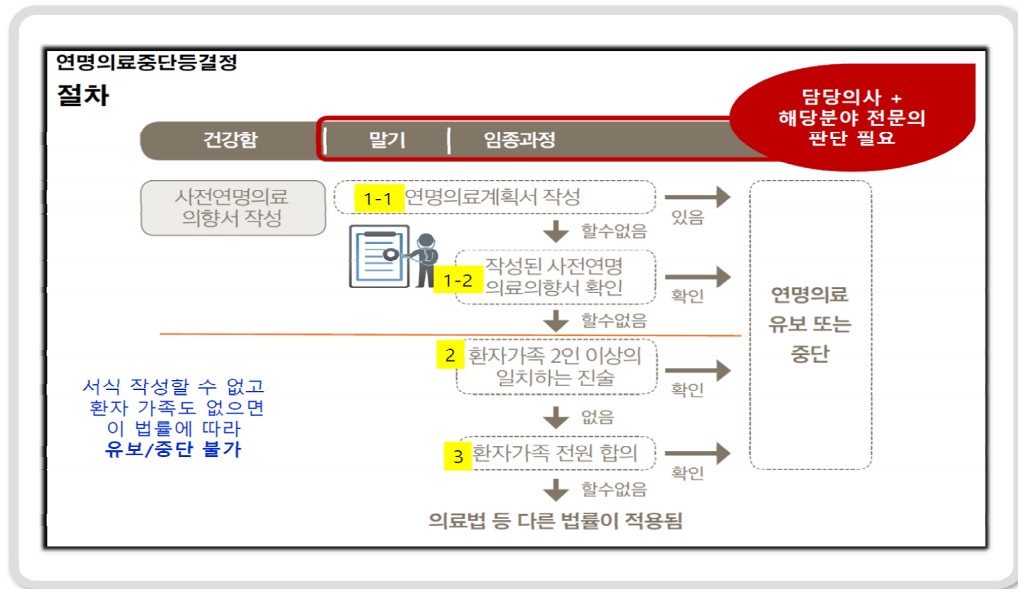
또한, 환자 본인이 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태이고, 평소 환자의 의사를 추정할 수도 없다면, 19세 이상인 환자가족 전원의 합의를 통하여 환자를 위한 연명의료중단등결정이 가능하도록 하고 있다.

의료진과 환자가족은 환자의 결정을 존중하고 환자를 위한 최선의 이익이 무엇인지를 종합적으로 검토하여 그 내용이 결과에 충분히 반영될 수 있도록 연명의료중단등결정의 일련의 과정에 임해야 한다.

[표 2-6-106] 연명의료중단등결정에 관한 환자 의사 확인방법

환자상태	확인 방법
환자의 의사 능력이 있을 때	<ul style="list-style-type: none"> • 연명의료계획서(말기·임종기 환자 작성 가능) • 사전연명의료의향서(원하는 사람 작성가능) + 담당의사의 확인
환자의 의사 능력이 없으나, 환자의 의사를 확인할 수 있을 때	<ul style="list-style-type: none"> • 사전연명의료의향서 + 의사 2인의 확인 • 가족 2인 이상의 일치하는 진술 + 의사 2인의 확인 * 가족 : ①배우자 ②직계 존·비속 ③ 형제자매(①, ②없는 경우) * 환자 가족이 1인뿐인 경우, 1인의 진술로도 가능
환자가 의사능력이 없고, 환자의 의사를 확인할 수도 없을 때	<ul style="list-style-type: none"> • 환자가족 전원의 합의* + 의사 2인의 확인 * ①배우자, ②1촌 이내의 직계 존속·비속, ③2촌 이내의 존속·비속(①, ②없는 경우), ④ 형제자매(①~③없는 경우) • 미성년자의 경우, 친권자인 법정대리인의 결정 + 의사 2인의 확인

[그림 2-6-40] 연명의료중단등결정 절차



라. 사전연명의료의향서 등록기관

사전연명의료의향서는 ‘본인의 연명의료에 관한 의향을 미리 밝혀두는 법정 서식’으로 19세 이상의 국민이라면 누구나 작성할 수 있다. 2018년 2월 제도 시행 이후 현재 전국 161개 기관 398개소(국민건강보험공단의 경우 전국 237개 지역본부, 지사 및 출장소에서 사전연명의료의향서 등록기관 업무를 수행)가 보건복지부로부터 사전연명의료의향서 등록기관으로 지정되어, 연명의료결정제도 상담, 사전연명의료의향서 작성·등록 등의 업무를 수행하고 있다.

어느 누구나 죽음을 맞이하게 되고 임종 과정으로의 진입은 예상치 못한 순간에 급작스럽게 이루어질 수 있으므로, 건강한 사람이라 할지라도 미리 임종을 고민하고, 임종과정에 본인에게 시행될 의료행위가 단순히 임종과정의 기간만을 연장하는 것일 수 있다는 사실을 생각해 볼 기회를 가질 필요가 있다.

사전연명의료의향서를 통해 임종과정에서의 연명의료를 시행하지 않거나 중단하고자 하는 결정을 내릴 수도, 혹은 연명의료를 계속 시행하기를 원하는 결정을 내릴 수도 있으나 어떠한 결과를 선택하든 본인의 삶을 마무리하는 방식에 대해서 스스로 생각하고 결정할 수 있다는 점은 큰 의미가 있다.

사전연명의료의향서는 반드시 보건복지부 지정을 받은 사전연명의료의향서 등록기관을 통해 충분한 설명을 듣고 직접 작성하여야 하며, 등록기관을 통해 작성·등록된 사전연명의료의향서는 연명의료 정보처리시스템의 데이터베이스에 보관되면 비로소 법적 효력을 인정받을 수 있다.

다만, 사전연명의료의향서를 통한 결정은 현재 구체적인 상병에 관한 의사는 아니므로 추후 임종과정에 있는 환자로 판단되었을 때 담당의사가 작성자 본인에게 다시 확인하여야 이행될 수 있다. 만일 환자가 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태이면 담당의사와 해당분야의 전문의가 함께 확인하여야 한다.

마. 의료기관윤리위원회

연명의료결정법 제14조에 따라 연명의료중단등결정 및 그 이행에 관한 업무를 수행하려는 의료기관은 의료기관윤리위원회(이하 ‘윤리위원회’)를 설치하고 이를 보건복지부에 등록하도록 규정하고 있다. 윤리위원회는 해당 의료기관 내에서 필요한 심의, 상담, 교육, 통계분석 및 평가 등의 업무를 수행하면서 기관 내 연명의료결정제도의 전반적인 운영을 관리하는 조직이다.

바. 연명의료결정제도의 기대 효과

연명의료결정제도는 임종을 두려워하고 자신과 가족의 임종에 대해 논의하는 것 자체를 불편 해하는 인식을 바꿀 수 있는 계기가 될 수 있다. 19세 이상의 국민은 사전연명의료의향서 작성을 통해 장래에 맞이하게 될 본인의 임종기와 사람이라면 누구나 직면할 수밖에 없는 ‘죽음’에 대하여 진지하게 고민해 볼 수 있다.

‘죽음’ 이전에 앞으로 살아가게 될 본인의 삶에 대하여 때로는 진지하게, 때로는 진취적인 태도를 취할 수 있는 계기가 될 수 있고, 임종의 순간이 임박했을 상황에서는 본인이 미리 준비해 둔 연명의료중단등결정의 이행을 통해 존엄하고 아름다운 삶의 마무리를 할 수 있다.

사. 주요 성과

2019년 12월 기준 의료기관 260개가 의료기관윤리위원회를 설치·등록하였다. 이 중 상급종합병원은 42개 기관 모두 의료기관윤리위원회를 설치·등록하였고, 종합병원의 경우 144개 기관으로 약 46%의 설치율을 보였다.

한편, 보건소, 의료기관, 공공기관, 비영리민간단체 등 161개 기관(398개소)이 사전연명의료의향서 등록기관으로 지정되어 사전연명의료의향서 상담·작성·등록 등의 고유 업무를 수행하고 있다.

이를 통해 사전연명의료의향서 작성건수는 매월 증가하여 제도 시행 7개월만에 5만건을 돌파하였고, 2019년 연말기준 532,667건을 작성·등록하였다. 지역별로는 서울(23.2%), 경기(25.3%)가 가장 높은 비율을 차지했고, 인구수 대비로는 충남, 전북지역의 작성률이 높았다.

연명의료계획서의 경우 2019년 연말기준 35,433건을 작성·등록하였고, 이 중 남자가 22,115건으로 여성의 13,318건보다 높은 비율을 차지하였다.

연명의료중단등결정 이행 현황은 2019년 연말기준 80,003건으로 집계되었다. 연명의료중단등결정의 이행 건수는 사망자 수와 일치하지 않으며, 이행 이후 병원에서 임종을 맞는 분도 있고, 집으로 퇴원하는 경우도 있으며, 타 의료기관으로 전원을 하기도 한다.

아. 향후 계획

연명의료결정법 제7조에 따라 2019년 6월 「제1차 호스피스·연명의료 종합계획(2019~2023)」을 수립하여 중장기적인 관점에서 연명의료결정제도를 운영할 수 있는 방향성을 제시한 바 있으며, 이에 기반한 시행계획을 수립 및 추진하여 보다 내실있게 연명의료결정제도를 운영할 예정이다.

의료기관윤리위원회를 직접 설치하기가 어려운 의료기관을 위해 전국 10개 거점 의료기관을 공용윤리위원회로 지정하였으며, 지역분포를 고려하여 공용윤리위원회를 추가 지정하고 중소병원의 위탁협약을 지속적으로 독려하여 연명의료결정제도가 의료기관에서 널리 적용될 수 있는 기반을 확충할 계획이다.

또한, 연명의료결정제도가 안정적으로 정착될 수 있도록 사전연명의료의향서 등록기관 종사자 및 의료기관 종사자 등 제도 관련 종사자에게는 기본교육과 지속적인 보수교육 및 심화교육 실시 등 체계적인 교육훈련 프로그램을 제공하여 전문성과 객관성을 확보할 수 있도록 지속적으로 노력할 것이다.

아울러, 제도에 관한 대국민 및 관련 기관 종사자의 인지도 제고를 위해 다각적인 홍보 전략을 지속적으로 전개할 계획이다.

Ⅲ 장기 및 인체조직

1. 추진배경

의학의 발달로 점차 증가하고 있는 장기등의 이식을 공정하고 효율적으로 관리하기 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」이 1999년 2월 8일에 제정되었다. 이는 국가가 장기등 기증을 활성화하고 적출·이식에 대하여 체계적으로 관리함으로써 이식대기자의 생명유지 또는 삶의 질 향상을 도모하겠다는 적극적인 역할을 하기 위함이다. 그럼에도 불구하고 의료기술 발달, 이식가능 장기등 범위의 지속 확대('02. 7종→'19. 16종)는 장기이식 환경 변화에 대응한 좀 더 능동적인 제도개선을 요구하고 있다. 이에 이식가능한 장기등의 범위를 포괄적 네거티브 신산업 대상에 포함하여 2019년 12월 11일 「장기등 이식에 관한 법률」 개정 및 시행을 통해 장기종류에 구애받지 않고 의학적 필요 시 이식가능한 장기의 범위를 확대 허용·완화할 수 있도록 하였다. 이러한 추세에 따라 장기등 이식의 환경은 앞으로도 급변할 것으로 보인다.

또한, 정부차원에서 안전성이 담보된 인체조직 이식재의 유통 및 관리를 위하여 「인체조직 안전 및 관리 등에 관한 법률」을 2004년 1월 20일에 제정하였다. 이것 또한, 국가가 인체조직 기증을 활성화하고 인체조직 이식에 대하여 체계적으로 관리함으로써 이식대기자의 삶의 질 향상 및 국민보건향상을 도모하기 위한 것이다.

2. 주요내용

「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 따라 이식 가능한 장기의 범위가 정해져 있다. 그러나 장기의 수급 불균형이 심화되고 있어 기증자의 절대적 자기결정권, 뇌사자 이외 기증 대상자를 확대하는 등의 특별한 대응이 필요한 시점이다. 즉, 장기 기증이 가능한 대상, 범위 등 확대 조치가 필요한데, 선진국의 경우 심정지 상태에서 장기 기증이 지속적으로 증가하여 전체 이식의 20% 이상을 차지하지만 우리나라는 아직 그 정도 수준까지는 가고 있지 못하다.

현행 뇌사자 기증 범위 내에서 이식 가능 범위에 대한 확대 노력이 펼쳐지고 있다. 일단, 2007년부터 뇌사기증 동의 후 뇌사 진행하는 과정에서 심정지가 온 경우 신장, 간장 이식이 가능하도록 개선이 되어가고 있으며, 2014년부터는 경계성 기증자(Marginal Donor Criteria)의 양쪽 신장(Double Kidney)을 한 명의 수혜자가 받을 수 있도록 하는 기증 요건 신설되었다.

장기·인체조직 기증 활성화를 위한 종합대책 마련과 법령·제도 기반 강화는 이 업무의 핵심적인 내용인데, 보건복지부는 뇌사자뿐만 아니라 심정지자, 연명치료 중단자 등으로 기증 가능 대상자를 지속 확대하는 노력을 하고 있다. 앞에서 언급했지만, 뇌사자 관리 강화 및 뇌사자 조직기증 연계 강화 등을 통해 이식 가능한 장기·조직 발굴 기회를 확대하고 유가족의 기증 동의율 제고 및 기증 활성화를 위한 제도 개선을 지속적으로 추진하고 있다.

실기증 및 기증희망등록 점점에 있는 종사자들에 대한 교육·홍보 강화도 소홀히 하지 않고 있다. 의료진, 지자체 공무원 등 실기증 및 기증희망등록 현장에 있는 사람들에 대한 맞춤형 교육 강화(교육자료 제공, 국가시험 연계)하는 노력을 하고 있다. 또한, 기증자 예우 강화 및 기증자 존중 문화를 구축하고 있는데, 기증자의 자긍심을 고취시킬 수 있는 자조 및 추모모임을 강화하면서, 기증자 및 유가족이 기증 과정 및 기증 후 불편함이 없도록 세세한 부분까지 관리하려 하고 있다. 이와 연장선상에서 기증자 이송체계 개선 및 유가족 관리 대상 확대를 하고 있는데, 한국장기조직기증원을 통해 기증자(시신)를 장례식장까지 이송하고 뇌사관리 비협약병원에 대해서도 유가족관리를 실시한다.

3. 장기 및 인체조직 관리

장기등이라 함은 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능의 회복을 위하여 이식이 필요한 조직을 말한다. 종류로는 신장, 간장, 췌장, 심장, 폐, 췌도, 소장, 위장·십이지장·대장·비장(소장과 동시에 이식하기 위한 경우), 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우), 골수, 안구, 손·팔, 발·다리(16종)가 있다. 장기기증에는 뇌사기증이 대표적이며, 신장·간장·췌장·심장·폐·안구·골수 등이 대상장기가 된다. 뇌사기증 시 본인 또는 유족의 동의가 있어야 하며, 국립장기이식관리기관에서 시행령에 따라 이식대상자를 선정하게 된다. 생존 시 적출가능 장기로는 신장 1개, 간, 골수, 폐, 췌장, 췌도, 소장, 말초혈이 있으며, 안구는 사망자, 뇌사 기증자에서 적출 가능하다.

장기등 이식에 관한 법률에 의해 보건복지부장관은 법령과 제도를 총괄하고 국립장기이식관리기관에서는 이식대상자 선정 및 관련기관 총괄 지도 및 감독을 수행하도록 하고 있다. 한편, 장기이식법 제13조에 따라 장기기증 홍보 및 캠페인 실시, 기증희망 신청 접수, 기증자 등록 등을 장기이식등록기관에서 수행한다.

또한, 장기이식법 제16조에 따라 뇌사판정의료기관에서는 장기등의 적출 및 이식을 위한 뇌사판정 업무를 수행하며, 뇌사판정대상자관리전문기관에서는 장기등 기증, 뇌사판정, 적출·이식의 업무를 모두 수행한다.

장기이식법 제20조에 따라 장기구득기관(한국장기조직기증원)에서는 기증자 발생 시 출동, 뇌사추정자 및 뇌사판정대상자 파악·관리, 뇌사판정 및 유족동의 등 장기 적출 절차를 진행하며, 장기이식의료기관은 장기이식법 제25조에 따라 장기 적출 및 이식을 한다.

인체조직은 인체조직법 제3조에 따라 장기등에 속하지 아니하는 것으로 신체 일부 중 사람의 건강 및 신체 회복 등을 위해 채취하여 이식될 수 있는 것을 말한다. 종류에는 뼈, 연골, 근막, 피부, 양막, 인대, 건, 심장판막, 혈관, 신경, 심낭(11종)있으며 대상자는 사망자나 살아있는 자이다. 통상 사망 이후 24시간 내 채취하며 골 종양 절제 후 골조직 결손 재건, 인대재건, 인공관절 치환 및 화상환자 치료를 위한 피부 및 진피 이식, 심장판막 및 혈관 이식 등에 사용된다.

4. 기대효과

장기기증 활성화를 통해 한편으로는 기증자를 예우하는 문화로 기증자 유가족들이 자긍심을 가질 수 있도록 할 수 있다. 또한, 체계적인 장기 및 인체조직 관리를 통해 기증문화가 확산된다면, 과거 기증자 시신관리 소홀 등으로 촉발된 장기 및 조직 이식에 대한 부정적 인식을 감소시킬 수 있고, 이식을 기다리는 환우들의 건강한 삶의 회복을 앞당길 수 있는 긍정적 효과가 있다.

다른 한편으로는 최근 뇌사 기증 감소 등으로 장기 기증과 이식의 불균형이 심화되고 있는 상황에서, 체계적인 장기 및 인체조직 관리체계 마련은 장기 이식 대기자 해소에 긍정적 영향을 줄 수 있으며, 이에 따른 뇌사 기증에 대한 유가족의 요구 수요 충족 및 의료기관에서의 뇌사관리 합리화 등을 통해 뇌사자 장기기증율을 제고할 수 있다.

5. 주요성과

그간 보건복지부는 체계적인 장기 및 인체조직 관리를 통해 공평한 장기이식 기회를 보장하고 이식의 적정성을 확보하는 성과를 거두었다. 이식 대상자 선정 기준 등의 합리적 개선, 장기 이식 절차 고도화 등을 통해 모든 이식 대기자에게 최적의 장기 이식 기회를 보장하게 된 것이다.

구체적으로 보면 기증자의 검사결과에 따른 다장기 이식대상자 선정기준을 개선하였고 다장기 이식대기자의 단독 장기 이식을 위한 이식대기자 추가 등록기준을 개선하는 등 공정한 이식 관리를 실현하게 되었다. 또한, 기증자 및 이식대기자 간 HLA 형별 호환표를 개정하여 이식 대상자 선정 기준 합리화를 통한 공정성 및 효율성을 강화하였다. 2019년 상반기에는

의료기술의 발전으로 새로운 형태의 장기기증·이식 사례가 증가함에 따라 “장기등”에 발·다리를 이식 가능 장기에 신규 포함하여 관련 유병자의 새로운 삶의 기회를 제공하는 성과를 거두었다. 또한, 코디네이터가 뇌사자 및 이식대기자의 정보 입력·수정 등 관련 업무를 휴대폰에서 할 수 있도록 모바일 업무시스템을 구축·시행하여 업무 시간을 단축하고, 신속하게 이식 대상자를 선정할 수 있게 되었다.

한편으로는 살아있는 기증·이식 승인 제도에서 국가별 신원 확인 절차 및 방법에 대한 기준을 개선하여 각 국가별로 아포스티유 협약 가입 여부에 따라 다르게 처리·진행하도록 규정화하여 외국인 장기이식에 대한 관리체계를 마련하였다.

기증자 예우사업 수행체계를 개편하고 유가족관리를 강화하기도 하였다. 기증자 이송사업 부분에는 모든 기증자(시신)를 장례식장으로 이송 지원하고 응급구조사가 탑승하여 유가족이 불편을 느끼지 않도록 하며, 시신 예우 시 위생 시트 및 매듭끈으로 고정 후 수시포를 덮어 이동하는 등의 노력을 진행중이다. 또한, 모든 기증자 유가족들에게 방문 상담, 지역사회 서비스 연계, 유가족 모임, 추모행사 등 실시하도록 하고 있다.

보건복지부와 질병관리본부 주도의 사업들 뿐만 아니라 관련 단체와 함께하는 행사 지속적으로 개최하여 장기기증에 대한 홍보효과도 거두었다. 「생명나눔 주간」등 생명나눔 행사에 관련기관과 단체가 참여하여 전국적인 공감대를 형성할 수 있는 프로그램을 지속적으로 발굴하였으며, 지자체 실정에 맞는 홍보물 및 홍보콘텐츠 지원, 우수사례 선정·배포 등을 통해 전국적인 캠페인이 이루어질 수 있도록 지원하였다. 또한, 사회적 오피니언 리더들의 생명나눔 인터뷰 및 기증희망등록 참여를 통해 일반 국민들의 인식을 제고하기 위한 생명나눔 릴레이 캠페인과 생명나눔 전시관을 연중 운영하였다.

특히, 생명나눔 주간 기념행사 개최를 통해 유공기관·유공자를 포상하였으며, 광화문 광장 민·관 합동캠페인, 지자체 홍보 우수사례 선정 등을 통해 전국적인 생명나눔 주간 분위기를 조성(‘19. 9.)하였고, 생명나눔 릴레이 음악회, 기증자 및 기증희망등록자 초청 발레 공연 등 문화 예술계와 생명나눔 인식을 공유하였다.

한국보건복지인력개발원, 보건진료소장, 사회복지무요원 등을 대상으로 생명나눔 교육을 실시하였으며, 간호사 보수교육(필수교육 포함)으로 지정하여 종사자 및 관련자들의 인식개선을 위해 노력하였다.

6. 향후계획

보건복지부와 질병관리본부에서는 장기기증 활성화 등을 위한 효율적인 업무환경을 구축하기 위한 계획들을 추진할 예정이다.

우선, 뇌사자 이식 가능 장기를 최대한으로 확보하기 위해 의료현장 등에서 뇌사자 발굴과 관리체계를 효율적으로 개선하고자 한다. 또한, 뇌사자 이식 장기 부족 문제 해결을 위해 순환 정지 후 장기 기증 제도를 도입할 예정이다. 이는 연명 의료 중단을 결정한 경우에도 기증과 연결될 수 있으나 사회적 합의가 필요한 문제로 공론화가 필요하다.

또한, 실 기증희망등록 증대와 인식개선을 위한 대중매체를 적극 활용한 홍보를 추진한다. 파급력 있는 TV·라디오를 적극 활용하고 생명나눔 관련 미담을 활용한 언론보도를 통해 생명나눔에 대한 긍정적 문화를 조성하고자 한다. 한국프로축구(K리그)와의 협력도 이어갈 예정이며, 생명나눔 서약 릴레이 시즌3 제작·배포, 유튜브 바이럴 영상 송출, 카드뉴스 등 온라인을 통한 인식 제고 홍보도 진행할 예정이다.

홍보 못지않게 교육 측면에서도 추진 예정인 내용들이 있다. 현장 의료진과 종사자에 대한 교육 강화가 중요하기 때문에 이에 대한 교육 사업들을 지속적으로 추진할 뿐 아니라, 의료인, 청소년, 일반인 등 각 대상별 맞춤형 교육 체계 수립을 위한 기반을 마련하고, 관련기관과 연계 강화를 통해 생명나눔 교육을 확대·강화하고자 한다.

IV 혈액안전관리

1. 추진배경

헌혈자 보호 및 수혈자 안전성 확보를 위하여 「혈액관리법」이 1970년에 제정되었고, 1975년 헌혈증서를 통한 헌혈예치제도가 도입되면서 1976년 12월 16일 혈액관리법 개정을 통해 헌혈환급적립금 납부 근거 및 헌혈 혈액원 지정 근거가 마련되었다. 1989년에는 연간 헌혈인구

100만 명, 1995년 헌혈자 200만 명, 2014년에는 연간 헌혈자 300만 명으로 꾸준히 헌혈 인구가 증가하는 등 우리나라 헌혈율은 선진국 대비 크게 떨어지는 수준은 아니나, 10~20대 특정 연령대 헌혈 편중으로 저출산·고령화 등 인구 구조 변화에 취약하며, 동절기와 방학, 연휴 직후 등에 주기적으로 혈액수급이 저조한 상황이 반복되고 있다. 우리나라는 전체 연령대 중 10~20대 헌혈자 비율이 약 65%인 구조로, 주 헌혈층인 10~20대 인구가 감소하는 추세에서 혈액수급 관리가 필수적이다. 반면, 수혈의 대부분을 차지하는 50대 이상 및 중증질환자는 증가함에 따라 의료기관을 중심으로 혈액 적정량 사용을 유도할 수 있도록 관리가 필요한 시점이다.

아울러, 2005년 안정성이 강화된 핵산증폭검사 장비를 도입하여 기존 헌혈혈액선별검사와 병행하여 혈액 검사체계를 강화하였으며, 수혈에 의한 감염을 예방하기 위해 인력·장비 보강 등의 지속적인 확충이 필요하다.

이에 정부는 2004년 혈액안전관리개선 종합대책, 2018년 혈액사업 중장기 발전계획을 수립하여 혈액 수급 및 안전관리 사업을 추진하고 있다.

2. 주요내용

국가 혈액관리사업 체계내에서 유기적인 협조하에 각 기관별 역할을 수행하고 있다. 보건복지부는 혈액관리법 제·개정, 혈액 수급 총괄, 헌혈관장 계획 수립 등을 통해 국가 혈액관리사업을 총괄하고 있으며, 혈액안전감시·교육·홍보, 혈액원 심사평가, 특정수혈부작용 조사 등의 업무도 수행하고 있다. 지방자치단체에서는 헌혈추진협의회를 구성하여 시도별 헌혈문화 보급 및 헌혈 증진을 위해 노력하고 있으며, 대한적십자사 혈액원을 비롯한 전국 17개 혈액원에서는 헌혈자 모집, 혈액 검사·혈액제제 제조 및 외부공급 등의 업무를 수행하고 있다.

아울러, 보건복지부에서는 혈액관리법에 따라 정부 및 민간전문가 등으로 구성된 혈액관리 위원회를 운영하고 있으며, 혈액관리위원회에서는 혈액관리제도의 개선 및 헌혈 추진 방안, 헌혈환급적립금 활용방안, 혈액수가의 조정, 혈액제제의 수급 및 안전성에 관한 사항, 혈액원의 개설 및 혈액관리업무의 심사평가에 관한 사항 등을 심의하고 있으며, 혈액관리위원회는 심의 사항을 전문적으로 검토하기 위해 전문분야별로 4개 소위원회(헌혈증진, 혈액안전, 수혈관리, 수혈부작용)를 운영하고 있다.

혈액수급관리를 위해서는 혈액원, 의료기관과 유기적인 협조체계를 구축하여 수급상황을 밀착 관리하고 있다. 혈액수급 추이, 헌혈·공급 실적, 헌혈의 집 휴무일 등 일일 모니터링·분석, 의료기관 혈액사용량도 일일 모니터링하여 전산시스템(BMS, BISS)을 통해 혈액 공급 및 사용량을 통합관리하는 중이다.

아울러, 매년 헌혈권장계획을 수립하여 차기연도 전혈, 혈소판, 혈장에 대한 헌혈량 및 목표량을 설정, 주기적으로 점검을 하고 있다.

혈액안전관리를 위해 2004년 혈액안전종합대책 추진 및 혈액 검사장비 보강 이후 혈액매개 감염성 수혈 부작용은 발생하고 있지 않아 비교적 짧은 기간에 광범위한 혈액 안전 수준을 확보하고 있다. 이에 헌혈 후 이상증상 관리, 부작용 발생건수, 보상, 안전정보 관리, 혈액 이종·삼중 확인 감시시스템, 혈액 안전 검사 등은 이미 선진국 수준이라 할 수 있다.

부적격 혈액이 출고·수혈되는 안전사고가 발생할 경우 수혈자 역학조사를 실시하여 원인분석 및 재발방지 대책을 마련하고 있으며, 혈액검사 결과, 감염병 여부, 헌혈금지약물 복용 여부 등을 통합 관리하여 부적격 혈액의 출고를 사전에 차단할 수 있도록 전산시스템을 구축하여 운영하고 있다.

특히, 헌혈금지약물의 경우 DUR 시스템과 연동(14.4월), 금지약물 처방 여부를 실시간 확인하여 부적격 혈액의 수혈용 출고를 사전 차단하도록 하고 있다.

3. 주요성과

2004년 혈액안전관리종합대책의 일환으로 국고지원 헌혈의 집 확충사업을 연차적으로 추진해 왔으며, 매년 헌혈의 집 신설과 개선을 통해 헌혈자의 접근성 개선과 쾌적한 헌혈환경을 제공하는 등 안정적인 혈액 수급을 도모하였다. 2005년부터 2019년까지 총 약 1,002억 원을 지원하여 국고 헌혈의 집 110개소 확충을 완료하였으며, 2019년을 기준으로 전국 157개 헌혈의 집(대한적십자사 137개 헌혈의 집, 한마음혈액원 19개 헌혈카페, 중앙대학교병원 1개) 운영을 통하여 총 1,917,840명의 개인헌혈자를 확보, 총 헌혈자 대비 개인 헌혈자 비율을 68.7%로 신장시켰다.

또한, 2004년 혈액안전관리종합대책에 따라 혈액관리체계의 안전성 확보를 위해 혈액원의 노후화된 장비 교체를 통하여 혈액 검사 결과의 신뢰도·안전성 제고를 도모하였다. 2004년에 혈장보관사업, 혈액검체보관소 건립되었고, 내구연수가 경과된 혈액원 노후 채혈장비, 일반검사장비, 보존·공급 장비 및 핵산증폭검사(NAT) 장비 등 교체를 위하여 2019년까지 총 약 408억 원이 지원되었다.

4. 향후계획

중장기 혈액 수급 안정을 위해 2022년까지 중장년 헌혈자 비율을 총 헌혈자의 42%(17.29%)까지 확대할 예정이며, 헌혈 관련 교육 및 문화 확산, 헌혈자 예우 향상과 더불어 혈액수급 안정을 위해 헌혈의 집 신설·개선 등 인프라 확충도 계속해 나갈 예정이다.

수혈정보 관리 확대 및 혈액 적정사용 보상 등 사용량 관리를 위해 헌혈부터 수혈까지 통합정보 관리 DB 구축, 환자혈액관리(PBM) 활성화, 혈액관리로 개선 등도 추진하고자 한다.

끝으로 미래 혈액사업 지속 가능성 제고를 위한 기반 마련을 위해 혈액 부족 위기 등에 민관 합동 위기대응 협력 시스템을 구축해서 혈액 부족 감지 시기부터 복구활동까지 정부, 혈액원, 의료기관이 함께하는 위기대응 매뉴얼을 운영할 계획이며, 정부 주도로 '혈액공급 민관협의체'를 신설하여 혈액원간 헌혈자 정보 공유, 채혈 및 혈액공급 계획 협의, 국가 혈액사업의 단일 브랜드 개발 등 혈액원간 상생의 파트너십 체계를 유도해 나갈 것이다.

CHAPTER

7

건강보험

제1절 건강보험제도 운영

제2절 건강보험 급여 체계

제3절 건강보험 약제 관리 체계

제4절 건강보험급여 사후 관리

제7장 건강보험

제1절 건강보험제도 운영

I 개요

1. 의의

국민건강보험제도는 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장을 증진하고자 한다. 모든 국민이 의무적으로 가입 하되, 부담은 능력에 따라, 급여는 모든 국민에게 똑같이 제공하는 사회보험으로서 사보험과는 다른 특성이 있다.

[표 2-7-1] 사보험과 사회보험의 특성

가입 방법	임의 가입	강제 가입
보험료	위험의 정도, 급여 수준에 따른 부과	소득 수준에 따른 차등 부과
보험급여	보험료 부담 수준에 따른 차등 급여	재정 규모를 감안한 필요에 따른 균등 급여
보험료 징수	사적 계약에 의한 징수	법률에 의한 강제 징수

2. 연혁

- 1963. 12. 16. 「의료보험법」 제정(300인 이상 사업장 조합 임의 설립)
- 1976. 12. 22. 「의료보험법」 전문개정
- 제4차 경제 개발 5개년 계획으로 의료보장제도 실시
 - 생활보호대상자 등에 대하여 의료보호 실시('77. 1.)
 - 국민 부담 능력 등을 고려하여 실시 가능한 임금소득 계층부터 점진적으로 의료보험 적용 확대
 - ▶ 1977. 7. 500인 이상 사업장 근로자 의료보험 실시(최초 강제 적용)
 - ▶ 1979. 1. 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 실시
 - ▶ 1979. 7. 300인 이상 사업장까지 의료보험 확대
- 1980년 이후 전국민의료보험 확대 실시를 위한 기반 조성
 - 1981. 7. 지역의료보험 1차 시범사업 실시(홍천, 옥구, 군위)
 - 1982. 7. 지역의료보험 2차 시범사업 실시(강화, 보은, 목포)
 - 1988. 7. 5인 이상 사업장까지 의료보험 당연적용 확대
- 한방의료보험 실시
 - 1984. 12. 의료보험 시범사업(청주, 청원)
 - 1987. 2. 한방의료보험 전국 실시
- 지역의료보험 실시
 - 1988. 1. 농·어촌지역의료보험 실시
 - 1989. 7. 도시지역의료보험 실시(제도 도입 후 12년 만에 전 국민의료보험 실시)
- 1989. 10. 약국의료보험 실시('82. 8.~'84. 12. 의약분업 시범 운영, 목포시)
- 의료보험 조직 통합
 - 1989. 10. 1차 조직 통합(공무원·사립학교 교직원의료보험 및 227개 지역의료보험조합 통합)
 - 국민의료보험관리공단 업무 개시
 - 2000. 7. 의료보험 조직 완전 통합(국민의료보험관리공단 및 139개 직장조합 통합)
 - 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원 업무 개시
- 2000. 3. 보험자 직영병원 개원
- 2002. 1. 「국민건강보험재정건전화특별법」 제정·시행(건강보험정책심의회 설치, 보험 재정에 대한 정부 지원을 명시)
- 2003. 7. 직장·지역 재정 통합 운영
- 2007. 1. 「국민건강보험재정건전화특별법」 만료('06. 12. 31.)에 따른 해당 법령 근거 「국민건강보험법」 삽입 시행
- 2008. 7. 1. 노인장기요양보험 실시
- 2011. 1. 1. 사회보험징수통합 실시
- 2019. 7. 16. 외국인 및 재외국민 건강보험 지역가입 당연적용 실시

3. 적용 현황

1989년 7월 1일부터 전 국민의료보험이 실시되어 모든 국민이 건강보험과 의료급여에 의하여 의료보장을 받고 있다. 2019년 말 현재 전 국민의 97.2%인 5,139만 명이 국민건강보험제도의 적용을 받고 있으며, 나머지 2.8%인 149만 명이 기초생활보장 대상자 등으로 의료급여제도에 편입되어 있다. 건강보험의 가입자는 직장가입자 및 지역가입자로 구분된다. 모든 사업장의 근로자와 사용자 그리고 공무원 및 교직원은 직장가입자가 되며, 직장가입자 및 그 피부양자를 제외한 농어촌 주민, 도시 자영업자 등은 지역가입자가 된다.

[표 2-7-2] 의료보장 적용 현황

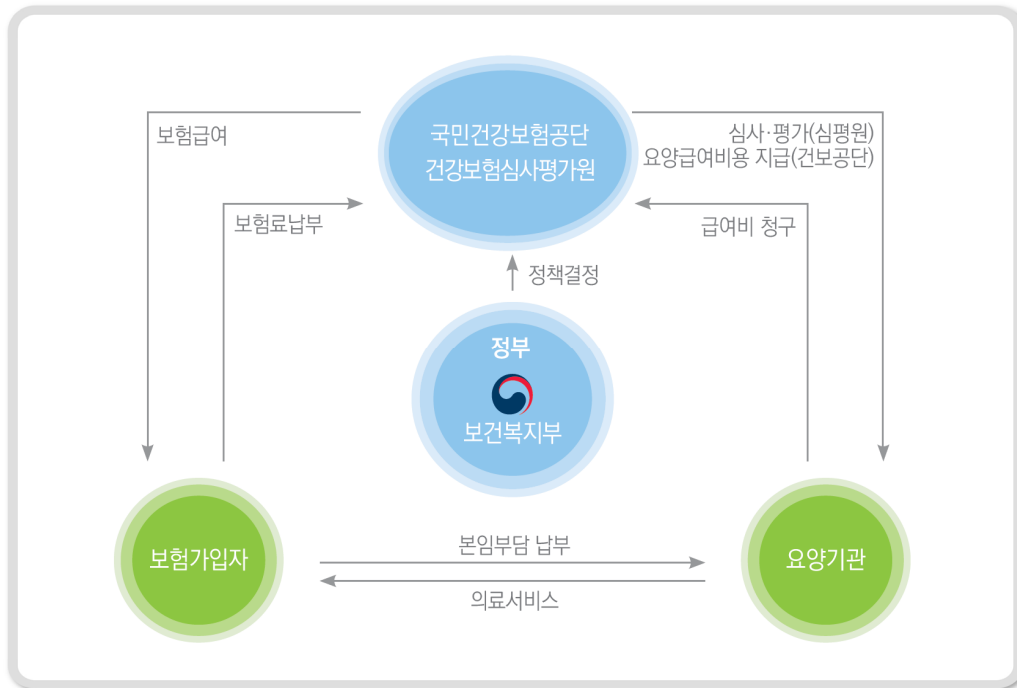
(‘19. 12. 기준, 단위: 만 명, %)

구 분		적용 인구	구성비
계		5,288	100.0
건강보험	소계	5,139	97.2(100.0)
	직장	3,723	(72.4)
	지역	1,416	(27.6)
의료급여		149	2.8

4. 관리 운영 체계

국민건강보험은 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원에 의하여 관리·운영되고 있다. 보건복지부는 건강보험사업의 관장자로서 건강보험 관련 정책을 결정하고 건강보험 업무 전반을 총괄하고 있다. 국민건강보험공단은 건강보험의 보험자로서 가입자 자격 관리, 보험료의 부과·징수 및 보험급여비용 지급 등의 업무를 수행하고 있다. 그리고 건강보험심사평가원은 요양기관으로부터 청구된 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하고 있다.

[그림 2-7-1] 국민건강보험 관리 운영 체계



5. 재원 조달 체계

사회보험방식에 의하여 운영되고 있는 우리나라 건강보험은 가입자 및 사용자로부터 징수한 보험료와 국고 및 건강증진기금 등 정부지원금을 그 재원으로 하고 있다.

보험료는 임금근로자가 대상인 직장가입자의 경우에는 소득비례정률제가 적용되고 있으며, 농·어민과 도시 자영업자 등 지역가입자의 경우에는 대상 범위가 광범위할 뿐 아니라, 소득의 형태가 다양하고 정확한 소득 파악에 어려움이 있어 소득비례정률제 대신 보험료 부과 점수(소득, 재산, 자동차)에 점수 당 단가를 곱하여 산정한 금액을 적용하고 있다.

즉, 직장가입자는 근로자가 일정 기간 동안 지급받은 보수를 기준으로 산정한 보수월액(2006년도까지는 등급별 표준보수월액)에 보험료율을 적용하여 산정한 금액을 가입자와 사용자가 각각 1/2씩 부담하고 있다. 지역가입자는 소득·재산·자동차 등을 참작하여 정한 부과요소별 점수를 합산한 보험료부과점수에 점수 당 단가를 곱하여 산정한 후, 세대별로 부과하고 있다.

한편, 자영업자 등 지역주민의 경우에는 1988년 지역의료보험을 처음 실시할 당시부터 보험료 부담을 경감시켜 주기 위하여 보험료의 일부와 보험사업 운영에 소요되는 관리 운영비를 국고에서 지원해 왔다. 2002년부터는 「건강보험재정건전화특별법」(02. 1. 제정)에 의하여 지역가입자에 대한 보험급여비용과 지역가입자의 건강보험사업에 대한 운영비의 40%(2005년부터는 35%)에 상당하는 금액을 국고에서, 10%(2005년부터는 15%)에 상당하는 금액을 국민건강증진기금에서 지원하였다.

그리고 2007년부터는 해당 연도 전체 보험료 예상 수입액의 14%는 국고에서, 해당 연도 보험료 예상 수입액의 6%(단, 담배부담금 예상 수입액의 65% 이내)는 건강증진기금에서 지원하고 있다.

|표 2-7-3| 자원 조달 체계

('19. 기준)

구 분		직장 근로자	농·어민, 도시자영업자
자원 조달	보험료	<ul style="list-style-type: none"> 보수월액의 6.46% 사용자, 근로자가 각 50%씩 부담 사용자가 원천징수하여 공단에 납부 공무원은 본인, 정부가 각 50%씩 부담 사립학교 교원은 본인, 학교경영자, 정부가 각 50%, 30%, 20%씩 부담 	<ul style="list-style-type: none"> 소득·재산·자동차 점수를 합산하여 산출한 보험료 부과점수에 점수당 단가(189.7원)를 곱한 금액 세대의 지역가입자가 연대하여 납부
	국고	• 해당 연도 보험료 예상 수입액의 14%	
	건강증진기금	• 해당 연도 보험료 예상 수입액의 6% (단, 담배부담금 예상 수입액의 65% 이내)	

주 : 2020년 보험료는 보수월액의 6.67% 및 부과 점수당 단가 195.8원

6. 보험급여 체계

건강보험의 급여 형태는 의료 그 자체를 보장하는 현물급여와 의료비의 상환제도인 현금급여 두 가지 형태가 있으며, 우리나라는 현물급여를 원칙으로 하되 현금급여를 병행하고 있다. 현물급여에는 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대한 요양급여 및 건강검진이 있고, 현금급여에는 요양비, 장애인보조기기 급여비 등이 있다.

가입자 또는 피부양자가 요양급여를 받는 때에는 그 진료 비용의 일부를 본인이 부담하여야 하며, 그 내용은 입원의 경우 진료비 총액의 20%를, 외래의 경우에는 요양기관 종별에 따라 30~60%를 차등 적용하고 있다.

[표 2-7-4] 보험급여 체계

('19. 12. 기준)

[입원] 요양급여비용 총액의 20%(단, 식대는 50%), 신생아 및 자연분만 : 면제, 15세 이하 아동 : 5%

기관 종별	소재지	환자 구분	본인부담액
상급 종합병원	모든 지역	일반 환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료 총액) × 60 / 100 (임신부의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1세 미만 영유아 의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100)
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60 / 100 + 약값 총액 × 30 / 100 (임신부의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100)
종합병원	동 지역	일반 환자	요양급여비용 총액 × 50 / 100 (임신부의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50 / 100 + 약값 총액 × 30 / 100 (임신부의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반 환자	요양급여비용 총액 × 45 / 100 (임신부의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100(임신부의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	동 지역	일반 환자	요양급여비용 총액 × 40 / 100 (임신부의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100(임신부의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반 환자	요양급여비용 총액 × 35 / 100 (임신부의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100(임신부의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반 환자	요양급여비용 총액 × 30 / 100 (임신부의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 5/100, 단, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 30/100(임신부의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100) (요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액)
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30 / 100 (요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액)

* 본인일부부담금 산정특례

- 암, 심장·뇌혈관질환자 및 중증화상·외상환자 : 입원 및 외래 5%
- 희귀난치성질환자 : 입원 및 외래 10%

* 본인부담액(비급여 제외)이 연간 상한액을 초과하는 경우 초과 비용을 공단 부담

※ [상한액] 작년도 보험료 부과 수준에 따라 7단계(81만 원/101만 원/122만 원/280만 원/350만 원/430만 원/580만 원, 2019년도 기준)로 구분

II 건강보험료 부과체계 개편

1. 보험료 부과체계 개편 필요성

가. 개편 전 부과체계 (~'18. 6.)

국민건강보험은 전 국민 가입을 원칙으로 모든 국민은 직장가입자, 직장가입자의 피부양자 또는 지역가입자가 된다. 다만 기초생활수급 대상인 의료급여 수급권자는 건강보험 가입 대상에서 제외된다.

직장가입자는 직장에 근무하는 근로자·사용자 및 공무원·교직원이 해당되며 ‘소득’을 기준으로 보수 소득과 보수의 소득을 구분하여 보험료를 부과하는 체계로 구성되어 있다. 직장가입자의 보험료는 보수에 일정한 보험료율('18년 기준 6.24%)을 곱한 금액을 부과하고, 근로자와 사용자가 절반씩 부담하도록 하였다. 그리고 보수 소득 외에도 임대·금융소득 등 보수의 종합과세 소득이 연 7,200만 원을 초과하는 고소득자에 대해서는 소득월액보험료를 추가로 부과하였다(보수 외 소득 × 3.12%).

피부양자는 직장가입자의 보험료 납부만으로 보험급여를 받을 수 있는 자로써, 아래와 같이 부양요건, 소득요건 및 재산요건을 정함으로써 그 인정범위가 넓고 고소득·고액재산가의 건강보험료 무임승차 논란이 있어 왔다.

[표 2-7-5] 피부양자 요건

(‘18. 6. 기준)

구 분	내 용
부양요건	• 배우자, 직계존비속, 형제자매로서 해당 직장가입자에 의하여 주로 생계를 유지
소득요건	• 사업자등록자로 사업소득이 없는 경우 ※ 장애인, 국가유공자·보훈보상대상자 중 상이자는 연간 500만 원 이하 • 사업자등록이 없고 사업소득이 연간 500만 원 이하 • 연금소득, 금융소득(이자+배당), 근로+기타소득이 각각 연간 연 4천만 원 이하
재산요건	• 배우자, 부모, 자녀는 개인별 재산세 과세표준액의 합이 9억 원 이하 • 형제자매는 개인별 재산세 과세표준액의 합이 3억 원 이하 • 장애인 및 국가유공자·보훈보상 대상자 중 상이자는 재산과 관계없이 각각 인정

[표 2-7-6] 개편 전 보험료 부과체계

('18. 6. 기준)

구 분	직장가입자	지역가입자
보험료 부과기준	<ul style="list-style-type: none"> • 보수 • 보수 외 소득 	<ul style="list-style-type: none"> • 연소득 500만 원 초과 세대: 소득, 재산, 자동차 점수 합산 • 연소득 500만 원 이하 세대: 평가소득*, 재산, 자동차 점수 합산 * 성·연령, 소득, 재산, 자동차로 선정
산정방식	<ul style="list-style-type: none"> • 보수월액 × 정률(6.24%, '18년 기준) • 보수 외 소득 연 7,200만 원 초과: 보수 외 소득의 3.12% 추가로 부과 	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료부과점수 × 점수당 금액(183.3원)
보험료 부담 방법	<ul style="list-style-type: none"> • 보수는 사용자 50%, 근로자 50% • 보수 외는 근로자 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역가입자 세대 100%
최저·최고 보험료(월)	<ul style="list-style-type: none"> • (본인부담) 8,730원~244만 원 * 사용자부담 포함시 17,460원~487만 원 	<ul style="list-style-type: none"> • 3,660원~232만 원 * 전액 본인부담

직장가입자와 피부양자가 아닌 자는 모두 지역가입자가 되는데, 직장가입자와 달리 소득 파악률이 낮아 보험료 산정 시 평가소득 또는 과세소득, 재산, 자동차를 점수화하고 그 항목별 점수(소득·재산·자동차 수준별 점수는 「국민건강보험법 시행령」에 점수표로 규정)를 합산한 총 점수에 부과점수 당 금액(1점당 183.3원, '18. 기준)을 곱한 금액을 보험료로 부과하였다. 지역가입자 보험료의 각 부과요소에 대한 구체적인 내용은 아래와 같다.

[표 2-7-7] 지역가입자 보험료 부과요소

('18. 6. 기준)

구 분	내 용
평가소득	<ul style="list-style-type: none"> • 연 소득 500만 원 이하인 지역가입자에게 적용되는 소득으로 세대원의 성·연령, 재산, 자동차, 소득으로 추정한 소득
과세소득	<ul style="list-style-type: none"> • 사업소득(임대소득 등), 금융소득(이자·배당소득), 공적연금소득, 근로소득, 기타소득(강의료, 당첨금 등)을 합산한 소득이 보험료 부과 대상 <ul style="list-style-type: none"> - 분리과세 되는 2천만 원 이하 금융소득, 일용근로소득, 1,200만 원 이하 사적연금소득, 300만 원 이하 기타소득 등은 부과 제외 중 - 2천만 원 이하 주택임대소득은 비과세→분리과세 전환시 부과 예정('20. 11.~)
재산	<ul style="list-style-type: none"> • 토지, 주택, 건물, 선박, 항공기의 과세표준액*에 부과 * 지방세 부과기준이 되는 토지 및 건물 등의 가격, 실거래가의 약 50% 수준

나. 개편 전 부과체계의 문제점

민간소비지출 중 신용카드, 직불카드, 현금영수증 사용 증가에 따라 소득파악 여건이 지속적으로 개선되어 소득에 대한 보험료 부과 비중을 높일 수 있는 기반이 조성되고 있지만 지역가입자는 2000년 직장·지역 건강보험 통합 당시에 마련된 성·연령과 재산, 자동차에도 보험료를 부과하는 부과체계가 유지되고 있어 가입자의 불만이 지속적으로 제기되었다.

직장가입자의 피부양자 기준이 느슨하여 충분한 소득과 재산이 있어도 피부양자로 등록이 가능하여 보험료를 부과하지 않는 문제도 있었다. 2014년 2월 사회적 이슈가 되었던 저소득층인 ‘송파 세 모녀’에게는 매월 5만 원의 보험료가 부과된 반면, 납부능력이 있음에도 소득·재산 기준을 넘지 않으면 보험료 납부의무가 없는 피부양자로 등재되어 가입자 간 형평성 문제가 제기되고 있었다.

고령화에 대비하여 근로시기에는 직장가입자로, 은퇴시기에는 지역가입자 또는 피부양자로의 생애주기(life cycle)에 맞는 적정 부담 여건 마련이 필요하였다.

1) 지역가입자

지역가입자는 본인의 소득 이외에도 재산, 자동차, 평가소득(성·연령, 재산, 자동차로 소득 추정)을 근거로 보험료를 부과하므로 실질적인 소득에 비해 보험료 부담이 과도하다는 비판을 받아 왔다. 성·연령에도 보험료를 부과하여 소득이 동일해도 자녀 출생이나 연령 상향 등으로 보험료가 오르는 불합리한 사례가 발생했으며, 재산·자동차는 평가소득에서 부과하고, 재산·자동차 보험료로 한 번 더 부과하게 되는 이중 부과 문제가 제기되었다.

특히, 실제 소득상태와는 직접적인 상관관계가 높지 않은 평가소득에 대해 높은 수준의 보험료가 부과되어, 소득활동을 하지 않거나 소득수준이 극히 낮은 지역가입자에 대해서도 상당한 보험료가 부과되어 경제적 어려움을 가중시킬 여지가 있었다.

2) 피부양자

직장가입자의 피부양자 기준이 느슨하게 설정되어 있어, 실질적으로 보험료 부담능력이 있는 고소득·고재산자가 직장가입자인 자녀·사위·며느리 등 가족의 피부양자로 등록되어 보험료를 부담하지 않아도 보험급여가 가능하도록 되어 있었다. 금융소득 4천만 원, 연금소득 4천만 원,

근로·기타소득이 4천만 원으로 최대 1.2억 원의 종합소득을 보유하더라도 피부양자로 등록 가능하고, 과표 9억 원(실거래가 18억 원)의 재산을 보유해도 피부양자로 등록이 가능하였다.

3) 직장가입자

직장가입자는 본인의 실제소득이 아닌 보수 월액을 기준으로 보험료가 부과되면서 보수 외 소득이 높은 근로자는 보험료를 실제 부담능력 대비 적게 부담하는 문제가 있었다. 보수 외 고액의 이자·배당·임대소득이 있어도 “연간 7,200만 원(월평균 600만 원)을 초과하는 경우”로 부과기준이 정해져 있어 부과대상자가 극히 제한적이었다.

2. 보험료 부과체계 개편 주요내용(2018. 7월부터)

가. 보험료 부과체계 개편 방향

기본 방향은 ‘서민 부담을 줄이고 형평을 높이는 건강보험료 부과체계’를 비전으로, 저소득층의 보험료 부담은 줄이되 고소득 피부양자와 가입자는 부담능력에 맞는 보험료를 내도록 공평한 부과기준을 확립해 나가는 것을 기본방향으로 하였다.

나. 보험료 부과체계 개편 주요 내용

1) 지역가입자

가) 평가소득 보험료 폐지

지역가입자의 소득보험료는 연간 소득 500만 원 이하 세대에 적용되던 평가소득 보험료를 폐지하고 1단계 개편으로 연간 소득 100만 원 이하에 해당하는 세대에 대해서는 최저 보험료(’19.기준 13,550원)를 도입하였다(2단계 개편 시, 연소득 336만 원 이하→최저 보험료 18,020원 예정, ’19년 기준). 단, 현 보험료가 최저보험료보다 낮은 경우, 현행을 유지한다.

[표 2-7-8] 보험료 하한액

(’19. 12. 기준)

구 분	현행	개편(1단계)
직장가입자 보수월액 보험료	월 17,460원	월 18,020원
지역가입자 월별 보험료	월 3,660원	월 13,550원

나) 재산보험료 부담 축소

재산보험료 부과시 공제제도를 도입하였다. 세대 구성원의 총 재산 과표 구간에 따라, 500만 원에서 1,200만 원까지 공제된다(2단계 개편 시, 과표 5000만 원 공제 예정).

[표 2-7-9] 지역가입자 재산 보험료 변동

('19. 12. 기준)

구 분	현행	개편(1단계)
재산 기본 공제액	전월세 최대 500만 원	<ul style="list-style-type: none"> • 1,200만 원 이하 : 전액 공제 • 1,201~2,700만 원 : 재산 850만 원 공제 • 2,701~5,000만 원 : 재산 500만 원 공제 • 5,000만 원 초과 : 전월세만 최대 500만 원 (보증금 약 1,667만 원 수준) 공제
전월세 계산	공제 후 30% 평가율 적용 ※ {보증금+(월세×40)}-최대 500만 원×30%	30% 평가율 적용 후 기본공제 적용 ※ [{보증금+(월세×40)}×30%]-기본공제액
재산금액 계산	재산과표금액 + [{보증금+(월세×40)}-최대 500만 원×30%]	재산과표금액 + [{보증금+(월세×40)}×30%]-기본공제액
재산 등급표	50등급(재산금액 100만 원 초과 세대)	60등급(재산금액 0원 초과 세대) ※ 상위 3%(35등급, 59,500만 원 초과 66,500만 원 이하)부터 부과 점수 상향조정

다) 자동차 보험료 부담 축소

15년 미만의 모든 자동차에 부과되던 보험료가 축소되었다. 1,600cc이하 소형차(4천만 원 미만) 면제, 1,600cc ~3,000cc 중형차는 30% 경감, 9년 이상 자동차 및 생계용 차량(승합차·화물·특수자동차)은 면제되었다(2단계 개편 시, 차량가액 4천만 원 이상 고가 차만 부과 예정).

[표 2-7-10] 지역가입자 자동차 보험료 변동

('19. 12. 기준)

구 분	현행	개편(1단계)
부과대상	• 15년 미만 비영업용 자동차	<ul style="list-style-type: none"> • 9년 미만이면서 1,600cc초과하거나 4,000만 원 이상 승용차 • 9년 미만 그 밖의 승용차(4,000만 원 미만 포함)
부과제외	<ul style="list-style-type: none"> • 영업용 자동차 • 15년 이상 자동차 	<ul style="list-style-type: none"> • 영업용 자동차, 승합차, 화물차, 특수차 • 9년 이상 승용차 • 9년 미만, 1,600cc 이하이면서 4,000만 원 미만 승용차
등급표	• 7등급 35구간	• 11등급 33구간
보험료 경감	• 없음	<ul style="list-style-type: none"> • 4,000만 원 미만인 승용차 중 1,600cc 초과 3,000cc 이하, 4,000만 원 미만인 그 밖의 승용차 ※ 자동차 등급표 점수를 30% 경감하여 조정

라) 소득보험료 개선

소득 등급 구간에 따라 보험료 점수로 적용되었던 소득보험료가 등급제를 유지하면서 상위 2% 고소득층(연소득 3,860만 원 초과) 보험료가 인상되었다(2단계 개편 시, 직장파 동일하게 정률제(소득 x 보험료율)로 개편 예정).

마) 공적연금 및 일시근로소득 반영률 향상

보험료가 부과되는 종합과세소득 중 공적연금소득, 일시적 근로소득은 소득의 20%에만 보험료를 부과했으나 2018년 7월부터 30%로 인상하였으며, 2단계 개편 시에는 50%로 상향할 예정이다(법시행규칙 제44조제1항제2호 참조).

2) 피부양자

가) 소득 요건 강화

직장가입자 피부양자 인정기준의 소득요건을 금융소득, 연금소득, 근로+기타소득 각각 연간 4,000만 원 이하에서 모든 소득을 합산하여 연간 3,400만 원 이하로 변경하였다(2단계 개편 시, 2000만 원 이하로 변경 예정).

나) 재산 요건 강화

재산요건에서 가장 크게 변경된 것은 장애인, 국가유공자·보훈보상 대상자 중 상이자는 재산요건을 적용하지 않던 것을 개편 후에는 재산요건을 충족해야 피부양자로 인정받을 수 있도록 하였다.

[표 2-7-11] 피부양자 재산요건 변동

구 분	개편 전('18년 6월 이전)	개편 후('18년 7월 이후)
장애인, 국가유공·보훈보상대상 상이자	재산요건 적용 안함	재산요건 충족
배우자, 직계존비속 등 (형제자매 제외)	개인별 재산과표(재산세 과세표준액의 합계금액) 9억 원 이하 ※ 전월세금액 제외	재산과표 5억 4천만 원 이하 또는 5억 4천만 원 초과에서 9억 원 이하의 연간소득 1천만 원 이하 ※ 전월세금액 제외
형제자매 (원칙적 제외, 특정 요건 하에 인정)	재산과표 3억 원 이하	재산과표 1억 8,000만 원 이하

다) 피부양자 인정범위 축소

부양요건에서 형제자매는 원칙적으로 피부양자에서 제외하되 만 65세 이상이거나 만 30세 미만 또는 장애인, 국가유공·보훈보상대상 상이자 중 소득·재산·부양요건을 충족한 경우에만 인정하는 한편, 이혼·사별한 직계비속 및 형제자매인 경우에는 미혼으로 인정하고, 배우자의 계부모에 대해서도 피부양자 부양요건을 인정하도록 하였다.

라) 피부양자 보험료 한시적 경감

지역가입자의 평가소득 폐지 및 최저보험료 도입 등 부과체계 개편으로 인하여 보험료가 인상되는 세대(연소득 500만 원 이하, 재산등급 상위 3% 이하)는 보험료 인상분 전액을 감액하고, 피부양자 인정기준 강화에 따라 지역가입자로 전환된 가입자는 급격한 보험료 부담 완화를 위하여 한시적으로 보험료의 30% 감액을 시행하였다.

3) 직장가입자

가) 보수외 소득보험료 부과 대상 확대

소득월액 보험료 부과대상 기준이 되는 연간 보수 외 소득금액을 하향조정하여 개편 전 '7,200만 원 초과'에서 '3,400만 원 초과'로 개정하여 대상자를 확대하고, 3,400만 원 이하 보수 외 소득에 대한 공제 도입으로 개편 전 소득월액 보험료 부과기준상 단지 소득 1만 원의 초과로 매월 187,220원의 소득보험료 부담여부가 결정되는 보험료 '절벽현상'을 해소하였다.

고액의 보수 외 소득을 보유한 직장가입자의 보험료 부담 형평성 제고를 위해 소득월액 보험료의 보험료율을 개편 전 보수월액 보험료율의 50%에서 100%로 상향조정하고 그 계산 방법을 아래와 같이 변경하였다.

[표 2-7-12] 소득월액보험료

('19. 12. 기준)

구 분	개편 전('18년 6월 이전)	개편 후('18년 7월 이후)
부과대상	연간 보수 외 소득 7,200만 원 초과자	3,400만 원 초과할 경우
공제금액	없음	3,400만 원
보험료율	3.12%	6.46%
계산식	연간 보수외 소득 × (1/12) × 3.12%	(연간 보수 외 소득 - 공제금액) × (1/12) × 6.46%

나) 보수 보험료 상한선 상황

2011년 이후 고정되었던 보수 상한액을 전전년도 직장가입자 보수보험료 평균의 30배 (318.3만 원/월, '19년)수준으로 개선하였다. 직장 보수, 보수 외 소득 보험료 및 지역가입자에게 동일 적용하였다.

|표 2-7-13| 보험료 상한액

('19. 12. 기준)

구 분	개편 전('18년 6월 이전)	개편 후('18년 7월 이후)
직장가입자 보수월액 보험료	월 487.4만 원 (본인부담 월 243.7만 원)	월 636.6만 원 (본인부담 월 318.3만 원)
직장가입자 소득월액 보험료	월 243.7만 원	월 318.3만 원
지역가입자 월별 보험료	월 232.4만 원	월 318.3만 원

Ⅲ 건강보험료 부과·징수제도 운영

1. 보험료 부과·징수체계

지역가입자는 직장가입자에 비해 소득 파악률이 낮고 보험료 부과 대상이 되는 소득 결정 방법에도 차이(보수는 공제 전 전체 금액에 보험료가 부과되나 사업소득은 필요 경비를 공제한 소득에 보험료를 부과)가 있기 때문에 지역가입자의 보험료는 소득* 외에도 재산(전·월세, 자동차 포함) 등의 부과 요소를 함께 고려한 보험료 부과 점수를 기준으로 산정하고 있다. 소득파악 여건의 개선과 함께 소득보험료 비중을 높이고 재산에 부과하는 보험료 비중은 줄이는 방향으로 부과 체계를 개선해 나가고 있다.

* 2018년 6월 말까지 연소득 500만 원 이하 세대는 성·연령, 재산, 자동차, 소득 등을 고려한 생활 수준 및 경제 활동참가율 각 부과요소를 합산하여 「국민건강보험법」에 규정된 보험료 부과 점수(평가소득)에 재산(전·월세, 자동차 포함) 부과 점수를 합하여 보험료를 산정하였으나 2018년 7월부터 평가소득에 대한 보험료 부과는 폐지되고 일정 소득 이하(100만 원, 2022년부터는 336만 원)는 최저보험료가 적용되고 있다.

[표 2-7-14] 지역가입자 보험료 부과체계

('19. 12. 기준)

구 분	내 용
보험료 부과기준	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 부과 점수 <ul style="list-style-type: none"> - 소득, 재산 및 자동차
보험료율	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 부과 점수를 나타내는 점수에 보험료 부과점수당 금액(189.7원)을 곱하여 부과 ※ '20. 부과점수당 금액 195.8원
보험료 부담 방법	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 전액 부담
평균 보험료	<ul style="list-style-type: none"> • 91,689원(연간평균 세대당 월보험료)
부담 주체	<ul style="list-style-type: none"> • 지역가입자 전원이 보험료 부담

이렇게 산정된 보험료는 세대 단위로 부과되며, 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부할 책임을 진다. 6회 이상 보험료를 체납한 경우에는 보험급여가 제한될 수 있으며, 체납 후 진료를 받은 경우에는 공단부담금을 환수하는 등의 제재 수단이 가해질 수 있다.

직장가입자의 보험료는 보수를 기준으로 부과하며, 2018년 6월까지 보수월액 하한선(28만 원)과 상한선(7,810만 원)을 설정하고 여기에 보험료율을 적용하여 최저 최고 보험료 수준을 정하였으나 2017년 7월부터 보건복지부고시(「월별 건강보험료액의 상한과 하한에 관한 고시」)를 제정하여 2019년 월별 보험료액의 상한액(6,365,520원)과 하한액(18,020원)을 고시하여 운영하였다. 단, 2018년 6월까지 보수 외 7,200만 원 초과 종합소득을 보유한 직장가입자는 종합소득에도 보험료를 부과하였고 2018년 7월부터 이 기준을 강화하여 3,400만 원 초과한 사람에게도 보험료를 부과하고 있다. 직장가입자의 보험료 부과체계는 다음과 같다.

[표 2-7-15] 직장가입자 보험료 부과체계

('19. 12. 기준)

구 분	내 용
보험료 부과 기준	<ul style="list-style-type: none"> • 보수월액 <ul style="list-style-type: none"> - 보수총액 기준(근로소득·사업소득 등) • 소득월액 <ul style="list-style-type: none"> - 보수 외 종합소득(근로, 사업, 금융, 연금, 기타 소득 등) ※ 단, 보수 외 종합소득이 일정 소득(3,400만 원)을 초과하는 경우에 부과
보험료율	<ul style="list-style-type: none"> • 보수월액×6.46%('20. : 6.67%) ※ 통합 이전: 조합에 따라 3~6% • 소득월액×6.46%('18. 6월 말까지: 소득월액×3.12%)
보험료 부담 방법	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 : 50%, 사용자 : 50%
평균 보험료	<ul style="list-style-type: none"> • 119,998원(사용자 포함 239,996원)
부담 주체	<ul style="list-style-type: none"> • 근로자 : 보험료 부담(피부양자 : 보험료 부담 없음)

주 : 2018년 7월부터는 보수 외 종합소득이 연간 3,400만 원(2인 가구 기준 중위소득 수준, 2017)을 초과하는 경우에, 2022년 7월부터는 연간 2,000만 원(2인 가구 기준 중위소득 60% 수준, 2017)을 초과하는 경우에 보험료가 부과됨

직장가입자의 보험료는 사업장별로 부과되며, 사용주가 보험료를 납부할 책임을 진다.

건강보험 통합 이전 직장의료보험은 법정준비금의 적립률이 일정 수준 이상으로 재정이 안정된 조합에 대하여 지속적으로 보험료율을 인하 조정하여 피보험자의 부담을 경감시켰다. 평균 보험료율도 1986년의 3.57%를 기준으로 하여 1995년에는 3.03%로 크게 낮아졌다. 그러나 조합재정이 어려워지면서 보험료율이 다시 증가하기 시작하여 1997년에는 평균 보험료가 3.13%로 인상되었고, 1998년 3.27%, 1999년 3.75%로 점차 증가하는 추세였다.

통합 이후, 2000년 7월부터는 직장가입자 2.8%, 공무원·교직원은 3.4%를 부과하였으며 2001년 1월부터는 직장·공무원·교직원가입자 모두 보험료율을 3.4%로 일원화하여 부과하였다. 이후, 2002년 3월 3.63%, 2003년 3.94%, 2004년 4.21%, 2005년 4.31%, 2006년 4.48%, 2007년 4.77%, 2008년 5.08%, 2009년에는 사상 최초로 보험료율을 동결하였으며, 2010년 5.33%, 2011년 5.64%, 2012년 5.8%, 2013년 5.89%, 2014년 5.99%, 2015년 6.07%, 2016년과 2017년은 6.12%, 2018년 6.24%, 2019년 6.46%로 2020년 6.67%로 보험료율이 결정되었다.

[표 2-7-16] 직장가입자 보험료율 현황

(단위 : %)

구분	직장					공무원· 교직원
	평균	공통	단독	최고	최저	
1993	3.06	3.06	3.06	4.4	3.0	3.8
1994	3.04	3.03	3.04	4.0	3.0	3.8
1995	3.03	3.03	3.05	4.0	3.0	3.8
1996	3.05	3.05	3.05	4.8	3.0	3.8
1997	3.13	3.13	3.14	4.4	3.0	3.8
1998	3.27	3.22	3.43	6.0	3.0	4.2
1999	3.75	3.70	3.89	6.0	3.0	5.6
2000. 7.	2.8(일원화)					3.4
2001. 1.	3.4(일원화)					
2002. 3.	3.63					
2003. 1.	3.94					
2004. 1.	4.21					
2005. 1.	4.31					

구분	직장					공무원· 교직원
	평균	공통	단독	최고	최저	
2006. 1.	4.48					
2007. 1.	4.77					
2008. 1.	5.08					
2009. 1.	5.08(보험료 인상 동결)					
2010. 1.	5.33					
2011. 1.	5.64					
2012. 1.	5.80					
2013. 1.	5.89					
2014. 1.	5.99					
2015. 1.	6.07					
2016. 1.	6.12					
2017. 1.	6.12(보험료 인상 동결)					
2018. 1.	6.24					
2019. 1.	6.46					
2020. 1.	6.67					

|표 2-7-17| 연도별 평균 보험료 현황

(단위 : 원)

구 분	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
세대당									
월보험료(원)	111,231	104,201	101,178	98,128	94,040	90,806	87,417	84,040	78,822
- 직장	119,998	112,635	107,449	104,507	100,510	97,046	92,565	89,028	82,802
- 지역	91,689	85,546	87,458	84,531	80,876	78,629	77,783	75,209	72,139
1인당									
월보험료(원)	56,275	50,979	48,152	45,763	43,003	40,819	38,622	36,536	33,670
- 직장	57,749	52,085	48,266	45,874	43,085	40,816	38,239	36,156	33,009
- 지역	52,374	48,011	47,847	45,473	42,798	40,825	39,503	37,357	35,022

주 : 부과 통계 기준(단, 소득월액 제외), 직장은 본인부담 기준

2. 보험료 부과·징수제도 개선

가. 5인 미만 사업장 직장 편입

5인 미만 사업장 근로자와 시간제 등 비정규직 근로자가 지역가입자로 관리되어 경제적 부담 및 불형평성이 초래되었다. 비정규직 근로자가 지속적으로 증가하면서 정부는 2001년 7월부터 5인 미만 사업장 근로자 및 1개월 이상 일용근로자를 직장가입자로 전환하였다.

또한, 2003년 7월부터는 지역가입자로 관리되고 있던 5인 미만 임의적용사업장(농·어업, 이·미용업 및 음식점업 등 15개 업종) 근로자와 월 80시간 이상 시간제 근로자 등을 단계적으로 직장가입자로 편입해 왔다('03~'06). 2010년부터는 월 60시간 이상 시간제 근로자로 확대하여, 2019년 12월 말 현재 전체 사업장 184만 개소 가운데, 121만 개소(65.6%)가 5인 미만 사업장으로 적용받고 있다. 이러한 직장가입자 적용 범위의 확대로 보험료 부담에 있어서 근로자 간 형평성 확보에 기여하였다.

나. 소득 있는 피부양자 보험료 부과

지역가입자는 세대 단위로 관리하여 소득 있는 세대원 전원에 대하여 보험료를 부과하여 왔으나, 직장가입자의 배우자, 부모 등은 소득이 있음에도 피부양자로 등재되어 보험료를 부과하지 않아 보험료 부과 형평성 문제가 발생되었다.

이에 정부는 2001년 7월 사업 및 임대소득이 있는 직장가입자의 배우자, 노인세대 등을 지역가입자로 전환하여 보험료를 부과하였으며(56만 명), 2002년에는 연소득 500만 원을 초과하는 자유직업종사자·보험모집인 등 소득이 있는 자를 피부양자에서 제외하여 지역가입자 보험료를 부과하였다. 2005년에는 19세 미만의 미성년자에 대한 무소득 간주 규정을 폐지함으로써 소득이 있는 미성년자를 피부양자에서 제외하여 지역가입자 보험료를 부과하였다. 2006년 금융소득 4,000만 원 초과자, 2010년 피부양자 중 재산 3억 원을 초과한 형제·자매, 2011년에 재산과표 9억 원 초과자, 2013년에 연금소득 및 기타·근로소득 4,000만 원 초과자를 피부양자에서 제외함으로써 가입자 간의 형평성을 제고하기 위해 노력하였다.

또한, 2018년 7월부터는 재산과표 5억 4천만 원을 초과하면서 연소득 1천만 원 초과자, 종합과세소득 연 3,400만 원(2인 가구 기준 중위소득 수준, 2017년) 초과자가 피부양자에서

제외되었으며, 2022년 7월부터는 재산과표 3억 6천만 원을 초과하면서 연소득 1천만 원을 초과하는 사람과, 종합과세소득이 연 2,000만 원(2인 가구 기준 중위소득 60% 수준, 2017년)을 초과하는 사람이 피부양자에서 제외된다.

앞으로도 보험료 부담의 형평성 제고를 위해 다양한 전산자료의 주기적 확보 등을 통해 부적정한 피부양자를 지속적으로 관리하고 고정 소득이 있음에도 피부양자로 인정되어 보험료를 내지 않는 문제를 해결하여 당초 피부양자제도의 운영 취지에 걸맞게 운영할 계획이다.

다. 현역병 및 수형시설 수용자 건강보험적용 및 농·어민 경감 확대

현역병 등 병역의무자 및 교도소 등 수형시설 수용자의 수급권 보호와 요양기관 이용 편의 제공 및 경제적 부담 해소를 위해, 현역병 등 병역의무자 및 교도소 등 수형시설 수용자가 민간 요양기관에서 진료받을 경우 건강보험이 적용될 수 있도록 제도를 개선하였다(현역병 : '04. 4. 30. 시행, 수용자 : '06. 1. 1. 시행).

그리고 농·어촌 지역의 의료 이용의 접근성과 소득 수준이 낮은 현실을 감안하여 건강보험료를 경감하고 있던 것을, 「농어촌보건복지 증진을 위한 특별법」('04. 1. 29. 공포)에 따라 2004년 1월부터 읍·면 지역 농어민에 대하여 기존의 농어촌 경감(22%)에 농특예산(8%)을 더하여 30%를, 2005년에는 농특예산(18%)을 더하여 40%를, 2006년 1월부터는 농특예산(28%)을 더하여 50%를 지원하다가, 2015년 8월부터 농특예산이 정률 방식으로 지원됨에 따라 소득과 재산이 많은 사람이 더 많이 지원받게 되는 형평성 문제를 야기하였다. 이에 차등지원(0~28%) 방식으로 변경되어 농특예산을 더하여 최소 22%에서 최대 50%를 지원하고 있다.

라. 실업자에 대한 특례 및 휴직자 보험료 경감 적용

직장에서 2년 이상 직장가입자의 자격을 유지한 자가 지역가입자로 자격이 변경된 후 최초로 고지 받은 지역보험료가 퇴직 당시 직장보험료보다 많을 경우 가입자의 신청에 의하여 사용 관계가 종료된 때로부터 6개월까지 임의계속가입자로 인정하여, 실직자에 대한 보험료 부담을 일시적이거나 완화하는 제도를 도입하였다('07. 7. 1. 시행). 보험료는 퇴직 전 3개월간 지급받은 보수의 평균액을 기준으로 산정하고, 그 보험료의 50%를 경감해 주고 있다. 2009년 4월부터는 적용 요건을 해당 사업장에서 1년 이상 직장가입자의 자격을 유지한 자로 완화하고, 2013년 5월 3일부터 법령 개정으로 가입기간을 2년으로 연장하였다. 2018년 1월 1일부터 가입기간을

3년으로 연장하고 같은 년도 7월 1일부터 사용관계가 끝나는 날 이전 18개월 동안 동일 직장이 아니더라도 1년 이상 직장가입자의 자격을 유지한 자까지 임의계속가입을 할 수 있게 하였다.

또한, 직장가입자가 육아, 질병, 그 밖의 사유로 1개월 이상 휴직한 경우 휴직 기간에 지급받은 보수 등을 감안하여 최대 50%까지 보험료를 차등 경감(무보수 육아휴직자는 휴직 전월 정산 전 보수월액 기준으로 산정한 보험료의 60%)하여 소득이 줄어드는 가입자의 부담을 완화하고 부담의 형평성을 제고(11. 12. 1. 시행)하고 있다. 저출산 문제 해결을 위하여 2015년 4월부터는 육아휴직 시 휴직 전월 보수월액이 250만 원을 초과하는 경우에도 250만 원으로 보험료를 산정하여 육아휴직자의 보험료 부담을 완화하였고, 이를 더욱 강화하여 2019년 1월 1일부터 육아휴직자는 휴직기간 중 지급 받은 보수와 관계없이 직장가입자의 보수월액보험료 하한 금액을 적용하고 있다.

마. 미성년자의 지역보험료 납부의무 면제 및 연체금 인하

지역보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 납부하도록 되어 있어 미성년자에게도 납부의무가 있다. 그러나 사실상 부모로부터 부양을 받고 있는 미성년자에 대해서는 납부의무를 면제하여 부모가 보험료를 체납하더라도 보험급여를 받을 수 있도록 개선하였으며, 보험급여 제한이 되는 보험료 체납 횟수도 3회 이상에서 6회 이상으로 연장하여 급여제한대상을 완화하였다(’08. 9. 29. 시행).

이후, 부모가 사망하여 재산은 있더라도 소득이 없어 사실상 납부가 불가능한 미성년세대에 대해서 납부의무를 면제하고(16. 1. 1.), 재산 및 소득이 없어 납부 능력이 없는 미성년세대까지 확대하여 납부의무를 면제하고 적용례를 두어 과거 체납보험료까지 소급 적용하여 납부부담을 해소하였다(17. 4. 18. 시행). 2019년 1월부터는 연간 100만 원 이하의 소득이 있는 미성년자 까지 보험료 연대납부의무가 면제되도록 하여 부담을 더욱 완화하였다(18. 12. 24. 공포).

보험료 체납 시 부과하는 연체금을 2008년 7월에는 최대 15%(최소 5%)에서 최대 9%(최소 3%)로 인하하고, 2016년 6월부터는 연체금 일할계산제도를 시행하여 부과 기준을 합리적으로 변경(연체금 부과기준 : 월단위 → 일단위)하고 연체금 부담을 완화하였다. 또한, 2020년 1월부터는 건강보험 및 국민연금 연체금 상한을 인하(최대 9%→5%)하여 생계형 체납자의 경제적 부담을 더욱 완화할 계획이다(건강보험 ’20. 1. 15. 공포, 국민연금 ’20.1.21.공포).

바. 4대 사회보험 징수통합 시행

2011년 1월부터 4대 사회보험(건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험)의 보험료를 통합 징수함으로써 개별 사회보험공단(국민건강보험공단, 국민연금공단, 근로복지공단)에서 수행 하던 보험료 징수 업무(고지·수납·채납 업무)를 국민건강보험공단에서 일괄 처리하고 있다.

징수 업무의 단일화로 고지 방식·납부 방법에 고객의 편의성이 크게 향상되었으며, 창구일원화로 국민들이 보다 편리하게 사회보험을 처리할 수 있게 되었다.

국민건강보험공단, 국민연금공단, 근로복지공단의 중복 업무 효율화를 통하여 인건비(299억 원)와 우편비용(연간 230억 원) 등을 절감하였으며, 4대 사회보험료 수납은 무고지서, 편의점 수납, 사회보험 징수포털, 계좌이체 등(2011년 6종 → 2019년 11종) 납부자가 편리하게 선택하여 납부할 수 있도록 다양한 납부방법을 확대하고, 고지서 QR코드를 활용한 간편납부 방법을 도입(2019.3월)하여 실시간 납부가 가능하도록 가입자의 납부 편의성을 크게 향상시켰다.

한편, 징수통합 이전에 개별 관리되던 547만 개소의 징수관리대상 사업장이 통합 이후 147만 개소로 대폭 감축되어 4대 보험 채납사업장을 대상으로 보다 효율적인 징수 활동을 할 수 있게 되었다. 주요 관심사인 징수 실적은 건강보험, 국민연금, 고용보험, 산재보험 모두 통합 전보다 상승(2010년 평균 97.1% → 2011년 97.3% → 2012년 97.4% → 2013년 97.4% → 2014년 97.5% → 2015년 98.0% → 2016년 98.2% → 2017년 98.1% → 2018년 98.3% → 2019년 98.4%)하는 등 안정적으로 운영 중이다.

사. 전월세 세대 건강보험료 부담 경감

2012년 4월부터 전·월세금의 급등에 따라 건강보험료가 과도하게 상승하지 않도록 상한선(10%)을 설정하고, 상한선 이내의 전·월세금 인상인 경우에도 인상분에 대해 부채를 공제하는 방안을 시행하였다. 또한, 2012년 9월부터 전·월세 보증금에서 300만 원을 기본공제(2014년 1월부터 기본공제 500만 원)하여 전·월세 세대의 부담을 완화하였다.

전·월세금의 인상폭이 10%를 초과할 경우 그 초과분은 지역가입자의 건강보험료 산정 시 반영하지 않으며, 10% 이내의 전·월세금 인상이라 하더라도 인상분을 충당하기 위해 부채가 발생한 경우 그 부채를 공제한 후 보험료를 산정한다.

이는 저소득 취약계층의 건강보험료 부담을 완화하기 위한 조치로, 상한선 도입으로 인해 약 21만 세대의 보험료 약 31억 원, 보증금에 대한 300만 원 기초 공제로 인해 약 374만 세대의 보험료 약 155억 원이 인하되었다. 2018년 7월부터는 전·월세 기본공제가 폐지되고, 전·월세금 평가율(30%) 반영 후 재산금액별 기본공제액(500만 원~1,200만 원) 적용방식이 도입됨으로써 전·월세 세대의 부담이 큰 폭으로 완화되었다.

아. 직장가입자의 보수 외 고액 종합소득에 직장보험료 부과

2012년 9월부터 직장가입자가 보수를 제외하고 7,200만 원을 초과하는 종합소득을 보유한 경우, 그 종합소득에 직장보험료를 부과하는 방안이 시행되었다.

그동안 직장가입자는 보수(근로소득)에만 보험료가 부과되어 왔다. 그러나 직장가입자의 소득원이 다양해지면서, 보수 외 고액의 종합소득이 있는 경우에도 보수에만 보험료가 부과 되는 문제가 발생하였다. 특히, 고액 재산가가 위장취업하여 보험료 부담을 회피하거나, 고액의 임대·사업·배당소득 등을 보유하고 있는 재력가가 일반 직장인과 비슷한 수준의 보험료를 부담하는 사례가 발생하였다. 이를 해결하고 보험료 부과의 형평성을 제고하기 위해 보수 외 7,200만 원 초과 종합소득이 있는 직장가입자에게 소득월액 보험료를 부과하게 되었다.

앞으로는 보수 외에 소득이 있는 직장가입자에 대한 보험료 부과가 강화될 예정으로(2017년 4월 국민건강보험법 개정) 2018년 7월부터는 보수 외 종합소득이 연간 3,400만 원(2인 가구 기준 중위소득 수준, 2017년)을 초과하는 경우에, 2022년 7월부터는 연간 2,000만 원(2인 가구 기준 중위소득 60% 수준, 2017년)을 초과하는 경우에 보험료가 부과된다.

소득월액 보험료는 보수 외 종합소득이 7,200만 원('18. 7. 이후에는 3,400만 원)을 초과하는 경우 보수 외 종합소득에 3.06%('18. 1.~6. 3.12%, '18. 7. 이후 3,400만 원 공제 후 6.24%, '19.1.~12. 6.46%, '20.1 이후 6.67%) 보험료율을 곱하여 산정하며, 가입자가 납부 책임을 진다.

N 건강보험의 재정 안정

1. 개요

건강보험이 안정적으로 운영되기 위해서는 보험 재정의 수입과 지출이 균형을 이루어야 한다. 이는 가입자가 부담하는 적정 수준의 보험료와 국고 지원금을 포함한 수입 범위 내에서 지출이 이루어져야 함을 의미한다.

건강보험재정은 1998년 10월 이전까지는 227개의 지역의료보험조합, 1개의 공무원 및 사립 학교 교직원 의료보험관리공단, 142개의 직장의료보험조합으로 각각 운영되어 왔으나 1998년 10월 1일 국민의료보험관리공단의 출범으로 지역의료보험이 하나의 재정으로 통합되었다.

이어 2000년 7월 1일에 139개의 직장의료보험조합까지 통합됨으로써 단일 보험자인 국민 건강보험공단이 출범하게 되었으며, 보험 재정은 지역, 직장, 공무원 및 교직원별로 구분·계리하여 운영되었다.

「국민건강보험법」에 따라 2001년 1월 1일에는 직장보험재정과 공무원 및 교직원보험재정을 통합하고, 2003년 7월 1일에는 보험재정이 완전 통합되었다.

2. 재정 현황

재정 통합 이후인 2000년 1조 90억 원의 당기 적자가 발생하였고, 2001년 5월 31일 재정 안정 대책을 강력히 추진하였으나 2001년에도 2조 4,088억 원의 당기 적자가 발생하였다. 재정적자 규모가 이처럼 급격하게 증가한 원인은 수년간 누적된 적자 구조와 의약분업의 시행, 수가인상 등의 요인이 복합적으로 작용하였기 때문이다.

2002년에는 재정 안정 대책의 지속적 보완 추진을 통해 당기 적자 규모를 7,600억 원 수준으로 감소시켰으며, 2003년에는 1996년 이후 처음으로 1조 794억 원의 당기 흑자를 실현하였다.

이후 2004년에는 금융기관으로부터의 차입금을 해소하고 흑자 재정으로 전환함으로써 재정 안정 기반을 마련하였으며, 2005년에도 1조 1,788억 원의 당기 흑자를 기록하였다.

그러나 2005년부터 본격 추진된 암 등 중증질환에 대한 급여 확대를 비롯한 보장성 강화 조치와 노인인구 증가 및 의료기술의 발달 등으로 2006년도 보험급여비 지출이 전년 대비 17.7%, 2007년도에는 전년 대비 14.3% 급증하여 2006년 747억 원, 2007년 2,847억 원의 당기 적자를 기록하였다.

이러한 급격한 급여비 증가에 대응하여 실시한 지출 합리화 방안의 영향 등으로 2008년에는 급여비 증가율이 7.9%로 감소하여 당기 수지 1조 3,667억 원 흑자를 기록하였다. 그러나 2009년에는 보험료율 동결, 신종플루 영향 등으로 당기 수지 32억 원의 적자를 기록하였으며, 지속적인 급여비 지출 증가 및 경기 침체로 인한 수입 기반 둔화로 인하여 2010년에는 당기 수지 1조 2,994억 원의 적자를 기록하였다.

이에 정부는 2011년 가용 수단을 총동원한 지출 효율화 및 수입 기반 확충 등의 재정 안정 대책을 추진하여 재정 위험을 극복하고 2011년 말 당기 흑자(6,008억 원)로 전환하였다. 더불어 보건 의료미래위원회 운영('11. 4.~8.)을 통하여 중장기 지속가능성 확보를 위한 지불제도 및 약가제도 개편안 등 근본적인 제도 개선 방안을 마련하였다.

2012년에는 4월 약가 인하, 7월 영상검사수가 인하, 보수 외 7,200만 원의 초과 소득이 있는 직장가입자에 보험료 부과 등 제도 개선을 통해 3조 원의 당기 흑자(2012년 말 적립금 4조 6천억 원)를 달성하였다. 2013년에는 7개 질병군 포괄수가제 종합병원 이상 확대 적용('13. 7.), 사용량 - 약가 연동제 개선('13. 12.) 등 지출효율화를 추진하였으며, 소득(연금소득, 근로·기타소득이 연 4천만 원을 초과)이 있는 피부양자를 지역가입자로 전환하는 등의 제도 개선을 통해 수입을 확충함으로써 3조 6천억 원의 당기 흑자(2013년 말 적립금 8조 2천억 원)를 달성하였다.

2014년에는 노인급여비 증가율 둔화 등의 요인으로 보험급여비 지출 증가율이 둔화되었고, 2015년에는 메르스 영향으로 인한 급여비 감소 등으로 2017년까지 지속적으로 당기수지 흑자를 기록하였다.

2017년 8월에는 국민의 의료비 부담을 완화하기 위해 비급여의 급여화, 취약계층에 대한 의료비 부담 경감 등을 내용으로 하는 '건강보험 보장성 강화 대책('17~'22)'을 발표하였다. 2022년까지 30.6조 원의 재정을 투입해 나갈 계획이며 적정 수준의 보험료율 인상, 정부지원의 확대, 보험료 수입기반의 확충, 불필요한 재정 지출의 효율화, 적립금 일부를 활용하여 재원을 충당해 나가는 것을 주요 골자로 한다.

2019년 5월에는 ‘국민중심, 가치 기반, 지속가능성, 혁신 지향’의 4대 핵심 가치를 기반으로 ‘제1차 국민건강보험 종합계획’을 발표하여, 건강보험 보장성 강화 과제를 차질 없이 이행하면서 환자 중심의 통합적인 의료제공 체계 구축을 지원하고 건강보험 재정을 안정적으로 운영하는 제도적 기반을 마련하였다. 당초 보장성 강화 대책 발표 시 계획한 과거 10년간 평균 인상률(’07.~’16.간 연평균 3.2%) 수준에서 보험료를 인상을 관리하여 2023년 이후에도 약 10조 원 이상의 적립금 규모를 지속 유지하는 등 재원 확보를 위해 다양한 지출 관리 방안을 병행하여 국민 부담이 더 증대되지 않도록 노력할 예정이다.

[표 2-7-18] 연도별 건강보험 재정 현황

(단위 : 억 원)

구 분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
수입(A)	311,817	335,605	379,774	418,192	451,733	485,024	524,009	557,195	579,990	621,159	680,643
지출(B)	311,849	348,599	373,766	388,035	415,287	439,155	482,281	526,339	572,913	622,937	708,886
당기 수지	△32	△12,994	6,008	30,157	36,446	45,869	41,728	30,856	7,077	△1,778	△28,243
수지율(B/A)	100.0	103.9	98.4	92.8	91.9	90.5	92.0	94.5	98.8	100.3	104.1
누적 적립금	22,586	9,592	15,600	45,757	82,203	128,072	169,800	200,656	207,733	205,955	177,712

주 : 자금 수지 기준

3. 건강보험 국고 지원

건강보험에 대한 국고 지원은 1988년 지역의료보험 도입 당시에는 직장가입자와 달리 사용자가 별도로 존재하지 않는 지역가입자 보험료의 1/2을 지원한다는 취지에서 출발하였다. 이러한 이유로 2006년 말 「국민건강보험법」 개정 이전까지 ‘지역 재정에 대한 일정률 지원’ 방식을 유지하였다.

1998년 10월 의료보험통합 이전에는 보험급여비와 관리운영비의 일부를 조합별로 지원 하였으며, 2002년에는 「국민건강보험재정건전화특별법」 제정으로 지역가입자에 대한 보험 급여 비용과 지역가입자의 건강보험사업에 대한 운영비의 40%로 법제화하였다. 또한, 2002년 부터 건강증진기금에서 나머지 10%를 지원하면서 지역 재정에 대한 1/2 지원의 취지를 명확히 하였다. 이후 2005년에는 지원율이 국고 35%, 건강증진기금 15%로 조정되었다.

한시법이었던 「국민건강보험재정건전화특별법」이 2006년 말 만료됨에 따라 관계부처 협의 등을 거쳐 2007년도부터는 2011년까지 한시적으로 해당 연도 보험료 예상 수입액의 14%에

상당하는 금액을 국고에서, 6%에 상당하는 금액(단, 담배부담금 예상 수입액의 65% 상한)을 국민건강증진기금에서 지원하도록 「국민건강보험법」, 「국민건강증진법」을 개정(06. 12. 30.)하였다.

동 개정으로 국고 지원액은 기존의 가입자의 급여비와 운영비 지원 이외에 취약계층에 대한 보험료 경감에 사용하도록 하여 의료사각지대를 해소하는 데 기여하였고, 국민건강증진 기금 지원액 역시 기존의 노인급여비 이외에 흡연으로 인한 질병의 급여비 및 건강검진 등 건강증진 사업에 사용하도록 하여 기금의 설치 목적에 부합하도록 개선하였다.

또한, 2011년 한시 조항 만료 이후 건강보험에 대한 국고 지원 지속을 위하여 2016년까지 현행의 지원 방식으로 국고 지원을 지속한다는 내용의 관련 법안을 개정(11. 12. 29.)하였다. 국고 지원 방식 개편을 위한 시간 확보를 위하여 현행 지원 방식의 유효기간을 2017년까지 1년 연장(16. 3. 22.)하였고 관계 부처 협의 및 국회 논의를 거쳐 유효기간을 2022년까지 연장하는 내용으로 국민건강보험법을 개정(17. 4. 18.)하였다.

|표 2-7-19| 연도별 국고 지원 현황

(단위 : 억 원)

구 분		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
지원 기준	보험료 수입	259,352	281,650	323,995	358,535	386,117	412,404	440,476	473,065	500,099	536,415	587,428
지원 금액	일반 회계	36,566	37,984	40,794	43,434	48,086	53,030	55,789	52,060	48,828	52,001	59,721
	담배 부담금	10,262	10,630	9,567	10,072	9,986	10,191	15,185	18,914	19,011	18,801	18,802

주 : 1) 지원 방식 : 2007년부터 보험료 수입에 연동

2) 국고 지원액 : 일반회계 : 당해 연도 보험료 예상 수입의 14%(2009년부터 과징금 50% 추가 지원)
담배부담금 : 당해 연도 보험료 예상 수입의 6%. 단, 부담금 예상 수입의 65% 이내

4. 향후 계획

급속한 고령화에 따른 노인성 질환자 증가, 질병구조 변화에 따른 만성질환자 증가 및 신의료 기술 발달 등 보건의료환경이 변화하면서 건강보험급여비 지출이 지속적으로 증가하는 추세이다.

이러한 급격한 급여비 증가에 대응하여 정부는 수가 구조 합리화, 본인부담률 조정, 약제비 절감, 재정 누수 차단, 운영비 절감 등의 지출 효율화 대책과 부과체계 개선 등을 통한 수입 확충 대책을 지속적으로 추진하였다. 이러한 노력의 결과로 2011년부터 최근 7년간 연속 당기 흑자 기조를 유지하고 있으며, 2017년에는 7,077억 원의 당기 흑자로 누적 재정 수지가 약 20조 원에 달하였다.

그러나 이러한 건강보험재정의 흑자에도 불구하고 고령화로 인한 노인인구 증가, 신의료 기술의 발달, 보장성 강화 등에 따른 지속적인 급여비 지출 증가로 인하여 2018년에는 당기 수지가 1,778억 원 적자로 돌아섰으며, 2019년에도 만성·중증질환 환자 증가, 신규 보험급여 확대 등에 따른 요양급여비 증가 및 20·30세대 건강검진 확대에 따른 검진비 증가 등으로 인해 당기 수지 2조 8,243억 원 적자를 기록하였다.

이에, 정부는 건강보험재정 안정을 위하여 지불 제도 개편, 약가 제도 개선 및 재원 조달 방안, 부과체계 개선 방안 등 근본적인 제도 개선 방안 마련과 더불어 국민, 의약계, 정부 및 보험자의 공동 노력과 사회적 합의를 통하여 건강보험제도의 지속가능성을 확보해 나갈 계획이다.

V 건강보험 관리조직 운영

1. 국민건강보험공단

우리나라 건강보험(의료보험)제도는 1977년 7월 1일 500인 이상의 사업장을 대상으로 시작된 이래, 1989년 전 국민 의료보험 시행과 2000년 7월 조직 통합을 거쳐 오늘에 이르기까지 우리나라 사회보장의 근간을 이루는 핵심 제도로 성장하였다.

제도 시행 초기 관리조직은 여러 보험자로 운영된 이래 두 차례의 통합 과정을 거쳐 2000년 7월 1일 국민건강보험공단이 설립되어 전 국민의 평생 건강을 책임지는 건강 보장 기관으로 성장하였다.

국민건강보험공단은 「국민건강보험법」 제14조의 규정에서 정한 가입자 및 피부양자의 자격 관리, 보험료의 부과·징수, 보험급여 비용의 지급 및 사후 관리, 건강증진 및 예방사업, 건강보험에 관한 교육 훈련 및 홍보와 조사 연구·국제 협력, 기타 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무를 수행하고 있다.

공단은 심의·의결 기구로서 이사회와 재정운영위원회를 두고 있다. 이사회는 공단의 사업 운영 계획, 예산·결산 등 주요 사항을 심의·의결하며 이사장을 포함한 15명으로 구성되어 있다. 이사장은 보건복지부장관의 제청에 의하여 대통령이 임명하며, 비상임이사는 노동조합·사용자단체·시민단체·소비자단체·농어업인단체 및 노인단체가 각 1명씩 추천한 자 6명과 관계 공무원 3명을 보건복지부장관이 임명하며, 상임이사 5명은 이사장이 임명한다. 상임감사는 이사회에 출석하여 발언할 수 있다.

공단의 보험 재정과 관련된 사항을 결정하기 위해 공단에 재정운영위원회를 설치하여 요양급여비용의 계약 체결, 직장가입자의 보수월액 산정 방법 및 지역가입자의 보험료 부과 점수 산정 방법, 보험료 등의 결손 처분 등 보험 재정과 관련된 주요 사항을 심의·의결하고 있다.

다만, 요양급여 기준 및 보험료 등에 관한 사항은 건강보험정책심의위원회에서 심의·의결하고 있다. 재정운영위원은 직장가입자를 대표하는 위원 10명, 지역가입자를 대표하는 위원 10명, 공익을 대표하는 위원 10명으로 구성되어 있으며, 위원장은 공익을 대표하는 위원 중에서 호선한다.

2008년 7월 1일부터 시행된 장기요양보험사업의 보험자인 공단은 「노인장기요양 보험법」 제48조에 의하여 장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자의 자격 관리, 장기요양보험료의 부과·징수, 신청인에 대한 조사, 등급판정위원회의 운영 및 장기요양 등급 판정, 장기요양 인정서의 작성 및 표준장기요양 이용계획서의 제공, 장기요양급여의 관리 및 평가 등과 그 밖의 장기요양사업과 관련하여 보건복지부장관이 위탁한 업무를 수행하고 있다.

2011년 1월부터 국민건강보험공단은 「국민연금법」, 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료 징수 등에 관한 법률」, 「임금채권보장법」 및 「석면피해구제법」에 따라 국민연금공단, 근로복지공단에서 각각 수행하던 사회보험 징수 업무 등을 위탁받아 건강보험료·연금보험료·고용산재보험료의 고지, 수납 및 체납 관리 업무를 수행하고 있다.

국민건강보험공단은 2020년 1월 기준으로 정원 1만 4,549명(업무지원직: 797명 미포함)이며, 본부와 6개 지역 본부(서울강원, 부산경남, 대구경북, 호남제주, 대전충청, 인천경기), 178개 지사 및 54개 출장소를 두고 업무를 수행하고 있다.

2. 건강보험심사평가원

1999년 건강보험 진료비 심사 기능을 보험자로부터 독립된 기구로 설립하도록 하는 「국민건강보험법」이 제정되어, 2000년 7월 1일 건강보험심사평가원이 출범하게 되었다.

건강보험심사평가원은 「국민건강보험법」 제63조의 규정에서 정한 요양급여비용 심사 및 요양급여 적정성 평가, 심사 및 평가 기준 개발, 환자분류체계의 개발·관리, 다른 법률에 의해 위탁받은 진료비의 심사·평가, 요양급여 대상 여부의 확인, 기타 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무 등을 수행하고 있다.

건강보험심사평가원은 진료비 심사를 통해 요양기관의 적정한 비용 청구 질서를 확립하고 건강보험 재정의 누수와 국민의 과도한 의료비 부담을 덜어 주고 있다. 또한, 요양기관이 제공하는 요양급여의 내용과 적정성을 평가하여 요양급여의 수요자인 국민을 경제적·의학적 측면에서 총체적으로 보호하고 있다.

아울러, 의료급여비용, 국가보훈대상자 진료비, 소외계층 무료진료비, 응급진료비, 자동차보험 진료비 등 건강보험이 아닌 타 법령 규정에 따른 진료 비용에 대해서도 심사 및 평가를 위탁 수행하고 있다.

건강보험심사평가원의 사업 계획·예산 등 주요 사항을 심의·의결하기 위해 원장을 포함한 15명으로 구성된 이사회를 두고 있다. 원장은 대통령이 임명하며, 이사회는 상임이사 3명, 각 의약 관계 단체 추천자 5명, 국민건강보험공단 추천자 1명, 노동조합·사용자단체·농어업인 단체 및 소비자단체 추천자 각 1명, 관계 공무원 1명으로 구성한다. 이 중 상임이사(3명)는 원장이 임명하고 비상임이사(11명)는 보건복지부장관이 임명한다. 또한, 회계 및 업무 집행과 자산 상황을 감사하기 위하여 대통령이 임명하는 상임감사 1명을 두고 있으며, 감사는 이사회에 출석하여 발언할 수 있다.

건강보험심사평가원 업무의 효율적 수행을 위하여 「국민건강보험법」 제66조에 의거 진료심사평가위원회를 두고 심사 및 평가 기준 개발, 심사·평가 관련 사항을 심의하고 있다. 진료심사평가위원회는 1,090명 이내(상근 90명, 비상근 1,000명)의 위원으로 구성되어 있다.

건강보험심사평가원은 2019년 말 기준으로 정원 3,653명이며 본원과 10개 지원(서울, 부산, 대구, 광주, 대전, 수원, 창원, 의정부, 전주, 인천)을 두고 업무를 수행하고 있다.

제2절 건강보험 급여 체계

I 건강보험 보장성 확대 추진

「국민건강보험법」 시행과 관련하여 2000년 7월 1일부터 2018년 12월까지 달라진 건강보험 보장성 확대 관련 주요 내용은 다음과 같다.

1. 본인부담상한제 실시

건강보험제도가 실시됨으로써 가입자가 입원치료를 받으면 진료비의 20%를, 외래진료의 경우는 비용의 30~60%를 그리고 약제비는 30%만 본인이 부담하면 된다. 또한, 보험이 적용되는 진료비 중 본인이 내는 부담금이 30일간 120만 원을 초과하는 경우에는 초과 금액의 50%를 사후에 환급해 주는 본인부담액 보상금 제도를 따로 운영하였다.

그러나 이러한 정도의 급여수준이 고액·중증질환자에 대한 보상으로는 다소 미흡하다고 볼 수 있어 정부는 이들의 과중한 진료비 부담을 덜어주어 가계 파탄을 미리 방지하고 건강보험의 보장성을 강화하기 위해 2004년 7월부터 6개월간 본인이 부담하는 진료 비용이 300만 원을 초과하는 부분에 대하여 건강보험공단이 내 주는 본인부담상한제도를 실시하게 되었다. 이후 2007년 7월부터는 상한액을 200만 원으로 낮추고 정책 효과가 감소된 본인부담액 보상금제도는 폐지하였다.

하지만 그동안 시행되어 온 본인부담상한제도가 소득 수준에 대한 고려 없이 일률적으로 적용되면서 저소득층은 고소득층에 비해 상대적으로 경감 효과가 적었다. 이에 부담 능력이 취약한 저소득 계층의 의료비를 경감하기 위하여 2009년 1월부터 보험료 부과 수준에 따라 하위 50% 200만 원, 중위 30% 300만 원, 상위 20% 400만 원으로 연간 본인부담상한액을 차등화하였다. 2014년 1월 1일부터는 3단계(200/300/400만 원)였던 구간을 7단계로 세분화(120/150/200/250/300/400/500만 원)하여 저소득층의 상한액은 200만 원에서 120만 원으로 낮추고, 고소득자의 상한액은 400만 원에서 500만 원으로 높아지도록 제도를 개선하였다.

✎ 집필자 | 보험정책과장 진영주, 보험급여과장 이종규, 예비급여과장 성창현, 의료보장관리과장 공인식

또한, 매년 본인부담상한액에 전국 소비자물가지수 변동률을 적용(최대 5%까지)하여 상한액이 변동되도록 하였다.

그 결과, 소득 수준이 낮을수록 환급 대상자 및 환급액이 전년 대비 대체로 증가한 것을 확인하였다. 따라서 2014년 상한제 개선을 통해 중·저소득층의 의료비 혜택이 증가하였음을 알 수 있다.

[표 2-7-20] 2014년 상한제 적용 결과

(단위: 명, 억 원)

분 위	대상자			환급액		
	2013	2014	증감	2013	2014	증감
계	316,967 (100%)	479,312 (100%)	162,345 (51.2)	6,774 (100%)	8,706 (100%)	1,932 (28.5)
1분위 (120만 원)	39,620 (13%)	101,882 (21%)	62,262 (157.1)	811 (12%)	1,427 (16%)	616 (76.0)
2~3분위 (150만 원)	59,205 (19%)	112,111 (24%)	52,906 (89.4)	1,050 (16%)	1,568 (18%)	518 (49.3)
4~5분위 (200만 원)	76,637 (24%)	90,262 (19%)	13,625 (17.8)	1,385 (20%)	1,626 (19%)	241 (17.4)
6~7분위 (250만 원)	47,687 (15%)	77,401 (16%)	29,714 (62.3)	1,128 (17%)	1,644 (19%)	516 (45.7)
8분위 (300만 원)	29,838 (9%)	34,324 (7%)	4,486 (15.0)	724 (11%)	829 (10%)	105 (14.5)
9분위 (400만 원)	26,922 (8%)	30,296 (6%)	3,374 (12.5)	691 (10%)	799 (9%)	108 (15.6)
10분위 (500만 원)	37,058 (12%)	33,036 (7%)	△4,022 (△10.9)	985 (14%)	813 (9%)	△172 (△17.5)

그럼에도 여전히, 저소득층의 상한액은 소득수준에 비해 높다는 지적이 있어 2017년 8월 건강보험 보장성 강화대책에 따라 소득하위 50%의 상한액을 연간 소득의 10% 수준으로 인하하였다. 그 결과 2018년 상한액은 1분위 122만 원에서 80만 원, 2~3분위 153만 원에서 100만 원, 4~5분위 205만 원에서 150만 원으로 각각 인하되었다. 다만, 요양병원의 경우, 사회적 입원에 대한 대책 차원에서 입원 일수가 120일 이하면 2018년에 인화된 상한액을 적용하지만, 120일을 초과하여 장기 입원한 경우 현행 상한액을 적용하였다.

본인부담상한액 초과금 1인당 평균 환급액('17년 5분위이하 161만 원, 6분위이상 253만 원)은 소득 상·하 분위간 차이가 크게 나타남에 따라, 형평성 보완을 위해 2019년에 소득 6분위 이상의 본인부담상한액을 가입자 연소득의 10% 수준으로 조정하였다. 그 결과 2019년 상한액은 6~7분위 260만 원에서 280만 원, 8분위 313만 원에서 350만 원, 9분위 418만 원에서 430만 원, 10분위 523만 원에서 580만 원으로 각각 인상되었다.

본인부담상한제도는 적용 시기에 따라 사전 급여와 사후 환급의 두 가지 방법으로 운영되고 있다.

사전 급여는 가입자나 피부양자가 연간(1. 1.~12. 31.) 같은 요양기관에서 진료를 받고 본인 부담액 총액이 본인부담상한액의 최고 금액(이하 '최고 상한액', 2019년 기준 580만 원)을 넘는 경우, 진료비 수납 단계에서 상한제를 적용받아 진료를 받은 사람은 최고 상한액까지만 부담하고 나머지 초과액은 요양기관이 공단에 청구하여 지급받는 방식이다.

사후 환급은 연간 본인부담 총액이 개인별 상한액을 초과한 경우 그 초과액은 공단이 가입자에게 현금으로 지급하는 방식이다. 진료받은 다음 해 8월~9월 경, 개인별 상한액이 결정되기 전에는 최고 상한액 초과액을 먼저 지급하고, 개인별 상한액이 결정되면 개인별 상한액과 최고 상한액의 차액을 정산 지급한다.

진료비의 범위에는 입원진료비 외에도 외래진료비, 약제비가 포함된다. 다만 선별 급여, 치과 임플란트, 비급여항목과 보험료 체납, 다른 법령에 의한 보상 등의 이유로 급여가 제한되는 경우는 대상에서 제외된다. 앞으로 비급여항목을 단계적으로 급여항목으로 전환하고, 소득에 비례한 본인부담상한액 설정으로 저소득층의 의료비 부담을 완화하여 본인부담상한제도가 실질적 의료 안전망으로 작동할 수 있도록 개선할 계획이다.

2. 본인부담금 경감 대상 확대

가. 노인 본인부담금 경감

정부에서는 노인인구의 진료비 부담을 경감하기 위해서 1995년 12월부터 70세 이상의 노인이 간단한 질병으로 의원, 치과의원 또는 한의원을 방문하여 진료비가 기준 금액 이하인 경우

본인부담금을 경감하였으며, 2000년 7월부터는 그 대상을 70세 이상에서 65세 이상으로 확대하고, 2001년 7월부터는 기준금액을 인상한 바 있다.

또한, 기준금액 이상인 경우 본인부담이 급증하는 문제를 해결하기 위해 2018년 1월부터 기준금액을 초과하는 경우 점진적으로 본인부담이 증가하는 정률 구간을 마련하는 개선을 추진하였다. 이에 의원을 기준으로 기준금액이 1만 5,000원 이하인 경우 1,500원 부담, 1만 5,000원 초과 2만 원 이하인 경우 총진료비의 10% 부담, 2만 원 초과 2만 5,000원 이하인 경우 20% 부담, 2만 5,000원을 초과하는 경우에는 일반 성인과 동일한 30%를 본인이 부담하면 된다.

나. 희귀·난치성질환자 본인일부부담금 산정특례

생존 기간 동안 지속적인 약제 투여 및 치료가 필요한 환자 중 다른 질환에 비해 평균 진료비가 높고, 정상적인 사회생활을 유지하기 어려운 희귀·난치성질환자에게 입원 및 외래진료 비용 총액의 10%에 해당하는 금액만을 본인이 부담하도록 하여 일반 환자가 의원급 30%, 병원급 40%, 종합병원급 50%, 상급 종합병원급 60%를 부담하는 데 비해 경제적 부담을 크게 덜어 주고 있다.

연차적으로 그 대상자를 확대하여 2003년까지는 만성신부전증, 혈우병 등 12개 질환이었으나 2004년 암 및 62개 희귀·난치성질환으로 확대하였다. 이어 2005년에는 정신질환 등 26개 질환, 2006년 발작성 야간혈색뇨증 등 9개 질환, 2007년 다제내성 결핵 등 15개 질환, 2008년 용혈성요독증후군 등 19개 질환, 2009년 지중해 빈혈 등 18개 질환, 2014년 항인지질증후군, 바터증후군 등 25개 질환, 2015년 팔로네증후군 등 선천성 심장질환 12개 질환, 2016년 알스트롬 증후군 등 41개 극희귀질환을 포함하여 48개 질환을 확대하여 164개(특정코드(v코드) 기준) 질환군의 입원과 외래진료비의 본인일부부담금을 경감하고 있다.

2009년부터 희귀·난치 산정특례 등록제가 시행되면서 희귀·난치 산정특례 대상자의 경우, 건강보험 희귀·난치 산정특례 질환에 대한 의사의 확인을 받은 후 건강보험공단 지사 혹은 진료를 받은 병원에서 산정특례 등록을 할 수 있다. 등록일로부터 5년이 경과하여 산정특례 혜택이 종료된 환자의 경우에는 2014년 10월 마련된 희귀·난치질환 재등록 기준에 따라 재등록을 신청하는 경우 등록일로부터 5년간 동일한 본인경감 혜택을 받을 수 있도록 하여 치료에 따른 경제적 부담을 지속적으로 덜 수 있게 하였다.

또한, 2016년 3월부터 산정특례가 필요함에도 불구하고 질병코드가 없거나 진단이 불분명하여 특례에서 제외되었던 극희귀질환 및 병명을 확정하지 못한 상세불명 희귀질환에 대하여 사전에 승인된 별도 요양기관을 통한 특례등록 절차를 마련하여 산정특례 사각지대를 해소하였다.

2017년 6월부터는 중증보통건선, 약물난치성 뇌전증 등 3개 중증난치질환 및 하다드증후군, 모왓-윌슨 증후군 등 23개 극희귀질환에 대한 산정특례 대상 질환을 확대하였으며, 10월부터는 중증치매질환(26개)에 대한 산정특례 적용으로 치매의료비를 경감하였다.

다. 암 등 고액 중증질환자 본인일부부담금 산정특례

정부는 건강보험의 보장성을 획기적으로 강화하기 위한 대책을 수립하고, 주요 추진 전략으로 진료비 등이 막대하게 소요되는 고액의 중증질환에 대한 건강보험의 지원을 대폭 확대하기로 하였다.

이에 따라, 집중 지원 질환으로 암질환 및 심장·뇌혈관질환을 선정하고, 2005년 9월부터 심장·뇌혈관질환으로 입원하여 수술을 받은 경우 1회 수술 당 최대 30일까지 요양급여비용 총액의 10%를 본인 일부 부담하게 하였고, 2010년 1월부터는 5%로 인하하였다. 또한, 암환자의 경우에도 2005년 9월부터 본인 부담률을 10%로 적용해오다가 2009년 12월부터 5%로 인하하였다. 다만, 암환자의 경우에는 국민건강보험공단에 등록하여야 본인부담 경감 혜택을 받을 수 있다. 이와 함께 2011년에는 항암제, 양성자치료, 최신 암수술 및 당뇨 치료제의 보험급여를 확대했다. 2015년 2월부터는 심장·뇌혈관질환으로 입원한 환자뿐만 아니라 외래로 수술이나 약제 투여를 받는 경우도 산정특례를 적용하였다. 또한, 수술이나 약제 투여가 불가능한 급성기 중증뇌출혈환자까지 산정특례 대상자로 확대하였다.

또한, 중증화상환자의 진료비 부담 경감을 위하여 2010년 7월 1일부터 중증질환자 산정특례 대상에 포함하였다. 외래 또는 입원진료 시 요양급여 비용 총액의 5%만 본인이 부담하고, 중증화상환자로 국민건강보험공단에 등록한 날로부터 1년간 적용되며 등록 기간 종료 후에도 진료담당의사의 의학적 판단에 따라 6개월 연장할 수 있다.

2013년 10월부터는 4대 중증질환 환자(암, 심혈관, 뇌혈관, 희귀·난치질환)에 대하여는 비급여인 초음파검사를 건강보험 급여로 적용하여 4대 중증질환 환자의 의료비 부담을 완화하였다.

2016년 1월부터는 「응급의료에 관한 법률」에 따라 설치된 권역외상센터에 입원하여 진료를 받는 중증외상환자에 대해 최대 30일 범위에서 산정특례를 인정하여 중증외상환자의 의료비 부담을 완화하였다.

라. 아동 의료비 본인부담 완화

그간 아동의 건강에 대한 사회적 지원 여건 조성을 통해 출산 장려 문화를 유도하고 아동 의료비 등에 대한 가계 부담을 경감하기 위해 2005년 조산아 입원 본인부담 면제, 2006년 6세 미만 어린이 입원 본인부담을 면제하고, 2007년에는 6세 미만 어린이 외래진료 본인부담액 경감(통상적인 본인부담의 70% 부담)하였다. 한편, 2008년 합리적인 의료이용을 위해 6세 미만 어린이 입원 본인부담을 다시 10%로 조정하였다. 또한, 2017년 조산아와 저체중 출생아 외래본인부담률 10% 경감(출생일로부터 3년이 되는 날까지의 외래진료) 등의 정책을 시행해 왔다.

더 나아가, 미래의 희망인 아동들이 진료비 걱정 없이 적절한 치료를 받고 건강하게 자랄 수 있도록 의료비 부담의 추가적인 경감 필요성이 국내에서 대두되었으며, 주요 선진국에서도 아동, 특히 중증환자에 대해서는 진료비 부담이 거의 발생하지 않도록 제도를 운영 중에 있으므로 이와 같은 대내외 여건을 고려하여 아동 의료비 보장을 강화하기로 하였다. 이에 따라, 「국민건강보험법 시행령」을 개정하여 2017년 10월부터 15세 이하 아동 입원진료비 본인부담(건강보험)이 10~20%에서 5%로 완화되었고, 2019년 1월부터는 1세 미만 아동 외래진료비 본인부담(건강보험)을 21~42%에서 5~20%로 경감되었다.

또한, 충치예방효과가 큰 치아홈메우기는 2009년 만 6세~14세 이하를 대상으로 제1대구치에 건강보험 적용을 시행하였다. 이후 2010년에 만 14세 이하로, 2012년에 제1, 2대구치로 건강보험 급여대상을 확대하였다. 2017년 11월부터는 적용연령을 만 18세 이하로 확대하고 본인부담률을 현행 30~60%에서 10%로 대폭 인하하였다. 충치 치료를 위한 광중합형 복합레진 충전의 경우, 다수 국민이 이용 중에 있으나, 건강보험이 적용되지 않아 의료비 부담으로 작용함에 따라 아동 구강건강 증진과 의료비 부담 경감을 위해 2019년 1월에 우선 12세이하 아동 영구치 전체 치아의 치아우식증(충치)에 대해 광중합형 복합레진 충전을 건강보험 급여로 적용하여 시행하였다.

3. 임신·출산에 대한 건강보험급여

「국민의료보험법」에서는 질병, 부상, 사망에 대해서만 보험급여를 하도록 규정하고 있어서 산전 진찰 등 예방 진료에 대해서는 보험급여가 불가능하였다. 그러나 1999년 2월 8일 제정(00. 1. 1. 시행)된 「국민건강보험법」에서는 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여가 가능하도록 확대하였다.

다만, 모든 예방 진료에 대한 보험급여의 전면적인 확대는 현행 보험 재정 여건상 어려움이 많아 그동안 보험급여의 필요성이 꾸준히 제기되었던 태아와 산모에 대한 ‘산전 진찰’에 대하여 우선적으로 「국민건강보험법」 시행과 동시에 보험급여를 실시하여 출산친화적 환경이 조성될 수 있도록 하였다.

따라서 진찰, 검사 등 보험급여가 되는 의료행위와 약제를 산전 진찰을 목적으로 사용하였을 때에는 과거에는 일반수가로 산정한 진료비를 전액 본인이 부담하였으나 2000년 7월 1일부터는 건강보험 요양급여비용으로 산정한 진료비의 일부를 본인이 부담하면 된다.

또한, 출산장려정책의 일환으로 2004년 12월 1일부터는 풍진검사와 선천성기형아검사에 대한 보험급여를 실시하였고, 2005년 1월부터는 자연분만을 유도하고 출산을 장려하기 위해 자연분만에 드는 본인부담 전액을 면제하였으며, 2016년 7월에는 제왕절개 분만 시 본인부담을 5%로 인하하였다.

이와 더불어 초음파검사 등 임신 기간 중 산전 진찰에 필요한 검사에 소요되는 비용에 대한 본인부담 경감을 위해 2008년 12월 15일부터 전자바우처 형태(고운맘 카드)의 부가 급여로 임신부에게 1인당 20만 원씩 지원하였으며, 2010년 4월부터는 지원 금액을 1인당 30만 원, 2011년 4월부터는 1인당 40만 원, 2012년 4월부터는 50만 원, 2019년 1월부터는 60만 원으로 확대하였으며, 2012년 7월부터 다태아 임신부에게는 70만 원을 지원, 2017년 1월부터는 90만 원, 2019년 1월부터는 100만 원으로 확대하였다. 한편, 2016년 7월부터는 임신·출산에 관련된 진료를 받기 어려운 분만취약지의 경우 20만 원을 추가 지원할 수 있도록 하였으며, 2017년 9월 19일부터는 임신 중 신청하지 못한 출산(유산포함) 임신부도 지원금을 신청할 수 있도록 개선하였다.

2015년 5월 바우처 통합카드인 국민행복카드를 출시하고 사업별로 발급되는 바우처카드를 단계적으로 통합하여 하나의 카드로 서비스를 이용할 수 있도록 개선하여 2015년 5월 1일부터 기존의 고운맘카드가 국민행복카드로 통합되었다. 또한, 방문 신청만 가능하던 바우처카드 발급을 임신부의 편의성 등을 고려하여 요양기관에서 임신 확인 정보를 국민건강보험공단 요양기관 정보마당(medi.nhis.or.kr)에 입력한 경우, 임신부가 카드사 홈페이지 또는 카드사로 신청 가능하도록 개선하였다.

2016년 10월부터는 임신·출산과 관련된 비급여 진료비 중 가장 비중이 큰 산전초음파에 대해 적정 횟수(7회)를 정하고 건강보험을 적용하여 임신부의 의료비 부담을 완화하였다.

2017년 10월부터는 난임치료 시술 과정을 표준화하고, 정자·난자 채취 및 처리부터 배아이식, 해동 등 필수적인 시술은 건강보험을 적용(본인부담률 30%)하였으며, 2019년 7월부터는 여성 연령(만45세)의 제한을 폐지하고, 급여적용 횟수를 추가 적용(본인부담률 50%)하는 등 난임 부부의 건강보험 적용을 확대하였다.

4. 장애인보조기기 보험급여 대상 확대

장애인이 일상생활을 영위하는 데 도움을 주는 보조기기인 의지·보조기, 보청기, 수동휠체어, 전동보조기기(전동휠체어, 전동스쿠터), 자세보조용구 등 25종 87품목 및 전동보조기기 전지 1품목을 포함한 총 88품목의 보조기기에 대해서 기존 금액 범위 내 구입 금액의 90%(차상위 본인부담 경감 대상자는 100%)까지 보험급여를 실시하고 있다.

지원절차는 각 보조기기별 용도와 내구 연한에 맞도록 의사의 처방을 받아 장애인이 보조기기를 구입하고 검수를 받은 다음 처방전, 보조기기검수확인서, 세금계산서 등 관련 서류를 첨부한 청구서를 국민건강보험공단에 제출하면 된다. 2005년에는 전동휠체어, 전동스쿠터, 정형외과용 구두 등의 보조기기 보험급여품목을 추가하였고, 2018년 7월에는 일반형 수동휠체어만을 보험급여의 대상이 되는 장애인보조기기로 인정하던 것을 활동형·틸팅형·리클라이닝형 수동휠체어도 장애인보조기기로 인정하여 지원품목을 확대하고, 58종에 대한 기준 금액을 평균 36.6% 인상하여 보조기기 급여대상을 크게 확대하였다.

그러나 일부 보조기기 업체 등의 허위·부당 청구 사례가 나타나는 등 건강보험 재정 누수를 바로 잡기 위해 2008년에는 처방 및 검수의사의 자격을 제한하고 고가 장비인 전동휠체어와 전동스쿠터의 처방기준을 세분화하였으며, 2011년 12월에는 전동휠체어와 전동스쿠터의 적정 가격을 평가하여 고시하는 ‘전동보조기기 가격고시제’를 도입하는 한편, 2019년 1월부터는 보청기 구입후 1개월간의 피팅과정을 거친후 청력개선효과를 확인하는 검수절차를 거쳐 지급 청구 할 수 있도록 함으로써 부정수급을 방지하고 장애인에게 양질의 보조기기를 제공하기 위하여 관련 제도를 개선하였다.

2010년 9월에는 장애인 등록 전 6개월 이내에 구입한 보조기기(전동보조기기 제외)에 대해서도 소급해서 보험급여를 적용받을 수 있도록 하였으며, 2010년 12월 15일부터는 구입 후 보험급여를 받은 지 1년 6개월이 경과한 전동휠체어와 전동스쿠터의 소모품(전지)에 대해서도 급여를 확대하였다. 2013년 10월 1일부터는 전동보조기기 전지의 지급에 있어 내구연한 내 지급 규정 폐지 및 자세보조용구의 급여를 실시하여 장애인에 대한 건강보험 보장성을 강화하였다.

2015년 7월부터 장애인보조기기에 대한 공단부담을 80%에서 90%로 확대(차상위 본인부담 경감 대상자는 85%에서 100%)하고, 2015년 11월 15일에는 욕창예방 방석, 욕창예방 매트리스, 이동식 전동리프트, 전·후방보행보조차를 보조기기 보험급여 품목으로 추가하는 한편, 2018년 7월에는 지체 및 뇌병변 장애인을 지원대상으로 포함하였고, 의안, 보청기 등 5종에 대한 기준금액을 평균 214% 인상하여 장애인보조기기에 대한 보장을 크게 강화하였다. 15세 미만 아동에 대하여는 보청기 양측 급여를 실시하는 한편 수동휠체어 지급 대상을 심장장애인 및 호흡기장애인 까지 확대하였다.

2019년 7월에는 장애등급제 폐지에 맞추어 종전 장애등급 3급에 해당하는 뇌병변·지체 장애인도 자세보조용구, 욕창예방매트리스 및 이동식 전동리프트 급여를 받을 수 있도록 급여 대상자를 확대하였다. 또한, 2019년 10월에는 저시력 보조안경의 내구연한을 5년에서 3년으로 단축하고 흰지팡이의 급여 기준금액을 인상하는 등 시각장애인용 보조기기의 급여기준을 개선하였다.

5. 노인틀니, 치과 임플란트 급여화

노인틀니는 노인의 건강 유지 및 비용 부담으로 인하여 지속적으로 급여 적용의 필요성이 제기되었으며, 그간 이루어진 건강보험 보장성 확대를 위한 우선순위 조사에서도 대표적인 우선순위 항목으로 꼽혀왔다.

