발간등록번호
11-1352000-000160-10

2022

보건복지백서

THE HEALTH AND WELFARE
WHITE PAPER 2022

www.mohw.go.kr

보건복지부
Ministry of Health and Welfare

발간사
Foreword

국민 여러분 안녕하십니까?
보건복지부 장관 조규홍입니다.

지난해 우리부 업무성과와 올해의 정책 방향을 담은 보건복지백서를 발간하게 된 것을 진심으로 기쁘게 생각합니다.

2022년은 고물가, 고금리, 고용불안 등 경제적 불안 상황과 이에 따른 취약계층의 어려움 가중, 코로나19 일상 회복으로의 전환 등 어려운 상황 속에서도 국민의 건강과 복지 증진을 위해 최선을 다한 한 해였습니다.

지난 5월 새롭게 출범한 우리 정부는 소외된 약자들에게 최소한의 인간적인 삶을 보장하는 것이 국가의 최우선 소명임을 인식하고 약자복지를 실현하기 위한 다양한 정책과 사업을 추진하였습니다.

사회적 약자를 사각지대 없이 지원하기 위한 취약계층의 소득보장을 강화하고 긴급복지와 자립수당을 확대하였으며, 위기가구 발굴시스템을 향상시켜 위기 정보를 확대하였습니다. 또한 급여 선정기준의 개편 및 수급 범위의 확대는 가장 도움이 시급한 사회적 약자인 빈곤층을 포함, 가장 필요한 곳에 필요한 복지를 제공하고자 하는 우리 정부의 의지를 담아 적극적으로 추진한 결과였습니다.

생애주기별 맞춤 돌봄을 제공하기 위해 청년층에게는 청년내일저축계좌를 통한 자산 마련 기회를 제공하였고, 노년층에게는 기초연금을 단계적으로 인상하여 안정적인 노후생활을 영위하는데 보탬이 되도록 지원하였습니다. 영유아 부모 세대의 양육환경을 개선하기 위해 국공립 어린이집을 확충하고 시간제보육을 개편하였고, 발달장애인을 위한 돌봄 대책을 마련하였습니다.

보건 분야에서는 코로나19 유행 상황에서 단계적 일상 회복 로드맵을 수립하였고, '22. 4월에 사회적 거리두기 해제, 5월 실외 마스크 해제 등 국민 불편과 방역상황을 고려한 균형 잡힌 정책을 통해 단계적인 일상회복을 추진해 나갔습니다. 이를 통해 올해 초 실내 마스크를 해제하는 등 유행 이전의 일상을 조금씩 회복해 나가고 있습니다.



건강보험 보장성을 강화하여 국민들이 안심하고 의료 서비스를 받을 수 있도록 지원하였고, 건강보험료 부과체계를 개편하여 직장과 지역 가입자 간의 보험료 부과 차이를 해소하였습니다.

특히, 작년 말에는 국민 생명과 직결된 필수 의료 강화를 위한 정책 기초 작업을 완료하였습니다. 응급의료체계 개편과 확충, 의료기관 역량 강화, 지역 간 협력, 분만과 소아 진료 강화, 공공정책수가 도입, 고난도 중증 의료 인프라 지원, 수요 부족에 대응한 충분한 의료 인력 확보 등의 구체적 방안을 마련하였고, 앞으로 의견 수렴과 협의를 거쳐 단계적으로 추진해 나갈 예정입니다.

미래를 대비한 복지개혁도 계속 진행 중입니다. 노인 인구의 증가와 노후 소득 보장의 중요성을 고려하여 국민연금을 지속가능하게 개혁하고, 인구정책 패러다임을 전환하여 저출산을 완화하며 일과 육아를 병행할 수 있는 지원을 확대하였습니다. 또한, 바이오헬스산업을 선도하여 국제무대에서 우리의 역할을 확대하고 신시장을 개척하기 위해 노력하였습니다.

본 백서는 보건복지 분야의 우리 부 정책 성과를 종합하고, 향후 정책 방향과 전망을 담았습니다. 이 백서가 국민 여러분과 함께 걷는 길의 지침서이자 더 나은 삶과 풍요로운 미래를 위한 대한민국의 나침반으로 활용되기를 바라며 앞으로도 국민 여러분의 많은 관심과 지속적인 성원을 부탁드립니다.

감사합니다.

보건복지부장관 조 규홍

목 차 CONTENTS

성과개요

2022 한눈에 보는 보건복지 주요성과

제1부 2022년 보건복지부 정책 개요

제1장 보건복지정책 환경 및 과제

제1절 정책 환경 ····· 22

제2절 보건복지정책의 비전 및 과제 ····· 23

제2부 부문별 보건복지 정책

특별장 코로나19 위기 발생 및 대응

제1절 코로나19 대응 체계 ····· 28

Ⅰ. 거버넌스 ····· 28

Ⅱ. 대국민 소통 ····· 32

제2절 방역 대응 ····· 37

Ⅰ. 진단검사 ····· 37

Ⅱ. 취약시설 · 고위험군 관리 ····· 39

제3절 의료 대응 ····· 42

Ⅰ. 중증도별 병상 운영 ····· 42

Ⅱ. 일반 의료체계 운영 ····· 61

Ⅲ. 백신 · 치료제 개발 지원 ····· 73

제4절 사회 대응 ····· 80

Ⅰ. 코로나 우울 대응 심리지원 ····· 80

Ⅱ. 손실보상 ····· 82

제1장 국민기초생활보장

제1절 국민기초생활보장제도 ····· 98
Ⅰ. 개요 ····· 98
Ⅱ. 기초생활보장 강화(부양의무자 기준 단계적 완화) ···· 103

제2절 기초의료보장제도 ····· 109
Ⅰ. 개요 ····· 109
Ⅱ. 의료급여제도의 개선 ····· 120

제3절 자활지원사업 ····· 128
Ⅰ. 개요 ····· 128
Ⅱ. 자활지원사업의 개선 ····· 128

제4절 긴급복지지원제도 ····· 141
Ⅰ. 개요 ····· 141
Ⅱ. 긴급복지지원제도의 강화 ····· 146

제5절 노숙인 등 복지지원사업 ····· 147
Ⅰ. 개요 ····· 147
Ⅱ. 노숙인 등 보호 및 지원 ····· 147

제6절 농어촌 주민의 보건복지 증진 ····· 152
Ⅰ. 개요 ····· 152
Ⅱ. 농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 대책 추진 ·· 153

제7절 사회보장정보시스템 ····· 155
Ⅰ. 개요 ····· 155
Ⅱ. 사회보장정보시스템(행복이음) 구축 내용 ····· 157
Ⅲ. 사회보장정보시스템(행복e음) 운영 현황 및 성과 ··· 159
Ⅳ. 사회보장정보시스템(범정부) 구축 ····· 164
Ⅴ. 차세대 사회보장정보시스템 구축 ····· 171
Ⅵ. 향후 계획 ····· 173

제8절 복지사업의 표준화 ····· 174
Ⅰ. 개요 ····· 174
Ⅱ. 기준 표준화의 내용과 절차 ····· 176
Ⅲ. 추진 성과 ····· 178
Ⅳ. 건강보험료 판정기준 ····· 180
Ⅴ. 향후 계획 ····· 181

제9절 지역사회복지의 활성화 ····· 182
Ⅰ. 지역사회보장계획 수립 및 지역사회보장협의체 구성 ····· 182
Ⅱ. 사회보장 특별지원구역 ····· 187
Ⅲ. 사회복지전달체계 개편 ····· 189
Ⅳ. 지방자치단체 복지평가 ····· 196

제2장 사회정책 총괄·조정 기능 강화

제1절 사회보장체계 구축 및 지원 ····· 202
Ⅰ. 사회보장위원회 운영 ····· 202
Ⅱ. 중장기 사회보장 재정추계 ····· 208
Ⅲ. 사회복지지출 산출 ····· 211

제2절 사회보장제도의 협의·조정 ····· 214
Ⅰ. 신설·변경되는 사회보장제도 협의·조정 ····· 214
Ⅱ. 사회보장 협의·조정 제도 개선 ····· 219

제3절 사회보장제도 평가 ····· 222
Ⅰ. 사회보장제도 평가 ····· 222
Ⅱ. 사회보장 시행계획 추진실적 평가 ····· 225
Ⅲ. 사회보장지표의 조사·분석 및 관리 ····· 227

제3장 사회서비스

제1절 사회서비스 정책 ····· 232
Ⅰ. 개요 ····· 232
Ⅱ. 사회서비스 활성화 대책 추진 ····· 235
Ⅲ. 사회서비스 일자리정책 ····· 242
Ⅳ. 지역자율형 사회서비스 투자 사업 ····· 245

제2절 민간복지자원 육성 및 나눔문화 ····· 248
Ⅰ. 사회복지공동모금회 지원 ····· 248
Ⅱ. 사회복지분야 자원봉사 활성화 ····· 250
Ⅲ. 기부식품 등 제공사업 활성화 ····· 255
Ⅳ. 사회복무요원 직무교육 ····· 259
Ⅴ. 나눔문화 확산 ····· 262
Ⅵ. 의사상자 예우 ····· 268
Ⅶ. 시·도 사회서비스원 운영 ····· 269

제3절 장애인복지정책 ····· 273
Ⅰ. 개요 ····· 273
Ⅱ. 장애인 차별 해소 및 사회 참여 ····· 286
Ⅲ. 장애인 소득보장 ····· 297
Ⅳ. 장애인 경제활동 지원 ····· 299
Ⅴ. 장애인복지 인프라 확충 ····· 303

제4장 저출산 · 고령사회 대응정책

제1절 저출산 · 고령사회 대책 ····· 314
Ⅰ. 저출산 · 고령사회 기본계획 ····· 314
Ⅱ. 저출산 대응 인구정책 ····· 320
Ⅲ. 고령친화산업 육성 ····· 323

제2절 모성과 영유아 건강증진정책 330
Ⅰ. 개요 330
Ⅱ. 영유아 사전·예방적 건강관리 331
Ⅲ. 모성 건강관리 강화 334
Ⅳ. 출산·양육부담 경감 341

제3절 아동복지정책 343
Ⅰ. 개요 343
Ⅱ. 아동의 권리와 참여 증진 346
Ⅲ. 아동복지체계 확충 349
Ⅳ. 아동학대 예방 및 아동안전 강화 363

제4절 노인복지정책 377
Ⅰ. 개요 377
Ⅱ. 노인 사회 활동 참여 380
Ⅲ. 안전한 노후 생활 384
Ⅳ. 편안한 노후 생활 389
Ⅴ. 노인장기요양보험제도 395
Ⅵ. 건강한 노후 생활 402
Ⅶ. 장사제도 및 경로우대제도 404

제5절 보육정책 411
Ⅰ. 개요 411
Ⅱ. 보육비용 지원 확대를 통한 부모 육아부담 경감 414
Ⅲ. 보육서비스 인프라 확충 418
Ⅳ. 부모와 영유아의 특성에 따른 맞춤형 보육서비스 강화 422
Ⅴ. 보육서비스의 질 제고 426
Ⅵ. 효율적인 보육지원체계 구축 435
Ⅶ. 영아수당 지원 및 양육지원체계 기반 마련 437

제5장 연금제도

제1절 국민연금 운영 ····· 442
Ⅰ. 개요 ····· 442
Ⅱ. 가입 대상 ····· 443
Ⅲ. 연금보험료 부과 ····· 445
Ⅳ. 연금급여 지급 ····· 447
Ⅴ. 사회보장협정 ····· 454

제2절 국민연금기금 운용 ····· 458
Ⅰ. 개요 ····· 458
Ⅱ. 국민연금기금 투자 정책 ····· 462
Ⅲ. 국민연금기금 관리·운용 현황 ····· 467
Ⅳ. 국민연금기금의 주요 정책 과제 ····· 471

제3절 기초연금제도의 정착 ····· 473
Ⅰ. 도입 배경 및 필요성 ····· 473
Ⅱ. 운영 현황 및 성과 ····· 474
Ⅲ. 기초연금제도의 내실화 ····· 475

제4절 국민연금과 직역연금 간 연계제도 ····· 478
Ⅰ. 개요 ····· 478
Ⅱ. 제도 개선 내용 ····· 483
Ⅲ. 운영 실적 ····· 486

제5절 국민연금제도의 발전 방향 ····· 487
Ⅰ. 국민연금제도의 내실화 ····· 487
Ⅱ. 제5차 국민연금 재정계산 ····· 489

제6장 보건의료정책

제1절 보건의료정책 ····· 494
Ⅰ. 개요 ····· 494
Ⅱ. 의료의 질 관리 ····· 495
Ⅲ. 의료소비자 권익 강화 ····· 512

제2절 의료자원정책 ····· 531
Ⅰ. 의료자원의 합리적 육성 ····· 531
Ⅱ. 보건의료인 국가시험·면허제도 적정 관리 ····· 540
Ⅲ. 보건의료자원 신고 일원화 ····· 544

제3절 의약품 정책 ····· 547
Ⅰ. 의약품 정책의 기본방향 ····· 547
Ⅱ. 적정하고 합리적인 의약품 사용 ····· 548
Ⅲ. 의약품 등의 공급·유통 체계 개선 ····· 551

제4절 공공보건의료정책 ····· 557
Ⅰ. 수요자 중심 공공의료체계 구축 ····· 557
Ⅱ. 지역보건의료계획 수립 및 시행 ····· 565
Ⅲ. 지역보건의료기관 현대화 추진 ····· 573
Ⅳ. 보건기관 정보화 추진 ····· 576
Ⅴ. 공중보건의사 제도 운영 ····· 578

제5절 비감염성질환 관리 ····· 581
Ⅰ. 개요 ····· 581
Ⅱ. 비감염성질환의 특성 ····· 581
Ⅲ. 심·뇌혈관질환 관리 ····· 582
Ⅳ. 뇌전증 지원체계 구축 ····· 589
Ⅴ. 희귀질환 관리 ····· 593

제6절 암질환 관리 ····· **598**
Ⅰ. 개요 ····· 598
Ⅱ. 국가 암 관리사업 현황 ····· 599
Ⅲ. 국립암센터 운영 지원 ····· 617

제7절 응급의료정책 ····· **621**
Ⅰ. 개요 ····· 621
Ⅱ. 응급의료계획 수립 및 추진 ····· 624
Ⅲ. 대국민 응급의료 현장 서비스 강화 ····· 627
Ⅳ. 응급의료 이송체계 구축 ····· 628
Ⅴ. 응급의료기관 평가 및 육성 ····· 630
Ⅵ. 중증외상전문진료체계 구축 ····· 637
Ⅶ. 국가재난의료체계 육성 ····· 638

제8절 생명윤리정책 ····· **640**
Ⅰ. 기관생명윤리위원회(IRB) 평가·인증 ····· 640
Ⅱ. 유전자검사 제도 ····· 644
Ⅲ. 연명의료 ····· 647
Ⅳ. 시체자원 연구 ····· 652

제9절 혈액 · 장기 정책 ····· **656**
Ⅰ. 개요 ····· 656
Ⅱ. 장기 및 인체조직 ····· 657
Ⅲ. 혈액 수급 및 안전관리 ····· 663

제7장 건강보험

제1절 건강보험제도 운영 ····· 670
Ⅰ. 개요 ····· 670
Ⅱ. 건강보험료 부과체계 개편 ····· 676
Ⅲ. 건강보험료 부과·징수제도 운영 ····· 688
Ⅳ. 건강보험의 재정 안정 ····· 697
Ⅴ. 건강보험 관리조직 운영 ····· 701

제2절 건강보험 급여 체계 ····· 704
Ⅰ. 건강보험 보장성 확대 추진 ····· 704
Ⅱ. 건강보험 수가 관리 ····· 719
Ⅲ. 건강보험 정보화사업 ····· 728

제3절 건강보험 약제 관리 체계 ····· 729
Ⅰ. 건강보험 약가제도 운영 ····· 729
Ⅱ. 건강보험 약제 사용량 관리 ····· 738
Ⅲ. 보험약제 사후 관리 ····· 740

제4절 건강보험급여 사후 관리 ····· 743
Ⅰ. 건강보험 부당청구 관리 ····· 743
Ⅱ. 건강보험급여 적정성 평가 ····· 747
Ⅲ. 치료재료 가격 사후 관리 ····· 750
Ⅳ. 건강보험 심판청구 ····· 754

제8장 국민건강 증진정책

제1절 건강 생활 실천 ····· 760
Ⅰ. 지역사회 통합건강증진사업 ····· 760
Ⅱ. 국가 금연지원서비스 확대 및 담배규제정책 강화 ·· 765
Ⅲ. 음주폐해예방관리 ····· 781

Ⅳ. 국민영양관리 ····· 785
Ⅴ. 질병의 조기 예방을 위한 건강검진 강화 ····· 803
Ⅵ. 일차의료 중심 만성질환관리 사업 통합 ····· 810
Ⅶ. 공중위생관리 ····· 814

제2절 구강건강 증진 ····· 820
Ⅰ. 개요 ····· 820
Ⅱ. 구강보건정책 ····· 823
Ⅲ. 구강보건사업 ····· 826
Ⅳ. 치의학 의료기술 연구개발(R&D) ····· 828

제3절 정신건강 ····· 829
Ⅰ. 개요 ····· 829
Ⅱ. 전 국민 정신건강증진 ····· 831
Ⅲ. 정신의료 서비스/인프라 선진화 ····· 833
Ⅳ. 정신질환자의 지역사회 통합 ····· 837
Ⅴ. 알코올 및 마약류 중독 대응체계 강화 ····· 841
Ⅵ. 자살로부터 안전한 사회 구현 ····· 842
Ⅶ. 정신건강정책 발전을 위한 기반 구축 ····· 847

제9장 보건산업정책

제1절 보건산업 육성 ····· 852
Ⅰ. 개요 ····· 852
Ⅱ. 제약산업 육성 ····· 859
Ⅲ. 의료기기산업 육성 ····· 865
Ⅳ. 화장품산업 육성 ····· 874

제2절 미래의료기반 강화 ····· 878
Ⅰ. 보건의료기술 연구개발(R&D) ····· 878
Ⅱ. 정밀의료 기술개발 ····· 886

Ⅲ. 첨단재생의료산업 육성 ····· 891
Ⅳ. 의료정보기반 구축 ····· 895
Ⅴ. 보건의료 데이터 활용 진흥 ····· 927

제3절 바이오헬스 생태계 조성 ····· 935
Ⅰ. 연구중심병원 육성 ····· 935
Ⅱ. 첨단의료복합단지 조성 ····· 939
Ⅲ. 바이오헬스 분야 기술사업화 지원 ····· 943

제4절 의료 해외 진출 및 외국인환자 유치 ····· 947
Ⅰ. 개요 ····· 947
Ⅱ. 의료 해외진출 ····· 950
Ⅲ. 외국인환자 유치 ····· 957

제5절 글로벌백신허브화추진 ····· 968
Ⅰ. 글로벌백신허브화전략 수립 ····· 968
Ⅱ. 글로벌백신허브화추진위원회 운영 ····· 973
Ⅲ. 글로벌백신협력 확대 ····· 977
Ⅳ. WHO 글로벌 바이오 인력양성 허브 지정 및 운영 ·· 983
Ⅴ. 백신 · 원부자재 생산기반 확립 ····· 986
Ⅵ. 백신 연구개발(R&D) 지원전략 수립 및 공동 연구 추진 ····· 993

제10장 한의약정책

제1절 한의약정책의 비전 ····· 1000

제2절 한의약정책 ····· 1001
Ⅰ. 개요 ····· 1001
Ⅱ. 한의약 육성 추진 ····· 1002
Ⅲ. 한의약 자원 및 제도 ····· 1004
Ⅳ. 한의약 보장성 강화 및 공공보건 확산 ····· 1007
Ⅴ. 한의약의 세계화 추진 ····· 1012

제3절 한의약산업정책 ····· 1016
Ⅰ. 개요 ····· 1016
Ⅱ. 한의약 연구개발사업(R&D) 지원 ····· 1018
Ⅲ. 한의약 해외환자 유치 및 해외진출 지원 ····· 1022
Ⅳ. 한의약산업 혁신성장 지원 ····· 1025
Ⅴ. 한약재수급조절제도 운영 ····· 1030

제11장 정책지원

제1절 주요 업무 평가 ····· 1034
Ⅰ. 평가 개요 ····· 1034
Ⅱ. 평가 결과 ····· 1035
Ⅲ. 환류 ····· 1035

제2절 규제 개혁 ····· 1036
Ⅰ. 추진 방향 ····· 1036
Ⅱ. 규제 개혁 추진 현황 ····· 1038

제3절 주요 정책 홍보 관리 ····· 1045
Ⅰ. 정책 홍보 방향 ····· 1045
Ⅱ. 주요 정책 홍보 추진 현황 및 분석 ····· 1047

제4절 보건복지통계 생산 · 관리 ····· 1053
Ⅰ. 국가승인통계 생산 · 관리 ····· 1053
Ⅱ. 국제기구통계 생산 · 관리 ····· 1056

제5절 정보화 추진 ····· 1057
Ⅰ. 사회복지 분야 정보화 ····· 1057
Ⅱ. 사회보험분야 정보화 ····· 1068
Ⅲ. 보건의료분야 정보화 ····· 1076

Ⅳ. 보건복지행정 분야 정보화 ····· 1083
Ⅴ. 보건복지분야 정보보호 및 개인정보보호 ····· 1084
Ⅵ. 보건복지 공공데이터 발굴 및 제공 ····· 1088

제6절 보건복지상담센터의 운영 ····· 1090
Ⅰ. 설치·운영 배경 ····· 1090
Ⅱ. 운영 체계 ····· 1091
Ⅲ. 추진 실적 및 계획 ····· 1094

제7절 국제 협력의 증진 ····· 1098
Ⅰ. 국제협력사업 ····· 1098

제8절 통상 및 개발 협력의 증진 ····· 1107
Ⅰ. 국제 통상 개요 ····· 1107
Ⅱ. 자유무역협정(FTA) 현황 ····· 1109
Ⅲ. 개발 협력 현황 ····· 1113

제9절 보건복지 분야 인재 양성 ····· 1115
Ⅰ. 현황 ····· 1115
Ⅱ. 보건복지 분야 교육 방향 ····· 1116
Ⅲ. 보건복지 인재 양성 실적 ····· 1117
Ⅳ. 주요 분야별 교육 현황 ····· 1118
Ⅴ. 연구 및 교재 개발 ····· 1127
Ⅵ. 주요 성과 ····· 1129

제10절 보건복지분야 양성평등(Gender Equality) 실현 · 1131
Ⅰ. 개요 ····· 1131
Ⅱ. 보건복지부 성주류화 제도 운영 ····· 1132
Ⅲ. 성희롱·성폭력 방지조치 ····· 1139

제3부
부 록

제1장 조직 · 기능 및 정원 현황

Ⅰ. 조직의 변천 ····· 1144
Ⅱ. 역대 장 · 차관 명단 ····· 1148
Ⅲ. 보건복지부 기구 도표('22. 12.) ····· 1154
Ⅳ. 부서별 기능 ····· 1155
Ⅴ. 정원 현황 ····· 1157

제2장 2022년도 예산 현황

Ⅰ. 2022년도 예산 개요 ····· 1158
Ⅱ. 분야별 예산 내역 ····· 1159

제3장 소관법령 현황

Ⅰ. 법률(102개) ····· 1160
Ⅱ. 대통령령(108개) ····· 1165
Ⅲ. 부령(124개) ····· 1169

제4장 산하 공공기관 현황

Ⅰ. 준정부기관(9개소) ····· 1174
Ⅱ. 기타 공공기관(19개소) ····· 1175

표 목차 | CONTENTS

|표 2-0-1| 코로나19 대응 경과 ····· 29
|표 2-0-2| 중앙사고수습본부 조직도('22. 12. 31. 기준) ····· 30
|표 2-0-3| 고위험 감염취약시설 관리체계 ····· 39
|표 2-0-4| 방역수칙 주요 개편 경과 ····· 40
|표 2-0-5| 중증환자 병상 지역별 현황(2022. 12. 31.) ····· 44
|표 2-0-6| 감염병 전담병원 병상 확보 경과 ····· 45
|표 2-0-7| 거점전담병원 도입 경과 ····· 46
|표 2-0-8| 분만·투석·소아 병상 총괄표 ····· 49
|표 2-0-9| 단계별 공동대응 방식 ····· 55
|표 2-0-10| 수도권 공동대응상황실 구성 ····· 56
|표 2-0-11| 수도권 공동대응상황실 업무 흐름도 ····· 56
|표 2-0-12| 수도권 환자 배정 내역('20.8.21~'22.12.31) ····· 59
|표 2-0-13| 중증병상 재원적정성 평가 내역('21. 1.21~'22.12.31. 중복 제거) ····· 59
|표 2-0-14| 전담치료병상 장기재원환자 전실·전원 권고 ····· 60
|표 2-0-15| 연도별 비대면 진료(코로나19 재택치료 포함) 현황 ····· 61
|표 2-0-16| 2022년 국민안심병원 지정 현황 ····· 63
|표 2-0-17| 재택치료 의료상담센터 및 행정안내센터 현황 ····· 67
|표 2-0-18| 호흡기환자진료센터 및 원스톱진료기관 현황 ····· 68
|표 2-0-19| 2021년 중증응급의료센터 지정 현황 ····· 69
|표 2-0-20| 확진자 대비 재택치료 현황('21.10월~12월, 주간 일평균) ····· 70
|표 2-0-21| 재택치료자 및 집중관리군 현황('22.2.15~3.28) ····· 71
|표 2-0-22| 코로나19 확진자 추이에 따른 건강모니터링 사업 추진 경과 ····· 71
|표 2-0-23| 코로나19 치료제 · 백신 개발 범정부 지원위원회 운영 현황 ····· 74
|표 2-0-24| 2022년 코로나19 치료제 · 백신개발 지원 예산 세부 현황 ····· 79
|표 2-0-25| 제2기 손실보상심의위원회 위원 ····· 83
|표 2-0-26| 치료의료기관별 개산급 지급 현황 ····· 83
|표 2-0-27| 폐쇄 · 업무정지 · 소독 조치된 기관별 손실보상금 지급 현황 ····· 84
|표 2-0-28| 손실보상 대상 유형 ····· 84

|표 2-0-29| 중증병상 손실보상 차등화 지급 병상단가 배수 조정(안) ····· 88
|표 2-0-30| '23년도 손실보상체계 변경 ····· 94
|표 2-1-1| 2022년도 기준 중위소득 및 급여별 수급자 선정기준 ····· 100
|표 2-1-2| 의료급여수급자의 본인부담 비용 ····· 101
|표 2-1-3| 임차가구의 최저보장수준 ····· 101
|표 2-1-4| 자가가구의 최저보장수준 ····· 101
|표 2-1-5| 교육급여 지급 현황 ····· 102
|표 2-1-6| 2022년도 의료급여 종별 대상자 및 선정 기준 ····· 114
|표 2-1-7| 의료급여 진료비 부담 기준 ····· 115
|표 2-1-8| 의료급여의 요양기관 종별 가산율 ····· 116
|표 2-1-9| 의료급여기금의 국고보조금 및 지방비출연금 ····· 117
|표 2-1-10| 고위험군 1인당 전체 요구(건강) 점수 측정 결과(2022년) ····· 119
|표 2-1-11| 최근 3년간 사례관리 재정 절감 효과 ····· 119
|표 2-1-12| 연도별 의료급여 수급권자 수 추이 ····· 120
|표 2-1-13| 연도별 의료급여 총진료비 지급 추이 ····· 121
|표 2-1-14| 의료급여 예산 현황 ····· 122
|표 2-1-15| 65세 이상 수급권자 수 및 진료비 현황 ····· 126
|표 2-1-16| 자활사업 유형별 자활참여 현황 ····· 130
|표 2-1-17| 자활기업 현황 ····· 132
|표 2-1-18| 시·도별 광역 및 지역자활센터 현황 ····· 134
|표 2-1-19| 희망키움통장Ⅰ 지원 내용(2021년 기준 중위소득 기준) ····· 135
|표 2-1-20| 자활사업 참여현황 및 자활성공률 ····· 139
|표 2-1-21| 긴급 지원의 내용 및 기간(2022년 기준) ····· 145
|표 2-1-22| 긴급복지지원 현황 ····· 146
|표 2-1-23| 연도별 노숙인 및 쪽방주민 현황 ····· 148
|표 2-1-24| 시도별 노숙인 및 쪽방주민 현황 ····· 149
|표 2-1-25| 복지사업(26개 부처·청, 14개 지자체 388종 서비스) ····· 165
|표 2-1-26| 기대 효과 ····· 170

표 목차 | CONTENTS

|표 2-1-27| 표준화의 기대효과 ····· 176
|표 2-1-28| 표준화 절차 및 추진체계 ····· 178
|표 2-1-29| 주요 표준화 사항 ····· 179
|표 2-1-30| 2022년 지역사회보장협의체 운영 현황 ····· 186
|표 2-2-1| 사회보장위원회 구성 ····· 202
|표 2-2-2| 2022년 포럼 및 학술대회 내역 ····· 204
|표 2-2-3| 2022년 사회보장위원회 개최 현황 ····· 206
|표 2-2-4| 2022년 사회보장위원회 실무위원회 개최 현황 ····· 206
|표 2-2-5| 2022년 사회보장위원회 전문위원회 개최 현황 ····· 207
|표 2-2-6| 사회보장 재정추계 범위 ····· 208
|표 2-2-7| 추계모형 구축 분야 및 주요 개별 가정 ····· 209
|표 2-2-8| GDP 대비 지출 규모('20. 실시) ····· 210
|표 2-2-9| GDP 대비 분야별 지출 규모('20. 실시) ····· 210
|표 2-2-10| 지원형태별 복지지출 규모('20. 실시) ····· 210
|표 2-2-11| 사회복지지출 현황('17년 확정치 기준) ····· 212
|표 2-2-12| 사회복지지출의 국제비교('19년 확정치 기준) ····· 213
|표 2-2-13| 9대 영역별 공공사회복지지출의 국제비교('19년 확정치 기준) ····· 213
|표 2-2-14| 협의 기준 및 주요 검토항목 ····· 215
|표 2-2-15| 신설 · 변경되는 사회보장제도 협의 절차 ····· 216
|표 2-2-16| 신설·변경 사회보장 협의·조정 현황('13년~'22년) ····· 217
|표 2-2-17| 협의 과정에서 컨설팅을 통한 주요 제도 개선 및 보완 사례 ····· 221
|표 2-2-18| 사회보장 분야별 제도평가 추진 계획 ····· 223
|표 2-2-19| 사회보장 제도평가 추진 현황 ····· 224
|표 2-2-20| 제2차 사회보장시행계획 2021년 시행계획 추진실적 평가결과 ····· 226
|표 2-2-21| 보건복지부 장관 표창 우수사례('21년) ····· 226
|표 2-2-22| 2022년 사회보장통계 지표 영역 ····· 229
|표 2-3-1| 사회서비스 개념 ····· 233
|표 2-3-2| 9대 전자바우처사업 현황 ····· 236

|표 2-3-3| 사업별 개요 ····· 237
|표 2-3-4| 2021년 시범사업 16개지역 주요 사업현황 ····· 241
|표 2-3-5| 지역자율형 사회서비스 투자 사업 실적 현황 ····· 246
|표 2-3-6| 지역사회서비스 투자사업 표준모델 ····· 247
|표 2-3-7| 희망2023 나눔캠페인 모금실적('22. 12. 1. ~ '23. 1. 31.) ····· 249
|표 2-3-8| 연도별 모금 추이 ····· 249
|표 2-3-9| 2022년 사업 분야별 배분 실적 ····· 249
|표 2-3-10| 사회복지자원봉사 현황 ····· 252
|표 2-3-11| 시·도별 사회복지자원봉사 관리센터 현황 ····· 252
|표 2-3-12| 지역사회봉사단 현황 ····· 252
|표 2-3-13| 멘토링 협력 기관 현황('22. 12. 31.) ····· 254
|표 2-3-14| 기부식품등 제공사업장 신고·운영 현황 ····· 255
|표 2-3-15| 식품기부 및 제공 실적('12.~'22.) ····· 258
|표 2-3-16| 보건복지 분야 근무 사회복무요원 복무 분야 및 업무 ····· 259
|표 2-3-17| 사회복무교육센터 현황 ····· 260
|표 2-3-18| 보건복지분야 사회복무요원 기본직무교육 현황 ····· 261
|표 2-3-19| 보건복지분야 사회복무요원 심화직무교육 현황 ····· 261
|표 2-3-20| 개인과 법인의 기부금 신고 현황(2010~2020) ····· 263
|표 2-3-21| 최근 5년간 나눔 과정 참여 현황 ····· 263
|표 2-3-22| 연도별 나눔대축제 개요('16.~'21.) ····· 265
|표 2-3-23| 기업퇴직자 일자리 연계(2020년 시행) ····· 266
|표 2-3-24| 지역사회공헌 인정기업·기관 현황(2019년 시행) ····· 267
|표 2-3-25| 연도별 의사상자 현황 및 보상금 지급 기준 ····· 269
|표 2-3-26| 연도별 등록 장애인 수 ····· 280
|표 2-3-27| 장애인 관련단체 현황 ····· 282
|표 2-3-28| 편의시설 관련 교육 실적 ····· 296
|표 2-3-29| 편의시설 종류별 설치 현황(2019년도 장애인 편의시설 표본 실태조사 결과) ·· 296
|표 2-3-30| 장애인직업재활시설 운영 현황 ····· 300

표 목차 | CONTENTS

|표 2-3-31| 중증장애인 직업재활사업 수행기관 현황 ····· 300
|표 2-3-32| 연도별 중증장애인생산품 우선구매 실적 ····· 302
|표 2-3-33| 장애인보조기기 교부사업 지원 품목 ····· 303
|표 2-3-34| 부처별 장애인보조기기지원사업 현황 ····· 305
|표 2-3-35| 지역장애인보건의료센터 사업내용 ····· 307
|표 2-3-36| 지역사회중심재활사업의 장애인 건강보건관리 ····· 308
|표 2-3-37| 권역재활병원 건립 현황 ····· 308
|표 2-3-38| 장애인복지시설 현황 ····· 309
|표 2-3-39| 주요서비스 제공현황 ····· 310
|표 2-4-1| 인구교육 추진 실적 ····· 321
|표 2-4-2| 지방자치단체 추진 주요 출산지원정책 ····· 323
|표 2-4-3| 2023년 노인 천만시대 대비 고령친화서비스 연구개발사업 지원 과제 현황 ·· 325
|표 2-4-4| 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 현황 ····· 332
|표 2-4-5| 아동 분야 예산 추이 ····· 345
|표 2-4-6| 지역아동센터 지원사업 연도별 지원개소 및 지원단가 ····· 350
|표 2-4-7| 지역아동센터 기본 프로그램 ····· 350
|표 2-4-8| 지역아동센터 이용 아동 현황 ····· 350
|표 2-4-9| 다함께 돌봄사업 개요 ····· 351
|표 2-4-10| 연도별 아동급식 지원 현황 ····· 354
|표 2-4-11| 아동복지시설 현황 ····· 355
|표 2-4-12| 아동 공동생활가정 현황 ····· 356
|표 2-4-13| 국내 · 외 입양 현황 ····· 356
|표 2-4-14| 가정위탁보호 현황 ····· 358
|표 2-4-15| 소년소녀가정아동 현황 ····· 359
|표 2-4-16| 연도별 자립지원 대상 아동 현황 ····· 361
|표 2-4-17| 디딤씨앗통장 가입 및 저축 현황 ····· 362
|표 2-4-18| 연도별 지역아동보호전문기관, 학대피해아동쉼터 설치 수 ····· 366
|표 2-4-19| 연도별 아동학대 신고, 판단 건수 ····· 369

|표 2-4-20| 연도별 아동학대 신고자 유형 ····· 370
|표 2-4-21| 아동학대 유형별 현황 ····· 372
|표 2-4-22| 연도별 아동학대 행위자 현황 ····· 372
|표 2-4-23| 실종아동 발생 및 복귀 현황(경찰청) ····· 375
|표 2-4-24| 실종아동 등 신상카드 D/B 구축 현황(실종아동전문센터) ····· 375
|표 2-4-25| 실종아동등 유전자 D/B 구축 현황(실종아동전문센터) ····· 375
|표 2-4-26| 아동안전 교육기준(아동복지법 시행령 제28조) ····· 376
|표 2-4-27| 최근의 노인복지 주요 정책 흐름 ····· 377
|표 2-4-28| 주요 노인보건복지사업 ····· 379
|표 2-4-29| 2022년 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 실적 현황 ····· 381
|표 2-4-30| 2022년 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 유형 및 내용 ····· 381
|표 2-4-31| 노인맞춤돌봄서비스사업 ····· 385
|표 2-4-32| 독거노인 응급상황 대응 실적 ····· 385
|표 2-4-33| 연도별 신고 접수 건수 ····· 388
|표 2-4-34| 연도별 노인학대 신고자 유형 ····· 389
|표 2-4-35| 치매노인 현황 및 전망(추계) ····· 390
|표 2-4-36| 노인복지시설 종류 ····· 392
|표 2-4-37| 2022년 노인여가복지시설 현황 ····· 393
|표 2-4-38| 2021년 노인주거복지시설 현황 ····· 394
|표 2-4-39| 노인장기요양보험 재정 운용 현황 ····· 398
|표 2-4-40| 최근 10년간 노인장기요양보험료(율) 현황 ····· 398
|표 2-4-41| 장기요양보험 인정 현황 ····· 401
|표 2-4-42| 2022년 노인 개안수술 실적 ····· 403
|표 2-4-43| 건강백세운동교실 연도별 운영 실적('16.~'22.) ····· 403
|표 2-4-44| 「장사 등에 관한 법률」 주요 내용[시행 2008. 5. 26.] ····· 404
|표 2-4-45| 「장사 등에 관한 법률」 주요 내용[2012~2018] ····· 405
|표 2-4-46| 연도별 화장률 추이 ····· 406
|표 2-4-47| 시도별 관내 화장시설 수용인구 현황 ····· 407

|표 2-4-48| 효행자 및 노인복지 기여자 포상 실적 ····· 408
|표 2-4-49| 경로우대시설의 종류와 할인율 ····· 409
|표 2-4-50| 보육정책 연혁 ····· 412
|표 2-4-51| 2022년 영유아 보육료 지원 단가 ····· 415
|표 2-4-52| 연도별 보육료 지원 예산 현황 ····· 415
|표 2-4-53| 2022년 보육료 지원 아동 현황(1,163천 명) ····· 415
|표 2-4-54| 2022년도 가정양육수당 지원 아동 현황 ····· 418
|표 2-4-55| 연도별 가정양육수당 지원 예산 현황 ····· 418
|표 2-4-56| 어린이집 유형별 시설 수 및 이용 아동 수 ····· 418
|표 2-4-57| 직장어린이집 설치 의무이행 현황 ····· 421
|표 2-4-58| 2022년 어린이집 지원 예산 현황 ····· 422
|표 2-4-59| 2022년 정부 인건비 지원 어린이집 현황 ····· 423
|표 2-4-60| 평가(인증) 현황 ····· 427
|표 2-4-61| 원장 및 보육교사 자격증 발급 현황 ····· 430
|표 2-4-62| 보육교직원 보수교육 실시 현황 ····· 430
|표 2-4-63| 보육교직원 보수교육 종류 및 대상자 ····· 431
|표 2-4-64| 2022년도 영아수당 지원 아동 현황 ····· 438
|표 2-4-65| 2022년 영아수당 지원 예산 현황 ····· 438
|표 2-4-66| 공통부모교육 참여인원 ····· 439
|표 2-5-1| 국민연금 가입 현황 ····· 444
|표 2-5-2| 국민연금 기준 소득월액 상 · 하한액 변동 추이 ····· 445
|표 2-5-3| 국민연금보험료 징수율 추이 ····· 446
|표 2-5-4| 납부예외자 추이 ····· 446
|표 2-5-5| 연도별 노령연금 월평균 지급액 ····· 448
|표 2-5-6| 연도별 급여종별 지급 실적 ····· 450
|표 2-5-7| 2022년도 소득 수준 및 가입 기간별 노령연금급여액 추계(예) ····· 451
|표 2-5-8| 2022년도 연금월액 현황 ····· 452
|표 2-5-9| 부양가족 연금액 조정 현황 ····· 453

|표 2-5-10| 사회보장협정에 의한 보험료 면제 성과(누계) ····· 456
|표 2-5-11| 사회보장협정을 통한 상대국 연금 수급 현황 ····· 457
|표 2-5-12| 연도별 조성 및 지출 내역 ····· 459
|표 2-5-13| 국민연금 중기 자산 배분 및 2023년도 기금운용계획안 개요 ····· 464
|표 2-5-14| 국민연금 해외투자 규모 및 비중 ····· 464
|표 2-5-15| 국민연금기금 요약 [재정상태표] ····· 467
|표 2-5-16| 부문별 투자 금액과 비중(시가 기준) ····· 468
|표 2-5-17| 국민연금기금 수익률 및 수익금 ····· 469
|표 2-5-18| 국민연금기금 위탁운용 금액 및 비중 추이 ····· 469
|표 2-5-19| 국민연금 주식의결권 행사 내역 ····· 470
|표 2-5-20| 연계 신청자 및 수급자 현황 ····· 486
|표 2-5-21| 연계 신청자 이동 현황 ····· 486
|표 2-6-1| 인증 등급 및 인증 기간(4주기 급성기병원) ····· 498
|표 2-6-2| 소재지별 인증 현황 누계 ····· 499
|표 2-6-3| 코로나19 상황고려 인증조사 판정 기준 ····· 500
|표 2-6-4| 보고자 및 보건의료기관 종별 보고 건수 ····· 504
|표 2-6-5| 연도별 환자안전 전담인력 배치율 및 위원회 설치율 ····· 505
|표 2-6-6| 전문병원 지정 분야 ····· 509
|표 2-6-7| 전문병원 지정 분야별 기관수 현황 ····· 510
|표 2-6-8| 의료분쟁 상담 현황('22.) ····· 517
|표 2-6-9| 조정 · 중재 개시 현황('22.) ····· 517
|표 2-6-10| 진료 과목별 조정 · 중재 신청 현황('22.) ····· 517
|표 2-6-11| 지역별 조정 · 중재 신청 현황('22.) ····· 518
|표 2-6-12| 조정 · 중재 처리현황('22.) ····· 518
|표 2-6-13| 2007년~2022년 신의료기술평가 신청 및 처리 현황 ····· 524
|표 2-6-14| 제한적 의료기술 실시 현황 ····· 525
|표 2-6-15| 제한적 의료기술 실시 현황[국고미지원] ····· 526
|표 2-6-16| 혁신의료기술 대상 검토 및 잠재성 평가 심의기준 ····· 528

표 목차 | CONTENTS

|표 2-6-17| 보건의료 관계 인력의 양성 기관 및 2023년 입학 정원 ····· 531
|표 2-6-18| 연도별 의료관계 인력 면허 등록 상황 ····· 532
|표 2-6-19| 보건의료 인력 국제 비교 ····· 533
|표 2-6-20| 의과대학 졸업생 수 추이 국제 비교 ····· 534
|표 2-6-21| 전문과목별 전문의 수 ····· 535
|표 2-6-22| 연도별 치과의사전문의 현황 ····· 536
|표 2-6-23| 2022년 의료인 면허 신고 현황 ····· 539
|표 2-6-24| 2022년 의료기사 등 면허 신고 · 접수 현황 ····· 539
|표 2-6-25| 보건의료인 국가시험 시행근거법령 및 시험 종목 ····· 540
|표 2-6-26| 보건의료인 국가시험 시행 현황(2022) ····· 541
|표 2-6-27| 의료자원 신고체계 현황(보건의료자원 신고일원화 이전) ····· 544
|표 2-6-28| 보건의료자원 신고일원화 추진경과 ····· 545
|표 2-6-29| DUR 시스템 설치 기관 현황 ····· 548
|표 2-6-30| DUR 점검대상 의약품 현황 ····· 549
|표 2-6-31| DUR 점검 현황 ····· 550
|표 2-6-32| 리베이트 쌍벌제의 주요 내용 ····· 552
|표 2-6-33| 2022년도 의약품유통정보 제공 실적 ····· 554
|표 2-6-34| 공공보건의료 정책 연혁 ····· 558
|표 2-6-35| 공공의료기관 현황('21. 12.) ····· 559
|표 2-6-36| 기능 및 관할 지역에 따른 공공병원 분류 ····· 560
|표 2-6-37| 지역 공공병원 인프라 연도별 지원 현황 ····· 561
|표 2-6-38| 지역보건의료계획 및 시행 결과 수립 주기 ····· 570
|표 2-6-39| 지역보건의료계획과 지역보건의료계획 시행 계획 · 시행 결과의 비교 · 571
|표 2-6-40| 보건소 등 설치 기준 ····· 573
|표 2-6-41| 보건소 등 설치 현황 ····· 574
|표 2-6-42| 도시보건지소 및 건강생활지원센터 연도별 지원 현황(국고 지원 기준) 575
|표 2-6-43| 공중보건의사 연도별 · 종별 신규 배출 현황 ····· 580
|표 2-6-44| 공중보건의사 기관종별 배치 현황 ····· 580

|표 2-6-45| 성별 허혈성심장질환 사망률 ····· 583
|표 2-6-46| 성별 협심증 또는 심근경색증 유병률 ····· 583
|표 2-6-47| 성별 뇌혈관질환 사망률 ····· 584
|표 2-6-48| 성별 뇌졸중 유병률 ····· 584
|표 2-6-49| 성별 고혈압성 질환 사망률 ····· 584
|표 2-6-50| 성별 · 연령별 고혈압 유병률 ····· 585
|표 2-6-51| 성별 당뇨병 사망률 ····· 585
|표 2-6-52| 성별 · 연령별 당뇨병 유병률 ····· 585
|표 2-6-53| 뇌전증 유병률(추정) ····· 590
|표 2-6-54| 연도별 뇌전증 등록장애인 수 ····· 591
|표 2-6-55| 뇌전증 장애인 실태 ····· 591
|표 2-6-56| 연도별 의료비 지원 현황 ····· 594
|표 2-6-57| 의료비 지원 내용 ····· 596
|표 2-6-58| 희귀질환 권역별 거점센터 ····· 596
|표 2-6-59| 우리나라 주요 암종 발생자 수 및 발생분율(2020년) ····· 604
|표 2-6-60| 5년 암 순 생존율 국제 비교 ····· 604
|표 2-6-61| 최근 5년간(2015년~2020년) 우리나라 암 발생 현황 ····· 605
|표 2-6-62| 2022년 국가암검진사업 개요 ····· 607
|표 2-6-63| 6대 암 검진 프로그램 ····· 608
|표 2-6-64| 국가암검진사업 현황 ····· 608
|표 2-6-65| 2022년 서비스 유형별 호스피스 · 완화의료 기관 현황 ····· 610
|표 2-6-66| 연도별 호스피스 · 완화의료 이용률 ····· 612
|표 2-6-67| 암생존자통합지지사업 추진 경과 ····· 613
|표 2-6-68| 국제암연구소 회원국 현황(2022년) ····· 615
|표 2-6-69| 연도별 암연구개발사업 실적 ····· 618
|표 2-6-70| 응급의료기관 구성 체계 ····· 623
|표 2-6-71| 응급의료기관 평가대상 기관 현황 ····· 630
|표 2-6-72| 응급의료기관 평가 결과에 따른 국고 지원액 ····· 631

표 목차 | CONTENTS

|표 2-6-73| 응급의료 취약지 지원사업 연도별 지원 현황 ····· 635
|표 2-6-74| 연명의료중단등결정에 관한 환자 의사 확인방법 ····· 648
|표 2-6-75| 시체제공기관 허가기관 ····· 653
|표 2-6-76| 시체제공기관 운영 지원 사업 ····· 654
|표 2-7-1| 사보험과 사회보험의 특성 ····· 670
|표 2-7-2| 의료보장 적용 현황 ····· 672
|표 2-7-3| 재원 조달 체계 ····· 674
|표 2-7-4| 보험급여 체계 ····· 675
|표 2-7-5| 피부양자 요건 ····· 676
|표 2-7-6| 개편 전 보험료 부과체계 ····· 677
|표 2-7-7| 지역가입자 보험료 부과요소 ····· 677
|표 2-7-8| 보험료 하한액 ····· 679
|표 2-7-9| 지역가입자 재산 보험료 변동 ····· 680
|표 2-7-10| 지역가입자 자동차 보험료 변동 ····· 680
|표 2-7-11| 피부양자 재산요건 변동 ····· 681
|표 2-7-12| 소득월액보험료 ····· 682
|표 2-7-13| 보험료 상한액 ····· 683
|표 2-7-14| 지역가입자 보험료 부과체계 ····· 688
|표 2-7-15| 직장가입자 보험료 부과체계 ····· 689
|표 2-7-16| 직장가입자 보험료율 현황 ····· 690
|표 2-7-17| 연도별 평균 보험료 현황 ····· 691
|표 2-7-18| 연도별 건강보험 재정 현황 ····· 699
|표 2-7-19| 연도별 국고 지원 현황 ····· 700
|표 2-7-20| 2014년 상한제 적용 결과 ····· 705
|표 2-7-21| 의료수가 합의 과정과 환산지수의 변동 상황 ····· 721
|표 2-7-22| 총 진료비 중 연도별 약품비 증가 현황 ····· 729
|표 2-7-23| 약가 재평가에 의한 상한 금액 인하 현황 ····· 732
|표 2-7-24| 기등재 의약품 연도별 평가 대상 ····· 733

|표 2-7-25| 급여 적정성 재평가 대상 성분 ····· 734
|표 2-7-26| 약품비 절감 및 인센티브 지급 현황 ····· 738
|표 2-7-27| 반기별 처방조제 장려금 지급 현황 ····· 739
|표 2-7-28| 연도별 실거래가에 의한 약가 인하 현황 ····· 741
|표 2-7-29| 요양기관 현지조사 현황(총괄) ····· 744
|표 2-7-30| 거짓 청구 요양기관 명단 공표 현황 ····· 745
|표 2-7-31| 요양급여의 적정성 평가 현황 ····· 748
|표 2-7-32| 최근 6년간(2016~2022) 치료재료 실거래가 현지조사 현황 ····· 751
|표 2-7-33| 치료재료 원가조사 현황 ····· 752
|표 2-7-34| 치료재료 재평가 현황 ····· 752
|표 2-7-35| 연도별 심판청구 접수 및 처리 현황 ····· 757
|표 2-8-1| 지역사회 통합건강증진사업 분야 ····· 763
|표 2-8-2| 15세 이상 인구의 흡연율 국제 비교 ····· 765
|표 2-8-3| 그간의 국가 금연정책에 따른 흡연율 변화 추이 ····· 766
|표 2-8-4| 담배 규제 및 금연지원정책 현황 ····· 766
|표 2-8-5| 국민건강증진법령 주요 개정 사항('12. 12. 8. 시행) ····· 770
|표 2-8-6| 2014년 vs 2022년 금연사업 예산 현황 ····· 776
|표 2-8-7| 보건소 금연클리닉 등록자 수 및 6개월 금연 성공률 ····· 777
|표 2-8-8| 성인 음주통계(2012~2020) ····· 782
|표 2-8-9| 청소년 음주통계(2014~2021) ····· 782
|표 2-8-10| 국민건강증진법 주요 개정 사항('21. 6. 30. 시행) ····· 784
|표 2-8-11| 국민 영양 관리 추진 전략 및 세부 추진 과제 ····· 787
|표 2-8-12| 사업 대상 우선순위 ····· 790
|표 2-8-13| 식품패키지별 구성 및 제공량(1인 1일 환산치) ····· 792
|표 2-8-14| 영양플러스사업 추진 경과 ····· 793
|표 2-8-15| 영양플러스사업 대상자 수 ····· 793
|표 2-8-16| 영양플러스사업 수혜 대상자의 영양 상태 개선 효과 ····· 794
|표 2-8-17| 사업 추진 경과 ····· 798

표 목차 | CONTENTS

|표 2-8-18| 2022년 사업 효과평가 주요 결과 ····· 798
|표 2-8-19| 국가 비만예방관리 종합대책('18.~'22.) 추진 전략 및 세부 추진 과제 ··· 800
|표 2-8-20| 영유아 건강검진 항목 ····· 808
|표 2-8-21| 공중위생 영업소 현황 ····· 815
|표 2-8-22| 한국 12세 우식 경험 영구치아 수 변화 ····· 821
|표 2-8-23| 주요 OECD 국가의 우식 경험 영구치아 수 (12세) ····· 821
|표 2-8-24| 다빈도 질병 순위별 현황(외래) ····· 822
|표 2-8-25| 치과의료기관 및 구강보건의료인력 현황 ····· 824
|표 2-8-26| 치과의사전문의 배출 현황 ····· 825
|표 2-8-27| 구강보건 인프라 구축 현황(국비 지원시설) ····· 826
|표 2-8-28| 정신보건 관련시설 현황 ····· 836
|표 2-9-1| 보건산업 세계 시장 규모 ····· 852
|표 2-9-2| 보건산업 국내 시장 규모 ····· 853
|표 2-9-3| 임상시험 전주기 프런티어 인력양성 분야 ····· 854
|표 2-9-4| 신약 개발 주요 R&D 사업 현황 ····· 855
|표 2-9-5| 세계 바이오의약품 시장 현황 ····· 860
|표 2-9-6| K-Bio 신성장 펀드 조성 현황 ····· 864
|표 2-9-7| 혁신의료기기군 분류체계 ····· 866
|표 2-9-8| 연도별 화장품 수출입 실적 ····· 874
|표 2-9-9| 2022 보건의료기술 연구개발사업 4대 전략별 중점 추진방향 ····· 879
|표 2-9-10| 2022 보건의료연구개발사업 지원 내용 ····· 880
|표 2-9-11| 보건의료연구개발사업 국내외 논문 게재 현황 ····· 884
|표 2-9-12| 보건의료연구개발사업 국내외 특허 출원 및 등록 현황 ····· 884
|표 2-9-13| 의약품 품목허가 현황 ····· 885
|표 2-9-14| '22년 정밀의료 인재양성 커리큘럼(안) ····· 890
|표 2-9-15| 선진국의 첨단재생의료산업 육성 투자 현황 ····· 892
|표 2-9-16| 전자의무기록시스템 인증제도 법적근거 ····· 897
|표 2-9-17| 인증 유형 ····· 900

|표 2-9-18| 인증 실적 ····· 901
|표 2-9-19| 진료정보교류표준고시 ····· 902
|표 2-9-20| 그간 시범사업 추진 경과 ····· 907
|표 2-9-21| OECD 가입국 인구10만 명 당 의사인력 수준 ····· 911
|표 2-9-22| 스마트병원의 문헌적 개념 ····· 912
|표 2-9-23| 글로벌 스마트병원 시장 규모('18~'30) ····· 913
|표 2-9-24| 해외 주요국의 스마트병원 정책 지원 현황 ····· 914
|표 2-9-25| 스마트병원 선도모델 개발 참여 컨소시움 현황 ····· 915
|표 2-9-26| 실시간 위치추적(RTLS) 기반 자산 관리 시스템 도입 전후 병원서비스 변화 (예시) ····· 918
|표 2-9-27| 입원환자 생체징후 측정 등 입원간호업무 자동화 전후 병원서비스 변화 (예시) ····· 919
|표 2-9-28| 12개 항목 디지털 표준화 데이터 ····· 924
|표 2-9-29| 데이터산업 연도별 성장률 ····· 928
|표 2-9-30| 2022년 의료데이터 중심병원 컨소시엄별 사업 추진실적 ····· 929
|표 2-9-31| 국내외 병원 구조 비교 ····· 935
|표 2-9-32| 2019 연구중심병원 지정 현황 및 중점 연구 분야 ····· 937
|표 2-9-33| 첨단의료복합단지 연구개발 인프라 사업 현황 ····· 942
|표 2-9-34| 2022년 보건의료 TLO 설치 기관 현황(51개 기관) ····· 944
|표 2-9-35| 보건의료 TLO 기술 이전 현황 ····· 946
|표 2-9-36| 2022년 재외공관사업 ····· 955
|표 2-9-37| 등록 유치기관 추이 ····· 958
|표 2-9-38| 국가별 나눔의료 참여 현황(2011~2022) ····· 960
|표 2-9-39| 수도권 외국인환자 유치 비중 ····· 961
|표 2-9-40| 연도별 선정 지역 및 지원금액 ····· 962
|표 2-9-41| 의료통역능력 검정시험 합격자 현황 ····· 965
|표 2-9-42| 러시아, 몽골환자 유치 현황 ····· 965
|표 2-9-43| 외국의료인 연수 수료 현황 ····· 966

표 목차 | CONTENTS

|표 2-9-44| 팀별 주요 업무(2022년) ····· 970
|표 2-9-45| 글로벌 백신 허브화 추진위원회 및 실무위원회 구성 ····· 973
|표 2-9-46| 「백신 · 원부자재 대 · 중소기업 상생협력 민관 공동 협약식」 참여기관 ·· 975
|표 2-9-47| 10대 유관기관간 업무협약서 주요 지원 사항 ····· 975
|표 2-9-48| 글로벌백신허브화 실무지원TF 개최실적 및 주요 논의사항 ····· 976
|표 2-9-49| 세계바이오서밋 일정 ····· 980
|표 2-9-50| 서울선언문 요약본 ····· 981
|표 2-9-51| 코로나19 백신 특허분석 보고서 ····· 988
|표 2-9-52| 주요 기관별 주요 투자 지원(제4차 비상경제민생회의('22. 7. 27.) ····· 990
|표 2-9-53| 2022년 부처별 백신 R&D 사업 및 지원과제 현황 ····· 995
|표 2-10-1| 제4차 종합계획 목표별 추진 과제 ····· 1003
|표 2-10-2| 한의약 관련 인력 현황 ····· 1004
|표 2-10-3| 한의약 업소 현황 ····· 1005
|표 2-10-4| 한의약 R&D 예산 현황 ····· 1020
|표 2-10-5| 2022년 한의약 혁신기술개발사업 세부 사업별 사업내용 ····· 1020
|표 2-10-6| 2022년 한의기반융합기술개발사업 세부 사업별 사업내용 ····· 1021
|표 2-10-7| 한약 공공인프라 추진 현황 ····· 1026
|표 2-10-8| 수요맞춤형 기술지원 현황 ····· 1027
|표 2-10-9| 한약재 유통지원시설 현황 ····· 1028
|표 2-10-10| 한약재 유통지원시설 이용률('22. 1월~'22. 12월) ····· 1029
|표 2-11-1| 2022년 규제 개혁 주요 실적 ····· 1038
|표 2-11-2| 2022년 규제개혁 주요 추진 내용 ····· 1043
|표 2-11-3| 정책 추진 단계별 대변인실 지원 현황 ····· 1047
|표 2-11-4| 보건복지부 SNS 채널 운영 현황 ····· 1050
|표 2-11-5| 2022년 보건복지부 국가승인통계 현황 ····· 1053
|표 2-11-6| 주요 책자 발간 현황 ····· 1055
|표 2-11-7| 데이터마이닝 운영 모델 ····· 1079
|표 2-11-8| 2022년도 의약품유통정보 제공 실적 ····· 1079

|표 2-11-9| 연도별 공공데이터 개방 건수 ····· 1089
|표 2-11-10| 상담 그룹별 주요 상담 내용 ····· 1091
|표 2-11-11| 연도별 전화상담 현황 ····· 1094
|표 2-11-12| 우리나라의 세계보건기구 의무분담금 현황 ····· 1101
|표 2-11-13| 자유무역협정(FTA) 체결 현황('23. 2월 기준) ····· 1109
|표 2-11-14| 2022년도 보건복지 분야 인재 양성 현황 ····· 1117
|표 2-11-15| 보건복지부 교육 현황 ····· 1118
|표 2-11-16| 사회복지 분야 교육 현황 ····· 1120
|표 2-11-17| 보건의료 분야 교육 현황 ····· 1121
|표 2-11-18| 이러닝 현황 ····· 1122
|표 2-11-19| 보건산업 분야 인재 양성 현황 ····· 1123
|표 2-11-20| 보건복지부 소관 사회복지 분야 사회복무요원 배정 현황 ····· 1124
|표 2-11-21| 사회복무요원 직무교육 현황 ····· 1124
|표 2-11-22| 외국인 교육사업 현황 ····· 1125
|표 2-11-23| 2022년 아동안전 전문교육 현황 ····· 1126
|표 2-11-24| 2022년 주요 연구 및 교재 개발 ····· 1127
|표 2-11-25| 2022년 보건복지 연구결과 e-book 콘텐츠 개발 ····· 1128
|표 2-11-26| 성인지예산서 상 보건복지부의 성평등 목표 ····· 1132
|표 2-11-27| '22년도 보건복지부 성인지예산서 작성현황 ····· 1133
|표 2-11-28| 보건복지부 사업에 대한 성별영향평가 운영현황(2018-2022) ····· 1135
|표 2-11-29| 보건복지부 성평등 (실행) 목표 ····· 1136
|표 2-11-30| 제2차 양성평등정책기본계획 시행계획에 따른 보건복지부 정책과제(2022) ····· 1136

그림목차 | CONTENTS

|그림 2-0-1| 외신 주요 보도사례(2021~2022년) ····· 34
|그림 2-0-2| 외신기자 대상 정책토론회 ····· 35
|그림 2-0-3| 코로나19 여름철 재유행 관련 방송출연 인터뷰(제2차관) ····· 36
|그림 2-0-4| 생활치료센터 환자 배정 절차 ····· 52
|그림 2-0-5| 생활치료센터 비대면진료시스템 운영체계 ····· 53
|그림 2-0-6| 중증응급의료센터 운영 절차 ····· 69
|그림 2-0-7| 코로나19 치료제 백신개발 범정부 지원위원회 및 실무추진위원회 조직도 ····· 76
|그림 2-1-1| 빈곤층 소득보장제도 현황 및 개선방향 ····· 103
|그림 2-1-2| 3차 사회안전망 개념 ····· 104
|그림 2-1-3| 포용 국가 기반 구축을 위한 “제2차 기초생활보장 종합계획” 추진 ···· 108
|그림 2-1-4| 사회보장체계와 의료급여사업 ····· 109
|그림 2-1-5| 의료급여 진료 절차 체계도 ····· 116
|그림 2-1-6| 기금 조성 및 운용 체계 ····· 117
|그림 2-1-7| 재가 의료급여 사업 흐름도 ····· 127
|그림 2-1-8| 긴급지원의 체계 ····· 145
|그림 2-1-9| 개인별 · 가구별 통합시스템 ····· 157
|그림 2-1-10| 공적자료 연계 확대 ····· 158
|그림 2-1-11| 복지급여 지급 절차 개선 ····· 161
|그림 2-1-12| 복지급여 · 서비스 신청 방법 개선 ····· 162
|그림 2-1-13| 업무처리지원 흐름도 ····· 167
|그림 2-1-14| 복지지킴이 흐름도 ····· 168
|그림 2-1-15| 복지사업 정보 관리 ····· 169
|그림 2-1-16| 기준 표준화 원리(예시) ····· 175
|그림 2-1-17| 지역사회보장협의체 구성도 ····· 185
|그림 2-2-1| 제5기 위원회 조직도 ····· 203
|그림 2-2-2| 협의 미성립 시 조정 절차 ····· 217
|그림 2-2-3| 사회보장시행계획 추진실적 평가 절차 ····· 225

|그림 2-2-4| 사회보장통계 관리 체계 ····· 228
|그림 2-3-1| 기부식품등 제공사업 추진 체계 ····· 256
|그림 2-3-2| 사회서비스원 국공립시설 운영 체계 ····· 270
|그림 2-3-3| 조직도 ····· 284
|그림 2-4-1| 저출산 · 고령사회위원회 추진체계 ····· 315
|그림 2-4-2| 기본계획 주요 성과 ····· 316
|그림 2-4-3| 혁신형 고령친화기업 집중 육성 지원 주요 성과 ····· 328
|그림 2-4-4| 여성과 어린이 건강증진 체계 ····· 330
|그림 2-4-5| 아동정책의 변천 과정 ····· 344
|그림 2-4-6| 드림스타트 사업 추진체계 및 절차도 ····· 352
|그림 2-4-7| 최근 5개년('18년~'22년) 이용자 만족도 조사 결과 ····· 353
|그림 2-4-8| 노인일자리 및 사회활동 지원 사업 추진체계 ····· 382
|그림 2-4-9| 양로시설 내 응급상황 지원 개념도 ····· 387
|그림 2-4-10| 제4차 중장기보육 기본계획 목표 및 전략 ····· 411
|그림 2-5-1| 국민연금기금 적립금 현황(시가 기준) ····· 459
|그림 2-5-2| 국민연금기금 관리 · 운용 체계 ····· 461
|그림 2-6-1| 의료기관 인증 절차 ····· 497
|그림 2-6-2| 의료기관 인증 조사 기준 ····· 497
|그림 2-6-3| 전문병원 지정 절차 ····· 511
|그림 2-6-4| 한국의료분쟁조정중재원 조직도 ····· 514
|그림 2-6-5| 의료분쟁 조정 · 중재 절차도 ····· 515
|그림 2-6-6| 비급여관리강화 종합대책 비전 및 추진방향 ····· 520
|그림 2-6-7| 신의료기술평가 도입 전 · 후 비교 ····· 522
|그림 2-6-8| 신의료기술평가 및 요양급여 결정 절차 ····· 523
|그림 2-6-9| 혁신의료기술평가 절차도 ····· 527
|그림 2-6-10| 신의료기술평가 유예 절차도 ····· 530
|그림 2-6-11| 업무 흐름도(보건의료자원 통합신고포털) ····· 545
|그림 2-6-12| 의약품유통정보시스템 구성도 ····· 556

그림목차 | CONTENTS

|그림 2-6-13| 지역보건의료계획 시행 흐름도 ····· 570
|그림 2-6-14| 新 지역보건의료정보시스템 ····· 577
|그림 2-6-15| 제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획 비전 및 목표 ····· 587
|그림 2-6-16| 2022년 유튜브쇼츠 제작 예시 ····· 601
|그림 2-6-17| 암예방 여기 어때 캠페인송 ····· 601
|그림 2-6-18| 암관련 정보 모니터링과 루머 확산 분석 예시 ····· 602
|그림 2-6-19| 2018~2022 응급의료기본계획 개요 ····· 626
|그림 2-6-20| 기관위원회 평가·인증 추진체계 및 역할 ····· 641
|그림 2-6-21| 기관위원회 평가·인증 절차 ····· 642
|그림 2-6-22| DTC 유전자검사역량 인증제 절차 ····· 645
|그림 2-6-23| 연명의료중단등결정 절차 ····· 649
|그림 2-7-1| 국민건강보험 관리 운영 체계 ····· 673
|그림 2-7-2| 수가 계약의 절차와 이해 당사자 ····· 720
|그림 2-7-3| 요양급여 비용 청구 방법 변천사 ····· 728
|그림 2-7-4| 제네릭 약가 산정 방식 ····· 731
|그림 2-7-5| 건강보험 심판청구 업무 흐름도 ····· 755
|그림 2-8-1| 지역사회 통합건강증진사업 체계도 ····· 761
|그림 2-8-2| 담배 규제 및 금연지원정책 체계도 ····· 768
|그림 2-8-3| 제1기 담뱃갑 경고그림(11종) ····· 771
|그림 2-8-4| 제2기 담뱃갑 경고그림(12종) ····· 772
|그림 2-8-5| 제3기 담뱃갑 경고그림(12종) ····· 774
|그림 2-8-6| 제4기 담뱃갑 경고그림(12종) ····· 775
|그림 2-8-7| 국가금연캠페인 슬로건 및 주요 이미지 ····· 780
|그림 2-8-8| 국민영양관리기본계획 수립절차 ····· 786
|그림 2-8-9| 제2차 국민영양관리기본계획 비전 및 추진 전략 ····· 786
|그림 2-8-10| 사업 수행 체계도 ····· 791
|그림 2-8-11| 사업 수행 체계도 ····· 795
|그림 2-8-12| 놀이형 영양 · 식생활 프로그램 주요 내용 ····· 796

|그림 2-8-13| 놀이형 신체활동 프로그램 주요내용 ····· 797
|그림 2-8-14| 국가 비만관리 종합대책('18.~'22.) 목표 및 추진 전략 ····· 799
|그림 2-8-15| 국가건강검진체계 ····· 803
|그림 2-8-16| 제3차 국가건강검진종합계획 비전과 전략 ····· 805
|그림 2-8-17| 국가건강검진 거버넌스 정비(안) ····· 806
|그림 2-8-18| 일차의료 만성질환관리 통합서비스 제공 프로세스 ····· 812
|그림 2-9-1| 보건산업 부문별 수출 현황(제조산업 기준) ····· 857
|그림 2-9-2| 보건산업 일자리 현황(의료서비스산업 포함) ····· 858
|그림 2-9-3| 제2차 제약산업 육성 · 지원 5개년 종합계획 비전 및 목표 ····· 862
|그림 2-9-4| 혁신의료기기 통합심사평가 ····· 867
|그림 2-9-5| 돌봄로봇 4종과 스마트 돌봄 스페이스 ····· 871
|그림 2-9-6| 보조기기 열린페이지 ····· 873
|그림 2-9-7| 보건의료연구개발사업 추진절차 ····· 878
|그림 2-9-8| 첨단재생의료 분야 ····· 891
|그림 2-9-9| 글로벌 첨단재생의료 시장 규모 ····· 892
|그림 2-9-10| 의료기관 종별 전자의무기록 시스템 도입률(보건의료정보화 실태조사) ···· 895
|그림 2-9-11| 인증제 개요 ····· 897
|그림 2-9-12| 인증의 표시 ····· 898
|그림 2-9-13| 인증기준의 정의 ····· 899
|그림 2-9-14| 인증기준의 구성 ····· 899
|그림 2-9-15| EMR 인증심사 절차 ····· 900
|그림 2-9-16| 진료정보교류시스템 구성 및 개념도 ····· 903
|그림 2-9-17| 진료정보교류포털(마이차트) 메인 화면 ····· 905
|그림 2-9-18| 2020년 스마트병원 선도모델 개발 지원 사례 ····· 916
|그림 2-9-19| 2021년도 '환자 체감형' 스마트병원 구축 지원 사례 ····· 917
|그림 2-9-20| 2022년 스마트병원 선도모델 개발 지원 사례 ····· 917
|그림 2-9-21| 스마트병원 선도모델 효과평가 6대 검증 요소 ····· 918
|그림 2-9-22| 스마트병원 선도모델 적용 후 인력 운용 효율성 ····· 919

그림목차 | CONTENTS

|그림 2-9-23| 스마트병원 선도모델 효과평가 주요항목 분석결과 ····· 920
|그림 2-9-24| 기술발전과 의료서비스 범위의 확장 ····· 921
|그림 2-9-25| 마이 헬스웨이 건강정보 고속도로 구축 ····· 922
|그림 2-9-26| 마이 헬스웨이 플랫폼 구성(안) ····· 923
|그림 2-9-27| 환자 맞춤형 정밀의료 실현 체계도 ····· 925
|그림 2-9-28| 건강관리 서비스(자녀 · 부모) 모형도 ····· 926
|그림 2-9-29| 데이터산업 연도별 성장률 ····· 927
|그림 2-9-30| K-CURE 사업 주요 추진과제 ····· 931
|그림 2-9-31| 보건의료 빅데이터 플랫폼 데이터 제공 절차 ····· 932
|그림 2-9-32| 보건의료 빅데이터 플랫폼 운영 프로세스 ····· 933
|그림 2-9-33| 연구중심병원사업의 구조 ····· 936
|그림 2-9-34| 첨단의료복합단지 조성 모형 ····· 940
|그림 2-9-35| K-바이오헬스 전략센터 개소 ····· 944
|그림 2-9-36| 의료 해외진출 신고 현황 ····· 950
|그림 2-9-37| 의료 해외진출 종합정보포털(www.khidi.or.kr/kohes) ····· 953
|그림 2-9-38| 2022년 의료 해외진출 프로젝트 5개 추진 성과 ····· 954
|그림 2-9-39| 유치 외국인 환자 수 ····· 957
|그림 2-9-40| 메디컬 코리아 콘퍼런스 행사 ····· 959
|그림 2-9-41| 외국인환자 유치 인증 의료기관 마크 ····· 964
|그림 2-9-42| K-글로벌 백신 허브화 비전 및 전략 보고대회('21. 8. 5) ····· 969
|그림 2-9-43| K-글로벌 백신 허브화 비전 및 전략 발표 관련 언론보도('21. 8. 6.) ····· 969
|그림 2-9-44| 글로벌 백신 허브화 정책 추진체계(2022년) ····· 969
|그림 2-9-45| K-글로벌 백신 허브화 목표 및 추진전략(2021.8.5.) ····· 970
|그림 2-9-46| 세계바이오서밋 행사 모습 ····· 982
|그림 2-9-47| '22. 7월 교육 사진 ····· 984
|그림 2-9-48| '22. 10월 교육 사진 ····· 984
|그림 2-9-49| 현장 방문 컨설팅 사진 ····· 985

|그림 2-9-50| K-바이오 랩허브 구축 및 협력모델 ····· 988
|그림 2-9-51| 10대 유관기관장 협의체 협력회의 ····· 989
|그림 2-9-52| 기업애로 접수 및 처리 절차 ····· 991
|그림 2-9-53| 찾아가는 설명회 현장모습 ····· 991
|그림 2-9-54| 찾아가는 설명회 자료예시 ····· 992
|그림 2-9-55| 백신기업 협의체(('22. 12. 기준, 분과별 중복) ····· 992
|그림 2-9-56| 국내 백신 개발 R&D 비전 및 목표 ····· 994
|그림 2-10-1| 한의약 R&D 사업 추진 목표 ····· 1018
|그림 2-10-2| 한약재유통지원시설 사업 흐름도 ····· 1029
|그림 2-11-1| 새정부 규제혁신 추진 체계 ····· 1036
|그림 2-11-2| 기초연금 소득 산정 제외 ····· 1041
|그림 2-11-3| 부내 홍보 추진 체계 ····· 1049
|그림 2-11-4| 사회보장정보시스템(범정부) 개념도 ····· 1061
|그림 2-11-5|「복지로」 개념도 ····· 1063
|그림 2-11-6| 응급안전안심서비스 시스템 구성도 ····· 1065
|그림 2-11-7| 전자출결 운영체계 개요 ····· 1067
|그림 2-11-8| 보육통합정보시스템 개념도 ····· 1067
|그림 2-11-9| 의약품유통정보시스템 구성도 ····· 1080
|그림 2-11-10| 응급의료통합정보망 ····· 1081
|그림 2-11-11| 보건복지사이버안전센터 관제 체계 ····· 1085
|그림 2-11-12| 개인정보 오·남용 예방 업무절차 ····· 1086
|그림 2-11-13| 의료정보보호센터 운영계치계 ····· 1087
|그림 2-11-14| 보건복지부 공공데이터 개방 지원 체계 ····· 1088
|그림 2-11-15| 보건복지상담센터 상담 및 관련기관 연계 ····· 1093
|그림 2-11-16| 보건복지상담센터 및 시·군·구 연계업무 처리 흐름도 ····· 1097
|그림 2-11-17| 보건업 및 사회복지서비스업 종사자 추이 ····· 1115
|그림 2-11-18| 보건복지 분야 인재 양성 방향 ····· 1116

2022
보건복지백서

THE HEALTH AND WELFARE
WHITE PAPER 2022

2022

한눈에 보는
보건복지 주요 성과

한눈에 보는 복지분야 주요성과

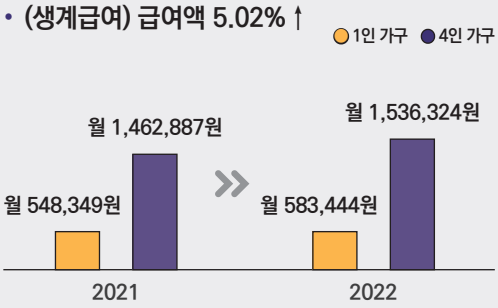
01 취약계층보호
02 수요자중심의 장애인 지원체계 구축
03 포용적 사회보장을 위한 기반 구축

01 취약계층보호

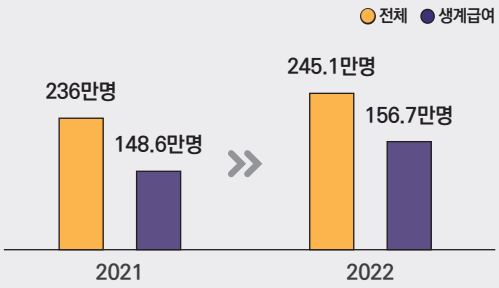
기초생활 보장

보장성 강화

- (의료급여) 식대 인상(건강보험 의원급 수준)
- (생계급여) 급여액 5.02% ↑



기초생활보장 수급자 수 증가

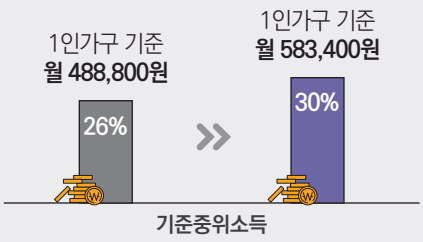


기초생활보장제도 개선

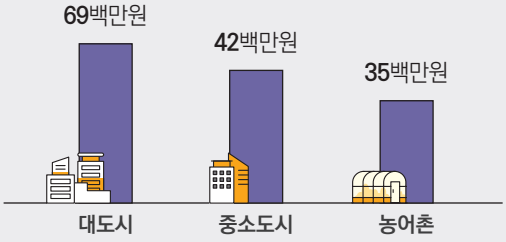
- **부양의무자 기준 단계적 폐지**
  - 부양의무자 가구에 기초연금 수급 노인 포함 시 의료급여 부양의무자 기준 미적용
  - 단, 1촌 이내 직계혈족(배우자 포함)의 소득이 연 1억 원을 초과하거나 보유재산이 9억 원을 초과하는 경우 생계급여 지급 대상에서 제외
- **별도 가구로 보장**
  - ‣ 30세 미만의 중증장애인으로 탈시설 또는 자립을 위해 부모와 주거를 분리하는 경우
  - ‣ 기타 가정폭력 등의 사유로 개별 가구 보장이 필요한 경우
- **근로유인강화**
  - 자립준비청년 근로소득 공제 혜택 확대
    - ‣ 24세 이하 아동시설 퇴소 및 가정위탁 보호종료아동 → 아동시설 퇴소 및 가정위탁보호 종료 후 5년 이내

긴급복지지원 확대

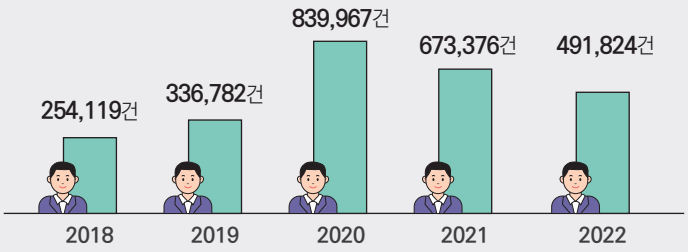
• **긴급복지 생계지원금 인상**(22.7.1.)



• **주거용재산 공제한도액 신설**(22.7.1.)



긴급지원대상



위기사유 확대

• **긴급복지 지원대상에 자살 고위험군인 자살의도자 추가**



자립지원

• **자활급여**

- 고물가 대책 등에 따라 자활급여 꾸준히 인상('20년 대비 '23년 약 10% 인상)
- '23년 시장진입형 자활근로 지원단가 61,690원/일

자산형성지원사업

• **청년내일저축계좌**

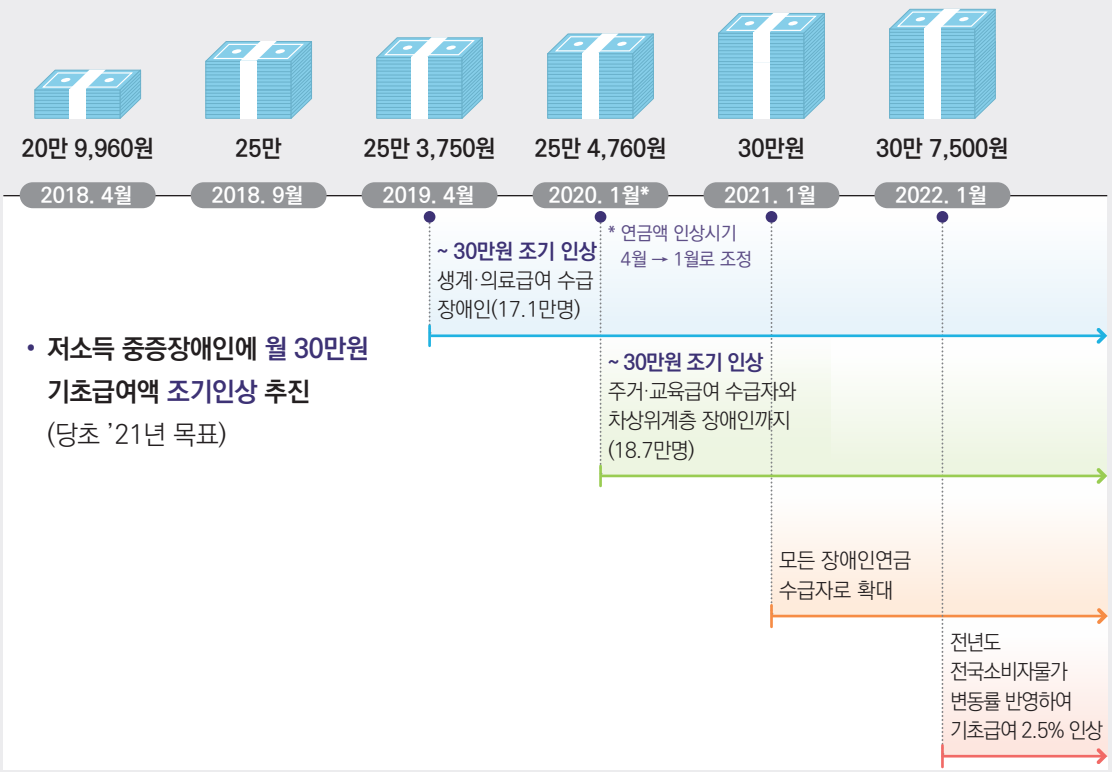
- 청년대상 자산형성 사업 통합 및 중위소득 50~100%의 일하는 청년까지 지원확대('23년 총 4.2만명 가입)

  * 기존 청년희망키움통장(생계), 청년저축계좌(주거·교육, 차상위) → 개선 **청년내일저축계좌**

- **(지원대상)** 만 **19~34세** (단, 수급자·차상위자는 만 15~39세) 중 소득·재산 요건을 충족하는 자
- **(지원내용)** 월 10만원 저축 시 정부지원금 10만원(차상위이하는 30만원)지원
- **(만기수급액)** 3년 만기후 720만 원 ~ 최대 1,440만 원 +이자(본인 360만 원+정부지원금 360만 원 ~ 1,080만 원)

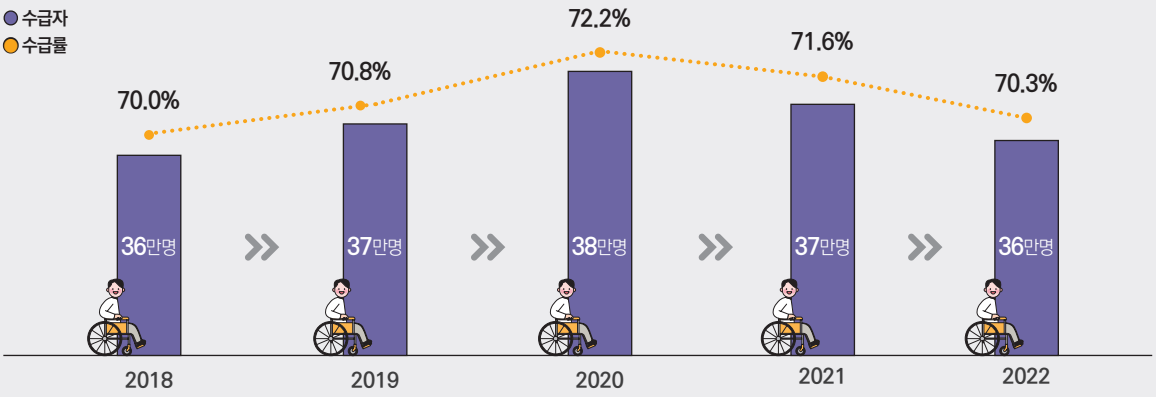
02 수요자중심의 장애인 지원체계 구축

장애인연금 단계적 인상



- **저소득 중증장애인에 월 30만원 기초급여액 조기인상 추진**
  (당초 '21년 목표)

장애인연금 수급자 현황



※ 2018년 이후 법정수급률 70% 지속 달성(장애인연금법 제4조)

발달장애인 생애전주기 지원

1. 영유아기
- 영유아 발달 정밀검사비 지원대상 확대 (하위 50 → 70%)
- 장애아 전문 통합어린이집, 통합유치원

2. 학령기
- 청소년 발달장애인 방과후활동서비스 1만명('22) 지원

3. 성인기
- 발달장애인 주간활동서비스 1만명('22) 지원

전주기

발달장애인 거점병원·행동발달증진센터 2개소('18년) → 8개소('20년) → 10개소('22년)

장애등급제 단계적 폐지

장애등급이 아닌 장애정도로 구분

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

서비스지원종합조사 단계적 도입

'19년 7월 ~
- **일상생활 지원**
  활동지원, 거주시설, 보조기기, 응급안전

'20년 ~
- **이동지원**
  장애인주차표지 등

'22년 ~
- **소득·고용지원**
  장애인연금, 장애인의무고용

장애인의 욕구와 환경을 고려한 맞춤서비스 제공

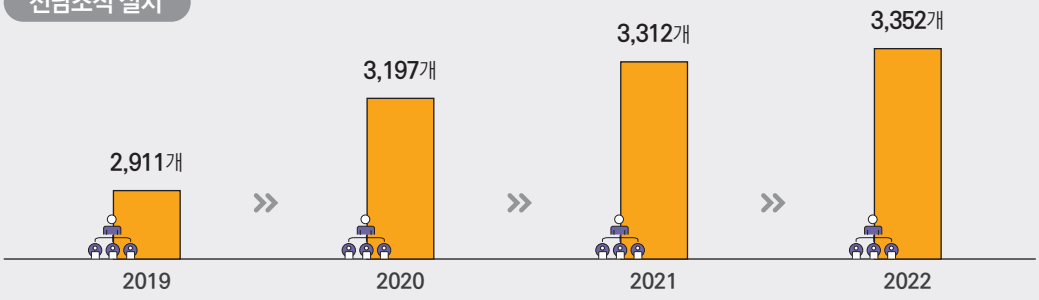
03 포용적 사회보장을 위한 기반 구축

빈곤 · 위기가구 발굴 강화 및 지원

찾아가는 보건복지서비스

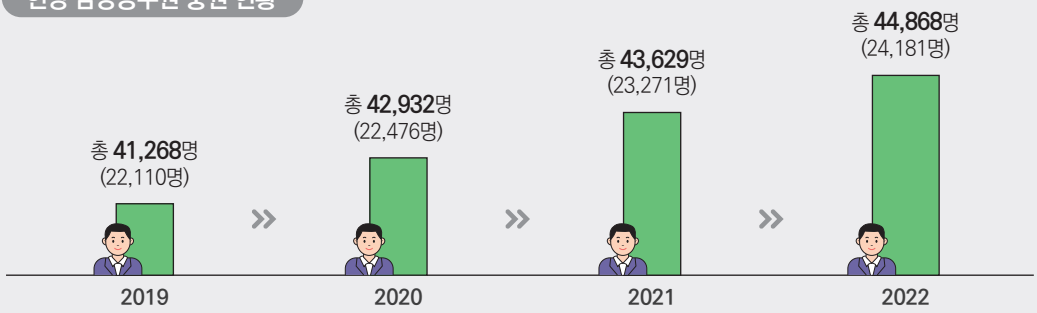
*전국 모든 읍면동(3,509개소)에서 서비스 제공

전담조직 설치

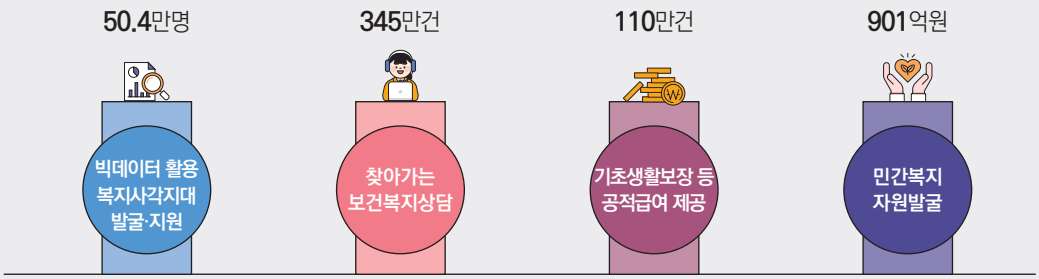


*전체 읍면동의 95.5%

현장 담당공무원 충원 현황



22년 찾아가는 보건복지서비스 운영실적 현황



2022
보건복지백서

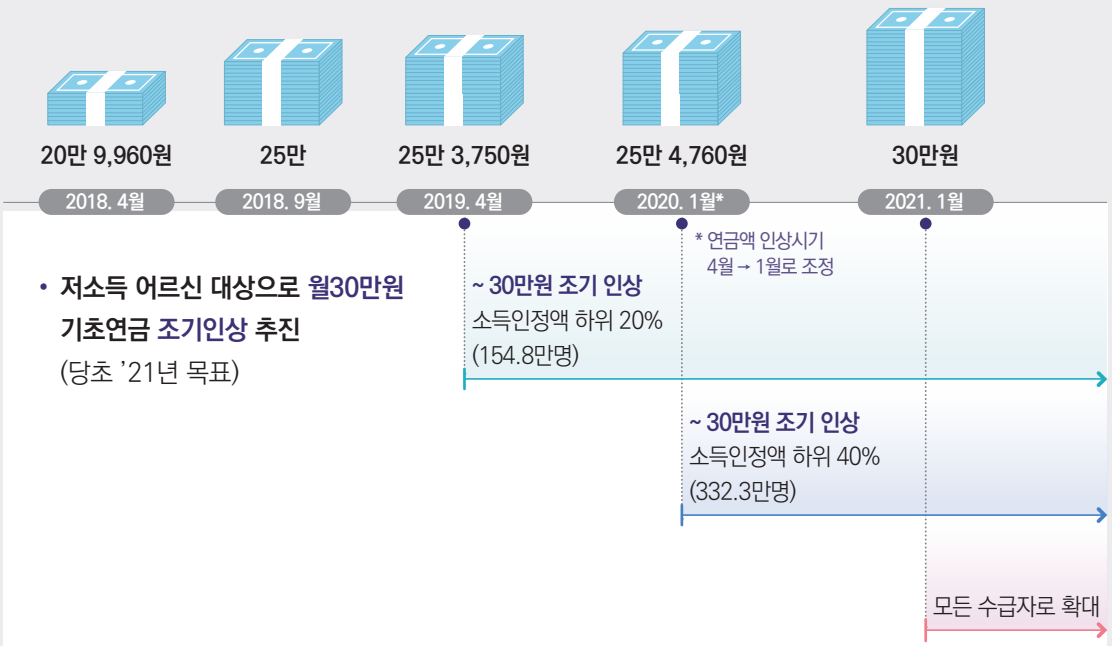
THE HEALTH AND WELFARE
WHITE PAPER 2022

한눈에 보는 돌봄분야 주요성과

01 활기차고 존중받는 노후생활 지원
02 아이 키우기 좋은 환경 조성
03 사회서비스 고도화 추진

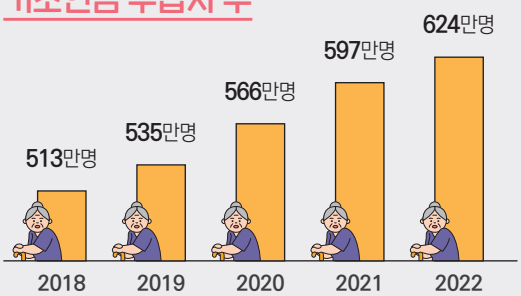
01 활기차고 존중받는 노후생활 지원

기초연금 단계적 인상

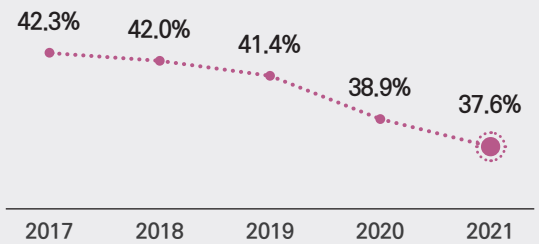


- **저소득 어르신 대상으로 월30만원 기초연금 조기인상 추진**
  (당초 '21년 목표)

기초연금 수급자 수



기초연금 단계적 인상에 따른 상대빈곤율 현황



* 통계공표시기 : 기준연도 익년 12월

노인일자리 확대

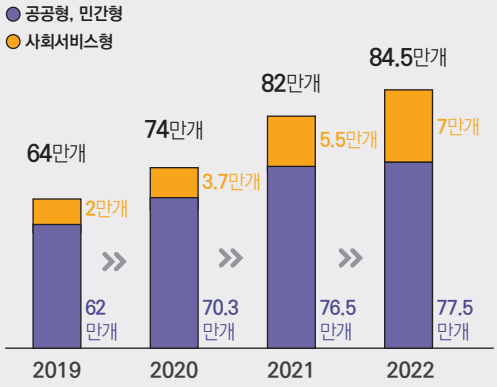
맞춤형 노인일자리 지원·확대

- **공공형, 민간형 노인일자리 2.5만개 확대**('22)
  - 공익활동, 시장형사업단, 시니어인턴십, 취업알선형 등

사회서비스형 노인일자리 1.5만개 확대('22)

- **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 71.2만원)
  - 지역사회의 외부재원을 활용하여 신노년세대 맞춤형 노인일자리 제공하는 사회서비스 선도모델 시범사업 실시

노인일자리 확대추이



치매관리체계 구축

맞춤형 사례관리

- **전국 256개 보건소에 치매안심센터 운영**('19년~)
  - 상담·검진, 1:1 사례관리, 서비스연계 등 통합서비스 제공
  - 독거노인 등 고위험군 사례관리 강화, 농어촌지역은 방문형 서비스 제공
  - '22년 28만명 등록(누적 443만명)

의료·요양인프라 확대

- **공립요양병원에 치매전문병동 65개소 확충**
  - 환각, 폭력, 망상 등 이상행동증상이 심한 치매환자 집중 치료
- **치매전담형 장기요양기관 확충**(신축 및 전환 총 398개소)
- **치매안심병원 10개소 지정**
  - 치매전문병동 설치기관 중 일정 시설·장비·인력 충족 시 지정

치매친화적 환경조성

- **치매안심마을 조성·운영**('22년 710개소)**, 치매공공후견사업 전국 확대 실시 등**

지역사회중심의 통합돌봄 제공기반 구축

• **(분야별 서비스 확충) 의료·주거 · 돌봄 분야별 서비스 지속 확충**

분야	주요 추진실적
의료	▸ **재택의료센터 등** 의료-돌봄 사례관리 제공(광주서구, 안산, 부천, 진천) ▸ 보건소 **통합간호센터** 설치·운영하여 **통합간호서비스 제공**(진천) ▸ 진료실, 검사기를 갖춘 **찾아가는 진료버스 운영**(청양) ▸ 퇴원환자 지원, 방문의료(한의, 재활, 간호), 재가 의료급여 시범사업
주거	▸ 케어안심주택 847호 설치, 주택 개보수 8,118세대
돌봄	▸ 식사 및 영양, 이동지원 및 동행, 퇴원환자 돌봄 등 사각지대 보완

• **(추진기반 마련) 지자체 통합돌봄 조례 제정(16개 지자체 完), 통합돌봄 창구(총 305개소) 설치, 지역케어회의 운영* 등 정책 역량 제고**

* 서비스 연계·조정 위해 건보공단, 서비스 제공기관 등 민·관기관 전문가 다수가 참여

• **(효과성 평가) 돌봄 대상자의 주관적 삶의 질(4.59→4.93), 보호자의 부양부담 완화(긍정적 답변 84.0%), 타지역에 비해 퇴원환자 재가일(32.6일 증가)수 증가 효과 확인**

국민연금제도 개선

취약계층 국민연금보험료 지원 확대('22. 12월)

• **저소득 지역가입자 보험료 지원**(신규)

– 기준소득월액 100만원 이하 보험료의 50%, 100만원 초과 최대 월 4.5만원 지원

* ①경제적 사유 납부예외 지역가입자가 ②보험료 납부를 재개하고, ③일정 소득·재산기준 이하인 경우 연금보험료를 지원하는 사업

• **두루누리* 연금보험료 지원**

– 지원 소득기준 220만 원 → 230만 원으로 인상

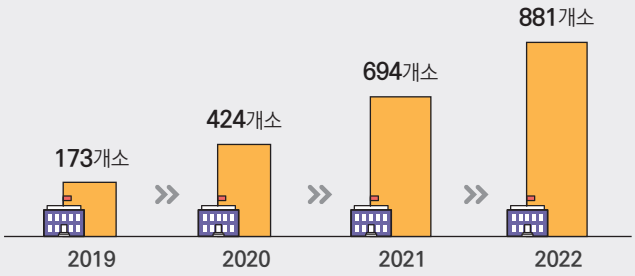
* 10인 미만 사업장의 일정 소득·재산기준 이하 근로자에게 연금보험료를 지원하는 사업



02 아이 키우기 좋은 환경 조성

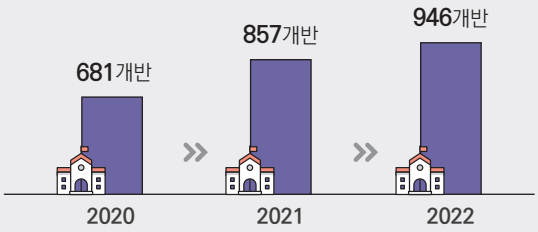
양육·돌봄에 대한 공적 책임강화

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



영아수당 지원 및 양육지원체계 기반 마련

- **영아수당 지원**
  - '22년 이후 출생한 만 0~1세 아동에게 월 30만원 지원('22년 12월 말 기준 219,524건 지원)
- **시간제보육 제공기관 확대**
  - 가정에서 6~36개월 미만 아이를 양육하는 부모가 긴급·일시적으로 보육시설 이용이 필요한 경우, 시간 단위로 이용할 수 있는 보육서비스 지원



임신출산 진료비지원

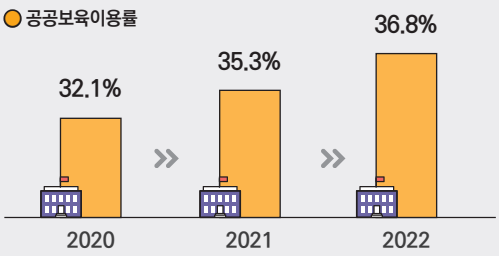
국민행복카드 지원내용

대상	금액	사용기한	사용범위
임산부(유산·사산 포함) 및 2세 미만 영유아	일태아 100만원 다태아 140만원	분만예정일·출산일(유산·사산일)로부터 2년	· 임산부의 임신·출산과 관련한 진료 및 약제·치료재료 구입 · 2세 미만 영유아의 진료비 및 처방된 약제·치료재료 구입

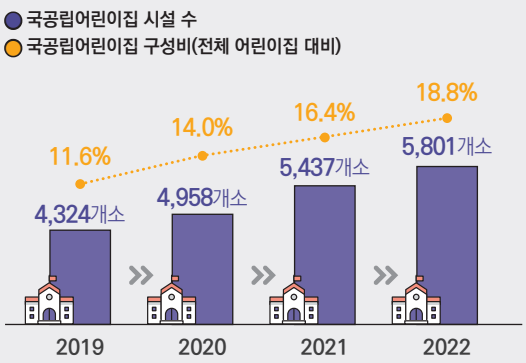
공공보육 인프라 확충

국공립어린이집 확충

- 2027년 공공보육이용률 50% 달성을 위해 매년 500개소 이상 지방자치단체의 국공립어린이집 확충 지원

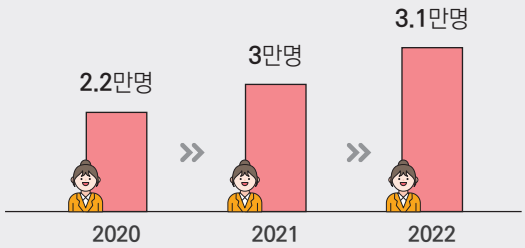


- 국공립어린이집 현황



연장보육 전담교사 배치인원 단계적 확대

- 연장보육 전담교사 지원 규모



취약아동 보호

입양가정지원 확대

- 입양대상 아동 위탁가정에 월 100만원 보호비 지원 신설('22년 7월~)
- 입양축하금 200만원 신규 지급 및 입양아동 양육수당(월 15만원 → 월 20만원) 인상을 통해 입양가정의 양육부담 완화('22년 1월~)

아동자립지원

- 아동복지시설*, 가정위탁 보호종료5년이내 자립준비청년(보호종료아동)에게 월 35만원** 자립수당 지급 ('22년 1만여명)

* 아동양육시설, 공동생활가정, 아동일시보호시설, 아동보호치료시설

** 「제1차 비상경제민생회의」('22. 7. 8.)에 따른 지원금액 인상(월 30만원 → 35만원, '22. 8월~)

03 사회서비스 고도화 추진

사회서비스 고도화 추진 방향

① 대상자 확대 | ② 고품질서비스 | ③ 양질의 공급자 육성 | ④ 기반 조성

'22년 주요사업 내용

- **(전담기관 신설)** 「사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률」에 따라 **사회서비스 혁신*을 위한 중추기관으로서 중앙사회서비스원 출범**('22.3월)

  * 사회서비스혁신사업본부 설치('22.9월) 등 기능 재편을 통한 혁신 정책 적극 지원

- **(품질제고) 최초 전수 현장평가***를 통한 품질관리 공백 해소 및 **품질인증제**(15개소) **시범사업** 실시하여 **품질관리 강화** 도모

  * 산모신생아건강관리지원사업, 가사간병방문지원사업 제공기관(1,005개소)

  ** 대상 서비스: 산모신생아건강관리지원, 아동청소년심리지원, 아동청소년비전형성

- **(투자 펀드 조성)** 사회서비스 분야 **기술 기반 기업 육성을** 위하여 모태펀드를 활용한 **'사회서비스 투자 펀드*' 조성 예산 신규 확보**('23년)

  * 총 140억원 규모 = 정부 출자금 100억원 + 민간 출자금 40억원

- **(서비스개발) 청년, 중장년 1인 가구** 등의 **新복지 수요 대응**을 위한 **신규** 사회서비스 **모델 개발 추진**

- **(전달체계 확충) 14개 시·도 사회서비스원**(36개 종합재가센터) **운영**을 통한 컨설팅 등 **민간 지원* 및** 긴급돌봄 등 **직접 서비스 제공****

  * 시설 안전 컨설팅(1,761개소 2,024회), 경영컨설팅(1,154개소, 1,073회), 종사자 교육·훈련(714회, 11,164명)

  ** 총 113개 국공립시설 및 81개 정부사업 위탁 수행, 긴급돌봄서비스 제공('22.12월 기준 22,942건)

- **(처우개선)** 사회복지사 등 사회복지시설 종사자 **인건비 가이드라인 준수율 상향* 및 처우개선위원회** (위원장: 복지부 1차관) **구성·운영**('22.12월~)

  * 국고지원시설: ('20) 88.8% → ('21) 90.2% → ('22) 93.4%
    4년간 가장 높은 상승률 3.2%p 달성('17~'21년 평균 증가율 1.1%p)

한눈에 보는 보건분야 주요성과

01 건강보험 보장성 강화
02 가까운 지역에서 믿을 수 있는 의료서비스 제공

01 건강보험 보장성 강화

초음파·MRI



- **초음파·MRI 건강보험 적용 확대**
  - 두경부 초음파(2월)
  - 척추 MRI(3월)

치과



- **선천성악안면 기형 환자 치과교정 및 악정형 치료 건강보험 급여대상* 추가 확대**(11월)

  * 선천성 악안면 기형 환자로서 희귀질환 산정특례대상으로 등록된 자

아동 및 여성



- **임신·출산 관련 바우처 확대** ('22.1월~)
  - 지원대상 확대(임산부, 1→2세 미만 영유아)
  - 지급금액 인상(일태아 60→100만원, 다태아 100→140만원)
  - 사용 기간 연장(1→2년),
  - 사용 범위 확대(임산부의 임신·출산 관련 모든 약제·치료재료)

취약계층 의료안전망



- **본인부담상한제 '22년 진료비 본인 부담상한액 초과금 환급**('23.8월)

  * 소득수준별로 연간 본인부담상한액을 정하고, 초과금액 발생시 건강보험공단이 부담하는 제도(비급여, 선별급여 등 제외)

  - 약 187만명에게 2조 4,708억원 환급(전년대비 대상자 6.8%, 지급액 3.6% 증가)

- **재난적의료비 19,753건, 약 612억원 지원('22)**

  * 중위소득 100%이하(100~200% 이하는 개별심사) 국민대상, 소득대비 과도한 의료비 발생시 연5천만원까지 비급여, 선별급여 등 지원

약제



- **루타테라주**(신경내분비암, 3월)
  킴리아주(급성림프구성백혈병, 4월)
  졸겐스마(척수성근위축증, 8월)
  저박사주(다제내성항균제, 10월)
  코아가덱스주(혈우병, 12월) **등**

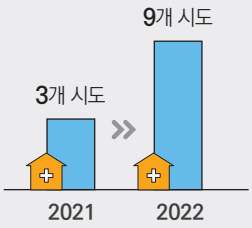
마음 건강관리 강화

자살예방

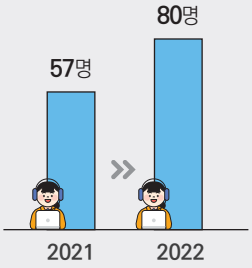
- **적극적인 자살 고위험군 발굴을 위한 정책 지원 강화**
  - 경찰, 소방에서 자살시도자 등 발견 시 **당사자 동의 이전**에 자살예방센터로 **정보 연계 후 사례관리**('22.8월 시행) 가능하도록 법적 근거 마련
  - 자살예방법 개정('22.12월 시행)에 따른 **한국생명존중희망재단의 설립 및 운영 법적 근거 마련**으로 중앙정책지원기구로서의 기능 강화

- **자살고위험군 집중관리 및 지원 강화**
  - 자살유족 **원스톱 서비스 시행지역 확대** ('21. 3개 → '22. 9개 시도)
  - 자살예방상담전화(1393) **상담원 정원 확대** ('21. 57명 → '22. 80명)

원스톱 서비스 시행지역 확대



1393 상담원 정원

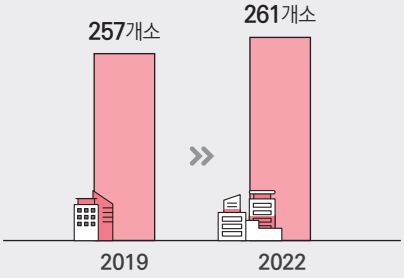


- **지역사회 생명지킴이 누적 739만명 양성** ('18~'22)

정신건강인프라 확대

- **정신건강복지센터 확충** ('19년 257개 → '22년 261개)

정신건강 복지센터



- **재난 피해자 심리지원을 위한 5개 권역 트라우마센터* 출범** ('19년 2개 → '21년 5개)

* 2개(국가, 영남권) → 5개(국가, 영남권, 호남권, 충청권, 강원권)

국가 트라우마센터(국립정신건강센터 내, '18)
영남권 트라우마센터(국립부곡병원 내, '19)

+

호남권 트라우마센터(국립나주병원 내),
강원권 트라우마센터(국립춘천병원 내),
충청권 트라우마센터(국립공주병원 내) **개소**('21.6)

지역 건강사업 확대

일차의료 만성질환관리 시범사업

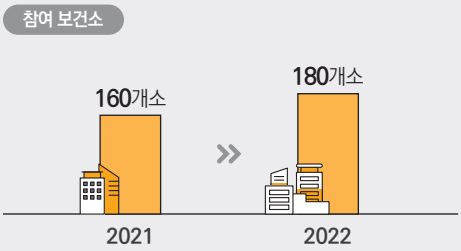
- **동네의원 중심 고혈압, 당뇨병 등에 대한 통합관리 서비스 제공**
  (3,722개 의원 참여, 환자 55.7만명 관리)

건강생활실천지원금제 시범사업

- **스스로 건강관리를 하는 국민에게 건강생활실천과 개선 정도에 따라 포인트(인센티브)적립**
  - **(예방형)** 일반건강검진 수검자 중 건강위험요인 보유자 대상(114,913명)
  - **(관리형)** 일차의료 만성질환관리 시범사업 참여자 대상(3,489명)

모바일 헬스케어 서비스 확대

- **'보건소 모바일 헬스케어' 앱을 통해 만성질환 고위험군, 건강군 등 생활습관 개선 및 건강관리 서비스 제공**



환자 중심 의료서비스 제공

존엄하고 편안한 생애말기 보장

- **호스피스연명의료종합계획**('19~'23)
  - 자문형 호스피스 제도화('22. 1. 본사업 전환) 및 소아청소년 완화의료 시범사업 인프라 확대 ('21, 9개소 → '22, 10개소)
  - 사전연명의료의향서 등록기관('21, 522개소 → '22, 612개소) 및 참여 의료기관('21, 329기관 → '22, 372기관) 확대 등을 통한 연명의료결정제도 활성화



02 가까운 지역에서 믿을 수 있는 의료서비스 제공

지역의료질 제고 및 공공의료 확충

공공의료 인프라 및 인력지원

- **권역 지역 책임의료기관확대 : 권역10개소('19) → 권역 12개소, 지역29개소('20) → 권역 15개소, 지역 35개소('21) → 권역 16개소, 지역 42개소('22)**
- **공중보건장학생 지원 확대 : 8명('19) → 12명('20) → 43명('21) → 75명('22)**

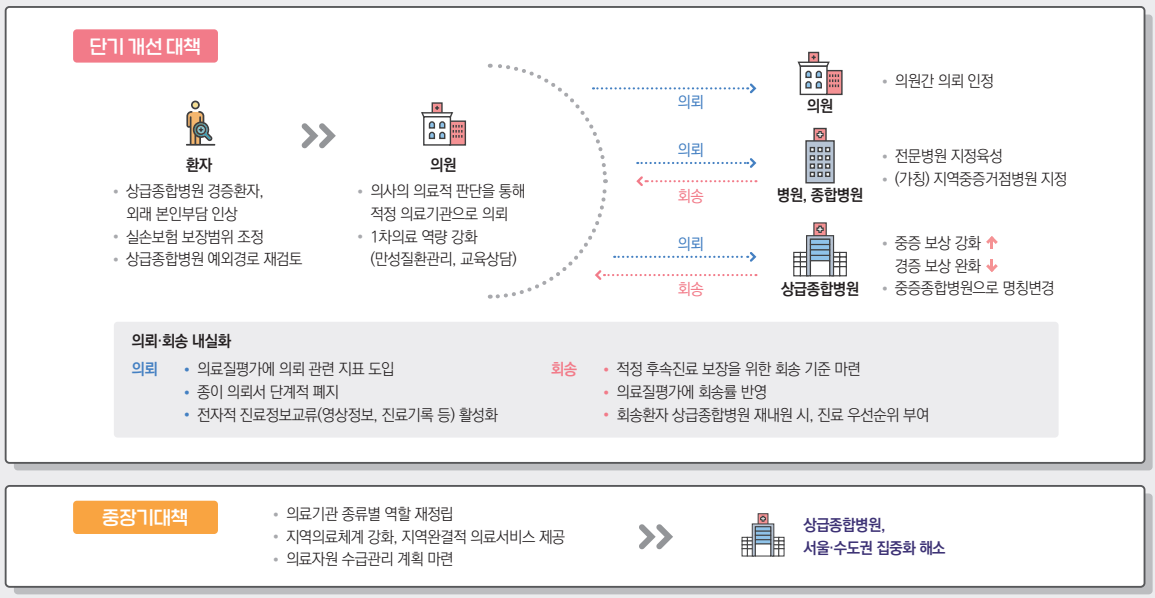
응급의료인프라 강화

- **권역외상센터 : 14개소('19) → 15개소('22)**
- **코로나19대응을 위한 중증응급진료센터 58개소('22)**
  - 사전 환자분류소, 격리진료구역(5병상 이상) 등 설치하여 코로나19 유증상 중증응급환자 신속 진료

의료이용·제공 체계 개편

수도권 대형병원의 환자집중 해소를 위한 '의료전달체계 개선' 추진

- **중증환자 위주로 진료하도록 평가·보상체계 개선**
- **적정의료기관에서 진료받도록 의뢰 내실화**
- **환자의 적정 의료이용 유도**
- **치료 후 관리 환자의 지역 병의원 회송 활성화**
- **지역 의료해결역량 제고 및 신뢰기반 구축**



* 상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 : 25개 상급종합병원 **464명 전문의** 참여, 중증·희귀난치 질환자에 대한 충분한 진료시간 보장
* 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 : **회송기관 290개소, 협력기관 1만8천여개**('22)

한눈에 보는 바이오헬스분야 주요성과

01 바이오헬스 혁신 생태계 조성

01 바이오헬스 혁신 생태계 조성

"바이오헬스 산업 혁신 방안" 마련·발표('22.7.)

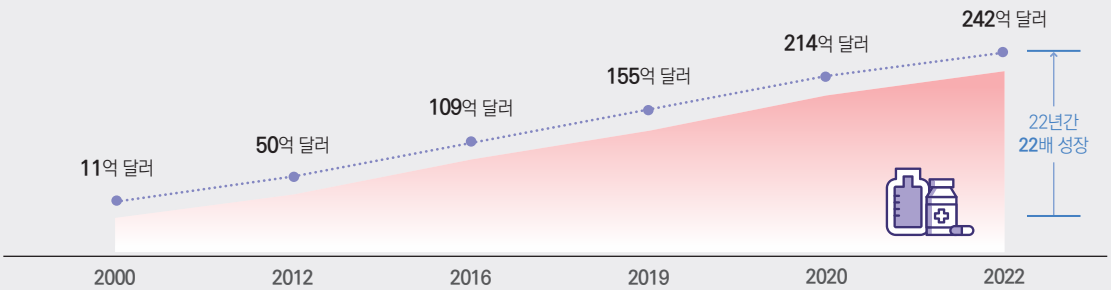
- **대통령 주재 제4차 비상경제 민생회의('22.7.27, 분당서울대병원)에서 코로나 백신·치료제 및 의료기기 분야 기업, 민간 전문가, 관계부처 장·차관이 함께 참여하여 바이오헬스 투자가속화, 규제혁신, 인프라구축, 글로벌 협력 확대하는 방안을 마련하여 발표**

혁신 의료기기 규제개선('22.10.)

- **순차적으로 진행되던 ①혁신의료기기 지정, ②기존기술 여부 확인, ③혁신의료기술평가를 통합하여 동시에 심사하는 통합심사·지정제도 도입과 혁신성 인정 범위 확대, 혁신의료기술 평가 간소화 등 인공지능·디지털 혁신 의료기기의 의료현장 신속 도입 지원**

바이오헬스 분야(제약·의료기기·화장품) 수출 확대

- 2000년 11억 달러에 불과했던 바이오헬스 수출이 50억 달러에 달하기까지 12년 소요
  그 후 2016년 100억달러, 2020년 200억달러 돌파, 2022년 242억의 수출액을 달성하며 22년간 22배의 성장 달성



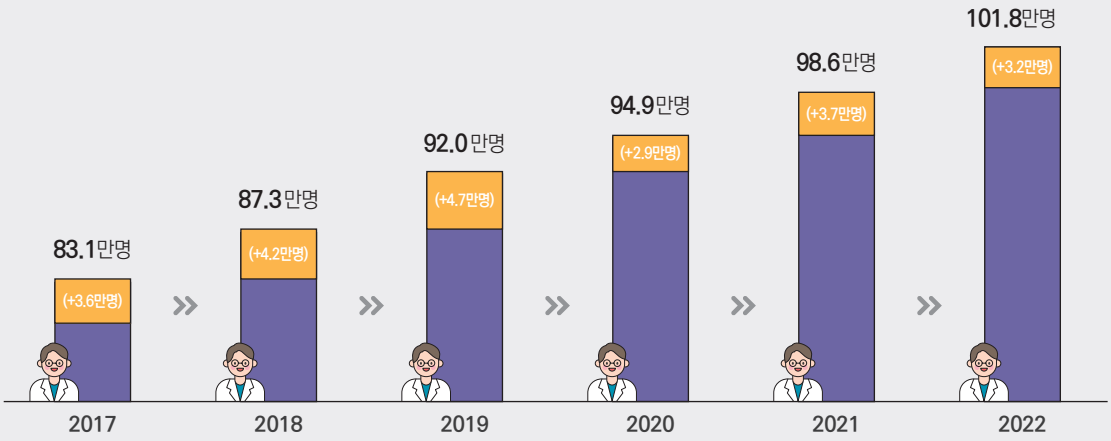
재생의료임상연구 가능 기관 확대('22.12.)

- **첨단재생의료 임상연구 활성화를 위히 재생의료실시기관 지정 확대**('21년 34개 → '22년 56개)

2022 세계 바이오 서밋 개최 ('22.10.)

- **세계의 여러 국가·기업·국제기구의 백신·바이오분야 리더를 초청하여, 코로나19 대응 경험을 공유하고, 기술혁신에 기반한 미래 감염병 세계적 대유행(팬데믹) 대응을 위한 국제 공조 방안을 논의**

보건산업분야(의료서비스 포함) 일자리 확중





2022
보건복지백서

THE HEALTH AND WELFARE
WHITE PAPER 2022

1

2022년
보건복지부 정책 개요

제1장 보건복지정책 환경 및 과제

제1절 정책 환경

1. 코로나19 위기

2020년부터 이어진 코로나19 위기가 2022년에도 계속되었다. 이로 인해 민생 회복과 교육, 돌본 공백 해소 등 일상 복귀에 대한 국민의 기대가 큰 상황이다. 반면 여전히 의료체계 부담과 코로나19 변이 발생 등 위험요인도 동시에 존재하였다. 공중보건 위기를 거치면서 공공병원과 공공의료인력 부족 문제가 대두되었다. 또한 이 과정에서 예방적 건강관리와 정신건강 투자 부족 등 보건의료 체계의 한계도 같이 드러나게 되었다. 이러한 여건으로 인해 일상과 방역이 균형을 이루는 일상회복 연착륙과 동시에 국민의 생명, 안전 보호를 위한 건강 및 의료체계 구축이 필요하다는 의견이 지속 제기되었다.

2. 삶의 격차 심화

노동시장 개편, 4차 산업혁명 등 사회, 경제구조 변화로 인해 소득 불안과 돌봄 공백이 심화되었고 이러한 문제점들이 감염병 위기 속에서 표면에 노출되었다. 특히 개인과 가족에게 맡겨져 있던 각종 부담이 커지고 있다. 이에 그간 강화해 온 소득과 돌봄에 대한 지원을 보다 확대하여 사회안전망을 더욱 공고히 해야 할 필요성이 증대되었다.

집필자 기획조정담당관 백형기

3. 미래 변화

저성장, 인구구조의 변화 등 미래를 위협하는 위기 요인이 지속되었다. 저성장을 타개할 유망산업으로서 바이오헬스 산업이 주목받고 있으며, 코로나19 위기와 전 세계적 인구 고령화로 세계 시장 규모가 빠르게 확대되고 있다. 한편 2002년 이후 저출산과 수명의 연장으로 초고령사회 진입이 임박산 상황으로 건강한 삶과 돌봄 보장에 대한 요구와 동시에 사회의 부양 부담이 증가하고 있다. 이에 혁신 성장의 동력으로 바이오헬스 산업을 적극 육성하고 인구변화 적응력을 높여 미래에 대비해야 한다는 의견이 상당수 제기되었다.

제2절 보건복지정책의 비전 및 과제

앞서 살펴본 바와 같이 양극화가 심화되고 대내외적인 경제위축은 사회적 약자에게 더 큰 부담이 될 수 있다. 그러므로 촘촘하고 두터운 지원으로 취약계층의 고통을 완화하고 삶의 질을 개선할 필요가 있다. 아울러 복지 수요는 지속적으로 증가하는 반면, 생산연령인구의 감소와 성장잠재력 저하로 재정여력은 축소되고 있는 상황이다. 이에 미래를 대비하는 복지투자 혁신을 통해 복지와 성장의 선순환을 강화해야 한다. 아울러 사회보험과 사회보장제도의 효율적 관리 필요성이 제기되고 있으므로, 이에 대한 제도개혁을 통해 국민의 신뢰를 확보하고 지속가능성을 제고해야 한다.

그간의 코로나19 대응 경험과 축적된 데이터, 백신과 치료제, 의료대응 역량을 토대로 방역기조를 전환할 필요가 있다. 이에 국민의 일상을 유지하면서 감염취약 분야에 대한 정밀화된 표적방역을 추진해야 한다. 아울러 국민이 언제 어디서나 골든타임 안에 필요한 의료서비스를 제공받을 수 있도록 정책수가를 인상하고 제도와 인프라를 개선하는 한편 인력도 확충해야 한다. 한편 감염병 위기가 상시화되고 글로벌 저성장 등에 대응하기 위해 바이오헬스 산업이 주목받고 있다. 보건안보를 확립하고 미래먹거리와 일자리 확보를 위해 바이오헬스를 차세대 국가 핵심전략산업으로 육성해야 한다.

이러한 점을 고려해 다음과 같은 핵심 과제를 추진해 나간다.

첫째, 촘촘하고 두텁게 취약계층을 보호한다.
둘째, 복지-성장 선순환을 위해 복지투자를 혁신한다.
셋째, 복지의 지속가능성을 제고한다.
넷째, 정밀화된 표적 방역을 추진해 코로나19에 대응한다.
다섯째, 국민의 생명보호를 위해 필수의료를 확대하고 의료취약지 대책을 마련한다.
여섯째, 글로벌 바이오헬스 중심국가로 도약한다.

2022
보건복지백서

THE HEALTH AND WELFARE
WHITE PAPER 2022

2

부문별 보건복지정책

특별장 코로나19 위기 발생 및 대응
제 1 장 국민기초생활보장
제 2 장 사회정책 총괄 · 조정 기능 강화
제 3 장 사회서비스
제 4 장 저출산 · 고령사회 대응정책
제 5 장 연금제도
제 6 장 보건의료정책
제 7 장 건강보험
제 8 장 국민건강증진정책
제 9 장 보건산업정책
제10장 한의약정책
제11장 정책지원

CHAPTER

특별장

코로나19
위기 발생 및 대응

제1절 코로나19 대응 체계
제2절 방역 대응
제3절 의료 대응
제4절 사회 대응

특별장

코로나19 위기 발생 및 대응

제1절 코로나19 대응 체계

Ⅰ 거버넌스

1. 중앙재난안전대책본부 구성

중국 우한시에서 원인불명의 폐렴이 발생하자, 질병관리본부(現 질병관리청)는 2020년 1월 3일부터 긴급상황센터장을 반장으로 하는 '우한시 원인불명 폐렴 대책반'을 구성하여 국내 유입 및 의심환자 발생 대비 및 대응체계를 운영하였다. 이후 1월 20일 국내 코로나19 첫 확진환자 발생에 따라 자체위기평가 결과 위기단계를 관심에서 주의단계로 격상하고, 질병관리본부장을 본부장으로 하는 '신종코로나바이러스감염증 중앙방역대책본부(이하 방대본)'를 설치하여 대응태세를 강화하였다.

1월 24일 국내 두 번째 환자 발생 즉시 보건복지부는 보건의료정책실장을 단장으로 하는 '신종코로나바이러스 대응지원단'을 구성하여 운영하였으며, 1월 27일 네 명의 확진 환자 발생에 따라 감염병 위기경보를 '주의' 단계에서 '경계' 단계로 격상하고, 감염병 위기관리 대응체계를 강화하기 위해 보건복지부장관을 본부장으로 하는 '신종코로나바이러스감염증 중앙사고수습본부'(이하 중수본)를 설치하였다.

대구·경북 지역에서 코로나가 확산세를 보이며 전국적인 확산이 우려되자, 정부는 2월 23일 위기경보 단계를 최고 수준인 '심각' 단계로 격상했다. 이에 따라 국무총리가 주재하는 중앙재난안전대책본부(이하 중대본)가 설치되며, 기존의 질병관리본부 중심의 방역체계와 중앙사고수습본부의 일관성을 유지하면서 중대본으로 격상하여 범부처 대응과 지방자치단체 간 지원체계를 강화했다. 감염병 심각 단계 위기경보는 지난 2009년, 75만 명이 감염되고 263명이 사망한 신종플루 이후 두 번째 조치였다.

집필자 방역지원팀장 양진한

|표 2-0-1| 코로나19 대응 경과

일자	대응 경과
2020. 1. 3.	• 질병관리본부 내 우한시 원인불명 폐렴 대책반 구성
2020. 1. 20.	• 위기단계 '주의' 단계로 격상 • 신종코로나바이러스감염증 중앙방역대책본부 설치
2020. 1. 24.	• 위기단계 '경계' 단계로 격상 • 신종코로나바이러스감염증 중앙사고수습본부 설치
2020. 2. 23.	• 위기단계 '심각' 단계로 격상 • 중앙재난안전대책본부 설치

중대본은 고도의 전문성이 요구되는 감염병 대응의 특성을 감안해 중수본인 보건복지부가 1본부를 맡고, 방대본인 질병관리본부를 중심으로 업무를 추진하도록 하였으며 범정부대책지원본부인 행정안전부는 2본부를 담당하여 중앙과 지역재난안전대책본부, 각 부처 간 역할과 협조사항을 조정 · 조율하고 지원하는 역할을 담당하였다.

초기에 5개반과 상황실로 구성되었던 중수본은 감염병 위기경보 '심각' 단계 격상과 함께 11반 23팀 223명으로 확대되었고 이후 방역총괄팀을 중심으로 해외유입 감염병의 특성과 장기화 상황 등을 고려 해외입국관리 전담부서 및 생활방역팀을 확충하여 감염병 대응의 효율성을 제고하고 손실보상, 사회적 거리두기 전략 수립, 입원환자 · 격리자 생활지원비와 긴급돌봄서비스 등 사회적 대응을 수행할 수 있도록 정비하였다. 2020년 6월 16일 행정안전부 별도정원 76명이 반영되어 부내 업무지원인력으로 구성되었던 중수본이 상시조직으로 전환 운영되면서 코로나19 대응 업무만 전담으로 하는 파견인력을 확보하였다.

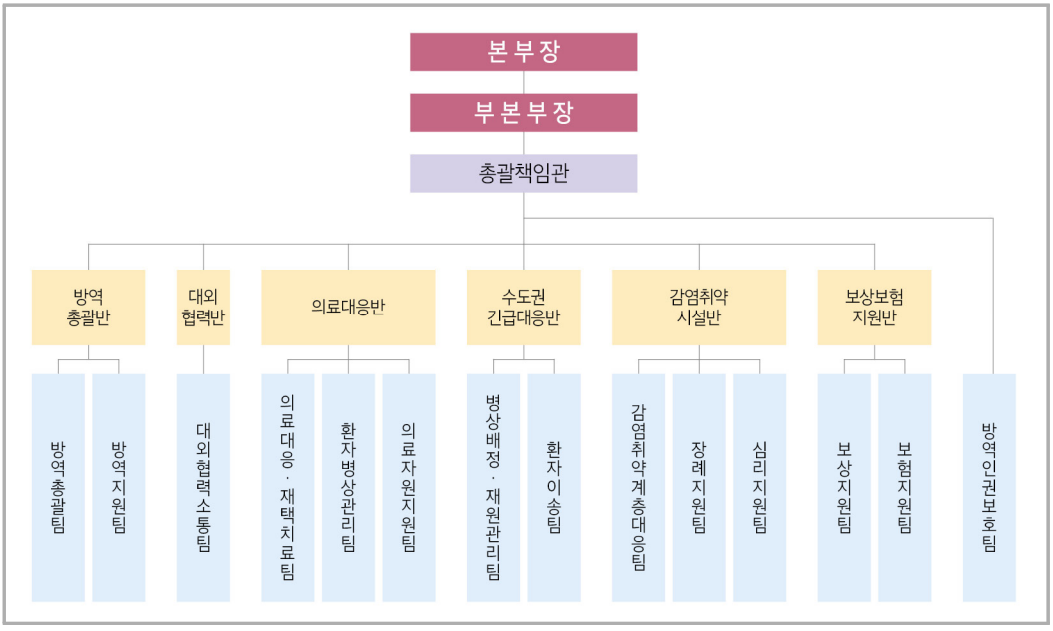
2021년도에도 코로나19가 지속적으로 유행함에 따라 중수본을 상시 운영하였으며 1월에는 별도정원 31명을 추가로 확보하여 보다 안정적이고 효율적으로 코로나19에 대응할 수 있었다. 2021년 2월부터 코로나19 백신 예방접종이 시작됨에 따라 접종이 신속·원활하게 추진될수 있도록 중수본에 예방접종지원반을 신설하여 운영하였으며, 4월에는 코로나19 백신 수급에 어려움이 예상됨에 따라 보건복지부장관을 팀장으로 하는 「범정부 백신 도입 TF」가 구성되었고 이에 중수본에 백신도입사무국을 신설하여 코로나19 백신이 조기에 안정적으로 공급될 수 있도록 제약사 협의·국제적 협력 등 다양한 행정적 지원을 하였다.

코로나19 유행이 2022년도에 계속됨에 따라 안정적인 코로나19 대응을 위하여 중수본을 지속 운영하였다. 2월에는 백신공급 안정화 및 접종률 제고 등 백신도입사무국 설치 목적을 달성함에 따라 관련 업무를 질병관리청(코로나19예방접종대응추진단)으로 이관하고 조직도 폐지하였다. 6월에는 확진자 감소 및 일반의료체계로의 전환 등에 따라 효율적인 조직 및 인력 운영을 위하여 중수본 조직개편(5관 20반 42팀 → 1관 11반 20팀)을 실시하였고 이후에도 7월에는 해외입국 관련 업무를 질병관리청(중앙방역대책본부)으로 이관하고 해외입국관리반을 폐지하는 등 업무 수요에 따라 필요한 조직을 신설 또는 폐지하였다. 10월에는 6차 유행 안정화 및 코로나19 대응 기능별 연계 강화 등을 위하여 조직개편(1관 10반 22팀 → 1관 6반 14팀)을 단행하고 코로나19 대응 업무를 수행하였다.

우리부에서는 코로나19 대응을 위하여 중수본 별도정원을 확보하여 인력을 운영하고 있지만 별도 정원만으로는 코로나19 위기 대응에 어려움이 있어, 코로나19 대응 초기부터 현재까지 복지부 인력의 지원 근무 및 겸임 근무 등을 통하여 복지부 전 부서가 사실상 비상대응 상태로 코로나19 위기를 극복해 나가고 있다.

아울러, 중수본에서는 코로나19 확산세 등을 감안하여 코로나 발생 초기부터 현재까지 코로나19 전담병상 확보·생활치료센터 운영·재택치료 도입 및 운영·방역인권보호 등 적기에 필요한 업무를 수행할 수 있도록 조직 신설 및 인력 보강 등을 통하여 코로나19 대응에 지속적인 노력을 기울였다.

|표 2-0-2| 중앙사고수습본부 조직도('22. 12. 31. 기준)



2. 중대본 회의 운영을 통한 범정부 협업체계

가. 추진내용

코로나바이러스-19 중앙재난안전대책본부 회의(이하 '중대본 회의'라고 함)는 범정부 차원에서 코로나19에 대응하기 위하여 열리게 되었다.

중대본 회의는 2월 25일 처음 개최되었으며, 2020~2022년까지 총 661회의 회의를 진행하였다. 중대본 회의에는 코로나19 대응과 관련 있는 중앙행정기관 및 17개 시 · 도가 영상을 통해 참석하며, 코로나19라는 신종감염병 극복의 컨트롤 타워 역할을 충실하게 수행하였다. 특히, 대구 · 경북에서 코로나19가 유행할 때는 대구시청에서, 수도권에서 코로나19 확진자 수가 늘어날 때는 서울시청에서 국무총리 주재로 회의를 개최하는 등 감염병 대응의 최전선에서 방역 현장을 지키며, 위기 극복에 앞장섰다.

아울러 정부는 중대본 회의라는 강력한 리더십을 갖춘 회의체를 통하여 코로나19 대응의 중요한 국면마다 신속하고 효율적인 의사결정을 하였다.

사회적 거리두기와 방역패스의 적용, 신속항원검사와 재택치료의 추진 등 전에 없던 새롭고 효과적인 시도를 과감하게 할 수 있었으며, 종교시설, 요양병원 등 주요 시설과 여름휴가, 추석·설 연휴 등 주요 시기의 방역대책을 적기에 마련하여 추진할 수 있었다.

이에 더하여 17개 시 · 도가 중대본 회의에 참여함에 따라 중앙-현장 간 방역 상황 및 의사결정 사항의 즉시 공유라는 성과를 도출하였으며, 지자체의 방역 과정에서 발생한 애로사항과 건의 사항을 중앙정부 차원에서 신속하게 조치할 수 있었다.

나. 향후계획

앞으로도 정부는 중대본 체제 종료 이후에도 지속적으로 신종 감염병 대비 회의 등을 통해 방역전략을 심도 있게 논의하고, 중앙과 현장의 소통을 강화하며 코로나19를 포함한 각종 감염병을 극복하기 위한 범정부적 노력을 계속해 나갈 계획이다.

또한, 신종 감염병에 대비할 수 있도록 효과적인 대국민 메시지가 전달되도록 지원하고, 일반의료 체계 전환에 필요한 코로나19 주요 현황 등 관련 통계 생성·배포를 통해 감염병 정책 수립에 필수적인 통계 기반도 구축해 나갈 것이다.

Ⅱ 대국민 소통

1. 개요

정부는 코로나19 상황 초기부터 중대본 브리핑을 정례적으로 실시하는 한편, 주요 방역정책에 대해 신속한 정보제공 및 인식 개선을 위한 영상, 스토리툰, 카드뉴스 등 다양한 디지털 콘텐츠를 제작하고, 파급력 있는 온라인 플랫폼 등을 활용하여 적극적으로 확산하였다. 나아가 국민 소통을 위한 라이브 방송, 의견수렴 이벤트 등을 정기적으로 추진하여 국민의 참여를 유도하였다.

2. 추진현황

가. 중대본 브리핑

중앙재난안전대책본부(이하 '중대본')는 2020년 1월 29일 브리핑을 정례화한 이후 2021~2022년도에도 브리핑을 지속적으로 실시해 왔다.

2022년 중대본은 99회(1.4.~12.30.) 정례 브리핑과 출입기자단 대상 백브리핑(34회, 1.3.~7.12.)을 통해 국민과 언론에게 코로나19의 유행 현황과 정부의 대응방안에 관한 정보를 투명하고 정확하게 제공해 왔다.

브리핑에는 중대본 제1통제관, 사회전략반장, 방역총괄반장이 브리퍼로 나서 현재의 방역 상황에 대한 정확한 지표와 통계를 적시에 제공하였으며, 사안에 따라서는 방역 정책을 책임지고 있는 보건복지부 장관(중대본 제1차장), 보건복지부 제2차관(중대본 제1총괄조정관) 등이 직접 방역 정책을 발표·설명하였다. 또한 확진자, 위중증환자 등 방역지표 및 백신도입·접종 현황이나 병상과 생활치료센터의 여력 등 의료 대응 상황을 충실히 안내함으로써 정부에 대한 신뢰 확보에 기여하였다.

정례 브리핑은 정부의 대표적인 대국민 메시지 채널로서 코로나19의 주요 국면별로 꼭 필요한 행동요령을 전달해 행동 변화를 유도할 수 있도록 하였다. 특히, 2022년 4월 18일 사회적 거리두기 조치 해제 이후 코로나19 여름철 재유행 상황에서 방역·의료 대응방안을 적극적으로 설명·안내하여 국민적 공감대 형성을 위한 노력을 지속하였으며, 입국 후 PCR 검사의무 해제 및 요양병원·시설 접촉대면 면회 시행 등 코로나19 방역 완화조치가 일률적 거리두기 시행 없이 재유행을 대응한 첫 번째 사례임을 적극 설명하여 국민들의 협조를 이끌어냈다.

이러한 노력 덕분에 정례브리핑은 감염병 유행이라는 재난적 위기상황 속에 투명한 소통을 통해, 감염병 유행 상황에 대한 국민 불안을 덜고 방역 수칙 준수, 신고와 감시, 격리 협조 등 국민들의 자발적인 방역 참여를 이끌어 냈다.

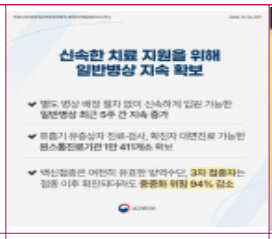
나. 정책 홍보와 국민 참여

신종감염병인 코로나19는 기존에 우리나라에서 겪었던 감염병들과 다른 양상을 보여주었다. 그로 인해 방역당국은 코로나19 대응을 위해 개별 상황에 적합한 방역 대책을 마련하면서 어떻게 국민들에게 적절히 홍보할지 고민하였다. 중수본 홍보관리반에서는 코로나19 백신 예방접종, 단계적 일상회복 실외마스크 착용 의무 조정 등 정부의 주요 방역 대책에 따라 시기적절한 대국민 콘텐츠를 배포하여 국민들의 인지도를 높이고 실천할 수 있도록 하는 데에 중점을 두었다.

코로나19 대응을 위해 코로나19 주요 현안을 중심으로 신속·정확한 정보 제공을 위한 디지털 소통을 지속적으로 추진하였다. 코로나19 정례 브리핑과 연계한 핵심 정보 안내 카드뉴스, 브리핑툰 등을 지속적으로 제작·안내하였으며, 백신 접종 등 코로나19 관련 국민 궁금증을 중심으로 알기 쉽게 안내하는 유튜브 기획 영상('정기석의 코로나19 TV) 등을 기획·제작하였다. 이외에도 코로나19 주요 현안을 중심으로 국민의 의견을 수렴하고 소통하는 라이브 방송도 정기적으로 추진하였다.



유튜브 정기 영상
(정기석의 코로나19TV)



코로나19 브리핑 카드뉴스



코로나19 브리핑툰



코로나19 카드뉴스

다. 외신 브리핑

코코로나19에 빠르게 영향을 받은 동아시아에서 전 세계로 감염이 확산되는 시기였던 2020년 2월 말, 3월 초 시기, 신천지 등의 영향으로 인해 빠르게 확산이 늘어났음에도 피해를 최소화하고 있었던 한국 방역체계에 관한 관심이 높아졌다. 특히, 드라이브 스루로 대표되는 혁신적인 진단검사 체계에 대한 외신의 관심이 높은 상황 속에서 방역당국은 2021년 3월 9일 첫 외신 브리핑을 개최하는 한편 e-브리핑 시스템을 통해 외신도 중대본 비대면 정례브리핑에 참가할 수 있도록 안내하였다.

외신 브리핑에서는 대한민국의 낮은 치명률, 드라이브 스루를 비롯한 진단검사 체계, 전담병원 확충 계획 등 내용을 중심으로 질의가 이어졌고, 다수 이러한 내용을 중심으로 6개국 13개의 외신 매체에서 한국의 세계적 수준의 방역 시스템에 대해 긍정적으로 보도하는 등 한국의 방역체계에 대한 꾸준한 관심을 체감하였다. 급격히 증가한 외신 보도량으로 한국의 방역체계에 대한 높은 관심을 알 수 있었다. 중대본 비대면 정례브리핑을 통해서도 로이터통신, 월스트리트저널, NHK, 아사히신문, 알자지라, ABC 등 다수 외신기자의 참여가 이어졌다.

|그림 2-0-1| 외신 주요 보도사례(2021~2022년)

- 코로나19 각국 확산, 대규모 검사가 가능한 한국은 다른 나라의 롤모델 (BBC, 영국)
- 한국의 코로나19 치사율이 낮은 이유 (Asia Times, 홍콩)
- 한국의 감염자 감소세는 ▲대규모 진단 ▲대국민 소통강화 ▲기술 (SCMP, 홍콩)
- 영국이 한국의 코로나19 대응에서 배울 점 (Guardian, 영국)
- 한국의 코로나19 대응 성공은 실패 경험에서 시작했다 (Vox Media, 미국)
- 한국의 방역 성공 비결은 최첨단 기술과 사람의 노력 (Conversation, 영국)
- 한국이 교과서적 코로나 대응책으로 유행 통제한 비결 (news.com.au, 호주)
- 사망자 증가에도 치명률은 0.8%로 감소, 높은 접종률 덕분 (Washington Post, 미국)
- 전면 봉쇄 하지 않은 일본과 한국, 코로나와 공존 방법 보여줘 (Washington Post, 미국)
- 코로나 방역 모범 사례를 보여준 한국, 이제 다음 목표는 코로나와 공존 (VOA, 미국)
- 한국, 코로나19 대유행과 싸우며 "민첩성 지수" 78개국 중 6위 차지 (BBC, 영국)
- 한국, 전 세계 "방역 모범" (The Telegraph, 영국)
- 한국, 최초의 엔데믹 국가 가능성 (WJS, 미국)
- 한국은 어떻게 봉쇄조치를 피할 수 있었는가 (The Telegraph, 영국)

이후에도 대한민국의 방역전략에 관한 국제사회의 관심 및 보도는 지속되었다. 방역 당국은 2021년 11월에 한국의 코로나19 예방 접종 현황, 단계적 일상 회복, 글로벌 백신 허브화에 관한 외신기자 대상 정책토론회를 추진하였다. 토론회에는 홍콩, 프랑스, 스페인, 일본 등 7개국 10명의 기자가 현장 참여하였으며, 토론회 이후 다수 외신 매체가 한국의 코로나19 대응과 일상 회복 상황에 대해 긍정 보도하였다. 이 같은 한국 방역에 대한 외신의 긍정 보도는 내신에서도 관심을 가졌다. 2022년에도 여전히 한국의 코로나19 대응 정책은 우수한 방역 모범 사례로 보도 되었으며, 이밖에도 마스크 해제 등 단계적 대응 정책 변화에도 외신은 큰 관심을 갖고 지속 보도 하였다.

|그림 2-0-2| 외신기자 대상 정책토론회



라. 언론 인터뷰, 방송출연

정부 홍보의 가장 큰 문제 중 하나는 국민들이 체감할 수 있는 홍보 수단이 부족하다는 점이다. 주로 정부 보유 매체를 중심으로 홍보물을 확산하다 보니, 민간에 비하여 상대적으로 국민들에게 덜 노출될 수밖에 없기 때문이다.

이러한 취약점을 개선하기 위하여 정부는 국민들에게 친숙한 방송과 라디오에 적극적으로 참여하였다.

장·차관뿐 아니라 실무를 책임지는 간부들도 인터뷰에 참여, 정부 방역대책에 대해 국민들에게 보다 상세하게 안내하였다. 장관이 직접 참여한 인터뷰 2건 포함 장차관이 총 12건의 인터뷰에 참여하였으며 실무 국·실장급 이하에서도 29건의 인터뷰에 참여하는 등 2022년 총 41건의 인터뷰를 통해 국민들께서는 보건복지부 간부진의 메시지를 직접 전달받을 수 있었다.

방송과 라디오 인터뷰는 브리핑과는 달리 국민들의 수용성 높은 매체를 통해 정부의 목소리가 국민들에게 직접 전달된다는 장점이 있다. 이러한 장점을 십분 활용하여 정부는 주요 정책 발표 시기 혹은 확진자 증가(재유행)와 방역완화 조치 등 국민들이 우려하고 생활에 영향이 커지는 시기에 집중적으로 인터뷰에 참여하였고, 정책에 대한 내용을 정책 담당자의 입장에서 설명하고 방역수칙 협조를 요청하는 등 효과적으로 대국민 메시지를 전달할 수 있었다.

|그림 2-0-3| 코로나19 여름철 재유행 관련 방송출연 인터뷰(제2차관)



3. 향후계획

코로나19라는 미지의 감염병에 성공적으로 대응할 수 있었던 것은 우리 사회의 모든 국민들이 협심하여 노력한 결과이며, 이 과정에는 투명한 정보공개가 큰 역할을 하였다. 정부는 앞으로도 다양한 수단을 통해 관련 정보를 투명하게 공개하여 국민의 방역 참여와 일상 회복에 최선을 다할 계획이다.

제2절 방역 대응

I 진단검사

1. 진단검사

가. 개요

코로나19 국내유입에 따라 의료기관내 감염을 차단하고 지역사회 확산을 방지하고자, 코로나19 의심환자 대상 신속한 진단검사를 위해 2020년 1월 선별진료소 운영을 시작하였다.

나. 추진실적

코로나19의 조기진단을 위해 선별진료소는 2022년 12월 기준 599개를 운영 중이며, 운영 주체로 보면 보건소(보건지소, 보건의료원 등) 261개소, 의료기관 338개소이다. 자동차·도보이동형 선별진료소는 K-방역 3T(Test-Trace-Treat) 국제표준화 모델 중 하나로 방역대응 체계를 구축하여 2021년 12월 국제표준화기구(ISO)의 표준 제정이 완료되었다.

코로나19 방역 대응을 위해 설·추석 연휴 기간에도 선별진료소와 임시선별검사소에서 진단검사를 받을 수 있도록 정상 운영하여 비상상황 발생 대비 운영체계를 유지하였다. 하절기와 동절기에도 장마·폭염, 한파·대설 등 시설물 안전사고 대비 및 근무환경을 자체 점검하여 선별진료소를 차질없이 운영하였다. 선별진료소의 운영 시간, 위치, 장애인 편의 사항 등 세부 정보를 지역보건의료정보시스템(PHIS)을 통해 지속해서 현행화하였고 코로나19 누리집(ncov.mohw.go.kr)과 포털사이트에 대국민 공개하여 이용자의 편의를 증대하였다.

또한, 수도권의 환자발생 증가에 따라 무증상자 등 조기발견을 위해 누구나 증상유무, 역학적 연관성과 상관없이 검사할 수 있도록 기존 선별진료소 외 유동인구가 많은 지역(광장, 역사 등)에 임시선별검사소를 운영('22.12.31. 기준, 55개소)하고 있다.

집필자 의료대응재택치료팀장 이승묵

확진자 조기발견을 위하여 사회적 거리 두기 2단계 이상 시 증상 유무 관계없이 모두 검사비 무료, 진료비 본인 부담으로 진단검사를 추진하였고, 단계적 일상회복 전환에 따라 의료기관 선별진료소는 본인 필요로 검사받는 경우 검사비는 본인 부담하도록 「코로나19 대응지침(지자체용) 10-2판」을 개정('21.11.26.)하였다.

고위험군과 일반환자군 간 대응을 차별화하고 일반환자군은 동네·병의원에서 진찰·검사·치료를 받는 "일반 의료체계 중심 대응체계"('22.1.28) 확립에 따라 선별진료소는 역학적 연관성, 의사유소견자, 60세 이상, 자가검사키트 양성(선별진료소 무료실시 가능) 등 고위험 환자군 중심으로 PCR검사를 운영하고, 증상이 있는 경우 의료기관에서 진찰 및 전문가용 신속항원검사(RAT)를 시행('22.3.14.)하여 민간의료기관에서 진찰이 가능하도록 하였다. 오미크론 확산에 따른 확진자 급증으로 기존 보건소 선별진료소·임시선별검사소에서 진행되던 신속항원검사는 전면 중단('22.4.11 시행)하고 현행 보건소 PCR 검사체계를 유지하고 있다.

다. 향후 계획

선별진료소는 코로나19 환자 조기발견 및 지역사회 감시체계 구축을 위한 방역 현장의 최일선에서 중요한 역할을 담당하고 있으며 격리의무가 해지되고 완전한 일상회복이 될 때까지 코로나19 지역전파 방지를 위해 선별진료소의 진단검사는 지속될 예정이다.

Ⅱ 취약시설 · 고위험군 관리

1. 개요

2022년 1월 오미크론 확산에 따라 고령의 기저질환자가 밀집한 요양병원·시설 등 감염취약시설 내 확진자 및 코호트 격리시설이 증가하였다. 이에, 감염에 취약한 고령의 기저질환자가 많은 요양병원·시설 등 감염취약시설의 특성을 고려하여 감염요인 유입 및 확산 차단을 위해 외부접촉을 최소화하고 종사자 선제검사 실시 등의 조치를 취하는 등 입소자 보호 정책을 추진하였다.

|표 2-0-3| 고위험 감염취약시설 관리체계

① (고위험 집단) 감염관리책임자 지정, 유증상자 정기 검사

▼

② (감염관리책임자) 유증상자 발생 시 방역 당국에 즉시 신고

▼

③ (방역당국) 유증상자 신고 접수 시 진단검사로 위험도 확인

▼

④ (방역당국) 진단검사 결과에 따라 전수조사 등 방역 조치

2. 주요 방역조치

가. 오미크론 유행 대응 방역 강화

22년 1월 17일부터 감염차단을 위해 종사자 및 입원환자 선제검사를 강화하였다. 종사자는 주 2회 PCR 및 주 2회 자가검사를 시행하며 기존 입원환자는 3차 미접종자 주 1회 PCR 검사를 유지하였다. 신규입원환자는 2회 PCR(입원시, 입원 3일차) 검사하고 격리하고, 2월 11일부터 외부인 출입 금지, 다중이용시설 이용 금지 강력 권고 등 방역수칙을 강화하였다. 또한 감염취약시설 입원환자, 입소자 및 종사자 대상으로 4차 접종을 실시하였다.

집필자 감염취약계층대응팀장 박문수

나. 6차 재유행 전후 방역조치 조정을 통한 집단감염 선제 예방

오미크론 유행 이후 집단감염과 고령층 사망이 감소하고 감염취약시설 입소자들의 백신 4차 접종률도 높은 수준을 유지하면서 기존 주 2회 종사자 PCR 검사를 주 1회(4차접종자 제외)로 하고, 대면 접촉면회 및 외출·외박 제한을 폐지하는 등 방역수칙을 완화하는 내용의 대응조치를 시행하였다('22.6.20.).

이후 '22.7월 감염력 높은 변이 바이러스(B.A.5) 유입과 함께 지역사회 감염 급증에 대응하여 방역수칙을 다시 강화하였다. 이는 기 마련된 감염취약시설 감염 확산 단계별 방역조치 방안을 토대로 선제적으로 시행된 방역조치로, 모든 종사자들은 예외없이 주 1회 PCR 검사를 실시하고 대면 접촉면회 및 외출·외박을 다시 제한하여 외부접촉을 차단하였다('22.7.25.).

다. 집단감염 발생 등 감소에 따른 접촉 대면면회 재개 조치

재유행 이후 전체 확진자 수 및 집단감염 감소 추세 전환에 따라 감염취약시설 대상 면회·외출·외박 등의 방역수칙을 6차 재유행 이전 수준으로 완화하였다('22.10.4.시행).방역 완화 조치에 따라 입소자 대면 접촉면회가 재개되었고 필수 외래진료 시에만 가능하였던 외출·외박과 외부 강사가 진행하는 시설 내 프로그램도 입소자 및 참여 강사의 백신 접종 이력 등 요건이 충족될 경우 제한 없이 운영할 수 있게 되었다.

|표 2-0-4| 방역수칙 주요 개편 경과

유형	'22.상 오미크론 유행	'22.6.20. (완화)	'22.7.25. (6차 유행, 강화)	'22.10.4. (완화)
종사자 선제검사	주 2회 PCR + 주 2회 RAT	주1회 PCR (4차접종·확진이력자 제외)	주1회 PCR(전체), 필요시 RAT	주1회 PCR(전체), 필요시 RAT
면회	3,4차 접종자 대상 허용, 4명 이하 제한	⇨ 접촉 대면면회 허용	⇨ 비접촉 대면면회	⇨ 접촉 대면면회 허용
입소자 외출·외박	필수 외래진료 외 외출·외박 금지	허용	필수 외래진료만 허용	허용
외부 프로그램 운영	원칙적 금지	허용	중단	허용

3. 의료지원을 통한 입소자 보호

기저질환이 있는 고령 확진자의 치료제 처방 및 기저질환 관리 등 신속한 의료지원을 강화하기 위하여, 의사가 상주하지 않는 요양·정신·장애인시설 대상 찾아가는 의료서비스를 제공하는 '의료기동전담반'을 운영하여(요양시설 '22.4.5.,정신시설 '22.8.1.,장애인시설 '22.8.29.), 시설 내 확진자의 중증화와 사망자 발생을 예방하였다.

의료기동전담반은 코로나 진료 경험이 많은 의료진(의사 1명, 간호사 1명 이상)으로 팀을 구성하여, 담당 지역의 요양시설 또는 지자체가 확진자 발생 기동전담반에 방문 요청 시 찾아가는 대면진료를 실시하여 확진 입소자의 건강상태를 확인하고 코로나 및 비(非)코로나 증상에 대한 처방, 처치 등을 진행하고 있다.

4. 감염취약시설 백신 추가 접종 독려

오미크론 변이의 우세종화로 확진자가 급증(22년 2월)함에 따라, 감염 시 중증화 사망 위험이 높은 고위험군을 대상으로 백신 추가접종을 통한 선제적 대응 조치가 이루어졌다. 이에 따라 감염취약시설 종사자 및 입소자를 대상으로 우선 접종이 추진되었으며, 4차 접종률은 90.5%를 상회하는 등 감염 및 중증화 예방에 기여하였다. 이후 22년 하반기에는 초기 및 변이바이러스 모두에 대응할 수 있는 2가 백신을 활용한 동절기 집중 접종을 지원하였다.

5. 평가 및 향후 계획

그간 고위험 집단이 많은 감염취약시설의 특성을 감안하여 확진자 발생 시 신속한 전담병원 이송, 치료제 공급체계 개선을 통한 신속 투여, 시설 내 발생에 대응한 신속한 의료지원 할 수 있도록 의료기동전담반 운영하였으며, 감염취약시설 입소자의 백신 우선 접종 시행 등을 중점 추진하여 감염취약시설 내 집단감염 발생을 방지하였다. 또한, 향후 입소자의 불편은 최소화하고 감염예방 효과는 지속할 수 있는 대응방안 마련 등을 통해 완전한 일상으로의 복귀를 위한 토대를 구축해 나갈 계획이다.

제3절 의료 대응

I 중증도별 병상 운영

1. 병상 확보 및 운영

가. 개요

코로나19 바이러스는 감염력이 높고 전파 속도가 매우 빨라, 원칙적으로 그 치료를 전담하는 병원에 입원하여 치료받도록 하였다. 이에 따라 코로나19 치료를 전담하기 위한 병상의 확보를 최우선 과제로 삼고 코로나 발생 직후부터 지속적으로 주력하여 원활한 입원치료가 이루어지도록 하였다. 특히, 환자의 중증도에 맞는 적절한 치료가 이루어질 수 있도록 중증도에 따른 병상 확보를 추진하였고, 이에 따라 중증, 준중증, 중등증으로 구분하여 병상을 확보하고 있다.

2022년 1월 이후 델타 변이보다 중증화율은 1/3배로 낮으나, 전파력이 2~3배 높은 오미크론 변이가 우세종이 되면서 환자 발생이 급증하였다. 이러한 오미크론의 특성에 따라 중등증 병상 확보가 중요해지는 등 정부는 확진자 수 증가에 대응할 수 있는 병상 여력 확보에 총력을 다하였다. 병원의 자발적 참여, 정부 행정명령과 거점전담병원 지정 등으로 병상을 지속 확충하여 오미크론 유행이 정점이던 3월에는 최대 33,165병상(3.25일, 중증 2,825, 준중증 5,353, 준등증 24,987)까지 확보하여 일일 확진자 약 44만명 발생에 대응 가능토록 하였다.

오미크론 유행 정점 이후 경증이 많은 오미크론 변이 특성에 따른 입원수요 감소로 4월 18일부터 일부 병상을 감축하였고, 위중증환자 감소세와 낮은 병상가동률(전체 18.5%)을 감안하여 단계적 병상의 감축과 일반의료체계로의 전환 계획을 수립하였다. 경증환자는 일반의료체계를 중심으로 대응하도록 중등증병상 대부분을 지정 해제하고, 중증·준중증 병상 중심으로 일일 확진자 20만 발생에 대응 가능한 5,037병상(중중 1,656병상, 준중증 3,381병상) 규모로 확진자 추세에 따라 단계적으로 감축해 나가기로 하였다.

집필자 환자병상관리팀장 신현두

6월 말부터 감염력이 높은 변이바이러스(BA.5)가 국내로 유입 · 확산되면서 확진자 규모가 반등하는 등 여름철 재유행 가능성이 커져 정부는 일 확진자 20만명 대응을 위한 '코로나19 재유행 대비 의료 대응방안'을 발표(7.13)하였다. 이후 BA.5변이가 빠르게 확산되어 유행 전망을 수정한 '코로나19 30만명 발생대비 의료대응 추가대책'을 수립하고 1,435개 병상 추가 확충을 위해 행정명령을 발령(7.20)하는 등 최대 7,483병상(9.1일, 중증 1,848, 준중증 3,258, 중등증 2,377)을 지정하였다.

9월부터 점차 유행이 안정화되면서 병상 수요가 감소(10.13일, 최저 병상가동률 17.1%)하여 효율적인 병상 운영을 위해 일부 병상을 지정 해제하며 10월 20일에 5,920병상(중증 1,572, 준중증 2,441, 중등증 1,907)으로 감축하였다.

하지만 겨울철이 되면서 전파력이 강한 변이 확산세 및 시간 경과에 따른 예방접종 효과 감소 등으로 인해 확진자 증가 추세 지속되면서 정부는 일일 확진자 20만명에 대응 가능하도록 '동절기 코로나19 재유행 대비 의료대응 계획(11.25)'을 수립하였다. 중환자 치료역량이 높은 상급종합·대형병원 등의 보유병상 중심으로 지정병상을 지속 확보토록 하였고 12월 말에 6,296병상(중증 1,639, 준중증 2,735, 중등증 1,922)으로 최다 보유하였다.

나. 중증환자를 위한 치료병상 확충 · 운영

코로나19 확진자 중 인공호흡기, 고유량산소요법, ECMO, CRRT 등의 치료가 필요한 중증 증상을 나타내는 경우 환자는 해당 치료를 제공할 수 있는 전문의료인력, 장비 및 시설이 갖춰진 중환자실로 배정이 필요하였다. 코로나19 중증환자의 적정치료는 사망률 감소의 주요 요인으로, 중환자 병실 확보는 치료대응 전략의 핵심 과제였다.

1) 중증환자 전담치료병상 탄력적 운영

정부는 코로나19 유행 규모와 병상 가동률에 따라 중증 전담치료병상 조정 계획 수립을 통해 병상을 확충하거나 감축하며 탄력적으로 운영하였다.

2022년 초 오미크론 변이 확산에 따른 대유행 이후 여름철과 겨울철 2차례 재유행할 때에는 유행전망에 상응하는 병상을 확보하고자 총력을 기울여 3월 25일에 최다 33,165병상을 확보했었고, 최고 병상가동률 70.5%(3.20일) 이하로 유지하는 등 안정적으로 대응하였다.

반면에 4~7월에 코로나19 유행이 안정기에 접어들면서 병상가동률이 최소 6.4%(6.21일)에 이르는 등 병상수요가 감소함에 따라 단계적으로 병상을 감축하여, 7월 14일에는 최소 3,657병상을 지정한 바 있다.

|표 2-0-5| 중증환자 병상 지역별 현황(2022. 12. 31.)

구분	전체	서울	경기	인천	강원	대전	세종	충북	충남
중증환자 전담치료병상	1,639	215	582	348	44	34	2	26	40
준-중환자병상	2,735	426	945	573	33	65	4	28	57
구분	광주	전북	전남	대구	경북	부산	울산	경남	제주
중증환자 전담치료병상	24	88	26	58	31	48	22	34	17
준-중환자병상	59	110	22	113	48	39	91	105	17

2) 중증환자 긴급치료병상 확충 추진

중환자 치료역량을 갖추고 있는 종합병원 이상 의료기관에 음압병상 구축 비용을 지원하여, 감염병 발생 등 위기 시 음압격리병상으로 전환하여 감염병 환자 치료를 위해 사용할 수 있는 중증환자 긴급치료병상 확충 구축 사업을 2020년도부터 추진중이다. 총 1,054억 원을 투입하여 23개 의료기관을 대상으로 병상 확충을 추진하였으며, 순차적으로 공사가 완료되어 2022년 말 긴급치료병상 436개가 최종 확보되었다.

3) 향후 계획

2023년에는 확진자 발생 추이 및 병상가동률 등을 지속 모니터링하여 중증환자 병상의 안정적 확보와 효율적 운영 방안을 추진할 계획이다. 또한, 신속한 병상확보를 위해 긴급치료병상 1,700개 추가 확충을 추진하여 신종 감염병 유행에 대비할 예정이다.

다. 중등증 환자를 위한 감염병전담병원 확충 · 운영

1) 감염병전담병원 지정 · 운영

감염병 확산에 따른 신종코로나바이러스감염증 대응 계획(2020. 2. 9.)에 따라 지역별 환자 치료를 위한 병상확보를 위하여 병원 또는 병동 전체를 활용할 수 있는 감염병전담병원을 지정 · 운영하도록 하였다.

감염병전담병원은 병원 혹은 병동 전체를 비워 음압 · 격리병실 또는 일반병실을 확보하여 중등증의 코로나19 감염환자를 치료 · 격리하는 병원으로 2월 환자가 급증함에 따라 전국의 지방의료원, 중앙부처 산하병원(국립마산병원, 근로복지공단 대구병원, 대구보훈병원, 영주적십자병원, 국군대구병원)등에 병상확보명령을 발동하여 감염병예방법 제37조 규정에 따라 감염병관리기관으로 지정하고 감염병 전담병원의 역할을 하도록 하였다.

감염병전담병원으로 지정됨에 따라 필요한 시설 · 장비비 예산을 건강보험공단에 위탁하여 사후정산 방식으로 감염병전담병원에 지원하고 감염병예방법 제70조 규정에 근거하여 감염병전담병원 지정 · 운영으로 인해 발생한 손실을 보상하고 있다.

소규모 환자 발생 시 각 시 · 도의 병상을 활용해 대응, 대규모 확산 시 행정 경계 구분 없이 권역별 대응하되, 권역 내 가용자원 초과시 전국단위로 공동활용하도록 하였다.

2022년 1월 이후 델타 변이에 비해 전파력이 높지만 중증도는 낮은 특징을 가진 오미크론 변이의 출현으로 인해 중등증 병상 확보가 더욱 중요졌다. 이에 '21년 12월 대비 3,859병상을 늘린 18,603개의 중등증 병상을 확보하였고 오미크론 유행이 정점이던 3월 27일에는 최대 24,987병상까지 확보하며 적정 병상 가동률이 유지될 수 있도록 대응하였다. 오미크론 확산세가 한풀 꺾인 4월부터 병상간 이격거리 완화 지침을 해제하고 경증환자는 일반의료체계를 중심으로 대응하도록 중등증병상 대부분을 지정 해제하기 시작하여 '22년 7월 20일에는 1,913개까지 낮췄다. 하지만 이후 새로운 BA.5변이 바이러스가 빠르게 확산되자 당초 20만명의 일 확진자 예상치를 30만명까지 강화하여 대응하는 것을 골자로 한 '코로나19 30만명 발생대비 의료대응 추가대책'에 따라 병상을 추가 가동하며 8월 25일에는 소폭 증가한 2,377개의 중등증 병상을 확보하였다. 하지만 중증환자 중심 관리체계로 개편되며 중등증 환자는 다니던 의료기관에서 치료받고, 가까운 일반격리병상을 활용하여 자율입원하도록 하는 등 일반의료체계 활용방안에 따라 점차 중등증 병상수를 줄여나갔고 '22년 12월에는 총 1,639개의 중등증 병상을 가동하였다. 이는 병상수 최대치였던 22년 3월 27일 24,987개의 6.6% 수준이다.

|표 2-0-6| 감염병 전담병원 병상 확보 경과

구분	'22. 2.	'22. 3.	'22. 4.	'22. 5.	'22. 6.	'22. 7.	'22. 8.	'22. 9.	'22. 10.	'22. 11.	'22. 12.	'23. 1.
병원 수	259	287	276	62	16	24	31	31	22	23	25	44
병상 수	20,871	24,697	15,956	3,366	2,385	2,135	2,377	2,369	1,907	1,947	1,639	1,565

* '23.12월 이전까지 거점전담병원은 감염병전담병원수에 포함하지 않았으나(병상수는 포함) '23년 1월 거점전담병원 해제 후 이들 병원이 포함되어 병원수가 증가함

2) 향후 계획

향후 코로나 확산세를 지켜보며 확진자 치료에 차질이 발생하지 않도록 병상을 탄력적으로 운영하되 정부의 일상회복 계획에 따라 점차적으로 중등증 병상은 일반의료체계로 전환하여 운영을 종료할 예정이다.

라. 거점전담병원 운영 및 추가지정

1) 추진배경 및 운영경과

거점전담병원은 2020년 12월 수도권을 중심으로 코로나19 신규확진자들이 급속하게 증가하면서 부족해진 코로나19 중증환자 치료병상를 확보하고, 중증환자들에게 안정적으로 병상을 배정하기 위하여 도입되었고, 2021년에 안정적으로 유지되다가 2021년 말에 코로나 확진자 증가에 따라 확대되어 운영되었다.

이에, 중환자, 준중환자, 중등증환자 병상을 모두 운영하는 코로나19 거점전담병원으로 '20년 11개소 지정에 이어 '21년 26개소, '22년 7개소를 추가 지정하여 총 44개소를 운영하게 되었다.

이 중 병원전체를 코로나19 병상으로 활용한 전체소개 거점전담병원은 16개이고, 병원의 일부(1/3이상의 병상활용)를 활용한 부분소개 거점전담병원은 28개소였다. 권역별로는 수도권 30개소, 경남권 5개소, 경북권 2개소, 충청권 4개소, 호남권 3개소가 지정되어 각 지역의 중환자 및 고위험군 환자에 대응할 수 있는 기반을 마련하였다.

|표 2-0-7| 거점전담병원 도입 경과

추진일정	주요내용
'21. 1. 27.	1차 심의위원회 개최(시설·장비비 심의)
'21. 2. 10.	거점전담병원 일반환자 치료병상 활용 안내(병상 효율화)
'21. 3. 29.	코로나19 거점전담병원 예비지정 통보(뉴고려, 아산충무병원, 강남병원, 대자인병원) ※ 강남병원, 대자인병원은 (5.4.의료기관 사정으로 예비지정 해제)
'21. 4. 28.	2차 심의위원회 개최
'21. 6. 23.	일산병원, 부천 순천향병원 지정해제 통보
'21. 7. 6.	일산병원 재지정
'21. 7. 27.	뉴고려병원, 아산충무병원 본지정
'21. 10. 28.	강남병원, 대자인병원 예비지정
'21. 11. 15.	강남병원 본지정 (※ 대자인병원 본지정 11.25.)
'21. 11. 15.	3차 심의위원회 개최
'21. 11. 19.	다보스병원 거점전담병원 지정
'21. 11. 26.	나은병원 거점전담병원 지정
'21. 12. 2.~ '21. 12. 29.	20개기관 거점전담병원 지정 (남양주한양병원, 혜민병원, 뉴성민병원, 김포우리병원, 울산대병원, 검단탑병원, 부평세림병원, 정병원, 일심의료재단 우리병원, 자인메디병원, 서울성심병원, 한림병원, 에이치플러스양지병원, 수원윌스기념병원, 이화여대서울병원, 강남베드로병원, 마스터플러스병원, 현대유비스병원, 참조은병원)
'22. 1. 1.~ '22. 12. 31.	7개기관 거점전담병원 지정 (대전웰니스병원,전주열린병원, 좋은선린병원, 창원경상대병원, 양산부산대병원, 위드여성병원, 미즈여성병원)

2) 주요내용

거점전담병원은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제37조(감염병위기 시 감염병관리기관의 설치 등)에 근거하여, 코로나19 중환자 및 고위험군의 효율적인 치료를 위하여 병상 전체 또는 1/3 이상(상급종합병원은 허가병상의 약 10% 수준)을 소개하고, (준)중환자 병상을 15개 이상 갖추는 경우에 지정될 수 있다.

대부분의 거점전담병원들은 코로나19 환자를 전담으로 치료하는 중환자 · 준-중환자 · 중등증환자 병상을 모두 갖추고 있으며, 혈액투석이 필요한 코로나19 환자들을 수용할 수 있도록 투석전문 병상과 소아환자를 수용하기 위한 병상을 갖추었다. 또한, 확진산모를 위한 분만전문병원 3개소(린병원, 위드여성병원, 미즈여성병원)를 지정하였다.

코로나19 중환자를 전담치료라는 거점전담병원의 도입 취지에 맞게, 거점전담병원으로 지정된 기관에게는 전담병상 운영을 위한 의료인력의 파견을 지원하고, 병상 소개, 동선 분리 등을 위한 초기 시설구축 및 장비 임차 · 구매 비용을 지원하며, 지정으로 인한 직접비용 및 기회비용 등을 보상하도록 하여 의료기관들에게 피해가지 않도록 체계를 마련하였다.

아울러, 의료질 평가 1개 등급 상향, 전공의 1~2명 추가 배정 및 간호 수당 등 각종 지원을 통하여 의료기관들의 적극적인 참여 의지를 고취시키고, 의료기관평가 등 각종 평가 · 규제에 대한 유예를 통해 해당 의료기관들이 코로나 환자 치료에 전념할 수 있는 환경을 조성하였다.

3) 주요성과 및 기대효과

각 권역별 거점전담병원 체계를 구축 · 운영하게 되면서, 2021년 12월 31일 기준, 전국의 코로나19 거점전담병원 병상수는 중증환자 병상 577개, 준-중환자 병상 871개, 중등증환자 병상 1,950개 등 총 3,398개를 확보하여 운영하게 되었다. 이것은 전체 코로나19 병상 중 중증 37%(577/1,543), 준중증 60%(871/1,454), 중등증 13%(1,950/14,744)에 해당되는 수치로, 거점전담병원의 확대 운영은 확보가 어려운 중증 병상을 확충하여 코로나19 중증환자 대응에 많은 기여를 했음을 알 수 있다.

델타변이 등장이후 4차 대유행으로 인한 확진자 급증에 따른 병상부족을 해소하는데 많은 기여를 했고, 특히 수도권 등 병상이 부족한 지역을 중심으로 중증환자들에 신속한 병상 배정이 이루어질 수 있는 발판을 마련하였다. 또한, 코로나19 거점전담병원은 의료기관내 중증도별 병상을 모두 보유하여 환자의 회복도에 따라 전실이 용이하게 진행할 수 있었기에 병상활용의 효율화 측면에도 기여를 하였다.

재유행 정점('22.8월) 이후 코로나19 확진자 수 및 사용 병상이 감소하고 거점전담병원 지정기간이 만료(~'22.12.31)됨에 따라 '23.1.1 기준으로 지정 해제된 거점전담병원 중 35개 병원은 일반지정 병상으로 전환하였다.

마. 고령자 및 정신질환자를 위한 특수병상 확충 · 운영

코로나19 발생은 비말 등 밀접한 접촉에 의한 발생이 주된 경로로, 요양병원, 정신병원 등 의료 · 돌봄이 필요하여 집단생활을 하는 공간에서 다수 발생하였다. 동 대상자들은 일반 코로나19 진료 이외에 대상자 특성별로 돌봄 및 특수진료 등이 필요함에 따라 별도 병상 도입을 추진하게 되었다.

1) 감염병전담요양병원 도입 · 운영

2020년 12월 3차 유행시 요양병원의 확진자가 급증하면서 사망자 발생 등 피해가 집중되었다. 확진자가 발생한 의료기관에 동일집단의 감염관리 미흡, 전원을 위한 병상 · 인력 자원 부족 등 문제가 노출되면서 동일집단 격리된 요양병원에서 확진자와 사망자가 급증하였다. 이에 요양병원 · 시설 코로나19 감염병관리대책(2021. 1. 1.)과 요양병원긴급의료대응계획(2021. 1. 3.)을 마련하여 요양병원 내 코로나19 환자의 안정적인 병상배정과 치료를 위하여 감염병전담요양병원 지정 · 운영을 추진하였다.

감염병전담요양병원에는 주로 요양병원 · 시설 등에서 발생한 코로나19 중등증 이하의 환자와 밀접접촉자를 입원 치료 · 격리 중이며 전담병원 운영에 필요한 시설 · 장비, 손실보상은 감염병전담병원과 동일하게 지원하고 있다.

코로나19 확진자가 발생한 시·도를 중심으로 4개소를 운영하고 있었으나, 2021년 10월 요양병원·시설 등을 중심으로 고령층의 돌파 집단감염 등에 따른 확진자가 증가함에 따라 이에 대응하기 위해 감염병전담요양병원을 추가 지정하여 2022년 1월 말에는 총 16개소 2,356병상을 지정·운영하였다. 하지만 확산세 감소에 따라 병상수를 감축하여 2022년 12월 말에는 총 11개소 266병상을 운영하고 있다.

앞으로 정부의 일상회복 계획에 따라 감염병전담요양병원은 일반의료체계로 전환하여 운영을 종료할 예정이다.

2) 분만, 투석, 소아 확진자를 위한 특수병상 확충

4차 델타변이 이후 분만, 투석, 소아 확진자에 대한 병상확충의 필요성이 제기되어 지자체별 분만·투석 병상 확충요청 공문을 시행을 통해('22.1.7.)하여 특수병상 부족 상황에 선제적으로 대응하였으며, 5~6차 오미크론 재유행 대비 지자체별로 특수병상에 대한 상·하반기 자체 이행계획 수립(상반기: '22.2.23. 하반기: '22.7.11.)으로 분만, 투석, 소아 병상을 아래와 같이 확보하였다.

|표 2-0-8| 분만·투석·소아 병상 총괄표(단위: 개, '상반기: 22.3.7기준, 하반기: 22.9.4)

권역	투석병상 (기관수)			분만병상 (기관수)			소아병상 (기관수)		
	현행	상반기 개선	하반기 개선	현행	상반기 개선	하반기 개선	현행	상반기 개선	하반기 개선
합계	347 (66)	597 (84)	743 (94)	95 (26)	252 (43)	338 (57)	864 (73)	1,059 (96)	3,008 (164)
수도권	206 (30)	326 (39)	232 (37)	54 (9)	95 (11)	62 (14)	476 (32)	577 (43)	731 (40)
①서울	38 (4)	48 (5)	53 (10)	43 (4)	46 (4)	42 (2)	135 (13)	135 (13)	77 (11)
②경기	117 (14)	210 (20)	129 (18)	6 (4)	41 (5)	15 (11)	193 (11)	250 (19)	484 (22)
③인천	51 (12)	68 (14)	50 (9)	5 (1)	8 (2)	5 (1)	148 (8)	192 (11)	170 (7)
④강원	4 (2)	21 (3)	31 (7)	1 (1)	2 (2)	8 (4)	21 (4)	21 (4)	32 (6)
충청권	32 (14)	66 (16)	78 (14)	6 (5)	10 (8)	24 (11)	100 (8)	101 (11)	479 (23)
⑤대전	10 (5)	15 (5)	27 (1)	1 (1)	2 (2)	9 (3)	23 (3)	25 (4)	143 (6)
⑥세종	2 (1)	2 (1)	2 (1)	1 (1)	2 (1)	1 (1)	11 (1)	11 (1)	31 (2)
⑦충북	8 (2)	23 (3)	15 (6)	2 (1)	3 (2)	6 (2)	21 (1)	21 (1)	84 (5)
⑧충남	12 (6)	26 (7)	34 (6)	2 (2)	3 (3)	8 (5)	45 (3)	44 (5)	221 (10)
호남권	57 (7)	101 (9)	174 (8)	5 (4)	18 (12)	96 (13)	66 (11)	88 (13)	293 (20)
⑨광주	16 (1)	25 (1)	121 (2)	2 (1)	5 (1)	27 (7)	21 (5)	41 (6)	78 (8)

권역	투석병상 (기관수)			분만병상 (기관수)			소아병상 (기관수)		
	현행	상반기 개선	하반기 개선	현행	상반기 개선	하반기 개선	현행	상반기 개선	하반기 개선
⑩전북	39 (4)	54 (5)	38 (3)	3 (3)	8 (6)	9 (5)	24 (4)	26 (5)	123 (7)
⑪전남	2 (2)	22 (3)	15 (3)	-	5 (5)	60 (1)	21 (2)	21 (2)	92 (5)
경북권	14 (4)	30 (4)	175 (11)	20 (1)	25 (3)	19 (5)	83 (3)	101 (3)	211 (12)
⑫대구	12 (2)	26 (2)	167 (10)	20 (1)	22 (2)	9 (4)	51 (2)	51 (2)	158 (9)
⑬경북	2 (2)	4 (2)	8 (1)	-	3 (1)	10 (1)	32 (1)	50 (1)	53 (3)
경남권	31 (7)	50 (11)	37 (13)	6 (4)	99 (5)	122 (7)	107 (13)	160 (20)	1,239 (63)
⑭부산	16 (2)	23 (3)	4 (3)	-	-	20 (1)	44 (6)	44 (6)	453 (18)
⑮울산	4 (1)	8 (1)	5 (1)	2 (1)	94 (2)	94 (1)	21 (1)	21 (1)	91 (7)
⑯경남	11 (4)	19 (7)	28 (9)	4 (3)	5 (3)	8 (5)	42 (6)	95 (13)	695 (35)
⑰제주	3 (2)	3 (2)	16 (4)	3 (2)	3 (2)	7 (3)	11 (2)	11 (2)	23 (3)

또한, 오미크론의 확산에 따라 소아 확진자가 급격히 증가하여 열경련, 호흡곤란 등으로 소아 확진자의 사망사례가 발생함에 따라 소아 확진자에 대한 신속한 진료 및 입원치료가 가능한 소아특화 거점전담병원 제도 도입('22.3.2.)하고 80개 병원, 3,214병상 확보를 통해 소아 확진자의 대면진료 및 입원치료를 제공 후 종료('22.4.15.)하였으며, 임산부 확진자의 사망 사례가 발생함에 따라 분만특화 거점전담병원 2개 병원 154병상을 추가(총 3개 병원, 190병상) 확보('22.2.18)하여 임산부 확진자 대면 진료 및 입원 치료를 제공 후 종료('22.12.31), 입원이 필요하지 않으나, 주기적으로 투석이 필요한 코로나19 확진자가 증가하는 상황에 대비하여 음압이 갖추어지지 않은 투석 가능 의료기관에서 시간 또는 공간을 분리하여 투석할 수 있도록 지자체를 통해 외래 투석센터 확충('22.2.22., '22.3.18.)하였다. 이에 따라, 318개소에서 7일간 5,619건('22.3.24)의 투석이 가능한 외래 투석센터 확충하였으며, 특수병상의 체계적인 관리를 위하여 모니터링 시스템을 구축('22.11.11.) 완료하였다.

3) 정신질환자 전담병원 확충 · 운영

정신병원 등에서의 집단감염 이후 정신질환자를 위한 별도의 치료병상과 접촉자·격리해제자를 위한 병상을 국공립병원 중심으로 우선 마련하였으며, 폭증하는 정신질환 확진자에 대응하기 위해 민간병원을 전담정신병원으로 추가 확보하였다. 이를 통해 확진자를 위한 병상은 2020년 89병상에 470병상으로 확대되었으며, 밀접접촉자를 위한 84병상도 별도로 확보하여 감염병의 치료와 예방을 강화하였다. 방역조치 강화를 위해 병원·시설 종사자와 입원·입소자에 대한 선제검사를 시행하고 있으며, 2021년 11월 돌파감염 발생에 따라 선제검사 강화와 더불어 추가(3차)예방접종도 실시하였다.

바. 회복기환자의 전원·전실 지원 등을 통한 병상효율 추진

2021년 11월 코로나19 확진자가 10월 대비 증가하고, 이 중 대부분이 수도권에 집중 발생하면서 중증·준중증·중등증 병상의 병상가동률이 80%에 육박하는 상황이 전개되었다. 이에 따라 병상확충과 더불어 한정된 병상을 효율적으로 사용해 적시에 치료를 받을 수 있도록 가용 병상을 최대한 확보하기 위해 회복기환자의 전원 인센티를 의료기관에 지급하여 의료기관 참여 독려 및 전원 활성화하는 방안을 검토하였다.

중증·준중증 병상 등에서 중환자가 호전되어 다른 의료기관으로 전원하는 경우 전원의뢰료, 이송비 등을 지원하고, 전원을 수용하는 기관에는 전원수용료를 지급하는 '병상효율화 인센티브' 사업을 2021.11월부터 시행하여 2022.4월까지 총 5회에 걸쳐 287개 기관에 792억원(22,098건)의 인센티브를 지급하였다.

'21.12.20. 코로나19 중환자 치료병상 확보를 위한 전원명령이 시작되면서, 전원명령 대상자의 전원·전실 등을 위한 병상확보 필요성이 제기되었다. 특히, 코로나19 치료가 완료되었지만 여전히 중환자 치료가 필요한 환자의 경우에는 해당 치료를 위한 인프라를 갖춘 병상을 찾아 전원 등을 추진해야 함에 따라 전원을 의뢰하는 의료기관이 어려움을 겪고 있는 상황이었다.

전원명령은 코로나19 중환자 치료병상 확보를 위한 필수불가결한 조치였으나, 코로나19 치료가 종료된 중환자에게 환자상태에 맞는 적절한 치료가 계속 제공될 수 있도록 하는 것도 매우 중요한 문제였다.

이에 중수본은 코로나19 환자가 집중적으로 발생하는 수도권을 중심으로, 코로나19 치료가 완료되어 격리가 해제된 중환자를 위한 전담병상 57병상*을 확보하여 '21.12.28일부터 운영을 시작하였고, 서울시 중증환자이송서비스(SMICU)를 통해 전원시 환자 이송도 지원하였다.

* 국립중앙의료원, 혜민병원, 부평세림병원, 용인강남병원, 김포우리병원 5개 기관

2. 생활치료센터 도입 및 운영

가. 개요

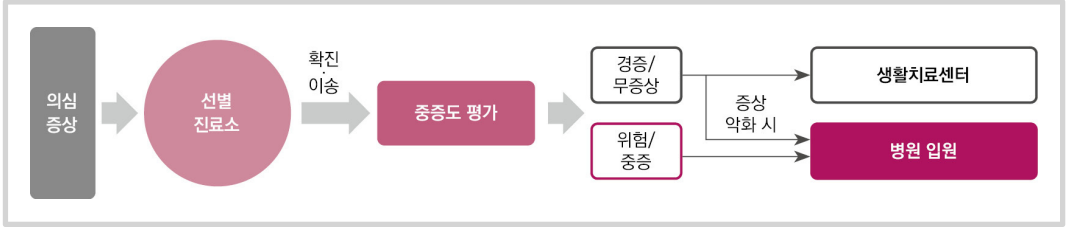
2020년 3월 대구·경북 지역 중심으로 확진자가 급속히 증가하여 3월 1일 기준 대구지역 확진환자 2,569명 중 약 1,662명(64.7%)은 입원 대기하는 상황이 발생하였다. 자택 내 대기 중 사망사례가 발생하는 등 기존 병상으로 대응하는데 한계에 봉착하였다.

사망자 감소 및 상태 악화 방지를 위해서 입원치료는 중증과 위중 환자 치료에 집중할 필요가 있었으며, 경증환자는 관찰 및 관리 지원, 유사시 의료연계체계 구축이 필요했다.

신종감염병 중앙임상위원회 등 전문가들은 의료자원의 효율적 이용 필요성을 제기하였고, 이에 따라 의학적 치료가 크게 필요하지 않으나 방역적으로 격리가 필요한 경증환자에 대해 관찰 및 의료지원을 실시하는 생활치료센터가 도입되었다.

코로나19 확진자로 분류되면 시도별 환자관리반에서 확진자를 '경증·중등증·위중증'으로 분류하고 입원 또는 시설에 배정하게 된다. 중등증 이상의 환자는 감염병전담병원 또는 국가지정 입원병상으로 신속한 입원을 추진하고 경증확진자로 악화 가능성이 높지 않을 경우 치료 대신 생활치료센터로 이송된다.

|그림 2-0-4| 생활치료센터 환자 배정 절차



확진자가 생활치료센터에 입소하면 생활치료센터에서는 확진자 모니터링 및 치료 지원을 실시한다. 확진자는 센터 내에서 하루 최소 2회 이상 자가 모니터링 시행, 의료진은 환자의 자가 모니터링 결과 및 유선 또는 영상 진료상담 등을 통해 증상을 확인하고, 의료진에 의해 증상 악화 등이 확인된 경우 의료기관으로 신속 전원해 치료를 지원한다. 증상 완화 시 퇴소기준에 따라 센터에서 귀가 조치를 하게 된다.

특히 생활치료센터 내 환자와 의료인 간 직접접촉을 최소화하고 환자상태의 효율적인 모니터링 및 진료를 지원하기 위하여 '생활치료센터 비대면진료시스템'을 구축하였다. 생활치료센터 비대면진료시스템은 환자가 스스로 측정한 체온 등의 활력징후(vital sign)와 임상증상을 모바일 앱(mobile application)에 입력하면, 의료인은 측정 결과 및 건강상태를 확인하여 이상이 있을 경우 화상통신을 통해 진료를 볼 수 있도록 지원하는 시스템이다.

|그림 2-0-5| 생활치료센터 비대면진료시스템 운영체계



나. 추진실적

생활치료센터는 '20.3월 최초 도입 이후 대구 · 경북 확진자 병상 대기 문제를 신속히 해결하면서 새로운 경증환자 격리치료 모델로 등장했고, 이후 코로나 확산기 마다 신속하게 생활치료센터를 확충하여 병상 부족 상황에 대응함으로써 의료체계를 든든히 뒷받침하는 등 중요한 역할을 담당해 왔다.

2020년 3월 2일 중앙교육연수원을 시작으로 10일 만에 총 16개 생활치료센터를 설치 · 운영하여 대구 · 경북 확진 환자들의 자택 내 대기문제 및 병상 부족 문제를 조기 해소하는 데 큰 역할을 하였다.

2020년 5월 이후 확진자 수 감소에 따라 생활치료센터 운영을 순차적으로 종료하였고 일부 시설은 외국인 입국자 확진자 치료 등에 계속 사용하는 등 효율적으로 대응하였다.

2020년 8월 초 수도권 중심으로 확진자가 급증하자 이를 수용하기 위해 3개 센터로 운영하던 생활치료센터를 신속하게 확대하여, 9월 초에는 15개 센터 정원 3,840명의 확진자가 입소 가능한 수준까지 확대하였다.

이후 확진자가 감소함에 따라 점차 생활치료센터 운영을 축소하여 10월 말에는 8개 센터 정원 2천 명 수준으로 규모를 조정하였다.

2020년 12월 확진자가 1천명대까지 발생하자 12월 13일 수도권 긴급 의료대응계획을 중심으로 1일 확진자 1천 명에 대응할 수 있도록 1만 병상 확보 추진하였다. 이에 따라 2020년 12월 31일 기준 72개 센터 정원 13,574명 수준으로 확대하여 운영하였다.

2021년 8월 1일 확진자 2,500명 대응 가능하도록 비수도권 생활치료센터를 중심으로 확대하여 전국 88개 센터 정원 20,500여명 수준으로 운영하였다. 또한 2021년 12월 31일 기준 전국 생활치료센터 93개 센터 정원 20,414명 규모로 운영하였다.

2020년 12월 수도권 병상부족 상황 해결책으로 중수본 지정 거점* 생활치료센터 2개소 운영하였으며, 2021년 11월 병상 부담 완화 및 재택치료 활성화 지원을 위해 지자체 지정 거점 생활치료센터 지정·운영 방안을 마련하였다.

* 생활치료센터 기능에 의료 모니터링과 응급한 상황에서의 진료 및 대응 기능을 결합한 강화된 생활치료센터

2022년 2월 오미크론 확산 대응을 위해, 중앙부처를 대상으로는 산하기관 시설이 생활치료센터로 지속 운영될 수 있도록 적극 협조를 요청하였다. 2022년 2월 3일 기준 전국 생활치료센터 91개 센터 정원 21,059명 규모로 운영하였다.

생활치료센터의 가동률이 2022년 1월 30일 50.9%에서 4월 21일 14.6%로 지속적으로 하락하는 상황에 따라 2022년 4월 8일 중대본 회의에서는 생활치료센터의 단계적 감축 추진 계획을 안건으로 논의하고 확정하였다. 이에 가동률, 병상현황, 입소수요 등 지자체별 상황에 따라 생활치료센터를 감축하도록 하고, 중수본 지정 생활치료센터도 단계별로 감축을 추진하여 '22년 5월 31일까지 전국 생활치료센터 운영을 전면 종료하고, 해외입국 외국인 등을 위한 중수본 지정 생활치료센터(제13중앙생활치료센터) 1개소만 운영하였다.

2022년 11월 30일 마지막 생활치료센터(제13중앙생활치료센터)가 이용률 저조 등에 따라 운영이 종료되었고, 2022년 11월 11일 중대본 회의결과 등을 준용하여 국내 거소지가 없는 무증상, 경증 외국인 확진자 등이 자부담으로 격리할 수 있는 호텔 등 임시재택격리시설을 확보하고 격리대상자에게 안내하도록 17개 시도 및 관계 부처로 요청하였다. 이에 단기체류 외국인 등 국내 거소지가 없는 확진자가 이용 가능한 임시재택격리시설이 2022년 12월 31일 기준 전국 37개소가 지정되었다.

3. 권역별 공동대응체계구축 및 운영

가. 개요

하나의 생활권을 이루고 있는 인접 지역 내에서 병상 등 의료자원을 공동으로 활용하여 긴박한 순간에 효율적으로 대응하기 위하여, 전국을 6개 권역(수도권, 충청권, 호남권, 경북권, 경남권, 제주권)으로 나누어 권역별 공동대응체계를 구축하였다. ('20. 5.)

소규모환자는 각 지역별 병상을 활용해 자체 대응하되, 한계를 넘어서는 상황이 발생하는 경우에는 권역 지자체-중앙 간 협의조정 거버넌스를 마련하여 협력하고 확진자 발생추이에 따라 단계적으로 대응 체계를 강화하도록 하였다.

|표 2-0-9| 단계별 공동대응 방식

단계	Ⅰ 단계	Ⅱ 단계	Ⅲ 단계	Ⅳ 단계
확진자 기준	일일 50명 이하 (현 시스템 대응)	일일 50~100명 (소규모 집단발생)	일일 100~1,000명 (지역적 환자폭증)	일일 1,000명 이상 (전면적 공동대응)
공동대응 방식	시·도 환자관리반이 상호 연락하여 교류·협력, 필요시 병상 공동활용		권역별 공동대응상황실 설치하여 본격적인 공동대응체계 가동	

또한, 코로나19 중증환자 대량 발생에 따른 병상 부족에 대비하여 중증병상에 재원 중인 환자의 중증도에 따른 병상 퇴실 등 조치를 위해 코로나19 중증병상 재원환자 중 일정 기준 이하(예 : 산소요구량 5ℓ이하) 환자에 대해 재원 적정성 평가를 실시하였으며,

위중증환자의 격리해제 기준(검체채취일 20일 경과시) 마련('21.12.17.)에 따라 격리해제 21일 이상 장기재원환자를 대상으로 전원·전실 권고를 시행하였다.

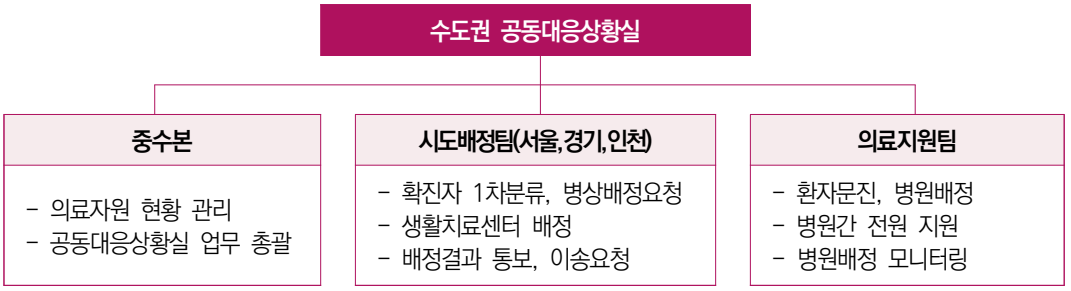
나. 수도권 공동대응체계 구축

2020년 8월 16일 코로나19 2차 유행 당시 수도권 공동대응체계를 구축, '수도권공동대응상황실'이 출범하였다. 상황실에는 중수본·수도권 지자체(서울, 인천, 경기) 공무원과 공중보건의사 등 의료진이 파견되어 수도권 환자의 중증도분류, 병상배정, 전원의 컨트롤타워 역할을 수행하기 시작하였다.

상황실은 중수본 수도권긴급대응반장을 총괄 반장으로 민관 협업체계로 구성하여, 복지부 소속 공무원이 수도권 병상 상황을 총괄 관리, 배정 현황 통계 생산 및 보고, 지자체(서울, 인천, 경기)

공무원이 환자 초기분류, 의료팀에 병상배정요청 및 환자정보제공, 생치배정, 이송지원, 병상대기환자 목록 관리 등을 수행, 민간전문의(의료팀장), 공보의/군의관, 민간간호사 등이 문진, 의료기관 병상 배정, 중증·응급 전원지원 등을 수행하고 있다.

|표 2-0-10| 수도권 공동대응상황실 구성



|표 2-0-11| 수도권 공동대응상황실 업무 흐름도



* 환자 중증도 변경 시 중증 · 특수환자의 병원 간 전원 지원

다. 코로나19 수도권 공동 대응 성과

코로나19 확진자의 중증도별 적정 병상의 배정을 통해 최적의 치료를 제공하고, 환자 급증에 따른 병상부족 시 탄력적인 대응을 위해 수도권 공동대응체계를 구축·운영하면서, 수도권(서울, 경기, 인천) 행정구역별 자원 불균형 해소, 확진자 중증도 분류 오차 최소화, 생활치료센터·병상 배정 관련 지침의 신속한 확산 및 적용을 위해 노력하였다.

코로나19 초기에는 각 관내에 의료자원으로도 환자 배정이 가능하여 병상배정반 지자체별 담당자(공무원 및 공보의)가 각 관내의 병상을 위주로 배정하였으나, 3차~4차 유행이후 수도권 환자가 급증함에 따라 병상 부족 등의 문제로 1일 이상 대기하는 환자가 다수 발생하였다.

병상이 신속히 배정되지 않는 경우 환자가 적기에 치료 · 관리를 받지 못해 사망 · 상태 악화 등의 우려가 있어 수도권긴급대응반은 대기 환자의 사회인구학적, 임상적 특성, 배정 지연의 원인을 분석하고 가용병상을 실시간 파악하여 병상 배정의 효율화를 도모하였다. 또한 병상배정 표준업무절차(SOP)를 제작('22.1)함으로서 병상배정 담당 의료인력의 질 관리 및 프로세스 표준화를 통해 병상 배정 대기자가 발생하지 않도록 하였다.

중수본 수도권긴급대응반에 감염병전담병상 배정권한을 부여(수도권 100%, 비수도권 70%)하여, 수도권 뿐 아니라 비수도권 유휴병상에도 수도권 환자를 배정할 수 있도록 하여 병상 부족으로 대기하는 일이 발생하지 않도록 조치('20.12.18~)하였다. 또한, 신속한 병상 배정을 위해 배정 전담 민간간호사 인력을 투입하였고('21.11.~), 중증, 응급환자 병상배정의 전문성과 효율성을 높이기 위해 민간전문의와 군의관 인력을 추가 배치하였다('21.12~).

수도권공동대응상황실 근무 인력 규모가 확대('22. 1월 기준 170명)됨에 따라 국립중앙의료원 내 설치되어있던 상황실을 남산스퀘어 18층으로 이전하였다('22.1.27.). 기존 국립중앙의료원과 합동 운영하던 수도권공동대응상황실 운영 체계는 중수본 수도권긴급대응반 단독 운영으로 전환하고 민간전문의(의료팀장)를 추가 채용('22.2월)하여 총3인의 민간전문의를 배치, 24시간 체제의 의료팀 운영 기반을 구축하였다. 오미크론 유행 정점 시기 병상배정 요청이 폭증하며 최대 243명(본부공무원26명, 파견지원 11명, 지자체공무원 123명, 민간전문의3명, 민간간호사 36명, 공중보건의 28명, 군의관 16명)의 인원이 근무하였다('22.3.16.).

감염병 등급조정('22.4.25, 1급→2급) 및 병상가동률 감소에 따라 포스트오미크론 계획이 수립되며 수도권공동대응상황실 근무인력은 점진적으로 축소되었다('22.5월 137명, '22.6월 75명). 의료인력 중 군의관 파견이 중단되었으며('22.6.16.), 이에 공중보건의와 민간전문의 중심으로 의료팀을 구성하되, 민간전문의 1인을 추가채용('22.5월)하여 총4인의 전문의를 투입하였다. 이 제체는 확진자 감소세에 따라 '22년 7월까지 유지되었으며 이후 다시 3인의 전문의로 운영되었다.

이후 9월부터 수도권병상배정 체계 개편이 논의되어 병상 배정 권한을 수도권 각 시·도에 이관하고 지자체가 자체배정 하기로 함에 따라('22.10.13), 지자체 인력에 대한 교육 및 인수인계가 시행되었다('22.11월). 그러나 겨울철 재유행에 대한 우려로 유행상황이 안정화되는 시점까지 당분간 종전체계를 유지하기로 협의('22.11.17 수도권 보건국장회의, '22.11.23일 중대본 보고) 하면서 수도권공동상황실은 당분간 서울시청 서소문별관으로 이전하여 운영하게 되었다.('22.12.15). 다만 각 지자체가 지속가능한 병상 배정체계를 독립적으로 운영할 수 있도록 지자체에 중심 역할을 부여하고, 수도권긴급대응반은 그 규모를 축소하여 총괄 관리 및 모니터링 역할을 수행하는 방식으로 운영체계를 개편하였다.

그간 코로나19 확진자에 대하여 수도권긴급대응반은 어린이, 고령·와상, 임산부, 정신질환자 등 특수한 시설, 장비, 의료인력을 필요로 하는 환자를 위한 특수병상이 필요함을 제언하여, 감염병전담 요양병원, 소아. 분만, 투석, 와상, 정신 병상을 선제적으로 확충하였으며, 유사시 특수병상 대기자 우선순위 명단을 작성하여 중증도에 따라 우선 배정하고, 고령·와상환자 배정 패스트트랙을 운영하는 등 적정 배정을 위해 노력하였다. 일반 확진자의 배정에서도 시도별 응급 핫라인을 별도 운영하여 위중한 환자의 배정이 지연되지 않도록 하였다. 확진자 급증시기 주말이나 연휴에는 상급병원 당번병상제를 운영하여 중증응급환자에 신속한 조치가 취해질 수 있도록 하였다.

또한 확진자 발생 규모 및 배정 수요에 따라 병상 배정 원칙을 개편하여 유연하게 대응하였다. 오미크론 유행 초기 신속한 병상배정을 위해 코로나19 전담의료기관에서 시·도 병상배정반에 배정의뢰 없이 先수용 後보고를 하도록 '자체수용' 경로를 마련하였으며('22.2.21.), 유행 정점기에는 의료기관의 무분별한 자체수용을 통제하여 병상 부족에 대응하기 위해 의료기관 내 입원 중 확진 환자 자체 수용을 금지('22.3.16)하는 원칙을 수립하였다. '22.7월 9차 유행이 시작된 시기에는 경증환자에 대한 배정 수요를 조정하고 일반의료체계 작동을 독려하기 위해 중등증 지정 병상은 자체수용으로 운영하고, 전담병상은 코로나 증상 치료를 위한 경우로 한정하여 배정하도록 병상배정 원칙을 ('22.7.19.)개편하였다. 재유행 기간 동안 한정된 중증병상의 효율적 사용을 위해 준중증 이상 자체수용 사례의 보고체계를 정비하고('22.8.18.) 모니터링하여 부적정 사례를 직접 관리하였다.

한편, 코로나19 변이 바이러스의 등장으로 병상 배정 의뢰 환자의 코로나19 중증도는 낮아졌으나, 기저질환이나 타질환으로 인한 응급 수술·시술·평가가 필요한 경우는 병상 사용이 제한되어 있었다. 이러한 그레이 존 내 확진자들이 준중증병상을 사용하여 신속한 치료를 받을 수 있도록 준중증병상 입실기준을 마련('22.9.5.)하여 시행하였다.

그 외에도 지역응급의료상황실 운영 중단 시기('22.5.1~8.2, '22.11.1~)에는 의료기관 응급실 내 체류 중인 비응급 코로나19 확진자의 전원을 지원하였다. 생활권, 지리적 특성 등을 반영한 7개 권역별 병상 공동활용 원칙에 따라 권역 내·권역 간 병상 배정 및 전원을 지원하였다('22.7.1 ~).

수도권긴급대응반 재원계에서는 상대적으로 한정적인 중증환자 전담병상에 대해 매일 재원 적정성을 평가하고 부적합 환자에 퇴실 명령, 전체 전담치료병상에서 입원 후 일정 기간이 경과한 대상자에 대해 주2회 전원·전실 권고를 시행하여 치료 병상이 효율적으로 활용되도록 노력하고 있다,

|표 2-0-12| 수도권 환자 배정 내역('20.8.21~'22.12.31)

(단위: 명, %)

구 분	수도권 계	서 울	경 기	인 천
계	452,041	210,450	132,170	41,656
병 원	162,107	69,566	76,936	15,605
(%)	35.9	33.1	38.5	37.5
생활치료센터	289,934	140,884	122,999	26,051
(%)	64.1	66.9	61.5	62.5

* 수도권 환자 1일 이상 대기 : '20.12.16., 595명 → '21.1.4~8.21, 0명 → '21.8.22, 4명 → '21.10.9, 0명 → '21.11.4, 2명 → '21.12.1, 842명 → '21.12.28~, 0명

중증환자 대량 발생으로 인한 병실 부족 등에 대비하여 중증병상 재원환자의 중증도에 따른 재원적정성 평가*를 통해 퇴실 권고·명령 등의 행정조치를 실시하였으며.

* 중증도가 일정 기준(산소요구량 5L) 이하의 환자가 재원 중일 경우 중증병상 재원적정성 여부 검토하여 3일 내 퇴실권고 후 미이행 시 퇴실명령, 소명자료 제출 및 보완기회 부여

코로나 중증환자 위주의 병실운영을 강화하고 입실기준에 맞지 않는 중등증환자의 입실을 제한하기 위해 ▲평가절차 단축(4단계→3단계), ▲퇴실명령 이행기간 및 평가주기 단축(주4회→매일) 등 재원적정성 평가절차를 지속적으로 개선하여 운영하였다.

|표 2-0-13| 중증병상 재원적정성 평가 내역('21. 1.21~'22.12.31. 중복 제거)

구분	퇴실권고·명령	퇴실완료	손실보상 삭감	재실중
인원(명)	17,888	15,552	2,246	90

또한, 위중증환자의 격리해제기준(검체채취일 20일 경과시) 마련('21.12.17.)에 따라 격리해제 21일 이상 장기 재원환자를 전실·전원 권고를 시행('21.12.20.)하였으며,

확진자 급증에 따라 코로나19 중증환자 전담치료병상이 효율적 운영을 위해 ▲전원·전실 권고 주2회 실시, ▲명령일자를 검체채취일 기준으로 1일 단축하는 내용으로 전실·전원 권고 절차를 변경하였고, 오미크론 확산 이후 준중증 이하 전담병상 가동률이 높아짐에 따라 효율적 병상 운영을 위해 격리해제자 대상 전원 · 전실 권고를 격주마다 시행하였다.

|표 2-0-14| 전담치료병상 장기재원환자 전실·전원 권고

구분	전원·전실 권고	퇴실완료	손실보상 삭감	재실중
중증병상 ('22. 1. 5.~'22.12.31. 누계)	4,888	4,019	817	52
준중증 이하 ('22. 3. 4.~'22.12.31. 누계)	25,967	25,143	660	164

Ⅱ 일반 의료체계 운영

1. 한시적 비대면 진료 허용

가. 개요

2020년 1월부터 국내에 코로나19가 유행하기 시작하면서 코로나19 지역사회 확산을 방지하기 위해 총력을 기울이는 중 국민이 의료기관을 이용하면서 감염되는 것을 막고, 의료기관으로의 감염 유입을 최소화하기 위해서 전화 등의 방법으로 의료기관 이용을 줄일 수 있는 조치가 필요하였다.

이에 보건복지부는 코로나19의 지역사회 확산 방지 및 취약계층의 감염 최소화를 위해 의사의 의학적 판단에 따라 안전성에 문제가 없는 경우에는 전화상담 · 처방 및 대리처방을 한시적으로 허용하는 방안을 추진하였다. 코로나19 감염병 위기 "심각" 단계 경보가 발령됨('20. 2. 23.)에 따라 제7차 적극행정지원위원회 의결을 통해 코로나19 감염병 위기대응 심각 단계의 위기경보 발령 기간동안 전화상담 · 처방 등 비대면 진료를 한시적으로 허용('20. 2. 24.~)하였다. 비대면 진료는 유 · 무선 전화뿐만 아니라 화상통신장비를 활용할 수 있으며, 진료의 질 보장을 위해 단순 문자메시지나 메신저만을 이용한 진료는 제한하고 있다.

나. 추진실적

한시적 비대면 진료가 처음 허용된 2020년 2월 24일 이후 2022년 12월말 기준 25,697개 의료기관에서 총 1,379만 명을 대상으로 3,661만 건의 비대면 진료가 실시되었고, 이 중 코로나19 관련 질환을 대상으로 실시된 재택치료는 2,925만 건이었다.

|표 2-0-15| 연도별 비대면 진료(코로나19 재택치료 포함) 현황

('22.12.31. 기준)

기 간	진료건수 (건보 청구기준)	진료비 (본인부담금 포함)	이용자 수	참여 의료기관
'20.2월~'20.12월	142만 건	214억 원	84만 명	9,397개소
'21.1월~'21.12월	319만 건	1,150억 원	126만 명	10,566개소
'22.1월~'22.12월	3,200만 건	1조 4529억 원	1,272만 명	22,473개소
합 계	3,661만 건	1조 5893억 원	1,379만 명	25,697개소

* 출처: 건강보험심사평가원(2020.2.24.부터 2023.1.31. 진료비 청구자료 기준)

집필자 의료대응재택치료팀장 이승묵

한시적 비대면 진료에 따라 전화상담·처방을 실시하는 경우 국민의 건강과 안전을 위하여 마약류 및 오남용 우려 의약품의 처방을 제한('21.11.2.~)하였고, 한시적 비대면 진료 제도 시행에 따라 보다 안전한 진료환경 조성을 위해 의원급 의료기관 3,834개소에 비대면 진료에 필요한 화상통신장비(웹캠, 마이크 · 스피커 내장형 일체형모니터) 5,000대를 지원하였다.('21.12.31.)

다. 향후 계획

현재 비대면 진료는 코로나19 상황에서 한시적으로만 시행되고 있지만, 향후 상시적 건강관리 및 의료취약지·취약계층 등 의료사각지대 해소를 위한 보건의료정책적 관점에서 제도화 방안 등을 검토할 예정이다. 이를 위해 그 간 이루어진 비대면 진료의 이용현황을 바탕으로 효과성, 안전성 등을 분석하고 의료계, 시민사회계 등과 지속 협의하여 바람직한 발전방향을 모색할 예정이다.

2. 국민안심병원 운영

코로나19의 확산으로 환자는 병원 방문을 통한 코로나19 감염을 우려하여 기타 질병 증상이 있음에도 의료 이용을 기피하고, 의료기관은 원내감염을 우려하여 환자 진료를 기피하는 상황이 발생했다. 감염경로가 불분명한 코로나19 감염사례가 다수 발생함에 따라 지역사회 감염에 대비한 의료기관 대응 시스템을 마련할 필요성이 제기되었다. 따라서 국민들이 코로나19 감염불안을 덜고, 보다 안심하고 진료받을 수 있는 안전한 병원체계를 구축하기 위해 높은 감염력, 무증상 등 코로나19의 특성을 고려 2020년 2월부터 국민안심병원을 지정 · 운영하였다.

국민안심병원은 호흡기 질환에 대하여 병원 방문부터 입원까지 진료 전 과정의 동선을 다른 환자와 분리하여 병원 내 감염 확산이 사전에 방지될 수 있도록 하였다. 또한, 보호자 외 방문객을 전면 통제하고 전담 감염관리팀을 만들어 병원 내 환경개선에 주력할 수 있도록 하였다. 병원급 이상의 의료기관에서 일반 호흡기환자 진료를 위해 호흡기 전용 외래를 설치 · 운영하는 국민안심병원 A유형과 호흡기 전용 외래 · 선별진료소 · 입원 진료가 가능한 국민안심병원 B유형으로 나누어 운영하고 있다. 2020년 2월에 지정된 91개 국민안심병원을 시작으로 2022년 4월 기준 A유형 174개소, B유형 82개소로 총 256기관이 국민안심병원으로 운영되었다.

병원 내 감염 우려로 인해 환자 및 의료기관의 진료 기피 문제가 발생한 코로나19 초기 상황에서 국민안심병원 운영은 코로나19의 지역확산을 막고, 의료기관 내 감염을 최소화하는 등 성과를 달성하였다. 2022년 4월 기준 국민안심병원에서의 진료 건수는 약 595만 건이며, 진료금액은 약 1,367억 원이 청구되었다.

코로나19 장기화 및 동절기 호흡기감염 동시 유행을 대비하여 2020년 10월부터 국민안심병원은 호흡기전담클리닉과 제도를 연계하였으며. 국민안심병원이 입원환자에 대한 감염 확산 방지를 더욱 강화하도록 호흡기환자와 비호흡기환자의 입원병동을 구분·운영하는 등 입원환자 위주로 제도를 개선하였다. 2021년에는 국민안심병원 운영지침 개정을 통해 호흡기전담클리닉과의 연계 및 사전·사후 점검을 강화하여 코로나19 감염 위험으로부터 더욱 안전한 진료체계를 구축하였다.

2022년 4월 오미크론 변이가 정점을 지나 감소추세에 접어들면서 일상회복을 위해 포스트 오미크론 대응계획에 따른 일반의료체계 전환을 추진함에 따라 국민안심병원 운영은 2022년 4월 18일부로 종료되었다.

|표 2-0-16| 2022년 국민안심병원 지정 현황

(단위 : 개, '22. 4. 17. 기준)

구분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
기관수	256	42	23	7	20	10	8	7	1	57	5	10	11	10	11	11	19	4

3. 호흡기전담클리닉 설치 및 운영('20.9월~'22.6월)

가. 개요

코로나19 유행이 확산되면서 발열이나 호흡기 증상의 환자들은 코로나19 증상과 구분하기 어렵다는 이유로 일선 의료기관에서 진료를 제때 받지 못하거나, 의료기관에서 감염이 될까 걱정이 되어 환자 스스로 의료기관 방문을 꺼리는 경향이 나타났다. 한편, 동절기에 코로나19와 인플루엔자가 동시에 유행하여 다수의 호흡기감염 환자가 발생할 경우 코로나19 방역체계 및 의료체계에 심각한 부담을 줄 수 있다는 우려도 제기되었다. 이에 따라 코로나19 장기화 및 독감 동시 유행 대비하여 감염으로부터 안전한 환경에서 호흡기·발열 환자를 중점 진료하는 클리닉의 필요성이 제기되었다.

2020년 5월 4일 중대본에서 의료기관과 의료인을 감염으로부터 보호하고 환자 진료에 공백이 발생하지 않도록 의료이용체계를 개선하고자 개인보호구, 소독, 환기 등 감염예방수칙을 철저히 준수하고, 동선분리, 음압설비 등을 갖춘 호흡기전담클리닉 1,000개소 설치하겠다는 계획을 발표하였다.

호흡기전담클리닉은 감염으로부터 안전한 진료환경을 갖추고 발열이나 호흡기 증상의 환자에게 일차의료를 제공하는 곳이다. 개인보호구, 소독, 환기 등의 감염 예방수칙을 철저히 준수하고 동선관리, 음압설비 등의 감염 차단시설을 구축하여 관할 지자체(보건소)의 지정을 받고 있다. 주로 감기 등 호흡기감염 증상의 환자에게 문진-진찰-진단-처방 등의 일상적 진료를 제공하며 환자 간의 접촉을 최소화하기 위하여 사전예약제로 운영한다(여건에 따라 현장접수도 가능). 예약 과정에서 증상 및 코로나19 역학적 연관성을 확인하여 호흡기전담클리닉 대면 진료 여부를 판단하고 코로나19 검사가 필요한 경우 자체적으로 실시하거나 선별진료소로 안내한다.

호흡기전담클리닉은 지방자치단체에서 보건소 등에 장소를 마련하여 지역 내 의사가 돌아가며 진료에 참여하는 "개방형 클리닉"과 시설·인력 등 요건을 갖춘 의료기관을 지정하는 "의료기관형 클리닉"으로 구분된다.

나. 추진실적

2020년 제3회 추가경정예산으로 사업비 500억원(국비 100%)을 확보하여 호흡기전담클리닉 설치를 위한 시설 · 장비 구축 비용을 개소당 평균 1억 원 지원하였다. 호흡기전담클리닉으로 지정된 의료기관은 발열이나 호흡기 증상의 환자를 진료한 경우 감염예방관리료(약 21,000원)를 추가로 산정하되 본인부담금은 면제하여 환자부담은 일반 의료기관과 동일한 수준을 유지하였다. 개방형 클리닉에서 진료하는 민간의사는 수가청구 대신 정액수당 지급(10.1~ 적용, 건보공단 시범사업, 시간당 62,500원)을 통해 참여 유도하였다. 또한 체온 측정, 환자 안내 등의 방역지원 업무를 수행하는 인력을 배치하였으며(8월~12월) 의료진 개인보호구를 주기적으로 지원하였다.

2020년 7월 경 동절기 호흡기·발열 환자 증가 고려하여 9월까지 우선 보건소당 관내 1개소 이상 호흡기전담클리닉 설치 추진하도록 중대본회의를 통해 요청하고, A형 국민안심병원을 운영 중인 "병원"은 20년 9월말까지 호흡기전담클리닉 설치하지 않을 경우 2020년 10월 1일부터 국민안심병원 지정 취소함을 안내하였다. 2020년 12월 31일 기준 297개소(개방형 클리닉 84개소, 의료기관형 클리닉 213개소)의 호흡기전담클리닉이 신고되었다.

2021년에는 단년도 본예산으로 500억원(국비 100%)을 확보하여 호흡기전담클리닉 설치를 위한 시설 · 장비 구축 비용을 개소당 평균 1억 원 지원하였다. 2021년 11월부터 재택치료가 코로나19 확진자의 치료 원칙이 되면서, 재택치료자 급증, 병상대기자 급증이 문제가 되었고, 서울특별시 등

지자체의 건의가 있어, 서울시 재택치료 외래센터 모형 등을 검토해, 호흡기전담클리닉을 운영하는 의료기관 등을 재택치료 단기·외래진료센터로 운영할 수 있도록 호흡기전담클리닉 운영 지침 등 개정 시행한 바 있다.(12.8) 2021년 12월 31일 기준으로 574개 개소의 호흡기전담클리닉이 설치되어 운영되었다.

2022년 1월 28일 중대본은 오미크론 확산으로 단기 내 코로나 환자가 급증하는 상황에 대비하여, 보건소와 동네 병·의원이 코로나 대응 역할을 분담함으로써 고위험군의 진단과 치료를 효과적으로 실행할 수 있도록 동네 병·의원 중심의 검사·치료체계 전환 이행계획을 발표하였다. 이에 따라 2022년 2월 3일부터 호흡기전담클리닉 등 동네 병·의원에서 호흡기 증상, 기저질환 등 기본 진찰을 하고, 전문가용 신속항원검사를 거쳐, 그 결과 양성이면 PCR 검사까지 수행하고, 확진 판정을 받은 경우에는 코로나 재택치료까지 한 번에 이루어지도록 하였다.

이로써 당초 발열·호흡기 증상 非코로나 환자의 진료를 위해 설치·운영('20.7~)되었던 호흡기전담클리닉에서 非코로나 환자 뿐아니라 코로나19 환자 관련 진찰·검사부터 치료까지 수행하게 되었으며 2022년 6월 30일 기준 640개소의 호흡기전담클리닉이 설치되어 운영되었다. 호흡기전담클리닉은 코로나19 장기화 상황에서 호흡기, 발열 환자 등이 안전하게 진료를 받을 수 있고, 의료진의 교차감염을 예방할 수 있는 동네 병의원 진료체계를 구축했다는 의의가 있다.

4. 호흡기 진료 지정 의료기관 운영('22.2월~'22.6월)

지역사회 의료기관 중심의 코로나19 대응체계 전환을 위해 2022년 2월부터 동네 병·의원 중심으로 코로나 진찰·검사·치료를 담당할 수 있도록 '호흡기 진료 지정 의료기관'을 지정하였다. 호흡기 진료 지원 의료기관의 역할은 호흡기 증상이 있는 환자 초기 진단, 내원 환자에 대한 코로나19 감염 확인, 환자 진료(처방 등), 재택치료과 중증 환자에 대해 보건소에 병상배정을 요청하여 병원으로 이송될 수 있도록 보고하는 것 등이 있다.

호흡기 진료 지정 의료기관은 전문가용 신속항원검사(RAT), PCR 검사, 전화상담·처방 역할 수행이 필요하며, RAT 검사(급여)를 위해 심평원으로 신청하면 심평원에서 지정하여 운영하였다. 2022년 6월 30일 기준 호흡기진료지정의료기관 10,415개소가 지정되었다.

5. 재택치료 단기·외래진료센터 등 확충('21.12월~현재)

코로나19 오미크론 확산에 따라 확진자가 폭증하면서 병원 입원 및 생활치료센터 입소로 전체 확진자를 감당하기 어려워짐에 따라 2021.11월 모든 확진자의 재택치료를 원칙으로 하는 재택치료 중심의 의료대응체계로 전환되었다. 이에 따라 재택치료자 대폭 증가가 전망되어 재택치료대상자가 안전하게 본인의 거주지에서 관리받고 필요시 적시에 진료를 받을 수 있도록 2021년 12월부터 재택치료 단기·외래진료센터 확충을 추진하였다.

재택치료 단기·외래진료센터는 재택치료 대상자 중 필요한 경우, 외래를 통한 검사, 대면진료, 주사제 처방, 투약, 필요시 입원 또는 전원(생치, 병원) 조치 등의 역할을 수행하는 의료기관이다. 동선 분리가 가능하고, 음압격리실 등 감염을 차단할 수 있는 진료 환경을 갖춘 기관으로, 감염병 및 거점전담병원·특별생활치료센터·호흡기전담클리닉 등 희망기관의 신청을 받아 시·도에서 지정하였다. 사전예약을 통해 해당기관의 외래진료시간에 진료를 실시하며, 확진자 개인차량 혹은 지자체별 이송체계(민간위탁구급차, 방역차량 또는 방역택시 등)를 통해 자택↔의료기관으로 이송하고, 감염을 차단할 수 있는 환경에서 검사, 처치, 수술, 단기입원 등 대면진료를 실시하였다.

단기·외래진료센터 조속한 확충을 지원하기 위해 2022년 재택치료 단기·외래진료센터 확충 사업비(105억, 국비100%)를 확보하여 외래진료센터 설치를 위한 시설·장비 구축 비용을 개소당 1.5억 한도에서 지원하였다. 또한 코로나19 재택치료 대상자를 진료한 경우 '의료기관형 클리닉 감염예방관리료'(약 30,000원)를 산정하였으며, 증상 확인을 위한 흉부X선, CT, 혈액검사 등에 대해 재택치료 환자관리료(80,860원) 외 별도 행위수가를 적용하는 등 코로나19 확진자 진료에 필요한 행위에 한해 수가를 적용하였다.

이와 별도로, 2022년 2월부터 재택치료자의 의료상담 대응을 위해 지자체(시도, 시군구)별로 의료기관에 위탁하여 24시간 운영하는 재택치료 의료상담센터를 지정하여 운영하였다. 간호사 인력을 주축으로 의학적 자문을 위해 의사 1인을 상시 배치하며, 재택치료자 대상 의료상담 및 처방, 야간·응급상황 대응(119 연락 등 비상연락체계 구축), 병상 배정 요청 접수 시 대응 등 기능을 수행하며, 야간·공휴일 전화상담관리료(12,130원) 등 수가를 가산하였다.

또한, 재택치료자의 처리 절차 등 행정지원 문의에 대응하기 위해 지자체에 재택치료 행정안내센터를 설치하였다. 운영시간은 자율이나 필요시 24시간 운영하며, 재택치료 생활안내, 의료이용 방법, 격리기간·해제, 생활지원금 등 재택치료 관련 행정 문의에 대응하였다. 의료상담은 하지 않으나 비상상황 대응을 위한 의료기관·응급실 등 비상연락체계를 구축하였다.

|표 2-0-17| 재택치료 의료상담센터 및 행정안내센터 현황

(단위 : 개소, '22.12.30 기준)

구분		계	수도권			비수도권													
			서울	경기	인천	부산	대구	광주	대전	울산	세종	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
의료상담센터	합계	178	2	62	4	4	1	2	8	12	1	10	5	5	15	2	10	30	5
	병원급 이상*	160	2	56	3	4	1	2	8	12	0	10	5	5	8	2	10	27	5
	의원급	10	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0
	기타**	8	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6	0	0	0	0
행정안내센터	합계	248	25	42	10	16	8	5	5	6	1	18	14	15	15	22	24	20	2

* 의료상담센터 병원급 이상 : 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원 포함

** 의료상담센터 기타 : 보건의료원, 보건소 포함

6. 호흡기환자진료센터 및 원스톱진료기관 확충('22.7월~현재)

2022년 6월까지 호흡기 유증상자는 호흡기의료기관(호흡기전담클리닉 또는 호흡기진료지정의료기관)에 방문하여 코로나19 검사를 받고 양성 판정 시 방문 의료기관에서 치료제를 처방받고, 코로나19 환자는 재택치료를 실시하되 필요할 경우 외래진료센터(대면 진료) 또는 전화상담 병·의원(비대면 진료)을 통해 진료를 받는 등 호흡기 환자 및 확진자 관련 의료체계가 분산되어 있었다.

코로나19 신규 확진자 수가 하루 1만명 정도로 감소세가 유지되면서 재유행 상황에 대비하여 일반의료체계 중심의 대응전략을 마련하였다. 2022년 7월 1일부터 호흡기 유증상자 및 코로나19 확진자가 지역사회에서 빠르게 진료·검사·처방받을 수 있도록, 기존의 코로나19 진료 등을 담당해 온 호흡기전담클리닉, 호흡기 진료 지정 의료기관, 재택치료 외래진료센터, 전화상담 병·의원 등의 명칭을 '호흡기환자진료센터'로 일원화하여 운영하였다.

아울러, 유증상자 및 확진자가 지역 내 호흡기환자진료센터 현황을 쉽게 찾을 수 있도록 주요 포털사이트 등을 통해 검색 가능하도록 하였으며, 실시간 센터 현황 정보가 반영될 수 있도록 건강보험심사평가원에 관련 시스템을 구축하였다. 호흡기환자진료센터는 감염관리 장비 구비, 소독·환기 등 예방수칙을 준수할 수 있는 진료환경을 갖추고 적정인력(의사 1명, 간호인력 1명, 진료보조인력 1명 이상)을 갖춘 의료기관의 신청을 받아 시장·군수·구청장이 지정하여 운영하였다.

특히, 국민이 한 곳에서 편리하고 신속하게 진료받을 수 있도록 호흡기환자진료센터 중 호흡기환자 진료, 진단검사, 대면진료, 치료제 처방까지 한 곳에서 모두 가능한 기관을 '원스톱진료기관'으로 지정하여 운영하였으며, 확진 당일 진단부터 치료까지 한 번에 진료가 이루어진 경우 '원스톱진료기관 통합진료료(12,130원)'를 산정하였다. 또한 코로나19 재유행에 대비하고 지역사회에서 신속 치료 가능한 의료체계 구축을 위해 원스톱진료기관 1만개소를 확보하고자 하였으며, 2022년 연말 기준 10,473개소를 확보하여 목표를 달성하였다.

|표 2-0-18| 호흡기환자진료센터 및 원스톱진료기관 현황

(단위 : 개소, '22.12.29 기준)

구 분	개소수	호흡기환자 진료	코로나19 진단검사	먹는치료제 처방	확진자 진료	
					대면	비대면
합 계	14,232	13,522	12,605	11,329	11,457	11,360
원스톱진료기관 外	3,759	3,049	2,132	856	984	3,092
원스톱진료기관	10,473					

진단검사와 치료 등을 동네 병의원을 중심으로 수행하도록 전환함과 함께, 중증화 가능성이 높은 고위험군은 보다 체계적으로 관리할 필요성이 더욱 증가하였다. 이에 따라, 2022년 5월 고위험군은 ▲진단검사부터 먹는 치료제 처방까지 1일 이내 수행하고, ▲필요할 경우 신속하게 입원에 연계하여 주는 패스트트랙 원칙을 정립('22.5.27.중대본회의)하였다. 패스트트랙 대상인 고위험군의 범위는 60세 이상 고연령층, 면역저하자, 요양병원·시설 등 감염취약시설 입소자 등으로 하였다.

7. 코로나19 중증응급진료센터 운영

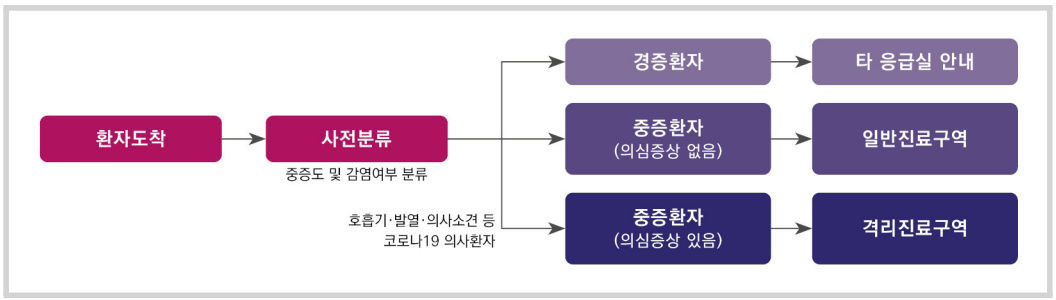
코로나19 지역사회 확산에 따라 응급실 감염을 우려한 응급의료기관이 발열, 호흡기증상 등을 동반한 응급환자의 진료에 소극적으로 대응하면서 유증상 중증응급환자*가 적정치료 시기를 놓칠 수 있다는 우려가 제기되었다. 또한 응급실 방문 환자가 코로나19 감염이 확진되어 응급실 운영이 중단(폐쇄)되고 응급환자 진료가 지연되는 상황이 발생하였다.

* 발열 동반 급성복통, 천식질환의 급성악화, 염증성 질환으로 일한 발열 등

이에 따라 코로나19 유행 상황에서도 중증응급환자가 적시에 최선의 진료를 받을 수 있도록 감염관리를 강화한 「중증응급진료센터」를 지정 · 운영하여 발열, 호흡기 증상 등을 동반한 중증응급환자에 대한 책임진료를 담당하도록 하였다.

「중증응급진료센터」는 권역응급의료센터 및 상급종합병원, 대학병원 등이 운영하는 응급실 중 신청을 받아 시 · 도지사가 지정하며, 사전환자분류소 및 격리진료구역(5병상 이상)을 반드시 확보하도록 하였다. 응급실 진입 전 설치된 '사전환자분류소'에서 환자의 중증도와 감염 여부 등을 확인하여 경증 환자의 경우 중증환자에 대한 집중 진료 제공을 위하여 응급실 진입을 제한하고, 감염병 의심 증상을 동반한 중증환자는 격리진료구역에서 즉시 응급진료를 받도록 하였다.

|그림 2-0-6| 중증응급의료센터 운영 절차



또한, 중증응급환자(코로나19 의심 포함) 적정 진료 제공을 위해 응급실 시설 · 인력 · 장비를 탄력적으로 운용하도록 하고 응급실 내원 유증상 중증응급환자에 대한 신속한 입원 연계를 위해, 배후진료과 협조 및 병상 확보를 위한 노력을 병행하였다.

현재는 16개 시 · 도에 총 58개소 중증응급진료센터를 지정하여 운영('20.3월부터 단계적 지정)하고 있다.

|표 2-0-19| 2021년 중증응급의료센터 지정 현황

(단위 : 개, '22 12월 기준)

구분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
기관수	58	9	3	5	4	2	2	1	0	9	3	2	4	2	3	4	3	2

8. 재택치료 운영

'재택치료'는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조에 근거하여 환자의 상태, 병상 현황 등을 고려해 질병청장, 시·도지사, 시·군·구청장이 결정하는 것으로, 입원치료·시설치료가 아닌 '집에서 받는 치료'를 의미한다.

코로나19 확산 이후 임상적 위험도가 낮고, 보호자와 동반 생활이 필요하며, 입원·시설 격리 치료에 따른 정서적 어려움이 있는 환자 등에 대한 재택치료 적용 필요성이 지속적으로 제기되었다. 이미 대부분의 국가에서 무증상, 경증 환자가 80~90%를 차지하는 코로나19 특성을 반영하여 입원치료는 꼭 필요한 환자 중심으로 최소화하고 재택치료를 일반적으로 시행하고 있었다.

정부는 2021년 10월부터 재택치료 확대 방안 발표와 함께 재택치료를 본격적으로 추진하고, 11월부터는 모든 확진자는 재택치료를 기본으로 하는 원칙으로 전환하였다.

재택치료 확대 방안이 시행되면서 10월 1주 전체 확진자의 21.2%를 차지하던 재택치료비율이 12월 4주에는 65.9%까지 증가하였다.

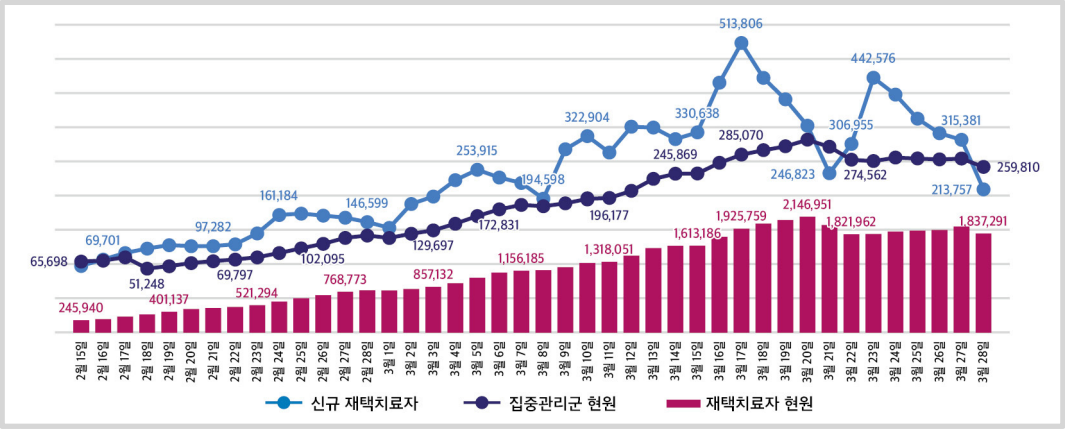
|표 2-0-20| 확진자 대비 재택치료 현황('21.10월~12월, 주간 일평균)

(단위 : 명, %)

일자	10월				11월					12월			
	1주	2주	3주	4주	1주	2주	3주	4주	5주	1주	2주	3주	4주
확진자	1,986	1,627	1,357	1,738	2,153	2,190	2,752	3,523	4,421	6,097	6,897	6,170	4,747
수도권	1,490	1,256	1,053	1,352	1,696	1,722	2,184	2,786	3,459	4,607	5,125	4,468	3,330
비수도권 등	487	366	301	379	451	464	563	733	953	1,485	1,765	1,693	1,397
재택치료	422	349	280	326	476	496	644	1,105	1,994	3,074	4,241	4,184	3,126
수도권	410	337	270	316	461	468	609	1,039	1,847	2,674	3,485	3,324	2,399
비수도권	12	12	10	11	15	28	35	66	146	401	756	861	727
비율(%)	21.2	21.5	20.6	18.8	22.1	22.7	23.4	31.4	45.1	50.4	61.5	67.8	65.9
수도권	27.5%	26.9%	25.7%	23.4%	27.2%	27.2%	27.9%	37.3%	53.4%	58.0%	68.0%	74.4%	72.1%
비수도권	2.6%	3.2%	3.2%	2.8%	3.2%	6.1%	6.2%	9.0%	15.4%	27.0%	42.8%	50.8%	52.0%

2022년 2월 오미크론 변이에 의한 확진자 급증에 따라 신규 재택치료 환자수가 급격히 증가하였다. 3.17일 일일 신규재택치료자는 최대 51만 3,806명, 집중관리군은 최대 28만 5,070명까지 증가하기도 하였다. 이에 확진자조사, 격리관리, 재택치료 배정, 키트 배송 등 보건소 업무가 폭증하고 재택치료 배정 대기가 속출하였다.

|표 2-0-21| 재택치료자 및 집중관리군 현황('22.2.15 ~ 3.28)



정부는 의료 대응 역량 및 지자체 재택치료자 관리역량 등을 고려하여 집중관리군 범위를 지속적으로 조정하였으며 고위험군 관리 위주로 한정된 의료자원의 효율적 활용을 통해 의료체계 붕괴를 사전에 예방하고 재택치료의 효율성을 높였다. 진료인프라 상황과 먹는 치료제 처방 확대 등 상황을 고려하여 신속한 대면진료를 위해 2022년 8월부터 집중관리군 구분을 종료하였다.

독거노인, 노인부부 등 의료취약계층을 대상으로 2022년 8월 19일부터 재택치료 초기의 건강상태를 정기적으로 확인하여 조기 치료 받을 수 있도록 하기 위해 보건소 등에서 건강상태 모니터링은 지속적으로 실시하고 있다.

|표 2-0-22| 코로나19 확진자 추이에 따른 건강모니터링 사업 추진 경과

구분	'21.10~	'22.2.4~	2.10~	2.24~	3.16~7.31
집중관리군 분류	① 60세 이상 기저질환자 ② 50대 이상 미접종자 등	① 60세 이상, ② 50대 미접종자, ③ 기저질환자 (당뇨, 고혈압 등), ④ 요양시설 입소자	① 60세 이상, ② 50대 이상 고위험·기저질환자, 면역저하자인 먹는 치료제 투약 대상자로서 지자체가 집중관리가 필요하다고 판단하는 자	① 60세 이상, ② 50대 기저질환자, 면역저하자, 40대 먹는 치료제를 처방받은 자로서 지자체가 집중관리가 필요하다고 판단하는 자	① 60세 이상, ② 면역저하자로서 지자체가 집중관리가 필요하다고 판단하는 자
모니터링 원칙	- 기간: 10일 * 7일(21.12.4~) - 기본: 일 2회 (최소 1회 유선) - 집중관리군: 일 3회 (최소 2회 유선)	- 기간: 7일 - 일반관리군: 일 1회 - 집중관리군: 일 2회 유선 모니터링	- 기간 :7일 - 일반관리군: 유선 모니터링 없음 - 집중관리군: 일 2회 유선 모니터링(~6.5) * 일 1회 유선 모니터링(6.6~7.31)		

9. 의료인력 지원

지난 2020년 1월 21일 첫 확진자가 발생한 이후 2월과 3월 대구 · 경북지역을 중심으로 확진자가 폭발적으로 발생한 1차 대유행 이후 4차례의 대유행을 겪으면서 총 확진자가 63만 명을 훌쩍 넘어버렸다. 그럼에도 불구하고 우리나라는 유럽, 미국 등과 비교하여 성공적인 방역을 하고 있다고 평가 받으며 K방역의 위상을 더욱 높이게 되었으며, 더불어 우리나라에 도움을 요청하는 나라도 생겨나기 시작했다.

우리나라의 코로나19에 방역 대응을 두고 긍정적인 평가가 나올 수 있었던 것은 감염의 위험에도 불구하고 묵묵히 환자들을 치료하는데 전념한 의료진의 희생이 가장 크게 기여했다는 점은 누구도 부인할 수 없는 사실이다.

중앙사고수습본부에서는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제5조(의료인 등의 책무와 권리), 제49조(감염병의 예방조치), 제60조의3(한시적 종사명령)에 근거하여 집단감염 확산 방지와 원활한 지역대응 지원을 위해 지난 1월 27일 첫 의료인력을 파견한 이후 의료기관, 임시선별진료소, 생활치료센터, 임시생활시설 등에 수많은 의료인력을 파견 · 지원하였으며, 그간의 파견 의료인력 규모는 의사 6,590명, 간호사 12,426명, 간호조무사 2,257명, 방사선사 350명, 임상병리사 2,243명, 간병인 140명, 요양보호사 1,502명 등 총 25,508명이다. 또한 "코로나19 대응 파견인력 지원•운영 지침"의 지속적인 보완·개정을 통해 파견인력의 근무환경 개선과 보수체계 합리화를 위해 노력하였다.

2021년 4월 안내·모집·지원 모든 과정을 시스템 하나로 통합한 파견의료인력 시스템을 구축하여 그간 수기작업으로 관리하던 파견희망자 명단을 DB화하고, 개별 유선상담 대신 시스템을 통해 적임자를 검색하여 파견기관에 지원하도록 개선하여 코로나19 치료 및 검사 필요한 의료인력을 신속히 현장에 파견 · 배치하였다.

더불어 코로나19 중환자 증가에 선제적으로 대비하기 위하여 상급종합병원 등 총 19개 교육수행기관에서 중환자실 이론 및 실습교육 등 2~8주간의 교육과정을 거쳐 중증환자 전담간호사 양성교육을 추진하였다. 이 교육과정을 통해 '20.8월부터 '22.10월까지 총 1,361명의 중증환자 전담간호사를 양성하여 코로나19 대응 의료인력의 역량을 강화하고자 노력하였다.

한편, 코로나19 집단발생초기 의료인력 부족으로 인한 과중한 업무와 감염위험 환경노출 그리고 피로도 및 스트레스 등으로 고생한 원소속 의료인력에 대한 보상과 예우를 위하여 코로나19 대응 의료인력 감염관리 지원금을 신설, 846.5억원을 지원하기도 하였다.

Ⅲ 백신 · 치료제 개발 지원

1. 추진내용

가. 코로나19 치료제 · 백신 개발 범정부 지원위원회 운영

2021년에 이어 2022년에도 정부는 코로나19 치료제 · 백신 개발 범정부 지원위원회(2020년 4월~, 13차)를 중심으로 국산 코로나19 치료제·백신 개발을 위한 총력 지원을 이어갔다.

2월 제9차 범정부지원위원회에서는 코로나19 백신 예방접종 시작 등 변화된 대내외 여건, 국산 항체치료제 조건부 허가 등 개발 동향 및 임상기업 등 현장의 목소리를 반영해 2020년 6월 발표된 「코로나19 치료제·백신 등 개발 지원 대책」을 보완·개편한 「2021년도 치료제·백신 등 개발 지원 전략」을 논의·수립하였다. 이를 통해 이미 개발된 항체치료제 외에 중증도에 따른 치료제 포트폴리오 개발 전략을 마련하고, 합성항원 백신 등 중점품목을 선정하여 국산 백신 신속 개발을 전력 지원하며, 연구시설 구축, 면역대리지표 개발 참여, 해외 임상 지원 등을 통해 전방위적 지원을 추진하기로 하였다.

6월 제10차 범정부지원위원회에서는 '2021년 하반기 코로나19 백신 개발 지원방안' 논의를 통해 백신 임상 3상 본격화에 대비해 사전준비는 상반기 내에 마무리하고, 하반기부터 임상 3상에 대한 범부처 총력지원체계를 추진하기로 하였다. 또한, 국내 mRNA백신 기술을 확보하고, 신속하게 해외와의 격차를 해소하기 위해 주요 기술수요에 대해 범부처 협업으로 적극 지원하기로 하였고, 신·변종 감염병 대응 예측·진단·치료·예방 분야 플랫폼 핵심기술 개발도 추진하기로 하였다.

9월 제11차 범정부지원위원회에서는 2023년 국산 코로나19 mRNA 백신 개발을 목표로 mRNA 백신 플랫폼 개발을 집중 지원하기로 하고, 국내 mRNA백신 개발지원을 위한 부처별 세부이행 계획을 점검하였으며, 국가 전(前)임상시험지원센터 운영계획 및 국산 코로나19 백신 선구매 추진방안 등에 대해서도 논의하였다.

집필자 글로벌백신허브화추진단장 황승현

12월 제12차 범정부지원위원회에서는 국산 코로나19 치료제·백신 개발 현황 및 지원방안을 점검하고, 중소기업·중견기업에 대한 코로나19 치료제·백신 연구개발(R&D) 민간부담 비율 완화를 검토하는 등 코로나19 치료제·백신 개발 R&D 지원 강화방안을 논의하였다. 아울러, 각 부처의 2021년 예산 집행 현황을 점검하고, 2022년 예산 편성 현황을 공유하였다.

2022년 4월 제13차 범정부지원위원회에서는 코로나19 치료제·백신 자주권 확보, 글로벌 진출 적극 지원 등을 위한 「2022년 코로나 19 치료제·백신 등 개발 지원전략과 세부추진방안을 논의하였고, 2022년 부처별 추진 계획을 점검하였다.

|표 2-0-23| 코로나19 치료제 · 백신 개발 범정부 지원위원회 운영 현황

구분	일시	주요 내용
제9차	'21.2.19.	• '21년도 코로나19 치료제·백신 등 개발 지원 전략 • 이동형 음압병동 조기상용화 추진방안 • 국내 치료제·백신 주요기업 개발 진행현황 및 계획 • 코로나19 치료제·백신개발 범정부 실무추진위원회 제8차 회의 결과 • '21년도 부처별 추진 계획(안)
제10차	'21.6.25.	• 국내 치료제 기업 개발 진행현황 및 계획 • 코로나19 치료제·백신개발 범정부 실무추진위원회 제9차 회의 결과 • '21년 하반기 코로나19 백신 개발 지원방안 • 국내 mRNA백신 기술 현황 및 지원방안 • 산·변종 감염병 대응 기술개발 지원계획 • '21년도 부처별 과제 추진현황
제11차	'21.9.30.	• 국내 코로나19 백신 기업 개발 진행현황 및 계획 • 코로나19 치료제·백신개발 범정부 실무추진위원회 제10차 회의 결과 • 코로나19 치료제·백신 개발 현황 및 향후 계획 • 국내 mRNA백신 개발지원을 위한 부처별 세부이행 계획 • 국산 코로나19 백신 선구매 추진방안 • '21년 예산 집행 및 '22년 예산(안) 편성 현황 • 국가 전(前)임상시험지원센터 운영계획 • '21년도 부처별 과제 추진현황
제12차	'21.12.23.	• 코로나19 치료제·백신 개발 범정부 실무추진위원회 제11차 회의 결과 • 코로나19 치료제·백신 개발 범정부 지원위원회 제11차 회의 결과 • 국산 코로나19 치료제·백신 개발 현황 및 지원방안 • 코로나19 치료제·백신 개발 R&D 지원 강화방안 • '21년 예산 집행 및 '22년 예산 편성 현황 • '21년 부처별 과제 추진현황
제13차	'22.4.1.	• 코로나 19 치료제·백신 개발 실무추진위원회 제12차 회의결과 • 코로나 19 치료제·백신 개발 범정부지원위원회 제12차 회의결과 • '22년도 코로나 19 치료제·백신 등 개발 지원 전략 • '22년도 부처별 추진계획(안)

한편, 범정부 지원위원회 산하 실무추진위원회(위원장 : 국립보건연구원장)와 치료제, 백신, 방역물품 · 기기 전문위원회도 각 분과별로 산 · 학 · 연 · 병 및 관계부처 협업 체계를 상시 운영해 체계적인 치료제·백신 개발 지원방안을 모색하였다. 그간 3개 분과로 운영되던 전문위원회는 2021년 3월부터 mRNA 백신 전문위원회가 추가 구성되어 범부처 차원의 상호 협력을 통해 국내 mRNA 백신 개발을 긴밀하게 지원하기 위한 논의를 시작함으로써 4개 분과 체제로 운영되었다.

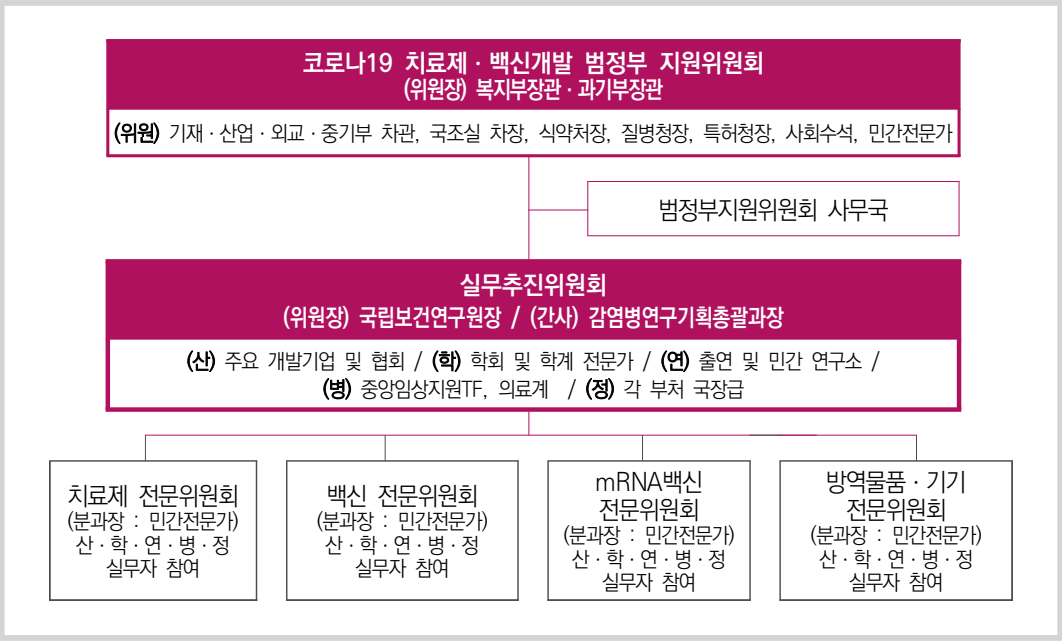
4월에는 효과가 입증된 백신과 면역원성 등을 비교하여 개발 백신의 효능을 검증하는 방식의 면역대리지표(ICP)*를 활용한 국내 백신 개발을 논의하기 위해 관계부처와 민간전문가가 참여하는 「면역대리지표(ICP) 확립 지원 TF」 운영을 시작하였다. 그러나, 국제기구 등과 논의 결과 ICP 확립에 상당기간이 소요될 것으로 예상됨에 따라 대통령 주재 '코로나19 특별방역점검회의' 등을 통해 기존 백신과 개발 백신을 비교하여 효과성을 입증하는 비교임상 방식의 임상 3상을 추진하는 방안을 논의·결정하였다.

* ICP(Immunological Correlate of Protection) : 접종한 백신에 의한 면역원성(항체가, 지속기간 등)과 방어효과 간 상관관계를 나타낼 수 있는 대리지표

5월에는 하반기 기업들의 백신 임상 3상 본격화가 예상됨에 따라 기존 「임상시험 지원 TF」 및 「ICP 확립 TF」를 확대·통합하여 「범정부 코로나19 백신·치료제 임상시험 지원 TF」를 설치하였다.

「범정부 코로나19 백신·치료제 임상시험 지원 TF」는 2021년 5월부터 2022년 3월까지 총 30회 열렸으며, 이를 통해 비교 임상 추진 준비, 국내·외 임상 참여자 모집, 국제협력(해외임상 및 ICP 확립 등) 등 임상 집중 지원을 위한 범정부적 대응 체계를 강화하였다. 아울러, 백신 개발을 지원하기 위한 정부 지원현황 등을 기업에 공유하고, 국내 주요 기업들의 애로사항 등을 청취하는 기업 실무자 간담회를 본격 운영하기 시작하였고, 주 1회 개최를 원칙으로 상시적으로 백신 개발 기업들의 애로 해소를 추진하였다.

|그림 2-0-7| 코로나19 치료제 백신개발 범정부 지원위원회 및 실무추진위원회 조직도



나. 코로나19 치료제 · 백신 개발 지원 현황

정부는 2022년 상반기까지 '국산 1호 백신 상용화'를 목표로, 백신 임상 3상이 신속히 진행될 수 있도록 임상시험 참여자 모집 지원, 해외임상 지원, 국산 백신 선구매 추진 및 국가주도 검체분석 등 집중지원체계를 구축하였다.

아울러, 2021년 2월 개발된 항체치료제는 의료현장에서의 활용도를 높이기 위한 지원을 추진하고 먹는 치료제 등 다양한 치료제가 개발될 수 있도록 적극 지원하였다.

정부는 3월 국가감염병임상시험센터를 3개에서 5개 컨소시엄으로 확대하고 국가임상시험지원재단을 중심으로 임상 참여자 모집을 진행하였다. 신속한 백신 임상 3상 진행을 위해 임상 1/2상 종료 이전부터 개발기업과 1:1 맞춤 상담사전검토를 통해 임상 3상 설계를 지원하였고 세계보건기구(WHO), 감염병혁신연합(CEPI) 등 국제기구와의 협력 및 해외 제약사와의 협의를 통해 대조 백신 확보를 지원하였다. 7월부터는 여러 병원에서 임상시험을 진행하는 경우 기존에 각각의 병원에서 심사승인을 받던 것을 국가가 운영하는 중앙임상시험심사위원회(중앙IRB)에서 통합심사가 가능하도록 제도를 개선하였다.

신속한 검체분석을 위해 상반기부터 질병관리청-국제백신연구소 등으로 컨소시엄을 구성해 표준 시험법 등을 확립하고, 검체 분석인력에 대한 교육을 실시하였다. 질병관리청은 부족한 검체분석 전문인력 확보를 위해 추가 인력채용을 실시하였고, 인력·시설이 부족한 경우 과학기술정보통신부 등이 보유한 인력과 인프라도 최대한 활용할 수 있도록 범정부 차원의 협업체계도 구축하였다.

정부는 적극적으로 재정적 지원에도 나섰다. 국내 기업의 백신 개발을 지원하기 위해 7월 추가경정예산으로 코로나19 백신 임상 지원 예산 980억 원과 국산 코로나19 백신 선구매 예산 720억 원을 확보하였다.

8월에는 중대본을 통해 지자체를 포함한 범정부 차원의 임상참여자 인센티브 확충방안을 논의하여 중앙정부와 지자체별 임상 참여자 인센티브를 발굴하였고, 백신 임상 3상에 참여한 경우 예방접종 증명서를 발급하도록 하였다. 9월에는 국내 예방접종 상황, 확진자 발생 상황 등을 고려하여 해외 임상시험이 신속하게 추진될 수 있도록 현지 공관과 기업 간 지원체계도 구축하였다.

11월부터는 백신 임상 1상 및 2상에 참여한 경우 방역 패스 예외를 인정하도록 하였다. 또한, 적극행정위원회를 통해 임상희망자가 치료제 임상에 신속하게 참여할 수 있도록 코로나 19 확진시 병상 배정단계에서부터 임상시험 참여 의향을 확인하고 병상상황을 종합적으로 고려하여, 치료제 임상시험 실시기관으로 우선 배정하도록 하였다.

12월에는 경증 환자들이 입소하고 있는 생활치료센터에서도 치료제 임상시험이 가능하도록 기존 2개소에 더해서 「치료제 임상시험 수행 전담 생활치료센터」 5개소를 신규로 지정하였다. 아울러 재택치료자의 경우에도 연구진의 방문 또는 외래진료를 통해 치료제 임상시험에 참여가 가능하도록 하였다.

한편, 정부는 국산 백신의 글로벌 신뢰성 제고와 성공 가능성 높은 백신의 생산설비 투자 지원 등을 위한 선구매도 적극 추진하였다. 이미 4월 '코로나19 특별방역점검회의'를 통해 선구매 추진을 확정하였고, 6월 제10차 범정부지원위원회에서는 임상 3상 진입 및 임상 2상 중간결과가 도출된 경우, 면역원성, 안전성, 성공가능성, 생산능력 등을 종합적으로 고려하여 개발 중인 국산 코로나19 백신 선구매를 추진하기로 하였다. 7월에는 추가경정예산을 통해 선납금 720억원을 확보하였고, 실구매 예산은 개발이 완료될 것으로 예상되는 2022년 예산으로 1,920억원을 확보하여 백신 선구매를 추진하였다.

2. 성과 및 향후 계획

가. 세계 3번째 항체치료제, 국산 1호 코로나19 백신 개발 등 성과

정부 지원과 기업의 노력으로 2021년 2월 항체치료제(셀트리온 렉키로나주)가 임상 2상 후 국내 최초로 고위험 경증, 중등증 환자를 대상으로 조건부 허가를 획득하였다. 이는 전 세계에서 세 번째로 규제당국의 검증을 받은 코로나19 항체치료제로서 곧이어 의료현장에서 활용되기 시작하였다. 아울러, 셀트리온은 한국을 포함해 전세계 13개국에서 임상 3상을 진행하여 항체치료제의 유효성과 안전성을 확인하였고, 이 결과를 토대로 9월 17일에 국내에서, 11월 12일에는 유럽(EMA)에서 정식으로 품목허가되었다.

이 외에도 2022년 12월 말 현재 국내 9개 기업에서 신약 개발 및 약물재창출 방식으로 9개 후보물질에 대한 치료제 임상시험이 진행되고 있다. 진원생명과학(GLS-1027) 등 6개 품목이 임상 2상에, 제넨셀(ES16001), 신풍제약(피라맥스) 등 3개 품목은 임상 3상이 진행 중이다.

한편, 범정부 차원의 총력 지원으로 마침내 국산 코로나19 백신이 개발되었다. 2021년 8월 국산 백신 최초로 3상 임상시험 계획을 승인받은 SK바이오사이언스의 '스카이코비원'은 국내 투여를 거쳐 2022년 6월 식품의약품안전처의 품목허가를 받아 8월 첫 출하되었다. 그 외에도 2022년 12월 말 현재 합성항원(유바이로직스), mRNA(큐라티스, 아이진, 에스티팜), 바이러스벡터(셀리드) 등 국내 6개 기업에서 다양한 플랫폼의 백신개발 임상시험이 진행 중이다.

국산 1호 코로나 19 백신의 개발은 한국이 백신 자주권을 확보했다는 측면에서 매우 중요한 의미를 갖는다. 한국은 국산 1호 백신 개발경험을 토대로 미래 감염병 대유행(팬데믹)에 보다 빠르게 백신과 치료제를 개발하여 전세계에 공급하는 "바이오 선도국"으로 나아갈 것이다.

나. 코로나19 치료제 · 백신 개발 '끝까지, 성공할 때까지' 지원

정부는 앞으로도 범부처 역량을 결집하여 국내 코로나19 치료제·백신의 개발을 기초연구부터 연구·생산인프라 구축, 개발까지 "끝까지, 성공할 때까지" 지원할 계획이다. 이를 통해 코로나19 뿐만 아니라, 미래 신종감염병의 대응 역량을 높이며, 치료제·백신 주권 확보에 기여할 것으로 기대한다. 나아가 이러한 치료제·백신 개발 경험 축적을 통해 국내 바이오 기업이 한 단계 성장하는 계기가 될 수 있도록 총력 지원을 지속할 계획이다.

이를 위해 정부는 2023년에 전년(5,460억 원)보다 약 59.0%(3,223억 원) 감액된 2,237억 원의 예산을 확보하여 치료제 · 백신 개발을 지원할 예정이다. 구체적으로는 임상 · 비임상 단계의 연구지원 강화에 210억 원을, 실험 시설 · 장비 구축에 956억 원을, 차세대 감염병 장비 · 기기 개발 · 고도화 및 국산화에 270억 원을, 감염병 관련 핵심기술 개발, 허가 지원을 위한 평가 연구 등 기초연구 강화에 801억 원을 지원할 예정이다.

|표 2-0-24| 2022년 코로나19 치료제 · 백신개발 지원 예산 세부 현황

사 업 내 역	'22년 예산	'23년 예산	증감	부처
코로나19 치료제 · 백신 개발	3,210억 원	210억 원	3,000억 원↓	복지 · 과기 · 질병
연구 · 생산 인프라 구축	1,193억 원	956억 원	236억 원↑	복지 · 과기 · 산업 · 식약 · 질병
방역물품 · 기기 고도화	364억 원	270억 원	94억 원↓	복지 · 과기 · 중기
기초연구 강화	693억 원	801억 원	108억 원↑	복지 · 과기 · 산업 · 식약 · 질병
합 계	5,460억 원	2,237억 원	3,223억 원↓	

제4절 사회 대응

Ⅰ 코로나 우울 대응 심리지원

1. 추진내용

가. 코로나우울에 대응하여 '통합심리지원단' 구성 · 운영

코로나19가 전세계적으로 확산 · 유행하고 장기화되면서 사회적 피로도가 누적되고, 방역을 위한 사회적 거리두기로 인해 사회적 교류나 만남이 제한되면서 '코로나 우울'이 확산되었다. 보건복지부가 실시한 '코로나19 정신건강 실태조사(2022, 한국트라우마스트레스학회)'에 따르면 우울지수는 2018년에 비해 2배 이상 악화되었고, 우울 위험군도 4배 이상 증가하였다.

* (우울, 총점 27점) 2.34점(2018) → 5.10~5.86점(2020년) → 5.2점(2022년)
(우울위험군, 27점 중 10점 이상 비율) 3.8%(2018) → 17.5~22.8%(2020년) → 18.5~19.0점(2022년)

정부는 이에 대응하여 2020년 1월 29일부터 보건복지부 국가트라우마센터와 국립정신병원, 지자체 정신건강복지센터를 중심으로 '통합심리지원단'을 구성하여 운영하였다. 확진자, 격리자 명단을 확보하여 마음건강 정보 안내 및 심리상담을 제공하고, 심리상담 핫라인(1577-0199) 운영 및 다양한 심리치유 프로그램을 지원하였다. 심리상담 706만 건, 문자안내, 리플릿 제공 등 심리지원 정보 제공 3,571만 건 등 총 4,278만 건의 서비스를 제공하였다.(2022. 12. 31.)

나. 일상회복을 위한 코로나19 심리지원 및 코로나19 예방접종 이상반응 심리지원

'22년 상반기에는 코로나19에 적극적으로 대응하고 각 부처의 심리지원 정책을 체계적으로 관리하고 정부의 심리지원 정책을 강화하여 추진하기 위해 2022년 3월 코로나 우울 관계부처·시도별 심리지원 합동계획을 수립하였고, 이를 통해 관계부처에서는 아동·청소년·근로자 등 마음건강 취약계층 대상 위주의 심리지원 사업을 추진하고, 트라우마센터는 유가족, 대응인력 위주의 심리지원을 추진하였다. 구체적으로 찾아가는 '마음 안심버스'를 지속적으로 운행하였고, 대응인력의 전문성 강화를 위해 '소진관리 프로그램 매뉴얼'을 지자체에 배포했으며('22.5), 대국민심층상담도 지속적으로 강화하였다.

