

2007

보건복지가족백서



보건복지가족부

MINISTRY FOR HEALTH, WELFARE AND FAMILY AFFAIRS



보건복지가족부

MINISTRY FOR HEALTH, WELFARE AND FAMILY AFFAIRS

발 간 등 록 번 호

11-1351000-000038-10

HEALTH, WELFARE AND FAMILY AFFAIRS

2007

보건복지가족백서



www.mw.go.kr



보건복지가족부

MINISTRY FOR HEALTH, WELFARE AND FAMILY AFFAIRS

발 간 등 록 번 호

11-1351000-000038-10

HEALTH, WELFARE AND FAMILY AFFAIRS

2007

보건복지가족백서



www.mw.go.kr



보건복지가족부

MINISTRY FOR HEALTH, WELFARE AND FAMILY AFFAIRS



발·간·사



보건복지가족부가 2007년도에 추진한 주요업무 실적과 2008년도에 추진할 주요업무 계획을 담은 『2007 보건복지가족백서』를 발간하게 된 것을 매우 기쁘게 생각합니다.

특히, 금년에는 정부 조직개편에 따라 (구)여성가족부와 (구)국가청소년위원회의 가족·보육, 청소년업무 등이 통합되어 새롭게 출범한 보건복지가족부의 첫 백서발간이라는 뜻 깊은 의미가 있습니다.

2007년도는 무엇보다도 4년여를 끌어온 국민연금법을 개정하여 기금운용방식의 합리화가 도모될 수 있도록 하였으며, 노인, 장애인, 산모 등 돌봄이 필요한 분을 위한 새로운 방식의 사회서비스를 도입하여, 저소득층 위주의 생계보전 방식에서 벗어나 일상생활이나 활동보조 같은 서비스를 중산층에게까지 확대했으며, 특히 현금이 아닌 바우처 방식으로 사회서비스 제공을 추진하였습니다.

이외에도 희망스타트 프로그램과 아동발달지원계좌(CDA)제도 등 저소득층 아동의 자립기반을 마련하기 위한 사회서비스 사업도 처음 시작하여 좋은 성과를 거두었으며, 만40세, 66세 국민들에게 실시된 ‘생애전환기 전 국민 건강진단’ 서비스를 통해 국가건강관리체계를 치료 중심에서 예방 중심으로 강화한 의미 있는 한 해였습니다.

2008년도에 새롭게 출발한 새 정부의 보건복지정책 방향은 ‘능동적 복지’입니다. 능동적 복지는 사후적이고 소극적인 개념이 아니라, 빈곤과 질병 등 사회적 위험을 사전에 예방하고, 개인의 자활을 지원하는 적극적 개념입니다.

즉, 일할 능력이 있는 사람에게는 일자리를 제공하여 빈곤에서 탈출할 수 있는 기회를 제공하고, 스스로 생활할 능력이 없어 도움이 필요한 사람들은 국가가 따뜻하게 보호하는 것입니다.



발·간·사

사회적 약자가 스스로의 힘으로 일어서서 경제활동에 참여하여 이들이 건강한 사회구성원으로 자립하는 과정에서 성장과 복지가 선순환 하고, 사람에 대한 투자를 통해 경제발전과 사회통합을 동시에 추구하는 것이 능동적 복지의 궁극적 목표입니다.

이를 위하여 지속가능한 연금제도 구축으로 노후소득 보장을 강화하고, 기초수급자·장애인 등 취약계층에 대한 지원을 확대하는 한편, 복잡한 사회복지 전달체계를 통합하여 수요자 중심의 복지전달체계로의 개편을 추진하고 있으며, 예방중심의 건강관리체계를 구축하고, 건강보험제도의 지속 가능성을 제고하며, 식품과 의약품의 안전관리체계를 강화한 예방형·맞춤형 건강정책으로 국민의 건강수준을 향상시킬 수 있도록 추진하고 있습니다.

또한 일과 가정의 양립지원과 다양한 가족에 대한 맞춤형 정책으로 가족의 역량강화를 지원하는 한편, 아동·청소년·노인에 대한 인적투자 확대로 저출산·고령사회 등 미래 환경변화에 대비하고 있으며, 의료제도 혁신을 통해 보건의료산업을 신성장 동력으로 육성하고, 복지서비스 시장형성을 통해 일을 통한 복지기반 확충에도 노력하고 있습니다.