이에 따라, 정부는 75세 이상 노인에게 틀니를 급여화하기로 하고, 2012년 7월부터 레진상 완전틀니에 대한 급여 적용을 시행하였다. 환자 본인 부담률을 50% 적용하였으며, 틀니제작 기간 동안 음식물 섭취나 대외 활동에 어려움이 있는 노인들을 위해 사전임시틀니에 대해서도 급여 적용을 함께 시행하였다. 2012년 10월부터는 틀니의 수명 연장을 위하여 틀니 장착 이후에 수리가 필요한 부분에 대해서도 급여 혜택을 받을 수 있도록 사후 유지 관리 행위도 보험급여를 시행하였다.

2013년 7월에는 75세 이상에 대한 부분틀니(클래스프 유지형 금속상 부분틀니)도 급여 적용하였으며, 2014년 7월부터는 일부 치아상실로 인해 저작 기능이 저하되어 영양 섭취에 어려움을 겪고 있으나, 고가의 진료비 부담으로 치료를 받지 못하던 75세 이상 노인을 대상으로 치과 임플란트를 급여 적용(본인 부담률 50%)하였다. 완전틀니, 부분틀니에 이어 치과 임플란트도 건강보험 급여가 적용됨에 따라 많은 노인들이 적절한 치과 치료를 받을 수 있게 되었다.

또한, 2015년 7월부터는 틀니(완전, 부분), 치과 임플란트의 급여 적용 연령을 75세에서 70세로 확대하였다. 특히, 완전틀니의 경우 기존의 급여 적용 중이었던 레진상 완전틀니 외 그동안 지속적인 급여 전환 요구가 있었던 금속상 완전틀니에도 새로이 건강보험급여가 적용됨에 따라 환자의 구강 상태에 따른 틀니 선택권을 확대하였다. 그리고 치과 임플란트의 경우도 기존의 구치부(어금니) 식립이 곤란한 경우 치과외사의 판단에 따라 급여를 허용하던 전치부(앞니)에 대하여 조건 없이 급여를 적용할 수 있도록 개선하여 실제 현장에서 적용 시 환자와 의료기관 모두에게 불편을 야기했던 문제를 해결하였다.

2016년 7월에는 틀니(완전, 부분)와 치과 임플란트 급여적용연령을 70세 이상에서 65세 이상으로 확대하였으며, 2017년 11월에는 틀니, 2018년 7월에는 임플란트 본인부담률을 50%에서 30%로 각각 인하하였다.

이와 같은 틀니·임플란트 급여 적용과 본인부담률 인화로 노인들의 치과 진료비 부담 경감은 물론, 건강한 생활을 영위하는 데 도움이 될 것으로 기대하고 있다.

6. 3대 비급여 제도 개선

3대 비급여는 건강보험이 적용되지 않아 환자들이 전액 부담해야 하는 비급여 의료비 중에 가장 부담이 큰 세 가지 항목, 선택진료비, 상급병실료, 간병비를 의미한다. 사실 엄격하게는 간병은 현재 의료제도권에 속하지 않으므로 간병비가 비급여 의료비로 분류되고 있지는 않으나 환자가 전액 부담하고 그 부담이 매우 크다는 점에서 3대 비급여에 포함된다고 할 수 있다.

지금까지 3대 비급여는 환자의 선택 영역으로 간주되어 그 비용도 전적으로 환자 책임이라는 인식이 강했다. 하지만, 선택할 수 없는 상황이 빈번하고 그 비용 역시 막대하여 환자들의 불만이 높았다. 이에 따라 정부는 3대 비급여 제도 개선을 지속적으로 추진하였으며, 2017년 8월에는 <건강보험 보장성 강화대책> 발표를 통해 선택진료비 완전 폐지, 상급병실 급여화 등 비급여 제도 개선을 더욱 적극적으로 추진하였다.

가. 선택진료비 부담 해소

선택진료비는 병원급 이상 의료기관에서 일정한 요건을 갖춘 특정 의사를 선택하여 진료를 받는 경우 환자가 전액 부담하는 추가 비용을 뜻한다. 2012년 기준 연간 약 1조 3,170억 원으로 선택진료 운영 의료기관의 총 진료 수입의 약 6.5%를 차지하는 것으로 조사되었다(2012년 선택진료·상급병실 실태조사 결과, 건강보험공단).

선택진료에 대한 환자들의 불만은 의료비 부담이 크다는 요인 외에도, 환자가 선택한 것이 아닌 비자발적으로 선택진료를 받은 경우가 빈번하다는 점에 있다.

선택진료에 대한 개선은 단계적으로 추진되는데, 선택진료 추가 비용 부과율을 조정하여 평균 35% 축소, 2015년~2016년에는 선택진료의사 지정 비율이 병원별로 80%였던 것을 단계적으로 축소, 2018년에는 선택진료비 완전 폐지를 추진하는 것이다.

이에 따라 2014년 8월에는 선택진료에 따른 부과 비용 상한을 진료 수가의 20%~100%에서 15%~50% 범위 이내로 하향 조정하였고, 이로 인해 환자의 선택진료비 부담은 평균 35%로 완화되었다.

또한, 2015년 9월에는 선택진료의사 지정 비율을 80%에서 67%로 축소하였고, 환자의 일반 의사 선택권 강화를 위해 진료 과목별로 최소 1/4명(25%) 이상은 일반의사로 두도록 제한하였다.

2016년 9월에는 67%인 선택진료의사 지정비율을 33.4%까지 축소하고, 2018년 1월부터는 선택진료비를 완전 폐지하였다.

이에 따라, 선택진료 축소에 따른 병원의 수익 감소를 보전하면서 병원의 단순 손실 보전이 아닌 건강보험 개편 및 의료서비스의 질 향상이 도모될 수 있는 방향으로 보완 제도를 설계하였다.

보완 제도에 따르면, 우선 2014년 8월에는 고도 수술·처치 수가 인상, 중증환자에 대한 의료서비스(암환자 다학제 통합 진료 등) 수가를 신설하였다. 2015년 9월에는 의료기관에서 수술·마취 후 환자 안전, 중증 또는 응급환자 처치 과정에서의 안전 강화를 위한 건강보험수가를 조정하고, 의료 공공성·교육 수련·중증환자 진료 등 우수한 의료기관에 대한 보상을 위한 의료질평가지원금 제도를 마련하였다. 2016년 9월에는 의료질평가지원금을 확대하고, 병원급 입원료 수가를 개선하였으며, 2018년 1월에는 저평가 항목에 대한 건강보험 수가 인상, 의료질 평가지원금 확대, 입원료 인상 등을 추진하였다.

위와 같은 선택진료 개선을 통하여 2018년부터는 대표적 비급여 항목이었던 선택진료비 부담이 완전히 해소되어 국민의료비 부담이 경감되었다.

나. 상급병실료

상급병상이란 건강보험이 적용되지 않는 병상으로 일반병상과 달리 상급병실료가 부과되며 상급병실료는 환자가 전액을 부담한다. 일반병상을 의무적으로 확보하고 남은 병상을 상급병상으로 운영할 수 있다.

상급병실료 총 규모는 2012년 기준 연간 약 1조 147억 원으로 선택진료 운영 의료기관의 총 진료 수입의 약 4.2%를 차지하는 것으로 조사되었다(2012년 선택진료·상급병실 실태조사 결과, 건강보험공단).

상급병실에 대한 환자들의 불만은 선택진료와 유사하게 본인이 원하지 않았는데도 어쩔 수 없이 상급병실을 이용하고 고액의 상급병실료를 지불하는 경우에 발생하고 있다. 비자발적으로 상급병실을 이용하게 되는 것은 입원환자 수에 비해 건강보험이 적용되는 병상이 부족하기 때문이다.

상급병실 제도 개선의 기본 방향은 건강보험이 적용되는 일반병상을 확대하는 것이다. 2014년 9월에는 건강보험이 적용되는 일반병상을 6인실에서 4인실까지 확대하였다. 이에 따라 상급 병실로 부담은 평균 16% 완화되었고, 4인실 기준 입원료 부담은 평균 65% 감소하였다. 2015년 9월에는 상급종합병원 등 대형병원의 경우 일반병상 의무보유비율을 50%에서 70%까지 확대하였고, 이와 함께 중환자실, 무균치료실을 포함한 특수병상의 확충 등 안전하고 질 높은 입원 환경의 개선을 유도하기 위한 입원료 수가도 개편하였다.

2018년 7월에는 상급종합병원과 종합병원 2·3인실까지 건강보험을 적용하여 일반병상을 확대하고, 일반병상 의무보유비율을 70%에서 80%까지 확대하였다. 이어서 2019년 7월에는 병원과 한방병원 2·3인실까지 건강보험을 적용하였고 일반병상 의무보유비율을 50%에서 60%까지 확대하였다.

이에 따라 환자 부담이 50% 내외 수준으로 줄었으며, 장기적으로는 입원병실 환경이 소인실 위주로 개선될 것으로 기대된다. 또한, 건강보험이 적용되는 일반병상 의무보유비율도 확대됨에 따라 입원환자 수에 비해 건강보험 적용 병상이 부족했던 문제가 해소되고 입원환자들이 건강보험 혜택을 더 많이 받을 수 있게 되었다.

다. 간호·간병통합서비스 확대 추진

정부는 국민의 간병부담 경감 및 입원서비스의 질 제고를 위해 간호인력이 입원서비스를 전담하고, 보호자나 사적 간병인의 상주를 제한하는 입원모형인 ‘간호·간병통합서비스’를 단계적으로 도입·시행하고 있다.

2010년부터 간병부담 완화를 위한 여러 가지 노력과 논의를 거쳐 2011년~2012년에는 간호인력을 중심으로 포괄적인 입원서비스를 제공하는 모형을 마련하였으며, ‘포괄간호서비스’라는 명칭으로 2013년 7월부터 인하대학교병원, 일산병원, 서울의료원 등 13개 병원의 국고 지원 시범 사업을 시작으로 2014년에는 공공병원 중심으로 28개 병원(2,363병상)에 확대 실시하였다.

2015년부터는 포괄간호서비스에 대해 건강보험을 적용하였고, 특히 메르스 확산의 주된 원인 중 하나로 간병인, 환자 가족 등이 병실에 머물고 있는 병문안 문화가 지적되면서 포괄 간호서비스가 더욱 확대되어야 한다는 사회적 공감대가 형성되어 연말까지 참여 병원이

총 112개(7,443병상)까지 증가하였다. 이와 함께 2015년 12월 29일 의료기관과 국가의 서비스제공 노력 의무 등을 명시한 의료법 개정안이 국회를 통과하여 사업 시행(‘16. 10. 1. 시행) 근거가 마련되었고, 포괄간호서비스 명칭이 ‘간호·간병통합서비스’로 변경되었다.

2016년 사업은 간호 인력의 쏠림 방지를 위해 2018년 이후 참여하도록 계획하였던 서울 지역 소재 병원과 상급종합병원에 대해 간호 인력 쏠림의 영향을 최소화하는 범위 내(감염관리 필요도를 감안하여 최대 2개 병동까지만 운영)에서 조기 참여를 허용하고, 다양한 특성의 병원이 참여할 수 있도록 인력배치 기준을 보완하고 의료 취약지 가산을 도입하는 등 제도 개선을 통해 300개소(18,646병상)로 확대되었다.

2017년에는 2022년까지 10만 병상으로 서비스를 확대하는 중장기 목표를 설정하였고(「건강보험 보장성 강화 대책」에 포함, ’17. 8. 9.), 2018년에는 간호인력 수급개선을 위한 「간호사 근무환경 및 처우개선 대책」(’18. 3. 20.)수립에 따라, 간호·간병통합서비스도 수가·보상체계 등을 중점 개선하여 제공인력 처우를 강화하고, 환자·보호자 대상 올바른 서비스 이용 문화 안내·홍보를 통해 2018년 말 지정병원 495개소(37,288병상)까지 확대하여 간병이 필요한 환자들이 불편 없이 의료기관을 이용할 수 있는 서비스 기반 확보에 주력하였다.

2019년에는 서울 소재 병원과 상급종합병원 참여 제한을 4개 병동으로 완화하고, 운영·고용 성과 등을 평가해 차등보상하는 ‘성과중심 인센티브’ 제도를 도입하였다. 또한, 야간 환자 안전을 위해 가산수가 산정기준을 강화하고 야간전담 가산수가 수입 일부를 간호사 처우개선에 활용토록 권고하였으며, 통합병동 내 신규 간호사 교육 및 병동 관리를 전담하는 ‘교육전담간호사제도’를 도입하는 등 간호인력 근로여건 개선을 통한 인력수급 및 서비스 질 개선이 이루어질 수 있도록 함으로써 2019년 말 기준 총 495개 기관, 49,067개 병상으로 서비스 기반을 확대하였다.

7. 4대 중증질환 보장 강화 현황

암, 심장·뇌혈관 질환, 희귀 난치성 질환 등 4대 중증질환자는 고액 진료비 발생 환자(비급여 포함 500만 원 이상 의료비를 부담)의 53%를 차지하고, 진료비는 약 60%를 차지한다. 전반적인 진료비 수준도 다른 질환에 비해 2배 정도 높은 수준이다. 또한, 암, 심장, 뇌혈관질환은 우리나라 3대 사망 원인으로 건강보험 보장 요구가 높은 질환이다.

이에 따라 정부는 2013년 6월 26일 4대 중증질환자의 의료비 부담을 획기적으로 해소하기 위해 ‘4대 중증질환 보장 강화 계획’을 발표하였다. 치료에 필수적인 의료는 물론이고, 비용·효과성이 미흡한 의료도 ‘선별급여제도’를 도입하여 건강보험 영역에 포함하여 건강보험 보장성을 확대하고자 하였다.

정부는 2013년도 초음파검사, 선천성 심장질환 등에 대한 MRI 건강보험 적용 등 25항목, 2014년도 캡슐내시경, 항암제 선택유전자검사 등 필수검사, 다발성골수종 치료제 등 100개 항목, 2015년 유전자검사(134종), 폐암 치료제, 희귀질환 치료제 등 258개 항목, 2016년 진정 내시경, 유도초음파, 교육상담료 등 289항목에 대하여 건강보험을 적용하거나 보장 범위를 확대하였다. 이에 따라, 2016년까지 총 672개 항목의 고비용 약제·검사·치료법 등이 급여화되어 환자가 부담하였던 비급여 의료비 총 7,657억 원이 경감되었다.

특히, 2013년 환자 부담의 실질적 감소를 위해 선별급여제도를 도입하였다. 질병 치료에 사용되지만 아직은 고가라서 비용 효과성이 부족한 의료서비스 등에 대해서는 본인부담률을 높여(50%~80% 수준 등) 건강보험을 적용하고, 주기적으로 재평가하여 요양급여대상여부, 보험 가격, 본인부담률 등을 조정한다. 이러한 제도 운영을 위해 보건복지부 내에 ‘급여평가위원회’를 구성하였으며, 2017년 3월에는 국민건강보험법에 선별급여제도의 정의, 본인 부담 비용 등의 근거를 마련하였다.

선별급여제도를 통해 그동안 건강보험에서 관리되지 않았던 비급여 의료의 많은 문제점을 해결할 수 있을 것으로 기대하고 있다. 우선, 건강보험 관리 영역에 포함되면서 적절한 가격 형성이 가능해진다. 둘째, 진료비에 대한 심사와 평가가 이루어져 의료의 질과 공급에 대한 관리가 가능해진다. 셋째, 환자의 진료비 부담을 실질적으로 줄일 수 있다.

이와 함께 기존에 치료 효과나 비용 효과성 입증이 어려워 급여화하기 어려웠던 약제는 보험 재정 관리의 불확실성으로 인한 위험을 제약사와 건강보험공단이 분담하는 방식(위험 분담제)으로 건강보험을 적용한다. 대체 치료법이 없거나 치료적 위치가 동등한 의약품이 없는 고가 항암제, 희귀질환치료제 등이 그 대상으로, 2018년 에볼트라주 및 엘비투스주 등 16개 품목에 적용하고 있다.

‘4대 중증질환 보장성 강화 계획’에 따라 추진된 보장성 강화 정책 등을 통해 2013년 77.5%였던 4대 중증질환 보장률이 2017년에는 81.7%로 크게 높아졌다.

8. 비급여의 단계적 급여화 추진 현황

2017년 8월 발표한 ‘건강보험 보장성 강화대책’은 건강보험 보장성을 실효적으로 강화하여 가계 의료비 부담을 줄이는 것이 핵심이다. 동 대책의 핵심적인 추진 과제는 ‘비급여의 급여화’이다.

비급여의 급여화의 기본방향은 국민 의료비 부담을 줄이기 위해 치료에 필요한 비급여 항목은 급여화 하되, 필수적인 분야·항목부터 단계적으로 추진하는 것이다. 치료에 필요하지만, 일부 비용효과성이 불확실한 비급여 항목은 본인부담을 높여(50%~90%) 예비적으로 급여화하는 것이 핵심이다.

2017년 9월부터 2018년까지의 대표적인 비급여의 급여화 추진 성과로는 상복부 초음파(18. 4.), 뇌·뇌혈관·특수 MRI(18. 10.) 건강보험 적용을 통해 환자의 의료비 부담을 기존 대비 절반 수준으로 완화하였다.

이와 함께 의료행위·치료재료 분야에 비급여로 되어있는 등재비급여와 보험은 적용되나 횟수·질환이 제한되었던 기준비급여 분야에 인큐베이터, 신경인지검사 등 198개 항목에 건강보험 적용(17. 9.~18. 12.)을 통해 국민의료비 절감 및 의료접근성 향상을 도모하였다.

2019년 비급여의 급여화 추진 성과로는 신장 초음파(19.2.), 전립선 등 남성생식기 초음파(19.9.), 눈·귀·안면 MRI(19.5.), 복부·흉부 MRI(19.11.) 건강보험 적용을 통해 중증 환자 의료접근성 향상되었다. 아울러, 응급실·중환자실, 중증질환 분야 320여개 항목 건강보험 적용 및 말초혈액 조혈모 세포 주입 등 34개 급여기준을 개선하여 국민의 의료비가 절감되었다.

II 건강보험 수가 관리

1. 수가 계약

가. 수가 계약 내용 및 절차

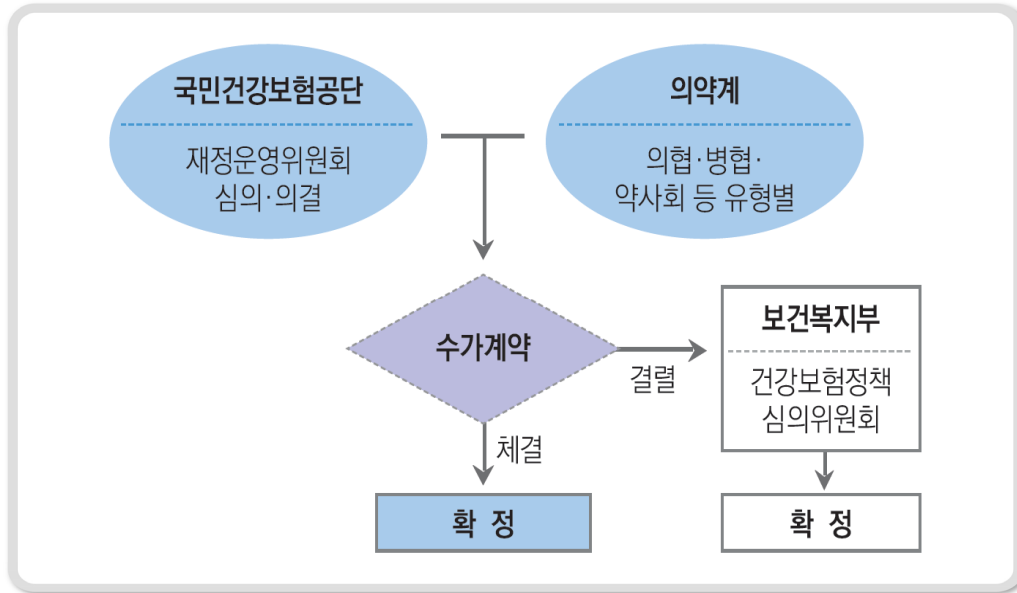
2000년 7월 1일부터 시행된 「국민건강보험법」 제42조에 의거 요양급여 비용의 산정은 계약으로 정하도록 하고, 요양급여의 범위·방법·절차·상한 등 요양급여의 기준은 보건복지부령으로 정하도록 하고 있다.

또한, 동 법시행령 제21조에 따라 계약 체결의 대상은 각 요양급여의 상대가치점수의 점수 당 단가로 하되, 요양급여의 상대가치점수, 약제·치료 재료(협상 대상 의약품 및 상대가치점수가 적용되는 약제·치료 재료는 제외)에 대한 비용은 보건복지부장관이 고시하도록 규정하고 있다.

요양급여 관련 사항은 건강보험 정책 수단 중 가장 중요한 사항으로서 우리나라의 경제적·사회적 여건, 보험자의 재정 상태, 의료공급자의 의료공급 행태 및 의료의 질 등을 복합적으로 고려하여 정책적으로 결정해야 할 사항이다.

요양급여 기준(보건복지부령)에 따라 고시된 진찰, 처치·수술 등의 '진료 행위별 분류 항목 및 상대가치점수'는 전문적이고 객관적인 분석이 요구되는 사항이며, 약제비나 치료 재료 비용은 생산자 (또는 판매자)와 수요자 사이에 시장에서 결정된 가격인 실거래가로 보상하고 있어 현행 법령상 건강보험정책심의위원회의 심의·의결을 거쳐 보건복지부장관이 고시하는 것으로 운영하고 있다.

[그림 2-7-2] 수가 계약의 절차와 이해 당사자



한편, 요양급여 비용의 계약 대상은 자원기준 상대가치점수(RBRVS)에 따른 각 분류 항목별 상대가치점수를 금전화하는 환산지수(즉 상대가치점수당 단가)로서, 요양급여 비용을 부담할 공단과 비용의 지급을 청구하는 의약계를 대표하는 자 간에 계약 체결을 하도록 하고 있다.

「국민건강보험법」 제45조에 따라 계약 기간은 1년이며, 계약은 그 직전 계약 기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결해야 한다. 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 그 직전 계약 기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여 비용으로 하고 있다.

* 2013년 5월 22일 「국민건강보험법」 개정으로 계약 기한을 직전 계약 기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지로 변경하였으며, 개정 전에는 계약 기간 만료일의 75일 전까지 계약을 체결하였다.

2001년부터 2005년까지의 수가 계약은 계약 당사자 간에 계약이 미체결되어 보건복지부장관이 건강보험심의조정위원회 또는 건강보험정책심의위원회의 심의·의결을 거쳐 고시한 바 있다. 다만, 2006년도 환산지수 결정은 투표·탈퇴 등 파행적인 과정을 거쳐 결정된 이전 연도와는 달리 최초로 계약 당사자 간의 합의에 의해 수가가 결정되었다.

특히, 2007년에는 「국민건강보험법」 시행령 개정을 통해 요양기관 특성을 반영한 요양급여 비용 계약 체결에 대한 근거를 마련함에 따라, 요양기관 유형별 원가 구조 및 경영 구조의 차이를 반영하여 수가를 각각 달리 계약할 수 있게 되었다.

따라서 2008년도에는 의원, 병원, 치과, 한의과, 약국, 조산원, 보건기관 등 각 7개 유형별 요양기관과 국민건강보험공단이 각각 수가 계약을 추진하여, 의원 및 병원을 제외한 5개 유형별 요양기관과 계약이 이루어졌다.

유형별 계약제 도입 이후 2013년도까지 유형별 요양기관과 국민건강보험공단 간 계약이 모두 성사된 적은 없었으며, 1개~2개 요양기관의 요양급여 비용은 건강보험정책심의위원회의 심의·의결을 거쳐 결정되었다.

[표 2-7-21] 의료수가 합의 과정과 환산지수의 변동 상황

연도	합의 결과	조정률	환산지수
2001	결렬(건보심에서 결정)	7.08% 인상	55.4원
2002	결렬(건정심에서 결정)	2.90% 인하	53.8원
2003	결렬(건정심에서 결정)	2.97% 인상	55.4원
2004	결렬(건정심에서 결정)	2.65% 인상	56.9원
2005	결렬(건정심에서 결정)	2.99% 인상	58.6원
2006	계약(계약 당사자 간 합의)	3.50% 인상	60.7원
2007	결렬(건정심에서 결정)	2.30% 인상	62.1원
2008	계약 당사자 간 합의 : 5개 계약 결렬 : 2개(의원, 병원)	1.94% 인상	의원 : 62.1원 병원 : 62.2원 치과 : 63.6원 한의원 : 63.3원 약국 : 63.1원 조산원 : 80.7원 보건기관 : 62.1원
2009	계약 당사자 간 합의 : 6개 계약 결렬 : 1개(의원)	2.22% 인상	의원 : 63.4원 병원 : 63.4원 치과 : 65.8원 한의원 : 65.6원 약국 : 64.5원 조산원 : 88.2원 보건기관 : 63.7원

연도	합의 결과	조정률	환산지수
2010	계약 당사자 간 합의 : 5개 계약 결렬 : 2개(의원, 병원)	2.05% 인상	의원 : 65.3원 병원 : 64.3원 치과 : 67.7원 한의원 : 66.8원 약국 : 65.7원 조산원 : 93.5원 보건기관 : 64.8원
2011	계약 당사자 간 합의 : 6개 계약 결렬 : 1개(의원)	1.64% 인상	의원 : 66.6원 병원 : 64.9원 치과 : 70.1원 한의원 : 68.8원 약국 : 67.1원 조산원 : 100.0원 보건기관 : 66.4원
2012	계약 당사자 간 합의 : 6개 계약 결렬 : 1개(병원)	2.20% 인상	의원 : 68.5원 병원 : 66.0원 치과 : 71.9원 한의원 : 70.6원 약국 : 68.8원 조산원 : 104.2원 보건기관 : 67.7원
2013	계약 당사자 간 합의 : 5개 계약 결렬 : 2개(의원, 치과)	2.36% 인상	의원 : 70.1원 병원 : 67.5원 치과 : 73.8원 한의원 : 72.5원 약국 : 70.8원 조산원 : 106.9원 보건기관 : 69.1원
2014	계약 당사자 간 합의 : 7개	2.36% 인상	의원 : 72.2원 병원 : 68.8원 치과 : 75.8원 한의원 : 74.4원 약국 : 72.8원 조산원 : 110.0원 보건기관 : 71.0원
2015	계약 당사자 간 합의 : 5개 계약 결렬 : 2개(치과, 한방)	2.20% 인상	의원 : 74.4원 병원 : 70.0원 치과 : 77.5원 한의원 : 76.0원 약국 : 75.1원 조산원 : 113.5원 보건기관 : 73.1원

연도	합의 결과	조정률	환산지수
2016	계약 당사자 간 합의 : 5개 계약 결렬 : 2개(병원, 치과)	1.99% 인상	의원 : 76.6원 병원 : 71.0원 치과 : 79.0원 한의원 : 77.7원 약국 : 77.4원 조산원 : 117.1원 보건기관 : 74.9원
2017	계약 당사자 간 합의 : 7개	2.37% 인상	의원 : 79.0원 병원 : 72.3원 치과 : 80.9원 한의원 : 80.0원 약국 : 80.1원 조산원 : 121.4원 보건기관 : 77.1원
2018	계약 당사자 간 합의 : 7개	2.28% 인상	의원 : 81.4원 병원 : 73.5원 치과 : 83.1원 한의원 : 82.3원 약국 : 82.4원 조산원 : 125.5원 보건기관 : 79.3원
2019	계약 당사자 간 합의 : 7개 계약 결렬 : 2개(의원, 치과)	2.37% 인상	의원 : 83.4원 병원 : 74.9원 치과 : 84.8원 한의원 : 84.8원 약국 : 85.0원 조산원 : 130.1원 보건기관 : 81.5원
2020	계약 당사자 간 합의 : 8개 계약 결렬 : 1개(의원)	2.29% 인상	의원 : 85.8원 병원 : 76.2원 치과 : 87.4원 한의원 : 87.3원 약국 : 88.0원 조산원 : 135.1원 보건기관 : 83.8원

주 : 건보심은 건강보험심의조정위원회, 건정심은 건강보험정책심의위원회의 약자임

2. 상대가치수가제도

우리나라에 의료보험이 도입될 당시 사용한 수가 산정 방법은 기존의 관행 수거나 외국의 수가를 참조해서 만들어진 것으로 객관적인 근거가 명확하지 않았다. 이로 인해 의료행위 항목 간의 수가 불균형이 발생할 수밖에 없었다.

이러한 문제점을 개선하기 위해 1994년 의료보장개혁위원회는 의료 행위 항목 간의 수가 불균형을 시정하기 위한 방법으로 미국의 상대가치점수체계(Resource Based Relative Value Scale, RBRVS) 도입을 추진하게 되었다. 이후 1997년 시작된 상대가치점수 개발 연구를 바탕으로 2001년부터 해당 의료 행위의 자원 투입량을 기준(resource-based)으로 상대가치(relative value)를 부여하는 상대가치점수체계를 도입하였다.

이렇게 도입된 상대가치점수제도가 그간 의료 발전과 건강보험제도 정착에 크게 기여해 왔으나 수가 항목 간의 난이도, 진료 시간, 신의료기술의 발전, 대외적인 의료 환경의 변화, 의약분업 시행 등 새로운 의료 정책의 도입, 물가 수준 변동 및 진료 비용 구성 요인 변동 등을 제대로 반영하지 못한다는 문제가 제기되었다.

이에 따라 보건복지부는 상대가치점수체계 개선 방향을 검토하게 되었다. 2003년부터 기존 상대가치점수체계의 전면 개편을 위해 ① 의사 비용과 진료 비용의 분리, ② 치료 재료 비용의 분리, ③ 진료 위험도 반영 등 세 가지 개선 방향을 정하였다.

이러한 개선 방향을 바탕으로 약 3년여 간의 연구 결과 개발된 신(新)상대가치점수체계를 2008년부터 2012년까지 5년에 걸쳐 도입하였다(제1차 개편).

1차 개편은 3개의 구성요소(의사 업무량·진료비용·위험도)로 구분하여 상대가치 체계에 맞는 행위별 근거자료를 구축하여 점수에 반영하였으나, 행위별 점수 차이에 대한 진료과 간 갈등이 심하여 조정에 합의하지 못하고, 최종적으로 진료과별 상대가치 총점고정(재정 중립) 하에 개별행위상대가치점수를 산출하였다.

당초 목적은 현실을 반영한 객관적 상대가치점수를 도출하여 의료 행위 간 상대가치 불균형으로 인한 왜곡 시정이었으나, 점수 산출 과정에 진료과 간 이해 부족과 갈등으로 인해 부득이 진료과 간 총점 고정을 하였고 불균형 완화 효과는 미비한 것으로 평가되었다.

제1차 개편의 한계점을 보완하고 임상 현장의 변화된 환경을 적절하게 반영하기 위해 2차 개편 연구를 2010년 하반기부터 실시하게 되었다. 2차 연구 추진의 방향 설정을 위해 의약단체·정부·학계 등이 참여하는 논의를 2009년부터 시작하였고, 상대가치의 균형성 확보를 위한 연구 추진과 개편 방향에 대해 2011년 제13차, 2014년 제3차 건강보험정책심의위원회를 통해 논의하였다.

제2차 상대가치 전면 개편의 기본 방향으로 ① 기존의 의사 업무량·진료 비용·위험도를 보완하여 의료 환경 변화 등을 반영한 상대가치 조정, ② 진료과 간 점수 불균형 개선을 위해 상대 가치 산출 체계를 진료과별(40개)에서 행위 유형별(수술, 처치, 기능검사, 검체검사, 영상검사 5개)로 전환하고 유형별 점수 불균형을 조정하는 방향으로 논의되었다.

이에 5천여 개 급여 행위를 대상으로 2010년 하반기부터 2014년까지 의약단체, 학회 전문가 그룹과 심사평가원 연구 지원을 통해 2차 개편 연구를 실시하였다.

2014년 제3차 건강보험정책심의위원회에서는 상대가치운영기획단을 구성(의약 공급자 단체 6인, 가입자 대표 3인, 관련 학계 3인, 심평원·공단 추천 2인 등)하여 제2차 개편 연구의 진행 사항 점검과 도입 방향 논의, 수가가산제도 정비 등을 논의하기 위해 전문협의체를 구성하였다. 그간 20여 차례의 회의를 진행하여 상대가치 개편과 도입 과정의 다양한 과제들을 논의하였고 상대가치 개편 방안에 대해 건강보험정책심의위원회에 보고(16. 12.)하였다.

5개 의료 행위 유형 중 검체·영상 분야 상대가치점수는 인하하고, 수술·처치·기능검사 분야는 상대가치점수를 인상하여 유형 간 불균형을 조정하였다. 또한, 일부 재정 투입과 동시에 환산지수 연계하여 차감하기로 결정(2017년 제5차 건강보험정책심의위원회)하고, 급격한 수가 인하로 인한 혼란을 최소화하기 위해 4년간 단계적으로 적용(2017년 7월~2020년)하고 있다.

3. 질병군별(DRG) 포괄수가제도

현행 건강보험수가제도는 행위별 수가제를 근간으로 하며, 동 제도는 의료기관의 진찰, 검사, 처치 등 각각의 진료 행위들을 일일이 계산하여 사후적으로 비용을 지불하는 방식이다. 이러한 행위별 수가제는 급격한 진료량 증가와 이에 따른 의료비용 상승 가속화의 요인이 되고 있으며,

그 밖에도 의료서비스 공급 형태의 왜곡, 수가 관리의 어려움, 의료기관의 경영 효율화 유인 장치 미비 등 많은 문제점들이 파생되었다.

이에 보건복지부는 행위별 수가제의 문제점을 개선하고 다양한 수가지불제도를 운영하기 위한 방안으로 질병군별 포괄수가제도의 도입을 추진하게 되었다. 이를 위해 1995년 1월에 질병군별(DRG)지불제도 도입 검토협의회를 구성하고, 일부 질병군을 대상으로 희망의료기관에 한하여 1997년부터 질병군별 포괄수가제도 시범사업을 시작하여 2001년까지 제3차 시범사업을 실시하였다.

동 시범사업 실시 및 평가를 통하여 2002년부터 8개 질병군에 대하여 요양기관에서 선택적으로 참여하는 방식으로 본 사업을 실시하였고 2003년 9월 이후에는 정상 분만을 제외하여 7개 질병군(수정체수술, 편도선수술, 항문수술, 탈장수술, 맹장수술, 자궁수술, 제왕절개 수술)을 선택 적용하였다. 2012년 7월 병·의원급에 당연적용 및 2013년 7월 종합병원급 이상 모든 의료기관을 대상으로 확대 적용하였다.

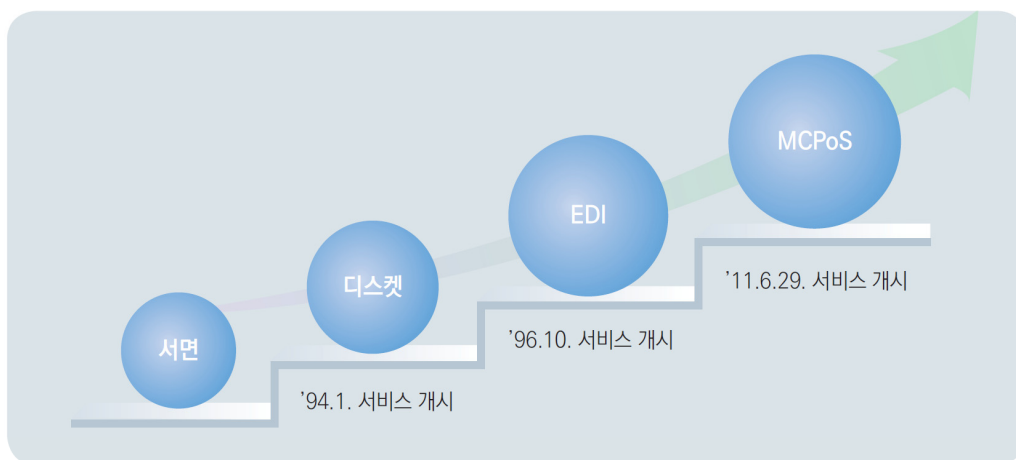
한편, 7개 질병군 포괄수가제도가 비교적 단순한 수술에 적합한 모형으로 개발되어 중증질환 등 복잡한 수술을 포함하는 전체 질병군으로 확대하기 어렵다는 한계가 있었다. 이를 극복하기 위해 2009년 4월부터 국민건강보험공단 일산병원에 입원한 환자를 대상으로 신포괄수가 시범 사업을 실시하였고, 지역거점 공공병원(11. 7.), 민간병원(18. 8.)으로 확대하여 2019년 말 기준 68개 병원, 567개 질병군을 대상으로 시범사업을 실시하고 있다.

Ⅲ 건강보험 정보화사업

건강보험 정보화사업은 ‘요양기관이 컴퓨터 단말기에 입력된 진료비 청구 내용을 출력하지 않고 전자문서의 형태로 통신망으로 전송·청구하여, 접수된 자료의 전산점검, 화면심사, 급여비 지급연계까지 이어지는 일련의 청구·심사·지급 업무의 정보화’로 정의할 수 있다.

건강보험 전자청구는 최초 서면청구를 시작으로, 1994년 1월 디스켓청구, 1996년 10월 의료보험진료비 EDI청구(요양기관이 컴퓨터 단말기에 입력된 진료비 청구 내용을 출력하지 않고 전자문서의 형태로 통신망으로 전송, 1997년 5월 약국, 1998년 8월 한방요양기관과 보건기관 포함) 방식으로 발전하였다. 그러나 의료기관의 청구 비용 부담에 따른 대·내외적 무료화 요구 및 한국통신과의 EDI 협정 만료에 따라, 2011년 6월 건강보험심사평가원에 직접 청구할 수 있는 진료비청구포털시스템(MCPoS : Medical Claim Portal Service)을 구축하여 전자청구 연속성 기반을 마련하였다.

[그림 2-7-3] 요양급여 비용 청구 방법 변천사



진료비청구포털서비스(MCPoS : Medical Claim Portal Service)는 요양기관이 요양급여 비용을 청구할 때 인터넷망을 통해 건강보험심사평가원에 직접 송신하고 그 결과(접수 중, 심사결과통보서 등)를 통보받는 편리한 무료 서비스이며, 2019년 12월 기준, 전체 요양기관 중 97.4%인 9만 2,479개 기관이 전자청구 방식을 선택하였고, 그 중 95.1%인 9만 281개 기관이 MCPoS를 선택하여 요양급여 비용을 청구하고 있다.

제3절 건강보험 약제 관리 체계

I 건강보험 약가제도 운영

우리나라가 2017년 건강보험에서 지출한 약품비 규모는 약 16조 2천억 원으로 건강보험 총 진료비의 25.1%를 차지하고 있다. 2016년 기준 우리나라 경상 의료비 중 의약품 및 기타 의료소모품 지출 비중(21.3%, OECD Health Data 2018)은 OECD 회원국 평균(16.1%, OECD Health Data 2018)보다 높았으며, 2003년~2011년간 약품비 증가율(연평균 11.6%, '05.~'06. 16.3%)은 진료비 증가율(연평균 10.6%)보다 급속히 증가하였다.

정부는 약품비의 적정 관리를 위해 2012년 동일 효능 약제 동일가 원칙에 따라 계단식 약가 제도를 폐지하고, 기등재 의약품의 재평가를 시행하여 약가를 평균 14% 인하하였다. 그 결과 2011년 대비 2012년 진료비는 4.69% 증가한 반면, 약품비는 2.64% 감소하였고, 진료비 대비 약품비 비중도 2011년 대비 2.04% 감소한 27.1%를 나타냈다.

그러나 인구의 고령화 및 만성질환의 증가, 신의료기술의 도입·확산 및 경제 회복 기대 등 보건의료 환경의 변화에 따라 진료비 및 약품비가 지속적으로 증가할 것으로 예상되어 이를 적절히 관리하기 위한 정책이 지속적으로 요구된다.

[표 2-7-22] 총 진료비 중 연도별 약품비 증가 현황

(단위: 억 원, %)

연도	총 진료비	약품비(추정)	약품비 비율	약품비 증가율
2007	322,590	95,126	29.49	13.19
2008	350,366	103,853	29.64	9.17
2009	394,296	116,546	29.56	12.22
2010	436,570	127,694	29.25	9.57
2011	460,760	134,290	29.15	5.17

연도	총 진료비	약품비(추정)	약품비 비율	약품비 증가율
2012	482,349	130,744	27.11	-2.64
2013	507,426	132,413	26.10	1.28
2014	507,740	134,491	26.49	-
2015	539,065	140,986	26.15	4.8
2016	601,314	154,287	25.66	9.4
2017	646,111	162,098	25.09	5.1
2018	725,711	178,669	24.62	10.2
2019	803,157	193,388	24.08	8.2

주 : 포괄수가제도 확대로 2014년부터 산출 기준이 변경되어 행위별 순수 약품비에 정신과 정맥과 보건소 정액만을 보정하여 산출함(요양병원 정액수가 및 포괄수가 제외)

1. 선별등재제도 적용

우리나라는 종전에 식품의약품안전처에서 제조 혹은 수입 허가한 의약품 중 법에서 정한 일부를 제외하고 거의 모든 의약품을 보험급여대상으로 정하고 있었다. 급여 제외 목록(Negative list)은 보험급여가 되지 않는 의약품들의 목록으로 보험에서 제외하고자 하는 의약품들을 ‘급여 제외 목록’으로서 선별하고 나머지 의약품은 자동적으로 보험급여 대상으로 정하는 체계이다.

일반적으로 약의 특성이나 질환의 성격을 고려하여 특정 부류의 약들(가벼운 질환에 사용되거나 질병 치료와 관련 없는 약)을 급여 대상에서 제외시키는 급여제도에 따라, 2005년 2월 국내에서 급여되는 의약품은 2만 564개 품목으로 오스트레일리아, 프랑스 등의 5,000여 개 품목보다 월등히 많았다. 또한, 건강보험급여 목록에 등재되어 있으나 생산되지 않는 의약품이 전체 급여 품목의 약 22.6%(’05. 2. 기준)나 되는 등 관리에 비효율성이 존재하였다.

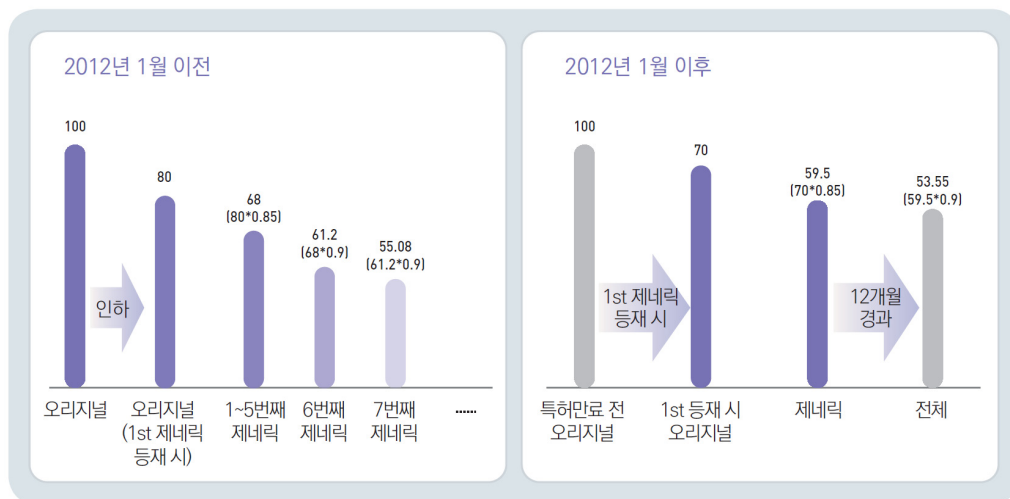
이에, 보험 재정의 합리적 운영과 의약품 사용의 비용 효과성을 제고하기 위해 의약품 선별 목록으로 전환(’06. 12.)하였다. 선별 목록(Positive List)이란 보험급여 대상 의약품의 목록으로서 시판 허가를 받은 의약품 중 치료적 가치와 경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하여 보험 등재하는 것으로 약제의 비용 효과성을 극대화할 수 있는 체계이다.

현재 선별목록등재제도에서는 신청된 의약품 중 신약에 대해서는 의약품 경제성 평가 등을 거쳐 치료적·경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하고, 건강보험 대상 여부 및 상한 가격 협상을

통해 결정하고 있다. 또한, 오리지널 의약품에 대한 제네릭 의약품이 등재되는 경우, 종전에는 진입 순서에 따라 가격을 차등 부여하는 계단식 약가제도를 채택하고 있었으나, 자유로운 시장 진입과 경쟁을 촉진하기 위하여 2012년 1월 1일부터는 계단식 약가제도를 폐지하였다. 이에 따라 보험 등재 순서에 관계없이 제네릭과 오리지널 의약품 모두 오리지널 의약품 가격의 53.55%로 조정된다.

최초 등재 제품(오리지널)은 70%, 제네릭은 59.5%로 1년 간 한시적으로 가산하여, 제네릭 등재로 인해 오리지널 가격의 53.55%로 급격하게 조정될 경우 의약품 공급에 차질이 발생할 수 있으므로 가격 인하의 충격을 완충하는 장치도 함께 만들었다.

[그림 2-7-4] 제네릭 약가 산정 방식



2. 약가 재평가

약가 재평가는 최초 상한 금액 산정 이후의 여건 변화를 반영하기 위하여 2002년 8월에 도입되었다.

2002년부터 2009년까지는 전체 보험의약품을 세 개 그룹으로 나누어 그룹별로 3년에 1회 해당 의약품의 외국 7개국 조정 평균가(A7 : 미국, 영국, 독일, 프랑스, 이탈리아, 스위스, 일본)를 조사하여 상한 금액을 조정하였다. 이때 외국 조정 평균가는 외국 7개국의 공장도 출하 가격에 우리나라의 부가가치세와 유통 거래 폭을 가산한 금액의 평균가로 산정하였다.

2002년부터 8차례에 걸쳐 약 8,300여 품목의 가격을 인하하는 등 재정 절감 추정액이 약 4,200억여 원에 이르렀으나, 선별등재제도 등 약가 결정 방식 변경의 영향으로 재평가를 통한 약가 인하의 효과가 미미하다는 시뮬레이션 결과가 도출됨에 따라 2010년도와 2011년도에는 제도 시행을 유보하였다.

2011년 약가제도 개편에 따라, 약제 상한 금액 조정 기준 또는 비율이 변경되어 새로 고시 될 약제와 이미 고시된 약제와의 관계에서 그 상한 금액을 조정할 필요가 있을 때 약가 재평가를 실시하도록 변경되었다. 2012년 4월에는 변경된 약가 상한 금액 조정 기준(「약제의 결정 및 조정 기준」 별표 1)에 따라 기등재 약제 1만 4,000여 품목을 재평가하여 6,500품목의 약가를 인하(전체 품목 평균 14.2% 인하)하였다.

[표 2-7-23] 약가 재평가에 의한 상한 금액 인하 현황

연도	재평가 품목 수	인하 품목 수(%)	평균 인하율	인하액
2002	12,178	2,732(22.4)	7.2%	734억 원
2003	344	82(23.8)	7.5%	43억 원
2004	749	226(30.2)	6.3%	57억 원
2005	5,320	1,477(27.8)	10.8%	591억 원
2006	4,895	1,421(29.0)	17.2%	812억 원
2007	4,596	1,570(34.2)	14.1%	1,565억 원
2008	4,208	669(16.6)	6.1%	328억 원
2009	4,158	155(3.7)	9.8%	70억 원
2012	13,814	6,506(47.1)	14.2%	17,358억 원

또한, 2006년 12월, 의약품 선별등재방식 도입에 따라 이미 보험이 적용되고 있는 의약품(기등재 의약품)은 선별 목록(Positive List)에 등재된 것으로 보고 이를 49개 효능군으로 분류한 후 5년간 경제성 평가 등을 거쳐 순차적으로 목록을 정비하기로 하였다.

본격적인 약효군별 경제성 평가에 앞서, 2개 약효군(편두통, 고지혈증 치료제)에 대한 시범 평가를 2007년부터 2009년까지 실시하였다.

시범평가 완료 후 본 평가 첫 번째 약효군인 고혈압 치료제에 대한 평가를 진행하던 중 원래 추진하고자 했던 경제성 평가는 평가 결과 및 적용 시기를 예측하기 어렵다는 문제점이 부각 되어 보험 약품비를 조기에 적정화하고 국민 부담을 경감하기 위해 2010년 7월 신속 정비 방안을 마련하였다.

신속 정비 방안에 따르면 관련 문헌 및 전문가 자문 결과 임상적 유용성이 부족한 의약품은 급여에서 제외되고, 상한 금액이 동일 제제 최고가의 80% 이상인 품목은 급여 제외를 원칙으로 하되, 동일 제제 최고가의 80%까지 상한금액 인하 시 급여가 유지된다.

동 방안에 따라 2010년 하반기 고혈압 치료제를 시작으로 2011년까지 모든 약효군에 대한 평가를 완료하였으며, 2014년까지 3년에 걸쳐 단계적 인하(최고가의 7%까지는 1년차, 14%까지는 2년차, 그 이상은 3년차에 인하)를 완료하였다. 이를 통해 국민들은 보다 적절한 가격에 효과가 좋은 의약품을 복용할 수 있을 것으로 전망된다.

[표 2-7-24] 기등재 의약품 연도별 평가 대상

구 분	평가 대상 약효군				
	2008	2009	2010 하반기	2011 상반기	2011 하반기
시범 평가	편두통 치료제	고지혈증 치료제			
본 평가 (신속 정비 방안 으로 추진)	-	-	고혈압 치료제	기타의 순환기계용약 등 5개 약효군	당뇨병약 등 41개 약효군

3. 신약의 적정 가치 반영을 위한 제도 개선

그간 중증질환 치료제 중에는 치료 효과나 비용 효과성 입증이 어려워 건강보험을 적용하지 못한 경우가 많아 환자들의 의료비 부담이 가중되어 왔다.

국정 과제인 중증질환에 대한 보장성 강화 차원에서 ‘위험분담제’를 도입하여 대체 치료법이 없으나 비용 효과성 입증이 어려웠던 고가의 항암제나 희귀·난치질환 치료제의 건강보험 적용이 가능하게 되었다(‘13. 12. 31. 시행).

위험분담제도(Risk sharing)란 효능·효과나 보험 재정 영향 등에 대한 불확실성(Risk)이 큰 의약품에 대해 환급 등의 방법으로 제약회사가 재정의 일부를 분담하는 제도이다. 이러한 위험분담제도는 비용 효과적 의약품을 선별급여하는 원칙(Positive system)을 살리면서도, 대체제가 없는 고가 항암제 등에 대한 환자의 접근성을 제고하기 위해 도입되었다.

위험분담제도는 모든 약에 적용되는 것은 아니며, 식약처의 허가를 받아 안전성·유효성이 입증된 신약으로서 대체 치료법이 없는 고가의 항암제, 희귀·난치질환 치료제 중 생존을 위협할 정도의 심각한 질환에 사용되는 의약품 등에 한해 적용된다. 위험분담제 유형으로는 ① 환급형, ② 총액제한형, ③ 환자 단위 사용량 제한형, ④ 조건부 지속 치료 + 환급형 등이 있다.

위험분담제도 시행으로 소아급성림프구성백혈병, 전이성대장암, 다발성골수종, 전이성 전립선암, 비소세포폐암, 특발성폐섬유증, 발작성야간혈색소뇨증, 갑상선수질암 치료제 등 17개 성분 30개 품목(2019년 말 기준)이 위험분담제 적용을 받아 건강보험 적용을 받게 되었다.

또한, 국내 보건의료에 기여하고 임상적 유용성이 개선된 경우 대체약제 최고가의 10%까지 가산 평가, 글로벌 혁신 신약이 경제성 평가 면제 대상인 경우 외국(A7 국가)의 유사약제 가격(조정 최저가)을 적용하였다. 더불어 바이오의약품 특성을 반영한 바이오의약품 약가 산정 기준을 개선하여 국내 보건의료에 기여한 바이오시밀러 등에 대해 최초 등재 품목 약가의 70% → 80%로 10%p 가산 적용, 합성의약품의 개량 신약 약가(개발 목표 제품 약가의 90~110%)보다 10%p 높은 개발 목표 제품 약가의 100~120%로 우대, 기등재 품목 대비 고함량 생물의약품 등재 시 약가에 적용되는 함량 배수를 기존 1.75배에서 1.9배로 변경하였다(16. 10.).

이러한 신약 가치 반영과 더불어 「약제 급여 목록 및 급여 상한 금액표」 고시일 변경(매월 27일경 → 매월 20일경, '13. 10.), 건강보험심사평가원의 약제 급여적정성 평가기간 단축(150일 → 120일), 식품의약품안전처의 품목허가증 대신 안전성·유효성 검토결과서로 심평원에 요양 급여 결정 신청이 가능하도록 하는 의약품 허가-보험평가 연계제도 신설(14. 9.), 제약사가 대체약제 가중 평균가(신약의 특성에 따라 90%~100%) 금액을 수용하면 국민건강보험공단의 약가 협상 절차(60일)를 생략(15. 5.) 등 보험 등재 기간 단축을 위한 제도 개선도 꾸준히 이루어졌다.

또한, 대체제가 없거나 환자수가 적어 상대적으로 근거 생성이 곤란한 희귀질환치료제(항암제 등)의 경우, 'A7 국가' 약가의 최저가 이하 수준에서 급여적정성을 인정, 협상 후 등재하는 특례 제도인 신약 경제성평가 면제 제도 및 신약이 대체약제 가중평균가의 90% 등을 수용하는 경우, 약가협상(60일)을 생략(15. 5.)하며, 위험분담제도의 대상을 항암제, 희귀질환치료제 외 기타 중증질환치료제까지 적용될 수 있도록 관련규정을 개정(19.7.)하였다.

이러한 신약의 건강보험등재제도 개선으로 신약의 혁신적 가치가 보험 약가에 반영되어 제약 기업의 신약개발을 위한 연구 개발 투자 활성화에 기여하고, 국민의 의약품 접근성이 높아질 것으로 기대된다.

4. 사용량 약가연동제

보건복지부는 2007년 공단과 제약사가 합의한 예상 사용량보다 보험급여 청구량이 증가한 경우와 전년 대비 보험급여 청구량이 증가한 경우로서 보험 재정에 부담이 되는 경우 제약사와 건강보험공단 간 협상을 통해 약가를 인하하는 사용량 약가연동제를 도입하였다. 이후 2018년 까지 총 763개 품목이 협상을 거쳐 상한 금액이 인하되었다.

최초 약가 결정 과정에서 사용량을 예측하는 데 불확실성이 존재하기 때문에 등재 이후 실제 사용량이 예상 사용량을 크게 상회할 경우 비용효과성, 재정 영향 분석 등을 통해 약가 산정의 합리성을 점검하는 데 그 취지가 있으며, 동일 제품군 청구액이 약가 협상 예상 청구액보다 30% 이상 증가한 경우 협상을 통하여 가격을 조정한다. 사용량·약가 연동 협상을 통해 가격을 조정하는 경우 최대 인하율은 10%이며, 총 청구 금액이 15억 원 미만인 약제 및 퇴장방지 의약품 등은 협상 대상에서 제외하고 있다.

그동안 증가율 변동 폭이 큰 소형 품목이 주로 선정되고 증가율 변화가 적은 대형 제품은 대상이 되기 어려워, 소형 제품의 가격 조정이 잦은 반면 재정 절감 효과는 적게 나타나던 문제점이 제기되어 왔다.

이러한 문제점을 해소하기 위해 사용량이 크게 늘어 건강보험 재정에 큰 영향을 미쳤으나 약가 조정 대상이 되지 않았던 대형 품목들이 약가 인하 대상에 포함될 수 있도록 2014년 1월 1일부터 제도가 개선되었다.

구체적 사례를 살펴보면, 사용량·약가 협상 대상을 선정하는 기준을 개선하여 동일 회사의 성분·제형·투여 경로가 같은 동일 제품군은 함량·규격·포장 단위 등이 다르더라도 청구 금액을 합산하여 관리한다.

건강보험 재정에 큰 영향을 미치는 대형 품목의 관리를 강화하기 위하여 건강보험 청구 금액이 전년도 청구액보다 60% 이상 증가하였거나, 또는 전년 대비 10% 이상 증가하고, 그 증가액이 50억 원 이상 증가하면 협상 대상이 된다.

이와 함께, 협상 제외 기준을 연간 청구액 3억 원 미만에서 15억 원 미만으로 상향 조정하여 청구액이 적은 소형 품목들은 사용량·약가연동제 적용 대상에서 배제하여 제도의 효과성을 높였다.

II 건강보험 약제 사용량 관리

우리나라의 의약품 사용량이 OECD 국가 중 최고 수준으로 알려져 있어, 과다한 의약품 사용으로 인한 국민의 약값 부담 경감과 국민 건강에 미치는 부정적 영향을 방지하기 위해 의약품 사용량을 줄일 수 있는 다각적인 대책을 마련하였다.

1. 외래처방 인센티브제도

우리나라 국민이 의원급 의료기관을 방문하여 처방받는 의약품 수는 2005년 1회 평균 4.16알로, 일본 3.0, 미국 1.97, 독일 1.98알에 비해 월등히 많다. 특히, 18세 미만에게 처방되는 의약품 수는 1회 평균 4.56알로, 일본 2.02, 미국 1.64 등과 비교할 때 우리나라 아동·청소년들이 외국 아동보다 2배 이상 많은 양을 복용하고 있다.

우리나라 의약품 처방 품목 수가 많은 것은 처방 행태뿐 아니라 국민의 약 선호 문화 등 복합적 원인이 작용하지만, 현실적으로 가장 영향력이 큰 것은 의사의 처방이다. 따라서 의료기관 스스로 처방을 줄일 유인을 만드는 것이 문제점 개선에 효과적일 것이라고 판단하였다. 이에 의료기관이 자율적으로 저가 약을 처방하거나 약 품목 수를 적정화하는 방법 등으로 약품비가 절감되면 절감된 부분의 일정 비율을 인센티브로 받는 제도를 도입하였다.

[표 2-7-25] 약품비 절감 및 인센티브 지급 현황

(단위 : 기관, 억 원)

구 분	평가 대상 기관 수	약품비 절감 기관 수	약품비 절감액 (A)	보험재정 감소액 (B=A*70%)	인센티브 지급		실재정 절감액 (B-C)
					기관 수	금액(C)	
2010년 4/4분기	22,366	7,738	224	157	6,750	59	98
2011년 상반기	21,587	8,563	483	338	7,434	131	207
2011년 하반기	22,213	9,189	599	419	8,148	181	238
2012년 상반기	23,308	6,638	501	351	5,823	136	215
2012년 하반기	23,870	5,611	290	203	4,648	82	121
2013년 상반기	23,819	6,085	243	170	5,166	73	97
2013년 하반기	24,361	7,833	339	237	6,467	97	140
2014년 상반기	23,773	7,237	320	224	5,360	86	138

주 : 2012년 상반기 평가 결과부터 병원급 이상 기관이 포함된 결과이며, 2012년 4월 약가 인하의 영향으로 약품비 절감 기관 및 절감액 등이 감소. 2014년 9월부터 처방·조제 약품비 절감 장려금 사업과 통합됨

✎ 집필자 | 보험약제과장 양운석

2. 처방·조제 약품비 절감 장려금제도 시행

대형 요양기관의 과도한 구매 할인 및 저가 납품 요구 등 저가 구매 인센티브제도의 시행상 나타난 문제점을 개선하기 위해 제약협·병협 등 공급자 단체(6명), 공익단체(2명), 전문가(4명) 등 17명으로 구성(‘14. 1.~2. 8차 회의 개최)된 보험약가제도개선협의체 논의를 바탕으로, 저가구매 인센티브제도를 총 약품비 절감 장려금으로 개편하였다.

장려금제도 개편으로 앞으로는 요양기관의 저가 구매 노력뿐만 아니라 처방약 품목 수 절감, 저가약 처방 등 의약품 사용량 감소에 대한 노력까지 함께 고려하여 장려금의 형태로 요양기관에 반기별로 지급될 예정이다. 이에 따라 저가 구매 노력이 큰 요양기관이라도 처방 약품비가 높은 경우에는 장려금 대상에서 제외될 수 있고, 같은 저가 구매액에 대해서도 사용량 감소 정도에 따라 장려금을 차등하여 지급받게 된다.

또한, 건강보험 의약품의 실거래 가격을 신속하고 정확하게 파악하기 위해 제약회사·의약품 도매상 등 의약품 공급자의 공급 자료 및 현지조사 결과를 활용하는 등 의약품 관리 종합정보 센터의 기능을 강화하여 상시 약가관리기전을 마련하였다.

[표 2-7-26] 반기별 처방조제 장려금 지급 현황

(단위 : 개소, 억 원)

연 도 (지급일 기준)	약품비 절감		처방조제 장려금 지급 현황		국민의료비 절감액 (C=A-B)	본인부담 절감액 (C)	보험자부담 절감액 (E=C-D)
	기관 수	절감액(A)	기관 수	처방조제 장려금 지급액(B)			
2015 상반기	10,670	1,188	6,640	284	904	309	595
2015 하반기	11,911	1,869	7,230	442	1,427	486	941
2016 상반기	10,245	1,628	6,403	377	1,251	423	829
2016 하반기	10,033	1,723	6,201	399	1,324	439	885
2017 상반기	10,770	1,856	7,008	435	1,421	482	939
2017 하반기	9,744	1,962	6,671	452	1,510	508	1,002
2018 상반기	9,735	1,910	6,378	442	1,468	496	971
2018 하반기	11,254	2,059	6,762	476	1,583	534	1,049
2019 상반기	10,747	2,149	6,420	503	1,646	564	1,082
2019 하반기	10,536	2,258	6,696	521	1,737	591	1,146

주 : 2019년 상반기 장려금은 2018년도 7월~12월 진료분, 2019년 하반기 장려금은 2019년도 1월~6월 진료분으로 산출하는 방식으로 함

3. 의약품 중복 처방 차단·방지

동일 의료기관에서 동일 성분제제 의약품을 중복하여 처방한 경우는 총 원외 처방 약품비의 7.7%에 달했다(2007년 기준). 병원의 경우 동일 의료기관이라도 진료 과목이 다르면 상호 투약 기록이 고려되지 않고 있고, 의원급의 경우에는 동일 의사가 처방함에도 불구하고 환자의 약이 얼마나 남았는지 고려되지 않고 처방되기 때문이다.

이런 문제를 해결하기 위해서 2008년 10월 1일부터 동일 의료기관 내 진료 과목이 다르다는 이유로 동일한 의약품이 불필요하게 중복 처방되는 경우에는 건강보험 적용이 제한되었다. 2008년 10월 1일부터 2009년 3월 31일까지는 계도 기간으로 운영한 후 2009년 6월 1일자로 시작되었다. 이에 따라 장기 처방 환자를 진료하는 의료기관은 장기 출장, 여행 등으로 약을 일부 중복해 미리 처방하더라도 일정 범위 이상 중복되지 않도록 환자별 투약 일수를 관리해야 한다.

또한, 여러 요양기관을 다니면서 동일 의약품을 과다하게 중복해서 처방·조제받는 환자에 대해서는 사후 환수가 추진된다. 환자에게 중복하여 처방받은 일수가 얼마나 되었는지 알려 준 후, 개선이 없을 경우에는 중복 사용한 약품비를 환자에게 직접 환수하게 된다. 이는 환자의 비용 의식과 책임 의식을 높이기 위한 조치이다.

Ⅲ 보험약제 사후 관리

1. 실거래가 상환제도

보험의약품 실거래가 상환제도는 개별 요양기관이 품목별 상한 금액 이내에서 실제 구입한 가격으로 청구하는 금액을 상환하는 방식이다.

이전에는 고시가 상환제도로서, 요양기관에 대한 약품비 상환이 고시가격으로 이루어지는 방식이었다. 이에 따라 실구입가와 고시가격 간의 약가 차액이 요양기관의 음성적 수익으로 귀속되었다. 또한, 약가 차액은 의약품 사용량에 비례하므로 과잉 투약을 하게 되고 이로 인하여 국민 건강을 해칠 수 있는 가능성이 항상 존재하였다.

그리하여 이러한 문제점을 해결하고자 1999년 11월 실거래가 상환제도가 도입되었고, 개별 기관의 품목별 실제 구입 가격에 의해 약가를 상환함으로써 종전의 고시가격에서 발생하는 약가차액에 의한 이윤을 배제하고 궁극적으로 건강보험재정 안정과 국민건강증진을 도모하고자 하였다.

실거래가 상환제도는 의약품 가격의 상한선을 정해 놓고 상한선 내의 실구입가격으로 상환하는 것으로, 요양기관은 매 분기 품목별 실구입가격의 가중평균가를 산출하여 이 금액을 청구하게 되고 이에 따라 요양기관의 보험의약품 실거래가 내역이 적정한지 조사하여 상한 금액 미만으로 거래된 사실이 있는 경우 이를 반영하여 보험의약품 상한 금액을 조정하는 실거래가 약가인하 제도를 운영하고 있다. 또한, 실제 구입한 의약품 가격이 아닌 가격으로 청구하여 실거래가 위반으로 적발된 요양기관을 대상으로 그 차액을 부당이득금으로 징수하고 부당이득 비율이 높은 기관에 대하여는 관련 규정에 의하여 행정 처분을 하게 된다. 2020년도 실거래가 약가 인하를 통하여 총 3,924품목의 상한 금액을 평균 1.16% 인하·고시하는 등 2000년부터 2020년까지 총 3만 6백여 품목의 상한 금액을 인하하여 그 재정 절감액이 약 5,847억 원에 이를 예정이다.

[표 2-7-27] 연도별 실거래가에 의한 약가 인하 현황

(단위 : 개, %, 억 원)

연 도(시행일 기준)	인하 품목 수	평균 인하율	보험재정 절감 추정액
2000	295	3.01	23
2001	5,819	7.40	1,277
2002	1,953	5.66	575
2003	1,794	3.19	468
2004	782	2.16	38
2005	1,561	1.56	90
2006	1,519	0.85	57
2007	1,114	0.67	58
2008	346	0.47	13
2009	1,535	0.80	111
2010	1,757	0.94	154
2016	4,640	1.96	1,366
2018	3,619	1.30	808
2020	3,924	1.16	809

실거래가 약가인하 제도를 합리적, 효율적으로 운영하기 위하여 약가 인하 주기를 1년에서 2년으로 조정, 가중평균가 산출데이터를 공급자료에서 청구자료로 변경, 품목 특성상 제조 및 관리에 고비용이 소요되며 약가 인하율이 높은 주사제의 인하율 30% 감면, R&D 투자 비율이 높은 혁신형 기업 인하율 감면 확대(30%→50%), 국·공립병원을 실거래가 적용에서 제외하는 등의 제도 개선을 하였다('16. 10.).

2. 시장형 실거래가제도

당초 실거래가 상환제를 통하여 보험약가를 실구입 가격으로 상환함으로써 종전의 고시기에서 발생하는 약가 차액에 의한 이윤을 배제하고자 하였다. 그러나 요양기관 및 제약사 모두 상한 금액 이하로 거래할 동기가 적어 상한 금액에 의한 거래가 관행화되었다. 따라서 매년 2~3회에 걸쳐 요양기관을 대상으로 실거래가 조사를 실시하였으나 약가 인하 실적은 미미한 수준이다. 또한, 요양기관의 음성적 이윤 추구하고 제약사의 약가 인하 방지 목적이 부합하여 리베이트에 의한 거래도 문제가 되었다.

따라서 제약사와 병원·약국 간 상한 금액으로 거래하면서 음성적 리베이트를 제공하는 제도적 모순을 해소하고 요양기관에 실거래가 구매 동기를 부여하여 투명한 시장가격이 형성되도록 기존의 실거래가 상환제도를 개선함으로써 2010년 10월부터 시장형 실거래가제도를 도입하여 시행하였다.

시장형 실거래가제도는 요양기관이 의약품을 싸게 구매한 만큼 요양기관과 환자가 혜택을 공유하는 제도이다. 병원·약국에서 상한 금액 이하로 의약품을 구입하여 실거래가격으로 청구하면 차액(상한 금액과 실거래가 차액)의 70%를 요양기관에 인센티브로 지급하고, 환자는 차액의 30%만큼 본인부담이 경감된다. 또한, 요양기관과 의약품 공급자가 실거래 가격을 신고하면 1년 단위로 품목별 가중평균가격을 산출하여 다음 연도 약가를 인하해준다.

그러나 2012년 4월 약가 산정 방식 개편으로 인한 기등재 의약품 약가 인하(평균 14.2%)에 따라 시장형 실거래가제도에 의한 약가 인하 효과가 이미 실현된 것으로 판단하여 2014년 1월까지 시행을 유예한 후 2014년 2월~8월까지 재시행하였다. 그러나 저가 구매 인센티브가 종합병원 이상의 요양기관으로만 편중되고, 1원 낙찰 증가 등 유통 구조가 왜곡된다는 문제점 등으로 재폐지하고, 실거래가 상환제도로 환원되었다.

제4절 건강보험급여 사후 관리

I 건강보험 부당청구 관리

1. 개요

보건복지부는 건전한 요양급여 비용 청구 풍토 조성, 적정 진료 유도, 불필요한 건강보험 재정 누수 방지, 건강보험 가입자의 수급권 보호 및 건전한 의료 공급자를 보호하기 위한 목적으로 건강보험 요양기관에 대한 현지조사를 실시하고 있다.

현지조사는 요양기관이 지급받은 요양급여 비용 등에 대해 세부 진료 내역을 근거로 진료·청구와 관련한 사실 관계를 현지에 출장하여 확인하는 것을 말하며, 매년 전체 요양기관 수 대비 약 1% 내외의 요양기관에 대하여 이루어지고 있다.

조사 결과 요양기관이 거짓 또는 부당 청구한 것으로 확인된 경우 해당 부당 금액을 환수하고, 부당 금액 및 비율에 따라 요양기관 업무 정지 또는 과징금 처분 등 행정 처분을 하고 있다.

또한, 거짓 청구 규모가 큰 기관에 대하여는 해당 요양기관의 명단을 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 홈페이지 등에 공표하고, 수사기관에 고발하는 등의 조치도 취하고 있다.

2. 부당 청구 근절을 위한 그간의 추진 현황

가. 현지조사

요양기관 현지조사는 매년 전체 요양기관 수 대비 약 1% 수준에 대하여 실시하고 있으며, 이 중 부당 사실이 확인된 요양기관은 약 82% 수준에 이르고 있다.

[표 2-7-28] 요양기관 현지조사 현황(총괄)

('19. 기준, 단위: 개소, 억 원)

연도	조사 기관 수	부당사실확인 기관 수					부당 금액
		계	업무 정지	과징금	부당이득금 환수 ¹⁾	처분 절차 중	
계	2,832	2,340	300	326	559	1,155	953
2017	816	721	192	195	303	31	260
2018	1,040	790	101	131	246	312	358
2019	976	829	7	-	10	812	335

주: 1) 부당 청구 사실이 확인된 기관 중 부당 청구의 정도가 처분 기준에 미달하여 부당 금액만을 환수하는 기관임

현지조사는 민원이나 제보, 국민건강보험공단·건강보험심사평가원의 급여 관리 과정 등을 통해 부당 청구가 확인되거나 부당 청구의 개연성이 높다고 판단되는 요양기관에 대하여 매월 정기조사를 실시하고 있으며, 건강보험제도 운용상 필요 분야나 사회적으로 문제가 발생한 사안 등에 대하여는 매년 항목을 특정하여 기획 조사를 실시하고 있다.

아울러, 착오 청구 등 요양기관의 요양급여 비용 청구 형태를 개선하고자, 요양기관 스스로 부당을 확인하고 개선하는 「요양·의료급여비용 자율점검제도」를 도입('18. 11.)하는 등 사전 예방을 위한 노력도 지속적으로 추진하고 있다.

나. 행정처분 및 벌칙

부당 청구의 정도가 심한 요양기관에는 1년의 범위 내에서 업무 정지 처분을 명하되, 해당 요양기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주거나 기타 특별한 사유가 있다고 인정될 때에는 그 업무 정지에 갈음하여 부당 금액의 2~5배의 금액을 과징금으로 부과하고 있다.

또한, 조사에 필요한 관계 서류 제출의 거부 및 거짓 서류의 보고·제출 또는 조사 거부·방해·기피한 때에는 업무 정지 1년의 행정 처분을 실시하고, 이와 별도로 「국민건강보험법」 제116조에 의하여 1,000만 원 이하의 벌금을 부과하고 있으며, 그 외 사법기관에 고발하는 등 엄정 조치하고 있다. 특히, 행정 처분을 받은 후 5년 이내에 위반 사실이 확인될 경우에는 당해 업무 정지 기간 또는 과징금의 2배에 해당하는 가중처분을 하고 있다.

「의료법」과 「약사법」 등 관련법에서도 관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 경우 면허취소 또는 면허정지 처분을 하고 있다.

「국민건강보험법 시행령」 제70조의 별표5 제4호에 따라 위반행위의 동기·목적·정도 등을 고려하여 행정처분을 감면할 수 있도록 하고 있는 바, 법령 위반정도에 비해 과도한 처분기준, 불합리한 부담비율 산정방식 등에 대한 합리적 개선이 필요하다는 요구에 따라 「국민건강보험법 시행령」 별표5를 개정하였고, 행정처분의 감면 기준을 명확히 하고, 행정처분 감면이 적용되지 않는 거짓청구의 유형을 명시하여 행정처분의 실효성과 예측가능성을 제고하고자 「요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형」을 제정하였다.

아울러, 요양급여 거짓 청구 근절을 위해 행정 처분을 받은 요양기관 중 거짓 청구가 과도한 요양기관(거짓 청구 금액의 비율이 20% 이상이거나 거짓 청구 금액이 1,500만 원 이상인 요양기관)에 대하여는 2010년부터 명칭, 주소, 대표자 성명 등을 보건복지부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 관할 시·도 홈페이지 등에 6개월간 공표하고 있다.

[표 2-7-29] 거짓 청구 요양기관 명단 공표 현황

('19. 12. 기준)

공표 차수	공표 기관 수	공표 기간(6개월 간)	비고
1차 공표	13개	2010. 11. 15. ~ 2011. 5. 14.	게시 종료
2차 공표	14개	2011. 5. 24. ~ 2011. 11. 23.	게시 종료
3차 공표	22개	2011. 12. 2. ~ 2012. 6. 27.	게시 종료
4차 공표	23개	2012. 6. 28. ~ 2012. 12. 27.	게시 종료
5차 공표	25개	2012. 12. 28. ~ 2013. 6. 27.	게시 종료
6차 공표	11개	2013. 6. 2. ~ 2013. 12. 27.	게시 종료
7차 공표	10개	2013. 12. 28. ~ 2014. 6. 27.	게시 종료
8차 공표	15개	2014. 6. 28. ~ 2014. 12. 27.	게시 종료
9차 공표	7개	2014. 12. 28. ~ 2015. 6. 27.	게시 종료
10차 공표	7개	2015. 6. 28. ~ 2015. 12. 27.	게시 종료
11차 공표	20개	2015. 12. 28. ~ 2016. 6. 27.	게시 종료
12차 공표	21개	2016. 7. 1. ~ 2016. 12. 31.	게시 종료
13차 공표	28개	2017. 1. 1. ~ 2017. 6. 30.	게시 종료
14차 공표	17개	2017. 7. 2. ~ 2018. 1. 1.	게시 종료
15차 공표	36개	2018. 1. 2. ~ 2018. 7. 1.	게시 종료
16차 공표	33개	2018. 7. 16. ~ 2019. 1. 15.	게시 종료
17차 공표	60개	2019. 1. 14. ~ 2019. 7. 14.	게시 종료
18차 공표	41개	2019. 10. 21. ~ 2020. 4. 20.	게시 중

다. 현지조사 제도개선 추진

요양기관의 거짓·부당 청구와 관련하여 국회·언론 등에서는 조사 확대 등 부당청구 관리 강화를 요구해 온 반면, 의료계에서는 사후조사에 대한 거부감 및 부정적 인식 확산 등으로 사전 제도·예방 중심 관리로의 전환을 요구해 왔다. 이에, 착오 청구 등에 대해서는 요양기관 스스로 부당 확인 및 청구형태를 개선하는 「요양·의료급여비용 자율점검제도」를 의약단체 간담회 등 각계의 의견 수렴을 거쳐 2018년 11월 도입하였다.

자율점검제 도입에 앞서 관련절차, 제도 운영에 필요한 주요 내용 등에 대한 사전검토를 위해 4차례에 걸쳐 시범사업을 추진하였으며, 시범사업 이후 청구경향 모니터링 결과 청구형태가 개선되는 등 부당청구 예방 효과를 확인하였다.

이와 함께, 자율점검 신고, 착오 등 부당내역 반납 시 행정처분(과징금, 업무정지) 면제를 위한 국민건강보험법 시행령 개정 및 관련 고시 제정을 추진하여, 제도 시행을 위한 법적 근거를 마련하였으며, 성실 신고 시 행정처분 면제를 통해 요양기관의 처분에 대한 부담을 경감하고, 요양기관 스스로 부당청구 관행을 개선할 기회를 제공할 수 있도록 하였다.

3. 향후 계획

요양기관의 거짓·부당 청구에 대해 선제적으로 대응하고, 착오 청구에 대해서는 자율점검제도를 통해서 사전·제도 예방중심으로 관리체계를 강화해 나갈 계획이다.

이 뿐 아니라 의약단체 등과의 적극적 협력을 통해 부당청구 사례 등을 요양기관에 주기적으로 안내·교육하는 등 부당 청구를 사전에 예방할 수 있는 다각적인 방안을 마련하고, 그간의 의료환경 변화 및 행정처분 과정 상 나타난 문제점을 개선하기 위하여 행정처분 기준표 세분화 등 행정처분 기준을 수정하고 관련고시를 제정하여 위반행위 정도와 행정처분 간의 합리성 및 처분의 예측가능성을 제고할 계획이다.

아울러, 거짓청구 등 현장 확인이 필요한 부당사실에 대하여는 지속적으로 현지조사를 추진하고 고의적·악의적 부당행위 등에 대해서는 제재조치 강화 방안을 검토하는 등 효율적이고 합리적으로 건강보험급여 사후관리를 강화할 예정이다.

Ⅱ 건강보험급여 적정성 평가

1. 개요

건강보험급여 적정성 평가(이하 ‘요양급여 적정성 평가’라 함)는 건강보험 가입자에게 제공되는 진찰·시술·투약·검사 등 요양급여에 대하여 의·약학적 측면과 비용·효과적 측면의 타당성을 평가하여 궁극적으로는 의료의 질 향상을 도모하는 것을 목적으로 한다. 또한, 그 결과를 공개함으로써 건강보험 가입자인 국민에게는 요양기관 선택에 참고할 수 있도록 정보를 제공하며, 의료서비스 공급자에게는 질 향상에 필요한 비교 정보 등을 제공하여 자발적 노력을 유도하고 평가 결과를 보상과 연계하여 질 향상을 가속화할 수 있는 방법으로 활용하고 있다.

2. 추진 현황

가. 요양급여의 적정성 평가 현황

요양급여 적정성 평가는 2001년 약제급여 평가(항생제 처방률, 주사제 처방률 등)를 시작으로 2004년부터 급성심근경색증, 급성기뇌졸중, 수술의 예방적 항생제 사용 등 임상 질 분야로 확대하였고, 2019년 현재 암 등 중증질환 및 고혈압, 당뇨병 등 만성질환까지 총 35개 항목으로 평가를 확대하였다.

2019년도 요양급여 적정성 평가는 의료 질 격차 최소화를 위한 평가 영역의 균형적 확대와 국가 의료 질 향상을 위한 평가체계를 구축하는 방향으로 추진했으며, 평가 수행 인프라 개선과 평가 결과 활용 제고를 위해 노력하였다.

* 국가 의료질 향상을 위한 6개영역 목표(2015, 대한의학회) : ①환자안전, ②효과적인 진료, ③환자중심성, ④의료전달체계 구축을 통한 의료서비스 연계 강화, ⑤의료이용의 형평성, ⑥건강보험의 효율성

병원 규모별 의료 질 격차 완화를 위한 ‘중소병원’ 평가와 정신건강 평가 사각지대 해소를 위해 건강보험까지 확대한 ‘정신건강 입원영역’ 평가를 도입·실시하였다.

국민 안전 강화를 위해 OECD 국가 중 발생률 및 사망률이 높고 환자안전과 밀접한 ‘결핵’ 평가와 신생아중환자실의 진료환경 및 감염 관리를 위한 ‘신생아중환자실’ 평가 결과를 공개하였다.

또한, 평가 영역의 체계적 확대를 위해 의료계 및 소비자단체 등과 함께 발굴한 신규평가 3항목(신경차단술, 고관절치환술 등)의 평가기준 마련 연구를 실시하고, 수혈, 우울증, 치매에 대한 예비평가를 실시하였다.

의료 질 관련 평가정보를 국민·의료계 등이 손쉽게 접근·활용 가능한 평가정보 통합관리시스템인 ‘평가뱅크’ 구축을 준비하기 위하여, 모든 의료 질 평가지표를 체계적으로 분류·관리가 가능하도록 분류체계 및 평가지표 747개에 대한 상세설명서를 개발하였다.

[표 2-7-30] 요양급여의 적정성 평가 현황

구분	2015(30개) ¹⁾	2016(31개) ¹⁾	2017(32개) ¹⁾	2018(34개) ¹⁾	2019(35개) ¹⁾
평가 요 요 요	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여(5종) • 수술 진료량 • 급성심근경색증 • 급성기뇌졸중 • 관상동맥우회술 • 경피적관상동맥중재술 • 수술의 예방적 항생제 • 요양병원 • 혈액투석 • 의료급여 정신과 • 고혈압·당뇨병 • 대장암·유방암 • 유·소아 중이염항생제 • 폐암·천식 • 7개 질병군 포괄수가 • 위암·폐렴·간암 진료 결과 • 만성폐쇄성폐질환 • 성분계열별 항생제 처방률 • 중환자실 • 병원 표준화 사망비 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여(5종) • 수술 진료량 • 급성심근경색증 • 급성기뇌졸중 • 관상동맥우회술 • 경피적관상동맥중재술 • 수술의 예방적 항생제 • 요양병원 • 혈액투석 • 의료급여 정신과 • 고혈압·당뇨병 • 대장암·유방암 • 유·소아 중이염항생제 • 폐암·천식 • 7개 질병군 포괄수가 • 위암·폐렴·간암 진료 결과 • 만성폐쇄성폐질환 • 성분계열별 항생제 처방률 • 중환자실 • 병원 표준화 사망비 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여(5종) • 수술 진료량 • 급성심근경색증 • 급성기뇌졸중 • 관상동맥우회술 • 경피적관상동맥중재술 • 수술의 예방적 항생제 • 요양병원 • 혈액투석 • 의료급여 정신과 • 고혈압·당뇨병 • 대장암·유방암 • 유·소아 중이염항생제 • 폐암·천식 • 7개 질병군 포괄수가 • 위암·폐렴·간암 진료 결과 • 만성폐쇄성폐질환 • 성분계열별 항생제 처방률 • 중환자실 • 병원 표준화 사망비 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여(4종) • 수술 진료량 • 급성심근경색증 • 급성기뇌졸중 • 관상동맥우회술 • 경피적관상동맥중재술 • 수술의 예방적 항생제 • 요양병원 • 혈액투석 • 의료급여 정신과 • 고혈압·당뇨병 • 대장암·유방암 • 유·소아 중이염항생제 • 폐암·천식 • 7개 질병군 포괄수가 • 위암·폐렴·간암 진료 결과 • 만성폐쇄성폐질환 • 성분계열별 항생제 처방률 • 중환자실 • 병원 표준화 사망비 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여(4종) • 수술 진료량 • 급성심근경색증 • 급성기뇌졸중 • 관상동맥우회술 • 경피적관상동맥중재술 • 수술의 예방적 항생제 • 요양병원 • 혈액투석 • 의료급여 정신과 • 고혈압·당뇨병 • 대장암·유방암 • 유·소아 중이염항생제 • 폐암·천식 • 7개 질병군 포괄수가 • 위암·폐렴·간암 진료 결과 • 만성폐쇄성폐질환 • 중환자실 • 병원 표준화 사망비 • 위험도 표준화 재입원비 • 환자 경험

구분	2015(30개) ¹⁾	2016(31개) ¹⁾	2017(32개) ¹⁾	2018(34개) ¹⁾	2019(35개) ¹⁾
	<ul style="list-style-type: none"> • 위험도 표준화 재입원비 	<ul style="list-style-type: none"> • 위험도 표준화 재입원비 • 환자 경험 	<ul style="list-style-type: none"> • 위험도 표준화 재입원비 • 환자 경험 • 결핵 	<ul style="list-style-type: none"> • 위험도 표준화 재입원비 • 환자 경험 • 결핵 • 마취 • 치과 근관치료 • 신생아중환자실 	<ul style="list-style-type: none"> • 결핵 • 마취 • 치과 근관치료 • 신생아중환자실 • 정신건강임원영역 • 중소병원

주: 1) 평가 영역별 평가 항목 수

나. 가감지급사업

가감지급사업은 적정성 평가 결과를 보험급여 진료비 보상과 연계하여 평가 결과에 따라 경제적 인센티브 또는 디스 인센티브를 부여하여 의료서비스의 질 향상을 촉진하기 위한 사업이다.

2007년 7월부터 2010년 12월까지 상급종합병원을 대상으로 급성심근경색증 및 제왕절개분만 2개 항목에 대해 가감지급 시범사업을 실시하였으며, 2011년에는 가감지급 시범사업을 본 사업으로 확대하여 사업 대상도 상급종합병원에서 종합병원까지로 늘리고, 급성기뇌졸중을 가감지급 항목으로 추가하는 등 총 3항목에 대해 가감지급을 실시하였다.

2012년에는 수술의 예방적 항생제가 가감지급항목으로 추가되고, 가감지급률도 최저 $\pm 1\%$ 에서 최고 $\pm 5\%$ 까지 확대하여 가감지급의 실효성을 제고하였으며, 고혈압·당뇨병의 만성질환 관리에 대한 인센티브제도가 마련되었다. 2013년에는 외래약제 적정성 평가 3항목을 추가하고 대상을 의원급까지 확대하였으며, 2014년에는 급성심근경색증(허혈성심질환 통합 평가에 따른 종료)과 제왕절개분만(평가 종료)이 가감지급 대상에서 제외, 2015년에는 혈액투석이 추가되어 2019년 현재 급성기뇌졸중, 수술의 예방적 항생제 사용, 외래약제(3항목), 혈액투석, 고혈압, 당뇨병의 총 8개 평가항목에 대해 가감지급사업을 실시하고 있다.

3. 향후 계획

2020년 요양급여 적정성 평가는 질병중심에서 국민중심의 의료 패러다임 변화에 발맞추어 신규 평가항목(수혈, 우울증 외래)을 포함한 총 35개 항목에 대해 평가를 실시하고, 국민건강성과 향상 가치를 반영한 핵심지표 위주의 평가체계로 전환해 나갈 계획이다.

또한, 환자안전 영역 평가 강화를 위해 환자안전 중심의 내시경 검사·치료, 영상검사 예비 평가를 수행하여 평가 도입의 타당성과 평가방안을 검토한다.

요양급여 적정성 평가에 대한 국민 인지도 및 활용도를 제고하고, 각종 의료 관련 평가 제도의 체계적 관리를 위해 평가지표 관리시스템(평가정보뱅크) 구축을 시작으로 ‘국가단위 평가정보 통합포털(가칭)’ 구축을 단계적으로 추진할 예정이다.

그밖에도 의료기관별 의료 질 격차 해소를 위한 교육 및 컨설팅 지원을 확대하고, 환자 중심성 평가 중장기 연구 등 국민이 체감하는 의료 질 향상을 위해 다각도로 검토할 계획이다.

Ⅲ 치료재료 가격 사후 관리

1. 개요

치료재료는 「의료보험법」 제도에서는 치료재료를 부품 및 규격별로 세분화하여 총 36,655개 품목으로 구분·관리하였으나 「국민건강보험법」 시행에 따른 실거래가상환제도에서는 수 개의 부품 및 규격을 세트 또는 단일 상한가 품목으로 조정하였다. 2000년에 용도에 따라 12개 품목군(대분류) 총 2,616개 품목이 고시된 이후 관리 대상 재료의 품목 수가 급증하여 2019년 17개 품목군(대분류군), 총 27,678개의 보험급여 품목(비급여 제외)에 달하고 있다.

치료재료에 대한 급여 비용은 2019년 약 3조 5,698억 원으로 전체 건강보험 요양급여비용에서 차지하는 비중(4.4%)이 진료행위로 및 약품비에 비해 그 규모는 작지만 치료재료의 건강보험 요양급여비용 청구 금액이 크게 증가(‘15년 1조 9,701억 원→’19년 3조 5,698억 원)하고 있어 체계적인 관리가 필요하다.

건강보험 등재 치료재료(급여) 가격 사후 관리는 국민건강보험법령, 「행위 치료재료 등의 결정 및 조정 기준」, 「약제 및 치료 재료의 비용에 대한 결정 기준」 등에 따라 치료재료 실거래가 조사, 원가 조사, 재평가를 통해 치료재료 품목 재분류, 요양급여 대상 여부 및 상한 금액 조정 등 치료재료 최초 등재 이후의 관리 업무이다.

치료재료 실거래가 조사는 요양기관과 공급업체를 대상으로 「치료재료 급여·비급여 목록 및 상한 금액표」에 등재된 품목의 실거래 내역 등을 조사하여 급여 상한금액을 적정하게 조정·관리하는 것으로, 치료재료의 실거래 가격 등을 정확하게 파악하기 위해 현지조사를 실시하고 있다.

치료재료 원가 조사는 건강보험 재정 건전성 유지·확보를 위해 치료재료 품목 중분류별제조·수입원가에 판매 관리비, 영업 이익, 도매이윤율, 부가세를 반영한 배수를 적용하여 적정 상한금액을 재산출하여 조정하는 것이다.

치료재료 재평가는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한 금액표」에 고시된 치료재료 중 재평가 필요성이 있다고 인정되는 품목군(중분류)을 선정하여 시행한다. 이를 통해 상한금액표 목록정비, 품목군 재분류, 요양급여 대상 여부 및 상한 금액 조정 등을 실시하여 치료재료등재 관리의 객관성 및 효율성을 제고하고 있다.

2. 추진 실적

실거래가 상환제 도입('00. 11.)에 따라 2000년부터 실시된 치료재료 실거래가 현지조사를 통해 조사품목의 중분류별 상한금액을 조정하고, 실제 구입단가와 청구·지급단가의 차액이 적발될 시에는 요양기관에 대한 부당이득 징수 등의 조치를 하고 있다.

[표 2-7-31] 최근 5년간(2015~2019) 치료재료 실거래가 현지조사 현황

(단위 : 개, %, 억 원)

연도	인하 품목 수	평균 인하율	보험 재정 절감 추정액	비 고
2015	-	-	-	2015년은 국가감염 비상사태(메르스) 등으로 조사 미실시
2016	707	29.5	117 ¹⁾	1회용 주사기, 생검용 포셉, 치과 임플란트 ²⁾ , 중재적시술용군(J) 등
2017	-	-	-	인공관절군(E), 봉합용군(B), 일반재료군Ⅱ(L), 일반재료군Ⅲ(M)
2018	51	14.9	56 ¹⁾	골절고정용군(C5), 인공수정체(I1) ²⁾
2019	-	-	-	가이드 와이어류(J6), 외과 수술용 선택품목류 중 절삭기 품목(M204)

주 : 1) 보험재정 절감 추정액

2) 해당 품목(비교란 품목)

또한, 원가조사는 2009년 F군(척추재료) 실거래가 현지조사 시 공급업체의 과도한 마진율이 확인됨에 따라 병행하여 실시하였다. 이후 2011년 B군(봉합용), E군(인공관절), J군(중재적시술), L군(일반재료Ⅱ), M군(일반재료Ⅲ)에 대해, 2014년 A군(방사성동위원소), C군(골절고정용), D군(관절경수술), G군(흉부외과용), H군(신경외과용), I군(안·이비인후과용), K군(일반재료Ⅰ)에 대해 조사를 실시하고 상한금액을 조정하였다.

[표 2-7-32] 치료재료 원가조사 현황

(단위 : 개, %, 억 원)

연도	인하 품목 수	평균 인하율	보험 재정 절감 추정액	비 고
2009	453	20.0	212	척추재료군(F)
2011	4,186	6.2	824	봉합용군(B), 인공관절군(E), 중재적시술용군(J), 일반재료군Ⅱ(L), 일반재료군Ⅲ(M)
2014	5,285	5.5	234	방사성동위원소군(A), 골절고정용군(C), 관절경수술관련용군(D), 흉부외과용군(G), 신경외과용군(H), 안·이비인후과용군(I), 일반재료군Ⅰ(K)

아울러, 재평가는 2010년에 「행위 치료재료 등의 결정 및 조정기준」 고시에 ‘치료재료 재평가 조정기준’을 신설하고 추진하였다. 7년간(2010년~2019년) 총19,020 품목을 재평가하여 품목군 및 상한금액 조정 등을 실시하였다.

[표 2-7-33] 치료재료 재평가 현황

(단위 : 개, %, 억 원)

연도	품목군	품목 수	보험 재정 절감 추정액
2010	• 동위원소군 • 일반재료(Ⅰ)군 • 척추고정용군	4,202	52
2011	• trauma용군 • 신경외과용군 • 흉부외과용군 • 안·이비인후과용군	4,980	19
2012	• 봉합용군 • 중재적시술용군 • 인공관절군 • 일반재료(Ⅱ, Ⅲ)군	6,389	36
2013	• 핵의학검사용군 ~ 한방재료군(재평가 미 실시 품목)	402	0.6
2017	• SHOULDER PROsthesis류(어깨치환용)등	452	0.5
2018	• 드레싱 품목류, 거즈류 등	2,437	-
2019	• DISTAL ACCESS INTERMEDIATE CATHETER(원위 접근용 중간도관) 등	158	1.7

주 : 2017~2018년 직권조정

3. 향후 계획

건강보험 재정 건전성을 확보하기 위해 치료재료 상한금액을 적정하게 관리할 수 있는 합리적이고 실효성 있는 방안을 검토하여, 중장기적으로 치료재료 가격 사후관리 제도를 개선해 나갈 계획이다.

N 건강보험 심판청구

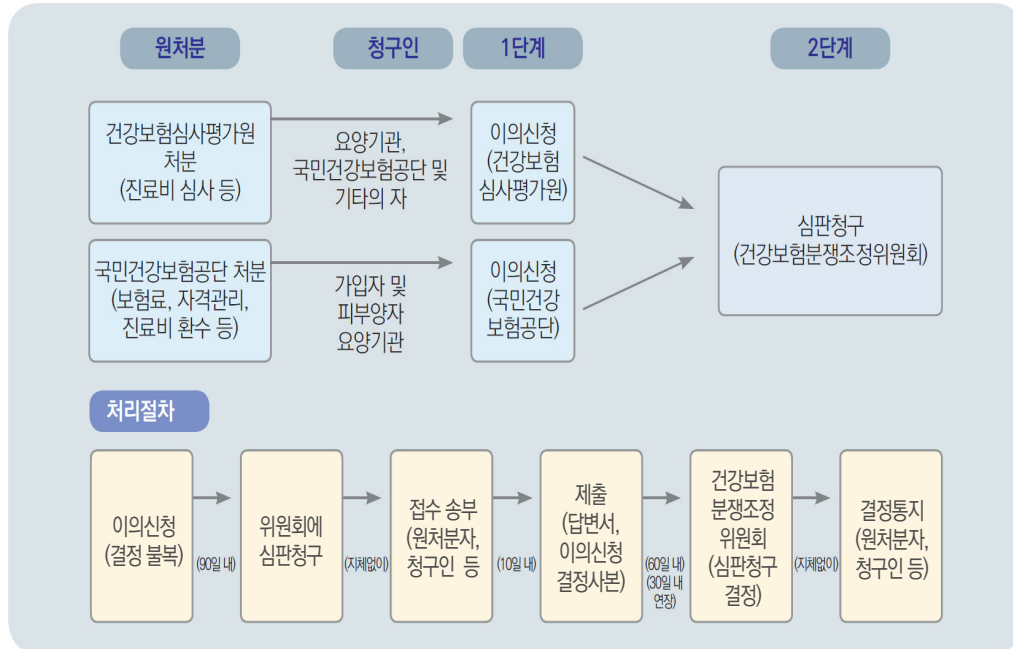
1. 개요

건강보험 심판청구는 특별행정심판으로서 행정청(국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원)의 위법·부당한 처분 또는 그 밖의 공권력 행사 등으로 권리와 이익을 침해당한 자가 그 구제를 위하여 건강보험분쟁조정위원회(보건복지부)에 구제를 요구하고 동 위원회에서 이를 심판하는 쟁송절차를 말한다.

따라서 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원의 처분에 대한 이의신청 결정에 불복하는 자는 이의신청 결정을 받은 날부터 90일 이내에 보건복지부에 설치되어 있는 건강보험분쟁조정 위원회에 청구하여 동 위원회의 심리·의결에 의해 심판 결정한다(「국민건강보험법」 제88조).

한편, 2014년 1월 28일 「의료급여법」이 개정됨에 따라 중앙행정심판 위원회에서 담당하던 의료급여비용에 대한 행정심판 업무가 2014년 7월 29일부터 건강보험분쟁조정위원회로 이관되어 의료급여비용의 심사·조정에 관한 급여비용심사기관(건강보험심사평가원)의 처분에 불복하여 제기된 심판청구 업무도 처리하고 있다. 또한, 2017년 9월 22일부터는 의료급여 관련 이의신청의 주체가 의료급여기관에서 수급권자로 확대됨에 따라 의료급여 수급권자도 급여비용심사기관의 처분에 불복하는 경우 이의신청을 거쳐 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구를 제기할 수 있게 되었다.

[그림 2-7-5] 건강보험 심판청구 업무 흐름도



2. 건강보험분쟁조정위원회 설치·운영

건강보험분쟁조정위원회의 위원장은 보건복지부장관의 제청으로 대통령이 임명하고, 위원은 4급 이상 공무원 또는 고위공무원단에 속하는 일반직 공무원으로 재직 중이거나 재직하였던 사람, 판·검사 또는 변호사, 「고등교육법」에 의한 사회보험 또는 의료와 관련된 부교수 이상의 직에 재직하거나 같은 분야의 학식과 경험이 풍부한 자 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다. 위원회는 위원장을 포함하여 60명의 위원으로 구성되며, 임기는 3년으로 하고 있다.

위원회 회의는 위원장, 당연직위원(4급 이상 심판청구 업무담당 공무원) 및 위원장이 매 회의마다 지정하는 7명의 위원을 포함하여 총 9명으로 구성하며, 구성원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다. 2019년에는 대면회의 6회, 서면회의 97회 등 총 103회의 회의를 개최하였다.

3. 주요 추진 실적

가. 건강보험 심판청구 업무 개선

보건의료환경의 급변에 따른 의·약학적 타당성 기준, 제한적 성격의 급여, 청구인의 권리 의식 신장 등으로 인하여 심판청구 건수가 지속적으로 증가하고 있으며 이로 인해 환자 치료 제한, 반복적 심판청구, 환자와 요양기관 간 진료비 부담 문제 등이 발생함에 따라 신속한 권리구제 본연의 기능 회복이 필요하다.

이에, 보건복지부는 건강보험 권리구제 처리 기간 단축 및 심리 내실화를 위해 위원회 사무국 설치 및 업무 개선 등 여러 가지 방안을 추진하여 왔다.

심판청구사건의 신속한 심리·재결 및 내실 있는 사건 검토를 위해 심판청구 업무를 전담하는 공무원을 지속적으로 충원해 왔으며('15. 4명, '17. 7명), 2017년 5월 8일부터는 독립기관인 위원회 사무국을 설치하여 위원회의 업무를 실무적으로 지원하도록 하였다.

2017년 12월부터 다양한 전공분야의 의료전문가로 이루어진 의료자문단을 구성하여 활용함으로써 고난이도의 의학적 판단을 요하는 사건에 대한 보다 공정하고 전문적인 심리의 기반을 마련하였다.

또한, 2018년부터 분쟁요인의 근본적 해결을 위하여 규정이 불명확하거나 개선이 필요한 급여기준을 발굴하여 개선하고 있으며, 다빈도 청구 사례나 인용 사례 등 주요 재결례를 공개하여 유사 분쟁 발생 시 당사자가 참고하도록 하고 있다.

2019년에는 미결사건의 누적을 해소하기 위한 방안을 모색하고, 단기 집중적인 인력투입을 통한 사건 해결을 위해 계약직 인력 10명을 운영할 수 있는 예산을 확보하는 한편, 2020년 소요정원을 1명 증원하였다.

이와 함께, 사건검토의 책임성과 효율성을 제고하기 위해 내과계, 외과계 등 진료과목별·유형별로 사건을 전담 검토하는 소팀을 구성·운영하고 있으며, 이를 통해 2018년 대비 27.3% 증가한 37,604건을 처리하였다.

나. 심판청구 처리 현황

2019년에는 심판청구가 56,220건이 접수되었고, 위원회 심리재결 36,078건, 자진 취하 1,526건 등 총 37,604건을 처리하였다. 위원회 재결 36,078건은 인용 183건, 일부인용 1,350건, 기각 26,279건, 각하 8,266건으로 구성되어 있다.

[표 2-7-34] 연도별 심판청구 접수 및 처리 현황

(‘19. 말 기준, 단위: 건)

연도	접수 건수	처리 건수								
		총계	재결					취하		
			소계	인용	일부인용	기각	각하	소계	직권인정	자진
2015	31,156	17,877	15,798	90	712	14,915	81	2,079	1,947	132
2016	53,916	44,485	22,215	50	1,005	21,092	68	22,270	21,839	431
2017	34,981	26,839	24,844	137	721	16,169	7,817 ¹⁾	1,995	575	1,420
2018	39,415	29,551	29,237	4,245	1,107	17,105	6,780	314	0	314
2019	56,220	37,604	36,078	183	1,350	26,279	8,266	1,526	0	1,526

주: 1) '17. 3. 부터 처분청 직권인정 건을 '각하' 재결로 집계(이전까지는 취하(직권인정)로 집계)

4. 향후 계획

누적된 심판청구 사건을 조속히 해소하여 심판청구 업무를 정상화하고 심판의 질 제고를 통해 건강보험분야의 효과적인 권리구제를 실현하기 위해 2020년에 확보된 인력을 활용하여 미결사건을 집중처리하고, 사건처리전문인력 확충을 지속 추진하는 한편, 의료자문단 적극 활용, 구술심리 활성화 등 보다 공정하고 전문적인 심리 여건 마련을 위한 다각적인 노력을 기울일 계획이다.

CHAPTER

8

국민건강 증진정책

제1절 건강 생활 실천

제2절 구강건강 증진

제3절 정신건강

제8장 국민건강 증진정책

제1절 건강 생활 실천

I 지역사회 통합건강증진사업

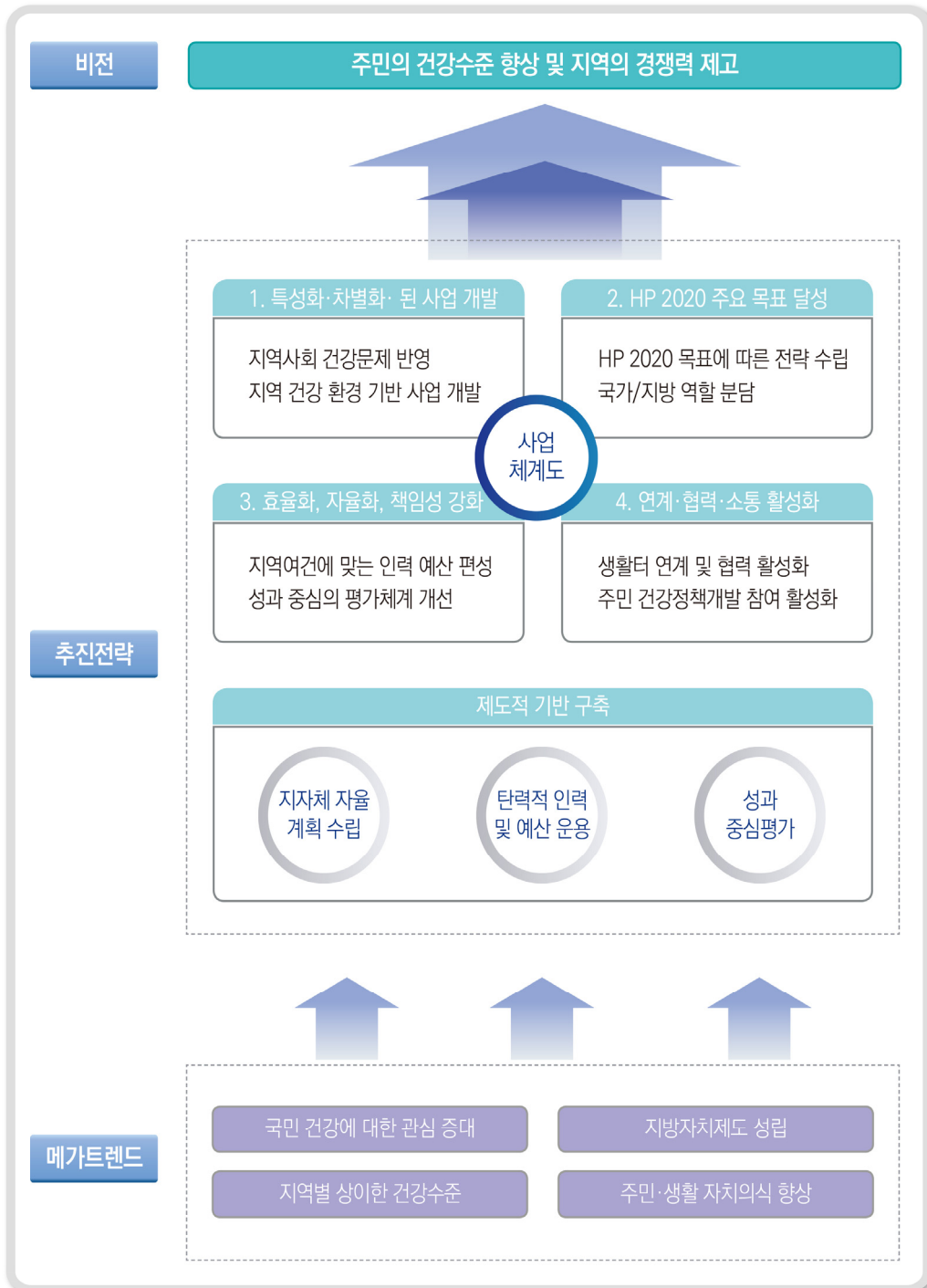
1. 개요

지역사회 통합건강증진사업은 지자체가 지역사회 주민을 대상으로 실시하는 건강 생활 실천 및 만성질환 예방, 취약계층 건강 관리를 목적으로 하는 사업을 통합하여 지역 특성 및 주민 수요에 맞게 기획·추진하는 사업이다.

지역사회 주민의 건강 수준 향상을 위한 사업을 지자체가 주도적으로 발굴하여 추진함으로써 지역주민의 건강증진사업 체감도 향상을 목적으로 한다.

또한, 지역별 다양한 특성과 수요에 부합하는 차별적인 건강증진사업 개발 및 제4차 국민건강증진종합계획 목표 달성을 위하여 중앙정부와 지방정부가 협력하여 사업을 기획·운영한다.

|그림 2-8-1| 지역사회 통합건강증진사업 체계도



2. 사업 추진 방향

지역사회 통합건강증진사업은 보건소 건강증진사업의 효율성 제고 및 국가 건강 증진 목표를 달성하기 위하여 지방자치단체의 여건과 수요에 부합하는 맞춤형 건강증진서비스를 자체적으로 개발·집행하도록 기존 개별 국고보조사업을 통합하여 2013년에 도입하였다.

본 사업은 지방자치단체의 자율성을 확대하여 지역의 특성을 반영한 건강증진사업을 추진하는 것을 특징으로 하며, 개별 건강사업의 영역 간 경계를 없애고 필요한 사업을 자율적으로 기획하는 것이다.

이러한 과정을 통해 지역 고유의 건강문제를 지자체에서 분석, 판단하여 우선순위를 설정하고, 지역의 여건에 맞는 사업을 진행할 수 있는 여건이 마련되었다. 또한, 건강 영역별, 생애과정별 건강증진사업 재구성으로 대상자 중심 서비스를 강화하였다.

아울러, 사업 운영의 자율성을 부여하되 책임성있는 사업 추진 및 합리적 평가가 가능 하도록 지역 여건에 부합하는 사업 계획수립, 지역 자원의 발굴·활용 정도, 사업의 모니터링·환류 등 추진 과정에 대한 질적 평가와 더불어 2017년 실적평가부터 건강 수준 향상도 또는 건강 행태 변화도를 보여줄 수 있는 정량지표를 도입하여 종합적인 평가 체계를 구축해 나가고 있다.

3. 사업 내용

전국 보건소에서는 지역사회 건강 문제를 분석하여 자원 배분의 우선순위를 설정하고, 지역사회 건강 수준 향상을 위한 다양한 유형의 건강증진서비스를 실시한다.

건강 영역, 서비스 전달 방법, 대상군 등의 다양한 사업 구성 요소를 기반으로 지역 여건과 특성 및 주민 수요에 부합하는 사업을 자체적으로 기획하고 성과를 관리하면서 지역사회 건강 증진 및 건강증진사업 체감도 향상을 도모한다.

또한, 보건복지부는 지자체의 사업 시행 결과를 토대로 우수 지자체 선정 및 포상으로 환류하고 우수사례를 발굴하여 지자체가 활용할 수 있도록 전파해 나가고 있다.

2019년에는 보건소에서 스마트폰을 통해 만성질환 위험군을 대상으로 맞춤형 건강 관리를 제공하는 ‘보건소 모바일 헬스케어’ 사업을 통해 100개 보건소에서 12천여 명을 대상으로 서비스를 제공하였으며, 보건소를 방문하기 어려운 청·장년층을 대상으로 건강관리서비스를 제공하여 보건소 건강증진사업의 외연을 확대하고 다양한 건강관리 수요에 효과적으로 대응할 수 있는 체계를 마련하였다.

[표 2-8-1] 지역사회 통합건강증진사업 분야

사업 분야명	사업 유형	담당 사업부서
금연	<ul style="list-style-type: none"> • 흡연 예방 • 흡연자 금연 촉진 • 간접흡연 없는 환경(Smoke-free) 조성 	건강증진과
절주	<ul style="list-style-type: none"> • 교육 및 홍보 • 조기선별 및 상담 	정신건강정책과
신체 활동	<ul style="list-style-type: none"> • 생애주기별 교육 및 프로그램 제공 • 만성질환 예방을 위한 개인별 서비스 • 홍보 및 캠페인 • 환경 조성 • 지역사회 지원 및 연계 강화 	건강증진과
영양	<ul style="list-style-type: none"> • 대국민 홍보 환경 조성 • 생애주기별 영양 관리(영양 플러스 포함) 	건강증진과
비만	<ul style="list-style-type: none"> • 정보 제공 및 홍보 캠페인 • 만성질환 예방 및 비만 관리 • 생애주기별 주민 교육 • 취약계층 비만 예방 프로그램 	건강증진과
구강보건	<ul style="list-style-type: none"> • 구강 건강 증진 • 구강병 예방진료 • 구강 건강 증진 및 구강병 예방 진료 	구강정책과
심·뇌혈관질환 예방 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 심·뇌혈관질환 홍보 • 만성질환 예방 관리 	질병관리본부(만성질환예방과) 건강정책과
한의학건강증진	<ul style="list-style-type: none"> • 질환별 한의학건강증진 • 생애주기별 한의학건강증진 	한의학정책과
아토피·천식 예방 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 아토피·천식 안심학교 운영 • 취약계층 아토피·천식환자 지원 • 아토피·천식 교육 • 아토피·천식 홍보 	질병관리본부 (만성질환예방과)

사업 분야명	사업 유형	담당 사업부서
여성·어린이 특화	<ul style="list-style-type: none"> • 임신부 등록 관리 • 산모 건강 관리 • 가임기여성 건강 증진 • 다문화가정 여성·어린이 건강 증진 • 영·유아 건강 증진 	출산정책과
치매 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 치매노인사례관리 • 치매검진 	노인정책과
지역사회 중심 재활	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인 재활 • 장애인 사회 참여 • 2차 장애 발생 예방 	장애인정책과 국립재활원(공공재활의료지원과)
방문건강관리	<ul style="list-style-type: none"> • 건강 행태 개선 • 만성질환관리 및 합병증 예방 • 임신부·신생아 및 영·유아 관리 • 노인 허약 예방 • 다문화가족 및 북한이탈주민 관리 • 장애인 재활 관리 	건강정책과

4. 향후 계획

지역사회 통합건강증진사업의 핵심 방향성은 하향식(Top-down) 건강증진사업을 지역 사회가 주도하여 지역 여건에 부합하는 상향식(Bottom-up) 건강증진사업으로 전환한 데에 있다.

지자체 자율적 사업의 실행 역량 강화를 위하여 보건소 인력의 교육 체계를 구축하고, 지역 유형별 사업 추진 우수사례 공유 및 미흡한 보건소에 대한 지원 강화 등 지역 보건기관의 건강 증진 역량을 강화해 나가고 있다.

이와 함께, 지역사회의 건강증진사업이 효율적으로 운영될 수 있도록 성과 관리 체계를 지속적으로 개선해 나갈 계획이며, 다양한 건강관리 수요에 대응하여 보건소 모바일 헬스케어 사업의 단계적 확대 등 맞춤형 건강관리를 확대해 나갈 계획이다.

Ⅱ 국가 금연지원서비스 확대 및 담배규제정책 강화

1. 현황 및 추진 전략

가. 현황

흡연은 암, 심·뇌혈관질환 등 만성질환의 주요 원인으로 대표적 건강 위험 요인이며, 개인과 사회에 심각한 부담을 초래하고 있다. 세계보건기구(WHO) 발표에 따르면 전체 암 발생의 30%, 폐암의 90%가 흡연에 의해 발생하고, 35~69세 흡연 남성들 중 절반이 조기사망 한다고 한다. 2013년 국민건강보험공단의 연구 결과에 따르면 흡연으로 인한 진료 비용 등 사회적 비용만 한 해 7조 원이 넘는다. 그럼에도 불구하고 2018년 경제협력개발기구(OECD) 헬스데이터 기준 한국의 15세 이상 남성 흡연율은 30.5%로, OECD 회원국 중 3번째로 높은 수준(OECD 평균 20.6%)이나, 담배 가격은 OECD 회원국 중 최하위 수준이었다. 2004년 담뱃값 인상 이후 대폭 감소한 흡연율은 2008년부터 정체 상태에 있다가 2015년 담뱃값 인상 등 금연정책의 대대적 강화를 통해 새로운 전환기를 맞고 있다.

[표 2-8-2] 15세 이상 인구의 흡연율 국제 비교

(’18. 기준, 단위 : %)

국가	남성	여성	전체
미국	11.5	9.1	10.3
캐나다	12.8	9.7	11.3
오스트레일리아(’16.)	14.0	10.8	12.4
영국	17.0	16.2	16.6
OECD 평균	20.6	13.7	17.0
프랑스	28.2	22.9	25.4
일본	29.0	8.1	17.8
한국	30.5	4.5	17.5

※ 출처 : OECD, 「OECD Health Data 2019」

[표 2-8-3] 그간의 국가 금연정책에 따른 흡연율 변화 추이

구 분	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18
성인 남성 흡연율(%)	56.7	57.8	51.6	44.1	45.0	47.7	46.9	48.3	47.3	43.7	42.1	43.1	39.3	40.7	38.1	36.7
가격 인상액(원)	-	500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,000	-	-	-
예산 (억 원)	67.0	80.0	259.6	315.0	312.0	311.9	281.3	245.9	245.9	228.5	228.1	215	1,475	1,365	1,468	1,438

자료 : 1) 대한결핵협회, 전국 흡연율 실태조사, 각 연도
 2) 한국갤럽, 흡연 실태 조사보고서, 각 연도
 3) 보건복지부, 국민건강영양조사, 각 연도('07.~)
 4) 국가금연지원서비스에서 통합건강증진사업으로 보건소금연사업이 분리됨.

[표 2-8-4] 담배 규제 및 금연지원정책 현황

구분	1980~	1995~2004	2005~2019
규제 정책	「담배사업법」 • 경고 문구 • 담배 광고 제한 • 담배자동판매기 제한	「국민건강증진법」 제정 본격적인 금연정책 추진 • 금연구역 지정 • 담배자동판매기 설치제한 • 경고문구 강화 • 담배광고 제한 • 미성년자에게 담배판매 금지	「국민건강증진법」 개정을 통한 담배 규제 강화 • ('05.) 담배자동판매기에 성인인증장치 부착 • ('07.) 발암성 물질 경고문구 표시 • ('10.) 금연구역 지정 관련 지자체 조례 개정 권한 부여 • ('11.) 금연구역 확대, 담배 광고 규제 강화 등 • ('12.) 음식점, PC방 등 공중이용시설 금연구역 확대, 담뱃갑 포장지 경고문구 강화, 가향물질 함유 표시 제한 • ('14.) 면적 100㎡ 이상 음식점 등 전면 금연 실시 • ('15.) 담뱃갑 경고그림 표기 의무화법 공포('15. 6.)
		• 타르, 니코틴 함유량 표기(「담배사업법」)	• FCTC 비준('05. 5.) 및 의무 이행 추진 • FCTC 제5차 당사국총회 서울 개최('12. 11.) • 담배제품 불법거래 근절에 관한 의정서 서명('13. 1.) • FCTC 제6차 당사국총회 의장국('14. 10. 모스크바, 문창진 의장)
사업	금연교육 및 홍보 중심		흡연자 금연지원 서비스 실시 및 확대 • 금연 홍보 • 금연클리닉 • 금연상담전화 • 온라인 금연서비스 • 군인·의경금연지원서비스 • 학교흡연예방교육사업('14. 이전 전체 10% → '15. 전국 초중고로 확대) • 금연치료지원사업('15. 신규) • 찾아가는 금연서비스 및 금연캠프('15. 신규) • 흡연 폐해 연구 및 DB 구축('15. 신규) • 국가 금연지원센터 운영('15. 신규) • 정책연구용역사업('15. 신규)

나. 목적 및 추진 전략

담배 규제 및 금연지원정책의 목적은 신규 흡연 진입을 예방하고, 흡연자가 금연을 할 수 있도록 도와주며, 간접흡연 피해를 막기 위한 금연 환경을 조성하는 것이다. 추진 방향은 첫째, 가격·비가격정책을 통해 담배 자체에 대한 규제를 강화하고, 둘째 금연교육·상담·치료를 통해 금연지원서비스를 확대하며, 셋째 금연 광고·홍보를 통해 흡연에 관대한 사회적 분위기를 전환하는 것이다.

담배 규제 및 금연지원정책의 전략은 다음과 같다.

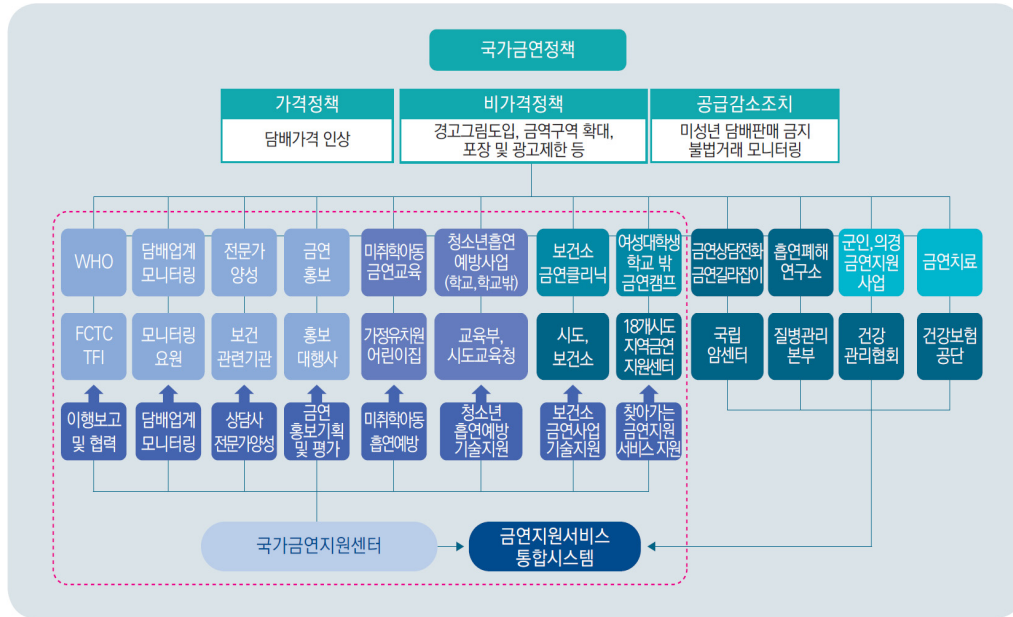
첫째, 담배 가격 인상, 흡연 경고그림 도입, 경고문구 표시 강화, 금연구역 확대 등 담배규제 기본협약(FCTC)에서 권고하는 수준으로 규제를 강화하기 위해 법·제도를 정비한다.

둘째, 기존 보건소 금연클리닉, 금연상담전화 외 흡연자를 위한 금연지원서비스를 대폭 확대하는 한편, 비흡연자, 특히 청소년의 흡연 시작을 방지하기 위한 사전 예방적 금연사업 투자를 강화한다.

셋째, TV·라디오 공익 광고, 시사프로그램, 모바일 등 다양한 공중 캠페인을 실시함으로써 금연 홍보를 대폭 강화하여 금연에 익숙한 사회 분위기를 전환한다.

마지막으로 시·군·구 기초지방자치단체, 보건소, 학교, 지역사회 병의원 등 금연사업 수행 기관과 광역지방자치단체, 거점병원 중심의 지역금연지원센터, 건강보험공단지사 등 조정기관 간 연계 및 협조체계를 강화하고, 국가금연지원센터를 통해 사업을 체계적으로 수행·조종·평가하여 국가금연지원서비스의 효율성을 강화한다.

[그림 2-8-2] 담배 규제 및 금연지원정책 체계도



2. 세부 추진 내용

가. 담배규제정책 강화

담배제조 및 판매에 대한 규제는 「국민건강증진법」, 「담배사업법」, 「청소년보호법」 등에 의거 포괄적으로 진행되고 있다. 담배회사의 광고, 후원, 판촉 금지에 대한 사항은 물론 담배 성분 표기 및 흡연 경고문구 게재를 의무화하고 있으며, 담배회사의 마케팅 전략에 대한 지속적인 모니터링을 통해 위반 여부를 파악, 법적인 제재 조치를 취하고 있다. 또한, 미성년자의 담배 구매를 막기 위해 담배 소매인에게 신분증 확인의 의무를 부여하고 있으며, 담배자동판매기에 대한 성인인증장치 부착 역시 제도화하여 운영하고 있다.

1995년 「국민건강증진법」의 제정으로 대형건물, 공연장, 학원, 대규모 점포, 관광숙박업소, 혼인예식장, 실내체육관, 의료기관, 사회복지시설, 교통시설관련 등 일부 시설에 금연구역을 설치하도록 하였다. 1999년에는 혼인예식장이 관련 법률 폐지로 삭제되고, 대신 학교 건물과 목욕장이 추가되었다.

2003년에는 청소년게임 제공업소, 인터넷컴퓨터게임시설 제공업소 및 복합유통게임 제공업소, 대형음식점, 만화방, 정부청사, 보육시설이 추가되었으며, 2006년에는 공장, 지자체 청사, 실내 작업장까지 금연구역이 확대되었다. 특히, 2010년에는 지자체 조례로 관할구역 내 금연구역을 지정할 수 있도록 「국민건강증진법」이 개정되어 공원·광장·버스정류장 등 실외 지역도 금연구역으로 지정할 수 있는 토대를 마련하였다.

2011년에는 「국민건강증진법」이 개정되면서 국회, 법원, 공공기관, 지방공기업, 유치원, 도서관, 어린이놀이시설, 어린이운송용 승합자동차 등을 공중이용시설로 추가하고, 담뱃갑에 가향물질 표시를 제한하였다. 아울러, 잡지광고의 횟수를 연간 10회 이내로 축소하였고, 전자담배에 니코틴용액 1㎖ 당 221원의 건강증진부담금을 부과하였으며, 법령 위반 시 과태료를 상향하였다(200만 원→300만 원, 300만 원→500만 원).