일반의료체계 전환에 따라 점진적 일상회복으로 복귀를 위하여 기존의 '국가·권역 트라우마센터'에서 '지자체 정신건강복지센터' 위주의 심리지원으로 개편을 추진하였다. 즉, 「일상회복을 위한 코로나19 심리지원 추진방안」('22.6.13)을 통해 지역사회 중심 종합적 정신건강 서비스 지원체계 수립과 지자체에서 확진자 등 정보 제공 및 관리로 전환되었다. 따라서, 국가·권역 트라우마센터는 유가족, 대응인력 등 트라우마 고위험군 심리지원, 재난 심리지원 협력체게 구축, 재난심리 전문인력 양성, 심리지원 프로그램 개발 등에 집중하기로 하였다.

'22년 하반기에는 코로나19 예방접종으로 인한 이상반응으로 심리적 어려움을 겪는 경험자 및 사망자 유가족 등의 심리적 안정과 회복을 위해, 국가 및 권역 트라우마 센터에서는 질병관리청에서 명단을 제공받아 권역내 사망자 유가족, 위중증환자 가족 대상 심리지원을 실시하였고, 관내 정신건강복지센터에서는 보건소에서 명단을 제공받아 경증 경험자 대상 심리지원을 실시하였다.

2. 재난심리지원 체계 강화 및 향후 계획

재난 심리지원 체계를 강화하기 위하여 기존의 4개의 권역별트라우마센터(강원, 충청, 영남, 호남)에서 안산, 포항을 추가하여 '24년말 완공될 계획이다. 또한, '23년에는 전국 광역 및 기초 정신건강복지센터당 2명씩 인력을 배치하여, 재난심리지원 기능을 수행하도록 하였다. 한편, 대규모 재난 트라우마에 상시 대응할 수 있도록 국가·권역 트라우마센터 조직 및 기능 개편을 추진할 계획이다.

또한, 코로나19 이후 중장기적인 정신건강 현황 파악을 위해서 코로나19 정신건강 패널조사를 지속 실시한다. 2021년 첫 조사를 실시하였으며, 2022년부터 6년간 동일한 패널을 대상으로 사회경제적 특성, 코로나 확진 경험 여부에 따른 정신건강 현황 및 변화 양상을 분석하여 정신건강 정책의 과학적 근거를 마련할 계획이다.

Ⅱ 손실보상

1. 개요

코로나바이러스감염증-19 중앙사고수습본부는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」(이하 '감염병예방법') 제70조에 따라 코로나19 대응을 위해 정부와 지자체의 조치에 따라 발생한 의료기관, 약국, 일반영업장 등의 손실을 보상하고 있다.

보상 대상이 되는 손실은 감염병예방법 제70조제1항에 따라 감염병관리시설의 설치 · 운영, 감염병 환자 진료 · 격리, 코로나19 환자의 발생 · 경유로 인한 의료기관 및 약국, 일반영업장 등에 대한 소독 및 폐쇄 · 업무정지 조치, 코로나19 환자의 발생 · 경유 사실이 공개된 의료기관과 약국에 대한 직접적 소독비용과 함께 고정비용 · 영업이익을 고려한 영업손실 금액이다.

다만, 감염병예방법 제49조제1항제2호에 따라 감염병의 예방조치로서 행하는 집합금지, 영업제한은 감염병예방법상 손실보상 대상이 아니며, 자발적인 행위 또한 손실보상 대상이 아니다.

구체적으로 손실보상금을 받기 위하여는 관할 시군구 손실보상 담당부서에 손실보상청구서를 접수하여야 하며, 법 제70조의2에 따라 구성한 손실보상심의위원회(이하 '심의위원회')가 손실보상에 관한 사항을 심의 · 의결하여 손실보상금을 지급하고 있다. 손실 항목의 감정, 평가, 조사 등을 통한 보상금 산출업무는 전문기관인 건강보험심사평가원과 사단법인 한국손해사정사회에 위탁하고 있다.

현재 심의위원회는 제2기 위원회로서, 메르스 손실보상을 심의하기 위해 기존에 운영하였던 제1기 심의위원회 위원의 임기('17. 2. 10.~'20. 2. 9.)가 만료됨에 따라, 코로나19 손실보상에 관한 사항을 심의 · 의결하기 위해 2020년 2월 17일에 새롭게 구성된 위원회이다.

심의위원회 구성은 법 시행령 제28조의3에 따라, 의사협회와 병원협회, 약사회, 간호협회 등 추천 이해관계자를 포함하여 법률, 손해사정, 의료분쟁조정, 건강보험, 감염병 예방 · 관리 등의 전문가, 손실보상담당 고위공무원으로 구성하였고, 보건복지부 제2차관과 대한민국의학한림원 회장이 공동위원장으로 선임되었다.

또한, 심의위원회의 업무를 효율적으로 수행하기 위해 2020년 3월 17일부터 심의위원회에 전문위원회를 두어 구체적 사항에 대한 전문적인 논의 및 검토를 진행하였다.

집필자 보상지원팀장 임동민

|표 2-0-25| 제2기 손실보상심의위원회 위원

연번	구분	소속 및 직위	비고
1	정부	보건복지부 제2차관	공동위원장
2	전문가	대한민국의학한림원 회장	공동위원장
3	정부	중수본 보상보험지원반장	간사
4	이해관계자	대한의사협회 총무이사	
5	이해관계자	대한병원협회 부회장	
6	이해관계자	대한약사회 정책이사	
7	이해관계자	대한간호협회 고문	
8	전문가	의료기관평가인증원장	
9	전문가	건강보험심사평가원 업무상임이사	
10	전문가	국민건강보험공단 급여상임이사	
11	전문가	부산대학교 의과대학 교수	
12	전문가	前 한국의료분쟁조정중재원 상임조정위원	
13	전문가	前 한국보훈복지의료공단 법무실장	
14	전문가	한국손해사정사회 회장	

2022년 손실보상심의위원회는 12차례, 전문위원회는 13차례 개최하여 코로나19 손실보상 대상과 기준을 개정하고, 코로나19 환자 치료의료기관 544개소에 4조 3,937억원(누적 1269개소, 8조 651억원), 정부·지자체 명령으로 폐쇄, 업무정지 및 소독 등 조치된 의료기관, 약국, 일반영업장 및 사회복지시설 등에서 발생한 손실보상 21,945건에 대해 666억원(누적 75572건, 2,361억원)을 지급함으로써 확보된 예산 총 4조 4,924억원(본예산 1조 1,100억원, 추경 2조 5,832억원, 예비비 5,600억원, 자체이용 2,392억원) 전액을 집행하였다.

|표 2-0-26| 치료의료기관별 개산급 지급 현황

('22. 12. 기준 누적치, 단위 : 개소, 억 원)

구분	합계[1)]	치료의료기관							선별 진료소	폐쇄 업무 정지
		소계[1)]	감염병 전담병원	거점 전담병원	국가지정 입원치료	중증환자 입원치료	중증환자 전담치료	기타 치료의료		
기관수	1,269	863	552	127	96	183	338	15	364	32
금액	80,651	78,713	38,204	21,978	18,271	19,332	53,805	167	1,897	31

주 : 1) 각 유형별 중복 숫자 제거, 지급액은 유형별 전액 표시
2) 손실보상금 지급 초기('20.4.) 의료기관 폐쇄·업무정지로 사용하지 못한 병상 손실을 개산급 형태로 지급한 건
3) 기관의 운영형태가 변경된 경우(예: 치료의료기관→선별진료소 운영 의료기관 등) 마지막 지급 건을 기준으로 누적 기관수 및 금액 산출

|표 2-0-27| 폐쇄 · 업무정지 · 소독 조치된 기관별 손실보상금 지급 현황

('22 12. 기준 누적치, 단위 : 건, 억 원)

연번	합계	의료기관	약국	일반영업장	사회복지시설	의료부대사업
건수	75,572	9,574	4,565	60,510	915	8
금액	2,361	2,041	44	225	40	11

주 : 1개 기관에 다수의 청구 · 접수 및 지급 건 발생 가능

2. 추진 내용

코로나19 발생 초기 감염병 예방 및 치료에 적극적으로 대응하는 감염병전담병원 등 코로나19 환자 치료의료기관, 선별진료소 운영 의료기관, 생활치료센터 협력 의료기관 등이 경영상 어려움 없이 코로나19 대응에 전념할 수 있도록, 최종적으로 산출된 손실보상금을 한꺼번에 지급하기보다는 일부 금액을 어림셈으로 계산한 개산급 형태로 우선 지급하고 있다(2020년 4월부터 매월말 1회).

주요 보상내용은 환자 치료를 위해 시설을 개조하고 장비를 구입한 비용과 함께 정부와 지방자치단체(이하 '지자체') 지시로 병상을 비웠으나 환자 치료에 사용하지 못한 병상 손실, 환자 치료에 사용한 병상에서 발생한 손실, 환자 치료기간 또는 선별진료소 운영기간 동안 코로나19 환자 외 일반환자 감소로 인한 진료비 손실, 생활치료센터 진료 지원으로 인한 진료비 손실 등을 포함한다. 뿐만 아니라, 감염병전담병원 및 거점전담병원에는 전담병원 운영 종료 후 회복기간 동안의 진료비 손실과 매점, 장례식장, 주차장 등 의료 부대사업의 손실을 추가로 보상한다.

|표 2-0-28| 손실보상 대상 유형

분류	손실보상 대상 유형	법적 근거
요양기관 (병원 · 약국)	① 코로나19 환자를 치료한 의료기관	법 제70조제1항제1호, 2호
	② 정부 · 지자체가 폐쇄 · 업무정지 조치한 요양기관	법 제70조제1항제3호, 4호
	③ 환자 발생 · 경유하거나 그 사실이 공개된 요양기관	법 제70조제1항제5호
	④ 생활치료센터 협력 의료기관	법 제70조제1항제1호
	⑤ 선별진료소 운영 의료기관	법 제70조제1항제1호
요양기관 이외	⑥ 정부 · 지자체가 폐쇄 · 출입금지 · 소독 등 조치한 일반영업장 등	법 제70조제1항제4호
	⑦ 정부 · 지자체가 폐쇄 · 업무정지 · 소독 등 조치한 사회복지시설	법 제70조제1항제4호
	⑧ 감염병의심자 격리시설	법 제70조제1항제1의2호
	⑨ 오염된 물건 · 음식물의 폐기, 의료인 등의 동원	법 제70조제1항제4호

’22년 제1차 위원회(1.24.)는 치료의료기관 22차 개산급 3,396억원과 폐쇄·업무정지기관 ‘22.1차 손실보상금 85억원을 지급하기로 의결하는 한편, ’22년 손실보상 기준 개정안에 대하여 논의하였다. 코로나19 상황이 3년차에 달하는 등 장기화됨에 따라 기존에는 손실보상 기준에 있어 코로나19 발생 이전인 ‘19년 기준 영업손실액이나 진료비를 원칙으로 물가상승률이나 진료비 환산지수 인상률을 반영하거나 유리한 경우 ‘21년 기준 영업손실액이나 진료비를 인정해주는 방식으로 손실보상금을 산정하였으나, 치료의료기관의 지정, 소독·폐쇄 조치 등 정부의 방역조치로 인하여 손실이 발생하였으므로 최근 조치받은 기관의 경우 정부, 지자체의 처분 직전 최근 연도의 진료비 수입이나 영업손실액을 기준으로 손실보상을 산정하는 것이 손실보상제도의 취지에 적합하다는 데에 의견이 모아졌다.

또한 ’21.11.1. 단계적 일상회복 추진 과정에서 확진자 급증과 병상부족으로 인하여 거점전담병원을 확충하는 상황에서 전체 소개 거점전담병원 신규 지정 과정에서 회복기간 1년 연장 건의도 있던 상황이었다.

병상 전체를 소개한 거점전담병원은 운영 종료후에도 정상적 진료를 회복하는 기간의 불확실성 등 불안감에 따라 지정 기피 우려가 있었고, 기여에 대한 병원의 손실을 적극 보상할 필요가 있었다. 기존 전담병원 해제후 회복기간 손실보상을 최대 6개월까지만 보상하였으나, 운영 종료 후 신규환자 확보, 필수 진료과 의료진 구인 애로 등을 고려하여 전체 소개 거점전담병원은 운영일수의 200%로 산정한 회복기간을 최대 1년까지 보상하기로 하였다.

확진자 발생·경유시에 지자체는 역학조사를 통해 확진자와 접촉자를 파악하고, 의료기관, 약국, 일반영업장 등 해당 장소에 대한 소독·폐쇄명령을 내리는데, 이러한 방역조치를 이행한 기관은 손실보상을 받을 수 있다. 그러나, 확진자 급증에 따른 방역업무와 재택치료 관리, 보건소 진단검사 업무의 폭증 등으로 지자체의 정보공개는 급감하였고, 확진자와 접촉자 전수조사를 통한 추적 등 역학조사도 한계가 있었다. ‘21.2.9. 질병관리청은 오미크론 변이 대유행에 따른 대규모 확진자 증가와 치명률이 낮고 무증상·경증이 많은 오미크론 특성을 고려하여 방역체계를 변경하였다. 기존 모든 확진자의 동선을 파악하는 방식에서 확진자의 건강상태를 스스로 기입하는 자기기입식 조사로 역학조사 방식을 변경하는 한편, 확진자·밀접접촉자 역학조사는 동거인(접종미완료), 감염취약시설 등에 한정하였다. 이에 따라 집단감염 발생 장소 등을 제외하고는 소독·폐쇄명령의 방역조치도 감소가 예상되었다. 또한 이전에는 확진자가 예고없이 의료기관이나 약국 등을 방문·경유하여 이로 인한 역학조사 결과 확진자 발생·경유가 확인되어 소독·폐쇄되었지만 자가진단키트 및 코로나 의약품 약국 판매, 동네 병·의원 검사·체료제계 전환(2.3~), 전문가용 신속항원검사 양성 인정(3.14.~), 재택치료자 대면진료 허용 및 재택치료자 대면처방·조제 등으로 코로나 의심환자 내지 확진자가 의료기관과 약국을

상시 방문 가능하게 되었다. 이에 위원회('22년 제1차, 2차, 5차) 회의 시에 의협, 약사회 등에서 기존 의료기관, 약국의 소독·폐쇄가 감소하고, 의사·약사가 확진되어 입원·격리조치로 휴업하여도 역학조사가 이루어지지 않아 보상을 받지 못하는 사례를 들어 확진자 발생·경유 관련 역학조사 없이도 심평원 자료 등을 통해 확진자 경유를 확인하여 손실보상하는 방안을 건의하기도 하였다. 또한 이에 대한 지속적인 보상방안도 필요함을 역설하였다. 그러나, 코로나19의 일상의료체계 전환 속에서 호흡기전담클리닉 지정, 대면진료 및 전문가 신속항원검사 등은 수가를 지원받아 의료기관의 자발적 신청에 따라 진료하는 것으로서 일방적 방역의료기관 지정이나 소독·폐쇄 조치 명령이 없는 상황에서 확진자 발생·경유가 객관적으로 입증되지 않는 한 보상이 어려움을 재차 설명하였다. 약국 또한 의약품 조제 등 업무를 함에 있어 정부의 정책에 따라 대리인을 통한 의약품 전달, 이후 코로나19 환자 조제시 감염예방 지침을 준수하고 환자 본인 의약품 수령 관련 수가(대리인 투약안전관리료의 2배)에 따라 업무수행이 가능함을 들어 손실보상의 문제가 아님을 위원회에서 설명하였다. 아울러 대면 진료 및 대면 조제에 대한 지원은 손실보상심의위원회가 의결할 부분은 아니나 감염예방을 위한 지침이나 지원방안은 질병관리청과 중수본 차원에서 검토할 수 있도록 건의해 줄 것을 설명하였다.

'22년 제2차 위원회(2.23)는 치료의료기관 23차 개산급 4,728억원과 폐쇄·업무정지 손실보상금 25억원 지급을 의결하는 한편, 코호트(동일집단)격리로 폐쇄조치된 장기요양기관의 회복기간을 폐쇄 의료기관에 준하여 보상하기로 의결하였다. 기존에는 8일 이상 소독·폐쇄된 의료기관, 약국에 대하여만 폐쇄조치 해제 후 폐쇄기간에서 5일을 차감하여 3일에서 최대 7일간 회복기간의 진료비(영업)손실을 보상하였는데, 단계적 일상회복 조치와 확진자 증가 상황에 따라 전담병원 확보를 위한 행정명령(11.5.)을 하는 등 유행상황에서 코호트 격리된 요양시설 등 장기요양기관이 증가하여 경영상 어려움이 발생하였다. 이에 요양원 등에 대해 폐쇄출입금지 개시 월 대비 해제 월 평균 이용자수 또는 장기요양 수입이 감소한 경우 최대 7일까지 장기요양기관의 회복기 손실을 보상하기로 하였다.

개학을 앞두고 '22년 제3차 위원회(3.1., 영상)를 긴급하게 개최하였다. 18세 이하 소아·청소년 확진자 증가 규모는 일 평균 발생률이 10만명당 455.1명으로 타 연령에 비해 2배 이상 높은 상황이었고, 소아 치료 전문의 및 병상 부족으로 치료 적기를 놓쳐 응급실에서 대기하며 코로나19 중증환자가 되는 사례가 발생하였다. 특히 개학에 따른 감염 증가 우려가 본격화될 가능성도 있었다. 정부는 3월 한달간(이후 4월 중순까지 연장) 소아환자 치료 사각지대 해소를 위해 허가병상의 1/3 내지 전체를 소개한 아동병원을 소아 대상 대면진료, 입원 치료, 주말 운영 등이 가능한 거점소아전담병원을 지정·운영할 예정이었다.

위원회에서는 거점소아전담병원에 대하여 거점전담병원의 중등증, 준-중증 병상 보상 기준을 적용하기로 하였다. 중등증 소개병상의 경우 개별 병상단가의 1배를 보상하고, 확보병상의 병상단가는 거점전담병원의 보상단가와 동일하게 개별병상 단가의 200%를 상한으로, 사용시 2배, 미사용시에는 1배를 보상하기로 하였으며, 준-중증 병상의 경우 사용시 5배, 미사용시 2배를 지급하기로 하였다. 한시적 운영임을 감안하여 회복기간 손실은 인정하지 않기로 하였다.

다음으로 거점분만전담병원의 손실보상 기준도 마련하였다. 오미크론 확산에 따라 코로나19 증상은 경증이나 임산부의 분만과 분만 후 치료를 안정적으로 받기 위한 병상 확충이 필요하였다. 특히 코로나 19로 재택 격리 중인 확진 임부가 분만 징후에 따라 긴급하게 분만 병상으로 배정받아야 하는 상황에서 병상으로 이동 중 구급차 내 분만을 하거나, 병상 배정을 위해 대기 중 병상을 확보하지 못해 보건소 내에서 출산을 하는 사례도 발생하였고 언론에 보도되기도 하였다. 정부는 코로나 19 확진 임산부의 분만과 치료를 위해 '22년 12월말까지 산부인과 병원 중 응급분만에 대비한 치료의료기관인 거점분만전담병원을 지정하기로 하였고 이에 대한 손실보상 필요가 있었다. 위원회는 출산 후 상태가 호전된 산부의 경우 중등증 환자 병상의 보상 기준을 적용하기로 하고, 분만 임박 임부의 경우 준-중증 환자 병상의 보상기준을 적용하기로 하였다.

또한 코로나19 확진자인 산모가 출생한 신생아의 경우 2일간 PCR 검사를 2회 실시하기 위해 격리하는 상황임에 따라, 격리기간 중 검사결과 PCR 음성인 경우 중등증 병상 보상 기준을 적용하고, 양성인 경우 신생아 상태에 따라 병상보상 기준을 적용하기로 하였다.

'22년 제4차 위원회(3.28.)는 치료의료기관 24차 개산급 5,186억원과 폐쇄·업무정지기관 손실보상금 42억원을 지급하기로 의결하고, 최근 지정된 치료의료기관의 병상단가 이의신청 건에 대하여 심의하였다.

'22년 제5차 위원회(4.27.)는 25차 치료의료기관 개산급 7,495억 원과 폐쇄업무정지기관 손실보상금 34억 원을 지급하기로 의결하였다. 또한 치료의료기관의 손실보상 기준과 소독·폐쇄·업무정지기관의 손실보상 기준을 개정하였다.

최근 위중증 환자의 감소와 입원대기 해소, 중증병상 가동률 안정화, 일반의료체계 환자 수용 가능 등으로 기존 중증병상의 손실보상 차등화를 종료하고 조정하는 방안을 논의하였다.

그간 손실보상 차등화 및 재원관리를 통해 중증환자 재원일수가 5.8일로 줄어들었고, 중증 병상 가동률도 '22.4.1~4.24. 현재 평균 49.5%로 줄어들어 의료인력의 노동투입이 감소하는 등 의료대응 여력도 있는 것으로 판단되었다. 위원회에서는 중증병상의 회전율 증가를 위해 차등화는 필요하다는 의견이 다수였고, 이에 재정 여력 등을 고려하여 입원 초기 집중진료도가 높은 점을 고려하여 입원 후 5일간은 10배, 입원 6일~10일까지 8배로 조정하고, 입원 11~20일까지는 기존 6배 보상을 유지하였다.

|표 2-0-29| 중증병상 손실보상 차등화 지급 병상단가 배수 조정(안)



준중증 병상은 '20.12.2 제11차 위원회에서 중증환자 병상 운영의 효율화를 위해 중증환자 전담치료병상 운영병원 내 준중증 병상을 마련함에 따라 사용병상의 5배, 미사용병상 1배 보상 기준을 설정하였었다. 이후 '21.11.26. 병상확충의 시급성과 준중증 병상확보 행정명령(11.5., 11.12.) 관련 상급종합병원의 건의를 수용하여 인센티브 성격 등 조치로 미사용병상에 대해 보상을 2배로 확대하였었다. 하지만 최근 일반의료체계 전환 이후 준중증 병상의 회전율이 개선되고 병상의 수요가 감소되어 추가적 인센티브 성격의 손실보상은 중단할 필요가 있었다. 또한 치료 대기를 위해 비워져 있는 미사용병상에 대하여도 의사, 간호사 등 의료인력의 부족으로 즉시 가용 불가 병상이 발생하여 환자병상관리팀에서도 미사용병상에 대한 손실보상 축소 필요성을 제기하였다. 이에 위원회에서는 미사용병상 2배 보상을 1배 보상으로 환원하는 손실보상 기준을 개정하였다.

기존 파견인력의 인건비를 손실보상에서 공제하는 비율도 상향하였다. 현재는 2개월을 초과하여 의사, 간호사 등을 파견하는 의료기관에 대하여 손실보상 지급시 자체 채용을 권고하고 인력 미파견 의료기관과의 형평성을 고려하는 한편, 손실보상금에 인력, 시설, 장비를 원래의 목적대로 사용하지 못하여 발생하는 기회비용이 포함되었기에 단기 파견인력의 인건비와 손실보상의 중복지원 가능성을 고려하여 손실보상에서 파견인력 인건비 일부를 공제하고 있었다. 의사인력은 지원 인건비의 50%, 간호사 등의 인력은 30%를 공제하였으며, 요양보호사는 수요가 많은 전담요양병원의 고령, 와상, 치매 등 환자의 돌봄 강도를 고려하여 공제하지 않았다.

중수본(인력관리팀)은 기존 단기 파견인력의 파견기간을 1개월 이후 2주씩 두 차례 연장하여 최대 2개월간 파견하던 것을 1개월로 단축하여 5월부터 시행하기로 하였다. 또한 병상 가동률이 안정화됨에 따라 파견인력을 지속적으로 축소, 조정하는 한편 치료의료기관의 원 소속 인력보다 높은 급여를 받음에 따른 원 소속 의료인력 이탈문제도 있어 파견인력의 급여도 조정할 예정이었다. 아울러 의료기관이 단기파견인력보다 자체 채용을 할 수 있도록 공제율을 조정하여 파견인력 지원을 효율화하고자 하였다. 위원회에서는 당초 인건비 공제율을 인력 규모가 적은 의사인력은 30% 상향하여 80% 공제, 간호사 등 인력은 규모가 많고 의료기관의 부담을 고려하여 20% 상향한 50% 공제 등 공제율 일부 상향 안건과 손실보상의 인력 기회비용 포함 원칙에 따라 기존 '21년 7월 의결하여 시행하였던 100% 전액 공제안을 위원회에서 논의하였다. 위원회에서는 의료인력 구인의 어려움과 채용기간 소요 등 현실적 제약을 고려하여 부분 공제율 상향(의사 80%, 간호사 등 50%) 안을 의결하였고, 요양보호사는 기존대로 손실보상에서 공제하지 않기로 하였다. 적용시점은 5월 초과 파견자부터 기산하여 6월 손실보상금 지급시부터 공제하는 것으로 하였다.

또한, 요양병원 등 의료기관 내 확진자 발생으로 지자체의 동일집단(코호트) 격리 조치명령을 이행하고 확진자를 치료한 경우 종전보다 증가한 폐기물처리 직접비용(부대비용 포함)을 추가 보상하기로 하였다.

기존에 '20년 제9차 위원회('20.10.26.) 의결에 따라 직접비용 중 폐기물처리비는 강화된 관리규정*으로 인한 추가 비용 발생 가능성, 코로나 격리의료폐기물 배출 구분 용이성 등으로 치료의료기관에 한정하여 보상 중이었고, 소독·폐쇄 기관은 직접비용 중 폐기물처리비 등을 제외한 소독비만 지급하였다.

'22.2.17. 요양병원의 집단감염 발생시 대응 매뉴얼이 개정되면서 기존에는 요양병원에서 밀접접촉자 50% 이상 확진시 코호트 격리·치료하였으나, 변경 지침으로 무증상·경증 확진자는 의료기관에 잔류 후 치료 및 접촉자 격리하게 되었다. 또한 지자체 코호트 조치 명령은 지속적으로 증가하는 상황이었고, '22.3.30. 중대본 보도자료에 따르면 사망자 중 요양병원과 요양시설의 사망자가 전체 사망자의 32.7%에 달하였다.

소독·폐쇄 의료기관의 소독비용 직접비용 지급기준은 해당 병원의 확진자 발생시 전담병원으로의 전원을 전제로 한 보상기준으로, 코호트 격리 조치명령에 따라 확진자 치료시 격리의료폐기물이 발생함에도 손실보상에서 제외되어 의료기관의 부담이 큰 상황이었다. 대한요양병원협회에서도 이러한 사유로 '22.2월 경 중수본에 확진자 치료 코호트 기관의 폐기물처리비용을 보상해줄 것을 건의하기도

하였다. 중등증 병상 해제 이후에도 고위험군이 밀집한 요양병원 등 감염취약시설의 감염관리는 지속적으로 강화하며, 질병관리청에서도 감염병등급이 조정되더라도 현재와 마찬가지로 요양, 정신, 장애인시설 등 감염취약시설에 대하여는 역학조사와 방역조치를 지속할 예정이었다. 이에 환자를 치료, 격리함에 따라 발생한 폐쇄 의료기관의 폐기물처리비용을 보상하기로 하였고, 일상회복 전환 및 확진자 급증, 전담요양병원 병상확충 등을 고려, '21.11.1. 이후 코호트 조치명령을 받은 의료기관에 대하여 소급적용하기로 하였다.

'22.4.25. 코로나19가 제2급 감염병으로 조정되었으나, 이와 동시에 현재의 치료·격리의무 유지를 위해 감염병관리기관 등 의료기관에서 입원치료를 받아야 하는 감염병에 코로나 19가 추가되었다. 현재는 소독·폐쇄·업무정지기관에 대하여 소독비 직접비용과 폐쇄기간 중 진료비(영업)손실, 요양기관(의료기관·약국)의 의사·약사·조산사의 입원·격리에 따른 휴업보상과 장소 공개에 따른 정보공개 보상 등을 하고 있으나, 감염병 등급 조정(4.25.) 이후 격리의무가 해제되는 안착기부터 위치정보 수집이 불가하고, 정확한 동선파악이 곤란하여 장소공개도 불가하며, 역학조사 축소 및 입원·격리의무 권고전환에 따라 소독폐쇄조치도 중단될 것이다. 이에 따라 위원회에서는 코로나19 격리의무 유지를 위해 질병관리청장이 지정하는 감염병 고시에서 제외되는 안착기부터 의료기관, 약국, 일반영업장 등의 일반적 손실보상은 중단하되, 요양병원 및 요양시설 등 감염취약시설은 코호트 격리 등 방역조치를 고려하여 손실보상(소독비용, 폐쇄기간 보상, 회복기간 보상)을 일부 유지하는 방안을 의결하였다.

'22년 제6차 위원회(5.25.)는 26차 치료의료기관 개산급 6,758억 원과 폐쇄·업무정지기관 손실보상금 94억 원을 지급하기로 심의·의결하였다.

'22년 제7차 위원회(6.22.)는 회의에 앞서 위원장의 요청으로 보상지원반에서는 폐쇄·업무정지·소독 등을 조치한 사회복지시설의 신속한 손실보상을 위해 건강보험공단에 장기요양보험 등 필요한 정보를 받아서 처리해 달라는 요청이 있었고 27차 치료의료기관 개산급 3,806억 원과 폐쇄·업무정지기관 손실보상금 81억 원을 지급하기로 의결하였다. 그리고 브레인스토밍 과제로 "회복기간 손실보상 상세기준 마련을 위한 논의"하였는데 일반의료체계전환에 따른 중등증병상 단계적 조정 계획에 따라 감염병전담병원, 거점전담병원 병상 단계적 감축 및 지정 해제에 따라 전담병원 운영 종료된 기관에서 영업정지 시 회복기간 적용방법, 원상복귀 공사기간 장시간 소요 문의 등 다양한 상황 발생으로 회복기 손실보상 기준 구체화 마련 필요에 의해서였다. 전체 소개한 거점전담병원의 회복기 손실보상 조정 여부와 회복기 손실보상 조정기준으로 진료비 수입, 허가 병상 수, 의사 수 20% 이상 감소 및 영업정지, 회생절차 진행 등 해당 병원의 귀책 사유가 있는 경우 그리고 원상 복귀 등 공사 기간 과다 경우에 어느 시점까지 손실보상 기간으로 인정할지에 대해서 다양한 의견을 나누었다.

'22년 제8차 위원회(7.26.)는 28차 치료의료기관 개산급 1,539억 원과 폐쇄·업무정지기관 손실보상금 63억 원을 지급하기로 심의·의결하였다. 또한 치료의료기간 손실보상 기준 개정에 대해서 아래와 같이 심의하였다. 첫째, 파견인력 인건비 손실보상 공제를 병상가동률 50% 미만인 경우, 첫 달부터 100% 공제 적용하는 것으로 의결(시행 '22.8.1.~)되었는데 이는 병상가동률 저조(50% 미만)한 상황에서의 인력지원 요청에 대해 공제율 강화가 필요하고 의료기관의 자체인력 채용을 유도함으로써 의료인력의 효율적 활용하고 손실보상 제도 취지를 고려하였다. 둘째, 의료기관 선별진료소 손실보상 지급을 중단하는 건(시행 '22.8.1.~)으로 전문가 RAT 검사를 통한 확진인정 체계('22.3.14~), 동네 병의원 중심 일반의료체계 전환에 따라 의료기관 선별진료소 손실보상 필요성이 사라졌고 호흡기환자 진료센터, 그 외 검사를 수행하는 의료기관과 검사 수행체계의 차이가 없으나, 의료기관 선별진료소만 지원하고 있어 형평성을 고려하여다. 셋째, 회복기 손실보상 세부기준 검토 건으로 일반의료체계 전환에 따른 중등증병상 단계적 조정 계획에 따라 감염병전담병원, 거점전담병원 병상 단계적 감축 및 지정 이 해제된 전담병원이 나타나게 되었다. 전담병원 운영이 종료된 기관에서 영업정지 시 회복기간 적용방법, 원상복구 공사기간 장기간 소요 등 다양한 상황 발생 등으로 회복기 손실보상 세부기준 마련이 요구됨에 따라 진료비 변동에 크게 영향을 미치는 ①의사 수 감소, ②원상복구 공사기간 과다, ③영업정지 등 의료기관 귀책 사유 있는 경우 손실보상 조정하는 세부기준에 대해 논의하였다. 진료비 규모에 크게 영향을 미치는 의사수 20% 이상 감소기준을 기존과 같이 해제 해당월에 즉시 적용하되 짧은 사전예고로 지정 해제된 경우 전담병원 종료 후 2개월 경과 후 의사 수 20%이상 감소 비율 적용하고 전담병원 원상복구 공사 기간을 2주까지만 인정*하고, 나머지 공사 기간은 회복기 손실보상 제외하되, 보상 기간에 산입하며 영업정지 등 의료기관 귀책사유가 있는 기간만큼 기대진료비 감액조정하되 영업정지 등 의료기관 귀책사유가 원상복구 공사 등 준비 기간과 중복된 경우 원상복구 공사기간 만큼 회복기 보상 제외하고 폐업의 경우 회복기 손실보상금 중단하기로 심의·의결하였다. 넷째, 준중증 사용 병상 보상배수 조정방안으로 준중증 사용병상 보상배수 5배에서 3배로 조정하였다. 오미크론 유행('21.11월~)이후 감염관리가 잘 이루어 지고 있고 일반의료체계 전환에 따라 코로나19 60세 이상 환자 비중이 감소되었고 산소치료 환자 비율 및 고유량 산소요법 이상 치료 비율이 낮아 간호인력 투입량 감소 등을 고려하였다.

'22년 제9차 위원회(8.24.)는 29차 치료의료기관 개산급 1,569억 원과 폐쇄·업무정지기관 손실보상금 80억 원을 지급하기로 심의·의결하였다. 또한 코로나19 중증병상 재원적정성 평가조치 강화 방안에 대해 논의하여 의료기관 안내 후 '22.8.29.부터 시행하기로 심의·의결하였다. 현재에도 중증병상의 효율적 운영을 위해 재원 중인 일정 기준 이하(산소요구량 5L 이하)의 환자에 대해 재원 적정성 평가를 실시하고 있으나 최근 일부 의료기관에서 자체수용을 통해 중증병상 입실기준에 부적합 환자 입실 사례가 발견되었고 BA.5 변이 우세종화 등에 따른 확진자 증가로 중증병상 가동율(7.1. 5.3%→

8.21. 47%)이 증가하여 병상 운영의 효율성 제고 방안이 대두된 상황을 고려하였다. 중증병상 입실기준 부적합 재원환자에 대한 신속한 스크리닝으로 평가주기 조정으로 부적합 환자의 재원기간 1일 단축하고 평가 후 부적합 재원환자 퇴실명령 이행기간 단축으로 재원기간 추가로 1일을 단축하여 병상 운영의 효율성 제고하기 위함이다.

'22년 제10차 위원회(9.27.)는 30차 치료의료기관 개산급 2,468억 원과 폐쇄·업무정지기관 손실보상금 70억 원을 지급하기로 심의·의결하였다. 또한 코로나19 치료의료기관 개산급 지급 관련 정산 계획, 코로나19 치료의료기관 건강검진사업 손실보상 기준 개정 및 중증환자 전담치료 병상 보상배수 조정방안을 마련하여 아래와 같이 심의하였다.

첫째, 코로나19가 장기화됨에 따라 치료의료기관 등 전담병원 해제 후 일정 기간이 경과하여 재지정이 되지 않은 병원에 대해서는 정산을 실시하기로 하였다. 그 세부 계획안은 다음과 같다. 코로나19 대응을 위해 정부 조치에 따라 코로나19 환자 치료 등 실적이 있는 619개 의료기관이 대상이며 치료의료기관 등 해제일, 보험청구 심사결정일 등을 고려, 우선 정산 대상 기관을 선정하였으며 폐업절차 진행 중인 기관, 외부 지적사항 등이 있어 정산에 어려움이 우려되는 기관은 먼저 정산을 실시한다. 치료의료기관 등이 해지된 후 일정 기간이 지난 경우 순처적으로 정산함이 원칙이나, 장기간 운영된 코로나19 치료의료기관의 경우 중간 정산 후 치료의료기관 지정이 해지될 때 재정산할 예정이다. 적용기준은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」, 손실보상심의위원회 결정 기준, 급여심사 기준 등을 적용한다. 그리고 개산급 지급 이후 정산을 완료한 치료의료기관 등에 대해 요양급여 청구 어려움 등을 사전 안내하고 정산 대상 치료의료기관에 대해서 폐업, 행정소송 등 주기적 모니터링을 실시하여 정산 어려움을 사전에 방지할 계획이다. 정산결과에 대한 치료의료기관의 이의신청 건은 손실보상심의위원회 의결을 거쳐 결정하고 행정소송은 보건복지부 규제개혁법무담당관실과 협력하여 사후관리 한다. 아울러, 코로나19 치료의료기관 정산대상 기관에 손실보상 정산결정 내역을 통보하여 정산을 종료한다. 코로나19 치료의료기관 개산급 지급 관련 정산은 '22.10.1.부터 시행하였다.

둘째, 코로나19 치료의료기관 건강검진사업 손실보상 기준을 개정하였다. 코로나19 치료의료기관 지정 등으로 건강검진사업 수입 감소에 대해 손실보상 중이나 이전 기준에 따라 손실보상할 경우 연간 건강검진 수입이 증가한 기관도 일부 손실보상 대상에 포함되는 문제가 확인되어 연간 건강검진 수입의 감소는 없으나, 수입이 적은 기간은 감소된 수입으로 산출되어 실제 손실이 없음에도 과대 보상하는 사례가 발생하였다. 이에 치료의료기관의 건강검진 수입 산출 방식을 운영기간 건강검진 수입에서 운영연도 전체(1년) 1일당 국가검진수입에 운영일수를 곱하여 건강검진 수입을 산출하는 것으로 기준을 변경하였고 적용시점은 2차 건강검진(21년) 손실보상 지급분부터 적용하기로 하였다.

셋째, 중증환자 전담치료 병상 보상배수 조정방안이다. '22년 오미크론 변이 이후 ❶ 감염관리기준 및 감염병 등급조정 ❷ 간호인력배치 수준, ❸ 병상 이격거리 및 소개율, ❹ 일반의료체계 진료 도입 등 중증 병상 보상배수 조정요인이 발생하였다. 조금 세밀히 살펴보면 '21.11월 이후 델타변이에서 오미크론변이로 코로나19 중증도 양상이 변화하였고, 일반의료체계 전환('22.2.)과 음압병실, 레벨D 보호복 착용에서 음압·일반격리실, 방수성 긴팔 가운 착용 등 감염관리변화에 따른 업무강도 완화 및 '20.9월, 코로나19 불확실성, 엄격한 감염관리기준 등으로 중증 환자 1명당 필요 간호인력 5명이 필요했으나 '22.7월에는 중증 환자 1명 당 간호인력 3.8명으로 제도 도입 당시('20.9월) 간호인력의 76% 수준으로 의료인력 투입이 감소하였다. 위와 같은 사유로 중증환자 전담치료 사용 보상배수는 10배(첫날~5일), 8배(6일~10일), 6배(11일~20일)에서 7배, 5배, 3배로 조정하고 미사용 병상은 중증 병상 1개 확충에 따른 소개율 변화 고려 시 1.5배 수준이나 전실, 동선 분리 등 추가 공간 소요 부분 고려하여 5배에서 2배로 조정하고 적용시점은 '22.10.1.부터 시행하였다.

'22년 제11차 위원회(10.24.)는 31차 치료의료기관 개산급 2,606억 원과 폐쇄·업무정지기관 손실보상금 24억 원을 지급하기로 심의·의결하였다. 또한 부산○○요양병원(의료법 위반) 손실보상 제한, 코로나19 치료의료기관 정산 관련 직권 정산 검토(안)을 마련하여 아래와 같이 심의하였다.

첫째, 의료기관 내 집단 확진자 발생으로 전체 및 일부 폐쇄 조치되었으며, '21.1월 그에 따른 손실보상금 청구하였으나 지자체에서 방역수칙 위반으로 내린 행정처분에 대해 해당 기관과 소송 진행 중으로 지급을 보류하였고 최근 행정처분이 확정됨('22.8.12. 대법원 심리불속행기각)에 따라 손실보상금 제한 및 감액 검토가 필요하였다. 행정소송 결과에 따르면, 방역관리자의 신고의무 위반이 인정되고 직원 및 간병인의 발열 등 증상 발생 이후 병원 전수검사에서 확진자의 대규모 발생이 확인되어 직접적 관련성이 있고 '요양병원 준수사항(보건복지부 '20.4.11. 현행화) 제3호'에 따라 방역관리자는 유증상자가 나타날 경우 관내 보건소에 신고의무 준수사항 위반으로 사망자 및 집단감염에 이르게 하는 등 위반행위가 중대한 원인으로 인정되어 손실보상금 지급을 제외하였다.

둘째, 코로나19 치료의료기관 정산 관련 '직권 정산' 검토(안)으로 코로나-19 대응을 위한 정부 조치에 따라 코로나19 환자치료 등 실적이 있는 의료기관(정산대상기관)에 정산신청 안내를 하였음에도 기한 내에 정산신청을 하지 않을 경우 업무의 효율성 제고를 위해 직권으로 정산을 실시하여 그 결과에 따라 손실보상금 추가 지급 또는 환입하기로 의결하였다.

'22년 제12차 위원회(11.22.)는 32차 치료의료기관 개산급 1,930억 원과 폐쇄·업무정지기관 손실보상금 25억 원을 지급하기로 심의·의결하였다. 또한 지난 제10차 손실보상심의위원회(9.27.)에서

의결한 코로나19 치료의료기관 정산 계획에 따라 그 간 정산결과를 보고하였다. 정산대상 기관 총 619개소 중 신청 대상 28개소, 신청 26개소, 완료 20개소(직권정산 1개소 포함)이고 7.6억원 지급하였다.(추가지급 8.6억 원, 환입 1억 원)

'22년 제13차 위원회(12.27.)는 33차 및 34-1차 치료의료기관 개산급 각 1,723억 원, 724억과 폐쇄·업무정지기관 손실보상금 42억 원을 지급하기로 심의·의결하였다. 또한 상시 병상(국가지정입원치료병상, 긴급치료병상) 손실보상 기준변경(안), 중증병상 손실보상 기간 변경 검토(안), 회복기 손실보상 기간 산정 방법 검토(안), 치료의료기관 공사기간 이의신청(안)을 마련하여 아래와 같이 심의·의결하였다.

첫째 상시 병상(국가지정입원치료병상, 긴급치료병상) 손실보상 기준변경(안)은 '23년 병상운영 예산 반영에 따라 국가지정 상시병상은 사용 시 보험수가로 지원하여 병상 손실보상에 대한 국고지원 효율화를 기하였다. 이는 코로나19 초기에는 환자치료 간호인력 확보 어려움, 한시 지정 병상과 비슷한 수준의 간호인력 투입 등으로 사용 시 한시 병상과 동일하게 보상*하였으나 코로나19 발생 초기와 달리 감염관리 환경이 변화(일반의료체계 전환 및 감염병 등급조정등)되었고 그 간 감염병 환자치료에 사용하던 국가지정입원치료병상은 판데믹 이전 별도 손실보상 없었으며 상시병상 본래 설치 취지로 사용하는 것이므로 사용 시 보험수가 체계 내에서 보상 필요성 등을 고려하였다. 다만 적용시점은 일반의료체계 전환, 코로나19 안정화 등 고려하여 4.1.부터 시행한다.

|표 2-0-30| '23년도 손실보상체계 변경

구 분	'22년	'23년
국가지정 상시병상(긴급치료·국가지정)	사용병상: 재정지원+보험수가 미사용 병상: 재정지원	사용 병상: 보험수가(재정 미 지원) 미사용 병상: 재정지원

둘째, 중증병상 손실보상 기간 변경 검토(안)으로 코로나19 환자(면역저하자)가 21일 이상 입원의 경우, 중증 병상 보상기준 미비, 11~20일 재원일수 기준으로 손실보상 중이었으나 코로나19 환자 21일 이상 입원에 따른 손실보상 기간 조정이 필요하여 코로나19 환자(면역저하자)가 21일 이상 병상 사용 시 3배 보상하는 것으로 손실보상 규정을 현행화하였다.

셋째, 회복기 손실보상 기간 산정 방법 검토(안)으로 코로나19 전담병원 운영 종료, 중증 및 준중증 등 치료병상 지속 운영, 전담병원 재 지정에 따라 ❶ 회복기 손실보상기준, ❷ 실제진료비 산출 방법에 대한 기준을 명확히 하기 위함이다. 현재는 전담병원 & 중증, 준중증 병상 등 종료 후 회복기 보상을

하고 있으나 회복기 보상기간에서 중증 등 병상 운영기간 제외하고 기간산정을 하고 있어 중증, 준중증 병상 등을 장기 운영시 회복기 보상 기간 미 존재로 민원 발생이 있었다. 전담병원 종료 후 중증, 준중증 병상 등 운영 시에도 회복기를 손실보상하기로 하였다. 그리고 전담병원 종료 월의 실제진료비 산출 기준은 전담병원 해제 월 실제진료비를 일 평균 후, 해제 월 회복기 보상기간을 곱하여 산출하기로 하였다.

넷째, 치료의료기관 공사기간 이의신청(안)으로 경남○○병원 등 2개 치료의료기관(감염병전담병원)은 多회차의 공사를 걸쳐 코로나19 치료 병상(중등증)을 확보하였으나, 각각의 공사 기간을 인정받지 못한 부분에 대해 추가 보상 요청하였고 합당한 보상을 한다는 손실보상의 취지에 따라 코로나19 대응 병상 소개 추가 공사 여부가 입증된다면, 각 공사에 대한 손실보상을 하기로 하였다.

3. 향후 계획

코로나19가 장기화됨에 따라 전담병원 해제 후 일정 기간이 경과하여 재 지정이 되지 않은 병원에 대해 정산 실시('22.10월~)하고 있다. 장기간 운영된 코로나19 치료의료기관의 경우 중간 정산을 먼저 시행하고 치료의료기관 해제 후 재 정산을 한후 손실보상 정산기관에 정산결정 내역을 통보한다.

전담병원 운영 종료 후 회복 기간(최대 1년) 동안의 진료비 손실을 보상하며 내용은 ▲ 해당기관의 시설철거·병상 및 병동 복구, ▲전원시킨 환자에 대한 진료 재개 등으로 인해 소요되는 비용, ▲그 복구 기간 중 진료 손실에 대한 보상이다.

향후 코로나19 상황 변화에 따른 의료 및 방역대응체계 전환, 병상 운영·보상 효율화 등 여건 변화에 따른 손실보상 기준 개선을 통해 의료 및 방역대응 체계에 대한 협력을 강화해 나갈 것이다.

CHAPTER

제1장

국민기초생활보장

제1절 국민기초생활보장제도
제2절 기초의료보장 제도
제3절 자활지원사업
제4절 긴급복지지원 제도
제5절 노숙인 등 복지지원사업
제6절 농어촌 주민의 보건복지 증진
제7절 사회보장정보시스템
제8절 복지사업의 표준화
제9절 지역사회복지의 활성화

제1장

국민기초생활보장

제1절 국민기초생활보장제도

Ⅰ 개요

국민기초생활보장제도는 가족이나 스스로의 힘으로 생계를 유지할 능력이 없는 최저생활수준 이하의 절대 빈곤층 국민에게 생계, 의료, 주거, 교육 등의 급여를 통해 기본적 생활을 국가가 보장하고, 근로능력이 있는 자에게는 체계적인 자활지원서비스를 제공하여 자활 · 자립을 지원하는 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.

집필자 기초생활보장과장 민영신

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 실체적으로 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, 주거급여, 교육급여의 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.

2022년 기준으로 소득인정액이 생계급여는 기준 중위소득의 30%, 의료급여는 40%, 주거급여는 46%, 교육급여는 50% 이하인 경우, 해당 급여의 수급자로 선정된다.

|표 2-1-1| 2022년도 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)	1,944,812	3,260,085	4,194,701	5,121,080	6,024,515	6,907,004	7,780,592
생계급여수급자 (기준 중위소득 30%)	583,444	978,026	1,258,410	1,536,324	1,807,355	2,072,101	2,334,178
의료급여수급자 (기준 중위소득 40%)	777,925	1,304,034	1,677,880	2,048,432	2,409,806	2,762,802	3,112,237
주거급여수급자 (기준 중위소득 46%)	894,614	1,499,639	1,929,562	2,355,697	2,771,277	3,177,222	3,579,072
교육급여수급자 (기준 중위소득 50%)	972,406	1,630,043	2,097,351	2,560,540	3,012,258	3,453,502	3,890,296

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

나. 최저보장수준(2022년)

생계급여의 최저보장수준은 기준 중위소득의 30%에 해당하는 금액이며, 수급가구의 소득인정액과 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

구분 \ 가구규모		1차(의원)	2차(병원 · 종합병원)	3차(지정병원)	약국
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)

구분 \ 가구원수	1급지(서울)	2급지(경기 · 인천)	3급지(광역시 · 세종시)	4급지(그 외 지역)
1인	32.7	25.3	20.1	16.3
2인	36.7	28.3	22.4	18.3
3인	43.7	33.8	26.8	21.8
4인	50.6	39.1	31.0	25.4
5인	52.4	40.4	32.0	26.2
6인~7인	62.1	47.8	37.9	31.0

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

|표 2-1-4| 자가가구의 최저보장수준

구 분 \ 보수범위	경보수	중보수	대보수
수선비용	457만 원	849만 원	1,241만 원
수선주기	3년	5년	7년

※ 생계급여 선정기준 이하인 경우 수선비용의 100%, 기준 중위소득 35% 이하인 경우 수선비용의 90%, 기준 중위소득 45% 이하인 경우 수선비용의 80%를 지원

교육급여(교육부)의 경우 초등학생과 중학생은 교육활동지원비, 고등학생은 수업료 · 입학금 · 교과서대금 · 교육활동지원비를 지원하고 있다.

|표 2-1-5| 교육급여 지급 현황

구 분 \ 급여종류	교육활동지원비	교과서	입학금/수업료
초등학생	331,000원	-	-
중 학 생	466,000원	-	-
고등학생	554,000원	해당 학년의 정규 교육과정에 편성된 교과목의 교과서 전체	학교장이 고지한 금액 전액
지급횟수	연 1회	연 1회	입학금은 신입생 입학 시 1회/ 수업료는 분기별 지급

4. 주요 성과

가. 기준중위소득 역대 최대 인상

2023년 기준 중위소득을 맞춤형 급여제도 시행(2015년) 이래 역대 최고 수준으로 인상(4인가구 기준 5.47%)하기로 결정하였다(2022년 7월). 이로 인해 2023년부터는 급여별 선정기준의 완화 및 대상자 확대, 현금급여액 인상에 따른 보장성 강화 등 긍정적 효과가 기대된다.

나. 물가상승 등으로 어려움에 처한 취약계층에 한시긴급생활지원금 지급

코로나19 장기화 및 급격한 물가상승 등에 따라 저소득층의 생계부담이 심화되는 문제가 발생하였다. 이에, 정부는 취약계층의 생계부담을 완화하기 위해 추가경정예산을 편성하여 2022년 6월부터 8월까지 '저소득층 한시 긴급생활지원금' 을 선불카드 또는 지역화폐 형태로 지급하였다. 지급대상 가구는 기초생활보장 수급, 법정 차상위계층, 한부모가족 가구이며 급여자격 및 가구원수에 따라 금액을 차등하여 지급하였다(4인 가구의 경우 생계 또는 의료급여 수급가구는 100만원, 그 밖의 가구는 기준 75만원), 이 사업을 통해 199만 가구를 대상으로 총 8,980억원의 한시 생계지원금을 지급함으로써 저소득 취약계층의 생활 안정에 기여하였다.

Ⅱ 기초생활보장 강화(부양의무자 기준 단계적 완화)

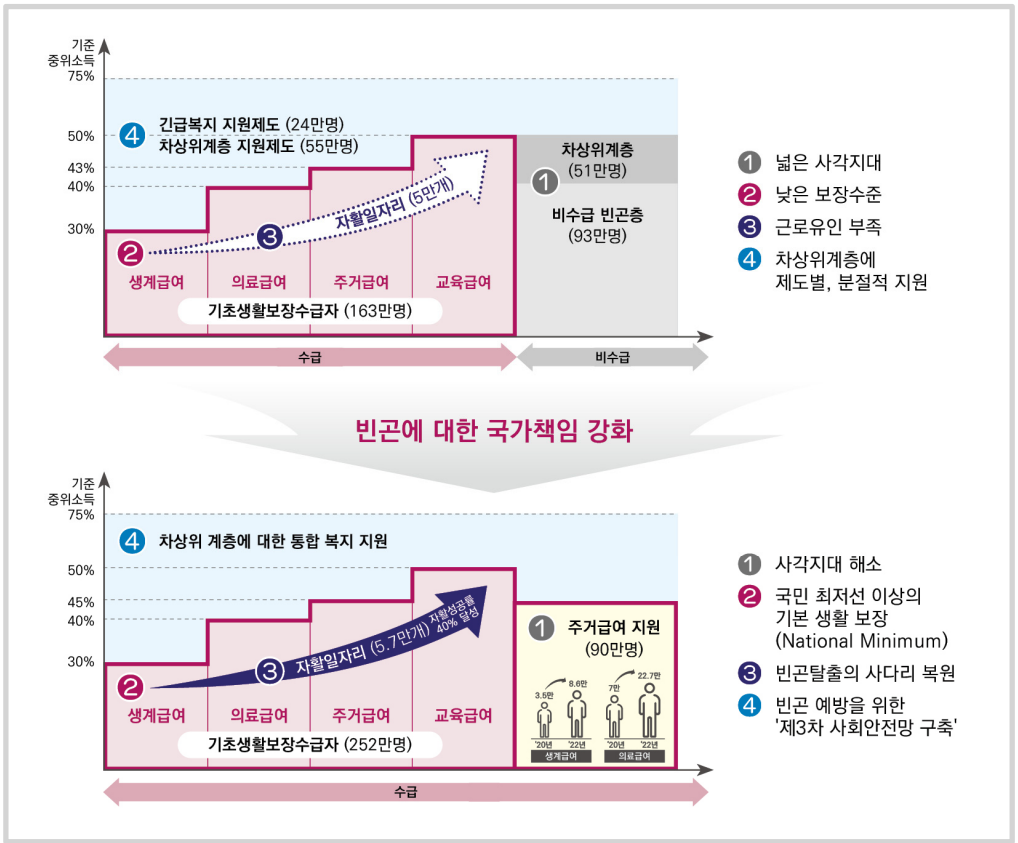
1. 기초생활보장 종합계획

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

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



1차 기초생활보장 종합계획이 수립한 주요내용은 다음과 같다.

첫째, 빈곤사각지대 해소를 위해 부양의무자 기준을 대상자 및 급여별로 단계적 완화하도록 하였고, 남아있는 생계급여 비수급 빈곤층(기준 중위소득 30% 이하이나 부양의무자 기준 등으로 수급자가 되지 못한 빈곤층)은 지방생활보장위원회의 개별 심의 절차를 의무화하여 생계보장을 강화하였다.

둘째, 국민 최저선(National Minimum) 보장을 위해 기준중위소득 산출방식 개편과 가구 균등화 지수 개편을 추진하였다. 의료급여는 건강보험 보장성 강화 계획과 연계하여 보장성을 지속적으로 확대하고, 주거급여는 2018년 부양의무자 폐지와 함께 주거급여 대상자를 2020년까지 기준 중위소득의 45%로 확대하고 주거급여 최저보장수준도 단계적으로 현실화하였다. 또한, 교육급여는 2019년 최저교육비의 100%까지 지원수준을 인상하여 급여 보장 수준을 확대하였다.

셋째, 자립지원 및 탈빈곤 촉진을 위해 자활일자리를 확대하고 자활급여를 단계적으로 인상하였다. 또한, 新 빈곤층인 저소득 청년 등 일하는 수급자를 위한 근로인센티브 확대와 자산형성지원을 강화하였다.

넷째, 기초생활보장 수급을 받지 못하는 차상위계층의 빈곤층으로의 유입 방지를 위해 긴급복지 확대 등 중층적 공적 보호망을 확충하고 복지 사각지대 발굴 사업도 강화하였다.

|그림 2-1-2| 3차 사회안전망 개념



다섯째, 제도의 확대와 더불어 부정수급 등 도덕적 해이 방지를 위해 사후관리 강화 및 적정급여 이용을 유도해, 제도의 지속가능성을 제고하였다.

나. 더 나은 기본생활을 보장하는 「제2차 기초생활보장 종합계획 수립('21.~'23.)」 ('20. 8.)

2020년, 제도 시행 20주년을 맞아, 그동안 기초생활보장제도의 성과와 한계를 점검하였다. 우선 기초생활보장제도 도입의 첫 번째 성과는 제도의 포괄성을 확대한 것이다. 총 수급자 수는 부양의무자 기준의 단계적 폐지 시행 이후 지속적으로 증가하였다. 2013년 135만 명이었던 총 수급자 수는 2015년 165만 명, 2017년 158만 명을 거쳐 2020년 에는 213만 명에 이르렀다.

두 번째 성과는 기초생활보장급여의 적정성을 지속적으로 향상한 것이다. 기준중위소득 인상과 근로소득공제, 선정기준 특례 도입 등으로 급여 보장성은 지속적으로 강화되었다. 가구당 평균 생계급여액은 2015년 7월 35.8만 원에서 2020년 6월 42.7만 원까지 약 20% 증가하였다.

이에 따라 기준중위소득 40% 이하 생계 · 의료 비수급빈곤층은 2015년 93만 명에서 2018년까지 20만 명을 줄였으나, 여전히 73만 명이라는 큰 규모로 남아있었다. 이 비수급빈곤층의 경상소득은 수급자의 67.3%~86.5%에 불과하였다. 또한 수급자의 대부분을 차지하지만 지출실태 대비 저평가된 1-2인 가구에 대한 지원과 사회적 위기에 대응한 사회안전망의 보장성 제고가 지속적으로 요청되었다.

이같은 내용과 1차 종합계획의 추진성과, 실태조사 결과 등을 고려해 향후 기초생활보장제도의 정책방향과 추진과제를 '제2차 기초생활보장 종합계획'으로 제시하였다.

2차 기초생활보장 종합계획의 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 취약계층에 대한 지원을 확대할 예정이다. 우선 지난 종합계획부터 지속적으로 추진하고 있는 부양의무자 기준 폐지를 추가 시행하여, 2021년에는 노인과 한부모가구, 2022년에는 전체 가구를 대상으로 부양의무자 기준을 폐지할 것을 계획하였다.(고소득 고재산 부양의무자는 제외한다) 또한 자동차재산기준을 완화하고, 차상위 의료취약계층에 대한 의료비부담을 경감하며, 긴급복지의 재산기준을 합리화할 예정이다.

둘째, 기본생활보장의 수준을 제고할 예정이다. 기준중위소득 통계원을 가계동향조사에서 가계금융복지조사로 변경하여 중위소득을 상향하고, 1,2인 가구에 유리한 방식으로 가구균등화지수를 개편하였다. 또한 의료급여 보장성을 지속적으로 향상하고 주거급여 기준임대료를 '22년까지 단계적으로 현실화시키며, 교육급여도 점진적으로 확대할 예정이다.

셋째, 빈곤예방과 자립을 위해 다각적으로 지원할 예정이다. 우선 청년층에 대한 주거급여 분리지급과 맞춤형 자활, 청년층 근로유인을 제고한다. 포용적 자활지원체계를 구축하여, 각종 자활사업 간 연계방안을 마련하고 개인별 강점과 기초역량에 맞춰 대상자별 역량을 강화할 예정이다. 또한 기존의 5개 통장사업을 2개로 통합하고, 저소득층 사회통합 기능을 강화할 예정이다.

넷째, 기초생활보장제도의 수급관리와 전달체계를 강화할 예정이다. 사회보장정보시스템의 공적자료 연계정보를 확대하고 부정수급과 단순한 과오수급을 구분하여 부정수급 방지를 위한 수급자 관리를 강화할 예정이다. 또한 의료급여의 관리운영체계를 개선하고 급여관리시스템을 개편하며, 자활사업 지원체계를 고도화할 예정이다.

이같은 2차 종합계획을 통해, 더 많은 국민의 더 나은 기본생활을 보장하는 포용국가의 기반을 구축해나가고 있다.

2. 기초생활보장 부양의무자 기준 단계적 완화

가. 추진 배경

기초생활보장제도 시행 이래로 부양의무자 기준은 복지 사각지대 발생의 가장 큰 원인으로 지목되어 왔다. 가족부양 인식과 가족 간 사적부양이 점점 약화되는 추세에서 가족 간 부양을 전제로 하는 부양의무자 기준은 비현실적이라는 문제점을 인식하고, 부양의무자 기준으로 인해 발생하는 복지 사각지대를 해결하기 위하여 부양의무자 기준의 단계적 완화를 국정과제로 선정하여 추진하였다.

나. 주요 내용

「제1차 기초생활보장 종합계획」('17. 8.) 및 「저소득층 일자리 · 소득지원 대책」('18. 7.)에 따른 부양의무자 기준 급여별 · 대상자별 단계적 완화 계획을 다음과 같이 세웠다.

- (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 시설보호종료아동(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 장애의 정도가 심한 장애인에 대한 생계급여 부양의무자 기준 적용을 제외하기로 결정하였으며, 2020년 8월에는 「제2차 기초생활보장 종합계획」에 따라 생계급여의 부양의무자 기준을 단계적으로 폐지하는 계획을 수립하였다.

[부양의무자 기준 단계적 완화 로드맵(2차)]

- 1단계 : 노인, 한부모(만30세 이상) 가구 대상 폐지('21년)
- 2단계 : 그 외 가구 대상 폐지('22년)

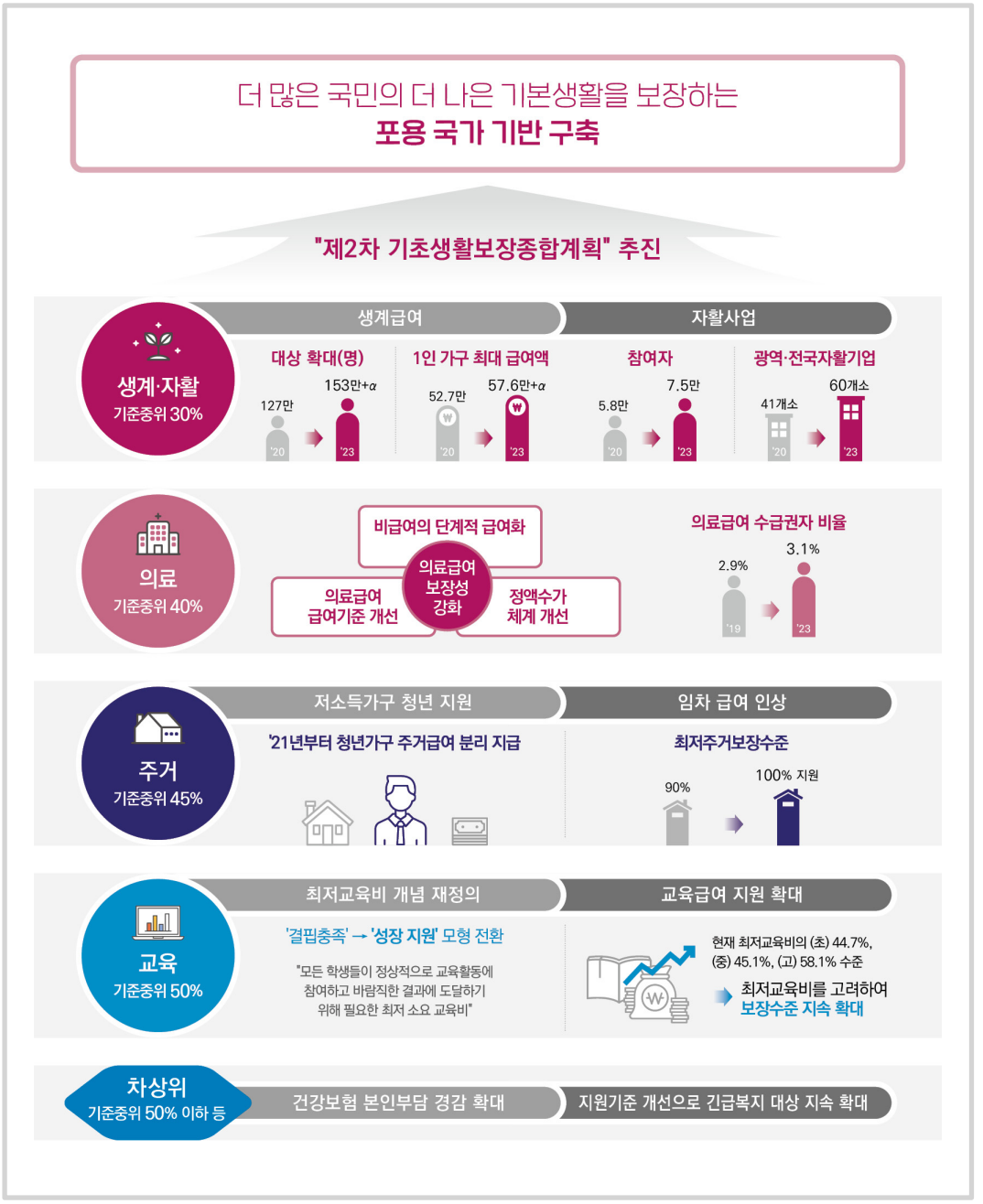
이에 따라, 노인, 한부모 수급자에 대한 부양의무자 기준이 2021년부터 폐지되었으며, 당초 2022년 시행을 목표로 추진되던 생계급여 부양의무자 기준 폐지는 2021년 10월부터 조기 시행되었다. 이를 통해 생계급여 신청자의 부모 또는 자녀 가구의 연 소득이 1억 원을 초과하거나, 일반 재산이 9억 원을 초과하는 경우가 아닌 한 직계혈족의 소득·재산으로 인하여 생계급여를 받지 못하는 문제가 해소되었다.

다. 추진성과 및 기대효과

부양의무자 기준 완화가 시작된 2018년부터 생계급여 부양의무자 기준 폐지가 완료된 2021년까지 부양의무자 기준 단계적 완화를 통해 기초생활보장 수급자 수는 77만 8천 명만큼 증가하였고, 2022년 12월 기준 총 수급자 수는 245만 명으로 2000년 국민기초생활보장제도 시행 이후 가장 많은 인원을 지원하였다.

또한, 부양의무자 기준의 단계적 완화를 통해 2020년 6월 기준 127만 명이었던 생계급여 수급자를 2023년 기준 153만 명 이상으로 확대하고, 생계 · 의료 비수급빈곤층(기준중위소득 40% 이하 기준) 73만 명을 2023년 38만 명까지 줄이는 등 기존 부양의무자 기준으로 인해 수급을 받지 못했던 비수급 빈곤층을 적극적으로 보호할 수 있을 것으로 기대한다.

|그림 2-1-3| 포용 국가 기반 구축을 위한 “제2차 기초생활보장 종합계획” 추진



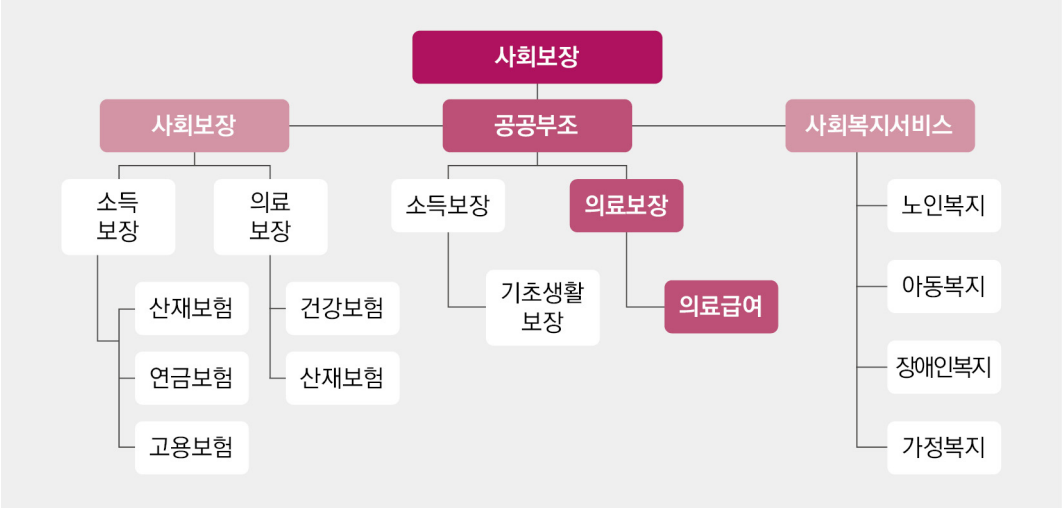
제2절 기초의료보장제도

I 개요

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

의료급여사업은 1961년 제정된 「생활보호법」에 근거한 무료진료 제공을 시초로 1977년 1월 4일에 「의료보호에 관한 규칙」을 보건사회부령으로 제정 · 시행하였다. 그러다 1979년 1월 1일부터는 「의료보호법」에 따라 의료보호 사업을 시행하였다. 그 후 2001년 「의료급여법」의 시행에 따라 최저생계비 이하의 빈곤계층을 의료급여 수급권자로 선정해 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 백진주

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 복합상병을 가진 수급권자에 대한 지나친 규제가 되지 않도록 보완하였다. 2021년 1월부터 질환별 연간급여일수를 등록 희귀난치성질환 또는 등록 중증질환자는 365일로, 만성고시질환자는 380일로, 기타질환은 400일로 질환특성을 반영한 기본일수 조정으로 수급권자에 대한 진료불편을 완화하였다.

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 폐지되었고, 2019년 7월에는 부양 능력의 기준이 되는 부양의무자 재산소득 환산율을 절반으로 인하(4.17%→2.08%)하였다. 2022년부터는 기초연금 수급노인이 포함된 부양의무자 가구는 부양의무자에서 제외하는 등 수급 자격을 완화하고 있다.

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 인하하여 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 본인부담률을 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 인하하여 2022년 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%를, 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 부담을 줄이기 위해 2008년 임신 · 출산 진료비(20만 원)를 도입한 이래, 지속적으로 지원 금액을 인상하고 지원을 대상을 확대하였다. 2021년 법령을 개정하여 임신 · 출산 진료비의 지원 금액을 단태아 100만 원, 다태아 140만 원으로 인상하고, 지원 대상을 산모뿐 아니라 그 자녀인 영아(출생 2년 이내)까지 확대하고, 이용 기간도 출산 후 2년으로 확대하였다. ('22.1 시행)

한편, 의료급여 수급권자의 의료보장성 강화를 위해 가정산소치료 요양비, 복막관류액 또는 소모성 재료비, 제1형 당뇨환자의 소모성 재료비 및 자가도뇨 소모성 재료비 등 요양비 지원 범위를 확대하였다. 2016년에는 당뇨 소모성 재료 요양비 지원 대상을 제2형 당뇨환자까지 확대하고, 재가 인공호흡기 지원을 신설하였다. 2018년 8월에는 당뇨 소모성재료는 4품목에서 6품목으로 확대하고, 양압기 급여를 신설했다. 2021년에는 장애인 의지 소켓, 실리콘라이너 등 소모품의 내구연한내 지원을 시작하였다.

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 건강 관리 정보를 제공하는 사례관리사업을 운영하고 있다. 이로써, 수급자의 적정 의료 이용을 유도하고 건강 수준을 향상시켜 삶의 질을 높이도록 지원하고 있다.

의료급여 진료비가 급증하고, 수급권자의 적정한 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.

「의료급여혁신종합대책」(2006년 7월) 수립 이후의 의료급여 제도 운영 실태를 점검 및 평가하고, 빈곤층 의료안전망의 지속적 확충과 재정의 효율적 관리를 위하여 2017년에는 의료급여 3개년 기본계획(2018~2020), 2020년에는 제2차 의료급여 3개년 기본계획(2021~2023)이 마련되었다. 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.

2022년에는 의료급여 수급권자의 다차원적 건강수준 및 의료 이용 변화를 파악하여 근거 기반 의료급여 정책 개선에 활용하기 위한 의료급여 코호트 구축에 돌입했으며, 코호트 구축의 기반을 마련 하기 위한 기초연구를 실시하며 의료급여 통합DB 시범 구축 및 기초분석을 완료하였다.

2. 제도 주요 내용

가. 수급권자 선정 기준 및 유형

의료급여는 「국민기초생활보장법」에 의한 수급권자와 이재민, 의사상자, 국가유공자 및 중요무형문화재 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.

2022년 8월 의료급여법 시행령 개정을 통해 타 법에 의한 수급권자도 근로능력 유무에 따라 1·2종으로 구분하도록 하였다. ('23.1 시행)

|표 2-1-6| 2022년도 의료급여 종별 대상자 및 선정 기준

구 분	수 급 권 자
1 종	• 국민기초생활보장법에 의한 수급자 – 근로무능력자, 산정특례 등록한 결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설 수급자 • 국민기초생활보장법 이외의 타 법에 의한 수급권자 – 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	• 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 · 치료재료의 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	• 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	• 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 초과 금액의 50%를 되돌려 주는 제도이다. 1종 수급권자는 매 30일간 2만 원, 2종 수급권자는 매 30일간 20만 원 초과 여부가 적용 기준이 된다.

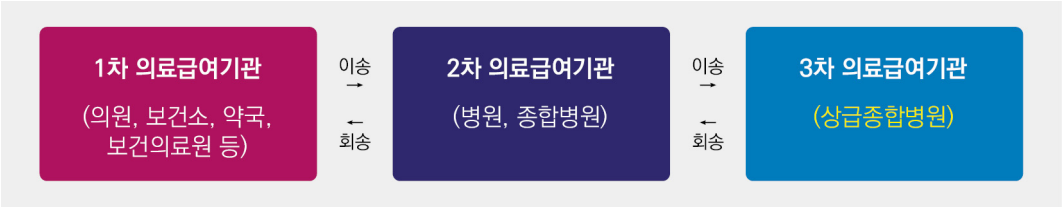
본인부담상한제는 일정 기간 동안 본인부담금이 법령에서 정한 금액을 초과할 경우 초과 금액의 전부를 되돌려 주는 제도로, 1종 수급권자는 매 30일간 5만 원, 2종 수급권자는 연간 80만 원을 초과할 경우 초과금의 전액을 사후에 보상한다.

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」제3조의4에따라 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

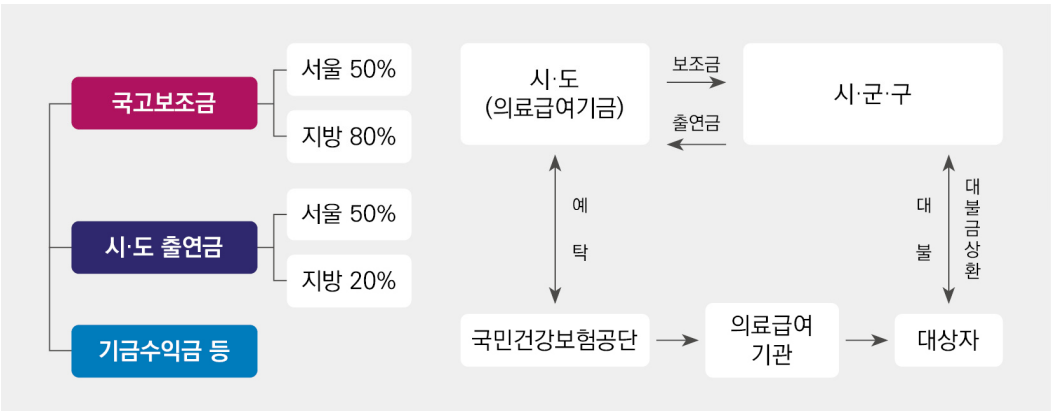
의료급여비용의 지급을 충당하기 위해 시 · 도에 일반회계와 구분하여 의료급여기금을 설치하고 있다. 의료급여기금은 국고보조금과 지방자치단체 출연금, 대불상환금, 부당이득금, 과징금, 기금의 결산상 잉여금 및 그 밖의 수입금으로 조성된다.

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		광 역 시		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 의료급여사례관리사업을 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 의료급여사례관리사업지원단을 운영하고 있다.

2022년 의료급여관리사 1인당 연간 사례관리 대상자는 300명으로 장기입원자(5~40명), 과다의료이용 등이 예상되는 다빈도 외래이용자(50~90명), 지속적 관리 · 개입이 필요한 연중관리 대상자(5~10명), 신규 의료급여 수급권자(200명)를 대상으로 방문, 전화, 서신 등을 통해 1~12개월 동안 대상자 관리를 실시한다.

* 재가 의료급여 시범사업 시군구의 경우, 기존 참여지역 13곳은 1인당 연간 사례관리 대상자 260명으로 장기입원자(5~40명), 다빈도 외래이용자(15~50명), 연중관리 대상자(5명), 신규 의료급여 수급권자(200명)을 관리하고, '21년 참여지역 25곳은 1인당 연간 사례관리 대상자 275명으로 장기입원자(5~40명), 다빈도 외래이용자(25~65명), 연중관리 대상자(5~10명), 신규 의료급여 수급권자(200명)을 관리하고 있음.

2022년도에는 총 174,889명(전체 수급권자의 11.5%)의 사례관리 대상자에 대해 전화상담 396,885건(54.2%), 서신발송 233,470건(31.9%), 방문상담 102,217건(13.9%) 등 총 732,572건을 수행하였고, 복지시설 · 보건의료자원 · 사회복지서비스 등 총 14,273건의 보건복지 자원 연계를 수행하였다.

수급권자의 사례관리 전 · 후 변화를 측정하는 '1인당 전체 요구(건강) 점수' 결과(다빈도 외래이용자 기준) 자가 건강관리 능력, 합리적 의료 이용, 지지 체계 구축, 건강 삶의 질 4개 영역에서 모두 점수가 상승하여 사례관리 개입 시 52.5점에서 종결 시 61.8점으로 9.3점 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(2022년)

구 분	개입 전	개입 후	변화량
전체(100점)	52.5	61.8	9.3
자가 건강 관리 능력(30점)	15.5	18.6	3.1
합리적 의료 이용(30점)	14.2	18.1	3.9
지지 체계 구축(10점)	5.5	6.1	0.6
건강 삶의 질(30점)	17.3	19.0	1.7

아울러, 사례관리를 통한 수급권자의 진료비 및 진료일수 감소에 따른 재정 절감은 약 2,054억 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)
2021	고위험군	205,367,713,027	143,671,207,785	3,863,895	37,183
	장기입원		58,600,634,700	8,431,746	3,475
	집중관리		3,095,870,542	838,762	3,691
2020	고위험군	205,270,470,419	149,988,166,020	3,935,148	38,115
	장기입원		52,516,488,110	8,333,305	3,151
	집중관리		2,765,816,289	735,003	3,763
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

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 · 중증장애인 포함 시 부양의무자 기준 적용에서 제외되었고, 2019년 1월 부양의무자 가구에 중증장애인이 포함된 경우, 30세 미만 한부모 가구인 수급권자의 경우, 30세 미만 시설 퇴소(보호종료) 아동인 수급권자의 경우 부양의무자 기준 적용에서 제외되었으며. 2022년 1월 부양의무자 가구에 기초연금 수급 노인이 포함된 경우 부양의무자 기준을 미적용하였다. 의료급여 수급권자 수는 2022년 말 기준으로 약 152만 명에 이르고 있다.

|표 2-1-12| 연도별 의료급여 수급권자 수 추이

(연도말 기준, 단위 : 명, %)

구 분		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
		수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율
계		1,485,740	-1.5	1,484,671	-0.1	1,488,846	0.3	1,526,030	2.4	1,516,525	-0.6	1,522,292	0.4
1종	소 계	1,065,398	-0.0	1,081,803	1.5	1,104,404	2.1	1,136,938	2.9	1,144,397	0.7	1,164,667	1.8
	기초생활	879,412	0.2	899,898	2.3	921,201	2.4	959,970	4	972,357	1.3	998,019	2.6
	사회복지시설	84,255	-0.9	84,216	0.0	84,128	-0.1	83,233	-1.1	82,564	-0.8	80,592	-2.4
	국가유공자	58,896	-4	56,446	-4.2	54,861	-2.8	54,222	-1.2	52,381	-3.5	50,633	-3.3
	북한이탈주민	15,482	-3.6	15,616	0.9	15,692	0.5	14,904	-5.3	13,746	-8.4	12,725	-7.4
	국가무형문화재	58	-10.7	47	-19.0	41	-12.8	41	0	50	18	45	-10.0
	5 · 18 민주화	9,606	-1.5	9,431	-1.8	9,239	-2.0	8,881	-4	8,558	-3.8	8,469	-1.0
	이재민	1,496	100	-		3,869	100	947	-308.6	-		-	
	의사상자	1,137	3.8	1,158	1.8	1,205	4.1	1,216	0.9	1,240	1.9	1,259	1.5
	군입대자	3,190	-6.1	3,030	-5.0	2,808	-7.3	2,699	-4	2,525	-6.9	2,193	-13.1
	입양아동	9,912	3.1	10,116	2.1	10,235	1.2	10,208	-0.03	10,111	-1	10,046	-0.6
	행려환자	1,350	-8.2	1,343	-0.5	697	-48.1	621	-12.2	594	-4.5	497	-16.3
	노숙인 등	604	-13.8	502	-16.9	428	-14.7	327	-30.9	271	-20.7	189	-30.3
2종	소 계	420,342	-5.3	402,868	-4.2	384,442	-4.6	389,092	1.2	372,128	-4.6	357,625	-3.9
	기초생활	412,482	-5.3	395,852	-4.0	378,121	-4.5	383,161	1.3	366,816	-4.5	352,736	-3.8
	군입대자	7,860	-1.7	7,016	-10.7	6,321	-9.9	5,931	-6.6	5,312	-11.7	4,889	-8.0

나. 총진료비

본인부담금을 포함한 의료급여 총진료비(증가율)는 2021년 97,679억원(7.9%), 2022년 103,343억원(5.5%)으로 과거부터 지속적으로 증가하였다.([표 2-1-13] 참고)

경기 침체 및 급격한 인구 고령화 등 재정 지출의 여건 변화에도 불구하고, 의료급여혁신종합대책 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	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	금 액	증가율	금 액	증가율	금 액	증가율	금 액	증가율	금 액	증가율	금 액	증가율	금 액	증가율
총진료비	67,375	12.6	71,157	5.6	78,070	9.7	85,900	10.0	90,489	5.3	97,679	7.9	103,343	5.5
1종	60,975	12.0	64,717	6.1	71,256	10.1	78,612	10.0	82,966	5.5	89,591	8.0	94,879	5.6
2종	6,400	18.9	6,440	0.6	6,814	5.8	7,287	6.9	7,523	3.2	8,088	7.5	8,464	4.4

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	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
예산액	43,926	44,357	45,864	48,183	52,415	56,054	68,769	70,021	76,787	78,823
증가율	10.4	1.0	3.4	5.1	8.8	6.9	22.7	1.8	9.7	2.7

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, 2022년 △2,392억), 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, 이동식전동리프트 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' 라는용어를 쉬운 표현인 '장애인 보조기기'로 변경 · 실시하였으며, 2020년에는 보청기에 대한 의료급여 기준을 정비하였다. 2020년에는 제1형 당뇨병 환자 대상 당뇨병 관리기기 지원을 시작했다. 2021년에는 장애인 의지 소켓, 실리콘 라이너 등 소모품 지원을 개시했다.

출산 전후 산모의 건강 관리를 위하여 임신 · 출산 진료비를 20만 원에서 2010년 9월 30만 원, 2011년 4월부터는 40만 원, 2012년 4월부터는 50만 원으로 인상하였고, 2012년 7월부터 다태아는 70만 원을 지원하였다. 2010년부터는 지원 기간을 출산 예정일 이후 15일에서 예정일 이후 60일까지 확대하고, 1일 사용 한도 금액도 2010년 4만 원에서 2011년 6만 원으로 늘리고 이후 1일 사용액 한도를 폐지하였다. 또한, 사용기관에 조산원 · 한의원 · 한방병원도 추가하여 수급권자의 선택권을 확대하였다. 2016년부터 분만 취약지 거주 임산부에 대해 임신 · 출산 진료비를 추가 지원(20만원)하고, 임신 및 출산에 수반되는 초음파검사료를 급여화했다. 2017년에는 임신 · 출산 진료비 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)하고, 산모뿐 아니라 그 자녀인 영아(출생 1년 이내)도 지원 대상에 포함하였다. 또한 산모와 아동의 건강 관리에 도움이 되도록 이용 기간도 출산 후 60일에서 1년으로 연장했다. 2019년에는 자궁외 임신까지 지원을 확대하고 2020년에는 임신 · 출산 진료 외에 처방 약제 및 치료 재료의 구입까지 사용범위를 확대했다. 2021년도에는 법령을 개정해 임신 · 출산 진료비의 지원 금액 인상(단태아 60→100만 원, 다태아 100→140만 원), 지원 대상 확대(산모에 출생 2년 이내 자녀까지 포함) 및 의료급여 기관의 범위 확대(모든 의료급여기관으로 확대)를 달성했다. 이로써 수급권자 및 수급권자의 2세 미만 자녀는 모든 의료급여기관에서 받는 진료와 약제·치료 재료 구입 비용(단, 수급자의 2세미만 자녀는 처방된 약제·치료재료만 가능, 비급여 포함)을 지원받을 수 있게 되었다.

본인부담 측면에서 자연분만, 신생아 입원 진료 및 6세 미만 아동의 입원 진료 시 본인 부담금을 면제하였다. 본인 부담 면제 대상자(행려환자, 6세 미만 아동, 자연분만 산모)에 대하여 식대 본인 부담을 면제하였으며, 2016년 7월에는 제왕절개 분만 시 입원진료비를 면제하였다. 또한, 중증질환자의 본인부담률(식대 포함)은 10%였으나 2010년부터 5%(중증암의 경우 2009년 12월부터)로 경감하고, 2013년 10월부터 1종 의료급여 수급권자 자격을 부여하고 본인 부담을 면제하였다.

그리고, 저소득층인 기초생활보장수급자 중에서도 상대적으로 의료비 본인부담률이 높은 의료급여 2종 수급권자에 대해 입원본인부담률을 15%에서 10%로 인하하고, 매 6개월간 120만 원이던 본인 부담 상한액을 매 6개월 60만 원으로 인하하였다. 또한, 희귀난치성질환자의 보호를 강화하기 위해 희귀난치성질환의 범위를 건강보험에서 인정하고 있는 수준(치매, 정신질환, 잠복결핵 제외)으로 확대

하였다. 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, 중복암에 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 기타염색체 이상질환을 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 외래진료에 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 약제비를, 2020년에는 정신질환자의 안전한 진료환경 조성을 위한 입원환자 안전관리료와 코로나바이러스 감염증-19와 같은 감염병 확산 등에 적극 대응할 수 있도록 필요시 관련 비용을 건강보험처럼 별도 산정할 수 있도록 하였으며, 2021년에는 식대 및 정신요법료를 정액수가 외에 별도 산정 할 수 있도록 개선하였다.

2018년에는 그동안 불합리하다고 지적되어왔던 혈액투석 시 만성신부전과 관련 없는 다른 상병에 대한 치료비는 기존의 혈액투석 정액수가와 별도로 비용 산정되도록 개선하였다. 2021년에는 건강보험 수가 조정률과 연동하여 자동 조정될 수 있도록 수가 산정 방식을 금액에서 점수제로 변경하는 한편, '22.7월 치료식을 제외한 식대를 건강보험 의원급 수준으로 단가 인상하였다.

또한, 의료급여법 개정을 통해 수급권자의 권익 증진 및 의료 보장성을 강화하였다. 의료급여 관련 다양한 의견 수렴을 위해 중앙의료급여심의위원회 구성 인원을 확대(10인→15인)하고, 수급권자가 의료급여를 거부한 경우 다시 급여 적용을 원하더라도 당해 연도에는 재적용을 금지하던 법률 규정을 삭제하여 수급권자 입장에서 의료접근성을 보장하고자 하였다. 급여비용 관련 심사기관(건강보험심사평가원)에의 이의신청 대상 및 신청 주체를 확대(의료기관만 신청 가능 → 심사 · 조정 항목에 한하여 수급권자도 신청 가능 → 적정성 평가 · 급여비용 확인까지 신청)하였다. 그리고 의료급여 적정성 평가 결과의 공개근거를 명문화하여 의료기관의 자발적 진료행태 개선을 유도하고, 수급권자의 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 급여화하였고 2020년에는 여성생식기(자궁 · 난소) 및 눈 초음파를 급여화하였다. 또한, 2021년에는 혈액투석에 있어 정액점수제로 전환 및 정신과 입원 수가 중 식대·정신요법료 행위별 수가 전환을 시행하였다. 그리고 '22년에는 두경부 초음파, 퇴행성 질환 척추 MRI 등을 급여화하였다.

나. 의료급여 재정 안정화

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

특히, 의료급여 수급권자 중 노인인구 비중이 2016년도 32.9%에서 2022년도 41.2%로 점차 증가되는 상황을 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)

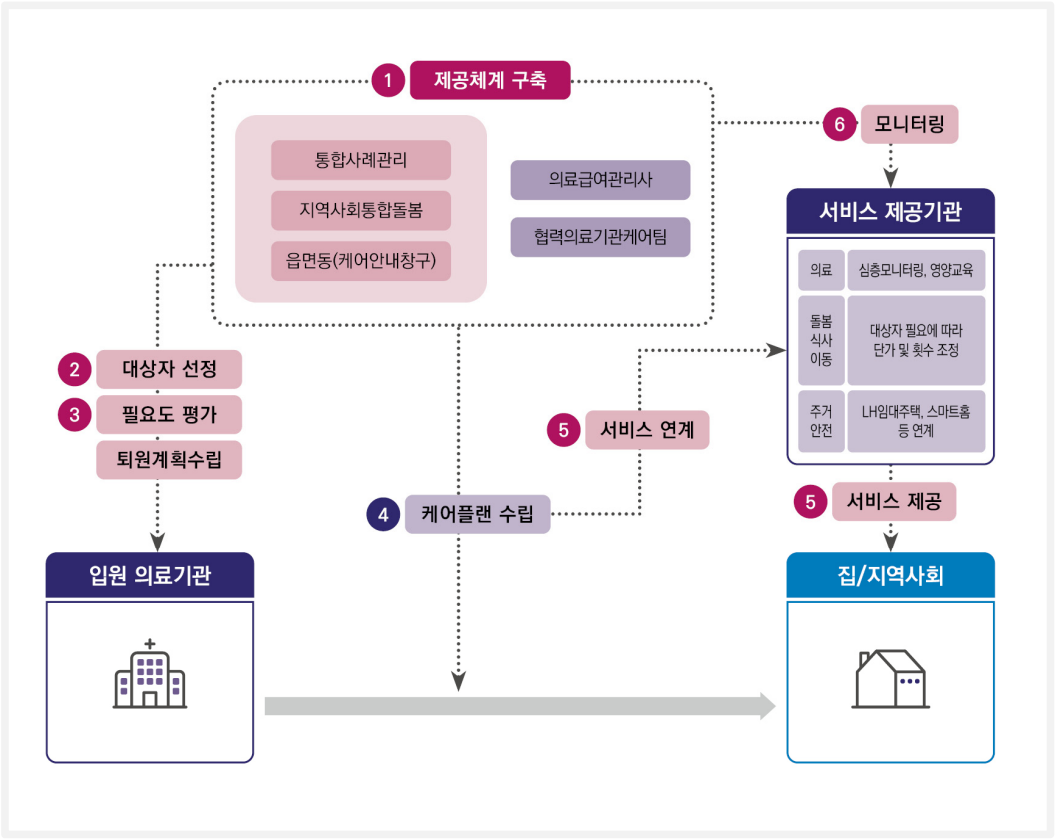
구 분	2017	2018	2019	2020	2021	2022
전체 수급권자 수	1,498,431	1,493,613	1,487,557	1,507,981	1,526,632	1,516,507
65세 이상 수급권자 수 (비중)	511,858 (34.2%)	523,790 (35.1%)	543,292 (36.5%)	573,621 (38.0%)	602,558 (39.5%)	625,276 (41.2%)
총진료비	71,157	78,070	85,900	90,489	97,679	103,343
65세 이상 총진료비 (비중)	34,075 (47.9%)	37,942 (48.6%)	42,323 (49.3%)	45,462 (50.2%)	49,903 (51.1%)	53,972 (52.2%)

2019년 12월부터는 불필요한 의료급여 지출을 최소화하고 합리적 의료이용을 유도하기 위해 지자체 자율점검제를 운영하고 있으며, 분기별 실적을 점검하는 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 연장승인제도의 도입을 위한 연구를 실시할 계획이다.

그리고, 장기입원 의료급여 수급권자가 지역사회에서 적절한 의료 · 복지 지원을 받을 수 있도록 2019년 6월부터 13개 시 · 군 · 구를 시작으로, 2021년 7월부터 38개 시·군·구에서 재가 의료급여 시범 사업을 추진하고 있다. 재가 의료급여 시범 사업을 통해 의료급여 수급권자가 독립적이고 안정적인 재가 생활이 가능하도록 개인별 욕구와 필요도에 기초해 의료 · 주거 · 돌봄 · 식사지원 등의 전반적인 서비스를 제공하고 있다.

|그림 2-1-7| 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 근로빈곤층의 자립을 지원하는 방향으로 추진되고 있다. 이에 따라 기초수급자가 국가 지원에서 벗어나 자립하고, 차상위계층이 빈곤층으로 전락하는 것을 방지하기 위한 사전예방정책으로써 맞춤형 자립지원정책이 강화되고 있다.

Ⅱ 자활지원사업의 개선

1. 자활사업 확대 및 내실화 추진

가. 자활사업 대상자 확대와 관리 강화

빈곤층의 탈빈곤과 탈수급을 촉진하기 위해서 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.

집필자 자립지원과장 김영아

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 장애등급 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 임상증상 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. 2020년에는 활동능력평가의 인지능력항목 편중도를 개선하여 신체능력항목 배점 점수 상향 및 항목 개선으로 평가의 객관성 및 타당성을 제고하는 방향으로 고시를 개정하였다. 2022년에는 의학적으로 호전가능성이 없는 질환에 대하여 의학적 평가를 면제하고 의학적 평가에 연금공단의 장애인등록 심사자료를 활용하는 등 정기평가 반복에 따른 대상자의 부담이 축소되도록 고시를 개정하였다.

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 소득지원과 빈곤예방 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 개선하되, 자활참여 희망자의 증가에 따라 지역여건을 고려하여 지자체 판단에 따라 참여 가능하도록 하였다.

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 사업으로 구분한다. 대상자에 대한 밀착 관리가 불필요하고 즉시 시장에 진입 가능한 대상에게는 고용노동부 사업(구 취업성공패키지, 2021년부터 국민취업지원제도 II 유형)에, 밀착 사례관리와 보건복지 서비스 지원이 필요한 복합 취약계층은 보건복지부 사업에 배치된다.

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

|표 2-1-16| 자활사업 유형별 자활참여 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 명)

구 분		자활사업 (계)	보건복지부 (소계)	자활 근로	희망저축 계좌 I	희망저축 계좌 II	취업지원 [고용부] 의뢰
총계(A+B+C) (실인원)		94,577 (100.0%)	80,317 (84.9%)	58,902	5,160	16,255	14,260
기초수급자	계(A)	72,677	59,232	54,072	5,160	-	13,445
	조건부수급자	46,008	33,638	33,638	-	-	12,370
	일반수급자	12,827	11,792	11,792	-	-	1,035
	자활급여특례자	8,682	8,642	8,642	-	-	40
	취 · 창업수급자	5,160	5,160	-	5,160	-	-
차상위자(B)		21,085	21,085	4,830	-	16,255	-
기타(C)		815	-	-	-	-	815

※ 출처 : 복지정보통계시스템

※ 희망키움통장(22년 신규가입 중단)은.12월말 기준 유지자 기준 / 희망저축계좌(22년 도입)는 당해연도 가입자 기준

1) 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.

2012년 60개 지역을 시작으로 2022년 기준 125개 지역자활센터 내에 별도의 자활사례관리사를 배치하였으며 최종적으로 전국 250개 모든 지역자활센터에서 전문서비스를 제공할 수 있도록 계획을 추진하고 있다. 또한, 2013년부터 신규 자활사업 참여자의 욕구, 적성, 능력, 여건에 따라 사업단 배치에 앞서 초기교육을 실시하고 개인별 맞춤형 자립계획 및 경로 제공과 적절한 프로그램 연계로 효과적인 자립을 지원하는 경로설정 지원 Gateway 프로그램을 도입하여 운영하고 있다.

2) 자활근로사업

자활근로사업은 주로 한시적 일자리를 제공하는 공공근로사업과는 달리 저소득층의 자활촉진을 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 자활근로사업 등으로 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 특성화된 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. 2018년부터 자활 참여기간을 60개월로 연장하였다. 자활근로사업은 2022년 기준 약 5.9만명이 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 도입하기도 하였다. 최근 청년 수급자 증가 등을 고려하여 청년자립도전사업단과 같은 특화사업단을 운영하는 등 대상자 맞춤형 자활사업을 지속 추진하고 있다.

3) 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 채산제 형태로 창업하는 형태이다. 자활기업 활성화를 통한 저소득층 자활 촉진을 위하여 한국자활복지개발원은 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 특별보증 및 경영컨설팅을 제공한다. 넷째, 최대 5천만 원까지 시설보강 사업비를 지원한다. 다섯째, 자활기업의 사업개발비를 지원한다. 여섯째, 탈수급자를 대상으로 자활기업에 4대 보험 기업부담금을 지원한다. 일곱째, 우수 자활기업에 최대 1억 원을 지원한다. 여덟째, 자활기업에 국 · 공유지를 우선적으로 임대하도록 지원한다. 아홉째, 자활기업 생산품의 우선구매를 지원한다. 이러한 지원을 바탕으로 2022년 말 기준 1,012개의 자활기업이 우리 사회의 다양한 영역에서 저소득계층의 자활 촉진을 위한 교두보의 역할을 수행하고 있다. 자활기업의 업종별 현황을 살펴보면 청소·소독(21.4%), 집수리(20.7%), 배송(14.9%), 음식점(11.7%), 간병·돌봄(7.5%), 기타(23.8%) 등으로 구성되어 있다.

|표 2-1-17| 자활기업 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 개, %)

계	청소·소독	집수리	배송	음식점	간병·돌봄	기타
1,012	217	209	151	118	76	241
(100.0)	(21.4)	(20.7)	(14.9)	(11.7)	(7.5)	(23.8)

이와 함께, 보건복지부에서는 취약계층 정부양곡의 안정적인 배송을 위해 '희망나르미'를 2012년 7월 전국 자활기업 1호로 인정한 것을 시작으로, 2022년 말 현재 총 4개소의 전국 자활기업을 인정하고 있다.

보건복지부가 인정하는 전국자활기업은 전국 단위의 규모화 · 광역화된 자활사업을 수행하고, 시장 경쟁력 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.

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 2월에 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), 2021년에 1개 지역(제주도) 추가 설치되면서 총 16개소로 확대되었다.

지역자활센터는 자활사업 수행의 핵심기관으로 자활근로사업 수행, 자활기업 창업지원, 취업알선 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, 2022년 250개소를 운영하고 있다. 한편, 지역자활센터의 운영비 지원 시 자활사업 참여자 수 등을 고려하는 방식을 도입하였으며, 운영의 안정성을 도모하기 위하여 3년마다 규모별 평가를 실시하고 있다.

|표 2-1-18| 시·도별 광역 및 지역자활센터 현황

('22. 12. 단위 : 개소)

구 분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종
광역자활센터	16	1	1	1	1	1	1	1	-
지역자활센터	250	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	1
지역자활센터	33	18	12	14	17	23	20	20	4

2) 창업지원사업

가) 자활기금 설치·운영

「국민기초생활보장법」 제18조의7 규정에 따라 보장기관인 지방자치단체에서는 이 법에 따른 자활지원사업의 원활한 추진을 위하여 자활기금을 적립한다. 재원은 지방자치단체의 출연금, 자활근로 수익금, 기금의 운용수익 등이 있으며 기금의 운용관리를 위해 각 지방자치단체는 조례를 두고 있다. 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 무보증대출은 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·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 이루어질 수 있도록 인센티브를 부여하는 것이다.

이러한 취지에서, 2010년 4월부터 취업수급자가 일정 금액을 매월 저축(적립)하면, 정부 근로소득 장려금, 민간 매칭금(2014년 이후 가입가구는 미지원하였으나 2019년도 9월부터 재지원)을 추가로 지원하여 적립금을 많이 축적할 수 있도록 돕고, 사업참여자가 탈수급하면 이를 모두 지급하는 '희망키움통장Ⅰ' 제도를 실시하였다. '희망키움통장Ⅰ'은 일하는 생계 · 의료 수급가구로서 근로 · 사업소득이 기준 중위소득 40%의 60% 이상인 수급가구에서 수급자가 매월 10만 원씩 적립할 경우, 월 평균 36만 원의 정부 지원금(근로소득장려금)을 추가로 적립함으로써, 3년 후 생계 · 의료 수급가구에서 벗어나면 최대 2,818만 원(4인 가구 기준, 월소득 180만 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| 희망키움통장Ⅰ 지원 내용(2021년 기준 중위소득 기준)

〈 2021년도 본인적립금 10만 원 신규 가입자의 지원 내역 〉		
① 평균 지원액	3인 가구 (월소득 150만 원)	본인저축 10+월 근로소득장려금 46.2 + 월 민간매칭금 2 = 월 58.2만 원 ⇒ 3년간 약 2,095만 원
	4인 가구 (월소득 180만 원)	본인저축 10+월 근로소득장려금 53.5 + 월 민간매칭금 2 = 월 65.5만 원 ⇒ 3년간 약 2,358만 원
② 최대 지원액	3인 가구	본인저축 10+월 근로소득장려금 54.2 + 월 민간매칭금 2 = 월 66.2만 원 ⇒ 3년간 약 2,383만 원
	4인 가구	본인저축 10+월 근로소득장려금 66.3 + 월 민간매칭금 2 = 월 78.3만 원 ⇒ 3년간 약 2,818만 원

‘희망키움통장Ⅰ’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 가구, 2020년 1.2천 가구, 2021년 1.3천 가구를 신규로 추가 모집하였다. 2010년 이후 2021년까지 총 47천 가구에 대하여 지원하였다. 3년 만기가 지난 2010년~2018년 가입가구의 만기 해지 현황을 살펴보면, 가입자 중 62.7%가 탈수급에 성공하였다.

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 자활 사업 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, 2019년 3천 9백 명, 2020년 4천 명, 2021년도에는 4.7천명 등 총 3만 4천 명이 가입하였다.

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, 2020년 5.9천 가구, 2021년 6.5천 가구 등 총 10만 3천 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.

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. 2019년 4천 7백 명, 2020년 1천 여 명, 2021년 1천명을 지원하였다.

2020년도에는 새로운 빈곤층으로 대두되고 있는 일하는 차상위계층의 청년에게 빈곤층으로의 하락을 방지하고 청년이 사회에 안착할 수 있도록 자산을 형성하고 자립할 수 있도록 지원하는 “청년저축계좌”를 도입하여, 2020년 7,156명, 2021년 4,025명을 신규 모집하였다.

이렇게 여러 가지 유형과 상이한 기준으로 운영하던 기존의 통장사업을 2022년에는 수급유형별 가구단위 지원으로 정비하고, 청년층 특성을 고려한 개인단위 청년지원을 강화하기 위해 5개 통장(희망키움통장Ⅰ·Ⅱ·내일키움통장·청년희망키움통장·청년저축계좌)에서 3개 통장(희망저축계좌Ⅰ·Ⅱ, 청년내일저축계좌)으로 통합·개편하여 시행하였다. 개편된 통장가입자에게는 수급자 정부지원금을 10만원 또는 30만원으로 통일하고 가입자 특성에 맞는 다양한 재원의 정책별 추가지원금을 지원한다. 또한 가입자 중심의 자유적립 통장을 전면 도입하여 소득형편에 따라 추가저축, 분할해지 할 수 있도록 유연화하여 시행하였다.

희망저축계좌Ⅰ은 2022년 4월 시행하여 사업시행 첫해 총 3,444명이 가입하였는데 일하는 생계·수급가구의 탈빈곤을 위해 10만원 저축 시 근로소득 장려금 30만원을 매칭 지원하고, 탈수급장려금과 자활근로사업 참여자에게 지원되는 내일키움장려금, 내일키움수익금 등이 추가지원된다.

희망저축계좌Ⅱ는 근로빈곤층의 생계·의료수급가구 진입을 사전에 예방하고, 중산층으로의 진입을 지원할 수 있도록 주거·교육수급가구 및 차상위까지 지원을 확대하여 2022년 4월 시행, 총 5,451명이 가입하였다. 10만원 저축 시 근로소득장려금 10만원 매칭지원하고, 자활근로사업 참여자에게는 내일키움장려금, 내일키움수익금 등이 추가지원된다.

2022년 7월 시행된 청년내일저축계좌의 가장 큰 특징은 기존의 청년지원대상 자산형성사업이 기준중위소득 50%이하의 차상위 청년만 지원하던 기준에서 벗어나 기준중위소득 100% 이하의 청년까지 지원대상을 확대한 것이다. 기준중위소득 50% 이하의 청년은 기존 사업에서 유지하고 있던 연령 기준을 동일하게 적용하여 만 15세~만 39세까지 가입이 가능하고, 기준중위소득 50%초과 ~ 100%이하의 청년은 만19세~만 34세까지 연령 기준을 상이하게 적용한다. 지원 금액도 기준중위소득 50% 이하의 청년에게는 청년저축계좌에서 지원하던 정액 30만원을 매월 지원하며 기준중위소득 50%초과 ~ 100%이하 청년에게는 매월 10만원의 지원금을 지원토록 하였다. 개편 첫해 차상위이하 청년 28,374명 및 차상위초과 청년 14,090명이 청년내일저축계좌에 가입하였다.

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, 2021년 기준 전국 98개소의 고용복지+센터에서 고용-복지 통합서비스를 제공하고 있다.

2. 자활사업 성과와 한계

가. 성과

국민기초생활보장제도는 근로능력 여부와 관계없이 저소득층의 최저생활을 보장하여 우리나라 공공부조정책의 패러다임을 전환하는 계기를 조성하였으며, 근로능력자에 대한 조건부수급자제도를 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 제1차 기초생활보장 자활급여 기본계획(2018~2020)을 수립 · 시행('17. 8.)하였으며, 2020년에는 제2차 기본계획(2021~2023)을 수립하였다('20. 8.).

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.

2018년 발표된 자활기업 활성화 대책에 따라 자활기업 창업 후 지원체계를 강화하였다. 청년 취·창업 활성화를 위하여 청년채용 자활기업과 고용유지 청년에 대한 추가지원으로 일손이 부족한 자활기업과 구직 중인 청년층의 매칭을 유도하였고, 청년 자립도전 자활사업단 도입('18년)으로 청년의 역량을 강화하여 자활기업 창업을 지원하였으며, 자활기업 리더 육성을 위하여 2019년부터 청년 자활참여자에 대해 청년자활 내일키움 아카데미를 운영하여 2020년까지 241명이 수료하였다. 국민기초생활보장법 개정('19. 7.)을 통해 지원대상 자활기업의 범위를 완화하여 지원대상을 확대하였으며, 자활기업의 공공사업 유치 지원을 위하여 도시재생 등 공공사업 연계를 통한 자활기업 일자리 창출, 자활기업 대상 수의계약 제도 신설('18. 7.) 및 지자체 합동평가 지표 반영('20년~) 등을 시행하였다.

2010년 희망키움통장 이후 시행된 자산형성 지원사업은 수급가구뿐만 아니라, 차상위계층 등 저소득층 및 청년층까지 확대되었으며, 근로빈곤층에 대하여 저축 습관, 근로활동 변화 등 행태 및 삶에 대한 긍정적인 인식변화에도 기여한 것으로 평가되고 있다. 희망키움통장 참여자의 높은 탈수급 성공률은 저축 경험과 정부 매칭을 통한 저소득층 자산형성지원과 함께 근로 인센티브 및 사회서비스 연계를 통해 탈수급·탈빈곤을 촉진하고 빈곤을 예방하는 직접적인 정책효과를 보여준다. 또한, 탈수급에 성공한 가구 중 불과 5%에도 미치지 않는 낮은 재수급 비율을 통해 자산형성 지원사업의 성과가 지속되고 있는 것으로 평가된다.

자활사업의 참여규모는 2018년 4.2만 명에서 2022년 5.9만 명으로 증가 추세이며, 저소득층의 근로 경력 창출 및 자립에 기여하였다. 특히 2020~21년에는 코로나19로 인해 취업난이 가중되고 특히 취약계층 대상 일자리가 감소하는 가운데, 탄력적 유급 휴관 및 규제 완화를 통해 안정적 생계 유지를 지원하였다.

|표 2-1-20| 자활사업 참여현황 및 자활성공률

구분	참여자	생계급여 수급자 수(명)	탈수급자(명)	취·창업자(명) (수급유지)	자활 성공율(%)
2020년	55,436	28,198	6,941	355	25.87
2021년	60,476	32,012	7,969	430	26.24
2022년	58,902	31,176	7,073	504	24.30

* 생계급여탈수급자수 + 취창업자수 / 업그레이드형 자활사업+gateway+창업지원 참여 수급자 수(사망, 전출 제외)

나. 한계

자활사업은 조건부수급자와 기초생활 수급자 및 차상위계층이면서 일반 노동시장에 진입하지 못한 이들 중 다소 근로능력이 미약한 이들을 대상으로 운영됨에 따라 탈수급 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, 자활사례관리사가 모든 지역자활센터에 배치되지 못하여 적절한 서비스 연계가 다소 미흡하고, 사업단 규모도 영세한 편이다. 또한, 자활근로사업단이 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 사례관리자 배치를 현행 125개소에서 전국 250개소로 확대하는 등 사례관리를 강화하고, 시간제 자활근로 · 청년자립도전 사업단 등 맞춤형 자활프로그램을 내실있게 운영할 계획이다. 또한, 한국자활복지개발원 · 광역자활센터 · 지역자활센터 등 자활지원조직 간 유기적인 업무 추진으로 체계적인 자립지원 정책 수행을 뒷받침할 계획이다. 또한, 자활기금 융자 확대 등을 통해 자활기업 성장단계에서도 충분한 지원이 이뤄지도록 할 예정이다. 이와 함께, 빈곤층의 근로유인 제고를 위해 매년 자활사업 참여자를 확대하고 단가를 인상하여 빈곤의 경계선에 있는 계층에 대하여 자립 지원을 강화할 계획이다.

제2차 자활급여 기본계획에 따라 탈수급 일변도인 자활 사업의 목표를 탈수급 뿐만 아니라 근로미약자의 참여 역량 및 삶의 질 제고로 명시적으로 전환할 예정이다. 이를 위해 경제적 성과 창출에 집중된 자활 지원 프로그램이었으나, 정서적 자활 및 근로 역량 배양 기능을 강화하여 저소득층의 종합적 자립을 지원할 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.

집필자 기초생활보장과장 민영신

2. 긴급복지지원의 기본 원칙

가. 선지원 후조사 원칙

위기상황에 처한 사람이나 관계인이 지원요청 또는 신고할 경우 긴급지원담당공무원의 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 지원 연장하며, 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 중복지원 금지의 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.(개인 단위 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, 구금시설에 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 경우(전류 제한기를 부설한 경우를 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 1년 이상의 영업을 지속한 후 휴·폐업신고를 한 경우
    나) 긴급지원 신청일 기준 휴·폐업 신고일이 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」 제10조제1항2호 및 같은 법 시행령 제3조제1항에서 정한 적용제외 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
10) 주소득자 또는 부소득자가 무급휴직 등으로 소득을 상실한 경우
11) 자영업자, 특수형태근로종사자 또는 프리랜서인 주소득자 또는 부소득자의 소득이 급격히 감소한 경우

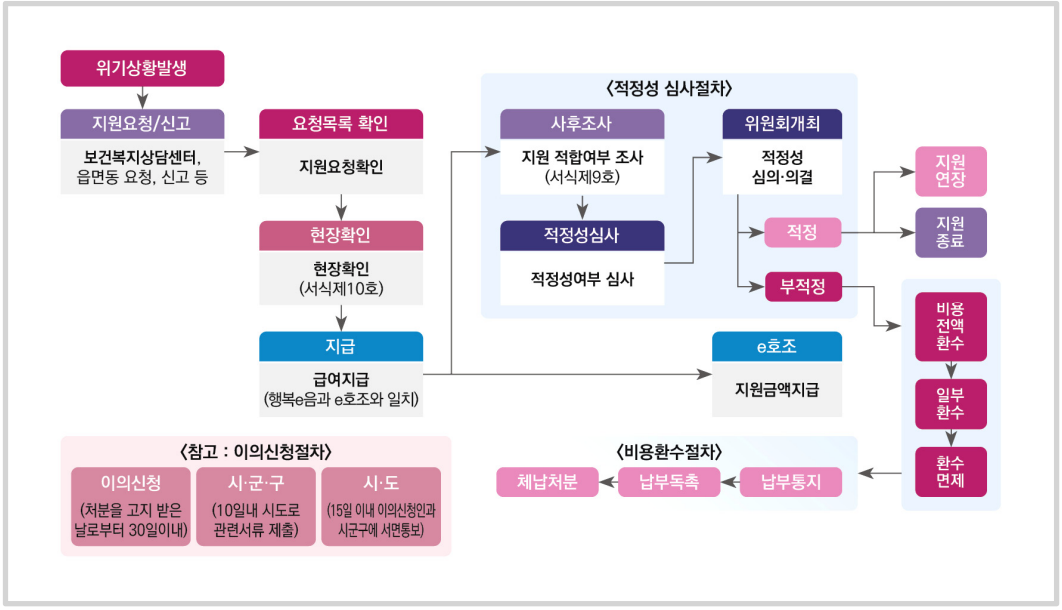
* 10)과 11)은 코로나바이러스 감염증-19로 인하여 생계유지 등이 어렵게 된 경우에 한하여 적용

|표 2-1-21| 긴급 지원의 내용 및 기간(2022년 기준)

종 류		지원내용	최장지원 횟수
금전·현물 지원	생계 지원	• 식료품비, 의복비 등 1개월 생계유지비 - 1,536.3천원/월(4인 기준)	6회
	의료 지원	• 각종 검사, 치료 등 의료서비스 지원 - 300만 원 이내	2회
	주거 지원	• 국가·지자체 소유 또는 타인 소유의 임시거소 제공 - 643.2천원/월 이내(대도시, 4인 기준)	12회
	사회복지 시설이용 지원	• 사회복지시설 입소 또는 이용서비스 제공 - 1,450.5천원/월 이내(4인 기준)	6회
	교육 지원	• 가구원 내 초·중·고등학생의 학용품비 등 - 초 124.1천원/분기 - 중 174.7천원/분기 - 고 207.7천원/분기 및 수업료·입학금	2회 (4회)*
	그밖의 지원	• 위기사유 발생으로 생계유지가 곤란한 사람에게 지원 - 동절기(10월~3월) 연료비 : 106.7천원 /월 - 해산비(70만 원)·장제비(80만 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 2-1-8| 긴급지원의 체계



|표 2-1-22| 긴급복지지원 현황

(단위 : 건, 백만 원)

구 분		계	생계 지원	의료 지원	주거 지원	교육 지원	그 밖의 지원*
2019	지원건수	336,782	220,497	34,643	15,521	759	65,362
	지원금액	159,181	106,044	44,553	3,210	198	5,177
2020	지원건수	839,967	600,097	42,076	22,993	892	173,909
	지원금액	394,289	318,708	56,690	4,823	249	13,819
2021	지원건수	673,376	443,313	47,215	16,115	652	166,081
	지원금액	320,906	237,397	67,021	3,259	189	13,040
2022	지원건수	491,824	315,215	40,089	12,090	543	120,751
	지원금액	344,672	239,730	87,939	3,709	126	13,168

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.

첫째, 급격한 물가상승 등으로 생계에 어려움을 겪고 있는 저소득층 위기가구의 생활안정 지원을 위해, 기준중위소득의 26% 수준에 머물렀던 '긴급복지 생계지원금' 을 2022년 7월부터 기준중위소득의 30% 수준까지 인상하였다.

둘째, 현금화가 곤란한 실거주 주택 1개소에 대해 일반재산에서 공제할 수 있도록 '주거용재산 공제한도액'을 신설하여 긴급복지지원 대상자 선정기준을 완화하였다.

* 대도시 6,900만 원, 중소도시 4,200만 원, 농어촌 3,500만 원

2. 향후 계획

복지사각지대를 해소하기 위하여 긴급복지지원 대상자를 확대하고, 생계지원금 인상 등을 통해 최후의 사회안전망으로써의 역할을 강화해 나갈 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 지원체계 개편

기존의 노숙인쉼터와 부랑인복지시설로 구분되었던 노숙인 복지서비스전달체계를 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 근거하여 입소자 욕구별 맞춤서비스를 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 적절히 제공하고 관리할 수 있도록 종합지원시스템을 구축하였다. 기존 사회복지시설정보시스템의

집필자 자립지원과장 김영아

이력 관리, 서비스 관리 기능을 대폭 개선하여 권역별 종합지원센터에 설치하는 통합지원시스템과 연계함으로써 관할지역 내 노숙인의 이력 및 서비스 이용에 대한 총괄 관리를 수행하고 있다. 노숙인 종합지원시스템 구축을 통하여 노숙인의 개인별 욕구를 체계적으로 관리하여 지역사회 복귀를 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 하고 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 사회복귀프로그램을 추진하여 단순 수용 보호를 벗어나 생활자의 작업 능력에 맞는 다양한 프로그램 개발을 도모하고, 지역 주민과의 유대를 강화하여 입소자들이 보다 용이하게 지역사회에 접근할 수 있도록 지역사회의 인적 · 물적 자원을 최대한 활용하도록 하고 있다.

|표 2-1-23| 연도별 노숙인 및 쪽방주민 현황

(단위 : 명)

연도	'14	'15	'16.10월	'17	'18	'19	'20	'21.5월	'22	전년대비
노숙인	12,347	11,901	11,340	10,828	10,801	10,875	9,470	8,956	8,469	△487
쪽방주민	5,992	6,147	6,192	6,053	5,705	5,641	5,396	5,448	4,775	△673

* (기준) 2016년도, 2021년도는 노숙인 등 실태조사 결과, 기타 연도는 행정조사(연말기준) 자료

|표 2-1-24| 시도별 노숙인 및 쪽방주민 현황

('22년 말 기준, 단위 : 명)

구분	합계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
합계	8,469	2,937	618	739	537	103	255	34	78	700	210	554	47	247	598	287	393	132
일시보호	554	447	8	10	4	1	21	-	-	22	11	-	-	8	8	-	6	8
거리	1,040	455	99	110	98	21	40	9	1	121	9	8	24	25	3	1	14	2
자활	1,078	592	39	61	17	19	81	25	-	142	19	12	23	46	-	2	-	-
재활	3,052	197	314	404	364	62	113	-	77	309	-	133	-	115	481	71	290	122
요양	2,745	1,246	158	154	54	-	-	-	-	106	171	401	-	53	106	213	83	-
쪽방주민	4,775	2,445	916	624	394	-	396	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 2022년에는 49개소로 줄어들었다.

2) 노숙인 재활 · 요양시설

2022년 말 기준으로 노숙인 재활 · 요양시설 55개소에 5,797명의 생활자를 보호하고 있다. 노숙인 재활 · 요양시설의 관리 · 운영비 지원은 2022년부터 지방 이양되었으며, 국고와 지방비 매칭(50:50)으로 기능보강사업비 약 42억 원 등을 지원하여, 노후 시설을 현대화하고 부대시설을 보강하는 등 입소 환경이 개선될 수 있도록 노력하였다.

3) 노숙인 종합지원센터

노숙인 시설 입소를 기피하는 거리노숙인 보호를 강화하기 위하여 전국 대도시 역 근처에 노숙인 종합지원센터 13개소를 설치 · 운영하여, 노숙인에 대한 상담 · 시설 연계 기능을 특화하여 노숙인의 특성별 · 욕구별 맞춤 시설로 연계하고 있다.

4) 쪽방상담소

쪽방은 서울 · 부산 등 유동 인구가 많은 대도시 역 주변 및 재래시장 인근 지역 등에 주로 분포되어 있으며, 2022년 말 현재 5개 대도시 지역의 밀집된 쪽방에 4,775명이 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 노숙인지원체계로서 쪽방상담소에 대한 법적 근거를 마련(「(약칭)노숙인복지법」)하였다.

5) 기타(거리노숙인)

거리노숙인은 지속적으로 증가하다 2010년 1,077명으로 감소하였으나, 2013년 1,197명으로 다시 증가하였고, 2022년 말에는 1,040명으로 감소하였다. 거리노숙인 수는 경기 침체로 인한 쪽방 생활자의 거리노숙인 전락, 신용불량 등으로 인해 신분 노출을 우려하여 노숙인시설 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 적정한 의료 지원을 받도록 하는 등 이들의 건강권을 최대한 보호할 수 있는 예방 대책을 마련하고 있다.

특히 2021년에는「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따라 '노숙인 등 실태조사'를 시행하고, '제2차 노숙인 등의 복지 및 자립지원 종합계획'을 수립하여 노숙인 등의 권리 보장과 지역사회 재정착 지원을 위한 체계 구축 토대를 마련하였다.

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) 지원 사업(2012. 11.~2013. 4.) 종료 후 노숙인 종합지원센터의 주요 기능으로 정착시키기 위해 2013년 5월부터 '거리노숙인 위기관리사업'으로 정부 지원(150백만 원) 하였고, 2014년부터 2022년까지 국비 193백만 원을 지원하며 거리노숙인 밀집 지역인 전국 6개(서울2, 부산, 대구, 대전, 경기)에서 상시 보호 체계로 운영 중이다.

국민취업지원제도(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 거리노숙인에 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 여성노숙인 특화사업 등을 수행하고 있다.

2022년에는 거리노숙인 보호를 담당하고 있는 '노숙인종합지원센터'와 '노숙인일시보호시설'이 설치되어 있지 않은 지역의 노숙인시설에서 거리노숙인 현장 보호활동을 할 수 있도록 '거리노숙인 지원 전담조직'을 구성하여 3개 지역(인천, 울산, 전주)에서 운영하고 있다.

제6절 농어촌 주민의 보건복지 증진

I 개요

1. 추진 배경

국내 경제에서의 농어업 비중은 지속 감소하고 2%대에 정체하여 농축산 원물 생산에 의존한 농업·농가경제 성장은 한계상황이며, 어업의 상황도 크게 다르지 않다. 특히, 노인인구 비율이 높은 농어촌지역의 특성과 30대 이하 젊은 층이 주도하는 인구 유출 흐름으로 인해 인구 고령화와 급속한 지역소멸은 농어촌에서 더욱 심각한 영향을 초래할 우려가 있다. 상당수 지역은 마을 소멸 위기를 겪고 있으며, 도농 간 소득 격차 심화 등 상대적 빈곤까지 고려할 때 농어촌주민의 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 「농어촌주민의 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 2010~2014, 제3차 2015~2019, 제4차 2020~2024

제3차 기본계획에 이어 2020년에는 「제4차 농어촌 보건복지 기본계획(2020~2024)」을 수립하였으며, 매년 관계부처 및 지방자치단체에서는 5개년 기본계획에 따라 연도별 추진계획을 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.

집필자 복지정책과장 김문식

Ⅱ 농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 대책 추진

1. 국민기초생활보장 및 자활지원

농어촌의 지역 여건과 특성을 반영한 맞춤형 사회안전망 확충을 위하여 농어촌에 대해서 국민기초생활보장제도의 특례를 적용하고 있다. 수급자 선정 및 급여액 결정의 기준이 되는 소득인정액 산정시 농어촌 주민에 대한 지원금의 일부를 소득에서 제외하거나, 경작농지의 일부를 재산의 소득환산액에서 제외하여 사실상 선정기준을 완화하고 있다. 농지 1ha 미만 소유(임차)자에 대하여 「농산물의 생산자를 위한 직접지불제도 시행규정」에 따른 경영이양소득 보조금, 조건 불리지역소득 보조금, 「농업·농촌 공익기능 증진 직접지불제도 운영에 관한 법률 시행령」에 따른 친환경농업 직접지불금, 친환경축산 직접지불금, 논활용 직접지불금, 「농업·농촌 공익기능 증진 직접 지불제도 운영에 관한 법률」에 따른 기본 직접지불금 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 소득환산기준을 완화하여 적용한다.

근로능력이 있는 빈곤 계층의 탈빈곤 촉진을 위한 자활사업의 경우, 시간제 사업단 참여조건을 완화하여 농어촌 고령자 등 가구원을 간병·보호하여야 하는 저소득층의 자활 참여를 유도하였다.

2. 사회복지서비스

급격한 농어촌 고령화에 따라 농어촌 지역의 노인의 장기요양 욕구 충족 및 부양가족의 부담 경감을 위해 노인요양시설 등에 대한 기능보강을 지원한다. 또한 장애인복지 인프라가 취약한 농어촌 지역의 장애인 복지자원 발굴을 위해 민관협력 기반 장애인전담민관협의체를 운영하여 장애인에게 특화된 사례관리를 실시하고 지역사회 자원을 발굴하고 있다. 이와 더불어 읍·면·동 장애인 대상 상담 시 장애유형, 장애정도, 연령에 따라 받을 수 있는 서비스를 선별하여 안내하고 있다.

또한, 농어촌 지역의 보육서비스 접근성과 질 개선을 위하여 농어촌 취약 지역에 국공립 어린이집을 지속적으로 확충('22. 54개소 확충)하고, 농어촌 어린이집에 차량운영비('22. 8천대)를 지원하고 있다.

3. 사회보험

의료이용 접근성이 낮은 농어촌지역에 거주하는 농 · 어업인의 건강보험료를 지원하여 소득 · 재산 수준에 따라 최대 50%까지 지원하고 있다. 또한 농·어업인의 안정적인 노후생활을 도모하기 위하여 연금보험료를 최대 50%까지 지원한다.

2021년부터는 농 · 어업인 연금보험료 기준소득금액을 100만 원으로 인상하여 월 최대 지원액을 전년대비 1,350원을 인상하였고, 2022년에는 외국 국적 농업인도 건강보험료 일부를 경감할 수 있도록 지원 근거를 마련하였다.

4. 보건의료 기반 개선

공공보건의료 기반 강화를 위하여 지방의료원('22. 35개소) 및 적십자병원('22. 6개소)의 시설 · 장비 현대화를 추진하였으며, 농어촌 지역 공공보건기관의 기능 보강('22. 시설 개선 97개소, 의료장비지원 761개소, 차량지원 147대, 병원선 수리비 5척 등)을 통해 도서 오 · 벽지 의료취약지역 농어촌 주민에게 양질의 보건의료서비스를 제공하기 위해 노력하고 있다.

또한, 응급의료취약지역의 응급의료기관(당직의료기관 포함)의 운영 지원을 통해 응급의료 관련 인프라 유지와 질 제고에 기여하고, 취약지 응급영상판독 지원사업('22. 31개 의료기관)을 통해 취약지 응급의료기관에 내원한 환자의 영상판독을 실시간으로 지원하는 등 다각적인 노력을 기울이고 있다.

제7절 사회보장정보시스템

I 개요

1. 사회보장정보시스템(행복이음) 소개

사회보장정보시스템(행복이음)*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 '깔때기 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.

집필자 복지정보기획과장 정태길

[사회보장정보시스템(행복이음) 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
- 새올복지행정시스템 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 무중단 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 부양의무자 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
- 사회보장정보시스템(행복e음) 11차 확대 및 고도화(2020. 5.~2021. 3.)
  - 복지사각지대 발굴(모형개선, 정보연계 등), 청년주거급여 기능 개발, 행안부 임신지원 통합서비스 연계, 고용부 국민취업지원제도, 요보호아동 보호체계 개편, 복지서비스 온라인신청 확대, 위기가구 긴급생계지원 등
- 사회보장정보시스템(행복e음) 12차 확대 및 고도화(2021. 6.~2022. 3.)
  - 복지사각지대 발굴 확대, 영아수당, 첫만남이용권, 부양의무자 기준완화, 금융기관 전산연계 확대 구축, 교육부 평생교육바우처, 여가부 혼인관계 자격점검대상자 정보송신 연계, 복지서비스 온라인신청 확대, 코로나19 관련 한시생계지원 기능 구축 등

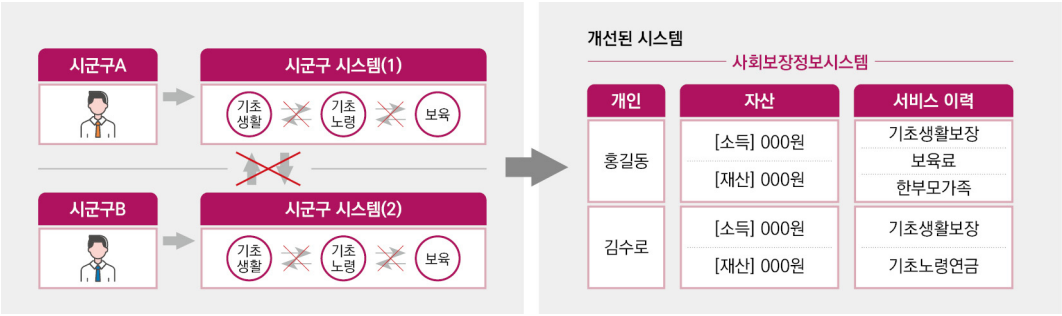
Ⅱ 사회보장정보시스템(행복이음) 구축 내용

1. 분산된 복지전산시스템과 데이터를 하나로 통합

과거 새올행정시스템에서는 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(행복이음)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 2-1-9| 개인별 · 가구별 통합시스템

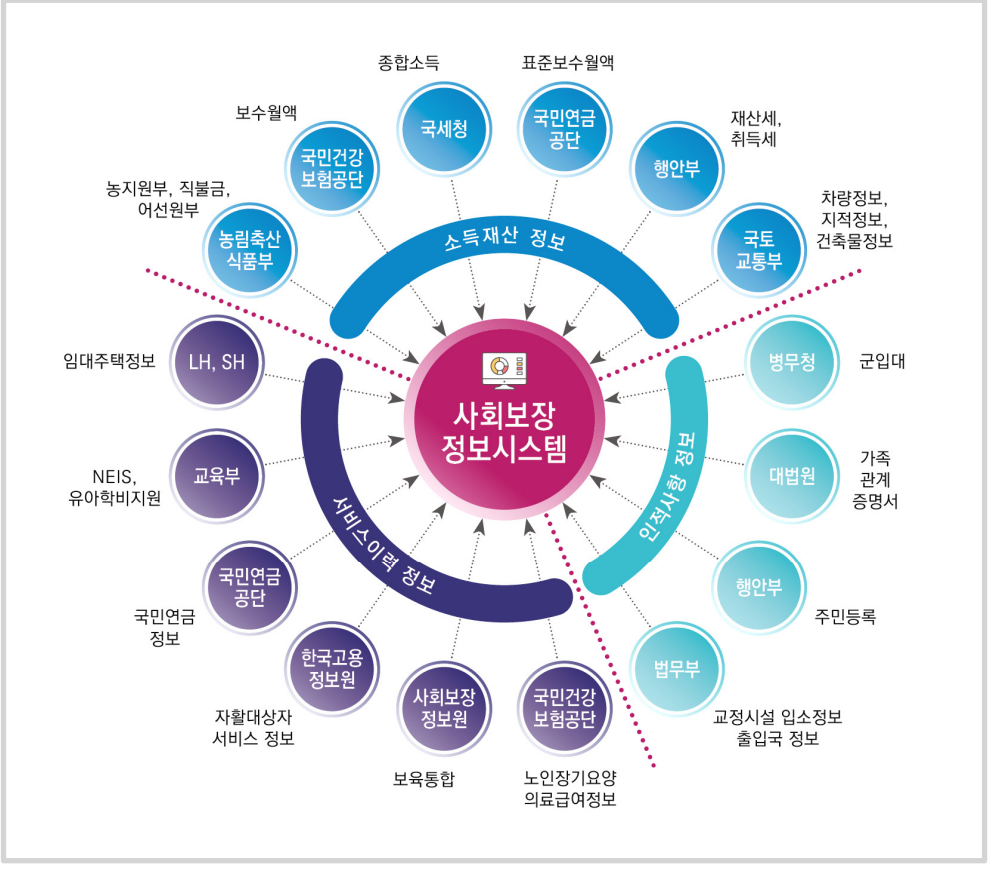


2. 복지대상자 선정 · 지원에 필요한 공적 자료를 대규모로 연계

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(행복이음)은 93개 기관에서 1,286종('22. 2. 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 2-1-10| 공적자료 연계 확대



Ⅲ 사회보장정보시스템(행복e음) 운영 현황 및 성과

1. 사회보장정보시스템(행복e음) 운영 현황

사회보장정보시스템(행복이음) 개통(2010. 1. 4.) 이후 월평균 전국 사회복지 담당 공무원 약 4만 4천여 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 2022년 기준 91종 현금급여(연 1억 6천 5백만 건, 연간 41조 2,964억 원*)를 행복이음을 통하여 지급하고 있다. 또한, 2010년 10월부터는 사회복지시설 수급자에 대한 시설생계비 및 시설 보조금 등도 행복이음을 통하여 지급 · 관리하여 사회복지시설 관리의 투명성을 높이고 있다.

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

복지대상자 선정 · 사후 관리를 위해 **94개 기관에서 1,402종*** 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(23,442만 건), 공적 자료는 연간 212,148만 건**을 수신하고 있다.

* (소득 · 재산, 인적 정보) 25개 기관 92종, (자격 정보) 46개 기관 94종, (수혜 이력 정보) 7개 기관 23종, (업무 처리 정보) 73개 기관 1,193종(2022년 8월 기준)

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

2. 사회보장정보시스템(행복e음) 운영 성과

사회보장정보시스템(행복이음)은 보건복지 부문의 정보화를 선도하고 복지정책 집행의 효율성을 강화하여 미진했던 서비스기능을 향상시키는 시스템으로서 사회복지 전달 체계를 업그레이드할 목적으로 추진되었다. 지난 11년 동안의 운영을 거치면서 복지급여 집행의 효율성과 투명성 그리고 책임성을 지속적으로 제고하고 있다.

집필자 복지정보기획과장 정태길, 복지정보운영과장 홍화영

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(행복이음) 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(행복이음) 구축은 정부의 재원이 투입된 우리나라의 대표적인 복지정보화혁신 사업이다. 사회보장정보시스템(행복이음)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 378만 명의 부적정 수급자를 발견하여 중지하였으며, 이에 따른 재정 절감 효과는 약 9조원('10.~'22.)으로 추계된다.

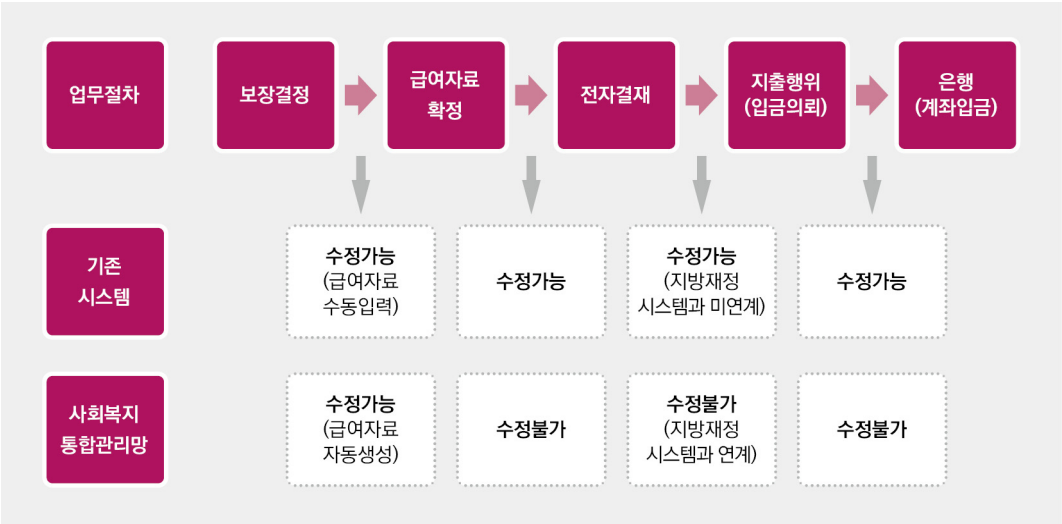
* 월별 확인조사는 2016년 1월부터 시행

사망의심자 허브시스템을 통해 2022년 기준 연간 185만 건의 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(행복이음)은 복지급여 자료를 시스템에서 자동 생성되도록 하여 이를 지급하는 과정에서 수정할 수 없도록 하였으며, 계좌의 유효성 등을 확인한 후 지급함으로써 횡령의 가능성을 차단하였다.

|그림 2-1-11| 복지급여 지급 절차 개선



한편, 그간 사회복지시설에서 생활하고 있는 수급자에 대한 지원 내역은 관리가 미흡하였으나, 사회보장정보시스템(행복이음)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.

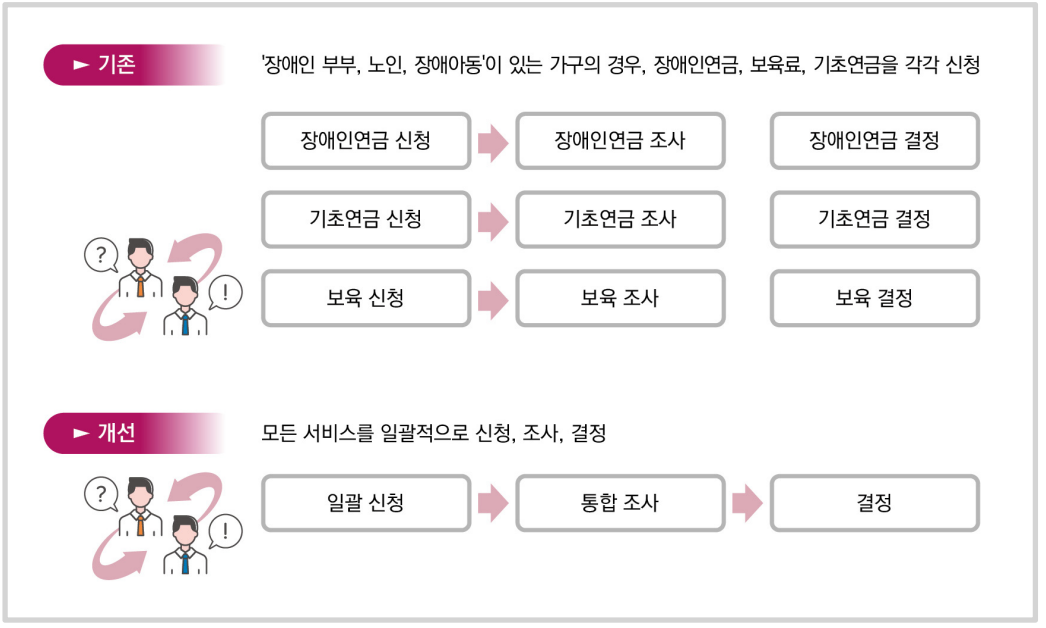
효과적인 복지사각지대 해소를 위해 복지사각지대 발굴관리시스템을 구축하였고, 이에 따라 한국전력공사, 상수도사업본부 등 18개 기관의 단전, 단수, 건강보험료 체납 등 39종의 사회보장 관련 빅데이터를 수집 · 분석하여 대상자를 발굴하였다. 그 결과, 2015년부터 2022년까지 복지사각지대 발굴 대상자 526만여 명을 지자체에 제공함으로써 221만여 명에게 맞춤형복지 서비스를 지원할 수 있었다.

최근에는 기존의 복지사각지대 발굴체계에서 포착하지 못하는 위기 사례와 고독사, 가족돌봄청년 등 새로운 복지 사각지대를 발굴하고 지원하기 위한 복지 사각지대 발굴·지원체계 개선대책('22.11)을 수립하고, 정확한 위기가구 발굴과 신속하고 두터운 지원, 新 복지사각지대 발굴·지원 과제를 추진하고 있다.

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 2-1-12| 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.

국민이 각종 복지서비스에 대한 정보를 검색하고, 복지서비스를 온라인으로 신청할 수 있는 국민복지포털인 '복지로'(www.bokjiro.go.kr)를 운영 중이다. 약 360종의 중앙부처 복지서비스를 포함하여 지자체, 민간복지서비스 정보를 통합 제공하고 있으며, 2022년 기준 37종의 복지서비스에 대해 온라인신청 서비스를 제공하고 있다. 또한, 맞춤형급여안내(복지멤버십) 가입 및 수급가능한 복지서비스 정보 안내와 더불어 복지지갑을 통한 복지자격 정보, 복지수급 현황, 서비스 신청현황 등 개인의 복지현황을 종합적으로 확인할 수 있도록 하였다.

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 안내해 주는 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(행복이음)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(행복이음)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 복지 수급자에게 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(2020. 1.)하였으며, 「사회보장급여법」 제정(2014. 12.)을 통해 개인정보 오 · 남용에 대한 처벌 근거를 마련하는 등 기술적 · 제도적 보완 장치를 마련하였다.

Ⅳ 사회보장정보시스템(범정부) 구축

1. 사회보장정보시스템(범정부)이란?

사회보장정보시스템(범정부)*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)

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(범정부)의 구축을 추진하게 되었다. 사회보장기본법을 개정하여 사회보장정보시스템의 구축 · 운영을 위한 규정을 마련하고, 사회보장제도의 효율적 운영을 위한 통합관리시스템의 필요성을 분명히 하였다.

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

[사회보장정보시스템(범정부) 구축 추진 경과]

- 복지사업 지급 실적 통합 관리 및 중복 · 부적정 수급 방지를 위한 '복지정보연계사업' 추진(안전행정부, 2010. 2.)
- '범정부 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 범정부시스템 관련 업무 복지정보과로 이관(2015. 1.)

집필자 복지정보운영과장 홍화영

3. 사회보장정보시스템(범정부)의 내용

가. 자격·수급 이력 통합 DB

그간 복지사업을 수행하는 부처와 기관별로 복지사업 정보, 대상자의 자격 정보, 수급이력정보를 관리해옴에 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 통합DB에 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 11개 부처 194개 사업에 대한 자격·수급 이력 통합 DB 구축을 시작으로 하여, 2022년 12월 기준으로 26개 부처·청, 14개 지자체 388종 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 2-1-25| 복지사업(26개 부처·청, 14개 지자체 388종 서비스)

부 처	사업명
보건복지부	국가암환자의료비지원, 노인공익활동지원, 치매치료관리비지원 등(39개)
질병관리청	희귀질환자의료비지원, 어린이 국가필수예방접종 등(3개)
여성가족부	아이돌봄서비스, 경력단절여성취업지원 등(5개)
국가보훈처	보상금, 무공영예수당, 국가유공자 생활조정수당 등(35개)
고용노동부	국민취업지원제도, 취업성공패키지, 내일배움카드제 등(54개)
교육부	국가장학금, 푸른등대 기부장학금, 인문100년 장학금 등(9개)
국방부	취업활동지원(국방취업지원센터) 등(2개)
국토교통부	개발제한구역 내 거주민생활비용보조사업 , 공공임대주택공급 등(42개)
농촌진흥청	선도농가경영육성 등(5개)
통일부	북한이탈주민 교육비지원, 미래행복통장(북한이탈주민) 등(6개)
과학기술정보통신부	이동통신요금감면, 유선전화요금감면, 인터넷전화요금감면 등(19개)
농림축산식품부	농어업인 건강보험료지원, 농어업인 연금보험료지원 등(17개)
중소기업벤처기업부	청년재직자 내일채움공제, 창업기업지원(융자 투자) 등(22개)
산업통상자원부	에너지복지요금지원(열요금 감면), 전기요금할인, 등유바우처 등(15개)
문화체육관광부	통합문화이용권, 스포츠강좌이용권, 장애인스포츠강좌이용권 등(32개)
문화재청	문화재 상시관리 활동지원 등(3개)

부 처	사업명
환경부	저소득층 수도요금감면, 석면피해구제급여 등(11개)
방송통신위원회	TV수신료 면제, 방송소외계층접근권보장사업 등(3개)
법무부	허그일자리지원프로그램 등(5개)
산림청	공공산림가꾸기, 산림서비스도우미 등(8개)
외교부	국제기구협력 등(2개)
행정안전부	지방세감면, 코로나19 극복 희망일자리 사업 등(19개)
해양수산부	어업협정이행(민간어업협력사업) 등(7개)
해양경찰청	연안안전사고예방활동(1개)
경찰청	아동안전지킴이(1개)
특허청	수요자 중심의 지식재산전문인력양성(기업 지식재산실무인력양성)(1개)
서울특별시	서울시 희망두배 청년통장, 중증 장애인 이룸통장 등(3개)
부산광역시	청년희망날개통장, 부산청년희망적금 2400 (2개)
대구광역시	청년희망적금(1개)
광주광역시	청년비상금통장, 청년13통장(2개)
대전광역시	대전 청년 희망통장 지원, 대전형청년내일채움공제(2개)
경기도	경기도 일하는 청년통장사업, 청년연금 등(4개)
강원도	강원도형 일자리안심공제(1개)
충청남도	열혈청년 패키지사업(1개)
전라남도	전라남도 청년희망디딤돌통장, 일하는 순천청년희망통장 등(3개)
제주특별자치도	제주일자리 재형저축, 중소기업 장기재직 재형저축(2개)

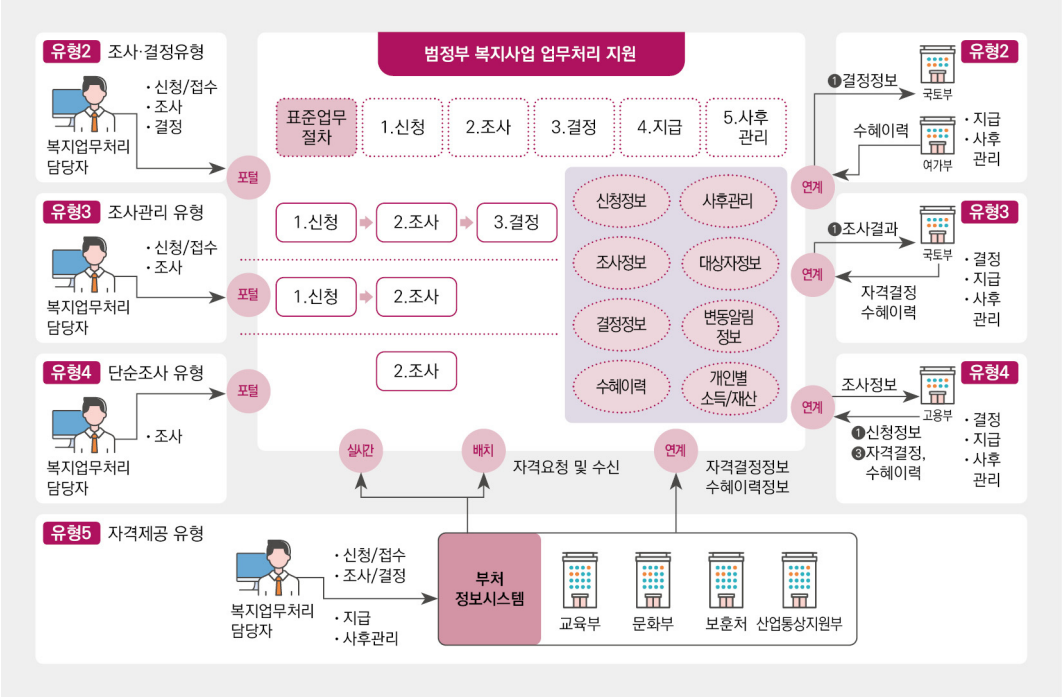
나. 업무처리지원시스템

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

2012년 8월 1단계 개통 시 국토교통부 임대주택사업, 여성가족부 아이돌봄서비스 등 7개 부처 27개 사업에 대하여 업무처리지원시스템을 구축하였으며, 2022년 12월 현재, 교육부 국가장학금, 국가보훈처 국가유공자등생활조정수당 등 57개 사업에 대한 업무처리지원시스템을 운영 중이다.

|그림 2-1-13| 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 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.

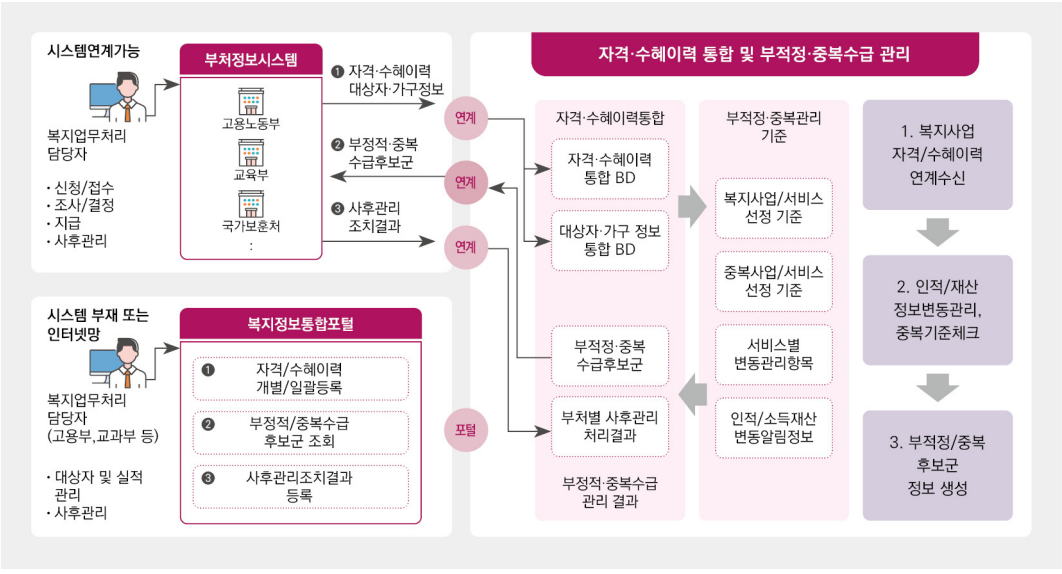
다. 복지지킴이

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.

2022년 12월 기준, 47개 복지사업에 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 2-1-14| 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 2-1-15| 복지사업 정보 관리



다양한 중앙부처의 복지사업 정보는 대표 국민 복지 포털인 '복지로'(www.bokjiro.go.kr)를 통해 한 곳에서 확인할 수 있도록 제공하고 있다. 약 360여 종의 중앙부처 복지사업 정보를 생애주기, 가구 상황, 관심 주제별로 분류하여 제공함으로써 내 상황에 맞는 다양한 복지서비스를 검색하고 복지서비스 정보 확인이 가능하게 하였다. 또한 해당 정보는 국민에게 수급 가능한 복지서비스를 맞춤형으로 안내하는 맞춤형사업안내(복지멤버십)의 주요 정보로도 활용되고 있다.

4. 사회보장정보시스템(범정부)의 기대 효과

사회보장정보시스템(범정부) 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 2-1-26| 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 차세대 사회보장정보시스템 구축

1. 추진 배경

기존 운영 중인 사회보장정보시스템(행복e음), 사회보장정보시스템(범정부), 복지로, 사회복지시설정보시스템, 전자바우처시스템 등을 전면 개편하는 차세대 사회보장정보시스템 구축사업을 추진 중이다. 차세대 사회보장정보시스템 구축사업은 사회보장정보시스템이 '디지털 사회보장'의 주축이 될 수 있도록 ①현행 시스템을 최신 IT 기술을 반영해 전면 재구축하고, ②국민의 복지 체감도와 업무용 사용자의 효율성과 편의성을 향상하며, ③관련 유관시스템들을 통합·연계하려는 목표를 가지고 추진 중에 있다.

2. 추진 실적

가. 차세대 사회보장정보시스템의 단계적 개통

'21.9월 차세대 사회보장정보시스템이 1차 개통하면서, 맞춤형 급여 안내 서비스(복지멤버십)이 새롭게 도입되었다. 이는 개인 및 가구 단위로 소득·재산·인적 정보에 대한 분석을 통해 받을 수 있는 복지서비스를 먼저 찾아서 안내하는 서비스이다.

과거에는 본인이 받을 수 있는 복지서비스가 무엇이 있는지 궁금할 경우 스스로 인터넷과 규정 등을 검색하고 찾아봐야 했지만, '복지멤버십'에 가입한다면 필요한 복지서비스를 시스템이 알아서 찾아서 안내해준다.

'22.9월에는 차세대 사회보장정보시스템을 2차 개통하여, 지자체 공무원용 시스템인 행복이음 시스템을 전체 개통하고, 사회복지시설용 시스템인 희망이음 시스템을 일부 개통하였다.

사회보장업무를 수행하는 일선 공무원들의 업무부담을 경감시키는 각종 기능을 마련하였다. 자산조사를 통한 수급여부 판정 시 사업별 대상자 선정 기준선과 개인의 소득·재산 수준 사이의 차이가 큰 경우 담당자가 직접 확인할 필요 없이 시스템이 반자동으로 조사·판정하게 되며, 업무 관련 문의사항을 실시간으로 해결할 수 있도록 챗봇 기능이 도입되었다. 또한, 시스템 사용자의 편의성을 향상시키기 위해 10년 전 기술이 적용되고 있어 보기 불편한 화면을 전면적으로 개편하였다.

집필자 차세대사회보장정보시스템구축추진단장 장호연

이외에도 복지사업의 신청을 간편하게 하는 개편들도 이루어졌다. 비대면(온라인)으로 신청이 가능한 복지사업의 수를 37종까지 확대하였다. '23년에는 주민센터 뿐만 아니라 가까운 복지관, 의료기관 등 민간기관에서도 사회보장급여를 신청할 수 있도록 접수창구 또한 확대할 예정이다.

사회복지시설 등 민 · 관의 다양한 복지기관들이 협업하여 일할 수 있는 환경 기반도 마련하였다. 다양한 종류의 민간 사회복지시설 · 기관별로 필요한 업무기능을 구현해 차세대 사회보장정보시스템 내에서 업무 전반을 처리할 수 있도록 지원할 예정이다. 이를 통해 민 · 관의 다양한 기관이 서로 복지대상자 정보와 복지자원 정보를 상호 공유하고, 복지서비스를 연계하여 제공할 예정이다.

시스템 전반의 효율성과 안정성도 강화된다. 현재 사업 단위로 관리되고 있는 대상자 정보를 개인 중심 관리체계로 전환해 보다 체계적인 정보관리가 가능하도록 할 예정이며, 개인정보 침해 상시 모니터링 기능 강화, 중단 없는 시스템 운영환경 마련 등 다양한 개편이 이루어질 계획이다.

차세대 사회보장정보시스템 구축사업은 다년도 사업으로서 아직 추가개통분의 개발이 이루어지고 있으며, 3,4차 추가개통은 철저한 검증을 거쳐 단계적으로 개통할 예정이다.

나. 차세대 사회보장정보시스템의 안정화 추진

차세대 사회보장정보시스템의 2차 개통 이후, 현장에서의 시스템 오류와 불편사항에 대해 대응하기 위해 지난 10월부터 보건복지부 1차관을 본부장으로 하는 '차세대 시스템 비상대응본부'를 운영하고 있다. 이를 통해 시스템의 조속한 안정을 위한 전사적인 역량을 집중하고 있다. 예를 들어, 복지부-시군구 간 핫라인 운영, 시도 복지국장 회의, 차세대 시스템 옴부즈만 회의, 사회복지시설 종사자 간담회 등을 통해 현장의 의견을 지속적으로 청취하고 있다. 더불어 시스템을 이용하는 지자체나 사회복지시설 등에 장·차관이 직접 방문하여 현장의 목소리를 직접 듣고 관련된 조치를 신속하게 할 수 있도록 노력하고 있다.

Ⅵ 향후 계획

사회보장정보시스템의 지속적인 서비스 확대 및 고도화를 통해 복지 체감도를 제고하고, 복지사업 운영의 효율성을 높이기 위해, 대한민국 대표 복지포털 '복지로'를 개선하여 모바일 온라인 신청 서비스를 강화하고, 사회보장정보시스템에 축적된 정보의 개방 및 공유 확대를 추진할 계획이다. 또한, 사회보장정보시스템의 범위를 지자체 복지사업 및 민간 자원으로 단계적으로 확대하고, 공공과 민간 복지서비스 제공 기관 간에 대상자와 보유 자원 등에 대한 정보 공유를 확대함으로써 지역 단위의 효과적인 지원 체계를 마련하고자 한다. 더불어, 복지 사각지대 대상자를 선제적으로 발굴하여 사각지대에 있는 사회적 취약 계층을 지원한 경험을 바탕으로 다양한 문제 해결에도 사회보장정보 시스템이 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 사회보장 정보시스템 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.

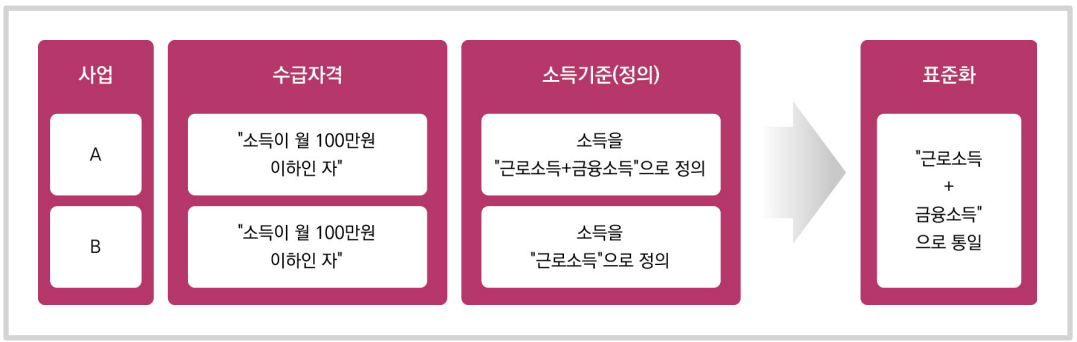
집필자 급여기준과장 조충현

2. 필요성

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

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 2-1-16| 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, 적정한 대상에게 적정한 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 2-1-27| 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 통합관리 시스템 구축과 복지사업 처리를 지원하는 각종 행정업무시스템들의 표준 설계원칙 제공을 주요 내용으로 한다.

마지막으로, 정보의 표준화는 복지사업별로 활용되는 기준정보의 범위와 적용항목을 표준화하고, 연계정보가 적용되는 우선순위를 마련하는 것이다. 보다 구체적으로는 복지사업별로 업무수행에 필요한 연계정보 항목을 사전에 파악하고, 연계시점 및 연계주기 등에 대한 기본원칙을 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/도시근로자가구평균소득)과 측정기준(소득인정액/소득재산분리평가(cut-off) 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 담당 부서와 사업부서의 의견조정을 거쳐 표준화 방안이 마련된다. 이렇게 마련된 표준화 방안은 사업별 지침반영, 시스템 구축 및 지자체 안내를 거쳐 적용된다.

|표 2-1-28| 표준화 절차 및 추진체계

표준화 절차	주요 업무내용	업무수행 방법
표준화 과제설정 및 방향 설정	• 표준화 필요과제 탐색 • 각 과제별 표준화 쟁점 및 주요 검토내용 파악	• SR 분석 및 자체 발굴 등
현행 기준의 논리 및 활용현황 분석	• 기준 적용에 따른 문제점 파악 • 기준의 작성논리 및 배경 분석	• 사업별 관계법령 및 지침 등 분석
표준화 대안 구성	• 기존 기준의 타당성 분석 • 대안의 실현가능성, 부작용 등 현실적 요소들을 고려한 표준화 대안 제시 • 대안별 장·단점 분석	• 문헌연구, 전문가 자문 • 지자체, 사업운영주체, 사회보장정보원과 협의
사업과 협의	• 표준화 대안, 적용 방법 및 시기 등에 대한 사전 협의 및 조정	• 사업담당자 협의 진행
기준심의위원회 (또는 실무협의회) 심의·의결	• 최종안 확정	• 기준심의위원회(또는 실무협의회) 안건 상정
표준화 방안 확정 및 통보	• 사업별 지침 반영 • 시스템 반영	• 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 정보시스템 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, 2022년까지 총 91개 항목에 대한 표준화를 진행하였다.

|표 2-1-29| 주요 표준화 사항

과제명	기 존	변 경
소득 산정기준	• 상시근로소득 - 3개월 평균소득 반영	• 상시근로소득 - 연 평균소득 반영 - 실·휴직시는 감소한 소득 반영
연령산정방식	• 출생연도 : 영유아보육, 한부모가족 지원 등 • 출생월 : 기초노령연금, 장애인연금 등 • 출생월다음달 : 기초생활보장 • 출생월일 : 노인장기요양보험 등	• 모든 복지사업에서 '출생월' 기준으로 만 나이를 산정 * 다만, 현재 출생연도를 기준으로 하는 사업은 출생월 기준보다 국민에게 신청 기회가 넓으므로, 현행 기준 적용
이자소득 공제방법 개선	• 장기간 저축에 따른 이자가 금융상품의 해지 시 일괄 지급되더라도, 이자가 지급된 연도에만 공제를 적용하여 형평성 문제 발생	• 장기저축의 경우에는 가입기간을 고려하여 이자소득 공제
금융기관 회신 이자·배당소득 적용 표준	• 별도 기준 없음	• 공제 적용 후 금융재산에서 발생하는 이자만을 이자소득으로 적용 * (공제액) 기초생활 12만 원 기초연금·장애인연금 48만 원
소득재산조사 유형 표준화	• 사회보장급여 대상자 선정을 위해 소득재산 조사를 실시하는 경우, 사업마다 조사방식(조사항목, 재산의소득환산여부 등)이 다르고, 수기항목이 많음	• 사업목적, 대상자 범위, 급여 성격 등을 고려하여 4개 유형군*으로 분류, 유형군별 표준화된 조사방식 마련 * ①(1유형)기초생활사업군, ②(2유형)차상위사업군, ③(3유형)기초연금형사업군, ④(4유형)바우처형사업군 - 자산조사가 엄격한 ①기초생활보장사업군에서 ④바우처형사업군으로 갈수록 소득재산조사 범위 및 수기항목 축소, 공적자료 중심 조사 비중 확대 - 조사항목 간소화, 수기항목 감소 등으로 복지사업 이해 제고, 조사부담 경감 도모

2. 2022년도 기준 표준화 성과

「보건복지사업 기준심의위원회」는 2022년도에 총 2건의 기준 표준화를 의결하여, 사업간 기준 조정을 통해 제도 간 정합성을 제고하고, 합리적인 기준을 마련함으로써 사회복지급여 대상선정에 있어서 형평성을 제고하고 국민 편의를 높이는 방향으로 복지사업의 표준화를 추진했다.

첫째로, 기초생활보장 생계급여 및 의료급여에서 추진하는 재산기준 개편안(3급지 →4급지, 가액 인상)이 이와 유사한 사회보장급여인 기초생활보장 주거급여 및 교육급여 등 에도 적용되도록 하였다. 기존에는 기본재산액 공제 등을 운영하는 사업은 모두 3급지(대도시, 중소도시, 농어촌)로 구분하되, 공제액은 사업별로 차등하여 적용하고 있었으나, 기초생활보장 생계·의료급여에서 4급지(서울, 경기, 광역·세종·창원, 기타) 개편 및 기본재산공제액 등 재산기준 상향을 추진하였다. 이에, 생계·의료급여와 동일한 재산기준을 적용하면서, 제도적 유사성이 큰 기초생활보장 주거급여·교육급여, 차상위 사업 등은 생계·의료급여와 같이 4급지로 개편하고, 그 외 생계·의료급여보다 재산기준이 높거나 단일공제를 적용하는 사업 등은 3급지를 유지(향후 수급자 영향 분석 등을 통해 4급지 개편안 적용 검토)하기로 표준화함으로써, 유사한 사회보장급여간 제도적 정합성이 유지될 수 있도록 하였다.

두 번째로, 건강보험료 활용 소득판정방식의 대안으로 추진된 바우처형사업군(4유형) 소득재산조사 세부 시행방안을 마련하였다. 그 간 확정된 바우처형사업군 소득재산조사 항목, 재산의 소득환산율, 근로소득공제 및 기본재산공제 적용안 등을 바탕으로, 사업과 의견수렴을 거쳐 사업별 조사방식(소득인정액, 소득재산분리평가), 가구구성, 전달체계, 시스템 연계 방안, 사후관리 등 4유형 소득재산조사 시행을 위한 세부방안을 구체화하였다. 이로써 건강보험 가입 형태(직장가입자 vs. 지역가입자) 구분 없이 전체 대상자에 일관된 소득재산 산정이 가능하게 되었다.

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 소득재산 조사를 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 부과되었으며, 2022년 9월 건강보험료 부과체계 2단계 개편으로 지역가입자의 약 42%(2인 가구 기준으로 기준 중위소득의 약 73% 수준)에게 동일한 최저보험료가 부과되었다. 이에 따라, 이보다 낮은 소득기준을 활용하는 사업의 경우 더 이상 건강보험료 부과금을 활용한 수급자격 판단이 어렵게 되어, 건강보험료 판정기준을 활용 중인 사업이 2023년부터는 소득재산조사 표준화 유형 중 바우처형사업군(4유형)의 조사방식을 활용할 수 있도록 할 예정이다.

건강보험료 판정기준을 활용하여 대상자를 선별하고 있는 부내 주요사업을 대상으로 사업별 수급자 변동규모 시뮬레이션 연구를 수행하고 결과를 공유하는 등 사업과의 의견수렴을 통해 바우처형사업군(4유형) 소득재산 조사 시행방안을 마련하였으며, 건강보험료 판정기준을 활용하는 사업이 2023년부터 단계적으로 4유형 소득재산조사를 시행할 수 있도록 사회보장시스템 개발 등을 추진하고 있다.

V 향후 계획

바우처형사업군(4유형) 소득재산조사 단계적 도입으로 당분간 건강보험료 판정기준을 활용한 대상자 선정이 불가피한 바, 개편된 건강보험 부과체계 등을 고려한 보다 합리적인 건강보험료 판정기준 개선방안 마련 및 사회보장사업의 지원대상·지원수준·지원기간 등 사업 성격에 적합한 대상자 선정방식(소득인정액, 소득재산 분리평가, 건강보험료, 자격확인 등) 활용 가이드라인 제공을 위한 연구를 수행할 계획이다.

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

제9절 지역사회복지의 활성화

Ⅰ 지역사회보장계획 수립 및 지역사회보장협의체 구성

1. 지역사회보장계획 수립

가. 추진배경 및 경과

지역사회보장계획은 지역 주민의 복지 욕구와 지역 내 복지 자원 등을 고려하여 지자체 실정에 부합하도록 수립하는 4년 주기의 지역사회보장 관련 중장기 계획이다. 지역사회보장계획을 수립하기 위해 2003년 「사회복지사업법」에 지역사회복지 계획 및 평가에 대한 근거를 마련하였고, 사회보장기본계획과 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 계획 수립의 범위가 사회보장 영역으로 확대되었고, 계획 수립 시 지방의회 보고 절차 신설, 지역사회보장조사의 내용 구체화, 시·도와 시·군·구 계획의 내용 차별화, 계획 평가의 시행 의무화, 지역사회보장계획 및 평과 결과 사회보장위원회 보고 근거 마련 및 지역사회보장지표 개발이 추가되어 지역사회 내 계획의 중요성을 더욱 강조하였다.

또한, 보건복지부는 지역 간 사회보장 추진 현황 분석 및 계획 수립·평가·컨설팅 체계 구축, 지역사회보장지표 개발 및 활용 등의 업무를 효과적으로 수행하기 위한 전문지원체계로 2016년 4월부터 "지역사회보장균형발전지원센터"를 설치·운영(한국보건사회연구원 위탁수행)하고 있다.

나. 추진실적

제5기 지역사회보장계획('23~'26)의 원활한 수립 및 시행을 위해 제4기 지역사회보장계획의 성과와 한계를 살펴보고 이를 토대로 제5기 지역사회보장계획 수립 추진방향을 담은 매뉴얼 마련하여 배포하였다. 아울러, 2022년에는 시도의 지역사회보장계획 수립 및 집행 역량을 강화하기 위해 수립·시행·평가 관련 담당자 교육을 실시하고, 컨설팅을 진행하였다. 컨설팅은 효과적인 사업 추진을 위해 17개 시도 모두 참석을 의무화하였고, 지역 문제 해결을 위한 집중 컨설팅 및 제5기 계획 및 연차별 계획 관련 현황을 점검하였다. 2021년 시행결과 평가에서도 17개 시도 전체 대상 대면평가를 실시하여 지자체의 역량강화 기회의 장을 확대하였다.

집필자 지역복지과장 노정훈

다. 향후계획

2023년은 제5기 지역사회보장계획('23~'26)이 시작되는 연도로, 시도 및 시군구는 수립된 제5기 지역사회보장계획에 따라 2023년도 연차별 시행계획을 수립하여야 한다. 2023년도 연차별 시행계획이 시 · 도 및 시 · 군 · 구에서 원활히 수립될 수 있도록 보건복지부는 지자체 의견 수렴을 통해 마련된 연차별 시행계획 수립 매뉴얼을 배포할 예정이며, 이에 따라 시 · 군 · 구는 2022년 11월 30일까지 계획을 수립하여 시 · 도로 제출하고, 시 · 도는 2023년 1월 31일까지 계획을 수립하여 보건복지부로 제출하여야 한다.

각 시도에서 수립·제출한 제5기 지역사회보장계획 및 2023년 연차별 시행계획은 보건복지부와 지역사회보장균형발전지원센터에서 분석, 평가하여 사회보장위원회에 보고할 예정이다.

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 사회복지 사업의 중요 사항과 지역사회복지계획을 심의 · 자문하고, 사회복지 · 보건의료 관련 기관과 단체들이 제공하는 사회복지서비스 및 보건의료서비스를 연계 · 협력하는 기능을 수행할 민관협력기구인 지역 사회복지협의체를 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.

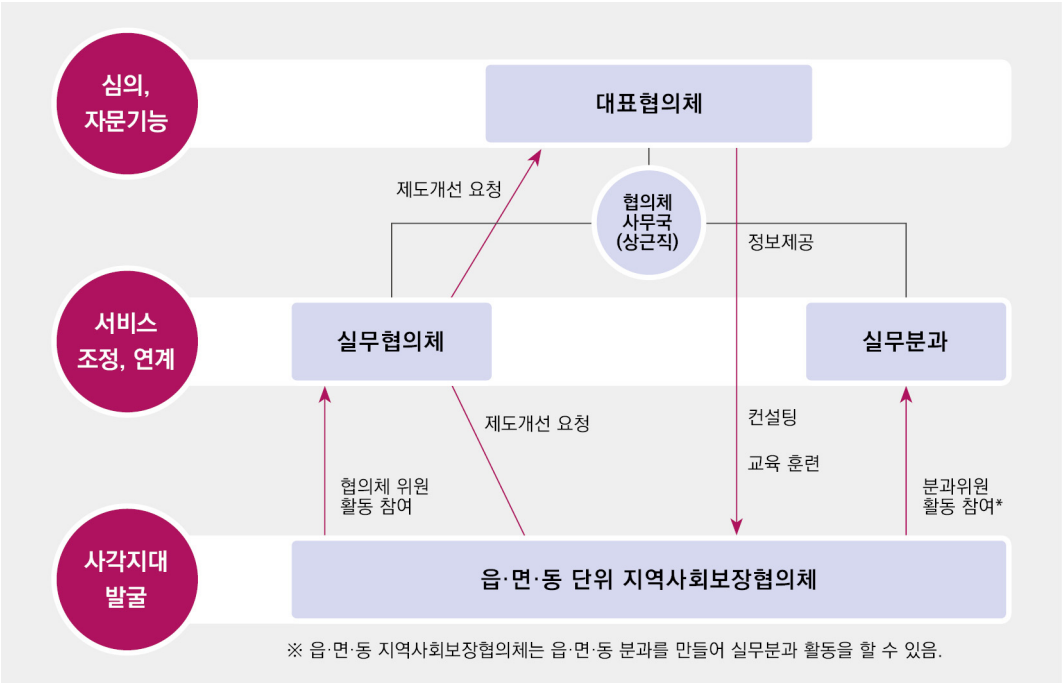
셋째, 협의체 구성 위원의 수와 참여 범위가 확대되었으며, 심의 기능을 강화하기 위해 전문 위원회를 구성할 수 있는 근거를 마련하였다.

이외에도, 지역사회보장협의체가 지역사회 내 복지문제 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 지자체장이 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.

2022년 말 현재 지역사회보장협의체는 전국 229개 시 · 군 · 구, 3,508개 읍 · 면 · 동에 구성 · 운영되어 총 98,787명의 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 실무분과를 설치하여 운영하고 있다. 또한, 지역사회보장협의체의 원활한 운영과 지역사회보장계획의 심의 · 자문 및 지역 내 복지자원의 연계 · 발굴 등의 업무를 지원하기 위하여 222개 시군구에 361명의 민간 전담인력이 배치(1명~7명 이상)되어 있다.

|그림 2-1-17| 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 전국 및 지역 역량강화 컨퍼런스 개최를 지원하고 있다.

17개 시도를 대상으로 한 지역 컨퍼런스는 지역사회보장 환경 변화에 따른 협의체의 역할 및 기능정립, 지역사회 보호체계 구축 강화 등 지역 여건에 맞는 활성화 방안을 모색하고 전국 컨퍼런스는 지역 우수사례 또는 활동 성과를 공유하고 토론회, 정책토론·특강 등 역량강화를 위한 프로그램을 주요내용으로 구성하여 지역사회보장협의체의 실질적인 역량강화와 지역사회보장 발전이 이루어질 수 있도록 추진하고 있다.

|표 2-1-30| 2022년 지역사회보장협의체 운영 현황

▶ 구성 현황

(단위 : 개, 명)

구 분		대표협의체		실무협의체		실무분과		읍·면·동 협의체	
		구성	참여인원	구성	참여인원	구성	참여인원	읍·면·동 수	참여인원
합계	98,787	229	5,977	228	6,160	1,875	19,628	3,508	67,022

▶ 참여현황

(단위 : 명)

구 분	합계	학계 전문가	사회보장관련 기관단체대표	비영리단체 추천자	읍면동협의체 위원장	관계 공무원
대표협의체	5,977	596	3,147	761	412	1,061
실무협의체	6,160	249	3,319	450	-	2,142

구 분	합계	사회보장 기관종사자	관 계 공무원	비영리단체 추천자	통(이)장	주민자치회, 부녀회 등	관련기관* 관계자	기타지역 주민
읍·면·동 협의체	67,022	6,824	7,264	1,220	9,896	16,080	11,632	14,106

* 학교, 우체국, 의료기관, 종교기관 등

앞으로도 지역사회보장협의체는 민관협력의 구심점으로서 읍면동 찾아가는 보건·복지서비스가 효과적으로 추진될 수 있도록 시·군·구와 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 및 자원연계)를 통한 우수기관 포상, 우수사례 전파는 물론 읍면동 협의체를 중심으로 한 전국 읍면동(3,505개)에 운영 중인 지역단위 인적안전망(명예 사회복지공무원) 구축을 기반으로 복지 위기가구 발굴이 효율적으로 추진될 수 있도록 구성 확대 및 역할 강화 등을 지속 추진할 계획이다.

Ⅱ 사회보장 특별지원구역

1. 추진 배경

그간 정부는 지역 간 복지 욕구 및 자원 분포의 불균형으로 인한 지역별 복지 수준의 격차를 완화하고, 지역사회보장 수준을 높이기 위해 평가 및 포상, 각종 공모사업 등 여러 가지 정책을 추진해왔다. 그러나 행·재정적 역량이 부족한 시·군·구의 복지수준 향상 효과는 미흡하다는 지적이 있었으며, 지역복지의 균형발전을 위한 보다 직접적인 정책적 개입의 필요성이 제기되었다. 이에 2015년 7월 사회보장급여법에 지역 간 사회보장 수준 격차를 최소화하는 목적으로 취약계층 밀집 지역, 서비스 취약 지역을 '사회보장 특별지원구역'으로 선정·지원할 수 있는 법률 근거를 마련하였다.

* 「사회보장급여법」제4조에 지역사회보장 균등 실현 노력이 기본 원칙으로 제시
* 「사회보장급여법」제45조~제48조를 통해 지역사회보장 지원 및 균형발전을 강조
* 「사회보장급여법 시행령」제24조, 제25조에 사회보장특별지원 구역의 운영 및 선정·지원 내용 명시

2. 추진 경과

사회보장 특별지원구역 사업 추진을 위하여 2019년에 사업 운영 모델을 마련하고, 2020년에 신규 사업예산을 확보하였다. 17개 시·군·구에서 사회보장 특별지원구역 사업계획을 신청하였으며, 심사를 통해 8개 지역*이 선정되었다. 사회보장 특별지원구역 사업은 4년('20~)간 인적·물적 자원 확대를 위한 재정 지원을 포함하여 지역 프로그램 설계·운영 및 컨설팅 등 지방자치단체 역량 강화를 지원하고 있다.

* 부산 북구(덕천1동), 인천 남동구(서창2동), 광주 동구(산수1동, 계림1동), 광주 서구(농성1동), 춘천(효자2동), 원주(명륜2동), 전주(평화1동), 울진(기성면)

사회보장 특별지원구역의 목표는 소규모 생활권역(동네)에서 개인·가족·지역사회의 긍정적 변화를 창출할 수 있는 지역복지 추진 체계를 구축하여 지역의 복지 욕구를 충족하고 자체 문제 해결력을 제고하는 데에 있다. 저소득층 밀집 등으로 복지기반이 부족한 소규모 생활권에 지역 연결망을 강화하여 지역 문제를 자체적으로 해결할 수 있도록 하고, 중앙부처와 광역자치단체, 민간의 협력을 통한 인적, 물적, 인프라 투자와 더불어 재정 지원을 포함한 계획 수립 및 실행과정에 대한 컨설팅 등 자체 역량 강화를 지원하여, "복지 수요에 자체 대응할 수 있는 지역"으로의 변화를 도모하고자 한다.

[사회보장 특별지원구역 사업 추진 체계]

- 중앙부처-광역자치단체-민간의 협력 체계 구축
- (보건복지부 - 한국보건사회연구원 지역사회보장균형발전지원센터) 사회보장 특별지원구역 선정위원회 및 지원 체계 구성, 후보 지역 선정, 계획 수립 지원, 사업 컨설팅 등
- (시·도 - 자문연구기관) 후보 지역 선정, 계획 수립 및 지원, 사업 컨설팅 등
- (시·군·구 - 민간협력기관) 지역 문제 진단 및 계획 수립, 지역 맞춤형 사업 수행, 지역복지 전문가 채용 등 전문인력 확보, 지역의 복지 이슈 발굴, 주민연결망 회복 프로그램 등 설계 및 운영, 자체 모니터링 및 성과 평가 등

3. 향후 계획

사회보장 특별지원구역 사업은 소규모 생활권역(동네)에 대한 공간 단위의 핀셋(pincette)형 지원을 바탕으로 지자체가 스스로 지역 문제를 해결할 수 있는 복지 체계 구축을 지원하고 있다. 2023년은 사회보장 특별지원구역 1기('20~'23) 사업의 마지막 사업 연도이자 2기('23~'26) 사업이 시작되는 연도로, 1기 사업 지역에는 사회보장 특별지원구역의 안정적이고 지속 가능한 사업수행을 위해 3차연도에 이어 전문 컨설팅을 제공하고, 지자체의 자체 모니터링 체계 구축을 지원할 예정이다.

2023년은 제2기('23~'26) 사업이 시작하는 해로, 대상지역으로 선정된 지역에 지역여건 및 욕구에 맞는 지역 맞춤형 계획이 마련될 수 있도록 사업기획 관련 전문가의 컨설팅을 지원할 예정이다.

더불어, 사회보장특별지원구역 사업과 지역사회보장계획을 연계하여 지자체 스스로 사회보장 취약지역에 적극적으로 개입할 수 있도록 하는 등 지역복지 균형발전을 위한 지자체 주도의 정책적 노력에 대한 지원을 강화할 계획이다.

Ⅲ 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 사회안전망의 틀을 마련하였다. 이와 더불어 보건복지 지출도 빠른 속도로 증가하여 2008년 68.8조 원에서 2011년 86.4조 원, 2014년 106.4조, 2018년 144.7조 원. 2022년 217.7조 원으로 확대되었으며, 중앙정부 총 지출의 35.8%에 이르렀다.

그러나 복지지출 규모의 빠른 증가에 비해 국민들의 복지 혜택에 대한 체감은 크지 않은 것으로 보이는데, 복지 사각지대의 존재 및 전달체계의 비효율성 등이 주요 원인으로 지적되고 있다. 특히, 복지 사업의 핵심적 역할을 담당하고 있는 지자체의 복지깔때기 현상 심화로 복지급여 신청 · 접수 외 종합 상담 및 정보 제공, 찾아가는 서비스 등 복지 민원에 대해 충분한 대응을 하기 어려웠다.

2. 추진 경과

가. 전달 체계의 변천

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.

2013년에는 9개 부처 참여 관계부처 합동 TF를 구성(2013. 3. 29.), 제4차 사회보장위원회(2013. 9. 10.)에서 '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 시달하였다.

또한, 현장 밀착형 복지서비스 제공 모델 마련을 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 '국민중심 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 확정하여, '찾아가는 보건복지전담팀'을 전국에 설치하여 복지수요 증가에 대응하였다. 2022년 12월 기준, 전국 읍면동 3,352개소에 찾아가는 보건복지전담팀을 구성하였다.

또한, 일선 현장에서 생활밀착형 찾아가는 복지서비스를 담당할 사회복지담당공무원과 건강 · 돌봄을 담당할 간호직공무원 등 인력 충원 계획(1.5만 명)을 일자리 정책 5년 로드맵('17. 10. 18.)에 반영하였다. 이에 따라, '18~'22년 사회복지담당공무원을 8,021명, 간호직 공무원을 2,656명 충원, 읍면동에 배치하여 복지사각지대 해소 및 보건복지 인프라를 강화하는 데 주력하고 있다.

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
- 사회복지담당공무원 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 충원)
- 2022년 12월, 전국 읍면동 중 3,352개소에 찾아가는 보건복지전담팀 설치 완료
  - 2017년 1,816개소 → 2018년 2,583개소 → 2019년 2,911개소 → 2020년 3,197개소 → 2021년 3,312개소 → 2022년 3,352개소

나. 전달 체계 개편 내용

2012년 4월 '희망복지지원단'을 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, 통합사례관리, 지역 공공 · 민간자원 관리, 긴급복지, 타 사례관리 및 방문형 서비스 연계 체계 구축, 읍 · 면 · 동의 복지사업 지원·관리 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) → ('20.) 180,276(791,426) → ('21) 187,406(859,403)
* 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 : 방문건강관리서비스, 노인맞춤돌봄서비스, 노인요양방문서비스 등

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 재편하였다. 그 내용은 다음과 같다.

먼저 사무 · 기능 조정은 청소, 교통 등 일반행정업무를 본청(일반구의 경우 구청)으로 이관, 기능쇠퇴업무의 폐지 · 축소, 무인민원발급기 설치 확대 및 수수료 감면 등 제증명 발급업무 감축 유도 등을 통해 발생하는 잉여인력을 복지업무에 투입하도록 하였다. 동 주민센터에 복지담당 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 종합상담을 실시하도록 하여 서비스 누락 방지 및 일괄신청을 지원하도록 하였고, 동(洞) 복지협의체 등 민관협력 활성화 기구를 구성 · 운영하고 통 · 반장 등 지역 주민을 활용하여 취약가구 발굴 및 안부확인을 수행하도록 하는 등 공공과 민간의 연계 · 협력 활성화 방안을 제시하였다.

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 복지서비스에 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 '국민중심 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 복지전달체계 개편 정책이다.

주요 내용은 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 통합서비스 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 후발지역이 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 지역사회보장협의체가 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. 사회복지직 공무원과 간호직 공무원을 대폭 확충하여 읍 · 면 · 동에 찾아가는 보건복지전담팀을 설치하고, 기존 읍 · 면 · 동 복지허브화 사업으로 추진한 찾아가는 복지서비스 외에도 주민 수요가 높은 건강 · 돌봄을 추가하여 지역사회 보건 · 복지 통합서비스를 제공하기로 하였다.

일선 사회복지공무원과 간호직 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, 읍면동 간호직공무원 3.5천 명 등 1.5만 명을 충원하기로 하였다.

그간 복지전달체계는 시군구 기반을 확충한 이후 주민과 밀착된 읍 · 면 · 동으로 전달체계의 외연을 확장하는 방향으로 발전하였으나 시 · 군 · 구, 읍 · 면 · 동의 기능확대에도 불구하고 복지사각지대의 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 2022년 말 기준 3,352개소 설치 완료하였으며, 찾아가는 복지상담(345만 건, '22년 말 기준)을 실시하였다. 단전 · 단수 등 위기 정보(39종, '22년 말 기준)를 활용한 복지사각지대 발굴시스템을 통해 위기가구를 발굴하고, 66.3만명에게 공적 급여와 공공·민간 복지서비스를 연계 · 지원하였다. 또한, 위기가구에 대하여 지속적인 개입을 통해 자립을 지원하는 통합사례관리도 약 83천 가구('22년 말 기준)에 대하여 실시하였다.

3. 향후 계획

2023년까지 인력확충 상황을 고려하여 모든 읍 · 면 · 동에 '찾아가는 보건 · 복지전담팀'을 설치 완료하여 주민의 복지수요에 대응하는 한편, 복지사각지대를 해소하기 위한 사회안전망을 더욱 촘촘히 구축할 계획이다. 아울러, 기존 복지대상자 이외에 복지제도의 집중 안내가 필요한 위기가구, 돌봄필요 대상, 고독사 등 신복지사각지대 등으로 대상 범위를 확대하여 종합상담을 강화하고 지역사회보장협의체, 명예사회복지공무원 등 민관 거버넌스 협력체계를 구축하여 보건복지서비스 질을 제고하는 등 읍면동 기능개선을 통해 지역사회 복지안전 사각지대를 해소할 계획이다.

Ⅳ 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 사회복지사업의 지방이양, 민관 복지협력기구인 지역사회보장협의체의 구성 의무화, 4년 주기의 지역사회보장계획 수립 의무화 및 복지전달체계 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 광역 지방자치 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 통해 평가를 실시하였다.

특히,「사회보장급여의 이용 제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」에 따라, 지역사회보장 현황 분석 및 지역복지 수준을 측정할 수 있는 지역사회보장지수 등 지표 개발하고 중앙행정기관 등에게 지역 간 사회보장의 균형 발전 지원 등 역할을 부여하는 한편, 개별 주요 정책에 대한 지자체 참여를 유도하기 위해 평가분야에 정책 추진상황 등을 고려하여 추가하거나 삭제하는 등 탄력적으로 운영하고 있다.

3. 2022년 지방자치단체 복지정책평가

2022년도 평가분야는 지역사회보장계획 시행결과, 사회보장전달체계 개선 분야로 나누어 33.2억 원을 포상하였다. 사회보장전달체계 개선 분야에는 찾아가는 보건복지서비스 제공, 희망복지지원단 운영, 민관협력 및 자원연계, 사회보장급여 사후관리, 사회보장 부정수급 관리, 지역사회서비스 확충 및 사회적경제 활성화, 사회서비스일자리 창출, 지역사회 통합돌봄, 사회서비스원 운영지원 실적을 평가하고, 기초생활보장, 의료급여사업, 장애인정책, 보육정책, 아동정책 분야, 아동학대 공공 대응체계 운영, 노인정책분야는 정책특성을 반영하여 별도로 평가하였다.

지역사회보장계획 시행결과, 찾아가는 보건복지서비스 제공, 희망복지지원단 운영, 지역사회통합돌봄 서비스 등 10개분야에서 우수한 복지행정을 펼친 지방자치단체 74개 기관이 선정되었다(별도평가 제외). 평가결과 대구광역시, 대전광역시, 경기도, 전라북도 및 전라남도 5개 광역자치단체와 서울 성동구, 대구 달서구, 광주 서구 및 경남 창녕군 등 11개 기초자치단체가 "대상"으로 선정되었다.

[분야별 '대상' 수상 자치단체]

- 지역사회보장계획 : 대전광역시, 경기도, 충남 아산시, 전북 완주군, 부산 북구
- 찾아가는 보건복지서비스 제공 : 대구 달서구, 광주 서구, 경기 시흥시
- 희망복지지원단 운영 : 대구광역시, 경남 창녕군
- 민관협력 및 자원연계 : 경남 창녕군, 서울 성동구, 경북 성주군
- 사회보장급여 사후관리 : 경기 오산시
- 사회보장 부정수급 관리 : 전라남도, 서울 성동구
- 지역사회서비스 확충 및 사회적경제 활성화 : 전라북도, 서울 노원구
- 사회서비스 일자리 창출 : 대구 달서구
- 지역사회 통합돌봄 서비스 제공 : 광주 서구
- 사회서비스원 운영지원 : 경기도

2022

보건복지백서

THE HEALTH AND WELFARE
WHITE PAPER 2022

CHAPTER

제2장

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 사회보장 시책을 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 구성한다(사회보장기본법 제21조).

|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)	전문가(사회정책, 보건·의료, 경제·재정, 고용, 보육·아동, 지역복지, 장애·돌봄 등), 근로자대표, 사용자대표, 법조인, 언론계, 청년대표 등 * 대통령 위촉

제5기 사회보장위원회를 구성·운영 중이며, 위원회 임기는 2년이다('22. 11. 22.~'24. 11. 21.).

집필자 사회보장총괄과장 임은정

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| 제5기 위원회 조직도



구분	역할 및 기능	비고
사회보장위원회	사회보장에 관한 주요 정책의 심의·조정	
실무위원회	위원회 상정안건에 대한 사전심의	
분야별 전문위원회	위원회 상정안건 기획·발굴, 검토분석·조사	

2. 2022년도 운영 현황

사회서비스, 공공부조, 사회보험 등 주요 사회보장 분야를 포괄하는 「제2차 사회보장기본계획('19~'23)」에 따른 2022년도 시행계획을 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 국회, 관련 학회 등과 공동학술대회를 개최하여 미래 사회보장 이슈를 제시하는 등 주요 사회보장에 관한 공론의 장을 마련하였다.

|표 2-2-2| 2022년 포럼 및 학술대회 내역

구분	주제	주요 내용
소득 보장	한국 소득보장의 국제적 위치와 미래방향	발표: 이상은 교수(숭실대) 한국 소득보장의 급속한 발전 역사, 서구 복지국가 비교, 한국 소득보장의 미래방향 논의
소득 보장	소득보장체계의 혁신방향 모색	발표: 홍경준 교수(성균관대) 한국 소득보장체계의 역사적 진단, 대안적 소득보장체계의 추징 방향 및 주요 개혁과제, 패키지 딜 추진 방향
소득 보장	2010년대 소득분배 변화와 원인	발표: 이원진 박사(한국보건사회연구원) 개인취업소득 분포 변화, 인구·가구 구조가 소득분배 변화에 미치는 영향, 소득보장제도의 소득분배 효과
소득 보장	한국과 유럽 8개국의 가구 핵심생계비 지출 부담	발표: 김기태 박사(한국보건사회연구원) 가계 지출의 국제 비교 및 분석기준, 한국과 유럽8개국 핵심 생계비 부담 비교
소득 보장	소득보장제도 체계화의 쟁점	발표: 강신욱 박사(한국보건사회연구원) 소득보장제도 체계화 논의와 관련된 쟁점에 대한 논의 현행 소득보장제도의 실태분석
소득 보장	생애주기별 소득-서비스 수급실태 분석의 필요성 진단 및 과제	발표: 한은희 박사(사회보장정보원) 연령별 국민기초생활보장 수급실태 사례, 행정데이터 활용을 위한 기반 마련 방안
불평등	한국경제 불평등의 작동구조 - 좋은불평등	발표: 최병천 소장(신성장경제연구소) 불평등 이론, 한국경제 불평등의 진짜 기원, 중국발 불평등, 글로벌 자본주의 변동으로 지난70년, 앞으로 30년 전망
소득 보장	소득보장(공공부조)에서 개인과 가구, 절대성과 상대성에 대한 검토	발표: 김태완 박사(한국보건사회연구원) 한국 공공부조의 가구와 개인 단위, 가구특성 반영 방안 공공부조의 절대성과 상대성, 기준중위소득 결정 방식

구분	주제	주요 내용
소득 보장	주요 소득보장제도 평가와 정책방향: 근로연령층 중심으로	발표: 김현경 박사(한국보건사회연구원) 주요 소득보장제도의 변화, 재산기준, 급여수준 완화 시나리오에 따른 수급율, 수급액 변화
인구 구조	인구구조 변화와 미래 사회보장의 과제	발표: 우해봉 박사(한국보건사회연구원) 초기 인구변천과 사회보장 분야 파급 효과, 인구변동의 최근 동향과 특징, 국제 인구정책의 동향과 특징, 저출산의 한국 특수성
산업 구조	산업구조 변화 :사회보장제도에 대한 함의	발표: 김계환 박사(산업연구원) 기술 경제 패러다임의 전환, GVC 구조 재편, 성장과 일자리 효과, 산업구조가 사회보장제도에 주는 함의
경제 환경	세계 경제환경 변화와 사회보장의 미래	발표: 이강국 교수(리쓰메이칸대) 경제의 장기정체 논쟁과 극복 전망, 불평등 심화와 포용적 성장 논의, 코로나19이후 큰 정부의 귀환, 세계화의 재편과 미래전망
기후 위기	탄소중립과 공정한 전환	발표: 주병기 교수(서울대) 기후위기, 국가 간 탄소저감 의무 할당, 탄소중립과 공정한 전환, 공정전환기금 할당: 국내 기금 배분 방향
사회 갈등	한국인이 생각하는 분배 정의의 원리	발표: 이관후 교수(서강대) 공정과 정의의 기준, 한국인에게 정의란, 현재 불공정 시정 될 수 있는가, 분배 정의의 기준, 새로운 분배정의 장기적 비전
감염병	감염병의 위험과 미래사회보장의 과제	발표: 김동현 교수(한림대) 코로나19로 지속되는 위기, 감염병 펜데믹에 대한 공중보건학의 이해, 우리나라 공중보건 인프라 강화방안
세대문제	세대 문제와 미래 사회보장의 과제	발표: 신진욱 교수(중앙대) 세대 담론에 대한 의문, 세대 담론의 정치화, 인식조사 결과, 청년세대 내의 불평등과 인식차이, 중노년세대 불평등 실태
정보화	정보호와 미래 사회보장의 과제	발표: 김성훈 본부장(한국사회보장정보원) 차세대 사회보장시스템 개편 방향기능, 시스템 별 주요 내용 디지털 기술 동향과 향후 과제
고용 구조	미래 노동시장의 변화와 사회보장	발표: 김혜원 교수(교원대) 미래 노동시장의 변화 예측 및 미래 사회보장 모습 유추 임금불평등과 저임금 고용 비중 추세 및 요인 등
소득 보장	소득보장 분야 개혁안의 정책효과 추정	발표: 이원진, 김현경, 정해식 박사(한국보건사회연구원) 소득보장 분야 개혁안의 시뮬레이션을 통한 정책효과 추정
사회 보장	한국의 과거 사회보장 중장기 계획 검토 및 시사점	발표: 김기태 박사(한국보건사회연구원) 과거 중장기 계획 체계 및 특징 평가, 중장기 계획의 현실 진단 및 전망, 비전 및 핵심과제
사회 보장	중장기 사회보장 계획의 해외 사례 검토	발표: 신영규 박사(한국보건사회연구원) 독일 ‘ New Work New Security' 프로젝트, 핀란드 'Social Security 2030', 영국 'The Commission on Social Security' 프로젝트 소개 및 시사점

가. 사회보장위원회

사회보장위원회는 2022년 총 2회 개최되어 민간과 정부가 공동으로 제2차 사회보장기본계획 '22년 시행계획, 사회보장 특별지원구역사업 추진계획 등 주요 사회보장 시책을 심의하였다.

|표 2-2-3| 2022년 사회보장위원회 개최 현황

회 의	주요 안건
제27차 (2. 28.~3. 4.) * 서면 심의	• 제2차 사회보장기본계획 '22년 시행계획 • 사회보장위원회 운영규정 일부개정안 • '21년 사회보장제도평가 결과 • '21년 사회보장제도 신설·변경 협의 실적
제28차 (12. 26.~12. 28.) *서면 심의	• 사회보장 특별지원구역사업 추진계획(안) • 제5차 중장기 사회보장 재정추계 세부지침(안) • 제4기 지역사회보장계획 '22년 시행계획 • 제4기 지역사회보장계획 '21년 시행계획 추진실적 평가 결과 • 제2차 사회보장기본계획 '21년 추진실적 평가 결과 • '21년 노숙인 등의 복지 및 자립지원 시행계획 추진실적 평가결과

나. 실무위원회

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

|표 2-2-4| 2022년 사회보장위원회 실무위원회 개최 현황

회 의	주요 안건
제27차 (2. 21.~2. 23.) * 서면 심의	• 제2차 사회보장기본계획 '22년 시행계획 • 사회보장위원회 운영규정 일부개정안 • '21년 사회보장제도평가 결과 • '21년 사회보장제도 신설·변경 협의 실적
제28차 (12. 19.~12. 21.) *서면 심의	• 사회보장 특별지원구역사업 추진계획(안) • 제5차 중장기 사회보장 재정추계 세부지침(안) • 제4기 지역사회보장계획 '22년 시행계획 • 제4기 지역사회보장계획 '21년 시행계획 추진실적 평가 결과 • 제2차 사회보장기본계획 '21년 추진실적 평가 결과 • '21년 노숙인 등의 복지 및 자립지원 시행계획 추진실적 평가결과

다. 전문위원회

사회보장에 관한 전문적인 사항의 조사 · 연구 및 검토를 위해 기획, 제도 조정, 평가, 재정 · 통계, 사회보장 행정데이터, 제도통합 총 6개 사회보장위원회 산하 전문위원회를 설치 · 운영하였다. 기획전문위원회는 사회보장기본계획 등 사회보장 관련 주요 계획 등을, 제도조정전문위원회는 사회보장제도의 신설 · 변경, 주요 사회보장정책의 조정 등에 관한 사항을 담당한다. 평가전문위원회는 사회보장제도의 평가 및 개선, 재정 전문위원회는 사회보장의 재정추계 및 지출 산출 검증 등을 담당한다. 행정데이터전문위원회는 사회보장 행정데이터 보존·관리, 상호 연계·분석, 관련 정책 수립·조정 등에 관한 사항 등을, 제도통합 전문위원회는 사회보장제도 통합관리 및 개선방안을 논의한다.

|표 2-2-5| 2022년 사회보장위원회 전문위원회 개최 현황

분야	일자	주요 안건
기획	2. 14.	사회보장위원회 운영규정 일부개정안
제도조정	2. 11.	주요 사회보장사업 협의방향(지자체 5건)
평가	2. 15. 12. 16.	제2차 사회보장기본계획 '22년도 시행계획 제2차 사회보장기본계획('19~'23) '21년 시행계획 추진실적 평가 결과보고
재정 · 통계	1. 21. 12. 14.	사회보장 재정통계센터 운영 업무보고, 2022년 제출 사회복지지출(SOCX) 산출결과(안) 제5차 중장기 사회보장 재정추계 세부지침(안) 검토
사회보장 행정데이터	12. 22.	2023년도 사회보장통계 운용지침(안) 검토

3. 향후 계획 및 기대 효과

사회보장위원회는 코로나19 이후 드러난 사회보장제도의 사각지대를 점검하고, 보완하기 위하여 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 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 네 차례 재정추계를 실시하고, 그 결과를 발표하였다.

가. 추진 경과

중장기 사회보장 재정추계를 위해, 2013년 5월 사회보장위원회 산하에 민 · 관 합동의 재정추계소위원회를 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 2020년 8월까지 재정추계자문위원회 및 재정 · 통계전문위원회 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 2020년부터 2060년까지로 설정하였으며, 범위는 OECD 공공사회복지지출(SOCX, Public Social Expenditure) 9대 정책영역을 대상으로 하였다.

|표 2-2-6| 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, 노인장기요양보험, 산재보험, 고용보험	공공사회복지지출 중 사회보험을 제외한 중앙 · 지방정부의 공공부조, 사회보상 및 사회서비스 등 정부 지출 사업

다. 추계 모형 및 방법

사회보험은 2020년 장기재정전망협의회(기획재정부 주관)와 협업하여 제도별 각 소관 부처의 추계 모형·방법 및 장기전망 결과를 원용하였다.

다음으로 일반재정 중 주요 재정분야는 '수리모형*을 통한 조성법**'을, 그 외 분야는 일정비율의 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 2-2-7| 추계모형 구축 분야 및 주요 개별 가정

추계모형 구축 분야		제도 관련 주요 가정 변수
보육 정책	영유아보육료지원 (누리과정 포함)	영유아 인구수, 보육시설 이용률, 1인당 급여액
	아동수당	영유아 인구수, 1인당 급여액
	가정양육수당	영유아 인구수, 가정양육수당 지원률, 종일아이돌봄서비스 이용률, 1인당 급여액
	보육교직원 인건비 및 운영지원	영유아 인구수, 보육료지원 대상자수, 어린이집 아동수 대비 교사수 비중, 1인당 급여액
	아이돌봄지원	영유아 인구수, 영아종일제 이용률, 시간제돌봄 이용률, 1인당 급여액
장애인 정책	장애인연금	장애출현율, 급여수급률, 1인당 급여액
	장애수당	장애출현율, 급여수급률, 1인당 급여액
	장애인활동지원	장애출현율, 급여수급률, 1인당 급여액
노인돌봄 서비스	노인돌봄 종합서비스	65세이상 인구수, 노인장기요양보험 이용자 비중, 종합서비스 이용률, 1인당 급여액
	단기가사서비스	노인돌봄 종합서비스 수급자수, 단기가사서비스 이용률, 1인당 급여액
기초생활 보장제도	생계급여	1인당 생계급여액, 생계급여수급률
	의료급여	1인당 의료급여액, 의료급여수급률
	주거급여	1인당 주거급여액, 주거급여수급률
	교육급여	1인당 교육급여액, 교육급여수급률

라. 기본 전제

인구추계는 2019년 통계청 '장래인구특별추계'의 중위가정을, 경제변수는 제4차 장기재정전망협의회 전망시 사용한 경제변수의 중립가정을 활용하였다. 한편, 제도는 2020년 현행 유지를 전제로 하였다.

2. 추계 결과(SOCX 기준)

가. 총지출 규모

GDP 대비 우리나라의 공공사회복지지출 비중은 2020년 12.5%에서 2060년 27.6%로 2.2배 증가할 것으로 전망되었다.

|표 2-2-8| GDP 대비 지출 규모('20. 실시)

(단위 : %)

구 분	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년
GDP 대비 지출 규모	12.5	15.8	20.1	24.5	27.6

나. 분야별 지출 규모

사회보험 분야의 지출 규모는 2020년 GDP 대비 8.0%에서 2060년 22.8%로 일반재정 분야보다 빠른 속도로 증가하여 2060년에는 전체 공공사회복지지출의 82.6%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 2-2-9| GDP 대비 분야별 지출 규모('20. 실시)

(단위 : GDP 대비 %, 구성비)

구 분	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년
일반재정 분야	4.5 (36.1)	4.8 (30.6)	5.1 (25.6)	5.1 (20.8)	4.8 (17.4)
사회보험 분야	8.0 (63.9)	11.0 (69.4)	14.9 (74.4)	19.4 (79.2)	22.8 (82.6)

|표 2-2-10| 지원형태별 복지지출 규모('20. 실시)

(단위 : GDP 대비 %)

구 분	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년
합계	11.4	14.7	18.9	23.3	26.4
현물급여[1)]	6.1	7.7	10.0	12.4	13.8
현금급여[2)]	5.3	7.0	8.9	10.9	12.6

주 : 1) 현물급여 : 건강보험, 노인장기요양보험, 의료급여 등
2) 현물급여 : 국민연금 등 4대 공적연금, 기초연금, 기초생활보장급여(생계 · 주거 · 의료) 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.

Ⅲ 사회복지지출 산출

1. 개요

경제협력개발기구(OECD)에 가입한 이래, OECD 사회복지지출(Social Expenditure [SOCX])은 보건복지부(연구기관: 한국보건사회연구원)가 산출하여 OECD에 격년으로 제출함과 동시에 국내에 공표하고 있다. OECD 사회복지지출 내역은 일반정부, 사회보험 및 공기업 지출로 이루어진 공공사회복지지출과 법정 · 자발적 민간사회복지지출을 9대 정책영역(노령, 유족, 근로무능력, 보건, 가족, 적극적 노동시장, 실업, 주거, 기타)으로 분류한다. 정부와 민간의 복지지출 노력과 수준을 나타내는 대표적인 지표이자 국가별 비교 자료로 활용되고 있다. 통계자료 제출은 OECD 협정문 제3조에 따른 OECD 회원국 합의사항이다.

2. OECD 사회복지지출 현황

2019년(확정치) 우리나라 OECD 공공사회복지지출(GDP 대비 비중)은 12.3%로 OECD 평균(20.1%)에 비해 낮으나, 그 증가율('09년~'19년)은 연평균 9.27%로 빠르게 증가하고 있다 (OECD 평균 4.06%).

사회복지지출에 포함되는 사업들은 소관 부처가 20여개가 될 정도로 광범위하다. 보건복지부는 민간전문가로 이루어진 재정 전문위원회를 운영하여 산출 범위 및 방법을 정교화해 나가고 있다. 2022년 2월 OECD에 통계자료*를 제출하였고 OECD에서 검토한 후 2023년 1월 공표하였다.

* 2018~2019(확정치), 2020~2022(예측치) 제출

|표 2-2-11| 사회복지지출 현황('17년 확정치 기준)

(단위 : 조 원, GDP 대비 %)

		2016년	2017년	2018년	2019년
총사회복지지출[1] (E=C+D)	금액	219.8	235.3	263.2	299.8
	GDP대비	12.6	12.8	13.9	15.6
사회복지지출[2] (C=A+B)	금액	187.8	200.9	223.2	255.1
	GDP대비	10.8	10.9	11.8	13.3
공공(A)[3]	금액	171.8	185.5	206.8	235.9
	GDP대비	9.9	10.1	10.9	12.3
법정민간(B)	금액	16.0	15.4	16.3	19.2
	GDP대비	0.9	0.8	0.9	1.0
자발민간(D)	금액	32.0	34.4	40.0	44.7
	GDP대비	1.8	1.9	2.1	2.3

주 : 1) 총사회복지지출 : 사회복지지출 + 자발적민간사회복지지출

2) 사회복지지출 : 공공사회복지지출 + 법정민간사회복지지출

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

※ 출처 : OECD Social Expenditure('23.4월 기준, 확정치: '18-'19)

|표 2-2-12| 사회복지지출의 국제비교('19년 확정치 기준)

(단위 : GDP 대비 %)

구분	한국	스웨덴	프랑스	독일	영국	미국	일본	OECD 평균
사회복지지출	13.3	25.5	31.5	28.2	20.1	24.0	23.1	21.5
공공사회복지지출	12.3	25.1	30.7	25.6	19.5	18.3	22.8	20.1

※출처 : OECD Social Expenditure(23.4월 기준, 현재 '19년 수치가 최종 확정치임)

|표 2-2-13| 9대 영역별 공공사회복지지출의 국제비교('19년 확정치 기준)

(단위 : GDP 대비 %)

구분	한국	스웨덴	프랑스	독일	영국	미국	일본	OECD 평균
전체	12.3	25.1	30.7	25.6	19.5	18.3	22.8	20.1
노령	3.1	9.1	12.4	8.7	5.6	6.5	8.4	7.4
유족	0.4	0.2	1.5	1.7	0.1	0.6	1.2	0.8
근로무능력	0.7	3.4	1.7	2.4	1.3	1.0	1.1	2.0
보건	4.8	6.6	8.5	8.3	7.9	8.4	9.6	5.8
가족	1.4	3.4	2.7	2.4	2.4	0.6	1.7	2.1
적극적노동시장정책	0.4	1.0	0.7	0.6	0.2	0.1	0.2	0.6
실업	0.4	0.3	1.5	0.8	0.1	0.1	0.2	0.6
주거	0.1	0.4	0.7	0.5	1.1	0.2	0.1	0.3
기타	1.0	0.7	1.0	0.2	0.8	0.6	0.3	0.5

※출처 : OECD Social Expenditure(23.4월 기준, 현재 '19 수치가 최종 확정치임)

3. 기대 효과 및 향후 계획

OECD 사회복지지출(SOCX) 통계는 국가의 복지 노력 및 수준을 보여주는 대표적인 지표로, 정부정책의 평가 · 수립 및 복지국가, 비교사회정책 등의 연구 분야에 중요하게 활용되고 있다.

2024년 2월 한국의 사회복지지출 통계자료('20~'21년 확정치, '22~'24년 잠정치)를 OECD에 제출할 예정이며, 같은 해 10월 이후 OECD 홈페이지에 공표 할 예정이다. OECD 사회복지지출 자료는 국제기준에 맞춰 산출되다보니 우리나라 복지지출 현황을 모두 반영하기 어려운 한계가 있다. 그러므로 우리나라 사회복지지출 전반에 대한 개념 정립, 정확하고 일관된 산출방법 정립, 결과검토와 의견 조율을 위한 논의체계 운영 등을 통해 타당하고 신뢰성 있는 사회복지지출 산출을 위한 관리체계를 지속적으로 구축해나갈 예정이다. 그리하여 정책수요자인 국민에게 복지지출에 대한 정확한 정보를 제공하고, 사회보장 관련 정책결정시 기초자료로 활용될 수 있도록 지원해 나갈 계획이다.

제2절 사회보장제도의 협의 · 조정

Ⅰ 신설 · 변경되는 사회보장제도 협의 · 조정

1. 개요

중앙정부와 지방자치단체의 사회보장제도를 조정 · 연계함으로써 국가 전체적인 사회보장제도의 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 지방 자치단체에서 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), 사회보장전달체계에 미치는 영향 등을 검토하고[표 2-2-16 참고] 관계부처 및 민간전문가의 의견을 반영하여 협의 결과를 송부한다.

사회보장제도를 신설하려는 경우 중앙행정기관의 장은 4월 30일까지, 지방자치단체의 장은 6월 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.

집필자 사회보장조정과장 신은경

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

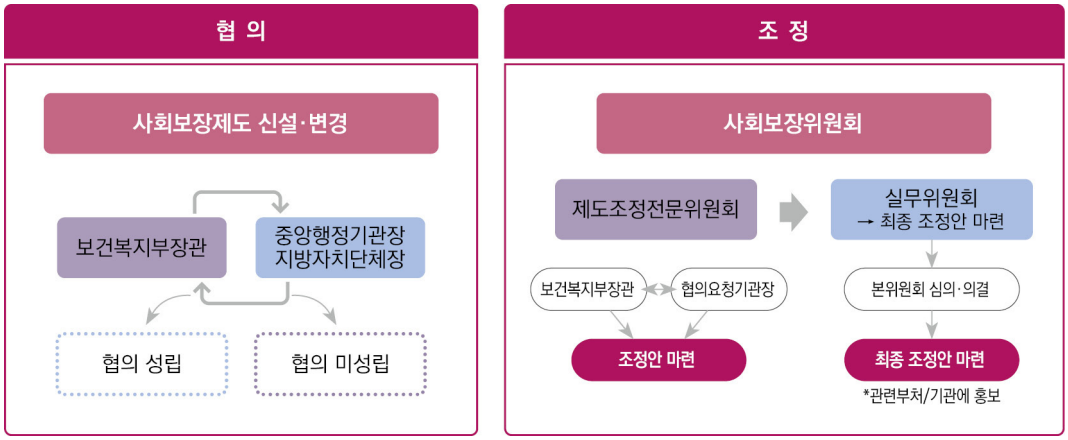
|표 2-2-14| 협의 기준 및 주요 검토항목

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 제도와의 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 재원 조달 계획 및 재정의 지속가능성(적정성) ⑬ 재정 집행의 효율성
5. 지역복지 활성화에 미치는 영향	⑭ 지역사회보장계획, 지역보건의료계획 등 중장기 사업 계획 수립 ⑮ 지역 주민참여 및 복지수요 반영 ⑯ 지역자원 활용 및 연계
6 기타	⑰ 성과지표 활용 등 성과관리 계획 수립 ⑱ 제도 시행 예정 시기의 적절성

|표 2-2-15| 신설 · 변경되는 사회보장제도 협의 절차

절 차	주요내용
↓	
사전컨설팅 (협의지원단*) *한국보건사회연구원 (협의지원업무 위탁기관)	• 원활한 협의 절차 이행 등을 위해 협의요청기관이 필요할 경우 사업기획 및 협의요청서 작성 단계부터 사전 컨설팅 진행 * 정식 협의요청 접수 이후 협의기간 단축 가능
↓	
협의요청 (요청기관 → 복지부)	• 제출서류 : 협의요청 공문, 협의요청서 및 참고자료 • 기초지자체는 관할 시 · 도와 복지부에 동시 문서 시행 (수신지정 : 관할 시 · 도 및 보건복지부 사회보장조정과)
↓	
자료보완 (복지부/협의지원단 → 요청기관	• 협의에 필요한 자료의 누락, 보완 필요시 수정 · 보완 (보완자료 기간은 협의기간에 미산입) * 보건복지부 또는 협의지원단 담당자가 공문 또는 유선 등으로 요청
↓	
관련부처(부서) 의견수렴 (복지부 → 관계부처(서))	• 협의요청사업 관련 소관부처(부서) 의견조회
↓	
전문가 의견수렴 (복지부/협의지원단)	• 해당사업 분야 전문가그룹(협의지원단) 자문 등 의견수렴
↓	
제도조정전문위원회 검토 · 협의	• 협의 쟁점, 새로운 제도의 도입 등 전문적 검토가 필요한 안건의 경우 전문위원회에서 종합적 검토 • 협의요청기관 사업 담당자 참여 및 의견 개진 가능
↓	
결과 통보 (복지부 → 요청기관)	• 일반안건 : 60일 이내 처리 • 쟁점안건 : 최대 6개월 이내 처리 * 협의요청기관의 자료보완기간 등은 협의기간에 미산입 • 협의요청기관, 협의총괄부서(중앙부처-기재부, 각 부처 재정부서, 지자체-관할 시 · 도), 지방의회 사무처(지자체 사업에 해당)에 동시 통보)

|그림 2-2-2| 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 1,028건, 2019년 1,121건, 2020년 933건, 2021년 1,049건, 2022년 869건이다. 2022년 869건에 대한 협의 중 658건의 협의가 성립되었고, 210건은 현재 협의 중이다.

|표 2-2-16| 신설·변경 사회보장 협의·조정 현황('13년~'22년)

(단위: 건, '23.3월말 기준)

구분		접수 건수	협의 건수 (①+②+③+④)	①협의성립(완료)							② 협의 종료	③ 협의 미성립 (조정)	④ 진행 중	⑤ 협의제외대상		
				('13~'17 통보방식)				('18 이후 통보방식)								
				소계	동의	부동의	대안 권고	소계	협의 완료	재협의 후 완료 (사업미추진)				소계	반려	철회
'13	중앙	30	30	30	28	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	지자체	31	28	28	25	-	3	-	-	-	-	-	-	3	3	-
	소계	61	58	58	53	2	3	-	-	-	-	-	-	3	3	-
'14	중앙	14	12	12	11	1	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-
	지자체	67	63	63	42	21	-	-	-	-	-	-	-	4	4	-
	소계	81	75	75	53	22	-	-	-	-	-	-	-	6	6	-
'15	중앙	13	13	13	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	지자체	348	277	276	207	47	22	-	-	-	-	1	-	71	52	19
	소계	361	290	289	220	47	22	-	-	-	-	1	-	71	52	19

구분		접수 건수	협의 건수 (①+②+③+④)	①협의성립(완료)							② 협의 종료	③ 협의 미성립 (조정)	④ 진행 중	⑤ 협의제외대상		
				('13~'17 통보방식)				('18 이후 통보방식)								
				소계	동의	부동의	대안 권고	소계	협의 완료	재협의 후 완료 (사업미 추진)				소계	반려	철회
'16	중앙	31	29	29	29	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1
	지자체	1,040	849	849	812	37	-	-	-	-	-	-	-	191	139	52
	소계	1,071	878	878	841	37	-	-	-	-	-	-	-	193	140	53
'17	중앙	39	38	38	38	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
	지자체	1,191	1,040	1,039	1,015	24	-	-	-	-	-	1	-	151	100	51
	소계	1,230	1,078	1,077	1,053	24	-	-	-	-	-	1	-	152	100	52
'18	중앙	52	46	-	-	-	-	46	41	5	-	-	-	6	1	5
	지자체	1,109	982	-	-	-	-	979	904	75 (38)	3	-	-	127	50	77
	소계	1,161	1,028	-	-	-	-	1,025	945	80 (38)	3	-	-	133	51	82
'19	중앙	63	55	-	-	-	-	55	52	3	-	-	-	8	2	6
	지자체	1,255	1,066	-	-	-	-	1,065	967	98 (56)	1	-	-	189	96	93
	소계	1,318	1,121	-	-	-	-	1,120	1,019	101 (56)	1	-	-	197	98	99
'20	중앙	59	48	-	-	-	-	48	47	1	-	-	-	11	4	7
	지자체	1,029	885	-	-	-	-	873	779	94 (54)	12	-	-	144	62	82
	소계	1,088	933	-	-	-	-	921	826	95 (54)	12	-	-	155	66	89
'21	중앙	48	33	-	-	-	-	33	33	-	-	-	-	15	6	9
	지자체	1,123	1,016	-	-	-	-	997	944	53 (17)	17	-	2	107	42	65
	소계	1,171	1,049	-	-	-	-	1,030	977	53 (17)	17	-	2	122	48	74
'22	중앙	34	32	-	-	-	-	27	27	-	4	-	1	2	2	-
	지자체	905	818	-	-	-	-	745	730	15[6]	7	-	66	87	40	47
	소계	939	850	-	-	-	-	772	757	15(6)	11	-	67	89	42	47

※ [참고사항]

1) '18년부터 협의결과 **통보방식 변경** (동의/부동의 → 협의완료/재협의)

2) '20년부터 **협의종료 신설**(재협의 통보 후 협의요청기관이 차기년도 12월말까지 의견을 회신하지 않는 경우 당해연도 협의절차 종료)

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

4) '18~'19년 통계 중 접수건수에 행안부 '지역주도형 청년일자리 사업'의 일환인 '지역정착지원 사업' 포함('18년 166건, '19년 302건, '20년 181건, '21년 178건)

5) 협의완료 건 내 조건부 협의완료('18년도 3건, '19년도 11건, '20년 5건, '21년 10건, '22년 9건) 포함

Ⅱ 사회보장 협의 · 조정 제도 개선

1. 추진 배경

국가와 지방자치단체는 출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 국민을 보호하고 삶의 질을 향상시키기 위해 다양한 사회보장제도를 시행하고 있다. 국가와 지방자치단체의 다양한 사회보장제도는 국가 전체적인 정합성이 확보되어야 효율적으로 운영될 수 있으며, 사회보장기본법 개정을 통해 2013년부터 중앙행정기관과 지방자치단체의 장이 사회보장제도를 신설하거나 변경할 경우 보건복지부장관과 협의하도록 하는 협의 · 조정 제도를 운영하고 있다.

지방분권시대에 발맞춰 지자체의 자율성을 보장하면서 중앙정부가 합리적으로 조정 또는 지원할 수 있도록 운영하고 있으며, 중앙부처는 '지원과 균형', 지방자치단체는 '자율과 책임'이라는 원칙 아래 지자체 특성을 최대한 반영하는 컨설팅 중심으로 점차 제도를 개선해 왔다.

또한 지자체의 자율성을 보장하되 지역간 격차 및 무분별한 사업추진 등의 문제를 최소화하기 위해 협의과정을 체계화하고 지자체의 책임성을 제고하기 위한 방안에 대한 지속적인 제도개선을 추진하고 있다.

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 협의요청기관이 활용토록 성과지표 작성 방안과 조건부 협의 완료 사업의 사후 관리 방안을 제시하고, 새로운 유형의 사회보장제도 등 타 복지체계에 영향을 줄 가능성이 있는 사업 도입 시 사업 시행 이후 협의요청기관의 자체 성과 모니터링 결과를 제출하도록 개선함으로써 성과관리를 강화하는 방향으로 제도개선을 하였다.

또한, 협의완료 이후에도 협의요청기관이 사업목적 · 목표 달성도를 체계적으로 관리하고 적정 성과지표 선정 및 활용을 위한 지침을 제공 함으로써 효과성 및 책임성을 제고와 지역사회보장사업의 성과관리 활성화를 위한 정책지원을 할 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(2013.1.27.시행))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 기금운용계획 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 2-2-17| 협의 과정에서 컨설팅을 통한 주요 제도 개선 및 보완 사례

사업명	협의 요청 내용	컨설팅	최종 결과
성남시 성인 문해학교 입학지원금 (경기 성남시)	학령기 정규교육의 기회를 놓친 비문해자에게 프로그램 개강시 지역화폐 300,000원 지원	제도명칭 변경, 대상범위 및 사업내용 설계, 사업성과를 측정하기 위한 전수조사 방안 및 성과지표 구성방안 등	사업취지와 사업내용 간의 연계성있는 설계와 사업목적에 부합하도록 사용용처를 구체화하고 유사사업 중복을 방지하기 위해 선정기준 구체화
정신질환자 치료지원사업 (경기도)	관내정신질환자(약 64,200명)의 초기진단비 본인부담금 지원(최대 40만 원), 응급의료치료비 본인부담금 지원(전액), 외래치료지원제 치료비 지원(전액), 행정입원비 본인부담금 지원(전액), 외래치료비 본인부담금 지원	국가 의료비 지원사업과의 정합성 제고, 지급항목별 (초기진단비, 응급의료치료비, 외래치료지원제 치료비, 행정입원비, 외래치료비) 각 주체 (정신의료기관, 보건소 등) 간 역할을 명확히 설정하도록 권고	국가사업과의 의료비 중복지급 예방을 위해 건강보험공단과 지원내역 연계, 지급항목별 각 주체 간 명확한 역할분담(진단, 비용지급 등) 및 지원절차 마련
더 큰인재 맞춤 훈련수당 지원 (제주특별자치도)	만 15세~만 34세 도내 · 외 미취업자(기준중위소득 180% 이하)에게 교육훈련부터 일 경험, 취업 및 창업연계에 이르기까지 통합지원하고 훈련수당 지급(1~24개월 100만 원)	선정기준 구체화 필요, 직업소양교육 위주 훈련프로그램으로 취 · 창업과 연계된 프로그램으로 수정 필요하며 일부 유사사업에 대한 중복성 검토	선정기준을 구체화(참여 자격기준, 제외대상 등), 훈련프로그램 개선(비즈니스 보고서 작성, 취업면접 프리젠테이션 등), 유사사업 중복 금지 및 재참여 제한기간 설정

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 다양한 사회적 위험으로 인해 사회안전망의 사각지대는 지속적으로 발생하고 있어서 사회보장제도에 대한 종합적인 점검과 성과에 대한 통합적 분석이 필요한 상황이다.

개별 사업 · 기관 단위의 단편적인 평가로는 종합적인 측면에서의 사회보장성과 측정 및 사각지대 해소를 위한 정책 대안 제시가 미흡한 수준으로, 사회보장위원회는 이러한 문제점을 보완하기 위하여 사회보장사업의 특성을 반영한 통합적 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 5년동안 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.

집필자 사회보장평가과장 호미영

|표 2-2-18| 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		

2022년 제도평가는 사회보장제도의 지속적인 확대와 지출 규모 증가에도 불구하고, 시행 중인 제도에 대한 객관적·체계적인 성과분석 및 지출 효율화를 위한 분석·평가의 한계에 따라 사회보장제도 평가체계 개선을 추진하였다. 더불어 '국민의 삶의 질' 제고에 기여할 수 있도록 성과(영향) 중심의 평가지표를 개발하여 부처 간 제도의 사각지대(부족·누락)를 발굴하고 향후 평가결과를 기반으로 문제해결형 제도개선 방안을 마련할 예정이다.

사회보장제도 평가체계 개편은 사회보장제도 전수 DB와 사회보장 행정데이터를 기반으로 복지사업 전반에 대한 종합적인 분석·평가와 제도개선을 통한 복지지출 효율성 제고를 위해 시도되었다는 점에서 큰 의의를 가지고 있다. 특히, 사회보장제도를 생애주기별·기능별 사업군으로 분류하고, 사업 단계별 성과지표를 중심으로 지원대상의 포괄성, 지원수준의 충분성 및 효과성 등을 통합적으로 평가함으로써 사회보장제도의 지속가능성 확보를 비롯한 사회보장에 대한 국민 복지 수요 충족에 기여할 것으로 기대하고 있다.

3. 향후 계획

2023년 사회보장제도평가는 중앙·지방 사회보장제도 전수 DB를 기반으로 평가계획을 수립하고 유사 제도·사업군별 성과지표를 중심으로 사회보장제도를 분석·평가하여 사회보장제도 전반에 대한 통합관리를 강화할 예정이다. 사업군별 종합적인 분석·평가는 주요 사업군을 중심으로 순차적으로 추진할 예정이며, 사회적 이슈 등 심층분석이 필요한 사업(군)에 대한 추가적인 평가도 병행할 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 사회보장제도 통합관리 이행력 확보를 위한 지속적인 평가체계 개선을 추진해 나갈 계획이다.

|표 2-2-19| 사회보장 제도평가 추진 현황

연도	분야	평 가 명
2016	고용복지	사회보장제도 고용복지분야 기본평가
	노인건강	사회보장제도 건강분야 기본평가
	서비스 전달체계	아동 · 청소년 · 여성 및 가족 서비스 전달체계 핵심평가
2017	생활지원	사회보장제도 생활지원분야 기본평가
	생계지원	사회보장제도 생계지원분야 기본평가
	바우처	바우처제도 효과성 분석
2018	노인돌봄	사회보장제도 성인 · 노인 돌봄 분야 기본평가
	아동돌봄	사회보장제도 아동돌봄 분야 기본평가
	아동보호전달체계	아동의 안전한 성장을 위한 제도 · 전달체계 심층분석
2019	고용	청년 · 여성 등 취약계층에 대한 적극적 노동시장정책 현황 및 효과성 분석
	건강	산모 · 영유아의 필수의료 및 건강관리서비스 현황 및 효과성 분석
2020	사회서비스	사회서비스인력 및 관리체계 평가
	지자체	중앙-지자체 출산지원제도 평가
2021	건강	지역기반 정신건강 지원제도 평가
	사회서비스	발달장애인 지원제도 평가
	소득	농가 소득보장 지원제도 평가
2022	평가체계	사회보장제도 평가체계 개선 및 평가지표 개발

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, 연도별시행계획의 추진실적을 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 실시하고 있다.

2. 주요 내용

연도별 시행계획 추진 실적 평가는 제2차 사회보장기본계획('19.~'23.)의 실효성 있는 추진을 위하여 여러 부처에서 시행하고 있는 사회보장 세부 과제별로 사업의 계획, 집행 및 성과 분야에 대하여 평가지표를 통해 추진사항 점검을 실시하고 있다.

제2차 사회보장기본계획('19.~'23.)의 이행력을 확보하기 위하여 연도별 시행계획 수립 단계에서부터 기본계획 목표와의 연계성 등이 고려된 계획을 수립하고 있다. 제2차 사회보장기본계획 시행계획 추진실적 평가부터 평가에 따른 업무부담과 불필요한 점수제를 간소화하는 등 개선된 평가지침을 부처에 배포하고, 우수사례를 선발하여 보건복지부 장관 표창을 하며, 개선필요 과제에 대해서 전문가 컨설팅 등을 지원하여 평가결과 환류를 강화하였다.

|그림 2-2-3| 사회보장시행계획 추진실적 평가 절차

평가지침통보 (사보위 사무국)	⇨	자체평가 실시 (관계부처)	⇨	종합평가 (사무국)		⇨	관계부처
시행계획 추진실적 평가 지침 통보 (12월 중)		평가지침에 따라 추진실적 자체평가 실시 3.31일까지 제출		전문가 종합평가 실시	사회보장위원회 보고 및 통보(9월까지)		심의결과 수령 및 제도개선 환류

2022년에는 2021년 사회보장시행계획 15개 부처 101개 세부과제에 대한 추진실적 평가를 실시하였다. 평가결과, 94.1%의 사업이 계획에 따라 차질없이 추진되고 있으며, 4개 과제는 '우수'등급으로 평가되었고 이에 대하여 보건복지부 장관 표장을 수여하였다. 개선필요 과제에 대해서는 과제별 문제점 진단 및 개선방안 검토 등 전문가 컨설팅을 실시하였다.

|표 2-2-20| 제2차 사회보장시행계획 2021년 시행계획 추진실적 평가결과

구 분	고용 · 교육	소득	건강	사회서비스	추진기반	전체
우수	3 (7.5%)	1 (7.7%)	-	-	-	4 (4.0%)
정상추진	35 (87.5%)	12 (92.3%)	20 (83.3%)	20 (100.0%)	4 (100.0%)	91 (90.1%)
개선필요	2 (5.0%)	-	4 (16.7%)	-	-	6 (5.9%)

|표 2-2-21| 보건복지부 장관 표창 우수사례('21년)

분 야	과제명	부처
교육	대학등록금 부담경감	교육부
교육	특수교육 지원 확대, 학업중단 학생 지원, 학교밖 청소년 지원 강화	여성가족부
고용	아동수당 확대	보건복지부
소득	퇴직연금의 기능강화	고용노동부

Ⅲ 사회보장지표의 조사 · 분석 및 관리

1. 개요

2013년 1월 사회보장기본법 전면개정 시행으로 국가와 지방자치단체에 사회보장통계의 작성 및 관리 의무가 부여되었고, 근거 기반의 사회보장 정책을 시의성 있게 수립하기 위한 기초자료 제공을 위하여 체계적인 사회보장지표를 조사 · 분석 및 관리하고 있다.

2. 사회보장통계의 범위

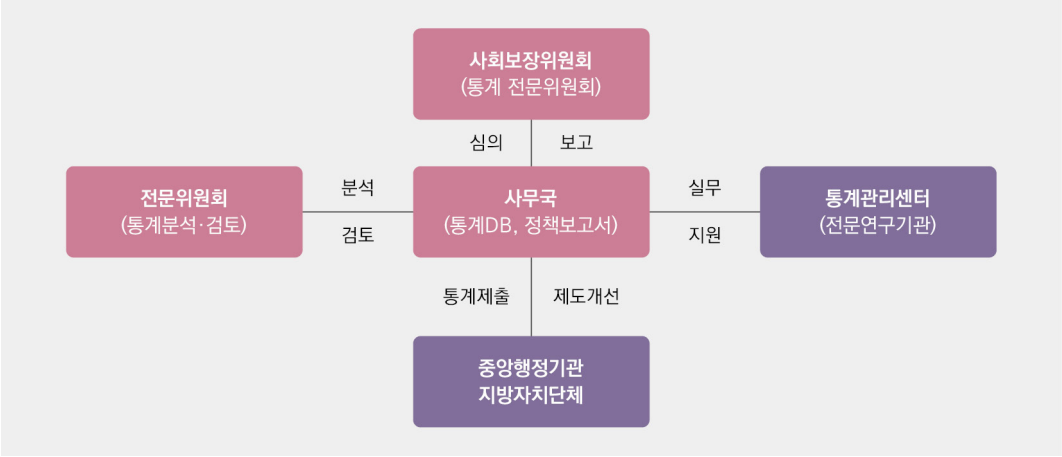
사회보장통계란 국가 및 지자체(공공기관 포함)에서 사회보장정책의 수립과 시행을 위하여 작성하고 관리하는 통계 전체를 말하며, 사회적 상황, 정책 내용, 정책 성과 등 사회보장정책의 수립 · 시행에 필요한 보고 · 조사 · 가공통계 등의 모든 통계를 포함한다. 단, 재정 · 통계전문위원회와 자문단 운영을 통해 통계의 적절성을 검토하여 사회보장통계 포함 여부를 결정한다.

3. 추진 체계

재정 · 통계전문위원회와 자문단 운영을 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.

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

|그림 2-2-4| 사회보장통계 관리 체계



4. 2022년 사회보장통계 종합관리 추진 현황

가. 사회보장통계 수집 및 정리

사회보장정책과 관련된 다양한 분야의 통계(200여종)를 34개 관련 기관(중앙부처 및 공공기관 등)으로부터 수집하였다. 국가통계포털, e-나라지표를 통하여 공표되는 자료를 제외한 미승인통계는 작성기관으로부터 통계보고서 등 다양한 형태로 직접 수집되었다.

나. 사회보장통계지표 개선

정책영역별 정책 평가 및 활용도 제고를 위하여 사회보장통계 지표 체계를 14개 분야의 51개 세부정책영역으로 설정하고, 정책 상황을 연계하여 해석할 수 있도록 상호보완적 기능을 수행하는 대표지표와 연관지표로 구분하여 구성하였다. 2013년 핵심지표 161개로 시작하여 대표지표와 연관지표의 확대 · 발굴, 조정 등을 통해 현재 258개 지표로 구성하였다.

|표 2-2-22| 2022년 사회보장통계 지표 영역

분 야	세부정책 영역(51개)
1. 가족	다양한 가족 · 가족과 일 · 가족 갈등 · 가족지원서비스
2. 아동	아동 건강 발달 · 아동안전 · 아동빈곤 · 아동의 사회적 보호
3. 청년	청년의 고용과 경제활동 · 청년의 삶의 질
4. 노인	노인 건강수준 · 노인 의료이용 · 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 · 교육 기회보장
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 · 환경보건
14. 사회재정	재원배분 · 사회보장 지출구조 · 국제비교

다. 다양한 사회보장통계 제공

최근의 사회보장정책 흐름을 볼 수 있는 “통계로 보는 사회보장 2021”을 발간하여 관계 부처에 배부하고, 2021년까지 수집된 사회보장통계 DB에 대하여 분야 및 영역, 생애주기별로 사회보장위원회 홈페이지를 통해 제공하여 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 적시성, 수요자의 활용도 및 접근성을 지속적으로 제고할 계획이다.

CHAPTER

제3장

사회서비스

제1절 사회서비스 정책
제2절 민간복지자원 육성 및 나눔문화
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 복지정책의 의미를 지닌다. 중산층 감소, 근로빈곤층 증가 등 빈곤의 고착화 문제를 해결하기 위해서는 인적자본에 대한 투자가 필요하기 때문이다. 사회서비스는 아동에게는 공정한 기회를 제공하고,

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

집필자 사회서비스정책과장 장은섭

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 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 향상 기획단'('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 법제화 되었다. 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 바우처 통합관리시스템 구축 방안 마련, 사회서비스 전자바우처사업 사후 관리 개선 방안 마련 등 사회서비스 정책의 내실화를 기하였다.

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

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.

2020년에는 코로나19 감염병 위기로 사회안전망으로서 사회서비스의 공공성이 강조되었다. 이에, 사회서비스원 중심 긴급돌봄체계 구축, 지역사회통합돌봄 기반조성, 비대면 서비스 확대, 코로나 우울에 대비한 심리지원 강화 등의 내용을 담은 '사회서비스 혁신방안'을 사회관계장관회의를 통해 발표(12.28)하였다.

2021년에는 「사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률」 제정('21.9)으로 생애주기별·대상별 사회서비스 확충, 사회서비스 제공기관 확충, 전달체계 개선방안 등을 포함하는 제1차 사회서비스 기본계획(2023~2027년) 수립의 법적 근거를 마련하였으며, 범부처 사회서비스 협업을 통해 사회서비스 보장체계의 내실화 및 지속가능성을 확보할 수 있게 되었다.

2022년에는 「사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률」 제정의 후속조치로 사회서비스 정책을 총괄적으로 지원하는 중앙사회서비스원이 설립('22.3월)되었으며, 사회서비스원을 전국 16개 시·도로 확산하였다. 또한, 사회서비스 투자 펀드(100억원), 사회서비스 공급주체에 대한 규모화·다변화 지원, 사회서비스 품질인증 시범사업 등을 추진하기 위한 예산 확보 등 기반을 조성함으로써 사회서비스 혁신 생태계의 기틀을 마련하였다.

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.

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 9대 보건복지부 전자바우처사업 중 별도의 법률에 따르는 사업(장애인활동지원, 발달재활서비스, 언어발달지원사업, 발달장애인부모상담지원, 발달장애인 주간활동서비스, 청소년 발달장애인 방과후활동서비스)을 제외한 3개 사업인 가사간병방문도우미, 산모신생아도우미, 지역사회서비스투자 사업에 대해 적용되는 것으로 2012년 8월 5일부터 시행되었다. 이로 인해, 사회서비스 전자바우처사업을 수행하는 제공 기관은 2013년 7,414개소(현재 사회서비스 바우처형식으로 제공되지 않는 노일돌봄종합서비스 제공기관 제외시 5,508개소)에서 2020년 12월 기준 10,856개소로 증가하여 사회서비스 공급 기반을 확충하고, 이용자의 제공 기관 선택권을 확대하였으며, 제공기관 간 서비스 품질경쟁을 유도할 수 있는 위한 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.

집필자 사회서비스정책과장 장은섭

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.

2021년에는 「사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률」 제정('21.9)으로 생애주기별·대상별 사회서비스 확충, 사회서비스 제공기관 확충, 전달체계 개선방안 등을 포함하는 제1차 사회서비스 기본계획(2023~2027년) 수립의 법적 근거를 마련하였으며, 범부처 사회서비스 협업을 통해 사회서비스 보장체계의 내실화 및 지속가능성을 확보할 수 있게 되었다.

2022년에는 사회서비스 품질관리 업무 등을 위탁받아 수행하는 기관을 한국사회보장정보원에서 중앙사회서비스원('22~)으로 변경하고, 감염병 발생위기 시 비대면 방식의 지원상담서비스를 허용하는 법적근거 마련, 지역사회서비스 제공인력을 타 서비스 제공인력으로 공동 활용할 수 있도록 근거 규정을 개정하고, 이용자 권익보호를 위해 종사자가 이용자 대상 폭행상해 등 행위 시 영업정지 1개월로 처분을 강화하는 내용으로 하위법령을 개정하였다.

|표 2-3-2| 9대 전자바우처사업 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 억원, 개소, 명)

사업명	제공 기관 수	제공 인력	이용자 수
소 계	11,901	168,637	648,926
1. 지역사회서비스투자사업	5,598	21,960	282,763
2. 산모신생아건강관리지원사업	1,103	19,261	132,917
3. 가사간병방문지원사업	404	4,959	8,395
4. 장애인활동지원서비스	1,027	103,378	118,380
5. 발달재활서비스	2,543	13,248	91,044
6. 언어발달지원서비스	165	312	405
7. 발달장애인 부모상담지원사업	208	356	756
8. 발달장애인 주간활동서비스	492	3,466	9,211
9. 청소년 발달장애인 방과후활동서비스	361	1,697	5,055

※ 기준 : 해당기간(2022. 1.~2022. 12.) 내 1회 이상 결제 이력이 있는 경우

|표 2-3-3| 사업별 개요

('21. 12. 기준)

구분	지역사회 서비스투자	산모신생아 건강관리지원	가사간병 방문지원	장애인 활동지원	발달재활 서비스	언어발달 지원서비스	발달장애인 부모상담지원	주간활동 서비스지원	방과후활동 서비스지원
개요	지자체 중심 신규서비스 개발	산후조리 및 건강관리	가사 및 간병지원	일상생활 및 사회활동 지원	성장기 장애아동에게 적절한 발달재활 서비스 제공	부모가 장애인인 비장애아동에게 언어재활서비스 및 독서지도 등 제공	발달장애인 부모 심리·정서 상담	성인발달 장애인이 지역사회의 다양한 기관, 장소를 이용하여 낮시간을 보내는 서비스	청소년 발달장애인이 다양한 프로그램을 통해 의미있는 방과후시간을 보내는 서비스
대상	기준 중위소득 120% 이하 (장애인, 노인 대상 사업은 140% 이하 적용 가능)	기준 중위소득 150% 이하 출산가정	생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는, 차상위계층 중 장애정도가 심한 장애인, 중증질환자, 희귀난치성질환자, 소년소녀가정, 조손가정, 한부모가정, 만 65세 미만의 의료급여 수급자 중 장기입원 사례관리 퇴원자, 기타 시군구청장이 인정한자	만6~64세 모든 등록장애인 중 서비스 지원 종합조사 결과, 수급자격을 인정받은 경우	- 기준중위 소득 180%이하 - 만 18세 미만 등록장애아동 (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	발달장애인 자녀의 부모 및 보호자	만 18세~64세 미만 성인발달 장애인	만 6세~18세 미만 「장애인복지법」상 등록된 지적 및 자폐성 장애인
본인 부담금 (월별, 원)	서비스별 상이	책정된 서비스 가격과 정부지원금 차액	면제~2만 3천 980 원	급여량 및 소득 수준에 따라 차등 부과 • 활동지원급여 - 수급자 : 무료 - 차상위 : 2만 원 - 차상위 초과 : 37.4~180.7천 원 • 특별지원급여 - 면제	면제~8만 원	면제~6만 원	월 4천 원~4만 원 (기관별 단가 상이)	면제	면제
지원 수준	서비스별 상이	5일~25일	월 24시간, 월 27시간, 월 40시간	• 활동지원급여 (장애정도, 신체기능 등 고려) : 936~7,475천원 (60~480시간) • 특별지원급여 (생활환경 고려 일시적 지원) : 313~1,247천원 (20~80시간)	주 2회 정도 (월 8회)	주 2회 정도 (월 8회)	월 3~4회 이상	월 85시간 (단축형) 월 125시간 (기본형) 월 165시간 (확장형)	월 44시간

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.

「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」을 제정하여 ('11. 8월) 사회서비스 제공기관 품질평가에 대한 법적 근거를 마련하여 품질평가를 추진해왔으며, 현재 5종*의 사업에 대해 3년 주기로 품질평가를 추진하고 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.

* (평가 대상 사업) 가사 · 간병 방문지원사업, 산모 · 신생아 건강관리 지원사업, 지역사회서비스 투자사업, 발달재활서비스, 언어발달지원

품질관리 전담기구로서 중앙사회서비스원이 출범('22.3월)함에 따라 기존에 한국사회보장정보원에서 실시하던 품질평가 업무가 중앙사회서비스원으로 이관되었으며, 2022년 평가대상 '산모·신생아 건강관리지원사업'과 '가사·간병 방문지원사업' 제공기관 대상으로 자체평가를 실시하고, 최초로 전수 현장평가*를 실시하였다(1,005개소).

* ('19) 전체 평가대상 2,030개 중 836개 평가(41.2%) → ('22) 전체 평가대상 1,005개 중 1,005개 평가(100%)

사회서비스 제공기관 역량강화를 위해 '21년 평가결과 미흡기관(13개소) 대상 1:1 맞춤형 컨설팅 및 역량강화 교육 등 사후관리를 추진하였으며, 연차별 품질관리 예방 프로그램 도입·운영하여 평가제도 진입 전 신규 사회서비스 제공기관(산모·신생아 건강관리 지원사업)의 품질관리 공백 해소를 지원하였다.

* 연차별 품질관리 예방프로그램: (1단계) 품질관리 교육 → (2단계) 자체점검 및 컨설팅 → (3단계) 미흡분야 점검 및 컨설팅

또한, 사회서비스 품질인증제 시범사업을 새롭게 시행하여, 산모·신생아 건강관리지원사업, 아동·청소년 심리지원사업 대상 총 15개소에 인증을 부여하여 사회서비스 제공기관 품질향상 및 이용자 선택권 보장을 도모하였다.

사회서비스 수요가 증가되면서 공급도 양적으로 팽창하고 있는 가운데 사회서비스 분야의 지속적인 발전을 위해서는 제공기관의 다원화를 통한 양적 기반 확충과 더불어 질적 수준 제고라는 두 가지 목표를 동시에 추구해 나가야 할 것이다. 앞으로도 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) 고운맘카드(건강보험 임신 · 출산 진료비 지원) 및 구(舊) 맘편한카드(청소년산모 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 통합하였으며, 아이행복카드와 호환 체계를 구축하여 국민행복카드로도 아이행복카드기능(보육료, 유아학비 지원)을 이용할 수 있도록 개선하였다.

또한, 2017년 12월에는 아이돌봄지원사업 예탁금 정산을 지원하도록 개선하였으며, 2019년 1월에는 여성청소년의 건강한 성장 지원 및 건강권 보장을 위한 여성가족부 여성청소년 생리대바우처 지원사업을, 3월에는 발달장애인 주간활동서비스 사업, 9월에는 청소년 발달장애학생 방과후 활동지원 서비스 사업을 시행할 수 있도록 개선하였다.

2020년 1월에는 노인돌봄종합·기본서비스가 노인맞춤돌봄서비스로 통합되어 전자바우처에서 노인돌봄종합서비스가 종료되었다. 2021년 4월에는 아이행복카드와 국민행복카드를 국민행복카드로 통합하였고, 2022년 4월에는 첫만남이용권과 청년마음건강지원사업을 전자바우처 시스템을 통해 시행할 수 있도록 개선하여 이용자의 편의성을 제고하였다.

4. 사회서비스 공급 확충 및 내실화

국민 체감도가 높은 사회서비스 분야에 사회적경제 조직의 진출 확대를 통해 사회서비스의 공공성 제고, 품질 향상 및 시장 활성화를 추진하기 위하여 2019년부터 2022년까지 '사회서비스 분야 사회적경제 육성·지원' 시범사업을 운영하였다. 지역의 수요에 따라 사업모델 유형을 선택하여 '기존 사회적경제 조직 연계·협력(컨소시엄)' 및 '주민참여 사회적협동조합 신규 조직화'를 통해 사회서비스를 제공하며, 지역사회에서 주민의 욕구에 부응하는 통합적 케어를 제공할 수 있도록 사회적경제 조직을 육성·지원하고자 하는 사업이다.

2019년 처음 7개 지역에서 '사회적경제 조직 연계 · 협력형(컨소시엄형)'으로 시작하여, 2020년에는 16개 지역으로 확대하고, 사업유형도 기존의 연계 · 협력형(컨소시엄형) 외에 주민참여 돌봄조합형을 추가하여 다양화하였다. 또한, 사회적경제 네트워크를 구축·활성화하여 수요자 맞춤형 서비스를 개발·공급하고, 전문 컨설팅단 운영 및 교육 프로그램 제공 등 사회적경제 조직 육성 지원하여 사회적경제 조직의 양적 확대 및 질적 성장을 도모하였다.

4년간 시범사업으로 총 18개 지자체를 지원하였으며, 그 결과 총 13개소의 신규 사회적경제 조직을 육성하고 12곳의 신규 유료화 서비스가 개발되는 등 지역 내 사회서비스 제공 모델의 지속가능성 및 자생력을 확보하고, 우수 서비스 모델을 발굴하였다. 또한, 제공기관간 연계협력을 통해 선도적 사회서비스를 제공할 수 있는 기반을 마련하였다.

이를 바탕으로 다양한 공급주체 간 협력 네트워크 구축 지원을 통해 지속가능한 연계·협력 모델을 발굴·확산하고, 개별기관의 영세성으로 인한 문제점을 극복하고 어디에서나 고품질 사회서비스가 보장되도록 우수한 사회서비스 모델을 개발·표준화하여 확산시킬 수 있는 사업을 추진하고 있다. 향후에도 급변하는 사회서비스 수요에 대응하고 지속 가능한 공급 생태계 구축을 위한 노력을 계속해 나갈 것이다.

|표 2-3-4| 2021년 시범사업 16개지역 주요 사업현황

('21. 12. 기준)

구 분		사업 내용
사회적경제 조직 연계협력 (컨소시엄)모델(10개)	서울 마포구	주거 취약계층 대상 주거환경 개선 및 맞춤형 홈케어 서비스 제공
	서울 노원구	1인가구 또는 저소득 주민 대상 가사간병, 동행지원, 식사지원, 정서지원 등
	경기 오산시	돌봄을 필요로 하는 맞벌이 가정 아동 대상 식사·방과후 체험활동 제공
	경기 광주시	뇌혈관질환자 대상 재활·요양 등 단계별 맞춤형 Package 서비스 제공
	경기 고양시	암환자 중 낙상 고위험군 대상 이동지원 및 낙상방지 서비스
	경기 파주시	퇴원 가능한 의료급여 장기입원환자의 돌봄 체계 구축
	대전 대덕구	경증치매노인 대상 방문건강·일상생활·먹거리지원 3종 돌봄서비스 제공
	전남 장흥군	농촌지역 노인 등 돌봄 취약계층 대상 주거환경 개선 및 식생활 서비스 제공
	충북 진천군	65세 이상 경증 치매 어르신 등 대상 '케어팜'을 활용한 돌봄 서비스 제공
	경남 산청군	농촌지역 1인가구 문제(고독사 등) 해소 사회적경제 해결 모델 구축
주민참여형 돌봄조합 모델(6개)	서울 영등포구	아동 및 노인 대상 요리돌봄 서비스 제공 및 돌봄서비스 확장 모델 구축
	서울 중구	돌봄 플랫폼 구축을 통한 돌봄 사각지대 해소(발달장애인 및 초등 저학년 대상)
	인천 미추홀구	초등 저학년 대상 틈새돌봄 제공, 일시적·긴급 돌봄 프로그램 운영
	광주 광산구	영구임대주택 입주민 주도 틈새돌봄 조합 구성을 통한 맞춤형 돌봄 서비스
	광주 북구	공동주택 입주민 주도 틈새돌봄 조합 운영(아동돌봄, 가족회복 프로그램 등)
	세종시	아동 대상 방과후-(학원)사이-저녁 돌봄 제공

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.

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.

집필자 사회서비스일자리과장 송명준

2019년 9월에는 '포용 사회 도약을 위한 사회서비스 혁신 계획'을 발표하며 보육 · 요양 등 수요가 많고 지원이 시급한 돌봄 분야 뿐만 아니라 안전 · 환경 · 문화 등 국민 체감도가 높은 다양한 분야를 포괄하여 사회서비스 일자리를 확충하였다. 코로나19로 인해 대면서비스 제공이 어려운 상황에도 2021년까지 약 30만 1천개를 실제 창출하였으며, 2022년에는 약 5만 1천 개의 일자리를 더 확충함으로써 5년간 34만개 목표를 초과 달성하여 '일자리 정책 5년 로드맵'을 충실히 이행하였다.

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 이어지고, 국민의 다양한 사회서비스 욕구를 충족시키고 더 나은 사회서비스를 제공하여 국민의 삶의 질 제고에 기여할 수 있도록 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 돌봄서비스 종사자의 처우 개선을 추진하였다.

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

종사자 급여의 실질적인 인상을 담보하기 위해 2014년에는 각 시 · 도의 인건비 가이드라인 준수율을 조사하여 통보하였으며, 2015년에는 준수율 조사 범위를 시 · 도에서 시 · 군 · 구로 확대하였다. 「사회복지사 등의 처우와 지위 향상을 위한 법률」 개정을 통해 2019년 12월부터는 조사된 인건비 가이드라인 준수율 공표를 의무화하여 지방자치단체의 관심과 협조를 유도하였으며, 2020년부터는 국고지원 사회복지시설도 인건비 가이드라인의 적용을 받도록 명시하여 그 적용 범위를 확대하였다.

또한, 2018년부터는 사회복지직, 조리직, 관리자 등으로 대체인력을 구성하여 사회복지시설 종사자 대체인력 지원 사업을 추진하고 있다. 사회복지시설 내 종사자의 휴가, 교육, 경조사, 감염병 등 한시적 결원이 발생했을 경우 대체인력 파견을 지원하여 사회복지시설의 업무 공백을 최소화하고, 시설 종사자의 근로 여건이 개선되도록 노력하고 있다.

2021년 「사회복지사 등의 처우 및 지위 향상을 위한 법률」 개정 및 2022년 6월 하위 법령 개정을 통해, 사회복지사를 비롯한 사회복지 종사자의 실질적인 처우 및 지위 향상 대책을 심의하는 처우개선위원회의 기능과 구성·운영 근거를 마련하였다,

2022년 12월에는 보건복지부 제1차관을 위원장으로 하는 처우개선위원회를 구성하고 제1차 회의를 개최하였으며, 앞으로도 처우개선위원회에서의 논의 등을 통해 사회복지 종사자가 자부심을 가지고 일할 수 있도록 적정 수준의 보상, 근무환경 개선 등 처우개선을 지속적으로 추진할 계획이다.

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 투자사업, 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 마련하여 상반기(계획)와 하반기(집행 · 성과)를 구분하여 연중평가를 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 확대를 지속적으로 이루어가고 있다.

2012년부터 제공 기관의 진입 장벽 완화를 위해 제공 기관 등록제로 전환하고, 사회서비스 일자리의 질적 관리를 위해 제공인력 자격기준고시를 제정하여 사업별로 제공인력의 최소 자격 기준을 마련하였다.

2013년부터는 산모 · 신생아 건강관리 서비스에 대한 서비스 가격 규제 완화를 통해 경쟁력 강화 및 서비스 질 제고를 모색하였다.

집필자 사회서비스사업과장 권민정

2017년 지역사회서비스 투자사업의 '아동·청소년 심리지원서비스' 시범사업을 통해 모델을 표준화하는 한편 '보완대체의사소통기기(AAC) 활용 중재서비스', '성인(청년) 대상 심리지원서비스', '치매환자가족 여행서비스' 시범사업을 실시하여 표준모델로 개발하였으며, 2020년에는 노인 식사 · 영양관리 서비스지원 시범사업을 추진하였다.

또한 2021년에는 코로나19로 인한 환경변화에 대응하고, 심리적 어려움을 지원하기 위해 비대면 성인심리지원서비스, 청년 심리지원서비스 도입을 위한 시범사업을 새롭게 추진하였다. 산모 · 신생아 건강관리 지원사업의 경우 기본지원대상을 기존 기준중위소득 120%이하 가정에서 150%이하 가정으로 확대하였다.

2022년에는 지역사회서비스 중 하나였던 청년심리지원서비스를 전국으로 확대하여 신규사업인 '청년마음건강지원사업'으로 개편해 코로나19, 취업난 등으로 심리적 어려움을 겪는 청년을 대상으로 사전·사후검사를 포함한 전문심리상담서비스를 제공하게 되었다.

이와 함께 2단계 재정분권 추진방안에 따라 2022년부터 산모·신생아 건강관리 지원사업을 지방이양사업으로 전환하는 변화를 맞게 되었다.

|표 2-3-5| 지역자율형 사회서비스 투자 사업 실적 현황

(단위 : 명, 개소)

사업명	2018	2019	2020	2021	2022
이용자 수	387천 명	442천 명	412천 명	400천 명	404천 명
제공 기관 수	5,906개소	6,491개소	6,732개소	6,851개소	7,775개소
일자리 수	44,572명	48,961명	52,307명	45,521명	47,257명

주 : 지역사회서비스 투자 사업, 가사간병방문관리사업, 청년마음건강지원사업('22년 신규)의 합계 수치임.
'22년 산모·신생아 건강관리지원사업 지방이양

|표 2-3-6| 지역사회서비스 투자사업 표준모델

사업명	서비스 내용	대 상	소득기준
영유아 발달지원	발달 지연이 우려되는 영유아에게 지연 영역의 발달을 촉진할 수 있는 운동, 언어, 인지, 정서, 사회성 발달중재 서비스 제공	만0~6세 발달지연 우려 영유아	기준중위소득 140% 이하
아동청소년정서 발달지원	아동·청소년의 정서·행동적 문제 해결을 위하여 음악 교육 이론 및 실기와 정서순화 프로그램 제공	만7~18세 정서행동문제 우려 아동·청소년	기준중위소득 140% 이하
아동청소년 심리지원	정서행동 위험 아동·청소년에 대한 언어, 놀이, 상담, 음악·미술치료 등 조기개입서비스 지원	만 18세 이하 문제행동 위험군 아동·청소년	기준중위소득 160% 이하
노인 맞춤형 운동 서비스	고령자 건강상태 점검 및 점검결과에 따른 수중 또는 유산소 운동 처방·지도를 통한 건강 증진	만 65세 이상 (장기요양등급 외 판정자)	기준중위소득 140% 이하
장애인·노인을 위한 돌봄여행	노인·장애인에게 전문 돌봄 인력이 동반하는 여행 서비스 제공	등록장애인(또는 상이 등급자), 만 65세 이상	기준중위소득 140% 이하
장애인 보조기기 렌탈서비스	장애아동의 성장 단계에 적합한 맞춤형 보조기기 렌탈 서비스	만 24세 이하 장애 아동·청소년	소득기준 없음
시각장애인 안마	근골격계·신경계·순환계 질환 등의 증상 개선을 위해 시각장애인의 안마, 마사지, 지압 및 자극요법 제공	근골격계·신경계·순환계질환이 있는 만 60세 이상, 지체, 뇌병변 등록장애인	기준중위소득 140% 이하 or 기초연금수급자
정신건강 토탈케어서비스	정신질환의 증상과 기능수준과 욕구에 따라 필요한 프로그램을 선별 또는 혼합하여 제공, 여건에 따라 부가서비스 병행	정신장애인 또는 정신건강의학과 치료가 필요한 자	기준중위소득 140% 이하
자살 위험군 예방서비스	자살고위험군에 대한 조기 선별검사 및 사례관리 서비스 제공	자살위험검사에 의한 자살위험군 해당자	기준중위소득 140% 이하 or 기초연금수급자
아동청소년 비전형성	아동청소년에 자기에 대한 긍정적 인식과 미래비전을 형성하기 위해 리더십 형성 프로그램 및 체험 학습 등 지원	만7~15세	기준중위소득 140% 이하
장애인·산모 등 건강취약계층 운동서비스	장애인·산모 등 건강취약계층의 신체활동지원을 통해 의료비절감, 건강증진	장애인, 산모(임신 3개월 이상)	기준중위소득 140% 이하
비만아동 건강관리	경도 이상 비만과 부모에게 건강교육, 운동처방 및 운동지도 등을 통한 체질개선 및 질병 예방	만5~12세 경도 이상 비만 아동	소득기준 없음
성인 심리지원	성인의 심리정서 지원, 건강한 사회구성원 역할 촉진	만 35세 이상 진단서, 소견서를 제출한 자	기준중위소득 140% 이하
보완대체의사소통기기 활용 중재서비스	기기를 활용하여 장애인의 의사소통 능력 증진 및 사회활동 참여 지원	만 24세 미만 지적, 뇌병변, 자폐성 장애인	기준중위소득 170% 이하

제2절 민간복지자원 육성 및 나눔문화

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 '희망2023나눔캠페인'을 실시해 2022년 12월 1일부터 2023년 1월 31일까지 2개월여 동안 총 4,494억 원(중앙 2,173억 원, 지회 2,321억 원)을 모금했다.

연중모금액은 2018년 5,965억 원, 2019년 6,541억 원, 2020년 8,461억원, 2021년 7,619억 원, 2022년 7,925억 원이다.

집필자 사회서비스자원과장 신현두

|표 2-3-7| 희망2023 나눔캠페인 모금실적('22. 12. 1. ~ '23. 1. 31.)