모쪼록 이번에 발간하는 『2007 보건복지가족백서』가 국민 여러분께서 우리나라 보건복지가족 정책의 추진방향을 이해하고 함께 참여하는데 유용한 자료가 되기를 기대하며, 앞으로도 보건복지가족부의 정책에 많은 관심과 뜨거운 성원을 부탁드립니다.

2008년 8월

보건복지가족부장관

제 1부 기본시책 방향 및 중점 추진시책

제 1 장 기본시책 방향 3

제1절 보건복지가족 정책비전 및 성과 3

제2절 2007년 보건복지가족 정책 방향 7

- I. 소득양극화 개선을 위한 사회안전망 확충 7
- II. 국민의 건강과 안전보장 강화 9
- III. 인적자본 투자 확대와 사회서비스 확충 11

제 2 장 중점 추진시책 13

제1절 국민의 기본적 생활보장 및 적극적 탈 빈곤 정책 추진 13

- I. 저소득층을 위한 국민기초생활보장 제도의 내실화 13
- II. 긴급복지지원제도 시행 16
- III. 일을 통한 적극적 탈 빈곤 정책 추진 17
- IV. 저소득층을 위한 의료보장 20
- V. 장애인 소득보장 정책 강화 21

Contents

제2절	저출산·고령화 대응 본격 추진	22
	Ⅰ. 저출산·고령사회 기본계획 수립·추진	22
	Ⅱ. 저출산 대응 인구정책 추진	29
제3절	보건의료제도의 선진화 및 보건산업의 경쟁력 제고	34
	Ⅰ. 보건의료제도의 선진화 및 공공보건의료 확충 추진	34
	Ⅱ. 보건산업의 경쟁력 강화	38
	Ⅲ. 한방산업을 21세기의 새로운 보건산업으로 육성	41
제4절	국민건강증진 및 질병예방관리 사업의 강화	45
	Ⅰ. 범국민 건강생활 실천을 통한 건강증진의 생활화	45
	Ⅱ. 국가 흡연예방 및 금연정책 강화	49
	Ⅲ. 전염병 및 만성병에 대한 국가예방·관리체계 확립	53
	Ⅳ. 국가 암 관리 체계의 확립	56
	Ⅴ. 국민정신건강의 증진	62
제5절	건강보험 재정안정 및 국민연금 신뢰 제고	66
	Ⅰ. 건강보험 재정안정 및 보장성 강화	66
	Ⅱ. 국민연금 신뢰제고	73



제2부 부문별 보건복지가족 정책

제 3 장 국민기초생활보장 제도 81

제1절 국민기초생활보장 81

- I. 제도 개요 81
- II. 기초생활보장 제도의 개선 86

제2절 긴급복지지원제도 89

- I. 제도 개요 89
- II. 긴급복지지원제도의 개선 93

제3절 기초의료보장제도 94

- I. 제도 개요 94
- II. 주요 내용 98
- III. 기초의료보장 현황 107
- IV. 기초의료보장의 내실화 109

제4절 자활지원사업 114

- I. 제도 개요 114
- II. 자활지원사업의 활성화 115

Contents

제 4 장 사회복지서비스 125

제1절 사회복지서비스 확충 125

- I. 복지정책의 현 좌표와 정책환경의 변화 125
- II. 사회복지서비스의 개념과 의의 127
- III. 사회복지서비스 정책방향 128
- IV. 추진 성과 130
- V. 향후 과제 및 계획 134

제2절 가족정책 136

- I. 건강가정기본계획 수립·추진 136
- II. 건강가정지원센터 운영 139
- III. 가족친화적 사회환경 조성 145
- IV. 한부모 가족지원 147
- V. 아이돌보미 및 장애아가족 아동양육 지원사업 153
- VI. 다문화가족 사회통합 지원 158

제3절 노인복지 정책 169

- I. 제도 개요 169
- II. 경로연금 지원 171
- III. 기초노령연금 도입 준비 173
- IV. 노인일자리 확충 182
- V. 노인장기요양보험제도 도입 184
- VI. 노인장기요양보험 인프라 확충 200



VII. 재가노인복지서비스 확대	203
VIII. 노인 주거복지 증진	207
IX. 노인의 질병예방 및 건강증진	208
X. 노인여가복지 지원 및 사회참여 활성화	213
XI. 경로효친 및 효 문화 확산	215
XII. 장사제도	218