2012년에는 하위 법령을 개정하여 식당, 호프집, 커피숍 등 음식점에 대해서는 영업 면적에 따라 연차적으로 대상을 확대하되, 2015년부터 모든 영업장에서 흡연을 전면 금지하도록 하였다(150㎡ 이상 면적 우선 적용, 2014년 1월부터 100㎡ 이상, 2015년 1월부터는 모든 면적의 음식점 적용). 또한, 금연구역 대상 공중이용시설에 고속도로휴게소 건물 및 부속 시설을 추가하였다. 2015년부터 카페, 음식점 전면 금연구역 실시에 따라 공중이용시설 금연이 에티켓으로 자리 잡았으며, 간접흡연 노출률이 2014년 52.1%에서 2015년 35.4%까지 감소하는 등 금연문화 확산에 크게 기여하였다.

특히, 세계보건기구(WHO) 담배규제기본협약(FCTC) 제5차 당사국 총회의 서울 개최('12. 11. 12.~17.)를 통해 담배규제에 대한 국민적 공감대 및 인식을 높이고 국제적 협력을 강화하였다. 전 세계 143개국 1,000여명 등이 참석한 동 총회에서는 '담배제품의 불법거래 근절을 위한 의정서(Protocol)' 및 '서울선언문'이 채택되었고, 우리나라 후보(문창진 이사장, 당시 한국건강증진재단)가 차기 의장으로 선출되었다. 이를 통해 우리나라는 제5차 총회 개최국이자 제6차 총회 의장국으로서 국가적 위상을 높이고 국제기구 및 주요 국가들과 협력 증대를 통해 국제 사회 리더로서의 역할을 수행하는 계기를 마련하였다.

[표 2-8-5] 국민건강증진법령 주요 개정 사항('12. 12. 8. 시행)

구 분	주요 내용
금연구역 확대	<ul style="list-style-type: none"> • 공중이용시설 전체 금연구역 지정 • 금연구역 확대 : 국회, 법원, 공공기관, 지방공기업, 유치원, 도서관, 어린이놀이시설, 어린이운송용 승합자동차, 고속도로휴게소 건물 및 부속 시설, 식당, 술집, 실내 체육 시설 등 • 흡연실 설치 가능 * 흡연실 설치 기준·방법은 시행 규칙 별표 2에서 정함
담배자동판매기 설치	<ul style="list-style-type: none"> • 공공장소 내 흡연구역이 없어짐에 따라, 담배자동판매기 설치 허용 장소를 흡연구역에서 흡연실로 변경
흡연 경고 문구	<ul style="list-style-type: none"> • ‘타르 흡입량이 흡연습관에 따라 다르다’는 표시와 ‘금연상담전화 번호’ 추가 * 담뱃갑·광고에 표기하는 경고 문구 내용 등 표시 기준은 시행 규칙 별표 3에서 정함
가향물질 표시 제한	<ul style="list-style-type: none"> • 연초 외의 식품이나 향기나는 물질을 담배 포장이나 광고에 사용 금지
과태료 부과	<ul style="list-style-type: none"> • 가향물질 표시 금지 위반 시 과태료 부과 기준 추가 등 정비

2013년에는 「담배사업법」 개정을 통해 ‘저타르, 라이트, 마일드’ 등 담배의 유해성을 오해하게 만드는 표현을 사용하지 못하도록 하여 담배회사의 오도광고 등을 금지하였다(‘15. 1. 시행). 또한, 2012년 12월 확대된 금연구역의 안정적 정착을 위해 정부와 지자체가 합동으로 금연구역 단속 및 제도 활동을 하였으며, 전체 금연시설 60만 9천 개 중 40만 1천 개(66%) 시설을 점검하여 금연구역 조기 정착에 기여하였다.

2014년에는 담뱃값 인상, 담뱃갑 흡연 경고그림 표기 의무화, 금연치료 지원 등을 담은 범정부 금연 종합대책이 발표(‘14. 9.)되었다. 범정부 대책은 그간 보건복지부의 금연구역 확대 중심으로 추진된 금연정책에서 가격과 비가격정책을 포괄하는 범정부 담배규제정책으로의 패러다임 전환을 의미하는 것이다.

먼저 세계보건기구(WHO)에서 가장 효과적인 정책으로 권고하는 가격정책을 실시하여 10년 만에 담배 가격이 종전 2,500원에서 4,500원으로 2,000원 인상(국민건강증진부담금 354원 → 841원)되었다(국민건강증진법 개정 ‘14. 12.).

또한, 엽권련, 각련 등 기타 담배 5종 및 물담배, 머금은 담배에 대한 담뱃세(국민 건강증진 부담금, 담배소비세 등) 부과 근거가 신설(‘14. 7.)되었으며, 전자담배, 물담배 등 신종 담배 종류별 특성에 맞는 별도 경고 문구 부착 및 담배 광고 검증에 대한 법적 근거가 마련되었다(‘14. 11.).

2015년에는 1월 1일부터 적용된 담배 가격 인상에 이어 6월에는 13년 만의 입법 노력 끝에 담뱃갑 경고그림 도입이 확정되었다(국민건강증진법 개정 '15. 6.). 경고그림은 흡연의 폐해를 직접 사진이나 그림으로 보여줌으로써 담배의 위험성을 보다 쉽고 직관적으로 알릴 수 있는 대표적인 금연정책이다.

2016년에는 2014년 범정부 금연종합대책에 이어 차질없는 경고그림 시행, 학교주변부터 담배광고 금지 및 단계적 확대, 전자담배 관리 강화, 담배 판촉행위 및 가향담배 규제방안 마련 등을 담은 비가격 금연정책을 추가 발표하였다. 당구장·스크린골프장 등 56,000개 실내 체육시설까지 금연구역이 확대되었고, 12월23일부터는 담뱃갑 경고그림 표기가 제조 공장에서 반출되는 담배부터 적용되어, 현재는 시중에서 판매되는 모든 담배에 경고그림이 표기되어 있다.

[그림 2-8-3] 제1기 담뱃갑 경고 그림(10종)



국내 출시된 신종담배인 궐련형 전자담배를 규제하기 위해 2017년 4월에 고체형 전자담배에 대한 건강증진부담금 부과 근거가 마련되었다. 12월에는 사용이 지속적으로 확산되고 있는 궐련형 전자담배의 규제를 강화하기 위해 궐련형 전자담배 개념을 신설하고, 기존 부담금 1갑당 약 438원에서 궐련의 90% 수준인 1갑당 750원으로 과세를 강화하였다. 또한, 어린이집·유치원 주변 10m 이내, 금연구역의 사각지대였던 흡연카페(실내 일정한 휴게공간을 마련한 식품자동 판매기업)가 금연구역으로 지정되었으며, 금연아파트 제도 시행에 따른 흡연과태료 부과기준을 마련하였다.

2018년에는 경고그림의 경고 효과성을 제고하고 흡연폐해에 대해 경각심을 줄 수 있도록 경고그림을 전부 교체하고 전자담배의 경고그림 수위를 강화하였으며 껴련형 전자담배에도 암을 상징하는 경고그림을 부착하였다.

[그림 2-8-4] 제2기 담뱃갑 경고 그림(10종)



2019년에는 제2기 담뱃갑 경고그림의 효과를 평가하고, 그 결과를 토대로 제3기 경고그림 제작 방향을 수립하였으며, 경고그림 및 문구를 신규로 개발하고, 실내 휴게공간이 있는 모든 식품자동판매기영업소를 금연구역으로 지정하였다.(75㎡ 이상 면적 우선 적용, 2019년 1월부터는 모든 면적의 영업소 적용) 또한, 2018년 12월 확대된 유치원·어린이집 시설경계 10미터 이내 금연구역의 안정적 정착을 위해 정부와 지자체가 합동으로 금연구역 단속 및 계도 활동을 하였다.

특히, 5월에는 ‘흡연을 조장하는 환경 근절을 위한 금연종합대책’ 발표를 통해 담배 없는 건강하고 깨끗한 미래세대를 위한 금연환경 조성이라는 비전을 제시하고 ① 담배광고·판촉행위 제한 강화 ② 담배 등 니코틴함유 제품 및 흡연전용기구 규제 강화 ③ 국민 건강보호를 위해 간접흡연 적극차단 ④ 흡연예방 및 금연치료 강화 ⑤ 담배규제정책의 과학적 기반 마련 및 국제협력 강화를 골자로 하는 5가지의 추진전략과 세부 추진과제를 제시하고 이행 노력을 하고 있다.

나. 생애주기별 국가 금연지원서비스 확대

2015년 담배 가격 인상 후 늘어난 재원을 금연사업에 투입하여 국가금연지원서비스 예산이 대폭 확대되었다(14. 112억 원→'19. 1,360억 원). 이전까지 보건소 금연클리닉과 금연상담전화에 기반한 공급자 중심의 단순 서비스가 제공되었다면, 2015년부터는 지역별 거점병원을 지역 금연지원센터로 지정, 서비스 사각지대에 있었던 위기청소년, 대학생, 장애인, 여성, 소규모사업장의 흡연자 등에 대해서도 수요자 중심 서비스를 제공하고 있다.

또한, 전국 모든 초·중·고등학교에 의무적으로 흡연예방프로그램을 실시하도록 하는 등 유아부터 군입대까지 생애주기별 금연 지원을 대폭 강화하였다.

[표 2-8-6] 2014년 vs 2019년 금연사업 예산 현황

(단위 : 억 원)

구분	금연 홍보	금연 상담전화	보건소 금연 지원	학교 흡연 예방	군·의경 금연사업	찾아가는 서비스 금연캠프	금연 치료
2014	65	12	통합 증진	24	8	-	-
2019	241	20	384	333	44	203	75

주 : 금연치료사업은 건강보험사업 예산으로 800억 원을 별도 편성하고, 의료급여수급권자 및 건강보험료 하위 20% 이하 대상자들은 저소득층의 본인부담 경감을 위해 국비 75억 원을 통해 직접 지원('19년)

- 1) 먼저 흡연 시작을 방지하기 위한 예방사업에 대한 투자가 대폭 확대되었다. 인지가능이 형성되는 유아(만 3세~5세)에게 흡연 및 간접흡연의 해로움을 알리고, 가족의 건강에 대하여 생각해 볼 수 있도록 하는 유아 흡연위해예방교육을 2015년부터 실시하였다. 아이들의 눈높이에 맞는 흡연예방 동화책 및 동영상 등 교육자료를 제작·배포하고, 유아교육·보육 기관의 교사가 아이들을 대상으로 표준화된 흡연위해예방교육을 진행할 수 있도록 '교사 교육과정'을 진행하고 있다. 또한, 전국 어린이집·유치원에 흡연위해예방교육버스가 방문하여 유아의 인지 수준에 맞게 쉽고 재미있게 교육을 실시하는 '찾아가는 유아 흡연 위해예방교실'을 운영하고 있다('15년 3,827명, '16년 10,163명, '17년 31,695명, '18년 40,032명, '19년 48,437명).

아울러, 호기심 많은 청소년들의 흡연 시작을 차단할 수 있도록 전국 11,400여개 모든 초·중·고등학교에서 흡연예방프로그램을 실시하고 있다. 초기에는 대도시를 중심으로 프로그램 추진 의향이 있는 일부 학교만 실시하였으나 2015년부터는 전국 학교에서 실시함

으로써 예방 교육의 접근성을 크게 확대하였다. 담배규제정책 강화와 더불어 학교흡연예방사업 추진을 통해 청소년 흡연율은 2015년 7.8%에서 2019년 6.7%로 감소하였다.

- 2) 전국 256개 보건소에서 실시된 금연클리닉은 각 보건소의 금연상담사가 흡연자 특성에 맞게 6개월 간 9회 금연상담(행동요법)과 니코틴 대체요법(니코틴 패치, 니코틴 껌, 니코틴 캔디)을 제공하고 있다. 2016년 금연클리닉 등록자 수는 411,677명으로 2015년 574,097명 대비 큰 폭으로 감소하였는데 이는 2015년 담뱃값 인상으로 일시적으로 증가했던 등록자 수가 인상 이전 수준으로 돌아간 것으로 분석된다. 2017년부터 경고그림을 부착한 담배가 시장에 출시되면서 2017년에는 등록자 수가 다시 소폭 증가하였고, 2019년 등록자는 358,966명, 성공률은 약 35.1%에 이르고 있다. 아울러, 6개월 금연 성공률의 하락은 일산화탄소(CO) 또는 코티닌 측정을 통해 금연 성공 평가 기준을 강화한 결과로 금연 성공률은 점진적으로 안정화되고 있다.

[표 2-8-7] 보건소 금연클리닉 등록자 수 및 6개월 금연 성공률

구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
등록자 수(명)	362,000	427,571	404,163	439,971	574,108	411,677	424,636	368,274	358,966
6개월 금연 성공률(%)	54.6	65.3	60.5	49.2	44.8	41.7	38.5	37.1	35.1

- 3) 금연상담전화(1544-9030)는 보건소 방문이 어려운 직장인, 흡연 여부를 밝히기를 꺼리는 여성·청소년들의 금연지원서비스의 접근성을 높이기 위해 제공되며, 상담전화 등록자에게 연 28회의 전화상담을 제공하여 등록자가 금연을 유지하고 금단증상을 극복하는 데 도움을 주고 있다. 2019년 금연상담전화 상담 제공건수(아웃바운드)는 월 평균 22,368건이다.
- 4) 2015년부터 보건소뿐만 아니라 병원에서 금연상담을 하고 고도 흡연자에 대해서는 금연 전문의약품 처방할 수 있는 금연치료사업을 실시하였다. 인근 병원에 방문하면 누구나 전문 금연치료 혜택을 받을 수 있어, 바쁜 일상생활로 국가지원서비스 혜택을 받기 어려웠던 30~40대들의 접근성을 크게 높였다. 국민건강보험을 활용하여 1,000억 원 예산을 별도로 배정하여 비용을 지원받을 수 있도록 하였으며, 의료급여수급권자 및 건강보험료

하위 20%에 해당하는 저소득층의 경우 치료 비용을 전액 지원받을 수 있도록 하였다. 저소득층 금연치료 지원사업의 경우, 본인부담금 면제 등 제도 개선을 통해 2015년 22만 8천 명에 머물던 금연치료 참여자가 2019년에는 29만 명으로 대폭 증가하였다.

5) 군부대라는 특수한 환경에서 생활하는 군장병 대상 흡연을 감소를 위해 국방부와 협력하여 2009년 군납면세담배를 완전 폐지하였으며, 군부대 방문 금연클리닉사업을 실시하고 있다. 2013년에는 국방부와 협업하여 PX 내 담배 광고 제한을 실시함으로써 PX 내 담배 판매량이 월평균 8만 4천 갑 감소하는 효과를 냈다. 2015년부터는 이전까지 방문클리닉에 초점을 둔 한정적 지원을 확대하여 금연치료, 금연집중부대, 흡연예방교육 등 종합적 금연 지원을 실시하고 있다. 2019년에는 효율적인 사업수행을 위해 방문클리닉을 폐지하고 집중지원 부대에 초점을 맞추었고, 군 병원 상담을 신설하였다. 2019년 군인·의경 금연지원서비스 상담 제공 실적은 37,719명이다.

6) 17개 시·도별 거점병원을 중심으로 지역금연지원센터를 지정하여 지역사회 내 최종 금연 치료기관으로서의 역할을 수행하도록 하였다. 금연지원서비스 사각지대에 놓인 위기 청소년, 장애인, 여성, 소규모사업장 근로자 등의 흡연자를 대상으로 “찾아가는 금연서비스”를 제공하여 금연에 대한 체계적인 지원을 실시하고 있다. 지역금연지원센터에 배치된 금연버스를 활용하여 보호관찰소, 복지센터, 사업장 등을 직접 방문하여 금연상담, 교육 등을 실시하여 2015년 14,992명, 2016년 17,416명, 2017년 22,262명, 2018년 21,412명, 2019년 21,592명에게 찾아가는 금연서비스를 제공하였다.

또한, 중증 흡연자에 대해서는 전문 입원치료 프로그램인 4박 5일 전문치료형 금연캠프 과정을, 금연 의지는 있으나 생업 등으로 전문형 금연캠프에 참여하기 어려운 흡연자를 위해서는 1박 2일 일반지원형 금연캠프를 운영하고 있다. 그리고 2017년부터 병의원 입원 환자 대상의 금연지원서비스를 제공하고 있다. 이를 통해 2015년 5,314명, 2016년 5,676명, 2017년 5,896명, 2018년 7,282명, 2019년 8,358명의 흡연자가 금연캠프를 수료하였다.

우리나라의 금연지원서비스는 2019년 세계보건기구가 발간하는 제7차 세계흡연실태 보고서(WHO report on the global tobacco epidemic)에 우수사례로 소개되기도 하였다.

다. 적극적 금연캠페인 전개 홍보 실시

금연 홍보 및 캠페인 예산을 큰 폭으로 확대 편성('14. 65억 원→'19. 241억 원)하여 대대적인 금연 캠페인을 전개. 우리 사회의 금연문화 확산 및 흡연에 대한 인식 개선에 힘쓰고 있다.

특히, 2019년부터는 금연캠페인의 패러다임을 바꾸어 흡연의 폐해와 어두운 분위기, 흡연자의 부정적 이미지를 강조하던 기존 방식에서 흡연자 및 비흡연자 모두가 공감·참여할 수 있고 신종담배의 이슈에 대응하여 그 유해성을 전달하는 방향의 금연캠페인을 전개한 것이 특징이라 할 수 있다.

흡연자를 낙인하는 대신, 누구나(흡연자 및 비흡연자) 마음속에 있는 금연하고 싶은 본능('금연본능')을 일깨워 우리 모두 동참할 수 있는 금연캠페인을 추진했다.

“깨우세요, 우리 안의 금연본능”이라는 슬로건 하에 총 3편의 금연광고를 제작하여 TV, 라디오, 온라인, 옥외 등 다양한 매체를 통해 전국적으로 송출하였다. 흡연자, 비흡연자 모두 '금연본능'을 가지고 있음을 일깨우고, 담배는 강하지만 우리의 금연본능과 의지는 더 강하다는 메시지를 전달함으로써 자발적인 금연행동을 유도하였다.

캠퍼스 내 금연 분위기를 조성하고 대학생이 금연운동의 중심에 설 수 있도록 2007년 부터 금연서포터즈를 운영하였다. 2019년 전국 101개 팀 484명의 대학생이 참여한 제13기 서포터즈는 캠퍼스 및 관광지의 금연거리 홍보 및 보건소와 지역금연지원센터 등 기관 연계 오프라인 활동을 추진하고 SNS채널 운영 및 콘텐츠 개발 등 온라인 활동과 담배 마케팅 모니터링 등 캠퍼스 및 지역사회 중심 금연캠페인을 전개하였다.

제32회 세계 금연의 날 기념 금연주간 활용 홍보 콘텐츠(홍보매뉴얼, 포스터, 현수막 등) 배포, 지자체 연계 금연 조형물 설치 및 공동캠페인 실시, 북한강 레인보우밸리 등 주요 관광지 연계를 통해 다양한 체험 프로그램을 추진하여 유관기관 및 민간 연계 금연캠페인 홍보도 추진하였다.

일반 국민(TV), 청소년(뉴미디어) 등 대상별로 매체·내용 차별화를 통한 맞춤형 홍보를 강화하였다. 특히, 인터넷 이용률이 높은 청소년을 대상으로 다양한 온라인 매체를 활용하여 청소년 흡연예방웹툰(수상한 자판기 feat. 금연) 연재, SNS채널(금연페이스북, 금사빠TV 유튜브)에 주기적으로 금연 관련 콘텐츠를 게시하는 등 맞춤형 홍보를 통해 높은 성과를 올릴 수 있었다.

3. 향후 계획

국민 건강 증진을 목표로 금연정책을 지속적으로 강화한 결과, 성인 남성 흡연율은 2012년 43.7%에서 2018년 36.7%까지 감소하였으며, 청소년 흡연율은 2014년 9.2%에서 2019년 6.7%로 감소하는 성과를 달성하였다. 무엇보다 이전까지 흡연자 개인의 행태 변화에 초점을 둔 정책 개입 범위를 국민 건강 증진을 위한 국가의 책임을 명확히 하였으며, 이를 위한 국가금연지원서비스를 대폭 확대하는 등 전방위적 금연정책을 추진하였다. 가격 인상, 담뱃갑 경고그림, 음식점 전면 금연구역, 질병관리본부에 흡연연구소 설치 등 선진국 수준의 제도 틀을 갖추어 향후 금연정책의 지속적인 추진 기반을 마련한 것 또한 큰 성과이다.

향후에도 2020년 성인 남성 흡연율 29% 달성(15. 39.3%)을 목표로 지속적인 금연정책을 추진할 계획이다. 경고그림의 효과성을 제고하기 위해 24개월의 교체주기에 맞춰 새로운 경고그림을 선정·교체하고, 우회적으로 담배 판매를 촉진하는 등 행위에 대한 규제방안을 마련할 예정이며 동시에, 금연지원사업에 대한 내실화도 지속적으로 추진할 방침이다.

Ⅲ 국민영양관리

1. 제2차 국민영양관리기본계획

가. 추진 배경

「국민영양관리법」(’10. 3. 제정, ’10. 9. 시행) 제7조에 따라 체계적인 영양정책의 추진을 위하여 건강정책의 주무부처인 보건복지부가 주관하고 부처 간 협력을 통해 5년마다 국민의 영양관리를 위해 필요한 계획과 대책 등을 종합한 「국민영양관리기본계획」을 수립하여, 5년간 우리나라 영양관리 목표와 정책방향을 설정하고 이를 달성하기 위한 범정부적 정책 및 사업을 시행하게 되었다.

* 국민영양관리법 제7조(국민영양관리기본계획) ① 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하고 「국민건강증진법」 제5조에 따른 국민건강증진정책심의위원회의 심의를 거쳐 국민영양관리기본계획을 5년마다 수립하여야 한다.

「제1차 국민영양관리기본계획(’12.~’16.)」이 종료됨에 따라 성과와 과제를 점검하고, 인구고령화, 영양불균형, 비만 및 만성질환의 증가 등 정책 여건 등을 고려하여 「제2차 국민영양관리기본계획(’17.~’21.)」을 수립하였다.

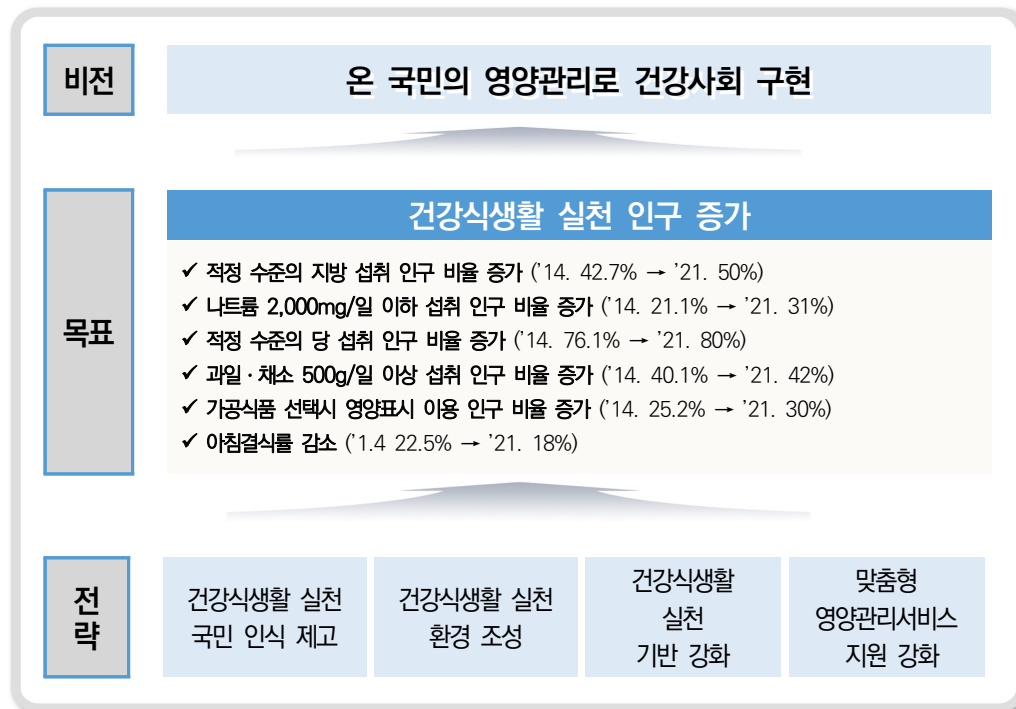
[그림 2-8-5] 국민영양관리기본계획 수립절차



나. 주요 내용

제2차 국민영양관리기본계획(’17.~’21.)의 비전은 ‘온 국민의 영양관리로 건강사회 구현’이며, 이에 대한 목표로는 ‘건강식생활 실천인구 증가’로 설정하였다.

[그림 2-8-6] 제2차 국민영양관리기본계획 비전 및 추진 전략



3대 추진 전략은 ‘건강식생활 실천 국민 인식 제고’, ‘건강식생활 실천 환경 조성’, ‘건강식생활 실천 기반 강화’, ‘맞춤형 영양관리서비스 지원 강화’로 정하였다.

다. 추진 과제

[표 2-8-8] 국민 영양 관리 추진 전략 및 세부 추진 과제

추진전략	추진과제	세부추진과제	주요 사업내용
건강식생활 실천 국민 인식 제고	건강식생활 실천 운동 전개	건강식생활 실천 캠페인 추진	올바른 영양정보 교육·홍보 강화
			건강 식생활 실천 캠페인 전개
		건강식생활 실천 참여기회 제공확대	관련 자원의 협력체계 강화
			참여형 건강식생활 실천 프로그램 운영
건강식생활 실천 환경 조성	신뢰성 있는 영양정보 제공	식생활·영양정보 통합 플랫폼 구축·운영	식생활·영양 정보 통합 플랫폼 모델 개발
			식생활·영양 정보 통합 플랫폼 구축·운영 방안 마련
			식생활·영양 정보 통합 플랫폼 운영
	건강한 식품선택권 보장	영양표시 의무화 확대 및 위해 가능 영양소 섭취 저감화	나트륨·당류 관련 정보제공을 위한 가공식품의 영양표시 의무화 확대 및 표시제도 개선
			나트륨 및 당류를 줄인 가공식품 개발 및 기술지원
			당류 저감정책 추진기반 마련
	개인의 영양관리능력 향상 및 실천을 위한 영양관리서비스 산업 활성화	개인 맞춤형 영양평가·관리도구 개발 및 보급	개인 맞춤형 영양평가 및 관리 도구 개발
			개인 맞춤형 영양평가 및 도구를 활용한 영양관리서비스 모델 개발
			민간 활용 확대를 위한 시범사업 실시
건강식생활 실천 기반 강화	국민 건강·영양 상태 모니터링 강화	국민건강영양조사 확대·개선	산출 영양소 수 및 식생활 관련 조사항목 확대
			영양소 섭취수준과 식생활 지표 간 관련성 평가
		청소년건강행태온라인조사 개선	청소년 영양평가 조사항목 개발
		지역사회 건강조사 개선	지역단위의 영양관리 성과 평가를 위한 조사항목 개발
		식품소비행태조사 개선	국민 식품소비행태 및 정책에 대한 인식 조사 보완·강화
	영양관리 근거 기반 강화	기타 영양문제 진단에 필요한 조사 개선	영양관리를 위한 식생활행태 및 영양성분 실태조사(섭취량 평가)
		한국인 영양소 섭취기준 제·개정 및 보급	한국인 영양소 섭취기준 개정 연구
			한국인 영양소 섭취기준 개정
		식생활지침 제·개정 및 보급	국민 식생활지침 위원회(가칭) 구성·운영
			국민공통 식생활지침 개정

추진전략	추진과제	세부추진과제	주요 사업내용
	영양관리 인프라 강화	식품영양성분 국가관리망 운영 및 영양성분 제공	식품 및 외식의 영양성분, 영양소 잔존물 등에 대한 DB구축·관리
			식품영양성분 DB 통합관리시스템(식품안전정보포털, 식품의약품안전처) 운영
		기초영양DB 구축·관리	섭취 평가를 위한 음식별 식품재료량 DB 구축·관리
			섭취 평가를 위한 식품별 영양성분 DB 구축·관리
		국가표준식품성분 통합 DB구축 및 활용	식품 영양·기능성분 분석 및 DB 구축·관리
			미량 영양성분 DB 구축 확대
			소비자 맞춤형 영양정보 DB 구축·관리
	법·인력·재정 적 기반 강화	관련 법령·제도 정비	‘국가표준식품성분표’ 발간 및 활용
			아동급식·노인급식 등에 대한 식생활지침, 한국인영양소섭취기준 적용범위 지정 등
			알레르기 유발 식품 표시 등 정비
		영양관리 전문 인력 양성	지자체에서의 영양관리사업 추진의 법적 근거 마련
			전문성 제고 및 역량 강화 프로그램 개발·운영
		사업예산 확보 및 지원 확대	영양사 인력 연계 및 활용 촉진 창출 방안 마련
			영양사 인력 연계 및 활용 촉진 창출 방안 마련
맞춤형 영양관리 서비스 지원강화	임산·수유부, 영유아 영양관리 지원 강화	지역사회 취약계층 발굴·지원	영양플러스사업 대상자 확대
		영양플러스사업 참여 접근성 강화	지역사회 취약계층 발굴·지원 강화
		영양플러스 사업 운영 지원체계 강화	온라인 기반 영양교육프로그램 개발
			정기적인 교육 지원체계를 마련
	아동·청소년의 영양관리 능력 배양	학교 영양관리 프로그램 개발·보급	표준 영양 상담·교육 매체 개발
			학교 영양관리 프로그램 개발
		보건소 모바일 헬스케어 사업과 연계한 건강검진 사후 영양상담 서비스 사업 도입	학교 영양관리사업 운영 모델 개발 및 보급
			보건소 모바일 헬스케어 사업 적용을 위한 영양상담 서비스 도구개발
	성인의 만성질환 예방을 위한 중점 영양관리	노인 취약계층 영양관리 지원사업	영양관리프로그램을 적용한 보건소 모바일 헬스케어 사업 개발 및 시범 적용
			보건소 모바일 헬스케어사업 전국 확대 실시
			담당 전문가(영양사) 역량강화 및 질환자 전문 관리 체계 마련
			개인, 기업 등 참여 유도 및 확대를 위한 제도적 기반 마련
	노인 건강을 위한 국가 영양지원 프로그램 강화	노인 취약계층 영양관리 지원사업	노인 회합형 영양관리프로그램 개발 및 운영 방안 마련
			노인 방문/배달형 영양관리 프로그램 개발 및 운영 방안 마련
			노인 영양관리를 위한 법적·제도적 기반 마련
			노인 눈높이의 체험형 식생활 안전관리 교육 모델 개발

추진전략	추진과제	세부추진과제	주요 사업내용
	지역사회 특화 영양사업 개발 및 운영	어린이 급식관리 지원센터 운영내실화	어린이 급식관리 지원센터 운영 내실화를 위한 방안 마련
			담당자 교육과 사업지원체계 강화
			수혜자 규모 확대
		저소득층 아동 과일제공 및 영양교육 사업운영	시범사업 운영, 교육자료 개발 및 홍보 강화
		다문화 가정에 대한 영양관리	다문화가정 영양관리 프로그램 개발 및 운영
			다국어 영양교육자료 개발

라. 향후 계획

「제2차 국민영양관리기본계획」은 3차년까지 건강식생활 실천유도를 위해 대상자별 맞춤형 교육매체 및 캠페인 추진, 건강식생활 실천 환경 조성을 위한 나트륨 및 당류 저감화 가공식품 개발 지원, 국민 건강영양 상태 모니터링 강화, 어르신 대상 급식 위생·안전 및 영양관리 지원 기반 마련 등의 주요 사업이 추진되었다.

향후 능동적 영양관리에 대한 국민 인식을 높이기 위한 교육·홍보를 강화하고, 신뢰성 있고 건강한 식품권 선택을 보장하는 환경을 조성하는 한편, 대상자별·취약계층별 맞춤형 영양관리 서비스를 확충할 계획이다.

2. 영양플러스사업

가. 추진 배경

영양플러스사업은 저출산·고령화 시대에 그 중요도가 더욱 높아지고 있는 태아 및 영유아의 미래 건강을 위해, 영양 상태가 상대적으로 취약한 임산부(임신부, 출산부, 수유부) 및 영유아에게 일정 기간 영양교육 및 보충식품을 제공해 영양 상태를 개선하고 건강 증진을 위해 실시하는 공공보건 향상 차원의 사업이다. 이는 국민의 건강을 태아의 단계부터 관리하여 전 생애에 걸쳐 건강할 권리를 보장하기 위한 평생건강관리형 국가영양지원사업이다.

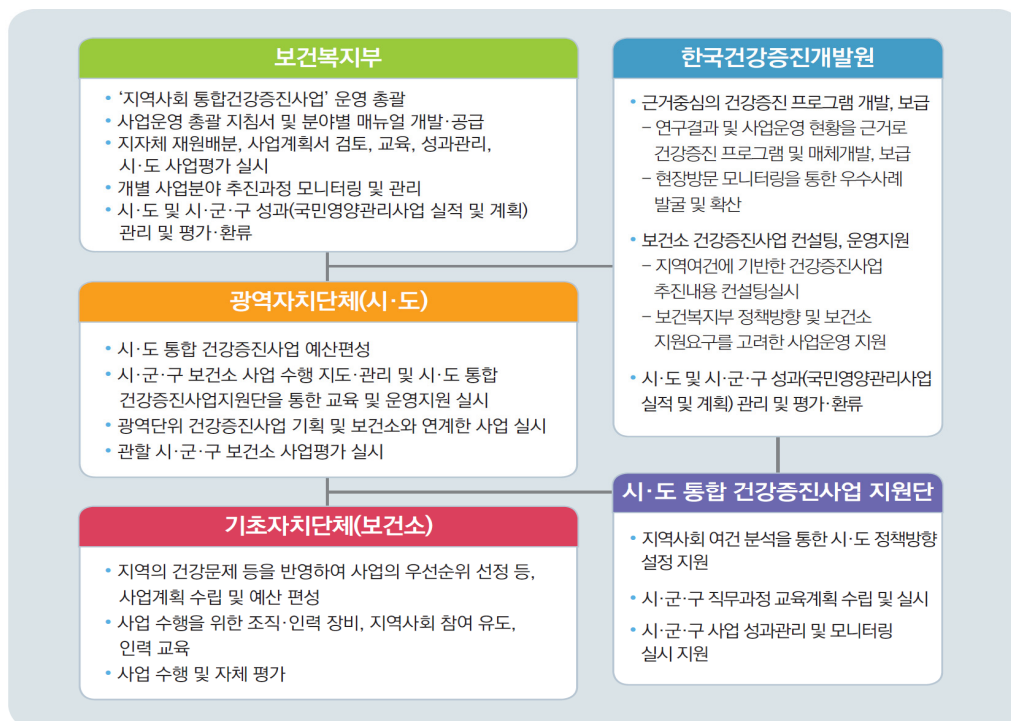
나. 사업 대상

- 대상 분류 : 만 6세(72개월) 미만의 영유아, 임신부, 출산·수유부
- 소득 수준 : 가구 규모별 기준 중위소득의 80% 이하
- 영양 위험 요인 : 빈혈, 저체중, 성장 부진, 영양 섭취 상태 불량 중 한 가지 이상의 영양 위험 요인 보유자

[표 2-8-9] 사업 대상 우선순위

구 분	기 준
우선순위 1	기초생활수급자 중 영양위험 요인을 가진 자
우선순위 2	영양의학적 위험이 있는 임신부, 수유부, 영아
우선순위 3	임신기에 수혜 대상이었던 여성의 영아 임신기에 영양의학적 위험이 판정되었지만 대기자로 있었던 여성의 영아
우선순위 4	영양의학적 위험이 있는 유아
우선순위 5	부적절한 식생활 양상을 보이는 임신부, 수유부, 영아
우선순위 6	부적절한 식생활 양상을 보이는 유아
우선순위 7	영양 위험 요인을 가진 산후 여성(6개월까지)

[그림 2-8-7] 사업 수행 체계도



다. 사업 내용

1) 영양교육 및 상담 서비스

대상자 영양교육 및 상담*을 통하여 개개인의 영양 문제를 해소하고, 장기적으로는 대상자가 스스로 식생활을 관리할 수 있는 능력을 키우도록 돕는 것을 목표로 하였다.

* 유형 : 집단교육, 개인상담, 가정방문교육, 온라인 교육 등

2) 보충식품 공급

일상적인 식사에서 부족하기 쉬운 영양소를 보충하는 데 도움을 주기 위해 일부 식품을 공급 하였으며, 제공 보충식품 외 여러 다양한 식품들을 함께 활용하여 영양적으로 균형 있게 섭취하는 방법을 교육하기 위한 매체로도 활용하였다.

• 보충식품 내용 및 제공 방법

- 대상 구분 및 특성에 따라 6가지 패키지 중 선택하여 제공
- 가정 배달을 기본으로 하되, 지역 특성에 따라 대상자가 직접 수령하는 방식과 병행할 수 있음

[표 2-8-10] 식품패키지별 구성 및 제공량(1인 1일 환산치)

식품명	식품패키지 1 (영아, 0개월-6개월 미만)	식품패키지 2 (영아, 6개월-12개월 미만)	식품패키지 3 (유아, 만 1세-만 6세미만)	식품패키지 4 (임신·수유부) ¹⁾	식품패키지 5 (출산부)	식품패키지 6 (완전모유 수유부)
조제분유 ²⁾	필요량의 1/2까지	필요량의 1/2까지				
감자		25g	25g	50g	50g	50g
달걀 ³⁾		50g(노른자) ⁴⁾	50g	50g	50g	50g
당근		18g	18g	35g	35g	35g
쌀		45g	45g	90g	90g	90g
우유			400ml	400ml	200ml	400ml
검정콩			10g	15g	15g	15g
김			3g	3g	3g	3g
미역				2.5g	2.5g	2.5g
닭가슴살통조림 ⁵⁾						27~30g
굴·오렌지주스						굴 중 1개 주스 200ml

주 : 1) 혼합수유부의 경우 출산 후 7개월째부터 보충식품은 우유만 제공

2) 모유수유를 우선적으로 권장하며, 필요량에 따라 제품에 표기된 권장 섭취량의 1/2까지 제공

3) 달걀 50g은 달걀 1개로 계산하여 공급

4) 전란을 지급하되, 영아는 노른자만 먹도록 교육

5) 닭가슴살통조림의 경우, 닭가슴살을 진공(팩)으로 포장하여 제공 가능

※ 닭가슴살, 두부, 호상 요구르트 등 냉장이 필요한 제품을 제공하기 위해서는 반드시 냉장배송 체계가 확보되어야 하며, 식품에 대한 안전 관리는 해당 지역에서 담당하여야 함

※ 또한, 식품 배송 즉시 유통기한과 식품의 상태를 확인하여야 함

3) 영양 평가를 통한 영양 상태 점검

정기적인 영양 평가를 통해 현재 영양 상태를 점검하고 평가 결과에 따라 맞춤형 영양교육을 제공한다.

- 영양 평가 내용 : 신체 계측, 생화학적 검사(혈중 헤모글로빈), 영양 섭취 상태 조사
- 그 외 대상자의 영양 지식, 태도 조사 및 사업 만족도 조사 실시

라. 사업 추진 실적

1) 사업 진행 경과

본 사업은 2004년 ‘취약계층을 위한 국가영양지원제도 도입 연구’를 기반으로 2005년 3개 보건소로 시작하여 2007년까지 시범사업을 실시하였다. 그 결과 사업 대상자들의 빈혈 유병률이 감소하고 영양 섭취 적정도가 향상되는 등 영양 상태 개선 효과가 큰 것으로 나타났으며, 이에 힘입어 2008년부터는 전국을 대상으로 본격적으로 실시되어 대표적인 국가영양지원제도사업으로 현재까지 성공적으로 운영되고 있다.

[표 2-8-11] 영양플러스사업 추진 경과

연도	내 용	보건소 수
2004	취약계층을 위한 국가영양지원제도 도입 연구	-
2005	1차 시범사업 실시 - 사업의 적용 가능성 검토 및 사업안의 수정/보완	3개 보건소
2006	2차 시범사업 실시 - 지역에 따른 사업 적용 방안 검토	11개 시·도 15개 보건소
2007	3차 시범사업 실시 - 보다 확대된 지역에서, 효과적인 사업 운영 방안 검토	13개 시·도 20개 보건소
2008	전국 단위 본 사업 실시 : “영양플러스”로 명칭 변경 - 상반기 108개 보건소 사업 참여 개시 - 하반기 45개 보건소 추가 참여	16개 시·도 153개 보건소
2009~현재	- 2009년 16개 시·도 245개 보건소 - 2010년 16개 시·도 250개 보건소 - 2011년 16개 시·도 251개 보건소 - 2012년 17개 시·도 252개 보건소 - 2017년 17개 시·도 252개 보건소 - 2019년 17개 시·도 252개 보건소 - 2013년 17개 시·도 252개 보건소 - 2014년 17개 시·도 253개 보건소 - 2015년 17개 시·도 253개 보건소 - 2016년 17개 시·도 250개 보건소 - 2018년 17개 시·도 252개 보건소	

|표 2-8-12| 영양플러스사업 대상자 수

(단위 : 명)

연 도	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
연 수혜 대상자 수	6,908	11,162	46,047	74,406	86,605	87,449	91,597	88,861	88,836	90,095	87,312	83,988	82,045	78,755

2) 사업 효과 분석

2005년 시범사업부터 현재까지 본 사업에 참여한 수혜 대상자의 빈혈 유병률 감소, 영유아의 저체중 비율 감소, 영양 섭취 상태 향상, 영양 지식과 건강 행태 개선 효과가 일관성 있게 증명되고 있다.

|표 2-8-13| 영양플러스사업 수혜 대상자의 영양 상태 개선 효과

구분	빈혈 유병률 변화 ¹⁾	평균 영양 섭취 적정도 변화 ²⁾
2006	45.9% → 29.9% (34.9% 감소)	0.76점 → 0.88점 (15.8% 증가)
2007	51.7% → 29.6% (42.7% 감소)	0.74점 → 0.87점 (17.6% 증가)
2008	55.4% → 29.0% (47.8% 감소)	0.76점 → 0.88점 (15.8% 증가)
2009	56.9% → 29.6% (48.0% 감소)	0.74점 → 0.87점 (17.6% 증가)
2010	58.5% → 20.5% (65.0% 감소)	0.75점 → 0.87점 (16.0% 증가)
2011	61.4% → 14.8% (75.8% 감소)	0.75점 → 0.85점 (13.3% 증가)
2012	60.5% → 18.2% (69.9% 감소)	0.73점 → 0.84점 (15.1% 증가)
2013	58.2% → 23.5% (59.6% 감소)	0.72점 → 0.84점 (16.7% 증가)
2014	57.9% → 14.8% (74.4% 감소)	-
2015	54.2% → 25.8% (52.4% 감소)	0.71점 → 0.83점 (16.9% 증가)
2016	51.7% → 26.3% (49.1% 감소)	0.70점 → 0.82점 (17.1% 증가)
2017	51.5% → 26.4% (48.8% 감소)	0.70점 → 0.83점 (18.6% 증가)
2018	50.1% → 26.0% (48.2% 감소)	0.73점 → 0.83점 (13.7% 증가)
2019	47.6% → 23.9% (49.8% 감소)	0.72점 → 0.83점 (15.3% 증가)

주 : 1) 수혜자의 빈혈 유병률 : 사업 참여 전후 빈혈검사를 통한 판정(6개월 이상 참여자)

2) 영양 섭취 적정도 : 사업 전후 식품 섭취 조사를 통해 판정. 단백질, 갈슘, 철분, 비타민A, 리보플라빈, 나이아신 및 비타민C 섭취량을 대상별 권장 섭취량과 비교한 영양 섭취 적정도의 총괄적인 평균 적정도, 1점 만점

마. 향후 계획

2019년 말 기준 연간 수혜자 수가 약 7.9만 명이며, 향후 영양교육·상담 및 사업의 서비스 질 향상을 위해 보충식품 개선, 담당자 교육 등 지원을 강화하여 수혜자 지원이 확대될 수 있도록 할 계획이다.

3. 아동 비만예방관리사업

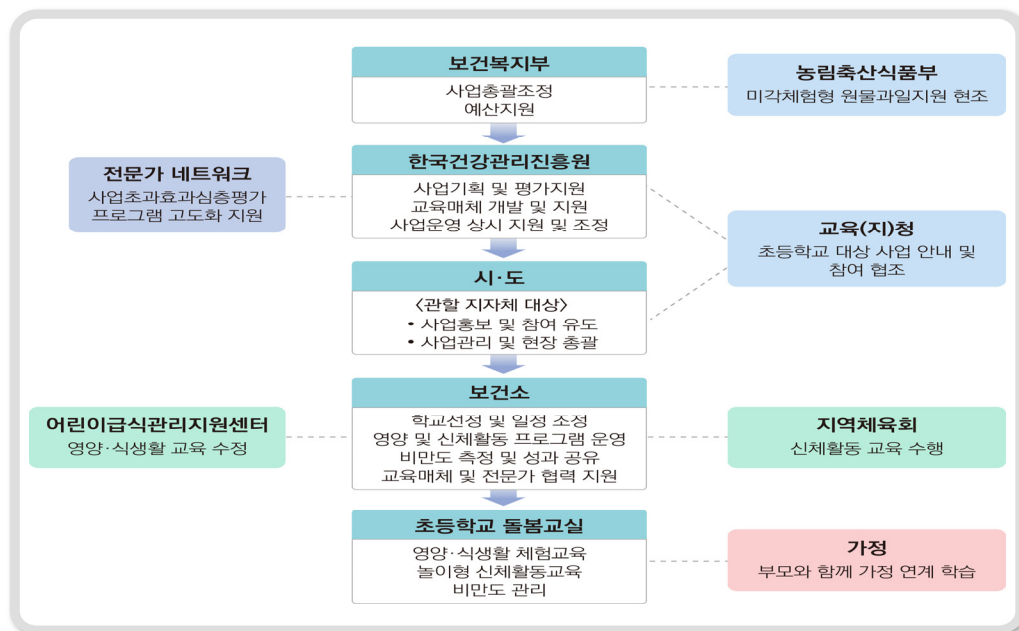
가. 추진 배경

2019년 초·중·고생 과체중·비만균율은 25.8%로, 최근 5년간 매년 1%p 수준으로 꾸준히 증가하고 있다.(2019년도 학생건강검사 표본통계, 교육부). 비만은 고혈압, 당뇨 등 만성질환의 주요 위험 요인이며 아동·청소년기 비만은 대체로 성인 비만으로 이어질 확률이 높다. 특히, 아동·청소년기 대부분의 시간을 학교에서 보내게 됨에 따라 학교 환경에 대한 적극적 중재가 요구된다. 따라서 아동의 생활 터 중심으로 비만예방·관리 사업을 추진하여 아동기에 건강한 식생활과 적절한 신체활동을 통해 비만예방·관리 실현 및 평생 건강기초를 확립하고자 한다.

나. 사업 개요

- 사업대상 : 초등돌봄교실, 지역아동센터를 이용하고 있는 초등학교 1~2학년 학생
- 추진전략 : 지역사회와의 다양한 인프라 활용 및 연계체계 구축을 통한 자발적 건강환경 구축
- 추진체계 : 보건복지부 → 한국건강증진개발원 ↔ 시·도 및 시·군·구 ↔ 초등 돌봄교실, 지역아동센터

[그림 2-8-8] 사업 수행 체계도



다. 주요 내용

1) 프로그램 개요

아동비만예방관리사업 ‘건강한 돌봄놀이터’는 아동의 흥미유발, 적극적 참여 등을 유도하기 위해 미각체험, 놀이 등 다양한 활동으로 구성된 비만예방관리 프로그램을 제공하고 있다.

- 프로그램 구성 : 놀이형 영양·식생활 및 신체활동 프로그램, 비만도 및 건강습관 평가

2) 놀이형 영양·식생활 및 신체활동 프로그램

- 놀이형 영양·식생활 프로그램

미각체험활동 중심의 영양교육을 통해 건강한 음식 먹기에 대한 중요성을 인지하고 스스로 섭취할 수 있도록 유도함으로써 올바른 식습관을 형성할 수 있도록 프로그램을 구성하였다.

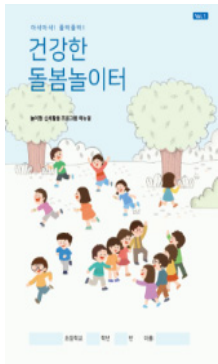
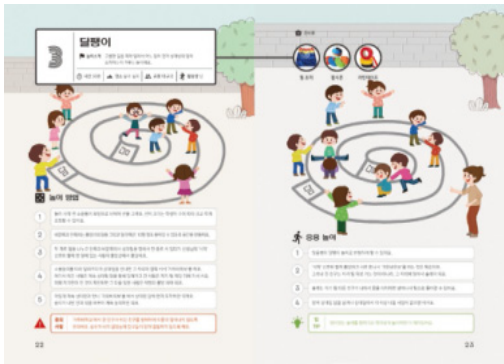
[그림 2-8-9] 놀이형 영양·식생활 프로그램 주요 내용

차시	주제 및 내용	교재 표지	차시	주제 및 내용	교재 표지
1~4	(1권) 다양한 음식을 골고루 먹어요 <ul style="list-style-type: none"> • 식품구성자전거 • 골고루 식품 정보기 • 건강밥상 만들기 • 식품 스피드 퀴즈 		13~16	(4권) 건강음료를 마셔요 <ul style="list-style-type: none"> • 건강음료 알아보기 • 바나나 우유 만들기 • 건강음료와 친해지기 • 건강음료 딱지놀이 	
5~8	(2권) 알록달록 채소·과일을 먹어요 <ul style="list-style-type: none"> • 채소 친해지기 • 과일 빙고놀이 • 채소·과일 카드놀이 • 채소·과일 오감 맞추기 		17~20	(5권) 건강식습관을 길러요 <ul style="list-style-type: none"> • 건강식습관 알아보기 • 건강식습관 빙고놀이 • 아침밥의 중요성 • 건강식습관 카드놀이 	
9~12	(3권) 올바른 건강 간식을 먹어요 <ul style="list-style-type: none"> • 올바른 간식섭취 방법 알기 • 건강간식 만들기 • 영양표시 알기 • 건강간식 찾기 놀이 		21~24	(6권) 건강체중을 지켜요 <ul style="list-style-type: none"> • 건강체중 알아보기 • 건강체중 풍선 놀이 • 건강습관 알아보기 • 건강체중 비행기 놀이 	

• 놀이형 신체활동 프로그램

아동이 신체활동에 대한 흥미를 가지고 스스로 규칙적인 신체활동을 실천할 수 있는 환경을 조성하여 비만예방을 실현하고자 프로그램을 구성하였다.

[그림 2-8-10] 놀이형 신체활동 프로그램 매뉴얼

표지	목차	놀이 프로그램 소개 (예시)
	<p>목차</p> <ol style="list-style-type: none"> 신체활동의 대해 알아보아요 3 <ul style="list-style-type: none"> 신체활동이란 무엇인가요? 4 신체활동은 왜 중요한가요? 5 신체활동은 어떻게 해야 할까요? 6 놀이형 신체활동에 대해 알아보아요 7 <ul style="list-style-type: none"> 놀이형 신체활동이란 무엇인가요? 8 놀이형 신체활동의 종류는 어떤 것이 있을까요? 9 놀이형 신체활동하는 시간과 횟수는 얼마인가요? 10 놀이를 시작하기 전에 알아볼까요 11 <ul style="list-style-type: none"> 활동하기 전에 꼭 지켜주세요! 12 활동하기 전에 꼭 알아주세요! 13 활동하기 전에 꼭 알아주세요! 14 활동하기 전에 꼭 알아주세요! 15 놀이형 신체활동 프로그램 17 	

3) 비만도 및 건강습관 평가

프로그램 참여 아동 대상으로 신장 및 체중을 실측하여 비만도 변화를 평가하며, 설문조사를 통해 건강습관 개선여부를 확인하고 있다(총2회, 프로그램 전·후 각각 실시).

라. 추진 실적

1) 추진 경과

아동의 흥미를 유발할 수 있는 체험·놀이 활동 중심의 영양·식생활 및 신체활동 프로그램을 개발하였으며, 2016년 경기지역 내 8개 보건소를 시작으로 2017년까지 시범사업을 실시하였다. 시범사업을 통해 비만을 감소, 영양 지식 및 행태 개선, 신체활동량 증가 등의 사업효과를 입증하였으며, 2018년부터 전국 대상 사업으로 확대하여 운영하고 있다. 건강취약계층인 방과 후 돌봄서비스 이용 아동의 비만 예방관리 강화를 위해 2019년에는 사업대상을 지역아동센터 이용 아동까지 확대하였다.

|표 2-8-14| 사업 추진 경과

연도	내 용	보건소 수	참여 기관 및 아동 수
2016	- 영양·식생활 및 신체활동 프로그램 개발 - 1차 시범사업 실시 : 사업의 적용 가능성 검토	1개 도 8개 보건소	10개 초교, 아동 254명
2017	- 2차 시범사업 실시 : 지역유형에 따른 사업 적용 검토	14개 시·도 23개 보건소	61개 초교, 아동 2,357명
2018	- 전국 단위 본 사업 실시	15개 시·도 93개 보건소	305개 초교, 아동 10,542명
2019	- 사업대상 및 운영기간 확대	16개 시·도 121개 보건소	359개 초교·38개 센터 아동 11,866명

2) 효과 분석

본 사업 참여 아동 대상으로 프로그램 적용 전·후 효과평가 비교 결과, 비만을 감소, 영양·신체 활동 지식 및 행태 개선에 효과가 있음이 나타났다.

|표 2-8-15| 2019년 사업 효과평가 주요 결과

구분	사전	사후	변화
비만율 ¹⁾	29.5%	25.7%	3.8%p 감소
체질량지수(BMI)	17.40kg/m ²	17.25kg/m ²	0.15kg/m ² 감소

주 : 1) 2017년 소아청소년 표준 성장도표 기준 활용, 과체중·비만 아동 비율임

마. 향후 계획

관련부처 및 기관·단체 간 연계 강화를 통해 양적·질적 사업의 확대를 추진하며, 프로그램 교육매체 개발·보급 등을 통하여 실효성 있고 지속가능한 아동 비만예방관리 사업으로 발전할 수 있도록 추진할 계획이다.

4. 국가 비만관리 종합대책('18.~'22.) 수립·시행

가. 추진 배경

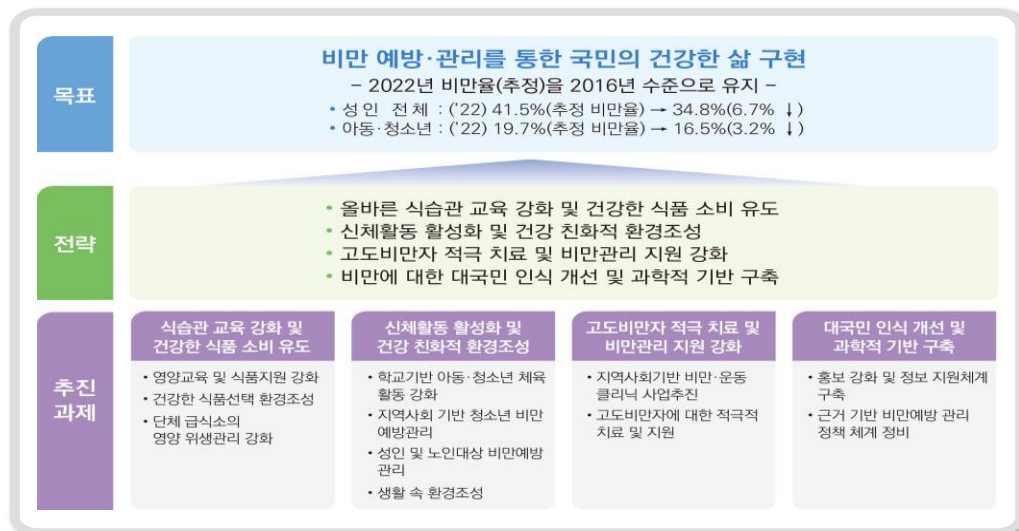
비만은 당뇨, 고혈압 등 질병발생 및 각종 암을 유발하고, 사망위험을 증가시키는 건강 위험 요인이며, 개인과 사회에 심각한 부담을 초래하고 있다. 경제협력개발기구(OECD) 발표에 따르면 우리나라 고도 비만인구('15. 5.3%)가 계속 증가하여 2030년에는 현재의 2배 수준(9.0%)에 이를 것으로 전망한 바 있다. 2018년 국민건강보험공단의 연구 결과에 따르면 비만으로 인한 의료비 등 사회경제적 손실액이 2006년 4조8천억원에서 2016년 11조5천억원으로 최근 10년 새 약 2배 이상 증가했다.

이에 정부는 우리나라 비만인구 증가에 따른 선제적 대응을 위하여 영양·식생활·신체활동 등 분야별 정책연계를 통해 범부처 합동으로 「국가 비만관리 종합대책('18.~'22.)」을 마련하고 시행하게 되었다.

나. 주요 내용

국가 비만관리 종합대책('18.~'22.)의 비전은 '비만 예방·관리를 통한 국민의 건강한 삶 구현'이며, 이에 대해 '2022년 비만율을 2016년 수준으로 유지'하는 것을 목표로 설정하였다.

[그림 2-8-11] 국가 비만관리 종합대책('18.~'22.) 목표 및 추진 전략



다. 추진 과제

[표 2-8-16] 국가 비만예방관리 종합대책('18.~'22.) 추진 전략 및 세부 추진 과제

추진전략	추진과제	세부추진과제	주요 사업내용
올바른 식습관 교육 강화 및 건강한 식품 소비 유도	영유아·임산부·아 동에 대한 영양교육 및 식품지원 강화	'영양플러스사업' 확대	온라인 교육과정 도입 및 비만예방관리과정 신설
		모유수유 촉진 및 모유수유시설 위생관리 강화	전국 모유수유시설 관리 운영·실태점검 및 보고·관리체계 구축
		아동·청소년에 대한 비만예방교육 강화	비만예방교육 교재·동영상 개발 및 어린이집, 유치원에 보급
		'방과후 돌봄서비스' 이용 아동에 대한 비만예방관리 강화	건강한 돌봄놀이터 사업 확대
	건강한 식품선택 환경 조성	비만 조장 문화·환경 개선	음주, 건강식생활 등을 위한 가이드라인 마련
		'영양표시' 의무화 대상 식품 확대	영양표시 의무화 대상 식품 확대, 영양표시 관련 전문 교육 및 인식개선 교육·홍보강화
		어린이 비만유발 식품 광고 모니터링 강화	광고제한 위반 여부에 대한 정기적 모니터링 실시
		가공식품·외식·급식의 당류·나트륨 저감 지원 확대	가공식품 중 음료류 당류 저감 가이드 개발 보급, 나트륨 저감 기술 개발 및 중소기업(김치류, 장류, 소스류 등) 대상 기술 지원
	단체급식소에 대한 영양·위생관리 강화	학교급식 영양관리기준 개선 및 체계적 관리	학생 성장발달 단계에 적합하도록 '학교급식 영양관리기준(학교급식법 시행규칙)' 개선
		단체급식소 영양 및 위생관리 역량 강화	'어린이급식관리지원센터' 지원을 받는 어린이 대상 급식소 확대
신체활동 활성화 및 건강친화적 환경조성	'학교' 기반의 아동·청소년 체육활동 강화	'학교스포츠클럽' 활성화	우수학교 스포츠 활동 지원 확대
		학교 기반 건강증진 우수프로그램 발굴·확산	효과적인 학생비만 예방 프로그램 발굴 및 보급
		소외계층 유·청소년 '스포츠 강좌이용권' 지원 강화	스포츠강좌이용권 지원대상자 확대
	지역사회 기반 아동·청소년 비만 예방·관리	학교-지역사회 연계 청소년 비만예방·관리사업 추진	ICT기반 비만예방관리 프로그램 추진
		비만 청소년 건강체험캠프 확대	체험형 건강체험캠프 사업 확대·운영
		비만 청소년의 자발적 체력증진 역량 강화	국민체력인증센터, 건강생활지원센터, 건강증진센터 확충 및 비만청소년에 운동관리 프로그램 제공
	성인 및 노인 대상 비만 예방·관리	새 국민 '건강안전트브제' 도입	사업 모델 개발 및 시범사업 실시, 전 국민 대상으로 확대
		'모바일 기반 맞춤형 건강관리 사업' 전국 보건소로 확대	사업 확대·운영
		노인대상 신체활동 프로그램 확대	노인 표준 신체활동 프로그램을 경로당 등에 확대 보급

추진전략	추진과제	세부추진과제	주요 사업내용
	생활 속 신체활동 환경조성	‘근로자 건강센터’ 확충 및 활성화	근로자 건강센터 확충
		신체활동 활성화를 위한 법적 근거 마련	국민건강증진법 內 근거 마련
		건강친화기업 인증제 도입	시범사업 실시, 인증기업에 건보료 감면, 저리 융자, 공공조달 입찰 등에서 인센티브 검토
		건강도시 활성화 추진	중앙정부는 재정적·행정적 지원
		생활권형 ‘국민체육센터’ 건립을 통해 체육시설 접근성 개선	생활체육 인프라 확대
		장애인 스포츠활동 촉진을 위한 인프라 강화	장애인형 국민체육센터 확충 및 장애유형별 맞춤형 운동프로그램 운영
고도비만자 적극 치료 및 비만관리 지원 강화	지역사회 기반 「비만·운동클리닉 사업」 추진	지역사회 기반의 「비만·운동클리닉」 추진	사업모델 개발 및 전제로 사업 확산
	고도비만자에 대한 적극적 치료 및 지원	병적 고도비만 수술치료 건강보험 적용	고도비만 수술 건강보험 적용
		고도비만의 교육·상담 건강보험 적용 검토	수술치료(병적 고도비만) 前 단계의 고도비만에 대한 교육·상담에 대한 건강보험 적용 검토
		비만 집중관리 가이드라인 개발	비만인을 위한 식생활영양, 신체활동 집중관리 가이드라인 개발·보급
		비만 학생 건강검진 검사항목 확대	학생 건강검진 항목에 ‘비만학생 대상 대사증후군 선별검사’ 추가
비만에 대한 대국민 인식 개선 및 과학적 기반 구축	비만 예방·관리를 위한 홍보 강화 및 정보 지원체계 구축	비만 인식개선을 위한 대국민 홍보활동 강화	민관합동 비만슬로건 및 주제 개발, 비만예방의 날(10. 11.) 행사와 연계하여 범국민 캠페인 등 추진
		생활단위 비만정보 제공시스템 구축	시스템(Web방식) 구축 및 지자체 표준 사업모델 및 매뉴얼 보급, 맞춤형 프로그램 설계 지원
		식생활·영양·신체활동 통합정보 플랫폼 구축	플랫폼 운영 기준 마련 및 부처협의체 구성 및 통합 플랫폼 구축
	법정부 차원의 근거중심 비만 예방·관리정책 추진체계 정비	국민건강증진정책 심의위원회 기능 강화	위원회 산하 영양·비만전문위원회 확대 개편 및 운영
		한국의 중장기 비만 전망보고서 발간	전망보고서 발간
		비만 예방·관리 및 식생활 개선을 위한 연구개발(R&D) 강화	국내 고도비만 청소년의 역학적 특성 파악 및 소아비만-대사질환 코호트에 대한 추적 조사

라. 향후 계획

「국가 비만관리 종합대책」은 2018년 7월 발표 이후 지역별 모유수유시설 위치정보 모바일 웹(Web) 운영 및 아동비만예방 사업 확대 운영, 병적 고도비만 수술 건강보험 적용, 비만예방의 날 기념식 및 정책포럼 개최 등 주요 과제가 추진되었다.

「국가 비만관리 종합대책」의 원활한 추진과 목표달성을 위하여 국민건강증진정책심의 위원회의 기능을 강화하고 과제별 이행실태 점검과 관리를 실시할 계획이다.

Ⅳ 국민건강영양조사 등 기초 연구

1. 국민건강영양조사

국민건강영양조사는 국민의 건강 및 영양 수준을 파악하고 국민건강증진종합계획 등의 정책 수립 및 평가의 기초자료로 활용될 수 있는 통계를 산출하는 사업이다.

국민건강영양조사는 1995년에 공표된 「국민건강증진법」 제16조에 따라 1969년 이래 시행되던 국민영양조사를 확대·개편한 것으로서, 1998년에 시작하여 현재 제7기(2016-2018) 조사를 완료하였으며, 2019년부터는 제8기(2019-2021) 조사를 실시하고 있다.

제1기(1998)부터 제3기(2005)까지는 2~3개월 동안 단기조사로 진행된 반면, 제4기(2007-2009)부터는 시의성을 확보하고 계절적 편향 위험을 해소하기 위해 매년 국가 단위 건강 통계를 산출하는 연중 조사 체계로 개편하여 1월부터 12월까지 조사를 실시하고 있다.

조사는 3년 주기로 기획하고, 한 해에 192개 지역의 4,800가구를 대상으로 실시하고 있다. 주요 결과에 대해서는 매년 국가 단위 통계를 발표하고, 지표의 성격에 따라 1년간의 자료로는 충분한 대상자 수 확보가 어려운 경우(예: 현재 흡연자에게만 묻는 설문 등) 3~5년 자료를 통합하여 산출하고 있다.

[조사 연혁]

(1995)	국민건강증진법 제정
(1998)	국민건강영양조사 개시(11, 12월)
(2001)	제2기 조사 실시(11, 12월)
(2005)	제3기 조사 실시(4~6월)
(2007~2009)	제4기 조사 실시(연중 상시) * 연중 상시 조사체제로 전환, 질병관리본부에서 직접 수행하면서 매년 국가 통계 산출
(2010~2012)	제5기 조사 실시(연중 상시)
(2013~2015)	제6기 조사 실시(연중 상시)
(2016~2018)	제7기 조사 실시(연중 상시)
(2019~2021)	제8기 조사 실시(연중 상시)

제8기(2019-2021) 조사는 2019년에 시작하였으며, 조사 내용 등은 제7기(2016-2018) 조사 항목을 기반으로 하여 시계열적인 비교를 위해 기본 항목을 유지하되 조사 방법의 적절성, 결과 활용도, 보건지표 수요 등을 고려하여 일부 수정·보완하였다.

[표 2-8-17] 조사 개편 사항

구 분		제1기 (1998)	제2기 (2001)	제3기 (2005)	제4기 (2007- 2009)	제5, 6기 (2010- 2015)	제7기 (2016- 2018)	제8기 (2019- 2021)
조 사 부 문	건강 면접	60~65가구 /200조사구	22가구 /600조사구	22~26가구 /600조사구				
	보건 의식 행태	22~24가구 /200조사구	22가구 /200조사구	22~26가구 /200조사구	23가구 /500조사구	20가구 /576조사구	23가구 /576조사구	25가구 /576조사구
	검진 조사 영양 조사							
시기		11~12월	11~12월	4~6월	연중(50주)	연중(48주)	연중(48주)	연중(48주)
수행 기관		한국보건사회연구원, 한국보건산업진흥원			질병관리본부			

가. 조사 목적

국민건강영양조사는 우리 국민의 건강 및 영양 상태에 관한 국가 대표 통계를 생산하고, 이를 건강 정책 수립 및 평가에 활용할 수 있도록 지원하는 사업이다. 본 사업을 통해 제4차

국민건강증진종합계획 목표 지표 중 100여 개가 산출되고 있으며, 세계보건기구, 경제협력 개발기구 등에서 요구하는 보건지표도 제공하고 있다.

나. 조사 규모

국민건강영양조사 조사 대상은 매년 192개 조사 지역, 4,800가구(지역별 25가구)의 만 1세 이상 가구원 전체이며, 그 규모는 약 1만 명 수준이다. 조사 대상 추출은 매년 국가 통계 산출이 가능하며, 다년도 자료 누적 분석이 가능하도록 순환표본방식으로 하고 있다.

제8기(2019-2021) 조사는 표본 추출틀로 2016년 인구주택총조사 자료를 활용하였으며, 17개 시·도, 동·읍·면, 아파트 지역·일반 거주 주택 지역 등의 정보를 기초로 각 조사구를 층화하여 조사 지역을 선정하였다. 시·도별 조사구 수는 인구 규모를 반영하는 경향이 있으므로 경기도가 가장 많아 2019년 기준으로 44개가 선정되었으며, 울산광역시와 세종특별자치시, 제주특별자치도가 각각 4개 지역으로 가장 적은 수를 차지하였다. 동 지역과 읍·면 지역은 4:1의 비율이며, 아파트 지역이 전체 중 48.4%이다.

다. 조사 내용

국민건강영양조사는 건강과 관련된 현황, 위험 요인 등을 모두 포괄하는 조사로서, 검진조사, 건강설문조사, 영양조사 등 크게 3가지 부문으로 나눌 수 있다.

검진조사는 신체계측, 혈압측정, 진단의학검사(혈액 및 소변수집), 폐기능검사, 구강검사, 안검사, 이비인후검사 등의 방법으로 이동검진차량에서 실시하고 있다.

건강설문조사는 이동검진차량에서 실시하며, 조사 방식에 따라서 면접으로 조사하는 영역과 자기 기입으로 조사하는 영역으로 구분할 수 있다. 이환, 의료이용, 사고 및 중독 등은 면접을 통하여 조사하고, 흡연, 음주 등은 타인에게 응답하기가 불편할 수 있는 내용이라는 점을 고려하여 대상자가 직접 기입하는 방식으로 조사하고 있다.

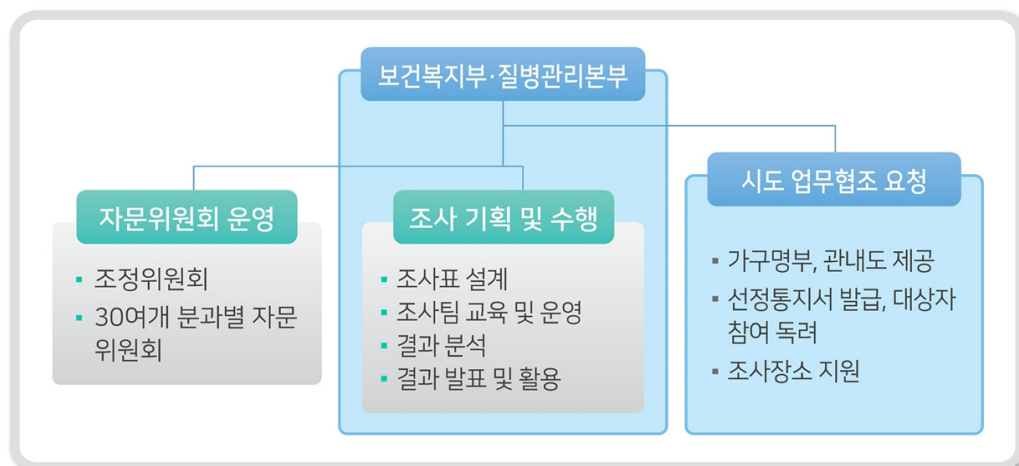
영양조사는 검진조사 및 건강설문조사를 완료하고 1주일 정도 후에 대상자의 가구를 방문하여 실시하고, 식품 및 영양소 섭취량과 섭취에 영향을 미칠 수 있는 요인 등에 대해 면접 방식으로 조사를 실시한다.

본 조사는 국가 간 비교 가능한 통계를 산출하기 위해 국외에서 도입·운영 중인 조사도구를 적극 반영하고, 조사 항목 검토 및 방법 개선 연구를 병행하고 있으며, 「국가 건강조사 조정 및 분과별 자문위원회」를 운영하여 조사표 구성 및 조사 운영 체계 개발 등에 대한 자문을 구하고 있다. 또한, 조사 항목별 관련 학회와 협력 관계를 유지하여 조사가 지침에 따라 수행될 수 있도록 품질관리 체계를 운영하고 있다.

[표 2-8-18] 국민건강영양조사 내용 및 방법

부 문	영 역	방 법	조사장소
건강 설문	가구조사, 이환, 교육 및 경제활동, 의료 이용, 활동 제한 및 삶의 질, 예방접종 및 건강검진, 손상, 신체활동, 여성건강	면접	이동 검진센터
	흡연, 음주, 정신건강, 구강건강, 비만 및 체중 조절, 안전의식	자기 기입	
검진	비만, 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 간질환, 신장질환, 빈혈, 폐질환, 구강질환, 안질환, 이비인후질환, 악력 등	직접 계측, 혈액 및 소변 분석 등	
영양	식품 및 영양소 섭취, 식생활 행태, 채소·과일·음료 섭취빈도, 식이보충제 복용, 식품안전성, 수유 현황	면접	대상자 가구

[그림 2-8-12] 국민건강영양조사 제8기 추진 체계



라. 조사 추진 체계 및 수행 절차

조사의 기획은 사업 목적이 국가 건강정책 수립 및 평가에 필요한 지표를 산출한다는 것임을 고려하여 관련 기관의 수요를 반영하여 실시하고 있으며, 전문조사수행팀을 운영하여 정기적인

교육 프로그램 하에 전문화된 조사 체계를 유지하고 있다. 제3기(2005)까지는 각 해당 연도에 단기간 동안 수행하는 조사 체계였기 때문에 전담 조직 운영이 어려웠으나 제4기(2007-2009)부터 연중 상시 조사 체계로 전환되면서 질병관리본부 내에 기획 및 통계 산출, 조사 및 자료 처리를 전담할 수 있는 조직을 구성하여 조사를 수행하고 있다. 조사와 관련된 세부 분야별 전문가로 구성된 자문기구를 별도로 운영 중이며, 조사를 수행해야 하는 각 지역별 상황 및 대상자 참여 독려를 고려하여 해당 지방자치단체의 협조를 받고 있다.

조사 실시에 앞서 조사 대상의 거주 상태 파악 및 조사 홍보를 위한 가구원 확인 조사를 실시하고, 가구원 확인 조사 결과에 근거하여 조사 대상자를 확정된 후 해당 시·도지사 명의의 선정 통지서를 배부한다. 조사 후에는 통계를 위한 자료 처리를 실시하는 한편, 개인별 검진 및 영양조사 결과를 대상자에게 전달하는 등 사후 서비스도 병행하고 있다.

조사 참여율은 통계의 편향성을 최소화하고 질적 수준을 높이는데 매우 중요한 요소이므로, 대상자 인센티브 증액, 시·도 및 보건소, 통반장 대상의 설명회 개최를 통한 지역 협조 강화, 검진 항목 확대, 검진 결과 통보 등 다양한 유인책을 통해 참여율 제고에 노력하고 있다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 1인 가구 증가, 주거 보안 시설 강화, 개인 정보에 대한 민감도 증가 등으로 조사 참여율은 2009년 이후 지속적인 감소 추세를 보이고 있다('09. 79%→'19. 71%).

[그림 2-8-13] 국민건강영양조사 수행 절차

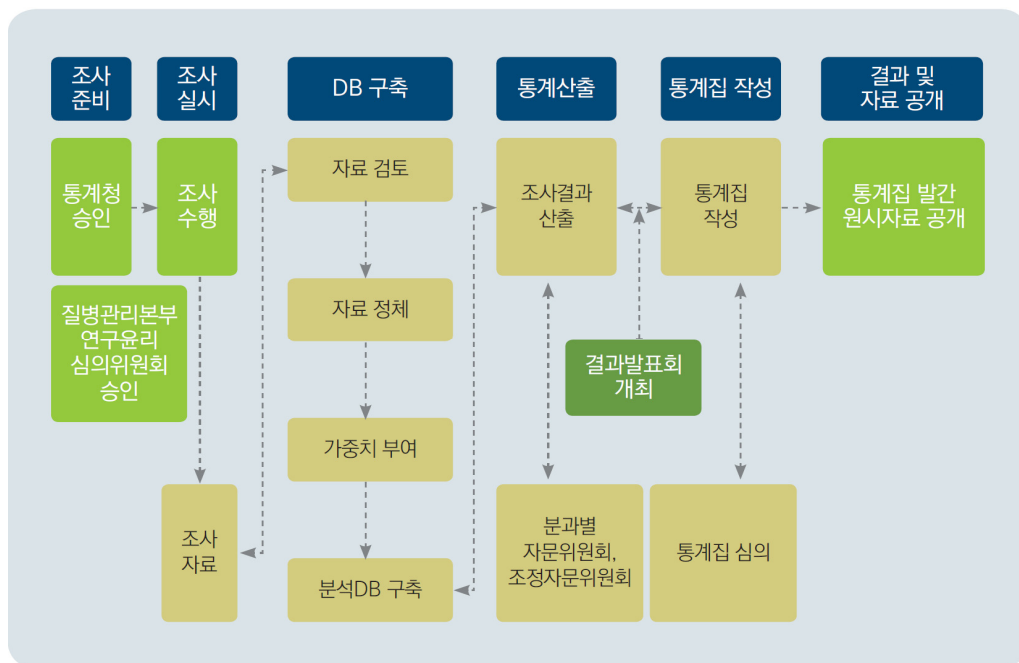


주: 매년 조사 수요를 고려하여 조사 영역 및 순서 조정

마. 통계 공표 및 활용

국민건강영양조사는 연 단위의 국가 통계 산출을 목표로 2008년 이후 매년 결과 발표회를 개최하고 보고서를 발간하고 있으며, 원시자료 공개도 실시하고 있다. 한 해 동안 수집된 자료는 조사가 실시된 다음 해에 오류 수정 및 정제 과정을 거쳐 분석 DB로 구축하고 통계를 산출하여 전문가, 정책담당자 등의 검토 후에 공표된다. 원시자료는 2007년부터 일반에 무료 제공하고 있으며, 공개된 원시자료는 학계, 산업계에서 다양하게 활용되어 학술연구, 안전 평가, 사업 개발 등의 성과를 내고 있다. 원시자료 공개 건수는 2019년 1년간 12,071건으로 2007년 이후 누적 6만 7천여 건이며, 2019년까지 국내외에 발표된 논문이 3,5천여 편에 이른다. 또한, 국민건강영양조사 원시자료의 올바른 활용을 돕기 위해 2011년부터 자료 활용 워크숍을 개최하고 있다.

[그림 2-8-14] 국민건강영양조사 DB 구축 및 자료 분석



바. 향후 계획

국민건강영양조사는 국내외 보건지표 수요 및 조사 방법에 대한 모니터링을 지속적으로 실시하고 있으며, 국제적인 비교가 가능하고 건강정책 수립 및 평가에 유용한 통계 산출을 위한

개선을 추진하고 있다. 기후, 사회 등 다양한 환경적 요소에 따라 건강문제가 변화하기 때문에 조사내용 및 방법도 이를 반영할 수 있도록 신규 영역 발굴 및 조사표 개발 연구를 병행하고 있다.

더불어 결과 활용을 촉진하기 위해 사망자료, 암등록자료 등 2차 자료와의 연계 DB 구축을 추진하고 있으며, 대중적 관심 유도를 위한 이해하기 쉬운 통계 자료 발간 등 다양한 노력을 지속해 나가고자 한다.

V 질병의 조기 예방을 위한 건강검진 강화

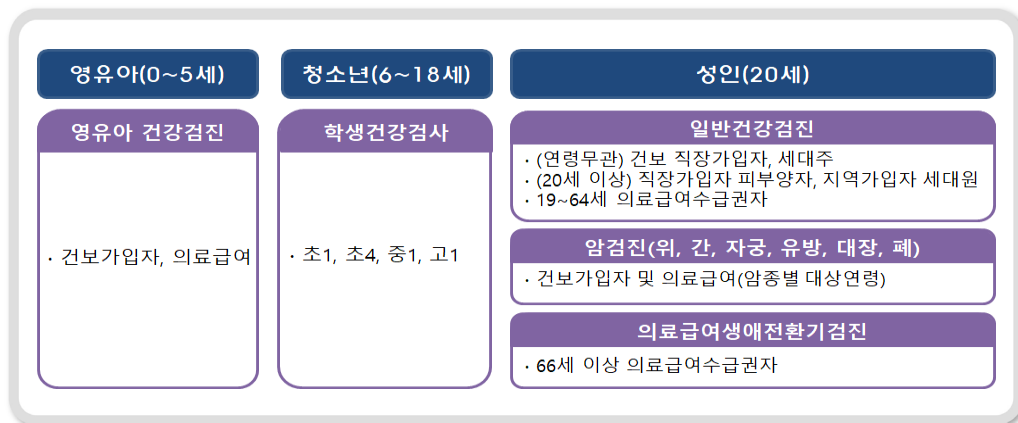
1. 우리나라의 국가건강검진프로그램

우리나라는 1988년부터 고혈압, 당뇨병 등 만성질환의 조기발견 및 치료·관리를 목표로 국가 건강검진사업을 시행하였고, 2002년부터는 실제적인 국가암검진사업을 추가로 시행하면서 가장 문제가 되는 질환들에 대하여 조기검진을 통한 사전예방적 건강 관리를 해오고 있다.

또한, 2012년부터는 건강보험 가입자만 대상으로 실시하던 일반건강검진을 의료급여 수급권자에게도 확대하여 전 국민을 대상으로 국가건강검진을 실시하는 제도로 발전하였다.

생후 4개월부터 만 6세 미만까지 총 7회 실시하는 영유아 건강검진, 초·중·고생을 대상으로 학생 건강검사(교육부 주관) 및 학교 밖 청소년 건강검진(여성가족부 주관), 성인 대상의 일반 건강검진, 6대 암검진(위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암, 폐암), 65세 이상 노인 검진(노인 복지법, 지자체) 등 모든 국민에게 전 생애주기에 걸쳐 국가건강검진을 실시하고 있다.

[그림 2-8-15] 국가건강검진체계



2. 그간의 국가건강검진 정책 성과

가. 주요 추진 경과

보건의료 패러다임이 질병 치료와 관리에서 사전 예방적 건강 관리 중심으로 전환되면서 국가 건강검진제도에 대한 개선 필요성이 꾸준히 제기되어 왔다. 특히 성별, 연령별 특성을 고려하지 않은 형식적인 검진이라는 것과, 검진기관의 질 관리, 검진 후 사후 관리서비스 등에 대한 지적이 많았다.

이러한 위기 의식 속에 2004년부터 국가건강검진제도를 개선하기 위한 본격적인 노력이 시작되었다. 2005년 3월 '건강검진제도개선TF'를 구성·운영한 결과, 2007년에 만 40세·만 66세를 대상으로 하는 「생애전환기 건강진단」 및 만 6세 미만 영유아를 대상으로 하는 「영유아 건강검진」 프로그램이 도입되었다.

2008년 3월 22일 「건강검진기본법」을 제정·공포함으로써 그간 국가검진의 문제점으로 지적되었던 부실 검진 방지를 위해 현행 검진기관의 신고제를 지정제로 전환하여 부실 기관에 대한 지정 취소가 가능하고 검진의 질 관리를 위한 검진기관 평가의 법적 근거를 마련하였다.

국가건강검진을 수행하고 있는 관련 부처, 수요자, 공급자, 전문가로 구성된 국가건강검진 위원회를 구성·운영하여 중앙·지자체별로 시행되던 검진정책을 통합하여 범정부 차원의 중장기 비전과 목표를 제시하는 제1차(11.~15.) 국가건강검진종합계획을 수립하고(10. 11.) 국가

건강검진원칙을 제정(11.)함으로써 일관되고 효율적인 국가 건강검진정책을 추진할 수 있게 되었다.

이러한 정책을 통해 국가건강검진이 국민의 건강 증진을 위한 건강 정책의 핵심으로 양적으로 꾸준히 성장하였다. 그러나 자신의 검진 정보 등을 적극적으로 활용해 파동적인 수검자가 아니라 능동적으로 건강을 관리할 수 있도록 지원을 강화하고, 의과학적 근거 및 비용 대비 효과성 평가의 상시화를 통해 성·연령별 건강 위험 요인을 반영한 검진 체계로 전환할 필요성이 제기되었다.

이에, 상담서비스와 ICT 기반의 수요자 중심 건강검진체계로의 전환을 위한 「제2차(16.~20.) 국가건강검진종합계획」을 발표(16. 7.)하였다.

나. 제2차(2016년~2020년) 국가건강검진종합계획 주요 내용

제2차 국가건강검진종합계획의 기본 방향은 질환을 조기 발견하여 건강 행태를 일찍 개선할 수 있도록 지원하고, ICT 기술을 활용하여 수요자 중심의 지원 체계를 확립하며, 의과학적 근거 및 효과성 분석에 입각하여 검진 체계를 상시적으로 개선하는 것으로, 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, “검진과 건강서비스”, “검진과 질환 치료” 간 연계 체계를 수요자 입장에서 개선하는 것이다. 이와 관련하여 건강 상담 확대를 통해 생활 습관 개선을 조기 지원하기 위해 건강상담서비스를 현행 40세, 66세에서 20·30·40·50·60·70 세로 확대하였다. 또한, 검진 결과에 따라 질환 의심으로 판정받을 경우 2차 검진 없이 바로 본인이 원하는 의료기관을 방문해 본인부담금 없이 진료를 받을 수 있도록 하였다.

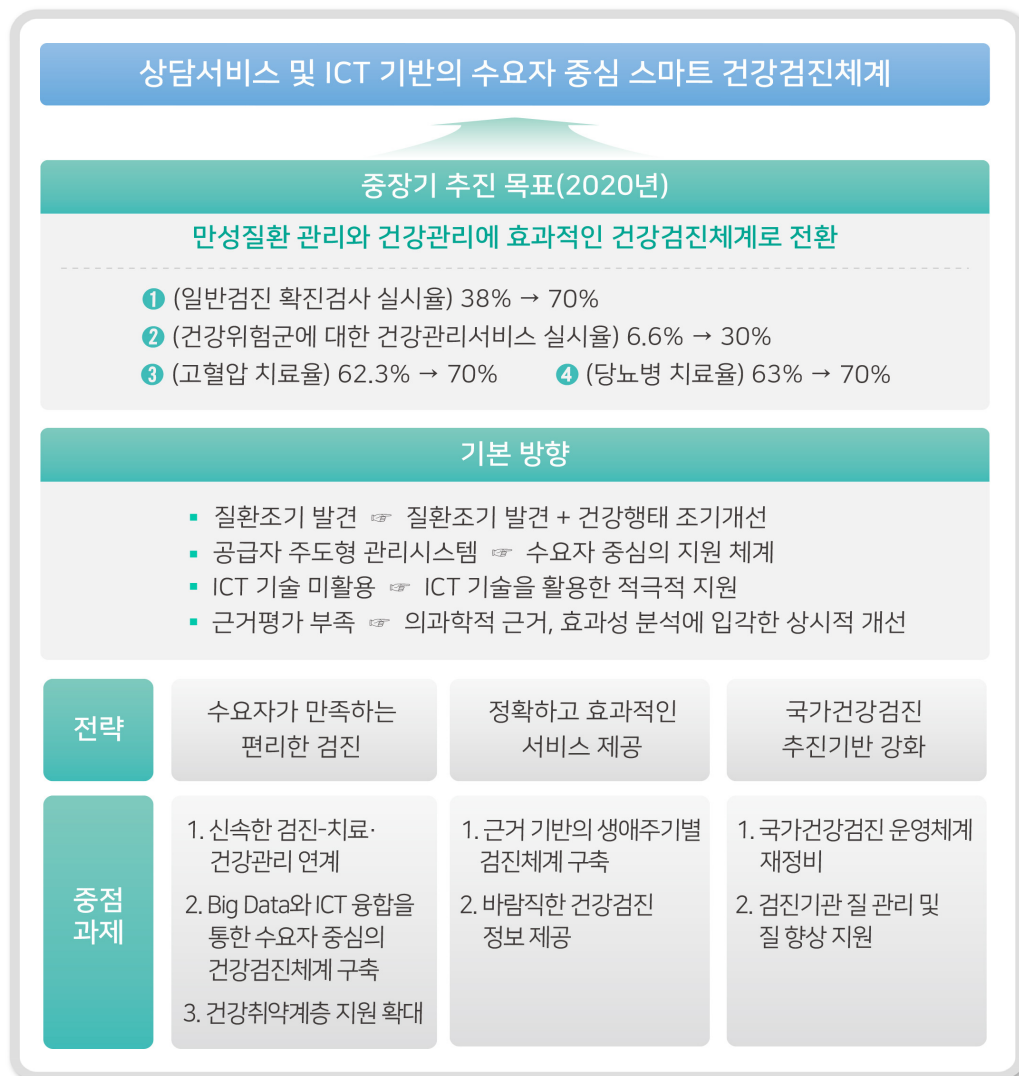
둘째, 건강보험공단의 건강검진 빅데이터를 활용해 수요자에게 모바일, 인터넷 등을 통해 건강검진과 건강정보를 제공하는 것이다. 이는 빅데이터를 활용한 플랫폼을 구축하고, 엄격한 비식별 기술 적용 등 정보 관리의 안전성에도 문제가 없도록 하는 등 빅데이터(Big Data)와 ICT 융합기술을 활용해 개인의 건강 관리와 지역·기업의 건강관리사업 활성화를 지원하려는 것이다.

셋째, 의·과학적 근거와 비용 효과성 평가를 통해 검진 항목과 프로그램을 상시 조정하는 것이다. 이의 일환으로 질병관리본부 내 ‘검진기준 및 질 관리반’의 검토평가 기능을 강화하였고, 2018년에 검진 항목 및 검진 주기를 성별·연령별 특성에 따라 조정하였다.

넷째, 취약계층에 대한 지원을 확대·강화하는 것이다. 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에 따라 2018년부터 단계적으로 장애인 건강검진프로그램을 도입하였고, 영유아 검진결과 발달장애 정밀검사가 필요한 가구에 정밀검사비 지원 및 지역서비스(발달장애인지원 센터, 드림스타트, 읍·면·동 복지지원체계 등)와 연계를 강화하였다.

이와 함께 검진의 질적 수준을 제고하기 위해, 검진기관 평가를 확대·내실화하고, 출장검진 기관에 대한 현지 점검 강화, 검진 인력 교육 확대 등도 함께 추진하고 있다.

[그림 2-8-16] 제2차(2016년~2020년) 국가건강검진종합계획



3. 유형별 건강검진

가. 일반건강검진

일반건강검진은 고혈압, 당뇨병 등 심뇌혈관질환을 유발하는 선행질환인 고혈압, 당뇨병 등 17개 목표 질환의 조기발견과 건강위험요인을 예방하기 위하여 선별검사(Screening)를 실시하는 것이다. 종전 40세와 66세에 실시하던 생애전환기건강진단을 일반건강검진에 통합하는 한편, 성별, 연령별 건강위험요인을 고려하여 검진항목 및 주기를 조정하였고, 2018년부터 1·2차 검진을 통합하여 건강검진 횟수를 1회로 정하였다.

이에 따라 종전 생애전환기건강진단(40·66세)의 2차 검진에서 실시하던 생활습관평가를 40·50·60·70세로 대상을 확대하였고, 골밀도 검사는 54·66세 여성이 대상이 되었으며, 인지기능장애검사(치매)는 66세 이상 2년마다 실시하게 되었다. 또한, 우울증 검사는 2019년부터 대상을 확대하여 20·30·40·50·60·70세에 실시하고 있다.

이러한 제도적인 변화와 함께 「일반건강검진」은 그간 양적으로도 성장하여 2009년에는 993만 명이 검진을 받았는데(수검률 66%), 2019년에는 대상자 2,209만 명 대비 수검인원은 1,632만 명으로 수검률은 73.8%로 나타났다.

나. 영유아 건강검진

영유아 건강검진은 만 6세 미만 영유아에 대해 각 월령에 특화된 문진(시각·청각 문진 포함)과 진찰, 신체계측(신장·체중·머리둘레)을 공통으로 실시하고, 부모를 대상으로 9종의 건강교육(안전사고, 영양교육, 취학 전 준비교육 등)과 한국영유아 발달선별검사(K-DST) 결과를 바탕으로 발달 평가 및 상담을 실시하고 있다.

2007년 도입된 「영유아 건강검진」은 2008년부터 대상자를 의료급여수급권자까지 확대하여 실시하고 있으며, 도입 초기인 2008년에는 대상자 중 36.5%인 95만 명이 검진을 받았으나, 영유아 건강검진 홍보 동영상을 제작하고, 전국 영유아검진기관 및 보육시설 등에 배포하는 등 수검률 향상을 위한 지속적인 노력을 통해 2019년에는 대상자 중 77.5%인 213만 명이 검진을 받았다.

영유아 건강검진 결과 발달장애, 뇌성마비 등 발달 지연이 의심되는 아동 중 의료급여 수급권자에게 2010년부터 정밀검사비를 지원하고 있으며, 2013년부터는 지원 대상을 건강보험료 부과 금액 하위 30% 대상자까지 확대하여 실시하였고, 2019년에 보험료 부과금액 하위 50%까지 대상자를 확대하였다.

|표 2-8-19| 영유아 건강검진 항목

검진 항목		1차 (4~6개월)	2차 (9~12개월)	3차 (18~24개월)	4차 (30~36개월)	5차 (42~48개월)	6차 (54~60개월)	7차 (66~71개월)
문진 및 진찰		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
신체계측		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
발달 평가 및 상담			◎	◎	◎	◎	◎	◎
건강교육	안전사고 예방	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	영양	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	영아돌연사 증후군 예방	◎						
	구강		◎					
	대소변 가리기			◎				
	전자미디어 노출				◎			
	정서 및 사회성					◎		
	개인위생						◎	
	취학 전 준비							◎
구강검진				◎		◎	◎	

4. 국가건강검진 접근성 및 질 관리 강화

모든 국민이 평생 주기적으로 건강검진을 제때 쉽게 받을 수 있도록 물리적·심리적인 거리를 좁히기 위해 다각적인 노력을 기울여 온바, 맞벌이 등 평일 검진이 어려운 취약계층을 위해 공휴일 검진 시 상담료 30% 가산수가를 지급('11.)하였으며, 토요일 검진 시 가산수가를 지급('17.)하였다. 또한, 외국인·다문화가정의 검진 참여를 위해 외국어로 번역된 검진 문진표·결과 통보서·안내 리플릿을 제공(14개 외국어, '19.)하고 있다.

또한, 시각장애인을 위한 점자검진표(3만 1천 건, '19.)와 보이스아이서비스(2천 9백만 건, '19.)를 제공하고 있으며, 거동이 불편한 장애인에게는 교통 편의와 문진표 작성 등을 지원해주는 검진도우미서비스를 제공하고 있다. 또한, 2019년에는 장애유무와 관계없이 누구나 안전하고 편하게 검진 받을 수 있도록 보조인력과 시설, 장비 등을 갖춘 8개(총 16개) 병원을 장애친화 건강검진기관으로 지정하였다.

아울러, 2013년부터 보건복지부, 행정자치부, 경찰청, 국민건강보험공단, 도로교통공단 5개 기관이 협업하여 운전면허를 취득하거나 갱신할 때 필요한 신체검사(시력·청력) 자료를 국가 건강검진 결과서로 대신할 수 있게 하여 국민들(누적 559만명)의 편의를 도모하고 누적 약 281억 원의 예산도 절감하게 되는 성과를 거두었다(면허시험장에서 운전면허시험 응시원서 및 적성검사 신청서에 '행정정보 공동이용 동의서'란에 서명만 하면, 직원이 검진 결과 자료를 열람하여 처리).

한편, 국민의 알 권리 충족과 검진기관의 자율적인 질 관리를 유도하고자 통합 3주기 검진기관평가(병원급 이상, 의원급)의 순차적 실시계획에 따라 우선 병원급 이상(1,515개소)의 검진기관별 평가를 실시하였으며, 이에 대한 평가결과는 국민에게 공개할 예정('20. 2.)이다. 이후 의원급 평가도 진행하여 방문조사 및 이의신청, 최종결과 분석 등의 과정을 거쳐 병원급 이상과 마찬가지로 평가결과를 공개할 예정('21. 2.)이다. 이와 함께 평가결과를 바탕으로 미흡 기관에 대하여는 부실검진 사전예방 및 검진서비스 수준을 상향 평준화하기 위한 사후관리 및 수시평가를 하는 등 국가건강검진 만족도 제고를 위해 총력을 다할 계획이다.

이외에도 질환 전 단계인 대사증후군 위험요인 보유자(비만, 혈압, 혈당, 중성지방, 콜레스테롤)를 대상으로 건강 생활 실천과 생활 습관 개선을 유도하여 심·뇌혈관질환으로 이행을 방지하고자 사업안내문 발송, 검진결과 설명 및 상담 등을 통한 사후 관리(11.56%, '19.)를 실시하고 있다. 2018년부터는 건강검진 결과 고혈압·당뇨병 질환 의심자가 검진기관과 병·의원을 3차례 방문해야 하는 번거로움을 개선하여 건강검진 이후 의료기관에서 확진검사(진찰료 및 검사비 최초 1회 본인부담금 면제)와 함께 즉시 치료받을 수 있도록 안내하고 있다.

VI 일차의료 중심 만성질환관리 사업 통합

1. 배경

만성질환자는 약 1,730만명으로 전체 인구의 33.6%에 이르고, 만성질환 진료비는 28.2조 원이다. 고령인구의 급속한 증가에 따라 의료비용의 급속한 증가와 함께 만성질환을 중심으로 질병 구조가 변화하고 있다.

그러나 고혈압·당뇨병 환자의 지속적인 관리율이 낮고, 경증 만성질환자 상당수가 의원급이 아닌 대형병원을 이용하고 있다.

고혈압·당뇨 등 만성질환을 포괄적으로 관리할 수 있도록 일차의료의 기능을 강화하고, 의료기관의 종별 기능 정립을 통해 국민 의료비 증가로 인한 보건의료 체계의 지속성을 담보하기 위한 방안 마련이 필요한 시점이다.

2. 그간 추진경과

일차의료기관 중심의 만성질환관리 사업으로 ‘지역사회 일차의료 시범사업(14~)’, ‘만성질환 관리 수가 시범사업(16~)’, ‘의원급 만성질환관리제(12~)’, ‘고혈압·당뇨 등록관리사업(07~)’ 등 4개의 사업이 추진되고 있었다. 각 사업은 고혈압·당뇨병 환자의 지속적인 치료율을 높이고, 생활습관을 개선함으로써 질병 악화를 방지하기 위한 목적으로 실시되었으나, 사업별로 모형, 재정, 참여기관 등이 부분적이었다.

사업의 효율화를 도모하고자 사업의 장점을 연계한 통합 모형을 마련하여 단계적으로 각 사업을 통합해 나가기 위해 2017년 6월부터 만성질환관리 개선위원회에서 방안을 논의하였으며, 2017년 12월까지 동네의원 중심의 만성질환 관리의 포괄적 서비스 모델을 개발하는 연구도 진행되었다.

2017년 9월에는 ‘만성질환관리 수가 시범사업’을 보건의료정책관에서 건강정책국으로 이관하여 통합을 위한 수가 시범사업의 추진체계를 일원화하였다.

일차의료 만성질환관리 사업간 통합을 본격적으로 추진하기 위해 사전 준비단을 2017년 11월부터 구성·운영하였고, 2018년 6월에는 ‘일차의료 만성질환관리 추진위원회’ 및 추진단을 구성·운영하기 시작하였다.

2018년 8월에 ‘일차의료 만성질환관리 시범사업 추진계획’을 건강보험정책심의위원회에 보고하였다. 구체적인 통합 모형, 수가체계, 시스템을 구축하여 2018년 12월부터 2019년 5월까지 「일차의료 만성질환관리 시범사업」의 4차례 참여지역 공모결과, '19년 12월 기준 1,474개 의원, 환자 약 17.1만명 등록 관리 중이다.

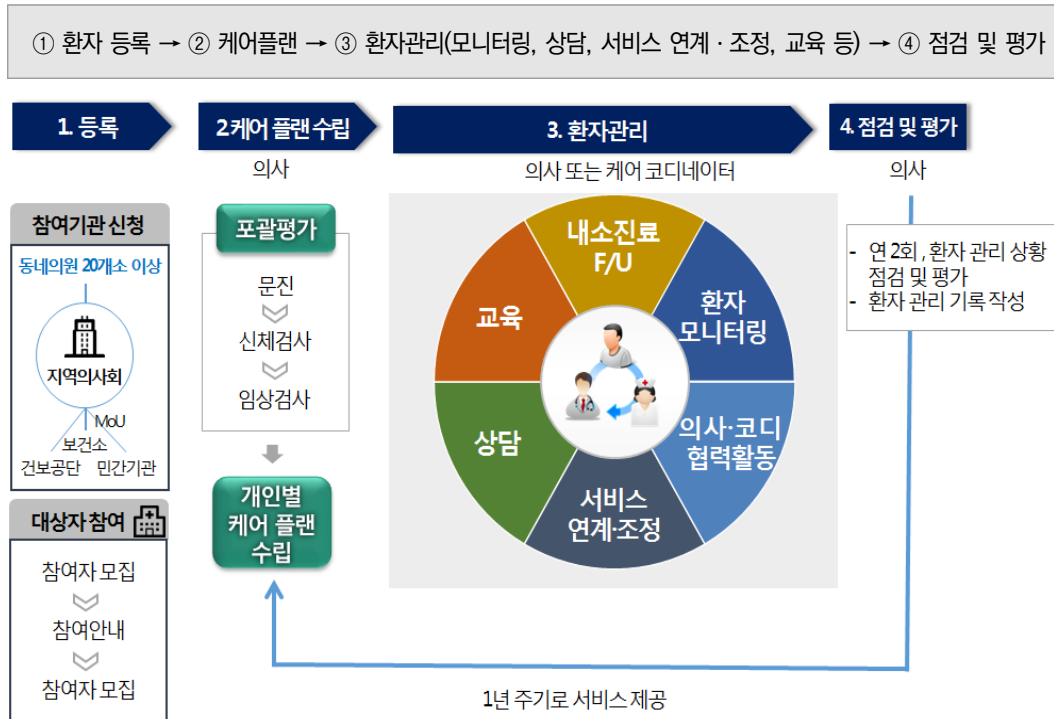
3. 사업 내용

첫째, 「일차의료 만성질환관리 시범사업」의 서비스 모형의 특징을 살펴보면, 이번 시범사업은 기존의 ‘지역사회 일차의료 시범사업’과 ‘만성질환관리 수가 시범사업’의 모형을 통합한 것이다.

‘지역사회 일차의료 시범사업’은 일차의료기관에서 환자에 대한 맞춤형 관리계획의 수립과 교육·상담을 강조하였으며, 지역사회와의 연계·협력을 시도한 모형이었다. ‘만성질환관리 수가 시범사업’은 환자가 의원에 내원하지 않는 평상시에도 상시적으로 혈압·혈당을 점검하고, 약물복용 등을 관리할 수 있도록 비대면 환자관리를 제공하는 사업이었다.

이번 시범사업에서 동네의원은 고혈압·당뇨병 환자를 대상으로 기존 대면진료 및 약물치료에 더하여 포괄적인 환자관리 서비스를 제공한다. 환자의 질환 및 생활습관을 파악하여 1년 단위의 환자별 관리계획 수립, 질병관리와 생활습관개선에 대한 교육을 제공, 대면 진료 뿐만 아니라 문자·전화를 포함한 다양한 방법을 통한 점검(모니터링)·상담 등 비대면 환자관리를 제공한다. 그리고 혈압·혈당 등 임상수치, 생활습관 개선 목표 달성정도를 주기적으로 점검·평가하여 맞춤형 관리가 될 수 있도록 했다.

[그림 2-8-17] 일차의료 만성질환관리 통합서비스 제공 프로세스



둘째, 서비스 제공인력으로 「일차의료 만성질환관리 시범사업」 시범사업에서는 동네의원의 서비스 향상을 위해 전문인력인 ‘케어 코디네이터’를 활용하여 만성질환자에 대한 포괄 서비스를 제공 한다.

케어 코디네이터는 간호사, 영양사 등의 자격조건을 갖춘 자로서 의사·간호사·영양사 등이 팀을 이루어 관리계획 수립부터 자원연계까지 환자 중심의 포괄적인 케어를 제공할 수 있다. 간호사 등 케어 코디네이터 고용을 위해 시범사업에서는 환자관리료, 교육·상담료 등의 수가를 마련하였으며, 케어 코디네이터 고용에 대해서는 동네의원에서 환자 수 등을 고려하여 자율적으로 결정할 수 있다.

셋째, 시범사업에서는 기존 진찰료와는 별개로 포괄평가 및 계획수립, 환자관리료, 교육·상담료, 점검 및 평가에 대한 시범수가를 책정하였다. 시범수가에 대한 환자의 본인부담률은 10% 산정하되, 문자·전화 모니터링과 상담 등이 포함된 환자관리료에 대한 환자 본인부담금은 면제한다.

넷째로 시범사업 참여 절차는 참여를 희망하는 지역의사회에서 해당 지역의 의원 20개 이상을 모집하여 신청한다. 아울러, 지역의사회는 참여신청 전 보건소, 국민건강보험공단 지사와 생활습관 교육 지원에 대한 협력 등 업무협약을 체결하도록 하였다.

4. 향후 계획

향후 의원급 만성질환관리제, 고혈압·당뇨병 등록·관리 사업 모형의 장점을 연계하여 환자·의원 대상 인센티브, 환자 교육 인프라 등을 강화해 나갈 계획이다.

또한, 고혈압·당뇨병 이외에도 일차의료기관에서 적정 관리가 가능한 질환인 천식·COPD 아동대상 천식·아토피로 대상질환을 확대하여 시범사업을 준비중이다.

동네의원을 중심으로 만성질환에 대한 포괄적인 의료서비스를 제공하고 생활습관 및 의료이용 안내자로서의 기능 강화를 통해 만성질환자의 건강수준을 향상시키고, 일차의료의 질 제고로 의료 전달체계 개선에 기여할 수 있도록 추진해 나갈 계획이다.

Ⅶ 공중위생관리

1. 공중위생관리 연혁

가. 2000년대 이전

공중위생 분야는 1962년 「공중목욕장업법」, 「숙박업법」, 「유기장업법」, 「이용사 및 미용사법」을 제정하여 각각의 개별법으로 관리해왔다. 1986년에는 「숙박업법」 및 「공중목욕장업법」 등 4개의 「공중위생관계법률」을 흡수·통합하고, 자유업으로 되어 있던 세탁업 등 3개의 공중위생 관련 영업을 신고 대상 업종으로 추가하는 「공중위생법」을 제정함으로써 공중이 이용하는 위생접객업, 기타 위생 관련 영업을 관리·운영의 적정을 기하였다. 그리고 공중위생과 관련되는 위생용품, 백화점 등의 공중이용시설 및 공동급수시설 등 음용수 위생 관리에 관한 사항을 규정함으로써 국민 보건을 위한 위생 수준을 향상시켜 공공복리 증진을 기하였다.

그러나 「공중위생법」이 공중위생과 관련된 각종 영업과 공중위생시설뿐만 아니라 음란·퇴폐 등 선량한 풍속을 저해하는 행위까지를 규제 대상에 포괄적으로 포함하고 있어 풍속에 관련된 다른 법률과 규제의 중복과 혼란을 초래하는 등 각종 문제점이 나타났다.

나. 2000년대 이후

공중위생관리서비스에 대한 과도한 행정 규제를 폐지 또는 완화하고, 공중위생관리서비스의 질을 향상시키고자 「공중위생법」을 폐지하고('99.), 공중위생 관련 영업소의 위생 관리에 관한 사항만을 규제 대상으로 하는 「공중위생관리법」을 제정하였다.

이후에는 공중위생 영업소의 개설통보제를 신고제로 전환('02.)하였으며, 신종 업종인 찜질 시설서비스 영업을 목욕장업에 편입('05.)하고, 미용업종에서 피부미용('08.), 손톱·발톱('14.), 화장·분장('15.)을 분리하였다. 위생용품 등에 관한 업무는 「위생용품 관리법」 제정·시행으로 식품의약품안전처로 이관되었다('18. 4.).

2. 공중위생업소 현황

가. 공중위생 관리 대상

공중위생 관리 대상은 「공중위생관리법」 제2조의 적용을 받는 공중위생 영업과, 폐지된 (구)「공중위생법」의 부칙 제3조의 적용을 받는 위생처리업, 위생용품 제조업으로 분류하여 관리한다. 공중이용시설에 관한 규정은 「다중이용시설 등의 실내 공기질 관리법」상 '다중이용시설'로 일원화되어 환경부에서 통합관리하므로 삭제되었다.

※ 공중위생 영업(6종)

- 숙박업, 목욕장업, 이용업, 미용업(일반, 피부, 네일, 화장·분장), 세탁업, 건물위생관리업

※ 「위생용품 관리법」의 공포·시행에 따라 위생용품 관련 제반 업무(세척제, 일회용품컵·숟가락·젓가락·이쑤시개·위생종이(냅킨 등), 위생처리업(물수건 등)은 식품의약품안전처에서 통합 관리('18. 4. 19. 시행)

나. 공중위생 영업소 현황

2019년 12월 말 기준, 전국의 공중위생 영업소는 숙박업 3만 497개소, 목욕장업 6,762개소, 미용업 15만 546개소 등 총 24만 4천여 개 업소에 달하며, 2018년 말과 비교해 볼 때 총 5,297개소가 증가하였고, 업종별 증감 현황은 다음과 같다.

[표 2-8-20] 공중위생 영업소 현황

(‘19. 12. 31. 기준)

영업 종류	개소	전년대비
숙박업	30,497	147▽
목욕장업	6,762	149▽
이용업	17,135	300▽
미용업	150,546	7,034△
세탁업	24,484	1,300▽
건물위생관리업	14,689	159△
총계	244,113	5,297△

※ 출처 : KOSIS (국가통계포털)

3. 공중위생서비스 질적 향상을 위한 추진 실적 및 향후 계획

가. 추진 실적

「위생사에 관한 법률」을 폐지하되 그 내용을 「공중위생관리법」에 규정하여 통합하는 등 「공중위생관리법」을 개정하였다(16. 8. 4.).

‘위생관리용역업’의 명칭을 건축물 등의 청결 유지를 위해 청소를 대행하는 영업의 특성을 반영하여 ‘건물위생관리업’으로 변경하고, 악의적인 행정 제재 처분을 회피하는 행태를 방지하기 위하여 공중위생 영업자는 영업 정지 등 행정 제재 처분 기간 중에는 폐업 신고를 할 수 없도록 하고, 「부가가치세법」에 따라 관할 세무서장에게 폐업 신고를 하거나 관할 세무서장이 사업자 등록을 말소한 경우에는 신고 사항을 직권으로 말소할 수 있도록 하였다.

이용사 및 미용사의 면허정지·면허취소 사유를 법률에 직접 규정하고, 무면허 영업을 방지하고 예측 가능성 확보를 위해 이용 및 미용의 업무 보조 범위에 필요한 사항을 보건복지부령으로 정하도록 하였다. 공중위생 영업자에 대한 영업 정지 또는 영업소 폐쇄 명령 등의 행정 처분 사유를 법률에 규정하고, 공중위생 영업자가 정당한 사유 없이 6개월 이상 계속 휴업하는 경우 또는 공중위생영업자가 사실상 폐업하여 관할 세무서장에게 폐업 신고를 하거나 관할 세무서장이 사업자 등록을 말소한 경우에는 시장·군수·구청장이 해당 영업소의 폐쇄를 명할 수 있도록 하는 규정을 신설했다.

영업 신고를 하지 않고 공중위생 영업을 하는 경우 영업소를 폐쇄하기 위한 조치와 함께, 영업정지 처분에 대신에 과징금을 부과할 수 없는 위법 행위의 종류에 「성매매 알선 등 행위의 처벌에 관한 법률」 위반 행위를 추가했다. 영업정지 처분 대신에 과징금 부과 처분을 받은 자가 납부 기한까지 이를 납부하지 않은 경우에는 「지방세외수입금의 징수 등에 관한 법률」에 따라 이를 징수하는 외에 과징금 부과 처분을 취소하고 영업정지처분을 할 수 있도록 하였다.

시장·군수·구청장은 과징금의 징수를 위하여 관할 세무관서의 장에게 납세자의 인적사항, 사용 목적, 과징금 부과 기준이 되는 매출 금액에 관한 자료를 기재한 문서로 과세 정보를 요청할 수 있도록 근거를 신설하고, 행정 처분이 확정된 공중위생 영업자에 대한 처분 내용, 해당 영업소의 명칭 등 처분과 관련한 영업 정보를 공표하도록 하였다.

또한, 실효성이 없어진 폐업 신고 미이행에 따른 과태료 부과 처분 규정을 삭제하고 과태료 부과·징수에 관한 절차적인 규정을 삭제하여 「질서위반행위규제법」을 적용하도록 했다.

「공중위생관리법」에서 ‘공중이용시설’로 규정한 업무시설, 공연장 및 실내체육시설 등을 「다중이용시설 등의 실내공기 질 관리법」의 ‘다중이용시설’에 포함시켜, 「공중위생관리법」의 ‘공중이용시설’에 관한 규정을 삭제하여 실내공기 질의 규제 대상을 다중이용시설로 일원화함으로써 실내공기 질에 대한 효과적인 관리가 이루어질 수 있도록 하였다(‘16. 12. 23.).

이·미용 기구의 종류·재질에 따라 구체적인 소독기준·방법을 고시하였고(‘17. 7. 3.), 기존 1인이 2가지 이상의 미용업을 함께 하는 경우에만 영업장 공동사용이 가능하였으나, 각 미용업 종류별(일반·피부·손톱·발톱·화장·분장) 2개 이상의 영업자가 각각 영업신고를 하는 경우 하나의 영업장소에서 별도로 구획하지 않고 사용가능하도록 미용업 시설·설비 기준을 완화하였고, 지위승계 신고시 인감증명서 제출을 삭제하여 제출서류를 간소화 하였다(‘17. 7. 28.).

이·미용서비스의 최종 지불가격을 사전제공하도록 의무화 하였으며, 위반시 행정처분을 할 수 있도록 근거를 마련하였으며(17. 11. 16.), 폐업신고를 하지 않아 관할 지자체의 관리가 어려워지는 문제를 해결하기 위하여 시장·군수·구청장이 공중위생영업의 신고 직권말소를 위하여 필요한 경우 관할 세무서장에게 공중위생영업자의 폐업여부에 대한 정보 제공을 요청할 수 있는 법적 근거를 신설하였다(17. 12. 12.).

공중위생영업소가 청소년의 성매매 장소로 악용되는 등의 문제를 방지하기 위하여 공중위생영업소의 영업정지, 폐쇄명령 등의 근거규정에 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」을 추가하였다.

위생용품 등의 관리를 폐지된 「공중위생법」의 적용을 받도록 하여 비현실적인 규제가 최근까지 그대로 남아 있어 과도한 규제로 지적되고 있었으나, 표시 기준을 현실화하는 내용을 담은 「위생용품관리법」이 공포·시행됨으로써 식품의약품안전처로 위생용품 등 관련업무가 이관·일원화되어 위생용품 등의 안전사각지대를 해소하게 되었다(18. 4. 19.).

3년 이상 공중위생 행정에 종사한 경력이 있는 사람을 공중위생감시원으로 임명할 수 있도록 하던 것을 1년 이상의 경력이 있으면 임명할 수 있도록 하여 공중위생영업소 관리 및 지도·점검 인력의 확보를 용이하게 하였다(18. 9. 28.).

영업소의 소재지를 변경한 후 그 변경신고를 하지 않은 경우 바로 영업장 폐쇄명령을 할 수 있도록 하던 것을 위반 행위의 횟수별로 처분할 수 있도록 하고, 미용업(피부)의 시설 및 설비기준을 완화하여 필수적으로 갖추어야 하는 소독 장비 이외에는 자율적으로 판단하여 구비할 수 있도록 하고, 지나치게 제한적으로 규정되어 있던 이·미용 업무의 보조 범위를 확대하여 규제를 완화하였다(18. 10. 5.).

공중위생영업자에 대한 행정처분에 갈음하는 과징금의 상한금액을 ‘3천만 원’에서 ‘1억 원’으로 상향하였으며,(19. 4. 9.)공중위생영업소에 몰래카메라를 설치한 공중위생영업자에게 행정제재 조항을 신설하였다(19. 6. 12.).

목욕장의 욕조수 1리터당 1,000CFU이상의 레지오넬라균이 검출되지 않도록 목욕장의 수질 관리 기준을 강화하고, 숙박업자가 객실·욕실 등을 청소할 때에는 그에 적합한 도구를 용도별로 구분해 사용하도록 하여 위생관리기준을 강화하였다(19. 7. 1.).

국유재산에서 공중위생영업을 신고한 경우에는 건축물대장이나 토지이용계획서를 별도로 확인하지 않아도 되도록 하고, 변경신고사항에 대한 시장·군수·구청장의 확인 기한을 현행 15일에서 30일로 변경하였다(‘19. 12. 31.).

공중위생영업자가 휴업신고를 한 경우 신고를 한 다음 해부터 영업을 재개하기 전까지 위생 교육을 유예하고, 해당 공중위생영업소를 공중위생서비스평가 대상에서 제외하였으며, 이미용사 면허증 발급 시 제출서류 중 ‘사진 2장’을 ‘사진 1장 또는 전자적 파일 형태의 사진’으로 개선하고, 분실 후 재발급 시 면허증 반환의무를 삭제하였다(‘19. 12. 31.).

미용업 업무범위 조문의 복잡한 낱자 규정을 정비하고, 공중위생영업장이 다른 영업장과 구별될 수 있는 방법을 분리, 구획 등으로 세분화하고, 건물위생관리업·목욕장업의 시설·설비기준을 보다 합리적으로 개선하였다(‘19. 12. 31.).

나. 향후 계획

공중위생 분야 현장에서 발생하는 애로 사항 등을 발굴하여 개선하는 등 현행 「공중위생 관리법」과 그 하위 법령의 미비점을 보완하고, 공중위생영업자에 대한 과도한 규제를 정비하되, 국민 건강에 사각지대가 발생하지 않도록 관리해 나갈 예정이다.

제2절 구강건강 증진

I 개요

1. 구강보건조직의 연혁

1997년 11월 보건복지부에 구강보건과가 설치되어 「국민건강증진법」(’95. 제정)과 「구강보건법」(’00. 제정)을 근거로 구강보건 및 치과의료정책을 본격적으로 추진하였다. 이후 2019년 구강정책과로 개편되어 다양한 구강보건사업과 정책을 추진하고 있다.

2. 국민구강건강현황

한국인의 기대수명은 지난 33여 년간 약 16세 가량 연장되어 1980년 65.69세, 2010년 80.79세, 2013년 81.94세로 증가하고 있다. 2020년에는 82.6세에 이를 것으로 전망(제4차 국민건강증진종합계획, 보건복지부)되고 있다. 반면 건강수명은 2020년 기준 75세 달성을 목표로 하고 있어 삶의 질과 직결되는 건강 수명을 연장하려는 노력이 필요하다.

건강수명을 연장하기 위해서는 구강건강이 필수적인데, 2018년 아동구강건강 실태조사에 의하면 12세 아동의 1인 평균 우식경험 영구치아 수가 2018년 1.84개로, 2003년 3.3개에 비해 크게 향상되었으나 여전히 OECD 평균인 1.6개(11.)에 비해 높다.

지난 30년간의 우식경험 영구치아 수 변화 및 주요 OECD 국가의 우식경험 영구치아 수의 변화는 다음과 같다.

[표 2-8-21] 한국 12세 우식경험영구치아 수 변화

(단위 : 개)

조사 연도	전국	도시		농어촌
		대도시	중소도시	
1972	0.60	-	-	-
1979	2.20	2.50	2.50	1.70
1990	3.00	2.90	2.90	3.30
1995	3.10	3.00	3.00	3.60
2000	3.30	3.10	3.50	3.40
2003	3.30	3.40	3.30	2.90
2006	2.20	2.20	2.00	2.60
2010	2.08	2.09	2.04	2.19
2012	1.84	1.78	1.85	2.09
2015	1.90	1.74	2.01	2.19
2018	1.84	1.93	1.77	-

[표 2-8-22] 주요 OECD 국가의 우식 경험 영구치아 수 (12세)

(단위 : 개)

국 가	조사 연도	1인 평균 보유 충치 경험 영구치 수
대한민국	2018	1.84
미국	1999-2004	1.20
캐나다	2007-2009	1.00
영국	2013	0.80
독일	2014	0.50
프랑스	2006	1.20
스웨덴	2011	0.80
핀란드	2009	0.70
폴란드	2014	2.80
터키	2004-2005	1.90
일본	2016	0.20

※ 출처 : WHO Oral Health Country/Area Profile Programme(www.mah.se/capp/Country-Oral-Health-Profiles)
보건복지부 아동구강건강 실태조사 2018

건강보험심사평가원의 영양기관 종별 심사 실적에 의하면 치과 병·의원의 2018년 영양급여 비용은 약 4조 2천억 원으로 2017년 대비 6.4% 증가하였다.

또한, 2019년 외래 다빈도 상병 순위별 현황 10위 안에 치은염 및 치주질환이 1위, 치아우식이 4위로 포함되어 있어 국민 의료비 감소와 국민 건강 증진을 위해서 구강질환에 대한 철저한 예방이 선행되어야 한다는 것을 보여주고 있다.

[표 2-8-23] 다빈도 질병 순위별 현황(외래)

(단위 : 명, 백만 원)

순위	질병명	진료인원	요양급여 비용
1	치은염 및 치주질환	16,834,508	1,068,497
2	급성 기관지염	16,080,879	673,200
3	혈관운동성 및 알러지성 비염	7,039,798	212,821
4	치아우식	6,441,853	391,208
5	본태성(원발성) 고혈압	6,272,010	657,144
6	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도감염	5,651,775	138,229
7	등통증	5,379,800	561,081
8	위염 및 십이지장염	5,213,367	180,203
9	급성 편도염	5,105,304	122,732
10	알러지성 접촉피부염	4,661,484	118,402

※ 출처 : 건강보험심사평가원, 「2019년 진료비 통계 지표」, 다빈도 질병 순위별 현황

II 구강보건정책

1. 구강보건정책 추진계획

치아우식증(충치)과 치주질환의 효율적 관리 없이는 국민의 건강수명 연장이나 급증하는 국민 의료비의 감소를 달성할 수 없다. 국민의 구강건강 증진과 질병 예방을 위하여 정부는 건강증진 정책의 방향을 제시하는 범정부적 중장기 종합계획으로, 제1차 계획('02.~'05.), 제2차 계획('05.~'10.)을 수립하였고, 국민건강증진종합계획 2020 (HP2020)으로 제3차 계획('10.~'20.), 제4차 계획('16.~'20.)을 수립하여 발표하였다.

2017년 6월에는 국가 구강보건정책 및 사업의 수립시행을 체계화하기 위해 제1차 구강보건 사업기본계획을 수립하여 발표하였다. 동 계획에서는 ‘구강건강생활 실천률 향상, 예방서비스 이용률 제고, 취약계층 구강건강 불평등 격차 완화’를 목표로 설정하였고, 이 목표들을 달성하기 위한 추진전략과 중점과제를 제시하였다.

2019년 6월에는 구강건강에 대한 국민적인 관심을 반영하고 구강건강 증진 및 치과의료 발전을 위한 구강정책 추진계획을 수립하여 발표하였다. 동 계획에서는 ‘예방중심 관리체계 구축, 안전하고 전문적인 치과의료서비스 제공, 치의학 산업 육성 지원, 구강건강증진 기반 조성’을 4대 중점 추진전략으로 세웠다.

2. 구강보건의료인력 수급

21세기에는 의료 수요의 다양화 및 의료 분야의 첨단 과학화·세분화가 예상되므로 구강보건의료서비스 공급을 담당하고 있는 치과의사, 치과위생사, 치과기공사 등에 대한 인력 수급 정책은 매우 중요하다. 우리나라도 구강보건의료인력 수급 관리를 위한 정책을 입안하여 시행하고 있으며, 빠르게 변화하는 보건의료 환경을 적절하게 반영하기 위하여 노력하고 있다.

구강보건의료인력 수급 정책은 장기 수급 전망 하에 인력의 양성 및 관리에 유효하게 활용되어 인력의 적정 수급을 통한 국민의 구강보건의료서비스 접근도를 향상시켜 국민 보건 향상에 기여할 것으로 기대된다.

[표 2-8-24] 치과의료기관 및 구강보건의료인력 현황

(‘19. 12 기준, 단위: 개소수, 명)

치과 병·의원			구강보건의료인력(면허자)		
치과의원	치과병원	합계	치과의사	치과기공사	치과위생사
17,988	239	18,227	31,629	35,859	83,817

※ 출처: 보건복지부 「면허 현황(사망자 제외)」, 건강보험심사평가원

3. 치과의사전문의제도 도입 시행

치과 진료의 분야별 전문화를 통하여 의료서비스의 질적 향상과 국민의 진료 선택권 등 치과 의료 이용의 편익을 증진하고 치의학 발전에 기여하기 위해 2004년부터 치과의사전문의 제도를 도입하고 인턴 수련을 시작하였다.