(단위 : 억 원)

구분	모금 목표액	모금 실적	달성률(%)
합계	4,040	4,494	111.3
중앙	1,986	2,173	109.4
지회	2,054	2,321	113.0

|표 2-3-8| 연도별 모금 추이

(단위 : 억 원)

구분	2018	2019	2020	2021	2022
합계	5,965	6,541	8,461	7,619	7,925
중앙	2,313	2,479	3,056	2,587	2,721
지회	3,652	4,062	5,405	5,032	5,204

주 : 2018년 태안 유류피해성금 3,067억 원 제외, 2020년 코로나19 특별모금 1,022억 원을 포함한 액수임

나. 배분

2018년 8,444억 원, 2019년 5,958억 원, 2020년 7,261억 원, 2021년 7,104억 원, 2022년 7,334억 원을 배분하여 민간사회복지로는 최대 규모의 지원을 하였다. 사업유형은 신청사업, 지정기탁사업, 기획사업, 긴급지원사업 등의 방법으로 다양하게 실시하고 있다. 신청사업은 자유주제 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 2-3-9| 2022년 사업 분야별 배분 실적

(단위 : 억 원, %)

구분	금 액	비 율
계	7,334	100.0
신청사업	148	2.0
기획사업	1,098	15.0
긴급지원	165	2.2
지정기탁	3,108	42.4
물품지원	2,443	33.3
복권기금사업	372	5.1

3. 향후 계획

사회복지공동모금회는 1998년 출범 이후, 공동모금을 통해 사회복지를 실천하는 대표적인 민간 복지기관으로서 우리 사회의 민간복지재원을 확충하고, '나눔과 참여'의 문화를 정착시키기 위해 다양하고 활발한 모금과 배분사업을 실시해 왔다.

모금 측면에서는 나눔에 대한 국민의 이해와 참여를 높이기 위해 지역사회 나눔생태계를 육성하고, 소액다수 기부 확대를 위해 노력하고 있으며, 배분 측면에서는 기존에 수행하고 있던 기초생계, 긴급지원 등 복지 사각지대 해소를 위한 배분사업뿐만 아니라 사회적 과제를 중심으로 배분사업을 기획 및 수행하여 사회변화를 이끌고 사업의 성과에 대한 사회 보고를 강화하고 있다.

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.

특히 2020년 코로나19 팬데믹 발생에 따른 '사회적 거리두기' 장기화 및 언택트(비접촉 · 비대면) 문화가 확산됨에 따라 기존 대면 서비스 위주의 자원봉사 참여율은 큰 폭으로 감소하였다. 이러한 상황에서 자발적인 민간 부문의 물적 · 인적 참여는 국가의 복지정책을 보완하고, 연대의식과 책임의식을 바탕으로 보호의 필요성이 있는 대상에 대해 보다 유연하고 신속하게 접근 · 지원함으로써 공공복지자원과 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 분위기 조성에 기여한다는 측면에서 매우 중요한 민간자원이라 할 수 있으며, 앞으로 국가 차원에서 더욱 체계적으로 지원 · 육성하여야 할 분야이다.

한편, 2021년 통계청 사회조사에 의하면, '지난 1년간 자원봉사활동 참여 경험'의 추이를 분석한 결과, 2013년 19.9%, 2015년 18.2%, 2017년 17.8%, 2019년 16.1%, 2021년 8.4%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%, 2021년 25.4%로 점차 감소하고 있다.

따라서, 포스트 코로나 시대 민간자원으로서 복지사각지대 해소에 중요한 역할을 하고 있는 자원봉사에 대한 참여율을 높이기 위한 비대면 · 온라인 봉사활동 프로그램 다각화 및 대상별 · 계층별 맞춤형 자원봉사 관리체계를 고도화하는 등 사회복지자원봉사 활성화를 위한 정책적인 노력들이 필요하다.

2. 사업별 현황

가. 사회복지자원봉사 육성 · 지원

사회복지 자원봉사자 등록 및 자원봉사 관련 정보제공 등을 위해 2001년부터 '사회복지 자원봉사 인증관리시스템(Volunteer Management System : VMS)'을 구축 · 운영하고 있다. 사회복지자원봉사 인증관리시스템(VMS)에서 회원으로 가입 후 사회복지시설 · 기관 · 단체 등에서 봉사활동에 참여한 경우, 전국 어디서나 인터넷 및 모바일을 통해 본인의 봉사활동 실적을 조회할 수 있으며, 빅데이터를 활용하여 봉사자 성별 · 연령 · 관심분야 등을 고려한 일감 자동 추천을 통해 사회복지자원봉사관리센터 및 자원봉사 관련 정보 등을 제공하고 있다.

사회복지 자원봉사의 실적 관리 등을 위해 사회복지시설 · 기관 등을 '사회복지자원봉사관리센터'로 지정 · 운영하는데, 2022년 12월 말 기준 15,577개소가 운영되고 있다. 한편, 활동중인 인증관리 요원은 22,510명으로 지난해(29,722명) 보다 24.3% 감소하였다.

등록 자원봉사자는 908만 191명으로 2021년(893만 7,226명) 대비 소폭(1.6%) 증가하였고, 활동봉사자(53만 2,188명) 및 총 봉사시간(9,767천 시간)은 코로나19의 영향에서 서서히 벗어나면서 2021년(활동봉사자(47만 7,699명), 총 봉사활동시간(7,906천 시간))대비 증가추세를 보였다.

|표 2-3-10| 사회복지자원봉사 현황

('22. 12. 기준)

구 분	등록봉사자 수	활동봉사자 수	총 봉사 시간	총 봉사 횟수
2022년	9,080,191명	532,188명	9,767천 시간	3,083,541회

|표 2-3-11| 시 · 도별 사회복지자원봉사 관리센터 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 개소)

계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
15,577	2,164	962	653	813	1,013	766	432	56	2,345	673	591	944	640	1,108	1,027	1,045	345

또한, 보건복지부는 사회복지분야에 특화된 자원봉사활동을 활성화하기 위해 2010년부터 사회복지분야의 다양한 재능과 특기를 가진 봉사자로 구성된 '지역사회봉사단'을 조직 · 운영하고 있으며, 2022년 지역사회봉사단은 3,667개로 2021년(3,572개)에 비해 2.7% 증가하였다.

|표 2-3-12| 지역사회봉사단 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 개)

계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
3,667	330	366	243	224	121	101	240	42	282	303	184	269	192	215	307	200	48

사회복지분야 자원봉사자 발굴 확대 및 수요처와의 연계 활성화 등을 위해 전국 17개 시 · 도사회복지협의회에 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 2022년 자원봉사자 약 908만 명을 대상으로 상해보험가입서비스를 제공하였다. 더불어, 우수자원봉사자 1,330명을 대상으로 선불 교통카드를 제작·배포하였고, 연간 실적등록이 우수한 인증관리요원 300명을 선정하여 상패 및 부상품을 수여하였으며, 월별로 이달의 자원봉사자와 인증요원을 선정하여 총 24명에게 상품권을 증정하는 등 다양한 프로그램을 시행하였다.

또한, 국민들이 사회복지 자원봉사를 쉽게 이해하고, 참여할 수 있도록 각종 홍보자료(리플릿, 뉴스레터 등)를 제작 · 배포하고 있으며, '사회복지 자원봉사 백서' 등도 발간하고 있다.

나. 사회공헌활동 기부은행

노인장기요양보험 및 노인돌봄서비스 등 공공노인돌봄서비스가 제공되고 있지만, 노인돌봄사각지대는 여전히 존재하고 있다. 따라서, 공공노인돌봄서비스 이외에 도움이 필요한 노인돌봄대상자 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 100포인트(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 33개소, 2022년 5개소를 추가 설치하여 현재 55개 시 · 군 · 구에서 기부은행 수행기관을 운영 중에 있다. 이를 통해 지역 내 돌봄봉사자 44,842명을 모집하고, 공공노인돌봄서비스 적용이 어려운 돌봄대상자 36,295명을 발굴하였으며 총 119만 9,462시간의 돌봄을 제공(돌봄포인트 적립)하였다.

다. 멘토링 사업

취약계층 아동 · 청소년에게 인적 네트워크를 지원하고, 역할 모델을 제시하여 취약계층 아동 · 청소년의 올바른 성장을 돕는 멘토링 사업은 전국 단위의 협력 기관 네트워크를 구축 · 지원하여 멘토링 활성화를 위해 노력하고 있다. 2017년 928개소였던 협력 기관이 2018년에는 975개소, 2019년에는 1,048개소, 2020년에는 1,118개소, 2021년에는 1,363개소, 2022년에는 1,464개소로 확대되었고, 멘토-멘티 매칭은 68,628건을 달성하였다.

다양한 멘토풀 구축을 위해 전국 대학생 동아리 30팀을 지원하여 대학생 멘토 330명이 사업에 참여하였고, 기업 맞춤형 멘토링 프로그램을 개발하여 전문직업군 멘토 811명이 전국 아동복지시설

188개소, 멘티 4,845명을 대상으로 멘토링 활동을 할 수 있도록 지원하였다. 사업의 질적 성장을 위한 운영위원회 2회 개최, 멘토링 수행기관 코디네이터 교육 및 멘토 교육을 각 2회씩 진행하였다. 또한, 멘토링 현황과 과제 등 논의를 통한 멘토링 활성화를 위해 관련 학계 관계자 등과 함께 멘토링 세미나를 개최하였다.

우수사례 공모전을 통해 멘토링 우수사례를 발굴 포상하고, 다양한 홍보를 통해 감동적인 사례를 공유하였다. 인정보상제도 운영을 통해 사업의 지속적인 참여를 유도하고, 대국민 홍보 사업을 통한 사업 활성화를 위해 노력하고 있다.

|표 2-3-13| 멘토링 협력 기관 현황('22. 12. 31.)

(단위 : 개소)

구분	계	교육	자립	정서 · 인성	진로	문화 · 예술 · 스포츠
주제별	1,464	527	254	392	141	150
구분	**계**	**기타 저소득층**	**장애**	**다문화**	**질병**	**-**
대상별	1,464	1,160	175	103	26	-

Ⅲ 기부식품 등 제공사업 활성화

1. 사업 개요

기부식품등 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

전국기부식품등지원센터(전국푸드뱅크) 및 광역기부식품등지원센터(광역푸드뱅크)에서는 기부식품 및 생활용품을 접수하여 기부식품등 제공사업장(기초 푸드뱅크 · 마켓)으로 배분하고 있으며, 기부식품등 제공사업장(기초 푸드뱅크 · 마켓)에서는 기부식품 등을 접수 · 배분받아 이용자에게 제공하고 있다.

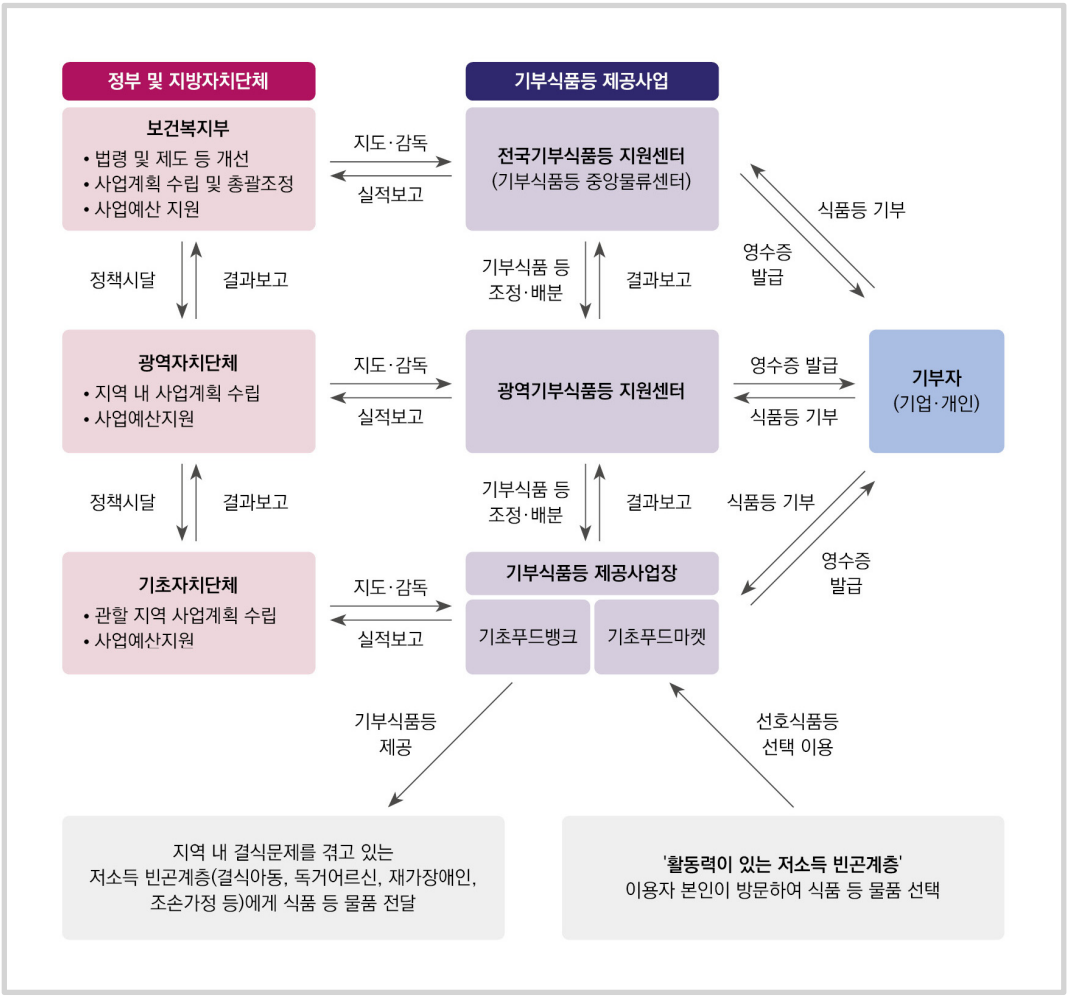
기부식품등 제공사업은 1998년 1월 4개 권역(서울, 부산, 대구, 과천)에서 시범사업으로 시작하였으며, 2022년 말 기준 445개소(전국푸드뱅크 1개소 포함)의 푸드뱅크 · 마켓이 운영되고 있다.

|표 2-3-14| 기부식품등 제공사업장 신고 · 운영 현황

('22. 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	294	-	4	16	12	14	15	9	7	1	68	21	23	18	18	24	22	20	2
푸드마켓	133	-	30	16	9	14	3	9	2	0	15	1	5	7	9	4	3	4	2

|그림 2-3-1| 기부식품등 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 3,345.5㎡(1,012평), 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 : ('19) 6개 시·도 지역아동센터 1,500명 지원 → ('22) 11개 시·도 지역아동센터 2,000명 지원

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, 기부식품등의 접수 및 이용자 배분 과정을 투명하고, 효율적으로 관리하기 위해 기부물품관리시스템(FMS)을 구축·운영하고 있다. 기부식품등의 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.

그리고, 코로나19 및 대규모 재해·재난 등 위기대응으로 취약계층을 지원하였다. '21년 '비대면 무인푸드뱅크' 4개소(서울 성동구, 광주 북구, 충북 제천시, 전남 나주시)를 신규 설치·운영한데 이어 '22년 5개소(강원 원주시, 경기 광주시, 대구 남구, 충남 천안시, 서울 금천구)를 추가 설치·운영하여 코로나19 확산으로 푸드뱅크 및 사회복지시설 휴관 시 결식 위기에 놓인 취약계층에 대한 물품을 지원하였다. 또한, 산불·수해 등 재난·재해로 피해를 입은 6개 지역(강원, 경북, 인천, 충남, 경기, 서울) 행정복지센터 및 사회복지시설 등을 통해 이재민에게 이머전시 푸드팩 5,000개를 긴급지원하였고, 8개 지역(서울, 대구, 인천, 경기, 충북, 충남, 전북, 전남) 내 20개 푸드뱅크·마켓을 통해 즉시 먹을 수 있는 식품과 생활용품이 담긴 이머전시 푸드팩 5,000개를 상시 지원하는 '이머전시 푸드팩' 사업을 실시하여 대규모 재해·재난 대응 체계 구축 및 피해지역 긴급 지원에 노력하였다.

나. 추진 실적

2022년에는 식품 기부액 1,991억 원과 생활용품 기부액 485억 원을 합쳐 총 기부액 2,476억원을 모집하였고, 기부자 수 2만 6,524개소(명) 및 이용자 수 32만 4,251명(개소)을 기록하였다.

기부식품등은 개인 및 시설 · 단체에게 제공하고 있으며, 개인이용자 중 긴급지원대상자, 차상위계층, 국민기초생활수급탈락자 등 복지사각지대에 대한 지원을 강화하고 있다. 시설 · 단체의 경우, 정부지원이 미흡하고, 식품확보가 더 필요한 지역아동센터 · 무료급식소 등에 배분하고 있다. 하지만, 바자회 · 행사, 정치 · 종교적 목적을 위한 행사 등에는 기부식품등 제공을 금지하고 있다.

|표 2-3-15| 식품기부 및 제공 실적('12.~'22.)

(단위 : 백만 원, 개소(명))

연도	기부액	기부자 수	이용자	개인 이용자			단체 이용자
				기초생활 수급자	긴급지원 대상자	차상위계층	시설, 단체
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
2020	211,849	14,269	331,595	123,026	50,889	142,633	15,047
2021	240,047	15,662	349,266	131,359	52,961	151,432	13,514
2022	247,592	17,674	324,251	134,296	47,865	129,129	12,961

Ⅳ 사회복무요원 직무교육

1. 개요

2008년부터 현역복무를 하지 않는 사회복무요원(4급 보충역 등)을 고령화 및 사회 양극화 등으로 인해 수요는 많으나, 공급 자원이 부족한 사회복지시설, 보건 · 의료시설 등 사회서비스 분야에 중점 복무하도록 하는 사회복무제도가 시행되었다.

제도의 기본 방향은 사회서비스 분야에 사회복무요원을 우선 투입하여 노인 · 장애인 수발 보조 등 증가하는 수요에 적극 대응함으로써 시설 업무 부담 경감 및 사회서비스의 질적 수준을 향상시키는 것이다. 이를 위해, 사회복무요원에게 전문 지식과 필요한 윤리 의식을 교육하여 국가 인적자원으로서 역할을 증대시키고 있다.

사회서비스 분야 중 보건복지분야 사회복무요원은 사회복지시설, 지방자치단체, 국 · 공립병원 및 보건소 등에 배치되어 근무하고 있다.

|표 2-3-16| 보건복지 분야 근무 사회복무요원 복무 분야 및 업무

복무 분야	근무 기관	주요 업무
사회복지시설 운영 지원	사회복지시설, 청소년·노인·장애인 관련 공공단체	사회복지시설 입소 노인·장애인 등 신체활동 지원, 정서 및 프로그램 운영지원, 가사 및 생활지원
지방자치단체 사회복지업무 지원	지방자치단체	지방자치단체의 사회복지 담당업무 지원
국민건강 보호 · 증진업무 지원	국립검역소, 보건(지)소	주민건강을 위한 보건위생 지원
환자구호업무 지원	국 · 공립병원, 지방의료원 등	환자 지원, 의료활동 지원

집필자 사회서비스자원과장 신현두

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 사회복무제도 시행 이후, 보건복지부에서는 보건복지 분야에 배치되는 사회복무요원을 대상으로 근무기관에서 담당직무를 효과적으로 수행할 수 있는 능력을 배양시키는 2주(10일)간의 직무교육을 실시하였으며, 이러한 직무교육은 2009년 12월부터 법정 의무교육(병역법 제33조의2)으로 강화되었다.

보건복지분야 사회복무요원 직무교육은 보건복지부 산하의 보건복지전문교육기관인 한국보건복지인재원(구 한국보건복지인력개발원)에 위탁 · 운영되고 있으며, 사회복무교육실과 전국 6개 권역별 사회복무교육센터를 설치하여 체험 및 실습교육 중심으로 체계적인 교육을 실시하고 있다.

|표 2-3-17| 사회복무교육센터 현황

구 분	교육 관할 지역	소재지	전화번호
서울교육센터	서울, 경기 북부, 강원	서울특별시 중구	02-870-7300
부산교육센터	부산, 울산, 경남	부산광역시 동구	051-466-4061
대구교육센터	대구, 경북	대구광역시 동구	053-256-0860
경인교육센터	인천, 경기 남부	경기도 수원시 장안구	031-271-2143
광주교육센터	광주, 전북, 전남, 제주	광주광역시 서구	062-350-1100
대전교육센터	대전, 세종, 충북, 충남	대전광역시 중구	042-257-3293

직무교육은 사회복무요원의 복무 초기 기본직무교육(10일)과 복무기간 1년 전후에 이수가 필요한 심화직무교육(3일)으로 구성되어 있다.

기본직무교육(10일)은 노인 · 장애인 수발 및 이동보조방법 등에 대한 기본적 직무 이해를 돕기 위하여 사회복무요원 근무 유형별 실무 중심의 3개 기본과정(사회복지, 사회복지공무원 보조, 보건의료)과 4개의 사회복지 전문화 과정(노인, 장애인, 아동, 지역사회복지과정)을 세분화하여 추가 운영하고 있다.

|표 2-3-18| 보건복지분야 사회복무요원 기본직무교육 현황

구 분	기본과정		
	사회복지과정	사회복지공무원 보조과정	보건의료과정
교육 대상	사회복지기관 및 시설 근무 사회복무요원	시·군·구청, 읍·면사무소 및 동주민센터 근무 사회복무요원	국립 및 지방의료원, 보건소 근무 사회복무요원
담당 업무	사회복지시설 입소 노인·장애인 등 신체활동 지원, 정서 프로그램·생활지원	지방자치단체 사회복지 담당 업무 지원	주민건강을 위한 보건위생지원 환자 및 의료활동 지원
'22년 교육인원	11,662명	1,095명	732명
교육 기간	10일, 65시간 (강의 42시간, 현장실습 14시간, 팀활동 등 9시간)		10일, 65시간 (강의 49시간, 현장실습 7시간, 팀활동 등 9시간)
주요 교과목	노인, 장애인 체험 및 이해 등 16개 과목	바우처사업에 대한 이해 등 16개 과목	보건·의료서비스의 이해 등 18개 과목

심화직무교육(3일)은 사회복무요원 복무 기간 1년 전후에 심층직무기술 함양 및 문제행동 대처 방법 등을 위한 보수교육 차원의 심화교육으로 현장에서 요구하는 심층직무기술을 사례 중심으로 설계하고, 직무수행 시 문제해결능력 향상에 초점을 맞춰 교과목을 구성하여 운영하고 있다.

|표 2-3-19| 보건복지분야 사회복무요원 심화직무교육 현황

구 분	일반심화과정	아동심화과정
교육 대상	노인·장애인·노숙인시설, 종합복지관 근무 사회복무요원	아동이용시설 근무 사회복무요원
담당 업무	노인·장애인·노숙인 활동 보조 등 지원 활동	아동 학습보조 등 지원 활동
'22년 교육인원	7,757명	2,261명
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

사회복무요원 직무교육은 사회복무요원이 직무현장인 사회복지시설에서 노인, 장애인, 아동 등의 특성을 이해하고 양질의 복지서비스를 제공할 수 있는 역량을 함양하는 중요한 사업이다.

따라서, 보건복지부는 사회복무요원이 보건복지 현장에 확대 배치될 수 있도록 노력함은 물론, 사회복무요원이 '건강하고 가슴이 따뜻한 사회복무인재'로 복무기간 동안 성실히 근무할 수 있도록 강도 높은 직무교육을 지속적으로 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, 2010년 10조 340억 원에서 2019년 14조 4,999억 원으로 증가하였으나 2020년에는 14조 3,491억 원으로 다소 감소하였고, GDP대비 비중은 2010년 0.76%에서 2020년에는 0.74%로 낮아졌다.

집필자 사회서비스자원과장 신현두

|표 2-3-20| 개인과 법인의 기부금 신고 현황(2010~2020)

(단위: 백만원, %)

연도	공제 유형	개 인				법 인		총 계	GDP 대비 비중
		근로 소득자	종합 소득자	소계	%		%		
2010	소득 공제 기부금	4,855,563	1,673,999	6,529,562	65.1	3,504,459	34.9	10,034,021	0.76
2011		5,184,963	1,901,707	7,086,670	63.5	4,068,045	36.5	11,154,715	0.80
2012		5,541,012	2,186,211	7,727,223	65.3	4,112,276	34.7	11,839,499	0.82
2013		5,584,169	2,247,192	7,831,361	62.7	4,654,495	37.3	12,485,856	0.83
2014	세액 공제 기부금+ 소득 공제 기부금	5,147,090	2,570,758	7,717,847	61.1	4,906,292	38.9	12,624,139	0.81
2015		5,408,347	2,524,481	7,932,828	62.4	4,778,202	37.6	12,711,030	0.77
2016		5,633,994	2,587,321	8,221,315	63.9	4,647,156	36.1	12,868,471	0.74
2017		5,781,531	2,539,862	8,321,393	64.2	4,632,262	35.8	12,953,655	0.71
2018		6,006,861	2,782,955	8,789,816	63.3	5,096,288	36.7	13,886,104	0.73
2019		6,266,577	2,945,661	9,212,238	63.5	5,287,634	36.5	14,499,872	0.75
2020		6,269,526	2,924,877	9,194,403	64.1	5,154,668	35.9	14,349,071	0.74

주: 1) GDP대비 비중은 한국은행의 국민계정을 통해 공표되는 명목 GDP(2015년 기준년)를 활용하여 산출
2) 기부금 공제유형은 2013년까지는 소득공제 기부금이었으나 2014년부터 세액공제 기부금과 소득공제 기부금으로 변경.

자료: 국세청, 국세통계연보, 각 연도.

또한, 한국보건사회연구원 '나눔실태조사 2021' 연구용역보고서에 따르면, 최근 1년간('21. 8.~'22. 7.) '기부 경험 여부'와 '자원봉사 또는 헌혈 경험 여부'에 대한 빈도 분석 결과, 최근 1년간 기부에 참여한 응답자는 45.5%, '자원봉사'를 경험한 응답자는 19.4%, '헌혈'에 참여한 응답자는 9.9%로 조사되었다. 전년 대비 기부와 자원봉사, 그리고 헌혈에 참여한 응답자 비율은 각각 0.7%p 감소, 2.6%p 증가, 0.7%p 증가한 것으로 나타났다.

|표 2-3-21| 최근 5년간 나눔 과정 참여 현황

구분	사례 수	기부 참여율	자원봉사 참여율	헌혈참여율	나눔참여율
2018년	2,000명	54.2%	31.9%	14.0%	68.7%
2019년	1,000명	53.4%	33.5%	13.1%	63.4%
2020년	1,000명	50.5%	32.8%	11.5%	64.9%
2021년	2,016명	46.2%	16.8%	9.2%	-
2022년	3,014명	45.5%	19.4%	9.9%	-

주 1) 표본오차: 2018년 : ±2.2% (95% 신뢰수준), 2019~2020년 : ± 3.1% (95%신뢰수준), 2021년 : ± 2.2%(95% 신뢰수준), 2022년: : ± 1.8%(95% 신뢰수준)
2) 나눔참여율은 최근 1년간 한 번이라도 기부나 자원봉사 또는 헌혈한 나눔 참여경험이 있는 사람의 비율임

2. 추진 현황

가. 생활 속 나눔교육 확대

나눔의 소중한 가치가 체화되어 성숙한 시민 구성원으로서 역할을 할 수 있기 위해서는 나눔교육이 무엇보다 중요하다.

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.

2020년에는 지역별로 11개 기관을 통해 생애주기별 대상자 총 12,000여 명에게 교육을 하였고, 나눔교육사가 직접 방문하여 소규모 교육을 진행하는 '찾아가는 나눔교실'을 60개 지원하여 5,900여 명을 교육하였다. 또한, 나눔단체의 투명성과 전문성을 높이기 위하여 나눔단체 종사자 2,443명에게 역량강화 교육을 실시하였다.

2021년에는 지역별로 11개 기관을 통해 생애주기별 대상자 총 9,877명에게 교육을 하였고, 나눔교육사가 직접 방문하여 소규모 교육을 진행하는 '찾아가는 나눔교실'을 74개 지원하여 7,000여 명을 교육하였다. 또한, 나눔단체의 투명성과 전문성을 높이기 위하여 나눔단체 종사자 2,850명에게 역량강화 교육을 실시하였다.

2022년에는 16개 기관을 선정하여 생애주기별 대상자 총 6,150명에게 나눔교육을 실시하였고, 나눔교육사가 직접 방문하여 소규모 교육을 진행하는 '찾아가는 나눔교실' 50개를 지원하여 4,166명을 교육하였다. 또한, 나눔단체의 투명성과 전문성을 높이기 위하여 나눔단체 종사자 2,180명에게 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 지역축제 기간 중 '지역축제나눔활성화사업' 프로그램(기부, 자원봉사, 생명나눔 등)을 운영하여 일상 속 나눔문화의 전파를 유도하고 있다.

또한, 나눔실천자들을 발굴 · 포상하여 명예를 드높이고, 우수사례를 확산하기 위해 '2022년 대한민국나눔국민대상'을 통해 국민추천 등의 방법으로 발굴된 대상자 134명에게 훈 · 포장과 표창 등을 포상하고, KBS를 통해 시상식을 방송하여 포상의 권위와 홍보 효과를 높였다.

|표 2-3-22| 연도별 나눔대축제 개요('16.~'21.)

구 분	2016	2017	2018	2019	2020	2021
일시/장소	10.15.(토)~16.(일) 여의도공원	10.28.(토)~29.(일) 시청광장	10.23.(금)~24.(토) 시청광장	10.5.(토)~6.(일) 올림픽공원	11.3(화) KBS 아레나 특별행사장	12.8(수) KBS 아레나 특별행사
주 최	나눔국민운동본부	나눔국민운동본부	나눔국민운동본부	나눔국민운동본부	나눔국민운동본부	나눔국민운동본부
추진방법	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	나눔포럼 등 나눔 관련 연계 프로그램 운영	나눔포럼, 소규모 시민참여 행사 등 운영
참 여	64개 참여단체	59개 참여단체	63개 참여단체	62개 참여단체	자원봉사자, 수혜처 등	시민단체, 사회복지기관, 기업 등 40여개 기관
주요행사	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, 나눔응원대전, 대한민국나눔음악회 (KBS라디오공개방송) 시민재능기부공연 나눔바자회 국민참여 프로그램 등	나눔포럼, 개막식, 사랑의 선물상자 나누기, 나눔콘서트, 나눔전달식 등	나눔포럼, 개막식, 사랑의 선물상자 나누기, 대형마트 등 유통접점 장소에서 소규모 시민참여 행사 진행 등

※ 2022년에는 나눔대축제 미개최

다. 기업 사회공헌 활성화 지원

기업 사회공헌은 민간기업과 공공기관의 사회적 책임과 사회적 가치 실현을 위해 지역사회 발전에 직접적으로 도움이 되는 기업 사회공헌 촉진 사업을 전개하고 있다. 2022 사회공헌 백서에 따르면 2021년도 기준 상위 100대 기업의 사회공헌 지출규모는 1조 5,684억 원으로 코로나19 여파로 인해 지출규모는 전년 대비 다소 감소하였지만 민간사회서비스 영역에서 중요한 역할을 담당하고 있다. 이에 사회공헌센터는 기업 사회공헌 활성화를 통한 지속가능한 사회공헌 생태계 구축을 위해 사회공헌 연계협력 강화, 사회적 가치성과 확산, 사회공헌 리더십 역량 강화 사업을 지속적으로 추진하고 있다.

'사회공헌 연계 · 협력 강화'에서는 사회서비스 분야로의 전직을 희망하는 기업퇴직자에게 교육과 현장실습을 제공한 후 일자리를 연계하는 '기업퇴직자 사회공헌 일자리 연계 지원 사업'을 추진하였다. (297명 교육 수료, 302명 일자리 연계)

|표 2-3-23| 기업퇴직자 일자리 연계(2020년 시행)

(단위: 명, %/ '22. 12월)

교육참여	교육수료	수료율	일자리 연계
322	297	92.2%	302

* 일자리연계 : 총 302명(정규직 54명, 기간제 풀타임 58명, 기간제 파트타임 10명, 프리랜서 177명, 창업 3명), 과년도 수료자의 재연계 포함

기업과 NGO 간 사업을 잇는 '제6회 사회공헌 파트너스데이'를 운영하여 비즈니스 네트워킹 계기를 마련하였으며, 지역혁신가 발굴과 동반성장을 위해 '지역 사회공헌 파트너스데이'로 확대하여 5개 지역(대구, 부산, 인천, 전북, 원주)에서 진행하였고 리더십 워크숍 및 제안발표회, Dtech 공모전 등을 통해 민관협력 파트너십을 공고히 하는데 주력했다. 또한 '지역의 잠재력'을 주제로 지역혁신가와의 사회혁신포럼 개최를 통해 지역상생과 공동체 회복 방향을 제시하는데 앞장섰다.

'사회공헌 리더십 역량 강화' 파트에서는 사회공헌 담당자를 대상으로 사회공헌 혁신스쿨 2개 과정(데이터 애널리틱스, ESG 스쿨)을 운영하고, 외부 전문가 협업을 통해 180건에 이르는 기업 맞춤형 사회공헌 컨설팅을 제공했다. 사회공헌 분야 전문 인재 양성을 위한 '청년 인턴제'(연간 7명)도 운영하여 청년 일자리 확보에도 기여했다.

'사회적 가치성과 확산'에서는 지역 사회공헌에 기여가 큰 기업 및 공공기관을 발굴하여 인정패 수여 및 정부포상을 하는 '지역사회공헌 인정제'를 운영하여 404개소의 인정기업(기관)을 발굴했다.

|표 2-3-24| 지역사회공헌 인정기업 · 기관 현황(2019년 시행)

(단위 : 개소)

구분	합계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
2022	404	97	15	30	19	7	16	16	10	67	16	14	14	19	18	14	16	16
2021	350	81	9	19	26	5	13	14	9	56	14	15	16	14	17	14	14	14
2020	265	65	7	19	9	6	19	15	4	32	9	18	13	10	15	7	10	7
2019	121	30	5	14	5	4	4	4	2	11	3	5	8	4	8	6	6	2

또한, 국내 상위 100대 기업의 사회공헌 공시자료를 분석한 '2022 사회공헌 백서(사회공헌의 전환, S in ESG)'를 발간하고, 사회공헌의 주요 정책과 흐름을 엿볼 수 있는 '사회혁신과 지역복지 공동체 매거진(Social Innovation in the Community)'을 분기별로 발행했다. 한편 포스트코로나 시대 새로운 국가발전 패러다임 조망 및 복지 생태계 구축을 위한 '복지와 경제의 선순환' 단행본을 제작하여 한국형 실용주의 복지국가 모델과 기업의 ESG 경영의 사회적 성과의 중요성을 강조했다.

Ⅵ 의사상자 예우

1. 개요

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 숭고한 희생 정신을 사회의 귀감으로 삼고, 의사자의 유족 및 의상자와 그 가족에 대하여 국가적 예우를 실시함으로써 사회 정의 실현에 이바지하고자 노력하고 있다.

〈 의사상자 적용 범위 〉

1) 강도 · 절도 · 폭행 · 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

집필자 사회서비스자원과장 신현두

2. 의사상자 예우

의사자의 유족 및 의상자와 그 가족에게는 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」이 규정하는 보상금, 의료급여, 교육보호, 취업보호, 장제보호 등의 국가적 예우를 실시하고 있다. 의사자의 유족에 대한 보상금은 매년 보건복지부장관이 고시하고 있으며, 의상자는 1급부터 9급까지 부상등급에 따라 유족 보상금의 100/100~5/100에 해당하는 금액을 달리 적용하고 있다.

|표 2-3-25| 연도별 의사상자 현황 및 보상금 지급 기준

(단위 : 건, 천 원)

구 분		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
인원	계	17	30	5	19	12	21	17
	의사자	10	10	1	8	5	10	2
	의상자	7	20	4	11	7	11	15
지급 기준	의사자	202,913	209,000	215,270	221,728	221,728	221,728	221,728
	의상자	202,913 ~ 10,146	209,000 ~ 10,450	215,270 ~ 10,764	221,728 ~ 11,086	221,728 ~ 11,086	221,728 ~ 11,086	221,728 ~ 11,086

주 : 의상자 및 의사자 유족에서 지급하는 보상금은 구조 행위를 한 해의 보상금을 기준으로 지급

또한, 시 · 도지사 또는 시장 · 군수 · 구청장은 의사자의 유족이나 의상자의 신청에 의해 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한법률」에 따른 보상금 지급, 「의료급여법」이 정하는 의료급여, 「국민기초생활 보장법」에 따른 교육보호와 장제보호 및 생활안정을 도모하기 위한 취업보호를 실시한다.

Ⅶ 시·도 사회서비스원 운영

1. 추진 배경

인구 및 가족 구조 변화로 다양한 사회서비스 수요가 증가함에 따라, 그간 민간부문에서는 적극적인 사회서비스 제공기관 설치 및 사회서비스 확대 등으로 국민들의 다양한 사회서비스 수요에 대응해 왔다.

그러나 사회서비스는 공적 성격을 가지고 있음에도 불구하고 그간 민간 중심으로 사회서비스가 제공되어 온 결과, 민간에 대한 의존도는 높고 공공부문 역할이 미흡하다는 한계가 있는 점 등에서 급증하는 사회서비스 수요에 대응 가능한 공공부문의 역할 강화의 필요성이 대두하게 되었다.

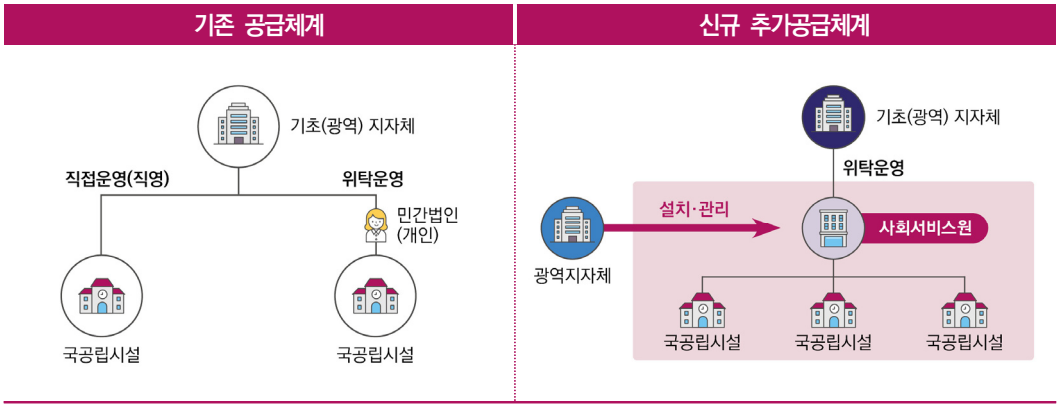
2. 개요

시·도 사회서비스원은 사회서비스 제공기관의 공공성 · 투명성 제고, 종사자 근무환경 개선 및 전문성 향상을 통한 양질의 사회서비스 제공을 목적으로, 시·도지사가 「사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률」에 의하여 설립한 특수법인으로서, 주요업무는 다음과 같다.

첫째, 긴급돌봄 사업을 통해, 코로나19 확산으로 기존에 이용하던 돌봄서비스가 중단되거나, 종사자 · 가족 확진으로 아동·장애인·노인 등 돌봄 취약계층이 사각지대에 방치되지 않도록 한시적으로 돌봄서비스를 제공한다. 또한 예기치 못하게 갑작스럽게 발생한 질병·사고로 일상생활이 어렵거나, 방문요양, 활동지원서비스 등 주요 돌봄서비스를 신청했으나 서비스를 제공받기 전까지 돌봄이 필요한 취약계층 등 기존 돌봄서비스로 해결이 어려운 돌봄 공백에 대해서도 지원하고 있다.

둘째, 국공립 사회복지시설을 직접 수탁 운영하여, 국공립 시설운영의 책임성 · 투명성을 강화하고, 개별적 · 분절적으로 운영되던 유사시설의 통합 · 연계 운영을 통한 시너지가 제고되도록 한다.

|그림 2-3-2| 사회서비스원 국공립시설 운영 체계



셋째, '종합재가센터' 설치를 통한 각종 재가서비스 통합 · 연계하여 바람직한 재가서비스 운영모델을 마련하고, 사회서비스 고도화 모형 개발·확산을 위한 테스트베드 기능을 수행하도록 한다.

넷째, 민간 제공기관을 대상으로 회계·법무·노무·경영 컨설팅, 교육 등 사회서비스 품질 관리 지원사업을 수행하면서, 민간 제공기관의 전문성·창의성을 활용하기 위한 협력체계를 구축한다.

3. 추진 현황

2019년 서울 · 대구 · 경남 · 경기, 4개 시 · 도를 시작으로 2020년 7개(광주, 세종, 충남, 강원, 인천, 대전, 전남), 2021년 3개(전북, 제주, 울산), '22년 2개(부산, 충북) 등 '22년 말 기준 총 16개의 시·도 사회서비스원이 설립·운영되고 있다.

또한, 사업 추진을 통해 위 · 불법 시설(대구 희망원) 및 평가 미흡시설(합천 요양원) 등 운영법인을 찾기 어려운 국 · 공립시설을 위탁받아 운영하여 공공성을 강화하여 왔다. 또한, 종사자 직접 고용 및 직무 · 소양교육 등을 통해 질 좋은 일자리를 창출하였고, 종합재가센터(36개소, '22년 말 기준) 설치로 취약 · 사각계층 서비스 우선 제공 등 공공성 강화 및 일자리 질 개선을 통해 서비스 질 향상을 추진하였다.

4. 추진 성과

그간 시·도 사회서비스원은 이용자의 수요에 대응하는 보다 질 높은 사회서비스를 제공하면서 돌봄 공백에 대응하고, 민간 제공기관을 지속적으로 지원하였다. 주요 성과('22년 기준)는 다음과 같다.

첫째, 사회서비스원이 설립된 시·도에 코로나19 등 긴급돌봄 체계를 구축함으로써, 노인, 장애인, 아동 및 복지시설 등에 대하여 약 2만 3천 건의 긴급돌봄 서비스를 제공하였다.

둘째, 국공립 사회복지시설(113개) 및 정부위탁사업(81개)을 운영함으로써 사회서비스 공공성을 강화하고, 민간을 견인할 수 있는 표준운영 체계를 개발 · 보급하였다.

셋째, 사회복지시설에 대체인력을 파견 · 지원하고, 소규모시설 대상 경영 컨설팅, 안전점검 사업 등 민간 제공기관을 지속적으로 지원함으로써 사회서비스 질 제고에 기여하였다.

넷째, 민간 종사자 11,164명을 대상으로 714회의 교육을 제공함으로써, 민간 종사자의 역량을 강화였다.

5. 사회서비스원법 시행

그간 사회서비스원이 국정과제로 선정된 후 전문가·이해관계자 등의 수렴을 거쳐 시·도별 사회서비스원 설립 등 기본방향이 발표('17.7월)되었으며, 제21대 국회에서는 사회서비스원 관련 쟁점을 반영한 법률안 대안이 마련되어 「사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률(약칭 '사회서비스원법')」이 시행('22.3.)되었다.

법률의 주요내용으로는 ① 시·도 사회서비스원의 설립근거, 사업범위 및 우선위탁, 정관, 임직원 선임절차 등에 관한 사항, ② 시·도 사회서비스원에 대한 경영평가 및 시·도 사회서비스원 원장에 대한 업무성과 평가, ③ 시·도 사회서비스원의 설립·운영 및 사회서비스 품질 제고를 위한 중앙사회서비스원의 설립·운영 등으로서, 사회서비스의 공공성, 전문성 및 투명성 제고를 통한 국민의 복지증진에 이바지 하려는 데 목적이 있다.

향후 시·도 사회서비스원의 제도적 안착을 통하여 사회서비스의 공공성, 전문성 및 투명성 제고 등 사회서비스를 강화하고, 사회서비스와 사회서비스 관련 일자리의 질을 높여, 국민의 복지증진을 위한 노력을 기울일 예정이다.

제3절 장애인복지정책

Ⅰ 개요

1. 장애인복지정책의 기본 방향

장애인복지정책의 기본 목표는 장애인과 비장애인이 더불어 행복한 사회 구현이며 장애인의 자립생활이 이루어지는 포용사회를 건설하는 것이다. 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 장애인정책조정위원회 등 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 구체적 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 소득보장 등 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 직업재활서비스 확대, 창업 지원 등을 통해 장애인의 자립을 촉진하고, 맞춤형 복지 체계를 구축한다.

집필자 장애인정책과장 최경일

넷째, 장애인 차별 해소 및 실질적 권리 보장을 통하여 사회 참여를 촉진한다. 장애인 활동의 장을 넓히기 위하여 자유로운 사회 참여를 위한 정책을 확대하고, 공공시설 등에 편의시설을 확충하여 생활환경 면에서 물리적 장벽을 제거한다. 또한 장애인의 인권보호를 강화하고 장애에 대한 비장애인의 인식을 개선하기 위한 각종 홍보와 교육 등을 실시한다.

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 장애인복지대책위원회에서 '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 장애인정책종합계획('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 69개 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. 제5차 종합계획 주요 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 7월 '장애등급제' 폐지 및 종합판정도구 도입을 단계적 확대하고, 장애인자립생활지원센터 설치 등 시설장애인 지역사회 자립지원, 공공어린이재활의료기관 설립, 장애인 건강주치의제 도입, 장애인 건강검진기관 확충, 장애범주 일부 확대 등을 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 '21년 전국소비자물가변동률 2.5%를 반영하여 '장애인연금 기초급여'를 2021년 30만원에서 2022년 30만7,500원으로 인상하며, 장애인 고용장려금 단가 인상, 장애인 의무고용률 제고, 중증장애인 생산품 우선구매 법정 의무 비율 달성 제고 등을 통해서 장애인에 대한 고용 확대를 유도해 나가고, 최저임금 적용제외 대상을 최소화하는 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. 이를 위하여 장애인 학대시 가중처벌을 위한 근거규정을 장애인복지법에 마련하고 2022년 학대 피해자 쉼터 19개소, 피해장애아동쉼터를 6개소 확대 설치한다.

사회참여 분야에서는 장애인들이 웹사이트 뿐만 아니라 모바일앱, 소프트웨어, 정보통신 융합제품에도 쉽게 접근할 수 있도록 지원하고, 공공기관 건축물에 의무적용되는 BF(장애물 없는 생활환경, Barrier Free) 인증을 민간 건축물에도 단계적으로 확대한다. 또한, 현재 저상버스 보급률을 지속 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

2019년 7월 장애등급제를 폐지하고 서비스 지원 종합조사를 일상생활지원 분야에서 이동지원분야까지 확대하였으며 장애인에 특화된 사례관리 강화를 위해 장애인 전담 민관협의체를 모든 시군구에 설치했다. 또한 지속적으로 장애인정 필요성이 제기된 12개 질환에 대하여 타 장애와의 형평성 및 객관적 판정기준 유무 등을 고려하여 장애인정기준을 신설하고, 예외적 장애인정 절차를 마련('21.4.13)하였다.

활동지원제도 급여 시간도 수급자의 생활환경 및 중증도를 반영해 최대 480시간까지 확대하였으며, 2차례 법개정('20.12, '22.6)을 통해 기존 활동지원 수급자 중 65세 이후 사회활동이 어려운 사람

및 65세 미만의 노인성질환을 겪는 장애인도 활동지원 신청이 가능하도록 하였다. 특히 코로나19 유행 장기화를 고려하여 자가격리·확진 시 일 24시간 활동지원 제공, 보호자 일시적 부재 시 특별지원 급여(월 20시간) 추가지원, 이용·생활시설 휴관 시 긴급활동지원(월 120시간)제공, 발달장애인에 대해 가족에 의한 활동지원을 한시적 허용하는 등 돌봄공백 최소화를 위해 노력했다.

또한 시설거주 장애인의 온전한 지역사회 자립을 위해 '탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵'을 수립·발표('21.8.2.)하고 중앙장애인지역사회통합지원센터 개소, 장애인 거주시설 지역사회 전환 컨설팅 등을 통해 후속 과제를 단계적으로 이행하고 있다.

장애인과 비장애인 간의 건강 격차 해소 및 의료 접근성 격차 해소를 위해 2021년에는 장애아동 재활치료를 위하여 공공어린이재활병원 2개소(서울, 경기)와 공공어린이재활의료센터 4개소(경북권2, 전남권2) 선정·건립, 1개소(제주) 지정하였다. 또한 장애인 건강주치의 2단계 시범사업을 공급자·수요자 중심으로 확대·개편하여 3단계 시범사업 시행('21.9.~)하고, 회복기 집중 재활치료 및 지역사회 복귀를 위해 제1기 재활의료기관 지정·운영 본사업 시행 및 2단계 수가 시범사업 추진 중이다.

2022년 1월부터는 모든 장애인연금 수급자에게 기초급여액을 최대 30만7,500원까지 지급하고 공공형 장애인 일자리 확대('18. 17,352명 → '21. 24,896명), 중증장애인생산품 생산시설 확충('18. 580개소 → '21. 722개소) 하는 등 장애인 사회참여 및 소득보장 도모를 위해 노력하였다. 장애인 고용부문 이행강화를 위해 국가·지자체 공무원 부문 장애인 고용부담금 최초 신고·납부(2021년 1월)하고 공공부문 장애인 의무고용률 상향을 내용으로 하는 법 개정과 미이행 공공기관 장애인 고용 컨설팅 실시 등 장애인 고용 확대를 추진하였다.

또한, 교육 및 문화예술에 대한 접근성 제고를 위해 유아기부터 성인평생교육에 이르기까지 일관된 생애주기별 특수교육 인프라를 지속적으로 확충하여 유치원 특수학급을 2018년도 853학급에서 1,228학급으로 확대하였고 특수교육 교원도 2018년 1,173명에서 2021년 1,214명으로 증원하였으며 지역 중심의 장애인 역량개발 지원을 위해 2021년 4월부터 장애인 평생학습 도시를 선정·운영하고 있다. 장애인 문화·예술 활동 및 관광·여가 향유 기회 확대와 거주지 중심 장애인 체육활동 지원 강화를 위한 사업도 관계부처와 함께 추진하고 있다.

다중적 차별을 겪고 있는 장애인의 권리 강화를 위해 2018년 관계부처 합동 「발달장애인 생애주기별 종합대책」을 발표하면서 관련 예산이 2017년 91억 원에서 2022년 1,080억 원까지 확대되었으며 주간·방과후 활동 서비스 확대, 발달장애인 거점병원·행동발달증진센터가 추가 지정되었다. 또한

장애인학대 신고의무자 범위 확대, 학대피해장애아동 쉼터 설치 근거 마련 등 장애인 학대 예방 및 피해자 보호를 위해 장애인복지법을 개정('21.7월 공포)하고 학대 업무의 효율적 수행을 위해 통합 신고망 및 학대정보시스템 구축('19~'21년), 청각·언어장애인을 위한 문자신고시스템 개통('21.4.) 등 장애인 인권 보호를 위해 노력하였다.

끝으로, 장애인의 이동권 보장을 위하여 저상버스 및 특별교통수단 도입을 확대하고 2021년 12월 교통약자법 개정을 통해 시내버스 대폐차 시 저상버스 도입 및 특별교통수단 운영 효율화를 위한 광역이동지원센터 설치를 의무화하였다. 장애인 디지털 정보접근성 향상을 위해 '소외계층 미디어 포용 종합계획'을 수립하고 공공부문 키오스크 우선구매 제도 시행, 정보통신보조기기 보급 확대, 시·청각장애인용TV 보급 확대 등을 지속적으로 추진하고 있다.

3. 장애등급제 폐지 및 수요자 중심 장애인지원체계 개편

장애인 복지서비스가 다양화되고, 장애에 대한 사회적 인식이 변화함으로써 기존의 의학적 판정 중심의 장애인 등록제도의 문제점이 대두되면서 개인의 욕구 및 사회·환경적 요인을 반영한 장애판정 체계로의 개편을 국정 과제로 추진중에 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 기반한 공급자 중심의 장애인복지 패러다임을 수요자 중심으로 전환하는 전기를 마련하였다.

장애등급제 폐지의 핵심은 '수요자 중심의 장애인 지원체계를 구축'한다는 것이다.

그동안의 지원체계가 장애등급으로 대표되는 공급자 관점에서 정책개발 · 집행이 용이한 체계였다면, 새로운 지원체계는 개개인의 욕구와 환경을 보다 세밀하게 고려해 서비스를 지원하는 것이다.

수요자 중심의 장애인 지원체계의 주요내용은 장애등급제 단계적 폐지, 종합조사 도입, 전달체계 강화의 3개의 축으로 구성된다.

첫째, 장애인 여부에 대한 객관적인 인정을 위해 장애인 등록은 현행대로 유지하면서 종전의 1~3급은 장애의 정도가 심한 장애인으로, 4~6급은 심하지 않은 장애인으로 구분하여, 종전에 1~3급 중증 장애인에게 인정되어 오던 우대혜택은 유지되도록 하였다.

둘째, 장애인 욕구 · 환경 등을 고려한 서비스 지원을 위해 「장애인 서비스 지원 종합조사(이하 '종합조사')」를 도입하였다.

종합조사는 장애인 서비스의 지원수준을 결정하기 위한 것으로 서비스 신청인의 일상생활 수행능력, 인지 · 행동특성, 사회활동, 가구환경 등을 종합적으로 평가하며, 2019년 7월 1일부터 활동지원급여, 장애인 보조기기, 장애인 거주시설, 응급안전서비스의 4개 서비스에 우선 적용되었고, 장애인 이동지원 분야(예: 특별교통수단)는 2020년 10월 30일부터 도입되었다. 마지막으로 소득 및 고용지원분야는 개인별 근로능력, 욕구, 환경 등을 파악할 수 있는 조사표 개발 등을 위해 2022년에 중증장애인 소득활동종합조사 시범사업을 추진하였다.

셋째, 장애인이 지역사회 독립생활을 위해 필요로 하는 서비스를 빠짐없이 편리하게 이용할 수 있도록 전달체계를 강화하였다.

장애인이 서비스를 몰라서 지원받지 못하는 일이 없도록, 사회보장정보시스템(행복e음)을 통해 장애유형, 장애정도, 연령에 따라 받을 수 있는 서비스를 선별하고, 누락 서비스도 찾아 안내하고, 장애인연금에만 적용해 오던 '서비스 수급희망 이력관리를 2019년부터 활동지원서비스, 장애수당에 확대 적용했다.

4. 장애인정책 관련 기타 현황

가. 장애인등록 현황

정부에서는 장애인의 현황 파악과 복지전달체계 구축 등을 위하여 1988년 11월부터 전국적으로 장애인등록사업을 실시하고 있으며, 2022년 12월 기준, 등록 장애인의 수는 265만 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 장애정도 심사를 하던 것을, 2011년 4월 1일부터 모든 신청자가 장애정도 심사를 받도록 제도가 개선되었다. 변경된 제도에서 의사는 장애 유형 및 장애 정도를 진단하고, 장애정도는 장애인등록 신청 후 보건복지부가 지정한 전문심사기관인 국민연금공단에서 장애정도심사를 거쳐 판정한다. 이를 통해 의사 한 명이 장애정도를 부여하던 제도를 전면 개선하여 장애정도의 신뢰성 및 공정성을 높이게 되었다.

장애정도 판정의 합리성 제고를 위하여 장애정도 판정 기준의 개선이 이루어졌다. 2011년 4월 뇌병변장애를 개정하였으며, 8월에는 안면장애에 5급을 신설하였다. 2012년 6월 심장 장애를 개정하였으며, 2013년 4월 호흡기장애 1급 기준 및 뇌전증장애 5급을 신설하는 등 장애 인정 범주 확대를 추진하였다. 같은 해 11월에는 장애인 등록 후 일정 기간이 경과하면 의무적으로 실시하는 장애정도 재판정에 있어 그 기준을 완화함으로써 장애인의 경제적 부담 및 불편을 일정 부분 경감시켰다. 이후에도 장애정도 심사 관련 민원과 장애정도 심사 경험을 바탕으로 보다 객관적이고 형평성 있는 장애인등록제도 운영을 위한 장애정도 판정 기준 개정 작업이 지속적으로 이루어질 예정이다.

|표 2-3-26| 연도별 등록 장애인 수

(단위 : 명, %)

연도	시·군·구에 등록한 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)

연도	시·군·구에 등록한 장애인 수														
	계	지체	시각	청각·언어	지적	뇌병변	자폐	정신	신장	심장	호흡기	간	장루·요루	안면	뇌전증
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)
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)	5,551 (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)
2020	2,633,026 (100)	1,207,368 (45.9)	252,324 (9.6)	418,180 (15.9)	217,108 (8.2)	250,407 (9.5)	30,802 (1.2)	103,525 (3.9)	97,530 (3.7)	5,233 (0.2)	11,544 (0.4)	13,808 (0.5)	15,427 (0.6)	2,677 (0.1)	7,093 (0.3)
2021	2,644,700 (100)	1,191462 (45.1)	251,620 (9.5)	434,813 (16.4)	221,557 (8.4)	248,308 (9.4)	33,650 (1.3)	104,214 (3.9)	102,135 (3.9)	5,166 (0.2)	11,541 (0.4)	14,433 (0.5)	16,012 (0.6)	2,712 (0.1)	7,077 (0.3)
2022	2,652,860 (100)	1,176,291 (44.3)	250,767 (9.5)	448,573 (16.9)	225,708 (8.5)	245,477 (9.3)	37,603 (1.4)	104,424 (3.9)	105,842 (4.0)	5,078 (0.2)	11,451 (0.4)	15,066 (0.6)	16,779 (0.6)	2,725 (0.1)	7,076 (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 시각장애인 정보제공 및 접근성 사업, 시각장애인 인식개선사업, 수화통역사 자격관리, 점역·교정사 양성, 전국장애인 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, 축사, 유공자에 대한 정부 표창수여 등 장애인의 복지 진흥을 위해 많은 노력을 기울이고 있다.

|표 2-3-27| 장애인 관련단체 현황

('21. 12. 기준)

구 분	단체명	설립 목적
기타공공기관	• 한국장애인개발원	장애인 관련 조사·연구, 정책 개발, 복지 진흥 등
재단법인	• 한국장애인재단 • 푸르메 • 이형섭복지재단	장애인 복지기금 운용 및 관리 장애인 재활병원 설립·운영 장애인 복지시설 지원
사단법인	• 한국시각장애인연합회 • 한국농아인협회 • 한국지체장애인협회 • 한국뇌성마비복지회 • 한국여성장애인연합 • 한국신장장애인협회 • 한국뇌병변장애인인권협회 • 한국척수장애인협회 • 한국장루장애인협회 • 한국장애인연맹(DPI)	시각장애인의 사회 참여와 평등 이념 실현 농아인 재활 및 자립 도모 지체장애인의 사회 참여와 평등 이념 실현 뇌병변장애인의 재활과 복지 진흥 여성장애인 복지 증진 신장장애인 지원 사업 및 권익 신장 뇌병변장애인 권익 옹호 및 복지 증진 척수장애인 권익 보호 장루장애인 관리 방문 교육 및 간호 장애인 차별 제거 및 사회 경제적 자립 실천

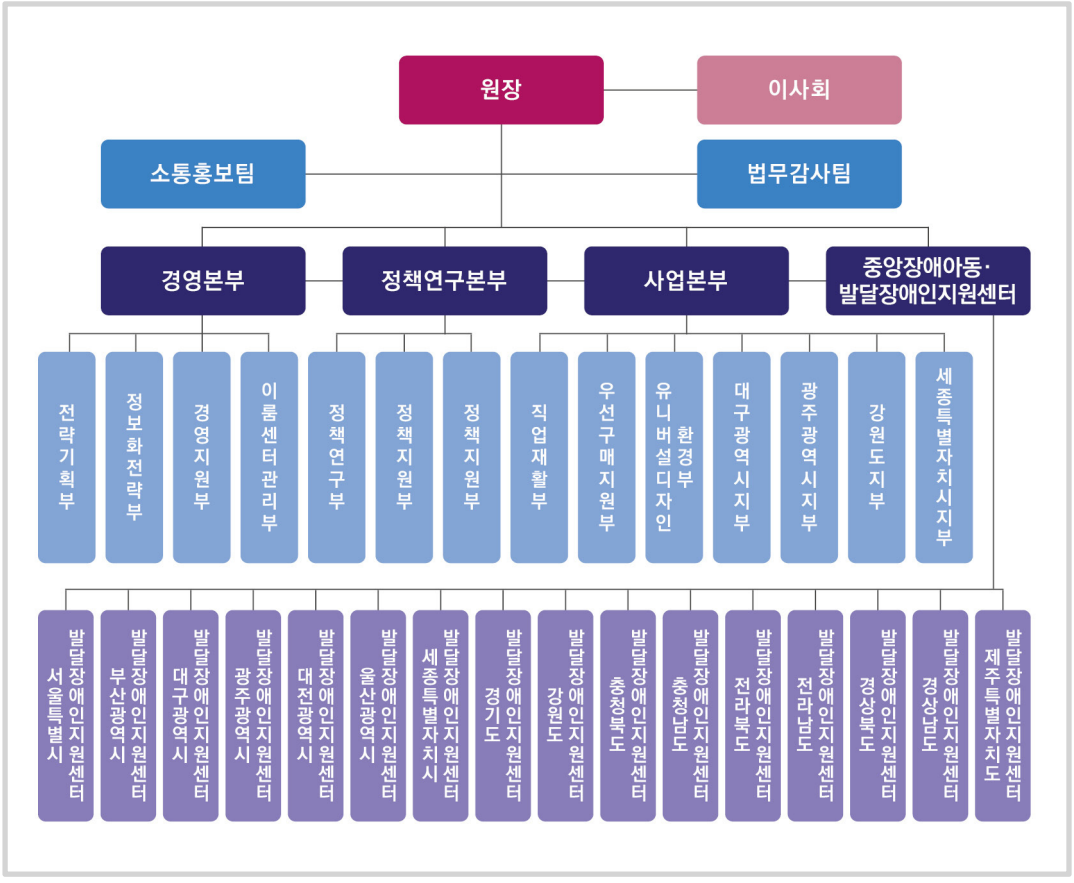
구 분	단체명	설립 목적
	• 한국장애인인권포럼	장애인의 인권 및 권익 보호와 정치 참여 보장
	• 한국신체장애인복지회	신체장애인 재활 대책 도모
	• 한국장애인자립생활센터총연합회	중증장애인의 정책 개발 및 제도 연구
	• 자행회	지적아동 복지 증진
	• 한국지적발달장애인복지협회	지적장애인의 권익 옹호 및 복지 증진
	• 한국자폐인사랑협회	자폐성 장애인의 자립 지원 및 복지 증진
	• 한국장애인단체총연합회	장애인 당사자 단체 권리 증진
	• 한국장애인단체총연맹	장애인단체 간 협력 강화
	• 한국장애인복지관협회	장애인복지관 교류 · 협력 지원
	• 한국장애인재활협회	장애 발생 예방 및 재활에 기여
	• 장애우권익문제연구소	장애인 제반 문제 연구 조사
	• 한국의지보조기협회	보장구 제작 기술 향상
	• 한국장애인복지시설협회	장애인 복지시설의 육성 · 발전
	• 국제키비탄한국본부	장애인의 재활과 복지, 권익 보장과 건강 증진
	• 한국언어재활사협회	언어재활사의 권익 보호 및 질적 관리
	• 장애인먼저실천운동본부	장애인먼저실천운동 및 인식 개선
	• 한국장애인직업재활시설협회	장애인직업재활시설 상호간의 교류 · 협력 활성화
	• 해냄복지회	발달장애인 교육 및 재활, 중증장애인 자립 지원
	• 한국장애인부모회	장애자녀 양육 및 재활 정보 교환
	• 전국장애인부모연대	장애인, 부모, 가족 지원을 통한 장애인 권리 확대
	• 한국장애인주간보호시설협회	장애인주간보호시설 교류 · 발전 도모
	• 한국장애인재활상담사협회	재활상담사의 전문성 향상을 위한 교육훈련 및 보수교육
	• 한국장애인보건의료협의회	보건의료 등 관련 전문가들 협력하여 장애인 건강증진 기여

한국장애인개발원은「장애인복지법」제29조의2에 근거하여 설립된 기타 공공기관으로서, 장애인복지의 종합적이고, 체계적인 조사·연구·평가 및 장애인정책개발 등을 통해 장애인복지 발전에 기여함을 목적으로 하고 있다.

한국장애인개발원의 주요 사업으로는 장애인복지에 관한 정보의 수집·분석·관리, 조사·연구·정책개발 및 국제개발 등의 국제협력 사업, 장애인에 대한 사회적 인식개선 등 장애인복지 관련 교육·홍보·컨설팅, 중증장애인 직업재활지원 및 재정지원 장애인일자리 개발·지원, 중증장애인 생산품에 대한 공공기관의 우선구매 촉진 지원, 편의시설 설치 기술지원 및 장애물 없는 생활환경 조성 등 장애인 편의증진 사업 지원, 장애인 재난안전 대응 지침 개발·보급 등 장애인 안전대책 강화를 위한 사업, 그 밖에 장애인복지와 관련하여 국가 또는 지방자치단체로부터 위탁받은 사업 등이 있다. 이러한 사업을 통해 장애인의 인간다운 삶과 권리보장에 이바지 하고 있다.

한국장애인개발원의 조직은 3본부 9부 2센터 4지부 16개 지역 센터로 구성('22.8월 현재)되어 있으며, '22. 6월 기준 임직원 396.5명 중 장애인은 27명(장애인 고용률 8.5%, 중증장애인 2배수 환산시)으로 정책연구 등 각 분야에서 중추적인 역할을 담당하고 있는 장애인 중심의 대표 공공기관으로 기능하고 있다.

|그림 2-3-3| 조직도



다. 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 장애인 건강보건관리 정책을 체계적으로 추진하기 위해 중앙 및 광역 단위에 장애인보건의료센터를 지정하고. 보건소의 지역사회중심재활사업을 확충하여 장애인 건강 보건 전달체계를 구축하고있다. 시 · 군 · 구 단위의 보건소는 장애인 건강권의 실행기관으로서의 지역장애인보건의료센터의 기술지원을 받아 개인 맞춤형의 보건의료-복지서비스 연계 · 지원을 통해 장애인의 건강보건관리사업을 운영한다.

2018년부터 장애인 건강검진기관 지정, 장애인 건강주치의 시범사업, 공공어린이재활병원 건립 등을 시작으로 2021년부터 장애친화 산부인과 지정 사업을 추진하였고, 2023년에는 「장애인건강권법」 개정에 따라 장애친화 산부인과 법적 근거를 마련하고, 공공보건의료기관을 장애인 건강검진기관으로 당연지정 하는 등 장애인건강권법에 따른 사업을 단계적으로 확대해 나가고 있다.

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, 「2020년도 장애인 실태조사」 결과에 따르면, 장애인 차별이 없다고 응답한 비율은 36.5%로, 2017년 20.1%보다 상당히 개선된 것으로 나타났다.

장애인의 차별해소 및 권익증진을 위한 정부의 노력은 국내와 국제협력 면에서 이루어 지고 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 보장의 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.

집필자 장애인정책과장 최경일, 장애인권익지원과장 최기전, 장애인서비스과장 백경순

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 차별행위의 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 국제협력에 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 정보공유를 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 권고사항을 적극 수용하고 신속히 이행하기 위해, 2016년 1월에는 장애인정책조정위원회에서 「UN장애인권리위원회 권고사항 이행방안」을 심의 확정하였다. 지난 2019년 3월에는 장애인권리협약 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 활동보조 서비스를 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 '활동보조지원사업'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 14.6만 명(2023년 수급자 기준)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, 최중증수급자에 대한 급여를 확대하였다. 2015년에는 신청 자격을 장애3급까지로 확대하고, 수급자가 본인의 급여량 및 사용 금액을 간편하게 확인할 수 있도록 문자알림서비스를 개시하였다.

활동지원서비스 연계가 어려운 최중증장애인의 서비스 연계를 위하여 2016년 3월부터 가산급여를 지급하고 있으며, 지급단가를 '16년 시간당 680원에서 '23년 3,000원으로 인상하였다. 또한 가산급여 지원조건을 완화하여 대상자를 6천명까지 확대하였다.

2019년 7월부터 장애등급제 개편에 따른 서비스지원 종합조사 도입과 함께 장애정도와 무관하게 종합조사 결과에 따라 활동지원을 받을 수 있도록 대상을 확대하였다. 종합조사 적용 후 급여량이 감소하는 수급자에 대해서는 특례를 인정하여 급격한 급여량 감소에 따른 부작용을 최소화하였다. 또한, 본인부담금 산정체계 및 기준변경(전국가구평균소득→기준중위소득)으로 평균 본인부담률이 기존 4.03%에서 2.87%로 인하('22.12월기준)되어 저소득층 이용자의 경제부담 완화에 기여하였다.

2020년부터 시작된 코로나19 확산으로 가운데 신체적 · 정신적 어려움이 있는 장애인이 일상생활과 사회생활에 제약받지 않도록 활동지원 서비스를 확대 제공하였다. 코로나19 확진 및 자가격리시 활동지원 급여를 확대 제공하고(수급자 : 24시간 활동지원급여 제공, 비수급자 : 긴급활동지원 제공), 보호자의 확진·자가격리시 월 20시간의 특별급여를 추가 부여하였다.

2021년 1월 법령 개정을 통하여 장애인활동지원 수급자 중 65세 도래로 장기요양보험으로 전환되어 서비스 시간이 감소한 자에 대하여 보전급여제도를 통해 활동지원서비스를 지속하여 이용 가능하도록 제도를 개선하였다. 또한 기존에는 노인장기요양노인장기요양보험법에 따른 장기요양 서비스를 이용하는 65세 미만의 장애인은 활동지원서비스를 신청할 수 없었으나, 장애인 돌봄의 사각지대를 완화하기 위하여 노인성질환*이 있는 65세 미만의 등록장애인도 활동급여를 신청할 수 있도록 장애인활동지원법을 개정하였다('22.6.1).

2021년 코로나19의 확산 및 2022년 지속 유행으로 인한 장애인 돌봄 공백을 방지하기 위하여 코로나19 확진 및 자가격리시 장애인에 대해 24시간 활동지원 지원을 할 수 있도록 조치하였다, 도전적 행동 등 발달장애인의 특성으로 활동지원사 매칭의 어려움, 가족의 돌봄 부담을 해소하기 위하여 발달장애인 가족 급여를 한시적으로 허용하였으며, 초중고 장애학생 특별돌봄(월 40시간) 및 고교생 방학기간 특별지원(월 20시간) 추가 제공, 대체공휴일 추가지원(12시간)을 제공하였다. 또한, 2022년 중부 지방 집중호우로 재난에 취약한 장애인의 돌봄 공백 방지를 위해 특별지원(20시간)급여를 제공하였다.

5. 여성장애인을 위한 사회 참여 기회 확대

여성장애인지원사업은 장애와 여성이라는 이중제약으로 역량강화의 기회를 갖지 못한 여성장애인들에게 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 사회참여 지원사업과 통합하여 추진하고 있다. 시·도별로 공모를 통해 선정된 여성장애인 교육수행기관은 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)하였으며 2020년에는 모바일로 신청이 가능하도록 개선하였고, 2021년에는 정보연계 구축을 통해 정부24에서 여성장애인 출산비용지원 신청을 가능하도록 하여 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 발달장애인 방과후활동서비스, 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 2022년까지 총 84,233명에게 제공하였다. 구체적으로는 2022년 발달장애인 부모교육과 관련하여 7,421명에게 영유아기 부모교육, 8,039명에게 성인전환기 부모교육, 6,441명에게 성인권교육을 제공하였다. 더 나아가 2021년부터는 발달장애인 가족휴식지원사업에 대한 지원 및 관리도 발달장애인지원센터에서 수행하고 있으며, 2022년에는 발달장애인 및 그 가족 15,359명에게 가족휴식지원 서비스를 제공하였다.

발달장애인 공공후견지원사업은 의사결정능력 부족으로 사회생활과 법률행위를 하는 데 어려움을 겪는 성인 발달장애인을 위한 특정후견을 지원해주는 사업이다. 후견이 필요한 발달장애인 대상자 선정부터 후견심판 청구에 이르기까지 후견 절차의 전 과정을 지원한다. 가정법원의 후견심판에 따라 선임된 공공후견인은 2022년 기준 2,144명(가족후견 761명, 제3자후견 1,006명), 피후견 발달장애인은 2,144명이며, 같은 해 심판청구 건수는 733건(특정후견청구 607건, 사후조치청구 136건), 보정서·의견서 등 법원서면 제출 건수는 312건이다.

또한, 발달장애인을 대상으로 범죄가 발생하는 경우 보호조치를 수행하고, 수사 또는 재판의 당사자가 되는 경우 신뢰관계인으로 동석 등 형사·사법절차지원을 하는 권리구제사업을 수행하고 있으며, 2022년 현장조사(현장방문) 258건, 형사사법절차지원 545건을 실시하였다.

발달장애인의 특성에 맞는 의료서비스를 제공하고, 자해, 타해와 같은 도전적 행동을 치료 · 재활하기 위한 거점병원이 2016년 한양대병원, 양산부산대병원 2개소 지정·운영을 시작으로 2019년에 인하대병원, 강원대병원, 충북대병원, 전북대병원, 서울대병원, 연세대원주세브란스기독병원 6개소가 추가 지정되었으며, 2021년에는 성남시의료원, 부산온종합병원 2개소가 추가 지정되어 ’22년 말 현재 총 10개소에서 체계적이고 효율적인 의료지원을 제공하고 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 방과후활동서비스가 신규 도입되었으며, 2022년에는 주간활동서비스 월 제공시간을 확대하였고(확장형 기준 ’21.132→’22.165시간), 학교를 다니지않는 청소년 발달장애인도 방과후활동서비스를 이용할 수 있도록 그 대상을 확대하였다. 2022년 기준 주간활동서비스는 9,211명, 방과후활동서비스는 8,933명이 이용하였다.

2021년에는 발달장애인의 일상생활, 건강상태, 경제활동, 사회참여 등을 최초로 조사·분석하여 『발달장애인 실태조사』 결과를 발표하였다.

2022년에는 자해나 공격적인 행동 탓에 복지관을 비롯한 시설 이용에 어려움을 겪는 최중증 발달장애인을 대상으로 24시간 돌봄을 1:1로 지원하는 '최중증 24시간 돌봄 시범사업'을 실시하였다. 또한, 같은 해 6월 '최중증 발달장애인 통합돌봄서비스' 제공을 위한 법적 근거를 마련하고, 『발달장애인 평생돌봄 강화대책』을 발표('22.11.)하여 최중증 발달장애인의 24시간 지원체계를 구축하고, 발달장애인의 개인별 특성을 고려하여 지역사회에서 의미 있는 낮 활동을 보장 등 평생돌봄을 강화하고 있다.

7. 장애아동가족 지원

성장기 정신적·감각적 장애아동에게 기능향상과 행동발달을 지원하고 장애아동 양육가족의 경제적 부담을 경감시키기 위해 만 18세 미만 장애아동에게 발달재활서비스(바우처, 월 14~22만원 소득수준별 차등 지원)를 이용할 수 있도록 하였다. 감각적 장애 부모를 둔 만 12세 미만의 비장애 아동에게도 언어재활서비스, 독서지도, 수어지도 등의 언어발달 지원 서비스(바우처, 월 16~22만원 소득수준별 차등 지원)를 이용할 수 있도록 하였다.

또한 중증장애아동의 상시적 돌봄에 지친 가족의 돌봄 부담 경감을 위해 만 18세 미만 중증장애아동 가정에 장애아돌보미를 파견을 통한 연간 840시간의 돌봄서비스를 제공하고 있으며, 장애아동을 양육하는 가족 구성원에게는 장애아가족 문화·교육프로그램, 가족역량강화 프로그램, 자조모임 지원 등 휴식지원 프로그램 운영을 이용할 수 있도록 지원하고 있다.

2022년 12월 말 기준 발달재활서비스는 91,044명, 언어발달지원은 405명, 장애아가족양육지원은 4,290명을 각각 지원하였다.

8. 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「장애인등편의법」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 편의증진 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 편의 증진 국가종합 5개년 계획 ('20.~'24.)을 수립하여 장애인등편의법상 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 마련하였다

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('21. 12. 기준)까지 총 10,476건(예비인증 6,615건, 본인증 3,861건)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

('21. 12. 기준, 단위 : 참가자수, (진행회수))

구분	공무원	건축사	민간 등	BF세미나	계
2021년	83명(5회)	253명(4회)	637명(4회)	69(3회)	1,042명

|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(%)	
주민자치센터	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%
파출소	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%

주 : '20년 ~ '21년 코로나19로 표본 조사 미실시

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 국민연금제도가 있고, 공적부조 성격에 가까운 정책으로는 장애인연금, 장애수당 및 장애아동수당제도를 운용하고 있다. 한편, 생활에 필요한 비용을 지원하거나 경감함으로써 간접적으로 소득보장에 기여하는 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 2만 원 인상하여 지급하였고, 2014년 7월부터는 기초급여를 종전(99,100원) 대비 2배 인상하여 지급(200,000원)하였다. 또한 2018년 9월에는 기초급여액을 25만 원으로 인상하였으며, 2019년 4월부터 2021년 1월까지 소득계층에 따라 단계적으로 기초급여액을 30만원으로 인상했다. 2022년 1월부터는 기초급여액에 전년도 물가상승률을 반영하여, 기초급여액을 전년 대비 2.5% 인상한 30만7,500원으로 인상하는 등 지속적인 기초급여 인상을 추진하여 중증장애인의 생활이 과거에 비해 안정되는데 기여했다.

장애인연금은 18세 이상의 등록 중증장애인(장애등급 1급, 2급 및 3급 중복장애인) 중 본인과 배우자의 소득과 재산을 합산한 금액(소득인정액)이 선정기준액 이하인 자가 수급대상이 된다. 소득보전을 위한 기초급여와 장애로 인한 추가 비용 보전을 위한 부가급여로 구성되며, 소득과 연령에 따라 차등 지급하고 있다. 2022년 12월 말 기준 총 36만2천 명의 중증장애인에게 장애인연금을 지급하였다.

3. 장애수당 지급

저소득 장애인의 경제적 안정을 위하여 1990년부터 도입된 장애수당은 2010년 7월 장애인연금이 도입됨에 따라 장애인연금 대상인 중증장애인을 제외한 경증장애인을 중심으로 수당을 지급하고 있다. 현재 장애수당 지급 대상은 「국민기초생활보장법」에 따른 수급자 및 차상위계층으로 18세 이상의 「장애인연금법」상 중증장애인에 해당하지 않는 등록 장애인(종전3~6급)이다. 2022년 12월 말 기준 39만 6천 명의 장애인에게 월 2~4만원의 장애수당을 지급하였다. 2023년 1월부터는 2015년 이후 동결된 장애수당 단가를 50% 인상하여 월 3~6만원의 장애수당을 지급하게 되며 이를 통해 저소득 장애인들의 장애로 인한 추가비용 보전 및 소득보장 강화에 이바지할 것으로 기대된다.

4. 장애아동수당 지급

2002년에 장애아동 부양수당으로 시작해 2007년 명칭을 변경한 장애아동수당은 장애아동의 양육에 소요되는 추가 비용 및 장애아동의 건강한 성장을 지원하고자 마련하였다. 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. 2022년 1월부터는 중증장애아동수당은 2만원씩, 경증은 1만원씩 인상되어 장애아동의 생활 안정에 기여하였다. 2022년 12월 말 기준 총 1만 6,000명에게 장애아동수당을 지급하였다.

5. 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. 2022년 기준 장애인의료비 수혜자는 95,065명(의료급여 2종 41,731명, 차상위 본인부담 경감대상자 54,125명)이다.

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, 장애인복지시설 및 단체, 재가 장애인이 생산하는 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. 2022년 12월 말 현재 792개소의 직업재활시설에 있는 이용 장애인 수는 20,819명으로 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

('22. 12. 기준, 단위 : 개소, 명)

구 분	계	근로사업장	보호작업장	직업적응훈련시설
시설 수	792	70	682	40
이용 장애인 수	20,819	2,951	17,017	851

주 : 장애인생산품 판매시설 : 17개소(시 · 도별 1개소씩 운영)

3. 중증장애인직업재활 지원사업

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 중증장애인 대상 종합 직업재활지원서비스를 제공하고 있다.

정부와 (재)한국장애인개발원은 중증장애인 직업재활정책, 제도 개선 및 적합 직종 관련 조사 연구 등을 수행한다. 또한, 일선 장애인복지관, 장애인단체, 장애인직업재활시설 등 171개소의 사업수행기관을 지원하여 중증장애인에 대한 직업상담, 직업지도, 직업 적응 훈련, 지원 고용, 취업 알선 및 취업 후 적응 지도 등의 사업을 실시하고 있다. 그 결과 2022년에는 약 16,361명의 중증장애인에게 직업재활서비스를 제공하여, 이 중 5,268명이 취업하는 성과를 보였다.

또한, 특화사업으로 사업체 현장에서 실제 직무훈련을 통해 직업적응성을 극대화하는 현장 중심 직업훈련(First job) 및 중증장애인 채용을 목적으로 시설, 장비 등을 지원하는 I got everything 카페 사업을 확대하고 있다. 2022년 기준 현장 중심 직업훈련 프로그램으로 국립공원공단-국립생태원 연계 '곤충시료 선별 직무', 스타벅스코리아 연계 '바리스타' 훈련을 진행하고 있고, I got everything 카페는 누적 77개소 운영으로 총 309명의 중증장애인일자리를 창출하였다.

|표 2-3-31| 중증장애인 직업재활사업 수행기관 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 개소)

구분	계	직업재활 센터	현장중심 직업재활센터	장애인 단체	장애인직업 재활시설	직업평가 센터	직업재활 프로그램 기관
개소 수	171	33	23	30	74	6	5

4. 장애인일자리지원 사업

일반 노동 시장에서 취업이 어려운 장애인에게 정부가 공공일자리를 제공하여 장애인의 사회 참여와 경제적 자립을 도모하고자 2007년도부터 장애인일자리사업을 시행하고 있다. 일자리 유형으로는 일반형일자리(전일제·시간제), 복지일자리 및 특화형일자리로 시각장애인 안마사 파견과 발달장애인 요양보호사 보조가 있고, 장애 유형 및 정도에 맞는 적합 직종을 발굴 · 보급하고 있다. 전국 시·군·구 및 행정복지센터의 행정업무를 보조하는 행정도우미와 장애인 간 동료 상담, 주차단속 보조요원, 장애인 건강도우미 등이 대표적인 예이다.

매년 장애인일자리 신규직무개발 공모사업을 통하여 신규 일자리를 보급하고 있으며, 2021년도에는 시범사업을 통해 3가지 직무를 확대하고 적용하였다. 그 결과 2022년 1월 기준 장애인일반형 일자리(전일제) 7,190명, 일반형 일자리(시간제) 3,425명, 복지일자리 14,844명, 시각장애인 안마사 1,110명, 발달장애인 요양보호사 보조 977명 총 27,546명, 총 38종의 직무를 운영하고 있다.

5. 중증장애인생산품 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('22년 말 기준 1,042개)은 특별법에 따라 공사비를 제외한 기관 총구매액의 1% 이상을 중증장애인생산품으로 구매하여야 하며, 그 품목에 제한은 없다.

보건복지부는 공공기관의 우선구매 이행을 위해 매년 4월말 각급 공공기관의 전년도 우선구매 실적 및 차년도 우선구매 계획을 종합하여 공표하고 법정 의무구매 비율 미달기관에 대해서는 시정조치 등을 요구하고 있다.

2022년 기준, 공공기관 전체 중증장애인생산품 구매액은 7,005억 원으로 총구매액 대비 1.01%를 차지하여 법정 비율(1%)을 달성하였고, 법정비율 도달 기관은 2021년 549개소(전체의 52.9%)에서 2022년 545개소(전체의 52.3%)로 소폭 감소했다.

|표 2-3-32| 연도별 중증장애인생산품 우선구매 실적

(단위 : 억 원, %)

구 분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
총구매액(A)	412,853	387,328	454,748	468,179	534,154	537,964	570,285	628,356	713,560	695,311
우선구매액(B)	2,958	3,530	4,640	5,312	5,387	5,757	6,488	7,024	7,044	7,005
우선구매율 (B/A)	0.72	0.91	1.02	1.13	1.01	1.07	1.14	1.12	0.99	1.01

한편, 중증장애인생산품을 공급하는 생산시설도 지속 증가하여 2022년말 기준 762개소가 보건복지부로부터 지정을 받았으며 이 생산시설에 총 14,283명의 장애인근로자(이중, 중증장애인은 12,880명)가 고용되어 있다.

그 외 중증장애인생산품 신규품목 지원을 위해 2022년에 공모전을 통해 운동용매트, 안전헬맷, 침낭의 품목을 새로 발굴하였고, 해당 품목의 생산 및 판매를 지원하기 위해 신규 인큐베이팅 지원사업을 통해 생산인프라 구축 등의 지원사업을 2023년에 새롭게 추진할 계획이다.

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 2019~2022년에는 6개의 품목을 추가함으로써 총 36개의 품목이 각 품목의 기준 금액 내에서 전액 지원되고 있다. 지원 대상은 「국민기초생활보장법」상 수급자 및 차상위 계층으로 등록한 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 심장, 호흡, 지적, 자폐성, 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, 2020년 장애인용 유모차, 피더시트 추가. 2021년 목욕용 미끄럼방지용품, 소변수집장치, 대체입력장치(스위치) 추가, 2022년 낙상알림기 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	3만 원	2년
4	음성시계	시각	3만 원	2년
5	시각신호표시기	청각	15만 원	2년
6	진동시계	청각	5만 원	2년

집필자 장애인정책과장 최경일, 장애인권익지원과장 최기전, 장애인자립기반과장 한영규

순번	지원품목	장애유형	지원기준	내구연한
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 빨대	지체 · 뇌병변		
12	머그컵, 유리컵, 컵 및 받침접시	지체 · 뇌병변		
13	접시 및 그릇	지체 · 뇌병변		
14	음식 보호대	지체 · 뇌병변		
15	기립훈련기	지체 · 뇌병변	150만 원	3년
16	헤드폰(청취증폭기)	청각	12만 원	2년
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
31	장애인용 유모차	지체 · 뇌병변	150만 원	5년
32	피더시트	지체 · 뇌병변	80만 원	3년
33	목욕용 미끄럼방지용품	지체 · 뇌병변	5만원	3년
34	소변수집장치	지체 · 뇌병변 · 심장 · 호흡	120만원	3년
35	대체입력장치(스위치)	뇌병변	5만원	3년
36	개인 비상경보시스템(낙상알림기)	지체 · 뇌병변 · 심장 · 호흡	55만원	5년

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 지역 보조기기센터 설치·운영 등 근거 마련, 보조공학사 자격 도입 등이며 2016년 12월 30일 시행되었다.

|표 2-3-34| 부처별 장애인보조기기지원사업 현황

('22. 12. 기준)

부처	보건복지부					고용노동부		보훈처	교육부	과기부	중소벤처기업부
부서	보험급여과	요양보험제도과	기초의료보장과	장애인자립기반과	사회서비스사업과	산 재	장애인고용과	보훈의료과	특수교육정책과	정보활용지원팀	소상공인정책과
사업명	장애인 보조기기 급여비 지급	노인장기요양보험 복지용구 지원	장애인 보조기기 급여비 지급	장애인 보조기기 교부	장애인보조기기렌탈 서비스	재활보조기기 지급	장애인 보조공학 기기지원	국가유공자 보철구 지급	특수교육 보조공학 기기지원	정보통신 보조기기 지급	1인 사업주 보조공학 기기 지원사업
용어	장애인 보조기기	복지용구	장애인 보조기기	장애인 보조기기	장애인보조 기기	재활보조 기기	장애인 보조공학 기기	보철구	보조공학 기기	정보통신 보조기기	보조공학 기기
신청 기관	건보공단	건보공단	시·군·구	시·군·구	시·군·구	근로복지 공단	장애인 고용공단	보훈 병원	교육청	정보문화 진흥원	장애인 기업종합 지원센터
'22년 품목수	88	18	88	36	지자체별 상이	217	58	44	지자체별 상이	25	35
'22년 예산 (억원)	918	2940	259	16	-	77	142	56	(각 교육청 개별운영)	30	1
대상	건강보험 가입자		의료급여 수급권자	기초 및 차상위	만24세 이하 장애아동·청소년	산재보험 가입자	장애인 고용 사업주	국가유공 상이자	특수교육 대상자	등록 장애인	1인 사업주

나. 장애인보조기기 사례관리서비스

장애인이 사용하는 장애인보조기기에 대한 관리 부실을 해소하고, 수요자의 이용 만족 및 보조기기 사업의 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 연계 체계를 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, 의료 종사자 교육 등을 수행하고 있다. 2018년도 지역장애인보건의료센터 3개소 지정(서울남부, 대전, 경남)을 시작으로, 2019년도 3개소 지정(서울북부, 강원, 전북), 2020년도 4개소 지정(인천, 부산, 경기, 제주), 2021년도 4개소(대구, 광주, 충북, 경북), 2022년도에 3개소(경기북부, 충남, 전남)가 지정되었다.

|표 2-3-35| 지역장애인보건의료센터 사업내용

법적 기능	사업내용
장애인 건강보건 관리사업	• 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	• 임신 여성장애인등록 관리(DB 구축) • 임신 여성장애인 건강 클리닉 • 여성장애인 건강관리 교실(여성질환 관련) • 참여형 동아리 사업
보건의료인력 및 장애인 · 가족에 대한 교육	• 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	• 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 건강관리, 퇴원 후 조기적응, 장애로 인한 2차 장애 예방, 장애인 사회참여 등 장애인에게 의료를 기반으로 맞춤형 보건의료-복지 서비스를 지원한다. 이는 장애인 건강문제를 총체적으로 파악하여 보건소 내외 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 256개 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, 만성질환 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 전문재활병원 건립 사업을 추진하여 현재 7개 권역재활병원을 통해 전문재활의료서비스를 제공하고, 사회 복귀 지원, 방문재활 프로그램 등 공공재활프로그램을 제공함으로써, 장애인의 효과적인 사회 복귀를 지원하고 있으며, 추가적으로 2017년부터 충남, 전남 지역 권역재활병원, 2021년부터 전북 지역 권역재활병원 건립을 지원하고 있다.

|표 2-3-37| 권역재활병원 건립 현황

('22. 12. 기준)

구 분	경인	호남	대전	강원	영남	제주	경북
기관명	경인권역 재활병원	호남권역 재활병원	대전권역 의료재활센터	강원도 재활병원	영남권역 재활병원	제주권역 재활병원	경북권역 재활병원
선정년도	2006	2008	2008	2006	2008	2007	2015
개원년도	2010	2013	2013	2012	2011	2014	2021
운영기관	대한적십자사, 인천광역시	조선 대학교	충남대학교 병원	강원대학교 병원	양산부산 대학교병원	서귀포 의료원	경북대학교 병원
허가병상수	120병상	179병상	152병상	148병상	150병상	138병상	150병상
입원환자 연인원(실인원)	20,671 (315)	59,476 (722)	33,821 (929)	43,351 (675)	23,505 (654)	29,151 (535)	24,917 (377)
외래 연간 환자 수	10,144	12,237	21,272	21,418	45,745	21,915	27,913

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

('22. 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	3,737	1,532	355	252	9	165	751	1,601	263	840	204	294	792	70	682	40

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 장애인 복지서비스가 지역 내에서 이루어져야 한다는 지방분권위원회 결정에 따라 2005년 장애인복지시설 운영을 지방자치단체 사무로 이관하였으나 지자체의 재정부담 증가로 인해 장애인거주시설운영 지원사업은 2015년에 다시 국고보조사업으로 환원되었다.

정부는 장애인복지시설의 평가 등을 포함하여 전문적인 재활서비스가 이루어지도록 기본적인 정책 방향을 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. 또한 장애인 학대시 가중처벌을 위한 근거규정을 장애인복지법에 마련하여 2020년 12월부터 시행하고 있다

장애인복지시설 이용자의 서비스 질 개선과 인권보호 강화를 위해 제도적 기반 확립 및 인프라 확충에 힘쓰고 있으나 거주시설 장애인의 지역사회정착 및 자립지원 요구가 커지고 있다.

3. 장애인 지역사회 전환 및 자립지원

장애인이 거주시설이 아닌 지역사회에서 내에서 자립생활을 영위할 수 있도록 주거지원, 사회서비스 확대 및 전달체계 마련 등을 위해 2019년부터 장애인 지역사회 통합돌봄 선도 시범사업을 2개 지역에서 추진하였다. 이와함께 시설거주장애인의 지역사회 자립을 지원하고 거주자의 지역사회 자립을 촉진 할 수 있도록 시설을 변화시키는 일련의 지원정책을 포함한 「탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵」을 8월에 장애인정책조정위원회를 통해 발표하였다.

가. 장애인 지역사회 통합돌봄 선도사업

2019년 6월부터 지역사회 장애인에 대해 주거 · 건강 · 돌봄 등을 통합적으로 지원하기 위한 '지역사회 통합돌봄 선도사업'을 대구 남구와 제주 제주시에서 진행 중에 있다. 선도 사업 지역 여건과 대상자 욕구에 맞추어 주거지원, 복지서비스 연계 · 통합 제공 모델을 마련하기 위하여 해당 지역에서 사업을 추진한다.

|표 2-3-39| 주요서비스 제공현황

('22. 1. 기준, 단위 : 개소)

시군구	프로그램 연계자	보건 · 복지 연계자원 유형별					
		소계	주거	신체·정신 건강관리	일상생활	일자리	문화·여가·돌봄 등
총계	2,715	6,003	897	2,116	2,078	87	825
대구남구	1,533	2,315	290	889	554	57	525
제주시	1,182	3,688	607	1,227	1524	30	300

나. 탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵 수립 및 발표

장애인이 자신의 주거를 선택할 권리에 따라 집과 같은 환경에서 지역사회에서 자립하여 생활할 수 있도록 지원하기위한 「탈시설 장애인 지역사회 자립지원 로드맵」을 2021년 8월 제23차 장애인정책조정위원회 심의를 거쳐 발표하였다. 그동안 보호가 필요한 장애인을 위해 장애인 거주시설이 운영되어 왔으나, 증가하는 장애인에 대한 돌봄수요와 거주시설의 집단생활에 대한 개선 요구, 유엔 장애인권리협약 제19조 등에 기반한 장애인의 주거 결정권 보장 필요성 등을 고려하여 단계적으로 보호가 필요한 장애인에게 시설이 아닌 지역사회 자립생활을 지원하도록 개편하는 중장기 계획을 수립하였다.

로드맵의 주요내용은 다음과 같다.

첫째, 장애인이 자신의 주거를 선택할 권리를 보장하기위하여 시설 장애인을 대상으로 자립지원 조사를 의무화하고, 인권침해시설과 대규모 시설에 대하여 단계적으로 거주인의 지역사회 전환을 지원한다. 둘째, 자립경로를 구축하기 위하여 거주시설 내에 자립지원 전담조직을 운영하도록 하고 체험홈 등을 활용하여 충분한 사전준비 기회를 제공한다. 셋째, 독립생활을 위한 공공임대주택 등의 공급과 주거유지서비스 모델을 개발하여 재가 서비스 지원 등 사회적 지원을 확대한다. 넷째 거주시설을 지역사회 자립을 촉진시키는 기관으로 변경하고, 거주시설은 24시간 지원이 필요한 장애인을 위한 전문서비스 제공기관으로 변환해 나간다. 다섯째, 거주시설에 머무는 기간 동안 안전하고 자유롭게 생활할 수 있도록 당사자 중심으로 시설이 운영되도록 개선 해나간다. 마지막으로, 자립지원 정책을 추진하는 과정에서 민간-공공 간 긴밀한 협력체계를 구축하고 관련 민간지원기관을 보완해나간다.

로드맵은 2022년부터 시범사업을 거쳐 단계적으로 주거전환 등 로드맵 과제를 추진하여 2041년까지 중장기적으로 거주시설 장애인의 전환을 마무리하는 내용을 담고 있다.

다. 시설장애인 자립 지원체계 구축 시범사업(2022~2024년)

시설장애인의 주거선택권 보장하고 지역사회로의 자립을 지원하기 위하여 '시설장애인 자립 지원체계 구축 시범사업'을 추진하고 있다. 2022년 10개 지자체의 거주시설 69개, 시설장애인 1,050명을 대상으로 자립의사를 조사하여, 203명의 자립희망자를 발굴하였고, 지역별 자립지원위원회에서 면밀히 검토(자립 의지, 건강 상태, 보호자 의사 등)하여 자립대상자를 선정하고 있다. (2022년말 기준 29명이 지역사회로 주거 전환 완료)

CHAPTER

제4장

저출산 · 고령사회 대응정책

제1절 저출산 · 고령사회 대책
제2절 모성과 영유아 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 · 고령사회위원회」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 마지막까지 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 이선영

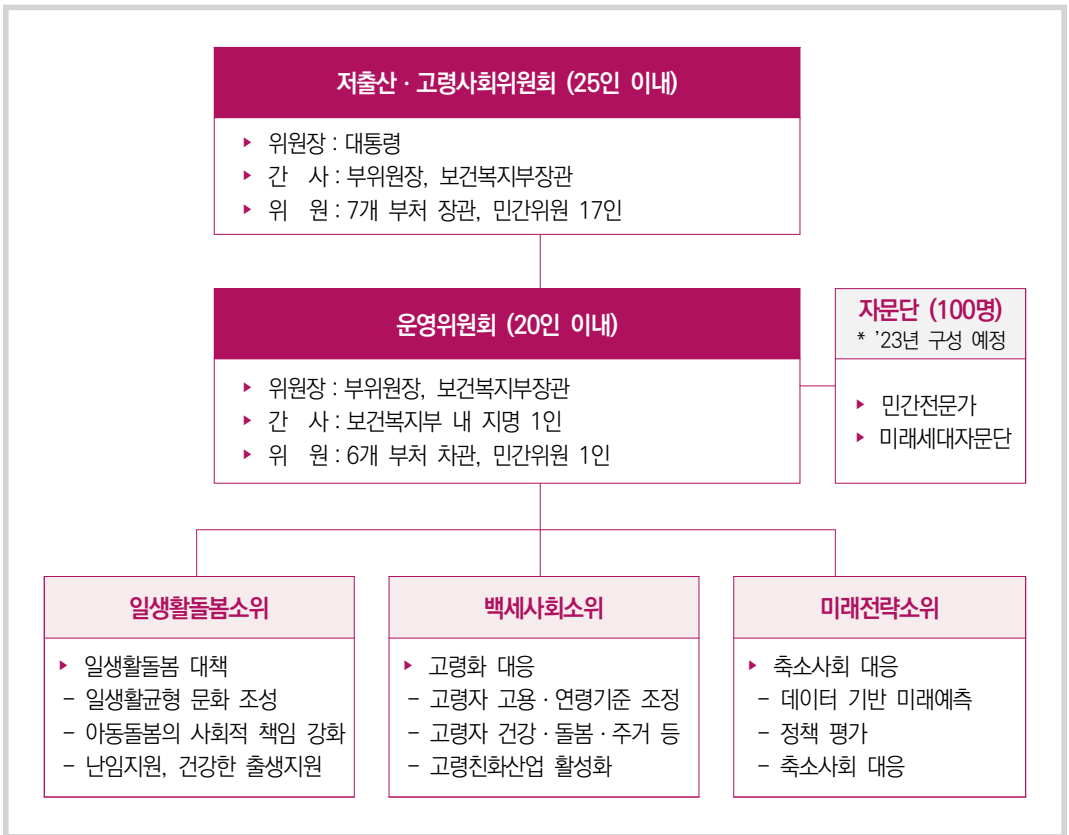
2015년으로 제2차 기본계획이 완료되면서 2015년 12월 향후 5년간 추진할(2016~2020) '제3차 저출산 · 고령사회기본계획(브릿지 플랜 2020)'을 수립하였다.

2016년 8월에는 출생아수가 계속해서 감소하는 위기 극복을 위한 호소문을 발표하고 3차 기본계획의 보완 및 대책을 마련하였다.

2017년에는 저출산고령사회위원회의 위상, 역할 강화를 위해 부위원장직을 신설하고, 정부위원 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.

2020년으로 제3차 기본계획이 완료되면서 2020년 12월 향후 5년간 추진할(2021~2025) '제4차 저출산 · 고령사회기본계획'을 수립하였다.

|그림 2-4-1| 저출산 · 고령사회위원회 추진체계



2. 그간의 기본계획 주요 성과

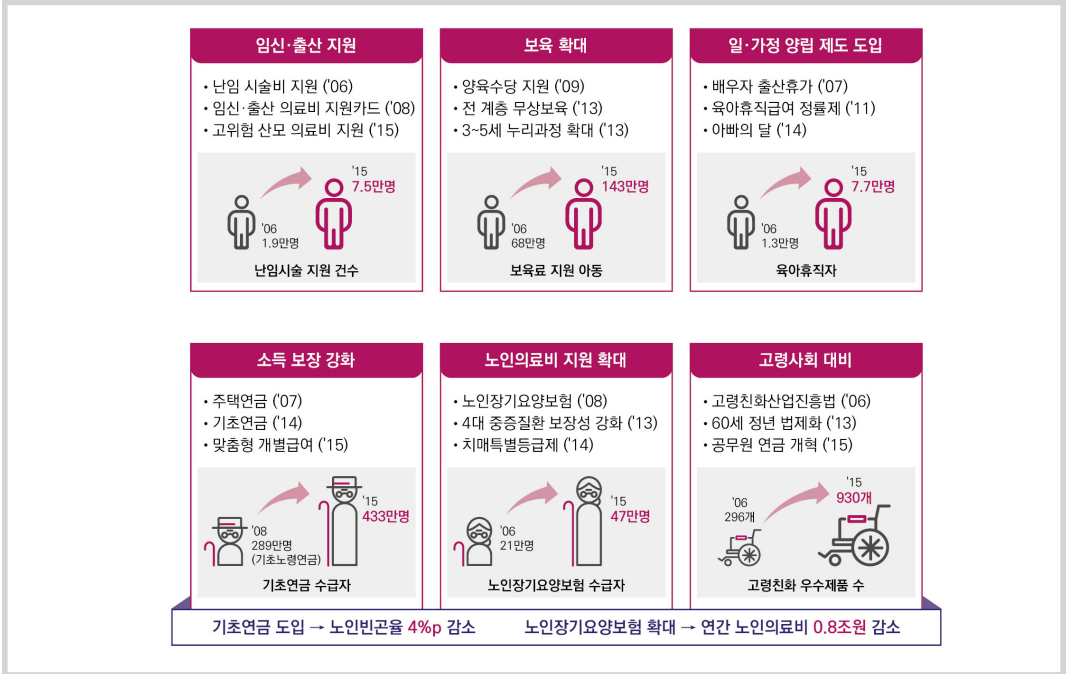
제1차('06.~'10.) 기본계획에서는 출산 · 양육에 유리한 환경 조성 및 고령사회 대응 기반을 구축하였고, 제2차('11.~'15.) 기본계획에서는 출산율의 점진적 회복 및 고령사회 대응 체계를 공고화하였다. 제3차('16.~'20.) 기본계획에서는 저출산 추세 반전 및 고령사회의 성공적 적응에 초점을 두었다.

우선 제1차 기본계획에서는 출산 · 양육에 유리한 환경 조성과 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



제3차 기본계획은 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 대응에 있어 민간 · 지역과의 협조 체계를 구축해 20~30년을 내다보는 장기적 접근을 모색하였다.

그러나 '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. 이에 따라 2019년 2월 '제3차 기본계획'의 정책 방향을 출산율 제고 등의 양적 목표가 아닌 모든 세대의 '삶의 질 제고'로 패러다임을 전환하고, 기존의 기본계획을 재구조화하여 '모든 세대가 함께 행복한 지속 가능한 사회'를 비전으로 하는 제3차 저출산 고령사회 기본계획 수정안'을 발표하였다.

3. 제4차 기본계획 수립

지난 15년간 세 차례의 저출산 고령사회 기본계획 시행에도 불구하고, 우리사회의 초저출산 현상 및 급격한 고령화는 지속적으로 심화되어 1.2명 내외를 유지해오던 합계출산율이 '16년 이후 더욱 하락하여 '19년 0.92명까지 떨어지면서, 출생아 수도 '19년 30.3만 명으로 급감하였다. 또한 '20년부터 베이비붐 1세대인 1955년생이 노인인구로 편입되고, '25년 고령화율 20%, 고령자 1천만 명이 넘는 초고령사회 진입이 예상됨에 따라 고령층에 대한 인식 및 접근 방향에 대한 변화가 요구되었다.

이에 따라, 2021년부터 2025년까지 시행되는 '제4차 저출산 · 고령사회 기본계획'('20. 12. 15. 발표)은 지난 15년간 저출산 · 고령사회기본계획에 대한 평가를 바탕으로 정책 방향을 근본적으로 전환하여, 사회 구성원 개개인들이 유아기부터 노년기까지 삶의 경로를 순조롭고 유연하게 이행할 수 있는 사회적 환경 조성에 중점을 두었다. 핵심정책에 대한 과감한 투자를 통해 미래를 준비하는 청년층과 아이를 키우는 부모의 정책체감도를 획기적으로 제고하는 한편, 저출산이 '사회 · 경제 · 구조적 요인과 가치관 변화의 총체적 결과'임을 인식하고 거시적 접근을 병행하고자 하였다. 또한,

주도적 역할을 할 역량과 의지가 있는 베이비붐 세대의 본격적인 은퇴를 앞두고 능동적 주체로서 고령자의 역할을 지원하는 접근의 중요성을 반영하였다.

이러한 기본 방향하에 「모든 세대가 함께 행복한 지속가능 사회」를 구현한다는 비전을 제시하고, '개인의 삶의 질 향상', '성평등하고 공정한 사회', '인구변화 대응 사회 혁신'이라는 목표를 설정하였다.

저출산 · 고령화에 대한 대응과 적응이라는 두 측면의 접근을 균형있게 병행할 필요성에 기반하여 4대 추진전략을 마련하였다. '저출산 · 고령화에 대응한 개인의 권리 보장'을 위한 추진전략으로 ① 함께 일하고 함께 돌보는 사회 조성, ② 건강하고 능동적인 고령사회 구축을 설정하였으며, '인구구조 변화에 대한 사회의 대응력 제고'를 위한 추진전략으로 ③ 모두의 역량이 고루 발휘되는 사회, ④ 인구구조 변화에 대한 적응을 도출하였다.

4. 제4차 기본계획의 주요 내용 및 '22년 주요성과

제4차 기본계획의 추진 과제는 4대 추진전략 하에 20개 대과제, 180여개의 중과제로 구성되어 있다.

육아휴직을 일부의 제한적 사용이 아닌 보편적 권리로 확대하고, 영아기 아동에 대한 부모의 양육시간 지원 강화를 위한 정책을 담았다. '22년부터 생후 12개월 내 자녀가 있는 부모 모두 3개월 육아휴직시 각각 최대 월 300만 원(통상임금 100%)을 지원하는 '3+3육아휴직제'를 도입 · 시행하여 '22년 기준 14,830명의 근로자가 활용하였다. 또한 육아휴직급여 소득대체율과 소득상한을 상향하여 통상임금의 80% 최대 150만 원으로 지원하였다. 더불어 사업장 감독을 강화하여 모성보호 관련 사항을 집중 점검 실시함과 동시에 코로나19 관련 가족돌봄비용 긴급지원도 추진하였다('22. 3월~12월).

육아휴직의 경우, 앞으로 고용보험 가입 특수형태근로자, 예술인, 플랫폼노동자, 프리랜서, 자영업자 등 모든 취업자로 단계적으로 확대해 나갈 계획을 구상 중이다.

부부가 어려움을 겪는 임신 · 출생 전후에 의료비 등 부담을 경감하고, 생애 초기 영아에 대한 보편적 수당 지급 등 영아기 집중 투자를 통해 아동을 개별적 권리 주체로 존중하는 아동 중심 사회를 실현한다. '22년부터 모든 0세, 1세 영아 21만 9천 명에게 영아수당을 지급했고, '23년부터는 부모급여로 지급액을 확대('23년 0세 월50만 원, 1세 월35만 원 → '24년 0세 월100만 원, 1세 월50만 원)할 예정이다. 또한 '22년부터 건강보험 임신 · 출산 진료비를 60만 원 → 100만 원으로 인상하여 지급하고, 아동 출생시 첫만남이용권 바우처 200만 원을 24만 5천 명에게 지급했다.

’25년까지 공보육 이용율 50%를 달성하고, 온종일 돌봄을 ’22년 45만 명까지 확대해 아동 돌봄의 공공성을 강화한다. 이를 위해 ’22년 국공립어린이집 493개소, 직장어린이집 43개소, 국공립유치원 646학급, 다함께돌봄센터 187개소를 추가 확충하였으며, 학교돌봄터 29실을 신설 · 지정하는 등의 성과를 냈다. 다자녀 가구에 대해서는 주거지원 및 국가장학금 지원 등을 확대해 다자녀 양육에 대한 책임을 국가와 사회가 함께한다는 인식을 확산해 나갈 계획이다.

고령자의 기본생활에 대한 국가책임을 강화하는 한편, 능동적 고령자로서의 역할을 위한 사회적 기반 마련을 위해 ’21년 저소득 노인의 기초생활 생계급여 부양의무자 기준을 폐지하고 기초연금을 월 최대 30만 원으로 인상하였으며 향후 국민연금 제도개선과 연계하여 기초연금 확대를 추진할 예정이다. 또한 다층적 소득보장을 위해 노인일자리를 84.5만 개까지 확대하였으며, 나이가 들어도 원한다면 계속 일할 수 있도록 임금체계 개편과 연계한 정년연장 등 계속고용제도 마련을 위한 사회적 논의도 진행할 예정이다.

살던 곳에서 편안한 노후를 보낼 수 있도록 노인 방문진료와 간호 서비스 등을 제공하는 재택의료센터를 도입하고 ICT 활용 응급안전안심서비스를 확대하였으며, 지역사회 통합 돌봄의 제도적 기반을 마련하기 위해 ‘지역사회통합돌봄법’ 제정을 추진할 예정이다. 또한 고령친화적 주거환경 구축을 위해 고령자 복지주택을 고도화하며 ’27년까지 연 1천호씩 총 5천호를 공급하고, 고령자 보호구역을 확대해 나갈 계획이다.

이 밖에도 생산연령인구 감소와 인구구조 변화에 대비하여 평생교육과 직업훈련 등 모든 사람의 인적 역량을 평생에 걸쳐 제고 하도록 하고, 청년세대의 삶의 기반 강화를 위한 일자리 및 주거지원 강화, 신중년의 일과 사회참여 지원 등의 대책을 포함하였다.

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, 교사수업 경진대회 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 인구교육현장에서 교육자료로 활용토록 제공하고, 인구관련 공모전 등을 개최하여 인구현상에 대한 국민들의 관심과 참여를 유도하고 있다.

집필자 인구정책총괄과장 이선영, 출산정책과장 최영준

인구교육과 관련된 정보와 교육자료는 보건복지부 홈페이지(http://www.mohw.go.kr)에서 확인가능하다.

|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, 결혼누리 사이트 구축
2010	인구교육 시범학교(초, 중, 고 6교), 교과연구회(4팀) 운영, 초등학용 '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
2020	연구선도학교 운영(18개교), 대학 강좌개설(10개교), 교사수업경진대회, 강사 양성(28명), 창작동화 공모전, 중학교 자유학기제 교재 개발, 사회인구교육(민간 · 종교 · 공공기관 등 101,639명) 추진
2021	연구선도학교 운영(18개교), 대학 강좌개설(10개교), 교사수업경진대회, 강사양성(90명), 창작동화 공모전, 유아교육 교재 개발, 사회인구교육(민간 · 종교 · 공공기관 등 118,460명) 추진
2022	연구선도학교 운영(18개교), 대학인구교육 강좌개설 지원(10개교), 교사수업 경진대회(포스코 후원), 학교 인구교육(유·초·중·고교) 교수학습지도안 개발

2. 지방자치단체 출산지원정책

가. 필요성 및 배경

국가적 문제인 저출산 문제를 해결하기 위해서는 중앙정부뿐만 아니라 지방정부 등 범정부적인 노력이 필요하며, 지역별 특성을 고려한 다양한 출산지원정책 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 출산지원정책은 결혼, 임신, 출산, 육아, 가족 사업별로 구분할 수 있다.

출산 관련 지원 시책으로는 대부분의 지방자치단체에서 저출생 심화에 따라 주민선호도가 높고, 사업 추진이 용이한 출산축하금 및 출산용품 지원 등 현금 · 현물성 지원을 주로 채택하고 있다. 기타 미혼남녀를 위한 만남 지원, 저출산 인식 개선을 위한 홍보 · 교육, 다자녀가정 우대카드 발급을 통한 혜택 부여, 공공산후조리원 설치(경기 여주, 충남 홍성) 등 인프라 확대 등 지역 여건에 부합하는 다양한 정책을 추진하고 있다.

자녀양육 관련 지원 시책으로는 양육지원금, 영유아 병원비 지원 등 경제적 부담 경감을 위한 지원책과 지역 내 공동육아나눔터, 육아종합지원센터 운영, 놀이지원센터 등 육아인프라 확충 등이 병행 추진되고 있다.

앞으로도 보건복지부는 제4차 저출산 · 고령사회기본계획을 기반으로 지방자치단체에서 실시하고 있는 출산지원정책 사례를 집대성하고 우수사례를 선정하여 보급하는 한편, 지방자치단체가 출산지원정책에 보다 많은 관심을 갖고 적극적으로 동참할 수 있는 분위기를 확산시켜 나갈 계획이다.

|표 2-4-2| 지방자치단체 추진 주요 출산지원정책

구분	세부 사업 내용
결혼	예비부부 건강검진, 농어촌 지역 미혼자 국제결혼 지원, 신혼부부 주택자금 대출이자 지원, 예식장 무료 대관, 결혼축하금, 신혼부부 전세자금 대출이자 지원 등
임신	난임부부 시술 및 치료비, 교통비, 검사비, 신혼부부 건강검진비 지원, 엽산제 · 철분제 지원, 산전검진 이용권, 주차권 발급 등
출산	출산지원금 및 출산축하금, 출산용품 지원, 산모가사도우미 지원, 공공산후조리원 운영, 산후조리비용 지원, 출산육아용품 대여 등
육아	육아용품 지원, 자녀학자금, 영유아병원비 지원, 공공형 키즈카페 운영, 육아코디네이터 지원, 장난감 도서관 운영, 육아나눔터 운영, 공동육아시설, 놀이지원센터 등
가족	저출산 인식개선 캠페인, 가족친화 문화 확산 개선 위한 교육, 다자녀가정의 날, 출산장려 사진공모전, 저출산 인식개선 캠페인, 인구교육, 저출산 홍보물 제작배포 등

※출처 : 보건복지부, 육아정책연구소.「2022 지방자치단체 출산지원정책 분석」

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 제품 · 기술 혁신, 새로운 서비스 개발, 시장활성화 등

집필자 노인정책과장 이윤신

고령인구의 삶의 질 제고와 국가 경제성장을 위한 전략마련 필요성이 증가하였다. 이에 2019년부터 시작된 고령친화산업 혁신을 위한 현황진단을 근간으로 2020년에는 제2기 인구정책 TF 고령산업반(보건복지부 중심의 범부처 협의회) 및 민 · 관 협의체 의견수렴 등 '인구구조 변화 대응방향-④고령친화산업혁신방안(부처합동, '20. 8. 27.)' 內 아젠다 반영(8개 과제)을 통한 고령친화산업 혁신 및 육성 정책기조 마련에 기여하였다. 이를 기반으로 2021년에는 제4차 저출산 고령사회 기본계획 및 분야별 시행계획('21. 3.)에 ICT 기반 비대면 돌봄서비스, 권역별 고령친화산업혁신센터 운영 등 5개 과제를 반영하였고, 이를 뒷받침 할 실행전략(스마트 돌봄 연계 고령친화산업 육성방안, '21. 5.)을 마련하였다. 2022년에는 새 정부 국정과제(45. 100세 시대 일자리 · 건강 · 돌봄체계 강화) 방향에 맞는 실행과제를 발굴, 제3차 보건의료기술육성기본계획('22. 11.) 및 제5차 과학기술기본계획('22. 12.)에 반영하여 고령친화산업과 관련된 정부 전략수립에 집중하였다.

나. 고령친화산업 정책 및 산업지원을 위한 통계생산

고령친화산업의 전략수립 및 산업지원의 기초를 마련하고자 고령친화산업진흥법 제2조(정의)에 의한 14개 등[1]의 산업 중 '고령친화용품산업' 중심으로 2012년부터 2~3년 주기로 실태조사를 실시하였다. 2020년부터는 고령친화산업의 종합적인 실태 파악을 위해 9-10개 세부 산업에 대한 예비조사(실사, 통계가공)가 시작되었으며, 2021년도에는 통계의 신뢰성 확보를 위한 통계승인을 추진하여 2022년 3월 고령친화산업 분야로는 최초로 '고령친화용품제조업'을 국가승인통계(No.358005)로 지정받았다. 향후, 법령에 포함된 세부산업(14개 등)에 대한 조사 범위 확대 뿐 아니라, 모집단 근거가 확보된 산업을 중심으로 통계승인 분야를 점차 확대해 고령친화산업의 분야별 분류체계를 확립하고, 국가통계로서의 기반을 확립할 계획이다.

다. 고령친화 기술 혁신 지원

미래 노인 천만시대를 맞이하여, 고령친화산업을 성장동력으로 육성하기 위해 ICT 첨단기술을 활용한 고령자 실생활에 적용 가능한 제품 및 서비스 혁신을 위해 고령자 등 사회적 약자의 삶의 질 향상을 위한 '노인 천만시대 대비 고령친화서비스 연구개발사업'과 고령친화산업의 환경(정책, 사회, 기술 등)을 분석하고 고령친화산업 관련 연구개발 사업의 추진체계 및 중장기전략 등을 도출하기 위한 '혁신형 고령친화 연구개발사업'을 기획하였다('20. 11.).

1) 고령친화산업은 노인을 주요 수요자로 하는 제품 및 서비스와 관련된 산업으로 의약품, 식품, 화장품, 용구 · 용품, 요양, 금융 · 자산관리, 주거, 여가 · 관광 · 문화, 급식, 건강지원, 정보기기, 교통수단 · 교통시설, 농업용품 · 영농지원서비스 등 분야 포함

이를 기반으로 3년간('21.~'23.) 총 143억 원 규모의 연구개발 예산을 확보, '노인 천만시대 대비 고령친화서비스 연구개발사업'의 착수를 통해 '응급안전안심서비스 연계형 고령자 자립생활 지원 기술 개발', '고령친화제품 및 서비스 개선을 위한 실생활 기반 리빙랩 구축 및 운영', '정보통신기술 활용 비대면 사회서비스 개발'을 위한 11개 과제를 선정하여, 초고령사회 진입으로 인한 사회적 비용 증가를 줄이고 노인의 자립생활을 도울 수 있는 연구개발을 지속적으로 지원하고 있다.

|표 2-4-3| 2023년 노인 천만시대 대비 고령친화서비스 연구개발사업 지원 과제 현황

(단위 : 백만 원)

지원분야	과제당 지원액	과제 수	총 지원액
응급안전안심서비스 연계형 고령자 자립생활 지원 기술개발	1,400	2	2,800
신고령층을 위한 ICT 융합 고령친화제품의 성능 개선 기술 개발	198.7	6	1,187
정보통신기술 활용 비대면 사회서비스 개발	387	3	1,160
합계	-	11	5,147

라. 고령친화산업 육성을 위한 성과교류회 개최 및 고령친화산업 유공자 발굴

고령친화산업의 발전방향 마련을 위해 고령친화산업 분야 산학연 관계자들을 초청하여 2015년부터 고령친화산업의 혁신성장 성과교류회를 개최하였다. 성과교류회에서는 고령친화산업의 전반적인 주요사업 추진 내용 및 주요 실적 등을 공유하고, 성과를 확산하는 포럼이 진행되었다. 2022년에는 권역별 고령친화산업혁신센터(3개소)와 함께 '고령친화산업 네트워크 Biz Day'를 통해 2022년 고령친화산업 성과보고 및 2023년 사업방향, 국내 고령친화산업 관련 제도 소개, 고령친화혁신기업 협업 사례 소개와 기업 네트워킹 시간을 마련하였다.

2008년부터 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 · 제도 개선 등에 헌신적으로 노력한 개인 및 단체 대상 매년 보건복지부장관 표창을 통해 사기를 진작하고 있다. 2022년에는 AI 기반 치매 조기 검진 및 예방 통합 솔루션 개발, 항균 · 소취성이 적용된 성인용 기저귀 개발 등 고령자 인지건강 관리 · 개선과 삶의 질 개선에 기여한 우수기업 및 고령친화산업 육성 및 지역 경제발전에 기여한 담당자 등 총 9점(개인 6명, 단체 3개)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.

2022년에는 총 4회에 걸쳐 31개 품목을 대상으로 고령친화우수제품 심사를 진행하여 총 79건의 우수제품을 신규 지정하였다. 최근 5개년도 고령친화우수제품 신규지정건수는 56건('18년), 71건('19년), 98건('20년), 81건('21년), 79건('22년)으로 전반적으로 증가 추세를 보이고 있다. 또한 고령친화우수제품 지정제도 보완을 위하여 사용성평가를 신규 도입('20년)하여 산업체는 제품품질 기술경쟁력 강화 지원, 소비자 측면에서는 제품 안전성 강화를 보완하였다.

고령친화우수제품 지정 품목은 고시를 통해 고관절 보호대, 고령자용 침대 사이드레일, 고령자용 방수시트, 체위 변환기-상체지지형, 고령자를 위한 전동휠체어 5개 품목을 확대(2022. 12.)하여 총 36개 품목으로 고령친화우수제품 지정 신청이 가능하게 되었다.

또한, 우수제품 인센티브 확대를 위하여 다양한 노력을 추진해왔으며 그 결과, 2020년 국민건강보험공단 노인장기요양보험제도 연계를 통해 복지용구 신규 제품 등록 시 사용성평가를 받은 고령친화우수제품은 유통실적, 품목심사 면제 인센티브를 확대하였고, 2021년부터는 치매정책사업의 일환으로 치매안심센터를 통해 제공되는 조호물품대상 우수제품 품목의 우선구매가 권고사항으로 안내되었다. 또한, 고령친화우수제품 품목 확대를 위한 품질기준 마련 및 사후관리를 통해 국내 제조기업 품질향상 및 설계 역량 강화를 계속적으로 유도할 예정이다.

나. 고령친화제품 사용성평가 지원

고령친화산업의 건전한 발전과 외국의 주요 제품들과 견줄 수 있는 품질 우위의 제품 개발 지원을 위해 고령친화제품의 사용성평가지표 및 관련 정보를 생성 · 보급하였다. 이를 통해 고령친화기업에게 제품개발에 필요한 정보 제공 및 기술경쟁력 향상, 소비자에게는 안전성, 편의성 등을 고려하여 제품을 선정할 수 있는 자료를 제공하고 있다.

2020년부터 권역별 고령친화산업혁신센터(성남 시니어산업혁신센터, 계명대학교 사용성평가연구센터, (재)부산테크노파크 의료산업기술지원센터) 지정 · 운영을 통하여 사용성평가 테스트 비용 일부를 지원하였다. 권역별 고령친화산업혁신센터에서는 품목별 사용성평가 가이드라인 개발 및 고도화(39개 품목, ~'22년)를 통해 사용성평가(535건, ~'22년)를 수행하였으며, 지역별 상시체험관을 통해 고령친화우수제품에 대한 홍보를 진행하였다.

2021년에는 혁신센터를 통해 지역기반 기업의 애로사항을 맞춤형으로 지원(36건)하였고, 2022년에는 신기술이 접목된 혁신형 고령친화제품의 VR치매예방/인지재활훈련 솔루션, 고령자용 인지훈련 프로그램 등 25개 제품에 대한 사용성평가 · 리빙랩을 지원하여 고령친화제품 개선에 기여하였다.

2023년에는 현재 권역별 고령친화산업혁신센터 3개소와 협업을 강화하고 권역별 고령친화산업혁신센터 확대(2개소 추가)를 통해 중앙정부와 지자체 연계 고령친화산업 지원체계 강화와 지역기반 고령친화기업지원 활성화를 위해 더욱 노력할 예정이다.

3. 고령친화산업 시장 활성화

가. 혁신형 고령친화기업 집중 육성 지원 및 시장진출 지원

국내 고령친화기업 중 신기술 및 글로벌 시장 진출 역량을 갖추거나 혁신적인 고령친화제품을 개발하는 기업을 혁신형 고령친화기업으로 집중 지원함으로써 고령친화산업을 미래 신산업으로 육성하였다.

지원 분야는 '혁신제품 개선 및 고도화'와 '기술 · 사업화 역량 강화'로 나누어 지원하고 있으며, 선정 기업의 혁신제품 개선(성능, 기능, 디자인 등) 지원을 통해 제품의 유효성 · 편리성 증대 및 경쟁력 강화와 함께 고령친화제품의 신속한 시장진입을 위한 국내 · 외 인증, 특허, 인 · 허가 지원(컨설팅 등), 제품 판매 확대를 위한 판로개척 지원 등 전주기적 지원을 하고 있다.

2022년에는 제품 품질 개선 및 고도화 지원을 통해 미국 · 두바이 등 판매계약 11건(약 21억 원), 투자유치 15건(약 17.5억 원), 국내외 특허출원 등 지적재산권 31건(국내 특허출원 10건, 국내 특허등록 6건, 국내 디자인등록 6건, 국내 상표출원 2건, 국내 저작권등록 8건, 해외 특허출원 1건), 국내 인증(KC) 2건, 업무협약 8건의 성과를 달성하였으며, 기술 · 사업화 역량 강화 지원을 통해 국내외 특허등록 등 지적재산권 9건(국내 특허등록 2건, 해외 특허출원 7건), 국내 인증(KC) 1건, 업무협약 2건의 성과를 이루었다.

|그림 2-4-3| 혁신형 고령친화기업 집중 육성 지원 주요 성과


스마트 자동 대소변 처리기[1)]


고령자 돌봄로봇[2)]


스마트 엘더리 기저귀 케어 모니터링 시스템[3)]


치매예방과 인지활동 강화를 위한 키오스크[4)]

1) 중국 · 미국 등 약 31억 원 판매계약 체결('21년-22년' 성과)
2) 지자체(광명시) 로봇 기반 사회적 돌봄서비스 지원사업 제품 선정('21년 성과)
3) 국민건강보험공단 예비급여제품 선정('22년 성과)
4) 두바이 등 약 1.1억 원 판매계약 체결('22년 성과)

2023년에는 고령자 대상 인지 개선 및 스마트 건강관리, 융복합 자립 생활지원 분야를 중심으로 기업별 맞춤형 지원 및 성과창출 중심의 성장촉진 지원을 통해 기업의 글로벌 경쟁력 강화와 고령친화 제품 · 서비스의 고도화를 견인하기 위해 노력할 예정이다.

나. 고령친화산업 해외시장 개척 지원

고령친화산업 해외시장 개척 지원 사업은 수출을 희망하는 고령친화산업체를 지원하고자 국내외 고령친화산업 분야 박람회 참가지원, 수출상담회 개최를 통해 제품 홍보 및 마케팅 기회를 제공하고 있다.

2021년 온라인 수출상담회는 아랍에미리트, 싱가포르 등 21개 국가(67개 社)가 참여하여 5차례에 걸쳐 164건의 상담을 진행하였고, 총 상담액은 620만 USD, 계약 추진액은 430만 USD 상당의 실적을 달성했다.

2022년에는 수출역량을 갖춘 고령친화기업 10개를 선정하여, 독일 'REHACARE 2022' 전시회 참가를 통해 43개국 229명의 바이어를 발굴하였으며, 전시회 참여를 통해 연결된 신규 계약만 82만 달러의 성과를 이루었다. 국내에서도 대형유통기업(이마트 및 홈플러스)과 연계하여, 고령친화기업의 유통선진화와 판로 개척을 통한 ESG 차원의 고령친화제품 체험홍보관을 구축하여 소비자와 직접 접하기 어려웠던 중소 고령친화기업에게는 판로의 기회를 제공하고, 소비자에게는 고령친화제품에 대한 새로운 정보를 전달 할 수 있는 소통의 공간으로 이용하였다. 또한, 2022년 대구 액티브시니어 박람회장 내 '권역별 고령친화산업혁신센터 홍보관'에서는 권역별 고령친화산업혁신센터의 주요 역할을 안내하고 고령친화우수제품 및 혁신 제품을 전시하여, 고령친화산업과 우수한 제품을 홍보하는 기회를 마련하였다.

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.

2020년부터는 산업의 현안문제 해결, 신사업 기획, 네트워킹 활성화를 위해 고령친화산업 전문인력 양성과정(비학위)을 운영, 2개 교육기관(경희대, 분당서울대병원)에서 4개 교육과정 운영을 통해 98명의 수료생을 배출, 멘토링 · 인턴십 및 신사업기획(제품 · 서비스 개발/개선, 창업)을 통한 아이디어 발굴 등 산업 활성화 기반 마련에 기여하였다.

2021년부터는 고령친화산업의 디지털 혁신과 글로벌 진출을 목표로 예비 취 · 창업자 및 재직자를 대상으로 한 2개의 혁신형(강남대, 청운대)과 1개의 고령친화서비스 해외진출형((주)휴먼브릿지)을 운영하여, 2022년 기준 수료생 137명, 취업 16건, 창업 5건, 해외진출 수출 1건, 협약 1건 등의 성과를 얻었다.

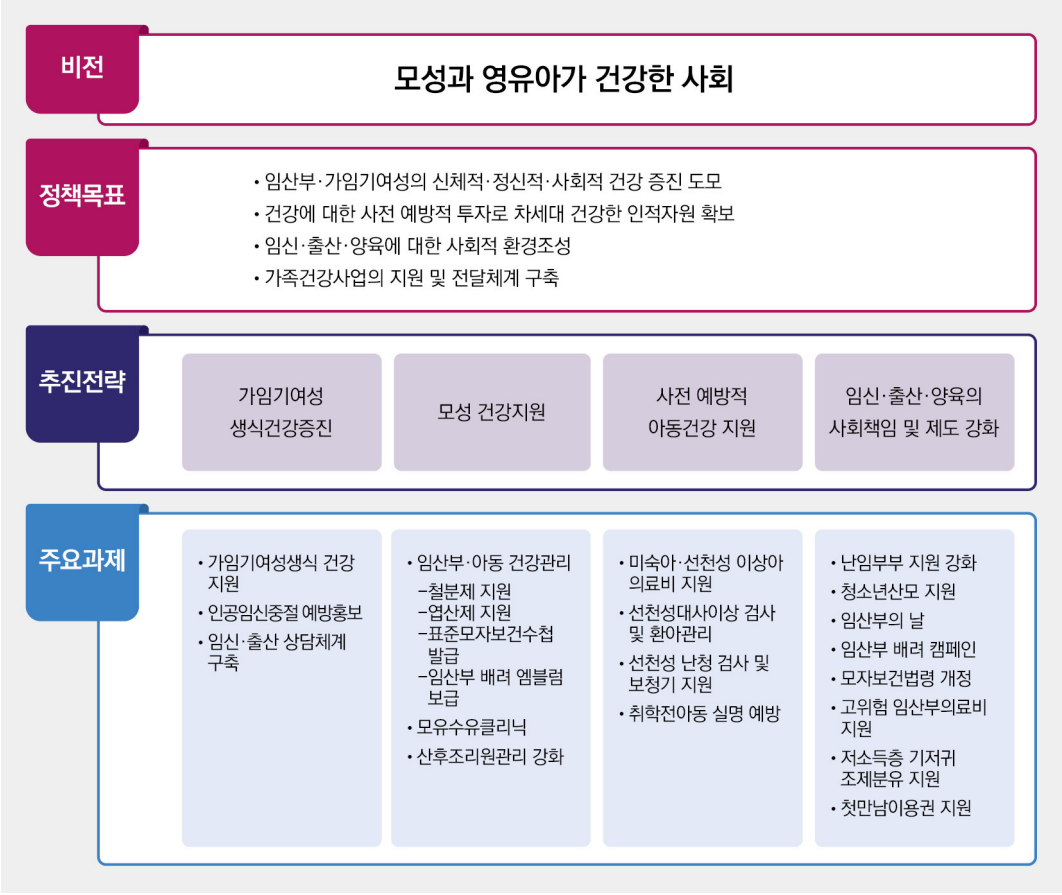
혁신형은 2023년까지 운영될 예정이며, 2022년 사업이 종료된 해외진출형은 교육과정 수료생 중국법인 설립 2건 등 좋은 성과를 이루어 내어 추후 수료생들의 많은 활동이 기대된다. 또한 최근 세계적으로 관심이 되고 있는 노인을 위한 기술인 제론테크놀로지(gerontechnology)의 추세를 반영하여 이를 이해하고 연구할 수 있는 전문인력 양성을 기획, 초고령사회 지속가능한 인재양성 방향을 모색할 계획이다.

제2절 모성과 영유아 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, 난임 및 산전 · 후 우울증을 겪는 부부의 심리 · 정서적 지원을 통해 임신 출산지원 정책을 강화하려는 사업이다.

|그림 2-4-4| 여성과 어린이 건강증진 체계



집필자 출산정책과장 최영준

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 법정 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 의료비(선천성 갑상선기능저하증)를 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. 외래 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, 자동청성뇌간반응검사)의 건강보험 적용으로 기준 중위소득 180% 이하 가구의 신생아 외래 선별검사 시 발생하는 법정 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 미만 출생 조산아 또는 출생시 2.5kg 미만인 저체중아) 및 선천성이상아(선천성 기형 또는 변형이 있거나 염색체에 이상이 있는 영유아)의 집중 치료에 따른 과다한 의료비 지출로 인한 치료 포기, 치료 시기 지연 등으로 발생하는 장애 및 영아사망을 예방하기 위하여, 2000년부터 미숙아나 선천성이상아로 출생하는 신생아에게 의료비를 지원해 왔다. 기준 중위소득 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 오다, 불필요한 입원이나 수술을 지양하고 적절한 의료서비스를 받게 하는 등 사업 내실화를 위해 2020년 9월부터 출생후 1년 이내 선천성이상으로 진단받고 치료를 위해 입원하여 수술한 경우로 지원요건을 완화하였고, 2023년 1월부터는 진단 및 수술요건을 출생후 1년 4개월 이내로 더욱 완화할 계획이다.

|표 2-4-4| 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 현황

(단위 : 명, 천 원)

구 분	2017	2018	2019	2020	2021	2022
지원자 수(명)	10,906	10,397	9,569	8,285	8,716	8,666
평균지원액(천 원)	1,611	904	629	614	556	537

주 : 지역보건의료정보시스템 추출 자료('22. 12월 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. 모유수유 친화적 환경조성 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 모유수유상담사이트(임신육아종합포털 아이사랑 누리집)를 운영함으로써 상시 지원 체계를 마련하고, 직장 내 모유수유 · 착유실 설치 지원을 통해 기업 및 공공기관 내에서 엄마가 젖을 먹일 수 있는 환경을 조성하고 있으며, 세계모유수유주간(8월 첫째 주)에는 온 · 오프라인 캠페인을 개최하였다.

아기에게 수유(착유)가 필요할 때 언제든지 주변에 위치한 수유시설을 방문하여 편리하게 이용할 수 있도록 2018년부터 수유시설검색 누리집(sooyusil.com)을 구축하여 2022년(12월 말)에는 3,089개 수유시설의 위치(지도 · 주소 · 길 찾기), 연락처, 시설 사진 등의 정보를 제공하고 있다. 안전하고 쾌적한 수유환경을 제공하기 위해 「수유시설 관리 표준 가이드라인」을 수유시설 등에 배포하고, 매년 수유시설 실태조사를 실시하여 관리가 미흡한 곳은 관할 보건소 등과 협업하여 지도하고 있으며, 2022년에는 1,363개소를 점검한 결과 일부 시설의 경우 관리주기, 필수물품 비치, 청결 상태 등 부분에서 미흡하였으나, 전체적으로는 1일 이용자수 · 10㎡ 이상 시설 · 아빠이용가능 시설은 증가하였고, 시설현황 · 환경 · 청결상태 등은 양호한 것으로 나타났다.

3. 생애초기건강관리 시범사업 추진

「포용국가 아동정책('19. 5월)」을 통해 생애초기 건강관리를 통한 임신 · 영아기 건강관리 강화('20.~)를 발표하였다. '19년 '산전 · 조기 아동기 방문건강관리 방안 연구'를 통해 제시된 서비스 모형(보편적 임산부 평가, 기본방문, 지속방문, 연계서비스)을 기반으로 2020년 8개 시도 21개 시 · 군 · 구 보건소, 2021년 10개 시도 29개 시 · 군 · 구 보건소, 2022년 13개 시도 39개 시 · 군 · 구 보건소에서 시범사업을 실시하였다.

생애초기 건강관리 시범사업은 보편서비스 제공을 목표로 보건소 등록 임산부 대상 건강평가를 진행하며, 평가 결과에 따라 기본방문 및 지속방문군으로 분류하여 서비스를 제공한다.

기본방문 대상의 경우 간호사가 출산 후 8주 이내 1~3회 가정을 방문하여 산모의 영양, 운동, 수면 등 기본적인 건강상담과 정서적 지지, 신생아 성장발달 확인, 수유 · 육아환경 등 아기 돌보기에 관한 교육 등의 서비스를 제공하며, 우울감, 심각한 스트레스 등으로 인해 건강한 임신 · 양육에 어려움을 겪는 지속방문 대상의 경우는 출산 전부터 아이가 24개월이 될 때까지 25회 이상 방문하여 서비스를 제공한다. 또한, 양육서비스 지원, 가정폭력이나 소아발달 문제 등과 관련된 다른 지역사회 자원과도 적극적으로 연계하고 있다.

2022년 생애초기 건강관리 시범사업 기본방문 서비스 제공건수는 6,468건이며 지속방문 서비스 제공건수는 8,101건으로 집계되었다. 또한, 만족도 조사 결과*, 기본방문 만족도 평균 점수 9.42점, 지속방문 만족도 평균 9.44점으로 매우 높게 나타났다.

* 총 4,814명의 조사 대상자 중 1,978명의 산모가 응답(응답률 41.0%, 서울대학교산학협력단)

Ⅲ 모성 건강관리 강화

1. 가임기 여성 건강증진 지원

가. 임신 · 출산 · 육아 종합정보 제공

여성의 경제활동 증가와 만혼 및 고령출산이 늘면서 여성의 생식건강 및 영유아 건강증진에 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 여성의 임신 · 출산 · 육아 관련 정보 제공을 위한 콘텐츠(계획임신 프로그램, 동영상 제작, 놀이와 교육, 영양과 이유식)를 개발하였으며, 2012년에는 산후우울증 체크프로그램 개발, 여성건강카툰 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, 난임 상담센터를 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 권역 난임·

우울증상담센터 4개소(중앙 1개소, 권역 3개소) 설치 · 운영을 통해 총 20,947건의 상담을 실시하였고, 2020년에는 총 19,934건의 상담을 실시하였으며, 권역센터 1개소를 추가 설치('20. 12월, 경기)하여 난임부부 및 임산부들의 정신건강 서비스 접근성을 제고하였다. 2021년에는 총 30,278건의 상담을, 2022년에는 총 36,862건의 상담을 실시하였다.

* 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), 2020년 3만여 건('21. 한국보건사회연구원)으로 감소추세인 것으로 나타났다. 이는 피임 실천율의 증가, 인공임신중절 경험자의 평균 인공임신중절 횟수 감소, 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 2022년에는 총 24,758건의 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, 장애인 등 성인을 대상으로 찾아가는 성 · 피임교육을 실시하고, 러브플랜 홈페이지(www.loveplan.kr)를 통해 피임, 월경, 성매개감염병 등 의학적인 정보를 제공하고 있으며, 지역별 인식개선 캠페인과 피임실천 토크콘서트를 개최하는 등 계획 임신(피임실천) 홍보 등을 지속적으로 추진하였다.

2019년 4월 11일 헌법재판소는 형법 제270조제1항 의사의 업무상 동의 낙태죄에 대하여 헌법불합치 결정을 하면서 2020년 12월 31일을 시한으로 잠정 적용하도록 하였다. 이에 따라 보건복지부 내에 '인공임신중절 제도개선 TF'를 구성('19. 4월)하는 한편 여성 · 의료 · 법조 · 종교계 등 각계 의견수렴 및 관계부처(보건복지부 · 법무부 · 여성가족부) 합동 각계 간담회를 통해 인공임신중절 관련 모자보건법 개정안을 마련하여 국회에 제출('20. 11월)하였다.

보건복지부에서는 입법공백상태에서 인공임신중절과 관련하여 여성의 건강보호를 위해 '21. 8월 건강보험으로 의료인 교육 · 상담수가를 신설하여 인공임신중절 수술과정, 수술 전 · 후 주의사항과 부작용 및 피임시기 등에 대해서 상담과 교육을 제공받을 수 있도록 하였다.

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 시설 입소자뿐 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 임산부 뿐만 아니라 1년 이내 영아의 의료비로도 이용할 수 있게 하고, 분만예정일 이후 1년까지로 사용기간을 확대하였으며 2020년도 7월부터는 임산부의 임신 · 출산과 관련한 의료비 외에 처방에 의한 약제 치료재료 구입비용 중 본인부담비용에 대해서도 지원을 확대 하였다. 2021년 1월부터 기존 만 18세 이하에서 만 19세 이하로 연령기준을 확대하였다. 2022년 1월부터는 임산부 및 출생아를 대상으로 임신출산 의료비 이외의 모든 의료비 및 약제·치료재료 구입비도 사용할 수 있도록 사용 범위를 확대하고 최대 2년까지 사용할 수 있도록 지원기간을 연장하였다.

2. 모성건강지원 강화

가. 임산부 철분제 · 엽산제 지원

임신 중기의 임산부 건강 및 태아의 성장 증진을 도모하기 위하여 2008년부터 보건소에 등록된 임신 16주 이상 임산부에게 분만 전까지 철분제를 지원하고 있다. 엽산제의 경우, 2012년부터 유 · 사산 또는 선천성기형아 출산을 예방하기 위하여 35세 이상 임산부에게 우선적으로 지원하였다. 2013년부터는 연령 제한 없이 보건소에 등록된 모든 임산부에게 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 지원하고 있다.

나. 표준모자보건수첩 지원

임신부터 영유아기까지의 각종 검사 및 건강관리에 대한 안내, 예방 접종, 검진 등 의무기록 유지 등 필수 · 객관적 정보를 제공하고자 2008년부터 임산부 및 어린이건강수첩을 제작 · 배포하고 있다. 2011년부터 다문화가정의 임산부 및 어린이를 위한 다국어 번역수첩을, 2014년에는 시각장애인을 위한 점자산모수첩을, 2015년에는 다문화가정의 캄보디아어 번역 수첩을 추가로 제작 · 배포하여 이용자 편의를 제고하였다. 그 결과 2021년에는 20만 7천 권, 2022년에는 22만 7천여 권의 표준모자보건수첩을 전국 시 · 군 · 구 보건소 및 의료기관에 배포하였다.

다. 임산부의 날 행사 개최 및 임산부배려 캠페인 실시

임신과 출산의 중요성을 고취하고 모성친화적 사회 분위기 조성을 통한 저출산 문제의 극복을 위하여 10월 10일을 임산부의 날로 정하였다(「모자보건법」 제3조의2, '05. 12. 개정). 2006년부터 매년 임산부의 날 행사를 개최('22. 제17회)하여 임산부배려문화 확산에 기여한 유공자 포상을 실시하고 있다.

2013년에는 임산부배려 교통문화 정착을 위하여 수도권 및 4대 광역시 등 전국 지하철과 전철에 노약자석과는 별도로 차량 1대당 2좌석을 확보하여 임산부배려 엠블럼을 부착하고 임산부배려석을 도입 · 확대하였다. 초기 임산부에 대한 배려문화 확산을 위해 2013년과 2014년에는 임산부배려 홍보 광고 및 동영상을 제작하여 지하철 · 버스 등 대중이용시설을 통해 상영하였다. 2015년에는 임산부배려 엠블럼이 새겨진 '가방고리'를 제작 · 배부(전국 보건소 및 지하철역사 등에서 20만 개 배부)하였다.

또한, 2016년 10월에는 보건복지부, 인구보건복지협회, 서울9호선 등이 참여하는 임산부배려 캠페인을 서울 지하철 일부 구간에서 실시하여 임산부배려 엠블럼 가방 고리와 임산부배려 안내 수칙 등을 배부하였다.

2017년에도 지하철 임산부 배려 캠페인을 실시(총 9회)하여 홍보물(물티슈) 배부 및 객차 내 자리양보 캠페인을 실시하였으며, 10월에는 제12회 임산부의 날 행사를 KBS 아트홀에서 개최하여 임신과 출산에 공헌한 유공자에게 대통령 표창(2건), 국무총리 표창(4건)을 수여하였다.

2018년에는 지하철 임산부 배려 캠페인을 실시(총 8회)하였다. 2018년 9월에는 KBS아나운서협회와 공동으로 캠페인을 실시하여 많은 관심을 받았으며, 10월에는 제13회 임산부의 날 행사를 KBS아트홀에서 개최하여 임신과 출산에 공헌한 유공자에게 대통령 표창(1건), 국무총리 표창(3건)을 수여하였다.

2019년에는 지하철 임산부 배려 캠페인 실시(총 5회)를 통해, 지하철 캠페인, 임산부배려 포스터 배포 등 홍보를 실시하였으며, 지자체 · 기업 등과 함께 전국 각지에서 민 · 관 연계 캠페인(총 21회)을 실시하여 임산부에 대한 인식개선 활동을 실시하였다. 2019년 10월에는 제14회 임산부의 날 행사를 여의도 IFC몰에서 개최하여 임신과 출산에 공헌한 유공자에게 대통령 표창(1건), 국무총리 표창(3건)을 수여하였다.

2020년에는 지하철 임산부 배려 캠페인을 실시(총 3회) 하였고, 온라인 캠페인(인스타그램, 페이스북, 트위터)을 운영하며 매월 임산부 배려와 관련한 주제로 이벤트를 진행하였다. 2020년 10월에는 코로나19로 인해 임산부의 날 기념행사를 정부포상 전수식 및 간담회 형태로 개최하여 모자보건 및 임신출산 친화적 환경조성에 기여한 유공자에게 대통령 표창(1건), 국무총리 표창(2건)을 수여하고 의견을 교환하는 자리를 가졌다.

2021년에는 지하철 임산부 배려 캠페인을 총 3회(광주, 대전, 서울) 하였고, 온라인 캠페인(인스타그램, 페이스북 등)을 운영하며 임산부 배려와 관련된 주제로 온라인 이벤트를 총 5회 진행하였다. 2021년 10월에는 제16회 임산부의 날 기념행사를 개최하여 일반인 및 임산부 50여 명이 실시간 화상으로 행사에 참여한 가운데 유공자 시상과 생애초기 건강관리 방문사업 영상을 송출하였다.

2022년에는 지하철 임산부 배려 캠페인을 총 5회(광주, 부산, 서울) 하였고, 온라인 캠페인(인스타그램, 페이스북 등)을 운영하며 임산부 배려와 관련된 주제로 카툰 공모전 등 온라인 이벤트를 진행하였다. 2022년 10월에는 제17회 임산부의 날 기념행사를 개최하여 일반인 및 임산부 320여 명이 실시간 화상과 현장 행사에 참여한 가운데 유공자 시상과 임신 중 스트레스 관리, 산전 · 후 우울감에 대해 토크쇼를 개최하였다.

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 임산부로서, 지원대상 질환은 2015년 사업 시행 당시에는 조기진통 등 3종 질환에 대하여 지원하다, 2018년에는 양막 조기파열 등 2종을 추가하여 5종으로, 2019년에는 절박유산, 고혈압 등 12종을 추가하여 현재와 같은 19종으로 확대되었다. 지원범위는 입원치료비의 급여 중 전액 본인부담금 및 비급여 진료비에 대하여 300만 원까지 지원하였다.

* 조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증, 양막의 조기파열, 태반조기박리, 전치태반, 절박유산, 양수과다증, 양수과소증, 분만전 출혈, 자궁경부무력증, 고혈압, 다태임신, 당뇨병, 대사장애를 동반한 임신과다구토, 신질환, 심부전, 자궁 내 성장 제한, 자궁 및 자궁의 부속기 질환

고위험임산부의 임신유지에 필요한 비급여 위주의 추가부담 진료비를 지원함으로써 고위험 임산부 가정의 경제적 부담을 줄이면서 건강한 출산 및 모자건강 보장에 기여할 것이다.

3. 난임부부 지원사업

초혼연령 상승, 환경오염 등 사회적 요인에 의해 난임률이 증가하면서 난임이 개별의 가정문제가 아닌 사회 현상으로 간주되어 국가적 책무 이행이 요구 되었다. 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 의료급여 수급자인 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.

2020년도에는 시술비 지원한도가 1회당 최대 50만 원에서 시술종류별 차등 지원(신선배아 최대 110만 원, 동결배아 최대 50만 원, 인공수정 최대 30만 원)으로 변경되었다. 이와 같은 지원기준에 따라 2020년에는 체외수정(신선배아, 동결배아) 및 인공수정 8만8천여 건의 시술에 대한 지원이 이루어졌다. 또한, 정부 24를 통해 기존의 방문신청 외에도 온라인을 통한 서비스 신청 및 지원결정 통지서 발급이 가능하도록 일부 자치단체에서 시범사업을 시작하였으며, 2021년 4월부터는 전국으로 확대하였다.

동 사업은 2022년부터 2단계 재정분권에 따른 지방이양사업으로 확정됨에 따라, 기존 사업지침은 준수하여 지원하되, 재정분권의 취지에 따라 자치단체가 자율적으로 사업을 추진하고 있다.

Ⅳ 출산 · 양육부담 경감

1. 저소득층 기저귀 · 조제분유 지원

저소득층 영아(0~24개월) 가정의 출산 양육에 따른 경제적 부담을 덜어주기 위해 육아 필수재인 기저귀 및 조제분유의 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.

2020년 1월부터는 기준중위소득 80% 이하 장애인가구, 다자녀 가구(2인 이상)를 지원대상에 추가하였으며 산모의 유선 손상 등 조제분유 지원대상 또한 확대하였다.

동 사업은 임신 · 출산 · 육아 등 생애주기 전자바우처 통합카드인 국민행복카드를 통해 바우처를 지급하여 현물 구매를 지원하는 방식이며, 구매처를 확대해 나가고 읍 · 면 · 동 주민센터를 통한 신청을 독려, 행정안전부 “행복 · 출산 원스톱 서비스” 통합신청 시행 등 이용자 편의를 제고하였다.

2022년 7월에는 ‘고물가 부담 경감을 위한 민생안정 방안’(1차 비상경제민생회의)에 ‘기저귀 · 조제분유 지원 단가 인상’이 과제로 선정되어 ’16년 인상 이후 장기간 유지되었던 단가를 인상하여 2022년 8월부터 인상된 단가(기저귀 월 6.4만 원→7만 원, 조제분유 월 8.6만 원→9만 원)로 즉시 지원하여 코로나19 및 고물가로 인해 실질적 소득이 감소한 저소득층의 육아로 인한 경제적 부담을 경감하기 위한 추가 조치를 시행하였다.

2. 첫만남이용권 지원

출산 가정의 생애초기 양육에 따른 경제적 부담을 덜어주기 위해 제4차 저출산 · 고령사회 기본계획에 포함, 2020년에 200만 원의 첫만남이용권을 2022년부터 지급한다는 내용이 발표되었다. 지원 대상은 2022년 1월 1일 이후 출생아로 출생신고되어 주민등록번호를 부여받은 아동으로 영유아의 보호자 및 보호자의 대리인이 신청할 수 있다.

동 사업은 국민행복카드를 통해 바우처를 지급하여 현물 구매를 지원하는 방식이며, 예외적으로 현금으로 지급할 수 있다. 유흥업소, 사행업소 등 지급목적을 벗어난 업종을 제외하고 사용처를 폭넓게 인정하고 있다. 첫만남이용권 지급을 위해 「저출산 · 고령사회 기본법」 제10조제3~6항을 신설하였으며 이에 따라 2022년 4월 1일부터 첫만남이용권을 지급하였으며, '22년 12월 말 기준으로 240,576명에게 지급하였다.

제3절 아동복지정책

Ⅰ 개요

1. 아동정책 개요

아동정책은 1961년 「아동복리법」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 서비스보다는 민간과 해외원조에 의존한 빈민아동구호 중심이었다. 이어 1960년대는 「아동복리법」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 「아동복리법」이 「아동복지법」으로 개정되어 다양한 복지서비스를 제공하기에 이르렀다.

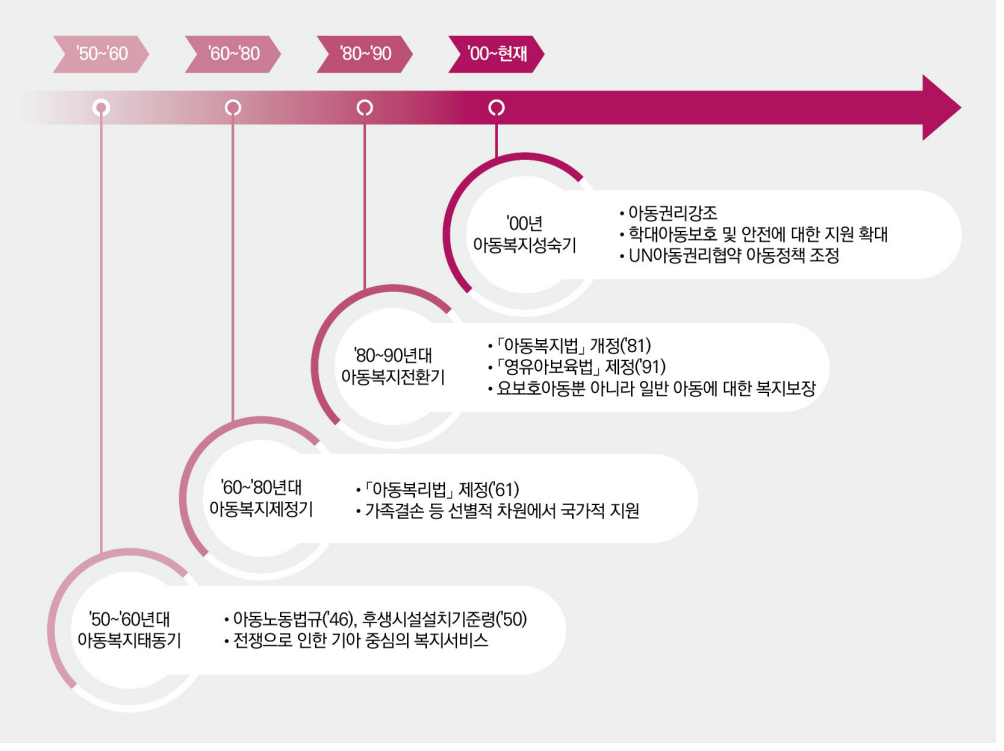
3기, 2000년대 이후에는 보호대상아동에 대한 보호 대책과 함께 아동의 인권과 권리, 학대 아동에 대한 보호 및 아동안전 등과 관련된 정책을 추진하는 등 개별적 서비스에서 보편적 서비스를 지향하였다. 2011년에는 11년 만에 「아동복지법」을 전면 개정('12. 8. 5. 시행)함으로써 아동정책기본계획, 아동종합실태조사 등의 실시 근거를 마련하여 아동복지 증진을 위한 정책 수립의 기초를 강화하였다. 이에 따라, 2013년에 아동종합실태조사를 실시하였고, 2015년에는 아동 정책의 효율적 추진을 위하여 복지 · 건강 · 문화 · 여가 등 여러 분야를 포괄한 범정부 차원의 "제1차 아동정책기본계획('15.~'19.)"을 수립하였으며, 학대로 고통받는 아동이 없도록 아동 학대 근절을 위한 대책도 적극

집필자 아동복지정책과장 김지연, 아동권리과장 임아람, 아동학대대응과장 조우경

추진하였다. 또한 제1차 아동정책기본계획의 최우선가치였던 “아동의 행복과 삶의 질”에 대한 정책적 지향을 지속추구하면서 보다 아동에 대한 국가책임성의 확대를 목표로 제2차 아동정책기본계획('20.~'24.)을 수립하였으며, 매년 아동정책 시행계획 수립 및 평가를 통해 제 2차 아동정책기본계획의 수립사항을 적극적으로 추진하고 있다.

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 있으며, 아동수당제도가 보다 보편적 아동복지의 일환이 될 수 있도록 제2차 아동정책기본계획의 중점 추진과제 중 하나로 선정하여 아동수당 발전방안을 모색하고 있다.

|그림 2-4-5| 아동정책의 변천 과정



2. 주요 추진 실적

취약계층 아동에 대한 공평한 출발 기회 보장을 위하여 빈곤의 악순환을 끊기 위한 「드림스타트」는 2021년 12월 기준 229개 전체 시·군·구 지역에서 10만 8,047가구의 아동 16만 2,451명을 대상으로 실시되어 2020년에 비해 대상 아동 수는 1,950명이 증가하였다.

또한, 지역아동센터 지원은 2022년 12월 기준 4,253개소에서 10만 9,044명을 대상으로 이루어졌으며, 저소득층 아동의 자립기반 마련을 위한 「아동발달지원계좌」는 2022년 12월 현재 6만 4,791명을 대상으로 지원되고 있다.

3. 아동 관련 예산

아동 분야 예산의 변화 추이는 다음과 같다.

|표 2-4-5| 아동 분야 예산 추이

(단위 : 억 원)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
예산	2,085	2,471	2,484	2,857	2,886	3,071	10,319	24,650	49,621	26,785	32,590

주 : 1. 2018년 '다함께 돌봄, 아동수당 지급' 신규 사업, 2019년 '요보호아동 자립수당 지급' 신규 사업
2. 2020년 코로나19로 인한 아동양육한시지원사업으로 2차례 추경 편경(23,248억 원)

Ⅱ 아동의 권리와 참여 증진

1. 개요

1991년 우리나라가 유엔아동권리협약('89.)에 가입하여 협약당사국이 되면서 요보호 아동대상의 아동정책이 권리 보장 관점에서 새롭게 출발하였다. 이후 협약에서 명시된 차별금지원칙과 아동 최선의 이익 원칙을 기본 이념으로 아동보호전문기관 설치 · 확대, 아동정책조정위원회 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 사이버 교육을 실시한 결과, 2013년까지 3만 9,754명이 교육을 수료하였다. 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.

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.

집필자 아동복지정책과장 김지연

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.

최근, 2022년 아동총회 결의문에 제시된 "아동대표가 아동정책조정위원회 위원으로 참여" 과제 이행을 위해서, 2023년 아동정책조정위원회 개최시 '아동총회 활동경력이 있는 아동대표를 아동정책조정위원회 위원으로 신규 임명'하는 등 아동의 참여권을 보장하기 위해 지속적으로 노력하고 있다.

4. 유엔아동권리협약

국제사회는 아동의 권익 향상을 위하여 유엔아동권리협약(Convention on the Rights of the Child : CRC)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 권고사항에 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 국가보고서 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. 2020년 2월에는 유엔아동권리협약 제5,6차 국가보고서 심의에 따른 유엔아동권리위원회의 최종견해 국 · 영문본을 소관부처에 배포하였다. 최종견해에서는 2019년 설립된 아동권리보장원 설립 등에 대해서 긍정적으로 평가했고, 정부에서는 세부 이행결과를 확인하여 유엔아동권리협약에 따른 아동의 권리 및 복지증진현황에 대하여 충실히 점검할 예정이다.

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 218만 명('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 233만 명('19. 4월 기준)에게 아동수당을 지급하였다. 2019년 9월부터 만 7세 미만 아동까지 확대하여 268만 명('19. 12월 기준)에게 아동수당을 지급하였고, 2022년 4월부터 만 8세 미만 아동까지 확대하여 277만 명('22. 12월 기준)에게 아동수당을 지급하였다. 아동수당 도입 및 지급 확대로 아동 양육에 따른 경제적 부담이 경감되고, 아동의 기본적 권리와 복지가 증진될 것으로 기대된다.양육에 따른 경제적 부담이 경감되고, 아동의 기본적 권리와 복지가 증진될 것으로 기대된다.

Ⅲ 아동복지체계 확충

1. 방과후 돌봄서비스(마을돌봄)

가. 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.

2022년 말 기준 전국적으로 지역아동센터 4,253개소가 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 아동돌봄에 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 김지연, 아동권리과장 임아람, 인구정책총괄과장 이선영

1) 연도별 지역아동센터 지원 현황 규모

|표 2-4-6| 지역아동센터 지원사업 연도별 지원개소 및 지원단가

구 분	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
편성 개소	3,989	4,113	4,113	4,113	4,124	4,135	4,148	4,169	4,253
지원 단가 (만 원/개소, 월)	433	443	458	473	516	529	569	619	644

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

('22. 12. 기준, 단위 : 명, %)

계	미취학	초등학생 저학년	초등학생 고학년	중학생	고등학생 등
109,044 (100.0)	3,374 (3.1)	62,647 (57.5)	32,110 (29.4)	9,353 (8.6)	1,560 (1.4)

※ 출처 : 행복e음 통계 추출

나. 다함께 돌봄사업

또한, 정부는 '다함께 돌봄'사업을 추진하고 있다. 다함께 돌봄사업이란, 지방자치단체가 설립 운영 주체가 되어 모든 초등학생을 대상으로 맞벌이 가구 등 돌봄이 필요한 아동에게 방과 후 정기·일시 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 시·군·구에 신규 설치를 완료하였다. 2019년에는 정규사업으로 '다함께 돌봄'사업을 본격 추진하였고, 2022년 기준 누적 881개소의 다함께돌봄센터를 설치·운영 중이다. 2023년 이후에도 초등돌봄 사각지대 해소를 위하여 다함께돌봄센터를 지속 확충할 예정이다.

|표 2-4-9| 다함께 돌봄사업 개요

구 분	내 용
목적	안전하고 접근성이 높은 지역 내 공공시설 등을 활용하여 돌봄이 필요한 초등학생에게 돌봄서비스 제공
사업 대상	돌봄이 필요한 6-12세 아동(초등학생)
사업 내용	지역여건, 수요를 고려한 다양한 서비스 발굴·제공 - 정기·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·아파트단지 내 주민공등시설 등 활용
운영 방식	지자체 직영(원칙), 사회복지법인 등 민간위탁 가능
재원조달	설치비, 인건비, 운영비 국비·지방비 매칭 지원, 그 외 다양한 지역자원 연계·활용

2. 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.

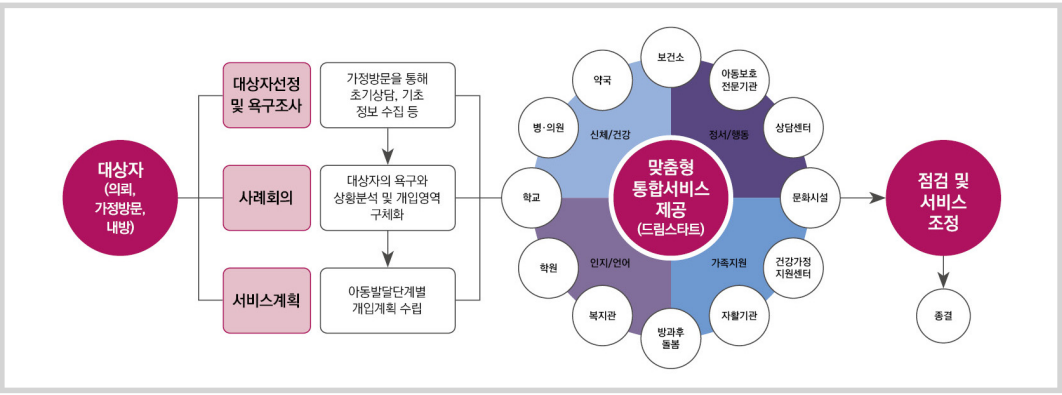
* 사회복지관, 지역아동센터, 학교, 보육시설, 보건소 및 민간 의료기관 등 다양한 지역 내 아동 복지자원 연계 → 경제적 후원뿐만 아니라 정서적 후원 효과까지 도모

|그림 2-4-6| 드림스타트 사업 추진체계 및 절차도

1. 추진체계



2. 통합서비스지원 및 자원연계 절차

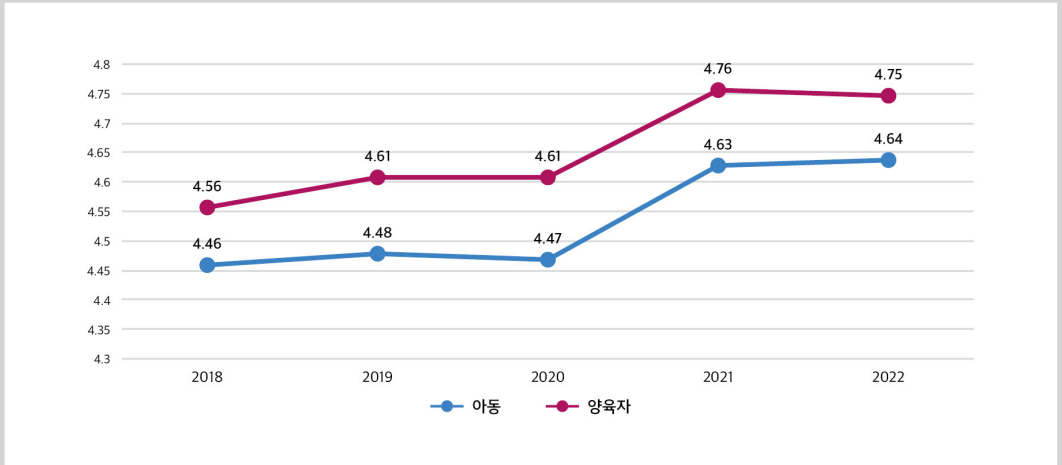


2007년 16개 시 · 군 · 구에서 시범사업으로 출발한 드림스타트사업은 2015년에는 전국 229개 시 · 군 · 구에 보급이 완료되었고, 서비스 수혜 아동을 지속적으로 확대하기 위해 노력하고 있다. 이에 따라 2021년 말 기준 10만 8,047가구, 16만 2,451명의 아동이 서비스를 지원받았다.

양적 확장과 더불어 드림스타트는 질적 서비스 수준 제고를 위해 노력해 왔다. 그 결과 드림스타트 프로그램에 참여한 대상 아동 및 부모들의 서비스 만족도가 높게 나타났다. '22년 드림스타트 사업만족도 조사(9월)* 결과 이용아동의 전반적 만족도는 5점 만점에 평균 4.64점, 양육자는 평균 4.75점으로 나타났다.

* (만족도 조사) 2022년 229개 드림스타트 아동 3,022명, 양육자 3,358명 대상으로 고객만족, 성과, 서비스 충성도, 서비스 만족 등 양육자 21문항, 아동 20문항

|그림 2-4-7| 최근 5개년('18년~'22년) 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 아동급식사업이 지방자치단체로 이양되면서 지방비로 급식을 지원하고 있다.

|표 2-4-10| 연도별 아동급식 지원 현황

(단위 : 명)

구분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
지원 대상자	471,961	438,042	416,092	381,838	350,109	332,865	317,234	357,127	330,014	308,440	302,231	283,858

3. 아동복지시설 인프라 확충

가. 아동복지시설 보호

2022년 말 기준 아동이 생활하는 아동복지시설(공동생활가정 제외)은 289개소이며, 보호가 필요한 아동 1만 300여 명이 보호를 받고 있다. 정부에서는 시설종사자 처우개선 및 시설아동의 보호 수준 향상을 위해 지원하고 있고 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	281	243	11	12	12	3
	보호인원	15,916	14,700	497	256	335	128
2013	시설 수	281	243	11	13	11	3
	보호인원	15,239	14,038	486	250	359	106
2014	시설 수	278	242	10	12	11	3
	보호인원	14,630	13,437	481	252	336	124
2015	시설 수	281	243	11	12	12	3
	보호인원	14,001	12,821	447	243	350	140
2016	시설수	281	243	11	12	12	3
	보호인원	13,689	12,448	485	230	356	170
2017	시설수	280	242	11	12	12	3
	보호인원	12,789	11,665	497	221	279	127
2018	시설수	279	241	11	12	12	3
	보호인원	12,193	11,100	447	227	272	147
2019	시설수	281	240	12	13	13	3
	보호인원	11,665	10,585	469	218	275	118
2020	시설수	286	249	12	15	10	-
	보호인원	11,407	10,403	436	253	315	
2021	시설수	274	236	12	15	11	-
	보호인원	10,956	10,072	404	233	247	
2022	시설수	289	245	12	15	17	-
	보호인원	10,310	9,436	435	215	224	

주 : 1) '20년부터 타법령에 의한 시설임에도 일시보호시설로 반영되어 있는 5개소를 제외하고, 종합시설은 일시보호시설로 재분류

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.

2022년 공동생활가정(학대피해아동쉼터 포함) 수는 645개소로 3,017명의 아동을 보호하고 있으며, 전년과 비교하여 시설 수는 28개소 증가하였고 입소아동 수는 88명 감소하였다. 정부는 지속적으로 공동생활가정 운영 활성화를 통해 아동보호 수준을 향상시켜 나갈 계획이다.

|표 2-4-12| 아동 공동생활가정 현황

(단위 : 개소, 명)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
개소수	120	276	348	397	416	460	489	480	476	480	510	533	558	578	595	617	645
아동수	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	3,121	3,105	3,017

4. 입양

2012년 8월 입양특례법의 전면 개정으로 법원허가제와 입양숙려제 등을 도입하고, 양부모 자격과 파양 요건 등을 엄격히 하여 입양에 있어 국가의 책임 및 아동의 권리 보장을 강화하였다. 정부는 2013년 5월 국외로 입양되는 아동의 안전과 권리 보호를 위한 국외입양의 절차와 요건을 규정한 헤이그 국제아동입양협약에 가입 서명하고 2017년 10월 협약 비준 동의안을 국회에 제출한 바 있다. 2022년 12월 현재, 헤이그협약 이행을 위한 입양특례법 및 국제입양법 제·개정안을 마련하여 국회 논의중이다. 법안이 통과되면 법안 시행일에 맞추어 헤이그협약을 비준하여 국제기준에 부합하는 수준으로 입양절차 전반의 공적 책임을 강화할 수 있게 된다.

|표 2-4-13| 국내 · 외 입양 현황

(단위 : 명)

구분	2010년이전	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
계	249,959	2,464	1,880	922	1,172	1,057	880	863	681	704	492	415	324
국 내	81,532	1,548	1,125	686	637	683	546	465	378	387	260	226	182
국 외	168,427	916	755	236	535	374	334	398	303	317	232	189	142

2022년 한 해 동안 입양 아동 수는 총 324명으로 2019년 이후 3년 연속 감소하는 추세이다.

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 김지연

2019년 7월 중앙입양원의 기능이 아동권리보장원으로 통합되어 보호대상아동의 보호체계를 발생 단계부터 보호종료 단계까지 통합지원 체계를 구축하였다.

또한, 정부는 국내입양가정의 아동양육 부담을 완화하기 위해, 입양가정에 대해 경제적인 지원을 실시하고 있다. 2022년 입양축하금(국내입양가정에게 200만 원 지급)을 도입하였고, 2007년부터 국내 입양아동에 대해 1인당 월 15만 원씩 지원하고 있는 양육수당을 2022년부터 월 20만 원으로 확대하였으며, 당초 13세 미만이었던 지원 연령을 2021년 만 18세 미만까지 점진적으로 확대하였다.

만 18세 미만의 입양아동에 대해서는 의료급여 1종 혜택을 제공하고 있으며, 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 허가기관에는 입양알선비용으로 270만 원(시 · 도 허가기관에는 100만 원)을 지원하고 있다.

아울러, 아동이 원가정에서 우선적으로 보호될 수 있도록 출산 후 일주일이 지나야 입양동의를 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 지원하고 있으며, 매년 공모를 통해 국내는 입양기관 및 입양인 단체, 국외는 입양인이 주축이 된 자조단체 등을 선정하여 사업을 수행하고 있다.

정부는 헤이그국제아동입양협약 이행을 위한 입양특례법 및 국제입양법 제·개정 및 협약 비준을 통해 아동의 원가정 보호 및 국제입양의 보충성 원칙을 강조하고 국제 기준에 따라 상거소를 이동하는 모든 아동의 안전한 입양을 보장하고자 한다. 이를 위해 민간 입양기관이 수행중인 입양 절차 전반에 대한 공적 책임성을 강화하여 입양아동 이익을 최우선으로 하는 입양 제도로 개편하기 위해 지속적으로 노력할 것이다.

5. 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 전부개정(2012. 8. 5. 시행)으로 가정위탁 희망자의 범죄경력을 조회하고 시 · 군 · 구에도 지역가정위탁지원센터를 설치할 수 있도록 가정위탁제도를 강화하였다. 2022년 말 기준 9,330명의 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
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
2020	8,001	9,923	5,155	6,542	2,069	2,447	777	934
2021	7,733	9,535	4,817	6,107	1,999	2,344	917	1,084

(단위 : 세대, 명)

연도	계		일반가정위탁 (친인척)		일반가정위탁 (친인척 외)		전문가정위탁		일시가정위탁	
	세대 수	아동 수	세대 수	아동 수	세대 수	아동 수	세대 수	아동 수	세대 수	아동 수
2022	7,591	9,330	6,617	8,204	748	871	209	237	17	18

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 18개소의 가정위탁지원센터가 운영되고 있으며, 2004년 7월 설치한 중앙가정위탁센터가 2020년부터는 아동권리보장원으로 이관되어 지역의 가정위탁지원센터를 지원함은 물론, 각종 프로그램을 개발 · 보급하고 있다.

정부에서는 가정위탁을 활성화하기 위해 위탁가정에 양육보조금(월 30~50만 원 권고)을 지원하고 있으며, 2006년부터 가정위탁아동의 상해보험 가입을 통해 위탁아동의 예상치 못한 질병과 안전사고에 대비하고 있다. 2010년부터는 입양 · 가정위탁아동 중 과잉행동장애(ADHD), 정서불안장애 등으로 상담 · 치료가 필요한 아동의 심리정서치료비를 지원하고 있으며 특히, 2021년 가정위탁 유형을 전문가정위탁, 일반가정위탁, 일시가정위탁으로 세분화하고, 일시보호되는 학대피해 영유아를 가정위탁으로 보호하는 위기아동 가정보호 사업을 신설하여 아동용품구입비와 전문아동보호비를 지원하였으며, 2022년부터는 전문아동보호비 지원 대상을 특별한 보호가 필요한 아동(경계선 지능, 장애, 영아, 학대피해아동 등)을 보호하는 전문가정위탁 참여 가정으로 확대하였다. 국토교통부에서는 위탁가정에 일반주택 전세자금 및 공공임대주택 임대보증금을 지원하고 있다.

다. 소년소녀가정의 가정위탁보호 전환

2021년 말 18세 미만의 소년소녀가정은 전국에 3세대, 6명이 있다. 정부는 이들을 국민기초생활 보장수급자로 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
2020	3	6	0	0	0	5	1
2021	3	6	0	0	0	4	2

6. 아동자립지원

가. 보호대상아동의 자립지원

부모가 없거나 충분한 양육을 받을 수 없어 아동복지시설이나 위탁가정에서 생활하는 보호대상아동들은 만 18세 이후 보호가 종료되면 부모의 재정적 · 심리적 지원 없이 사회에 홀로 살아가야 하는 현실적인 문제에 직면하게 된다.

이렇게 보호종료되는 인원은 매년 약 2,000여 명이며, 이들 중 상당수가 생계 유지, 주거, 취업 문제, 심리 · 사회적 적응 문제 등 각종 문제에 직면하여 자립생활에 어려움을 겪고 있다.

보호대상아동이 보호종료 후 안정적으로 사회에 정착해 자립하기 위해서는 취업 등을 통한 경제력 확보 뿐 아니라, 스스로 살아갈 수 있는 자립의지와 자립기술을 갖춤과 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, 자립체험 프로그램 운영 등을 통해 자립의지와 자립기술을 고취시키고 있으며, 2019년부터는 아동복지시설 경계선지능아동을 대상으로 전문 사례관리를 제공하는 경계선지능아동 자립지원 사업도 시작되었다.

또한, 기존에는 18세가 되면 대학교 진학 등 특별한 사유가 있어야만 보호를 연장할 수 있었으나, 아동복지법 개정을 통해 2022년 6월 22일부터는 아동이 원하기만 하면 24세까지 보호기간을 연장할 수 있게 되었다. 이로써 성인이 된 후에도 일정기간 국가의 보호체계 내에서 충분히 자립을 준비한 후 사회에 진출할 수 있는 토대가 마련되었다.

보호종료 후에는 지방자치단체별로 1인당 800~1,500만 원 이상의 자립정착금을 지급(지방이양사업)하여 왔으며, 2019년 매월 30만 원을 지급하는 자립수당을 도입한 이래 그 지급기간을 2년에서 5년까지 확대하였으며, 2022년 8월부터 지급금액을 월 35만 원으로 인상하는 등 자립준비청년에 대한 경제적 지원도 지속 강화해 왔다.

2022년에는 17개 시 · 도마다 자립지원전담기관을 설치 · 운영하고 전담인력을 배치함으로써 보호종료 후 사후관리 등 전문적 자립지원 서비스를 제공하는 공적 전달체계를 전국 단위로 구축하였다. 또한 개개인의 욕구와 특성을 고려한 자립지원 제공을 위해 경제 · 주거 · 취업 · 의료 등 각종 복지서비스를 맞춤형으로 연계 제공하는 자립지원통합서비스(맞춤형 사례관리)도 신설하였다.

한편, 정부는 여러 차례 보호가 종료된 자립준비청년들과 현장의 전문가들을 만나 자립지원 제도의 개선방안을 모색하였고, 이를 바탕으로 2022년 11월 관계부처 합동 「자립준비청년 지원 보완대책」을 발표하였다. 해당 대책에는 보호단계별(보호 중-보호연장-보호종료 후) 자립지원 강화 및 민간 협력 활성화를 위한 다양한 과제들이 포함되었으며, 각 과제별 추진일정에 맞춰 추진될 예정이다.

|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
2019	23,564	10,585	2,645	10,334	2,587	992	172	1,423
2020	24,364	11,394	3,047	9,923	2,368	827	168	1,373
2021	22,741	10,101	3,105	9,535	2,102	726	157	1,219
2022	21,438	9,439	2,669	9,330	1,740	717	124	899

※ 출처 : 자립지원통합관리시스템, 행복이음

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 생활아동이며, 2011년부터 기초생활수급가정아동 일부가 추가로 포함되었다. 디딤씨앗통장으로 모아진 저축금액은 학자금, 취업훈련, 주거 마련 등 자립용도로 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 5만 원) 한도 내에서 1 : 2로 매칭 지원하여(월 최대 10만 원) 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.

2022년 말 기준 디딤씨앗통장 가입 아동은 6만 4,791명(만기 경과 제외)이고, 적립금액 누계는 7,359억 원이다. 아동 1인당 월평균 적립액은 7만 6,308원이다.

|표 2-4-17| 디딤씨앗통장 가입 및 저축 현황

('22. 기준)

구 분	지원아동(명)	저축아동(명)	1인당 월평균 아동적립액(원)	1인당 월평균 매칭지원금(원)
계	64,791	60,031	76,308	89,582
요보호아동	23,887	23,215	101,154	89,039
기초수급아동	40,904	36,816	60,615	90,454

Ⅳ 아동학대 예방 및 아동안전 강화

1. 아동학대 예방

가. 아동학대예방 관련 사업

1) 범부처 아동학대 방지 대책 발표

아동학대 정책은 경찰청, 법무부, 교육부, 여성가족부, 행정안전부, 기획재정부 등 다양한 관계부처 및 지방자치단체와 아동보호전문기관 등 다양한 기관의 역할이 유기적으로 연계되어 유관기관 간 긴밀한 협업이 중요하다. 보건복지부는 2019년 1월 아동학대 대응부서인 아동학대대응과 신설을 계기로 아동학대 정책 관련한 범부처 협업을 더욱 활성화하여 지속적으로 관계부처 합동 아동학대 대책을 발표하며, 아동학대에 대한 국가책임을 강화해왔다.

2019년 5월에는 포용국가 아동정책을 발표하여 민간에서 수행하던 학대 조사 업무를 지방자치단체(시군구)로 이관하고 아동보호전문기관을 전문 사례관리 기관으로 개편하는 아동학대 조사 공공화 방향을 발표하였다.

이후 2020년 7월에는 '아동 · 청소년 학대 방지대책'을 발표하여 아동학대전담공무원을 전 지자체에 배치하는 계획을 기존 2022년에서 2021년까지 단축시키기로 하였다. 더불어, 피해아동에 대한 응급조치 후에 보호 공백이 발생하였거나, 재학대 우려가 강해 조사가 필요한 경우에 지자체의 보호조치 결정이 있을 때까지 피해아동을 분리하여 일시 보호하는 '즉각분리제도'를 도입하여 2021년 3월부터 시행하였다.

2021년에는 1월 '아동학대 대응체계 강화방안' 및 8월 '아동학대 대응체계 보완방안'을 통해 그간 마련한 아동학대 대책들이 현장에서 잘 작동할 수 있도록 예방부터 사후지원까지 아동학대 대응체계 전 과정을 지속 보완하였다. 또한, 2023년에는 만2세 이하 중심 아동학대 발견율 제고와 학대피해아동 보호 강화를 위한 '학대위기 · 피해아동 발굴 및 보호 강화 방안'을 마련할 계획이다.

집필자 아동학대대응과장 조우경

「아동학대 대응체계 강화방안」 및 「아동학대 대응체계 보완방안」 주요 내용

「아동학대 대응체계 강화방안」('21. 1월)
• (초기대응) 교육 확대 · 지침 마련 등 초기대응의 전문성 및 이행력 강화 • (대응인력) 전담공무원 등 대응인력의 조속한 배치, 업무여건 개선(조사차량 등) • (분리보호) 쉼터 확충, 일시보호체계 강화로 차질 없는 즉각분리제도 시행 • (인식개선) 아동학대범죄 양형기준 개선 제안, 대국민 아동학대 예방캠페인 전개 • (입양) 입양기관 관리감독 강화 등 입양절차의 공적 책임 강화
「아동학대 대응체계 보완방안」('21. 8월)
• (발굴) 위기아동 발굴 · 사례관리체계 내실화, 영유아 특화 발굴로 신고 전 위기 포착 • (대응체계) 진술부담 완화를 위한 협업, 분리보호 시 학습권 보장, 전담의료기관 활성화 및 아보전 사례관리 강화 등 아동 관점의 대응체계 보완 • (인식개선) 보편적 부모교육 제공 및 '긍정 양육 129원칙' 확산 • (인프라) 인력(전담공무원, 보호전문요원, APO) 및 시설(아보전, 쉼터 등) 지속 확충

2) 아동학대 조사 공공화

아동학대에 대한 국가책임 강화의 첫걸음으로 정부는 2019년 '포용국가 아동정책'을 통해 아동학대 조사 공공화 계획을 발표하여 미국, 영국 등 주요 선진국과 같이 아동학대 조사업무를 지방자치단체로 이관하고, 기존에 조사업무를 수행하던 아동보호전문기관은 조사 후 사례관리에 집중하도록 대응체계를 개편하였다.

이후 「아동복지법」 개정(2020년 10월 시행)을 통해 모든 지방자치단체에 아동학대전담공무원을 두고, 아동학대 신고접수, 현장조사 및 응급보호 등 업무를 수행하도록 법적 근거를 마련했다. 당초 아동학대전담공무원을 2022년까지 단계적으로 전국 확대할 계획으로 2020년 10월부터 118개 선도 시군구에 총 290명의 아동학대전담공무원을 배치해 조사 공공화의 첫발을 내디뎠다. 그러나, 천안 9세 아동 사망사건 등 중대사건 대응 및 과도기 혼란 최소화를 위해, 아동학대 조사 공공화 완료 시기를 2021년으로 앞당겼고, 그 결과 2021년 10월 조사 공공화 개시 1년 만에 전국 시군구에 아동학대전담공무원을 배치하였다.

각 지방자치단체에서도 아동학대 정책을 적극적으로 추진하여 2022년 12월 말 기준으로 전국 229개 시군구에 목표 배치 인원 765명 대비 111%인 총 852명의 아동학대전담공무원을 배치하였다.

2021년에는 아동학대전담공무원이 아동학대 조사, 보호조치 등 업무를 전문적으로 수행할 수 있도록 신규 아동학대전담공무원 대상 교육을 대폭 확대(80→160시간)하고, 기존 인력을 대상으로는 보수교육을 신설하였다. 또한, 기존 아동학대 조사업무를 수행하던 아동보호전문기관 파견 교육을 통해 아동학대 조사업무의 노하우를 전달하고, 법률로서 2023년 9월까지는 아동보호전문기관이 지방자치단체의 조사업무를 지속 지원하도록 하였다[2]. 이에 더해, 전담공무원-아동보호전문기관-경찰 합동교육을 신설하고, 공동업무수행지침을 마련하여 아동학대 대응인력의 현장 협업을 강화하였다.

또한, 지자체가 아동학대전담공무원을 전문직위로 지정하거나, 전문경력관으로 채용할 수 있도록 지방공무원 인사분야 통합지침을 개정하여 대응인력의 전문성 강화를 지원하였다. 아울러, 학대판단이 어려운 경우에는 지방자치단체에 변호사, 의사, 경찰 및 아동 분야 전문가 등으로 구성된 사례결정위원회를 두어 최종 학대 여부, 보호조치 필요 여부 등을 판정하도록 하였다.

더불어, 아동학대전담공무원이 학대피해아동 조사에 집중할 수 있는 업무여건을 조성하였다. 2021년까지 185개 시군구에 조사를 위한 업무 차량을 지원하고, 전체 229개 시군구에 상담·조사실 구축 비용을 지원하였으며, 2022년에는 전담공무원들이 실질적인 조사 업무에 더욱 집중할 수 있도록 전국 시군구에 녹취록 작성 장비를 지원하였다.

3) 아동보호전문기관 설치·운영

아동보호전문기관[3]은 2022년 말 현재 전국에 85개소가 설치되어 있으며, 학대피해아동과 그 가족, 아동학대행위자를 위한 상담·치료 및 교육 등 서비스 제공과 사후관리 등을 수행하고 있다. 한편 2005년 지방에 이양되었던 지역아동보호전문기관 운영을 2015년에 국고보조사업으로 전환하였고, 2021년까지 아동보호전문기관 설치·운영비는 법무부 소관의 범죄피해자보호기금으로 편성·운영되었다.

그러나, 범죄피해자보호기금은 지속적인 재원 확보가 힘들다는 점에서 국회와 언론, 시민사회에서 아동학대 대응 예산의 일반회계 전환 요구가 지속되었고, 2022년부터 보건복지부 일반회계로 이관하여 안정적인 아동학대 대응체계 기반을 구축하였다.

2) 아동복지법 부칙(제17206호, 2020. 4. 7.) 제3조에 따라 아동보호전문기관은 2023년 9월 30일까지 아동학대전담공무원을 지원할 수 있음
3) 아동복지법 개정('19. 7. 16. 시행)에 따라 지역아동보호전문기관이라는 명칭이 아동보호전문기관으로 변경됨

앞으로도 아동보호전문기관이 사례관리 전문기관으로 본격 전환('23. 10월)되는 만큼 아동학대 예방 및 재학대 방지를 위한 역량 강화를 지원하고, 2025년까지 총 120개소의 아동보호전문기관을 설치하여 보호 인프라를 지속적으로 확대해 나갈 계획이다.

4) 학대피해아동쉼터 설치 · 운영

보호자가 가해자인 학대피해아동은 일반적인 보호대상아동에 비해 심리적 후유증이 더욱 심각하므로 별도의 보호 · 관리가 필요하다는 판단 아래, 2015년 아동공동생활가정 중 학대피해아동쉼터를 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. 2022년 말 현재 125개소가 설치되어 있으며, 즉각분리제도 시행('21. 3월)과 아동학대신고 증가에 따른 보호 공백을 방지하기 위해 아동보호전문기관 1개소 관할 지역당 남 · 여 학대피해아동쉼터를 전국에 고르게 설치하여 2025년까지 총 240개소의 학대피해아동쉼터를 확충할 계획이다.

|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	2020	2021	2022
아동보호전문기관	38	38	43	43	43	44	44	46	46	50	50	55	59	60	62	67	69	77	85
학대피해아동쉼터	* 학대피해아동쉼터는 2015년부터 통계 관리											46	53	57	65	73	74	98	125

5) 조사공공화에 따른 국가아동학대정보시스템 전면 개편

국가아동학대정보시스템은 아동학대 관련 DB 관리를 위해 2002년에 구축되었다. 세부적인 정보의 관리, 보안 문제 해결, 경찰청망과의 연동, 정보관리 효율화를 위해 2015년부터 30억 8백만 원의 예산을 들여 시스템 전면 개편을 추진하여, 2017년에 사업을 완료하였다.

이후 아동학대 조사공공화('20. 10월)에 따라 지자체 공무원들의 효과적인 시스템 사용을 위해 아동학대 조사 부분은 행복e음(사회보장정보시스템)으로 개편하고, 아동보호전문기관은 기존대로 국가아동학대정보시스템을 통해 사례관리 업무를 할 수 있도록 2020년부터 시스템을 개발 중이며, 2022. 2월에 오픈하였다.

6) 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. 약 44종의 예측 변수에 해당하는 위기아동에 대해 읍 · 면 · 동 공무원이 직접 가정 방문하여 아동학대 여부를 확인하고, 필요시 관련 복지서비스를 연계하는 것을 목적으로 하는 e아동행복지원시스템은 2022년까지 총 12회 운영되었으며 총 28만 7,454명 아동의 가정방문을 통해 20,036명에 대해 복지서비스를 연계하였고, 292건의 아동학대 의심사례를 발견하여 경찰 · 지자체 등에 신고하였다.

7) 아동학대예방을 위한 인식개선사업

2014년에는 아동인권 침해의 주요 사례인 아동학대에 대한 국민인식 개선을 위해 아동 학대예방 교육용 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, 카드뉴스 제작, 인포그래픽 동영상 제작 · 배포, 아동학대 모바일앱개편(아이지킴콜112), 방송통신위원회 · 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, ㈜캐리소프트와 '아동학대 예방을 위한 공동협력 업무협약(MOU)'을 체결하여 아동학대 예방 홍보 콘텐츠를 개발, 지원하였다. 또한, 제3회 아이지킴콜 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 바뀝니다'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 응원 영상을 제작하였다. 아동학대예방의 날에는 아동학대예방 포럼을 진행하고, 민법상 징계권 조항 삭제 요청 퍼포먼스를 진행한 바 있으며, 아동보호전문기관 홍보를 위해 일러스트영상 및 뉴스콘텐츠 등을 제작 · 송출하였다.

2020년에는 아동 · 부부 · 신고의무자 · 일반국민 등을 대상으로 '훈육을 위한 체벌이 학대범죄로 이어질 수 있다'는 메시지 전달하였다. 아동 학령기 별 교육 콘텐츠(PPT)를 제작하고, 부모를 대상으로 바이럴 영상 및 교육영상을 제작하였다. 또한, 아동학대 예방 캠페인 및 신고의무자 대상 영상을 제작하여 유투브, 페이스북, 인스타그램 등 매체에 송출하고, 현장에서 보육서비스를 신청하는 부모를 대상으로 아동학대 예방 리플릿을 배포하는 사업을 진행하였다. 왓챠(Watcha)와 협업하여 4가지 아동학대 유형을 다룬 영화에 대한 대담 영상을 제작하고, 한국편의점산업협회와 아동학대 신고거점으로서의 편의점을 알리는 포스터 촬영 및 포스기 광고 송출을 진행하였다. 아동학대예방의 날에는 부처합동(여가부 · 법무부 등)으로 기념식을 개최하여 유공자 포상을 통해 관련 기관 · 종사자를 격려하였다.

2021년 1월에는 그동안 부모의 체벌을 정당화하는 근거로 활용되어 온 「민법」 제 915조의 '징계권' 규정이 삭제되었다. 이를 계기로 2021년이 아동학대 예방을 위한 국민 인식 전환의 원년이 될 수 있도록 아동수당 신청과 연계하여 부모교육을 보편화하고, 대국민 인식개선 캠페인을 대폭 확대하여 3종의 공익광고 동영상을 TV 등 다중매체에 방송하였다. 5월에는 종교계, 복지계, 교육계 등 사회 각계 36개 기관 · 단체 대표와 함께 '아동학대 없는 세상을 위한 사회적 공동실천 선언문' 선포식을 개최하였으며, 관계부처 및 지자체, NGO 등을 시작으로 '아동학대 없는 세상을 위한 국민 다짐 릴레이' 캠페인을 두 달 동안 진행하였다. 또한, 11월에는 전문가 및 NGO와 함께 긍정적인 양육 문화 확산을 위해 '긍정 양육 129원칙'을 마련하고 홍보하였으며, 11월 19일 아동학대 예방의 날 개최 등을 통해 관련 유공자를 격려하였다. 더불어 아동학대 사건 보도 관련 언론기관이 유의할 사항을 권고하는 '아동학대 언론보도 권고기준'을 전문가와 함께 준비 중으로 '22년에 각계의 의견을 수렴하여 아동학대 관련 언론보도에 적용할 계획이다.

2022년에는 '21년 아동학대 예방의 날에 발표한 아동을 부모의 소유물이 아닌 존중받아야 할 독립적 인격체라는 메시지를 중심으로 하는 긍정양육129원칙 기반의 3종 공익광고 동영상을 TV 등 다중매체에 방송하였다. 5월에는 어린이날 100주년을 기념하여 바람직한 아동 양육 방법을 소개하였으며, 11월 아동학대 예방의 날에는 기념식 개최 등을 통해 관련 유공자를 격려하였으며, '22년 5월 한국기자협회와 공동 제정 MOU를 통해 다수의 언론인이 포함된 제정위원회를 구성하여 제정한 '아동학대 언론보도권고기준'을 공식 발표하였다. '23년에는 아동학대 언론보도 권고기준 이행 및 확산을 위하여, 권고기준 개선 토론회를 운영하고, 아동학대 우수보도 기자상을 수여할 계획이다.

나. 아동학대 현황

2022년의 경우 작년 대비 신고접수건수가 14.5% 감소하였고 전체 아동학대 신고건수 중 96.6%가 아동학대의심사례였다.

|표 2-4-19| 연도별 아동학대 신고, 판단 건수

(단위 : 건)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
아동학대 신고 건수	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	41,389	42,251	53,932	46,103
아동학대 판단 건수	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	30,045	30,905	37,605	27,971

연도별 아동학대 신고의무자에 의한 신고는 2018년 9,151건(27.3%), 2019년 8,836건(23.0%), 2020년 10,973건(28.2%), 2021년 23,372건(44.9%)이었으나 2022년 16,149건(36.3%)으로 나타났다. 신고의무자 유형을 세부적으로 살펴보면 초 · 중 · 고교 직원이 6,370건(14.3%)으로 가장 높았다. 비신고의무자 직군의 신고 분포를 살펴보면 부모가 신고한 비율(2022년 24.2%)이 가장 높게 나타났다.

|표 2-4-20| 연도별 아동학대 신고자 유형

(단위 : 건, %)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
신고의무자	초 · 중 · 고교 직원	3,978(15.4)	5,168(16.7)	6,406(19.1)	5,901(15.4)	3,805(9.8)	6,065(11.6)	6,370(14.3)
	의료인	216(0.8)	-	-	-	-	-	-
	의료인 · 의료기사	-	296(1.0)	325(1.0)	293(0.8)	363(0.9)	549(1.1)	424(1.0)
	아동복지시설 종사자	498(1.9)	407(1.3)	411(1.2)	337(0.9)	711(1.8)	702(1.3)	490(1.1)
	장애인복지시설 종사자	27(0.1)	33(0.1)	56(0.2)	38(0.1)	46(0.1)	47(0.1)	48(0.1)
	보육교직원	286(1.1)	313(1.0)	213(0.6)	448(1.2)	182(0.5)	241(0.5)	223(0.5)
	유치원교직원	114(0.4)	115(0.4)	115(0.3)	140(0.4)	140(0.4)	216(0.4)	208(0.5)
	학원 및 교습소 종사자	24(0.1)	9(0.0)	18(0.1)	32(0.1)	42(0.1)	35(0.1)	35(0.1)
	소방구급대원	39(0.2)	33(0.1)	24(0.1)	32(0.1)	25(0.1)	36(0.1)	62(0.1)
	응급구조사	2(0.0)	2(0.0)	0(0.0)	1(0.0)	1(0.0)	3(0.0)	6(0.0)
	의료기사	2(0.0)	-	-	-	-	-	-
	성매매피해상담소 및 지원시설 종사자	12(0.0)	9(0.0)	8(0.0)	4(0.0)	3(0.0)	1(0.0)	1(0.0)
	성폭력피해상담소 및 보호시설 종사자	122(0.5)	0(0.0)			-	-	-
	성폭력피해상담소 및 성폭력피해자보호시설종사자 · 성폭력피해자통합지원센터종사자	-	274(0.9)	168(0.5)	128(0.3)	83(0.2)	46(0.1)	42(0.1)
	한부모가족복지시설 종사자	11(0.0)	16(0.1)	14(0.0)	16(0.0)	30(0.1)	26(0.0)	5(0.0)
	가정폭력피해자보호시설 및 상담소 종사자	301(1.2)	169(0.5)	283(0.8)	125(0.3)	210(0.5)	79(0.2)	68(0.2)
	사회복지전담공무원	815(3.1)	819(2.6)	-	-	632(1.6)	7,493(14.4)	4,492(10.1)
	아동복지전담공무원	98(0.4)	27(0.1)	72(0.2)	200(0.5)	984(2.5)	1,097(2.1)	2,060(4.6)
	아동보호전문기관종사자	695(2.7)	-	-	-	2,394(6.1)	5,785(11.1)	898(2.0)
	사회복지시설 종사자	312(1.2)	271(0.9)	211(0.6)	266(0.7)	347(0.9)	230(0.4)	172(0.4)
	아동권리보장원·가정위탁지원센터 종사자	11(0.0)	20(0.1)	25(0.1)	26(0.1)	51(0.1)	45(0.1)	22(0.0)
	건강가정지원센터 종사자	44(0.2)	48(0.2)	31(0.1)	67(0.2)	91(0.2)	54(0.1)	56(0.1)
	다문화가족지원센터 종사자	35(0.1)	33(0.1)	52(0.2)	82(0.2)	61(0.2)	53(0.1)	48(0.1)
	정신건강복지센터 종사자	51(0.2)	38(0.1)	48(0.1)	63(0.2)	65(0.2)	59(0.1)	33(0.1)
	청소년시설 및 단체 종사자	223(0.9)	357(1.2)	276(0.8)	286(0.7)	280(0.7)	212(0.4)	130(0.3)
	청소년보호센터 및 재활센터 종사자	75(0.3)	43(0.1)	121(0.4)	105(0.3)	87(0.2)	117(0.2)	100(0.2)
	아이돌보미	1(0.0)	8(0.0)	11(0.0)	11(0.0)	21(0.1)	26(0.0)	34(0.1)
	취약계층 아동 통합 서비스 지원인력	296(1.1)	317(1.0)	255(0.8)	225(0.6)	308(0.8)	139(0.3)	114(0.3)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
신고의무자	성폭력피해자통합지원센터 종사자	0(0.0)	-	-	-	-	-	-
	육아종합지원센터 종사자	0(0.0)	4(0.0)	4(0.0)	9(0.0)	10(0.0)	10(0.0)	6(0.0)
	입양기관 종사자	0(0.0)	1(0.0)	4(0.0)	1(0.0)	1(0.0)	6(0.0)	2(0.0)
	소 계	8,288(32.0)	8,830(28.6)	9,151(27.3)	8,836(23.0)	10,973(28.2)	23,372(44.9)	16,149(36.3)
비신고의무자	아동 본인	2,322(9.0)	3,883(12.6)	4,512(13.5)	4,752(12.4)	5,533(14.2)	8,966(17.2)	9,488(21.3)
	부모	4,619(17.8)	5,328(17.2)	6,089(18.2)	6,506(17.0)	6,284(16.1)	10,631(20.4)	10,779(24.2)
	형제,자매	341(1.3)	359(1.2)	403(1.2)	307(0.8)	443(1.1)	657(1.3)	713(1.6)
	친인척	657(2.5)	738(2.4)	607(1.8)	647(1.7)	653(1.7)	786(1.5)	666(1.5)
	이웃 · 친구	1,858(7.2)	1,963(6.3)	1,859(5.5)	1,718(4.5)	1,945(5.0)	3,660(7.0)	2,760(6.2)
	경찰	1,426(5.5)	645(2.1)	406(1.2)	291(0.8)	216(0.6)	243(0.5)	241(0.5)
	종교인	40(0.2)	24(0.1)	18(0.1)	24(0.1)	28(0.1)	23(0.0)	11(0.0)
	사회복지관련종사자	4,088(15.8)	323(1.0)	933(2.8)	959(2.5)	367(0.9)	239(0.5)	215(0.5)
	아동보호전문기관장과종사자	619(2.4)	6,881(22.3)	7,756(23.1)	12,389(32.3)	10,254(26.3)	-	-
	의료사회복지사	-	79(0.3)	66(0.2)	25(0.1)	39(0.1)	32(0.1)	7(0.0)
	낯선 사람	649(2.5)	685(2.2)	443(1.3)	597(1.6)	611(1.6)	1,138(2.2)	783(1.8)
	익명	244(0.9)	271(0.9)	228(0.7)	275(0.7)	401(1.0)	729(1.4)	850(1.9)
	기 타	727(2.8)	914(3.0)	1,027(3.1)	986(2.6)	1,127(2.9)	1,504(2.9)	1,759(4.0)
	법 원	-	-	34(0.1)	68(0.2)	55(0.1)	-	110(0.2)
	소 계	17,590(68.0)	22,093(71.4)	24,381(72.7)	29,544(77.0)	27,956(71.8)	28,711(55.1)	28,382(63.7)
계		25,878(100.0)	30,923(100.0)	33,532(100.0)	38,380(100.0)	38,929(100.0)	52,083(100)	44,531(100)

※ 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.

※ 2020년 10월 1일부터 아동학대처벌법 개정에 따라 아동보호전문기관장과 종사자 및 사회복지전담공무원의 경우 신고의무자로 변경됨.

※ 2020. 1. 1. ~ 2020. 9. 30.까지 사회복지전담공무원은 사회복지관련 종사자에 포함

아동학대의 유형은 신체학대, 정서학대, 성학대, 방임 등으로 분류되며, 유형별 현황은 다음과 같다. 개별적으로는 정서학대가 10,632건(38.0%)으로 가장 높았으며 두 가지 유형 이상의 학대가 중복된 경우(34.9%)가 그 뒤를 이었다.

|표 2-4-21| 아동학대 유형별 현황

(단위 : 건)

구분	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
총계	18,700(100.0)	22,367(100.0)	24,604(100.0)	30,045(100.0)	30,905(100.0)	37,605(100)	27,971(100)
신체학대	2,715(14.5)	3,285(14.7)	3,436(14.0)	4,179(13.9)	3,807(12.3)	2,780(7.4)	4,911(17.6)
정서학대	3,588(19.2)	4,728(21.1)	5,862(23.8)	7,622(25.4)	8,732(28.3)	12,351(32.8)	10,632(38.0)
성학대	493 (2.6)	692 (3.1)	910 (3.7)	883(2.9)	695(2.2)	655(1.7)	609(2.2)
방임	2,924(15.6)	2,787(12.5)	2,604(10.6)	2,885(9.6)	2,737(8.9)	2,793(7.4)	2,044(7.3)
중복	8,980(48.0)	10,875(48.6)	11,792(47.9)	14,476(48.2)	14,934(48.3)	16,026(42.6)	9,775(34.9)

2016년부터 2022년까지 학대행위자가 부모인 경우가 매년 75% 이상 나타났으며 2022년의 경우는 82.7%로 증가했다.

|표 2-4-22| 연도별 아동학대 행위자 현황

(단위 : 건)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
부모	친부	8,295(44.4)	9,562(42.8)	10,747(43.7)	12,371(41.2)	13,471(43.6)	16,944(45.1)	12,796(45.7)
	친모	5,923(31.7)	6,824(30.5)	7,338(29.8)	9,342(31.1)	10,945(35.4)	13,380(35.6)	9,562(34.2)
	계부	394(2.1)	401(1.8)	480(2.0)	557(1.9)	578(1.9)	702(1.9)	511(1.8)
	계모	362(1.9)	341(1.5)	297(1.2)	336(1.1)	312(1.0)	340(0.9)	201(0.7)
	양부	37(0.2)	28(0.1)	36(0.1)	58(0.2)	40(0.1)	68(0.2)	29(0.1)
	양모	37(0.2)	21(0.1)	22(0.1)	36(0.1)	34(0.1)	52(0.1)	20(0.1)
	소계	15,048(80.5)	17,177(76.8)	18,920(76.9)	22,700(75.6)	25,380(82.1)	31,486(83.7)	23,119(82.7)
친인척	친조부	111 (0.6)	128(0.6)	147(0.6)	194(0.6)	231(0.7)	193(0.5)	114(0.4)
	친조모	177(0.9)	237(1.1)	229(0.9)	304(1.0)	374(1.2)	383(1.0)	215(0.8)
	외조부	39 (0.2)	61(0.3)	74(0.3)	76(0.3)	131(0.4)	99(0.3)	68(0.2)
	외조모	95 (0.5)	127(0.6)	118(0.5)	143(0.5)	230(0.7)	177(0.5)	112(0.4)
	친인척	266 (1.4)	328(1.5)	352(1.4)	390(1.3)	429(1.4)	435(1.2)	246(0.9)
	형제, 자매	107 (0.6)	186(0.8)	194(0.8)	225(0.7)	266(0.9)	230(0.6)	124(0.4)
	소계	795 (4.3)	1,067(4.8)	1,114(4.5)	1,332(4.4)	1.661(5.4)	1,517(4.0)	879(3.1)

구분		2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
대리양육자	부·모의 동거인	311(1.7)	247(1.1)	270(1.1)	363(1.2)	444(1.4)	403(1.1)	193(0.7)
	유치원교직원	240(1.3)	281(1.3)	189(0.8)	155(0.5)	118(0.4)	140(0.4)	100(0.4)
	초·중·고교 직원	576(3.1)	1,345(6.0)	2.060(8.4)	2,154(7.2)	882(2.9)	1,089(2.9)	1,602(5.7)
	학원 및 교습소 종사자	167(0.9)	217(1.0)	176(0.7)	320(1.1)	208(0.7)	319(0.8)	254(0.9)
	보육교직원	587(3.1)	840(3.8)	818(3.3)	1,384(4.6)	634(2.1)	1,221(3.2)	600(2.1)
	아동복지시설 종사자	253(1.4)	285(1.3)	313(1.3)	408(1.4)	556(1.8)	217(0.6)	175(0.6)
	기타시설 종사자	28(0.1)	60(0.3)	27(0.1)	63(0.2)	12(0.0)	93(0.2)	69(0.2)
	청소년관련시설 종사자	2(0.0)	32(0.1)	33(0.1)	87(0.3)	14(0.0)	58(0.2)	8(0.0)
	위탁부	0(0.0)	4(0.0)	7(0.0)	3(0.0)	4(0.0)	6(0.0)	2(0.0)
	위탁모	5(0.0)	17(0.1)	2(0.0)	8(0.0)	16(0.1)	17(0.0)	9(0.0)
	베이비시터(아이돌보미)	4(0.0)	15(0.1)	11(0.0)	41(0.1)	42(0.1)	46(0.1)	35(0.1)
	소계	2,173(11.6)	3,343(14.9)	3,906(15.9)	4,986(16.6)	2,930(9.5)	3,609(9.6)	3,047(10.9)
타인	이웃	91(0.5)	86(0.4)	146(0.6)	224(0.7)	211(0.7)	200(0.5)	119(0.4)
	낯선 사람	110(0.6)	208(0.9)	214(0.9)	439(1.5)	354(1.1)	458(1.2)	454(1.6)
	소계	201(1.1)	294(1.3)	360(1.5)	663(2.2)	565(1.8)	658(1.7)	573(2.0)
기타		454(2.4)	441(2.0)	304(1.2)	364(1.2)	369(1.2)	355(0.9)	353(1.3)
파악불가		29(0.2)	45(0.2)	-	-	-	-	-
계		18.700(100.0)	22,367(100.0)	24,604(100.0)	30,045(100.0)	30,905(100.0)	37,605(100.0)	27,971(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 일상생활을 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 부천 초등생, 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 예방을 위한 교육 및 홍보, 실종아동 조기 발견을 위한 실종아동 신상카드 및 유전정보 D/B 구축 · 운영, 실종가족의 가족해체 예방을 위한 실종아동 가족지원 등을 추진해왔다. 실종 가족에게 의료비 · 상담비 · 부모활동비 · 전단 제작 지원비 등 재정적 지원을 하여 경제적 부담을 완화하고, 보호시설 출입조사 시 관계 공무원과 실종가족이 동행할 수 있는 법적 근거 마련 등으로 실종 가족에 대한 심리적 지지를 강화하였다.

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 조기발견지침'을 시행하였다(2014. 7. 29.).

2018년에는 장기실종아동 발견 · 복귀를 위해 한국과학기술연구원과 협업으로 '얼굴나이변환기술'을 적용하여 실종아동의 현재 모습을 추정한 사진으로 제작하여 실종아동 찾기 홍보에 활용하였다.

2019년도는 실종아동 보호 및 지원에 관한 국가의 사무를 체계적 · 안정적으로 운영하고 국가의 책임을 강화하기 위해 실종아동전문센터(구, 실종아동전문기관)의 위탁기관을 공공기관인 아동권리보장원으로 지정위탁 하도록 법률을 개정하였다('19. 12. 2.).

2020년은 매년 5월 25일을 '실종아동의 날'로 정하고, '실종아동의 날'부터 1주간을 '실종아동주간'으로 지정하여 취지에 적합한 행사와 교육 · 홍보사업을 실시하도록 함으로써 실종아동에 대한 사회적 책임을 환기하고 아동의 실종 예방을 통한 안전한 사회 조성을 위해 관련 법률을 개정하였다('20. 4. 7.).

2021년은 효율적으로 실종아동을 찾기 위해 시설의 아동카드 정보를 전산시스템 DB로 구축 완료하였고, 실종아동등의 유전자 중복 채취 · 누락 예방을 위해 실종아동업무시스템과 경찰청 프로파일링 시스템 간 정보연계 기능을 개선하였다. 또한, 실종아동 예방을 위해 대상별 연령과 특성을 고려하여 세분화된 교육 콘텐츠를 제작하였고, 국내 공공 · 민간기관 뿐만 아니라 해외 유관기관과 협력하여 해외 체류 중인 한인 교민, 실종아동 등에 까지 홍보 저변을 확대하였다.

2022년은 실종가족 상봉에 결정적 역할을 하는 유전자검사 제도에 대한 집중 홍보를 통해 유전자 정보 신규 등록율이 전년 대비 55.4% 증가하였다. 또한, 실종예방 전문강사 양성 및 권역별 파견교육 운영을 통해 표준화된 실종예방교육을 지원하였으며, 실종아동홈페이지 개편으로 이용자의 접근성 및 편의성을 제고하였다.

|표 2-4-23| 실종아동 발생 및 복귀 현황(경찰청)

('22. 12. 기준, 단위 : 명)

구분	아동(18세 미만)		지적 · 자폐성 · 정신장애인(연령 불문)	
	발생 건수	미발견	발생 건수	미발견
2018	21,980	1	8,881	7
2019	21,551	2	8,360	8
2020	19,146	4	7,078	6
2021	21,379	5	7,166	7
2022	26,416	58	8,881	29

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| 실종아동 등 신상카드 D/B 구축 현황(실종아동전문센터)

('22. 12. 기준, 단위 : 명)

합계	아동시설	장애인 시설	정신 요양시설	정신병원	노숙인시설	기타
19,254	5,468	6,876	2,223	1,835	1,995	857

|표 2-4-25| 실종아동등 유전자 D/B 구축 현황(실종아동전문센터)

('22. 12. 기준, 단위 : 명)

구분	검체접수			상봉건수		
	계	실종아동등 (18세 미만 아동, 지적 · 자폐성 · 정신 장애인)	보호자	계	아동 (18세 미만)	지적 · 자폐성 · 정신 장애인 (연령 불문)
2018	1,015	822	193	58	38	20
2019	1,717	1,322	395	49	26	23
2020	797	540	257	44	29	15
2021	740	508	232	36	23	13
2022	1,150	885	265	25	16	9

3. 아동안전 교육

안전에 대한 관심 증가에도 불구하고 아동학대, 성폭력 및 교통안전 등 아동의 안전을 위협하는 사고는 지속적으로 발생하고 있다. 특히 아동과 같은 안전취약계층은 스스로의 안전을 확보할 능력을 갖추지 못한 존재로서 안전할 권리를 사회가 정책적으로 보장해 주어야하며, 사회구성원 전체의 관심과 노력이 필요하다.

정부는 2022년 행정안전부, 교육부, 경찰청 등 9개 관계부처 합동으로 어린이 안전 종합계획을 발표하였다(행정안전부 총괄). 보건복지부는 아동복지법의 개정을 통해 아동안전 교육을 내실화하였다.

|표 2-4-26| 아동안전 교육기준(아동복지법 시행령 제28조)

교육 시간	1. 성폭력 예방	2. 아동학대 예방	3. 실종 · 유괴의 예방 · 방지	4. 감염병 및 약물의 오남용 예방 등 보건위생관리	5. 재난대비 안전	6. 교통안전
연 44시간 이상	연 4시간 이상 (6개월 1회)	연 4시간 이상 (6개월 1회)	연 10시간 이상 (3개월 1회)	연 10시간 이상 (3개월 1회)	연 6시간 이상 (6개월 1회)	연 10시간 이상 (2개월 1회)

2022년은 아동복지법 개정으로 성폭력 예방과 아동학대 예방교육이 분리 시행되었으며, 이에 발맞춰 교육 콘텐츠 등 교육에 차질이 없도록 최선을 다하였다.

코로나19로 인한 사회적 거리두기로 종사자 및 보호자(부모) 대상으로 비대면 라이브 교육을 실시하는 등 아동안전 취약지역의 교육이 차질이 없도록 최선을 다하였다.

이로 인해 어린이 안전사고 사망자는 2003년 1,027명에서 2020년 150명으로 2003년 대비 95% 감소하였다. 어린이 10만 명당 안전사고 사망자가 2003년 10.59명에서 2014년 2.93명, 2016년 2.81명, 2018년 2.43명, 2020년 2.42명으로 나타났다.

앞으로도 아동에 대한 6대 안전교육(성폭력예방, 아동학대예방, 실종 · 유괴 예방 · 방지, 감염병 및 약물 오남용 예방, 재난대비안전, 교통안전)에 대한 맞춤형 교육콘텐츠 지속적인 개발은 물론, 아동안전 교육 취약지역의 참여형 비대면 교육 활성화, 아동 및 보호자 등의 체험교육 프로그램 개발을 확대하는 등 쌍방향 교육을 통해 아동이 안전한 사회구성원으로 자리매김할 수 있도록 내실 있는 교육이 필요하다.

제4절 노인복지정책

Ⅰ 개요

1. 최근의 노인복지 주요 정책 흐름

|표 2-4-27| 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.~'21.)	윤석열 정부 ('22.~)
소득 보장	• 경로연금 도입('98.) - 65세 이상 생활보호대상 노인과 저소득 노인으로 확대	• 「기초노령연금법」 제정 ('07. 4.) • 정부지원 노인일자리 마련 - 3만 5천 개('04.)→ 11만 개('07.)	• 기초노령연금 지급 개시 ('08.) - 소득 하위 60%, 290만 명 ('08.)	• 기초연금 도입('14.)	• 노인일자리 확대 - 46.7만 개('17.) →51만 개('18.) →64만 개('19.) →74만 개('20.) →82만 개('21.)	• 노인일자리 확대 - 84.5만 개('22.) →88.3만 개('23.)
요양·건강 보장	• 공립요양병원 지원 - 9개소('98.)→ 27개소('02.)	• 치매조기검진사업 실시 ('07.) • 「노인장기요양보험법」 제정('07. 4.)	• 노인장기요양보험 제도 시행('08. 7.)	• 제1차 노인장기요양보험 기본계획 수립('12. 9.) • 장기요양 등급체계 개편 - 3등급 인정기준 완화 ('13. 7.) • 5등급(치매특별등급) 신설('14. 7.)	• 치매국가책임제 도입 ('17. 9.) • 제2차 노인장기요양보험 기본계획 수립('18. 8.)	• 재택의료센터 시범사업 ('22. 12.) • 제3차 노인장기요양보험 기본계획 수립 ('23. 예정)
재가 복지	• 재가노인 식사배달사업 ('00.)	• 노인돌보미바우처 사업 ('07. 5.) • 독거노인생활지도사 파견('07. 6.)	• 노인돌봄서비스 통합 ('09.) • 장기요양보험제도의 방문 요양, 주야간 보호, 단기 보호, 방문목욕 서비스 시작('08.)	• 독거노인 응급안전알림 서비스 시행 ('13.)	• 노인맞춤돌봄서비스 시행('20년) - 기존 6개 유사·중복 서비스 통합	• 고령자 스마트케어 서비스 구축사업 ('22. 10.~) • 노인 의료-돌봄 통합지원 시범사업 ('23. 7.~)
경로 효친 및 권익 증진	• 수도권 전철 50%→ 100% 할인 확대 • 무궁화호 30% 할인 ('97. 8.)	• 노인학대예방센터(노인보호 전문 기관) 설치 ('06.) - 중앙(1개소), 지방(17개소)	• 효행장려 및 지원에 관한 법률 시행('08. 8.) • 「장사법」 개정 : 자연장 제도 도입('08. 5.)	• 노인보호전문기관 확대 - 25개소('13.)→ 27개소('14.)→ 29개소('16.) • 제1차 장사시설 수급 종합계획 수립('13.)	• 노인보호전문기관 확대 - 21개소('17.) → 32개소('18.) → 34개소('19.) → 35개소('20.) → 37개소('21.) • 제2차 장사시설 수급 종합계획 수립('18.)	• 제3차 장사시설 수급 종합계획 수립 ('23. 1.)

2. 노인복지정책 향후 계획

우리나라의 2022년도 노인인구는 926만 명으로 전체 인구의 18.0%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 20.6%(1,059만 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 노인장기요양보험제도의 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. 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, 치매관리정책은 '치매환자의 지역사회 계속 거주(AIP)'를 지향하며, 2020년 9월 수립된 제4차 치매관리종합계획(2021~2025)의 이행을 통해 체감도 높은 정책을 추진하고 있다. 정책 수요자인 치매환자의 생애주기별로 전문적인 사례관리를 강화하고 관련 인프라 확대와 유관 기관 연계를 추구하면서 가족 등 돌봄제공자에 대한 지원 서비스를 다양화하는 중이다.

넷째, 노인맞춤돌봄서비스, 응급안전안심서비스 등을 통해 취약노인에 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, 「제3차 장사시설의 수급에 관한 종합 계획(2023~2027)」을 5년 단위로 수립 · 추진하여 장사시설의 안정적 수급조절, 다양한 장사문화 수요 대응, 2008년에 도입된 자연장제도가 건전하게 정착될 수 있도록 친자연적 장례문화 저변확대 등 정책적 노력을 지속할 계획이다. 또한, 대국민 장사서비스의 질적 향상을 위해 시설 이용 편의성 제고, 재난상황 대응 강화 및 무연고 사망자 등 사회적 취약계층 장례지원을 확대해 나갈 것이다.

|표 2-4-28| 주요 노인보건복지사업

구 분	지원 서비스
노후 소득 보장	• 국민연금 개선 • 기초연금 지급 • 맞춤형 노인일자리 제공
건강 보장	• 노인장기요양보험 보장성 확대 및 서비스 품질 제고 • 치매 검진 및 치료 · 관리, 맞춤형 사례관리 • 노인 건강 운동 • 노인 안검진 및 개안 수술 • 노인 무릎관절수술 지원
사회 참여 확대	• 노인 자원봉사 활성화 등 사회활동지원 • 노인 여가 활동 지원 등
사회서비스 제공 등	• 노인맞춤돌봄서비스 • 응급안전안심서비스 • 노인학대 상담 서비스 • 장사 인프라 확충 및 품위 있는 장사문화 창출 등

Ⅱ 노인 사회 활동 참여

1. 주요 내용

2019년도에 노인일자리 사업은 크게 공공형과 민간형으로 분류하던 이전의 사업체계에서 사회서비스형이라는 새로운 사업유형이 시작되었으며, 이는 노인의 경력과 활동역량을 고려해 사회서비스 영역에 필요한 서비스를 제공하는 유형으로서 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. 베이비붐 세대는 현재 노인세대에 비해 건강, 교육수준, 경제적 조건에서 양호할 뿐만 아니라 적극적으로 경제활동에 참여할 의지를 보여주고 있다. 이런 신노년세대의 특성을 고려해 소득보장 뿐만 아니라 사회활동 욕구를 충족하는 노인일자리에 참여할 수 있는 기회를 확장시킬 필요가 있다. 사회서비스형 사업은 참여노인의 인적 구성의 변화와 좋은 일자리 창출을 위한 대안으로, 2019년도에 2만 개, 2020년 3만 7천 개, 2021년 5만 5천 개, 2022년 7만 개 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 70% 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 20%를 차지하고 있는 민간형 일자리에는 시장형사업단, 취업알선형, 시니어인턴십, 고령자친화기업 등이 있으며, 세부사업별로 정책목표 달성을 위한 다양한 지원책과 관리체계를 통해 지원하고 있다. 민간형 일자리의 수행기관이나 기업에 보조금을 지원하는 인턴지원금, 채용지원금, 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 정책성과를 개선하기 위해 기존 인력파견형과 취업지원사업을 통합하여 취업알선 기능 체계화를 위해 노력 중이다.

집필자 노인지원과장 박문수

|표 2-4-29| 2022년 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 실적 현황

(단위 : 개)

구 분		목 표		성 과	
		사업량	비 율	사업량	목표대비 달성률
합 계		845,000	100.0%	881,535	104.2%
공공형(공익활동)		608,000	72.0%	626,391	102.8%
사회서비스형 ※ 선도모델 포함		70,000	8.3%	79,992	114.3%
민간형	시장형사업단	38,000	4.5%	42,803	112.6%
	취업알선형	82,000	9.7%	83,290	101.6%
	시니어인턴십	45,000	5.3%	46,570	103.5%
	고령자친화기업	2,000	0.2%	2,489	124.5%

|표 2-4-30| 2022년 노인 일자리 및 사회활동 지원사업 유형 및 내용

유 형		내용	지원	대상
공공형 (공익활동)		노노케어, 취약계층 지원, 공공시설 봉사, 경륜전수 활동 등	월 27만 원 활동비/11개월	기초연금 수급자
사회서비스형		노인의 경력과 활동역량을 활용하여 사회적 도움이 필요한 영역(지역사회 돌봄, 안전 관련 등)에 서비스를 제공하는 일자리	월 71.2만 원 급여/10개월	65세 이상 (일부 60세 이상)
	선도 모델	외부자원(인적 · 물적)을 활용한 사회서비스 분야 신노년세대 맞춤형 일자리	사업내용별 상이 (사회서비스형 이상)	60세 이상
민간형	시장형 사업단	실버카페, 반찬가게 등 제품 제조 · 판매, 서비스 제공 등 사업을 통해 수익 창출	연 267만 원 사업비	60세 이상
	취업 알선형	관련직종, 업무능력 보유자를 수요처로 연계	연 5만 원 (일부 10만 원) 사업비	
	시니어 인턴십	기업에 인턴기회(3개월) 제공 후 계속 고용 유도	월 40만 원 (최대 6개월)	
	고령자 친화기업	노인 적합업종 분야 내 노인 다수 고용기업 설립 또는 우수 고용기업 지원	최대 3억 원 사업비	

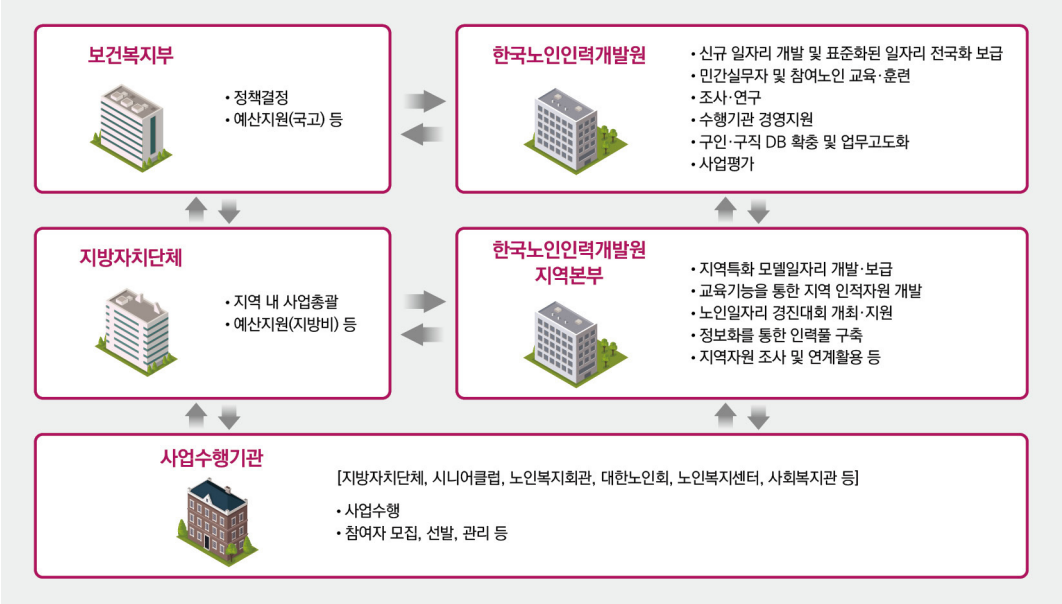
2. 제도 개선 사항

노인일자리 프로그램에 대한 질적 개선이 필요하다는 지적에 따라 사회기여도가 높은 프로그램을 사회서비스형 일자리로 신설하여 더 많은 참여 수당(월 60시간 · 59만 원)을 보장하는 양질의 일자리로 전환하고자 노력하였다. 2019년에는 사회서비스형 일자리 2만 개 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.

특히, 2021년부터 코로나-19 확산에 따른 사업 중단에 대비하여 「노인일자리 코로나-19 비대면 활동 가이드라인」을 제작하여 2차례 배포하여 비대면 교육(워크북) 활성화 및 노인일자리 참여자의 활동(근로)시간 탄력 운영을 추진하였으며, 노인일자리 참여자 선발 시 백신접종자에 대한 가점 부여를 통해 어르신들의 안전한 근무 환경 조성 및 중단없는 사업 추진을 독려하였다.

2022년에는 노인일자리 수요를 반영한 일자리수 증가에 대비해 참여자 주도형, 사회적 경제조직 등 새로운 공급체계로의 변화를 모색하고, 기업의 사회공헌기금 등 외부 재원을 활용하여 참여 노인에게는 인건비를, 지역사회에는 공공서비스를 제공하는 선도모델 사업을 새롭게 추진하였다.

|그림 2-4-8| 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.

'2021년 노인일자리 정책 효과 분석 연구'*에서는, 노인일자리 참여 전 상대적 빈곤율이 94.03%에서 사업 참여 후 91.42%로 2.61%p 감소했으며, 참여 노인이 미참여(대기) 노인에 비해 의료비 지출이 월평균 70,499원 감소한 것으로 나타났다. 또한, '2017년 노인일자리 정책효과 분석연구'**에서 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 : 한국노인인력개발원, 2021.
** 출처 : 한국보건사회연구원 등, 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 60세 이상 노인에게 수요처를 개발하여 맞춤형 일자리를 연계하고 있다.

2022년 12월 31일 대한노인회 취업지원센터는 현재 46,537명의 일자리를 창출하였으며, 2020년부터 취업알선형 사업(인력파견형사업과 통합, 2022년 취업알선 전체 추진실적 83,290명)으로 통합하여 구직자와 구인처 모두에게 맞춤형 일자리를 제공하기 위한 노력을 지속해 나가고 있다.

4. 노인자원봉사 활성화

노령전문인의 지식과 경험, 재능 등을 활용하기 위해 2007년부터 전문 노인자원봉사 프로그램을 운영 · 지원하고 있으며, 2007년부터 한국노인종합복지관협회, 2011년부터 대한노인회 노인자원봉사지원센터를 통해 노인자원봉사클럽(봉사단)을 조직 · 운영하여 노인의 적극적인 사회참여 기회를 제공하고 있다.

노인자원봉사는 시설봉사, 환경보호, 교통정리 등 단순 노력봉사 활동 외에도 전문적인 노인자원봉사활동 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. 2022년에는 1,900여 개의 자원봉사클럽, 625여 개의 봉사단, 49,329여 명의 노인이 자원봉사활동에 참여하였다.

Ⅲ 안전한 노후 생활

1. 독거노인 보호 확대

가. 노인맞춤돌봄서비스

노인맞춤돌봄서비스는 일상생활 영위가 어려운 어르신을 대상으로 적절한 돌봄 서비스를 제공하여 안정적인 노후생활을 보장하고 기능 · 건강의 악화를 예방하고자 한다. 기존 6개 유사 · 중복적 노인돌봄사업(노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스, 단기가사 서비스, 초기독거노인 자립지원, 독거노인 사회관계 활성화, 지역사회 자원연계)을 통합하여 2020년 1월부터 시행되고 있다.

사업 대상자는 65세 이상 기초생활수급자, 차상위계층, 기초연금 수급자 중 돌봄이 필요하다고 인정(선정도구를 통해 판정)되는 어르신이며, 노인장기요양보험 등 유사 · 중복 서비스를 받고 있는 경우 대상에서 제외된다. 2022년 기준 약 51.4만 명에게 서비스가 제공되었으며 2023년에는 약 55만 명에게 제공될 예정이다.

집필자 노인정책과장 이윤신

서비스는 상담 등을 통해 대상자의 욕구를 파악하고, 이를 바탕으로 맞춤 서비스 제공계획을 수립한다. 안전지원, 사회참여, 생활교육, 일상생활 지원 등 다양한 서비스를 직접 제공하거나 연계 제공한다. 아울러, 노인들의 비교적 높은 고독감 · 우울감을 고려하여 상담, 우울감 완화프로그램 등 정서지원 특화서비스도 지원한다.

|표 2-4-31| 노인맞춤돌봄서비스사업

구 분	보호 인원	제공 인력
2022	51.4만 명	총 34,314명 생활지원사 31,419명 전담사회복지사 2,895명

나. 독거노인 응급안전안심서비스

독거노인 응급안전안심서비스는 건강 상태가 취약한 홀로 사시는 어르신들을 대상으로 댁내에 화재 · 활동감지기 및 응급호출장비 등을 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, '22년 기준 18만 여 가구가 서비스 수혜를 받고 있고, 2023년까지 총 30만 가구에 서비스를 제공할 계획이다. 2022년 응급상황 대응 실적은 총 22,471건으로 화재 6,084건, 가스 누출 17건, 응급호출 197건, 응급통화 16,173건에 이른다.

|표 2-4-32| 독거노인 응급상황 대응 실적

(단위 : 건)

연도	합계	응급상황			
		화재	가스	응급호출	응급통화
2019	8,143	1,792	66	177	6,408
2020	12,512	4,752	55	6,790	915
2021	20,080	5,762	10	14,241	67
2022	22,471	6,084	17	16,173	197

읍 · 면 · 동 주민센터를 통해서 서비스 신청이 가능하며, 대상자는 만 65세 이상의 노인으로서 독거가구, 노인2인가구(모두 75세 이상), 조손가구(손·자녀 24세 이하) 중 기초생활수급자, 차상위 또는 기초연금수급자에 속하거나 그 외 생활여건, 건강상태를 고려해 상시 보호가 필요하다고 기초지방자치장이 인정하는 자 가운데서 선정된다.

다. 독거노인 사랑잇기사업

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 취약노인가정을 직접 방문하여 보살펴 드리고 후원물품을 전달하는 자원봉사활동이다.

만 65세 이상 기초생활수급자, 차상위계층, 기초연금 수급자 중 돌봄이 필요하다고 인정(선정도구를 통해 판정)된 노인맞춤돌봄서비스 대상자가 서비스를 제공받을 수 있다.

독거노인사랑잇기사업은 2011년에 시작되었으며, 참여 공공기관, 민간기업 및 단체가 꾸준히 증가하여 136개소의 민 · 관 기업 및 단체가 MOU 체결을 진행하였고, 2022년 한 해 동안 사랑잇는 전화로 8.7만 명, 마음잇는봉사로 57만 명의 취약노인에게 따뜻한 마음을 전달하였다.

라. 양로시설 사물인터넷(IoT) 활용 비대면 돌봄 시범사업

양로시설 사물인터넷(IoT) 활용 비대면 돌봄 시범사업은 양로시설 내 침상, 방, 계단, 출입구 등에 활동량 · 호흡 센서 등 IoT 기반 센서를 설치하여 시설 내 화재 등 응급상황 발생 시 시설 사무국 모니터링 기기에 알려 비대면으로 신속 대응하여 입소 노인의 안전 및 생명을 보호하기 위하여 추진되는 사업이다.

아울러 향후 코로나19와 같은 감염병 상황을 대비해 비대면의 안전 확인을 지원하며, 초고속정보통신망(LTE) 또는 인터넷망을 활용한 통신단말장치(태블릿PC), AI스피커 등을 활용해 말벗 기능, 날씨 정보, 노래 콘텐츠 등의 제공을 통해 부가적인 서비스를 제공한다.

시범사업은 1차년도 15개소, 2차년도 30개소에 설치를 완료하였고, 남은 국비 지원 양로시설 49개소 중 40개소를 선정하였고, 장비 설치를 진행하고 있다.

|그림 2-4-9| 양로시설 내 응급상황 지원 개념도



2. 노인학대 예방

가. 노인보호전문기관 설치 · 운영

노인보호전문기관은 2004년 노인복지법 개정으로 법적 기반을 마련하고, 노인의 인권 보호와 노인학대 예방을 위해 노력해 오고 있다. 지난 18년 간 노인보호전문기관의 활동으로 노인학대에 대한 사회적 인식이 높아지고, 노인복지법의 개정으로 노인학대 예방 조치가 강화되어 왔다.

현재 전국에 중앙노인보호전문기관 1개소, 세종특별자치시를 제외한 16개 광역시 · 도에 37개 지역노인보호전문기관과 학대피해노인전용쉼터 20개소가 운영되고 있다(국비지원운영 18개소 운영, 지방자치단체 2개소 별도 운영). 노인보호전문기관은 노인학대 신고 접수부터 현장 조사, 학대피해노인 및 가족에 대한 통합적 지원, 노인학대 예방 교육 및 홍보, 학대피해 노인을 지원하기 위한 지역사회 네트워크 구축, 재학대 방지를 위한 학대행위자 교육 · 상담, 사후관리 등 학대받는 노인의 인권 향상을 위해 지속적인 활동을 펼치고 있다.

나. 노인학대 현황

2022년 한 해 동안 전국 37개 지역노인보호전문기관을 통해 총 19,552건의 노인학대가 신고되었다. 이는 전년(19,391건) 대비 0.8% 증가한 것이며, 이중 노인학대 사례로 판정된 건수는 총 6,807건으로 전년(6,774건) 대비 0.5% 증가하였다.

|표 2-4-33| 연도별 신고 접수 건수

(단위 : 건, %)

구 분	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22
일반사례*	5,162	5,916	6,642	7,037	8,087	7,729	8,687	10,294	10,828	10,714	12,617	12,745
	(60.0)	(63.3)	(65.4)	(66.6)	(67.9)	(64.4)	(65.3)	(66.5)	(67.4)	(63.1)	(65.1)	(65.2)
증감	16.4	14.6	12.3	5.9	14.9	-4.4	12.4	18.5	5.2	-1.1	17.8	1.0
학대사례	3,441	3,424	3,520	3,532	3,818	4,280	4,622	5,188	5,243	6,259	6,774	6,807
	(40.0)	(36.7)	(34.6)	(33.4)	(32.1)	(35.6)	(34.7)	(33.5)	(32.6)	(36.9)	(34.9)	(34.8)
증감율	12.2	-0.5	2.8	0.3	8.1	12.1	8.0	12.2	1.1	19.4	8.2	0.5
전체사례	8,603	9,340	10,162	10,569	11,905	12,009	13,309	15,482	16,071	16,973	19,391	19,552
증감율	14.7	8.6	8.8	4.0	12.6	0.9	10.8	16.3	16.3	5.6	14.2	0.8

주 : 일반 사례 : 노인보호전문기관에 신고 접수된 사례 중 단순 정보 제공의 경우와 현장 조사 등에 따라 학대 사례가 아닌 것으로 판정된 경우

※ 출처 : 보건복지부, 중앙노인보호전문기관, 「2022년 노인학대 현황보고서」

최근 3년간 전체 사례 중 학대사례 평균 비율은 35.5%를 보이고 있다. 그간 노인학대 신고 및 학대건수는 매년 증가추세를 보이고 있는데, 그 이유는 노인인구의 증가와 함께 노인보호전문기관의 지속적 확충, 노인복지시설 종사자 인권교육실시 등을 통해 은폐되었던 노인학대 사례의 신고 · 접수가 증가했기 때문으로 보인다.

「노인복지법」 제39조의6에 따른 노인학대 신고의무자에 의한 신고는 2022년 학대사례 6,807건 중 1,125건으로, 전체 학대사례 신고 접수 건수에서 신고의무자에 의한 신고 건수는 16.5%로 낮은 편으로 나타나 노인학대 신고의무에 관한 교육과 홍보를 지속하고 있다.

|표 2-4-34| 연도별 노인학대 신고자 유형

(단위 : 건, %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
신고 의무자	682	716	573	645	709	707	751	635	767	877	939	860	1,125
	22.2	20.8	16.7	18.3	20.1	18.5	17.5	13.7	14.8	16.7	15.0	12.7	16.5
비신고 의무자	2,386	2,725	2,851	2,875	2,823	3,111	3,529	3,987	4,421	4,366	5,320	5,914	5,682
	77.8	79.2	83.3	81.7	79.9	81.5	82.5	86.3	85.2	83.3	85.0	87.3	83.5
전체	3,068	3,441	3,424	3,520	3,532	3,818	4,280	4,622	5,188	5,243	6,259	6,774	6,807

노인학대 발생 장소는 가정내 학대가 5,867건(86.2%)으로 가장 높은 비율을 보이고 있으며, 특히, 재학대 사례(817건)의 경우는 가정 내에서 발생하는 비율이 98.3%로 가장 높게 나타났다.

* 재학대 사례 : 노인보호전문기관에 신고접수되어 종결되었던 사례 중 다시 학대가 발생하여 신고된 사례
** 재학대 추이 : 488건('18년) → 817건('22년), 67.4% 증가
*** 노인학대사례 중 86.2%가 가정 내 학대이고, 그 외 생활시설(9.7%), 이용시설(0.8%) 등에서 발생

이에, 노인학대 조기발견 및 재학대 예방을 위해 사후관리가 완료된 이후에도 학대피해노인에 대한 모니터링을 강화*하고, 노인학대예방 및 노인인권교육 강화 등 노력을 지속적으로 전개해 나갈 계획이다.

* 재학대 발생 위험이 높은 사례를 발굴하기 위해 사후관리가 완료된 이후에도 학대 피해 노인에 대해 인공지능 AI('22) 및 ICT 모니터링 기기를 통해 사후관리 시범사업 지속추진('23~)

Ⅳ 편안한 노후 생활

1. 치매관리체계구축

65세 이상 노인인구의 약 10.38%인 94만 명이('22. 기준) 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 8,579억 원(2021년 건강보험 의료비)에 달하는 등 공식 · 비공식 의료 비용을 포함한 사회 · 경제적 비용이 증가하여 국가 재정에도 큰 부담으로 작용하고 있다.

집필자 노인정책과장 이윤신, 노인지원과장 박문수, 요양보험운영과장 이선주, 노인건강과장 전은정

|표 2-4-35| 치매노인 현황 및 전망(추계)

(단위 : 만 명, %)

구 분	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2030	2040	2050
65세 이상 인구 수	707	739	772	813	858	901	1,298	1,722	1,901
65세 이상 치매노인 수	71	75	79	84	89	93	136	217	302
치매 유병률(%)	9.98	10.16	10.29	10.33	10.33	10.38	10.48	12.62	15.91

※출처 : 「2016 치매역학조사」(중앙치매센터)」; 2017~2022년 자료는 주민등록연앙인구(통계청, 각년도) 적용, 2030년 이후 자료는 장래인구추계(통계청, 2022년 5월).

이에 따라, 정부는 2011년 8월에 「치매관리법」을 제정하고, 2008년 제1차, 2012년 제2차 및 2015년 제3차, 2020년 제4차 국가치매관리종합계획(2021~2025)을 수립하여 추진하는 등 국가 차원의 체계적인 치매관리정책을 추진해왔다.

전국 보건소에서 무료로 치매선별검사를 실시하였고('10.~), 치매 의심자로서 일정 소득기준(기준중위소득 120%) 충족 시 정밀검사비를 지원, 치매환자로 등록 시에는 치매 진료비 및 약제비(월 3만 원 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.

2017년 9월 '치매 국가책임제'를 추진하여, 2017년 12월부터 전국 256개 보건소에 치매안심센터를 확충하고, 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 장기요양등급 판정에서 탈락했던 경증치매환자도 인지서비스 등 장기요양서비스를 이용할 수 있게 되었다.

치매환자와 가족에게 큰 부담으로 작용했던 의료비를 경감하기 위하여 2017년 10월부터 중증치매 질환자(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 급여 이용부터 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, 치매의 진단과 치료·요양 등 치매 관련 의료서비스를 전문적이고 체계적으로 제공하기 위하여 필요한 인력·시설·장비를 갖춘 의료기관을 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, 치매 환자 실종 예방 및 조기 발견을 위한 민관 공동협력을 강화하였다. 2021년 5월부터 BGF리테일과 지역사회 편의점을 활용하여 실종 치매 노인 신고 및 안전한 가정 복귀를 지원하는 업무협약을 체결하였고, 7월에는 경찰청, SK하이닉스와 치매환자 · 발달장애인 실종예방을 위한 「배회감지기 무상보급 사업」 업무협약을 체결하여 현재까지 치매 환자 보호를 위한 사회안전망을 넓혀왔다.

치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있도록 2017년 3개 읍면동에 시범사업으로 실시해오던 치매안심마을 조성 사업을 2019년 전국 지자체로 확대하였고, 2022년 710개 치매안심마을을 운영하면서 지역주민 대상 인식개선 및 환경조성 등을 추진하였다.

2018년 9월부터는 의사결정능력이 취약한 치매환자의 자기결정권 보호 및 권익 증진을 위하여, 자기 결정 능력이 저하된 치매환자가 후견인의 도움을 받을 수 있도록 지방자치단체의 장이 후견인의 선임 및 활동을 지원하는 성년후견 이용지원제도를 시행하고 있다. 2022년까지 329명의 치매환자를 지원하였으며, 1,131명의 치매공공후견인을 양성하였다. 이와 같이 치매가 있어도 안심하고 살아갈 수 있는 환경을 조성하기 위하여 향후에도 지속적으로 노력할 계획이다.

보건복지부와 과학기술정보통신부는 치매의 원인규명, 조기예측 · 진단 및 예방 · 치료를 위한 치매극복연구개발사업(R&D)('20.~'28.)을 기획하였고, 다양한 치매발병원인 및 발병기전 규명, 정확하고 접근용이한 치매조기진단 기술 개발, 치료법의 다변화를 통한 치료기술 개발 등을 추진하고 있다.

2. 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 노인주거복지시설의 노인공동생활가정과 노인의료복지시설의 노인요양공동생활가정을 신설하여 2008년부터 시행되고 있다.

|표 2-4-36| 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 2022년 말 기준으로 68,223개소가 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.

2022년 2~4월에는 코로나19 집단감염 발생 증가추세에 따라 경로당 등 이용 어르신 집단 감염을 방지하기 위해 경로당 운영을 일시중단하고 이에 따른 경로당 이용 어르신들에 대한 영양 공급 및 건강 지원을 위해 불용이 예상되는 냉난방비 · 양곡비를 식사 대용 품목(떡, 도시락 등 가정에서 취식 가능한 품목)을 한시적으로 지원하였다(연간 예산의 30% 범위 內).

그리고 고물가 부담 경감을 위한 민생안정 방안('22년 비상경제장관회의, 7. 8.)에 따른 경로당 냉 · 난방비 및 양곡비 기준단가 상향(냉방비 월 10→11.5만 원, 난방비 월 32→37만 원 등)에 따른 지침을 변경 안내(7월, 지자체)하여 연료비 등 물가인상에 따른 경로당 이용 어르신들의 경제적 부담을 완화하였다.

또한, 경로당은 학대피해노인을 발굴 · 신고하는 학대노인지킴이센터로 지정되어 지역사회 학대 예방체계 구축의 역할도 수행하고 있다.

|표 2-4-37| 2022년 노인여가복지시설 현황

(단위 : 개소)

구 분	경로당	노인복지관	노인교실
시설 수	68,223	408	1,250

노인복지관은 2022년 말 기준 408개소가 설치 · 운영되고 있으나, 노인인구가 급증하면서 노인들의 다양한 여가 욕구를 충족시키기 위해 계속적인 시설 신축이 필요하다. 2005년부터는 노인복지관 신축 및 운영이 지방이양사업으로 운영되고 있으며, 노인복지관은 다양한 계층의 노인들이 이용하는 만큼 평생교육 · 취미여가 · 건강생활지원사업, 노인상담 · 정서 및 사회생활지원사업, 위기 · 독거 노인지원사업 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, 2022년 말 기준 전국적으로 1,250개소가 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.

2022년 12월 말 기준 307개소의 노인주거복지시설이 운영되고 있으며, 이중 양로시설 180개소, 노인공동생활가정 89개소, 노인복지주택이 38개소를 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 2-4-38| 2022년 노인주거복지시설 현황

▸ 노인주거복지시설 현황

(단위 : 개, 명, 세대)

구 분	계	양로시설	노인공동생활가정	노인복지주택
시설 수	307	180	89	38
입소 정원	19,334	9,890	763	8,681
입소 인원	14,532	5,996	429	8,107

V 노인장기요양보험제도

1. 노인장기요양보험 개요

가. 노인장기요양보험제도의 도입 및 추진 경과

급속한 고령화의 진전으로 노령, 치매 · 중풍 등으로 장기요양을 필요로 하는 노인 인구는 늘어나고 있지만, 핵가족화 및 가구원의 사회참여 증가 등에 따라 가족에 의한 돌봄은 약화되었다. 반면, 그간의 노인복지서비스체계는 저소득층을 기반으로 한 공급자 중심의 제한적으로 제공되는 공공부조방식을 유지함으로써 중산, 서민층 가정이 이용할 수 있는 요양서비스 체계가 절대적으로 부족한 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 건강보험료에 건강보험료율 대비 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 이용한 급여비용의 20%, 재가급여는 15%를 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 2023년 계획

가. 2022년 추진 실적

우선 제도의 혜택을 보는 어르신의 수가 증가하였다. 2021년 말 장기요양보험 등급을 받은 인정자는 95만 3,511명(전체 노인인구의 10.7%)이었으나, 2022년 말에는 101만 9,130명(전체 노인인구의 10.87%)으로 6.9% 증가하였다. 2022년 장기요양보험 재정의 총 수입은 13조 6,605억 원이고, 총 지출은 11조 9,941억 원으로 당기수지는 1조 6,664억 원 흑자였다.

장기요양보험을 지속가능한 제도로 유지하기 위하여, 보험료율 인상에 대한 가입자 동의를 위해 국가책임 이행이 반드시 필요함을 재정당국, 국회, 청와대 등 수시 설명함으로써, 법정 수준인 보험료 예상수입의 20% 규모 지원 예산 편성을 달성하였고, 부정청구 관리 강화 등을 통해 효율적 지출을 달성하고 재정을 안정화하였다.

또한, 장기요양보험제도의 보장성을 강화하였다. 1~2등급 수급자의 재가급여 이용을 활성화하기 위해, 1~2등급 수급자가 방문요양을 이용할 경우 가산급을 지급하고, 월한도액을 증액되었다. 그리고 요양시설 내 요양보호사 인력 배치 기준을 현행 수급자 2.5명 당 1명에서 2.3명 당 1명으로, 중장기적으로 2.1명 당 1명으로 강화하기로 하였다.

심각한 노인성 질병으로 일상생활 수행이 어려운 경우 노인장기요양 서비스를 받을 수 있도록, 65세 미만 노인성 질병 인정 범위를 개선하였다. 루게릭 등(G12, G13, G35) 질병을 추가하여 기존 21개에서 24개로 노인성 질병이 확대될 수 있도록 노인장기요양보험법 시행령을 개정하였다.

2022년 9월 장기요양위원회에서는 초고령사회를 대비하여 장기요양보험의 수입과 지출의 균형 원칙을 지키면서 국민들의 부담 최소화와 제도의 안정적 운영 측면을 함께 고려하여 2023년도 장기요양 보험료율을 2022년 0.8577% 대비 5.89% 인상된 0.9082%로 결정하였다.

|표 2-4-39| 노인장기요양보험 재정 운용 현황

(단위 : 억 원)

구 분		2018	2019	2020	2021	2022
총 재정	▸ 수입	60,657	74,977	94,001	115,414	136,605
	- 요양보험료	38,474	48,506	61,605	77,314	91,688
	- 국고지원금	7,107	8,912	12,414	15,186	18,014
	- 의료급여 부담금	14,385	16,986	19,552	22,473	26,179
	- 기타수입	691	573	430	441	724
	▸ 지출	66,758	81,579	93,436	105,668	119,941
	▸ 당기수지	△6,101	△6,602	565	9,746	16,664

|표 2-4-40| 최근 10년간 노인장기요양보험료(율) 현황

(단위 : %, 억 원)

구 분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
보험료율	0.3858	0.3923	0.3976	0.4009	0.4009	0.4605	0.5497	0.6837	0.7903	0.8577
세대당 보험료	5,696	5,869	6,079	6,375	6,581	7,599	9,191	11,511	13,892	15,742

주 : 세대당 보험료(개인부담 보험료기준) : 기초수급, 의료급여 제외

또한, 보다 다양한 재가서비스를 제공하여 수급자의 안정적인 재가생활을 지원하였다. 우선 가족의 부재시에도 공백 없이 돌봄서비스를 이용할 수 있도록 주야간보호기관에서도 단기보호서비스가 제공될 수 있도록 시범사업을 실시하였다. 1차 시범사업(2019. 9월~12월), 2차 시범사업(2020. 5월~12월) 결과를 바탕으로 야간운영비용 추가 등 모형을 보완하여 3차 시범사업을(2021. 1월~현재) 실시하였으며, 참여 기관 역시 88개소에서 254개소로 확대하는 등 서비스 제공 기반을 마련하였다.

한편, 혼자서 외출 등 이동이 어려운 수급자를 위해 수급자의 이동을 지원하는 서비스를 제공하고 있다. 1차 시범사업(2019. 5월~2021. 3월) 결과를 분석하여 사회서비스원 소속 11개 재가센터에서 2차 시범사업(2020. 5월~2021. 6월)을 실시하였다. 2021년 7월부터 시작된 3차 시범사업은 춘천시, 평창군, 청양군, 진천군, 남양주시, 산청군 6개 지역에서 지방자치단체의 교통약자 이동지원 차량을 활용하고 요양보호사 동행지원을 결합하여 추진 중이다. 아울러, 장기요양 수급자의 상태나 욕구에 따라 다양한 종류의 재가급여를 혼합하여 제공하여야 할 필요성이 높아짐에 따라, 2016년 7월부터 방문요양에 주야간보호를 혼합하거나(주야간보호통합형), 방문요양에 방문간호를 혼합하여 제공(가정방문통합형)하는 통합재가 서비스를 시범사업의 형태로 제공하기 시작하였다. 2021년 10월부터는 통합재가서비스를 본사업으로 도입하기 위해 수가 및 시설 · 인력 기준을 개선하여 예비사업을 추진하였으며, 2022년에는 예비사업 참여기관을 11개소에서 31개소로 확대하였다.

고령화가 진행되며 요양-의료서비스를 연계할 필요성이 높아짐에 따라 장기요양 재택의료센터 시범사업도 시작하였다. 집에 계시는 장기요양 1~4등급 대상자 중 거동이 불편하고 재택의료가 필요한 사람에게 방문진료, 방문간호 등 의료서비스를 주기적으로 제공할 수 있도록 2022년 12월부터 전국 28개 의료기관을 선정하여 시범사업을 시작하였다.

노인장기요양보험제도의 도입 이후, 해당 제도의 정착과 안정에도 현장에서는 부정수급이 지속적으로 발생함에 따라, 제도의 투명성 제고를 위한 다양한 대응책을 마련 · 추진하였다. 부당청구 모형 및 예방체계 고도화로 부당청구에 선제적으로 대응하는 한편, 복지용구 급여 적정 제공 여부에 대한 기획 현지 조사를 실시하여 39개소 중 37개소에서 약 3천만 원의 부당이득금을 환수하였고, RFID* 청구 활용도가 낮은 장기요양기관에 대한 기획현지조사에서는 39개소 중 38개소에서 약 10억 원의 부당이득금을 환수하였다.

* RFID(재가급여전자관리시스템, Radio Frequency Identification) : 전자태그에 내장된 정보 인식기술을 활용하여 급여제공 내역을 공단으로 실시간 전송

부당청구 사전예방의 일환으로 자율점검제를 도입하고 시범운영을 하였으며, 25개 기관에서 2억 5천만 원을 자진 환수하는 등 현장의 자정 분위기를 조성하는데 기여하였다. 아울러 익명신고, 모바일 앱 등 신고채널 확대로 부정수급에 대한 국민 관심을 제고하고 공익신고 활성화를 유도하여, 공익신고 건이 전년 747건에서 794건으로 증가하였으며, 이에 대한 적극적인 조사를 통해 약 95억 원의 재정이 절감되었다.

또한, 코로나19 확산에 따라 2020년 2월 장기요양 수가 산정 특례 지침을 제정한 이래 2년 간 3종의 특례 지침을 마련하여 총 16차례의 개정을 통해 변화하는 코로나 상황에 대해 유연하게 대응하여 기관의 운영을 지원하였다. 한시적 지침은 코로나19 상황으로 인해 종사자의 확진 · 자가격리 등이 발생함에 따라 급여비용 산정상 불이익을 방지하고, PCR 검체 채취에 대한 지원금, 신속항원검사 키트비용 지원 등을 통해 시설 내 방역지원을 강화하였다. 특히 2021년 12월에는 시설 내 집단감염이 증가함에 따라 코호트 격리된 시설에 대한 지원을 위한 지침을 추가적으로 마련하여 의료지원 및 방역지원을 통해 원활한 감염관리를 집중적으로 지원하였다.

이외에도 장기요양 실태조사를 실시하였다. 이는 매해 3년마다 조사를 의무화하도록 하는 노인장기요양보험법이 개정(2016년 5월)된 이후 2019년에 이어 두 번째로 이루어지는 조사로서, 장기요양 수급자 4,500명, 장기요양기관 2,000개소, 장기요양요원 4,500명의 표본을 추출하여 실시하였다. 2022년 장기요양실태조사는 2019년 1차 조사 지표와 연속성을 유지하는 한편, 수급자와 가족, 그리고 제공기관 및 인력의 현황과 다양한 욕구를 종합적으로 파악하고, 향후 장기요양 제도 개선의 기초자료를 제공하기 위해 진행 되었다.

나. 2023년 향후 계획

2023년에는 제3차 장기요양 기본계획(2023~2027)을 수립하게 된다. 이번 기본계획은 초고령사회 진입 등 변화된 정책여건을 반영하여, 향후 5년 간의 중장기적 비전을 제시하고 세부 추진 과제들을 마련할 예정이다. 이와 관련하여 장기요양위원회 위원 및 각계 전문가 등을 포함하여 수립 추진단을 구성하고, 대국민 공청회 등 다양한 의견 수렴 절차도 진행할 예정이다.

한편, 장기요양 제도가 지속될 수 있는 안정적인 재정기반을 마련하고자 한다. 고령화 사회로 진입하면서 수급자 수가 급격히 증가함으로 인해 장기요양보험 재정은 2016년 432억 원의 당기수지 적자가 발생한 이래 2019년 6,602억 원으로 적자규모가 크게 확대되었다.

2020년 코로나19로 인한 보험료 경감(△934억 원) 등 수입 감소요인은 있었으나, 장기요양보험료 인상으로 2021년과 2022년 당기수지는 흑자를 달성하였다. 다만 지속적인 고령화로 인한 재정적자 가능성에 선제적으로 대응하고, 불필요한 재정 누수를 막기 위해 급여 간 형평성, 중복 지출 여부 등을 점검하고, 가산 항목을 적정하게 정비하는 한편, 국고지원금의 안정적 확보 및 보험료율 조정 등 지속적인 제도 개선과 재정 안정화 정책을 지속할 예정이다.

또한 기존 장기요양 등급판정체계를 개선하여 노인의 요양 · 의료 필요도를 보다 정확하게 평가하고 상태에 적합한 서비스를 연계할 수 있도록 통합판정체계 개발 시범사업을 실시할 예정이다.

재가서비스 내실화 역시 지속 추진할 것이다. 주야간보호기관 내 단기보호서비스 및 이동지원 서비스는 시범사업 진행 경과를 고려하여 모형을 보완할 예정이다. 한편 통합재가 서비스는 본사업의 제도적 근거를 마련하기 위해 노인장기요양보험법 등 관련 법령을 개정하고, 하위법령 및 고시 등 후속조치를 차질없이 추진함과 더불어 사업 참여기관을 확대하는 등 통합재가 서비스 제공의 기반을 조성할 예정이다.

제도의 투명성 강화를 위하여 장기요양 급여 불법행위 조사대상 기관수를 지속적으로 확대하는 한편, 부정청구에 대한 기관 대상 교육을 보다 적극적으로 추진하여 부정수급을 예방할 계획이다. 2021년 시범사업으로 시작한 자율점검제의 경우 2023년에도 전국 40여 개소를 대상으로 시범사업을 실시할 계획이다.

장기요양기관의 서비스 수준 향상을 위해 실시하고 있는 장기요양기관 평가는 코로나19 장기화 상황에 따라 평가 대상기관 부담 완화와 효율적인 평가 진행을 위해 대면 평가지표 일부를 비대면으로 전환하는 등 상황별 평가 대응전략을 마련하여 2021년 시설급여기관에 대한 평가를 완료하였다.

아울러, 장기요양기관 방역관리 대응의 중요성을 고려하여 장기요양기관 평가지표 중 재가급여 주야간보호와 단기보호 급여에 감염병 유행 발생 시 대응체계와 조치 사항을 확인하고, 분기별 1회 이상 전문소독을 실시하도록 하는 '감염병 관리' 지표를 신설하는 한편, 복지용구 급여에는 소독지침 비치 여부와 소독제 관리 등에 관한 사항을 확인하는 '소독관리' 지표를 신설하였다. 개선된 평가지표는 2023년 시행되는 재가급여 장기요양기관 평가부터 적용될 예정이며, 이번 평가지표 개선으로 현장의 방역관리 중요성 인식이 더욱 확산될 것으로 기대된다.