제4절 아동청소년 정책 223

I. 개 요	223
II. 아동청소년의 권리와 참여 증진	225
III. 아동청소년의 활동지원	237
IV. 아동청소년교류증진	246
V. 아동청소년 복지체계 확충	257
VI. 청소년 상담활동	264
VII. 유해환경으로부터 아동·청소년 보호	275
VIII. 아동·청소년의 건강한 매체환경 조성	290
IX. 성범죄로부터의 청소년 보호	300

제5절 보육정책 313

I. 제도 개요	313
II. 보육료 지원 확대를 통한 부모 육아부담 경감	315
III. 보육서비스 공급 활성화	318
IV. 보육시설 및 보육취약계층 지원강화	321
V. 보육서비스 질 제고	325
VI. 효율적인 보육지원체계 구축	329

Contents

제6절 장애인복지정책 330

- I. 개 요 330
- II. 장애인 차별해소 및 사회참여 340
- III. 장애인 소득보장 346
- IV. 장애인 직업재활 348
- V. 장애인 의료재활지원 351

제7절 노숙인 지원 등 기타 사회복지 정책 358

- I. 노숙인·폭방거주자 지원 대책 358
- II. 부랑인 복지시설 지원 및 육성 361
- III. 의사상자 예우 364

제8절 농어촌 보건복지 특별대책 추진 367

- I. 추진 배경 367
- II. 농어촌 보건복지기본계획('05~'09) 추진 현황 368
- III. 향후 계획 372

제 5 장 사회복지 인프라 확충 373

제1절 지역사회복지의 활성화 373

- I. 지역사회복지협의체 구성 및 운영 373
- II. 지방이양사업의 정착 및 내실화 376
- III. 지방자치단체 복지종합평가 382
- IV. 사회복지관의 지원 및 육성 388



제2절 **민간 복지자원의 활성화** 391

- I. 사회복지공동모금회 지원 및 육성 391
- II. 사회복지분야 자원봉사 활성화 394
- III. 기부식품제공사업(Food Bank) 396
- IV. 사회복지무요원 교육 실시 398

제3절 **보건복지콜센터의 운영** 400

- I. 보건복지콜센터 운영배경 400
- II. 보건복지콜센터(희망의 전화 129) 상담현황 401
- III. 고객중심의 콜센터 운영추진 404
- IV. 향후과제 406

제 6 장 **건강보험** 407

제1절 **건강보험제도 운영** 407

- I. 개 요 407
- II. 건강보험료 부과·징수제도 운영 412
- III. 건강보험의 재정 안정 417
- IV. 건강보험 관리조직 운영 422

제2절 **건강보험 급여 체계** 425

- I. 건강보험 수가관리 425
- II. 건강보험 보장성 확대를 위한 급여 체계의 발전 429
- III. 건강보험 정보화사업(EDI) 434

Contents

제3절 건강보험 약제 관리 체계 436

- I. 건강보험 약가제도 운영 436
- II. 건강보험 약제 사용량 관리 440
- III. 보험약제 사후관리 442

제4절 건강보험급여 사후관리 444

- I. 요양기관 사후관리 444
- II. 요양급여 적정성 평가 448
- III. 치료재료 실거래가 사후관리 451
- IV. 건강보험 심판청구 453

제7장 국민연금 457

제1절 국민연금 운영현황 457

- I. 적용 대상 458
- II. 연금급여 459
- III. 사회보장협정 464

제2절 국민연금기금운용 467

- I. 개 요 467
- II. 국민연금기금 투자정책서 : 2007 470
- III. 국민연금기금 관리 · 운용 : 2007 472



	IV. 국민연금기금의 3대 정책과제	481
	V. 국민연금 재정계산 : 2008	486
제3절	국민연금제도의 발전 방향	487
	I. 전 국민 연금제도의 정착	487
	II. 연금급여의 장기적 안정성 확보	491
제 8 장	보건의료정책	493
제1절	보건의료정책	493
	I. 개 요	493
	II. 의료서비스 공급체계 개선	499
	III. 의료의 질 관리	501
	IV. 의료소비자 권익강화	508
제2절	의료자원정책	522
	I. 의료자원의 합리적 육성	522
	II. 보건의료인 국가시험·면허제도 적정관리	529
	III. 민간의료기관의 육성·지원	532
	IV. 응급의료정책의 수립 및 조정·지원	534
제3절	공공보건의료정책	547
	I. 공공보건의료 확충 종합대책 수립 및 추진	547
	II. 지역보건의료계획 수립 및 시행	554