우수한 전문의를 배출하기 위해 치과의사전공의 수련을 실시하고 있으며, 2019년도의 치과 의사 전공의로서 인턴 351명, 레지던트 303명을 최종 선발하였다. 치과의사전문의 자격시험 합격자는 2008년 첫 배출 이후 2019년 현재까지 총 8,742명이다.

또한, 2019년도 1월에는 11번째 전문과목으로 통합치의학과를 신설하였고, 경과규정으로 2,182명의 통합치의학과 전문의를 배출하였다.

[표 2-8-25] 치과의사전문의 배출 현황

(단위: 명)

연도	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	계
합격자 수	220	258	275	272	271	274	271	285	268	964	2,533	2,851	8,742

4. 치과의료의 질 향상 도모

정부는 의료기관의 기능 구조, 질적 평가를 위해 「의료법」 관련 규정에 따라 의료기관 평가를 수행해 왔으며, 치과의료기관의 경우 2007년부터 의료의 질과 서비스 수준 향상 및 의료 서비스 질에 대한 정보 제공으로 소비자의 선택권을 보장하기 위해 시범 평가를 실시해 왔다.

2007년 4개 치과의료기관, 2008년 10개 치과대학부속 치과병원, 2009년 11개 중소 규모 민간치과병원에 대한 시범 평가를 실시하였으며, 2010년에는 20개의 치과의료기관에 대하여 시범 평가를 실시하였다.

「의료법」 개정으로 의료기관 평가가 의료기관인증제로 전환되면서 2011년에는 치과의료 기관 인증에 적합한 평가 기준(초안)을 마련하였고, 2013년에는 치과병원 인증 조사 기준(안) 수정·보완 및 시범 조사, 간담회, 공청회 및 인증 조사 기준 공표를 위한 위원회 개최, 설명회 개최 등의 절차를 거쳐 2014년도 치과의료기관인증제가 최초 시행되었다. 2019년 12월 현재 치과의료기관인증제를 받은 치과병원은 12개소이다.

2019년 4월부터는 치과의사의 비도덕적 진료 행위를 차단하기 위해 의료인이 의료인의 비도덕적 진료 행위 등에 대해 모니터링 및 평가하는 치과 전문가 평가제 시범사업을 광주, 울산에서 실시하고 있다.

Ⅲ 구강보건사업

구강질환을 예방하여 국민 구강건강 향상과 구강건강 관련 삶의 질 향상을 도모하기 위해 다음과 같은 사업을 추진하고 있다.

- 구강보건사업 기반 확충 : 보건소 구강보건실(센터) 등
- 장애인 구강보건사업 추진
- 구강보건 교육 및 홍보 사업
- 아동치과주치의 시범 사업

1. 구강보건사업 기반 확충

예방 위주의 구강보건서비스를 제공하기 위한 구강보건 인프라 구축사업이 지속적으로 전개되고 있으며, 2019년 말 현재 668개의 보건소 구강보건실(센터) 및 학교 구강보건실, 학교 양치시설이 전국에 설치되어 운영되고 있다.

[표 2-8-26] 구강보건 인프라 구축 현황(국비 지원시설)

(‘19. 12. 기준, 단위 : 개소)

계	보건소 구강보건실	보건소 구강보건센터	초등학교 구강보건실	초등학교 양치시설	특수학교 구강보건실
668	134	61	356	66	51

※ 출처 : 보건복지부

지역 주민의 생애주기별 구강건강 증진을 위해 보건소 내 구강보건실을 구강보건센터로 확대·전환하여 인적·물적 토대를 강화하였다. 또한, 보건지소와 보건소로 분산되어 있는 진료체계를 보건소 구강보건센터 중심의 조직적이고 효율적인 구강보건진료 사업 구조로 변화를 도모하고, 지역주민을 대상으로 한 구강 보건교육·홍보를 강화하였다.

취약계층에 대해서도 구강 진료 활성화로 지역주민의 구강건강 형평성을 확보하고자 불소도포, 치면세마, 구강보건교육 등 다양한 구강보건사업을 수행하고 있다.

또한, 초등학교 및 특수학교 내 구강보건실을 운영하여 해당 학교에서 구강보건 예방사업의 활성화를 유도하고 있으며, 전 학년 학생을 대상으로 불소도포, 치아홈메우기, 전문가 치면세정술 등의 구강건강 예방 활동을 수행하고 있다.

아울러, 초등학교 양치시설 운영을 통해 학령기 아동의 점심 후 칫솔질의 생활화를 유도하고 있으며, 구강질환 예방교육 등을 실시하고 있다.

2. 장애인 구강보건사업 추진

장애인에 대한 치과의료서비스의 접근성 및 전문성을 향상하고, 장애인 구강진료의 거점 역할을 수행하기 위해 치과병원, 종합병원 등에 장애인구강진료센터를 설치·운영하고 있다.

2019년 기준 현재 전국에 중앙장애인구강진료센터와 9개 권역 장애인구강진료센터가 운영 중이며, 기초생활수급자 장애인은 비급여 진료비 총액의 50%, 치과 영역 중증장애인*은 비급여 진료비 총액의 30%, 기타 장애인은 비급여 진료비 총액의 10%를 지원함으로써, 장애인 구강건강 향상에 기여하고 있다.

* 치과영역 중증장애인 : 뇌병변장애 중증/경증, 지체장애 중증, 정신장애 중증, 뇌전증장애 중증/경증, 지적장애 중증, 자폐성장애 중증

3. 구강보건 교육 및 홍보

대부분의 구강질환은 사전적인 교육·홍보 사업 추진을 통해 그 발생을 예방할 수 있을 뿐만 아니라, 증가 추세에 있는 치과의료의 사회적 비용을 감소시킬 수 있다.

구강보건교육은 모든 구강보건사업의 시작이자 중심축이다. 취학 전 아동, 초등 및 중·고등 학생, 임산부 등의 구강보건 교육자료, 책자, 동영상(애니메이션) 등 다양한 교육·홍보매체를 개발하여 전국 보건소 등에 보급하고 있다.

또한, 구강보건에 대한 국민의 이해와 관심을 높이기 위하여 매년 6월 9일을 구강보건의 날로 지정하여, 전국 지자체와 함께 기념식 및 대국민 홍보캠페인 등을 실시하고 있다.

4. 아동치과주치의 시범사업 추진

2019년 5월 포용국가 아동정책이 발표됨에 따라, 그 일환으로 아동 구강건강 향상을 위한 예방중심의 지속적 구강관리 사업인 아동 치과주치의 시범사업이 추진되고 있다.

Ⅳ 치의학 의료기술 연구개발(R&D)

인구고령화에 따라 구강질환, 치아상실, 저작불편 등으로 고통 받는 노인 인구가 급증하고, 그에 따른 의료비 부담 또한, 가중되는 등 구강질환에 대한 의료수요 및 의료비 부담이 증가됨에 따라 보다 효과적이고 경제적인 치료방법에 대한 연구개발 요구도 함께 증가하고 있다.

또한, 치과 의료기기의 디지털화로 인해 진료환경이 변화되고 있고, 치과 소재 중심의 아날로그 산업에서 디지털 산업 중심으로 산업 생태계의 패러다임이 변화되고 있다.

이에 따라 미래 첨단 치과의료 분야에 대한 정부지원을 통해 미래 유망 기술을 선점하고, 국민 구강건강 증진과 치과 의료비에 대한 사회 경제적 부담을 줄일 수 있도록 하기 위하여 ICT에 기반한 디지털 융합 치과 의료 등 신의료기술 개발을 위한 연구개발 지원을 추진하였으며, 2020년 2,008백만원 등 4년간 총 10,042백만원 규모의 사업을 지원하고 있다.

제3절 정신건강

I 개요

산업화, 도시화 등으로 인한 급격한 사회·경제적 환경의 변화로 인해 정신건강이 중요한 과제가 되고 있다. 이에 따라 국민의 정신건강문제를 더 이상 개인의 책임으로만 미룰 수 없으며 사회적 문제로서 국가차원의 정책적 개입을 필요로 하게 되었다.

1995년 12월 「정신보건법」의 제정으로 장기 입원 중심의 정신건강서비스 제공 체계에서 지역사회 정신건강 증진사업을 활성화하는 방향으로 정책 전환을 시도하였다.

그동안 사회로부터 소외되어 온 정신질환자에게 정신건강증진 서비스를 제공하고 사회적 지지체계를 구축하기 위한 정책적 관심과 재정 지원을 늘리기 위해 노력하였다.

2001년부터 5년 주기로 전국 규모의 정신질환 실태조사를 실시하여 정신건강정책의 기초자료를 수집하고, 2008년 「정신보건법」을 개정하여 정신 질환자 인권 보호제도를 강화하고, 퇴원 및 처우 개선 심사청구제도를 개선하는 등 정신건강 증진서비스 향상을 위한 제도적 기반을 마련하였다.

2016년 2월 관계부처 협동으로 국민 정신건강의 증진, 중증 정신질환자의 지역사회 통합, 중독으로 인한 사회적 피해 최소화 및 자살률 감소를 주요 내용으로 하는 5년 단위 ‘정신건강 종합대책’(2016~2020)을 수립·발표하였다. 또한, 1995년 법 제정 이후 21년 만에 「정신보건법」에서 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법」(이후 ‘정신건강복지법’)으로 전부 개정되고 2017년 5월 시행됨으로써 정신질환자 등의 비자의 입원제도를 대폭 개선하고, 정신질환의 조기발견과 치료, 정신질환자 지역사회 복귀를 지원하는 제도 마련에 박차를 기하였다.

한편, 국가 정신건강사업을 체계적으로 지원·수행할 수 있도록 5개 국립정신병원을 개편하였다. 국립서울병원은 정신질환자 진료 기능뿐 아니라 정신건강 증진과 연구 기능을 강화하여 ‘국립 정신건강센터’로 명칭과 조직을 변경하였다. 또한, 4개 지방 국립정신병원이 각 권역별 거점 기관으로서 역할을 할 수 있도록 기능을 개편하였다.

II 국민 정신건강복지를 위한 법·시스템 개선

1. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 전부 개정·시행

정신보건법의 강제입원으로 인한 인권침해가 빈번하였고, 2016년 9월 정신보건법 제24조 ‘보호의무자에 의한 입원’(비자의입원)에 대해 재판관 9인 전원 일치로 헌법불합치 결정이 되기도 하였다. 이러한 배경 하에 ‘정신보건법’을 1995년 제정된 지 21년 만에 「정신건강복지법」으로 전면 개정·시행하였다(17. 5. 30.).

「정신건강복지법」은 환자 인권 보호를 위해 비자의입원제도를 개선했으며, 정신질환자 차별 해소, 국민정신건강 증진 및 정신질환자에 대한 복지서비스 근거 마련 등을 포함하였다. 주요 개정 내용은 다음과 같다.

정신의료기관·정신요양시설 비자의입원 시 전문의 1인 진단으로 입원하던 것을, 다른 정신의료기관 소속인 전문의 진단이 추가로 있어야 2주 이상 입원 가능하도록 했으며, 모든 비자의 입원은 1개월 이내에 입원적합성심사위원회에서 입원적합성 여부를 심사받도록 했다. 또한, 비자의입원 시 6개월에 한 번 입원기간 연장을 심사하던 것을, 초기에는 3개월 간격으로 심사하도록 기간을 단축하였다.

정신질환자 차별해소를 위해 ‘독립적 일상생활을 하는데 중대한 제약이 있는 사람’으로 정신질환자의 법적 의미를 축소하여, 우울증 등 경증 환자는 장례지도사, 말조련사, 가축인공 수정사, 화장품제조판매업 등의 자격 취득이 가능하도록 하였다.

정신건강 증진·복지서비스 근거를 마련하고 국가·지역 정신건강증진계획을 수립하며 이에 따른 조기발견 등 정신건강증진사업을 실시하도록 규정하고, 정신질환자의 복지서비스(고용·교육·문화서비스 지원, 지역사회 통합 지원 등)에 관한 규정을 신설하였다.

2017년 5월 30일 법 시행을 위하여 철저한 준비과정을 거쳤다. 우선 하위법령(시행령·시행규칙)을 마련하여 법에서 위임된 내용을 구체화하였으며, 제도 변화로 인한 현장 부담을 최소화하기 위해 최대한 현장 의견을 수렴하여 반영하도록 노력하였다. 추가진단 제도의 원활한 수행을 위해 국립정신건강센터 전문의 16명을 증원하고, 입원적합성심사위원회 시범사업도 실시하였다.

2. 국가 입퇴원관리시스템 및 정신건강 사례관리시스템 구축

2017년 5월 개정된 「정신건강복지법」 시행에 따라 비자의입원의 신고 및 전문의 배정신청 및 진단을 관리하기 위하여 ‘국가 입·퇴원관리시스템’을 구축·운영하고 있었으나, 예산 등의 제약으로 입·퇴원 과정 중 일부 업무가 전산화되지 못하였다. 이에 2018년 시스템 고도화 사업을 통해 미개발되었던 정신건강심사위원회, 입원적합성심사위원회 업무가 전산화되어 입·퇴원 전 과정의 통합관리가 이루어지게 되었다.

한편, 법 시행 이후 정신의료기관 등에서 퇴원하여 지역사회로 복귀하는 환자를 지원하기 위한 방안이 모색되었다. 이에 따라 전국 정신건강복지센터에서 사용하는 사례관리시스템을 통합 구축하고, 이를 관련 정보 시스템(국가 입퇴원관리시스템, 사회보장정보시스템)과 연계하여 정신보건-복지 통합 사례관리 및 서비스 제공을 위한 기반을 마련하고자 하였다.

특히, 선결과제로서 그간 지역별로 각기 구축·운영 중이던 정신건강복지센터 사례관리시스템 통합을 위해, 서울시가 운영하는 정신보건정보관리시스템(SMHIS)을 보건복지부로 이관받아 이를 전국 공통의 사례관리시스템으로 통합·구축하는 사업을 추진, 2018년 6월 통합 정신건강 사례관리시스템을 구축·운영하게 되었다.

그간 각 시·도에서 개별적으로 구축된 시스템을 사용하거나, 시스템이 없는 경우 수기로 정보를 관리하여 지역 간 단절이 존재하였으나, 단일 정신건강 사례관리시스템을 구축함에 따라, 지역 정신건강복지센터 간 사례관리대상자의 표준화된 정보 공유 및 서비스 연계가 가능해지며, 또한, 관련 정보시스템(국가 입퇴원관리시스템, 사회보장정보시스템)과의 정보 연계를 통해 사례관리 대상자에 대한 통합 서비스 제공을 위한 기반이 마련될 것으로 기대된다.

Ⅲ 지역사회 정신건강서비스 인프라 확충

1. 정신건강복지센터 확충 및 운영지원

지역사회 내에서 정신질환자의 조기발견, 상담, 치료, 재활서비스 제공 및 사회복귀 촉진을 위해 보건소, 병원, 대학 등이 연계한 통합 정신건강증진서비스 제공체계 구축에 정책적 관심과 지원의 우선순위를 두었다. 이러한 지역사회 중심의 치료·재활체계 구축에 있어서 중추적 역할을 담당한 기관은 정신건강복지센터이다.

이에 정신건강복지센터가 지역 내 자원을 발굴·연계하고 지역실정에 적합한 정신건강증진계획을 기획·조정하는 등 지역사회 거점기관으로 활동할 수 있도록 지원을 확대해 왔다.

1998년에 처음으로 정신건강복지센터 4개소에 대한 국비 지원이 이루어진 이후, 2019년 현재 시도 단위에 16개소, 시군구 단위에 239개소 등 전국 255개소의 정신건강복지센터가 설치·운영되고 있다. 각 시·군·구에 설치된 기초정신건강복지센터에서는 지역사회 내 정신건강증진사업의 기획 및 자원조정뿐만 아니라 정신질환자 발견·등록·진료의뢰, 정신질환 예방 교육·홍보 등의 사업을 수행하고 있다.

2019년 기초정신건강복지센터에 신규 인력 250명을 확충하여, 지역 정신건강증진서비스의 질 향상 및 서비스 역량강화를 도모하였다(18. 종사자 2,311명→19. 종사자 2,418명, 정원기준).

2012년부터 통합정신건강증진사업 시범사업을 추진, 광주광역시에 광역정신건강복지 센터, 자살예방센터 등을 신설하고, 기초 정신건강복지센터 사업수행 인력을 확충하여 정신건강복지센터가 지역사회 정신건강전달체계의 중심기관으로서 역할을 수행할 수 있도록 하는 정신건강증진 서비스 모델을 개발하고 있다. 정신건강의학과 전문의를 정신건강복지센터에 파견, 상주하게 하여 상담 및 교육을 진행하는 내용의 “마음건강주치의” 사업을 통해 2018년 정신질환 조기발견 25,857건(조현병 17,545건)에 이르는 등 성과를 보였다. 이에 2020년부터 6개 시·도에 확대(부산, 대전, 경기, 전남, 경북, 제주) 적용 중이며, 2022년까지 전 시·도에 통합정신건강증진사업을 확대할 계획이다.

지역사회 내 아동·청소년 정신건강서비스 제공체계 구축을 위하여 2013년부터 정신건강복지센터에 대해 별도의 예산을 지원하여 아동·청소년 정신건강서비스 요구도 조사, 부모 및 교사 교육, 치료·재활프로그램 운영 등을 확대 시행하고 있다.

정신건강복지센터의 확대 설치와 함께 내실 있는 운영을 위하여 1999년부터 지역정신보건사업기술지원단(16. 5. 29. 법 개정으로 ‘중앙정신건강복지사업지원단’ 및 ‘지방정신건강복지사업 지원단’으로 개편)을 설치하여 정신건강복지센터와 보건소 정신건강사업을 지원하고, 정신건강 인식개선 사업, 지자체 정신건강 사업 평가와 컨설팅 과정 등을 통해 센터에서 제공하는 정신건강서비스 수준을 관리하고 있다.

2. 정신재활시설 확충 및 운영 지원

정신질환자의 지역사회에서의 재활 및 사회복귀를 돕는 다양한 프로그램을 제공하기 위하여 정신질환자 정신재활시설을 설치·운영하고 있다. 정신재활시설은 정신질환자에게 일상생활 적응훈련, 직업훈련 등을 실시하거나 지역사회 내에서의 주거공간을 제공하고 있다.

2019년 12월 말 현재 349개소 시설에서 4,627명의 이용자와 1,941명의 입소자가 다양한 재활훈련프로그램을 제공받고 있다.

지역사회 내에서 정신질환자의 사회복귀 지원을 확대하기 위하여 양적으로는 시·군·구당 1개소 이상 정신재활시설이 설치·운영될 수 있도록 노력해 나갈 예정이다. 또한, 3년 주기의 시설평가(17. 실시)를 통해 질적으로 내실 있는 시설 운영이 될 수 있도록 지도·감독하고 있다.

3. 정신건강전문요원의 양성 및 관리

정신건강의 패러다임이 지역사회 중심으로 되면서 지역사회의 정신질환자 발견·상담·사회복귀 훈련 및 사례관리 등을 담당할 전문인력의 체계적인 양성과 확보가 더욱 중요해졌다.

개정 정신건강복지법 시행에 따라 ‘정신보건전문요원’이 ‘정신건강전문요원’으로 명칭이 변경되었다. 정신건강전문요원을 양성하는 수련기관은 2019년 12월 말 현재 277개 기관, 384개 과정으로 수련생정원은 1,347명이며, 2019년 12월 말까지 배출된 정신건강전문요원은 총 16,449명이다(정신건강간호사 8,486명, 정신건강임상심리사 2,920명, 정신건강사회복지사 5,043명). 이들 정신건강전문요원은 정신의료기관, 정신건강복지센터, 국공립기관, 정신재활시설, 기타, 무소속, 학교, 정부기관, 정신요양시설 순으로 근무하며 정신건강 증진업무를 수행하고 있다.

수련기관의 지도·감독 강화 및 업무효율성 차원에서 자격증 교부 심사 및 수련기관 지도·감독 업무는 국립정신건강센터에서 수행 중이다. 정신건강복지법 개정에 따라 정신건강전문요원의 역량 강화를 위한 보수교육 실시 조항이 신설되어 2018년 상반기부터 정신건강전문요원관리 시스템을 구축, 전문요원 보수교육을 운영하고 있다.

4. 정신건강 연구개발사업 (R&D)

정신건강 문제는 국민 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 경험할 정도로 보편적인 문제이며 자살을 포함한 정신질환으로 인한 사회경제적 비용은 약 14조 원에 이르고 있다. 국민들은 정신건강 문제를 고령화, 환경오염보다도 최우선적으로 해결해야 할 사회문제로 인식하고 있으며 앞으로도 정신건강에 대한 요구는 지속적으로 커질 전망이다. 선진국은 정신건강 연구의 중요성을 인식하고 적극적으로 투자하여 자살률을 감소시키고 막대한 사회경제적 비용을 절감하고 있다.

이에 정부에서는 2014년부터 국립정신건강센터를 통해 중독, 폭력, 자살, 재난충격 해결, 주요 정신질환, 생애주기별 정신건강 증진, 지역사회기반 정신건강 서비스 등 국민이 체감할 수 있는 사회문제해결형 정신건강기술을 개발하고 지역사회에 적용·확산시키기 위해 정신건강 연구개발사업을 진행하고 있다.

2014년 국내 최초의 정신건강R&D사업으로 시작한 정신건강기술개발사업에서는 사회문제 및 재난충격 해결, 중독 예방·탐지·치료·관리, 생애주기별 정신건강 증진 등을 위한 정신건강 기술개발과 정신건강 관련 코호트 및 서비스체계 구축 등 국가 정신건강 R&D 기반역량 강화를 위한 연구를 추진하였으며, 전문인력 양성, 정신건강 프로그램 개발을 비롯한 유수의 연구성과를 창출하고 2019년에 사업이 종료되었다.

이에 따라, 후속사업으로 2019년 정신건강문제해결연구사업이 시작되었으며 알코올중독 및 자살 예방 기술개발과 정신질환 및 특수집단 코호트 구축 및 활용, 그리고 연구성과 보급·확산 및 정신건강증진 전략 개발 연구 등을 주요 내용으로 수행하고 있다. 정신건강문제해결연구 사업은 2021년 종료될 예정이며 이에 따라 중장기 정신건강R&D사업을 위한 후속R&D사업 기획을 추진하고 있다.

Ⅳ 정신질환자 치료·요양 등 서비스 개선

1. 정신요양시설 지원 현실화 및 운영 개선

정신요양시설은 가족의 보호가 어려운 만성정신질환자를 입소시켜 요양·보호함으로써 이들의 삶의 질 향상 및 사회복귀 도모를 목적으로, 2019년 12월 말 현재, 전국 59개 정신요양시설에 9,252명의 정신질환자가 입소해 있다.

정신요양시설은 입소자의 진료, 투약, 건강관리 및 요양보호 등 건강관리 서비스뿐만 아니라 작업치료 및 사회복귀훈련을 통한 지역사회 복귀지원 서비스도 제공하고 있다. 또한, 정신요양 시설의 부정적인 이미지 개선과 시설의 개방화를 유도하기 위해 1999년부터 지역별로 합동 문화·체육행사를 실시하여 지역주민과의 교류를 촉진하고 정신질환자가족 모임도 적극 추진하고 있다.

더불어, 정신요양시설의 시설 및 환경, 조직 및 인력, 인권보호 및 서비스의 질, 지역사회 협력 및 재정, 입소자 만족도 등에 대해 평가 등을 실시하고 있고, 노후시설 등은 기능보강비를 지원하여 시설 환경을 개선하고, 이를 통해 정신질환자들에게 보다 쾌적한 생활을 보장하기 위하여 노력하고 있다.

또한, 지방이양사업으로 운영되어 오던 정신요양시설 운영지원(종사자 인건비 및 관리운영비 지원) 사업을 2015년부터 국고로 환원함으로써, 정신요양시설이 안정적으로 운영될 수 있도록 지원하고 있다.

향후, 정신요양시설 입소자의 안정적인 생활 지원을 위해 운영비 및 기능보강비 등 예산의 지속적 확충을 추진하고 있다.

2. 정신의료기관 치료 환경 개선

시설·장비보다 전문 의료진에 의해 치료가 좌우되는 정신과의 특성을 반영하여 1998년 6월 「정신보건법 시행 규칙」을 개정하여 정신과 전문의 인력 기준을 입원환자 70인당 1인에서 60인당 1인으로 강화하였다.

장기 입원을 지양하고 지역사회 중심의 정신질환자 치료·재활 체계를 지원하기 위해 1999년에는 낮 병동 수가를 신설하였으며, 2008년 10월부터 의료급여 정신과 수가를 인력 기준 확보 수준에 따라 차등화하고, 입원 기간별 감소율도 확대하였다.

[표 2-8-27] 정신보건 관련시설 현황

('19. 12. 기준, 단위: 개소, 병상, 명)

구 분	기관수	인원수 (병상수)	주 요 기 능
정신의료기관	1,670	65,069 (병상수)	- 정신질환자 진료
정신건강 복지센터	255 (‘19.)	72,739 (‘19. 말 등록인원)	- 일반인 및 경증 정신질환자 대상 지역사회 내 정신질환 예방, 정신 질환자 발견·상담(아동·청소년, 자살예방, 정신건강 증진 사업 수행) - 중증 정신질환자 사례관리 및 사회복귀 지원 - 정신보건시설간 연계체계 구축 등 지역사회정신보건사업 기획·조정 * 기초정신건강복지센터 235개소, 광역정신건강복지센터 16개소
중독관리통합 지원센터	50	8,063 (‘19. 말 등록인원)	알코올 등 중독문제 사례관리·상담사업, 음주폐해예방 및 교육사업 등
정신요양시설	59	12,566(정원) 9,252(현원)	만성정신질환자 요양보호 및 작업치료, 사회복귀훈련 등의 서비스 제공
정신재활시설	349	6,961(정원) 6,568(현원)	정신질환자의 지역사회 복귀를 위한 사회 적응훈련·작업훈련 등 제공

* 정신의료기관 현황은 2018.12. 기준

3. 마약류중독자 치료보호 지원

마약류중독자의 처벌을 넘어 치료, 보호 및 재활 프로그램을 통한 지원정책이 중요한 정책으로 대두되고 있다. 마약류 중독자 치료·보호사업은 2008년 9월 「마약류관리에 관한 법률」의 개정으로 ‘식품의약품안전청’에서 ‘보건복지부’로 이관되어 2018년 기준으로 국공립병원 및 민간 의료기관 중 23개 치료보호기관을 지정하여 마약류중독자를 치료·보호하고 있다.

또한, 마약류 중독자의 일상생활 복귀 지원과 재범방지를 위하여 포스터, 리플렛, 지하철 광고등을 통한 마약류 중독자 치료보호사업의 홍보를 추진하고 있다.

마약류 중독자 치료보호 지원 대상자에 대하여 기존에는 입원치료만 실시하였으나, 2014년부터 외래치료까지 확대하여 지원하였으며, 그 결과 2015년 191명, 2016년 252명, 2017년 330명으로 크게 늘었으며, 2018년 267명, 2019년 260명으로 감소하였으나 꾸준히 250명이 넘는 마약류 중독자를 치료 보호하고 있다.

V 정신질환 인식 개선 및 권익 증진

1. 정신질환 인식 개선

정신질환자와 그 가족이 사회적 관심과 지원 속에 마음 놓고 치료 및 재활서비스를 이용할 수 있도록, 정신질환에 대한 국민의 인식을 개선하고 관심을 불러 일으키기 위하여 다양한 홍보활동을 전개하였다.

1999년부터 정신건강의 날 행사, 정신장애 극복 수기·작품 공모, 정신요양시설 등의 권역별 체육·문화행사, 정신보건단체의 각종 세미나·학술 대회 개최, 정신건강 축제 등을 지원해 왔다.

기존의 유인물 중심의 홍보에서 탈피하여 2006년부터 지하철 광고, 플랫폼 PDP, 옥외 전광판 등 다양한 대중매체를 통하여 정신질환자에 대한 편견을 해소하고자 노력하였고, 앞으로도 정신질환자 가족, 정신보건관련단체, 자조모임 등을 통해 정신질환에 대한 국민적 관심을 높이고 정신건강복지센터, 학교, 사회복지기관 등을 중심으로 대국민 교육을 강화 하는 한편, 대중매체를 활용한 다각적인 홍보 활동을 지속적으로 전개해 나갈 계획이다.

특히, 2019년에는 정신건강의 날(10월 10일) 및 정신건강주간을 맞아 정신건강에 대한 인식 개선 및 관심 제고를 위한 정신건강의 날 행사와 각종 캠페인과 홍보를 실시하였다. 카카오톡 이모티콘 제작·홍보, 공감이·동감이 캐릭터 발굴 및 CBC ‘세상을 바꾸는 시간(세바시)’을 통한 정신질환에 대한 정보제공 등을 추진하여 정신질환 인식개선 홍보동영상을 제작하여 TV, 라디오, 온라인매체를 통하여 홍보를 실시했다.

2. 정신질환자 인권 보호

2017년 5월 30일부터 시행된 「정신건강증진 및 정신질환자의 복지서비스 지원에 관한 법률」에서 기존 정신보건법상 ‘시군구청장이 보호의무자가 되는 입소’(구 정신보건법 제21조 3항)가 삭제됨에 따라 2017년 5월 29일 기준 정신요양시설 입소자 중 시군구청장이 보호의무자이면서 3개월 이상 계속입소자는 자의입소로 전환하거나 적법한 보호의무자를 찾아 법 시행 후 1개월이 도래하는 6월 29일까지 입소 연장을 신청해야 하였다.

의사결정능력이 부족하고, 가족의 사망·연락두절 등으로 보호의무자를 찾기 어려운 입소자의 경우 후견인을 선임하지 않으면 사실상 시설에서 퇴소할 수밖에 없는 상황이었고 정신요양시설 입소자는 중증의 만성 정신질환자가 대부분으로 충분한 준비없이 퇴소하게 되면 범죄의 피해자가 되거나 행려환자가 될 가능성이 매우 높았다.

충분한 준비없이 요양시설을 퇴소하는 것을 예방하고, 최적의 치료와 서비스를 받을 권리를 보장하며 체계적으로 사회복귀를 준비할 수 있도록 의사결정 지원이 필요함에 따라 보건복지부는 공모를 통해서 공공후견업무를 수행할 4개 법인(감리회태화복지재단, 한국정신재활시설협회, 한울정신건강복지재단, 한국정신건강전문요원협회)을 선정('17. 6.)하였고, 공공후견법인이 전국 가정법원으로부터 한정(임시)후견인 선임 결정을 받아 정신질환자 486명의 정신요양시설 입소연장 등의 후견업무를 수행할 수 있도록 공공후견활동을 지원하고 있다.

또한, 정신질환자의 자기결정권 강화, 의사표현 지원 등을 위한 '절차보조인' 지원 사업 예산을 신규 반영하여 2018년부터 시행하고 있다.

V 국민정신건강 문제 개입 강화

1. 음주폐해 예방 및 안전한 사회 환경 조성

관대한 음주문화와 불건전한 음주습관은 알코올사용장애로 인해 심각한 사회경제적 손실로 이어져 왔다. 2016년도 정신질환 실태조사 결과에 의하면, 연간 18세 이상 성인의 알코올사용 장애 평생유병률은 12.2%로 나타났으며, 건강보험정책연구원에 따르면 음주로 인한 사회·경제적 비용은 약 9조 4,524억 원에 달하는 것으로 추정되고 있다.

이러한 사회경제적 비용과 문제의 심각성에도 불구하고 우리나라에서의 음주는 식생활의 일부로 간주될 정도로 생활문화와 관련이 깊어 음주습관이나 행동을 변화시키는 것이 쉽지 않은 실정이다. 이에 음주폐해에 대한 국민인식 제고 및 관대한 음주문화 개선이 그 무엇보다 중요한 과제임에 따라 TV, 라디오 및 지하철 PDP, 인터넷 포털사이트, SNS 등 대중매체를 통해 음주문화 개선 캠페인을 실시하고 있다.

한편, 공공장소 금주구역 지정·주류광고 규제 개선 등을 추진하고자 ‘음주폐해예방 실행 계획’을 수립(18. 11.)하는 등, 정책추진기반을 확보하고 건전음주문화 환경 조성을 위해 노력하고 있다.

또한, 청소년, 여성 및 대학생, 직장인 등 대상자별 효과적인 교육프로그램을 개발하고, 생애 주기별로 일반국민, 위험군 및 중독환자별 특성과 요구에 맞는 교육을 실시하고 있다. 건강한 음주생활 실천율을 높이기 위하여 지식, 태도 및 실천방법에 관한 통합적인 교육과 홍보를 추진하고 있다.

아울러, 2014년부터는 알코올로 인한 음주폐해 뿐만 아니라, 마약, 인터넷 게임, 도박 등으로 인한 중독이 심각한 상황임을 감안하여, 중독의 예방과 조기발견 및 개입을 위해 기 운영 중이던 알코올상담센터를 중독관리통합지원센터(50개소)로 기능을 확대·개편하였으며, ‘정신건강 복지법’ 개정(18. 12. 11. 공표)으로 중독관리통합지원센터 설치·운영 및 중독사업 지원 근거 규정을 마련하였다.

2. 아동·청소년 정신건강증진사업

주의력결핍과잉행동장애(ADHD), 인터넷게임중독, 학교폭력, 학습장애 등 아동청소년 정신 건강문제가 날로 심각해지고 있다. 이에 따라 기존의 성인 만성정신질환 위주의 정책에서 그 범위를 확대하여 아동청소년 정신건강증진사업을 추진해 오고 있다. 2002년부터 16개 정신건강 복지센터를 시작으로 2019년 말 현재 전국 169개소에서 사업을 수행하고 있다.

정신질환은 초발연령이 대개 10대 후반이고, 질병의 경과가 평생 지속되므로 주요 정신 건강 문제를 조기 발견하여 중재하는 것이 중요하다. 지속적으로 증가하는 아동 청소년 정신건강관리 요구에 맞게 지역사회 내 유관기관 간 연계·협력체계를 활성화하고, 예방 교육, 조기검진, 상담 및 치료연계 등 통합 서비스 제공체계를 확충해나갈 계획이다.

3. 재난 피해자 등 위기심리지원

재난으로 인한 외상 후 스트레스장애(PTSD)를 예방 및 국가 차원의 심리지원 제공을 위한 컨트롤타워로서 2018년 4월에 국립정신건강센터에 국가트라우마센터를 개소하였다.

체계적인 심리지원을 위해 재난 심리지원 공동 매뉴얼을 개발하고, 재난 정신건강 지원인력 양성을 위한 교육과정을 운영하는 등 재난 트라우마 대응체계 강화를 위하여 노력하였다. 또한, 찾아가는 재난 정신건강 서비스를 제공하기 위하여 2018년 12월 안심버스(심리지원 이동버스)를 제작하였다.

이러한 노력으로 2018년 12월 태안 화력발전소 및 강릉 펜션 사고 피해자에 대한 심리회복 지원을 위해 지역 내 정신건강복지센터, 보건소 등과 협력하여 현장 중심의 신속한 재난 정신건강 서비스를 제공하였다.

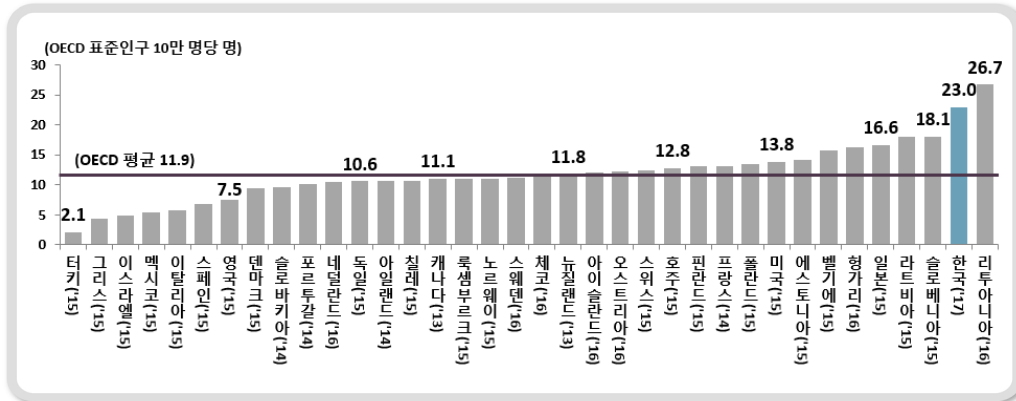
또한, 2019년 4월 강원 산불 통합심리지원단 운영 및 찾아가는 재난 정신건강 서비스 안심 버스를 운행하였으며, 5월 헝가리 유람선 침몰사고 피해자 심리회복을 지원하였다.

앞으로도 공주(충청권)·나주(전라권)·춘천(강원권) 등 전체 국립정신병원에 순차적으로 권역별 국가트라우마센터 설치를 추진하는 한편, 2019년 5월 국립부곡병원에 영남권 트라우마 센터를 개소하였다.

Ⅶ 자살 예방 및 생명존중문화 조성

통계청의 ‘2018년 사망원인통계 결과’에 의하면 우리나라에서 2018년 한 해 동안 자살한 사망자 수는 총 13,670명이며, 인구 10만 명 당 26.6명이 자살로 사망하고 있다. OECD 발표에 따르면 우리나라의 자살 사망률은 OECD 회원국 중 1위로 2017년 기준 표준인구 10만 명 당 23.0명이 자살로 사망하는 것으로 조사됐으며, 이는 OECD 평균인 11.2명의 2배가 넘는다.

|그림 2-8-18| 국가 자살률 비교



※ 출처: OECD, STAT, Health Status Data(2020. 7. 추출), OECD 평균은 자료 이용이 가능한 37개 국가의 가장 최근 자료를 이용하여 계산

자살은 전체 사망 원인 중 5위에 해당하며 10대~30대 사망 원인 1위, 40대~50대 사망 원인의 2위를 차지하고 있어 향후 국가 경쟁력 저하의 원인으로 작용할 수 있다. 이와 같이 높은 자살률로 인한 사회·경제적 손실은 2015년 기준 약 6조 4,480억 원으로 추정된다(건강보험공단, '17.).

|표 2-8-28| 사망 원인 순위 추이(2011년~2018년)

(단위: 인구 10만 명 당, 명, %)

순위	2011		2017		2018				2017년 순위 대비
	사망 원인	사망률	사망 원인	사망률	사망 원인	사망자 수	구성비	사망률	
1	악성신생물	142.8	악성신생물	153.9	악성신생물	79,153	26.5	154.3	-
2	뇌혈관 질환	50.7	심장 질환	60.2	심장 질환	32,004	10.7	62.4	-
3	심장 질환	49.8	뇌혈관 질환	44.4	폐렴	23,280	7.8	45.4	↑+1
4	고의적 자해(자살)	31.7	폐렴	37.8	뇌혈관 질환	22,940	7.7	44.7	↓-1
5	당뇨병	21.5	고의적 자해(자살)	24.3	고의적 자해(자살)	13,670	4.6	26.6	-
6	폐렴	17.2	당뇨병	17.9	당뇨병	8,789	2.9	17.1	-
7	만성 하기도 질환	13.9	간 질환	13.3	간 질환	6,858	2.3	13.4	-
8	간 질환	13.5	만성 하기도 질환	13.2	만성 하기도 질환	6,608	2.2	12.9	-

[표 2-8-29] 연령별 3대 사망 원인 구성비 및 사망률(2018년)

(단위 : %, 인구 10만 명당)

연령 (세)	1위			2위			3위		
	사망 원인	구성비	사망률	사망 원인	구성비	사망률	사망 원인	구성비	사망률
1~9	악성신생물	20.2	2.0	운수 사고	9.6	0.9	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	9.1	0.9
10~19	고의적 자해 (자살)	35.7	5.8	악성신생물	14.5	2.3	운수사고	14.0	2.3
20~29	고의적 자해 (자살)	47.2	17.6	운수 사고	11.6	4.3	악성신생물	10.6	3.9
30~39	고의적 자해 (자살)	39.4	27.5	악성신생물	19.3	13.4	심장 질환 ¹⁾	6.0	4.2
40~49	악성신생물	27.6	40.9	고의적 자해 (자살)	21.3	31.5	간 질환	8.4	12.5
50~59	악성신생물	36.3	120.0	고의적 자해 (자살)	10.1	33.4	심장 질환 ¹⁾	8.2	27.2
60~69	악성신생물	41.7	285.6	심장 질환 ¹⁾	9.0	61.4	뇌혈관 질환	6.3	43.4
70~79	악성신생물	34.2	715.5	심장 질환 ¹⁾	10.3	216.0	뇌혈관 질환	8.5	177.5
80 이상	악성신생물	17.0	1425.8	심장 질환 ¹⁾	12.6	1060.2	폐렴	11.6	978.3

주 : 1) 심장질환에는 허혈성심장질환 및 기타 심장질환이 포함

정부는 자살 사망률 증가에 대응하여, 2004년에 우울증 예방 등 개인의 정신보건 분야를 중심 과제(10개)로 한 제1차 국가자살예방 5개년('04.~'08.) 기본계획을 수립하였고, 2008년에는 제2차 자살예방종합대책('09.~'13.)으로 개인의 정신보건, 사회·환경적 분야 등 10개 분야 29개 세부 과제를 범정부 차원에서 수립하여 추진하였다. 아울러, 지속적이고 실효성 있는 정책 추진을 위하여 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」('11. 3. 30. 공포, '12. 3. 31. 시행)을 제정하여, 안정적인 정책을 추진할 수 있는 법적 근거를 마련하였다. 2006년(21.8명)부터 자살률이 꾸준히 증가하다가 2011년 맹독성 농약 생산 금지 및 2012년 동법 시행 영향으로 2011년(31.7명)을 정점으로 2012년(28.1명)부터 감소 추세를 보이고 있다. 제3차 자살예방종합대책('16.~'20.)은 「정신건강 종합대책」('16.~'20.) 중 정책 목표 「IV. 자살 위험없는 안전한 사회 구현」의 3개 정책 과제, 9개의 세부 과제로 포함되어 관계부처합동으로 국가정책조정회의('16. 2. 25.)에 발표하였다. 그리고 국민의 소중한 생명을 지키기 위한 정부의

적극적 의지를 반영하여 ‘자살예방 및 생명존중문화 확산’을 국정과제로 포함하여 추진 중에 있으며, 2018년에는 범정부 차원의 ‘자살예방 국가 행동계획’을 수립(‘18. 1.)하였다. 또한, 자살예방정책 추진의 효과적 수행을 위해 자살예방정책과를 신설(‘18. 2.)하였고, 민·관 협의체인 ‘생명존중정책민관협의회’를 발족(‘18. 5.)시켰다.

보건복지부와 중앙자살예방센터는 자살예방법에 근거하여 생애주기별로 과학적 분석에 기반한 맞춤형 자살예방정책을 수립·수행하고 있다. 자살예방백서 발간 및 자살DB구축사업을 토대로 지역별 맞춤형 자살예방정책 수행을 지원하고, 대상별 자살예방 프로그램 개발·보급뿐만 아니라 다양한 자살예방 프로그램에 대한 인증시스템을 운영하여 효과적인 자살예방사업을 발굴·확산시켰다.

자살 고위험군(자살 시도자, 자살 유족 등)에 대한 자살 예방 정책은 지속적으로 확대하여 추진하였다. 2013년 8월부터 2019년 말까지 ‘응급실 기반 자살시도자 사후관리사업’ 수행기관에 자살 시도로 응급실에 내원한 사람은 76,015명이고 이 중 서비스 수혜자는 48,979명이다. 이 사업의 효과를 분석한 결과 자살 시도자 중 사후 관리 서비스 수혜자 사망률이 서비스 비수혜자에 비해 1/3 이하로 감소하는 것으로 드러났다.(서울시 보라매병원, 2019년). 사업수행 기관은 2018년 52개 기관에서 2019년 63개 기관으로 확대되었으며, 2020년 88개 기관으로 확대할 예정이며, 지역별 수행기관 확대와 더불어 야간에도 사례관리자가 자살시도자에 대한 상담을 지원할 수 있도록 24시간 운영기관을 신설할 예정이다. 특히, 2017년부터는 중앙자살예방센터가 응급실 자살시도자 사후관리사업 수행기관이 안정적으로 사업을 수행할 수 있도록 실무자 역량강화를 위한 교육과 슈퍼비전 제공, 예산 관리 등 운영을 지원하고 있다. 또한, 자살 사건이 발생하면 경찰의 출동 요청에 따라 자살 유족 전담직원이 출동하여 유족에 대한 초기 심리안정을 지원하고, 법률·행정, 학자금, 임시주거 등 제공 서비스를 안내하며, 개인정보 및 서비스 제공 동의를 받아 지속적인 사례관리 서비스까지 원스톱으로 지원하는 자살 유족 원스톱서비스 지원사업을 2019년 9월부터 광주, 인천, 강원 일부 지역에서 시범실시하고 있다.

생명존중문화 조성을 위해 민·관과 함께하는 자살 예방 홍보 활동을 지속적으로 추진하고 있다. 특히, 주변인에게 관심을 표현함으로써 서로의 소중함을 인식하고, 자살예방을 위한 사회적 분위기를 만들자는 취지로 개발하여 추진하고 있는 “괜찮니 캠페인”을 확대 운영하였다. 또한, 가족, 친구 등 주변인의 자살 위험을 재빨리 인지하고 적절하게 대응하는 교육을 중앙부처

및 통·반장 등 사회 전반적으로 확산하여 2019년도에는 129만 명을 ‘자살예방 생명지킴이 (게이트키퍼)’로 양성하였다(2013년부터의 누적치 284만 명).

언론과 미디어가 대중에게 미치는 영향을 고려하여 자살예방의 필요성을 함께 알리는 노력을 지속하고 있다. 한국기자협회와 협력하여 자살보도권고기준을 제정 및 개정하여 실질적으로 활용될 수 있도록 노력하고 있으며, 자살사건보도를 작성하는 사건기자들을 대상으로 자살보도 권고기준의 필요성에 대해 기자세미나를 진행하였다. 또한, 한국방송작가협회와 협력하여 방송과 인터넷 등 영상콘텐츠에서 자살 장면을 신중하게 묘사할 것을 권고하는 영상콘텐츠 자살 장면 가이드라인을 개발하였다.

또한, 온라인상 자살유발정보 차단을 위해 자살예방법을 개정하여 자살유발정보의 유통을 금지하는 한편, 온라인에서 자살유발정보 유통 시 처벌 규정을 마련하였으며, 경찰청 사이버안전국과 자살유발정보 집중신고대회를 진행하였다.

CHAPTER

9

보건산업정책

제1절 보건산업 육성

제2절 미래의료기반 강화

제3절 바이오헬스 생태계 조성

제4절 의료 해외 진출 및 외국인환자 유치

제9장 보건산업정책

제1절 보건산업 육성

I 개요

1. 보건산업의 중요성

보건산업은 건강 유지, 질병의 예방·경감·치료를 위해 활용되는 제품, 기술 및 보건의료 서비스를 제공하는 부가가치 창출 효과가 높은 차세대 성장동력산업으로 분야별로는 의약품, 의료기기, 화장품, 의료서비스 등으로 구분할 수 있다.

세계보건산업(제조산업 및 의료서비스) 시장 규모는 2018년 기준으로 10조 6,051억 달러 규모이며, 이는 같은 해 한국의 GDP(명목) 1조 7,209억 달러의 6.2배 수준이다. 2014년부터 2018년까지 5년간 연평균 성장률은 2.7%(제조산업은 2.4%)로 글로벌 경제위기 속에서도 상당한 성장을 지속하고 있으며, 2019년부터 2025년에도 보건산업이 연평균 5%이상 성장할 것으로 예상된다.

[표 2-9-1] 보건산업 세계 시장 규모

(단위 : 억 달러)

구 분		2014	2015	2016	2017	2018
제조 산업	의약품	10,950	10,758	10,904	11,348	11,832
	의료기기	3,327	3,261	3,410	3,607	3,871
	화장품	3,770	3,863	3,921	4,004	4,111
의료서비스		77,477	75,299	77,463	81,831	86,237
계		95,524	93,181	95,697	100,791	106,051

※ 출처 : 한국보건산업진흥원, 2020 글로벌 보건산업 시장규모(2014~2025)

우리 보건산업 시장 규모(2018년 기준)는 약 1,629억 달러로 전 세계 보건시장 규모 10조 6,051억 달러의 약 1.54% 수준이며 세계 11위 규모이다. 2014년부터 2018년까지 5년간 연평균 성장률은 6.2%(제조산업은 3.8%)이며, 2019년부터 2025년에도 보건산업이 연평균 7% 이상 성장하면서, 반도체(4%, 2021~2023년), 자동차 및 부품(1%, 2021~2023년), 일반기계(3%, 2021~2023년), 석유화학(1%, 2021~2023년), 철강(2%, 2021년~2023년) 등 우리나라 주력 산업(2020년 국내외 경제 및 산업전망, 해외경제연구소)보다 높은 성장률을 보일 것으로 예상된다.

[표 2-9-2] 보건산업 국내 시장 규모

(단위 : 억 달러)

구 분		2014	2015	2016	2017	2018
제조 산업	의약품	156	150	162	171	179
	의료기기	49	50	54	60	65
	화장품	113	121	128	126	125
의료서비스		963	975	1,038	1,142	1,259
계		1,281	1,296	1,382	1,498	1,628

※ 출처 : 한국보건산업진흥원, 2020 글로벌 보건산업 시장규모(2014~2025)

보건산업은 최근 다양한 사회적·기술적 환경 변화에 따라 산업 외연이 크게 확장되고 있다. 제4차 산업혁명의 물결 속에서 전통적인 보건의료산업의 경계가 허물어지면서 정보통신기술(ICT)·바이오기술(BT) 등과 융합하여 혁신적인 의료서비스가 만들어지는 등 보건산업은 융합

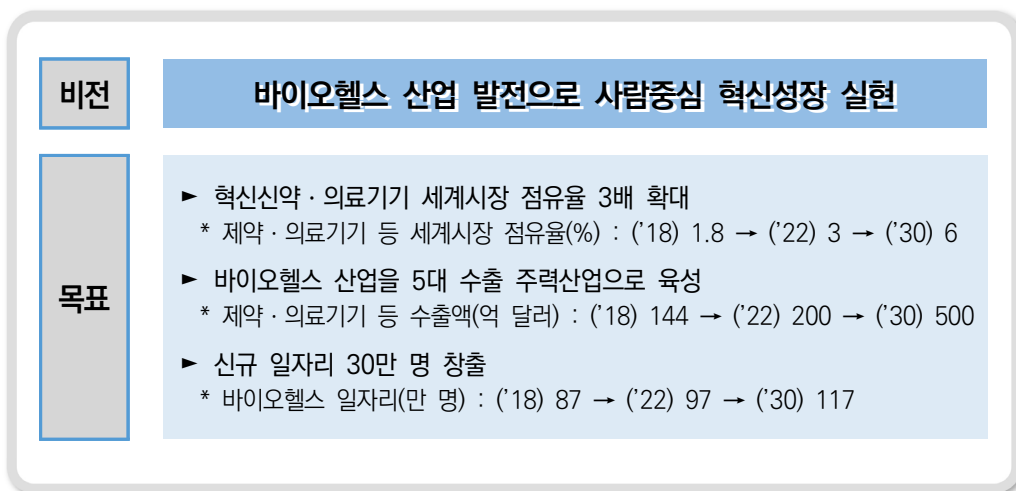
바이오의 핵심분야로 주목받고 있다. 아울러, 인구 고령화와 건강수요 증가로 바이오헬스 시장 규모가 빠르게 확대 되면서, 바이오헬스 시장을 선점하기 위한 글로벌 경쟁도 본격화되고 있다.

우리나라는 세계 보건산업 시장에서 경쟁할 수 있는 역량을 갖추고 있다. 세계 최고 수준의 우수한 의료인력 및 병원시설, 첨단 의료기술을 보유하고 있고 건강보험제도 및 선진 의료 시스템 등의 효율적 인프라를 보유하는 등 높은 성장 잠재력을 가지고 있어 새로운 성장 기회를 맞고 있다.

2. 2019년 주요 성과

2019년 4월 정부는 비메모리 반도체, 미래형 자동차와 함께 바이오헬스를 3대분야로 중점 육성할 방침을 세웠다. 5월에는 충북 오송에서 대통령 주재 ‘바이오헬스 국가비전 선포식’을 개최하였고 관계부처 장관 등이 참석한 가운데 바이오헬스 산업 혁신전략을 수립 발표하였다. 이 전략을 통해 혁신신약·의료기기 세계시장 점유율 3배 확대, 제약·의료기기 등 수출액 500억 달러 달성, 신규일자리 30만 개가 창출될 것이다. 제약·바이오통을 중심으로 한 바이오헬스 산업의 기술개발부터 인·허가, 생산, 시장출시 단계까지 전 주기 혁신 생태계를 조성한다는 전략 아래, 5대 빅데이터 기반(플랫폼), R&D 확대, 정책금융 및 세제 지원, 글로벌 수준 규제 합리화에 역점을 두어 추진하고 있다.

[그림 2-9-1] 바이오헬스 산업 혁신전략 비전 및 목표('19.5)



바이오헬스 산업 혁신전략 전후로 의료기기산업육성법, 첨단재생바이오법 제정 등의 성과가 있었다. 그 간 국내 의료기기 산업은 기술 발달 및 연구개발을 통해 국민의 건강한 삶 유지에 기여하고, 수출도 증가하는 등 국가 산업으로서 지속적인 성장을 해왔다. 다만, 영세한 기업이 많아 정부 지원이 보다 체계적으로 이뤄져야 한다는 요구가 지속적으로 제기되고 있어 의료기기 규제혁신 및 산업육성 방안을 발표하고 후속 조치로 의료기기산업 육성을 위한 근거법을 마련(19.4.) 하였다. 이는 국가연구개발사업 우대, 연구시설 건축 특례, 각종 부담금 면제 등 다양한 지원으로 기술 강화를 통한 의료기기 산업 육성을 할 수 있는 기반이 되었다. 또한, 첨단 재생바이오법 제정(19.8.)을 통해 희귀·난치질환자, 선천성 장기 결함환자 등 기존의 치료법으로 치료가 불가능한 환자들에게 새로운 치료법이 제공 가능토록 제도적 기반을 확충하였다.

신약개발 전 단계에서 활용 가능한 단계별 인공지능 신약개발 플랫폼 구축 사업을 수행하였으며 제약기업 인력대상 인공지능 신약개발 활성화 및 빅데이터 기술 활용을 위한 일반/전문 교육과정을 개설 및 운영할 수 있도록 제약바이오협회, 보건산업진흥원 공동으로 인공지능(AI) 신약개발지원센터를 개소하였다. 한-스웨덴 수교 60주년 기념 스웨덴 총리 방한(19.12.18.~20.)을 계기로 신약개발연구 및 오픈 이노베이션확대, 국내 바이오 헬스기업의 해외시장 진출 협력체계 구축, 바이오헬스기술 혁신 생태계 조성 등이 가능토록 아스트라제네카 등 5자 MOU(아스트라제네카-보건산업진흥원-KOTRA-제약바이오협회-바이오협회)를 체결하였다.

의료기기 산업 육성을 위한 기반 마련을 위해 범부처 전주기 의료기기 R&D사업 예비타당성 조사가 1.2조 원 규모로 통과(19.4)되었으며 의료기기 R&D사업 추진위원회 구성·운영, 본 사업을 위해 302억 원 규모의 예산을 확보하였다. 또한, 국산 의료기기 신뢰도 제고 및 성능개선을 위해 국산 의료기기 신제품 사용자를 평가하여 25개 병원에 15개 제품을 지원하였다.

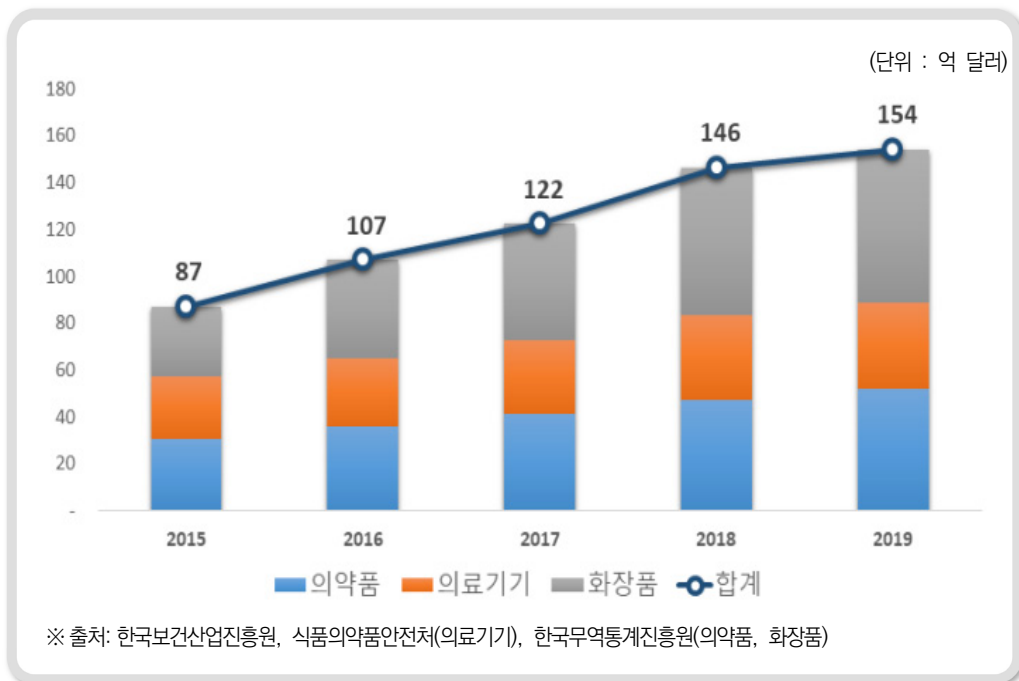
화장품 산업육성을 위한 기반 및 연구 활성화를 위해 「(K-뷰티) 미래화장품산업 육성방안」을 마련 국정현안점검조정회의에서 발표하였으며, 한-아세안 「K-뷰티 페스티벌」 화장품 R&D 신규예산을 확보하였다.

보건산업혁신창업센터의 성장단계별 창업기업 지원을 통해 투자유치 2,500억 원, 수출실적 100억 원을 달성하는 등 창업기업을 육성하였다. 그 외에도 창업기업 투자유치 지원을 위한 투자설명회(7회), 379개 기업 관리 및 사업화 지원 프로그램 운영(상시), 스타트업 보육기반 마련 및 기업 공간을 제공하였다.

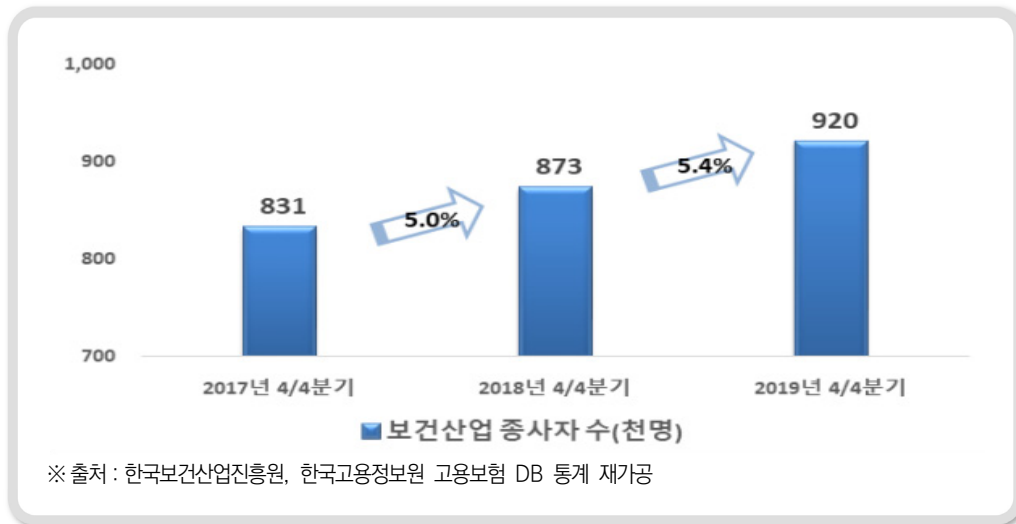
또한, 빅데이터·정밀의료 등 미래의료기술 선도기반 마련, 바이오헬스 규제개선 로드맵 마련, 제약·의료기기·화장품 산업의 일자리를 창출 하였다. 보건의료 빅데이터 시범사업 계획확정, 플랫폼 구축 등을 통해 국내 최초 공공기관간 보건의료빅데이터 개인 단위 연계 및 공익적 연구용 활용체계를 마련하였으며, 실증특례를 통한 디지털 헬스케어기기 효과 검증, 규제가이드라인 마련 추진 등 정부 규제 개선의지를 확산 하였다.

지난 1년간 제약·바이오·의료기기 산업을 미래 신산업으로 육성한 결과 2019년 보건산업 수출액, 일자리가 모두 전년 대비 증가하였다. 2019년 보건산업 수출액은 154억 달러로, 전년 대비 5.5% 증가하며 혁신성장을 견인할 주요 사업으로 꾸준한 성장세를 유지하였다. 2019년 말 보건의료서비스 분야를 포함한 전체 보건산업 일자리는 92.0만 명으로 2018년 87만 3천 명에서 5.4%가 증가하여 일자리 창출에 크게 기여한 것으로 나타났다.

[그림 2-9-2] 보건산업 부문별 수출 현황(제조산업 기준)



[그림 2-9-3] 보건산업 일자리 현황(의료서비스산업 포함)



보건산업 정책의 궁극적인 목표는 국민의 생명과 건강이라는 근본가치와 의료의 공공적 가치를 지키면서 의료기술 발전과 보건산업 성장을 통해 삶의 질을 높이는 것이다.

정부는 보건산업을 국가 전략산업으로 육성하기 위해 중장기 미래의료 기반이 되는 핵심기술에 선제적으로 투자하고 글로벌 수준의 규제 합리화 및 전후방 생태계 조성으로 활력을 제고 하기 위해 노력해 왔다. 앞으로도 정부는 보건산업이 국민의 건강을 획기적으로 개선하고, 좋은 일자리를 제공할 수 있도록 지원 및 제도개선을 지속적으로 추진해 나갈 것이다.

II 제약산업 육성

1. 개요

IQVIA에 따르면 2019년 세계 의약품 시장 규모는 1조 2,504억 달러이며, 지난 5년간 연평균('14.~'19.) 6.3% 성장률을 보이는 고부가가치 혁신산업이다. 상당수 블록버스터 신약의 특허 만료에 따라 새로운 제네릭 및 바이오시밀러 시장이 창출될 전망이다.

정부는 국민 건강 증진과 미래육성산업 측면에서 제약산업의 중요성을 인식하고 신약 연구·개발에 대한 재정적 지원, 인프라 확충, 허가제도 및 약가제도 개선 등을 종합적으로 추진하기 위해, 2011년 3월 「제약산업 육성 및 지원을 위한 특별법」을 제정하였다. 혁신형 제약기업 인증과 지원제도, 제약기업의 연구 개발 촉진 등을 주요 내용으로 담고 있으며, 이를 통해 국내 제약기업의 연구 및 개발 촉진을 위한 제도적 발판을 마련하였다.

또한, 2013년 7월 「제1차 제약산업 육성·지원 5개년 종합계획」을 수립하고 ‘2020년 세계 7대 제약 강국 도약’을 비전으로 2017년까지 추진하였다. 이어서 강소기업, 혁신·바이오 신약, 수출 중심의 혁신성장 선도산업으로 도약하기 위하여 “국민에게 건강과 일자리를 드리는 제약 강국으로 도약”이라는 비전에 따라 2017년 12월 「제2차 제약산업 육성·지원 5개년 종합계획」을 수립하였고 신약 개발 역량 제고를 위한 R&D 강화, 제약산업 성장동력 확보를 위한 전문인력 양성 및 창업 지원 현장수요 중심의 수출 지원체계 강화, 선진 제약 강국 도약을 위한 제약산업 육성 기반 조성 등 4대 목표를 향해 추진하고 있다. 이를 위해 매년 「제약산업 육성·지원 시행 계획」을 통해 다양한 육성·지원 정책을 추진 중이다.

제약산업은 기초 과학기술과 다학제 융합기반산업으로, 전문인력과 기술력이 강점인 우리나라의 미래산업으로 적합하다는 점, 블록버스터급(연매출 5천억 원~1조 원 이상) 신약 개발시 대규모 국부 창출이 가능하다는 점, 그리고 무엇보다도 제약산업 발전을 통해 국민의 건강권 확보, 제약산업 육성 및 R&D 측면에서 국가 신성장동력산업으로서 중요성이 강조되는 산업이다.

세계 의약품 시장 규모는 2019년 1조 2,504억달러로 고령화·신의료기술 출현 등으로 매년 연평균 3~6% 성장하여 2024년 1조 6,000억 달러까지 지속적으로 시장이 확대되는 추세이다. 특히, 러시아, 인도 등 신흥국 중심으로 고성장이 계속 이루어질 전망이어서 중요성이 부각되고 있다.

또한, 합성의약품에서 바이오의약품시장으로 재편성되어 가는 추세인데 이는 국내 양질의 바이오의약품이 세계 시장에 진출할 기회가 확대되고 있음을 의미한다.

* 전체 시장에서 바이오의약품 비중 : 20%(’12.) → 29%(’19.) → 34%(’24.)(Evaluate Pharma 2020)

* 세계 10대 의약품 중 바이오의약품 : 휴미라(1위, 192억 불), 키트루다(2위, 111억 불), 옴디보(3위, 72억 불), 아바스틴(4위, 71억 불) 등

[표 2-9-3] 세계 바이오의약품 시장 현황

(단위 : 억 달러)

구 분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
세계 시장	1,620	1,740	1,790	1,970	2,150	2,420	2,660
국내 시장	20.4	18.8	14.5	15.8	19.7	20.3	22.3

※ 출처 : 'EvaluatePharma의 World preview 2020, Outlook to 2026', 2019 식품의약품 통계연보

우리 제약산업에도 기회가 찾아오고 있다. 2018년에 위식도 역류질환 치료제 씨제이헬스케어 케이캡정이 허가·획득되는 등 총 29개 신약을 보유하게 되었다. 또한, 후보물질 발굴부터 임상 3상까지 국내 기업이 독자적으로 수행한 SK바이오팜의 엑스코프리('19)의 美FDA('19.11) 허가·획득 등 2014년 이후 총 15개의 의약품이 해외 시장에 성공적으로 시판되고 있어 블록버스터급 신약 탄생 등 글로벌 진출 성과가 기대되고 있다.

이 외에도 세계적으로 확대되고 있는 개방형 혁신(Open Innovation) 경영 전략과 맞물려 2019년도에는 유한양행이 국내 바이오벤처 브릿지바이오와 공동개발을 통한 글로벌 제약사와의 계약 등 약 8조 원 규모의(비공개 제외) 기술을 수출하여 국내외 전략적 제휴를 통한 성공 사례를 창출하였다.

2. 추진 실적

제약 분야는 2017년 12월에 수립된 「제2차 제약산업 육성·지원 5개년 종합계획」의 시행 둘째 해인 2019년에는 정부예산 4,779억 원을 투입하여 151개의 세부 추진과제를 추진했다. 2019년 시행계획에 근거하면 R&D에 3,914억 원을 투입하였고, 이의 주요 추진성과로 1천억 원 이상의 대규모 계약 8건을 포함하여 총 13건(약 8.4조 원 규모)의 해외 기술계약 체결을 들 수 있다.

시행 셋째 해인 2020년의 주요 추진 정책으로는, 국민건강을 위협하는 반복적인 감염병 대유행에 대응하기 위하여 국내 기업의 감염병 치료제·백신 연구를 위한 비임상·임상을 지원하고, 국내 미해결 및 고위험 국내 유입 가능 감염병 극복기술을 확보를 위한 국제 공동연구 기반 구축 및 프로그램 개발·활용 등 협력연구를 활성화 하고자 한다. 또한, 백신의 자체개발을 통한 국민의료비 절감 및 백신주권 확보, 글로벌 백신시장 선점을 위한 기술개발 확대 지원을 지원하고자 한다.

4차산업혁명 시대를 이끄는 핵심기술인 의료 빅데이터·인공지능 등을 활용한 첨단 신약 R&D 연구 활성화를 위하여 환자의 유전체, 임상, 건강 데이터를 확보하고 이를 분석한 시스템 및 후보물질 발굴, 약물 재창출을 신속하게 탐색할 수 있는 인공지능 플랫폼을 민간 기업이 치료제 개발에 활용할 수 있도록 지원하고자 한다.

2013년 제약산업의 글로벌 진출을 지원하는 국내 최초의 제약산업 특화 펀드인 “글로벌 제약산업 육성 펀드” 출범 이후 제약펀드 투자 활성화를 통해 제약·의료기기 기업의 글로벌 진출 등에 필요한 자금을 적시에 지원하여 글로벌 진출이 용이하도록 하였다. 2016년 1월 제약 분야를 포함한 보건제품과 서비스(의료기관, 의료시스템 진출)를 포괄하는 1,500억 원 규모의 통합펀드가 조성되어 보건의료산업의 경쟁력 강화 및 글로벌 진출에 도움이 될 것으로 기대된다. 또한, 글로벌헬스기술연구기금으로 5년간 500억 원 규모의 민관 협력펀드를 조성하여 백신 연구개발을 지원하고 있다.

아울러, 산업 발전의 기반이 되는 전문인력 유치 및 양성을 위해서도 다양한 정책을 추진할 계획이다. IT와 BT 융합형 신약개발 전문인력 양성을 위한 인공지능 활용 과정별 교육을 확대하고, 현장 수요에 맞는 바이오의약품 생산전문 인력양성을 위해 선진 GMP 기준의 생산시설 이론과 실습이 모두 가능한 전문 교육 센터 구축 및 커리큘럼 고도화를 위한 해외 프로그램 도입을 통해 실효성 있는 교육을 제공하고자 한다. 또한, 최근 정부의 일자리 확대의 노력에도 불구하고 청년실업률 증가 등 산업계와 구직자간의 미스매칭이 심해지고 있어, 보건복지부는 정부주도의 채용기회 확대 방안으로 바이오헬스산업 채용박람회를 개최할 계획이다.

[그림 2-9-4] 제2차 제약산업 육성·지원 5개년 종합계획 비전 및 목표



제약기업의 수출 확대를 위해서 G2G 협력국가를 확대하고 한국의 제약산업 홍보회를 통해 글로벌 이미지 제고에 박차를 가할 예정이다. ‘제약바이오 시장개척단’ 운영을 통해 전략국 현지 시장 진입의 활성화를 지원하고, 해외 유명 전시회 참가를 통해 한국의 제약산업 및 우수 제약기업을 홍보하고자 한다.

마지막으로 국내 제약산업 육성기반을 탄탄히 하기 위한 법령 및 제도 개선 등의 노력도 아끼지 않을 것이다. 높은 성장률이 예상되는 바이오의약품 연구개발 투자 확대를 위한 세액공제 혜택 확대를 위해 기획재정부 등 부처 간의 협조를 얻기 위해 노력할 것이며, 의약품 건강보험 등재 및 약가의 합리성 제고를 위한 제도보완을 추진할 예정이다. 또한, 신약개발 역량 및 글로벌 진출이 우수한 혁신형 제약기업의 심사기준을 객관화하고 지원방안을 확대하는 등 인증 제도 개편을 통해 혁신형 제약기업의 글로벌 브랜드 제고에 힘쓰고자 한다.

2020년에도 정부는 기존의 다양한 육성 및 지원 정책을 지속적으로 추진하고, 신규 정책을 발굴하여 미래 먹거리 창출산업으로서 국내 제약산업 생태계를 활성화 시키고, 글로벌 도약을 위해 늘 준비하는 자세로 비전을 제시하고자 한다.

개방형 혁신(Open Innovation)에 기반한 신약 개발 역량을 강화하기 위한 첨단 바이오 의약품 글로벌 진출 및 신약 분야 기초 연구 성과의 제품화 촉진을 위한 보건의료 T2B (Technology to Business) 기반 구축 지원을 확대할 계획이다. 또한 국내 전문 제약기업 성공모델 도출을 위한 미래 제약·바이오 특화 분야 연구개발 지원 및 R&D 산업 생태계 조성을 위한 글로벌 바이오헬스케어 혁신정책센터를 지속적으로 지원할 계획이다.

Ⅲ 의료기기산업 육성

1. 개요

의료기기산업은 의료기기를 이용하여 인간의 삶의 질 향상을 목표로 하는 보건의료산업의 한 분야이다. 최근 세계의료기기 시장의 성장세는 과거 성장률에는 미치지 못하나, 2016년

이후 다시 상승하여 지속적으로 성장할 전망이다. 고령화와 웰빙 및 건강에 대한 관심 고조 등은 아직까지 성장 요인으로 유효하며, 선진국과 후발 공업국가 등에서의 의료 개혁이 중요한 요인에 속한다. 즉, 중국, 인도, 브라질 등 후발 공업국의 경제 성장, 소득 증가와 이에 따른 의료서비스 수요 증가 등이 의료기기 시장의 전망을 긍정적으로 볼 수 있는 요인이다.

주요 선진국은 보건의료산업을 전략적으로 육성하고 있으며, 선진 주요 기업 간 글로벌 경쟁은 더욱 심화되고 있다. 이에 대응하여 정부는 산업의 경쟁력 강화를 위한 방안을 마련하여 추진하고 있으며, 의료기기산업을 발전·육성시키는데 노력을 기울이고 있다.

의료기기산업 예측 기관 Fitch Connect에 따르면, 2019년 세계 의료기기 시장 규모는 약 4,044억 달러로 추정되며, 연평균(2015~2019년) 5.5% 성장하였다. 2019년 국내 의료기기 생산 실적은 7조 2,794억 원으로 전년 6조 5,111억 원 대비 11.8% 증가했으며, 2015년 이후 연평균 성장률도 9.8%로 고속 성장세를 유지하고 있다. 또 의료기기 수출은 2019년 37.1억 달러로 전년 대비 2.8% 늘어난 반면 의료기기 수입은 41.6억 달러로 전년 대비 7.0% 증가하여 무역 적자는 4.5억 달러로 집계되었다.

국산 의료기기 신뢰도 제고를 위해 의료기관과 연계한 제품화 컨설팅 및 테스트를 지원하고, 산업체 수요에 맞는 최첨단 융·복합 전문인력 양성을 위한 특성화대학원 설립·지원, 선진국 기준에 맞는 경쟁력 확보를 위한 의료기기 국제 규격 변화 대응 지원, 해외 시장 개척을 위한 해외 의료기기 종합지원센터 구축 등도 지속적으로 추진·확대하고 있다. 또한, 의료기기산업의 전주기 맞춤형 통합 상담 컨설팅 지원을 위해 각 관련기관(식약처, 건강보험심사평가원, 한국 보건의료연구원, 한국보건산업진흥원)으로 구성된 의료기기산업 종합지원센터를 설립('16. 11.)하고 운영하고 있다.

또한, 정부는 의료기기산업의 체계적인 육성에 필요한 제도적 기반 마련을 위해 2019년 4월 「의료기기산업 육성 및 혁신의료기기법」을 제정하였다. 해당 법은 의료기기산업을 육성·지원하고 혁신의료기기의 제품화를 촉진하는 등 그 발전기반을 조성함으로써 의료기기산업의 경쟁력을 강화하는 데 중점을 두고 있다.

2020년 5월 법률 시행에 앞서, 정부는 새롭게 도입되는 지원제도 추진을 위해 관계부처와 협업하여 구체적인 실행계획을 수립 중이다. 우선 기술경쟁력을 갖춘 의료기기 기업을 혁신형

의료기기 기업으로 인증하여 글로벌 기업으로의 성장을 위한 집중적인 지원 정책을 실행할 계획이며, 혁신의료기기 지정을 통한 신속한 시장 출시와 지원을 위해 세부 지정기준 및 지원 정책을 마련하고 있다. 또한 법률에 의해 운영되는 ‘의료기기산업 종합지원센터’를 활용하여 혁신형 의료기기기업 인증, 관계부처 통합상담, 규제 협의체, 정부지원 연계 등의 종합지원업무를 추진할 계획이며, 정책수립 과정에서 관계기관 및 산업계와 지속적인 협력을 해 나갈 계획이다.

2. 추진 실적

국산 의료기기의 신뢰도 확보는 시장 진출의 가장 중요한 요건이라는 인식하에 국산 의료기기 신제품 테스트를 지원하고 있다. 대학병원 의료진이 국산 의료기기 신제품과 기존 외국산 제품과의 성능 비교 테스트를 실시하도록 지원하여 품질의 신뢰성을 확보하는 사업이다. 본 사업은 2012년도부터 시행되어 2019년도까지 87개의 제품에 대한 테스트가 성공적으로 추진되었으며, 2019년에도 15개 제품을 대상으로 테스트가 진행되어 7개 제품이 국내 종합병원급 이상 의료기관 53개소에 신규 진입하여 전년 대비 매출액이 약 57억 원 이상 증가하는 성과를 거두었다. 이렇게 확보한 신뢰성은 국내외 주요 의학회와 연계한 홍보를 통해 적극적으로 확산함으로써 국산 제품의 브랜드 가치를 제고한다.

아울러, 의료기기산업에 특화된 융합 지식과 실무 경험을 갖춘 석·박사급 인재를 양성하기 위한 의료기기산업 특성화대학원을 운영 중이다. 의료기기 기업의 R&D 설계, 인허가, 기술 경영 등 사업화에 있어 핵심 역할을 담당할 전문인력 및 기업에서 혁신 리더로 성장할 수 있는 인재를 양성하기 위한 사업으로, 2019년 현재 3개의 특성화대학원을 운영하고 있다.(동국대학교, 성균관대학교, 연세대학교)

또한, 의료기기 국제 규격의 개정으로 해외 시장 진출을 위한 안전 기준이 강화됨에 따라 이에 대한 적응력을 갖추어 제품 경쟁력을 높이고 해외 인허가 획득을 지원하고자, 의료기기 사용 적합성 인프라를 구축하고 2015년부터 ‘의료기기 사용 적합성 테스트센터’ 2개소(고대구로병원, 서울대학교병원)를 선정하여 운영 지원하고 있으며, 2020년 분당서울대학교 병원을 신규로 선정하여, 총 3개의 센터를 운영 지원하고 있다. 또한, 2019년까지 총 21건의 사용 적합성 테스트가 추진되었다.

신흥국 시장의 급속한 성장과 FTA 체결 등 국산 의료기기의 해외 시장 진출 발판이 마련되고 있으나, 중국·러시아·브라질 등의 인허가 장벽 및 자국 의료기기산업 보호 정책으로 어려움이 가중되고 있다. 중국의 경우 NMPA 인허가(중국 위생허가) 획득 및 공공시장 입찰 제한 등 비관세 장벽 강화로 국내 기업이 현지 시장진입 및 정착에 어려움을 겪고 있다. 이에 따라 의료기기 현지 생산을 통해 비관세 장벽을 우회, 내수시장을 개척하고 진출기업을 보호하기 위해 2016년부터 ‘의료기기 현지화(중국) 진출 지원센터’를 설립하여 지속 운영 중이다. 2019년, 국내 기업(오스템 임플란트)의 염성시 제조법인 준공 및 투자계약 체결을 지원했으며 제품 인허가 및 생산허가를 지원하였다. 또한 현지 진출기업과 중국 투자회사 매칭을 통해 약 35억원의 투자금 유치를 지원하였다. 의료기기 현지화 지원센터에서는 직접적인 법인설립, 투자유치 지원 뿐만 아니라 중국 규격 및 동향 정보, 진출기업 협의체 운영 등을 통해 중국 현지 진출 기업을 보호하고 수출판로를 다각화 하기 위해 노력하고 있다.

2014년부터는 의료기기 중개 연구 및 임상시험 인프라 고도화를 위해 “의료기기 중개·임상 시험지원센터”를 선정하여 집중 지원하였다. 이미 구축된 임상시험센터의 인프라를 적극 활용 하고, 의료 현장을 기반으로 산·학·연·병 공동연구 플랫폼을 구축하여 R&D 및 산업화 전 주기에 걸친 임상적 전문 컨설팅 및 개발지원시스템을 마련하여 R&D 성과의 시장 진출을 촉진하였다. 인체삽입형 의료기기 분야는 2014년 삼성서울병원을 시작으로 2015년에는 고려 대구로병원(체외진단기기), 단국대병원(레이저광 분야), 서울대학교병원(영상진단기기), 전북 대학교병원(재활의료기기), 서울대학교치과병원(치과의료기기), 2016년에는 가천대 길병원(최소침습의료기기), 2017년에는 양산부산대병원(고령친화 의료기기), 서울아산병원(의료정보 융합 자동화 의료기기), 건양대병원(안·이·두경부 의료기기) 등 10곳을 분야별로 특화하여 지원하였다.

정부 간 협력 등을 통한 의료진 교류를 활용하여 해외 상급 병원에 국산 의료기기 사용 기회를 제공하고, 해외 시장의 지속적인 수출 기반 확보를 위해 2013년 베트남과 인도네시아에 각각 ‘해외 의료기기 종합지원센터’ 설립하여 운영하고 있다. 2018년 인도네시아 센터는 인니 최대 무슬림재단(Muhammadiyah)종합병원 체외충격파쇄석기(ESWL)설치(3억원) 및 교육 컨설팅을 시행하였으며, 현지 국영기업(Indofarma)과 체성분석기 공동 마케팅 협약을 체결하였다. 베트남 센터는 호치민 5군병원 내 한국형 재활치료센터 개원(19.12)을 지원하였으며, 호치민 국립재활병원 내 한국형 재활 치료센터를 개원할 예정이다. 인니, 베트남 센터는 의료기기 사후관리 지원, 현지 홍보마케팅, 입찰 구매 정보 제공 및 기업 상담 등 다양한 활동을 통해 국산 의료기기 브랜드 인지도 제고 및 신뢰도 확보를 위해 노력하고 있다.

글로벌 시장을 선점할 혁신 의료기기 및 의료공공복지 구현을 위한 의료기기 개발을 목적으로 보건복지부·산업통상자원부·과학기술정보통신부·식약처가 공동으로 ‘범부처 전주기 의료기기 개발사업(R&D)’ 추진을 위해 예비타당성을 통과하였다. 정부는 5년(2020년~2025년) 동안 1조2천억원 규모로 ① 글로벌 경쟁력확보제품개발, ② 4차산업혁명 및 미래의료환경 선도, ③ 의료공공복지 구현 및 사회문제 해결, ④ 의료기기사업화 역량강화 분야를 지원할 예정이다.

IV 화장품산업 육성

1. 개요

2019년 국내 화장품 시장은 약 124억 달러 규모로 전 세계시장 규모인 약 4,996억 달러의 약 2.49%를 차지하며 9위에 위치하고 있다(Euromonitor International, 2020년 5월 25일, Beauty and Personal Care부).

2009년에 화장품산업 선진화를 위해 내수 중심의 화장품산업을 새로운 고부가가치 수출 산업으로 육성하기 위해 산학연 전문가와 관계 기관으로 구성된 TF를 운영하여 3개 분야(제도 개선, 산업 지원, R&D 지원 확대) 15개 과제를 추진하여 긍정적 효과를 도출하였다. 2019년 화장품 수입액은 16억 7백만 달러로 2018년 대비 0.5% 감소하였고, 수출액은 약 64억 9천만 달러로 2018년 대비 약 3.6% 늘어났으며, 2014년부터 지속적으로 무역수지 흑자를 유지하고 있다.

정부는 향후에도化妆품을 수출 산업으로 육성하기 위해 중소기업이 자력으로 확보하기 힘든 국가별 수출·안전 정보 등을 수집·분석·제공할 계획이다. 또한, 화장품 R&D 지원 및 수출지원, 국가별 피부특성 은행을 확대할 계획이며, 화장품 산업의 발전을 저해하는 불합리한 규제를 선진국 수준으로 완화하여 우리나라 화장품 산업이 2022년에는 화장품 수출 세계 3대 강국으로 도약할 수 있도록 지속적으로 지원할 계획이다.

|표 2-9-4| 연도별 화장품 수출입 실적

(단위 : 천 달러, %)

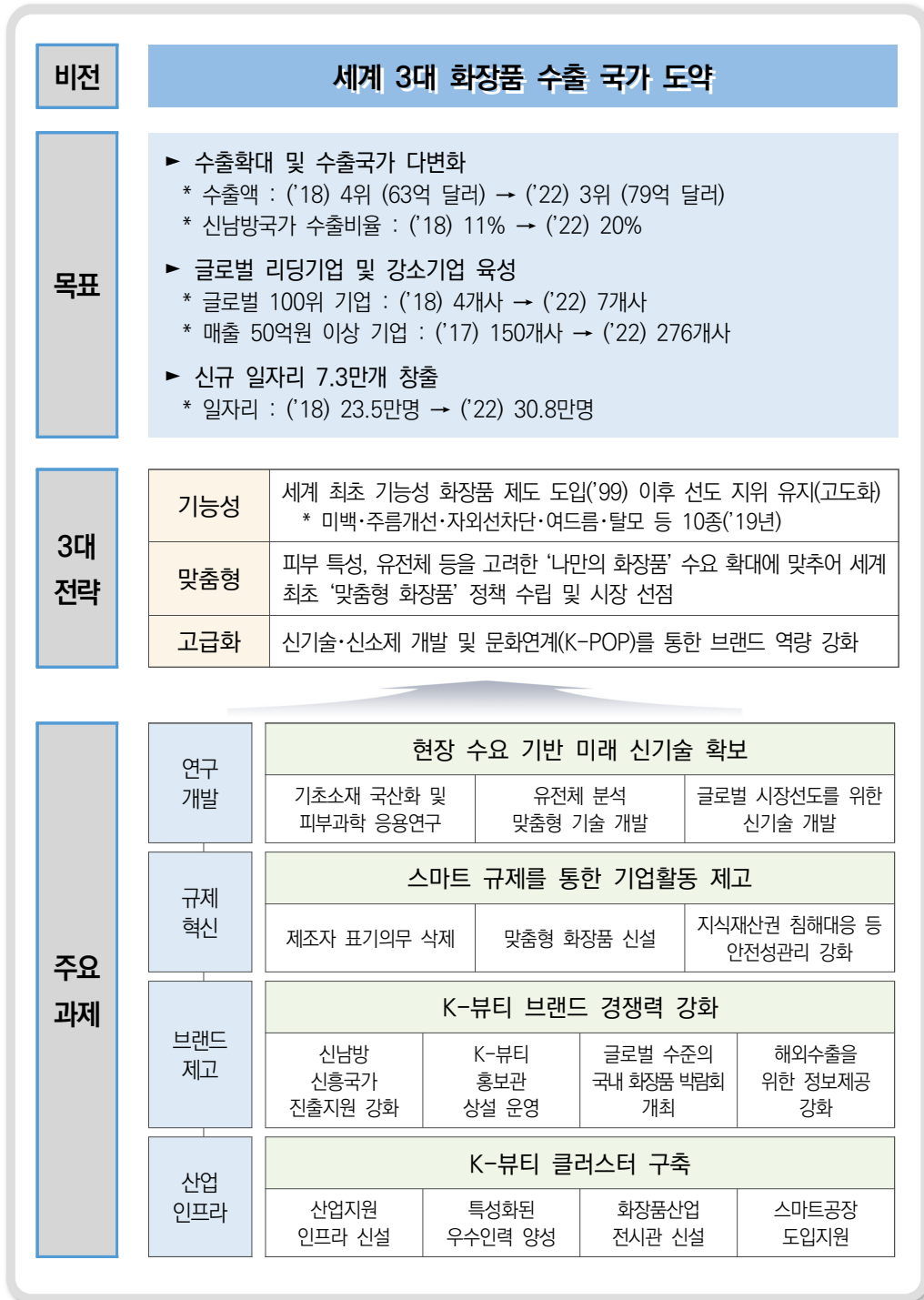
연도	수입		수출		무역수지	
	수입 금액	증감율 (전년대비)	수출 금액	증감율 (전년대비)	무역수지	증감율 (전년대비)
2007	762,353	9.94	313,822	8.42	△448,531	-
2008	860,280	12.85	383,061	22.06	△477,219	-
2009	855,964	-0.50	438,838	14.56	△417,126	-
2010	1,032,414	20.61	791,368	80.33	△241,046	-
2011	1,203,460	16.57	813,951	2.85	△389,509	-
2012	1,239,167	2.97	977,854	20.14	△261,313	-
2013	1,274,696	2.87	1,232,610	26.05	△42,086	-
2014	1,386,340	8.76	1,873,534	52.00	487,194	흑자 전환
2015	1,397,155	0.78	2,910,100	55.33	1,515,298	
2016	1,433,152	2.58	4,183,303	43.75	2,750,151	81.49
2017	1,522,968	6.27	4,952,141	18.38	3,429,173	24.69
2018	1,615,324	5.52	6,262,688	26.67	4,647,364	35.52
2019	1,606,731	-0.5	6,486,180	3.6	4,879,449	4.99

※ 출처 : 대한화장품산업연구원(우리나라 화장품 품목 기준), 관세청(2019년)

2. 추진 실적

국내 화장품 산업을 글로벌 수출산업으로 육성하고 체계적인 육성·지원 정책을 추진하기 위해 「(K-뷰티) 미래 화장품산업 육성 방안」을 수립하였다(19. 12). 주요 추진 정책으로 (연구개발)현장 수요 기반 미래 신기술 확보, (규제혁신)스마트 규제를 통한 기업활동 제고, (브랜드 제고)K-뷰티 브랜드 경쟁력 강화, (산업인프라)K-뷰티 클러스터 구축 등 ‘4대 주요과제’를 정하고 지속적으로 지원하고 있다.

|그림 2-9-5| (K-뷰티) 미래 화장품산업 육성 방안 비전 및 목표



산업 육성을 위해 화장품 GMP(Good Manufacturing Practice, 우수 제조관리기준) 전문 인력 양성('12.~'19. 145회, 5,979명/ '19. 28회 826명), 화장품 산업 입문 교육('15.~'19. 41회 2,877명/ '19. 10회 571명), 화장품 마케팅 교육('13.~'19. 14회 713명/ '19. 2회 100명) 등 다양한 교육 프로그램을 운영하여 전문 인력을 양성 중이며, 수출 시 필요한 화장품 규제 원료(사용 금지, 사용 제한, 사용 가능원료) 정보에 대해 주요 수출 국가('11.~'19. 57개국 40,724건/ '19. 1개국 8,010건)에 대한 검색 시스템을 구축하여 국내 기업에 제공하고 있다.

또한, 해외 시장 진출 활성화를 위해 수출 주요 국가의 시장 예측 조사·분석하여 맞춤형 전략을 제시하는 해외 시장 예측조사('16.~'19. 13개국/ '19. 3개국 보고서 발간), 주요 해외 화장품 시장의 트렌드 및 향후 시장 전망을 예측하는 글로벌 시장 동향 조사('13.~'19. 65회/ '19. 11회 리포트 제공), 해외 국가별 화장품 유통 시장 구조와 주요 매장 조사('18.~'19. 6개국 10개 지역/ '19. 3개국 4개 지역), 수출 국가의 인허가 정보 및 수출 절차 등의 정보를 제공하는 온라인 수출 가이드북('14.~'19. 20개국/ 수시 업데이트), 수출 국가의 피부특성 정보를 제공하는 국가별 피부특성은행('11.~'19. 22개국 25개 지역/ '19. 3개국 3개 지역), 특허 및 상표 정보를 검색할 수 있는 특허·상표 정보 시스템 구축('14.~'19. 5개국 1,729,245건 / 수시 업데이트) 등 수출에 필요한 다양한 정보를 제공하고 있다. 특히, 중국 시장 개척 지원 사업을 통해 화장품산업 정보 포털(<http://www.allcos.biz>)을 구축하여 15개 콘텐츠(뉴스, 해외시장정보, 정책정보, 구인정보 등)의 실시간 이슈 내용, 해외 시장 및 수출관련 정보를 영상으로 제작('17.~'19. 54건/ '19. 22건 게재)하여 국내 기업에 제공하고 있으며, 중국 시장 개척단 운영('19. 중국 창사, 시안 30개사 현장 계약 35억 원, 상담액 205억 원)을 통해 국내 기업에게 현지 바이어를 소개하는 등 수출 지원을 위한 사업을 지원하고 있다.

화장품산업 중장기 발전 계획에 따라, 정부는 기존의 다양한 육성 및 지원 정책을 지속 추진하여 국내 화장품산업의 첨단 수출 사업으로 도약하기를 기대하고 있다.

제2절 미래의료기반 강화

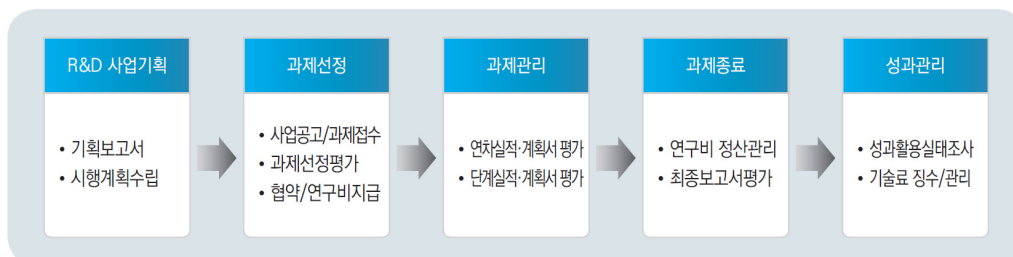
I 보건의료기술 연구개발(R&D)

1. 개요

보건의료기술 연구개발사업은 「보건의료기술 진흥법」에 따라 질병 극복, 사회안전망 구축, 신산업 창출 등 삶의 질 향상과 경제 활성화 등에 기여하기 위해 1995년부터 시행되고 있다. 연구개발 투자 방향은 미래의료를 선도할 융·복합 기술개발, 인프라·연구자원의 개방·연결·공유 통한 R&D혁신, 감염병·치매 등 국가적 보건 문제해결 및 의료 불평등 해소를 위한 공익적 연구이다.

보건복지부는 보건의료기술을 개발·촉진하기 위하여 「보건의료기술육성기본계획」을 수립하여 추진하고 있으며, 연도별 시행계획을 통해 연구개발사업의 기본방향과 중점 추진과제를 관리하고 있다. 과제관리의 기본방향은 R&D 성과 제고, R&D 단계별 각종 절차·제도 개선 등 연구관리 규제 완화, 체계화된 평가관리시스템 구축·운영, 유도 등이며, 전문기관인 한국보건산업진흥원, 국립보건연구원, 국립암센터 등에서 연구개발사업 관리 등의 실무를 담당하고 있다.

[그림 2-9-6] 보건의료연구개발사업 추진절차



2. 사업 내용

2019년 보건의료연구개발사업은 ‘첨단의료기술개발’, ‘의료기기기술개발’, ‘임상연구인프라 조성’, ‘감염병위기대응기술개발’, ‘범부처전주기신약개발’, ‘국가항암신약개발’, ‘포스트게놈 다부처유전체’, ‘연구중심병원육성’, ‘혁신성장동력프로젝트(정밀의료)’ 및 ‘라이프케어융합 서비스개발’ 사업 등으로 구성되어 있다. 지원분야는 의과학, 의약품, 의료기기, 의료 정보, 정밀의료 및 헬스케어 등을 포함하고 있다.

보건의료연구개발사업 중 공익적 연구는 국가적 보건의료 문제해결 및 국민의 행복과 건강을 증진 시켜주기 위한 것이다. 융·복합 연구는 4차 산업혁명 핵심기술(빅데이터, 인공지능, IoT 등)이 결합된 보건의료 연구분야를 지원하여 혁신성장을 견인하기 위한 것이며, 인프라 및 연구자원 연구는 ICT기술을 활용하여 데이터 및 인프라 등 플랫폼 혁신을 통해 고도화를 가속화하기 위한 것이다. 암관리는 한국형 암 정복을 위해 예방·진단·치료법 연구를 강화하기 위한 것이다. 재난대응 연구는 백신주권 확보 및 신·변종 감염병 대응 강화, 예방중심 질병연구 역량 및 연구자원의 활용을 강화하기 위한 것이다.

[표 2-9-5] 2019 보건의료연구개발사업 지원 분야

사업명	지원 내용
환자중심 의료기술 최적화 연구	<ul style="list-style-type: none"> 임상현장의 다양한 의료기술을 대상으로, 최적의 의로서비스를 환자에게 제공하고, 보건의료체계의 지속가능성을 확보하기 위한 근거창출 - 환자중심 의료기술 최적화 연구사업단 지원
정신건강 문제해결연구	<ul style="list-style-type: none"> 중독, 자살, 주요정신질환 등 국민이 체감할 수 있는 사회문제해결형 R&D 수행과 지역사회 적용·확산을 통한 전 국민 정신건강 증진 - 지원 분야 : 알코올 중독 및 자살예방 기술개발, 정신질환 및 특수집단 코호트 구축 및 활용, 연구성과 검증 및 표준화
마이크로 의료로봇 실용화 기술개발	<ul style="list-style-type: none"> 마이크로의료로봇 공동활용기술 기반구축 및 마이크로의료로봇의 기술개발을 통해 고부가가치 의료기기 세계시장 선점 및 국가 의료복지 수준 향상 - 지원 분야 : 실용화 공통기반 기술개발, 마이크로의료로봇 실용화개발
돌봄로봇 중개연구 및 서비스모델개발	<ul style="list-style-type: none"> 돌봄 수혜자의 일상생활 지원 및 돌봄 제공자의 돌봄 부담 경감을 통해 삶의 질을 향상시키고, 돌봄기술 산업 육성 - 지원 분야 : 돌봄로봇 현장실증, 안전평가기준, 서비스모델 개발 지원

사업명	지원 내용
인공지능 신약개발 플랫폼 구축	<ul style="list-style-type: none"> • 글로벌 신약개발에 필요한 인공지능 플랫폼을 구축하여 신약개발에 소요되는 시간과 비용을 대폭 단축 - 지원 분야 : 후보물질 발굴, 신약재창출, 스마트 약물감시 등 신약개발 단계에서 활용할 수 있는 인공지능 플랫폼 개발 연구
의료데이터보호· 활용기술개발	<ul style="list-style-type: none"> • 의료 빅데이터를 활용한 공공적 목적 연구 지원 및 의료데이터 기반의 연구 활성화를 위한 개인정보 보호·보안기술 활용 연구 지원 - 지원 분야 : 보건의료빅데이터 활용기반 연구, 블록체인 기술 등을 활용한 의료데이터 관리체계 및 역동적 동의체계연구, 프라이버시 보존 컴퓨팅 기술연구, 디지털헬스케어 효과검증연구
CDM기반 정밀의료 데이터통합 플랫폼기술개발	<ul style="list-style-type: none"> • 공동데이터모델(CDM)의 국내 표준모델 제시, 호환 방안 및 규약개선 마련과 CDM 활용 연구를 통해 개인정보유출 우려가 없는 의료데이터 기반의 공공·산업적 연구 활성화 - 지원 분야 : CDM 규약 및 품질개선, 공공목적 활용 연구
스마트임상시험 플랫폼기반구축	<ul style="list-style-type: none"> • 임상시험 효율성 및 품질 향상을 위한 차세대 임상시험 기반기술 개발을 통해 국내 임상시험산업의 글로벌 경쟁력 및 국내 신약개발 성공 가능성 제고 - 지원 분야 : 임상시험 기반기술 개발을 위한 센터
바이오메디컬 글로벌 인재양성	<ul style="list-style-type: none"> • 바이오메디컬 분야 글로벌 선도기관에서 미래 핵심분야의 공동프로젝트 수행을 통하여 글로벌 감각을 갖춘 고급인재로 육성 - 지원 분야 : 기관자율형, 연구자협력형
혁신형 의사과학자 공동연구	<ul style="list-style-type: none"> • 병원(기관) 차원에서 연구하는 의사를 양성하고, 의사와 연구자·기업 간 협업연구를 통해 정밀의료 구현을 위한 기기 및 서비스 원천기술 개발 및 사업화 추진 - 지원 분야 : 혁신형 의사과학자 공동연구, 지역거점 혁신형 의사과학자 공동연구
질한국복 기술개발	<ul style="list-style-type: none"> • 21세기 대표적 고부가가치 미래 성장산업인 보건의료 산업을 육성·발전시켜 국민의 생명·건강을 증진시키고 사람이 살기 편안한 건강·안전 사회 구현 - 지원 분야 : 중개연구, 공공보건기술개발
첨단의료 기술개발	<ul style="list-style-type: none"> • 21세기 대표적 고부가가치 미래 성장산업인 보건의료 산업의 첨단의료 수요 증가를 반영하고, 산업경쟁력 확보를 위하여 미래 유망 신기술 개발 지원 - 지원 분야 : 줄기세포·재생의료, 신약개발, 인공지능정보의학 등
의료기기 기술개발	<ul style="list-style-type: none"> • 의료기기 핵심기술 개발 및 임상적 근거창출 지원 등을 통해 기술경쟁력 강화 및 사업화 촉진을 이루어 냄으로서, 의료기기산업을 육성하고 국민 보건 향상에 기여 - 지원 분야 : 미래융합의료기기개발, 의료기기임상시험지원, 신의료기술수반 의료기기시장 진출 등
선도형특성화 연구사업	<ul style="list-style-type: none"> • 기초연구 성과의 임상적응을 촉진하여 세계적 수준의 의료제품·기술 개발을 위한 임상 진입성과 창출 지원 - 지원 분야 : 선도형특성화연구사업단

사업명	지원 내용
감염병위기대응 기술 개발	<ul style="list-style-type: none"> 결핵, 대유행 인플루엔자 등 질병부담이 크거나 국가적 위기를 초래할 수 있는 감염병 대응을 위한 보건의료기술개발 및 백신의 국산화 사업 등 추진 - 지원 분야 : 면역백신개발, 국가감염병위기대응, 방역연계범부처감염병 R&D 등
임상연구 인프라조성	<ul style="list-style-type: none"> 신약 및 의료기기 개발 활성화를 위한 선진국 수준의 임상시험 인프라 구축, 의료기술의 과학적 근거 확보 위한 임상연구 지원을 통해 선진의료산업 기반을 마련하고 임상시험 허브로의 도약 및 제약산업 국제경쟁력 강화 - 지원 분야 : 국가임상시험사업단, 질환유효성평가기반구축, 의료기기인프라지원 등
범부처전주기 신약개발사업	<ul style="list-style-type: none"> 과학기술정보통신부 · 산업통상자원부 · 보건복지부 3개 부처의 개별적인 신약개발 제품화 R&D 사업을 초월하여 글로벌 블록버스터 신약 개발 지원 - 지원 분야 : (재)범부처신약개발사업단
국가항암 신약개발사업	<ul style="list-style-type: none"> 최적의 조직, 인프라, 운영시스템을 확보를 통해 국내 항암 후보물질의 비임상, 임상 1상 및 임상 2상 시험을 직접 수행함으로써 항암제 개발을 가속화하고 국산 글로벌 항암 신약 개발 · 촉진에 기여 - 지원 분야 : 국가항암신약개발사업단
포스트게놈 다부처 유전체사업	<ul style="list-style-type: none"> 유전체 기술이 가져올 미래사회 변화에 적극적으로 대비하고 글로벌 경쟁력을 높이기 위해 범정부적 차원의 사업 지원(보건복지부는 개인별 맞춤의료를 실현하기 위한 질병 예방 · 진단 · 치료기술 개발 집중지원) - 지원 분야 : 인간유전체이행연구, 유전체이행연구지원, 한국인유전체 연구지원 정보생산 및 활용, 질환유전자분석플랫폼기술개발, 다부처 공동연구
혁신성장동력 프로젝트 (정밀의료)	<ul style="list-style-type: none"> 개인의 유전체 및 임상데이터, 생활환경(Lifelog) 등을 고려한 최적의 맞춤형 예측 의료(예방 · 진단 · 치료)를 통한 암 진단 · 치료법 개발 및 클라우드 기반 병원정보시스템 개발 지원 - 지원분야 : 정밀의료 기반 암 진단 · 치료법 개발, 정밀의료 병원정보시스템(P-HIS) 개발
심혈관계질환 첨단의료기술 가상훈련시스템 기술개발	<ul style="list-style-type: none"> 심혈관계 질환 관련 의료기술 가상훈련 시스템 원천기술 개발 및 유효성/ 신뢰성 확보를 통한 국 · 내외 첨단의료기술 가상훈련 시장선도 및 선점 - 지원 분야 : 심혈관계질환첨단의료기술가상훈련시스템기술개발
연구중심병원 육성	<ul style="list-style-type: none"> 글로벌 수준의 연구 역량 확보 및 사업화 성과 창출을 통해 보건의료산업 발전을 선도하며 국민 건강증진에 기여하는 세계적인 병원 육성 지원 - 지원 분야 : 연구중심병원
100세 사회 대응 고령친화제품 연구개발	<ul style="list-style-type: none"> 고령자의 건강증진, 일상생활 지원 등 복지 증진을 위한 창의적인 고령친화용품 및 건강기능식품 분야 등의 기술 개발 투자 지원으로 고령친화산업 육성 및 고령자의 삶의 질 향상 지원 - 지원 분야 : 고령친화제품중점기술개발지원, 고령자자립생활지원, 노인노쇠코호트 구축 등

사업명	지원 내용
사회서비스	<ul style="list-style-type: none"> 저출산·고령화 등 사회 변화에 따른 사회서비스 욕구에 대응하기 위해 사회서비스 개발 및 기존 사회서비스 품질 향상, 재정 효율성 제고를 위한 서비스 프로세스 개선 지원 - 지원 분야 : 신규 사회서비스 개발, 서비스 프로세스 개선 등 사회서비스
양·한방 융합기반 기술개발	<ul style="list-style-type: none"> 한의학과 현대의학 간의 융합의료기술을 통한 융합의료 핵심 기술(융합형 신약 등) 개발 지원 - 지원 분야 : 양·한방융합전임상연구, 양·한방융합임상연구, 한·양방협력치료기술개발
정신건강 기술개발	<ul style="list-style-type: none"> 중독, 폭력, 자살, 재난충격, 주요 정신질환, 생애주기별 정신건강증진, 지역사회기반 정신건강서비스 등 일반 국민이 체감할 수 있는 정신건강분야 기술개발과 현장 적용 및 확산을 위한 연구개발 지원 - 지원 분야 : 사회문제 해결형, 재난충격해결 연구, 중독예방 탐지 치료 및 관리, 생애주기별 정신건강 등 정신건강
한의학선도 기술개발	<ul style="list-style-type: none"> 한의학 과학화·표준화·제품화 연구개발을 바탕으로 한의학산업의 고성장동력산업 육성 및 국민건강증진 - 지원 분야 : 한약제제개발, 한약임상인프라구축지원, 한의학근거창출임상연구 등
연구자주도 질병극복연구	<ul style="list-style-type: none"> 질환의 기초 기전·탐색연구 결과를 바탕으로 질환에 대한 진단, 예방, 치료법 개발을 목적으로 하는 창의적 연구를 통해 기초연구의 실용화 연구로의 이행 촉진 지원 - 지원 분야 : 의료기술혁신기반연구, 의료기술심화연구, 면역증개연구
국가치매극복 기술개발	<ul style="list-style-type: none"> 치매의 예방부터 진단, 치료, 돌봄 분야에서 실용화 성과창출을 위한 단기 기술개발 지원 - 지원 분야 : 예방, 진단, 치료, 돌봄 등 국가치매극복기술개발
공익적질환극복 연구지원사업	<ul style="list-style-type: none"> 저출산, 희귀질환 등 정책 우선순위가 높은 사회문제 해결을 위한 미충족 공공보건기술 개발 지원 - 지원 분야 : 희귀질환진단치료기술개발, 저출산대응기술개발
라이프케어융합 서비스개발사업	<ul style="list-style-type: none"> 사회적 약자 중심으로 건강관리, 돌봄 등 맞춤형 통합서비스를 개발하고 질환 예방·만성질환 관리를 통한 의료비 절감 및 국민건강 증진 추진 - 지원 분야 : 사회적약자통합케어서비스개발, 국민건강관리서비스개발, 생애주기별맞춤형 서비스개발
한의학융합기술 개발	<ul style="list-style-type: none"> 한의약을 바탕으로 IT, BT, NT 등 현대과학기술을 응용하여 한의학의 외연을 확장하고, 질병을 예방·치료하는 실증적인 지식과 기술을 개발 지원 - 지원 분야 : 한의학합다빈도난치성질환대응기술개발, 한의학합제품기술개발
인공지능바이오 로봇의료융합 개발	<ul style="list-style-type: none"> 인공지능, 로봇기술 등 4차 산업혁명 핵심 기술을 의료산업에 융합한 신개념 의료융합기술을 부처협업(과기정통부, 산업부, 보건복지부)으로 전주기 지원 - 지원 분야 : 인공지능바이오로봇의료융합개발

3. 추진 실적

보건의료연구개발사업에서는 보건의료 기술수준 및 기술 실용화 제고를 위해 논문, 특허, 제품화 등 다양한 성과를 창출하고 있다. 1995년부터 2019년까지 국내외 44,390건의 논문이 게재되었으며, 17,478건의 특허를 출원·등록하는 성과를 달성하였다.

[표 2-9-6] 보건의료연구개발사업 국내외 논문 게재 현황

(단위 : 건)

구 분		2010년 이전	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 ¹⁾	2019 ¹⁾	합계
국내	비SCI	6184	343	266	234	266	246	299	28	261	150	8,277
	SCI	2387	138	116	150	203	215	323	297	360	205	4,394
국외	비SCI	830	430	209	82	70	73	75	228	43	56	2,096
	SCI	11,099	1,331	1,692	1,636	2,205	2,489	2,673	2,297	2,468	1,733	29,623
합계		20,500	2,242	2,283	2,102	2,744	3,023	3,370	2,850	3,132	2,144	44,390

주 : 1) 국가과학기술지식정보서비스(NTIS) 제출 기준('20. 1.)

[표 2-9-7] 보건의료연구개발사업 국내외 특허 출원 및 등록 현황

(단위 : 건)

구 분		2010년 이전	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	합계
국내	등록	1,299	154	200	328	346	445	494	657	631	300	4,854
	출원	2,342	472	442	714	603	618	849	762	916	476	8,194
국외	등록	365	29	67	93	107	80	156	130	159	73	1,259
	출원	1,209	75	152	151	212	179	304	353	329	216	3,180
합계		5,215	730	861	1,286	1,268	1,322	1,803	1,902	2,035	1,065	17,487

보건의료분야 R&D 지원은 신제품·서비스 개발을 통한 고부가가치 및 신시장을 창출, 산업의 성장을 견인하는 등 국가 성장 동력으로 작용하고 있다. 신약 제품화는 의약품의 경우 1999년 국산 신약 1호인 SK제약 백금착제 항암제 선프라주를 시작으로 총 32건의 신약이 출시되었다. 2008년부터 연간 200억 원 내외 규모의 신약개발 비임상·임상 R&D 지원 및 2011년부터 시스템 통합적 항암신약개발, 범부처전주기신약개발사업 등을 지원하여 신약개발 R&D 지원을 확대하고 있으며, 오랜 기간 꾸준히 지원해 온 결과 최근 신약개발 성과가 가시화 되고 있다.

|표 2-9-8| 신약 제품화 완료 현황

연번	제품명	개발사	효능·효과	허가 일자	비고
1	선플라주	(주)SK케미칼	항암제(위암)	1999. 07. 15.	
2	EGF 외용액	(주)대웅제약	당뇨병성족부궤양치료제	2001. 05. 30.	
3	조인스정	(주)SK케미칼	관절염(소염/진통)치료제	2001. 07. 10.	천연물
4	큐룩신정	(주)중외제약	요로감염증, 방광염	2001. 12. 17.	
5	스티렌캡슐	(주)동아제약	위염치료제	2002. 06. 12.	천연물
6	슈도박신주	CJ제일제당(주)	농구균 예방백신	2003. 05. 28.	
7	캄토벨주	(주)종근당	소세포폐암 및 난소암	2003. 10. 22.	
8	자이데나정	(주)동아제약	발기부전	2005. 11. 29.	
9	레보비르캡슐	(주)부광약품	B형간염치료제	2006. 11. 13.	
10	엠빅스	(주)SK케미칼	발기부전	2007. 07. 18.	
11	놀텍정	(주)일양약품	위궤양치료제	2008. 10. 28.	
12	유티라박주	(주)LG생명과학	디프테리아, 파상풍, 백일해 및 B형간염 예방	2010. 04. 28.	바이오
13	유히브주	(주)LG생명과학	뇌수막염 예방	2010. 08. 10.	바이오
14	카나브정	(주)보령제약	고혈압치료제	2010. 09. 09.	
15	시네츄라시럽	(주)안국약품	기관지염치료제	2011. 03. 11.	천연물
16	슈펙트캡슐	(주)일양약품	항암제(백혈병)	2012. 01. 05.	
17	헌터라제	(주)녹십자	헌터증후군환자 효소대체요법	2012. 01. 09.	바이오
18	큐피스템	(주)안트로젠	크론성 누공 치료제	2012. 01. 18.	바이오
19	레일라정	(주)한국피엠지제약	골관절증의 증상 완화	2012. 03. 13.	천연물
20	듀비에정	(주)종근당	당뇨병치료제	2013. 07. 04.	
21	뉴로나타-알주	코아시스템(주)	루게릭병치료제	2014. 07. 30.	바이오
22	뉴라펙	(주)녹십자	호중구감소증 보조치료제	2014. 08. 14.	바이오
23	듀라스틴	동아에스티(주)	호중구감소증 보조치료제	2014. 08. 14.	바이오
24	스카이셀플루 3가	SK케미칼(주)	인플루엔자 바이러스 백신	2014. 12. 26.	바이오
25	자보란테정	동화약품(주)	항균제(항생제)	2015. 03. 20.	
26	시벡스트로정	동아에스티(주)	항균제(항생제)	2015. 04. 17.	
27	시벡스트로주	동아에스티(주)	항균제(항생제)	2015. 04. 17.	
28	슈가논	동아에스티(주)	혈당강하제	2015. 10. 02.	
29	스카이셀플루 4가	SK케미칼(주)	인플루엔자 바이러스 백신	2015. 12. 24.	바이오
30	레보티스CR서방정	한국유나이티드제약(주)	급·만성기관지염 치료제	2017. 04. 12.	개량
31	제미로우	(주)LG화학	당뇨병, 이상지질혈증치료제	2017. 07. 31.	개량
32	케이캡정	CJ헬스케어(주)	위식도역류질환 치료제	2018. 07. 05.	

II 정밀의료 기술개발

1. 개요

정밀의료(Precision Medicine)는 개인의 유전, 환경, 생활습관을 고려한 개인맞춤 치료와 예방을 추구하는 새로운 보건의료 패러다임이다. 지금까지 의료시스템이 일반인의 평균치에 맞춰 개발된 질병 치료 및 예방법을 모든 사람에게 일괄적으로 적용하는 전략이었다면, 정밀의료는 개개인에게 최적화된 의료시스템을 구축하기 위한 접근 방법이다. 정밀의료에 앞서 유사한 개념으로 사용되어 온 맞춤의료는 ‘인간 게놈 프로젝트(human genome project, 1990~2013)’를 통해 인간 유전체 염기서열이 밝혀지면서 활성화되었다. 이로 인해 질병과 관련된 유전자가 밝혀졌고, 일부 암의 진단과 치료에서 개인의 유전체 정보를 활용한 맞춤형 처방이 적용되고 있다. 최근에는 유전 정보뿐 아니라 임상진료 정보, 생활습관 정보, 환경 정보 등 보다 광범위한 개인 자료의 수집과 분석이 가능해지면서, 개인에게 가장 알맞은 치료나 건강관리 기술을 찾기 위한 정밀의료의 미래의료로 부상하였다.

2015년 1월 20일, 미국 버락 오바마 대통령이 연두교서를 통해 「정밀의료추진계획(Precision Medicine Initiative)」을 발표하면서, 세계 의료계의 이목이 정밀의료에 집중되었다. 정밀의료 추진을 가능하게 한 핵심 요인은 유전체 염기서열 해독(sequencing) 비용의 하락이다. 유전체 해독 비용은 2000년대 초반만 해도 1억 달러에 달했으나, 2015년 10월 기준으로 1,245달러까지 낮아졌다. 이와 함께 약 30억 개 염기서열로 이루어진 인간의 유전체를 분석하기 위해서 대량의 데이터를 처리하는 빅데이터 분석 기술도 발전하였다. 또한 개인의 생활 정보(lifelog)를 상시적으로 수집할 수 있는 웨어러블 디바이스와 정보통신 기술의 발전도 한몫하고 있다.

미국, 영국, 일본, 중국 등 ‘인간 게놈 프로젝트’에 참여했던 국가들은 정밀의료를 미래 전략 분야로 인식하고, 대규모 투자 계획을 경쟁적으로 발표하고 있다. 특히, 미국은 『21세기 치유 법안』 제정(The Cures Act, '16. 12.)을 통해, 정밀의료 연구개발에 약 15억 원(17.~26.)의 의무예산을 반영하였다. 영국은 「10만 게놈 프로젝트」에 3억 파운드(14.~17.)를 투자하고, 국가 주도의 의료데이터 수집·분석·활용 체계를 구축하였다.

✍ 집필자 | 의료정보정책과장 신옥수

일본은 「질병 극복을 위한 게놈 의료 실현화 프로젝트」에 2015년 93억 엔을 투자하고, 유전체 정보를 분석하여 치료에 활용하는 연구를 수행하고 있다. 중국도 2016년 「정밀의료 발전 계획」을 통해 향후 15년간 600억 위안의 투자 계획을 발표했다.

우리나라는 세계적인 수준의 의료기술과 정보통신 인프라를 갖추고 있고, 건강보험제도를 통해 전국민 의료 정보가 축적·관리되고 있다. 또한 아시아 최대 규모의 바이오뱅크와 다양한 유전역학 코호트(장기 추적 관찰을 통해 질환 관련 정보를 수집하기 위한 집단)가 구축되어 있다. 이처럼 정밀의료 추진을 위한 기본 바탕이 세계 어느 나라보다 잘 갖추어져 있으나, 다양한 기관에 구축되어 있는 자원의 연계와 공유가 미흡한 것이 약점으로 지적되어 왔다. 이에 보건복지부는 2016년 3월 미래창조과학부, 산업통상자원부와 공동으로 ‘유전체·Health-ICT 융합 기반 정밀의료 기술개발’ 계획을 수립하였다. 세부 추진 계획으로 ① 암 정밀 진단·치료법 개발[보건복지부] ② 정밀의료 병원정보시스템(P-HIS) 개발[미래창조과학부·보건복지부]을 발표했으며, 예비 타당성 조사를 거쳐 5년간(17.~21.) 총 752억 원을 투자하기로 하였다.

정밀의료 기술개발사업은 다부처 사업단 방식으로 정부와 민간의 역량을 집중하여 추진 중이다. 사업단은 연구와 산업계의 식견과 리더십을 겸비한 사업단장의 책임하에 운영되고, 사업단의 사업 계획 수립과 성과 평가 등은 민간전문가로 구성된 운영위원회를 통해 심의·조정 하도록 운영 관리 규정을 제정하였다. 이에 따라, 2017년 3월 정밀의료 운영위원회를 구성하고 6월 각 사업단을 선정하여, 암 정밀 진단·치료법 개발과 정밀의료 병원정보시스템 개발을 추진하고 있다. 현재 1단계(2017~2019) 연구를 완료하였고 2020년부터 2단계(2020~2021) 1차년도 연구를 진행하고 있다.

2. 사업 내용

가. 암 정밀 진단·치료법 개발

암은 한국인 사망 원인 1위 질환이며, 국내 의료 수준의 비약적인 발전에도 불구하고 진행성(원격전이) 암의 경우 2011년-2015년 암발생자에 대한 5년 상대 생존율이 20.9%에 그치고 있다. 또한, 미국 등에서 허가한 유전변이 검사 및 표적치료제 사용이 국내에서는 허가되지 않거나 급여가 인정되지 않아서 치료 가능한 다수의 환자들이 치료 기회를 상실하고 있다는 우려가 제기되고 있다. 이에 따라, 진행성 암환자 1만 명에 대한 유전체 변이를 분석하고

표적항암제와 매칭한 임상시험을 실시하여, 기존에 소외되었던 치료 가능한 유전변이를 가진 진행성 암환자의 생존율 향상과 암 정밀의료의 가속화를 도모하고자 한다.

1단계 연구 목표였던 암 유전체 변이 분석 누적 5,000건을 달성하였으며, 정밀의료 기반 임상시험, 암 유전체 데이터베이스 구축을 완료하였다. 2단계 연구에서는 진행성 암 환자 1만명에 대한 유전체 변이 분석을 완료하고, 암 유전체 데이터베이스를 고도화하는 것을 목표로 추진할 예정이다.

[그림 2-9-7] 정밀의료 기반 진행성암 진단·치료기술개발사업 구조



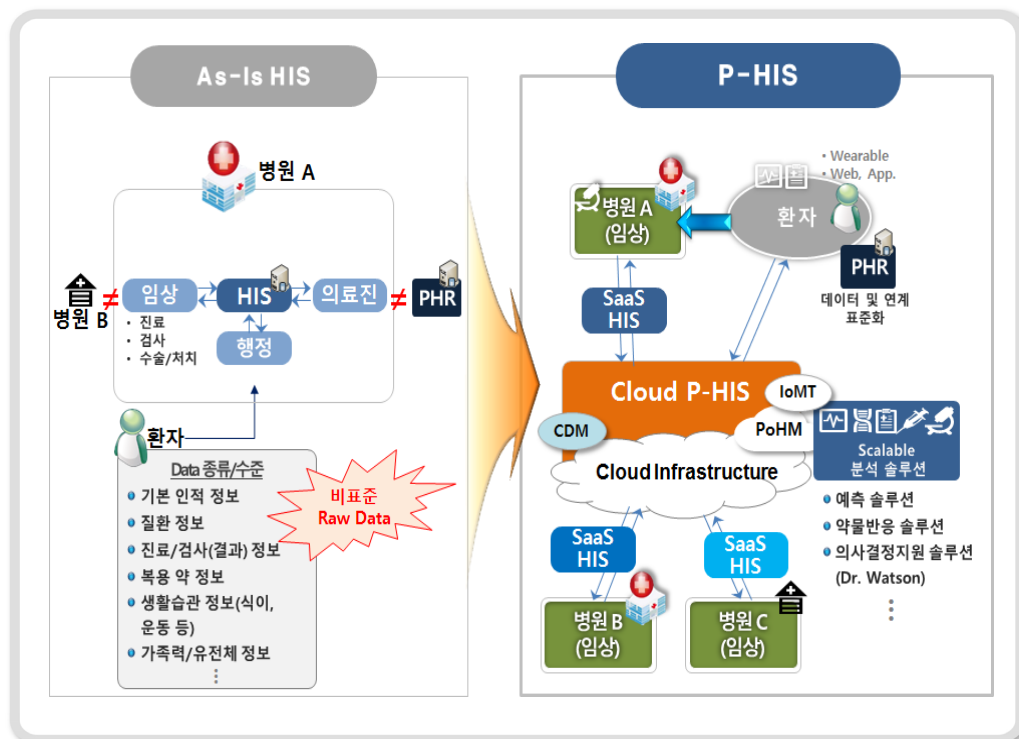
나. 정밀의료 병원정보시스템(P-HIS) 개발

정밀医료를 구현하기 위해서는 핵심이 되는 임상 데이터, 유전체 정보, 생활 정보 등 다양한 의료 데이터의 통합 분석이 필수적이다. 현재 국내 일부 대형병원을 제외한 의료기관들은 정밀 의료를 구현하기에 미흡한 수준의 인프라를 갖추고 있다. 따라서 실제 임상에서 정밀의료 실현이 가능하기 위해서는 고품질의 병원정보시스템 인프라가 마련되어야 한다. 정밀의료 병원정보

시스템개발사업은 클라우드를 기반으로 병원정보시스템을 개발하고 데이터 표준을 적용함으로써, 의료기관의 필요에 따른 다양한 시스템과 상호 운용이 가능하도록 개발하는 것이 목표이다.

2019년에는 진료, 진료지원, 원무, 보험 등의 주요 업무를 38개로 모듈화하여 클라우드 서비스(SaaS) 형태로 정밀의료 병원정보시스템을 개발 완료하였다. 2단계 연구를 통해 고려대학교 의료원 내 3개 병원에 시범 적용을 완료하고, 2,3차 병원을 대상으로 보급·확산을 추진할 예정이다.