3. 노인장기요양보험제도의 성과

먼저, 제도의 혜택을 받는 노인들이 크게 증가하였다. 제도 시행 초기인 2008년도에는 대상자 수가 전체 노인 인구의 약 4% 수준인 21만 명 정도였으나, 장기요양서비스에 대한 인지도 및 만족도 증가로 신청자 및 인정자가 지속적으로 증가하여 2022년 12월 말 현재 전체 노인 인구의 10.87%인 101만 9천 여 명이 제도의 혜택을 보게 됨으로써 제도 시행 이후 지속적으로 증가하고 있다.

|표 2-4-41| 장기요양보험 인정 현황

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
노인인구(A)	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	8,480,208	8,912,785	9,377,049
신청자	522,293	622,346	617,081	643,409	685,852	736,879	789,024	848,829	923,543	1,009,209	1,113,093	1,183,434	1,502,260	1,348,961
인정자(B)	286,907	315,994	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752	519,850	585,287	670,810	772,206	857,984	953,511	1,019,130
비율 (B/A)	(5.4%)	(5.8%)	(5.7%)	(5.8%)	(6.1%)	(6.6%)	(7.0%)	(7.5%)	(8.0%)	(8.8%)	(9.7%)	(10.1%)	(10.7%)	(10.87%)

주 : 의료보장인구(건강보험 및 의료급여 가입자의 자격을 유지하고 있는 가입자)

또한, 2021년 12월 말 기준으로 장기요양기관 중 입소시설은 5,988개소, 재가기관은 20,559개소(기관기호 기준)가 운영 중이며, 요양보호사 · 간호사 · 사회복지사 등 65만 명 이상의 장기요양요원이 장기요양 내 돌봄 업무에 종사하고 있다.

아울러, 지난 14년간 제1 · 2차 장기요양 기본계획 수립을 통해 보장성 확대, 서비스 질 향상, 공공성 강화 등 다양한 제도 개선을 실현하였다. 그 결과 장기요양보험은 고령화 시대를 대비하여 혼자서 일상생활 수행이 어려운 노인들에게 신체활동, 가사활동 지원 등의 요양서비스를 제공함으로써, 편안한 노후생활을 지원하고 그 가족들에게도 돌봄의 어려움을 경감해 주는 등, 새로운 형태의 사회적인 돌봄을 실천하는 제도라는 평가를 받고 있다.

특히 2018년에는 장기요양보험의 보장성 강화를 위한 주요 대책들을 시행하였다. 우선 치매 수급자에게 장기요양급여를 제공하기 위해 신체기능과 무관하게 인지 지원 등급을 신설하였고, 치매증상 악화 지연을 위한 주야간보호 내 프로그램 등 인지서비스를 제공하였다. 또한 수급자의 급여 이용에 따른 경제적 부담을 경감해 주기 위해 더 많은 수급자에게 더 많은 본인부담금 감경 혜택이 이루어지도록 제도를 개선하였다.

한편 2019년에는 장기요양보험 제도 내 다양한 욕구를 조사하고 제도 개선의 기초자료를 마련하기 위해 장기요양실태조사를 통계청과 협업을 통해 실시한 바 있고, 1차 조사 지표와의 연속성을 유지하고, 조사항목을 증설 · 보완하여 2022년에도 장기요양실태조사를 실시하였다.

이외에도 초고령 사회의 진입을 앞두고 노인들이 필요로 하는 의료 · 요양 서비스가 체계적 · 연속적으로 제공될 수 있는 기반을 지속적으로 확충해 나가고 있다.

Ⅵ 건강한 노후 생활

1. 노인실명예방관리 및 무릎수술 지원

2003년부터 의료취약지 및 저소득층 노인에 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 약화된 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.

집필자 노인건강과장 전은정

|표 2-4-42| 2022년 노인 개안수술 실적

(단위 : 명, 백만 원)

지원실적	예 산		
	계	수술비 등 사업비	인건비 및 운영비
7,295안(5,462명)	2,070	1,687	383

2015년부터는 무릎관절증으로 고통에 시달리고 있으나 경제적 이유로 수술을 받지 못하고 있는 저소득 노인을 대상으로 무릎인공관절수술비를 지원하여, 2022년에는 1,741명(2,491건)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 중증화 지연에 큰 도움이 되기 때문에, 노인운동지원사업은 중장기적으로 급증하는 노인의료비를 절감하는데 기여할 것으로 기대된다.

대표적인 프로그램으로는 국민건강보험공단 건강백세운동교실이 있다. 2005년부터 실시된 이 사업은 코로나19 감염 예방 및 확산 방지를 위하여 비대면 강습을 확대하여 외부 활동이 제한된 어르신들이 꾸준히 운동을 이어갈 수 있도록 프로그램을 제공하였다. 또한, 코로나 우울 극복 건강강좌, 시 · 청각장애인을 위한 운동강좌 프로그램을 개발 · 보급함으로써 건강생활 관리에 사각지대를 줄이고 대상자의 높은 호응을 이끌어냈다.

|표 2-4-43| 건강백세운동교실 연도별 운영 실적('16.~'22.)

(단위 : 개소, 명)

구분	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
시설 수	4,293	4,231	4,395	4,274	934*	2,977**	3,113
강습 횟수	253,378	245,885	259,754	257,893	1,933	103,899	129,144

* 코로나19 방역 관련 대면 강습은 최소화면서 노인층, 청장년층 비대면 운동프로그램 제작 · 배포

** 2021년 이후 사업운영방식을 대면+비대면(실시간) 방식으로 개선

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 등 및 묘지 등에 관한 법률」이 제정되었다. 1968년 「매장 및 묘지 등에 관한 법률」로 개칭한 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 [표 2-4-44]와 같다.

|표 2-4-44| 「장사 등에 관한 법률」 주요 내용 [시행 2008. 5. 26.]

- 장사시설 부족으로 인한 국민의 불편과 묘지 등 장사시설이 자연을 훼손하는 문제점을 해소하기 위하여 자연친화적인 자연장제도를 도입
- 지방자치단체가 지역주민의 수요를 충족시킬 수 있는 화장시설을 갖추도록 의무화
- 공설장사시설의 사용료 및 관리비를 당해 지역의 주민과 다른 지역의 주민을 차등 부과할 수 있도록 함
- 장사시설의 재해 예방,시설물 관리 및 재해 복구를 위한 장사시설 관리금 적립 의무를 제도화

저출산 고령화에 따른 노인 인구의 증가는 장사제도에도 큰 변화를 주고 있다. 이에 「장사 등에 관한 법률」을 지속적으로 개정하여 지방자치단체 간 장사시설의 공동 설치 · 조성이 활성화될 수 있는 여건을 조성하고 대국민 장례서비스의 질 관리를 통한 장사문화 선진화를 추진하였다. 주요 내용은 [표 2-4-45]와 같다.

집필자 노인지원과장 박문수

|표 2-4-45| 「장사 등에 관한 법률」 주요 내용 [2012~2018]

- 자연장 활성화를 위하여 종중 · 문중자연장지 조성 허가제를 신고제로 전환
- 장례지도사 국가자격 제도를 도입하고 종사자 교육 의무 신설
- 법인묘지 · 사설화장시설 · 사설봉안시설 · 사설자연장지 및 장례식장에서 이용자에게 시설물이나 장례용품의 구매 또는 사용을 강요하는 행위를 금지
- 장례식장 영업을 신고제로 전환하고 장사시설의 사용료, 임대료 및 장례용품의 품목별 가격 등에 대한 거래명세서의 발급을 의무화
- 장사시설의 예약 · 이용 및 관리업무를 전자적으로 처리할 수 있는 장사정보시스템 구축 · 운영

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 결격사유를 합리적으로 조정하였다('19. 4. 23. 시행).

또한, 행정의 효율성을 높이기 위하여 실적이 저조한 보존묘지심사위원회를 폐지하고 관계 기관의 의견 조회와 관계 전문가의 자문을 거쳐 보존묘지 또는 보존분묘를 지정할 수 있도록 하고, 행정조사 대상자의 권익을 보호하기 위하여 행정조사의 실시요건을 구체화하였다('19. 7. 24. 시행).

또한 2021년 12월 「장사 등에 관한 법률」 개정('22. 6. 22. 시행)으로 무연고 시신 등을 처리함에 있어 장례의식 등 최소한의 존엄이 보장되도록 국가나 지방자치단체가 장례비용 등을 지원할 수 있도록 하였으며, 지자체는 무연고 사망자에 대하여 장례의식을 수행하고 사망 전 사회적 유대관계를 맺은 사람 등도 장례를 주관할 수 있도록 하는 등 무연고 사망자에 대한 장례지원을 강화하였다('23. 9. 29. 시행).

나. 장사시설 현황 및 코로나 19 현안 대응

화장률은 그동안 장사문화 개선을 위한 시민단체와 정부의 노력에 힘입어 꾸준히 증가하고 있으며, 2021년 말 기준 90.8%이다. 화장은 국민 대다수가 선택하는 장사문화임에도 불구하고 화장시설은 주민들이 여전히 기피시설로 인식하여 시설 설치를 반대하는 사례가 빈발하고 있다. 화장시설은 설치 촉진 및 현대화 사업, 지자체간 공동시설로 협력 강화 등 제도 개선과 더불어 지역복지시설로의 국민 인식개선이 무엇보다도 중요하다.

|표 2-4-46| 연도별 화장률 추이

(단위 : %)

연도	'91.	'01.	'11.	'12.	'13.	'14.	'15.	'16.	'17.	'18.	'19	'20	'21
화장률	17.8	38.5	71.1	74.0	76.9	79.2	80.8	82.7	84.6	86.8	88.4	89.9	90.8

전국 62개 화장시설의 25.8%가 2000년 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.

2022년 12월 말 기준 화장시설은 62개소이며, 집단묘지는 499개소(공설 328, 법인 · 종교단체171), 봉안시설은 594개소(공설 194, 법인 · 종교단체 400), 자연장*은 184개소(공설 77, 법인 · 종교단체 107)이다.

* 봉안시설이 과도한 석물 사용으로 자연환경 훼손 문제가 발생함에 따라 도입 · 시행('08. 5.), 화장한 유골의 골분을 수목, 화초, 잔디 등의 밑이나 주변에 묻는 장사방법

2021년 11월부터 코로나 19 사망자가 증가하면서 동절기 사망자 증가와 맞물려 일부 화장시설(특히 수도권)에서 화장지연 및 정체 현상이 발생하였다. 이에 전국 60개 화장시설에 비상운영계획을 수립하도록 하고 화장 회차 및 화장로 추가 운영, 인력 추가 투입, 탄력적 예약방식 도입 등을 통해 화장수용능력을 극대화하기 위해 노력하였다. 또한 코로나19 사망자를 위해 공설장례식장, 국가재난 대비 지정장례식장 및 장례업계 등 협조를 바탕으로 모든 시군구당 1개소 이상 선(先)장례 가능한 장례식장을 지정하여 국민불편을 최소화하였다.

감염병예방법에 따라 코로나19는 '시신의 장사방법 제한 대상 감염병'으로 규정되었으며, 이에 '코로나19 사망자에 대해 시신백 밀봉 및 선(先)화장 후(後)장례'를 하도록 '코로나19 사망자 장례관리 지침'이 제정('20. 2월)되었다. 이후 코로나19에 대한 감염 등 정보 축적을 바탕으로 2021년 7개월간의

전문가 및 관계부처 회의, 장사정책협의체 논의, 장례업계와 간담회 등을 통해 방역조치 엄수 하에 장례 후 화장도 가능하도록 하고, 선(先)화장 후(後)장례시에도 사망자에 대한 간이 접견을 허용하는 등 유족의 애도와 추모의 기회를 보장할 수 있도록 지침을 개정('22. 1월)하였다. 이후 같은 해 4월에는 동 지침을 폐지해 코로나19 사망자도 일반 사망자와 차이 없이 원하는 장사방법과 장례절차를 진행할 수 있도록 하였다.

2022년 3~4월 코로나19 사망자 급증 등으로 화장수요가 증가함에 따라 3일장이 어려워지거나 먼 거리에 있는 화장시설을 이용하는 등 국민의 장례절차 진행에 불편함이 발생하였다. 이에 따라 전국 60개 화장시설의 운영시간을 확대하고, 화장회차를 최대로 운영하는 등 집중운영기간을 시행(3. 16.~4. 30.)하고, 장례식장 및 화장시설 73개소에 안치냉장고 및 실내 · 외 저온안치실을 긴급지원하였다.

|표 2-4-47| 시도별 관내 화장시설 수용인구 현황

순위	시도	화장시설 (개)	전체 화장로 (기)	인구수 (명)	1기당 수용인구(명)
총 계		62	383	51,439,038	134,306
1	서울	2	34	9,428,372	277,305
2	부산	1	15	3,317,812	221,187
3	대구	1	11	2,363,691	214,881
4	인천	1	20	2,967,314	148,366
5	광주	1	11	1,431,050	130,095
6	대전	1	10	1,446,072	144,607
7	울산	1	10	1,110,663	111,066
8	세종	1	10	383,591	38,359
9	경기	4	48	13,589,432	283,113
10	강원	8	30	1,536,498	51,217
11	충북	3	21	1,595,058	75,955
12	충남	3	21	2,123,037	101,097
13	전북	5	24	1,769,607	73,734
14	전남	7	26	1,817,697	69,911
15	경북	12	40	2,600,492	65,012
16	경남	10	44	3,280,493	74,557
17	제주	1	8	678,159	84,770

* 통계청 주민등록인구('22년 말 기준)/ 전체 화장로(e하늘 장사시스템 '22년 말 기준)
** 서울 소재 화장시설의 관내 지역인 경기 고양시, 파주시는 서울 인구에 포함

2. 경로우대

가. 경로효친사상 앙양

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 2022년까지 총 12,508명을 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 설립하여 사회적으로 효행 장려 분위기 조성과 효의 새로운 가치 창출을 추진하고 있다

|표 2-4-48| 효행자 및 노인복지 기여자 포상 실적

(단위 : 명)

구분	계	효행자 등					노인복지 기여자
		소계	효행자	장한 어버이	전통 모범가정	효실천 기여단체 등	
계	12,508	8,011	6,442	674	356	539	4,497
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

구분	계	효행자 등					노인복지 기여자
		소계	효행자	장한 어버이	전통 모범가정	효실천 기여단체 등	
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
2020	173	61	40	12	-	9	112
2021	162	52	39	8	-	5	110
2022	185	52	33	7	-	12	133

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 2-4-49| 경로우대시설의 종류와 할인율

시설의 종류	할인율 (일반요금에 대한 백분율)
1. 철도	
가. 새마을호, 무궁화호, KTX	100분의 30
나. 통근열차	100분의 50
다. 수도권 전철	100분의 100
2. 도시철도(도시철도 구간 안의 국유전기철도를 포함한다)	100분의 100
3. 고궁	100분의 100

시설의 종류	할인율 (일반요금에 대한 백분율)
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.

'보육 · 양육서비스의 질적 도약으로 모든 영유아의 행복한 성장 뒷받침'을 비전으로 ① 종합적 양육지원 강화, ② 영유아 중심 보육서비스 질 제고, ③ 보육교직원 전문성 제고 및 역량 강화, ④ 안정적인 보육서비스 기반 구축의 4개 분야 16개 추진과제를 설정한 「제4차 중장기보육 기본계획(2023~2027)」을 2022년에 수립하였다. 양적으로는 국공립어린이집에 대한 수요가 높으며, 질적으로는 어린이집의 충분한 이용시간 보장과 양질의 보육서비스에 대한 요구가 높아지고 있는 상황을 반영하였다.

|그림 2-4-10| 제4차 중장기보육 기본계획 목표 및 전략

목표 및 전략

종합적 양육지원 강화	영유아 중심 보육서비스 질 제고
1. 부모급여 도입으로 양육 비용 경감 2. 종합적 육아 지원 서비스 제공 3. 맞춤형 양육정보 제공으로 부모 양육역량 강화 4. 육아 건강 · 상담서비스 지원 강화	1. 어린이집 보육 최적의 환경 조성 2. 어린이집 품질관리 체계 개편 3. 영유아의 건강한 성장 · 발달 지원 및 권리 존중 확산 4. 놀이 중심 보육 과정 내실화
보육교직원 전문성 제고 및 역량 강화	**안정적인 보육서비스 기반 구축**
1. 보육교직원 양성 및 자격체계 고도화 2. 보육교직원 전문역량 강화 3. 보육교직원 권익 보호 환경 조성 4. 보육교직원 근무환경 및 합리적 처우개선	1. 어린이집 안정적 · 효율적 지원체계 마련 2. 공공보육 확대 및 내실화 3. 인구구조 변화에 따른 보육의 사각지대 예방 4. 전달체계, 시스템, 홍보 고도화

집필자 보육정책과장 유보영

|표 2-4-50| 보육정책 연혁

기간	구 분	주요 내용
1921~ 1991	구빈적, 직장여성 지원을 위한 탁아사업	• 1921년 태화기독교사회관에서 저소득층 자녀 위주의 탁아사업 시작 • 1962년~1981년 「아동복리법」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	• 「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	• 보건복지부 보육과(1과)에서 1국(보육정책국) 3과(보육정책 · 재정 · 지원팀)로 개편
2004. 6. ~ 2008. 2.	참여정부의 육아지원정책	• (제1차 육아지원정책, '04. 6.) 고령화 및 미래사회위원회에서 "보육 및 육아교육 지원의 공공성 확대(공약 사항)"에 대한 대책 발표 - 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 - 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 - 국공립 시설을 30% 확충, 영아기본보조금 도입, 차등보육료 확대, 만 5세 무상보육확대, 아동수당 도입 검토
2008. 3.	보건복지부로 이관	• (조직) 여성가족부의 보육정책국이 보건복지부의 보육정책관실로 이관
2008. 3. ~ 2013. 2.	이명박정부의 육아지원정책	• 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	• 2차 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	• 제3차 중장기 보육계획('17. 12.) • 국공립어린이집 확충('17. 373개소, '18. 574개소, '19. 654개소, '20. 581개소) • 보조교사 확대 지원('17. 1.9만 명, '18. 2.5만 명, '19. 4만 명, '20. 5.2만 명) • 어린이집 평가(의무)제(법 개정 '18. 12., 시행 '19. 6.) • 보육지원체계 개편('20. 3.) • 영아수당 제도 도입('22. 1.)

2. 보육정책 성과 및 계획

출생 초기의 양육 부담을 경감하고 아동의 발달 특성을 고려한 영아기 집중돌봄을 지원하기 위해 영아수당 제도를 도입하였다. 지원대상은 2022년 1월 1일 이후 출생한 만 0~1세 아동이며, 지원금액은 2022년 월 30만 원이다. 다만, 엄중한 저출산 상황이 지속되고 있는 상황에서 자녀의 생애 초기 출산 및 양육으로 줄어드는 소득까지 두텁게 보장하기 위해 윤석열 정부는 국정과제로 부모급여 도입을 추진하여, 2023년 만 0세 월 70만 원, 만 1세 월 35만 원(2022년 출생아부터 적용)으로 확대 지원할 예정이다(2024년부터 만0세 월 100만 원, 만1세 월 50만 원으로 확대할 계획).

어린이집 담임교사의 과중한 업무부담을 줄여 보육서비스의 질을 제고하고자 보조 · 연장교사 6.1만 명을 어린이집에 지원하였다. 또한, 대체 · 보조교사 등 다양한 역할을 수행할 수 있는 상근 경력직 교사(선임교사) 지원 시범사업을 실시하여 2022년 530여 명을 지원하였다. 2023년에는 "비담임교사" 직위를 정식 신설 · 운영하여 보육 공백에 대응할 수 있는 안정적 돌봄 환경 조성할 예정이다.

보육의 공공성 강화를 위해 국공립어린이집을 지속 확충하고, 직장어린이집 명단공표 제도를 운영하는 등 관련 정책을 지속 추진한 결과 공공보육 이용률은 매년 지속 상승하여 2022년 12월 36.8%에 이르렀다. 국공립어린이집 조기 확충을 위해 기존 신축 방식 외에 민간 · 가정어린이집 장기임차, 기존 어린이집 매입, 공동주택 관리동 어린이집 리모델링 등 다양한 방식을 활용하였으며, 신규 국공립 어린이집에 품질관리과정을 제공하고 국공립어린이집 위탁체 선정 고시를 개정하는 등 양적 확충과 질적 담보를 동시에 노력하였다.

가정양육시에도 시간 단위로 보육서비스를 이용할 수 있는 시간제보육 제공기관(지정된 어린이집, 육아종합지원센터 등)을 지속적으로 확대하여 2022년 말 기준 946개 반을 운영 중이다. 2022년 9월부터는 기존 정규보육반의 미충족 정원의 일부를 시간제보육으로 활용할 수 있도록 신규모델(통합반) 적용을 위한 1차 시범사업을 추진하였고, 2023년 7월부터 2차 시범사업을 추진할 예정이다. 또한 2023년에는 현장결제만 가능했던 시간제 보육료 결제 방식을 모바일 앱에서도 가능하게 하는 등 이용자들이 편리하게 이용할 수 있도록 이용 시스템을 개선할 예정이다.

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 조승아

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 지원하고 있다.

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 2-4-51| 2022년 영유아 보육료 지원 단가

(단위 : 원)

구 분	지원 단가	장애아 보육료	비고
	기본보육		
만 0세 보육료	499,000	532,000	
만 1세 보육료	439,000		
만 2세 보육료	364,000		
만 3~5세 보육료	280,000		

2022년 보육료 지원 예산은 6조 6,089억 원이며, 1,163천 명의 아동에게 보육료를 지원하였다.

|표 2-4-52| 연도별 보육료 지원 예산 현황1)

(단위 : 억 원)

연도	계	국비	지방비	유아교육지원특별회계[2)]
2020	71,976	34,162	16,143	21,671
2021	70,604	33,952	15,393	21,259
2022	66,089	31,781	13,610	20,698

주 : 1) 예산 현액(추경 포함) 기준
2) 유아교육지원특별회계 중 어린이집 누리과정 지원 예산

|표 2-4-53| 2022년 보육료 지원 아동 현황(1,163천 명)

(단위 : 명)

합 계	만 0세	만 1세	만 2세	만 3세	만 4세	만 5세
1,071,789	124,107	234,853	280,407	161,473	132,322	138,627

※출처 : 보육통합시스템('22. 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 시행하였다.

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 지원하고 있다.

2022년 보육료 지원 단가는 만 0세 아동은 월 49만 9천 원, 만 1세 보육아동은 월 43만 9천 원, 만 2세 보육아동은 월 36만 4천 원이다. 아울러, 정부에서 인건비를 지원받지 않는 민간 · 가정어린이집 등을 이용하는 영아에 대하여는 보육료 외 기관보육료(만 0세 월 57만 원, 만 1세 월 31만 원, 만 2세 월 21만 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 공통과정인 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 '신체운동 · 건강', '의사소통', '사회관계', '예술 경험', '자연 탐구'의 5개 영역을 중심으로 유아 주도적인 경험과 놀이중심의 통합과정으로 제공되고 있다. 이는 2012년 7월 4일자로 고시되었다. 비용 지원은 지방교육재정교부금을 통해 부모의 소득수준에 관계없이 만 3~5세아 모두에게 28만 원씩 지원하고 있다.

이외에도 보육교사의 처우개선을 위하여 영아반 담임교사에게는 월 26만 원의 교사근무환경개선비를 지원하고, 담임교사를 겸직하는 원장에게는 월 7만 5천 원의 수당을 지원하고 있으며, 3~5세 누리과정 담임교사에게는 월 36만 원의 누리과정 담임수당을 지급하고 있다. 또한, 보육교사의 연가 등 불가피한 사유로 인한 결원 시 보육서비스의 공백을 해소하기 위하여 어린이집에 대체교사('22. 4,836명)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 전담보육교사 또는 특수교사를 배치한 어린이집을 이용할 경우 월 53만 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 양육 수당을 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 시설이용 아동과의 형평성을 제고하였다.

|표 2-4-54| 2022년도 가정양육수당 지원 아동 현황

(단위 : 명)

연령별	12개월 미만*	24개월 미만	36개월 미만	48개월 미만	60개월 미만	72개월 미만	86개월 미만	합계
지원 아동	-	139,692	39,745	20,862	21,417	26,599	31,952	280,267

* 영아수당 지원사업 도입('22년)에 따라 '22년 이후 출생아는 만 2세부터 가정양육수당을 지원

|표 2-4-55| 연도별 가정양육수당 지원 예산 현황

(단위 : 억 원)

구 분	2021			2022		
	계	국비	지방비	계	국비	지방비
가정양육수당 지원	11,190	7,607	3,583	7,155	4,812	2,343

주 : 예산현액(추경 및 전용 포함) 기준

Ⅲ 보육서비스 인프라 확충

1. 국공립어린이집 확충 및 환경 개선

2022년 말 국공립어린이집이 전체 어린이집에서 차지하는 비중은 18.8%이고, 국공립어린이집을 이용하는 영유아는 전체 이용 아동의 25.3% 수준이다.

|표 2-4-56| 어린이집 유형별 시설 수 및 이용 아동 수

('22. 12. 기준, 단위 : 개소, 명, %)

구분	계	국공립	사회복지법인	법인 · 단체 등	민간	가정	협동	직장
시설 수	30,923 (100.0)	5,801 (18.8)	1,254 (4.1)	610 (2.0)	9,726 (31.5)	12,109 (39.2)	132 (0.4)	1,291 (4.2)
아동 수	1,095,450 (100.0)	276,670 (25.3)	64,503 (5.9)	27,743 (2.5)	477,628 (43.6)	184,053 (16.8)	3,203 (0.3)	61,650 (5.6)

집필자 보육정책과장 유보영

정부는 보육 인프라의 공공성 제고와 취약 지역의 보육 수요 충족을 위하여 국공립어린이집 확충을 지속적으로 추진하고 있다. 2017년 추경예산을 통해 당해연도 목표를 360개소로 확대 편성한 이래 '18년 450개소, '19년부터 목표치를 550개소로 확대하여 유지해왔으며, 이에 따라 '22년까지 누적 3,190개소를 선정 · 지원하였다. 이처럼 양질의 공공보육 인프라 조성을 확대한 결과 '17. 3월 24.8%였던 공공보육 이용률은 '23. 3월 기준 40.7%에 이르렀다.

또한, 2020년에는 영유아보육법 시행규칙 개정으로 어린이집과 다른 돌봄시설의 복합설치가 용이하도록 하여, 기설치 어린이집의 유휴공간 활용도 제고 및 생활SOC 간의 복합화를 통한 적극적인 국공립어린이집 확충을 유도하였다. 그리고 '18년부터 시작한 민관협력(하나금융 MOU)에 의한 국공립어린이집 확충 지원 사업을 '21년까지 누적 90개소를 지원하였다. 더불어 '21년 신축 · 매입 사업의 국비 지원한도 인상(4.61억 원→8.99억 원), 그린뉴딜 예산 반영을 통한 신축 면적당 지원 단가 증액(1,397천 원/m^2 →1,676천 원/m^2) 지자체의 국공립어린이집 설립에 따른 재정 부담을 완화하고자 하였다. 한편, '22년 「국공립어린이집 위탁체 선정 기준」 고시 개정으로 국공립 어린이집 위탁 운영에 있어 사회서비스원, 사회적협동조합 등 공익성 높은 비영리법인 등의 위탁 참여를 적극 촉진하여, 지역사회 통합과 보육의 공적책임성 제고를 꾀하고자 하였다.

아울러, 오래 되고 협소한 어린이집에 안전하고 쾌적한 보육서비스 제공을 위한 환경 조성으로 보육 서비스의 질을 높이기 위하여 2022년에 노후된 어린이집에 대한 증개축(4개소), 개보수(250개소), 장비비(283개소) 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 융자지원 사업을 추진하고 있다. 2022년 말까지 총 2,007개소에 541억 원을 융자 지원하였다.

앞으로도 정부에서는 저소득층 주민 밀집 주거 지역, 농어촌 지역 등 취약 지역을 중심으로 국공립 어린이집을 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 '22년 말 기준 1,291개소로 전년('21. 기준 1,248개소) 대비 3.4% 증가하고, 전체 어린이집 대비 직장어린이집 이용아동 비율도 6.5%로 전년('21. 기준 5.9%) 대비 0.6%p 상승하였다.

직장어린이집 설치 의무이행 현황 실태조사('22년 말 기준) 결과에 따르면 전체 직장어린이집 설치 의무 사업장 1,602개소 중 의무를 이행하고 있는 사업장은 1,466개소(91.5%)이며, 미이행 사업장은 136개소(8.5%)이다.

2022년 직장어린이집 설치의무 이행률은 91.5%로 전년('21. 기준 90.9%)에 이어 5년 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 조성과 함께, 2016년 1월 1일부터 미이행 사업장에 대한 지방자치단체의 이행명령 및 이행강제금 도입, 2019년 10월 31일부터 직장어린이집 미설치 기간과 사유 등을 고려하여 이행강제금을 50% 범위에서 가중 부과하는 근거가 마련되는 등 직접적 조치가 시행된 결과로 파악된다. 또한 2022년 6월 10일부터는 실태조사에 따르지 않을 경우 1억 원 이하의 과태료 부과 조항도 신설하였다.

직장어린이집 직접 설치 활성화를 위한 대책으로 설치 기준 개선, 운영 비용 지원 확대 등 직장어린이집 설치 장애 요인 해소 및 이행강제금 부과제도를 지자체와 협력하여 지속 시행함으로써 사업장의 직장어린이집 설치 의무 이행을 독려할 예정이다.

|표 2-4-57| 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
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
2020. 12.	1,432	1,301	980	-	321	131
	100	90.9	68.4	-	22.4	9.1
2021. 12.	1,486	1,351	1,016	-	335	135
	100	90.9	68.4	-	22.5	9.1
2022. 12.	1,602	1,466	1,088	-	378	136
	100	91.5	67.9	-	23.6	8.5

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 17,113억 원이다.

|표 2-4-58| 2022년 어린이집 지원 예산 현황

(단위 : 억 원)

구 분	2022		
	계	국고	지방비
계	33,688	17,113	16,575
보육교직원 인건비	33,228	16,880	16,348
어린이집 기능보강	78	39	39
교재교구비	185	94	91
차량운영비	197	100	97

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 공개모집 절차를 거쳐 별도로 조리원을 채용한 어린이집에는 조리원 1명에 대해서 인건비 100%를 지원하고 있다.

정부 인건비 지원을 받는 어린이집은 전체 어린이집(30,923개소) 중 약 26.0%(8,041개소)를 차지한다. 특히, 국공립어린이집뿐만 아니라 사회복지법인을 포함한 법인 · 단체 어린이집의 93.8%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.

집필자 보육사업기획과장 조승아, 보육기반과장 김수환

|표 2-4-59| 2022년 정부 인건비 지원 어린이집 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 개소)

구 분	계	국공립 어린이집	법인 어린이집	법인·단체 등	민간	가정	협동	직장
전체 어린이집	30,923	5,801	1,254	610	9,726	12,109	132	1,291
정부 지원 어린이집 (전체 대비 비율)	8,041 (26.0%)	5,447 (93.9)	1,239 (98.8%)	506 (83.0%)	204 (2.1%)	45 (0.4%)	0 (0.0%)	600 (46.5%)

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 차량운영비(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 하였으며, 2020년부터 지원기준을 어린이집 개소당 지원에서 차량당 지원으로 변경하여 복수 차량을 운행하는 어린이집에 지원을 확대하였다.

다. 취약보육서비스 지원

1) 영아보육 지원

2022년 말 기준 326개의 영아전담어린이집에서 10,087명의 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 기관보육료는 민간 및 가정어린이집에서 보육하는 영아 1인에 대한 연령별 기준단가(0세 57만 원, 1세 31만 원, 2세 21만 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 30만 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 171만 7천 원)를 지원하며, 정부지원시설을 제외한 어린이집에서 장애아를 보육하는 경우 기관보육료(1인당 62만 2천 원)를 보육시설에 지원하고 있다.

2022년 말 기준 장애아전문어린이집은 177개소가 운영 중이며 장애아동 6,170명을 보육하고 있다. 장애아통합어린이집은 전국에 1,393개소가 있으며, 장애아동 6,143명이 이용하고 있다. 장애아 전문 · 통합 어린이집이 아닌 일반 어린이집에서도 1,002명의 장애아동을 보육하고 있다.

3) 야간 연장, 24시간, 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. 2020년에 '시간연장'에서 '야간연장'으로 명칭이 변경되었으며, 2022년 말 기준 야간연장 어린이집은 7,499개소가 운영되고 있으며, 24,436명의 아동이 이용하고 있다.

또한, 휴일 어린이집으로 지정된 어린이집의 보육교사가 휴일에 2명 이상의 영유아를 5시간 이상 보육할 경우 휴일 근무수당 5.5만 원을 지급하도록 하였다. 아울러, 부모의 야간 경제활동, 한부모 또는 조손가정 등 불가피하게 주간 및 야간 보육을 원하는 경우 24시간 보육서비스를 제공하고 있다. 2022년 말 기준 휴일 어린이집은 279개소로 367명의 아동이 이용하고 있으며, 24시간 보육서비스를 제공하는 어린이집은 135개소로 376명이 이용하고 있다.

방과후 어린이집은 초등학생을 대상으로 일일 4시간 이상 보육서비스를 제공하는 시설로 2004년 이전 방과후 어린이집으로 지정된 국공립, 법인 · 단체 등 어린이집에 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 2022년 말 현재 946개 반(통합반 130개반 포함)을 운영 중이다.

2018년 2월까지는 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. 2020년 국민참여예산으로 선정, 시간제보육 제공기관을 490개반에서 681개반으로 확대하였고, 정규보육반 미충족 정원의 일부를 시간제보육으로 통합 · 운영할 수 있는 통합반 시범사업을 2022년 9월부터 2023년 2월까지 운영 중이다. 향후 가까운 곳에서 시간제보육서비스를 이용할 수 있도록 운영 다변화를 통해 지속적으로 확대해 나갈 계획이다.

V 보육서비스의 질 제고

1. 어린이집 평가제

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 의무평가제로 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.

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 교수법에 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, 평가인증에 어린이집의 정보 공시 항목을 활용하여 부모들의 어린이집 선택권을 제고하였다.

집필자 보육정책과장 유보영, 보육기반과장 김수환

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 현장부담을 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.

2020년에는 개정 누리과정 및 제4차 표준보육과정의 시행, 보육지원체계 개편 등 보육정책의 변화를 반영하여 평가지표를 일부 개선하였으며, 사후방문지원 제도를 통해 평가 후 어린이집이 질적 수준을 지속적으로 유지 · 향상할 수 있도록 교육 및 정보제공 등 지원체계를 구축하였다.

2021년에는 급간식의 보존식 보관, 부모 대상 아동학대 예방 교육 등의 내용을 평가에 반영하여 영유아의 건강 · 안전 관리를 더욱 강화하였으며, 2022년에는 장애 영유아 관련 평가 항목에 대한 설명 및 예시 등을 보완하여 보육 현장의 이해를 도모하는 등 어린이집 보육서비스 질 관리 역량 강화를 위해 지속적으로 지원하고 있다.

|표 2-4-60| 평가(인증) 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 개소)

구분		합계	국공립	사회복지 법인	법인 · 단체 등	민간	가정	협동	직장
전체기관		30,923	5,801	1,254	610	9,726	12,109	132	1,291
인증+평가*		29,468	5,332	1,233	586	9,313	11,663	128	1,213
인증기관		9,897	1,738	255	170	3,036	4,303	21	374
평가기관		19,571	3,594	978	416	6,277	7,360	107	839
평가 결과	A	13,230	2,988	558	258	3,533	5,092	62	739
	B	5,222	533	338	129	2,234	1,863	36	89
	C	767	34	58	19	338	305	7	6
	D	352	39	24	10	172	100	2	5

* (평가인증 유지율) ('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) → ('19.) 84.9%(31,681/37,371개소) → ('20.) 87.0%(30,753/35,352개소) → ('21.) 92.0%(30,687/33,246개소) → ('22.) 95.3%(29,468/30,923개소)

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, 2013년에는 제3차 표준보육과정이 고시되었으며, 현재는 2020년 9월 고시를 통하여 제4차 어린이집 표준보육과정이 시행 중이다.

제4차 표준보육과정은 2013년부터 확대 · 도입된 3~5세 누리과정을 반영한 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 시행되었으며, 개정 누리과정 및 개정 표준보육과정의 조속한 정착을 위해 관련 교육을 실시하고 있다.

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, 가정 어린이집 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 한국보육진흥원(교직원인재개발본부)에 위탁 실시하고 있으며, 한국보육진흥원은 자격발급 절차를 효율적으로 하기 위하여 홈페이지(http://chrd.childcare.go.kr) 및 ARS시스템(1661-5666) 상담을 통하여 업무를 처리하고 있다.

2022년 기준으로 전체 보육교사 자격증 취득자는 114만 4,255명이고, 어린이집 원장 자격증 취득자는 35만 4,903명에 이르고 있다. 연도별 발급 건수로 보면 아래 표와 같다.

|표 2-4-61| 원장 및 보육교사 자격증 발급 현황

(단위 : 건수)

구분	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
원장	7,335	10,118	10,608	9,754	9,657	8,814	7,476
보육교사	76,095	82,738	55,532	53,668	49,809	46,968	43,068
합계	83,430	92,856	66,140	63,422	59,466	55,782	50,544

※출처 : 한국보육진흥원 자격관리시스템 산출 자료('22. 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.

2022년 기준으로 보수교육 실시 인원은 일반직무교육 3만 4,017명, 특별직무교육 5만 6,887명, 승급교육 1만 8,356명으로 연도별 실시 현황은 아래 표와 같다.

|표 2-4-62| 보육교직원 보수교육 실시 현황

(단위 : 명)

구 분	2018	2019	2020	2021	2022
계	101,522	96,734	124,150	119,205	109,260
일반직무교육	7,234	7,768	17,886*	32,539*	34,017*
특별직무교육	65,680	62,136	80,544	61,847	56,887
승급교육	28,608	26,830	25,720	24,819	18,356

주 : 어린이집 장기 미종사자교육 이수 인원 반영(개정 시행규칙 '20년 3월 시행)
※출처 : 보건복지부 내부 자료(교육비 자비 부담 및 온라인 교육 인원 포함)

|표 2-4-63| 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
		장기 미종사자	어린이집 원장 자격 또는 보육교사 자격을 가진 자로서 만 2년 이상 보육업무에 종사하지 않다가 다시 그 업무에 종사하려는 자	40시간	어린이집 근무 전
	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(연장보육교사 포함) 지원을 확대('22. 6만 1천 명)하고, 담임교사의 연가 및 보수교육 등으로 인한 보육 공백을 방지하기 위한 대체교사를 지원('22. 4,836명)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 교사근무환경개선비는 2012년 5만 원에서 2022년 26만 원으로 매년 평균 2.1만 원 인상되었으며, 3~5세 누리과정반 담임교사에게는 월 36만 원의 처우개선비가 지급되었다. 앞으로도 보육교사의 근무 여건 및 처우 개선 정책을 지속적으로 확대 · 보강할 예정이다.

4. 건강 · 영양 · 안전관리 강화

보육교직원의 안전의식 제고와 역량 강화를 위해 온라인 안전교육시스템(어린이집안전공제회)을 활용한 온라인 안전교육을 실시하였으며, 23년도부터는 모든 교육을 한곳으로 일원화하는 등 보육교직원 안전교육 플랫폼 운영 · 강화를 통해 교육의 편의성 증대, 품질 제고 등을 추진할 계획이다. 또한, 어린이집 안전사고 예방을 위한 사회적 관심 및 요구 증가로 보호자의 CCTV 영상정보 원본 열람 권리 명시, 국가와 지자체가 실시하는 보호자 교육에 아동학대 예방교육 및 교육실시 의무 신설 등 내실 있고 안전한 보육서비스가 제공될 수 있도록 법과 제도적인 미비점을 개선하고 안전관리 기준을 강화하였다.

이와 함께 안전사고 발생 예방을 위해 주기적으로 급식 · 위생과 시설 · 미세먼지 · 통학버스 등 어린이집 내 안전관리 이행여부와 코로나19 상황에 따른 대응지침 이행 여부를 점검하였다. 하절기에는 12차 사회관계장관회의에서 발표된 급식 · 위생관리 개선방안에 따라, 50인 미만 어린이집에 대해 어린이급식관리지원센터의 지원을 받아 전수점검을 통해 식중독 사고 발생을 예방하였다.

아울러 코로나19 상황 속 방역당국의 방역체계 등 변경되는 사항에 맞춰 어린이집용 대응지침을 수시 개정 · 시행하였으며, 환기 등 방역을 위한 안내사항을 카드뉴스로 제작해 배포하였다. 또한, 감염병 위기단계 및 어린이집 내 · 외 감염 통제 가능성을 고려하여 일시적 이용제한 및 휴원기준을 마련하고 휴원시 긴급보육을 실시토록 하였다.

5. 어린이집 운영의 투명성 확보 및 지도 · 점검

보육통합정보시스템 모니터링을 통해 보조교사임면허위보고, 아동허위등록 등 법령 위반이 의심되는 어린이집을 선정하여 보조금 부정수급 또는 유용, CCTV 관리 · 운영 및 위생 · 안전 관리 등 운영 전반에 관하여 지도점검을 실시하였다.

특히, 효과적인 지도 · 점검 및 전문성 확보를 위해 한국보육진흥원에 「어린이집 이용불편 부정신고센터 및 현지조사 지원」사업을 2019년 7월부터 위탁하여 중앙정부 차원에서 직접조사를 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 진행하였으며, 지방자치단체 지도점검 담당 공무원을 대상으로 부정수급 유형 및 사례, 조사 기법 등에 대한 교육을 실시하였다.

지도점검통합시스템 구축으로 점검계획 수립부터 사후관리까지 전 단계를 시스템을 통해 종합적으로 관리할 수 있도록 하여 지도점검 자료 추출, 행정처분 어린이집 · 교직원 임면 관리 등 지도점검 결과 지자체 간 상호 공유를 효율적으로 추진할 수 있도록 하였다.

한편, 어린이집의 안전한 보육환경 및 투명성 강화를 위해 2019년 6월 영유아보육법을 개정하여 법령 위반 어린이집에 대한 「공익제보자 신고포상금」 법적근거 마련으로 어린이집의 부적정 운영 및 아동학대 신고 활성화를 제고하였으며, 2020년 12월에는 같은 법 제49조의3을 개정하여 회계 부정 사용, 보조금 유용 등 법령 위반 어린이집에 대해 일정 기간 보건복지부 홈페이지 내에 공표하도록 하였다.

6. 공공형어린이집 운영

공공형어린이집은 우수한 민간, 가정어린이집을 선정하여 매월 운영비를 지원하고, 보다 강화된 운영 기준을 적용하여 보육 서비스의 질을 높이는 제도로서, “믿고 맡길 수 있는 어린이집”으로 운영하고자 2011년부터 시행되었으며, 2022년 말 기준으로 2,328개소가 운영 중으로 9만 3백여 명의 아동이 이용하고 있다.

공공형어린이집에 대한 지원이 2022년도부터 지방이양사업으로 전환됨에 따라, 지방자치단체의 자율성을 대폭 확대하였다. 공공형어린이집 지정 기준은 참여 기본요건 및 지역별 자율 평가로 구성되며, 지역별 자율 평가의 경우 지역주민의 보육수요, 보육특수시책 등을 고려하여 탄력적 운용이 가능하다. 공공형어린이집은 평가인증 A등급 또는 90점 이상, 비상재해 대비시설 설치 등 기본 지정 요건을 갖추고 제외 사유에 해당하지 아니하는 어린이집 중, 지역별 자율 평가 기준인 건물 소유 형태, 1급 보육교사 비율 등을 점수화하여 고득점 순으로 선정한다.

한편, 보건복지부는 지방이양 이후에도 공공형어린이집의 우수한 질적 수준을 유지 · 향상함으로써 수요자에게 질 높은 보육서비스를 제공하고자, 한국보육진흥원에 ‘공공형어린이집 품질관리’ 사업을 위탁하여 어린이집 운영의 투명성과 보육교직원 전문성 강화를 위한 컨설팅, 재무회계 교육, 원장 및 교사연수 등을 지속적으로 실시하고 있다.

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 영유아보육법 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.

2022년 12월 육아종합지원센터는 중앙 육아종합지원센터 1개소를 비롯하여 시·도 육아종합지원센터 18개소, 시·군·구 육아종합지원센터 110개소가 설치되어 총 129개소가 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 44개소, 2020년 11개소(부산 강서구, 부산 금정구, 인천, 광주 서구, 강원 강릉시, 충북 영동군, 충남, 충남 서산시, 전북 부안군, 전북 남원시, 경남 창원시), 2021년 4개소(부산 서구, 부산 남구, 대전 서구, 전북 전주시), 2022년 3개소(부산 영도구, 전북 김제시, 충남 당진시)를 선정·지원하였다.

집필자 보육정책과장 유보영

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. 임신 · 출산부터 보육료까지 하나로! 통합 국민행복카드 사업 추진

2015년부터 보육전자바우처(어린이집) 카드인 아이사랑카드와 유아학비(유치원) 지원카드인 아이즐거운카드가 아이행복카드 하나로 통합되었다.

2021년 4월부터 부모는 어린이집 · 유치원 어디서나 통합되는 국민행복카드 하나로 보육료 또는 유아학비 뿐만 16종에 달하는 사회서비스 이용권도 지원받을 수 있게 되었다. 기존에는 아이행복카드, 국민행복카드를 발급하던 카드사가 나뉘어져 있었으나, 이번 통합으로 국민행복 · 아이행복카드를 발급하던 모든 카드사에서 국민행복카드를 발급 가능하게 되었다.

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.), 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.), 보육교직원정보 통합서비스 체계 구축, 스마트한 어린이집 업무환경을 위해 어린이집 지원시스템 개선, 보육새학기 전환 자동화 및 어린이집 업무 개선('20.), 영아수당 지급 기반 조성 등 정책환경 변동 사항 반영 및 보이는 ARS 도입을 통해 사용자 환경 개선('21), 엣지, 크롬 등 시스템 이용환경 확대, '간편인증(카카오, 페이코, PASS 등) 로그인 서비스, '보이는 보육료 자동응답(ARS) 결제시스템' 도입('22.)

Ⅶ 영아수당 지원 및 양육지원체계 기반 마련

1. 영아수당 지원

2020년 12월 제4차 저출산 고령사회 기본계획의 주요 핵심 정책으로 정부는 2022년 출생아부터 만 0~1세 아동에게 영아수당을 지급하는 방안을 발표하였다. 이는 출생 초기의 양육부담을 경감하고, 아동의 발달 특성을 고려한 영아기 집중돌봄을 지원하기 위한 것이다. 지원대상은 2022년 1월 1일 이후 출생한 만 0~1세 아동이며, 지원금액은 2022년 월 30만 원이다(2023년 월 35만 원→2024년 월 40만 원→2025년 월 50만 원으로 단계적 인상계획). 2022년 12월 말 기준 영아수당 지원 아동 수는 219,524명으로 집계되었다.

다만, 엄중한 저출산 상황이 지속되고 있는 상황에서 자녀의 생애 초기 출산 및 양육으로 줄어드는 소득까지 두텁게 보장하기 위해 윤석열 정부는 국정과제로 부모급여 도입을 추진하고 있으며, 2023년 만 0세 월 70만 원, 만 1세 월 35만 원(2022년 출생아부터 적용)으로 확대 지원할 예정이다(2024년부터 만 0세 월 100만 원, 만 1세 월 50만 원으로 확대할 계획).

|표 2-4-64| 2022년도 영아수당 지원 아동 현황

(단위 : 명, '22년 12월 말 기준)

연령	12개월 미만
지원 아동 수	219,524

* 영아수당 지원사업 도입('22년)에 따라 '22년 이후 출생아부터 지원하여 12~23개월 대상자는 없음

|표 2-4-65| 2022년 영아수당 지원 예산 현황

(단위 : 억 원)

구 분	2022		
	계	국비	지방비
영아수당 지원	11,190	3,418	1,557

주 : 예산현액(추경 및 전용 포함) 기준

2. 시간제보육 서비스 지원

시간제 보육서비스는 만 6~36개월 미만 영아를 대상으로 시간단위의 보육서비스를 제공하는 제도이다. 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 2022년 말 현재 946개 반(통합반 130개반 포함)을 운영 중이다.

2018년 2월까지는 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. 2020년 국민참여예산으로 선정, 시간제보육 제공기관을 490개반에서 681개반으로 확대하였고, 정규보육반 미충족 정원의 일부를 시간제보육으로 통합 · 운영할 수 있는 통합반 시범사업을 2022년 9월부터 2023년 2월까지 운영 중이다. 향후 가까운 곳에서 시간제보육서비스를 이용할 수 있도록 운영 다변화를 통해 지속적으로 확대해 나갈 계획이다.

3. 부모교육 체계화

2017년부터 영유아 가정의 부모가 자녀 양육에 대한 다양한 정보를 제공받아 부모로서의 자기역할을 정립할 수 있도록 영유아보육법 제9조의2를 신설하여 법적근거를 마련하였으며, 전국 육아종합지원센터를 통해 부모교육을 제공하고 있다. 육아종합지원센터 중심의 일관적이고 지속적인 부모교육을 진행함으로써 영유아 자녀 및 가정의 안정된 복지를 향상시키는데 긍정적인 역할을 하고 있다. 영유아의 성장 · 양육방법, 보호자의 역할, 영유아의 인권보호 및 아동학대 예방 등에 관한 부모교육을 입문/기초/심화로 구분하여 제공하고 있다. 또한, 변화하는 양육환경과 부모수요를 반영한 영유아 부모를 위한 긍정양육, 영유아 식생활 지도, 부모로서의 첫 1년 등 다양한 주제의 부모교육 온라인 콘텐츠를 개발하고 배포하였다.

2023년 부모급여 도입에 대비하여 부모 양육역량 강화를 위해 부모교육의 확대 개편방안을 모색하고자 부모교육거점기관을 육성하는 시범사업을 진행하였다. 이를 통해 지역육아종합지원센터와 거점어린이집을 연계하여 집근처 어린이집에서 부모교육, 부모상담, 자녀와 함께 체험프로그램을 참여할 수 있도록 하였으며, 3개 지역, 9개 어린이집을 선정하여 시범 운영하였다. 이번 시범운영 결과를 토대로 사업의 효과성 분석 및 미비점을 보완하여 2023년에는 10개 지역, 50개 어린이집으로 단계적 확대할 계획이다.

|표 2-4-66| 공통부모교육 참여인원

(단위 : 명, '22년 12월 말 기준)

구분	2018	2019	2020	2021	2022
실적	123,743	136,337	162,686	171,974	172,839

CHAPTER

제5장

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.

집필자 국민연금정책과장 박재만

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 임의계속가입자로 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 주민에게까지 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 완화하였다.

|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
2020	22,107,028	14,320,025	6,898,118	362,328	526,557
2021	22,347,586	14,580,825	6,827,009	396,632	543,120
2022	22,497,819	14,785,761	6,845,744	365,487	500,827

Ⅲ 연금보험료 부과

국민연금보험료는 가입자 자격 취득 시의 소득 신고 또는 정기 결정에 의하여 결정되는 기준소득월액에 2022년 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	2020	2021	2022
하한액	7	22	23	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	35
상한액	200	360	368	375	389	398	408	421	434	449	468	486	503	524	553

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 부과하고 있다.

|표 2-5-3| 국민연금보험료 징수율 추이

(단위 : %)

구 분	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22
징수율	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	98.8	99.0	99.1
-사업장	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	99.6	99.6	99.7
-지역가입자	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	93.3	93.9	94.4
-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	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	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
가입자	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	22,107	22,347	22,498
납부예외자	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	3,098	3,085	3,064
비율	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	14.0	13.8	13.6

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, 사망일시금이 있으며, 장애등급 4급에 해당하는 자에게는 연금이 아닌 일시보상금을 지급한다.

노령연금은 국민연금에 10년 이상 가입하고 60세에 도달한 때부터 받게 된다. 다만 1953년생부터는 5년마다 1세씩 상향 조정되어 만 61세부터 만 65세까지 지급 연령이 변동된다. 만일 소득이 없거나 월평균 소득금액이 254만 원 이하(2021년 기준)인 경우에는 만 57세(출생 연도별로 만 60세까지 상향)부터 조기노령연금 지급이 가능하다.

* 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.

2022년 12월 당월 기준 노령연금 수급자의 급여액은 평균 약 59만 원(특례 · 분할 연금 수급자 제외 산정)이다. 국민연금 제도가 성숙해 짐에 따라 가입기간이 늘어나게 되어, 노령연금 평균급여액 역시 증가할 것이다.

집필자 연금급여팀장 박정우

이 외에 본인이 희망할 경우 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 도입되었다.

|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
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
2020	930,890	396,059	914,774	569,097	219,923	206,322
2021	944,639	395,214	975,486	583,984	221,157	213,588
2022	981,140	402,375	1,057,112	612,297	226,855	225,717

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 1 이상이거나 사망일 5년 전부터 사망일까지의 기간 중 가입기간이 3년 이상이고 전체 체납기간이 3년 미만인 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(지급연령 상향규정 적용) 이상의 부모(배우자의 부모 포함), 19세 미만의 손자녀, 60세(지급연령 상향규정 적용) 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 소득활동에 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. 반환일시금 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 지급받을 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.

국민연금법 제80조의 개정(2020. 12. 29.)으로 사망일시금의 지급 대상이 확대되어, 2021. 6. 30. 이후 사망한 노령연금 및 장애등급 3급 이상인 장애연금 수급권자에게 유족연금 또는 반환일시금을 지급받을 유족이 없는 경우, 반환일시금에 상당하는 금액과 사망 이전 기 수급연금액의 차액을 지급한다. 기존과 같이 배우자, 자녀, 부모, 손자녀, 조부모, 형제 · 자매 또는 4촌 이내의 방계 혈족에게 지급(다만, 4촌 이내의 방계혈족인 경우에는 생계 유지 관계가 인정되어야 함)하며, 이때 사망일시금은 수급권자의 최종 기준소득월액 또는 가입기간 중의 기준소득월액의 평균액 중 많은 금액의 4배를 초과할 수 없다.

|표 2-5-6| 연도별 급여종별 지급 실적

(각 연도 12월 기준, 단위 : 명, 백만 원)

구분		합계	연금				일시금			
			소계	노령연금	장애연금	유족연금	소계	장애 일시금	반환 일시금	사망 일시금
총계	수급자	18,430,656	7,406,659	6,123,001	195,490	1,088,168	11,023,997	87,902	10,700,545	235,550
	금액	288,575,327	263,671,831	228,571,991	6,415,221	28,684,619	24,903,497	905,343	23,254,813	743,340
'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
'20	수급자	5,588,154	5,388,022	4,468,126	78,079	841,817	200,132	2,904	184,342	12,886
	금액	25,654,071	24,628,326	21,816,877	383,031	2,428,418	1,025,745	48,366	919,192	58,187
'21	수급자	6,070,124	5,864,373	4,894,452	77,726	892,195	205,751	2,897	189,205	13,649
	금액	29,136,791	28,080,664	25,083,266	384,944	2,612,454	1,056,127	49,746	940,751	65,630
'22	수급자	6,642,643	6,424,917	5,396,729	76,718	951,470	217,726	2,722	199,170	15,834
	금액	34,020,076	32,817,226	29,544,090	391,377	2,881,759	1,202,850	49,853	1,074,442	78,555

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 소득월액을 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 가산되도록 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| 2022년도 소득 수준 및 가입 기간별 노령연금급여액 추계(예)

(단위 : 원)

기준 소득 월액	월 보험료	가입 기간별 연금액			
		10년	15년	20년	25년
330,000	29,700	154,530	229,830	305,120	330,000
1,000,000	90,000	188,910	280,960	373,000	465,040
2,000,000	180,000	240,230	357,270	474,310	591,360
5,530,000	497,700	421,360	626,650	831,950	1,037,240

주 : 1) 2022. 1월에 최초 가입한 것으로 가정하였고, 연금액 계산에 사용한 3년간 평균소득월액의 평균액(A)은 2,681,724원('22. 적용), 실제 연금수급월액은 연금 수급 당시의 'A' 값과 재평가율을 적용하여 변경 가능

2) 생계를 유지하고 있는 가족이 있을 경우 배우자 연 269,630원, 자녀/부모 1인당 연 179,710원의 부양가족 연금액('22년 기준)이 본인의 연금액에 가산됨

실제 2022년 12월에 지급된 국민연금의 급여 수준을 살펴보면 20년 이상 가입자의 노령연금은 월 평균 급여액이 98만 원(최고 249만 1천 원, 최저 28만 1천 원)에 달하고 있어, 국민연금 제도가 성숙 단계에 진입할 경우 노후 소득 보장에서 중요한 역할을 담당할 것으로 기대된다.

|표 2-5-8| 2022년도 연금월액 현황

('22. 12. 급여지급자 기준, 단위 : 원)

구분	노령연금					장애연금	유족연금
	가입기간 20년 이상	가입기간 10~19년	조기	특례	분할		
최 고	2,491,260	1,916,380	2,200,290	1,053,420	1,822,760	1,863,010	1,268,840
최 저	281,140	145,640	106,340	73,670	38,330	169,860	104,430
평 균	981,140	402,375	612,297	226,855	225,717	474,879	318,101

주 : 1) 해당월 지급자의 기본 + 부양가족연금월액 기준이며, 중복급여 및 동 순위자는 조정 전 금액임
2) 반환일시금 건당 평균 지급액은 5,669,156원이며 사망일시금 건당 평균 지급액은 2,931,663원임

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 전년도의 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 물가변동률을 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.	2009.4. ~ 2010.3.	2010.4. ~ 2011.3.
조정률		(법개정)	7.5	0.8	2.3	4.1	2.7	3.6	3.6	2.7	2.2	2.5	4.7	2.8
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	214,860	220,870
	자녀 · 부모	100,000	107,500	108,360	110,850	115,390	118,500	122,760	127,170	130,600	133,470	136,800	143,220	147,230

구 분		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.	2020.1. ~ 2020.12.	2021.1. ~ 2021.12.	2022.1. ~ 2022.12.	
조정률		2.9	4.0	2.2	1.3	1.3	0.7	1.0	1.9	1.5	0.4	0.5	2.5	
부양가족 연금액 (년)	배우자	227,270	236,360	241,550	244,690	247,870	249,600	252,090	256,870	260,720	261,760	263,060	269,630	
	자녀 · 부모	151,490	157,540	161,000	163,090	165,210	166,360	168,020	171,210	173,770	174,460	175,330	179,710	

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.), 호주('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.), 튀르키예('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.), 우루과이('21. 11.), 뉴질랜드('22. 3.) 총 38개국과 협정이 발효되어 시행 중에 있다.

또한, 아르헨티나, 노르웨이, 필리핀, 베트남 총 4개 국가와는 협정에 서명하였으며, 협정 발효를 위한 양국 국내 절차를 마무리하고 곧 시행될 예정이다. 그 밖에 우리 교민 수가 많고 우리 기업의 진출이 활발한 중동, 아프리카, 중남미, 동남아시아 국가 등과 사회보장협정 체결을 지속 추진하고 있으며, 향후 사회보장협정 체결 국가는 더욱 늘어날 것이다.

집필자 국민연금정책과장 박재만

2. 유형

가. 보험료 면제 및 가입기간 합산협정

사회보장협정의 주요 목적인 이중 가입 방지와 가입 기간 합산을 모두 규정한 포괄적인 사회보장협정이다. 체약 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, 호주, 체코, 아일랜드, 벨기에, 폴란드, 불가리아, 슬로바키아, 루마니아, 오스트리아, 덴마크, 인도, 스페인, 스웨덴, 튀르키예, 브라질, 핀란드, 퀘벡, 페루, 룩셈부르크, 슬로베니아, 크로아티아, 우루과이, 뉴질랜드(보험료 면제 미포함)와 보험료 면제 및 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 2022년 말까지 9만 2,959명이 우리 국민연금 가입증명서를 상대국에 제출하여 상대국 연금보험료를 면제받았으며, 3만 7,428명의 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	
2022	92,959	5,132,558	37,428	522,009	4,610,549
2021	88,387	4,704,488	35,747	458,589	4,245,899
2020	83,406	4,295,203	33,925	391,775	3,903,428
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 2022년 말 기준으로 5,175명의 우리나라 국민이 캐나다, 미국, 독일, 호주 등의 연금을 수급 중이며, 연간 수급액은 213억 원에 이른다. 조만간 아르헨티나, 노르웨이, 필리핀, 베트남 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	미국	독일	폴란드	호주	오스트리아	스페인	기타
수급자 수	5,175	4,396	358	173	76	30	26	116
1인당 월평균 수급액	342천 원	308천 원	929천 원	24천 원	46천 원	1,257천 원	888천 원	155천 원

주 : 2022. 12. 기준(기준연도는 각 연도에 협정국으로부터 조사한 전년도 수급자수와 수급액 현황임)

앞으로, 해외 진출 기업과 근로자 수, 재외동포 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, 연금재정의 장기적인 안정을 유지하기 위해 기금의 운용 수익을 최대로 증대시킬 수 있도록 운용하고 있다.

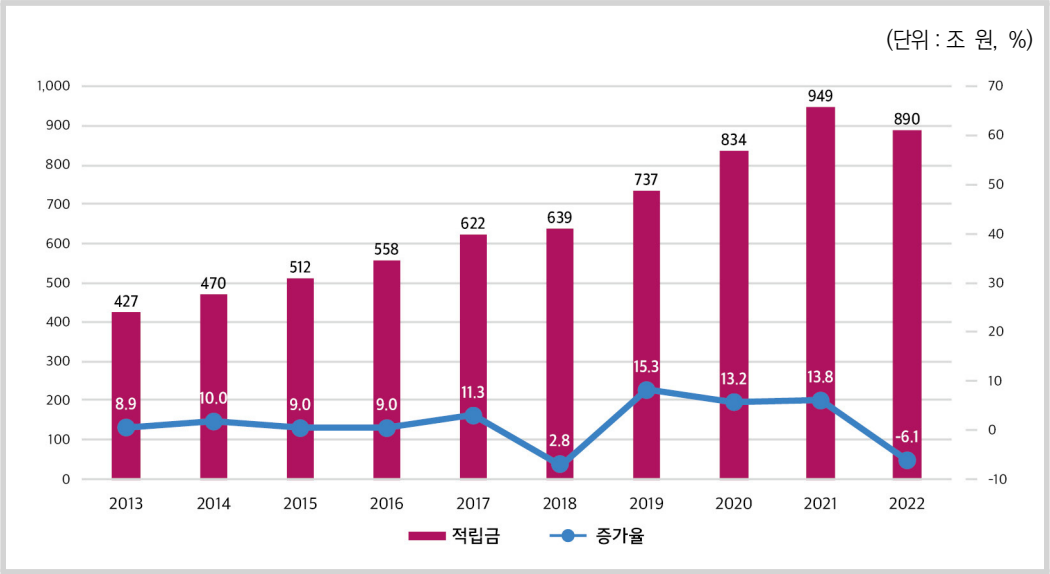
2. 국민연금기금의 재정 현황

국민연금기금은 1988년 제도시행 이래 2022년 말까지 연금보험료 및 기금운용수익금 등으로 총 1,190조 원을 조성하여 연금급여 지급 등에 299조 5천억 원을 지출하고 890조 5천억 원의 적립금을 금융 부문 등에 운용하고 있다.

조성액 1,190조 중 기금운용수익금은 451조 3천억 원으로 1988년부터 2022년 말까지의 누적수익률은 5.11%이다. 2018년에 실시한 제4차 국민연금 재정계산에 따르면 기금의 적립금은 2024년에 약 1,000조 원, 2041년에는 약 1,778조 원에 이를 것으로 전망된다.

집필자 국민연금재정과장 박민정

|그림 2-5-1| 국민연금기금 적립금 현황(시가 기준)



|표 2-5-12| 연도별 조성 및 지출 내역

(단위 : 십억 원)

구 분	'15.	'16.	'17.	'18.	'19.	'20	'21	'22	'88.~'22.
조성(A)	58,256	63,628	83,050	38,535	121,306	123,433	144,876	-23,433	1,189,963
연금보험료	36,426	39,036	41,785	44,373	47,800	51,217	53,540	55,914	737,088
운용수익	21,741	24,544	41,194	-5,867	73,425	72,144	91,205	-79,552	451,284
기타	88	48	71	28	81	72	121	205	1,592
지출(B)	15,754	17,653	19,707	21,396	23,433	26,359	29,875	34,821	299,498
연금급여지금	15,184	17,068	19,084	20,753	22,764	25,654	29,137	34,020	288,575
운영비 등	570	585	624	643	669	705	738	801	10,922
기금 증가 (A-B)	42,501	45,975	63,343	17,139	97,873	97,074	114,992	-58,254	890,466
운용	512,324	558,299	621,642	638,781	736,654	833,728	948,719	890,466	890,466
공공 부문	-	-	-	-	-	-	-	-	-
복지 부문	136	140	143	145	166	180	201	204	204
금융 부문	511,698	557,682	621,018	638,217	736,079	833,138	948,106	889,835	889,835
기타 부문	490	478	481	420	408	409	413	427	427

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(당연직 6인, 위촉직 14인)으로 구성되어 있으며, 기금운용 지침 및 기금운용 계획 수립 등을 심의 · 의결한다.

국민연금기금운용위원회 산하에는 법 · 사회복지 · 경제 · 경영 전문가로 구성된 국민연금기금운용실무평가위원회(당연직 6인, 위촉직 14인)를 두고 있고, 국민연금기금운용위원회의 전문적 의사 결정을 자문하기 위해 관련 전문위원회(국민연금기금 투자정책전문위원회, 수탁자책임전문위원회, 국민연금기금 위험관리 · 성과보상전문위원회)를 구성 · 운영하고 있다.

투자정책전문위원회는 국민연금 기금 운용 계획과 주요 투자기준, 투자정책 개발과 변경 등에 관한 사항을 검토 · 심의하고(2011년~), 수탁자책임전문위원회[1]는 주주권 행사의 원칙 · 기준 · 방법 · 절차와 주식의 의결권 위임에 관한 사항, 투자대상과 관련한 환경 · 사회 · 지배구조 등의 고려에 관한 사항에 대하여 검토 · 심의하도록 하였다. 위험관리 · 성과보상전문위원회[2]는 기금 운용 위험관리, 기금 운용 성과에 따른 보상, 기금운용현황 점검 및 그 결과에 따른 제언사항 등에 대하여 검토 · 심의하고 있다(2008년~).

2020년 1월 국민연금법 시행령 개정을 통해 국민연금기금운용전문위원회 설치근거를 국민연금법 시행령에 명문화[3]('21년 6월 국민연금법에 명문화)하였고, 각 위원회별로 상근전문위원 3명, 민간전문가 등 총 9명의 위원을 두도록 하였다.

상근전문위원은 금융 · 경제 · 자산 운용 · 법률 · 연금제도 분야에서 5년 이상 경력 갖춘 전문가로서 국민연금 가입자단체별로 각 1명씩 추천받아 위촉하고 있다.

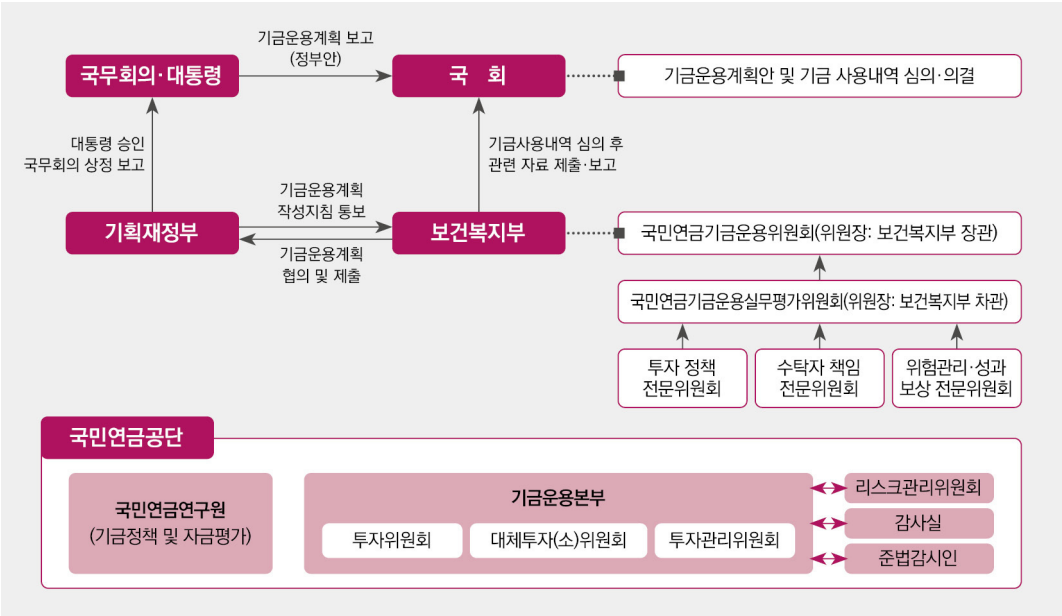
기금운용 전문위원회가 법제화되고 상근전문위원제도가 도입되면서 기금운용위원회 안건에 대한 전문적 검토와 심의(2022년 총 31회의 전문위원회 개최)가 이루어지고 있으며, 이를 통해 국민연금기금운용의 주요 의사결정에 있어 독립성과 가입자 대표성, 전문성을 강화해나가고 있다.

1) '06~'18. 7. 의결권행사전문위원회, 이후 수탁자책임전문위원회
2) '20년부터 '위험관리' 기능을 추가하여 '위험관리 · 성과보상 전문위원회'로 개편 · 운영('08년~'20. 1., 성과평가보상전문위원회)
3) 전문위원회 설치 근거는 2020년 국민연금시행령 제80조의3에 명문화(2020년 1월 29일 시행)되었으며, 2021년에 국민연금법에도 근거가 마련됨(2021. 6. 8.)

국민연금기금운용위원회에서 심의 · 의결된 기금운용계획은 지출 부문에 대해 기획재정부와의 협의 · 조정을 거쳐 대통령 승인 후 국회에서 확정되어 집행된다. 기금운용계획에 의한 여유 자금의 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



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 보강하는데 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

기금은 가입자의 보험료 부담, 특히 미래세대 부담을 억제하고 기금의 실질가치를 유지하도록 기금의 장기적 안정성을 해치지 않는 범위 내에서 가능한 한 높은 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 국가경제 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 강구하여야 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. 국민연금기금운용위원회는 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.

2022년에 수립한 중기('23.~'27.) 자산 배분(안)은 향후 5년간 경제 성장률과 물가 상승률 등을 고려하여 목표 수익률을 5.4%로 정하였고, 이를 달성하기 위한 최적 [포트폴리오]를 주식 55% 내외, 채권 30% 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 2021년 말 43.8%에서 2027년 말 60% 내외 수준까지 확대하기로 하였다.

2023년 말 자산군 별 목표 비중은 중기 자산배분 이행 계획에 따라 2023년도 기금운용 계획에 반영되어 국내주식 15.9%, 국내채권 32.0%, 해외주식 30.3%, 해외채권 8.0%, 대체투자 13.8%로 정해졌다. 이에 따라 2023년 말 자산군 별 투자 금액은 국내주식 171.9조 원, 국내채권 347.3조 원, 해외주식 328.3조 원, 해외채권 86.7조 원, 대체투자 149.7조 원을 계획하였다.

|표 2-5-13| 국민연금 중기 자산 배분 및 2023년도 기금운용계획안 개요

구 분	2022년 말(예상)		2023년 말(예상)		2027년 말
	금액(조 원)	비중(%)	금액(조 원)	비중(%)	비중(%)
주식 전체	445.5	44.1	500.2	46.2	55% 내외
국내주식	164.9	16.3	171.9	15.9	
해외주식	280.6	27.8	328.3	30.3	
채권 전체	428.9	42.5	434.1	40.0	30% 내외
국내채권	348.1	34.5	347.3	32.0	
해외채권	80.8	8.0	86.7	8.0	
대체투자	135.7	13.4	149.7	13.8	15% 내외
계	1,010.1	100.0	1,084.0	100.0	100%

|표 2-5-14| 국민연금 해외투자 규모 및 비중

구 분	2021년 말(실현)		2022년 말(실현)		2027년 말
	금액(조 원)	비중(%)	금액(조 원)	비중(%)	비중(%)
해외투자 (주식+채권+대체+단기)	415.1	43.8	426.2	47.9	60% 내외
국내투자 (주식+채권+대체+단기)	533.0	56.2	463.5	52.1	40% 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 '국민연금기금 성과평가 보상전문위원회'를 운영하고 있다.

2020년 보다 체계적인 리스크관리를 위하여 성과평가보상전문위원회의 기능에 '위험관리'를 추가하여 '국민연금기금 위험관리 · 성과보상전문위원회'로 개편하여 국민연금법에 법제화 하였다.

국민연금연구원과 외부 전문평가기관이 매년 기금 운용 성과를 평가 · 분석하여 위험관리 · 성과보상전문위원회에 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 기여 하고자 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.

기금운용본부 리스크관리부문은 기금의 안정성 및 수익성에 영향을 미칠 수 있는 시장위험, 신용위험, 유동성위험, 법규위험, 운영위험 등을 체계적으로 산출하여 관리하고 있으며, 리스크 관리위원회 및 보건복지부장관에게 보고하고 있다.

4. 수탁자 책임 활동

국민연금은 2018년 7월, 국민연금은 기금의 장기 수익성 및 안정성을 제고하고 주주권 행사의 독립성 · 투명성을 강화하는 등 선량한 관리자로서의 의무를 충실히 이행하기 위하여 「수탁자 책임에 관한 원칙(스튜어드십 코드)」을 도입하여 수행하고 있다.

국민연금 투자기업의 배당정책 수립, 임원 보수 한도 적정성, 법령상의 위반 우려로 기업가치의 훼손 등 사안, 지속적으로 반대의결권을 행사하였으나 개선이 없는 사안, 정기 ESG 평가 결과가 하락한 사안 등을 중점관리사안으로 선정하여 수탁자 책임 활동을 수행하고 환경, 사회, 지배구조와 관련하여 예상하지 못한 기업가치 훼손 등 우려가 발생한 경우 중대성 평가를 실시하여 비공개 대화, 비공개 · 공개 중점관리기업 선정, 주주제안 등의 활동을 강화해나가고 있다.

또한, 중장기적인 투자 위험을 감소시켜 기금의 장기수익률을 높이기 위하여 투자의사 결정 과정에서 환경 · 사회 · 지배구조 요소(ESG)를 고려하고 투자대상에 대한 의결권 행사 및 건설적 대화 등을 통해 ESG 관련 위험관리능력 개선 및 기업가치 제고를 유도하는 적극적 주주권 행사를 실시함과 아울러 투자대상 기업의 비재무적 요소를 체계적으로 분석하기 위한 'ESG 평가체계' 마련, 투자의사 결정 과정에서 재무적 요소와 ESG 등 비재무적 요소를 함께 고려하는 'ESG 통합전략' 등을 실시하고 있다.

'21년 5월 국민연금기금 운용지침(투자정책서)에 투자제한 조항을 신설, 국내 · 외 석탄발전소 신규 건설을 위한 프로젝트 투자를 중단하고, 투자제한 전략 적용을 위한 단계별 실행방안 수립 추진 등 국민연금의 탈석탄 운용 정책을 선언함으로써 국민연금의 지속 가능성과 지속 가능한 사회 구현을 위한 책임투자를 강화하였다.

아울러, 국민연금기금의 주요 책임 투자 활동 방향에 대한 정보를 투자대상 기업들과 공유하여 기업의 예측가능성을 제고하기 위하여 △기업과 주주와의 관계, △이사회의 기능, 구성 · 운영, △감사기구의 역할 등에 대한 일반원칙을 담은 「이사회 구성 · 운영 등에 관한 국민연금기금 책임투자 방향 설명서」를 마련하여 공개함으로써 기금의 의사결정에 대한 투명성을 제고하였다.

Ⅲ 국민연금기금 관리 · 운용 현황

1. 국민연금기금 결산

2022년 말 기준 국민연금기금의 자산은 890조 7,768억 원으로 전년대비 58조 2,636억 원(6.1%)이 감소한 것으로 나타났다. 유동자산은 217조 2,500억 원으로 1년 이내 만기가 도래하는 채무증권의 감소 및 국내외 주식 평가금액 감소 등에 따라 전년 대비 19조 4,308억 원이 감소하였고, 투자 자산은 672조 8,683억 원으로 국내외 채무증권, 지분증권 및 대체투자 평가금액 감소에 따라 전년대비 38조 9,134억 원 감소하였다.

국민연금기금의 부채는 3,111억 원으로 전년대비 99억 원이 감소한 것으로 나타났다. 유동부채는 주식매수 미지급금, 환위험헤지를 위해 계약한 파생상품 평가손실 등 2,754억 원으로 전년 대비 81억 원 감소하였고, 비유동부채는 공단임대보증금으로 357억 원이며 전년 대비 18억 원 감소하였다.

자산에서 부채를 차감한 순자산은 전년 대비 58조 2,537억 원이 증가한 890조 4,657억 원으로 나타났다. 기본 순자산은 1988년도에 국민복지연금에서 전입된 금액으로 3억 원이고, 적립금은 연금보험료수입에서 연금급여지급액을 차감한 연금급여적립금의 증가로 21조 8,940억 원이 증가하였다. 잉여금은 재정운영결과 △26조 4,616억 원이 발생하였다. 순자산조정은 국내외 주가 하락 등에 따른 투자증권 평가이익 감소 등으로 전년대비 106조 6,092억 원이 감소하였다.

|표 2-5-15| 국민연금기금 요약 [재정상태표]

(단위 : 억 원, %)

구 분	2022(당기) (A)	2021(전기) (B)	증 감	
			금액(C=A-B)	비 율(C/B)
자산합계(a)	8,907,768	9,490,404	-582,636	-6.1
Ⅰ. 유동자산	2,172,500	2,366,808	-194,308	-8.2
Ⅱ. 투자자산	6,728,683	7,117,817	-389,134	-5.5
Ⅲ. 기타비유동자산	6,585	5,779	806	13.9
부채합계(b)	3,111	3,210	-99	-3.1
Ⅰ. 유동부채	2,754	2,835	-81	-2.9
Ⅱ. 기타비유동부채	357	375	-18	-4.8
순자산(a-b)	8,904,657	9,487,194	-582,537	-6.1
Ⅰ. 기본순자산	3	3	-	-
Ⅱ. 적립금 및 잉여금	7,597,980	7,114,425	483,555	6.8
Ⅲ. 순자산조정	1,306,674	2,372,766	-1,066,092	-44.9

2. 국민연금기금 운용 및 성과

가. 투자 현황

2022년 말 시가 기준 국민연금기금의 규모는 890조 4,657억 원으로 금융 부문에 889조 8,353억 원, 복지 부문에 2,036억 원을 투자하고 있다. 채권과 주식의 비중은 각각 42.1%와 41.1%이며, 대체투자의 비중은 16.4%이다.

|표 2-5-16| 부문별 투자 금액과 비중(시가 기준)

(단위 : 억 원, %, %p)

구 분		2022		2021		증감	
		규모	비중	규모	비중	규모	비중
총계		8,904,657	100.0	9,487,194	100.0	-582,536	0.0
금융 부문 계		8,898,353	99.9	9,481,060	99.9	-582,706	0.0
주식	소계	3,662,671	41.1	4,224,324	44.5	-561,654	-3.4
	국내	1,253,730	14.1	1,658,077	17.5	-404,346	-3.4
	해외	2,408,940	27.1	2,566,248	27.0	-157,307	0.1
채권	소계	3,744,738	42.1	4,038,870	42.6	-294,133	-0.5
	국내	3,111,856	34.9	3,399,907	35.8	-288,052	-0.9
	해외	632,882	7.1	638,963	6.7	-6,081	0.4
대체투자		1,462,322	16.4	1,193,054	12.6	269,268	3.8
단기자금		20,171	0.2	24,811	0.3	-4,640	-0.1
복지 부문		2,036	0.02	2,005	0.02	31	0.00
기타 부문		4,267	0.05	4,128	0.04	139	0.01

주 : 1) 기타 부문은 일반사업회계자산, 기금보관금에서 공단임대보증금 및 미결제 조정 금액을 차감한 금액임
2) 반올림에 의한 단수 차이 있음

나. 수익률 현황

2022년도 국민연금기금의 금액가중 수익률은 -8.22%이고, 수익금은 -79조 5,518억 원이다. 최근 3년간 연평균 수익률은 3.28%이고, 1988년~2022년 말 기준 누적수익률은 5.11%이며 동 기간 수익금은 451조 2,840억 원이다.

주요 투자 자산군별 2022년도 수익률을 살펴보면, 주식은 -16.32%, 채권은 -5.45%, 대체투자는 8.94%를 기록하였다. 최근 3년간 연평균 수익률은 주식 5.87%, 채권 -1.57%, 대체투자는 11.56%를 기록하였다.

|표 2-5-17| 국민연금기금 수익률 및 수익금

(단위 : %, 억 원)

구 분	2022		2021		3년 평균 ('20.~'22.)	5년 평균 ('18.~'22.)	연평균 ('88.~'22.)	
	수익률	수익금	수익률	수익금	수익률	수익률	수익률	누적수익금
전체	-8.22	-795,518	10.77	912,144	3.28	3.94	5.11	4,512,840
금융부분	-8.24	-795,671	10.79	912,119	3.28	3.94	5.04	4,313,611
채권전체	-5.45	-219,101	-0.16	-6,229	-1.57	0.66	3.32	1,649,140
국내채권	-5.56	-186,277	-1.30	-43,448	-1.80	0.48	3.33	1,511,142
해외채권	-4.91	-32,824	7.09	37,218	-0.09	2.01	3.24	137,999
주식전체	-16.32	-703,004	19.22	694,677	5.87	5.50	6.73	1,852,238
국내주식	-22.76	-374,559	6.73	109,746	4.41	1.77	5.22	776,256
해외주식	-12.34	-328,445	29.48	584,932	6.93	8.53	8.50	1,075,982
대체투자	8.94	116,197	23.80	224,174	11.56	11.27	9.94	792,893
단기자금	-0.86	-307	1.10	467	0.13	0.75	3.09	15,861
공공 부문	-	-	-	-	-	-	8.26	190,827
복지 부문	-0.27	-5	-2.19	-38	-1.72	-1.57	5.83	5,992
기타 부문	1.15	158	0.46	63	0.75	0.85	1.43	2,409

3. 국민연금기금 위탁운용 현황

2022년 말 기준 국민연금기금의 위탁운용자산은 시가 기준 425조 6,898억 원으로 금융 부문 자산 중 47.8%를 차지하고 있으며, 2021년 말(431조 7,513억 원, 45.5%) 대비 2.3% 증가한 규모이다.

|표 2-5-18| 국민연금기금 위탁운용 금액 및 비중 추이

(단위 : 시가 기준, 억 원, %, %p)

구 분	2022년 말(A)		2021년 말(B)		증감(A-B)	
	금액	비중[1]	금액	비중[1]	금액	비중
채권	784,229	20.9	808,476	20.0	-24,247	0.9
국내	456,361	58.2	470,808	58.2	-14,447	0.0
해외	327,868	41.8	337,668	41.8	-9,801	0.0
주식	2,059,724	56.2	2,370,623	56.1	-310,899	0.1
국내	633,636	30.8	815,180	34.4	-181,544	-3.6
해외	1,426,088	69.2	1,555,443	65.6	-129,356	3.6
대체투자	1,412,945	96.6	1,138,414	95.4	274,531	1.2
위탁운용 계[2]	4,256,898	47.8	4,317,513	45.5	-60,615	2.3

주 : 1) 해당 자산별 위탁운용 비중이며, 위탁운용 계는 금융 부문에서의 비중
2) 단기자금은 직접투자만 존재

4. 2022년도 국민연금 주식의결권 행사 내역

국민연금은 2022년 총 825회의 주주총회에 참석하여 3,439건의 상정안에 대하여 의결권을 행사하였다. 행사 내역별로는 찬성 2,625건(76.3%), 반대 803건(23.4%), 중립/기권 11건(0.3%)을 행사하였다.

|표 2-5-19| 국민연금 주식의결권 행사 내역

(단위 : 건수, %)

연도	행사 주주총회수	행사 안건 수	행사 내역					
			찬성		반대		중립/기권	
			건수	비중	건수	비중	건수	비중
2022년	825	3,439	2,625	76.3	803	23.4	11	0.3
2021년	773	3,378	2,808	83.1	549	16.3	21	0.6
2020년	854	3,397	2,854	84.0	535	15.8	8	0.2
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

주 : 지분율 1% 이상 또는 보유 비중 0.5% 이상 기업을 대상으로, 수탁자 책임 활동에 관한 의결권 행사

Ⅳ 국민연금기금의 주요 정책 과제

1. 적극적 투자 다변화 및 운용성과 창출 기반 마련

국민연금기금의 적립금 규모는 2022년 말 기준 약 889조 8,353억 원이며, 2041년까지 지속적으로 늘어날 것으로 예상된다.

기금 규모의 증가에 따라 주식 · 채권 등 전통적 금융 상품에 대한 투자에서 탈피하여 대체투자 등 투자 대상을 다변화할 필요성이 증가했으며, 특히 기존 국내 채권 중심의 투자에서 장기수익률을 높이기 위한 주식, 대체투자 등 위험자산 투자를 확대하였다.

또한, 국민연금 규모가 급증함에 따라 국내 투자에 따른 시장 영향력이 커지는 점을 감안하여, 분산투자를 통한 수익률 제고를 위해 해외투자 확대를 추진하였다.

이를 위해 매년 5년 단위로 국민연금 중기자산배분(안)을 마련하여 투자 다변화를 꾸준히 추진하였다. 가장 최근에 수립한 중기('23.~'27.) 자산 배분(안)은 향후 5년간 경제성장률과 물가 상승률 등을 고려하여 목표수익률을 5.4%로 정하였고, 이를 달성하기 위한 최적 포트폴리오를 주식 55% 내외, 채권 30% 내외, 대체투자 15% 내외로 정하였다. 특히, 기금운용위원회 결정에 따라, 수익성 제고 및 위험 분산을 위해 그간 추진해 온 해외투자, 대체투자 확대 등 투자 다변화 기조를 유지하고, 기금의 해외투자 비중을 2022년 말 47.9%에서 2027년 말 60% 내외 수준까지 확대해나갈 예정이다.

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. 최근 5년(2018년~2022년) 간 총 102명을 증원하여 국민연금 지속가능성 제고를 위한 기금 장기 수익률 제고를 추진하고 있다.

또한, 해외투자 규모가 급속히 증가함에 따라 해외투자 인프라를 지속 확충하고 있다. 2014년에 이어 2020년 해외투자 종합계획(2020-2024)에서는 투자 다변화 방향성을 고려한 '조직 및 인력 운영계획'을 수립하고 해외투자 전문 인력 확충을 위한 노력을 지속하였다. 그 결과, 국내투자

전문 인력이 2014년 56명에서 2022년 76명으로 36%(20명) 증가한 데 반해, 해외투자 전문 인력은 2014년 51명에서 2022년 147명으로 188%(96명) 증가하였다. 그리고 2014년 2개 사무소(뉴욕, 런던) 총 9명에 불과했던 해외사무소 인력을 2015년 8월 싱가포르사무소 개소 이후, 2022년 3개 사무소 총 68명(현지 펀드매니저 10명 포함)으로 대폭 확충하였다. 향후 해외투자에 있어 기금운용본부는 포트폴리오 기획 및 심사를 강화하도록 하고, 해외사무소는 현재 본사와의 협업을 통해 투자기능을 분담하고 있으며, 투자결정 권한 일부 위임 등 해외사무소의 기능과 역할을 강화할 예정이다.

또한, 2021년 내부 인력을 해외투자인력으로 경력 전환하고, 경력개발 기회를 체계적으로 제공하기 위하여 『기금운용직 경력개발프로그램(NPS WING Program)』을 도입하였다. 2022년부터 매년 잠재력을 갖춘 신규 주임운용역을 채용하여 투자부서 순환근무와 부서 배치를 통한 도제식 직무현장훈련(OJT)을 통해 현장 중심 실무역량을 갖춘 인재로 양성하고 있다. 국민연금 해외투자의 거점인 해외사무소를 중심으로 구성된 맞춤형 전문 연수를 통해 현지 글로벌 운용사 및 해외 연기금과 네트워크를 형성하고 운용전략 등을 벤치마킹하여 글로벌 자산운용 역량을 지속적으로 강화해 나갈 예정이다.

2. 기금의 장기적 안정성 및 수익성 제고

기금운용위원회의 안건 심의를 지원하기 위해 도입된 국민연금기금운용전문위원회 및 상근전문위원제도를 내실화하여 기금운용위원회의 전문성과 독립성을 제고하고, 기금을 안정적이고 효과적으로 관리 · 운영할 수 있는 운용 체계 구축을 통해 국민의 노후자금을 안정적으로 보장함으로써 국민의 신뢰를 높여갈 필요가 있다.

아울러, 환경 · 사회 · 지배구조(E · S · G)를 고려한 기금의 책임 투자 및 적극적 주주활동 등 수탁자책임활동 강화를 충실히 이행함으로써 기금의 장기적 수익을 제고하고 주주가치를 증대할 수 있는 방안을 지속적으로 모색해 나가야 한다.

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 49.1%('22. 12. 당월 기준)만 국민연금을 수급하고 있고, 평균 수급액도 약 53.3만 원(특례 · 분할연금 제외) 수준으로 노후 보장 수단으로서 충분하지 못하다. 2008년에는 국민연금을 보완해 노후소득 보장 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. 기초연금제도는 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.

집필자 기초연금과장 조승아

참고 2022년 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 180만 원, 부부 288만 원) 이하
    * 직역연금(공무원 · 사학 · 군인 · 별정우체국 등) 수급권자 및 배우자는 제외
      다만, '직역연금 특례대상자'는 월 153,750원(기준 연금액의 50%) 지급
- **지급현황** 624만 명('22. 12. 기준)
  * ('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→('20. 12.) 566.0만 명→('21. 12.) 597.3만 명
- **연금액**
  - 기초연금액
    - 국민연금 · 직역연금 · 연계연금 등의 수급권이 없는 무연금자는 307,500*원 산정
    - 국민연금 수급권자 등은 국민연금 A급여**, 월 연금액*** 등에 따라 153,750~307,500원 산정
      * 기준연금액 = 2022년 1월~12월 월 307,500원
      ** 2022년 산식 = (307,500원 - 2 / 3A급여액) + 153,750원
      *** 국민연금액 등이 461,250원(기준연금액의 150%) 이하인 경우 기초연금액 307,500원으로 산정
  - 월 급여액
    - 개인별 기초연금액을 가구 유형 및 소득 인정액에 따라 감액하여 지급

Ⅱ 운영 현황 및 성과

2014년 7월부터 도입 · 시행된 기초연금은 2022년 12월 기준 만 65세 이상 어르신 중 총 623.9만 명에게 매월 최대 307,500원이 지급되고 있다. 이 중 89.5%에 달하는 분들이 307,500원(부부감액 제외)전액을 지급받고 있으며, 나머지 10.5%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 원, 2020년 13조 1,546억(국비기준) 원, 2021년 14조 9,414억(국비기준), 2022년 16조 917억(국비기준) 원이 소요되었다.

기초연금 도입('14. 7.) 이후, 기존 약 21만 원 수준인 기준연금액을 2018년에는 25만 원으로 인상하였으며, '저소득층 일자리 · 소득지원 대책('18. 7.)에 따라 기초연금법 개정('19. 1. / '20. 1.) 및 소요예산 확보 등을 추진하여 2019년 4월 소득하위 20% 어르신에게, 2020년 1월 소득하위 40% 어르신에게, 2021년 1월 소득하위 70% 어르신에게 기준연금액을 월 30만 원으로 인상하여 단계적으로 확대 지급하였다. 한편, 2022년 기초연금의 기준연금액은 전년도 소비자물가상승률 2.5%를 반영하여 307,500원으로 인상되었다. 이를 통해 노인 상대빈곤율*은 2013년 46.3% → 2021년에는 37.6%로 감소하는 추세*이다.

* 출처 : 2022년 가계금융복지조사(통계청), 자료갱신일 : 2022. 12. 1.

한편, 기초연금수급자를 대상으로 기초연금을 주로 어디에 쓰는지, 수급 후 생활 변화 및 만족도 등을 조사한 결과*, 식비(35.0%) · 보건의료비(33.4%) · 주거비(19.9%)에 가장 많이 쓰고 있는 것으로 나타났다. 또한, "병원에 가는 것에 대한 부담이 줄었다"(1~5점, 3.4점), "내가 원하는 것을 살 수 있게 되었다"(1~5점, 3.1점%)라는 응답이 많아 기초연금 수급 어르신의 삶의 질 개선에 효과가 있었던 것으로 분석되었다. 아울러, 대부분의 수급 어르신들은 "기초연금이 생활에 도움이 된다"(63.3%)라고 답변하는 등 기초연금에 대해 긍정적으로 평가하고 있다.

* 출처 : 기초연금수급자 2,000명 대상 전화조사 결과('22. 국민연금연구원)

Ⅲ 기초연금제도의 내실화

더 많은 노인에게 기초연금 혜택을 드리기 위해 지속적으로 제도를 개선하고 있으며 기존 기초연금 신청안내 및 수급자 관리도 효율적으로 운영하기 위해 노력하고 있다.

첫째, 생활이 어려운 독립 · 국가 유공자의 노후소득 보장을 위하여 기초연금 소득공제를 확대('22. 8월~)하였다.

구체적으로 독립 · 국가 유공자 등 일부 수당 수령자에게만 적용하던 기초연금 소득공제를 독립 · 국가유공자 등 보상금의 최대 43만 원까지 확대 적용('22. 8월~)하여 '22년도 보훈급여를 받고 있는 신규수급자 9,123명 중 3,488명에게 혜택을 주어 국가를 위해 헌신하신 어르신들의 노후소득을 보다 두텁게 보장하고 생활 안정에 기여하였다.

둘째, 기초연금 신청 접근성을 높이기 위해 인프라를 확대('22. 9월~)하였다.

기존에는 기초연금 신청은 신청자의 주소지 관할 지자체에서만 가능했었으나 차세대 사회보장정보 시스템 개통('22. 9.)에 맞춰 전국 어디서나 신청이 가능하도록 접수처를 확대 개편하여 신청의 편의성을 제고하였다.

셋째, 기초연금 수급자 확대를 위한 **신청안내** 및 빈틈없이 수급자를 관리하기 위한 **확인조사 등을 국민연금공단에 위탁**하여 **실시**('14. 6월~)하여 다양한 사업을 내실 있게 운영하였다.

기초연금 대상이 되는 65세 이상 어르신이 빠짐없이 기초연금을 지급받을 수 있도록 신청안내를 강화하고 있으며, 중점안내대상자*에 대한 집중 안내 및 기초연금 정보 소외계층 적극 발굴**을 통해 기초연금 수급 사각지대 최소화를 위하여 노력하고 있다.

* 65세 도래자, 탈락 이력 보유자, 맞춤형 재안내 대상자(상담 후 미신청자)
** 65세 도래 당시 적용제외(국외 이주 등) 대상이었으나 이후 제외 사유가 해소된 자, 소득단절자 등

아울러, 거동이 불편하거나 원거리 거주 또는 생업종사 등으로 방문 신청이 어려운 수급희망자에게 국민연금공단의 '찾아뵙는 서비스'를 연계하여 제공('22년 431건)함으로써 기초연금 신청 · 접수를 지원하고 있다.

그 결과로 2022년 65세 도래자 등 109만 명을 발굴하여 신청 안내하였고, 이 중 57.6만 명(52.6%)이 기초연금을 신청, 최종 37.2만 명(34.0%)에게 수급 기회를 제공하는 등 상당한 성과를 거두었다.

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 운영하여 2022년에 9.4만 명에게 신청안내 하여 4.5만 명이 신청, 1.5만 명(15.7%)이 수급하는 등 수급률 제고를 위해 노력하였다.

기초연금 수급자를 대상으로 중점확인대상자 확인조사 및 지자체 요청에 따른 수시조사 등 사후관리를 통해 3.6만 건의 현장확인조사 등을 실시하였고 이 중 수급권 변동이 필요한 0.2만 건(5.6%)의 부적합 사례를 확인하여 부적정수급을 사전 예방하였다.

또한, TV · 라디오 광고 및 유튜버 협업 컨텐츠를 제작하여 기초연금 제도를 홍보하였다. 아울러 국민연금공단 SNS, 유튜브, 기초연금 홈페이지 등에 모의계산 활용방법, 기초연금 신청 방법 안내 영상을 제작 · 공유하는 등 기초연금 제도 및 신청안내 관련 정보제공을 강화하였다.

넷째, **취약계층** 기초연금 수급자 확대를 위하여 지방자치단체와 협력하여 수급대상자를 **발굴하는 등 적극적인 노력**을 기울이고 있다.

'한 분의 어르신이라도 더' 기초연금 등 복지혜택을 드리고자 지방자치단체, 국민연금공단 등과 협력하여 거주불명등록자에 대한 신규 기초연금 수급대상자 발굴조사를 실시하였다.

그 결과 2022년 주민등록상 거주불명등록자 중 1.6만 명을 선정하여 발굴 가능성이 있는 564명에게 신청 안내하였으며 이 중 149명(25.0%)이 기초연금을 신청, 105명(18.6%)이 수급자로 선정되었다.

다섯째, 지자체 기초연금사업 담당자 및 국민연금공단 직원 직무역량 강화를 위해 2022년 기초연금 교육운영사업을 한국보건복지인재원에 위탁하여, 집합 · 비대면 교육 및 이러닝 교육 등 총 7과정 18회 1,972명의 교육을 진행하였다. 교육 과정에서 만족도는 평균 4.47점을 기록하였으며, 변화하는 정책 · 환경에 대한 적시성 있는 교육으로 현장 대응력을 제고하고, 중앙부처 · 지자체 · 유관기관 등 쌍방향 소통을 통해 직무교육을 내실화하였다.

제4절 국민연금과 직역연금 간 연계제도

Ⅰ 개요

1. 도입 배경

그간 공무원연금, 사학연금 등 직역연금 간에는 연금 가입 기간을 합산하는 「재직기간 합산제도」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 박정우

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 공적연금 연계제도는 직업 이동에 따른 노동시장의 유연성 강화와 국민의 안정된 노후생활을 도모할 수 있다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있다.

2. 주요 내용

「연금연계법」의 시행으로 국민연금과 직역연금(공무원연금, 사립학교교직원연금, 군인연금 및 별정우체국직원연금)의 연금을 수령하기 위한 최소 가입기간을 채우지 못하고 연금제도간 이동하는 경우 각 가입기간을 합하여 10년*(「군인연금법」에 따른 복무기간을 연계기간으로 포함하여 계산하는 경우는 20년)이상이면 연계급여**를 받을 수 있도록 하는 국민의 노후생활을 보장하고자 하는 제도이다.

* 2021. 8. 17. 연금연계법 개정으로 연계급여 수급을 위한 최소 연계기간 완화(20년 → 10년) 단, 군인연금 복무기간 포함 또는 직역연금 기관 퇴직일이 2016. 1. 1. 이전인 사람은 20년

** 공적연금의 가입기간을 합하여 10년(군인연금 복무기간 포함 또는 직역연금 기관 퇴직일이 2016. 1. 1. 이전인 경우는 20년) 이상인 경우 각 가입기간에 비례하여 2개의 연금제도에서 각각 지급하는 급여

가. 연계의 기본 원칙 : 연결통산방식

연계 제도는 각 연금제도의 기본 틀을 변경하지 않은 상태에서, 국민연금과 각 직역연금의 가입기간만 합산하고 급여는 각 연금의 가입 기간에 기초하여 각기 산정 · 지급하는 연결통산방식을 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 연결통산 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 10년 이상, 65세 이상이 된 때

연계 신청을 한 자가 국민연금 가입 기간과 직역연금 재직 기간을 합한 기간이 10년 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{1.305(A + B)} × N/20(2021년 기준)

N = 가입 기간(1년 미만이면 1개월을 12분의 1로 계산함)

A = 전체 가입자 3년간 평균 소득월액의 평균액

B = 가입자 개인의 기준 소득월액의 평균액

※ 비례상수(1.305) : 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 연계퇴직유족연금을 지급하되, 연금제도마다 유족연금과 관련된 규정이 상이하므로 각 연금법에 따라 개별적으로 유족연금이 지급된다.

연계노령유족연금은 연계노령연금 수급권자가 사망한 경우 유족에게 기본연금액의 40%(국민연금 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 대상자로 포함

연계 신청 대상을 「연금연계법」 시행 전까지로 한정한 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 적정한 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 가입기간을 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.

4. 2021년 국민연금과 직연연금의 연계에 관한 법률 및 하위법령 개정 추진 ('22. 2. 15. 시행)

「국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률」 일부개정법률안('21. 8. 17. 공포, '22. 2. 18. 시행)에 따라 ▲국민연금과 직역연금 가입기간 합산 요건을 10년으로 완화하고 ▲연계급여심의위원회를 공적연금연계협의체로 전환하게 된다.

Ⅲ 운영 실적

공적연금 연계 제도 시행 이후 연계 신청자 및 연계급여 수급자는 꾸준히 늘어나고 있다. 2022년 12월 말 기준으로 연계 신청자는 36,764명, 수급자는 4,069명으로 2009년 제도 시행 이후 누적 연금지급액은 2,361억 원이다.

|표 2-5-20| 연계 신청자 및 수급자 현황

(누계 기준 : '22. 12. 단위 : 명, 천 원)

구분	신청자	수급자	지급액		
			계	국민연금	직역연금
2022년	36,764	4,069	236,133,606	121,142,383	117,991,223
2021년	31,155	3,239	184,684,330	88,514,765	'96,169,564
2020년	25,576	2,650	142,671,568	64,402,787	78,268,781
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 36,764명 중 국민연금에서 직역연금 이동자는 20,723명(56.33%)이고, 직역연금에서 국민연금 이동자는 16,041명(43,63%)으로, 직역 퇴직 후 국민연금에 가입한 상태에서 연계 신청을 많이 하고 있다. 공무원연금 및 사학연금에서 국민연금으로의 이동자가 14,545명으로, 전체 이동자의 39.6%를 차지하고 있다.

|표 2-5-21| 연계 신청자 이동 현황

(누계 기준 : '22. 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	36,764	20,723	12,956	7,706	30	31	16,041	7,587	6,958	1,484	2

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 장기소득보장제도로서 전 생애의 관점에서 적정한 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 국민 연금시대에 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. 2022년 12월 말 기준 국민연금 당연가입자(임의(계속)가입자 제외) 2,163만 명 중 306만 명이 실직 · 휴직 · 사업 중단 등의 사유로 인한 연금보험료 납부예외자이고, 88만 명이 장기체납자이다.

집필자 국민연금정책과장 박재만

1999년 4월부터 국민연금이 전 국민으로 확대 · 시행된 이후 지속적으로 납부예외자 및 장기 체납자를 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% 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 연금보험료를 지원하는 두루누리 제도를 통해 신규가입자의 보험료 80%를 지원하여 신규 가입 유인을 확대하고, 지원대상 근로자 월 소득기준을 230만 원까지 상향하여 지원대상자를 확대하였다.

둘째, 구직급여 수급자의 연금보험료 75%를 지원하고, 구직급여 수급 기간을 국민연금 가입기간으로 인정하는 실업크레딧제도를 도입 · 시행하고 있다.

셋째, 고용노동부 일용근로내용확인신고서, 국세청 일용근로소득지급명세서 자료 및 특수형태근로종사자 등의 공적자료 연계를 강화하고 적극적으로 가입안내를 실시하여 국민연금가입자 확충을 추진하였다.

넷째, 사업장의 국민연금보험료 체납으로 인한 근로자의 피해를 최소화하기 위해 기존 1회 실시하던 체납 사실 안내를 최대 3회까지 확대하여 실시하였고, 기여금 개별납부 기한을 10년 이내에서 납부기한을 폐지하는 것으로 개선하였다.

다섯째, 연금 사각지대에 있는 저소득 지역가입자 납부예외자의 납부예외 장기화를 방지하고 가입기간 확보를 통해 노후소득을 보장할 수 있도록 '저소득 지역가입자 보험료 지원'에 대한 법적 근거를 마련하였으며, '22년 7월부터 보험료를 지원하고 있다.

여섯째, 일용 · 단시간근로자의 국민연금보험료 부담완화를 통한 가입 확충을 위해 월 일정 소득(220만 원) 이상 일용 · 단시간근로자도 국민연금 사업장 가입 대상으로 확대하였다('22. 1. 1. 시행).

Ⅱ 제5차 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 재정계산제도를 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 재정계산에서는 재정 안정화보다는 국민연금제도 운영의 중장기 방향을 설정하는 데 주안점을 두었다. 제도 개선안으로는 기준 소득월액 상 · 하한 현실화, 급여 수준의 합리화, 사각지대 해소, 공 · 사연금 제도의 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, 국민연금 기금운용의 선진화 등이 제시되었다.

2018년에는 제4차 재정계산이 실시되어. 약 1년여 간의 치열한 논의를 통해 제4차 국민연금 재정추계 결과 및 국민연금 제도와 기금운용의 발전을 위한 전문가 권고안을 발표하였다('18. 8.). 또한 전국 주요 권역별 대국민 토론회와 주요 지역별 간담회, 온라인을 통한 의견수렴 및 전화설문조사 등을 약 2달여 간에 걸쳐 대대적으로 실시하였으며, 이를 통해 수렴된 국민의 의견을 적극 반영하여 제4차 종합운영계획을 수립하였으며 종합운영계획에는 노후소득보장과 지속 가능성 제고를 위한 보험료율-소득대체율 조정방안을 4가지로 제시하였고, 기타 공적연금의 제도개선 방안으로 신뢰도 제고방안, 사각지대 해소 방안, 다층노후소득보장체계 강화 방안 등을 제시하였다.

2022년 8월, 보건복지부는 국민연금 개혁 추진을 위한 기초작업으로 장기재정을 추계하고 재정안정화 등 제도개선방안을 마련하기 위해 제5차 재정계산 추진계획을 발표하였다. 논의의 기초가 되는 장기재정전망 도출을 위해 재정추계전문위원회를 구성하였으며, 국민연금제도 전반에 걸친 발전방향 및 개선과제 논의를 위한 재정계산위원회를 11월부터 구성하여 논의에 착수하였고, 기금운용발전전문위원회도 기금의 중장기 운용방향과 개선방안에 대해 심도있는 논의를 진행 중이다.

각 위원회의 재정추계 결과와 제도개선 방향을 바탕으로 2023년 10월까지 제5차 국민연금종합운영계획을 수립할 예정이며, 사회적 합의를 기반으로 지속가능하고 신뢰받는 노후소득보장 제도가 될 수 있도록 제도개선을 추진해 나갈 것이다.

2022

보건복지백서

THE HEALTH AND WELFARE
WHITE PAPER 2022

CHAPTER

제6장

보건의료정책

제1절 보건의료정책

제2절 의료자원정책

제3절 의약품 정책

제4절 공공보건의료정책

제5절 비감염성질환 관리

제6절 암질환 관리

제7절 응급의료정책

제8절 생명윤리정책

제9절 혈액 · 장기 정책

제6장 보건의료정책

제1절 보건의료정책

Ⅰ 개요

우리나라 보건의료체계는 민간 위주의 의료공급체계와 건강보험 당연지정제 및 수가제도를 통한 의료서비스 가격 관리가 특징이다.

2020년 기준 기대수명 83.5년(OECD 평균 80.5년), 영아사망률 2.5명(OECD 평균 4.1명, 인구 천 명당) 등 대표적인 건강지표가 OECD 평균보다 높아 의료서비스 및 의료인력의 질적 수준이 높다고 할 수 있으며, 국민 1인당 외래진료 횟수는 연간 14.7회('20. 기준 OECD 평균 5.9회)로 의료접근성이 매우 높다. 반면 국민총생산(GDP) 대비 국민 의료비 지출 비율은 8.4%('20.)로 OECD 평균(9.7%)과 비교하면 여전히 낮아 보건의료 체계의 비용 효과성은 모범적인 수준으로 평가되고 있다.

한편 지방 의료기관의 의료인력 부족, 진료과목·병상 등 의료자원 분포의 불균형, 진료 기능 및 중증도에 따른 종류별 의료기관 기능 미정립으로 인한 의료기관 간 무한 경쟁 구조에 대한 개선이 지속적으로 요구되고 있다.

또한, 인구 고령화로 인해 노인 의료비가 증가하는 추세에 있으며, 신종 감염병과 환경질환 등 새로운 건강 위협 요인이 빠르게 늘고 있어 보건의료 체계의 지속가능성을 높이고 환경 변화에 대응해야 한다는 요구가 증가하고 있다.

집필자 보건의료정책과장 차전경

이에 따라 2022년도 보건의료정책은 국민의 생명과 건강을 지키는 필수의료 강화, 생애주기별 건강투자 확대, 감염병 대응체계 혁신, 건강보험 제도의 지속가능성 제고 등을 을 중점적으로 추진하였다.

Ⅱ 의료의 질 관리

1. 의료기관인증제

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 의료기관평가제도의 문제점을 개선하고 의료기관의 자발적이고 지속적인 질 향상을 유도하기 위해 2008년 '의료기관인증제'를 국정 과제로 선정하였으며, 운영 실태 점검과 정부 업무평가위원회의 심의를 거쳐 개선 방안을 마련하고 다양한 이해 관계자가 참여하는 '의료기관평가인증추진위원회'를 운영하여 의료기관인증제로의 전환을 추진하였다.

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 의료기관인증제가 시행되었다. 2020년 3월「의료법」개정('20. 3. 4. 법률 제17069호)을 통하여 인증 취소 조건 강화, 사후관리의 법적 근거를 마련하였다.

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 발급하고 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. 운영

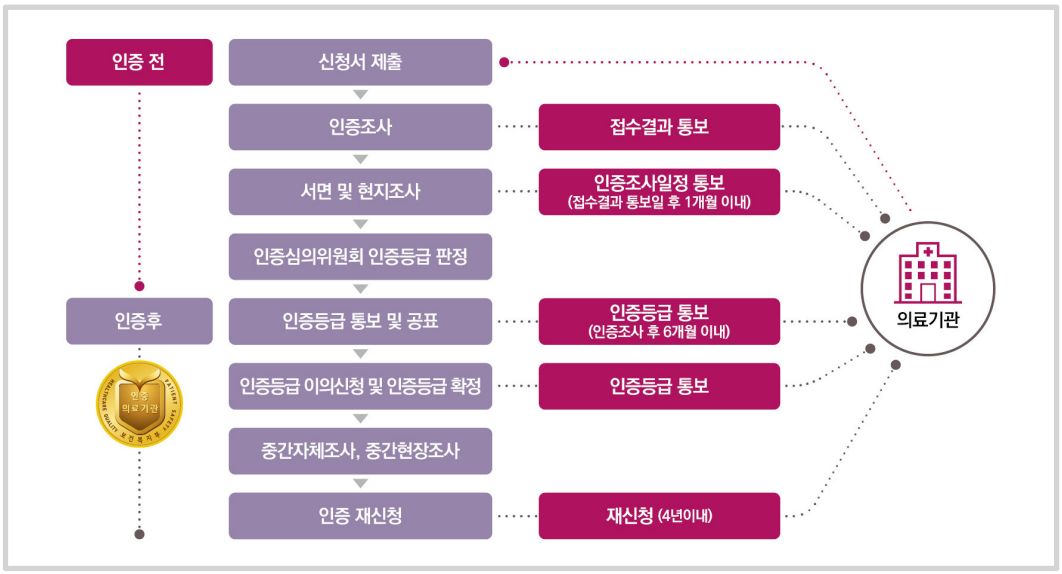
의료기관 인증에 관한 주요 정책을 심의하기 위하여 의료기관 단체, 노동계 · 시민단체 · 소비자단체, 보건의료 전문가, 정부 등이 참여하는 보건복지부 소속의 '의료기관인증위원회'를 두고 있다.

의료기관평가인증원은 의료법 제58조11에 근거하여 설립되었고, 종별 인증 기준 개발 및 시행, 조사위원 교육, 결과 분석 · 종합 및 평가 결과 공표 등의 업무를 보건복지부로부터 위탁받아 의료기관 인증제의 전문성과 공정성을 기하고 있다.

의료기관 인증제는 의료기관의 신청에 의해 조사 일정을 수립하여 현지 조사를 실시한 후, 조사 결과 및 인증 등급에 관한 이의신청 절차를 거쳐 최종적으로 인증 등급을 공표하고 인증서를 발급하는 절차로 운영된다. 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 의료기관이 인증 후에도 지속적으로 기준을 준수하도록 유도하고 있다. 인증 의료기관은 유효기간 내에 인증기준에 따라 자체점검하거나 조사위원에 의한 현장조사를 받게 되고, 인증 획득 시 제출한 개선 계획에 대한 개선 활동 결과 보고서를 제출하는 등의 '중간자체조사, 중간현장조사, 수시조사 등'의 '사후관리'를 강화하여 시행하고 있다.

|그림 2-6-1| 의료기관 인증 절차



의료기관 인증기준은 국제 수준에 부합하는 의료의 질 향상 및 환자 안전의 수준 제고를 목표로 개발하였고, 국제인증을 획득(IEEA, 2018년 개정 공표된 3주기 급성기병원 인증기준)하였다. 그리고 메르스 이후 의료기관 내 감염 예방 및 관리 활동 내용을 지속 강화하여, 현재 4주기 급성기병원 인증기준은 4개 영역, 13개 장, 92개 기준, 512개 조사 항목(일반병원 · 종합병원 · 상급종합병원)으로 구성되어 있다.

|그림 2-6-2| 의료기관 인증 조사 기준



의료기관의 인증 등급은 인증, 조건부 인증, 불인증의 3개 등급으로 구분되며, 정부는 인증 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(4주기 급성기병원)

<table>
<tr><th rowspan="2">등급</th><th rowspan="2">인증 기간</th><th rowspan="2">종별</th><th rowspan="2">1. 필수 항목</th><th colspan="3">조사 항목 평균 점수</th><th rowspan="2">비고</th></tr>
<tr><th>2. 전체</th><th>3. 기준별</th><th>4. 장별</th></tr>
<tr><td rowspan="3">인증</td><td rowspan="3">4년</td><td>병원</td><td rowspan="3">'하' 없음</td><td rowspan="2">8점 이상</td><td rowspan="3">모든 기준
5점 이상</td><td>모든 장
7점 이상</td><td rowspan="3">1~4
모든 조건
충족해야 함</td></tr>
<tr><td>종합병원</td><td rowspan="2">모든 장
8점 이상</td></tr>
<tr><td>상급종합병원</td><td>9점 이상</td></tr>
<tr><td rowspan="3">불인증</td><td rowspan="3">-</td><td>병원</td><td rowspan="3">'하' 1개 이상</td><td rowspan="2">7점 미만</td><td>5점 미만
3개 이상</td><td rowspan="2">7점 미만
1개 이상</td><td rowspan="3">1~4 중에서
한 개라도
해당되면
불인증</td></tr>
<tr><td>종합병원</td><td>5점 미만
2개 이상</td></tr>
<tr><td>상급종합병원</td><td>8점 미만</td><td>5점 미만
1개 이상</td><td>8점 미만
1개 이상</td></tr>
<tr><td>조건부 인증</td><td>1년</td><td colspan="6">필수 항목에서 '하'가 없으면서, 조사항목 평균점수
(전체, 기준별, 장별)가 인증과 불인증에 해당되지 않는 모든 경우</td></tr>
</table>

라. 기대효과

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, 인증 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 인증조사기준을 적용하여 인증조사를 시행하고 있으며, 이로 인해 의료기관 내에 보다 안전한 의료 환경 조성과 질 높은 의료서비스 제공 체계를 유도할 것으로 기대하고 있다.

마. 주요 성과

2022년 12월 기준으로 병원급 의료기관 중 1,873개소에 대한 인증 조사를 완료하여 1,751개소가 인증을 획득하였다. 종별로 보면 상급종합병원 45개소, 종합병원 204개소, 병원 99개소, 병원(재활의료기관) 51개소, 치과병원 11개소, 한방병원 20개소, 요양병원 1,281개소, 정신병원 49개소였다. 지역별로는 경기 368개소, 부산이 208개소로 가장 많았고, 서울, 경남 등의 순서였다.

인증 유효기간(4년) 동안 인증받은 의료기관의 환자 안전의 지속적 유지 및 의료 질 향상을 위한 노력을 독려하고자, 인증 후 21개월~36개월 사이에 중간현장조사를 실시하고 있다. 2022년 12월말 2,487개소(상급종합병원 80개소, 종합병원 251개소, 병원 121개소, 병원(재활의료기관) 23개소, 치과병원 10개소, 한방병원 11개소 요양병원 1,991개소)에 대해 중간현장조사를 완료하였다.

|표 2-6-2| 소재지별 인증 현황 누계

('22.12. 기준, 단위 : 개소)

구 분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	세종
계	1,760	196	208	95	84	75	64	39	368	36	52	77	92	99	116	139	17	3
상급종합병원	45	14	4	4	3	2	1	1	5	2	1	2	2	1	-	3	-	-
종합병원	204	32	19	8	13	5	8	1	49	7	10	6	8	8	14	9	6	1
병원	99	31	13	8	6	4	3	-	22	-	2	-	1	3	1	4	1	-
병원 (재활의료기관)	51	4	7	6	3	4	4	-	11	1	3	2	1	-	1	3	1	-
치과병원	11	4	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	3	-	1	-	-
한방병원	20	5	1	1	1	1	1	1	4	-	1	1	1	-	-	2	-	-
요양병원	1,281	104	157	68	56	56	47	36	265	25	31	60	77	79	98	111	9	2
정신병원	49	2	7	-	2	2	-	-	11	1	4	6	1	5	2	6	-	-

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

의료기관의 코로나19 대응에 있어 인증이 매우 효과적으로, 인증 참여 활성화 필요성이 확산됨에 따라 2022년 8월 의료계, 학계, 시민사회단체 등 여러 이해관계자가 참여하는 인증혁신 TF를 재가동하였다. TF는 중소병원의 인증 참여 문턱을 낮춰 의료기관이 감염관리 역량 강화, 의료 질 향상 및 환자안전시스템 구축 등 인증의 혜택을 누릴 수 있도록 하고, 국민이 보다 안전한 의료서비스를 경험할 수 있도록 다양한 제도 개선방안을 논의하였다. 또한 2022년 12월 「팬데믹 이후 감염관리에서 의료기관 인증제도의 역할과 발전 방안」을 주제로 국회 토론회를 개최하여 의료기관 감염관리에 인증의 역할과 성과를 공유하고, 인증 활성화 필요성에 대한 사회적 공감대를 형성하였다.

한편 2022년 9월부터 2023년 2월까지 「의료기관 인증제도 성과 분석 및 결과 활용 방안 마련」 연구용역을 실시하여 지난 13년간 의료기관 인증제도의 성과를 분석하고 인증 참여 활성화를 위한 객관적 근거를 마련하였는데, 코로나19 전·후와 인증-미인증 병원 간의 성과를 비교한 결과 인증이 ①의료 질 향상 프로세스, ②고객서비스, 학습 성장 및 운영, ③코로나19 대응 감염관리 체계 구축에 긍정적임을 확인하였다.

코로나19 감염 재확산으로 인해 의료기관이 방역 및 치료역량을 집중할 수 있도록 감염병(거점)전담병원 및 일반 의료기관에 대해 인증 효력 유지 및 조사 연기 조치를 시행하였다. 또한, 코로나19 백신 예방접종 시행에 따라 의료기관의 업무량 폭증 및 의료진 피로도 등을 고려하여 한시적으로 중간현장조사 시행 기준에 대해 완화 조치를 적용하였다. 이외에 합리적인 인증조사 수행을 위해 코로나19와 관련한 판정 기준을 연장 조치 및 적용하였고, 장기화되고 있는 코로나19 상황에 대처하였다.

|표 2-6-3| 코로나19 상황고려 인증조사 판정 기준

주요 내용
• (적용 대상) '20년 1월 이후 코로나19 대응과 관련 있는 조사항목에 한함 - (시설) 외부인 출입제한으로 개·보수 미완료 시 계획으로 판정 - (교육 및 훈련) 방법을 변경하여 시행한 경우 인정 - (지표관리) 손위생 등 직접 관찰법에 따른 지표는 모니터링 방법을 변경하여 시행한 경우 인정
• (사후관리) 변경된 판정 기준에 따라 인증을 받은 경우, 해당 항목은 사후관리 시 변경 전 판정기준에 따라 이행 여부 확인

바. 향후 계획

인증혁신 TF를 통해 '중소병원 인증 활성화 방안'을 도출, 연내 공표하여 현재 11% 수준의 중소병원 인증 참여율을 높일 예정이며 그 밖에 의료기관, 조사위원, 환자 등 인증제도와 관련된 여러 이해관계자의 개선의견을 수렴하고 정책에 반영하여 보다 실효성 있는 인증제도 운영을 위해 노력하고자 한다.

또한, 의료기관 인증에 대한 대국민 홍보로 제도 인지도를 높여 국민들이 안전한 인증 의료기관을 믿고 찾을 수 있도록 하고, 인증의 다양한 성과를 지속적으로 확산하여 보다 많은 의료기관이 인증에 참여할 수 있도록 유도하여 국내 의료서비스 전반의 질 향상을 도모할 예정이다.

2. 「환자안전법」 시행

가. 추진 배경

2010년 5월 백혈병으로 항암제 치료를 받던 정종현 군이 투약 오류로 사망한 사고를 계기로 우리나라에서도 교차 투약이 발생하면 치명적인 결과가 발생할 수 있는 의약품 사용뿐만 아니라 의료관련감염 등 환자안전을 위협하는 위험으로부터 환자를 보호하기 위한 「환자안전법」 제정의 필요성이 대두되었고, 정부는 환자안전에 심각한 위해를 초래하는 유사한 사고의 재발을 방지하고 보건의료기관의 자발적이고 지속적인 질 향상을 유도하기 위한 제도를 마련해야 한다는 여론을 수렴하여 2015년 1월 28일 「환자안전법」(법률 제13113호)을 제정하여 공포, 2016년 7월 29일부터 시행하였다.

이후 제1차 환자안전종합계획의 원활한 추진과 국가 차원의 중대한 환자안전사고 관리체계 마련의 필요성이 제기되면서 환자안전사고 실태조사 실시 및 중대한 환자안전사고에 대한 보고를 의무화하는 등의 내용을 골자로 하는 「환자안전법」 일부개정법률안(법률 제16893호)이 국회를 거쳐 2020년 1월 공포되었고, 일부 제도가 당해 7월 30일부터, 2021년 1월 30일부터는 중대한 환자안전사고 의무보고 제도가 시행되었다.

나. 주요 내용

「환자안전법」은 환자안전을 위하여 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 보호 및 의료 질 향상에 이바지하는 것을 기본 목적으로 하고 있으며, 주요 내용은 다음과 같다.

국가 차원에서는 국가환자안전위원회, 환자안전종합계획, 환자안전기준, 환자안전지표 등을 마련하도록 하였다. 국가환자안전위원회를 두어 환자안전 및 의료 질 향상을 위한 주요 시책을 심의하고, 국가 차원의 중기 계획으로 환자안전활동의 기본 목표 및 추진 전략, 시행 계획 등이 담긴 환자안전종합계획을 수립하여 추진 중에 있다. 환자안전을 위해 보건의료기관이 갖춰야 할 시설 · 장비 · 관리체계 및 보건의료인의 준수해야 할 사항 등을 명시한 환자안전기준을 마련하여 공표하고, 환자안전 및 의료 질 향상과 관련한 수행 정도를 측정 · 점검할 수 있는 평가 지표인 환자안전지표를 보급하였다.

또한, 「환자안전법」 개정에 따라 우리나라 실정에 맞는 정책 수립을 위한 환자안전사고 실태조사를 5년마다 시행할 수 있게 되었다. 아울러 상기 시책들을 원활히 수행하기 위해 의료의 질과 환자안전의 수준을 높이려는 목적으로 설립된 의료기관평가인증원을 중앙환자안전센터로 지정하여 환자안전종합계획의 이행과제 추진, 환자안전기준 및 환자안전지표의 개발 · 보급 지원, 환자안전위원회의 운영 지원, 환자안전 전담인력의 관리 지원, 환자안전사고의 접수 · 검증 · 분석, 환자안전활동에 대한 연구 등의 사업을 수행한다. 이와 더불어 환자안전활동 지원이 필요한 중소 보건의료기관 등 환자안전 사각지대 해소를 위한 지역환자안전센터를 지정하여 역량있는 기관과의 연계 인프라를 구축할 수 있게 되었다.

개별 의료기관 차원에서는 환자안전위원회 및 환자안전 전담인력 등을 두어 체계적인 환자안전활동이 이루어지도록 하였다. 환자안전위원회는 환자안전사고의 예방 및 재발방지를 위한 계획 수립 및 시행, 환자안전 전담인력의 선임 및 배치, 의료기관의 의료 질 향상 활동 및 환자안전체계 구축·운영, 환자안전사고를 보고한 자 및 보고내용의 보호, 환자와 보호자의 환자안전활동 참여를 위한 계획 수립 및 시행 등의 업무를 심의하고, 환자안전 전담인력은 환자안전사고 정보의 수집·분석 및 관리·공유에 관한 업무, 환자안전사고 예방 및 재발방지를 위한 의료기관 내 보건의료인을 대상으로 하는 교육, 환자와 보호자의 환자안전활동을 위한 교육 등의 업무를 전담하여 수행한다.

환자안전사고의 보고는 자율보고와 의무보고로 나누어지는데, 자율보고는 환자안전사고가 발생한 사실을 알게 되거나 발생할 것이 예상된다고 판단한 보건의료인, 보건의료기관장, 환자, 환자보호자 등이 그 사실을 보건복지부장관에게 보고할 수 있는 제도이고, 의무보고는 사망 또는 심각한 신체적 · 정신적 손상을 초래하는 몇 가지 중대한 환자안전사고가 발생한 경우 해당 사실을 의료기관의 장이 보건복지부장관에게 지체 없이 보고하도록 하는 제도이다. 접수된 보고는 보고학습시스템 운영자를 통해 검증 및 분석을 거친 후, 새로운 유형이거나 중대한 위해가 발생할 우려가 있는 환자안전사고라 판단될 경우 주의경보 등의 형태로 전체 보건의료기관에 공유한다. 「환자안전법」의 성패는 환자안전사고 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, 보고의 비밀 보장과는 별개로 환류는 보건의료기관 전체에 제공하는 방식의 체계를 갖추었다.

다. 주요 성과

2020년 1월 개정된 「환자안전법」에 따라 중앙 · 지역환자안전센터 운영, 중대한 환자안전사고 의무보고 제도 시행 및 맞춤형 현장지원 등 원활한 제1차 환자안전종합계획 추진을 위한 세부 시행계획을 수립하여 국내 환자안전 관리체계 확립에 속도를 올렸다.

제1차 환자안전종합계획 등 관련 시책의 원활한 추진을 위한 중앙환자안전센터는 의료기관평가 인증원으로 지정하여 사업 수행에 전문성을 제고하였으며, 병 · 의원 및 약국 등 환자안전활동 수행이 어려운 중소 보건의료기관을 지원하기 위해 2021년도부터 환자안전활동 경험이 풍부하고 전국적 네트워크를 구축하고 있는 보건의료인단체 3개소(대한간호협회, 대한약사회, 대한의사협회) 및 보건의료기관 2개소(강원대학교병원, 삼성서울병원), 총 5개소를 지역환자안전센터로 지정하여 운영하고 있다. 지원, 협력 필요성 및 정보 공유 등 양방향 소통을 위한 중앙·지역환자안전센터 간 정기 교류회를 통해 효율적인 사업 운영 방안을 논의하고, 2022년도에는 정부, 중앙·지역환자안전센터, 제약회사의 협력을 통해 다빈도로 발생하는 투약오류 감소를 위한 의약품 함량 표기 변경 등의 성과를 이끌어냈다. 더불어 환자안전사고 보고 활성화를 위한 다양한 사업과 지역주민 대상 교육, 보건의료기관 리더를 대상으로 한 심포지엄 및 워크숍 등을 수행하며 환자안전 사각지대에 놓인 중소 보건의료기관에 대한 맞춤형 지원을 통해 환자안전에 대한 인식과 활동 수준을 견인하는데 일조하였다.

또한, 운영의 효율성을 고려하여 중앙환자안전센터에 위탁·운영 중인 환자안전 보고학습시스템은 2019년 말 환자안전 정보화 전략계획을 바탕으로 한 3년간의 구축이 완료됨으로써 2020년부터 정보환류 체계 고도화, 지식관리시스템 제공, 표준연계프로그램 개발 및 배포를 통한 보건의료기관 간 연계, 환자안전 통계를 제공하였으며, 환자안전 보고학습시스템의 안정적 운영과 유지관리를 통해 시스템 안정화 및 정보보안을 강화하여 서비스 신뢰도를 향상시켰다. 2022년에는 환자안전문화 조성의 최우선 과제인 자율보고 증가를 위해 표준연계프로그램을 활용한 보고 활성화 시범사업을 수행하였으며, 환자·보호자의 사고 보고율 제고와 인지도 향상을 위하여 관련 제도 안내, 보고 필수항목 설정 등 보고학습시스템 개선을 통해 보고 유도 및 데이터의 질적 향상을 도모하였다.

환자안전 보고학습시스템으로 수집된 환자안전사고의 분석을 통해 2022년 12월 말 기준 40건의 주의경보와 41건의 정보제공지, 1건의 환자대상 정보소식지, 5건의 통계연보 등을 배포하여 보건의료기관 내에서 환자안전사고를 예방할 수 있도록 지원하고 있으며, 국제교류 활성화를 위해 환류정보를 영문으로 제작하여 글로벌 홈페이지에 게시하여 자료를 공유하고 있다. 환자·보호자의 환자안전활동 참여를 독려하고 환자중심의 올바른 안전문화를 형성하기 위하여 환자대상 정보소식지를 제작 및 배포하였다. 2022년 사고 보고 건수는 총 14,820건으로 코로나19 등 어려운 보건의료환경 속에서도 최다 보고건수를 기록하였으며 2016년 7월부터 2022년 12월 말까지 보고된 환자안전사고는 총 67,515건이다.

|표 2-6-4| 보고자 및 보건의료기관 종별 보고 건수

('22. 12월 말 기준, 단위 : 건)

보고자	보건의료기관 종별											계
	상급종합병원	종합병원	병원	의원	치과병·의원	한방병·의원	요양병원	정신병원	약국	보건소	불명확	
환자	5	14	26	9	4	1	50	8	4	-	-	121
환자보호자	19	29	16	6	3	-	56	3	3	-	4	139
보건의료인	596	2,509	1,491	3,851	99	108	3,856	175	3,631	1	5	16,322
환자안전전담인력	10,858	24,034	3,414	-	1	2	7,050	1,026	1	1	10	46,397
보건의료기관장	69	177	73	13	1	-	78	73	3,955	-	-	4,439
불명확	1	1	1	-	-	-	3	1	1	-	89	97
계	11,548	26,764	5,021	3,879	108	111	11,093	1,286	7,595	2	108	67,515

아울러 사망 또는 심각한 손상을 야기하여 환자안전에 중대한 영향을 미칠 것으로 예상되는 환자안전사고 유형과 관련하여 도입된 중대한 환자안전사고 의무보고 제도가 임상현장의 수용성을 확보하고 안정적으로 운영할 수 있도록 의무보고 가이드라인을 발간, 2022년 한차례 개정·배포하였으며, 의무보고 기관을 대상으로 사고 원인 파악·개선 사항 도출 지원 및 유지 모니터링 등 기관의 환자안전 수준 향상을 위한 맞춤형 지원을 수행하였다.

의무보고 제도 시행 후 수술 관련 환자안전사고가 다빈도를 차지하고 있어, 수술환자의 안전을 위한 보건의료기관의 자발적 환자안전활동 및 자체점검 기회를 제공하기 위하여 공모전을 진행하였으며, 발굴된 우수사례를 영상자료로 제작·배포하여 수술실 안전수준 향상 및 인식도 제고를 위하여 노력하였다.

또한, 사회적 이슈가 된 다른 경로의 의약품 투여 사고와 관련하여 즉각적인 주의경보 발령, 정보제공지를 배포하는 한편, 국가 차원의 원인분석, 예방책 및 제도 개선 방안 마련을 위한 '의약품 투약오류 사례분석 TF'를 운영하였다, 또한, 투약오류에 대한 보건의료인의 경각심을 높이고 환자·보호자의 적극적인 참여와 관심을 유도하기 위하여 환자단체, 보건의료인단체, 유관기관이 함께하는 '안전한 투약을 위한 세 가지 약속' 대국민 캠페인을 진행하기도 하였다.

2019년 전국 공공의료원 15개소를 대상으로 국내 환자안전사고의 발생 빈도 및 규모 등을 추정할 수 있는 국가 차원의 환자안전사고 실태조사 시범사업을 수행하여 연간 입원환자수의 약 9.9%에서 환자안전사고가 발생함을 증빙하였다. 이를 토대로 국외 전문학술지(Journal of Patient Safety)에 국내 실태조사 결과 및 실태조사 방법의 실행 가능성에 대한 연구 논문을 게재하였으며, 조사방법론 및 결과 활용방안을 검토하는 등 중장기 환자안전사고 실태조사를 위한 로드맵을 마련하였다.

2022년에는 의료기관의 환자안전 역량·활동 수준 및 인식도 등 국내 환자안전문화 수준을 측정하기 위한 한국형 환자안전문화 측정도구를 개발하고, 중장기 운영 전략을 수립함으로써 주기적인 측정과 국가 간 비교 가능한 데이터를 산출하기 위한 발판을 마련하였다.

「환자안전법」 시행 이후 전담인력 배치율은 '17년 73.7% 시작으로 '22년 95.3% 달성하였으며, 위원회 설치율은 '17년 33.9%에서 '22년 96.8%로 꾸준히 증가하고 있다. 2017년 10월 급성기병원을 대상으로 전담인력과 위원회를 둔 기관에 대한 '입원환자 안전관리료' 수가 지급을 시작으로 2019년 11월 요양병원, 2020년 7월 정신병원, 2021년 한방병원까지 지급 대상을 확대하였다. 또한, 전담인력의 업무 효율성을 제고하고 보건의료기관의 환자안전 역량을 강화하기 위하여 전담인력의 역할 및 업무 범위를 정립하였으며, 향후 전담인력 및 위원회와 같은 환자안전 인프라를 갖춘 의료기관이 각종 평가 및 수가 등 혜택을 받을 수 있도록 제도를 확대할 전망이다.

|표 2-6-5| 연도별 환자안전 전담인력 배치율 및 위원회 설치율

('22. 12월 말 기준, 단위 : %)

구분	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
환자안전 전담인력	73.7	76.0	84.8	93.7	95.0	95.3
환자안전위원회	33.9	65.0	83.8	94.4	95.7	96.8

2018년 이후 매년 환자안전의 날 기념행사를 개최, 2020년부터 세계 환자안전의 날(9월 17일) 일정과 주제에 맞추어 진행 중으로 2022년에는 대국민 체험형 프로그램을 운영하여 국민뿐만 아니라 지역환자안전센터, 환자단체 등이 참여하여 환자안전 소통체계를 강화하였다. 총 13개 전시·체험부스 운영을 통해 역대 최다 인원(약 990명)이 참여하였으며 세계보건기구(WHO)에 '제5회 환자안전의 날 활동 보고서'를 제출함으로써 대한민국 환자안전활동의 국가적 위상을 제고하였다.

2022년 제1차 환자안전종합계획의 종료 시점이 도래함에 따라 '제1차 환자안전종합계획 성과조사 및 정책 수요조사'를 토대로 2023년부터 시행될 제2차 환자안전종합계획의 기틀을 마련하였으며, 정부, 유관기관, 보건의료기관·보건의료인 및 시민사회단체, 관련 학회에서 추천한 전문가로 구성된 '제2차 환자안전종합계획 수립을 위한 TF'를 운영하여 전문성 및 수용성 높은 핵심전략 및 세부 추진과제들을 도출하였다.

라. 향후 계획

중대한 환자안전사고 의무보고 기관의 유사 사고 재발방지를 위하여 시스템을 통한 사고 원인분석, 개선방안 도출을 지원하고 보고된 의무보고에 대한 개선사항 유지 모니터링을 강화하여 의료기관의 환자안전 수준 향상을 위해 지원하며, 자율보고 데이터의 질적 향상 및 보고 편의성 향상을 위하여 지속적으로 노력할 예정이다.

또한, 구축된 환자안전 보고학습시스템을 바탕으로 사고 예방과 재발방지 대책 마련을 위한 자료 공유 및 환류, 우수 개선사례 공유 등을 통해 사고 발생 시 보건의료기관의 대응 역량을 강화할 계획이며, 제공된 환류 정보를 활용하여 의료기관 시스템 평가 및 개선 여부를 확인하는 자체점검 모니터링 결과가 2024년부터 의료질평가 지표에 도입됨으로써 보건의료기관들의 자발적 활동을 유도하여 환자안전 수준 향상에 기여할 예정이다.

한편, 2024년 시행 예정인 환자안전사고 실태조사의 체계적인 수행을 위하여 전문인력을 양성하고, 정보화 시스템을 개선하는 등 국가 차원의 환자안전사고 실태조사를 안정적으로 추진하기 위한 기반을 마련할 예정이며, 환자안전문화를 효율적으로 측정하고 결과를 관리할 수 있는 프로그램을 개발·배포하여 환자안전 전반에 대한 실태를 파악하고 이를 정책 수립 및 시행을 위한 기초자료로 적극 활용할 예정이다.

더불어, 환자안전의 사각지대 해소 및 열악한 환경에 있는 보건의료기관의 환자안전활동을 지원하기 위하여 지역환자안전센터를 통해 사고 보고 활성화 및 관련 교육, 홍보 등에 관한 노하우를 전파하고 교육이나 맞춤형 컨설팅을 제공할 수 있도록 운영을 지속할 예정이다. 또한, 지역환자안전센터의 본래 취지에 맞춰 실효적으로 운영될 수 있도록 지역별 안배를 고려하여 권역별 또는 거점 보건의료기관 등이 단계적으로 확대될 수 있도록 노력할 계획이다.

투약오류와 관련된 환자안전사고 예방을 위하여 국가 차원의 원인분석 및 재발방지 대책 수립을 위한 '의약품 투약오류 사례분석 TF' 운영을 통해 법·제도적 근거를 마련하고 성과를 도출하여 의료현장에 확산 및 후속 사업을 연계하는 등 투약 오류 감소를 위해 노력할 예정이다. 또한 중대한 환자안전사고에 대한 책임규명을 위한 기관별 조사가 아닌 국가 차원의 심층 분석, 개선방안 마련을 위한 사례분석 TF 주제 발굴 및 운영을 지속할 예정이다.

또한, 전담인력 배치 및 위원회 설치 대상기관을 점진적으로 확대하고, 각종 평가에 환자안전 인프라 운영에 대한 지표를 도입하여 인센티브를 마련함으로써 제도의 본질적 기능을 발휘하도록 개선해 나갈 계획이며, 보건의료기관에서 보편적으로 적용 가능한 표준화된 전담인력 업무 가이드라인을 보급하여 보건의료기관의 환자안전 관리체계 확립을 도모하고 리더십의 역량을 강화하여 내실 있는 환자안전활동을 수행할 수 있도록 적극적인 지원활동을 펼쳐나갈 예정이다.

감염병 대유행 등 변화하는 보건의료환경에 적용할 수 있도록 환자안전기준 개정을 통해 보건의료기관의 자체적인 안전 관리체계 구축 및 강화를 위해 노력할 계획이다. 그 일환으로 바람직한 병문안 문화 정착을 위해 정부, 유관기관, 보건의료기관·보건의료인 및 시민단체, 관련 학회에서 추천한 전문가로 구성된 '병문안 문화 개선 TF'를 운영하여, 바람직한 병문안을 위한 기준을 마련하고 범국가적 캠페인을 개최하여 안전한 진료환경 조성에 기여할 예정이다. 더불어, 매년 세계보건기구(WHO)에서 선정한 환자안전 주제에 따라 일반 국민과 보건의료인 및 보건의료기관 대상자 특성에 맞추어 환자안전활동 참여를 독려하는 다양한 홍보 활동을 추진함으로써, 국가 차원의 환자안전문화를 선도하기 위한 활동을 지속적으로 확대해 나갈 것이다.

아울러, 「환자안전법」 제7조에 따라 2023년부터 시행될 '제2차 환자안전종합계획'을 마련하였으며 국가환자안전위원회와 국회를 거쳐 발표할 예정이다. 제2차 환자안전종합계획은 제1차 환자안전종합계획을 통해 구축된 인프라를 토대로 본격적인 환자안전문화 확산 및 인프라 강화를 목표로 삼고, WHO의 'Global patient safety action plan 2021-2030'에 발맞춘 국내 보건의료 실정에 맞는 차세대 환자안전 추진전략 및 핵심과제로 구성되어 있다. 정부는 제2차 환자안전종합계획의 궁극적인 비전 달성과 차질없는 이행을 위하여 지속적으로 노력할 계획이다.

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 의료시술의 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 기준 개편과 '의료서비스 수준(인증)'과 전문분야 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.

제3기('18. 1.~'20. 12.) 전문병원 지정·평가부터 모든 전문분야(20개)에 '의료 질 평가'를 확대 적용하여 107개 전문병원을 지정하였으며, 19년도부터 전문병원 선택진료 축소 · 폐지에 따른 손실 보전 목적으로 지급하던 '의료 질 평가 지원금'을 의료 질 평가결과에 따라 차등지급을 시행하였다.

제4기 ('21.1.~'24.12.) 전문병원 지정·평가에는 회복기 재활의료기관 시범사업이 본 사업으로 전환('20. 3.~)되어 전문병원 분야에서 재활의학과를 폐지하였고, 그간 대·내외 보건의료 환경 변화 및 '분야별 의료 질 평가지표 개선 연구'결과 등을 반영하여 환자구성비율, 의료인력, 의료 질 평가지표 등 지정기준을 개선하였다.

또한, 전문병원 제도 활성화를 위해 관련 법령과 고시 개정('20. 6.)을 통하여 전문병원 모집주기를 기존 3년에서 1년으로 단축하였으며, 이에 따라 4기 1차년도('21. 1.~'23. 12.) 전문병원은 100개소, 4기 2차년도('22. 1.~'24. 12.) 전문병원은 10개소를 지정하였다.

|표 2-6-6| 전문병원 지정 분야

구 분	지정 분야
질환(12)	관절, 뇌혈관, 대장항문, 수지접합, 심장, 알코올, 유방, 척추, 화상, 주산기, 한방중풍, 한방척추
진료 과목(7)	산부인과, 소아청소년과, 신경과, 안과, 외과, 이비인후과, 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 진료과목에 대해서는 진입 장벽을 낮추기 위해 일부 기준 중 30% 범위 내에서 지정 기준을 완화·적용한다.

전문병원 지정은 12개 질환, 7개 진료 과목을 대상으로 절대 기준에 대한 평가 후 특정질환 또는 진료 과목별 상대평가를 실시하여 전문병원심의위원회의 심의를 통해 보건복지부장관이 최종 지정한다. 지정 주기는 1년이며, 질 관리 차원에서 3년마다 재평가를 통해 재지정 또는 재지정 여부를 결정한다.

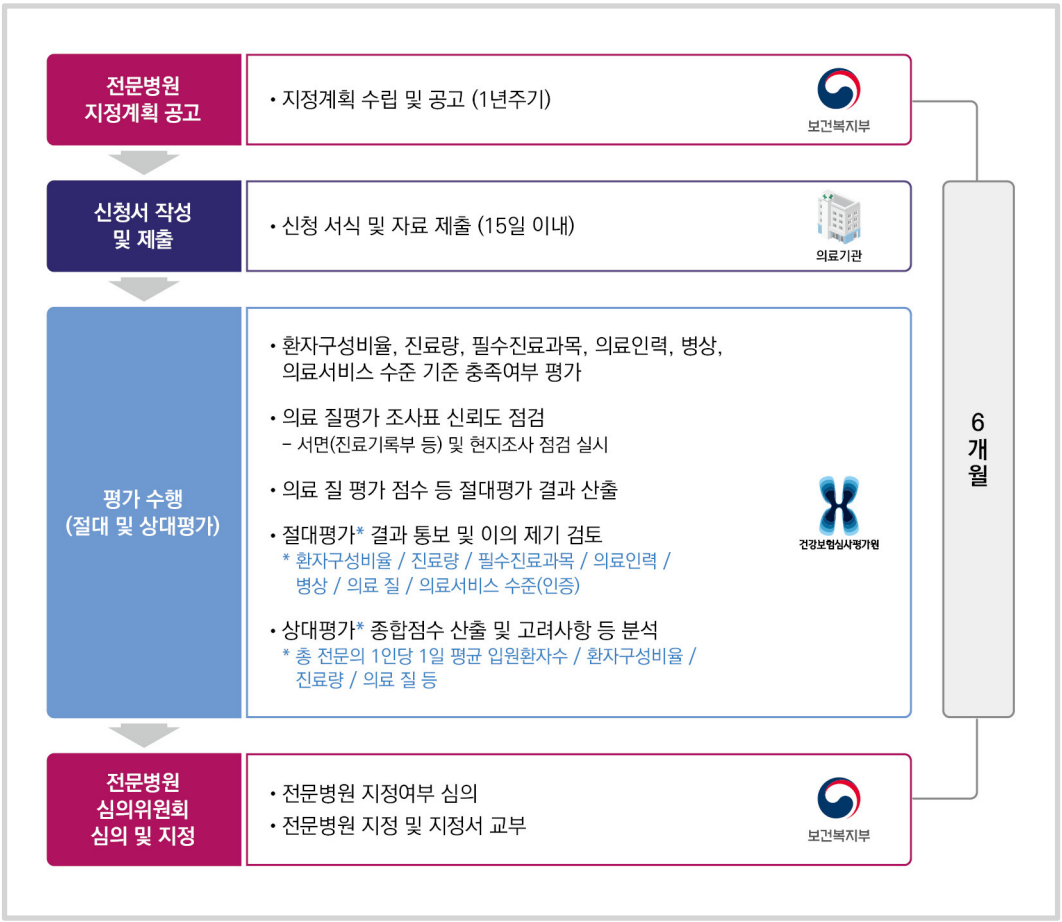
|표 2-6-7| 전문병원 지정 분야별 기관수 현황

구 분		기관수				구 분		기관수			
		1기	2기	3기	4기			1기	2기	3기	4기
질환	관절	10	18	18	21	진료과목	산부인과	13	16	12	11
	정형외과(폐지)	4					소아청소년과	2	-	-	2
	뇌혈관	1	4	3	4		신경과	1	1	1	-
	신경외과(폐지)	1					안과	8	9	9	11
	대장항문	4	5	4	5		외과	2	2	2	3
	수지접합	6	4	4	5		이비인후과	2	2	2	2
	심장	1	1	1	1		재활의학과(폐지)	10	10	10	-
	알코올	6	7	9	9						
	유방	1	1	1	1	한방	한방중풍	5	2	-	1
	척추	17	17	16	18		한방척추	2	4	8	10
	화상	3	5	5	5						
	주산기(신규)	-	3	1	1		한방부인과	-	-	1	-
소 계		54	65	62	70	소 계		45	46	45	40

주 : 1) 1기(2011~2014)는 99개소
2) 2기(2015~2017)는 111개소
3) 3기(2018~2020)는 107개소
4) 4기 1차년도(2021~2023)100개소, 4기 2차년도(2022~2024)10개소로 총 110개소('22.4월 기준)

지정 요건에 대한 평가는 객관성과 전문성을 확보하기 위해 관련 전문 기관(건강보험심사평가원)에 위탁하여 실시하며, 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(强小)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 의료서비스에 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 매년 900여건의 의료소송이 제기되고 있으며, 2016년 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 오상윤, 의료기관정책과장 박미라, 의료보장관리과장 강준

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 적정한 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

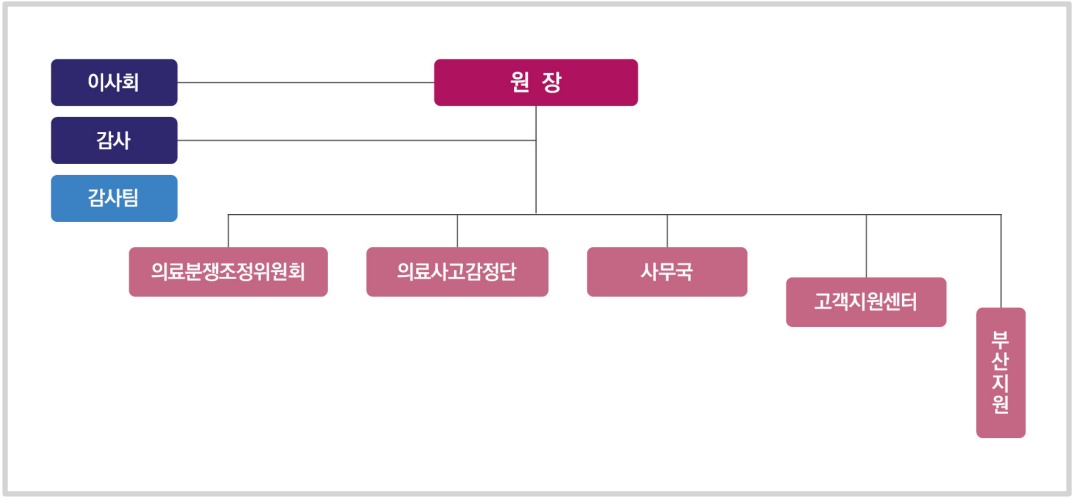
1) 한국의료분쟁조정중재원 설립

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 「한국의료분쟁조정 중재원」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 특수성과 지리적 접근 가능성 등을 고려하여 조정부 및 감정부를 구성할 수 있도록 하였다.

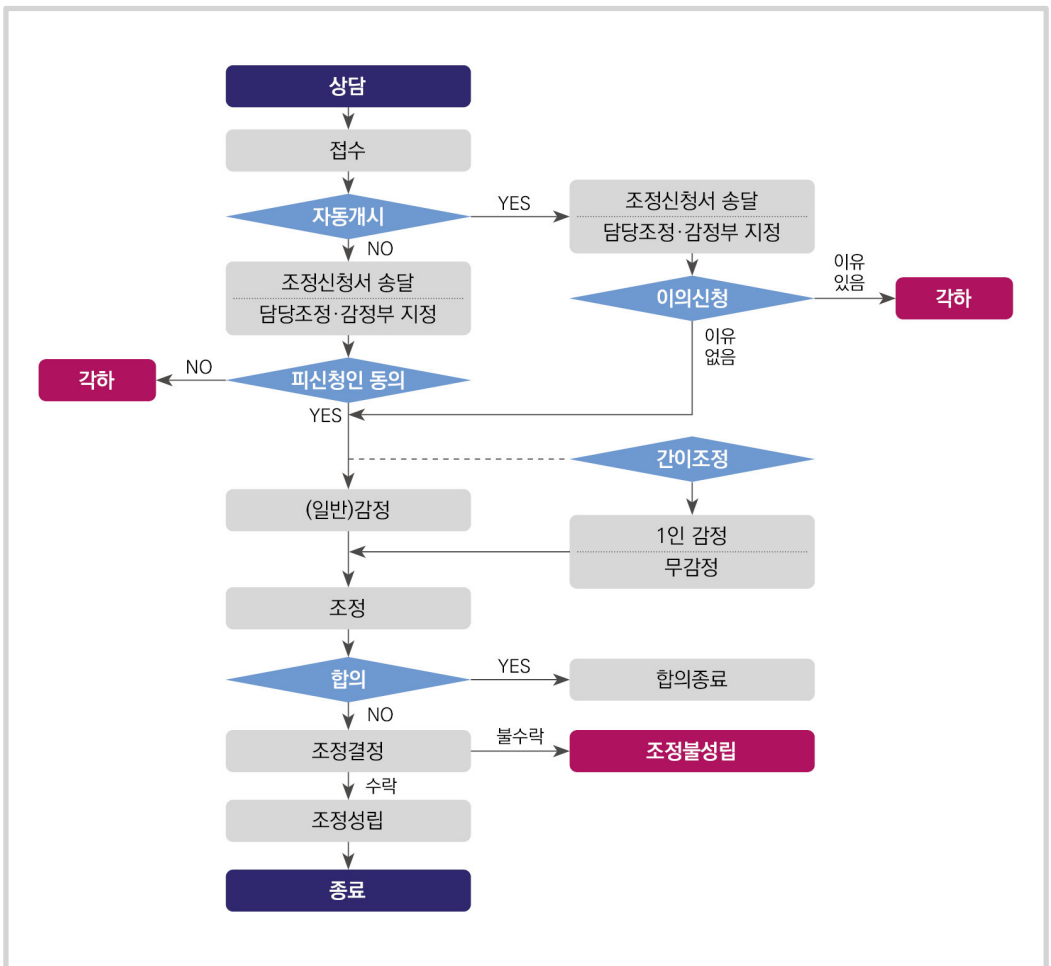
|그림 2-6-4| 한국의료분쟁조정중재원 조직도



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, 감정부는 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 2022년 한 해 동안 약 52,500 건의 상담서비스를 제공하였고, 2,051건의 조정 신청을 접수하였다. 조정 신청이 접수된 2,051건을 진료 과목별로 구분하면 정형외과 451건, 내과 263건, 치과 237건, 신경외과 171건 등의 순서였다. 또한, 지역별 조정 신청 건수로는 경기 538건, 서울 444건으로 수도권 지역에서 가장 많았고 부산, 경남, 인천 등의 순서였다.

조정중재원에 접수된 2,051건 중에서 환자 측과 의료인 측 양 당사자 모두가 조정 · 중재 절차에 참여한 1,001건과 사망 · 대통령령으로 정하는 중증장애 · 1개월 이상 의식불명 등으로 자동개시된 391건을 포함하여 총 1,392건이 조정 개시 되었다.

2022년에 처리한 1,364건 중 989건에 대해 합의 또는 조정 성립을 이끌어 양 당사자가 원만하게 분쟁을 해결할 수 있도록 하였다.

|표 2-6-8| 의료분쟁 상담 현황('22.)

(단위 : 건)

구분	방문	온라인	우편 · 팩스	유선상담	계
건수	1,355	1,786	1,023	48,271	52,435

|표 2-6-9| 조정 · 중재 개시 현황('22.)

(단위 : 건)

구분	조정 · 중재 개시	각하 · 취하	계(신청 건)
건수	1,392	659	2,051

|표 2-6-10| 진료 과목별 조정 · 중재 신청 현황('22.)

(단위 : 건)

구분	내과	외과	정형외과	신경외과	흉부외과	성형외과	산부인과	소아청소년과	안과
건수	263	112	451	171	32	108	107	16	93

구분	이비인후과	피부과	비뇨의학과	신경과	마취통증의학과	정신건강의학과	영상의학과	진단검사의학과	재활의학과
건수	48	66	41	33	22	18	4	7	34

구분	가정의학과	응급의학과	치과	한의과	약제과	기타	계
건수	39	82	237	38	4	25	2,051

|표 2-6-11| 지역별 조정·중재 신청 현황('22.)

(단위 : 건)

구분	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기
건수	444	176	73	129	71	63	56	12	537

구분	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	계
건수	59	41	61	53	33	81	142	20	2,051

|표 2-6-12| 조정·중재 처리현황('22.)

(단위 : 건)

구분	조정·중재 성립	조정 불성립	각하·취하 등	계
건수	989	122	253	1,364

※출처 : 2022년도 의료분쟁 조정·중재 통계연보, 한국의료분쟁조정중재원

마. 향후 계획

「의료사고 피해 구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 및 같은 법 시행령·시행 규칙이 시행되고('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

비급여 진료비는 의료기관에서 자율적으로 가격을 설정할 수 있으나, 그간 의료기관별 가격 정보가 부족해 소비자들이 가격 비교를 통한 합리적인 소비를 하기 어려웠다. 2013년부터 의료기관의 비급여 진료비용을 조사·수집·분석하여 비교정보를 국민에게 공개하는 비급여 진료비용 공개제도를 운영해 왔다. 그러나 그간에는 상급병원 중심으로 제한적인 항목에 대해서만 가격이 공개되어 국민들이 피부로 와닿는 가격 비교를 하기 어려웠다.

이에 정부는 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, 2021년 비급여 가격공개 기관을 의원급까지 확대하여 전체 의료기관의 주요 비급여 가격 정보를 심사평가원 홈페이지를 통해 확인할 수 있도록 하고, 공개 대상 항목도 616개까지 확대하였다.

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 표준화하고, 고지 양식을 전체 병원급 의료기관까지 의무로 적용하도록 「비급여 진료비용 고지지침」(고시)을 개정하여 의료기관과 국민 모두 쉽게 이용할 수 있도록 하였다. 이어 2020. 9. 4. 의료법 시행규칙 개정 및 12.31. 고시 개정(2021. 1. 1. 시행)으로 의료기관에서 진료 전 개별 환자에게 제공할 비급여 공개대상항목('21년 616개)과 비용을 의료기관 개설자가 지정한 의료인 또는 의료기관 종사자를 통해 직접 설명하도록 하여 의료소비자 선택권을 강화하는 제도를 추진하였다.

또한, 개별 의료기관의 원내 고지는 의료기관별 가격 비교가 어렵다는 문제가 제기되어 보건복지부 장관이 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, 2020년 4월에 「2020년 비급여 진료비용 공개 항목」을 건강보험심사평가원 홈페이지와 모바일앱(건강정보)을 통해 공개하였다.

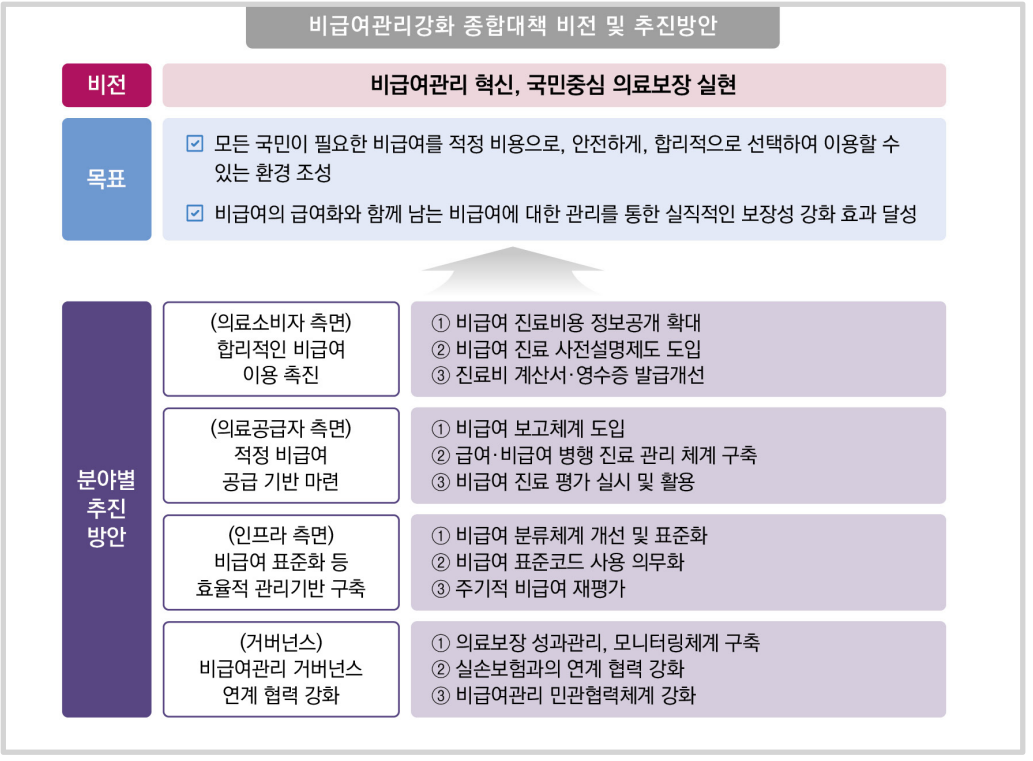
비급여 진료비용 공개는 국민의 알권리와 의료선택권 강화를 위해 2013년 상급종합병원을 시작으로 매년 공개기관과 항목을 확대하여 왔다. 2020년에는 전체 병원급 의료기관 3,915개소를 대상으로 총 564항목에 대한 병원별 진료비용을 공개하였고('20. 4.), 공개대상을 의원급까지 확대하기 위한

시행규칙 개정을 완료하였다('20. 9.). 2021에는 의원급 포함 전체 의료기관 약7만여개소를 대상으로 총 616항목에 대한 의료기관별 진료비용을 공개하였다('21.9.)

아울러 「의료법」시행규칙 제42조의2제2항을 신설하여('20.9) 의료기관에서 환자에게 제공하는 비급여 항목·비용 설명을 의무화('21.1) 하고, 비급여 고지양식 및 작성원칙 준수 대상이 기존 병원급에서 의원급으로 확대하였다. 또한 의료기관의 장으로 하여금 비급여 진료비용 등의 항목, 기준 및 진료내역 등에 관한 사항을 보건복지부장관에게 정기적으로 보고하도록 하는 의무를 추가로 신설하였으며(의료법 개정 '20.12. 시행 '21.6.) 원활한 제도 도입을 위해 보고를 위한 자료 제출 시스템을 구축하고 비급여 분류체계 개선 및 표준화를 추진할 예정이다.

한편, 비급여 관리제도 내실화와 함께 체계적인 비급여 관리를 해야 할 필요성이 대두되었다. 소비자의 합리적 비급여 선택을 유도할 뿐 아니라, 전체적인 비급여 현황을 파악하고, 의료기관마다 제각기 사용하고 있는 비급여 항목 용어 및 코드를 표준화, 비급여 유관 부처 등과의 거버넌스 등 다양한 측면의 비급여 관리가 요구되었다. 이에 2020년 12월에 '건강보험 비급여 관리강화 종합대책'을 발표하였다. 주요 과제로는 위에 서술한 비급여 가격 공개 및 사전설명제도를 포함해, 모든 의료기관의 비급여 진료내역 보고, 비급여 표준화 등이 있다.

|그림 2-6-6| 비급여관리강화 종합대책 비전 및 추진방향



다. 향후 계획

정부는 앞으로 종합대책을 기반으로 비급여 진료에 대한 국민의 알권리 및 선택권을 보장하고, 최신 비급여 진료비용의 정확한 파악 및 과도한 비급여 부담으로부터 의료기관 관리 · 감독, 환자 보호 강화를 위해 지속적으로 노력할 것이다.

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 입장에서도 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.

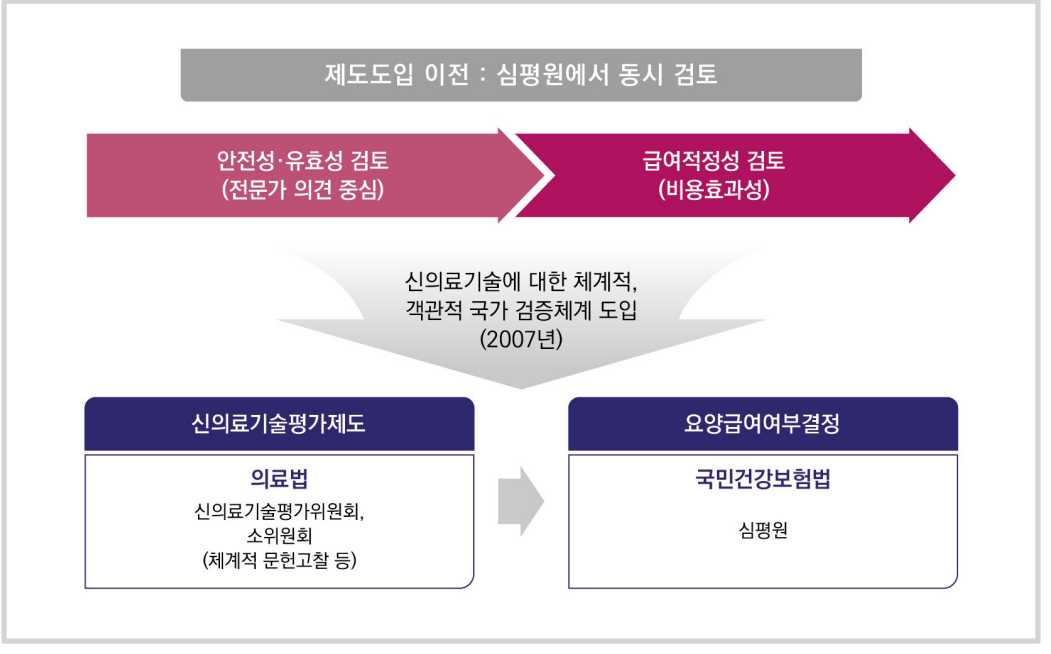
나. 추진 경과

「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, 대한한의사협회, 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 2-6-7] 신의료기술평가 도입 전 · 후 비교

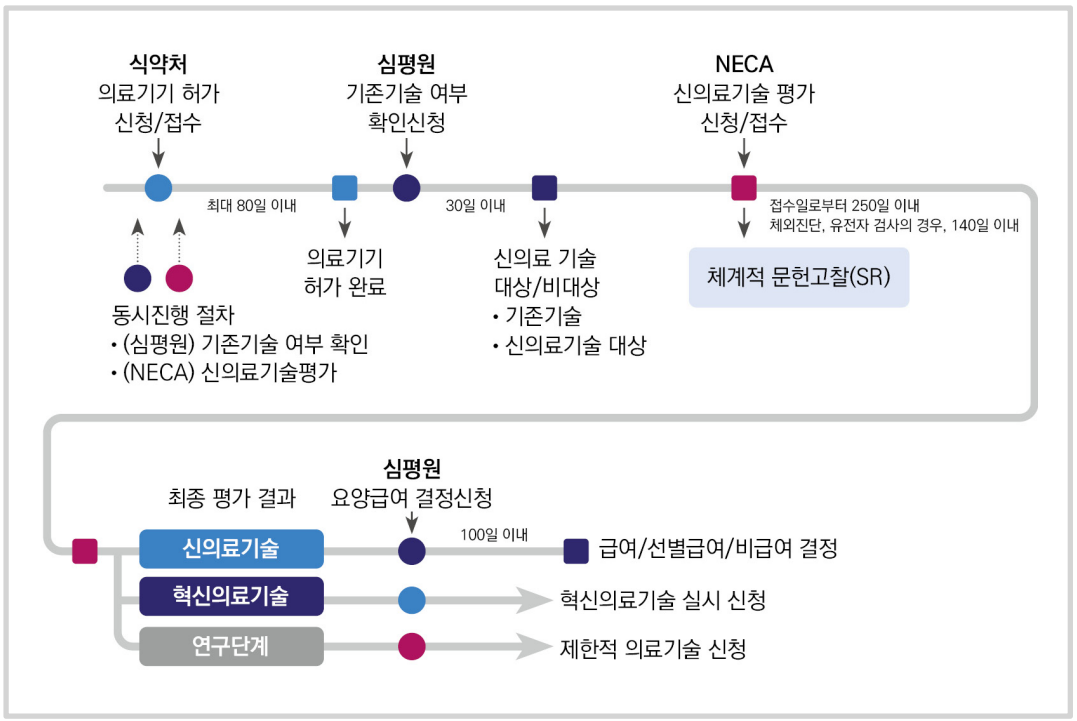


다. 평가 절차

건강보험 급여 · 비급여 목록에 등재되어 있지 않은 새로운 의료기술을 의료 현장에서 사용하기 위해서는 신의료기술평가를 신청해야 한다. 평가가 신청된 의료기술은 신의료기술평가위원회에서 해당 기술의 신의료기술 평가대상 여부와 평가방법을 결정한다.

전문평가위원회에서 신청기술과 관련된 의료인으로 소위원회(10인 이내)를 구성하여 임상적 안전성·유효성을 평가한다. 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 2-6-8| 신의료기술평가 및 요양급여 결정 절차



신의료기술의 안전성 · 유효성 평가는 신청부터 최종 평가결과 공표까지 250일의 기간 내 에서 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 2022년 12월까지 총 2,974건이 신청되었으며, 이 중 안전성 · 유효성이 인정된 기술은 1,524건(51.2%)으로 기존 건강보험 요양급여 비용에 등재된 기술 497건, 신의료기술로 평가된 기술 1,027건이다. 안전성 · 유효성 미인정 기술은 1,450건(48.8%)으로 아직 임상시험 등이 진행되고 있어 의료시장에 도입될 신의료기술의 조건을 갖추지 못한 조기기술 524건, 연구 단계 기술 414건과 신청 취하 등의 사유로 평가되지 못한 기타 기술 512건이다.

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 233일, 2020년 205일, 2021년 192일, 2022년 179일로, 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 2-6-13| 2007년~2022년 신의료기술평가 신청 및 처리 현황

(단위 : 건(%))

구분	총신청	안전성 · 유효성 인정			안전성 · 유효성 미인정			
		소계	기존기술	신의료기술	소계	조기기술	연구단계	기타[1)]
총계	2,851	1,468 (51.5)	485 (17.0)	983 (34.5)	1,383 (48.5)	524 (18.4)	373 (13.1)	486 (17.0)
'07년	55	28 (50.9)	13 (23.6)	15 (27.3)	27 (49.1)	10 (18.2)	8 (14.5)	9 (16.4)
'08년	359	199 (55.4)	67 (18.7)	132 (36.8)	160 (44.6)	95 (26.5)	29 (8.1)	36 (10.0)
'09년	142	72 (50.7)	34 (23.9)	38 (26.8)	70 (49.3)	35 (24.6)	12 (8.5)	23 (16.2)
'10년	135	57 (42.2)	13 (9.6)	44 (32.6)	78 (57.8)	30 (22.2)	20 (14.8)	28 (20.7)
'11년	194	81 (41.8)	9 (4.6)	72 (37.1)	113 (58.2)	56 (28.9)	30 (15.5)	27 (13.9)
'12년	238	126 (52.9)	31 (13.0)	95 (39.9)	112 (47.1)	54 (22.7)	31 (13.0)	27 (11.3)
'13년	286	172 (60.1)	52 (18.2)	120 (42.0)	114 (39.9)	72 (25.2)	25 (8.7)	17 (5.9)
'14년	253	178 (70.4)	76 (30.0)	102 (40.3)	75 (29.6)	36 (14.2)	26 (10.3)	13 (5.1)
'15년	255	131 (51.4)	52 (20.4)	79 (31.0)	124 (48.6)	44 (17.3)	24 (9.4)	56 (22.0)
'16년	175	93 (53.1)	26 (14.9)	67 (38.3)	82 (46.9)	35 (20.0)	26 (14.9)	21 (12.0)
'17년	174	93 (53.4)	33 (19.0)	60 (34.5)	81 (46.6)	35 (20.1)	22 (12.6)	24 (13.8)
'18년	173	89 (51.4)	30 (17.3)	59 (34.1)	84 (48.6)	16 (9.2)	30 (17.3)	38 (22.0)
'19년	136	56 (41.2)	22 (16.2)	34 (25.0)	80 (58.8)	6 (4.4)	35 (25.7)	39 (28.7)
'20년	152	64 (43.8)	22 (14.5)	43 (28.3)	87 (56.2)	0 (0.0)	34 (22.3)	53 (34.9)
'21년	124	57 (46.0)	11 (8.9)	46 (37.1)	95 (54.0)	0 (0.0)	41 (33.0)	26 (21.0)
'22년	123	27 (22.0)	6 (4.9)	21 (17.1)	96 (78.0)	0 (0.0)	21 (17.1)	75 (60.9)

주 : 1) 평가 중, 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. 2022년 12월 현재 7개의 제한적 의료기술을 28개 의료기관에서 시행하고 있다.(종료 및 철회된 기술 10건 제외)

|표 2-6-14| 제한적 의료기술 실시 현황

의료 기술명	실시 의료기관	시술 인정 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	
	한림대학교 강남성심병원 정형외과	
췌장암에서의 비가역적 전기천공술	세브란스병원 소화기내과	2015. 9. 1.~2019. 2. 28.
C-11 메치오닌 양전자방출 전산화단층촬영	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	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.
골다공증성 골절 환자에서의 시멘트를 이용한 나사 보강술*	한양대학교구리병원 정형외과	2020. 12. 1.~ 2021. 11. 30.
	삼성서울병원 정형외과	
	서울아산병원 정형외과	
척수 수내종양에서의 미세현미경을 이용한 근적외선 인도시아닌그린 비디오 혈관조영술	분당서울대학교병원 신경외과	2020. 12. 1.~ 2023. 11. 30.
	서울대학교병원 신경외과	
전립선 횡파 탄성 초음파 검사	세브란스병원 비뇨의학과	2020. 12. 1.~ 2023. 11. 30.
	용인세브란스병원 비뇨의학과	
	한양대학교병원 비뇨의학과	

의료 기술명	실시 의료기관	시술 인정 기간
고주파 영역 뇌파 진동 국지화 분석	삼성서울병원 신경과	2021.1.1. ~ 2023.12.31.
	서울대학교병원 신경과	
	서울아산병원 소아청소년과	
	세브란스병원 소아신경과	
	이대목동병원 신경과	
	인제대학교해운대백병원 신경과	
자기공명/초음파 영상융합장치 유도하 전립선 단독 표적생검	서울성모병원 비뇨의학과	2021.12.1.~ 2024.11.30.
	성빈센트병원 비뇨의학과	
	강남세브란스병원 비뇨의학과	
	국립암센터 비뇨의학과	
	서울대학교병원 비뇨의학과	
	세브란스병원 비뇨의학과	
	양산부산대학교병원 비뇨의학과	
외림프 누공 질환에서 내시경 귀수술	강남세브란스병원 이비인후과	2021.12.1.~2024.11.30.
	국민건강보험일산병원 이비인후과	
	세브란스병원 이비인후과	
	순천향대학교부천병원 이비인후과	
	인제대학교일산백병원 이비인후과	

주 : * 신청철회

한편, 2016년 12월부터 제한적 의료기술을 말기 또는 중증 상태의 만성질환까지 확대하였다. 이 경우 근거 창출 비용에 대한 국가 지원은 없으나 비급여 진료를 통해 임상적 근거를 쌓을 수 있는 기회를 마련하여 5개의 기술을 11개 의료기관에서 실시하고 있다.

|표 2-6-15| 제한적 의료기술 실시 현황[국고미지원]

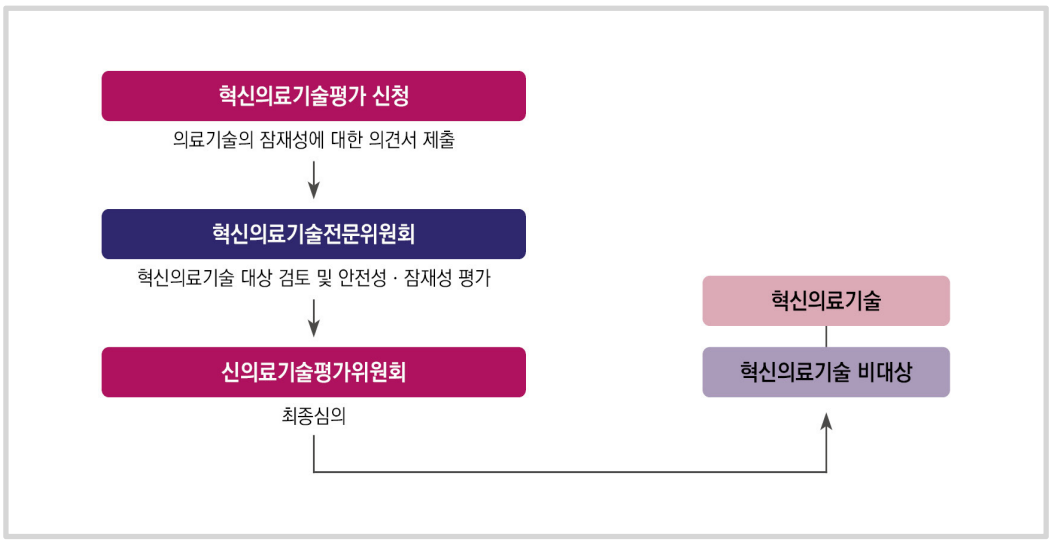
의료 기술명	실시 의료기관	시술 인정 기간
근골격계 질환에서의 자가 지방 줄기 세포 치료술	강남 연세사랑병원 정형외과	2018. 5. 1. ~ 2021. 4. 30.
저에너지 X선을 이용한 수술 중 방사선 치료	강남세브란스병원 방사선종양학과	2018. 8. 1. ~ 2021. 7. 31.
선택적 망막 치료술	서울대학교병원 안과	2018. 8. 1. ~ 2021. 7. 31.
국소성 전립선암에서 비가역적 전기천공술	서울성모병원 비뇨의학과	2019. 6. 1. ~ 2022. 5. 31.
연골 결손 환자에서의 자가 골수줄기세포 치료술	건국대학교병원 정형외과	2020. 10. 1.~ 2023. 9. 30.
	메디플렉스 세종병원 정형외과	
	서울대학교병원 정형외과	
	서울특별시보라매병원 정형외과	
	차의과학대학교 분당차병원 정형외과	
	한림대학교 강남성심병원 정형외과	
	한일병원 정형외과	

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 임상적 안전성 평가와 사회적의료적 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. 혁신의료기술평가 신청 시에는 의료기술의 잠재성에 대한 의견서를 제출하여야 하며, 혁신의료기술전문위원회에서는 이를 바탕으로 혁신의료기술 별도평가 대상 여부 검토 및 의료기술의 안전성 · 잠재성 평가를 진행한다. 이후 신의료기술평가위원회에서 신청기술의 안전성 평가결과와 잠재적 가치 평가결과를 종합하여 최종심의를 한다.

|그림 2-6-9| 혁신의료기술평가 절차도



혁신의료기술전문위원회는 첨단의료기술전문가 및 의료계, 산업계, 환자 · 시민단체 등의 추천인사로 20명 이내의 위원으로 구성되며, 혁신의료기술 대상 검토 및 잠재성 평가 심의기준은 크게 기술적, 사회적, 의료적 3가지 속성으로 나뉜다.

|표 2-6-16| 혁신의료기술 대상 검토 및 잠재성 평가 심의기준

구분	심의항목	심의 시 검토 사항
기술적 속성	맞춤형 의료기술	개별 환자의 상황에 따른 맞춤형 진단 및 치료 솔루션을 제공함으로써 의료결과의 향상이 기대되는 의료기술인가?
	혁신 · 첨단 기술(기기) 활용	기술집약도가 높고 기술혁신 속도가 빠른 혁신 · 첨단 기술 또는 기기를 활용한 의료기술인가? ※ 3D 프린팅, 로봇, 아식형 장치, 가상/증강현실, 나노기술, 인공지능, 정밀의료, 첨단재생의료 및 디지털치료 등 혁신/첨단 기술을 활용한 의료기술, 신개발 의료기술 탐색 활동 및 보건신기술(NET) 인증을 받았거나 IR52 장영실상, 세계일류상품 등 기술력 및 경쟁력을 인정받아 정부 또는 공공기관으로부터 수상한 제품을 활용하는 유망 의료기술
사회적 속성	사회적 요구도가 높은 질환	신체적 · 정신적 · 경제적 부담으로 사회에 미치는 영향이 상당한 질환을 대상으로 하는 의료기술인가?
	대체기술 부재	해당 적응증에 대한 대안으로서 진료지침(가이드라인) 등에서 권고하는 표준(비교) 치료 또는 선행 치료법이 없는 의료기술인가?
	남용 가능성	의료현장에서 남용 가능성이 낮은 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, 시술성공률 증진 및 오류 감소 등 의료행위의 질과 의료결과의 향상이 기대되는 의료기술인가?

'혁신의료기술 별도평가트랙'을 통해 혁신의료기술(조건부 신의료기술)로 심의될 경우, 보건복지부 장관이 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 수 있도록 하였다.

2020년 11월 「혁신의료기술평가와 실시 등에 관한 규정(이하 '혁신의료기술평가 규정')」 개정을 통해 혁신의료기술 평가대상의 기술을 기존 6개에서 9개로 확대*하고, 4개로 제한했던 질병군**을 폐지하여 사회에 미치는 영향이 큰 여러 질환에 첨단기술이 융합된 의료기술을 사용할 수 있게 되었다. 2022년 10월 혁신의료기술평가 규정 개정을 통해 절차 및 방법을 간소화하여 평가기간을 대폭 단축***하여, 잠재적 가치가 우수한 혁신의료기술이 보다 빠르게 의료현장에 진입할 수 있도록 하였다. 또한, 2022년 10월 제품화 완료된 인공지능·빅데이터 기술, 디지털·웨어러블 기술을 대상으로 혁신의료기기-혁신의료기술 연계 통합심사 제도****를 도입하여 「의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법」 제21조에 따른 혁신의료기기 지정 검토와 혁신의료기술평가를 동시에 진행하여 혁신의료기기로 지정되는 기술이 혁신의료기술로서 의료현장에 진입할 수 있도록 하였다.

* (기존) 로봇, 삼차원프린팅, 이식형 장치, 가상현실 · 증강현실, 나노기술, 인공지능
(추가) 디지털치료, 정밀의료, 첨단재생의료
** (기존) 암, 치매, 심장질환, 뇌혈관질환 등 → (개정) 신체적 · 정신적 · 경제적 부담으로 사회에 미치는 영향이 상당한 질환
*** (기존) 250일 → (개선) 120일
**** 혁신의료기기 지정 시 요양급여대상·비급여대상 여부 확인, 혁신의료기술평가 연계 등을 위해 관계 부처가 동시에 통합 검토

사. 신의료기술평가 길라잡이 서비스 시행

국민들이 안전하고 우수한 신의료기술의 혜택을 조기에 누릴 수 있도록 유망 신의료기술을 선제적으로 발굴하여, 빠른 기간 안에 의료현장에 진입할 수 있도록 지원하고자 전주기 맞춤형 자문 서비스인 '신의료기술평가 길라잡이 서비스'를 2021년 8월부터 시행하고 있다.

지원 우선 대상은 국내 제조 업체의 개발 기술 등 개발단계의 국내 유망 의료기술, 희귀질환 대상 및 대체기술이 부재한 공익적·사회적 가치가 있는 의료기술, 기술 집약도가 높고 기술혁신 속도가 빠른 첨단 기술 또는 기기를 활용한 혁신·첨단의료기술이 해당한다.

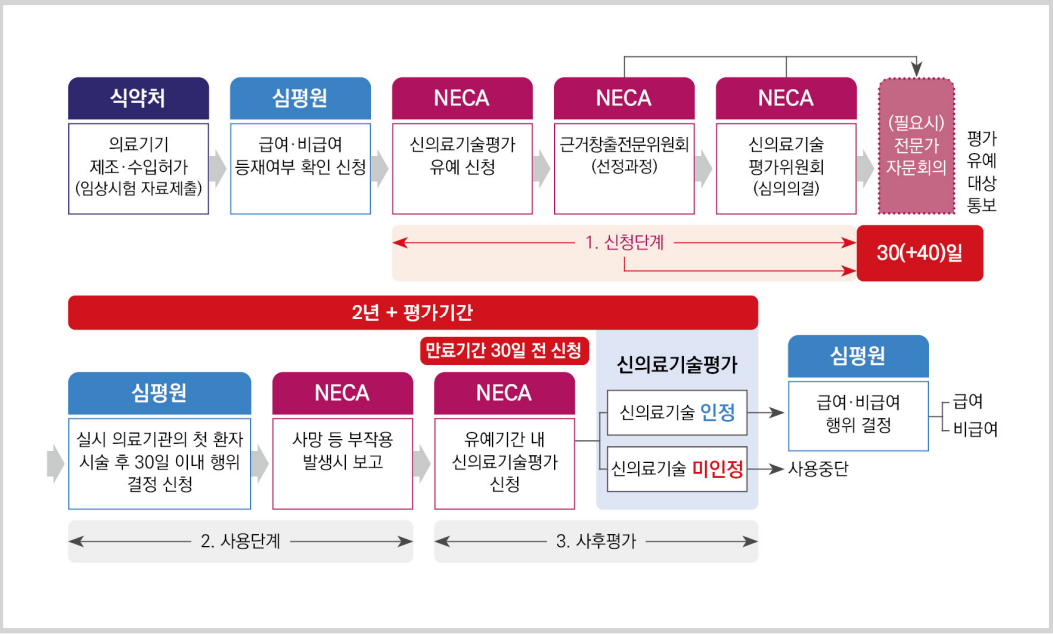
개발단계에 있는 의료기술 또는 의료기기 임상시험계획서 자문 등을 통해 추후 신의료기술평가 시행 시 안전성·유효성 입증 진행을 지원하고, 의료현장 진입을 눈앞에 두고 있는 의료기술은 신의료기술평가가 원활히 진행될 수 있도록 사전 문헌검색 및 분석 결과까지 안내하며, 안전성·유효성을 입증하지 못해 신의료기술로 인정받지 못한 의료기술은 정밀상담을 실시하고 있다. 우수한 의료기술의 발전을 촉진하여 개발단계에서부터 의료현장 진입까지 소요 시간을 최소화할 수 있도록 개선하였다.

아. 신의료기술평가 유예 제도 개선

의료현장에 선진입 가능한 의료기술 대상 및 기간을 대폭 확대하고 선진입 의료기술에 대한 안전관리를 강화하고자 「신의료기술평가에 관한 규칙」을 개정(2022.1.28.)하였다. 기존 신청 대상인 식약처 제조 또는 수입허가를 받은 의료기기 이외에도 '체외진단 의료기기'도 추가되었으며, 안전성 우려가 비교적 적은 비침습적 진단용 의료기기의 경우 비교 임상문헌이 없어도 식약처 허가 시 제출된 '임상시험에 관한 자료'만으로도 신의료기술평가 유예 신청이 가능해졌다. 의료현장에 선진입하여 사용 가능한 기간도 1년에서 2년으로 연장되어 안전성 · 유효성에 대한 문헌적 근거를 창출할 수 있는 기회도 확대되었다.

선진입 의료기술이 확대되는 만큼 국민 건강 보호를 위한 안전관리 체계도 강화되었다. 의료현장에 진입하기 전 전문위원회를 통해 안전성을 검토하여 신의료기술평가위원회에서 심의하는 절차를 거친다. 또한 선진입 의료기술 사용 시 부작용이 발생한 경우 추가 위해 방지를 위해 심각한 부작용에 대한 보고를 의무화하고 위해 수준 검토 및 사용 중단 등에 대한 사항도 구체화하였다.

|그림 2-6-10| 신의료기술평가 유예 절차도



자. 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, 의료현장 선진입 가능한 의료기기 대폭 확대를 통한 의료기기의 임상현장 근거창출 지원을 확대하고, 빠른 시장진입이 가능하도록 신속한 평가 실시 및 전주기적 컨설팅 시행 등 신속한 정보제공을 통한 신의료기술평가 통과를 적극 지원할 계획이다. 또한, 신의료기술평가 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.

제2절 의료자원정책

Ⅰ 의료자원의 합리적 육성

1. 보건의료 인력의 수급 관리

가. 보건의료 인력 관리 실태 및 현황

현재 우리나라에서 법으로 정하고 있는 보건의료 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 준비 기간과 많은 투자를 필요로 하기 때문에 그 수급 대책은 장기적인 목표 아래 수립되어야 하며, 또한 전체적인 보건의료계획 내에서 이루어져야 한다.

|표 2-6-17| 보건의료 관계 인력의 양성 기관 및 2023년 입학 정원

(단위 : 개, 명)

대학	학교 수	정원
의과대학	40	3,058
치과대학	11	750
한의과대학	12	750
약학대학	35	1,700
간호대학(간호전문대학 포함)	203	23,183

|표 2-6-18| 연도별 의료관계 인력 면허 등록 상황

(단위 : 명)

연도	의사	한의사	치과 의사	약사	조산사	간호사	간호 조무사	의료 기사	보건의료 정보 관리사	안경사	응급 1급	응급 2급
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	301,151	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
2020	129,242	26,096	32,335	72,530	8,220	436,340	788,247	333,053	27,637	45,846	21,223	20,158
2021	132,013	26,788	33,031	73,978	8,194	457,849	823,392	348,602	29,034	47,001	22,738	21,076
2022	134,900	27,469	33,702	75,461	8,162	480,925	857,735	443,919	30,221	48,159	24,095	21,639

※ 출처 : 보건복지부 면허관리시스템 등록 현황(사망자/기타말소 제외)

우리나라의 보건의료 인력은 지난 20여 년간 양적으로 많이 증가되었을 뿐 아니라 기술적 수준도 많이 향상되었다. 그러나 선진국에 비하면 양적으로 미흡한 수준으로 평가되는데 대표적으로 인구 천명당 의사 수의 경우 전체 2.6명(한의사 포함)으로 OECD 평균(3.7명)에 비하면 70%에 불과해 여전히 그 격차가 크다.

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 2-6-19| 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
	2018	2.4	7.2
	2019	2.5	7.9
	2020	2.5	8.4
	2021	2.6	8.8
주요 선진국	일본	2.6('21.)	12.1('21.)
	독일	4.5('21.)	12.0('21.)
	프랑스	3.2('21.)	8.6('21.)
	호주	4.0('21.)	12.8('21.)
	스웨덴	4.3('21.)	10.7('21.)
	덴마크	4.4('21.)	10.2('21.)
OECD 평균		3.7('21.)	9.8('21.)

주 : 1) 한국은 의사의 경우 한의사 포함, 간호사의 경우 간호조무사 포함
※출처 : 「건강보험심사평가원 월별 요양기관 현황」, 「OECD Health Data 2022」

나. 의료 인력의 중·장기 수급 전망

1) 의사

우리나라의 의과대학 입학정원은 6개 의과대학, 정원 800명으로 시작(~'80년대)하여 지역 균형 발전 등을 위해 41개 의대, 입학정원 3,253명까지 증가하였다(~'90년대). 이후 2000년 의약분업에 따른 의정 협의 과정에서 입학정원을 10% 감축하기로 결정, 2006년에 3,058명으로 감원하였고 2023년 현재까지 입학정원을 3,058명으로 유지 중이다.

한편 미국, 일본, 프랑스, 이탈리아, 캐나다, 호주 등 OECD 국가들의 경우 의사의 고령화 등에 따른 공급 부족과 높은 삶의 질 요구 및 고령화에 따른 의료수요 증가에 대응하기 위해 의과대학 입학정원을 증원하는 추세이다. 이에 따라, 2019년 의과대학 졸업생 수가 2010년 대비 호주 51%, 프랑스 71%, 미국 30%, 일본 18% 등으로 크게 증가하였다.

|표 2-6-20| 의과대학 졸업생 수 추이 국제 비교

(단위: 명, %)

	한국*	호주	프랑스	미국	일본	이탈리아	캐나다
2010년	4,027	2,662	3,740	20,469	7,619	6,732	2,447
2019년	3,827	4,022	6,387	26,641	9,003	10,488	2,856
증가수 (증감율)	△200 (△5%)	1,360 (51%)	2,647 (71%)	6,172 (30%)	1,384 (18%)	3,756 (56%)	409 (17%)

* 한국은 한의대 정원(750명) 포함

정부는 2020년 7월 지역의료의 격차와 공공 및 필수의료 인력의 불균형을 해소하고 인구 고령화 등 미래환경 변화에 필요한 의사 인력을 확충하기 위하여 의과대학 입학정원 증원을 발표하였다. 지역에서 일정기간 복무하는 지역의사 정원 연 300명, 감염병 등 특수전문 분야와 의사과학자 양성을 위한 정원 연 100명 등 총 400명을 10년간 한시적으로 증원하여 총 4,000명의 의사를 추가로 확보하고자 하였으나 대한의사협회, 대한전공의협의회 등 의료계 집단휴진으로 이행되지 못하였고 코로나 19 안정화 이후에 의정협의체를 통해 다시 논의하기로 하였다.

한편, 2021년 한국보건사회연구원 보건의료인력 중장기 수급추계에 따르면 우리나라 의사 수는 2035년에는 9,654명이 부족할 것으로 추계되어 적절한 인력 확보 방안이 요구되고 있다.

향후 중장기 수급추계 및 실태조사 결과를 바탕으로 정책환경 변화, 관련 단체 의견 수렴 등 다양한 의견을 폭넓게 청취하고 검토하여 적정 수준의 의사 인력이 양성될 수 있도록 보건의료인력 종합계획을 수립할 예정이다.

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, 소아청소년과는 3년)의 수련 과정을 이수하여야 한다. 이후 보건복지부가 대한의학회에서 위탁하여 시행하는 전문의자격시험에 합격한 후 보건복지부장관으로부터 전문의 자격을 인정받아야 한다. 2021년도 말 26개 전문과목별 전문의 수는 아래와 같으며, 전문의 중 외과, 흉부외과, 산부인과, 소아청소년과의 비중이 지속적으로 감소하는 추세이다.

|표 2-6-21| 전문과목별 전문의 수

('21. 12월말 기준, 단위 : 명, %)

과목명	인원	과목명	인원
계	91,053 (100)		
내과	17,376 (19.1)	피부과	2,343 (2.6)
신경과	2,023 (2.2)	비뇨의학과	2,614 (2.9
정신건강의학과	3,904 (4.3)	영상의학과	4,040 (4.4)
외과	6,361 (7.0)	방사선종양학과	320 (0.4)
정형외과	6,738 (7.4)	병리과	905 (1.0)
신경외과	2,958 (3.2)	진단검사의학과	944 (1.0)
흉부외과	1,147 (1.3)	결핵과	56 (0.1)
성형외과	2,220 (2.4)	재활의학과	2,324 (2.6)
마취통증의학과	5,003 (5.5)	핵의학과	257 (0.3)
산부인과	5,958 (6.5)	가정의학과	7,115 (7.8)
소아청소년과	6,000 (6.6)	응급의학과	2,027 (2.2)
안과	3,586 (3.9)	직업환경의학과	599 (0.7)
이비인후과	4,045 (4.4)	예방의학과	190 (0.2)

2) 치과의사

2022년도 말 현재 치과의사 수는 33,702명이다. 인구 대비 치과의사 수는 선진국 수준(주요 선진국의 인구 천 명당 활동 치과의사 수는 0.69명 정도이나, 우리나라는 0.51명임)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 치과의사의 공급은 국민 소득 증가 등으로 인한 치과의료 수요증가 요인, 치과의사전문의 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 치과의사전문의제도를 도입하여, 인턴1년 및 레지던트 3년의 수련과정 이수 후 2008년 첫 치과의사전문의가 배출되었다. 2022년에는 749명이 배출되어 2022년까지 배출된 치과의사 전문의 수는 총 15,861명이다.

|표 2-6-22| 연도별 치과의사전문의 현황

(단위 : 명)

구분	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22	총계
치과의사 전문의 수	258	275	272	271	274	271	285	268	964	2,533	2,851	3,796	2,574	749	15,861

3) 한의사

우리나라의 한의사 수는 2022년도 말 현재 27,469명(전문의 3,585명)으로, 의사·치과의사와 마찬가지로 대학교육을 통해서 배출되고 있는 우리나라의 고유 의사 인력이다. 한의과대학은 1979년도에 3개 대학에서 2022년 말 기준 11개 대학 및 1개 한의학 전문대학원에 입학 정원 750명으로 증가되었다. 또한, 2007년 당시 대통령 공약 사항으로 한·양방 협진과 한의학의 과학화·세계화를 위해 국립부산대학에 한의학전문대학원을 설립하였다.

한의사 인력은 의사 인력과의 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, 한방의료 수요에 대한 기초 자료의 확보가 가능한 시점에서 전반적으로 재검토할 계획이다.

4) 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. 2022년 말 현재 조산사는 9,336명이 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, 2022년도 말 현재 우리나라 간호사는 480,925명이다. 인구 천 명당 활동 간호사(간호조무사 포함)는 8.4명으로 OECD 국가 평균 9.7명에 비하면 부족한 실정이다('20년 기준, OECD Health statistics 2022). 간호사는 의료기관의 수요에 따라 활동자 수가 결정되며, 현재 의료기관의 활동자 수는 254,400명(2022년 12월 말 건강보험심사평가원 신고 기준)이나, 실제 간호사 취업자 수는 이보다 높을 것으로 판단하고 있다. 하지만 의료기관 간호사 부족 현상 등을 고려할 때, 경력단절 유휴 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 전문간호사자격제도를 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, 2022년 기준 전체 자격 취득자는 16,695명이다.

간호조무사는 특성화고등학교, 간호조무사양성소(국 · 공립병원 내 설치), 간호학원, 평생 교육시설에서 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, 자격신고제 등 제도 개선의 근거를 마련하여, 전 국민에게 양질의 보편적인 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 하였다('17. 1. 1. 시행).

5) 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 관심이 커지고 있다. 또한 인구의 지속적인 증가와 평균 수명 연장으로 인한 노령인구의 증가, 그리고 1989년 7월 1일부터 시행한 전 국민 의료보험 실시 이후 건강보험의 보장성이 강화되면서 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.

그러나 면허를 받은 의료 인력의 현재 취업 상황에 대한 정보가 부재하고, 자질 향상을 위한 보수교육의 이수율이 낮아 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 정기신고체계로 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 보건의료인력정책심의위원회, 보건의료인력지원전문기관('20.12월 지정), 보건의료인력인권침해상담센터('21.7월 개소) 등 보건의료인력정책에 적합한 기반시설과 제도적 틀을 마련하여, 보다 근본적이고 체계적인 정책 추진이 가능할 것으로 기대된다. 보건의료인력의 실태조사와 미래 수급전망 등을 바탕으로 보건의료인력의 원활한 수급과 근무환경을 개선하기 위한 중장기 종합계획을 수립하고 보다 나은 보건의료서비스를 제공하고자 한다.

|표 2-6-23| 2022년 의료인 면허 신고 현황

(단위 : 명, %)

구 분	면허등록자[1]	면허신고대상자[2]	면허신고자[3]	미신고자	면허 신고율
계	685,158	370,452	141,590	221,714	38.2%
의사	134,900	66,072	51,221	14,851	77.5%
치과의사	33,702	16,266	10,974	5,292	67.5%
한의사	27,469	11,877	9,257	2,620	77.9%
간호사	480,925	268,305	69,998	198,307	26.1%
조산사	8,162	7,932	140	644	1.8%

주 : 1) '22. 12. 기준 보건복지부 면허등록대장 통계(사망자 제외)
2) 전체 면허 보유자에서 기존 면허 신고자 및 신규 면허 취득자 제외
3) 자료: 의료인협회

|표 2-6-24| 2022년 의료기사 등 면허 신고·접수 현황

(단위 : 명, %)

구 분	면허등록자[1]	면허신고자[2]	미신고자	면허 신고율
계	443,919	25,655	282,171	8.3
임상병리사	68,357	4,747	39,028	10.8
방사선사	52,709	6,632	25,741	20.5
물리치료사	84,586	5,310	40,408	11.6
작업치료사	24,094	2,909	9,181	24.1
치과기공사	38,244	619	33,018	1.8
치과위생사	97,549	2,017	74,583	2.6
보건의료정보관리사	30,221	1,159	21,877	5.0
안경사	48,159	2,262	38,335	5.6

주 : 1) '22. 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. 2020년에는 10개 법률에 근거한 26개 종류의 면허 · 자격시험을 시행중이다.

|표 2-6-25| 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, 치과기공사, 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 · 2급 장애인재활상담사
「국민건강증진법」(시행령 및 시행 규칙)	보건교육사 1 · 2 · 3급
「노인복지법」(시행령 및 시행 규칙)	요양보호사
「장애인 · 노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용 촉진에 관한 법률」 (시행령 및 시행 규칙)	보조공학사

|표 2-6-26| 보건의료인 국가시험 시행 현황(2022)

(단위 : 명, %)

직종	접수 인원	응시 인원	합격 인원	합격률(%)
총계	498,069	474,738	419,017	88.3
의사	6,050	6,043	5,786	95.7
치과의사	768	767	708	92.3
한의사	757	753	731	97.1
약사	2,008	1,993	1,840	92.3
조산사	12	12	11	91.7
간호사	24,367	24,175	23,362	96.6
한약사	148	144	119	82.6
영양사	5,899	5,398	3,629	67.2
위생사	9,260	8,221	5,019	61.1
임상병리사	3,024	2,917	2,561	87.8
치과기공사	1,089	1,057	867	82.0
작업치료사	2,013	1,995	1,577	79.0
보건의료정보관리사	2,902	2,745	1,516	55.2
물리치료사	5,542	5,430	4,677	86.1
치과위생사	5,641	5,575	4,575	82.1
방사선사	2,715	2,609	1,958	75.0
안경사	1,712	1,619	1,213	74.9
1급응급구조사	1,753	1,736	1,530	88.1
2급응급구조사	1,188	1,148	966	84.1
의지보조기기사	165	160	83	51.9
1급 언어재활사	1,004	946	559	59.1
2급 언어재활사	1,497	1,436	986	68.7
1급 장애인재활상담사	453	412	376	91.3
2급 장애인재활상담사	65	49	45	91.8
보조공학사	265	248	167	67.3
1급 보건교육사	13	11	3	27.3
2급 보건교육사	153	111	69	62.2
3급 보건교육사	1,394	1,105	642	58.1
요양보호사	371,883	355,665	320,302	90.1
간호조무사	43,971	39,915	33,010	82.7
의사 예비시험	134	126	54	42.9
치과의사 예비시험	78	73	42	57.5
약사 예비시험	146	144	34	23.6

주 : 1) 시험일정 조정으로 제12회 보건교육사 1·2·3급 국가시험은 2020년에 시행하지 않고, 2021년에 시행(21.1.30.)에 시행

2. 국가시험 전담관리기관 설립

1952년에 보건복지부가 의사시험을 필두로 시행 · 관리한 국가시험은 1963년부터 국립보건원이 관리하였다. 1994년부터 의사국가시험은 한국의사국가시험원에서 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 2022년 143명으로 되어 있다. 예산은 2022년 국고지원 79.55억 원과 응시수수료 등 394.7억 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 · 기술 · 태도를 평가하는 동시에 보건의료정책 방향에 부합하도록 학교 교육을 내실화하는 데 기여하고 있다.

변별력과 타당성 있는 시험문제 개발, 임상수행능력 평가 강화를 위한 평가체계 구축, 국가시험제도에 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 구현하였다. SBT의 경험과 노하우를 토대로 컴퓨터시험(CBT : Computer Based Test) 도입을 위해 노력하여 2022년 보건의료인국가시험 최초로 의사 국가시험 컴퓨터시험 시행을 완료하였으며, 서울 등 전국 9개 시도에 컴퓨터시험센터를 구축함으로써 국가시험 선진화를 위해 지속적으로 노력하고 있다.

보건의료인의 종합적인 역량 평가를 강화하고 국가 성장 동력으로서 역할을 하고 있는 의료산업의 수준을 제고하기 위해 아시아 최초로 2009년 의사 실기시험을 도입하였으며, 역량 중심 평가를 위해 종합문항 중심의 평가체계로 문항 유형을 개선하여 2021년부터 시행하였다. 또한 2021년 첫 시행인 치과의사 실기시험을 안정적으로 정착시켰다. 이와 같이 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 간소화되었으며, 면허 발급 기간이 획기적으로 단축되었다. 또한, 의료 인력의 국가 간 이동성 증가에 대응하여, 2020년에는 외국대학 졸업자의 응시자격 인정심사를 강화하기 위한 고시를 제정하였다.

적정 응시수수료 산출을 위해 외부기관을 통한 연구용역을 수행하고 있으며, 이를 토대로 2016년부터 응시수수료를 동결 및 인하하였고, 2019년에는 취약계층 응시수수료 감면제도를 도입하였다.

국가시험제도는 보건의료 전문직이 스스로 자신들의 교육과 훈련을 지속해서 개선하고 고도화할 수 있는 견인차 역할을 할 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 지방 자치단체와 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.

|표 2-6-27| 의료자원 신고체계 현황(보건의료자원 신고일원화 이전)

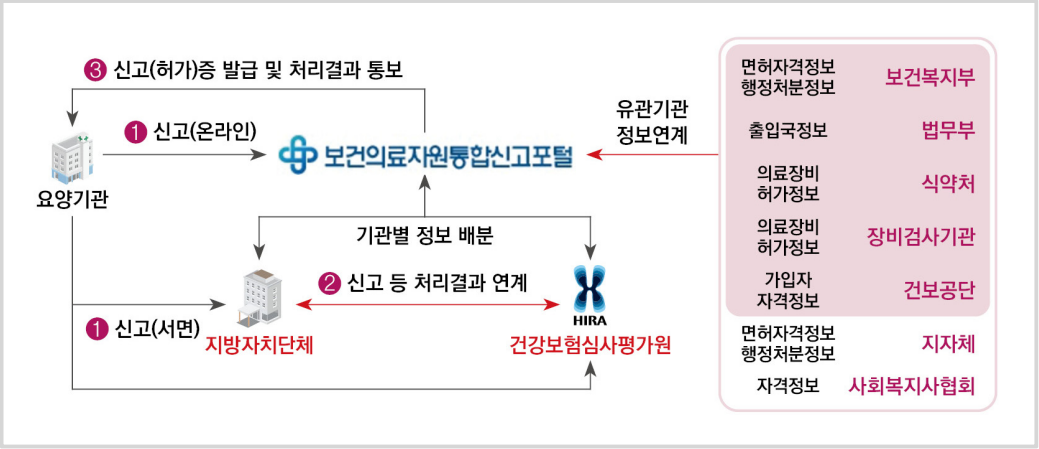
구 분		의료법	약사법	국민건강보험법	비고
관련조항		법 제33조 등	법 제20조 및 제22조	법 제43조	
신고목적		의료기관, 약국 개설신고·허가등록의 요건이 되는 인력·시설·장비 신고		요양급여비용 산정에 소요되는 인력·시설·장비 신고	
신고기관		의료기관	약국	요양기관	
신고항목 (서식기준)		207개		228개	135개 중복 (65.2%)
신고처	서면	지자체(시도, 시군구)		심평원	
	인터넷	민원24(안행부) (http://www.minwon.go.kr/)		요양기관업무포탈 (http://biz.hira.or.kr)	

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 16종 정보에 대해 유관기관 간 시스템 연계를 통해 직접 조회하여 처리할 수 있도록 업무 효율화를 도모하였다.

집필자 보험평가과 정재욱

|그림 2-6-11| 업무 흐름도(보건의료자원 통합신고포털)



정부는 보건의료자원 신고일원화제도를 안정적으로 시행, 정착시켜 민원 편의 증진 및 신고비용을 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.

|표 2-6-28| 보건의료자원 신고일원화 추진경과

기 간	주요 내용
2012.2월 ~	의료기관 신고일원화 및 개설업무 표준화 관련 정책환경·운영현황 분석 및 방향성 검토 등
2013.4월	의료기관 신고일원화 방안 검토요청(건강보험심사평가원)
2013.7월 ~ 2014.2월	의료자원 신고일원화 BPR/ISP 컨설팅 추진
2014.6월	건강보험심사평가원 內「의료자원 신고개선단」 임시조직 구성
2014.10월	의료자원 신고일원화 추진(안) 수립 및 행정자치부 협의
2014.11월	의약단체, 지자체 등「의료자원 신고일원화 실무협력단」 구성·운영
2014.12월	보건의료자원 신고일원화 시스템 구축사업자 선정
2015.5월	건강보험심사평가원-지역정보개발원 업무협약 체결
2015.7월	「의료법」,「약사법」,「국민건강보험법 시행규칙」등 5개 법령 개정 공포
2015.11월	「통합신고포털 운영 및 관리 등에 관한 규칙」 제정
2015.12월	보건의료자원통합신고포털 및 연계시스템 구축 완료
2016.1월	보건의료자원 신고일원화 시행

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(16종)

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 의약품안전사용서비스(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 이익 내역을 작성하고, 그 근거자료를 함께 5년간 보관하도록 하는 '지출보고서 작성 제도'를 시행하였으며, 2021년에는 지출보고서 공개, 실태조사공표 및 위반시 벌칙을 강화하여 불법 리베이트에 대한 자정 기능을 강화하는 사전적 정책을 함께 펼치고 있다. 또한 2021년 "의약품 판매촉진 업무를 위탁받은 자(소위 CSO : Contract Sales Organization)"의 법적 지위를 설정하여 불법 리베이트 제공시 처벌의 근거를 마련하였다.

앞으로도 의약품 유통 투명화 기반을 마련하여 의약품 거래의 투명성을 지속적으로 높이고, 의약품 안전사용서비스(DUR)의 고도화 등 의약품의 적정 사용 관리를 위해 끊임없는 제도개선의 노력을 할 것이다.

집필자 약무정책과장 하태길

Ⅱ 적정하고 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 2022년 99.5%로 높아졌다.

|표 2-6-29| DUR 시스템 설치 기관 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 개소, %)

종별	대상기관 수	점검기관 수(누적)	비율
계	82,968	82,535	99.5
상급종합병원	45	45	100.0
종합병원	327	327	100.0
병원급	3,524	3,501	99.3
의원급	33,551	33,277	99.2
치과 병·의원	18,990	18,896	99.5
보건기관	3,409	3,394	99.6
약국	23,122	23,095	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 전국의 · 약사에게 공지하기 시작하였다. 또한, 효능군 중복 의약품(2013), 치료 용량 · 투여기간 주의 의약품(2014), 분할주의 및 65세 이상 노인사용 주의 의약품(2015), 약제 허가사항 주의 의약품(2018), 생산 · 수입 · 공급 중단 의약품(2020) 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

('22. 12. 기준, 단위 : 개)

항 목	성분 수	품목 수		
		계	급여	비급여
계	3,360	59,646	50,924	8,722
병용 금기	1,153 (조합)	7,844 (403,130조합)	6,611 (290,984조합)	1,233 (112,146조합)
연령 금기	198	3,096	2,297	799
임부 금기	1,140	19,185	16,052	3,133
효능군 중복	386	11,713	10,251	1,462
용량 주의	320	6,449	5,110	1,339
투여 기간 주의	56	307	208	99
노인 주의	107	1,889	1,632	257
분할 주의	-	2,199	1,984	215
안전성 관련 사용 중지	-	275	231	44
안전성 관련 사용 주의	-	113	111	2
생산·수입·공급 중단	-	119	88	31
약제 허가사항 주의	-	1,589	1,481	108
비용효과적인 함량 사용대상	-	4,868	4,868	-
동일 성분 중복	의약품 전체			

DUR 점검 현황의 모니터링 결과 2022년에는 외래처방전 13억여 건에 대하여 DUR 점검이 이루어졌으며, 이 중 20.0%인 2억 6천만여 건의 의약품 적정 사용 정보가 제공되었다. 먼저 의사의 의약품 처방 단계에서 20.1%, 이후 약사의 조제 단계에서 19.9%의 DUR 정보가 제공된 것이다.

|표 2-6-31| DUR 점검 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 만 건, %)

구분	처방 건수	
	점검 요청 건수	DUR 정보(팝업) 발생 건수 (비율)
전체	129,766	25,946 (20.0)
처방 단계	70,862	14,245 (20.1)
조제 단계	58,904	11,701 (19.9)

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 2022년에는 1천만여 건의 헌혈금지약품 복용정보를 제공하여 9,016건의 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, 특히 2020년도 코로나19 감염병 예방을 위한 정보 제공을 통해 의료 현장에서 신속하고 적절한 조치가 가능해져 감염 확산을 최소화하였다. 질병관리청과 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. 또한, 2021년에는 코로나19 예방접종자에 대한 정보제공으로 요양기관에서 예방접종 이상반응에 대한 조기파악을 지원하였다.

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 '우수의약품 제조 및 품질 관리 기준(Good Manufacturing Practice : GMP)' 제도를 1994년 의무화하였으며, 의약품 유통 관리를 위해 의약품 도매업소에 대하여 '우수의약품 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, 병의원 간의 거래 방식은 직거래와 도매상 경유 거래가 혼재 되어 있었다. 이러한 거래 채널의 분산은 소량 · 다빈도 배송 및 기능별 전문화 미흡 등에 의한 물류 비효율을 유발하였다.

* 의약품도매상 수 2000년 1,046개 → 2021년 3,356개소

영세 제약사, 도매상 증가, 제네릭 의약품 간의 과다 경쟁으로 덤핑, 변칙 거래 등 유통 질서가 문란하고, 과다한 판촉비 지출로 제약 및 유통산업의 경쟁력이 약화 되었다. 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 특수관계에 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 업무정지 기간을 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, 편익, 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 '지출보고서 제도' 도입('16. 12. 2. 「약사법」 개정)하였으며, '지출보고서 제도'의 실효성 제고를 위해 지출보고서 공개, 실태조사공표 및 위반시 벌칙을 강화('21.7.21. 「약사법」·「의료기기법」 개정)하였다. 또한 우회적인 리베이트 제공의 수단으로 활용되기도 한 "의약품 판매촉진 업무를 위탁받은 자(소위 CSO : Contract Sales Organization)"의 법적 지위를 설정하여 불법 리베이트 제공할 경우 처벌의 근거를 마련하는('21.7.21. 「약사법」·「의료기기법」 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.

2021년 기준 전체 도매업체 3,356개소 중 97.0%의 업체가 출하 시 일련번호 보고에 참여하고 있다. 2020년 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 통폐합 및 의약품 생산 · 수입 실적 대비 공급이상 인지모델을 신규로 개발하여 총 7개 모델을 운영하고 있다. 이렇게 데이터마이닝을 이용하여 의약품 공급내역 불성실 보고업체 계도와 의약품 유통 현지 조사, 의약품 실거래가 현지 조사를 위한 대상기관 선정 및 현지 조사 자료를 제공하였다.

또한, 의약품관리종합정보센터에서 수집 · 분석한 의약품 관련 시장 정보는 공공기관의 정보공개 제도를 통해 제약사 등 수요자에게 편리하고 저렴하게 제공되어, 제약산업 및 유통산업의 경쟁력 강화에 큰 도움을 주고 있다.

2016년 의약품 일련번호 유통정보관리시스템을 구축하여, 2016년 7월부터는 제약회사에서, 2017년 7월부터는 도매업체도 의약품 출하 시 일련번호를 보고하도록 하여 제도를 확대 시행하고 있다.

2018년부터 의약품 일련번호 보고제도를 통하여 수집된 의약품 유통정보를 활용하여 신속하고 원활한 위해의약품 회수를 도모하여 의약품 유통관리를 강화하고, 2020년에는 코로나19 관련 의약품에 대한 재고량 · 보유업체 정보 모니터링 및 공개로 환자 치료를 지원하였다. 2021년에는 의약품 全주기(생산·유통-사용-사후관리) 연계 체계 구성으로 의약품 新 유통질서 확립 기반을 마련하여 의약품 불법유통을 사전 예방하였다.

|표 2-6-33| 2022년도 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	229	업체수 : 45 품목 수 : 4,701

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. 표준코드 중 9자리 숫자는 2010년부터 건강보험급여의약품 제품코드(EDI코드)로 활용하고 있음
2022년 12월 기준 의약품관리종합정보센터에서 74,840개 품목에 223,755개 표준코드를 부여·공고하고 있음
※ 첩약 시범사업 관련 한약재 17,976개 품목, 50,358개 표준코드가 포함된 수치임

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 건강보험 급여의약품 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.

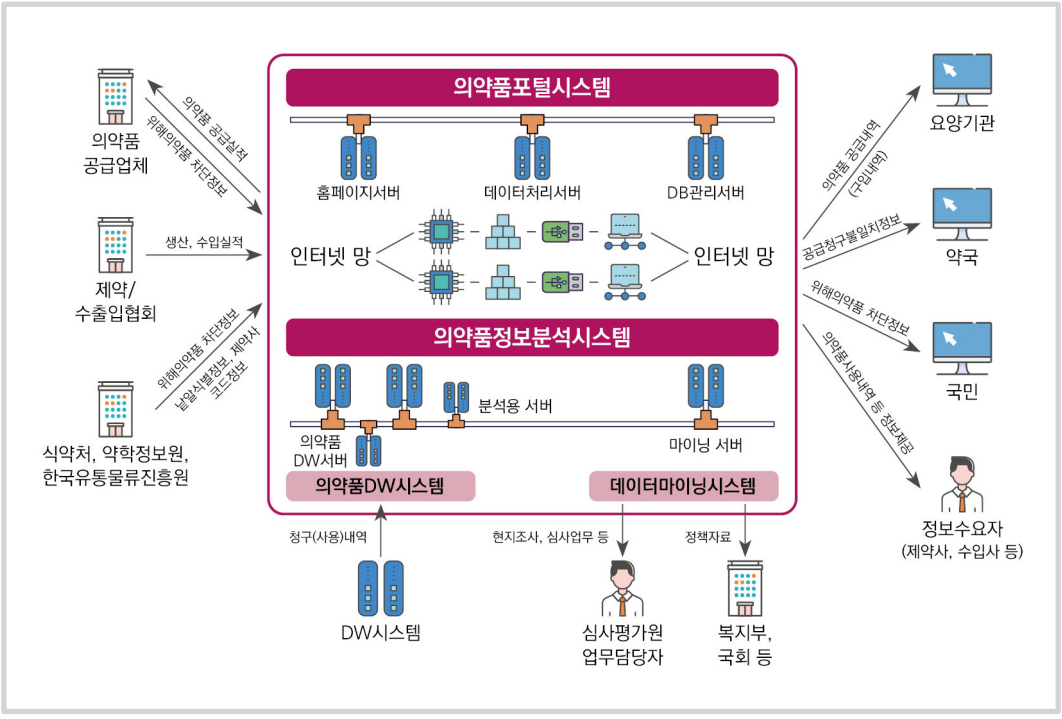
또한, 의약품표준코드 도입과 더불어 바코드제도를 내실화함으로써 의약품 도매업소, 요양기관 등에서 의약품 물류 관리 시 바코드를 적극 활용하고, 의약품 이력 추적이 가능하도록 하였다.

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·전문의약품에 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 2-6-12| 의약품유통정보시스템 구성도



제4절 공공보건의료정책

Ⅰ 수요자 중심 공공의료체계 구축

1. 공공의료정책 개요

가. 공공보건의료의 필요성

공공보건의료는 국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역, 계층, 분야에 관계 없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호 · 증진하는 모든 활동을 말한다. 다시 말해 낮은 수익성 등의 이유로 공급이 원활하지 않은 필수 의료, 취약 지역 · 계층 진료, 감염병 관리 등을 제공하는 국가와 지역사회의 필수적 의료 안전망을 의미한다. 보다 구체적으로는 응급 · 외상 · 심뇌혈관 · 암 등 중증의료, 산모 · 신생아 · 어린이 의료, 재활, 만성질환 · 정신 · 장애인 등 지역사회 건강관리, 감염 및 환자 안전 등을 예로 들 수 있다.

2020년에 우리나라는 코로나19 대응 과정에서 공공병원이 환자의 80% 이상을 진료('20. 9.)하는 등 공공보건의료의 중요성을 다시 한번 인식하는 계기가 되었다. 다만 그 과정에서 지역 공공병원(지방의료원, 적십자병원 등)의 낙후된 시설과 인력 부족 등 공공보건의료 체계 전반의 부족한 양과 질도 함께 드러났다. 이러한 맥락에서 보건의료 전반에 대한 국가 책임 강화, 공공병원 등 공공의료 확충 · 투자에 대한 국민 인식과 사회적 요구가 매우 높은 상황이다.

집필자 공공의료과장 신욱수

나. 공공보건의료정책의 경과

|표 2-6-34| 공공보건의료 정책 연혁

연도	법 개정, 대책 수립 등	주요 내용
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 전부 개정	공공, 민간에 관계없이 필수 보건의료 제공이라는 '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)」 수립	지역 · 계층 · 분야에 관계 없이 보편적인 의료서비스 접근성 보장 목표
2018년	「공공보건의료 발전 종합 대책」 수립	필수의료의 지역 격차 없는 포용 국가 실현을 위한 4대 분야 12대 과제 도출
2019년	「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화대책」 수립	어디서나 안심하고 필수의료서비스를 이용할 수 있도록 지역 의료 자원 확충, 지역 보건의료기관 간 협력을 강화하기 위한 추진과제 마련
2020년	「공공의료체계 강화 방안」 수립	감염병 대응 및 중증응급 등 필수의료 지역 격차 해소 등을 위한 공공의료 인프라, 인력 확충
2021년	「제2차 공공보건의료 기본계획(2021년 ~ 2025년)」 수립	'모든 국민의 필수의료 보장'을 비전으로 3대 분야, 11개 추진과제 제시

2016년 제1차 공공보건의료 기본계획(2016~2020)을 수립한 이후, 정책 여건 변화에 대응하고 추가 대책 필요성 등에 따라 공공보건의료 관련 대책을 지속적으로 마련하였다. 2020년 12월에는 코로나19 등 상시적 공중보건위기에 대응하고 지역 간 의료 이용의 형평성을 높이기 위해 「공공의료체계 강화 방안('20. 12. 13.)」을 발표하였고, 2021년에는 그간 대책을 평가하고 보완 · 발전시켜 제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)('21.6월 발표)」을 수립하였다.

제2차 공공보건의료 기본계획에서는 '모든 국민의 필수보건의료 보장으로 포용적 건강사회 실현'을 비전으로 설정하고, '[1] 국민 누구나, 어디서든 공공보건의료를 이용 [2] 양질의 적정한 공공보건의료 제공, [3] 공공보건의료의 효과적인 협력 및 운영을 정책 목표로 제시하였다. 이에 따라 '제공 체계, 역량 강화, 제도 기반 측면에서 공공의료 전반의 과제를 체계적으로 추진하기 위해 보다 강화된 공공의료체계 확립, 필수 의료인력 확충 및 지원, 지역 완결적 의료여건 조성 등의 주요 방향을 관련 정책을 추진 중이다.

2. 공공보건의료기관 및 수행 기관 현황

우리나라의 보건의료체계는 민간위주의 의료공급체계와 국가주도의 재정관리체계를 특징으로 한다. 의료기관의 공급 측면에서 2021년 12월 기준 공공의료기관*은 221개소로, 전체 의료기관의 5.3%, 병상 수는 전체의 9.6%에 불과하여, 민간이 의료시설의 절대 다수를 차지하고 있다.

* 2021년 기준 전체 공공의료기관 229개소 중 병원급 이상 의료기관 221개소 대상 (상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원)

|표 2-6-35| 공공의료기관 현황('21. 12.)

(단위 : 개소, 병상)

구 분	전체 의료기관[1)]	공공의료기관[2)]	공공의료기관 비중
기관 수	4,188	221	5.3%
병상 수	660,606	63,547	9.6%

주 : 1) 전체 의료기관 : 2021년 기준 건강보험심사평가원에 신고 된 병원급 이상 의료기관 4,188개소 대상 (상급종합병원, 종합병원, 병원, 보건의료원, 치과병원, 한방병원, 요양병원)

2) 공공의료기관 : 2021년 기준 전체 공공의료기관 229개소 중 병원급 이상 의료기관 221개소 대상 (상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원)

* '22년 공공보건의료기관현황은 23년 10월말 작성예정

※ 출처 : 국가승인통계 「2021년 공공의료기관현황」

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.

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.

|표 2-6-36| 기능 및 관할 지역에 따른 공공병원 분류

('21. 12. 기준)

기능 구분	광역 이상		단일 혹은 복수 기초자치단체	
일반진료 중심 (70)	국립중앙의료원(1), 국립대학병원(10) 국립대학병원분원(6), 건보공단일산병원(1)	18	지방의료원(35), 지방의료원분원(1) 적십자병원(6), 시군립일반병원(10)	52
특수대상 중심 (35)	경찰병원(1) 근로복지공단병원(13)	보훈병원(6)	군병원(15)	35
특수질환 중심 (42)	국립결핵병원(2) 국립정신병원(5) 국립법무병원(1) 국립재활원(1) 국립교통재활병원(1) 경인의료재활센터병원(1) 권역재활병원(4)	국립암센터(1) 국립소록도병원(1) 국립대치대병원(7) 원자력병원(2) 국립대한방병원(1) 국립대학전문센터(1)	시립장애인치과병원(1) 시립서북병원(1) 시립어린이병원(1) 시도립정신병원(10) 군립일반병원(1)	14
노인병원 (80)	시도립노인병원(33)	보훈요양병원(1)	시군구립노인병원(46)	46

※ 출처 : 국가승인통계「2021년 공공의료기관현황」

3. 주요 정책 추진 현황

가. 공공의료 인프라 확충

1) 지역 공공병원 확충

35개 지방의료원 및 6개 적십자병원 등 지역 공공병원이 양질의 공공보건의료를 제공할 수 있도록 노후 시설 · 장비 교체, 미충족 필수의료서비스 제공(응급, 중환자실, 심뇌혈관 등)에 필요한 시설 · 장비 확충 예산을 지속적으로 확대 · 지원하고 있다.

|표 2-6-37| 지역 공공병원 인프라 연도별 지원 현황

(단위 : 백만 원)

구 분		계	시설보강사업	장비보강사업	기능특성화사업
지방 의료원	2020년	102,630	50,660	30,436	21,534
	2021년	106,361	59,297	19,308	27,756
	2022년	121,326	67,538	28,072	25,716
적십자 병원	2020년	7,045	2,780	3,165	1,100
	2021년	13,481	9,300	4,116	65
	2022년	14,775	7,811	6,558	406

아울러 지역 공공병원 신 · 증축을 위해 국무회의에서 신축 3개소(대전, 서부산, 경남 진주)의 예비타당성 면제가 결정되었고, 부산 · 강릉 · 충주 · 서귀포의료원 등 증축 공사를 진행하였다. 2020년 12월에 관계 부처 합동으로 발표한 「공공의료체계 강화 방안」에는 지역 공공병원 20개소 이상 신 · 증축(신축 3개소, 이전 · 신축 6개소, 증축 11개소 등), 신속한 확충 추진을 위한 예비타당성 조사 면제(3개소) 및 개선, 지방자치단체 부담 경감을 위한 국고보조율 상향 계획 등이 포함되었다. 이를 기반으로 향후 공공의료 인프라를 적극 확충할 예정이다.

2) 국립중앙의료원 이전 · 신축 및 기능 강화

국립중앙의료원은 국가 중앙병원으로서 공공보건의료 체계에서 중요한 역할이 요구되나, 그간 협소한 부지, 시설 노후화 등으로 역할 확대에 어려움이 있었다. 국립중앙의료원 인프라 확충 및 기능 강화를 위해 그간 이전·신축 부지 확보를 추진해 왔고, 현재 국방부와 미 공병단부지(서울 중구 방산동)를 유상관리전환 중에 있으며 2026년 착공 및 2028년 완공을 목표로 관련 절차를 진행하고 있다.

아울러 2021년 6월에 발표한 제2차 공공보건의료 기본계획에 따라 국립중앙의료원의 인프라(상급종합병원 수준), 필수의료중앙센터(감염, 응급, 외상, 심뇌, 모자, 치매 등), 공공보건정책지원(공공보건의료지원센터) 및 연구·개발, 교육·훈련(공공보건의료교육훈련센터) 등을 확대해 국가 중앙병원으로서 기능과 역할을 강화할 계획이다.

나. 공공의료 인력 확충

1) 공중보건장학제도 확대

공중보건장학제도는 의료취약지 의료인력 배치를 위해 1977년부터 시행되어 1996년까지 약 20년간 1,500여명의 의료인력을 양성·배출하였다. 공중보건의사제도의 전국 확대·운영이후에는 공중보건장학제도의 실효성이 낮아져 1996년 부터 장학생 선발이 중단되었으나, 신종 감염병 등에 대응할 지역사회 공공보건의료인력 확충이 시급하여 2019년부터 시범사업 형태로 의대생 선발을 재개하였다. 2021년에는 간호대생까지 선발을 확대하였고, 시범사업 재개 이후 4년간(2019~2022년) 총 89명(의대생 19명, 간호대생 70명)의 장학생을 선발·지원하였다.

배출된 의료인력은 지방의료원을 중심으로 배치되어 의무복무 기간 동안 지역사회의 필수·공공의료 역할을 수행하고 있다. 향후 지자체별 인력수요를 고려하여, 연차별로 지원대상을 확대하는 한편, 맞춤형 교육프로그램 제공 및 체계적인 경력관리 등을 통해 공중보건장학생이 우수한 의료인력으로 거듭날 수 있도록 적극 지원할 예정이다.

2) 파견의료인력 지원 활성화

파견의료인력 인건비 지원 사업은 지방의료원 등 지역거점공공병원이 대학병원과 협약을 체결하고, 의사 인력을 파견받는 경우, 소요되는 인건비의 일부를 국고로 보조하는 사업이다. 의료서비스 질 향상 및 우수한 의료 인력의 안정적 확보를 위해 2011년 의료취약지역에 위치한 공공병원에 8명의 의사인력 파견을 지원하는 형태로 사업이 시작되었으며, 이후 2014년부터는 전체 지역거점공공병원으로 사업을 확대, 연간 50~60명의 의사인력의 파견을 지원하고 있다. 향후 인력수요를 고려하여, 연차별로 파견규모를 확대하는 등 지역거점공공병원에 대한 인력 지원을 강화할 계획이다.

다. 의료 취약 분야 지원

1) 분만 및 소아청소년과 취약지 등 지원, 의료 취약지 모니터링

분만취약지 등을 대상으로 분만 산부인과 33개소, 외래 산부인과 12개소, 순회진료 산부인과 6개소 설치 및 운영을 지원하고 있다. 또한 소아청소년과 의료 취약지에는 병원급 의료기관 10개소의 시설 · 장비 · 인력을 지원하였다. 이 외에도 혈액 투석 취약지에 인공신장실 6개소에 운영비를 지원하고 있다. 앞으로도 의료 취약지 해소를 위해 관련 지원을 지속 확대하고 신규 취약 분야도 적극 발굴할 예정이다.

2020년부터 소방청 119구조 · 구급활동정보DB를 활용하여 중증응급 · 중증외상 · 심뇌혈관 · 심폐정지환자 등 분야별 응급이송 취약지를 도출하고 있다. 아울러 지역별 통계 지표 및 현황 자료 등을 시각화하여 누구나 쉽게 이용할 수 있도록 헬스맵(http : //www.healthmap.or.kr) 서비스를 제공하고 있다.

2) 고위험 산모 · 신생아 통합치료센터 및 신생아 집중치료 지역센터 확충

2021년 기준으로 고위험 산모 · 신생아 통합치료센터는 12개 권역, 20개 의료기관에, 신생아 집중치료 지역센터는 50개 의료기관, 442병상에 대해 지속적으로 운영 · 지원하고 있다. 앞으로도 고위험 산모나 신생아에 대한 의료 지원을 지속 확대할 예정이다.

3) 공공전문진료센터 지정 및 관리

공공전문진료센터는 수익성이 낮아 공급이 원활하지 않아 지역별 공급의 차이가 존재하는 전문진료 등을 원활하게 제공하기 위해 일정한 기준을 갖춘 의료기관(의료법상 종합병원, 전문병원)을 대상으로 지정·관리하는 사업이다. 현재 4개 전문진료 분야에 대해 총 27개소(어린이 10개소, 호흡기 7개소, 류마티스 및 퇴행성관절염 6개소, 노인 4개소)의 의료기관이 공공전문진료센터로 지정 · 운영되고 있다.

정부는 공공전문진료센터의 역량 강화를 위해 시설 및 장비 등 기능보강을 지원해왔으며, 운영에 어려움을 겪고 있는 어린이 공공전문진료센터에 대해서는 별도 수가(입원관리료, 사후보상 시범사업 등)를 신설, 지원하고 있다. 향후 공공전문진료센터 지정기준 보완, 재정당국 협의를 통한 예산 확대 등 우수한 의료기관들이 공공전문진료센터 사업에 적극 참여할 수 있도록 할 예정이다.

4) 외국인근로자 등 의료 지원

건강보험, 의료급여 등 지원을 받을 수 없는 외국인 근로자, 노숙인 등에게 최소한의 의료 안전망 제공을 위해 관련 기준에 따라 의료비를 지원하고 있다. 2022년에는 3,816명에게 관련 의료비를 지원했다.

라. 공공보건의료 협력 및 평가

1) 책임의료기관 지정 및 육성

지역 간 필수의료 격차 해소 및 지역 내 연계 · 협력 등 강화를 위해 전국을 17개 권역(시 · 도) 및 70개 지역(중진료권)으로 구분해 국립대학병원, 지방의료원 등 공공병원을 중심으로 단계적으로 책임의료기관을 지정 · 운영하고 있다. 2019년 시범사업을 시작하여 2022년까지 권역책임의료기관 16개소, 지역책임의료기관 42개를 지정하였다. 각 책임의료기관에서는 퇴원 후 유지 · 회복, 병원 전단계 · 치료, 감염 관리 및 환자 안전 관리 분야 등에 대해 지역 내 보건의료기관 등과 연계하여 필수의료 협력사업을 수행하고 있다. 향후 책임의료기관과 협력 사업 분야를 지속적으로 확대할 예정이다.

2) 공공의료의 평가 및 운영 진단 체계 구축

제1차 공공보건의료 기본계획(2016.~2020.) 수립에 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. 평가 범위는 공공보건의료 기본계획의 5대 추진전략, 14개 세부과제, 46개 실행과제에 대한 실적 전체이며, 추진전략별 평가지표는 2개 분야, 10개 세부 평가지표로 ① 추진실적(70점), ② 사업계획(30점)으로 구성하였다.

「공공보건의료에 관한 법률」 제8조 및 제9조에 따라 공공보건의료기관이 국민에게 요구되는 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공하여 국민보건 향상에 기여할 수 있도록 공공보건의료계획 수립 및 평가를 수행하고 있다. 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.

「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따라 2006년부터 매년 지역거점공공병원 운영 평가를 실시하여 운영 적정성을 평가하고 결과를 소관 지자체 및 해당 병원으로 환류함으로써 운영상 취약 부분을 개선할 수 있도록 지원하여 지역거점공공병원의 운영 혁신을 유도하고 있다(지방의료원 35개소, 적십자병원 6개소). 또한 2007년부터 매년 지역거점공공병원 운영 진단을 실시하여 현황 분석 및 개선 필요과제를 도출하고, 컨설팅 등을 통해 역량 강화를 할 수 있도록 지원하고 있다('23년 지역거점공공병원 운영 진단 2개소).

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 보건의료서비스의 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 보건복지부장관이 정하는 평가 기준에 따라 평가할 수 있다. 지역보건의료계획 및 시행 결과 평가는 1994년 우루과이라운드 타결 이후 농산물 수입을 방어하고 농어촌 발전과 보호를 위한 농어촌의료서비스 개선 대책('94. 9.)에서부터 시작되었다.

집필자 건강정책과장 곽순헌

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 의료서비스 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 지역보건의료계획 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.) 지역보건의료계획을 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, 우수기관에 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 보건사업계획을 지역보건의료계획 중심으로 통합하여 2010년 연차별 시행 계획을 수립함으로써 계획 수립 효율화를 도모하고 온라인시스템을 통해 진단 · 환류를 강화하는 등 지방자치단체보건사업의 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, 시·도별 평가결과 환류보고서를 제공하는 등 지역보건의료계획 성과관리 및 환류 체계를 마련하였다.

2020년은 제7기 지역보건의료계획('19.~'22.) 2차년도(2020년)로 2019년 시행결과 및 2020년 시행계획을 수립하였다. 2020년에 코로나19 대응 등에 따른 지자체 부담 완화를 위하여 지자체에 3차년도(2021년) 수립에 대해 2021년 시행계획은 제출하되, 제출 기한을 연장(2월 → 5월)하고 평가를 면제(2020년 시행결과 및 2021년 시행계획)하는 내용으로 안내하였다.

2021년은 제7기 지역보건의료계획('19.~'22.) 3차년도(2021년)로 2021년 시행계획을 수립하였고, 4차년도(2022년) 시행계획 수립을 위한 시 ·도 컨설팅 운영 및 설명회를 개최하였다.

[지역보건의료계획 수립 및 평가]

- **제1기(1997년~1998년)**
  - 제1기 지역보건의료계획('97.~'98.) 수립 및 일부 지역 평가 시행
- **제2기(1999년~2002년)**
  - 제2기 지역보건의료계획('99.~'02.) 수립 및 일부 지역 계획서 평가
- **제3기(2003년~2006년)**
  - 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~2010년)**
  - 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(2011년~2014년)**
- 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(2015년~2018년)**
- 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(2019년~2022년)**
- 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('19.~'22.) 3차년도(2021년) 시행계획 수립('21. 5.)
- 제7기 지역보건의료계획('19.~'22.) 4차년도(2022년) 시·도 컨설팅 운영 및 설명회 개최('21. 8.~11.)
- 제7기 지역보건의료계획('19.~'22.) 4차년도(2022년) 시행계획 수립 및 평가지침 통보('21. 11.)

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 2-6-13| 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 지역보건 의료계획과 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	• 의회 보고 • 지역보건의료심의위원회 심의 • 지역주민의 의견 수렴 • 지역 내 보건의료실태와 지역주민의 보건의료의식 • 행동 양상 등 조사 및 자료 수집	• 의회 보고 • 지역보건의료심의위원회 심의	• 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 보건 의료계획의 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, 지역보건의료서비스의 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 건강관리 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 보건의료 정책에 대한 총괄 관리 기능을 강화하기 위하여 다부문간 공조, 협력과 타 계획(국민건강증진종합계획, 사회보장기본계획 및 지역사회보장계획)과 연계되도록 하였다.

제7기 지역보건의료계획('19.~'22.)에서는 광역의 역할을 강화하면서 관할 지역보건의료기관의 조정사항, 계획 수립 및 사업 수행 과정상의 기술지원 활동 계획에 대한 부분도 작성 하도록 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 광역의 리더십을 강화하고 평가체계 내실화, 계획서 간 연계방안 등을 마련하였다. 향후, 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 해결 방안을 지역 내 이해관계자와 함께 검토하여 수립하는 지방자치제도의 정신을 구현한 계획으로, 지역별 보건의료 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(24주 이상의 직무교육을 받은 간호사 또는 조산사)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) (보건소 설치 읍 · 면 제외)
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

2021년 12월 말 기준 보건소는 256개소, 보건지소는 1,337개소, 건강생활지원센터는 83개소, 보건진료소는 1,904개소 등 총 3,580개소의 지역보건의료기관을 설치 · 운영하고 있다.

|표 2-6-41| 보건소 등 설치 현황

('21. 12. 기준, 단위 : 개소)

시 · 도별	총계	보건소	보건지소	건강생활지원센터	보건진료소
총 계	3,571	256	1,337	83	1,904
서울특별시	53	25	28	0	0
부산광역시	37	16	10	8	5
대구광역시	28	8	9	3	8
인천광역시	69	10	26	8	25
광주광역시	24	5	0	9	10
대전광역시	19	5	6	1	8
울산광역시	25	5	8	1	11
세종특별자치시	19	1	10	1	7
경기도	344	46	121	17	162
강원도	254	18	100	7	129
충청북도	270	14	96	3	159
충청남도	408	16	151	7	235
전라북도	405	14	150	4	238
전라남도	570	22	215	6	327
경상북도	560	25	223	1	311
경상남도	419	20	173	5	221
제주특별자치도	67	6	11	2	48

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 연장되었으며, 2023년부터는 국가균형특별회계로 이관되었다.

2022년에는 839개 지역보건의료기관에 시설 신 · 증축 · 개보수비, 의료장비, 차량 등으로 490억을 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 도시보건지소 확충 사업을 실시하였다. 도시보건지소에서는 건강생활실천 통합서비스 및 고혈압 · 당뇨 등 만성질환관리, 방문 건강 관리, 재활보건서비스를 핵심 사업으로 수행하도록 하고, 지역 특성에 따라 구강보건, 모자보건, 정신보건서비스 등을 선택사업으로 제공하도록 설계하였다.

2013년부터는 도시보건지소 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 통합건강증진사업의 13개 사업분야 중에서 관할 지역에서 필요로 하는 분야를 선택하여 주민참여 및 지역자원 연계를 통한 지역특화 사업을 발굴 · 수행하되, 금연, 절주, 영양, 신체 활동과 만성질환 예방 및 관리 분야 중 지역에서 필요로 하는 사업을 수행하여 주민들이 건강한 생활을 영위할 수 있도록 지원한다.

|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	2020	2021	2022	2023
기관수	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 6개소 장비 4개소	시설 20개소 장비 10개소	시설 10개소 장비 7개소	시설 25개소 장비 10개소	시설 14개소 장비 15개소
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	8,499	12,071	8,222	5,763

Ⅳ 보건기관 정보화 추진

1. 그간의 추진 경과

지역보건의료정보시스템은 보건소 등 지역보건의료기관의 업무처리를 전자적으로 지원하는 시스템으로, 전자의무기록(EMR) 및 진료관련 업무(청구, 검사 등), 19개 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)

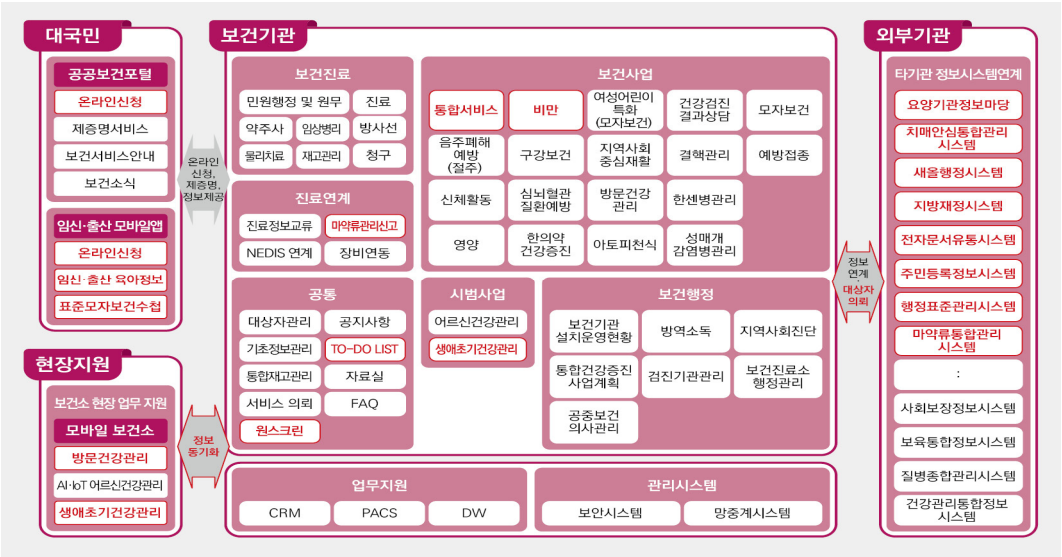
2010년도에는 정보시스템 전산자원 유지보수 및 사용자지원체계(UHD)를 구축하여 시스템의 안정적 운영을 위한 지원 체계를 마련하였으며, 2011년도에 전국 253개소의 보건소에 통합정보시스템의 확산을 완료하여 사업 실적 및 정책 통계의 적시 생산, 시스템 운영의 비용효과성 제고 등이 가능한 체계를 갖추게 되었다. 아울러, 인터넷을 통한 제증명 발급 종수를 확대(5종 → 8종)하여 대민서비스를 보다 효율적으로 제공할 수 있는 체계를 마련하였다. 2012년도에는 고객관계관리(CRM)시스템 기능 개선과 정보 시스템 운영 안정성 제고를 위해 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.

2. 2021년 추진 현황 및 향후 계획

지역보건의료정보시스템은 매년 사용자 수요 및 정책환경 변화 등을 반영한 정보시스템 기능개발, 전산장비 교체를 통해 지역보건의료기관의 효율적인 업무수행을 지원하고 있다.

2020년부터 3년간 지역보건의료정보시스템 전면 재구축하는 지역보건의료정보시스템 통합구축 사업 추진을 통해 기존 보건사업 유형, 기관별 분절된 정보관리 체계를 서비스 대상자 중심으로 통합하여 건강관리서비스 효과성을 높이고 타시스템간 연계를 통한 보건소 업무를 효율화하였다.

|그림 2-6-14| 新 지역보건의료정보시스템



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 사회복무요원으로 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 무단이탈할 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) 공중보건의사의 복무 관리

시장·군수·구청장 또는 배치 기관의 장이 관할 지역 또는 당해 기관에 근무하는 공중보건의사의 복무에 관하여 지도·감독하고 있으며, 복무 관리에 관한 구체적인 사항을 「공중보건의사제도 운영지침」에서 정하고 있다.

라. 공중보건의사의 배치

1979년 144명을 시작으로 신규 공중보건의사가 매년 4월 중 배출되고 있으며, 연도별 신규 배출 현황은 |표 2-6-41|과 같다. 의대생 정원 인력 확대 및 한의과 공중보건의사의 본격적인 배치로 2002년 이후 신규 공중보건의사는 1,600명 이상 되다가 치·의학 전문대학원 도입('05.) 등으로 2009년부터 매년 감소하고 있다. 2020년에는 총 1,309명의 신규 공중보건의사가 편입되었다. 2022년 12월 현재 공중보건의사 배치 현황은 |표 2-6-42|와 같으며, 3,365명의 공중 보건의사 중 2,901명(86.2%)이 시·군 보건소 또는 읍·면의 보건지소에 배치되어 근무하고 있다.

|표 2-6-43| 공중보건의사 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
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	338	476	169	383
2018	1,006	512	385	127	156	338
2019	1,207	663	387	276	188	356
2020	1,309	742	345	397	201	366
2021	1,033	478	105	373	231	324
2022	1,048	511	159	352	206	331

|표 2-6-44| 공중보건의사 기관종별 배치 현황

(연도 말 기준, 단위 : 명)

구분	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
총계	3,793	3,626	3,488	3,612	3,537	3,540	3,499	3,524	3,365
보건(지)소	3,159 (83.3%)	3,048 (84.1%)	3,002 (86.1%)	3,128 (86.6%)	3,099 (87.6%)	3,090 (87.3%)	3,036 (86.8%)	3,042 (86.3%)	2,901 (86.2%)
국공립병원	270	262	227	230	200	202	200	200	195
병원선 · 이동진료반	26	29	28	28	28	28	28	27	24
국가보건기관	87	63	59	53	42	41	45	67	61
교정시설 등	65	57	52	50	55	73	93	96	95
보건단체 · 복지시설	20	13	5	5	5	5	4	4	4
응급의료지정병원 등	166	138	115	118	108	101	93	88	85

제5절 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. 2021년 사망원인통계(통계청)를 살펴보면, 사망원인 중 3대 사인인 암, 심장질환, 폐렴은 전체사인의 43.1%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 국가는 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).

현대 사회에서 감염성질환이 전반적으로 감소하고 있는 데 비하여 비감염성질환이 지속적으로 증가하는 이유는 다음과 같다.

집필자 질병정책과장 김한숙

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 2021년 전체 사망원인의 4개(심장 질환, 뇌혈관 질환, 당뇨병, 고혈압성 질환) 질환이 모두 심뇌혈관질환이며, 이를 합치면 1위인 암사망률 26%와 유사한 수준이다.

고령인구 증가와 청장년 인구의 심뇌혈관질환 위험요인 악화로 심뇌혈관질환의 사회적 부담은 지속 증가할 전망이며, 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 14.2% 이상) 진입, '25년 초고령사회(노인인구 20% 이상, 5명중 1명) 진입 예상 (65세 이상 노인 진료실인원)
** 65세 이상 노인 진료실인원 2위 질병 본태성 고혈압(315만 2,804명), 5위 2형 당뇨병(150만 2,089명), 입원진료비는 뇌경색증이 1위인 치매 다음으로 높음, 외래 진료비 1위 본태성 고혈압 (2021_국가통계포털(KOSIS)_건강보험통계
*** (급성심정지 생존율) '19년 8.7% → '20년 7.5%로 전년 대비 감소(질병관리청 급성심정지 조사결과 보도자료, 2021.11.)

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 내용은 심뇌혈관질환의 정의를 규정하고, 보건복지부장관이 심뇌혈관질환 관리종합계획을 수립하도록 하였다. 또한, 심뇌혈관질환의 연구사업, 심뇌혈관질환조사통계사업, 심뇌혈관질환예방관리사업, 역학조사, 심뇌혈관질환센터 지정 등을 규정하여 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 정책 수립 · 시행을 위한 법적 근거를 명확히 하고 있다.

2019년 12월 심뇌혈관질환의 유병력자 관리를 위해 심뇌혈관질환관리종합계획에 유병력자의 재발방지 방안에 관한 사항을 포함하고, 심뇌혈관질환조사통계사업시 유병력자의 재활 및 후유 장애 현황도 조사하도록 하는 내용으로 법률이 개정되었으며, 이듬해 3월에는 심뇌혈관질환의 정의에 이상지질혈증이 추가되었다.

1. 심 · 뇌혈관질환 현황

주요 심 · 뇌혈관질환의 사망률과 유병률은 다음과 같다.

가. 허혈성심장질환 현황

허혈성 심장질환 사망률('21)은 인구 10만 명당 27.5명 으로 14,115명이 사망하였다. 국민건강영양조사 결과에 따르면 30세 이상의 협심증 또는 심근경색증의 유병률은 전체 2.0%, 남자 2.5%, 여자 1.6%였으며, 남녀 모두 연령이 높을수록 유병률이 증가하였다.

|표 2-6-45| 성별 허혈성심장질환 사망률

(단위 : 인구 십만 명당 명)

구 분	남	여	계
계	31.0	24.1	27.5

|표 2-6-46| 성별 협심증 또는 심근경색증 유병률[1)]

(단위 : %)

구 분	남	여	계
전체(30세 이상)	2.5	1.6	2.0
전체(65세 이상)	9.4	8.0	8.6

주 : 1) 의사로부터 협심증 또는 심근경색증 진단을 받은 분율
※ 출처 : 2021 국민건강통계(국민건강영양조사)

나. 뇌졸중 현황

뇌혈관질환 사망률('21)은 인구 10만 명당 44명으로 22,607명이 사망하였다. 국민건강영양조사 결과에 따르면 30세 이상의 뇌졸중 유병률은 전체 2.1%, 남자 2.6%, 여자 1.8%였으며, 남녀 모두 연령이 높을수록 유병률이 증가하였다.

|표 2-6-47| 성별 뇌혈관질환 사망률

(단위 : 인구 십만 명당 명)

구 분	남	여	계
계	43.4	44.7	44.0

|표 2-6-48| 성별 뇌졸중 유병률[1)]

(단위 : %)

구 분	남	여	계
전체(30세 이상)	2.6	1.8	2.1
전체(65세 이상)	7.8	3.7	5.5

주 : 1) 의사로부터 뇌졸중을 진단받은 적이 있는 분율
※ 출처 : 2021 국민건강통계(국민건강영양조사)

다. 고혈압 현황

고혈압성 질환 사망률('21)은 인구 10만 명당 12.1명으로 6,223명이 사망하였다. 국민건강영양조사(2021) 결과에 따르면 30세 이상 고혈압 유병률은 전체 26.8%, 남자 31.5%, 여자 21.7%였으며, 남자와 여자 모두 연령이 높을수록 유병률이 증가하였다.

|표 2-6-49| 성별 고혈압성 질환 사망률

(단위 : 인구 십만 명당 명)

구 분	남	여	계
계	8.3	15.9	12.1

|표 2-6-50| 성별·연령별 고혈압 유병률[1)]

(단위 : %)

구 분	남	여	계
전체(30세 이상)	31.5	21.7	26.8
30~39세	17.3	2.0	10.0
40~49세	25.7	13.4	19.7
50~59세	35.8	26.5	31.2
60~69세	50.6	45.5	48.0
70세 이상	61.4	69.9	66.4

주 : 1) 수축기 혈압이 140㎜Hg 이상이거나 이완기 혈압이 90㎜Hg 이상 또는 고혈압 약물을 복용한 분율
※ 출처 : 2021 국민건강통계(국민건강영양조사)

라. 당뇨병 현황

당뇨병 사망률('21)은 인구 10만 명당 17.5명으로 8,961명이 사망하였다. 30세 이상 당뇨병 유병률은 전체 13.2%, 남자 16.5%, 여자 9.9%였으며, 전체 유병률은 연령이 높을수록 증가하였다.

|표 2-6-51| 성별 당뇨병 사망률

(단위 : 인구 십만 명당 명)

구 분	남	여	계
계	18.3	16.6	17.5

|표 2-6-52| 성별·연령별 당뇨병 유병률[1)]

(단위 : %)

구 분	남	여	계
전체(30세 이상)	16.5	9.9	13.2
30~39세	5.0	2.0	3.6
40~49세	14.3	6.8	10.6
50~59세	21.7	10.1	15.9
60~69세	28.8	20.9	24.8
70세 이상	33.8	30.4	31.8

주 : 1) 공복 혈당이 126㎎/㎗ 이상이거나 의사 진단을 받았거나 혈당강하제 복용 또는 인슐린 주사를 투여받고 있는 분율
※ 출처 : 2021 국민건강통계(국민건강영양조사)

2. '제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획(2018년~2022년)' 수립 · 추진

「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」제4조에 따라 최초의 심뇌혈관질환분야의 법정계획으로서 "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.

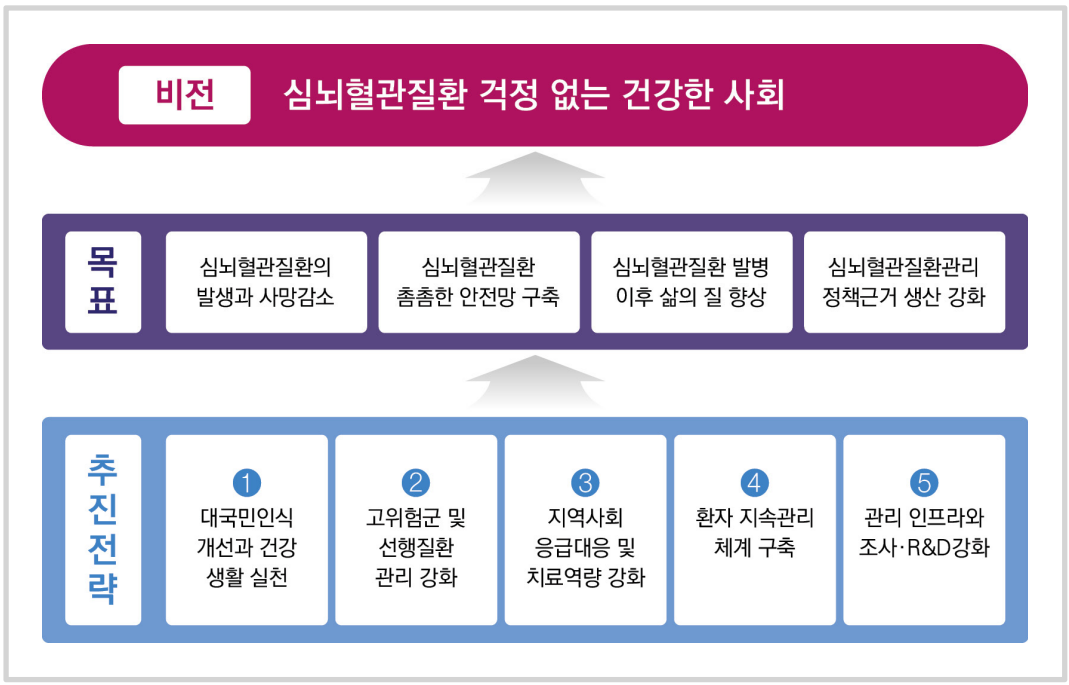
둘째, 고위험군 및 선행질환 관리 강화를 위해 동네의원 중심 만성질환 관리사업 등과 연계하여 고혈압 · 당뇨병 등 고위험군 발굴 및 관리사업을 활성화한다.

셋째, 지역사회의 응급대응 및 치료역량 강화를 위해 '중앙-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 2-6-15| 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 지방대학교병원 중심으로 12개 시도(강원, 경북, 제주, 경남, 전남, 충북, 부산, 전남, 충남, 경기, 인천, 울산)에 14개 권역심뇌혈관질환센터를 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 정책개발 및 심뇌혈관질환센터 기술지원 등의 역할을 수행 할 중앙단위 지원기구가 요구되어 제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획에 따라 2019년 12월 공모를 통해 심뇌혈관질환관리 중앙지원단을 지정('20. 1.)하였으며, 심뇌혈관질환센터의 기술지원과 평가, 환자 등록관리 시스템 운영 등을 수행하고 있다.

또한, 권역심뇌혈관질환센터 운영에도 지역간 건강격차 등 전국단위 심뇌혈관질환 대응에는 여전히 한계가 있어, 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

심뇌혈관 선행질환(고혈압 · 당뇨병)의 지속치료율 향상을 위해 2007년 9월 대구광역시 시범사범을 시작으로 지역사회 중심의 민관협력 모형인 '고혈압 · 당뇨병 등록관리사업'을 추진하고 있으며, 현재 31개 보건소(국비 지원대상 25개 보건소, 자체 예산 참여 6개 보건소)가 참여하고 있다. 사업 추진결과 누적등록자수는 2012년 20만 명에서 2021년 63만 명으로 증가하였고, 재등록률도 80% 수준을 유지하고 있다. 또한 등록환자의 혈압·혈당 조절률은 지속적으로 향상하는 양상으로 2021년 혈압 조절률은 92.9%, 혈당조절률은 55.0%로 나타났다.

* 국비지원 대상 사업 참여 지역(25개 보건소) : 서울 성동구, 광주 광산구, 울산 중구, 세종, 경기 광명시, 남양주시, 안산시(단원구, 상록구), 부천시(원미구, 소사구, 오정구), 하남시, 강원 동해시, 홍천군, 전북 진안군, 전남 목포시, 여수시, 장성군, 경북 경주시, 포항시(남구, 북구), 경남 사천시, 제주 (제주시, 동부, 서부)
* 자체예산 참여 지역(6개 보건소) : 강원(고성군, 횡성군, 영월군), 제주 서귀포(서귀포시, 서부, 동부)

2021년 사업 추진결과 31개 지자체(보건소 기준)에서 일차의료기관 1,540개, 약국 2,297개가 참여하였다. 타 지역으로 이전, 사망 등 불참처리자를 제외한 약 36만명이 지역 '고혈압 · 당뇨병 등록교육센터'에서 제공하는 치료일정 및 누락치료 알림서비스와 동기부여 상담, 질환 및 영양 교육 등을 제공 받았다.

라. 일차의료 만성질환관리 시범사업

일차의료기관을 중심으로 고혈압 · 당뇨병 등 만성질환을 효과적이고 지속적으로 관리하는 체계를 구축하기 위하여 '지역사회 일차의료 시범사업'과 '만성질환관리 수가 시범사업'을 통합하여 동네의원 중심 '일차의료 만성질환관리 시범사업'을 실시하고 있다.('19. 1.~)

2018년 12월부터 2022년 12월까지 5차례 참여지역 공모결과, 2022년 12월 기준 총 109개 지역(시군구) 3,722개 의원이 참여하였고, 고혈압 · 당뇨병 환자 약 55.7만 명이 등록되어, 케어플랜을 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 지역사회건강조사('08.~), 급성심장정지조사('08.~), 뇌졸중 코호트 조사('12.~) 등이 실시되고 있다. 2021년에는 심근경색증과 뇌졸중 발생률 산출을 위한 방법론 및 타당도 검증을 위한 의무기록조사 등 국가차원의 심뇌혈관질환 조사통계 생산을 위한 시범사업을 추진하였다.

Ⅳ 뇌전증 지원체계 구축

뇌전증은 뇌졸중, 치매와 함께 3대 신경계 질환의 하나로 인구 1,000명당 4~10명으로 전 세계적으로 약 6천5백만 명의 뇌전증 환자가 있다. 우리나라 뇌전증 유병인구는 약 30만 명으로 추산되며, 매년 약 2만 명의 뇌전증 환자들이 새롭게 발생하고 있다.

뇌전증은 0세부터 100세까지 모든 연령층의 국민들이 걸릴 수 있는 질환이며, 뇌전증은 전체 질환 중 생명을 단축시키는 5번째 원인이다. 또한 신경계 질환 중 뇌졸중 다음으로 사망원인 2위이고, 젊은 사람들에서 사망원인 1위이다. 뇌전증 환자들의 급사률(急死率)은 일반인의 약 10배로 높고, 20~45세 사이 환자들 중 이유 없는 갑작스런 사망은 일반인보다 27배 높다고 보고되고 있다.

뇌전증 환자의 70~80%는 약물치료로 호전을 보이나, 약물치료로 호전되지 않는 난치성 뇌전증의 경우는 수술을 검토해야 한다. 한국에서 필요한 1년 뇌전증 수술 건수는 1,500~2,000건으로 추정된다. 24시간 비디오뇌파검사의 건수로 추정할 때 한국에서 최근 1년에 약 4,000명 이상의 환자들이 뇌전증 수술전 검사를 받고 있으나 실제 수술로 이어지는 경우는 장비 부족, 인력문제 등의 어려운 여건으로 10%도 안되고 있다.