Contents

Ⅲ. 보건(지)소, 보건진료소 현대화	560
Ⅳ. 맞춤형 방문건강관리사업	563
Ⅴ. 공중보건의 및 보건진료원 제도 운영	568

제4절 혈액 수급 및 안전관리 정책 574

Ⅰ. 혈액사업 현황	574
Ⅱ. 혈액관리 정책	578
Ⅲ. 혈액사업 추진방향	583

제5절 장기기증 및 이식 정책 584

Ⅰ. 개 요	584
Ⅱ. 장기이식 관리체계	585
Ⅲ. 장기의 적출과 이식절차 및 요건	586
Ⅳ. 장기이식 관련기관	590
Ⅴ. 장기이식 관리업무 운영방향	593

제9장 보건산업 육성사업 595

제1절 보건산업정책 595

Ⅰ. 보건산업 육성	595
Ⅱ. 보건의료기술 연구개발 사업	602
Ⅲ. 보건의료 정보화 및 u-Healthcare 활성화	605
Ⅳ. 생명윤리 인프라 구축	609



제2절	오송생명과학단지 조성	617
제10장	의약품 · 식품정책	623
제1절	의약품 정책	623
	Ⅰ. 의약품 정책의 기본 방향	623
	Ⅱ. 안전하고 합리적인 의약품 사용	626
	Ⅲ. 의약품 등의 공급 · 유통체계 개선	630
제2절	식품정책	634
	Ⅰ. 식품환경의 변화	634
	Ⅱ. 식품위생 관련 제도 개선	635
	Ⅲ. 식품정책 방향	640
	Ⅳ. 음식문화개선 및 「좋은 식단」 실천운동	644
제11장	국민건강 증진정책	649
제1절	건강생활실천	649
	Ⅰ. 개 요	649
	Ⅱ. 범국민 건강생활 실천을 통한 건강증진의 생활화	651
	Ⅲ. 국민건강 교육 · 홍보	655
	Ⅳ. 국가 흡연예방 및 금연정책 강화	656

Contents

V. 국민건강영양관리의 실천 등	663
VI. 국민건강 영양조사 등 기초 연구	665
VII. 질병의 조기예방을 위한 건강검진 강화	668
제2절 여성과 어린이 건강증진정책	676
I. 개 요	676
II. 모성건강관리 강화	677
III. 영유아 장애예방 및 미숙아 관리체계 강화	680
IV. 불임부부 지원사업	683
제3절 전염성 질환 등 관리	684
I. 급성전염병 관리체계의 선진화	684
II. 전염병 감시	692
III. 예방접종 관리	699
IV. 결핵 관리	704
V. HIV/AIDS 및 성병 관리	709
VI. 한센병 관리	717
VII. 검역 관리	721
제4절 공중위생 관리	726
I. 공중위생관리법 연혁	726
II. 공중위생업소 현황	731
III. 공중위생영업에 대한 관리·운영	732



제5절	만성·퇴행성 질환(고혈압 등) 관리	736
	Ⅰ. 개 요	736
	Ⅱ. 만성질환의 특성 및 현황	737
	Ⅲ. 심뇌혈관질환의 관리	740
	Ⅳ. 희귀·난치성 질환 관리	743
제6절	암질환 관리	746
	Ⅰ. 개 요	746
	Ⅱ. 국가 암 관리사업	748
	Ⅲ. 국립암센터 운영 지원	763
제7절	정신보건	769
	Ⅰ. 지역사회 정신보건사업 강화	770
	Ⅱ. 생명사랑 및 자살예방	772
	Ⅲ. 정신질환 인식개선 및 권익증진	773
	Ⅳ. 정신질환자 치료·요양여건 개선	776
	Ⅴ. 음주폐해 예방 및 치료재활 지원	779
제8절	구강보건	782
	Ⅰ. 개 요	782
	Ⅱ. 구강보건정책	784
	Ⅲ. 치과의료정책	791