[그림 2-9-8] 병원정보시스템(HIS)과 정밀의료 병원정보시스템(P-HIS)의 차별성



Ⅲ 재생의료산업 육성

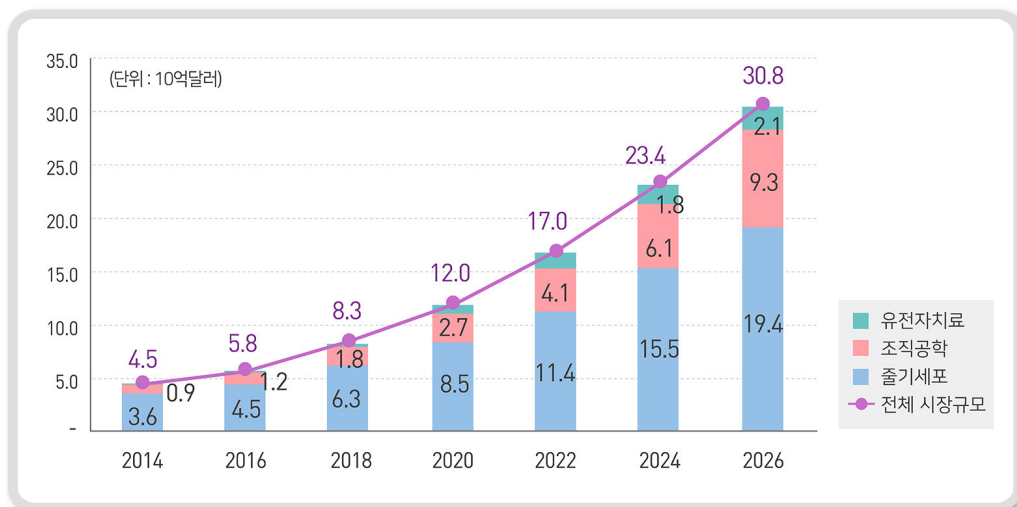
1. 개요

재생의료란 손상된 세포와 조직, 장기를 대체하거나 재생시켜 정상 기능을 복원시키는 의학 분야로 회복이 불가능했던 조직이나 장기들의 회복 메커니즘을 활성화시키거나 교체를 통해 손상된 부위를 재생하는 것을 말한다.

또한, 증상의 완화보다는 질병의 병태생리에 입각하여 소실된 세포·조직·장기의 기능을 회복시키는 근원적 치료로 전환하는 새로운 패러다임의 바이오헬스 기술로서 2030년에는 주력 산업으로 정착할 가능성이 큰 분야이다.

전 세계 재생의료산업의 시장 규모는 2016년 58억 달러에서 2026년에는 308억 달러로 연평균 17.3% 성장할 것으로 전망되며, 아시아 시장의 비중 또한 2014년 11.3%에서 2026년 19%로 증가할 것으로 보인다.

[그림 2-9-9] 글로벌 재생의료 시장 성장



※ 출처 : Translational Regenerative Medicine : Market Prospects 2014~2026

✎ 집필자 | 보건의료기술개발과장 정은영

이에 따라 미국, 일본 등 선진국은 글로벌 재생의료 시장의 선점을 위해 재생의료 분야를 중점적으로 육성하고자 국가 차원의 법·제도적 개선과 함께 R&D 투자를 강화하고 있다.

[표 2-9-9] 선진국의 재생의료산업 육성 투자 현황

국가	투자 내용
미국	<ul style="list-style-type: none"> • 국립보건원(NIH) 2016년 줄기세포 분야 예산 14억 9천만 달러(1조 7천억 원) 추정 • 캘리포니아 재생의료기구(CIRM)를 통해 2017년까지 30억 달러(약 3조 3천억 원) 투자 • ‘21세기 치유법안’ 시행(‘16.)
EU	<ul style="list-style-type: none"> • ‘Horizon 2020’ 프로그램을 통해 2014년~2020년까지 800억 유로(약 99조 원) 투자
영국	<ul style="list-style-type: none"> • UKSCI(UK Stem Cell Initiative)를 통해 2006~2015년 동안 1조 2천억 원 규모 줄기세포 투자 계획 수립, 2015년 기준 1억 파운드(약 1,469억 원) 투자
일본	<ul style="list-style-type: none"> • ‘재생의료 실현화 하이웨이’ 전략 지원으로 2015년 148억 엔(약 1,607억 원) 투자 • ‘재생의료법’ 시행(‘14.)
중국	<ul style="list-style-type: none"> • ‘제12차 5개년 계획(2011년~2015년)’ 동안 과기부 등 부처에서 최소 30억 위안(5,200억 원) 투자

우리나라는 전 세계 줄기세포치료제 7개 중 4개를 개발하여 세계 우위의 기술력을 입증하였다. 이에 정부는 재생의료산업의 성장 가능성을 인식하고, 재생의료 분야에 대한 재정적 지원과 함께 제도적 발판을 마련하여, 글로벌 재생의료 시장에서 경쟁할 수 있도록 재생의료 산업의 육성에 전력을 다하고 있다.

2. 추진실적

가. 줄기세포·재생의료 실용화를 위한 지원 강화

보건복지부는 재생의료 분야의 R&D를 지속적으로 투자해 오며 따라 다양한 줄기세포 등 재생의료의 임상 활용성을 높이기 위한 중개 연구 지원과 임상적 근거 확보를 통한 조기 실용화 성과 창출을 지원하였다.

지난 8년(‘12.~‘19.) 간 재생의료 분야의 총 220개 과제에 대하여 20,779.5억 원을 지원함에 따라 3개 줄기세포·재생의료치료제가 시판 허가를 받아 상용화되었다. 또한 23건의 국내외 임상시험과 총 1.1천억 원 규모의 기술 이전 등 36건의 성과를 거두었다.

[표 2-9-10] 국내 줄기세포치료제 제품화

회사명	제품명	개발 단계	적응 증	지원액	매출액	구분
안트로젠	큐피스템	시판	크론성누공	7억 원	18억 7천만 원	줄기세포치료제
코아스템	뉴로나타-알	시판	루게릭병	7억 4천만 원	68억 원	
(주)바이오솔루션	카티라이프	시판	관절연골	18억	-	

주 : 보건복지부 지원을 받지 않은 줄기세포 치료제로 셀그렘AMI(파마셀社), 카티스템(메디포스트社)이 있음

또한, 재생의료 분야는 2019년 기준 연구비 1억 원당 논문 1편, 국내출원특허 건으로 2018년 0.26건, 국내등록특허 0.18건 등 정부R&D투자 성과*(1억 원당 논문 0.2편, 국내출원특허 0.09건, 국내등록특허 0.15건)에 비해 월등한 성과가 도출되었다.

* 2018년도 국가연구개발사업 성과분석

글로벌 첨단 재생의료 시장의 성장률은 줄기세포치료제(15%)보다 조직공학치료제(21.5%)와 유전자치료제(60%)가 더 높을 것으로 전망되어(출처 : Translational Regenerative Medicine : Market Prospects 2014-2026, Visiongain) 세계 연구 현장에서는 기존의 성체줄기세포 중심에서 유도 만능줄기세포 등 차세대 줄기세포 및 유전자 치료, 조직공학치료 등의 분야에 대한 연구가 활발해지고 있다.

우리 정부의 R&D 투자 방향도 차세대 줄기세포치료제, 조직재생 융합 연구, 기반 기술 등의 지원을 강화할 예정인 만큼, 이러한 방향성을 가지고 줄기세포 분야 이외에 유전자 치료제, 조직공학치료제, 공통기반기술 분야 등에 대한 지원을 강화한 다부처(과학기술정보통신부-보건복지부) 재생의료 R&D 지원 계획을 마련할 예정이다.

[그림 2-9-10] 재생의료 분야

- 세포치료기술 : 살아있는 세포(줄기세포, 면역세포, 체세포 등)를 주성분으로 하여 손상된 세포와 조직을 재생하는 치료기술
- 유전자치료기술 : 유전물질 또는 유전물질을 도입한 세포를 이용하여 질병을 치료하는 기술
- 조직공학치료기술 : 생체재료와 세포를 공학적(3D 배양 등)으로 운용하여 인체 조직/기관의 구조적/기능적 손상을 치료하는 기술
- 재생의료기반기술 : 환자의 세포 및 조직을 채취하여 체외에서 동결·수송, 배양·분석 후 다시 환자에게 수송되어 시술이 행해지는 전주기적 치료기반을 구축하는 기술

마지막으로, 2016년 10월에 국립줄기세포재생센터를 개소하여 임상용 줄기세포를 개발·제공·지원하는 기반을 확보하였으며, 향후 미국과 같이 글로벌 수준의 세포 제조가 가능한 인프라 지원을 통하여 재생의료산업 육성을 가속화할 예정이다.

[그림 2-9-11] 국립줄기세포재생센터



나. 재생의료 임상연구 활성화를 위한 법제화

지난 20대 국회에서는 재생의료의 중요성과 재생의료산업의 성장 가능성을 인식하고 첨단 재생의료법을 발의하였고, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」이 2019년 8월 제정되었다.

- * 「첨단재생의료의 지원 및 관리에 관한 법률」 김승희 의원('16. 6. 14.)
- 「첨단재생의료의 지원 및 안전 관리에 관한 법률」 전혜숙 의원('16. 11. 9.)
- 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품에 관한 법률(안)」 이명수 의원('18. 8. 16.)
- 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제정('19. 8. 27.)

첨단재생의료법은 현재 치료법이 없어 재생의료에 절실한 희귀·난치질환 환자에게 치료 기회를 제공하고 임상연구가 활성화 될 수 있도록 국가적 지원 및 안전관리체계를 구축하는 것을 목적으로 하고 있다.

정부는 첨단재생바이오법 및 하위법령 제정을 통해 재생의료 분야 연구 및 제품 개발의 기반을 다져나갈 예정이다.

제3절 바이오헬스 생태계 조성

I 연구중심병원 육성

1. 개요

세계 각국은 HT R&D 생산성 향상을 위해 병원의 중개 연구 활성화, 연구 네트워크 강화, 성과물 사업화 확대 등을 포함하여 다기관이 협력하는 통합적인 R&D 환경 조성에 집중하고 있다. 반면, 우리나라의 병원은 우수한 인력과 기술 경쟁력을 보유하고 있지만, 병원 임상 정보 자원이 제대로 활용되지 못하여 연구생산성 저하 및 산업화 병목(death valley) 현상이 초래되었고, 산·학·연·병원 간 공동 연구 플랫폼 미비로 기초 연구 성과의 조기 임상적용 한계, 미충족 의료 수요의 신속한 해결이 곤란하였다.

|표 2-9-11| 국내외 병원 구조 비교

구 분	국내 A병원	미국 M.D.앤더슨 암센터
병상당 직원 수	3.7명	34.7명
수익 구조	진료 94.7%, 기타 5.3%	진료 78%, 기술 판매·특허 등 14%, 주정부 지원 6%, 기타 2%

이에, 진료 중심에서 진료와 연구 간 균형, 산·학·연·병 파트너십 구축 등 병원의 연구 환경 변화를 촉진하고, 중개·임상 연구개발을 통한 사업화의 성과 창출 확대를 위해 연구중심 병원 육성사업이 필요하게 되었다.

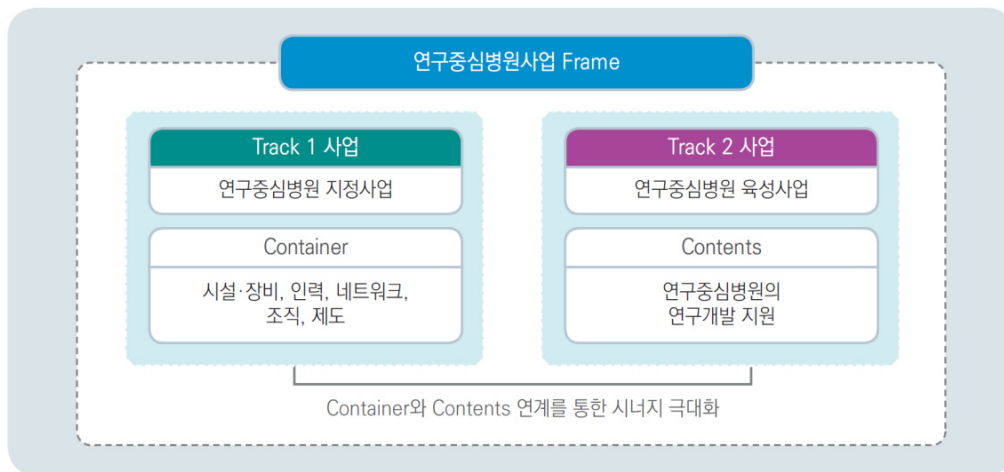
2. 사업 내용

연구중심병원의 사업 구조는 지정사업과 육성사업의 2단계 체계로 구성되어 있다.

✎ 집필자 | 보건산업정책과장 이상진

지정사업(Track 1)은 진료중심 병원시스템을 진료·연구 균형 시스템으로 전환하도록 병원의 인프라 구축을 지원하는 사업으로, 관련 기준에 따라 시스템을 전환한 병원에 대해 법적·제도적 지원을 제공하여 병원의 연구 관련 생태계를 조성한다. 육성사업(Track 2)은 연구중심병원으로 지정받은 병원을 대상으로 별도 공모를 거쳐 HT R&D 예산을 지원하여 변화된 병원의 연구 관련 시스템을 통해 실질적 정책 효과를 확인하기 위한 사업이다.

[그림 2-9-12] 연구중심병원사업의 구조



정부는 2011년 「보건의료기술진흥법」을 개정하여 연구중심병원제도의 법적 근거를 마련하고, 2013년 3월 병원의 연구조직, 연구인력, 시설장비 및 인프라, 연구실적, 연구 개발 계획 등을 평가하여, 연구 역량이 뛰어난 10개 의료기관을 연구중심병원으로 지정하였다. 2016년 및 2019년에는 연구중심병원으로 지정된 10개 의료기관을 대상으로 재지정평가를 진행해 모두 재지정하였다.

[표 2-9-12] 2019 연구중심병원 지정 현황 및 중점 연구 분야

기 관	중점 연구 분야
가천의대길병원	대사성질환, 뇌질환
경북대학교병원	대사성질환, 심뇌혈관질환, 암진단치료, 생체조직·장기재생
고려대학교 구로병원	차세대 신약, 정밀의료기기, 스마트헬스케어
고려대학교 안암병원	암·정신유전체, 줄기세포, IT융합, 신약

기 관	중점 연구 분야
삼성서울병원	암, 뇌신경, 심장뇌혈관, 줄기세포재생의학, 치매
서울대학교병원	암, 대사염증, 융합의료기기, 뇌신경과학, Biotherapeutics
서울아산병원	신약개발지원, 세포치료, 의료기기, 빅데이터(디지털헬스케어)
아주대병원	난청, 뇌혈관질환, 골관절염, 면역질환, 노인성질환, 암정밀의료, 재생의료-의료기기, 의료정보-인공지능
세브란스병원	암, 심뇌혈관, 면역(감염질환), 줄기세포(재생의학), 대사성질환, 뇌신경인지, 의료기기(IT)
차의과대학교 분당차병원	줄기세포치료기술을 이용한 난치성 질환, 차세대 호발 질환 진단·치료기술 개발 및 상용화

또한, 2013년 9월 ‘연구중심병원 육성사업(R&D)’의 사업비 6,240억 원(정부 : 4,712억 5천만 원)에 대하여 KDI의 예비타당성조사가 통과되어 2014년부터 연구중심병원 육성사업의 본격적인 추진이 가능해졌다.

이에 따라 2014년 10월부터 연구중심병원 육성 R&D사업으로 8개 유닛 연구개발비의 5개 연구중심병원 지원을 시작으로, 2015년도에 1개 유닛, 2016년도에 2개 유닛, 2018년에 3개 유닛이 추가 지원되어 총 14개 유닛의 연구개발비가 9개 연구중심병원에 지원되었다.

3. 추진 성과

연구중심병원 지정 이후, 진료 중심으로 운영되던 병원들이 연구 인프라를 구축하고 연구 환경을 개선하는 등 진료-연구 균형시스템으로 전환하고 있다.

먼저, 연구(부)원장 직위 신설 및 연구 조직의 인사권·예산권을 독립시켜 연구 인력과 예산 등이 연구에 집중될 수 있도록 조직을 재편하였고, 의생명연구원·미래의학관과 같은 연구 인프라를 구축하여, 대학·연구소·기업 등과의 협력 연구 기반을 조성하였다.

병원의 연구 인력도 대폭 확대되었다. 10개 연구중심병원의 연구전담의사는 지정 당시 2013년 91명에서 2019년 164(FTE)명으로 증가하였고, 업무의 30% 이상을 연구에 투자하는 연구참여 임상 의사도 2013년 1,288명에서 2019년 1,767명으로 증가하였다. 박사·기술사 등 선임급 연구전담요원도 2013년 619명에서 2019년 932명으로 증가하여 임상 의사와 기초연구자·공학자 등의 협력 연구가 활성화되고 있다.

병원은 진료수익에 대한 의존에서 벗어나 기술 이전, 연구개발 수주 등 연구개발 관련 수입이 증가하고 있다. 10개 병원의 연구관련 수입비중은 2013년 평균 8.18%에서 2019년 평균 11.7%로 증가하였으며, 10개 병원의 자체연구비도 2013년 563억 원에서 2019년 754억으로 크게 증가하였다. 10개 병원의 기술 이전 수입도 지정 전인 2010~2012년에는 연평균 8억 원에 불과하였으나, 2016~2018년에는 연평균 70억 원, 2019년은 143억 원으로 빠른 속도로 증가하고 있다.

앞으로도 정부는 연구중심병원이 HT(Health Technology) 산업 분야 혁신의 중추로서 역할을 할 수 있도록 지원을 강화해 나갈 계획이다. 연구 활동에 역량을 보다 집중할 수 있도록 제도를 개선하고, 다양한 연구 수요에 대응하며 사업화 성공률 제고 등 성과 창출이 촉진될 수 있도록 R&D 투자를 강화할 예정이다.

II 첨단의료복합단지 조성

1. 배경

국내 첨단의료산업은 신약의 후보 물질 도출, 의료기기의 설계, 시제품 제작, 성능 평가 및 초기 임상시험 단계의 연구개발 인프라가 취약하여 국제 경쟁력 약화가 우려되는 상황이다.

이러한 연구개발 인프라의 취약점을 보완하기 위하여 기초 연구 성과를 임상 단계로 연계할 응용·개발연구 중심의 클러스터 구축이 절실히 요구되었다. 이에 따라 아이디어만 있으면, 누구든지 첨단 제품 개발에 필요한 연구 지원을 받을 수 있는 글로벌 수준의 종합적 연구 인프라 제공을 위한 첨단의료복합단지 필요성이 제기되었다.

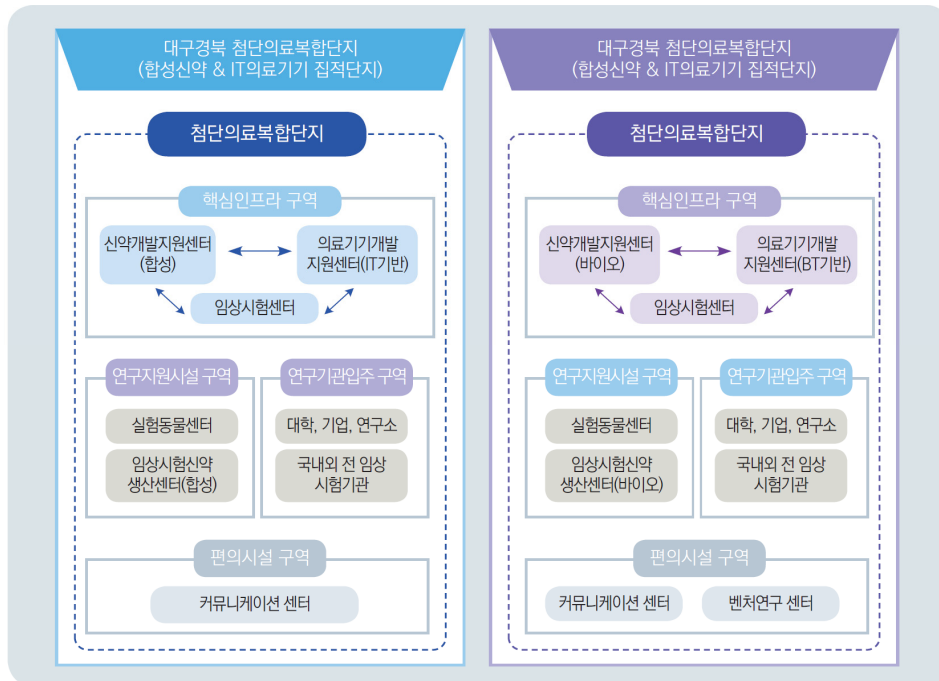
첨단의료복합단지는 2005년 10월 의료산업선진화위원회(위원장 국무총리)에서 추진 방침이 결정되고, 2008년 3월 「첨단의료복합단지 지정 및 지원에 관한 특별법」이 제정되면서 제도적 기반이 마련되었고, 미래창조과학부, 산업통상자원부, 보건복지부 등 관계 부처가 함께 참여하는 범정부 사업으로 추진되었다.

2. 조성 사업 개요

첨단의료복합단지는 대구광역시 동구 신서동 일원 105만㎡와 충북 오송생명과학단지 내 113만㎡ 부지에 기업·대학 등이 보유하기 힘든 핵심 인프라 시설을 구축하고, 연구개발 환경을 조성하며, 공동 연구개발체계를 마련함으로써 첨단제품 연구개발에 필요한 기반을 구축하는 사업이다. 첨단의료복합단지는 핵심인프라 구역, 연구지원시설 구역, 연구기관 입주구역, 편의시설 구역으로 구성되어 있다.

첨단제품 개발 과정의 가장 취약한 인프라를 제공하게 될 핵심 인프라 구역에는 신약 후보 물질 평가 및 최적화, 산·학·연 공동 연구를 위한 신약개발지원센터와 첨단의료기기 설계·시제품 제작·성능 평가를 위한 첨단의료기기개발지원센터 등이 들어서 있다.

[그림 2-9-13] 첨단의료복합단지 조성 모형



의약품, 의료기기의 약표 및 안정성 평가를 위하여 필요한 실험동물의 안정적 공급·관리 및 질환모델 동물개발 업무를 수행하는 실험동물센터와 국내신약의 세계 시장 진출지원을 위한 임상용 의약품 생산에 관련된 업무를 수행하는 임상시험신약생산센터가 건립되어 있다.

입주 구역에는 국내외 연구기관, 연구중심 벤처기업 등이 입주하게 되고, 연구원들의 연구 성과를 높이기 위한 편의시설 등이 제공된다.

첨단의료복합단지는 각종 의료 분야의 핵심 인프라를 종합적으로 구축하고, 단지 내 입주한 연구기관 등에는 「의료법」 및 「약사법」 등 관련 법령상 규제에 대한 특례 적용으로 기업·연구소·대학 등의 연구개발을 촉진하여 빠른 시일 내에 우리나라가 선진국 수준의 의료분야 경쟁력을 갖추도록 하려는 것이다.

향후 10년 이내 글로벌 시장에 진출 가능한 의약품 및 의료기기 관련 첨단의료 제품을 개발할 수 있도록 뒷받침하여 궁극적으로 첨단의료산업 분야에서 최고의 역량을 갖춘 R&D 허브로 자리매김할 수 있을 것이다.

3. 추진 현황

첨단의료복합단지 조성사업은 의료산업 연구개발 분야에 취약한 인프라를 구축하고 기업, 대학, 연구기관, 의료기관 등의 상호 협력에 의한 의료 연구개발의 활성화 및 연구 성과의 상품화를 촉진하여 국내 의료산업의 발전에 이바지하기 위한 사업이다.

동 사업은 의약품·의료기기·의료서비스 등 보건의료산업을 국가 신성장동력으로 육성하기 위해 의료산업선진화위원회에서 2007년 6월 추진 방안을 확정하고, 2009년 8월 제5차 첨단 의료복합단지위원회에서 대구 신서와 충북 오송 등 2개 지역을 복수로 선정하였다.

2010년 1월 제6차 첨단의료복합단지위원회에서 2개의 단지가 상호 보완적으로 특성화될 수 있도록 의료산업의 중점 육성 분야와 지역의 산업 역량 및 전략 등을 종합적으로 고려한 조성 계획을 심의·확정하였다. 동 조성 계획에 따르면 대구·경북 첨단의료복합단지는 신약의 경우 합성신약, 의료기기의 경우 IT기반 첨단의료기기로, 충북 오송 첨단의료복합단지는 신약의 경우 바이오신약, 의료기기의 경우 BT기반 첨단의료기기로 각각 특성화하였고, 향후 특성화 방향에 따라 시설, 장비 등을 구축하되 필요시 타 분야 연구개발 및 융·복합 연구 지원도 검토하기로 하였다.

2010년 12월 각 첨단의료복합단지 운영법인으로 첨단의료산업진흥재단을 설립하였다. 2011년 3월 이사장을 임명하고 국내외 최우수 인재를 각 센터장으로 영입하여 재단의 기초를 다졌으며, 2015년 1월 보건복지부 산하 기타 공공기관으로 지정되면서 선진 경영 체계를 갖추게 되었다. 나아가 2019년 1월 그간 우수한 지원 연구 성과를 기반으로 기타공공기관의 별도 관리

체계인 연구개발목적기관으로 지정되어 첨단의료복합단지에 보다 자율적이고 창의적인 연구 환경이 조성될 것으로 기대된다.

또한, 2011년 3월 21일 제7차 첨단의료복합단지위원회에서 핵심 시설 건립, 연구개발 활성화를 위한 환경 조성, 우수한 연구 인력(기관) 유치 및 여건 조성 등을 위하여 첨단의료복합단지 1차 종합계획('10.~'13.)을 수립하였다. 이 계획에서는 30년간('09.~'38.) 국가·지자체·민간의 총투자 소요를 8조 6천억 원으로 추계하고, 연구개발 핵심 시설 구축, 규제 특례를 구체화하는 등 글로벌 연구개발 환경 조성을 위한 계획을 담았다.

2013년 12월에 수립된 2차 종합계획('14.~'16.)에서는 시설, 장비, 제도 등 인프라 조성에 주력했던 1차 종합계획과 달리 공동 연구 및 기업지원서비스를 본격 추진하고 제도 및 지원시스템 정비에 주력하였다.

2017년 5월에 수립된 3차 종합계획('17.~'19.)에서는 그동안 도출된 성과를 기반으로 수요자 맞춤형 연구개발·제품화 지원, 전략적 기업 지원을 통한 성과 극대화, 침복재단 자립화 등 운영 효율화를 중점으로 추진하였다.

2019년 4월에 「첨단의료복합단지 육성에 관한 특별법」로 법률 제명 변경을 통해 그 간에 기구축된 연구인프라 활용을 극대화하여 첨단의료복합단지 활성화를 위한 초석을 마련하였다.

2020년 8월에는 4차 종합계획('20.~'24.) 수립을 통해 첨단의료 R&BD성과 확산, 기업 맞춤형 지원체계 고도화, 생태계 고도화를 통한 클러스터 활성화 등 그 간의 성과 극대화를 주요 내용으로 포함하여 추진 중에 있다.

앞으로도 정부는 지금까지 추진해 온 단지조성 및 첨단제품 연구개발 기반을 활용하여 향후 10년 이내에 국내 기업의 글로벌 시장진출이 가능한 첨단제품 개발을 뒷받침하며, 궁극적으로 첨단의료 복합단지를 첨단의료산업 분야 최고 역량을 갖춘 글로벌 R&D 허브로 육성해 나갈 계획이다.

중장기적으로 단지 내외 연구기관 및 연구자와 연계·협력체계를 구축하고, 해외 선진 클러스터와도 협의체를 구성하여 국내외 우수한 연구기관과 기술공유 및 공동연구를 추진하고 국내외 컨퍼런스를 통해 첨단의료복합단지의 운영성과를 활용하고 전파해나갈 예정이다.

III 바이오헬스 분야 기술사업화 지원

1. 추진 배경

바이오헬스 기술은 의료 현장에서 사용되면 환자 치료 효과를 높이면서 고수의 창출이 가능한 분야이다. 반면, 건강에 미치는 영향이 크고 유효성과 부작용에 대한 사전 검증이 반드시 필요하므로, 연구개발과 사업화에 장기간이 소요되는 특징이 있다.

따라서 우수한 기술이 중도에 탈락하지 않도록, 제품화·상용화 성공률을 높이고, 시장 창출을 위하여 다양한 사업화(창업) 지원정책 마련과 투자 환경을 조성할 필요가 있다. 이를 위하여 병원·대학·연구소, 기업 등이 보유한 우수 아이디어와 기술을 발굴하고, 투자가 필요한 단계에서는 기업이 연구개발 결과물을 이전받거나, 창업으로 연계하여 최종적으로 우수한 제품이 시장으로 출시될 수 있도록 지원하고 있다.

2001년 한국보건산업진흥원을 ‘보건산업 기술거래 및 평가 전문기관’으로 지정(보건복지부, ’01. 1.)하여 보건산업기술이전센터 운영을 통하여 사업화 지원을 시작하였으며, 2002년 기술 사업화를 위한 정부출연금 지원을 시작으로, 2013년 ‘보건의료 기술이전 촉진 및 인큐베이팅 지원사업’, 2018년 ‘바이오헬스 기술비즈니스 생태계조성지원 사업’으로 지속적인 사업을 확대 하며 추진하고 있다.

2013년부터 효과적인 기술 발굴, 이전체계를 구축하기 위하여 보건의료 R&D를 중점적으로 수행하는 병원, 대학, 연구소 등에 기술사업화 전담 조직인 보건의료 TLO(Technology Licensing Office)를 설치하고, 보건의료 TLO협의체를 발족하여, 보건의료 R&D 성과의 사업화를 위한 활동을 하고 있다.

또한, 2018년 3월에는 보건의료 창업 성과를 확산시키고, 보건의료분야의 창업기업 들이 겪는 어려움을 해소하여 성공적인 창업으로 연계될 수 있도록 지원하기 위하여 ‘보건 산업혁신창업센터’를 개소하였으며, 기술자문, 전문가 컨설팅, 투자연계, 시제품 제작 등 창업의 전 과정을 밀착 관리·지원하고 있다.

2. 사업 내용 및 현황

2013년 5월 보건의로 TLO를 발족한 이래, 보건의로 TLO 설치기관은 2013년 28개소에서 2019년 60개소로 확대되었다. 기관 유형별로는 국공립기관 6개소, 연구중심병원 10개소, 대학 및 의료기관 35개소, 보건의로 R&D 사업단 9개소에 설치되어 있다.

[표 2-9-13] 2019년 보건의로 TLO 설치 기관 현황(60개 기관)

구 분	기관명
국공립연구소 (6)	국립암센터, 질병관리본부, 오송첨단의료산업진흥재단, 대구첨단의료산업진흥재단, 한국과학기술원, 부경대학교
연구중심병원 (10)	경북대학교 병원, 고려대학교 안암병원, 고려대학교 구로병원, 길병원, 분당차병원, 삼성서울병원, 서울대학교 병원, 서울아산병원, 연세대학교의료원, 아주대학교의료원
대학 및 의료기관 (35)	가톨릭관동대학교, 가톨릭대학교, 강원대학교, 건국대학교, 경북대학교, 경희대학교, 단국대학교, 동국대학교의료원, 순천향의생명연구원, 영남대학교, 울산대학교, 을지대학교, 이화여자대학교, 인제대학교, 인하대학교, 전북대학교, 제주대학교, 차의과학대학교, 충북대학교, 충남대학교, 부산대학교, 계명대학교, 동의대학교, 경상대학교, 동아대학교, 부산대병원, 분당서울대병원, 한양대병원, 대구가톨릭대, 양산부산대병원, 충북대병원, 서울성모병원, 건국대병원, 강북삼성병원, 전남대병원
보건의로 R&D사업단 (9)	대한화장품산업연구원(글로벌코스메틱연구개발사업단), 바이오이종장기 개발사업단(서울대학교 병원), 범부처 전주기 신약개발사업단, 선도형 난치암연구사업단(삼성서울병원), 선도형 뇌 심혈질 환융합연구사업단(세브란스병원), 선도형 당뇨병 및 대사성 질환 신약개발 연구사업단(경북대학교병원), 선도형 암 연구 사업단(서울아산병원), 시스템 통합적 항암신약개발사업단(국립암센터), 국가임상시험지원재단

‘바이오헬스 기술비즈니스 생태계조성지원 사업’은 보건의로 분야의 우수한 기술을 발굴하고, 이를 창업 및 사업화로 연결시키는 것을 목적으로 하며, ‘보건산업 혁신창업센터’와 ‘보건의로 TLO 협의체’ 기관을 적극 활용하여 사업을 추진하고 있다.

먼저, 특허전문가 및 기관을 활용하여 사업화 가능성이 높은 기술을 조기에 발굴하고 특허 창출을 지원하는 ‘바이오헬스 기술발굴 코디네이팅 지원사업’을 운영하고 있으며, 2019년에는 25개 TLO를 지원하여 우수한 기술이 논문에만 머물지 않고 특허로 연계될 수 있도록 지원하였다.

둘째, 기술의 우수성과 발전 가능성을 객관적으로 평가하여 기술 이전, 투자 유치로 연결할 수 있도록 의약품·의료기기 분야에 특화된 기술가치 평가모형을 개발하고, 2019년에는 45개 기술에 대하여 평가를 지원하였다.

셋째, 병원, 대학, 연구소가 보유한 기술의 빠른 상용화가 될 수 있도록 수요자인 기업에 이전하여 기업은 연구개발 결과물을 실용화하고, 병원, 대학, 연구소는 기술 이전 수입을 연구개발에 재투자할 수 있도록 기술 중개를 지원하고 있으며, 2019년에는 국내 기술이전 13개 기관, 글로벌 기술이전 1개 기관을 선정하여 보건의료 TLO 기관의 우수한 기술이 국내·외로 이전될 수 있도록 지원하였다.

넷째, 바이오헬스분야 R&D 성과의 우수 기술들을 대상으로 특허전략 수립, 제품화, 인허가 컨설팅 등 빠른 사업화와 글로벌 시장에 진출할 수 있는 기술의 경쟁력 확보를 위해 다양한 맞춤형 밀착 컨설팅을 지원하고 있다. 2019년에는 특허전략 컨설팅(IP-R&D), 제품화·인허가 컨설팅 등을 통하여 55개 기관(업)을 지원하였다.

다섯째, 연구설비·창업 인프라를 갖춘 지역 바이오 클러스터와 지방거점 병원을 연계하여 지역단위의 벤처창업지원 활성화를 위한 지원을 하고 있다. 2019년에는 총 3개소를 선정하여 지역의 창업을 지원하였다.

또한, 보건산업 분야의 혁신적·도전적 창업을 촉진하고 창업생태계 조성의 전진기지 역할을 수행하기 위해 ‘보건산업혁신창업센터’ 개소·운영을 통하여, 상담·컨설팅, 특허, 시제품 제작, 투자연계, 네트워크 등 창업기업 밀착 지원을 위한 사업을 추진하고 있다.

3. 추진 성과

보건의료 TLO 협의체를 발족·운영하여 우수한 기술의 빠른 상용화를 위한 다양한 기술의 사업화를 지원하면서, 보건의료 연구개발 성과가 논문 및 특허 출원·등록 성과에만 그치지 않고 기술 이전과 사업화로 연계될 수 있도록 힘쓰고 있다.

그 결과, 2019년 보건의료 TLO 기관의 기술이전 계약이 475건(664억 원) 체결되어 이에 따른 기술료 수입이 향후 연구개발에 재투자될 수 있게 되었다.

2013년부터 2019년까지 7년간 누적으로는 2,124건, 2,984억 원의 기술이전 계약이 체결이 되었으며, 연구개발 성과가 논문 및 특허에서 머물지 않도록 기업에게 이전되고 사업화

(제품화)를 통하여 의료현장에서 사용될 수 있는 우수한 제품이 출시될 수 있는 계기가 확대되고 있다.

[표 2-9-14] 보건의료 TLO 기술 이전 현황

구 분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	합계
기술 이전 건수(건)	26	40	210	482	405	486	475	2,124
기술 이전 금액(억 원)	116	267	425	538	442	532	664	2,984

보건산업혁신창업센터(18.3 개소) 운영을 통하여, 창업기업이 겪는 애로사항을 해결하기 위하여, 379개의 등록·관리 기업을 대상으로 임상·인허가 등 총 1,407건의 상담·컨설팅 지원과, 기업 투자유치 지원을 위한 설명회(총7회, 43개 기업참여) 개최를 통하여 332억 원의 투자유치 성과를 이루었다.

예비창업팀 20개를 발굴하여, 상담·컨설팅 및 사업화 프로그램 지원을 통하여 16개팀을 창업으로 연결하는 등 보건산업 분야의 창업 촉진을 위한 노력을 지속적으로 하고 있다.

앞으로도 정부는 바이오헬스 분야 기술의 적극적인 사업화 지원을 통해 국민이 더 좋은 의료 기술 및 서비스를 받을 수 있도록 지원할 예정이며, 보건의료 TLO 육성을 위한 지원을 지속적으로 확대하고, 보건산업혁신창업센터를 적극 활용하여 우수한 연구성과(R&D)가 사장되지 않고 사업화로 연계될 수 있도록 보건산업의 R&D 선순환 체계를 구축하기 위한 지원을 강화할 계획이다.

이와 함께, 연구자 및 예비창업자들의 사업화의 어려움을 해결하기 위하여 혁신창업센터의 창업보육 기능을 구축하여, 초기 창업기업이 앞으로 성장해 나아갈 수 있도록 시제품 제작, 창업 컨설팅, 특허, 투자연계, 인허가 지원 등 창업 전주기 지원 체계를 구축·강화해 나갈 예정이다. 또한, 글로벌 시장에서 경쟁력이 있는 강한 특허를 창출하고 이전될 수 있도록 지원하는 등 창업자와 연구자가 필요로 하는 사업을 지속 발굴하여 도전적 사업화를 촉진하고 바이오헬스산업 육성을 통해 좋은 일자리가 창출될 수 있도록 노력할 것이다.

제4절 의료 해외 진출 및 외국인환자 유치

I 개요

1. 글로벌 헬스케어 시장

글로벌 헬스케어산업은 세계적인 인구 고령화와 새로운 융·복합 의료기술의 출현 등으로 지속적인 시장 확대가 전망되는 분야이다. 특히, 최근에는 중국 등 아시아 지역에서 경제 성장과 삶의 질에 대한 인식 제고로 의료서비스 시장이 급속한 성장세를 기록하고 있고 미국, 일본 등 의료서비스산업 선진국들도 아시아 지역에 대한 영향력을 확대하고 있다.

세계 의료관광산업은 향후 10년간 매년 25%씩 성장할 것으로 전망되며, 미국 시장이 의료관광 비용 지출 측면에서 세계 선두이나, 타이, 싱가포르, 독일, 대한민국 및 에스파냐가 추격하고 있다(Oxford Economics에서 VISA 이용객 실적분석, 2016).

* (세계 의료관광 시장 규모) ('16.) 612억 달러 → ('23.) 1,653억 달러(Allied Market Research, 2017)

저렴하고 질 높은 의료를 찾는 관광객이 지속 증가할 것으로 예상되며, 해외 관광객의 고령화 추세도 의료관광 시장 성장에 영향을 미칠 전망이다. 이에 따라 세계 각국의 외국인환자 유치 경쟁이 심화되고 있으며, 아시아는 의료관광산업의 새로운 허브로 빠르게 성장하는 추세이다.

우리나라 역시 우수한 의료기술과 의료인력, IT 융복합 기술 등의 분야에서의 강점을 바탕으로 글로벌 경쟁력을 키워 세계 시장에 적극 도전하고 있다.

2019년에는 22건의 의료기관 해외 신규 진출(의료기관 개설, 의료기술 이전, 운영컨설팅 등)을 달성하였고, 우리나라를 방문하는 외국인환자 수도 2009년 6만 명에서 2019년 49만 명까지 증가하였다. 또한 해외 의료인 연수 프로그램을 통해 사우디아라비아, 몽골, 러시아 등 외국의 의사들에게 대한민국의 우수한 의료 기술을 전수함으로써 대한민국 의료의 브랜드 가치를 높이고 우리 의료 기관의 해당 국가 진출이나 외국인환자 유치에 밑거름이 되고 있다.

2. 의료 해외진출법 등 지원제도

의료 해외진출과 외국인환자 유치 지원을 위한 체계적인 정책 수립과 종합적인 지원 방안 마련을 위해 「의료 해외 진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」(이하 ‘의료 해외진출법’)을 2015년 12월 22일 제정, 2016년 6월 23일부터 시행하였다.

의료 해외진출법 제정으로 해외 진출 의료기관에 금융·세제 지원, 외국인환자 유치 의료기관 평가 및 지정, 전문 인력 양성 등 관련 정책의 종합적인 지원 근거가 마련되었다. 또한 외국인 환자의 진료 내용 등에 대한 알권리 보장, 불법브로커 거래나 과도한 수수료 요구 행위의 금지 등 외국인 환자의 권익 보호를 위한 규정도 신설하였다. 외국인환자 유치를 위해 공항 및 항만 등에서 외국어 의료광고를 할 수 있도록 허용하고, 외국에 있는 환자를 화상으로 사전·사후 관리할 수 있도록 하는 등 각종 규제도 개선하였다.

후속 조치로 관계부처 합동으로 글로벌 헬스케어산업을 육성하고 지원하기 위한 5개년(17.~21.) 종합계획을 수립(16. 11.)하였다. ‘의료한류를 창조하는 글로벌 헬스케어 리더’라는 비전을 설정하고 ① 한국의료 패키지 진출 확산, ② 의료·관광·IT 융합을 통한 외국인환자 유치 활성화, ③ 지역 특화 전략, ④ 글로벌 역량 강화, ⑤ 한국의료 브랜드 글로벌 위상 제고라는 5대 중점 전략과 구체적인 정책과제를 제시하여 글로벌 시장에서 우리 보건의료산업이 한 단계 도약하는 계기로 삼았다.

또한, 의료통역사 양성을 위한 의료통역능력검정시험과 전문인력 양성기관 신설, 불법브로커 근절을 위한 신고포상금 지급기준 및 적정 유치수수료율 상한, 그리고 우수 유치의료기관 평가·지정제도에 관한 고시 및 법령 구체화를 위한 시행규칙 등 구체적인 지원을 위한 제도적 기반을 다졌다.

II 의료 해외 진출

1. 진출 현황

의료기관의 해외진출이 본격화된 2000년대 초에는 중국, 미국 등에 소규모 위탁·제휴 및 프랜차이즈 중심의 영세한 의원급 진출과 성형, 피부미용이 주를 이루었으나, 최근에는 서울대 병원 아랍에미리트 셰이크칼리파 전문병원 위탁 운영, 분당서울대병원 사우디 국가방위부 병원 정보시스템 수출 계약 등 대형병원의 진출이 두드러지고 진출 분야도 종합병원, 건강검진센터, 정보시스템 등으로 다변화하고 있다.

2016년 6월 의료기관 해외진출 신고제를 도입한 후, 2017년부터는 신고증 발급건수를 기준으로 진출 현황을 파악하고 있으며, 2017년에는 14건, 2018년에는 20건, 2019년에는 22건으로 집계되었다. 2019년 기준, 중국이 13건(60%)으로 가장 많은 비중을 차지하였으며, 베트남 3건, UAE, 몽골, 카타르, 러시아, 캄보디아, 태국 각 1건 신규 발급 되었다.

2. 정부 간 협력

정부는 외교 다변화 정책에 따라 정상 회담 등을 통해 성장 추세의 신북방 및 신남방 보건산업 시장 선점을 위한 발판을 마련하고, 중동지역 국가들과 협력을 강화하였다. 2019년 4월 중앙아 3개국 정상 순방 계기, 투르크메니스탄 및 카자흐스탄과 각각 보건의료 협력 이행계획을 체결하고, 국가별 실무그룹 협의를 통해 의약품·의료기기, eHealth, 의료서비스 등 보건산업 전반에 걸쳐 구체적인 협력사업을 발굴, 추진하고 있다. 특히, 우즈베키스탄의 경우 대통령이 직접 자국의 보건의료시스템 개혁을 위해 한국의 경험 전수를 요청('17.2.)하였고, 이에 2019년 3월 한국은 보건전문관을 우즈베키스탄 보건부에 파견(사회부총리 자문관 겸 보건부 차관 직위)하여 우즈베키스탄 보건의료 혁신을 지원하였다. 또한, 양국은 2019년 4월부터 보건의료 협력사업의 플랫폼으로 '한국-우즈베키스탄 보건의료 협력센터'를 공동으로 설치 운영하고 있다.

[표 2-9-15] 2019년 주요 정부간 협약 체결사항

체결대상국	기관명	체결시기	협력분야	협약종류
투르크메니스탄	보건의료산업부	'19. 4.	보건의료 전반	시행계획
카자흐스탄	보건부	'19. 4.	보건의료 전반	시행계획
우즈베키스탄	보건부	'19. 4.	보건의료협력센터 설립·운영	MOU
우즈베키스탄	보건부	'19. 5.	제약	MOU
우즈베키스탄	보건부	'19. 9.	eHealth	행동계획
쿠웨이트	보건부	'19. 5.	보건의료 전반	LOI

3. 해외 진출 정부지원사업

보건복지부는 국내 의료기관의 해외 진출을 지원하기 위해 각종 제도를 정비하고 지원 예산을 지속적으로 확대하고 있다. 의료시스템 수출 지원 예산은 2013년에 20억 원에서 60억 원으로 대폭 증액되어 본격적인 지원이 시작되었고, 매년 지속적으로 확대하여 2019년에는 117억 원으로 지원 예산이 증가하였다. 이를 통해 의료시스템 수출 인프라를 구축하고, 의료시스템 진출단계별 프로젝트 지원, 분야별·국가별 전문컨설팅 지원 등 다양한 형태로 의료기관의 해외 진출을 지원하고 있다. 또한 아랍에미리트(UAE), 사우디아라비아, 쿠웨이트 등 중동 국가와 중국, 러시아 등 중점 협력 국가와의 G2G(Government to Government) 미팅 등 정부 간 협력을 적극적으로 실시하여 우리 의료기관의 해외 진출 기반을 다지고, 우리 의료의 우수성에 대한 국내외 홍보 활동을 통해 한국의료의 국제적 위상을 제고하는데 기여하고 있다.

가. 해외 진출 정보 제공 활동

해외 진출을 추진하는 의료기관들이 시장 조사, 협의, 계약 체결 등 진출 단계별로 정보를 얻고 필요한 도움을 받을 수 있도록 맞춤형 지원 체계를 구축하였다. 국가별로 진출 가이드북을 제작하여 주요 타깃 국가와 신흥국의 의료 시장 정보, 법·제도·세제·금융 정보, 인허가·면허 등 행정 절차 및 진출 노하우 정보를 제공하고 있다. 또한 해외 진출 종합포털시스템을 구축하여 주요 국가별 의료 시장·제도, 해외 진출 가이드, 의료기관 해외 진출 관련 뉴스 등 진출 관련 통합 정보를 온라인을 통해 쉽고 빠르게 One-Stop으로 제공하고 있다.

|그림 2-9-14| 의료시스템 해외 진출 종합정보포털(www.kohes.or.kr)



나. 전문가 컨설팅 제공

또한, 2016년부터 분야별·권역별 GHKOL(Global Healthcare Key Opinion Leaders) 전문위원을 구성하고 의료시스템 해외 진출을 위한 전문컨설팅을 상시적으로 지원하고 있다. GHKOL 전문위원은 분야별(일자리, 사업화 등)·권역별(중국, 러시아·CIS, 중동 등) 전문가 43여 명으로 구성되어 있으며, 해외 진출을 추진 중인 의료기관 및 연관산업체를 대상으로 KOHES 포털을 활용한 온라인 컨설팅과 GHKOL 의료해외진출 전략 정기세미나 개최를 통한 1:1 현장 컨설팅을 제공하고 있다. 2019년에는 총 80건의 컨설팅을 지원하고 총 10회의 세미나를 정기 개최하였으며, 특히, 기존 온라인·현장 컨설팅과 별도로 주요 프로젝트별 전담 자문단을 구성하여, 현지조사, 협상, 사업계획 수립 등 심화 컨설팅 총 3건을 지원하였다.

다. 의료시스템 해외진출 프로젝트 지원사업

의료시스템 해외진출 프로젝트 지원사업은 공모를 통해 우수한 진출 프로젝트를 발굴하고, 진출 과정에 소요되는 사업 추진 비용을 지원하는 사업이다. 프로젝트 지원사업에 선정된 의료기관은 사전 조사 → 사업 계획 수립 → F/S 현지법인 및 병원 설립·설계·건축 인허가 →

인력 채용·교육 → 홍보 마케팅 → 확장·이전 등 각 진출 단계에 따라 필요한 지원을 받을 수 있다. 지원 대상으로 선정될 경우 진출 프로젝트의 우수성을 인정받아 해당 국가의 현지 파트너에게 높은 신뢰를 줄 수 있어 해외 진출을 추진하는 의료기관의 관심이 매년 높아지고 있다.

단계별(사업 발굴-본격화-정착), 규모별(중대형)로 유망한 사업을 발굴하여 2011년부터 매년 평균 17개씩 총 154개 프로젝트를 지원하였다. 2019년 18개 프로젝트를 지원한 결과, UAE에 건립한 기존 척추관절센터 내 재활센터 확장(부평힘찬병원), 말레이시아에 한국형 재활병원 개원(로이병원), 카자흐스탄에 진단검사센터를 개원하고 장비 및 시약을 수출(씨젠의료재단)하는 등 최근 다양한 분야에서 프로젝트 진출 성과가 가시화되고 있다. 특히, 부평힘찬병원은 중대형 프로젝트에 선정(약 3억원 지원)되어, 우즈베키스탄 부하라에 한국 단독 자본(총 100억원)으로 100병상 규모의 종합병원을 건립하였다. 이와 같은 중대형 프로젝트의 성공은 의약품·의료장비 등 연관산업의 동반진출을 통한 부가가치 창출 측면에서 의미가 크다.

[2019 의료 해외진출프로젝트 9개 추진 성과]

- ① 부평힘찬병원: 우즈베키스탄 부하라 100병상 규모 종합병원 설립 및 부하라 국립의과대학 내 물리치료과 공동 개설('19)
- ② 부평힘찬병원: 아랍에미리트 샤르자 대학병원 원내원 관절클리닉 내 재활센터 확장 개원('19)
- ③ 로이병원: 말레이시아 푸트라자야 한국형 재활병원 진출('19)
- ④ 씨젠의료재단: 카자흐스탄 알마티 진단검사센터 개원 및 장비·시약 수출('19)
- ⑤ 한중메디게이트: 중국 서안 국제치과병원 개원 및 MSO 설립('19)
- ⑥ 리뉴미피부과: 태국 리뉴미피부과 프랜차이즈 개원 및 화장품·의료기기 수출('19)
- ⑦ 시엘병원: 중국 칭다오 항노화, 난임 및 부인과 전문진료센터 개원 본계약 체결('20 개원예정)
- ⑧ 해동병원: 몽골 울란바토르 종합병원 내 재활센터 원내원 개원 본계약 체결('20 개원예정)

라. K-Bio 신성장 펀드 운용

아울러, 정부는 국내 의료기관, 제약기업 등의 해외 진출에 필요한 자금 지원을 위해 민간 투자기관과 함께 4개의 글로벌 펀드를 통해 총 4,350억 원의 자금을 조성하였다. 이를 통해 우리 기업이나 의료기관들이 글로벌 진출에 필요한 자금을 적시에 지원받을 수 있게 되었고 그에 따른 가시적인 성과도 함께 나타나고 있다. 1호 및 제2호 펀드 투자를 받은 기업의 경우

해외 바이오 기업 등과 기술이전 계약 체결 및 기술성 평가를 통한 상장이 이뤄지는 등 국내 의료산업 해외시장 진출 및 산업 경쟁력 강화라는 정책 목적에 맞는 성과를 보여주고 있다. 현재 총 55개 기업에 3,130억 원을 투자(2019년 말 기준)하였으며, 펀드 운용사와의 네트워킹, 투자 상담 등의 기회를 제공하여 투자 활성화를 도모하고 있다.

[표 2-9-16] K-Bio 신성장 펀드 조성 현황

구 분	제1호 (글로벌제약 펀드)	제2호 (글로벌제약 펀드)	제3호 (한국의료 글로벌진출 펀드)	제4호 (글로벌헬스케어 펀드)
조성 시기	2013. 9.	2014. 12.	2015. 4.	2016. 1.
조성액(억 원)	1,000	1,350	500	1,500

마. 재외공관 활용 외교부-보건복지부 협업 지원

보건의료 분야 국제 협력 필요성 확대에 따라 보건복지부와 외교부는 업무 협력 MOU를 체결(13. 9.)하고, 2014년부터 우리 외교부의 재외공관을 활용한 보건의료산업 교류·협력 사업을 실시하고 있다. 현지 정부 및 기업 관계자 등과의 네트워크가 풍부한 현지 공관을 활용하여 정부 간 협력, 민·관 네트워킹, 홍보 마케팅 사업 등을 추진함으로써 한국의료의 인지도 제고 및 비즈니스 네트워크 구축 등 해외 진출을 지원하고 있다. 2018년에는 공모를 통한 재외공관 사업으로 각국 KOTRA 무역관과 협업하여 총 14건의 사업을 추진하였다. 이를 통해 현지 정부 및 보건의료 관계자와의 협력 네트워크 강화 및 국내 보건의료 기업의 해외 수출 상담 등으로 이어지고 있다.

[표 2-9-17] 2019년 재외공관사업

국가	사업명	주요 실적
쿠웨이트	한-쿠 수교 40주년 계기 보건의료사절단	- 비즈니스 상담 32건 - 현지 홍보 2건 - 수출 MOU 1건
체코	2019 한-체 메디컬코리아 플라자	- 비즈니스 상담 65건 - 현지 홍보 5건
칠레	지역사회연계 한국형 건강 모니터링 홍보관 구축 및 제품 홍보	- 현지 정보제공 1건 - 현지 칠레 구청대상 홍보 1건 - 현지 협업 당국 발굴 및 홍보부스 운영 1건 - 민관협업체 운영 1건

국가	사업명	주요 실적
러시아	한-러 보건의료협력포럼 및 비즈니스 상담회	- 비즈니스 상담 92건 - 현지 홍보 15건
말레이시아	한-말레이시아 보건의료 로드쇼	- 비즈니스 상담 63건 - 현지 홍보 2건
인도네시아	인도네시아 보건의료 사절단	- 비즈니스 상담 106건 - 국내 언론 홍보 16건 - 계약추진 59건
투르크메니스탄	한-투르크 보건의료 분야 교류회	- 비즈니스 상담 50건 - 현지 언론 홍보 7건 - 주재국 국영/민간 병원 협력 12건
사우디아라비아	한-사우디 헬스케어 비즈니스 로드쇼	- 비즈니스 상담 128건 - 계약추진 4건
우즈베키스탄	2019 Medical Korea in Uzbekistan	- 비즈니스 상담 78건 - 수출 관련 MOU 2건 - 현지 홍보 15건
남아프리카공화국	2019 남아공 보건의료시장 진출사업	- 비즈니스 상담 27건 - 바이어 유치 23개사
중국 (광저우)	Medical Korea in China(Guangzhou-Sanya)	- 비즈니스 상담 155건 - 계약추진 총 44건 - 한-중 의료관광 활성화 관련 MOU 2건
중국 (칭다오)	한-산동성 보건의료협력 교류회	- 비즈니스 상담 179건 - 한중 기업 간 MOU 2건 - 현지 언론게재 14건
미국	보건산업체 미국 진출 지원 행사 개최 및 네트워크 강화	- 한국 대상 세미나 개최 3건 - 언론홍보 6건(한국, 미국현지 등)

4. ICT 기반 의료 해외 진출

우리의 발전된 보건의료시스템을 바탕으로 ICT(정보통신기술) 기반 의료시스템 시장의 확대를 위한 발판을 마련하고, ICT 기반 헬스케어 글로벌 시장을 선점하는 것도 중요하다.

의료 ICT 분야에서 민간기관의 해외협력사업이 지속적으로 증가 및 확대됨에 따라 의료 IT 분야에서 적극적인 해외 진출 지원이 필요하다. 이에 따라 2016년부터 성장 가능성이 높은 시장을 대상으로 해외 협력사업을 수행하여 우호적 인프라를 조성하고 국내 의료기관과 관련 기업의 해외 진출을 지원하기 위해 ICT 기반 의료시스템 진출 시범사업을 실시하고 있다. 2019년 인도네시아 AI기반 영상분석 시스템 등 싱가포르, 페루, 수리남·이탈리아 현지 수요에 부합하는 시스템을 구축하여 서비스를 제공하고, 베트남, 중국 등을 대상으로 한 진출 모델의 사전 타당성 조사 연구를 지원하였다.

또한, 한국의 디지털헬스케어의 우수성 등 인지도를 제고하고 국내 관련 기업의 글로벌 시장 진입을 확대하기 위하여 유럽 등 시장 대상으로 하는 의료정보분야 국제 전시회인 2019 HIMSS Europe에 한국관을 개설, 한국의 병원정보시스템 등 우수한 의료IT를 선보였다(19.6.). 국내 우수 의료IT 기업과 국외 바이어간 비즈니스 상담회 등을 위한 「디지털헬스케어 로드쇼」를 개최(UAE-호주 멜버른, 19.10.)하였고, 이를 통해 국내업체와 현지 업체간 MOU를 체결하는 등의 성과가 있었다.

한편, 정부간 ICT분야 협력 활동도 지속하였는데, 특히, 우즈베키스탄과 협력하여 ‘한-우즈베키스탄 eHealth 행동계획(“Smart Healthcare”)’을 체결하고 한-우즈베크 디지털헬스케어 협력 포럼을 개최하였다(19.9)

의료IT업체, 의료기관 등 민간 부문 해외진출 지원과 더불어 정부간 협력을 통해 한국의 보건의료제도와 정책 및 의료IT기술의 우수성을 전파하고, 급성장하고 있는 글로벌 디지털헬스케어 시장에서 국내 관련 산업 해외진출의 기반을 확대할 것으로 기대된다.

5. 제약산업 해외 진출 확대

제약산업은 글로벌 시장 규모가 큰 고부가가치 산업으로 한국 제약산업이 발전해 나가기 위해서는 해외 시장 개척이 중요하다. 이에 따라 정부는 신흥국을 중심으로 정부 간 협력을 통해 보건의료협력 양해각서를 체결하고, 한국 의약품 인허가 간소화 추진 등 해외 진출 기반을 지속적으로 마련하고 있다.

2013년 이후 매년 중남미 민관 합동 보건의료협력사절단 파견, 케이파마 아카데미(K-Pharma Academy) 개최를 통해 중남미 정부와의 협력사업을 지속적으로 추진하였고, 이러한 정부의 노력은 한국의약품 인허가 간소화라는 결실을 맺었다. 에콰도르 보건부는 우리 의약품에 대해 자동승인인정제도(Homologation)를 도입(14. 3.)하였고, 페루는 한국을 위생선진국(Countries of High Surveillance)으로 등재(15. 4.)하여 기존 1~2년이 소요되던 의약품 인허가 기간을 45~90일 정도로 크게 단축하여 국내 제약기업의 중남미 진출에 실질적인 도움을 주었다. 또한, 2016년 4월에는 한국과 멕시코 간 의약품제조품질관리(GMP) 양해각서를 체결함으로써 양국 간 의약품 실사면제기간이 5년으로 확대되었고, 2017년에는 보건부 간 면담을 통해 아르헨티나 의약품 등록 간소화 제도 적용에 대한 합의를 도출하는 성과를 이루었다. 특히, 2019년에는 ‘2019 한-아세안 특별정상회의 및 제1차 한-메콩 정상회의(11.25.~27., 부산)’ 개최를 계기로 아세안 국가들 중 우리나라 제약기업들의 주요 관심 시장인 말레이시아, 인도네시아 등 4개 국가 보건의료 관계자들을 초청하여 한국의 제약산업을 소개하고 국가 간 협력의 발판을 마련하였다.

2019년에는 유라시아 4개국(체코, 폴란드, 러시아, 우크라이나)에 민관 합동 보건의료협력사절단을 파견(19. 5.)하여 현지 진출설명회·기업상담회 및 비즈니스 포럼, 정부간 면담 등의 활동으로 한국 제약산업의 우수성을 소개하고 협력 방안을 모색하였다. 특히, 사절단에 함께 했던 원광학원은 우크라이나 김메디컬社 및 국영금융공사와 업무협력 MOU를 체결하였으며, Be&Bi Tech社는 러시아 Oberon MK社와 공급계약을 체결하였고, 양국 제약협회 간 업무협력 MOU를 체결하는 등 성과가 있었다.

이와 같이 신흥국으로의 지속적인 사절단 파견을 통해 국내 제약기업들의 해외 파트너사 발굴 및 마케팅을 지원하고 있다.

또한, 해외의 우수한 제약전문가를 국내에 초빙하여 해외 진출을 희망하는 기업들에게 무료 컨설팅을 지속적으로 지원하고 있으며, 세계 글로벌제약전문가(GPKOL) 245명의 네트워크를 구축하여 온라인 자문을 제공하고 있다. 6명의 해외제약전문가들은 2019년 씨엘팜의 ODF 제품의 중국 수출계약 등 8건, 약 350억 원의 수출계약을 지원하고 터키와 이란의 GMP 인증 2건 획득의 성과도 거두었다.

한편, 우수한 기술을 보유한 우리 제약기업들을 대상으로 현장 중심형 해외 진출 지원을 위해 신풍제약 등 6개사 제약기업이 필요로 하는 분야에 대한 글로벌 전문 컨설팅 등을 직접 지원하고, 국가별 해외 의약품 인허가정책 및 맞춤형 시장 정보를 제공하여 기업의 든든한 후원자 역할을 하고 있다. 그리고 적극적인 글로벌 시장 공략을 위하여 한림제약 등 11개사가 수출품목 생산기반 선진화, 현지법인 설립의 지원을 통하여 수출전략국의 기준에 맞춘 자격을 획득하고 현지화 전략을 통한 효율적인 신흥국 진출의 발판을 마련하였다. 이러한 정부의 지속적인 지원 속에 글로벌 컨설팅 및 현지화 사업을 수행한 인벤티지랩과 코아시스템은 탈모치료제와 루게릭치료제에 대해 미국 FDA pre-IND 미팅을 완료하였으며, SK 플라스마는 브라질 보건부 입찰에 참여하여 240억 원을 수주하고, 우신라보타치는 슬로베니아 현지 식약처 실사 완료 후 EU GMP 인증이 예정되는 등 성과를 창출하였다.

글로벌 시장 진출을 위한 우리 의료기관의 노력과 이를 뒷받침하는 정부 지원 등으로 대한민국의 의료 브랜드가 글로벌 헬스케어 시장에서 점차 주목을 얻고 있다. 세계 곳곳에서 수많은 우리 의료 기관들이 활약하고 있으며, 연간 30만 명 이상의 외국인환자들이 한국을 방문하여 우리 의료서비스를 이용하고 있다. 그러나 글로벌 헬스케어 선진국으로 도약하기 위해서는 이러한 양적 성장과 함께 글로벌 의료서비스의 질적 성장이 필요하다. 대표적인 글로벌 마켓인 중동에서 한국 의료의 위치는 미국, 독일 등 의료 선진국들을 따라잡기에는 아직 부족하다는 평을 받고 있고, 중국이나 타이 등 아시아 국가들도 나날이 발전해 미래에는 우리와 경쟁 우위를 가리기 어려울지도 모른다. 따라서 향후 5년 간은 의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원 종합 계획을 성실히 이행하는 등의 방법으로 한국의료의 글로벌 서비스에 대한 전반적인 질적 수준을 높여 나갈 시기이다.

향후에는 우리 의료기관의 해외 진출을 보다 대형화하여 글로벌 경쟁력을 키울 수 있도록 하여야 한다. 우리 기업과 의료기관이 해외의 보건의료 관련 대형 프로젝트를 수주하기 위해 전문 국제 입찰팀과 의료, 건설, 금융 등 분야별 전문가 등이 참여하는 해외 진출 종합플랫폼을 구축하는 등 정부 차원의 관련 인프라 강화가 필요하다.

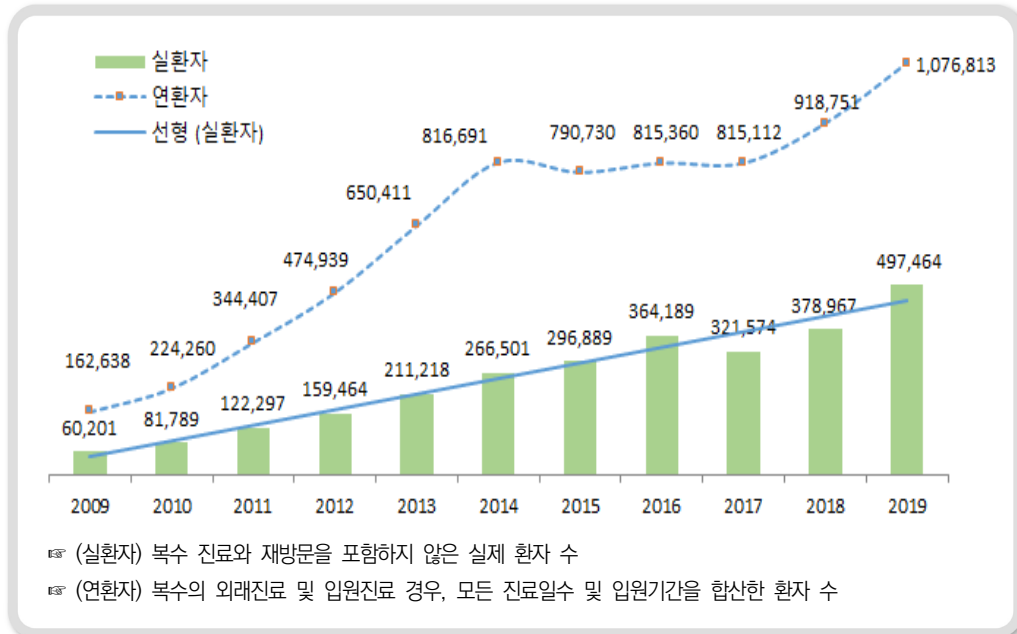
Ⅲ 외국인환자 유치

1. 유치 성과

2009년 외국인환자의 유치 및 알선이 허용된 이후 한국을 찾은 외국인환자 수가 2009년 60,201명에서 2019년에는 497,464명을 기록하여, 10년간 누적 276만 명을 달성하였다.

2019년 기준, 국적별로는 중국 환자가 162,868명으로 전체 32.7%의 비율로 가장 많으며, 일본, 미국, 러시아, 몽골, 베트남 순으로 나타나고 있다. 2009년 이후 연평균 증가율은 23.5%로, 아랍에미리트가 73.0%, 태국 59.5%, 카자흐스탄 59.2%, 베트남 46.7%, 우즈베키스탄 43.5% 순으로 높다.

[그림 2-9-15] 유치 외국인 환자 수



외국인환자 유치는 관련 산업으로의 파급 효과가 커서 의료통역사, 코디네이터 등 다양한 일자리를 창출하고 있는 것으로 평가된다. 또한 한국보건산업진흥원이 2013년부터 매해 시행하고 있는 외국인환자의 한국의료 만족도 조사 결과에 따르면 총점이 2013년 88.3점 → 2014년 90.1점 → 2016년 90.2점 → 2018년 90.5 → 2019년 91점으로 한국 의료서비스 만족도가 전반적으로 상승하는 등 외국인환자의 유치 환경도 지속적으로 개선되고 있다.

2009년 외국인환자 유치 허용 이후, 의료기관과 유치업자의 등록제도를 시행하였으며, 외국인 환자 유치 시장이 커지면서 등록 유치기관 숫자도 2009년 당시 의료기관 1,453개소, 유치업자 94개소에서 2019년 의료기관 2,049개소, 유치업자 1,518개소로 증가하였다.

[표 2-9-18] 등록 유치기관 추이

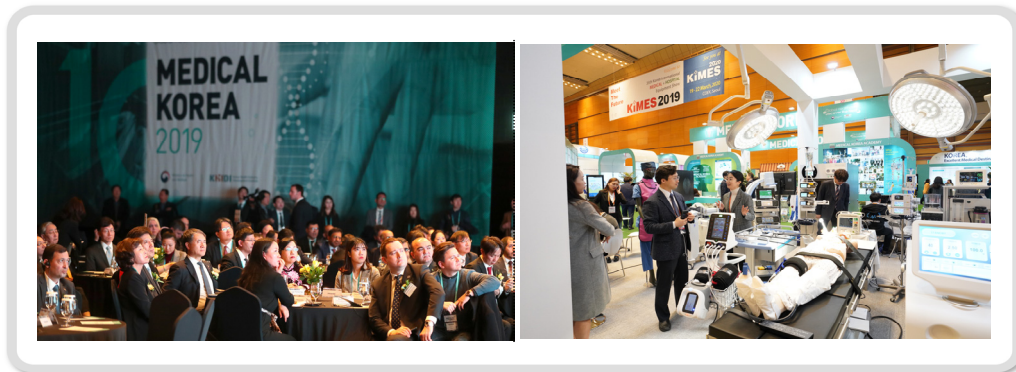
연 도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
의료기관(개소)	1,814	2,091	2,530	2,497	2,688	2,813	3,115	1,664	1,958	2,049
유치업자(개소)	186	324	567	817	1,181	1,432	1,882	1,345	1,572	1,518

2. 지원 사업

가. 메디컬 코리아 컨퍼런스 개최

올해 10회째로 개최된 「메디컬코리아 컨퍼런스」는 국제 보건의료시장 변화, 외국인환자 유치, 디지털 헬스케어 등 6개 분야 10개 세션으로 구성되어 국내외 60여 명의 전문가가 발표자로 참여하였다. 올해는 베트남·몽골(보건부장관), 우즈베크·투르크메니스탄·타지키스탄(보건부 차관), 카타르(軍의무사령관), 중국(국가위건위 국장), 이란(감독승인국장)의 보건의료 대표단이 참석하여 정부 간 면담을 통해 한국 의료 진출 및 환자 유치 분야 협력 방안에 대해 의견을 교환하였다. 특히, 올해 메디컬 코리아 행사는 치과, 갑상선내분비외과, 정형외과, 한의학 등 전문의학 분야 4개 세션에서는 전문의학회가 참여하여 몽골, 유라시아 등 국가들과의 학술 교류, 협력, 발전방향 등을 논의하였다. 그 외에도 9개국 23개의 해외 바이어가 참가하는 비즈니스 미팅에서는 144건의 미팅이 진행되었으며, 한국 병원&관광체험행사에도 16개국 75명이 참여하여 국내 25개 의료기관을 방문하였다. 또한 개막식장 앞에서는 지난 10년간 국제의료 성과를 전시한 메디컬코리아 10주년 기념 홍보관을 운영하였으며, KIMES 內 한국 수술용 의료기기 통합전시관 20개 기업참여 한 홍보관을 운영하여 250여건의 상담이 진행되었다.

[그림 2-9-16] 메디컬 코리아 컨퍼런스 행사



나. 나눔의료 지원

2011년부터 한국의료에 대한 글로벌 브랜드 이미지 구축과 의료기술 우수성 홍보를 위하여 해외 저소득층 환자를 초청하여 치료하는 나눔의료사업을 시작하였다. 몽골, 베트남, 캄보디아, 중국, 카자흐스탄, 필리핀, 러시아, 우즈베키스탄, 라오스, 말레이시아 등 2019년까지 26개국 총 404명의 환자를 치료하였다. 2016년부터는 한국의료 인지도 제고와 홍보를 위해 환자와 함께 현지 언론사를 동반 초청하여 나눔의료 사례를 해외 현지국에 보도하였다.

[표 2-9-19] 국가별 나눔의료 참여 현황(2011년~2019년)

(단위 : 명)

국가별(26개국)	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	합계
몽골	3	7	19	16	38	7	7	9	3	109
캄보디아	7	10	12	5	-	-	-	-	3	37
베트남	6	14	6	2	3	1	2	1	2	37
중국	6	8	1	7	2	2	3	1	-	30
필리핀	-	2	9	6	4	1	1	1	-	24
러시아	3	1	6	3	3	3	2	2	4	27
우즈베키스탄	-	4	2	5	5	2	-	2	8	28
카자흐스탄	2	2	4	3	3	3	5	4	2	28
라오스	-	-	2	6	1	4	-	-	-	13
말레이시아	1	9	-	2	-	-	1	-	-	13
인도네시아	2	1	3	2	3	-	-	-	-	11

국가별(26개국)	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	합계
미얀마	-	2	1	3	3	-	1	1	-	11
방글라데시	-	1	1	2	1	-	-	-	-	5
키르기스스탄	-	2	2	-	1	-	1	-	1	7
네팔	-	1	-	4	-	-	-	-	-	5
우크라이나	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2
페루	-	1	-	-	-	1	-	-	-	2
몰도바	-	-	1	-	1	-	1	-	-	3
타지키스탄	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
이라크	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2
태국	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2
이집트	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
우간다	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
스리랑카	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
알제리	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
아이티	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
합계	32	67	71	70	70	25	25	21	23	404

다. 지역특화의료기술육성사업

전체 외국인환자의 약 80% 내외가 수도권(서울, 경기, 인천) 의료기관을 방문하면서 외국인 환자의 수도권 집중 현상 해결이 중요한 과제가 되었다. 이를 위해 2010년부터 지역의 특화 의료기술을 발굴하여 외국인환자 유치 지역을 다변화하려는 노력으로 지역선도의료기술육성 사업을 시행하였다. 지방자치단체-의료기관-유치업체가 컨소시엄을구성하도록 하여 지역선도 의료기술을 기반으로 한 유치모델 개발, 유치 인프라 확충, 홍보·마케팅 분야를 지원하였다. 지자체는 성형, 척추관절, 불임, 건강검진, 호흡기질환 등 특화 의료기술과 지역의 관광문화 자원을 연계하여 외국인환자 유치에 힘썼고, 이를 통해 외국인환자유치에 있어 비수도권의 비중이 2009년 12.2%에서 2019년 19.9%로 차츰 개선되는 추세를 보이고 있다.

[표 2-9-20] 수도권 외국인환자 유치 비중(%)

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
78.5	81.0	78.4	80.3	79.7	80.3	78.2	79.8	81.7	80.1

|표 2-9-21| 연도별 선정 지역 및 지원금액

(단위: 억 원)

시·도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	합계(회)	금액
서울	5	0	1.5	1	1	0	0	1	1	1	7	11.5
부산	15	0	0	1	1	1.5	1.5	0.75	2.5	0.3	8	23.55
대구	15	1.5	1.5	1.5	1.5	1	1.5	0.5	0	0.5	9	24.5
인천	0	0	2	1.5	1.5	0	0	0	2.2	1.75	5	8.95
광주	0	0	0	0	1.5	1.5	1	0.5	1	0.25	6	5.75
대전	0	1.5	1.5	1.5	0	1.5	1.5	0.5	0	1.15	7	9.15
울산	0	0	0	0	0	0	0	0	0.62		1	0.62
경기	0	2	0	0	0	0	0	0.5	0	0.4	3	2.9
강원	0	0	0	0	0	0	0	1.5	0		1	1.5
충북	0	0	0	0	1	0	1.5	1	0	0.75	4	4.25
충남	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0.68	4	3.68
전북	4	1.5	0	1	0	1.5	0	0.75	0	0.82	6	9.57
전남	7	1.5	2	1	0	1	1	0	0	1.1	7	14.6
경북	0	0	0	0	1	1	1	0.25	1.68	0.2	6	5.13
경남	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0.25	2	1.25
제주	0	2	1.5	1.5	1.5	0	1	0.75	0	0.85	7	9.1
합계	46	10	10	10	10	10	10	10	10	10	총 83회, 136억	

3. 외국인환자 편의 제공 및 유치 시장 건전화

한국에서 치료받는 외국인환자의 편의 증진을 위하여 2016년 2월에 메디컬코리아지원센터를 명동에 개소하였다. 지원센터는 영어, 중국어, 일본어, 러시아어, 아랍어 등 다국어 상담을 제공하며, 의료통역 연계, 의료분쟁 조정, 메디컬비자 발급 안내, 미용성형 의료용역 부가가치세 환급안내 등 원스톱 서비스를 제공하고 있다. 2018년 12월에는 외국인 관광객이 한국에 도착하는 순간부터 의료서비스 및 의료관광에 쉽게 접근할 수 있도록 인천공항 제1터미널에 메디컬코리아 의료관광 안내센터(Medical Tourism Support Center)를 설치하고, 외국인 관광객에게 한국 의료이용관광안내에 대한 전문적인 상담 서비스를 제공하고 있다.

한편, 외국인환자가 안심하고 한국을 방문할 수 있도록 불법브로커 단속 등 시장 건전화를 위해 노력하고 있다. 이를 위해 보건복지부와 경찰청 간의 협력 MOU를 체결('16. 4.)하였고 경찰청, 지방자치단체, 심사평가원, 건강보험공단, 보건산업진흥원 등 관계기관 합동 단속팀을 구성하여 불법브로커 단속을 실시하였으며, 경찰청과 신속 수사 개시를 위한 업무역할 정립 및 체계 마련('18. 7.)함으로써 외국인환자 유치 시장을 건전화하고 외국인환자의 신뢰도를 높이고 있다.

또한, 2016년 4월부터는 기획재정부와 협의하여 외국인환자에 대한 미용성형 부가가치세 환급제를 시행하고 있으며, 2019년 12월 말 기준 총 30만 건에 대하여 약 514억 원을 환급하였다. 미용성형 진료비와 유치 수수료가 투명하게 공개되도록 하여 과도한 수수료 청구를 방지하고, 이를 통해 외국인환자의 한국 의료시장에 대한 신뢰도를 제고하여 유치 활성화로 이어지도록 하고 있다.

4. 외국인환자 유치 의료기관 평가지정제도

외국인환자 유치 의료기관 평가 및 지정은 「의료해외진출법」에 따라 외국인환자 유치 실적, 진료 과목, 전문 인력 보유 현황 및 국내 의료서비스 발전 기여도 등을 평가하고, 일정 기준을 충족한 외국인환자 유치 의료기관을 선별적으로 지정하는 제도이다. 2016년에 「외국인환자 유치의료기관 평가 및 지정에 관한 고시」를 제정하고 평가 체계 및 세부 항목 등 제도적 토대를 마련하였다. 이후 2017년부터 1주기(2017년~2018년) 평가지정제도를 본격적으로 시행하였으며, 2019년 2주기(2019년~2020년) 평가기준을 개선하였고, 2019년 12월 현재 5개 병의원을 선정하였다.

외국인환자 유치 지정 의료기관으로 지정되면 보건복지부 지정 마크를 부여하여 외국인환자들이 신뢰할 수 있는 의료기관으로 식별할 수 있게 하고, 의료관광 통합 홈페이지(www.visitmedicalkorea.com), 홍보 소책자 제작, 해외의료 홍보회 및 설명회 등 온·오프라인을 통한 다양한 홍보 기회를 제공할 계획이다.

평가지정제도를 통해 의료기관의 서비스 질과 환자 안전성을 평가하여 우수성을 드러낼 수 있는 기반을 제공함으로써 한국의료의 글로벌 경쟁력을 향상시킬 뿐 아니라, 외국인환자에게 믿고 이용할 수 있는 지정 의료기관 정보를 제공할 수 있게 되어 한국의료 신뢰도 제고에 크게 기여할 것으로 기대된다.

[그림 2-9-17] 외국인환자 유치 지정 의료기관 마크



5. 글로벌 헬스케어 전문 인력 양성

의료 해외 진출 및 외국인환자 유치 시장이 성장하는 가운데 글로벌 헬스케어 산업의 지속 가능한 발전을 위하여 전문 인력의 양성과 적정 공급이 중요해졌다. 이에 따라 「의료 해외 진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」 제13조에 해외 진출 및 외국인환자 유치 지원을 위하여 필요한 전문 인력 양성, 의료통역능력 검정, 양성기관 지정 등을 규정하고 ‘한국보건복지 인력개발원’을 전문 인력 양성기관으로 지정(16. 8.)하였다. 이에 따라 프리랜서, 비재직자, 대학병원 재직자 등을 대상으로 외국인환자 유치 및 의료 해외진출 시 가장 필요한 전문 인력인 의료통역, 의료코디네이터, 국제 역량 강화를 위한 의료인력 분야 전문교육, 교육수료생 보수 교육 등 2019년 12월 말 기준 총 59개 과정 6,164명을 교육하여 전문 인력의 글로벌 헬스케어 산업 활용도 및 유입률을 제고하였다.

2016년 12월부터는 의료인과 환자 간의 진료에 대한 전문 의료통역을 제공할 수 있도록 영어, 중국어, 일본어, 러시아어, 아랍어, 몽골어 부문의 의료통역능력검정시험을 실시하고 있다. 대한민국을 방문하는 외국인환자의 진료 안전성과 편의성을 제고하고, 외국인환자 유치 활성화에 기여할 것으로 기대된다.

아울러, 교육 과정 이수생, 의료통역능력검정 합격자 및 보건산업 분야 전문 인력은 ‘보건산업 인력 통합 플랫폼 시스템’에 등록하여 온라인 및 오프라인 취업 지원 상담, 전문 인력 취업 연계 지원 등을 통한 사후관리서비스를 받게 된다.

[표 2-9-22] 의료통역능력 검정시험 합격자 현황

(단위 : 명)

구 분	계	영어	중국어	일본어	러시아어	아랍어	몽골어
2016	50	16	12	12	7	3	-
2017	59	21	12	13	5	7	1
2018	47	19	8	8	6	1	5
2019	41	18	11	6	5	1	-

6. 외국의료인 연수 활성화

외국의료인 국내 연수도 눈에 띄게 증가하고 있다. 우리 의료기관의 해외 진출 기반 마련 및 외국인환자 유치를 위해 몽골·러시아의 의료인들을 대상으로 우수한 한국 의료기술을 경험할 수 있는 연수 프로그램(한-몽 서울프로젝트, 한-러 프로젝트)을 운영하였다. 현재까지 동 프로그램을 통해 몽골 의료인 173명, 러시아 의료인 82명이 연수를 받았다. 이를 통해 양국 의료인들의 교류를 활성화하고 상호 네트워크를 강화하였으며 러시아, 몽골환자의 우리나라 방문에도 좋은 영향을 미치고 있다.

[표 2-9-23] 러시아, 몽골환자 유치 현황

(단위 : 명)

구 분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
러시아	24,026	31,829	20,856	25,533	24,859	27,185	29,897
몽골	12,034	12,803	12,522	14,798	13,872	14,042	17,918

2007년부터 운영한 메디컬코리아 아카데미를 통해 카자흐스탄, 중국, 베트남 등 33개국 448명(19. 12. 기준)의 의사연수가 이루어졌고, 2014년부터는 사우디아라비아 의사들이 우리나라에서 유료로 의료연수를 받기 시작해 2019년까지 의사와 치과의사 215명이 연수 수료 및 연수 중이다. 아울러, 2018년 5월에는 사우디 의료인의 한국연수 관리를 효율적으로 추진하고 연수 의료기관을 확대하는 내용을 담은 파트너십(보건복지부-사우디 교육부(주한사우디문화원)-한국보건산업진흥원)을 체결하였다. 또한, 2019년에는 바레인과 오만 의사도 첫 연수를 시작하였다. 한국의료를 경험한 연수 의료인들은 귀국해서도 동문회 등 네트워크를 형성하여 한국의료 우수성을 홍보하는 등 현지에서 구심점 역할을 할 것으로 기대된다.

[표 2-9-24] 외국의료인 연수 현황

연수 사업	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
중동 의료인 연수	16명	46명	49명	69명	102명	116명
한-몽 서울프로젝트	몽골 (26명)	몽골 (23명)	몽골 (18명)	몽골 (18명)	몽골 (20명)	몽골 (20명)
한-러 보건의료협력 연수	러시아 (15명)	러시아 (15명)	러시아 (9명)	러시아 (11명)	러시아 (14명)	러시아 (12명)
메디컬 코리아 아카데미	중국, 네팔, 카자흐스탄, 러시아, 필리핀 인도네시아, 모로코, 이집트, 우크라이나, 키르기스스탄 (10개국 41명)	중국, 카자흐스탄, 러시아, 인도네시아, 우크라이나, 인도, 미얀마, 말레이시아, 페루 (9개국 40명)	러시아, 카자흐스탄, 칠레, 베트남, 중국, 우즈베키스탄, 인도네시아, 벨라루스 (8개국 34명)	중국, 베트남, 캄보디아, 라오스, 카자흐스탄, 키르기스스탄, 필리핀, 인도네시아, 말레이시아, 미얀마, 브라질, 스페인, 태국 (13개국 38명)	중국, 베트남, 우즈베키스탄, 카자흐스탄, 키르기스스탄, 투르크메니스탄, 인도네시아, 캄보디아, 인도, 말레이시아, 미얀마, 나이지리아, 크로아티아 (13개국 33명)	중국, 베트남, 우즈베키스탄, 카자흐스탄, 투르크메니스탄, 인도네시아, 미얀마, 필리핀, 아르메니아 (9개국 50명)

미국이나 유럽 국가와 비교할 때 비교적 생소한 대한민국의 의료서비스를 받고자 찾는 외국인 환자가 매년 늘고 있는 것은 반가운 소식이다. 2018년 기준 38만 명의 외국인환자가 대한민국을 방문하는 등 우리나라도 이제 명실공히 의료관광 국가 중의 하나로 평가받고 있다. 더 나아가 우리나라가 국제 의료 강국이 되기 위해서는 외국인환자가 편안하고 안전한 의료 서비스를 제공받고 돌아갔다가, 재방문할 수 있도록 신뢰받는 서비스 구축을 위한 체계적인 노력이 필요하다.

외국인환자 유치 의료기관 평가·지정제도를 잘 이행하여 외국인환자의 우수한 의료기관 선택을 돕고 의료기관의 서비스 질을 높일 필요가 있다. 또한 국가별, 성별, 목적별로 환자 유치 경로를 분석하고 관광, 쇼핑, MICE(Meeting, Incentive travel, Convention, Exhibition) 등과 연계한 융·복합 의료상품 개발 등을 통해 외국인환자 유치활성화에 노력해야 한다. 이 밖에 외국인환자 유치 의료기관의 배상책임보험 가입, 진료비, 진료 내용 등 사전 고지, 과도한 수수료 금지 등 지속적인 관리를 통해 한국의료의 신뢰도를 높여야 한다.

CHAPTER

10

한의학정책

제1절 한의학정책의 비전

제2절 한의학정책

제3절 한의학산업정책

제10장 한의약정책

제1절 한의약정책의 비전

우리나라의 국제 경쟁력 강화를 위해서는 국가전략산업 육성이 무엇보다 중요하다. 특히, 21세기에는 보건의료와 같은 서비스산업의 국가 경쟁력이 국가 발전의 중요한 변수로 작용할 전망이다. 삶의 질이 강조되고 생명 연장과 건강 증진에 따른 의미 있는 삶의 추구가 중요시되면서 보건의료서비스 시장의 수요가 급성장하고 있기 때문이다.

산업화와 경제 발전 과정에서 평균 수명이 연장되고 고령화가 급속하게 진행되면서 만성·퇴행성질환이 차지하는 비중이 크게 증가하고 있다. 또한, 건강이 ‘병이 없는’ 소극적 상태보다는 ‘웰빙(Well-being)’의 적극적인 상태의 의미로 받아들여져 질병 예방과 건강 관리에 대한 관심이 증가하는 추세이다. 이에 따라 선진국에서는 기존 의학을 보완·대체하기 위해 전통의학에 깊은 관심을 보이고 있으며, 세계보건기구(WHO)에서도 각국으로 하여금 전통 의학을 육성·발전시켜 국민 보건의료에 기여할 수 있도록 권고하고 있다.

전 세계적으로 전통의학에 대한 연구개발과 육성정책을 활성화하는 상황에서, 한의약이 공식적으로 현대 보건의료 체계에 포함되어 있는 우리나라는 전통의학 관련 분야에서 유리한 환경에 있다. 이에 따라 정부는 한의약을 통한 국민 건강 향상 및 국가 경쟁력 제고를 한의약정책의 비전으로 삼고, 비교 우위가 있는 한의약을 한 차원 높은 수준으로 연구·발전시키기 위해 체계적인 국가 전략을 수립하여 시행하고 있다.

제2절 한의약정책

I 개요

1951년 한의사제도가 정식으로 도입된 이후 현재까지 우리나라 보건의료 체계는 의료와 한방의료로 이원화되어 구성·운영되어 왔다. 정부 내에서 한의약정책이 체계적으로 추진되기 시작한 것은 1993년 6월로, 의정국에 한시직제로 한방의료를 전담하는 한방의료담당관실이 설치되었으며 1995년에 정규직제가 되었다. 2008년 2월에는 한의약정책관 내에 한의약정책과와 한의약산업과 2개과로 개편되어 한방의료 분야뿐만 아니라 한약, 의료기기산업까지 정책을 확대 추진할 수 있는 계기를 마련하였다.

한의약정책은 크게 한의약의 과학화·표준화와 한의약의 접근성 확대, 한의약산업 육성, 인프라 구축 및 국가 경쟁력 제고의 4가지 분야에서 추진되고 있다.

전통 유산으로서의 한의약에서 한 단계 나아가 현대 치료 기술로서 한의약의 위상을 제고하기 위해 한의약의 효과성, 안전성에 대한 근거 마련 및 치료와 그 외에도 한약(제제) 조제(제조) 방법의 표준화를 위한 연구개발을 지속 추진하고 있다. 이렇게 과학화·표준화된 한의약서비스를 국민들이 친숙하게 이용할 수 있도록 건강보험 보장성을 강화하고, 한의약 공공보건서비스를 확대하기 위해 노력 중이다.

한편, 한의약 기술 혁신을 통해 한의약 관련 산업을 육성하여 국내 경제 활성화에 기여할 뿐만 아니라, 국제 전통의약 시장에서도 동아시아 전통의약 강국으로서의 경쟁력을 확보하고, 전 세계에 한의약을 알리기 위한 노력도 지속하고 있다.

Ⅱ 한의약 육성 추진

1. 한의약육성법

고령사회 진입과 더불어 질병 구조의 변화로 세계보건기구는 전통의약을 활용하여 각 국의 실정에 맞는 건강증진 방법을 개발할 것을 권장(1978년)하는 등 세계적으로 전통의약에 대한 관심이 증가하면서 우리 정부도 전통의약 육성의 필요성을 인식하여 2003년 8월 「한의약 육성법」을 제정하였다(’04. 8. 시행).

이로써 한의약의 기술 발전을 위한 종합적인 시책과 보건의료 산업화를 통한 국제 경쟁력 제고 및 한의약 관련 산업의 기반을 조성할 수 있는 독자적인 법체계가 갖추어지게 되었고, 한방의료의 선진화, 한약 관리의 강화, 한의약의 산업화, 한의약 R&D의 혁신을 이룰 수 있는 큰 틀이 아래와 같이 마련되었다.

- 국가는 한의약 기술의 발전을 위한 종합적인 시책을 세우고 추진하도록 함(제3조)
- 보건복지부장관은 한의약육성발전심의위원회의 심의를 거쳐 한의약의 육성 발전 등에 관한 종합 계획을 5년마다 수립하도록 함(제6조)
- 국가 및 지방자치단체는 한의약 기술 및 제품의 보건의료 산업화와 국제 경쟁력을 강화하기 위하여 지원 시책을 강구하도록 함(제10조)
- 국가와 지방자치단체는 한방산업의 기반 조성을 위하여 필요한 시책을 강구하도록 함(제12조)
- 보건복지부장관은 한약의 적정한 품질 관리를 위하여 필요한 경우 우수한 한약관리기준을 마련하여 이를 시행할 수 있도록 함(제14조)

「한의약육성법」은 한의약의 발전을 위한 필수적인 토대를 규정하였으며, 동 법에 근거하여 5년간의 한의약 육성·발전을 위한 종합 계획을 수립함으로써 한의약 발전의 새로운 전기가 마련되었다. 또한, 2011년 7월 14일 「한의약육성법」 개정을 통해 ‘한의약’의 정의를 한의학을 기초로 한 한방의료 행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료 행위 및 한약사로 정의함에 따라 한의약이 현대적으로 발전할 수 있는 법적 기반이 마련되었다.

2. 한의약육성발전종합계획

국가 차원의 장기적·종합적인 전통의약 육성 대책의 필요성을 인식하여 정부는 ‘한의약 육성법’에 따라 5년마다 한의약육성발전종합계획을 수립하여 시행해 오고 있다. 2006년 1차 종합계획 수립을 시작으로 3차까지 수립된 한의약육성발전종합계획은 ‘한의약을 통한 국민 건강 증진 및 경쟁력 제고’라는 비전을 위해 장기적으로 일관된 목표를 설정하여 추진해 오고 있다. 다만, 1차 종합계획은 기반 조성 및 추진 체계 확보에, 2차 종합계획은 관련 시스템 및 절차 구축에 중점을 두었다면, 3차 계획은 한의진료·한약(재)·국제 분류 체계 등 전 분야의 과학화·표준화를 통한 근거 중심 한의약정책을 추진 중이다.

제3차 한의약육성발전종합계획은 보건복지부뿐만 아니라 식약처, 농림축산식품부 등 관계 부처 및 관련 산·학·연의 자문 및 회의를 통해서 추진되었다. 2015년 4월, 50여 명의 범 한의약계 관계자가 모인 자문위원회가 구성되었으며, 10월까지 6개월에 걸쳐 비전과 목표 및 세부 계획을 수립하였다. 2015년 12월 공청회를 거쳐 2016년 1월 한의약육성발전심의회 회의 심의·의결을 통해 계획이 최종 확정되었다.

제3차 종합계획의 비전을 한의약을 통한 국민 건강 향상 및 국가 경쟁력 제고로 설정하고, 동 비전 달성을 위해 ① 한의표준임상진료지침 개발·보급을 통한 근거 강화 및 신뢰도 제고, ② 보장성 강화 및 공공의료 확대를 통한 한의약 접근성 제고, ③ 기술 혁신과 융합을 통한 한의약 산업 육성, ④ 선진 인프라 구축 및 국제 경쟁력 강화 등 4대 주요 목표를 설정하고, 9개의 추진 과제를 마련하였다.

2020년에는 제3차 종합계획 종료가 임박함에 따라, 지난 계획의 성과를 분석하고 미래 보건 의료 환경의 변화를 고려하여, 제4차 한의약육성발전종합계획이 수립될 예정이다.

[표 2-10-1] 제3차 종합계획 목표별 추진 과제

I. 한의표준임상진료지침 개발·보급을 통한 근거 강화 및 신뢰도 제고	II. 보장성 강화 및 공공의료 확대를 통한 한의약 접근성 제고	III. 기술 혁신과 융합을 통한 한의약산업 육성	IV. 선진 인프라 구축 및 국제 경쟁력 강화
1. 한의표준임상진료지침 개발 2. 한의표준임상진료지침 보급·확산	3. 한의약 보장성 강화 4. 한의약 공공보건의료 강화	5. 한약(재) 품질 관리 및 유통 체계 강화 6. 한의약 상품 지원 7. 한의약 R&D 지원	8. 한의약 발전 인프라 마련 9. 한의약 국제 경쟁력 강화

※ 출처 : 제3차 한의약육성발전종합계획(2016-2020)

Ⅲ 한의약 자원 및 제도

1. 한의약 인력 현황

2019년 말 현재 한의사는 25,524명이고 한의과대학(한의학전문대학원 포함)은 전국에 12개가 설치되어 있으며, 입학 정원은 750명이다. 또한, 한약사는 현재 3개 대학에 입학 정원이 120명이며, 2019년 말 기준으로 2,649명이 배출되었다.

[표 2-10-2] 한의약 관련 인력 현황

(‘19. 12. 기준, 단위 : 명)

한의사	한약사	한약조제약사	한약업사	침구사 (‘18. 12. 기준)
25,524 (전문의 3,160)	2,649	25,180	706	8

※ 출처 : 보건복지부 면허관리시스템(사망자, 행정처분 대상자 제외), 대한한약협회, 시도 취합

한의사의 전문성과 위상을 높이기 위하여 국립대에 한의학과를 설치하는 것이 꾸준히 논의된 결과, 국립부산대학교에 국립한의학전문대학원이 설립되어 2008년도부터 신입생 50명을 선발하였다. 이 50명의 정원은 기존의 각 대학 정원에서 감축한 인원으로, 한의학과 전체 입학 정원에는 변함이 없다.

국립한의학전문대학원의 설립과 함께, 한방의료기술 연구, 전문 인력 양성 및 한의약 관련 제품의 임상시험 등을 위하여 부산대학교 한의학전문대학원 부속한방병원이 2010년 1월에, 한방임상연구센터는 2010년 7월에 완공하였다.

향후 의·한의 간 협진, 전문의제도, 복수면허 허용 등 제도적인 변화 및 시장 개방, 고령사회 도래 등 최근의 보건의료 환경변화요인을 감안하여 향후 한의대 정원을 결정할 수 있도록 관련 부처와 지속적인 협의를 해나갈 계획이다.

2019년 말 현재 한방병원은 353개소, 한의원은 14,458개소이며, 소비자에게 한약을 직접 판매하는 업소인 한약국은 701개소, 한약방 706개소 등이 있다.

|표 2-10-3| 한의약 업소 현황

('19. 12. 기준, 단위: 개소)

한방병원	한의원	침구 시술소	한약도매업소 (‘18. 12. 기준)	한약방	한약국
353	14,458	8	797	706	701

※ 출처: 식품의약품안전처, 건강보험심사평가원, 한국침구사협회, 대한한약협회, 대한한약사회, 시도 취합

한편, 「의료법 시행규칙」 개정('08. 9. 5.)을 통해 탕전실에 관한 규정을 신설하였다. 요양병원, 한방병원 및 한의원에서 탕전을 하는 경우 의무적으로 탕전실을 갖추도록 하고 탕전실의 시설 기준, 시설 규격을 정하여 더욱 안전한 한약이 공급될 수 있도록 하였다.

또한, 원외탕전실 설치·이용 및 탕전실 공동 이용에 관한 지침('09. 5.)을 시행하여, 다른 의료기관 내에 설치된 탕전실도 의료기관 간 계약에 따라 신고를 통해 자신의 의료기관 부속 시설로서 공동 이용이 가능하도록 명시하여 탕전실 설치의 법 개정 취지가 적극 반영될 수 있도록 하였다. 아울러, 원외탕전실 평가인증사업을 통하여 원외탕전실의 시설 기준 등을 강화하여 한약 및 한약제제의 품질 향상 및 안전성을 높일 예정이다.

2. 한의약제도

가. 한의사 전문의제도 시행

정부는 한방의료의 분야별 전문화를 통하여 한의약을 발전시키고 질병별 치료 영역을 특화하여 치료의학으로서의 가치를 높이며, 나아가 국민의 한방의료 이용 편의의 증진과 한의학의 세계화에 기여하기 위하여 「한의사 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」('99. 12. 15.) 및 동 규정 시행 규칙('99. 12. 29.)을 각각 제정·공포하였다.

한의사로서 전문의가 되고자 하는 자는 보건복지부장관이 지정하는 수련 한방병원에서 일반 과정 1년, 전문과정 3년의 수련을 받아야 하고 전문과목은 한방내과, 한방부인과, 침구과, 한방소아과, 한방신경정신과, 한방 안과·이비인후과·피부과, 한방 재활과 및 사상 체질과 등 8개 과목이 설치되어 있다. 2019년에는 54개의 수련한방병원에서 한방수련의 687명(일반수련의 224명, 전문수련의 463명)이 수련을 받았으며, 2019년 말 현재까지 배출된 한의사 전문의는 3,160명(사망자 제외)이다.

또한, 의료기관의 전문성 제고를 통한 의료 수준의 향상을 도모하고 나아가 중소병원의 경영 합리화 등 의료 체계의 개선을 유도하기 위하여 한방전문병원제도를 도입하기로 하고 시범사업을 실시하였다.

동 제도는 기초적인 질병 치료를 한의원에서 담당하고 한방전문병원에서는 특정 질환에 대한 전문의료서비스를 제공하며, 대형한방병원은 고난이도 질환 치료 및 교육·연구 활동 중심의 기능을 설정함으로써 국민들의 다양한 의료 욕구를 충족하는 한방의료전달체계 구축을 위해 도입하였다. 2007년부터 7개소의 한방전문병원을 시범기관으로 지정하여 운영하였으며, 시범 사업 결과를 토대로 제1기('11.~'14.)에는 7개 병원이 지정되어 전문병원으로, 제2기('15.~'17.)에는 6개소가 지정되어 한방중풍 및 한방척추 관련 전문병원으로, 제3기('18.~'20.)에는 9개소가 지정되어 한방부인 및 한방척추 관련 전문병원으로 운영되고 있다.

나. 한약사제도 정착 기반 조성

한약사제도는 한약에 관한 전문 인력 양성을 목표로 1994년에 도입된 제도이다. 한약사 시험 응시 자격은 한약학과를 졸업한 자에게 부여되며, 한약학과는 1996년 경희대, 원광대, 1998년 우석대 등 3개 대학에 각각 40명씩 총 120명 정원으로 설치되어 있다.

한약사는 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하며, 한약사가 한약을 조제할 때는 한의사의 처방전에 의하거나, 또는 보건복지부장관이 정하는 「한약처방의 종류 및 조제 방법에 관한 규정」에 따라 한의사의 처방전 없이 조제할 수 있다. 정부에서는 2000년에 처음 배출된 한약사가 국민 건강을 책임질 수 있는 보건의료 전문 인력으로 양성될 수 있도록 앞으로 적극 지원할 계획이다.

다. 한방병원인증제도 도입

기존 병원평가제도가 의료기관 간 과잉 경쟁, 강제 평가로 인한 일시적·수동적 대응 및 중복 평가 등의 문제점이 제기되어 이를 개선하기 위한 의료법이 2010년 개정되었다. 이에 따라 의료기관평가제도가 의료기관인증제로 전환되었다.

이에 의료기관에서 먼저 인증제를 시행하여 성공적으로 정착되어 감에 따라 한방 분야도 환자의 안전 및 질 개선을 위해 한방병원인증제 도입을 추진하게 되었다.

한방병원 인증 기준은 의료기관평가인증원에 2013년 4월 연구 용역을 의뢰하여 개발하고, 4개 한방병원을 선정하여 시범조사 등을 거쳐 기준안을 마련한 후 공청회 및 전문가 토론회 등을 거쳐 2013년 8월에 기준을 확정하였다.

인증 기준은 총 266개 조사 항목으로 구성하였으며, 이 중 공통 조사 항목은 253개 항목으로 구성되어 있다.

한방병원인증제는 전체 한방병원을 대상으로 하되, 자율인증을 원칙으로 인증받기를 원하는 한방병원이 신청하면 의료기관평가인증원에서 전문조사위원을 선발하여 조사한 후 그 결과를 신청 의료기관에 통보한다. 한방병원인증제도는 2014년부터 시행되어, 2019년 12월 현재 20개의 한방병원이 인증을 받은 상태이다.

V 한의약 보장성 강화 및 공공보건 확산

1. 한의약 보장성 강화

가. 한의약 건강보험 현황

국민들이 한의약서비스를 친밀하게 이용하기 위해서는 우선 한방의료서비스를 이용하고 한약을 복용하는 비용 부담이 낮아야 할 것이다. 따라서 한의약의 건강보험 보장성을 확대할 필요가 있다. 지난 5년간 한방건강보험 금액은 2011년 1조 8천억 원에서 2016년 2조 4천억 원으로 약 6,000억 원 이상 증가했지만 전체 건강보험 내 한의약의 비중은 4% 내외로 정체되어 있다. 2016년 기준 전체 요양기관의 비급여 본인부담률이 17.2%인 데에 비해 한방병원은 53.3%, 한의원은 29.2%로 비급여 비중도 평균보다 훨씬 높은 수준이다. 나아가, 건강보험 전체 급여 항목 6,571개 중 한방 급여 항목은 261개로 전체 급여 항목의 3.97%에 불과하다. 이와 같은 낮은 보장성은 국민 진료비 부담으로 이어진다. 5,000명을 대상으로 실시한 ‘한방의료 이용 및 한약소비실태조사’(한약진흥재단, '17) 결과, 한방의료가 개선해야 할 사항 1위는 ‘보험 급여 적용 확대’(45.7%)로 나타났다.

이에 따라 한의약의 건강보험 보장성을 확대하기 위해 ‘건강보험 보장성 강화 계획’(14.~18.) 내 추나요법 등 한방물리요법의 급여화 계획을 수립하였으며, ‘제3차 한의약육성발전종합계획’(16. 1.)에서도 의·한의 협진 활성화를 포함한 주요 항목의 수가 개발을 포함한 건강보험 강화 계획을 수립하였다.

나. 의·한 협진 활성화

의과와 한의과의 기술 융합을 통해 의료기술 발전을 촉진하고 의료서비스를 향상시키기 위해 의·한의 간 협진제도가 도입되었다. 복수면허자는 각 면허 중별 의원급 의료기관을 개설할 수 있으며, 2010년부터 병원급 의료기관 내에 의·치·한 간 진료 과목을 교차로 설치·운영할 수 있게 되었다. 그러나 제도 도입 이후에도 한의과를 개설한 병원은 전체의 4.5%(15)에 불과하며, 협진 절차도 복잡한데 비해 협진 시 후행 행위의 건강보험 적용은 제한되는 등 경제적 유인이 없어 협진이 활성화되지 못하고 있다는 평가를 받아왔다.

이에 정부는 협진 모니터링 연구 중 시민단체 요구로 제3차 한의약육성발전종합계획의 주요 과제로 의·한의 협진 활성화를 포함하여, 2016년 6월에는 의·한의 협진 활성화 시범사업 계획을 수립하였다. 동 계획은 협진에 적절한 대상 질환과 모형을 조사하고, 협진 행위의 효과성과 경제성을 평가하여 이를 토대로 수가를 개발하고 시범 적용하기 위한 단계적 계획으로서, 총 3단계로 구성되어 있다. 1단계에서는 협진 현황을 파악하고 자료를 수집하는 단계로 이를 바탕으로 협진모형 및 수가를 개발하여 2단계에서 시범 적용하였다. 3단계에서는 2단계 시범사업 결과를 바탕으로 수가를 보완하고, 협진 성과에 따른 기관별 차등 수가를 시범 적용 중이다.

2016년 7월 15일, ‘의·한 간 협진 활성화 1단계 시범사업’이 본격 시행되었으며. 시범사업에는 8개 국공립병원과 5개 민간병원 등 13개 기관이 참여하였다. 기존에는 동일 날짜, 동일 질환으로 의과, 한의과 치료 시 한쪽은 건강보험이 적용되지 않았으나, 시범사업 기간 중에는 건강보험이 적용되는 진료라면 의과와 한의과 모두 건강보험이 적용되었다. 2017년 11월 27일부터는 표준 협진 절차에 따라 의과, 한의과 협의 진료 시 추가적으로 수가를 부여하는 ‘협진 2단계 시범사업’을 실시하였으며 국공립, 민간병원을 포함한 총 45개 협진 의료기관이 참여하였다. 2019년 10월 15일부터 실시되고 있는 ‘의·한 간 협진 3단계 시범사업’에서는 ‘의·한 간 협진 2단계 시범사업’에서 제기된 개선 사항 등을 반영하여 70개 의·한 협진 기관을 대상으로 협진 성과 평가 등을 통해 협진 기관에 등급(1등급, 2등급, 3등급)을 부여하고 등급별로 차등 수가(차등 협의진료료)를 시범 적용 중이다.

다. 추나요법 건강보험 적용

근골격계질환은 한의약의 다빈도질환으로서, 척추·관절질환 등에 대한 한방물리치료는 대표적인 한의약의 강점 분야이다. 그러나 대부분의 한방물리요법은 건강보험 적용이 되지 않아 국민들의 진료비 부담이 심화되었다. 이에, 2014년~2018년 건강보험 중기보장성 강화 계획을 통해 한방물리요법의 단계적 건강보험 적용 계획을 포함하였다. 그 중 추나요법은 한의사가 손, 신체, 보조기구(추나테이블) 등을 이용하여 관절, 근육, 인대 등을 조정·교정하여 치료·예방하는 한의약의 수기치료기술로, 대표적인 한방물리요법 중 하나이다.

추나요법 건강보험 시범 적용을 위해 보건복지부, 심평원, 각 협회 및 학회로 구성된 한방물리요법 급여화 자문단을 구성하였으며 지속적인 논의를 통해 2016년 12월 20일 근골격계 질환에 대한 ‘추나요법 시범사업 추진 계획’을 건강보험정책심의위원회에 보고하여, 추나요법 건강보험 시범사업 적용의 기틀을 마련하였다. 이에 2017년 2월 7일부터 전국 65개 한방병원, 한의원에서 근골격계 질환의 추나요법에 대해 건강보험을 적용하는 ‘추나 건강보험 시범사업’을 실시하였으며 사업 결과 분석을 위한 연구도 함께 진행하였다. 추나요법 시범사업 및 시범사업 평가연구 결과를 바탕으로 2018년 11월 건강보험정책심의위원회 보고 및 의결을 거쳤으며 이후 추나요법 건강보험 적용을 위한 「국민건강보험법」 및 「의료급여법」 시행령이 개정 시행됨에 따라 2019년 4월 8일부터 근골격계 질환을 가진 국민 누구나 한의원·한방병원 등에서 추나를 받을 경우 단순추나, 복잡추나, 특수(탈수)추나 기법에 따라 약 1만원에서 3만원을 본인부담하고 건강보험 진료를 받을 수 있게 되었다.

2. 한의약 공공보건사업

가. 추진 배경

급격한 인구 고령화로 인해 만성퇴행성질환이 증가하였고, 국민 생활 수준이 향상되면서 한의학적 건강 관리에 대한 관심이 높아졌다. 이에 1990년부터 2년간 3개 농촌 지역(강원도 춘천시, 전북 순창군, 경북 영양군)을 대상으로 한방보건의료 시범사업이 시작되었다.

1998년 농어촌 지역 보건소에 공중보건한의사가 최초 배치되었고, 시범사업을 거쳐 2002년부터 본격적으로 공중보건한의사가 확대 배치되어 한의약지역보건사업이 본격적으로 시행되었다.

아울러, 한의약적 건강 관리법에 대한 인식을 제고하고 지역주민의 건강 생활 실천을 유도하기 위하여 한의약전문가 및 지역 보건 자원을 활용한 한의약건강증진프로그램이 시행되었다.

나. 추진 현황

2005년 23개소를 허브(Hub)보건소로 지정한 것을 시작으로 한의약건강증진 허브(Hub) 보건소사업을 시작하였다. 이후 매년 5~15개소씩 확대하여, 2012년에는 85개소를 허브(Hub) 보건소로 지정하고 총 41억 4천만 원을 국비 지원하여 지역주민에게 한의약건강증진프로그램을 제공하였다.

또한, 노년층에서 많이 발생하는 중풍, 당뇨, 고혈압 등 주요 만성·퇴행성질환에 대한 양·한방 협진 인프라 구축과 표준협진 모델개발을 위하여 2006년 순천의료원, 2007년 청주의료원, 2009년 부산의료원에 한의과 진료부(3개과)를 설치하여, 한의약 공공의료서비스를 제공하는 기반을 마련하였다.

2013년 새롭게 도입된 통합건강증진사업은 지방자치단체가 지역주민의 건강 수준 향상 및 건강 형평성 제고를 목적으로 지역 특성 및 지역주민의 필요에 근거하여 예산 및 인력 편성의 자율성과 책임성을 갖고 수행하는 건강증진사업이다. 이에 따라 기존 연계성 없이 운영되었던 17개 건강증진사업이 통합건강증진사업이라는 하나의 사업으로 통합되어 포괄적으로 운영되고 있다. 이에 따라 한의약건강증진사업도 2013년부터 통합건강증진사업 내에서 타 건강증진사업과 통합·연계되어 추진되고 있다.

첫 번째 표준 프로그램으로 2014년에 임신부와 출생아의 종합적인 건강 증진을 위하여 한의약을 활용한 임신부 건강관리 프로그램 ‘마미든든’이 개발되었으며, 2015년 10개 보건소 시범 사업을 통해 임신 건강 지식, 육아 인식 및 임신 중 우울증, 육아 효능감 개선에 긍정적인 결과를 확인함으로써 지역 보건소에 확대 보급을 추진하였다.

두 번째로 노인 대상 프로그램은 한의약건강증진사업 참여자 중 가장 많은 비중을 차지하고 있는 노인층을 대상으로 한의약 중재를 제공한다는 취지로 호응을 얻고 있다. 치매, 노인 우울 등에 대한 임상적 효과의 과학적 신뢰성을 높이고자 2016년 시범사업을 통해 효과를 검증하고 2017년부터 지역사회에 확대·보급하고 있다.

그 외 취약아동, 영유아, 청소년, 장애인, 갱년기 성인 대상 건강증진 프로그램을 개발하였고 지역 보건소 대상으로 시범 적용하였다. 2018년에는 한의약 장애인 방문건강관리 프로그램을 신규 개발하여 2019년 시범사업을 실시하였다.

다. 향후 계획

향후 생애주기별 한의약건강증진사업의 활성화를 위해 이미 개발된 임산부, 노인, 영유아, 취약아동, 청소년, 성인, 장애인 등 다양한 연령층을 대상으로 하는 특성화 프로그램을 시범사업을 통해 검증할 계획이다. 또한, 검증 후 보완을 거쳐 지역사회 현황에 맞는 맞춤형 생애주기 한의약 건강증진표준프로그램을 확산시킬 예정이다.

무엇보다도 표준프로그램을 기반으로 한의약적 특수성을 살릴 수 있으면서도 보건소 내 통합 건강증진사업과 유기적으로 연계될 수 있는 프로그램을 개발하여 지역사회의 건강 수요와 사업 운영 특성에 맞게 확산시키는 것을 우선 과업으로 추진할 예정이다.

V 한의약의 세계화 추진

1. 추진 배경 및 목적

인구고령화 등에 따른 만성·퇴행성질환의 증가로 전통의학·보완대체의학에 대한 세계적 관심과 수요가 증대하고 있다. 세계보건기구(WHO)에 의하면 유럽과 북아메리카 인구의 50% 이상이 보완대체의학을 이용한 경험이 있다. 그에 따라 세계의 전통의학·보완대체의학 시장 역시 매년 규모가 확대되어 2002년 600억 달러이던 전통의학·보완대체의학 시장 규모가 2020년에는 1,542억 달러에 달할 것으로 예측하고 있다.

우리 정부도 전통의학의 육성 필요성을 인식하여 2003년에 「한의약육성법」을 제정한 이래 2006년에 제1차 한의약육성발전계획, 2011년에 제2차 한의약육성발전계획, 2016년에는 제3차 한의약육성발전계획을 수립하였다. 또한, 2013년은 「동의보감」 발간 400주년이 됨과 동시에 산청 세계전통의학 엑스포가 개최되어, 2006년부터 시작된 ‘동의보감 발간 400주년 기념사업’과 함께 한의약을 세계 전통의학의 대표 브랜드로 육성하기 위해 ‘한의약 세계화’ 관련 사업을 추진하고 있다.

2. 동의보감 발간 400주년 기념사업

‘동의보감 발간 400주년 기념사업’은 동의보감 유네스코(UNESCO) 세계기록유산 등재, 동의보감 영역 작업, 국제학술심포지엄 및 세계전통의학엑스포 개최 등을 주요 사업으로 2006년부터 시작하여 2015년까지 총 10년 사업으로 계획하였다. 보건복지부에서는 공모를 통해 한국한의학연구원을 동 사업을 담당하는 위탁기관으로 선정하고 해당기관 내에 ‘동의보감기념사업단’을 설치하였다.

2009년 6월 공중보건의학서로서는 최초로 동의보감이 유네스코 세계기록유산에 등재되었고, 또한 유네스코는 동의보감 발간 400주년이 되는 2013년을 유네스코 기념의 해로 선정하였다. 이는 동의보감의 역사적 진정성과 세계사적 가치, 독창성, 관련 인물의 업적과 문화적 영향력에 대한 가치 등을 대외적으로 인정받은 것이라 할 수 있으며, 중의학 공정에 대응함과 동시에 우리나라 한의학의 우수성을 널리 알리는 계기가 되었다.

동의보감의 학술적 성과와 가치 조명 및 한의학의 세계화를 위한 국제적 교류 확대 등을 위해 동의보감국제학술심포지엄 및 한의학국제엑스포 개최 등을 추진하였다. 또한, 동의보감 발간 400주년이 되는 2013년에는 국제 행사인 ‘산청세계전통의학엑스포’를 개최하였다(‘13. 9. 6. ~’13. 10. 20. 경상남도 산청군 동의보감촌 일원). 동 행사에는 총 492억 원(국비 154억 원)이 투입되었으며, 관람객 215만 9천 명(외국인 36개국 7만 2천 명)을 유치하는 등 성공리에 막을 내렸다.

또한, 한의학의 문헌적 접근성 및 위상 제고 등을 기하기 위해 총 5편 25책의 동의보감 중 5편 23책(침구편, 탕액편, 내경편, 외형편 및 잡병편)을 영역하여 발간하였으며, 허준 선생의 생애와 업적 및 학술적 가치를 조명하기 위해 총 9종의 허준 의학전서 중 6종(내의선생안(內醫先生案), 납약증치방(臘藥症治方), 역대의학성씨(歷代醫學姓氏), 언해두창집요(諺解痘瘡集要), 언해구급방(諺解救急方), 언해태산집요(諺解胎產集要))을 영인, 국역본 및 해설서로 발간하였다.

3. 한·중 동양의학협력조정위원회 회의

1994년 3월 한·중 정상회담 시 양국의 전통의학 분야에 대한 협력사업을 추진하기로 합의하였다. 이에 따라 1995년 4월 양국 차관을 위원장으로 하는 ‘한·중동양의학협력조정위원회’를 구성하여 1995년 10월 북경에서의 1차 회의를 시작으로 양국이 상호 교차하여 개최하고 있다.

이를 통해 한·중 간 연구 인력 및 학술 교류, 한약과 중약의 품질 등 표준화 분야 협력, 난치병 및 한약재 연구에 대한 공동 노력, 기업 간 교류 협력 등에 합의하여 일부 민간한방병원과 연구기관 간 교류, 한약의 국제 규격화를 위한 FHH(Forum on Harmonization of Herbal Medicines) 발족, 양국 연구원 간의 학술교류 등의 성과를 거두었다.

제15차 한·중 동양의학협력조정위원회는 중국 서안에서 개최되었다(16. 5.). 보건복지부 차관 외 한국 대표단과 국가 중의약관리국장 외 중국 대표단이 양국 전통의학 분야 상호 협력 방안 및 세계화 방안에 대해 논의하였다. 본 회의 결과 연구·산업 분야 및 공공보건 분야에서 각국 정보 교류 및 공동 심포지엄 개최 등을 통한 교류 협력을 활성화하기로 하였다. 또한, 국제질병분류(ICD-11) 내 전통의학 분야 부분을 추가하기 위해 국제 공조를 강화하고, 전통의학 국제 표준화 활동을 함께 지지하기로 합의하였다.

4. 한방 해외의료봉사활동

한의학에 대한 우수성을 세계 각국에 널리 홍보하고 보급함으로써 국위 선양은 물론 범 인류 애적인 인도주의 실천과 한의학의 세계화에 기여하고 한의학산업 발전을 도모하고자 한방 해외 의료봉사활동을 활발히 전개하고 있다.

1993년 초 네팔을 시작으로 2012년까지 네팔, 몽골 등 약 28개국, 118회에 걸쳐 한방 해외의료봉사를 실시하였고, 약 26만여 명의 의료취약국가 주민들을 진료하였다. 1993년부터 1998년까지는 대한한 의사협회의 해외의료봉사단과 비정부기구(NGO)의 지원으로 봉사활동을 하였으나, 1998년 12월 (사)대한한방해외의료봉사단을 발족하여 체계적인 한방 해외의료봉사를 시작하였다.

2003년부터 국고에서 2억 원을 단기 한방 해외의료봉사 의료용품 및 약제비로 지원하고 있으며, 우리나라 한의사가 세계보건기구(WHO) 서태평양지부 전통의학담당관에 취임한 것을 계기로 국제 전통의학 분야에서 그 영향력을 확대하고 있다. 2003년에는 10개 지역에 152명의 의료진을 파견하여 현지 주민 및 해외 동포 등 2만여 명에게 한방진료 및 한방보건 활동을 실시하였다.

2010년부터 키르기스스탄, 카자흐스탄, 필리핀, 몽골, 네팔, 동티모르, 베트남 등 각국에서 5만 4천여 명의 주민들을 대상으로 국가별 맞춤형 한방의료봉사활동을 펼쳐 한의약의 위상을 세계에 알렸다. 특히, 2018년에는 우즈베키스탄, 캄보디아, 방글라데시, 몽골 4개 국가에서 9,567명의 환자에게 한의진료를 제공하였다.

5. 학술 교류 및 기타 교류 활동

보건복지부는 국제적인 학술 교류 활성화를 위하여 자치단체, 협회, 민간단체, 연구원 등 관련 기관의 국제 전통의학학술세미나, 한의학연수, 한의학박람회 등의 교류 활동이 성공적으로 이루어지도록 지원·협조하고 있다.

2008년에는 세계보건기구(WHO)에서 주최하는 세계전통의학대회에서 ‘세계전통의학의 날’ 제정에 관한 안건을 한·중 공동으로 제출하였으며, 향후 ‘세계전통의학의 날’이 제정될 수 있도록 양국 간 협조를 지속할 계획이다.

2008년부터 서태평양 지역사무처(WPRO)에, 2015년부터는 세계보건기구 본부(HQ)에 한 의사를 파견하는 것을 주요 내용으로 하는 전통의학활성화사업을 지원하고 있다. 이를 통해 WPRO와 WHO 본부의 세계 전통의학 전략들을 실행할 방안 및 계획을 마련하는 데 일조하였으며 전통의학 보건지표 개발, 전통의학 현황 보고서, 침구치료 표준 및 품질 평가지 개발 등 각종 조사 및 연구에 참여 중이다. 또한, 전통의학 제도가 구비되지 않은 서태평양 지역 일부 국가들을 대상으로 제도 및 법령 개발을 지원하는 등 세계 전통의학 발전을 위해 힘쓰고 있다.

또한, 세계보건기구의 국제질병분류(International Classification of Diseases : ICD) 내에 전통의학 챕터를 최초로 개발·포함시키는 ICTM(International Classification of Traditional Medicine) 프로젝트를 지원함으로써 전통의학 주요 국가인 중국, 일본과 함께 동 프로젝트의 핵심 참여국으로 그 역할을 담당하고 있다. 2015년에는 전통의학 챕터 베타버전을 개발하여 한국, 중국, 일본 3개 국어로 발간하였으며 2018년 ICTM 배포 버전이 완성되었다.

제3절 한의약산업정책

I 개요

한의약산업은 한의약(韓醫藥 : 한방의료와 한약)의 자원, 기술, 지식을 활용하여 부가 가치를 창출하는 산업을 말한다. 즉 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위를 하기 위하여 한의사가 환자의 용태를 듣고 관찰하여 병상 및 병명을 규명·판단하기 위한 문진(問診)·시진(視診)·청진(聽診)·타진(打診)·촉진(觸診)·기타 각종의 과학적 방법을 써서 밝혀진 질병에 대하여 적당한 약품을 처방·조제·공여하거나, 특정 부위에 침이나 뜸을 놓는 등 한의학적 원리에 의해 인체에 물리적 자극을 가하는 행위와 이에 필연적으로 수반되는 환자에 대한 진단과 처방 등을 수행하기 위해 활용되는 한의약품, 한의 의료기기, 한의약 서비스와 정보개발, 한약재 재배·채취·가공과 규격품 제조와 유통 등의 모든 과정과 이에 관련된 전후방 연계산업이 포함*된다.

* '대법원 2001. 7. 13. 선고 99도2328 판결, 한의약산업 혁신성장 전략방안 연구 등 참고

국가와 지방자치단체는 한의약산업 육성을 위해 2003년 8월 제정된 「한의약육성법」에 근거하여 다음과 같은 시책을 추진하고 있다.