한편, 뇌전증 환자들은 예측하지 못하는 발작 가능성에 대한 두려움으로 인해 방어적인 태도를 취하며, 자신이 통제할 수 없는 질병적 특성으로 인해 오해와 편견 속에서 사회적 낙인을 경험한다고 보고된다. 뇌전증이라는 이유로 차별적 대우와 적절한 교육기회의 상실, 운전 및 취업과 결혼의 제한 등 복합적인 사회 문제로 갈등을 겪고 있다.

이에, 정부에서는 2020년 신규로 '뇌전증 지원체계 구축사업을 추진하여 정밀 진단 · 치료 장비 부재에 따른 뇌전증 의료사각지대 해소 및 사회적 편견 해소, 사회 복귀 등의 복지서비스를 지원하기 위해 공모를 거쳐 2020년 7월 뇌전증 지원센터를 지정하였다.

뇌전증지원센터는 뇌전증 환자와 가족에게 의료적 정보, 심리사회 · 경제 · 교육 등의 사회서비스를 직 · 간접적으로 제공하여 삶의 질을 향상할 수 있도록 전문가 양성 및 교육자료 제작, 뇌전증 관련 연구, 사회 서비스 제공, 인식개선 활동 등 다양한 뇌전증 관련 사업을 추진하고 있다.

1. 뇌전증 현황

주요 뇌전증 유병률과 장애인 현황은 다음과 같다.

가. 뇌전증 유병률(추정)

|표 2-6-53| 뇌전증 유병률(추정)

(단위 : 명, %)

연도	5개상병*+약물 (+180일 기준) (유병률)	5개상병*+약물 (유병률)	주/부상병+약물 (유병률)	주상병+약물 (유병률)	연도별인구수
2015	230,412(0.45)	315,236(0.61)	213,016(0.41)	137,190(0.27)	51,529,338
2016	239,396(0.46)	328,541(0.64)	217,280(0.42)	138,767(0.27)	51,696,216
2017	252,036(0.49)	347,411(0.67)	225,459(0.43)	145,462(0.28)	51,778,544

* 주상병 + 부상병 4개

※ 전세계 뇌전증 유병률은 0.7~1%

※ 출처 : 국립중앙의료원 공공보건의료연구소 발주 : '중증 약물 난치성 뇌전증의 유병률, 뇌전증 수술 장비 수요도조사 연구보고서' (연구기관:대한뇌전증학회) : 조작적 정의에 따른 뇌전증 유병환자 수

나. 뇌전증 장애인 현황

|표 2-6-54| 연도별 뇌전증 등록장애인 수

(단위 : 명)

구 분	2018	2019	2020	2021	2022
뇌전증 등록 장애인 수	7.021	7.054	7.093	7.077	7.076

|표 2-6-55| 뇌전증 장애인 실태

구 분	우울증	불안장애	자살률	사망시 평균연령	경제활동 참가율
뇌전증 장애인	37.1%	31.2%	56.5명	60.4세	18.5%
전체 장애인	20.1%	13.4%	53.5명	77.3세	31.3%

※ 출처 : 2022 국민건강통계(국민건강영양조사), 2017년 장애인 실태조사

2. 주요사업 추진현황

가. 치료환경 조성

중증 약물난치성 환자의 수술을 위한 첨단 진단(뇌자도)장비 및 수술 장비(뇌파수술로봇)의 국내 첫 도입을 위해 국외 개발된 장비 비교 및 이용현황 조사를 실시하고, 식약처 허가 절차를 위한 필요자료를 준비하고 있으며, 난치성 뇌전증을 치료할 수 있는 전문의료진의 양성을 위해 심포지엄 개최, 교육 등을 실시하였다.

또한, 전국적 뇌전증 레지스트리/코호트 구축연구를 위해 뇌전증 레지스트리 CRF(증례기록서) 제작 및 총 14개 병원의 6,000건의 환자 등록 및 자료를 입력하고, 유전체 연구를 위해 뇌전증환자의 임상정보 수집, 600건의 유전체 자료생산 등을 진행하였다.

나. 사회 서비스 제공

뇌전증 환자들은 그간 짧은 병원 진료 외에는 별도의 도움을 받을 수단이 없었으나, 미국의 Epilepsy Help-line(뇌전증 도움전화)와 호주의 Epilepsy Nurse Line(뇌전증 간호사 전화) 같은 시스템을 2020년 8월부터 뇌전증지원센터에서 '뇌전증 도움전화'를 구축하여 뇌전증 환자와 가족들이 의료, 사회복지 전반에 대해 상담과 지원을 받을 수 있게 되었다.

뇌전증에 대한 교육을 받은 전문간호사, 의료사회복지사가 상담과 지원을 수행하고 있으며, 4-5명의 신경과, 소아신경과 교수들이 전문적인 의료자문, 직원 교육 및 프로그램 개발에 노력하고 있다. 전문의가 정확한 의료정보를 제공함으로써 전국에 있는 뇌전증 환자들이 정보의 형평성을 갖게 되었다.

그밖에 20~30대 젊은 뇌전증 환자의 복지욕구 확인 및 지원체계 마련을 위해 환자 FGI 인터뷰 및 전문가(의사, 보건교사, 학교사회복지사 등) 인터뷰를 진행하였고, 이를 토대로 사회복귀(안정) 프로그램 개발에 착수하였다.

다. 뇌전증 인식개선 등 홍보 활동

뇌전증는 여전히 사회적 편견과 오해 등이 있는 질환으로 2017년에 발표된 장애인실태조사에 따르면 우리나라 뇌전증 장애인 자살률은 전체인구 자살률의 약 5배가 넘는 것으로 확인된다.

뇌전증 인식개선을 위해 뇌전증지원센터에서는 모든 사람이 참여 가능한 캐치프레이즈 공모전을 통해 대중적으로 뇌전증에 대해 알릴 수 있는 기회를 마련하였으며, 뇌전증 환우와 가족이 참여 가능한 희망 이야기 사례수기 공모전을 통해 뇌전증이 완치와 극복이 가능한 질환임을 알리고, 같은 어려움을 경험하고 있는 환우들에게 큰 심리적 지지 효과를 줄 수 있었다.

그 밖에 뇌전증 바로 알기 캠페인 포스터 제작, 카카오톡 채널 및 인스타그램 등을 이용한 SNS 홍보 등 다양한 채널을 통하여 홍보 활동을 수행하고 있다.

3. 향후 계획

2021년에는 뇌전증도움전화의 질을 향상시키고, 환우들의 정서-심리적인 문제를 파악하고 중재하는 기법을 개발하여 적용하고, 뇌전증 환자의 자살예방을 위한 프로토콜의 개발할 계획이다.

또한, 뇌전증 수술을 미국, 유럽과 같은 선진국 수준으로 향상시키기 위하여 상반기에 국내 처음으로 ROSA 수술로봇을 도입하여 수술에 적용하고, 하반기에 뇌자도를 도입하여 검사를 시작할 예정이다.

난치성 뇌전증 전문가 양성과 더불어 전국적인 뇌전증 레지스트리 등록을 실시하고, 새로운 치료제인 MCT (Medium channel triglyceride)의 유효성과 안전성에 대한 연구를 지속할 예정이며, 뇌전증 환자를 위한 법적자문지원, 환자와 지역사회 사이를 연결하는 구축 사업 등을 통해 한층 다양하고 전문적인 사업을 전국으로 확대하여 뇌전증 환자와 가족의 삶의 질 향상을 위해 노력할 계획이다.

V 희귀질환 관리

1. 희귀질환 관리사업

희귀질환자들은 진단과 치료가 어려울 뿐 아니라 지속적인 치료가 필요한 경우가 많아 의료비의 경제적 부담에 따른 가계의 사회 · 경제적 수준 저하가 우려된다. 이에 따라, 국가에서는 저소득 희귀질환자를 대상으로 환자와 그 가족의 사회경제적 · 심리적 안정을 도모하고 국민 건강 및 복지 수준을 제고하기 위한 의료비 지원 사업을 실시하고 있다.

국가는 희귀질환자 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, 고쉐병, 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. 이후 본인부담금 산정특례대상 질환의 추가에 따라 2010년에는 「희귀질환자 의료비지원사업」 대상 질환이 132종으로 확대되어 27,000여 명의 환자가 지원을 받게 되었다.

집필자 질병정책과 김한숙

2011년에는 통계청 한국표준질병사인분류 개정에 따라 의료비지원 대상 질환 분류 기준이 변경되면서 지원 대상 질환이 133종으로 재정리되었으며, 간병비, 호흡보조기 대여료 및 기침유발기 대여료, 보장구 지원 대상 질환이 기존 5종에서 8종으로 확대되었다. 또한, 2012년도에는 지원 대상 질환에 건선척추염을 추가하여 총 134종으로 확대되었다. 2016년도에는 결핵 산정특례 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.

2021년도에는 희귀질환자의 경제적 부담 경감을 위해 총 1,086개 희귀질환자 23,224명에게 희귀질환자 의료비지원사업을 통해 320억원의 의료비를 국비로 지원하였다

|표 2-6-56| 연도별 의료비 지원 현황

(단위 : 종, 명, 억 원)

연 도	대상 질환	지원 대상	예산[2]	연 도	대상 질환	지원 대상	예산[2]
2001	4	8,693	226	2012	134	29,166	315
2002	6	11,469	220	2013	134	28,936	315
2003	8	13.056	263	2014	134	29,386	297
2004	11	14,087	285	2015	134	27,761	300
2005	71	16,756	353	2016	133	27,336	328
2006	89	18,886	390	2017	133	26,737	373
2007	111	21,144	391	2018	133	25,485	294
2008	111	23,826	375	2019	926개[1]	26,444	320
2009	111	28,218	432	2020	1,014	26,354	320
2010	132	28,548	390	2021	1,086	23,224	320
2011	133	28,773	325	2022	1,124	22,161	363

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 19세 이상 7개 질환자에게 특수식이 구입비를 지원하고 있으며, 간병비 지원 대상 질환을 기존 8종에서 3종(크로이츠펠츠 야콥병, 기타 스핑고리피드증, 레트증후군)을 추가하여 11종으로 확대하였다.

호흡보조기 대여료 및 기침유발기 대여료 지원 대상 질환은 기존 8종에서 2012년에 2종(크로이츠펠츠 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. 2022년도 사업 실적

정부는 2022.2월 환자 및 보호자, 의료인, 희귀질환 거점센터, 유관기관 및 관련부처 등 다양한 의견 수렴을 거쳐 「제2차 희귀질환관리종합계획(2022~2026)」을 마련하였다. '환자·가족지원 강화'와 '효과적 희귀질환 관리체계 구축'을 전략목표로 정하고, 희귀질환 진료 접근성 제고, 국가관리대상 희귀질환 지정체계 고도화 등 10대 전략과제를 담았다.

또한, 희귀질환에 대한 지원강화를 위하여 국가관리대상 희귀질환 신규 발굴 및 지정 확대하였으며 희귀질환 지정 세부기준 및 미지정 질환에 대한 재심의 대기기간 단축 등 지정체계를 정비하였다. 국가관리대상 희귀질환 지정 사업 개요를 알기 쉽게 안내하기 위한 지침서인 '희귀질환 지정 사업 안내'를 제정하고 질병관리청 희귀질환 헬프라인 누리집에 게재하여 국민들에게 상세한 안내가 이루어 질 수 있도록 하였다.

2022년에는 희귀질환자 의료비지원사업을 통해 총 1,124개 희귀질환자 22,161명에게 363억 원의 의료비를 국비로 지원하였다. 저소득 희귀질환자의 의료비 본인부담금과 근육병 등 희귀질환자를 대상으로 간병비(월 30만 원, 97개 질환), 보장구 구입비(급여 비용 중 본인부담금, 93개 질환)를 지원하였다. 또한 호흡보조기 및 기침유발기 대여료(본인부담금 10%, 103개 질환) 및 특수식이 구입비(특수조제분유 : 연간 360만 원 이내, 저단백햇반 : 연간 168만 원 이내, 28개 질환)를 지원하고 있다.

|표 2-6-57| 의료비 지원 내용

지원 내용	대상 질환	지원 금액
요양급여 본인부담금	• 진료비: 대상질환 및 한시적 지원 질환 등 1,086개 질환 • 보장구구입비: 근육병 등 91개 질환 • 인공호흡기 및 기침유발기 대여료: 근육병 등 94개 질환	본인부담금 10%
간병비	• 근육병 등 97개 질환 • 지체 또는 뇌병변 '장애의 정도가 심한 등록장애인' 중 장애 정도가 별도의 의학적 기준을 충족하는 자 (기존 장애등급 지체 장애 1급 또는 뇌변병 장애 1급에 준하는 기준임)	월 30만 원
특수식이 구입비	• 고전적 페닐케톤뇨증 등 28개 질환 • 만 19세 이상 대상자	• 특수조제분유: 연간 360만 원 이내 • 저단백햇반: 연간 168만 원 이내

대부분의 의료시설이 서울 및 수도권에 편중되어 있어 지역별 희귀질환자들의 치료 및 관리, 질환 상담, 교육을 통한 지역사회 질환자 관리서비스를 제공하고자 2006년부터 권역별로 3개(경남권, 호남권, 충청권) 지역거점병원 운영을 지원하였으며, 2013년부터 지역거점병원 1개소(경북·대구권)를 추가 지정하여 2018년까지 지역거점병원 4개소의 운영을 지원하였다.

이후 희귀질환 권역별 거점센터로 개편·확대(2019~현재)하면서 2019년에는 중앙지원센터 1개소, 권역별 거점센터 6개소를 추가, 2020년에는 강원권 1개소를 추가하였으며, 2022년에 강원 및 제주 권역 거점센터를 변경 지정하여 현재 중앙지원 1개소와 권역 거점센터 11개소를 운영 중이다.

|표 2-6-58| 희귀질환 권역별 거점센터

분류	권역	지정 기관	예산 (백만 원)
중앙지원센터	전국	서울대학교병원	186
권역별 거점센터	경기서북부권	인하대학교병원	120
	경기남부권	아주대학교병원	120
	충남권	충남대학교병원	120
	충북권	충북대학교병원	120
	경북권	칠곡경북대학교병원	120
	부산권	인제대학교 부산백병원	120
	경남권	양산부산대학교병원	120
	전남권	화순전남대학교병원	120
	전북권	전북대학교병원	120
	강원권	연세대학교 원주세브란스기독병원	120
	제주권	제주대학교병원	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 지방거주환자들이 서울 및 수도권 지역의 의료기관 방문 시 숙소를 제공하며 희귀질환 환우들을 대상으로 온라인 심리상담, 온라인 자조모임 등을 지원하고 있다.

희귀질환의 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 민간경상보조사업으로 전환하여 총 28개 질환에 대한 진단지원서비스를 실시하였다. 2016년에는 검사 대상 유전자 중 급여적용대상 유전자 종류가 확대되어 4개 질환에 대한 유전자 검사가 급여화되었으며, 이에 따라 희귀질환 유전자진단지원사업 대상 질환이 24개로 조정되었다. 기존에 지원하던 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 51개 질환에 대한 유전자 진단을 지원하였으며, 신규 희귀질환 지정과 함께 2019년 87개, 2020년 126개, 2021년 185개, 2022년 299개의 극희귀질환에 대하여 진단을 지원하였다.

3. 향후 계획

희귀질환 의료접근성을 개선하기 위한 희귀질환 전문기관 운영 및 전문인력 역량 강화를 통해 환자와 가족의 삶을 지지할 수 있는 기반을 마련하도록 지원할 예정이다. 이밖에 '희귀질환 헬프라인(http://helpline.kdca.go.kr)' 누리집을 통하여 신규 지정된 희귀질환 정보 제공, 의료비지원사업 온라인 신청, 그 밖의 희귀질환 지원정책 안내 등 대국민 서비스를 지속적으로 확대할 계획이다. 2022년 12월 공고된 신규 희귀질환을 포함한 1,165개 질환에 대하여 2023년부터 의료비지원을 확대하고, 향후 지속적으로 신규 희귀질환을 지정하여 지원 확대 방안 마련을 위해 노력하고자 한다.

제6절 암질환 관리

I 개요

인구 및 질병 구조의 변화로 암 환자가 매년 증가하고 있으며, 암은 국민건강을 위협하는 주요 요인으로 대두되고 있다. 2021년 우리나라 사망 원인 분석 결과를 보면, 암으로 인한 사망자 비율이 전체 사망자 수의 26.0%(82,688명)를 차지하며 사망 원인 1위를 차지하고 있다.

암은 고가의 진단 및 치료 비용으로 인한 의료비 지출이 큰 질환으로 2021년에 국민건강 보험공단의 암 환자 총 진료비는 9조 5915억 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 연구 사업의 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 국가암조기검진 사업이 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, 암생존자통합지지사업, 국가암데이터 구축사업 등을 추진하고 있다.

집필자 질병정책과장 김한숙

Ⅱ 국가 암 관리사업 현황

「암관리법」에 따라 암관리종합계획을 수립하고, 암 등록환자 등에 대한 데이터베이스를 구축하여 암관리사업의 기초 자료로 활용하여, 암에 대한 정확한 정보 제공, 국가암검진사업, 암환자의료비지원사업, 암생존자통합지지센터 운영지원사업, 호스피스전문기관 지원사업, 국가암데이터 구축사업 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, 암데이터사업, 암예방사업, 암검진사업, 암생존자통합지지사업, 암환자의료비지원사업, 암등록통계사업, 역학조사 등을 규정하여 국가암관리사업의 계획 및 수행을 위한 법적 근거를 명확히 하고 있다.

「암관리법」에 의한 국가암관리위원회는 국가암관리체계 및 제도의 발전에 관한 사항, 암관리종합계획의 수립 및 평가에 관한 사항, 연도별 암관리사업 시행 계획에 관한 사항, 암연구사업의 기본계획에 관한 사항, 암관리 정보 체계의 개발 및 인력 양성에 관한 사항, 암관리사업의 예산에 관한 중요 사항 등을 심의하고 있으며, 국가암관리위원회 산하에 4개의 전문위원회(암예방, 암검진, 암환자관리, 암데이터 관리)를 구성·운영하고 있다.

지역사회 암 치료의 접근성을 확대하고 지역주민의 다양한 암 관리 수요에 대응하고자 2004년부터 14개 시 · 도에 12개의 지역암센터를 지정 · 운영하고 있다. 지역암센터는 지역 암 관리 거점기관으로서 암 발생 및 사망을 줄이고 암환자 및 가족의 삶의 질 개선을 위해 암관리사업, 진료 및 연구 등 다양한 암 관련 사업을 수행하고 있다.

또한, 2021년 9월 지정한 국가암데이터센터는 효율적인 암 데이터사업을 통하여 암데이터를 수집 · 처리 · 분석 및 제공하며, 제4차 암관리종합계획(2021년~2025년) 하에 범 국가적 인프라를 구축하여, 공익적 목적으로 암관리를 위한 정책 수립 및 평가, 연구·개발 등에 직접 기여할 수 있도록 그 영역을 확장하였다.

2. 암 예방 교육 · 홍보

세계보건기구(WHO)에서는 암 발생의 30~50%는 위험 요인 중재를 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 · 시행하였고, 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.

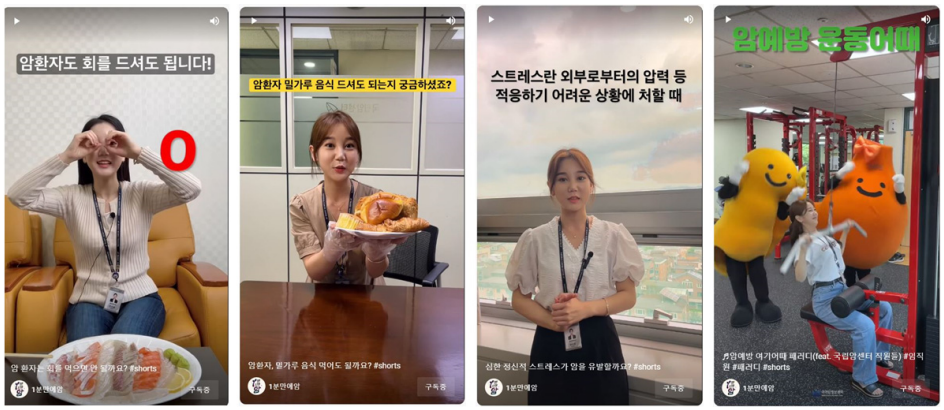
보건복지부는 국민에게 다양한 채널을 통한 올바르고 포괄적인 암 정보와 관련 지식을 제공하기 위해 콘텐츠 생성은 물론 전략 수립을 통해 체계적이고 효과적인 암 관련 교육 · 홍보를 추진하고 있다.

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, 사회관계망서비스(SNS) 운영, 포털사이트 건강섹션과 연계한 암 정보 콘텐츠 홍보, 암 정보 상담전화(1577-8899) 등 다양한 채널을 이용하여 정보를 제공하고 있다. 암정보 소비자가 가짜뉴스를 제보하거나 질의할 수 있는 '검증제안' 채널을 구축하여 쌍방향 소통을 구현하고 오정보 접촉 경로를 사전에 차단하고자하였다.

2003년부터 2022년까지 총 100개 암종에 대한 데이터베이스(DB)를 구축하고 지속적인 최신화 작업을 진행 중이며, 일반인 및 건강정보 취약계층(시각장애인, 다문화가정 등)을 대상으로 점자책과 소리책, 리플릿, 애니메이션, 그림동화, 메디컬 일러스트, 유튜브 동영상 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), 전문의 Q&A 인터뷰 영상, 암환자의 식생활 및 조리법 안내 동영상, 암 예방 운동 동영상, 희귀난치암 치료법 소개 등 암환자와 가족의 요구에 따른 다양한 주제의 암 관련 정보를 제공하고 있다.

|그림 2-6-16| 2022년 유튜브쇼츠 제작 예시



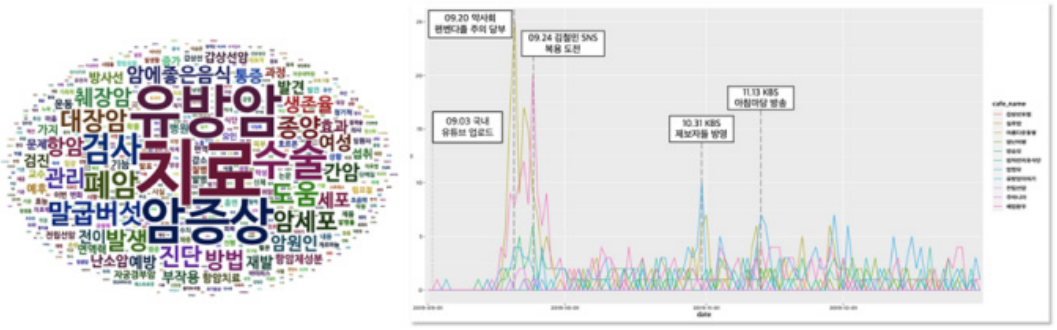
이해하기 쉽고 공감대를 형성할 수 있는 암 예방 콘텐츠 개발 및 확산은 물론, 온 · 오프라인의 다양한 채널을 활용하여 암에 대한 올바른 인식 형성 및 암예방 실천 행동변화를 유도하기 위해 맞춤형 암예방 캠페인을 추진하고 있다. 2022년에는 국민이 쉽게 부를 수 있는 '암예방, 여기 어때' 캠페인송을 제작하여 암예방 수칙 메시지를 전달하고 행동적 실천을 유도하였다. 또 많은 사람들이 모이고 암예방 수칙과 어긋나는 행동이 많이 발생하는 야구장에 암예방 메시지를 확산시키고 행동변화를 시도하였으며, 암환자와 가족이 암이라는 주제로 속마음과 생각을 이야기하고 응원 메시지를 전할 수 있는 토크부스를 제작하여 진솔한 이야기를 듣는 영상을 제작하였다.

|그림 2-6-17| 암예방 여기 어때 캠페인송



또한 암과 관련된 정보가 온라인 상에서 어떻게 확산되고 있으며 어떠한 정보들이 분포되어 있는지 알아보기 위해 포털 및 사회관계망서비스(SNS)의 데이터들을 크롤링하였으며, 펜벤다졸과 같은 시의성이 있는 암 관련 이슈가 어떠한 행태로 보도되고 정보가 공유되는지 분석하였다. 이를 바탕으로 암과 관련된 루머가 이슈화되기 전에 이를 감지하고 선제적으로 대응하고자 루머 감지 머신러닝 모델을 구축하였다.

|그림 2-6-18| 암관련 정보 모니터링과 루머 확산 분석 예시



국민이 알기 쉽고 이해하기 쉬운 암정보를 제공하기 위해 암정보의 난이도와 청소년과 성인의 문해력 수준 및 현황을 파악하였다. 주요 조사 결과, 청소년의 문해력은 전반적으로 성인에 비해 떨어지는 경향이 있어 잠재적 암정보 소비자의 문해력 수준을 고려한 암정보 수정의 필요성이 제기되었다. 용어에 대한 인지율이 현저히 떨어진다는 점에서 알기 쉽게 번역한 용어 설명이 필요하였고, 이를 위한 용어사전을 제공하는 계기가 되었다.

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 수행하고 있다.

암등록자료의 표준화를 위해 '종양학 국제질병분류(ICD-O)' 적용 및 「암등록 지침서」 발행, 암등록 실무자를 대상으로 다양한 교육을 실시하고 있다. 또한, 효율적인 사업 추진을 위해 '암등록통계 시스템'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.

2022년 12월 기준 중앙암등록본부와 11개(부산 · 대구 경북 · 인천 · 광주 전남 · 대전(충남, 세종) · 울산 · 제주 · 강원 · 충북 · 전북 · 경남) 지역암등록본부가 암등록통계사업에 참여하고 있으며, 2020년 암등록통계를 생산하여 국가암등록사업 연례 보고서를 발간하였다.

2020년도 1년간 발생한 암 환자는 247,952명이며, 이에 대한 성별 분포는 남자 130,618명(52.7%), 여자 117,334명(47.3%)으로 1.11 : 1의 비율을 보였다. 우리나라에서 주로 발생하는 암은 갑상선암, 폐암, 대장암, 위암, 유방암, 전립선암, 간암 등으로 이들 7개 암이 전체 암 발생의 68.5%를 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 45.2%, 2001년~2005년 발생자의 경우 54.1%, 2006년~2010년 발생자의 경우 65.5%, 2011년~2015년 발생자의 경우 70.7%, 2016년~2020년 발생자의 경우는 71.5%였다.

2016년~2020년 발생자의 주요 암의 5년 상대 생존율은 갑상선암 100.0%, 폐암 36.8%, 대장암 74.3%, 위암 78.0%, 유방암 93.8%, 전립선암 95.2%, 간암 38.7%로 나타났다.

|표 2-6-59| 우리나라 주요 암종 발생자 수 및 발생분율(2020년)

(단위 : 명, %)

전체		남자		여자	
암종	발생자 수 (발생분율)	암종	발생자 수 (발생분율)	암종	발생자 수 (발생분율)
갑상선암	29,180(11.8)	폐암	19,657(15.0)	유방암	24,806(21.1)
폐암	28,949(11.7)	위암	17,869(13.7)	갑상선암	21,722(18.5)
대장암	27,877(11.2)	전립선암	16,815(12.9)	대장암	11,392(9.7)
위암	26,662(10.8)	대장암	16,485(12.6)	폐암	9,292(7.9)
유방암	24,923(10.1)	간암	11,150(8.5)	위암	8,793(7.5)
전립선암	16,815(6.8)	갑상선암	7,458(5.7)	췌장암	4,090(3.5)
간암	15,152(6.1)	췌장암	4,324(3.3)	간암	4,002(3.4)
췌장암	8,414(3.4)	신장암	4,135(3.2)	자궁체부암	3,492(3.0)
담낭 및 기타담도암	7,452(3.0)	담낭 및 기타담도암	4,012(3.1)	담낭 및 기타담도암	3,440(2.9)
신장암	5,946(2.4)	방광암	3,826(2.9)	자궁경부암	2,998(2.6)
모든 암	247,952(100.0)	모든 암	130,618(100.0)	모든 암	117,334(100.0)

※ 출처 : 보건복지부, 「국가암등록사업 연례 보고서(2020)」

|표 2-6-60| 5년 암 순 생존율[1] 국제 비교

(단위 : %)

구 분	한국 2010~2014	미국 2010~2014	영국 2010~2014	일본 2010~2014
위암	68.9	33.1	20.7	60.3
결장암	71.8	64.9	60.0	67.8
직장암	71.1	64.1	62.5	64.8
폐암	25.1	21.2	13.3	32.9
유방암	86.6	90.2	85.6	89.4
간암	27.2	17.4	13.0	30.1
전립선암	89.9	97.4	88.7	93.0
췌장암	10.5	11.5	6.8	8.3
자궁경부암	77.3	62.6	63.8	71.4
백혈병(소아)[2]	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 2-6-61| 최근 5년간(2015년~2020년) 우리나라 암 발생 현황

(단위 : 명)

구 분	2016	2017	2018	2019	2020
전체	233,094	236,725	246,692	257,170	247,952
남자	122,115	124,584	130,265	135,484	130,618
여자	110,979	112,141	116,427	121,686	117,334

※ 출처 : 보건복지부, 『국가암등록사업 연례 보고서(2020)』

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 검진, 2019년 폐암 검진을 추가하여 6대 호발암(위암, 유방암, 자궁경부암, 간암, 대장암, 폐암)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.

* 2022년 대상자의 경우 2021년 11월 건강보험료 부과 기준 지역가입자 108,000원, 직장가입자 102,500원 이하

2011년에는 직장가입자, 지역가입자 등 직역에 관계없이 검진 연령 및 검진 주기를 일원화하기 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 확대하였다. 2023년도에는 대장이중조영검사를 이용건수 감소와 효율적인 검진방법 제고를 위하여 국가검진 항목에서 제외하였다.

암검진 수검률을 제고하기 위해 2008년 암검진기관의 기준을 완화하여 암종별 암검진기관을 인정하였다. 그 결과 암검진기관의 수가 2007년 2,090개에서 2022년 7,353개로 증가하였으며, 2007년부터 국가암검진사업의 수검자 만족도 조사를 실시하여 지속적으로 사업을 모니터링하고 있다. 2022년 국가암검진사업 만족도 조사에 따르면 국가암검진사업에 전반적으로 만족한다는 응답은 85.0%, 국가암검진이 암을 조기에 발견하는데 효과적이라는 응답은 84.7%로 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 교육 또는 집체 교육)을 시행하고 있으며, 내시경학 분야의 암 검진 전문인력 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 https://neweducation.ncc.re.kr) 하고 있으며, 현재 교육 프로그램의 한계점들을 극복하고 암 검진 전문인력이 시공간 제약 없이 상시 교육을 받을 수 있도록 2020년 VR 교육 영상을 제작하였으며 2021-2022년 교육 효과성 평가 검증을 통한 VR 비대면 교육을 향후 운영할 계획이다.

2017년~2018년 폐암검진 시범사업을 시행한 후, 2019년 하반기에 세계 최초로 도입한 폐암검진은 고위험 흡연군을 대상으로 저선량 흉부 CT를 이용한 검진을 제공하고, 검진 후 결과상담과 금연상담 제공 등 사후관리를 제도화하였다. 또한, 폐암검진에서 최초로 클라우드 기반의 AI 판독프로그램을 이용한 '폐암검진 판독지원 및 질관리 정보시스템'을 구축·운영하여 판독시간을 단축하면서 검사의 정확도를 높이는 질관리를 시행하고 있다.

현재 우리나라는 국가암검진프로그램에서 대장암검진의 기본검사로 분변잠혈검사를 제공하고 있으나, 대장암 검진의 수검률은 타 암종에 비하여 낮다. 이의 원인으로 분변잠혈검사의 불편함, 낮은 신뢰도, 대장내시경 수요의 증가 등으로 파악되어 국가대장암검진의 기본검사로 대장내시경 검사 시행의 필요성이 꾸준히 제기되었다. 국가암검진은 해당 검사방법이 안전하고 효과적으로 암을 조기에 발견할 수 있다는 전제로 대장내시경 검사의 효과와 부작용 및 만족도를 평가하기 위해 2019년도부터 대장내시경 시범사업을 시행하고 있다.

|표 2-6-62| 2022년 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 2-6-63| 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 2-6-64| 국가암검진사업 현황

(단위 : 백만 원, 천 명)

구 분	2018	2019	2020	2021	2022
국비보조 예산	21,532	34,539	45,531	39,378	36,712
수검자	12,454	13,213	11,655	13,861	12,789

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

소아 암환자는 적절한 치료를 통한 완치율이 상대적으로 높아 경제적 지원에 따른 기대 효과가 크다. 이에 따라, 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. 또한, 백혈병 환자이거나 백혈병 이외 암종에서 조혈모세포 이식 시, 연간 지원 상한 금액을 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 지원 중에 있다.

의료급여수급권자 및 차상위 본인부담 경감대상자는 지원대상자로 당연 선정하고, 건강보험가입자의 경우 가구의 소득과 재산이 지원기준에 적합한 경우에만 대상이 된다. 2022년 기준 소득과 재산이 '국민기초생활보장사업'에서 정한 기준 중위소득 120% 이하(4인 가구 기준 614만 5,296원)이면서 재산이 '일반 재산의 최고 재산액'의 300%(4인 가구 기준 3억 936만 9,209원) 이하인 경우에 지원대상자로 선정한다. 2022년 소아 암환자 1,400명을 대상으로 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. 2021년 7월, 타 질환과의 형평성, 불합리한 지원 기준 등에 따른 개선의 요구가 지속됨에 따라 성인을 대상으로 한 암환자 의료비 지원 사업이 개편되었다. 개편의 방향은 취약계층에 대해 집중적이고 폭 넓은 지원을 하고자 하였으며, 저소득층(의료급여 수급권자 및 건강보험 차상위계층)을 대상으로 지원 한도와 범위를 늘리고, 기존 성인 건강보험가입자 중 국가암검진 수검을 통한 5대 암(위암, 간암, 대장암, 유방암, 자궁경부암) 진단 또는 폐암 환자에 대한 신규 지원을 중단하였다.

의료급여 수급권자와 차상위 본인부담 경감대상자는 지원대상자로 당연 선정되어 급여 본인일부부담금 · 비급여 본인부담금 구분 없이 연간 300만원내에서 최대 연속 3년간 지원받을 수 있다. 기존의 성인 건강보험가입자(2022년 기준 1월 건강보험료 고지액 기준 하위 50%인 직장가입자 11만 100원, 지역가입자 10만 4,500원 이하)는 2021년 6월까지 국가암검진을 받고 5대 암을 진단받은 암환자나 2021년 6월까지 폐암을 진단받은 암환자에 한해 연간 본인일부부담금 200만 원 내에서 최대 연속 3년간 지원받을 수 있다. 2022년에는 성인 암환자 38,910명을 대상으로 지원하였다.

6. 호스피스전문기관 지원사업

보건복지부에서는 말기환자의 체계적인 관리 및 적절한 의료서비스를 제공하기 위하여 2005년 호스피스전문기관 지원사업을 실시하였다. 호스피스전문기관은 2008년 19개소를 시작으로 2022년 기준 181개 기관 1,517병상에서 말기환자와 가족을 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, 만성폐쇄성호흡기질환, 만성간경화)으로 확대되었으며 2022년 4월에는 같은 법률 시행규칙이 일부 개정됨에 따라 만성호흡부전을 호스피스 대상질환으로 추가하였다. 서비스 제공 유형 다양화 추진을 위하여 가정형, 자문형 및 소아청소년을 대상으로 하는 시범사업을 운영하였다. 2020년 9월에는 가정형 호스피스 수가 시범사업('16. 3.~'20. 8.)을 본 사업으로 전환하고 2022년 1월에는 자문형 호스피스 수가 시범사업('17.8~'21. 12.)을 본 사업으로 전환하였다.

|표 2-6-65| 2022년 서비스 유형별 호스피스 · 완화의료 기관 현황

(단위 : 개소, 병상)

구분	유형	사업개시일	기관수 (병상수)
전문기관	입원형	2008. 9.	89 (1,517)
	가정형	2016. 3. (2020.9. 본사업 전환)	38
	자문형	2017. 8. (2022.1. 본사업 전환)	37
시범사업	요양병원	2016. 9.	7 (84)
	소아청소년	2018. 7.	10
전체기관 수 (유형별 중복기관 제외)		181 (107)	

정부는 호스피스전문기관을 대상으로 매년 사업실적을 평가하여 국고보조금을 차등지급하고 호스피스전문기관 필수인력(의사, 간호사, 사회복지사)에 대한 프로그램 개발 및 운영을 통해 종사자들의 전문성 향상 및 호스피스·완화의료 서비스의 질적 향상을 도모하기 위하여 다양한 교육 사업 및 질 향상 프로그램을 운영하고 있다.

코로나-19 확산의 영향으로 2020년 이후 호스피스 주요 서비스 제공이 제한되고 의료원을 중심으로 휴업기관이 증가하는 등 기관 운영에 다양한 변화가 발생하였으나 현재 대부분의 휴업기관이 병동 운영을 재개함으로써 호스피스이용률이 증가('20. 23.0% → '21. 23.2%)추세에 있다. 향후 다른 감염병 확산과 같은 불안정한 상황에서도 호스피스 서비스의 질관리와 전문인력 전문성 강화를 위해 기존 대면교육 방식에서 비대면 이론교육과 실습과정으로 개편한 지속적인 교육 운영 방안을 마련하였다.

2021년 기준 말기암환자의 약 23.2%가 호스피스를 이용하고 있는 것으로 나타났으며, 호스피스 서비스 만족도는 92.4%로 이전 치료기관 만족도 71.6%에 비해 높은 만족도를 보였다. 호스피스·완화의료 기관을 이용했던 환자의 사별가족들로부터 서비스 이용 경험 및 만족도에 대한 설문조사를 실시하여 서비스 만족도 및 질의 변이를 파악하고 기관별로 결과를 제공하여 서비스 질적 향상을 위한 모니터링 도구로 활용하고 있다.

|표 2-6-66| 연도별 호스피스 · 완화의료 이용률

(단위: 명, %)

연도	암			대상질환 (암 및 비암성)		
	신규 환자[1]	사망자[2]	이용률	신규 환자[1]	사망자[2]	이용률
2008	5,046	68,912	7.3	5,046	68,912	7.3
2009	6,365	69,780	9.1	6,365	69,780	9.1
2010	7,654	72,046	10.6	7,654	72,046	10.6
2011	8,494	71,579	11.9	8,494	71,579	11.9
2012	8,742	73,759	11.9	8,742	73,759	11.9
2013	9,573	75,334	12.7	9,573	75,334	12.7
2014	10,559	76,611	13.8	10,559	76,611	13.8
2015	11,504	76,855	15.0	11,504	76,855	15.0
2016	13,662	78,194	17.5	13,662	78,194	17.5
2017	17,317	78,863	22.0	17,333	86,593	20.0
2018	18,091	79,153	22.9	18,120	86,791	20.9
2019	19,772	81,203	24.3	19,795	88,348	22.4
2020	18,893	82,204	23.0	18,925	88,975	21.3
2021	19,185	82,688	23.2	19,228	89,460	21.5

1) 2008~2015년 사업신청서 내 호스피스 진료현황(기관보고), 2016~2021년 중앙호스피스센터「호스피스 · 완화의료 시스템」

2) 2008~2021년 통계청「사망원인통계」, 암(C00-C97), 만성 폐쇄성 호흡기질환(J40-44), 만성 호흡부전(J42-47, J60-65, J80, J84, J96, J98), 만성 간경화(K74), 후천성 면역결핍증(B20-24)

※ 이용률(%) = 연간 신규이용 환자 수 / 국내 대상 사망자 수 * 100

또한, 매년 10월 둘째 주 토요일을 '호스피스의 날'로 지정하여 호스피스 · 완화의료 발전에 기여한 유공자를 표창 시상하는 기념행사와 호스피스 서비스 질향상을 위한 심포지엄을 진행하고 있다. 이 외에도 호스피스 홍보 영상, 맞춤형 정보 리플릿, 뉴스레터, 전문학회 홍보 부스 운영과 같은 다양한 홍보 컨텐츠 개발 및 운영을 통해 전 국민의 호스피스 인지도를 높이고 그 필요성을 알리기 위한 호스피스 홍보사업을 진행 중이다.

7. 지역암센터 지원사업

지역암센터는 지역사회 암 치료의 접근성을 확대하고 다양한 암 관리 수요에 대응하고자 2004년 전북·광주전남·경남지역암센터(전북대병원·화순전남대병원·경상국립대병원) 3개소, 2005년 부산·대전·대구경북지역암센터(부산대병원·충남대병원·칠곡경북대병원) 3개소, 2006년 강원·충북·제주지역암센터(강원대병원·충북대병원·제주대병원) 3개소, 2011년 인천·경기·울산지역암센터(가천대길병원·아주대병원·울산대병원) 3개소 등 전국 14개 시·도 내 12개소가 지정되어 운영하고 있다.

지역암센터는 암 관리 거점기관으로서 지역 암 발생 및 사망을 줄이고 암환자 및 가족의 전반적인 삶의 질 향상을 위해 암관리사업 · 진료 · 연구 등 다양한 암 관련 사업을 체계적으로 수행하고 있다.

지역암센터 지원사업은 12개 지역암센터의 효과적인 운영을 지원하기 위해 지정 및 운영 기준 관리, 사업안내서 및 평가지침 제작, 지역 내 근거기반 암 관리 정책개발 및 사업 추진 모니터링 및 평가 등을 수행하고 있다. 또한, 지역암센터 간담회, 심포지엄, 실무자 교육 등 지역암센터 간 교류를 통해 사업 운영의 질을 높이고 연구지원 등으로 지역사회 암 관리 활성화를 지원하고 있다.

8. 암생존자통합지지사업

모든 암종에 대한 5년 상대생존율이 지속적으로 증가하고 있으며, 인구 고령화, 조기검진 확대·강화, 치료기술 향상 등으로 암생존자 수는 더욱 증가할 것으로 전망되고 있다. 암 치료 후 암생존자가 경험하는 다양한 문제들을 해결하기 위하여 지속적인 국가차원의 통합지지 체계 확대가 필요함에 따라 2017년부터 2021년까지 암생존자통합지지 시범사업을 시행하였고, 2021년 12월 법적 근거에 따라 중앙(국립암센터) 및 권역암생존자통합지지센터(국립암센터 및 권역센터 12개소)를 재지정하며 본사업으로 전환하였다.

|표 2-6-67| 암생존자통합지지사업 추진 경과

- 권역암생존자통합지지센터(이하 권역센터) 수행기관 지정
  - '17.5.10.: 광주전남, 강원, 충북, 전북, 경남, 제주, 국립암센터
  - '18.2.19.: 경기
  - '19.2.1: 부산, 대구경북, 대전, 울산
  - '19.11.26.: 인천
  - '23.1.18.: 충남
- 소아청소년 암생존자통합지지사업 수행기관 지정
  - '19.4.19.: 경남, 제주, 국립암센터
  - '23.1.18.: 충북

- 중앙암생존자통합지지센터 지정
  - '19.2.25.: 국립암센터
- 「암관리법」 개정(개정일: '20.4.7., 시행일: '21.4.8.)
- 「암생존자통합지지센터 및 지역암센터 지정 등에 관한 고시」 제정('21.7.30.)
- 법적 근거에 따른 중앙 및 권역센터 재지정
  - '21.12.23.: 중앙센터 1개소, 권역센터 12개소, 국립암센터 1개소
    * 권역센터: 강원, 경기, 경남, 광주전남, 대구경북, 대전, 부산, 울산, 인천, 전북, 제주, 충북
    * 지정된 권역센터 3개소(경남, 제주, 충북)는 소아청소년 암생존자통합지지사업 운영
- 「암관리법」암생존자통합지지사업 개정(개정일: '22.6.10., 시행일: '23.6.11.)

암생존자통합지지센터는 암 진단 후 완치 목적의 주요 치료(수술, 항암화학요법, 방사선치료 등)를 마친 암환자와 그 가족을 대상으로 그들이 직면하는 다양한 어려움을 스스로 극복할 수 있도록 자가관리 능력과 회복탄력성 향상을 통합적으로 지원하여 건강증진 및 사회적 기능복귀 도모를 위해 중앙센터에서 개발된 표준화 프로그램 운영, 상담, 교육, 지역사회 자원연계 등의 암생존자 통합지지 서비스를 제공한다.

2022년도에는 표준화 프로그램 8종 개발·개정(5종 개발, 3종 개정)하여 당초 목표 대비 125% 달성되었다. 현재까지 표준화 프로그램 13종 개발, 1종이 개정되었고, 소아청소년 프로그램은 10종 개발, 5종이 개정되었다, 암생존자통합지지센터 등록자수는 2,782명으로 132% 달성, 프로그램 운영건수 2,572회로 112% 달성하였다.

지역사회 협력 강화를 위해 매년 6월 첫 주를 '암생존자 주간'으로 지정하여 대국민 주간 캠페인을 개최하고 있으며, 암생존자 건강증진 및 올바른 인식개선을 위한 콘텐츠를 제작하여 암생존자통합지지사업 관련 정보를 제공하고 있다. 또한 지역사회 암생존자 통합지지를 위해 지자체, 시도교육청, 보건소, 행정복지센터 등과 연계 및 협력체계를 구축하고 있다.

9. 재가암환자관리사업

재가암환자(치료중인 암환자, 암생존자, 말기암환자 등)들의 신체적 · 정신적 건강관리 및 사회적 지지를 위해 지역사회 · 재가 중심으로 공적 서비스 제공을 위해 지원하고 있다. 지역사회통합건강증진사업(방문건강관리사업) 안내서 개정 지원, 방문건강관리 전담인력 교육 과정 지원 등을 통해 재가암환자를 돌보고 있는 방문간호사와 관계자에게 국가암관리사업의 중요성 인식, 암환자 건강관리에 등에 필요한 지식 및 기술을 습득하여 업무역량을 강화할 수 있게 지원하고 있다.

10. 국제암연구소 가입 및 활동

국제암연구소는 프랑스 드골 대통령의 주창으로 1965년 WHO 산하에 설립되었으며, 1967년 프랑스 리옹에 본부를 두고 업무를 시작하였다. 현재 27개국이 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 2-6-68| 국제암연구소 회원국 현황(2022년)

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	브라질	2013	카타르	2013	모로코	2015
이란	2018	헝가리	2019	중국	2021		

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. 2022년 기준으로, '우리나라 위암 예방을 위한 헬리코박터 감염 치료 효과(HELPER) 연구'('13.~'29.)를 포함한 총 7건의 협력 연구를 수행해 오고 있으며 암 연구 인력의 훈련 프로그램 개발 및 국제암연구소 교육훈련 프로그램 참여 등을 통해 암 연구 인력 양성 체계도 구축하였다.

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. 국가암빅데이터구축사업

보건복지부는 암관리법에 따라 공익적 목적으로 암관리를 위한 정책 수립 및 평가, 연구·개발 사업에 필요한 데이터를 수집, 처리, 분석 및 제공하는 암데이터사업을 효율적으로 수행하기 위해 국립암센터를 국가암데이터센터로 지정하였다.(2021. 9.)

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. 또한 결합전문기관으로 서로 다른 가명정보처리자 간 가명 정보 결합을 수행함으로써 데이터의 활용 활성화를 지원하고 있다.

임상연구데이터웨어하우스(CRDW, Clinical Research Data Warehouse) 구축, 데이터 활용 활성화를 위한 서비스 발굴 추진 및 데이터심의위원회를 설치 · 운영하여 가명 처리 적정성 검토 및 가명 정보를 제공하고, 암DB를 활용하는 연구의 안전하고 효율적인 분석을 위해 분석환경 플랫폼을 구축 · 제공하고 있다.

또한, 국가 암 병기조사 데이터 개방체계 구축사업(2019)을 통해 국가암등록통계사업을 수행하여 구축된 암 병기조사(5종, 위·폐·대장·유방·간암) API, 암 레지스트리(17종, 신장·췌장·위·대장·폐·간·방광·갑상선암·구강암·유방암·소아청소년·자궁경부암·전립선암·골연부종양, 난소암, 담도암, 자궁체부암) 및 메타데이터·통계·집계 정보에 대한 오픈데이터 형태의 API를 개발하여 공공데이터 포털(https://www.data.go.kr/)에서 개방하고 있다. 그리고 암 빅데이터 플랫폼(https://bigdata-cancer.kr/)을 통해 11개 암 병원의 임상데이터에 대한 메타데이터를 공개하고 있으며, 국가암데이터센터포털(https://www.cancerdata.re.kr)을 통해 구축된 암데이터를 제공하고 있다.

아울러, 국가암빅데이터구축사업을 통하여 암임상데이터, 암영상데이터, 암유전체(NGS)데이터, 암공공데이터를 연구목적으로 DB화하여 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. 데이터 운영환경 기능, CRDW 서비스 검색 및 관리 기능, 데이터 개방 서비스, 키관리 시스템 등을 강화하여 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 개원 하였고, 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, 국립암센터국제암대학원대학교를 부속 기관으로 설치하여 단위 조직별 권한과 책임이 강화된 '연구-진료-암관리사업-교육'을 연계하는 조직 기반을 구축하고 있다. 국립암센터는 1연구소 1병원 1본부 1대학교 4실 2국 2센터 1팀으로 운영되고 있다. 2022년 12월 기준 정원 2,165.1명, 현원 2058.16명이 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 공익적암연구사업, 암정복추진연구개발사업과 항암신약개발성과확산사업으로 추진된다.

국립암센터 내부 연구사업인 공익적암연구사업은 국립암센터 중장기 발전계획에 따라 공익적 핵심 암 융합 연구, 공익적 암 기반 연구, 전주기적암관리·정책 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 제4차 암관리종합계획에 따라 암 예방 · 진단 · 관리 등 근거창출을 위한 공중보건연구와 공익적 다기관 암 임상연구 등의 연구 분야를 중점 지원하여 국내 암 연구 진흥 및 기반 강화에 기여하고 있다.

국가항암신약개발사업 종료('21년 4월)로 인해 후속내역사업으로 귀속된 항암신약개발성과확산사업은 확보된 항암신약신치료개발사업단 임상연구자(PI)들의 노화우를 통한 초기임상 연구개발 성과, 국립암센터 내·외부 기관과의 네트워크, 신약 및 신치료법 개발 및 사업개발 전문성을 갖춘 인프라를 활용하여 공모로 선정된 물질제공자의 혁신신약 후보물질을 공동개발하여 그 성과를 확산하고 새로운 항암 후보물질 육성을 통해 글로벌 경쟁력을 확보한 신약 및 신치료법을 개발함으로써 국가와 세계 암치료에 기여하고 있다.

|표 2-6-69| 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	2020	2021	2022
예산	계	549,584	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	30,988	30,166	31,166	31,166	33,433	33,433	36,015	43,015
	암 정복 추진 연구	232,351	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	9,693	10,077	11,877
	공익적암 연구	312,233	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	23,740	23,938	28,138
	항암신약 개발성과 확산사업	5,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,000	3,000
연구개발과제	계	4,369	212	50	73	114	139	154	159	212	220	227	210	227	249	251	246	233	220	219	194	171	153	178	248
	암 정복 추진 연구	2,100	212	20	29	64	82	88	93	131	138	131	121	129	130	129	115	99	78	83	57	51	30	44	46
	공익적암 연구	2,269	0	30	44	50	57	66	66	81	82	96	89	98	119	122	131	135	142	136	137	120	123	146	199
	항암신약 개발성과 확산사업	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3

나. 진료 체계 구축

2000년 설립 이래 우리나라에서 많이 발생하는 위암, 간암, 폐암, 자궁암, 대장암, 유방암, 갑상선암 등 11개 질환별진료센터와 4개 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 양성자 치료기는 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. 2022년 기준 국립암센터 부속병원은 약 60만명(외래 42만 4천명, 입원 17만 6천명)의 환자들을 진료하고 있다.

다. 국가암관리사업 지원

국가암관리사업의 정책 개발 등의 업무를 체계적으로 수행하기 위해 설립된 국가암관리사업본부는 국가암관리정책 수립을 위한 암등록통계사업, 6대암(위 · 대장 · 간 · 유방 · 자궁경부 · 폐암)에 대한 국가암검진사업 지원, 전국 지역암센터에 대한 운영 지원, 암생존자통합지지센터 운영 지원, 암환자 의료비지원사업 지원, 말기 암환자의 삶의 질 향상을 위한 호스피스 전문기관 지원, 암환자 및 국민들에게 암 전반에 걸친 올바른 암 정보 서비스 제공을 위한 국가암정보센터 운영 및 국가암데이터 구축 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. 「암등록 보건의료 정보관리사 교육과정」은 암등록 실무자를 대상으로 국가암등록통계사업의 전문 인력을 양성하여 암등록자료의 품질 향상에 기여하는 것을 목표로 삼는 교육과정이다. 또한, 「암생존자 관리전문가양성과정」은 권역암생존자통합지지센터 전담인력, 협력기관 서비스 제공 담당자 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. 2022년 12월 현재 암관리학과 및 암의생명과학과 2개 학과에 석사과정 30명, 박사과정 24명 등 총 54명이 재학하고 있으며, 현재까지 배출된 석박사학위자는 보건학석박사 91명, 이학석박사 89명 등 총 180명이 있다.

제7절 응급의료정책

I 개요

통계청이 발표한 2021년 사망 원인 통계 결과를 보면, 5대 사망 원인 중 응급의료와 밀접한 관련이 있는 질환 등이 3가지(심장질환, 뇌혈관질환, 자살)나 포함되어 있으며, 운수사고와 같은 외상진료 관련 사항도 남성 사망원인 중 9위로 주요 사망원인으로 나타났다. 이렇듯 응급의료체계는 국민건강에 매우 중요한 부분으로 사회적 관심도 또한 높은 분야이다.

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 재원 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 전전년도 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 운용규모가 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 2-6-70| 응급의료기관 구성 체계

('21. 12. 기준)

종 별	수	지정권자	주요 역할
중앙응급의료센터	1	보건복지부장관	응급의료체계 관리 총괄
권역응급의료센터	40	보건복지부장관 (시 · 도지사와 협의)	권역 내 최종 응급진료기관, 중증응급환자 진료
권역외상센터	15	보건복지부장관	권역 내 중증외상환자에 대한 최종 치료
전문응급의료센터	8	보건복지부장관 (시 · 도지사와 협의)	전문응급진료기관
지역응급의료센터	126	시 · 도지사	응급환자 진료
지역응급의료기관	244	시장 · 군수 · 구청장	경증응급환자 및 야간 · 휴일의 일반환자 진료

2015년에는 권역응급의료센터를 기능과 생활권 중심으로 확대 · 개편하여 보다 효율적인 응급의료체계를 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.

2021년에는 실효성 있는 지역응급의료체계를 위하여 정책지원 기능을 하는 시도응급의료지원단 설치의 법적 근거를 마련하고, 현장으로부터 이송이 의뢰된 응급환자에 대하여 응급의료기관의 장이 정당한 사유 없는 수용 곤란 고지를 방지하기 위하여 관련 규정을 정비하는 내용으로 「응급의료에 관한 법률」을 개정하였다. 이를 통하여, 중증응급환자 수용성을 높이고, 지역응급의료체계 구축을 위한 기반이 마련되었다.

또한, 코로나-19 대응을 위하여, 응급실의 감염병 대응 역량 강화 방안인 '감염병 유행 시 응급실 운영 권고안'을 대한응급의학회와 합동으로 마련·배포하고, 전국 응급의료기관에 격리병상 426개 설치를 지원하였다. 아울러, 코호트 격리병상 수가 등 건강보험수가를 보강하고 이송·전원체계를 개편하는 등 현장의 어려움을 개선하기 위한 정책도 시행하였다.

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 확정한 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 응급의료장비를 보강하는 내용이 담겨져 있다.

응급의료기관이 없는 43개 군 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 응급상황에 대한 국민의 대응력을 향상시키기 위해 응급의료기금을 통해 심폐소생술 등 응급처치교육을 시행(2014년 41만 명 → 2016년 60만 명 → 2018년 67만 명 → 2019년 69만 명 → 2020년 15만 명 → 2021년 18만 명 → 2022 40만 명[1])하고, 공공기관 · 다중이용시설 등에 자동심장충격기 설치를 지원(2013년 ~2021년 총 9,214대)하였다.

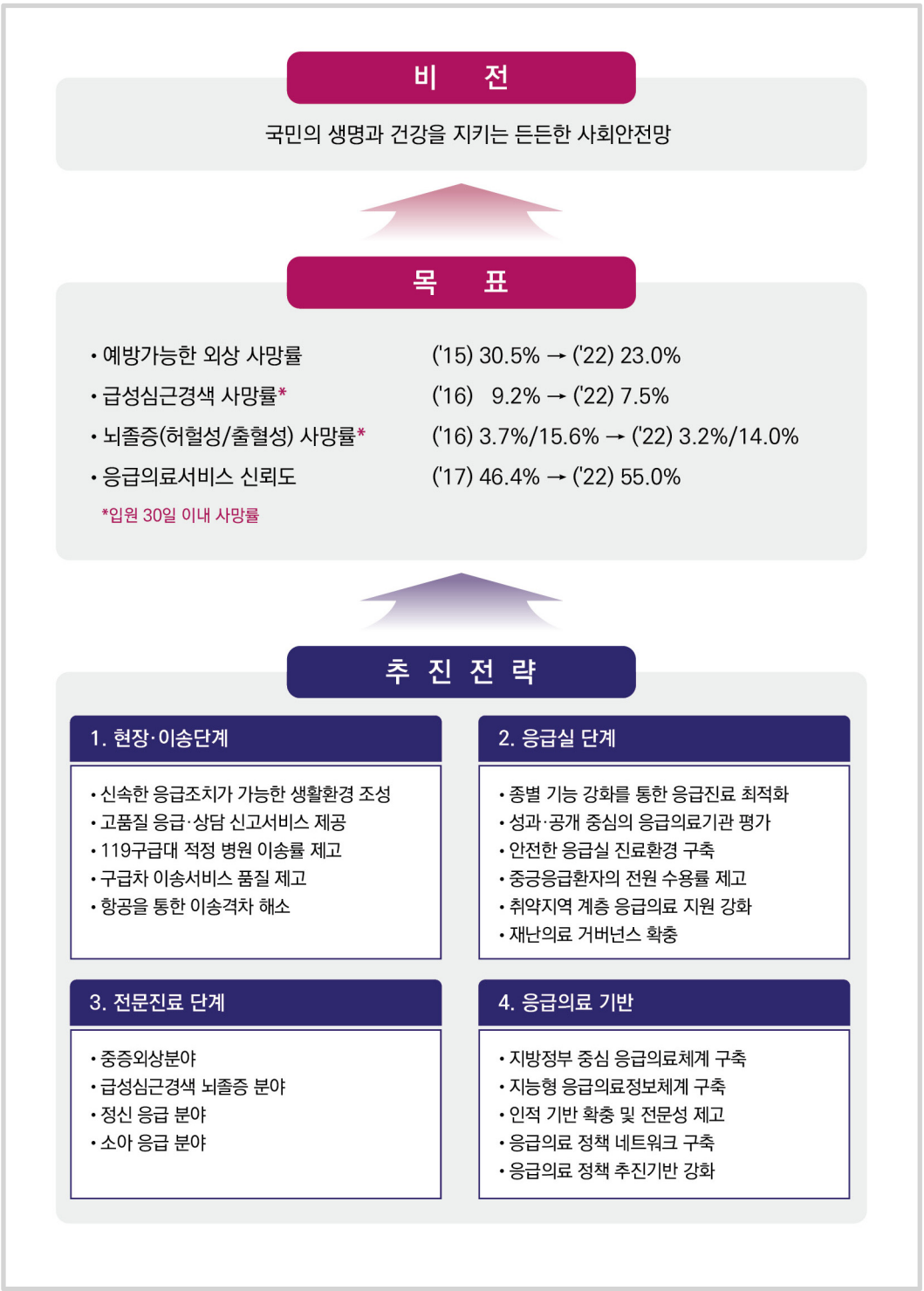
1) 2023년 3월 시 · 도 제출자료 기준

최근 수립된 '2018~2022년 응급의료기본계획'은 "국민의 생명과 건강을 지키는 든든한 사회 안전망"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.

2020년에는 2019년 '응급의료체계개선협의체' 논의를 바탕으로 '2018~2022년 응급의료기본계획'의 내용을 보완하는 '응급의료체계 개선방향'을 마련하였다. 이는 '환자와 지역 중심의 응급의료서비스 제공체계 구축'을 개선목표로 응급의료서비스 이용격차 없는 지역완결형 응급의료 체계 구축, 중증도에 따른 합리적 응급의료서비스 이용체계 마련을 위해 3대 분야 11개 개선과제를 제시하였다. 2021년에는 '응급의료체계 개선방향'에 대한 2021~2022년간의 구체적 실행방안을 제시하는 '응급의료체계 개선 실행계획'을 마련하였다.

2022년에는 앞서 수립된 1·2·3차 응급의료기본계획과 실행계획의 추진현황을 진단하고 향후 5년간 응급의료기본계획에 담길 응급의료정책의 발굴, 우선순위 점검이 이뤄졌으며, 한국보건사회연구원 및 대한응급의학회, 중앙응급의료센터 등 관련 전문가의 의견을 수렴하여 '전국 어디서나 최종치료까지 책임지는 응급의료'를 목표로 4개 영역 17개 중점과제를 수립하여, 2023년 3월 발표를 계획하고 있다.

|그림 2-6-19| 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 자동심장충격기 설치기관의 관리책임자, 「응급의료에 관한 법률」에 따른 의무 교육 대상자, 기타 일반인을 대상으로 '심폐소생술 등 응급처치 요령 교육' 사업을 실시하고 있다. 2018년~2022년* 5년간 기준 응급처치 교육을 이수한 사람은 총 209만 명이며, 이 교육에 따라 2008년 일반인이 심폐소생술을 시행한 비율이 1.9% 수준이었으나, 2021년에는 28.8%까지 대폭 증가하였다.

* 2023년 3월 시·도 제출자료 기준

최근 연구에 따르면, 구급대원 도착 전 자동심장충격기를 사용하여 심폐소생술을 하는 경우 환자의 생존율이 비약적으로 높아질 수 있다는 결과가 있다. 2022년 자동심장충격기 의무설치기관에 32,344대*의 자동심장충격기가 설치되어 있으며, 보건복지부와 지방자치단체에서는 자동심장충격기 설치 확대를 위해 매년 약 18억 원을 투자하고 있다. 또 자동심장충격기 관리를 강화하기 위해 2018년 자동심장충격기 의무설치기관이 미설치(미신고)시 과태료 규정을 신설하였으며, 2021.12월 응급의료법 개정을 통해 자동심장충격기 설치 기관의 관리 책임자에게 한 달 단위로 적정 설치 여부를 점검하고 점검 결과를 제출하도록 하였다. 자동심장충격기의 설치 현황은 국립중앙의료원 중앙응급의료센터에서 응급의료포털(www.e-gen.or.kr)과 응급의료정보앱(APP)을 통해 모든 국민이 어디서든 검색할 수 있도록 서비스하고 있다.

* 응급의료포털 E-Gen에 등록되어있는 숫자로 자료추출 시점에 따라 달라질 수 있음

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. 2022년에는 응급실 진료순서 안내, 응급실 폭행 예방과 같은 올바른 응급실 이용문화 개선 등의 내용으로 공익광고 및 카드뉴스 등 콘텐츠를 제작하고, TV·다중이용시설 및 SNS 홍보를 통해 대국민 응급의료 인식 제고를 위해 노력하였다. 또한, 응급의료 전진대회를 개최(12월)하여 응급의료 유공자에 대한 포상을 실시하였으며, 제1기 응급의료 서포터즈 구성·운영을 통해 일반인 눈높이에 맞는 국민 참여형 콘텐츠를 통해 응급의료 주요 정책을 홍보하였다.

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 인간생명의 존엄성을 유지하기 위한 제도로써 「응급의료에 관한 법률」 제22조 등에 따라 1995년부터 건강보험심사평가원에 업무를 위탁하여 수행하고 있다. 2017년 7,086건, 2018년 5,854건, 2019년 8,385건, 2020년 5,138건, 2021년 4,180건, 2022년 6,977건의 응급진료비 대지급을 통해 의료비 부담능력이 없는 응급환자에게 적기에 응급의료를 제공하여 국민의 생명을 보호하고 있다.

Ⅳ 응급의료 이송체계 구축

1. 응급환자 이송 효율화 추진

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 신고확인서를 부착하였다.

또한, 2015년부터 현장 응급구조사의 대응 능력 향상을 위해 웨어러블 장비 등을 활용한 스마트 의료지도사업(SALS)을 시범 운영하였으며, 2021년 기준으로 9개 거점 병원, 32개 협력 병원, 46개 소방관서가 참여하고 있다.

아울러, 2017년에는 응급구조사 자격관리 및 보수교육 내실화를 통한 응급의료서비스의 질 향상을 도모하고 응급구조사에 대한 대국민 신뢰도를 제고하기 위해 '응급구조사 자격 신고제'를 시행하였으며, 자격신고를 하지 않은 4,693명에 대해 자격정지 행정처분을 실시하였다. 향후에도 응급구조사, 구급차 등 응급의료 자원에 대한 지속적인 관리를 통해 이송 과정에서 응급환자의 안전을 위한 노력을 확대해 나갈 것이다.

한편, 응급의료 환경 변화 및 현장·이송단계에서 신속한 응급처치 필요성이 증대됨에 따라 소방청에서 실시한 스마트의료지도·특별구급대 시범사업을 통해 실행 가능성이 확인된 업무 및 관련 기관·단체의 의견을 수렴하여 응급구조사의 범위 조정을 추진하고 있으며, 응급의료법 시행규칙 개정을 통해 확정할 예정이다.

2. 응급의료 전용헬기 도입·운용

도서 · 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 전북, 2019년 8월 경기, 2022년 12월에 제주도(제주한라병원)에 8번째 닥터헬기가 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, 제주: 제주한라병원) 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. 2022년까지 인천 1,539명, 전남 2,688명, 강원 1,943명, 경북 2,716명, 충남 1,628명, 전북 1,344명, 경기 431명 등 총 12,286명의 환자를 이송하였다. 향후 현재 배치 지역 및 닥터헬기 운항반경을 고려하여 배치를 검토 예정이다.

V 응급의료기관 평가 및 육성

1. 응급의료기관 평가

응급의료기관 종별 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 2-6-71| 응급의료기관 평가대상 기관 현황

(단위 : 개소)

구 분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
합계	430	415	414	414	419	401	399	400	404	407
권역응급의료센터	19	18	18	18	36	36	35	38	38	40
전문응급의료센터[1)]	2	2	2	2	3	4	4	5	5	6
지역응급의료센터	116	122	125	128	116	116	125	125	127	125
지역응급의료기관	293	273	269	266	264	249	239	237	239	242

주 : 1) 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 2-6-72| 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
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
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		2020		2021		2022	
	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액
계	266	25,053	254	23,440	272	23,915	274	23,410	299	23,581	302	23,709
권역응급의료센터	17	2,735	35	4,750	36	6,330	38	6,640	38	8,510	40	8,622
지역응급의료센터	113	11,910	104	9,448	117	10,160	115	9,825	119	9,275	116	9,037
지역응급의료기관	132	9,900	111	8,157	119	7,425	121	6,945	142	5,796	146	6,050

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. 병상포화지수는 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. 병상포화지수는 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.

2020년에는 코로나19 감염병 유행으로 예년과 동일한 응급의료기관 평가가 어려워짐에 따라 평가 대상기간을 코로나19 환자 증가 이전인 2020년 1월까지(12→7개월)로 단축하는 한편, 방역관리 차원에서 응급의료기관 현지평가를 생략하고 서면평가 방식으로 평가를 진행하였다.

2021년에는 코로나19 장기화에 따라 평가대상 기간을 단축(5개월)하고 서면평가 방식으로 진행하는 한편, 코로나19 대응에 대한 기여를 반영하기 위하여 중증응급진료센터 및 감염병전담병원(거점전담병원 포함) 지정·운영 중인 기관에는 평가 가점을 부여하였다.

2022년 응급의료기관 평가는 코로나19 완화에 따라 현지평가가 실시되었으며, 평가지표도 전년대비 16개가 늘어난 27개 지표가 시행되었다. 또한 코로나19에 대한 기여를 반영하기 위해 감염병전담병원 등을 운영 중인 기관과 확진환자 수용률이 높은 병원에 평가 가점을 부여하였다. 주요 수치를 보면, 감염관리의 적절성은 평가가 이뤄졌던 2019년 대비 1.5점 상승한 9.3점을 나타났으며, 적정시간 내 전문의 직접 진료율은 전년대비 0.5%p 상승한 92.8%, 최종치료제공률은 0.1%p 상승한 89.6%를 기록하였다.

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 응급의료

기관이 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 경과조치를 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 진료 자문을 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 1,798건의 협진을 시행하였으며, 27개 취약지 병원에 내원한 응급환자의 영상검사 판독도 14,231건 실시하였다.

2020년에는 117개 취약지 응급실 운영기관에 224억 원의 국고보조금을 지원하였으며, 14개 취약지병원에 22명의 간호사를 파견하고, 11개 거점병원과 75개 취약지병원 간 원격협진 네트워크를 통해 1,706건의 협진을 시행하였으며, 27개 취약지 병원에 내원한 응급환자의 영상검사 판독은 12,109건을 실시하였다. 2021년에는 117개 취약지역 응급실 운영기관에 220억원의 국고보조금을 지원하였으며, 17개의 취약지병원에 27명의 간호사를 파견하고, 취약지 31개 기관을 대상으로 영상판독 지원을 13,229건, 74개 취약지병원을 대상으로 원격 협진을 1,316건 시행하였다. 2022년에는 117개 취약지역 응급실 운영기관에 221억원의 국고보조금을 지원하였으며, 16개의 취약지병원에 28명의 간호사를 파견하고, 취약지 34개 기관을 대상으로 영상판독 지원을 10,207건, 76개 취약지병원을 대상으로 원격 협진을 743건 시행하였다.

|표 2-6-73| 응급의료 취약지 지원사업 연도별 지원 현황

(단위 : 개소, 백만 원)

구 분		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
		개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액
계		37	3,275	44	4,669	50	6,157	42	19,218	54	18,939	71	6,920	87	23,372	201	42,170
지역응급 의료센터 운영지원	소계			4	1,456	1	1,748	3	5,331	11	7,836	10	6,580	11	4,826	106	22,800
	시설·장비			-	-	1	1,702	3	592	3	4,280	2	3,380	1	860		
	운영비			4	1,456	1	46	3	4,739	10	3,556	8	3,200	10	3,966	11	3,430
지역응급 의료기관 운영지원	소계			-	-	5	1,122	24	11,346	36	10,661	56		67	17,828	83	18,260
	시설·장비			-	-	5	544	24	3,708	7	2,707	-					
	운영비			-	-	5	577	24	7,638	34	7,954	56	11,591	67	17,828	83	18,260
당직 의료기관 운영 지원	소계	37	3,275	40	3,213	44	3,287	11	877	7	442	5	340	9	718	12	1,110
	시설·장비	11	759	5	493	3	295	2	197	-	-	-				1	110
	운영비	37	2,516	40	2,720	44	2,992	11	680	7	442	5	340	9	718	12	1,000
군응급실 확충 지원	건설·장비							4	1,664								

구 분		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
		개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액	개소 수	지원액
계		135	53,110	109	26,623	127	25,286	128	23,162	119	22,459	117	22,142	117	21,974	117	22,104
지역응급 의료센터 운영지원	소계	11	4,160	11	3,144	11	2,962	11	2,220	8	1,982	8	1,840	8	1,870	9	2,280
	시설·장비																
	운영비	11	4,160	11	3,144	11	2,962	11	2,220	8	1,982	8	1,840	8	1,870	9	2,280
지역응급 의료기관 운영지원	소계	114	47,470	88	21,979	98	19,948	98	18,757	87	17,957	86	17,938	87	18,204	87	18,384
	시설·장비			1	1,731												
	운영비	114	47,470	87	20,248	98	19,948	98	18,757	87	17,957	86	17,938	87	18,204	87	18,384
당직 의료기관 운영 지원	소계	10	1,480	10	1,500	18	2,376	19	2,185	24	2,520	23	2,400	22	1,900	21	1,440
	시설·장비																
	운영비	10	1,480	10	1,500	18	2,376	19	2,185	24	2,520	23	2,400	22	1,900	21	1,440

3. 소아전문응급의료체계 구축 · 운영

소아환자에 특화된 진료환경을 제공하기 위해, 2010년부터 성인 응급실에서 독립된 소아전용 공간에서 소아전용 의료장비를 활용, 소아과 전문의가 24시간 진료를 실시하는 소아전용 응급실을 설치 · 지원하는 사업을 시작하여, 2015년까지 6년간 소아전용응급실 10개소에 총 143억 원을 지원하였다. 2015년 기존 소아전용응급실의 시설 · 장비 · 인력기준을 강화하여 소아전문응급의료센터로 법제화하였으며, 9개 의료기관을 소아전문응급의료센터로 선정하였다. 2019년 현재 9개 의료기관 중 서울아산병원, 순천향대천안병원, 분당차병원 3개소가 소아전문응급의료센터로 정식 지정되어 운영 중이며, 2020년 1월 1일부터 서울대병원, 가천의대 길병원이 운영을 시작하였다. 또한, 2021년 공모를 통하여 선정된 3개 병원 중 칠곡경북대병원은 2022년 3월, 양산부산대병원·신촌세브란스병원은 2022년 10월부터 운영을 시작하였다. 소아전문응급의료센터로 지정된 기관은 소아응급환자 전담의사 수에 비례하여 2~6억원의 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 사망한 것으로 나타났다. 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 않았다. 질병관리본부(現.질병관리청)가 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 2024년까지 전국에 17개 권역외상센터를 설치할 예정이다. 연차별로 외상진료에 대한 의지와 역량을 갖춘 병원을 선정하여, 2017년 말 전국 17개 병원을 권역외상센터를 운영할 의료기관으로 선정 완료하였으며, 선정된 병원에는 법정 시설과 장비를 갖출 수 있도록 시설·장비 설치비 80억 원과 전담전문의 인건비 및 운영비를 지원하고 있다. 2022년 말 기준 권역외상센터 선정 병원 중 15개 의료기관이 관련 시설과 인력을 갖추어 권역외상센터로 지정·운영되고 있다. 이렇게 전국을 연결하는 중증외상환자 전용 인프라 구축을 통해 중증외상환자의 예방가능사망률이 19.9%('17), 15.7%('19)로 감소하고 있으며, 이는 2023년까지 중증외상환자 예방가능사망률을 20% 이하로 낮추겠다는 당초 계획을 6년이나 앞당긴 결과이다.

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 외상 처치가 이루어질 수 있도록, 응급실 전담의사, 권역외상센터 내 관련 전문의들을 대상으로 전문외상교육비용을 지원하고 있으며, 2021년부터는 간호사까지 지원범위를 확대하였으며, 향후 현장응급의료종사자를 지원대상에 포함할 예정이다.

Ⅶ 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 마우나 리조트 붕괴, 세월호 침몰 등을 계기로 체계적인 재난의료대응의 필요성이 제기되었으며 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. 최근 실적을 살펴보면 2019년 514건, 2020년 469건, 2021년 425건, 2022년 554건이 접수되었고, 그간 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 2019년 277건, 2020년 153건, 2021년 210건, 2022년 302건이었다. 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 5,993건, 2020년 5,603건, 2021년 6,177건, 2022년 6,473건이었으며, 최근 3개년 간 전원지원 선정률은 89.6%에 이르고 있으며, 전원요청에서 의료기관 선정 통보까지는 평균 39분이 소요되었다.

전국 재난거점병원은 2022년 총 41개소로, 각 재난거점병원별로 응급실에서 근무 중인 인력(의사1, 간호사1, 응급구조사1, 행정1)으로 구성된, 재난 현장에 출동하여 응급의료 업무를 수행하는 임시조직인 재난의료지원팀(Disaster Medical Assistance Team, DMAT)을 구성·운영하고 있다. 국가와 지방자치단체는 재난거점병원에 DMAT출동수당, 재난의료지원차량 등을 비롯한 예산을 지원하고 있다.

현장의료지원팀은 크게 보건소 신속대응반과 재난거점병원의 재난의료지원팀으로 구분한다. 보건소 신속대응반은 전국 254개 보건소에 의료인 2명~3명, 행정요원 2명 이상의 구성으로 운영되고 있다. 재난거점병원의 재난의료지원팀은 1개 팀당 의사 1명, 간호사 또는 응급구조사 2명, 행정요원 1명으로 구성된다. 현장의료지원팀은 중앙응급의료상황실의 출동 요청에 따라 다수 사상자 사고현장으로 출동하여 현장응급의료소를 운영하는 등의 역할을 한다.

현장응급의료소는 재난현장에 출동한 응급의료관련 자원을 총괄·조정하고 사상자를 분류·처치·이송하기 위하여 긴급구조통제단장의 지휘 아래 재난현장에 설치하는 의료소를 말한다. 현장응급의료소에는 분류반, 응급처치반, 이송반 등을 두며, 보건소 신속대응반, 재난거점병원 재난의료지원팀, 구급대원 등을 적절하게 편성·배치한다.

보건복지부 및 중앙응급의료센터는 「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 초판을 제정하고 2022년 1월에는 현행 법령을 반영하고 미비점을 보완하여 개정하였다. 또한 매년 지자체 재난의료 담당자와 재난거점병원의 재난의료지원팀을 대상으로 매뉴얼에 대한 교육이 이루어지고 있으며, 매년 각 시 · 도별로 소방 다수 사상자 구급대응훈련에 참여하여 재난 관련 유관기관과 공동훈련을 실시하고, 보건복지부(중앙응급의료센터) 주최로 재난의료 종합훈련대회를 개최하여 전국의 의료기관 · 보건소 및 소방 간의 협업을 강화하기도 하였다.

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 재난현장으로 출동하도록 상황전파체계를 개선하고, 대규모 재난 혹은 재난의 장기화를 대비하여 구축한 이동형 병원(2017년 12월 발대식 개최)의 관리 및 운용 인력에 대한 정기적인 교육·훈련도 지속할 예정이다.

제8절 생명윤리정책

I 기관생명윤리위원회(IRB) 평가·인증

가. 추진 배경

1964년 세계의사회의 헬싱키선언에서는 연구대상자를 대상으로 충분한 설명 및 자발적 동의를 강조하였고. SCI급 국제 학술지에 논물 제출 시 대부분 기관위원회 심의번호를 요구하는 등 윤리적 연구 환경의 중요성은 날로 커지고 있다. '12.2월 생명윤리법 개정('13.2월 시행)을 통해, 기관 내 연구 심의·감독 책임을 기관에 부여하였고 기관위원회 질 관리를 위한 평가·인증 제도를 도입하였다. 또한 같은 해 11월 국가생명윤리심의위원회에서 '국제적 수준의 생명윤리 확립방안' 보고를 통해 기관위원회가 전문성과 독립성을 확보하여 자율적 질 관리가 가능하도록 평가·인증 체계를 마련하였다.

2013년부터 2015년까지 전체 기관의 약 5~10%인 45개 기관을 표본으로 시범평가를 실시하여 19개 기관이 평가를 통과하였다. 이후 2016년부터 2019년까지 국가생명윤리정책원 산하 평가·인증사업단에서 기관위원회 평가사업을 진행하여 대상기관 565개 중 약 19%인 93개 기관이 평가를 통과하였다. 2020년에는 인증제 도입 준비를 위해 평가·인증사업단에서 자문위원회를 구성하여 평가·인증의 기준 및 절차 마련, 통합관리시스템을 구축한 후 2021년부터 기관위원회 평가·인증제를 도입하여 시행 중에 있다.

나. 추진체계 및 평가기준

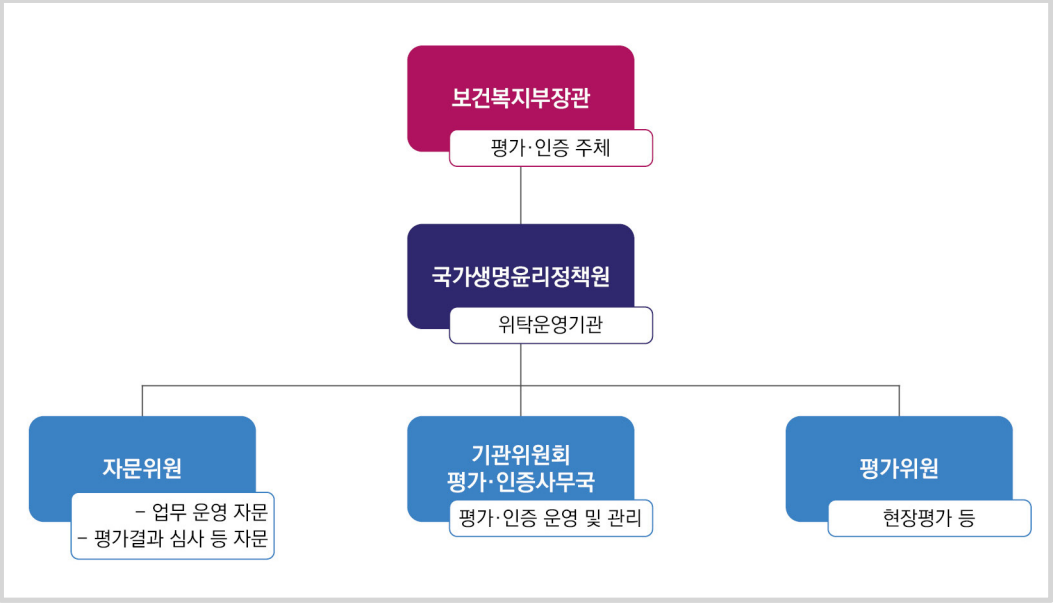
기관위원회 평가·인증제는 생명윤리법에 근거하여 기관위원회의 구성 및 운영 실적 등을 정기적으로 평가하여 인증하는 제도로 기관위원회의 질적 수준을 제고하여 윤리적인 연구환경을 조성하고 연구대상자 보호 역량을 확보하기 위한 제도이다. 기관위원회 평가·인증제는 시범사업('13~'20년)을 거쳐 2021년 정식 인증제로 전환되었으며, 국가생명윤리정책원이 위탁 수행하고 있다.

기관위원회 평가·인증제 추진 체계와 관련하여 보건복지부는 평가·인증의 주체로 평가결과에 따라 인증등급 부여 및 인증 결과 공표, 위탁 기관 지정, 운영위원 위촉 또는 임명 및 평가·인증 관련 고시 등을 정비한다. 국가생명윤리정책원은 생명윤리법 제61조에 따른 기관위원회 평가 및 인증에 관한 업무를 위탁받은 기관으로 기관위원회 평가 및 인증 관련 업무가 원활하게 수행될 수 있도록 조직

집필자 생명윤리정책과장 성재경

구성·인력 및 공간 배정·수행 절차 마련 등 인프라를 지원한다. 운영자문위원회는 보건복지부, 국가생명윤리정책원장(위탁기관장), 평가·인증심사자문위원장, 사무국장 및 외부 전문가 등을 포함한 7~11인으로 구성되며 사업 주체인 보건복지부와 위탁기관인 국가생명윤리정책원 간 평가·인증 정책 및 사업 방향에 대한 공유 · 협의 및 운영 관련 사항에 대한 심의·의결 등을 시행한다. 평가·인증 심사자문위원회는 다양한 전문분야(보건의료, 사회과학 등), 소속기관(의료기관, 대학 등), 기관위원회 위원 및 평가 참여 경험 등을 고려한 7~11인으로 구성되며 기준별 해석 및 평가지침 정립, 대상기관에서 수용 가능한 표준화된 평가결과 도출 및 인증 유효기간 연장 심의, 수시점검 등에 대한 자문 등을 실시한다. 평가위원은 기관위원회에서 2년 이상의 내부위원 또는 5년 이상의 외부위원 활동 경력을 보유하면서 위탁기관장이 제공 또는 인정하는 소정의 교육을 이수한 사람으로 구성되며 평가표 작성, 종합평가 보고서(안) 검토 등의 평가 실무를 수행한다. 평가·인증 사무국은 국가생명윤리정책원 산하에 설치하며, 관리지원·평가지원·인증관리 업무를 수행하며 대상기관 관리, 평가·인증심사자문위원회 운영, 평가위원 관리, 서류·현장평가 시행 및 실무 지원, 인증 후 관리, 컨설팅 등 평가·인증사업 전반의 관리 및 지원한다.

|그림 2-6-20| 기관위원회 평가·인증 추진체계 및 역할

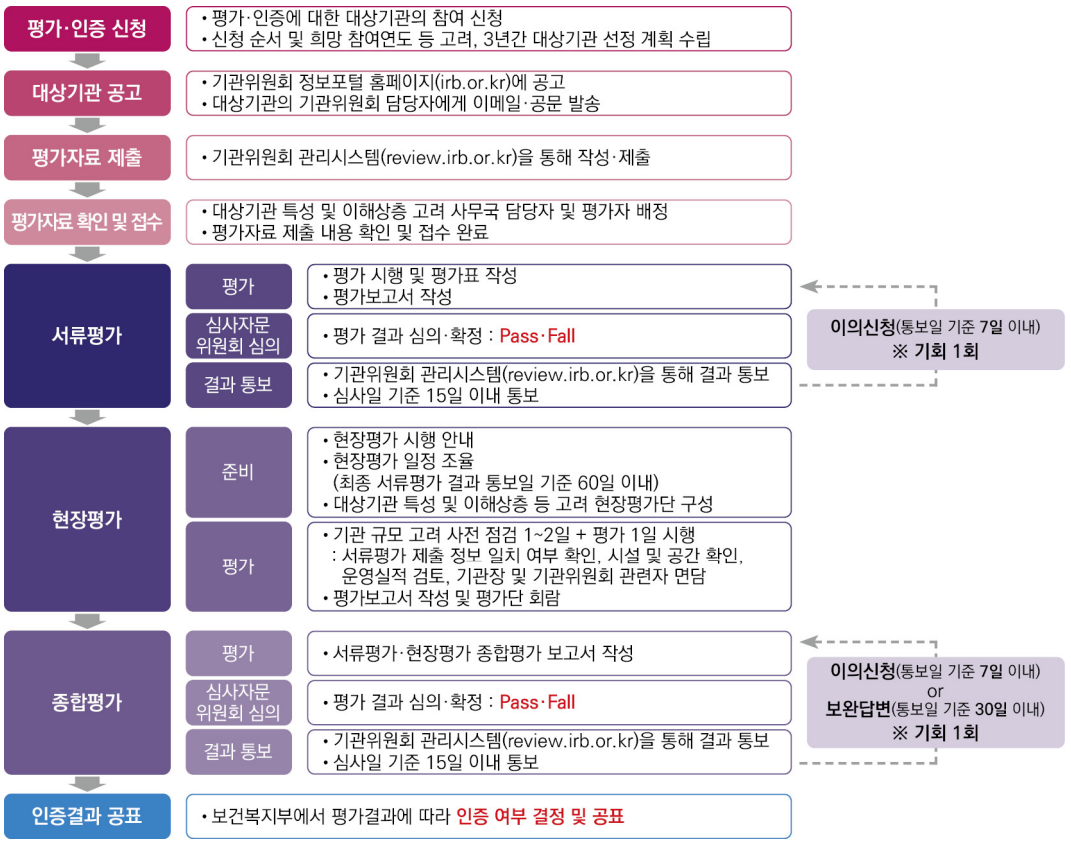


기관위원회의 평가기준은 생명윤리 및 안전에 관한 법률 제10조에 따라 기관위원회를 설치·운영 중인 기관을 대상으로 기관위원회의 운영 근거와 인프라 평가를 위한 ① 설치와 독립성 ② 지원, 기관위원회 구성 및 운영의 적절성 평가를 위한 ③구성 ④ 운영, 그리고 해당 기관 내 실질적 역할을 평가하기 위한 ⑤ 역할 및 기능으로 구성된다.

다. 평가·인증 절차

기관위원회의 평가·인증 절차는 평가·인증 신청부터 대상기관 공고, 평가자료 제출, 접수, 서류평가, 현장평가, 종합평가 등을 거쳐 인증결과 공표까지의 절차로 진행되며 서류평가 시 기관위원회 관리시스템(review.irb.or.kr)을 활용하고 현장평가 시에는 해당 기관에 직접 방문하여 실제 실적을 검토 및 평가하게 된다. 종합평가 이후 평가결과에 따라 일정 수준 이상의 기관에 대해 인증여부 결정 및 공표를 하게 된다.

|그림 2-6-21| 기관위원회 평가·인증 절차



기관위원회 인증 유효기간은 3년이며 우수기관은 1년 연장이 가능하다. 인증 기관은 매년 연차보고서를 작성하여 제출해야 한다. 연차보고서는 인증 후 연간 심의 실적 및 교육실시 등 운영현황, 회의록, 조사 및 감독 실시 여부와 조치, 중대한 위해 발생 보고 실적 등 운영 전반을 검토할 수 있는 내용으로 구성되며 사무국 검토 및 심사위원회 심사, 보건복지부 장관 인증 유지 여부 최종 결정 및 기관 통보 절차로 진행된다.

라. 평가·인증 성과 및 활성화 대책

2021년 인증제로 본격 전환하여 제도를 운영한 결과, ’21년에는 53개 기관을 대상으로 평가를 시행하여 27개 기관에 인증을 부여하였으며 ’22년에는 98개 기관 중 54개 기관에 인증을 부여하였다.

현재 평가·인증 제도 활성화를 위해 관련 인센티브 제도를 운영 중이며 기관위원회 평가를 통해 최종 ‘인증’을 받은 급성기병원에 대해서는 의료기관 인증 평가 시 ‘기준 6.6.임상연구’의 조사항목을 ‘상’으로 갈음하여 관련 기관의 참여 유인을 높이고 있다.

또한 「생명윤리법 시행규칙」 개정을 통해 평가인증을 받은 기관만이 다른 기관과 IRB 협약체결이 가능하도록 하여 기관위원회의 질 관리를 강화하고 있으며 향후 보건의료기술 연구개발사업 선정시 IRB 인증을 받은 기관에 가점을 부여하는 방안 등을 통해 기관위원회 인증제를 활성화해 나갈 계획이다.

마. 향후 계획

2021년부터 평가·인증제를 시행한 이래로 2021년 53개소, 2022년 98개소의 평가를 실시하여 44개 기관에게 인증을 수여하였으며 ’22년 기관 중 2차 인증결과는 ’23년 4월 공표예정이다. 2023년에는 106개의 기관을 대상으로 상반기 56개 기관 하반기 50개 기관의 평가를 진행할 예정이다. 또한 인증을 받은 지 1년이 경과한 기관을 대상으로 연차 보고를 통해 지속적인 질 관리 및 인증 지속 여부를 확인할 계획이다.

Ⅱ 유전자검사 제도

가. 추진 배경

유전자검사 기술 발전으로 유전자검사의 모습 또한 다양해지고 있다. 기존에 질병을 진단하고 치료하기 위해 유전자검사가 실시되었다면, 점차 유전자검사를 통해 질병 예측 및 예방에 활용하고자 하는 노력이 각종 학계와 산업계에서 활발하다. 이런 흐름으로 국민이 더 잦은 빈도로 쉽게 유전자검사에 접근할 수 있게 됨에 따라, 유전자검사제도 전반에 변화가 요구되었다.

나. 추진 경과

유전자검사제도 중에서도 가장 큰 변화가 요구되었던 부분은 소비자 대상 직접 시행(Direct, To Consumer, DTC) 유전자검사이다. DTC 유전자검사란 의료기관의 의뢰 없이 유전자검사기관이 소비자를 대상으로 직접 실시할 수 있는 유전자검사다. 2015년 DTC 유전자검사에 대한 법적 근거 신설 이후, 11개 항목에 한하여 검사를 할 수 있었으나, 검사 기술 발전에 따라 검사범위 확대에 대한 요구가 증가하였다. 아울러 검사의 질 관리를 통해 소비자 보호도 필요하다는 국가생명윤리심의위원회 권고에 따라, 3차례 시범사업(2019~2021년)을 거쳐 DTC 유전자검사역량 인증제를 도입하게 되었다.

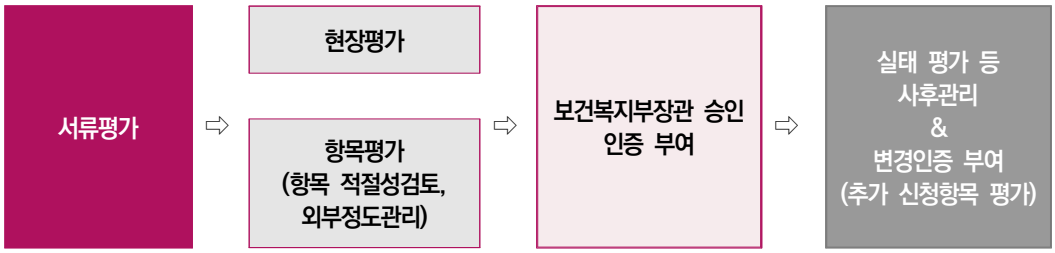
아울러 전반적인 유전자검사의 질관리 필요성이 제기됨에 따라 유전자검사기관 숙련도평가 제도를 도입하였다. 기존 유전자검사 결과의 정확도만 평가하던 정확도평가 제도를 발전시켜, 모든 유전자검사기관으로 하여금 유전자검사 절차 전체 과정을 평가받도록 하였다. 또한, 유전자검사기관 종사자가 유전자검사 전반을 정확히 이해하여 업무를 수행할 수 있도록 유전자검사기관 종사자 교육을 의무화하였다.

다. 주요 내용

DTC 유전자검사역량 인증제는 생명윤리법에 따라 신고된 유전자검사기관의 검사역량을 평가하여 DTC 유전자검사를 할 수 있도록 인증을 부여하는 제도이다. 평가 및 인증 기준은 ① 시설 및 장비 등 운영체계의 적절성, ②인력의 전문성, ③검사항목의 적정성, ④검사서비스 홍보내용 및 판매방법 등의 적절성, ⑤검사서비스 관리계획의 적절성, ⑥검사결과의 정확성, ⑦개인정보보호 및 처리 계획의 적절성 등이 있다.

그간 DTC 유전자검사는 생명윤리법상 최대 70개 검사항목으로 범위가 제한되어 있었다. 그러나 인증제 시행으로 DTC 유전자검사를 실시하고자 하는 유전자검사기관은 영양, 생활습관, 신체적특징에 따른 질병 예방을 위한 유전자검사 목적 내에서 자유롭게 검사항목을 신청할 수 있으며, 기관의 검사역량 및 항목의 적절성에 대한 인증심사위원회 평가 및 보건복지부장관의 인증을 받아 검사를 수행할 수 있다. 아울러 인증을 획득한 유전자검사기관은 검사하고자 하는 항목을 수시로 추가 신청할 수 있으며, 변경인증 절차를 거쳐 신청한 항목을 검사할 수 있다.

|그림 2-6-22| DTC 유전자검사역량 인증제 절차



유전자검사 숙련도평가 제도는 유전자검사의 정확도를 포함한 유전자검사서비스 전반을 평가하기 위해 마련된 제도로, 기존 정확도평가 제도를 개편한 것이다. 정확도평가는 의무가 아니었으나, 숙련도평가제도를 도입하면서 모든 유전자검사기관이 반드시 평가를 받도록 법령이 개정되었다. 이 제도를 통해 모든 유전자검사기관에 대하여 ① 유전자검사에 대한 설명 및 동의의 적절성, ② 검사대상물 처리의 적절성, ③ 유전자검사 결과의 정확성, ④ 유전자검사 분석 및 처리 등 관리의 적절성을 평가한다. 해당 평가는 서면평가, 외부정도관리평가, 현장평가 등 다각도로 이루어지며, 평가결과는 평가기관 홈페이지에 공개된다.

유전자검사기관 종사자 교육 역시 생명윤리법령 개정을 통해 의무화되었다. 질병관리청과 국가생명윤리정책원이 교육기관으로 지정되었으며, 유전자검사기관 종사자들은 ① 유전자검사 관련 윤리적 쟁점, ② 유전자검사 관련 법령 및 제도. ③ 검사대상물 취급방법, ④ 유전정보 관리방법, ⑤ 검사대상자 개인정보보호 및 처리방법 등에 대하여 교육을 받아야 한다. 유전자검사기관 종사자 교육은 최초교육과 심화교육으로 나뉘며, 종사자들은 최초 교육을 받은 이후, 2~3년 주기로 정기적인 심화교육을 받아야한다.

라. 주요 성과

’22.7월, DTC 유전자검사역량 인증제가 시행되었으며, ’22.12월, 6개 유전자검사기관이 최초 인증을 받았다. DTC 유전자검사역량 인증제를 통해 유전자검사기관은 법령에 고시되어있던 항목만을 제한적으로 검사하는 방식에서 벗어나, 기관이 원하는 항목을 수시 신청하여 쉽게 확대할 수 있게 되었다. 이는 소비자의 건강권을 보호하면서도 유전자검사기관이 DTC 유전자검사항목을 쉽게 늘릴 수 있도록 규제를 완화한 것이다.

마. 향후 계획

DTC 유전자검사역량 인증제를 안정적으로 정착시키기 위하여, 인증을 받은 유전자검사기관에 대하여는 지속적인 사후관리를 실시할 예정이다. 또한 유전자검사기관에 대한 합리적인 평가체계가 자리 잡을 수 있도록 하여 숙련도평가가 효율적으로 운영되도록 추진할 계획이다. 이에 더해 유전자검사기관 종사자들이 생명윤리법령 및 제도에 대한 폭넓은 이해를 기반으로 유전정보를 안전하게 관리할 수 있도록 양질의 교육 콘텐츠를 발굴할 계획이다.

바. 기대 효과

DTC 유전자검사역량 인증제, 유전자검사기관 숙련도평가 제도, 그리고 유전자검사기관 종사자 교육 의무화를 통해, 안전한 유전자검사 환경을 조성하고 국민 건강 증진을 도모할 수 있을 것으로 예상된다. 특히 DTC 유전자검사역량 인증을 통한 DTC 유전자검사범위의 확대에 따라 질병 예방 중심의 헬스케어 생태계 조성 및 국내 유전자검사 서비스 산업 경쟁력 강화 또한 기대된다.

Ⅲ 연명의료

가. 추진 배경

1997년 보라매병원 사건(인공호흡기로 연명하던 환자를 가족 요청에 따라 퇴원 조치한 의료인에게 살인 방조죄로 유죄판결이 난 사건)을 계기로 우리 사회에서 임종기 환자의 연명치료 중단을 관행적으로 실시하던 방식에 큰 변화가 일어났다. 의료계는 연명치료의 중단이 법적인 처벌을 받게 될 수 있는 매우 중대한 사안이라고 인식하게 되었고, 환자의 의사와 상관없이 연명의료 중단을 거부하는 방어적 의료행태가 나타났다.

이후, 2008년 김할머니 사건(지속적 식물인간 상태로 연명하는 환자에 대한 가족들의 연명치료 중지 요청을 대법원이 인용한 사건)은 연명의료 중단에 대한 사회적 관심을 촉발시키는 계기가 되었다. 이 사건을 계기로 연명치료 중단의 제도화에 대한 사회적 요구가 확대되었고, 의료계·종교계·법조계·윤리계·시민단체 등이 참여한 사회적 협의체의 숙의와 국회의 입법 논의를 거쳐 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 「연명의료결정법」)이 제정되었고('16. 2.) 법 시행 준비기간을 거쳐 연명의료결정제도가 시행('18.2.)되었다.

「연명의료결정법」은 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단 등 결정 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 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료 효과 없이 임종 과정만을 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. 연명의료중단 등 결정

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 사전연명의료의향서라는 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.

|표 2-6-74| 연명의료중단등결정에 관한 환자 의사 확인방법

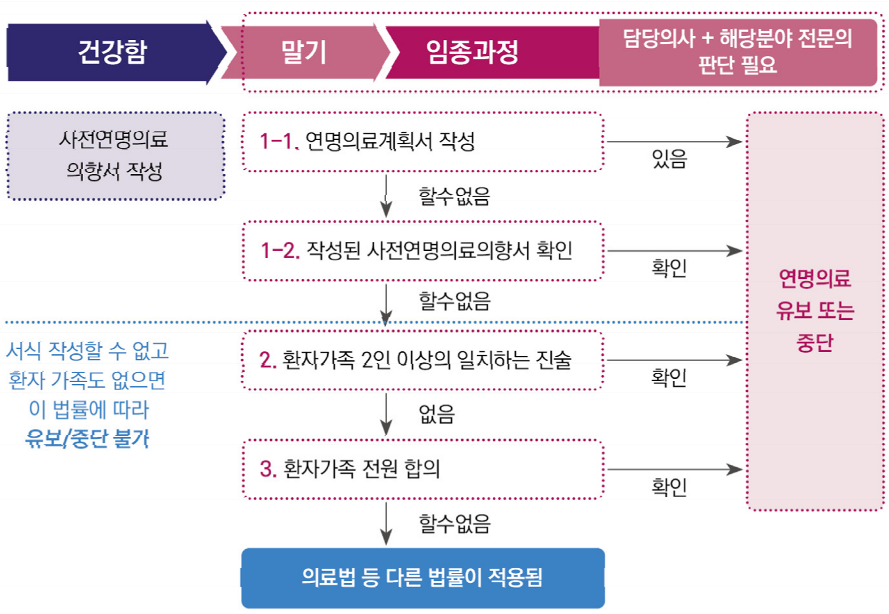
환자상태	확인 방법
환자의 의사 능력이 있을 때	• 연명의료계획서(말기 · 임종기 환자 작성 가능) • 사전연명의료의향서(원하는 사람 작성 가능) + 담당의사의 확인
환자의 의사 능력이 없으나, 환자의 의사를 확인할 수 있을 때	• 사전연명의료의향서 + 의사 2인의 확인 • 가족 2인 이상의 일치하는 진술 + 의사 2인의 확인 * 가족 : ①배우자 ②직계 존 · 비속 ③ 형제자매(①, ②없는 경우) * 환자 가족이 1인뿐인 경우, 1인의 진술로도 가능
환자가 의사능력이 없고, 환자의 의사를 확인할 수도 없을 때	• 환자가족 전원의 합의* + 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

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.

|그림 2-6-23| 연명의료중단등결정 절차



라. 사전연명의료의향서 등록기관

사전연명의료의향서는 '본인의 연명의료에 관한 의향을 미리 밝혀두는 법정 서식'으로 19세 이상의 국민이라면 누구나 작성할 수 있다.

연명의료결정법 제11조에 따라 사전연명의료의향서 관련 업무를 수행하기 위해 일정한 시설 및 인력 등 일정 요건을 갖춘 지역보건의료기관, 의료기관, 비영리법인·단체, 공공기관, 노인복지관은 사전연명의료의향서 등록기관으로 지정받을 수 있으며, 등록기관은 사전연명의향서 상담·작성·등록 및 홍보 등의 업무를 수행하고 있다.

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 등의 업무를 수행하면서 기관 내 연명의료결정제도의 전반적인 운영을 관리하는 조직이다.

의료기관 자체적으로 윤리위원회를 설치하기 어려운 경우에는 다른 의료기관의 윤리위원회 또는 공용윤리위원회와 위탁 협약을 맺고 연명의료결정제도에 참여할 수 있다.

바. 주요 성과

공용윤리위원회 위탁 협약 운영, 연명의료 중단 등 결정과 이행에 대한 건강보험 정규수가 편입, 의료기관 대상 평가 지표 도입·운영 등에 따라, 2022년 말 기준 제도 참여 의료기관은 372개로 전년대비 13.1% 증가하였다. 이 중 상급종합병원은 45개 기관 모두 의료기관윤리위원회를 설치·등록하였고, 종합병원의 경우 189개 기관으로 약 57.8%가 설치되어 있다.

참여 의료기관에서 수행되는 연명의료계획서 작성·등록과 연명의료중단 등 결정 이행 또한 모두 지속적으로 증가 추세를 보였다. 연명의료계획서 작성·등록건수는 2022년 말 기준 101,773건으로 전년 대비 26.7%, 연명의료 중단 등 결정 이행 건수는 250,645건으로 전년 대비 30.2% 증가하였다.

한편, 사전연명의료의향서 등록기관은 지역보건의료기관, 의료기관, 공공기관, 비영리법인·단체, 노인복지관 등 374개 기관(612개소)이 업무를 수행하고 있다. 「연명의료결정법」의 개정으로 노인복지관이 등록기관 신규 유형으로 추가('22.4월~)되었으며, 전국 모든 시·군·구에 사전연명의료의향서 등록기관 지정을 완료하였다. 또한 찾아가는 상담 운영 확대를 통해 제도 접근성을 높이고 운영을

활성화하였다. 그 결과 사전연명의료의향서 등록자는 매년 지속적으로 증가하고 있으며, 2022년 말 기준 1,570,336건으로 전년 대비 35.6% 증가하였다.

사. 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 12개 거점 의료기관을 공용 윤리위원회로 지정하여 운영 중이며, 중소병원의 위탁협약 독려, 요양병원형 공용윤리위원회 운영 등을 통해 연명의료결정제도 참여 의료기관이 확대될 수 있는 기반을 확충해 나갈 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 전문성을 확보하고 있으며, 교육 운영현황 모니터링과 통계 분석을 통해 향후 교육 질 관리체계를 강화해 나갈 예정이다.

아울러, 제도에 대한 대국민 인지도는 '22년 기준 90.1%로 매우 높은 수준으로, 인지도의 증가가 제도 참여로 이어질 수 있도록 제도의 이해도 및 공감대 확산을 위한 온·오프라인 콘텐츠 개발과 홍보를 지속적으로 확대할 계획이다.

아. 기대 효과

연명의료결정제도는 우리 사회에서 금기시되던 죽음에 대한 이야기를 적극적 논의의 장으로 끌고 나와 존엄한 죽음에 대한 사고의 기회를 제공한다. 우리는 누구나 맞이하게 되는 죽음에 대하여 미리 고민하고 준비함으로써 자신의 결정이 존중되는 존엄한 삶의 마무리를 기대할 수 있다.

Ⅳ 시체자원 연구

가. 추진 배경

전 세계적으로 의학 및 의생명과학 분야가 발전함에 따라 우리나라에서도 의학 및 의생명과학 연구에 관한 관심이 증대되었고, 이에 따라 비의료기관 소속 연구자들의 시체자원에 대한 분양 요구가 증가하였다.

「시체해부보존법」이 1962년 2월 9일에 제정되었고, 같은 해 4월 11일부터 시행되었다. 그러나 기존 법에 따르면 시체 및 시체자원은 '사인규명, 병리학적·해부학적 연구'로만 국한되어 있고, 기증받은 기관 이외로 양도가 금지되었다. 시체기증이 활발하지 않은 상황에서 기증받은 기관 밖으로 양도 양수가 제한되었으므로 한정된 시체자원을 활용한 연구의 증가를 위해 과학계 등에서 지속적인 법 개정을 요구하였다. 사회 각계의 의견수렴을 통해 「시체 해부 및 보존 등에 관한 법률(이하 '시체해부법')」이 2020년 4월 7일에 개정되었고, 준비 기간을 거쳐 2021년 4월 8일부터 시행되었다.

개정된 시체해부법은 사인의 조사와 병리학적·해부학적 연구를 적정하게 함으로써 국민 보건을 향상시키고 의학의 교육 및 의학·의생명과학의 연구에 이바지하기 위하여 시체의 해부·보존 및 연구에 관한 사항을 정함을 목적으로 하고 있다. 이에 따라 보건복지부 장관의 허가를 받은 시체제공기관은 수집·보존된 시체 일부를 연구자에게 제공할 수 있게 되었다.

나. 주요 내용

시체해부법에 따르면 시체의 일부를 이용한 연구에 대하여 유족의 동의를 서면으로 받아야 하며, 이는 시체해부법 시행규칙 [별지 제1호서식]인 '시체의 해부·보존·연구·제공 동의서'에 의한다. 또한, 시체의 일부를 이용한 연구를 하기 전에는 연구계획서를 작성하여 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제10조에 따른 기관생명윤리위원회의 심의를 받아야 한다.

그러나 우리나라는 시신 훼손에 대한 거부감이 있는 유교 문화 영향에 따라 시신 기증률이 낮은 상태로, 기증된 시체자원의 효과적인 관리와 활용을 위한 시체제공기관의 운영이 필요하였다. 그리하여 시체 일부의 제공에 관한 사항을 적정하게 관리할 수 있도록 시체제공기관에 대한 허가 및 관리 감독 업무를 수행하고 있다. 시설·장비 및 인력 등을 갖추어 보건복지부 장관의 허가를 받은 시체제공기관은 시체 일부를 수집·보존하여 연구목적으로 연구자에게 제공할 수 있다.

그리고 시체 일부의 수집·관리 및 제공을 활성화하고 효율적으로 관리하기 위해 '시체제공기관 운영 지원 사업'을 수행하고 있다. 해당 사업은 허가받은 시체제공기관 중, 시체와 시체자원의 구득·관리 및 타 기관 제공을 통해 제한된 시체지원의 효율적 사용을 위한 구체적인 계획을 수립하고 사업수행 능력이 인정되는 기관 공모를 통해 선정하여 운영비(국비)를 지원해주고 있다.

다. 주요 성과

2022년 연말 기준 연구목적의 시체자원 분양을 위한 시체제공기관으로 허가받은 의과대학 또는 종합병원은 총 10개 기관이다. 2021년에 4개 기관이 허가를 받았고, 2022년에 6개 기관이 허가를 받아 작년 대비 시체제공기관이 확대되었다. 시체제공기관의 유형을 살펴보면 총 10개 기관 중 의과대학은 2개 기관, 종합병원은 8개 기관이었다.

2022년에는 시체제공기관 운영 지원 사업을 통해 허가받은 시체제공기관 중 총 2개 기관에 총 2억8천8백만 원의 운영비를 국비로 지원하였다. 운영비 지원 세부 내용은 분양을 담당하는 보조연구원 인건비를 포함한 시체자원의 구득 및 분양을 위한 운영비로 기관별 1억4천4백만 원을 지원하였다.

|표 2-6-75| 시체제공기관 허가기관

연번	기관명	허가일
1	가톨릭대학교 성의교정	'21. 11. 15.
2	강원대학교병원	'21. 11. 30.
3	재단법인 아산사회복지재단 서울아산병원	'21. 12. 28.
4	서울대학교병원	'21. 12. 28.
5	삼성서울병원	'22. 1. 25.
6	인제대학교	'22. 1. 25.
7	학교법인 연세대학교 의과대학 세브란스병원	'22. 3. 29.
8	부산대학교병원	'22. 5. 31.
9	전남대학교병원	'22. 7. 22.
10	충남대학교병원	'22. 12. 29.

|표 2-6-76| 시체제공기관 운영 지원 사업

지원 기관	내용	지원 예산 (백만 원)
가톨릭대학교 성의교정	• 기관 구분: 의과대학 / 해부학 • 연구 대상: 내분비계, 소화계 • 예산지원 내용: 보조연구원 인건비, 시체자원 구득 및 운영비 등	144
서울대학교병원	• 기관 구분: 종합병원 / 병리학 • 연구 대상: 뇌 • 예산지원 내용: 보조연구원 인건비, 시체자원 구득 및 운영비 등	144

시체해부법 개정으로 기증된 시체자원에 대한 연구수요가 증가함에 따라, 향후 원활한 시체자원 구득과 기초연구 활성화를 위해 국내 시체기증에 대한 현황조사, 시체기증 사유분석, 기증 개선방안 등의 파악이 필요한 상황이었다. 이에 따라 국내 시체기증 현황 분석 및 활성화 방안 마련을 위한 연구(시체기증 활성화를 위한 연구, '22.11.)를 추진하였다.

라. 향후 계획

시체해부법 제9조의8제2호에 따라 시체자원 관련 데이터 및 시체제공기관 간 통합 관리를 위한 정보시스템의 도입을 추진할 계획이다.

시체 일부의 수집·관리 및 제공을 활성화하고 효율적으로 관리하기 위해, 시체제공기관의 허가 개소 수를 확대해 나갈 예정이며, 지속적인 연구목적 시체제공기관 운영 지원을 통해 시체자원의 활용을 높여 의학 및 의생명과학 연구를 촉진하기 위해 노력할 것이다.

기증자의 생전 기증 활성화를 위하여 시체기증에 대한 지속적 국민 인지도 제고 노력과 더불어 연구자들의 시체자원을 이용한 연구 활성화를 위해 시체제공기관 등에 대한 다양한 홍보 방안을 마련할 것이다.

마. 기대 효과

연구목적 시체제공기관 선정 후 관련 홍보 및 연구 등의 운영을 지원하여 제한된 시체자원의 효율적 사용을 기대해 볼 수 있다. 또한, 향후 시체자원을 적정하게 관리·지원하는 연구목적 시체제공기관 통합 관리 정보시스템 구축을 통해 시체제공기관의 시체 일부의 기증 및 보관, 분양 과정의 투명한 관리가 가능해질 것이다.

시체기증에 대한 정확한 정보제공 및 홍보를 통하여 시체기증에 대한 인식 제고와 기증자 의사가 존중된 시체기증 문화 발전을 도모할 수 있다. 또한, 시체자원을 기증받은 기관 밖의 연구자들에게 제공함으로써 다양한 연구자와 연구기관에서 시체자원을 활용한 연구가 촉진될 것이다.

제9절 혈액 · 장기 정책

I 개요

1. 장기 · 인체조직

장기이식 이외에 더 이상의 치료방법이 없을 때 그 장기를 타인의 장기로 대체하는 장기이식수술은 현대 첨단의술의 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 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.

2. 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 헌혈률은 5.1%로 선진국 대비 낮은 수준은 아니나, 전체 연령대 중 10~20대 헌혈자 비율이 약 55%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 의료 기관을 중심으로 혈액 적정량 사용을 유도할 수 있도록 관리가 필요하다.

집필자 혈액장기정책과장 김정숙

이에 정부는 '2004년 혈액안전관리개선 종합대책', '2018년 혈액사업 중장기 발전계획', '2020년 제1차 혈액관리기본계획'을 수립하여 혈액 수급 및 안전관리 사업을 추진하고 있으며, 매년 헌혈권장계획 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 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「인체조직안전 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 국민보건 향상을 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.

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 접점에 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.

한편, 장기 · 인체조직 공적관리, 기증활성화 등 업무에 지원을 강화하기 위해 2020. 9.12. 보건복지부 조직개편을 통해 보건복지부에 전담부서로서 혈액장기정책과를 신설하고, 그동안 질병관리본부 소속이었던 국립장기조직혈액관리원을 보건복지부 직속 소속기관으로 변경하여 기관 위상을 강화하였다.

또한, 정부는 2021.3월 관계기관 합동으로 「장기 · 인체 조직 기증활성화 기본계획(2021~2025)」을 마련하였으며, 사회관계 장관회의 심의를 통해 2021.3.23.확정 발표하였는데, 이는 장기 · 인체조직 기증 활성화를 위해 정부차원에서 수립한 첫 번째 종합계획으로 기증자유가족, 이식학회, 시민사회 및 전문가 등 다양한 의견 수렴을 거쳤으며, 생명나눔 홍보 · 교육강화, 기존 제도의 내실화, 사회적 합의 기반의 법 · 제도개선을 기본추진 방향으로 정하고, 국민참여저변 확산, 의료기관의 뇌사기증자 확대 지원, 생존기증자 권리보호, 기증자의 예우강화, 기증절차 개선 및 새로운 기증원 발굴을 위한 공감대 형성 등 5개 대과제 12개 세부과제를 담고 있다.

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

장기·인체조직 기증 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 이식대상자를 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 국립장기조직혈액원 주도의 사업들 뿐만 아니라 관련 단체와 함께하는 행사를 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, 매년 9월 생명나눔 주간 기념행사 개최를 통해 유공기관 · 유공자를 포상하고 있으며, 민 · 관 합동캠페인, 지자체 홍보 우수사례 선정 등을 통해 전국적인 생명나눔 주간 분위기를 조성하고, 생명나눔 릴레이 음악회, 기증자 및 기증희망등록자 초청 발레 공연 등 문화 예술계와 생명나눔 인식을 공유하였다.

한국보건복지인력개발원, 보건진료소장, 사회복무요원 등을 대상으로 생명나눔 교육을 실시하였으며, 간호사 보수교육(필수교육 포함)으로 지정하여 종사자 및 관련자들의 인식개선을 위해 노력하였다.

또한, 중·고교 '창의적 체험활동' 교육 과정에 '생명존중의식 함양활동'을 추가하여 학교교육 근거를 마련하였으며, 일반인 대상으로 교육프로그램을 운영하는 등 대국민 인식제고를 위해 노력하였다.

6. 향후계획

보건복지부와 국립장기조직혈액관리원에서는 장기기증 활성화 등을 위한 효율적인 업무환경을 구축하기 위한 계획들을 추진할 예정이다.

장기 · 인체 조직 기증활성화 기본계획(2021~2025)」을 중심으로 보다 체계적인 장기 · 인체조직의 관리, 기증활성화를 지원할 계획이다.

뇌사자 이식 가능 장기를 최대한으로 확보하기 위해 의료현장 등에서 뇌사자 발굴과 관리체계를 효율적으로 개선하고, 뇌사자 이식 장기 부족 문제 해결을 위해 순환 정지 후 장기 기증 연명 의료 중단을 결정한 경우에도 기증과 연결 등 사회적 합의가 필요한 사항들을 공론화해 가는 한편, 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 협력. 생명나눔 서약 릴레이, 유튜브 바이럴 영상 송출, 카드뉴스 등 온라인을 통한 인식 제고 홍보도 지속하고, 특히 지자체, 민간단체와의 협업을 강화하여 국민참여의 저변을 확대할 계획이다.

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.

Ⅲ 혈액 수급 및 안전관리

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 55%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 있는 지속적인 관리가 필요하다.

아울러, 2005년부터 안정성이 강화된 핵산증폭검사 장비를 도입하여 기존 헌혈혈액선별검사와 병행하여 혈액 검사체계를 강화하였으나, 수혈에 의한 감염을 예방하기 위해 인력 · 장비 보강 등의 지속적인 확충이 필요하다.

이에 정부는 2004년 혈액안전관리개선 종합대책, 2018년 혈액사업 중장기 발전계획, 2020년 제1차 혈액관리기본계획을 수립하여 혈액 수급 및 안전관리 사업을 추진하고 있다.

2. 주요내용

국가 혈액관리사업은 각 기관별 역할에 따라 유기적인 협조하에 추진되고 있다. 보건복지부는 혈액관리법 제 · 개정, 혈액 수급 총괄, 헌혈권장 계획 수립 등을 통해 국가 혈액관리사업을 총괄하고 있으며, 국립장기조직혈액관리원은 혈액안전감시 · 교육 · 홍보, 혈액원 심사평가, 특정수혈부작용 조사 등의 업무를 수행하고 있다. 지방자치단체에서는 헌혈추진협의회를 구성하여 시도별 헌혈문화 보급 및 헌혈 증진을 위해 노력하고 있으며, 대한적십자사 혈액원 및 한마음혈액원(전국 16개)에서는 헌혈자 모집, 혈액 검사 · 혈액제제 제조 및 외부공급 등의 업무를 수행하고 있다.

아울러, 보건복지부에서는 혈액관리법에 따라 정부 및 민간전문가 등으로 구성된 혈액관리위원회를 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 심의사항을 전문적으로 검토하기 위해 전문분야별로 4개 소위원회(혈액수급관리, 혈액안전, 수혈관리, 수혈부작용)를 운영하고 있다.

안정적인 혈액수급관리를 위해 정부는 혈액원, 의료기관과 유기적인 협조체계를 구축하여 수급 상황을 밀착 관리하고 있다. 혈액수급 추이, 헌혈 · 공급 실적, 헌혈의 집 휴무일 등 일일 모니터링 · 분석, 의료기관 혈액사용량도 혈액정보공유시스템(Blood Information Sharing System, BISS) 내 혈액수급관리시스템(Blood Management System, BMS)을 통해 혈액 공급 및 소요량을 통합관리하는 중이다.

또한, 매년 헌혈권장계획을 수립하여 차기년도 전혈, 혈소판, 혈장에 대한 헌혈량 및 목표량을 설정, 주기적으로 이행여부를 점검하고 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 이중 · 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 2022년까지 총 약 1,037억 원을 지원하여 국고 헌혈의 집 116개소 확충을 완료하였으며, 2022년을 기준으로 전국 170개 헌혈의 집(대한적십자사 151개 헌혈의 집, 한마음혈액원 19개 헌혈카페) 운영을 통하여 총 2,008,200명의 개인헌혈자를 확보, 총 헌혈자 대비 개인 헌혈자 비율을 75.8%로 신장시켰다.

또한, 2004년 혈액안전관리종합대책에 따라 혈액관리체계의 안전성 확보를 위해 혈액원의 노후화된 장비 교체를 통하여 혈액 검사 결과의 신뢰도 · 안전성 제고를 도모하였다. 2004년 혈장보관사업을 시작으로, 혈액검체보관소가 확충되었고, 내구연수가 경과된 혈액원 노후 채혈장비, 일반검사장비, 보존 · 공급 장비 및 핵산증폭검사(NAT) 장비 등 교체를 위하여 2022년까지 총 약 599억원이 지원되었다.

혈액의 안정적 수급 및 관리에 관한 정책을 추진하기 위하여 5년마다 법정계획을 수립하도록 혈액관리법이 개정('19. 6월 시행)됨에 따라 2020년에는 제1차 혈액관리기본계획('21.~'25.)을 수립하였다. 이를 통해 '헌혈에서 수혈까지' 전 국민이 신뢰하고 안심할 수 있는 한국형 혈액관리체계 구축을 위해 헌혈 참여 저변확대, 안전한 사용관리, 국가 혈액정책 책임성 강화를 위한 5개년 계획을 마련하였다. 또한 혈액관리법 개정('21.12.21)을 통해 헌혈자의 날을 신설하고 헌혈자 기부문화 조성 및 헌혈자 예우증진을 위한 발판을 마련하였다.

4. 향후계획

중장기 혈액 수급 안정을 위해 혈액수요량 예측모형을 개발하여 체계적 수급대책을 마련해 나갈 계획이며, 헌혈목표 설정에 헌혈 관련 교육 및 기부문화 조성, 헌혈자 예우 향상과 더불어 혈액수급 안정을 위해 헌혈 인프라에 대한 연구를 추진 하는 등 헌혈의집 신설·개설 등 에 대해 효과적인 방안을 검토할 예정이다.

수혈정보 관리 확대 및 혈액 적정사용 보상 등 사용량 관리를 위해 헌혈부터 수혈까지 통합정보관리 DB 구축, 혈액관리료 개선 등을 추진하고자 하며, 환자혈액관리(PBM) 임상연구는 2022년부터 2025년까지 R&D를 실시 중이다.

한편, 혈액관리법 개정('21.12월)으로 수혈용 혈액 뿐만 아니라 의약품 제조용으로 사용되는 원료혈장에 대하여 국가가 수급관리 등의 필요한 조치를 할 수 있는 근거가 마련되었다. 이에 원료혈장에 대한 국가관리체계를 마련하고자 학계, 제약사, 회계, 정부, 혈액원 관련 전문가로 구성된 원료혈장관리 제도개선 TF(협의체)가 구성되었다. 이 협의체를 통해 향후 원료혈장의 수급계획 마련 등 국가 혈장 관리정책방향을 논의해나갈 예정이다.

끝으로 미래 혈액사업은 안전하고 안정적인 혈액공급을 위한 지속 가능성 기반위에 효과적인 혈액제제의 적절한 사용을 통한 환자 중심 혈액서비스가 요구된다, 이를 위해 혈액장기정책과, 국립장기조직혈액관리원, 공급혈액원(대한적십자, 한마음혈액원), 국가헌혈추진협의회, 지자체 헌혈추진협의회, 지자체, 의료기관, 전문학회(대한수혈학회, 대한진검의학회) 등을 중심으로 혈액관리 거버넌스 발전방안을 마련하고자 한다. 이를 통해 신뢰하고 안심할 수 있는 혈액관리체계를 마련하여 민 · 관 · 공이 함께하는 협력 체계를 유도해 나갈 것이다.

2022

보건복지백서

THE HEALTH AND WELFARE
WHITE PAPER 2022

CHAPTER

제7장

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

집필자 보험정책과장 손호준

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(건강보험정책심의위원회 설치, 보험 재정에 대한 정부 지원율 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
- 2018. 7. 1. 건강보험료 부과체계 1단계 개편 실시
- 2019. 7. 16. 외국인 및 재외국민 건강보험 지역가입 당연적용 실시
- 2020. 11. 분리과세 주택임대·금융 소득에 대한 보험료 신규 부과 실시
- 2021. 3. 1. 외국인 유학생 건강보험 당연적용 실시
- 2022. 9. 1. 건강보험료 부과체계 2단계 개편 및 지역가입자 주택부채공제 제도 실시

3. 적용 현황

1989년 7월 1일부터 전 국민의료보험이 실시되어 모든 국민이 건강보험과 의료급여에 의하여 의료보장을 받고 있다. 2022년 말 현재 의료보장 인구의 97.1%인 5,141만 명이 국민건강보험제도의 적용을 받고 있으며, 나머지 2.9%인 152만 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

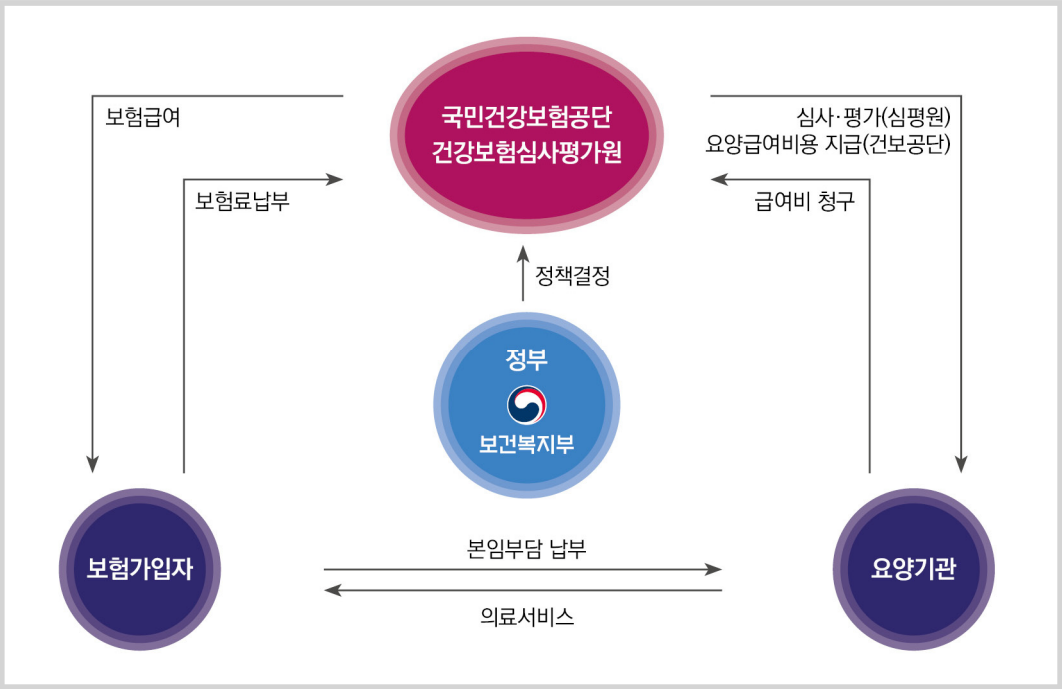
('22. 12. 기준, 단위 : 만 명, %)

구 분		적용 인구	구성비
계		5,293	100.0
건강보험	소계	5,141	97.1(100.0)
	직장	3,663	(71.3)
	지역	1,478	(28.7)
의료급여		152	2.9

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. 다만, 지역가입자의 소득보험료의 경우에는 건강보험료 부과체계 2단계 개편('22. 9월)을 통해 점수제의 형태는 유지하되

실질적으로 직장가입자와 같이 정률제로 개편하였다.

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| 재원 조달 체계

('22. 기준)

구 분		직장 근로자	농 · 어민, 도시자영업자
재원 조달	보험료	• 보수월액의 6.99% • 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	• 소득 · 재산 · 자동차 점수를 합산하여 산출한 보험료 부과점수에 점수당 단가(205.3원)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 : '23년 보험료는 보수월액의 7.09% 및 부과 점수당 단가 208.4원

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

('21. 12. 기준)

[입원] 요양급여비용 총액의 20%(단, 식대는 50%), 신생아 및 자연분만 : 요양급여비용 총액 면제(단, 식대는 50%), 15세 이하 아동 : 요양급여비용 총액의 5%(단, 식대는 50%)

기관 종별	소재지	환자 구분	외래 본인부담액
상급 종합병원	모든 지역	일반 환자	진찰료총액 + (요양급여비용총액 - 진찰료총액) × 60/100 * 임신부는 요양급여비용총액의 40/100 * 1세미만은 요양급여비용총액의 20/100
		의약분업 예외환자	진찰료총액 + (요양급여비용총액 - 약가총액 - 진찰료총액) × 60/100 + 약가총액 × 30/100 * 임신부는 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 40/100 + 약가총액 × 30/100 * 1세미만은 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 20/100 + 약가총액 × 21/100
종합병원	동 지역	일반 환자	요양급여비용총액 × 50/100 * 임신부는 30/100 * 1세미만은 15/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용총액 - 약가총액) × 50/100 + 약가총액 × 30/100 * 임신부는 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 30/100 + 약가총액 × 30/100 * 1세미만은 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 15/100 + 약가총액 × 21/100
	읍 · 면 지역	일반 환자	요양급여비용총액 × 45/100 * 임신부는 30/100 * 1세미만은 15/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용총액 - 약가총액) × 45/100 + 약가총액 × 30/100 * 임신부는 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 30/100 + 약가총액 × 30/100 * 1세미만은 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 15/100 + 약가총액 × 21/100
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	동 지역	일반 환자	요양급여비용총액 × 40/100 * 임신부는 20/100 * 1세미만은 10/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용총액 - 약가총액) × 40/100 + 약가총액 × 30/100 * 임신부는 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 20/100 + 약가총액 × 30/100 * 1세미만은 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 10/100 + 약가총액 × 21/100
	읍 · 면 지역	일반 환자	요양급여비용총액 × 35/100 * 임신부는 20/100 * 1세미만은 10/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용총액 - 약가총액) × 35/100 + 약가총액 × 30/100 * 임신부는 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 20/100 + 약가총액 × 30/100 * 1세미만은 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 10/100 + 약가총액 × 21/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반 환자	요양급여비용총액 × 30/100 * 임신부는 10/100 * 1세미만은 5/100 * 65세 이상은 요양급여비용총액이 보건복지부령이 정하는 금액을 초과하지 아니하면 보건복지부령으로 정하는 금액
		의약분업 예외환자	(요양급여비용총액 - 약가총액) × 30/100 + 약가총액 × 30/100 * 임신부는 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 10/100 + 약가총액 × 30/100 * 1세미만은 (요양급여비용 총액 - 약가총액) × 5/100 + 약가총액 × 21/100 * 65세 이상은 요양급여비용총액이 보건복지부령이 정하는 금액을 초과하지 아니하면 보건복지부령으로 정하는 금액
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30 / 100 * 요양급여비용총액이 보건복지부령이 정하는 금액을 초과하지 아니하면 보건복지부령으로 정하는 금액

* 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표6]의 환자(경증질환자)가 종합병원급 이상에서 외래 진료 후 발급받은 처방전에 따라 약국에서 조제 받는 경우, 약국 요양급여비용총액의 40~50%의 본인부담률 적용
* 본인일부부담금 산정특례
  - 암, 뇌혈관, 심장질환, 중증화상, 중증외상 환자 : 본인부담률 5%
  - 희귀질환, 중증난치질환, 중증치매 환자 : 본인부담률 10%, 결핵 및 잠복결핵감염 0%
* 본인부담액(비급여 제외)이 연간 상한액을 초과하는 경우 초과 비용을 공단 부담
  ※ [상한액] 작년도 보험료 부과 수준에 따라 7단계(83만 원/103만 원/155만 원/289만 원/360만 원/443만 원/598만 원, 2022년도 기준)로 구분
  ※ 2018년부터 요양병원 입원일수 120일 초과 여부에 따라 1~5분위까지 상한액 차등적용(128만 원/160만 원/217만 원)

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 보수외 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 보수외 종합과세소득이 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	• 보수 • 보수 외 소득	• 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	• 보수월액 × 정률(6.24%, '18년 기준) • 보수 외 소득 연 7,200만 원 초과 : 보수 외 소득의 3.12% 추가로 부과	• 보험료부과점수 × 점수당 금액(183.3원)
보험료 부담 방법	• 보수는 사용자 50%, 근로자 50% • 보수 외는 근로자 100%	• 지역가입자 세대 100%
최저·최고 보험료(월)	• (본인부담) 8,730원~244만 원 * 사용자부담 포함시 17,460원~487만 원	• 3,660원~232만 원 * 전액 본인부담

직장가입자와 피부양자가 아닌 자는 모두 지역가입자가 되는데, 직장가입자와 달리 소득파악률이 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	• 연 소득 500만 원 이하인 지역가입자에게 적용되는 소득으로 세대원의 성·연령, 재산, 자동차, 소득으로 추정한 소득
과세소득	• 사업소득(임대소득 등), 금융소득(이자·배당소득), 공적연금소득, 근로소득, 기타소득(강의료, 당첨금 등)을 합산한 소득이 보험료 부과 대상
재산	• 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 · 재산기준을 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 등록가능하고, 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 1단계 개편 주요내용(2018. 7월~2022. 8월)

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(13,100원, '18년 7월 기준)를 도입하였다. 단, 현 보험료가 최저보험료보다 낮은 경우, 현행을 유지한다.

|표 2-7-8| 보험료 하한액

('18. 7. 기준)

구 분	개편 전('18년 6월 이전)	개편 후('18년 7월 이후)
직장가입자 보수월액 보험료	월 17,460원	월 17,460원
지역가입자 월별 보험료	월 3,660원	월 13,100원

나) 재산보험료 부담 축소

재산보험료 부과시 공제제도를 도입하였다. 세대 구성원의 총 재산 과표 구간에 따라, 500만 원에서 1,200만 원까지 공제된다.

|표 2-7-9| 지역가입자 재산 보험료 변동

('18. 7. 기준)

구 분	개편 전('18년 6월 이전)	개편 후('18년 7월 이후)
재산 기본 공제액	전월세 최대 500만 원	• 2,700만 원 이하 : 전액 공제 • 2,701~5,000만 원 : 재산 1,000만 원 공제 • 5,000만 원 초과 : 재산과표 및 전월세 최대 500만 원
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, 59,700만 원 초과 66,500만 원 이하)부터 부과 점수 상향조정

다) 자동차 보험료 부담 축소

15년 미만의 모든 자동차에 부과되던 보험료가 축소되었다. 1,600cc 이하 소형차(4천만 원 미만) 면제, 1,600cc~3,000cc 중형차는 30% 경감, 9년 이상 자동차 및 생계용 차량(승합차 · 화물 · 특수자동차)은 면제되었다.

|표 2-7-10| 지역가입자 자동차 보험료 변동

('18. 7. 기준)

구 분	개편 전('18년 6월 이전)	개편 후('18년 7월 이후)
부과대상	• 15년 미만 비영업용 자동차	• 9년 미만이면서 1,600cc초과하거나 4,000만 원 이상 승용차 • 9년 미만 그 밖의 승용차(4,000만 원 미만 포함)
부과제외	• 영업용 자동차 • 15년 이상 자동차	• 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	• 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.

마) 공적연금 및 일시근로소득 반영률 향상

보험료가 부과되는 종합과세소득 중 공적연금소득, 일시적 근로소득은 소득의 20%에만 보험료를 부과했으나 2018년 7월부터 30%로 인상하였다.

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.

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 이하는 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

('18. 7. 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%	6.24%
계산식	연간 보수외 소득 × (1/12) × 3.12%	(연간 보수 외 소득 – 공제금액) × (1/12) × 6.24%

나) 보수 보험료 상한선 상향

2011년 이후 고정되었던 보수 상한액을 전전년도 직장가입자 보수보험료 평균의 30배(619.3만 원/월, '18년 7월 기준) 수준으로 개선하였다. 직장 보수, 보수 외 소득 보험료 및 지역가입자에게 동일 적용하였다.

|표 2-7-13| 보험료 상한액

('18. 7. 기준)

구 분	개편 전('18년 6월 이전)	개편 후('18년 7월 이후)
직장가입자 보수월액 보험료	월 487.3만 원 (본인부담 월 243.7만 원)	월 619.3만 원 (본인부담 월 309.7만 원)
직장가입자 소득월액 보험료	월 243.7만 원	월 309.7만 원
지역가입자 월별 보험료	월 232.4만 원	월 309.7만 원

3. 분리과세 주택임대 · 금융소득 건강보험료 부과

가. 필요성

연 2천만 원 이하 주택임대소득 및 금융소득 보험료 부과는 2017년 3월 「건강보험료 부과체계 개편」을 위한 국회 논의과정에서 여 · 야가 합의하여 정부에 요구한 '건강보험료 부과를 위한 소득기반 확대 노력'을 적극 이행해야 할 필요성에 의해 추진되었다.

【국민건강보험법 개정안 국회 부대의견('17. 3. 30.)】
4. 정부는 종합과세소득과 분리과세소득을 포함한 종합소득 과세 현황에 대한 지속적인 파악을 통해 건강보험료 부과를 위한 소득 기반 확대를 위해 노력한다.

나. 분리과세 주택임대 · 금융소득 건강보험료 부과 주요내용

1) 연 수입 2천만 원 이하 주택임대소득

연 수입 2천만 원 이하 주택임대소득은 「소득세법」에 따라 한시적 비과세 기간(2014~ 2018년)이 종료됨에 따라, 2020년 11월부터 2019년 귀속분 임대소득에 대해 건강보험료를 새롭게 부과하였다.

건강보험료 부과 소득은 「소득세법」에 근거하여 분리과세로 신고할 경우, 총 주택임대수입에서 필요경비와 기본공제액을 제외한 소득으로, ❶임대등록*을 한 경우는 연 1천만 원 초과한 소득금액에 부과되며, ❷임대등록을 하지 않은 경우 연 4백만 원 초과 소득금액에 보험료가 부과된다.

* '임대등록'이란 세무서에 하는 '사업자등록'과 지자체에 하는 '주택 임대사업자등록'을 모두 한 경우를 의미

구분	요건	필요경비	기본공제	보험료 부과 수입기준
❶ 임대주택 등록	사업자등록(세무서) + 주택 임대사업자등록(지자체)	60%	4백만 원	연수입 1천만 원 초과~
❷ 임대주택 미등록	둘 중 하나 등록 또는 모두 미등록	50%	2백만 원	연수입 4백만 원 초과~

※ 주택임대소득 제외한 종합소득이 2천만 원 이하인 경우 기본공제 적용

【사례】 주택임대수입이 연 1,200만 원이고, 소득세 신고시 분리과세 방법 선택한 경우 보험료 부과기준 소득금액
- (임대주택 등록) 연1,200만 원 – (1,200만 원 × 0.6) – 400만 원 = 80만 원
- (임대주택 미등록) 연1,200만 원 – (1,200만 원 × 0.5) – 200만 원 = 400만 원

주택임대소득 신규 부과로 인상된 건강보험료는 전액 납부해야 하나, 제도 조기 안착 및 임대차시장 안정화를 고려하여 한시적 경감을 실시하였다.

2020년 12월 말까지 사업자등록(세무서)과 주택 임대사업자 등록(지자체)을 모두 등록한 임대사업자이면서, 「조세특례제한법」 제96조에 의한 소형주택* 규모의 '소득세' 감면대상자에 한하여 단기 임대등록(4년)자는 인상된 보험료의 40%를 4년간, 장기 임대등록(8년)자는 인상된 보험료의 80%를 8년간 한시적으로 경감해준다.

* 주거전용면적 1호(戶) 당 85㎡ 이하(수도권 外 100㎡) 이고 기준시가가 6억 원 이하
※ 사업자등록과 주택 임대사업자등록 중 어느 한 곳이라도 등록하지 않으면 '임대등록 미등록자'로 분류되어 인상된 건강보험료를 전액 납부해야 함

다만, 임대료 증액 제한(5%), 임대등록* 의무기간(4년/8년) 준수, 임대차 계약 신고의무 등을 준수해야 한다.

* '민간임대 주택특별법' 상 단기일반 (4년), 공공지원 및 장기일반 (8년)

더불어, 주택임대소득 부과로 피부양자에서 지역가입자로 전환되어 보험료를 새롭게 부담하는 경우, 임대등록을 하지 않아도 2019년도 귀속분 소득이 적용되는 1년 동안 한시적으로 보험료 증가분의 30%를 경감해준다.

2) 연 수입 2천만 원 이하 금융소득(이자 · 배당)

연 2천만 원 이하 금융소득(이자 · 배당)도 2020년 11월부터 2019년도 귀속분 금융소득에 대해 건강보험료를 새롭게 부과했다. 다만, 제도 조기 안착을 위해 연 1천만 원 초과 금융소득자에 우선 보험료 부과하고, 단계적으로 부과기준 소득을 낮추기로 하였다.

* 연 1,000만 원 이상 금융소득은 예금 약 12억 원 이상(이자율 1% 가정) 보유해야 발생

다. 기대효과

2020년 11월 연 2천만 원 이하 주택임대소득 및 금융소득에 대한 건강보험료 부과로, 정부와 국민건강보험공단에서 추진하고 있는 소득중심의 보험료 부과체계 개편(1단계 2018. 7월, 2단계 2022. 9월)에 한 발짝 더 다가서는 계기가 되었으며, 근로소득뿐 아니라 사업소득과 금융소득에 대한 투명성이 높아지고 부과대상 소득의 범위가 확대되었고, 소득이 있는 곳에 보험료를 부담하는 기본원칙의 실현과 건강보험료 부과 소득 간 형평성이 강화되어 공정하고 형평성 있는 보험료 부과체계 완성을 위한 기반을 마련하였다.

4. 보험료 부과체계 2단계 개편 주요내용(2022. 9월부터 적용)

가. 보험료 부과체계 2단계 개편 방향

부과체계 2단계 개편은 가입자 간 소득에 대한 부과방식을 형평하게 적용하고 재산보험료 부담을 줄이며 부담능력이 있는 피부양자를 지역가입자로 전환함으로써, 능력에 따라 보험료를 부담하는 합리적이고 형평한 부과체계로 전환하는데 주안점을 두었다.

나. 보험료 부과체계 2단계 개편 주요 내용

1) 지역가입자

가) 재산보험료 공제

부과체계 2단계 개편으로 전체 지역가입자 중 재산보험료를 납부하는 세대의 비율은 60.8%에서 40.3%로 감소했다. 전체 지역가입자의 평균 재산 보험료도 세대 당 평균 월 5.0만 원에서 월 3.9만 원으로 인하될 전망이며, 전체적으로 연간 약 1조 2,000억 원의 재산보험료 부담이 줄어들었다.

※ 재산보험료 납부 세대 : ('22. 8월) 523만 세대(60.8%) → ('22. 9월) 346만 세대(40.3%)

그 밖에 2단계 개편과 별도로, 「국민건강보험법」 개정(2019년 12월)에 따라, 지역가입자 중 실 거주 목적의 주택부채가 있는 세대(1세대 무주택 · 1주택 세대)의 경우에는 주택 부채액을 추가로 공제받아, 재산보험료 부담은 더욱 감소했다.

나) 자동차 보험료 부과대상 축소

실제 자산가치와 관련성이 낮은 배기량 기준에서, 차량 잔존가액으로 기준을 변경하고, 차량가액이 4,000만 원 미만인 자동차에 대해서는 건강보험료를 부과하지 않음에 따라 자동차 부과대상이 획기적으로 축소('22. 8월 172만 대→'22. 9월 15만 대)되었다.

※ 구매 당시에 4,000만 원 이상이었지만 구매 이후 가치가 4,000만 원 미만으로 하락한 경우(「지방세 시가표준액 조사 · 산정기준」상 감액률 기준)에는 부과대상에서 제외

다) 소득점수 폐지 및 정률제 도입

부과체계 2단계 개편 전 소득 등급별 점수제는 등급마다 소득 대비 보험료율이 상이하고, 저소득 구간에서 최대 20%에 달하는 역진적인 문제점*이 있었다. 이를 해결하기 위해 소득보험료 산정방식을 직장가입자와 동일한 정률제 방식으로 변경하여 직역 간/직역 내 형평성 문제를 제고했다.

2단계 개편 후, 직장가입자와 동일하게 소득의 일정비율로 보험료가 부과되면서 지역가입자 중 종합소득이 연간 3,860만 원(현 38등급) 이하인 세대는 소득에 대한 보험료가 낮아졌다.

※ (예시) 연소득 500만 원인 경우 : (개편 전) 50,290원(12.1%)→(개편 후) 29,120원(6.99%)
연소득 1,500만 원인 경우 : (개편 전) 130,770원(10.5%)→(개편 후) 87,370원(6.99%)

라) 연금 · 근로소득 평가율 상향

공적연금소득(국민연금, 공무원 · 군인 · 사학 등)과 일시적 근로에 따른 근로소득은 해당 소득의 30%에만 보험료를 부과했던 것을 50%*로 조정하여 소득 전체(100%)에 대하여 부과하고 있는 다른 소득과의 형평성을 맞추었다.

* 공적연금소득 50%는 본인 기여분인 점, 직장가입자의 경우 50%는 사용자가 부담하는 점 등을 고려하여 50%만 반영

다만, 연금소득이 연 4,100만 원 이하인 대다수 연금소득자(지역가입자 중 95.8%)는 연금소득 관련 보험료가 인상되지 않았다. 이는, 앞서 설명한 소득정률제 도입으로 인한 보험료 인하 효과가 연금소득 평가율 인상에 따른 보험료 상승을 상쇄하기 때문이다.

마) 최저보험료 일원화

그간 직장가입자와 지역가입자의 최저보험료는 서로 다르게 부과되었으나 2단계 개편 후에는 지역가입자 최저보험료와 직장가입자 최저보험료(19,500원, '22. 9월)가 일원화되어 가입자 간 형평성을 제고했다.

이는, 사회보험의 취지, 직장-지역가입자 간의 형평성, 제도의 지속가능성 등을 고려하여 결정된 사항으로서 적정 급여에 대한 적정 보험료라는 사회보험 가입자의 최소한의 부담을 규정한 것이다.

다만, 최저보험료 인상으로 저소득층의 보험료 부담이 커질 수 있고, 최근 물가 인상 등 경제상황을 감안하여, 최저보험료 인상으로 인해 보험료가 인상되는 세대(236만 세대, 월평균 약 4,000원 인상)의 인상액을 한시적으로 감면(2년간 전액 감액, 이후 2년간 50% 감액)했다.

2) 직장가입자

가) 보수(월급) 외 소득기준 강화

그동안 직장가입자는 연간 보수(월급) 외 소득이 3,400만 원을 초과하는 경우에만 보험료를 부과하여, 모든 소득에 대해 보험료를 납부하는 지역가입자와의 형평성 문제가 제기되어 왔다.

이에, 보수(월급) 외 임대, 이자·배당, 사업소득 등이 연간 2,000만 원을 넘는 2%의 직장가입자가 보험료를 내도록 기준을 강화했다. 다만, 1만 원 차이로 기준을 초과해 보험료가 과도하게 부과하는 것을 방지하기 위해, 연 소득 2,000만 원은 공제하고 2,000만 원을 초과한 금액에 대해서만 추가 보험료를 부담한다.

보수(월급) 외 소득이 연 2,000만 원을 초과하는 51만 명(직장가입자의 약 2%)은 월별 보험료가 평균 5.3만 원 인상(32.4만 원→37.7만 원)되며, 그 외 직장가입자의 98%는 보험료 변동이 없다.

3) 피부양자

과세소득 합산 기준 연 소득이 2,000만 원을 넘는 피부양자 23.1만 명(피부양자의 1.5%) 지역가입자로 전환되어 보험료를 새로 납부하게 되었다.

다만, 물가 상승 등 경제 상황을 고려, 피부양자 인정기준 강화에 따라 지역가입자로 전환되는 피부양자의 보험료를 2026년 8월까지 일부 경감*하여 갑작스러운 보험료 인상에 따른 부담을 완화하였다.

* 경감률 : (1년차) 80% → (2년차) 60% → (3년차) 40% → (4년차) 20%

이에 따라, 새로 지역가입자로 전환되는 기존 피부양자는 월 평균 3만 원의 보험료를 납부하게 되며, 연차별로 16.2만 원까지 단계적으로 부담수준이 조정된다.

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 부과요소를 함께 고려한 보험료 부과 점수를 기준으로 산정하고 있다. 다만, 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 경제활동참가율 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

('21. 12. 기준)

구 분	내 용
보험료 부과기준	• 보험료 부과 점수 – 소득, 재산 및 자동차
보험료율	• 보험료 부과 점수를 나타내는 점수에 보험료 부과점수당 금액(205.3원)을 곱하여 부과 ※'23. 부과점수당 금액 208.4원, 형식은 점수제이나 실질적으로 정률제와 동일하도록 개편
보험료 부담 방법	• 가입자 전액 부담
평균 보험료	• 95,221원(연간평균 세대당 월보험료)
부담 주체	• 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 2018년 7월부터 보건복지부고시(「월별 건강보험료액의 상한과 하한에 관한 고시」)를 제정하여 2022년 월별 보험료액의 상한액(7,307,100원)과 하한액(19,500원)을 고시하여 운영하였다. 단, 2018년 6월까지 보수외 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

('22. 12. 기준)

구 분	내 용
보험료 부과 기준	• 보수월액 : 보수총액 기준(근로소득 · 사업소득 등) • 소득월액 : 보수 외 종합소득(근로, 사업, 금융, 연금, 기타 소득 등) ※ 단, 보수 외 종합소득이 일정 소득(2,000만 원)을 초과하는 경우에 부과
보험료율	• 보수월액 × 6.99%('23. : 7.09%) ※ 통합 이전 : 조합에 따라 3~6% • 소득월액 × 6.99%('18. 6월 말까지 : 소득월액 × 3.12%)
보험료 부담 방법	• 가입자 : 50%, 사용자 : 50%
평균 보험료	• 145,553원(연간 평균 세대당 월 보험료)
부담 주체	• 보수월액보험료 : 사용자, 소득월액보험료 : 근로자(피부양자 : 보험료 부담 없음)

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. 평균보험료율도 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%, 2020년 6.67%, 2021년 6.86%, 2022년 6.99%, 2023년 7.09%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					
2006. 1.	4.48					
2007. 1.	4.77					
2008. 1.	5.08					
2009. 1.	5.08(보험료율 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(보험료율 인상 동결)					

구분	직장					공무원 · 교직원
	평균	공통	단독	최고	최저	
2018. 1.	6.24					
2019. 1.	6.46					
2020. 1.	6.67					
2021. 1.	6.86					
2022. 1.	6.99					
2023. 1.	7.09					

|표 2-7-17| 연도별 평균 보험료 현황

(단위 : 원)

구 분	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
세대당 월보험료(원)	129,832	122,201	114,069	109,558	104,201	101,178	98,128	94,040
- 직장	145,553	133,591	124,629	120,152	112,635	107,449	104,507	100,510
- 지역	95,221	97,221	90,864	86,160	85,546	87,458	84,531	80,876
1인당 월보험료(원)	71,387	65,211	59,218	55,488	50,979	48,152	45,763	43,003
- 직장	75,952	67,392	61,109	57,527	52,085	48,266	45,874	43,085
- 지역	59,377	59,414	54,165	50,027	48,011	47,847	45,473	42,798

주 : 결산기준(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, 2022년 12월 말 현재 전체 사업장 205만 개소 가운데, 138만 개소(67.3%)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 부과의 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, 종합과세 소득 연 3,400만 원(2인 가구 기준 중위소득 수준, 2017년) 초과자가 피부양자에서 제외되었으며, 형제자매의 경우 30세 이상부터 65세 미만까지 피부양자에서 제외되었고, 재산과표가 1억 8천만 원을 초과하는 경우도 제외되었다. 2022년 9월부터는 연소득 2,000만 원을 초과하는 사람이 피부양자에서 제외하도록 하였다.

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 일시적이나마 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)하였다. 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. 시행), 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 미성년자까지 보험료 연대납부 의무가 면제되도록 하여 부담을 더욱 완화하였다('19. 1. 1. 시행).

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, 2021년 1월부터는 고용·산재보험 연체금 상한을 인하(최대 9%→5%)하여 생계형 체납자의 경제적 부담을 더욱 완화하였다(건강보험 및 국민연금 '20. 1. 16. 시행, 고용·산재보험 '21. 1. 26. 시행).

바. 지역가입자 주택부채공제 제도 시행

2022년 9월부터 지역가입자로서 무주택자(전·월세) 또는 1주택자(자가)가 실거주 목적으로 주택을 구입·임차하기 위하여 빌린 부채는 건강보험료 부과 대상에서 제외하고 있다.

대상이 되는 주택은 공시가격 5억 원(재산과표 3억, 시가 7~8억 상당) 이하(전·월세의 경우 보증금 5억 이하)이며, 주택담보대출·전세담보대출 등으로서 취득일·전입일 등으로부터 전후 3개월 이내에 발생한 대출이어야 한다.

대출액에 30%(임차), 60%(자가, 1주택자의 경우 45%)를 곱하여 평가한 금액*을 건강보험료 재산과표에서 공제하되, 자가 세대는 과표 5,000만 원(대출원금 8,300만 원 상당)**까지, 임차 세대는 보증금의 범위에서 1.5억 원(대출원금 5억 원)까지 공제 받을 수 있다.

* 보험료 부과 시에도 재산의 30%(임차), 60%(자가)를 곱하여 부과하고 있음
** 60% 평가된 뒤의 5천만 원이므로 대출원금 기준으로는 8,300만 원 상당

※ 시가 3억 상당(과표 1.24억) 1주택자가 1억 원의 주택담보대출을 진 경우, '22. 9월 이전에는 재산보험료로 월 9만 5,000원을 납부하나, 주택부채공제 적용받을 경우, 재산보험료는 월 7만 원(월 △2만 5,000원)

2022년 12월 이후에는 임차 후 취득, 대환대출의 경우에는 취득일·전입일 등으로부터 전후 3개월 이내에 발생한 대출이어야 한다는 요건을 완화하여 주택부채공제 적용 대상을 더욱 확대하였다.

사. 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 · 체납 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 → 2021년 현재 11종) 납부자가 편리하게 선택하여 납부할 수 있도록 다양한 납부방법을 확대하고, 고지서 QR코드를 활용한 간편납부 방법을 도입(2019. 3월) 및 인터넷(모바일) 간편결제 방법을 도입(2020. 9월)하여 실시간 납부가 가능하도록 가입자의 납부 편의성을 크게 향상시켰다.

한편, 징수통합 이전에 개별 관리되던 547만 개소의 징수관리대상 사업장이 통합 이후 147만(2021년 200만) 개소로 대폭 감축되어 4대 보험 체납사업장을 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% → 2020년 98.5% → 2021년 99.0%)하는 등 안정적으로 운영 중이다.

아. 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. 아울러 '21. 11월부터는 재산공제를 확대(500만 원 추가, 1,000~1,350만 원)하여, 지역 가입 세대의 보험료 부담을 더욱 완화하였다. 또한 2022년 9월부터 공제금액을 5천만 원으로 확대하여 재산보험료 부담을 더욱 낮추었으며, 거주목적의 주택구입(임차) 시 발생한 금융부채도 보험료 산정 시 제외하는 주택부채공제제도를 시행하였다.

자. 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 원을 초과하는 경우에, 2022년 9월부터는 연간 2,000만 원을 초과하는 경우로 부과 기준을 강화하였다.

소득월액 보험료는 보수 외 종합소득이 7,200만 원을 초과하는 경우 7,200만 원을 공제한 보수 외 종합소득에 3.06%('18. 1. ~ 6. 3. 12%) 보험료율을 곱하여 산정하였으나, 2018년 7월 이후에는 3,400만 원을 초과하는 경우 3,400만 원을 공제한 보수 외 종합소득에 보험료율을 곱하여 산정하였으며, 2022년 9월부터는 2,000만 원을 초과하는 경우 2,000만 원을 공제한 보수 외 종합소득에 보험료율('22년 6.99%)을 곱하여 산정하며, 가입자가 납부 책임을 진다.

Ⅳ 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 사립학교 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 재정안정 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 보건의료 미래위원회 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.

2022년 12월에는 건강보험 지속가능성 확보를 위한 단기 및 중장기 구조개혁 대책으로 '건강보험 지속가능성 제고방안'을 발표하였으며, 주요내용으로는 MRI · 초음파 등 급여기준 · 항목 재점검, 공정한 자격 · 부과제도 운영, 합리적 의료이용 유도, 재정누수 점검 및 비급여 관리에 대한 계획을 포함하고 있다.

2022년 건강보험 수입은 88조 7,773억 원, 지출은 85조 1,482억 원, 당기수지는 36,291억 원 흑자, 누적 적립금은 23조 8,701억 원이다. '22년 수입의 경우 소득증가, 경제성장 등으로 최근 5년 사이 가장 큰 증가율을 보였으며, 지출의 경우 의원급 중심으로 의료 이용이 회복되면서 최근 3년 중 가장 높은 증가율을 보였다.

|표 2-7-18| 연도별 건강보험 재정 현황

(단위 : 억 원)

구 분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
수입(A)	418,192	451,733	485,024	524,009	557,195	579,990	621,159	680,643	734,185	804,921	887,773
지출(B)	388,035	415,287	439,155	482,281	526,339	572,913	622,937	708,886	737,716	776,692	851,482
당기 수지	30,157	36,446	45,869	41,728	30,856	7,077	△1,778	△28,243	△3.531	28,229	36,291
수지율(B/A)	92.8	91.9	90.5	92.0	94.5	98.8	100.3	104.1	100.5	96.5	95.9
누적 적립금	45,757	82,203	128,072	169,800	200,656	207,733	205,955	177,712	174,181	202,410	238,701

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 지원하였으며, 2002년에는 「국민건강보험재정건전화특별법」 제정으로 지역가입자에 대한 보험급여 비용과 지역가입자의 건강보험사업에 대한 운영비의 40%로 법제화하였다. 또한, 2002년부터 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, 국민건강증진기금 지원액 역시 기존의 노인급여비 이외에 흡연으로 인한 질병의 급여비 및 건강검진 등 건강증진사업에 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. 31.)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		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
지원 기준	보험료 수입	358,535	386,117	412,404	440,476	473,065	500,099	536,415	587,428	624,849	692,270	765,538
지원 금액	일반 회계	43,434	48,086	53,030	55,789	52,060	48,828	52,001	59,721	73,482	76,554	86,843
	담배 부담금	10,072	9,986	10,191	15,185	18,914	19,011	18,801	18,802	18,801	19,167	18,149

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 신의료기술 발달 등 보건의료환경이 변화하면서 건강보험급여비 지출이 지속적으로 증가하는 추세이다. 2017년 55조 5,374억 원이었던 보험급여비는 2022년 83조 1,662억 원으로 빠르게 증가하고 있다(5년 평균 8.4% 증가).

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 추진하고 있다.

앞으로도 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 자격관리, 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 요양 급여 비용의 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 보험료징수 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 2022년 말 기준으로 정원 1만 4,873명(업무지원직 : 810명 미포함)이며, 본부와 6개 지역본부(서울강원, 부산울산경남, 대구경북, 광주전라제주, 대전세종충청, 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, 자동차 보험 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 2022년 말 기준으로 정원 3,947명이며 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 2021년 12월까지 달라진 건강 보험 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 손호준, 보험급여과장 정성훈, 의료보장관리과장 강준

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 인하된 상한액을 적용하지만, 120일을 초과하여 장기 입원한 경우 현행 상한액을 적용하였다.

본인부담상한액 초과금 1인당 평균 환급액('17년 5분위 이하 161만 원, 6분위 이상 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 본인부담액 총액이 본인부담상한액의 최고 금액(이하 '최고 상한액', 2022년 기준 598만)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 고소득층 가입자에 대한 본인부담상한액을 실제 부담능력에 맞게 조정하여 제도적 형평성을 제고하고, 불필요한 사회적 입원 최소화 및 경증질환 상급종합병원 외래 적용 제외 등 본인부담상한제의 합리적 운영을 위해 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 5,000천 원 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 확진을 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.

2019년 1월부터는 희귀난치성질환을 중증난치질환과 희귀질환으로 분리하였으며, 기타염색체 이상질환자 및 소이증 등 100개 희귀질환을 산정특례 대상으로 추가하였고, 2020년 1월부터는 한랭글로불린혈증성 혈관염 등 91개 희귀질환을 산정특례대상으로 추가하여 희귀질환에 대한 치료비를 경감하였다.

2022년 1월부터는 산정특례 대상 희귀질환으로 중증 화농성 한선염 등 39개 질환이 추가되어 환자들의 치료비를 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 산정특례대상에 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, 2020년 1월부터는 조산아 및 저체중 출생아에 대해 외래진료비 본인부담(건강보험) 경감을 확대 적용하였다. 본인부담 경감 적용기간은 36개월 미만에서 60개월 미만으로 확대되었고, 외래 본인부담률은 10%에서 5%로 완화되었다.

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 12세 이하 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 원, 2022년 1월부터 100만 원으로 확대하였으며, 2012년 7월부터 다태아 임신부에게는 70만 원을 지원, 2017년 1월부터는 90만 원, 2019년 1월부터는 100만 원, 2022년 1월부터 140만 원으로 확대하였습니다. 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) 임산부도 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(만 45세 미만, 본인부담률 30%)하였으며, 2019년 7월부터는 여성 연령(만 45세)의 제한을 폐지하고, 급여적용 횟수를 추가 적용(본인부담률 50%)하는 등 난임부부의 건강보험 적용을 확대하였다. 2021년 11월부터는 체외수정의 급여적용 횟수를 확대하였고, 만 45세 미만의 보조생식술 본인부담률을 최대 50%에서 일괄 30%로 경감하였다.

4. 장애인보조기기 보험급여 대상 확대

장애인이 일상생활을 영위하는 데 도움을 주는 보조기기인 의지 · 보조기, 보청기, 수동휠체어, 전동보조기기(전동휠체어, 전동스쿠터), 자세보조용구 등 총 87품목의 보조기기에 대해서 기준 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 구입 후 1개월간의 피팅과정을 거친 후 청력개선효과를 확인하는 검수절차를 거쳐 지급청구 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 보험 급여를 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 기준 금액을 평균 214% 인상하여 장애인보조기기에 대한 보장을 크게 강화하였다. 15세 미만 아동에 대하여는 보청기 양측 급여를 실시하는 한편 수동휠체어 지급 대상을 심장장애인 및 호흡기장애인까지 확대하였다.

2020년 7월 보청기 검수확인에 필요한 음장검사를 의무화하는 한편, 보청기 적합관리서비스(초기 1회, 후기 연 1회씩 4년간)를 실시하였으며, 2020년 8월 보청기 급여품목 등록을 위한 가격 등 급여평가를 실시하여 307개 품목에 대한 결정가격을 고시하였고, 2022년 11월에는 359개 품목으로 확대하였다.

2021년 3월 팔, 다리 의지 급여 27품목 기준액 품목별 평균 22.8% 인상 및 수리빈도가 높은 다리의지 소켓 및 라이너 등 소모품 7개 품목 신설과 의지 분류체계를 단순화(총 39품목 → 27개 품목)하였으며, 2021년 7월 보청기 양측급여대상자 연령기준을 확대(15세 이하 → 19세 미만) 하였다.

2022년 11월에는 팔 보조기, 척추 보조기, 골반 보조기, 다리 보조기에 대한 기준금액을 인상하고, 2023년 1월부터는 무릎관절 의지(소켓, 실리콘라이너), 발목의지(소켓) 등 의지 소모품을 추가하여 장애인의 보조기기 보험급여 품목이 확대될 예정이다.

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 노인에 대한 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(클라스프 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 치과의사의 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 인하로 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 일반의사 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, 의료공공성 · 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, 의료질평가지원금 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 상급병실료 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 · 고용성과 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 2022년 말 기준 총 656개 기관, 70,363개 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 진정내시경, 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%~90% 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 보험재정 관리의 불확실성으로 인한 위험을 제약사와 건강보험공단이 분담하는 방식(위험 분담제)으로 건강보험을 적용한다. 대체 치료법이 없거나 치료적 위치가 동등한 의약품이 없는 고가 항암제, 희귀질환 치료제 등이 그 대상으로, 2018년 에볼트라주 및 얼비툭스주 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 건강보험의 보장성을 실효적으로 강화하여 가계 의료비 부담을 줄이는 것으로, 핵심적인 과제 중 하나가 '비급여의 급여화'이다.

'비급여의 급여화'의 기본방향은 치료에 필요한 비급여 항목은 급여화하되, 필수적인 분야 · 항목부터 단계적으로 추진하는 것이다. 이 과정에서 치료효과성 또는 비용효과성 등이 불확실한 경우 본인부담률을 높여(50%~90%) 예비적으로 급여화하되, 주기적으로 요양급여의 적합성을 재평가한다.

2017년 9월부터 2021년 12월까지 상복부초음파('18. 4.), 하복부 · 비뇨기초음파('19. 2.), 응급 · 중환자초음파('19. 7.), 남성생식기초음파('19. 9.), 여성생식기초음파('20. 2.), 눈초음파('20. 9.), 흉부초음파('21. 4.), 심장초음파('21. 9.), 경부초음파('22. 2.), 뇌 · 뇌혈관 · 특수 MRI('18. 10.), 두경부 MRI('19. 5.), 복부 · 흉부 MRI('19. 11.), 척추 MRI('22. 3.) 등에 대한 건강보험 적용으로 환자의 의료비 부담을 기존 대비 절반 수준으로 완화하였다.

이와 함께 의학적으로 필요하나, 경제성 등을 이유로 비급여 등재된 항목과 급여기준(질환, 횟수 등) 초과 시 비급여 적용되는 항목 등 총 1,306개 항목에 대해 건강보험을 적용하여 국민 의료비 절감 및 의료접근성을 향상하였다.

특히, 2022년에는 경부초음파와 척추MRI의 건강보험 적용을 통해 갑상선 · 부갑상선 등 경부와 척추 · 척수 질환의 조기 진단을 용이하게 하였다.

아울러, 연속혈당측정검사, 고주파를 이용한 편도 · 아데노이드 절제술용 전극 등 의료행위 2항목, 치료재료 4항목에 대해 건강보험을 적용하고, 인공관절치환술(견관절), 슬관절 및 족관절에서의 자가골연골이식술 등 8개 항목의 급여기준을 개선하여 국민 의료비 부담을 경감하였다.

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.

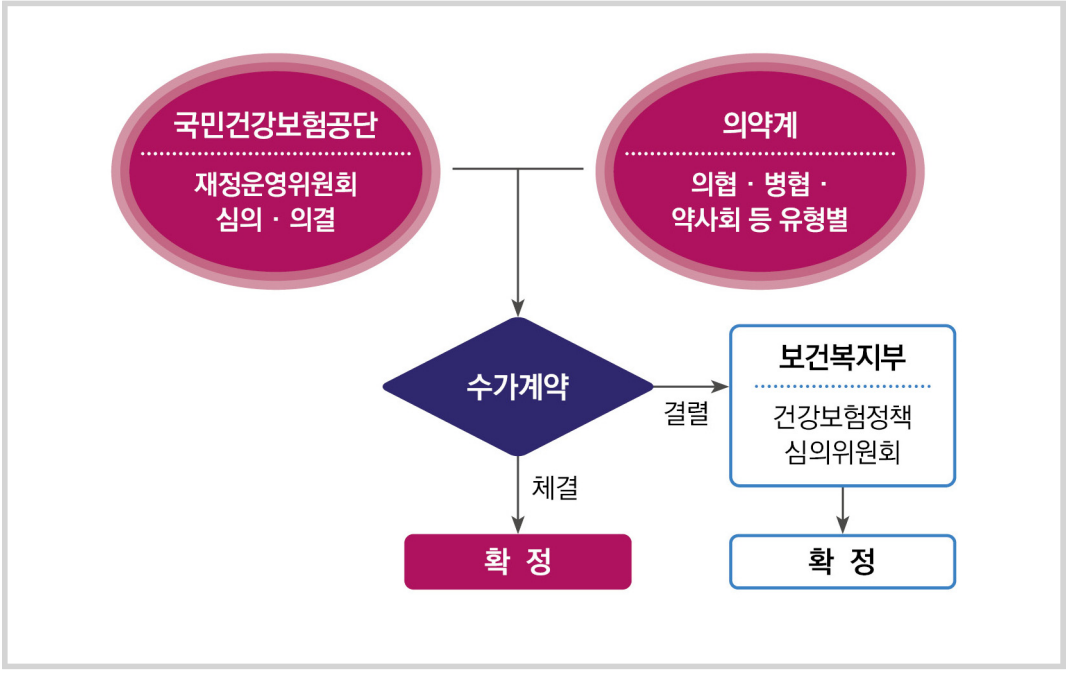
또한, 동 법시행령 제21조에 따라 계약 체결의 대상은 각 요양급여의 상대가치점수의 점수 당 단가로 하되, 요양급여의 상대가치점수, 약제 · 치료 재료(협상 대상 의약품 및 상대가치점수가 적용되는 약제 · 치료 재료는 제외)에 대한 비용은 보건복지부장관이 고시하도록 규정하고 있다.

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.

집필자 보험정책과장 손호준, 보험급여과장 정성훈

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 요양급여비용 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

연도	합의 결과	조정률	환산지수
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
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

연도	합의 결과	조정률	환산지수
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
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

연도	합의 결과	조정률	환산지수
2019	계약 당사자 간 합의 : 5개 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 : 6개 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
2021	계약 당사자 간 합의 : 4개 계약 결렬 : 3개(병원, 의원, 치과)	1.99% 인상	의원 : 87,6원 병원 : 77.3원 치과 : 88.7원 한의원 : 89.8원 약국 : 90.9원 조산원 : 140.3원 보건기관 : 86.1원
2022	계약 당사자 간 합의 : 5개 계약 결렬 : 2개(병원, 치과)	2.09% 인상	의원 : 90.2원 병원 : 78.4원 치과 : 90.7원 한의원 : 92.6원 약국 : 94.2원 조산원 : 146.1원 보건기관 : 88.5원

주 : 건보심은 건강보험심의조정위원회, 건정심은 건강보험정책심의위원회의 약자임

2. 상대가치수가제도

우리나라에 의료보험이 도입될 당시 사용한 수가 산정 방법은 기존의 관행 수가나 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 개별행위상대가치 점수를 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 의약 단체 · 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(2017. 7월~2020년)하였다.

2차 개편까지 진행된 제도 개편에도 불구하고 의료의 근간이 되는 입원료와 (외래)진찰료가 제외되어 근본적인 개편에 다소 한계가 있었다. 이에 2차 개편이 진행된 2017년 하반기 이후 바로 다음 개편을 위한 사전 준비에 착수하였다. 심평원 등 관계 기관과의 협의를 통해 개편을 위한 기본적인 회계 자료 조사, 기본진료료와 가산제도에 대한 정책연구 등을 순차적으로 실시하였다. 2017년 하반기부터 2020년까지 실시한 3차 개편 연구와 10차례 이상의 상대가치운영기획단 회의를 통해 제3차 상대가치 개편 추진방향을 논의하였고, 2022년 제14차 건강보험정책심의위원회에 중간보고('22.6월)하였다.

3차 개편의 기본적인 추진 방향은 의료기관 기능 재정립 및 의료질 향상을 위한 보상체계 개편이다. ①운영 목적에 부합하도록 가산제도를 개편하고 ②행위 간 불균형을 해소하기 위하여 저평가 분야 보상을 강화하는 방향으로 논의하고 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)지불제도도입 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. 이후 최근 진료행태 및 비용을 조사·반영하여 2020년 1월 비용기반 포괄수가로 개편하였다.

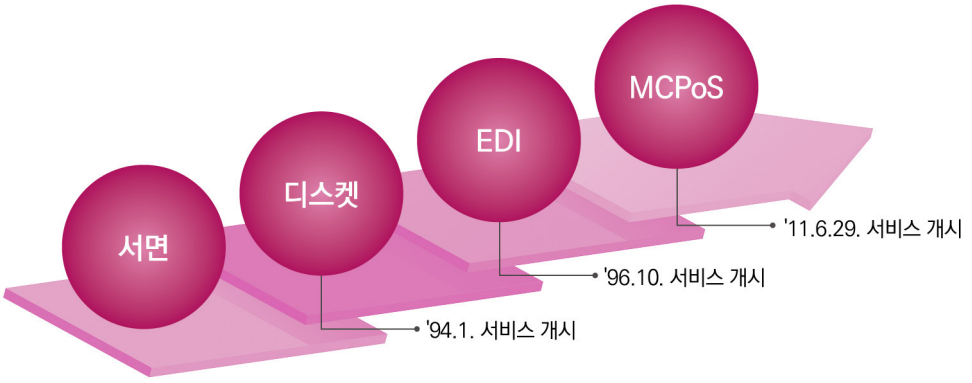
한편, 7개 질병군 포괄수가제도가 비교적 단순한 수술에 적합한 모형으로 개발되어 중증질환 등 복잡한 수술을 포함하는 전체 질병군으로 확대하기 어렵다는 한계가 있었다. 이를 극복하기 위해 2009년 4월부터 국민건강보험공단 일산병원에 입원한 환자를 대상으로 신포괄수가 시범사업을 실시하였고, 지역거점 공공병원('11. 7.), 민간병원('18. 8.)으로 확대하여 2020년 말 기준 98개 병원(공공46, 민간52), 567개 질병군을 대상으로 시범사업을 실시하고 있다.

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 의료보험 진료비 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(Medical Claim Portal ServiceL : MCPoS)을 구축하여 전자청구 연속성 기반을 마련하였다.

|그림 2-7-3| 요양급여 비용 청구 방법 변천사



진료비청구포털서비스(Medical Claim Portal Service : MCPoS)는 요양기관이 요양급여 비용을 청구할 때 인터넷망을 통해 건강보험심사평가원에 직접 송신하고 그 결과(접수 중, 심사결과통보서 등)를 통보받는 편리한 무료 서비스이며, 2020년 12월 기준, 전체 요양기관 중 97.3%인 9만 4,170개 기관이 전자청구 방식을 선택하였고, 그 중 95.3%인 9만 2,270개 기관이 MCPoS를 선택하여 요양급여 비용을 청구하고 있다.

집필자 보험급여과장 정성훈

제3절 건강보험 약제 관리 체계

I 건강보험 약가제도 운영

우리나라가 2021년 건강보험에서 지출한 약품비 규모는 약 21조 2천억 원으로 건강보험 총 진료비의 24%를 차지하고 있다. 2017년 기준 우리나라 경상 의료비 중 의약품 및 기타 의료소모품 지출 비중(20%, OECD Health Data 2019)은 OECD 회원국 평균(16%, OECD Health Data 2019)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, 유전자치료제 등 첨단바이오의약품의 개발 · 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

집필자 보험약제과장 오창현

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
2020	811,236	199,116	24.54	3.0
2021	881,395	212,097	24.06	6.5

주 : 포괄수가제도 확대로 2014년부터 산출 기준이 변경되어 행위별 순수 약품비에 정신과 정액과 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 이에 해당하지 않는 나머지 의약품은 자동적으로 보험급여 대상으로 정하는 체계였다.

일반적으로 약의 특성이나 질환의 성격을 고려하여 특정 부류의 약(가벼운 질환에 사용 되거나 질병 치료와 관련 없는 약)만 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.

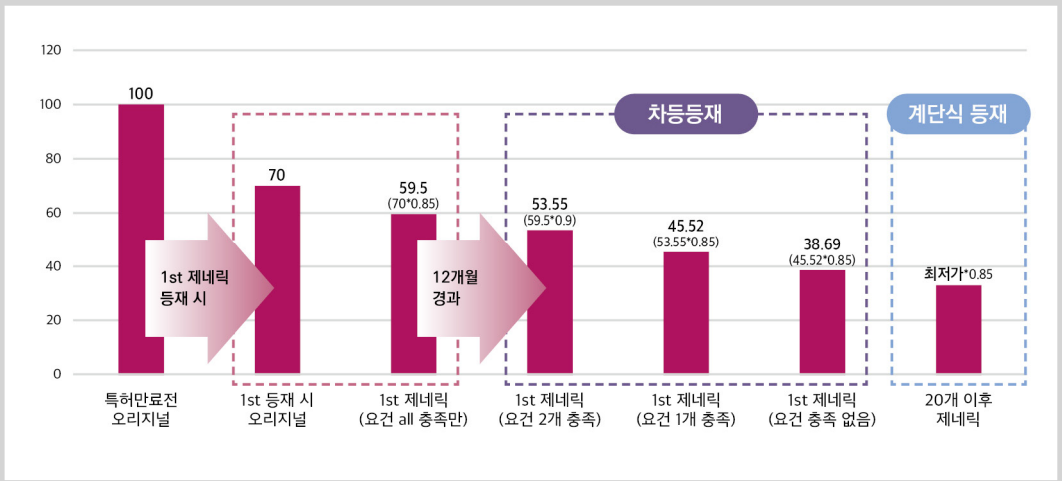
이에, 보험 재정의 합리적 운영과 의약품 사용의 비용 효과성을 제고하기 위해 의약품 선별 등재 제도로 전환('06. 12.)하였다. 선별 목록(Positive List)이란 시판 허가를 받은 의약품 중 치료적 가치와 경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하여 보험에 등재하는 것으로 약제의 비용 효과성을 최대화할 수 있는 체계이다.

현재 선별목록등재제도 하에서 신청된 의약품 중 신약에 대해서는 경제성 평가 등을 거쳐 치료적 · 경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하고, 건강보험 대상 여부 및 상한 가격 협상을 통해 보험 적용을 결정하고 있다. 최초 등재 의약품(오리지널)에 대한 복제약(제네릭 의약품)이 등재되는 경우 보험 등재 순서에 관계없이 제네릭과 오리지널 의약품 모두 오리지널 의약품 가격의 53.55%로 조정하되, 1년 간 한시적으로 오리지널은 70%, 제네릭은 59.5%로 약가를 가산하여, 가격 인하를 완충하는 제도를 운영하고 있다('12. 1.~).

2020년 7월에는 제네릭 의약품의 난립을 방지하고 품질 관리를 강화하기 위하여 제네릭 산정의 기준요건을 도입하여, 1) 자체 생물학적동등성시험 혹은 임상시험 입증자료 제출 여부 및 2) 등록된 원료 의약품 사용 여부에 따라 약가를 차등 산정할 수 있도록 약가 제도를 개편하였다(약제의 결정 및 조정기준 [별표1] 개정). 이에 따라 동일 제제 제품이 19개 이하로 등재된 경우, 상기 기준요건 충족 수준에 따라 각각 오리지널 의약품 가격의 53.55%, 45.52%, 38.69%로 산정되고, 동일 제제 제품이 20개 이상인 경우에는 동일제제 상한금액 중 최저가와 38.69%로 산정되는 금액 중 낮은 금액의 85%로 산정된다.

아울러 보험급여의 적정 관리를 위해 임시적 약가 우대제도인 가산제도를 정비하여 가산 기간을 최대 5년으로 제한하고, 기준요건을 충족하는 경우만 가산을 연장한다. 합성 · 생물의약품의 가산 기간을 기본 1년으로 통일(기존 합성 1년, 생물 2년)하고, 동일제제 회사 수가 3개 이하인 경우 가산 기간을 최대 2년까지 연장할 수 있도록 하였다. 이후 추가적인 연장이 필요한 경우 별도 심의를 통해 최대 2년까지(1년 단위 심의) 가산 연장이 가능하다.

|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 시범평가를 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 있게 되었다.

|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 방안으로 추진)	-	-	고혈압 치료제	기타의 순환기계용약 등 5개 약효군	당뇨병약 등 41개 약효군

2020년에는 기등재 의약품 중 임상적 유용성이 미흡한 의약품 등에 대한 급여 적정성 재평가를 추진하여 콜린알포세레이트 성분 의약품을 대상으로 선정하고 재평가 시범사업을 실시하였다. 2021년에는 건강기능식품과 의약품으로 동시 사용되고 있는 제품 중 임상적 유용성이 불분명한 4개 성분 약제에 대해 재평가를 시행하고, 평가 결과 임상적 유용성이 미흡하여 급여 적정성이 없는 2개 성분을

약제급여목록에서 제외하였다. 나머지 성분에 대해서는 임상적 유용성이 인정된 범위로 급여 범위를 조정하거나, 급여를 유지하였으며, 앞으로도 건강보험 재정을 효율적으로 사용하기 위해 급여 적정성 재평가가 필요한 의약품을 지속적으로 발굴하여 평가할 계획이다.

|표 2-7-25| 급여 적정성 재평가 대상 성분

구 분	평가 대상 성분			
	2020	2021	2022	2023 (계획)
시범 평가	1개 성분	-	-	-
본 평가	-	5개 성분	6개 성분	8개 성분

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 agreement)란 효능 · 효과나 보험 재정 영향 등에 대한 불확실성(Risk)이 큰 의약품에 대해 환급 등의 방법으로 제약회사가 재정의 일부를 분담하는 조건으로 약제를 등재시켜 환자의 치료 접근성을 향상시키는 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 비소세포폐암, 전이성 유방암 및 난소암, 척수성 근위축증 치료제 등 63개 성분 109개 품목(2022년 12월 기준)이 위험분담제 적용을 받아 건강보험 적용을 받게 되었다.

또한, 임상적 유용성의 큰 개선이 입증된 혁신적인 약제의 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 요양급여 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, 약가협상을 생략('15. 5.)하고 예상청구금액 협상만을 진행하여 보다 빠른 등재가 가능하도록 하였고, 위험분담제도의 대상을 항암제, 희귀질환치료제 외 기타 중증질환치료제까지 적용될 수 있도록 관련 규정을 개정('19. 7.)하였다.

아울러, 위험분담제도를 적용중인 의약품의 후발 의약품도 환자 및 건강보험 재정에 도움이 되는 경우 위험분담계약을 적용하도록 대상을 확대하고, 식약처에서 3상 조건부로 허가를 받은 의약품 및 경제성평가면제 의약품은 각각 안정성 · 효과성에 대한 불확실성 해소, 환자의 부담 완화 및 재정 불확실성 해소를 위해 위험분담제를 적용하도록 규정을 개정('20. 10.)하였다.

항암제, 희귀질환 신약의 환자 접근성을 높이고자 '위험분담제도', '경제성평가 자료제출 생략 제도', '허가-평가 연계제도', '약가 협상생략 제도' 등을 운영하고 있으며 지속적으로 확대하고 있다.

특히, ’22년에는 생존을 위협하는 질환 관련 약제의 신속한 등재를 위해 심평원의 급여평가와 건보공단의 약가협상을 병행하는 ‘급여평가-약가협상 병행제도’를 도입하여 등재기간을 240일에서 180일로 60일 단축(’22. 12.)하였고, ’23년에는 동 제도를 기반으로 식약처 품목 허가와 급여 평가를 동시에 진행하는 ‘품목허가-급여평가-약가협상 병행제도’로 연계 · 확대하는 시범사업을 추진할 예정이다.

대체제가 없거나 생존을 위협하는 질환으로 환자수가 적어 경제성 평가가 수행이 곤란한 항암제 · 희귀질환치료제에 대하여는 경제성평가 자료제출 생략 가능제도 도입(’15. 5.)하여 운영 중이며 보건의료 질 향상을 위해 급여 필요성이 제기되는 항균제, 결핵치료제 등 국가필수의약품에 대해 대상을 확대(’20. 10.)한 바 있다. 이후 취약계층 보장성 강화를 위해 삶의 질이 극도로 떨어지는 소아 희귀질환자의 삶의 질 개선 입증 약제를 경제성평가 자료제출 생략 적용 대상에 추가하여 등재 절차가 신속히 진행되도록 개선하였다(’22. 12.).

이러한 신약의 건강보험등재제도 개선으로 신약의 혁신적 가치가 보험 약가에 반영되어 제약기업의 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 2022년까지 총 1,341개 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(60% 이상 또는 10% 이상 & 50억 이상) 증가한 경우 협상을 통하여 가격을 조정한다. 사용량 · 약가연동 협상을 통해 가격을 조정하는 경우 최대 인하율은 10%이며, 연간 청구 금액이 20억 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 재정절감 효과는 크지 않은 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 되도록 하였다. 또한 협상 제외 기준을 연간 3억 원 미만에서 15억 원 미만으로 상향 조정하였다.

2022년 4월 1일부터는 협상 제외 기준을 연간 청구액 15억 원 미만에서 20억 원 미만으로 상향하고 상한금액 산술평균가의 100분의 90 미만으로 조정하여, 재정영향이 큰 대형 품목이 협상에서 제외되지 않고 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 2-7-26| 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 오창현

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 요양기관의 저가 구매 노력뿐만 아니라 처방약 품목 수 절감, 저가약 처방 등 의약품 사용량 감소에 대한 노력까지 함께 고려하여 장려금의 형태로 요양기관에 반기별로 지급된다. 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 종합정보센터의 기능을 강화하여 상시 약가관리기전을 마련하였다.

|표 2-7-27| 반기별 처방조제 장려금 지급 현황

(단위 : 개소, 억 원)

연 도 (사업일 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
2020 상반기	11,959	2,380	7,612	557	1,822	629	1,193
2020 하반기	10,705	2,296	6,405	537	1,759	608	1,151
2021 상반기	10,154	2,463	5,926	573	1,891	659	1,232
2021 하반기	12,612	2,614	7,688	613	2,002	696	1,306
2022 상반기	14,558	2,695	8,861	640	2,055	724	1,331
2022 하반기	13,975	2,582	8,132	606	1,976	697	1,280

주 : 2022년 상반기는 2021년도 7월~12월 진료분, 2022년 하반기는 2022년도 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 추진되었다. 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, 개별기관의 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. 2022년도 실거래가 약가 인하를 통하여 총 3,829품목의 상한 금액을 평균 1.18% 인하·고시하는 등 2000년부터 2022년까지 총 3만 4천여 품목의 상한 금액을 인하하여 그 재정 절감액이 약 6,643억 원에 이를 예정이다.

|표 2-7-28| 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
2022	3,829	1.18	796

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 고시가에서 발생하는 약가 차액에 의한 이윤을 배제하고자 하였다. 그러나 요양기관 및 제약사 모두 상한금액 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 추구와 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 가중평균 가격을 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 출장 또는 서면으로 확인하는 것을 말하며, 매년 전체 요양기관 수 대비 약 1% 내외의 요양기관에 대하여 이루어지고 있다. 다만 2020년도에는 코로나19 확산에 따라 현지조사를 잠시 유예하였다가 '20년 9월부터 코로나 상황에서도 중단없이 조사를 진행할 수 있도록 기존 현장조사와 더불어 비대면 현지조사를 새롭게 도입하여 진행한 바 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.

집필자 보험평가과장 정재욱

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 86% 수준에 이르고 있다.

|표 2-7-29| 요양기관 현지조사 현황(총괄)

('22. 12. 기준, 단위 : 개소, 억 원)

연도	조사 기관 수	부당 사실확인 기관 수						부당 금액
		계	업무 정지	과징금	부당이득금 환수[1)]	처분 절차 중	기타	
계	1,831	1,577	39	56	424	1,033	25	451
2020	556	462	19	49	269	112	13	76
2021	665	588	18	7	151	406	6	175
2022	610	527	2	-	4	515	6	200

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 있다. 한편 건강보험제도 운용상 필요 분야나 사회적으로 문제가 발생한 사안 등에 대하여는 매년 항목을 특정하여 기획 조사를 실시하고 있으며, 2022년도에는 "비급여 대상 진료 후 진료비 이중청구" 항목으로 실시 한 바 있다.

아울러, 착오 청구 등 요양기관의 요양급여 비용 청구 행태를 개선하고자, 착오 등 부당청구 개연성이 있는 단순 · 반복적으로 확인되는 사항에 대하여 그 내역을 요양기관에 통지하면 요양기관은 스스로 부당을 확인하고 개선하는 「요양 · 의료급여비용 자율점검제도」를 지속적으로 추진하였고, 2022년도까지 40개 항목에 대해 실시하는 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 경우는 당해 업무정지 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.

2022년도에는 폐업기관에 대한 행정처분의 실효성 확보를 위해 「업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준」 고시를 개정하여 현지조사 대상 선정 후 현지조사 전에 폐업한 요양기관에서 발생한 위반행위도 직권으로 과징금을 부과 · 징수할 수 있도록 하였으며, 부당청구 경중을 고려하여 합리적인 처분이 이루어질 수 있도록 「요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형」 고시를 개정하여 행정처분심의위원회에서 위반행위 정도 등을 고려, 감경에서 감면까지 권고 가능하도록 하였다.

아울러, 요양급여 거짓 청구 근절을 위해 행정 처분을 받은 요양기관 중 거짓 청구가 과다한 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 2-7-30| 거짓 청구 요양기관 명단 공표 현황

('22. 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

공표 차수	공표 기관 수	공표 기간(6개월 간)	비고
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 종료
19차 공표	11개	2020. 1. 20. ~ 2020. 7. 19.	게시 종료
20차 공표	11개	2020. 8. 31. ~ 2021. 2. 28.	게시 종료
21차 공표	14개	2021. 2. 10. ~ 2021. 8. 9.	게시 종료
22차 공표	11개	2021. 9. 6. ~ 2022. 3. 5.	게시 종료
23차 공표	22개	2022. 2. 10. ~ 2022. 8. 9.	게시 종료
24차 공표	8개	2022. 9. 1. ~ 2023. 2. 28.	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 계도 · 예방 중심 관리로의 전환을 지속적으로 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 도입한 바 있다.

아울러, 그간의 요양기관 스스로 부당청구를 확인하고, 점검하는 자율점검에서 부당 개연성이 높은 요양기관에게 자발적으로 청구행태를 개선할 수 있도록 기회를 부여한 후 지속적 모니터링을 통해 개선이 미진한 기관을 대상으로 자율점검을 시행하는 청구행태 개선 유도형 자율점검("부당청구 예방형 자율점검") 방법을 추가하여 실시하였다. 이는 부당청구 개연성이 높은 요양기관의 분포 등을 고려하여 다기관 · 다발생 부당항목을 공개하고, 개선이 필요한 요양기관에 1차 개선요청을 하였음에도 동일한 청구행태를 보이는 기관을 대상으로 자율점검을 실시하는 새로운 방법이다. 청구행태 개선을 유도하는 부당청구 예방형 자율점검 시범사업은 제1차로 정맥내 일시주사('21. 10.~'22. 12)를 실시하였으며, 2022년에는 제2차 시범사업(관절천자-치료목적 '22. 8.~)을 진행 중에 있다.

3. 향후 계획

요양기관의 거짓 · 부당 청구에 대해 선제적으로 대응하고, 착오 청구에 대해서는 자율점검제도를 통해서 사전 · 계도 예방중심으로 관리체계를 강화해 나갈 계획이다.

이뿐 아니라 의약단체 등과의 적극적 협력을 통해 부당청구 사례 등을 요양기관에 주기적으로 안내 · 교육하는 등 부당 청구를 사전에 예방할 수 있는 다각적인 방안을 마련할 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 안전성 · 효과성 · 효율성 · 환자중심성 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 확대하였다. 또한, 2015년에는 국가 의료 질 향상을 위한 6대 영역 18개 목표를 설정하였고 그를 바탕으로 2017년에는 신규 평가항목 발굴 프로세스를 구축하였다.

* 국가 의료질 향상을 위한 6개 영역 목표(2015, 대한의학회) : ① 환자안전, ② 효과적인 진료, ③ 환자중심성, ④ 의료전달체계 구축을 통한 의료서비스 연계 강화, ⑤의료이용의 형평성, ⑥ 건강보험의 효율성

2022년에는 국민건강보험법 제47조의4(요양급여의 적정성 평가) 조항 신설 등 적정성 평가 수행의 법적 근거를 명확히 하고, 진료성과를 측정할 수 있는 핵심지표 위주로 평가지표를 간소화 하는 등 평가의 효율성을 제고하였다. 또한, 환자 중심의 평가를 위하여 영상검사, 입원일수 평가를 도입하고, 수혈, 마취, 약제 등 평가영역에서 환자안전 지표를 확대하였다.

|표 2-7-31| 요양급여의 적정성 평가 현황

구분	2019(35개)[1]	2020(35개)[1]	2021(35개)[1]	2022(37개)[1]
평가 영역	• 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 • 결핵 • 마취 • 치과 근관치료 • 신생아중환자실 • 정신건강 입원영역 • 중소병원	• 약제급여(4종) • 수술 진료량 • 급성심근경색증 • 급성기뇌졸중 • 관상동맥우회술 • 경피적관상동맥중재술 • 수술의 예방적 항생제 • 요양병원 • 혈액투석 • 의료급여 정신과 • 고혈압 · 당뇨병 • 대장암 · 유방암 • 폐암 · 천식 • 위암 · 폐렴 · 간암 진료 결과 • 만성폐쇄성폐질환 • 중환자실 • 병원 표준화 사망비 • 위험도 표준화 재입원비 • 환자 경험 • 결핵 • 마취 • 치과 근관치료 • 신생아중환자실 • 정신건강 입원영역 • 중소병원 • 수혈 • 우울증 외래	• 약제급여(4종) • 급성심근경색증 • 급성기뇌졸중 • 관상동맥우회술 • 경피적관상동맥중재술 • 수술의 예방적 항생제 • 요양병원 • 혈액투석 • 의료급여 정신과 • 고혈압 · 당뇨병 • 대장암 · 유방암 • 폐암 · 천식 • 위암 · 폐렴 · 간암 진료 결과 • 만성폐쇄성폐질환 • 중환자실 • 병원 표준화 사망비 • 위험도 표준화 재입원비 • 환자 경험 • 결핵 • 마취 • 치과 근관치료 • 신생아중환자실 • 정신건강 입원영역 • 중소병원 • 수혈 • 우울증 외래 • 치매(신규)	• 약제급여(4종) • 급성심근경색증 • 급성기뇌졸중 • 관상동맥우회술 • 경피적관상동맥중재술 • 수술의 예방적 항생제 • 요양병원 • 혈액투석 • 의료급여 정신과 • 고혈압 · 당뇨병 • 대장암 · 유방암 • 폐암 · 천식 • 위암 · 폐렴 · 간암 진료 결과 • 만성폐쇄성폐질환 • 중환자실 • 병원 표준화 사망비 • 위험도 표준화 재입원비 • 환자 경험 • 결핵 • 마취 • 치과 근관치료 • 신생아중환자실 • 정신건강 입원영역 • 중소병원 • 수혈 • 우울증 외래 • 치매 • 영상검사 · 입원일수 (신규)

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 ±1%에서 최고 ±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 2022년 현재 급성기뇌졸중, 수술의 예방적 항생제 사용, 외래약제(3항목), 혈액투석, 고혈압, 당뇨병의 총 8개 평가항목에 대해 가감지급사업을 실시하고 있다.

3. 향후 계획

2023년 요양급여 적정성 평가는 환자안전 및 환자중심성 영역의 평가를 강화하기 위해 신규 항목인 류마티스관절염을 포함하여 총 37개 항목에 대해 평가를 실시할 계획이다. 아울러, 국민 일상생활 및 삶의 질 향상과 밀접한 '슬관절 치환술, 고관절 치환술'에 대한 예비평가를 실시하여 평가 도입의 타당성과 평가방안을 검토할 예정이다.

또한, 의료기관 대상 다양한 평가의 평가지표, 결과 등 평가정보가 효율적 · 통합적으로 관리될 수 있도록 '병원평가 통합포털'을 구축할 예정이고, 종합병원 이상에 집중된 가감지급사업을 병 · 의원급 중심으로 개편 · 확대하여 의료전달체계에 적합한 요양기관 기능 · 역할을 강화하여 실질적인 의료 질 향상을 도모하고자 한다.

그밖에도 의료기관별 의료 질 격차 해소를 위한 교육 및 컨설팅 지원을 확대하고, 환자경험 평가 조사방법 다양화 방안을 마련하여 모바일 · 웹 조사의 성공적 도입을 위한 예비조사 수행 등 환자중심성 의료 질 향상을 위해 다각도로 검토할 계획이다.

Ⅲ 치료재료 가격 사후 관리

1. 개요

「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 2022년 15개 품목군(대분류군), 총 32,157개의 보험급여 품목(비급여 제외)에 달하고 있다.

치료재료에 대한 급여 비용은 2022년 약 4조1,051억 원으로 전체 건강보험 요양급여비용에서 차지하는 비중(4.24%)이 진료행위료 및 약품비에 비해 그 규모는 작지만 치료재료의 건강보험 요양급여 비용 청구 금액이 크게 증가('16년 2조4,707억 원→'22년 4조1,051억 원)하고 있어 체계적인 관리가 필요하다.

건강보험 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 상한금액 조정 및 치료재료 품목군 재분류, 요양급여 대상 여부 조정 등 치료재료 최초 등재 이후의 관리 업무를 수행하고 있다.

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 품목별 제조·수입원가에 판매 관리비, 영업 이익, 도매마진율, 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 공급단가와 구입 · 청구단가의 차액이 적발될 시에는 요양기관에 대한 부당이득의 징수 등 조치를 하고 있다.

|표 2-7-32| 최근 6년간(2016~2022) 치료재료 실거래가 현지조사 현황

(단위 : 개, %, 억 원)

연도	인하 품목 수	평균 인하율	보험 재정 절감 추정액	비 고
2016	707	29.5	117[1]	1회용 주사기, 생검용 포셉, 치과용 재료류 중 치과 임플란트(L75)[2], 중재적시술용군(J)
2017	-	-	-	인공관절군(E), 봉합용군(B), 일반재료군Ⅱ(L), 일반재료군Ⅲ(M)
2018	51	14.9	56.5[1]	골유합 및 골절고정용군 중 TRAUMA용 PLATE류(C5), 안 · 이비인후과용군 중 인공수정체(I1)[2]
2019	-	-	-	중재적시술용군 중 GUIDE WIRE류(J6), 일반재료군/외과 수술용 선택품목류 중 절삭기 품목(M204)
2020	16	2.8	1.2[1]	봉합용군 중 봉합사류(B0)
2021~2022	-	-	-	치과용재료류군 중 치과 임플란트(L75)[4]

주 : 1) 보험재정 절감 추정액
2) 해당 품목(비고란 품목)
3) 2020년은 코로나19 확산에 따라 서면조사 실시
4) 실거래가 현지조사 결과 상한금액 조정 검토 중('22. 12.~)

또한, 원가 조사는 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 대하여, 2014년 A군(핵의학검사용), C군(골유합 및 골절고정용), D군(관절경수술 관련 연부조직 고정용), G군(흉부외과용), H군(신경외과용), I군(안 · 이비인후과용), K군(일반재료Ⅰ)에 대해 조사를 실시하고 상한금액을 조정한 바 있으며, 2020년에는 「행위 치료재료 등의 결정 및 조정기준」 고시 개정('20. 12. 31.)을 통하여 원가자료 확인 및 상한금액 조정 등 위한 세부사항을 명확히 규정하였다.

|표 2-7-33| 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	핵의학검사용군(A), 골유합 및 골절고정용군(C), 관절경수술 관련 연부조직 고정용군(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. 9년간(2010년~2021년) 총 20,813품목을 재평가하여 품목군 및 상한금액 조정 등을 실시하였다.

2022년에는 4개 정액수가 품목을 재평가 할 것이다. ('21년 공고하고 검토한 복강경 · 흉강경 · 관절경 정액수가 포함)

|표 2-7-34| 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 미실시 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

연도	품목군	품목 수	보험 재정 절감 추정액
2020	• 골유합 및 골절고정용군(C5,6) • 관절경 수술 관련 연부조직 고정용군(D0) • 중재적 시술용군(J8) • 일반재료(Ⅰ,Ⅱ)군(K1,5)(L7)	1,587	7.6
2021	• 골유합 및 골절고정용군(C6) • 관절경 수술 관련 연부조직 고정용군(D0) • 중재적 시술용군(J8) • 흉부외과용군(G8) • 정액수가(N)	206	295

주 : 1) 2017~2018년 직권조정
2) 2020년 : C, D, J군의 일부 품목은 '21년 순차적 검토 품목으로 품목 수에서 제외
3) 2021년 : 정액수가는 '22년 순연검토 품목으로 품목 수에서 제외

3. 향후 계획

건강보험 재정 건전성을 확보하기 위해 치료재료 상한금액을 적정하게 관리할 수 있는 합리적이고 실효성 있는 방안을 검토하여, 중 · 장기적으로 치료재료 가격 사후관리 제도를 개선해 나갈 계획이다.

Ⅳ 건강보험 심판청구

1. 개요

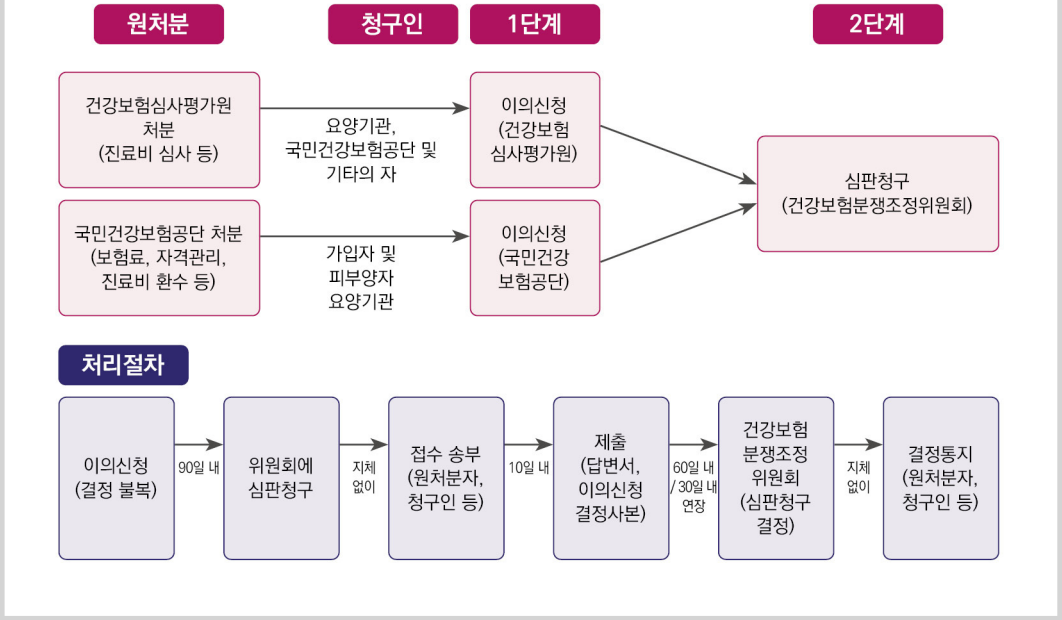
건강보험 심판청구는「행정심판법」에서의 사안의 전문성과 특수성을 살리기 위한 특별행정심판으로서 행정청(국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원)의 위법 · 부당한 처분 또는 그 밖의 공권력 행사 등으로 권리와 이익을 침해당한 자가 그 구제를 위하여 건강보험분쟁조정위원회(보건복지부)에 구제를 요구하고 동 위원회에서 이를 심판하는 쟁송절차를 말한다.

따라서 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원의 처분에 대한 이의신청 결정에 불복하는 자는 이의신청 결정을 받은 날부터 90일 이내에 보건복지부에 설치되어 있는 건강보험분쟁조정위원회에 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.

집필자 건강보험분쟁조정위원회 사무국장 변효순

|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. 2022년에는 대면회의 2회, 서면회의 96회 등 총 98회의 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 심리 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 마련하고, 단기 집중적인 인력투입을 통한 사건 해결을 위해 계약직 인력 10명을 운영할 수 있는 예산을 확보하는 한편, 2020년 소요정원을 1명 증원하였다.

2021년에는 사건검토의 책임성과 효율성을 제고하기 위해 장기미결 처리팀, 법정기한내 처리팀, 신속 처리팀 등 처리 유형별로 사건을 전담하는 소팀을 구성·운영하였으며, 이를 통해 전년 대비 6.7% 증가한 48,663건을 처리하였다.

2022년에는 처리유형별 전담팀 운영 강화로 관련사건 병합처리 등 사건처리의 속도 향상 및 검토의 일관성으로 사건처리의 효율화를 추진하였고, 쟁점있는 사건, 다청구 사건 등 심층 검토가 필요한 사건에 대한 대면 심리와 의료 및 법률 분야의 전문교육 실시로 심사역량을 강화하여 내실화를 기한 결과 전년 대비 4.3% 증가한 50,756건을 처리하였다.

나. 심판청구 처리 현황

2022년에는 심판청구가 35,580건이 접수되었고, 위원회 심리재결 50,416건, 자진 취하 340건 등 총 50,756건을 처리하였다. 위원회 재결 50,416건은 인용 16건, 일부인용 3,347건, 기각 43,107건, 각하 3,946건으로 구성되어 있다.

|표 2-7-35| 연도별 심판청구 접수 및 처리 현황

('22년 말 기준, 단위 : 건)

연도	접수 건수	처리 건수									
		총계	재결					취하			
			소계	인용	일부인용	기각	각하	소계	직권인정	자진	조정
2018	39,415	29,551	29,237	4,245	1,107	17,105	6,780	314	-	314	-
2019	56,229	37,604	36,078	183	1,350	26,279	8,266	1,526	-	1,526	-
2020	51,564	75,758	42,476	39	3,203	33,021	6,213	33,282	-	3,124	30,158
2021	33,772	48,663[1)]	47,271	27	2,607	39,186	5,451	1,392	-	1,392	-
2022	35,580	50,756	50,416	16	3,347	43,107	3,946	340	-	340	-

주 : 1) 처리건 수정 50,458 → 48,663(1,795건 제외 : 1,799건 중복, 4건 취하)

4. 향후 계획

행정심판 신속 · 효율 처리로 장기 · 누적 미결사건을 조속히 해소하여 심판청구 업무를 정상화하고 심판청구 요인 분석 등 불명확 · 부존재 급여기준 개선을 통해 분쟁의 사전 예방 및 근본적 권리구제를 위하여 노력하는 한편, 건강보험 및 의료 전 분야에 걸친 전문적인 심사인력 활용 및 부족 인력 확충을 지속 추진하여 행정의 적법성 및 합목적성 확보와 행정능률 보장으로 전문적인 심리 여건 마련을 위한 다각적인 방안 마련을 추진할 계획이다.

CHAPTER

제8장

국민건강 증진정책

제1절 건강 생활 실천
제2절 구강건강 증진
제3절 정신건강

제8장

국민건강 증진정책

제1절 건강 생활 실천

Ⅰ 지역사회 통합건강증진사업

1. 개요

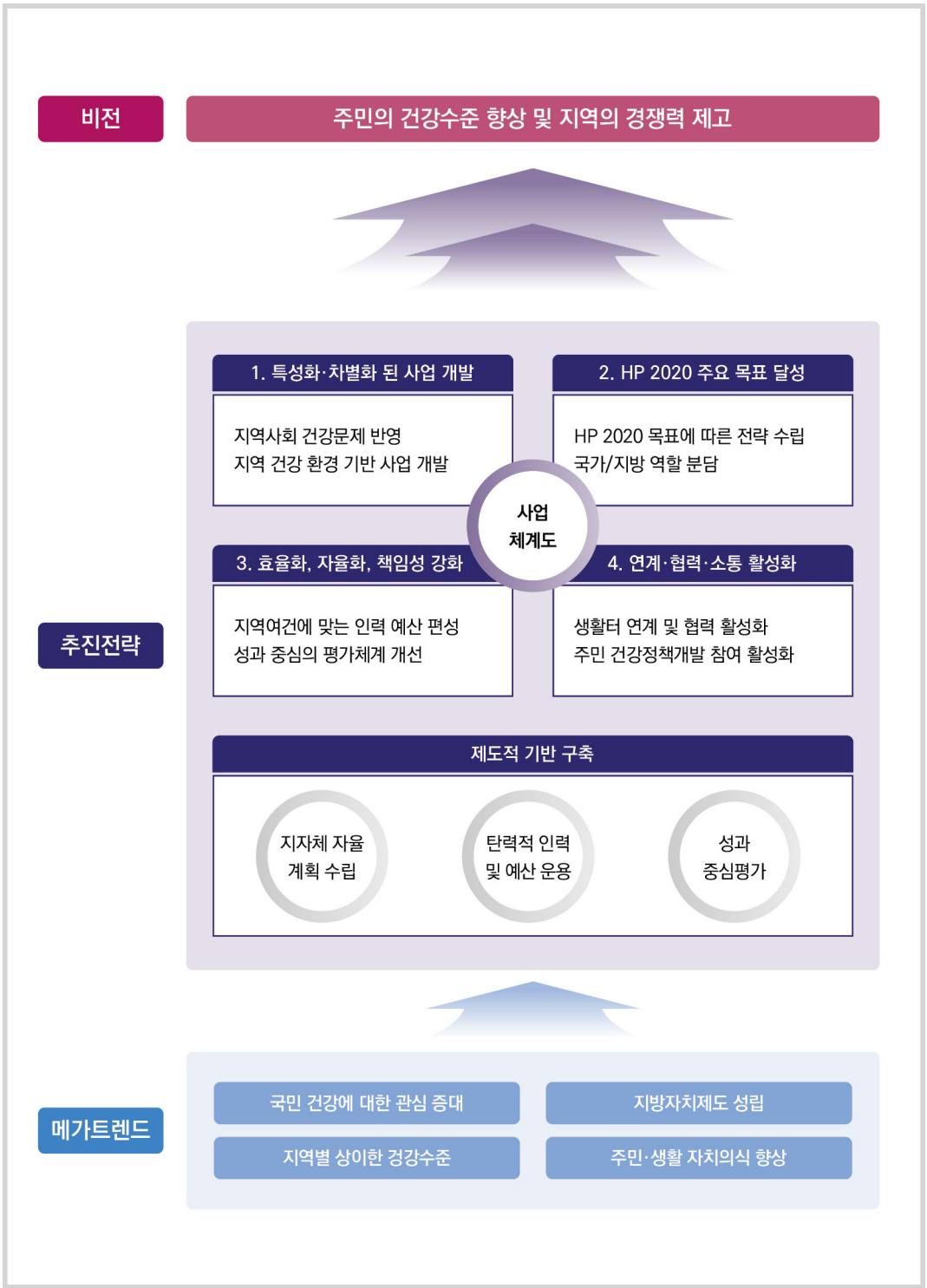
지역사회 통합건강증진사업은 지자체가 지역사회 주민을 대상으로 실시하는 건강 생활 실천 및 만성질환 예방, 취약계층 건강 관리를 목적으로 하는 사업을 통합하여 지역 특성 및 주민 수요에 맞게 기획·추진하는 사업이다.

지역사회 주민의 건강 수준 향상을 위한 사업을 지자체가 주도적으로 발굴하여 추진함으로써 지역 주민의 건강증진사업 체감도 향상을 목적으로 한다.

또한, 지역별 다양한 특성과 수요에 부합하는 차별적인 건강증진사업 개발 및 제4차 국민 건강증진 종합계획 목표 달성을 위하여 중앙정부와 지방정부가 협력하여 사업을 기획·운영한다.

집필자 건강정책과장 곽순헌

|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 책임성 있는 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 재원 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 전년도 사업 시행 결과를 토대로 우수 지자체 선정 및 포상을 통해 환류하고 우수사례를 발굴하여 지자체가 활용할 수 있도록 전파해 나가고 있다.

보건소에서 스마트폰을 통해 만성질환 위험군을 대상으로 맞춤형 건강관리를 제공하는 '보건소 모바일 헬스케어' 사업을 2016년 10개 보건소 1천 명을 대상으로 시범 실시하여, 2022년에는 180개 보건소에서 24천여 명을 대상으로 서비스를 제공하였다. 이는 보건소를 방문하기 어려운 청 · 장년층을 대상으로 건강관리서비스를 제공하여 보건소 건강증진사업의 외연을 확대하고 다양한 건강관리 수요에 효과적으로 대응할 수 있는 체계를 마련한 것으로, 향후 지속 확대 실시하여 국민 건강증진에 기여할 것으로 기대된다.

|표 2-8-1| 지역사회 통합건강증진사업 분야

사업 분야명	사업 유형	담당 사업부서
금연	• 흡연 예방 • 흡연자 금연 촉진 • 간접흡연 없는 환경(Smoke-free) 조성	건강증진과
절주	• 교육 및 홍보 • 조기선별 및 상담	건강증진과
신체 활동	• 생애주기별 교육 및 프로그램 제공 • 만성질환 예방을 위한 개인별 서비스 • 홍보 및 캠페인 • 환경 조성 • 지역사회 지원 및 연계 강화	건강증진과
영양	• 대국민 홍보 환경 조성 • 생애주기별 영양 관리(영양 플러스 포함)	건강증진과
비만	• 정보 제공 및 홍보 캠페인 • 만성질환 예방 및 비만 관리 • 생애주기별 주민 교육 • 취약계층 비만 예방 프로그램	건강증진과
구강보건	• 구강 건강 증진 • 구강병 예방진료 • 구강 건강 증진 및 구강병 예방 진료	구강정책과
심 · 뇌혈관질환 예방 관리	• 심 · 뇌혈관질환 홍보 • 만성질환 예방 관리	질병관리청(만성질환예방과) 건강정책과
한의약건강증진	• 질환별 한의약건강증진 • 생애주기별 한의약건강증진	한의약정책과
아토피 · 천식 예방 관리	• 아토피 · 천식 안심학교 운영 • 취약계층 아토피 · 천식환자 지원 • 아토피 · 천식 교육 • 아토피 · 천식 홍보	질병관리청 (만성질환예방과)

사업 분야명	사업 유형	담당 사업부서
여성 · 어린이 특화	• 임산부 등록 관리 • 산모 건강 관리 • 가임기여성 건강 증진 • 다문화가정 여성 · 어린이 건강 증진 • 영 · 유아 건강 증진	출산정책과
치매 관리	• 치매노인사례관리 • 치매검진	치매정책과
지역사회 중심 재활	• 장애인 재활 • 장애인 사회 참여 • 2차 장애 발생 예방	장애인건강과 국립재활원(공공재활의료지원과)
방문건강관리	• 건강 행태 개선 • 만성질환관리 및 합병증 예방 • 임산부 · 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 원인으로서 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. 2019년 국민건강보험공단의 연구 결과에 따르면 흡연으로 인한 진료 비용 등 사회적 비용만 한 해 12조 원이 넘는다. 그럼에도 불구하고 2021년 경제협력개발기구(OECD) 헬스데이터 기준('22년 발표, '20년 기준) 한국의 15세 이상 남성 흡연율은 27.8%로, OECD 회원국 중 6번째로 높은 수준(OECD 평균 20.2%)이나, 담배 가격은 OECD 회원국 중 6번째로 낮은 수준이다. 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

('20. 기준, 단위 : %)

국가	남성	여성	전체
미국	10.3	8.6	9.4
캐나다	11.3	7.6	9.4
오스트레일리아('19)	12.4	10.0	11.2
영국	15.3	13.7	14.5
OECD 평균	20.2	12.4	16.1
이탈리아	22.5	15.4	18.8
일본('19)	27.1	7.6	16.7
한국	27.8	3.9	15.9

※출처 : OECD, 「OECD Health Data 2022」

집필자 건강증진과장 정연희

|표 2-8-3| 그간의 국가 금연정책에 따른 흡연율 변화 추이

구 분	'04	'05	'06	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21
성인 남성 흡연율 (%)	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	35.7	34.0	31.3
가격 인상액 (원)	500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,000	-	-	-	-	-	-
예산 (억 원)	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	1,360	1,055	1,205

자료 : 1) 대한결핵협회, 전국 흡연율 실태조사, 각 연도
2) 한국갤럽, 흡연 실태 조사보고서, 각 연도
3) 보건복지부, 질병관리청, 국민건강영양조사. 각 연도('07.~)
4) 국가금연지원서비스에서 통합건강증진사업으로 보건소 금연사업이 분리됨.

|표 2-8-4| 담배 규제 및 금연지원정책 현황

구분	1980~	1995~2004	2005~2021
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, 가향물질 함유 표시 제한 등 • ('12) 음식점, PC방 등 공중이용시설 금연구역 확대, 담뱃갑 포장지 경고문구 강화, • ('14) 면적 100㎡ 이상 음식점 등 전면 금연 실시 • ('15) 담뱃갑 경고그림 표기 의무화법 공포('15. 6.) • ('16) 제1기 담뱃갑 경고그림 시행('16. 12.) • ('18) 제2기 담뱃갑 경고그림 시행('18. 12.) • ('19) 흡연 조장 환경 근절을 위한 금연종합대책 발표 ('19. 5.) • ('19) 액상형 전자담배 사용 자제 권고 및 안전관리 대책 발표('19. 10.) • ('20) 제3기 담뱃갑 경고그림 시행('20. 12.) • ('21) 국민건강증진부담금 부과대상에 연초의 잎이 아닌 다른 부분을 원료로 하는 신종담배도 포함 ('21. 8.) • ('22) 제4기 담뱃갑 경고그림 시행('22. 12.)
		• 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)

구분	1980~	1995~2004	2005~2021
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 폐해를 막기 위한 금연 환경을 조성하는 것이다. 추진 방향은 첫째, 가격 · 비가격 정책을 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.

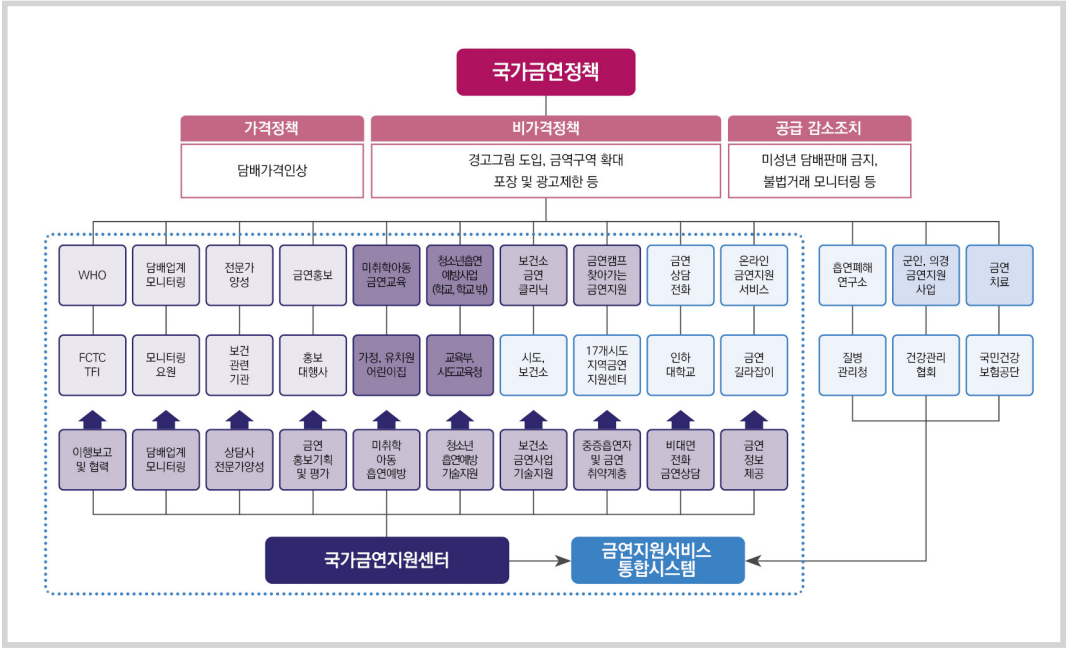
첫째, 담배 가격 인상, 흡연 경고그림 도입, 경고문구 표시 강화, 금연구역 확대, 담배광고 · 판촉 · 후원 금지 등 담배규제기본협약(FCTC)에서 권고하는 수준으로 규제를 강화하기 위해 법 · 제도를 정비한다.

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 수행기관과 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 따라 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 제공 업소, 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 강화 하였다. 전 세계 143개국 1,000여 명 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	• 공중이용시설 전체 금연구역 지정 • 금연구역 확대 : 국회, 법원, 공공기관, 지방공기업, 유치원, 도서관, 어린이놀이시설, 어린이 운송용 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	• 공공장소 내 흡연구역이 없어짐에 따라, 담배자동판매기 설치 허용 장소를 흡연구역에서 흡연실로 변경
흡연 경고 문구	• '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	• 연초 외의 식품이나 향기나는 물질을 담배 포장이나 광고에 사용 금지
과태료 부과	• 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 계도 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, 엽궐련, 각련 등 기타 담배 5종 및 물담배, 머금는 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 차질 없는 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 금연 구역이 확대되었고, 12월 23일부터는 담뱃갑 경고그림 표기가 제조 공장에서 반출되는 담배부터 적용되어, 현재는 시중에서 판매되는 모든 담배에 경고그림이 표기되어 있다.

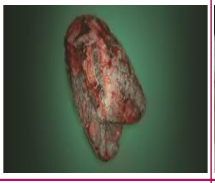
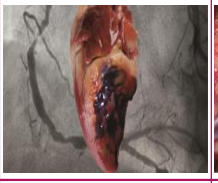
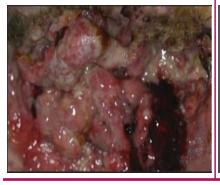
|그림 2-8-3| 제1기 담뱃갑 경고그림(11종)

1. 폐암	2. 후두암	3. 구강암	4. 심장질환	5. 뇌졸중
				
6. 간접흡연	7. 임산부 흡연	8. 성기능 장애	9. 피부노화	10. 조기 사망
				
11. 전자담배				
				

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 식품자동판매기업)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 궐련형 전자담배에도 암을 상징하는 경고그림을 부착하였다.

|그림 2-8-4| 제2기 담뱃갑 경고그림(12종)

1. 폐암	2. 후두암	3. 구강암	4. 심장질환	5. 뇌졸증
				
6. 간접흡연	**7. 임산부 흡연**	**8. 성기능 장애**	**9. 치아변색**	**10. 조기 사망**
				
11. 궐련형 전자담배	**12. 액상형 전자담배**			
				

2019년에는 제2기 담뱃갑 경고그림의 효과를 평가하고, 그 결과를 토대로 제3기 경고그림 제작 방향을 수립하였으며, 경고그림 및 문구를 신규로 개발하고, 실내 휴게공간이 있는 모든 식품자동판매기 영업소를 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 이행을 위해 노력하였다.

또한, 미국에서 액상형 전자담배 사용에 따른 폐 손상 발생 사례(E-cigarette, or Vaping product use Associated Lung Injury : EVALI)가 발생함에 따라 국민 건강보호를 위하여 선제적으로 액상형 전자담배 사용 자제 권고를 실시('19. 9.~)하고 기획재정부, 환경부, 여성가족부, 관세청, 국가기술표준원 등과 함께 범정부 상황대응반을 운영하여 액상형 전자담배 안전관리를 위한 대책을 수립 및 발표하고 이행을 위해 노력하였다.

2020년에는 전례 없는 신종 감염병 코로나19가 전 세계, 전국으로 확산되면서 방역을 위해 고군분투하였으며 담배규제 및 금연지원서비스도 코로나19 예방에 초점을 맞추어 추진되었다. 국내외 연구자료와 보건기관 권고문 등을 기반으로 담배 사용 시 코로나19 감염 및 예후에 취약하다는 정보를 국민에게 제공하기 위해 '흡연자에게 더 위험한 코로나19, 담배와의 거리두기 실천'이라는 정책 캠페인을 기획 및 시행하였으며, 금연지원서비스 역시 비대면으로 제공할 수 있도록 체계를 정비함으로써 금연을 원하는 흡연자에게 지속적으로 금연지원서비스가 제공될 수 있도록 노력하였다.

2020년 6월부터는 흡연과태료 감면제도 시행을 통해 과태료 납부 대상자가 일정 교육 또는 금연지원서비스를 받는 경우 과태료를 감면함으로써 흡연자들의 금연에 대한 동기를 부여하고, 교육 및 서비스 참여 활성화를 유도하고 있다. 또한 3월부터 금연지도원 자격기준을 보건 정책 관련 업무 수행 경력 3개월 이상인 사람에서 보건정책 관련 교육과정 4시간 이상 이수로 완화함으로써 금연구역 지정 · 관리 효율화를 도모하여 지역사회 금연환경 조성에 기여하였다.

2020년 12월에는 담배제품의 위해성 경고효과 제고를 위하여 제3기 담뱃갑 경고그림 및 문구로 교체 하였다. 경고그림 3종(후두암, 성기능장애, 궐련형 전자담배)은 현행 그림이 효과성 점수가 높거나 질환에 대한 직관적 이해도가 높은 점을 고려하여 유지하고, 경고그림 9종(폐암, 구강암, 심장질환, 뇌졸중, 간접흡연, 임산부흡연, 조기사망, 치아변색, 액상형 전자담배)은 효과성 등 종합평가 점수 및 익숙함 방지 필요성 등을 고려하여 새로운 경고그림으로 교체하였다. 경고문구는 문구가 표기되는 담뱃갑의 면적이 작은 점을 감안하여 문구의 전달력을 높이기 위해 보다 간결하게 표현하였다.

|그림 2-8-5| 제3기 담뱃갑 경고그림(12종)

1. 폐암	2. 후두암	3. 구강암	4. 심장질환	5. 뇌졸중
				
6. 간접흡연	**7. 임산부 흡연**	**8. 성기능 장애**	**9. 치아변색**	**10. 조기 사망**
				
11. 궐련형 전자담배	**12. 액상형 전자담배**			
				

아울러 ’19. 5월 발표된 금연종합대책에 따라 아동 · 청소년의 미디어 매체를 통한 담배, 흡연장면 노출의 부정적 효과를 최소화 하고자, 흡연장면이 노출되는 영상물에 대한 건강경고문구 개발 추진 등 도입기반을 마련하였다.

2021년 3월~12월에는 제4기 담뱃갑 경고그림 및 문구 신규 개발을 위하여 제3기 담뱃갑 경고그림 및 문구(2020. 12. 23. 시행) 교체 효과평가 조사를 실시하고 이를 토대로 제1차 금연정책전문위원회를 개최하여 향후 담뱃갑 경고그림 및 문구 교체 방향을 심의하였다.

한편, 2021년 6월에는 2020년 9월 정부가 신종담배 관리 강화를 위해 발의하였던 국민건강증진법 일부법률개정안이 통과되었다. 연초(煙草)의 잎이 아닌 줄기, 뿌리 등 다른 부분을 원료로 하는 담배유사 제품에도 국민건강증진부담금을 부과하도록 하였으며(’21. 8월) 이를 통해 관련 제품의 제조 · 수입 · 유통현황의 파악 및 관리를 강화하였다. 이와 관련하여 국민건강증진법 시행령 일부 개정(’21. 11월)을 통해 담배의 구분에 따른 정의를 ‘잎담배’에서 ‘연초’, ‘담배’를 ‘담배와 이와 유사한 형태의 담배’로 수정하여 의미 명확화 및 신종담배 대응 기반을 마련하였다.

아울러, 2021년 비대면 금연지원서비스의 전문성 및 질 관리를 강화하고, 금연지원 서비스 간의 통합 · 연계 제공을 확대하기 위해, 대표적인 금연지원서비스인 금연상담전화(1544-9030) 및 온라인 금연지원서비스(금연길라잡이, www.nosmokeguide.go.kr) 사업을 한국건강증진개발원 국가금연지원센터로 지정 · 위탁하였다.

2022년에 12월에는 건강경고 효과성과 익숙함 방지를 위한 교체 필요성 등을 종합적으로 고려하여 제4기 담뱃갑 경고그림을 시행하였다. 12종의 경고그림(궐련 10종, 전자담배 2종) 중에서 액상형 전자담배 1종을 제외한 모든 주제의 경고그림을 교체하였고, 주제별 특성에 맞게 건강위험에 대한 표현을 강화하였다. 액상형 전자담배는 제3기 경고그림에 대한 대국민 효과성 평가 점수가 높고, 직관적으로 이해하기 쉬운 점 등을 고려하여 기존 그림을 유지했다. 경고문구는 흡연으로 발생할 수 있는 질병 및 건강위험을 명확하고 간결하게 강조하였다.

|그림 2-8-6| 제4기 담뱃갑 경고그림(12종)

1. 폐암	2. 후두암	3. 구강암	4. 심장질환	5. 뇌졸중
				
6. 간접흡연	**7. 임산부 흡연**	**8. 성기능 장애**	**9. 치아변색**	**10. 조기 사망**
				
11. 궐련형 전자담배	**12. 액상형 전자담배**			
				

나. 생애주기별 국가 금연지원서비스 확대

2015년 담배 가격 인상 후 늘어난 재원을 금연사업에 투입하여 국가금연지원서비스 예산이 대폭 확대되었다('14. 112억 원→'19. 1,055억 원). 이전까지 보건소 금연클리닉과 금연상담전화에 기반한 공급자 중심의 단순 서비스가 제공되었다면, 2015년부터는 지역별 거점병원을 지역금연지원센터로 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 2022년 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	-	-
2022	241	25	334	221	38	174	60

주 : 금연치료사업은 건강보험사업 예산으로 424억 원을 별도 편성하고, 의료급여수급권자 및 건강보험료 하위 20% 이하 대상자들은 저소득층의 본인부담 경감을 위해 국비 60억 원을 통해 직접 지원('22년)

1) 먼저 흡연 시작을 방지하기 위한 예방사업에 대한 투자가 대폭 확대되었다. 인지기능이 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·보육기관의 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 흡연위해예방교실'을 운영하고 있다('16년 10,163명, '17년 31,695명, '18년 40,032명, '19년 48,437명, '20년 58,610명, '21년 130,823명, 22년 146,679명). 아울러, 호기심 많은 청소년들의 흡연 시작을 차단할 수 있도록 전국 11,200여개 모든 초·중·고등학교에서 흡연예방교육프로그램을 실시하고 있다. 초기에는 대도시를 중심으로 프로그램 추진 의향이 있는 일부 학교만 실시하였으나 2015년부터는 전국 학교에서 실시함으로써 예방 교육의 접근성을 크게 확대하였다. 담배규제정책 강화와 더불어 학교흡연예방사업 추진을 통해 청소년 흡연율은 2015년 7.8%에서 2022년 4.5%로 감소하였다.

2) 전국 258개 보건소에서 실시된 금연클리닉은 각 보건소의 금연상담사가 흡연자 특성에 맞게 6개월 간 9회 금연상담(행동요법)과 니코틴 대체요법(니코틴 패치, 니코틴 껌, 니코틴 캔디)을 제공 하고 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. 다만, 코로나의 영향으로 등록자는 2020년 165,482명, 2021년에는 146,611명으로 감소하였으나, 2022년 154,702명으로 다시 소폭 증가하였다. 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	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
등록자 수(명)	404,163	439,971	574,108	411,677	424,636	368,274	358,966	165,482	146,611	154,702
6개월 금연 성공률(%)	60.5	49.2	44.8	41.7	38.5	37.1	35.1	31.4	33.2	33.0

3) 금연상담전화(1544-9030)는 보건소 방문이 어려운 직장인, 흡연 여부를 밝히기를 꺼리는 여성 · 청소년들의 금연지원서비스의 접근성을 높이기 위해 제공되며, 대상자별(남성, 여성, 청소년) 흡연특성과 금연 동기화 상태를 고려하여 금연일정을 상의한 후 단기, 장기 프로그램으로 7일, 30일, 100일, 1년 프로그램을 통한 전화상담 서비스를 제공하여 등록자가 금연을 유지하고 금단증상을 극복하는 데 도움을 주고 있다. 또한, 금연치료지원사업 참여자 중 상담 연계된 대상자에게 상담 서비스 제공 및 다양한 금연지원서비스 안내로 금연 실천을 유도하고, 타 국가금연지원서비스간의 이용자 연계 및 과태료 감면제도 이용자 대상 금연 프로그램을 제공하는 등 금연상담 연계서비스를 제공하고 있다. 2022년 금연상담전화 상담 제공건수(아웃바운드)는 월 평균 21,903건이다.

4) 2015년부터 보건소뿐만 아니라 병의원에서 금연상담을 하고 고도 흡연자에 대해서는 금연전문의약품을 처방할 수 있는 금연치료사업을 실시하였다. 인근 병의원에 방문하면 누구나 전문 금연치료 혜택을 받을 수 있어, 바쁜 일상생활로 국가지원서비스 혜택을 받기 어려웠던 30~40대들의 접근성을 크게 높였다. 국민건강보험을 활용하여 424억 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. 금연치료 지원사업의 경우, 본인부담금 면제 등 제도 개선을 통해 2022년에는 3만 6천명이 참여하였다.

5) 군부대라는 특수한 환경에서 생활하는 군장병 대상 흡연율 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 집중지원부대에 초점을 맞추었고, 군 병원 상담을 신설하였다. 2020년 군부대 환경 변화(코로나19로 방문제한, 휴대폰 사용 가능)에 따라 군의경 금연길라잡이(모바일앱) 신규 도입 및 군인 대상 금연상담전화 신설로 비대면 상황에 안정적인 금연지원서비스 제공 기반을 마련하였고. 2021년 비대면 금연서비스를 확대하여 온라인 흡연예방 및 금연교육, 군 금연서포터즈 확대운영, 비대면 방문 금연차량 운영 등을 실시하였다.

6) 17개 시·도별 거점병원을 중심으로 지역금연지원센터를 지정하여 지역사회 내 최종 금연치료기관으로서의 역할을 수행하도록 하였다. 금연지원서비스 사각지대에 놓인 위기청소년, 장애인, 여성, 중소규모사업장 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 2016년 17,416명, 2017년 22,262명, 2018년 21,412명, 2019년 21,592명, 2020년 11,979명, 2021년 17,228, 2022년 16,365명에게 찾아가는 금연서비스를 제공하였다.

또한, 중증 흡연자에 대해서는 전문 입원치료 프로그램인 4박 5일 전문치료형 금연캠프 과정을 운영하고 있으며, 2019년까지 금연 의지는 있으나 생업 등으로 전문형 금연캠프에 참여하기 어려운 흡연자를 위해서는 1박 2일 일반지원형 금연캠프를 운영하였다. 그리고 2017년부터 병의원 입원환자 대상의 금연지원서비스를 제공하고 있다. 이를 통해 2016년 5,664명, 2017년 5,896명, 2018년 7,282명, 2019년 8,353명, 2020년 5,216명, 2021년 5,628명, 2022년 6,471의 흡연자가 금연캠프를 수료하였다.

우리나라의 금연지원서비스는 2019년 세계보건기구가 발간하는 제7차 세계흡연실태보고서(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→'22. 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 금연의 긍정적인 효과를 전달하여 금연의 가치와 자발적 금연 참여를 강조하는 방식으로 전개하였다. 대국민 금연정책 홍보도 강화하여 신종담배의 이슈에 대응하는 전자담배의 유해성 전달, 다양한 국가금연지원서비스를 소개하는 방향의 금연캠페인 전개를 지속하면서 흡연자의 금연을 독려하였다.

가장 최근에는 금연캠페인의 범위를 "담배 끊기"에서 "담배 시작하지 않기"로 확장하는 청소년 흡연예방 메시지를 전개하였다. 이에 2020년에는 "담배는 노답(No答), 나는 노담(No담배)"을 주제로 청소년 스스로 비흡연을 선택한 주체라는 인식을 부여하는 메시지를 전달하였다. 그리고 2021년에는 한 발 더 나아가 "노담이면 좋겠어. #진심 #노담"을 주제로 노담을 친구에게도 권유하는 문화를 만들고 노담에 대한 청소년들의 세대 공감 및 연대감을 형성하고 확산하고자 하였다. 2022년에는 "노담♥MEMBERS"를 주제로 이미 청소년들 사이에 확산된 노담문화를 공고히 하는 한편, 계속해서 자발적으로 노담을 다짐하고 또래집단끼리 서로 공유할 수 있도록 독려하였다.

"노담♥MEMBERS"이라는 슬로건 하에 연간 총 3차례의 금연광고 캠페인을 기획 및 제작하여 TV, 라디오, 온라인, 옥외 등 다양한 매체를 통해 전국적으로 송출하였다. 상반기에는 '괜찮은 담배는 없습니다. 나에게도, 남에게도' 메시지와 함께 흡연자, 비흡연자 모두를 위협하는 전자담배의 위험성을 강조하였다(1차 금연광고). 또한 하반기에는 스스로 담배에 지지 않은 첫 번째 노담 세대인 청소년들을 '노담멤버스'로 칭하여 자긍심을 가지고 주변 친구들에게 함께 할 것을 권유하는 독창적인 흡연예방 문화를 확산하고(2차 금연광고), 연말에는 새해 계획으로 금연을 고려하고 다짐하는 흡연자들에게 국가금연지원서비스를 알리고, 금연에 대한 자신감을 높이고 주변에 금연을 응원하고 돕는 주변인들을 '금빛조연'으로 표현, 금연을 독려하는 캠페인을 전개하였다(3차 금연광고).

지역과 캠퍼스 내 금연 분위기를 조성하고 대학생이 금연운동의 중심에 설 수 있도록 2007년부터 대학생 금연서포터즈를 운영하였다. 2022년 전국 87개 팀 416명이 수료한 보건복지부 16기 대학생 금연서포터즈는 대학생만의 창의적인 아이디어를 바탕으로 독창적인 금연캠페인을 진행하였다. MZ세대 선호 분야 맞춤형 콘텐츠를 제작하여 온라인 내 지속적인 확산을 유도하였는데, 구체적으로 엔터&일상, 헬스&푸드, 게임, 패션&부티 4개 분야에 대한 미션별 온라인 콘텐츠 제작을 통해서 관심을 높이고자

했고, 담배에 대한 오해와 진실 알리기, 국가금연지원서비스 알리기 등 정책 콘텐츠 제작 등을 통해서 시의성 있는 이슈의 온라인 확산을 전개하였다.

전체적인 연간 캠페인은 캠페인 사이트를 중심으로 홍보하고 콘텐츠를 축적하여 노담 경험을 공유하고 참여와 소통의 공간을 통해서 '흡연예방' 캠페인의 확산을 극대화 하고자 했다. 이에 모바일과 온라인 등 뉴미디어 중심의 매체 이용 변화를 고려하여 전통매체와 뉴미디어를 포괄하는 통합 캠페인을 지향하였고, 특히 '노담♥MEMBERS' 캠페인을 통해서 청소년들이 자발적으로 노담멤버스에 가입하고, 서로 노담을 다짐하고 약속하는 모습을 유쾌하게 표현함으로써 노담멤버스 캠페인에 대한 청소년들의 관심과 참여를 확산하였다. 또한 뉴미디어 채널을 활용하여 자발적 확산을 유도하였다. 또한 뉴미디어 채널을 활용하여 매체 · 내용 차별화를 통한 맞춤형 홍보를 강화하였는데, 다양한 인플루언서 및 민간기업 협업한 콘텐츠 제작 및 배포와 함께, SNS채널(페이스북, 유튜브, 인스타그램)의 주기적인 금연 관련 콘텐츠를 게시하는 등 맞춤형 홍보를 통해 높은 성과를 올릴 수 있었다.

|그림 2-8-7| 국가금연캠페인 슬로건 및 주요 이미지



3. 향후 계획

국민 건강 증진을 목표로 금연정책을 지속적으로 강화한 결과, 성인 남성 흡연율은 2012년 43.7%에서 2021년 31.3%까지 감소하였으며, 청소년 흡연율은 2014년 9.2%에서 2021년 4.5%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, 질병관리본부(現.질병관리청)에 흡연연구소 설치 등 선진국 수준의 제도 틀을 갖추어 향후 금연정책의 지속적인 추진 기반을 마련한 것 또한 큰 성과이다.

향후에도 2030년 성인 남성 흡연율 25% 달성('18. 36.7%)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 음주폐해예방관리

1. 현황 및 추진 전략

가. 현황

알코올은 중독물질이며 1군 발암물질로 각종 질병과 암 발생의 원인이 되며, 개인과 사회에 심각한 부담을 초래하고 있다. 세계보건기구(WHO) 발표에 따르면 2016년 기준 전 세계 사망의 5.3%, 즉 300만 명이 음주와 관련하여 사망한다. 2021년 국민건강보험공단의 연구에 의하면 음주로 인한 사회경제적 비용은 2019년 기준 15조 806억 원으로, 2013년 기준 9조 4,524억 원에서 크게 증가하였다. 또한, 음주는 사용자뿐만 아니라 음주운전, 주취폭력 등 타인에게 큰 폐해를 미치고 있다. 도로교통공단과 대검찰청 자료에 따르면, 2020년 기준 우리나라 교통사고 사상자의 약 9.2%는 음주운전이 원인이며, 전체 강력범죄(흉악)의 약 26.1%는 주취상태에서 발생한다.

2019년 우리나라 15세 이상 1인당 알코올 소비량은 8.3L로 OECD 평균(8.8L)보다 다소 낮은 수준을 보이고 있다. 2020년 성인의 월간음주율은 전체 58.9%, 고위험음주율은 14.1%를 기록하고 있으며, 청소년 현재음주율은 2021년 기준 10.7%이지만, 현재 음주자 2명 중 1명 정도가 위험음주자이다. 기존에는 알코올 중독자에 대한 관리에 정책의 초점이 맞추어져 있었으나, 2020년부터 예방적 건강관리의 측면에서 알코올 정책을 접근하고 있다.

|표 2-8-8| 성인 음주통계(2012~2020)

(단위 : %)

음주 \ 연도		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
월간음주율[1]	전체	57.9	60.2	60.0	60.6	61.9	62.1	60.6	60.8	58.9
	남자	73.6	75.3	74.4	75.2	75.3	74.0	70.5	73.4	70.2
	여자	42.9	45.7	46.4	46.5	48.9	50.5	51.2	48.4	47.8
고위험음주율[2]	전체	13.9	12.6	13.5	13.3	13.8	14.2	14.7	12.6	14.1
	남자	21.9	19.7	20.7	20.8	21.2	21.0	20.8	18.6	21.6
	여자	6.0	5.5	6.6	5.8	6.3	7.2	8.4	6.5	6.3
월간폭음률[3]	전체	33.0	37.4	37.5	38.7	39.3	39.0	38.9	38.7	38.4
	남자	53.4	53.2	53.1	54.2	53.5	52.7	50.8	52.6	51.9
	여자	22.9	21.9	22.5	23.3	25.0	25.0	26.9	24.7	24.7

※출처 : 질병관리청(2022), 2020 국민건강통계

주 : 1) 월간음주율 : 최근 1년 동안 한 달에 1회 이상 음주한 분율
2) 고위험음주율 : 1회 평균 음주량이 7잔(여자 5잔) 이상이며, 주 2회 이상 음주하는 분율
3) 월간폭음률 : 최근 1년 동안 월 1회 이상 한 번의 술자리에서 남자의 경우 7잔(또는 맥주 5캔) 이상, 여자의 경우 5잔(또는 맥주 3캔) 이상 음주한 분율

|표 2-8-9| 청소년 음주통계(2014~2021)

(단위 : %, 세)

음주 \ 연도		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
현재음주율[1]	전체	16.7	16.7	15.0	16.1	16.9	15.0	10.7	10.7
	남자	20.5	20.0	17.2	18.2	18.7	16.9	12.1	12.4
	여자	12.6	13.1	12.5	13.7	14.9	13.0	9.1	8.9
현재음주자의 위험음주율[2]	전체	47.5	50.2	50.4	51.3	52.5	52.2	49.0	45.5
	남자	46.1	48.2	49.1	48.5	48.9	48.4	46.2	42.5
	여자	49.9	53.6	52.3	55.4	57.3	57.4	52.9	49.8
처음 음주 경험 연령[3]	전체	12.9	13.1	13.2	13.2	13.3	13.2	13.4	13.2
	남자	12.8	12.9	13.0	12.9	13.0	12.9	13.2	13.0
	여자	13.1	13.3	13.5	13.5	13.7	13.5	13.7	13.6
구매 시도자의 주류 구매 용이성[4]	전체	77.1	80.4	72.4	67.2	75.4	66.2	63.5	71.3
	남자	77.0	79.7	71.8	66.6	75.1	66.6	64.1	69.4
	여자	77.5	81.8	73.3	68.0	75.9	65.7	62.4	74.8

※출처 : 질병관리청(2022), 2021년 청소년건강행태온라인조사

주 : 1) 현재음주율 : 최근 30일 동안 1잔 이상 술을 마신 적이 있는 사람의 분율
2) 현재음주자의 위험음주율 : 현재 음주자 중에서 최근 30일 동안 1회 평균 음주량이 중등도 이상(남자 : 소주 5잔 이상, 여자 : 소주 3잔 이상)인 사람의 분율
3) 처음 음주 경험 연령 : 평생 음주 경험자 중에서 처음으로 1잔 이상 술을 마신 연령 평균
4) 구매 시도자의 주류 구매 용이성 : 구매 시도자 중에서 최근 30일 동안 편의점이나 가게 등에서 술을 사려고 했을 때 '많이 노력', '조금만 노력' 또는 '노력 없이도 쉽게' 살 수 있었던 사람의 분율

나. 목적 및 추진 전략

음주폐해예방관리의 목적은 절주 환경 조성을 통해 술이 개인과 사회에 미치는 폐해를 줄이는 것이다. 추진방향은 음주에 대한 규제를 강화하여 일상 속 음주조장환경을 개선하고, 절주와 관련한 홍보와 교육을 통해 음주에 관대한 문화와 인식을 변화시키는 것이다.

음주폐해예방관리의 추진 전략은 다음과 같다. 첫째, 공공장소 음주제한, 경고문구 표기 강화, 음주장면 및 주류광고 규제 강화, 청소년에 대한 주류판매 단속 강화 등 주류에 대한 규제를 강화하기 위해 법·제도를 정비한다. 둘째, 음주폐해 심각성에 대한 정확하고 비판적인 인식을 제고하고 절주생활 실천 유도를 위해 TV 공익광고, 온라인, 모바일 등 다양한 공중 캠페인 및 교육 실시를 통해 음주에 관대한 사회적 인식을 개선한다.

2. 세부 추진내용

가. 음주조장환경 개선을 위한 제도 마련

2018년 세계보건기구(WHO)는 음주폐해예방 및 감소를 위한 실행전략(SAFER)을 수립하여 각 국가에서 시행해야 하는 전략을 제시하였다. 주요 내용은 주류의 이용가능성 제한 강화(Strengthen restrictions on alcohol availability), 음주운전 방지를 위한 수단 강화(Advance and enforce drink driving counter measures), 음주 문제 선별 및 치료 접근성 확대(Facilitate access to screening, brief interventions and treatment), 주류광고·후원에 대한 금지 혹은 제한 강화(Enforce bans or comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion), 세금 및 가격정책을 이용한 주류가격 인상(Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies) 등이다.

우리나라의 주류관련 규제는 「국민건강증진법」, 「도로교통법」, 「청소년 보호법」 등에 의해 진행되고 있다. 주류광고 준수사항을 규정하고 주류광고에 대한 모니터링을 통해 위반 여부를 파악하고 있다. 또한, 주류광고와 주류용기에 경고문구 표기를 의무화하고 있다. 음주운전 금지나 청소년 판매금지 등을 제도화하고 있으며, 지자체 금주구역을 지정하고 운영할 수 있다.

2016년에는 음주로 인한 건강 위해성을 알리기 위해 주류용기에 표기하는 과음경고문구를 강화하였다. 2018년에는 「음주폐해예방 실행계획」을 수립하여 4개 분야 12개 과제를 도출하였다. 특히, 음주조장 환경 개선을 위한 제도 마련 과제를 제시하여 공공장소 금주구역 지정 등 주류접근성 제한, 광고 환경 변화에 따른 주류광고 규제 개선 등의 목표를 수립하였다.

이에 따라 2020년 「국민건강증진법」이 개정되어 지자체 조례로 관할구역 내 금주구역을 지정할 수 있도록 규정하였으며, 시행령에서 규정하고 있던 주류광고의 기준의 일부를 법률로 상향하고 주류광고 시정명령 미이행 시 벌칙 기준을 상향하였다(100만 원 이하의 벌금 → 1년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금). 이후, 2021년 「국민건강증진법 시행령」을 개정하여, 주류광고 시간대 제한(07~22시 광고 금지) 매체, 주류광고를 게시·송출할 수 없는 교통수단 및 시설을 확대하는 등 주류광고 매체에 대한 규제를 강화하였다.

|표 2-8-10| 국민건강증진법 주요 개정 사항('21. 6. 30. 시행)

구 분	주요 내용
주류광고 제한·금지 특례	• 주류광고의 의무 주체 명시(주류제조면허나 주류 판매업 면허를 받은 자 및 주류를 수입하는 자) • 주류 광고 또는 그에 사용되는 광고물의 준수사항 법률 상향 * 법 제8조제4항에 따른 경고문구의 광고 표시 등 • 보건복지부장관의 시정 요구 및 금지 명령 조항 위반 시 벌칙 강화 (100만 원 이하의 벌금 → 1년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금)
금주구역 지정	• 지자체 조례로 금주구역 지정·운영 권한 부여 • 금주구역 내 음주 금지 및 위반시 과태료(10만 원 이하) 부과
절주문화 조성 및 알코올 남용·의존 관리	• 절주문화 조성을 위한 정책 수립 등의 자문을 위한 음주폐해예방위원회 설치 • 5년 주기로 알코올 남용·의존 실태조사 실시

나. 절주캠페인 홍보 실시

관대한 음주문화에 대한 사회적 인식 개선을 위해 대국민 절주캠페인 홍보 및 교육을 실시하고 있다.

특히 2020년~2021년에는 "이젠 뒤집잔! 술과 거리두기 #즐거움이 더 가까워집니다."라는 주제 하에 TV 공익광고를 제작하였다. 사회적 거리두기로 혼술과 홈술이 증가하는 상황에서 음주 대신 요리나 운동 등 다양한 활동을 통해 즐겁고 건강하게 개인 여가시간을 보내자는 메시지를 전달함으로써 자발적인 절주를 유도하였다.

대학과 지역사회의 절주문화 확산에 기여하기 위해 대학생 절주서포터즈를 운영하고 있다. 2021년 절주서포터즈는 전국 42개 대학, 50팀 650여 명이 선발되어 활동하였으며, 지역사회 유관기관과의 연계 캠페인 활동 수행, 공공장소 주류광고 또는 미디어 음주장면 모니터링, 카드뉴스, 포스터 등 SNS 홍보 등 캠퍼스 및 지역사회 중심 절주캠페인을 전개하였다.

연말연시 음주로 인한 사건·사고가 증가함에 따라 이를 사전에 대응하기 위해 2008년부터 매년 11월을 음주폐해예방의 달로 지정하여 활동하고 있다. 매년 11월에는 홍보 캠페인과 연계하여 음주폐해 예방의 달이 운영되고 있으며, 지역사회 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터, 보건복지부 절주 서포터즈 등과 연계하여 캠페인을 추진하고 있다.

3. 향후 계획

2020년 「국민건강증진법」의 개정, 2021년 하위법령(동법 시행령, 시행규칙) 개정으로 음주조장 환경 개선을 위한 제도적 기반이 마련되었다. 향후 공공장소 금주구역의 효과적인 운영, 주류광고 기준의 내실화 등 제도 보완을 통해 실효성 있는 정책 추진을 도모할 예정이다.

또한, 절주 캠페인 홍보 지속을 통해서 음주에 관대한 사회 문화적 인식개선을 위해 지속적으로 노력할 계획이다. 2022년에는 "공공장소 금주구역, 고맙습니다."라는 주제로 TV 공익광고를 송출하여 국민을 대상으로 공공장소 금주구역의 필요성을 전달하고, 자발적인 참여를 유도할 예정이다.

Ⅳ 국민영양관리

1. 제3차 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.)」, 「제2차 국민영양관리기본계획('17.~'21.)」이 종료됨에 따라 성과와 과제를 점검하고, 고령인구 증가, 영양불균형, 영양·식생활 환경 변화, 비만 및 만성질환의 증가 등 정책 여건 등을 고려하여 「제3차 국민영양관리기본계획('22.~'26.)」을 수립하였다.

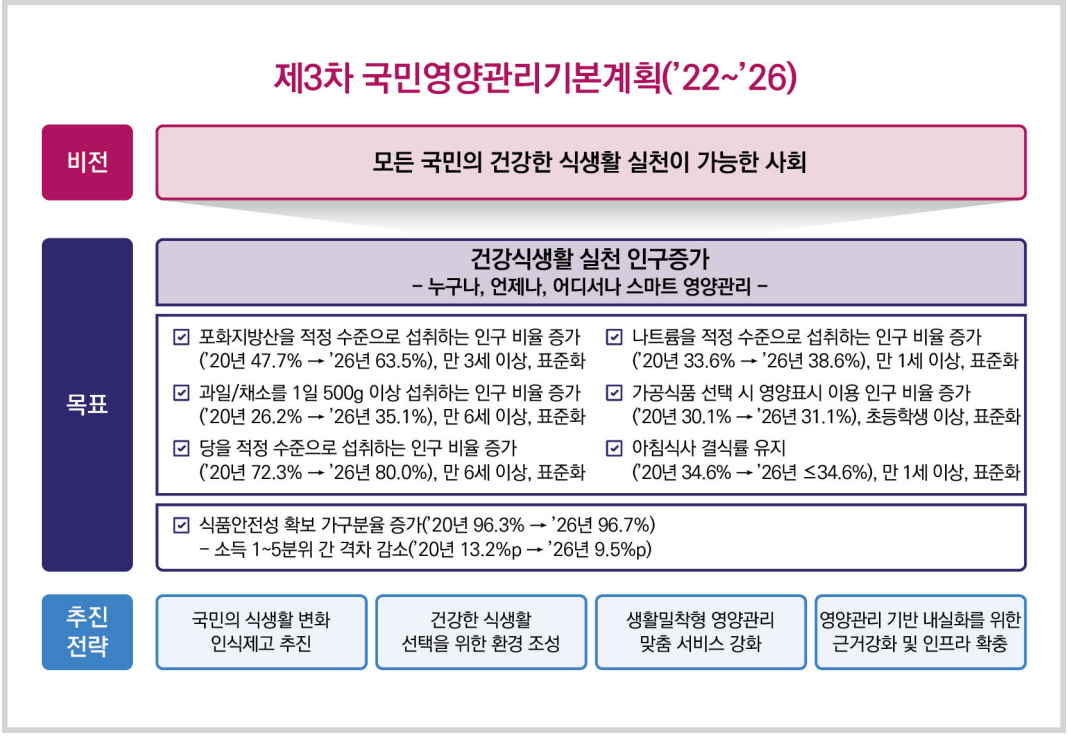
|그림 2-8-8| 국민영양관리기본계획 수립절차



나. 주요 내용

제3차 국민영양관리기본계획('22.~'26.)의 비전은 '모든 국민의 건강한 식생활 실천이 가능한 사회'이며, 이에 대한 목표로는 '건강식생활 실천 인구 증가'로 설정하였다.

|그림 2-8-9| 제2차 국민영양관리기본계획 비전 및 추진 전략



4대 추진 전략은 '국민의 식생활 변화 인식제고 추진', '건강한 식생활 선택을 위한 환경 조성', '생활밀착형 영양관리 맞춤 서비스 강화', '영양관리 기반 내실화를 위한 근거강화 및 인프라 확충'으로 정하였다.

다. 추진 과제

|표 2-8-11| 국민 영양 관리 추진 전략 및 세부 추진 과제

추진전략	추진과제	세부추진과제	주요 사업내용
1. 국민의 식생활 변화 인식 제고 추진	가. 지속가능한 전국단위 캠페인 추진	1) 전국단위 캠페인 기획 및 추진	① 캠페인 기획 및 추진체계 마련
			② 건강 식생활 캠페인 추진
	나. 건강식생활 정보 전달경로 확대	1) 접근성 높은 경로로 건강 식생활 실천 정보 제공	① 매체 확대 및 매체별 콘텐츠 개발 · 송출
			② 식생활 교육 및 체험공간 확대
	다. 홍보 · 캠페인을 위한 민관협력 강화	1) 협력체계 강화 및 사회마케팅 추진	① 홍보 · 캠페인 협력체계 강화
			② 사회적 마케팅 기획 및 추진
2. 건강한 식생활 선택을 위한 환경 조성	가. 영양 · 식생활 디지털 정보제공	1) 식품 · 영양 · 건강식생활 포털 운영	① 포털 기획 · 개발
			② 포털 운영 · 관리
	나. 건강한 식품 소비 선택권 강화	1) 나트륨 · 당 조절 강화	① 배달음식, 외식 등에서 나트륨 · 당 조절 구현
		2) 식품 · 음식 영양정보 제공 확대	① 가공식품 영양표시 의무대상 확대
			② 나트륨 · 당류 정보제공 음식점 확대
			③ 나트륨 · 당류 저감 표시 대상 확대
		3) 과일 · 채소 접근성 제고	① 급식소, 편의점, 외식 등에서 과일 및 채소 소비 기회 확대
	다. 건강한 식품 생산 유도	1) 건강도시락 활성화	① 건강도시락 인증제도 도입
		2) 나트륨 · 당류 저감 식품 확대	② 나트륨 · 당류 저감 가공식품 개발 지원
3. 생활 밀착형 맞춤 영양관리서비스 강화	가. 스마트 영양관리 서비스 앱 보급	1) 영양플러스 참여자 대상 모바일 원스톱 영양관리 서비스 앱 개발 · 보급	① 서비스 앱 개발
			② 솔루션 데이터베이스 구축
			③ 시범운영 및 보급
	나. 생활공간 기반 영양관리 실천역량 강화	1) 어린이집 · 유치원 기반 영양 · 식생활 교육프로그램 개발 및 교육실시	① 프로그램 개발/보급
			② 교육 실시 (어린이급식관리지원센터 교육, 튼튼먹거리 탐험대 운영 등)
	나. 생활공간 기반 영양관리 실천역량 강화	2) 학교 기반 영양 · 식생활 교육프로그램 개발 및 교육실시	① 프로그램 개발/보급 (학교급별 식생활 · 영양교육 가이드라인과 교재 개발)
			② 교육 실시 (건강한 돌봄 놀이터 운영 등)

추진전략	추진과제	세부추진과제	주요 사업내용
		3) 직장 기반 영양 · 식생활 교육프로그램 개발 및 교육실시	① 프로그램 개발/보급
			② 교육 실시
	다. 영양취약계층 영양관리 지원 확대	1) 임신 · 수유부, 영 · 유아 대상 영양관리지원	① 영양플러스사업 지원 확대
		2) 이동 및 청소년 대상 영양관리지원	① 과일제공 및 영양교육 프로그램 운영 (건강과일 바구니 사업)
			② 비만예방을 위한 식생활 · 영양교육 프로그램 운영
		3) 성인 대상 영양관리지원	① 1인가구, 청 · 장년 대상 영양관리 프로그램 개발 · 시범 적용
			② 모바일헬스케어사업 전국 확대
		4) 노인 대상 영양관리지원	① 영양돌봄 서비스 프로그램 운영
			② 지역사회 기반 영양관리서비스 프로그램 개발 및 운영(영양식 제공 및 영양상담 등)
			③ 소규모 노인요양시설 영양 및 위생관리 교육 프로그램 개발 운영(사회복지급식관리지원센터)
		5) 가구 단위 영양 관리지원	① 취약계층 영양지원서비스 확대 (농식품바우처사업)
			② 다문화가정 대상 영양 · 식생활교육 확대
	라. 긴급영양관리지원 체계 구축	1) 재난 시 영양관리 방안 마련	① 재난 시 대상별 · 상황별 영양관리 방안 마련
			② 긴급영양관리지원 시범운영 및 법령정비
4. 영양관리 기반 내실화를 위한 근거 강화 및 인프라 확충	가. 법 · 제도 등 정비	1) 국민 영양관리 내실화를 위한 관련 법 · 제도 정비	① 국가 영양관리 사업 컨트롤 타워 지정 및 운영
			② 영양관리 사업의 예산, 인력 지원 명문화
			③ 노인요양시설 등 사회복지시설 급식제공 · 영양관리 관련 기준 및 평가지표 개선
	나. 영양 · 식생활 조사 확대 및 개선	1) 대상별 실태조사 내 영양 · 식생활 관련 문항 검토 및 개선	① 아동, 청소년, 노인 및 장애인 실태조사 內 영양식생활 문항 검토 및 확대
	나. 영양 · 식생활 조사 확대 및 개선	2) 영양 · 식생활 모니터링 수행 및 개선	① 국민건강영양조사
			② 지역사회건강조사
			③ 청소년건강행태조사
			④ 국민식생활실태조사
			⑤ 식품소비행태조사

추진전략	추진과제	세부추진과제	주요 사업내용
	다. 영양성분 데이터 생산 및 활용 강화	1) 영양성분 데이터 생산 확대	① 기초영양데이터베이스 생산 및 관리
			② 국가표준식품성분 DB 구축 및 활용
			③ 특수목적식품정보 DB 구축
		2) 영양성분 데이터의 통합 · 개방 및 활용 기반조성	① 통합식품영양성분데이터베이스 구축 및 개방
			② 급식 식재료 데이터베이스 개발
			③ 영양성분 표준관리 시스템 구축
	라. 전문인력 역량 강화	1) 수요맞춤형 전문인력 양성	① 맞춤형 교육 및 ICT 역량 강화
		2) 임상영양사 교육 강화	① 현장실습 강화 및 교육협의회 운영
	마. 영양관리 근거마련 연구 기획 및 수행	1) 한국인 영양소섭취기준 개정 및 보급	① 한국인 영양소 섭취기준 개정 연구
			② 한국인 영양소 섭취기준 활용 · 홍보
		2) 식생활지침 개정 및 보급	① 식생활 지침 개정을 위한 사전 연구
			② 식생활 지침 활용 · 홍보
		3) 영양정책 수립 · 시행 근거 확보를 위한 연구 등	① 재난 시 긴급 영양관리 지원체계 구축을 위한 연구
			② 건강인 기준 도시락 영양기준 마련 및 인증 표시에 따른 효과성 연구

라. 향후 계획

「제2차 국민영양관리기본계획」에 근거하여 5차년까지 건강식생활 실천유도를 위해 대상자별 맞춤형 교육매체 개발 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, 보건소 건강증진사업 확대 등이 추진되었다.