Contents

제12 장 한방정책 793

제1절 21세기 한방정책의 비전 793

제2절 한방의료 정책 795

- I. 개 요 795
- II. 한의약 육성 추진 796
- III. 한방의료 자원 797
- IV. 한방 공공보건사업 799
- V. 한의학의 국제 교류 802

제3절 한약 정책 805

- I. 개 요 805
- II. 한약 규격화 제도 805
- III. 한약유통실명제 추진 807
- IV. 한약재 수급조절 제도 808

제4절 한방산업 정책 810

- I. 개 요 810
- II. 한방산업 육성 811
- III. 한방치료기술연구개발사업 지원 812
- IV. 한방산업의 고부가가치화 기반 조성 815



제13장 정책혁신 817

제1절 보건복지 주요업무 평가 817

제2절 규제개혁 821

Ⅰ. 추진 배경 821

Ⅱ. 규제개혁 추진 현황 822

제3절 사회문화정책관계 장관회의 827

Ⅰ. 설치 목적 827

Ⅱ. 회의 운영 실적 827

Ⅲ. 향후 운영 방안 830

제14장 정책홍보 관리 831

제1절 홍보관리 831

Ⅰ. 정책홍보의 방향 831

Ⅱ. 주요 정책홍보 추진현황 및 분석 832

Ⅲ. 향후 추진계획 835

제2절 보건복지가족통계 생산관리 836

Ⅰ. 통계관리 체계 836

Ⅱ. 통계생산 및 관리현황 836

Ⅲ. OECD 통계 생산 및 관리 840

Contents

제3절 정보화 추진 843

- I. 사회복지분야 정보화 843
- II. 식·의약품분야 정보화 845
- III. 보건의료분야 정보화 846
- IV. 사회보험분야 정보화 848
- V. 보건복지 행정분야 정보화 850
- VI. 보육 및 가족분야 정보화 851
- VII. 청소년분야 정보화 853
- VIII. 정보화 평가 853

제4절 국제협력의 증진 856

- I. 중요성 856
- II. 국제협력사업 857
- III. 남북보건의료협력사업 867
- IV. 한국국제보건의료재단 868

제5절 통상협력의 증진 870

- I. 국제통상 개관 870
- II. WTO/DDA 협상 872
- III. 자유무역협정(FTA) 현황 878



제3부 부 록

제 1 장	보건복지 조직 · 기능 및 정원현황	893
제1절	2007년도 조직의 변천	893
제2절	역대 장관 · 차관 명단	897
제3절	보건복지부 기구도표	901
제4절	보건복지부 부서별 기능	902
제5절	보건복지 정원 현황	908
제 2 장	예산 현황	909
제1절	2007년도 예산 개요	909
제2절	분야별 예산내역	911
제 3 장	보건복지가족 관계법령 제정 · 개정 현황	912
제1절	보건복지가족부 소관 법률 현황	912
제2절	법률 제정 · 개정 현황	914
제3절	대통령령 제정 · 개정 현황	926
제4절	부령 제정 · 개정 현황	935
제 4 장	주요 유관법인 현황	948

Contents

표 차례

<표 1-2-1>	주요국의 인구고령화 속도	22
<표 1-2-2>	연차별 투자계획	27
<표 1-2-3>	연도별 합계출산율 및 출생아 수	29
<표 1-2-4>	가임여성 인구	30
<표 1-2-5>	성인 흡연율 국제비교	45
<표 1-2-6>	연도별 금연사업 예산의 분포	50
<표 1-2-7>	연도별 건강보험재정 현황	68
<표 1-2-8>	2008년까지의 보장성 강화 계획	70
<표 1-2-9>	건강보험 적용범위의 확대 현황	72
<표 2-3-1>	2007년도 가구규모별 최저생계비	83
<표 2-3-2>	국민기초생활보장수급자 보호현황	83
<표 2-3-3>	생활보호제도와 기초생활보장 제도 주요내용 비교	86
<표 2-3-4>	2007년도 기초생활보장 가구 및 차상위계층 소득인정액 기준	98
<표 2-3-5>	2007년도 의료급여 종별 대상자 및 선정기준	100
<표 2-3-6>	2007년도 의료급여 진료비 부담기준	102
<표 2-3-7>	의료급여기관별 진료범위	103
<표 2-3-8>	의료급여의 요양기관 종별가산율	104
<표 2-3-9>	의료급여기금의 국고보조금 및 지방비출연금	106
<표 2-3-10>	연도별 의료급여 수급권자수 추이	107
<표 2-3-11>	연도별 의료급여 총진료비 지급 추이	108
<표 2-3-12>	의료급여예산 및 미지급액 추이	109