- 한방의료와 한약을 이용한 보건의료산업기술의 연구·개발을 장려하고 한의약기술 및 한약 관련 제품의 보건의료산업화와 국제경쟁력을 강화하기 위한 지원(제10조)
- 한의약 연구 및 기술개발을 효율적으로 육성하기 위하여 학계, 연구기관 및 산업계 간의 공동연구 및 협동연구 지원(제10조)
- 한방의료와 한의약 관련 제품에 관한 임상시험을 위한 한방임상센터 설치(제11조)
- 한방산업의 기반 조성을 위하여 산업입지 조성 및 산업기반시설 지원(제12조)
- 한국한의학진흥원을 통한 한의약 기업 지원 및 산업 지원 인프라 구축(제13조)
- 한약의 적정한 품질 관리를 위한 우수한약 육성 지원(제14조)
- 한약의 품질 향상을 위한 한약의 제조·유통 등에 필요한 정책 수립(제15조)

국가와 지방자치단체가 한의약산업을 육성하는 것은 세계전통·보완·대체의약 시장의 성장에 따른 것이다. 세계 전통·보완·대체의약 시장규모는 2019년 816억 달러(약 98조원)이고, 남미·북미 36.7%, 아시아 24.5%의 비중을 보였으며, 약초(Botanicals)가 31.8%, 침(Acupuncture)이 29.3%를 차지하고 있다. 향후 연평균 15.1%씩 성장하여 2030년에 3,806억 달러로 성장할 것으로 예상*된다.

* MarketResearch.BIZ, Global Complementary & Alternative Medicine Market, 2020.03. (참고자료1)

2019년 우리나라 한의약 시장은 6.9조원(57.5억 달러)로 2030년까지 연평균 4.6% 증가하여 14.7조원(122.5억 달러)으로 성장 예측되나, 세계시장 점유율은 6.9%에서 3.2%로 낮아질 것으로 예측되고 있다.

이에 따라 우리 정부는 한의약산업의 세계시장 진출을 지원하기 위해 2003년 8월에 제정된 「한의약육성법」에 근거하여 2005년 제1차('06.~'10.) 한의약 육성발전계획과 2011년 제2차('11.~'15.) 발전계획을 수립하여 한의약 과학화·산업화·세계화를 목표로 한의약 연구개발 핵심 기술 확보를 위한 R&D 지원 확대, 한방의료서비스 선진화, 한약 품질 관리체계 강화 등을 통한 한의약산업 글로벌화 등을 추진하여 상당한 성과를 거두었다. 현재 제3차('16.~'20.) 한의약육성발전계획에 따라 한의약 R&D 지원 확대, 기술혁신을 통한 한의약 상품 개발, 한약(재) 품질관리 및 유통체계 강화, 한의약 국제경쟁력 강화 등을 추진*하고 있다.

* 출처 : 제3차 한의약육성발전계획(2016~2020년) ('16)

한의약산업의 미래 비전은 한의약의 과학화·산업화·세계화를 통해 고부가가치를 창출하고, 글로벌 경쟁력을 확보하는 것이다. 이러한 비전을 실현하기 위하여 오랜 임상경험을 통해 축적된 한의약 기술과 지식정보, 토종 한약재 자원 등을 활용하여 새로운 일자리와 고부가가치를 창출하는 것이다. 이를 위해서 국내 한의약산업의 저변 확대와 소비자가 한의약 제품과 서비스에 쉽게 접근할 수 있도록 편의성 제고에 중점을 둔 정책 등을 추진하고 있다. 또한, 한의약 연구개발을 통해 안전성·유효성을 입증하여 과학화·표준화 및 객관적 근거를 확보함으로써 국민건강 향상 및 건강 보장성 강화에 기여하고 있으며, 한방의료기관의 해외환자 유치를 지원하고, 외국 의대 등에 한의약을 교육하여 글로벌 인지도를 제고하며, 한의약 정책에 관심이 있는 외국 공무원 등에 대한 한의약 연수를 실시하여 한의약산업 해외 진출을 위한 교두보를 구축하고 있다.

그러나, 한의약 분야의 연구 개발 투자는 지속적으로 증가하고 있으나 2019년 기준 총 156억 원으로, 정부 총 R&D 투자 규모 대비 0.1%, 보건 의료 R&D 대비 2.8%의 비중으로 볼 때 여전히 부족한 등 한의약산업에 대한 투자는 아직 미흡한 실정이다.

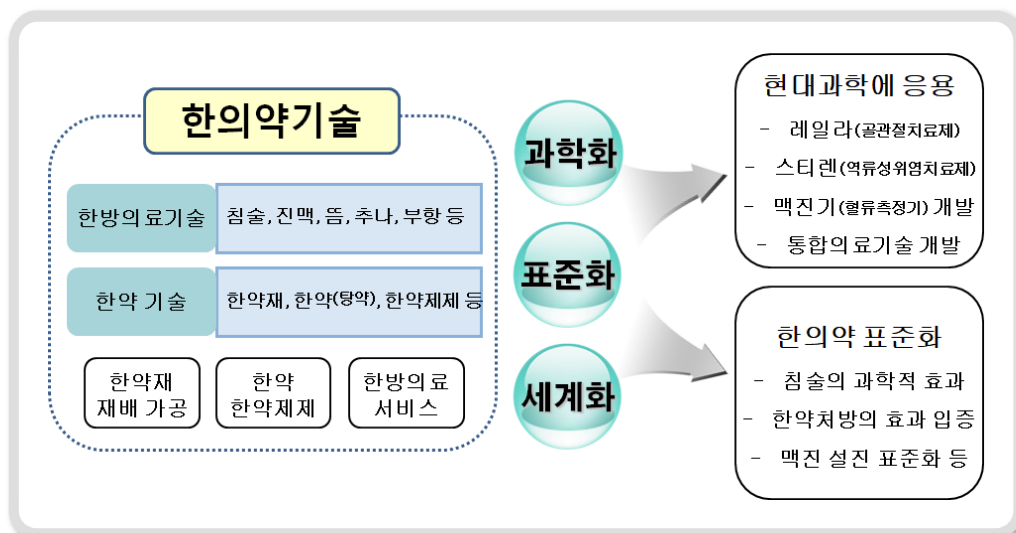
Ⅱ 한의약 연구개발사업(R&D) 지원

1. 한의약 R&D

가. 추진 배경 및 필요성

오랜 임상경험을 통해 축적된 한방의료행위와 한약재 재배·가공 및 규격품 제조, 한약제제 개발 등 한의약 관련 상품·서비스 기술(한의약기술)을 과학화·표준화·세계화하기 위해 1998년 한방치료기술 연구개발사업(2010 프로젝트)을 추진하였다. 이는 만성·퇴행성질환 및 난치성질환에 대하여 한의약적 특성인 전인적 시각을 토대로 한의약기술을 과학적인 연구 방법을 통해 개발하고자 하는 사회적 수요에 따른 것이다.

[그림 2-10-1] 한의약 R&D 사업 추진 목표



한의학 R&D 사업은 국민의 73.8% 이상 한의학 기술을 평생 1회 이상 이용하고 있는 현실에서 20대는 43.1%만 이용하고 있고, 한의학 기술에 대해 약간 신뢰한다고 응답한 국민이 51.5%에 달하므로 한방의료 기술의 임상적 효과 검증 등을 통한 신뢰 확보를 하기 위함이다.

또한, 국민의 20.4%가 한약재 안전성이 불안하다고 인식하고 있고, 20.1%가 개선이 필요하다고 인식하고 있으므로 한약재와 한약의 안전성·유효성 근거를 확보하여 국민적 불안감을 해소하기 위함이다.

현재 중국과 일본은 의과 치료에 한계가 있는 심혈관 순환기질환, 소화기질환 등 만성·노인성 질환에 전통의약기술을 적극 활용하고 있으므로, 한방치료기술의 임상적·경제적 효과 분석을 통한 건강보험 보장성이 강화될 경우 국민 의료비 부담이 경감되는 효과를 기대할 수 있기 때문이다.

한의학 R&D 사업은 2004년 발효된 「한의학육성법」 제10조(한의학연구·개발 사업의 추진 등), 제11조(한방임상센터 설치 등) 및 「과학기술기본법」 제11조(국가연구개발사업의 추진), 「보건의료기술진흥법」 제5조(보건의료기술 연구개발사업의 추진) 등의 법적 근거를 토대로 하고 있고, 「제3차 한의학육성발전계획」과 범부처 「한의학 R&D 중장기 육성·발전 계획(2008년~2017년)」에 의거하여 수행해왔다.

참고로 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 ‘WHO 2014-2023년 전통 의학 전략’을 통해 전통·보완대체의학의 ‘정보 및 근거 구축’, ‘규제체계 강화’, ‘국가의료체제로 통합’의 3가지 목표를 제시했다. WHO 서태평양지역사무처(WPRO)도 “지역 전통의학 전략 2011- 2020”을 통해 정보체계 구축, 전통의료 서비스 관련 개발연구 등을 제안했다.

미국은 국립보완통합건강센터(NCCIH)를 중심으로 예방의학 및 국민 건강증진 차원에서 전통·보완·대체 의학을 연구하고 있다. NCCIH는 연간 1억명 이상이 앓고 있고, 연간 6.4억 달러의 사회적 손실을 보고 있는 만성통증에 대하여 연간 1.3억 달러를 투입하여 비약물치료와 자가관리 기술을 개발하기 위한 연구를 수행하고 있다. 또한, NCCIH는 제4차 전략계획(‘16~’20)을 통해 기초과학과 연구방법 개발, 건강증진 및 질병예방 육성, 통증·불안·우울 등에 대한 연구도 추진하고 있다.

EU는 천연물의약품 시장의 53%를 차지하고 있을 정도로 전통의약 사용빈도가 높으므로 안전성 규제와 연구개발을 중시하고 있다. EU의 천연물 의약시장은 독일 39%, 프랑스 21%, 이탈리아 8%, 폴란드 6%, 영국 5% 등을 점유하고 있고, '11년에 유럽약초의약품법령(THMPD)이 발효되어 30년 이상 안전하게 사용한 약초를 유통하고 다양한 제품이 GMP를 통해 생산되도록 의무화하였다. 또한, EU는 Horizon 2020 연구프로그램을 통해 2014년부터 2020년까지 800억 유로를 투자하고 있다.

중국은 헌법 제 21조와 중의약법을 근거로 “중의약 사업발전 13.5규획(‘16-’20)”, “중의약 창신발전 계획강요(‘06-’20)” 등을 수립하여 중약재 생산기술, 중약제품과 기술을 발전시키고 산업화 연계를 추진하고 있다. 중국 중의과학원 연구비는 2014년 487억원, 2016년 국가자연과학기금에서 696억원, 2017년 15개 중의대학에 2,698억원을 연구개발에 투입하고 있다.

일본은 의약과 전통의약(Kampo)가 일원화되어 있고, 쓰무라제약 등 제약기업 중심으로 연간 2.3억엔 규모의 R&D가 추진되고 있다. 일본에서는 한방처방의 92.2%가 서양약과 혼합 처방되므로 한약제제를 일반의약품 수준으로 관리하고 있다.

나. 연구개발 목표

한의약 R&D 사업은 한의약 과학화·표준화·제품화를 통한 신성장동력 육성(한의약 선도기술개발사업), 양·한방 공동활용 신약개발 및 예방·치료기술 개발(양·한방융합기반 기술개발), 한의약과 현대의학과학기술을 응용하여 예방·치료기술 개발(한의학융합 기술개발), 한의 서비스 표준화·과학화로 의료서비스 품질 제고(한의학혁신기술개발)의 사업별 목표에 따라 추진되고 있으며 최종적으로 국민 건강 향상 및 보장성 강화에 기여하는 데 그 목적이 있다.

[표 2-10-4] 한의약 선도기술개발사업의 성과지표

단 계	단계별 성과 목표 및 성과 지표
제1단계 : 2013~2015년	<ul style="list-style-type: none"> • 한의약 비임상·임상 연구의 과학적 수준 향상 <ul style="list-style-type: none"> - 논문질적지수(과학적 성과) - IND 승인(기술적 성과) - 임상 인프라 활용 임상시험 수입 성과(경제적 성과)

단 계	단계별 성과 목표 및 성과 지표
제2단계 : 2016~2018년	<ul style="list-style-type: none"> • 임상 인프라를 활용한 임상연구 활성화를 통해 한의약 기술 현대화·표준화 제고 <ul style="list-style-type: none"> - 논문질적지수(과학적 성과) - IND 승인(기술적 성과) - 임상 인프라 활용 임상시험 수입 성과(경제적 성과) - 국민건강보험 보장성 강화 지수(사회적 성과)
제3단계 : 2019~2021년	<ul style="list-style-type: none"> • 한의약 기술의 건강보험 급여 반영을 통한 국민 건강 증진 기여 <ul style="list-style-type: none"> - 논문질적지수(과학적 성과) - IND 승인(기술적 성과) - 임상 인프라 활용 임상시험 수입 성과(경제적 성과) - 국민건강보험 보장성 강화 지수(사회적 성과)

[표 2-10-5] 한의약 R&D 예산 현황

(단위 : 억 원)

구분	'15년	'16년	'17년	'18년	'19년
합계	182	207	224	240	156
한의약선도기술개발 ('09~'19)	107	132	163	172	99
양·한방 융합기반 기술개발 ('14~'19)	75	75	61	48	21
한의기반융합 기술개발 ('18~'24)	-	-	-	20	36
한의약혁신기술개발 ('20~'29)	-	-	-	-	-

다. 연구사업 관리 운영 체계 등

한의약 R&D 사업은 사업의 공정성과 투명성을 확보하고, 효율적인 관리 운영을 위하여 한국보건산업진흥원 내 'R&D진흥본부'에서 연구사업의 평가 관리 등을 수행하고 있다. 연구 사업은 보건복지부와 한국보건산업진흥원이 주관하여 매년 1월에 일괄 과제공모를 하고 있고, 공모방법 다양화, 공개 사업설명회 실시 등으로 응모 경쟁률을 높여 우수한 연구과제가 많이 응모하도록 유도하고 있다. 또한, 분기별 연구 진행상황 점검 및 종료 과제에 대한 특허 출원, 기술 이전, 상품화 등 연구성과 활용에 대한 사후 관리 등을 하고 있으며, 이는 모두 “국가과학 기술관리규정(대통령령)” 등에 근거하여 이루어지고 있다.

라. 자원 현황

2008년 1월 확정된 범부처 「한의약 R&D 중장기 육성·발전 계획(2008년~2017년)」에 근거하여 한의약 R&D 사업의 목표·성과 지표 및 추진 체계를 명확히 하였다. 또한, 사업 실효성을 제고하기 위하여 2008년 2월 「한의약기술 연구개발사업 중장기 발전 계획(2008년~2017년)」을 수립하고, ‘한방치료기술의 안전성 및 유효성 확보를 통한 한의약 경쟁력 강화’, ‘한방임상연구 인프라 구축을 통한 임상시험 활성화 및 제품화 촉진’, ‘한·양방 협력 연구를 통한 새로운 치료기술 개발’의 3대 사업 목표를 달성하기 위해 「한의약선도기술개발사업」과 「한약기반융합기술개발사업」을 지원해오고 있으며, 2020년부터는 「한의약 혁신기술개발사업」을 신규 추진할 계획이다.

「한의약 선도기술개발사업」은 한의약의 과학화·표준화·제품화 연구개발을 바탕으로 한의약 산업의 신성장 동력 육성 및 국민 건강 증진 추진을 위해 총 7개 사업으로 구성되어 추진하였다. 2008년부터 2019년까지 858.7억원을 투자하여 한의약의 효과성·안전성 규명을 위한 임상 연구의 실시와 함께, 한약제제와 한방의료기기 개발(비임상 또는 임상연구 지원) 및 제품화로 연계 추진을 도모하였고, 근거 중심 한의학 구축을 위해 한의임상진료지침 개발·보급을 지원하였다. 다만, 2019년에 사업이 일몰되어 더 이상 신규과제를 선정하지 않고, 기존에 지원하고 있던 과제에 대해서만 지원하고 있다. 이 사업은 2021년에 완전히 종료될 예정이다.

[표 2-10-6] 2019년 한의약 선도기술개발사업 세부 사업별 사업내용

세부 사업	사업 내용
한약제제 개발	• 한의약 원리에 기반하고 한의약 진단·치료에 활용할 수 있는 한약제제 개발
한의약임상인프라 구축 지원	• 다기관 임상연구 수행, 임상연구 전문 인력 양성, 교육프로그램 개발 등을 통한 글로벌 수준의 한의약 임상시험센터 육성
한의약 근거 창출 임상연구	• 제품화되거나 한방에서 광범위하게 시행하고 있는 한약, 한약제제, 한방치료기술 등의 신뢰성 확보 및 건강보험 급여 포함을 위한 안전성·유효성 근거 창출 • 한의약 표준화를 위한 한의표준임상진료지침 개발 및 임상연구 지원
한의학국제협력연구	• 한의약에 기반하고 글로벌 경쟁력을 갖춘 새로운 치료기술 개발을 위한 국제공동연구

「양·한방융합기반기술개발사업」은 2014년부터 2019년까지 315억원을 투자하여 양·한방 치료기술의 근거확보를 통해 융합의료 핵심기술 개발 및 산업화에 기여하고, 한의학과 현대

의학을 융합한 새로운 치료기술을 개발하기 위해 추진되었다. 지원분야는 양·한방융합 전임상 연구, 양·한방융합 임상연구, 한·양방협력치료기술개발 등이고, 2019년에 사업 종료되었다.

[표 2-10-7] 2019년 양·한방융합기반기술개발사업 세부 사업별 사업내용

세부 사업	사업 내용
양·한방 융합전임상연구	• 양·한약 융합 연구를 통한 신약 후보 물질 발굴 및 전임상 시험 수행, 융합형 진단·치료 기술·기기 개발 및 발굴, 양·한약 병용 사용 연구 지원
양·한방 융합 임상연구	• 양·한방 융합 예방·진단·치료·관리기술 개발 및 양·한방 치료 기술의 타당도, 신뢰도 검증을 위한 임상연구 지원
한·양방 협력 치료 기술 개발	• 한·양방 치료 기술을 병행하여 희귀·난치성 질환의 치료 효과를 높일 수 있는 협력 연구 지원

「한의기반융합기술개발사업」은 「한의약 선도기술개발사업」 일몰에 대비하여 2018년부터 2024년까지 추진하고 있는 사업이다. 이 사업은 한의약을 바탕으로 현대과학기술을 응용하여 한의약의 외연을 확장하고 질병을 예방·치료하는 실증적인 지식과 기술 개발을 목표로 하고 있다. 이 사업을 통해 현대 기술의 융합 등 다학제·다기관 공동 연구를 수행하여 한의약 기반의 차별화된 의료서비스 모델을 확보할 것으로 기대하고 있다.

[표 2-10-8] 2019년 한의기반융합기술개발사업 세부 사업별 사업내용

세부 사업	사업 내용
한의융합 다빈도 난치성 질환 대응 기술개발	• 다빈도 난치성 질환 중 한의약이 장점을 지닐 수 있는 질환에 대한 의·한 협진 치료·관리 기술 개발 지원
한의융합 제품기술개발	• 현대 과학기술에 기반한 한의약의 진단, 치료, 예방 기술의 유효성과 안전성·편의성 제고 기술을 통한 기능성 침구 등 개량형 한의의료기기 개발 지원

2019년 5월에 예비타당성 조사를 통과한 「한의약 혁신기술개발사업」은 「한의약 선도기술개발사업」 일몰에 따라 2020년부터 2029년까지 1,579억원을 투자할 예정이다. 이 사업은 한의 치료기술에 대한 건강보험 보장성 확대, 한의약 의료서비스의 신뢰 확보와 품질 제고를 위한 표준화, 한의약의 지속가능한 발전을 목표로 추진되고, 2020년 78억원 예산을 투자될 예정이다.

이 사업을 통해 근거 중심의 한의약 의료서비스 표준화·과학화가 되고, 궁극적으로 한의 보장성 확대와 한의약의 신뢰성이 향상될 것으로 기대하고 있다.

[표 2-10-9] 2020년 한의약 혁신기술개발사업 세부 사업별 사업내용

세부 사업	사업 내용
가이드라인 개발연구	• 한의의료서비스 질적 개선과 근거기반 진료 지원 등을 위한 질환별 표준진료가이드라인 연구지원
한의의료기술 최적화 임상연구	• 한의 보장성 강화를 위해 사회·경제적으로 중요한 주요 만성질환 예방 및 중재 목적의 비교 효과 임상연구 등을 지원
약물상호작용연구	• 한·양약 병용투여 시 상호작용에 대한 기전·임상연구 등을 통해 국민에게 안정성 정보를 제공하기 위한 연구지원
질환별 한의중점연구센터	• 주요 질환에 대한 한의학적·과학적 중개연구와 다양한 학문과 융합 임상연구를 통한 혁신적인 질환 접근법 개발지원
한의중개 개인연구	• 한의약 분야의 신진연구자 양성 및 창의적·도전적 연구 지원

마. 추진 성과

「한의약 선도기술개발사업」중 한의표준임상진료지침 개발사업단에서는 2019년에 견비통, 족관절염좌, 안면신경마비, 경항통, 만성요통 증후군, 요추추간판탈출증, 화병 등 7개 질환에 대한 한의표준임상진료지침 개발을 완료하고 근거중심 한의약 추진위원회에서 최종 인증을 받았다. 질환별 한의표준임상진료지침은 한의표준임상진료지침사업단에서 사전검토, 전문가 집단으로 구성된 검토평가위원회 심의, 근거중심 한의약 추진위원회 인증 등 체계적 인증절차를 통해 진료지침의 타당성을 확보하였다.

이렇게 개발된 표준진료지침은 한의약 첩약 급여화 시범사업 등 한의 보장성을 강화하여 국민 건강을 증진시키기 위한 근거자료로 활용되고 있다. 국가한의임상정보포털(NCKM)을 운영하여 한의 임상연구의 질 제고 및 한의약 분야 보장성 강화를 위한 학술적·실무적 활동을 지원하고 있다. 또한, 질환별 한의표준임상진료지침을 의료환경에 활용할 수 있도록 표준임상 경로(CP) 개발을 2019년 5월부터 2020년 3월까지 추진하고 있고, ‘지침 연계 교육 도구 제작 매뉴얼’ 제작 및 교육 도구 2건을 개발하였다.

한약제제 개발 분야에서는 간보호, 간경화 예방·치료용 조성물을 개발하여 기술이전하였다. 한방 의료기기 개발 분야에서는 한약재에 대한 알레르기 진단키트를 개발하였으며 입체 안면 형상 인식 기술을 활용한 3차원 안면형상 진단기를 개발하여 국내 시판 중이다. 한의약 임상 인프라 구축지원 분야에서 지원한 임상 인프라센터에서는 여러 임상시험을 직접 수주하여 경제적 성과를 창출하고 있다. 한의약산업육성 제품화지원 분야에서는 한약재를 이용한 한방 기능성 소재 제품화와 미세먼지 트러블을 개선하고 미세먼지를 차단하는 효능이 있는 화장품을 개발하여 출시하는 등, 다수의 시의적절하고 의미 있는 제품화 성과 및 경제적 성과가 발생하였다. 한의 국제 협력 연구 분야에서는 2016년에 시작한 사전 기획 연구 결과를 바탕으로 국내 모커리 한방병원과 미국 메이요병원이 공동 임상연구를 진행 중이다.

한·양방 협력연구를 통한 새로운 의약품 개발 분야에서 급·만성 기관지염에 효과적이고, 부작용이 완화된 융합 제제(UI026) 개발을 위한 임상 3상 시험계획의 승인을 획득하여 임상 연구 단계에 진입하였다. 또한, 파킨슨병 침치료 기전 규명 과정 중 새로운 파킨슨병 치료 후보물질을 발굴하여 특허 2건을 등록하였다

[표 2-10-10] 한의약 선도기술개발사업 주요 성과

기술이전 등 성과		품목허가, 국내시판 등 성과	
구분	성과명	구분	성과명
	간보호, 또는 간섬유화 또는 간경화의 예방 또는 치료용 조성물		골관절염 치료용 천연물 신약 개발 및 판매 ※ 12년 보건복지부장관상, 지식경제부장관상 수상
	피지분비 조절 및 여드름 억제 또는 개선방안		경근 자극용 전자기장 발생시스템 개발 동태 측정 및 분석 시스템 개발
	선복화를 이용한 천식치료제 개발		세계 최초 한약재에 대한 알레르기 진단키트 개발
	입체 안면 형상 인식 기술을 활용한 최초의 3차원 안면 형상 진단기		피지분비 조절 및 여드름 억제 또는 개선방안

2018년부터 시작된「한의기반융합기술개발사업」은 국민이 안심하고 의·한 협진 서비스를 받을 수 있도록 근거를 확보하고, 더 나아가 새로운 치료기술 개발 등을 위한 연구가 현재 진행 중이다. 그리고 그 과정에서 지금까지 총 11편의 논문과 4건의 국내 특허 출원이 이루어졌으며, 본격적으로 과제들이 마무리되는 시점에는 국민들이 실생활에서 체감할 수 있는 성과가 나올 수 있을 것으로 기대하고 있다.

이 사업은 2018년 이후로 11건의 논문성과를 냈으며, 10억원당 SCI 게재건수는 1.45건이었다. 또한, 총 4건의 특허를 출원했는데, 2019년에는 한의융합 제품기술개발 분야에서 초음파센서를 이용한 침치료범위 설정이 가능한 침관 및 도침 개발 분야 과제로 관련 특허 3건을 출원하기도 했다.

Ⅲ 한의약 해외환자 유치

1. 추진 배경 및 목적

전 세계적으로 심화되고 있는 급속한 인구 고령화와 노인성·만성 질환 등의 대두로 의료 서비스에 대한 수요가 증가하고 있으며 이에 각국은 고부가가치 사업인 의료관광 시장을 선점하기 위해 앞다투어 경쟁하고 있다. 최근에는 아시아 국가들이 저렴한 진료비와 높은 의료 수준, 잘 갖춰진 관광시설을 내세워 세계 의료관광 시장을 선점하기 위해 노력하고 있다.

우리나라는 지난 2009년 해외환자유치산업을 신성장 동력 산업으로 선정하고 본격적인 육성에 나섰다. 2009년 5월 의료법 개정을 통해 외국인환자 유치를 허용했으며, 단기간에 괄목할 만한 성장을 이뤄 2007년 7,900명 불과했던 해외환자 수가 2019년에는 약 49만 명을 넘어섰다.

특히, 한방 분야는 한의학이 강점을 갖는 만성질환, 비수술치료 등을 앞세워 2009년 1,897명 수준에서 2014년에는 해외환자 유치 1만 명을 돌파하였으며, 2018년 22,063명, 2019년 23,273명을 유치하며 지속적으로 성장하고 있다.

다만 한의학은 한국 전통의학으로 경쟁 국가에 비해 글로벌 인지도가 떨어지고 세계 시장에 대한 마케팅 활동이 부족하며, 해외환자 대상 상품의 다양성이 부족하다는 점 등이 단점으로 지적되어 왔다.

2. 한의학 해외환자유치 현황

한의학 분야에서 해외환자는 2019년 23,273명을 유치하였다. 한의학 분야는 의과와 달리 일본인 환자가 차지하는 비율이 높다(2015년 26.0%, 2016년 24.1%, 2017년 32.7%, 2018년 31.7%, 2019년 40.6%). 또한, 러시아, 카자흐스탄, 몽골 등에서도 환자 유입이 꾸준히 늘어나고 있는 등 한방의료기관을 방문하는 해외환자가 지속적으로 증가하고 있다.

한의학 분야의 해외환자 유치를 지원하기 위해 정부가 추진하고 있는 특화프로그램을 진행하고 있는 5개 한방병원(HJ매그놀리아 국제 한방병원, 동국대 일산불교 한방병원, 동의대 부속한방병원, 꽃마음한방병원, 코비한의원)이 유치한 해외환자 수가 2018년 349명에서 2019년 983명으로 3배 이상 증가하였다.

3. 한의학 해외환자 유치 지원사업

정부는 한의학 분야의 해외환자 유치를 지원하기 위해 제2차 및 제3차 한의학육성발전 5개년 계획'을 수립하고, 2013년부터 한의학 세계화 사업의 일환으로 한의학 해외환자 유치 지원사업을 추진해왔고, 이후 한의학 산업의 해외 진출도 지원하고 있다. 이러한 지원사업의 목표는 한의학 분야의 해외환자 유치 역량을 제고하여 국제경쟁력을 강화하고, 한의학 제품의 해외 진출 기반을 구축하는 것이다.

2013년 한의학 해외환자 유치 지원사업은 한국한방산업진흥원이 총괄·주관하고 대한한 의사협회(한의학정책연구원)와 한국관광공사(의료관광사업단)가 협력 기관으로 참여해 수행하였다. 사업 첫 해인 2013년에는 해외환자 유치를 위한 한의학계의 기반을 다지는 원년으로서 해외환자 유치 환경 조성 등 해외환자를 맞이할 수 있는 능력을 배양하기 위해 한방 의료기관 등의 국제 역량 강화 부문에 주력하였다.

2014년부터 한의학 해외환자유치지원사업은 한국보건산업진흥원이 사업을 맡아 수행하였으며, 한방의료기관의 해외환자 유치역량 강화 및 다양한 한의학프로그램을 통한 전략적 홍보·마케팅 부문에 주력하였다.

2019년에는 한의학 글로벌 헬스케어 정책포럼 개최 및 정책위원회를 운영하여 한방의료관광 관련자들과의 소통을 넓히고 글로벌 헬스케어 중장기 전략을 수립하였다. 또한, 한의학의 해외

인지도 제고를 위해 일본 K-con(5월), 광주국제수영대회(7월), UAE 한류박람회(10월), 말레이시아 홍보회(11월) 등을 개최하였고, 메디컬코리아지원센터, 서울한방진흥센터, 제주신화월드에 한의약 홍보관을 운영하였다.

4. 한의약 해외진출지원사업

세계 전통·보완·대체의약 시장이 연평균 15% 이상 급성장하면서 미국과 EU, 중국, 일본 등이 세계 전통·보완·대체의약 시장을 선점하기 위해 노력하고 있고, 우리나라도 한의약의 해외 인지도 제고 및 세계시장 진출을 실현하기 위해 2014년도부터 한의약 해외진출지원사업을 추진하고 있다. 2015년부터 2019년까지는 한국보건산업진흥원이 담당하고, 2020년에는 2019년에 새로 출범한 한국한의약진흥원이 사업을 담당할 예정이다.

한의약 해외진출 지원사업은 전략 국가별 진출을 위한 정보를 수집하여 제공하고, 한방 의료기관의 진출 가이드라인을 보급하고, 해외진출 한방의료기관 등에 컨설팅 지원 등을 주로 하고 있다.

2015년부터 2016년에는 카자흐스탄과 2017년 키르기스스탄, 러시아, 2019년에는 우즈베키스탄(청연한방병원), 베트남(원광대한방병원)에 한의진료센터를 운영하였다. 또한, 2019년에는 한국한의약진흥원, 부산대, 경희대, 자생한방병원, 청연한방병원이 “한의약 세계화 지원단”을 구성하고 미국, 독일, 러시아, 카자흐스탄 현지 의과대학 내 한의약 교육 시범운영을 위한 MOU 체결 및 교육프로그램 개발, 특강·세미나 등을 개최하였다.

2019년에 우즈베크·카자흐스탄·베트남·말레이시아 진출 정보 뉴스레터 제작하여 의료해외진출 종합포털(KOHES) 게시하고, 한-우즈베키스탄 보건부 간 전통의약 양해각서를 체결(12.19)하여 한의약 세계 진출에 기여하였다.

앞으로 정부는 해외환자 유치 지원사업과 해외진출 지원 사업을 통해 한의약을 세계 시장에 홍보하고 전략 국가의 특성과 시장성 등을 심층적으로 분석하여 해외환자 유치 및 세계시장 진출에 활용할 예정이다.

이를 통해서 한의약 산업과 교육을 연계한 해외 네트워크 확대를 통한 한의약 산업의 성장과 해외 진출에 기여하고 한의약의 글로벌 경쟁력 제고를 통해 한의약 전후방 산업에 시너지 효과가 발생할 것으로 기대된다.

Ⅳ 한의약산업 육성을 위한 기반구축사업

1. 한의약산업 육성 기반구축사업 추진

가. 추진배경

세계 바이오헬스 산업은 “건강하게 오래 살고” 싶은 사회적 욕구에 따라 “질병 치료”에서 “질병 예방 및 건강관리”와 “맞춤 의료”로 전환되고 있다. 이에 따라 미국·EU 등 선진국은 바이오헬스 산업을 선점하고, 미래 성장동력으로 활용하기 위해 치열하게 경쟁하고 있다. 특히, 미국·EU 등 선진국과 중국·일본 등은 의료비 절감, 환자의 의료선택권 확대 등을 위해 전통·보완·대체의약 산업을 국가적으로 육성하고 있다.

의과에서 사용하는 표준 치료제의 효과는 암 25%, 알츠하이머 30%, 관절염 50%에 불과(The Case for Personalized Medicine 4th Edition, 2014) 하므로 중국과 일본은 의과 치료에 한계가 있는 심혈관 순환기질환, 소화기질환 등 만성·노인성 질환에 전통의약을 적극 활용하고 있다. 이에 비해 우리나라 한의약은 관절 통증 등 근골격질환 치료에 편중 성장하고 있다.

예를 들어 일본은 전근(장단지 경련, 44.1%), 급성 상기도감염(40.1%), 소화장애(38.5%), 갱년기장애(35.5%), 식욕부진·만성피로(19.4%), 관절통(2.5%) 등에 전통의약을 활용하고 있고(자료 : 漢方薬処方実態調査(定量) Summary Report. 日本漢方生薬製剤協会. 2011.), 중국은 손상(16.3%), 임신 관련(12.8%), 순환계통 질환(11.7%), 호흡기 질환(10.6%), 소화기 질환(8.5%), 근골격 질환(5.2%) 등에 중의약을 적극 활용하고 있다(자료 : '10년 광동성 오압 중의병원 10대 질환, 陈佩贞. 某中医医院住院病人前10位疾病构成分析. 中国病案. 2011)

우리나라는 건강보험 급여비 중 한의약 분야는 근골격 7개 질환의 급여비가 2010년 48.6%에서 2017년 55.3%로 지속적으로 증가하고 있으나, 만성·노인성 질환에는 한의약이 거의 활용되지 못하고 있는 실정이다. 여기서 7대 질환은 M54(등통증), M75(어깨병변), M79(연조직장애), M62(근육 장애), S93(발목 등 염좌), S33(요추 염좌), S13(목 염좌)를 말한다.

- 중국은 중성약 중 135종은 전액, 792종 일부를 보험에서 부담하고 있으며, '03년 대비 '14년 연구개발비 3.8배 이상 투자하여 정부주도로 연 12% 이상의 성장을 견인
- 미국은 기존 보건의료보다 저렴한 보완대체의학 수요를 반영하여 오바마케어를 통한 보험적용을 확대하고 연간 3억달러 이상의 연구비를 지원하여 안전성·유효성 근거확보 추진
- 일본은 모든 의과대학이 전통의학 교육을 포함하여 연간 1,361억 엔 이상의 한약처방이 이루어지며, 대표적 한방제제기업인 쓰무라제약에서 세계 허브 보충제·치료제시장의 0.76%를 점유할만큼 연구개발을 통한 고부가가치 창출에 집중

개인 체질을 고려한 맞춤형 진료를 우선하는 한의약이 인공지능(AI), 빅데이터, 네트워크 등 4차 산업혁명 기술 등을 활용한 과학화·산업화 할 경우, 더 큰 사회적 기여를 할 수 있으므로 정부는 한의약산업 육성을 위한 다양한 지원을 하고 있다. 특히, 의사와 한의사, 한의사와 약사 등의 갈등을 극복하고, 국민보건에 기여할 수 있는 한의약 산업으로 도약하기 위해서는 한의약 산업 육성 기반을 함께 추진하여 공동 협업할 수 있는 정책적 지원이 확대될 필요가 있다.

나. 한약 공공인프라 구축 사업

한약의 임상·비임상 연구 활성화를 위하여 2017년부터 건립한 공공인프라가 완공되었다. 한약재 안전성 검증 및 제품화, 해외진출 기반 조성을 위하여 한약 대상 독성시험(반복투여 독성시험 등 포함)을 전문으로 하는 한약 비임상(GLP) 실험시설이 전남 장흥에 완공되었다.

한약제제의 안전성·유효성 입증을 위한 임상시험용 한약제제와 위약(가짜약) 생산·공급, 한약제제 생산인력 양성 등을 담당하는 임상시험용 한약제제 생산시설(GMP)이 대구 동구 첨단의료복합단지에 완공되었다. 또한, 원외탕전 표준모델 개발을 위한 탕약표준조제시설도 경남 양산 부산대 한방병원에 완공되었다.

이러한 한약 공공인프라는 2020년 상반기 식품의약품안전처의 인증 등을 거쳐 하반기부터 본격 가동될 예정이다.

|표 2-10-11| 한약 공공인프라 추진 현황

구 분	GLP	GMP	탕약표준조제시설
대지 위치	전남 장흥군 장흥읍 원도리	대구시 동구 대림동 대구경북 첨단의료복합단지 첨15-1	경남 양산시 부산대한방병원
부지 규모	8,500㎡	3,242㎡	1,000㎡
시설 규모 계획	지상 2층	지상 3층	지상 2층
	2,536㎡	3,164㎡	1,747.6㎡
주요 시설	청정동물실험실, 세포 및 미생물실험실 등 실험실, 폐기물보관시설, 전기변전시설 등	추출실, 건조실, 제형개발실, 포장실 등 생산 시설 및 원료· 완제품 보관실, 품질관리실 등	추출실, 건조실, 완제품 제조실, 포장실, 원료·완제품 보관실, 품질관리실, 사무실 등
주요 분야	실험동물 이용 안전성연구 (단회투여독성, 반복투여독성, 유전독성)	임상시험용 한약제제 및 위약 생산, 원료의약품 및 한약제제 (정제, 캡슐제, 연조엑스제 등) 제조	액제, 환제, 과립제 등 제조

다. 한의약 소재은행사업

2019년에 한약재에서 천연물질(한약재 등에서 추출한 단일 합성물질)과 생물전환 대사체(천연물질을 위·장 등 효소를 활용하여 전환시킨 물질로, 한약재 성분을 직접 실험하면 효능이 없었으나 전환성분으로 실험시 효능이 발현)를 확보하여 한의약 소재은행으로 구축하고 민간 기업과 대학 등에 분양하여 산업화를 지원하였다.

천연물질과 생물전환대사체 총 1,472종을 노브메타파마 등 민간기업 등에 유·무상 분양하고, 추출·분석기술을 지원하여 한약재 소재 응용산업을 지원하였고, 천연물질 100종 확보하고 226종을 분양하였으며, 생물전환대사체 304종을 확보하고 1,246종을 분양하였다. 이러한 한의약 소재은행 사업은 2016년에 ‘천연물 물질은행 구축사업’과 ‘한방바이오 소재은행 사업’을 통합한 사업이다.

라. 한국 토종자원의 활용기반 구축

한국 토종자원의 활용기반 구축 사업은 나고야 의정서 발효에 따라 식물자원 주권 강화 추세에 대응하기 위해 토종 한약재의 유전자원을 국·내외에 등록하고 토종자원을 활용하는 사업이다. 2019년에 국내 토종자원의 활용도 향상을 위해 종자·재배정보 5종을 확보하고, 토종 한약재 5종(백출, 현호색, 단삼, 백합, 반하)의 재배법 연구, 염증질환에 대한 10종(형개, 구기자, 작약, 아삼, 향유, 지유, 당귀, 독활, 천속단, 한속단)의 효능연구 및 4종(대계-피부재생), 용아초-피부재생, 구절초-위염, 어성초-위염)에 대한 특허 출원 등을 하였다. 또한, 시중에 유통되는 봉약침 등에 대한 모니터링을 실시하여 독성물질 점검 및 봉약침 안전조제 가이드라인을 제작·보급하여 한의약 안전성 제고에 기여하였다.

다만 위 사업은 나고야의정서를 총괄하면서 국내 식물자원 유전자원 등록을 주도하는 환경부 사업과 한약재 재배 등을 소관하는 농진청 사업과 중복 우려가 제기되고 있다. 따라서 정부는 2020년에 보조금 사업 평가를 통해 사업 개선방안을 마련할 예정이다.

2. 한약재 유통지원시설 운영 활성화

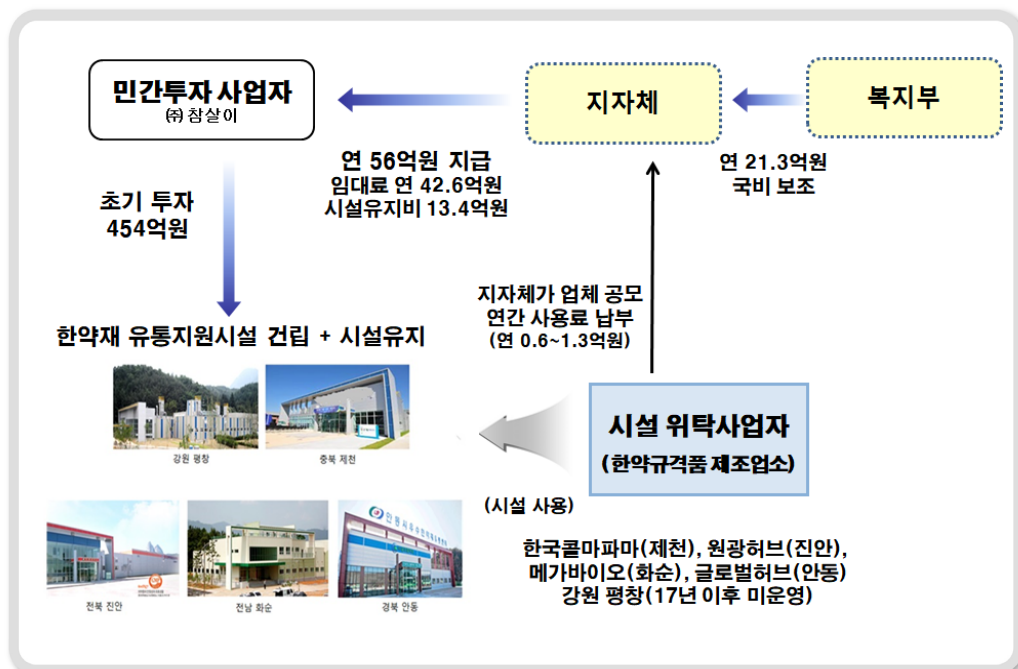
2008년에 한약재 품질경쟁력 확보 및 생산농가 소득 증대 등을 위하여 5개 지방자치단체(강원 평창군, 충북 제천시, 전북 진안군, 전남 화순군, 경북 안동시)에 한약재 저온창고·가공시설 등으로 구성되는 한약재 유통지원시설 건립을 민간투자 사업으로 추진하였고, 2010년에 시설이 완공되었다.

이 사업의 총사업비는 2010년 기준 493.6억원으로 2011년부터 2030년까지 20년간 국가와 5개 지방자치단체가 각각 21.3억원 임대료를 민간투자 사업시행자에게 지급하게 된다. 이 사업은 민간투자사업 중 국고보조 지자체사업으로 민간투자 계약체결 등 주무관청이 지방자치단체이다. 이 사업의 법적 근거는 「사회기반시설에 대한 민간투자법」 제2조제1호터목 물류단지 중 의약품 도매상 창고이다.

[표 2-10-12] 한약재 유통지원시설 현황

구분	안동시	제천시	평창군	진안군	화순군
대지 위치	경상북도 안동시 풍산읍 노리 산124번지 일원	충청북도 제천시 왕암동 968번지 일원	강원도 평창군 진부면 송정리 2241-2번지 일원	전라북도 진안군 진안읍 반월리 521-1번지 일원	전라남도 화순군 화순읍 내평리 111번지 일원
연면적	5,672.81㎡	5,677.58㎡	4,652.81㎡	5,649.48㎡	5,873.68㎡
창고 면적	1,828㎡	1,750㎡	1,297㎡	1,391㎡	1,632㎡
보관량	1,106톤	1,059톤	784톤	842톤	988톤

[그림 2-10-2] 한약재유통지원시설 사업 흐름도



이 사업에 대하여 2017년과 2019년 결산국회에서 각각 시설이용률이 저조한 등 사업 부실이 지적되었고, 이에 따라 2019년에 연구용역을 추진하여 향후 10년간 수익·지출 분석을 통해 경제성을 분석하였다.

이에 정부는 연구용역 결과를 토대로 5개 지방자치단체와 실무협의 등을 거쳐 시설이용률 제고 등 사업 활성화 방안을 모색하고 있으며, 2020년에는 시설이용률에 따라 국비를 차등 보조하는 방안이 도입될 예정이다.

[표 2-10-13] 한약재유통지원시설 시설 이용률('18.10월~'19.9월)

구분	평창	제 천	진 안	화 순	안 동	평균
'18.10월~'19.9월 시설 이용률 * 최대보관량 대비 월말 보관량 평균	-	28.3%	3.1%	2.1%	23.1%	12.6%

V 한약재수급조절제도 운영

1. 제도 개요

정부는 1989년부터 국산 한약재 재배 농가와 한약재 육종 보호를 목적으로 일부 한약재 품목을 지정하여 수입을 제한하고, 국산한약재 작황 부진, 가격 폭등 등 공급 문제가 발생할 경우 일정량을 긴급수입하는 수급조절제도를 시행하고 있다. 이 제도는 1983년 농산물 수입자유화에 따라 1988년 한약재 수입이 개방되었으나, 1989년 농림수산부장관 요청에 따라 의약품용 한약재를 일정량만 수입하도록 쿼터를 정하면서 시작되었다.

2. 수급 조절 대상 한약재 현황

2019년 현재, 구기자, 당귀, 맥문동, 산수유, 오미자, 일당귀, 작약, 지황(생·건), 천궁, 천마, 황기 등 11개 품목의 의약품 용도의 한약재가 수급 조절 대상 품목으로 지정되어 있다. 다만 수급조절대상 11개 품목이 식품과 의약품 용도로 모두 사용되고 있으나, 의약품 용도만 수입이 조절되고, 식품용도는 제한없이 수입되어 혼용 가능성을 배제할 수 없는 문제가 지적되고 있다.

또한, 수급조절 제도는 일종의 양적 제한(Quota)이지만 실제로는 쿼터에 훨씬 못미치는 양이 수입되므로 제도 자체의 실효성에 의문이 제기되고 있는 실정이지만 국산 한약재 재배 농가 보호를 위한 합리적 대안이 마련될 때까지 운영이 불가피한 실정이다.

* ('98) 26품목 → ('01) 21품목 → ('05) 18품목 → ('06) 14품목 → ('12) 15품목 → ('14) 11품목 → ('15) 11품목
→ ('19) 11품목

3. 한약재 수급조절위원회 운영 현황

수급조절 대상 11개 품목의 수입량 등은 '한약재 수급조절위원회'에서 심의 과정을 거쳐 결정되고 있다. 1989년부터 한국의약품수출입협회에서 운영하였으나, '한약재 수급 및 유통 관리 규정' 개정을 통해 2010년 6월 보건복지부로 이관되었다.

보건복지부 한의약산업과장이 위원장을 겸임하고 있으며, 위원회 위원은 농림축산식품부 등 관계부처 및 한약재 생산·유통·소비단체 대표와 관련 전문가를 포함한 14인으로 구성되어 있다.

2018년에 결정된 2019년도 수급조절품목 수입량 2,000톤 중 실제 수입량은 1,389톤으로 이행율은 69.4%로 2018년 이행률 69.2%(1,384톤) 대비 0.2% 증가하였다. 수급조절품목 수입에 따라 한약재 규격품 제조업소가 구매하는 국산한약재 구매량은 2018년 1,162.2톤에서 2019년 1,186.8톤으로 1.85% 증가하였다. 2020년에는 2019년 대비 30톤이 감소한 1,970톤이 수입될 예정이다.

CHAPTER

11

정책지원

제1절 주요 업무 평가

제2절 규제 개혁

제3절 주요 정책 홍보 관리

제4절 보건복지통계 생산·관리

제5절 정보화 추진

제6절 보건복지상담센터의 운영

제7절 국제 협력의 증진

제8절 통상 협력의 증진

제9절 보건복지 분야 인재 양성

제10절 보건복지분야 양성평등(Gender Equality) 실현

제11장 정책지원

제1절 주요 업무 평가

I 평가 개요

2019년도 정부업무평가는 43개 중앙행정기관을 대상으로 자체평가와 특정평가로 구분하여 실시하였다. 자체평가는 성과 관리 시행 계획의 관리 과제에 대해 분야별 전문가로 구성된 자체평가위원회에서 평가를 실시한 후 이를 정부업무평가위원회에서 확인·점검하는 절차로 진행되었다. 그리고 특정평가는 국무조정실 주관으로 5개 부문(일자리·국정과제, 규제 혁신, 정부 혁신, 정책 소통, 지시이행)으로 나누어 평가가 실시되었다.

보건복지부는 2019년도 성과 관리 시행 계획(전략 목표 3개, 성과 목표 16개, 관리 과제 72개, 성과 지표 186개)을 수립하고, 전자통합평가시스템(e-IPSES)에 이를 입력하여 반기별로 점검 및 관리하였다.

자체평가위원회는 위원장(민간위원)을 포함하여 총 28명(민간위원 24명, 내부위원 4명)으로 구성하였으며, 효율적인 위원회 운영 및 평가 수행을 위하여 자체평가위원회 산하에 주요정책(보건의료 I, II · 사회복지 I, II · 인구정책), 행정관리역량분과 소위원회를 구성하고 각각 소위원장을 두었다.

과제에 대한 이해도를 제고하고 평가의 객관성과 공정성을 도모하기 위하여 ‘자체평가위원 설명회’를 개최하여 평가위원들이 직접 관리과제별 추진 내용과 성과에 대한 설명을 들을 수 있도록 하였으며, 각 소위원회 위원들은 확인한 실적을 바탕으로 평가를 실시하고, 그 결과를 자체평가위원회에서 심의·의결하였다.

✎ 집필자 | 혁신행정담당관 이선영

정부업무평가와 부내평가 간의 연계성을 높이기 위해 부내평가 시 특정평가 결과를 반영하여 부처 전체의 성과가 향상되도록 하였다. 또한, 성과지표 설정 단계에서부터 자체평가위원회의 의견수렴을 거치고, 부내평가 체계에 대한 설명회를 개최하는 등 성숙한 성과 관리 체계가 구축되도록 하였으며, 지원부서에 대한 외부평가를 실시하여 효과적으로 사업 부서를 지원하도록 하였다.

평가 항목은 정책 형성 - 정책 집행 - 정책 성과 측면을 고르게 반영하고, 각 과제별 대표성·난이도에 대한 정성평가를 실시하여 합리적 결과가 도출되도록 하였다.

이와 함께 추진 계획 등을 통합성과관리시스템(BSC)을 통해 점검하여 체계적으로 성과 관리를 수행하고자 하였다.

II 평가 결과

2019년도 주요정책 자체평가 결과 총 72개 관리 과제 중 매우 우수 5개(7%), 우수 8개(11%), 다소 우수 9개(13%), 보통 24개(33%), 다소 미흡 10개(14%), 미흡 10개(14%), 부진 6개(8%)로 나타났다.

총 72개 관리 과제의 186개 성과 지표에 대한 목표 달성도 분석 결과, 성과 지표 목표치에 대한 평균 달성률은 89%였다. 대부분의 성과 지표가 목표를 달성하였으며, 일부 성과 지표는 일정 지연·변경 등이 발생하여 목표를 달성하지 못하였다. 특정평가에서는 정부혁신, 정책 소통 부문에서 '우수' 평가를 받았으며, 부처별 종합평가 역시 '우수'로 평가되었다

III 환류

2019년 자체평가 시 제기된 자체평가위원의 의견은 부서에 제공하여 정책에 환류될 수 있도록 하였다. 평가 결과는 「2020년도 성과급 지급 계획」에 따라 개인별 성과급(성과 연봉·성과상여금)에 반영하고, 평가 그룹별 우수부서('가등급' 부서 및 기관) 등에 대해 포상을 실시하였다.

제2절 규제 개혁

I 추진 방향

💡 정부의 규제개혁 추진방향

정부는 '19.1.29. 국무회의를 통해 2019년 규제혁신 추진 목표 및 추진방향을 확정하였다. “규제혁신 성과 창출로 국민·기업의 체감도 제고”라는 목표를 정하고 이를 달성하기 위해 세 가지의 추진방향을 설정하였다.

첫째, ‘선허용-후규제’ 방식 확산, ‘규제 입증책임을 정부에 부여’ 하는 방식으로 규제혁신 패러다임을 전환하였다. 둘째, 신산업 및 기존산업의 혁신성장을 도모하고 민생부담을 완화하기 위해 ‘포괄적 네거티브 규제와 샌드박스 제도’를 운영하며, 셋째, 규제혁신 체감도 제고를 위해 ‘적극행정’을 확산하고 ‘소통’을 강화하는 것을 그 내용으로 하고 있다.

2019년은 ‘규제혁신 성과 창출로 국민·기업의 체감도 제고’라는 목표 달성을 위해 신산업·신기술 분야 규제의 과감한 혁파와 중소기업 일자리 창출과 영업활동을 저해 하거나 민생부담을 야기하는 규제에 대한 정비를 중점적으로 추진하였다.

국민의 안전하고 건강한 삶 보장을 최우선의 가치로 두고, 국민 편의 증진과 관련 산업 육성 및 경제 활성화를 도모하는 방향으로 균형 있는 규제혁신이 이루어지도록 하였으며, 체감도 제고를 위해 현장의 목소리를 담아 현장 수요가 높은 과제 중심으로 추진하였다.

미래 신산업·신기술 분야 규제혁파를 위해 신산업 분야 규제를 선허용-후규제의 포괄적 네거티브 방식으로 전환하고, 규제샌드박스 제도 활성화와 신산업 현장의 규제 애로 해소를 위해 노력하였다.

또한, 일자리 창출·민생부담 완화 등을 위해 기존규제를 정비하고, 기업현장과 규제 개혁 신문고를 통해 건의된 개선 요청사항을 적극 검토하여 반영하였다.

✎ 집필자 | 규제개혁법무담당관 이현주

아울러, 규제개선 건의과제 및 행정규칙 규제에 대해서는 국민·기업이 규제의 폐지 필요성을 입증하는 대신 정부 부처가 규제의 존치 필요성을 입증하는 ‘규제정부입증책임제’를 적극 운영하여 정부가 입증을 못하는 규제에 대해서는 혁신적으로 정비를 추진하였다.

규제를 적용할 때에는 법령에 명시적으로 금지하는 규정이 없는 경우에는 허용하는 방향으로 유권해석을 하였고, 일부 과도한 규제에 대해서는 국민·기업의 편익을 증진 시킬 수 있는 방향으로 개선하였다.

또한, 규제심사를 통해 불필요한 규제가 신설되거나 강화되지 않도록 법령의 제·개정으로 신설·강화되는 규제의 타당성을 심사하였고, 일몰기한이 도래한 기존규제에 대해서는 그 필요성과 타당성을 재검토하여 개선하였다.

II 규제 개혁 추진 현황

2019년도에는 총 230개의 규제개혁 과제를 추진하고, 연내에 목표과제 142개 중 128개 과제를 완료(이행률 90.1%)하였으며, 주요 성과와 사례는 다음과 같다.

1. 신산업 규제혁파

4차 산업혁명 시대, 급속히 발전하는 기술과 산업의 변화를 따라가지 못하는 미래 신산업·신기술 분야 규제를 혁파하기 위해 선허용-후규제 방식의 포괄적 네거티브 규제 전환을 적극 추진하였다.

포괄적 네거티브 규제전환은 기존의 경직되고 한정적인 법령으로는 신제품·신기술의 시장출시가 제약되는 점을 개선하는 것으로 입법기술방식을 유연하게 전환하거나, 규제 샌드박스를 적용해 기존규제를 유예·면제해 주는 것이다.

입법방식 유연화는 「고령친화제품 종류 유연화」, 「기부대상 생활용품 범위 유연화」 등 3개 과제를 신규로 발굴하여 정비를 완료하였고, 전년도 이월과제 5개에 대한 정비를 추진하였다.

규제 샌드박스를 활용하여 「유전체 분석을 통한 맞춤형 건강증진서비스」, 「손목시계형 심전도 장치를 활용한 심장관리서비스」 등 12개 과제에 대하여 실증특례가 승인될 수 있도록 하였고, 「자가 모바일 안구굴절 검사」 1개 과제에 대하여는 적극행정을 통해 ‘규제없음’으로 결정되도록 지원하였다.

또한, 기업 현장에서 애로를 느끼는 과제에 대해서는 현장 목소리를 적극 청취·검토하였다. 개인의뢰 유전자 검사(DTC) 항목 확대를 위한 시범사업을 추진하였고, 신약, 의료기기 등 신제품 개발 시에 혈액 등 잔여검체의 원활한 사용을 위해 검체 제공자에게 서면 고지하여 거부 의사가 없으면 제공을 허용하였다.

2. 기존규제 정비

행정규제기본법 제19조에 의거, 기존규제의 적정운명을 통해 일자리 창출 및 민생부담 완화를 도모하기 위해 신산업, 기존산업 및 민생부문 등 3개 부문에서 5대 핵심 분야에 중점을 두고 29개 과제를 발굴하여 정비를 추진하였다.

[표 2-11-1] 기존규제 정비목록

구분	핵심분야	정비과제
신산업	포괄적 네거티브 전환	고령친화제품 범위 유연화 등 3개과제
	의료·바이오 신산업 규제혁신	의료행위 그레이존 해소를 통한 건강관리서비스 활성화 등 4개 과제
기존산업	보건복지사업자 영업불편 해소	체력단련장내 발한실 탈의실 공동이용 허용 등 6개 과제
민생부문	보건복지 서비스 효율화	영양플러스 사업등 취약계층서비스 지역제한 완화 등 12개 과제
	취약계층 민생부담 경감	산모·신생아 건강관리서비스 지원대상 확대 등 4개 과제

3. 현장 건의 및 규제개혁신문고를 통한 규제 개선

기업과 소상공인 및 일반 국민의 경제활동 등에서 애로로 작용하는 규제를 합리적으로 개선하여 기업하기 좋은 환경을 조성하고 국민 불편을 덜어주기 위해 「미용업 칸막이 요건 완화」 등 현장 건의규제에 대한 정비를 추진하였다.

또한, 일반국민 누구나 규제애로를 건의할 수 있는 국민건의 창구인 규제개혁신문고를 통해 2019년에 접수된 127건을 검토하였다. 이 중 「공중위생영업 직권말소 시 청문규정 완화」 등 41건을 수용하여 개선을 추진하였다.

4. 규제 정부입증책임제도 운영

입증책임제의 내실 있는 운영을 위해 훈령을 제정(19.3.25)하고 보건복지부 기존 규제정비위원회의 설치(19.3.25, 위원장: 차관, 위원: 정부인사 외 협·단체 인사 및 전문가 중심의 과반의 민간위원) 등 추진체계를 구축하였으며, 건의자 등 이해관계자를 참석시켜 심도 있게 입증 절차를 진행하였다.

입증절차 진행으로 현정부 들어 건의된 과제 및 2019년 규제신문고 건의과제 중 1차 답변이 불수용 또는 중장기 검토로 답변된 과제 132개 중 64개 과제에 대하여 정비를 추진(48.5%)하였고, 행정규칙 66개 전수(규제 236개) 중 42개 (규제 57개)에 대하여 정비를 추진하였다(규칙수 기준 63.6%, 규제사무수 기준 24.2%).

5. 일몰규제 정비

「행정규제기본법」 제8조 및 제19조의2에서는 규제에 대해 존속기한 또는 재검토 기한을 설정토록 하고 있으며, 2019년에 재검토기한이 도래한 63건의 일몰규제에 대해 규제개혁위원회의 규제존속 및 일몰유지 여부 심사를 거쳐 9건에 대해 정비를 추진하였다.

[표 2-11-2] 규제개혁 주요 추진 내용

규제 개혁 내용	추진 사항
① 신산업 규제혁파 - 입법방식 유연화	
• 고령친화제품 종류 유연화	(기존)고령친화제품 및 서비스를 의료기기, 주택시설, 요양 서비스, 의약품, 건강지원서비스 등 10종류로 한정 (개선)새로운 유형의 제품 및 서비스가 포함될 수 있도록 범위 유연화(7.9)
• 기부대상 생활용품 범위 유연화	(기존) 생활용품을 7가지 종류 및 28가지 물품으로 한정(세제류, 휴지류, 수건류, 기저귀류 등) (개선) 새로운 유형을 포함할 수 있도록 기타 유형 신설(일회용컵, 손가락 등)(7.9)

규제 개혁 내용	추진 사항
• 유전자 치료 연구범위 네거티브 전환	(기존) 유전자 치료 연구는 일정요건에서만 가능(유전질환, 암, AIDS 및 타치료법이 없는 경우에만 허용) (개선) 대상 질환을 삭제하고, 치료법이 없거나 우수한 경우에 유전자 치료 연구가 가능하도록 개선(4.1, 법개정안 국회 상정)
① 신산업 규제혁파 - 규제 샌드박스	
• 유전체 분석을 통한 맞춤형 건강증진 서비스(마크로젠(주))	(실증특례)비의료기관 직접 유전자 검사항목에 만성질환, 호발암, 노인성 질환 등 13개 질환 실증특례 허용(2.11)
• 손목시계형 심전도 장치를 활용한 심장관리 서비스(고대안암병원, 휴이노(주))	(실증특례)손목시계형 심전도장치를 활용하여, 환자 임상 정보를 전송하고, 이상 징후시 내원 안내, 증상 호전시 1·2차 병원으로 전원 안내까지 허용(2.14)
• 강원도 디지털헬스케어 규제자유특구 지정	(실증특례 결정 7.23) · 1차 의료기관에서 격오지 고혈압, 당뇨 만성질환자 대상 원격의료 서비스 실증, 단, 진단·처방은 간호사 입회 하 전제 · 이벤트* 참가자 대상 심전도 모니터링, 내원 안내, 응급상황 대응 * 국제걷기대회, 소금산 출렁다리, 치악산 국립공원 · 의료기관 외 장소에서 포터블 엑스선 진단시스템 사용 (의사, 방사선사, 치위생사) 허용
② 기존 규제정비	
• 의료행위 그레이존 해소를 통한 건강관리 서비스 활성화	(기존)의료법상 '의료행위' 개념의 불명확해 민간의 건강관리서비스 개발 제공에 제약 (개선)가이드라인 제정 및 해석집 발간을 통한 비의료기관이 수행 가능한 건강관리서비스 영역 명확화(5.20)
• 체력단련장 내 발한실 탈의실 공동이용 허용	(기존)체력단련장 내 간이 발한실 운영시에 별도의 탈의실 설치 필요 (개선)발한실 운영시에 체력단련장 탈의실을 공동이용토록 허용(12.31)
• 구급차 등 운전자 신고서류 완화	(기존)자동차 등록원부 및 선박국적증서를 민원인이 직접 구비서류 제출 (개선)공무원이 행정정보 공동이용을 통해 확인(12.31)
• 암환자 의료비 지원제한 완화	(기존)국가암검진 수검을 통해 암검진시 의료비 지원 (개선)장애 등으로 국가암검진 수검이 곤란한 경우는 국가암검진 수검 여부와 관계없이 의료비 지원(1.1)
• 노인일자리 지원대상 확대	(기존)지원대상은 기초연금수급권자, 사업기간은 9개월로 한정 (개선)60~64세 차상위를 추가하고 사업기간을 6~12개월 범위내 탄력 운영(1.1)
• 장애인 활동지원서비스 대상 확대	(기존)중증장애인 대상으로 활동지원서비스 제공 (개선)장애등급제 개편에 따라 종합평가 결과에 의한 경증장애인도 대상 포함(7.1)
• 산모·산생아 건강관리서비스 대상 확대	(기존)서비스 대상은 기준 중위소득 80%이하 출산가정 (개선)기준 중위소득 100% 이하 출산가정으로 확대(1.1)

규제 개혁 내용	추진 사항
• 취약계층 서비스 지역 제한 완화	(기존)영양플러스 사업, 선청성 난청검사, 한센인 피해자 지원 서비스는 주민등록지 관할 보건소에 신청 (개선)전국의 모든 보건소에 신청 가능(1.1)
③ 현장 건의 및 규제개혁신문고 규제 개선	
• 검체 제공자의 동의 방식 개선	(기존)신약 등 신제품 개발시 혈액 등 잔여검체 활용을 위해서는 사전 서면동의 필요 (개선)서면 고지하여 거부 의사 없으면 동의로 간주(10.23)
• 개인 의뢰 유전자 검사(DTC) 항목 확대	(기존)DTC 유전자 검사를 12개 항목으로 제한 (개선)항목 확대를 위한 생명윤리법 개정안 국회 제출(4.1) 및 인증제 시범사업 추진(5월~)
• 미용업 칸막이 요건 완화	(기존)미용업소에 칸막이 설치 시에 출입문의 3분의 1 이상을 투명하게 설치토록 제한 (개선)출입문의 3분의 1 이상을 투명하게 설치토록 제한한 규정 삭제(~'20.상)
• 공중위생영업 직권말소 시 청문규정 완화	(기존)부가가치세법에 따라 폐업신고를 하거나 관할 세무서장이 사업 등록을 말소한 경우에도 공중위생관리법상의 신고사항을 직권말소 하기 위해서는 청문 실시 필요 (개선) 상기 경우, 공중위생관리법상의 신고사항을 직권말소시에 청문 절차 폐지(~'20.하)
④ 규제 정부인증책임제 운영	
• 난임부부 시술비 지원확대	(기존)시술비 지원대상을 법정혼 부인 44세 이하로 한정 (개선)연령기준을 폐지(7.1)하고, 사실혼 부부를 추가(10.24)
• 국가 대장암 1차 검진 방법에 대장 내시경 도입 검토	(기존)국가 대장암 1차 검진에 분변잠혈검사만 인정 (개선)대장내시경 검사 시범사업 추진('19.7월~'20.12월, 필요시 기간 연장)을 통해 안전성과 효과성이 확인될 경우, 대장내시경 검사를 1차 검진방법의 하나로 도입('21.상)
• 장기요양보험급여 기준 개선	(기존)장기요양급여 결정 후에 1년간 급여 실적이 없는 복지용구는 보험급여 제외 (개선)1년간 급여 실적이 없더라도 보험급여 유지(7.31)
• 이용업소의 시설기준 개선	(기존)이용업소에서는 응접장소와 작업장소에 커튼, 칸막이를 설치할 수 없도록 제한 (개선)가발 사용자 등의 프라이버시 보호를 위해 칸막이 등으로 구획할 수 있도록 허용(~'20.하)
• 특수의료장비 품질관리검사기관 행정부담 완화	(기존)품질검사실적 매 월별 보고와 검사요원에 대한 연 2회 교육실시 의무화 (개선)매 분기별 보고 및 검사요원에 대해 연 1회 이상 교육 실시하도록 완화(9.16)

규제 개혁 내용	추진 사항
⑤ 일몰규제 정비	
• 치매 장기요양기관 시설 인력기준 개선	(기존)치매전담형 장기요양기관을 설치하는 경우, 1인실을 1개이상 설치하여야 하고, 1실당 12명으로 정원 제한 (개선)1인실 설치의무 규정을 삭제하고 1실당 정원을 16명으로 상향 (4.1)
• 사설묘지 설치 등의 행정처분 기준 개선	(기존)사설묘지 설치자가 이용자에게 거래명세서 미발급시 최대 업무 정지 6개월 부과 (개선)위반횟수에 따라 처분기준을 합리적으로 개선 · 1차 위반시 업무정지 7일, 2차 위반시 업무정지 15일, · 3차 위반시 업무정지 1개월, 4차 위반시 업무정지 3개월(12.27)

6. 신설·강화 규제의 심사

행정규제기본법 제7조 및 제10조에 의거 2019년 보건의로 및 사회복지 정책과 제도의 새로운 도입 또는 변경을 추진하면서 법령 제·개정 단계에서 신설·강화 규제에 대한 필요성 및 타당성 심사를 진행하였다.

38개 법령 등 제·개정안의 신설 또는 강화되는 규제 60건에 대하여 1단계로 보건복지부 규제심사위원회 심사를 거치고 2단계로 국무조정실 규제개혁위원회 심사를 거쳐 신설 강화 규제에 대한 적정성을 확보하였다.

제3절 주요 정책 홍보 관리

I 정책 홍보 방향

정책 홍보는 정부가 추진하는 정책을 국민에게 널리 알리고 원활하게 소통하여 정책에 대한 공감대와 신뢰를 얻음으로써 국가 정책의 실효성을 높이는 데 주요 목적을 두고 있다.

보건복지정책은 국민의 생활과 밀접하게 연관되어 있고 삶의 전 과정에 영향을 미친다. 따라서 정책 수립부터 시행까지 전 과정을 공정하고 시의적절하게 홍보하여 국민이 공감하고 체감할 수 있도록 하는데 중점을 두었다. 특히, 홍보 계획을 세울 때부터 관련 이해관계자의 의견을 반영하고, 집행 과정에서도 지속적으로 국민의 참여 통로를 확보하기 위해 노력하였다.

2019년 보건복지부는 사회안전망을 더욱 튼튼히 확충하고 정책 여건 등을 고려한 국민체감·미래대비 과제를 선제적으로 발굴·추진하는 정책방향을 모색하였다. 소득분배 악화에 대응해 저소득·취약계층 기본생활 보장에 총력을 기울여 저소득층에 대한 소득 및 일자리 지원을 강화하고, 복지 위기 가구 발굴 확대·취약계층 보호 강화 등 사각지대 최소화, 의료비·돌봄 부담 경감 지속 확대로 서민 생활을 안정적으로 지원하고자 하였다.

또한, 국민 욕구, 미래 대응 등을 위한 구조 개혁을 착실히 진행하였다. 건강한 인적 자본 확충을 위해 아동에 대한 국가 책임을 강화하고, 예방·건강 투자를 확충, 복지 체감도 향상을 위해 지역사회·수요자 중심 전달체계 개편을 추진하였다.

「모든 국민이 잘사는 포용적 복지국가」를 위하여 ‘희망을 키우는 사회, 함께 누리는 복지’ 비전 아래 소득, 건강, 돌봄 등 전 국민의 기본생활 보장, 인구변화와 4차산업혁명 등 미래 환경변화에 선제적으로 대응하는 정책 기본방향을 전제로, 세부적으로는 ‘포용과 혁신의 틀 아래 취약계층의 사회안전망 강화, 활기차고 존중받는 노후 생활 지원, 건강보장 확대 및 보건의료 공공성 강화, 아동에 대한 국가 책임 강화’의 포용과제와, ‘바이오헬스 산업을 국가 전략산업으로 육성, 보건복지 분야 양질의 일자리 확충, 지역사회중심 보건복지정책 혁신’의 혁신과제를 중점 과제로 추진하였다.

주요 중점과제의 정책수립에서부터 시행까지 모든 과정에서 사례 중심 및 시기별 집중 홍보를 진행하였고 그 결과 치매국가책임제 내실화를 포함한 지역사회 통합돌봄 커뮤니티케어, 건강보험 보장성 강화 확충 및 아동수당 확대는 특히 대국민 호응도가 높고, 피부에 와 닿는 정책으로 평가받기도 하였다.

국민건강보험공단, 국민연금공단 등 산하기관과 공동으로 추진하는 정책 사업의 경우, 해당기관 홍보실과 협의체를 구성하여 기획 및 집행 과정 등을 공유, 논의하여 중복·분산 홍보를 막는 것은 물론, 기관 간 협력을 강화해 홍보 효과를 극대화하였다.

아울러, 정책 현장 방문을 다양하게 추진해 국민의 이해와 공감대를 확대하였다. ‘활기차고 존중받는 노후생활지원’ 사례로, 기초연금 수급자 어르신의 인터뷰를 통하여 현장 체감도를, 기관장이 실무 공무원들과 함께 마을건강센터와 치매안심센터를 방문하여 삶터 중심의 돌봄 서비스와 지속적인 재가 관리 서비스 등 치매환자들의 경험담과 그 가족분들의 애로 사항 등을 면밀히 청취하고, 정책의 취지 및 개선사항 등을 소개하였다. 더불어 이와 관련해 출입기자단 대상 프레스투어를 실시하여 기자단의 정책 이해를 돕고 보건복지부 주요 정책이 더욱 정확하게 널리 알려질 수 있도록 하였다

이를 통해 언론에 제공할 수 있는 유용한 정보를 발굴하는 것은 물론, 수혜자에게 도움이 될 만한 정보를 다양한 형태의 홍보물로 제작해 온·오프라인 매체를 통해 국민에게 전달할 수 있었다.

[표 2-11-3] 정책 추진 단계별 대변인실 지원 현황

정책 입안	정책 발표	정책 집행	정책 평가
이슈 모니터링 홍보 컨설팅	정책 발표 전 홍보협의, 홍보전략회의 발표 후 여론 분석·대응	대국민 홍보 지원	홍보 활동 평가

II 주요 정책 홍보 추진 현황 및 분석

1. 언론 홍보 및 소통

2019년 보건복지부는 「모든 국민이 잘사는 포용적 복지국가」를 위하여 희망을 키우는 사회, 함께 누리는 복지를 위한 장애등급제 폐지 및 지원 확충, 치매 국가책임제 이행 내실화, 아동수당 확대 및 아동 건강증진·의료비 지원 확대, 건강보험 보장성 강화 확대를 추진하였다. 또한, 4차산업혁명 등 미래 환경변화에 대응하여 신약·혁신형 의료기기 등 신성장 분야 집중지원과 유전체, 재생의료 등 미래 의료기술 발굴·육성과 더불어 바이오헬스 일자리 창출 등 양질의 일자리 확충 과제를 추진하여 포용과 혁신으로 사회안전망을 더욱 튼튼히 확충하고 미래 산업을 대비하였다.

이러한 복지부의 주요 정책과 제도를 더욱 많은 국민이 누릴 수 있도록 언론홍보를 적극 추진하였다. 대국민 소통을 위하여 공식 브리핑과 기자단 대상 설명회 및 프레스투어 등을 활용하여 주요 정책 및 제도의 취지와 추진 현황을 언론에 상세히 설명하여 국민에게 정확한 정보가 전달될 수 있도록 하였다. 특히, 외신과의 소통을 강화하기 위해 국제 행사 기획 시부터 외신을 대상으로 한 장·차관 인터뷰 및 간담회 등을 함께 포함해 진행하였고, 주요 정책에 대한 외국어 보도자료를 적극적으로 배포하여 해외에서도 국내의 정책이 널리 알려질 수 있도록 하여 좋은 반응을 얻었다.

2. 정책 홍보 기획 및 전문성 강화

가. 홍보 기획

국민과의 정책 소통 효율성과 효과성을 높이기 위해 각 사업부서에서 추진하고 있는 홍보 사업을 계획 입안 단계에서부터 제작, 배포 단계까지 함께 검토하였다. 먼저, 보건복지부가 1년 간 추진할 주요 행사 및 이슈, 정책 일정 등을 미리 파악하고 선제적으로 관리할 수 있는 시스템을 구축하였다. 매년 초 ‘연간·월별 정책 일정’, ‘올해 및 과거 2년 주요 일정 비교표’ 등을 담은 <정책홍보캘린더> 책자를 제작하여 모든 사업부서 및 유관기관에 배포하였다.

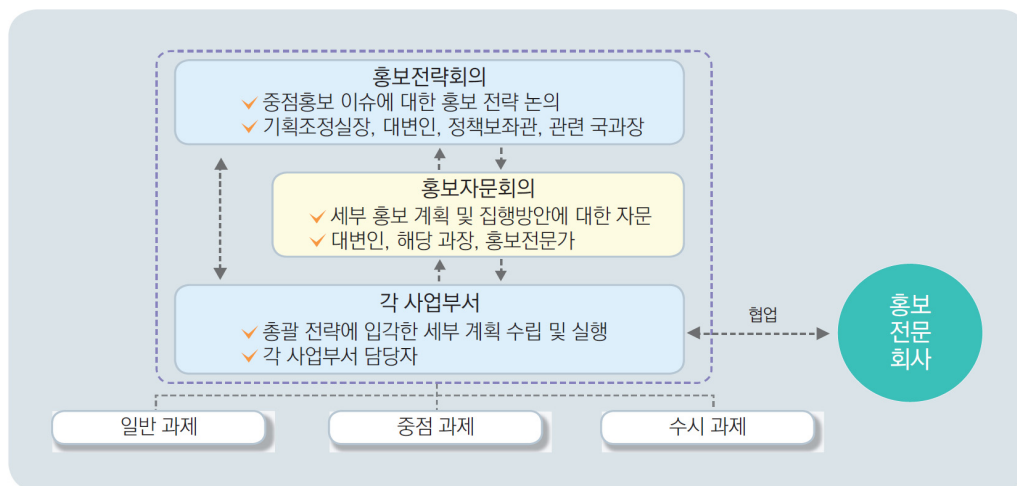
매주 월요일 차관이 주재하는 정책홍보TF회의를 통해 적극 홍보 및 위기 관리가 필요한 정책을 점검하고 소통 전략을 논의하였으며, 화~금요일에는 일일점검회의와 병행하여 보도 및 여론 동향을 점검하였다. 논의 내용은 바로 해당 실·국에 공유하여 대변인실과 사업부서 간 효율적인 협업 및 공동 대응이 이루어지도록 하였다.

이 과정에서 수시로 부처 내외 홍보전문가를 활용한 컨설팅 및 홍보자문회의를 실시하였으며, 이를 통해 홍보 방향성뿐만 아니라 최신 홍보 기법과 아이디어 등을 도입하는 계기를 마련하였다. 특히, 전문 컨설팅 업체와 연간으로 계약하여, 보건복지 주요 정책에 대한 대국민 메시지 및 홍보계획 수립이 정책 발표 2~3개월 전부터 체계적·전략적으로 이루어질 수 있도록 하였다. 2019년에는 포용국가 아동정책, 수요자 중심 장애인 지원체계 개편, 보육지원체계 개편 관련 컨설팅을 시행하였다.

또한, 주요 정책을 발표하기 전 모든, 혹은 유관 부처가 참석하는 홍보전략회의에 주요 안건으로 상정하여, 예상 쟁점별 대응 전략, 홍보 계획 등을 재점검하고 부처 간 협조를 통해 정책이 원활히 추진되도록 하였다. 이렇게 추진한 정책으로는 건강보험 보장성 강화, 포용국가 아동정책, 바이오헬스 산업 혁신전략, 수요자 중심 장애인 지원체계 개편 등이 있다.

이와 같이 전략적 정책홍보를 기획·실행한 결과, 보건복지부의 홍보 캠페인이 외부 시상제에서 수상하기도 하였다. 그 사례로 건강보험 보장성 강화 정책 인지도 제고 홍보 캠페인은 2019 한국 PR대상 정부PR 부문에서 최우수상을 수상하였으며, 포용국가 아동정책 캠페인은 2019 올해의 광고PR상(PR캠페인상) 정부 및 공공부문에서 수상하였다.

[그림 2-11-1] 부내 홍보 추진 체계



나. 홍보 역량 강화 교육

직원들의 홍보 마인드 제고와 역량 강화를 위해 직급별로 맞춤형 교육 과정을 운영하였다. 언론과의 소통 능력이 필수적인 실·국장급 공무원에 대해서는 언론 대응 및 소통 전략, 인터뷰 스킬 및 노하우 교육 등 언론과의 대면 상황에서 효과적으로 대응하는 방법을 핵심 내용으로 하는 교육을 진행하였다.

한편, 실무를 담당하는 5급 이하 공무원에 대해서는 보도자료 및 기고 작성법, 최신 홍보트렌드 및 SNS를 활용한 홍보 기법 등 업무에 실질적 도움을 주는 교육을 실시하였다. 2019년 상·하반기에 걸쳐 홍보 역량 강화를 위한 시리즈 교육 총 7회를 실시하였다. ‘월요일엔 내가 홍보 전문가’라는 주제로 홍보 기획, 언론 대응, 디지털 소통 등에 대한 다양한 강의로 구성하였으며, 전체 교육 누적 참석자는 총 1,973명(회차별 평균 280명)을 기록하였다.

이 같은 홍보 교육의 경우 일간지 기자, 정책 홍보 전문가 등을 강사로 초빙하여 교육 프로그램을 직접 구성하거나, 문화체육관광부, 한국보건복지인력개발원 등 타 기관이 주관하는 홍보전문 교육에 보건복지부 직원을 참석하도록 하는 등 두 가지 과정을 운영·관리하였다.

3. 디지털 소통 강화

미디어 환경 변화로 SNS 등 디지털 매체의 중요성은 점점 높아지고 있다. 이에 정부 기관에서도 국민에게 정책 관련 메시지·정보를 전달하고, 국민의 의견을 수렴하는 등 양방향 소통에 있어 디지털 매체를 효과적으로 활용할 필요성이 증대되었다. 이에 보건복지부에서는 효과적인 디지털 소통을 위해 지속적으로 노력해 왔다.

2019년에는 대변인실 내 ‘디지털소통팀’ 직제를 신설하고, 이미지·영상 콘텐츠 자체 제작이 가능한 인력 구성을 갖추으로써 디지털 소통을 강화하기 위한 탄탄한 기반을 마련하였다. 또한, 기존의 5개 SNS 채널(블로그, 페이스북, 유튜브, 트위터, 네이버 포스트)에 20~30대에 인기가 높은 인스타그램을 추가하여 총 6개의 SNS 채널을 운영함으로써 소통 저변을 확대하였다.

각 SNS 채널에서 정책별·홍보 대상별 특성에 따라 다양한 형태의 정책 홍보 콘텐츠를 제작·보급하였다. 특히, 보건복지부 채널에서만 볼 수 있는 ‘시그니처 콘텐츠’를 지속 개발함으로써 타 정부기관 채널과의 차별화를 꾀하고 충성 고객을 확보하기 위해 노력하였다.

[표 2-11-4] 2019년 보건복지부 SNS 채널 운영 현황

채널명	주요 콘텐츠 유형	게재 건수	성과
페이스북	정기 라이브방송, 일상적 정책홍보	일 1~2건	총 도달률 2746만 회 (전년 대비 20% 증가)
블로그	생활공감형 기사, 따스아리 기사단 운영	일 1~2건	총 방문자수 215만 명 (전년 대비 20% 증가)
유튜브	정기방송, 정책홍보 영상	주 1~2건	총 조회수 2923만 회 (전년 대비 102% 증가)
트위터	정책홍보 및 이슈대응	일 2~3건	총 노출 수 1320만 회 (전년 대비 163% 증가)
네이버 포스트	생활공감형 정책정보	주 2~3건	총 방문자수 41만 명
인스타그램	정책 수혜사례 중심 웹툰	일 1건	구독자 수 16200명(신규)

먼저, 인스타그램에서는 보건복지부만의 캐릭터들을 개발, 정책 대상자 입장에서 이야기하는 스토리텔링형 카툰을 제작하였다. 기존 웹툰이나 인스타그램과는 차별화되는 독특한 화풍과 감성을 적용한 브랜딩을 통해, 개별 콘텐츠만 보아도 ‘보건복지부’가 자연스럽게 연상되도록 하였다. 보건복지부 인스타그램 제정은 비슷한 시기에 개설된 타 기관계정 대비 가장 가파른 성장세를 보이며 오픈 10개월 만에 1.5만 명의 팔로워를 달성하였으며, 2020년 4월 기준 4만 명이 넘는 팔로워를 기록하고 있다. 특히, 홍보 분야에서 각광받는 시상제인 ‘2019 &어워드’ ‘소셜 미디어 부문에서 정부·공공기관으로는 최초로 ‘GRAND PRIX(그랑프리)’를 수상하였다.

둘째로, 국민과의 양방향 소통을 위해 다양한 라이브방송 포맷을 개발하였다. 정책 수혜자 및 현장 담당자를 직접 찾아가 인터뷰를 진행하고 정책을 소개하는 <오! 복지! 따수한 인터뷰>, 라이브 퀴즈쇼 <여섯시애 복지Q>, 뉴스 형식의 <10:42 사실은 이렇습니다>가 각각의 특색으로 고정 시청자층을 확보하였다.

이 밖에도 셀럽과의 유쾌한 인터뷰 영상 <따수해>, 정책 담당자 혹은 현장의 정책 대상자가 1인칭 시점에서 본인의 경험을 이야기하는 영상 <따뜻한 커피 한 잔과 함께하는 정책 이야기>, MC 한 명이 주요 이슈·쟁점에 대해 자세히 소개하는 <직접 알려드립니다>가 시리즈 콘텐츠로서 주목받았다.

|표 2-11-5| 디지털소통팀 제작 콘텐츠 유형

유형		특징	게재채널	'18년 비교
이 미 지	카드뉴스	보도자료 등 기반으로 주요 정책내용을 쉽게 설명(주 4~5회)	페이스북 · 트위터 블로그 · 포스트	-
	스토리툰(웹툰)	가족 캐릭터들을 활용, 정책 대상자 입장에서 이야기하는 카툰 제작(주 4~5회)	인스타그램, 트위터	신규
	기타	주요 정책 발표 시 인포그래픽 제작 등(비정기)	페이스북 등	-
영 상	장 · 차관님 동정	현장방문 등 장 · 차관님 행보(주 3~4회)	유튜브	-
	셀럽 인터뷰	홍보대사와 'MC 따수(디지털소통팀 내 홍보전문가)'와의 유쾌한 인터뷰 (월 1회)	유튜브, 페이스북	신규
	정책 담당자 · 대상자 인터뷰	정책 담당자 혹은 현장의 정책 대상자가 1인칭 시점에서 본인의 경험을 이야기(월 1회)	유튜브	신규
	이슈 · 쟁점 설명	MC 한 명이 주요 이슈 · 쟁점에 대해 정부의 입장을 자세히 소개	유튜브	신규
	기타	다양한 유형의 기획 영상 제작(비정기)	유튜브 등	확대
온 라 인 방 송	현장취재형 라이브방송	MC 따수가 정책 대상자 등을 직접 찾아가 인터뷰 진행 → 정책 담당자와 함께 자세히 해당 정책 소개(격주 1회)	유튜브, 페이스북	확대
	정보제공형 녹화방송	아나운서가 지난 2주간의 주요 정책 정보를 차분하게 전달(격주 1회)	유튜브	신규
	퀴즈쇼 라이브방송	정책 관련 퀴즈를 실시간으로 맞히는 퀴즈쇼(월 1회)	유튜브, 페이스북	신규
	브리핑 라이브방송	주요 정책 발표 시 브리핑을 자막과 함께 실시간 송출	유튜브	신규

보건복지부에서 자체적으로 기획 · 제작하는 콘텐츠 이외에도, 확산력 있는 디지털 매체와 협업 콘텐츠를 제작함으로써 정책 홍보 효과를 높이고 기관의 이미지를 제고하였다. 실사례로, 청년층 사이에서 선풍적 인기를 끌었던 EBS ‘자이언트 펭TV’와 협업하여, 정신건강 증진 · 관리(1편), 건강관리 및 질병예방의 중요성(2편)을 홍보하는 영상 2편을 제작하였다. 두 콘텐츠 모두 200만 회가 넘는 조회수를 기록하였으며, 꾸준한 신체 · 마음건강 관리의 중요성을 청년층에게 인식시키는 데 크게 기여하였다.

특히, 2편은 자이언트펍TV의 주인공인 ‘펍수’가 일일 장관이 되는 컨셉으로, 보건복지부 차관 이하 다수의 간부들 및 직원들이 직접 출연하여 화제가 되었다. 뿐만 아니라, 인기 유튜브 채널 ‘워크맨’과도 협업하여 보육지원체계 개편 홍보 영상을 제작하였으며, 해당 콘텐츠는 600만 회가 넘는 조회수를 기록하였다.

이처럼 보건복지부에서는 디지털 매체를 활용하여 국민의 삶에 실질적인 도움을 줄 수 있는 정책 정보를 쉽고 친근하게 전달하고, 보건복지부 정책에 대한 수용도·호감도를 높이기 위해 노력하였다. 그 결과는 뉴시스·리얼미터가 일반국민 대상으로 실시한 18개 부처 ‘정책수행 평가조사’ 결과에서 보건복지부가 2019년 7~12월, 6개월 연속 1위를 차지했다는 것에서도 잘 드러난다.

제4절 보건복지통계 생산·관리

I 국가승인통계 생산·관리

보건복지부는 새로운 환경변화와 사회적 이슈에 선제적으로 대응하고, 수요자 요구에 부합하는 다양한 정책통계의 개발을 위해 노력하고 있다. 이에 근거기반 정책수립의 기초자료로써 통계의 질 제고와 지속적인 품질 관리를 위해, 「통계법」 제18조 및 제20조에 의한 국가승인통계를 생산하여 활용하고 있다.

2019년 말 기준 보건복지부 국가승인통계는 총 47종으로, 이는 전체 통계작성기관 중 통계청(65종) 다음으로 많은 수준이다. 2019년에는 ‘장애인건강보건통계, 중증장애인생산물 생산시설 실태조사, 장기요양실태조사, 중증외상 및 다수사상조사, 희귀질환등록통계’ 등 5종 통계가 신규 승인을 받았다.

[표 2-11-6] 2019년 보건복지부 국가승인통계 현황

통계명	최초 작성	공표 주기	통계명	최초 작성	공표 주기
〈조사통계 : 22종〉					
국민건강영양조사	1969	1년	의료서비스경험조사	2017	1년
국민생활실태조사	2016	3년	자살실태조사	2013	5년
급성심장정지조사	2011	1년	장애인실태조사	1990	3년
노숙인등의실태조사	2016	5년	장애인편의시설설치현황조사	1995	5년
노인실태조사	2004	3년	정신질환실태조사	2001	5년
보육실태조사	2004	3년	지역사회건강조사	2008	1년
사회서비스수요·공급실태조사	2009	2년	청소년건강행태조사	2005	1년
산후조리실태조사	2018	3년	퇴원손상심층조사	2006	1년

통계명	최초 작성	공표 주기	통계명	최초 작성	공표 주기
아동구강건강실태조사	2003	3년	한방의료이용및한약소비실태조사	2011	3년
아동종합실태조사	2008	5년	중증장애인생산물 생산시설 실태조사	2019	3년
장기요양실태조사	2019	3년	중증외상 및 다수사상조사	2019	1년
〈가공통계 : 6종〉					
국민보건계정	2002	1년	의약품소비량및판매액통계	2008	1년
보건의료질통계	2017	1년	한국의사회복지지출	1997	1년
장애인건강보건통계	2019	1년	희귀질환등록통계	2019	1년
〈보고통계 : 19종〉					
HIV/AIDS신고현황	2011	1년	사회복지자원봉사현황	2008	1년
가정위탁국내입양소년소녀가정현황	1994	1년	아동복지시설보호아동및종사자현황	1996	1년
결핵현황	1976	1년	암등록통계	1980	1년
공중위생영업소실태보고	1997	1년	어린이집및이용자통계	2004	1년
국민기초생활보장수급자현황	1977	1년	보호대상아동현황보고	1994	1년
국민보건의료실태통계	2001	5년	의료서비스이용현황	1988	1년
노인복지시설현황	1996	1년	장애인현황	2006	1년
노인학대현황	2005	1년	전국예방접종률현황	2013	1년
법정감염병발생보고	1975	1년	학대피해아동보호현황	2006	1년
보건소및보건지소운영현황	1981	1년			

보건복지 통계 이용의 시의성 및 접근성을 향상시키기 위하여 2019년도 국가승인통계자료가 공표되는 즉시 보건복지부 홈페이지(mohw.go.kr)와 국가통계포털(KOSIS)을 통해 서비스 하였고, 국정 모니터링 시스템인 'e-나라지표'의 수치 업데이트 및 메타정보 관리 등에도 주력 하였다. 또한, 통계의 품질 관리 및 향상을 위해 승인통계의 정기품질진단(9종) 및 자체품질진단(19종)을 실시하여 개선점을 도출하고 반영해 나가고 있다.

체계적이고 지속가능한 보건복지통계 발전을 위해 향후 5년간의 통계개발·개선 과제, 통계 생산 방식의 효율화, 통계 인프라 확충 등을 목표로 2017년에 수립한 「제2차 국가통계 발전 기본계획('18~'22)」에 따른 구체적인 시행계획으로써, 「2020년 국가통계 발전 시행계획」을 관계부처 합동으로 수립('19. 12.)하고 국가통계 발전 방향을 정립하였다.

더불어 법령의 제·개정 단계에서 필요 통계의 유무를 선제적으로 검토하는 「통계기반정책평가제도」를 운영하여 관련 통계와 정책 간 연계를 강화하고 정책의 효과성을 제고하였다.

또한, 보건복지분야 정책 수립 및 주요과제 이행에 필요한 공공데이터를 구축하고, OECD 등 국제기구가 요구하는 통계를 산출하기 위한 정책연구를 수행하였다. 이를 통해 경상의료비 규모 산출, 국민의 의료서비스 이용통계 생산, 의료기관 서비스 제공수준 분석, 의약품 소비량·판매액 등을 파악하고 있으며, 관련 정책수립을 위한 기초자료로 활용하고 있다.

한편, 보건복지부뿐만 아니라 인구, 가구, 사망 현황 등 보건복지분야 정책 수립에 참고할 수 있는 타 기관의 통계까지 포함하여 보건복지 관련 분야의 전체 지표를 수록한 「보건복지 통계연보」, 이용도가 높은 핵심지표 위주의 「보건복지부 길잡이 통계(소책자)」, 「주요통계 참고자료」, OECD 회원국 통계의 국제비교를 지원하는 「OECD Health Statistics」를 발간하여 정책 참고자료로 활용하도록 배포하였다.

[표 2-11-7] 주요 책자 발간 현황

간행물명	발간시기	내 용
보건복지통계연보	연 1회 (12월)	보건복지 분야의 수준 및 변화 등을 측정할 수 있는 기본 통계자료와 관련 국내·국외 주요 통계자료 수록 ※ 인터넷 게재 및 간행물 발간 제공
보건복지부 길잡이 통계 (소책자)	연 1회 (9월)	일반 현황(조직·인력, 소관 법령 등), 인구·가구, 국민계정, 보건복지 분야 통계지표 수록
OECD Health Statistics 2019	연 1회 (9월)	건강상태, 건강위험요인, 보건의료자원, 보건의료이용, 보건의료비용 등에 대한 OECD 국가의 통계지표 수록

향후에도 모든 국민이 함께 잘사는 포용적 복지국가 실현을 위해 다양한 보건복지정책수립의 기초자료로써 통계 개발·관리에 힘을 계획이다.

II 국제기구통계 생산 · 관리

우리나라가 1996년 경제협력개발기구(OECD)에 가입한 이후, 보건복지부는 매년 OECD가 요구하는 보건복지 부문 통계자료를 제공해 오고 있으며, 아울러 세계보건기구(WHO), 국제통화기금(IMF) 등 다양한 국제기구에도 주요 통계를 제공하고 있다.

OECD 통계는 각 회원국이 동일한 기준에 따라 생산하므로 국가 간 비교성이 제고되어 국제사회에서 우리나라가 점유하고 있는 위치를 파악하기에 용이할 뿐만 아니라 부문별 정책 평가 및 권고가 가능하도록 전인하는 기본 자료의 역할을 수행한다. OECD에서 주도하고 있는 ‘더 나은 삶의 질 지표(Better Life Index)’를 통한 국가 순위도 이러한 맥락에서 회원국의 신뢰를 확보한 것으로 볼 수 있다.

2019년 OECD에서 회원국을 대상으로 요청한 보건 통계는 건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 보건의료비용 등 총 960개 항목으로, 이 중 우리나라는 812개 항목(84.6%)을 제출하였다. 보건복지부는 가능한 많은 자료를 제출하여 상호 비교를 통한 우리나라 보건의료의 좌표를 확인하고자 매년 미생산 통계에 대한 생산 방안을 검토하는 등 제공 통계 확대를 위해 지속적인 노력을 기울이고 있다.

OECD는 매년 6월경 각 국가로부터 받은 보건통계를 자체 데이터베이스를 통해 (<http://stats.oecd.org>) 공개하고 있으며, 최신 통계자료 검색과 다운로드 서비스가 가능하다. 보건복지부는 동 DB 상의 핵심 통계표, 주요 동향 및 그래프 등을 수록한 소책자(‘OECD Health Statistics’)를 작성·배포하여 정책입안자, 학계, 언론 등 다양한 자료 이용자의 편의를 도모하고 있다.

제5절 정보화 추진

보건복지 정보화 추진은 전자정부의 기본 틀에 빅데이터의 활용 및 클라우드 기반의 최신 정보기술을 바탕으로 보건복지에 대한 국민의 정책 참여 및 질 높은 보건복지서비스 제공 요구를 충족시키는 수요자 중심적 정보 체계로, 국민 삶의 질을 향상시키는데 그 의의를 두고 있다.

특히, 사회보장정보시스템(행복e음)* 구축을 통해 중앙정부·자치단체·민간의 전달 체계를 통합하여 국민 중심의 맞춤형 복지전달 체계를 개편하는 한편, 보건산업을 미래 성장 산업으로 육성하고, ICT 융합 활성화를 통한 보건산업·의료 분야의 경쟁력 강화를 위하여 노력하고 있다.

* 2013 사회보장기본법 개정에 따라 명칭 변경 : (당초)사회복지통합관리망, (변경)사회보장정보시스템(행복e음)

I 사회복지 분야 정보화

사회복지 분야 정보화사업은 전 국민의 소득·재산 정보를 통합·관리하여 사회복지 급여의 효율적 관리를 목적으로 하는 ‘사회보장정보시스템(행복e음)’ 구축 사업과 독거노인들의 고독사 방지 및 응급상황 발생에 적극 대처할 수 있는 ‘독거노인·중증장애인 응급안전알림서비스’ 사업, 사회복지시설 관리의 효율성 제고를 위한 ‘사회복지시설 정보시스템’, 사회복지와 관련된 각종 정보를 One - Stop으로 제공 받을 수 있는 ‘복지로’ 포털시스템 구축사업 등을 추진하고 있다. 각 사업별 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

1. 사회보장정보시스템(행복e음) 구축

사회보장정보시스템(행복e음)은 각종 사회복지 급여 및 서비스 지원 대상자의 자격과 이력에 관한 정보를 통합·관리하고, 지자체의 복지 업무 처리를 지원하기 위해 기존 시·군·구별 새올행정시스템의 31개 업무지원시스템 중 복지 분야를 분리하여 개인별·가구별 DB로 중앙에 통합 구축한 정보시스템이다.

이러한 사회보장정보시스템(행복e음)을 2010년 1월 4일 개통하여 그동안 시·군·구별, 사업별로 분산 관리되던 복지 대상자 정보를 개인별·가구별로 통합 관리하여 수요자 중심의 맞춤형 서비스를 제공하고 부정·중복 수급을 방지할 수 있는 기틀을 마련하였다.

✎ 집필자 | 복지정보기획과장 장은섭, 복지정보운영과장 김원석, 노인정책과장 양동고, 보육정책과장 현수엽, 차세대사회보장정보시스템구축추진단장 김기남

사회보장정보시스템(행복e음) 개통 이후 사회복지 분야의 184개 복지서비스(행복e음·법정부 업무처리지원: 163개, 자격정보제공: 21개)를 정보시스템으로 관리하고 있으며, 월평균 전국 사회복지 담당 공무원 약 3만 8천여 명이 복지급여의 상담·신청, 조사·결정, 급여지급 및 사후 관리 등 복지사업 전반에 대한 업무에 사회보장정보시스템(행복e음)을 활용하고 있다. 특히, 기초생활보장급여, 양육수당, 장애수당 등 87종의 현금급여(연 1억 4천 2백만 건, 연간 30조 7천억 원)를 사회보장정보시스템(행복e음)을 활용하여 지급하고 있으며, 2010년 10월 부터는 사회복지시설 수급자에 대한 시설생계비 및 시설보조금 등을 지급·관리하여 사회복지 시설의 투명성을 높이고 있다.

또한, 복지 대상자 선정·사후 관리를 위해 84개 기관 1,252종의 소득·재산 자료 및 서비스 이력 정보를 연계하여 지방자치단체에 제공함으로써 수급자 선정의 정확성 제고 및 담당 공무원의 업무 수행 편의를 제공하고 있다. 구체적으로, 금융재산 정보·소득세 납부 정보·가족관계 정보·주민 정보 변동 사항 등 91종의 소득·재산·인적 정보를 각 금융기관과 국세청 등 26개 기관으로부터 주기적으로 수신하여 처리하고, 기초생활수급자·장애인 정보 등의 82종의 자격 정보를 고용노동부와 교육부 등 36개 기관에 송신하고 있다. 또한, 5개 기관 18종의 수혜이력 정보를 수신하고 69개 기관 1,061종의 업무 처리 정보를 연계하여 처리 중이다.

더불어, 시스템 개통 이후 2010년 7월부터 기초생활보장법 등에 의해 복지 대상자의 소득·재산 정보를 갱신하여 자격 적정성을 관리하는 확인 조사(상·하반기 및 월별 확인조사)를 통해 그동안 약 298만 명의 부적정 수급자를 발견하고 중지하였다. 이에 따른 재정 절감 효과는 약 6조 7천억 원('10.~'19.)으로 추계된다. 또한, 통계의 효율성을 높이기 위하여 DW(Data Warehouse)시스템을 구축 후 지속적으로 개선하였다. 대국민 수요자 중심 서비스 강화를 위하여 인터넷 신청 활용도가 높은 사업(양육수당, 보육료, 유아 학비)을 중심으로 행정기관 방문 없이도 인터넷을 통해 복지급여 및 서비스를 신청할 수 있는 「대국민온라인신청시스템」을 구축('11. 9.)하고 대상 서비스를 확대 중에 있다.

아울러, 단전·단수, 사회보험료 체납 등 취약계층 관련 빅데이터를 수집·분석하여 사각지대 대상자를 선제적으로 발굴할 수 있는 「복지 사각지대 발굴시스템」을 구축('15. 12.)하여 시스템을 통한 사각지대 발굴 체계를 마련하였다.

또한, 지역사회 공공과 민간 복지 자원을 효과적으로 활용할 수 있는 민간 협력 체계를 구축하기 위해 공공과 민간의 정보 공유 체계 기반을 마련하였다. 공공과 민간 복지서비스 제공기관 간 대상자, 보유 자원 등의 정보를 공유하여 복지 대상자의 지원 중복·누락을 방지하고, 지역 내 복지 자원의 효율적 활용을 통해 맞춤형 서비스 제공 기능을 강화하였다.

사회보장정보시스템(행복e음)은 보건복지 부문의 정보화를 선도함으로써 복지정책 집행의 효율성을 강화하고, 그동안 미진했던 서비스 기능을 향상시키는 등 사회복지 전달 체계를 한 단계 발전시켰다고 할 수 있다.

지난 9년 동안의 운영 성과를 평가하면 복지급여 집행의 효율성과 투명성 그리고 책임성이 지속적으로 제고되었다. 특히, 일선 사회복지공무원 본연의 임무인 사례 관리가 강화되어 수급자 중심의 복지급여 전달 체계가 체계화되고 중복 수급 및 부패를 원천 차단하는 효과를 거두었다고 평가할 수 있다.

앞으로 사회보장정보시스템(행복e음)을 중앙부처 복지사업뿐만 아니라 지방자치단체 복지사업 및 민간 자원으로도 확장하고, 공공과 민간 복지서비스 제공 기관 간에 대상자와 보유 자원 등의 정보 공유를 확대하여 지역 단위의 효과적인 지원 체계를 마련할 계획이다.

2. 사회보장정보시스템(범정부) 구축

앞서 살펴본 바와 같이 2010년 사회보장정보시스템(행복e음) 개통으로 보건복지부의 각종 사회복지사업들은 개인별·가구별로 수급 이력이 구축되고 정기적인 확인 조사 등을 통해 정확한 급여 관리가 가능해졌다. 그러나, 범정부적으로는 각 부처의 각종 복지사업이 개별적으로 시행되어 사업 수와 관련 예산 등은 매년 확대되고 있으나, 일반 국민들은 체감도가 높지 않았다. 각종 사회보장사업과 관련해 각 부처 업무 처리 관련 정보시스템이 개별적으로 운영되었고, 분산된 전달 체계로 인해 서비스의 종류와 신청 방법을 알기 어려울 뿐만 아니라 신청을 해도 서비스가 분절적으로 제공되어 효과성이 저조하였다. 또한, 각 부처별로 대상자를 각각 조사·선정해야 하고, 타 부처 서비스에 대한 수급 이력 확인도 불가능하여 서비스 누락·중복 등의 행정 비효율 문제도 상존하였다.

이에 보건복지부사업 위주로 운영되고 있는 사회보장정보시스템(행복e음)의 성과를 범정부적으로 확대할 필요성이 제기되었다. 2011년 6월 국가정책조정회의를 통한 범정부 복지정보

연계시스템 구축을 결정, 2012년 8월(1차)과 2013년 2월(2차)에 걸쳐 사회보장정보시스템(범정부)을 단계적으로 개통하였다.

- 복지사업 지급 실적 통합 관리 및 중복·부적정 지급 방지를 위한 행정안전부 '복지정보연계사업' 추진('10. 2.)
- 사회보장정보시스템(행복e음)의 성과를 전 부처로 확대하기 위해 '범정부 복지정보연계시스템' 구축 추진 결정('11. 6. 국가정책조정회의)
- * 행정안전부 복지정보공유시스템은 사회보장정보시스템(행복e음)으로 통합
- 전부처 복지사업 대상 서면·방문조사를 통한 사업 범위 확정('11. 9.~'11. 11.)
- 「사회보장기본법」 개정('11. 12.)을 통해 사회보장정보시스템 법적 근거 마련
- 사회보장정보시스템(범정부) 단계적 개통(1차 : '12. 8., 2차 : '13. 2.)
- 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제정('15. 7. 1. 시행)을 통해 보장 기관의 사회보장 업무의 효율적 수행을 위한 사회보장정보시스템 이용 근거 마련

이렇게 구축된 사회보장정보시스템(범정부)은 기존의 사회보장정보시스템(행복e음)에 전 부처 복지사업 정보(자격, 수혜이력)를 하나의 통합 DB로 연계하여 관리하는 국가 단위 복지정보 시스템으로 자리매김했다. 또한, 이는 범정부의 주요 복지 대상자 선정을 위하여 업무 처리를 지원하는 시스템이기도 하다. 시스템이 지원하는 대표적인 복지사업으로는 국토교통부의 임대주택사업, 교육부의 초·중·고 학비 지원, 대학 국가장학금(한국장학재단), 국가보훈처의 국가유공자 수당 등 10개 사업, 고용노동부의 재정일자리사업 등이 있다.

즉, 동 시스템은 각 부처(기관)의 업무시스템과 사회보장정보시스템(행복e음)을 연결하여 각종 공적자료를 공동 활용함으로써, 부처(기관) 담당자가 대상자 선정, 급여서비스 제공 및 사후관리 등을 쉽고 정확하게 수행할 수 있도록 기반을 마련하였다. 또한, 결정된 대상자에 대한 자격결정 정보와 수급 이력을 하나의 통합 DB에 적재하여 개인별·가구별로 전 부처로부터 어떤 사업의 혜택을 받고 있는지 한눈에 볼 수 있도록 하였다.

앞으로는 노인 및 장애인 일자리사업 등 대상자 선정의 정확도 향상을 위한 정보 연계 추가, 부처별 사업 담당자의 업무 효율성 및 편의성 향상을 위한 시스템 고도화를 지속적으로 추진할 계획이다.

3. 독거노인·장애인 응급안전안심서비스 구축

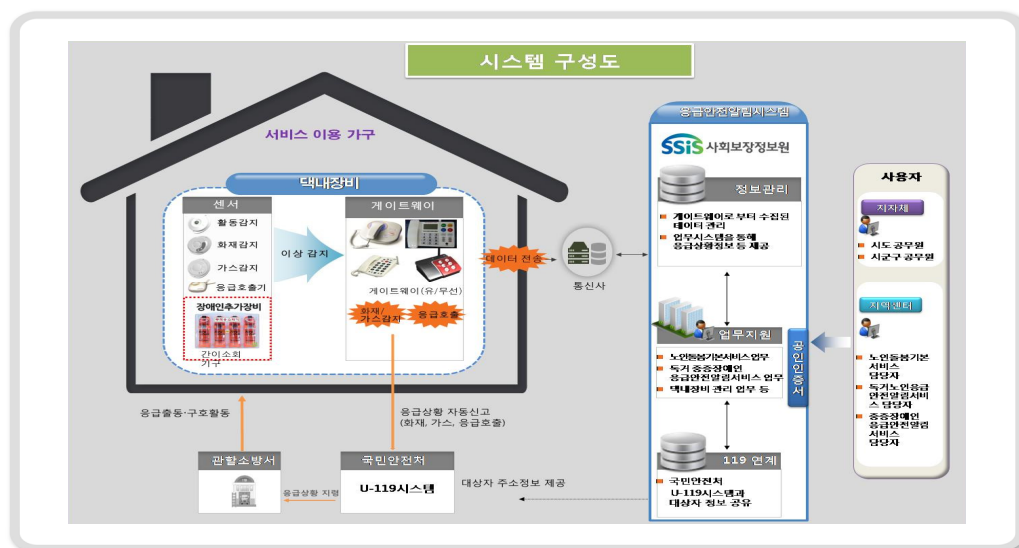
‘독거노인·장애인 응급안전안심서비스’ 사업은 정보통신(IT) 및 무선 네트워크 기반 기술(RFID/USN)을 이용하여 24시간, 365일 독거노인과 장애인의 안전 상태를 실시간으로 확인하여 ‘지방자치단체 및 수행기관’, ‘소방서 구조·구급’ 연계로 독거노인·장애인에 대한 사회 안전망 구축을 목적으로 하는 사업이다.

2008년 3개 시·군·구 5,550가구에 독거노인 응급안전알림서비스 시범사업을 시작으로, 2013년부터 전국 사업으로 확대하여 152개 시·군·구 10,000가구에 적용·추진하였다. 2014년에는 11,000가구에 추가 설치 및 3,000가구에 대한 노후 장비 교체, 2015년에는 7,552가구에 추가 설치 및 3,670가구에 대한 노후 장비 교체, 2016년, 2017년에는 각각 9,000가구, 11,000가구에 대한 노후 장비 교체를 진행하였다.

2019년에는 8만 8천여 가구에 서비스를 제공하였으며, 독거노인 7만9천 가구, 장애인 9천 가구가 응급상황에 신속하게 대처할 수 있도록 안전대책을 마련하였다. 또한, 2019년 말에 차세대 장비 도입을 위한 정보화 전략계획(BPR/ISP)을 수립하였고 2020년부터 최신 정보통신 기술(ICT)을 활용한 차세대 장비를 보급할 예정이다.

아울러, 취약노인지원시스템의 응급안전운영 시스템 기능개선 및 통계 처리 고도화를 통해 이용자 편의성을 높이고 데이터 품질을 지속적으로 개선해 나갈 계획이다.

[그림 2-11-2] 응급안전안심서비스 시스템 구성도



4. 사회복지시설정보시스템 구축

사회복지시설정보시스템(www.w4c.go.kr)은 사회복지시설 및 장기요양기관의 회계, 인사, 후원금, 복지서비스 이력 관리 등 시설의 업무 효율성 향상 및 회계 투명성을 제고하기 위하여 구축·운영 중인 정보시스템이다.

사회복지시설정보시스템은 2003년 전자정부 31대 로드맵 과제로 선정·구축한 시스템으로, 2005년 장애인, 2006년 노인, 2007년 아동, 2008년 한부모·부랑노숙인, 2009년 사회복지관·노인복지관·지역자활센터, 2010년 장애인직업재활시설, 2011년 장기요양기관으로 사용기관을 확대하였다. 2019년 12월 기준 약 4만여 개의 기관이 시스템을 사용하여 업무를 처리하고 있다.

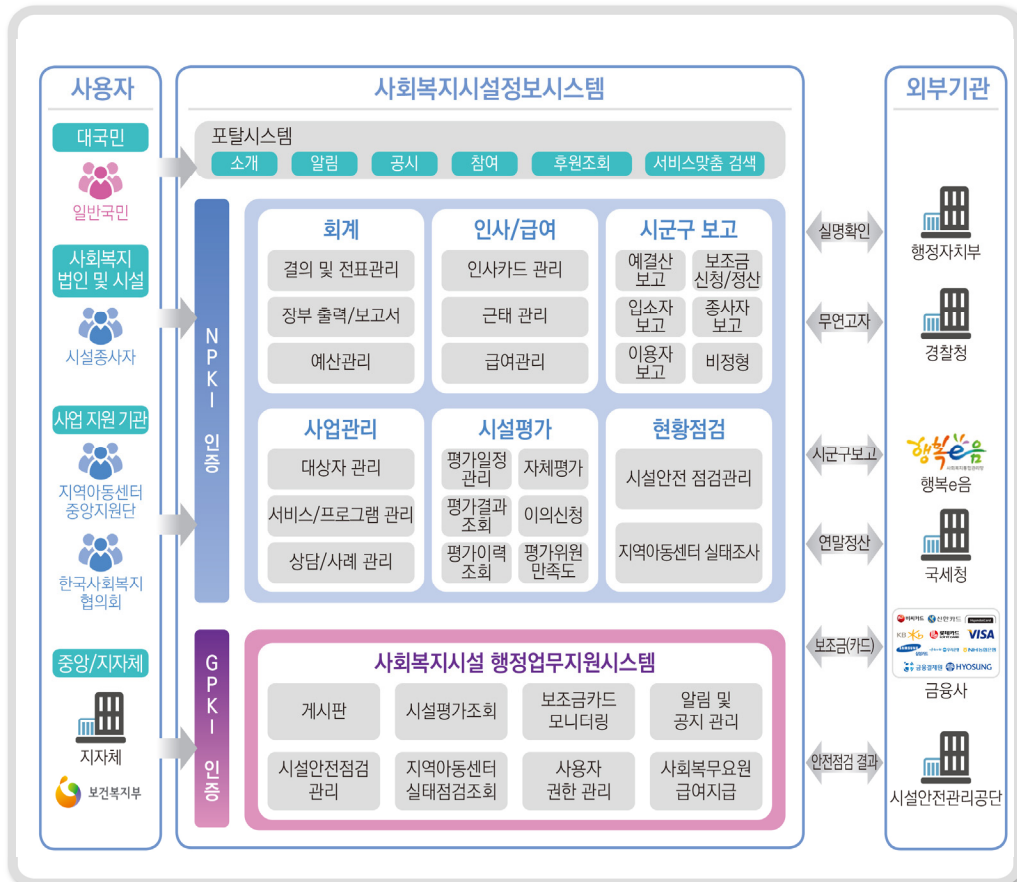
특히, 2010년부터 사회보장정보시스템(행복e음)을 본 시스템과 연계하여 시설 수급자 생계급여와 운영비의 온라인 처리를 지원하고 있으며, 2012년부터는 보조금 전용카드제도의 시행과 모니터링을 통해 사회복지시설의 업무 효율화 및 회계 투명화에 기여하고 있다.

또한, 2012년에는 정보화전략계획을 통해 총 3개년 로드맵을 마련하였으며 이를 통해 시스템 재구축 사업이 추진되었다. 각 연도별 사업 중 2013년은 계정 과목, 시스템 이용 화면 등 표준화 중심 시스템 고도화, 2014년은 통합 복지 업무 추진 등을 위한 통합화 중심 고도화를 수행하였다.

2015년에는 사회복지시설 평가 및 안전 점검, 지역아동센터 실태조사, 지방자치단체 시설 관리 기능 고도화를 수행하였고, 2016년 사회복지법인의 산하 시설 통합 관리체계 구축, 2017년 사회복지법인의 온라인 보고기반 마련 등 시스템 사용 기관을 사회복지법인으로 확대하였으며, 2018년에는 사회복지시설 종사자 대체인력시스템과 장기요양기관의 재무·회계 시스템을 구축하였다. 2019년에는 아동자립/가정위탁지원 업무 통계 고도화 및 2020년 사회복지시설 평가제도 개선 사항 반영, 사회서비스원 시범운영을 위한 기능을 구축하였다.

앞으로도 사회복지시설정보시스템은 기능 고도화 및 재개발 사업을 통해 사회복지기관의 정보화 기반 조성, 시설 업무의 표준화 및 간소화, 사회복지정책 기초 자료 확보 등에 기여할 것으로 기대한다.

[그림 2-11-3] 사회복지시설정보시스템 개념도



5. 국민복지포털 ‘복지로’ 구축

‘복지로(www.bokjiro.go.kr)’는 국민이 필요한 복지 정보를 통합적으로 제공하는 대한민국 대표 복지포털이다.

‘복지로’는 2005년 국가복지정보포털을 모태로 2010년 ‘복지로’라는 새로운 면모를 갖추어, 2011년 복지서비스 온라인신청서비스, 2012년 복지로 모바일서비스, 2014년 국민 참여 서비스를 개시하였고, 2015년에는 복지로 사이트(www.bokjiro.go.kr)와 온라인신청 사이트(online.bokjiro.go.kr)를 통합하여 국민복지포털사이트로 전면 개편하는 등 계속 진화하고 있다.

• 복지서비스를 찾고

‘복지로’에서는 국민이 나와 우리 가족이 받을 수 있는 복지 혜택을 맞춤형으로 찾을 수 있다. 정부부처의 360개 복지서비스와 지자체가 제공하는 6천여 개의 복지서비스 정보를 한눈에 확인할 수 있을 뿐만 아니라, 내 상황에 맞는 다양한 정부부처 복지서비스를 찾을 수 있는 ‘복지서비스 찾기’ 검색 서비스를 제공하고 있다. 나이, 상황, 관심 분야별로 나와 우리 가족 맞춤형 복지서비스 정보를 ‘생애주기별 복지알림이’ 서비스를 통해 받아볼 수 있다.

• 함께 나누고

‘복지로’는 국민들이 직접 참여할 수 있는 서비스도 지원하고 있다. 어려움에 처한 사람의 사연을 전달하여 도움을 나눌 수 있도록 ‘복지도움 신청’ 서비스를 제공하고, ‘함께 도와요’를 통해 나눔에 직접 참여할 수 있다. 한편, ‘부정수급신고’를 통해 국민이 복지·보조금의 부정수급을 발견하면 직접 신고하여 복지 재정 누수를 막을 수 있다.

• 온라인으로 신청하고

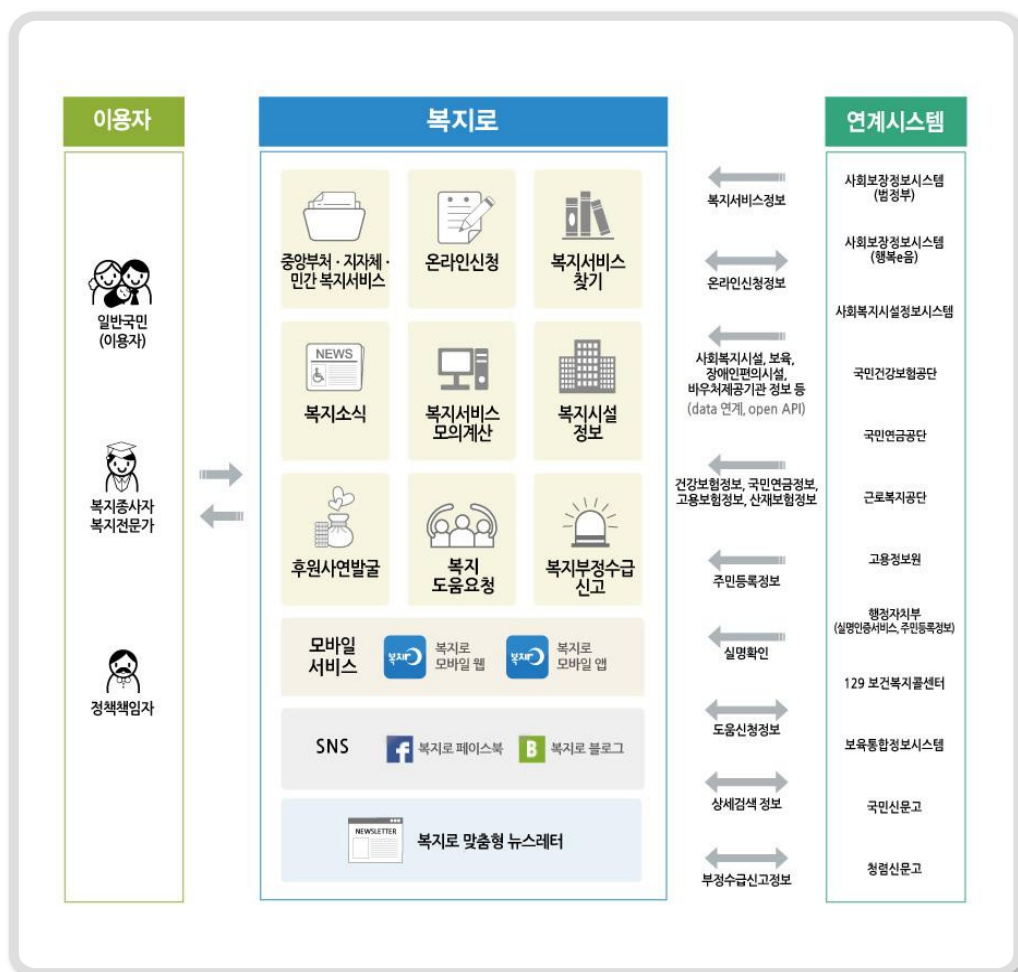
또한, ‘복지로’는 국민이 필요한 복지서비스를 언제 어디서나 쉽고 편리하게 신청할 수 있도록 2011년부터 ‘온라인신청’ 서비스를 개시하였다. 2011년 ‘보육료’, ‘양육수당’, ‘유아 학비’ 보육 3종의 온라인신청 오픈을 시작으로, 2019년에는 결식아동급식지원, 여성장애인 출산지원 등을 추가하여 총 22종의 온라인신청 서비스를 제공 중이다. 또한, 보육 3종(보육료, 유아 학비, 양육수당), 요급감면 서비스, 복지급여계좌변경, 아동수당, 기초연금 등의 모바일 신청 서비스도 제공하고 있으며, 국민들의 이용률이 높은 민원서비스를 계속 확대해 나갈 예정이다.

이 밖에도 ‘복지로’에서는 위치 정보를 이용하여 ‘우리 동네 복지시설’을 찾을 수 있으며, 국민 개개인의 관심 분야에 따라 맞춤형 최신 복지 소식을 뉴스레터를 통해 받아볼 수 있다.

이러한 노력을 인정받아 ‘복지로’는 2011년부터 각종 수상의 영예를 이어오고 있다. 웹 어워드 코리아 정부기관 분야에서 2011년 최우수상, 2013년 우수상, 2014년 최우수상을 연이어 수상하였고, 2015년에는 콘텐츠의 우수성을 인증 받아 ‘굿콘텐츠서비스인증’을 획득한 것은 물론, 콘텐츠제공서비스 품질대상 웹서비스 부문 우수상을 수상하였다. 스마트앱 어워드에서는 2015 생활정보 분야 최우수상, 2016년 공공정보분야 대상을 수상하였으며, 2017년에는 전자정부 50주년 기념의 “서비스 10선”에 선정된 바 있으며, 2018년에는 모바일 어워드 코리아 대상을 수상하는 등 대한민국 대표 복지 포털로서 자리매김하고 있다.

앞으로도 국민들이 필요한 복지서비스 정보를 ‘복지로’에서 쉽고 편하게 이용할 수 있도록 국민 맞춤형, 참여형, 원스톱 포털로 운영할 계획이다. 또한, 복지서비스 관련 민원발급서비스를 구축하여 국민들이 언제 어디서나 복지서비스를 신청하고, 이용할 수 있도록 국민 편의 기능을 강화할 예정이다. ‘복지로’는 우리나라 대표 복지포털로서, 국민 맞춤형 복지를 실현할 수 있도록 지속적으로 노력할 것이다.

[그림 2-11-4] 「복지로」 개념도



6. 보육통합정보시스템

보육통합정보시스템은 보육료 지원을 위한 아이행복카드(구 아이사랑카드)사업 및 보육 행정의 효율화를 위해 2008년 보육정보화전략계획(ISP)을 수립하여 2009년 9월 구축되었으며, 이후 고도화·기능개선사업 등을 통해 지속적으로 개선·보완되고 있다.

2010년도에는 어린이집 평가인증 및 보육자격 검정·관리를 위한 유관기관 업무시스템을 구축하였으며, 2012년도에는 보육정책 입안자 및 일선 보육담당 공무원 등이 직접 보육 관련 데이터를 조회하고 필요에 따라 맞춤형 보육통계를 생성하여 업무에 활용하도록 보육정책DW(데이터웨어하우스)를 구축하였다.