2022년 6월 수립된 「제3차 국민영양관리기본계획」에 근거하여 능동적 영양관리에 대한 국민 인식을 높이기 위한 교육 · 홍보를 강화하고, 신뢰성 있고 건강한 식품권 선택을 보장하는 환경을 조성하는 한편, 대상자별 · 취약계층별 맞춤형 영양관리서비스를 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 향상을 위한 사업이다. 이는 국민의 건강을 태아의 단계부터 관리하여 전 생애에 걸쳐 건강할 권리를 보장하기 위한 평생건강관리형 국가영양지원사업이다.

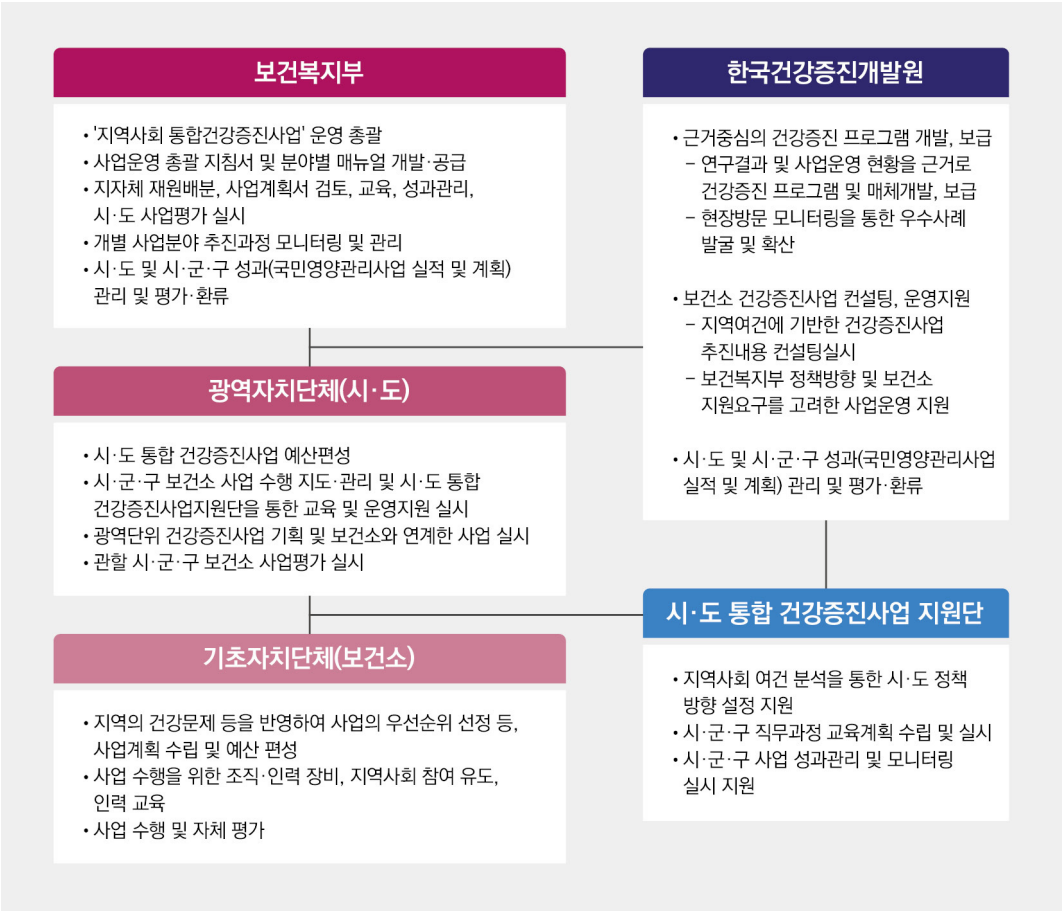
나. 사업 대상

- 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 2-8-12| 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 2-8-10| 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 공급하였으며, 여러 다양한 식품들을 함께 활용하여 영양적으로 균형 있게 섭취하는 방법을 교육하였다.

• 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 2-8-13| 식품패키지별 구성 및 제공량(1인 1일 환산치)

식품명	식품패키지 1 (영아, 0개월-5개월)	식품패키지 2 (영아, 6개월-12개월)	식품패키지 3 (유아, 만 1세-만 6세)	식품패키지 4 (임신 · 수유부1)[1)]	식품패키지 5 (출산부)	식품패키지 6 (완전모유 수유부)
조제분유[2)]	필요량의 1/2까지	필요량의 1/2까지				
감자		25g	25g	50g	50g	50g
달걀[3)]		60g(노른자)[4)]	60g	60g	60g	60g
당근		18g	18g	35g	35g	35g
쌀		45g	45g	90g	90g	90g
우유			360~400㎖	360~400㎖	180~200㎖	360~400㎖
검정콩			10g	15g	15g	15g
김			3g	3g	3g	3g
미역				2.5g	2.5g	2.5g
닭가슴살 통조림[5)]						27~30g
귤 · 오렌지 주스[6)]						귤 중 1개 주스 200㎖

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 60g(영양소 섭취기준 1인 1회 분량)은 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
6) 비만위험요인을 가진 완전모유수유부의 경우 오렌지 주스를 제외하거나, 귤 또는 채소 · 과일류를 대체식품으로 제공

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 2-8-14| 영양플러스사업 추진 경과

연 도	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 - 2013년 17개 시·도 252개 보건소 - 2014년 17개 시·도 253개 보건소 - 2015년 17개 시·도 253개 보건소 - 2016년 17개 시·도 250개 보건소 - 2017년~2022년 17개 시·도 252개 보건소	

|표 2-8-15| 영양플러스사업 대상자 수

(단위 : 명)

연 도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
연 수혜 대상자 수	86,605	87,449	91,597	88,861	88,836	90,095	87,312	83,988	82,045	78,755	73,333	70,340	66,093

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 2-8-16| 영양플러스사업 수혜 대상자의 영양 상태 개선 효과

구 분	빈혈 유병률 변화[1)]	평균 영양 섭취 적정도 변화[2)]
2010	60.3% → 10.0% (83.5% 감소)	0.75점 → 0.87점 (16.0% 증가)
2011	59.6% → 12.2% (79.5% 감소)	0.75점 → 0.85점 (13.3% 증가)
2012	58.1% → 15.6% (73.2% 감소)	0.73점 → 0.84점 (15.1% 증가)
2013	55.9% → 15.9% (71.5% 감소)	0.72점 → 0.84점 (16.7% 증가)
2014	54.1% → 15.9% (70.7% 감소)	-
2015	53.0% → 15.6% (70.5% 감소)	0.71점 → 0.83점 (16.9% 증가)
2016	51.5% → 15.5% (69.9% 감소)	0.70점 → 0.82점 (17.1% 증가)
2017	51.0% → 14.6% (71.4% 감소)	0.70점 → 0.83점 (18.6% 증가)
2018	49.1% → 13.5% (72.4% 감소)	0.73점 → 0.83점 (13.7% 증가)
2019	47.1% → 12.6% (73.3% 감소)	0.72점 → 0.83점 (15.3% 증가)
2020	46.4% → 12.5% (73.1% 감소)	0.72점 → 0.84점 (16.7% 증가)
2021	44.3% → 11.6% (73.8% 감소)	0.74점 → 0.86점 (16.2% 증가)
2022	44.1% → 12.2% (72.4% 감소)	0.74점 → 0.85점 (16.1% 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, 칼슘, 철분, 비타민A, 리보플라빈, 나이아신 및 비타민C 섭취량을 대상별 권장 섭취량과 비교한 영양 섭취 적정도의 총괄적인 평균 적정도, 1점 만점

마. 향후 계획

2022년 말 기준 연간 수혜자 수가 약 6만 명이며, 향후 영양교육 · 상담 및 사업의 서비스 질 향상을 위해 보충식품 개선, 온라인 교육 확대, 담당자 교육 등 지원을 강화하여 수혜자 지원이 확대될 수 있도록 할 계획이다.

3. 아동 비만예방관리사업

가. 추진 배경

2021년 초·중·고생 과체중·비만군율은 30.8%로, 코로나19 확산 이후 약 5%p가 증가했다(2022년도 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 생활터 중심으로 비만예방·관리 사업을 추진하여 아동기에 건강한 식생활과 적절한 신체활동을 통해 비만 예방·관리 실현 및 평생 건강기초를 확립하고자 한다.

나. 사업 개요

- 사업대상 : 초등돌봄교실, 지역아동센터를 이용하고 있는 초등학교 1~2학년 학생
- 추진전략 : 지역사회의 다양한 인프라 활용 및 연계체계 구축을 통한 자발적 건강환경 구축
- 추진체계 : 보건복지부→한국건강증진개발원↔시·도 및 시·군·구↔초등 돌봄교실, 지역아동센터

|그림 2-8-11| 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.

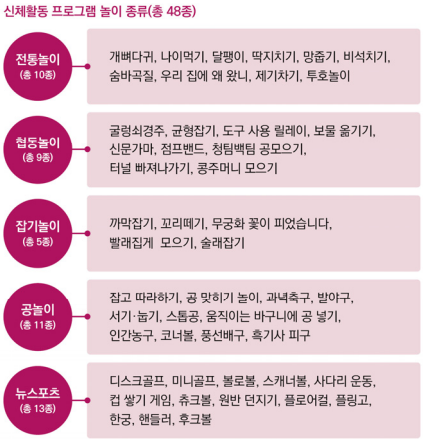
|그림 2-8-12| 놀이형 영양 · 식생활 프로그램 주요 내용

차시	주제 및 내용	교재 표지	차시	주제 및 내용	교재 표지
1~4	(1권) 다양한 음식을 골고루 먹어요 • 식품구성자전거 • 여섯가지 식품군 친해지기 • 골고루 먹기의 중요성 알아보기 • 골고루 먹기 실천하기		13~16	(4권) 건강 음료를 마셔요 • 건강 음료 알아보기 • 우유 대체식품 알아보기 • 건강 음료 만들기 • 건강 음료 딱지놀이	
5~8	(2권) 알록달록 채소 · 과일을 먹어요 • 채소 · 과일 알아보기 • 채소 · 과일 친해지기 • 채소 · 과일 매일 먹기 • 채소 · 과일 오감 맞추기		17~20	(5권) 건강 식습관을 길러요 • 건강 식습관 알아보기 • 건강 식습관 빙고놀이 • 아침식사의 중요성 알아보기 • 건강 식습관 카드놀이	
9~12	(3권) 건강 간식을 먹어요 • 건강 간식 이해하기 • 건강 간식 만들기 • 식품 및 영양성분 표시 알기 • 건강 간식 찾기 놀이		21~24	(6권) 건강 체중을 지켜요 • 건강 체중 알아보기 • 건강 체중 풍선 놀이 • 신체활동 알아보기 • 건강 습관 실천하기	

• 놀이형 신체활동 프로그램

아동이 신체활동에 대한 흥미를 가지고 스스로 규칙적인 신체활동을 실천할 수 있는 환경을 조성하여 비만예방을 실현하고자 프로그램을 구성하였다.

|그림 2-8-13| 놀이형 신체활동 프로그램 주요내용

표지	프로그램 주요 내용
	

3) 비만도 및 건강습관 평가

프로그램 참여 아동 대상으로 신장 및 체중을 실측하여 비만도 변화를 평가하며, 설문조사를 통해 건강습관 개선여부를 확인하고 있다(총 2회, 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 비만율 감소, 영양 지식 및 행태 개선, 신체활동량 증가 등의 사업효과를 입증하였으며, 2018년부터 전국 대상 사업으로 확대하여 운영하고 있다. 건강취약계층인 방과후 돌봄서비스 이용 아동의 비만 예방관리 강화를 위해 2019년에는 사업대상을 지역아동센터 이용 아동까지 확대하였다.

|표 2-8-17| 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 248명
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
2020	• 비대면 상황 프로그램 운영 방향 마련	16개 시 · 도 102개 보건소	248개 초교 · 49개 센터 아동 7,597명
2021	• 사업 지속 운영	17개 시 · 도 125개 보건소	291개 초교 · 74개 센터 아동 8,780명
2022	• 비대면 사업 운영 지원 강화	16개 시 · 도 144개 보건소	329개 초교 · 100개 센터 아동 10,715명

2) 효과 분석

본 사업 참여 아동 대상으로 프로그램 적용 전 · 후 효과평가 비교 결과, 비만율 감소, 영양 · 신체활동 지식 및 행태 개선에 효과가 있음이 나타났다.

|표 2-8-18| 2022년 사업 효과평가 주요 결과

구분	사전	사후	변화
비만군율[1]	29.7%	28.8%	0.9%p 감소
식생활 행태 개선[2]	50.4%	63.5%	13.1%p 증가
신체활동 행태 개선[3]	33.2%	40.6%	7.4%p 증가

주 : 1) 2017년 소아청소년 표준 성장도표 기준 활용, 과체중 · 비만 아동 비율임
2) 프로그램 참여 아동의 건강간식 선택 노력률
3) 프로그램 참여 아동의 하루 1시간 이상 운동율

마. 향후 계획

관련부처 및 기관 · 단체 간 연계 강화를 통해 양적 · 질적 사업의 확대를 추진하며, 학년별 · 생활터별 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

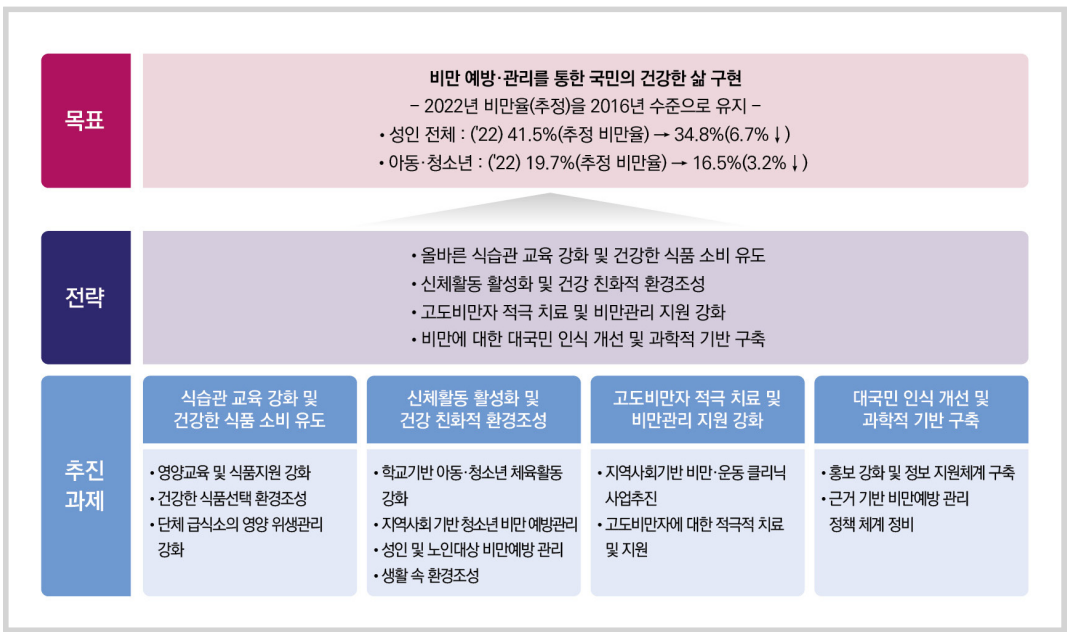
비만은 당뇨, 고혈압 등 질병발생 및 각종 암을 유발하고, 사망위험을 증가시키는 건강 위험 요인이며, 개인과 사회에 심각한 부담을 초래하고 있다. 경제협력개발기구(OECD) 발표에 따르면 우리나라 고도 비만인구('15. 5.3%)가 계속 증가하여 2030년에는 현재의 2배 수준(9.0%)에 이를 것으로 전망한 바 있다. 2018년 국민건강보험공단의 연구 결과에 따르면 비만으로 인한 의료비 등 사회경제적 손실액이 2006년 4조8천억 원에서 2016년 11조5천억 원으로 최근 10년새 약 2배 이상 증가했다.

이에 정부는 우리나라 비만인구 증가에 따른 선제적 대응을 위하여 영양 · 식생활 · 신체활동 등 분야별 정책연계를 통해 범부처 합동으로「국가 비만관리 종합대책('18.~'22.)」을 마련하여 실행하였다.

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 2-8-14| 국가 비만관리 종합대책('18.~'22.) 목표 및 추진 전략



다. 추진 과제

|표 2-8-19| 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 · 아동에 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

추진전략	추진과제	세부추진과제	주요 사업내용
		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	全 국민 '건강인센티브제' 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
		'근로자 건강센터' 확충 및 활성화	근로자 건강센터 확충
	생활 속 신체활동 환경조성	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
고도비만자 적극 치료 및 비만관리 지원 강화		장애인 스포츠활동 촉진을 위한 인프라 강화	장애인형 국민체육센터 확충 및 장애유형별 맞춤형 운동프로그램 운영
	지역사회 기반 「비만 · 운동클리닉 사업」 추진	지역사회 기반의 「비만 · 운동클리닉」 추진	사업모델 개발 및 전체로 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

추진전략	추진과제	세부추진과제	주요 사업내용
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
	범정부 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, 신체활동 활성화를 위한 법적 근거 마련 등 주요 과제가 추진되었다. 특히 건강친화기업 인증제도는 2021년 시범사업을 거쳐 2022년 본 사업이 진행되었으며, 기업 대상 교육 및 컨설팅 등을 포함하여 2023년에도 제도를 확산할 예정이다.

V 질병의 조기 예방을 위한 건강검진 강화

1. 우리나라의 국가건강검진프로그램

우리나라는 1988년부터 고혈압, 당뇨병 등 만성질환의 조기발견 및 치료 · 관리를 목표로 국가건강검진사업을 시행하였고, 2002년부터는 실제적인 국가암검진사업을 추가로 시행하면서 중요 질환에 대한 조기검진을 통해 사전예방적 건강 관리를 해오고 있다.

또한, 2012년부터는 건강보험 가입자만 대상으로 실시하던 일반건강검진을 의료급여 수급권자에게도 확대하여 전 국민을 대상으로 국가건강검진을 실시하는 제도로 발전하였다.

생후 14일부터 6세(72개월) 미만 까지 총 8회 실시하는 영유아 건강검진, 초 · 중 · 고생을 대상으로 학생 건강검사(교육부 주관) 및 학교 밖 청소년 건강검진(여성가족부 주관), 20세 이상 성인 대상의 일반건강검진과 6대 암검진(위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암, 폐암), 65세 이상 노인 검진(노인복지법, 지자체) 등 모든 국민에게 전 생애주기에 걸쳐 국가건강검진을 실시하고 있다.

특히, 2021년도 부터는 발달성 고관절 이형성증 등 생후 초기에 발견 가능한 질환을 조기 발견하기 위한 영유아 초기(생후14~35일) 검진을 도입함으로써 영유아의 정상적인 성장 및 발달을 도모하게 되었다.

|그림 2-8-15| 국가건강검진체계



집필자 건강증진과장 정연희

2. 그간의 국가건강검진 정책 성과

가. 주요 추진 경과

보건의료 패러다임이 질병 치료와 관리에서 사전 예방적 건강 관리 중심으로 전환되면서 국가건강검진제도에 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 인식하에 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 가능하도록 함으로써 검진의 질 관리를 위한 검진기관 평가의 법적 근거를 마련하였다.

국가건강검진을 수행하고 있는 관련 부처, 수요자, 공급자, 전문가로 구성된 국가건강검진위원회를 구성 · 운영하여 범정부 차원의 중장기 비전과 목표를 제시하는 제1차('11.~'15.) 국가건강검진종합계획을 수립하고('10. 11.) 국가건강검진원칙을 제정('11.)함으로써 일관되고 효율적인 국가 건강검진 정책을 추진할 수 있게 되었다.

또한, 상담서비스 및 ICT 기반의 수요자 중심 건강검진체계로의 전환 비전으로 「제2차('16.~'20.) 국가건강검진종합계획」을 수립('16. 7.)함으로써, 고령화 및 만성질환 증가에 대응하기 위한 검진-치료 · 건강관리 연계 강화, 빅데이터와 ICT융합을 통한 수요자 중심의 검진기반 마련, 수검자 접근성 향상을 위한 검진여건 개선, 성 · 연령별 건강 위험 요인을 반영한 근거 기반 생애주기별 검진체계를 구축하게 되었다.

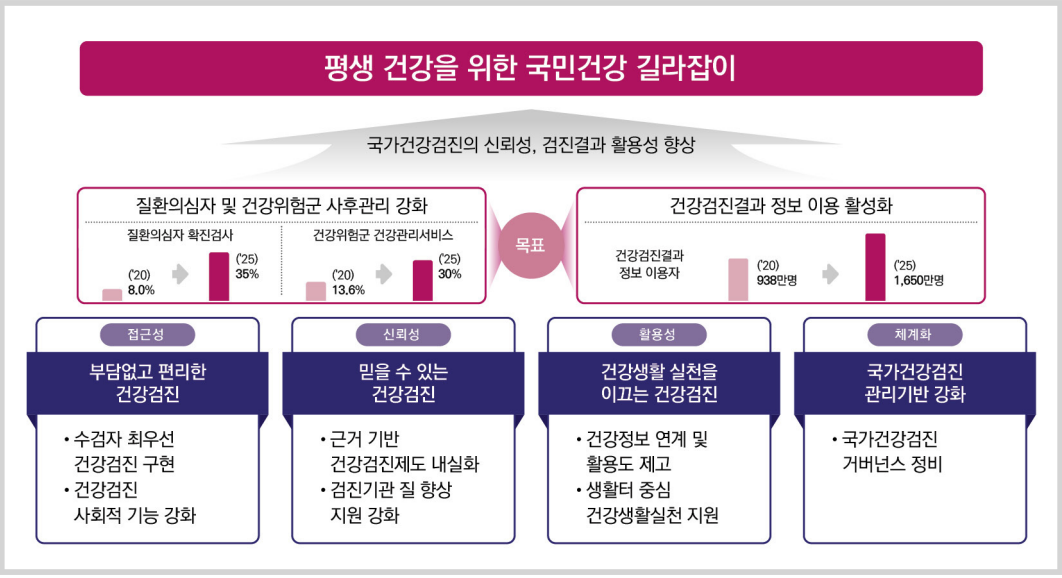
이러한 정책을 통해 국가건강검진이 국민의 건강증진을 위한 건강정책의 핵심으로 꾸준히 양적 성장을 해왔으나, 취약계층 검진 장애요인은 여전히 존재하고, 검진결과에 따른 건강예방관리 프로그램에 자발적 참여 유도를 위한 연계체계 개선 미흡, 다양한 검진변화 요구에 대응하기 위한 상시평가 및 조정체계 미흡 등 여전히 한계점이 존재함을 확인할 수 있었다.

이에, 사회환경과 인구구조의 변화에 따른 검진 여건 분석을 통해 건강검진의 사회적 기능을 강화하고 건강한 노년을 대비할 수 있는 폭넓은 건강관리 지원을 통해 수검자 중심의 신뢰받은 국가건강검진으로 도약하기 위한 제3차('21.~'25.) 국가건강검진 종합계획을 수립 · 발표('21. 6.)하였다.

나. 제3차(2021년~2025년) 국가건강검진종합계획 주요 내용

제3차 종합계획은 '평생 건강을 위한 국민건강 길라잡이'로서의 국가건강검진의 도약을 비전으로 하여, 국가건강검진의 신뢰성과 검진결과 활용성 향상이라는 목표 달성을 위해 4대 추진전략과 3대 핵심과제, 11대 중점과제 등 37개 과제로 구성되었다.

|그림 2-8-16| 제3차 국가건강검진종합계획 비전과 전략



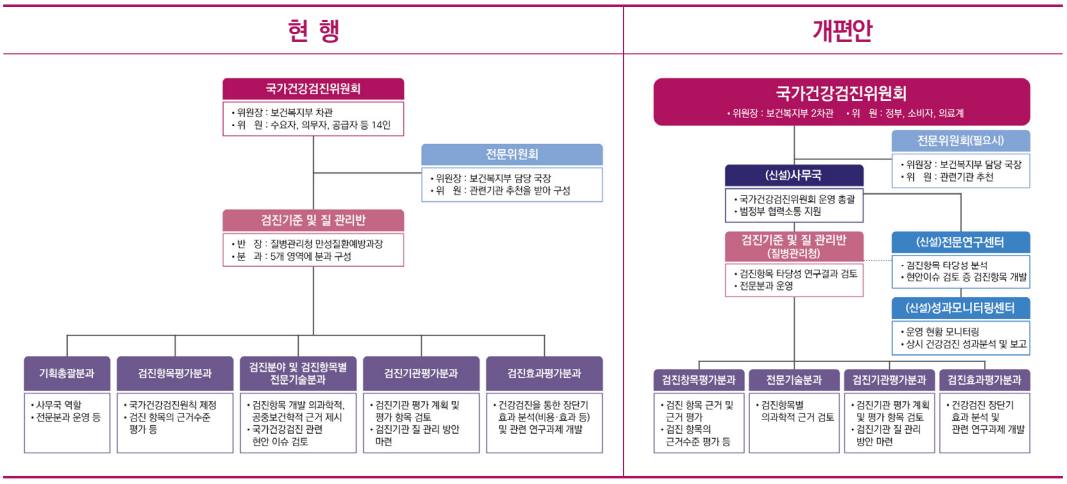
첫째, 수요자의 편의성과 안전을 최우선으로 국가건강검진 인프라를 개선하여 부담없고 편리한 건강검진이 될 수 있도록 접근성을 향상해나갈 계획이다. 건강검진 수검자의 수검행태 실태조사를 실시하여, 특히, 의료급여 대상자, 장애인 등 취약계층의 수검 장애요인을 파악 · 개선함으로써 검진 사각지대 해소, 생애주기별 건강영향요인과 특성을 고려한 검진항목 개선, 생애주기별 검진체계 통합 · 조정 등으로 건강검진 관리 효율화를 도모하고자 하였다.

둘째, 신규 · 기존 검진항목을 주기적으로 재평가하고, 검진항목에 대한 안전성, 유효성, 경제성 등 근거연구를 안정적으로 수행할 수 있는 전문연구센터와 국가건강검진제도 운영성과를 주기적 · 안정적으로 평가하기 위한 성과모니터링센터를 설치 · 운영하는 등 국가건강검진 거버넌스 운영 체계를 정비하고, 검진기관 평가항목 개선, 평가결과 공개 강화, 재지정 기준 합리화로 검진기관의 품질 향상 지원으로 국가건강검진의 신뢰성을 높이고자 하였다.

셋째, 건강검진결과 활용으로 건강생활실천을 이끌고자, 건강검진 마이데이터(개인주도 건강정보 활용지원) 체계 구축 등 개인 맞춤형 건강정보 제공으로 자가 건강관리 여건 조성과 지원을 강화하고, 생활터 중심 검진기관정보 제공, 지역 자원을 활용한 건강증진사업과의 연계 등 사후관리를 내실화할 계획이다.

넷째, 국가건강검진위원회 운영 총괄·조정 등 관계부처 간 협업 강화를 위해 보건복지부에 사무국을 신설하는 한편, 국가건강검진제도 운영과 개선 과정에서 국민의 눈높이에 맞는 정책을 구현하기 위해 정책 수요자가 직접 의견을 제시할 수 있는 대국민 의견 수렴 채널도 마련하여 국민과 소통함으로써 수검자를 최우선으로 하는 건강검진 구현으로 "평생 건강을 위한 국민건강 길라잡이"로 거듭날 계획이다.

|그림 2-8-17| 국가건강검진 거버넌스 정비(안)



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 2018년부터 일반건강검진에 통합하는 한편, 성별, 연령별 건강위험요인을 고려하여 검진항목 및 주기를 조정하였고, 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. 2019년부터는 그간 40세 이상부터 실시하던 건강검진 대상을 20~30대 직장가입자 피부양자 및 지역가입자 세대원으로 확대함으로써 청년세대의 건강검진 형평성 문제 및 사각지대를 해소하게 되었다. 이에 따라 2030세대도 우울증 검사를 통해 정신건강을 확인할 수 있게 되었고, 당시 20 · 30 · 40 · 50 · 60 · 70세 해당 연령에만 실시할 수 있었던 우울증검사를 2021년부터는 각 세대별 10년 중 1회 받을 수 있도록 시기를 조정하여 우울증 검사가 필요한 시기에 선택해서 받을 수 있도록 함으로써 수검자의 편의를 도모하였다.

적극적인 수검독려 및 제도적인 변화와 함께 「일반건강검진」은 그간 양적으로도 성장하여 2009년에는 993만 명(수검률 66%)이 수검을 받은데 비하여, 2018년에는 2,015만 명 중 1,530만 명이 수검(75.9%)하는 등 양적으로 크게 성장하는 듯 하였으나, 청년세대검진이 도입된 2019년에는 대상자는 증가한 반면, 수검률은 73.1%로 다소 감소를 보이더니, 코로나19가 시작된 2020년에는 66.7%로 과거에 비해 크게 하락 되었다. 그러나, 검진기간 연장 등 적극적 수검 독려 결과, 2021년에는 73.1%, 2022년에는 68.7%로 다소 회복하는 추세를 보이고 있다.

나. 영유아 건강검진

영유아 건강검진은 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)를 통해 인지, 언어, 사회성 등 6개 영역에 대한 발달평가를 실시하고, 그 결과를 바탕으로 부모 상담 등을 실시하고 있다. 또한 2022년부터는 유치열이 완성되는 시기인 생후 30~41개월 영유아에게 구강검진을 실시함으로써 영유아 치아우식증을 예방하고자 하였다.

2007년 도입된 「영유아 건강검진」은 2008년부터 대상자를 의료급여수급권자까지 확대하여 실시하고 있으며, 도입 초기인 2008년에는 대상자 중 36.5%인 95만 명이 검진을 받았으나, 맘카페, 영유아 검진 안내동영상 제작 · 배포, 다문화 가정을 위한 다국어 리플릿 등 다양한 전략적 홍보를 통해 10년이 경과한 2017년에는 72.1%, 2019년에는 77.6%로 수검률이 향상되었으며, 2020년 코로나19 위기속 건강검진권 보장을 위해 인한 건강검진기간 연장 등 적극적인 대응 결과 팬더믹 위기에서도 2021년엔 전체 대상자 중 87.1%인 217만 명이, 2022년에는 78.4%인 197만 명이 검진을 받았다.

|표 2-8-20| 영유아 건강검진 항목

검진항목		목표질환	1차 검진 (생후 14~35일)	2차 검진 (4~6개월)	3차 검진 (9~12개월)	4차 검진 (18~24개월)	5차 검진 (30~36개월)	6차 검진 (42~48개월)	7차 검진 (54~60개월)	8차 검진 (66~71개월)
문진 및 진찰	시각 문진	시각이상(사시)	●	●	●	●	●	●	●	●
	외안부 시진		●	●	●	●	●			
	시력 검사	굴절이상(약시)						●	●	●
	청각 문진	청각이상	●	●	●	●	●	●	●	●
	귓속말검사	청각이상						●		
	예방접종확인	예방접종								●
신체 계측	키	성장이상	●	●	●	●	●	●	●	●
	몸무게		●	●	●	●	●	●	●	●
	머리둘레		●	●	●	●	●	●	●	●
	체질량지수	비만					●	●	●	●
발달평가 및 상담		발달이상			●	●	●	●	●	●
건강 교육 및 상담	안전사고예방	안전사고예방	●	●	●	●		●	●	●
	영양	영양결핍(과잉)	●	●	●	●	●	●	●	●
	수면	영아돌연사 증후군	●	●						
	구강 문진	치아발육상태			●					
	대소변가리기	대소변가리기				●	●			
	전자미디어 노출	전자미디어 노출		●		●			●	
	정서 및 사회성	사회성 발달			●		●			
	개인위생	개인위생				●				
	취학 전 준비	취학 전 준비					●			●
구강 검진	진찰 및 상담	치아우식증				●	●	●	●	
	치아검사									
	기타 검사 및 문진		※ 1차 검진(18~29개월), 2차 검진(30~41개월), 3차 검진(42~53개월), 4차 검진(54~65개월)							
	구강보건교육 (보호자 및 유아)		※ 기타 검사 및 문진 : 기타 부위 검사와 구강위생검사							

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 수검자를 위해 공휴일('11.) · 토요일('17.) 검진시에는 검진기관에 상담료의 30%를 가산하여 지급함으로써 검진기관의 공휴일 · 토요일 검진 참여를 적극 독려하였다. 또한, 외국인 · 다문화가정의 검진 참여를 위해 검진 문진표 · 결과 통보서 · 안내 리플릿 및 e-book 등을 14개 외국어로 제작하여 제공('20.)하고 있다.

또한, 시각장애인을 위한 점자검진표와 보이스아이 서비스를 제공하고 있으며, 거동이 불편한 장애인에게는 교통 편의와 문진표 작성 등을 지원해주는 검진도우미서비스도 제공하고 있다. 2018년부터는 장애인이 불편 없이 건강검진을 받을 수 있도록 보조인력과 시설, 장비 등을 갖춘 22개소('22년 기준) 병원을 장애친화 건강검진기관으로 지정하여 장애인의 건강검진권을 보장하게 되었다.

아울러, 2013년부터 보건복지부, 행정자치부, 경찰청, 국민건강보험공단, 도로교통공단 5개 기관이 협업하여 운전면허를 취득하거나 갱신할 때 필요한 신체검사(시력 · 청력) 자료를 국가건강검진 결과서로 대신할 수 있게 하여 국민들의 편의를 도모하였으며, 특히, 2022년도 부터는 국가권익위원회와의 협업을 통해 근로자 채용시 국가건강검진결과를 채용신체검사서로 대체할 수 있도록 함으로써 구직자의 경제적 부담경감 및 건강검진결과 활용을 통한 수검률 제고에도 기여하게 되었다.

또한, 2020년 7월부터는 영유아 검진관리의 편의성 지원을 위해 유치원 · 어린이집과 검진정보를 공유하여, 보호자는 검진결과를 유치원과 어린이집에 제출하는 불편을 덜고 유치원과 어린이집에서는 영유아 건강검진의 전산화 관리로 행정이 간소화되어 사회적 비용절감과 국민편의성 향상에 기여하게 되었다.

2021년 3월부터는 행정안전부의 국민비서 알림서비스를 통하여 해당 서비스에 가입한 자 중 건강검진(일반, 암) 대상자에게 건강검진 대상 여부를 안내하여 국민들의 편의성을 향상하였다. 국민비서 알림서비스를 통해 행정 · 공공기관을 행정 효율성을 높이고 국민들은 일반 · 암검진 대상 여부 및 항목을 네이버앱 · 카카오톡 · 토스 등 자주 사용하는 민간 앱을 통해 안내받을 수 있도록 연계하였다.

한편, 국가건강검진의 질 향상을 위하여 주기적(3년)으로 병 · 의원급 검진기관에 대한 평가를 실시하고 있으며, 최근 실시한 3주기('19.~'21.) 평가결과(병원급 이상 1,515개소, 의원급 20,136개소)와 검진유형별 '최우수 검진기관(병 · 의원급 1,156개소)'을 선정 · 공개함으로써 국민이 우수한 검진기관을 선택할 수 있도록 하였다. 현재는 검진기관에 대한 4주기('21.~'23.) 평가가 진행 중이며 평가가 완료되는 데로, 그 결과를 공개하여 국민의 검진기관 선택권을 보장할 예정이며, 평가결과 미흡기관에 대하여는 부실검진 사전예방 및 검진서비스 수준 상향 평준화를 위한 사후관리를 하는 등 국가건강검진 만족도 제고를 위해 총력을 다할 계획이다.

이외에도 국정과제 및 범부처 종합계획에 따라 영유아 건강검진 발달평가 결과 '심화평가 권고' 판정 영유아에 대한 발달 정밀검사비 지원을 대상을 단계적으로 확대(('13.)30% → ('19.)50% → ('22.)70% → ('23.)80%(예정)) 하고, 신청절차 간소화 방안 마련 등으로 접근성을 높여 영유아의 건강한 성장 · 발달을 도모해 나갈 계획이다. 또한, 다문화가정 영유아의 건강검진 사후관리 활성화를 위해 영유아 발달평가 결과 안내문을 다국어(12개국어)로 번역하고, 영유아의 발달평가 결과에 대한 유선상담 통역 지원 및 홍보 콘텐츠 제작 지원 국민건강보험공단과 한국건강가정진흥원(여가부 소속)의 협조를 받아 추진하기로 하였다. 특히, 영유아 건강검진 발달평가에서 '심화평가 권고' 판정 이후 필요한 정밀검사, 발달수준에 맞는 양육상담 및 적정한 서비스에 대한 정보제공 등 발달지연이 의심되는 영유아를 조기에 발견하고 양육자가 검사-상담-서비스에 대한 정보를 손쉽게 접할 수 있도록 중앙육아종합지원센터와 국민건강보험공단, 한국장애인개발원과 업무 협력 체계를 구축해 나가기로 하였다.

또한, 2018년부터는 건강검진 결과 고혈압 · 당뇨병 질환 의심자를 대상으로 모든 의료기관에서 본인부담 없이 확진검사를 받을 수 있도록 개선함으로써, '검진-확진-치료'를 위해 검진기관과 병 · 의원을 3차례 방문해야 하는 번거로움을 개선하였다. 검진결과 대사증후군 위험요인 보유자(비만, 혈압, 혈당, 중성지방, 콜레스테롤)를 대상으로 건강 생활 실천과 생활 습관 개선으로 심 · 뇌혈관질환으로의 이행을 방지하고자 검진결과 설명 및 유선상담과 안내문 발송 등 450만 명('22.)에 대한 사후관리를 실시하였다.

Ⅵ 일차의료 중심 만성질환관리 사업 통합

1. 배경

만성질환자는 약 1,880만 명으로 전체 인구의 35.6%에 이르고, 만성질환 진료비는 34.5조 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 · 당뇨병 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.~)', '만성질환관리 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.

2019년 1월 14일부터 '일차의료 만성질환관리 시범사업 서비스'를 실시하였으며, 2022년 3월에는 일차의료 만성질환관리 정책위원회를 구성 운영 중이며, '통합 모형', '케어코디네이터 등 만성질환 자가관리 교육', '수가체계', '시스템 구축 · 운영' 등 세부 관리 방안을 마련하고 있다.

일차의료 만성질환관리의 효율적인 관리를 위해 2018년 12월부터 추진된 「일차의료 만성질환관리 시범사업」은 '22년 12월 기준 3,722개 의원이 참여하였고, 환자 약 55.7만 명이 등록되어 관리 중이다.

3. 사업 내용

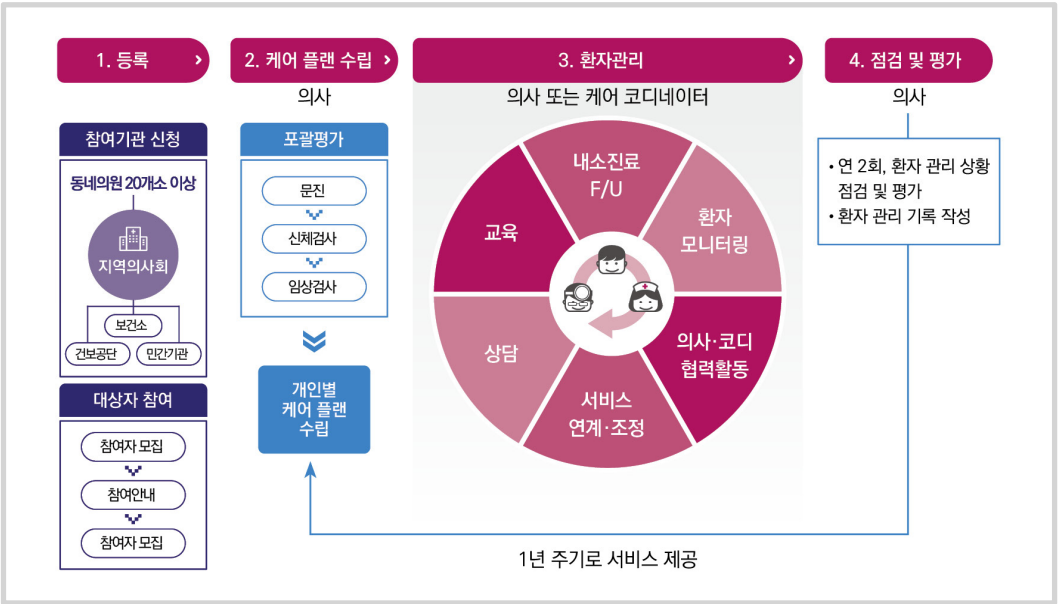
첫째, 「일차의료 만성질환관리 시범사업」의 서비스 모형의 특징을 살펴보면, 이번 시범사업은 기존의 '지역사회 일차의료 시범사업'과 '만성질환관리 수가 시범사업'의 모형을 통합한 것이다.

'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 2-8-18| 일차의료 만성질환관리 통합서비스 제공 프로세스

① 환자 등록 → ② 케어플랜 → ③ 환자관리(모니터링, 상담, 서비스 연계·조정, 교육 등) → ④ 점검 및 평가



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 자격조건을 갖춘 자로서 의사 · 간호사 · 영양사가 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%로 산정하되, 문자 · 전화 모니터링과 상담 등이 포함된 환자관리료에 대한 환자 본인부담금은 면제한다.

4. 향후 계획

향후 의원급 만성질환관리제, 고혈압 · 당뇨병 등록 · 관리 사업 모형의 장점을 연계하여 일차의료 기관을 중심으로 하는 만성질환 관리 체계를 강화해 나갈 계획이다.

또한, 동네의원을 중심으로 만성질환에 대한 포괄적인 의료서비스를 제공하고 생활습관 및 의료 이용 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 「공중목욕 장업법」 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 영업의 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 찜질시설 서비스 영업을 목욕장업에 편입('05.)하고, 미용업종에서 피부미용('08.), 손톱·발톱('14.), 화장·분장('15.)을 분리하였다.

또한, '공중이용시설'이 「다중이용시설 등의 실내 공기질 관리법」상 '다중이용시설'로 일원화되어 환경부에서 통합관리하게 됨으로써 삭제되었으며, 위생용품 등에 관한 업무는 「위생용품 관리법」 제정·시행으로 식품의약품안전처로 이관되었다('18. 4.).

※ 「위생용품 관리법」의 공포·시행에 따라 위생용품 관련 제반 업무(세척제, 일회용물컵·숟가락·젓가락·이쑤시개·위생종이(냅킨 등), 위생처리업(물수건 등)은 식품의약품안전처에서 통합 관리('18. 4. 19. 시행)

2. 공중위생업소 현황

가. 공중위생 관리 대상

공중위생 관리 대상은 「공중위생관리법」 제2조의 적용을 받는 숙박업, 목욕장업, 이용업, 미용업, 세탁업, 건물위생관리업 등 6종이며, 미용업은 일반, 피부, 네일, 화장 · 분장, 종합으로 세분화되어 있다.

나. 공중위생 영업소 현황

2022년 12월 말 기준, 전국의 공중위생 영업소는 숙박업 2만 9,733개소, 목욕장업 6,025개소, 미용업 17만 2,708개소 등 총 26만 2천여 개 업소에 달하며, 2021년 말과 비교해 볼 때 총 6,961개소가 증가하였고, 업종별 증감 현황은 다음과 같다.

|표 2-8-21| 공중위생 영업소 현황

('22. 12. 31. 기준)

영업 종류	2022년 개소	전년대비
숙박업	29,733	316▽
목욕장업	6,025	261▽
이용업	16,118	325▽
미용업	172,708	8,577△
세탁업	21,363	1,109▽
건물위생관리업	16,106	395△
총계	262,053	6,961△

※ 출처 : 시 · 도행정정보화시스템

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 제제 처분을 회피하는 행태를 방지하기 위하여 공중위생영업자는 영업 정지 등 행정 제재 처분 기간 중에는 폐업 신고를 할 수 없도록 하고, 「부가가치세법」에 따라 관할 세무서장에게 폐업 신고를 하거나 관할 세무서장이 사업자등록을 말소한 경우에는 신고사항을 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 처분 대신 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 시장 · 군수 · 구청장이 과징금 부과 처분을 취소하고 영업정지처분을 하거나 「지방행정제재 · 부과금의 징수 등에 관한 법률」에 따라 이를 징수할 수 있도록 하였다.

시장 · 군수 · 구청장이 과징금의 징수를 위하여 관할 세무관서의 장에게 납세자의 인적사항, 사용목적, 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 · 미용 서비스의 최종 지불가격을 사전 제공하도록 의무화하였고, 위반 시 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 「위생용품 관리법」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 1,000CFU 이상의 레지오넬라균이 검출되지 않도록 목욕장의 수질관리 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 위생교육을 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 날짜 규정을 정비하고, 공중위생영업장이 다른 영업장과 구별될 수 있는 방법을 분리, 구획 등으로 세분화하고, 건물위생관리업 · 목욕장업의 시설 · 설비기준을 보다 합리적으로 개선하였다('19. 12. 31.).

미용업 세부업종을 법률로 명시함에 따라 관련 규정과 서식을 정비하였고('20. 6. 4.), 이 · 미용사, 위생사의 면허 대여 및 알선 금지 조항 및 처벌조항을 신설 하였다('20. 7. 8.).

공중위생영업자에게 부과하는 과징금에 대한 분납 근거를 신설하고 분납 방법, 분납 취소 사항을 규정하고, 상속에 따른 지위승계의 경우 상속인 증명을 가족관계등록전산정보만으로 상속인 임을 확인할 수 있는 근거 신설, 지위승계신고와 함께 「부가가치세법」 제8조제7항에 따른 폐업신고를 동시에 할 수 있도록 절차 간소화 하였다('20. 6. 4.).

「다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법 시행령」 제2조제4호에 따른 목욕장업을 신고하려는 경우 소방본부장 또는 소방서장이 발급하는 안전시설 등 완비증명서를 제출토록 하여 안전관리를 철저히 하고자 하였다('20. 6. 4.).

건물의 일부를 대상으로 하는 숙박업의 영업신고 및 변경신고 절차와 시설 · 설비 기준 등을 정하고, 공중위생영업의 위생관리 및 행정처분 기준을 개선하였다('20. 8. 28).

미신고 숙박업소의 난립을 근절하기 위해 미신고 숙박업자의 처벌기준을 강화하고 부가가치세법」에 따라 관할 세무서장에게 폐업신고를 하거나 관할 세무서장이 사업자등록을 말소한 경우 지방자치단체장이 공중위생영업 신고사항 직권말소 시 청문절차 없이 보건복지부령이 정하는 바에 따른 직권말소가 가능하게 함으로써 효율적으로 공중위생영업의 폐업처리를 할 수 있게 하였다('21. 12. 21.).

시장 · 군수 · 구청장이 공중위생영업 신고사항을 직권말소 하려는 경우 말소 예정 사실을 영업자에게 사전 통지하고, 인터넷 홈페이지 등에 10일 이상 예고하도록 하는 절차를 신설하고 위생교육을 집합교육과 온라인교육을 병행하여 실시하도록 하였다. 건물의 일부를 대상으로 하는 숙박업 시설 기준을 객실이 독립된 층으로 이루어진 경우 객실 수나 신고 면적에 관계 없이 숙박업 영업이 가능하도록 시설기준을 완화하고 목욕장의 목욕물(욕조수) 염소 잔류농도를 현실화 하였다('22. 6. 22.).

나. 향후 계획

공중위생 분야 현장에서 발생하는 애로 사항 등을 발굴하여 개선하는 등 현행 「공중위생관리법」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 80.2세, 2018년 82.7세로 증가하고 있다. 2030년에는 85.2세에 이를 것으로 전망(제5차 국민건강증진종합계획, 보건복지부)되고 있다. 반면 건강수명은 2030년 기준 73.3세 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.

집필자 구강정책과장 이지은

|표 2-8-22| 한국 12세 우식 경험 영구치아 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 2-8-23| 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 요양기관 종별 심사 실적에 의하면 치과 병·의원의 2019년 요양급여 비용은 4조 8천519억 원으로 2018년 대비 15.2% 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 2-8-24| 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 앨러지성 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	앨러지성 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 국민의료비의 감소를 달성할 수 없다. 국민의 구강건강 증진과 질병 예방을 위하여 정부는 건강증진정책의 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.), 제5차 계획('21.~'30.)을 수립하여 발표하였다.

2017년 6월에는 국가 구강보건정책 및 사업의 수립시행을 체계화하기 위해 제1차 구강보건사업기본계획을 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.

2022년 6월에는 '초고령사회, 구강건강 증진으로 건강수명 연장'을 비전으로 하는 제2차 구강보건사업 기본계획을 수립하여 발표하였다. 동 계획에서는 '사전예방적 구강건강관리 및 치료역량 강화, 취약계층의 구강건강 형평성 향상, 치의학 의료기술 및 산업 도약기반 마련'을 목표로 설정하였고, 이 목표들을 달성하기 위한 추진전략과 중점과제를 제시하였다.

2. 구강보건의료인력 수급

21세기에는 의료 수요의 다양화 및 의료 분야의 첨단 과학화 · 세분화가 예상되므로 구강보건의료 서비스 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 2-8-25| 치과의료기관 및 구강보건의료인력 현황

('22. 12 기준, 단위 : 개소수, 명)

치과 병 · 의원			구강보건인력(면허자)		
치과의원	치과병원	합계	치과의사	치과기공사	치과위생사
18,851	236	19,087	33,696	38,244	97,549

※ 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, 2021년도의 치과의사 전공의로서 인턴 351명, 레지던트 307명을 최종 선발하였다. 치과의사전문의 자격시험 합격자는 2008년 첫 배출 이후 2022년 현재까지 총 15,861명이다.

또한, 2019년도 1월에는 11번째 전문과목으로 통합치의학과를 신설하였고, 경과규정으로 7,835명의 통합치의학과 전문의를 배출하였다.

|표 2-8-26| 치과의사전문의 배출 현황

('단위 : 명)

연도	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20	'21	'22	총계
합격자 수	258	275	272	271	274	271	285	268	964	2,533	2,851	3,796	2,574	749	15,861

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. 2022년 12월 현재 치과의료기관인증제를 받은 치과병원은 11개소이다.

2019년 4월부터는 치과의사의 비도덕적 진료 행위를 차단하기 위해 의료인이 의료인의 비도덕적 진료 행위 등에 대해 모니터링 및 평가하는 치과 전문가 평가제 시범사업을 광주, 울산에서 실시하였다.

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, 2021년 말 기준 642개의 보건소 구강보건실(센터) 및 학교 구강보건실, 학교 양치시설이 전국에 설치되어 운영되고 있다.

|표 2-8-27| 구강보건 인프라 구축 현황(국비 지원시설)

('21. 12. 기준, 단위 : 개소)

계	보건소 구강보건실	보건소 구강보건센터	초등학교 구강보건실	초등학교 양치시설	특수학교 구강보건실
642	131	65	332	63	51

※ 출처 : 보건복지부

지역 주민의 생애주기별 구강건강 증진을 위해 보건소 내 구강보건실을 구강보건센터로 확대·전환하여 인적·물적 토대를 강화하였다. 또한, 보건지소와 보건소로 분산되어 있는 진료 체계를 보건소 구강보건센터 중심의 조직적이고 효율적인 구강보건진료 사업 구조로 변화를 도모하고, 지역 주민을 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.

2022년 기준 현재 중앙장애인구강진료센터 1개소, 권역장애인구강진료센터 14개소 운영 중이다. 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·고등학생, 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

아동 구강건강 향상을 위한 예방중심의 지속적 구강관리 사업인 아동 치과주치의 시범사업 추진계획을 마련하였다. 2020년 12월 시범지역(광주, 세종)을 선정하여 2021년 5월부터 시범사업 시행 중이며, 2022년 12월 기준 256개 치과의원이 주치의로 등록하여, 4,527명 아동이 서비스를 이용하였다.

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, 국민구강건강 증진과 치과 의료비에 대한 사회 경제적 부담을 줄일 수 있도록 하기 위하여 ICT에 기반한 디지털 융합 치과 의료 등 신의료기술 개발을 위한 연구개발 및 치과의료교차감염 예방을 위한 연구개발 지원을 추진하고 있으며, 2021년는 3,157백만 원과 2022년에는 4,200백만 원을 지원하였다.

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 시도하였으며, 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 합동으로 국민 정신건강의 증진, 중증 정신질환자의 지역사회 통합, 중독으로 인한 사회적 폐해 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 법률」(이후 '정신건강복지법')로 전부 개정되고 2017년 5월 시행됨으로써 정신질환자 등의 비자의 입원제도를 대폭 개선하고, 정신질환의 조기발견과 치료, 정신질환자 지역사회 복귀를 지원하는 제도 마련에 박차를 기하였다.

그리고, 2020년 9월에는 정신건강 문제로 인한 경제적 · 사회적 비용의 지속적 증가에 적극적으로 대응하기 위해, 정신건강 정책을 전담하는 '정신건강정책관'을 신설하였다. 이는 정신건강 사회적 인프라 확충, 인식 개선 및 서비스 접근성 확보를 위해 정부가 선제적으로 대응하겠다는 의미로서,

집필자 정신건강정책과장 전명숙, 자살예방정책과장 이두리

국민의 마음 건강을 지키기 위해 국가적 차원의 적극적 투자 확대가 시급하다는 사회적 요구에 부응한 결과이다. 또한, 2021년 1월에는 관계부처 합동으로 전 국민 정신건강 증진, 정신의료서비스 및 지역사회 내 자립 지원 서비스 개선, 중독 등 이용장애 대응 강화와 자살률 감소를 주요 내용으로 하는 '제2차 정신건강복지기본계획'(2021~2025)을 수립 · 발표하였다.

한편, 통계청의 '2021년 사망원인통계 결과'에 의하면 우리나라에서 2021년 한 해 동안 자살한 사망자 수는 총 13,352명이며, 인구 10만 명 당 26.0명이 자살로 사망하고 있다. OECD 발표에 따르면 우리나라의 자살 사망률은 OECD 회원국 중 1위로 2021년 기준 표준인구 10만 명 당 23.6명이 자살로 사망하는 것으로 조사됐으며, 이는 OECD 평균인 11.1명의 2배가 넘는다.

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. 자살위험 없는 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 한국생명존중희망재단은 「자살예방법」에 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.

Ⅱ 전 국민 정신건강증진

1. 코로나 우울 해소를 위한 맞춤형 마음건강 지원

코로나19가 전세계적으로 확산 · 유행하고 장기화되면서 사회적 피로도가 누적되고, 방역을 위한 사회적 거리두기로 인해 사회적 교류나 만남이 제한되면서 '코로나 우울'이 확산되었다. 보건복지부가 실시한 '코로나19 정신건강 실태조사(2022, 한국트라우마스트레스학회)'에 따르면 코로나19가 장기화로 코로나19에 대한 두려움, 불안은 시간이 경과하면서 지속적으로 감소 · 안정화되고 있으나, 우울위험군 비율, 자살생각률 등 코로나19 발생 이전에 비해 높은 수준으로 여전히 우려되는 상황이다.

* 우울위험군 비율(%) : 17.5('20. 3월) → 22.8('21. 3월, 최고) → 18.5('22. 3월) → 19.0('22. 12월)
  자살생각률(%) : 9.9('20. 3월) → 16.3('21. 3월, 최고) → 11.5('22. 3월) → 14.5('22. 12월)

정부는 이에 대응하여 2020년 1월 29일부터 보건복지부 국가트라우마센터와 국립정신병원, 지자체 정신건강복지센터를 중심으로 '통합심리지원단'을 구성하여 운영하였다. 확진자, 격리자 명단을 확보하여 마음건강 정보 안내 및 심리상담을 제공하고, 심리상담 핫라인(1577-0199) 운영 및 다양한 심리치유 프로그램을 지원하였다. 심리상담 706만 건, 문자안내, 리플릿 제공 등 심리지원 정보 제공 3,571만 건 등 총 4,278만 건의 서비스를 제공하였다(2022. 12. 31.).

각 부처의 심리지원 정책을 체계적으로 관리하고 정부의 심리지원 정책을 강화하여 추진하기 위해 2020년 8월 9일 관계부처 합동 '코로나 우울 극복을 위한 심리지원 대책'을 수립하였고, '22년 상반기에는 코로나19에 적극적으로 대응하고 각 부처의 심리지원 정책을 체계적으로 관리하고 정부의 심리지원 정책을 강화하여 추진하기 위해 2022년 3월 코로나 우울 관계부처 · 시도별 심리지원 합동 계획을 수립하였다. 이를 통해 관계부처에서는 아동 · 청소년 · 근로자 등 마음건강 취약계층 대상 위주의 심리지원 사업을 추진하고, 트라우마센터는 유가족, 대응인력 위주의 심리지원을 추진하였다. 구체적으로 찾아가는 '마음 안심버스'를 지속적으로 운행하였고, 대응인력의 전문성 강화를 위해 '소진관리 프로그램 매뉴얼'을 지자체에 배포했으며('22. 5.), 대국민심층상담도 지속적으로 강화하였다.

아울러, 일반의료체계 전환에 따라 점진적 일상회복으로 복귀를 위하여 기존의 '국가 · 권역 트라우마센터' 에서 '지자체 정신건강복지센터' 위주의 심리지원으로 개편을 추진하였다. 「일상회복을 위한 코로나19 심리지원 추진방안」('22. 6. 13.)을 통해 지역사회 중심 종합적 정신건강 서비스 지원체계 수립과 지자체에서 확진자 등 정보 제공 및 관리로 전환되었다. 따라서, 국가 · 권역 트라우마센터는 유가족, 대응인력 등 트라우마 고위험군 심리지원, 재난 심리지원 협력체계 구축, 재난심리 전문인력 양성, 심리지원 프로그램 개발 등에 집중하기로 하였다.

또한, 코로나19 이후 중장기적인 정신건강 현황 파악을 위해서 코로나19 정신건강 패널조사를 지속 실시한다. 2021년 첫 조사를 실시하였으며, 2022년부터 6년간 동일한 패널을 대상으로 사회경제적 특성, 코로나 확진 경험 여부에 따른 정신건강 현황 및 변화 양상을 분석하여 정신건강 정책의 과학적 근거를 마련할 계획이다.

2. 재난 피해자 등 위기심리지원

재난으로 인한 외상 후 스트레스장애(PTSD)를 예방 및 국가 차원의 심리지원 제공을 위한 컨트롤 타워로서 2018년 4월 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 마음 안심버스를 제작하여 운영하기 시작하였다.

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 제공하였고, 2019년에는 강원 산불(4월) 통합심리지원단 운영 및 찾아가는 재난 현장 지원을 위한 마음 안심버스 운행, 헝가리 유람선 침몰사고(5월) 피해자 심리회복을 지원하였다.

2020년~2022년에는 코로나 우울 확산에 대응하여, 국가트라우마센터를 중심으로 국립정신병원, 지자체 정신건강복지센터와 함께 통합심리지원단을 구성 · 운영하여, 확진자, 확진자 가족, 유가족 및 일반 국민에 대한 심리지원을 제공하였다.

또한, 2022년 이태원 사고 발생에 따른 트라우마 대응을 위하여 공공 · 민간이 합동으로 통합심리지원단을 구성하여 유가족, 부상자 및 가족, 목격자 등을 대상으로 심리지원을 실시하였으며, 소방, 경찰 등 대응인력 대상으로도 찾아가는 트라우마 집단상담 등 심리지원을 실시하였다. 심리상담 5,329건, 정보제공 5,999건을 제공하였다(2022. 12. 31.).

한편, 2019년 5월 국립부곡병원에 영남권 트라우마센터가 개소하여 영남권역의 재난 심리지원을 위한 중심 역할을 수행해 왔으며, 2020년 12월에는 정신건강복지법 개정으로 권역 트라우마센터를 설치 · 운영할 수 있는 근거규정을 마련하였고, 관련 예산을 확보함에 따라 2021년 6월 30일 권역 트라우마센터가 3개소 추가로 개소하여 전국 5개 권역별 트라우마센터가 출범하였다.

또한, 기존에 국가 트라우마센터에서만 1대 운영하던 '마음 안심버스'를 2021년에 권역 트라우마센터 4대 및 지자체 정신건강복지센터에서 34대를 추가로 운영하였으며, 2022년에도 지자체 정신건강복지센터에 마음안심버스를 추가하여 총 45대를 확충하여 찾아가는 심리지원을 강화하였다.

Ⅲ 정신의료 서비스/인프라 선진화

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 비자의입원은 1개월 이내에 입원적합성심사위원회에서 입원적합성 여부를 심사받도록 했다. 또한, 비자의입원 시 6개월에 한 번 입원기간 연장을 심사하던 것을, 초기에는 3개월 간격으로 심사 하도록 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.

집필자 정신건강정책과장 전명숙, 정신건강관리과장 김승일

2017년 정신건강복지법 개정을 통해 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 신설하여, 그동안 의료분야 위주로만 이루어지던 정신질환자에 대한 서비스를 자립지원 등 복지분야까지 확대하는 등, 정신건강복지의 외연을 넓혔다.

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 정신보건정보관리시스템을 보건복지부로 이관받아 이를 전국 공통의 사례관리시스템으로 통합 · 구축하는 사업을 추진, 2018년 6월 통합 정신건강 사례관리시스템(MHIS)을 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 가능해졌으며, 또한, 관련 정보시스템(국가 입퇴원관리시스템, 사회보장정보시스템)과의 정보 연계를 통해 사례관리 대상자에 대한 통합 서비스 제공을 위한 기반이 마련되었다.

3. 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.

2015년 메르스 대유행 이후 정신의료기관을 제외한 의료기관의 입원실이 6인실 이하로 개선되었다. 정신의료기관의 폐쇄적인 다인실(8~10인실), 공동화장실 사용 등은 집단감염에 취약하며, 이로 인한 인권문제도 지속으로 제기되어 왔다.

그러던 중, 2020년 2월 청도대남병원을 시작으로 정신의료기관 내에서 정신질환자 코로나19 집단감염이 발생하면서, 감염병 위험을 낮추고 최적의 환경에서 치료받을 권리를 보장하기 위하여 정신의료기관의 시설환경 개선 필요성이 대두되었다.

정신의료기관의 감염 예방 및 치료 친화적 환경 개선을 위하여 2021년 3월 「정신건강복지법」 시행규칙을 개정 · 시행하여 입원실 당 병상 수를 10병상에서 최대 6병상으로 제한하였으며, 병상 간 이격거리도 1.5m 신설하는 등 시설 기준을 강화하였다. 또한, 화장실(신규 정신의료기관만 적용), 손 씻기 및 환기 시설을 설치하도록 하고, 300병상 이상 정신의료기관은 격리병실 설치를 의무화하는 등 감염병 대응 역량을 강화하였다. 이에 더해, 의료인 및 환자 안전을 위하여 비상문과 비상경보장치 또는 비상대피공간 설치, 100병상 이상 정신의료기관은 보안 전담인력을 1명 이상 배치하도록 하여, 정신의료기관의 안전도 강화하였다.

또한, 정신의료기관 폐쇄병동 실태조사를 실시('21. 4.~6.)하고, 환경개선 협의체 및 분과협의체를 운영하여(총 21회 회의 개최), 전문가, 이해관계자, 관련 기관, 단체 등의 의견을 확인하고, 이를 통해 정신건강증진시설 환경개선 방안을 도출할 예정이다.

|표 2-8-28| 정신보건 관련시설 현황

('22. 6. 기준, 단위 : 개소, 병상, 명)

구 분	기관수	인원수 (병상수)	주 요 기 능
정신의료기관	2,086	57,694 (병상수)	급성기 정신질환자를 대상으로 입원 또는 외래치료를 제공하여 재활 및 사회복귀 도모
정신건강 복지센터	261	80,126 ('22. 말 MHIS 등록인원)	• 일반인 및 경증 정신질환자 대상 지역사회 내 정신질환 예방, 정신질환자 발견 · 상담(아동 · 청소년, 자살예방, 정신건강 증진 사업 수행) • 중증 정신질환자 사례관리 및 사회복귀 지원 • 정신보건시설간 연계체계 구축 등 지역사회정신보건사업 기획 · 조정 * 기초정신건강복지센터 244개소, 광역정신건강복지센터 17개소
중독관리통합 지원센터	58	7,193 ('22. 말 등록인원)	알코올 등 중독문제 상담, 사례관리, 교육 및 전문기관 연계 등
정신요양시설	59	12,843(정원) 8,393(현원)	만성정신질환자 요양보호 및 작업치료, 사회복귀훈련 등의 서비스 제공
정신재활시설	349	6,982(정원) 6,432(현원)	정신질환자의 지역사회 복귀를 위한 사회적응훈련 · 작업훈련 등 제공

주 : 정신의료기관 현황은 '21. 6. 기준

4. 정신질환자에 대한 입원 및 외래, 조기 치료비 지원 사업

2019년 5월, 정부는 「중증정신질환자 보호 재활지원을 위한 우선조치 방안」을 수립하였다. 이를 통해 자 · 타해 위험 정신질환자를 대상으로 입원(응급, 행정)을 하거나 외래치료 지원비를 국가가 비용부담을 함으로써 국가책임을 강화하는 방안을 마련하였다.

기존 「정신건강복지법」상 행정입원과 외래치료 지원제에 대한 치료비 부담에 대한 법적근거는 명시되어 있었으나 경찰에 의한 응급입원과 정신질환의 조기치료 비용 부담에 대한 근거는 부재한 상황에서, 정신질환자 치료비 지원사업의 제도적 정착을 위해 정부는 법 조항 신설을 위해 적극적 의견개진, 국회 자료제출을 실시하여 응급입원, 조기치료 비용부담에 대한 법적 근거 마련을 실시하였다. 이에 국회 본 회의를 통과하며 2021년 12월 9일 본격적으로 정신질환자 치료비 지원사업이 시행되었다.

2020년 1차년도 정신질환자 치료비 지원사업 실시 후, 1차년도 사업에 대한 분석을 토대로 2021년 2차년도에는 지원 기준을 완화하여 치료비 지원대상을 확대하여, 지원대상자 소득 범위를 늘렸다('20년 중위소득 65% → '21년 중위소득 120%). 또한, 정신질환자 신청서류 발급의 어려움을 고려하여 행정정보공동이용 시스템을 도입함으로써 동의서 1장으로 복잡했던 소득증빙 서류를 간소화시키고 신뢰성 있는 서류 확보를 함으로써 국민을 위한 편의성을 제공하였다.

5. 아동 · 청소년 정신건강증진사업

주의력결핍과잉행동장애(ADHD), 인터넷게임중독, 학교폭력, 학습장애 등 아동청소년 정신건강 문제가 날로 심각해지고 있다. 이에 따라 지역사회 내 아동 · 청소년 정신건강복지서비스 제공체계를 구축하고, 정신건강 위험군 학생 선별, 심층상담, 사례관리, 의료기관 연계, 치료비 지원 등을 제공하는 아동청소년 정신건강증진사업을 추진해 오고 있으며, 2022년 말 현재 전국 정신건강복지센터 233개소에서 사업을 수행하고 있다.

정신질환은 초발연령이 대개 10대 후반이고, 질병의 경과가 평생 지속되므로 주요 정신 건강문제를 조기 발견하여 중재하는 것이 중요하다. 이에, 모든 기초정신건강복지센터에서 아동 · 청소년 정신건강증진사업을 수행할 수 있도록 지원을 확대하여 지역사회 내 유관기관 간 연계 · 협력체계를 활성화하고, 예방 교육, 조기검진, 상담 및 치료연계 등의 서비스를 강화해 나갈 예정이다.

Ⅳ 정신질환자의 지역사회 통합

1. 정신요양시설 지원 현실화 및 운영 개선

정신요양시설은 가족의 보호가 어려운 만성정신질환자를 입소시켜 요양 · 보호함으로써 이들의 삶의 질 향상과 사회복귀를 도모하는 시설로서, 2022년 6월 말 기준, 전국 59개 정신요양시설에 약 8,400여 명의 정신질환자가 입소해 있으며, 이들에게 서비스를 제공하기 위해 2,200여 명의 근로자가 일하고 있다.

정신요양시설은 입소자의 진료, 투약, 건강관리 및 요양보호 등 건강관리 서비스뿐만 아니라 작업치료 및 사회복귀훈련을 통한 지역사회 복귀지원 서비스도 제공하고 있다. 또한, 정신요양시설의 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.

2021년에는 정신요양시설에서의 서비스 품질을 제고하는 한편 이 곳에서 종사하는 근로자들의 노동 조건 개선을 위해 약 300여 명 이상의 추가 인력 고용이 이루어졌으며, 정신요양시설 기능보강 사업에서는 정신요양시설에서의 감염관리를 위해 화장실 개선을 위한 예산이 지원되었다.

향후, 정신요양시설 입소자의 안정적인 생활 지원을 위해 운영비 및 기능보강비 등 예산의 지속적 확충을 추진하고 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 내에 주거공간을 제공하고 있다.

2022년 6월 말, 349개소 시설에서 약 4,600여 명의 이용자와 2,000여 명의 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.

정신질환자의 지역사회 통합을 위한 정신재활시설 확충 등 향후 5년간의 투자계획을 제2차 정신건강복지기본계획을 통해 제시하였다.

집필자 정신건강정책과장 전명숙

3. 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, 2019년에는 정신건강의 날(10월 10일) 및 정신건강주간을 맞아 정신건강에 대한 인식개선 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.

아울러, 2021년부터 '이제는 마음에 투자하세요'라는 슬로건 아래 정부/지자체/민간의 통합 홍보를 추진하였다. 정신건강 홍보주간(정신건강의 날 10월 10일을 포함한 2주간)을 지정하여 전국 단위의 행사 및 홍보 프로그램을 단일 홈페이지를 통해 안내했으며, SNS 홍보, 웹툰, 토크쇼, TV방송(JTBC 방구석1열) 등 다양한 홍보 콘텐츠를 개발하고 이를 확산하기 위해 노력하였다.

앞으로도 정신질환자 가족, 정신보건 관련단체, 자조모임 등을 통해 정신질환에 대한 국민적 관심을 높이고 정신건강복지센터, 학교, 사회복지기관 등을 중심으로 대국민 교육을 강화 하는 한편, 다채로운 홍보전략 개발 및 민관 협력을 통해 국민 정신건강증진 및 인식개선을 위해 지속적으로 노력해나갈 예정이다.

4. 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 정신질환자 공공후견활동지원 사업을 지속 추진하였다. 보건복지부가 공모를 통해 지정한 공공후견법인은 한정후견인 선임 결정을 받아 피후견인 재산관리, 의료행위 동의, 거소 관련, 일상생활 및 공법상 신청 지원 등의 업무를 지속 수행하고 있다.

더불어 정신질환자의 인권 강화 일환으로 정신질환 당사자가 직접 서비스를 제공하는 절차보조사업을 지속 추진하였다. 절차보조사업단은 정신건강증진시설에 비자의 입소한 자를 대상으로 각종 절차를 보조하고, 입원생활을 지원하며 퇴원 시에도 지역사회에서 지속적 치료 및 복지서비스를 연계할 수 있도록 서비스를 제공하고 있다.

또한, 정신질환자의 자기결정권 강화, 의사표현 지원 등을 위한 '절차보조사업' 예산을 신규 반영하여 2018년부터 시행하고 있다.

정신질환자 권익보호를 위해 정신건강증진시설의 장 및 종사자에 대한 인권교육을 추진하였으며, 인권강사 양성 및 보수교육을 통해 2021년 말 기준 369명의 인권강사를 양성하였다.

V 알코올 및 마약류 중독 대응체계 강화

1. 알코올 중독자 치료 지원

관대한 음주문화와 잘못된 음주습관으로 인한 국민건강 위해, 사회경제적 비용 및 알코올과 연계된 각종 범죄가 증가함에 따라 지역사회 내 알코올중독 예방 및 재활서비스를 제공하기 위해 2000년 알코올상담센터 4개소를 개소, 3년간 시범운영을 실시한 후 2012년까지 50개소로 점차 확대하였다.

2014년부터는 알코올 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 · 개편하였다.

또한, '정신건강복지법' 개정('18. 12. 11. 공표)으로 중독관리통합지원센터 설치 · 운영 및 중독사업 지원 근거 규정을 마련하였으며, 지역사회 중독문제 지원강화를 위해 '22년 8개소를 추가 확대하였다.

2. 마약류중독자 치료보호 지원

마약류중독자의 처벌을 넘어 치료 및 재활 지원이 중요한 정책으로 대두되고 있다. 마약류 중독자 치료보호사업은 2008년 9월 「마약류관리에 관한 법률」의 개정으로 '식품의약품안전청'에서 '보건복지부'로 이관되어 2022년 기준으로 국공립병원 및 민간 의료기관 중 21개 치료보호기관을 지정하여 마약류 중독자를 치료보호하고 있다.

또한, 마약류 중독자의 일상생활 복귀 지원과 재범방지를 위하여 포스터, 리플렛, 지하철 광고, 유튜브, 인터넷매체 등을 통한 마약중독예방 및 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 260명, 2020년 143명으로 감소하였으나 2021년 280명에서 2022년 421명으로 늘어나며 꾸준히 250명이 넘는 마약류 중독자를 치료보호하고 있다.

Ⅵ 자살로부터 안전한 사회 구현

OECD 회원국 중 자살률 1위라는 심각한 문제의 해결을 위하여, 2017년 역대정부 최초로 '자살예방 및 생명존중문화 확산'을 국정과제로 설정하고, 보건복지부에는 자살예방정책과(2018. 2월)를 설치하여 적극적인 자살예방정책을 추진해나가고 있다. 2018년 1월에는 자살예방 관련 정부 정책을 총망라한 '제4차 자살예방 기본계획(2018-2022)'을 수립하여 현재까지 추진해오고 있으며, 변화하는 환경에 맞는 자살예방대책 마련을 위한 '제5차 자살예방 기본계획(2023-2027)' 수립 · 추진할 계획이다. 또한, 2019년 하반기부터는 국무총리 주재로 자살예방정책위원회를 운영하면서 범정부차원의 자살예방정책 추진상황을 점검해오고 있다. 2020년부터는 코로나19로 인한 국민들의 정신건강 악화 및 자살 증가 우려에 따라 다양한 정책적 보완을 추진하였고, 2022년에는 「자살예방 및 생명존중 문화조성을 위한 법률」을 개정하여 자살로부터 더욱 안전한 사회를 만들기 위해 총력을 기울이고 있다.

1. 사회 내 자살위험 요인 지속 관리

과학적 근거에 기반한 자살예방 대책 마련을 위해 8개년 동안 발생한 자살사망 약 10만여 건에 대한 정보를 경찰수사기록을 기반으로 수기 조사하는 '자살사망자 전수조사 사업'이 2018년부터 2022년까지 국정과제 및 자살예방행동계획(제4차 자살예방기본계획)에 의거, 추진되었다. 이 조사자료를 기초로 지자체별 자살 현황 및 특성을 분석한 보고서를 매년 발간하여 자살예방시행계획 수립에 활용할 수 있도록 지원하였다. 2022년 2월부터는 「자살예방 및 생명존중 문화조성을 위한 법률」 제12조의3이 신설되면서, 수기조사없이 경찰청으로부터 바로 형사사법정보를 제공받을 수 있는 법적 근거가 마련되어 더욱 효율적인 자살 특성 분석이 이루어질 예정이다.

생명존중문화 조성을 위해 민 · 관이 함께하는 자살 예방 홍보 활동을 지속적으로 추진하고 있다. 2018년부터 주변인에게 관심을 표현함으로써 서로의 소중함을 인식하고, 자살예방을 위한 사회적 분위기를 만들자는 취지로 개발 · 추진하고 있는 "괜찮니 캠페인"을 운영하였으며, 2021년에는 뉴미디어를 활용하여, 대상별 자살예방 정책 홍보, 국민 참여 이벤트, 자살예방 및 자살 유족 인식개선 웹툰 홍보를 통해 전 국민 대상 자살예방 관련 정보를 전달하였다. 또한, 2022년에는 자살예방을 위한 행동 변화를 유도하는 핵심 슬로건인 "사람을 더하세요"를 개발하고, 이를 확산하기 위해 다양한 캠페인을 추진하였다.

집필자 자살예방정책과장 이두리

매년 3월부터 5월까지는 자살고위험시기로 지정하여, 도움기관정보를 담은 포스터와 리플릿 등을 취약계층 밀집지역이나 사회서비스 제공기관 등에 집중적으로 배포하고 각 지역자살예방센터에 등록되어있는 고위험군에 안부문자를 발송하는 등 집중적인 관리 계획을 매년 지자체 협조를 통해 추진하고 있다.

또한, 2013년부터는 전 국민 대상으로, 가족, 친구 등 주변인의 자살위험을 재빨리 인지하고 적절히 대응할 수 있는 생명지킴이 교육을 실시 해오고 있으며, 2021년 165만 명, 2022년 178만 명이 추가로 교육을 이수하여 누적으로 총 739만 명이 양성되었다. 또한, 그간 양적 팽창 중심의 생명지킴이 양성사업을 질적으로 보완하기 위해 2021년 상반기부터 2022년까지 2,355개 교육기관(전국 정신건강복지센터, 학교, 기업 등)과 생명지킴이 19,138명을 대상으로 총 436,467건(이메일 306,290건, 문자 130,177건)의 문자와 메일링서비스를 통해 정보제공과 사후관리 등을 실시하고 있다.

언론과 미디어가 대중에게 미치는 영향을 고려하여 자살예방의 필요성을 함께 알리는 노력도 지속하고 있다. 한국기자협회와 협력하여 개정된 자살보도 권고기준('18. 7월)이 실질적으로 활용될 수 있도록 노력하고 있으며, 자살사건보도를 작성하는 사건기자들을 대상으로 자살보도 권고기준의 필요성에 대해 기자세미나를 진행하였고, 2021년부터 인터넷신문매체를 통한 미준수 보도 확산을 예방하기 위해 인터넷신문위원회와 협력하여 인터넷신문사 대상 권고기준 교육 및 세미나를 진행하였다. 또한, 한국방송작가협회와 협력하여 방송과 인터넷 등 영상콘텐츠에서 자살 장면을 신중하게 묘사할 것을 권고하는 '영상콘텐츠 자살 장면 가이드라인' 확산을 위한 노력으로, 2022년 10월에는 방송작가 세미나와 자살예방 극본 공모전을 주최하였다. 이와 더불어 개정된 자살예방법('19. 7월)에 따라 자살유발정보의 유통 금지를 위한 노력으로, 경찰청 사이버안전국과 자살유발정보 집중신고대회를 진행하였고, 일반국민 대상으로 언론모니터링단과 미디어패널단을 모집하여 지속적인 모니터링을 실시하고 있다.

아울러, 자살 사고를 가지거나 도움이 필요한 이들이 쉽게 접근해 상담을 받을 수 있도록 2018년 12월부터 자살예방 상담전화(1393)를 운영하고 있다. 2020년은 코로나19로 인해 우울감과 자살생각에 대한 상담을 받으려는 전화량이 급격히 증가하였고, 상담원 26명이 밤낮으로 나누어 응대하는 상황에서 전화량의 급증은 응대율의 급격한 하락으로 이어질 수밖에 없었다. 이러한 상황을 극복하고자 정부는 '코로나19 대응 1393 강화대책(중앙사고대책본부, '20. 9월)'을 마련하고 급증한 상담수요에 대응해 나갔다. 우선 기존 1393 상담전화와 별도로, 자살예방 상담이 가능한 자원봉사자를 모집하여 1393 자원봉사 상담체계를 운영하였으며, 상담사 정원도 2021년에 57명으로 2022년에는 80명까지 확대하였다. 그 결과 상담 응대율을 2020년 9월 29.4%에서 2020년 12월 79.5%까지 끌어올렸고, 2021년에도 평균 72.6%로 유지할 수 있었다. 다만, 2022년 3월 말에 자원봉사체계가 종료되고 상담사의 충원에 어려움이 있어 2022년 12월 말 응대율은 62.0%에 그쳤으며, 향후 신속한 채용과 상담사의 정신건강관리, 소진프로그램 실시 등 안정적인 상담운영을 위해 지속적으로 노력하고 있다.

이밖에도 대한약사회나 안전생활실천시민연합 등 등 민간단체가 추진하는 자살예방사업에 대해 공모를 통해 예산을 지원하고, 지자체 특성을 고려한 효과적인 지역 맞춤형 자살예방사업을 위해 예산 지원, 모니터링 및 방문 컨설팅('22. 4~6월, 10월) 등을 실시함으로써 사업 추진 활성화 및 홍보 확산 등 생명존중과 자살예방에 대한 범사회적 관심과 노력을 유도하고 있다. 아울러, 재계, 노동계, 종교계, 언론계, 협력기관, 전문가 등이 참여하는 생명존중 민관협의체를 운영하여 사회 각 분야의 협력방안을 모색해 나가고 있다.

2. 자살 고위험군 지원 및 사후관리

자살을 시도했던 경험이 있는 자살시도자와 자살유족은 고위험군에 속한다. 2013년 자살실태조사 결과에 따르면 자살시도자의 자살위험은 일반인에 비해 20~30배 높으며, 자살 유족의 우울장애 발병위험은 일반인 대비 18배 이상, 자살 위험은 8~9배 높다고 한다(전홍진, 2018). 정부는 이들 자살 고위험군 대상 자살예방정책을 지속적으로 확대하여 추진해왔다. 응급실에 찾아온 자살시도자에 대해 사례관리를 실시하는 '응급실 기반 자살시도자 사후관리사업'을 2013년 8월부터 실시하였다. 이 사업의 효과성 분석 결과, 자살시도자 중 사후관리 서비스 수혜자 사망률이 서비스 비수혜자에 비해 1/3 이하로 감소하는 것으로 나타났다(서울시보라매병원, 2019). 사업수행기관은 2013년 25개 기관에서 2022년 80개 기관으로 확대되었다. 지역별 수행기관 확대와 더불어 야간 · 휴일에도 사례관리자가 자살시도자에 대한 평가 · 상담을 지원할 수 있도록 10개 기관을 24시간 운영기관으로 운영 중이다. 아울러, 2023년부터는 사례관리 등 서비스에 동의한 자살시도자와 자살 유족에게 정신과 치료비, 심리상담비, 자살시도로 인한 신체손상 치료비 등을 지원하여 자살 고위험군 관리를 강화할 예정이다.

자살사망자의 유족에 대해서는 경찰의 출동 요청에 따라 자살 유족 전담직원이 출동하여 유족에 대한 초기 심리안정을 지원하고, 법률 · 행정, 학자금, 임시 주거 등 제공 서비스를 안내하며, 개인정보 및 서비스 제공 동의를 받아 지속적인 사례관리 서비스까지 원스톱으로 지원하는 자살 유족 원스톱 서비스 지원사업을 2019년 9월부터 광주, 인천, 강원 일부 지역에서 시범적으로 실시하였다. 시범사업 추진 결과, 첫해에는 전년 동기간 대비 등록관리 유족 인원이 약 7배 증가하였고, '19년 이후 자살 유족 등록관리율은 매년 증가하였다('19. 55.2% → '20. 74.8% → '21. 82.0%). 제2차 정신건강복지 기본계획에 따라 2024년 전국 확대를 목표로 단계적으로 사업지역을 확대할 계획이며, 2022년에는 본사업으로 전환하여 서울, 대구, 세종, 충남, 충북, 제주를 포함한 9개 시도에서 시행하고 있다. 또한, 2020년부터는 자살유족 동료지원가를 양성하여 '22년 말 현재 8명의 유족이 자조모임 리더 등으로 활동을 활발히 하고 있으며, '22년부터는 전국 공모사업을 통해 유족자조모임(10개) 운영을 지원하고 자살 유족에 대한 대국민 인식개선 홍보 등을 강화해 나가고 있다.

2011년 이래 감소하던 자살사망자 수는 2018년, 2019년 증가하였는데, 이는 연예인 자살 사망에 따른 모방 자살 영향을 받은 것으로 판단된다. 이에 따라 연예인 자살예방 교육프로그램을 개발하여 관련 협회에 배포하였고, 보건복지부, 문화체육관광부 등 관련부처와 관련 협회 등이 참여하는 연예인 자살예방 민관협의체를 구성하여 연예인 자살예방을 위한 지원방안을 모색하고 있다. 또한, 대한신경정신의학회와의 협력을 통해, 익명치료가 가능한 문화예술인 안심클리닉을 운영하여 2022년 전국 136개 병원이 참여하고 있다.

자살장소와 수단에 대한 통제를 강화해나가기 위하여, 자살사망자 전수조사를 통해 자살사건이 많이 발생하는 교량 등의 명단을 확보하였고, 난간, CCTV, 긴급전화 등 교량에 설치할 안전시설 관련 권고안 마련 후 2022년 자살예방사업안내서에 수록하여 각 지자체에 배포하였다. 또한, 전통적인 자살수단인 농약이나 번개탄에 대한 모니터링을 지속적으로 실시하고 2019년 자살위해물건 고시 제정을 통해 농약과 번개탄을 자살위해물건으로 지정하였으며, 해당 고시의 효과성을 평가하고 신규수단 등에 대한 관리방안을 포함할 수 있도록 개정안을 마련하는 연구를 2021년부터 진행하였다. 그 결과, 2019년 지정한 가스중독 및 농약음독 유발물질로 인한 자살은 전체 감소율 대비 4배 더 감소하였음을 확인하였다. 이에 따라, 「자살위해물건고시」를 개정하여 새로운 자살 수단인 약물에 의한 자살 예방을 위해 2023년부터 자살위해물건에 수면제, 진정제를 추가로 포함하여 관리를 강화할 계획이다.

3. 자살예방 정책 인프라 강화

생명존중문화조성, 자살 고위험군 발굴 및 관리, 자살수단 통제 등 자살예방사업의 시의성 있는 정책 수립과 효과적인 추진을 위해 중앙정부, 지방자치단체, 사회 각계 기관의 유기적인 협력체계를 구축하고 정책 인프라를 지속적으로 강화하고 있다.

우선, 관련부처 장관 및 민간 전문가들이 참여하는 제5차 자살예방정책위원회(국무총리 주재, '22. 6월)를 개최하여 2021년 지자체 추진실적 평가결과 및 '자살위해물건 고시' 개정안 및 관리강화 계획 수립을 심의하여 자살예방정책의 범정부 추진체계를 강화하고 있다. 또한, 국무조정실과 각 관련 부처들이 참여하는 점검협의회를 분기별로 개최하여 이행상황을 주기적으로 점검하였고 2023년부터는 보건복지부가 각 부처의 자살예방 시행계획 추진실적을 점검함으로써 자살예방정책의 실효성을 제고할 예정이다.

또한, 자살예방법 개정을 통한 한국생명존중희망재단의 법적 설립근거를 마련('22. 12월)으로 근거기반 자살예방정책을 지원할 수 있는 중앙정책지원기구로서의 위상 제고 및 중앙차원의 인프라를 강화하였다. 뿐만 아니라 자살예방사업 콘퍼런스를 개최('22. 12월)하여 전문가 및 실무자 간 자살예방정책 토론, 의견 청취 및 특별강연 진행 등 사업 성과를 대내외로 알리고 공공, 민간의 관심 · 참여를 제고하여 자살예방사업 활성화 추진 기반을 마련하였다.

서비스 안정적 제공 등 지역사회 인프라 강화 및 지자체 주도의 자살예방사업 추진을 위하여 전국 255개 자살예방수행기관(정신건강복지센터, 자살예방센터)에 자살예방사업 확대 및 자살예방 전담인력('22년 467명) 예산을 확보하여 지원하였다. 자살예방 전담인력은 지역사회 내 자살예방사업의 기획 · 조정, 예방 · 개입 · 사후관리, 생명지킴이 양성 교육 · 홍보 등의 사업을 수행하며, 특히, 지역사회 내 삶의 위기에 처한 자살 고위험군(자살시도자, 유족 등) 발굴을 통해 사례관리를 제공하는 중요한 역할을 수행하고 있다. 또한, 자살예방사업 실무자들이 지역 기반 자살예방사업 계획 수립과 운영에 활용할 수 있도록 「2022 자살예방사업안내」를 제작하여 배포하고, 지자체의 자살예방사업 역량강화를 위해 전문가 집단 구성, 자살예방 시행계획 추진실적 평가 결과에 대한 현장 상황에 맞는 컨설팅을 실시하였다('22년 10월, 6개 지자체).

아울러, '22년 8월부터는 자살예방법 개정(제12조의 2)에 따른 시행으로 경찰 · 소방은 자살시도자 · 유족 등을 발견한 경우, 당사자의 동의 이전에 자살예방센터(정신건강복지센터)로 정보제공 및 연계의무에 대한 법적 근거를 마련하여 자살고위험군의 선제적 개입을 강화할 수 있도록 하였으며, 경찰과 소방 지방관서별로 생명존중협력담당관(경찰 257명, 소방 488명 지정)을 지정 · 운영하여, 앞으로 생명존중협력담당관에 대한 자살예방교육을 지원하고 협력체계를 더욱 강화해나갈 계획이다.

Ⅶ 정신건강정책 발전을 위한 기반 구축

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, 2022년 현재 시도 단위에 17개소, 시군구 단위에 244개소 등 전국 261개소의 정신건강복지센터가 설치 · 운영되고 있다. 각 시 · 도에 설치된 광역정신건강복지센터에서는 지역정신건강사업 기획 및 연구, 프로그램 개발, 24시간 정신건강 응급위기대응 등을, 각 시 · 군 · 구에 설치된 기초정신건강복지센터에서는 지역사회 내 정신질환자 발견 · 등록 · 진료의뢰, 정신질환 예방 교육 · 홍보 등 사업을 수행하고 있다.

2022년 정신건강복지센터에 신규 인력 300명을 확충 지원하여, 지역 정신건강증진서비스의 질 향상 및 서비스 역량강화를 도모하였으며, 정신건강서비스 수요 증가 대응 등을 위해 지속적으로 신규 인력 확충을 지원할 계획이다.

지역주민을 위한 정신건강 정책을 수립하고, 서비스를 제공하는 통합정신건강증진사업 시범사업(2012년~, 광주)을 추진하였고, 정신건강전문의를 정신건강복지센터에 파견, 상주하여 상담 및 교육을 진행하는 '마음건강주치의', 정신질환 초기 증상을 조기발견, 상담 · 치료연계 등을 통한 정신질환 만성화를 예방하는 '조기중재서비스(마인드링크)' 등의 사업을 통해 자살사망자 감소, 마인드링크 등록 전후 재입원 비율 감소, 일반상담 대비 높은 마음건강주치의 상담 치료연계율 등의 성과를 보였다. 이에, 통합정신건강증진사업을 2022년까지 전국 17개 시 · 도로 확대하였다.

집필자 정신건강정책과장 전명숙, 정신건강관리과장 김승일

2020년 7월부터 광역정신건강복지센터, 거점 기초정신건강복지센터에 위기개입팀을 설치하여 정신응급상황 발생 시 자·타해 위험환자의 정신질환 의심 여부, 정신적인 위기 상황 평가, 사례관리 연계 등을 통해 경찰 및 구급대원의 정신응급 현장 대응을 지원하고 있다.

2. 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 사회문제 해결형 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 정신건강 증진 전략 개발 연구 등이 2021년까지 수행되었다.

2022년부터 기존 R&D 사업체계를 개편하여, 포스트코로나 시대의 정신건강기술 개발과 정신질환자 치료 친화적 기술개발을 주 내용으로 하는 정신건강연구개발사업이 시작되었고, 소속기관인 국립정신건강센터를 통해 정신건강 공공서비스 개발과 연구자원을 구축하는 국립정신건강센터 연구개발사업이 시작되었으며, 과학기술정보통신부와 함께 자폐 혼합형 디지털치료제개발사업을 추진하고 있다.

또한 제2차 정신건강복지기본계획에 따라 전 국민 정신건강증진, 정신질환 극복을 위한 맞춤형 정신건강서비스 전달체계 확립과 연구 생태계 조성을 위해 "대전환기 혁신적 정신건강 R&D 사업"을 기획하였으며, 이를 위해 전문가 기획위원회를 구성하는 등 디지털 기술 혁신 시대에 걸맞는 정신건강 R&D 투자를 위해 노력하였다.

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. 이에 따라 1997년 3월 '정신보건전문요원 제도'를 도입하여 정신건강간호사, 정신건강사회복지사, 정신건강임상심리사 등 전문인력을 양성해 오고 있다.

2017년 개정「정신건강복지법」시행에 따라 '정신보건전문요원'이 '정신건강전문요원'으로 명칭이 변경되었고, 국 · 공립 정신의료기관, 보건복지부 장관의 지정을 받은 정신의료기관 등에서 정신건강전문요원 수련과정을 운영하고 있다. 정신건강전문요원을 양성하는 수련기관은 2022년 12월 말 기준 304개 기관, 415개 과정으로 수련생정원은 1,478명이며, 2022년 12월 말까지 배출된 정신건강전문요원은 총 18,724명이다(정신건강간호사 9,321명, 정신건강사회복지사 5,900명, 정신건강임상심리사 3,424, 정신건강작업치료사 79명). 이들 정신건강전문요원은 정신의료기관, 정신건강복지센터, 국공립기관, 정신재활시설, 정신요양시설, 각종 학교, 정부기관 등에서 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 정신건강전문요원관리시스템을 구축, 전문요원 보수교육을 운영하고 있다.

또한, 2022. 4. 8.「정신건강복지법」의 개정 · 시행으로 정신건강작업치료사가 정신건강전문요원으로 추가되었다.

CHAPTER

제9장

보건산업정책

제1절 보건산업 육성
제2절 미래의료기반 강화
제3절 바이오헬스 생태계 조성
제4절 의료 해외 진출 및 외국인환자 유치
제5절 글로벌백신허브화추진

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 2021년 기준으로 12조 6,766억 달러 규모로 이는 같은 해 한국의 GDP(명목) 1조 8,102억 달러의 7.0배 수준이다. 2017년부터 2021년까지 5년간 연평균 성장률은 6.0%(제조산업은 4.8%)로 글로벌 경제위기 속에서도 상당한 성장을 지속하고 있으며, 2022년부터 2027년에도 보건산업이 연평균 6% 이상 성장할 것으로 예상된다.

|표 2-9-1| 보건산업 세계 시장 규모

(단위 : 억 달러)

구 분		2018	2019	2020	2021	2022(E)
제조산업	의약품	12,003	12,094	12,438	13,964	13,568
	의료기기	3,906	4,041	4,157	4,579	4,752
	화장품	3,953	4,144	4,028	4,349	4,696
의료서비스		86,064	88,458	96,060	103,875	105,257
계		105,927	108,737	116,683	126,766	128,273

※출처 : 한국보건산업진흥원, 2023 글로벌 보건산업 시장규모(2017~2028)

집필자 보건산업정책과장 황의수

우리나라 보건산업 시장 규모(2021년 기준)는 약 1,960억 달러로 전 세계 보건시장 규모 12조 6,766억 달러의 약 1.55% 수준이며 세계 9위 규모이다. 2017년부터 2021년까지 5년간 연평균 성장률은 6.4%(제조산업은 4.9%)이며, 2022년부터 2027년에도 보건산업이 연평균 약 9% 성장하면서, 일반기계(4%, 2024~2026년), 석유화학(3%, 2024~2026년), 자동차 및 부품(3%, 2024~2026년), 철강(4%, 2024~2026년), 디스플레이(4%, 2024~2026년) 등 우리나라 주력 산업 및 반도체(4%, 2024~2026년) 등 혁신성장산업(2023년 국내외 경제 및 산업전망(2024~2026년 전망), 해외경제연구소)보다 높은 성장률을 보일 것으로 전망된다.

|표 2-9-2| 보건산업 국내 시장 규모

(단위 : 억 달러)

구 분		2018	2019	2020	2021	2022(E)
제조산업	의약품	192	191	196	236	220
	의료기기	65	65	77	79	75
	화장품	125	127	116	126	133
의료서비스		1,302	1,292	1,342	1,518	1,459
계		1,683	1,675	1,732	1,960	1,887

※출처 : 한국보건산업진흥원, 2023 글로벌 보건산업 시장규모(2017~2028)

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 융합바이오의 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 의료시스템 등의 효율적 인프라를 보유하는 등 높은 성장 잠재력을 가지고 있어 새로운 성장 기회를 맞고 있다.

2. 2022년 주요 성과

지난 2021년 7월 정부는 대통령 주재 제4차 비상경제 민생회의('22. 7. 27., 분당서울대병원)에서 코로나 백신 · 치료제와 의료기기 분야의 기업, 민간 전문가, 관계부처 장 · 차관이 함께 「바이오헬스 산업 혁신 방안」을 발표하였다. 주요 내용으로는 첫째, 국내 · 외 기업 투자유도 및 K-바이오 · 백신펀드 조성 등을 통해 바이오헬스 분야 투자를 가속화할 계획이다. 둘째, 혁신의료기기 제도 개선 및 의료데이터 제3자 전송 요구권 도입 등 바이오헬스 분야 규제를 혁신한다. 셋째, 바이오 소부장 기술개발 · 사업화 지원 및 K-NIBRT · 규제과학 전문인력 등 첨단인재 양성 등 바이오분야 인프라 구축을 강화해 간다. 마지막으로 WHO 바이오 인력양성 허브 운영과 세계 바이오 서밋 개최를 통해 글로벌 협력을 강화하는 것이다.

또한, 바이오와 디지털의 결합 등 기술혁신과 산업환경 변화를 고려한, 전문인력 양성 사업을 수행하고 있다. 주요 인력양성 사업으로 GMP 수준의 바이오공정인력양성센터에서 바이오 생산공정 전문인력을 NIBRT 교육프로그램을 운영하고 있다. '21년 백신특화과정(9. 6.) 및 항체의약품과정 시범교육(11. 22.)을 개강하여 272명(백신 130명, 항체의약품 142명) 인력을 양성하였고, '22년 4월 K-NIBRT 실습교육센터(백신 생산 교육장비 구축)를 개소하여 운영하고 있다. 또한, 중개임상부터 해외진출까지 임상시험 전주기에 필요한 전문인력 양성 프로그램도 운영하고 있으며, 연구개발-인허가-마케팅 등 제약 · 의료기기 산업 全 주기적 지식을 갖춘 실무형 고급 전문인력 양성을 위한 제약 · 의료기기 특성화 대학원도 운영하고 있다.

|표 2-9-3| 임상시험 전주기 프런티어 인력양성 분야

단계	중개임상	임상시험(Ⅰ~Ⅳ상)	해외진출
프로그램명	중개임상 전문인력양성	씨스타 전문인력양성	글로벌 임상개발 전문인력양성
대상	임상의사	바이오헬스 산업 종사자 · 미취업자	해외진출 계획 중인 제약사의 업무담당자 등
교육내용	중개연구 목적 및 방법, 표본 관리, 해석 등	미취업자 대상 취업 교육 등 단기 이론교육	해외 인허가과정, 임상 메디컬 라이팅 등

이렇게 다양한 바이오헬스 인력양성 프로그램 운영을 통해 '22년도 바이오헬스 전문인력 7,357명을 양성했다.

* ▲임상시험 전문인력 육성 2,100명, ▲바이오의약품 생산 전문인력 양성사업 251명, ▲융합형 의사과학자 양성사업 85명, ▲의료인공지능 융합인재 양성 지원사업 102명, ▲AI활용 신약개발 교육 366명, ▲한국형 NIBRT 389명 등

정부는 신약개발 유효 · 선도물질부터 후보물질 발굴, 비임상, 임상 1 · 2상 및 사업화까지 신약개발 전 주기를 지원하는 사업인 범부처전주기신약개발R&D사업('11.~'20.), 국가신약개발 R&D('21.~'30.) 사업 등을 통해 신약개발 4건*(FDA 1건, 식약처 3건), 기술수출 40건(21조 원 규모), 신약개발 지원 플랫폼 개발(AI 모델 6종, 스마트 임상시험) 등의 성과를 창출해 오고 있다.

|표 2-9-4| 신약 개발 주요 R&D 사업 현황

구분	주요 사업
전주기 신약개발	• 범부처전주기신약개발사업('11~'20) • 국가신약개발사업('21~'30)
항암 신약개발	• 시스템통합적항암신약개발사업('11~'17) • 국가항암신약개발사업('17~'21)
AI 활용 신약개발 기술개발	• 인공지능 신약개발 플랫폼 구축('19~'21)
임상시험 신기술 개발	• 스마트 임상시험 플랫폼 구축('19~'22) • 스마트 임상시험 신기술 개발('23~'27)

또한, 일반 제약사(대 · 중견기업) · 바이오벤처 · 외국계 제약사 등 총 43개사를 혁신형 제약기업으로 선정하여, 최근 5년간('16~'21) 연평균 약 1,550억 원을 지원하고 있다.

* 43개사 대상 직접(R&D, 컨설팅 등 사업지원) 및 간접(법인세 감면) 지원 총합

'의료기기산업 육성 및 혁신 의료기기 지원법(이하 의료기기산업 육성법)'이 2020년 5월 시행됨에 따라 혁신형 의료기기 기업 인증 및 지원, 혁신의료기기 지정 등 의료기기 산업의 다양한 지원책이 마련되면서 우리 의료기기 산업에 대한 체계적인 육성이 가능해지게 됨에 따라 혁신의료기기 개발을 유도하기 위해 보건복지부, 식품의약품안전처 및 관계기관 합동으로 「혁신의료기기 · 군 지정」 제도를 마련하여 '22년 12월까지 혁신의료기기로 총 27개의 제품을 지정하였으며, 혁신의료기기로 지정된 의료기기는 인허가 단계별 심사 및 우선 심사, 혁신의료기기소프트웨어 특례(의료기기산업법 제24조), 정부지원사업 참여 우대 등의 혜택을 받을 수 있다.

2022년 국내 화장품 시장은 약 128억 달러 규모로 전 세계시장 규모인 약 5,353억 달러의 약 2.4%를 차지하며 9위에 위치하고 있다(Euromonitor International, 2023년 4월 13일, Beauty and Personal Care). 2022년 화장품 수입액은 17억 달러로 2021년 대비 3.7% 증가하였고, 수출액은 약 79억 5천3백만 달러로 2021년 대비 약 13.4% 감소했으나, 2014년부터 지속적으로 무역수지 흑자를 유지하고 있다. 국내 화장품 산업을 글로벌 수출산업으로 육성하고 체계적인 육성 · 지원 정책을 추진하기 위해 2019년 12월 「(K-뷰티) 미래 화장품산업 육성 방안」, 2021년 1월 「K-뷰티 혁신 종합전략」을 수립하였으며, 육성 방안 내 주요 과제들을 차질 없이 이행하기 위해 R&D, 인력양성, 수출지원 등 다양한 사업을 추진 중이다.

정밀의료의 바탕이 되는 바이오 빅데이터는 사후적 치료 중심에서 개인 맞춤형 치료 · 예방 의료로 전환됨에 따라 중요성 부각 및 수준 높은 의료서비스 제공 및 바이오헬스 산업 경쟁력 확보를 위해서는 바이오 빅데이터 구축 필요성이 제기되었으며, 이를 위해 수많은 참여자의 동의 및 임상정보, 대규모 유전체 분석을 위한 고성능 분석 플랫폼 제공 및 사회적 합의를 위한 거버넌스 구축 등이 요구되었다. 이에 과학기술관계장관회의('19. 4. 25.) 결정에 따라 "국가 바이오 빅데이터 구축" 사업을 범부처*가 협력하여 시범사업을 추진하였다.

* 보건복지부, 과학기술정보통신부, 산업통상자원부, 질병관리청

시범사업('20년~'22년)에서 희귀질환 협력 기관(1차년도 16개, 2차년도 17개 병원)을 통해 희귀질환자 1.5만 명분의 검체 · 임상 · 유전체 정보를 수집하였고, 선도사업을 통해 구축된 1만 명분의 임상 · 유전체 정보를 연계하여 총 2.5만 명분 규모의 바이오 빅데이터를 구축하였다.

정부는 개인 주도형 건강정보 활용을 통한 국민건강 증진과 의료서비스 혁신을 위해 '마이헬스웨이 도입방안'을 수립 · 발표('21. 2.)하였다.

의료분야 마이데이터 활용 생태계 조성을 목표로 그 첫번째 단계로서 '마이 헬스웨이 시스템' 구축을 추진 중이다. 마이 헬스웨이 시스템은 여러 기관별 흩어져 있는 건강정보를 국민, 의료기관 등 각 주체들이 필요한 정보들을 확인 가능토록 정보를 중계하는 고속도로의 의미를 갖고 있다. 마이 헬스웨이 시스템 구축 전에도 의료 마이데이터의 활용성을 국민 입장에서 먼저 체감할 수 있도록 건보공단(진료이력, 건강검진이력), 심평원(투약이력), 질병청(예방접종이력) 등 공공기관에 흩어진 건강정보를 통합적으로 조회 · 활용할 수 있는 '나의건강기록 앱'을 출시('21. 2.)하였다.

또한, 서울, 부산지역의 245개 의료기관을 대상으로 마이헬스웨이 시스템을 시범 가동('22. 8월)하여 중계시스템-데이터 제공 의료기관을 연계하여 구축모형, 보안성, 서비스 안정성 등 연계데이터 사전검증 작업을 수행하였다.

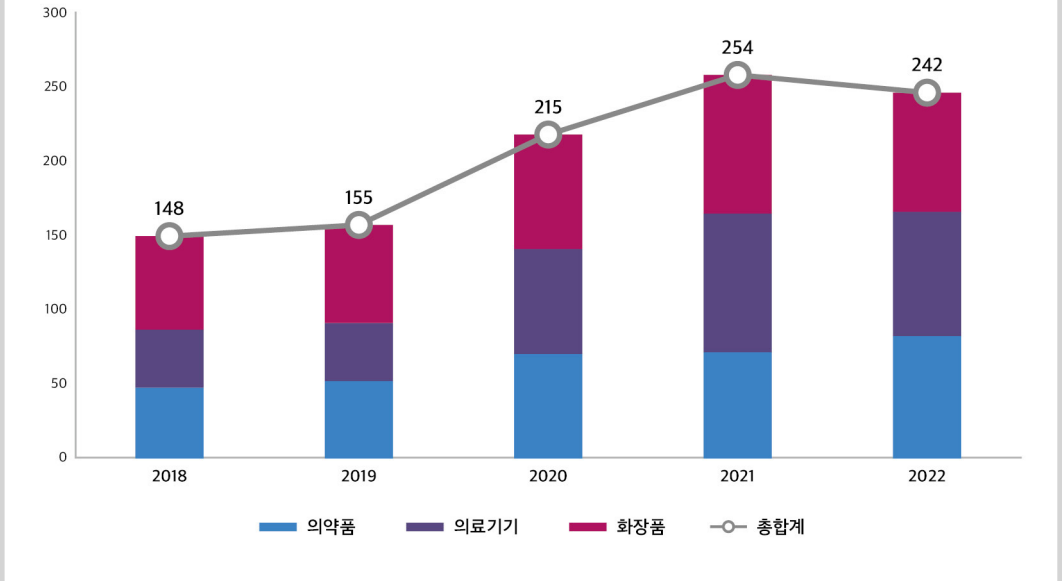
코로나19 치료제 · 백신 개발 및 공급 등 추진을 위해 산(산업계) · 학(학계) · 연(연구기관) · 병(병원)과 보건복지부 · 과학기술정보통신부장관(공동위원장) 및 관계부처로 구성된 코로나19 치료제 · 백신 개발 범정부지원위원회를 설치 · 운영('20. 4.)하여 코로나19 완전 극복을 위한 치료제 · 백신 개발 지원 대책('20. 6.)을 수립하고, 전(前)임상-임상-생산까지 전주기에 걸친 R&D 투자, 제도 개선 및 기업애로 해소 등으로 코로나19 치료제 · 백신 개발을 추진하였다. 그 결과 국내 최초의 항체치료제(셀트리온 렉키로나주)가 정식품목 허가('21. 9.)를 받았고, 국산 제1호 코로나19 백신(SK바이오사이언스)이 정식품목 허가('22. 6.)를 받았다.

2022년 외국인환자 수는 엔데믹 이후 국가간 교류가 재개되며 전년대비 70.1% 증가한 248,110명으로 집계되었다. 국적별로는 미국 환자가 44,095명으로 전체 17.8%의 비율로 가장 많으며, 중국, 일본, 태국, 베트남 순으로 나타나고 있다. 2022년 상위 13개국 모두 전년대비 증가하였으며, 증가율이 높은 국가는 싱가포르(624.0%), 일본(558.3%), 태국(180.1%), 카자흐스탄(109.2%), 캐나다(102.2%) 순으로 나타났다.

2009년 외국인환자 유치 허용 이후, 의료기관과 유치업자의 등록제도를 시행하였으며, 2016년 의료해외진출법 시행으로 외국인환자 유치기관 관리가 강화되어 유치기관 등록 개수는 안정세를 보이고 있다. 2009년 당시 의료기관 1,453개소, 유치업자 94개소에서 2021년에는 의료기관 1,586개소, 유치업자 940개소로 나타났다.

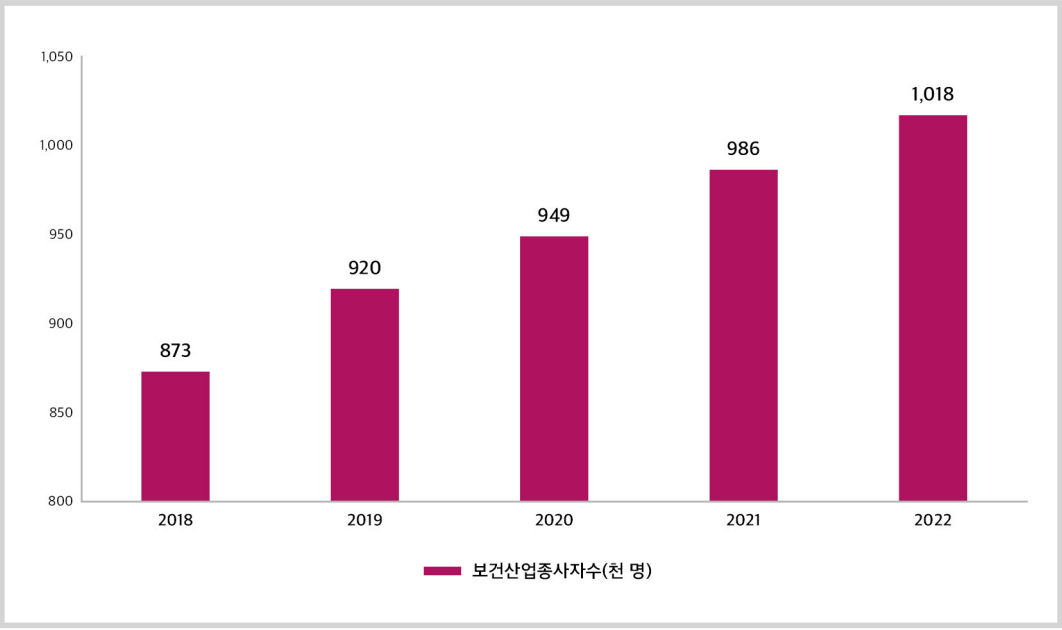
2022년 보건산업 수출액은 242억 달러로 2021년 254억 달러 대비 4.7% 감소하였으며, 2022년 말 기준 보건의료서비스 분야를 포함한 전체 보건산업 일자리는 101.8만 명으로 2021년 98.6만 명 대비 3.2% 증가하였다.

|그림 2-9-1| 보건산업 부문별 수출 현황(제조산업 기준)



※출처 : 한국보건산업진흥원, 한국무역통계진흥원 무역통계 재가공

|그림 2-9-2| 보건산업 일자리 현황(의료서비스산업 포함)



※출처 : 한국보건산업진흥원, 한국고용정보원 고용보험 DB 통계 재가공

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 제고하기 위해 노력해 왔다. 앞으로도 정부는 국민생명 및 건강과 직결되는 의료기술 국산화로 건강주권을 확보할 수 있도록 지원 및 제도개선을 지속적으로 추진해 나갈 것이다.

Ⅱ 제약산업 육성

1. 개요

IQVIA에 따르면 2021년 세계 의약품 시장 규모는 1조 4,235억 달러이며, 지난 5년간 연평균('17.~'21.) 5.8% 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 전문인력양성 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 2021년 1조 4,235억 달러로 고령화·신의료기술 출현 등으로 매년 연평균 3~6% 성장하여 2026년 1조 7,640억 달러까지 지속적으로 시장이 확대되는 추세이다. 특히, 중국, 인도 등 신흥국 중심으로 고성장이 계속 이루어질 전망이어서 중요성이 부각되고 있다.

집필자 보건산업진흥과장 김현주

또한, 합성의약품에서 바이오의약품시장으로 재편성되어 가는 추세인데 이는 국내 양질의 바이오의약품이 세계 시장에 진출할 기회가 확대되고 있음을 의미한다.

* 전체 시장에서 바이오의약품 비중 : 24%('14.) → 38%('21.) → 41%('28.)(Evaluate Pharma 2022)
* 세계 10대 의약품 중 바이오의약품 : 코미나티(1위, 368억 달러), 스파이크박스(3위, 177억 달러), 키트루다(4위, 172억 달러), 엘리퀴스(5위, 167억 달러), 스텔라라(8위, 91억 달러), 아일리아(9위, 89억 달러) 등

|표 2-9-5| 세계 바이오의약품 시장 현황

(단위 : 억 달러)

구 분	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
세계 시장	2,696	3,087	3,457	3,803	4,339
국내 시장	19.7	20.3	22.3	28.0	61.3

※ 출처 : 'IQVIA, 2022', 2022 식품의약품 통계연보 재가공(연도별 평균환율 적용하여 달러를 원화로 환산)

우리 제약산업에도 기회가 찾아오고 있다. 후보물질 발굴부터 임상 개발, 판매 허가 신청(NDA)까지 국내 기업이 독자적으로 수행한 SK바이오팜의 엑스코프리의 유럽 EMA('21. 3월) 허가 · 획득 등 총 20개의 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 2021년도에는 대웅제약이 펙수프라잔으로 미국, 중국, 중남미, 중동의 글로벌 제약사와의 계약 등 최근 5년간 역대 최대 규모인 약 14조 원 규모의(비공개 제외, 단계별 기술료 및 로열티 포함된 금액) 기술을 수출하여 국내 제약바이오 기업의 신약제조 플랫폼 및 후보물질의 우수성을 입증하였다.

2. 추진 실적

제약 분야는 2017년 12월에 수립된 「제2차 제약산업 육성 · 지원 5개년 종합계획」의 시행 넷째 해인 2021년에는 2020년 4,699억 원 대비 64% 증가한 정부예산 7,718억 원을 투입하여 142개의 세부 추진과제를 추진하였고, 주요 추진성과로 1천억 원 이상의 대규모 계약 25건을 포함하여 총 37건(약 14조 원 규모)의 해외 기술계약 체결을 들 수 있다.

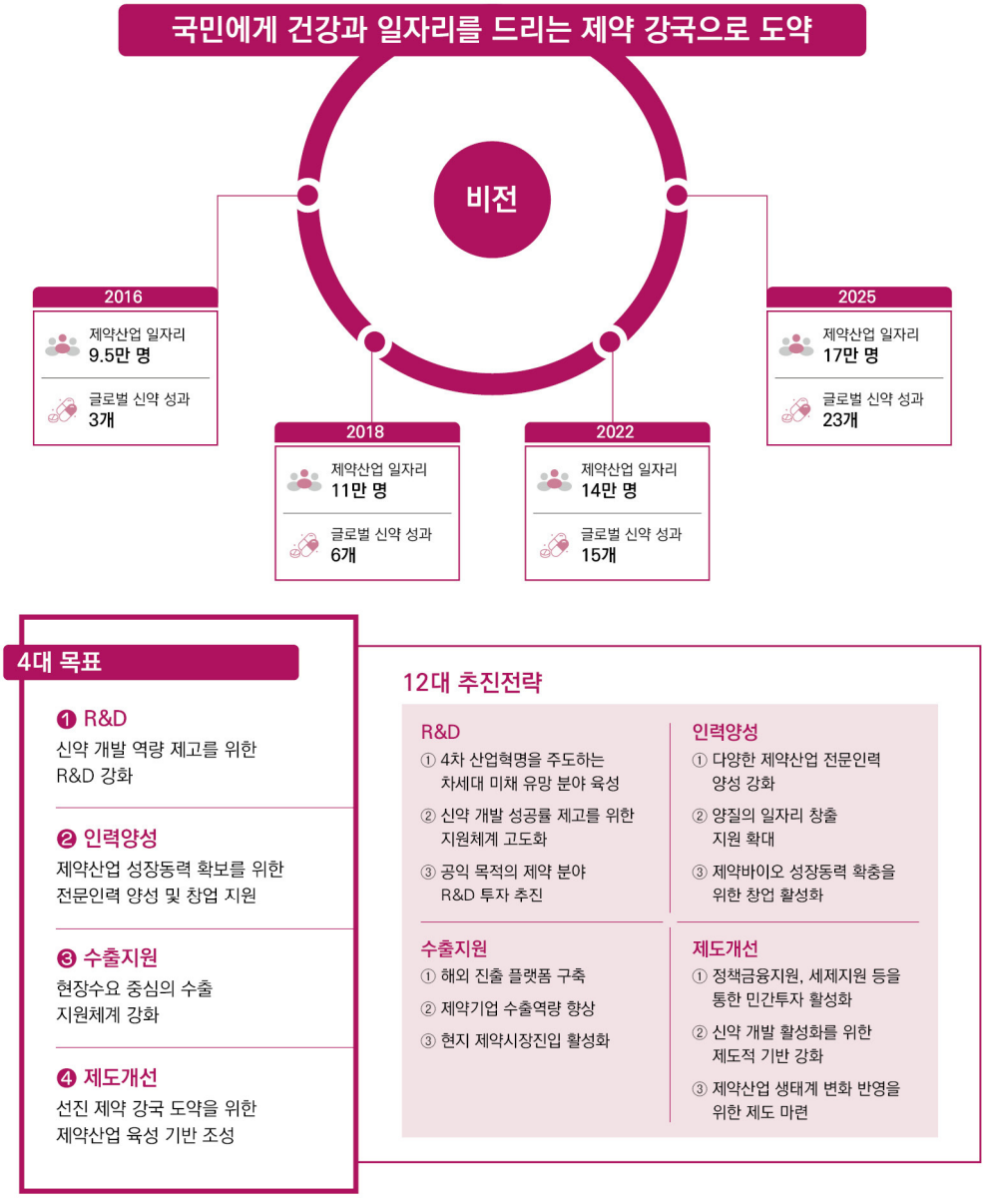
시행 다섯째 해인 2022년의 주요 추진 정책으로는, 국민건강을 위협하는 코로나19 등 미래 감염병 대유행에 대응하기 위하여 국내 기업의 코로나19 치료제 · 백신 연구개발 비임상 · 임상 비용을 지원하고, 국내 및 전 세계적 펜더믹 상황에 국가 방역체계를 고도화하기 위하여 다부처 공동기획을 통해 현장적용 감염병 기술개발을 지원하고자 한다. 또한, 백신의 자체개발을 통한 국민의료비 절감 및 백신주권 확보, 글로벌 백신시장 선점을 위한 신기술개발 개발을 활성화하고자 한다.

4차 산업혁명 시대를 이끄는 핵심기술인 의료 빅데이터 · 인공지능 등을 활용한 첨단 신약R&D 연구 활성화를 위하여 부처 간 협력을 통해 대규모 바이오 빅데이터를 구축하고, 분석 시스템 및 후보물질 발굴, 약물 재창출을 신속하게 탐색할 수 있는 인공지능 플랫폼을 민간 기업이 치료제 개발에 활용할 수 있도록 지원하고자 한다.

바이오 생산 공정 핵심 소재 · 장비의 해외 의존도가 높아 생기는 부가가치 감소, 가격경쟁력 약화 등의 약점을 극복하고 바이오 생산 강국으로 도약하기 위하여 국내 의약품의 핵심 원부자재 · 생산장비를 국산화하기 위해 중기부와 협력하여 생산 고도화를 지원하고자 한다.

아울러, 산업 발전의 기반이 되는 전문인력 유치 및 양성을 위해서도 다양한 정책을 추진할 계획이다. 신약 개발기간과 비용 절감을 위한 인공지능 활용 기업이 점차 증가함에 따라 IT와 BT 융합형 신약개발 전문인력 양성을 위한 수준별 교육을 개설하고, 현장 수요에 맞는 바이오의약품 생산전문 인력양성을 위해 선진 GMP 기준의 생산시설 이론과 실습이 모두 가능한 바이오공정 인력양성센터를 구축하며 해외 교육기관 프로그램 도입을 통해 글로벌 수준의 교육을 제공하고자 한다. 또한, 코로나19 여파로 인한 대면접촉 기피, 공개 채용일정 연기 등 구직 여건이 악화되는 상황에서, 보건복지부는 제약바이오기업의 채용의지를 독려하고 채용기회를 확대하기 위하여 바이오헬스산업 채용박람회를 개최할 계획이다.

|그림 2-9-3| 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.

2022년에는 대형제약사와 국내 제약바이오기업 간 글로벌 오픈이노베이션 활성화를 위한 다양한 場을 만들기도 하였다. 존슨앤존슨 · 로슈 · 사노피 · 머크 등 글로벌제약사 8개사와 국내 제약바이오기업의 파트너링(66개사, 87건)을 지원하였고, 글로벌 바이오텍 선두기업인 암젠의 관심분야에 혁신기술을 가진 8개 기업을 선정하여 피칭기회를 제공하였다.

의약품의 수출과 기술교류를 위하여 동남아 최대 의약품 박람회인 CPhI SEA(South East Asia)에서도 현지 제약사 · 유통사 등과 비즈니스 상담을 진행하였고, 독일 라이프치히에서 열리는 바이오유럽에서는 국내 제약바이오기업의 파트너링 기회를 통해 선진 유럽 시장 진출을 모색하였다. 또한, 해외의 우수한 제약전문가를 국내에 초빙하여 해외 진출을 희망하는 기업들에게 무료 컨설팅을 지속적으로 지원하고 있으며, 글로벌제약핵심전문가(GPKOL) 257명의 네트워크를 구축하여 온라인 자문을 제공하고 있다.

한편, 우수한 기술을 보유한 국내 제약기업들의 해외 진출을 도모하기 위해 제약기업이 필요로 하는 임상 · 인허가, 라이선싱 분야에 대한 국내 · 외 전문 컨설팅을 직접 지원(8개사)하고, 국가별 해외의약품 인허가 정책 및 맞춤형 시장 정보를 제공하였다. 생산시설이 없는 바이오벤처인 3개사에 임상시험용 원료의약품 위탁 생산을 지원하여 글로벌 진출의 발판을 마련하였다.

특히, 글로벌 선진 시장인 미국에 진출하기 위해 보스턴 바이오클러스터를 전초기지로 삼아 보스턴 CIC(Cambridge Innovation Center)에 국내 기업 20개사 입주를 지원하고 제약바이오 분야 전문 컨설팅 업체 등 미국 현지 전문가를 통해 국내 기업에 맞춤형 멘토링을 제공, 신속 · 전략적인 미국 진출 지원하고 있다. 세계적인 바이오 컨퍼런스 및 비즈니스 미팅을 지원하는 바이오US 등과 연계하여 네트워킹 리셉션 개최 등을 통해 우수 기술 및 제품 홍보 기회를 제공하였다. 이러한 전폭적인 지원을 통해, 국내 많은 제약 바이오 기업들이 미국시장 진출 시 겪는 물리적 제약 및 경험 부재로 인한 애로사항을 해소할 수 있도록 지원하고, 나아가 글로벌 오픈이노베이션 생태계 거점을 확보함으로써 글로벌 경쟁력을 갖추는 데 일조하고자 노력중이다.

아울러, 정부는 국내 의료기관, 제약기업 등의 해외진출에 필요한 자금 지원을 위해 민간 투자기관과 함께 7개의 글로벌 펀드를 통해 총 6,950억 원의 자금을 조성하였다. 이를 통해 우리 기업이나 의료기관들이 글로벌 진출에 필요한 자금을 적시에 지원받을 수 있게 되었고 그에 따른 가시적인 성과도 함께 나타나고 있다. 해외 바이오 기업 등과 기술이전 계약 체결 및 기술성 평가를 통한 상장이 이뤄지는 등 국내 의료산업의 해외시장 진출 및 산업 경쟁력 강화라는 정책 목적에 맞는 성과를 보여주고 있다. 현재 총 90개 기업에 4,877억 원을 투자(2022년 말 기준)하였으며, 펀드

운용사와의 네트워킹, 투자 상담 등의 기회를 제공하여 투자 활성화를 도모하고 있다.

|표 2-9-6| K-Bio 신성장 펀드 조성 현황

구 분	제1호 (글로벌 제약 펀드)	제2호 (글로벌 제약 펀드)	제3호 (한국의료 글로벌 진출 펀드)	제4호 (글로벌 헬스케어 펀드)	제5호 (바이오 헬스케어 펀드)	제6호 (K-Bio 신성장 펀드)	제7호 (K-Bio 신성장 펀드)
조성 시기	2013. 9.	2014. 12.	2015. 4.	2016. 1.	2018. 10.	2021. 1.	2021. 4.
조성액 (억 원)	1,000	1,350	500	1,500	300	1,300	1,000

* 제1호 펀드 청산 완료('20. 7월)

또한 정부는 제약기업과 병원 간 개방형 혁신(Open Innovation)에 기반한 중소 · 벤처기업의 신약 개발 역량을 강화하고 신약 분야 기초 연구 성과의 제품화를 촉진하기 위하여 개방형 실험실 구축 지원을 확대할 계획이다.

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.

앞으로도 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.

Ⅲ 의료기기산업 육성

1. 개요

2021년 글로벌 의료기기 시장규모는 4,542억 달러로 연평균 7.9%의 성장세를 보일 것으로 예상되며 2026년에는 6,637억 원 달러의 시장을 형성할 것으로 전망된다. 과학기술의 발달과 헬스케어 패러다임의 변화로 의료 분야의 추세는 치료의 중심에서 예방 중심으로 변화하고 있으며 질병의 조기진단과 예방, 예후, 치료 등에 대한 분야가 각광받고 있다. 또한 기술의 혁신에 따른 의료용 소프트웨어, 디지털 치료기기, 의료용 로봇 등 맞춤형 진단 · 치료 · 예방의 영역의 확장에 따라 시장은 지속적으로 성장을 거듭할 것으로 예상된다.

2021년 국내 의료기기 시장 규모는 9조 1,341억 원으로 전년대비 21.3% 증가하였으며, 최근 5년간 연평균 10.2% 성장하였다. 또한, 해당년도 수출실적은 9조 8,746억 원으로 전년대비 30% 증가한 것으로 확인되었다. 코로나19를 계기로 체외진단 의료기기 및 방역기기 수요급증에 따른 수출 확대로 무역수지는 '20년 최초로 흑자를 달성하였으며 '21년은 전년대비 44% 상승한 3조 7,489억 원으로 2년 연속 흑자를 기록하였다. 코로나19 안정화 이후 체외진단용 시약 분야의 수요 감소로 인하여 수출 둔화가 전망되나, 감염성질환 외 암, 심혈관질환 알츠하이머 등 중증 질환 및 맞춤 진단 뿐만 아니라 예후 예측 진단 분야까지 시장은 확대될 것으로 예상된다.

정부는 이러한 국내외 시장 환경의 변화와 의료 패러다임의 전환에 따라 의료기기 산업의 육성 및 글로벌 경쟁력 제고를 위한 법 · 제도 기반 마련, 인프라 구축 및 산업계 지원을 통해 의료기기 산업을 발전 · 육성시키기 위해 노력하고 있다. 특히 지원 인프라 확대 및 선도형 기업의 육성, 국산 의료기기의 수출 확대 등을 추진하기 위해 2020년 5월 「의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법(약칭 의료기기산업법)」을 시행하였다. 의료기기산업법 시행에 따라 법적 근거를 갖춘 의료기기산업 종합지원센터 운영, 혁신형 의료기기 기업 인증, 혁신의료기기 지정 등 의료기기 산업의 다양한 지원을 통해 국내 의료기기 산업에 대한 체계적인 육성이 가능하게 되었다.

또한 의료기기산업법을 근거로 의료기기산업 5개년 종합계획을 마련하여 국내 시장 진입 확대 및 국제 경쟁력 제고를 위한 중장기 육성 전략을 수립하고 구체적인 지원 정책을 실행할 예정이다. 종합계획을 통해 (1) 경쟁력을 갖춘 주력기술을 중점적으로 육성하고 잠재력이 높은 유망 분야에 대한 지원을 확대하기 위한 연구 · 개발 지원 확대, (2) 혁신의료기술의 의료현장 진입을 위한 임상 실증 지원 강화, (3) 국가 · 지역별 맞춤형 진출 전략을 기반으로 한 기업 역량 강화 등 원스톱 지원 체계 구축, (4) 첨단기술을 활용한 의료기기의 신속하고 원활한 의료현장 진입을 위해 규제 합리화 및 제도개선을 위한 다양한 지원책을 마련, 시행할 예정이다.

2. 추진 실적

2020년 의료기기산업법 시행에 따라 혁신의료기기의 신속한 제품화 촉진을 위해 「혁신의료기기군 지정」 제도를 마련하였다. 혁신의료기기는 치료법의 획기적 개선, 희귀 · 난치성 질환 치료 등을 위한 혁신의료기기군에 속하는 의료기기로서, 기존의 의료기기나 치료법에 비해 안전성 · 유효성을 개선하였거나 개선할 것으로 예상되는 경우 식품의약품안전처장이 혁신의료기기로 지정한다. 의료기기산업법 제20조에 따라 위원회의 심의를 거쳐 혁신의료기기군을 지정할 수 있으며, 혁신의료기기군의 지정 및 범위는 의료기기산업법 시행령 제14조에 따라 첨단기술군 · 의료혁신군 · 기술혁신군 및 공익의료군 4개의 군으로 분류하고 있다[표 2-9-7]. 혁신의료기기군 지정의 유효기간은 지정을 받은 날부터 3년으로 하며, 보건복지부장관은 혁신의료기기군 지정 이후 3년마다 재평가를 통하여 지정을 연장할 수 있다.

|표 2-9-7| 혁신의료기기군 분류체계

혁신의료기기군 지정대상 분야	지정 목적	혁신의료기기군 분류명
1. 기술집약도가 높고 혁신속도가 빠른 첨단기술 적용 분야	혁신기술 개발 촉진	첨단기술군
2. 안전성 · 유효성의 현저한 개선 또는 개선이 예상되는 분야	의료기술의 혁신	의료혁신군
3. 의료기기에 적용되는 핵심기술의 개발이 시급한 분야	기술경쟁력 고도화	기술혁신군
4. 희귀 · 난치성 질환 진단 및 치료 등에 있어 대체 의료기기가 부재하거나 국내 수급이 어려운 분야	공익적 가치실현	공익의료군

혁신의료기기 지정 검토 대상이 되기 위해서는 신청한 의료기기가 혁신의료기기군에 포함되어야 하며, 혁신의료기기의 정의 및 지정 기준(의료기기산업법 제2조 및 제21조)에 부합할 경우, 식품의약품안전처장이 혁신의료기기로 지정할 수 있다. 2022년 12월 기준 총 27개 제품이 혁신의료기기로 지정받았고, 혁신의료기기로 지정된 의료기기는 인허가 단계별 심사 및 우선 심사, 혁신의료기기 소프트웨어 특례(의료기기산업법 제24조), 정부지원사업 참여 우대 등의 혜택을 받을 수 있다.

2022년 10월 복지부는 식약처와 함께 혁신의료기기 통합심사 · 평가 제도를 시행하였으며, 인공지능 · 빅데이터 기술, 디지털 · 웨어러블 기술을 활용한 혁신의료기기가 의료현장에서 신속하게 사용될 수 있도록 관련 규제를 개선하여 마련되였다. 혁신의료기기 통합심사 · 평가는 혁신의료기기 지정, 요양급여대상 · 비급여 대상여부 확인, 혁신의료기술평가 등 개별적, 순차적으로 진행되던 절차를 혁신의료기기 지정 과정에서 복지부와 식약처, 복지부 산하 유관인 한국보건산업진흥원, 한국보건의료연구원, 건강보험심사평가원이 동시에 통합하여 심사 및 평가를 진행한다[그림 2-9-4]. 혁신의료기기 통합심사 · 평가를 통해 혁신의료기기가 의료현장에 진입하는 기간을 대폭 단축시킬 수 있을 것으로 기대된다(390일 → 80일). 2022년 12월 혁신의료기기 통합심사 · 평가를 통해 최초로 3건의 혁신의료기기가 지정 되었으며, 이후 의료기기 허가 및 관련 고시를 통해 혁신의료기술로 의료현장에서 실시될 예정이다.

|그림 2-9-4| 혁신의료기기 통합심사평가



또한, 연구개발 역량을 갖춘 유망기업을 의료기기분야 선도 기업으로 육성하기 위해 「혁신형 의료기기 기업 인증」 제도를 마련하였다. 혁신형 의료기기기업은 의료기기산업법 제10조 및 동법 시행령 제2조에 따라 연구개발(R&D) 투자 규모, 연구개발 전담인력 · 조직 보유 여부, 의료기기 연구개발 투자실적, 연구개발 목표 및 중장기 전략 등을 고려하여 역량이 우수한 기업을 대상으로 한다. 2020년 총 30개의 기업을 최초로 인증하였으며, 추가로 11개 기업을 인증하였다(2022년 1월 고시).

국산 의료기기의 시장진출과 국산 제품에 대한 신뢰도 제고를 위해 국산 신제품 성능 테스트를 지원하고 있다. 대학병원 의료진이 국산 신제품과 기존 외국산 제품의 성능을 비교할 수 있는 기회를 제공하고 국산 의료기기 품질의 우수성을 홍보하기 위한 사업으로, 2012년도부터 시행되어 2022년도까지 누적 183건의 국산 의료기기의 우수성 검증 및 성능개선을 지원해왔다. 2022년 41개 과제를 통해 국산의료기기 제품 성능평가로 우수성을 평가받아 국내 의료기관 721개소에 신규 진입하였고, 지원한 제품은 전년대비 매출액이 55% 증가하는 성과를 거두었다. 또한 국내외 주요 의학회와 연계한 홍보를 통해 평가 결과를 적극적으로 홍보하고 확산함으로써 국산 제품의 브랜드 가치를 제고를 위한 지원을 확대할 예정이다.

또한, 국내 의료현장에서 국산 의료기기를 활용한 술기 교육을 통해 사용경험을 제공하고 있으며 '20년부터 국내 주요 상급종합병원 내에 국산의료기기 교육훈련 지원센터를 구축하여 운영하고 있다. 서울아산병원과 연세의료원의 교육훈련 지원센터에서는 의료로봇, 범용장비 등 국산화 대체가 가능한 경쟁력 있는 국산 제품을 활용한 교육프로그램을 개발하고, 수련의 과정에서부터 국산 의료기기를 경험하고 사용할 수 있도록 지원한다. 2022년에는 지자체와 연계하여 병원 내 의료진뿐만 아니라 개원의 · 해외연수생 등 폭넓은 수요층을 대상으로 하는 개방형 센터 2곳을 신규로 지정하여 국산 의료기기를 활용한 술기 교육 인프라를 확대 · 운영하고 있다. (경기도 성남시, 인천광역시) 센터를 통해 약 260회 술기 교육을 운영하였으며, 약 2,000명의 의료진에 국산 제품 사용 경험을 제공하였다.

아울러, 의료기기산업에 특화된 융합 지식과 실무 경험을 갖춘 석 · 박사급 인재를 양성하기 위한 '의료기기산업 특성화대학원'을 운영하고 있다. 의료기기 기업의 R&D 설계, 인허가, 기술 경영 등 사업화에 있어 핵심 역할을 담당할 전문 인력 및 기업에서 혁신 리더로 성장할 수 있는 인재를 양성하기 위한 사업으로, 2022년 현재 3개의 특성화대학원을 운영하고 있다(동국대학교, 성균관대학교, 연세대학교). 2013년부터 현재까지 위 3개 대학에서 총 300명의 전문 인력을 양성하였으며, 132명의 전일제 졸업생 중 114명이 보건의료 분야 산업계에 취업하여, 98.3%의 높은 취업률('22. 12. 기준, 누적)을 보여주고 있다.

의료기기 위험관리 기준 강화 기조에 따라 높아지는 사용적합성 평가 수준에 대응하여 '의료기기 사용적합성 테스트 지원센터'를 작년에 이어 3개 기관(양산부산대병원 · 분당서울대학교병원 · 삼성서울병원)을 지정하여 국산 의료기기 제품의 평가를 수행하고 교육 · 성과 확산 등 국내기업을 지원하기 위해 힘쓰고 있다. 2022년에는 의료기기 유럽인증(CE) 기준이 MDR(Medical Device Regulation)으로 강화되고 기존 허가를 득한 MDD(Medical Device Directive)가 판매가 어려워짐에 따라, 국내 의료기기 제조기업의 해외 인증 대응을 위한 사업을 수행하였으며, MDR 획득을 희망하는 기업을 대상으로 전문 컨설팅사와 연계하여 임상 · 비임상시험, 기술문서 작성, 사후관리 등을 지원하였으며, PMS(시판 후 조사, Post Market Surveillance) 와 PMCF(시판 후 임상추이관찰, Post-Market Clinical Follow-up)과 같은 임상문서 사례집을 작성 및 배포하여 유럽 시장 진출 기업에게 지속적으로 지원하고 있다. 유럽(CE) 대응 기업 지원사업을 통해 8개의 기업에 대해 컨설팅 지원을 실시하여 16건의 사후관리 문서를 작성하였으며 '23년 이내에 MDR 심사를 위해 문서를 접수 할 예정이다. 2023년에는 15개 기업을 대상으로 유럽 MDR 획득을 위한 교육비 지원, 맞춤형 이론 · 실습교육 운영, '자주하는 MDR 질문 사례집' 발간 등 다양한 지원을 통해 역량 강화를 지원할 예정이다.

특히, 2022년에는 유럽, 미국, 중국 등 주요국 국제 규격 대응역량 향상을 위해 '의료기기 국제인증 지원센터'를 운영하여 전국의 해외시장 진출 희망기업을 지원하였다. 국제인증지원센터는 국내기업의 국제 규격 획득을 위한 상시 · 전문상담 운영 및 가이드라인, 국제규격 정보제공, 기업 맞춤형 컨설팅, 비임상시험 비용 지원 등을 지원하였으며 기업 수요를 반영한 교육 프로그램인 '국제인증 아카데미' 운영을 통해 맞춤형 교육을 제공하였다. 2022년 의료기기 국제인증지원센터 운영을 통해 55건의 일반상담, 18건의 전문상담, 5건의 기술지도를 실시하였으며, 40개사의 맞춤형 국제인증 비용 지원을 통해 미국(FDA) 510(k)인허가를 1건, ISO 13485 등 품질관련 인정을 2건 획득하였다. 또한 국제인증 아카데미 운영을 통해 3건의 정규 교육과정을 운영하였으며 76명이 교육을 이수하여 국제규격 대응 역량을 강화하였다. 2023년에는 의료기기 기업 상담, 비용지원, 교육 운영 뿐만 아니라 국제인증 정보제공 플랫폼(DB)을 구축하여 기업들에게 효율적으로 정보를 제공할 예정이다.

정부는 의료기기 중개 연구 및 임상시험 인프라 고도화를 위해 2014년부터 “의료기기 중개 · 임상시험지원센터”를 선정하여 집중 지원하였다. 이미 구축된 임상시험센터의 인프라를 적극적으로 활용하여 R&D 성과의 시장 진출을 촉진하였다. 2014년 삼성서울병원(인체삽입형 의료기기)을 시작으로 2015년에는 고려대구로병원(체외진단기기), 단국대병원(레이저광 분야), 서울대학교병원(영상진단기기), 전북대학교병원(재활의료기기), 서울대학교치과병원(치과 의료기기), 2016년에는 가천대 길병원(최소침습의료기기), 2017년에는 양산부산대병원(고령친화 의료기기), 서울아산병원(의료정보 융합 자동화 의료기기), 건양대병원(안 · 이 · 두경부 의료기기) 등 10곳을 분야별로 특화하여 운영하였다. 이로써, 2014년부터 2021년도 하반기까지 10개 임상시험센터를 통해 국내 중견 · 벤처기업들이 총 3,068건의 제품 상담을 받고 444건의 비임상 · 임삼시험 비용을 지원받았으며, 이를 통해 110건의 국내외 의료기기 품목허가, 29건의 기술이전, 274건의 SCI(E)논문, 172건의 특허 실적을 거두었다.

2020년에는 선행사업인 임상시험센터 운영이 종료됨에 따라 후속사업인 “혁신의료기기 실증지원센터” 5개(12개 의료기관)를 신규 선정하였다. 의료기기산업법 시행(’20. 5월)에 맞추어 혁신성이 높은 의료기기의 신속한 상용화 지원 및 대내외 여건 변화와 산업계 애로에 효과적으로 대응할 수 있도록 사업구조와 지원체계를 고도화하였다. 특히 혁신의료기기, 혁신형 의료기기기업 제품 또는 혁신적인 국산 의료기기를 대상으로 전주기 연속적 실증평가 수행, 검증된 국산 제품의 보급 · 확산까지 연계될 수 있도록 실사용 임상 데이터 축적을 지원하고 있다. 수행기관으로는 단국대학교병원 · 충남대학교병원(융복합 광학기술), 서울대학교병원 · 분당서울대학교병원(융복합 영상진단기술), 서울대학교치과병원 · 연세대학교치과병원 · 경희대학교치과병원 · 한림대학교성심병원(융복합 치과 치료기술), 강남세브란스병원 · 신촌세브란스병원 · 연세대원주의료원(스마트 환자케어 기술), 아주대학교병원(중재적 시술 · 수술 기술) 등 혁신의료기기 첨단기술군별 전문분야를 중심으로 특화하여 운영하고 있다. 2020년부터 2022년도 하반기까지 5개의 혁신의료기기 실증지원센터를 통해 총 162건의 국산 의료기기 비임상 · 임상 실증평가를 지원하였으며, 의료기관에서 국산 의료기기를 직접 구매 및 도입하여 데이터를 축적하는 시범보급 사업을 60건 운영하는 등 상용화 모든 단계의 임상적 실증을 지원하고 있다.

코로나19와 의료 트렌드 변화로 두각을 드러낸 국내 체외진단의료기기 산업의 경쟁력을 제고하기 위해 검체매칭 및 시제품 평가 지원 사업을 운영하고 있다. 본 사업은 국내 기업의 신속한 임상적 성능시험을 지원하기 위해 의료기관과 체외진단기기 기업의 매칭을 통해 호흡기 질환 · 암 · 만성질환 관련 검체 제공, 임상평가, 컨설팅 등의 서비스를 제공한다. 2022년에는 임상적 성능시험 협력기관을 4개소 확대하여 총 15개 의료기관과 함께 총 111건의 임상적 성능시험 매칭, 체외진단기기 국내 및 수출허가 29건, 120개 기업 대상 519건의 컨설팅을 지원하였다. ’23년도에는 주요 국제 학회 연계를 통해 국내 체외진단의료기기 제품의 해외홍보 및 시장진출을 지원할 예정이다. 향후 국내

임상적 성능 시험의 국제 경쟁력 강화를 위해 FIND(혁신적 진단기기 재단)와 MOU를 체결하여 협력을 지속하고, 국내 글로벌 임상센터 구축 등을 계획하고 있다.

한편 '21년 10월에 의료기기산업법 제26조에 따른 혁신의료기기 연구개발 정보관리기관으로 「한국보건산업진흥원」이 지정되었다. 이에 따라 정부와 한국보건산업진흥원은 의료기기산업의 전문 정보 일원화 및 활용가치 제고를 위하여 전문 정보 관리 및 통합 플랫폼을 구축하고, 의료기기 전문정보 취급기관과 협의하여 의료기기 연구개발 정보, 신의료기술현황 및 보고서, 치료재료 청구현황 정보, 국내임상정보 등 의료기기 기업들이 필요한 다양한 정보들을 제공할 예정이다.

최근 AI 영상진단, VR 치료기기 등 질병의 예방 · 진단 중심으로의 의료패러다임이 변화하고, 의료서비스의 상당 부분이 자동화 및 효율화됨에 따라 글로벌 디지털헬스케어 시장의 성장이 가속화되고 있다. 기존 치료방식에서 소프트웨어 기반의 디지털치료기기 제품이 식약처 허가를 위한 임상시험 진행 중이며, 그 중 2023년도 2월 국내 최초 식약처 허가를 받은 제품의 탄생을 통해 앞으로도 다양한 질환에 적용할 수 있는 제품들이 지속적으로 허가를 받을 것으로 예상된다.

AI 영상진단, 디지털치료기기 등 허가 후 의료기관 실사용을 위해서는 신의료기술 또는 혁신의료기술평가 등 임상적 근거마련을 위한 실증지원이 필요한데, 이를 위해 2022년 디지털헬스케어 의료기기 실증지원 사업의 운영기관을 선정하였다(대구경북첨단의료산업진흥재단). 운영기관을 통해 디지털 진단 및 치료기기 제품들의 허가 전 제품의 임상설계와 임상, 허가 후 제품의 의료기관 시범보급 등 제품의 맞춤형 단계별 실증을 지원한다. 2022년도 14개의 제품을 지원하였으며 이를 통해 축적된 임상적 근거를 활용하여 시장진입 성공사례를 창출할 수 있도록 앞으로도 지속 지원할 예정이다.

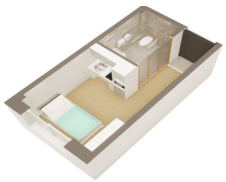
중증장애인 · 거동불편 노인의 일상생활 지원 및 돌봄제공자의 부담경감을 위해 '돌봄로봇 중개연구 및 서비스모델 개발(R&D)' 사업을 지속 추진하였다('19.~'22.). 이승, 욕창예방 및 자세변환, 배설, 식사 돌봄로봇 4종 개발이 완료되었고, 돌봄로봇 활용 가이드라인이 제작되었다. 그리고, 최중증장애인의 일상생활을 고려하고, 사물인터넷과 돌봄로봇 기술이 적용된 스마트돌봄스페이스(1~3차)가 국립재활원 누리관 2층에 구축되었다. 스마트돌봄스페이스는 돌봄로봇에 대한 실제 수요자 의견을 돌봄로봇 기술개발 및 기기 연동 테스트, 서비스모델 개발 등에 반영하기 위한 현장실증 공간으로 활용하고 있다. 이 외에도 수요자 체험 행사, 부처 및 전문 기관, 지자체 등 다양한 이해관계자들의 체험과 방문 등을 통한 관련 정보 공유로 일부 스마트돌봄스페이스 모델이 지자체에 보급되어 활용되고 있다(대구 남구, 서울 마포구). 더불어 개발된 돌봄로봇은 의료기기 인허가 획득, 전자파 적합성 검사, KC인증을 완료하였으며, 사회서비스 및 공적급여 등 정책 연계를 위한 돌봄로봇 서비스모델이 개발되었다.

|그림 2-9-5| 돌봄로봇 4종과 스마트 돌봄 스페이스

가. 돌봄로봇 4종

이승	욕창 및 자세변환	배설	식사
㈜동아금속	㈜굿플	㈜크레이더스	㈜엔티로봇
			
2개 기둥 + 이동로봇 형태	센서기반	소변전용, 모니터링	근력보조, 본인 팔 사용
• 의료기기 제조신고 (전동식환자리프트)	• 의료기기 제조 신고 (전동식 의료용 침대) • 의료기기 제조 인증 (전동식환자회전침대)	• KC 인증 • 방송통신 기자재 등의 적합등록 (자동배뇨처리장치)	-

나. 스마트돌봄스페이스

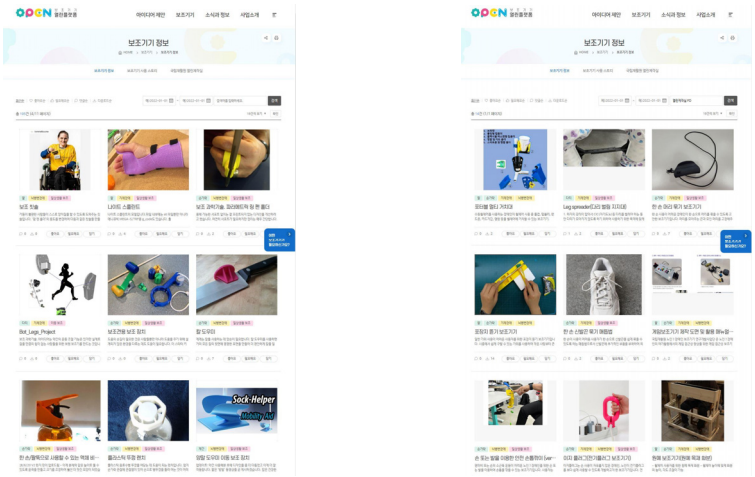
구분	중증장애인 중심 1차 스마트돌봄스페이스 (2019)	중증장애인 중심 2차 스마트돌봄스페이스 (2020)	중증 장애인 중심 3차 스마트돌봄스페이스 (2021)
공간			
	다양한 장비를 고려한 환경 **18평**, 59.6m²	독립적인 생활환경(케어기버/리시버) **12평**, 39.8m²	공동주택을 고려한 환경 **6평**, 19.8m²
돌봄로봇 및 기기	**X, Y축 이동 가능한 천장주행형 리프트** 설치	효율성 등 고려된 **일자형 천장 주행형 리프트** 설치	시설이나 공간의 **추가공사없이 설치 가능한 지주식 리프트나 회전이 가능한 고정식 리프트** 등 설치
적용 기술	**구글스피커**를 기반으로 음성인식에 최적화 된 IoT 환경	**애플(시리)**를 기반으로 음성인식 및 터치식 제어환경에 최적화 된 IoT 환경	**구글스피커**를 기반으로 **자동문(화장실, 침실) 제어**를 기반으로 설계된 IoT 환경
보관 장소	로봇 및 기기의 보관장소가 적음	계획된 보관장소 확보	최소화된 기기보관 및 공동창고 사용
비고	-	• 1차 스마트돌봄 스페이스의 문제점 개선 및 소비자 의견 반영 • 돌봄자를 위한 전용 공간확보	1, 2차 의견을 반영한 공간구성 및 임대주택 연계 고려

구분	중증장애인 중심 1차 스마트돌봄스페이스 (2019)	중증장애인 중심 2차 스마트돌봄스페이스 (2020)	중증 장애인 중심 3차 스마트돌봄스페이스 (2021)



'노인 · 장애인 보조기기 연구개발사업(R&D)'을 수행하고 있는 국립재활원 '보조기기연구개발사업단(강윤규 사업단장)'은 '보조기기 열린제작실'에서 노인 · 장애인 당사자 및 전문가와 함께 보조기기 개발을 진행하였고, 그 결과물로 유니버셜 안전손잡이, 포터블 멀티 거치대, 한 손 사용(신발끈 묶기, 전기플러그) 보조기기 등 생활밀착형 · 적정기술 보조기기 29건을 개발하였다('22. 1월~12월). 보조기기는 노인 · 장애인의 일상생활 문제(건강과 안전, 생활 불편 개선 등)를 해결하고, 삶의 질을 높이기 위해 필요하지만 수요가 적고 개발 및 생산비용이 높아 기존 방식으로는 산업화가 어려운 한계가 있다. 이에 '보조기기 열린플랫폼' 에서는 정책적으로 개발해야 하는 생활밀착형 · 적정기술기반 보조기기 개발을 지원하고 있다. 또한, '보조기기 열린페이지'(www.nrc.go.kr/at_rd)를 운영하고 있다. '보조기기 열린페이지'에서 보조기기 연구개발에 대한 수요를 상시 공모하고 있으며, 개발한 보조기기를 누구나 사용할 수 있도록 보조기기 제작정보(설계도, 매뉴얼, 활용방법, 동영상)를 공유, 활용 · 보급할 수 있게 하였다. 이외에도 10개 지역의 메이커스페이스, 지역 보조기기센터, 지역사회 의료센터, 병원 등 24개 기관과 다자간 업무협약을 맺어 보조기기 연구개발 결과물 공유를 위한 연계 네트워크를 조성하였다. 전국의 노인, 장애인에게 일상의 어려움을 청취하는 것부터 개발된 보조기기를 전달하는 것까지 보조기기 문제해결 전 과정을 지역별로 수행하고자 한 것이다.

|그림 2-9-6| 보조기기 열린페이지



의료기기 연구개발 단계부터 사업화까지 전주기 지원을 목적으로 보건복지부 · 과학기술정보통신부 · 산업통상자원부 · 식품의약품안전처 등 4개 부처는 '20년부터 6년간('20.~'25.) 총 1.2조 원의 규모가 투입되는 '범부처 전주기 의료기기 연구개발 사업'을 공동으로 추진하고 있다.

해당 사업은 (재)범부처전주기의료기기연구개발사업단(김법민 사업단장)이 전담 수행하고 있으며, ① 시장친화형 글로벌 경쟁력 확보 제품 개발, ② 4차 산업혁명 및 미래의료환경 선도, ③ 의료공공복지 구현 및 사회문제 해결, ④ 의료기기 사업화 역량 강화 등 4개 내역을 중점적으로 투자하고 있다.

2022년도 총 예산은 1,816억 원으로, 인공지능 의료기기 · 디지털 헬스케어기기 · 의료로봇 등과 함께 영상 · 진단 · 보조기기 등의 혁신기술 고도화를 위한 과제 345개를 지원하고 있다. 아울러, 코로나19 등 감염병 관련 대응을 목적으로 체외진단의료기기 개발 및 원료소재의 국산화 등의 신 · 변종 감염병 대응 역량 강화를 위한 과제도 지원하고 있다.

특히, 사업단에서는 의료기기 R&D의 개발부터 시장진출까지 단계별 허들 극복 및 사업화 효율성 제고를 위해 '전주기 통합 플랫폼(KMDF & Platforms : K&P)'을 구축 · 운영하여 연구과제의 성과 도출을 위해 적극적으로 지원하고 있다.

Ⅳ 화장품산업 육성

1. 개요

2022년 국내 화장품 시장은 약 128억 달러 규모로 전 세계시장 규모인 약 5,353억 달러의 약 2.4%를 차지하며 9위에 위치하고 있다(Euromonitor International, 2023년 4월 13일, Beauty and Personal Care). 2022년 화장품 수입액은 17억 달러로 2021년 대비 3.7% 증가하였고, 수출액은 약 79억 5천3백만 달러로 2021년 대비 약 13.4% 감소했으며, 2014년부터 지속적으로 무역수지 흑자를 유지하고 있다.

정부는 향후에도 화장품을 수출 산업으로 육성하기 위해 중소기업이 자력으로 확보하기 힘든 국가별 수출 · 안전 정보 등을 수집 · 분석 · 제공할 계획이다. 또한, 화장품 R&D 지원 및 수출지원, 인프라 구축을 확대할 계획이며, 화장품 산업의 발전을 저해하는 불합리한 규제를 선진국 수준으로 완화하여 우리나라 화장품 산업이 화장품 수출 세계 3대 강국으로 도약할 수 있도록 지속적으로 지원할 계획이다.

|표 2-9-8| 연도별 화장품 수출입 실적

(단위 : 천 달러, %)

연도	수입		수출		무역수지	
	수입 금액	증감율 (전년대비)	수출 금액	증감율 (전년대비)	무역수지	증감율 (전년대비)
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
2020	1,470,598	-8.5	7,499,151	15.6	6,028,553	23.5
2021	1,631,441	10.0	9,225,298	21.8	7,206,018	19.5
2022	1,699,902	3.7	7,952,900	-13.4	6,252,998	-13.2

※ 출처 : 대한화장품산업연구원(우리나라 화장품 품목 기준), 관세청(2022년)

2. 추진 실적

국내 화장품 산업을 글로벌 수출산업으로 육성하고 체계적인 육성 · 지원 정책을 추진하기 위해 2019년 12월 「(K-뷰티) 미래 화장품산업 육성 방안」, 2021년 1월 「K-뷰티 혁신 종합전략」을 수립하였으며, 육성 방안 내 주요 과제들을 차질 없이 이행하기 위해 R&D, 인력양성, 수출지원 등 다양한 사업을 추진 중이다.

우선 국내 화장품산업을 지속 가능한 미래 성장동력으로 육성하기 위해서, 화장품 연구개발(R&D) 사업인 「피부과학 응용소재 선도기술 개발」('20.~'22., 283억 원)을 지속 추진하여 친환경 지속가능 국산 소재개발, 피부과학 응용연구, 동물실험대체 효능 평가기술 개발, 신제형 기술개발, 시장다변화 대응 기술개발 등 5개 분야 26개 과제를 선정하여 3년간 지원하였다. R&D과제에 대한 연구비 직접 지원 뿐 아니라 코스메틱 R&D 코디네이팅 센터를 통해 최근 기술 · 연구개발 동향 제공, 수출국 시장 맞춤형 제품 개발 컨설팅, 소재개발 및 실용화 컨설팅 등 성과와 실용화 제고를 위한 지원을 하였으며, 사업의 연구성과 홍보 · 확산을 도모하였다. 그 결과, 사업 종료년도인 '22년 말 기준 국제화장품원료사전(ICID) 소재등록 28건, 상품화 출시 65건, 화장품 및 원료 매출 국내 115억, 국외 130만 달러, 논문 게재 150건(SCI(E) 135건), 특허 출원 139건, 등록 26건 등 성과를 달성하였다. 또한 맞춤형 화장품 개발 등 신기술 · 신제품 창출을 위해 '국가별 피부특성은행 사업('19~'20년)'에서 기구축한 지역 · 인종별 피부특성 정보(18개국 23개 도시 약 13,000명)와 연계하여 유전체에 특화된 맞춤형 화장품 개발 인프라 구축 사업을 수행하고 있다. '20~'22년 베트남, 태국 및 한국 약 1,900여 명의 피부특성 및 전장유전체, 피부미생물 데이터를 확보하였고 주요 수출국가별 피부-유전체 빅데이터 기반을 구축하고 있다.

아울러, 현장 전문인력 양성사업을 통해 화장품 제조 및 품질관리, 수출 · 마케팅, 화장품산업 기초지식 등 업계 요구를 반영한 맞춤형 현장 전문인력 양성을 지원하고 있다. 화장품 GMP(Good Manufacturing Practice, 우수 제조관리기준) 전문인력양성('12.~'21. 197회, 6,896명/ '22. 29회, 623명), 화장품 산업입문 교육('15.~'21. 73회, 3,829명/ '22. 13회, 504명), 화장품 수출 · 마케팅 교육('13.~'21. 18기(256회) 885명/ '22. 2기(20회) 81명), 화장품 브랜드매니저 양성교육('21. 1기(10회) 50명/ '22. 2기(20회) 95명), 화장품 안전성 평가 전문인력 양성('22. 2회 57명) 등 다양한 교육 프로그램을 운영 중이다.

화장품산업의 수출 지원 및 해외 시장 진출 활성화를 위해서도 다양한 사업을 수행 중이다. 국내 중소화장품 기업을 대상으로 해외 화장품 판매장 운영(최대 3년간)을 통해 해외 시장 판로 확보 및 수출 촉진을 지원하며, '22년도에는 베트남, 러시아, 인도, 인도네시아 4개국에서 운영하였다. 또한 화장품 수출 유망국가를 대상으로 해외 홍보 팝업부스 설치를 통해 국내 화장품 브랜드 인지도 제고 및 신시장 발굴을 지원하며, '22년도에는 미국, 캐나다, 아르헨티나, 이집트, 튀르키예 5개국에서 운영하였다. 총 104개 국내 화장품 기업의 현지 진출을 지원하였으며, 수출계약 777만 달러 체결, 인허가 등록 841건 등 성과를 달성하였다. 또한, 문화체육관광부와 업무 협력을 통해 인도네시아의 해외 홍보관인 코리아 360의 화장품 전시 · 체험 운영을 지원하고 있다. 한편, 수출 시 필요한 화장품 규제 원료(사용 금지, 사용 제한, 사용 가능원료) 정보에 대해 주요 수출 국가('11.~'21. 59개국, 46,613건/ '22. 1개국, 666건)에 대한 검색 시스템과 다빈도 사용 성분(약 5,700종)의 안전성 평가 보고서 작성 지원을 위한 안전성 검토 시스템을 구축하여 국내 기업에 제공하고 있다.

수출 주요 국가의 시장 예측 조사 · 분석하여 맞춤형 전략을 제시하는 해외 시장 예측조사('16.~'21. 19개국/ '22. 3개국 보고서 발간), 주요 해외 화장품 시장의 트렌드 및 향후 시장 전망을 예측하는 글로벌 시장 동향 조사('13.~'21. 85회/ '22. 10회 리포트 제공), 해외 국가별 화장품 유통 시장 구조와 주요 매장 조사('18.~'20. 9개국 14개 지역/ '21. 3개국 4개 지역), 수출 국가의 인허가 정보 및 수출 절차 등의 정보를 제공하는 온라인 수출 가이드북('14.~'21. 22개국/ '22. 22개국 수시 업데이트), 해외 전시회(로드쇼) 참가지원('19.~'21. 10개국, 308개사/ '22. 2개국, 79개사), 수출 국가의 피부 특성 정보를 제공하는 국가별 피부특성은행('11.~'20. 18개국 23개 지역)과 인체 유전체, 피부 미생물 정보 등을 제공하는 피부 유전체 분석센터 구축('20.~'21. 2개국/ '22. 1개국), 특허 및 상표 정보를 검색할 수 있는 특허 · 상표 정보 시스템 구축('14.~'21. 특허 및 상표 5개국 3,529,324건/ '22. 204,754건) 등 수출에 필요한 다양한 정보를 제공하고 있다.

특히, 최대 수출 대상국인 중국으로의 진출을 지원하기 위해서 중국 시장개척 지원사업을 통해 화장품산업 정보 포털(http://www.allcos.biz)을 구축하여 15개 콘텐츠(뉴스, 해외시장정보, 정책정보, 구인정보 등)의 실시간 이슈 내용 제공, 해외 시장 및 수출 관련 정보를 영상으로 제작('17.~'21. 81건 게재)하여 국내 기업에 제공하고 있다. 중국 시장 개척단 운영('19. 중국 창사, 시안 30개사 현장 계약 35억 원, 상담액 205억 원)과 중국 온라인 시장 개척단 운영('21. 중국 상해 30개사 60개 품목, 상담액 86건, 75억 8,600만 원, 계약액 53건, 44억 4,100만 원/ '22. 국내 25개사, 현장 상담액 81건, 131억 원, 라이브이커머스 매출액 4억 원)을 통해 국내 기업에 성과창출 기회를 연결하고, 중국 화장품 인허가 획득지원 사업('20.~'21. 21개사 59개 품목 NMPA 등록 완료/ '22. 10개사 20개 품목)으로 중국 수출의 기반을 마련하는 등 수출 지원을 위한 사업을 지원하고 있다.

또한, 최근 환경규제 및 보호무역 강화로 친환경 · 안전성에 대한 국제적인 규제확대 추세로 국가별 규제 · 제도 변화에 신속한 대응을 위하여 화장품 안전관리 지원체계 구축사업('11년~)을 통하여 화장품 원료 안전성 평가자료(5,741종) 및 규제 정보(60개국, 47,279종)를 제공하고 있다. 화장품 원료 안전성 평가자료 제공을 확대하고 기업 맞춤형 컨설팅 및 안전성 평가사 양성 교육 제공을 통하여 국내 기업의 수출을 지원하고 있다.

아울러 방한 외국인을 대상으로 K뷰티 문화를 전파하고, 중소 화장품을 직접 체험 할 수 있는 K-뷰티 체험 · 홍보관(뷰티플레이)을 운영하고 있으며, '22년에 221개사(1,211개 제품)이 뷰티플레이에 전시 되었고, 뷰티 체험 4,237명, 원데이 클래스 761명이 체험 프로그램에 참여하여 국내 우수 화장품을 접할 수 있는 콘텐츠를 지속적으로 제공하고 있다.

화장품산업 중장기 발전 계획에 따라, 정부는 기존의 다양한 육성 및 지원 정책을 지속 추진하여 국내 화장품산업이 첨단 수출 사업으로 도약하기를 기대하고 있다.

제2절 미래의료기반 강화

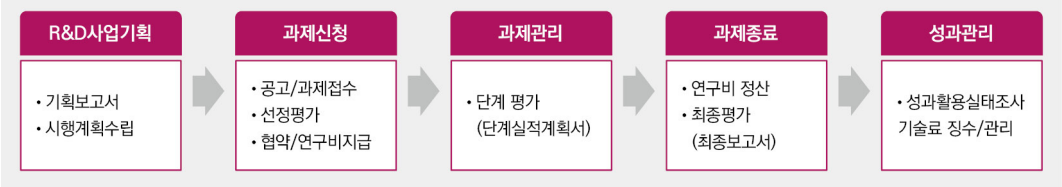
I 보건의료기술 연구개발(R&D)

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. 2022년은 국민 건강 중심의 투자 강화로 더욱 건강한 대한민국, 개방형 혁신을 통한 산·학·연·병 협력 강화를 전략 목표로 하여 감염병 위기 대응 역량 강화, 바이오헬스 첨단 유망기술 육성, 국민 건강 중심 R&D 투자 강화, 개방형 혁신 생태계 조성 등 4대 중점 추진방향을 설정했다.

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, 국립정신건강센터 등에서 연구개발사업 관리 등의 실무를 담당하고 있다.

|그림 2-9-7| 보건의료연구개발사업 추진절차



집필자 보건의료기술개발과장 홍승령

2022년에는 의료정보, 마이데이터 등 보건의료정보 활용에 대한 논의가 활발해지고, 전문적·상시적인 연구기획의 중요성이 높아지는 등의 환경 변화에 따라 보건의료기술정책심의위원회 전문위원회에 디지털의료전문위원회, 융합기획전문위원회를 신설하는 등 전문위원회 개편이 이루어졌다. 또한 보건복지부·식품의약품안전처·질병관리청의 통합 전문기관으로 한국보건산업진흥원을 지정하여 보건의료기술 연구개발의 통합 기획·평가·관리 기능을 강화하였다.

2. 사업 내용

2022년 보건의료기술 연구개발사업은 '국민 건강 중심의 투자 강화로 더욱 건강한 대한민국, 개방형 혁신을 통한 산·학·연·병 협력 강화'를 목표로 4대 전략, 6대 중점투자방향에 따라 추진되었다.

|표 2-9-9| 2022 보건의료기술 연구개발사업 4대 전략별 중점 추진방향

4대 전략	감염병 위기 대응 역량 강화	① 감염병 신속 대응을 위한 연구 기반 조성
	바이오헬스 첨단 유망기술 육성	② 재생의료 R&D 전주기 지원 확대 ③ 신약·의료기기·DNA 등 차세대 유망기술 지속 투자
	국민 건강 중심 R&D 투자 강화	④ 의료 사각지대 등 사회문제 해결을 위한 R&D 확대 ⑤ 만성질환·정신건강 등 고비용·난치성 질환 극복 중점 투자
	개방형 혁신 생태계 조성	⑥ 산·학·연·병 연구협력 생태계 조성

먼저 감염병 신속 대응을 위한 연구 기반 조성에서는 감염병 재난 및 원내감염 상황 시 환자·의료진 안전강화를 위한 구조·시스템·장비·인력 최적화 기술을 개발하는 '감염병 의료안전강화 기술개발사업'을 신규로 추진하고, 백신의 안정적 공급과 글로벌 백신 개발 경쟁력 확보를 위한 신속대응·범용 기반기술, 고부가가치백신 등 핵심기술 개발을 위한 3개 사업도 신규로 추진했다. 질병청과 공동으로 신변종 감염병에 신속 대응 가능한 mRNA 백신의 임상시험도 새로 지원했다. 코로나19 치료제·백신 개발 또한 끝까지 지원하여 개발 성공 경험을 축적하고자 했다. 다음으로는 재생의료 분야로, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법」에 따라 재생의료 혁신기술 발굴 및 연구개발 지원을 위한 '재생의료 임상연구 기반조성사업'을 신규 추진하는 등 재생의료 연구개발 전주기 지원을 확대했다. 또한 신약·의료기기·D.N.A 등 차세대 유망기술 부문에서는 기술(산업) 및 시장 등의 환경변화에 대응해 선도형 의료 기반기술 확보를 위한 국가 의료연구개발 지원기반을 고도화하는 '차세대 의료연구기반 육성사업', 혁신형 기업 제품의 해외시장 진출을 위한 국제협력연구와 해외 임상시험 지원, 국내

상용화를 지원하는 '혁신형 의료기기기업 기술상용화 지원사업', 새로운 방식의 첨단 융복합 의료기기인 '전자약 기술개발사업' 등을 신규로 지원했다. 사회문제 해결을 위한 R&D 관련해서는 혈액 부족 사태를 대비하고 환자 중심의 안전한 혈액관리 정착을 위해 '포스트코로나시대 적정수혈을 위한 의료기술개발사업'을 신규로 추진했으며, 정신건강, 만성질환 등 고비용 · 난치성 질환 극복에서는 코로나19 이후 사회문제로 떠오른 정신건강 증진을 위해 '정신건강연구개발사업', '국립정신건강센터 연구개발사업'을 추진했다. 마지막으로 임상 지식을 갖춘 의사과학자, 정밀의료 · AI · 빅데이터 등 4차 산업혁명 선도 분야의 융합 인재 양성을 위해 'K-Medi 융합인재양성지원사업'을 새로 추진했다.

|표 2-9-10| 2022 보건의료연구개발사업 지원 내용

사업명	지원 내용
감염병 방역기술개발사업	• 코로나19 및 신 · 변종 감염병 출현에 대비하여 의료현장에서 필요한 방역장비 핵심부품의 국산화 및 경쟁력 확보를 통한 국가방역체계 역량 강화
감염병예방 · 치료 기술개발사업	• 국민건강을 위협하는 감염병의 예방 · 치료 · 확산방지를 위한 백신, 진단, 치료제 개발 지원
감염병위기대응기술 개발사업	• 결핵, 대유행 인플루엔자 등 질병부담이 크거나 국가적 위기를 초래할 수 있는 감염병 대응을 위한 보건의료기술개발 및 백신의 국산화 사업 등 추진
공익적 의료기술연구사업	• 저출산, 희귀질환, 환자안전, 치매 등 공익적 의료수요 해결을 위한 실용화 기술개발 지원으로 개념검증, 임상적 근거 확보를 위한 연구 지원
국가신약개발사업	• 국내 제약 · 바이오 산업의 글로벌 경쟁력 강화와 국민건강의 필수조건인 의약주권 확보를 위해 제약기업과 학 · 연 · 병의 오픈이노베이션 전략을 바탕으로 신약개발 전주기 단계를 지원
국민건강 스마트관리 연구개발사업	• 국민의 건강증진을 위한 스마트 기술 기반의 이용자 중심 건강관리서비스 모델 개발 및 지역사회 기반의 건강관리 체계 구축 지원
노인 · 장애인 보조기기 연구개발사업	• 체계적인 보조기기 R&D 생태계 기반 구축을 통해 보조기기 국산화 및 산업육성, 국민 삶의 질 향상에 기여
노인천만시대 대비 고령친화서비스 연구개발	• 응급안전알림서비스 연계형 고령자 자립생활 지원, 고령친화제품 및 서비스 개선을 위한 실생활 기반 리빙랩 구축 및 운영, 정보통신기술 활용 비대면 사회서비스 개발 분야의 R&D 지원을 통해 건강하고 활기찬 노후 실현 및 고령자 삶의 질 향상 제고
돌봄로봇 중개연구 및 서비스모델 개발사업	• 돌봄 수혜자의 일상생활 지원 및 돌봄 제공자의 돌봄 부담 경감을 통해 삶의 질을 향상시키고, 돌봄기술 산업 육성
디지털 병리 기반의 암 전문 AI 분석 솔루션 개발사업	• 병리 진단이 필수적인 암에 대한 AI 병리 분석 솔루션 개발을 통해 진료 환자의 병리 판독 업무 효율화, 환자 진단 및 치료 효과성 제고
마이크로의료로봇 실용화기술개발사업	• 마이크로의료로봇 공통활용기술 기반구축 및 마이크로의료로봇의 기술개발을 통해 고부가가치 의료기기 세계시장 선점 및 국가 의료복지 수준 향상

사업명	지원 내용
바이오헬스 투자인프라 연계형 R&D 사업	• 바이오헬스 분야 창업기업의 성공 잠재력이 있는 기술의 빠른 상용화 촉진을 위해 정부와 민간이 공동으로 자금 및 인프라 연계 지원
범부처재생의료 기술개발사업	• 재생의료 핵심 · 기초 원천기술부터 치료제 · 치료기술 임상단계 까지 전주기 지원을 통한 희귀 · 난치 질환 극복 및 미래 바이오경제 시대의 글로벌 경쟁력 확보
범부처전주기 의료기기 연구개발사업	• 글로벌 제품 개발, 미래의료 선도 및 의료 복지 구현을 위해 범부처 차원의 의료기기 임상 · 인허가 · 제품화 전주기 지원
보건의료 인재양성지원사업 (기금)	• 보건의료분야 전문인력 양성을 통한 신진 연구인력의 성장기반을 마련하고, 정기적인 인력교류 및 국제적 연구 네트워크 구축으로 국제 교류 · 협력 활성화, 국민의 건강증진과 4차 산업의 지속가능한 발전을 견인하기 위한 정밀의료 전문인재 양성
보건의료 인재양성지원사업 (일반회계)	• 바이오메디컬 분야의 혁신을 이끌 융합형 글로벌 핵심인재 육성
스마트임상시험 플랫폼기반구축사업	• 임상시험 효율성 및 품질 향상을 위한 차세대 임상시험 기반기술 개발을 통해 국내 임상시험 산업의 글로벌 경쟁력 및 국내 신약개발 성공 가능성 제고
연구중심병원 육성	• 글로벌 수준의 연구 역량 확보 및 사업화 성과 창출을 통해 보건의료산업 발전을 선도하며 국민 건강증진에 기여하는 세계적인 병원 육성 지원
의료기기기술 개발사업	• 의료기기 핵심기술 개발 및 임상적 근거창출 지원 등을 통해 기술경쟁력 강화 및 사업화 촉진을 이루어 냄으로서, 의료기기산업을 육성하고 국민 보건 향상에 기여
의료기술상용화 지원센터	• 보건의료 기초연구 성과의 상용화 촉진을 위한 질환특화 유효성평가지원센터 및 의료기기 혁신 지원센터 지원
의료데이터 보호활용 기술개발사업	• 의료 빅데이터를 활용한 공공적 목적 연구 지원 및 의료데이터 기반의 연구 활성화를 위한 개인정보 보호 · 보안기술 활용 연구 지원
인공지능바이오로봇 의료융합기술개발	• 인공지능, 로봇기술 등 4차 산업혁명 핵심 기술을 의료산업에 융합한 신개념 의료융합기술을 부처협업(과기정통부, 산업부, 보건복지부)으로 전주기 지원
임상연구인프라 조성사업	• 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
중환자 특화 빅데이터 구축 및 AI 기반 CDSS 개발사업	• 다기관 참여의 한국형 중환자 특화 데이터셋(K-MIMIC)를 구축하고, 이를 활용한 AI 기반 중환자 CDSS 개발 및 실증연구
질병중심 중개연구사업	• 질환의 기초 · 기전탐색 연구결과를 바탕으로 진단, 예방, 치료법 개발을 추구함으로써 기초연구 성과의 실용화연구 이행을 촉진
질환극복기술개발	• 공공성이 높은 질환, 기후환경변화에 따라 새롭게 부각되는 질환 등 국가 위험요인 등에 대해 정부차원의 대응기술개발 지원

사업명	지원 내용
첨단의료기술개발	• 보건의료 산업의 첨단의료 수요 증가를 반영하고 산업경쟁력 확보를 위하여 재생의료, 신약개발 등 미래 유망 신기술 개발 지원
치매극복 연구개발사업	• 치매극복을 위한 3개 분야(치매 원인규명 및 발병기전 연구, 치매 예측 및 진단기술 개발, 치매 예방 및 치료기술개발) 및 치매연구 활성화 기반 구축을 위한 치매연구정보통합 플랫폼(TRR-DPK) 구축 지원
치의학의료기술연구개발사업	• 치과질환의 진단 · 치료 · 예후의 통합적 기술 및 ICT 기반 첨단기술개발
코로나19 백신 임상지원사업	• 국내 유망 백신 개발 기업 대상으로 개발에 필요한 임상시험 비용을 지원하여 국내 자체 코로나19 백신 개발 촉진
코로나19 치료제 백신 비임상지원사업	• 코로나19 종식에 필수적인 우수한 치료제 · 백신개발 및 첨단동물을 활용한 감염병 의료제품 평가지원체계 구축 지원
코로나19 치료제 임상지원사업	• 국내 유망 치료제 개발 기업 대상으로 개발에 필요한 임상시험 비용을 지원하여 국내 자체 코로나19 치료제 개발 촉진
포스트게놈 다부처 유전체사업	• 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)
피부과학 응용소재 선도기술 개발사업	• 소재 국산화, 기술 경쟁력 강화, 시장 다변화를 통해 화장품산업을 지속가능한 미래 성장동력으로 육성하기 위한 연구개발 지원
한의기반융합기술 개발사업	• 한의약을 바탕으로 IT, BT, NT 등 현대과학기술을 응용하여 한의약의 외연을 확장하고, 질병을 예방 · 치료하는 실증적인 지식과 기술을 개발 지원
한의약혁신기술 개발사업	• 근거중심의 한의약 의료서비스 표준화 · 과학화로 한의 의료서비스 품질 제고 및 산업화 기반 마련
환자중심 의료기술 최적화 연구사업	• 임상현장의 다양한 의료기술을 대상으로, 최적의 의료서비스를 환자에게 제공하고, 보건의료 체계의 지속가능성을 확보하기 위한 근거창출
K-Medi융합인재 양성지원사업	• 바이오 메디컬 혁신인재 및 신진 의사과학자 양성(Career Path) 지원 등 보건의료 분야 특화 융합 인재 양성
감염병의료안전강화 기술개발사업	• 장기화된 코로나19 대응과정에서 발생된 의료현장의 긴급수요를 반영하고, 차기 감염병 위협 및 의료 관련 감염에 대비하기 위해 필수적인 4개 분야(구조·시스템·장비·인력)에 대한 최적화 기술개발 추진
미래성장 고부가가치 백신 개발사업	• 미충족 수요 백신, 프리미엄 백신, 치료용 백신 등 글로벌 백신 산업의 미래성장 가능성이 높은 고부가가치 백신에 대한 개발 지원
백신 기반기술 개발사업	• 백신개발 및 생산에 기반이 되는 연관기술 국산화 개발 지원
보건의료 빅데이터 큐레이션 기술개발사업	• 보건의료 빅데이터 큐레이션 기술개발을 통하여 고품질의 의료데이터를 확보하고 데이터 분석 연구 및 의료 인공지능 개발 등 활용성 제고

사업명	지원 내용
신변종 감염병대응 mRNA백신 임상지원사업	• 신 · 변종 감염병에 신속 대응 가능한 국내 자체의 mRNA백신 개발
신속 범용백신 기술개발 사업	• 신·변종 감염병 신속대응 백신 플랫폼 구축 및 범용 백신, 미래 팬데믹 타겟 백신 개발 지원
실사용데이터(RWD) 기반의 임상연구 지원 사업	• 실사용데이터(RWD)에 근거한 다기관 임상시험 효과성 · 안전성 연구 지원을 통해 임상연구와 실제 임상현장 간 증거 격차를 해소하고 실사용데이터 기반의 임상연구 체계 구축
재생의료 임상연구 기반조성사업	• 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법」에 따른 재생의료 혁신기술 발굴 및 연구개발 지원
전자약기술개발사업	• 전자약 시장생태계 조성으로 희귀 · 난치질환 극복, 만성질환 등의 치료편의를 증진하기 위한 국산화 연구개발 및 제품화 지원
정신건강 연구개발사업	• 코로나19, 사회적 불안 요소 증가에 따른 국민 정신건강 증진 및 정신질환자의 안전한 치료환경 조성을 통한 정신건강 서비스 기반 강화
차세대의료연구기반 육성사업	• 의료제품 R&D지원 기반 고도화를 통한 기술선도형 생태계 구축 및 의료연구개발 문제해결 중점지원
포스트코로나시대 적정수혈을 위한 의료기술개발사업	• 포스트코로나시대, 혈액부족 사태에 대비하고 환자중심의 안전한 환자혈액관리(Patient Blood Management : PBM) 정착을 위한 의료기술 개발 연구 지원
혁신형 의료기기기업 기술상용화 지원사업	• 글로벌 연구기관과 국제협력연구 추진 및 해외임상데이터 축적을 통해 보험등재가 용이한 해외시장을 우선개척 후 국내시장을 진입하는 역방향 기술 상용화 중점 지원
암연구소 및 국가암관리사업본부 주요사업	• 한국형 암의 원인 및 기전을 규명하고, 암 예방&진단&치료법 개발 및 적용으로 국민의 보건복지 및 삶의 질 향상에 기여
지능형재활운동체육 중개연구	• (다부처 공동사업) 지역사회로 복귀하는 장애인의 건강증진을 위해 지속적으로 제공되는 재활운동 및 체육에 관한 스마트 운동치료기기 개발 및 융복합 프로그램 · 서비스 연구개발(R&D) 과제를 지원
국립재활원 재활연구개발용역	• (재활연구개발지원사업) 장애인 · 노인 등 사회취약계층의 삶의 질 향상, 육체적 · 정신적 기능 개선 및 사회복귀를 목적으로 맞춤형 연구 지원 • (재활로봇중개연구사업) 재활연구개발 및 재활보조기술 산업 육성을 지원하여 장애인 · 사회적 약자의 삶의 질 향상과 사회복귀를 촉진
국립정신건강센터 연구개발사업	• 공공정신건강서비스 강화를 위한 사회문제 대응형 공공서비스 개발, 연구성과 현장실증, 공공연구자원 기반구축
(혁신도전) 자폐혼합형 디지털치료제개발	• 자폐성 장애의 다차원적 모니터링 · 분석을 위한 디지털 표현형 기반 통합 데이터 플랫폼 및 코호트 DB 구축

3. 추진 실적

보건의료기술 연구개발사업에서는 보건의료 기술수준 및 기술 실용화 제고를 위해 논문, 특허, 제품화 등 다양한 성과를 창출하고 있다. 1995년부터 2022년까지 국내 · 외 52,084건의 논문이 게재되었으며, 21,984건의 특허를 출원 · 등록하는 성과를 달성하였다.

|표 2-9-11| 보건의료연구개발사업 국내외 논문 게재 현황

(단위 : 건)

구 분		2016 이전	2017	2018	2019	2020	2021	2022	합계
국내	비SCI	7,833	61	265	156	134	162	175	8,786
	SCI	3,528	392	375	390	235	150	151	5,221
국외	비SCI	1,760	333	39	39	25	28	20	2,244
	SCI	23,078	2,828	2,533	2,272	1,808	1,775	1,539	35,833
합계		36,199	3,614	3,212	2,857	2,202	2,115	1,885	52,084

※보건의료기술 종합정보시스템(HTDream) 입력 기준(2023. 4.)

|표 2-9-12| 보건의료연구개발사업 국내외 특허 출원 및 등록 현황

(단위 : 건)

구 분		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	합계
국내	등록	3,241	686	637	511	263	268	240	5,846
	출원	6,362	1,185	703	521	539	566	676	10,552
국외	등록	896	132	167	122	89	83	62	1,551
	출원	2,277	371	372	227	213	305	270	4,035
합계		12,776	2,374	1,879	1,381	1,104	1,222	1,248	21,984

※보건의료기술 종합정보시스템(HTDream) 입력 기준(2023. 4.)

보건의료분야 R&D 지원은 신제품 · 서비스 개발을 통한 고부가가치 및 신시장을 창출, 산업의 성장을 견인하는 등 국가 성장 동력으로 작용하고 있다. 의약품의 경우 1999년 국산 신약 1호인 SK제약 백금착제 항암제 선플라주를 시작으로 총 36건이 출시되었다. 2008년부터 신약개발 비임상 · 임상 R&D 지원 및 2011년부터 시스템 통합적 항암신약개발, 범부처전주기신약개발사업, 2021년부터 국가신약개발사업 등을 지원하여 신약개발 R&D 지원을 확대하고 있으며, 오랜 기간 꾸준히 지원해 온 결과 최근 의약품 개발 성과가 가시화되고 있다.

|표 2-9-13| 의약품 품목허가 현황

연번	제품명	개발사	효능·효과	허가 일자
1	선플라주	SK케미칼㈜	항암제	'99. 7. 15.
2	EGF외용액	㈜대웅제약	당뇨성 족부궤양 치료제	'01. 5. 30.
3	조인스정	SK케미칼㈜	관절염 치료제	'01. 7. 10.
4	큐록신정	제이더블유중외제약㈜	항생제	'01. 12. 17.
5	캄토벨주	㈜종근당	항암제	'03. 10. 22.
6	자이데나정	동아제약㈜	발기부전 치료제	'05. 11. 29.
7	레보비르캡슐	부광약품㈜	B형간염 치료제	'06. 11. 13.
8	엠빅스정	SK케미칼㈜	발기부전 치료제	'07. 7. 18.
9	놀텍정	일양약품㈜	항궤양제	'08. 10. 28.
10	카나브정	보령제약㈜	고혈압 치료제	'10. 9. 9.
11	유트라박주	㈜LG생명과학	디프테리아, 파상풍, B형간염 백신	'10. 4. 28.
12	유희브주	㈜LG생명과학	뇌수막염	'10. 8. 10.
13	시네츄라시럽	안국약품㈜	기관지염 치료제	'11. 3. 11.
14	슈펙트정	일양약품㈜	항암제	'12. 1. 5.
15	헌터라제	㈜녹십자	헌터 증후군 치료제	'12. 1. 9.
16	큐피스템	㈜안트로젠	크론성 누공 치료제	'12. 1. 18.
17	레일라정	㈜한국피엠지제약	골관절증 치료제	'12. 3. 13.
18	듀비에정	㈜종근당	당뇨병 치료제	'13. 7. 4.
19	뉴로나타-알주	코아스템㈜	루게릭병 치료제	'14. 7. 30.
20	듀라스틴	동아에스티㈜	항암제	'14. 8. 13.
21	뉴라펙	㈜녹십자	항암제	'14. 8. 14.
22	스카이셀플루	SK케미칼	인플루엔자 A형, B형 백신	'14. 12. 26.
23	자보란테정	동화약품㈜	항균제	'15. 3. 20.
24	시벡스르로정	동아에스티㈜	항균제	'15. 4. 17.
25	시벡스르로주	동아에스티㈜	항균제	'15. 4. 17.
26	스티렌정	동아제약㈜	위염치료제	'05. 4. 29.
27	슈가논정	동아에스티㈜	혈당강하제	'15. 10. 2.
28	스카이셀플루4가	SK케미칼	인플루엔자 A형, B형 백신	'15. 12. 24.
29	유셉트	㈜엘지화학	면역질환 치료제	'18. 3. 16.
30	케이캡정	HK이노엔	위식도 역류질환 치료제	'18. 7. 5.
31	카티라이프	바이오솔루션	무릎연골 재생세포 치료제	'19. 4. 24.
32	로민콤프시럽	한국유나이티드제약(주)	급성기관지염 치료제	'20. 3. 13.
33	렉라자정	㈜유한양행	폐암치료제	'21. 1. 18.

연번	제품명	개발사	효능 · 효과	허가 일자
34	렉키로나주	㈜셀트리온	코로나19 치료제	’21. 2. 5.
35	펙수프라잔	대웅제약	위식도역류질환 치료제	’21. 12. 30.
36	스카이코비원멀티주	SK바이오사이언스(주)	사스코로나바이러스-2 표면 항원 백신	’22. 6. 29.

※(참고) 2021년 의약품 허가보고서 / 식품의약품안전처(허가총괄담당관) / 2022. 4.
식품의약품안전처 의약품안전나라(https://nedrug.mfds.go.kr/index)

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, 1990~2003)’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 정밀의료가 미래의료로 부상하였다.

2015년 1월 20일, 미국이 새로운 헬스케어 패러다임 전환을 위해 유전체 정보 등을 활용한 국민 건강 및 질병치료 개선을 목적으로 하는 「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.

집필자 보건의료데이터진흥과장 심은혜

미국, 영국, 일본, 중국 등 '인간 게놈 프로젝트'에 참여했던 국가들은 정밀의료를 미래 전략 분야로 인식하고, 대규모 투자 계획을 경쟁적으로 발표하였다. 특히, 미국은 『21세기 치유 법안』 제정(The Cures Act, '16. 12.)을 통해, 1백만 명 코호트 구축(NIH), 개인 맞춤형 암 치료법 · 예방법 개발(NCI), 연구자료 공유 플랫폼 구축(FDA), 상호운용성 표준개발(ONC-HT)을 목표로 정밀의료 분야에 영국은 「10만 게놈 프로젝트」에 3억 파운드('14.~'17.)를 투자하고, 국가 주도의 의료데이터 수집 · 분석 · 활용 체계를 구축하였다.

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 국립중앙인체자원은행과 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 투자하였다.

정밀의료 기술개발사업은 다부처 사업단 방식으로 정부와 민간의 역량을 집중하여 추진하였다. 사업단은 연구와 산업계의 식견과 리더십을 겸비한 사업단장의 책임하에 운영되었고, 사업단의 사업계획 수립과 성과 평가 등은 민간전문가로 구성된 운영위원회를 통해 심의 · 조정하도록 운영 관리 규정을 제정하였다. 이에 따라, 2017년 3월 정밀의료 운영위원회를 구성하고 6월 각 사업단을 선정하여, 암 정밀 진단 · 치료법 개발과 정밀의료 병원정보시스템 개발을 추진하였으며, 5년간('17.~'21.) 연구를 진행 · 완료하였다.

정밀의료 기반 암 진단 치료법 개발 사업은 진행성 암환자 유전체 프로파일링 및 임상시험 수행으로 암 유전체 통합 플랫폼 구축을 목적으로 하였으며, 연구를 통해 총 1만여 건의 암 유전체 프로파일링을 완료하고, 암 정밀의료를 위한 임상연구 프로세스 확립 및 3개 시스템을 구축하였다.

이와 함께, 2019년 제4회 과학기술관계장관회의('19. 4. 25.)에서 범부처 과제로 「미래의료 선도를 위한 국가 바이오 빅데이터 구축 추진계획」이 결정되어, 2020년부터 보건복지부, 과학기술정보통신부, 산업통상자원부, 질병관리청 협력하에 3년간 2.5만 명 규모의 시범사업을 추진하였다. 시범사업('20년~'22년)은 희귀질환 협력 기관(1차년도 16개, 2차년도 17개 병원)을 통해 희귀질환자 1.5만 명분의 검체 · 임상 · 유전체 정보를 수집하였고, 선도사업을 통해 구축된 1만 명분의 임상 · 유전체 정보를 연계하여 총 2.5만 명분 규모의 바이오 빅데이터를 구축하였다. 또한, 구축된 바이오 빅데이터가 안전하게 활용될 수 있도록 바이오 빅데이터 플랫폼을 구축하고, 데이터 제공 심의체계를 수립하고 연구자 네트워크를 조성하는 등 연구자 친화적인 안전한 활용 지원체계를 마련하였다.

2. 사업 내용

가. 국가 바이오 빅데이터 구축 시범사업

정밀의료의 바탕이 되는 바이오 빅데이터는 사후적 치료 중심에서 개인 맞춤형 치료 · 예방 의료로 전환됨에 따라 중요성 부각 및 수준 높은 의료서비스 제공 및 바이오헬스 산업 경쟁력 확보를 위해서는 바이오 빅데이터 구축 필요성이 제기되었으며, 이를 위해 수많은 참여자의 동의 및 임상정보, 대규모 유전체 분석을 위한 고성능 분석 플랫폼 제공 및 사회적 합의를 위한 거버넌스 구축 등이 요구되었다. 이에 과학기술관계장관회의('19. 4. 25.) 결정에 따라 "국가 바이오 빅데이터 구축" 사업을 범부처*가 협력하여 시범사업을 추진하였다.

* 보건복지부(주관), 과학기술정보통신부, 산업통상자원부, 질병관리청

* (英, 100K Genomes Project) 10만 명 규모의 암, 희귀질환 전장유전체 데이터 생산·분석('12.~'17.),
(美, All of US) 100만 명 규모 일반인 유전체, 의무기록, 건강정보 등 수집('18.~'26.),
(핀란드, Finngen Research Project) 50만 명(전국민 10%) 임상 · 유전체정보 수집('18.~'23.)

시범사업('20년~'22년)은 희귀질환 협력 기관(1차년도 16개, 2차년도 17개 병원)을 통해 희귀질환자 1.5만 명분의 검체 · 임상 · 유전체 정보를 수집하였고, 선도사업을 통해 구축된 1만 명분의 임상 · 유전체 정보를 연계하여 총 2.5만 명분 규모의 바이오 빅데이터를 구축하였다.

희귀질환자의 자발적 참여로 본인 동의 또는 법정대리인 동의(미성년자의 경우)를 통해 임상정보 및 검체를 수집하였고, 수집된 검체에서는 전장유전체분석데이터(Whole Genome Sequencing)를 생산하였다. 이렇게 수집된 임상정보와 유전체 데이터를 통합 분석하여 희귀질환자 대상의 진단참고용 보고서를 생산하였고, 희귀질환 협력기관에서는 진단참고용 보고서를 환자의 진단 및 치료에 활용하였다.

민감정보인 임상 · 유전체 데이터의 안전한 관리를 위해 데이터의 생산, 전달, 보관, 활용 전주기에 걸친 보안체계를 구축하였고, 기관간 안전한 데이터 전송을 위해 구축된 보안전송망(KREONET)은 국가과학기술연구망 네트워크 종합 상황실(NOC)의 지속적 모니터링(24시간/365일)을 통해 안전하게 운영되었다. 해당 데이터는 연구자에게 제공될 때 개인식별이 불가능하도록 처리하여 보안환경을 통해서만 활용할 수 있도록 분석환경을 제공하였다.

대용량 임상 · 유전체 데이터 분석을 위한 슈퍼컴퓨터 기반의 고성능 컴퓨팅 환경을 제공하였으며, 연구포털 운영을 통해 임상 및 유전체 데이터 현황, 연구 성과, 연구 네트워크 소식 등 연구자들과의 소통 창구를 운영하여 시범사업에서 수집한 데이터의 활용을 활성화하고자 하였다.

시범사업으로 수집된 누적 2.5만 명분 데이터 중 총 8,426명분의 데이터가 '22년 7월에 1차로 공개되었으며, '23년 6월에는 누적 2.5만 명분의 데이터가 공개되었다. 연구자는 국립보건연구원 국립중앙인체자원은행에 연구자원 제공을 신청하면 분양위원회 심의를 거쳐 시범사업 연구자원을 제공받을 수 있다.

나. 정밀의료 인력양성 지원

유전체, 의료정보, 생활습관 등 개인 건강정보 분석기술이 급속도로 발전하면서 개인별 맞춤의료(정밀의료) 패러다임이 빠르게 변화하고 있다. 이에 국내에서도 관련 분야 성장을 선도할 핵심인재에 대한 수요가 높아지고 있으나 아직 전문인력이 부족한 실정이다.

정부에서는 「바이오헬스산업 혁신전략('19. 5. 관계부처 협동)」 정밀의료 등 바이오 헬스 산업 부응 정책을 추진하기 위해, 「2018 보건의료 R&D 중점 투자 방향」으로 '미래 첨단의료 : 4차 산업혁명 혁신기술의 융복합 연구 확대'를 통해 국가 주도의 정밀의료 전문인력 양성체계 개발 및 교육 훈련 인프라를 구축하고자 「정밀의료 인력양성 사업('18.~'22.)」을 사업을 추진 중이며, '23년 사업이 종료된 후에는 신규교육사업을 위한 사전기획을 진행 중이다.

「정밀의료 인재양성 사업」은 미래의료혁신 및 보건산업의 성장을 위한 전문가 양성 교육 설계 및 운영 뿐 아니라, 인재양성을 위한 인프라 및 시스템을 구축하고 있다. 교육은 교육생들의 수준을 고려하여 초 · 중 · 고급 등으로 나뉘며, 현장(오프라인)강의뿐만 아니라, 일부 교육은(의료인공지능교육, 정보의학교육 등) Youtube, K-MOOC 등 온라인 교육도 개설되어 운영되고 있다.

’22년에는 의료 인공지능, 의료용어표준, 보건의료데이터 활용 지원, 유전체 분석, 의료정보 분석 등 총 15개 과정 26회 이상의 교육과정을 수준별로 운영하였다. 또한, 인재양성 기반구축을 위해 정밀의료의 융·복합적인 특성을 반영한 정밀의료산업 분류체계를 확립하고, 분류체계에 따른 인력 수요·공급 현황을 조사하는 등 인력양성 계획 수립과 산업 발전을 위한 정책을 마련하기 위해 노력하였다.

|표 2-9-14| ’22년 정밀의료 인재양성 커리큘럼(안)

분 야	과 정 명
의료 인공지능	의료영상 인공지능 전문가 양성과정
	생체신호·EMR인공지능 전문가 양성과정
	의료 인공지능 강의역량 향상과정
	Hi KOHI, Hi MedicalAI(Okay, KOHI)
	정밀의료 PM 양성과정(의료인공지능 PM 양성과정)
	의료 인공지능 데이터 분석 기본과정
의료용어 표준	의료용어 표준 전문가 워크숍
	의료용어 표준 심화과정
	의료용어 표준 강의역량 향상과정
보건의료데이터 활용	보건의료데이터 활용지원 심화과정
유전체 정보분석	유전체정보분석 기본과정
	유전체정보분석 심화과정
	K-MASTER 임상 유전체 분석과정
의료 정보분석	의료데이터활용데이터사이언스캠프(R&Python)중급
	의료정보 분석 전문가 심화과정

Ⅲ 첨단재생의료산업 육성

1. 개요

첨단재생의료란 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.

|그림 2-9-8| 첨단재생의료 분야

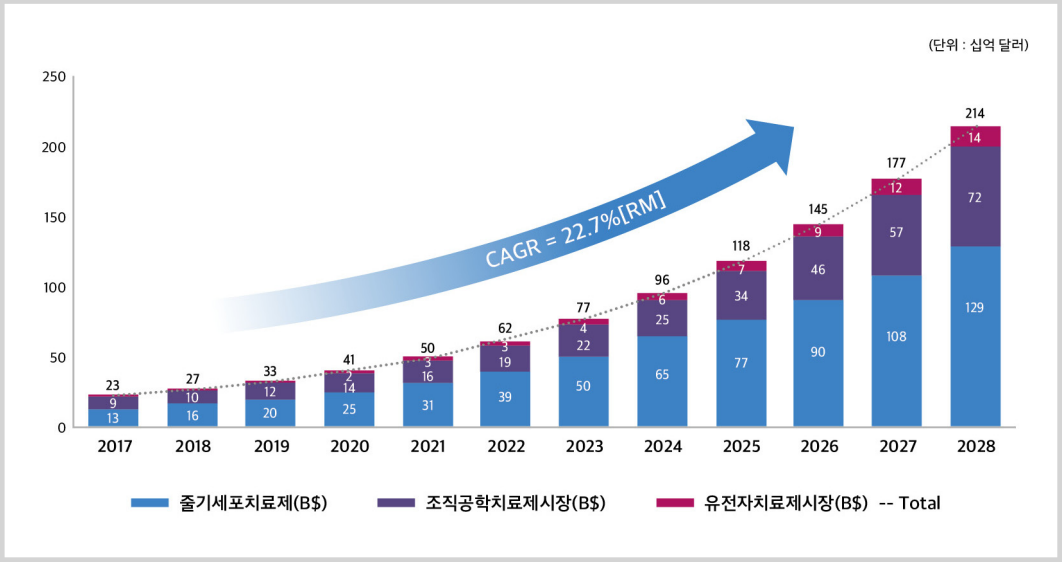
- **세포치료** : 사람 또는 동물로부터 유래한 세포를 이용하여 사람을 대상으로 하는 치료
- **유전자치료** : 유전물질을 인체로 전달하거나 유전물질이 변형 · 도입된 사람 또는 동물의 세포를 인체로 전달하는 치료
- **조직공학치료** : 조직의 재생, 복원 또는 대체 등을 목적으로 사람 또는 동물로부터 유래한 세포나 조직에 공학기술을 적용하여 사람을 대상으로 하는 치료
- **융복합치료** : 세포 · 유전자 · 조직공학 치료 중 둘 이상을 혼합하거나 세포 · 유전자 · 조직공학 치료 중 어느 하나에 해당하는 치료 등에 「의료기기법」 제2조제1항에 따른 의료기기를 물리적 · 화학적으로 결합한 치료기술

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 첨단재생의료 시장 규모는 2017년 230억 달러에서 2028년 2,140억 달러로 연평균 22.7% 성장할 것으로 전망되며, 아시아 시장의 비중 또한 2017년 11.9%에서 2028년 22.1%로 증가할 것으로 보인다.

집필자 재생의료정책과장 김영학

|그림 2-9-9| 글로벌 첨단재생의료 시장 규모



※출처 : Global Translational Regenerative Medicine Market Prospects 2018~2028(Visiongain)

이에 따라 미국, 일본 등 선진국은 글로벌 첨단재생의료 시장의 선점을 위해 첨단재생의료 분야를 중점적으로 육성하고자 국가 차원의 법 · 제도적 개선과 함께 R&D 투자를 강화하고 있다.

|표 2-9-15| 선진국의 첨단재생의료산업 육성 투자 현황

국가	투자 내용
미국	• 국립보건연구원(NIH) 대규모 첨단재생의료(유전자, 줄기세포 등 포함) 분야 R&D 투자 * ('18) 7.9조 원, ('19) 8.8조 원, ('20) 9.2조 원, ('21) 9.7조 원, ('22) 9.8조 원 • 캘리포니아 재생의학연구지원재단(CIRM) 2022~2023년 총 5,665억 원 예산 투입
EU	• 혁신기술 개발 위한 'Horizon Europe'을 통해 2021년~2027년까지 138조 원 지원
영국	• 영국첨단재생의료플랫폼(UKRMP) → 첨단재생의료 연구의 임상, 상업화 등 중개 활동 지원 * ('22) 692억 원
일본	• 일본의료연구개발기구(AMED) → 산 · 학 · 연 연계 지원 * 첨단재생의료 분야 사업 예산(억 원) : ('19) 1,682, ('20) 2,145, ('21) 2,018, ('22) 2,050

우리나라는 전 세계 줄기세포치료제 9개 중 4개를 개발하여 세계 우위의 기술력을 입증하였다. 이에 정부는 첨단재생의료산업의 성장 가능성을 인식하고, 첨단재생의료 분야에 대한 재정적 지원과 함께 제도적 발판을 마련하여, 글로벌 첨단재생의료 시장에서 경쟁할 수 있도록 첨단재생의료산업의 육성에 전력을 다하고 있다.

2. 추진실적

가. 첨단재생의료 임상연구 활성화를 위한 제도 구축

지난 20대 국회에서는 첨단재생의료의 중요성과 첨단재생의료 산업의 성장 가능성을 인식하고 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률)」(이하 '첨단재생바이오법')을 발의하였고, 동 법이 '20년 8월 시행되었다.

* 「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.)

첨단재생바이오법은 현재 치료법이 없어 첨단재생의료가 절실한 희귀 · 난치질환 환자에게 치료 기회를 제공하고 임상연구가 활성화될 수 있도록 국가적 지원 및 안전관리체계를 구축하는 것을 목적으로 하고 있다.

정부는 첨단재생바이오법 제정에 이어 '20년 하반기, 동 법에서 위임한 사항 및 그 시행에 필요한 구체적인 사항을 규정하고자 하위법령 및 고시를 제정 · 시행하고, 첨단재생의료 분야 정책 총괄과 임상연구 계획 심의를 위한 전담 조직 및 법상 위원회를 구성하였다.

또한, 국내 첨단재생의료 분야에 적합한 지원 및 규제체계 구축을 위해 '21년 1월 "첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 5개년('21.~'25.) 기본계획"을 수립하고, 정책 추진을 구체화하기 위한 총 46개 세부과제를 담은 연도별 시행계획을 마련 · 시행하여 첨단재생의료 임상연구가 본격 시행될 수 있는 법적 · 제도적 기반을 마련하였다.

이러한 추진 기반을 바탕으로 '22년까지 첨단재생의료 임상연구를 수행할 수 있는 총 56개의 첨단재생의료실시기관을 지정하였고, 임상연구 인력을 대상으로 하는 기본교육과 보수교육 프로그램을 마련하여 총 1,200여 명이 수료하는 등 안전관리를 제도화하였으며, '21년 12월 첫 고위험 첨단재생의료 임상연구가 승인되는 등 현재 10건의 임상연구가 적합 의결을 받아 진행 중에 있다.

나. 첨단재생의료기술개발 촉진을 위한 지원 확대

첨단재생바이오법이 '20년 8월 시행됨에 따라 보건복지부는 첨단재생의료 분야에 대해 본격적으로 R&D 지원을 추진하였다. 이전의 첨단재생의료 R&D 지원이 줄기세포분야와 첨단재생의료의 임상 활용성을 높이기 위한 중개 연구 지원이 중심이었다면, '21년부터 보건복지부와 과학기술정보통신부가 공동으로 범부처 첨단재생의료기술개발사업('21.~'30., 총 5,955억 원)을 추진하여 첨단재생의료 핵심원천기술부터 연계기술, 첨단바이오의약품 등 치료제 · 치료기술 임상단계까지 전주기 연구개발을 지원한다.

이를 위해 '21년 3월에 범부처 첨단재생의료기술개발사업단을 구성하고, '22년도에 신규과제 56개와 계속과제 51개를 지원하였다. '23년도는 계속과제 107개를 지속 지원하며 신규과제 45개를 추가로 선정하여 지원할 예정이다.

또한, 첨단재생의료 임상연구 활성화를 위해 정부는 첨단재생의료 임상연구비 지원 사업 예산('21.~'24., 총 422억 원)을 확보하여 '21년도부터 시행하고 있다. 지원 대상은 첨단재생의료 및 첨단바이오의의약품 심의위원회 · 식품의약품안전처의 적합 · 승인을 받은 첨단재생의료 임상연구이다.

이에 더해 '22년부터는 첨단재생의료 임상연구의 저변 확대를 위해 첨단재생의료 임상연구 기반조성 사업에 5년('22.~'26.) 간 465억 원을 투자한다. 정책 기반 조성을 위해 첨단재생의료 전문 공용 IRB 지원과 첨단재생의료 임상연구인력 교육 프로그램을 진행하고 있으며, 연구 기반 조성을 위해 세포 · 유전자 치료제 생산용 바이러스 소재 발굴 및 생산기술 개발, 인체이식용 생체소재 기술개발, 첨단재생의료 인프라 공동활용 지원에 투자하고 있다.

내년에는 미래 수혈용 혈액 수급 부족에 대비한 세포 기반 인공혈액 기술개발('23.~'27., 총 471억 원)을 보건복지부와 함께 과학기술정보통신부, 산업통상자원부, 식품의약품안전처, 질병관리청이 합동으로 추진하여, 세포 기반 인공혈액 생산기술을 확보하고, 대량생산 및 제조기반을 마련하는 등 기술개발을 지원할 예정이다.

또한, 이식용 장기수급 부족에 대비한 이종장기연구개발('23.~'27., 총 380억 원)을 추진하여, 이종고형장기 및 조직 · 세포 등에 대한 비임상 및 임상 단계 연구, 법 · 제도 등 연구 기반 형성을 지원할 예정이다.

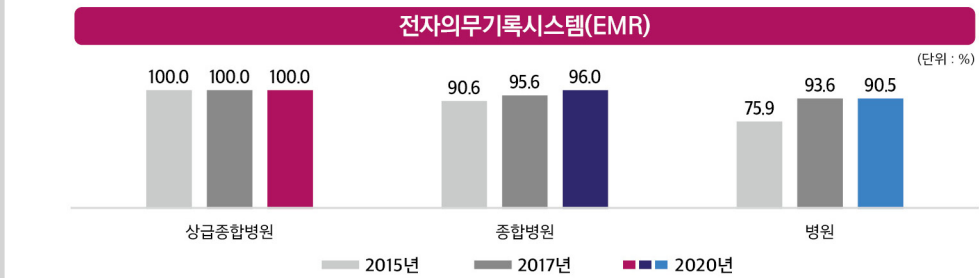
Ⅳ 의료정보기반 구축

1. 전자의무기록 시스템 인증제 도입

가. 개요

2000년도 이후 국내 의료기관에서 수기로 기록하던 의무기록[1]은 정보통신기술의 발달과 함께 ICT를 기반으로 하여 관리하는 전자의무기록[2](Electronic Medical Records : EMR) 시스템 도입으로 급격히 발전하였다. 2017년 건강보험심사평가원이 발표한 '국내 의료기관의 전자의무기록 시스템 현황 및 발전 방향' 보고서에 따르면 국내 의료기관의 92.1%가 EMR 시스템[3]을 도입하여 사용하고 있는 것으로 파악된다. 또한, '2020년 보건의료정보화 실태조사'에 따르면 국내 의료기관 중 상급종합병원 100%, 종합병원 96.0%, 병원 90.5%가 EMR 시스템을 도입하여 사용하고 있는 것으로 나타났다.

|그림 2-9-10| 의료기관 종별 전자의무기록 시스템 도입률(보건의료정보화 실태조사)



1) **의무기록**이란 의료인은 의료법 제22조에 따라 진료 행위에 대한 기록을 반드시 작성하고 서명을 해야 하는바 환자의 질병에 관계되는 사항과 병원이 환자에게 제공해준 검사, 치료 및 결과에 관한 모든 사항을 기록한 문서(수술기록, 입 · 퇴원기록 및 요약 등 포함)

2) **전자의무기록**(Electronic Medical Record, 이하 EMR)이란 기존 종이차트에 기록했던 인적사항, 병력, 건강상태, 입 · 퇴원기록, 처방 등 환자의 모든 진료 정보를 전자서명법에 따른 전자서명이 기재된 전자문서로 입력, 관리, 저장하는 형태
   - 국가적 차원의 전자건강기록(Electronic Health Record : EHR), 개인중심의 개인건강기록(Personal Health Record : PHR)의 기반이 되는 진료정보임

3) **전자의무기록 시스템**이란 EMR이 효율적이고 통일되게 관리 · 활용될 수 있도록 기록의 작성 · 관리 및 보존에 필요한 전산 정보시스템(의료법 제23조의2)

집필자 의료정보정책과장 신지명

나. 추진 배경 및 경과

그간 의료기관의 자발적 노력으로 구축된 전자의무기록은 진료 및 진료 지원의 효율성을 향상시키는 측면에서 많은 기여를 해왔다. 그러나, 전자의무기록상의 진료 및 임상 정보가 표준화되어 있지 않아 진료 목적의 정보교류뿐 아니라 수집한 정보의 2차 활용이 이루어지지 못해 환자 진료 및 의료의 질 개선, 환자 안전사고와 의료비용 절감과 같은 효과를 기대하기는 어려웠다. 또한, 환자 민감정보를 수집, 저장, 관리하는 전자의무기록 시스템에 대한 정보 보안 및 개인정보보호 수준이 낮아, 의료현장의 진료기록 유출 및 위·변조의 위험이 존재하고 있다.

EMR 도입 효과를 극대화하는 동시에, 활용에 대한 안전성을 확보하기 위해서는 표준화된 정보를 수집하는 기능의 개발과 더불어 정보보안 및 개인정보보호 기준을 준수하는 시스템이 되어야만 가능하다.

이러한 배경하에 보건복지부는 2016년 전자의무기록의 표준화 및 전자의무기록 시스템 인증제 관련 법적 기반을 마련한 후 2018년부터 2019년까지 '전자의무기록 시스템 인증제 시범사업 실무추진단'을 구성하여 국내 8개 EMR 시스템을 대상으로 시범사업을 추진하였다. 또한, 2019년 9월 전자의무기록 시스템 인증제 전담기관인 재단법인 한국보건의료정보원을 설립하고, 2020년 6월 「전자의무기록 시스템 인증제도 운영에 관한 고시」를 제정·발령하였다.

2020년 6월 전자의무기록 시스템 인증제 본사업을 시작하여, 10월 인증제 시행 이후 처음으로 국내 5개 EMR 시스템이 인증을 획득하였으며 2020년 한해 총 25건의 제품인증과 41건의 사용인증이 부여되었다.

2021년 5월에는 민간 의료기관도 안전하게 클라우드 기반 EMR을 사용할 수 있도록 클라우드 보안 인증기준을 개정하였고, 같은 해 6월 EMR 인증제의 본격 확산을 위한 중장기 발전방안 로드맵을 수립하였다. 아울러 전자의무기록 표준화 지원사업을 통해 인증기준에 따라 개선된 전자의무기록 시스템의 제품 확대 보급을 추진하였으며 2021년까지 총 72건의 제품인증과 3,278건의 사용인증이 부여되었다.

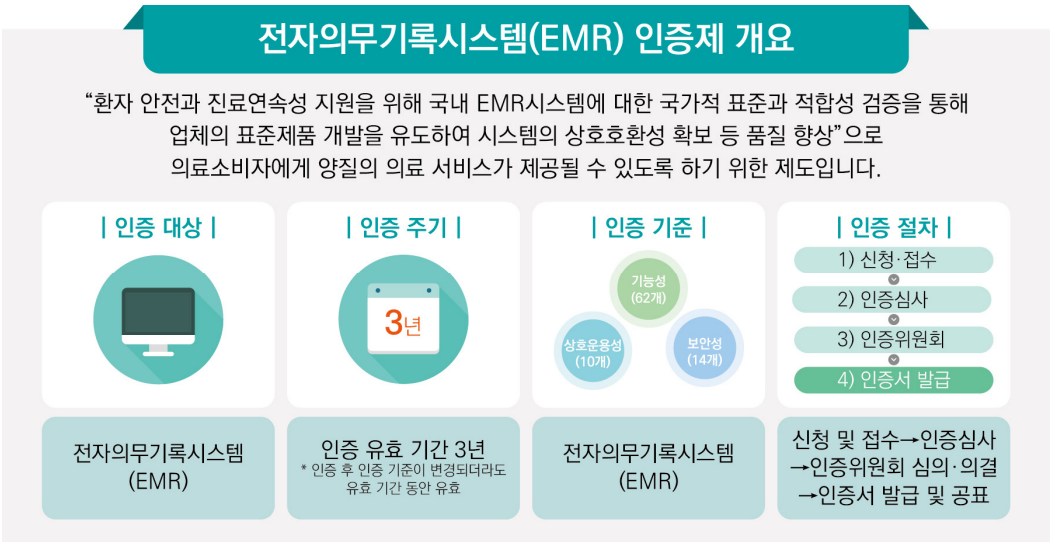
2022년 3월에는 개정된 클라우드 보안 인증기준을 외부보관 EMR 인증심사 안내서에 반영하였고, 「전자의무기록의 안전한 관리·보존에 필요한 시설과 장비에 관한 기준 고시」 해설서를 개발하였다. 이를 통해, 2022년 총 5개 클라우드 EMR 시스템(고려대의료원(P-HIS 1.0), 이지케어택(엣지앤넥스트 1.0), 헬스허브(HPMS 1.0), 에이치디정션(트루닥 1.0), 비트컴퓨터(비트플러스 1.0))이 인증을 획득하였으며, 2022년까지 총 107건의 제품인증과 3,756건의 사용인증이 부여되었다.

다. 주요내용

1) 인증제 개요

'전자의무기록시스템 인증제'는 EMR 시스템에 대해 국가 표준 적합성 여부 등을 검증하여, 환자안전 강화와 진료 연속성 제공 등 양질의 의료서비스 제공을 목적으로 한다.

|그림 2-9-11| 인증제 개요



|표 2-9-16| 전자의무기록시스템 인증제도 법적근거

의료법	의료법 시행령	고시
• 제22조(진료기록부 등) • 제23조(전자의무기록) • 제23조의2(전자의무기록의 표준화 등)	• 제10조의7(전자의무기록의 표준화) • 제10조의8(전자의무기록시스템의 인증) • 제10조의9(전자의무기록시스템의 인증 표시)	• 보건복지부「전자의무기록 시스템 인증제도 운영에 관한 고시」(제2020-112호)

EMR 시스템 인증을 받고자 하는 대상은 개발 또는 운영 중인 EMR 시스템이 인증기준에 적합함을 증명하는 심사를 신청하여야 한다.

- (인증신청) 인증을 받고자 하는 EMR 제품 개발업체 또는 의료기관
- (인증방법) 신청기관 문서심사와 현장심사를 통해 인증기준 적합 여부 확인
- (인증부여) 심사결과에 대해 인증위원회 심의 · 의결 후 인증서 발급

- (인증주기) 인증 유효기간 3년
- (인증결과) 기관명, 제품명, 인증일자, 유효기간을 홈페이지 공개

* 인증관리 포털 주소 : https://emrcert.mohw.go.kr

|그림 2-9-12| 인증의 표시

인증마크	엠블럼	인증서
EMR	전자의무기록시스템인증 EMR Electronic Medical Record System Certification	제 제-2020-00001호 EMR 전자의무기록시스템 제품 인증서 (인증유형: 유형 1) 1. 제 품 명 : EMR 1.0 2. 기 업 명 : ○○○컴퓨터 3. 대 표 자 : 이 영 발 4. 유효기간 : 2020.00.00부터 2023.00.00까지(3년) 위 전자의무기록시스템은 「의료법」 제23조의2제2항에 따른 적합성 검증 결과 (유형 1) 전자의무기록시스템 인증기준을 충족하였음을 인증합니다. 보건복지부장관 직인

2) 인증 종류

인증의 종류는 제품인증과 사용인증으로 구분된다. 먼저, '제품인증'은 EMR 시스템을 개발 · 제조 및 판매하는 기관(의료인 또는 의료기관이 자체 개발하여 운영 중인 EMR 시스템을 포함 한다)의 제품이 인증기준에 부합함을 인증하는 것을 말한다.

'사용인증'은 의료인 또는 의료기관이 제품인증 받은 EMR 시스템을 인증기준과 관련된 기능의 변경 없이 사용하고 있음을 인증하는 것을 말한다.

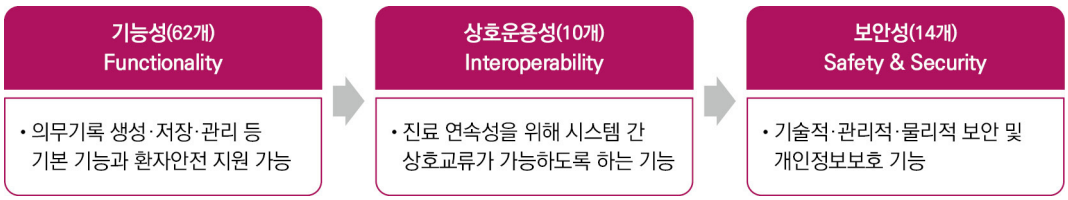
3) 인증기준

인증기준은 기능성, 상호운용성, 보안성 총 3개 부문으로 구성되어 있다. 기능성은 의무기록의 기본 기능 뿐만 아니라 전자서명, 의무기록 기재사항 등 최소한의 법적 요건과 환자를 안전하게 진료하기 위한 지원기능, 진료 정보를 제공하는 기능 등을 점검하는 항목이다.

상호운용성은 연속적인 진료를 제공하기 위해 EMR 시스템 간 정보의 상호교류가 가능하도록 하는 기능을 확인하는 항목이다.

보안성은 전자의무기록 시스템의 관리적, 물리적, 기술적 보안 및 개인정보보호를 통해 환자 진료 정보를 안전하게 보관, 관리하고 의무기록의 무단 유출 · 위변조 등을 방지하기 위한 기준이다.

|그림 2-9-13| 인증기준의 정의



|그림 2-9-14| 인증기준의 구성



4) 인증 유형

전자의무기록 시스템 인증을 받기 위해서는 신청한 유형에서 '필수'로 지정되어 있는 인증기준에 대해 모두 '적합' 판정을 받아야 한다.

EMR 시스템의 법적요건, 보안성 기능 등 인증유형별로 인증을 위해 필수적으로 갖추어야 하는 기능을 필수기준으로 한다.

약물 임상의사결정지원 시스템 등 환자안전 기능과 상호운용성 기능 등 인증유형별로 선택적으로 갖출 수 있는 기능을 선택기준으로 한다.

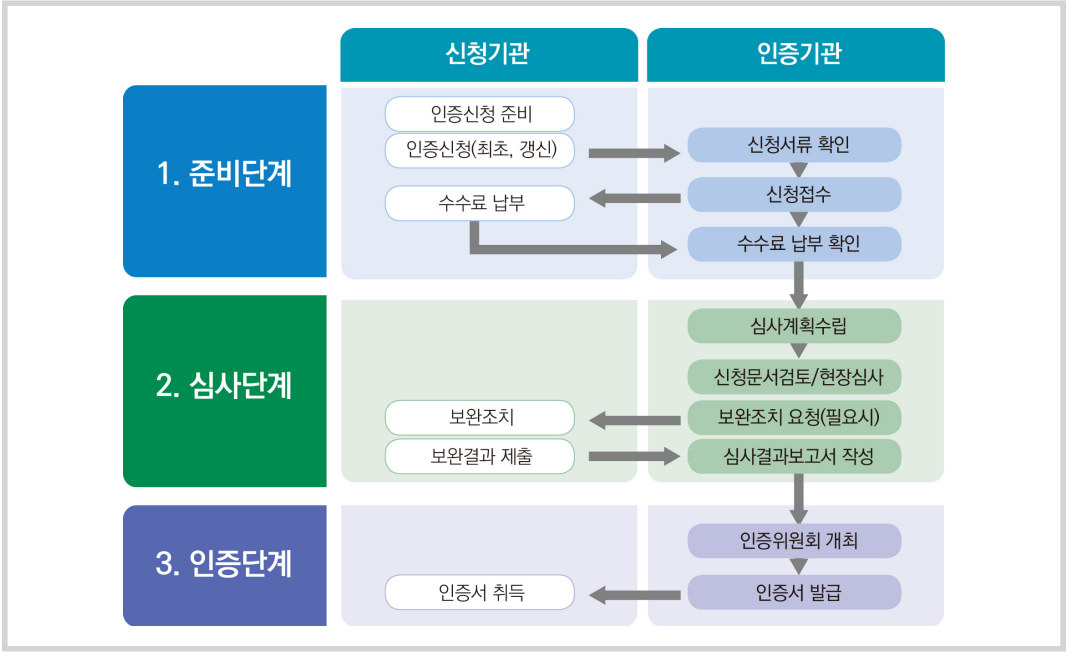
|표 2-9-17| 인증 유형

구분	설명	적용 인증기준
유형1	• 주로 의원급 의료기관에서 사용하는 시스템 적용 등급	• 필수 : 기능성(31개), 보안성(14개) • 선택 : 기능성(31개), 상호운용성(10개)
유형2	• 병원 및 300병상 미만의 종합병원에서 사용하는 시스템 적용 등급	• 필수 : 기능성(43개), 보안성(14개) • 선택 : 기능성(19개), 상호운용성(10개)
유형3	• 300병상 이상의 종합병원에서 사용하는 적용 등급	• 필수 : 기능성(52개), 보안성(14개) • 선택 : 기능성(10개), 상호운용성(10개)

5) 인증 절차

인증의 절차는 아래 그림과 같다. (인증심사 신청부터 인증서 발급까지 약 3개월 정도 소요)

|그림 2-9-15| EMR 인증심사 절차



※ 소요기간 : 신청준비 및 신청 · 접수(1~2개월) → 인증심사(1~2개월) → 보완조치(필요시 최대 3개월) → 인증위원회 심의 · 의결(1개월)

6) 추진 실적

2020년 6월 EMR 시스템 인증제 시행 이후, 2022년 12월까지 총 3,863개(제품인증 107건, 사용인증 3,756건) 인증서를 발급하였다(자세한 사항은 인증관리 포털(https://emrcert.mohw.go.kr)에서 확인 가능).

|표 2-9-18| 인증 실적

(2022. 12. 31. 기준, 단위 : 건)

구분	총계	의료정보업체	의료기관			
제품인증	107	38	69			
사용인증	3,756	-	계	종합병원	병원	의원
			3,756	121	38	3,597

라. 기대효과

전자의무기록 시스템 인증제를 시행함으로써 EMR 시스템의 법적 요건 등 기본기능 표준화를 통해 의료기관 간 정보시스템의 격차가 완화될 것이며, EMR 사용자의 전자의무기록에 대한 책임을 강화하여 진료기록의 신뢰성을 확보할 수 있을 것이다. 또한, 정보기술을 이용한 근거 기반 및 안전한 진료환경 조성이 가능해지며, 표준 기반의 진료정보교류로 의료정보 품질 향상을 통해 국민의 건강과 의료의 질이 제고될 것으로 기대한다.

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 의학용어 · 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 진료정보 교류를 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 표준모형을 마련하고, 교류문서 서식 및 전자문서의 생성 · 교환 등에 관한 '진료정보교류표준' 고시를 제정 · 발령하였다.

|표 2-9-19| 진료정보교류표준고시

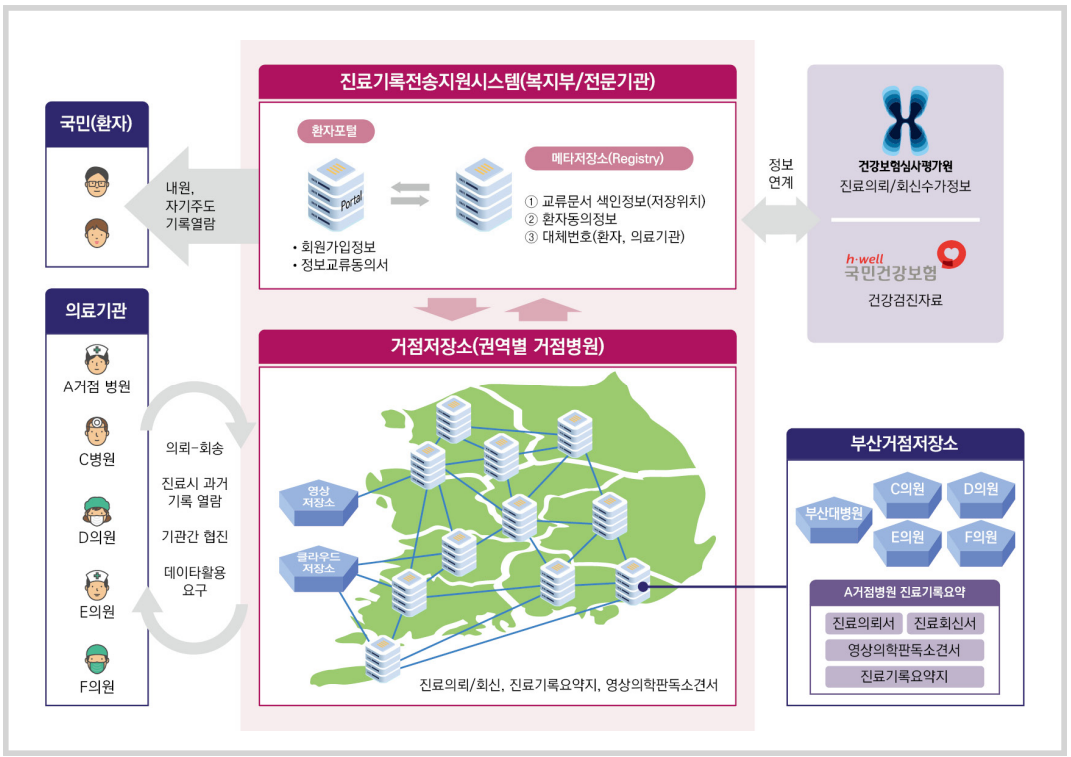
조문	세부 내용
제2장 서식의 종류 및 구성항목	• 현장에서 자주 활용하는 4종 서식(진료의뢰서 · 회송서, 진료기록요약지, 영상의학 판독소견서)을 정의 • CT · MRI 등 영상정보
제8조 (교류문서 생성 및 교환)	• 국제표준화기구(HL7*)에서 제시하는 임상문서표준(Clinical Document Architecture : CDA) 규격에 따라 생성 • 교류문서 생성 · 열람 및 감사기록 · 동의서관리 등 기능을 포함
제9조 (교류객체 등록번호 관리)	• 복지부장관이 유일하게 식별해야 하는 의료기관, 교류서식 등과 같은 정보에 대해 교류객체등록번호를 부여하도록 함
제10조 (보안 및 개인정보보호)	• 개인정보보호 관계법령을 준용하여 필요한 안전조치 수행 • 개인정보보호를 위한 관리계획 수립 · 시행
제11조 (환자의 동의 및 철회)	• 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 전자의무기록시스템에 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 2-9-16| 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 신청할 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, 2020년 6월 본격적으로 전자의무기록시스템에 대한 국가 인증제를 도입하였다.

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, 기존에는 주로 민간의료기관을 대상으로 참여 확산에 노력을 기울였으나, 2019년에는 「공공보건의료발전종합대책('18. 10. 공공의료과)」과 연계하여 국립대병원, 지방의료원, 보건기관(보건의료원, 보건소) 등 공공의료기관 대상으로도 사업을 확산하여 수평적 · 수직적 교류 네트워크를 구축하였다.

2020년 정부는 서울아산병원, 원주세브란스 기독병원 2곳에 추가로 거점저장소를 구축하였다. 이로써 누적 14개 거점문서저장소(공공문서저장소 제외)를 중심으로, 상급종합병원 36개소를 포함 6,477개 병의원 간 진료정보교류 인프라를 마련하였다.

또한, 의뢰 · 회송 과정에서 검사, 영상 및 진료기록 요약지 등을 제공한 경우 건강보험 수가 가산을 추진하여 전자적 진료정보를 적극 활용하도록 유도하였고 불필요한 검사 등 중복진료를 방지하였다.

|그림 2-9-17| 진료정보교류포털(마이차트) 메인 화면

〈PC버전〉



〈모바일 버전〉



한편, 합리적 전달체계를 확립하고 의료자원의 효율적 활용을 유도하고자 협력기관 간 진료의뢰 · 회송 시범사업을 추진 중에 있으며, 2016년 5월 13개 상급종합병원과 약 4천여 개의 협력 병 · 의원을 시작으로 2022년 12월 기준 201개 종합병원, 44개 전문병원과 약 1만 8천 개의 협력 병 · 의원이 사업에 참여하고 있다. 환자의 진료 · 영상정보가 표준화된 전자적 방식으로 교류되는 경우 차등화된 의뢰 수가를 산정하도록 하여 진료정보교류 확대를 유도하였다.

아울러, 비수도권 지역 의료기관이 동일 시 · 도내 상급종합병원 · 종합병원 · 전문병원으로 의뢰 시 가산을 적용할 수 있도록 하였고, 2020년 10월에는 상급종합병원의 '회송료'를 정규수가로 전환하였다.

2021년 정부는 누적 14개 거점문서저장소(공공문서저장소 제외)를 중심으로, 상급종합병원 37개소를 포함 7,002개 병의원 간 진료정보교류 인프라를 마련하였다.

또한, 2021년 6월 의료법, 개인정보보호법 개정사항 및 의료기관 의견수렴 결과 등을 반영하여 표준고시를 개정하였으며, 10월에는 개정된 진료정보교류 표준고시를 반영하는 등 표준연계모듈을 개선하였다.

아울러, 2021년 3월 산재병원에서 산재보험 청구 시 진료정보교류 시스템을 활용하여 영상정보를 전송할 경우 산재보험 수가 지급 및 의료기관 평가 가점을 부여하였으며, 9월에는 응급환자 전원 시 진료정보교류 시스템을 통해 환자 정보를 전송할 수 있도록 연계하여 응급환자의 신속한 치료를 지원하였다.

2022년에는 모든 상급종합병원 45개소를 포함 7,509개 병의원 간 진료정보교류 인프라를 마련하였으며, 2020년 연간 16만 건에서, 2021년 연간 42만 건, 2022년 연간 49만 건으로 누적 교류 건수 100만 건 이상을 달성하였다.

또한, 2022년 12월 병무청의 병역판정시스템과 연계하여 검사 대상자가 병원 진료기록을 발급 · 지참하여 검사장을 재방문 해야 하는 불편함을 개선하였다.

다. 향후 추진 방향 및 기대효과

2017년 법적근거 마련 이후 지역거점을 중심으로 본격 확산하기 시작한 진료정보교류 사업은 2021년까지 지역거점을 단계적으로 구축하여 전국적 교류 네트워크를 완성하고, 협력기관 간 진료의뢰 · 회송 시범사업은 참여기관 추가 모집 등 사업을 활성화 할 수 있는 개선방안을 모색할 계획이다.

2023년에는 기존 거점의료기관을 대상으로 참여 병 · 의원 추가 확산 수요를 조사하고, 종합병원급 이상 의료기관을 대상으로 신규거점의료기관 참여 수요를 조사하는 등 다방면의 확산 경로로 의료기관의 참여를 유도할 계획이다. 아울러 약물알레르기 정보 공유 시범 구축 사업, 원격협진 시범사업, 국가보훈처의 상이판정 등 유관 사업과 연계하는 등 신규 진료정보교류 서비스 모델을 발굴하여 의료기관의 진료정보교류 참여를 확산할 예정이다.

향후에도 진료정보교류의 참여확산 및 서비스 확대를 통해 환자 개인에게는 연속성 있는 보건의료 서비스 제공으로 중복검사 · 처 방 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.

3. 취약지 · 취약계층 대상 ICT 기반 의료서비스

가. 추진 배경 및 경과

원격의료란 의사가 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 환자나 의료인에게 필요한 의료서비스를 제공하는 것으로, 발전된 정보통신기술과 의료를 함께 이용하여 병원 방문이 어려운 의료 취약계층의 의료접근성을 높이는 서비스이다.

2002년 3월 의료법 개정을 통해 의사와 의료인 간 원격의료가 처음 제도화된 이후 정부, 지자체, 민간 등에서 다양한 형태의 시범사업을 실시하였다. 보건복지부, 국방부 등은 섬 · 벽지, 군부대 · 원양선박 등 의료기관 이용이 어려운 의료 취약지역과 거동이 불편한 노인 · 장애인 등 취약계층을 대상으로 의료접근성 제고를 위해 원격의료 시범사업을 추진하였다.

|표 2-9-20| 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, 당뇨병) 대상, 원격건강관리서비스 효과성 · 타당성 검증 등 스마트케어서비스 시범사업 추진	산업통상 자원부

집필자 의료정보정책과장 신지명

추진일	사업내용	소관부처
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 추진	보건복지부 범부처
2018년 1월~ 2020년 6월	• 노인요양시설, 취약지 응급환자, 의료취약지 및 격오지부대, 원양선박, 교정 시설 대상 시범사업 지속 추진	보건복지부 범부처
2020년 7월~ 2020년 12월	• 노인요양시설, 의료취약지 및 격오지부대, 원양선박, 교정시설 대상 시범사업 지속 추진, 취약지 응급환자는 본사업으로 전환	보건복지부 범부처
2021년 1월~ 2022년 12월	• 노인요양시설, 의료취약지 및 격오지부대, 원양선박, 교정시설 대상 시범사업 지속 추진	보건복지부 범부처

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 구분할 수 있다. 우리나라는 현행 의료법상 의사-의료인 간 원격의료는 허용하고 있으며, 의사-환자 간의 원격의료는 허용되고 있지 않다.

한편, 정부는 2014년 9월 1차 원격의료 시범사업부터 2016년 3차 시범사업까지 다양한 모델의 원격의료 시범사업을 추진하고 평가를 통해 안전성 및 유효성 등을 검증해왔다. 또한, 3차까지 실시한 시범사업 중 일부 사업에 대해서는 2017년 이후에도 시범사업을 지속 추진하고 있다.

1차 시범사업('14. 9.~'15. 3.)에서는 서울, 부산, 경기, 강원, 충남 등 5개 보건소와 의원급 의료기관 13개소가 참여하여, 고혈압 · 당뇨병 재진환자 845명을 대상으로 원격의료서비스를 제공하였다. 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 · 당뇨병 원격모니터링과 함께 섬 · 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. 당뇨 환자 239명 대상 비교 임상연구 결과 시험군이 대조군에 비해서 당화혈색소 수치는 0.36%, 혈당 수치는 16.44㎎/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 의료접근성이 떨어지는 섬 · 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 대상으로 원격의료를 확대하고, 국내와 다른 의료환경과 의사소통 등의 어려움을 겪는 개도국 교민을 대상으로 재외공관과 연계하여 원격의료를 제공하였다.

2017년부터 보건복지부는 의료취약 의료지원 시범사업 실시 등을 통해 섬 · 벽지 주민 등의 의료접근성 제고를 위해 노력하였다.

2018년 정부는 보건복지부, 국방부 등에서 크게 6가지 유형의 원격의료 시범사업을 지속 추진하였다. 보건복지부에서는 의료취약지('17년~), 노인요양시설('16년~), 농어촌 응급의료기관('15년~) 대상의 의사-의료인 간 원격협진 사업으로 의료접근성이 낮은 환자의 편의를 증진시키기 위해 노력하였다. 또한, 국방부에서 격오지 군부대('15년~), 해양수산부 원양선박('15년~), 법무부에서 교정시설('05년~), 국방부에서 이동형 LTE 활용('19년~) 원격의료를 실시하여 적시에 의료서비스 제공을 위해 노력하고 있다.

의료취약지 의료지원 시범사업은 '22년 12월 말 기준 총 473개소의 지역보건의료기관 및 의료기관이 참여하고 있으며, '17년부터 '22년 말까지 총 243,094건의 원격협진 서비스를 의료취약지 주민에게 제공하였다.

또한 노인요양시설 영상협진(계약의사-간호사) 시범사업은 '22. 12월 말 기준, 83개 요양시설이 참여 중으로 '16년부터 '22년 말까지 총 24,287건 영상협진이 실시되었으며, 계약의사 월 2회 대면진료로 부족한 입소자에 대한 상시건강관리가 강화되었다. 또한, 거동이 불편한 장기요양 수급자의 가정을 방문간호사가 방문하여 의사와 영상 협진하는 방식의 시범사업도 실시 중으로, '22. 12월 말 기준, 72개 방문간호 기관이 참여하고 있으며, '19년부터 '22년 말까지 총 6,273건의 영상협진이 실시된 바 있다.

더불어, 응급환자를 대상으로 한 거점병원과 취약지병원에서의 응급의료 원격협진을 실시 중이다. 거점병원 11개소, 취약지병원 75개소가 참여하여 2015년부터 2020년 12월까지 총 6,319건 원격협진이 시행되어 취약지 응급환자 발생 시 조기 대처가 가능해졌으며, 취약지 응급협진 시범사업은 2020년 7월부터 본사업으로 전환되었다. 이후 현재(2022년 12월)까지 총 8,378건 원격협진이 이루어졌다.

또한, 관계부처에서도 적시의 의료서비스 제공을 위해 원격의료 시범사업을 시행하고 있다. 국방부는 2015년부터 서북도서-GP 등 군의관이 없고 민간병원 이용이 제한되는 격오지 부대 소속 장병에게 국군의무사 의료종합상담센터 군의관이 원격의료 서비스를 제공하고 있으며, 2022년 총 12,499건의 진료가 시행되었다. 해양수산부는 원양선박 선원을 대상으로 24시간 운용 중인 해양의료연구센터를 통해 원격의료를 실시하고 있다. 2015년부터 실시되어 2022년 총 18,292건의 원격의료가 제공되었고, 이를 통해 항해 중 응급환자 및 건강문제 발생 시 대처능력이 향상되었다. 법무부에서는 2005년부터 원격의료센터와 협력병원을 통해 교정시설 대상 원격의료를 제공하며, 2022년 총 39,957건이 실시되어 재소자에게 전문의 진료기회를 제공하여 의료복지가 강화되었다.

다. 향후 계획 및 기대 효과

2002년 의사-의료인간 원격의료가 허용된 이후, 의료사각지대 해소를 위해 시행 중인 원격의료 시범사업을 더욱 내실 있게 추진할 계획이다. 특히, 2023년에는 의료취약지 의료지원 시범사업의 본사업 전환을 위한 개선방안을 도출하고, 노인요양시설 및 방문간호 기관에는 이동식장비(태블릿PC)를 확대 보급(총 180개소)하여 와상환자에 대한 서비스를 강화할 계획이다.

또한, 의료취약지 국민의 건강보장과 의료서비스 질 제고 및 국민 편익 강화 관점에서 원격의료를 추진함으로써, 의료접근성 강화를 위해 지속적으로 노력할 예정이다.

4. 스마트병원 구축 지원

가. 추진 배경 및 경과

인공지능(AI), 빅데이터, 사물인터넷(IoT), 클라우드, 웨어러블 기기 등 기술의 발전은 의료 패러다임 변화를 가속화(4p*) 시키고 있다.

* (4P) 예방(Preventive), 예측(Predictive), 개인화(Personalized), 참여(Participatory)

반면, 인구 고령화와 만성질환 증가로 인한 의료비 증가세가 가파른 가운데, 높아지는 의료수요 대비 의료인력 부족에 따른 소진(번아웃, burn out)과 의료의 질 저하 우려에 대한 문제의식 또한 고조되고 있다.

|표 2-9-21| OECD 가입국 인구10만 명 당 의사인력 수준

(단위 : 명/인구 1,000명, 회)

	독일	프랑스	일본	한국	미국	멕시코	OECD 평균
임상 의사 수	4.5	3.2	2.6	2.5	2.6	2.4	3.7
외래 진료 횟수	9.5	5.0	12.4	14.7	6.6	2.1	5.9

※출처 : OECD Health Statistic 2022

전 세계적으로 정보통신기술(ICT)의 발전과 의료서비스 패러다임 변화 촉진과 함께 고령화 대응, 의료비 절감 및 의료 인력의 삶의 질 향상 등 국가 보건의료 문제 해결이 가능한 기존 병원에 대한 변화 요구는 스마트병원의 개념 등장의 공통 동인으로 파악된다.

스마트병원의 개념은 병원 내 디지털화가 성숙되고 데이터의 적극적인 활용을 위한 다양한 시도가 이루어지는 비교적 최근인 2010년대 후반에 들어 나타났다. 그 이전시기 또한 몇몇 문헌에서 스마트병원의 개념을 정의한 바 있으나 주로 특정 핵심기술 중심 또는 스마트 시티 등 다른 개념을 설명하는 요소의 하나로 스마트 병원을 언급하였다.

집필자 의료정보정책과장 신지명

다수 문헌에서 언급된 스마트병원의 개념은 [표 2-9-22]와 같이 다양하며, 개별 정의의 강조점은 다르나 큰 맥락에서 환자(사람) 중심, 운영 최적화, 비용 절감, 초연결성이라는 공통된 키워드를 중심으로 스마트병원을 정의하고 있다.

* 한국보건산업진흥원, 디지털시대 의료서비스 혁신을 위한 스마트병원 육성방안 연구, 2020

|표 2-9-22| 스마트병원의 문헌적 개념

문헌적 개념	출처
• IoT 기술을 기반으로 다양한 애플리케이션 서비스 시스템을 매개하고 특정장소에 IoT가 집약된 병원으로 진단, 치료, 관리와 의사결정의 기능이 집약된 새로운 형태의 병원인 동시에, 정보화 병원, 지능형 병원, 디지털 병원이 결합된 형태의 병원	Yu et al., 2012
• 스마트 도시내 구현된 스마트 헬스케어의 다양한 요소 중 하나로 ICT를 기반으로 데이터 접근과 활용의 시간적 공간적 제약이 없어 의사가 환자 상태판단을 위한 정보에 접근하여 실시간으로 환자 건강상태에 대한 의사결정과 관련 치료가 가능한 병원	Mohanty et al, 2016
• 사물 인터넷(IoT)이 병원의 자산을 상호연결하고 최적화 및 자동화된 프로세스를 통해 병원의 핵심기능을 지원, 기존치료 절차를 개선하고 새로운 기능을 도입함으로써 환자의 안전과 효율성을 높이는 병원	ENISA(EU Agency For Network and Information Security), 2016
• 새로운 임상 프로세스, 관리 시스템, 기타 인프라를 재설계하거나 새로 구축하여 최적화하고 네트워크 기반의 상호 연결된 자산과 다양한 디지털 인프라를 통해 이전에는 불가능했거나 이용할 수 없었던 가치 있는 서비스와 통찰력을 제공함으로써 더 나은 환자 케어, 경험, 운영 효율성을 달성하는 병원	Frost & Sullivan, 2017
• 기술과 디지털 기능을 환자 서비스, 케어 프로세스, 물류 서비스, 조직 구조 등 병원의 일상적인 기능에 완전히 통합하여 우수한 헬스케어 서비스를 바탕으로 변화된 환자의 기대를 충족시키는 병원	Arthur D Little., 2017
• 디지털화를 바탕으로 효율적이고 간소화된 자원 활용을 가능하게 하여, 직관적으로 프로세스를 개선하고 소비자 경험을 반영하는 병원	Dr. Timothy low, CEO, Farrer Park hospital, Singapore, 2017
• 스마트병원은 ICT 기술과의 융합을 통해 낮은 비용으로 높은 접근성과 안전성이 보장된 양질의 치료를 제공할 수 있는 병원을 의미	김영학 등, 2018
• 혁신적인 기술을 광범위하게 사용하여 다른 생태계와 디지털로 연결하여 환자 중심의 서비스 품질과 경험을 향상시키면서 의료비용은 감소시키는 병원	McKinsey & Company, 2019
• 병원 내외부의 연결성(Connectivity)을 확보하고, 내부 프로세스의 자동화(Automation)와 최적화(Optimaization)를 통해 의료에 대한 새로운 서비스와 통찰력을 제공하여 환자의 치료효과와 경험을 개선하는 병원	한국보건산업진흥원, 2020

※ 출처 : 한국보건산업진흥원, 디지털시대 의료서비스 혁신을 위한 스마트병원 육성방안 연구, 2020

국내는 2017년부터 일부 대형병원과 신축 병원 위주로 스마트병원 개념과 서비스가 도입되기 시작하여, 최근에는 ICT 활용을 통한 운영효율을 증진시키고 실제 의료진과 환자의 경험 과정에서 미충족된 의료 및 진료 지원 서비스 등을 해결하고자 하는 시도가 눈에 띄게 증가하고 있는 추세이다.

특히, 코로나 19 이후 국민건강을 위한 의료기관 운영효율화 등 ICT 기반 혁신 의료서비스에 대한 필요성이 치료주기 전·후방에 걸쳐 높아지고 있는 상황으로 스마트병원으로의 전환은 설립형태나 규모를 막론하고 장기적으로 병원들이 나아가야 하는 미래 지향점이 될 것으로 전망된다.

스마트병원 글로벌 시장 성장세 또한 확대될 것으로 예측된다. 2025년까지 전 세계 종합병원 중 약 10%가 스마트병원으로 전환하거나, 스마트병원 관련 기술 구현을 시작할 것으로 전망되며(Frost & Sullivan, '17.), 2020년 이후 부터는 스마트병원 관련 시장 규모가 급격히 증가하여, 2030년까지 연평균 23.3% 확대될 것으로 예측된다.

|표 2-9-23| 글로벌 스마트병원 시장 규모('18~'30)

(단위 : 억 달러)

구 분	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
시장 규모	187	224	272	326	394	479	585	720	891	1,109	1,388	1,747	2,213

※출처 : TRANSPARENCY MARKET RESEARCH 2020

그러나 스마트병원은 초기 단계로 대다수 병원 입장에서는 개발비용 부담이 큰 상황이고 기업의 글로벌 시장 경쟁력 또한 영세한 수준이다. 특히, 한국의 병원운영은 건강보험수가에 절대적인 영향을 받기 때문에 비용효과성 판단 기준 설정 및 입증이 어려울 경우 적극적으로 추진하기에는 한계가 있는 상황이다.

또한 스마트병원을 이루는 핵심 기술은 이미 성숙되어 있으나, 현장에서의 수용과 이용 활성화는 노동집약적인 환경에서의 사고방식과 문화의 혁신을 병행해야 하는 과제가 있다. 즉, 기존 시스템과의 완전한 통합을 이루기 위한 상당한 비용과 시간, 노력이 수반되어야 하나, 실제 의료기관에서는 디지털 전환 경험과 이를 지원하기 위한 거버넌스 자체가 전무하기 때문에 자체적인 스마트병원 추진은 실패할 가능성이 매우 높을 것으로 예상되었다.

특히, 규모별·유형별 병원 여건이 제각각이므로 일률적으로 타병원의 스마트병원 모델을 수용하는 것이 어렵다.

해외의 경우도 정부 주도로 스마트병원 전환을 위한 육성기반을 마련하고 관련 시스템 및 의료서비스를 도입하고 있으나, 아직 초기 단계로 다양한 모델 발굴 및 활성화는 이루어지지 않은 것으로 보인다.

|표 2-9-24| 해외 주요국의 스마트병원 정책 지원 현황

국가명	추진 내용
덴마크	• (추진배경) 덴마크의 의료는 전액 세금으로 운영되는 공공서비스로, 높아지는 의료수요로 인한 예산 운영의 어려움을 해결하기 위해 디지털 기술을 바탕으로 한 의료전달체계 개혁을 시도 • (방향성) 의료서비스의 탈기관화를 목표로 일반의(GP)와 외래진료의 역할을 강화하며 기존 병원을 통폐합하고, 지역 내 디지털 인프라로 환자 데이터가 유기적으로 연결되는 소수의 대형 병원을 신축하는 전략을 취함 • (개요) 보건부 주도 하에 사용자 중심의 지속가능한 건축디자인, 고도로 자동화 · 디지털화된 운영체계를 갖춘 16개의 Super Hospital 건립 추진(~'25)
영국	• (추진배경) 의료서비스 제공의 효율을 높여 NHS의 장기적 지속가능성을 확보하고 환자진료의 질을 높이기 위해 노후화된 병원, 일차의료시설 등 의료인프라에 대한 광범위한 시설 투자 계획을 발표('19. 9.) • (개요) 보건사회복지부와 NHS가 협력하여 New Hospital Programme 진행, 2030년까지 총 48개 병원 지원 목표('19~) • (확산전략) 개별 병원을 독립된 프로젝트로 여기지 않고 표준화된 디자인을 적용하여 초기 병원 구축에서 얻은 핵심사항을 향후 타 병원에 적용
일본	• (추진배경) 급격한 고령화로 인한 국가의료비 상승을 억제하고, 의료진의 업무 부담을 줄이며, 보건산업의 국제경쟁력을 높이기 위함 • (개요) 내각부에서 지원하는 범부처간 전략적 혁신추진 프로그램의 일환으로 'Innovative AI Hospital System' 연구개발 프로젝트 수행('21~) – 일본의사회, 병원, 의료기기 업체 등이 공동구성원으로 참여하며 AI 진단 · 치료 시뮬레이션, Voice EMR, 초정밀검사 표준화 시스템 등 개발 • (확산전략) 개발된 솔루션을 패키지 · 플랫폼화하여 접근성을 높이고 지식재산권 관리, 국제표준화 및 규제 개선 방안 등을 검토, 홍보 및 장애요소 의견 수렴 등을 위해 일본의학회와 협력하여 'AI Hospital Center' 설립

* Healthcare Denmark, Future of Hospital White paper, 2020
* Danish Ministry of Health, The Danish Super Hospital Programme, 2021
* Depart of Health & Social Care, NHS England, NHS Improvement, New Hospital Programme Supplier Guide, 2022
* Council for Science, Technology, and Innovation of the Japanese Government, (SIP) "Innovative AI Hospital System" project

이에 보건복지부는 스마트병원 구축 지원사업을 통해 스마트병원 선도모델을 개발 및 실증하고, 검증된 우수모델은 국내외 의료기관에 확산하여 세계 스마트병원 시장을 선점할 수 있도록 지원하기로 하였다. 또한 동 사업은 「한국판 디지털 뉴딜 종합계획」에 반영되어, 2020년부터 2025년까지 스마트병원 선도모델 매년 3개 분야(총 18개 분야)를 지원하기로 하였다.

나. 주요내용

스마트병원 구축지원 사업은 ICT 기술을 의료에 접목시켜 환자 안전 강화와 의료 질을 향상하는 목표로 스마트병원 선도모델을 개발 및 검증하는 사업이다. 중장기적으로는 의료분야 디지털 융합, 지역사회 등 연계를 통해 "사람 중심 건강(Person Centered Healthcare : PCH)" 구현을 목표로 하고 있다. 이를 위해 본 사업은 스마트병원 선도모델의 개발과 우수모델의 확산을 지원하는 투 트랙 사업 구조 체계를 갖추고 있다.

스마트병원 선도모델 개발지원은 '25년까지 환자, 의료진 및 병원 운영 전반 등 스마트병원 구축에 적합한 모델 개발을 지원한다. 매년 지원 분야에 대한 공모를 통해 선정된 컨소시엄에는 선도모델 개발에 소요되는 비용을 최대 10억 원 이내 지원하고, 스마트병원 구축부터 실증, 효과검증 및 도입 후 운영 모니터링까지 연계하여 참여하게 된다.

2020년 이후 매년 3개 분야 지원을 통해 현재 9개 분야, 32개 병원(14개 주관의료기관과 18개 협력병원)에 대한 지원이 이루어졌다.

|표 2-9-25| 스마트병원 선도모델 개발 참여 컨소시움 현황

연도	지원분야	주관의료기관	협력기관
'20 감염병 대응	원격중환자실	분당서울대학교병원	㈜이지케어텍, ㈜네오젠소프트, ㈜바임컨설팅
	스마트감염관리	국민건강보험일산병원	경기도의료원 파주병원, ㈜비트컴퓨터, ㈜피플앤드테크놀러지, ㈜어빌리티시스템즈
	스마트 감염관리 병원 내 자원관리	용인세브란스병원	서울의료원
		가톨릭대학교 서울성모병원	가톨릭대학교 은평성모병원, 가천대 길병원
	병원 내 자원관리	계명대학교 동산의료원	계명대학교 대구동산병원, ㈜포스텍, ㈜세아인포텍
'21 환자 체감형	병원 내 환자 안전관리	강원대학교병원	강원도재활병원, 지오멕스소프트
		아주대학교병원	아주대학교 요양병원, 보바스기념병원, 한빛현요양병원
	스마트 특수병동	국립암센터	용인정신병원
	지능형 워크플로우	한림대학교 성심병원	한림대학교 춘천성심병원, ㈜링크제니시스
		삼성서울병원	티피헬스케어, 스튜디오쓰리에스
'22 환자 중심 소통	스마트 수술실	충남대학교병원	㈜네오젠, ㈜바임컨설팅, 세종충남대병원, 대전보훈병원
	스마트 입원환경	서울대학교병원	충북대병원, 동산의료원
		한림대학교 동탄성심병원	(주)SK플래닛, 경기도의료원 이천병원, 서산의료원
	환자 · 보호자 교육	세브란스병원	레몬헬스케어, 인포마이닝, 헤론헬스정보시스템, 미즈메디병원

2020년에는 코로나 19 발발이라는 특수 상황과 당시 의료진 소진(burnout) 및 병원 폐쇄로 인한 진료공백 등을 극복하고자 '감염병 대응' 3개 분야를 지원하였다.

첫 번째로 원격 중환자실 분야는 중환자실 의료인력 부족, 병원별 중환자 진료의 질적 편차를 해소하기 위하여 중환자실 통합관제센터, 협력기관과의 비대면 협진시스템 등을 구축하여 중환자 진료 질 향상을 꾀하고자 하였다. 두 번째로 스마트 감염관리 분야는 감염병 발생 시 병원 폐쇄, 확진자 접촉으로 인한 병원 내 추가 감염을 해결하기 위하여 AI 기반 감염병 환자 관리시스템, 의료진-환자 동선 추적시스템을 통해 선제적인 감염대응이 가능하도록 하였으며, 비대면 케어(Untact Care) 시스템 등을 통해 감염상황에서도 의료진이 안전하게 근무할 수 있는 여건을 조성하였다. 세 번째로 병원 내 자원관리 분야는 의료물품 이송 지연에 따른 진료 차질, 단순 반복업무로 인한 의료진 업무피로를 줄일 수 있도록 실시간 의료물품 배송 현황 조회, AI 기반 물류 이송시스템 등을 구축하여 의료진 업무부담을 경감시키고자 하였다.

|그림 2-9-18| 2020년 스마트병원 선도모델 개발 지원 사례

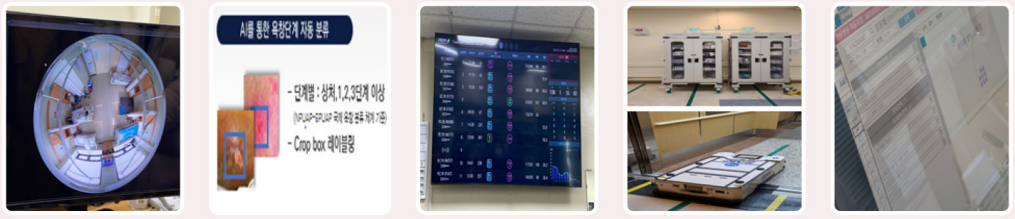


원격중환자실 통합관리센터 | AI 기반 감염병 환자관리 | 위치기반 동선추적 | 스마트 출입통제 | AI 기반 물류이송 로봇

2021년에는 ICT를 활용한 의료서비스를 환자가 경험할 수 있도록 '환자 체감형' 3개 분야를 지원하였다.