2013년에는 어린이집 운영 투명성 제고를 위해 정보공개포털 및 입소대기관리시스템을 구축하고 2014년에는 어린이집 행정 업무 경감 및 서류 간소화를 위하여 아동생활기록부, 교직원 인사기록카드 등을 온라인화 하였다.

2015년에는 부모에게 임신·출산·육아 관련 원스톱 정보제공 및 종합상담 등을 위하여 아이사랑보육포털, 마음더하기, 아가사랑 등 세 개의 포털을 통합하여 임신육아종합포털 ‘아이사랑’을 구축하였으며, 2016년에는 맞춤형 보육제도 도입에 따른 변경사항 등을 적용하였다.

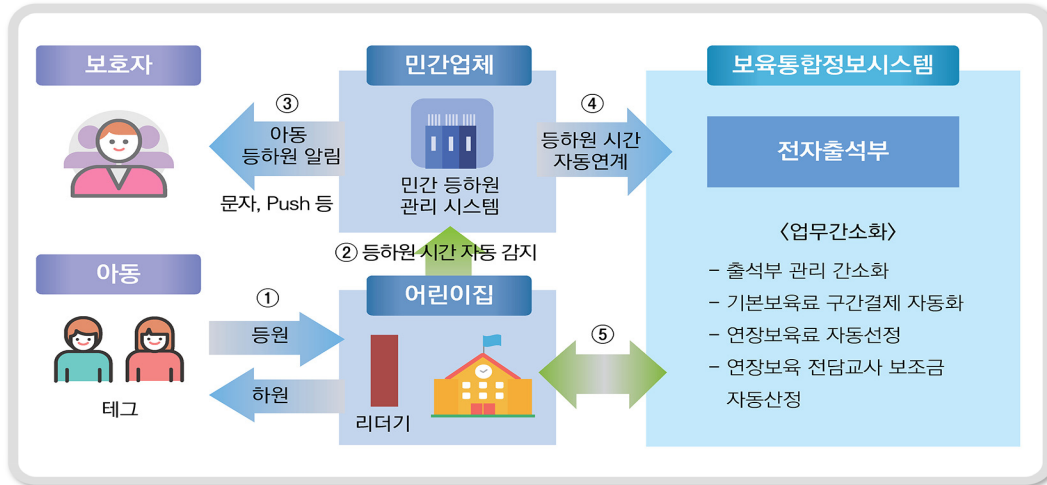
2017년도에는 영유아 부모의 보육료 결제권 강화를 위해 보육료의 간편 결제 기능 구현, 부적정 결제 방지 및 부정수급 모니터링 강화 등의 기능개선과 서울시에서 별도로 운영하고 있던 입소대기 시스템 흡수 통합 등 대국민 서비스를 개선하기 위한 기능개선을 추진하였다.

또한, 2018년도에는 어린이집 평가인증제도 개선에 맞추어 평가인증시스템 전면 개편과 어린이집지원시스템의 새학기 업무처리 기능개선으로 매년 새학기마다 반복되는 어린이집의 업무부담을 완화하는데 기여하고 있다.

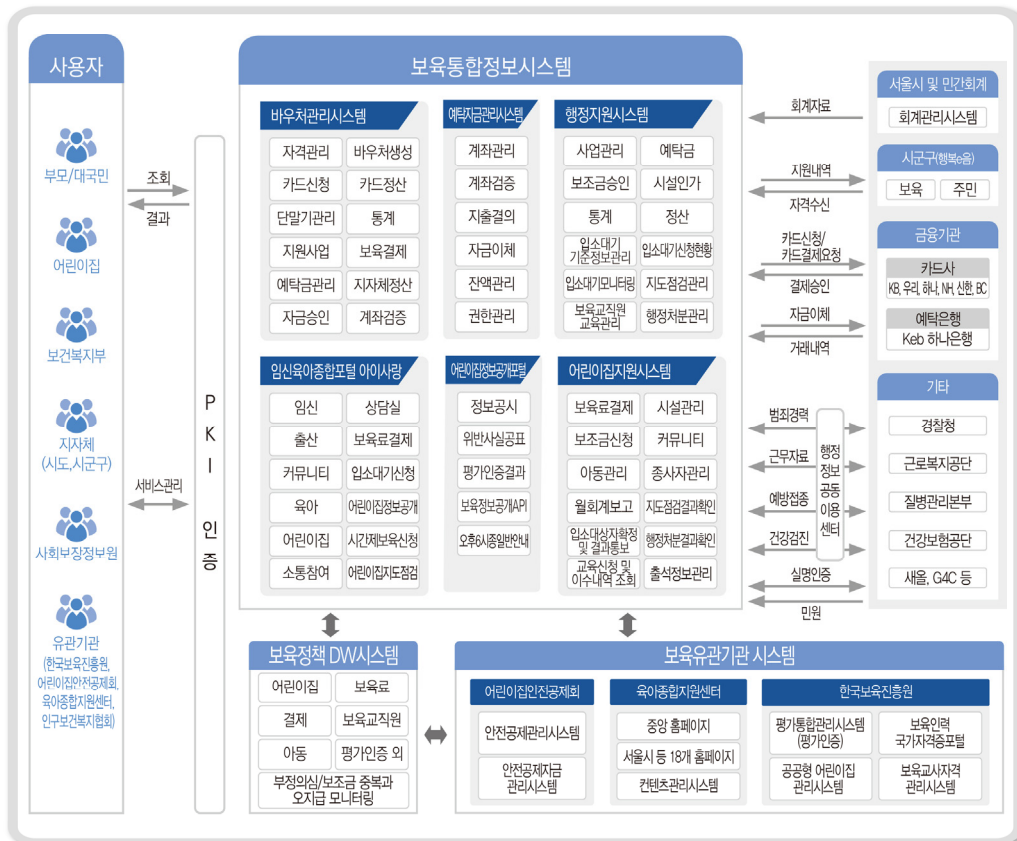
이처럼 제도 발전에 기여하고 사용자 편의성 향상과 대국민 서비스 향상을 위해 지속적으로 노력한 결과, 보육통합정보시스템-어린이집 정보공개 포털이 “2018 휴먼테크놀로지어워드”(한겨레미디어) 사회공공 부문에서 우수상을 수상하였다.

2020년 3월부터는 17시 이후 어린이집 이용 아동에게 연장보육을 실시하고 그에 따른 연장보육료를 지급하게 됨에 따라 아동의 등·하원 시간 관리가 매우 중요하게 되었다. 따라서 어린이집의 행정업무 부담을 감소시키고, 보호자에게는 아동의 등·하원 알림서비스를 제공하고 전자출결시스템을 도입하였으며, 지속적으로 영유아의 행복한 성장을 지원하는 시스템으로 발전시켜 나가고 있다.

[그림 2-11-5] 전자출결 운영체계 개요



[그림 2-11-6] 보육통합정보시스템 개념도



7. 사회서비스 전자바우처시스템 구축

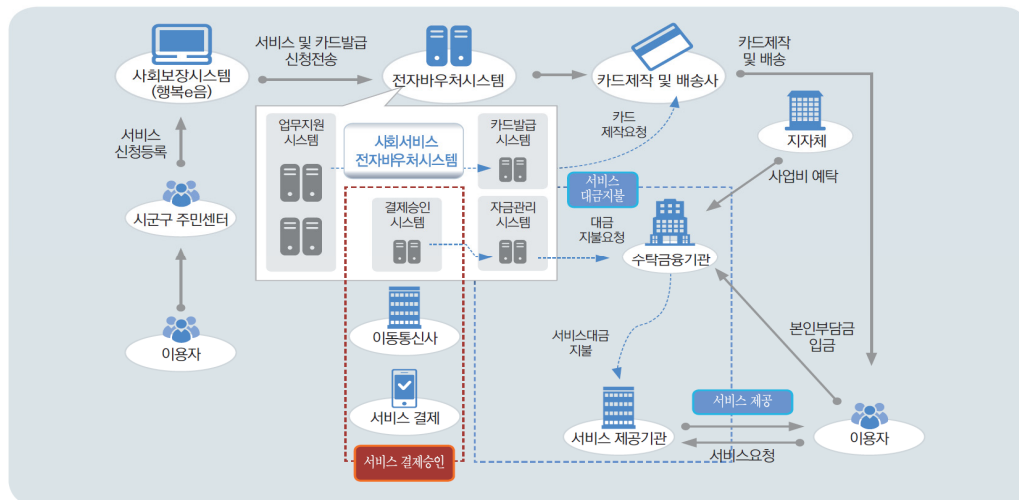
보건복지부는 장애인 활동 지원 등 각종 사회서비스 사업에 대해 서비스의 이용, 비용 지불, 정산 등의 전 과정을 전산시스템으로 처리하기 위해 사회서비스 전자바우처시스템을 2007년부터 구축, 현재까지 운영 중에 있다.

수동적인 서비스 제공에서 벗어나 구매력의 증표인 전자이용권(바우처카드)을 이용자에게 보급, 수혜자를 직접 지원하는 방식으로 개선하여, 지역사회서비스, 산모·신생아 건강 관리 지원, 가사·간병 방문 지원, 장애인 활동 지원, 발달 재활, 언어 발달 지원 및 발달장애인 부모 상담지원 등 16개 사업을 전자이용권 형태로 제공 중이다.

전자이용권 방식 도입으로 사회서비스 이용자가 소극적인 복지 수급자에서 능동적인 서비스 구매자로 전환되고, 기존 복지시설 외에도 민간 자율(주도)적인 공급 기관이 지속적으로 확대되는 등 이용자의 선택 폭이 크게 확대되었다. 비용 지불·정산 업무가 전산화되어 자금 흐름이 투명해지는 등 부정 수급 관리 및 예방에 효과적인 동시에, 지방자치단체의 행정 부담이 감소되는 등의 효과가 있었다.

2007년부터 금융기관 카드결제 방식을 운영해 왔으나 과도한 카드 수수료 발생, 계약 기간 만료에 따른 카드 교체 등 이용자의 불편이 야기되었다. 이에 자체결제시스템 구축·운영을 통해 사회서비스 제공기관의 수수료 부담을 일부 해소하였다. 수수료 절감액을 제공 기관 종사자 처우 개선에 재투자하여 안정적인 사회서비스 분야 일자리 확대 및 서비스 품질 개선 등에 기여하였다.

그림 2-11-7 사회서비스 전자바우처시스템 운영 체계도



한편, 전 부처의 전자이용권제도가 개별적으로 운영되면서 이용자는 서비스별로 전자이용권을 발급받고 있어 전자이용권제도를 효율적으로 개편하자는 요구가 많았다. 특히, 임신부터 육아에 이르기까지 관련된 전자이용권사업은 대략 5종에 이르나, 해당 카드를 별도 발급받아야 하는 번거로움 등을 해결해 달라는 국민의 요청이 지속적으로 있었다.

이에 보건복지부는 2015년 5월 통합 카드인 국민행복카드를 출시하고 사업별로 발급되는 전자이용권을 단계적으로 통합하여 하나의 카드로 서비스를 이용할 수 있도록 개선하였다.

2015년에 구(舊)고운맘카드(건강보험 임신·출산 진료비 지원) 및 구(舊)맘편한카드(청소년·산모 임신·출산 의료비 지원)를 국민행복카드로 통합하였고, 산모·신생아 건강관리 지원사업, 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업, 산업통상자원부 에너지바우처를 국민행복카드로 통합하였다. 2016년에는 노인돌봄 등 보건복지부 7개 전자이용권사업과 여성가족부 아이돌봄 지원사업을 국민행복카드로 통합하였다. 또한, 아이행복카드와 호환 체계를 구축하여 국민행복카드로도 아이행복카드 기능(보육료, 유아 학비 지원)을 이용할 수 있도록 개선하였다.

한편, 저소득층 기저귀·조제분유 지원사업(15.), 여성청소년 위생용품 지원사업(19.)을 통해 기존 돌봄 등 사회서비스에만 국한되지 않고, 특정 현물을 이용권으로 구매할 수 있도록 하는 현물이용권 서비스도 국민행복카드로 개시하였다. 기존에는 보건소 등에서 현물을 구매하여 배급하는 방식에는 수요자가 원하지 않는 물품을 강제적으로 받아야 하는 문제점을 해소하기도 하였다.

2017년에는 발달장애인의 복지 체감도 증진을 위해 장애인활동지원, 발달재활서비스지원 급여를 개인별 수요에 따라 총량 30% 범위 내에서 조정하여 사용할 수 있도록 전자바우처 시스템을 구축 및 운영하였고, 실시간 서비스 이용자 만족도 평가 기능을 구축하여 사회 서비스의 품질 제고를 위해 노력하였으며, '19년 1월부터는 여성가족부의 여성청소년 위생용품(생리대 등)을 구매하였을 때 정부가 구매비용 일부를 지원하는 이용권 사업을 시행중이다.

2019년에는 시각장애인의 웹접근성 확보를 위해 사회서비스 전자바우처시스템 기능을 개선했으며, 또한, 발달장애인 주간활동서비스, 청소년발달장애학생방과후활동서비스 바우처가 신설되어 지원중이다.

[그림 2-11-8] 사회서비스 전자바우처시스템 구성도



II 사회보험분야 정보화

1. 국민건강보험공단 정보화

국민건강보험공단은 국민 보건 향상에 기여 하는 정보시스템 구현과 효율적이고 미래 지향적인 정보인프라 구축을 목표로 사용자 중심의 정보서비스, 다양한 채널을 통한 서비스 디지털화, 성능 보장을 통한 신속한 서비스 지원, 장애 없는 정보시스템 운영, 개인정보 보호 강화 등 정보화사업에 IT 역량을 집중하고 있다.

공단의 정보시스템은 건강보험제도의 시행 및 변천에 맞춰 초기 독자적 개발 및 운영 단계(1998년 이전), 분산 운영 단계(1998년~2005년), 통합 운영 단계(2006년)를 거쳐 2008년 노인장기요양보험 시스템을 구축하였고, 2011년에는 4대 사회보험의 징수를 통합하는 시스템을 구축하였다. 2014년에는 통합급여시스템, 2015년에는 장기요양시스템을 고도화하였고 2017년에는 홈페이지 액티브X를 제거하여 사용자 편의성을 향상하였다. 또한, 빅데이터를 활용한 다양한 방식의 맞춤형 건강정보서비스를 제공하는 단계에 이르렀다.

2016년에는 원주 이전을 위해 약 5,000㎡ 규모의 최첨단의 데이터센터를 신축하여 무장애 무사고로 51시간 만에 2,700여 대의 장비 이전을 성공적으로 마쳤으며, 재난·재해 시에도 대국민 서비스가 가능하도록 재해복구센터에 시스템을 고도화하고 있다. 2019년에는 정보시스템 장애대응 종합대책을 수립하여 행정안전부 국가기반체계 관리점검 결과 최고등급인 ‘A등급’으로 평가받는 등 공단의 정보시스템에 대한 안정성을 대외에서 인정받았다.

아울러, 홈페이지 해킹 등 사이버 침해에 대응하기 위해 ‘7단계 정보 보호 방어 체계’를 구축·운영하고 있으며, 해킹 징후 발생 시 침해 사고 대응팀(CERT)을 가동하여 정보 보안에 만전을 기하고 있다. 2014년도부터 3년간 전국에 업무망과 인터넷망 분리 시스템을 확대·구축하였으며, 보안 강화를 위해 분산된 정보보안 시스템을 통합 관리하는 정보보안업무포털을 고도화하여 지능화되는 보안 위협으로부터 정보 자원을 안전하게 보호하고, 전체 시스템에 대한 개인정보 암호화로 개인정보 보호체계를 강화하고 있다.

또한, 정보보안 강화를 위해 2016년에 신설된 정보보안센터를 2018년에 정보보안부로 격상하고 전담 인력을 지속적으로 증원하는 등 체계적인 정보보안 전문가 양성을 통해 보건복지 분야 해킹방어대회에서 7년 연속 상위권에 입상하는 성과를 거두었으며 2019년 국정원 사이버 공격 대응훈련 최고등급(A등급, 보건복지부 산하기관 1위) 및 사이버 침해사고 “ZERO”를 2000년부터 2019년 현재까지 유지하고 있다. 또한, 체계적인 정보보호 관리체계를 구축하여 공단 운영 홈페이지(13개)에 대해 ISMS(정보보호관리체계) 인증 갱신으로 공단 정보보호에 대한 대외 공신력을 확보하였다.

공단은 공공데이터의 품질 인증 심사에서 최고 등급(Platinum Class, 데이터정합률 99.99%)을 획득하였으며 공공기관 최초로 국민의 증명서 발급 불편을 해소하기 위해 주민센터, 지하철역 등에 있는 전국 3,600여 대의 정부 무인민원 발급기를 활용하여 납부확인서 등 7종의 증명서를 발급할 수 있도록 행정안전부 등 5개 기관과 협업을 통해 서비스를 실시하여 기획재정부 2017년도 일하는 방식 혁신 우수사례 공모에서 최우수과제에 선정되었다.

또한, 소득 중심 단일보험료 부과 체계를 목표로 저소득층의 보험료를 낮추고 고소득층에게 적정 보험료를 부과하는 부과 체계 개편안에 따라 정보시스템 장비보강 및 개편을 마무리하여 2018년 7월부터 적용하였다. 2018년에는 보장성 강화를 위한 국정과제 중 재난적 의료비 지원 제도화, 본인부담상한액 고시개정, 임의계속가입대상자 확대 등 정책에 맞추어 정보시스템을 고도화하였고, 2019년에는 외국인 당연가입, 장애인 의료지원, 폐암검진, 치매국가책임제 등 국정과제 및 제도 변경에 맞추어 개선하였다.

2019년에는 탈 윈도우 OS(Windows)를 위해, 공공기관 최초로 개방형 OS를 시범적용 추진하였으며 단계적으로 확대할 예정이다. 또한, 재정관리 프로세스를 체계화하고 재정분석 제공 체계를 마련하기 위한 분석시스템 구축을 추진하고 있으며, 행정안전부 웹사이트 총량제를 적극 수용하여 홈페이지 및 모바일 앱에 대한 통합 구축을 진행하고 있다.

또한, 4차 산업혁명의 시대에 맞추어 RPA(로보틱 처리 자동화) 기술 도입을 추진하고 있으며 종이우편물을 전자화하고 공단 지사, 은행 등 방문 없이 스마트폰을 활용하여 고지부터 납부까지 양방향으로 소통할 수 있는 디지털종합서비스를 계획하고 있다.

그리고 정보화를 체계적으로 수행하고 효율적으로 관리하기 위해 정보화 전체를 총괄하는 “정보화 추진에 관한 지침”을 제정하여 정보화사업의 예산 심의·의결을 강화하고 사업계획부터 추진절차, 성과관리에 이르는 업무를 체계화하였으며, 공단의 업무 전반에 걸친 업무프로세스를 재설계 및 표준화하고 업무별 정보화전략계획 수립을 위한 전사 BPR/ISP를 추진하여 건강보험 IT 미래모델을 설계하고 있다.

공단은 보건의료 지식 기반 구축을 위하여 17개 학회 등 총 28개 분야별 전문기관과 업무 협약을 체결하여 공동 연구를 수행하고, 2015년부터 전 국민의 건강검진 결과와 진료 정보를 활용하여 “건강검진 및 의료이용지표”를 제공하고 있다. 더불어 건강보험 자료를 지리공간정보와 매칭하여 지역별 의료서비스의 질을 시각적으로 확인하고 보건의료정책의 근거로 활용할 수 있도록 ‘건강보험 의료지도(KNHI-Atlas)’를 구축하였다.

아울러, 3조 5천억 건의 건강보험 적재 데이터를 기반으로 양질의 빅데이터를 구축하여 정보 개방 및 공유에 앞장서 전 국민을 대표하는 표본코호트DB, 건강검진코호트DB, 노인코호트DB 등 6종의 표본연구코호트DB와 국가 중점 개방 데이터 3종을 개방하고 ‘건강보험 빅데이터 플랫폼’을 구축하였다.

또한, 6개 지역본부에 빅데이터 분석센터 및 오프라인 상담 창구를 개설하여 지역 소재 이용자의 편의성을 향상시켰으며 보건의로 연구 및 학술 연구 지원을 위해 원격 연구분석 시스템, 지역단위 건강지표 활용 시스템 등을 구축하여 빅데이터 활용 정책·학술 연구 활성화에 앞장서는 등 국민서비스 뿐만 아니라 산업 분야에서도 획기적인 전기를 만들고 있다.

건강보험 빅데이터를 활용한 연구 결과인 표본코호트DB 프로파일 논문 등 총 476편(2018년 165편)의 논문이 International Journal of Epidemiology 등 국제 유력 저널에 게재 되었으며, 건강검진 빅데이터를 활용하여 인공지능 질환예측시스템을 개발하는 등 4차 산업혁명에서도 선도적인 역할을 하기 위해 노력하고 있다.

그 외에도 대한민국 건강보험의 우수사례를 해외에 알리기 위하여 2017년 페루·콜롬비아, 2018년 필리핀, 인도네시아, 2019년 네팔 등 해외 많은 국가에 건강보험 정보시스템의 우수성을 소개하고 경험을 공유하는 등 국제연합(UN)의 지속가능 개발 목표로 추진 중인 보편적 건강 보장(Universal Health Coverage) 달성을 지원하고 있다.

공단은 이러한 노력을 바탕으로 국민에게 적정 비용으로 최선의 의료서비스를 제공할 수 있는 기반 도구로 ICT의 활용을 확대·발전시키고 있으며, 국내뿐 아니라 해외에 대한민국 건강보험 정보시스템의 우수성을 알리고 활용할 수 있도록 노력할 것이다.

2. 국민연금공단 정보화

국민연금공단은 지속가능한 연금급여와 복지서비스로 국민의 안정된 생활 보장이라는 미션 하에 모두가 누리는 국민연금, 국민이 신뢰하는 기금운용, 국민이 체감하는 복지서비스 강화, 지속가능한 사회적 가치실현을 위해 신속·정확하면서도 저비용·고효율의 정보서비스를 제공하기 위해 최첨단기술을 융합한 정보시스템 구축을 위해 노력해 왔다. 한편, 4차 산업혁명 시대를 맞이하여 급격한 IT 환경변화에 대응하여 지능형 연금 복지서비스 및 노후정보 통합 플랫폼을 구축하고자 정보화전략계획(ISP)을 수립하고 차세대 ICT 기반 개선에 역량을 집중하고 있다.

인공지능(AI) 활성화 기반 조성, 데이터 3법 개정 등 빠르게 변화하고 있는 정부의 지능정보화 정책에 효율적으로 대응하기 위해 2020년 1월 출범을 목표로 디지털혁신본부로 재편, 지능정보 기술추진단 신설 등 조직체계 정비를 추진하였다. 또한, 4차 산업혁명 서비스와 기술에 최적화된 ICT 인재양성을 위해 ICT 거버넌스 단계별 재정비 방안을 수립하였다.

2017년 ‘내 곁에 국민연금’ 앱을 개설하고 2018년 법정통지·안내문을 모바일로 전환하는 등 언제 어디서나 국민과 소통하는 맞춤형 서비스 제공 기반을 마련하였다. 2019년에는 국가공인 전자문서중계기관인 KT·카카오와 협력하여 「행정·공공기관 고지서 모바일 서비스 규제샌드박스 1호」로 허가받고 연간 안내문의 40%(2,280만 건)를 모바일로 발송하여 우편발송 비용 44억 원과 종이문서 생산비용 10억 원을 절감하였다. 또한, 모바일 앱을 통한 전자민원서비스를 '18년 57종에서 '19년 71종으로 확대하여 다양한 국민연금서비스를 내손안의 모바일 앱으로 처리할 수 있게 되어 진정한 “내 곁에 국민연금” 시대를 맞이하게 되었다.

공단은 디지털변환(Digital Transformation) 로드맵에 따라 IT환경 변화에 대응하는 한편, 미래를 이끌어 갈 ICT 인재양성을 위해 2019년 한국SW산업협회와 협업하여 ICT분야 표준 역량체계(ITSQF)를 도입하여 공단에서 수행하고 있는 ICT 업무 분류 및 업무 정의서를 작성하였다. 이를 확대·발전시켜 경력개발계획(CDP) 컨설팅을 추진하고 개인 맞춤형 역량강화 교육 및 합리적인 업무변경 방안을 제시하는 등 직원 ICT 역량개발에 힘쓰고 있다.

2019년에는 빠르게 변화하는 ICT 신기술에 대한 자체 대응역량의 한계를 극복하기 위해 수도권 기술기업, 지역 IT기업, 지역 대학 및 지자체와 함께 「NPS ICT R&D센터」를 설립하여 ICT를 기반으로 하는 혁신성장 거점을 조성하였다. 이를 통해 수도권기업은 혁신기술 개발 및 제품화를 위한 테스트베드를 확보하고, 지역 IT기업은 수도권 수준의 기술력과 노하우를 전수받고, 지역 대학은 실무형 ICT 인재 양성소를 마련하였으며 지자체는 지속가능한 지역 ICT 상생발전을 도모할 수 있게 되었다.

「NPS ICT R&D센터」에서는 온라인 대출서류 간소화, 非금융정보를 활용한 개인 신용평가 모델 개선 연구, 국산SW활용성 검토, 로봇업무자동화 기술적용, 터치스크린을 활용한 행정처리 간소화 서비스 개발 등 ICT 신기술을 활용한 국민편의 및 업무혁신 과제를 수행하였다.

공단은 국민이 만들어주신 소중한 데이터, 국민 행복을 위해 사용하자는 목표 아래 고품질의 공공데이터 개방 확대를 통한 민간 활용 지원, 데이터 분석을 통한 국민 체감형 정부 정책수립에 기여하고 있다. 먼저 정보서비스의 핵심요소인 데이터에 대한 품질향상 노력으로 2016년 공공기관 최초로 데이터 품질 3레벨 획득(데이터품질사업진흥원)에 이어서 2017년에는 품질관리체계 4레벨을 획득(한국정보화진흥원)하였고, 2019년 행정안전부 표준데이터 품질진단 결과 미정비(오류)대상 0건, 행정안전부 공공데이터 제공 운영실태 평가 11개 계량지표 전수 1등급을 획득하였다. 이러한 고품질의 데이터를 2018년까지 52종 개방 완료하였고,

2019년~2021년까지 53종의 신규 공공데이터 개방 계획을 수립하여 2019년 11종 신규개방을 완료하였다. 특히, 공단 데이터 활용기업 초청 간담회 및 직접 방문을 통해 민간사업 활용을 적극 지원하고 있다. 이러한 활동 결과 정부공공데이터 개방포털 OpenAPI 활용신청 TOP20(2019년 11위, 누적 20위)에 선정되었다.

또한, 일자리 정책 수립지원, 중소기업 경영위기 감지 분석모델 개발, 산업별 위기감지 모니터링 지원 등 정부 기관 및 지자체별 특성에 부합한 정보를 적기에 제공함으로써 국민이 체감할 수 있는 사회적 가치 실현에 앞장서고 있다.

공단은 4차 산업혁명 시대 부합하는 최고의 정보보안 관리체계 확립을 위하여 ‘국민연금 정보보안 마스터 플랜’을 수립, 빅데이터, 인공지능(AI) 등 첨단기술을 적용한 4대 추진전략 11개 이행과제를 도출하여 추진하고 있다.

최신 보안 시스템 도입을 통한 인프라 고도화와 보안 인력을 대상으로 한 체계적인 교육 훈련으로 핵심자산인 고객과 기금정보를 안전하게 보호할 수 있는 태세를 갖추으로써 안정적 이면서 지속가능한 국민연금 기금 및 제도운영에 기여하고 있다. 국정원 주관 정보보안관리 실태평가 결과, 53개 준정부기관 평균보다 9.12점 높은 77.16점을 획득하는 성과를 거두었으며, 전사 망분리를 통해 외부 공격경로를 원천 차단한 결과 창립 이래 ‘사이버 침해사고 ZERO 달성’을 이어가고 있다.

또한, 정부주관 해킹방어대회에서 5년 연속 입상, 보건복지부 사이버위기대응 훈련 ‘우수’ 획득 등 국내 최고 정보보안 수준을 유지하고 있으며, 전북 소재 사회복지기관과 장애인단체 등 지역사회와 함께하는 안전한 사이버 세상 만들기 캠페인을 통해 사회적 가치실현과 지식 나눔을 꾸준히 실천하고 있다.

공단은 외부기관 정보연계 확대를 통해 대내·외적으로 적기에 정확한 자료를 제공한 결과, 월평균 276종의 정기자료에 대해 적기 제공률 99.03%를 달성함으로써 연금업무처리의 정확성을 도모하였다.

연금지급 착오 ZERO화를 위해 검증체계를 운영하여 추가지급액(95건, 60백만 원) 및 환수금(31건, 67백만 원) 발생을 예방하고, 연금 지급을 위한 산정프로그램 개선 및 개발 톨 일원화를 통해 관리기능을 강화하고 작업시간도 단축하여 수급자증가에 대비해 차질 없는 연금지급이 되도록 준비하였다.

향후 공단은 제4차 국민연금 재정계산을 바탕으로 한 국민연금 종합운영계획의 제도개선을 ICT 환경 측면에서 적극적으로 지원하고 인구 경제사회적 변화를 예측하여 정보기술의 변화를 공단 ICT 업무 환경에 주도적으로 융합함으로써 지능형 연금복지 종합 수행 기관으로 나아가기 위해 더욱 노력할 계획이다.

3. 건강보험심사평가원 정보화

건강보험심사평가원(이하 심평원)은 2019년 정보화 추진 3대 목표를 ① 국민보건 향상 및 사회보장 증진을 위한 심사평가 업무체계 개편 ② 사용자 중심의 지능화된 시스템 구축 ③ 안정적이고 효율적인 기반체계 마련으로 설정하고, ‘국민보건 향상 및 사회보장 증진을 위한 디지털 시스템 구축’이라는 비전을 실현하기 위해 정보화 역량을 집중하였다.

심평원은 정보 자원의 효과적인 관리를 위해 EA(Enterprise Architecture)와 산출물을 지속적으로 모니터링하여 최신의 상태를 유지하였다. 현행화된 EA(Enterprise Architecture)를 활용해 ICT자원을 최적화하고 정보화사업 중복투자 방지를 위한 사전검토를 실시하며 체계적인 자원관리를 수행하였다. 이러한 노력으로 행정안전부에서 측정하는 ‘2019년 EA기반 정보자원 관리 수준측정’ 평가부분에서 100점을 획득하는 성과를 거두며, 2년 연속 최고점을 달성하였다.

심평원은 환자중심 및 의학적 타당성 기반 심사체계 확립을 목표로 표준화된 의료영상정보를 활용한 ‘인공지능(AI) 기반 의료영상 판독 파일럿 사업’을 추진하여(‘19. 5.) 심사업무 활용 가능성 등을 검토하였다. 동 시스템은 영상판독이 필요한 척추영상 자료를 선별 및 분석하고 AI를 활용한 영상정보 학습을 통해 의료영상정보 심사를 지원하였다. 이를 통해 선정항목 의료 영상 분석을 위한 DB 및 Pilot 시스템을 구축하고 선정항목 분석 모델을 개발하여 인공지능(AI) 영상판독 정보를 심사업무에 실질적으로 활용할 수 있는 기반을 마련하였다.

또한, 요양기관이 진료비 심사를 위해 심사참고자료를 온라인으로 제출하는 ‘HIRA e-Form 시스템’을 구축하였다(‘19. 5.). 이는 다양한 심사참고자료시스템 형태(스캔이미지, 한글, 워드 파일 등)에서 표준서식기반 형태의 채널 일원화를 추진했다. 이를 통해 요양기관 진료정보 제출의 불편을 해소하고 표준화된 진료 데이터를 빅데이터 분석, 심사·평가업무 등 다양한 분야에 활용할 수 있는 기반을 마련하게 되었다.

심평원은 인공지능 등 ICT 핵심기술을 고도화하여 지능화된 시스템을 구축하고자 ‘인공지능 기반 챗봇 서비스’ 시스템을 구축하였다(’19. 6.). 동 시스템은 단순한 민원상담 뿐만 아니라 업무를 지원할 수 있는 내부고객 맞춤형 상담서비스를 제공하기 위해 업무서비스(근태관리, 업무매뉴얼 제공, 전자결재 연계 등)를 제공한다. 실시간 대화형 응답서비스로 정확한 자료를 제공한 결과, 매달 11,000건의 민원응대를 자동화하여 6개월간 약 1.5억 원의 인력비용을 절감하는 효과를 거두었다.

심사위원이 원격으로 사용할 수 있는 ‘심사위원 업무포털 시스템’을 구축하여 스마트워크 체계를 확장하고 있다(’20. 5. 완료예정). 동 시스템은 본원의 지방(원주)이전으로 출장, 심사업무 지연 등 업무 불편을 해소하기 위해 원격으로 심사 의뢰 및 심사처리 결과를 송수신 할 수 있는 원격 시스템을 제공한다. 동 서비스 구축 시 비인가 시스템 접속 방지를 위해 VPN 로그인, SMS를 활용한 2차 인증 기능, OTP 인증시스템 등을 개발하여 보안체계를 강화했다. 이를 통해 시간과 공간 제약 없이 다양한 임상현장에서 근무하는 의료인이 심사에 참여할 수 있는 업무환경이 마련된 것이다.

한편, 심평원은 2017년 3월부터 바레인 정부와 총 182억 원(USD 1,577만 달러) 규모의 ‘바레인 국가건강보험시스템 개혁 협력 프로젝트’ 시스템 구축을 위탁받아 2019년 12월 이를 성공적으로 마무리 하였다. 동 사업을 통해 바레인 국가건강보험제도 운영의 근간이 되는 국가 의약품관리시스템(Drug Utilization Review), 국가건강보험정보시스템(National Health Insurance Information System), 국가의료정보활용시스템(Smart Utilization of NEMR), 국가진료정보저장소(National Electronic Medical Repository)를 구축 완료하였고, 그 성공을 기반으로 향후 5년(’19.8. ~ ’24.7.)간 136억 원(USD 1,135만 달러)규모의 시스템 유지관리 계약을 추가로 체결하여 총 320여 억 원과 민간일자리 200여개 등의 경제적·사회적 가치를 창출하였다.

심평원은 IoT·모바일·빅데이터 등을 심사평가 업무에 접목하는 등 디지털 혁신으로 성장동력 확보 및 보건의료분야의 디지털 트랜스포메이션을 위해 노력할 계획이다.

Ⅲ 보건의료분야 정보화

1. 지역보건의료정보시스템 구축

지역보건의료정보시스템은 보건소 등 지역보건의료기관의 업무처리를 전자적으로 지원하는 시스템으로, 전자의무기록(EMR) 및 진료관련 업무(청구, 검사 등), 21개 분야 보건사업 및 보건행정 기능을 제공하고 있다. 기존의 개별적 비표준 형태로 운영 중이던 시스템을 효율적인 보건행정업무 처리를 위해 2007년 전국 단위로 통합 구축하여 현재 보건소, 보건지소, 건강생활 지원센터, 보건진료소 등 전국 지역보건의료기관에서 사용 중이다.

전국 3,500여개 기관 3만여명의 사용자가 지역보건의료정보시스템을 이용하고 있으며, 매년 사용자 수요 및 정책환경 변화 등을 반영한 정보시스템 기능개발, 전산장비 교체를 통해 지역보건의료기관의 효율적인 업무수행을 지원하고 있다.

2019년도에는 모자보건사업 등 보건사업 지침 변경사항을 반영하고, 개인정보 보호를 위한 시스템 개선 및 공공보건포털-정부24 웹사이트 간 보건제증명 발급기능 연계 등을 추진하였다.

2020년도에는 지역보건의료정보시스템 전면 재구축을 3개년간 추진할 예정이다. 기존 보건사업 유형, 기관별 분절된 정보관리 체계를 서비스 대상자 중심으로 통합하여 건강증진서비스 효과성을 제고할 계획이다.

2. 병원 정보화 분야

보건복지부 소속 국립병원 정보화 사업은 국립병원(정신, 결핵, 한센)의 원무, 진료, 간호 지원 업무를 전산화하여 국립병원의 업무를 효율화하고 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 목적으로 추진되었다. 2010년 국립부곡병원을 시작으로 2013년까지 8개 국립병원*에 전자의무기록 정보시스템을 확대·보급하였다.

✎ 집필자 | 정보화담당관 신제수, 약무정책과장 윤병철, 응급의료과장 장영진, 건강정책과장 배경택, 질병관리본부 기획조정과장 신재형

* 8개 국립병원 : 5개 정신병원(국립정신건강센터, 국립나주병원, 국립춘천병원, 국립공주병원, 국립부곡병원), 2개 결핵병원(국립마산병원, 국립목포병원), 1개 한센병원(국립소록도병원)

또한, 재해 등으로 인해 전자의무기록 정보시스템이 가동되지 않을 때를 대비해 2014년부터 2015년까지 재해복구시스템을 구축하였다.

매년 국립병원 EMR(전자의무기록)시스템 운영사업을 추진하여 각종 의료 관련 법·지침·고시 변경 사항 및 각 병원 요구사항을 수시로 반영하고, 의료기관, 병원 신임 평가 등 병원 평가에 대비해 시스템 기능을 보완하는 등 국립병원의 원활한 업무를 위해 지원하고 있다.

2019년에는 차세대 국립병원 병원정보시스템 업무 재설계 및 정보화 전략계획(BPR/ISP) 수립 사업을 통해 업무 연속성 기반의 환자 진료체계 개선, 국립병원의 지능형 서비스 구현, 의료정보 활용기반 마련, 선진 인프라 및 운영체계 확보 등 4개 전략과 19개의 이행과제를 도출하였으며, 2021년부터 2024년까지 4년에 걸쳐 차세대 시스템을 구축할 계획이다.

또한, 지방의료원 등 정보화 지원사업을 통해 34개 지방의료원에 2009년부터 병원정보시스템(EMR)의 구축을 지원하여, 2019까지 32개소의 병원정보시스템 구축 및 고도화사업을 완료하여 국가시책을 적시에 반영할 수 있도록 하였고, 2020년에는 최신 웹표준 개발툴 도입으로 시스템 성능 향상 및 기능개선을 통해 사용자 만족도를 높이고 안정적인 프로그램 운영을 지원할 예정이다.

3. 질병관리본부 정보화

질병관리본부는 감염병관리 통합정보시스템, 예방접종통합관리시스템 등 부서에서 운영 중인 다양한 개별정보시스템을 하나의 대형서버로 통합하여 모든 부서가 공동 활용하고, 사용자는 한 번의 로그인으로 개별시스템을 하나의 화면에서 사용할 수 있도록 통합된 인프라 관리 및 정보시스템 보안에 역점을 두어 관리·운영하고 있다.

최근 메르스, 조류인플루엔자, 중증열성혈소판감소증후군, 유킴지 등 사회 안전에 위협이 되는 신종 및 재출현 감염병이 연이어 발생되었으며, 법정 감염병도 2016년 81종으로 증가하는 등 국민 보건 향상과 질병 예방이 더욱 중요해지고 있다. 그간 질병관리본부는 감염병 관리를

위해 24개 감염병 관련 정보시스템을 개별적으로 개발하여 운영해 왔으나, 감염병별·기능별 분산된 정보시스템으로 인해 감염병 관리 업무의 신속·정확한 의사결정에 어려움이 있었다. 이에 2013년 감염병 예방 및 관리를 위한 정보화전략계획(ISP)을 수립하고, 2015년부터 2017년까지 법정 감염병을 대상으로 감염병 관련 7개 분야(환자감시, 병원체·매개체감시, 병원체진단, 역학조사, 예방접종, 환자·접촉자관리, 방역·자원관리)의 통합 기능을 구현하는 ‘감염병관리 통합정보지원시스템’을 단계적으로 구축 완료하였다. 2018년에는 ‘감염병관리 통합정보지원 시스템’의 기능개선 및 고도화 사업-관할지역·부서별 해야 할 일을 담당자가 하나의 화면에서 관리하는 기능(‘나의 할 일’)과 타 기관/부처와 연계한 데이터를 한눈에 볼 수 있는 현황판 구축 등을 통해 사용자의 업무 편의성을 향상시켰으며, 2019년 감염병 통합데이터 품질개선을 위해 표준용어/도메인 수립 및 데이터질관리시스템을 구축하였다. 또한, 2017년부터 유지관리 사업을 병행하여 ‘감염병관리 통합정보지원시스템’을 안정적으로 운영하고 있다.

또한, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 의거하여 예방접종 기록을 효율적으로 보관하고 관리하기 위해 2002년부터 예방접종통합관리시스템을 구축·운영하고 있다. 2002년~ 2005년에 진행한 1기 사업을 통해 예방접종기록을 전산화 및 표준화하여 보건소 및 의료기관이 예방접종 전산등록 및 국가예방접종 지원사업에 참여할 수 있는 기반을 마련하였으며 2006년~ 2009년의 2기 사업을 통해 구축된 데이터베이스의 활용 범위를 확대하여 2009년부터 휴대폰 문자 전송을 이용한 접종 일정 사전알림을 제공하는 등 대국민 서비스를 강화하였다. 2011년에는 개인별 접종 내역을 모바일로 확인할 수 있는 예방접종도우미 이동통신 앱을 개발하였으며, 2010년부터 외부 기관과의 시스템 연계를 활용하여 대국민 서비스 강화, 행정업무 효율화 등 7개 유관기관 15개 시스템과 정보를 공유하여 활용하고 있다. 2015년에는 어르신 인플루엔자 국가예방접종 지원사업을 시작하여 인플루엔자등록시스템을 개발 및 운영하고 있다. 이후 2019년 현재까지 만 12세 이하 어린이에 대하여 17종의 예방접종을 무료로 지원하는 국가예방접종 지원사업이 원활히 수행되도록 지속적인 유지관리를 하고 있다. 이에 예방접종통합관리 시스템의 안정적, 성공적 운영은 모든 아동뿐 아니라 성인의 예방접종 관련 정보서비스의 원활한 제공에 기여할 것으로 기대되며, 잘 관리된 예방접종기록으로 접종률 파악을 용이하게 하여, 감염병 발생 예측, 감염병 유행의 조기 대처 등으로 효과적인 감염병 예방, 관리가 이루어질 것으로 기대하고 있다.

국립보건연구원에서는 보건의료 분야 연구 활성화를 위하여 국내 연구자에게 연구정보와 연구자원을 제공하고 있다. 연구정보는 국립의과학지식센터, 한국인유전체역학조사(KoGES), CODA(Clinical & Omics Data Archive), 한국인칩 컨소시엄 사이트를 통해, 연구자원은 국립중앙인체자원은행, 국가병원체자원은행, 국립줄기세포포재생센터 사이트를 통해 안내하고 있다. 이외에도 임상연구정보등록서비스(CRIS), 임상연구관리시스템(iCReaT)을 통해 임상연구 확인·관리가 이뤄지고 있으며, 희귀질환 헬프라인을 통해 희귀질환자에게 질환정보와 의료지원 등을 제공하고 있다.

4. 의약품유통정보시스템 구축

의약품 유통 투명화와 국가의약품통계인프라 구축 및 유통 정보 관리의 효율성을 선진국 수준으로 개선하고자 설립된 ‘의약품관리종합정보센터’(이하 ‘의약품정보센터’)는 우리나라 전체 의약품의 생산·공급·구입·사용 내용에 대한 데이터웨어하우스(DW)를 기반으로 2008년부터 의약품 유통 관련 정부 정책 수립 및 정책 연구 자료 지원, 의약품시장 분석에 필요한 정보 유형을 개발·제공하고 있다. 또한, ‘의약품 표준코드(KD코드*; Korea Drug Code)’를 도입하여 의약품 제조업자 등 사업자의 의약품 물류 관리 효율성 제고와 국민들의 안전성 제고에 기여하였다.

* KD코드(Korea Drug Code) : 개개의 의약품을 식별하기 위해 고유하게 설정된 번호로서 국가코드, 업체코드, 품목코드 및 검증번호를 포함한 13자리 숫자를 말함. 표준코드 중 9자리 숫자는 2010년부터 건강보험급여의약품 제품코드(EDI 코드)로 활용하고 있음
2019년 12월 기준 의약품관리종합정보센터에서 54,130개 품목에 162,594개 표준코드를 부여·공고하고 있음

2009년에는 의약품 유통정보 수집·관리 대상을 기존 건강보험 적용 의약품(보험급여 의약품)에서 건강보험 미적용 의약품(비급여 의약품)을 포함, 국내에 유통되는 모든 완제 의약품을 대상으로 확대하여 의약품 유통 투명화를 위한 기반을 확보하였다. 또한, 의약품 표준코드가 의약품 바코드 표시에 본격적으로 사용되기 시작하였다.

의약품 바코드 관리 기관인 건강보험심사평가원은 2008년부터 제약사의 의약품 바코드 및 RFID tag 표시 사항 위반 여부에 대하여 연 2회 실태조사를 실시하고 있으며, 2019년 실태조사 결과, 213개 제약사, 4,633품목 중 77개사, 191품목(4.1%)에서 바코드 오류가 확인되어 제약사 제도 및 시정조치 하였다.

또한, 수집된 의약품 유통 정보의 분석을 위해 과학적 분석 기법인 데이터마이닝(Data Mining)*을 개발·운영하여 의약품 유통의 투명성을 제고하였고 현재 의약품 유통 모니터링 및 이상징후 파악을 위한 총 6개 데이터마이닝 모델을 운영 중이며, 불법유통 의심 의약품 조사 및 수사기관 공조 등에 활용하고 있다.

* 데이터마이닝(Data Mining) : 거대한 양의 데이터 속에서 쉽게 드러나지 않는 유용한 정보(감춰진 지식, 예상하지 못했던 정보, 새로운 규칙 등)를 찾아내는 것

[표 2-11-8] 데이터마이닝 운영 모델

모델명	내용
불성실보고업체	매입이 있으나 매출 없는 품목 업체별 추출하여, 보고누락 업체 색출
공급·청구내역 불일치	요양기관의 비정상 의약품 비용 청구 식별
위조 의심 의약품	제약사가 정상적인 방법으로 출고하지 않은 의약품 색출
유통기한 만료 유통	유통기한이 만료된 의약품의 유통 추적
의약품 일련번호 중복	중복이 발생한 의약품 일련번호 정보 색출
품질의약품 예측	시장 내 재고가 부족하여 요양기관에서 구매가 어려운 의약품을 예측

[표 2-11-9] 2019년도 의약품유통정보 제공 실적

(단위 : 건)

구 분	정책 자료 제공 - 보건복지부, 식약처, 국회, 국세청, 검경 등 제공	제약·수입사 제공
제공 건수	433	업체수 : 35 품목 수 : 1,026

의약품 표준코드 도입과 더불어, 바코드제도를 내실화함으로써 의약품 도매업소, 요양기관 등에서 의약품 물류 관리 시 바코드를 적극 활용하고, 의약품 이력 추적이 가능하도록 하였다.

이를 위해 소량 포장의 주사제, 연고제, 액제 등의 단품에도 바코드 표시를 의무화(‘10.)하였고, 안전한 사용 관리가 필요한 전문·지정약품의 경우 GS1 - 128 코드 사용을 의무화(지정 의약품은 ’12년, 전문의약품은 ’13년 시행)하였다.

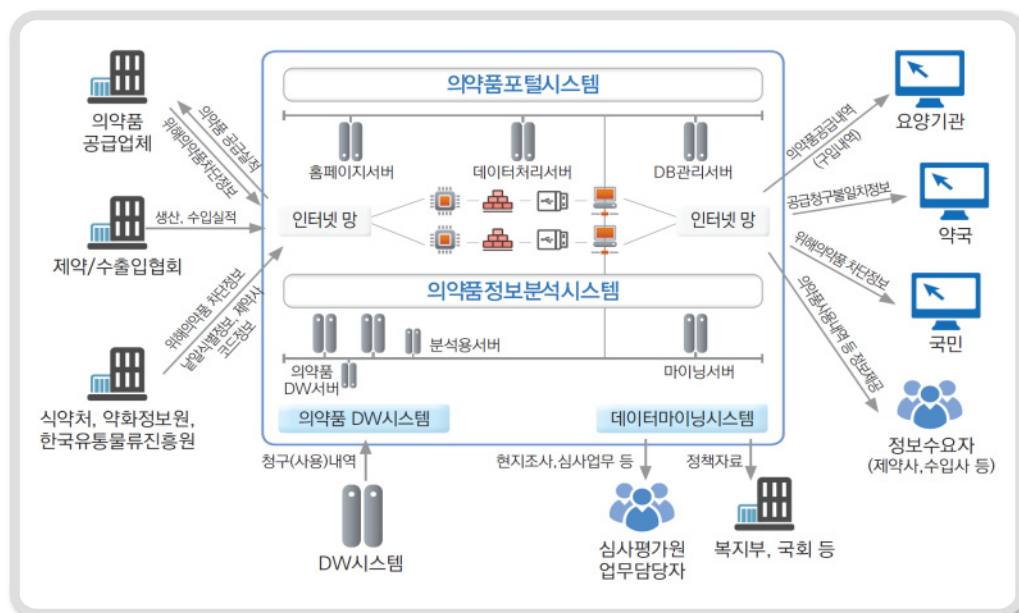
2015년에는 위조 의약품 차단 및 의약품 유통 투명화를 위하여 지정·전문약품의 최소 유통 단위에 일련번호를 부착하여 의약품의 제조(수입)·유통·사용 전 단계에서 이력 추적 관리가 가능하도록 하는 의약품 일련번호 보고제도를 시행하고 약사법 시행 규칙 및 「의약품 바코드와 RFID tag의 사용 및 관리 요령」 개정을 통해 근거 규정을 마련하였다.

2016년에는 의약품 일련번호 유통정보관리시스템을 구축하였고, 2016년 7월부터는 제약 회사에서, 2017년 7월부터는 도매업체도 의약품 출하 시 일련번호를 보고하도록 하여 제도를 확대 시행하고 있다.

2018년에는 의약품 일련번호 보고제도를 통하여 수집된 의약품 유통정보를 활용하여 발암 우려 물질이 함유된 고혈압약 회수 시 회수의무자인 제약회사에 해당 의약품의 유통정보를 제공하여 신속하고 원활한 의약품의 회수를 도모하였으며, 일련번호를 확인하여 백신 불법유통을 적발한 바 있다.

2019년에는 의약품의 회수대상여부, 유효기간, 주의사항 등 25개 의약품 안심정보를 제공하는 의약품 유통정보 앱 '약! 짚어보는 안심정보'를 개발하여 국민의 안전한 의약품 사용 환경을 조성하였다.

[그림 2-11-9] 의약품유통정보시스템 구성도

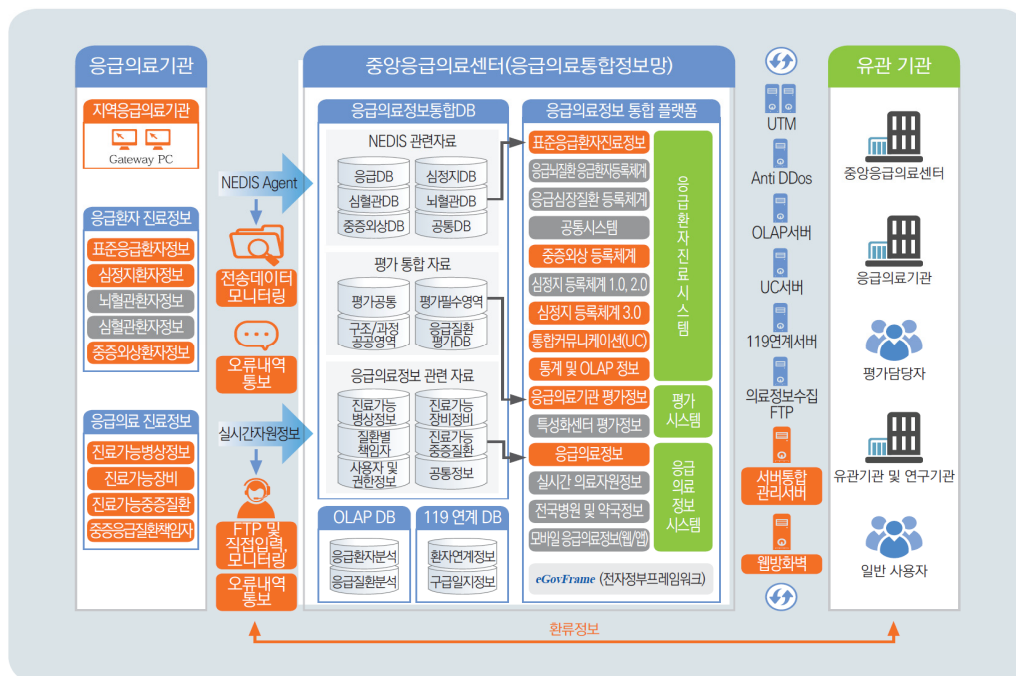


5. 응급의료통합정보망 구축·운영

보건복지부는 응급환자 발생 시 최적의 응급의료기관으로 이송할 수 있도록 전국 400여개 응급의료기관의 실시간 응급의료 정보를 수집하여 119구급대 등의 이송을 지원하는 응급의료 정보시스템을 2000년부터 구축·운영 중에 있으며, 표준 응급의료 통계 및 정책지원체계를 구축하고자 응급의료기관 내원 환자진료 정보를 수집하는 국가응급환자진료정보망(NEDIS)을 2003년부터 구축·운영하고 있다. 동 사업은 응급의료정보(응급책임자 병상 및 장비 등)를 실시간으로 수집·제공하여 응급환자를 이송할 병원을 선정하고 응급의료기관 진료 정보를 수집·관리하여 응급의료기관 평가를 위한 핵심 자료로 활용하고 있다. 또한, 응급의료정보제공 홈페이지와 스마트폰 애플리케이션을 통해서 야간·휴일의 진료 기관 정보 등을 제공하여 응급의료 이용자의 편의를 증진시키고 있다.

응급진료정보망의 서비스 향상을 위해 응급의료정보화 전략계획 수립('10)을 통한 응급의료 통합정보망 구축 사업을 단계별로 추진하였고, 2014년 분산 구축된 응급정보망을 통합하고 보안 체계를 강화함으로써 응급환자의 생명 보호와 사회 안전망 강화에 지속적으로 기여하고 있다.

|그림 2-11-10| 응급의료통합정보망



또한, 차세대 응급의료정보망 구축을 위한 정보화전략계획 수립(14) 후 응급의료 서비스 현대화를 추진하였고, 2015년도에는 응급의료 정보 데이터웨어하우스 및 정책 대시보드를 구축하기 위해 응급의료 모니터링 사업을 진행하였다. 이 결과 응급의료 서비스 및 정책과 관련하여 의사결정 지원을 위한 다양한 통계·지리적 정보를 활용하여 정책 수립에 필요한 주요 지표의 지역·기간 단위 분석이 가능해졌으며, 타 기관 연계망 구축, 개방형 감시 체계 구현, 고차원 분석 기능 추가 및 개선을 통해 응급의료 정보 분석을 고도화하고 있다.

아울러, 원격협진을 기반으로 응급의료 취약지 질적 수준의 격차 및 의료 사각지대를 해소하기 위해 「취약지 응급의료 원격협진 네트워크 구축 사업(15~)」 및 「취약지 영상협진센터 구축 사업(16~)」을 운영하고 있다. 또한, 재난 발생 시 현장 의료 지원, 조정의 신속·효율화를 도모하기 위해 상황실-현장출동팀 간 실시간 상황 정보를 공유하는 「재난응급의료상황실 정보화 기능 개발(15~)」을 진행하여 재난 환자 이송 및 경로 정보 수집 체계 구현, 스마트 중증도 분류표 개발, 상황 접수 기능 업그레이드 등을 통하여 재난 및 전원상황 발생 시 신속하게 대처할 수 있도록 지원하고 있다.

2018년부터 응급의료정보 고도화 ISP 수립을 기반으로 응급의료정보의 질 제고 및 지식정보 생태계의 구현을 통해 국가적 응급의료정보서비스 역량의 극대화를 추진 중이며, 2019년에는 인프라 개선을 추진하여 시스템 운영 안정성을 확보하였다.

V 보건복지행정 분야 정보화

1. 보건복지부 대표 홈페이지 및 행정지원시스템 운영

국민의 알 권리를 보장하고 보건복지부의 정책을 효과적으로 홍보하기 위하여 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)를 운영하고 있다.

기관 홈페이지는 국민에게 보건복지부의 업무와 최신 정책 정보를 제공하고, 홈페이지를 통한 국민 제안, 설문, 민원 제기 등 국민 참여로 국민과 소통하는 창구 역할을 수행하고 있다.

국민 중심의 홈페이지 서비스를 제공하기 위해 홈페이지 이용 관련 의견 수렴 창구를 상시 운영하고, 웹 접근성 품질인증을 획득하는 등 웹 접근성 및 호환성 준수를 위한 지속적인 활동을 수행하고 있다.

2019년에 홈페이지 게시물의 첨부파일 접근 시 별도의 프로그램 설치 없이 웹브라우저로 바로 볼 수 있도록 문서 바로보기 기능을 적용하였으며, 어린이 홈페이지 내 다소 이해하기 어려운 콘텐츠를 어린이 눈높이에 맞는 쉬운 내용으로 개선하였다.

행정지원시스템은 보건복지부 직원들이 효율적으로 업무를 수행할 수 있도록 부내포털, 회의실 예약 등 19개의 서비스를 제공하고 있다. 사용자 중심의 서비스를 제공하기 위해 부서 및 사용자 기능개선 요구사항을 수시로 반영하며, 부내포털 등 정보시스템 사용법 문의 응대와 사용자 계정 및 행정전자서명 발급 등을 지원하는 헬프데스크를 상시 운영하고 있다.

2019년에는 부내포털 메뉴체계를 소속기관별 업무특성에 맞게 개편하였으며, 사용자 요구사항을 반영하여 부내 메신저(유니모메신저)2.0을 개발 및 보급하였다. 또한, 정부 클라우드저장소(G드라이브)를 소속기관까지 확대 도입하여 조직간 자료공유와 협업에 많은 도움이 되도록 하였다.

2. 보건복지사이버안전센터 운영

2008년 12월부터 국가사이버안전관리규정 제10조의2(보안관제센터의 설치·운영)에 의거, 보건복지 분야의 사이버 안전을 위하여 보건복지사이버안전센터(이하 ‘센터’)를 구축·운영하고 있다.

국내외 정치적 상황 및 랜섬웨어 확산 등 대내외 사이버 공격징후 확대로 센터는 2019년 12월 말 기준 총 72개 기관을 대상으로 24시간, 365일 상시 보안관제 및 침해대응체계를 유지하고 있다. 특히, 사이버테러 대비 등 국가 차원의 사이버 위기상황 발생에 대비하여 비상 대응태세를 유지하고, 강화된 보안 관제를 수행하고 있다.

침해사고에 대한 선제적 예방 활동으로 33개 관제대상 기관 707대 정보시스템에 대한 현장·지도 점검을 실시하였고, 웹 취약점 수동점검반을 신설하여 26개 기관 71개 도메인 대상으로 웹 취약점 수동점검을 실시, 보안취약점을 발굴·제거하였다. 또한, 행정안전부 고시 「SW

개발단계 보안약점 제거 의무화」(14.)에 따라 ‘소스코드 취약점 점검’ 체계를 마련하여 보안관계 대상기관에 서비스하고 있다.

센터는 침해사고 대응역량 강화를 위해 관계대상 기관 정보보안업무 담당자를 대상으로 보건 복지 사이버공격 대응훈련을 개최하였으며, 일반 직원들을 대상으로는 악성 메일 모의훈련 등을 실시하여 보안인식 개선을 위해 노력하고 있다.

아울러, 국가사이버안전센터 및 소속·산하기관과 긴밀한 공조체제를 유지하고, 사이버 보안 전문인력 확보, 정보보호 교육 등의 활동을 지속해서 추진해 나갈 것이다.

[그림 2-11-11] 보건복지사이버안전센터 관제 체계



3. 개인정보보호

보건복지부는 최근 증가하고 있는 개인정보 침해 및 유출 위험에 선제적으로 대비하기 위하여 예방 활동을 강화하고 있다.

매년 보건복지부 본부 소속 및 산하공공기관을 대상으로 현장 방문을 통해 개인정보보호 관리 수준 현황조사를 실시하고 있으며 「개인정보 보호법」 관련 규정에서 요구하는 개인정보보호 관리체계를 점검하고, 기관별 맞춤형 교육 및 컨설팅 등 개인정보보호 역량 강화를 위한 활동을 실시하여 보건복지 분야 개인정보보호 수준을 향상시키고 있다.

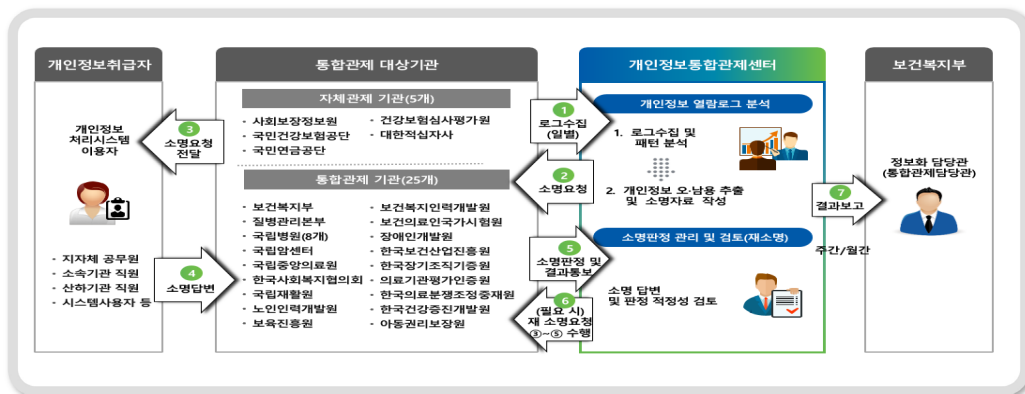
2010년부터 운영 중인 「개인정보통합관계센터」는 개인정보 유출 및 오·남용 모니터링 대상 시스템을 지속해서 확대하고 있으며, 2019년 12월 기준 총 30개 기관 141개 개인정보처리 시스템에 대한 통합관제를 실시하고 있다. 2016년부터 보건복지 분야 개인정보 비식별 조치 전문기관으로 사회보장정보원을 지정·운영하여 비식별 조치 실태점검 및 보건복지 분야 비식별 조치 기준 연구 등을 수행하였다.

아울러, 4차 산업혁명의 근간인 빅데이터의 안전한 활용 및 개인정보보호를 위하여 개인정보 보호 관리수준 현황조사 및 개인정보 통합관계 확대, 데이터 결합·분석 환경 구축 등을 지원해 나갈 것이다.

[표 2-11-10] 개인정보통합관계센터 관제 대상기관 및 관제 시스템

대상기관	~2018	2019
기관 및 시스템 수	28개 기관 136개 시스템	30개 기관 141개 시스템

[그림 2-11-12] 개인정보통합관계시스템 업무절차



4. 의료기관 공동보안관제센터 구축·운영

2018년 11월부터 의료기관에 대한 정보보안 업무를 지원하는 의료기관공동보안관제 센터(의료ISAC, Information Sharing and Analysis Center)를 구축·운영하고 있다.

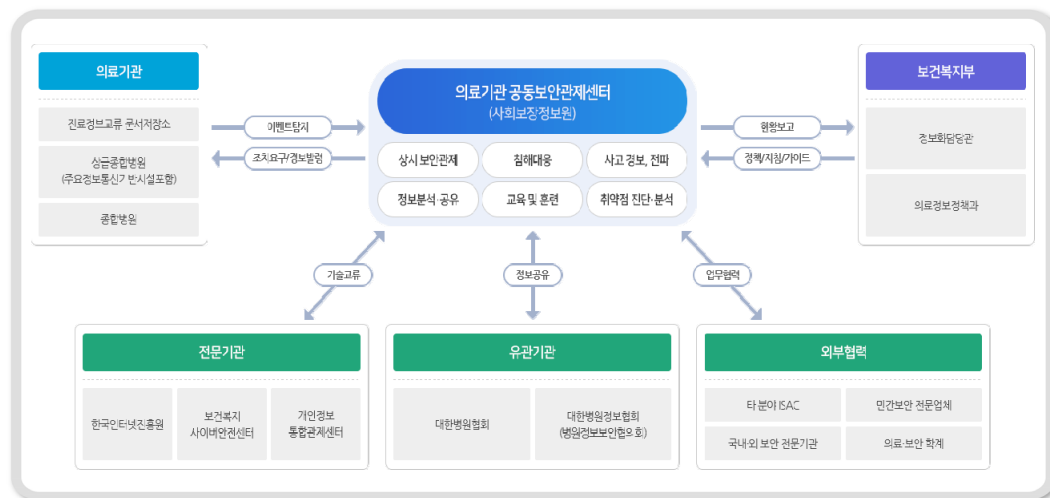
최근 의료현장에 병원정보시스템이 보편화되고, 인공지능 등 통신기술(ICT) 융합형 의료 신기술이 보급되면서 대규모의 개인정보·의료정보를 보유한 의료기관의 보안 사고에 대한 우려가 높아지고 있다.

의료ISAC은 개별 의료기관이 구축하기 어려운 상시 보안관제를 제공함으로써 사이버 공격을 실시간으로 탐지·대응할 수 있도록 지원한다. 이와 함께 여러 기관에서 수집한 사이버 침해정보를 분석하고, 유관기관에 전파하여 공격을 사전에 예방하는 공동대응체계를 지원하는 역할을 하고 있다. 또한, 보안 전문인력을 활용하여 침해사고 대응 및 보안교육을 지원함으로써 의료기관의 부담을 줄이고, 사이버 침해를 효과적으로 예방하는데 기여하고 있다.

2019년에는 8개 상급종합병원이 신규 회원으로 가입하여 보안 관제를 시행하고 있으며, 6개 신규 진료정보교류사업 거점 문서저장소가 추가되었다. 2020년에는 종합병원까지 서비스를 확대해 나갈 방침이다.

아울러, 상급종합병원, 종합병원, 병원 등에 대해서도 보안교육, 위기대응 훈련 등을 제공하여, 병원 스스로 보안체계를 갖출 수 있도록 지원해 나갈 계획이다.

[그림 2-11-13] 의료기관 공동보안관제센터 운영체계

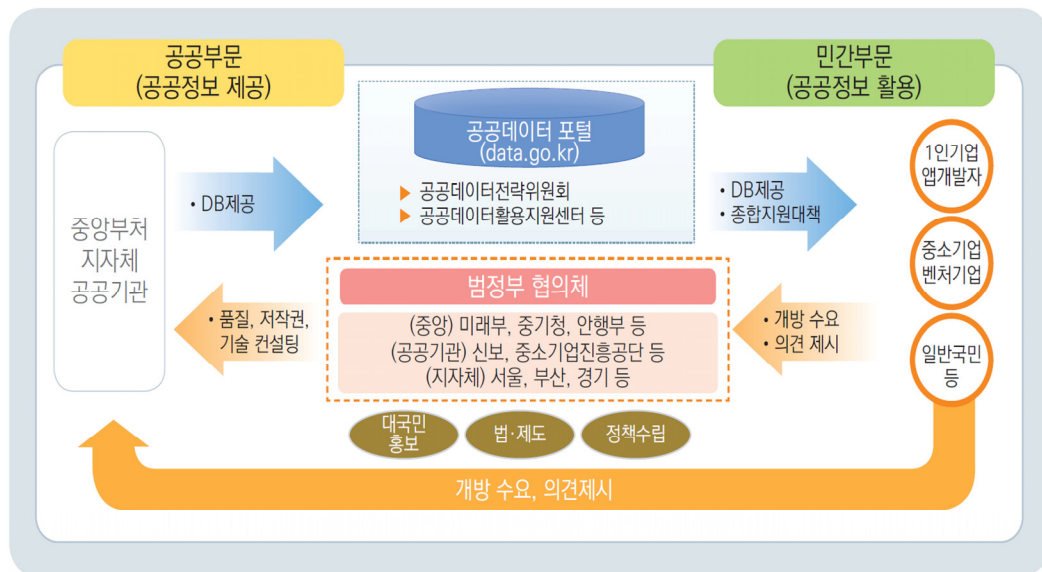


V 보건복지 공공데이터 및 빅데이터 분야

1. 보건복지 공공데이터 개방

정부는 공공데이터 제공 및 시장 공정경쟁 지원, 개방된 데이터를 민간에서 자유롭게 활용하고, 서비스 개발·경쟁 유도과 지원을 목적으로 「공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률」을 2013년 7월 제정·시행하고 있다.

[그림 2-11-14] 범정부 공공데이터 활용 지원 체계



또한, 범정부적 공공데이터 정책 추진 동력 확보 및 기본계획의 각 기관별 실행력 담보를 위해 공공데이터 기본계획을 매 3년마다 수립하고, 전략위원회의 심의·의결을 통해 공표하고 있다. 보건복지부는 고품질의 보건복지분야 공공데이터를 더 많이 개방·공유하고 이를 민간이 활용하여 새로운 경제적 가치를 창출할 수 있도록 노력하고 있다. 「제2차(17~19) 공공데이터 기본계획」 및 「정부 혁신전략」의 실행계획으로 일관되게 추진할 범정부적 세부 이행과제를 수립하였다. 주요 내용은 국민 중심 공공데이터 개방확대, 데이터의 체계적 관리를 통한 접근성 강화, 법·제도 마련 및 전문인력 충원을 통한 기반 강화이다.

2013년 11월 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)내에 공공데이터 개방 게시판을 개설하였고, 보건복지부(본부·소속 산하공공기관 포함)의 공공데이터 개방 현황 및 확대 계획을 조사하여 개방률 향상에 노력하였으며, 아울러 기존에 제공하고 있는 공공데이터의 정비를 통하여 공공데이터포털(www.data.go.kr)에 총 445건(19. 기준)의 공공데이터를 개방하였으며, 앞으로도 단계적으로 공공데이터를 확대 개방할 예정이다.

[표 2-11-11] 연도별 공공데이터 개방 건수

(단위 : 건)

구 분	~14년	15년	16년	17년	18년	19년	합계
보건복지부 (소속·산하공공기관 포함)	277	47	28	17	21	55	445

주 : 공공데이터 포털 개방목록 등록일 기준

2019년도에는 국민 수요 및 활용성이 높은 보건복지분야 데이터 발굴 및 공공데이터 품질 관리의 표준화 및 안정적인 관리체계 마련을 위해서 「보건복지분야 공공데이터 품질관리 및 개방 확대 방안 연구」 용역 사업을 수행하였다.

2. 보건복지 빅데이터 추진

「공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률」이 제정·시행됨에 따라, 생애주기별 맞춤형 보건복지 및 국민 행복 실현을 위한 보건복지 분야 빅데이터의 효율적 활용 방안이 필요하게 되었다.

보건복지부는 2014년 1월 빅데이터의 효율적 활용을 위하여 ‘생애주기별 맞춤형 보건복지 및 국민 행복 실현’을 목표로 한 ‘보건복지 분야 빅데이터 추진계획’을 수립하였다. 보건복지부·소속 및 산하공공기관에서는 빅데이터를 이용하여 질병발생 예측·대응, 복지사각지대 사회 취약계층 발굴 등 보건복지 분야에 효율적으로 활용할 예정이다.

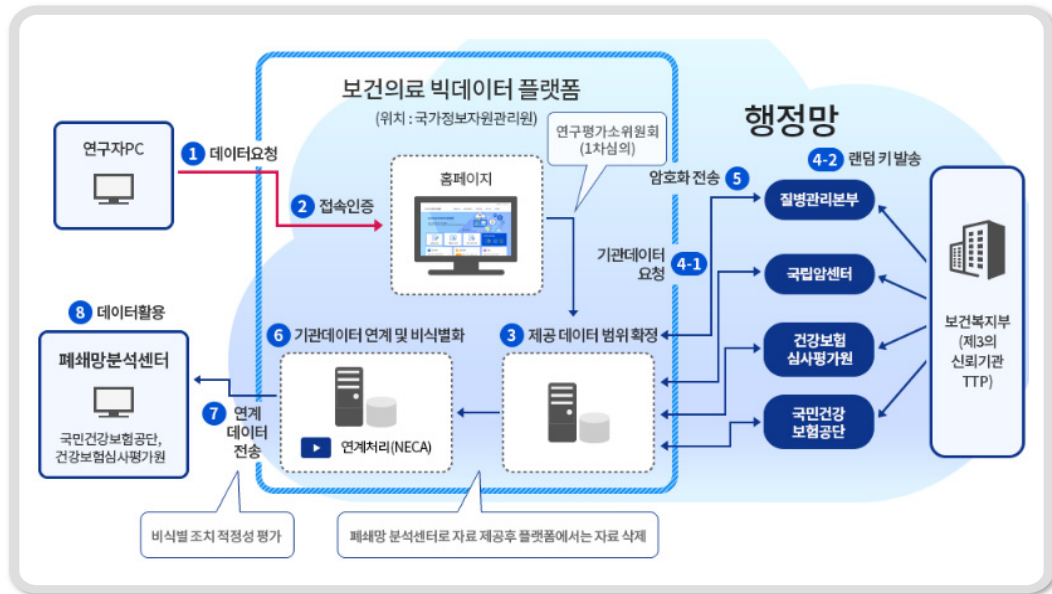
건강보험심사평가원에서는 빅데이터 기반 ‘국민 진료경향 모니터링 시스템’을 구축하여 월간 진료동향, 이상징후 모니터링 분석내용 등을 제공하여 정책 지원을 하고 있으며, 고품질(한국 데이터진흥원 데이터 품질인증 최고등급인 ‘Platinum Class’ 취득)의 빅데이터를 기반으로 2015년 6월 공공기관 최초로 「보건의료 빅데이터 개방시스템」(<http://opendata.hira.or.kr>)을 구축하여 빅데이터 분석서비스, 공공데이터 개방, 보건의료 통계정보 등의 서비스를 제공하고 있다.

또한, 2017년에는 청구자료, DUR*자료 등을 활용하여 감염병 확산 위험 경로 파악 등 감염병 발생 시 즉시 대응을 할 수 있도록 ‘감염병 의심환자 조기감지 시스템’을 구축하고, 인공지능을 기반으로 하는 뇌동맥류 영상진단 판독모형 알고리즘 개발을 성공적으로 수행하여 민간 활용이 가능하도록 공개하고 있다.

* DUR(Drug Utilization Review)은 대한민국의 의약품 처방조제 지원시스템, 의약품 처방·조제 시 의약품 안전성과 관련된 정보를 실시간으로 제공하여 부적절한 약물 사용을 사전에 점검할 수 있도록 하는 시스템의약품 처방 조제 지원 시스템을 말함

2019년부터는 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 질병관리본부, 국립암센터 등 공공기관이 보유한 보건의료 빅데이터를 정책연구 등 공공 목적으로 활용할 수 있도록 「보건의료 빅데이터 플랫폼(hcdl.mohw.go.kr)」(이하 ‘플랫폼’)을 제공하고 있다.

[그림 2-11-15] 보건의료 빅데이터 플랫폼



이번에 개통된 플랫폼에서는 국민 누구나 보건의료 빅데이터를 활용한 연구 주제 등을 제안할 수 있고, 보건의료분야 연구자들은 연구에 필요한 데이터를 신청할 수 있다.

또한, 복지 분야에서는 복지정보과와 사회보장정보원에서 단전, 단수, 단가스 등 취약계층 관련 빅데이터를 활용하여 복지사각지대에 놓인 취약계층을 발굴하고 복지서비스를 지원하는 체계를 마련하였다.

제6절 보건복지상담센터의 운영

I 설치·운영 배경

정부는 2004년 말 대구에서 발생한 장애아동 사망사건을 계기로 각종 생계형 사건·사고가 증가함에도 불구하고 이들을 조기에 발견·지원하는 시스템이 미흡하다고 판단하여 사회복지 전달체계를 강화하고자 2005년 11월 1일 보건복지콜센터를 설치·운영하여 국민들이 전국 어디서나 쉽게 보건복지와 관련된 정책과 제도에 관한 상담 및 지원요청이 가능한 체계를 마련하였다. 2017년에는, 국민의 보건복지와 관련한 편의성 제공과 힘겨울 때 희망의 상담이 되기 위해 명칭을 보건복지상담센터로 변경하였다.

보건복지와 관련된 다양한 종류의 지원제도가 있음에도 이를 알지 못하여 적시에 필요한 도움을 받지 못하는 사례가 발생하지 않도록 보건복지와 관련된 모든 상담 및 지원요청을 One - Stop으로 통합 처리하여 보건복지상담센터의 상담기능을 강화하고 있다.

특히, 보건복지상담센터는 국민들이 보건복지 관련 정보 및 상담서비스를 한 곳에서 통합하여 제공받을 수 있도록 주요 문의사항에 대한 직접상담·안내 및 중계 창구의 역할을 수행하는 동시에 주민생활 일선현장에서 실제 집행기관인 시·군·구 및 읍·면·동 주민센터 등의 주민 복지 지원활동을 측면 지원하는 사회복지전달체계로서의 기능을 담당하고 있다.

아울러, 보건복지 관련 전화민원·상담을 보건복지상담센터에서 전담 처리하여 정책 부서 공무원들에게 기본업무에 집중할 수 있는 업무환경을 제공하는 한편, 국민의 입장에서는 전문 상담사의 신속·정확하고 친절하며 표준화된 전화응대를 통해 보건복지서비스에 대한 신뢰와 만족도를 높이는 데 큰 역할을 하고 있다.

또한, 주기적인 상담동향 공유를 통해 국민들의 다양한 지원 요구뿐 아니라 불합리한 제도의 개선이나 정책 대안에 대한 국민의 의견을 수렴하는 통로 역할 및 보건복지부 정책·사업에 대한 생산적 환류기능을 수행하고 있다.

II 운영 체계

1. 상담 시간

자살 예방, 정신 건강, 노인·아동 학대, 긴급 복지 지원 요청 등과 같은 위기 상황에 관한 상담은 365일 24시간, 보건복지와 관련된 일반적인 상담은 평일 오전 9시부터 오후 6시까지 운영하고 있으며 긴급생계지원, 복지사각지대, 긴급의료비지원 상담은 24시간 상담예약을 통해 상담서비스를 제공하는 예약(Call-back)서비스를 제공하고 있다.

2. 주요 상담 내용

보건복지상담센터에서 제공하고 있는 주요 상담내용은 다음 [표 2-11-12]와 같다.

[표 2-11-12] 상담 그룹별 주요 상담 내용

상담팀	주요 상담범위
보건의료정책 상담팀	<ul style="list-style-type: none"> • 보건·의료, 국민건강보험, 건강증진 • 의료비 지원, 긴급 복지 지원 등
사회복지정책 상담팀	<ul style="list-style-type: none"> • 기초생활보장, 의료급여, 자활 사업 • 복지 사각지대 발굴 및 신고, 긴급 복지 지원 등
인구아동정책 상담팀	<ul style="list-style-type: none"> • 임신·출산정책, 보육정책 • 아동복지, 긴급 복지 지원 등
노인장애인정책 상담팀	<ul style="list-style-type: none"> • 노인정책, 노인장기요양보험, 기초연금 및 국민연금 • 장애인복지, 긴급 복지 지원 등
위기대응 상담팀	<ul style="list-style-type: none"> • 노인·아동 학대, 자살 예방 • 정신 건강, 긴급 복지 지원 등

3. 상담 처리 체계

가. 일반 상담

일반적으로 고객이 국번 없이 ‘희망의 전화 129’로 전화를 하면 해당 상담사의 상담을 거쳐 그 사례를 세부유형별로 분류한 후 상담내용을 기록, 상담이력을 남기는 것으로 상담과정이 종료된다.

나. 전문 상담

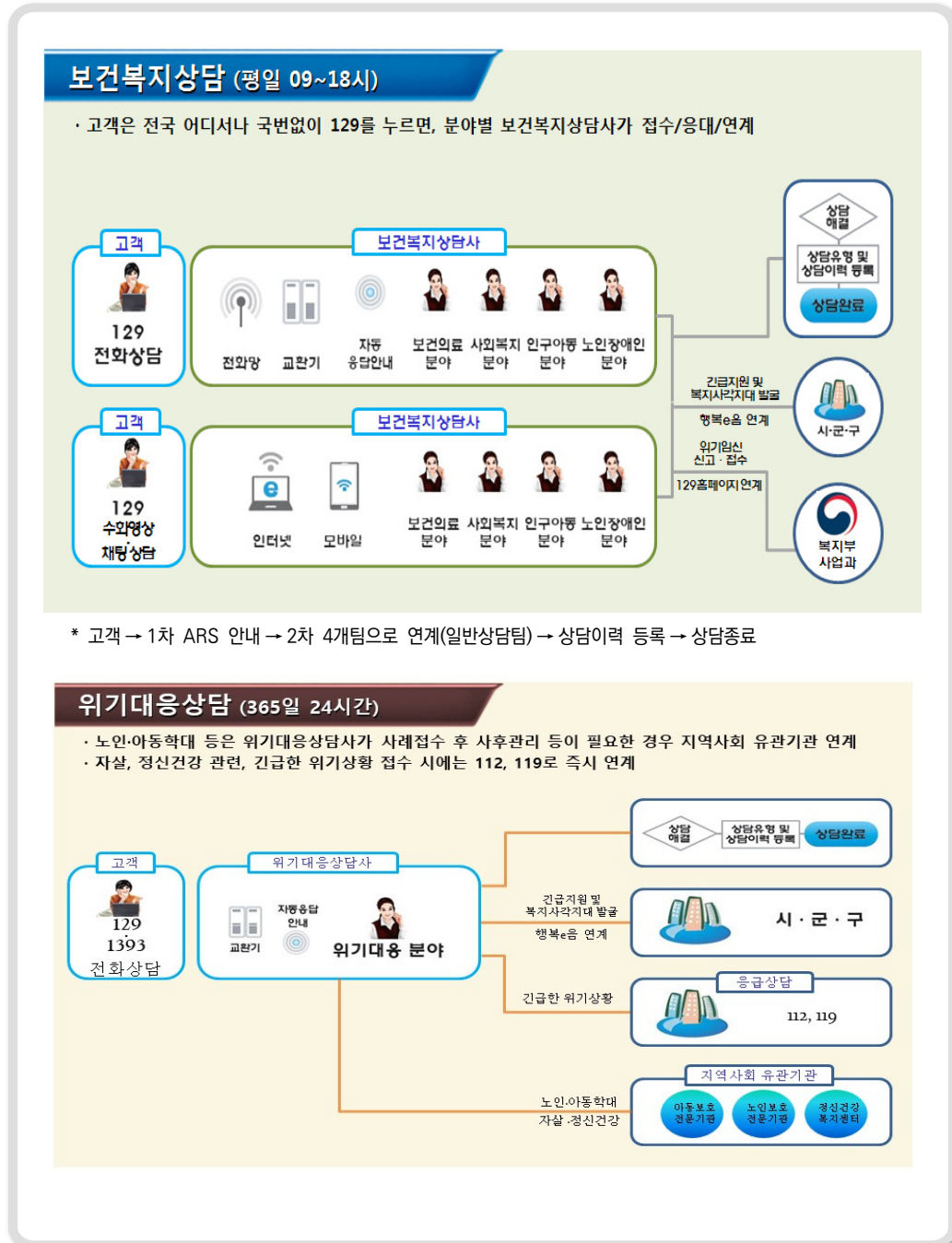
국민연금, 건강보험, 건강보험심사평가와 관련한 상담은 개인의 소득정보 등 기관에 소장된 DB를 직접 검색하여 상담해야 하는 경우가 발생하므로 이 경우에는 해당 기관에서 파견된 전문상담사가 당해 기관의 DB를 참고하여 상담을 하고 있다.

또한, 보건복지상담센터 상담사 중 숙련된 상담사 등을 활용하여 분야별로 심도 있는 전문 상담이 필요한 사안에 대하여 단계별 전문상담사제도를 운영하고 있다.

다. 상담 운영체계

일부 사례는 전화상담 외에 실질적인 개입이 필요한 경우가 있다. 이 경우 보건복지상담센터에서는 해당 사례를 해결할 수 있는 전문기관으로 연계하여 처리하도록 하고 있다. 보건복지상담센터와 이러한 연계체계를 구축하고 있는 기관은 시·군·구, 아동보호전문기관, 노인보호전문기관, 정신건강복지센터 등이며, 1차 상담 후 이관하는 경우의 절차는 [그림 2-11-16]과 같다.

[그림 2-11-16] 1차 상담 후 이관하는 경우



라. 기타 이관

고객의 상담·문의사례 중 보건복지와 관련된 사항이 아닌 경우에는 해당 기관으로 이관하고, 소관 사항 중에서도 정책적 판단이나 법률의 유권해석 등이 필요한 경우에는 정책 부서의 담당자에게 연결하여 처리하도록 하고 있다.

Ⅲ 추진 실적 및 계획

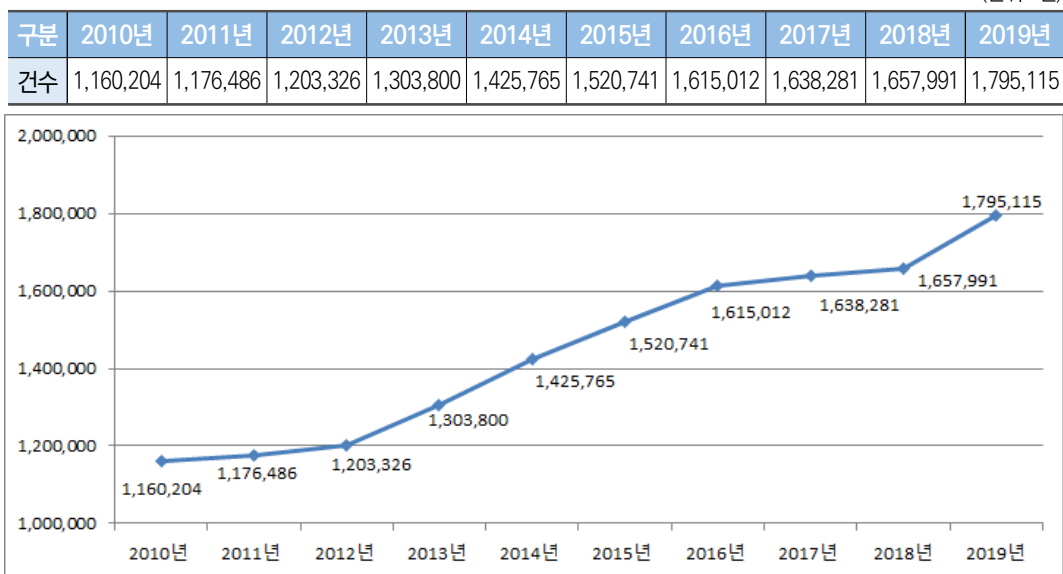
1. 상담 처리 현황

그동안 보건복지상담센터는 국가나 사회의 도움이 필요한 국민들이 어디에 도움을 요청할지 몰라 어려움을 겪는 일이 없도록 ‘희망의 전화 129’를 국민들에게 널리 알리고 상담품질 향상을 통해 보다 친절하고 신속·정확한 상담서비스를 제공하고자 노력해 왔다.

2005년 11월 개통 이후 상담건수는 꾸준히 증가하여 2019년 12월까지 총 1,795만 여 건의 전화상담을 처리했으며, 상담센터 개소 이후 연도별 전화상담 현황은 [표 2-11-13]과 같다.

[표 2-11-13] 연도별 전화상담 현황

(단위: 건)



2012년 보육사업 확대 계획 발표(11. 11.) 등으로 인하여 0~2세 무상보육 및 만 5세 누리과정 보육료 지원 등 상담이 크게 증가하는 등 새로운 사업 또는 변경·확대되는 정책·제도의 시행 시점을 기준으로 상담센터의 상담건수도 꾸준히 증가하는 양상을 보였다.

2014년에는 기초연금제도 시행에 따른 상담 문의가 많았으며, 2015년에는 메르스 발병 및 맞춤형 급여 시행에 따른 영향으로 총 상담 건수가 전년 대비 6.6%(94,976건) 상승하였고, 2016년 이후 보육사업, 기초생활보장, 2018년 아동수당 지급 관련 상담이 크게 증가하였으며, 2019년 보육사업기획 및 자살예방정책 관련 상담이 증가하였다.

향후에도 대중매체 광고, 사회단체를 연계한 홍보, 스티커·포스터 등 홍보물 배포 등 다양한 매체를 활용한 홍보로 '희망의 전화 129'에 대한 대국민 인지도를 제고하여 국민들의 이용 기회를 확대해 나갈 것이다. 이를 통해 복지 사각지대 해소는 물론 생활 속 보건복지 관련 정보를 신속 제공하는 복지도우미로서의 역할을 수행해 나갈 계획이다.

2. 청각·언어장애인을 위한 인터넷 실시간 채팅상담·수화상담

청각·언어장애인에 대한 보건복지 관련 정보접근성을 향상시키고자 2007년 6월부터 보건복지상담센터 홈페이지를 통해 인터넷 채팅상담을 제공하고 있으며, 2008년 10월부터는 영상 전화(☎070-7947-3745~6)를 이용한 수화상담서비스도 제공하고 있다.

2014년에는 청각·언어장애인이 보건복지상담센터(129) 홈페이지 및 스마트폰 앱을 통해 상담서비스를 제공받을 수 있도록 온라인 화상·채팅 상담시스템 및 스마트폰 화상·채팅상담 어플리케이션을 개발하여 수화상담서비스를 제공하고 있다.

2018년 10월부터 상담채팅시스템 개선사업으로 전화, 수화상담 등 기존 채널 외에 카카오톡을 통한 채팅상담서비스를 제공하기 시작했다.

2019년 카카오톡 채팅상담은 지속적으로 증가하고 있으며, 상담 건수는 총 31,659건으로 월평균 2,638건을 처리하였다.

3. 해피콜 및 고객만족도 조사 등을 통한 고객지향서비스 강화

국민을 대상으로 보건복지 관련 신규 또는 변경된 정책·제도 등에 대하여 전화홍보 및 SMS 문자전송서비스를 제공하고, 보건복지상담센터 이용 고객에게 추가적인 상담서비스 및 민원 처리 진행 상황을 안내해 주는 해피콜서비스를 실시하고 있다.

또한, 매년 보건복지상담센터를 이용한 고객 중 일부를 대상으로 상담사의 친절성, 정확성, 신속성, 이해도 등에 대한 고객만족도 조사를 실시하고 있으며, 조사 결과 2019년 상담센터 이용 고객만족도 종합만족지수*는 89.3점으로 2018년(88.8점)보다 다소 높아졌다.

* <연도별 이용고객 종합만족지수> ('12)83.1 → ('14)84.2 → ('17)87.8 → ('18)88.8 → ('19)89.3

매월 상담 품질에 대한 상담사 개인별 평가도 실시하고 있으며, 이를 통하여 보건복지상담센터를 이용하는 고객들이 보다 나은 상담서비스를 받을 수 있도록 고객 지향적인 상담을 통한 능동적 서비스 강화에 노력하고 있다.

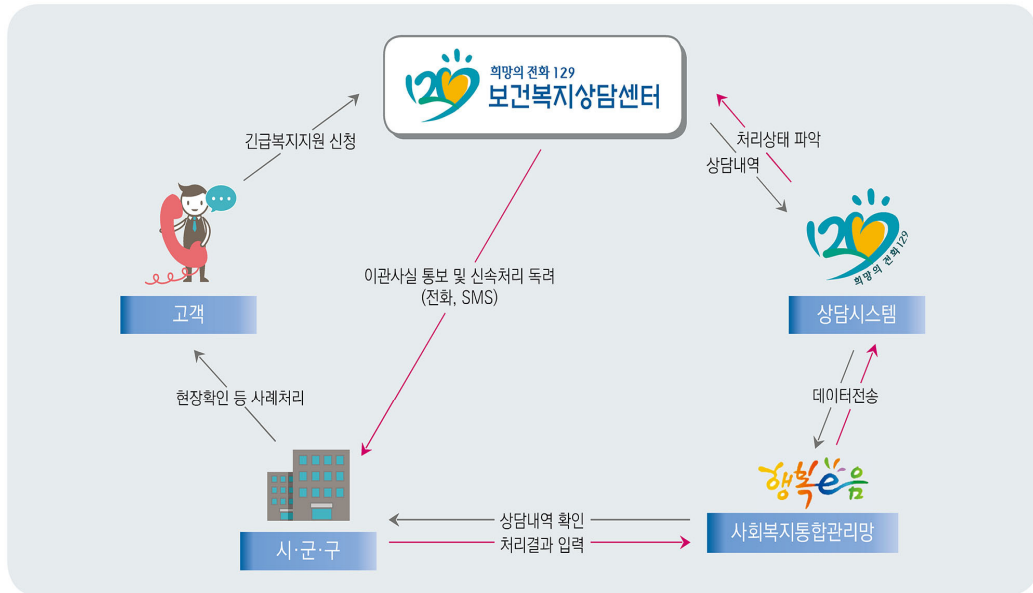
국민의 기대 및 서비스 요구 수준이 지속적으로 상승함에 따라 양질의 상담서비스를 제공하기 위하여, 향후에도 우수한 상담 인력을 확보하여 상담사 직무지식 교육, 자살 예방·사례 관리 등 전문 교육을 주기적으로 실시하고, 신규 또는 변경된 정책·제도 등에 대한 교육을 적기에 실시하여 신속·정확한 상담서비스를 제공하여 이용 고객 만족도를 높여 나갈 계획이다.

또한, 다양한 스트레스관리프로그램을 통해 상담사의 업무스트레스를 해소하고 상담서비스의 질 향상을 위해 노력할 예정이다.

4. 시·군·구 연계를 통한 신속한 현장 지원

2010년부터 [그림 2-11-17]과 같이 상담센터 상담시스템과 행복e음(사회보장정보시스템)의 연계로 시·군·구와 상호 유기적 협력관계를 통한 체계적인 사회복지서비스 제공을 시작하여 국민들의 복지 체감도를 높이고 있으며, 2019년도 긴급복지지원 상담건수 총 60,740건 중 8,825건(14.5%)을 시·군·구에 연계·이관하였다.

[그림 2-11-17] 보건복지상담센터 및 시·군·구 연계업무 처리 흐름도



5. 민원행정서비스 만족도 제고

2019년 보건복지부 국민신문고 민원처리 건수는 총 4만 2,137건이며 보건복지에 대한 수요 증대로 지속적으로 증가하고 있는 민원·제안이 신속하고 친절하게 처리될 수 있도록 모니터링을 강화하는 등 민원행정서비스 만족도를 지속적으로 제고해 나갈 계획이다.

제7절 국제 협력의 증진

I 국제협력사업

1. 국제기구와의 협력 사업

가. 분야별 주요 국제기구

우리나라는 주요 보건복지 국제기구와 긴밀한 협력체계를 구축하고 있다. 이 중 보건 분야의 주요 국제기구에는 세계보건기구(WHO), 유엔에이즈기구(UNAIDS), 유엔개발계획(UNDP), 유엔인구활동기금(UNFPA), 유엔아동기금(UNICEF), 경제협력개발기구(OECD) 보건위원회(HC)·개발원조위원회(DAC), 아시아태평양경제협력체(APEC) 등이 있으며, 이 밖에 주요 회의체로 G20, 동남아시아국가연합+한중일(ASEAN+3)에서 활발한 논의를 진행하고 있다.

복지 분야 주요 국제기구로는 경제협력개발기구 고용노동사회국(OECD DELSA), 유엔 경제사회이사회(UN ECOSOC) 및 산하 사회개발위원회(UN CSD), 동남아시아국가연합+한중일(ASEAN+3) 사회개발, 아시아·태평양 경제사회이사회(ESCAP), 유엔아동기금(UNICEF) 등이 있다.

나. 주요 국제기구와의 협력사업 현황

이들 국제기구와의 협력은 장관회의, 실무자·전문가 회의 등 각급 회의에 참가하여 주요 문제를 토의하고, 결의·협약·공동 선언문 등을 통해 국제 사회의 공통 규범과 질서를 수립하며, 회원국과 우리나라가 이를 이행하도록 강제·권고·지원 및 후속 조치를 수립하는 방식으로 이루어지고 있다.

이러한 협력을 통해 회원국 간 교류를 활성화하고 공통의 정책 개발을 추진하며, 공동연구 수행을 통한 연구 결과와 다양한 인적·물적 자원을 공유할 수 있게 된다.

아울러, 축적된 노하우는 개발도상국에 전수되어 인류의 삶의 질을 높이는 데 기여하게 된다.

1) 보건 분야 국제협력사업

가) 세계보건기구(WHO)와 협력 사업

세계보건기구(WHO)는 1948년 설립되었고, UN 산하 보건 분야 최고·최대의 국제기구로 보건 이슈에 대한 글로벌 지침·전략·기준 등을 정하고, 각국 보건부에 대한 정책 자문 등을 수행하고 있다. 우리나라는 1949년 WHO에 가입한 이래 지난 수십 년간 WHO와 다양한 협력 사업을 통해 전세계와 우리 국민의 건강수준을 크게 향상 시켜왔다. 특히, 우리나라는 WHO의 지원을 받는 국가에서 지원을 하는 국가로 전환한 성공적인 사례로 세계 각국의 주목을 받고 있다. 매년 세계보건총회(5월, 스위스 제네바), 서태평양지역회의(9월~10월, 서태평양 지역 국가) 및 집행이사회(1월, 5월 스위스 제네바)에 참가하여 세계 보건의로 발전 동향을 파악하고 WHO 정책과 사업 방향 설정에 적극 참여하고 있다.

2009년에는 신영수 박사가 제6대 서태평양 지역사무처장으로 선출되어 5년간 업무를 수행하였고, 2014년 1월 집행이사회에서 연임이 결정되어 2019년 1월까지 지역사무처장직을 연장 수행하였다.

WHO는 한국인의 고위 선출직 진출이 활발하게 이루어져 왔는데, 신영수 박사는 서태평양 지역에서는 한상태 박사('89~'98 제4대)에 이어 두 번째로 재선에 성공한 한국인 출신 지역 사무처장이다. 故 이종욱 박사는 제6대 WHO 사무총장('03~'06)으로 활동하여 우리나라의 위상을 높였다.

집행이사회(Executive Board)는 통상 연 2회 개최되며, 전 세계 보건장관들이 참석하는 세계보건총회가 결정할 정책을 사전에 검토하여 조언 및 제안하고, WHO 세부 예산사업을 승인하는 등 WHO 의사결정 구조에서 핵심 역할을 하는 기구이다.

우리나라는 1949년 WHO 가입 이후 총 6차례 집행이사국에 진출하였다. 2013년 5월 제133차 집행이사회부터 우리나라는 WHO 194개 회원국 중 34개 국가에게만 주어지는 집행이사국이 되어 WHO 의사결정 과정에 참여하며 리더십을 강화하였으며, 2016년 1월 138차 집행이사회 까지 활동하였다. 또한, 2020년 5월부터 3년간 집행이사국으로 선출되었으며, 7번째 집행이사국 으로서 활동할 예정이다.

2015년 우리나라의 중동호흡기증후군(MERS-CoV) 유행 시에는, 국제사회와 함께 메르스의 확산 방지를 위해 협력해 나가겠다는 취지로 보건복지부와 WHO는 ‘한-WHO 메르스 합동 평가단’(이하 “합동평가단”)을 구성, 5일간(15. 6. 9.~15. 6. 13.)의 활동을 통하여 우리 정부의 메르스 대응을 평가하고 권고사항을 제시하였다. 메르스 발병을 경험한 사우디아라비아와 선진 감염병 관리시스템을 갖춘 미국에서도 대표단을 파견하여 경험을 전달하고 메르스 역학에 대한 토론과 협력 연구 방안을 논의하였다.

우리나라는 의무분담금 및 사업분담금의 형태로 매년 WHO에 일정 금액을 기여하고 있다. 의무분담금의 경우 WHO 헌장 및 재정 규칙에 따라 각 회원국이 WHO에 납부하는 것으로, 유엔 재정 분담률에 의거해 WHO 총회에서 최종 결정된다. 우리나라의 2019년도 분담률은 2.0391%이다. 이외에도 WHO 본부 및 서태평양지역사무처에 사업분담금을 납부하여 국제 보건 문제 해결을 위해 노력하고 있다.

[표 2-11-14] 우리나라의 세계보건기구 의무분담금 현황

(단위 : %, 천 달러)

구분	'04-'05	'06-'07	'08-'10	'11-'13	'14-'16	'17	'18-'19
분담금	7,817	8,020	10,093	10,497	9,263	9,472	9,756
분담률	1.82	1.796	2.173	2.260	1.994	2.039	2.039

주 : 2005년까지 외교부 일반회계예산으로 지원, 분담률은 2년 단위로 결정

나) 기타 국제기구와의 국제협력사업

경제협력개발기구(OECD) 회원국들의 급속한 인구 고령화와 지속적인 국민 의료비 지출 증가에 따라 회원국의 보건의료정책을 보다 종합적으로 검토하기 위하여, 매년 2차례 개최되는 OECD 보건위원회와 필요에 따라 수차례 개최되는 각종 전문가회의에 참석해 왔다.

2019년에는 6월과 12월에 개최된 OECD 보건위원회에 참석하여 환자가 보고하는 의료 지표 관련 OECD의 정책 추진 상황 공유, 비만 및 장기요양 보고서, 원격의료, 공중보건 및 일차의료, 지속가능한 보건재정 등 OECD 회원국의 보건 관련 다양한 의제에 대한 논의 과정에 참여하였다.

2019년 6월에는 제25차 보건위원회에 참석하여 환자가 보고하는 보건의료 지표 조사 (PaRIS) 프로젝트의 1단계 추진 경과를 보고받았다. 또한, 2, 3단계 참여 협정에 대한 논의 결과를 공유받았으며 향후 2, 3단계 진행을 위한 참여협정 초안에 대해 참여 필요성 및 방향에 대한 내부 논의의 필요성 등 관련 의견을 개진하였다.

또한, 2019년 12월 제26차 보건위원회에 참석하여 21세기 보건의료에 대한 고위급 정책포럼 결과, 지속가능한 보건재정, 생애말기케어, 대기시간에 대한 패스트트랙 보고서 및 사람중심 보건의료시스템, 의약품에 대한 보건위원회의 향후 작업방향 논의 등을 공유받았다.

한편, 경제뿐만 아니라 인구 및 보건위기 대응, 의료 협력 등 다양한 분야에 대해 국제적 차원의 전략적 공조가 중요시되면서 이러한 논의를 진행하고 협력 체제를 구축하기 위한 G20 보건 장관회의가 2017년에 처음으로 개최되었다.

보편적 의료보장에 대한 전 세계적 관심과 국제 공조 요구가 높아짐에 따라 2019년 9월 유엔 총회에서는 보편적 의료보장에 대한 고위급 회의가 개최되었다. 유엔 총회 고위급 회의에서 보건 분야의 주제가 다뤄진 경우는 에이즈(AIDS), 만성질환(Non-communicable diseases; NCD), 에볼라, 항생제 내성, 결핵 및 비전염성 질환에 이어 보편적 의료보장이 일곱 번째이다. 한국은 수석대표 연설을 통해 보편적 의료보장을 위한 ‘의약품에 대한 접근성 보장’, ‘디지털 헬스케어 기술 활용’을 강조하고 유엔 등 국제기구들과 각 회원국들의 적극적 관심과 실행을 요청하였다.

2017년 G20 보건장관회의에서는 G20 국가 보건장관, WHO, European Commission 등이 참석하여 감염병 대응을 위한 모의훈련의 중요성, WHO의 리더십 지지, 보건위기인력 등 구축, 국제보건규약 준수, 연구개발, 분쟁지역 지원 등을 통하여 전 지구적인 보건위협 관리를 추구하고, 보건시스템을 강화해 나간다는 내용의 G20 보건장관 선언문에 합의하였다.

2018년 G20 보건장관회의에서는 ‘보건 분야의 공평하고 지속가능한 발전을 위한 합의 구축’ 주제 아래 항생제내성, 비만과 영양, 보건시스템 강화, 공중보건위기대응 등과 관련한 공동선언문을 채택하였다.

2019년 G20 보건장관회의에서는 1차 보건의료의 중요성과 지속 가능한 보건재정 확보를 강조한 보편적 의료보장(UHC)달성, 고령 친화적 환경 조성을 통한 인구 고령화 대응, 감염병과 긴급상황 등 보건위협에 대처하기 위한 보건위기대응 및 보건안보, 항생제 내성을 관리감독하기 위한 노력 등을 골자로 한 공동선언문을 채택하였다.

2) 복지 분야 국제협력사업

2016년 경제협력개발기구(OECD)와 공동으로 OECD 불평등 연구(Income and Inequality Analysis)를 진행하였다. 한국을 포함한 OECD 국가들의 소득 분배 데이터베이스를 구축하여 불평등과 소득 빈곤 지표에 대한 최신 동향을 기록하였으며, 이러한 동향에 대해 노동 시장과 거시 경제, 인구 변화 등 다양한 측면에서의 원인 분석과 함께 국가별 정책 대응을 반영하였다. 동 보고서에는 불평등 문제가 전 세계적으로 나타나고 있으며, 이의 해결을 위한 일자리의 확대와 조세 제도 개편이 제시되었다. 동 연구결과는 보건사회연구원 주관 하의 사회통합포럼, 보건복지부 내 세미나를 통해 관련 연구진과 기자단, 복지정책 담당자들에게 공유하여 추후 정책 수립 및 집행에 반영하도록 하였다.

2017년부터 OECD를 통해 한국의 가족관련 정책을 주요 OECD 국가들과 비교하여 정책 제언을 도출하는 가족정책 연구(Rejuvenating Korea: Policies for a Changing Society)를 진행하였다. 2019년 완료된 동 보고서에서는 교육, 고용, 주거, 정책 등 한국 사회의 현 상황을 진단하고, 한국이 성취한 성과 분야 및 노력 필요 분야, 노동시장 개선을 통한 일-가정 양립 보장, 아동 및 가족 정책에 대한 투자 확대 등 향후 한국이 나아갈 방향을 제시하였다. 동 보고서는 보건복지부가 주최한 「2019년 OECD 공동 국제 인구 컨퍼런스」를 통해 관련 부처 및 기관, 학회 등 국내외에 공유하여 향후 정책 수립 및 집행에 반영하도록 하였다.

한편, 2017년 11월, 12월 개최된 제131차 고용노동사회위원회 및 제36차 사회정책작업반 회의에 참석하여 2018년 OECD 사회정책장관회의에서 세부 논의될 포용적 복지, 불평등한 인구고령화 예방 등에 대한 주제 논의에 참여하였다.

2018년 3월 개최된 제132차 고용노동사회위원회에서는 신고용 전략, 플랫폼 경제하의 노동 문제, 외국인 노동자 불법고용 문제 등의 논의에 참여하였으며, 2018년 OECD 사회정책장관회의의 이슈, 일정 등 준비 상황을 공유 받았다.

2019년 4월, 10월에 개최된 제135차, 제136차 OECD 고용노동사회위원회에 참석하여, 2018년 OECD 사회정책장관회의에 따른 후속조치, 아동 웰빙 등의 주제 논의에 참여하였다. 그 후 11월에 개최된 제39차 사회정책작업반 회의에 참석하여 장기요양 프로젝트 및 장애인 급여체계 관련 보고 등에 대한 주제 논의에 참여하고, 가족서비스, 아동 웰빙 및 아동보육 비용에 대한 OECD의 주요 정책 진행상황을 공유받았다.

또한, 2019년 2월, UN 제54차 사회개발위원회에 참석하여 UN의 주요 의제인 사회보장정책, 장애인, 고령화에 대한 정책 방안 마련 논의에 적극 참여하였다. 특히, 포용적 복지국가 건설을 위한 기초생활보장 확대, 지역사회 통합 돌봄(Community Care) 정책 및 장애인 등급제 폐지 등을 회원국들과 공유하였다.

2. 주요 국가 간 국제협력사업

그간 우리나라는 전통적으로 미국, 일본, 유럽, 오스트레일리아 등 선진국에 대표단과 전문가를 파견하고, 정책 정보 교류 등을 통하여 선진국의 보건복지 정보 수집을 강화하고, 공동연구를 추진하는 등 협력 관계를 강화하여 왔다.

아울러, 최근에는 동남아시아, 중앙아시아 등 신남방·신북방 국가들과 중동, 동유럽, 아프리카, 중남미 등으로 협력 지역을 확대하여, 선진국뿐 아니라 신흥국, 개발도상국 등으로 협력 국가를 다변화하고 있다. 이는 우리나라의 우수한 건강보험제도와 감염병 대응 체계, 높은 보건의료 서비스 및 기술 수준에 대한 각국의 인지도가 높아지면서 우리나라와의 협력을 희망하는 국가들이 증가하고 있기 때문이다.

이러한 노력의 결과로, 우리나라는 미국, 중국, 러시아, 스웨덴, 덴마크, 베트남 등 전 세계의 국가들과 보건복지 분야 협력각서를 체결하여 협력 기틀을 마련하였고, 정기적인 정책 협의를 통해 상호 관심 분야 및 잠재적 협력분야 발굴 및 실제 정책 교류·협력 등을 진행하고 있다.

한·중·일 보건장관회의는 2007년 4월 우리나라 주도로 서울에서 개최된 이후, 2008년 중국, 2009년 일본 등 3국에서 순차적으로 매년 개최되면서, 실질적인 협력 체계를 구축해 나가고 있다. 중증급성호흡기증후군(Severe acute respiratory syndrome : SARS), 조류인플루엔자(Avian Influenza : AI) 그리고 신종 인플루엔자(Pandemic Influenza : PI)와 같은 대유행 인플루엔자에 대한 협력각서 및 공동 대응 계획에 합의한 바 있으며, 2009년에는 3국 간 식품안전 공조를 위한 협력각서를 채택하여 역내 식품 교류 활성화를 모색해 오고 있다.

2017년 11월에는 중국 지난에서 제10차 한·중·일 보건장관회의가 개최되었으며, 보건장관회의 계기 국장급 고령화 회담이 진행되었다. 보건장관회의에서는 신·변종 감염병 예방관리, 활기찬 노년(Active aging), 만성질환 예방 관리, 보건 및 전통의학, 보건분야에 있어서 ICT 접목 등이 중요함을 재확인하면서 지속적으로 협력해 나간다는 내용의 공동성명서를 채택하였다.

2018년 11월에는 일본 후쿠오카에서 개최된 제11차 한·중·일 보건장관회의에서는 ‘감염병 예방 및 대비방안’, ‘건강한 고령화 및 만성질환’ 등 3가지 주요 논의 분야에서 긴밀하게 협력하고 지속적으로 소통해나가기로 합의하였으며 동 내용의 공동성명서를 채택하였다.

2019년 12월 우리나라 서울에서 개최된 제12차 한·중·일 보건장관회의에서는 ICT를 통한 보편적 의료보장 달성, 감염병 예방 및 대응, 건강하고 활동적인 고령화 등 최근 3국의 주요 이슈에 대한 각국의 경험을 공유하고 향후 협력방안을 논의하였으며, 회의 이후 공동성명서를 채택하였다. 또한, 동 회의 중에 고령화 정책에 대한 3국의 정책 지향을 담은 ‘건강하고 활동적인 고령화 협력 관련 3국 공동선언문’을 같은 달에 개최된 3국 정상회의에 제출하는 데에 합의하였다.

가. 보건의료 ODA(공적개발원조)

공적개발원조(Official Development Assistance, ODA)는 개도국 또는 국제기구에 공여하는 무상 또는 유상원조를 의미한다.

우리나라의 ODA 담당기관은 총괄 및 조정기구, 주관기관, 시행기관으로 구성되어 있다. 총괄 및 조정기구는 「국제개발협력기본법」 제7조에 따라 설립한 국제개발위원회인데, 국무조정실의 개발협력정책관실이 국제개발협력위원회의 사무국 역할을 수행하고 있다. 기획재정부와 외교부는 각각 유상원조와 무상원조의 주관기관으로 각 분야별 5개년 기본계획과 연간 시행계획안을 작성하고 이행을 점진한다.

보건복지부는 이종욱 박사가 WHO 사무총장에 당선되고 국제보건의료분야 ODA 전담기구 설치의 필요성에 대한 논의를 시작하였으며, 2004년 3월 5일 북한과 개발도상국을 대상으로 한 ODA 사업을 위해 ‘재단법인 국제보건의료발전재단’이 공식 출범되었다.

2006년 3월 24일 한국국제보건의료재단법의 시행에 따라 국제보건의료발전재단은 해산되고 ‘한국국제보건의료재단(Korea Foundation for International Healthcare; KOFIH)’이 설치되었다.

이종욱 전 WHO 사무총장의 기념사업으로 보건의료인력 전문 교육연수사업인 ‘이종욱 펠로우십 프로그램’을 추진하고 있으며, 매년 WHO 총회에서 이종욱 공공보건기념상을 전 세계 공공보건에 큰 기여를 한 인물 혹은 단체에 수여하고 있다.

이종욱 펠로우십은 2007년부터 시작되어 2019년까지 29개국 948명의 보건의료 인력이 한국에서 임상과정, 질병연구과정, 보건정책과정, 의공과정, 최고위 과정 등 중장기 연수교육을 수료하였다.

KOFIH의 ODA 사업에 대한 정부지원은 2007년 30억 원에 불과하였으나 2010년 100억 원, 2019년에는 212억 원으로 확대되었다. 2010년 라오스 모자보건증진사업을 시작으로 2019년 아프리카 6개국, 아시아 8개국을 대상으로 총 23개 사업을 추진하였다.

지원 분야도 더욱 확대되어 모자보건증진 등 보건의료 체계 강화, 의료기기 관리 역량 강화, 결핵 등 감염병 관리체계 구축, 건강보험제도 컨설팅, 한국의 유상 차관 지원으로 건립된 병원의 병원운영기술 컨설팅 등 보건의료 전반을 아우르고 있다.

[그림 2-11-18] 보건복지 분야 국제 협력 활동의 개요



제8절 통상 협력의 증진

I 국제 통상 개요

세계 통상 협력은 WTO를 중심으로 한 다자간 협력과 양자 간 또는 복수국 간 자유무역협정(Free Trade Agreement : FTA)을 양대 축으로 이루어지고 있다. 그리고 국가 혹은 지역 간의 정례회의 등 양자 협력 채널과 아시아태평양경제협력체(Asia Pacific Economic Cooperation : APEC), 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development : OECD), 아시아·유럽 정상회의(Asia Europe Meeting : ASEM) 등과 같은 국제기구에서의 통상 협력이 WTO와 FTA 중심의 통상 협력을 보완하고 있다.

1. 세계무역기구(World Trade Organization : WTO)

1948년 1월 세계는 무역 자유화를 통한 경제발전과 평화 증진을 위하여 ‘관세 및 무역에 관한 협정(General Agreement on Tariffs and Trade : GATT)’을 출범시켰으나, 법적 기구의 성격 부재 및 분쟁 해결 장치 미흡 등 많은 문제를 안고 있었다. 이에 우루과이라운드 협상 타결에 의해 GATT 체제를 보완한 WTO가 1995년에 출범하였고, 2001년 카타르 도하에서 개최된 제4차 각료회의에서 추가적 시장 개방을 위한 도하개발어젠다(Doha Development Agenda : DDA)가 개시되었다.

DDA는 이전의 무역 협상과 달리 개발도상국들의 요청인 ‘개발(Development)’ 의제도 포함한 것이 특징이다. 아울러, 협상 대상에 반덤핑, 보조금 등 규범 규정 개정, 새로운 규범 제정, 환경 문제 및 지식재산권까지 포괄하였다.

그러나, WTO 중심의 다자주의는 일괄타결의 원칙, 만장일치의 원칙, 회원국의 일률적 권리와 의무 관계, 개발도상국에 대한 배려의 애매성 등 구조적 문제로 그 발전에 한계를 보이고 있다. 당초 DDA는 2004년 말까지 타결할 계획이었으나 협상 교착상태가 지속되고 있으며, 이러한 교착상태를 타개하기 위한 다양한 시도가 제시되었으나, 아직까지 큰 진전을 보이지는 못하고 있다.

✎ 집필자 | 통상협력담당관 남복현

이에 따라 품목별, 분야별 통상 확대를 위한 협상이 가속화되었으며, 2011년 WTO 개정 정부조달협정(Government Procurement Agreement : GPA)과 2015년 WTO 정보기술협정(Information Technology Agreement : ITA) 품목 확대 협상이 타결되어 상품시장 개방이 확대되었다. 또한, 복수국 간 서비스무역협정(Trade In Services Agreement : TISA), 환경상품협정(Environmental Goods Agreement : EGA) 등도 논의되고 있다.

2. 자유무역협정(Free Trade Agreement : FTA)

자유무역협정(Free Trade Agreement : FTA)은 협정 당사국 간 호혜적 관세 혜택을 골자로 하는 통상 협정으로, WTO에 의한 다자적 무역 질서를 보완하면서 세계 통상 질서의 주축으로 등장하고 있다. WTO는 전 세계적인 무역-투자-서비스 자유화 및 경제통상제도 조화를 통해 세계 경제를 점진적으로 통합하는 장점이 있지만, 많은 회원국 간 합의 도출이 어렵다는 문제가 있다. 반면 지역무역협정은 소수의 회원국 간 경제 통합에 적합하며 FTA를 통한 시장 개방과 제도 개선은 경제 전반에 긍정적인 효과를 가져다주게 된다.

우리 정부는 세계적 추세인 지역 경제 블록 확산에 따른 무역 전환의 불이익을 회피하고 경제성장 및 선진국 진입을 위한 정책 도구로 활용하기 위해 FTA를 전략적, 적극적, 동시다발적 방식으로 추진하였다.

특히, 한·미 FTA 협상 개시를 계기로 우리나라는 거대 경제권과의 FTA를 본격적으로 추진한 결과, 55개국(19.12월, 발효기준)과 16건의 FTA를 체결하였으며 여타 신흥국가와의 FTA도 지속적으로 추진해오고 있다.

3. 양자 협력

FTA가 양자 통상 협력의 대표적인 방식이지만 FTA만이 양자 협력의 유일한 채널은 아니다.

FTA 이행위원회 외에도 미국, EU, 중국 등과 양자 협의 채널을 통해 의약품, 의료기기, 화장품 분야에서 우리 기업의 교역 애로 사항을 해소하고, 상대국이 제기하는 통상 이슈에 대해 우리 정책을 설명하는 기회로 활용하고 있다.

의약품, 의료기기 분야에서 다국적 회사를 보유한 미국, 유럽연합은 우리나라의 의약품, 의료기기 건강보험정책에 대한 이슈를 지속적으로 제기해왔다. 우리 측은 의약품, 의료기기, 화장품 등 보건 상품 관련 주요 수출 상대국의 비관세 장벽 완화에 관심을 가지고 의제를 발굴해 오고 있다.

II 다자 협상 현황

1. 세계무역기구(WTO) 무역 관련 지식재산권에 관한 협정(TRIPS)

지식재산권(Intellectual property rights)은 발명·상표·디자인 등의 산업재산권과 문학·음악·미술 작품 등에 관한 저작권을 총칭한다. 우루과이 라운드 이전에는 지식재산권의 국제적 보호 문제는 세계지식재산권기구(World Intellectual Property Organization : WIPO)를 중심으로 취급되었으나, 보호 수준이 미흡하고 권리침해에 대한 국제 제재 수단이 결여되어 있으며, GATT에도 직접적인 규정이 없어서 국제 통상 분쟁의 주요 원인이 되어 왔다.

WTO 체제에서는 「무역 관련 지식재산권에 관한 협정(Agreement on Trade - Related Aspects of Intellectual Property Rights : TRIPS)」에 의해 지식재산권 규범을 다자 무역체제 내에서 규율하고 있다.

TRIPS의 기본 원칙은 '지식재산권에 관한 국가 간 비차별 원칙 및 균형적인 보호'라고 할 수 있다. 이를 위해 저작권 및 저작인접권(Copyright and Related Rights), 상표권(Trademarks), 지리적 표시(Geographical Indication), 산업디자인(Industrial Designs), 특허권(Patent), 미공개 정보 및 영업 비밀(Protection of Undisclosed Information), 반경쟁 관행의 통제, 지식재산권 집행에 관한 내용이 규정되었다.

한편, 2001년 11월 공중보건과 관련하여 특허 보호의 예외가 필요하다는 주장에 따라 「TRIPS 협정과 공중보건에 관한 별도 선언문」(도하 선언)이 채택되었다. 도하 선언은 에이즈·말라리아·결핵 및 기타 전염병과 관련하여 개발도상국·최저개발국의 공중보건 위기를 인정하며

위기 시 공중보건 관련 의약품 특허 보호를 제한하고, 이에 대한 허용 범위, 병행 수입 허용 및 권리 소진의 인정 근거를 구체화하였다. 이와 관련, 강제실시권의 효과적인 집행을 담보하기 위한 TRIPS 개정의정서가 2005년 채택되어, WTO 회원국들의 수락을 위해 개방되었다. 한국은 2007년 1월 동 의정서를 수락하여 의약 접근권 강화를 위한 세계적 추세를 따르고 있다. 동 의정서는 WTO 회원국 2/3 이상의 수락으로 2017년 1월 23일 발효되었다.

2. 생물자원 접근 및 이익 공유를 위한 나고야의정서 발효

생물자원 보유국의 주권적 권리를 보호하기 위한 ‘유전자원 접근 및 이익 공유(Access to Genetic Resources and Benefit Sharing : ABS)에 관한 나고야의정서’가 2010년 10월 채택되었다. 나고야의정서의 채택은 유전자원에 대한 접근권 및 이익 공유가 국제법의 틀 안에서 규율될 수 있는 환경이 갖추어졌다는 데 그 의미가 있다.

동 의정서는 이용자가 생물유전자원을 이용·접근하고자 할 때 유전자원 보유국의 사전 통보 승인(Prior Informed Consent : PIC)을 받아야 하고, 그 자원의 이용으로부터 발생한 이익은 상호 합의 조건(Mutually Agreed Terms : MATs)에 따라 제공자와 공유해야 하며, 국가는 이러한 접근 및 이익 공유와 관련된 규정을 마련하여 그 이행에 대한 모니터링을 실시해야 함을 주 내용으로 한다.

나고야의정서는 2014년 10월 발효되었으며, 2019년 12월 현재 EU를 비롯하여 중국, 인도, 멕시코, 인도네시아, 노르웨이 등 121개국이 서명, 비준절차 등을 완료한 당사국이다. 우리나라는 2017년 국내 이행법인 「유전자원의 접근 및 이익 공유에 관한 법률」을 제정하였고, 같은 해 8월 17일 나고야의정서 당사국 지위를 획득하였다.

의정서의 발효에 따른 예상 효과로는 생물 종(種)의 보전에 따른 자원의 지속가능한 이용이 가능해지고 해외 유전자원 이용 시 절차적 투명성이 제고되는 등의 긍정적인 측면과 사전 통보 승인 및 금전·비금전적인 이익 공유로 인한 추가적인 시간적·비용적 부담이 발생되는 등의 부정적인 측면이 있다. 의약품, 화장품 등 보건산업은 원료의 상당 부분을 수입에 의존하고 있어, 나고야의정서가 본 궤도에 오를 경우 제조 원가 상승 등 부정적 영향을 받는 대표적인 산업분야가 될 가능성이 크다.

이에 보건복지부는 나고야의정서 발효에 효과적으로 대응하기 위하여 지속적으로 정부, 유관 기관, 관련 협회 등과 대화 채널을 유지하며 대응 방안을 모색하는 한편, 해외 주요국의 나고야 의정서 이행 동향 파악 및 전파, 해외 유전자원 확보를 위한 국가 간 협력 강화 등을 위해 노력하고 있다. 아울러, 질병관리본부 관리 하에 국가병원체자원은행을 운영하고 병원체자원의 수집·관리 및 활용 촉진에 관한 법률 제정 등 병원체자원을 보다 안전하고 체계적으로 관리하는 데에도 다각적인 노력을 기울이고 있다.

Ⅲ 자유무역협정(FTA) 현황

1. 개요

우리나라는 거대 경제권과 자원 부국 등을 대상으로 FTA의 체결 확대 전략을 통해 지역 경제 블록화에 효과적으로 대응하여 질과 양 모든 측면에서 우수한 FTA 네트워크를 구축해 가고 있다. 2019년 말 현재 16건 총 55개국과 FTA가 발효 중이며 이를 통해 우리 기업들의 세계 시장 진출 및 산업 경쟁력 강화를 도모하고 있다.