첫 번째로 병원 내 환자 안전관리 분야는 고령사회에서 지속적으로 증가하는 병원 내 안전사고를 줄이기 위해 낙상·욕창 고위험군 분류 및 조기발견 시스템 등을 구축하여 낙상·욕창 발생률을 줄이고 신체 손상을 감소하는 등 환자안전을 제고하였다. 두 번째로 스마트 특수병동 분야는 스마트 항암제 투여 모니터링 시스템, 스마트 이상행동 모니터링 시스템 등을 통해 항암병동과 폐쇄병동 환자의 위험징후를 조기 발견하여 신속하게 대응하고 환자 케어 공백을 최소화하는 등 안전한 진료환경을 조성하였다. 세 번째 지능형 업무지원(workflow) 분야는 지능형 물류(배송, 재고관리 등)시스템, 스마트 외래, 스마트 전원병원 추천시스템 등을 구축하여 상당시간이 요구되는 단순 반복 업무를 자동화하였고, 진료지원 업무를 효율적으로 운영하여 의료진이 환자에 더욱 집중할 수 있게 하였다.

|그림 2-9-19| 2021년도 '환자 체감형' 스마트병원 구축 지원 사례



어안렌즈 기반 욕창, 낙상 관리 | AI 기반 욕창 단계 자동 판독 | 항암 낮 병동 모니터링 | 자동물류배송 로봇(재고관리) | 스마트 전원

2022년에는 환자의 눈높이에 맞춘 이해와 소통을 지원하는 병원 환경이 조성될 수 있도록, 스마트 수술실, 스마트 입원환경, 환자 · 보호자 교육 3개 분야를 지원하였다.

첫 번째로 스마트 수술실 분야는 통합관제시스템을 구축하여 수술실 운영현황 및 환자상태 정보를 실시간으로 모니터링하고, 외부 대시보드를 통해 보호자에게 세분화된 수술 진행정보를 적시에 제공하도록 하였다. 두 번째로 스마트 입원환경 분야는 환자-의료진 간 소통채널을 강화하고 개별 모니터를 통해 맞춤형 입원생활 정보 및 교육자료를 제공하였다. 또한 퇴원 후 자가관리 지원 및 상담이 가능한 홈케어 시스템을 구축하였다. 세 번째 환자 · 보호자 교육은 임신부터 출산, 퇴원 후까지 전주기 맞춤형 산모 교육자료를 제공하고 고위험군 산모의 경우 실시간 모니터링을 실시하여 응급상황 발생 시 신속히 대응할 수 있도록 하였다.

|그림 2-9-20| 2022년 스마트병원 선도모델 개발 지원 사례

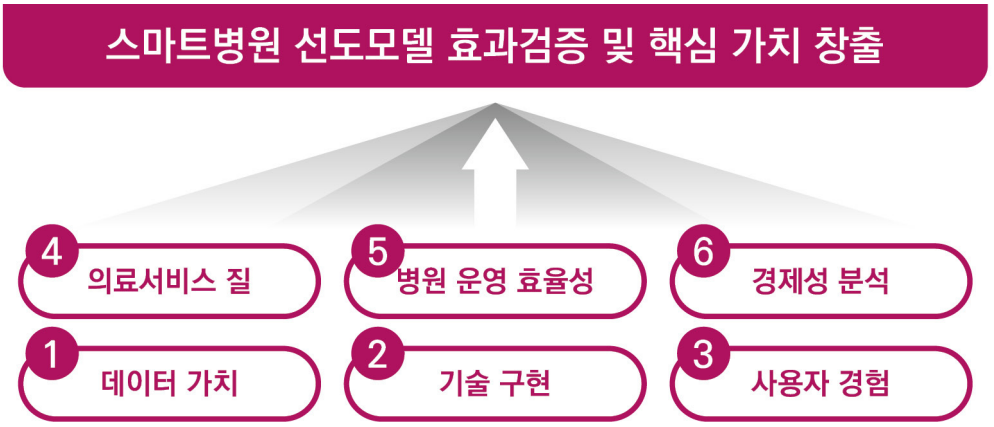


개별 수술실 모니터링 시스템 | 응급수술환자 지역 연계 시스템 | 스마트병실 병상 스테이션 | AI 스피커 응급 호출 시스템 | 환자 맞춤형 교육자료 제공 앱

특히, 2022년부터는 스마트병원 확산지원센터 운영(한국보건산업진흥원)을 통해 그간 개발된 우수한 선도모델을 전국으로 확산하기 위한 기반을 마련하고 있다.

스마트병원 선도모델의 효과와 핵심가치를 측정 · 공유하기 위한 검증프레임을 개발하고 '데이터 가치', '기술 구현가치', '사용자 경험', '병원서비스 개선', '병원운영효율성', '경제성' 등 6가지 요소별 효과를 검증하고 있다.

|그림 2-9-21| 스마트병원 선도모델 효과평가 6대 검증 요소



- **(데이터 가치)** 스마트병원 선도모델 운영에 따라 새롭게 발생한 데이터들의 유형 분석 및 이용 활성화 가치 제시
- **(기술 구현)** 스마트병원 선도모델 개발에 사용된 기술의 성숙도, 상호 운용성, 향후 확산 가능성 등을 검증 및 분석
- **(사용자 경험)** 스마트병원 선도모델 우선사용자(직원, 고객) 대상으로 스마트병원 선도모델 실증과정의 경험 평가
- **(병원서비스 개선)** 스마트병원의 선도모델 도입에 따른 병원서비스 전달방식의 변화를 분석
- **(병원 운영 효율성)** 스마트병원 선도모델 도입 이후, 의료진의 업무 집중도 향상 정도, 인력 및 자원관리의 효율화 수준 등 병원 운영에 효율화에 기여한 정도를 분석
- **(경제성 분석)** 스마트병원 선도모델 도입 시 예상되는 사회적 편익을 추정하고 그에 따른 경제성을 분석

※출처 : 2020년 스마트병원 선도모델 개발 지원사업 효과평가 연구(2021년 10월)

그 결과 스마트병원 선도모델 근무환경 적용에 따라 병원서비스의 전달방식이 사람과의 접촉은 줄이면서 단순 반복했던 업무는 감소시켰으며, 사람에 의해 복잡하게 제공되었던 서비스 절차를 자동화하거나 간소화 시키는 효과를 나타냈다. 또한 스마트병원 선도모델을 통한 전통적인 병원서비스 제공방식의 간소화, 효율화는 의료기관의 운영효율을 증가시키고, 비용절감 효과를 가져왔다.

|표 2-9-26| 실시간 위치추적(RTLS) 기반 자산 관리 시스템 도입 전후 병원서비스 변화(예시)

기존 방식		스마트 솔루션 적용 후		기대효과
자산 사용 및 인계시 확인 요청		(좌동)		
수기 대상 확인	➡	실시간 자산위치확인 시스템 검색	➡	불필요한 업무 소요시간 제거
실제 위치, 수량 확인을 위한 전체 병실 라운딩				
타부서 차용여부 확인				
수리의뢰 여부 확인				
병원 전체 직접 찾으러 다님				
미확인 시 인계하여 다음 근무조 재확인				

※출처 : 2020년 스마트병원 선도모델 개발 지원사업 효과평가 연구(2021년 10월)

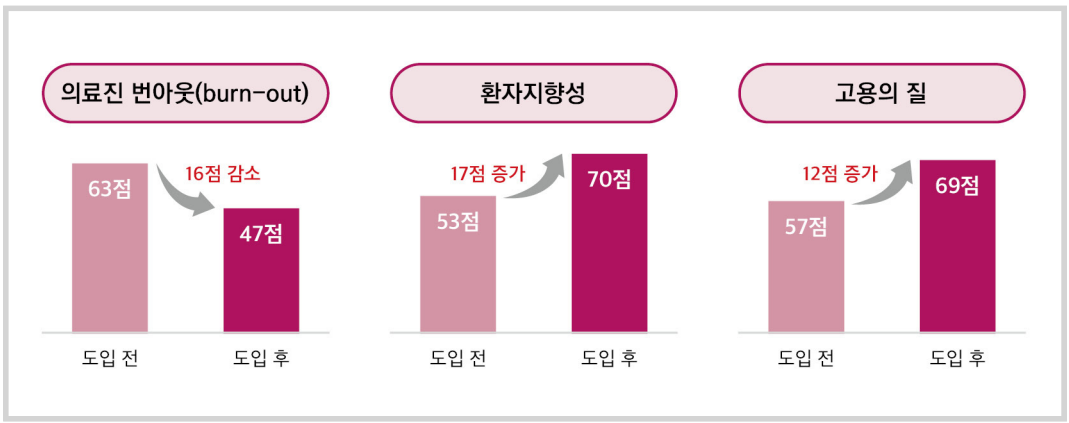
|표 2-9-27| 입원환자 생체징후 측정 등 입원간호업무 자동화 전후 병원서비스 변화(예시)

기존 방식	스마트 솔루션 적용 후	기대효과
구두 환자 확인	웨어러블 바코드 인식	
정기적 혈압/맥박/체온/체중/신장/몸무게 측정	(좌동)	의료진 업무 경감 소요시간 감소 환자 대기시간 감소
수기 메모	자동 전산입력 및 서버 연동	
별도 전산 입력		
서버 저장		

※출처 : 2020년 스마트병원 선도모델 개발 지원사업 효과평가 연구(2021년 10월)

특히, 첨단 기술을 통한 병원서비스의 개선은 병원 직원들이 체감하는 업무 스트레스와 소진을 감소시켰으며, 스마트병원 선도모델 도입 이후 직장 근로환경의 변화와 발전가능성은 조직구성원의 직무효능감 상승으로 연동되는 효과로 나타났다.

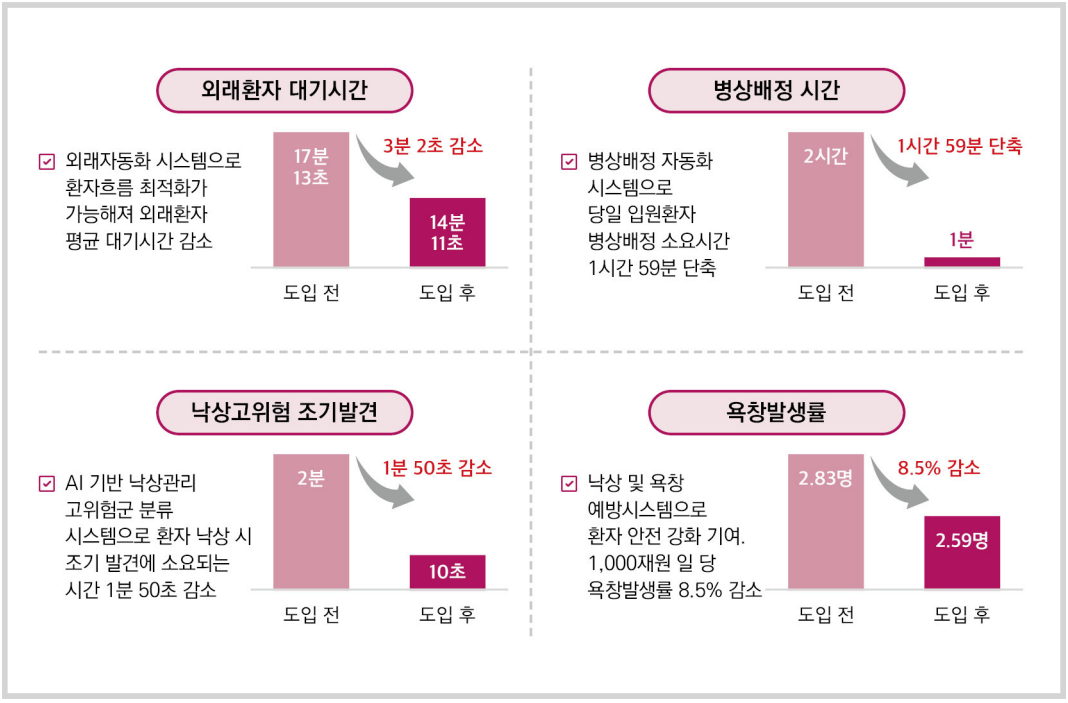
|그림 2-9-22| 스마트병원 선도모델 적용 후 인력 운용 효율성



고객(환자) 역시 외래 자동화, 병상배정 자동화로 불필요한 대기시간 제거됨에 따라 스마트병원 환경에 대한 긍정경험이 높게 나타났으며, 이전 환경으로 돌아가고 싶지 않다는 응답이 82%로 나타났고, 타 병원 확대 시 의료서비스 질이 좋아질 것 같다는 의견이 66% 정도로 나타났다.

스마트 감염관리 시스템 등 비대면 병원 환경 전환과 낙상고위험군 조기발견 시스템 도입에 따라 환자안전이 강화된 스마트병원 서비스에 대한 경험이 긍정적으로 평가되었다.

|그림 2-9-23| 스마트병원 선도모델 효과평가 주요항목 분석결과



※출처 : 2021년 스마트병원 선도모델 개발 지원사업 효과평가 연구(2022년 10월)

다. 향후 계획 및 기대 효과

스마트병원 구축 지원사업은 2023년에도 3개 지원 분야를 지원할 계획이다. 연구용역* 및 의료계 · 산업계 등 전문가 간담회를 통한 의견수렴을 거쳐 의료현장에서 필요로 하는 분야를 적극적으로 지원할 계획이며, 중소병원 등도 해당 사업에 참여를 통해 디지털 전환을 위한 체계적 지원을 경험할 수 있도록 지속적으로 노력할 예정이다.

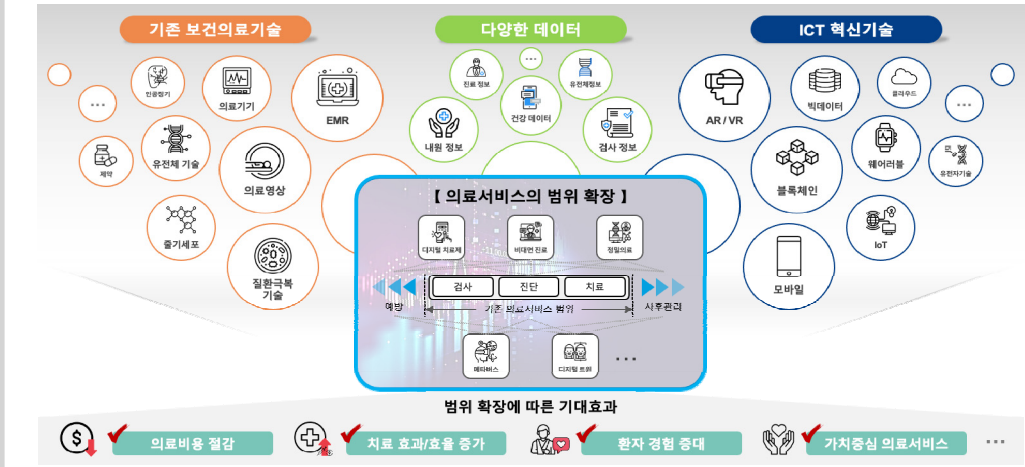
* 미래 디지털병원 기획 : 서비스모델을 3가지 유형(의료진, 환자, 의료기관)으로 구분하고 도입 시급성 및 발전단계를 고려하여 18개 지원분야 후보군 도출

아울러, 기 개발된 선도모델 중 우수한 효과*가 입증된 선도모델은 스마트병원 확산지원센터를 기반으로 병원별 여건과 수요에 맞추어 선도모델을 수정 · 보완하는 등 고도화를 통해 공공 및 민간 병원으로 체계적인 맞춤형 확산을 추진할 계획이다.

* '20년 선도모델 효과평가('21년), '21년 선도모델 효과평가('22년)

더불어, 旣 보건의료기술과 ICT 혁신기술의 융합으로 방대한 보건의료데이터 축적 및 활용이 진행되고 있으며, 기존 병원의 역할과 의료서비스의 범위 역시 점차 확장되는 상황으로 이에 따른 기대효과 검증 필요성과 미래 병원의 역할 재정립에 대한 논의는 보다 활성화 될 것으로 예상된다.

|그림 2-9-24| 기술발전과 의료서비스 범위의 확장



이에 스마트병원 구축 지원 사업이 4년차에 접어드는 2023년에는 그간 추진해온 스마트병원 선도모델 개발지원 결과에 대한 중간 종합 성과평가를 실시하여 주요 성과 및 성공 · 장애 요인을 도출하고, 보건의료분야에 미치는 보다 심층적인 효과를 분석하고자 한다. 이를 통해 향후 스마트병원의 중장기적 지원 정책의 근거자료를 마련하고, 국내 의료기관으로의 성공적인 확산을 도모하기 위한 전략적 시사점을 제시할 예정이다.

5. 의료분야 마이데이터

가. 추진 배경 및 경과

그간 국민들은 여러 기관별 흩어져 있는 자신의 건강정보를 한눈에 확인하기 어려웠다. 의료기관 등을 직접 방문하는 불편을 감수하거나, 이를 통합 조회하고 활용할 수 있는 디지털 접근성이 부족하여 의료서비스와 건강관리에 대한 능동적 참여도 곤란한 상황이었다. 만성질환자 등 동네 병원에서의 평소 투약이력 등을 큰 병원에서 문진을 통해 확인해야 하는 등 국민건강을 위한 기본적 진료연속성 보장에도 제약이 있는 상황이었다.

이에 정부는 개인 주도형 건강정보 활용을 통한 국민건강 증진과 의료서비스 혁신을 위해 '마이헬스웨이 도입방안'을 수립 · 발표('21. 2.)하였다.

의료분야 마이데이터 활용 생태계 조성을 목표로 그 첫번째 단계로서 '마이 헬스웨이 시스템' 구축을 추진 중이다. 마이 헬스웨이 시스템은 여러 기관별 흩어져 있는 건강정보를 국민, 의료기관 등 각 주체들이 필요한 정보들을 확인 가능토록 정보를 중계하는 고속도로의 의미를 갖고 있다. 마이 헬스웨이 시스템 구축 전에도 의료 마이데이터의 활용성을 국민 입장에서 먼저 체감할 수 있도록 건보공단(진료이력, 건강검진이력), 심평원(투약이력), 질병청(예방접종이력) 등 공공기관에 흩어진 건강정보를 통합적으로 조회 · 활용할 수 있는 '나의건강기록 앱'을 출시('21. 2.)하였다.

|그림 2-9-25| 마이 헬스웨이 건강정보 고속도로 구축



나. 주요 내용

마이 헬스웨이 시스템은 개인 주도로 ① 개인의 건강정보를 한 곳에 모아서 ② 원하는 대상에게 (동의 기반) 데이터를 제공하도록 중계하고 ③ 이를 기반으로 정보의 활용을 지원하는 시스템으로 데이터 보유기관에서 정보주체 본인 또는 데이터 활용기관으로 건강정보가 흘러가는 중계 시스템 역할을 수행한다.

시스템 구축을 통해 다양한 기관이 보유한 개인 건강 관련 정보(의료, 생활습관, 체력, 식이 등)를 한 번에 조회 · 저장할 수 있도록 하고, 의료기관 진료정보 뿐만 아니라 향후 다양한 건강 관련 정보 등까지 단계적으로 확대해 나갈 예정이다.

|그림 2-9-26| 마이 헬스웨이 플랫폼 구성(안)



다. 추진 실적

마이헬스웨이 시스템은 서울, 부산지역의 245개 의료기관을 대상으로 시범 가동('22. 8월)하여 중계시스템-데이터 제공 의료기관을 연계하여 구축모형, 보안성, 서비스 안정성 등 연계데이터 사전 검증 작업을 수행하였다.

보건복지부는 의료기관이 보유한 데이터 중 다빈도로 활용되고, 개인이 쉽게 활용 가능한 데이터(환자정보 · 진료내역 등) 총 12개 항목을 표준화하였고, 차세대 의료정보전송 기술인 FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resource) 방식을 적용하여 상호운용성을 제고하였다.

|표 2-9-28| 12개 항목 디지털 표준화 데이터

① 환자정보	④ 진단내역	⑦ 영상검사	⑩ 수술내역
② 의료기관정보	⑤ 약물처방내역	⑧ 병리검사	⑪ 알러지 및 부작용
③ 진료의정보	⑥ 진단검사	⑨ 기타검사	⑫ 진료기록

아울러, 마이헬스웨이 시스템은 민감한 의료데이터의 안전한 활용을 위해, 행정안전부가 보안관제 중인 국가정보자원관리원에 구축하고 있으며, 국제적 수준의 네트워크 보안체계와 정보 암호화 방식을 채택하여 송수신되는 정보를 보호하고 있다.

국민참여단(의료진 10명, 국민참여단 435명)을 구성하고 병원 활용앱을 실증하였다.

국민참여단은 활용앱을 통해 연계된 245개 의료기관의 본인 의료데이터를 조회 · 저장하는 등 서비스를 체감 실증하였고, 의료진은 활용앱 공유기능을 통해 다른 의료기관의 환자 진료기록을 의료진 진료 PC에서 웹뷰어로 실증하였다.

실증 운영을 통해 의료 마이데이터 활용서비스를 체감하고 서비스 만족도 조사를 실시하였다. 만족도 조사 결과, 참여단 중 98% 이상이 의료 마이데이터 서비스에 만족하였고, 의료용어 어려움, 인증체계 복잡함 등 일부 개선의견도 제시하였다.

현행법상 의료데이터는 의료기관 외 제3자에게 직접 전송 제한으로 민간서비스 연계를 통한 의료마이데이터 활성화에 한계가 있는 상황이다. 이러한 한계를 해소하고자 의료데이터의 특수성 및 민감성을 반영하고 보호 · 활용 근거마련을 위해 「디지털헬스케어법」 제정안*을 국회 발의 하였다.

*「디지털 헬스케어 진흥 및 보건의료데이터 활용촉진에 관한 법률」('22. 10. 7. 강기윤 의원 대표발의)

라. 향후 계획 및 기대 효과

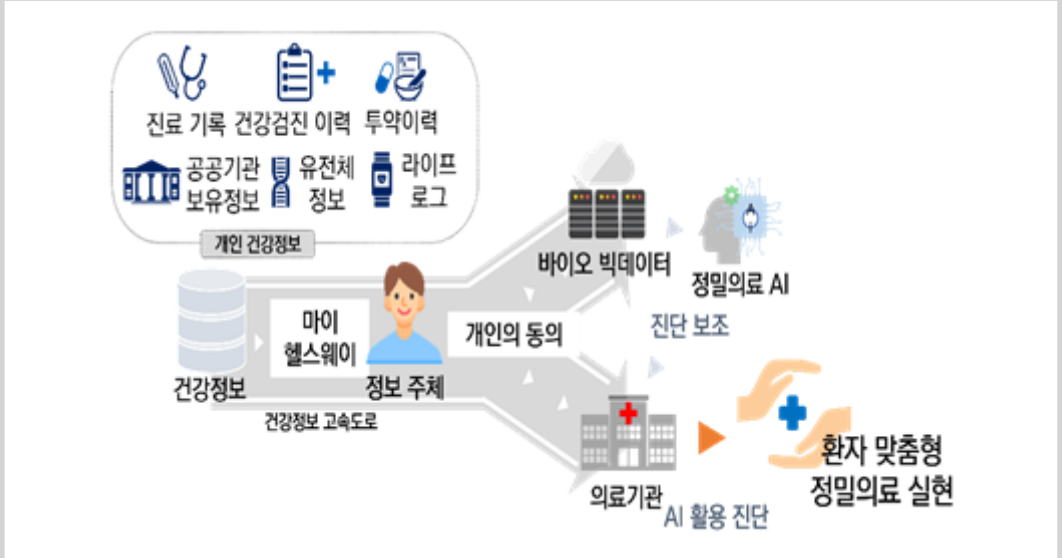
'23년에는 그 동안 실증('22. 8월~)을 통해 발굴된 분야별 보완 개선 필요사항을 반영하여 마이헬스웨이 시스템을 확산('23. 上, 860개 의료기관 참여 목표)할 예정이며, 공공기관 보유 정보를 기반으로 의료기관 연계를 확대하되, 데이터량이 많은 상급종합병원 · 종합병원 우선 순으로 연계를 확대해 나갈 계획이다.

국민들이 안심하고 데이터를 요청하고 받을 수 있는 의료 마이데이터 플랫폼 생태계 조성을 궁극적 목표로 추진하고 있으며, 마이헬스웨이 시스템 구축 및 시범운영 결과와 의료데이터 제공기관, 활용기관 및 사용자 규모 등을 검토하여 기술 및 제도적 기반 등도 함께 보완해나갈 계획이다.

아울러, 기존 범부처 유관 사업(보건복지부, 과학기술정보통신부, 산업통상자원부 등) 및 의료, 건강관리 등 다양한 활용 서비스와 플랫폼의 수요자인 국민을 중심으로 연계하여 국민이 원하는 진료 · 건강관리 서비스를 본인 주도로 받을 수 있도록 의료 마이데이터 플랫폼 활용을 적극 지원할 계획이다.

향후, 마이헬스웨이 시스템이 확대되면 의료서비스 혁신 측면에서는 약물 오 · 남용 방지, 감염관리 등 데이터 기반 임상의사 결정지원시스템(Clinical Decision Support System : CDSS)이 구현되고, 마이 의료데이터의 개인 건강정보와 국가 바이오 빅데이터 등을 기반으로 의료와 ICT가 융합된 정밀의료 AI 등 개발을 촉진하여 환자 맞춤 정밀의료가 실현될 것이다.

|그림 2-9-27| 환자 맞춤형 정밀의료 실현 체계도



지역사회 측면에서는 의료, 돌봄, 요양 서비스 제공자*간 개인 건강정보 공유를 통해 각 서비스간 분절을 극복하고 본인 스스로 건강을 관리할 수 있는 체계를 지원한다. 또한, 본인을 넘어 어린 자녀와 부모님의 건강까지 가족을 중심으로 함께 관리할 수 있도록 지원하는 삶터 중심 예방적 의료체계 지원이 가능해진다.

* 의료기관(1차-2차-3차), 보건소, 읍면동 공무원(복지직, 간호직), 장기요양기관 등

또한, 국민 각자가 본인 의료데이터를 스마트폰 등 디지털 기기로 언제든 간편하게 조회 · 확인이 가능해지고 보내고자 하는 곳에 손쉽게 전송 가능해지며, 국민은 일상 속 건강관리 활성화로 환자 중심 의료서비스의 자기결정권이 확대될 것이다.

|그림 2-9-28| 건강관리 서비스(자녀 · 부모) 모형도



데이터 연계 기능확대를 통해 PGHD*도 표준화하여 건강정보 고속도로와 연계체계를 구축하고 PGHD 활용 개인 맞춤형 건강관리 · 의료 서비스 제공 기반을 마련해나갈 계획이다.

* 개인생성건강데이터(Patient Generated Health Data) : 혈압, 혈당 등 라이프로그 데이터

이처럼 개인 건강정보 활용 생태계 조성을 통해 의료서비스 질 향상, 의료 · 돌봄 전달체계 강화, 국민 참여 기반 건강관리 활성화 등 국민이 체감할 수 있는 다양한 혁신 서비스가 구현될 것으로 전망된다.

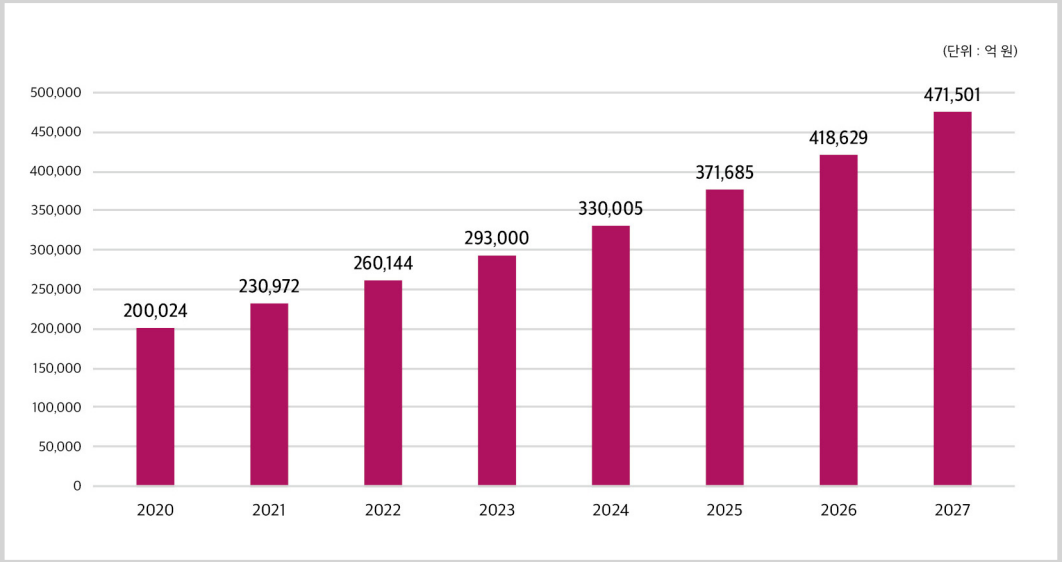
V 보건의료 데이터 활용 진흥

1. 개요

데이터(Data), 5G(Network), 인공지능(AI)이 선도하는 4차 산업혁명 시대가 도래함에 따라 D.N.A와 융합된 디지털화는 국가 경쟁력과 산업 혁신을 견인하는 핵심 요소로 자리매김하고 있다. 특히, 우리나라는 전 국민 건강보험 가입, 의료기관 전자의무기록 90% 이상 도입 등으로 방대한 보건의료데이터를 보유하고 있고, 뛰어난 ICT 역량과 의료기술을 갖추고 있어, 보건의료데이터 기반의 미래 의료와 바이오헬스 분야의 빅뱅시대 선도가 가능할 것으로 예상된다.

2021년도 대한민국 전체 데이터산업 시장규모는 약 23조 972억 원 규모로, 전년 대비 15.5% 성장한 것으로 나타났으며, 향후 2027년도까지 47조 1,501억 원까지 증가할 것으로 전망된다.

|그림 2-9-29| 데이터산업 연도별 성장률



* 출처 : 2021 데이터산업현황조사 보고서, 한국데이터산업진흥원(2022. 3.)

또한, 전체 데이터산업 중 수요처별 기준으로 주요 부분별(공공, 금융, 의료분야) 시장규모를 살펴보면, 의료(보건의료) 분야의 시장규모는 2020년 2,385억 원, 2021년 3,008억 원으로 지속 성장하고 있다.

집필자 보건의료데이터진흥과장 심은혜

|표 2-9-29| 데이터산업 연도별 성장률

(단위 : 억 원)

구분		데이터처리 및 관리 솔루션 개발·공급업		데이터 구축 및 컨설팅 서비스업		데이터 판매 및 제공 서비스업		데이터산업 전체	
		2020년	2021년(E)	2020년	2021년(E)	2020년	2021년(E)	2020년	2021년(E)
공공	규모	6,333	7,388	15,604	17,808	12,319	13,805	34,256	39,001
	비중	25.20%	24.20%	20.30%	20.60%	12.60%	12.10%	17.10%	16.90%
금융	규모	3,041	3,715	10,441	11,556	9,460	11,010	22,942	26,281
	비중	12.10%	12.20%	13.60%	13.40%	9.70%	9.70%	11.50%	11.40%
의료	규모	943	1,033	997	1,190	444	785	2,385	3,008
	비중	3.8%	3.4%	1.3%	1.4%	0.5%	0.7%	1.2%	1.3%

* 데이터산업 수요처 구분 : 의료산업의 경우에는 병, 의원 등 의료기관

* 출처 : 2021 데이터산업현황조사 보고서, 한국데이터산업진흥원(2022. 3.)

우리나라도 데이터 3법 개정, 디지털 뉴딜 등 범정부 차원의 관련 정책 추진 등으로 보건의료데이터 활용 여건이 개선되고 있으며, 성숙된 사회 인식을 바탕으로 보건의료 데이터를 활용한 바이오헬스 경쟁력 확보와 미래 의료 혁신을 본격적으로 준비할 중요한 시기에 있다.

그간, 보건의료빅데이터 플랫폼 구축 시범사업, 의료데이터 중심병원 지원사업, 국가 바이오 빅데이터 구축 시범사업 등 공공, 임상, 바이오 빅데이터 활용 플랫폼 구축 및 확산에 주력하고, 보건의료 분야 가명정보 제도 정착, 국가보건의료표준화, 전문인력 양성 등 민간 중심의 보건의료데이터 활용 생태계 조성을 위해 다양한 정책적 노력을 기울이고 있다.

가. 의료데이터 중심병원 지원

현재 우리나라 민간의료기관은 전자의무기록(EMR) 구축이 보편화되면서 보유데이터가 핀란드 전체 인구수(554만 명)보다 큰 규모로 적재되고 있으며, 데이터 형태 또한 임상 기록 · 이미지 · 영상 · 유전체 등으로 다양하여 향후 맞춤형 의료서비스, 의료 AI, 신약 개발 등에 활용 가능한 잠재적 가치가 높은 것으로 평가되고 있다. 하지만, 의료기관에서 데이터를 개별적으로 수집 · 관리하고 있어 기관 간 데이터 통합 활용은 어려운 실정이다.

이에 개별 의료기관에 분절적으로 쌓여있는 방대한 의료데이터를 공유 · 연계 · 개방하기 위한 인프라를 구축하고, 의료데이터 활용 연구의 활성화를 위해 질환별 특화 DB · CDW 구축 및 데이터 표준화, 전담 거버넌스 운영 등을 지원하는 의료데이터 중심병원 지원사업이 추진되었다. 참여 대상은 누적

환자 수 100만 명 이상 보유한 연구역량을 갖춘 중대형 의료기관 등이며, 2020년에 부산대학교병원, 삼성서울병원, 서울대학교병원, 서울아산병원, 세브란스병원을 주관병원으로 5개 컨소시엄을 선정하였고, 2021년에 한림대학교성심병원, 고려대학교의료원을 주관병원으로 2개 컨소시엄을 추가로 선정하여, 의료데이터 활용에 참여하는 의료기관을 지속적으로 확대해 나가고 있다.

|표 2-9-30| 2022년 의료데이터 중심병원 컨소시엄별 사업 추진실적

컨소시엄	'22년 사업추진실적				
	특화데이터	데이터 활용	데이터품질관리	데이터 포털	거버넌스
고려대병원	기타질환(3종) 구축	클라우드 기반 CDW 구축 추진, 클라우드 기반 포털 개발	CDW 표준모델 설계, 표준용어 매핑 추진	컨소시엄 포털 구축	CIO 중심으로 조직 개편 및 확대, 데이터 관리위원회 신설
한림대병원	호흡기계(1종) 기타(2종) 구축	다기관 통합 데이터 레이크 및 공유 플랫폼 구축	데이터품질관리위 구성, 데이터품질 인증 획득, 표준 용어 매핑 추진	데이터 개방 포털(Public), 클라우드 빅데이터 연구 포털 구축	데이터 심의기구 신설 및 확대, 관리위원회 신설
부산대병원	호흡계통(1종) 기타질환(2종) 구축	익명 데이터 공유 플랫폼(K-IUM) 구축, 의료 인공지능 경진대회 개최	데이터 전처리, 비식별화 오류 점검하는 품질 관리 시스템 도입	클라우드 기반 데이터 공유를 위한 컨소시엄 포털 구축	데이터 거버넌스 협력체계 구축, 빅데이터위원회 신설
삼성서울병원	호흡계통(1종) 기타질환(5종) 구축	통합 클라우드 시스템 고도화 (CDL 서비스 등)	한국데이터진흥원 Platinum Class 획득	AWS 클라우드 기반 공통 포털 시스템 개방	데이터 심의위원회 시스템 모듈 개발
서울대병원	암(2종) 신경계통(1종) 심뇌혈관(2종) 기타(5종) 구축	SUPERB 빅데이터 연구 플랫폼 고도화, 데이터 큐레이션 서비스 제공	8개 기관 용어 표준화, 데이터 공통 모델 수립	SHiNE 컨소시엄 포털 고도화	컨소시엄 데이터 전담위원회 운영
서울아산병원	내과질환(1종) 호흡계통(1종) 기타질환(1종) 구축	Private 클라우드 통한 빅데이터 개방 포털 신규 구축	데이터 품질인증 획득, 한림대병원에 심혈관질환 항목정의서 공유	서울아산병원 오픈데이터 포털(ACROD) 고도화	데이터심의기구 신설 및 확대
세브란스병원	심뇌혈관(2종) 기타질환(5종) 구축	디지털헬스센터 오픈, 데이터 공동 활용연구 활성화	데이터품질관리 시스템(DQ) 구축 및 운영	SOBIG 포털 고도화(시각화 기능 개발 등 포털 기능개선)	컨소시엄 내 데이터 전담 위원회 구성, 컨소시엄 데이터 공유위원회 추진

의료데이터 중심병원은 전체 누적 환자 수 7,408만 명에 달하는 의료 빅데이터의 활용생태계 확산을 추진하였고, 고품질 데이터 확보 및 지속적 관리를 위한 데이터 전담 조직과 인력을 확보하였다. 또한 클라우드 분석환경과 공유 포털을 구축하여 의료기관 간 공동연구를 활성화하였으며, 암 · 심뇌혈관 · 호흡기 포함 전문질환 등의 혁신 가치가 높은 다양한 특화 DB를 확대 구축하여 연구기반을 마련하였다. 그리고 의료기관별 데이터 품질관리체계를 마련하고 한국데이터산업진흥원을 통한 데이터 품질인증을 획득하는 등 향후 다기관 데이터 연계 · 공유를 위한 표준화를 추진하였으며, 안전한 의료데이터 활용을 위한 보안체계를 마련하고 2022년 기준 누적 20개 의료기관에 폐쇄 분석공간을 설치 · 운영하여 의료기관 데이터의 활용 접근도를 향상시켰다. 최종적으로 의료데이터 중심병원에서 구축한 데이터를 활용한 연구는 2022년 기준 누적 396건으로 2021년도 대비 150건이 증가하였으며, 데이터의 활용 확산을 위한 데이터 항목 정의서, 메타데이터, 샘플데이터를 59건 개방하였다.

의료데이터 중심병원은 2023년부터 활용 중심의 공동 거버넌스를 운영하고 데이터 제공 프로세스를 마련하는 등 실질적인 데이터의 활용 활성화를 지원할 계획이다. 산업계 · 학계 등 연구자 수요에 기반한 데이터 개방 및 활용을 지원하기 위해 '의료데이터 공동 활용 연구 프로젝트'를 시범적으로 추진하여, 의료데이터의 공급자-수요자 매칭을 통해 양자 간 교류 확산 및 의료 신산업 발굴에 기여하고자 노력할 것이다.

나. K-CURE 임상데이터 네트워크 구축

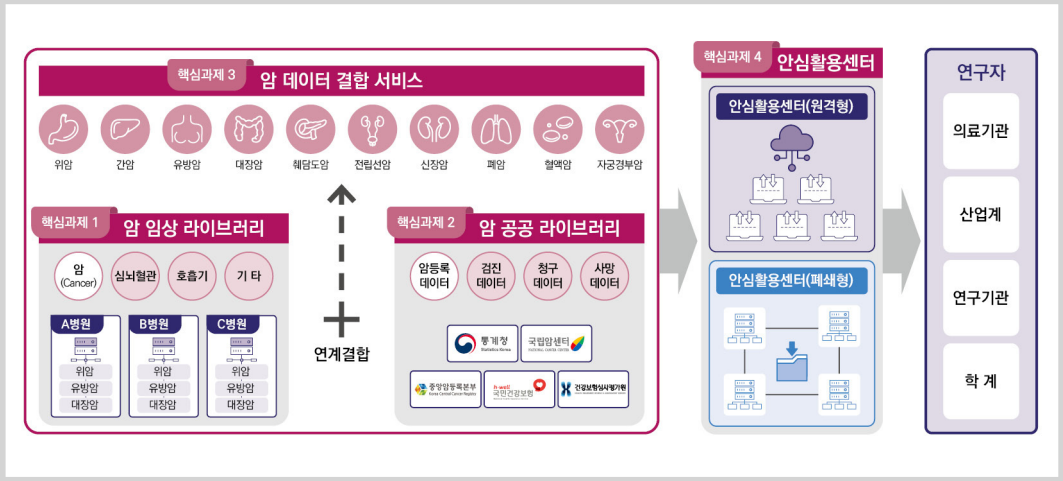
한국의 주요 사망 원인인 암, 심뇌혈관, 호흡기 질환의 발병 및 사망률이 꾸준히 증가함에 따라 맞춤형 치료, 질환 예방 및 건강관리 정책 수립의 필요성이 제기되면서 환자 전주기 이력 관리를 위한 데이터 연계 · 통합 수요가 증가하고 있다. 그러나 민간병원 임상데이터와 공공데이터 간 파편화로 인해 부가가치가 높은 임상 · 공공 결합데이터를 활용할 수 있는 단일 플랫폼은 부재한 실정이다.

암 데이터의 구축 및 활용에 대한 필요성을 바탕으로 「암관리법」이 개정('21. 4. 8.)되면서 국가암데이터센터가 지정되었고, 이를 중심으로 공공기관이 보유한 암 관련 데이터를 수집 · 처리 · 활용하기 위한 근거가 마련되었으며, 이에 암 질환 연구기반을 조성하기 위해 의료데이터 중심병원 및 공공기관에 분산된 임상데이터, 검진 · 청구데이터 및 사망 정보를 연계 · 개방하는 임상데이터 네트워크(K-CURE/암) 구축사업을 2022년부터 추진하였다.

K-CURE 사업의 주요 추진과제는 의료데이터 중심병원의 임상데이터를 암 학회 검증을 통해 항목 표준화하고 메타 데이터를 통합 관리하는 암 임상 라이브러리와, 암 등록 · 검진 · 청구 · 사망 정보 등

암 환자의 전주기 이력관리형 공공 데이터세트인 암 공공 라이브러리를 구축하는 것이며, 연구자 수요에 따라 표본 · 맞춤형으로 암 임상 · 공공 라이브러리를 결합하는 서비스를 제공하는 것이다. 마지막으로 의료데이터의 민감성을 고려하여 연구목적 범위 내에서 데이터를 안전하게 활용할 수 있는 안심활용센터를 권역별로 구축하여 데이터에 대한 연구자 접근성을 제고하는 것이다.

|그림 2-9-30| K-CURE 사업 주요 추진과제



2022년도에 부산대병원, 삼성서울병원, 서울대병원, 서울아산병원, 연세세브란스병원, 고려대의료원, 한림대성심병원 등 15개 의료데이터 중심병원이 참여하여 2010년부터 2021년까지 위암, 유방암 환자의 임상 정보를 영역별로 표준화하여 암 임상 라이브러리를 구축하였으며, 국가암데이터센터에서 2012년부터 2019년까지 전체 암 등록한 환자 187만 명을 대상으로 중앙암등록본부(암 등록) · 건강보험공단(자격 및 검진) · 심사평가원(청구) · 통계청(사망) 정보를 결합한 암 공공 라이브러리를 구축하였다. 또한, 한국보건의료정보원, 계명대 동산의료원, 원주세브란스기독병원, 충남대병원에 안심활용센터 4개소를 구축 완료하였으며, 사업을 통해 구축한 데이터의 개방 및 활용을 위한 K-CURE 웹 포털을 구축 중에 있다.

K-CURE 사업은 연차별 계획에 따라 2023년에는 간암, 대장암을 대상으로 암 임상 라이브러리를 구축하고, 암 공공 라이브러리 대상자 정보를 현행화하여 데이터 개방 범위를 확장할 계획이다. 또한 권역별 안심활용센터의 보안대책 및 공동 운영지침을 마련하여 관계 기관 간 데이터를 공동 활용하기 위한 방안을 수립할 예정이다. 마지막으로 임상과 공공영역의 데이터 결합서비스를 제공하기 위해 세 건의 시범연구를 통해 결합 절차를 마련할 것이다.

다. 보건의료 빅데이터 플랫폼 구축

우리나라는 전 국민 건강보험 의무가입 제도와 우수한 IT기술력 등을 토대로 세계적으로 우수한 수준의 공공 보건의료 빅데이터를 보유하고 있는 것으로 평가된다. 특히 데이터는 다양한 정책연구, 의학 · 학술연구, 그리고 새로운 제품과 서비스 개발을 통해 질병 극복에 기여하고, 개인 맞춤 치료와 관리를 통해 의료서비스 질을 크게 높일 것으로 기대된다.

하지만 다기관에 분산되어 있는 개인 단위의 데이터를 결합하여 분석하는 것은 국가 차원의 전략 부재인 상황에서 한국보건의료연구원 등 극히 예외적인 경우에만 결합이 허용되었고 그 외에 여러 기관에 분산된 개인 단위 데이터 연계가 법적으로 제한이 있음에도 불구하고 데이터 활용의 당위와 필요성이 증대됨에 따라 정부는 우선 데이터 연계에 방점을 두고 사업을 추진하였다.

단일기관 데이터로 할 수 없는 보다 다양한 연구가 가능하도록 기관 간 안전하고 원활한 연계 플랫폼을 구축하고, 플랫폼 연계기관으로 참여하는 기관은 보건의료 분야 공공기관으로 한정하여 추진하였다.

아울러 국민 개인의 건강정보를 토대로 구축된 보건의료 빅데이터의 활용은 정책 추진에 앞서 정보 소유주체인 일반 국민과 시민사회와의 충분한 논의와 합의를 거쳐 안전하고 투명한 보건의료 빅데이터를 활용할 수 있도록 데이터 제공 절차 및 연계 방법 등에 대한 합의('18. 11.)를 이루어 빅데이터 플랫폼을 구축('19. 9.)하고 정책연구에 대한 연계 데이터 제공을 개시하였다.

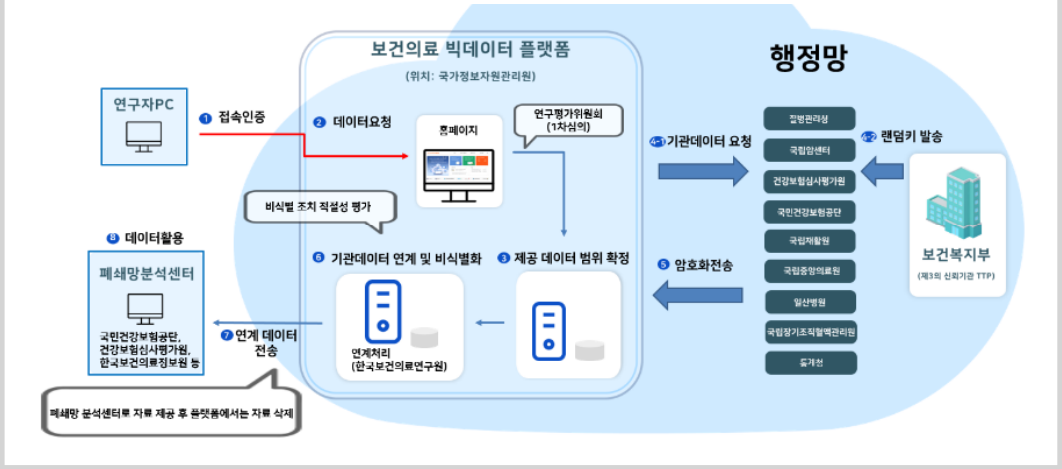
|그림 2-9-31| 보건의료 빅데이터 플랫폼 데이터 제공 절차



그간 시민사회가 참여하는 정책심의위원회 및 연구평가소위원회의 논의로 연구과제의 공공성 및 데이터 범위 적정성 평가의 기틀을 마련하고 이를 통해 18개의 연구과제를 선정하여 지원하였으며, 해당 연구들은 그동안 불가능했던 다기관 데이터 연계 연구로 데이터 분석이 지속적으로 이루어질 수 있도록 하였다.

2020년 8월 5일 「개인정보 보호법」을 포함하여 개정된 데이터 3법 시행됨에 따라, 가명처리와 가명정보의 결합 등에 대한 법적 근거와 그간 데이터 연계 · 결합 제공 성과를 바탕으로, 연구자들의 데이터 접근성 제고 및 새로운 데이터셋 발굴 · 연계를 통해 국민보건 향상에 기여할 수 있도록 노력할 것이다.

|그림 2-9-32| 보건의료 빅데이터 플랫폼 운영 프로세스



라. 보건의료분야 가명정보 활용 지원

개인정보 보호법에 따라 통계작성, 과학적 연구, 공익적 기록보존 등의 목적으로 개인정보를 안전하게 처리하여 정보주체 동의 없이 활용할 수 있는 근거가 마련되었고, 보건의료 분야의 민감성과 특수성을 고려하여 데이터심의위원회 구성·운영, 데이터 유형별 가명처리 등 안전한 처리 방법 및 절차를 제시한 '보건의료 데이터 활용 가이드라인'('20. 9월)을 마련하고, 현장 의견을 반영해 계속 개선해('21. 1월, '22. 12월 개정) 나아가고 있다.

또한, 데이터 활용 현장과의 소통을 위해 산·학·연·시민단체·일반국민이 참여하는 '보건의료 데이터 혁신포럼'('22년 총 6회) 및 '보건의료데이터 정책심의위원회'를 개최하였고, 보건의료 분야 가명정보의 결합을 통한 연구개발 등을 지원하기 위해, 보건의료 분야 결합전문기관 3개소(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 국립암센터)를 지정하였다.

마. 국가보건의료정보 표준화

보건의료데이터 표준화는 보건의료정보화의 핵심기반 요소로서, 보건의료 분야에서 사용되는 용어, 진료기록의 형식(서식), 정보전송 방법 등을 약속된 형태로 표현하여 표준화된 의료정보의 생성 및 교류를 가능하게 한다. 또한, 보건의료데이터 표준화를 통해 국제 보건의료정보 간의 상호 비교·분석이 가능해져 글로벌 협력 연구 활성화 등 의료정보의 폭넓은 활용이 가능하다. 이를 통해 환자 맞춤형 진료, 근거 기반의 임상연구 등을 지원하여 의료서비스의 질 향상과 국민건강증진 효과를 기대할 수 있다.

국가보건의료표준화 사업은 보건의료정보화를 목적으로 의료현장에서 다양하게 사용 및 활용되는 보건의료용어를 표준화하기 위해 2014년부터 매년 '보건의료 용어표준'을 개정 · 고시해왔다. '보건의료 용어표준'은 다양한 임상용어가 같은 의미로 표현될 수 있도록 개념화(대표어 · 동의어)하고 국내 · 외 표준의 상호운용성 확보를 위해 국제용어표준의 참조코드를 부여한 용어체계로, 진료기록 작성에 필요한 질병 · 수술 · 검사 · 방사선 · 치과 · 보건 등 9개 분야의 용어와 진료용 그림, 구조화된 문진표 등 분야를 포함하고 있다. 이번 보건의료용어표준 제7차 고시 개정('22. 10월)에는 한국표준질병사인분류(KCD) 8차 개정판 수정 내용이 반영되었고 국가건강검진 문진표 8종, 평가도구 2종의 구성항목 구조화 내용이 추가되었다.

또한 국제표준과의 연계와 국제사회와의 협력 강화를 목적으로 WHO의 국제보건의료용어표준 · 분류체계 개발 협의체인 WHO-FIC(WHO-Family of International Classification, Terminologies and Standards) 한국협력센터와 SNOMED CT의 국가배포센터(National Release Center) 운영을 지원해왔으며, 2022년도에는 WHO-FIC 연례회의 참석(10. 17.~10. 21.)을 통해 국제표준분류체계 관련 활동 현황을 공유 · 논의하고, 포스터 게시를 통해 국내 분류체계 활용 현황 및 실행계획 등을 공유하였다. 또한, 국제질병분류(ICD) 11차 개정판의 세계보건기구 공식 발효('22. 1월)에 따라 국내 도입 준비를 위한 표제어 번역 · 검증을 수행하였다.

보건의료정보 및 데이터 활용 관련 다양한 정책 추진으로 데이터 활용 생태계 마련이 가속화되면서, 보건복지부는 '데이터 공유 · 연계 · 활용 생태계 조성을 위한 보건의료데이터 표준화 로드맵('21.~'25.)을 마련하여 발표('21. 4월)하였다. 로드맵에는 기존 용어표준 중심의 표준화 사업범위를 급변하는 시대의 요구에 맞추어 기술 · 서식, 개인생성건강데이터(Patient(Person)-Generated Health Data)까지 확장하고, 국가보건의료데이터 표준화 거버넌스 구축 및 사용자 참여구조의 상향식 표준 개발 · 확산 추진 전략을 담았다. 이에 보건복지부는 표준화의 현황을 진단하고 분야별 표준화 실행전략을 논의하기 위해 보건의료표준화 추진단을 발족 및 운영('22. 12월~)하였다.

보건복지부는 향후에도 다양한 데이터 결합 · 활용 수요에 대응하기 위해 보건의료용어, 전송기술, 개인생성건강데이터 표준을 개발 · 확산하고 표준분야 인력양성, 국내 · 외 협력 등의 종합적 거버넌스를 지속적으로 지원함으로써 표준화된 고품질 빅데이터 생산 및 정보교류의 기반을 마련해나갈 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 2-9-31| 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 연구중심병원 육성사업이 필요하게 되었다.

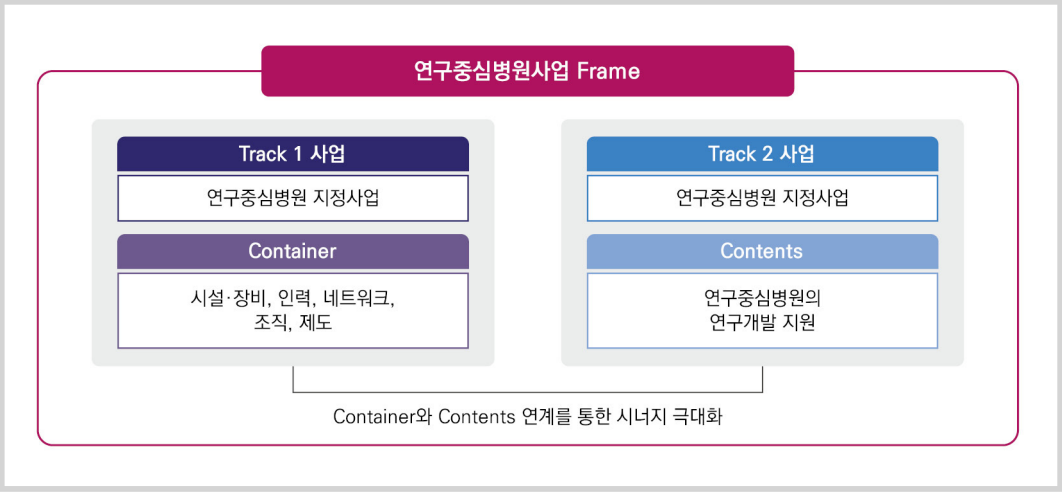
2. 사업 내용

연구중심병원의 사업 구조는 지정사업과 육성사업의 2단계 체계로 구성되어 있다.

집필자 보건산업정책과장 황의수

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 2-9-33| 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. 이후 2016년 및 2019년, 2022년에는 연구중심병원으로 지정된 10개 의료기관을 대상으로 재지정평가를 실시하였고 평가 결과 모든 병원이 지정 기준을 충족하여 재지정하였다.

|표 2-9-32| 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
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 본격적으로 추진되었다.

이에 따라 2014년 10월부터 연구중심병원 육성 R&D사업으로 연구중심병원에 8개 연구단에 연구개발비 지원이 시작되었고, 2015년도에 1개 연구단, 2016년도에 2개 연구단, 2018년에 3개 연구단, 2020년에 3개 연구단, 2021년도에 3개의 연구단, 2022년도에 6개의 연구단에 지원되어 10개의 연구중심병원의 총 26개 연구단에 연구개발비가 지원되었다.

더 나아가, 2019년부터 기술이전, 고용창출 등 기술사업화 등 성과 창출 촉진을 위해 매년 사업화 성과가 높은 연구중심병원 4개에 인센티브를 지원하고 있다.

한편, 연구중심병원의 기술사업화를 위해 우수기술을 소개하고 파트너링 매칭을 지원하기 위한 「연구중심병원 Tech Fair」를 2022년 1월, 2022년 11월 두 차례 개최하였다. 본 행사에서는 각 연구중심병원 소속 연구자들의 우수기술 10건 발표가 이루어졌으며, 혁신형 제약 · 의료기기기업 관계자 및 VC 담당자 등 총 139명의 인원이 참석하였다. 앞으로도 연구중심병원의 기술사업화 지원을 위한 성과 창출의 장을 지속적으로 마련해 나갈 계획이다.

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 2021년 157명으로 증가하였고, 업무의 30% 이상을 연구에 투자하는 연구참여 임상의사도 2013년 1,288명에서 2021년 1,867명으로 증가하였다. 박사 · 기술사 등 선임급 연구전담요원도 2013년 619명에서 2021년 931명으로 증가하여 임상의사와 기초연구자 · 공학자 등의 협력 연구가 활성화되고 있다.

병원은 진료수익에 대한 의존에서 벗어나 기술 이전, 연구개발 수주 등 연구개발 관련 수입이 증가하고 있다. 10개 병원의 연구 · 산업화 수입 비중은 2014년 평균 8.66%에서 2021년 평균 13.1%로 증가하였으며, 10개 병원의 자체연구비도 2013년 563억 원에서 2021년 817억 원으로 크게 증가하였다. 10개 병원의 기술 이전 수입도 지정 전인 2010~2012년에는 연평균 8억 원에 불과하였으나, 2019~2021년은 연평균 137억 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.

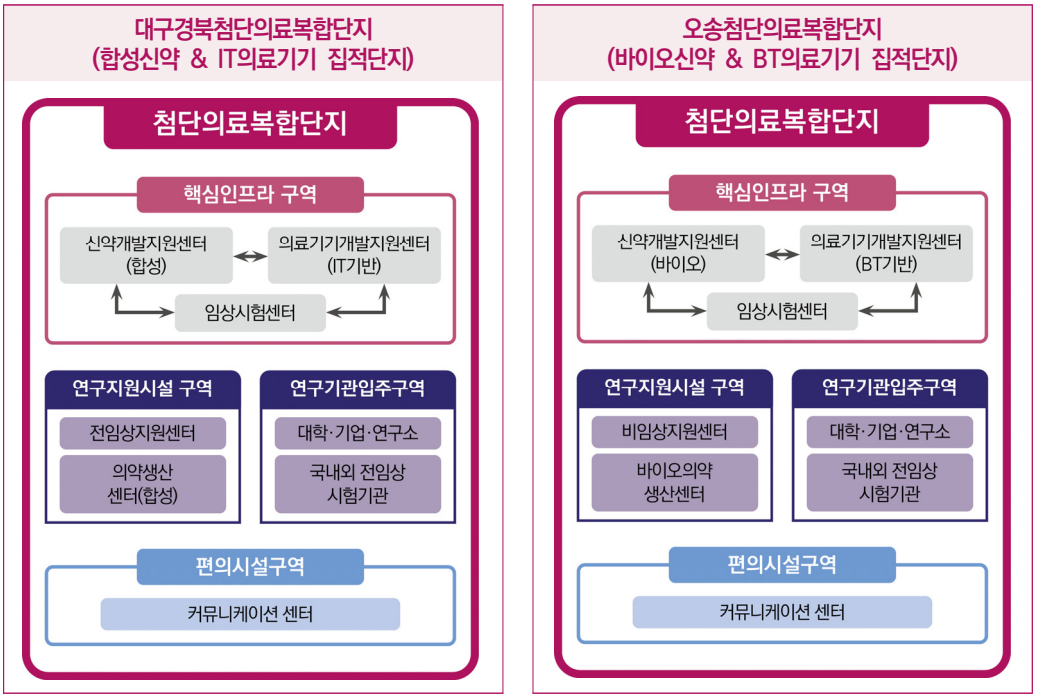
2. 조성 사업 개요

첨단의료복합단지는 대구광역시 동구 신서동 일원 102만㎡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 조성되어 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.

집필자 보건산업정책과장 황의수

|그림 2-9-34| 첨단의료복합단지 조성 모형



아울러, 의약품, 의료기기의 약표 및 안정성 평가를 위하여 필요한 실험동물의 안정적 공급 · 관리 및 질환모델 동물개발 업무를 수행하는 전임상센터/비임상지원센터와 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 자리매김 할 수 있을 것이다.

3. 추진 현황

첨단의료복합단지 조성사업은 의약품 · 의료기기 · 의료서비스 등 보건의료산업을 국가 신성장 동력으로 육성하기 위해 의료산업선진화위원회에서 2007년 6월 추진 방안을 확정하고, 2009년 8월 제5차 첨단의료복합단지위원회에서 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 대구경북과 오송 단지에 각각 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 연구환경이 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('11.~'13.)을 수립하였다. 이 계획에서는 30년간('09.~'38.) 국가 · 지자체 · 민간의 총투자 소요를 8조 6천 억 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, 첨복재단 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.)에서는 첨단의료기술 R&BD성과 확산, 기업맞춤형 지원체계 고도화, 혁신생태계 기반 클러스터 활성화 등 연구 및 기업지원 성과 확산과 국가 의료산업 혁신의 허브 도약 중점 방향으로 설정 하였다.

4차에 걸친 종합계획을 바탕으로 단지의 연구개발을 활성화하고 상품화 지원 기능을 더욱 강화하기 위해 다양한 연구개발 인프라를 지속적으로 확충하고 있다.

|표 2-9-33| 첨단의료복합단지 연구개발 인프라 사업 현황

명칭	구축기간	예산	주요내용
혁신창업 기술상용화센터(오송)	2021~2024	200억 원	• GMP기반 초도물량 생산 등 기술 실증 및 사업화 실증이 가능한 창업지원 인프라
메디밸리 창업지원센터(대구)	2023~2025	200억 원	• 성장가능성이 높은 의료신기술 분야인 디지털치료제, AI신약 등에 특화된 창업기업 육성 및 집중지원
첨단동물평가동(오송)	2020~2023	155억 원	• 고부가가치 첨단동물모델 활용 첨단 융복합 의료제품의 비임상시험 평가시스템 고도화
백신개발세포주 특성분석(오송)	2022~2024	210억 원	• 백신의 품질 · 안정성 확보를 위해 요구되는 세포기질에 대한 특성분석 및 품질관리지원 서비스 제공을 위한 GMP기반의 시설 구축
스마트팩토리(대구)	2021~2024	200억 원	• 글로벌 기준 지능형 스마트 의약생산을 통한 국내기업 경쟁력 확보
미래의료기술 연구동(대구)	2021~2024	156억 원	• 의료기기 개발, 환경 독성평가, 이종장기 개발 등을 위한 미니피그 연구동
첨단임상시험센터 (오송, 대구)	2016~2022	777억 원	• 신약, 의료기기에 대한 빠르고 저렴한 전주기 임상시험 서비스 제공

앞으로도 정부는 지금까지 추진해 온 첨복단지 연구 인프라를 활용하여 바이오헬스 산업 전주기 지원 거점기관으로 위상을 확립하고, 국가 의료산업 新 성장동력을 지속적으로 개발 · 지원하여 국가 바이오헬스산업 성장을 견인해 나갈 수 있는 글로벌 R&D 허브로 육성해 나갈 계획이다.

중장기적으로 바이오헬스산업 Open innovation을 통한 기술혁신 場 마련을 통해 국내 바이오헬스 산업의 역량 개발 · 증진에 기여하고, 공동연구를 통한 우수 연구성과의 글로벌 시장 진출 지원을 통해 글로벌 선도국가 도약을 이루어 낼 예정이다.

Ⅲ 바이오헬스 분야 기술사업화 지원

1. 추진 배경

바이오헬스 기술은 의료 현장에서 사용되면 환자 치료 효과를 높이면서 고수익 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, 시장창출을 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.

보건복지부는 2001년 한국보건산업진흥원을 '보건산업 기술거래 및 평가 전문기관'으로 지정(보건복지부, '01. 1.)하여 보건산업기술이전센터를 구축하고 사업화 지원을 시작하였다. 2002년 기술사업화를 위한 정부출연금 사업을 시작으로, 2013년 '기술이전 촉진 및 인큐베이팅 지원사업', 2018년 '바이오헬스 기술비즈니스 생태계조성사업'으로 사업을 지속적으로 확대·추진해 왔다.

2013년부터 보건의료 R&D를 중점적으로 수행하는 병원, 대학, 연구소 등에 기술사업화 전담 조직인 보건의료 TLO(Technology Licensing Office)를 설치해 왔다. 이에, 한국보건산업진흥원은 보건의료 TLO협의체를 발족하여, 보건의료 R&D 성과의 사업화를 위한 활동을 하고 있다.

2018년 3월에는 보건의료 창업 성과를 확산시키고, 보건의료분야의 창업기업들이 겪는 어려움을 해소하여 성공적인 창업으로 연계될 수 있도록 지원하기 위하여 '보건산업혁신창업센터'를 개소하였으며, 기술자문, 전문가 컨설팅, 투자연계 등 창업의 전 과정을 밀착 관리 · 지원하고 있다.

집필자 보건산업정책과장 황의수

또한, 2022년 8월에는 지역 바이오클러스터와 협력을 통해 보건의료분야 창업기업을 체계적으로 지원하고, 중앙-지역간 상생협력 생태계 조성을 위한 K-바이오헬스 전략센터를 개소하였으며, 6개 K-바이오헬스 지역센터와 연계·협력을 통해 지역의 창업기업 발굴, 지역 클러스터의 인프라(시설/장비 등)를 활용한 창업 지원, 전문가 컨설팅 및 사업화 연구회 운영 등을 통해 보건의료분야 창업기업을 육성/지원하고 있다.

|그림 2-9-35| K-바이오헬스 전략센터 개소





2. 사업 내용 및 현황

2013년 5월 보건의료 TLO를 발족한 이래, 보건의료 TLO 설치기관은 2013년 28개소에서 2021년 51개소로 확대되었다. 기관 유형별로는 의료기관 19개소, 연구기관(대학등) 32개소에 설치되어 있다.

|표 2-9-34| 2022년 보건의료 TLO 설치 기관 현황(51개 기관)

구 분	기관명
의료기관 (19)	가천대 길병원, 경북대학교병원, 고려대학교 구로병원, 고려대학교 안암병원, 국립암센터, 분당차병원, 삼성서울병원, 서울대학교병원, 서울아산병원, 아주대학교병원, 연세대 세브란스병원, 부산대학교병원, 분당서울대병원, 강북삼성병원, 건국대학교병원, 서울성모병원, 양산부산대병원, 충북대 병원, 전남대학교병원
연구기관 (32)	대구경북첨단의료산업진흥재단, 오송첨단의료산업진흥재단, 질병관리청(국립보건연구원), 가톨릭관동대학교, 가톨릭대학교, 강원대학교, 건국대학교, 경북대학교, 경희대학교, 단국대학교 천안캠퍼스, 동국대학교, 순천향대학교, 영남대학교, 울산대학교,을지대학교, 이화여자대학교, 인제대학교, 인하대학교, 전북대학교, 제주대학교, 차의과학대학교, 충북대학교, KAIST(한국과학기술원), 경상대학교, 계명대학교, 동아대학교, 동의대학교, 부경대학교, 부산대학교, 충남대학교, 한양대학교, 대구가톨릭대학교

'바이오헬스 기술비즈니스 생태계조성지원 사업'은 보건의료 분야의 우수한 기술을 발굴하고, 이를 창업 및 사업화로 연결시키는 것을 목적으로 하며, '보건산업 혁신창업센터'와 '보건의료 TLO 협의체' 기관을 적극 활용하여 사업을 추진하고 있다.

먼저, 의료기관 및 연구기관에 설치된 보건의료 특화 기술이전전담조직(TLO)의 역량강화 및 기술사업화 지원를 통해 사업화 가능성이 높은 기술을 조기에 발굴하고 기술이전을 촉진하는 '바이오헬스 임상 현장 연계 기술사업화 플랫폼 지원사업'을 운영하고 있으며, 2022년에는 23개 TLO를 지원하여 우수한 기술이 논문과 특허로만 머물지 않고 기술이전 등을 통해 사업화가 될 수 있도록 지원하였다.

둘째, 기술의 우수성과 발전 가능성을 객관적으로 평가하여 기술 이전, 투자 유치로 연결할 수 있도록 의약품 · 의료기기 분야에 특화된 기술가치 평가모형을 개발하고, 2022년에는 55개 기술에 대하여 평가를 지원하였다.

셋째, 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. 2022년에는 특허전략 컨설팅(IP-R&D), 제품화 · 인허가 컨설팅 등을 통하여 34개 기관(업)을 지원하였다.

또한, 보건산업 분야의 혁신적 · 도전적 창업을 촉진하고 창업생태계 조성의 전진기지 역할을 수행하기 위해 '보건산업혁신창업센터' 개소 · 운영을 통하여, 상담 · 컨설팅, 특허, 투자연계, 네트워크 등 창업기업 밀착 지원을 위한 사업을 추진하고 있다. 특히, 보건산업분야 산학연병 관계자 간 상호 협력할 수 있는 기반을 마련하기 위해 비대면 비즈니스 네트워킹 플랫폼 '바이오아고라'(www.khidi.or.kr/bioagora)를 구축하였다. 이를 통해 연구자 및 창업기업이 보유한 기술 및 제품에 대한 정보를 상시 탐색하고 글로벌 기업을 포함한 사업화 및 투자기관과 협력 방안을 논의할 수 있도록 하고자 하였다.

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, 2022년 보건의료 TLO 기관의 기술이전은 812건, 796억 원 규모의 기술이전계약이 체결되어 이에 따른 기술료 수입이 향후 연구개발에 재투자될 수 있게 되었다.

2014년부터 2022년까지 9년간 누적으로는 4,324건, 5,046억 원의 기술이전 계약이 체결이 되었으며, 연구개발 성과가 논문 및 특허에서 머물지 않고 기업에게 이전되어 사업화(제품화)를 통해 의료현장에서 사용될 수 있는 우수한 제품이 출시될 수 있는 계기가 확대되고 있다.

|표 2-9-35| 보건의료 TLO 기술 이전 현황

구 분	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	합계
기술 이전 건수(건)	40	210	482	405	464	475	624	812	812	4,324
기술 이전 금액(억 원)	267	425	538	442	532	664	677	705	796	5,046

보건산업혁신창업센터('18. 3. 개소) 운영을 통하여, 창업기업이 겪는 애로사항을 해결하기 위해 926개(누적)의 등록 · 관리 기업 대상으로 22년에는 임상 · 인허가 등 총 2,658건의 상담 · 컨설팅 지원과, 기업 투자유치 지원을 위한 설명회(총 5회, 23개 기업참여) 개최를 통하여 약 88.5억 원의 투자유치 성과가 발생했다.

앞으로도 정부는 바이오헬스 분야 기술의 적극적인 사업화 지원을 통해 국민이 더 좋은 의료기술 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 강화하여, 초기 창업기업이 앞으로 성장해 나아갈 수 있도록 창업 컨설팅, 특허, 투자연계, 인허가, 창업보육공간 지원 등 창업 전주기 지원 체계를 공고히 해 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 헬스케어 산업은 세계적인 인구 고령화, 건강 수요 증가, 새로운 융·복합 의료기술의 발전 등으로 지속적인 시장 확대가 전망되는 분야이다. 특히, 코로나19 팬데믹을 겪으며 전 세계적으로 양질의 보건의료서비스 수요가 늘어나고 있으며, 아시아 및 중동지역의 경제 성장과 삶의 질에 대한 인식 제고로 자국 의료서비스 강화를 위한 현대화 사업을 추진하고 있는 등 글로벌 의료서비스 시장은 '20년 9,253억 달러로 연평균 6.2% 성장하여 '25년 12,686달러를 기록할 것으로 전망되고 있으며, 글로벌 디지털 헬스케어 시장은 '20년 1,525억 달러에서 '27년 최대 5,088억 달러로 연평균 18.8% 성장 전망된다.

* (글로벌 헬스케어 시장 규모)('20.) 9,253억 달러→('25.) 12,686억 달러 전망(Fitch Solutions, 2021)
* (글로벌 디지털헬스케어 시장 규모)('20) 1,525억 달러→('27.) 5,088억 달러 전망(Global Industry Analysts, 2022)

더불어 보건의료서비스는 4차 산업혁명의 핵심 기술인 ICT(사물인터넷, 클라우드, 빅데이터, 모바일 등)와 융합하여 재생의료, 정밀의료, 나노의학 등 제품과 서비스가 결합된 다양한 신산업 창출이 가능한 분야이다. 이에 따라 미국, 일본, 영국 등 의료서비스산업 선진국들은 글로벌 의료서비스시장 선점을 위한 정부, 민간 차원의 영향력을 확대해 나가고 있다. 또한, 코로나19 팬데믹 장기화로 인해 많은 국가에서 공중 보건의 새로운 방향 정립을 위한 혁신적인 프로그램을 시행하고 있다.

세계 의료관광산업은 '20년에 115억 6,000만 달러였으며 연평균 21.1% 증가하여 '28년 535억 1,000만 달러 규모 성장이 가속화 될 전망이다. 몇몇 신흥국에서는 의료관광 수익이 국가의 주요 소득원인 만큼, 의료관광 재개로 단기적으로 의료 및 의료장비 시장이 반사이익을 얻을 것으로 예상된다 (Fitch Solution, 2022).

* (세계 의료관광 시장 규모) ('20.) 115억 6,000만 달러→('28.) 535억 1,000만 달러(Globenewswire, 2022, Fortune Business Insights, 2022)

집필자 보건산업해외진출과장 최승현

코로나19에 따른 비대면 소비문화와 의료 분야 언택트 서비스에 대한 관심도 증가 등 디지털 헬스케어 분야와 의료기기 · 치료제 개발 등이 엔데믹 전환기를 맞이하면서 글로벌 헬스케어 시장 규모의 확대를 견인할 것으로 예측되고 있으며, 이에 따라 우리나라 바이오헬스 분야의 지속 성장이 전망된다.

* (의료분야 언택트 서비스(원격의료/가상의료) 이용자 비중) ('19.) 15% → ('20.) 28%(Deloitte, 2021.)
* (한국 바이오헬스 수출) ('19.) 157억 달러 → ('20.) 215억 달러(잠정치)

우리나라는 세계 최고 수준의 의료기술, 의료인력, IT 융복합 기술 등을 바탕으로, 글로벌 경쟁력을 보유하고 있다. 코로나19 팬데믹 상황에도 불구하고, 2022년에는 37건의 신규 의료기관 해외 진출(의료기관 개설, 의료기술 이전, 운영컨설팅 등)을 달성하였다. 비록 2009년 6만 명에서 2019년 49만 명까지 증가하였던 외국인환자수가 입국제한 조치 등으로 급감하였으나, 중증외국인환자의 신속입국절차 마련, 지역별 외국인환자 유치 역량강화 지원, 지역특화 외국인환자 유치기반 강화 사업 등의 노력을 통해 2022년 248,110명의 외국인환자를 유치하였다. 또한 지속적인 해외 의료인 연수 프로그램을 통해 사우디아라비아, 몽골, 러시아, 멕시코, 캄보디아 등 외국의 의사들에게 대한민국의 우수한 의료 기술을 전수하는 등 대한민국 의료의 브랜드 가치를 높이고 우리 의료기관의 해당 국가 진출이나 외국인환자 유치에 밑거름이 되고 있다.

2. 의료해외진출법 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 '의료해외진출법')을 2015년 12월 22일 제정, 2016년 6월 23일부터 시행하였다.

의료해외진출법 제정으로 의료 해외진출 전문 컨설팅 제공, 프로젝트 지원, 국제입찰 진출 등 정부 지원사업, 금융 · 세제 지원, 외국인환자 유치 의료기관 평가 및 지정, 전문 인력 양성 등 관련 정책의 종합적인 지원 근거가 마련되었다. 또한 외국인환자의 진료 내용 등에 대한 알권리 보장, 불법적인 환자유치행위나 과도한 수수료 요구 행위의 금지 등 외국인환자의 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.

2021년에는 외국인환자 유치기관 질적 수준 제고 및 관리 · 감독 내실화 등 법적 기반 정비를 위해 의료해외진출법을 개정('21. 12. 21. 개정, '22년 12월 시행)하였다. 유치기관의 관리 · 감독을 위한 집행 실효성을 강화하고, 결격사유 추가, 부실 유치기관의 사후 관리를 가능하게 하는 등 유치기관 등록제를 개선하였다. 또한, 외국인환자를 대상으로 하는 의료광고의 허용 지역을 추가(관광특구 중 복지부 장관과 사전 협의된 지역)하는 한편, 유치기관 평가 · 지정제를 개선하여 유치 활성화의 기반도 마련하였다.

또 다른 제도적 기반으로는 관계부처 합동으로 글로벌 헬스케어산업을 육성하고 지원하기 위해 5개년 단위로 종합계획을 수립하고 있다. 우선, 의료해외진출법 개정 이후 제1차 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 제시하였다.

제1차 종합계획('17.~'21.)이 종료됨에 따라, 포스트 코로나 시대의 의료 해외진출 및 외국인환자 유치 활성화를 위한 새로운 중장기 전략인 「제2차 의료해외진출 및 외국인환자 유치 지원 종합계획('22.~'26.)」을 수립하였다. '메디컬코리아, 일상의 회복과 새로운 도약'이라는 비전을 제시하고 ① 산업융합형 신시장 창출, ② 지속가능 성장 생태계 조성, ③ 한국의료 글로벌 역량강화라는 3대 중점 전략과 7대 주요과제를 제시하였다.

또한, 의료통역사 양성을 위한 의료통역능력검정시험 신설 및 전문인력 양성기관 지정, 불법브로커 근절을 위한 신고포상금 지급기준 및 적정 유치수수료율 상한, 그리고 우수 유치의료기관 평가 · 인증 제도에 관한 고시 및 법령 구체화를 위한 시행규칙 등 구체적인 지원을 위한 제도적 기반을 다졌다.

Ⅱ 의료 해외진출

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 서울대병원 아랍에미리트 셰이크칼리파 전문병원 위탁 운영, 분당서울대병원 사우디 국가방위부 병원정보시스템 수출 계약 등 대형병원의 진출이 두드러지고 있으며, 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 22건, 2020년에는 25건, 2021년에는 34건, 2022년에는 37건으로 연평균 24.4%의 증가세를 보이고 있다. 의료 해외진출 국가별 신고현황은 중국이 63건(38.9%)으로 가장 많은 비중을 차지하였으며, 베트남 24건, 몽골 9건, 카자흐스탄 8건, UAE·일본 6건, 미국·카타르·우즈베키스탄 5건, 러시아·캄보디아 4건, 말레이시아·태국 3건, 페루·싱가포르 2건, 방글라데시, 스리랑카, 아르메니아, 칠레, 쿠웨이트, 아제르바이잔, 헝가리, 오스트레일리아, 미얀마, 필리핀, 벨라루스, 사우디아라비아, 인도네시아 등 13개국이 각 1건 발급되었다. 더불어, 의료 해외진출 형태별로는 의료기관 운영컨설팅 63건(38.9%), 국외 의료기관 개설·운영이 48건(29.6%), 종사자 파견 25건(15.4%), 수탁운영이 11건(6.8%), 의료기술 지원·교육 9건(5.6%), 의료기술·정보시스템 이전 6건(3.7%) 순이며, 자본투자가 동반된 86건(53.1%)의 경우 합작형태의 자본투자는 56건(34.6%), 단독형태의 자본투자는 30건(18.5%)이었다.

|그림 2-9-36| 의료 해외진출 신고 현황



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 정상순방 계기, 투르크메니스탄 및 카자흐스탄과 각각 보건의료 협력 이행계획을 체결하고, 국가별 실무그룹 협의를 통해 의약품 · 의료기기, e-Health, 의료서비스 등 보건산업 전반에 걸쳐 구체적인 협력사업을 발굴, 추진하고 있다. 특히 카자흐스탄('19. 11월, '20. 11월, '21. 12월), 투르크메니스탄('19. 7월, '21. 12월) 보건부와의 보건의료 워킹그룹을 개최하였고, 우즈베키스탄 보건부와 실무협의체를 구성 · 운영('20. 6월 및 8월, '21. 5월)하고, 보건부 장관과 면담('21. 6월 및 12월)하는 등 지속적으로 협력사업을 발굴 · 모색하였다. 2022년에도 한-중앙아 주한대사 보건의료협력 간담회('22. 3.), 한-카 바이오클러스터 협력 원탁회의('22. 4.), 러시아 · CIS 보건의료 민관협의체('22. 6.), 진흥원-SK-Pharmacy 간담회('22. 6.), 진흥원-SK-Pharmacy 바이오메디컬 클러스터 협력 회의('22. 9.), 중앙아 4개국(카작, 우즈벡, 타직, 키르키즈) 보건부 면담('22. 11.), 한-우즈벡 e-Health 행동계획 연장 체결('22. 11.) 등 협력을 강화하고 실질적인 성과 창출을 위한 노력을 지속하였다.

2020년에는 코로나19 대응을 위한 진단키트, 개인보호장비 등 방역물자를 우즈베키스탄에 지원('20. 8월)하였으며, 보건복지 ODA를 통한 협력도 지속적으로 이어져 우즈베키스탄 국립아동병원이 개원('20. 10월) 하였고, 몽골의 국립진단치료센터의 효율적인 운영을 위한 컨설팅 사업('20.~)도 진행 중이다.

신남방 국가 중에서는 인도네시아와 보건의료 워킹그룹('20. 8월)을 통해 코로나19 백신 · 치료제 공동개발 협력 및 인도네시아 내 보건산업 진출을 위한 협의를 진행하였다. 이어서 베트남 의료서비스 및 디지털 의료 자문회의 개최('22. 5.), 아세안 민관협의체 개최('22. 9.), 한-아세안 보건의료협력 간담회 개최('22. 10.), 한-인니 피부미용 성형학회 및 의료기관 대상 회의 개최('22. 11.)하여 보건의료 산업체, 대사관 등 보건의료 협력채널을 확대하기 위한 노력을 지속해왔다. ODA 사업을 통해서는 라오스, 미얀마, 캄보디아, 말레이시아, 태국에 코로나19 진단키트를 지원하였으며, 라오스 의료기기 관리운영체계 강화사업('18.~), 베트남 의료시설 운영관리 컨설팅 사업('19.~) 등등 감염병 대응에서 보건의료체계 구축에 이르기까지 신남방 국가의 보건의료 역량 강화를 위한 협력을 지속하였다.

중동의 경우 걸프협력국(사우디, UAE, 쿠웨이트, 바레인, 오만, 예멘)과의 코로나 관련 대응 경험 공유, 코로나19 진단기기 긴급수출 · 공공병원 위탁운영 · 환자유치 · 한국보건산업진흥원 MOU 체결(UAE), 대형병원 위탁운영 계약 수주 지원(쿠웨이트) 및 건설(오만), 건강보험시스템 수출(바레인), 인도적 교역(이란) 대상 정부 간 면담 · 학술교류회 등을 통해 보건의료 협력을 추진하였다. 특히 바레인은 2021년 9월에 첫 정부환자를 송출하여 앞으로도 지속적인 보건의료협력의 성과가 기대된다.

이외에도 유럽, 아프리카 국가와 코로나19 대응, 치매, 항생제 내성 등 다양한 보건의료 분야에 대한 정부간 협력 논의를 추진하였고, 미국 · 중남미 국가와는 보건의료 관련 양자 협력 및 면담, 보건 협력 관련 포럼('20. 11., 한-중남미 미래협력포럼) 개최, 기타 협력과제 발굴을 위해 지속적으로 노력하고 있다.

3. 해외 진출 정부지원사업

보건복지부는 국내 의료기관의 해외진출을 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 2021년에는 약 104억 원으로 지원 예산이 증가(한국보건산업진흥원 출연예산 포함)하였다. 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 해외진출 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 의료시장 정보, 법 · 제도 · 세제 · 금융 정보, 인허가 · 면허 등 행정 절차 및 진출 노하우 정보를 제공하고 있다. 또한 의료 해외진출 종합정보포털 시스템을 구축하여 해외진출 신고제 관리, 주요 국가별 의료 시장 · 제도, 해외 진출 가이드, 국제입찰, 의료기관 해외 진출 관련 뉴스 등 진출 관련 통합 정보를 온라인을 통해 쉽고 빠르게 One-Stop으로 제공하고 있다.

|그림 2-9-37| 의료 해외진출 종합정보포털(www.khidi.or.kr/kohes)



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 86명으로 구성되어 있으며, 해외 진출을 추진 중인 의료기관 및 연관산업체를 대상으로 KOHES 포털을 활용한 온라인 컨설팅과 정기적으로 GHKOL 의료 해외진출 전략 세미나 개최를 통한 1 : 1 현장 컨설팅을 제공하고 있다.

2022년에는 총 66건의 컨설팅을 지원하고, 총 5회 전략 세미나를 정기 개최하였으며, 특히, 기존 온라인 · 현장 컨설팅과 별도로 대표 컨설턴트(P.M) 지정 및 Lab 형태의 종합컨설팅과 시장조사 등을 지원하는 심화 컨설팅 총 5건을 지원하였다.

다. 의료시스템 해외진출 프로젝트 지원사업

의료시스템 해외진출 프로젝트 지원사업은 공모를 통해 우수한 진출 프로젝트를 발굴하고, 진출 과정에 소요되는 사업 추진경비를 지원하는 사업이다. 프로젝트 지원사업에 선정된 의료기관은 사전 사업타당성 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 205개 프로젝트를 지원하였다. 2022년 수행된 20개 프로젝트 중, HJ매그놀라아 의료재단은 일본에 한 · 양방의료센터 개원을 앞두고 있으며, 안강병원도 카타르에 Korea Medical Center 개원을 앞두고 있다.

|그림 2-9-38| 2022년 의료 해외진출 프로젝트 5개 추진 성과

① HJ매그놀리아 의료재단 : 일본 내 한 · 양방 의료센터 개원 추진
② 안강병원 : 카타르 Lusail City 내 Korea Medical Center 개원 추진
③ 소피아여성병원 : 베트남 내 원내원 방식 여성병원 운영 및 요실금 수술 소모품 동반 진출 추진
④ 브이성형외과의원 : 인도네시아 발리 내 성형외과 개원
⑤ 서울하정외과 : 몽골 울란바토르 내 Korea Medical Center 개원 추진

라. 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. 2022년에는 공모를 통한 재외공관사업으로 각국 KOTRA 무역관과 협업하여 총 13건의 사업을 추진하였다. 이를 통해 현지 정부 및 보건의료 관계자와의 협력 네트워크 강화 및 국내 보건의료 기업의 해외 수출 상담 등으로 이어지고 있다.

|표 2-9-36| 2022년 재외공관사업

국가	사업명	주요 실적
미국	• 코로나 시대 한국 보건산업의 미국 진출을 위한 전략적 제휴 방안 세미나 및 한미 협력 포럼 개최	• BIO USA 내 홍보부스 운영 • 한인 의료기기 기업 대상 한미 협력방안 포럼 • 제약바이오미국진출전략세미나및디너심포지엄 (BIOUSA 연계) • 뉴욕덴탈쇼2022연계한-미협력방안포럼
미국 (보스턴)	• 디지털 치료제 분야 한·미 공동 협력 방안 및 보스턴 진출 전략 행사 개최	• 미국 디지털 치료제 동향 분석을 통한 한국 디지털 치료제 기업 미국 진출 전략 • 보스턴 국내 디지털 치료제 기업 미국 진출 전략 포럼 개최
중국 (광저우)	• Medical Korea 2022 in China (Guangzhou)	• 한·중 Bio & Healthcare 2022 • 비즈니스 파트너링 64건
중국 (칭다오)	• 한-덴마크 보건의료 기업간 협력 파트너십 사업	• 비즈니스 파트너링 76건
그리스	• 한-그리스 의료기기 화상상담회	• 비즈니스 파트너링 71건
남아프리카 공화국	• 2022 남아공 보건의료시장 진출지원 사업	• 아프리카 헬스 전시회 참가 및 한국관 운영 • 2022 한-남아공 보건의료 협력 웨비나 • 아프리카 의료기기 시장동향 조사 • Africa Medical Supplies Platform 입점 웨비나 • 비즈니스 파트너링 151건
덴마크	• 제2차 한-덴마크 보건의료 협력 포럼	• 제2차 한-덴마크 보건의료협력 포럼 • 비즈니스 파트너링 35건
말레이시아	• 말레이시아 국제의료전시회 참가	• IMEX EXPO 2022 전시장 내 메디컬코리아 홍보관 운영 • 비즈니스 파트너링 28건
몽골	• Medical Korean in Mongolia 2022	• 몽골 의료산업 박람회 연계 한국 홍보관 운영 • 비즈니스 파트너링 40건
아랍 에미리트	• UAE내 k-의료 및 k-뷰티 홍보행사	• 2022 Medical Koera In UAE 한국의료 홍보관 운영
알마티	• 포스트 코로나 한·카 보건의료 협력 포럼	• 한-카자흐스탄 보건협력 포럼 • 한-중앙아시아의료협력학술교류회 • 한국의료 홍보회 개최 • 비즈니스 파트너링 175건
알제리	• 의료기기 의학화장품 분야 협력을 위한 세미나 개최	• 제1회 메디컬 코리아 세미나 개최 • 국경일 행사 연계 현지진출 K-의료기기 전시전 • 비즈니스 파트너링 6건
쿠웨이트	• 한-쿠웨이트 의료협력(헬스케어) 상담회	• 비즈니스 파트너링 57건

4. ICT 기반 의료 해외 진출

우리의 발전된 보건의료시스템을 바탕으로 ICT(정보통신기술)기반 의료시스템 시장과 의료ICT 분야의 해외 협력사업이 지속적으로 확대되고 있다. 이에 따라 ICT 기반 헬스케어 글로벌 시장의 선점을 위한 적극적인 해외 진출 지원 필요성이 대두되었다. 보건복지부는 2016년부터 성장 가능성이 높은 시장을 대상으로 해외 협력사업을 수행하여 우호적 인프라를 조성하고, 국내 의료기관과 관련 기업의 해외 진출을 지원하고자 ICT 기반 의료시스템 해외진출 지원사업을 실시하고 있다.

2016년 이후 「ICT 기반 의료시스템 해외진출 시범사업 운영」('16.~)은 24개 기관을 선정하여 지원하였다. 또한, 「ICT 기반 의료시스템 해외진출 시범사업 후속운영 지원」('18.~)은 6개 기관, 「ICT 기반 의료시스템 해외진출 사업모델 개발」('19.~)은 8개 기관을 지원하는 등 ICT와 보건의료 융합 서비스 모델의 해외진출 기반조성 및 성공사례를 발굴하고 확산하고자 노력하였다.

2022년에는 베트남 국가를 대상으로 AI 내시경 활용 K-디지털 헬스케어 시스템 구축 및 확산, 한국형 표준의료지침 적용 클라우드 HIS 인도네시아 진출, 카자흐스탄 AI 기반 캡슐내시경 원격판독 시스템 구축 등 시범사업 등 베트남, 인도네시아, 카자흐스탄 등 현지 수요에 부합하는 시스템을 구축하여 시범사업을 진행하였고, 태국, 우즈베키스탄을 대상으로 한 진출 모델 수립을 진행하였다.

또한 한국의 디지털 헬스케어 우수성 등의 인지도를 제고하고, 국내 관련 기업의 글로벌 시장 진입을 확대하기 위하여 선진 시장 대상으로 하는 디지털 헬스케어 분야 국제 전시회에 한국관을 개설 지원해 오고 있다. 2022 HIMSS USA 한국관 개설을 통해 한국의 병원정보시스템 등 우수한 의료 IT를 선보였다('22. 3월). 또한 국내 우수 의료IT 기업과 국외 바이어간 비즈니스 상담회 등을 위한 「디지털 헬스케어 로드쇼」를 2회 개최('22. 9월, 11월)하였고, 美보스턴 DTx East 참가기업 해외 IR참가 지원을 통하여 수출상담 진행(상담액 약 5,660만 달러 규모), 獨MEDICA 2022 통합전시관 운영 연계, 유럽 바이어 비즈니스 미팅 지원(수출상담 155건, 계약추진 5건(3.45백만 달러)등의 성과를 보였다.

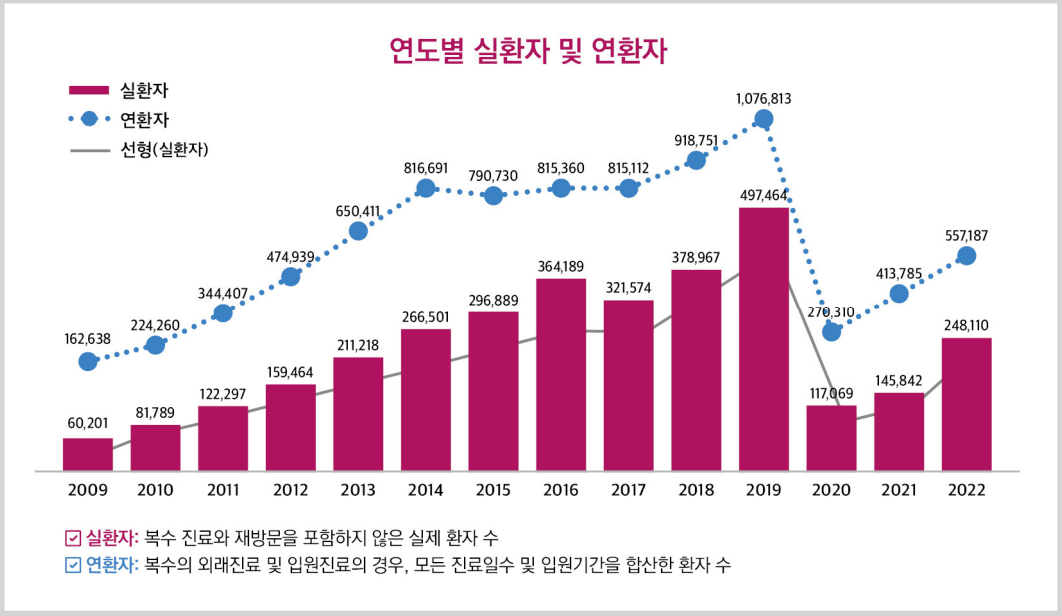
최근 CES 2022에서도 2022년 4대 기술트렌드로 디지털헬스를 언급하는 등 글로벌 디지털 헬스케어 산업의 중요성이 강조되고 있다. 이에 ICT 기반 의료시스템 해외진출 지원사업을 통해 한국 디지털 헬스 산업의 우수성을 알리고, 국내 기업의 해외진출이 더욱 활발해질 것으로 기대된다.

Ⅲ 외국인환자 유치

1. 유치 성과

2022년 외국인환자 수는 엔데믹 이후 국가간 교류가 재개되며 전년대비 70.1% 증가한 248,110명으로 집계되었다. 국적별로는 미국 환자가 44,095명으로 전체 17.8%의 비율로 가장 많으며, 중국, 일본, 태국, 베트남 순으로 나타나고 있다. 2022년 상위 13개국 모두 전년대비 증가하였으며, 증가율이 높은 국가는 싱가포르(624.0%), 일본(558.3%), 태국(180.1%), 카자흐스탄(109.2%), 캐나다(102.2%) 순으로 나타났다.

[그림 2-9-39] 유치 외국인 환자 수



2009년 외국인환자 유치 허용 이후, 의료기관과 유치업자의 등록제도를 시행하였으며, 2016년 의료해외진출법 시행으로 외국인환자 유치기관 관리가 강화되어 유치기관 등록 개수는 안정세를 보이고 있다. 2009년 당시 의료기관 1,453개소, 유치업자 94개소에서 2021년에는 의료기관 1,586개소, 유치업자 940개소로 나타났다.

집필자 보건산업해외진출과장 최승현

|표 2-9-37| 등록 유치기관 추이

연 도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
의료기관 (개소)	1,841	2,125	2,521	2,497	2,690	2,813	3,115	1,664	1,958	2,049	1,509	1,586	2,023
유치업자 (개소)	194	337	568	817	1,196	1,432	1,882	1,345	1,572	1,518	1,029	940	1,219

2. 지원 사업

가. 메디컬 코리아 콘퍼런스 개최

올해 열두 번째로 개최된 '메디컬 코리아(Medical Korea)' 콘퍼런스는 글로벌 헬스케어와 외국인 환자 유치시장의 동향을 분석하고 전 세계에 한국 의료의 우수성을 알리는 대표적인 국제행사로 자리매김해 오고 있다. 온오프라인 하이브리드 행사로 기획된 이번 「메디컬 코리아 2022」은 "글로벌 헬스케어, 새로운 도약(Global Healthcare, a New Leap Forward)"을 주제로 전 세계 보건의료 산업계 관계자들과 코로나19 이후 뉴 노멀 시대 글로벌 헬스케어의 변화와 미래방향을 전망했다.

* 개최기간 : (온라인) 3. 10.(목)~3.15.(화), 6일간 / (오프라인) 3.10.(목)~3.11.(금), 2일간

개막식에서는 보건복지부장관의 축사 및 해외의료 진출 및 외국인환자 유치 분야의 유공자에게 포상이 이루어졌으며, 포상은 대통령 표창 1점, 국무총리 표창 4점, 보건복지부 장관 표창 19점이 수여되었다. 기조연설 및 6개 세션(35명 연사, 30개 강연)으로 구성된 콘퍼런스와 10개 프로그램(48명 연사, 48개 강연)으로 구성된 설명회 · 세미나의 온라인 조회수는 총 44,486회였으며, 페이지뷰는 219,393회를 기록하였다. 비즈니스 상담회에는 국내 셀러 82개사와 17개국 바이어 58개사가 참여하여 총 168건의 상담이 진행되었다.

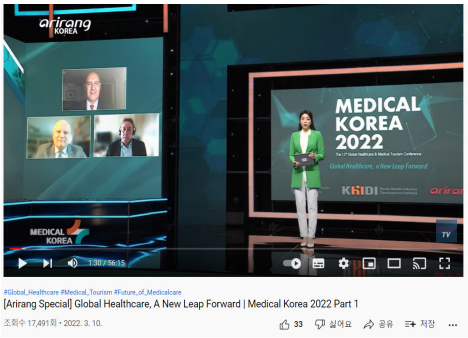
이외에도, 중앙아 주요 4개국(카자흐스탄, 키르기스스탄, 투르크메니스탄, 타지키스탄) 주한 대사관 간 코로나19 이후의 한-중앙아시아 간 보건의료협력 아젠다를 논의하는 간담회를 개최하였으며, 한국보건산업진흥원과 호주 빅토리아주 정부 간 코로나19 백신 연구개발 · 임상 · 제조 및 투자 협력을 위한 MOU도 체결하였다.

그 밖에, KIMES와 연계하여, 국내 4개 기업이 참여하여 VR, AR, 메타버스 등 다양한 최신기술을 체험할 수 있는 디지털 헬스케어 홍보관 운영을 통해 자체 기술력과 프로그램을 홍보하였다.

|그림 2-9-40| 메디컬 코리아 콘퍼런스 행사



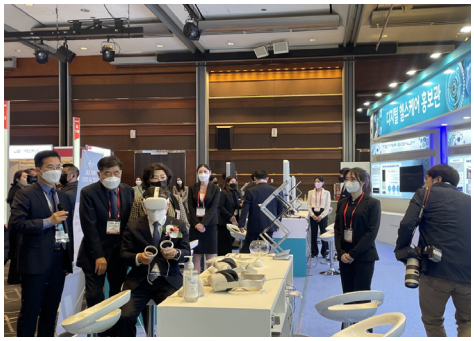




#Global_Healthcare #Medical_Tourism #Future_of_Medicalcare
[Arirang Special] Global Healthcare, A New Leap Forward | Medical Korea 2022 Part 1
조회수 17,491회 • 2022. 3. 10.







나. 나눔의료 지원

2011년부터 한국의료에 대한 글로벌 브랜드 이미지 구축과 의료기술 우수성 홍보를 위하여 해외 의료 사각지대 환자를 초청하여 치료하는 나눔의료 사업을 시작하였다. 몽골, 베트남, 캄보디아, 중국, 카자흐스탄, 필리핀, 러시아, 우즈베키스탄, 라오스, 말레이시아 등 2022년까지 28개국 총 418명의 환자를 치료하였다. 2020년에는 코로나19 상황에서도 치료의 시급성과 정부정책(재외동포 안전 · 건강 보호 강화)과의 부합성 등을 고려하여 최초로 독립운동가(최재형 선생) 후손 환자를 초청 및 치료했으며, 2022년에는 재외공관과의 긴밀한 협력을 통해 한국 의료기관의 치료 손길을 기다리는 4개국 4명의 환자들에게 시의적절한 치료를 제공하였다. 이러한 10년 이상의 한국의 나눔의료 활동은 한국의료의 글로벌 가치를 확산하고 세계속의 따뜻한 동행에 일조하고 있으며, 이러한 공헌은 Healthcare Asia 매거진이 주최하는 Healthcare Asia Awards 2022에서 '올해의 ESG 프로그램'의 수상으로 이어지게 되었다.

|표 2-9-38| 국가별 나눔의료 참여 현황(2011~2022)

(단위 : 명)

국가별 (26개국)	'11년	'12년	'13년	'14년	'15년	'16년	'17년	'18년	'19년	'20년	'21년	합계
몽골	3	7	19	16	38	7	7	9	3	1	1	111
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	-	-	3	27
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	2	-	30
라오스	-	-	2	6	1	4	-	-	-	-	-	13
말레이시아	1	9	-	2	-	-	1	-	-	-	-	13
인도네시아	2	1	3	2	3	-	-	-	-	-	-	11
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

국가별 (26개국)	'11년	'12년	'13년	'14년	'15년	'16년	'17년	'18년	'19년	'20년	'21년	합계
이라크	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2
태국	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2
이집트	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
우간다	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
스리랑카	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
알제리	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
아이티	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
가봉	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
잠비아	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
합계	32	67	71	70	70	25	25	21	23	3	7	414

다. 지역 특화의료기술 및 유치기반 강화 사업

전체 외국인환자의 약 80% 내외가 수도권(서울, 경기, 인천) 의료기관을 방문하면서 외국인환자의 수도권 집중 현상 해결이 중요한 과제가 되었다. 이를 위해 2010년부터 지역의 특화 의료기술을 발굴하여 외국인환자 유치 지역을 다변화하려는 노력으로 지역 특화의료기술 및 유치기반 강화 사업을 시행하였다. '지방자치단체-의료기관-유치업자'가 컨소시엄을 구성하도록 하여 지역 특화의료기술을 기반으로 한 유치모델 개발, 유치 인프라 확충, 홍보 · 마케팅 분야를 지원하고 있으며, 2020년부터는 연속성 있는 사업 추진을 위하여 2개년 지원으로 개선하였다.

지자체는 척추관절, 불임, 건강검진, 호흡기질환, 성형 등 특화 의료기술과 지역의 관광문화자원을 연계하여 외국인환자 유치에 힘썼고, 이를 통해 외국인환자 유치에 있어 비수도권의 비중이 2009년 12.2%에서 2021년 38.6%로 점진적으로 개선되는 추세를 보이고 있다.

2022년부터는 사업명과 사업 목적 및 내용의 정합성 제고를 위하여 "지역특화 외국인환자 유치기반 강화 사업"으로 사업명을 변경하고, 사업의 실효성 및 예산 투입의 효율성 제고를 위하여 지원기간 확대(최대 2년 → 3년), 선정지역 축소(10개소 → 3~5개소), 평가기준 수정, 중도탈락제 등을 도입하였다.

|표 2-9-39| 수도권 외국인환자 유치 비중

(단위 : %)

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
78.6	80.9	78.5	80.3	79.7	80.3	78.2	79.9	81.7	80.1	76.6	72.9	78.2

|표 2-9-40| 연도별 선정 지역 및 지원금액

(단위 : 억 원)

시 · 도	2010~2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	합계(회)	금액
서울	7.5	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	10	14.5
부산	16	1	1.5	1.5	0.75	2.5	0.3	1.1	1.4	3	3	12	32.05
대구	19.5	1.5	1	1.5	0.5	0	0.5	1	1.1	3	2	13	31.6
인천	3.5	1.5	0	0	0	2.2	1.75	1.4	1.25	0	2	8	13.6
광주	0	1.5	1.5	1	0.5	1	0.25	0.51	1.34	1.5	1.5	10	10.6
대전	4.5	0	1.5	1.5	0.5	0	1.15	1.28	1	0	0	9	11.43
울산	0	0	0	0	0	0.62	0	0	0	0	0	1	0.62
경기	2	0	0	0	0.5	0	0.4	0.86	0.86	0	0	5	4.62
강원	0	0	0	0	1.5	0	0	0	0	0	0	1	1.5
충북	0	1	0	1.5	1	0	0.75	0	0	0.5	0.5	6	5.25
충남	0	0	1	0	1	1	0.68	1.2	0.8	0	0	6	5.68
전북	6.5	0	1.5	0	0.75	0	0.82	0.45	0.55	1	0	9	11.57
전남	11.5	0	1	1	0	0	1.1	0	0	0	0	7	14.6
경북	0	1	1	1	0.25	1.68	0.2	1.2	0.7	0	0	8	7.03
경남	0	0	0	0	1	0	0.25	0	0	0	0	2	1.25
제주	5	1.5	0	1	0.75	0	0.85	0	0	0	1	8	10.1
합계	76	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	115회	176억

3. 외국인환자 편의 제공 및 유치 시장 건전화

한국에서 치료받는 외국인환자의 편의 증진을 위하여 2016년 2월에 메디컬코리아지원센터(Medical Korea Information Center)를 서울에 개소하였다. 지원센터는 한국어를 비롯하여 영어, 중국어, 일본어, 러시아어 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, 외국인관광객에게 한국 의료이용 · 관광안내에 대한 전문적인 상담 서비스를 제공하고 있다. 2021년부터 내 · 외국인 방문객의 접근성과 이용 편의성 강화를 위해 메디컬코리아 지원센터를 '서울관광플라자'로 이전하여 운영하고 있다.

한편, 외국인환자가 안심하고 한국을 방문할 수 있도록 불법유치행위 신고 상담 등 시장 건전화를 위해 노력하고 있다. 이를 위해 보건복지부와 경찰청 간의 협력 MOU를 체결('16. 4.)하였고 경찰청, 지방자치단체, 심사평가원, 건강보험공단, 보건산업진흥원 등 관계기관 간 업무연계를 통하여 원활한 협조 체계를 구축하였으며, 불법유치행위에 대한 온라인 신고·접수 시스템을 구축('21. 9.)하여 상시 감시체계를 마련하는 등 외국인환자 유치 시장의 건전화와 한국의료에 대한 신뢰도를 높이고 있다.

또한, 2016년 4월부터는 기획재정부와 협의하여 외국인환자에 대한 미용성형 부가가치세 환급제를 시행하고 있으며, 2022년 12월 말 기준 총 37만여 건에 대하여 약 674억 원을 환급하였다. 이와 같이 미용성형 진료비와 유치 수수료가 투명하게 공개되도록 하여 과도한 수수료 청구를 방지하고, 외국인환자의 한국 의료시장에 대한 신뢰도를 제고하는 등 유치 활성화로 이어지도록 하고 있다.

4. 외국인환자 유치 의료기관 평가인증제도

외국인환자 유치 의료기관 평가 및 지정은 「의료해외진출법」에 따라 외국인환자 유치 실적, 진료과목, 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), 2020년 3주기(2021년~2022년)에 걸쳐 평가기준을 개선하였다. 특히 4주기부터는 명칭을 지정에서 인증으로 변경, 인증유효기관을 2년에서 4년으로 확대 등 제도의 효과성을 제고하였으며, 2022년 12월 현재 인증 의료기관은 7개소이다.

외국인환자 유치의료기관으로 인증되면 보건복지부 지정 마크를 부여하여 외국인 환자들이 신뢰할 수 있는 의료기관으로 식별할 수 있게 하고, 메디컬코리아 홈페이지(www.medicalkorea.or.kr)를 통한 정보 제공, 지정 의료기관별 홍보 영상 제작 지원, 해외의료 홍보회 및 설명회 참여 지원, 국내·외 포상 참여 지원, 법무부 의료관광 우수 유치기관 당연지정, 정부 지원사업 가점 부여 등 온·오프라인을 통한 다양한 홍보 지원을 하고 있다.

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 인증 의료기관 정보를 제공할 수 있게 되어 한국의료 신뢰도 제고에 크게 기여할 것으로 기대된다.

|그림 2-9-41| 외국인환자 유치 인증 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 '한국보건복지인력개발원'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 등 2022년 12월 말 기준 총 60개 과정 5,484명을 교육하여 전문 인력의 글로벌 헬스케어산업 활용도 및 유입률을 제고하였다.

2016년 12월부터는 의료인과 환자 간의 진료에 대한 전문 의료통역을 제공할 수 있도록 영어, 중국어, 일본어, 러시아어, 아랍어, 몽골어, 베트남어 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 2-9-41| 의료통역능력 검정시험 합격자 현황

(단위 : 명)

구 분	계	영어	중국어	일본어	러시아어	아랍어	몽골어	베트남어
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	-	-
2020	62	27	12	6	9	3	2	3
2021	52	25	11	5	7	-	1	3
2022	58	31	14	7	2	1	2	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 2-9-42| 러시아, 몽골환자 유치 현황

(단위 : 명)

구 분	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
러시아	31,829	20,856	25,533	24,859	27,185	29,897	6,246	6,412	9,616
몽골	12,803	12,522	14,798	13,872	14,042	17,918	6,102	9,145	14,148

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 2021년까지 의사와 치과의사 327명이 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 간)을 체결하였다. 또한, 2019년에는 바레인과 오만 의사도 첫 연수를 시작하였다. 2020년에는 코로나19에

대응하고 글로벌 네트워크 확대를 위해 대면연수를 온라인연수로 전환하여 운영하고 있다. 온라인 연수의 교육과정은 외과술기(간담췌, 위장관, 대장, 유방 · 갑상선, 외상중환자의학), 내과술기(심장초음파술기, 감염관리, 내시경술기), 비암상(의료ICT, 병원경영)으로 구성되어 있으며 매년 해외수요를 바탕으로 신규 교육과정을 개설하고 있다.

'22년 기준으로 총 45개국 486명이 온라인 연수를 수료하였으며, 온라인연수의 효과 제고와 연수생 강의자 간 양방향 소통 강화를 위해 '21년부터 온라인 연수 웹세미나도 개최하고 있다. 한국의료를 경험한 연수 의료인들은 귀국해서도 동문회 등 네트워크를 형성하여 한국의료 우수성을 홍보하는 등 현지에서 구심점 역할을 할 것으로 기대된다.

|표 2-9-43| 외국의료인 연수 수료 현황

연수 사업	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
중동 의료인 연수	-	6명	21명	19명	23명	34명	70명	44명	42명
한-몽 서울프로젝트	74명	23명	18명	18명	20명	20명	-	-	
한-러 보건의료협력 연수	21명	15명	9명	11명	14명	12명	-	-	
메디컬 코리아 아카데미	중국, 네팔, 카자흐스탄, 러시아, 필리핀 인도네시아, 모로코, 이집트, 우크라이나, 키르키즈스탄 (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, 키르키즈스탄, 필리핀, 인도네시아, 말레이시아, 미얀마, 브라질, 스페인, 태국 (13개국 38명)	중국, 베트남, 우즈베키스탄, 카자흐스탄, 키르키즈스탄, 투르크메니스탄, 인도네시아, 캄보디아, 인도, 말레이시아, 미얀마, 나이지리아, 크로아티아 (13개국 33명)	중국, 베트남, 우즈베키스탄, 카자흐스탄, 투르크메니스탄, 인도네시아, 미얀마, 필리핀, 아르메니아 (9개국 50명)			
메디컬 코리아 아카데미 온라인연수 (MKA-eclass)	-	-	-	-	-	-	중국, 베트남, 몽골, 사우디아라비아, 필리핀, 우즈베키스탄 등 (16개국 83명)	인도, 몽골, 베트남, 러시아, 우크라이나 등 (40개국 295명)	몽골, 미얀마, 인도, 베트남, 우즈베키스탄 등 (31개국 108명)

미국이나 유럽 국가와 비교할 때 비교적 생소한 대한민국의 의료서비스를 받고자 찾는 외국인환자가 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 · 인증제도를 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.

제5절 글로벌백신허브화추진

Ⅰ 글로벌백신허브화전략 수립

1. 추진배경

코로나19 팬데믹 장기화와 백신 공급 부족, 국가 간 백신 공급의 불균형이 심화되는 상황에서 우리 정부는 안정적인 백신 수급을 위한 다양한 노력을 기울였다. 특히 2021년 5월 21일 한 · 미 정상회담을 계기로 미국과 '포괄적인 한 · 미 글로벌 백신 파트너십'에 합의하였으며, 이를 기반으로 한국이 전 세계 백신 공급의 중심지가 되겠다는 '글로벌 백신 허브화' 구상을 시작하였다.

2. 전략 수립 및 추진체계 마련

가. 범부처 TF 구성을 통한 전략 수립

한 · 미 글로벌 백신 파트너십 합의 이후 정부는 보건복지부 장관을 팀장으로 기재부, 산업부, 식약처, 질병청, 과기부, 외교부 등 10개 부처가 참여하는 '글로벌 백신 허브화 추진 TF'를 2021년에 구성하였다. TF는 한 · 미 파트너십을 구체화하기 위한 이행 방안뿐만 아니라 국내 백신산업 생태계 전반에 대한 지원방안을 논의하였으며, 이는 'K-글로벌 백신 허브화 비전 및 전략' 수립의 기초가 되었다.

나. 글로벌 백신 허브화 추진위원회 및 추진단 출범

정부는 2021년 8월 5일 "우리나라의 백신 생산 · 공급의 중심지화"를 목표로 하는 「K-글로벌 백신 허브화 비전 및 전략」을 수립 · 발표하였다. 이를 통해 2022년 상반기 국산 코로나19 백신 상용화, 2025년까지 백신산업 세계 5위 도약이라는 목표를 설정하였다. 정부는 글로벌 백신 허브화 전략의 효율적인 이행을 위해 별도의 추진체계를 마련하였다. 글로벌 백신 허브 정책 심의 · 조정과 효율적 정책 수립을 위해 국무총리를 위원장으로 하고, 관계부처 장관, 분야별 전문가 등이 참여하는 '글로벌 백신 허브화 추진위원회'를 발족하였다. 아울러 이를 뒷받침 하기 위해 보건복지부에 '글로벌 백신 허브화 추진단'을 설치하여 글로벌 백신 허브화 정책을 총괄 기획 · 조정하고 글로벌 협력을 확대하도록 하였다.

|그림 2-9-42| K-글로벌 백신 허브화 비전 및 전략 보고대회('21. 8. 5)



|그림 2-9-43| K-글로벌 백신 허브화 비전 및 전략 발표 관련 언론보도('21. 8. 6.)

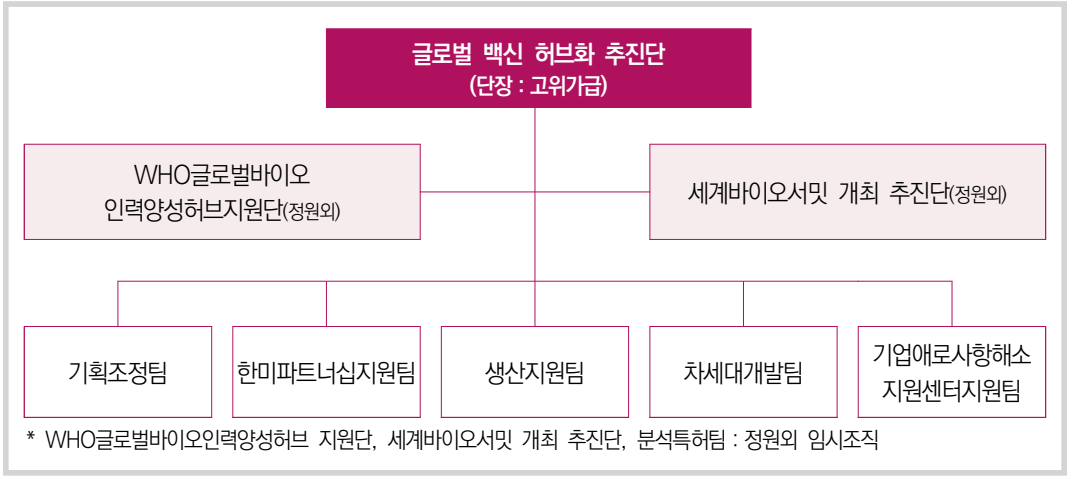

한국경제
2021년 08월 06일 금요일 A03면 종합
文 "2025년까지 백신 생산 5대강국 도약"
글로벌 백신허브화 회의 주재
5년간 2조2000억원 투입

글로벌백신허브화추진단은 단장을 실장급으로 하여, 2021년 8월 1단 4팀 1센터 정원 27명으로 구성되었으며, 각 팀별로 산업자원부, 과학기술정보통신부, 식품의약품안전처, 질병관리청 등 글로벌백신 허브화 추진을 위한 관계부처로부터 파견을 받아 부처 간 협업과 조정이 원활히 이루어지도록 하였다.

WHO글로벌바이오인력양성허브, 세계바이오서밋 등 신규업무 수요에 대응하기 위해 2021년에는 분석특허팀, 2022년에는 "WHO글로벌바이오 인력양성허브지원단" 및 "세계바이오서밋 개최 추진단"을 한시적으로 운영하였으며,

2023년에는 범부처 정책지원 강화와 업무의 효율적 추진을 위해 "코로나 19치료제 · 백신개발 범정부 지원위원회"사무국과 통합하여 21명 규모로 출범(단장 : 국장급) 하였다.

|그림 2-9-44| 글로벌 백신 허브화 정책 추진체계(2022년)



* WHO글로벌바이오인력양성허브 지원단, 세계바이오서밋 개최 추진단, 분석특허팀 : 정원외 임시조직

|표 2-9-44| 팀별 주요 업무(2022년)

구분	주요 업무
기획조정팀	부처간 정책조정 및 "글로벌백신허브화추진위원회" 운영, 백신허브화 전략 시행 · 점검, WHO글로벌바이오인력양성허브 운영체계 구축
한미파트너십지원팀	"세계바이오서밋 개최", 한미 백신파트너십 구체화 및 백신파트너십 다변화, 감염병 대응을 위한 국제기구 협력
생산지원팀	백신산업 육성 및 생산지원(기술개발, 위탁생산, 외자유치 등) 관련 정책총괄
차세대개발팀	범정부 차원 백신개발 로드맵 마련, 차세대 백신개발 지원 등
기업애로사항해소 지원센터지원팀	중소기업 지원, 인허가 · 사업화 지원 등
WHO인력양성허브지원팀	WHO글로벌바이오인력양성 허브 교육운영, 교육프로그램 개발 등

3. K-글로벌 백신 허브화 비전 및 전략 주요내용

가. 목표 및 추진전략

정부는 K-글로벌 백신 허브 구축을 통해 2022년 상반기까지 국산 1호 코로나19 백신을 개발, 2025년까지 글로벌 백신 시장 세계 5위를 달성한다는 비전을 발표하였다. 이를 위해 국산 코로나19 백신 신속 개발, 글로벌 생산협력 확대, 글로벌 백신 허브 기반 신속 구축 등 3가지 추진전략을 마련하였으며, 2021년 하반기부터 2026년까지 총 2.2조 원의 예산을 투입하겠다는 계획을 발표하였다.

|그림 2-9-45| K-글로벌 백신 허브화 목표 및 추진전략(2021.8.5.)



나. 주요과제

1) 코로나19 국산 백신 신속 개발

정부는 K-글로벌 백신 허브화를 위한 첫 번째 목표로 2022년 상반기 국산 백신 개발 및 상용화를 설정하였다. 전략 발표 당시 총 7개 기업의 코로나19 백신 임상시험이 진행 중이었으며, 정부는 백신이 최대한 신속하게 개발될 수 있도록 임상 3상 비용을 포함하여 다양한 지원방안을 마련하였다. 임상시험 2상 중간결과 도출, 임상시험 3상 시험계획이 승인된 코로나19 백신의 경우, 면역원성 · 안전성, 성공가능성 등을 종합적으로 고려하여 선구매할 수 있도록 하고, 임상시험 진입이 보다 빨리 이루어질 수 있도록, 국가지정 중앙임상시험심사위원회를 가동하여 다기관 통합심사를 추진하기로 하였다. 또한 비교임상 시험을 위한 대조백신 확보, 검체분석, 임상참여자 모집도 국가적 차원에서 적극 지원하기로 하였다.

2) 글로벌 생산협력 강화

정부는 한국이 명실상부한 백신 생산 · 공급의 중심지로 자리매김할 수 있도록 글로벌 백신 협력 다각화를 추진하였다. 백신 원부자재의 원활한 수급을 위해 이미 구축된 한 · 미 글로벌 백신 파트너십을 기반으로 한 · 미 간 수요-공급 기업 연계를 주선하고, 글로벌 백신 비즈니스 포럼을 개최하여 국내 기업의 글로벌 진출을 돕기로 하였다. 아울러, 미국 이외에도 영국, 독일, 캐나다, 호주 등과 협력을 강화하여 국가 간 백신 협력 파트너십을 다변화하기로 하였다.

또한 정부는 WHO를 중심으로 진행 중인 글로벌 백신 기술이전 허브 및 인력양성 허브 논의에 적극 참여하고, 아시아개발은행(ADB)과 협력을 통해 개도국 생산거점 진출과 인력양성을 추진하며, 전염병대비혁신연합(CEPI), 국제백신연구소(IVI), RIGHT펀드(글로벌헬스기술연구기금)와의 협력으로 연구 협력 네트워크를 구축하는 등 국제기구를 중심으로 하는 다자간 협력도 지속 강화하기로 하였다.

3) 글로벌 백신 허브 기반 신속 구축

정부는 글로벌 백신 허브 기반을 신속히 구축하기 위하여, 생산역량 확충, 차세대 백신 개발, 국산 백신 글로벌 진출, 백신산업 생태계 조성이라는 4가지 중점과제 추진을 위해 범정부적 역량을 집중하기로 하였다.

먼저, 백신 생산역량 확대를 위해 관련 기업을 지원하기로 하였다. mRNA 등 백신 및 원부자재 생산시설 · 설비 구축을 지원하고, 글로벌 수준의 백신 GMP 공공 제조시설을 활용하여 자체 설비가 없는 기업의 백신 상용화를 지원하기로 하였다. 또한 백신 개발 · 생산을 위한 핵심기술을 '국가전략기술'로 선정하여 세제 혜택을 강화하고, mRNA 등 차세대 백신 플랫폼 생산기반 구축 및 양산 · 품질관리 지원을 확대하기로 하였다. 아울러 투자유치 촉진을 위해 백신 · 원부자재 투자 지역을 '첨단투자지구'로 우선 지정하고 입주기업에 대한 임대료 감면 등 인센티브 확충도 추진하기로 하였다.

둘째, 차세대 백신 신속개발을 지원하기로 하였다. 미래 감염병 팬데믹에서는 우리나라가 백신 개발 주도권을 확보하고, 국민에게 국산 백신을 접종할 수 있도록 다양한 전략백신 개발을 지원하겠다는 계획을 수립하였다. 이를 위해 다양한 변이바이러스에 사용 가능한 다가 · 범용백신, 신속제작 가능 백신 플랫폼, 프리미엄 백신과 치료용 백신 개발을 지원하고, 면역증강제 등 백신 기반기술과 기초 · 원천연구 강화도 추진하기로 하였다. 또한 국가 전임상시험 지원센터 구축, 대규모 임상시험 지원을 위한 정책펀드 조성, 스마트임상시험체계 구축 등 전임상 · 임상 지원을 위한 다양한 정책 추진도 과제로 설정하였다.

셋째, 국산백신의 글로벌 진출을 지원하기로 하였다. 국산백신 수출 확대를 위해 무역보험 한도 확대, 수출목적의 국내 생산설비투자에 대한 금융지원을 추진하는 한편, 글로벌 연구협력이 이루어질 수 있도록 해외연구거점 구축, 글로벌 백신 연구단지 조성 등을 과제로 설정하였다.

마지막으로, 백신 산업 생태계 조성을 위해 한국형 NIBRT(National Institute for Bioprocessing Research & Training : 아일랜드 국립바이오 전문인력 양성센터), 백신 실증지원센터(안동, 화순) 등을 활용하여 백신 특화 공정개발 인력을 양성하고, 기초 연구 인력, 규제과학 전문가, 임상전문가 양성에도 힘쓰기로 하였다. 또한 생물안전 3등급(BL3) 등 신 · 변종 감염병 백신 개발을 위한 기반시설을 확충하고, 병원체 자원은행을 확대하는 한편, 백신 · 원부자재 중소기업 정책자금 지원, K-바이오랩허브 구축 · 활용을 통해 바이오 기업 창업도 활발히 이루어질 수 있도록 하였다.

Ⅱ 글로벌백신허브화추진위원회 운영

1. 글로벌백신허브화 추진위원회 및 실무위원회 구성

정부는 '글로벌 백신 허브화' 정책 추진 위해 추진체계를 정비하였다. 여러 부처가 협력하여 신속하게 의사결정을 내리고, 민간의 전문성을 활용할 수 있도록, 국무총리를 위원장으로 하여 15개 부처 및 14명의 민간전문가가 참여하는 '글로벌 백신 허브화 추진위원회'를 발족하였다.

추진위원회 위원으로는 보건복지부, 기획재정부, 교육부, 과학기술정보통신부, 외교부, 행정안전부, 문화체육관광부, 산업통상자원부, 중소벤처기업부, 국무조정실, 식품의약품안전처, 특허청, 질병관리청, 대통령비서실과 백신분야 전문가, 의료현장 전문가, 국제기구 대표, 관련 협회 등이 참여하였다. 또한, 추진위원회의 심의사항을 사전에 검토 · 조정하기 위해 보건복지부장관을 위원장으로 실무위원회를 구성하였는데, 실무위원회는 추진위원회에 참여하는 각 부처 차관, 차장 등과 5명의 민간위원으로 구성되었다.

|표 2-9-45| 글로벌 백신 허브화 추진위원회 및 실무위원회 구성

구분	추진위원회	실무위원회
위원장	국무총리	복지부 장관
구성	• 위원장 포함 30명 – 정부위원 15명 – 민간위원 14명 * 기재 · 교육 · 과기 · 외교 · 행안 · 문체 · 산업 · 복지 · 중기부 장관, 국무조정실장, 식약처장, 특허 · 질병청장, 사회수석, 경제보좌관	• 위원장 포함 21명 – 정부위원 15명 – 민간위원 5명 * 기재 · 과기 · 외교 · 문체 · 산업 · 복지 · 중기부 차관, 국무1차장, 식약처차장, 특허 · 질병청차장, 국립보건연구원장, 사회정책비서관, 신남방 · 신북방비서관, 산업정책비서관

2. 글로벌백신허브화추진위원회 운영

정부는 2021년 8월 5일 대통령 주재로 'K-글로벌 백신 허브화 비전 및 전략' 보고대회를 개최하여 글로벌 백신 허브화 정책 추진방향을 정하고, '글로벌 백신 허브화 추진위원회'를 정식으로 발족하였다.

보고대회는 청와대와 서울 · 세종청사를 온라인으로 연결하여 개최되었다. 정부는 이 계획을 통해 '21년 하반기부터 '26년까지 총 2.2조 원을 투자하여 '22년 상반기까지 국산 1호 코로나19 백신을

개발하고 '25년까지 글로벌 백신 시장 세계 5위를 달성한다는 목표를 설정하였으며, 이를 위해 글로벌 백신 허브화 추진위원회를 중심으로 부처 간 칸막이를 제거하고, 신속한 협업을 통한 전방위 지원을 약속하였다.

2021년 11월 2일에는 김부겸 국무총리 주재로 제2차 글로벌 백신 허브화 추진위원회를 서울 포스트타워에서 개최하였다. 두 번째 위원회에서는 8월에 발표한 'K-글로벌 백신 허브화' 정책에 대한 각 부처의 추진상황을 점검하는 한편, 분야별 세부계획을 추가로 마련하여 발표하였다.

첫 번째 안건으로는 '백신 · 원부자재 초일류 기업 육성방안'을 마련하여 백신 · 원부자재 기업의 생산시설 구축을 지원하기로 하였으며, 백신 · 원부자재 산업 육성을 위해 주요 민간기업의 투자계획(2024년까지 총 6.3조)을 바탕으로 민간 설비투자 지원과 백신 산업 생태계 조성을 위해 불합리한 규제개선, 글로벌 특허 이슈 지원, 기술개발을 위한 기업별 맞춤지원, 수출지원 등을 약속하였다.

두 번째 안건으로는 'WHO 글로벌 백신 · 바이오 인력양성 허브' 추진계획을 발표하였다. WHO가 중 · 저소득국 백신 · 바이오의약품 생산인력 양성을 위해 공고한 'WHO 글로벌 바이오 인력양성 허브'에 한국이 적극 참여함으로써, 전 세계적인 감염위기 극복과 백신 불평등 완화에 기여하고 백신분야 글로벌 리더로서 위상을 확립하고자 하였다. 세 번째 안건으로는 '백신 허브 도약을 위한 글로벌 협력 확대' 계획을 논의하였다. 한미 백신 파트너십을 실질적 협력으로 발전시키는 한편, 백신파트너십 국가를 다변화 하고, 국제기구와의 공조도 더욱 공고히 함으로써 글로벌 백신허브로 도약하는 방안에 대해 토론이 이루어졌다.

한편, 제2차 글로벌 백신 허브화 추진위원회 개최 전 사전행사로서 싸토리우스 투자유치 협약(MOU) 체결식, 백신 · 원부자재 대 · 중소기업 상생협력 민관 공동 협약식, 글로벌 백신 허브화 조기 달성을 위한 10대 유관기관간 업무협약식을 개최하였다.

먼저 '싸토리우스 투자유치 협약 체결식'에서는 원부자재 · 장비 분야 글로벌 기업인 독일의 싸토리우스社와 산업부 · 복지부 · 인천광역시가 MOU를 체결하였다. 싸토리우스 社는 2020년 11월 인천에 1억 달러 투자의향서(LOI)를 제출한 바 있는데, 이번 MOU에서는 향후 3년간 인천 송도에 3억 달러를 투자하는 것으로 투자계획을 확대 · 보완하였다.

두 번째 행사로 국내 백신 원부자재 · 장비의 자급화 역량 강화와 안정적인 공급망 구축을 위해 1) 백신 기업, 2) 원부자재 · 장비 중소기업, 3) 정부(복지 · 산업부), 4) 지원기관이 모여 「백신 · 원부자재 대 · 중소기업 상생협력 민관 공동 협약식」을 체결하였다. 이를 통해, 백신 기업은 중소 원부자재 ·

장비 기업의 연구개발 · 실증 · 사업화에 대한 자문 역할과 제품화 및 글로벌 시장 판로개척을 위해 적극 협력하고, 원부자재 · 장비기업은 글로벌 수준의 제품개발을 통해 국내외 안정적 공급망 구축을 위해 협력하기로 하였다.

마지막 행사인 '글로벌 백신 허브화 조기 달성을 위한 10대 유관기관간 업무협약식'을 통해 글로벌 백신 허브화 추진 관련부처 10개 핵심 유관기관* 협력을 통해 글로벌 백신 허브화의 조기 달성을 지원하기로 하였다.

* (복지부) 한국보건산업진흥원, (산업부) 대한무역투자진흥공사, 한국무역보험공사, 한국무역협회, (중기부) 중소기업진흥공단, 기술보증기금, (금융위) 신용보증기금, 한국산업은행, 중소기업은행, (기재부) 한국수출입은행

|표 2-9-46| 「백신 · 원부자재 대 · 중소기업 상생협력 민관 공동 협약식」 참여기관

- **백신기업 :** 셀트리온, SK바이오, 한미약품, GC녹십자, 에스티팜, 삼성바이오, LG화학
- **원부자재기업 :** 이셀, 동신관유리공업, 정현프랜트, 위아텍
- **정부 :** 산업통상자원부, 보건복지부
- **지원기관 :** 바이오협회, 제약바이오협회, 산업기술평가관리원, 한국혁신의약품컨소시엄

|표 2-9-47| 10대 유관기관간 업무협약서 주요 지원 사항

구분	주요 지원 내용
민간 투자	설비자금 지원, 수출 기반 조성, 해외 기술도입, 기업 인수 · 합병 자금 지원 등
창업 · 일자리	창업 박람회, 현장 인력 교육, 자금지원, 기술 보증 등
외투 유치	글로벌 백신 기업, 연구소, 국제기구 등 유치
기술개발	미래 감염병 대응, 고부가가치 백신 개발, 백신 기반기술 확보 등
파트너십	한미 파트너십 전문가 그룹 지원 등
수출 마케팅	글로벌 파트너링, B2B 플랫폼, 지사화, 수출바우처, 수출금융, 무역보험 등

제3차 글로벌백신허브화추진위원회는 교육부장관이 새롭게 위원에 포함되어 총 30명의 위원이 참여하였으며, "WHO 글로벌바이오인력양성허브" 참여의향서(안)을 심의 · 의결하기 위해 2022년 12월 7일부터 9일까지 서면으로 개최하였다.

WHO참여의향서(안)은 WHO에서 추진한 중저소득국 백신자급화 프로젝트 중 하나인 "백신생산 인력 양성 교육 운영"을 주관할 참여국가 또는 및 기관을 선정하고자 진행된 것으로 우리 정부는 각 부처 및 19개 기관(연구기관, 국내 바이오기업, 글로벌기업, 국제기구 등)의 협조를 받아 의향서(안)을 마련 · 글로벌백신허브화 추진위원회의 심의를 받아 WHO에 제출하였다.

3. 글로벌백신허브화 실무지원TF 운영

한편 글로벌 백신 허브화 전담 추진기관으로 신설된 '글로벌 백신 허브화 추진단'은 글로벌 백신 허브화 정책 추진을 위한 부처간 실무협업체계로서 '글로벌 백신 허브화 실무지원 TF'를 운영하였다. 글로벌 백신 허브화 추진단 단장이 실무지원TF를 주재하고, 관계부처(국장급) 및 한국보건산업진흥원으로 TF를 구성하고, 정보보안 및 신속한 의사결정 필요성 등을 고려하여 필요시 민간 관계자도 참여할 수 있도록 하였다. 실무지원TF는 수시개최를 통해 'K-글로벌 백신 허브화 비전 및 전략' 각 부처 추진상황을 점검하고, 핵심 정책에 대해 신속한 조율 및 의사결정을 내리는 한편, 한국의 글로벌 백신 허브화를 위해 필요한 추가과제를 발굴하는 역할을 수행하였다.

|표 2-9-48| 글로벌백신허브화 실무지원TF 개최실적 및 주요 논의사항

구 분	일 자	안 건 명
제1차	'21. 8. 20.	• 글로벌 백신 허브화 비전 및 전략 보고대회 결과보고(추진단), '글로벌 백신 허브화 비전 및 전략' 이행방안 부처별 발표 등
제2차	'21. 8. 27.	• 백신 · 원부자재 지원방안 등 5개 안건
제3차	'21. 9. 10.	• WHO 아시아 백신 기술이전 허브 추진 동향, '22년 백신 개발 동향 등 4건
제4차	'21. 9. 28.	• WHO 글로벌 바이오 인력양성 허브 추진동향, 백신 · 원부자재 기업 수출 마케팅 지원 현황 및 계획 등 5건
제5차	'21. 10. 14.	• 바이오의약 공정지원 사업 투자유치 현황, 추진위 개최계획 등 8건
제6차	'21. 11. 11.	• 한-아세안 정상회의 결과와 백신보건협력 과제, 한-아세안 보건장관회의 개최계획 등 7건
제7차	'21. 11. 18.	• 백신 임상시험 투자 관련 펀드 조성 필요성 등 4건
제8차	'21. 11. 25.	• 부처별 국내 백신 · 바이오 인력양성 방안 등 2건
제9차	'21. 12. 23.	• WHO「글로벌 바이오 인력양성 허브」참여의향서 제출 및 동향 보고, K-글로벌 백신 펀드 추진방안 및 협조 요청 사항 등 5건
제10차	'22. 2. 10.	• 바이오헬스 인재양성 기본계획 등 3건
제11차	'22. 3. 25.	• WHO 글로벌 바이오 인력양성허브 선정보고, 글로벌 백신 허브도약을 위한 국제보건협력 전략수립 방안 등 4건
제12차	'22. 4. 28.	• 국내 백신개발 R&D 지원방안, 코로나19 체외진단기기 사례 분석 시사점 등 4건
제13차	'22. 5. 26.	• 백신 소부장 공급망 분석 및 시사점, 동물용 의약품 산업 및 지원현황 등 5개 안건
제14차	'22. 9. 22.	• 세계바이오서밋 추진 및 협조요청, 백신 허브화 관련 부처별 추진계획 및 추진현황 점검

Ⅲ 글로벌백신협력 확대

1. 개요

코로나19 종식을 위한 전 세계의 노력에도 불구하고 변이 바이러스의 출현 등 팬데믹은 지속적으로 확산되었다. 첫 환자 발생 이후 1년 6개월 가량이 경과한 2021년 5월 기준, 전 세계 코로나19 감염자는 1억 5천만 명을 넘어섰으며, 사망자는 330만 명, 일일 확진자는 60만 명에 달하였다. 코로나19 백신은 약 1년 만에 상용화되기 시작했으나, 각국의 경제적 능력에 따라 선제적으로 백신을 구매하며 백신 공급의 불평등 현상이 나타난 것이다. 이에 백신 불평등이 변이 바이러스의 출현을 야기하고 팬데믹 종식을 지연시키는 악순환을 지속시킨다는 문제의식이 폭넓게 공유되었다.

WHO 테드로스 사무총장은 2021년 5월 14일 언론브리핑에서 "백신 공급의 0.3%만이 저소득 국가에 가고 있다"며 전 세계 백신 공급의 불평등을 지적하였고, WHO, 감염병대응혁신연합(CEPI), 세계백신연합(GAVI) 등 글로벌 보건기구들과 여러 국가들은 코로나19 해결을 위해 백신공급이 공평하게 이루어져야 함에 뜻을 같이 하였다. 코로나19 대응 수단에 대한 접근성 가속화체제(ACT-A) 및 코백스 퍼실리티(코로나19 백신을 평등하게 공급하기 위한 프로젝트)가 출범하는 등 코로나19백신의 생산증대 및 글로벌 공급 가속화를 위한 글로벌 백신 협력의 공감대가 높게 형성되었다.

이러한 세계적 노력 속에서 우리나라는 방역 우수국가에서 한발 더 나아가 백신 개발과 공급의 주체로서 '글로벌 백신 허브화 전략'을 수립하고 우리나라 보건산업의 역량 강화와 전 세계 코로나19 극복 기여를 위한 다각적인 외교적 노력을 병행하였다.

2. 주요성과

가. 양자협력

2021년 5월, 코로나19 등 글로벌 도전과제 대응 방안에 대한 공조방안을 논의하기 위해 추진된 한미 정상회담에서 한미 양국은 국제 백신 협력을 통해 감염병 공동 대응역량을 강화하기 위한 '한미 글로벌 백신파트너십(KORUS Global Vaccine Partnership)' 구축에 합의하였다.

이는 전 세계 백신 공급이 부족한 상황에서, 미국의 백신 기술 및 원부자재 공급 능력과 한국의 백신 제조 생산 역량이라는 양국의 상호 강점을 결합하는 것을 내용으로 하고 있다. 정상회담에 이어 '한미 백신 파트너십' 행사가 개최되어 한미간 백신 협력 강화를 위한 정부 및 양국 기업 간 4건의 계약 및 양해각서(MOU)가 체결되었다. 나아가 '한미 글로벌 백신 파트너십'의 이행을 뒷받침하고 코로나19 백신 제조를 확대하기 위해 양국 고위급 관계자로 구성된 '한미 글로벌 백신 파트너십 전문가그룹'을 출범하여 백신생산, 원부자재 공급, 연구개발, 인력양성 협력 등 협력 분야에 대한 논의를 구체화하였다.

한편, 유럽연합과는 2021년 9월 주벨기에유럽연합대사관에서 한-EU 백신협력 추진을 건의한 이후, 한국과 유럽연합은 코로나19의 장기화 속에서 신속한 성과달성이 가능한 협력과제 선정과 아프리카 및 아시아 중저소득국가에의 공평한 백신 및 치료제 공조, 원부자재 공급생산협력 강화 방안 등 향후 긴밀한 협력을 약속하였다.

또한 정부는 영국의 아스트라제네카와 옥스퍼드대학교 제너연구소가 공동 개발한 백신 후보물질 'AZD1222'이 세계에서 가장 빠르게 임상시험 3상에 진입함에 따라 국내 SK바이오사이언스가 백신 제조·공급을 위한 파트너로 참여할 수 있도록 양국 기업 간 협력 논의를 주관하였다. 이에 2020년 7월 21일 보건복지부, 아스트라제네카, SK바이오사이언스 간에 협력의향서(LOI)를 체결하여 빠르고 안정적인 백신 생산 및 수출 협력, 수요 증가에 대응하기 위한 생산 역량 강화, 국내 공급 노력 등의 협력 사항에 합의하였다.

한편 2021년 10월, 호주 빅토리아주정부 및 한국보건산업진흥원과 'mRNA 백신 파트너십 라운드 테이블'을 통해 양국 백신 기업 및 연구소 간 협력 희망분야를 논의하고, 두 달 뒤 'mRNA 백신 비즈니스 파트너링'을 온라인으로 개최하여 한국 및 호주 양국 10개 기업간 협력의 장을 마련하였다. 또한 「한-베트남 보건·백신 공동위원회」 신설 제안 등 한-베트남 보건·백신 파트너십을 추진하여, 2022년 12월 수교 30주년을 기념한 정상회담 부속행사로 한-베트남 간 보건분야 협력 양해각서가 체결되었다.

나. 다자협력

정부는 '코로나19 대응수단에 대한 접근성 가속화체제(ACT-A)', '코백스(COVAX) 백신생산 태스크포스' 등 보건 분야 국제협력에 적극적으로 참여하여 전 세계 코로나19 대응능력 강화 및 미래 감염병 대응체계 구축을 논의하였다. 또한 아시아-태평양 지역의 백신 생산 생태계 구축 및 백신 보급을 위해 아시아개발은행(ADB)과 협력의향서를 체결하였으며, 백신개발을 위해 감염병혁신연합(CEPI)의 자금 및 대조백신 지원을 위한 협조를 촉구하고 국내 백신 · 원부자재 생산기업의 '코백스 마켓플레이스' 참여를 독려하는 등 미래 감염병 대응체계 구축을 위해 힘쓰고 있다.

2020년 4월, 세계보건기구(WHO)는 유럽연합(EU) 집행위원회와 함께 코로나19 백신 · 치료제 · 진단기기의 조속한 개발, 공평한 배분, 대량 조달을 지원하기 위해 접근성 가속화체제(ACT-A)를 창설하였다. 우리 정부도 백신 분야에서 선진국이 공여한 자금으로 개발도상국에 백신을 공급하는 '코백스 선구매공약메커니즘(COVAX AMC)'에 2021년 1억 달러 공여 및 2022년 1억 달러 상당의 현금이나 현물을 제공키로 하였고, 진단기기 분야에서는 '시장 주도국' 지위로 참여하였다. 나아가 ACT-A에 2023년부터 2025년까지 3년간 3억 달러 공여할 것을 기약하였다.

정부는 전 세계 코로나19 팬데믹 극복 노력의 일환으로 아시아-태평양 지역의 백신 생산 생태계 구축 및 백신 보급 증진에도 힘썼다. 2021년 6월 7일 아시아개발은행(ADB)과 백신 협력 방안을 처음으로 논의한 데 이어, 2021년 9월 27일 복지부 글로벌백신허브화추진단장과 기재부 국제경제관리관, 아시아 개발은행 사무총장 등의 인사들이 참석한 회의에서 '개도국 기술협력(Technical Assistance, TA) 사업'과 '아시아 중저소득국 대상 백신인력양성 사업(교육기관 : K-NIBRT)'의 청사진을 발표하였고, 10월 26일에는 한국과 ADB 간 '한-ADB 백신 · 보건협력 의향서(Letter of Intent : LOI)'를 체결하여, 향후 협력사업의 추진 동력을 확보하였다. 그러한 후속사업의 일환으로 바이오 생산인력 양성에 대한 교육을 진행중이며, 2022년 세계 바이오 서밋에 참석, 백신 생산 지원계획 및 한-ADB 인력양성 협력 사업을 소개한 바 있다.

한편, 우리 정부는 신종감염병에 대한 백신개발 및 공평한 분배를 지원하기 위해 2017년 창설된 감염병혁신연합(CEPI)와의 협력을 통해 전 세계 백신 개발 · 공급 가속화를 지원하고 있다.
우리나라는 2020년 11월 감염병혁신연합(CEPI)에 가입하여 2020년부터 2022년까지 3년간 매년 300만 달러의 공여를 약속하였고, '한-감염병혁신연합(CEPI) 백신 라운드테이블' 개최 등을 통해 감염병혁신연합(CEPI)이 주도하는 백신 개발기업 · 생산기업 · 원부자재기업 간 공동시장인 코백스 마켓플레이스(COVAX marketplace) 및 백신 개발을 위한 투자 기업을 선정하는 전략적 파트너십에 국내 기업의 참여를 독려하고 있다.

다. 세계 바이오 서밋 개최

정부는 국제사회 논의에 보다 주도적인 역할을 하기 위해 백신 · 바이오헬스 분야 정상급 리더들을 초청하여 코로나19의 경험을 바탕으로 미래 국제공조방안을 논의하는 교류의 장을 마련하였다. 2022년 10월 25일부터 26일까지 양일간 열린 '2022 세계 바이오 서밋(World Bio Summit 2022)'은 '백신 · 바이오헬스의 미래'를 주제로 하여, 코로나 19의 대응 경험을 공유하고, 기술 혁신에 기반한 미래 감염병 세계적 대유행(팬데믹) 대응을 위한 비전을 모색하였다.

주요 연사로 나이지리아 대통령, 베트남 총리(영상), 보건장관(6개국), 백신 · 바이오 기업(15명), WHO 사무총장(영상), 아시아개발은행(ADB) 총재, 국제의약품구매기구(Unitaid) 사무총장, 감염병혁신연합(CEPI) 대표, 국제백신연구소(IVI) 사무총장 등을 포함한 국제기구 대표(14명) 등 국내 · 외 인사들이 참여하였으며, 국내외 정부, 기업, 유관기관 관계자 300여 명 등 연인원 총 1,300여 명이 참석하였다.

|표 2-9-49| 세계바이오서밋 일정

10. 25. (화)	개회식	대한민국 · WHO 개회사, 축사, 기조연설
	기업대표 분과	글로벌 백신 · 치료제 · 원부자재 기업 및 국내 바이오기업 발제
10. 26. (수)	축사	대한민국 및 각국 보건복지부장관 특별연설, 서울선언문 선포
	본 분과	① 코로나19 대응 노력 ② 백신 연구 · 개발 ③ 넥스트 팬데믹 대응
	토의 분과	④ 백신 소부장 공급망 안정화 ⑤ 진단기기 개발 및 전망 ⑥ 백신 · 바이오의약품 규제협력
	마무리	6개 분과(세션)에 대한 요약 · 정리

행사는 1일차의 개회식 · 기업대표 분과(세션)와 2일차의 축사 · 본 분과(3개) · 토의 분과(3개) · 마무리 분과(세션)로 구성되었으며, 1일차에는 세계보건기구(WHO) 사무총장, 나이지리아 대통령 등 전세계 주요 인사들의 축사와 기조연설을 통해 코로나19의 교훈을 나누고 미래 감염병 대응을 위한 협력의 중요성을 강조하였다. 또한 이어서 열린 기업대표 분과에서는 '포스트 팬데믹을 위한 미래전략'을 주제로 세계 주요기업들이 코로나19 극복을 위한 백신 · 치료제 개발 · 생산 등 경험을 공유하고 팬데믹 이후를 대비하기 위한 기업별 미래전략을 논의하였다.

2일차에는 '세계 바이오 서밋'의 정신을 집약하는 '서울선언문'이 선포되었다. 서울선언문은 행사에 참석한 8개국(나이지리아, 독일, 브라질, 사우디, 엘살바도르, 캄보디아, 튀니지, 한국)이 공동으로 4개 국제기구(세계보건기구, 국제백신연구소, 감염병혁신연합, 국제의약품구매기구)의 지지를 받아 선포되었으며, 미래팬데믹 대응역량 강화를 위한 국제 사회의 협력을 촉구하며 글로벌협력, 인력양성, 연구개발, 공급망 및 규제개선에 대한 협력방안 등이 담겼다.

|표 2-9-50| 서울선언문 요약본

국제사회는 백신 · 치료제 · 진단기기와 같은 감염병 대응수단을 발전시키고, 이에 대한 공평한 접근성을 보장하기 위해 다음과 같은 국제공조에 대한 논의를 지속할 것임

① **(글로벌협력)** 병원체 발견부터 팬데믹 종식까지 글로벌 감시 · 연구 · 제조 네트워크 연계
② **(인력양성)** 바이오 전문인력 확보로 모든 지역의 대응수단 접근성 강화
③ **(연구 · 개발)** 차세대 백신 · 치료제 · 진단기기 선제적 확보를 위한 연구 · 개발 전략 수립
④ **(공급망)** 규제장벽 완화 및 수요-공급 연계를 통한 백신 · 원부자재 등 공급망 개선
⑤ **(규제개선)** 안전 · 효과 검증과 동시에 개발 · 사용 촉진을 위한 최적의 규제시스템 마련

이어 메신저 리보핵산(mRNA) 기술이전 허브와 글로벌 바이오 인력양성 허브의 성과 및 계획 발표, 포스트 코로나 대비를 위한 백신 · 치료제 연구개발 투자전략 모색, 넥스트 감염병 세계적 대유행(팬데믹) 대응을 위한 국제적 노력 및 협력 모색 등에 대한 심도있는 논의가 이루어졌으며, 토의 분과를 통해 백신 소부장 공급망 안정화, 글로벌 진단기기 개발 현황 및 전망, 백신 · 바이오의약품 규제협력 등 다양한 주제에 대해 논의하였다.

세계 바이오 서밋을 계기로, 정상회담을 비롯해 정부, 국제기구, 기업, 민간재단 간 양자면담 33건이 성사되었고 보건의료 양해각서 2건이 체결 · 개정되는 등 활발한 국제교류가 진행되었다.

또한 부대행사로 글로벌 라운드테이블, WBS 2022 특별 분과, 현장방문 프로그램(스마트병원, 바이오기업 2코스) 등 다양한 프로그램을 개설하여 풍성한 볼거리를 제공하였다.

이번 행사는 코로나19로부터 일상회복을 꾀하는 세계적 기류 속에서 그간의 각계 · 각층의 노력을 돌아보고, 차기 감염병 대유행을 대비하기 위한 비전과 협력방안을 모색하였다는 측면에서 의의가 있다.

특히, 코로나19에 대한 백신 · 치료제 · 진단기기가 개발되었으나 이러한 감염병 대응수단에 대한 접근이 공평하지 않아 세계보건위기가 장기화되었다는 점에 전 세계적 공감대가 이루어졌다. 향후 '세계 바이오 서밋'은 백신 · 의약품의 개발 · 생산 · 공급 전반에 걸친 글로벌 협력의 필요성에 대한 인식을 바탕으로, 국제적 비전을 구체화해나가는 글로벌 논의 플랫폼의 기능을 강화해나갈 예정이다.

2023년에도 전년에 이어 바이오헬스 분야 정상급 인사들의 회합을 통해 넥스트 팬데믹 대비를 위한 국제협력을 강화하고자 11월 제 2차 세계 바이오 서밋을 추진할 예정이다. 특히 백신·치료제·진

단기기·규제라는 세션별로 각 분야의 권위있는 국제기구를 파트너기관으로 지정(ADB·CEPI·FIND 등), 우리나라의 바이오 역량을 알리며 백신 및 바이오분야 의제 선도를 위해 국제교류를 추진할 예정이다.

|그림 2-9-46| 세계바이오서밋 행사 모습



라. 기업 파트너링 지원

정부는 미국, 유럽연합, 감염병혁신연합(CEPI) 등 협력 파트너와 양 측간 기업 파트너링을 지원하는 행사를 다수 개최하였다. 2021년 9월 '한미 백신 협력 협약 체결식'에서는 한국과 미국의 17개 백신 관련 기업과 연구기관 대표들이 참석한 가운데, 원부자재 공급, 백신 공동개발, 위탁생산, 감염병 대응 연구협력에 관한 4건의 기업간 MOU와 4건의 연구기관간 MOU가 체결되었다. 또한, 유럽연합과의 양측 백신 기업간 협력 확대 및 강화를 위한 '비즈니스 라운드 테이블'을 2021년 10월, 11월 2회 개최하였으며, 한국과 감염병혁신연합(CEPI)의 백신 사업 추진현황을 공유하고, 국내 백신기업과 감염병혁신연합(CEPI) 간 협력을 통한 글로벌 보건위기 극복 방안을 논의하기 위한 '한-CEPI 라운드 테이블'을 2021년, 2022년 연이어 개최하였다.

Ⅳ WHO 글로벌 바이오 인력양성 허브 지정 및 운영

1. 개요

2019년 12월 COVID-19에 관한 첫 사례가 보고되고 3년이 지난 지금, COVID-19 팬데믹은 전환기에 있는 것처럼 보이지만 글로벌 문제에 초점을 맞춘 통계 사이트 'Our World in Data'에 따르면 '23년 3월 아직도 저소득국가는 전 세계 평균(69.8%)에 못 미치는 28.5%만이 백신을 접종한 것으로 나타나 아직도 소득격차에 따른 국가 간 접종 비율의 격차가 크게 나타난다. 전 세계는 앞으로 미래의 팬데믹에 대응하기 위해서는 백신 불평등 해소가 시급한 과제임을 인식하고, 이를 해소하기 위해 노력하고 있다.

실제로 세계보건기구(WHO)는 위와 같은 과제를 추진하기 위해서는 전 세계 정부기관, 국제기구, 비영리단체, 기업 간 긴밀한 협력을 통한 중·저소득국의 백신 생산역량 강화가 필수적임을 인식하고 백신 생산기반 구축, 기술 개발 및 이전, 바이오 인력양성을 중심적으로 수행하는 2개의 글로벌 허브를 제창하게 되었다.

첫 번째로 2021년 11월 남아프리카공화국의 아프리젠社를 중심으로 하는 'mRNA 기술이전 허브(mRNA tech transfer hub)'를 설립하여 아프리카, 아시아, 남미 등 15개 국가들과 연계하여 생산시설 확충, mRNA 기술이전을 추진토록 하고 있으며,

두 번째로 2022년 2월 한국정부와 '글로벌 바이오 인력양성 허브(Global Biomanufacturing training Hub)'를 설립하여 한국이 중심이 되어 전 세계 중·저소득국의 백신·의약품 개발 및 생산에 필요한 바이오 인력에 대한 교육을 실시토록 하였다. 인력양성 허브 운영을 통해 한국은 국제사회 기여를 통한 바이오 분야 리더십을 강화하는 계기를 만들었을 뿐만 아니라, 국내 기업들에게도 전세계 관련 인력들과의 협업 기회 및 중·저소득국 시장 진출의 발판을 제공하고 있다는 점에서 큰 의미가 있다.

한국 정부는 글로벌 바이오 인력양성 허브 설립 이후 2022년 6월부터 백신 의약품 생산공정, 품질관리 등을 위한 다양한 교육을 실시해 왔다. 아프리카, 동남아 등 전 세계 중·저소득국 바이오 인력을 대상으로 백신 관련 이론과 실습, 임상시험 설계를 활용한 사례연구, 국내 기업 현장 견학, 해외 현지 컨설팅 등을 진행하였으며, 또한 교육 접근성 개선을 위해 관심 있는 누구나 참여할 수 있도록 실시간 온라인 교육도 운영하는 등 허브의 출범 첫해임에도 총 550여 명이 참여하는 순조로운 출발과 만족도 높은 교육으로 주변의 호응을 이끌어냈다.

정부는 앞으로도 중·저소득 국가의 백신·바이오의약품 생산·제조인력 양성을 위한 생산 공정 실습 교육의 확대, 글로벌 수요를 반영한 교육과정의 개발 등 지속 가능한 교육과정의 운영·지원으로 중·저소득국의 백신·바이오의약품 생산역량을 강화하고, 국내 기업의 높은 기술력을 통한 해외 진출의 발판을 다질 계획이다.

2. 주요 성과

정부는 2022년 7월, 중 · 저소득 24개국 106명, 국내 32명의 바이오 인력을 대상으로 2주간 '백신 · 바이오의약품 생산공정 기본교육'을 추진하여, 총 138명의 참여자 중 133명이 이수하였으며, 교육생의 높은 만족도를 보였다(4.45/5점).

|그림 2-9-47| '22. 7월 교육 사진




또한, 2022년 10~11월, 중 · 저소득 31개국 151명, 국내 36명의 바이오 인력을 대상으로 3주간 '백신 · 바이오의약품 품질관리 기본교육'을 추진하였다. 총 187명의 참여자 중 183명이 이수하였으며, 만족도는 1차 교육을 약간 상회하였다(4.54/5점).

|그림 2-9-48| '22. 10월 교육 사진




2022년 7월에는 방글라데시 인셉타社, 12월 남아프리카공화국 아프리젠社, 미국약전(US Pharmacopeia) 교육 등 해외 현지 방문 컨설팅과 교육을 진행하였으며, 백신 · 바이오의약품 핵심 강좌를 선별하여 온라인과정도 개설 · 운영하였다.

|그림 2-9-49| 현장 방문 컨설팅 사진





아울러, 정부는 아시아개발은행(ADB)과 협력을 통해 아 · 태지역의 백신 역량 증진을 위해 연세대(송도) 한국형 나이버트사업단(K-NIBRT) 주관으로 두 차례에 걸쳐 총 59명의 바이오 인력을 대상으로 8주간의 백신 생산 이론 및 실습 교육을 실시하였다.

2023년에는 중남미 국가 대상 인력양성프로그램을 신설하여 미주개발은행(IDB) 지원, 오송첨단의료사업진흥재단(오송 K-BIO), 국제백신연구소 협업으로 4주간 40명 규모의 이론 및 실습 교육을 추진할 예정이며, 아시아개발은행(ADB) 지원으로 한국형 나이버트사업단(K-NIBRT)에서 8주간 40명 규모의 실습 위주 교육도 예정되어 있는 등 국내·외 협업을 통한 다양한 인력양성과정을 지속 확대하고 있다.

앞으로도 정부는 '글로벌 바이오 인력양성 허브' 교육을 지속 확대 추진하여 세계 보건 안보의 관심, 국제사회와의 협업 및 네트워크 구축으로 글로벌 리더로서 한국의 위상 확립과 함께 국내 기업의 해외 진출에도 이바지하고자 노력할 것이다.

V 백신 · 원부자재 생산기반 확립

1. 추진배경

코로나19 팬데믹 확산으로 백신 수급 여부가 국민 생명과 직결되는 매우 중요한 문제가 되었다. 이로 인해, 백신은 물론 백신 생산 · 개발에 필요한 원료 · 생산부품 · 장비의 국내 생산 기반 구축 필요성이 대두되었다.

이에, 글로벌백신허브화추진단에서는 산업통상자원부, 기획재정부, 중소벤처기업부, 특허청 등 관계부처와 협업하여 투자유치지원, 금융지원, 세제지원, 지재권 지원 등 다각적인 지원을 펼치는 동시에, 백신산업 실태조사, 국산 백신 원부자재 성능지원, 코로나19 백신 및 원부자재 생산시설 · 장비확충 지원 등의 지원 사업을 직접 추진해 나가고 있다.

아울러, 정부-기업, 기업 간 협력 및 신속 대응을 위해 보건산업 육성 컨트롤타워인 한국보건산업진흥원을 중심으로 한국바이오협회, 한국바이오의약품협회, 한국제약 바이오협회, 한국글로벌의약산업협회 및 60여개 백신분야 소재, 원자재, 부자재, 완성품 기업 등으로 '백신기업협의체'를 가동하여 운영 중에 있다.

또한, 글로벌백신허브화추진단 내에 기업지원 소통 창구인 '기업애로사항해소지원센터'를 설치하여, 애로 · 규제개선 사항을 적극 발굴하고, 관련 부처 간 논의 등을 통해 신속한 해결을 도모하고 있다.

글로벌백신허브화추진단에서는 이러한 노력들을 통해, 우리기업의 백신 생산 역량이 강화되고, 백신 생산 · 개발과 관련된 산업 생태계가 점차 커질 것으로 기대하고 있다.

2. 주요 부처별 실적 및 계획

가. 산업통상자원부

산업통상자원부는 백신 생산지원, 기술개발, 인력양성, 글로벌 기업 국내 유치 등 다양한 분야에서 국내 백신 생태계 조성에 앞장서고 있다.

먼저, 생산지원 분야에서 '22년 백신 공정개발 6건, 기술 컨설팅 31건, 임상 · 비임상 시료 위탁생산 실증지원 24건, 백신 시료 품질검사 65건 등을 지원하였다. '23년에는 화순에 mRNA 의약품 GMP 제조시설 착공을 추진할 계획이고, 안동에 기 구축된 GMP시설의 운영을 통한 백신 산업화 기업지원을 지속 추진코자 한다.

기술개발 분야에서는 '22년 핵심 원부자재 기술개발 과제 11건을 선정하여 '25년까지 지속적으로 관리해 나갈 예정이다. 인력양성 분야에서는 '22년 K-NIBRT 시범 교육 과정, 안동 백신실증지원센터 GMP 시설을 통해 각각 448명, 78명을 교육하였으며, '23년 K-NIBRT 인력양성센터(송도)와 백신 생산공정 실습전용시설(안동) 착공이 계획되어 있어, 향후 바이오 분야 우수 인재가 지속적으로 발굴될 것으로 기대하고 있다.

마지막으로 투자유치 분야에서는 독일 싸토리우스社가 '22년부터 '25년까지 인천 송도에 3억 달러를 투자하여 백신 원부자재 생산시설을 구축하기로 하였다. 동 시설에서는 일회용백, 세포배양배지, 제약용 필터 등의 원부자재가 생산될 예정이고, 전 세계 원부자재 수출 거점이 될 것으로 기대하고 있다. 이 외에도 글로벌 원부자재 · 장비 기업의 투자유치 활동을 지속적으로 추진해 나갈 계획이다.

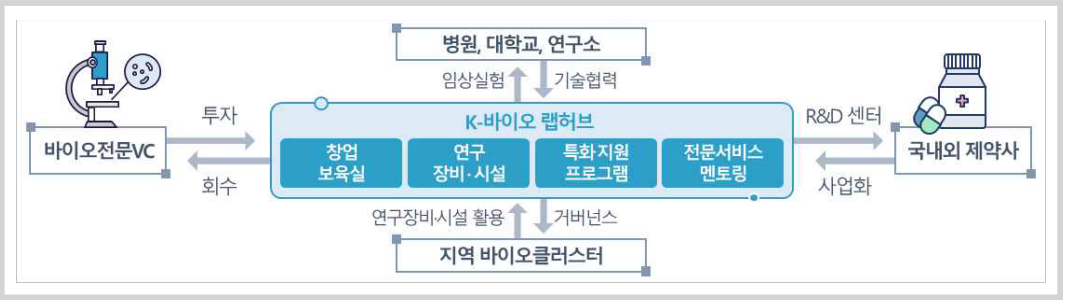
나. 중소벤처기업부

중소벤처기업부에서는 중소 · 벤처기업 중심의 바이오산업 생태계 조성이라는 목표로 전방위적인 정책 지원방안을 마련하였다. 백신 · 원부자재 중소기업을 대상으로 융자 및 기술 보증을 통해 유동성을 지원하는 한편, 코로나19 치료제 및 백신위탁 생산업체 등의 설비 및 제품 품질향상 컨설팅 등을 지원하는 의약품 특화분야 스마트공장도 지원하였다.

또한 의약 · 바이오 소재 관련 창업기업을 발굴하여 창업사업화 및 R&D지원을 통해 창업활성화 및 기술고도화를 도모하였으며, 민 · 관 공동 백신펀드를 조성하여 백신 · 바이오 분야 벤처기업의 경쟁력 확보도 도모하였다.

아울러 美 랩센트럴(美 보스턴 클러스터 내 바이오 벤처 · 스타트업에 실험시설 · 사무공간 등을 제공하는 지원기관)을 벤치마킹하여 의약 · 바이오 창업기업이 글로벌 혁신기업으로 빠르게 성장할 수 있도록 의약바이오 분야 특화지원 체계도 마련하였다. 연구시설 · 장비부터 사업기획, R&D, 투자까지 의약바이오 창업 특성을 고려한 특화지원 프로그램인 K-바이오 랩허브 구축사업(사업규모 : 총 사업비 2,726억 원, 사업기간 '23.~'31.(9년간))을 기획하여 예비타당성조사를 통과('22. 8월)하였고, '23년부터 본격 추진할 예정이다.

|그림 2-9-50| K-바이오 랩허브 구축 및 협력모델



앞으로도 중소벤처기업부에서는 화순바이오헬스 융복합 지식산업센터 건립을 추진하는 등 백신 특구를 확대하고, 창업사업화 및 기술개발, 스마트 공장 등 지원정책을 활용하여 바이오 분야 산업 생태계 조성을 위한 지원을 지속할 예정이다.

다. 특허청

특허청은 백신 분야 특허 분석 및 정보 제공, 지식재산 기반 R&D 전략 지원, 특허 보호 등 다양한 지원 활동을 추진하고 있다.

'21년~'22년 두 해에 걸쳐, 주요 코로나19 백신 기술 특허를 분석하고 그 결과물인 '코로나19 백신 특허분석 보고서'를 정부, 유관기관, 기업 등에 공유하였으며, '22년 주요 백신 · 치료제 특허정보, 특허분쟁 현황, 지재권 관련 국제논의 현황 등을 정리한 '코로나19 백신 · 항체 · 치료제 특허정보집'을 발간하였다.

|표 2-9-51| 코로나19 백신 특허분석 보고서

- **(mRNA 백신)** mRNA 백신(모더나, 화이자, 큐어백) 플랫폼 기술 관련 총 691건 핵심 특허군에 대한 ▲공정별 핵심 특허 분석 ▲특허분쟁 현황 ▲국내 진입 여부 조사 등
- **(비mRNA 백신)** 바이러스 벡터/합성 항원 방식 등 4가지 백신 플랫폼, 21종(해외 15종, 국내 6종)의 시판 · 임상 중인 백신 관련 총 138건의 핵심 특허 분석
- **(백신 원부자재)** 주요 백신 플랫폼의 공정별 원부자재 16개에 대하여 시장 · 산업 환경분석, 특허권리 관계, 특허 분쟁 현황 및 분쟁 가능성 검토

또한, '22년 백신 · 원부자재 기업 등을 대상으로 선행특허 대응 및 공백분야 우수특허 창출 전략 제공하는 IP-R&D 전략 과제 총 82개(백신 13, 치료제 11, 원부자재 58)를 지원하였으며, 글로벌 기업과의 특허분쟁에 대응할 수 있도록 백신기업에 가점을 부여하고 특허분쟁대응전략 컨설팅 4건을 우선 지원하였다.

이 외에도, 코로나19 백신, 치료제 기술의 신속한 특허 획득을 위해 '22년 코로나19 백신 특허출원 4건, 치료제 특허출원 44건에 대해 우선심사를 지원하였으며, 백신 개발 · 생산 중소기업 대상으로 기업맞춤형 특허분쟁 위험 조기진단서비스를 신규 제공하였다.

'23년에도 복지부, 식약처, 질병청 등 관계기관과 협업하여, 백신 · 원부자재 분야 지식재산 기반 연구개발(IP-R&D) 전략 지원, 기업맞춤형 특허분쟁 위험 조기진단, 특허분쟁대응지원 등을 지속적으로 추진할 계획이다.

라. 기획재정부

기획재정부는 백신 개발 · 생산을 위한 핵심기술을 국가경제안보 차원에서 중요한 '국가전략기술'로 선정하고 백신산업에 대한 투자 촉진을 위해 R&D 및 시설투자 시 세제지원을 강화하기로 하였다. 이를 위해 백신 개발 · 생산 · 시험 · 원부자재 등 백신 산업 전 주기에 걸쳐 국가전략기술을 선정하였으며, 「조세특례제한법 일부개정법률안」이 2023년 3월 30일 통과되면서 백신을 비롯한 국가전략기술에 대한 세액공제율이 설비투자는 최대 35%, R&D 비용은 최대 50%까지 확대되었다. 이번 세액공제 확대가 백신산업 투자 활성화로 이어져 국내 백신산업의 글로벌 시장경쟁력 강화에 기여할 것으로 기대한다.

3. 글로벌백신허브화추진단 실적 및 계획

가. 백신생산기반구축을 위한 범부처 협업 강화

글로벌백신허브화추진단에서는 보건복지부와 산업통상자원부를 중심으로 범부처 차원에서 백신과 원부자재의 안정적인 공급망을 확보하고 우리 백신 · 원부자재 기업들이 성장해 나갈 수 있도록 R&D, 금융, 산업, 수출 등 부문에서 지원방안을 논의하기 위해 10대 유관기관 협력회의를 개최(2회) 하였다.

|그림 2-9-51| 10대 유관기관장 협의체 협력회의



제1차 협력회의('22. 1. 13.)


제2차 협력회의('22. 3. 16.)

이를 통해서 한국보건산업진흥원(이상 보건복지부 유관기관), 대한무역투자진흥공사, 한국무역보험공사, 한국무역협회(이상 산업통상자원부 유관기관), 중소기업진흥공단, 기술보증기금(이상 중소벤처기업부 유관기관), 신용보증기금, 한국산업은행, 중소기업은행(이상 금융위원회 유관기관), 한국수출입은행(이상 기획재정부 유관기관) 등 10대 유관기관은 백신원부자재 기업에 대한 정책자금 지원, 성능시험 사업 등 지원을 이어나가고 있다.

|표 2-9-52| 주요 기관별 주요 투자 지원(제4차 비상경제민생회의('22. 7. 27.)

중소기업진흥공단	• 백신 · 원부자재 분야 저금리 중소 정책자금 최대 100억 원까지 지원
산업은행	• 혁신성장산업지원자금('22년 : 11조 원) 활용 생산설비 구축 자금 지원
수출입은행	• 제약 · 바이오 시설구축 등에 총 5조 원 규모 금융지원('22~'25년)
중소기업은행	• 백신 · 원부자재 기업 대상 금리감면(최대 1.0%p), 한도 우대 혜택 제공
기술보	• 바이오헬스 등 6대 신산업 분야 총 9,000억 원 규모 기술보증 지원
보건산업진흥원	• 백신 · 바이오 원부자재 기업 성능시험 자금 지원(기업별 1억 원 내외)

또한, 백신산업 육성을 위한 정책수립 기반을 마련하기 위해 국내 백신산업실태조사를 2022년에 최초로 실시하였다. 먼저 백신산업 분류체계를 새롭게 마련하여 백신산업에 대한 명확한 범위를 설정하였으며, 이후 전수조사 방식으로 159개 업체를 최종 선정하여 사업분야, 규모, 매출, 수출, 투자, 고용부문 등에 대한 실태조사를 진행하였다. 2022년 실태조사 결과 국내 백신기업 159개사는 백신완제품 29.6%, 백신 원부자재 32.1%, 백신장비 15.1%, 백신 관련 서비스 35.8%의 비율로 사업을 영위하는 것으로 파악되었다. 백신산업 육성을 위한 공신력 있는 통계 수립을 위해 향후 통계청 협의를 거쳐 국내 백신산업 실태 조사를 국가승인통계로 추진 여부를 검토할 계획이다.

이 외에도, 글로벌 의존도가 높은 백신 원부자재에 대한 국산화 지원을 위해 '22년부터 '국산 백신 원부자재 성능시험 지원사업'을 추진 중에 있다. 동 사업은 백신 원부자재의 시장 진입을 위해 필요한 객관적 품질 데이터를 확보하기 위한 성능평가(시험 · 분석 · 인증) 및 컨설팅 비용을 지원하는 사업으로, '22년 중소 · 중견기업 19개사를 지원하였으며, '23년 20개사를 지원할 계획이다.

이와 더불어, 백신 생산 생태계 조성 및 한국의 글로벌 백신 생산 허브화를 위해 '백신 원부자재 생산시설 · 장비 확충 지원 사업'을 추진하고 있다. 동 사업은 백신 · 원부자재 생산에 직접적 연관성이 있는 생산설비에 대한 시설 · 장비비를 지원하는 사업으로 '21년 중소 · 중견기업 14개사를 지원하였다. 코로나 백신 개발이라는 시급성으로 인해 '21년 추경 예산으로 한시 편성되었으며, '23년 장비 구축이 완료되면, 사업이 종료될 예정이다.

'국산 백신 원부자재 성능시험 지원사업'과 '백신 원부자재 생산시설 · 장비 확충 지원 사업'은 백신 원부자재를 개발 · 생산하는 우리기업의 기술 품질력 제고는 물론 글로벌 시장 진출 기반이 마련될 것으로 기대하고 있다.

1) 현장중심형 기업애로 해소 지원 등

글로벌백신허브화추진단에서는 2020년 5월부터 백신 · 치료제 · 원부자재 기업의 개발-전임상단계-임상단계-허가 · 심사단계-제품화 단계에 거친 전주기 애로사항에 대하여 신속 상담, 부처 협의 등을 통해 정보제공은 물론 소관 부처와의 협의를 거쳐 기업 지원방안을 모색하기 위해 추진단 내에 '기업 애로사항 해소 지원센터'를 설치하였다.

|그림 2-9-52| 기업애로 접수 및 처리 절차

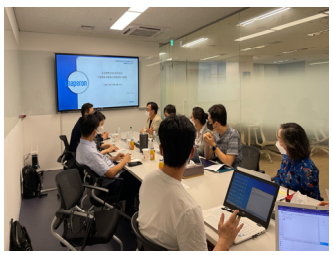
상시 애로 접수		일반 · 심층 상담		결과 안내
• 보건산업진흥원 홈페이지 • 센터 대표 이메일 • 센터 방문 등	➠	• (일반) 기업 ↔ 센터 • (심층) 기업 ↔ 센터, 부처	➠	• 현장답변, 이메일 등 최대한 신속 처리

센터는 2022년 12월까지 146개사로부터 726건의 비임상 시험시설(BL3) 연계, (비)임상시험 자금 및 시험대상자 모집 지원, 인허가 요건 완화, 설비투자 지원 등 요청을 받아 관련 정보를 제공하거나 애로사항을 해결하였고 백신 · 치료제 등 기업 48개사 및 4개 유관 협회를 직접 찾아가는 설명회를 개최하였다.

|그림 2-9-53| 찾아가는 설명회 현장모습


아이진㈜, '22. 5. 11.


한국 머크, '22. 5. 13.


샤페론, '22. 9. 15.

또한 백신산업 분야의 기업들이 백신 개발~제품화 단계별 정부 지원제도에 대한 올바른 정보를 습득하고 활용할 수 있도록, 관계부처 합동으로 정부 지원사업 설명회를 개최(4회), 「백신 · 치료제 지원 가이드북(2회)」과 「백신 · 치료제 등 주요 질의 · 답변(2회)」을 발간 · 배포, 백신 · 치료제 · 원부자재 기업 간 네트워크 강화 및 협력사업 모색을 위해 워크숍(1회) 개최 등의 노력을 기울이고 있다.

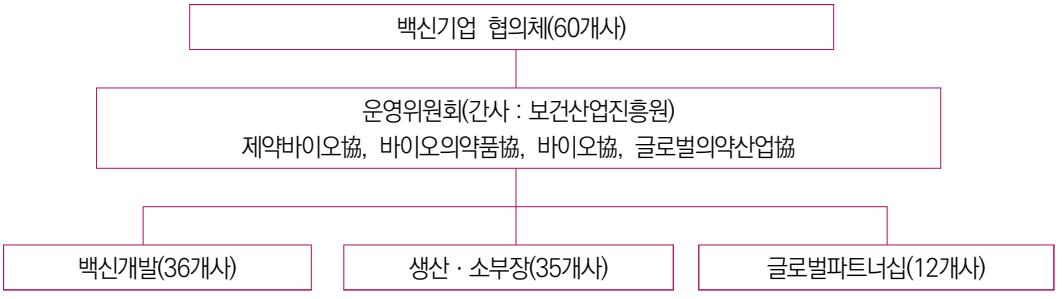
|그림 2-9-54| 찾아가는 설명회 자료예시



지원 가이드북 '21. 11. | 기업지원 설명회 '22. 9. 29. | 질의·답변집 '22. 5.

한편, 2021년 6월 4일 국내 백신기업 간담회에서 백신 개발·생산 기업을 중심으로 정부-기업, 기업 간 협력체계를 구축할 필요성이 제기됨에 따라 2021년 6월 17일 민간주도의 「백신기업 협의체」를 구성·운영(9회)하여 해외 기업과의 비즈니스 파트너링 매칭 지원('22년 IR설명회 6개 기업, 매칭 67건), 원부자재 구매, 국산화 관련 애로·건의사항 공유 및 개선 방안 논의, 유관기업의 정보교류 지원(협의체 기업 홍보 디렉토리북 발간 2회) 등의 역할을 하고 있다.

|그림 2-9-55| 백신기업 협의체(('22. 12. 기준, 분과별 중복)



Ⅵ 백신 연구개발(R&D) 지원전략 수립 및 공동 연구 추진

1. 개요

코로나19 팬데믹 이후 세계 주요 국가들은 대규모 투자와 민간 및 정부 간 협력으로 초단기간 내 백신 개발에 성공했다. 과거 10년 이상 소요되던 백신 개발과 승인 과정을 11개월로 단축하고, 새로운 플랫폼인 mRNA 백신을 상용화한 것은 인류 역사상 획기적인 성과였다. 팬데믹 상황은 국내 기업들이 글로벌 제약사가 개발한 코로나19 백신의 위탁생산기지로 성공적으로 발돋움하여 세계 최고 수준의 백신 생산 역량을 인정받는 시기였지만, 동시에 정부에서는 코로나19 대유행의 장기화 속에서 백신 자주권 확보가 반드시 필요함을 깨닫는 계기도 되었다.

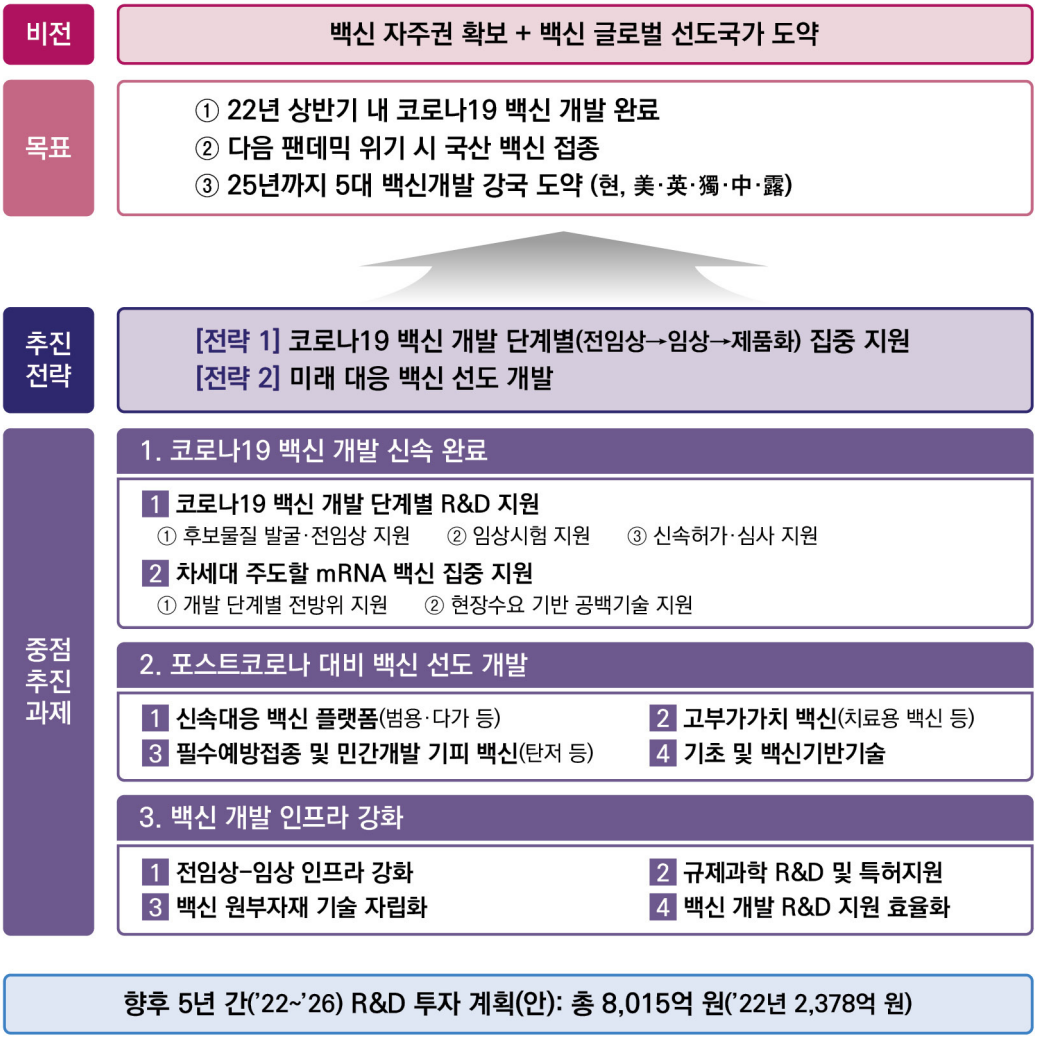
과거에 백신 개발을 위한 다양한 정부 지원정책이 있었음에도, 가시적 성과를 거두지 못한 이유로 다음 세 가지를 들 수 있다. 먼저, 부처 간 칸막이로 인해 기존 연구사업의 우수 성과들을 알기 어려워 다음 단계를 지원하는 타 부처 사업을 통한 지원이 잘 되지 않는 문제가 있었다. 다음은 백신 연구개발을 위한 인프라 부족으로, 기업들의 인프라 부족 민원과 확충 요구는 계속 있었으나 실제 현황 파악과 보강을 위한 전 부처 차원 연계에 어려움이 있었다. 마지막으로, 대한민국은 백신 개발의 후발주자로서 우수 기술을 보유한 해외 연구 기관과 공동 연구를 통한 기술 교류 및 글로벌 네트워크 확대가 반드시 필요하다. 그러나 국제 공동 연구 사업은 부처별로 이루어지고 있어, 지원 대상의 적절성, 실제 효과성, 적정 규모 지원 여부 등을 확인하기 위한 범부처 차원의 검증 역할 필요성이 제기되었다. 백신 개발 가속화에 걸림돌로 작용해 온 이들 문제들은 반대로 범부처 백신 연구개발 지원 조정 기능이 필요한 근거가 되었다.

2. 주요 성과

이를 위해, 2021년 8월 5일 대통령 주재의 글로벌 백신 허브화 추진위원회에서는 'K-글로벌 백신 허브화 비전 및 전략'을 발표하면서 다양한 전략백신의 개발과 연구개발 생태계 확충 등을 지원하는 '차세대 백신 신속 개발 지원' 방향을 제시했다. 해당 내용에는 다양한 변이 바이러스에 사용 가능한 다가 · 범용 백신, 자궁경부암 · 폐렴 등 고부가가치 백신, 탄저 백신 등 민간에서 개발을 기피하는 백신 개발 지원과 함께, 신속 제작이 가능한 백신 플랫폼 확보와 면역증강제 등 백신 기반 기술, 기초 · 원천 연구를 추진하는 방안이 포함되었다. 백신 개발부터 상용화까지, 비임상, 임상, 심사 · 허가 등 단계별로 빈틈없이 지원을 강화하여 국내 백신 개발 역량 강화와 글로벌 백신 허브화를 추진하고자 했다.

보건복지부는 8월 전략의 실행을 위해 관련 부처들과 협의하여 “글로벌 백신허브 강국 도약을 위한 국내 백신 개발 R&D 지원 방안”을 마련, 9월 2일 글로벌 백신허브화 실무위원회에 안건으로 보고했다. 중점 추진 과제로 [① 코로나19 백신 개발 신속 완료, ② 포스트코로나 대비 백신 선도개발, ③ 백신 기초 · 기반기술 및 인프라 강화]를 선정하고, 각 부처별 2022년부터 2026년까지 사업별 추진 일정과 수행 내용을 포함했다.

|그림 2-9-56| 국내 백신 개발 R&D 비전 및 목표



이후, 글로벌 백신허브화 실무지원 TF 회의를 통해 각 부처의 백신 연구개발 추진내용과 2022년 관련 예산 확보 및 사업 계획 등 점검 및 다양한 이슈의 해결 방안을 모색하는 자리를 마련했고, 11월에는 TF 회의와 별도로 추진단에서 2022년 각 부처의 백신 연구개발 과제내용 및 예산 등을 분석하여 연구과제의 중복 여부 등 조사결과를 각 부처에 공유했다.

또한 2022년 4월 실무지원 TF에서는 2021년 9월 실무위원회 보고안건을 바탕으로, 달라진 코로나19 유행상황과 포스트 코로나를 대비하는 국제 추세를 반영한 "백신 R&D 지원 방안"을 발표했다. 배경에 코로나 이후 백신 유망기술 수요와 투자 공백분야 발굴이 추가되고, 차세대 백신 원천기술 확보와 연구 기반 인프라 강화 등을 위한 관련 부처·기관 간 협력체계 구축내용이 반영되었다. 의견 수렴을 위해 2021년 9~10월 전문가 자문회의 4회, 11~12월 관련 기관 회의 4회 등을 실시했다.

|표 2-9-53| 2022년 부처별 백신 R&D 사업 및 지원과제 현황

부처	세부사업	과제수			예산(억 원)
		계	신규	계속	
합계		184	137	47	1,299.5
과기부	소계	30	26	4	164.3
	감염병차세대백신기초원천핵심기술개발	26	26	-	91.0
	바이오의료기술개발사업	2	-	2	40.0
	신변종감염병대응기술플랫폼구축	2	-	2	33.3
복지부	소계	78	49	29	758.1
	감염병예방치료기술개발사업	41	12	29	212.5
	미래성장고부가가치백신개발	9	9	-	42.4
	백신기반기술개발	13	13	-	59.3
	신변종감염병대응mRNA백신임상	2	2	-	100.0
	신속 · 범용백신기술개발	10	10	-	42.9
	코로나19백신임상지원	3	3	-	301.0
산업부	백신원부자재생산고도화기술개발	11	11	-	68.8
식약처	감염병대응혁신기술지원및활용연구	14	14	-	85.0
질병청	소계	51	37	14	223.3
	공공백신개발 · 지원센터건립및운영	15	1	14	60.1
	공공백신개발지원	9	9	-	31.2
	신기술기반백신플랫폼개발지원사업	20	20	-	68.0
	신변종감염병대응mRNA백신임상	7	7	-	64.0

2022년 6월에는 기 발표 안건들의 이행점검을 위해 2022년 각 부처 R&D 사업예산으로 지원하는 백신 지원 과제 상세현황을 조사 후 취합 정리 및 공유했고, 중복 지원 최소화 및 유망 과제의 협업 강화 등 후속 조치를 위한 논의를 진행했다(7~9월, 4회). 12월에는 연도 중 추가 선정된 과제를 포함하여, 2022년 말 기준 부처별 백신 관련 신규 · 계속 지원과제 현황조사를 실시했다.(표 2-9-53 참조)

2022년 백신 R&D 과제 지원 규모는 1,300억 원으로 총 184개 과제를 지원하고 있으며, 부처별 지원 규모는 복지부 78개 과제 758억 원, 질병청 51개 과제 223억 원, 과기부 30개 과제 164억 원, 식약처 14개 과제 85억 원, 산업부 11개 과제 69억 원 순이었다. 또한, 연구주제를 과제명 기준으로 분석한 결과, 코로나19 및 mRNA 기술 중심으로 주로 지원하고 있는 것으로 확인되었다.

이어서 범부처 차원의 백신개발 공공지원기관 주요 연구 인프라 파악을 위해 2022년 7월에 국가전임상시험지원센터, 9월에는 오송첨단의료산업진흥재단을 대상으로 현장 방문을 실시했다. 11월에는 전임상시험지원센터에서 개최하는 워크숍에 참석하는 등 연구 지원기관 간 협력 교류를 위해 노력하였으나, 한정된 인원의 현장 방문만으로는 전체 인프라 파악 및 협력 제고에 한계가 있어 향후 연구지원 기관 협력방안 마련을 위한 연구용역을 추진할 예정이다.

다음으로, 2021년 5월에 있었던 한미 백신 파트너십 구축과 연계하여 백신 등 감염병 분야에 대한 국제 공동연구 과제 지원을 추진했다. 8월 개최된 한미 백신 파트너십 「전문가그룹」 회의를 통해 미국 측이 제안한 R&D 협력 분야(디지털 헬스 등) 중심으로 양국 간 공동연구 협력 추진을 논의하였으며, 추진단은 기재부에 한국 측 공동연구 지원 예산안을 제출했다(2022~2023년, 국내외 기업-연구소간 공동연구사업, 23억 원).

R&D 소그룹회의에서 미국 측과의 논의를 통해(9월), '감염병 백신 · 치료제'를 주제로 한 진흥원-미 NIH(국립보건연구원) 공동연구(Joint call)를 제안했다(11월). 계속된 협의 결과, 2022년 1월 한미 민간 연구기관 간 공동연구로 추진하기로 합의하고, 2월 개최된 제4차 한미 전문가 그룹회의에서 합의내용을 승인했다. 사업 공고와 평가를 거쳐 감염병 치료제 분야 2개 과제를 선정했으며, 8월부터 협약 및 관련 연구를 추진 중에 있다.

3. 향후계획

2023년, 출범 3주년을 맞이하는 글로벌 백신 허브화 추진단은 범부처 백신 연구개발 지원 조정과 성과 분석결과 공유, 공백분야 발굴 및 연계 강화에 초점을 맞춰 업무를 추진할 계획이다.

우선, 주요 연구 지원 분야인 mRNA 기술 중심의 부처 합동 백신 연구개발 성과공유회를 개최하여, 각 부처에서 추진 중인 mRNA 백신 수행현황을 점검·공유하고 유망과제의 범부처 연계지원을 통해 mRNA 플랫폼 확보 및 백신 개발을 촉진하고자 한다.

다음으로, 백신연구 지원기관 주요 인프라 현황 파악 및 협력 체계를 개선하기 위해 전체 현황을 일괄 파악하는 「국가 감염병 백신·치료제 연구지원 기관 인프라 조사 연구」를 수행할 예정이다. 이를 통해 공공 백신연구 지원기관의 현황 파악 뿐 아니라 병목 및 공백분야 발굴과 인프라 확충이 필요한 영역을 제안하여, 다음 팬데믹 대비 자체 백신·치료제 개발 속도를 높이고 정부 차원의 기술 자립기반을 마련하는데 이바지하고자 한다.

마지막으로, 국내 백신 개발 R&D 정책이 글로벌 백신 기술의 급격한 발전 속도와 연구 동향을 반영할 수 있도록 각 부처에 국내외 백신 개발 파이프라인과 동향자료를 주기적으로 제공할 계획이다. 그리하여 백신 자급화를 넘어 글로벌 백신 허브화의 국가적 비전 달성에도 기여하고자 한다.

CHAPTER

제10장

한의약정책

제1절 한의약정책의 비전
제2절 한의약정책
제3절 한의약산업정책

제10장 한의약정책

제1절 한의약정책의 비전

우리나라의 국제 경쟁력 강화를 위해서는 국가전략산업 육성이 무엇보다 긴요하다. 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 · 퇴행성 질환이 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 전통의학을 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.

집필자 한의약정책과장 김우기

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 한의약 중심 지역 건강 복지 증진, 한의약 이용체계 개선, 한의약 산업 혁신성장, 그리고 글로벌 경쟁력 강화의 4개 분야에서 추진되고 있다.

지역사회 통합돌봄 사업과의 연계 등을 통해 한의약 건강돌봄을 활성화하고, 서비스 제공 표준매뉴얼 개발, 인력교육으로 서비스 질도 제고한다. 한의약 방문진료 서비스 등 일차의료 강화를 추진하고, 국공립병원 내 한의과 설치 지원을 통해 공공의료도 강화한다. 한의약 이용체계 개선을 위해 첩약 건강보험 적용 시범사업을 실시하여 한약 접근성을 개선하고, 위생 · 안전 관리도 강화한다. 한의표준임상진료지침 개발 등을 통해 한의 서비스의 신뢰성을 제고하고, 보장성 확대 및 의과와의 협진 활성화도 추진한다.

한의약 임상연구부터 산업화까지 전 주기 지원을 통해 한의약 산업을 육성하고, 신변종 감염병 대응 기술 개발, 한의약 빅데이터 허브 구축, 인공지능 활용 체계 마련 등을 통해 급변하는 보건 및 산업 환경변화 대응역량도 강화한다. 글로벌 경쟁력 강화를 위해 한의약의 국제표준제정, 세계보건기구(WHO)와의 협력도 확대한다. 한의약 제품의 수출, 외국인 환자 유치 증대를 위해 세계 주요국에 한의약을 적극 홍보하고, 해외진출 컨설팅 등 국내 업체 지원도 강화한다.

집필자 한의약정책과장 김우기

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 종합계획을 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, 2018년 12월 11일 「한의약육성법」 개정을 통해 한의약육성발전위원회의 효율적 운영을 도모하고, 한약사(韓藥事)에 관한 기술 진흥의 지원으로 한정되어 있던 한국한의약진흥원의 업무범위를 한의약기술 진흥의 지원으로 확대하여 법률에 규정함으로써 한의약기술 및 산업을 진흥하기 위한 법적 기반을 마련하였다.

2. 한의약육성발전종합계획

국가 차원의 장기적 · 종합적인 전통의약 육성 대책의 필요성을 인식하여 정부는 '한의약육성법'에 따라 5년마다 한의약육성발전종합계획을 수립하여 시행해 오고 있다. 2006년 1차 종합계획 수립을 시작으로 4차까지 수립된 한의약육성발전종합계획은 한의약을 통한 건강증진과 산업 경쟁력 강화를 위한 발전전략을 제시하여 왔다. 1차 종합계획은 기반 조성 및 추진 체계 확보, 2차 종합계획은 관련 시스템 및 절차 구축, 3차 계획은 과학화 · 표준화에 중점을 두었고, 4차 종합계획은 초고령사회 등에 대비한 지역사회 한의약 건강돌봄 확대와 신변종 감염병, 4차 산업혁명 등에 대비한 산업 경쟁력 강화를 전략방향으로 설정하였다.

제4차 한의약육성발전종합계획은 보건복지부뿐만 아니라 과학기술정보통신부, 식품의약품안전처, 농촌진흥청 등 관계부처 및 관련 산 · 학 · 연의 자문 및 회의를 통해서 마련되었다. 2020년 5월 60여 명의 종합계획 수립 추진단이 발족되었고, 9월까지 분과회의, 워크숍 등을 통해 비전과 목표 및 세부 계획을 수립하였으며, 12월 온라인 공청회를 거쳐 현장의 폭넓은 의견을 수렴한 후, 같은 달 한의약육성발전심의위원회의 심의 · 의결을 통해 계획이 최종 확정되었다.

제4차 종합계획의 비전을 한의약을 통한 건강, 복지 증진 및 산업 경쟁력 강화로 설정하고, 동 비전 달성을 위해 ① 한의약 중심 지역 건강 복지 증진, ② 한의약 이용체계 개선, ③ 한의약 산업 혁신성장, ④ 한의약 글로벌 경쟁력 강화 등 4대 주요 목표를 설정하고, 8개의 추진 과제를 마련하였다. 이후 2021년, 2022년에는 제4차 종합계획의 비전과 목표에 연계하여 당해연도 시행계획을 수립 추진하고 있다.

|표 2-10-1| 제4차 종합계획 목표별 추진 과제

Ⅰ. 한의약 중심 지역 건강 복지 증진	Ⅱ. 한의약 이용체계 개선	Ⅲ. 한의약 산업 혁신성장	Ⅳ. 한의약 글로벌 경쟁력 강화
1. 한의약 건강돌봄 활성화 2. 한의약 일차의료 및 공공의료 강화	1. 한약 접근성 및 신뢰성 제고 2. 한의 의료서비스 체계 개선	1. 한의약 과학화를 위한 연구개발 지원 강화 2. 한의약 산업 혁신성장 기반 마련	1. 한의약 글로벌 교류 협력 활성화 2. 한의약 산업 해외진출 확대

※ 출처 : 제4차 한의약육성발전종합계획(2021-2025)

Ⅲ 한의약 자원 및 제도

1. 한의약 인력 현황

2022년 말 현재 한의사는 27,469명이고 한의과대학(한의학전문대학원 포함)은 전국에 12개가 설치되어 있으며, 입학 정원은 750명이다. 또한, 한약사는 현재 3개 대학에 입학 정원이 120명이며, 2022년 말 기준으로 3,010명이 배출되었다.

|표 2-10-2| 한의약 관련 인력 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 명)

한의사	한약사	한약조제약사	한약업사	침구사
27,469 (전문의 3,585)	3,010	24,855	568	2

※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.

2022년 말 현재 한방병원은 547개소, 한의원은 14,599개소이며, 소비자에게 한약을 직접 판매하는 업소인 한약국은 822개소, 한약방 568개소 등이 있다.

|표 2-10-3| 한의약 업소 현황

('22. 12. 기준, 단위 : 개소)

한방병원	한의원	침구 시술소	한약도매업소	한약방	한약국
547	14,599	2	777	568	822

※ 출처 : 식품의약품안전처, 건강보험심사평가원, 한국침구사협회, 대한한약협회, 대한한약사회, 시도 취합

2. 한의약제도

가. 한의사 전문의제도 시행

정부는 한방의료의 분야별 전문화를 통하여 한의약을 발전시키고 질병별 치료 영역을 특화하여 치료의학으로서의 가치를 높이며, 나아가 국민의 한방의료 이용 편익의 증진과 한의학의 세계화에 기여하기 위하여 「한의사 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」('99. 12. 15.) 및 동 규정 시행규칙('99. 12. 29.)을 각각 제정 · 공포하였다.

한의사로서 전문의가 되고자 하는 자는 보건복지부장관이 지정하는 수련 한방병원에서 일반과정 1년, 전문과정 3년의 수련을 받아야 하고 전문과목은 한방내과, 한방부인과, 침구과, 한방소아과, 한방신경정신과, 한방 안 · 이비인후 · 피부과, 한방재활의학과 및 사상체질과 등 8개 과목이 설치되어 있다. 2022년에는 54개의 수련한방병원에서 한방수련의 624명(일반수련의 165명, 전문수련의 459명)이 수련을 받았으며, 2022년 말 현재까지 배출된 한의사 전문의는 3,585명(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 전문의료 서비스를 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, 시범사업 결과를 토대로 제1기('11.~'14.)에는 7개소, 제2기('15.~'17.)에는 6개소, 제3기('18.~'20.)에는 9개소, 제4기('21.~'23.)에는 12개소가 지정되어 한방중풍 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 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 의료기관 평가제도가 의료기관 인증제로 전환되었다.

이에 의료기관에서 먼저 인증제를 시행하여 성공적으로 정착되어 감에 따라 한방 분야도 환자의 안전 및 질 개선을 위해 한방병원 인증제 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.

한방병원 인증제는 전체 한방병원을 대상으로 하되, 자율인증을 원칙으로 인증받기를 원하는 한방병원이 신청하면 의료기관평가인증원에서 전문조사위원을 선발하여 조사한 후 그 결과를 신청 의료기관에 통보한다. 한방병원 인증제도는 2014년부터 시행되어, 2022년 12월 현재 18개의 한방병원이 인증을 받은 상태이다.

라. 탕전실 및 원외탕전실 제도

「의료법 시행규칙」 개정('08. 9. 5.)을 통해 탕전실에 관한 규정을 신설하였다. 종합병원, 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 지침을 시행('09. 5.)하여, 다른 의료기관 내에 설치된 탕전실도 의료기관 간 계약에 따라 신고를 통해 공동 이용이 가능하도록 명시하여 탕전실 설치의 법 개정 취지가 적극 반영될 수 있도록 하였다. 아울러, 원외탕전실 평가인증사업('18. 9. 도입)을 통하여 탕전실 시설 구비 · 관리뿐만 아니라 한약재 입고 · 보관, 조제, 포장 및 배송에 이르기까지 전(全) 과정을 평가 · 관리함으로써 한약의 안전성 · 신뢰성이 제고될 수 있도록 하였다.

Ⅳ 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 2016년 2조 4,205억 원에서 2021년 3조 622억 원으로 6,417억 원 이상 증가했지만 전체 건강보험 내 한방진료비의 비중은 3.7%에서 3.3%로 감소하였다. 2021년 기준 전체 요양기관의 비급여 본인부담률이 15.6%인 데에 비해 한방병원은 48.8%, 한의원은 23.8%로 비급여 비중도 평균보다 훨씬 높은 수준이며, 건강보험 전체 급여 항목 7,679개 중 한방 급여 항목은 429개로 전체 급여 항목의 5.6%에 불과하다. 이와 같은 낮은 보장성은 국민 진료비 부담으로 이어진다. 5,000명을 대상으로 실시한 '한방의료 이용 및 한약소비실태조사'(한국한의약진흥원, '20.) 결과, 한방의료가 개선해야 할 사항 1위는 '보험급여 적용 확대'(33.4%)로 나타났다.

이에 따라 한의약의 건강보험 보장성을 확대하기 위해 '건강보험 보장성 강화 계획'('14.~'18.) 내 추나요법 등 한방물리요법의 급여화 계획을 수립하였고, 2019년 4월부터 추나요법 시술에 대해 건강보험이 적용되었다. '제4차 한의약육성발전종합계획'('20. 12.)에서는 첩약 건강보험 적용 시범사업, 의 · 한의 협진 활성화 등 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 종별 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 8.4%('21.)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 4단계로 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 적용한 바 있으며, 현행 4단계에서는 그 간의 성과를 종합 분석하여 단일수가 기반의 표준임상경로(Clinical pathway)를 활용한 체계적 질 관리 모형의 협진이 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 실시한 '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 적용 시행하였다. 2022년 4월 15일부터 시행 중인 '의·한 협진 4단계 시범사업'에서는 상대가치점수 연구 및 성과 연구 기반의 단일수가 협의진료료를 적용하고 의료 질 관리를 위한 표준임상경로를 적용한 의·한 협진 진료 모형이, 시범사업 이후 본사업 및 제도화를 위한 근거 창출, 정책개발, 사업평가 등의 연구와 함께 전국 75개 의·한 협진 기관을 대상으로 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 강화계획을 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 한방 물리요법 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 1만 원에서 3만 원을 본인 부담하고 건강보험 진료를 받을 수 있게 되었다.

라. 첩약 건강보험 적용 시범사업 추진

첩약은 한의분야 건강보험 적용에 대한 국민요구도가 가장 높은 항목이다. 첩약 건강보험 시범 적용을 위해 보건복지부, 심평원, 각 협회 및 학회로 구성된 첩약 급여화 자문단을 구성하였으며 지속적인 논의를 통해 2020년 7월 24일 '첩약 건강보험 적용 시범사업 추진 계획'을 건강보험정책심의위원회에 보고하여, 첩약 건강보험 시범사업 적용의 기틀을 마련하였다. 이에 2020년 11월 20일부터 전국 9,024개 한의원, 약국에서 첩약에 대해 건강보험을 적용하는 '첩약 건강보험 시범사업'을 실시 중이며 사업 결과 분석을 위한 모니터링도 함께 진행 중이다.

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 한의약 전문가 및 지역 보건 자원을 활용한 한의약건강증진프로그램이 시행되었다.

또한, 초고령사회를 대비하여 정부는 지역사회 통합돌봄체계로 개편이 진행 중이며, 2019년부터 16개 지역을 중심으로 지역사회 통합돌봄 선도사업을 추진하고 있다. 이에 2022년도에는 12개 지역에서 한의약 서비스를 포함하여 통합돌봄 선도사업을 추진하고 있으며, 노인돌봄 전달체계 개편 시범사업, 지자체 주도형 통합돌봄 사업을 수행하는 일부 지역에서도 한의약 서비스를 포함하여 추진하고 있다.

나. 추진 현황

2005년 23개소를 허브(Hub)보건소로 지정한 것을 시작으로 한의약건강증진 허브(Hub)보건소 사업을 시작하였다. 이후 매년 5~15개소씩 확대하여, 2012년에는 85개소를 허브(Hub)보건소로 지정하고 총 41억 4천만 원을 국비 지원하여 지역주민에게 한의약건강증진프로그램을 제공하였다.

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 건강증진사업이 통합건강증진사업이라는 하나의 사업으로 통합되어 포괄적으로 운영되고 있다. 이에 따라 한의약건강증진사업도 2013년부터 통합건강증진사업 내에서 타 건강증진사업과 통합 · 연계되어 추진되고 있다.

2014년에 임산부와 출생아의 종합적인 건강 증진을 위하여 한의약을 활용한 임산부 건강관리 프로그램 '마미든든'이 개발되었으며, 2015년 10개 보건소 시범사업을 통해 임신 건강 지식, 육아 인식 및 임신 중 우울증, 육아 효능감 개선에 긍정적인 결과를 확인함으로써 지역 보건소에 확대 보급을 추진하였다.

한의약건강증진사업 참여자 중 가장 많은 비중을 차지하고 있는 노인층을 대상으로 한의약 서비스를 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 실시하였고, 2020년 장애인 대상 한의약 방문건강관리 표준프로그램을 보급하였으며, 2021년부터 생애주기별 표준프로그램 홍보자료 및 교육 동영상을 제작하여 배포하고 있다.

2021년 표준화된 한의약 서비스 제공 및 건강복지 서비스의 효율적 연계를 위해 '노인 대상 한의약 건강돌봄 표준매뉴얼'을 개발하였고, 2022년에는 '장애인 대상 한의약 건강돌봄 표준매뉴얼을 개발'하였으며, 한의약 건강돌봄 성과대회를 개최하고, 한의약 건강돌봄사업 우수사례의 전국단위 확산을 위해 사례집을 제작하여 관련 기관(대한한의사협회 등) 및 전국 지자체(시군구 단위)에 배포하고 있다.

다. 향후 계획

향후 생애주기별 한의약건강증진사업의 활성화를 위해 지역사회 협력체계 구축하고, 이미 개발된 임산부, 노인, 영유아, 취약아동, 청소년, 성인, 장애인 등 다양한 연령층을 대상으로 하는 특성화 프로그램을 보완하여 지역사회 실정에 맞는 한의약 건강증진표준프로그램으로 확산시킬 예정이다.

또한 한의약 서비스 대상자를 중심으로 효율적인 건강복지서비스가 연계될 수 있도록 표준매뉴얼 기반의 한의약 건강돌봄 표준화 서비스 시범사업으로 표준모델을 마련하여 지역사회에서 운영할 수 있도록 확산시키는 것을 중점적으로 추진할 예정이다.

V 한의약의 세계화 추진

1. 추진 배경 및 목적

인구고령화 및 만성 · 퇴행성 질환의 증가 등의 영향으로 전통의학 · 보완대체의학에 대한 세계적 관심과 수요가 증대됨에 따라, 세계 전통의학 · 보완대체의학 시장 규모는 2020년 931.5억 달러에서 2030년 3,805.9억 달러로 연평균 15.1%씩 성장할 것으로 전망되고 있다(출처 : MarketResearch. BIZ, Global Complementary & Alternative Medicine Market, 2020. 3.).

중국과 인도를 비롯한 여러 국가들은 국가 주도의 전통의약 육성 전략 수립 및 다양한 정책을 추진하는 등 세계 전통의학 · 보완대체의학 시장 선점과 주도권을 잡기 위한 각국의 노력이 매우 치열하다.

우리나라도 2003년 「한의약 육성법」 제정 및 2006년 한의약육성발전종합계획 수립으로 한의약 세계화의 정책적 기반을 마련하였으며, 2004년 세계보건기구(WHO) 서태평양지역사무처(WPRO) 전통의학자문관 파견, 2009년 동의보감의 UNESCO 세계기록유산 등재, 2009년부터 국제표준기구(ISO) 전통의학분야 기술위원회(TC249) 정회원국 참여 및 한의약 국제표준 제정 활동, 2011년 WPRO 인력파견 MOU 체결, 2013년 산청세계전통의약엑스포 개최, WHO 전통의학 전략 2014-2023년 이행 지원, 2019년 WHO 국제질병분류 11차 개정안(ICD-11) 전통의학 챕터 승인, 2021년부터 전통의약 국제 컨퍼런스 개최, 2022년 서태평양의 건강과 웰빙을 달성하기 위한 전통보완의학 활용 지역 프레임워크 개발 및 이행 지원 등 다양한 한의약 세계화 관련 사업을 추진하여 한의약을 세계 전통의약 대표 브랜드로 육성하기 위해 노력하고 있다.

2. 한 · 중 전통의학협력조정위원회 회의

1994년 3월 한 · 중 정상회담 시 양국의 전통의학 분야에 대한 협력사업을 추진하기로 합의하였다. 이에 따라 1995년 4월 양국 차관을 위원장으로 하는 '한 · 중 전통의학협력조정위원회'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.

제16차 위원회는 코로나19 상황으로 인해 2020년 12월 화상회의 형식으로 개최되었다. 회의에는 한국의 보건복지부와 주중 한국대사관, 중국의 국가중의약관리국뿐만 아니라 대한한의사협회 한의학정책연구원, 한국한의약진흥원, 한국한의학연구원, 중국 중의과학원 관계자들도 참여하였다. 양국은 전통의학의 코로나19 대응 현황에 대해 정보를 공유하였으며, 신종 감염병 공동연구 등 향후 협력을 강화하기로 합의하였다.

3. 한의약 해외의료봉사활동

한의약에 대한 우수성을 세계 각국에 널리 홍보하고 보급함으로써 국위 선양은 물론 범 인류애적인 인도주의 실천과 한의약의 세계화에 기여하고 한의약산업 발전을 도모하고자 한의약 해외의료봉사활동을 활발히 전개하고 있다.

1993년 초 네팔을 시작으로 2022년까지 네팔, 몽골 등 약 29개국, 164회에 걸쳐 한의약 해외의료봉사를 실시하였고, 약 26만여 명의 의료취약국가 주민들을 진료하였다. 1993년부터 1998년까지는 대한한의사협회의 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) 서태평양지역사무처 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 12만 6천여 명의 주민들을 대상으로 국가별 맞춤형 한방의료봉사활동을 펼쳐 한의약의 위상을 세계에 알렸다. 특히, 2019년에는 베트남, 우즈베키스탄, 미얀마 3개 국가에서 7,692명의 환자에게 한의 진료를 제공하였다.

2020부터는 코로나19 상황으로 한의약 해외의료봉사활동 진행이 어려워, 대안활동으로 해외 한방병원 및 한의약 진료센터 의료물품 지원, 해외 의료진 대상 온라인 연수 등의 활동을 하였으며 2020년에 대한한방해외의료봉사단에서 대한한의약해외의료봉사단으로 명칭이 변경되었다. 2021년에는 수원국과의 의료 교류 공백 최소화 및 봉사 단원 활동의 연속성을 위해 온라인 원격봉사 활동을 진행하였고, 몽골, 우즈베키스탄, 미얀마에 부족한 의약물품을 지원하였다.

4. 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 세계전통의약대회에서 '세계전통의약의 날' 제정에 관한 안건을 한 · 중 공동으로 제출하였으며, 향후 '세계전통의약의 날'이 제정될 수 있도록 양국 간 협조를 지속할 계획이다.

2008년부터 서태평양 지역사무처(WPRO)에, 2015년부터는 세계보건기구 본부(HQ)에 한의사를 파견하는 것을 주요 내용으로 하는 전통의약활성화사업을 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, 전통의약 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 전통의약 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. 2019년 제72차 세계보건총회에서 전통의학 챕터가 포함된 ICD-11 결의문이 채택되었고, 2022년 1월부터 발효되었다.

2021년부터 정기적인 전통의약 국제 컨퍼런스를 개최하여 한의약의 국제적 위상제고 및 전통의약 분야 주요국 민 · 관과의 정보교류 및 네트워크를 강화하고 있다. 2021년 국제 컨퍼런스는 코로나19 상황으로 온라인으로만 개최하였으며, 총 15개국 640명이 방문하였다. 2022년 국제 컨퍼런스는 온 · 오프라인 방식으로 세계보건기구(WHO)와 공동개최 하였으며, 총 11개 세션에 16개국 53명의 연자가 참여하고 총 28개국 631명이 방문하였다.

제3절 한의약산업정책

I 개요

한의약산업은 한의약(韓醫藥 : 한방의료와 한약)의 자원, 기술, 지식을 활용하여 부가가치를 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 한의약 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 한약 관련 제품에 관한 임상시험을 위한 한방임상센터 설치(제11조)
- 한방산업의 기반 조성을 위하여 산업입지 조성 및 산업기반시설 지원(제12조)
- 한국한의약진흥원을 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)

집필자 한의약산업과장 김우기

국가와 지방자치단체가 한의약산업을 육성하는 것은 세계전통 · 보완 · 대체의약 시장의 성장에 따른 것이다. 세계 전통 · 보완 · 대체의약 시장규모는 2019년 816억 달러(약 98조 원)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. 3. (참고자료1)

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. 제3차('16.~'20.) 한의약육성발전계획에 따라 한의약 R&D 지원 확대, 기술혁신을 통한 한의약 상품 개발, 한약 산업 인프라 구축하였으며, '21년부터는 제4차('21.~'25.) 한의약육성발전계획에 따라 한의약 임상연구 지원 확대, 한의약 빅데이터 Hub 구축, 한의약 산업 현장 맞춤형 기술지원 등을 추진하고 있다.

* 출처 : 제4차 한의약육성발전계획(2021~2025년) ('20.)

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 것이 중요하다. 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, 연구개발지원 이외 한의약 제품개발에 필요한 현장 맞춤형 기술지원도 병행하고 있다. 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.

다만, 한의약 분야의 연구 개발 투자규모는 증가하고 있으나 2022년 기준 총 210억 원으로, 복지부 보건의료 R&D 투자규모 중 약 3%의 비중을 차지하는 것으로 볼 때 한의약산업 연구개발 투자는 아직 미흡한 실정이다.

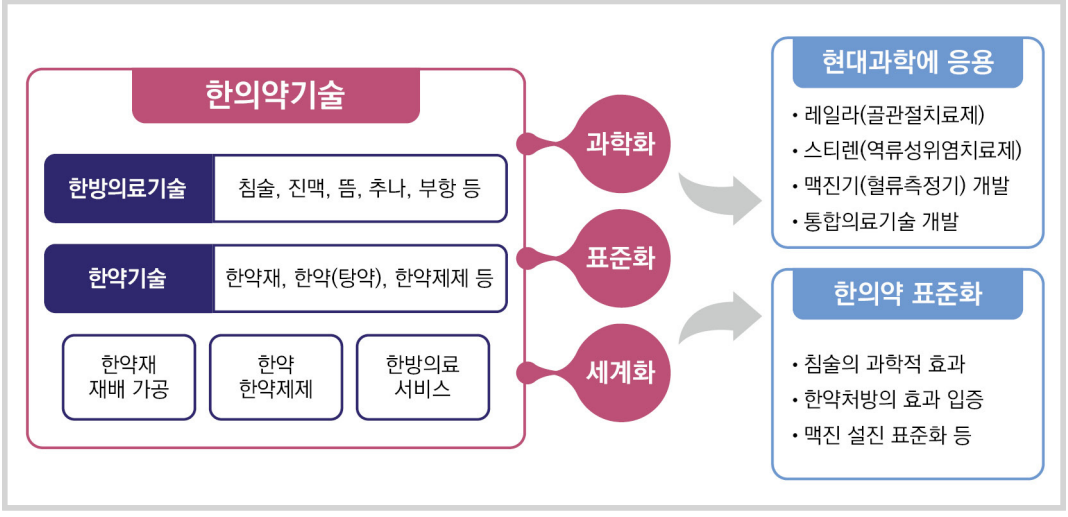
Ⅱ 한의약 연구개발사업(R&D) 지원

1. 한의약 R&D

가. 추진 배경 및 목적

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



또한 '22년 한방의료이용 실태조사 결과, 국민들은 향후 한방의료 분야에서 우선적으로 개선해야 할 사항에 대해 '보험급여 적용 확대'(34.7%) 및 '한약재의 안전성 확보'(18.9%) 순으로 개선이 필요하다고 응답한 바 있다. 이러한 상황에서 한방치료기술의 임상적·경제적 효과 분석 연구, 한약재와 한약의 안전성·유효성에 대한 연구 등을 통해 한의약에 대한 국민적 신뢰를 제고하고, 건강보험 보장성이 강화될 수 있는 과학적 근거를 확충하여 국민적 수요를 충족시키기 위함이다.

나. 주요 경과

한의약 R&D 사업은 2004년 발효된 「한의약육성법」 제10조(한의약연구 · 개발 사업의 추진 등), 제11조(한방임상센터 설치 등) 및 「과학기술기본법」 제11조(국가연구개발사업의 추진), 「보건의료기술진흥법」 제5조(보건의료기술 연구개발사업의 추진) 등의 법적 근거를 토대로 하고 있으며, 범부처 「한의약 R&D 중장기 육성 · 발전 계획(2008년~2017년)」과 「제3차 한의약 육성발전 종합계획(2016~2020)」에 의거하여 수행해왔다.

2008년 1월 확정된 범부처 「한의약 R&D 중장기 육성 · 발전 계획(2008년~2017년)」에서는 한의약 R&D 사업의 목표 · 성과 지표 및 추진 체계를 명확히 하였다. 또한, 2008년 2월 「한의약기술연구개발사업 중장기 발전 계획(2008년~ 2017년)」을 통해 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' 등 3대 사업 목표를 설정하고, 이를 달성하기 위해 「한의약 선도기술개발사업('09~'21)」과 「한의기반융합기술개발사업('18~'24)」을 지원하였다.

「제3차 한의약 육성발전 종합계획(2016~2020)」에서는 "한의표준임상진료지침 개발·보급을 통한 근거강화 및 신뢰도 제고" 및 "기술혁신과 융합을 통한 한의약 산업 육성"을 주요목표로 설정하고, '16년부터 「한의약 선도기술개발사업('09~'21)」을 통해 "한의표준임상진료지침 개발 사업"('16~'21)을 지원하였다. 또한 2019년 5월에는 「한의약 선도기술개발사업」 후속사업인「한의약 혁신기술개발사업('20~'29)」이 예비타당성 조사를 통과하여, 2020년부터 2029년까지 십 년 간 약 1,576억 원을 투자할 예정이다.

또한 2020년 말에는 2021~2025년까지 5년간의 한의약 육성 · 발전 계획을 담은 「제4차 한의약육성발전 종합계획」이 수립되었으며, '한의약 과학화를 위한 연구개발 지원 강화'를 주요 과제로 선정하였다. 이에 따라 2021년부터는 한의약 임상연구 지원을 확대하고, 한의약 산업화를 위한 연구개발 사업을 발굴 · 추진하여 한의약 임상연구부터 산업화까지 전 주기의 연구개발을 지원하고 있으며, 기존 한약제제의 신규 적응증 발굴 등 한의약 산업의 다변화를 위한 연구개발을 추진하고 있다.

다. 한의약 R&D 사업 현황

'22년도 한의약 R&D 사업은 한의 서비스 표준화 · 과학화를 통해 한방의료서비스 품질을 제고하기 위한 목적의 「한의약 혁신기술개발사업」, 한의약을 기반으로 현대의학 · 과학기술을 응용하여 질병을 예방 · 치료하는 실증적 지식 · 기술 · 제품을 개발하기 위한 「한의기반융합기술개발 사업」이 추진되고 있으며, 최종적으로 국민 건강 향상 및 보장성 강화에 기여하는 데 그 목적이 있다.

|표 2-10-4| 한의약 R&D 예산 현황

(단위 : 억 원)

구 분	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년
합계	240	156	204	218	210
한의약혁신기술개발 ('20.~'29.)	-	-	78	102	142
한의기반융합 기술개발 ('18.~'24.)	20	36	54	66	68
한의약선도기술개발 ('09.~'21.)	172	99	72	50	-
양·한방 융합기반 기술개발 ('14.~'19.)	48	21	-	-	-

「한의약 혁신기술개발사업」은 한의 치료기술에 대한 건강보험 보장성 확대, 한의약 의료서비스의 신뢰 확보와 품질 제고를 위한 표준화, 한의약의 지속가능한 발전을 목표로 2020년부터 2029년까지 추진되고 있으며, 동 사업을 통해 근거 중심의 한의약 의료서비스 표준화·과학화가 제고되고, 궁극적으로 한의 보장성 확대와 한의약의 신뢰성이 향상될 것으로 기대하고 있다.

|표 2-10-5| 2022년 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

「한의기반융합기술개발사업」은 한의약을 바탕으로 현대 의학·과학 기술을 응용하여 한의약의 외연을 확장하고 질병을 예방·치료하는 실증적인 지식과 기술 개발을 목표로 2018년부터 2024년까지 추진하고 있는 사업이다. 또한 2021년부터는 기존 한약제제 또는 제제화되지 못한 한약처방에서 의과치료의 한계가 있는 질환 대상 신규적응증을 발굴하는 연구를 지원하여 용도특허 등을 통해 한의약 산업의 부가가치 창출에 기여할 것으로 기대하고 있다.

|표 2-10-6| 2022년 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
한약제제 신규적응증 발굴	• 임상 현장수요에 기반한 기허가 한약제제 및 새로운 조성의 한약제제의 신규적응증 발굴을 위한 임상연구 지원
한의임상진료지침 센터 운영	• 기개발된 한의표준임상진료지침의 성과관리, 신규개발 한의표준임상진료지침인증을 위한 한의임상진료지침 인증센터 및 국가한의임상정보센터 운영 지원

라. 주요 성과

「한의약 선도기술개발사업」중 한의표준임상진료지침 개발사업단에서는 '16년부터 '21년까지 족관절염좌, 유방암, 불안장애, 월경통, 알레르기 비염 등 총 30개 질환에 대한 한의표준임상진료지침의 인증 및 출판을 완료하였다. 질환별 한의표준임상진료지침은 한의표준임상진료지침 개발사업단에서 사전검토, 전문가 집단으로 구성된 검토평가위원회 심의, 근거중심 한의약 추진위원회 인증 등 체계적 인증절차를 통해 진료지침의 타당성을 확보하였다.

또한, 후속사업인 「한의약 혁신기술개발사업」에서는 한의약 주요 질환에 대한 표준화를 위해 2020년부터 2029년까지 십 년 간 골다공증, 통풍, 긴장성 두통 등 73개 질환의 한의표준임상지침 개발 또는 고도화를 목표로 하고 있다. 2022년 현재 11개 질환에 대한 신규 지침을 개발하였으며, 15개 질환에 대한 지침 개발 및 고도화 연구를 진행 중이다. 이렇게 개발된 표준임상진료지침은 한의 의료서비스 품질 제고 및 보장성 강화 등을 통해 국민 건강을 증진시키기 위한 근거자료로 활용되고 있다.

2018년부터 시작된 「한의기반융합기술개발사업」은 국민이 안심하고 의·한 협진 서비스를 받을 수 있도록 하기 위한 근거 확보, 더 나아가 새로운 치료기술 개발 등을 위한 연구를 진행 중이며, 현대과학기술에 기반한 개량형 한의 의료기기 개발·기허가 한약제제 및 새로운 조성의 한약제제의 신규적응증 발굴을 위한 임상연구를 지원하고 있다. 또한 국가한의임상정보포털(NCKM)을 운영하여 한의 임상연구의 질 제고 및 한의약 분야 보장성 강화를 위한 학술적·실무적 활동을 지원하고 있다. 2022년 현재 이 사업을 통해 논문 총 83건(이 중 SCI급 논문 65건) 게재, 특허 출원 18건, 특허 등록 8건, 기술이전 9건 등의 성과를 거두었다.

Ⅲ 한의약 해외환자 유치 및 해외진출 지원

1. 추진 배경 및 목적

전 세계적으로 심화되고 있는 급속한 인구 고령화와 노인성 · 만성 질환 등의 대두로 의료서비스에 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 약 7,900명에 불과했던 해외환자 수가 2019년에는 약 49만 명을 넘어섰으나 코로나19의 영향으로 2020년에는 12만 명, 2021년 14만 명으로 해외환자 수가 감소하였다.

특히, 한방 분야는 한의학이 강점을 갖는 만성질환, 비수술치료 등을 앞세워 2009년 1,897명 수준에서 2014년에는 해외환자 유치 1만 명을 돌파하였으며, 2018년 22,063명, 2019년 23,273명으로 지속 성장하는 과정이었으나 2020년 코로나19의 세계적인 확산으로 인해 해외환자 수가 2020년 2,204명으로 감소하였다가 2021년 2,592명, 2022년 4,462명으로 차츰 증가세를 보이고 있다.

2. 한의약 해외환자 유치 현황

한의약 분야에서 해외환자는 코로나19 이후 전반적으로 감소하였으나, 2022년에는 전년 2,592명 대비하여 72.1% 증가한 4,462명을 유치하였다. 한의약 분야는 의과와 달리 일본인 환자가 차지하는 비율이 높았으나(2018년 31.7%, 2019년 40.6%, 2020년 31.3%) 2021년 중국인 환자 비중(39.1%)이 증가하다가 2022년에는 일본인 환자 비중(29.8%)이 다시 증가하였다. 그 외 몽골, 미국 등에서 환자 유입이 꾸준히 늘어나고 있는 추세여서 코로나19 상황 이후 한방의료기관을 방문하는 해외환자가 지속적으로 증가할 것으로 예상하고 있다.

2020년부터 코로나19로 인한 국내 · 외 인적 이동 제한에 따라 해외환자 유치 등 사업 진행에 제약이 발생하여 비대면 · 온라인 콘텐츠 중심으로 운영하였고, 이후 변화된 환경에 맞춰 지속적인 입주기업 확대 및 콘텐츠 보강 등을 통해 한의약 온라인 홍보관을 고도화하였다. 또한 2021년부터 매년 한의약 온라인 홍보회(Korean Medicine Fair)를 개최하는 등 적극적인 홍보 · 마케팅으로 해외 잠재수요 고객 발굴을 위해 노력하였다.

3. 한의약 해외환자 유치 지원사업

정부는 한의약 분야의 해외환자 유치를 지원하기 위해 '제3차('16.~'20.) 및 제4차('21.~'25.) 한의약육성발전 종합계획'을 수립하고, 2013년부터 한의약 세계화 사업의 일환으로 한의약 해외환자 유치 지원사업을 추진해왔고, 이후 한의약 산업의 해외 진출도 지원하고 있다. 이러한 지원사업의 목표는 한의약 분야의 해외환자 유치 역량을 제고하여 국제경쟁력을 강화하고, 한의약 제품의 해외 진출 기반을 구축하는 것이다.

2013년 한의약 해외환자 유치 지원사업은 한국한방산업진흥원이 총괄 · 주관하고 대한한의사협회(한의학정책연구원)와 한국관광공사(의료관광사업단)가 협력 기관으로 참여해 수행하였다. 사업 첫 해인 2013년에는 해외환자 유치를 위한 한의약계의 기반을 다지는 원년으로서 해외환자 유치 환경 조성 등 해외환자를 맞이할 수 있는 능력을 배양하기 위해 한방 의료기관 등의 국제 역량 강화 부문에 주력하였다.

2014년에서 2020년까지 한의약 해외환자 유치 지원사업은 한국보건산업진흥원이 사업을 맡아 수행하였다. 코로나 이전에는 일본 K-CON, UAE 한류박람회, 말레이시아 홍보회 등 한의약의 해외 인지도 제고를 위해 다양한 해외 현지 홍보 · 마케팅을 진행하였고 글로벌 헬스케어 중장기 전략을 수립 · 이행하였다. 코로나 이후에는 국내외 이동이 제한되면서 비대면 온라인 홍보, 컨퍼런스, 세미나 중심으로 운영하였으며, 한의약 온라인 홍보관을 통해 교육기관, 한방의료기관 등의 홍보 및 비대면 회의 등을 지원하였다.

2021년부터는 한의약 해외진출 및 외국인환자 유치 지원 사업의 전문성 강화를 위해 공모를 통하여 한국한의약진흥원을 지원기관으로 지정하여 업무를 수행하고 있다.

한국한의약진흥원은 코로나19로 침체된 외국인환자 유치 시장의 조기회복을 위해 한의약 분야 유치 상위국 중 접근성이 높은 일본 · 중국을 대상 국가로 선정하고, 일본(부산대학교 한의학전문대학원, 리봄한방병원) · 중국(서울특별시한의사회 컨소시엄) 외국인환자 유치 지원센터를 지원하고 있다.

지원센터는 현지 수요조사 실시, 수요조사 결과에 기반한 5개 중점 질환 대상 특화 프로그램을 개발하고 공모를 통해 선정된 한방 의료기관('22년 일본 28개소, 중국 42개소)에 질환별 비의료적 매뉴얼 제공, 외국인환자 유치 컨설팅을 제공하고 있다. 또한, 한의약 전문 통역인력 양성을 위한 교육과 한류스타 활용 영상 등 홍보콘텐츠 제작 및 온라인 건강상담, 나눔의료, 현지 박람회 참석 및 홍보회 개최 등 다양한 홍보 활동을 진행하였다.

4. 한의약 해외진출 지원사업

세계 전통 · 보완대체의약 시장이 연평균 15% 이상 급성장하면서 미국과 EU, 중국, 일본 등이 세계 전통 · 보완대체의약 시장을 선점하기 위해 노력하고 있고, 우리나라도 한의약의 해외 인지도 제고 및 세계시장 진출을 실현하기 위해 2014년도부터 한의약 해외진출 지원사업을 추진하고 있다. 2015년부터 2019년까지는 한국보건산업진흥원이 담당하고, 2020년에는 2019년에 새로 출범한 한국한의약진흥원이 사업을 담당하였으며, 2021년부터는 한국한의약진흥원이 공모를 통해 지원기관으로 지정되어 사업을 수행하고 있다.

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 우즈벡 · 카자흐스탄 · 베트남 · 말레이시아 진출 정보 뉴스레터를 제작하여 의료해외진출 종합포털(KOHES)에 게시하고, 한-우즈베키스탄 보건부 간 전통의약 양해각서를 체결하여 한의약 세계 진출에 기여하였다.

2020년에는 해외진출 기반강화를 위해 한의약 제품 수출 컨설팅 지원을 통해 러시아에서 한약제제 3종에 대한 인 · 허가를 취득하는 데 기여하였다.

2021년에는 미국 시장으로 한의약을 진출시키기 위한 미국진출 지원센터를 운영하여, 수행기관인 경희대학교 한방병원과 미국 UCI(캘리포니아대학 어바인 분교) 간 한의약 교육 및 진료 프로그램 개설 관련 협력을 위한 MOU를 체결하였으며, 한약제제 4종이 미국 내 일반의약품(OTC)으로 등록되도록 지원하였다. 또한 한의약 해외진출 등에 유리한 국제네트워크 조성을 위해 미국, 독일, 베트남 등 20개국의 의료진 및 공직자 등을 대상으로 한의약 온라인 교육 및 임상연수 등을 지원하였다.

2022년에는 미국 현지 병원 내 한의과 개설을 위해 미국 UCI(캘리포니아대학 어바인 분교) 통합의학센터에 의료인(1명)을 파견하였으며, UCI 협력기관인 Riiid Medical Group과 연계하여 한의 진료 프로그램을 시범 운영하였다. 또한 해외 친(親)한의 네트워크 구축 및 확대를 위해 호주, 베트남, 우즈베키스탄 등 총 32개국의 의료진, 공직자 및 의대 재학생 등을 대상으로 한의약 해외교육 · 연수를 지원하였다.

이처럼 포스트 코로나 시대에 대비한 국가별 맞춤형 환자유치 및 단계별 의료진출, 온라인 홍보 강화 등 지원체계 구축을 통해 한의약의 국제경쟁력 및 세계시장 점유율을 제고하고 한의약 관련 산업의 부가가치 상승과 일자리 창출에 기여할 것으로 기대된다.

Ⅳ 한의약산업 혁신성장 지원

1. 한의약산업 혁신성장 지원

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.

이에 따라 정부는 제1~3차 한의약육성발전종합계획을 추진을 통해 한약제제 제형 현대화 사업, 한의약 소재은행, 한약 공공 인프라 구축 등의 성과를 마련하였다. 또한, 개인 체질을 고려한 맞춤형 진료를 우선하는 한의약이 인공지능(AI), 빅데이터, 네트워크 등 4차 산업혁명 기술 등을 활용한 과학화 · 산업화를 위해 제4차 한의약육성발전종합계획에 한의약 빅데이터 · 인공지능 활용 기반 구축, 한의약소재은행 확충, 한의약 산업 선진화 과제를 추진하는 등 한의약 산업 육성을 위한 다양한 정책지원을 하고 있다.

나. 한약 공공인프라 구축 사업

한약의 임상 · 비임상 연구 활성화를 위하여 2017년부터 건립한 공공인프라가 완공되었다. 한약재 안전성 검증 및 한약 제품화 지원을 위하여 한약 독성시험을 전문으로 하는 한약비임상실험시설(GLP)이 전남 장흥에 완공되었다.

한약의 안전성 · 유효성 입증을 위한 임상시험용 한약제제와 위약(가짜약) 생산 · 공급, 제약사 한약제제 완제품 위탁생산(CMO) 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 식품의약품안전처의 인증 등을 거쳐 가동되고 있다. 한약비임상시험시설(GLP)는 2020년 식약처 비임상시험실시기관(GLP) 시설 인증을 받았으며, 2020년 단회투여독성시험(설치류)를 인증 받아 국내 한의약관련 산업체의 제품개발에 필요한 안전성 평가를 지원하고 있다. 임상시험용 한약제제 생산시설(GMP)은 2020년 식약처 GMP 시설 인증을 받았으며 2020년 과립제, 2021년 정제, 2022년 액제(연조엑스) 제형 식약처 인증을 취득하여 다양한 한약제제 제형의 임상시험용 의약품을 생산 · 공급하고 있다.

|표 2-10-7| 한약 공공인프라 추진 현황

구 분	한약비임상시험시설GLP	한약제제생산시설GMP	탕약표준조제시설
대지 위치	전남 장흥군 장흥읍 원도관덕길 27	대구시 동구 혁신대로 78 길 3	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(SPF), 세포 및 미생물실험실, 조제분석실, 임상병리실, 자료보관실 등	추출 · 농축실, 건조실, 제제개발실, 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 안전성평가 실험동물 이용 유효성평가	임상시험용 한약제제 및 위약 생산, 한약제제(정제, 과립제, 연조엑스 등) 위탁생산	액제, 환제, 과립제 등 제조

다. 한의약 소재은행사업

2022년에는 한약재에 생물전환 기술을 접목한 생물전환 대사체(인체 소화기관 효소와 유사한 미생물 효소를 활용하여 전환시킨 물질)와 이를 이용한 천연물질을 확보하여 한의약소재은행으로 구축하고 산 · 학 · 병 · 연 등에 분양하여 산업화를 지원하였다.

생물전환대사체와 천연물질을 2022년 말까지 누적기준으로 총 12,115종 확보하였고, 총 11,362종을 산 · 학 · 병 · 연 등에 유 · 무상 분양하였다. 또한 ISO9001:2015 인증을 획득하여 한의약 소재 품질의 우수성을 확보하였으며 기업과의 공동연구를 통한 산업화 지원을 하고 있다.

지속적인 한의약소재은행의 소재 확충과 산업화 지원을 통해 한의약소재를 이용한 의약품, 기능성 식품 등의 연구개발로 한의약소재의 산업화를 지원할 계획이다.

라. 한의약산업 선진화 지원

2021년도부터 한약제제현대화사업과 한의약침약제규격표준화사업을 한의약산업 선진화지원사업으로 통합하여 진행하였다.

본 사업은 한의약 산업 활성화 유도를 위해 한의약 관련 기업 및 병원 등을 대상으로 한의약 신제품 · 신기술 개발과정에서 발생하는 애로사항에 대한 기술지원을 목표로 추진되었다.

2022년에는 37개 업체로 부터 신청서를 접수받아 13개 업체(한약제제 4건, 한의의료기기 5건, 한의융복합 2건, 한약재활용신소재 2건)를 선정하였고, 기업 현장 요구를 반영한 맞춤형 기술지원을 통해 제품개발에 필요한 품질성능검증 · 인허가를 지원하였다.

|표 2-10-8| 수요맞춤형 기술지원 현황

실적지표	지식재산권	품목 허가 · 신고 및 품질인증	건강보험적용
실적수 (총 31건)	20건 (특허 16건, 논문 2건, S/W 등록 2건)	9건 (품목허가신고 5건, 품질인증 4건)	2건 (비급여 의료행위 수가 등재 2건)

2023년도 한의약산업선진화지원사업은 기술지원 요구가 많은 한약제제 및 한의의료기기 분야를 중점적으로 지원하여 한의약 산업의 활성화를 위해 노력하고 기술지원 내역을 확대하여 기술수요 기업의 사업 만족도를 개선해갈 예정이다.

마. 한의약 빅데이터 · 인공지능 활용 기반 구축

정부는 한의약 분야에서 빅데이터 · 인공지능 활용 기반을 구축하기 위해 2021년부터 한의약 임상정보 빅데이터 지원센터 구축 사업 및 한약 인공지능 플랫폼 구축 사업을 추진하고 있다.

한의약 임상정보 빅데이터 지원센터 구축 사업에서는 국가 연구개발 사업을 통하여 개발된 한의표준 임상진료지침을 진료 현장에 반영하고 장기적으로 한의 분야 임상정보 빅데이터를 구축하기 위한 한의 전자의무기록(EMR) 표준안 개발을 진행하여, 현재까지 30개 질환 대상 한의표준임상진료지침에 기반한 EMR DB구조도를 개발하였다.

또한 한약 인공지능 플랫폼 사업을 통해 여러 기관이 보유한 한약 · 한약재 · 한약제제 실험정보를 통합하여 인공지능 활용이 가능한 데이터 공동 활용 플랫폼 구축을 추진하고 있다.

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 545.2억 원으로 2011년부터 2030년까지 20년간 국가와 5개 지방자치단체가 각각 20.3억 원 임대료를 민간투자 사업시행자에게 지급하게 된다. 이 사업은 민간투자 사업 중 국고보조 지자체사업으로 민간투자 계약체결 등 주무관청이 지방자치단체이다. 이 사업의 법적 근거는 「사회기반시설에 대한 민간투자법」 제2조제1호더목 물류단지 중 의약품 도매상 창고이다.

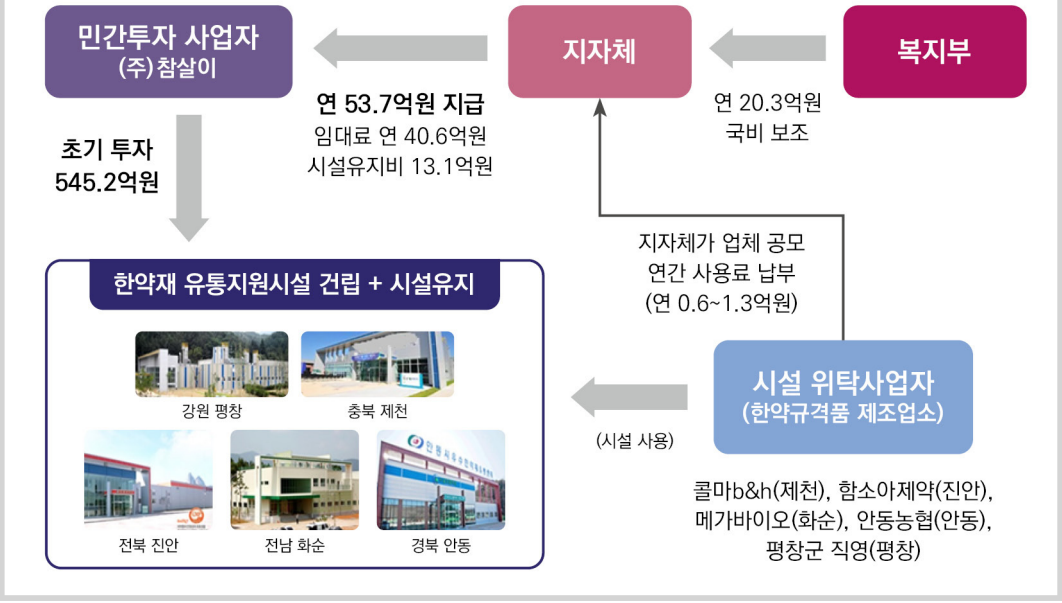
|표 2-10-9| 한약재 유통지원시설 현황

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㎡
창고면적	1,828㎡	1,750㎡	1,297㎡	1,391㎡	1,632㎡
보관량	1,106톤	1,059톤	784톤	842톤	988톤

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 BTL시설 이용률 향상을 위한 관리 및 경영지원 등을 통해 시설이용률 제고 노력의 결과 지속적으로 시설이용률이 증대되고 있다.

|그림 2-10-2| 한약재유통지원시설 사업 흐름도



|표 2-10-10| 한약재유통지원시설 이용률('22. 1월~'22. 12월)

구 분	평창	제 천	진 안	화 순	안 동	평균
'22. 1월~'22. 12월 시설 이용률 * 최대보관량 대비 월 말 보관량 평균	73.0%	40.8%	28.2%	-%	50.5%	37.7%

※화순의 경우 위탁운영사 계약만료로 신규운영사 모집 중으로 22년은 운영되지 않음

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

2022년 현재, 구기자, 당귀, 맥문동, 산수유, 오미자, 일당귀, 작약, 지황(생 · 건), 천궁, 천마, 황기 등 11개 품목의 의약품용의 한약재가 수급 조절 대상 품목으로 지정되어 있다.

* ('98.) 26품목→('01.) 21품목→('05.) 18품목→('06.) 14품목→('12.) 15품목→('14.~'22. 현재) 11품목

3. 한약재 수급조절위원회 운영 현황

수급조절 대상 11개 품목의 수입량 등은 '한약재 수급조절위원회'에서 심의 과정을 거쳐 결정되고 있으며, 1989년부터 한국의약품수출입협회에서 운영하였으나, 2021년 9월에는 '한약재 수급관리 규정' 개정에 따라 관련 업무가 한의약 전문 공공기관인 한국한의약진흥원으로 이관되었다.

'한약재 수급조절위원회' 위원 구성은 한국한의약진흥원장이 위원장을 겸임하고 있으며, 위원회 위원은 농림축산식품부 등 관계부처 및 한약재 생산 · 유통 · 소비단체 대표와 관련 전문가를 포함한 14인으로 구성되었다.

수급조절 대상 한약재 수입량 배정을 투명하고 공정하게 추진하기 위해 '한약재 수급조절 관리시스템'을 2022년 6월에 신규로 구축하였으며, 신청 업체의 수입 이행실적과 국산 한약재 수매실적에 따라 차등 배정되고, 배정 전 과정을 누구나 볼 수 있도록 공개하여 운영하고 있다.

2022년 수입 이행률은 79.2%로 전년(71.5%) 대비 7.7% 증가하였으며, 수급조절 대상 국산 한약재 수매실적은 전년(390.7톤) 대비 약 47.5% 증가한 576.4톤으로 나타났다.

2022년 12월에 결정된 2023년도 수급조절 대상 한약재 수입배정량은 총 1,960톤이며, 이중 약 1,828.5톤이 32개 업체에 배정되어 수입될 예정이다.

CHAPTER

제11장

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 및 개발 협력의 증진
제9절 보건복지 분야 인재 양성
제10절 보건복지분야 양성평등(Gender Equality) 실현

제11장 정책지원

제1절 주요 업무 평가

Ⅰ 평가 개요

2022년도 정부업무평가는 45개 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 4개 부문(주요정책, 규제혁신, 정부혁신, 정책소통)으로 나누어 평가가 실시되었다.

보건복지부는 2022년도 성과관리 시행계획(전략 목표 4개, 성과 목표 19개, 관리 과제 71개)을 수립하고, 전자통합평가시스템(e-IPSES)에 이를 입력하여 반기별로 점검 및 관리하였다.

자체평가위원회는 위원장(민간위원)을 포함하여 총 29명(민간위원 25명, 내부위원 4명)으로 구성하였으며, 효율적인 위원회 운영 및 평가 수행을 위하여 자체평가위원회 산하에 주요정책(보건의료Ⅰ, Ⅱ, Ⅲ · 사회복지Ⅰ, Ⅱ · 인구정책Ⅰ, Ⅱ), 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 신재형

정부업무평가와 부내평가 간의 연계성을 높이기 위해 부내평가 시 특정평가 결과를 반영하여 부처 전체의 성과가 향상되도록 하였다. 또한, 성과지표 설정 단계에서부터 자체평가위원회의 의견수렴을 거치도록 하는 등 성숙한 성과 관리 체계가 구축되도록 하였으며, 지원부서에 대한 내부고객 만족도 평가를 실시하여 효과적으로 사업 부서를 지원하도록 하였다.

평가 항목은 정책 형성 – 정책 집행 – 정책 성과 측면을 균형 있게 반영하고, 최종 정책 성과 배점을 가장 높게 설정하여 정책 성과 및 효과 중심의 평가를 강화하였다. 이와 함께 추진 계획 등을 통합성과관리시스템(BSC)을 통해 점검하여 체계적으로 성과 관리를 수행하고자 하였다.

Ⅱ 평가 결과

2022년도 주요정책 자체평가 결과 총 71개 관리 과제 중 매우 우수 6개(8.4%), 우수 6개(8.4%), 다소 우수 11개(15.5%), 보통 19개(26.8%), 다소 미흡 11개(15.5%), 미흡 12개(16.9%), 부진 6개(8.4%)로 나타났다.

총 71개 관리 과제의 206개 성과 지표에 대한 목표 달성도 분석 결과, 성과 지표 목표치에 대한 평균 달성률은 91.7%였다. 코로나19로 인한 불리한 환경변화, 경기침체에 따른 신규 취·창업 활성화 어려움 등에 따라 목표를 달성하지 못한 일부 지표를 제외한 대부분의 성과 지표가 목표를 달성하였다. 특히 특정평가에서는 정부혁신, 정책소통 부문에서 '우수' 평가를 받았다.

Ⅲ 환류

2022년 자체평가 시 제기된 자체평가위원의 의견은 부서에 제공하여 정책에 환류될 수 있도록 하였다. 평가 결과는 「2023년도 성과급 지급 계획」에 따라 개인별 성과급(성과 연봉·성과상여금)에 반영하고, 평가 그룹별 우수부서('가등급' 부서 및 기관) 등에 대해 포상을 실시할 계획이다.

제2절 규제 개혁

I 추진 방향

새 정부 규제개혁 추진 방향

새 정부는 대통령의 강력한 규제혁신 추진의지에 따라 '규제개혁이 곧 성장'이라는 방점 하에 '경제활력 제고를 위한 규제시스템 혁신'을 최우선 국정과제로 설정하고, 규제혁신 추진체계를 신속히 정비하였다. 특히, 그간 여러 정부에서 해결하기 어려웠던 덩어리규제를 전향적으로 개선하기 위해 대통령 주재 '규제혁신전략회의', 민·관·연 합동 '규제혁신추진단', 민간 주도의 '규제심판제도' 등 민·관 협력의 규제혁신 기구를 신설하였고, 각 부처도 규제혁신 TF를 설치·운영하여 적극적인 규제혁신을 추진하고 있다.

|그림 2-11-1| 새정부 규제혁신 추진 체계



보건복지부는 새 정부의 규제혁신 방향에 따라 규제혁신의 적실성, 효율성 제고를 위해 규제개선 체계를 정비하였다. 보건복지부 1차관을 팀장으로 하는 「보건복지 규제혁신TF」를 신설하여 국무조정실-부처-민간과 유기적 협력 하에 신산업 지원, 국민불편 완화 등 과제를 발굴 · 개선하고, 또한 기획재정부 「경제 규제혁신 TF」 보건의료규제반(반장 : 보건복지부 2차관)을 운영하여 보건의료분야의 경제활력 제고를 위해 보건복지부 · 환경부 · 식품의약품안전처 등 다부처 협력 과제 등을 발굴하여 아래와 같은 성과를 달성하였다.

첫째, 보건의료 분야의 신산업 활성화를 위해 규제혁신을 추진하였다.

규제혁신을 위해 다부처가 얽혀 있는 쟁점과제, 현장 파급력이 높은 과제에 대해 토론회, 간담회 등을 집중 실시하여 신산업 활성화를 위한 혁신의료기기 통합심사 제도 등을 시행하였다. 또한, 바이오헬스 산업 발전을 위해 분야별 예상 가능한 규제를 발굴하여 규제개선 청사진을 마련하였고, 여기에는 디지털헬스케어, 혁신 · 필수 의약품 등 다양한 분야를 아우른다.

둘째, 산업 현장의 애로사항을 개선하여 기업 부담을 완화하였다.

「중소기업 옴부즈만(중기부)」, 「산업융합촉진 옴부즈만(산업부)」,「규제혁신추진단(국무조정실)」, 「경제관련 민간단체」 등 다양한 통로를 통해 의견을 수렴하여 비의료 건강관리서비스 범위 확대, 집합건축물 숙박업 시설기준 개선 등을 추진하고 있다. 또한, 현행 규정 하에 규제개선이 어려운 분야이지만 신제품 · 서비스가 국민의 생명과 안전에 저해되지 않을 경우, 「규제 샌드박스」를 통해 기존 법령이나 규제에도 불구하고 실증(실증특례) 또는 시장출시(임시허가)할 수 있도록 지원하고 있다.

셋째, 국민불편 부담을 완화하였다.

「규제개혁신문고」, 「지자체 건의사항」 등을 통해 국민들에게 과도한 부담을 주거나 추가 혜택이 필요한 분야를 발굴하였다. 그리하여 지역가입자의 건강보험 보험료 산정시 재산공제를 확대하는 등 보험료 부담을 완화하였고, 국가유공자 보훈 보상금 일부를 소득인정액에서 제외하여 기초연금 지급 대상을 확대하였다.

넷째, 규제 전 주기에 있어 규제품질 관리를 강화하였다.

규제 신설, 운영, 완화·폐지에 이르기까지 규제를 체계적으로 관리하여 필요한 수준으로 최소화하고 있다. 보건복지부 규제심사위원회의 사전검토, 국무조정실 규제개혁위원회 심사를 통해 규제를 신설하고, 규제가 신설된 이후에도 일몰 설정을 통해 규제 존치 여부를 주기적으로 점검하였다. 그 외에도 규제심판제도, 현장과의 소통 강화를 통해 국민 체감도가 높은 규제 개선을 추진하였다 .

Ⅱ 규제 개혁 추진 현황

보건복지부는 「2022년 기존규제 정비계획」을 수립하여 46건의 규제를 발굴한 이후 현장 간담회, 관련부처·단체·지자체 건의사항 등을 통해 새 정부 규제혁신 추진과제 113건을 추가 발굴하여 총 159건의 규제정비를 추진하였다. 또한 기존 규제 중 재검토 기한 도래 일몰규제 131건을 검토하여 26건의 규제를 개선하였다.

|표 2-11-1| 2022년 규제 개혁 주요 실적

부문	주요 실적
신산업 규제혁신	혁신 의료기기 통합심사·평가 제도
	바이오헬스 신산업 규제혁신
	보건의료 데이터 활용 가이드라인 개정
기업부담 완화	비의료 건강관리서비스 범위 확대
	집합건축물 숙박업 시설기준 개선
	(규제 샌드박스 실증특례) 일반의약품 스마트 화상 판매
국민불편 완화	지역가입자 건강보험료 부담 완화
	국가유공자 기초연금 수급 확대
	헌혈증서 재발급 절차 마련
전 주기 규제품질 강화	27개 법령 28건 규제 심사
	재검토 기한도래 일몰규제 131건
	현장소통 107건, 대언론 홍보 140건, 콘테츠 홍보 108건

1. 신산업 규제 혁신

그간 혁신의료기기의 시장 진입을 위해서는 혁신의료기기 지정 신청, 기존기술 여부 확인, 혁신의료기술평가를 순차적으로 진행하였다. ’22. 10월 혁신의료기기 통합심사 · 평가 제도를 마련하여 식품의약품안전처에 혁신의료기기 지정 신청시 건강보험심사평가원의 요양급여 대상 및 비급여대상 판단 신청, 보건의료연구원의 혁신의료기술평가 신청, 식품의약품안전처의 인허가 신청이 동시에 이루어지게 된다. 이를 통해 혁신의료기기 신청부터 혁신의료기술로 인정받아 의료현장 진입까지의 기간이 기존 390일에서 80일로 대폭 축소될 것으로 예상되어 국민의 편익이 제고되고 첨단 의료기기 산업이 활성화 될 것으로 기대된다.

- **’22년 10월 혁신의료기기 통합심사 · 평가 제도 시행** 후, 총 14건 신청되었고, 이 중 **6건이 혁신의료기기로 지정**됨
  * 뇌영상(뇌출혈, 뇌경색)검출 · 진단보조 소프트웨어 3건, 인지치료 소프트웨어 2건, 심전도 분석 소프트웨어 1건
- 디지털치료기기 중 1개 제품은 ’23년 2월 식약처 허가 후, 3월 복지부 **혁신의료기술 지정 고시**되었고, **6월부터 의료기관에서 비급여로 사용**할 수 있게 됨

바이오헬스산업은 전 세계적인 고령화와 건강관리 수요 증가 등의 영향으로 글로벌 시장의 급속한 성장이 예상되는 미래 유망 신산업이나 국민의 생명 · 건강과 직결되는 규제산업으로 바이오헬스 제품 · 서비스가 빠르게 성장하지 못하였다. 바이오헬스 신산업 발전을 위해서 국민의 생명을 보호하면서도 민간의 혁신을 뒷받침하는 바이오헬스 신산업 규제혁신 방안 마련을 추진하여, 바이오헬스 7대 핵심 분야별* 예상가능한 규제를 발굴하여 개선 방안 마련을 추진하였다(실제 바이오헬스 신산업 규제혁신 발안 발표는 ’23. 3월).

* ① 혁신적 의료기기, ② 혁신 · 필수 의약품, ③ 디지털 헬스케어, ④ 첨단재생의료 · 첨단바이오의약품, ⑤ 유전자 검사, ⑥ 뇌-기계 인터페이스, ⑦ 인프라

또한, 개인정보는 철저히 보호하면서도 보건의료데이터 가명처리 과정에서 발생하는 현장 애로사항을 해소하기 위해 의료영상정보 가명처리 기준을 명료화하고, 가명처리의 적정성을 심사하는 데이터심의위원회 운영을 간소화 하는 등 「보건의료데이터 활용 가이드라인」을 개정하였다(’22. 12월). 이를 통해 보건의료 분야에서 가명정보를 활용한 과학적 연구가 활성화 될 것으로 기대된다.

2. 기업부담 완화

만성질환자 치료를 위한 건강관리서비스에 있어 그간의 "원칙적 불가-예외적 허용" 구조에서 벗어나 "의료인의 진단 · 처방 의뢰 범위 내에서는 포괄적으로 가능"하도록 「비의료 건강관리서비스 가이드라인」을 개정하였다. 이를 통해 건강정보 제공, 상담 · 내원 안내, 개인건강기록을 활용한 맞춤형 관리 등 다양한 건강관리서비스가 출시되고 시장 규모도 지속 확대될 것으로 기대된다.

- **비의료 건강관리서비스 가이드라인 내용(의료행위와 비의료 건강관리서비스의 구분)**
  - (비의료 건강관리서비스 범위) 건강유지 · 증진, 질병 사전예방 · 악화 방지를 목적으로 생활습관 개선, 올바른 건강관리 유도를 위해, 제공자의 판단이 개입(의료적 판단 제외)된 상담 · 교육 · 훈련 · 실천 프로그램 작성 및 관련 서비스 제공*행위
    * **개인의 객관적 건강정보 확인 · 점검**(개인 건강정보기록 · 관리 등), 공신력 있는 기관의 **객관적 정보제공 · 분석**, 건강증진활동 **상담 · 교육**, 일반적 **건강목표 설정 · 관리** 등
  - **(의료행위 정의) 의학적 전문지식**과 **기술에 기초**하여 행하는 검사 · 진단 · 처방 · 처치 · 시술 · 수술 · 지도 등의 행위
    * **(판단기준)** ① **의학적 전문지식이 필요**한 행위, ② 대상자의 상태에 따른 **진단 · 처방 · 처치가 수반**되는 행위, ③ **보건위생상 위해가 발생할 우려**가 있는 행위로 ①~③**의 행위 1개라도 충족 시 의료행위**에 해당

건물 일부를 이용하여 숙박업을 하는 경우, 30객실 이상이거나 영업장 면적이 건물 연면적의 3분의 1 이상이어야 숙박업이 가능하였으나, 공중위생관리법 시행규칙 개정('22. 6월)을 통해 객실이 독립된 층으로 구성되면 객실 수나 신고 면적과 관계없이 숙박업 영업이 가능하도록 숙박업 시설기준을 완화하였다.

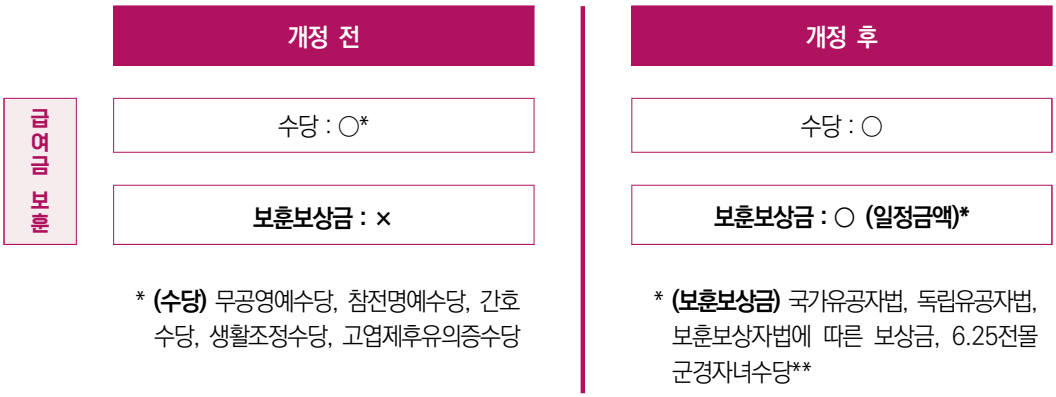
또한, 규제혁신을 위해 「규제 샌드박스」도 적극 활용하였다. "일반의약품 스마트 화상 판매기"는 약사법상 약사의 약국 이외의 장소에서 의약품 판매를 금지하고 있어서 이를 통한 일반의약품 판매는 불가능하였다. 그러나 국민들의 일반의약품 구매 편의 확대를 위해 이해관계자 간담회, 전문가 검토 등을 통해 "일반의약품 스마트 화상 판매기"의 도입을 허용하여 안전성 여부 등을 실증하도록 하였다. ('22. 6월) 따라서 약국 앞에 화상 판매기를 설치하여 약국 영업을 하지 않는 심야시간 · 주말 · 공휴일에, 해당약국에 고용된 관리약사의 화상상담 및 복약지도를 통해 일반의약품을 판매할 수 있게 되었다. (2년간 실증 특례이후 제도화 여부 결정)

3. 국민불편 완화

소득중심의 건강보험료 부과체계 개편('22. 9월)으로 보험료 부과의 평평성을 제고하고 국민의 부담을 완화하였다. 직장가입자와 달리 지역가입자에 대해서는 소득뿐만 아니라 재산과 자동차에 건강보험료를 부과하여 직장 · 지역 가입자 간 상이한 부과방식이 문제가 되어 왔는데, 이번 개편에 따라 지역가입자의 재산 · 자동차에 부과되는 재산 건강보험료는 줄이면서 소득 정률제를 도입하여 지역가입자의 소득보험료 부담도 완화했다.