[표 2-11-15] 자유무역협정(FTA) 체결 현황

상 대 국	
기발효	칠레('99. 12. 개시, '04. 4. 발효), 싱가포르('04. 1. 개시, '06. 3. 발효), EFTA('05. 1. 개시, '06. 9. 발효), ASEAN('05. 2. 개시, '07. 6. 상품, '09. 서비스 투자 발효), 인도('06. 3. 개시, '10. 1. 발효), 미국('06. 6. 개시, '12. 3. 발효), EU('07. 5. 개시, '11. 7. 발효), 페루('09. 3. 개시, '11. 8. 발효), 터키('10. 4. 개시, '13. 5. 상품 협정 발효), 오스트레일리아('09. 5. 개시, '14. 12. 발효), 캐나다('05. 7. 개시, '15. 1. 발효), 중국('12. 5. 개시, '15. 12. 발효), 뉴질랜드('09. 6. 개시, '15. 12. 발효), 베트남('12. 8. 개시, '15. 12. 발효), 콜롬비아('09. 12. 개시, '16. 7. 발효), 중미5개국('15. 6. 개시, '19.10. 부분발효)
서명	영국('16.12. 개시, '19. 8. 정식서명)
타결	이스라엘('16. 5. 개시, '19. 8. 타결), 인도네시아('19. 2. 협상재개, '19.11. 타결)
진행 중	RCEP('12. 11. 개시), 한·중·일('12. 11. 개시), 한·메르코수르('18. 5. 개시), 한·필리핀('19. 6. 개시), 한·러시아('19. 6. 개시), 한·말레이시아('19. 6. 개시) * 한-ASEAN, 한-인도, 한-칠레, 한-중 서비스·투자 개선협상 진행 중
재개 필요	EAEU('16. 8. 민간 공동연구), PA('19. 9. ToR 협의개시)

2. 현재 진행 중인 FTA 및 복수 국가 간 통상 협력

우리나라는 현재, 역내 포괄적 경제동반자협정(Regional Comprehensive Economic Partnership : RCEP), 한·중·일 FTA 등 Mega FTA 협상에 적극적으로 참여하고 있으며, 우리의 경제 영토를 넓히고 진출 시장 다변화를 추진하기 위해 한·필리핀 FTA, 한·말레이시아 FTA 등 신흥국과의 협상도 추진하고 있다.

가. 역내 포괄적 경제동반자 협정(RCEP)

역내 포괄적 경제동반자 협정(Regional Comprehensive Economic Partnership : RCEP)은 ASEAN 10개국 주도로 추진되고 있는 동아시아 지역경제통합 논의로, ASEAN과 FTA를 체결한 6개 국가(대한민국, 중국, 일본, 오스트레일리아, 뉴질랜드, 인도)가 협상 참여국이다.

2013년 5월 1차 협상을 개시한 이후 약 7년여의 협상 끝에 2019년 11월 4일 인도를 제외한 15개국이 20개 챕터의 협정문을 타결하였음을 선언하였으며, 상품·서비스·투자 시장개방 협상도 막바지 단계로 일부국간 합의만을 남겨두고 있는 상황이다. RCEP 참여국들은 향후 시장개방 협상 등 잔여 협상을 마무리하고 협정문 법률검토 등을 거쳐 2020년 중 정식서명을 추진하기로 합의하였다.

나. 한-인도네시아 포괄적경제동반자협정(CEPA) 협상

2014년 2월 제7차 협상을 개최한 이후 인도네시아와 후속협상이 개최되지 않다가 2019년 2월, 양국 통상장관들이 협상 재개를 선언한 이후 양국은 수 차례 공식 협상과 회기간 협상 등을 집중적으로 추진하여 2019년 11월 25일 부산에서 개최된 한-아세안 특별정상회의 계기 한-인도네시아 정상회담에서 양국은 협상이 최종 타결되었음을 공식 선언하였다.

아세안 핵심시장인 인도네시아와 CEPA 협상을 최종 타결함으로써 신남방정책이 더욱 가속화 될 것으로 기대되며, 특히 금번 CEPA 협정에 협력 챕터를 대폭 강화함으로써 자동차 등 산업개발, 문화컨텐츠, 보건 등 다양한 분야에서 양국 정부 및 기업들간 협력 강화를 위한 상생 협력의 틀을 마련하여 상호 윈-윈할 수 있는 기회가 될 것으로 전망된다.

다. 한·중 서비스·투자 FTA 후속 협상

중국은 전통적인 우리나라의 제1위 수출·수입대상국으로 한·중 FTA 발효(15. 12. 20.) 이후에도 그 지위를 유지하는 가운데, FTA는 양국 간 교역의 중요한 플랫폼으로 작용하면서 상호 교역 확대와 상생발전 관계 구축에 기여해 왔다.

양국은 2015년 당시 한·중 FTA에서 제한적(포지티브) 방식으로 서비스·투자 시장을 개방하고, 이후 보다 높은 수준의 자유화를 목표로 하는 네거티브 방식의 후속협상을 발효 2년 내 개시하기로 합의함에 따라, 2018년 제1차 공식협상을 개시한 이래 2019년에는 총 4차례의 협상을 진행하였다.

이번 후속협상은 불확실성이 증대되는 통상 환경 속에서 자유무역 확산에 대한 양국의 지지를 재확인하고, 중국내 서비스 시장 선점 및 투자자 보호 강화를 위한 제도적 틀을 마련하는 계기가 될 것으로 기대된다.

라. 한·러시아 서비스·투자 FTA 후속 협상

한·러 양국은 2018년 6월 정상회담 계기 공동선언을 통해 한·러 서비스·투자 FTA 협상 개시를 위한 국내절차 완료 시 신속히 협상을 개시하기로 합의함에 따라, 2019년 5월 국내절차를 완료하고 6월에는 협상 개시를 선언하였다. 2019년 12월 현재까지 2차례 협상을 개최하였으며, 한·러 수교 30주년을 맞는 내년까지 협상을 타결하여 양국 간 경제협력을 강화하고 신북방 정책의 성과를 도출하는데 크게 기여할 것으로 기대된다.

또한, 양국은 상품교역 자유화에 대한 논의를 지속하기로 합의하여 향후 상품을 포함한 유라시아경제연합(EAEU)과의 포괄적 자유무역협정 추진에도 긍정적인 효과가 기대된다.

마. 한·메르코수르 무역협정(Trade Agreement : TA)

우리나라는 자국 산업 보호를 위해 역외 국가와 자유무역협정 추진에 소극적인 메르코수르와의 협상개시에 어려움을 겪다가, 대외개방에 우호적인 아르헨티나와 브라질의 신정부 출범을 계기로 변화된 입장을 보이는 메르코수르를 지속적으로 설득한 결과 2018년 5월 한·메르코수르 무역협정(TA) 협상 개시를 공식 선언하였고 2018년 9월 1차 협상을 시작으로 2019년 12월 현재까지 총 4차례의 협상을 추진하였다.

메르코수르는 남미지역 인구의 70%(2.9억 명)와 국내총생산(GDP)의 76%(2.7조 달러)에 달하는 거대 신흥시장으로 주요국과의 무역협정 체결 사례가 없고, 높은 관세·비관세 장벽을 유지하고 있어 향후 한·메르코수르 무역협정(TA) 체결을 통해 남미시장에서 우리기업의 시장 선점 및 수출 증대가 기대된다.

3. 주요 통상 이행 점검

가. 한·미 FTA 의약품·의료기기 이행위원회

한·미 FTA 제5.7조에 의거 의약품·의료기기 이행위원회를 매년 1회 이상 개최하여 FTA 이행상황 점검 및 상호 협력 방안을 모색하고 있다. 제7차 위원회를 2019년 6월 서울에서 개최하였으며, 양 측의 FTA 이행 상황을 점검하고, 미국 측에 우리 약가제도 및 치료재료 가격정책 등 의약품·의료기기 관련 정책 방향에 대해 설명하여 우리 정책의 투명성을 제고하였다.

한편, 트럼프 행정부가 한국에 대한 미국의 무역수지 적자 등을 이유로 한·미FTA 개정을 강력히 주장함에 따라, 2017년 8월과 10월에 한·미 FTA 공동위원회 특별회기가 개최되었다. 이를 계기로 2018년 3월 한·미 FTA 개정에 대한 원칙적 합의를 도출하였고 이후 개정협상을 진행, 2019년 1월 개정 한·미FTA가 발효되었다. 개정 협상의 결과로서 투자자-국가 분쟁 해결(ISDS) 남소 제한 등 무역구제 투명성 및 절차가 개선되었으며 한미 양측은 자동차 관세 및 안전 기준 등에 대한 절충안을 마련하였다. 한미 양측은 FTA 개정 이후 이행 현황을 지속적으로 점검하며 양국 간 경제 통상관계의 기본 틀로써 이번 개정협상은 한미 자유무역협정의 역할을 더욱 공고히 하고 양국 관계를 심화 발전시키는 계기가 되었다.

정부는 한·미 FTA 이행위원회, 미국 업계와의 간담회 등 다양한 협의 채널을 활용하여 우리 정책에 대한 미국 측의 이해를 높이고 한·미 간 통상 마찰의 소지를 사전에 차단하기 위해 지속적으로 노력하고 있다.

나. 한·EU FTA 의약품·의료기기 작업반

한-EU FTA 제2장 부속서2-라 제5조제3항에 의거 의약품·의료기기 작업반을 매년 1회 이상 개최하여 FTA 이행 상황 점검 및 상호 협력 방안을 모색하고 있다. 양측은 의약품·의료기기 작업반을 통해 FTA 이행 상황을 점검하고, EU 측에 우리 약가제도 및 치료재료 가격정책 등 의약품·의료기기 관련 정책 방향에 대해 설명하여 우리 정책의 투명성을 제고하고 있다. 2019년에는 일정을 조율하여 2020년 초에 제8차 한·EU FTA 의약품·의료기기 작업반을 진행하기로 하였다.

제9절 보건복지 분야 인재 양성

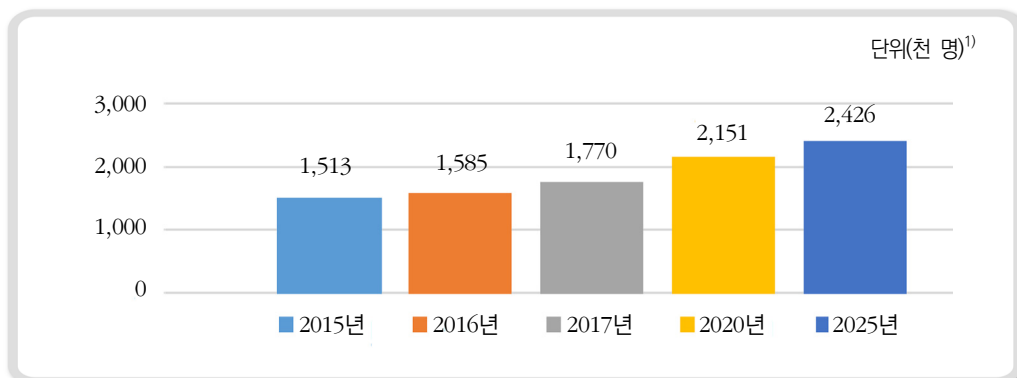
I 현황

보건복지부는 보건복지 정책 확대에 따른 환경 변화에 적극적으로 대응하기 위하여 인재 양성을 지속적으로 확대해왔으며, 급증하는 보건복지 종사자의 교육 수요에 대응할 수 있도록 2007년 「한국보건복지인력개발원법」을 제정하고 한국보건복지인력개발원을 설립하여 보건복지 분야 공무원 및 종사자에 대한 교육과 조사 연구 등을 실시하고 있다.

보건복지 분야 전문가 양성을 위해 분야별 교육수요를 분석하여 현장 맞춤형 교육 콘텐츠를 개발·보급하였다. 특히, 자살 예방, 치매국가책임제, 정신건강, 감염병 관리 및 위기대응, 지역 사회 통합돌봄 등 보건복지 분야 국가정책의 성공적인 실현을 위한 전문교육과 현장 중심의 직무 전문교육, 그리고 인권보호·학대예방·안전 교육을 통해 사회적 가치를 확산하고 있다.

또한, 4차 산업혁명에 대응하여 미래주도 혁신성장을 위한 정밀의료 전문 인재양성을 확대하고 제약바이오 등 미래성장 유망 신산업 분야 전주기 교육을 통하여 보건산업 분야의 미래를 준비하는 인재양성 체계를 강화하였다.

[그림 2-11-19] 보건업 및 사회복지서비스업 종사자 추이



주: 1) 2017년 보건복지 관련 산업 일자리 통계조사 보고서, 보건복지부

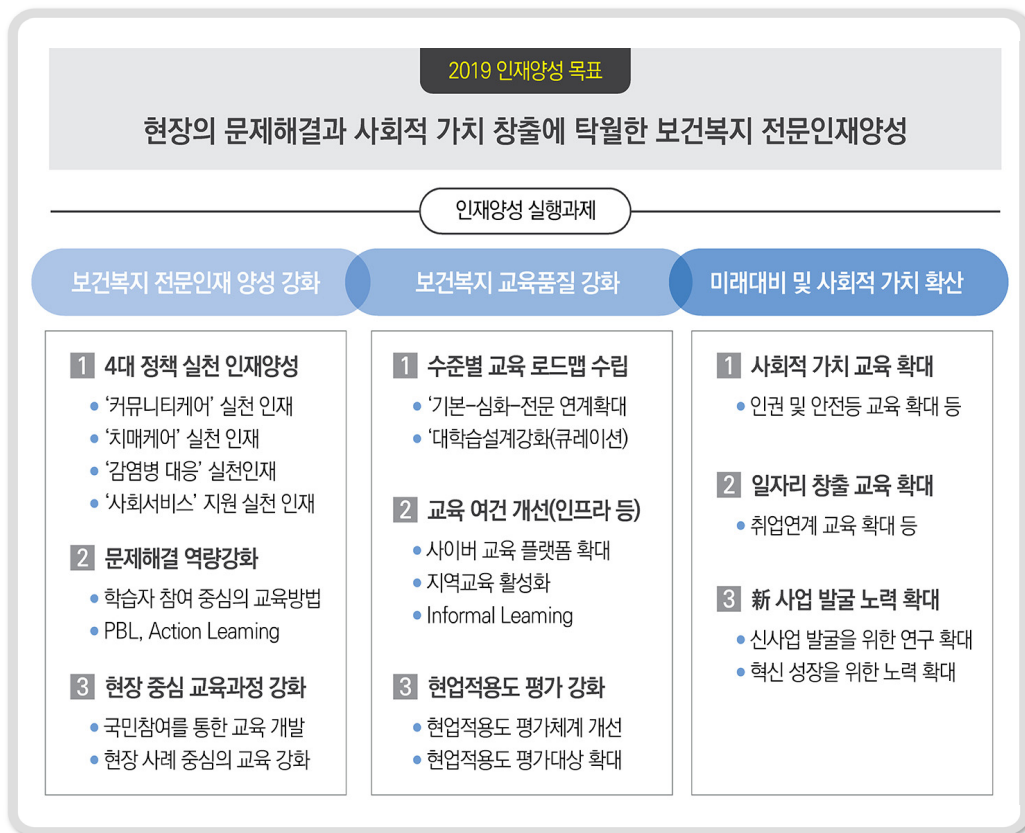
집필자 | 인사과장 손호준

II 보건복지 분야 교육 방향

보건복지 전문교육을 통한 대국민 서비스 향상을 위해 보건복지 분야 전문가 양성체계 구축 및 전문인력 양성을 통하여 보건복지 인재 경쟁력을 강화하였다. 또한, 사회서비스 확충 등 보건복지 현안 및 사회 변화 대응 교육으로 보건복지 사각지대 해소에 기여하였고, 보건복지 분야 직·간접 일자리 교육 확대, 인권·안전, 생명나눔 등 사회적 가치 교육을 통해 보건복지 서비스 현장의 사회적 가치 인식 확산에 기여하였다.

One-Stop 교육서비스 제공, 사회적 약자 배려, 지역인프라 확대 등 고객 접근성 강화를 위해 교육기반을 확대하는 한편, 외부 전문가를 통한 교육기획 역량 강화, 국민참여·기관 협업을 통한 전문 교육콘텐츠 개발, 현장의 우수강사 양성 및 활용을 통해 교육 품질을 강화하였다.

[그림 2-11-20] 보건복지 분야 인재 양성 방향



Ⅲ 보건복지 인재 양성 실적

2019년 한 해 동안 한국보건복지인력개발원을 통해 보건복지 공공분야 공무원 및 민간 종사자, 보건산업 분야 종사자, 사회복지요원 등을 대상으로 총 1,433과정 3,397회 교육을 통해 148만 7,944명의 수료생을 배출하였다.

교육 형태별로 살펴보면, 집합교육은 526과정 2,595회 7만 9,925명, 사이버교육 907과정 140만 8,019명으로 운영되었다. 교육 분야별로 보면 보건복지부, 공통역량, 복지행정 및 사회서비스, 건강증진 및 질병관리, 식의약안전 분야, 국제교육 분야, 보건산업 분야, 사회복지교육 등으로 진행되었다. 이는 보건복지 관련 종사자 약 270만 명 대비 55%에 해당하는 수준이다.

[표 2-11-16] 2019년도 보건복지 분야 인재 양성 현황

(단위 : 과정, 회, 명)

구 분		과정	회수	교육 인원
총계		1,433	3,397	1,487,944
집합	계	526	2,595	79,925
	보건복지부 분야	14	35	1,034
	공통 역량	20	58	3,353
	복지행정 분야	39	294	13,758
	사회서비스 분야	71	265	12,974
	건강증진 분야	87	209	9,663
	질병관리 분야	66	126	4,376
	식의약안전 분야	75	110	2,974
	국제교육 분야	16	28	773
	지역교육 분야	19	47	1,590
	보건산업 분야	96	227	6,420
	사회복무 분야	21	509	21,949
	아동안전 분야	2	687	1,061
	계	907	802	1,408,019
사이버	보건복지 분야	796	-	1,399,040
	보건산업 분야	111	802	8,979

V 주요 분야별 교육 현황

1. 보건복지부 본부 및 소속 기관 교육

2019년 보건복지부 본부 및 질병관리본부, 국립병원 등 소속 기관의 직급별, 역량별 교육을 12과정 32회에 걸쳐 총 750명에게 실시하였다.

신규자부터 간부급까지 체계적인 직급별 역량 교육을 통해 직급별 전문성 강화를 지속적으로 실시하였으며, 보건복지정책 역량 향상을 위한 핵심 인재 교육을 강화하였다.

특히, 보건복지부 5급 승진후보자를 대상으로 5급 승진 시 실제 업무와 유사한 모의상황에서 5급 승진후보자의 역할, 행동을 평가하는 역량평가 교육을 실시하여, 공정한 인사문화 정착에 기여하였으며, 보건복지부 및 소속기관 신규자 및 승진자 교육의 내실화를 통해 조직 역량을 강화하였다.

또한, 입사 2년차 직원들을 대상으로 입사 후 2년 차가 되는 시점에서 기관과 자신의 비전을 점검하여 장기적 성과 창출 도모를 위한 비전 설계를 하는 교육을 새롭게 도입하였으며, 인사혁신처 주관 HRD 우수사례 대회에서 국무총리 표창을 수상하였다.

이외에도, 밀레니얼 세대로의 교체시기에 맞춰 X세대와 밀레니얼세대간의 소통을 위한 장을 마련하여 세대 간 소통을 강화하기 위한 다양한 트렌드 강좌를 개최하였다.

[표 2-11-17] 보건복지부 교육 현황

(단위 : 과정, 회, 명)

구 분	2019년도 실적		
	과정	횟수	인원
계	12	32	750
보건복지부 교육	10	30	726
소속 기관 교육	2	2	24

2. 사회복지 분야 교육

국민의 복지 체감도 향상을 위한 지역사회 통합돌봄, 읍·면·동 중심의 복지 전달 체계 개편, 맞춤형 기초생활보장제도 시행 및 복지 사각지대 발굴 등 주요 복지 정책 변화에 민첩하게 대응하기 위한 직무 전문교육을 실시하였다.

찾아가는 복지전담팀 기능 강화를 위한 읍면동장, 팀장, 실무자 등 직급별 교육을 68회 실시하여 2,414명이 수료하였다. 또한, 지방자치단체별로 신규 충원되는 사회복지전담공무원을 대상으로 공공복지 업무 기초 역량 교육 과정을 26회 실시하여 946명을 양성하였다.

이밖에도 기초생활보장 및 긴급복지지원제도 정책 변화에 따른 실무자 역량교육을 전년대비 149% 확대하여 총 12회 772명 양성하여 「복지 위기가구 발굴 대책 보완 조치」(19. 9.) 이후 복지사각지대 발굴을 위한 시의성 있는 교육을 추진하였다.

또한, ‘포용국가 아동정책’, ‘노인맞춤 돌봄서비스’, ‘발달재활서비스 제공인력 자격전환’ 등 국가 정책 변화 대응을 위한 공무원 및 민간 종사자 교육을 통해 전문성 강화 및 정부정책의 실효성을 도모하였다. 고난이도 현장 사례 등 지역중심 문제해결을 위한 전문교육을 실시하였으며, 지역사회 주도 교육체계 마련 및 지원을 통해 지역사회 전문가 양성 기반을 마련하였다.

아동, 노인, 장애인 등 사회적 약자에 대한 권익증진 및 보호를 위하여 종사자 역량강화를 통한 전문성 향상을 도모하였다. 특히, 사회복지 종사자의 인식 제고 및 사회적 가치 확산을 위하여 인권교육을 확대·운영하였으며, 사회복지시설의 재난, 안전 등 사회적 위협요인으로 부터 취약계층 보호를 위한 종사자 직무전문 교육도 실시 하였다.

또한, 사회서비스 공공인프라 구축과 일자리 확충이라는 국정과제 수행에 따라 지역사회서비스 중앙지원단 운영을 통해, 지역자율형 사회서비스 투자사업 및 사회서비스분야 사회적경제 육성 지원사업을 원활하게 수행하여 사회서비스 정책지원과 인재양성을 강화하였다.

[표 2-11-18] 사회복지 분야 교육 현황

(단위 : 과정, 회, 명)

구 분			2019년도 실적		
			과정	횟수	인원
계			77	322	13,017
복지	출연 교육	계	55	174	6,032
		공무원 대상	26	106	3,893
		민간 대상	29	68	2,139
	수탁 교육		22	148	6,985

3. 보건의료 분야 교육

질병관리본부, 17개 시·도, 보건소, 보건진료소, 시·도 보건환경연구원 및 식품의약품안전처 등 보건생명 분야에 종사하는 공무원, 전문인력을 대상으로 공중보건정책 실행 역량 제고를 위한 건강증진, 질병관리, 식의약안전 관련 직무 전문교육을 실시하였다.

지역사회 특성과 지역주민 요구에 맞는 맞춤형 건강증진사업을 수행하는 지자체 인력 양성을 위한 교육 체계 연구를 기반으로, 보건소 종사자를 대상으로 통합건강증진교육을 수행하고 전국 보건소 교육성과를 관리하였다. 지자체 금연지도원 역량향상 교육, 의료급여관리사 및 보건진료소 전담공무원 교육을 통해 공공보건의료서비스의 질적 향상을 도모하였으며, 지자체 치매안심센터, 치매공공후견인에 대한 교육과 정신건강증진시설 종사자를 대상으로 인권교육을 실시하였다. 또한, 우수 사례 벤치마킹을 위하여 선진기관 국외연수사업을 실시하였으며, 정신건강복지센터 및 자살예방센터의 자살예방 수행 인력을 위한 역량향상 교육을 실시하였다.

특히, 감염병 위기 대응과 재난 안전 등 국민의 건강과 안전 관리를 위해 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」에 따라 역학조사관의 핵심역량에 근거한 실효성 높은 교육프로그램 운영과 「역학조사관 교육에 관한 규정」에 따른 맞춤형 교육지원체계를 구축하였다. 또한, 「의료법 시행규칙」 개정에 따른 감염관리실 설치대상 병원 확대에 대응하여 감염관리실 근무인력에 대한 전문교육(기본/실무/심화/강사양성)을 실시하였고, 학교 내 감염병 확산차단과 효과적인 대응을 위하여 교육청 및 교육지원청 담당자를 대상으로 학생감염병 관리 전문교육을 실시하였다.

국민의 건강과 안전 관리를 위해 한국보건복지인력개발원이 행정안전부 및 보건복지부로부터 「재난안전 전문교육기관», 「유전자변형생물체안전관리교육과정 교육기관」으로 지정되어 보건 의료 분야 안전 강화 교육에도 주력하고 있다. 또한, 식품 및 의약품 담당 공무원을 대상으로 식품안전, 의약품 인허가 및 제조·품질관리 교육 등 식의약안전 분야 종사자의 역량강화에도 힘쓰고 있다.

[표 2-11-19] 보건의료 분야 교육 현황

(단위 : 과정, 회, 명)

구 분			2019년도 실적		
			과정	회수	인원
계			198	387	14,729
복지	출연 교육	계	98	184	5,751
		공무원 대상	81	145	4,005
		민간 대상	17	39	1,746
	수탁 교육		100	203	8,978

4. 사이버·모바일 분야 교육

사이버·모바일 분야 교육은 보건복지부, 지방자치단체, 민간기관 등에 근무하는 공무원 및 보건복지 종사자를 주요 대상으로 정책 환경변화와 새로운 교육수요에 대응하여 교육을 확대·운영하였다.

사이버교육 상시학습 운영체제를 기반으로 365일 학습이 가능한 교육환경을 제공하여 약 140만 명의 보건복지 전문교육 수요에 대응하였다. 국민과 종사자의 보건복지 인식 제고, 역량 향상을 위해 인권, 사회적 약자 보호 등 사회적 가치 연관 사이버교육과정을 신규 개발하여 제공하였으며, 기존 과정은 지속적인 진단과 유지보수를 통해 교육생이 최신의 학습 내용을 전달받을 수 있도록 노력하였다.

사회적 약자(시·청각장애인)의 교육 접근성 제고를 위해서 6년 연속 사이버교육 홈페이지 웹 접근성 인증을 획득하고, 수어(수화)가 삽입된 사이버교육과정을 확대 개발하여 쉽고 편하게 학습할 수 있는 환경을 제공하였다.

또한, 자체 교육인프라가 부재한 보건복지 관련 기관과 주요 사업군을 대상으로 사이버교육 시스템과 보건복지 전문 교육콘텐츠를 무상 개방하였다. 지속적인 기관 발굴을 통해 약 12만 명의 종사자가 보건복지 전문 사이버교육을 학습하도록 지원하여, 공유가치 실현과 교육 사각지대 해소에 일조하였다.

사이버·모바일교육을 이용하는 교육생을 대상으로 수강신청, 학습, 수료 등 학습 전반의 절차를 적극 지원하는 학습지원센터를 확대 운영하였다. 전담 상담원 배치, 홈페이지 내 1:1 게시판 운영 등 논스톱 민원응대체계 구축을 통해 학습자의 체계적 학습 지원과 불편 해소를 위해 적극 노력하였다.

[표 2-11-20] 사이버 모바일 분야 교육 현황

(단위 : 과정, 회, 명)

구 분		2019년도 실적		
		과정(편)	횟수) ¹⁾	인원
총계		734	-	1,408,019
사이버교육	보건복지 분야	450	-	789,641
	보건산업 분야	92	-	8,979
모바일교육		192	-	609,399

주 : 1) 365일 연중 상시 운영

5. 보건산업 분야 교육

보건산업분야 교육은 해외환자유치 전문인재양성 등 글로벌헬스케어 교육을 시작으로 제약·의료기기·화장품 및 정밀의료 등 보건산업 신성장 분야로 확대되었다. 특히, 2018년에는 보건의료 R&D 중점투자분야로서 4차 산업혁명 시대 미래 신성장동력사업이자 국민 맞춤형 건강실현을 위한 정밀의료분야 전문인재양성을 시작하였다.

분야별 전문 파트너훈련기관, 협약기업, 인재양성 협의체 등 파트너십을 통한 교육 협업 체계를 지속적으로 구축하고 있으며, 이를 통해 2019년 총 15,399명의 보건산업 분야 전문 인재를 양성하였으며, 보건의료 인재마당 바이오헬스넷(잡포털) 시스템을 통해 전문 인재(교육 수료생 등)와 산업체 간 온·오프라인 취업 매칭 지원으로 산업현장 활동 기회 제공을 높이기 위해 노력하고 있다.

또한, 한국보건복지인력개발원이 ‘의료해외진출 및 외국인환자유치 지원에 관한 법률’ 제정(2016년)에 따라 전문인력 양성 및 의료통역능력검정 양성 기관으로 지정되어 국가공인 “의료통역검정시험”을 운영하고 있으며, 2019년 41명 합격자 배출 등 의료통역 서비스 질 향상을 위해 노력하고 있다.

[표 2-11-21] 보건산업 분야 인재 양성 현황

(단위 : 명)

분 야	2016년	2017년	2018년	2019년
총계	8,939	14,125	15,383	15,399
글로벌헬스케어	4,633	5,602	5,130	5,981
제약	2,244	4,709	5,422	5,001
화장품	679	1,433	1,805	1,808
의료기기	1,362	1,569	1,640	1,341
병원	-	335	1,063	821
정밀의료	-	-	109	288
보건산업 일반	21	477	214	159

6. 사회복무요원 직무교육

2008년 사회복무제도 도입 이후 사회복무교육센터를 설치하여 사회복지시설, 동주민센터 및 보건소 등에 배치되는 사회복무요원의 직무 수행 능력 배양을 위한 기본직무교육(2주/10일)을 전국 6개 권역별 교육센터에서 실시하고 있다.

또한, 기본직무교육을 통해 전문성이 향상된 사회복무요원이 근무 기관에서 노인·장애인 등 수요자에게 질 높은 서비스를 제공함으로써 2013년 국정과제로 「사회복지 분야 사회복무요원 우선 배치 및 심화직무교육 확대」가 선정되었으며, 이에 따라 사회복무요원 복무 중간 시기에 심층직무기술 함양 및 문제 행동 대처 방법 등을 위한 보수교육 차원의 심화직무교육을 3일간 실시하고 있다.

[표 2-11-22] 보건복지부 소관 사회복지 분야 사회복무요원 배정 현황

(단위 : 명)

구 분	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
배정 인원	8,990	10,992	11,955	12,629	14,691

[표 2-11-23] 사회복무요원 직무교육 현황

(단위 : 명)

구 분	2019년도 실적		
	과정	횟수	인원
계	9	509	21,949
사회복무요원 기본직무교육	7	335	14,192
사회복무요원 심화직무교육	2	174	7,757

7. 보건복지 국제 분야 교육

국제 분야 교육은 2008년 2개국 24명, 2개 과정을 시작으로 2019년 현재까지 83개국 2,289명의 외국인을 대상으로 우리나라 보건복지정책 등에 대한 교육을 실시하였다.

특히, 아프리카, 아시아, 중남미, 중동, 오세아니아의 개발도상국 보건복지 인력들을 대상으로 지역보건정책 역량강화, 감염병 관리, 국립병원의 모자보건 역량강화 등에 대한 교육과 더불어, WKA(Welfare Korea Academy) 복지 분야 초청연수 프로그램을 실시하고 있다.

2019년에는 연수 평가체계 고도화의 일환으로 평가도구를 개선하고 연수 참여국 방문을 통해 연수생의 현업 적용에 대한 모니터링을 실시하였다. 또한, 외국인 초청 연수뿐만 아니라 현지 교육, 국내 국제개발협력 종사자를 위한 교육 등 다양한 형태의 국제교육을 운영 중이다.

|표 2-11-24| 외국인 교육사업 현황

(단위 : 과정, 일, 명, 개국)

구 분	2017년	2018년	2019년
과정 수	10	8	6
일수	120	66	70
인원	489	131	59
국가 수	39	20	10

8. 아동안전사고 예방 교육

매년 2만 건 이상 발생하는 아동안전사고를 예방하기 위해 보건복지부에서는 아동, 학부모, 기관종사자 등을 대상으로 아동안전사고 예방 교육을 실시하고 있다.

아동안전사고 예방 교육은 「아동복지법」 제31조에 근거하여 5대 영역 『① 성폭력 및 아동 학대 예방 ② 실종·유괴의 예방과 방지 ③ 감염병 및 약물의 오용·남용 예방 등 보건위생관리 ④ 재난대비 안전 ⑤ 교통안전』에 대해 이루어지고 있으며, 강사에 의한 현장 교육과 사이버교육의 형태로 실시하고 있다.

아동 대상 현장으로 찾아가는 아동안전교육은 선발·훈련된 전문강사가 영역별로 표준화된 교육과정과 교안, 체험용 교구를 가지고 전국의 어린이집과 아동복지시설을 순회하는 형태로 운영하고 있다. 그리고 학부모와 기관종사자를 대상으로 아동의 위험에 대한 인지능력과 대처 능력을 배양하는 심폐소생술 및 응급처치 교육을 실시하고 있으며, 지속적인 아동안전사고 예방을 위해 어린이집과 아동복지시설 등의 현장 실무자가 활용할 수 있는 교육자료를 배포하고 있다.

또한, 대국민을 대상으로 아동안전사고 예방 문화조성을 위하여 아동안전사이버교육센터를 통해 사이버교육을 운영하고 있다. 그 외 취약계층 아동 대상으로 가정 내 아동안전위해요인 점검과 아동안전용품 지원을 통하여 보다 안전한 아동의 삶의 질 향상에 기여하고 있다.

[표 2-11-25] 2019년 아동안전사고 예방 교육 현황

(단위 : 명, 가구)

구 분	목 표	실 적	달성률
계	153,200	142,094	92.8%
찾아가는 아동안전교육	77,000	81,050	105%
아동안전 사이버교육	72,000	56,835	78.9%
취약계층 아동 가정 아동안전용품 지원	4,200	4,209	100.2%

V 연구 및 교재 개발

지역사회 통합돌봄 및 사회서비스원 시범사업, 치매 국가책임제 등 보건복지 관련 정책의 변화 및 종사자 증가에 발맞추어 관련 전문인력 교육기회 확대를 위한 조사·연구 사업을 실시하였고, 교육품질 제고 및 현장 활용성 강화를 위해 연구의 환류성과 확대를 지속 추진하였다.

[표 2-11-26] 2019년 주요 연구 및 교재 개발

구 분	분야	제 목
연구사업	공통	역량개발 교육 내실화 방안 수립
		보건복지 교육수요 분석 및 인프라 확충방안 연구
	보건	요양보호사의 인권의식과 돌봄행위 이행(한국보건복지인력개발원 교육 대상자를 중심으로)
		치매대상자 사례 시뮬레이션교육자료 개발연구
		보건복지 종사자 대상 자살예방 생명지킴이 양성 프로그램 개발 연구
		보건산업 사회적 가치실현 사례 및 교육모델 개발연구
		보건산업 CSV(Creating Shared Value) 비즈니스 모델 연구
		보건산업 전문인력 교육체계 수립 및 교육성과 조사
	복지	사회복지상담 교육매뉴얼 개발(Ⅰ)
		사회복지상담 교육매뉴얼 개발(Ⅱ)
		사회서비스관리주체 교육과정 개발전략 수립
		지역사회보장협의체 구성원의 전문성 강화방안에 관한 연구
		지역사회 노인돌봄 전문인력 역량 및 교육요구 분석

구 분	분야	제 목
연구사업	복지	사회서비스원 시범사업 성과분석 연구
		사회서비스원 종합재가센터 운영 매뉴얼 개발
		사회서비스원 종합재가센터 운영 표준화 연구
		지역사회서비스투자사업 심리지원서비스 자격기준에 관한 기초연구
		사회서비스 중앙지원단 중장기 발전방향 연구
		커뮤니티케어 지역케어회의 매뉴얼개발 및 교육운영방안 연구
		청년사회서비스사업단 성과관리 방안 연구
		차세대 사회보장정보시스템 구축을 위한 읍면동 초기상담 재설계 연구
		사회서비스 분야 사회적경제 지역 모델 개발 및 발전방안 마련 연구
		2019년 아동안전교육 실태 및 요구도 조사

Ⅵ 주요 성과

보건복지에 대한 국민의 관심과 교육 수요 증가에 따라 국민이 체감할 수 있는 현장 수요중심의 고품질 교육을 강화하였으며, 인권·안전 및 일자리 창출 등 사회적 요구에 대한 대응과 사회적 가치 실현을 위해 노력하였다.

2019년에는 국민의 안전과 건강을 지키기 위해, 질병관리 분야 교육품질과 보건의료 전문인재 양성을 강화하였다. 질병관리 교육의 사각지대 해소를 위하여 감염관리 교육 전문 강사양성과 공공자원 개방을 실시하였다. 특히, 역학조사관 전문성 강화를 위한 1:1 맞춤형 컨설팅 제공과 감염병 대처 교육 내실화 등을 통해 교육기획 및 서비스 혁신으로 교육 품질을 강화하였다. 한국보건복지인력개발원을 통해 유관기관 상생협력을 주도하고, 감염병 교육의 컨트롤타워 역할을 수행하여 지자체 감염병 담당 실무자의 역량 강화를 견인하였다.

사회적 가치 실현을 위해 아동, 노인, 장애인의 인권·안전에 대한 교육과 자살예방강화, 치매지원 인력 양성 등 국가 정책지원을 위한 교육을 강화하였다. 아동학대예방을 위한 온·오프라인 교육을 통해 아동복지종사자와 학대신고 의무자의 아동인권 인식 개선을 주도적으로 견인했다.

또한, 지역 간 교육 불균형 해소를 위해 지역맞춤형 교육과 인프라를 확대하여 지역교육 품질을 제고하고, 국민기획단 운영 등을 통해 교육의 기획 및 운영에 국민 참여를 확대하여 교육과 현장의 연결고리를 강화하였다.

보건복지 분야 교육의 사각지대 해소를 위해 이러닝 교육을 확대했다. 교육콘텐츠품질인증 위원회 콘텐츠 인증(발달장애아동부모교육 등 5개)을 통해 콘텐츠 품질을 강화하고 지속적인 진단·유지관리를 통해 교육 품질을 제고하였으며, 교육취약기관을 발굴하여 사이버교육 플랫폼을 무상 제공하는 사이버교육 공동 활용을 확대하였다. 또한, 6년 연속 웹접근성 인증과 수어콘텐츠 확대 등을 통해 사회적 약자의 교육 접근성을 강화하였다.

4차 산업혁명을 대비하여 미래 혁신성장분야 전문인재 양성을 확대하였다. 정밀의료 전문인력 수급현황 등 관련 통계 기초연구를 통한 정밀의료 인재양성 생태계 조성하였고, 교육 품질 관리를 통해 정밀의료 인재양성의 기반을 강화하였다. 유전체 및 의료정보분석, 보건의료 용어 표준(SNOMED CT) 등 정밀의료분야 교육과정 개발·운영하였으며, 교육수료생, 전문 강사진, 유관학회의 잠재적 교육수요자 발굴을 통한 정밀의료 인적자원 네트워크 중추기관 역할을 수행 하였다.

이 외 보건복지 분야 전반에 걸쳐 수요자 중심의 교육서비스를 강화하였고, 현장 전문인력 양성으로 국민이 체감하는 보건복지 서비스를 확대하기 위해 교육의 내실화와 체계적 관리를 도모하였다.

제10절 보건복지분야 양성평등(Gender Equality)¹⁾ 실현

I 개요

성평등은 공정하고 지속가능한 사회를 구현하기 위한 핵심요소이며, 모든 사회적 이슈와 결부되어 있어 “실질적 성평등사회 실현”이라는 국정과제(66번)를 달성하기 위해서는 범부처 차원의 노력이 필요하다.

2001년 여성부 신설 이후, 모든 정부 정책 및 프로그램의 결정과 실행, 평가, 환류의 각 수준에서 양성 차별과 양성에 미치는 영향을 분석하고, 여성과 남성 모두의 이해와 경험을 반영하여 정책을 입안하고 추진하는 ‘성주류화(Gender mainstreaming) 전략’²⁾이 채택되어, 법·제도의 측면에서의 양성평등은 많은 진전을 이루어왔다.

그러나, 최근 ‘미투운동’, ‘불법촬영근절을 위한 해화역 시위’, ‘낙태죄 헌법불합치 결정’ 등 실질적 성평등에 대한 관심과 요구가 증대하고 있으며, 2년 연속 출산율 1명 미만³⁾이라는 미증유의 현실은 우리사회에 잔존한 성차별적 구조에 대한 성찰과 해결방안 모색을 요구하고 있다.

이에 2019년 5월, 보건복지부, 교육부, 문화체육관광부 등 8개 부처⁴⁾에 양성평등정책담당관이 신설되어 소관 정책 분야의 양성평등정책을 총괄하게 되었다.

- 1) 양성평등기본법은 ‘양성평등’과 ‘성평등’을 혼용하고 있으며, ‘성별에 따른 차별, 편견, 비하 및 폭력 없이 인권을 동등하게 보장받고 모든 영역에 동등하게 참여하고 대우받는 것’이라는 정의규정
- 2) 성 주류화의 개념은 1985년 케냐 나이로비에서 열린 제3차 세계여성대회에서 처음 제창됐고 공식적으로는 1995년 4차 세계여성대회(베이징)의 주요 의제로, 베이징 행동강령(Beijing Platform for Action: BPoA)의 기반이 됐다
- 3) 합계출산율 2018년 0.98, 2019년 0.920
- 4) 보건복지부, 고용노동부, 문화체육관광부, 교육부, 국방부, 법무부, 경찰청, 대검찰청

II 보건복지부 성주류화 제도 운영

1. 성인지예산제도 운영현황

2019년도 성인지예산서 상의 보건복지부 성평등 목표는 [표 2-11-27]과 같으며, 자녀돌봄, 일자리, 장애여성, 건강관리와 관련된 사업이 주로 포함되었다.

[표 2-11-27] 성인지예산서 상 보건복지부의 성평등 목표

2019년	<input type="checkbox"/> 일·가정 양립지원-자녀 돌봄에 대한 지원 강화 <input type="checkbox"/> 고용격차 해소-다양한 분야 일자리 확대 및 생애주기별 고용 활성화 <input type="checkbox"/> 다양한 부문의 여성참여 확대-장애인 활동 지원을 통한 장애여성 사회참여 활성화 <input type="checkbox"/> 건강과 복지 증진 - 의료사각지대 해소를 위한 의료지원을 통해 건강권 보장; 노년층에 대한 지원강화; 양성평등한 건강권 보장; 맞춤형 복지지원 강화 - 성별특성을 고려한 건강관리 강화; 양성평등한 건강권 보장을 위한 기반 마련; 대상별 복지지원 강화
2018년	상동

자료 : 대한민국정부, 「2019년도 성인지예산서 및 성인지 기금운용계획서」

보건복지부 전체 세부사업(365개)의 8.2%인 30개 사업(예산액 7조 7,838억 원)이 대상사업으로 선정되었다. 이 중 장애인 및 노인 관련 사업이 11개, 아동양육 관련 사업이 8개로 전체 대상사업의 63%이상을 복지분야에서 차지하고 있다.

반면, 보건의료분야 대상사업은 분만취약지 지원, 외국인근로자 의료지원, 국가 보건의료 연구인프라 구축(R&D) 등 3개에 불과하여 향후 개선이 필요하다고 하겠다.

[표 2-11-28] 2019년도 보건복지부 성인지예산서 작성현황

회계	세부사업	'18년 예산(A)	'19년안 (B)	증감 (B-A)	증감률 (%)	비 고
일반회계	1) 자활사업					
	- 자활근로사업	320,072	389,709	69,637	21.8	
	2) 지역아동센터 지원					
	- 아동복지교사 파견지원'	23,495	24,906	1,411	6.0	
	3) 장애인활동지원	690,674	968,477	277,803	40.2	
	4) 장애아동가족지원					
	- 발달재활서비스'	76,288	82,670	6,382	8.4	
	- 장애아가족양육지원'	11,277	17,186	5,909	52.4	
	5) 장애여성지원사업					
	- 장애여성교육지원'	1,620	1,637	17	1.0	
	- 장애여성출산비용지원'	1,222	1,122	△100	△8.2	
	6) 장애인일자리지원					
	- 일반형(전일제)일자리 (일반형 일자리지원)	49,995	63,643	13,648	27.3	
	- 시각장애인안마사 파견	9,492	9,665	173	1.8	
	7) 중증장애인자립생활지원					
	- 장애인보조견전문훈련기관 지원	96	97	1	1.0	
	8) 장애인차별금지 모니터링 및 인식개선					
	- 장애인권익옹호기관 운영지원		1,946	1,946	순증	'18년 예산 2,066백만 원
	9) 중증장애인직업재활 지원	18,939	16,354	△2,585	△13.6	
	10) 노인돌봄서비스					
	- 노인돌봄종합서비스	93,882	105,591	11,709	12.5	
	11) 노인일자리 및 사회활동지원	634,932	821,932	187,000	29.5	
	12) 다함께 돌봄 사업'		13,788	13,788	순증	18년 예산은 925백만 원
	13) 사례관리 전달체계 개선					
	- 노인돌봄기본서비스사업지원	95,114	132,610	37,496	39.4	
	14) 의료 및 분만취약지 지원					
	- 분만취약지 지원'	7,050	6,925	△125	△1.8	
	15) 외국인근로자 등 의료지원	2,900	2,100	△800	△27.6	
	16) 영유아보육료 지원'	3,257,470	3,405,282	147,812	4.5	

회계	세부사업	'18년 예산(A)	'19년안 (B)	증감 (B-A)	증감률 (%)	비 고
	17) 시간제보육 지원'	9,724	11,006	1,282	13.2	
	18) 어린이집 확충					
	- 어린이집 확충'	68,384	68,560	176	0.3	
	19) 부모모니터링단 운영 지원'	1,131	905	△226	△20.0	
	20) 어린이집평가인증운영'	8,226	9,329	1,103	13.4	
	21) 공공형어린이집'	60,999	62,915	1,916	3.1	
	22) 보육교직원 인건비 및 운영지원					
	- 보육서비스지원/시간연장형교사'	61,730	61,429	△301	△0.5	
	- 보육서비스지원/대체교사'	22,760	36,326	13,566	59.6	
	- 보육서비스지원/교사근무환경 개선비'	200,192	208,808	8,616	4.3	
	23) 가정양육수당 지원사업'	1,089,137	887,913	△201,224	△18.5	
	24) 국가 보건 의료 연구인프라 구축(R&D)					
	- 여성건강기반기술개발연구' (여성건강양육복합기반 기술개발 연구)	1,700	1,620	△80	△4.7	
국가균형 발전특별 회계	25) 지역자율형 사회서비스 투자사업(지역 자율형 사회서비스투자 사업(보조)(생활))	236,108	276,828	40,720	17.2	'19년부터 지역 자율형사회서비스 투자사업 (보조)(제주)/ (세종) 이관됨
직접목적 사업 소 계		4,902,405	4,902,327	△78	0.0	
총 계		7,054,609	7,691,279	636,670	9.0	

* 자료 : 대한민국정부, 「2019년도 성인지예산서(보건복지부)」

2. 성별영향평가 운영현황

2019년 성별영향평가는 법령 165개, 사업 3개 등 총 168개의 평가를 실시하여 법령 9개, 사업 2개, 총 11개의 개선 조치를 이행하였다. 또한, 전문가가 실시하는 특정 성별영향평가가 노인복지사업, 공적노후소득보장제도, 저출산·고령사회기본계획, 국민건강증진종합계획, 노인장기요양인력 등에 대해 실시되었으며, 7건의 개선권고⁵⁾ 사항에 대해 담당 사업부서에서 추진 중에 있다.

5) 성불평등 법령 용어 및 규정(1건), 건강증진정책(3건), 사회보장정책(1건), 노인장기요양인력 제도(2건)

[표 2-11-29] 보건복지부 사업에 대한 성별영향평가 운영현황(2016-2019)

연도	과제명
2016	<ul style="list-style-type: none"> - 자활근로 - 장애인보조견전문훈련기관지원 - 노인일자리 운영 - 국가금연지원서비스 - 장애인일자리지원 - (특정) 노인복지사업 - (특정) 공적노후소득보장제도
2017	<ul style="list-style-type: none"> - 중증장애인직업재활지원 - 노후준비서비스 지원 - 근로능력있는수급자의 탈수급지원사업 - (특정) 저출산·고령사회기본계획 - (특정) 국민건강증진종합계획
2018	<ul style="list-style-type: none"> - 중증장애인직업생활지원 - 독거노인중증장애인 응급안전알림서비스 - 지역아동센터 지원 - (특정) 노인장기인력
2019	<ul style="list-style-type: none"> - 장애인활동지원 - 건강증진조사연구 및 지역보건사업관리 - 어린이집 교사근무환경개선비 지원

※ 출처 : GIA 성별영향평가시스템 내부자료

3. 보건복지부 양성평등정책 시행계획 운영현황

여성가족부 주관 국가 양성평등정책기본계획(2차, 2018-2022)에 따른 보건복지부의 성평등(실행)목표는 [표 2-11-30]과 같다.

[표 2-11-30] 보건복지부 성평등 (실행)목표

정책영역	실행목표
평등하게 일할 권리와 기회의 보장	돌봄 근로자 처우 개선
여성 대표성 제고 및 참여 활성화	복지 및 건강정책 결정과정에서 여성 대표성 제고
일·생활 균형 사회기반 조성	보육서비스 지원확대 및 서비스 질 제고 아동 양육비용 지원 확대
여성건강 증진	건강한 임신·출산 지원 강화 여성건강 취약계층의 공공의료 접근권 개선

※ 출처 : 여성가족부(2018), 「제2차 양성평등정책 기본계획(2018-2022)」

동 기본계획은 6개 영역별 222개의 세부과제로 구성되었으며, 보건복지분야의 세부과제는 모두 23개로 차질없이 진행 중이다[표 2-11-31].

[표 2-11-31] 제2차 양성평등정책기본계획 시행계획에 따른 보건복지부 정책과제(2019)

소과제	과제명	세부과제	사업내용	성과목표
1-4. 양성평등 시민 교육의 실효성 제고	1-4-1. 분야별 전문인력에 대한 맞춤형 양성 평등 교육	정부서비스 전달기관 종사 자에 대한 양성평등 교육 실시	사회복지사 보수교육 중 양성평등교육 확대 실시	- 사회복지사 보수교육 이수자 수
2-3. 노동시장 내 여성의 지위 개선	2-3-2. 여성집중직종의 근로환경 개선	돌봄노동자 실태파악 및 처우개선	사회서비스원 시범사업 실시 및 평가	- 정부 주도의 사회서비스 관리주체 설치
4-1. 돌봄의 사회적 책임 강화	4-1-1. 돌봄서비스 확대 및 질 제고	온종일 돌봄체계 구축 운영	온종일 돌봄체계 내 학교 밖 돌봄 인프라 확충을 위한 사업 추진 등	- 온종일 돌봄체계 기본 계획 수립
		보육서비스 지원확대 및 서비스 질 제고	어린이집 평가인증을 전체 어린이집 대상의 평가제도로 전환하여 평가 사각지대 해소 등	- 어린이집 평가제 전환
		장애인 지원 서비스 확대	만 18세 미만의 등록 1-3급 중증장애아와 생계·주거를 같이하는 가정 4,005가정 에게 돌봄서비스 제공	- 양육돌봄 서비스 이용률
	4-1-2. 돌봄자에 대한 지원 확대	아동 양육비용 등에 대한 지원 확대	아동수당 지급 및 부정수급 사후관리	- 아동수당 만족도
		연금제도 내 돌봄자 보상제도 확대	사회적 논의를 통한 국민 연금법 제19조 개정추진	- 출산크레딧 확대 개편
	4-1-3. 돌봄 공동체 활성화 및 국공립 돌봄시설 확충	지역 맞춤형 돌봄서비스 강화	다함께 돌봄센터 200개소 신설 및 설치·운영 추진	- 다함께 돌봄센터 확충
		국공립 어린이집·유치원 확충	국공립: 확충방식 다양화를 통한 농어촌, 도시 저소득층 밀집지역 등 취약지역, 산업 단지 지역 등 중심으로 250 개소 이상 확충 공공형: 신규 50개소 확충, 신규선정 및 재선정기준·운영기준 등을 개정하여 보육 서비스의 질 제고 및 보육의 공공성 확보 중점 추진	- 국공립 어린이집 확충 - 공공형 어린이집 선정
		신규 국공립어린이집 등 사회적 경제 참여 활성화	국공립어린이집 운영 상 공공성 및 공정성 확보	- 국공립 어린이집 위탁제 선정관리 기준 개정·시행 - 국공립어린이집 사회 서비스원 위탁운영 시범 사업 추진

소과제	과제명	세부과제	사업내용	성과목표
		공립 장기요양기관 확충	공립 치매전담형 노인요양 시설 32개소, 주야간보호 37개소를 시도 및 시군구에 신축 추진 등	- 치매전담형 요양시설 신축
5-3. 여성폭력 피해자 보호지원 강화	5-3-1. 피해자 보호지원을 위한 연계협업 강화	통합서비스 지원 강화	장애인권익옹호기관을 지속 운영 (전국18개소)하여 학대 피해 장애인에 대한 지원 실시	- 장애인학대 지원건수 증가율
5-4. 성인지적 건강 증진 기반 강화	5-4-1. 성인지적 보건의료 정책기반 마련	성인지적 건강 관련 연구지원 및 실태조사 실시	국가·지역단위 건강통계 생산; 여성의 전반적 건강현황 및 성별에 따른 건강격차 파악을 위한 기초자료 생산; 여성 생애주기별 건강연구 인프라 확대 및 조사연구를 통한 여성건강 위험요인 발굴	- 여성건강지표 산출건수
		'국민건강증진기본계획'에 성별지표 적용 및 모니터링 이행	제5차 국민건강증진종합계획 수립 시 성별지표 적용을 통하여 여성과 남성의 건강 상황을 정확히 파악하여 형평성 있는 건강정책 수립 및 남녀의 건강증진 향상	해당사항 없음
		지역 건강정책 추진의 성인지 관점 강화	지역사회 통합건강증진사업 추진 시 여성의 건강증진 고려한 사업 운영; 통합건강증진사업 실무자에 대한 성인지 교육 등 내용 강화	지역사회 통합건강 증진사업 운영안내서 개정 운영
	5-4-2. 성인지적 건강 증진을 위한 인식 개선	외모 중심의 사회인식 및 관행개선	미용성형 의료광고를 시행한 의료기관에 대한 시·도지사 관리감독 권한 부여(의료법 개정) 추진	- 의료법 개정 추진
	5-4-4. 안전한 피임과 임신출산에서의 건강권 보장	피임과 임신중단에 대한 실태 파악	인공임신중절 실태조사 실시 및 결과 발표	- 인공임신중절 실태조사 실시 여부
		안전한 피임 실천정보 제공	인공임신중절 예방 성(피임) 교육 실시; 피임실태 홍보 실시	- 인공임신중절 성교육
		산모신생아 건강관리 지원 확대	자자체 합동평가 지표와 연계하여 서비스 이용대상 확대 및 본인부담금 추가 지원 등 지역 단위 서비스 확충 유도	- 산모신생아 건강관리 서비스 지원대상 확대
		안전한 분만 인프라 구축	분만취약지 37개소 운영 및 고위험 산모·신생아 통합 치료센터 19개소 운영	- 분만취약지임인구율 (하향지표)

소과제	과제명	세부과제	사업내용	성과목표
	5-4-5. 장애여성의 건강권 보장	난임 여성 지원강화	난임부부 심리의료상담 지원을 위한 난임·우울증상담센터 설치 운영	- 난임·우울증상담센터 설치
		장애여성의 의료서비스 접근권 강화	지역장애인보건의료센터를 통한 장애여성의 전문 의료 서비스 제공 및 임신출산 정보제공 및 교육지원, 의료 종사자에 대한 장애여성의 이해 등 장애인건강권 교육 실시	해당 없음
		장애여성의 역량 강화	장애여성 생애주기별 고충 상담 및 지역사회기관 연계 등 서비스 지원 장애여성 사회성 향상, 경제적 역량 강화 등 자립능력 향상을 위한 역량 강화 교육프로그램 운영	- 장애여성 교육서비스 이용자 만족도

4. 보건복지분야 성평등 정책 개발

2019 보건복지부 주요업무 추진계획 상 7대 추진과제 영역에 대해 성불평등 쟁점을 확인하고 성평등 정책방향과 개선점 발굴을 위한 연구⁶⁾를 추진하여, 여성빈곤완화 및 장애여성 자립을 위한 지원강화, 성별 특성을 고려한 맞춤형 노인복지 지원강화, 성재생산권리 보호 및 성인지적 건강증진 정책기반 마련 등 정책과제 발굴을 추진하였다.

그리고 동 연구에서 제안된 정책방향, 개선점에 대해 본부 과장급 이상 및 전문가, 성인지예산 사업 정책집행자 등을 대상으로 정책 우선순위 및 정책 수요조사, 부내 성평등 인식조사 등을 실시⁷⁾하여 향후 보건복지부 양성평등정책 추진을 위한 기초자료를 마련하였다.

III 성희롱·성폭력 방지조치

조직 내 성희롱·성폭력 방지를 위해 보건복지부 직원을 대상으로 폭력예방교육 집합교육⁸⁾을 총 4회 실시하였다.

6) 『보건복지부 성평등 정책 방향과 과제연구』(한국여성정책연구원, 2019. 8)

7) 『보건복지부 양성평등정책 기본계획 수립을 위한 연구』(정책학회, 2019. 12)

8) 성폭력·성매매 통합예방교육(7월), 성희롱예방교육(9월), 가정폭력·성매매 통합예방교육(10월), 성폭력·가정폭력 통합예방교육(12월)

또한, 성폭력 추방주간(11.25.~12.1.)을 맞아 성희롱·성폭력 예방 강화를 위해 전문강사를 초빙하여 진행하는 집합교육 이외에 새로운 형태의 참여형 폭력예방교육인 성희롱 신고절차 모의훈련을 최초로 실시(19.11.19.~11.20.)하였다. 모의훈련은 사전 교육, 훈련 실시, 강평회 등 3단계로 진행(20명 참여)하고, 훈련상황마다 3~4명의 팀을 구성하여 피해자(신청인), 참고인, 동료직원(제3자), 부서장 등 역할을 분담하여 롤플레이 방식으로 훈련하여 실제 사건 발생 시 피해자 조력 및 2차 피해 예방 강화, 실제 성희롱 사건에 근거한 다양한 모의상황을 연습함으로써 신속하고 체계적인 사건 처리가 가능하도록 하였다.

보건복지부 및 인사혁신처가 주관하는 사이버 교육(안전한 사회를 위한 폭력 예방교육)도 연중 수료하도록 안내하여, 2019년 보건복지부 4대폭력* 예방 교육 참여율은 고위직 100%, 직원 95%로 전년도 대비 17%(78%→95%) 증가하였다.

* 성희롱 96%, 성폭력 93%, 성매매 94%, 가정폭력 95%

폭력예방교육 대상자 만족도 조사를 부내 업무망인 유니모를 통해 2주간(19. 9. 23~10. 4.) 실시한 결과, 5개 항목(교육목적 적합성, 강사의 전문성, 내용 전달력, 교육자료 만족도, 전반적 교육 만족도)에 대해 만족도 4.04(평균)로 전반적 만족도가 높았으며 특히 강사의 내용 전달력과 전문성에 대한 만족도가 가장 높았다.

앞으로도 폭력예방 교육만족도 제고를 위한 소규모 토론회 등 다양한 방식의 교육방안을 모색하여 운영할 계획이다.

또한, 조직 내 성희롱·성폭력 예방을 위해 「보건복지부 및 그 소속기관의 성희롱·성폭력 예방지침」 제정(19. 9. 26.)하면서 기존 내부지침을 훈령(제133호)으로 격상하고 「성폭력 방지법」 시행에 따른 성폭력 내용 추가 등 전반적 지침 내용을 보완하여 내실을 기하고 실질적 구속력을 강화하고자 하였다.

아울러, 소속·산하기관(총 37개, 현장점검 6개)을 대상으로 성희롱·성폭력 예방 및 실태 특별점검(19. 9. 18.~9. 27.)을 실시하였다. 각 기관의 고충처리 관련 규정 및 폭력예방교육 실적 점검 등을 실시한 결과, 고충처리 매뉴얼 및 고충상담원 전문교육 이수가 미비하여 보완토록 요청하고 향후 지속적으로 점검해 나갈 예정이다.

03

2019 보건복지백서

MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE WHITE BOOK

부 록

제1장 조직·기능 및 정원 현황

제2장 2019년도 예산 현황

제3장 소관법령 현황

제4장 산하 공공기관 현황

제1장 조직 · 기능 및 정원 현황

I 2019년도 조직의 변천

공포일 · 법령호수	주요 내용
2019. 1. 15. (대통령령 제29485호) (부령 614호)	<ul style="list-style-type: none"> • (수시직제) 1과 신설, 7명 증원 <ul style="list-style-type: none"> - 아동학대대응과 신설 : 5명(5급2, 6급1, 7급1, 경위1) 증원 <ul style="list-style-type: none"> * 과장직위는 現 아동학대대응팀장 정원 활용(직급상향, 4·5급→4급) - 구강생활건강과를 구강정책과로 개편하고 2명 증원(5급1, 6급1) <ul style="list-style-type: none"> * 공중위생 업무는 건강정책과로 이관 • (디지털소통팀) 총액인건비제를 활용하여 대변인실 내 신설 • (질병관리본부 부서 개편) <ul style="list-style-type: none"> - 미래감염병대비과 → 미래질병대비과 - 위기대응총괄과 → 위기대응생물테러총괄과 - 생물테러대응과 → 신종감염병대응과 - 감염병관리과 → 감염병총괄과 - 감염병감시과 → 인수공통감염병관리과 - 검역지원과 소관 이관(감염병관리센터 → 긴급상황센터)
2019. 5. 7. (대통령령 제29736호) (부령 626호)	<ul style="list-style-type: none"> • (수시직제) 1과 신설, 6명 증원 <ul style="list-style-type: none"> - 양성평등정책담당관 신설 : 6명(4급 1명, 5급 2명, 7급 2명, 전문경력관 나급 1명)
2019. 7. 30. (대통령령 제30008호) (부령 662호)	<ul style="list-style-type: none"> • (수시직제) 2명 증원 <ul style="list-style-type: none"> - 일본 의료감염관리인력 : 2명(연구관 1명, 연구사 1명)

II 역대 장·차관 명단

● 사회부

➔ 장관

성명	재임 기간	비고
전 진 한	1948. 8. 1. ~ 1948. 12. 23.	
이 윤 영	1948. 12. 24. ~ 1950. 11. 22.	
허 정	1950. 11. 23. ~ 1952. 1. 1.	
최 창 순	1952. 1. 12. ~ 1952. 10. 8.	
박 술 음	1952. 10. 9. ~ 1955. 2. 16.	

➔ 차관

성명	재임 기간	비고
오 종 식	1948. 8. 3. ~ 1949. 1. 26.	
최 창 순	1949. 1. 27. ~ 1952. 1. 11.	
김 용 택	1952. 2. 9. ~ 1955. 2. 16.	

● 보건부

➔ 장관

성명	재임 기간	비고
구 영 숙	1948. 6. 4. ~ 1950. 11. 25.	
오 한 영	1950. 11. 26. ~ 1952. 2. 4.	
최 재 유	1952. 2. 5. ~ 1955. 2. 16.	

➔ 차관

성명	재 임 기 간	비고
이 갑 수	1949. 6. 11. ~ 1950. 12. 26.	
임 문 환	1950. 12. 27. ~ 1951. 5. 7.	
최 재 유	1951. 6. 25. ~ 1952. 2. 5.	
정 준 모	1952. 2. 7. ~ 1954. 2. 17.	
정 진 옥	1954. 3. 15. ~ 1955. 2. 17.	

● 보건사회부

➔ 장관

성명	재임 기간	비고
최 재 유	1955. 2. 17. ~ 1956. 5. 26.	
정 준 모	1956. 5. 27. ~ 1957. 6. 16.	
손 창 환	1957. 6. 17. ~ 1960. 4. 27.	
김 성 진	1960. 4. 28. ~ 1960. 8. 19.	
신 현 돈	1960. 8. 23. ~ 1960. 9. 11.	
나 용 균	1960. 9. 12. ~ 1961. 1. 29.	
김 판 술	1961. 1. 30. ~ 1961. 5. 18.	
장 덕 승	1961. 5. 20. ~ 1961. 7. 6.	
정 희 섭	1961. 7. 7. ~ 1963. 12. 16.	
박 주 병	1963. 12. 17. ~ 1964. 5. 10.	
오 원 선	1964. 5. 11. ~ 1966. 4. 14.	
정 희 섭	1966. 4. 15. ~ 1969. 10. 20.	
김 태 동	1969. 10. 21. ~ 1971. 6. 3.	
이 경 호	1971. 6. 4. ~ 1973. 12. 2.	
고 재 필	1973. 12. 3. ~ 1975. 12. 9.	
신 현 확	1975. 12. 19. ~ 1978. 12. 21.	
홍 성 철	1978. 12. 22. ~ 1979. 12. 13.	
진 의 종	1979. 12. 14. ~ 1980. 9. 1.	
천 명 기	1980. 9. 2. ~ 1982. 5. 20.	
김 정 례	1982. 5. 21. ~ 1985. 2. 18.	
이 해 원	1985. 2. 19. ~ 1988. 2. 24.	
권 이 혁	1988. 2. 25. ~ 1988. 12. 4.	
문 태 준	1988. 12. 5. ~ 1989. 7. 18.	
김 종 인	1989. 7. 19. ~ 1990. 3. 18.	
김 정 수	1990. 3. 19. ~ 1991. 5. 26.	
안 필 준	1991. 5. 27. ~ 1993. 2. 25.	
박 양 실	1993. 2. 26. ~ 1993. 3. 7.	
송 정 숙	1993. 3. 8. ~ 1993. 12. 21.	
서 상 목	1993. 12. 22. ~ 1994. 12. 23.	

➔ 차관

성명	재임 기간	비고
정 진 욱	1955. 2. 19. ~ 1956. 6. 28.	
신 효 선	1956. 6. 29. ~ 1960. 5. 9.	
김 학 목	1960. 5. 12. ~ 1960. 10. 3.	
이 병 학	1960. 10. 4. ~ 1961. 6. 25.	

성명	재임 기간	비고
한 국 진	1961. 9. 1. ~ 1963. 12. 16.	
강 봉 수	1963. 12. 17. ~ 1964. 7. 6.	
손 정 선	1964. 7. 7. ~ 1966. 12. 27.	
김 도 창	1966. 12. 28. ~ 1969. 10. 26.	
홍 종 관	1969. 10. 27. ~ 1974. 3. 6.	
박 승 함	1974. 3. 7. ~ 1979. 12. 19.	
라 도 현	1979. 12. 20. ~ 1981. 8. 5.	
김 병 수	1981. 8. 6. ~ 1983. 7. 12.	
이 헌 기	1983. 7. 13. ~ 1986. 5. 23.	
최 수 일	1986. 5. 24. ~ 1988. 3. 4.	
이 두 호	1988. 3. 5. ~ 1989. 7. 19.	
윤 성 태	1989. 7. 20. ~ 1992. 3. 31.	
박 청 부	1992. 4. 1. ~ 1993. 3. 3.	
최 수 병	1993. 3. 4. ~ 1993. 9. 6.	
주 경 식	1993. 9. 7. ~ 1994. 12. 22.	

● 보건복지부

➔ 장관

성명	재임 기간	비고
서 상 목	1994. 12. 23. ~ 1995. 5. 15.	
이 성 호	1995. 5. 16. ~ 1995. 12. 20.	
김 양 배	1995. 12. 21. ~ 1996. 8. 7.	
이 성 호	1996. 8. 8. ~ 1996. 11. 12.	
손 학 규	1996. 11. 13. ~ 1997. 8. 5.	
최 광	1997. 8. 6. ~ 1998. 3. 2.	
주 양 자	1998. 3. 3. ~ 1998. 4. 30.	
김 모 임	1998. 5. 1. ~ 1999. 5. 23.	
차 흥 봉	1999. 5. 24. ~ 2000. 8. 6.	
최 선 정	2000. 8. 7. ~ 2001. 3. 22.	
김 원 길	2001. 3. 23. ~ 2002. 1. 28.	
이 태 복	2002. 1. 29. ~ 2002. 7. 10.	
김 성 호	2002. 7. 11. ~ 2003. 2. 26.	
김 화 중	2003. 2. 27. ~ 2004. 6. 30.	
김 근 태	2004. 7. 1. ~ 2005. 12. 31.	
유 시 민	2006. 2. 10. ~ 2007. 5. 25.	
변 재 진	2007. 6. 18. ~ 2008. 2. 29.	

➔ 차관

성명	재임 기간	비고
주 경 식	1994. 12. 23. ~ 1995. 6. 2.	
이 기 호	1995. 6. 3. ~ 1997. 3. 6.	
전 계 휴	1997. 3. 7. ~ 1997. 8. 7.	
김 용 문	1997. 8. 8. ~ 1998. 3. 8.	
최 선 정	1998. 3. 9. ~ 1999. 5. 25.	
이 종 윤	1999. 5. 26. ~ 2000. 8. 10.	
장 석 준	2000. 8. 11. ~ 2001. 4. 2.	
이 경 호	2001. 4. 3. ~ 2002. 7. 18.	
신 언 향	2002. 7. 19. ~ 2003. 2. 28.	
강 윤 구	2003. 3. 3. ~ 2004. 7. 19.	
송 재 성	2004. 7. 20. ~ 2006. 2. 16.	
변 재 진	2006. 2. 17. ~ 2007. 6. 17.	
문 창 진	2007. 6. 21. ~ 2008. 2. 29.	

●● 보건복지가족부

➔ 장관

성명	재임 기간	비고
김 성 이	2008. 3. 13. ~ 2008. 8. 5.	
전 재 희	2008. 8. 6. ~ 2010. 3. 18.	

➔ 차관

성명	재임 기간	비고
이 봉 화	2008. 3. 1. ~ 2008. 10. 21.	
유 영 학	2008. 10. 23. ~ 2010. 3. 18.	

● 보건복지부

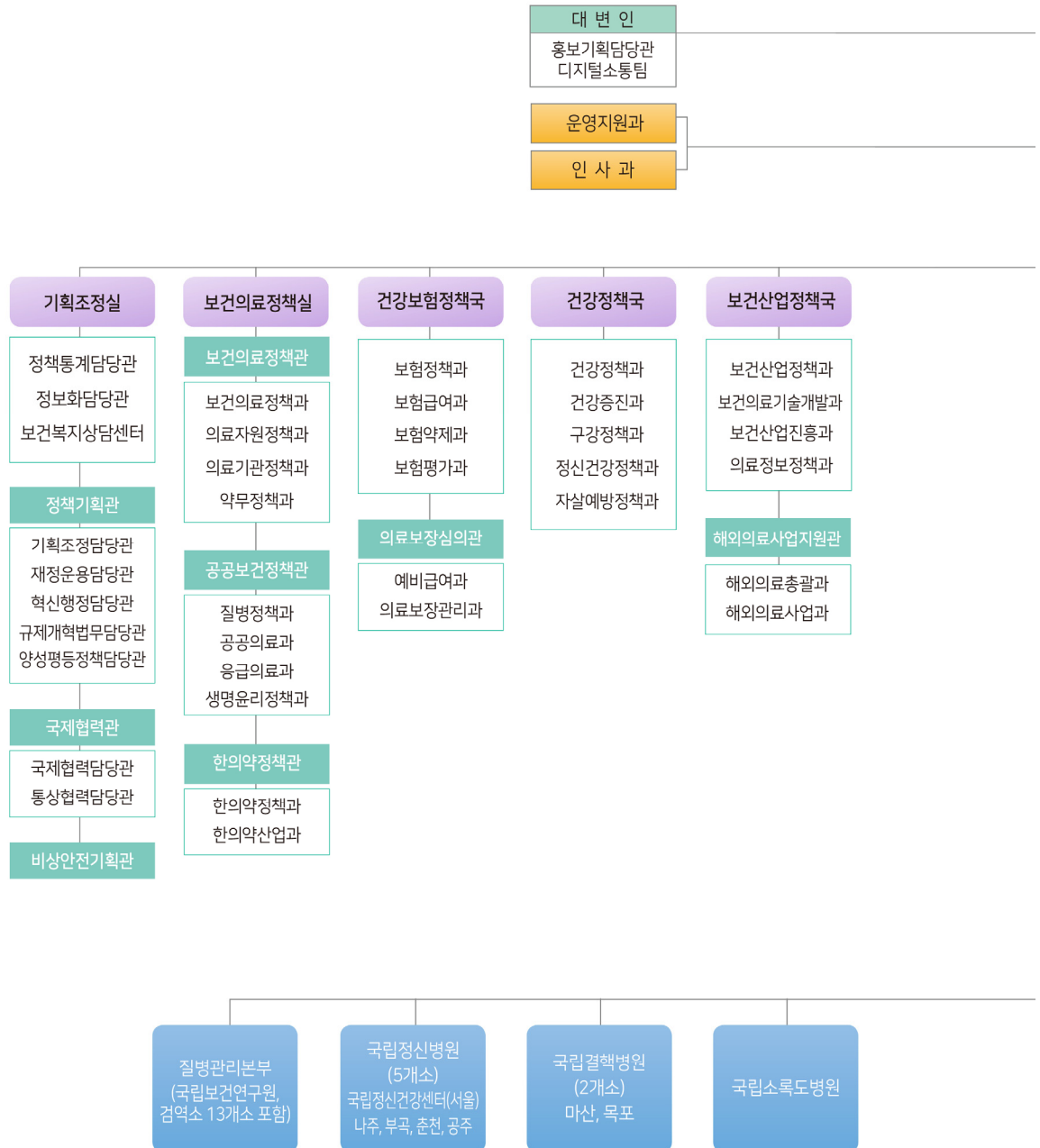
➔ 장관

성명	재임 기간	비고
전 재 희	2010. 3. 19. ~ 2010. 8. 29.	
진 수 희	2010. 8. 30. ~ 2011. 9. 16.	
임 채 민	2011. 9. 17. ~ 2013. 3. 10.	
진 영	2013. 3. 11. ~ 2013. 9. 29.	
문 형 표	2013. 12. 2. ~ 2015. 8. 26.	
정 진 업	2015. 8. 27. ~ 2017. 7. 20.	
박 능 후	2017. 7. 21. ~ 2019. 현재.	

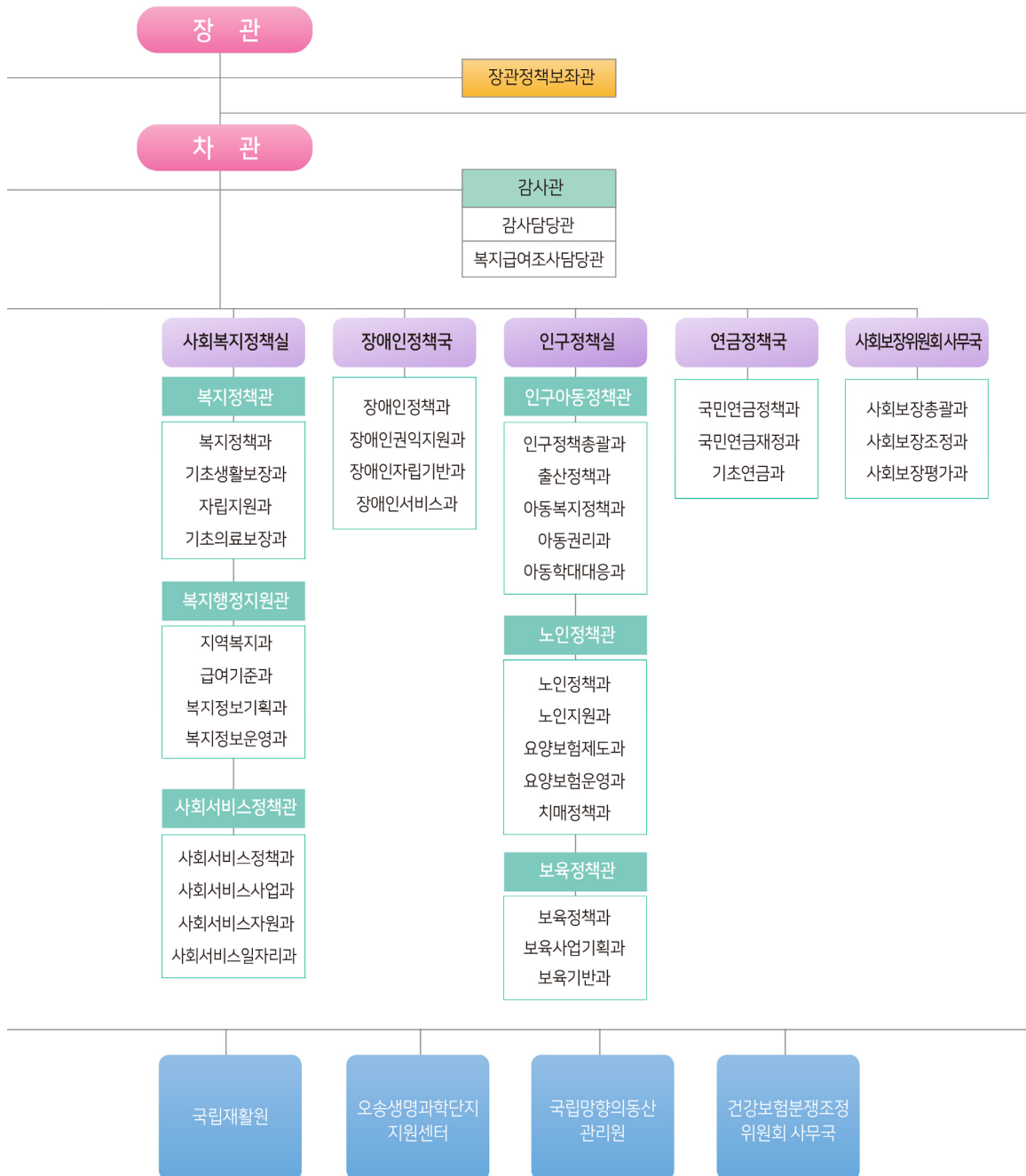
➔ 차관

성 명	재임 기간	비고
유 영 학	2010. 3. 19. ~ 2010. 8. 15.	
최 원 영	2010. 8. 16. ~ 2011. 10. 18.	
손 건 익	2011. 10. 19. ~ 2013. 3. 13.	
이 영 찬	2013. 3. 14. ~ 2014. 7. 24.	
장 옥 주	2014. 7. 25. ~ 2015. 10. 20.	
방 문 규	2015. 10. 21. ~ 2017. 6. 6.	
권 덕 철	2017. 6. 7. ~ 2019. 5. 23.	
김 강 립	2019. 5. 24. ~ 2019. 현재.	

III 보건복지부 기구 도표('19. 12.)



주 : 2020.2.25. : 차세대사회보장정보시스템 구축 추진단(사회복지정책실 소관)



IV 부서별 기능

부서명	주요 임무
대변인	보도자료 배포 및 언론관계 총괄, 홍보 계획 수립, 부내 업무 대외 정책 발표 사항 관리, 온라인 홍보 및 주요 정책 홍보기획, 부내 업무 대외 정책 발표 사항 관리 등
감사관	본부·소속기관·공공기관 및 법인 행정 감사, 기강 감사, 직무 감찰, 공무원 범죄 처분, 진정 및 비리 사항 조사, 안전 점검, 비리 사항 요인 분석, 장관특명사항 조사 처리 등
기획조정실	정책기획, 성과, 조직, 재정, 법률, 규제, 통계, 정보화, 국제 협력 등 기획 조정 업무 총괄
정책기획관	각종 정책 및 계획의 총괄 조정, 주요 정책 현안 과제의 발굴, 세입 세출 예산 기금 편성 및 배정 집행, 재정 운용 계획 수립 종합 및 조정, 성과, 조직 업무, 법률, 규제 업무 등
국제협력관	보건복지 분야 국제 협력 강화 및 통상 협력의 추진 등
비상안전기획관	재난 안전, 국가 위기 관리, 정부 연습, 비상대비 중점업체 지정 및 관리, 국가 동원자원 관리, 국가 지도 통신망 관리 등
보건의료정책실	보건의료 정책, 질병, 공공보건 정책, 한의약 정책 총괄
보건의료정책관	보건의료·의약품 정책 수립, 보건의료 자원 관리 등
공공보건정책관	질병정책 수립·조정, 질환자 지원, 응급의료 정책, 공공보건의료 정책 수립, 생명 윤리 및 안전 정책 수립
한의약정책관	한의약 정책 수립, 한의약 공공보건사업, 한의약산업 육성 등
건강보험정책국	건강보험 정책, 산하단체 관리(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원), 건강보험보장, 의약품 약가 재평가, 요양기관 현지조사, 건강보험 사후 관리 등
의료보장심의회	비급여의 급여화를 위한 추진계획 수립 및 시행, 비급여의 급여화를 위한 대상 선별 기준 및 발굴에 관한 사항, 만성질환 관리, 의료 서비스 질 제고 등 1차의료 강화 등
건강정책국	건강정책, 건강 증진, 구강 보건, 공중위생 관리, 정신건강정책, 자살예방정책 등
보건산업정책국	보건의료산업 정책 수립, 보건의료 연구개발사업 추진, 보건의료 정보화 추진, 오송단지 중장기 발전 계획 수립, 국내·외 홍보 및 투자 유치 등
해외의료사업지원관	보건의료산업 해외 진출 지원, 외국인환자 유치 지원, 의료 해외 진출 수립·조정
사회복지정책실	사회복지 정책, 지역복지 정책, 사회복지 전달 체계, 사회서비스 정책 총괄
복지정책관	사회복지 정책, 국민 기초생활 보장, 사회 통합을 위한 정책 분석·개발 의료 급여 등
복지행정지원관	지역사회 복지 관련 계획 수립, 사회복지 전달 체계, 사회복지 통합관리망 구축, 복지급여 선정·지원 기준의 조정 및 표준화
사회서비스정책관	사회서비스 정책 수립·조정, 사회서비스 혁신사업, 전자바우처 시스템 구축, 민간 복지 자원 육성 등
사회보장위원회 사무국	사회보장 기본법령에 관한 사항, 중장기 사회보장 재정 추계 실시 및 공표, 사회보장 기본 계획 수립, 신설·변경 사회보장제도에 대한 협의·조정, 사회보장제도의 평가·개선 등
장애인정책국	장애인 복지 정책, 장애인 권익보장, 장애인 재활지원, 장애인 연금, 장애인 활동지원제도 운영 등
인구정책실	인구정책, 노인복지 정책, 보육 정책 총괄
인구아동정책관	저출산고령사회기본계획 및 시행계획 수립 및 관리, 저출산고령사회 정책개발 및 관리, 인구 관련 정책의 총괄 조정, 아동복지정책 수립 등
노인정책관	노인보건복지 정책, 노인일자리 및 사회활동 지원, 노인복지시설 운영 지원, 노인학대 예방, 장사제도 운영, 노인요양 보장 종합계획 수립, 노인 요양보험제도 운영, 치매정책 등
보육정책관	중장기 및 연도별 보육 계획 수립·조정, 보육시설 및 종사자 관리, 보육료 지원, 보육시설 확충 및 운영 지원, 전자바우처 도입 등
연금정책국	국민연금제도·기금 운영, 국민연금공단 관리, 기초연금제도 운영 등

V 정원 현황

기관별		계	정무직	별정직	일반직	전문 경력관	전문 임기제
총 계		3,432	3	5	3,366	52	6
본 부	소 계	818	2	5	807	4	-
	장 차 관 실	14	2	5	7		
	대 변 인 실	13			11	2	
	감 사 관 실	22			22		
	인 사 과	8			8		
	운 영 지 원 과	28			28		
	기 획 조 정 실	109			107	2	
	보 건 의 료 정 책 실	104			104		
	건 강 보 험 정 책 국	53			53		
	건 강 정 책 국	47			47		
	보 건 산 업 정 책 국	60			60		
	사 회 복 지 정 책 실	118			118		
	장 애 인 정 책 국	43			43		
	인 구 정 책 실	138			138		
	연 금 정 책 국	38			38		
	사회보장위원회사무국	23			23		
소 속 기 관	소 계	2,614	1		2,559	48	6
	질 병 관 리 본 부	287	1		286		
	국 립 보 건 연 구 원	124			124		
	국 립 검 역 소	453			453		
	국 립 정 신 병 원 (5)	926			907	13	6
	국 립 소 록 도 병 원	217			216	1	
	국 립 재 활 원	345			311	34	
	국 립 결 핵 병 원 (2)	210			210		
	오송생명과학단지지원센터	29			29		
	국립망향의동산관리원	7			7		
	건강보험분쟁조정위원회 사무국	16			16		

제2장 2019년도 예산 현황

I 2019년도 예산 개요

2019년도 보건복지부 예산 및 기금의 총지출은 2018년 본 예산 대비 14.8%가 증가한 72조 5천억 원으로, 정부 전체 총지출(469조 6천억 원)의 15.4%의 비중을 차지하고 있다.

➔ 2019년도 정부 총지출과 보건복지부 총지출 규모 비교

(단위 : 조 원, %)

구 분	2018년 예산		2019년 예산		증 감			
	예산(A)	추경	본 예산(B)	추경(C)	(B-A)	(%)	(C-A)	(%)
정부 총지출(a)	428.8	432.7	469.6	547.1	40.8	9.5	118.3	27.6
보건복지부 총지출(b)	63.2	63.3	72.5	72.7	9.3	14.7	9.5	15.0
b/a(%)	14.7	14.6	15.4	13.3	-	-	-	-

세부 내역을 살펴보면 일반회계를 포함한 예산은 전년 본 예산에 비해 19.7%가 증가한 45조 879억 원이며, 기금은 전년에 비해 7.6%가 증가한 27조 4,269억 원이다.

➔ 2019년도 보건복지 예산

(단위 : 억 원, %)

구 분	2018년 예산		2019년 예산		증감 (B-A)	증감 (C-A)	증감률(%)	
	본 예산(A)	추경	본 예산(B)	추경(C)			본 예산	추경
총지출	631,554	632,869	725,148	727,892	93,594	96,338	14.8	15.3
• 예산	376,546	377,861	450,879	453,617	74,333	77,071	19.7	20.5
- 일반회계	371,598	372,913	445,362	448,100	73,764	76,502	19.9	20.6
- 특별회계	4,948	4,948	5,517	5,517	569	569	11.5	11.5
• 기금	255,008	255,008	274,268	274,275	19,260	19,267	7.6	7.6
- 건강증진기금	33,926	33,926	34,363	34,370	437	444	1.3	1.3
- 국민연금기금	218,788	218,788	237,582	237,582	18,794	18,794	8.6	8.6
- 응급의료기금	2,294	2,294	2,323	2,323	29	29	1.3	1.3

II 분야별 예산 내역

2019년 보건복지부 예산은 소득보장을 통한 사회안전망 강화, 사람 중심의 보건복지서비스 지원 및 사회적 가치 투자, 저출산 위기 대응 및 미래성장 동력 확충, 국민 건강 보장 및 생활 안전 확보 등에 중점을 두었으며, 분야별 산출 내역을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 사회복지 분야는 전체 지출 규모의 83.9%(60조 9,053억 원)를 차지하는 복지 지출의 핵심 분야로, 소득보장을 통한 사회안전망 강화를 위해 △기초연금 및 장애인연금 지원대상 확대, △생계급여 부양의무자 기준 완화, △자활사업 확대 및 근로소득 공제 등에 재정 투자를 집중하였다. 아울러 사람중심의 복지서비스 제공을 위해 △노인돌봄서비스, △장애인 활동지원, △지역아동센터 등 취약계층 대상 사회서비스 수혜 대상 확대를 추진하였고, 저출산 위기 대응을 위해 △다함께돌봄 확충, △영유아보육료 인상, △보육교직원 증원을 통해 보육 서비스 질을 높이고 돌봄 서비스 접근성 향상을 통해 양육 가정의 경제적 부담 완화를 위한 지원을 강화하였다.

둘째, 보건 분야는 전체 지출의 16.1%(11조 6,097억 원)로 공공의료 확충을 위해 △취약지 등 전문의료인력 양성, △지역거점병원 공공성강화, △중증외상전문진료체계 구축을 강화하고, 보건의료 보장을 위해 △건강보험 가입자 지원 확대, △의료인력 양성 및 수급관리, △국가예방접종 및 국가결핵예방 지원을 확대하였다.

또한, 바이오헬스산업을 성장 동력으로 육성하고, 미래의료 기반 마련을 위해 △바이오헬스 비즈니스 생태계 조성, △제약산업 육성·지원, △융합형 의사과학자 양성 등 연구 개발 투자를 확대하였다.

→ 분야별 세출 예산 현황

(단위: 억 원, %)

구 분	2018년 예산		2019년 예산		증감 (B-A)	증감 (C-A)	증감률(%)	
	본 예산(A)	추경	본 예산(B)	추경(C)			본 예산	추경
총지출	631,554	632,869	725,148	727,892	93,594	96,338	14.8	13.2
• 사회복지 분야	527,747	529,062	609,051	611,784	81,304	84,037	15.4	13.7
- 기초생활보장	100,582	101,235	109,000	110,103	8,418	9,521	8.4	8.6
- 취약계층지원	24,709	24,709	28,737	28,853	4,028	4,144	16.3	14.4
- 공적연금	218,790	218,790	237,583	237,583	18,793	18,793	8.6	7.9
- 사회복지일반	10,976	10,976	12,691	12,915	1,715	1,939	15.6	15.0
- 아동·보육	62,619	62,967	81,264	81,498	18,645	18,879	29.8	23.2
- 노인	110,071	110,385	139,776	140,832	29,705	30,761	27.0	21.8
• 보건 분야	103,807	103,807	116,097	116,108	12,290	12,301	11.8	10.6
- 보건의료	24,373	24,373	25,910	25,921	1,537	1,548	6.3	6.0
- 건강보험	79,434	79,434	90,187	90,187	10,753	10,753	13.5	11.9

주: 내부 거래 제외

제3장 소관법령 현황

I 법률(100개)

(‘19. 12.)

연번	법률명	공포 일자	시행 일자	소관 부서
1	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률	2019. 12. 3.	2020. 6. 4.	질병정책과
2	건강검진기본법	2018. 12. 11.	2018. 12. 11.	건강증진과
3	검역법	2017. 12. 19.	2017. 12. 19.	질병정책과
4	결핵예방법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	질병정책과
5	고령친화산업진흥법	2018. 12. 11.	2018. 12. 11.	요양보험제도과
6	공공보건의료에 관한 법률	2018. 3. 13.	2018. 6. 14.	공공의료과
7	공중보건장학을 위한 특례법	2012. 10. 22.	2012. 10. 22.	공공의료과
8	공중위생관리법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	건강정책과
9	구강보건법	2019. 4. 23.	2019. 10. 24.	구강정책과
10	국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률	2018. 3. 13.	2018. 9. 14.	공공의료과
11	국민건강보험법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	보험정책과
12	국민건강증진법	2019. 12. 3.	2020. 1. 1.	건강정책과
13	국민기초생활보장법	2019. 4. 23.	2019. 10. 24.	기초생활보장과
14	국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률	2018. 3. 20.	2018. 9. 21.	국민연금정책과
15	국민연금법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	국민연금정책과
16	국민영양관리법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	건강증진과
17	기초연금법	2018. 3. 27.	2018. 9. 1.	기초노령연금과
18	긴급복지지원법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	기초생활보장과
19	노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률	2019. 1. 15.	2019. 7. 16.	자립지원과
20	노인복지법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	노인정책과
21	노인장기요양보험법	2019. 4. 23.	2019. 12. 12.	요양보험제도과
22	노후준비지원법	2015. 6. 22.	2015. 12. 23.	인구정책총괄과

연번	법률명	공포 일자	시행 일자	소관 부서
23	농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법	2016. 5. 29.	2016. 11. 30.	건강정책과
24	농어촌 주민의 보건복지증진을 위한 특별법	2018. 12. 11.	2019. 3. 12.	복지정책과
25	대한노인회 지원에 관한 법률	2016. 2. 3.	2016. 8. 4.	노인정책과
26	대한적십자사 조직법	2017. 7. 26.	2017. 7. 26.	공공의료과
27	마약류관리에 관한 법률 (식약처 공동소관)	2019. 12. 3.	2020. 6. 4.	약무정책과
28	모자보건법	2018. 3. 13.	2018. 9. 14.	출산정책과
29	발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률	2019. 12. 3.	2020. 6. 4.	장애인서비스과
30	병원체 지원의 관리 및 활용촉진에 관한 법률	2017. 7. 26.	2017. 7. 26.	생명윤리정책과
31	보건의료기본법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	보건의료정책과
32	보건의료기술진흥법	2018. 1. 16.	2018. 4. 17.	보건의료기술개발과
33	보건환경연구원법	2017. 4. 18.	2018. 4. 19.	건강증진과
34	보호시설에 있는 미성년자의 후견 직무에 관한 법률	2017. 3. 21.	2017. 6. 22.	아동권리과
35	사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률	2019. 12. 3.	2020. 6. 4.	급여기준과
36	사회보장기본법	2018. 12. 11.	2018. 12. 11.	사회보장총괄과
37	사회복지공동모금회법	2019. 1. 15.	2019. 1. 15.	사회서비스일자리과
38	사회복지사 등의 처우 및 지위 향상을 위한 법률	2018. 12. 11.	2019. 12. 12.	복지정책과
39	사회복지사업법	2019. 12. 3.	2019. 12. 3.	복지정책과
40	사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률	2018. 3. 13.	2018. 9. 14.	사회서비스정책과
41	생명윤리 및 안전에 관한 법률	2019. 4. 23.	2019. 10. 24.	생명윤리정책과
42	시체해부 및 보존에 관한 법률	2017. 9. 19.	2017. 12. 20.	생명윤리정책과
43	식품등 기부 활성화에 관한 법률	2019. 4. 23.	2019. 4. 23.	사회서비스일자리과
44	실종아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률	2018. 4. 17.	2018. 10. 18.	아동권리과
45	심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률	2019. 12. 3.	2020. 6. 4.	질병정책과
46	아동복지법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	아동복지정책과
47	아동수당법	2019. 1. 15.	2019. 4. 1.	아동복지정책과
48	아동의 빈곤 예방 및 지원 등에 관한 법률	2017. 7. 26.	2017. 7. 26.	아동복지정책과
49	암관리법	2018. 12. 11.	2018. 12. 11.	질병정책과
50	약사법 (식약처 공동소관)	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	약무정책과
51	영유아보육법	2017. 12. 19.	2019. 7. 1.	보육정책과

연번	법률명	공포 일자	시행 일자	소관 부서
52	응급의료에 관한 법률	2019. 12. 3.	2020. 6. 4.	응급의료과
53	의료급여법	2019. 4. 23.	2019. 10. 24.	기초의료보장과
54	의료기기법 (식약처 공동소관)	2016. 12. 2.	2020. 7. 1.	약무정책과
55	의료기사 등에 관한 법률	2018. 12. 11.	2019. 12. 12.	의료자원정책과
56	의료법	2018. 3. 27.	2020. 3. 28.	보건의료정책과
57	의료사고 피해구제 및 분쟁조정 등에 관한 법률	2018. 12. 11.	2019. 7. 1.	의료기관정책과
58	의료해외진출 및 외국인환자 유치지원에 관한 법률	2019. 12. 3.	2020. 6. 4.	해외의료총괄과
59	의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률	2018. 12. 11.	2019. 3. 12.	사회서비스자원과
60	인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률(식약처 공동소관)	2018. 12. 11.	2019. 12. 12.	생명윤리정책과
61	입양특례법	2019. 1. 15.	2019. 7. 16.	아동복지정책과
62	자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률	2019. 12. 3.	2019. 12. 3.	자살예방정책과
63	장기등 이식에 관한 법률	2019. 1. 15.	2019. 7. 16.	생명윤리정책과
64	장사 등에 관한 법률	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	노인지원과
65	장애아동 복지지원법	2016. 12. 2.	2016. 12. 2.	장애인서비스과
66	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률	2018. 12. 31.	2019. 7. 1.	장애인정책과
67	장애인·노인을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률	2017. 9. 19.	2018. 12. 30.	장애인자립기반과
68	장애인·노인·임산부 등의 편의 증진 보장에 관한 법률	2019. 1. 15.	2021. 1. 16.	장애인권익지원과
69	장애인복지법	2019. 12. 3.	2020. 3. 4.	장애인정책과
70	장애인연금법	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	장애인자립기반과
71	장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률	2019. 12. 3.	2020. 12. 4.	장애인권익지원과
72	장애인활동 지원에 관한 법률	2018. 12. 11.	2019. 7. 1.	장애인서비스과
73	저출산고령사회기본법	2014. 3. 18.	2014. 3. 18.	인구정책총괄과
74	전공의의 수련환경 개선 및 지위향상에 관한 법률	2019. 1. 15.	2020. 1. 16.	의료자원정책과
75	정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률	2019. 4. 23.	2020. 4. 24.	정신건강정책과
76	재난적의료비지원에관한법률	2018. 1. 16.	2018. 7. 1.	보험정책과
77	제대혈 관리 및 연구에 관한 법률	2017. 10. 24.	2018. 1. 25.	생명윤리정책과
78	제약산업 육성 및 지원에 관한 특별법	2019. 4. 30.	2019. 8. 1.	보건산업진흥과

연번	법률명	공포 일자	시행 일자	소관 부서
79	중증장애인생산물 우선구매 특별법	2019. 11. 26.	2020. 5. 27.	장애인자립기반과
80	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률	2017. 9. 19.	2017. 9. 19.	공공의료과
81	지역보건법	2019. 12. 3.	2020. 6. 4.	건강정책과
82	천연물 신약 연구개발 촉진법	2019. 1. 15.	2019. 1. 15.	보건의료기술개발과
83	첨단의료복합단지 지정 및 지원에 관한 특별법	2019. 4. 30.	2019. 11. 1.	보건산업진흥과
84	치매관리법	2019. 4. 30.	2019. 4. 30.	노인정책과
85	한국국제보건의료재단법	2019. 1. 15.	2019. 1. 15.	국제협력담당관
86	한국보건복지인력개발원법	2017. 10. 31.	2018. 11. 1.	기획조정담당관
87	한국보건산업 진흥원법	2017. 9. 19.	2017. 9. 19.	보건산업정책과
88	한국보건의료인 국가시험원법	2017. 10. 31.	2018. 11. 1.	의료자원정책과
89	한국인 원자폭탄 피해자 지원을 위한 특별법(2016년도 제정)	2016. 5. 29.	2017. 5. 30.	질병정책과
90	한센인 피해사건의 진상규명 및 피해자 생활지원 등에 관한 법률	2019. 1. 15.	2019. 7. 16.	질병정책과
91	한의학 육성법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	한의학정책과
92	혈액관리법	2019. 12. 3.	2019. 12. 3.	생명윤리정책과
93	환자안전법	2015. 1. 28.	2016. 7. 29.	의료기관정책과
94	호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	2019. 3. 26.	2019. 3. 28.	생명윤리정책과
95	효행 장려 및 지원에 관한 법률	2017. 12. 12.	2017. 12. 12.	노인지원과
96	후천성면역결핍증 예방법	2018. 3. 27.	2020. 1. 1.	질병정책과
97	희귀질환관리법	2019. 4. 30.	2019. 4. 30.	질병정책과
98	보건의료인력지원법안	2019. 4. 23.	2019. 10. 24.	의료자원정책과
99	의료기기산업육성 및 혁신의료기기 지원법안	2019. 4. 30.	2020. 5. 1	보건산업진흥과
100	첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률	2019. 8. 27.	2020. 8. 28	보건의료기술개발과

※ 이미 시행 중인 법령의 공포 일자 및 시행 일자 는 2019년도 개정 법률안 기준임.

II 대통령령(103개)

(‘19. 12.)

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
1	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령	2019. 7. 9.	2019. 7. 9.	질병정책과
2	건강검진기본법 시행령	2019. 2. 19.	2019. 2. 19.	건강증진과
3	검역법 시행령	2017. 6. 27.	2017. 6. 27.	질병정책과
4	결핵예방법 시행령	2019. 6. 4.	2019. 6. 12.	질병정책과
5	고령친화산업 진흥법 시행령	2019. 7. 9.	2019. 7. 9.	요양보험제도과
6	공공보건의료에 관한 법률 시행령	2015. 11. 18.	2015. 11. 19.	공공의료과
7	공중보건장학을위한특례법시행령	2017. 3. 27.	2017. 3. 30.	공공의료과
8	공중위생관리법 시행령	2019. 10. 8.	2019. 10. 8.	건강정책과
9	구강보건법 시행령	2019. 12. 24.	2020. 1. 16.	구강정책과
10	국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	공공의료과
11	국민건강보험법 시행령	2019. 12. 31.	2020. 1. 1.	보험정책과
12	국민건강증진법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	건강정책과
13	국민기초생활 보장법 시행령	2019. 12. 24.	2020. 1. 1.	기초생활보장과
14	국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률 시행령	2017. 7. 26.	2017. 7. 26.	국민연금정책과
15	국민연금법 시행령	2019. 12. 31.	2020. 7. 1.	국민연금정책과
16	국민영양관리법 시행령	2015. 4. 29.	2015. 5. 24.	건강증진과
17	기초연금법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	기초연금과
18	긴급복지지원법 시행령	2018. 6. 5.	2018. 6. 5.	기초생활보장과
19	노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 시행령	2019. 6. 11.	2019. 7. 16.	자립지원과
20	노인복지법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	노인정책과
21	노인장기요양보험법 시행령	2019. 12. 31.	2020. 1. 1.	요양보험제도과
22	노후준비 지원법 시행령	2017. 7. 26.	2017. 7. 26.	인구정책총괄과
23	농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	건강정책과
24	농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법 시행령	2015. 6. 22.	2015. 7. 29.	복지정책과
25	대한노인회 지원에 관한 법률 시행령	2011. 12. 13.	2011. 12. 13.	노인정책과
26	대한적십자사 조직법 시행령	2018. 9. 4.	2018. 9. 4.	공공의료과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
27	마약류중독자 치료보호규정	2016. 5. 10.	2016. 5. 10.	정신건강정책과
28	모자보건법 시행령	2018. 9. 11.	2018. 9. 14.	출산정책과
29	발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 시행령	2017. 7. 26.	2017. 7. 26.	장애인서비스과
30	병원체자원의 수집·관리 및 활용 촉진에 관한 법률 시행령	2017. 1. 31.	2017. 2. 4.	생명윤리정책과
31	보건범죄단속에관한특별조치법시행령	2010. 3. 15.	2010. 3. 19.	
32	보건복지부와 그 소속기관 직제	2019. 12. 24.	2019. 12. 24.	혁신행정담당관
33	보건의료기본법 시행령	2017. 8. 9.	2017. 8. 9.	보건의료정책과
34	보건의료기술 진흥법 시행령	2019. 10. 8.	2019. 10. 8.	보건의료기술개발과
35	보건의료요원장학금규정	2010. 3. 15.	2010. 3. 19.	공공의료과
36	보건의료인력지원법 시행령	2019. 10. 22.	2019. 10. 24.	보건의료정책과
37	보건환경연구원법시행령	2013. 3. 23.	2013. 3. 23.	건강증진과
38	보호시설에 있는 미성년자의 후견 직무에 관한 법률 시행령	2019. 4. 23.	2019. 5. 24.	아동권리과
39	사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 시행령	2019. 5. 7.	2019. 6. 12.	급여기준과
40	사회보장기본법 시행령	2018. 9. 18.	2018. 9. 21.	사회보장총괄과
41	사회복지사 등의 처우 및 지위 향상을 위한 법률 시행령	2014. 12. 9.	2014. 12. 9.	복지정책과
42	사회복지사업법 시행령	2019. 6. 11.	2019. 6. 12.	복지정책과
43	사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 시행령	2019. 10. 8.	2019. 10. 8.	사회서비스정책과
44	생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행령	2019. 10. 22.	2019. 10. 24.	생명윤리정책과
45	시체 해부 및 보존에 관한 법률 시행령	2018. 7. 31.	2018. 7. 31.	생명윤리정책과
46	식품등 기부 활성화에 관한 법률 시행령	2019. 7. 9.	2019. 7. 9.	사회서비스일자리과
47	실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률 시행령	2019. 6. 25.	2019. 6. 25.	아동권리과
48	심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령	2017. 5. 29.	2017. 5. 30.	질병정책과
49	아동복지법 시행령	2019. 3. 19.	2020. 1. 1.	아동복지정책과
50	아동수당법 시행령	2019. 3. 19.	2020. 1. 1.	아동복지정책과
51	아동의 빈곤예방 및 지원 등에 관한 법률 시행령	2012. 7. 13.	2012. 7. 15.	아동복지정책과
52	암관리법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	질병정책과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
53	약사법 시행령	2019. 12. 24.	2020. 1. 16.	약무정책과
54	영유아보육법 시행령	2019. 10. 29.	2019. 11. 1.	보육정책과
55	응급의료에 관한 법률 시행령	2019. 6. 11.	2019. 6. 12.	응급의료과
56	의료급여법 시행령	2019. 10. 22.	2020. 1. 1.	기초의료보장과
57	의료기사 등에 관한 법률 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	의료자원정책과
58	의료법 시행령	2019. 10. 8.	2019. 10. 8.	보건의료정책과
59	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행령	2019. 6. 11.	2019. 7. 1.	의료기관정책과
60	의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 시행령	2019. 7. 9.	2019. 7. 9.	해외의료총괄과
61	의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	사회서비스지원과
62	의약품물류협동조합의구성및운영등에 관한규정	2010. 3. 15.	2010. 3. 19.	약무정책과
63	인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률 시행령	2019. 6. 4.	2019. 12. 12.	생명윤리정책과
64	입양특례법 시행령	2019. 7. 16.	2019. 7. 16.	아동복지정책과
65	자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 시행령	2019. 7. 9.	2019. 7. 16.	자살예방정책과
66	장기등 이식에 관한 법률 시행령	2019. 7. 16.	2019. 7. 16.	생명윤리정책과
67	장사 등에 관한 법률 시행령	2019. 6. 4.	2019. 6. 12.	노인지원과
68	장애아동 복지지원법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	장애인서비스과
69	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령	2018. 12. 31.	2019. 7. 1.	장애인정책과
70	장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률 시행령	2018. 12. 18.	2018. 12. 30.	장애인자립기반과
71	장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	장애인권익지원과
72	장애인복지법 시행령	2019. 12. 31.	2020. 1. 1.	장애인정책과
73	장애인연금법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	장애인자립기반과
74	장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 시행령	2018. 6. 19.	2018. 6. 20.	장애인권익지원과
75	장애인활동 지원에 관한 법률 시행령	2019. 10. 8.	2019. 10. 8.	장애인서비스과
76	재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령	2018. 6. 26.	2018. 7. 1.	의료보장관리과
77	저출산·고령사회기본법 시행령	2017. 9. 12.	2017. 9. 12.	인구정책총괄과
78	전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률 시행령	2019. 7. 16.	2019. 7. 16.	의료자원정책과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
79	전문직의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정	2017. 11. 21.	2017. 11. 21.	의료자원정책과
80	정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령	2019. 10. 22.	2020. 4. 24.	정신건강정책과
81	제대혈 관리 및 연구에 관한 법률 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	생명윤리정책과
82	제약산업 육성 및 지원에 관한 특별법 시행령	2019. 6. 11.	2019. 6. 12.	보건산업진흥과
83	중증장애인생산물 우선구매 특별법 시행령	2018. 12. 11.	2018. 12. 13.	장애인자립기반과
84	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	공공의료과
85	지역보건법시행령	2018. 12. 18.	2018. 12. 20.	건강정책과
86	천연물신약 연구개발 촉진법 시행령	2014. 1. 28.	2014. 1. 31.	보건의료기술개발과
87	첨단의료복합단지 지정 및 지원에 관한 특별법 시행령	2019. 10. 29.	2019. 11. 1.	보건산업진흥과
88	치과의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정	2019. 5. 7.	2019. 11. 8.	의료기관정책과
89	치매관리법 시행령	2018. 12. 31.	2018. 12. 31.	치매정책과
90	한국국제보건의료재단법 시행령	2018. 9. 18.	2018. 9. 21.	국제협력담당관
91	한국보건복지인력개발원법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	인사과
92	한국보건산업진흥원법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	보건산업진흥과
93	한국보건의료인국가시험원법 시행령	2018. 10. 30.	2018. 11. 1.	의료자원정책과
94	한국인 원자폭탄 피해자 지원을 위한 특별법 시행령	2017. 7. 26.	2017. 7. 26.	질병정책과
95	한센인피해사건의 진상규명 및 피해자 지원 등에 관한 법률 시행령	2019. 5. 14.	2019. 7. 16.	질병정책과
96	한의원전문직의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정	2014. 12. 9.	2014. 12. 9.	한의학정책과
97	한의학육성법시행령	2019. 6. 11.	2019. 6. 12.	한의학정책과
98	혈액관리법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	생명윤리정책과
99	호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행령	2019. 3. 26.	2019. 3. 28.	질병정책과 생명윤리정책과
100	환자안전법 시행령	2016. 6. 8.	2016. 7. 29.	의료기관정책과
101	효행 장려 및 지원에 관한 법률 시행령	2018. 4. 24.	2018. 4. 24.	노인지원과
102	후천성면역결핍증 예방법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	질병정책과
103	희귀질환관리법 시행령	2016. 12. 30.	2016. 12. 30.	질병정책과

※ 이미 시행 중인 법령의 공포 일자 및 시행 일자 는 2019년도 개정 법률안 기준임.

Ⅲ 부령(119개)

(‘19. 12.)

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
1	간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙	2017. 5. 30.	2017. 5. 30.	요양보험제도과
2	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙	2019. 11. 22.	2020. 1. 1.	질병정책과
3	건강검진기본법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	건강증진과
4	검역공무원 복제 규칙	2017. 12. 5.	2018. 1. 1.	질병정책과
5	검역법 시행규칙	2019. 9. 24.	2020. 3. 25.	질병정책과
6	결핵예방법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	질병정책과
7	경제자유구역 내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙	2018. 12. 28.	2019. 1. 1.	보건의료정책과
8	공공보건의료에 관한 법률 시행규칙	2018. 12. 28.	2019. 1. 1.	공공의료과
9	공중보건장학을 위한특례법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	공공의료과
10	공중위생관리법 시행규칙	2019. 11. 22.	2021. 1. 1.	건강정책과
11	구강보건법 시행규칙	2015. 11. 19.	2015. 11. 19.	구강정책과
12	구급차의 기준 및 응급환자이송업의 시설 등 기준에 관한 규칙	2017. 12. 1.	2017. 12. 3.	응급의료과
13	국립검역소 지소의 명칭·위치 및 관할 검역항에 관한 규칙	2010. 3. 19.	2010. 3. 19.	질병정책과
14	국립소록도병원 운영규칙	2017. 5. 30.	2017. 5. 30.	질병정책과
15	국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 시행규칙	2015. 1. 5.	2015. 1. 5.	공공의료과
16	국민건강보험법 시행규칙	2019. 12. 31.	2020. 1. 1.	보험정책과
17	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	2019. 6. 12.	2020. 1. 1.	보험급여과
18	국민건강증진법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	건강정책과
19	국민기초생활 보장법 시행규칙	2019. 10. 23.	2019. 10. 24.	기초생활보장과
20	국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률 시행규칙	2015. 6. 16.	2015. 6. 16.	국민연금정책과
21	국민연금법 시행규칙	2019. 12. 20.	2019. 12. 20.	국민연금정책과
22	국민영양관리법 시행규칙	2019. 10. 24.	2019. 10. 24.	건강증진과
23	기초연금법 시행규칙	2016. 5. 25.	2016. 8. 4.	기초연금과
24	긴급복지지원법 시행규칙	2019. 6. 11.	2019. 6. 12.	기초생활보장과
25	노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 시행규칙	2019. 6. 12.	2019. 6. 12.	자립지원과
26	노인복지법 시행규칙	2019. 12. 12.	2019. 12. 12.	노인정책과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
27	노인장기요양보험법 시행규칙	2019. 12. 20.	2019. 12. 20.	요양보험제도과
28	노후준비 지원법 시행규칙	2015. 12. 23.	2015. 12. 23.	인구정책총괄과
29	농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행규칙	2019. 11. 22.	2019. 11. 22.	건강정책과
30	농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	복지정책과
31	대한노인회 지원에 관한 법률 시행규칙	2016. 7. 18.	2016. 8. 4.	노인지원과
32	마약류 중독자 치료보호 등에 관한 규칙	2013. 3. 23.	2013. 3. 23.	정신건강정책과
33	모자보건법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	출산정책과
34	발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 시행규칙	2017. 5. 30.	2017. 5. 30.	장애인서비스과
35	병상 수급계획의 수립 및 조정에 관한 규칙	2010. 3. 19.	2010. 3. 19.	의료기관정책과
36	병원체자원의 수집·관리 및 활용 촉진에 관한 법률 시행규칙	2017. 2. 3.	2017. 2. 4.	생명윤리정책과
37	보건범죄단속에관한특별조치법시행규칙	2010. 3. 19.	2010. 3. 19.	의료기관정책과
38	보건복지부 소관 비상대비자원 관리법 시행규칙	2013. 3. 23.	2013. 3. 23.	비상안전기획관
39	보건복지부 소관 비영리법인의 설립 및 감독에 관한 규칙	2015. 12. 31.	2016. 1. 1.	규제개혁법무담당관
40	보건복지부 소속 국립병원 및 국립재활원 임상연구비 지급 규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	장애인권익지원과
41	보건복지부와 그 소속기관 직제 시행규칙	2019. 12. 24.	2019. 12. 24.	혁신행정담당관
42	보건의료기술 진흥법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	보건의료기술개발과
43	보건의료인력지원법 시행규칙	2019. 10. 24.	2019. 10. 24.	보건의료정책과
44	사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 시행규칙	2019. 6. 12.	2019. 6. 12.	급여기준과
45	사회복지공동모금회법 시행규칙	2016. 6. 15.	2016. 8. 4.	복지정책과
46	사회복지법인 및 사회복지시설 재무·회계 규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	복지정책과
47	사회복지사업법 시행규칙	2019. 8. 12.	2020. 1. 1.	복지정책과
48	사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	사회서비스정책과
49	상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙	2017. 11. 28.	2017. 11. 28.	의료기관정책과
50	생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙	2019. 12. 20.	2019. 12. 20.	생명윤리정책과
51	성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단규칙	2013. 3. 23.	2013. 3. 23.	질병정책과
52	시체 해부 및 보존에 관한 법률 시행규칙	2016. 9. 2.	2016. 9. 2.	생명윤리정책과
53	식품등 기부 활성화에 관한 법률 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	사회서비스일자리과
54	신의료기술평가에 관한 규칙	2019. 7. 4.	2019. 7. 4.	의료자원정책과
55	실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률 시행규칙	2015. 9. 22.	2015. 9. 22.	아동권리과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
56	심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙	2017. 5. 30.	2017. 5. 30.	질병정책과
57	아동복지법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	아동복지정책과
58	아동수당법 시행규칙	2019. 3. 27.	2019. 4. 1.	아동복지정책과
59	아동의 빈곤예방 및 지원 등에 관한 법률 시행규칙	2012. 7. 13.	2012. 7. 15.	아동복지정책과
60	안마사에 관한 규칙	2018. 12. 28.	2019. 1. 1.	보건의료정책과
61	암관리법 시행규칙	2018. 12. 20.	2018. 12. 20.	질병정책과
62	약사법 시행규칙	2019. 12. 20.	2019. 12. 20.	약무정책과
63	어린이급식관리지원센터의 집단급식소 등록 관리 및 절차 등에 관한 규칙	2013. 3. 23.	2013. 3. 23.	보육정책국
64	어린이·노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙	2017. 7. 26.	2017. 7. 26.	장애인권익지원과
65	영유아보육법 시행규칙	2019. 12. 31.	2020. 3. 1.	보육정책과
66	요양급여비용종약제비지급규칙	2010. 9. 1.	2010. 9. 1.	약무정책과
67	응급의료에 관한 법률 시행규칙	2019. 12. 31.	2019. 12. 31.	응급의료과
68	의료관계 행정처분 규칙	2019. 8. 30.	2019. 8. 30.	의료자원정책과
69	의료급여법 시행규칙	2019. 12. 31.	2020. 1. 1.	기초의료보장과
70	의료기관세탁물 관리규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	의료기관정책과
71	의료기관 회계기준 규칙	2018. 12. 28.	2019. 1. 1.	의료기관정책과
72	의료기기 유통 및 판매질서 유지에 관한 규칙	2017. 6. 28.	2017. 6. 28.	약무정책과
73	의료기사 등에 관한 법률 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	약무정책과
74	의료법 시행규칙	2019. 10. 24.	2020. 2. 28.	보건의료정책과
75	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙	2019. 6. 12.	2019. 7. 1.	의료기관정책과
76	의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 시행규칙	2019. 12. 12.	2019. 12. 12.	해외의료총괄과
77	의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	사회서비스지원과
78	의사의 조건부 면허에 관한 규칙	2011. 10. 10.	2011. 10. 10.	의료자원정책과
79	인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률 시행규칙	2019. 7. 16.	2019. 7. 16.	생명윤리정책과
80	입양특례법 시행규칙	2019. 7. 16.	2019. 7. 16.	아동복지정책과
81	자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 시행규칙	2019. 7. 16.	2019. 7. 16.	자살예방정책과
82	장기등 이식에 관한 법률 시행규칙	2019. 12. 20.	2019. 12. 20.	생명윤리정책과
83	장기요양기관 재무·회계 규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	요양보험운영과
84	장사 등에 관한 법률 시행규칙	2019. 12. 27.	2019. 12. 27.	노인지원과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
85	장애물 없는 생활환경 인증에 관한 규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	장애인권익지원과
86	장애아동 복지지원법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	장애인서비스과
87	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙	2019. 7. 1.	2019. 7. 1.	장애인정책과
88	장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용 촉진에 관한 법률 시행규칙	2019. 8. 12.	2019. 8. 12.	장애인자립기반과
89	장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	장애인권익지원과
90	장애인복지법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	장애인정책과
91	장애인연금법 시행규칙	2019. 6. 27.	2019. 7. 1.	장애인자립기반과
92	장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	장애인서비스과
93	재난적의료비 지원에 관한 법률 시행규칙	2019. 11. 15.	2019. 11. 15.	의료보장관리과
94	전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	의료자원정책과
95	전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙	2017. 3. 28.	2017. 3. 30.	의료자원정책과
96	전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙	2017. 11. 28.	2017. 11. 28.	보건의료정책과
97	전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙	2018. 11. 15.	2018. 11. 15.	의료자원정책과
98	접골사·침사·구사·안마사자격시험규정	2013. 3. 23.	2013. 3. 23.	의료자원정책과
99	정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙	2019. 10. 24.	2020. 4. 24.	정신건강정책과
100	정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	정신건강정책과
101	제대혈 관리 및 연구에 관한 법률 시행규칙	2011. 7. 4.	2011. 7. 4.	생명윤리정책과
102	제약산업 육성 및 지원에 관한 특별법 시행규칙	2019. 6. 12.	2019. 6. 12.	보건산업진흥과
103	중증장애인생산물 우선구매 특별법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	장애인자립기반과
104	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 시행규칙	2015. 7. 28.	2015. 7. 29.	공공의료과
105	지역보건법 시행규칙	2019. 8. 19.	2019. 10. 3.	건강정책과
106	진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙	2017. 9. 29.	2017. 9. 29.	보건산업진흥과
107	질병관리본부 시험의뢰규칙	2019. 8. 23.	2020. 1. 1.	질병정책과
108	첨단의료복합단지 육성에 관한 특별법 시행규칙	2019. 11. 1.	2019. 11. 1.	보건산업진흥과
109	치과 의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	의료기관정책과
110	치매관리법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	치매정책과
111	특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	의료자원정책과

제3장 소관법령 현황

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
112	한센인피해사건의 진상규명 및 피해자 지원 등에 관한 법률 시행규칙	2019. 7. 16.	2019. 7. 16.	질병정책과
113	한 의사전문인의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙	2016. 12. 30.	2016. 12. 30.	한약약정정책과
114	혈액관리법 시행규칙	2019. 8. 16.	2020. 1. 1.	생명윤리정책과
115	호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙	2019. 3. 26.	2019. 3. 28.	생명윤리정책과
116	환자안전법 시행규칙	2016. 7. 29.	2016. 7. 29.	의료기관정책과
117	효행 장려 및 지원에 관한 법률 시행규칙	2018. 4. 24.	2018. 4. 24.	노인지원과
118	후천성면역결핍증 예방법 시행규칙	2019. 12. 31.	2020. 1. 1.	질병정책과
119	희귀질환관리법 시행규칙	2016. 12. 30.	2016. 12. 30.	질병정책과

주: 이미 시행 중인 법령의 공포 일자 및 시행 일자 는 2019년도 개정 법률안 기준임.

제4장 산하 공공기관 현황

I 준정부기관(9개소)

(‘19. 12. 기준)

유형	공공기관명	기관장	주 소	전화번호
준 정 부 기 관 (9)	국민건강보험공단	김용익	강원도 원주시 건강로 32(반곡동)	1577-1000
	국민연금공단	김성주	전라북도 전주시 덕진구 기지로180(만성동)	(국번 없이) 1355
	건강보험심사평가원	김승택	강원도 원주시 혁신로60(반곡동)	1644-2000
	사회보장정보원	임희택	서울특별시 중구 퇴계로 173 (충무로 3가) 남산스퀘어빌딩21층	02-6360-6114
	한국보건산업진흥원	권덕철	충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 187 오송보건의료행정타운	043-713-8000
	한국노인인력개발원	강익구	경기도 고양시 일산동구 하늘마을로 106 (중산동 1701)	031-8035-7500~9
	한국보건복지인력개발원	허 선	충청북도 청원군 오송읍 오송생명2로 187 오송보건의료행정타운	043-710-9000
	한국보육진흥원	유희정	서울특별시 용산구 청파로 345(서계동) 주연빌딩 4, 5, 6층	02-6901-0100
	한국건강증진개발원	조인성	서울특별시 중구 퇴계로 173(충무로 3가) 남산스퀘어빌딩 24층	02-3781-3500

II 기타 공공기관(16개소)

유형	공공기관명	기관장	주 소	전화번호
기 타 공 공 기 관 (16)	대한적십자사	박경서	서울특별시 중구 소파로 145(남산동 3가)	02-3705-3705
	국립암센터	이은숙	경기도 고양시 일산동구 일산로 323 (마두 1동)	1588-8110
	국립중앙의료원	정기현	서울특별시 중구 을지로 245(을지로 6가)	1588-1775
	한국사회복지협의회	서상목	서울특별시 마포구 만리재로 14(공덕동) 한국사회복지회관 5층	02-2077-3908 ~10
	한국보건의료인국가시험원	이윤성	서울특별시 광진구 자양로 45(자양 2동)	1544-4244
	한국장애인개발원	최경숙	서울특별시 영등포구 의사당대로 22 이룸센터 5층	02-3433-0600
	한국국제보건의료재단	추무진	서울특별시 중구 을지로 6 재능교육빌딩 6, 7층	02-6910-9000
	한국의료분쟁조정중재원	윤정석	서울특별시 중구 남대문로 5가 581 서울시티타워 20층	02-6210-0114
	한국보건의료연구원	-	서울특별시 중구 퇴계로 173(충무로 3가) 남산스퀘어빌딩 7층	02-2174-2700
	오송첨단의료산업진흥재단	박구선	충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명로123	043-200-9100
	대구경북첨단의료산업진흥재단	이영호	대구광역시 동구 동내로88(동내동360-4)	053-790-5114
	한국장기조직기증원	조원현	서울특별시 서대문구 충정로 36 국민연금공단충정로사옥 5층	02-3447-5632
	한국한의학진흥원	이응세	경상북도 경산시 화랑로 94	053-810-0202
	의료기관평가인증원	한원곤	서울특별시 영등포구 국회대로 76길 10 (여의도동) 10층	02-2076-0600
	국가생명윤리정책원	-	서울특별시 중구 남대문로 113, DB 다동빌딩 5층	02-737-8970
	한국공공조직은행	이덕형	서울특별시 중구 퇴계로 307, 3층	1600-1739

2019 보건복지백서

발행처	보건복지부
발행인	보건복지부장관 박능후
편집인	기획조정실장 강도태
편집참여자	정책통계담당관 우영제 담당사무관 박성인 담당주무관 주혜영

인쇄 / 기획	대승사
발행일	2020년 9월

주소	(30113) 세종특별자치시 도움4로 13(정부세종청사 10동)
전화	044-202-2204, 2202
팩스	044-202-3913
홈페이지	www.mohw.go.kr

본 백서는 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)에서도 확인하실 수 있습니다.
또한, 한국경제서적 정부간행물판매센터(전화 02-737-7498)를 통해 시중 서점에서 판매하고 있습니다.

2019 보건복지백서

MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE WHITE BOOK