국가유공자 등의 보훈 보상금 일부를 기초연금의 소득인정액에서 제외하도록 기초연금법 시행령을 개정 · 시행('22. 8월)하여 국가유공자의 기초연금 지급 범위를 확대하였다. 그간 국가유공자 등이 보훈 보상금을 받는 경우 해당 금액이 소득으로 전액 인정돼어 기초연금 대상에서 탈락하거나 기초연금액이 삭감되었으나, 규제개선으로 보훈보상금 수령자 가운데 약 15,000명이 새롭게 기초연금 혜택을 받게 되었다.

|그림 2-11-2| 기초연금 소득 산정 제외



또한, 헌혈증서를 잃어버렸거나 훼손된 경우 헌혈증서를 재발급 받을 수 있도록 혈액관리법 시행규칙을 개정 · 시행하였다('22. 9월). 그 전에는 헌혈증서를 잃어버린 경우 재발급 절차가 없어 헌혈증서를 재발급 받아 수혈비용 보상 청구 등에 활용할 수 없는 불편함이 있었다. 헌혈증서의 재발급이 가능하도록 규제를 개선하여 헌혈증서의 활용도와 편의성이 확대될 것으로 기대한다.

4. 전주기 규제품질관리 강화

규제는 필연적으로 비용부담집단과 편익수혜집단을 양분하기 때문에, 특정 규제가 특정집단에 대한 과도한 제한이나 특혜가 되지 않도록 하기 위해 규제 도입 시기부터 「자체 규제심사」를 통해 엄격히 검토하고, 도입 후에는 일몰 주기를 설정하여 규제개선을 필요성을 주기적으로 점검하는 한편 다양한 소통 경로를 통해 규제개선 필요성을 점검하고 있다.

우선, 규제 도입 시 「자체 규제심사」를 통해 규제의 난립을 사전에 예방하고 합리적인 최소한의 수준의 규제가 도입되도록 관리하고 있다. 2022년 한 해 동안 「자체 규제심사위원회」를 24회 개최하여 27개 법령, 28건의 규제영향분석 등 규제심사를 실시하였다.

또한 규제의 고착화를 방지하고 환경변화에 따라 규제를 재검토하고 정비할 수 있도록 규제 조항에 대해 주기적인 재검토 기한을 설정하거나 규제 존속기한을 설정하는 등 규제 일몰제도를 운영하고 있다. 2022년 규제 일몰심사를 통해 재검토 기한이 도래한 규제 131건에 대해 규제개선 필요성을 검토하고 26건을 개선하였다. 부속의료기관 개설신고 및 개설허가신청시 담당공무원이 행정정보공동이용을 통해 직접 확인할 수 있는 서류는 민원인의 제출 서류를 간소화하고, 장애인복지시설 설치·운영기준에 '장애인 직업재활 상담사'를 자격 기준에 추가하여 종사자 자격 범위를 확대하였다.

마지막으로, 국민의 정책 접근성 및 규제 혁신 체감도를 향상시키고 규제 환류를 통해 지속적인 규제개선을 위해 대국민 소통·홍보를 강화하였다. 2022년 한 해 동안 SNS를 통한 규제 혁신 콘텐츠 게재(108건), 대언론 소통(140건), 현장소통(107건) 등 다양한 방식을 통해 개선 사항들에 대한 소통·홍보를 이행하였다.

|표 2-11-2| 2022년 규제개혁 주요 추진 내용

규제 개혁 내용	추진 사항
① 신산업	
• DTC 유전자 검사 허용범위 확대	(기존) 비의료기관이 소비자 대상으로 직접 제공 가능한 건강 관련 유전자 검사를 70개 항목으로 제한 (포지티브 방식으로 규제) (개선) 인증제를 통해 개인 건강관리 · 웰니스 증진 관련 유전자 검사 허용범위 확대(열거 → 신청)
• 보건의료데이터 데이터 활용 가이드라인 개선	(기존) 영상정보 등에 가명 처리 및 데이터심의위원회 구성 · 운영에 대한 현장 적용 어려움 (개선) 의료영상정보의 가명 정보 처리기준 개선 및 보건의료 데이터 심의위원회 운영 기준 완화
② 기업부담 완화	
• 감염병 대응 연구개발(R&D)의 정부 지원 강화	(기존) 정부 R&D 사업 참여기업은 총연구개발비의 25%~50% 자부담* 필수 * 대기업 50%, 중견기업 30%, 중소기업 25% (개선) 감염병 대응 R&D 사업에 참여하는 중소 · 중견기업의 경우 자부담 비율을 완화하여 기업의 비용부담 경감
• 공중위생영업자의 폐업신고 행정부담 완화	(기존) 세무서에 폐업 신고를 한 공중위생영업자에 대해 청문 절차 약 60일 소요 (개선) 시 · 군 · 구에서 영업 신고사항을 직권말소*할 수 있는 처리 기간을 기존 약 60일에서 10일로 50일 이상 단축하여 새로운 영업자의 영업 개시를 앞당길 수 있게 개선
③ 국민불편 완화	
• 65세 미만 노인성 질환 장애인 대상 활동지원 급여 지원 방안	(기존) 현행 노인장기요양보험법에 따른 노인 등을 활동 지원급여 신청 자격에서 배제 (개선) 65세 미만 노인성 질환 장애인 대상으로 활동지원 급여 신청을 허용
• 보호대상 아동 보호기간의 연장 확대	(기존) 보호 대상 아동은 18세에 달하면 자립 준비 정도와 무관하게 보호조치가 종료 (개선) 보호 대상 아동의 나이가 18세에 달할 시 본인의 의사에 따라 25세에 달할 때까지로 보호가 연장

규제 개혁 내용	추진 사항
④ 규제샌드박스	
• 성병 원인균 유무 확인 · 안내 서비스	(실증특례) 서비스 이용 희망자가 서영 원인균을 자가 채취하여 검사센터에 전달하면, 검사기관 전문의가 검사 · 진단한 검사결과를 온라인으로 통보
• 포터블 방사선 촬영장치 활용 의료 서비스	(임시허가) 의료기관 외부에서 사용할 수 있는 포터블 방사선 촬영장치 임시허가
⑤ 규제심판제도	
• 출생미신고 미혼부 아동 복지지원 강화	(개선) 출생 미신고 아동에 대한 복지지원 절차 간소화, 건강보험 자격 취득을 위한 절차 간소화
⑥ 규제개혁 신문고	
• 관할 보건소에서 치매치료관리비 지급	(기존) 치매치료관리비 신청은 주민등록 주소지 관할 치매안심센터에서만 가능 (개선) 주소지에 관계없이 가까운 치매안심센터 어디서든 신청이 가능
• 공중위생영업자 위생교육 개선	(기존) 공중위생영업자는 매년 위생교육을 3시간 동안 집합교육을 받아야 함 (개선) 코로나19 등 상황을 고려하여 전국 26만개 소 공중위생영업자가 매년 받아야 하는 위생교육 3시간을 비대면으로 받을 수 있도록 온라인 교육을 도입

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.

2021년 보건복지부는 코로나19 상황에서 국민의 일상회복을 위해 감염병 대응에 총력을 기울이면서도 사회안전망을 더욱 튼튼히 확충하고, 정책 여건 등을 고려한 국민체감 · 미래대비 과제를 선제적으로 발굴 · 추진하는 정책 방향을 모색하였다. 특히 방역 대응을 위하여 범정부 거버넌스를 통한 신속한 의사결정과 인력 · 예산 투입으로 코로나19 확산 억제에 최선을 다하였다. 또한 코로나19로 드러난 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 복지사각지대 최소화하며, 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 강화함과 동시에 아동학대 대응체계를 마련하고, 질병예방 · 건강 관련 투자를 확충하며, 복지 체감도 향상을 위해 지역사회 · 수요자 중심 전달체계 개편을 추진하였다.

「국민이 행복한 포용적 복지국가 실현」을 위해 '따뜻한 복지, 건강한 미래' 라는 비전 아래 포용과 혁신 두 축의 정책을 추진하였다. 포용 측면에서는 신종감염병 위기 대응 역량 강화, 현장 대응 조직 · 인력 확충 등을 통해 감염병 위기 대응을 고도화하고, 국민의 평생 건강을 지원하며 소득 · 돌봄을 보장하면서도 아이 키우기 좋은 환경을 조성하기 위한 노력, 바이오헬스 혁신, 미래대비 복지 · 돌봄 혁신 등 미래 환경 변화에 선제적으로 준비하였다.

집필자 홍보기획담당관 김준영

코로나19에 대응하는 과정에서 시기별로 수립되는 주요한 방역 대책들에 대하여 집중 홍보하였다. 새롭게 수립하였던 방역대책 홍보로 병원 내 감염 방지를 위한 국민안심병원, 방역과 일상의 조화를 가져오기 위한 생활 속 거리두기(생활방역), 확진자 급증세 반전을 위해 모임 자제를 요청하는 '다음의 마음'까지 시기별 적절한 홍보 캠페인을 진행하여 감염 확산 최소화를 위해 노력하였다. 그뿐 아니라 코로나19 장기화에 따라 지쳐있는 의료진의 사기 고취를 위한 '덕분에 캠페인', 추석 때 고향 방문 자제 메시지로 인해 실망했을 국민을 위해 '쉼' 캠페인을 진행하기도 하였다. 그 결과 '덕분에 캠페인'은 '2020 앤어워드' 디지털광고&캠페인 부문과 사회관계망서비스(SNS) 2개 부문에서 각각 그랑프리와 위너를 수상하였다. 또한 생활 방역 영상은 동일한 시상제 디지털광고&캠페인 부문 위너를 수상하였을 뿐만 아니라 '서울영상광고제' 파이널리스트, 대한민국온라인광고대상 및 한국PR대상 '최우수상'을 수상하기도 하였다.

코로나19 방역 외에도, 보건복지부에서 추진하는 주요 중점과제에 대해서는 정책 수립에서부터 시행까지 모든 과정에서 사례 중심 및 시기별 홍보를 진행하였다. 코로나로 인한 우울감이 사회 문제로 대두되는 가운데 마련한 심리방역, 치매국가책임제 내실화를 포함한 노인 정책 개선, 위기가구 긴급생계지원, 보건의료 빅데이터 등은 특히 대국민 호응도가 높고, 피부에 와 닿는 정책으로 평가받았다.

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 방문과 취재지원 등을 통해 국민의 이해와 공감대를 확대하였다. '21년 11월 단계적 일상회복과 함께 재택치료를 중심으로 코로나19 의료대응체계를 전환하면서 신속한 확진자 치료가 늦어질 것이라는 언론의 부정적인 기사들이 보도되었으나, 출입기자단을 대상으로 프레스 투어를 실시('21. 11. 18.)하면서 환자들이 주기적으로 의료진의 모니터링을 받으며 본인의 상태를 상담하고 적시에 치료받을 수 있음을 국민에게 알릴 수 있었다.

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

2021년 보건복지부는 유례없는 전 세계적인 감염병 위기 상황에서도 「모든 국민이 잘사는 포용적 복지국가」를 만들기 위해 노력하였다. 코로나19 방역 역량에 집중하면서 사회안전망을 강화하기 위한 정책을 함께 추진하였다. 전국민 백신접종을 신속히 추진하고 먹는 치료제를 빠르게 도입하면서 병상을 확충하였다. 또한 즉각분리제 도입 등 아동학대 대응체계 강화방안을 수립하고 장애인 지역사회 자립지원 로드맵을 마련하며, 긴급돌봄 구축 · 국공립어린이집 확충 등 사회적 돌봄도 강화하였다. 건강보험도 감염예방관리료, PCR검사 수가, 격리실, 중환자실 입원료 인상 등 코로나19에 대응하면서 보장성 강화도 지속 추진하였고, 바이오헬스 산업 생태계 조성을 위해 지속 노력하여 WHO 글로벌 바이오 인력양성 허브로 지정되기도 하였다.

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, 한국의 국제적 위상 및 코로나19 방역전략에 대한 주목 등으로 증가한 외신의 관심에 따라 외신과의 소통을 강화하기 위해 2021년 대변인실 내 해외언론에 대한 전문적 대응이 가능한 인력 구성을 갖춤으로써 외신소통 강화 기반을 마련하였으며, 외신기자간담회, 인터뷰, 프레스투어 등을 적극 진행하여 보건복지 주요 정책의 시의적절한 국제 홍보가 이루어질 수 있도록 하였다. 또한 코로나19 및 보건복지 정책에 대한 외국어 보도자료를 주 1~3회 배포하여 해외에서도 국내의 정책이 널리 알려질 수 있도록 하여 좋은 반응을 얻었다.

2. 정책 홍보 기획 및 전문성 강화

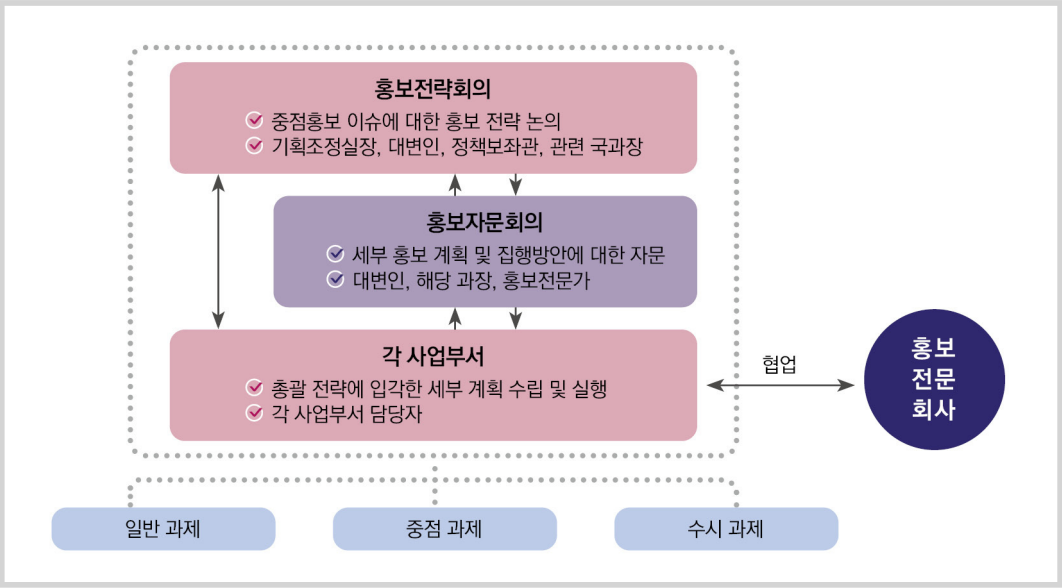
가. 홍보 기획

2020년 코로나19 발생 이후 보건복지부는 코로나19에 대응에 방점을 두고 대국민 소통을 진행해 왔다. 대변인실은 중앙사고수습본부 홍보관리반(언론대응팀, 대국민홍보팀, 여론모니터링팀)을 겸임하며 브리핑 및 백브리핑 지원, 대국민 홍보캠페인 기획, 온라인 소통 콘텐츠 제작 · 확산, 여론모니터링 및 허위조작정보 확산 방지 등 역할을 하였다. 뿐만 아니라, 2022년 6월 중앙사고수습본부 겸임 해제 이후에도 코로나19 대응을 위한 소통 창구 역할을 지속적으로 수행하였다.

그 외에도 국민과의 정책 소통 효율성과 효과성을 높이기 위해 각 사업부서에서 추진하고 있는 홍보 사업을 계획 입안 단계에서부터 제작, 배포 단계까지 함께 검토하였다. 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. 2022년에는 코로나19 먹는 치료제 도입, 오미크론 변이 대응 등 코로나19 관련 대국민 소통방안과 복지사각지대 발굴 · 지원체계 개선, 의사 인력 충원, 부모 급여 도입 등 주요 정책 소통에 대한 컨설팅을 시행하였다.

또한, 주요 정책을 발표하기 전이나 이슈 대응 상황에서 모든, 혹은 유관 부서가 참석하는 홍보전략 회의에 소통 전략을 주요 안건으로 상정하여, 예상 쟁점별 대응 전략, 홍보계획 등을 재점검하고 부처 간 협조를 통해 정책 소통 및 이슈 대응이 원활히 추진되도록 하였다. 이렇게 추진한 정책 및 이슈 대응으로는 필수의료 지원, 복지사각지대 발굴 · 지원체계 개선, 세계 바이오 서밋, 건강보험료 부과체계 2단계 개편, 이태원 사고 국민 트라우마 극복 등이 있다.

|그림 2-11-3| 부내 홍보 추진 체계



나. 홍보 역량 강화 교육

직원들의 홍보 마인드 제고와 역량 강화를 위해 매년 진행되어온 홍보역량 강화교육을 하반기에 4회차에 걸쳐 진행하였다. '정책홍보가 어려운 금쪽이를 위한 속 시원한 솔루션'이라는 주제 아래, 주요 내용으로 콘텐츠의 이해, 사례로 보는 PR 전략, 언론 소통전략, 정책 PR 전략 등이 포함되었다. 또한, 언론과의 소통 능력이 필수적인 실 · 국장급 공무원에 대해서는 언론 대응 및 소통 전략, 인터뷰 기술 및 노하우 교육 등 언론과의 대면 상황에서 효과적으로 대응하는 방법을 핵심 내용으로 하는 교육을 문화체육관광부에서 주관하는 홍보 전문 교육을 통해 진행하였다.

3. 디지털 소통 강화

팬데믹 장기화의 영향으로 국내 소비자의 라이프스타일, 광고 시장 및 마케팅 형태는 디지털 중심으로 개편되고 있으며 그 중요성은 날로 강화되고 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.

2019년부터 대변인실 내 '디지털소통팀' 직제를 신설하고, 이미지·영상 콘텐츠 자체 제작이 가능한 인력 구성을 갖춤으로써 디지털 소통을 강화하기 위한 탄탄한 기반을 마련하였다. 또한, SNS 채널(유튜브, 페이스북, 트위터, 블로그, 인스타그램)의 특성 및 정책 대상에 맞춰 차별화 운영함으로써 국정과제, 주요 이슈 및 정책 등을 시의적절하게 홍보하여 국민의 정책 이해도를 제고하였다.

|표 2-11-4| 보건복지부 SNS 채널 운영 현황

('22년 12월 기준)

채널명	구독자 수 (누적)		개설일
유튜브	구독자 수	8.51만 명	'11. 4. 25.
페이스북	팔로워 수	26만 명	'17. 9. 14.
인스타그램	팔로워 수	13만 명	'19. 2. 13.
트위터	팔로워 수	8.9만 명	'09. 11. 26.
블로그	순 방문자 수	377만 명	'16. 5. 24.

특히, 2022년에는 코로나19 대응에 집중되어있던 디지털 소통에서 탈피하여, 보건·복지 정책을 중심으로 국민과의 디지털 소통을 강화·운영하였다.

SNS 채널별 특성을 고려하여 유튜브는 '정기 프로그램 편성'을 통해 다큐형, 토크형, 정책설명형, 라이브 등 다양한 유형의 기획 영상을 제작하여 다각적인 차원에서 정책 메시지를 알기 쉽게 안내하였다. 페이스북은 국민 직접 소통 창구로 국민 사연 및 의견 등을 수렴·청취하는 채널로 운영하였으며, 인스타그램은 젊은 MZ층을 겨냥하여 친근한 캐릭터로 이야기하는 감성 채널로 운영하였다. 또한, 블로그는 다양한 정책 정보를 알기 쉽게 안내하고 찾아볼 수 있는 아카이브 채널로 운영하였으며, 트위터는 이슈 대응을 위한 발 빠른 정책 안내 채널로 운영하였다.

또한, 코로나19 대응을 위한 백신접종 독려, 병상 확보 등 주요 정보들을 알기 쉽게 안내하는 유튜브 정기 영상 '정기석의 코로나19 TV'를 기획 · 운영하였으며, 브리핑 핵심 정보를 요약하여 안내하는 카드뉴스, 브리핑툰 등의 정기 콘텐츠를 지속적으로 제작 · 안내하였다. 나아가 이태원 사고 대응을 위해 국민 트라우마 예방 및 극복을 위한 심리지원 안내, 트라우마 자가진단 및 해소법 등 국민이 쉽게 이해하고 직접 활용할 수 있는 이미지, 영상 등을 적극적으로 제작하고, 방송 협업, 부처 및 지자체 등 보유 채널(옥외 등) 활용하여 적극적인 확산을 도모하였다.

나아가 영아기 집중투자, 청년 지원 정책, 장애인 지원서비스, 저소득층 자립 지원, 건강보험 지속가능성 제고 및 필수의료 강화 등 국정과제, 주요 보건 · 복지 정책을 적극적으로 안내하는 영상, 카드뉴스, 인포그래픽, 스토리툰, 온라인 기사 등 대상별 맞춤 디지털 소통 콘텐츠를 제작하여 적극적으로 확산하였다.

이러한 운영 결과 2022년 영상, 이미지 등 디지털 소통 제작 콘텐츠는 총 891건으로 일 평균 2~3회 제작 및 확산되어 보건 · 복지 정책에 대한 국민 이해도 제고에 기여하였다.

이외에도 사회에 첫발을 내딛는 자립준비청년에 대한 사회적 관심과 응원 제고를 위해 국민 참여 기반 파급력 있는 통합적 디지털 소통 캠페인을 추진하였다. 청년 응원 및 격려 메시지를 담은 음원 제작 · 무료 배포 및 뮤직비디오 공개, 툰작가 협업을 통한 시리즈 일러스트 제작, 국민 참여 이벤트 추진, 기획방송 추진 등 단계별(나누기, 공감하기, 참여하기, 느끼기) 세부 프로그램 운영하고, 첫발 응원을 주제로 라디오 기획 특집 생방송 MBC 푸른밤 옥상달빛, SBS 모닝와이드 특집 방송 등을 추진하였다. 그 결과 콘텐츠 도달 657천회, 노출 1,059천회, 캠페인 채널(인스타그램) #첫발_꾸욱 해시태그 총 625회 생성, 국민 참여 긍정 및 응원 댓글 12천회 등 자립준비청년에 대한 인식 향상에 기여하였다.

4. 외신소통 강화

한국의 사회, 경제, 문화 등에 관한 국제사회 시민들의 관심이 증가하고 있으며, 이에 따라 한국에 대한 해외언론의 취재도 증가하고 있다. 대한민국에 관한 연간 외신 보도는 지속적으로 증가하고 있으며, 외신 기사가 국내 매체에서도 인용 · 확산되는 등 그 파급력은 점점 높아지고 있다. 이에 따라 정부의 정책 현황 및 메시지를 국제사회에 정확히 전달하기 위해 외신과의 직접 소통 및 대응 강화의 중요성이 부각되고 있으며, 보건복지부에서는 효과적인 외신소통 강화를 위해 2021년 대변인실 내 외신계를 신설하고, 해외에 주요 정책 메시지가 효과적으로 전달될 수 있도록 영문 콘텐츠 제작, 해외 대상 홍보 메시지 기획, 취재 지원, 오보 대응 등 해외언론에 대한 전문적 대응이 가능한 인력 구성을 갖춤으로써 외신소통 강화 기반을 마련하였다.

외신기자 대상 공보서비스 운영을 시작하여 주요 보건복지 정책에 관한 영문 보도자료, 취재 일정 안내 등을 제공하여 주요 정보가 적시에 외신에 전달되어 보도로 이어지도록 하였고, 영문 트위터 계정을 신설하여 카드뉴스를 제작 및 배포함으로써 글로벌 차원에서의 정책 소통 외연을 확장하였다. 외신의 취재요청 및 문의에 상시 대응하였으며, 외신을 위한 인터뷰, 브리핑, 간담회 기회 제공 등을 통해 정부 관계자와 주요 정책에 관해 직접 소통하여 심도 있는 기사 작성이 가능하도록 취재 기회를 마련하는 한편, 정책 현장을 직접 촬영하고 체험할 수 있는 프레스 투어 등을 기획하여 현장 취재 기회를 제공하였다. 아울러 다양한 문화별, 매체별 특성 및 주요 취재수요를 연구하여, 주요 정책 메시지를 해외 각국에 정확히 효과적으로 전달하기 위한 홍보 방향을 기획하고 적절한 취재 지원이 제공되어 양질의 보도로 이어질 수 있도록 하였다. 이러한 노력을 통해 한국의 주요 보건복지 정책 상황이 적시에 국제사회에 알려질 수 있도록 하여 좋은 반응을 얻었고, 다수 외신 매체의 긍정 보도로 이어졌다.

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」 제18조에 의한 국가승인통계를 생산하여 활용하고 있다.

2022년 말 기준 보건복지부 국가승인통계는 총 39종으로, 이는 전체 통계작성기관 중 통계청(66종) 다음으로 많은 수준이다.

|표 2-11-5| 2022년 보건복지부 국가승인통계 현황

통계명	최초 작성	공표 주기	통계명	최초 작성	공표 주기
〈조사통계 : 15종〉					
한방의료이용및한약소비실태조사	2011	1년	의료서비스경험조사	2017	1년
국민생활실태조사	2016	3년	자살실태조사	2013	5년
중증장애인생산품 생산시설 실태조사	2019	3년	장애인실태조사	1990	3년
노숙인등의실태조사	2016	5년	장애인편의시설설치현황조사	1995	5년
노인실태조사	2004	3년	정신건강실태조사	2001	5년
보육실태조사	2004	3년	아동종합실태조사	2008	3년
사회서비스수요 · 공급실태조사	2009	1년	장기요양실태조사	2019	3년
산후조리실태조사	2018	3년			
〈가공통계 : 9종〉					
국민보건계정	2002	1년	의약품소비량및판매액통계	2008	1년
보건의료질통계	2017	1년	한국의사회복지지출	1997	1년
장애인건강보건통계	2019	1년	의료서비스이용현황	1988	1년
보건의료인력실태조사	2021	3년			

집필자 정보통계담당관 김선도

통계명	최초 작성	공표 주기	통계명	최초 작성	공표 주기
〈보고통계 : 15종〉					
가정위탁국내입양소년소녀가정현황	1994	1년	사회복지자원봉사현황	2008	1년
국가정신건강현황	2018	1년	아동복지시설보호아동및종사자현황	1996	1년
공중위생영업소실태보고	1997	1년	암등록통계	1980	1년
국민기초생활보장수급자현황	1977	1년	어린이집및이용자통계	2004	1년
학대피해아동보호현황	2006	1년	보호대상아동현황보고	1994	1년
노인복지시설현황	1996	1년	장애인현황	2006	1년
노인학대현황	2005	1년	보건소및보건지소운영현황	1981	1년
장애인학대현황	2019	1년			

보건복지 통계 이용의 시의성 및 접근성을 향상시키기 위하여 2019년도 국가승인통계자료가 공표되는 즉시 보건복지부 홈페이지(mohw.go.kr)와 국가통계포털(KOSIS)을 통해 서비스하였고, 국정 모니터링 시스템인 'e-나라지표'의 수치 업데이트 및 메타정보 관리 등에도 주력하였다. 또한, 통계의 품질 관리 및 향상을 위해 승인통계의 정기품질진단(5종) 및 자체품질진단(28종)을 실시하여 개선점을 도출하고 반영해 나가고 있다.

통계기반 보건복지 정책추진으로 모두가 행복한 사회 구현을 목표로 2022년 수립한 「제3차 국가통계 발전 기본계획('23~'27)」에 따라, 국가통계 개발 · 개선, 통계데이터 생산관리 대전환, 보건복지 국가통계 종합조정, 그리고 국민 만족 맞춤형 서비스를 내용으로 하는 「제3차('23~'27) 보건복지 국가통계 발전 기본계획」을 수립하였다.

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」, OECD 회원국 통계의 국제비교를 지원하는 「OECD Health Statistics」를 발간하여 정책 참고자료로 활용하도록 배포하였다.

|표 2-11-6| 주요 책자 발간 현황

간행물명	발간시기	내 용
2022 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
OECD Health Statistics 2022	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 힘쓸 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 견인하는 기본 자원의 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.

2022년 OECD에서 회원국을 대상으로 요청한 보건 통계는 건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 보건의료비용 등 총 839개 항목으로, 이 중 우리나라는 686개 항목(81.8%)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 7월초 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(행복이음)* 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(행복이음)

Ⅰ 사회복지 분야 정보화

사회복지 분야 정보화사업은 전 국민의 소득 · 재산 정보를 통합 · 관리하여 사회복지 급여의 효율적 관리를 목적으로 하는 '사회보장정보시스템(행복이음)' 구축 사업과 독거노인들의 고독사 방지 및 응급상황 발생에 적극 대처할 수 있는 '독거노인 · 중증장애인 응급안전안심서비스' 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(행복이음) 구축

사회보장정보시스템(행복이음)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.

집필자 복지정보기획과장 정태길, 복지정보운영과장 홍화영, 노인정책과장 이윤신, 보육정책과장 유보영

이러한 사회보장정보시스템(행복이음)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.

사회보장정보시스템(행복이음) 개통 이후 사회복지 분야의 259개 복지서비스(행복이음 · 범정부 업무처리지원 238개, 자격정보제공 21개)를 정보시스템으로 관리하고 있으며, 월평균 전국 사회복지 담당 공무원 약 4만 4천여 명이 복지급여의 상담 · 신청, 조사 · 결정, 급여지급 및 사후 관리 등 복지사업 전반에 대한 업무에 사회보장정보시스템(행복이음)을 활용하고 있다. 2010년 10월부터는 사회복지시설 수급자에 대한 시설생계비 및 시설보조금 등을 지급 · 관리하여 사회복지시설의 투명성을 높이고 있으며, 특히, 기초생활보장급여, 양육수당, 장애수당 등 2022년 기준 91종의 현금급여(연간 1억 6천 5백만 건, 41조 296억 원)를 사회보장정보시스템(행복이음)을 활용하여 지급하고 있다.

또한, 복지 대상자 선정 · 사후 관리를 위해 94개 기관 1,397종의 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 · 주민정보 변동 사항 등 91종의 소득 · 재산 · 인적 정보를 각 금융기관과 국세청 등 25개 기관으로부터 주기적으로 제공받아 처리하고, 기초생활수급자 · 장애인 정보 등의 94종의 자격 정보를 고용노동부와 교육부 등 46개 기관에 제공하고 있다. 또한, 7개 기관 23종의 수혜이력 정보를 수신하고 73개 기관 1,189종의 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 378만 명의 부적정 수급자를 발견하고 중지하였다. 이에 따른 재정 절감 효과는 약 9조 원('10.~'22.)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 확대하고 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(행복이음)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 11년 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(행복이음)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(행복이음) 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(행복이음)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 수급 방지를 위한 행정안전부 '복지정보연계사업' 추진('10. 2.)
- 사회보장정보시스템(행복이음)의 성과를 전 부처로 확대하기 위해 '범정부 복지정보연계시스템' 구축 추진 결정('11. 6. 국가정책조정회의)

  * 행정안전부 복지정보공유시스템은 사회보장정보시스템(행복이음)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(행복이음)에 전 부처 복지사업 정보(자격, 수혜이력)를 하나의 통합 DB로 연계하여 관리하는 국가 단위 복지정보시스템으로 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(행복이음)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 부처별 사업 담당자의 업무 효율성 및 편의성 향상을 위한 시스템 고도화를 지속적으로 추진할 계획이다.

|그림 2-11-4| 사회보장정보시스템(범정부) 개념도



3. 사회서비스정보시스템(희망이음) 구축

사회서비스정보시스템은 사회복지시설 등 사회서비스 제공기관들의 인사 · 회계 및 기관행정 업무, 서비스 제공업무, 민관협력 업무 등을 지원하기 위한 정보시스템이다.

사회서비스정보시스템의 전신인 사회복지시설정보시스템은 2003년 구축되어 단계적으로 사용기관을 확대하였고, 2012년에 정보화전략계획을 통해 총 3개년 로드맵을 마련하여 시스템 재구축 사업을 추진하였으며, 이후 매년 기능 고도화 및 기능 추가구축을 추진하였다.

사회서비스정보시스템은 차세대 사회보장정보시스템 구축 사업을 통해 2022년에 개통되었으며, 사회복지시설정보시스템의 기능에 더하여 전자결재 및 그룹웨어 기능, 기관 맞춤형 서비스 제공 기능, 사례관리 통합플랫폼, 민 · 관 간 정보공유 기능, 평가 기능 등이 신규 도입 · 강화되었다.

4. 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 참여서비스를 개시하였고, 2015년에는 복지로 사이트(www.bokjiro.go.kr)와 온라인신청 사이트(online.bokjiro.go.kr)를 통합하여 국민복지포털사이트로 전면 개편하였으며, 2021년에는 맞춤형급여안내(복지멤버십)를 도입하고, 복지 지갑을 신설하는 등 '차세대 복지로'로 개편하였다.

★ 내 복지현황을 확인하고

'복지로'를 통해 맞춤형급여안내(복지멤버십)에 가입하고 복지수급을 희망하는 개인이나 가구의 연령, 가구구성, 경제 상황을 기준으로 받을 수 있는 복지서비스를 맞춤형으로 안내받을 수 있으며, 복지지갑 기능을 활용하여 복지자격 정보, 복지 수급 현황, 서비스 신청현황 등 개인의 복지 현황을 종합적으로 확인할 수 있다.

★ 복지서비스를 찾고

'복지로'에서는 다양한 복지서비스 정보를 한 곳에서 확인할 수 있도록 통합 제공하고 있다. 약 360여 종의 중앙부처 복지서비스와 약 4천여 종의 지자체 복지서비스 정보를 생애주기, 가구상황, 관심 주제별로 분류 · 제공하여 다양한 상황에 맞는 복지서비스 정보를 검색하여 대상자, 서비스내용, 신청방법 등의 세부 정보를 확인할 수 있도록 하였다.

★ 온라인으로 신청하고

또한, '복지로'는 복지서비스를 신청하기 위해 직접 읍면동 주민센터를 방문하지 않고, 언제 어디서나 쉽고 편리하게 신청할 수 있도록 '온라인신청' 서비스를 제공하고 있다. 2022년 기준, 37종의 복지서비스에 대해 '온라인신청' 서비스를 제공 중이며, 국민이 더욱 편리하게 복지급여 신청을 할 수 있도록 온라인신청이 가능한 복지사업을 지속적으로 확대해 나갈 예정이다.

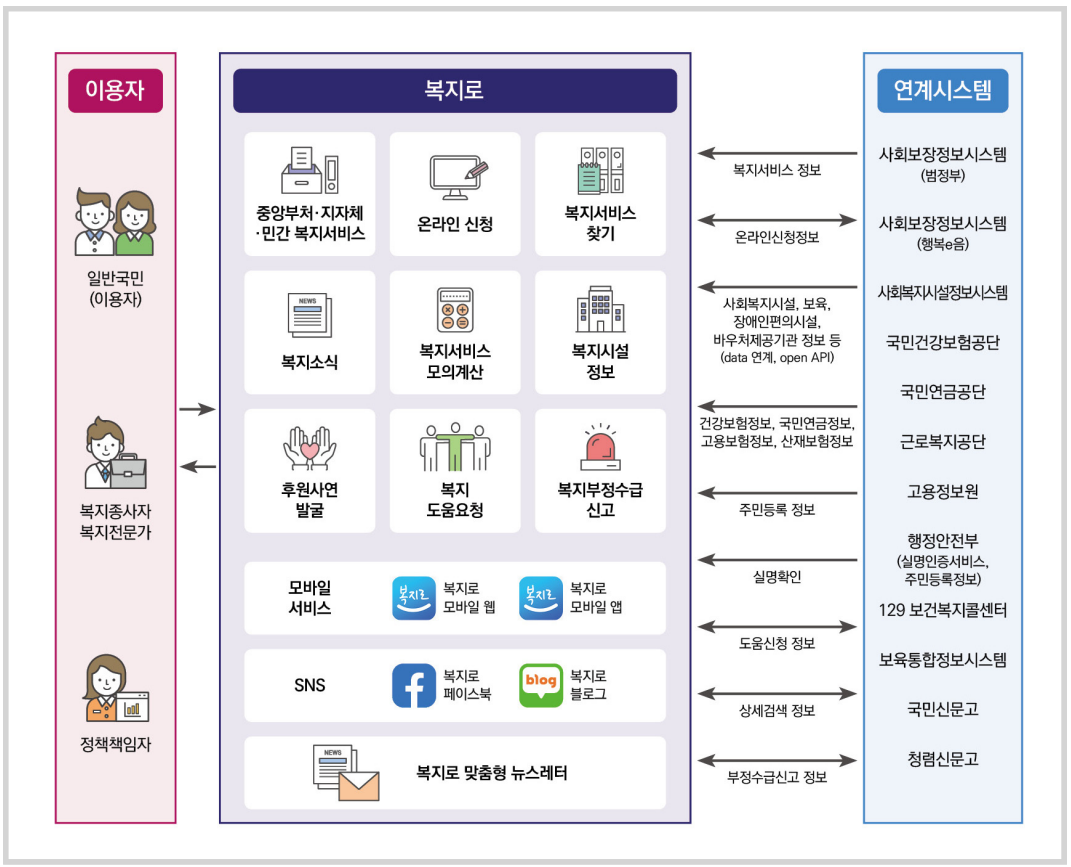
★ 함께 나누고

'복지로'는 국민이 직접 참여할 수 있는 서비스도 지원하고 있다. 본인 또는 이웃의 도움요청 사연을 작성하여 복지상담 및 서비스 제공을 받을 수 있는 '복지도움 요청'과 보건복지부 주관사업에 대한 부정수급을 익명 또는 실명으로 신고하여 복지재정 누수를 막을 수 있도록 '부정수급 신고'의 창구 역할을 수행하고 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 2015년 생활정보 분야 최우수상, 2016년 공공정보분야 대상을 수상하였고, 2017년에는 전자정부 50주년 기념의 "서비스 10선"에 선정된 바 있으며, 2018년에는 모바일 어워드 코리아 대상을 수상하였고 2020년에는 범부처 행정한류 우수컨텐츠, 국민 생활밀접 민원제도 개선 우수사례로 선정되는 등 대한민국 대표 복지 포털로서 자리매김하고 있다.

앞으로도 국민들이 필요한 복지서비스 정보를 '복지로'에서 쉽고 편하게 이용할 수 있도록 국민 맞춤형, 참여형, 원스톱 포털로 지속 발전하여, 우리나라 대표 복지포털로서 국민 맞춤형 복지를 실현할 수 있도록 지속적으로 노력할 것이다.

|그림 2-11-5| 「복지로」 개념도



5. 독거노인 · 장애인 응급안전안심서비스 구축

'독거노인 · 장애인 응급안전안심서비스' 사업은 정보통신(IT) 및 무선 네트워크 기반 기술(RFID/USN)을 '지방자치단체 및 수행기관', '소방서 구조 · 구급' 연계로 독거노인 · 장애인의 안전 상태를 24시간 · 265일, 실시간으로 확인하여 지역사회 내 예방적 돌봄(Ageing in Socitey)을 지원하는 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.

이후, 「차세대 장비 도입을 위한 정보화 전략계획(BPR/ISP, 2019년)」을 세워 2023년까지 총 30만 가구에 최신 정보통신기술(ICT)을 활용한 장비의 보급을 추진 중이다. 2020년 이후에는 기존 장비를 업그레이드하였으며, 태블릿PC를 도입해 응급상황 시 영상통화를 활용하고 폭염 · 폭우 등 날씨 안내 및 스트레칭 영상 등을 제공하고 있다. 아울러 레이더센서를 추가해 호흡 · 심박, 조도 · 습도 등의 데이터로 대상자의 댁내 상황을 다층적으로 관리할 수 있다.

2020년에는 9만여 가구에 서비스를 제공해 총 13,935건의 응급상황을 대응하였으며, 2021년에는 13만여 가구에 서비스를 제공해 총 21,556건의 응급상황을 대응하였으며, 2022년에는 약 18만여 가구에 서비스를 제공해 총 24,232건의 응급상황을 대응하였다.

향후, 디지털돌봄시스템 등 응급안전안심서비스 운영 시스템 기능개선 및 통계 처리 고도화를 통해 이용자 편의성을 높이고, 다른 사업과의 연계를 강화하며, 데이터 품질을 지속적으로 개선해 나갈 계획이다.

|그림 2-11-6| 응급안전안심서비스 시스템 구성도



6. 보육통합정보시스템

보육통합정보시스템은 보육료 지원을 위한 국민행복카드(구 아이행복카드)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 온라인화하였다.

2015년에는 부모에게 임신 · 출산 · 육아 관련 원스톱 정보제공 및 종합상담 등을 위하여 아이사랑 보육포털, 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 개선하였다.

또한, 2018년도에는 어린이집 평가인증제도 개선에 맞추어 평가인증시스템 전면 개편과 어린이집 지원시스템의 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.

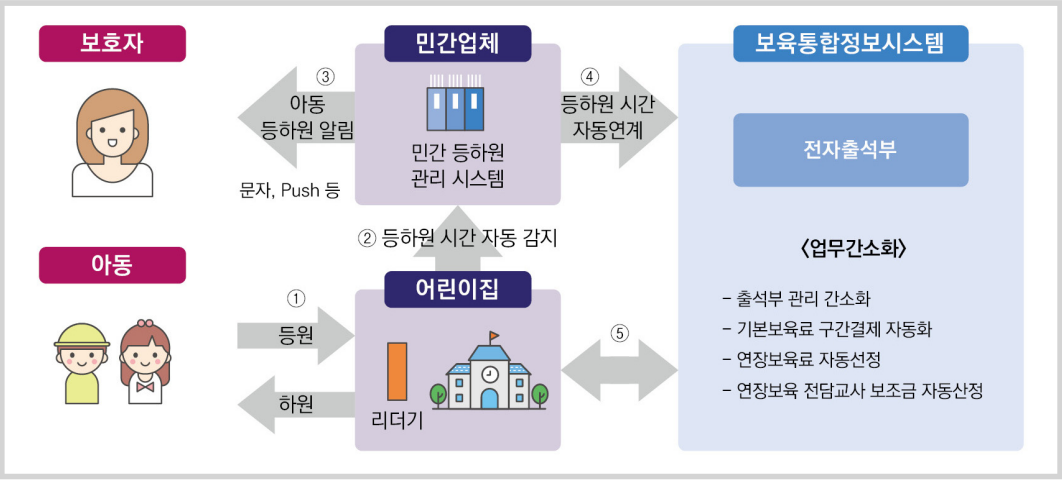
특히 2020년 3월부터는 17시 이후 어린이집 이용 아동에게 연장보육을 실시하고 그에 따른 연장보육료를 지급하게 됨에 따라 아동의 등 · 하원 시간 관리가 매우 중요하게 되었다. 따라서 어린이집의 행정업무 부담을 감소시키고, 보호자에게는 아동의 등 · 하원 알림서비스를 제공하고자 전자출결시스템을 도입하였다.

2021년의 경우 기존에 분산 관리되던 보육교직원의 자격 · 경력 · 교육 등의 정보를 일괄적으로 관리할 수 있는 보육교직원 통합서비스 체계를 구축하여 일원화된 서비스 창구를 도입하였다. 또한 보육교직원의 행정업무 부담을 완화하기 위하여 문서 간소화, 전자문서 자동연계, 수기업무 전산화 등을 도입하여 어린이집 지원 시스템을 개선하였으며, 임신육아종합포털의 고도화와 개편을 통해 사용자 서비스 이용의 편의성을 강화하였다.

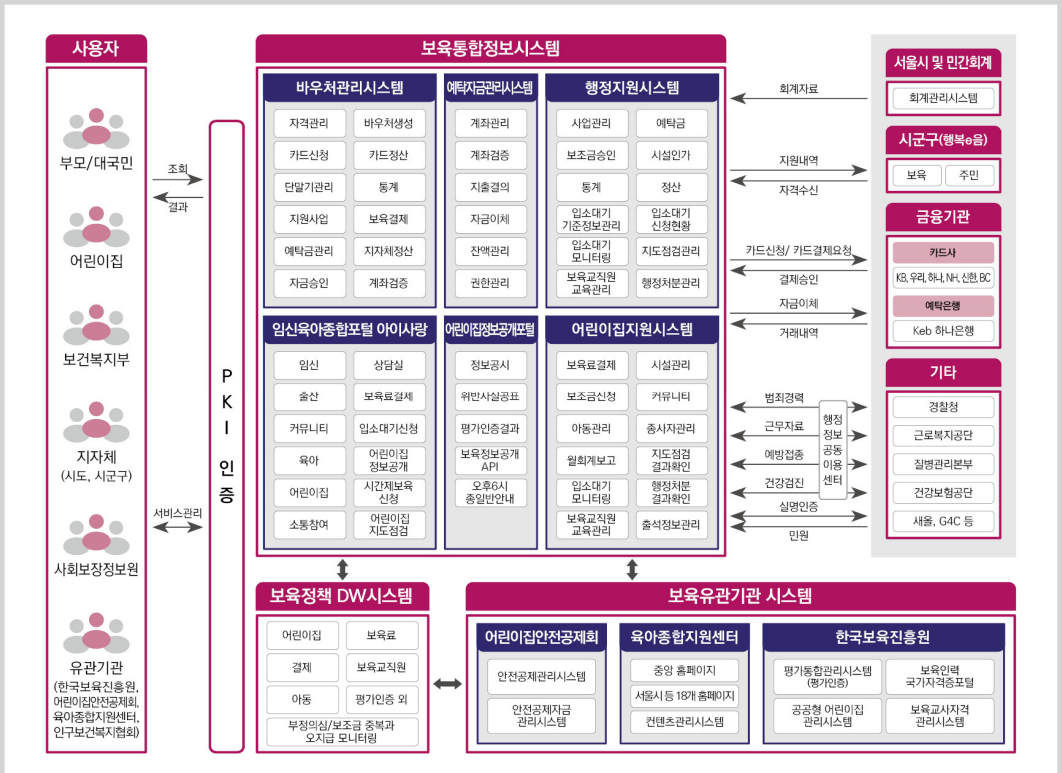
그리고 2022년에는 엣지, 크롬 등 시스템 이용환경을 확대하는 한편, '간편인증(카카오, 페이코, PASS 등) 로그인 서비스, 접근성 · 가독성 향상을 위한 메인화면 개편, 처리해야 할 업무 등 알림기능 추가 제공'으로 어린이집 및 지자체 담당자의 이용편의를 지원하는 한편, 청각장애인 등 음성 자동응답(ARS) 사용이 원활하지 못한 사용자도 보다 쉽게 보육료 결제 서비스를 이용할 수 있도록 '보이는 보육료 자동응답(ARS) 결제시스템'을 추가 도입하였다.

이와 같이 보육통합정보시스템은 소프트웨어의 지속적인 개선에 더불어 하드웨어 장비의 클라우드 전환을 수행하는 등 영유아의 행복한 성장을 지속 지원하는 시스템으로 발전해 나가고 있다.

|그림 2-11-7| 전자출결 운영체계 개요



|그림 2-11-8| 보육통합정보시스템 개념도



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. 2014년 통합급여시스템, 2015년 장기요양시스템, 2020년 건강검진시스템을 고도화하였고, 2017년 홈페이지 액티브X 제거와 2020년 플러그인 제거를 통해 사용자 편의성을 향상하였으며, 2020년 전자서명법 개정 후 공인인증서의 독점적 지위가 사라져 2021년 홈페이지와 “The건강보험” 앱에 금융인증서 도입을 시작으로 네이버, 카카오 등 민간인증서와 공단 자체 블록체인 건강보험인증서까지 확대하였고, QR코드를 이용한 모바일 건강보험증을 도입하여 일산병원에 시범적용 하였으며, 이를 기반으로 모바일 건강보험증 앱을 2023년 상반기에 출시할 예정이다. 2022년에는 안정적 보험재정관리 실현을 위해 재정분석시스템을 고도화 하였고, 인공지능(AI) 통합 플랫폼 구축으로 지능 정보서비스 확산을 위한 기반을 마련하였으며, 챗봇을 이용하여 5종의 증명서 발급 서비스를 제공하였다. 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. 정보시스템 장애대응 종합대책을 수립하여 행정안전부 국가기반체계 관리점검 결과 2019년부터 2021년까지 3년 연속최고등급인 ‘A등급’으로 평가받는 등 공단의 정보시스템에 대한 안정성을 인정받았다. 2022년에는 통신망 안정성 강화를 위해 통신망을 이원화하여 중단 없는 IT서비스 제공을 위한 기반을 구축하였다.

집필자 보험정책과장 손호준, 국민연금정책과장 박재만

아울러, 홈페이지 해킹 등 사이버 침해에 대응하기 위해 '7단계 정보보호 방어 체계'를 구축 · 운영하고 있으며, 해킹 징후 발생 시 침해 사고 대응팀(CERT)을 즉시 가동하여 정보 보안에 만전을 기하고 있다. 2014년도부터 3년에 걸쳐 전국에 업무망과 인터넷망 분리를 추진, 완전한 물리적 망분리 환경을 구축 · 운영 중이며, 최종 사용자 영역에서 발생되는 보안위협까지 실시간 탐지 · 대응할 수 있도록 통합보안관제시스템 고도화(2020년) 및 자체 사이버침해 대응센터 구축(2021년) 등 정보보호 체계를 한층 강화하여 날로 지능화 되는 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 증원하고 2021년에는 정보보안부장을 개방형 직위로 배치하는 등 체계적인 정보보안 전문가 양성을 통해 보건복지 분야 해킹방어대회에서 6회 최우수 입상, 국가정보원 주관 사이버보안 콘테스트 정보부문 우수상을 수상하는 성과를 거두었으며 상시 사이버공격 대응훈련을 통해 사이버 침해사고 "ZERO"를 공단 창립 이후 2021년 현재까지 유지하고 있다. 또한, 정보보호 및 개인정보보호 관리체계 통합 인증(ISMS-P)을 보건복지 분야 최초로 취득, 공단의 정보보호 관리 수준의 우수성을 대외적으로 인정받고 있다.

공단은 공공데이터의 품질 인증 심사에서 최고 등급(Platinum Class, 데이터정합률 99.99%)을 획득하였으며, 체계적이고 효과적인 정보시스템 관리를 통해 2020년부터 2022년까지 전자정부 성과관리 수준진단에서 3년 연속 만점을 기록하였고, 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. 2020년에는 행정안전부 웹사이트 총량제를 적극 수용하여 홈페이지 및 모바일 앱(The건강보험)에 대한 통합 구축이 완료되었으며, 4차 산업혁명의 시대에 맞추어 RPA(로보틱 처리 자동화) 기술이 도입되었고, 종이우편물을 전자화하고 공단 지사, 은행 등 방문 없이 스마트폰을 활용하여 고지부터 납부까지 양방향으로 소통할 수 있는 디지털종합서비스를 추진하였다.

2019년부터 탈 윈도우 OS(Windows)를 위해, 공공기관 최초로 개방형 OS를 시범적용하여 2021년 클라우드 인터넷VDI시스템을 확대 적용하였으며, 급속한 코로나 확산으로 집에서도 사무실 수준의 업무가 가능하도록 클라우드 원격업무시스템을 구축하였다. 또한, 재정관리 프로세스를 체계화하고 재정분석 제공체계를 마련하기 위한 분석시스템을 구축하였으며, 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 설계하였다.

2022년 7월에는 금융부채 보험료공제 적용을 위해 공공기관 최초로 신용정보원과 실시간 대출정보연계를 구축하여 주택금융부채 공제 신청 원스톱 서비스를 구축하였으며. 9월에는 보험료 부과 형평성 제고를 위한 부과체계 2단계 시행을 지원할 수 있도록 정보시스템 개편을 실시하였고, 특별재난에 대한 의료비용 지원을 위한 통합 특별재난 시스템 구축으로 의료지원금 지급을 신속하게 지원할 수 있는 시스템을 마련하였다. 또한, 2022년 3월부터는 국가검진 결과를 공공 · 행정기관에서 채용 건강 검진으로 활용할 수 있도록 제공하여 국민의 편의성 향상 및 사회적 비용 절감에 기여한 바를 인정받아 대통령상을 수상하였다.

공단은 보건의료 지식 기반 구축을 위하여 24개 학회 등 총 33개 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 구축하여 서비스를 제공하고 있다.

아울러, 4조 8천억 건의 건강보험 적재 데이터를 기반으로 양질의 빅데이터를 구축하여 정보 개방 및 공유에 앞장서 전 국민을 대표하는 표본코호트DB, 건강검진코호트DB, 노인코호트DB 등 7종의 표본연구DB와 국가 중점 개방 데이터 3종을 개방하고 '건강보험 빅데이터 플랫폼'을 구축하였다. 또한, 연구 수요자의 편의성을 향상시키기 위해 6개 지역본부에 빅데이터 분석센터 및 오프라인 상담 창구를 개설하였고 의료데이터중심병원, 대학교와 협력하여 빅데이터 분석 · 협력센터를 개소하였다. 아울러, 보건의료 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. 또한, 2020년 10월 결합전문기관 지정 이후 보건의료분야 결합 사례를 최다 창출하였으며 선도사례 발굴, 결합제도 교육 등 건강보험 가명정보 결합 활용 확산 기반을 마련하고 있다.

건강보험 빅데이터를 활용하여 SCI(과학기술논문 인용색인)급 논문이 2021년 12월 31일 현재 1,196편(2021년 기준 285편) 게재되었으며, 특히, 영향력 지수(Impact Factor)가 3.0 이상인 논문 게재수는 637건(2021년 기준 189건)에 달한다. 또한, 건강검진 빅데이터를 활용하여 인공지능 질환 예측서비스를 개발하는 등 4차 산업혁명에서도 선도적인 역할을 하기 위해 노력하고 있다.

코로나19 발생이후 정부 국민재난지원금 제도 시행을 위하여 국민재난지원시스템을 구축하였고, 병 · 의원, 약국 찾기 시스템을 개선하여 감염증 관련 전화상담, 처방 및 대리처방에 대응하였고, 질병관리청 해외감염병 대상자 정보를 연계하여 실시간 안내하고, 의료기관 마스크 등 수요정보와 제조 · 판매업체의 공급정보를 연계하는 의료물품 플랫폼을 구축하여 한정된 의료물품을 적정 배분 지원할 수 있도록 하였다.

코로나19 장기화와 재유행에 대비하여, 방역사업 지원 신청, 인력관리, 보조금 지급시스템을 통해 방역사업을 지원하였고, 코로나19 확진자의 급증으로 효율적인 역학조사 업무 및 확진자 병상배치에 참고할 수 있도록 2021년 11월부터 지역보건의료정보시스템(PHIS)에 기저질환 정보 8개, 증증도를 점수를 제공하여 재택 및 병상안내의 판단과 처치 시 참고할 수 있도록 지원하고 있다. 요양병원 등 시설내 집단감염 차단을 위해 요양병원 종사자, 간병인, 입원환자 관리시스템을 구축하여 복지부, 질병관리청, 지자체에서 활용할 수 있도록 하였으며, 코로나19 발생 직후부터 국민건강 최우선 가치 실현을 위해 감염병 대응에 전사적 역량을 집중하고 있다.

2. 건강보험심사평가원 정보화

건강보험심사평가원(이하 '심평원')은 '22년 정보화 추진 4대 전략으로 ① 인공지능(AI) 기술 적용을 통한 업무 혁신, ② 보건의료 빅데이터를 활용한 가치 창출, ③ 클라우드 기반의 효과적인 정보화 체계 구현, ④ 안전하고 안정적인 정보시스템 운영으로 설정하고 '보건의료 디지털 혁신으로 최적의 의료문화를 만드는 Global HIRA'라는 비전을 달성하기 위해 정보화 역량을 집중하였다.

심평원은 정보 자원의 효과적인 관리를 위해 EA(Enterprise Architecture)와 산출물을 지속적으로 모니터링 하여 최신의 상태를 유지하였다. 더불어 현행화된 EA(Enterprise Architecture)를 활용해 ICT자원을 최적화하고 정보화사업 중복투자 방지를 위한 사전검토를 실시하며 체계적인 자원관리를 수행하였다. 이러한 노력으로 행정안전부에서 실시하는 '2022년 EA기반 정보자원관리 수준측정' 평가부분에서 만점을 획득하며, 5년 연속 최고점을 달성하는 성과를 거두었다.

심평원은 클라우드 기반으로의 시스템 전환을 통한 효율적이고 안전한 디지털 환경 구현을 위해 보건의료 분야 공공기관 최초로 클라우드 플랫폼(PaaS) 환경을 구축하여 전자정부 프레임워크 활용 우수사례 공모전 대상을 수상('22. 12.)하였으며 클라우드 전환 추진을 위해 맞춤형 클라우드 전환 전략을 수립하였다. 더불어 국가 의료의 통합적 · 체계적 관리의 중요성이 높아짐에 따라 평가 수행기관 간 평가정보 공유 체계 마련을 위해 국내 모든 평가정보를 통합 관리할 수 있는 병원평가통합포털을 구축('22. 12.)했다. 이를 통해 국내 정부기관 평가 및 위탁평가 결과 관리체계를 마련하여 국민들의 합리적 의료선택이 가능한 국가 의료 질 평가정보를 제공하기 위해 노력하고 있다.

심평원은 '19년에 의료영상을 자동 판독하는 '인공지능(AI) 기반 의료영상 판독 파일럿 사업'을 추진하고, '20년에는 판독 모델 고도화를 통해 척추측만(Cobb's Angle) 및 척추압박골절 질환 대상으로 자동 판독을 수행하는 'AI 기반 의료영상 심사판독시스템'을 구축 · 운영하여 진료비 심사업무의 효율성 및 일관성을 제고하였다. 더불어 '22년에는 과기부 인공지능 융합 AI-X 프로젝트 의료영상 실증랩 구축 · 운영 및 의료영상 학습데이터 개방으로 민간 성장 지원 · 융합 기술 발전의 기반을 마련하여 기재부 '민간-공공기관 협력강화방안('22. 9.)' 핵심과제로 선정되었다.

또한, 요양기관이 진료비 청구 시 심사참고자료를 온라인으로 제출 할 수 있도록 'HIRA e-Form 시스템'을 구축하였다('19. 5.). 해당 시스템을 통해 다양한 형태의 심사참고자료(스캔이미지, 한글, 워드파일 등)에 대하여 표준서식 형태의 채널 일원화를 추진하였으며, 이를 통해 요양기관 진료정보 제출의 불편을 해소하고 표준화된 진료 데이터 수집을 통해 빅데이터 분석, 심사 · 평가 업무 등 다양한 분야에 활용할 수 있는 기반을 마련하였다. 더불어 동 시스템을 활용하여 한방 추나 및 첩약 급여 관련 실시간 확인 서비스를 요양기관에 제공하고 있으며 척추MRI 급여 재정 안정성 및 적정 진료를 유도하고 있다.

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, '20년도 기준 매월 17,535건의 민원응대를 자동화하여 약 4.3억 원의 인력비용을 절감하는 효과를 거두었으며 '21년에는 모바일 상담챗봇 서비스 오픈('21. 10.)하고 대내 챗봇 상담분야 확대 및 답변 정확도 개선을 위한 AI학습 알고리즘을 고도화 하는 등 신기술을 업무에 적용하였다.

또한, 심사위원이 원격으로 사용할 수 있는 '비대면 심사자문 업무포털'을 구축하여 스마트워크 체계를 확장하였다('20. 5.). 동 시스템을 통해 본원의 지방(원주)이전으로 인한 출장, 심사업무 지연 등 업무 불편을 해소하기 위해 원격으로 심사 의뢰 및 심사처리 결과를 송수신 할 수 있는 서비스를 제공하고 있다. 시스템 구축 시 비인가 시스템 접속 방지를 위해 VPN 로그인, 모바일 OTP 인증시스템 등을 개발하여 보안체계를 강화하였으며, 이와 같은 노력으로 시 · 공간 제약 없이 다양한 임상현장에서 근무하는 의료인이 심사에 참여할 수 있는 업무환경이 마련되었다. 더불어 코로나19 확산에 대비한 원격근무시스템 증설('21. 3.)을 통해 사무실 내 · 외부 동일 근무환경을 구현하고, 업무 효율성 · 연속성 확보 및 자료유출을 원천 차단한 재택근무 수행체계 구축으로 업무 대응력을 강화하였다.

심평원은 코로나19 확산에 따른 마스크 수급 불균형 문제를 해소하기 위해 마스크 중복구매 관리시스템을 구축하여('20. 3.) 전 국민에게 마스크가 신속 · 공정하게 제공될 수 있도록 조치하였다. 또한, 해당정보를 OPEN API를 통해 민간에게 제공함으로써, 국민이 마스크 알리미 등을 활용하여 실시간 마스크 제고 현황을 파악할 수 있도록 하고, 마스크 판매동향 · 일일현황 정보를 범정부 마스크 수급 안정화 TF(기획재정부, 보건복지부, 식품의약품안전처 합동)에 제공해 통합적 재난관리체계 구축 및 현장 즉시대응 역량강화에 기여하였다. 아울러, 코로나19 확산 예방 및 국민 안전을 위해 코로나19 환자 관리 및 진료지원을 위한 「확진환자 관리시스템」, 치료제 투약 및 이상반응 확인정보를 제공하는 「치료제 관리시스템」, 음압병상 현황 모니터링 및 확진환자 적기 병상 배정을 지원하는 「요양기관 병상현황 모니터링 시스템」, 의료인 파견 신청 및 지원을 위한 「파견 의료인력 관리시스템」 및 코로나19 관련 국가 입국자 정보 제공을 위한 「ITS시스템」 등 보건의료 위기대응 시스템을 구축 · 운영하여 감염병 확산 대응을 적극 지원하였다.

또한, 심평원은 공공데이터포털을 통하여 총 110개(파일 89개, API 21종) 공공데이터를 개방하여 국민 누구나 공공데이터포털을 통해 이용할 수 있도록 하였다. 국민안심병원 정보 제공으로 국민들이 코로나19 감염 불안 없이 안심하고 진료 받을 수 있도록 하였고, 코로나19 검사 선별진료소 및 코로나19 중증응급진료센터 정보를 제공하여 감염 의심자가 병원 내 집단 감염 위험에 따른 환자거부 등의 우려를 덜 수 있도록 하여 국민의 심리적 · 신체적 안전을 확보하는데 기여하여 2022년도 행정안전부 「공공데이터 제공 운영실태 평가」 최고등급(4년 연속) 인증, 2022년 행정안전부 공공데이터 품질관리 우수기관 선정, 2021년도 정부혁신 유공 대통령상을 수상하는 등 공공데이터 개방을 통한 혁신 성장을 지원하고 국민생활 편의를 높인 우수기관으로 인정받았다.

심평원은 가명정보의 결합이 가능토록 개정된 데이터 3법('20. 8.) 시행에 따라, 보건복지부 주관 보건의료 분야 데이터 결합 전문기관으로 최초 지정('20. 10.) 되었다. 심평원은 보건의료 분야 결합전문기관으로서 「가명정보의 결합 및 반출 등에 관한 고시」 및 「보건의료 데이터 활용 가이드라인」에서

정한 기준과 방법 및 절차에 따라 신청자가 결합신청서를 제출하면 결합의 적정성 검토를 거쳐 가명정보 결합을 실시하고, 반출심사위원회의 승인 후 안정성이 확보된 분석 공간 내에서 열람 · 분석 또는 반출이 가능하도록 개인정보가명 · 익명 · 결합 · 반출처리 시스템을 구축('20. 12.)하였으며, 이후 가명정보 활용 활성화를 위해 결합 전문기관으로서 데이터 결합시스템의 원격계정 등 정보시스템 인프라의 증설, 신청자의 이용편의를 위한 기능 개선 등 결합 선도 사례 발굴 및 추진을 위해 노력하고 있다.

더불어 '21년 7월 정부에서 발표한 「한국판 뉴딜(K-뉴딜) 2.0」의 일환으로 심평원은 업무 전반에 디지털 혁신을 꾀하는 「HIRA 디지털뉴딜(H-뉴딜) 2.0 종합계획」을 수립하였다. 이를 통해 K-디지털 뉴딜 2.0에서 강조하는 4대 중점분야를 심평원 역할에 맞게 연계하고, 정부 정책을 효율적으로 지원할 수 있도록 분야별로 세부 추진과제 마련 및 적극적 추진을 실시하고 있다.

이와 같이 건강보험심사평가원은 디지털 전환(DT) 측면에서 국민 중심의 전략적 정보화를 추진하고 있으며, HIRA 디지털플랫폼 구축, 보건의료빅데이터 개방시스템 포털 서비스 개편 등 클라우드, AI, 빅데이터 등 신기술의 융합 및 활용을 통한 새로운 가치 창출로 건강보험제도 발전 및 국민건강 증진에 지속 이바지 할 것이다.

3. 국민연금공단 정보화

국민연금공단은 국민연금 제도를 관리하고 복지서비스 제공을 담당하는 공적 사회보장기관으로서, 디지털 대전환 시대에 부응하는 신속 · 정확하면서도 편리한 대국민 서비스를 제공하기 위해 최신기술을 융합한 다양한 정보시스템을 구축 · 운영 중이다.

블록체인 기반 안면 · 음성 복합 생체인증을 활용한 국민연금 해외수급자 「비대면 수급권 확인 시스템」 서비스를 개시하여 해외수급자 '본인 확인서류 제출(우편 · 팩스)'을 '모바일 본인인증' 방식으로 전환함으로써 부정수급을 예방함과 동시에 민원인의 업무처리 시간 · 절차를 단축(21일, 12단계 → 3일, 4단계)하여 신고 편의성을 대폭 개선하였다.

공단은 국민의 공적연금 연계 급여 수급권 보장 강화를 위해 운영중인 「공동 연계급여정보시스템」을 전면 재구축 중에 있으며, 이를 통해, 공적연금연계 모바일 앱 서비스를 확대(9종에서 25종)하는 등 국민이 보다 편리하게 연계 신청 및 연계급여를 청구할 수 있을 것으로 기대된다.

공단은 '내 곁에 국민연금' 모바일 앱에서 타 기관 전자증명서(50종)의 발급을 연계하여 국민이 여러 기관을 방문하거나 별도의 앱을 설치 · 가입할 필요없이 원스톱으로 즉시 각종 증빙서류 발급이 가능하도록 대국민 편의성을 개선하였다. 또한 정보주체의 개인정보 제공 사전 동의를 얻은 공단의 증명서 8종(신규 5종)을 타 기관에 데이터 형태로 제공하고, 타기관의 증명서(2종)를 공단이 데이터로 수취하는 「공공 마이데이터 연계 시스템」을 통하여 국민 생활에 필요한 증명서 발급의 편의성을 제고하였다.

공단은 데이터 개방을 통해 정보의 공유 · 확산 및 데이터 기반의 新산업 창출에 적극적으로 기여하고 있다. 특히, 지속적인 데이터 개방을 통해 누적 107종(신규 7종)의 데이터를 개방하였으며, 이를 75개 민간기업에서 수익 창출을 위한 신규 비즈니스에 활용하였다.

국민연금 데이터를 국민이 유용하게 활용할 수 있도록 「국민연금 빅데이터 포털」 서비스를 개시('22년 4월)하여 국민연금 데이터 공유 · 활용 기반 마련 및 데이터 접근성을 강화하였으며, 72개 기관(정부 · 지자체 등)에 인구, 교통, 여성, 청년, 일자리 등 40종 분석정보를 제공하여 데이터 기반의 정책 수립을 지원하였다. 또한, 전라북도와 협업으로 운영 중인 「금융혁신 빅데이터 플랫폼 · 센터」는 기재부 데이터산업법에 의한 '데이터안심구역'으로 지정되어, 국민 누구나 데이터를 안전하게 분석 · 활용할 수 있는 환경과 시스템 제공할 수 있게 되었고 이를 통해 데이터 생태계 조성 및 지역발전에도 기여하게 되었다.

공단은 모바일 앱, 홈페이지 등 총 7가지의 고객 비대면서비스 채널을 통해 약 299여종의 비대면 서비스를 제공하고 있다. 특히 모바일 앱과 홈페이지의 로그인 인증서비스를 9종에서 11종으로 확대하였고, 편리한 모바일팩스시스템인 MO서비스(고객이 신고(청)서를 별도 앱 설치 없이 스마트폰 사진 촬영으로 제출)를 개시하는 등 비대면 서비스를 확대해 나가고 있다.

지능화 · 조직화된 사이버공격에 대비해 24시간 365일 사이버보안 관제를 운영하여, 침해탐지에 대한 선제 대응 등을 통해 사이버 침해사고 'ZERO'를 유지하였다. 노후화된 보안장비의 고도화, DDos 공격 대응 등 실전 같은 사이버공격 대응훈련 실시, 직원 정보보안 교육 및 보안업무 매뉴얼 정비 등을 수행하여 내 · 외부 빈틈없는 정보보안 관리 및 구축 체계를 확립하였다. 또한, 독립된 사이버보안 관제센터를 구축('22. 12월)하고 전문 보안 관리 인력이 실시간 사이버위협 대응하는 등 정보보인 인프라를 강화하였다.

공단은 급변하는 ICT 환경에 적응을 위해, ICT 직무별 교육 프로그램, ICT 신기술 전문인 양성 위탁교육, ICT 전문 사이버교육원 개설 등 ICT 전문인재 양성을 위한 교육 프로그램을 강화하였다.

공단은 「차세대 정보시스템 구축사업」 마스터 플랜(ISMP)을 수립하여 자격 · 부과 · 급여 등 연금제도와 기금운용 분야의 메인시스템을 전면 개편하는 「지능형 연금복지 통합플랫폼 구축」 사업을 본격적으로 추진하고 있으며, 향후 2025년을 목표로 빅데이터, 인공지능(AI), 클라우드 등 최신 디지털 기술 기반의 정보시스템을 전면 재구축하고 있다. 이를 통해 미래 기술변화에 대응하고 스마트한 연금제도운영과 효율적인 디지털 기반 대국민 복지서비스 제공에 이바지할 것으로 기대한다.

Ⅲ 보건의료분야 정보화

1. 지역보건의료정보시스템 구축

지역보건의료정보시스템은 보건소 등 지역보건의료기관의 업무처리를 전자적으로 지원하는 시스템으로, 전자의무기록(EMR) 및 진료관련 업무(청구, 검사 등), 20개 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.

전국 3,500여개 기관 3만여 명의 사용자가 지역보건의료정보시스템을 이용하고 있으며, 매년 사용자 수요 및 정책환경 변화 등을 반영한 정보시스템 기능개발, 전산장비 교체를 통해 지역보건의료기관의 효율적인 업무수행을 지원하고 있다.

2020년부터 2022년까지 3개년간 지역보건의료정보시스템을 전면 재구축을 진행하였으며, 기존 보건사업 유형, 기관별 분절된 정보관리 체계를 서비스 대상자 중심으로 통합하여 건강관리서비스 효과성을 높이고 타 시스템 간 연계를 통한 보건소 업무 효율화에 많은 도움을 줄 것으로 기대하고 있다.

집필자 건강정책과장 곽순헌, 정보통계담당관 김선도, 약무정책과장 하태길, 응급의료과장 김은영, 공공의료과장 신욱수

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.

* 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, 이에 따라 2021년부터 2024년까지 4년에 걸쳐 차세대 시스템을 구축 추진 중이다. 차세대 병원정보시스템 구축을 대비하여 사전에 국립병원정보시스템의 의료용어 및 서식 표준화 연구를 통하여 병원 공통의 용어 · 서식 표준화 및 정보 공유 체계 기반을 마련하였고, 2021년도 1단계 사업으로 차세대 병원정보시스템 구축 사업과 감리 및 개인정보영향평가 사업을 실시하여 분야별(원무, 심사, 약제, 진료, 간호 등) 사용자 요구사항 분석을 완료하였고, 요구사항 분석/설계의 완전성 및 충분성을 점검하였다. 2022년도 2단계 사업으로 시스템 상세 설계 및 개발, 단위 테스트를 진행하였고, 2023년도 3단계 사업으로 통합테스트, 클라우드 운영환경 구축/설계를 통한 각 병원별 단계적 가동을 추진할 계획이다.

* (1단계) 사용자 요구사항 분석/설계 → (2단계) 시스템 개발 및 운영환경 구축/설계 → (3단계) 운영환경 테스트 및 서비스 개통 → (4단계) 개통 및 안정화, 시스템 유지관리

또한, 지방의료원 등 정보화 지원사업을 통해 35개 지방의료원에 2009년부터 병원정보시스템(EMR)의 구축을 지원하여, 2019년까지 32개소의 병원정보시스템 구축 사업을 완료하여 국가시책을 적시에 반영할 수 있도록 하였고, 2021년에는 개인정보보호 솔루션(통합로그관리시스템) 도입으로 해킹 및 보안사고 사전대응을 통해 사용자 만족도와 신뢰도를 높이고 안정적인 프로그램 운영을 지원하였다.

2022년에는 지방의료원의 정보화 발전 · 연계 및 추진체계 확립을 위한 정보화전략계획(ISP) 수립, EMR(전자의무기록시스템) 인증을 통해 환자안전 및 질 높은 의료서비스를 제공할 계획이며 병원정보시스템의 안정적 운영을 위한 노후 전산장비 교체, 개인정보 영향평가를 통해 개인정보 침해사고 예방으로 개인정보보호 관리체계를 강화할 계획이다.

3. 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(Korea Drug Code : KD코드*)'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(EDI코드)로 활용하고 있음
2022년 12월 기준 의약품관리종합정보센터에서 74,840개 품목에 223,755개 표준코드를 부여 · 공고하고 있음
※ 첩약 시범사업 관련 한약재 17,976개 품목, 50,358개 표준코드가 포함된 수치임

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, 2022년 실태조사 결과, 172개 제약사, 1,613품목 중 75개사, 220품목(13.6%)에서 제품명(성분명) 불일치가 확인되어 제약사 계도 및 시정조치를 실시하였다.

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 2-11-7| 데이터마이닝 운영 모델

모델명	내 용
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
품절의약품 예측	시장 내 재고가 부족하여 요양기관에서 구매가 어려운 의약품을 예측

|표 2-11-8| 2022년도 의약품유통정보 제공 실적

(단위 : 건)

구 분	정책 자료 제공 - 보건복지부, 식약처, 국회, 국세청, 검경 등 제공	제약 · 수입사 제공
제공 건수	229	업 체 수 : 45 품목 수 : 4,701

의약품 표준코드 도입과 더불어, 바코드제도를 내실화함으로써 의약품 도매업소, 요양기관 등에서 의약품 물류 관리 시 바코드를 적극 활용하고, 의약품 이력 추적이 가능하도록 하였다.

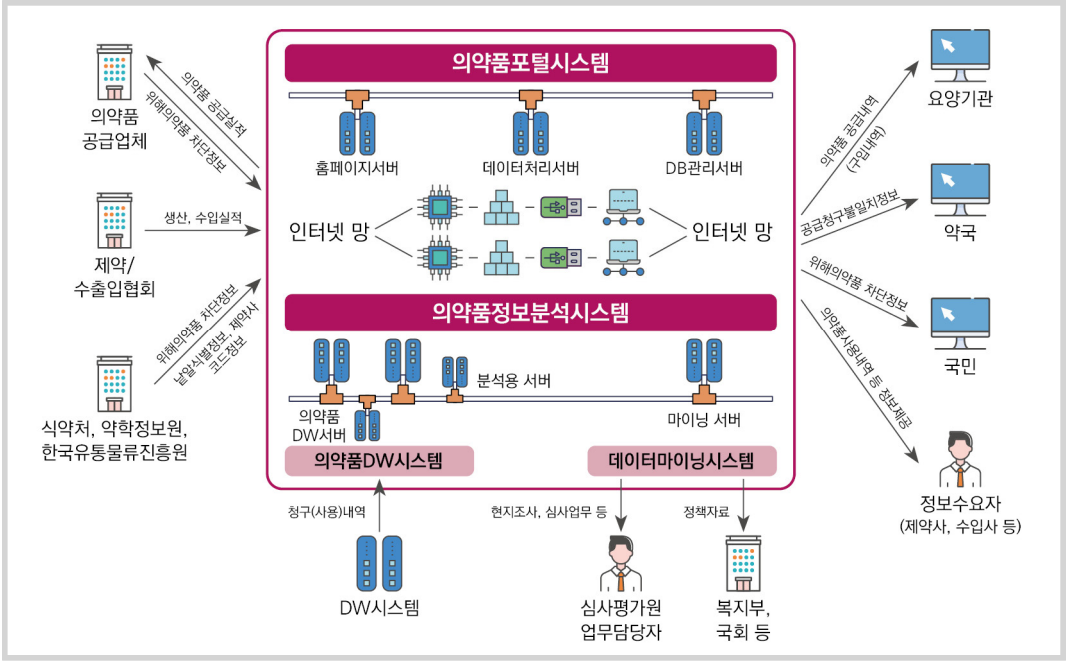
이를 위해 소량 포장의 주사제, 연고제, 액제 등의 단품에도 바코드 표시를 의무화('10.)하였고, 안전한 사용 관리가 필요한 전문 · 지정의약품의 경우 GS1-128 코드 사용을 의무화(지정의약품은 '12년, 전문의약품은 '13년 시행)하였다.

2022년에는 의약품 공급내역 보고제도를 기반으로 의약품 도매상의 재고 정보 공개를 통해 일부 의약품(해열진통제) 품귀현상 완화를 위해 지원하였고,
의약품 일련번호 및 묶음번호 실태조사를 통한 일련번호 등 부여 체계와 보고 품질 향상 체계를 마련하는 등 의약품 유통정보관리를 강화하였다.

또한, 의약품 안전사고 및 공급중단 예방을 위하여 유통 전 단계의 신속 대응 · 지원하였으며, 보건의료상 필수적이나 시장 기능만으로 안정적 공급이 어려운 국가필수의약품을 생산 · 수입 · 공급중단 보고대상 의약품으로 지정하여 의약품 공급 안정화에 기여하였다.

2023년에는 의약품 오 · 남용 및 온라인 판매 등 불법 의약품 유통 근절을 위한 실시간 이력추적 기능 등 강화를 위하여 차세대 의약품정보시스템 구축을 위한 ISMP(정보화 마스터 플랜) 컨설팅을 추진할 것이다.

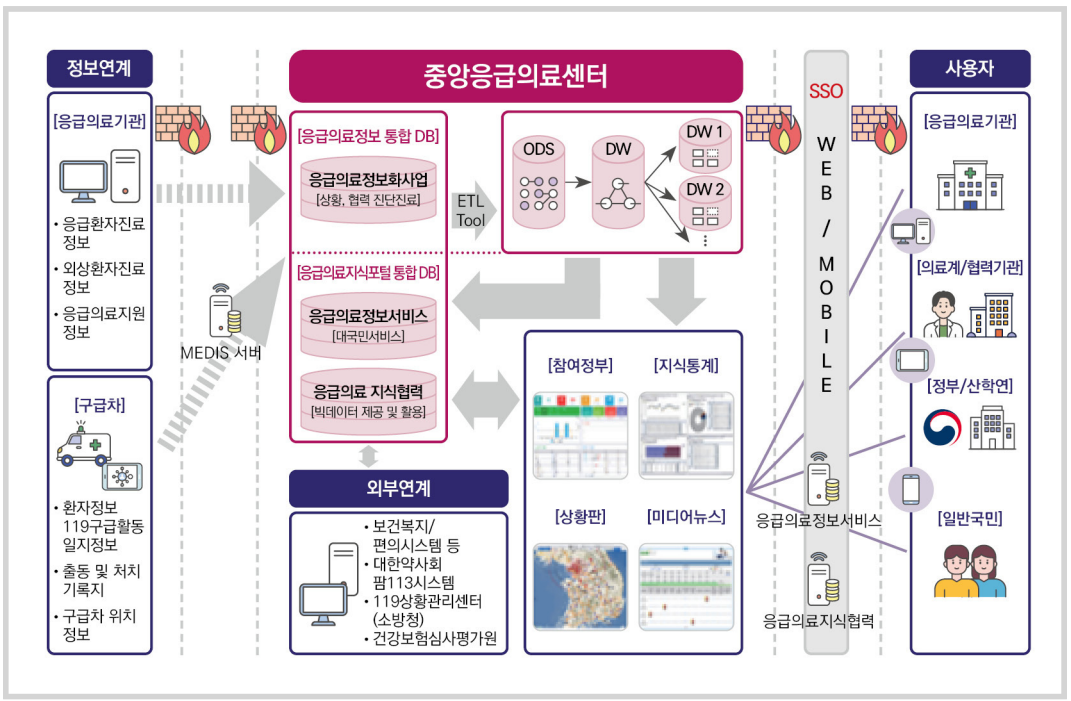
|그림 2-11-9| 의약품유통정보시스템 구성도



4. 응급의료통합정보망 구축 · 운영

보건복지부는 응급환자 발생 시 최적의 응급의료기관으로 이송할 수 있도록 전국 400여개 응급의료기관의 실시간 응급의료 정보를 수집하여 119구급대 등의 이송을 지원하는 응급의료정보시스템을 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.

|그림 2-11-10| 응급의료통합정보망



응급의료정보망의 서비스 향상을 위해 응급의료정보화 전략계획을 수립('10.~)하여 단계별로 응급의료통합정보망 구축 사업을 추진하였으며 분산 구축된 응급의료정보망을 체계화하고 보안체계를 강화함으로써 응급환자의 생명보호와 사회 안정전망 강화에 기여하고 있다. 또한 응급의료정보제공 홈페이지와 스마트폰 애플리케이션을 통해 야간 · 휴일 진료기관정보 등을 제공함으로써 응급의료 이용자의 편의를 증진시키고 있다. 이에 응급의료정보 월평균 이용 건수는 2017년도 219만 건에서 2021년 307만 건으로, 40% 증가하였다.

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.

2020년에는 민간구급차 기록관리 시스템을 구축하여, 민간구급차로 환자 이송시 제출하는 기록지에 대한 수집 및 관리체계를 강화하였다. 또한 응급의료 빅데이터 모니터링 시스템 운영 환경을 개선하여 응급의료 지표, 통계 생산 및 의사결정 지원 체계를 강화하였다.

2021년에는 재난 · 응급의료 상황관리시스템의 이중화 구성으로 24시간 무중단 운영이 가능하도록 하였으며, 관제시스템을 도입하여 서버의 실시간 모니터링을 통하여 장애에 선제적으로 대응할 수 있도록 하여 시스템 운영 안정성을 강화하였다. 또한, 모바일 시스템을 통합 운영하는 등 응급의료정보망 운영 환경을 개선하여 이용자 편의성을 높였다.

2022년에는 데이터베이스 접근제어 솔루션 및 개인정보접속기록관리 솔루션을 도입하는 등 개인정보보호 관리체계를 한층 더 강화하였다. 또한 장애발생 최소화 및 안정적 서비스 제공을 위하여 노후화된 장비를 교체하였다.

2023년에는 응급의료 종합상황판의 중증응급환자 수용가능 고지기능을 개선하여 현장에서 신속한 응급이송과 병상배정의 효율성을 향상시킬 것이며, 민간구급차에서 중증도분류 기능을 추가하여 이송 단계에서의 정보 수집을 강화할 것이다.

Ⅳ 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.

행정지원시스템은 보건복지부 직원들이 효율적으로 업무를 수행할 수 있도록 부내포털, 회의실 예약 등 17개의 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.

2020년부터 국민들에게 코로나-19 현황 및 정책정보를 제공하기 위한 「신종 코로나바이러스 감염증 마이크로홈페이지」(http://ncov.mohw.go.kr)를 개설 · 운영하여 국내 · 외 발생 현황, 확진자 이동 경로, 피해지원정책과 관련 지침 등의 제공을 지원하였고, 현재 질병관리청에 이관하여 운영에 대한 지원을 하고 있다.

2021년에는 보건의료인행정처분관리시스템의 기능을 개선하고 보건의료인면허관리 시스템의 증명서 발급 체계를 정비하는 등 행정업무 효율화를 지원하였고, 부내 의견과 국민제안을 수용하여 대표홈페이지 기능의 접근성을 강화하여 이용자 편의를 강화하였다.

2022년에는 모바일 공무원증으로 인증하는 부내업무포털 로그인 기능을 적용하고, 소속기관 맞춤형 포털 개발 · 적용과 앱메시지 전송 서비스를 적용하는 등 행정업무 효율화를 지원하였다. 그리고 기초연금, 의사자추모관 홈페이지를 개편 · 신설하는 등 대국민 소통을 강화하고, 디자인 및 메뉴 구조 변경, 정보통신(웹) 접근성 품질인증 획득 등 대국민 접근성을 강화와 이용자 편의를 증대하고 있다.

집필자 정보통계담당관 김선도

V 보건복지분야 정보보호 및 개인정보보호

1. 보건복지사이버안전센터 운영

2008년 12월부터 국가사이버안전관리규정(제10조의2)에 의거, 보건복지 분야의 사이버 안전을 위하여 보건복지사이버안전센터(이하 '센터')를 구축·운영하고 있다.

지능화·고도화 되어가는 사이버공격에 대응하기 위해 센터는 총 92개 기관(2022년 12월 말 기준)을 대상으로 24시간, 365일 상시 보안관제 및 침해사고 대응체계를 유지하고 있다. 특히, 사이버 테러 등 국가 차원의 사이버 위기 상황 발생에 대비할 수 있도록 위기 단계별 강화된 보안관제를 수행하고 있다.

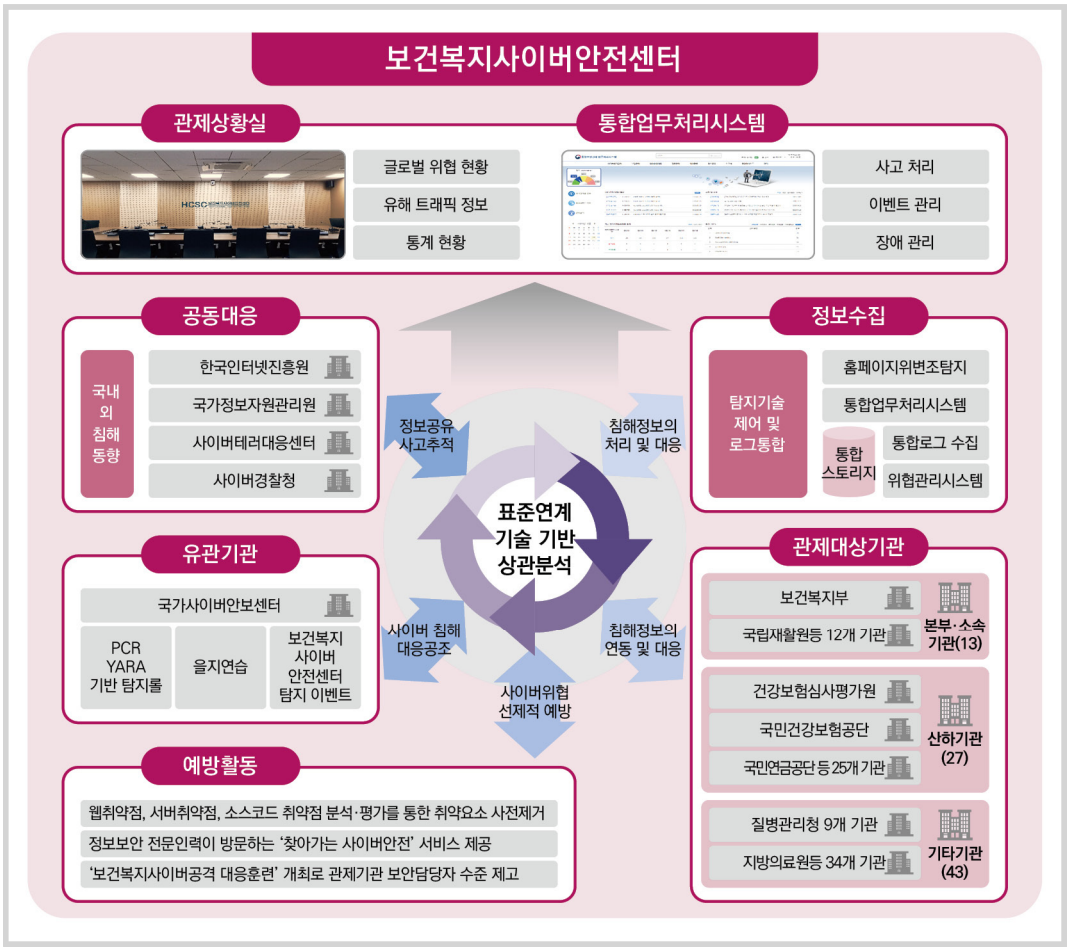
매년 보건복지부 및 소속·산하기관의 정보시스템(377개 항목 점검)과 홈페이지(36개 항목 점검) 대상 보안취약점을 발굴·제거하고 있으며, '23년부터는 지방의료원(34개소)까지 점검 대상을 확대하였다. 또한, 센터에서는 각 기관에서 정보시스템 소스코드의 자체 점검이 가능하도록 「소스 코드 취약점 점검 서비스」를 제공하고 있다.

침해사고 대응 역량 강화를 위해 보안관제 대상 기관의 정보보안업무 담당자를 대상으로 사이버 위기 대응 모의훈련을 실시하고 있으며, 일반 직원을 대상으로는 악성 메일 모의훈련 및 정보보안 교육 등 보안 인식 개선을 위해 노력하고 있다.

아울러, 국가사이버안보센터 및 소속·산하기관과 긴밀한 공조 체제를 유지하여 보건복지분야의 안전한 사이버환경을 위해 정보보안 예방·대응 역량을 강화해 나갈 것이다.

집필자 정보보호팀장 김선도

|그림 2-11-11| 보건복지사이버안전센터 관제 체계



2. 개인정보보호

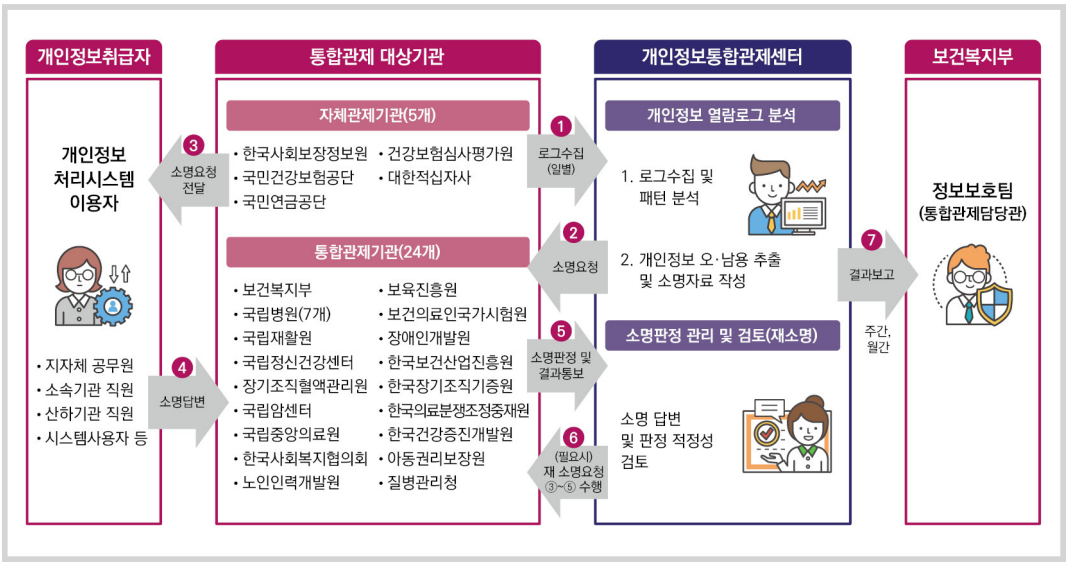
보건복지부는 국가기관 전체 개인정보 보유 건수의 72%에 해당하는 481억건의 개인정보를 보유하고 있으며, 국민의 건강정보 등 민감도 높은 개인정보를 처리하고 있어 개인정보를 안전하게 관리할 수 있는 높은 수준의 관리체계가 요구되고 있다.

이를 위해 2010년부터 '개인정보보호센터'를 구축·운영하여 본부 및 소속·산하 공공기관을 대상으로 개인정보 오·남용 예방 및 개인정보 보호 관리체계 컨설팅, 개인정보보호 역량 강화 교육 등을 지원하고 있다.

개인정보 오·남용 예방을 위해 개인정보처리시스템 접속기록을 분석하여 개인정보보호법 준수 여부를 점검하고 있으며, 개인정보 유출에 대비하기 위해 '개인정보 유출 대응 매뉴얼'을 정비하고 절차교육 및 모의훈련을 실시하고 있다. 또한 신규 지정 공공기관 등 개인정보 보호 수준이 취약한 기관을 대상으로 개인정보 보호 관리체계 컨설팅을 수행하고 개인정보처리자 유형별 맞춤형 교육을 통해 개인정보보호 역량을 강화하고 있다.

이와 함께 개인정보 관리수준 현황조사를 매년 시행하여 개인정보 관리실태를 파악하고 관리적·기술적 보호조치를 수행하는 등 산하 공공기관의 개인정보 관리수준 개선을 위해 지속적인 노력을 기울이고 있다.

|그림 2-11-12| 개인정보 오·남용 예방 업무절차

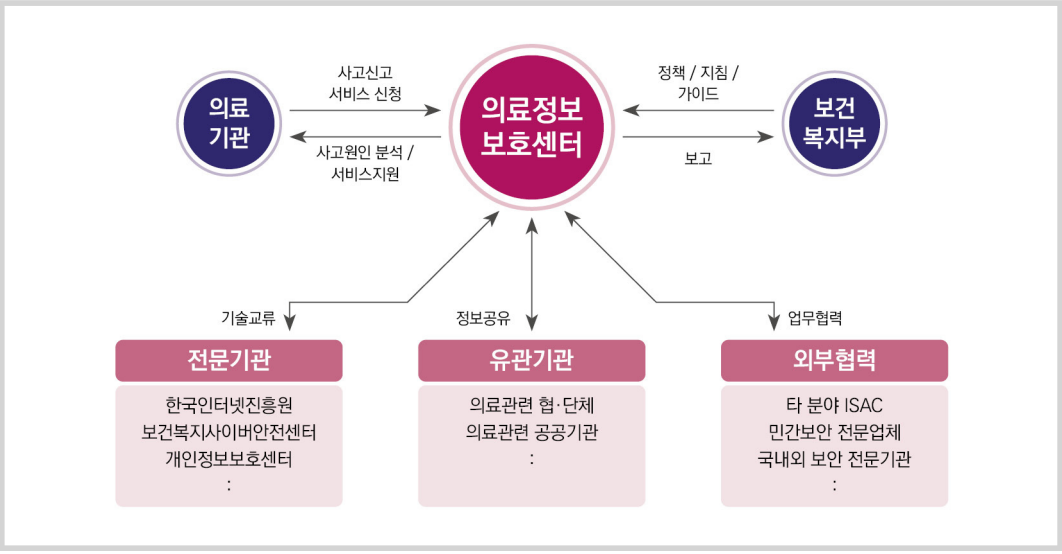


3. 민간 의료기관 진료정보 침해사고 대응 및 예방

2018년 11월부터 민간의료기관에 대한 정보보안 관제 업무를 시작하였으며, 2020년부터 민간의료기관의 진료정보 침해사고 대응과 예방 분야를 확대하여 의료정보보호센터(Healthcare Information Security Center)를 구축 · 운영하고 있다.

의료정보보호센터는 의료기관이 개별적으로 수행하기 어려운 사이버 공격의 실시간 탐지 · 대응 등 상시 보안관제서비스를 총 46개 의료기관 대상으로 제공하고 있으며, 의료기관 대상 사이버 공격 정보를 수집 · 분석하여 유관기관에 전파하는 등 사이버 공격에 대한 사전예방 활동을 수행하고 있다.

|그림 2-11-13| 의료정보보호센터 운영계치계



또한, 의료기관 종사자 대상 정보보안 교육 및 모의훈련을 지원함으로써 의료기관의 보안 인식과 전문성을 높여 진료정보 침해사고를 효과적으로 예방하는 데 기여하고 있으며 진료 정보 침해사고 발생 시 침해사고 대응 절차에 따라 24시간 365일 사고접수부터 초기대응, 사고분석 및 재발 방지대책 수립 등 2차 피해가 없도록 최선의 노력을 기울이고 있다.

아울러, 취약점 · 웹쉘 탐지 등 다양한 보안 서비스를 의료정보보호센터 홈페이지(www.hisc.or.kr)를 통해 무료로 제공하고 있으며, 2023년에는 보안 관제시스템 고도화를 통해 강화된 보안관제 서비스를 제공할 계획이다.

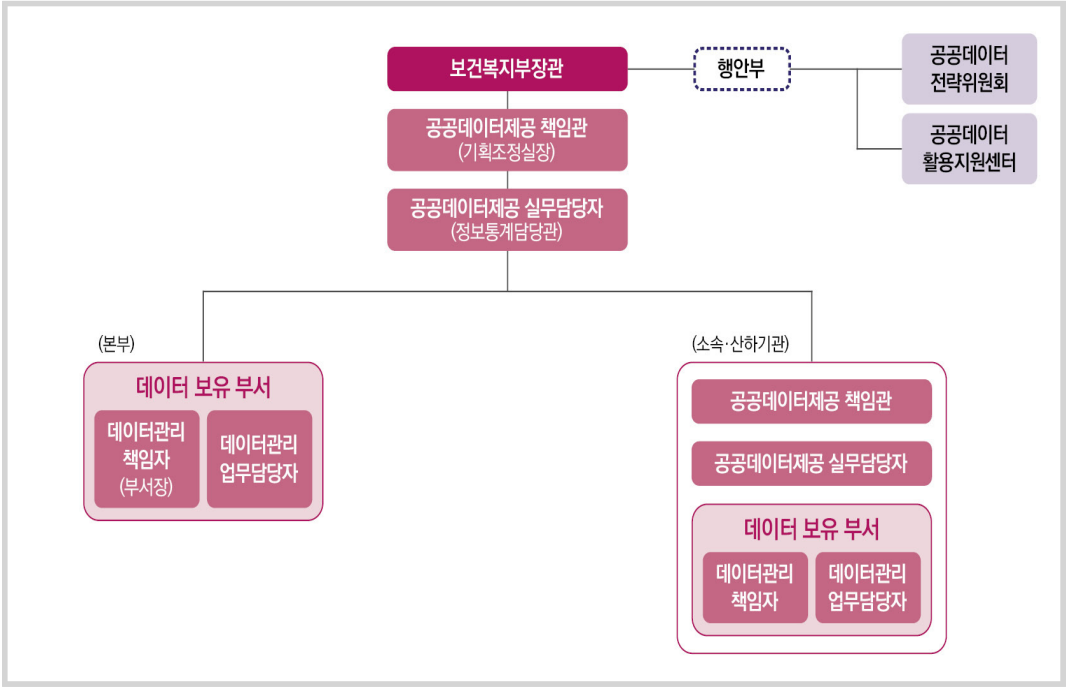
Ⅵ 보건복지 공공데이터 발굴 및 제공

1. 보건복지 공공데이터 개방

정부는 공공데이터 제공 및 시장 공정경쟁 지원, 개방된 데이터를 민간에서 자유롭게 활용하고, 서비스 개발 · 경쟁 유도와 지원을 목적으로 「공공데이터의 제공 및 이용 활성화에 관한 법률」을 2013년 7월 제정 · 시행하고 있다.

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. 「제4차('23.~'25.) 공공데이터 기본계획」 및 시행계획으로 일관되게 추진할 범정부적 세부 이행과제를 수립하였다. 주요 내용은 국민 중심 공공데이터 개방확대, 데이터의 체계적 관리 통한 접근성 강화, 법 · 제도 마련 및 전담인력 충원을 통한 기반 강화이다.

|그림 2-11-14| 보건복지부 공공데이터 개방 지원 체계



집필자 정보통계담당관 김선도

효과적인 공공데이터 관리체계를 수립하고 품질관리 제고와 개방업무 효율화를 위한 우리부 공공데이터 품질관리 지침 및 가이드를 마련하여 운영하고 있다. 보건복지부 공공데이터 품질관리 지침은 제1장 총칙, 제2장 추진체계, 제3장 데이터품질관리, 제4장 성과관리로 구성되어 있으며, 5종의 관리 가이드는 ① 표준관리, ② 구조관리, ③ 품질진단 · 개선관리, ④ 연계관리, ⑤ 제공 · 운영관리로 나누어져 있다. 체계적 · 지속적 관리체계 수립을 위해 매년 재 · 개정을 하여 고품질 · 고수요 데이터 확보를 위해 노력하고 있다.

아울러, 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 개방율 향상에 노력하였다. 또한 기존에 제공하고 있는 공공데이터의 정비를 통해 공공데이터 포털(www.data.go.kr)에 2022년 기준 총 1,264건(파일데이터 936건, 오픈 API* 328건)의 공공데이터를 개방하였으며, 앞으로도 단계적으로 공공데이터를 확대 개방할 계획이다.

* 오픈 API(Application Program Interface) : 데이터 플랫폼을 외부에 공개하여 다양한 서비스 및 애플리케이션을 개발할 수 있도록 외부 개발자나 사용자들과 공유하는 프로그램

|표 2-11-9| 연도별 공공데이터 개방 건수

(단위 : 건)

구 분	형식	합계	~'17년	'18년	'19년	'20년	'21년	'22년
보건복지부 (소속 · 산하공공기관 포함)	계	1,264	178	31	176	261	415	203
	파일	936	143	29	157	254	240	113
	API	328	35	2	19	7	175	90

주 : 공공데이터 포털 개방목록 등록일 기준

2021년도에는 행정안전부에서 추진한 「국가중점데이터 개방 사업」에 선정되어 데이터 개방을 위한 사업을 추진하여 보건복지관련 개방데이터(파일데이터)를 민간에서 쉽게 활용할 수 있도록 오픈 API로 자동변환하여 개방하고, 개방데이터 후보군 및 개방데이터 현황 관리를 위한 '데이터 관리시스템(ODMS)*'을 구축하였다. 이는 개방업무의 효율성 증대로 국민이 체감하고 일상생활과 산업에 활용할 수 있는 양질의 보건 · 복지 데이터를 보다 신속하게 제공하는 기틀을 마련하였다.

* 데이터 관리시스템(ODMS) : Open Data Management System

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 사회복지전달체계를 강화하고자 2005년 11월 1일 보건복지콜센터를 설치 · 운영하여 국민들이 전국 어디서나 쉽게 보건복지와 관련된 정책과 제도에 관한 상담 및 지원요청이 가능한 체계를 마련하였다. 2017년에는, 보건복지정책과 관련된 국민 접근 편의성을 제공하고, 다양한 채널(전화, 수어영상, 채팅 등)을 통한 상담 및 정보를 제공하고자 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 주민복지 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 전문상담사의 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.

집필자 보건복지상담센터장 김용규

Ⅱ 운영 체계

1. 상담 시간

긴급 복지 지원, 노인 · 아동 학대, 응급의료, 정신 건강 등 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 2-11-10]과 같다.

|표 2-11-10| 상담 그룹별 주요 상담 내용

상담팀	주요 상담범위
보건의료정책 상담팀	• 보건 · 의료, 국민건강보험, 건강증진 • 의료비 지원, 긴급 복지 지원 등
사회복지정책 상담팀	• 기초생활보장, 의료급여, 자활 사업 • 복지 사각지대 발굴 및 신고, 긴급 복지 지원 등
인구아동정책 상담팀	• 임신 · 출산정책, 보육정책 • 아동복지, 긴급 복지 지원 등
노인장애인정책 상담팀	• 노인정책, 노인장기요양보험, 기초연금 • 장애인복지, 긴급 복지 지원 등
위기대응 상담팀	• 노인 · 아동 학대 • 정신 건강, 긴급 복지 지원 등
자살예방 상담팀	• 자살 예방

3. 상담 처리 체계

가. 일반 상담

국민이 국번 없이 '129'로 전화를 하면 해당 상담사의 상담을 받고, 상담사는 그 사례를 세부유형별로 분류한 후 상담내용을 기록, 상담이력을 남기는 것으로 상담과정이 종료된다.

나. 전문 상담

국민연금, 건강보험, 건강보험심사평가와 관련된 상담은 개인의 소득정보 등 기관에 소장된 DB를 직접 검색하여 상담하여야 하므로, 이 경우에는 해당 기관에서 파견된 전문상담사가 기관의 DB를 참고하여 상담을 하고 있다.

또한, 분야별로 심도 있는 전문 상담이 필요한 사안에 대해서는 보건복지상담센터 상담사 중 숙련된 상담사 등을 활용한 단계별 전문상담사 제도를 운영하고 있다.

다. 자살예방 상담

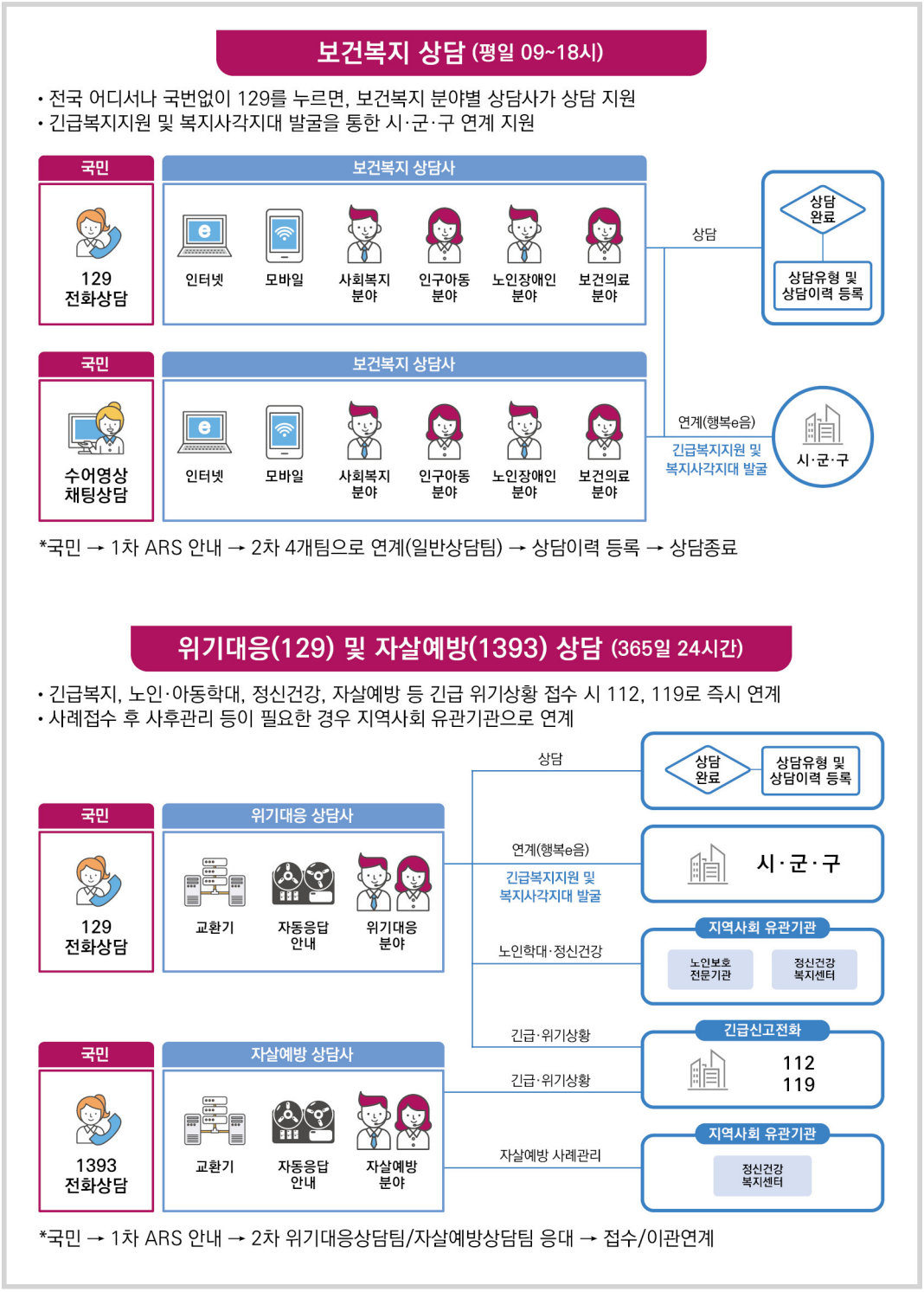
365일 24시간 전국 어디서나 자살예방상담 '1393' 으로 전화를 하면 전문상담사의 상담을 받고, 국민이 위기 상황에 처한 경우 위기개입(112 또는 119 출동) 등을 통해 연계 서비스를 받을 수 있다.

또한, 상담 이후의 사례관리 및 적극적인 서비스 연계 강화를 위해 해당 지역별 정신건강복지센터와 연계 · 지원 등을 통한 자살예방 상담업무를 지원하고 있다.

라. 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, 노인보호 전문기관, 정신건강복지센터 등이며, 1차 상담 후 이관하는 절차는 [그림 2-11-15]와 같다.

|그림 2-11-15| 보건복지상담센터 상담 및 관련기관 연계



마. 기타 이관

국민의 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

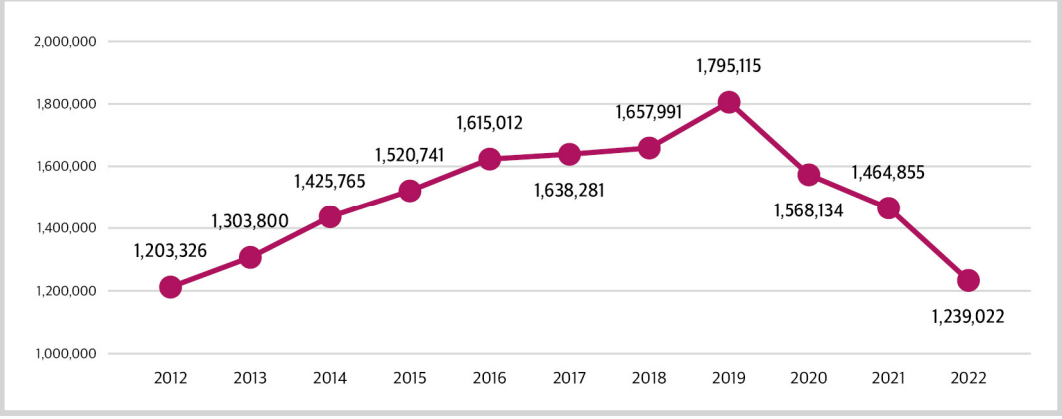
그동안 보건복지상담센터는 국가나 사회의 도움이 필요한 국민들이 어디에 도움을 요청할지 몰라 어려움을 겪는 일이 없도록 '129'를 국민들에게 널리 알리고 상담품질 향상을 통해 보다 친절하고 신속 · 정확한 상담서비스를 제공하고자 노력해 왔다.

2005년 11월 개통 이후 상담건수는 꾸준히 증가하였으며, 상담센터 개소 이후 연도별 전화상담 현황은 [표 2-11-11]과 같다.

|표 2-11-11| 연도별 전화상담 현황

(단위 : 건)

구분	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
건수	1,203,326	1,303,800	1,425,765	1,520,741	1,615,012	1,638,281	1,657,991	1,795,115	1,568,134	1,464,855	1,239,022



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. 2020~2021년에는 코로나19로 인한 상담이 2020년 29%, 2021년 20%를 점유하였고, 코로나19 장기화로 기초생활보장 및 자살예방 관련 상담이 증가하였다. 2022년은 기초생활보장 및 자살예방정책 상담이 각 17%, 11%로 높은 비중을 차지하였다.

향후에도 대중매체 광고, 지역사회 기관 등을 연계한 홍보, 홍보물 공유 · 배포 등 다양한 경로를 활용한 다각적 홍보를 통해 '129'에 대한 대국민 인지도를 제고하여 국민들의 접근성 및 이용 기회를 확대해 나갈 것이다. 이를 통해 복지 사각지대 해소는 물론 생활 속 보건복지 관련 정보 및 상담을 신속 제공하는 보건복지 정책 서비스 안내자로서의 역할을 지속 수행해 나갈 계획이다.

2. 청각 · 언어장애인을 위한 인터넷 실시간 채팅상담 · 수어영상상담

청각 · 언어장애인에 대한 보건복지 관련 정보 접근성을 향상시키고자 2007년 6월부터 보건복지상담센터 홈페이지를 통해 인터넷 채팅상담을 제공하고 있으며, 2008년 10월부터는 영상전화(☎ 070-7947-3745~6)를 이용한 수어상담서비스도 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 수어상담서비스를 제공하고 있다.

2018년 10월부터 상담채팅 시스템 개선사업으로 전화, 수어상담 등 기존 채널 외에 카카오톡을 통한 채팅상담서비스를 제공하기 시작했다. 카카오톡 채팅상담 건수는 2019년 31,659건, 2020년 18,242건을 처리하였으며, 2021년 및 2022년에는 코로나19 장기화 및 사회적 거리두기 강화 등으로 인한 SNS 상담증가로 각 24,043건, 19,876건을 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 국민에게 추가적인 상담서비스 및 민원 처리 진행 상황을 안내해 주는 해피콜서비스를 실시하고 있다.

또한, 매년 보건복지상담센터를 이용한 국민 중 일부를 대상으로 상담사의 친절성, 정확성, 신속성, 이해도 등에 대한 고객만족도 조사를 실시하고 있으며, 조사 결과 상담센터 이용 고객만족도 종합만족지수*는 지속적으로 상승하고 있다.

* 〈연도별 이용고객 종합만족지수〉 ('17.) 87.2 → ('18.) 88.2 → ('19.) 89.2 → ('20.) 89.0 → ('21.) 89.6 → ('22.) 89.7

매월 상담 품질에 대한 상담사 개인별 평가도 실시하고 있으며, 이를 통하여 보건복지상담센터를 이용하는 국민들이 보다 나은 상담서비스를 받을 수 있도록 고객 지향적인 상담을 통한 능동적 서비스 강화에 노력하고 있다.

민원인과 상담사 간의 대화 내용을 인공지능(AI) 기술을 활용하여 파악하고 민원인의 요구사항에 적합한 답변을 찾아 상담사에게 제공해주는 '상담가이드 추천봇'을 2023년 개발하여 보건복지정책 관련 지침 숙지 및 상담 자료검색 등 상담사의 업무 부담감 해소를 통해 신속하고 효율적인 상담 응대가 가능하게 되었다.

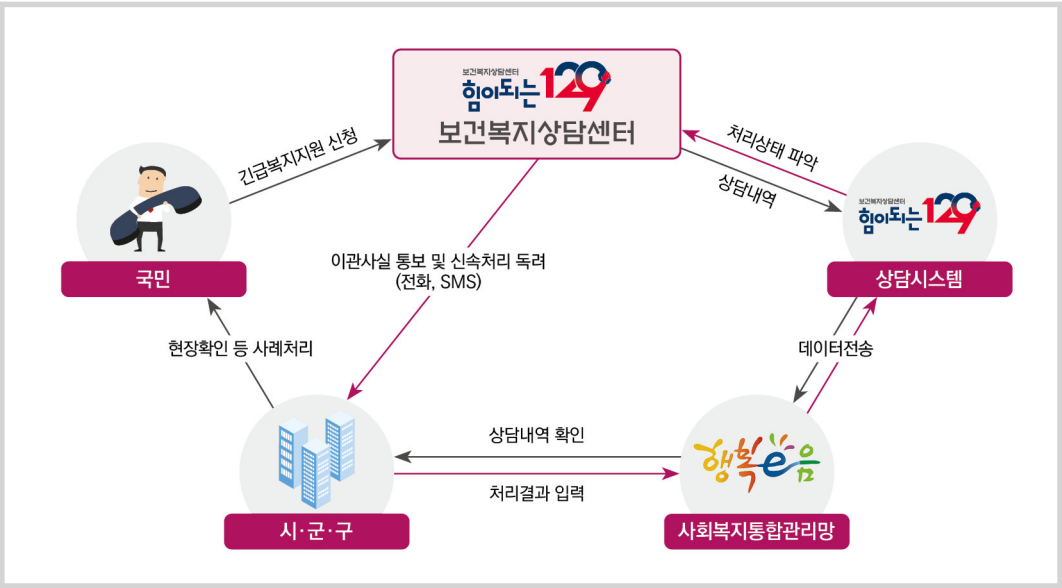
국민의 기대 및 서비스 요구 수준이 지속적으로 상승함에 따라 양질의 상담서비스를 제공하기 위하여, 향후에도 우수한 상담 인력을 확보하여 상담사 직무지식 교육, 사례 관리 등 전문 교육을 주기적으로 실시하고, 신규 또는 변경된 정책 · 제도 등에 대한 교육을 적기에 실시하여 신속 · 정확한 상담서비스를 제공하여 이용 고객 만족도를 높여 나갈 계획이다. 또한, 다양한 스트레스관리프로그램을 통해 상담사의 업무스트레스를 해소하고 상담서비스의 질 향상을 위해 노력할 예정이다.

4. 시 · 군 · 구 연계를 통한 신속한 현장 지원

2010년부터 [그림 2-11-16]과 같이 상담센터 상담시스템과 행복e음(사회보장정보시스템)의 연계로 시 · 군 · 구와 상호 유기적 협력관계를 통한 체계적인 사회복지서비스 제공을 시작하여 국민들의 복지 체감도를 높이고 있으며, 2020년~2022년에는 코로나19로 인해 행복e음 연계 건수가 2배 이상 증가하였으며, 긴급복지지원 상담 건수 중 19.8%(2020년, 22,292건), 14.4%(2021년, 18,596건), 10.4%(2022년, 9,420건)를 시 · 군 · 구로 연계 · 이관하였다.

* 〈행복e음 연계〉 ('18.) 8,561건→('19.) 11,253건→('20.) 25,967건→('21.) 20,371건→('22.) 10,442건
〈시·군·구 연계〉 ('18.) 6,735건→('19.) 8,825건→('20.) 22,292건→('21.) 18,596건→('22.) 9,420건

|그림 2-11-16| 보건복지상담센터 및 시·군·구 연계업무 처리 흐름도



5. 민원행정서비스 만족도 제고

보건복지에 대한 수요자 중심의 편리한 민원서비스 제공으로 국민 체감 만족도를 제고하는 한편, 민원 취약계층을 위한 포용적 민원서비스 강화 및 생활밀착형 민원제도 개선으로 공정하고 신속한 민원처리 행정 구현을 위해 노력하고 있다.

또한 국민이 참여하는 민원·제안 등이 보건복지 정책 및 제도에 반영될 수 있도록 적극적인 민원행정서비스를 제공함과 동시에 제반 모니터링을 통해 민원행정서비스에 대한 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, 활발한 논의를 진행하고 있는 주요 회의체로는 G20, 동남아시아국가연합+한중일(ASEAN+3) 등이 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.

집필자 국제협력담당관 한상균

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 보건의료 발전 동향을 파악하고 WHO 정책과 사업 방향 설정에 적극 참여하고 있다.

특히, 2020년에는 코로나19 유행으로 인한 글로벌 팬데믹 상황으로 WHO 지배기구 회의체인 제73차 세계보건총회, 제147차 집행이사회, 제71차 서태평양지역총회가 화상회의 방식으로 진행되었다. 제73차 세계보건총회에서는 한국, 독일, 중국 등 6개국 정상과 UN 사무총장이 코로나19 대응 경험 및 WHO에 대한 지지 등을 표명하는 자리가 마련되었으며, 총회 첫날 한국의 문재인 대통령은 현직 대통령으로서는 최초로 WHO 세계보건총회에서 정상초청연설을 하였다. 문재인 대통령은 정상초청연설을 통해 한국이 코로나19 대응 과정에서 지킨 개방성, 투명성, 민주성 등의 원칙과 더불어 코로나19 대응 과정에서 얻은 성과와 경험을 공유하였다.

2022년 역시 작년과 같이 제75차 세계보건총회, 제149차 및 제150차 집행이사회, 제73차 서태평양지역총회는 하이브리드 방식으로 진행되었다. 스위스 제네바에서 5월 개최된 제75차 세계보건총회에서는 보건복지부 윤찬식 국제협력관이 참여하여 '평화를 위한 건강, 건강을 위한 평화'를 주제로 기조연설을 진행하였으며, 각국의 코로나19 대응과 공중보건위기 대응에 있어 WHO의 역할이 집중적으로 논의되었다.

한편, 지난 2021년 개최되었던 '팬데믹 대비 · 대응을 위한 WHO 협약, 협정, 그 외 수단의 개발'을 주제로 한 세계보건총회 특별회기의 결과로, 우리나라를 포함한 45개국이 공동 제안한 '팬데믹 조약 등을 위한 국가 간 협상기구(Intergovernmental Negotiating Body : INB) 출범 결정안'이 만장일치로 채택되었다. 이후 '국가 간 협상기구' 출범에 따른 회의가 2022년 2월, 7월 12월 3차례 개최되었다. 우리나라는 소위 '팬데믹 조약'의 우호 그룹으로서 조약의 필요성을 지지하는 한편, WHO 헌장에 근거한 법적 구속력이 있는 조약을 채택할 것과 원헬스 접근법에 지지하는 등 조약 성안을 위한 논의에 참여하였다.

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 7차례 WHO 194개 회원국 중 34개 국가에게만 주어지는 집행이사국 자격을 획득하여 WHO 의사결정 과정에 참여하며 리더십을 강화하였다. 최근에는 2019년 제70차 서태평양지역총회의 논의를 거쳐 차기 서태평양지역을 대표하는 집행이사국으로 내정된 이후, 2020년 제73차 세계보건총회에서 집행이사국으로 결정되었다. 2020년 5월 제147차 집행이사회를 통해 보건복지부 김강립 (전)차관이 집행이사로 지명되었으며, 한국은 3년의 임기로 집행이사국으로 참여하고 있다. 2021년 6월 제149차 집행이사회에서는 보건복지부 김강립 (전)차관이 집행이사회의 부의장으로 선출되어 2022년까지 1년간 집행이사회 진행에 참여하고 있다.

또한, WHO의 지역사무처인 서태평양지역 사무처의 활동에도 적극적으로 참여하고 있다. 최근에는 신영수 박사가 서태평양지역 사무처장으로 2019년 1월까지 연임하였으며, 2019년 6월에는 한국과 WHO 간 정책대화(Policy Dialogues)를 통해 한국과 WHO의 협력을 공고히 하기도 하였다. 2022년 10월에는 제73차 서태평양지역총회가 필리핀 마닐라에서 하이브리드 방식으로 개최되었다. 지역총회에서 WPRO 회원국들은 최근 WHO 정부 간 실무그룹 논의와 관련하여 지역 차원의 논의를 병행하는 한편, 일차보건의료, 만성질환, 정신건강, 자궁경부암 등의 주제에 대한 의견을 교환하였다.

WHO에서 논의된 대다수의 보건의제는 UN의 지속가능개발 목표(Sustainable Development Goals : SDGs)에 따라 보편적 건강보장(Universal Health Coverage : UHC) 달성을 위한 다분야적 접근을 필요로 하는 의제들이며, 또한 한국이 올해 성과를 보이고 있는 공중보건위기 준비 및 대응과 관련한 의제들도 포함되어 있다. 그 외에도 만성질환 예방 및 관리, 기후변화와 건강, 건강불평등 등의 광범위한 보건이슈들이 논의되고 있다.

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 재정분담률에 의거해 WHO 총회에서 최종 결정된다. 우리나라의 2022년도 분담률은 2.5742%이다. 이외에도 WHO 본부 및 서태평양지역사무처에 사업분담금을 납부하여 국제 보건 문제 해결을 위해 노력하고 있다.

|표 2-11-12| 우리나라의 세계보건기구 의무분담금 현황

(단위 : 천 달러, %)

구분	'04.-'05.	'06.-'07.	'08.-'10.	'11.-'13.	'14.-'16.	'17.	'18.-'19.	'20.-'21.	'22.-'23.
분담금	7,817	8,020	10,093	10,497	9,263	9,472	9,756	10,847	12,316
분담률	1.82	1.796	2.173	2.260	1.994	2.039	2.039	2.2671	2.5742

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 작업반 회의에 참석해 왔다.

2021년에는 6월과 12월에 개최된 OECD 보건위원회에 참석하여 복원력 있는 보건시스템의 재정적 지속가능성, 글로벌 공공재 개발 유인 마련, 팬데믹 대응 정책, 장기요양 및 코로나19, 사람 중심의 보건시스템 등 OECD 회원국의 보건 관련 다양한 의제에 대한 논의 과정에 참여하였다.

2021년 6월에는 제29차 보건위원회에 참석하여 보건시스템 복원력, 의약품 시장 투명성, 팬데믹 대응 정책 등에 대하여 공유받았다. 아울러, 사람 중심의 보건시스템에 대하여 논의하였으며, 보건시스템 복원력 기반에 필수적인 디지털 및 데이터 인프라 구축, 보편적 의료보장의 중요성에 대하여 한국의 상황을 예로 들어 소개하였다.

2021년 12월 제30차 보건위원회에 참석하여 복원력 있는 보건시스템의 재정적 지속가능성 및 보건 데이터 거버넌스에 대해 검토하였다. 또한 글로벌 공공재 개발 유인 마련 등에 대해 공유받았다.

또한, 2022년 6월과 12월에 개최된 OECD 보건위원회에 참석하여 보건시스템 복원력, 원격의료, 항생제 내성, 환자 안전, 코로나19 이후 보건 인력, 통합돌봄 등 보건 관련 다양한 의제에 대한 논의 과정에 참여하였다.

2022년 6월에는 제31차 보건위원회에 참석하여 완화의료, 원격의료, 보건시스템의 재정적 지속가능성 등에 대하여 공유받았으며, 포스트 코로나 보건시스템, 항생제 내성의 중요성에 대하여 한국의 상황을 예로 들어 소개하였다.

2022년 12월에는 제32차 보건위원회에 참석하여 코로나19 증후군, 의료시스템 지속가능성에 대해 정보를 공유하였으며 통합돌봄, 가치 기반 의료시스템 등에 대해 논의하였다.

한편, 경제뿐만 아니라 인구 및 보건위기 대응, 의료 협력 등 다양한 분야에 대해 국제적 차원의 전략적 공조가 중요시되면서 이러한 논의를 진행하고 국제 공조 체제를 구축하기 위한 G20 보건장관 회의가 2017년에 처음으로 개최되었다.

2017년 G20 보건장관회의에서는 G20 국가 보건장관, WHO, 유럽 집행위원회(European Commission) 등이 참석하여 감염병 대응을 위한 모의훈련의 중요성, WHO의 리더십 지지, 보건위기 인력 등 구축, 국제보건규약(IHR) 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'이라는 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.

2020년 G20 보건장관회의에서는 각국의 코로나19 대응 경험과 정책 공유 및 가치기반 보건의료, 디지털 헬스, 환자안전, 항생제 내성 해결을 위한 국제공조 의지를 표명하는 자리를 가졌다. 아울러, 2020년에는 코로나 백신 · 치료제의 공평 · 충분한 보급 및 글로벌 협력체제인 엑트-에이(Access to COVID-19 Tools-Accelerator : ACT-A) 지지, 코로나 대응을 위한 WHO의 주도적 역할 지지, 특히 개도국의 팬데믹 대응역량 제고 필요 등을 골자로 한 공동선언문을 채택하였다.

2021년 G20 보건장관회의에서는 각국이 코로나19의 글로벌 보건 영향 평가, 미래 글로벌 감염병 예방 · 대비를 위한 국제공조, 감염병 대응도구의 공평한 접근성에 대해 논의하였으며, 다자주의 협력, 보건위기 공동 예방 및 대응, 보편적 의료보장과 유엔 지속가능개발목표의 중요성을 재확인하는 공동선언문을 채택하였다.

2022년 G20 보건장관회의에서는 팬데믹 예방 · 대비 · 대응을 위한 글로벌 보건 회복력 구축, 국경 관련 프로토콜의 조화, 글로벌 생산 및 연구 허브 확장 등에 대해 논의하였으며, 향후 국제 보건 체계 강화를 위한 팬데믹 펀드(Pandemic Fund) 설립 등 그간 G20 회의를 통한 국제적 보건 체계 강화 성과를 강조하였다.

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 가족 관련 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 노동문제, 외국인 노동자 불법고용 문제 등의 논의에 참여하였으며, 2018년 OECD 사회정책장관회의의 이슈, 일정 등 준비 상황을 공유 받았다.

2019년 4월, 10월에 개최된 제134차, 제135차 OECD 고용노동사회위원회에 참석하여, 2018년 OECD 사회정책장관회의에 따른 후속조치, 아동 복지 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 복지 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.

2020년 10월에 개최된 제137차 고용노동사회위원회 화상회의에 참석하여, 통합적인 정신건강, 기술, 일자리정책에 관한 권고 이행사항, 적극적 노동시장정책 프로젝트 등에 대한 논의에 참여하였다.

2021년 5월, 10월에 개최된 제138차, 제139차 고용노동사회위원회 화상회의에서 사회적 위험 프로젝트, 사회보장의 미래 사업에 대한 주제 논의에 참여하였으며, 고령자 고용촉진 권고안, 청년을 위한 권고안 초안에 대해 공유받았다. 11월 열린 제43차 사회정책작업반 회의에서는 가정외돌봄을 떠나는 청년들을 위한 지원방안 초안, 소득불평등 보고서 초안의 내용에 대해 공유받았다.

2022년 4월, 11월에 개최된 제141차, 제142차 고용노동사회위원회 화상회의에서 포용적 성장, 아동의 웰빙 등의 주제에 대해 공유받았으며, 소득 및 경제적 불안정, 기후변화정책과 분배 문제에 대한 주제 논의에 참여하였다. 4월, 11월 열린 제44차, 제45차 사회정책작업반 회의에서는 정책 방안을 위한 웰빙 분석, 취약계층을 위한 맞춤형 서비스, 출산율 하락 등의 주제에 대해 논의하였다.

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 강화해 왔다.

아울러, 최근에는 동남아시아, 중앙아시아 등 아시아 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 보건의료서비스 및 기술 수준에 대한 각국의 인지도가 높아지면서 우리나라와의 협력을 희망하는 국가들이 증가하고 있기 때문이다.

이러한 노력의 결과로, 우리나라는 미국, 중국, 러시아, 스웨덴, 덴마크, 베트남, 태국, 인도네시아 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.

특히, 2020년부터는 전세계적 코로나19 펜데믹에 대응하면서 세계 각국과 보건의료분야 정부간 협력을 강화하였다. 비대면 방식을 통해 EU, 영국, 미국, 호주, 쿠웨이트, 아랍에미리트, 인도, 콜롬비아, 러시아, 우즈베키스탄, 카자흐스탄, 인도네시아 등 각국의 보건당국과 양자 협력을 추진하여 한국의 감염병 예방과 통제 전략, 백신 개발 등 코로나19 대응 및 보건의료 분야에서의 협력을 지속하였으며, 특히, 2021년에는 스페인 · 우즈베키스탄 · 콜롬비아와 기존의 보건부처 간 MOU 방식이 아닌, 다부처 협력 사항을 포괄하는 국제법적인 효력을 가지는 보건협력협정을 체결하여 감염병 대응을 포함한 포괄적인 보건의료분야 협력 증진의 모멘텀을 마련하였다.

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 전통의약, 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.

2020년 12월 화상으로 개최된 제13차 한 · 중 · 일 보건장관회의에서는 코로나19 대응경험 공유, 코로나19 대응을 위한 정보통신기술의 핵심 역할, 코로나19 백신 · 진단 및 치료 등 최근 3국의 주요 이슈에 대한 각국의 경험을 공유하고 향후 협력방안을 논의하였으며, 효과적인 코로나19 예방 및 통제 조치, 코로나19 예방과 통제에서 ICT의 역할, 코로나19 진단, 치료 및 백신에서의 협력 및 암 퇴치를 위한 협력을 골자로 하는 공동성명서를 채택하였다,

2022년 12월 화상으로 개최된 제15차 한 · 중 · 일 보건장관회의에서는 우리나라가 의장국을 맡았으며, 글로벌 보건 안보 관련 감염병 대응 협력, 보편적 의료보장 강화, 건강한 노후보장에 관한 3국의 정책을 공유하고 향후 협력방안을 논의하였다. 아울러, 공동선언문 채택을 통해 팬데믹 예방 · 대비 · 대응을 위한 협력을 약속하고, 보편적 의료보장 강화 및 활력있는 고령사회 달성과 비감염성질환 예방 · 관리 대책 마련을 위해 노력하기로 합의하였다.

제8절 통상 및 개발 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 통상개발담당관 조귀훈

품목별, 분야별 통상 확대를 위한 협상은 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.

최근 전 세계적인 FTA 체결 현황을 살펴보면 양자 FTA에서 Mega FTA로 다자화하는 경향을 보이고 있으며, 디지털, 전자상거래, 환경, 보건 등 새로운 쟁점이 통상협정에 등장하고 있다. 최근에는 역내국가 간에 공급망 · 안보, 디지털경제, 노동 · 환경 등 새로운 통상 현안에 대한 협력기반을 마련하는 것을 목표로 하는 인도-태평양 경제프레임워크(Indo-Pacific Economic Framework : IPEF)와 같은 새로운 형태의 통상 협력체제도 등장하고 있다.

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.

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 보건상품 관련 주요 수출 상대국의 비관세 장벽 완화에 관심을 가지고 의제를 발굴해 오고 있다.

Ⅱ 자유무역협정(FTA) 현황

1. 개요

우리나라는 거대 경제권과 자원 부국 등을 대상으로 FTA의 체결 확대 전략을 통해 지역 경제 블록화에 효과적으로 대응하여 양과 질 모든 면에서 우수한 FTA 네트워크를 구축해 가고 있다. 2023년 2월 현재 21건 총 59개국과 FTA가 발효 중이며, 이를 통해 우리 기업들의 세계 시장 진출 및 산업 경쟁력 강화를 도모하고 있다.

|표 2-11-13| 자유무역협정(FTA) 체결 현황('23. 2월 기준)

		상 대 국
기발효 (21건)		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, '09.9. 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 발효, '18.8월 서비스·투자 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), 중미 5개국('15.6. 개시, '19.10. '21.3. 전체 발효), 영국('17.2. 개시, '21.1. 발효), RCEP('12.11. 개시, '22.2. 발효), 이스라엘('16.5. 개시, '22.12. 발효), 캄보디아('20.7. 개시, '22.12. 발효), 인도네시아('12.3. 개시, '23.1 발효)
서명타결 (1건)		필리핀('19.6. 개시, '21.10. 타결)
진행 중	신규	중·일('12.11. 개시), 메르코수르('18.5. 개시), 러시아 서비스·투자('19.6. 개시), 말레이시아('19.6. 개시), 우즈베키스탄('21.1. 개시), GCC('21.1. 재개), 과테말라 한·중미 FTA 가입('21.10. 개시), 에콰도르('22.3. 재개), 멕시코('22.3. 재개), PA('22.1. 개시 합의)
	개선	한-ASEAN, 한-인도, 한-칠레, 한-중 서비스·투자는 추가 자유화를 위한 개선 협상 진행 중

2. 주요 진행 중인 통상 협상

보건산업의 경제 영토를 넓히고 진출 시장을 다변화하기 위해 한-걸프협력이사회 FTA, 한-에콰도르 전략적경제협력협정, 한-우즈베키스탄 경제동반자협정(Agreement for Sustainable Trade and Economic Partnership : STEP), 한-메르코수르(남미공동시장) 무역협정(Trade Agreement : TA), 한-러시아 서비스 투자부분 FTA, 한 · 중 · 일 FTA 체결을 위한 협상이 진행 중이고, 한-아세안 FTA 추가 자유화, 한-인도 포괄적 경제동반자협정(Comprehensive Economic Partnership Agreement : CEPA)과 한-칠레 FTA의 개선 협상이 진행되고 있다.

가. 한-걸프협력이사회*(Gulf Copperation Council : GCC) FTA

* 걸프협력이사회 : 사우디아라비아, 쿠웨이트, 아랍에미레이트, 카타르, 오만, 바레인 6개국의 지역협력기구로 회원국간 경제 · 안보협력 활동 수행

중동 걸프 지역은 인구, 소득, 잠재력 면에서 성장가능성이 크고 '21년 제조업 육성 등 산업 다각화**와 탄소중립을 위해 적극적으로 정책적 역량을 집중하는 상황으로 '10. 1월 이후 10년간 중단된 우리나라와의 FTA 협상 공식 재개가 '22. 1월 선언되었다.

** '22년 사우디아라비아, 아랍에미레이트와의 정상외교 성과가 중동지역 전체로 확산되는 가운데 에너지, 인프라, 신산업 등 광범위한 분야 뿐만 아니라 걸프협력이사회의 의약품 도 · 소매, 숙박업을 포함한 추가 개방 요구와 우리나라 의료기관의 중동 국가 진출 등에 대하여 논의가 활발히 진행되었고 미래지향적인 협력 관계를 근간으로 상호 호혜적인 해택과 이익 증진을 위한 '한-GCC FTA' 타결 노력이 계속되고 있다.

나. 한-에콰도르 전략적경제협력협정*(Strategic Economic Cooperation : SECA)

* 전략적경제협력협정 : 자유무역협정과 내용은 동일하나 포괄적인 경제협력을 강조하는 차원에서 사용

에콰도르는 석유, 광물 등 천연자원이 풍부하고 한국과 상호 보완적인 무역관계를 가진 중남미 지역 거점으로 수교 60주년을 맞아 '16년 5차 협상 이후 6년 만에 우리나라 기업의 중남미 시장 진출 및 신흥시장과의 협력 확대를 위해 한-에콰도르 SECA 협상공식이 재개되었다.

'22년 제6차, 제7차, 제8차 협상에서 보건복지 분야는 국경간 서비스 무역에 관한 논의가 쟁점을 이루었고 중남미 중요 신흥시장과 교역 및 투자를 확대하고 공급망 강화 등 다양한 협력기반을 마련하기 위한 신속한 FTA 타결에 박차를 가하고 있다.

다. 자유무역협정(FTA) 체결 후 개선 협상

한-아세안 자유무역협정은 한국의 네 번째 FTA로 '07년 협정 체결 후 16년이 지나 그간의 통상환경 변화를 반영하기 위하여 공동연구를 진행하고 있으며 이를 바탕으로 개선 협상을 진행하고 있다.

우리나라는 추가 자유화 및 원산지 규정 개정 등 상품 및 서비스 · 투자 분야의 규범 개선과 디지털 통상, 공급망 안정, 식량안보 등과 같은 신통상 이슈에 대한 협력을 제안하였다.

한-인도 포괄적경제동반자협정(CEPA)은 '16년 6월 개선협상을 개시하고 '19년 6월 제8차 협상 이후 코로나 등의 이유로 협상이 사실상 중단되었다가 공급망 재편 등 세계경제가 불확실한 상황에서 인도와의 협력 관계 중요성이 강조되어 '22년 11월에 개선 협상이 개최되었다.

인도는 14억 인구의 대규모 내수시장, 높은 성장잠재력을 기반으로 높은 경제성장률('21년 8.9%)을 이어가고 있으며 최근 우리 기업들도 휴대폰, 자동차 등 다양한 분야에서 인도 진출을 하여 양국간 교역도 '21년 최고치를 기록하고('21년 23,659백만 달러) 있다.

한-인도는 양국 추가 관심 품목 및 분야를 중심으로 상품 · 서비스 양허 및 투자, 품목별 원산지기준 관련 개선 방안을 지속 모색할 계획이다.

라. 디지털 통상 협상(DEPA: WTO 전자상거래 협상)

디지털 경제로의 전환 가속화와 무역 양상 변화에 따라 디지털 경제 선점을 위한 글로벌 통상규범 논의가 활발하게 진행되고 있다. 디지털 통상 협정은 인터넷 등 전자적 방식으로 이루어지는 국가 간 교역에 관한 무역규범으로, 전자상거래 및 디지털 비즈니스 활성화, 디지털 제품 무관세 및 비차별대우, 소비자 보호, 사이버 안보 등을 주요 내용으로 한다.

우리나라는 디지털 경제 주도권을 확보하고 국내 디지털 성장 기반을 마련하기 위해 디지털 통상 협정에도 적극적으로 참여하고 있다. 우리나라 최초의 디지털 통상 협정인 한국 - 싱가포르 디지털 동반자협정(Korea-Singapore Digital Partnership Agreement : KSDPA)을 '21. 12월 체결하였고, 협정의 발효를 위한 양국의 국내 절차가 마무리 되어 '23년 1월 협정이 발효되었다. 또한 '21년 10월에 최초의 복수국가간 디지털무역협정인 디지털경제동반자협정(Digital Economy Partnership Agreement : DEPA, '20년 6월 체결, 싱가포르, 뉴질랜드, 칠레 참여 중) 가입 개시를 선언하고 '22년 4차례 협상을 진행하였으며 WTO 전자상거래 협상에도 지속적으로 참여하고 있다.

보건의료 분야 관련해서는 디지털 통상 협정에서 주요하게 다루어지는 이슈인 '국경 간 데이터의 이전 자유화'와 '컴퓨팅 설비의 현지화 요구 금지' 조항이 의료정보 보호와 상충 되는 측면이 있으므로 향후 정책 권한 확보를 위해 관련 논의 동향을 주의 깊게 지켜보고 있다.

3. 주요 통상 이행점검

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. 2020년 6월, 제8차 위원회를 화상회의로 진행하였으며, 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, 2019년 1월 개정한 한 · 미 FTA가 발효된 이후, 한미 양측은 이행 현황을 지속적으로 점검하고 있으며, 협정개정을 계기로 양국 관계를 심화 발전시켜 나가고 있다.

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. 2022년 5월에 제10차 한 · EU FTA 의약품 · 의료기기 작업반을 통해 FTA 이행상황을 점검하고, EU 측에 우리 약가제도 및 치료재료 가격정책 등 의약품 · 의료기기 관련 정책 방향에 대해 설명하여 우리 정책의 투명성을 제고하였다.

다. 한 · 영 FTA 의약품 · 의료기기 작업반

영국의 EU 탈퇴 이후 영국과의 단독 협정인 한 · 영 FTA가 2019년 체결, 2021년 발효되었다. 한 · EU FTA와 동일하게 제2장 부속서2-라 제5조제3항에서 매년 1회 이상 의약품 · 의료기기 작업반을 개최하도록 하고 있다. 이에 한국과 영국 정부는 2022년 3월 제1차 한 · 영 FTA 의약품 · 의료기기 작업반을 서면으로 개최하여 FTA 이행 상황 점검 및 상호 협력 방안을 모색하였다.

Ⅲ 개발 협력 현황

가. 보건의료 ODA(공적개발원조)

공적개발원조(Official Development Assistance : ODA)는 개도국 또는 국제기구에 공여하는 무상 또는 유상원조를 의미한다.

우리나라 ODA 담당기관은 총괄 및 조정기구, 주관기관, 시행기관으로 구성되어 있다. 총괄 및 조정기구는 「국제개발협력기본법」 제7조에 따라 설립한 국제개발위원회로, 국무조정실의 국제개발협력본부('20. 11월 개정법 시행)가 국제개발협력위원회의 사무국 역할을 수행하고 있다. 기획재정부와 외교부는 각각 유상원조와 무상원조의 주관기관으로 분야별 5개년 기본계획과 연간 시행계획안을 작성하고 이행을 점검한다.

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.

故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 2022년까지 30개국 1,339명의 보건의료 인력이 한국에서 임상과정, 보건정책과정, 의공과정, 최고위 과정, 감염병 과정 등 중장기 연수교육을 수료하였다.

KOFIH의 ODA 사업에 대한 정부지원은 2007년 30억 원에 불과하였으나 2010년 100억 원, 2022년에는 363억 원으로 확대되었다. 2010년 라오스 모자보건증진사업을 시작으로 2022년 아프리카 5개국, 아시아 7개국을 대상으로 총 30개 사업을 추진하였다. 지원 분야도 더욱 확대되어 모자보건증진 등 보건의료 체계 강화, 의료기기 관리 역량 강화, 감염병 관리체계 구축, 비감염병 관리 역량 강화, 건강보험제도 컨설팅, 한국의 유상 차관 지원으로 건립된 병원의 병원운영기술 컨설팅 등 보건의료 전반을 아우르고 있다.

나. 한-아세안 보건의료 국제협력(K-Health 국제협력전략사업)

코로나19의 확산으로 보건의료 분야에서 국제공조의 중요성이 드러났으며, 이에 2020년 4월 아세안+3 특별정상회의에서 아시아 지역 내 보건 협력체계 강화를 위한 한-아세안 보건장관 대화채널 신설이 논의되었다. 이에, 한국과 아세안 간 구체적 보건의료 협력을 논의할 수 있는 대화채널이 신설('20. 8월)되었으며, 특히 보편적건강보장(UHC)와 보건안보 분야에서 중점 협력하기로 합의하였다.

우리 정부는 2021년부터 아세안 회원국을 대상으로 건강보험, 감염병 대응 등 중점 협력 분야에 대한 지원을 위해 K-Health 보건의료 해외진출 지원사업을 추진 중이며, 2024년부터는 협력범위를 보건의료정보화 · 디지털헬스 등으로 다양화하고 협력 국가도 아프리카 · 중남미 등으로 확장해 나갈 계획이다.

제9절 보건복지 분야 인재 양성

I 현황

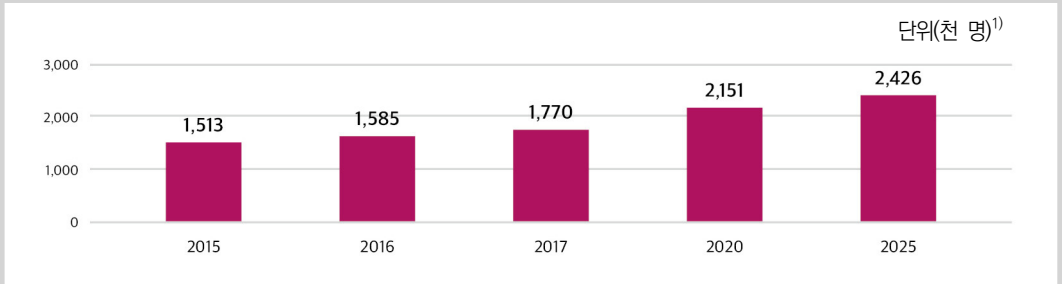
보건복지부는 보건복지 정책 확대에 따른 환경 변화에 적극적으로 대응하기 위하여 전문인재 양성을 지속적으로 확대해 왔으며, 급증하는 보건복지 종사자의 교육 수요에 대응할 수 있도록 2007년 「한국보건복지인력개발원법」을 제정하고 한국보건복지인력개발원을 설립하였다. 또한 변화하는 환경에 맞추어 보건복지 교육훈련 등의 업무를 보다 체계적으로 추진하고 효과적으로 관리하기 위해 2022년 「한국보건복지인재원법」으로 개정 · 시행하였다.

보건복지 분야 종사자 전문성을 강화하기 위해 분야별 교육 수요를 분석하여 현장 중심의 콘텐츠를 개발 · 보급하였다. 통합건강증진사업, 정신건강증진시설 인권교육사업, 역학조사관교육사업 수행 등을 통해 보건복지 사각지대해소와 코로나19 극복에 기여하였다.

국민 맞춤형 사회보장을 위한 기초연금사업, 기초생활보장사업, 지역사회통합돌봄, 긴급복지교육사엄을 통해 사회안전망 확대에 기여하고 있으며, 아동안전교육사업 및 전문강사 양성 · 인권교육, 복지사각지대 발굴 · 지원 등 사회적가치 확산을 위한 인재양성 체계를 구축하고 있다.

또한, 에듀테크를 활용한 메타버스(Metaverse)와 같은 신기술 교육서비스를 제공하였으며, 미래 신성장 산업을 견인할 수 있는 해외환자유치 전문인재양성, 의료통역능력검정기관으로 지정되는 등 미래성장 유망 신사업 분야 교육을 통하여 보건산업분야의 미래를 준비하고 있다

|그림 2-11-17| 보건업 및 사회복지서비스업 종사자 추이



주 : 1) 2017년 보건복지 관련 산업 일자리 통계조사 보고서, 보건복지부

집필자 기획조정담당관 백형기

Ⅱ 보건복지 분야 교육 방향

보건복지종사자 전문교육을 통하여 대국민 보건복지서비스의 질을 높이고자 종사자의 역량과 직무 수준을 고려한 전문교육체계를 고도화하고, 수요자 중심의 학습을 유도하기 위해 문제해결형, 현장 밀착형 교육과정을 개발 및 운영하기 위해 노력하였다.

특히 코로나19 위기극복 및 일상회복을 위한 교육, 복지사각 지대 발굴 및 지원을 위한 교육 등을 강화하여 촘촘하고 두터운 사회안전망 구축에 기여하였다.

또한, 4차 산업혁명, 인공지능, 에듀테크 등 기술발전에 따른 디지털 기반의 보건복지 인재양성 체계를 구축하는 한편, 이러닝, 비대면교육 등을 활용한 하이브리드 학습체계 마련, 교육효과성 제고, 고객 맞춤형 서비스, 유관기관과의 연계 협력을 통하여 보건복지 교육의 품질을 향상시켰다.

|그림 2-11-18| 보건복지 분야 인재 양성 방향

목표	• 보건복지분야 교육 강화를 통한 사회적 가치 구현	• 보건복지 인재양성 품질 제고를 위한 교육생태계 구축
과제	• 보건복지종사자 직무교육을 통한 현장 전문성 제고	• 국가 보건복지 인재양성을 선도하는 교육연구 강화
	• 보건복지전문가 및 강사양성 확대를 통한 현장 핵심인력 양성	• 보건복지 인재의 성장을 지원하는 쌍방향 디지털 교육플랫폼 구축
	• 국민 참여와 보건복지 정책 이해 제고를 통한 건강과 행복한 삶 지원	• 보건복지교육 품질 향상을 위한 보건복지분야 협력 및 네트워크 강화

Ⅲ 보건복지 인재 양성 실적

2022년 한 해 동안 보건복지 공무원 및 민간 종사자, 사회복무요원 등을 대상으로 총 1,154과정 2,174회 교육을 수행하여 274만 4,577명의 수료생을 배출하였다.

교육 형태별로 살펴보면 집합교육은 548과정 2,174회, 7만 85명, 이러닝은 606과정 267만 4,492명이다. 교육 분야로는 보건복지부, 공통역량, 복지행정 및 사회서비스, 건강증진 및 질병관리, 식의약안전, 국제교육, 보건산업, 사회복무교육, 아동안전 등의 교육을 수행하였다.

|표 2-11-14| 2022년도 보건복지 분야 인재 양성 현황

(단위 : 과정, 회, 명)

구 분		과정	횟수	교육 인원
총계		1,154	2,174	2,744,577
집합	계	548	2,174	70,085
	보건복지부(소속기관 포함)	16	53	1,486
	공통역량 분야	8	20	407
	복지행정 분야	83	464	14,061
	사회서비스 분야	98	367	10,546
	건강증진 분야	57	130	4,152
	질병관리 분야	65	145	3,800
	식의약안전 분야	80	127	3,329
	국제교육 분야	9	15	477
	보건산업 분야	120	256	6,962
	사회복무 분야	7	572	23,641
	아동안전 분야	5	25	1,224
이러닝	계	606	-	2,674,492
	보건복지 분야	538	-	2,664,926
	보건산업 분야	68	-	9,566

Ⅳ 주요 분야별 교육 현황

1. 보건복지부 본부 및 소속 기관 교육

보건복지부 중앙부처 및 국립병원 소속 공무원의 직급별 · 역량별 교육을 12과정 42회에 걸쳐 실시하여 1,173명을 양성하였다.

2022년 새 정부 출범 및 정부조직 확대 등 대내외 환경변화에 대응할 수 있는 조직 역량 강화를 지원하고자 직급별 교육체계를 마련하고, 보건복지정책 주요 국정과제 증진을 위하여 보건복지부 소관 국정과제 연계 교육 및 정책사례 교육을 실시하였다. 또한 2 · 3년차 공무원 대상 보수교육을 신설하여 코로나 이후 소진 해소와 조직 유대감 강화를 도모하였다.

간부급역량강화과정, 사무관을위한보건복지정책이해, 5급승진관리자과정 등 관리자급 대상으로 교육을 실시하여 국정성과 창출을 위한 정책 대응 역량을 강화하였다. 또한 주무관을위한행정역량강화과정, 보건복지부신규자과정 등 6급 이하 공무원 대상 교육과정에서 각 분야 간부진을 강사로 활용한 정책기획 · 예산확보 · 입법 교육을 실시하여 실무자의 현안과제 추진 역량 및 업무 전문성을 향상를 도모하였다. 또한 실무 맞춤형 인재를 양성하기 위하여 행정실무 강화 맞춤형 교육과정을 개편하고, 각 분야별 간부진들의 경험 기반 사례 중심 강의를 구성하여 보건복지부 사업과 업무 이해도를 높일 수 있도록 교육을 구성하여 역량강화 교육체계를 구축하였다.

또한 신규2년차보수교육을 신설하여 코로나-19 장기화에 따른 중앙부처 공무원의 직무 스트레스 관리 및 비전 재점검을 통한 장기적 성과창출을 도모하고 소진해소와 조직 유대감을 형성하는 맞춤형 보수교육을 실시하였다.

|표 2-11-15| 보건복지부 교육 현황

(단위 : 과정, 회, 명)

구 분	2022년도 실적		
	과정	횟수	인원
계	16	53	1,486
보건복지부 교육	12	42	1,173
소속기관 교육	4	11	313

2. 사회복지 분야 교육

정부 출범에 따라 국정과제 대응과 지속가능한 복지국가 구현을 위하여 복지분야의 신(新)수요에 대응하는 전문인재 양성을 위한 교육과정을 개발 · 운영하였다. 현장의 교육참여 기회를 확대하기 위하여 복지현장에서 필요한 교육과정을 다양한 방식으로 개발하고 전문성 제고를 위하여 노력하였다. 아동 · 노인 · 장애인 사회서비스 분야별 교육네트워크를 통하여 정책과 현장의 연계 협력체계를 강화하고 지역사회 전문가 양성 기반을 확대하였다.

아동보호에 대한 국가 책임 강화에 따라 공무원대상 아동정책 교육을 확대하였고, 아동보호 및 아동자립 종사자 대상 아동보호체계 관련 교육을 확대하는 등 공공 아동보호체계 교육의 사각지대를 해소하는 한편, 교육의 접근성과 연속성을 확대하는 방향으로 교육체계를 고도화하였다. 또한 장애인 복지 종사자의 사림중심 실천 역량강화를 위하여 종사자의 공통 직무역량 도출하여 단계별 교육을 체계화하였고, 교육 대상을 전 기관으로 확대하였다.

보건 · 복지 연계협력을 통한 노인요양서비스 질 제고를 위하여 노인복지시설 종사자를 대상으로 감염병 관리와 치매노인케어, 케어 플랜수립 관련 직무교육을 개발하고 현장에서 교육을 확대할 수 있도록 표준교안을 전국에 배포하였다. 또한 예방적 · 통합적 노인돌봄 정책 추진을 위하여 사례 심층분석을 통한 연구기반의 사례중심 지역맞춤형 교육과정 운영으로 지역사회 계속 거주를 위한 환경 조성에 기여하였다.

특히, 아동, 노인, 장애인 등 사회적 약자에 대한 권익증진 및 보호를 위하여 인권증진, 학대예방, 안전 역량강화를 통한 종사자의 전문성 향상을 도모하였다. 사회복지 종사자의 인식 제고 및 사회적 가치 확산을 위한 인권교육, 사회복지시설의 재난, 안전 등 사회적 위험요인으로부터 취약계층을 보호하기 위한 종사자 직무전문 교육도 실시하였다.

촘촘한 사회보장을 통한 국민체감 향상도 증진을 위해 읍면동 찾아가는보건복지 등 복지전달체계 관련 주요 복지정책 직무 전문교육을 실시하였고, 사회복지직공무원 대상 직급별 역량중심 교육을 최초 실시하고, 교육의 사각지대를 방지하기 위해 현장주도학습과 우수사례 공모, 콘텐츠 개발을 강화하였다.

복지사각지대 해소를 위해 찾아가는 보건복지사업을 담당하는 읍면동장, 팀장, 실무자 등 전 직급을 대상으로 69회 교육을 실시하여 1,955명을 양성하였고, 교육성과 검증 결과 교육이수 읍면동이 비이수 읍면동 대비 찾아가는보건복지사업 관련 주요 지표에 있어 약 23%의 상향된 성과를 달성한 것을 확인하였다(22년 상반기 찾아가는보건복지사업실적 기준).

또한, 시군구 통합사례관리 역량 향상을 위해 통합관리사 단계별 전문교육을 지속교육해오며, 지자체 슈퍼비전체계 구축을 지원하기 위해 현장 및 내부슈퍼바이저 교육을 강화하고, 우수사례 학습 중심의 특화과정을 개설하여 수요자 중심의 맞춤형 교육을 추진하였다.

교육의 사각지대를 방지하기 위해 현장주도학습을 확대하며, 참여자의 학습 주도성을 강화하기 위해 교육과정 기획-운영-평가 전주기적 개발 노하우 전수하고, 학습모임의 성과물이 확산될 수 있도록 교육콘텐츠로 개발하였다. 또한 지역복지 분야 등 4개 분야 우수사례 공모전을 실시하고 우수사례를 확대 발굴(54건, 전년대비 117%)하였으며, 공모전 수상자 대상으로 강사양성교육을 실시하여 발굴된 우수사례가 양질의 교육으로 확산될 수 있도록 지원하였다.

사회복지직공무원 대상 직급별 필요역량을 도출하고, 직급별 교육체계를 구축하였다. 기존 개발된 사회복지직공무원 8,9급 대상 교육을 비롯하여 7급 대상으로 체계적인 사업기획 역량, 6급 대상으로 슈퍼비전 역량을 높이기 위한 교육과정을 신설하여, 기존 직무중심의 교육을 탈피하고 사회복지공무원 전주기적 역량강화 교육체계를 구축하였다.

|표 2-11-16| 사회복지 분야 교육 현황

(단위 : 과정, 회, 명)

구 분		2022년도 실적		
		과정	횟수	인원
계		186	831	24,606
복지	공무원 대상	107	522	15,061
	민간 대상	79	309	9,545

3. 보건의료 분야 교육

코로나-19 상황에 신속 대응 가능한 보건의료 인력에 대한 직무역량교육을 실시하였으며, 질병관리청, 지자체, 시 · 도 보건환경연구원, 보건소, 식품의약품안전처 등 보건의료 공무원 및 종사자 대상으로 지역사회 건강증진, 감염병 위기대응 및 질병관리, 식의약안전 관련 직무 전문교육을 실시하였다.

특히 정부, 학계, 유관기관 등 보건소 건강증진사업 분야의 교육 협력체계 구축을 통한 지역사회 보건전문인력 양성 체계를 견고히 하였으며, 지역보건의료 품질 제고를 위한 공공보건의료인 대상 보수교육 대상 확대 및 강화를 통해 지역사회 보건전문가들의 역량 향상을 도모 하였다.

아울러, 일차 보건의료를 담당하는 의료급여관리사 교육을 통하여 공공보건의료서비스의 질적 향상을 도모하였으며, 지자체 치매관리 역량강화를 위한 치매안심센터, 치매공공후견인에 대한 교육과 지역사회 정신질환자 인식개선을 위한 시설종사자대상 의무교육수행, 고품질의 강사양성 및 관리 및 인권교육 전문교육기관의 품질강화를 위한 교육을 실시하였다.

질병관리청 조직 확대 개편에 따른 새로운 교육체계를 정립하고, 직급별 역량교육 및 핵심인재 양성교육을 실시하여 질병관리 정책 지원 및 국민안전을 위한 국정과제 수행에 기여하였다.

「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 국가 역학조사관 양성 계획에 의거하여 중앙 및 시·도, 시·군·구 역학조사관 양성 및 단계별 역량강화 교육을 고도화하였으며, 국가 감염병 위기대응 연결망 강화를 위한 군·경찰·소방 등 재난 관련 유관부처 연합 교육 및 역할별 맞춤형 역량 강화 교육을 실시하였다.

또한 보건소 코로나 19 민원 대응을 위한 4천여 명의 중앙부처 파견자를 대상으로, 교육 프로그램을 개발 및 보급하여 코로나 위기극복을 위한 범정부 긴급 정책을 지원하였다.

「의료관련감염관리교육 실태조사 및 발전전략 수립 연구(2022년)」를 통해 변화하는 의료현장에 필요한 의료관련감염관리 인재양성 체계 수립 통하여 의료기관 감염관리실 종사자 교육 체계 개편 및 신규 개발 등의 교육의 양적 질적 고도화를 이루었다. 아울러, 의료관련감염관리 전문강사 양성을 통한 교육 사각지대 해소 및 감염관리교육 확산을 통한 국민 안전 향상에 이바지하였다.

'국가 식생활 관리체계 구축 및 먹거리 안전망 확충', '디지털헬스케어, 제품화 규제과학 혁신' 등 식의약분야 정부정책 적극 이행을 위한 중앙부처 공무원 직급별 직무교육을 확대하였다.

특히 '코로나19 점진적 완화에 따른 어린이집, 학교, 음식점 등 식중독 안전사고 급증', '마약류 및 약물 오남용 사고 증가' 등 사회적 이슈에 대응하기 위하여 현장대응 인력 전문교육과 영역별 단계 교육(기본-심화-전문) 확대를 통해 식의약안전 강화에 기여하였다.

|표 2-11-17| 보건의료 분야 교육 현황

(단위 : 과정, 회, 명)

구 분 (보건의료분야 교육)		2022년도 실적		
		과정	횟수	인원
계		196	454	12,991
보건의료	공무원 대상	154	342	8,802
	민간 대상	42	112	4,189

4. 이러닝

이러닝은 보건복지부, 지방자치단체, 민간기관 등에 근무하는 공무원 및 보건복지 종사자를 주요 대상으로 정책 환경변화와 새로운 교육수요에 대응하여 교육을 확대 · 운영하였다.

상시학습 운영체제를 기반으로 PC와 모바일을 통해 365일 학습이 가능한 교육환경을 제공하여 약 250만 명의 보건복지 전문교육 수요에 대응하였다. 특히, 보건복지 현장형 강사 발굴을 위한 콘텐츠 공모전을 실시하고 국민이 직접 학습 콘텐츠를 생산 · 확산할 수 있는 생태계를 구축하여 국민과 함께 하는 현장 중심 참여형 콘텐츠 보급을 위해 노력하였다.

사회적 약자(시 · 청각장애인)의 교육 접근성 제고를 위해서 수어(수화)가 삽입된 이러닝과정을 확대 개발하여 쉽고 편하게 학습할 수 있는 환경을 제공하였다. 또한, 자체 교육 보건복지 관련 기관 등에 이러닝시스템과 보건복지 전문 교육콘텐츠를 무상 개방하였다. 지속적인 기관 발굴을 통해 약 24만 명의 종사자가 보건복지 전문 교육을 이러닝으로 학습하도록 지원하여, 공유가치 실현과 교육 사각지대 해소에 일조하였다.

이러닝을 이용하는 교육생을 대상으로 수강신청, 학습, 수료 등 학습 전반의 절차를 적극 지원하는 학습지원센터를 운영하였다. 특히, AI 지능형 챗봇 시스템을 도입하여 24시간 상시 응대 가능한 통합 고객지원체계를 마련하여 학습자의 체계적 학습 지원과 불편 해소를 위해 적극 노력하였다.

'23년에는 국민소통 채널을 다양화 하고 참여기회를 확대 제공할 예정이며, 에듀테크를 적용한 콘텐츠를 확대하는 등 새로운 방식의 디지털교육 보급을 강화하여 보건복지 교육 · 정보 확산에 기여할 수 있도록 적극 노력할 것이다.

|표 2-11-18| 이러닝 현황

(단위 : 과정, 회, 명)

구 분		2022년도 실적	
		과정(편)	인원
총계		161	2,542,443
이러닝	보건분야	59	85,791
	복지분야	65	2,062,316
	기타	37	394,336

주 : 아동안전 및 보건산업분야 실적 제외

5. 보건산업 분야 교육

보건산업분야 교육은 해외환자유치 전문인재양성 등 글로벌헬스케어 교육을 시작으로 제약 · 의료기기 · 화장품 및 정밀의료 등 보건산업 신성장 분야로 확대되었고, 분야별 전문 파트너훈련기관, 협약기업, 인재양성 협의체 등 파트너십을 통한 교육 협업 체계를 지속적으로 구축하고 있다.

이를 통해 2022년 총 15,427명의 보건산업 분야 전문 인재를 양성하였으며, 바이오헬스넷(잡포털), 채용박람회 등을 통해 전문 인재(교육 수료생 등)와 산업체 간 온 · 오프라인 취업 매칭 지원으로 산업현장 활동 기회 제공을 높이기 위해 노력하고 있다.

또한, 한국보건복지인재원은 '의료해외진출 및 외국인환자유치 지원에 관한 법률' 제정(2016년)에 따라 전문인력 양성 및 의료통역능력검정 양성 기관으로 지정되어 국가공인 "의료 통역능력 검정시험"을 운영하고 있다. 2022년에는 합격자 58명을 배출하여, 현재 총 369명의 합격자를 배출하였다. 합격자를 대상으로 의료통역 역량강화 워크숍을 운영하는 등 의료통역 서비스 질 향상을 위해 노력하고 있다.

|표 2-11-19| 보건산업 분야 인재 양성 현황

(단위 : 명)

분 야	2019년	2020년	2021년	2022년
총계	15,399	22,435	20,031	15,427
글로벌헬스케어	5,981	10,881	7,294	5,484
제약	5,001	6,378	6,918	4,185
화장품	1,808	1,834	1,336	660
의료기기	1,341	1,085	994	901
병원	821	71	52	14
정밀의료	288	1,562	2,598	2,352
보건산업 일반	159	624	839	1,831

주 : 1) 코로나-19로 인한 교육참여 인원 감소
2) 집합 및 사이버교육 포함

6. 사회복무요원 직무교육

2008년 사회복무제도 도입에 따라 사회복지시설 등 사회서비스분야에 배치되는 사회복무요원의 현장직무수행능력 배양을 위한 직무교육(병역법 시행령 제67조)을 실시하고 있다.

직무교육은 사회복무요원 복무기간 초기(군사교육 후 3개월 이내)에 노인 · 장애인 이해 및 이동보조 방법 등에 대한 기본이해를 위한 기본직무교육과 복무기간 중간시기에 심층직무기술 함양 및 문제행동 대처방법 등에 대한 심층이해를 위한 심화직무교육으로 구성되어 있으며, 한국보건복지인재원 전국 6개 권역별 교육센터에서 실시하고 있다.

사회복무요원 근무현장에서 요구하는 직무수행능력 배양을 위해 대상자 이해, 실천기술 및 방법, 직무기술 및 실습 등 실무중심의 교과목을 구성하여 현장중심의 맞춤형 교육을 위해 노력하고 있으며, 특히 MZ세대 사회복무요원의 특성을 반영한 문제해결학습, 사례활용 교육, 감성 · 스팟기법 등 다양한 강의기법을 활용한 참여식 교육으로 직무교육의 실질적인 효과성 향상을 위해 노력하고 있다.

|표 2-11-20| 보건복지부 소관 사회복지 분야 사회복무요원 배정 현황

(단위 : 명)

구 분	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
배정 인원	12,629	14,691	16,467	14,360	13,062

|표 2-11-21| 사회복무요원 직무교육 현황

(단위 : 명)

구 분	2022년도 실적		
	과정	횟수	인원
계	5	570	23,507
사회복무요원 기본직무교육	3	353	13,489
사회복무요원 심화직무교육	2	217	10,018

7. 보건복지 국제 분야 교육

국제 분야 교육은 2008년 2개국 24명, 2개 과정을 시작으로 2022년까지 119개국 6,487명, 143과정으로 외국 공무원을 대상으로 한국의 보건복지정책 등에 대한 교육을 실시하였다. 2021년에는 코로나19 팬데믹 상황 및 교육 특성에 따라 초청연수와 비대면 연수를 운영, 「사전 수요조사-비대면 연수-사후 웨비나 및 모니터링」의 3단계 KOHI 비대면 국제 연수 운영모형을 정립하여 다양한 형태의 국제교육 운영 및 확대를 위해 노력하였다. 또한 내국인 대상 국제보건 · 복지 개발협력분야 종사자를 위한 교육을 기본-심화-전문 과정으로 진행하고 단계별로 체계화하였다.

또한, 2017년부터 2022년까지 보건복지부 사회복지분야 ODA 정책연수사업을 추진하여, 베트남, 몽골 등 총 7개국, 213명 대상으로 사회복지분야 공무원 및 전문가 교육을 실시하였다. 2020년부터 2022년까지 KOICA의 캄보디아 사회복지 정책연수사업을 통하여 노인, 아동, 장애인 등 각 대상별 복지정책 연수를 통하여 캄보디아 사회복지 공무원 역량 강화를 통한 사회복지제도 및 정책서비스 품질 개선에 기여하고자 노력하였다.

2021년부터 K-Health 국제협력단에 참여 중이며, 비대면 라이브로 국제연수를 진행하여 아세안 국가 대상 지속가능한 보편적 의료보장(Universal Health Coverage : UHC) 달성과 보건인재 역량을 구축하고자 노력하고 있다. 특히 2023년으로는 1~2차 년도 우수 연수생을 대상으로 수요기반 실행력을 강화할 수 있는 액션플랜 고도화, 정책보고서 및 현지화 실현 방안을 도출할 것이다.

2022년, 아세안 대상 질병관리청 사업 신규 수행으로, 감염병 위기대응 주요 분야(긴급대응/실험실/역학조사) 학습요구를 중심 아세안 맞춤형 역량강화 프로그램을 운영하였다. 3단계 국제연수 운영모형(사전 웹세미나-온라인 연수-초청연수)을 적용하여 아세안 10개국 총 22명(아세안 10개국 보건 · 방역당국 고위급 및 아세안 사무국 관계자)이 수료하였고, 자국의 정책 현안을 반영한 액션플랜을 100% 수립하였다.

또한, 초청연수 참여자와 ASEAN+3, 관련 국제기구 보건전문가가 참여하는 국제컨퍼런스를 개최하였다. 이를 통해 정책담당자들은 감염병 대응 교육 · 훈련 성과와 현장적용 사례를 공유하고 향후 발전방안 등을 논의하였으며, 미래 팬데믹 공동대응을 위한 글로벌 네트워킹을 강화하는데 기여하고자 노력하고 있다.

|표 2-11-22| 외국인 교육사업 현황

(단위 : 과정, 일, 명, 개국)

구 분	2020년	2021년	2022년
과정 수	3	4	6
일수	15	57	41
인원	109	94	138
국가 수	17	16	17

주 : '21년 코로나-19 위기상황으로 웨비나(Webinar), 비대면 연수로 추진함.

8. 아동안전 전문교육

매년 2만 건 이상 발생하는 아동안전사고를 예방하기 위해 보건복지부에서는 아동, 보호자, 기관 종사자 등을 대상으로 안전 교육을 실시하고 있다.

아동안전 전문교육은「아동복지법」제31조에 근거하여 아동, 보호자, 기관 종사자 등을 대상으로 6대 영역『1. 성폭력 예방 1의 2. 아동학대 예방 2. 실종 · 유괴의 예방과 방지 3. 감염병 및 약물의 오용 · 남용 예방 등 보건위생관리 4. 재난대비 안전 5. 교통안전』에 대해 교육이 이루어지고 있다.

아동 대상 현장으로 찾아가는 아동안전교육은 선발 · 훈련된 전문강사가 영역별로 표준화된 교육과정(6대 영역)과 교안, 체험용 교구를 가지고 별도로 신청하여 선정된 전국의 아동복지시설 및 보육기관(어린이집 등)을 순회하는 형태로 운영하고 있다. 그리고 아동복지시설 및 보육기관 종사자 대상으로 6대 아동안전 교수역량 강화를 위해 교수법 이러닝 교육을 제공하고 있고, 종사자가 아동안전 교육 시 활용할 수 있도록 장애통합반용 안전교육 콘텐츠 등 교육자료를 지원하여 전국 어디서나 보편적인 안전교육을 실시할 수 있도록 기여하고 있다. 또한 아동안전 사각지대 해소 및 아동의 안전사고 예방을 위해 교육 인프라가 취약한 아동복지시설 및 찾아가는 아동안전교육 미선발 기관 대상으로 아동안전 교육자료를 지원하고 있다.

그 외 보호자를 대상으로 아동의 위험에 대한 인지능력과 대처능력을 함양하는 심폐소생술 및 응급처치 교육, 생활안전교육 및 이슈가 되었던 아동학대 예방교육을 실시하고 있다.

|표 2-11-23| 2022년 아동안전 전문교육 현황

(단위 : 명)

대 상		2020년	2021년	2022년
전문강사*		87,136	102,497	104,761
아 동		1,706	684	923
보 호 자		37	46	46
종 사 자	이 러 닝	29,895	36,835	48,336
	교육자료	17,751	43,166	48,577

* 중복인원을 제외한 숫자임.

V 연구 및 교재 개발

보건복지교육연구소 설치 기반 조성의 일환으로 KOHI 연구사업 로드맵 구축을 위한 'KOHI 연구동향분석 및 방향성 수립 연구' 및 보건복지 인재양성을 위한 교육체계 수립 · 교육과정 개발 · 교육콘텐츠 개발 · 교육효과 분석 및 정책-교육 연계한 연구들을 다음과 같이 수행하였다.

|표 2-11-24| 2022년 주요 연구 및 교재 개발

구분	분야	제 목
연구사업	공통	KOHI 연구동향분석 및 방향성 수립 연구
	HRD	보건복지공통역량 및 리더십 교육체계 수립 연구
		역량개발교육 효과분석
	보건	지역사회 보건분야 사례관리자의 사정도구 활용현황 및 (약물관리)강화를 위한 매뉴얼 개발연구
		보건산업 플랫폼 비즈니스모델 개발을 위한 기초연구
		보건소 신규 임용 공무원 교육과정 개발 연구
		정신건강증진시설 인력의 교육실태분석을 통한 교육체계개발연구 - 비정신건강요원을 중심으로
		의료관련감염관리교육 실태조사 및 교육 발전전략 수립 용역
	복지	사회서비스 종사자를 대상으로 하는 교육운영체계 개선 연구
		통합사례관리 슈퍼바이저양성을 위한 교육과정 개발연구
		아동 자립지원전담인력 교육과정 개발 연구
		아동보호팀장 직무교육 개발 연구
		발달장애인 지원종사자 교육수요 분석 및 제도화 방안 연구
		지역사회 통합돌봄 사례심층 분석
		경계선지능청년의 정책소외 실태 및 정책 개발
		발달장애인 활동서비스 종사자 교육과정 및 운영체계 개발
		2022년 지역자율형사회서비스투자사업 성과평가 연구사업 - 논리모델에 근거한 성과평가 분석을 중심으로 -
		사회복지법인 운영실태 조사 연구
		사회서비스 종사자 안전 및 권리보호 지침 개발 연구
	사회복무	보건복지분야 사회복무요원 핵심역량 도출 및 직무교육 과정 고도화 연구
		사회복무요원 직무교육 체험 · 실습교육 개선 방안 연구

또한 'KOHI 미래연구 아카데미'를 개최하여 연구사업의 단기 · 중장기 적용 방향 도출을 위한 대내외 협업기반 성과 공유 및 환류의 장(場)을 마련하였으며, 보건복지 종사자의 상시학습 기회 제공을 위하여 연구결과의 유의미한 데이터를 활용한 '보건복지 연구결과 e-book 콘텐츠 개발' 수행 및 공유플랫폼 탑재 · 개방을 통해 양질의 보건복지 관련 공공데이터 학습 기반을 구축하였다.

|표 2-11-25| 2022년 보건복지 연구결과 e-book 콘텐츠 개발

구분	분야	콘텐츠명
보건복지 연구결과 e-book 콘텐츠 개발	공통	시스템 초기 1년간 통합플랫폼 운영에 따른 효과성 분석 결과
	HRD	보건 · 복지 현장형 교수자를 위한 강의역량 모델
		보건소장 핵심역량 IPA 분석 결과
		보건소 중간관리자 핵심역량 IPA 분석 결과
		보건소 실무자 핵심역량 IPA 분석 결과
	보건	치매전문가교육과정
		치매환자 복약상담기록지
		치매환자 복약상담결과지
		약물요법관련 돌봄욕구 1차사정(스크리닝)도구
		키워드로 본 제약산업 기술분야 산업동향
		SNS 키워드로 알아본 비대면교육(플랫폼마이크로로닝)의 긍정적 측면
		SNS 키워드로 알아본 비대면교육(플랫폼마이크로로닝)의 부정적 단면
	복지	사회복지전담공무원, 어떤 역량이 필요할까?
		사회복지전담공무원의 직급별 필수교육을 제안합니다.
		사회복지전담공무원이 원하는 교육, 이렇습니다.
		사회서비스 인재양성 로드맵
		종합재가센터 확장모형 운영모델(안)
		사회복지상담
		전문가정위탁 부모교육 표준 교육
		지자체 아동보호 관련 현황
		사회복지공무원 업무특성, 요구역량과 교육방안
		사회복지공무원 교육 방향성
		노인복지서비스 기관 유형과 제공서비스 영역 매핑(mapping)
		코로나19는 장애인의 삶을 어떻게 투과하고 있는가? : 전반적 어려움과 우울을 중심으로
		코로나19는 장애인가족의 삶을 어떻게 투과하고 있는가? : 전반적 어려움과 우울을 중심으로
		심층면접을 통해 본 장애인자살의 특성
		장애인가족의 자살에 대한 인식
		발달재활서비스 제공인력 보수교육 로드맵
		발달재활서비스 제공인력 핵심역량

Ⅵ 주요 성과

’22년 1월,「한국보건복지인력개발원법」일부개정안 시행으로, 2004년부터 보건복지 인재양성의 산실로서 역할을 수행해 온 ‘한국보건복지인력개발원’은 ‘한국보건복지인재원’으로 국민들 앞에 새로운 출발을 알리게 되었다. 그간 한해 270만 명이 넘는 교육생을 배출해온 ‘한국보건복지인력개발원’은 ‘한국보건복지인재원’ 출범과 함께 보건복지 정책 전달체계 종사자들을 위한 직접 교육뿐만 아니라 보건복지 인재양성 종합관리 및 지원이라는 새로운 역할을 수행하기 위하여, 보건복지 정책과 현장에 필요한 새로운 과제를 발굴하고 사업화하기 위한 전략이 필요한 시점이었다.

먼저 새롭게 부여된 역할인 조사 · 연구 및 종합계획의 수립을 위하여, 보건복지 인재양성을 위한 교육훈련 연구(11건, 체계수립 · 과정개발 · 콘텐츠개발 · 교육효과분석 등)와 ‘보건복지교육연구소 설치 기반조성 연구’를 수행하고, 연구결과는 e-book 콘텐츠로 개발하여 국민들에게 공개하였으며, 보건복지 현장 ESG 전파 · 확산을 위한 맞춤형 에듀툴킷을 개발하며 보건복지 교육훈련 체계와 학습 방식의 변화를 위한 기반을 조성하였다.

보건복지 업무 종사자 등에 대한 교육훈련을 위하여, 복지 분야에서는 민 · 관 · 학 적극적 연계를 통한 요양 · 돌봄 현장 교육수요 대응을 강화하고, 국가 지역복지 정책성과 향상에 직접 기여로 교육 현업 성과를 실증하였으며, 사회복무 이해 및 성실 복무 유도를 위한 교육 콘텐츠 개발을 확대하였다. 보건 분야에서는 역학조사관 수준별 교육체계 구축을 위한 단계별 지속교육을 확대 실시하고, 코로나19 대응 중앙부처 파견자 대상 긴급교육을 실시하였으며, 취약계층 구강건강 형평성 제고를 위한 공공 치과의료인력 역량강화, 식품 위해평가 담당 공무원 안전성 평가 전문성 강화 등 국민의 생명과 안전을 위한 보건 종사자 교육을 확대하였다. 그 외에도 보건산업 전반 프로세스 이해 올인원 종합교육, 현장 수요기반 맞춤형 글로벌 헬스케어 전문인력 양성교육 등 바이오 헬스 산업의 성장을 견인의 중심 역할을 수행하는 기업 종사자 역량 제고에 앞장섰다.

교육훈련 프로그램 · 콘텐츠 개발 · 보급 · 관리를 위하여, 이러닝 콘텐츠(42과정), 디지털교육 학습자원(31개)를 개발하는 등 콘텐츠 개발에 힘썼으며, 콘텐츠 공유 플랫폼 〈보e다〉로 누구나 활용할 수 있는 학습자료 제공, 보건복지 종사자 및 전국민 필수교육을 One-stop으로 제공하는 등 콘텐츠 보급 · 관리에도 많은 노력을 기울였다.

한편, 보건복지 교육역량을 제고할 KOHI 교육컨설팅 모델 개발을 통해 유관기관 4곳을 대상으로 교육자원을 공유하고 HRD 역량 컨설팅을 진행하였으며, 교육만족도 · SCM(성공사례 분석) 개선을 통해 보건복지 교육의 품질 제고를 위한 노력도 아끼지 않았다. 그 밖에도 지역특화과정을 개발, 지자체 공무원 등에게 제공함으로써 전국 권역별 보건복지 교육 수요 대응을 위해 노력하였다. 또한 교육 사각지대 · 현장 전문가의 발굴을 위한 협력 확대 및 채널을 다양화하고, 아동학대 예방을 위한 학습지도안 개발을 지원하는 등 아동복지법 개정에 따른 보육현장 변화 대응을 지원하는 등 정책지원 역할을 수행하였다. 이처럼 한국보건복지인재원은 '보건복지 가치 실현을 선도하는 인재양성의 성장 파트너'로서 지속적으로 '국민의 삶의 질 향상과 보건복지 분야 발전을 위한 국가 보건복지 인재양성 역할'을 충실히 수행해나갈 것이다.

제10절 보건복지분야 양성평등(Gender Equality)[1] 실현

I 개요

성평등은 공정하고 지속가능한 사회를 구현하기 위한 핵심요소이며, 모든 사회적 이슈와 결부되어 있어 실질적 성평등사회 실현을 위해서는 범부처 차원의 노력이 필요하다.

2001년 여성부 신설 이후, 모든 정부 정책 및 프로그램의 결정과 실행, 평가, 환류의 각 수준에서 성평등에 미치는 영향을 분석하고, 여성과 남성 모두의 이해와 경험을 반영하여 정책을 입안하고 추진하는 '성주류화(Gender mainstreaming) 전략'[2]이 채택되어, 법 · 제도의 측면에서 양성평등은 많은 진전을 이루어왔다.

특히, 보건복지분야는 국민의 생활에 밀접하게 영향을 미치는 정책이 많고 해당 정책이 성평등한 방향으로 실행되도록 성인지 관점 정책 진단 및 개선의 필요성이 높으며, '미투운동' 등으로 성희롱 · 성폭력에 대한 사회적 민감성이 높아진 만큼 국가기관 및 공공기관의 대응체계의 효과적 운영 및 구성원의 인식향상이 지속적으로 요구되고 있다.

이에 2019년 5월, 보건복지부, 교육부, 문화체육관광부 등 8개 부처[3]에 양성평등정책담당관이 신설되어 소관 정책 분야의 양성평등정책을 총괄하여 운영하고 있다.

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) 보건복지부, 고용노동부, 문화체육관광부, 교육부, 국방부, 법무부, 경찰청, 대검찰청

집필자 양성평등정책담당관 유정미

Ⅱ 보건복지부 성주류화 제도 운영

1. 성인지예산제도 운영현황

2022년도 성인지예산서 상의 보건복지부 성평등 목표는 [표 2-11-26]과 같으며, 자녀돌봄, 일자리, 장애인지원, 건강관리와 관련된 사업이 주로 포함되었다.

|표 2-11-26| 성인지예산서 상 보건복지부의 성평등 목표

2022년	• 보육서비스 지원 확대 및 서비스 질 제고 – 자녀 돌봄에 대한 지원 강화 • 다양한 부문의 여성참여 확대 – 장애인활동지원을 통한 여성장애인 사회참여 활성화 – 노인일자리 및 사회활동 지원을 통한 여성노인의 사회참여 활성화 • 건강과 복지 증진 – 여성 건강 취약계층의 공공의료 접근권 개선 – 건강한 임신 · 출산지원 강화 – 노인 돌봄에 대한 지원 강화 – 맞춤형 복지지원 강화
2021년	• 국가 · 사회의 돌봄책임 강화 – 자녀 돌봄에 대한 지원 강화 – 돌봄종사자 처우 개선 • 고용격차 해소 – 다양한 분야 일자리 확대 및 생애주기별 고용 활성화 • 성인지적 건강권 보장 및 복지 증진 – 건강 취약계층의 공공의료 접근성 개선 – 노년층에 대한 지원 강화 – 성별 특성을 고려한 건강관리 강화 – 성인지적 건강권 보장을 위한 기반 마련 – 대상별 복지지원 강화

자료 : 대한민국정부, 「2022년도 성인지예산서 및 성인지 기금운용계획서」

보건복지부 전체 세부사업(499개)의 7.4%인 37개 사업(예산액 4조 5,895억 원)이 대상사업으로 선정되었다. 이 중 장애인 및 노인 관련 사업이 12개, 아동양육 관련 사업이 12개, 자활 · 사회복지전달체계 · 사회서비스 투자 사업 각 1개 등으로 전체 대상사업의 81.1%를 복지분야에서 차지하고 있다.

반면, 보건의료분야 대상사업은 의료 및 분만취약지 지원, 외국인근로자 등 의료지원, 의료인력 양성 및 적정 수급관리 등 7개에 불과하여 향후 개선이 필요하다고 하겠다.

|표 2-11-27| '22년도 보건복지부 성인지예산서 작성현황

(단위 : 백만 원, %)

회계	세부사업	'21년 예산(A)	'22년안 (B)	증감 (B-A)	증감률 (%)	비 고
일반 회계	1) 자활사업					
	- 자활근로사업	544,109	614,021	69,914	12.8	
	2) 지역아동센터 지원					
	- 아동복지교사 파견지원[1]	29,966	30,581	615	2.1	
	3) 다함께 돌봄 사업[1]	41,259	52,594	11,335	27.5	
	4) 아동학대 예방 및 피해아동 보호 (아동학대 피해자 보호 및 지원)					
	- 아동보호전문기관 운영	28,735	38,083	9,348	32.5	'22년부터 법무부 범죄피해자 보호기금에서 일반회계로 이관
	5) 장애인활동지원	1,560,974	1,740,523	233,549	15.5	
	6) 장애아동가족지원					
	- 발달재활서비스[1]	94,968	100,081	5,113	5.4	
	- 장애아가족양육지원[1]	21,562	48,419	26,857	124.6	
	7) 여성장애인지원사업					
	- 여성장애인교육지원[1]	1,785	1,805	20	1.1	
	- 여성장애인출산지원[1] (여성장애인출산비용지원)	959	959	-	-	
	8) 장애인일자리지원	159,593	183,223	23,630	14.8	
	9) 장애인차별금지 모니터링 및 인식개선					
	- 장애인권익옹호기관 운영지원 (장애인권익옹호기관 운영)	2,753	2,615	△138	△5.0	
	10) 장애인건강보건관리사업					
	- 장애친화 산부인과[1]	-	1,375	1,375	순증	
	11) 중증장애인직업재활 지원	19,115	21,428	2,313	12.1	
	12) 노인보호전문기관	10,366	11,522	1,156	11.2	
	13) 노인맞춤돌봄서비스					
	- 노인맞춤돌봄서비스	413,708	431,967	18,259	4.4	
	14) 독거노인 · 중증장애인 응급안전안심서비스	21,167	25,110	3,943	18.6	
	15) 공공사회복지전달체계 개선	-	20,042	20,042	순증	
	16) 의료 및 분만취약지 지원[1]	17,330	16,890	△440	△2.5	
	17) 외국인근로자 등 의료지원	2,900	2,900	-	-	
	18) 시간제보육 지원[1]	21,570	20,882	△688	△3.2	

회계		세부사업	'21년 예산(A)	'22년안 (B)	증감 (B-A)	증감률 (%)	비 고
일반회계		19) 어린이집 확충[1]	60,881	60,903	22	0.0	
		20) 육아종합지원센터 지원[1]	-	2,242	2,242	순증	
		21) 어린이집 교원 양성 지원	-	2,227	2,227	순증	
		22) 부모 모니터링단 운영 지원[1]	1,242	1,133	△109	△8.8	
		23) 보육진흥원 운영지원					
		- 어린이집 평가 운영[1]	9,504	9,578	74	0.8	
		24) 공공형어린이집[1]	60,624	459	△60,165	△99.2	
		25) 보육교직원 인건비 및 운영지원					
		- 보육교직원 인건비 및 운영지원 (대체교사)[1] (보육서비스지원/대체교사)	57,251	67,893	10,642	18.6	
		- 보육교직원 인건비 및 운영지원 (그 밖의 연장형 교사)[1] (보육서비스지원/그 밖의 연장형교사)	61,428	59,780	△1,648	△2.7	
		26) 가정양육수당 지원사업[1]	760,779	508,163	△252,616	△33.2	
		27) 의료인력 양성 및 적정 수급관리					
		- 전공의 등 육성지원	1,326	1,326	-	-	
		28) 재난적의료비 지원사업	-	3,684	3,684	순증	
		29) 개도국개발협력사업(ODA)	-	36,338	36,338	순증	
국가균형발전특별회계		30) 지역자율형 사회서비스 투자사업	325,363	210,028	△115,335	△35.4	
기금	국민건강증진기금	31) 치매관리체계 구축		207,674	207,674	순증	
		32) 노인건강관리	28,237	6,342	△21,895	△77.5	
		33) 모자보건사업					
		- 성생식건강증진[1]	1,023	1,023	-	-	
		34) 건강증진조사연구 및 지역보건 사업관리	1,300	1,170	△130	△10.0	
		35) 국가금연지원서비스					
		- 금연상담전화	2,703	2,056	△647	△23.9	
	응급의료기금	36) 고위험 산모·신생아 지원[1]	10,155	10,831	676	6.7	
	국민연금기금	37) 실업크레딧 지원 사업	-	31,582	31,582	순증	
총 계			4,499,848	4,589,452	89,604	2.0	

1. 직접목적 사업
자료 : 「2022년도 성인지예산서」 및 「2022년도 성인지 기금운용 계획서」

2. 성별영향평가 운영현황

2022년 성별영향평가는 법령 92개, 사업 5개, 홍보물 3개 등 총 100개의 평가를 실시하여 총 20개[4](법령 13개, 사업 4개, 홍보물 3개)과제에 대한 개선계획 수립 및 개선 추진이 이뤄지고 있다. 또한 특정성별영향평가 대상과제로는 노숙인 지원 정책, 지역사회 통합돌봄 선도사업, 정신건강증진사업, 사회보장 기본계획, 생활체감형 정책(건강보험 급여 항목 확대)등이 선정되어 성인지 관점 심층분석이 실시되었다.

|표 2-11-28| 보건복지부 사업에 대한 성별영향평가 운영현황(2018-2022)

연도	과제명	
2018	• 중증장애인직업생활지원 • 독거노인중증장애인 응급안전알림서비스	• 지역아동센터 지원 • (특정) 노인장기인력
2019	• 장애인활동지원 • 건강증진조사연구 및 지역보건사업관리 • 어린이집 교사근무환경개선비 지원 • (특정) 아동정책 기본계획	• (특정) 유치원 · 어린이집 남아 화장실 가림막 설치 • (특정) 국가건강검진증진성별항목 • (특정) 외국인 건강관리 지원정책 • (특정) 영유아 보육사업
2020	• 어린이집 교원 양성 지원 • 장애인활동 지원 • 의료인력 양성 및 적정 수급관리 • 노인일자리 및 사회활동 지원 • 육아종합지원센터 지원 • 아동학대피해자 보호 및 지원 • 노인건강관리 • 치매관리체계구축 • 개도국개발협력사업 • 노인보호전문기관	• 중증장애인직업재활지원 • 장애인일자리지원 • 공공사회복지전달체계 개선 • 재난적의료비 지원 • 난임부부 지원 • 노인맞춤돌봄서비스 • (특정) 보건복지분야 연구개발사업 • (특정) 자살예방정책 • (특정) 코로나19 대응정책
2021	• 노숙인 등 복지지원 • 장애인 보조기기 지원 • 장애인 건강보건관리 사업 • 요보호아동 자립지원 • 인구교육 추진지원 • 보건복지인력개발원 운영 • 지역사회통합건강증진 사업 • 정신건강증진 사업 • 국가금연지원서비스 • 사회서비스원 설립 및 운영	• 장애아동가족지원_발달재활서비스 • 노인단체 지원 • 지역복지사업평가 • 노인맞춤 돌봄서비스 • 노인일자리 및 사회활동 지원 • (특정) 안전한 의료환경 조성정책 • (특정) 장애인지원정책 • (특정) 청년정책 기본계획 • (특정) 정부인력양성 · 직업교육훈련사업 • (특정) 공공기관 홍보물 특정성별영향평가 • (특정) 생활체감형 정책(법령 및 조례의 성차별적 용어 개선)

4) 법령 : 자체개선안 동의(6건), 개선의견(7건), 사업 : 자체개선안 동의(1건), 개선의견(3건), 홍보물 개선의견(3건)

연도	과제명	
2022	• 근로 능력있는 수급자의 탈수급 지원 • 부모모니터링단 운영지원 • 지역자율형사회서비스투자사업 및 일자리 운영 • 지역아동센터지원 • 지역사회통합건강증진사업	• (특정) 노숙인 지원 정책 • (특정) 지역사회 통합돌봄 선도사업 • (특정) 정신건강증진 사업 • (특정) 사회보장 기본계획 • (특정) 생활체감형 정책(건강보험 급여 항목 확대)

※ 출처 : GIA 성별영향평가시스템 내부자료

3. 보건복지부 양성평등정책 시행계획 운영현황

여성가족부 주관 국가 양성평등정책기본계획(2차, 2018-2022)에 따른 보건복지부의 성평등(실행) 목표는 [표 2-11-29]와 같다.

|표 2-11-29| 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 제공
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 221개의 세부과제로 구성되었으며, 보건복지분야의 세부과제는 모두 20개이다[표 2-11-30].

|표 2-11-30| 제2차 양성평등정책기본계획 시행계획에 따른 보건복지부 정책과제(2022)

소과제	과제명	세부과제	사업내용	성과목표
1-4. 양성평등 시민 교육의 실효성 제고	1-4-1. 분야별 전문인력에 대한 맞춤형 양성평등 교육	정부서비스 전달기관 종사자에 대한 양성평등 교육 실시	사회복지사 의무 보수교육에 따른 양성평등교육 강화	- 사회복지사 보수교육 이수자 수
2-3. 노동시장 내 여성의 지위 개선	2-3-2. 여성집중직종의 근로환경 개선	돌봄노동자 실태파악 및 처우개선	시 · 도 단위 '사회서비스원' 설립 · 운영	- 정부 주도의 사회서비스 관리주체 설치

소과제	과제명	세부과제	사업내용	성과목표
4-1. 돌봄의 사회적 책임 강화	4-1-1. 돌봄서비스 확대 및 질 제고	보육서비스 지원확대 및 서비스 질 제고	어린이집 평가인증을 전체 어린이집 대상의 평가제로 전환하여 평가 사각지대 해소 등	- 보수교육 이수자의 교육이수 역량
		장애인 서비스 지원 확대	만 18세 미만의 등록 중증 장애아와 생계·주거를 같이하는 가정의 장애아동 대상 돌봄서비스 제공	- 장애아 양육지원 돌봄 서비스 이용률
	4-1-2. 돌봄자에 대한 지원 확대	아동 양육비용 등에 대한 지원 확대	아동수당 지급 및 수급관리	- 아동수당 만족도
		연금제도 내 돌봄자 보상 제도 확대	- 둘째 자녀부터 적용하는 출산크레딧을 첫째아부터 확대 추진 - 육아로 인한 소득단절에 대한 보상 및 노후소득보장 강화를 위한 양육크레딧 도입 여부 검토	- 출산크레딧 확대 개편
	4-1-3. 돌봄 공동체 활성화 및 국공립 돌봄시설 확충	지역 맞춤형 돌봄서비스 강화	안전하고 접근성 높은 지역 내 돌봄공간을 조성하여 돌봄이 필요한 초등학생에게 방과 후 돌봄서비스 제공	- 다함께 돌봄센터 확충 개소 수
		국공립 어린이집·유치원 확충	국공립 어린이집 550개소 이상 확충	- 국공립 어린이집 확충 개소 수
		공립 장기요양기관 확충	공립 노인요양시설 없는 기초지자체 중심으로 5년간 공립 치매전담 요양시설 130개 신규 건립	- 공립 치매전담형 요양 시설 신축
5-3. 여성폭력 피해자 보호지원 강화	5-3-1. 피해자 보호지원을 위한 연계협업 강화	통합서비스 지원 강화	장애인 학대 예방 및 피해 장애인 사후지원	- 장애인학대 판정 건수 중 여성 피해자 지원 건수
5-4. 성인지적 건강 증진 기반 강화	5-4-1. 성인지적 보건의료 정책기반 마련	'국민건강증진기본계획'에 성별지표 적용 및 모니터링 이행	- 제5차 국민건강증진종합계획('21~'30)에의 성별 지표 개발 및 적용 - 성별지표에 따라 종합계획 사업 성과관리 및 모니터링 실시	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	- 양성평등 관점이 반영된 건강증진사업 실무자 교육 실시

소과제	과제명	세부과제	사업내용	성과목표
	5-4-2. 성인지적 건강 증진을 위한 인식개선	외모 중심의 사회인식 및 관행개선	의료법 개정을 통해 미용성형 의료광고를 시행한 의료기관에 대한 시·도지사 관리 감독 권한 부여	- 의료법 개정 추진
	5-4-4. 안전한 피임과 임신출산에서의 건강권 보장	안전한 피임 실천정보 제공	- 청소년·성인 등 대상자별 찾아가는 성·피임교육 실시 - 피임방법에 대한 정보제공 및 피임실천 인식 개선을 위한 홍보 실시	- 성·피임교육
		산모신생아 건강관리 지원 확대	기준중위소득 150% 이하 출산 가정 기본 지원. 지자체 여건에 따른 예외 지원 대상 탄력적 운영	- 산모신생아 건강관리 서비스 수혜율
		안전한 분만 인프라 구축	- 분만 취약지역 산부인과 병원 지원 확대 - 고위험 산모·신생아 통합치료센터 지원	- 분만취약가임인구율 고위험 산모·신생아 통합치료센터 설치 개소수
		난임 여성 지원강화	중앙-권역 난임·우울증상담센터 설치 운영	- 난임·우울증상담센터 이용 대상자 만족도
	5-4-5. 여성장애인의 건강권 보장	여성장애인의 의료서비스 접근권 강화	- 지역장애인보건의료센터를 통한 여성장애인의 전문 의료서비스 제공 및 임신·출산 정보 제공 및 교육 지원	지역장애인 보건의료센터 전국 지정 개소 수(누적)
		여성장애인의 임신과 출산의 권리 보장 및 자녀양육 지원	- '장애친화 산부인과 지정'을 통해 중증 여성장애인의 산과(임신·출산), 부인과(여성질환)의 전문진료 기반 조성 - 지정 산부인과 종사 의료인 대상 여성장애인 관련 건강보건 교육 실시	장애친화 산부인과 전국 지정 개소 수
		여성장애인의 역량 강화	- 여성장애인 생애주기별 고충상담 및 지역사회기관 연계 등 서비스 지원 - 여성장애인 사회성 향상, 기초 경제적 역량 강화 등 자립 능력 향상을 위한 역량강화교육 프로그램 운영	여성장애인 교육서비스 이용자 만족도

4. 보건복지분야 성평등 정책 개발

장애인복지서비스 종사자의 성평등 인식을 제고하고 성별 특성을 고려한 서비스 제공을 위해 종사자 교육에 대한 성인지적 개선을 지원하였다.[5)]
장애인복지서비스 지원 과정에서의 성차별 사례를 분석하고, 종사자 교육 운영 과정 및 표준 교안을 성인지적으로 검토하여 성인지 관점 장애인복지서비스 종사자 교육 운영 개선 방향을 제안하였다.

또한, 보건복지 분야의 양성평등 정책 수립 · 시행을 위한 성별 특성을 파악할 수 있는 성인지 통계 생산으로 보건복지 정책의 성평등 실현 및 효과적 사업추진을 지원하고자 연구[6)]를 추진하였다. 보건 및 복지 분야 성평등 정책을 추진하기 위해 지속적 관리가 필요한 통계지표를 구성 및 선정하여 각 지표에 대한 성별 현황 및 성별 격차를 분석하였다.

Ⅲ 성희롱 · 성폭력 방지조치

조직 내 성희롱 · 성폭력 방지를 위한 4대 폭력예방교육[7)]을 코로나-19 대응 등으로 대면교육과 비대면 교육을 병행하여 실시하였고, 보건복지부 및 인사혁신처가 주관하는 사이버 교육(평등한 일상, 폭력예방교육)을 연중 수료하도록 안내하였다. 2022년 보건복지부 4대폭력* 예방 교육 참여율은 고위직 90.0%, 직원 94.6%로 전년도 대비 1.6%p(93% → 94.6%) 증가하였다.

* 성희롱 94.6%, 성폭력 94.6%, 성매매 94.6%, 가정폭력 94.6%

상 · 하반기 폭력예방교육 이수자를 대상으로 한 교육 만족도 조사를 부내 업무망인 유니모를 통해('22. 7. 4. ~ 7. 8, '22. 10. 26. ~ 28.) 실시한 결과, 5개 항목(교육 필요성, 교육목적 적합성, 강사의 전문성, 교육 효과성, 교육 만족도)에 대한 만족도는 각각 82.4%, 81.5%로 나타났다.

이외에도 성희롱 · 성폭력 2차 피해 방지 홍보물을 제작하고, 성희롱 · 성폭력 예방 연속 캠페인 등을 실시하여, 지속적이고, 단계적인 콘텐츠 노출을 통한 성희롱 · 성폭력 예방 감수성 및 체감도를 향상하는 계기를 마련하였다.

5) 『장애인복지서비스 종사자 교육 성인지적 검토 및 개선방안 연구』(한국여성정책연구원, 2022. 11.)
6) 『성인지 관점으로 본 보건복지 통계 연구』(한국여성정책연구원, 2022. 11.)
7) 4대 폭력(성희롱 · 성폭력 · 성매매 · 가정폭력)예방 통합교육(6, 10월)

앞으로도 교육효과를 높이기 위한 다양한 방식의 교육방안을 모색하여 운영할 계획이다.

또한, 조직 내 성희롱 · 성폭력 예방을 위해 「보건복지부 및 그 소속기관의 성희롱 · 성폭력 예방지침」을 개정('22. 12. 23.)하여, 성희롱 · 성폭력 방지 조치의 실효성 제고를 위한 업무규정을 개선 · 보완함으로써 방지조치의 내실을 기하고 실질적 구속력을 강화하고자 하였다.

아울러, 소속 · 산하 기관을 대상으로 성희롱 · 성폭력 방지조치 점검을 상 · 하반기 각 1회('22. 6월, 12월) 실시하여 각 기관의 고충처리 관련 규정 및 폭력예방교육 실적 등을 점검하였으며, 소속 · 산하 기관의 고충처리 역량강화를 위하여 성희롱 · 성폭력 고충상담원 전문교육을 자체적으로 실시 · 지원하였다.

2022

보건복지백서

THE HEALTH AND WELFARE
WHITE PAPER 2022

2022
보건복지백서

THE HEALTH AND WELFARE
WHITE PAPER 2022

3

부록

제1장 조직 · 기능 및 정원 현황
제2장 2022년도 예산 현황
제3장 소관법령 현황
제4장 산하 공공기관 현황

제1장 조직 · 기능 및 정원 현황

Ⅰ 조직의 변천

연 혁

- 1948.11. 4 사회부 신설, 보건 · 후생 · 노동 · 주택 · 부녀국 설치
- 1949. 7.25 보건부 신설, 의정 · 방역 · 약정국 설치
- 1955. 2.17 보건부 · 사회부 통합, 보건사회부로 개편
- 1961. 7.29 군사원호청 신설, 원호국 폐지
- 1963. 8.31 노동청 신설, 노동국 폐지
- 1974. 1. 4 복지연금국 신설
- 1980. 1. 5 환경청 신설, 환경관리관 폐지
- 1987. 4.29 사회보험국 → 의료보험국으로 개칭, 국민연금국 신설
- 1990.11.14 사회복지정책실 신설, 사회국 → 사회복지심의관, 가정복지국 → 가정복지심의관
- 1994.12.23 보건사회부 → 보건복지부로 개편, 의료보험국 · 국민연금국 → 연금보험국으로 통합
- 1996. 4. 6 식품의약품안전본부 및 6개 지방청 신설
- 1996.11.23 한방정책관 신설
- 1997. 5.22 장애인복지심의관 신설
- 1998. 2.28 보건 · 의정 · 약정 · 식품정책국 → 보건정책 · 보건증진 · 보건자원관리국으로 개편, 식품의약품안전청 신설 (식품의약품안전본부 폐지)
- 1998.12.31 국립사회복지연수원 폐지, 국립보건원 훈련부와 통합
- 1999. 5.24 기술협력관 및 보건자원관리국 폐지, 국립보건원에 감염질환부 신설
- 2000. 1. 1 국립의료원 책임운영기관화
- 2001. 1. 1 국립재활원 · 국립목포결핵병원 책임운영기관화
- 2002. 5. 6 가정보건복지 · 장애인보건복지심의관 → 가정복지 · 장애인 복지심의관, 보건증진국 → 건강증진국으로 개칭

- 2003.12.18 국민연금심의관 신설, 국립보건원을 질병관리본부로 확대 개편, 국립보건연구원 신설, 가정복지심의관 → 인구가정 심의관, 유전체연구소 → 유전체연구부, 국립보건원 보건복지연수원 폐지
- 2005. 4.15 기획관리실 → 정책홍보관리실, 공보관 → 홍보관리관, 기획예산담당관 → 재정기획관으로 개칭
- 2005. 9. 8 저출산고령사회정책본부 및 정책총괄관 신설, 인구가정 심의관 → 노인정책관 · 인구아동정책관으로 확대 개편, 생명과학단지조성사업단 · 보건복지콜센터 신설
- 2005.10.21 사회복지정책실 → 사회복지정책본부, 장애인복지심의관 → 장애인정책관, 보건정책국 → 보건의료정책본부, 건강증진국 → 보건정책관, 연금보험국 → 보험연금정책 본부, 국민연금심의관 → 국민연금정책관, 보건산업육성 사업단 신설, 기초생활보장심의관 폐지
- 2006. 1. 1 국립서울병원 · 국립나주병원 · 국립부곡병원 · 국립춘천병원 · 국립공주병원 · 국립마산병원 책임운영기관화
- 2007. 5.16 지역복지서비스정책관 신설
- 2007. 8.10 국제협력관 신설
- 2008. 2.29 보건복지부 · 국가청소년위원회 · 여성가족부(가족 · 보육 업무) · 기획예산처(양극화민생대책본부)를 통합하여 보건복지가족부로 확대 개편
- 2010. 3.15 보건복지가족부의 청소년 · 가족 기능을 여성부로 이관하고, 보건복지가족부의 기능을 보건복지정책 중심으로 개편(보건복지가족부 → 보건복지부)
- 2010. 4. 2 국립의료원 법인화
- 2011. 4. 1 질병정책관 → 공공보건정책관, 질병관리본부 전염병 대응센터 → 감염병관리센터로 개칭
- 2011.12.30 오송생명과학단지지원센터 신설
- 2012. 5. 1 복지행정지원관 신설
- 2013. 3.23 저출산고령사회정책실 → 인구정책실, 건강보험정책관 → 건강보험정책국, 연금정책관 → 연금정책국, 장애인 서비스팀 → 장애인서비스과, 민생안정과'(폐지), '사회서비스일자리과'(신설)
- 2013. 9.26 복지급여조사담당관, 사회보장제도과, 사회보장조정과, 해외의료진출 지원과 신설 및 복지급여권리과 폐지
- 2013.12.12 고령사회정책과 → 인구정책과로 개칭하고, 기능직을 폐지하고 일반직(관리운영직군)으로 편입

- 2015. 6.30 사회보장위원회 사무국(사회보장총괄과, 사회보장조정과, 사회보장평가과) 신설
- 2016. 1. 1 질병관리본부 조직개편에 따른 본부장의 차관급 격상
  - 1센터 1담당관 2과 1지소 신설
    (긴급상황센터, 위기소통담당관, 위기분석국제협력과, 감염병진단관리과, 무안 국제공항지소)
  - 총무과 → 기획조정과, 역학조사과 → 위기대응총괄과, 공중보건위기대응과 → 자원관리과
- 2016. 7.29 해외의료사업지원관, 해외의료사업과, 분석평가과 신설 및 부서변경
  (해외의료진출지원과 → 해외의료 총괄과, 인구정책과 → 인구정책총괄과)
- 2016.12. 5 생명윤리정책과 소관 변경(보건산업정책국 → 보건의료정책실)
- 2017. 2.28 복지정보운영과 신설 및 부서명칭변경(복지정보과 → 복지정보기획과)
- 2017. 5. 8 (기구신설) 건강보험분쟁조정위원회사무국(소속기관), 의료정보정책과, 질병관리본부 기획조정부 및 희귀 질환과 신설
  (질병관리본부 조직개편) 감염병분석센터 신설, 국립보건연구원 감염병센터와 면역병리센터를 감염병연구센터로 재편
- 2017. 9.12 치매정책과 신설, 창조행정담당관 → 혁신행정담당관
- 2017.10.31 분석평가과 폐지
- 2017.12.29 보건복지콜센터 → 보건복지상담센터
- 2018. 2. 6 (기구신설) 의료보장심의관, 예비급여과, 의료보장관리과, 자살예방정책과 신설
  의료정보정책과 소관 변경(보건의료정책관 → 보건산업정책국)
- 2019. 1.15 아동학대대응과 신설, 질병관리본부 부서개편(위기대응총괄과 → 위기대응생물테러총괄과, 생물테러대응과 → 신종감염병대응과, 감염병관리과 → 감염병총괄과, 감염병감시과 → 인수공통감염병관리과,
  검역지원과 소관을 감염병관리센터에서 긴급상황센터로 변경)
- 2019. 5. 7 양성평등정책담당관 신설
- 2020. 9.12 질병관리청 신설(질병관리본부 폐지)
  국립결핵병원(마산, 목포)는 질병관리청으로 이관하고,
  국립장기조직혈액관리원은 복지부로 이관
  보건복지부 2차관 신설
- 2021. 5.11 간호정책과 신설
- 2022.12.29 필수의료지원관 및 필수의료총괄과 신설
  의료보장심의관, 예비급여과 및 의료보장관리과 폐지

2022년도 조직의 변천

공포일 · 법령호수	주요 내용
2022. 2. 22. (대통령령 제32472호) (부령 제868호)	• 본부 증원(+4명) – 사회보장평가과(+1명) – 아동학대대응과(+2명) – 지역복지과(+1명) • 소속기관 증원(+17명) – 국립정신건강센터(+2명) – 국립나주·춘천·공주병원(각 +3명) – 국립부곡병원(+5명) – 국립오송생명과학단지지원센터(+1명)
2022.9.20. (대통령령 제32907호) (부령 제911호)	• 본부 청년보좌역(+1명)
2022.12.29. (대통령령 제33168호) (부령 제933호)	• 보건복지부 필수의료지원관 및 필수의료지원관 신설(+1국 +1과, +9명) • 보건복지부 의료보장심의관, 예비급여과 및 의료보장관리과 폐지 (△1국 △2과, △15명) • 보건복지부 정책통계담당관 및 정보화담당관 통폐합(→정보통계담당관) • 보건복지부 장애인건강과 신설 • 보건복지부 치매정책과 명칭 변경(→노인건강과) • 본부 증원 및 감원(+15명, △10명) • 소속기관 증원 및 감원(+5명, △12명)

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 욱	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 묵	1960. 5. 12. ~ 1960. 10. 3.	
이 병 학	1960. 10. 4. ~ 1961. 6. 25.	
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 헌	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 항	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 엽	2015. 8. 27. ~ 2017. 7. 20.	
박 능 후	2017. 7. 21. ~ 2020. 12. 23.	
권 덕 철	2020. 12. 24. ~ 2022. 5. 25.	
조 규 홍	2022. 10. 5. ~ 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. ~ 2020. 9. 11.	

제1차관

성 명	재임 기간	비고
김 강 립	2020. 9. 12. ~ 2020. 11. 1.	
양 성 일	2020. 11. 2. ~ 2022. 5. 9.	
조 규 홍	2022. 5. 10. ~ 2022. 10. 4.	
이 기 일	2022. 10. 24. ~ 현재	

제2차관

성 명	재임 기간	비고
강 도 태	2020. 9. 12. ~ 2021. 10. 1.	
류 근 혁	2021. 10. 1. ~ 2022. 5. 9.	
이 기 일	2022. 5. 10. ~ 2022. 10. 23.	
박 민 수	2022. 10. 24. ~ 현재	

Ⅲ 보건복지부 기구 도표('22. 12.)



Ⅳ 부서별 기능

구분	주요 기능
대변인	보도자료 배포 및 언론관계 총괄, 홍보계획 수립, 온라인홍보 및 주요정책 홍보기획,
감사관	본부 · 소속기관 · 공공기관 및 법인 행정감사, 기강감사, 직무감찰, 공무원범죄처분, 진정 및 비리사항 조사, 비리사항 요인 분석, 장관특명사항 조사처리, 복지급여 부적정 수급 조사 등
기획조정실	정책기획, 세입 · 세출, 법률 · 규제업무, 성과 · 조직업무, 국제협력, 비상안전, 통계업무 및 정보화업무 총괄
정책기획관	각종 정책 및 계획의 총괄 · 조정, 주요정책현안과제의 발굴, 세입 · 세출예산 기금 편성 및 배정 · 집행, 재정운용계획 수립 · 종합 및 조정, 성과 · 정원 및 조직관리, 법률 · 규제개혁, 양성평등정책 등
국제협력관	보건복지 분야 국제협력 강화 및 다자 · 통상협력, 양자협력의 추진 등
비상안전기획관	재난안전, 국가위기관리, 정부연습, 국가동원자원관리, 국가지도통신망관리 등
사회복지정책실	사회복지정책, 지역복지정책, 사회복지전달체계, 사회서비스정책 총괄
복지정책관	사회복지정책, 국민기초생활보장, 사회통합을 위한 정책 분석 · 개발, 의료급여, 자활지원 등
복지행정지원관	지역사회보장계획 수립, 사회복지전달체계, 사회보장정보시스템 구축, 사회보장급여 선정 · 지원 기준의 조정 및 표준화
사회서비스정책관	사회서비스 정책 수립 · 조정, 지역사회서비스 투자사업, 전자 바우처 시스템 구축 · 운영, 민간복지자원 육성, 나눔문화 확산 등
장애인정책국	장애인복지정책, 장애인권익보장, 장애인재활지원, 장애인연금, 장애인활동지원제도 운영 등
인구정책실	인구정책, 아동정책, 노인복지정책 및 보육정책 총괄
인구아동정책관	저출산고령사회기본계획 및 시행계획 수립 및 관리, 저출산고령사회 정책개발 및 관리, 인구 관련 정책의 총괄 조정, 아동복지정책 수립 등
노인정책관	노인보건복지정책 종합계획 수립, 노인일자리 및 사회활동 지원, 노인복지시설 운영지원, 노인학대예방, 장사제도 운영, 노인요양 보장 종합계획 수립, 노인요양보험제도 운영, 고령친화산업육성, 치매정책 등
보육정책관	중장기 및 연도별 보육계획 수립 · 조정, 어린이집 및 보육교직원 관리, 보육료 · 가정양육지원, 어린이집 확충 및 운영지원, 보육통합시스템 운영 등
연금정책국	국민연금제도 · 기금 운영, 국민연금공단 관리, 기초연금제도 운영 등
사회보장위원회 사무국	사회보장 기본법령, 사회보장제도의 신설 · 변경에 관한 협의 · 조정, 사회보장제도 평가계획 수립 · 시행 등

구분	주요 기능
보건의료정책실	보건의료정책, 공공의료정책, 한의약정책 총괄
보건의료정책관	보건의료 · 의약품정책 수립, 보건의료자원관리 등
공공보건정책관	질병관리 정책수립 · 조정, 질환자 지원, 암 관련 정책수립 · 관리, 응급의료정책, 공공보건의료정책, 생명윤리 및 안전 정책 수립 등
한의약정책관	한의약정책 수립, 한의약공공보건사업, 한의약산업 육성 등
건강보험정책국	건강보험정책, 산하단체관리(공단, 심평원), 건강보험보장, 의약품 약가 재평가, 요양기관 현지조사, 건강보험 사후관리 등
필수의료지원관	필수의료 추진계획 수립 · 시행 등
건강정책국	건강관리정책, 금연 및 건강검진, 구강건강정책 등
정신건강정책관	정신건강정책 및 정신건강증진시설 관리, 자살예방정책 등
보건산업정책국	보건의료산업정책 수립, 보건의료정보화 추진, 첨복단지 중장기 발전 계획 수립, 보건의료빅데이터 정책, 의료기기 및 화장품 산업 육성
첨단의료지원관	보건의료연구개발사업 추진, 첨단재생의료 활성화 등

V 정원 현황

기관별		계	정무직	별정직	일반직	전문경력관	전문임기제	특정직
총 계		2,566	3	6	2,495	55	6	1
본부	소 계	928	3	6	913	5		1
	장·차관실	19	3	6	10			
	대변인실	13			11	2		
	감사관실	22			22			
	인사과	8			8			
	운영지원과	27			27			
	기획조정실	113			110	3		
	사회복지정책실	139			139			
	장애인정책국	49			49			
	인구정책실	147			146			1
	연금정책국	46			46			
	사회보장위원회사무국	24			24			
	보건의료정책실	133			133			
	건강보험정책국	53			53			
	건강정책국	59			59			
	보건산업정책국	76			76			
소속기관	소 계	1,638			1,582	50	6	
	국립정신병원(5)	959			940	13	6	
	국립소록도병원	220			218	2		
	국립재활원	356			322	34		
	국립장기조직혈액관리원	35			35			
	오송생명과학단지지원센터	35			34	1		
	국립망향의동산관리원	7			7			
	건강보험분쟁조정위원회 사무국	22			22			
	첨단재생의료및첨단바이오의약품심의위원회사무국	4			4			

제2장

2022년도 예산 현황

I 2022년도 예산 개요

2022년도 보건복지부 예산 및 기금의 총지출은 21년 본 예산 대비 8.8%가 증가한 97조 4,767억 원으로, 정부 전체 총지출(608조원)의 16%의 비중을 차지하고 있다.

2022년도 정부 총지출과 보건복지부 총지출 규모 비교

(단위 : 조 원, %)

구 분	2021년 예산		2022년 예산		증 감			
	예산(A)	추경	예산(B)	추경(C)	(B-A)	(%)	(C-A)	(%)
정부 총지출(a)	558.0	604.9	607.7	679.5	49.7	8.9	121.5	21.8
보건복지부 총지출(b)	89.6	92.7	97.5	101.4	7.9	8.8	11.8	13.2
b/a(%)	16.1	15.3	16.0	14.9				

세부 내역을 살펴보면 일반회계를 포함한 예산은 전년 본 예산에 비해 11.4%가 증가한 62조 2,729억 원이며, 기금은 전년에 비해 4.5%가 증가한 35조 2,038억 원이다.

2022년도 보건복지 예산

(단위 : 억 원, %)

구 분	2021년 예산		2022년 예산		증감 (B-A)	증감 (C-A)	증감률(%)	
	본 예산(A)	추경	본 예산(B)	추경(C)			본 예산	추경
총지출	895,766	927,432	974,767	1,014,100	79,001	118,334	8.8	13.2
• 예산	559,035	590,701	622,729	662,062	63,694	103,027	11.4	18.4
- 일반회계	553,030	584,696	617,592	656,933	64,562	103,903	11.7	18.8
- 특별회계	6,005	6,005	5,137	5,129	△868	△876	△14.5	△14.6
• 기금	336,731	336,731	352,038	352,038	15,307	15,307	4.5	4.5
- 건강증진기금	34,242	34,242	34,630	34,630	388	388	1.1	1.1
- 국민연금기금	300,025	300,025	314,649	314,649	14,624	14,624	4.9	4.9
- 응급의료기금	2,464	2,464	2,759	2,759	295	295	12.0	12.0

Ⅱ 분야별 예산 내역

2022년 보건복지부 예산은 신양극화 해소를 위한 사회안전망 투자 강화, 저출산 · 고령화 인구구조 변화에 선제적 대응을 위한 투자, 감염병 대응체계 고도화 및 공공의료체계 역량확충을 통한 국민 건강안전망 강화, 바이오헬스 분야 산업육성에 중점을 두었으며, 분야별 산출 내역을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 사회복지 분야는 전체 지출 규모의 82.7%(80조 6,484억 원)를 차지하는 복지 지출의 핵심 분야로, 사회안전망 강화를 위해 △기초생보 생계급여 부양의무자 폐지, △긴급복지 확대, 상병수당 시범도입, △취약계층 일자리 등 저소득층 소득기반 확충 등에 재정투자를 집중하였다. 아울러 인구구조 변화에 대응하기 위해 △영아수당, 첫만남이용권 도입, △보육의 질 제고, △고령자 맞춤형 돌봄 인프라 확충, △노후 소득보장 강화 등에 중점을 두었다.

둘째, 보건 분야는 전체 지출의 17.3%(16조 8,283억 원)로 공공의료 확충을 위해 △취약지 등 전문의료인력 양성, △지역거점병원 공공성강화, △중증외상전문진료체계 구축을 강화하고, 국민 건강안전망 강화를 위해 △건강보험 보장성 강화, △감염병 대응체계 고도화, △예방 및 정신건강 인프라 확대 등의 지원을 강화하였다. 또한, 바이오헬스 선도국가로서의 도약을 위해 △바이오 분야 R&D, 임상 빅데이터 구축 △제약 · 바이오 전문인력 양성 지원 등을 확대하였다.

◐ 분야별 세출 예산 현황

(단위 : 억 원, %)

구 분	2021년 예산		2022년 예산		증감 (B-A)	증감 (C-A)	증감률(%)	
	본 예산(A)	추경	본 예산(B)	추경(C)			본 예산	추경
총지출	895,766	927,432	974,767	1,014,100	79,001	118,334	8.8	13.2
• 사회복지 분야	757,778	768,230	806,484	818,709	48,706	60,931	6.4	8.0
- 기초생활보장	132,334	141,408	144,597	155,372	12,263	23,038	9.3	17.4
- 취약계층지원	37,800	37,972	41,482	41,500	3,682	3,700	9.7	9.8
- 공적연금	300,026	300,026	314,921	314,921	14,895	14,895	5.0	5.0
- 사회복지일반	13,326	13,326	9,072	9,061	△4,254	△4,265	△31.9	△32.0
- 아동 · 보육	85,568	86,243	91,820	90,773	6,252	5,205	7.3	6.1
- 노인	188,723	189,255	204,592	207,081	15,869	18,358	8.4	9.7
• 보건 분야	137,988	159,202	168,283	195,391	30,295	57,403	22.0	41.6
- 보건의료	30,300	50,752	49,041	76,149	18,741	45,849	61.9	151.3
- 건강보험	107,688	108,450	119,242	119,242	11,554	11,554	10.7	10.7

주 : 내부 거래 제외

제3장 소관법령 현황

Ⅰ 법률(102개)

('22. 12.)

연번	법률명	공포 일자	시행 일자	소관
1	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 (질병관리청 공동)	2022. 6. 10.	2022. 12. 11.	질병정책과
2	건강검진기본법	2020. 8. 11.	2020. 9. 12.	건강증진과
3	검역법	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	질병관리청
4	결핵예방법	2020. 8. 11.	2020. 9. 12.	질병관리청
5	고독사 예방 및 관리에 관한 법률	2020. 3. 31.	2021. 4. 1.	지역복지과
6	고령친화산업 진흥법	2021. 8. 17.	2022. 2. 18.	노인정책과
7	공공보건의료에 관한 법률	2021. 8. 17.	2022. 2. 18.	공공의료과
8	공중보건장학을 위한 특례법	2012. 10. 22.	2012. 10. 22.	공공의료과
9	공중위생관리법	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	건강정책과
10	구강보건법	2020. 8. 11.	2020. 9. 12.	구강정책과
11	국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률	2018. 3. 13.	2018. 9. 14.	공공의료과
12	국민건강보험법	2022. 12. 27.	2022. 12. 27.	보험정책과 보험급여과
13	국민건강증진법	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	건강정책과 건강증진과
14	국민기초생활 보장법	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	기초생활보장과 자립지원과
15	국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률	2021. 8. 17.	2022. 2. 18.	국민연금정책과
16	국민연금법	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	국민연금정책과
17	국민영양관리법	2020. 8. 11.	2020. 9. 12.	건강증진과

연번	법률명	공포 일자	시행 일자	소관
18	기초연금법	2021. 6. 8.	2022. 1. 1.	기초연금과
19	긴급복지지원법	2021. 7. 27.	2022. 1. 1.	기초생활보장과
20	노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률	2020. 12. 29.	2021. 6. 30.	자립지원과
21	노인복지법	2021. 12. 21.	2022. 3. 22.	노인정책과 노인지원과 요양보험운영과
22	노인장기요양보험법	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	요양보험제도과 요양보험운영과
23	노후준비 지원법	2021. 12. 21.	2022. 12. 22.	인구정책총괄과
24	농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법	2021. 8. 17.	2022. 2. 18.	건강정책과
25	농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법	2018. 12. 11.	2019. 3. 12.	복지정책과
26	대한노인회 지원에 관한 법률	2016. 2. 3.	2016. 8. 4.	노인지원과
27	대한적십자사 조직법	2020. 12. 29.	2021. 6. 30.	공공의료과
28	마약류 관리에 관한 법률 (식품의약품안전처 공동)	2022. 6. 10.	2022. 12. 11.	정신건강관리과
29	모자보건법	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	출산정책과
30	발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	장애인서비스과
31	병원체자원의 수집·관리 및 활용 촉진에 관한 법률	2021. 12. 21.	2022. 3. 22.	질병관리청
32	보건의료기본법	2021. 3. 23.	2021. 3. 23.	보건의료정책과
33	보건의료기술 진흥법	2018. 1. 16.	2018. 4. 17.	보건의료기술개발과
34	보건의료인력지원법	2020. 12. 29.	2020. 12. 29.	의료인력정책과
35	보건환경연구원법	2021. 8. 17.	2022. 2. 18.	질병관리청
36	보호시설에 있는 미성년자의 후견 직무에 관한 법률	2021. 12. 21.	2022. 3. 22.	아동권리과
37	사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률	2021. 7. 27.	2022. 1. 28.	급여기준과
38	사회보장기본법	2021. 6. 8.	2021. 12. 9.	사회보장총괄과
39	사회복지공동모금회법	2019. 1. 15.	2019. 1. 15.	사회서비스정책과
40	사회복지사 등의 처우 및 지위 향상을 위한 법률	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	복지정책과 사회서비스일자리과
41	사회복지사업법	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	복지정책과 사회서비스자원과

연번	법률명	공포 일자	시행 일자	소관
42	사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률	2021. 6. 8.	2022. 1. 1.	사회서비스사업과
43	사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립 · 운영에 관한 법률	2021. 9. 24.	2022. 3. 25.	사회서비스자원과
44	생명윤리 및 안전에 관한 법률	2020. 12. 29.	2021. 12. 30.	생명윤리정책과
45	시체 해부 및 보존 등에 관한 법률 (질병관리청 공동)	2020. 8. 11.	2021. 4. 8.	생명윤리정책과
46	식품등 기부 활성화에 관한 법률	2019. 4. 23.	2019. 4. 23.	사회서비스정책과
47	실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률 (경찰청 공동)	2020. 12. 8.	2021. 6. 9.	아동학대대응과
48	심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률	2020. 8. 11.	2020. 9. 12.	질병정책과
49	아동복지법	2020. 12. 29.	2022. 7. 1.	아동복지정책과 아동권리과 아동학대대응과
50	아동수당법	2021. 12. 14.	2022. 4. 1.	아동복지정책과
51	아동의 빈곤예방 및 지원 등에 관한 법률	2017. 7. 26.	2017. 7. 26.	아동복지정책과
52	암관리법	2021. 3. 23.	2022. 1. 1.	질병정책과
53	약사법 (식품의약품안전처 공동)	2020. 4. 7.	2023. 4. 8.	약무정책과
54	영유아보육법	2022. 6. 10.	2022. 12. 11.	보육정책과
55	응급의료에 관한 법률	2022. 12. 27.	2022. 12. 27.	응급의료과 재난의료과
56	의료급여법	2019. 4. 23.	2019. 10. 24.	기초의료보장과
57	의료기기법 (식품의약품안전처 공동)	2021. 7. 20.	2022. 7. 21.	약무정책과
58	의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법 (식품의약품안전처 공동)	2021. 8. 17.	2022. 2. 18.	보건산업진흥과
59	의료기사 등에 관한 법률	2020. 12. 15.	2020. 12. 15.	의료자원정책과
60	의료법 (질병관리청 공동)	2020. 12. 29.	2021. 12. 30.	보건의료정책과
61	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률	2020. 4. 7.	2020. 10. 8.	의료기관정책과
62	의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률	2021. 12. 21.	2022. 12. 22.	보건산업해외진출과
63	의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률	2018. 12. 11.	2019. 3. 12.	사회서비스자원과
64	인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률 (식품의약품안전처 공동)	2021. 8. 17.	2021. 8. 17.	혈액장기정책과
65	입양특례법	2020. 12. 29.	2022. 7. 1.	아동복지정책과

연번	법률명	공포 일자	시행 일자	소관
66	자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률	2022. 6. 10.	2022. 12. 11.	자살예방정책과
67	장기등 이식에 관한 법률	2021. 12. 21.	2022. 12. 22.	혈액장기정책과
68	장사 등에 관한 법률	2021. 12. 21.	2022. 6. 22.	노인지원과
69	장애아동 복지지원법	2021. 6. 8.	2022. 1. 1.	장애인서비스과
70	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률	2020. 12. 29.	2021. 6. 30.	장애인건강과
71	장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률	2017. 9. 19.	2018. 12. 30.	장애인건강과
72	장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률	2021. 7. 27.	2022. 7. 28.	장애인권익지원과
73	장애인복지법	2021. 12. 21.	2022. 12. 22.	장애인정책과 장애인권익지원과
74	장애인연금법	2021. 6. 8.	2022. 1. 1.	장애인자립기반과
75	장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률	2021. 7. 27.	2023. 1. 28.	장애인권익지원과
76	장애인활동 지원에 관한 법률	2022. 6. 10.	2023. 1. 1.	장애인서비스과
77	재난적의료비 지원에 관한 법률	2021. 6. 8.	2022. 1. 1.	필수의료총괄과
78	저출산·고령사회기본법	2021. 12. 14.	2022. 6. 15.	인구정책총괄과
79	전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률	2020. 4. 7.	2021. 4. 8.	의료인력정책과
80	정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률	2020. 4. 7.	2022. 4. 8.	정신건강정책과
81	제대혈 관리 및 연구에 관한 법률	2020. 8. 11.	2020. 9. 12.	혈액장기정책과
82	제약산업 육성 및 지원에 관한 특별법	2022. 6. 10.	2022. 6. 10.	보건산업진흥과
83	중증장애인생산품 우선구매 특별법	2019. 11. 26.	2020. 5. 27.	장애인자립기반과
84	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률	2021. 1. 12.	2022. 1. 13.	공공의료과
85	지역보건법	2021. 8. 17.	2022. 8. 18.	건강정책과
86	천연물신약 연구개발 촉진법	2019. 1. 15.	2019. 1. 15.	보건의료기술개발과
87	첨단의료복합단지 육성에 관한 특별법 (과학기술정보통신부·산업통상자원부 공동)	2021. 4. 20.	2021. 10. 21.	보건산업정책과
88	첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률 (식품의약품안전처 공동)	2022. 4. 26.	2023. 4. 27.	재생의료정책과
89	치매관리법	2020. 12. 29.	2021. 6. 30.	노인건강과

연번	법률명	공포 일자	시행 일자	소관
90	한국국제보건의료재단법	2019. 1. 15.	2019. 1. 15.	국제협력담당관
91	한국보건복지인재원법	2021. 7. 27.	2022. 1. 28.	기획조정담당관
92	한국보건산업진흥원법	2017. 9. 19.	2017. 9. 19.	보건산업정책과
93	한국보건의료인국가시험원법	2017. 10. 31.	2018. 11. 1.	의료인력정책과
94	한국인 원자폭탄 피해자 지원을 위한 특별법	2019. 4. 30.	2019. 8. 1.	질병정책과
95	한센인피해사건의 진상규명 및 피해자 지원 등에 관한 법률	2019. 1. 15.	2019. 7. 16.	질병정책과
96	한의약 육성법	2018. 12. 11.	2019. 6. 12.	한의약정책과
97	혈액관리법	2021. 3. 23.	2022. 9. 24.	혈액장기정책과
98	호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률	2021. 12. 21.	2022. 3. 22.	생명윤리정책과 질병정책과
99	환자안전법	2020. 1. 29.	2021. 1. 30.	의료기관정책과
101	효행 장려 및 지원에 관한 법률	2017. 12. 12.	2017. 12. 12.	노인지원과
102	후천성면역결핍증 예방법	2020. 8. 11.	2020. 9. 12.	질병관리청

※ 이미 시행 중인 법령의 공포 일자 및 시행 일자는 2022년도 개정 법률안 기준임

Ⅱ 대통령령(108개)

('22. 12.)

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
1	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령 (질병관리청 공동)	2022. 11. 29.	2022. 12. 1.	질병정책과
2	건강검진기본법 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	건강증진과
3	검역법 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	질병관리청
4	결핵예방법 시행령	2020. 10. 13.	2020. 10. 13.	질병관리청
5	고독사 예방 및 관리에 관한 법률 시행령	2021. 3. 30.	2021. 4. 1.	지역복지과
6	고령친화산업 진흥법 시행령	2022. 3. 8.	2022. 3. 8.	노인정책과
7	공공보건의료에 관한 법률 시행령	2021. 9. 24.	2021. 9. 24.	공공의료과
8	공중보건장학을위한특례법시행령	2021. 1. 5.	2021. 1. 5.	공공의료과
9	공중위생관리법 시행령	2020. 6. 2.	2020. 6. 4.	건강정책과
10	구강보건법 시행령	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	구강정책과
11	국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	공공의료과
12	국민건강보험법 시행령	2022. 12. 27.	2023. 1. 1.	보험정책과
13	국민건강증진법 시행령	2021. 11. 30.	2021. 12. 4.	건강정책과
14	국민기초생활 보장법 시행령	2022. 6. 21.	2022. 12. 22.	기초생활보장과
15	국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률 시행령	2022. 2. 15.	2022. 2. 18.	국민연금정책과
16	국민연금법 시행령	2022. 5. 9.	2022. 8. 18.	국민연금정책과
17	국민영양관리법 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	건강증진과
18	기초연금법 시행령	2022. 7. 26.	2022. 8. 1.	기초연금과
19	긴급복지지원법 시행령	2022. 5. 3.	2022. 5. 3.	기초생활보장과
20	노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 시행령	2020. 12. 15.	2020. 12. 15.	자립지원과
21	노인복지법 시행령	2022. 9. 27.	2023. 1. 1.	노인정책과
22	노인장기요양보험법 시행령	2022. 12. 20.	2023. 1. 1.	요양보험제도과
23	노후준비 지원법 시행령	2022. 6. 21.	2022. 12. 22.	인구정책총괄과
24	농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	건강정책과
25	농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법 시행령	2015. 6. 22.	2015. 7. 29.	복지정책과
26	대한노인회 지원에 관한 법률 시행령	2011. 12. 13.	2011. 12. 13.	노인지원과
27	대한적십자사 조직법 시행령	2021. 6. 29.	2021. 6. 30.	공공의료과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
28	마약류중독자 치료보호규정	2022. 4. 19.	2022. 4. 19.	정신건강관리과
29	모자보건법 시행령	2022. 6. 14.	2022. 6. 22.	출산정책과
30	발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 시행령	2021. 11. 23.	2022. 1. 1.	장애인서비스과
31	병원체자원의 수집·관리 및 활용 촉진에 관한 법률 시행령	2022. 3. 8.	2022. 3. 8.	질병관리청
32	보건범죄단속에관한특별조치법시행령	2010. 3. 15.	2010. 3. 19.	약무정책과
33	보건복지부와 그 소속기관 직제	2022. 12. 29.	2022. 12. 29.	혁신행정담당관
34	보건의료기본법 시행령	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	보건의료정책과
35	보건의료기술 진흥법 시행령	2021. 8. 3.	2021. 8. 3.	보건의료기술개발과
36	보건의료요원장학금규정	2010. 3. 15.	2010. 3. 19.	건강정책과
37	보건의료인력지원법 시행령	2022. 12. 13.	2019. 10. 24.	의료인력정책과
38	보건환경연구원법시행령	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	질병관리청
39	보호시설에 있는 미성년자의 후견 직무에 관한 법률 시행령	2019. 4. 23.	2019. 5. 24.	아동권리과
40	사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 시행령	2022. 5. 9.	2022. 8. 18.	급여기준과
41	사회보장기본법 시행령	2022. 6. 7.	2022. 6. 8.	사회보장총괄과
42	사회복지사 등의 처우 및 지위 향상을 위한 법률 시행령	2022. 6. 14.	2022. 6. 22.	복지정책과
43	사회복지사업법 시행령	2020. 12. 8.	2020. 12. 12.	복지정책과
44	사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 시행령	2022. 3. 15.	2022. 3. 25.	사회서비스정책과
45	사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률 시행령	2022. 3. 22.	2022. 3. 25.	사회서비스자원과
46	생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행령	2021. 12. 28.	2021. 12. 30.	생명윤리정책과
47	시체 해부 및 보존에 관한 법률 시행령	2022. 3. 8.	2022. 3. 8.	생명윤리정책과
48	식품등 기부 활성화에 관한 법률 시행령	2019. 7. 9.	2019. 7. 9.	사회서비스일자리과
49	실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률 시행령	2021. 6. 8.	2021. 6. 9.	아동학대대응과
50	심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	질병정책과
51	아동복지법 시행령	2021. 6. 29.	2022. 7. 1.	아동복지정책과
52	아동수당법 시행령	2022. 2. 3.	2022. 2. 3.	아동복지정책과
53	아동의 빈곤예방 및 지원 등에 관한 법률 시행령	2012. 7. 13.	2012. 7. 15.	아동복지정책과
54	암관리법 시행령	2022. 11. 8.	2022. 11. 8.	질병정책과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
55	약사법 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	약무정책과
56	영유아보육법 시행령	2022. 6. 7.	2023. 1. 1.	보육정책과
57	응급의료에 관한 법률 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 22.	응급의료과
58	의료급여법 시행령	2022. 8. 9.	2023. 1. 1.	기초의료보장과
59	의료기기법 시행령(식약처 공동)	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	약무정책과
60	의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법 시행령	2020. 4. 28.	2020. 5. 1.	보건산업진흥과
61	의료기사 등에 관한 법률 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	의료자원정책과
62	의료법 시행령	2022. 8. 2.	2022. 8. 2.	보건의료정책과
63	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행령	2019. 6. 11.	2019. 7. 1.	의료기관정책과
64	의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 22.	보건산업해외진출과
65	의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	사회서비스자원과
66	인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률 시행령(식약처 공동)	2021. 8. 10.	2021. 8. 10.	혈액장기정책과
67	입양특례법 시행령	2019. 7. 16.	2019. 7. 16.	아동복지정책과
68	자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	자살예방정책과
69	장기등 이식에 관한 법률 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 22.	혈액장기정책과
70	장사 등에 관한 법률 시행령	2022. 11. 1.	2023. 5. 2.	노인지원과
71	장애아동 복지지원법 시행령	2021. 6. 29.	2021. 6. 30.	장애인서비스과
72	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행령	2018. 12. 31.	2019. 7. 1.	장애인정책과
73	장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률 시행령	2018. 12. 18.	2018. 12. 30.	장애인자립기반과
74	장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행령	2022. 7. 26.	2022. 7. 28.	장애인권익지원과
75	장애인복지법 시행령	2022. 12. 29.	2022. 12. 29.	장애인정책과
76	장애인연금법 시행령	2021. 3. 2.	2021. 3. 2.	장애인자립기반과
77	장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 시행령	2021. 7. 27.	2023. 1. 28.	장애인권익지원과
78	장애인활동 지원에 관한 법률 시행령	2021. 12. 31.	2022. 1. 1.	장애인서비스과
79	재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령	2021. 11. 1.	2021. 11. 1.	필수의료총괄과
80	저출산·고령사회기본법 시행령	2022. 11. 24.	2022. 11. 24.	인구정책총괄과
81	전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률 시행령	2019. 7. 16.	2019. 7. 16.	의료인력정책과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
82	전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정	2022. 11. 22.	2022. 11. 22.	의료인력정책과
83	정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령	2022. 4. 5.	2022. 4. 8.	정신건강정책과
84	제대혈 관리 및 연구에 관한 법률 시행령	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	혈액장기정책과
85	제약산업 육성 및 지원에 관한 특별법 시행령	2022. 12. 27.	2022. 12. 27.	보건산업진흥과
86	중증장애인생산품 우선구매 특별법 시행령	2018. 12. 11.	2018. 12. 13.	장애인자립기반과
87	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 시행령	2021. 12. 16.	2022. 1. 13.	공공의료과
88	지역보건법시행령	2022. 11. 1.	2023. 5. 2.	건강정책과
89	질병관리청과 그 소속기관 직제	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	질병관리청
90	천연물신약 연구개발 촉진법 시행령	2014. 1. 28.	2014. 1. 31.	보건의료기술개발과
91	첨단의료복합단지 지정 및 지원에 관한 특별법 시행령	2021. 8. 24.	2021. 8. 24.	보건산업진흥과
92	첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률 시행령	2021. 12. 28.	2021. 12. 30.	재생의료정책과
93	치과의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정	2019. 5. 7.	2019. 11. 8.	구강정책과
94	치매관리법 시행령	2021. 6. 8.	2021. 6. 30.	노인건강과
95	한국국제보건의료재단법 시행령	2018. 9. 18.	2018. 9. 21.	국제협력담당관
96	한국보건복지인재원법 시행령	2022. 1. 28.	2022. 1. 28.	인사과
97	한국보건산업진흥원법 시행령	2019. 7. 2.	2019. 7. 2.	보건산업진흥과
98	한국보건의료인국가시험원법 시행령	2018. 10. 30.	2018. 11. 1.	의료인력정책과
99	한국인 원자폭탄 피해자 지원을 위한 특별법 시행령	2017. 7. 26.	2017. 7. 26.	질병정책과
100	한센인피해사건의 진상규명 및 피해자 지원 등에 관한 법률 시행령	2019. 5. 14.	2019. 7. 16.	질병정책과
101	한의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정	2014. 12. 9.	2014. 12. 9.	한의약정책과
102	한의약육성법시행령	2020. 3. 3.	2020. 3. 3.	한의약정책과
103	혈액관리법 시행령	2021. 6. 15.	2021. 6. 30.	혈액장기정책과
104	호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	질병정책과 생명윤리정책과
105	환자안전법 시행령	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	의료기관정책과
106	효행 장려 및 지원에 관한 법률 시행령	2018. 4. 24.	2018. 4. 24.	노인지원과
107	후천성면역결핍증 예방법 시행령	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	질병관리청
108	희귀질환관리법 시행령	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	질병정책과

※ 이미 시행 중인 법령의 공포 일자 및 시행 일자는 2022년도 개정 법률안 기준임.

Ⅲ 부령(124개)

('22. 12.)

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
1	간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙	2022. 4. 8.	2022. 4. 8.	의료자원정책과
2	감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 (질병관리청 공동)	2022. 5. 4.	2022. 5. 4.	질병정책과
3	건강검진기본법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	건강증진과
4	검역공무원 복제 규칙	2021. 3. 5.	2021. 3. 5.	질병관리청
5	검역법 시행규칙	2022. 11. 1.	2022. 11. 1.	질병관리청
6	결핵예방법 시행규칙	2022. 7. 1.	2022. 7. 1.	질병관리청
7	경제자유구역 내 외국의료기관의 개설허가절차 등에 관한 규칙	2022. 11. 22.	2022. 11. 22.	보건의료정책과
8	고독사 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙	2021. 4. 1.	2021. 4. 1.	지역복지과
9	공공보건의료에 관한 법률 시행규칙	2022. 2. 17.	2022. 2. 18.	공공의료과
10	공중보건장학을 위한특례법 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	공공의료과
11	공중위생관리법 시행규칙	2022. 6. 22.	2022. 6. 22.	건강정책과
12	구강보건법 시행규칙	2020. 12. 31	2020. 12. 31.	구강정책과
13	구급차의 기준 및 응급환자이송업의 시설 등 기준에 관한 규칙	2017. 12. 1.	2017. 12. 3.	응급의료과
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	2022. 12. 9.	2023. 1. 1.	보험정책과
17	국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙	2022. 10. 13.	2022. 10. 13.	보험급여과
18	국민건강증진법 시행규칙	2022. 6. 22.	2022. 6. 22.	건강정책과
19	국민기초생활 보장법 시행규칙	2022. 12. 27.	2023. 1. 1.	기초생활보장과
20	국민연금과 직역연금의 연계에 관한 법률 시행규칙	2022. 2. 18.	2022. 2. 18.	국민연금정책과
21	국민연금법 시행규칙	2022. 12. 30.	2022. 12. 30.	국민연금정책과
22	국민영양관리법 시행규칙	2022. 12. 13.	2022. 12. 13.	건강증진과
23	기초연금법 시행규칙	2016. 5. 25.	2016. 8. 4.	기초연금과
24	긴급복지지원법 시행규칙	2021. 12. 6.	2022. 1. 1.	기초생활보장과
25	노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 시행규칙	2021. 6. 30.	2021. 6. 30.	자립지원과
26	노인복지법 시행규칙	2022. 11. 22.	2023. 1. 1.	노인정책과
27	노인장기요양보험법 시행규칙	2022. 12. 30.	2023. 3. 1.	요양보험제도과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
28	노후준비 지원법 시행규칙	2022. 6. 22.	2022. 6. 22.	인구정책총괄과
29	농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 시행규칙	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	건강정책과
30	농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법 시행규칙	2022. 12. 30.	2022. 12. 30.	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	2020. 12. 1.	2021. 1. 1.	출산정책과
34	발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 시행규칙	2021. 12. 9.	2021. 12. 9.	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	2022. 6. 9.	2022. 6. 9.	질병관리청
37	보건범죄단속에관한특별조치법시행규칙	2021. 7. 7.	2021. 7. 7.	약무정책과
38	보건복지부 및 질병관리청 소관 비영리법인의 설립 및 감독에 관한 규칙	2020. 12. 28.	2020. 12. 28.	규제개혁법무담당관
39	보건복지부 소관 비상대비자원 관리법 시행규칙	2022. 12. 15.	2022. 12. 15.	비상안전기획관
40	보건복지부 소속 국립병원 및 국립재활원 임상연구비 지급 규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	장애인권익지원과
41	보건복지부와 그 소속기관 직제 시행규칙	2022 12. 29	2022 12. 29	혁신행정담당관
42	보건복지부장관의 소속 청장 지휘에 관한 규칙	2020. 11. 27.	2020. 11. 27.	혁신행정담당관
43	보건의료기술 진흥법 시행규칙	2022. 10. 26.	2022. 10. 26.	보건의료기술개발과
44	보건의료인력지원법 시행규칙	2019. 10. 24.	2019. 10. 24.	의료인력정책과
45	사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률 시행규칙	2021. 9. 1.	2022. 1. 1.	급여기준과
46	사회보장기본법 시행규칙	2021. 12. 6.	2021. 12. 9.	사회보장총괄과
47	사회복지공동모금회법 시행규칙	2016. 6. 15.	2016. 8. 4.	사회서비스정책과
48	사회복지법인 및 사회복지시설 재무·회계 규칙	2022. 12. 28.	2023. 1. 1.	사회서비스자원과
49	사회복지사업법 시행규칙	2022. 6. 22.	2022. 6. 22.	복지정책과
50	사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 시행규칙	2022. 3. 24.	2022. 3. 25.	사회서비스정책과
51	사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률 시행규칙	2022. 3. 24.	2022. 3. 25.	사회서비스자원과
52	상급종합병원의 지정 및 평가에 관한 규칙	2022. 11. 22.	2022. 11. 22.	의료기관정책과
53	생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙	2022. 12. 30.	2022. 12. 30.	생명윤리정책과
54	성매개감염병 및 후천성면역결핍증 건강진단규칙	2021. 7. 19.	2021. 7. 19.	질병관리청
55	시체 해부 및 보존에 관한 법률 시행규칙	2021. 4. 9.	2021. 4. 9.	생명윤리정책과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
56	식품등 기부 활성화에 관한 법률 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	사회서비스일자리과
57	신의료기술평가에 관한 규칙	2022. 1. 28.	2022. 1. 28.	의료자원정책과
58	실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률 시행규칙	2015. 9. 22.	2015. 9. 22.	아동학대대응과
59	심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙	2022. 11. 22.	2022. 11. 22.	질병정책과
60	아동복지법 시행규칙	2022. 6. 22.	2022. 6. 22.	아동복지정책과
61	아동수당법 시행규칙	2022. 2. 11.	2022. 2. 11.	아동복지정책과
62	아동의 빈곤예방 및 지원 등에 관한 법률 시행규칙	2012. 7. 13.	2012. 7. 15.	아동복지정책과
63	안마사에 관한 규칙	2018. 12. 28.	2019. 1. 1.	보건의료정책과
64	암관리법 시행규칙	2021. 4. 8.	2021. 4. 8.	질병정책과
65	약사법 시행규칙	2022. 8. 30.	2022. 8. 30.	약무정책과
66	어린이 · 노인 및 장애인 보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙(경찰청 · 교육부 · 국토부 공동)	2022. 4. 20.	2022. 4. 20.	장애인권익지원과
67	영유아보육법 시행규칙	2022. 12. 30.	2022. 12. 30.	보육정책과
68	응급의료에 관한 법률 시행규칙	2022 11. 22.	2022 11. 22.	응급의료과
69	의료관계 행정처분 규칙	2020. 12. 31.	2020. 12. 31.	의료자원정책과
70	의료급여법 시행규칙	2022. 11. 22.	2022. 11. 22.	기초의료보장과
71	의료기관세탁물 관리규칙	2021. 8. 11.	2021. 8. 11.	의료기관정책과
72	의료기관 회계기준 규칙	2021. 2. 1.	2021. 3. 5.	의료기관정책과
73	의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법 시행규칙	2020. 5. 4.	2020. 5. 4.	보건산업진흥과
74	의료기기 유통 및 판매질서 유지에 관한 규칙	2022. 8. 30.	2022. 8. 30.	약무정책과
75	의료기사 등에 관한 법률 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	약무정책과
76	의료법 시행규칙	2022. 11. 22.	2023. 3. 15.	보건의료정책과
77	의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 시행규칙	2022. 11. 22.	2022. 11. 22.	의료기관정책과
78	의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 시행규칙	2022. 12. 29.	2022. 12. 29.	보건산업해외진출과
79	의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	사회서비스자원과
80	의사의 조건부 면허에 관한 규칙	2011. 10. 10.	2011. 10. 10.	의료인력정책과
81	인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률 시행규칙	2019. 7. 16.	2019. 7. 16.	혈액장기정책과
82	입양특례법 시행규칙	2022. 12. 30.	2022. 12. 30.	아동복지정책과
83	자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률 시행규칙	2022. 12. 9.	2022. 12. 11.	자살예방정책과
84	장기등 이식에 관한 법률 시행규칙	2022. 12. 21.	2022. 12. 22.	혈액장기정책과
85	장기요양기관 재무·회계 규칙	2021. 9. 30.	2021. 9. 30.	요양보험운영과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
86	장사 등에 관한 법률 시행규칙	2022. 12. 30.	2022. 12. 30.	노인지원과
87	장애물 없는 생활환경 인증에 관한 규칙	2021. 12. 3.	2021. 12. 4.	장애인권익지원과
88	장애아동 복지지원법 시행규칙	2022. 12. 19.	2022. 12. 19.	장애인서비스과
89	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 시행규칙	2022. 1. 21.	2022. 1. 21.	장애인정책과
90	장애인 · 노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용 촉진에 관한 법률 시행규칙	2019. 8. 12.	2019. 8. 12.	장애인자립기반과
91	장애인 · 노인 · 임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률 시행규칙	2022. 7. 26.	2022. 7. 28.	장애인권익지원과
92	장애인복지법 시행규칙	2022. 12. 30.	2022. 12. 30.	장애인정책과
93	장애인연금법 시행규칙	2020. 5. 12.	2020. 5. 12.	장애인자립기반과
94	장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙	2022. 12. 19.	2022. 12. 19.	장애인서비스과
95	재난적의료비 지원에 관한 법률 시행규칙	2022. 1. 4.	2022. 1. 4.	필수의료총괄과
96	저출산 · 고령사회 기본법 시행규칙	2022. 4. 1.	2022. 4. 1.	인구정책총괄과
97	전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률 시행규칙	2022. 11. 22.	2022. 11. 22.	의료인력정책과
98	전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙	2022. 4. 19.	2022. 4. 19.	간호정책과
99	전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙	2022. 11. 22.	2022. 11. 22.	보건의료정책과
100	전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙	2022. 11. 22.	2022. 11. 22.	의료인력정책과
101	접골사 · 침사 · 구사 · 안마사자격시험규정	2013. 3. 23.	2013. 3. 23.	한의약정책과
102	정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙	2022. 4. 8.	2022. 4. 8.	정신건강정책과
103	정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙	2019. 9. 27.	2019. 9. 27.	정신건강정책과
104	제대혈 관리 및 연구에 관한 법률 시행규칙	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	혈액장기정책과
105	제약산업 육성 및 지원에 관한 특별법 시행규칙	2019. 6. 12.	2019. 6. 12.	보건산업진흥과
106	중증장애인생산품 우선구매 특별법 시행규칙	2020. 5. 27.	2020. 5. 27.	장애인자립기반과
107	지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 시행규칙	2015. 7. 28.	2015. 7. 29.	공공의료과
108	지역보건법 시행규칙	2019. 8. 19.	2019. 10. 3.	건강정책과
109	진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙	2022. 12. 19.	2022. 12. 19.	의료자원정책과
110	질병관리청과 그 소속기관 직제 시행규칙	2022. 12. 20.	2022. 12. 20.	질병관리청
111	질병관리청 시험의뢰규칙	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	질병관리청
112	첨단의료복합단지 육성에 관한 특별법 시행규칙	2021. 8. 24.	2021. 8. 24.	보건산업진흥과
113	첨단재생의료 안전 및 지원에 관한 규칙	2020. 8. 28.	2020. 8. 28.	재생의료정책과

연번	법령명	공포 일자	시행 일자	소관과
114	치과의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙	2022. 12. 30.	2022. 12. 30.	구강정책과
115	치매관리법 시행규칙	2022. 12. 19.	2022. 12. 19.	노인건강과
116	특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙	2021. 7. 7.	2021. 7. 7.	의료자원정책과
117	한센인피해사건의 진상규명 및 피해자 지원 등에 관한 법률 시행규칙	2021. 1. 7.	2021. 1. 7.	질병정책과
118	한의사전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙	2022. 12. 30.	2022. 12. 30.	한의약정책과
119	혈액관리법 시행규칙	2022. 10. 12.	2022. 10. 12.	혈액장기정책과
120	호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 시행규칙	2022. 4. 14.	2022. 4. 14.	생명윤리정책과
121	환자안전법 시행규칙	2021. 12. 31.	2021. 12. 31.	의료기관정책과
122	효행 장려 및 지원에 관한 법률 시행규칙	2018. 4. 24.	2018. 4. 24.	노인지원과
123	후천성면역결핍증 예방법 시행규칙	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	질병관리청
124	희귀질환관리법 시행규칙	2020. 9. 11.	2020. 9. 12.	질병정책과

주 : 이미 시행 중인 법령의 공포 일자 및 시행 일자는 2021년도 개정 법률안 기준임.

제4장 산하 공공기관 현황

Ⅰ 준정부기관(9개소)

('22. 12. 기준)

유형	공공기관명	기관장	주 소	전화번호
준정부기관(9)	국민건강보험공단	강도태	강원도 원주시 건강로 32(반곡동)	1577-1000
	국민연금공단	김태현	전라북도 전주시 덕진구 기지로180(만성동)	(국번 없이) 1355
	건강보험심사평가원	김선민	강원도 원주시 혁신로60(반곡동)	1644-2000
	한국사회보장정보원	노대명	서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운	02-6360-6114
	한국보건산업진흥원	차순도	충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 187 오송보건의료행정타운	043-713-8000
	한국노인인력개발원	김미곤	경기도 고양시 일산동구 하늘마을로 106 (중산동 1701)	1566-0151
	한국보건복지인재원	공 석	충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 187 오송보건의료행정타운	043-710-9000
	한국보육진흥원	나성웅	서울특별시 용산구 청파로 345(서계동) 주연빌딩 3, 4, 5, 6층	02-6901-0100
	한국건강증진개발원	조현장	서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 8-10층	02-3781-3500

Ⅱ 기타 공공기관(19개소)

유형	공공기관명	기관장	주 소	전화번호
기타공공기관(19)	대한적십자사	신희영	강원도 원주시 혁신로 50	1577-8179
	국립암센터	서홍관	경기도 고양시 일산동구 일산로 323	1588-8110
	국립중앙의료원	주영수	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	공 석	서울특별시 영등포구 의사당대로 22 이룸센터 5층	02-3433-0600
	한국국제보건의료재단	김창엽	서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 6-7층	02-3396-9700
	한국의료분쟁조정중재원	박은수	서울특별시 중구 후암로 110(남대문로 5가) 서울시티타워 18층	1670-2545
	한국보건의료연구원	한광협	서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 3-5층	02-2174-2700
	오송첨단의료산업진흥재단	차상훈	충청북도 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명로123	043-200-9100
	대구경북첨단의료산업진흥재단	양진영	대구광역시 동구 동내로88(동내동360-4)	053-790-5114
	한국장기조직기증원	문인성	서울특별시 서대문구 충정로 36 국민연금공단충정로사옥 5층	02-3447-5632
	한국한의약진흥원	정창현	경상북도 경산시 화랑로 94	053-810-0202
	의료기관평가인증원	임영진	서울특별시 영등포구 국회대로 76길 10 (여의도동) 10층	02-2076-0600
	국가생명윤리정책원	공 석	서울특별시 광진구 능동로 400 보건복지행정타운 별관 2층	02-737-8950
	한국공공조직은행	강청희	경기도 성남시 중원구 사기막골로62번길 37 스타타워 1208호	1600-1739
	한국자활복지개발원	정해식	서울특별시 서대문구 충정로 13 삼창빌딩 5층, 11층	02-3415-6900
	아동권리보장원	윤혜미	서울특별시 종로구 삼봉로71 G타워 6층, 7층	02-6283-0200
	한국보건의료정보원	임근찬	서울특별시 중구 세종대로 39 11층	02-6263-8300

2022
보건복지백서

발 행 처	보 건 복 지 부
발 행 인	보건복지부장관 조규홍
편 집 인	기획조정실장 김혜진
편집참여자	정보통계담당관 김선도
	담 당 사 무 관 진수현
	담 당 주 무 관 임교리
인쇄 / 기획	케이엠커뮤니케이션
발 행 일	2023년 10월
주 소	(30113) 세종특별자치시 도움4로 13, 정부세종청사 10동
전 화	044-202-2216
팩 스	044-202-3914
홈 페 이 지	www.mohw.go.kr

본 백서는 보건복지부 홈페이지(www.mohw.go.kr)에서도 확인하실 수 있으며,
또한, 한국경제서적 정부간행물판매센터(전화 02-737-7498)를 통해 시중 서점에서 판매하고 있습니다.