<표 2-3-13>	동일성분 의약품 중복처방 현황	111
<표 2-3-14>	병용금기 의약품 처방 현황	111
<표 2-3-15>	수급권자 본인부담 수준	112
<표 2-3-16>	65세 이상 수급권자 수 및 진료비 현황	113
<표 2-3-17>	자활사업 대상자별 참여현황	116
<표 2-3-18>	자활사업 유형별 참여 현황	117
<표 2-3-19>	5대 표준화 자활사업 추진현황	118
<표 2-4-1>	건강가정지원센터 연도별 설치 현황	139
<표 2-4-2>	건강가정지원센터 연도별 설치 현황	140
<표 2-4-3>	대상별 가족교육 사업참여 인원	142
<표 2-4-4>	주제별 가족교육사업 프로그램 수	142
<표 2-4-5>	가족상담사업 참여인원	143
<표 2-4-6>	대상별 가족문화사업 참여 인원	143
<표 2-4-7>	주제별 가족문화사업 프로그램 수	144
<표 2-4-8>	2007년 건강가정지원센터 사업별 이용자수	145
<표 2-4-9>	가족친화지수 측정결과	146
<표 2-4-10>	2007년도 저소득 한부모가족 현황	147
<표 2-4-11>	2007년 한부모가족 선정 기준	148
<표 2-4-12>	연도별 저소득 한부모가족 복지자금 융자실적	149
<표 2-4-13>	2007 자녀양육비이행확보 무료법률구조 실적	149
<표 2-4-14>	연도별 모·부자보호시설 보호 실적	150
<표 2-4-15>	연도별 모자자립시설 보호 실적	150
<표 2-4-16>	연도별 일시보호시설 보호 실적	151
<표 2-4-17>	연도별 미혼모자시설 보호 실적	151
<표 2-4-18>	연도별 미혼모자공동생활가정 보호 실적	151
<표 2-4-19>	아이돌보미 이용 절차	154

Contents

<표 2-4-20>	서비스 이용 기준요금	154
<표 2-4-21>	18세미만 장애종류별 장애아동 현황	156
<표 2-4-22>	장애아가족 양육지원사업 지원내용 : 이용료 무료	156
<표 2-4-23>	국제결혼 건수와 비율	158
<표 2-4-24>	2007년 결혼이민자가족지원센터 관리기관 및 운영기관	159
<표 2-4-25>	2007년 센터별 · 국적별 이용자 현황	162
<표 2-4-26>	추진목표 대비 달성결과	164
<표 2-4-27>	만족도 조사결과	164
<표 2-4-28>	2007년 아동양육지원사업 실적	165
<표 2-4-29>	2007년 결혼이민자 찾아가는 서비스사업 실적	166
<표 2-4-30>	2007년 결혼이민자 한국어 교재 발간 실적	167
<표 2-4-31>	연도별 경로연금 월 지급금 현황	172
<표 2-4-32>	연도별 경로연금 수급자 현황	172
<표 2-4-33>	가입자별 현황	174
<표 2-4-34>	국민연금 가입자 중 납부예외자 현황	174
<표 2-4-35>	경로연금 대상자 및 지급액 비교	175
<표 2-4-36>	2008년도 기초노령연금 시군구별 국고지원 비율 및 분포	179
<표 2-4-37>	연도별 노인의료복지시설 현황	202
<표 2-4-38>	재가노인복지시설별 이용인원	205
<표 2-4-39>	향후 5년간 독거노인수 예측추이	206
<표 2-4-40>	노인 주거복지시설 현황	207
<표 2-4-41>	현행 노인복지시설 종류	208
<표 2-4-42>	2007년 노인 검진 및 개안 수술 실적	210
<표 2-4-43>	2007년 노인 주요 안질환 분포	210
<표 2-4-44>	치매 노인 수 추계	211
<표 2-4-45>	연령별 · 성별 치매 유병률	212



<표 2-4-46>	노인여가복지시설 현황	213
<표 2-4-47>	효행자 및 노인복지 기여자 포상실적	216
<표 2-4-48>	공공시설의 종류와 활용율	217
<표 2-4-49>	연도별 화장을 추이	220
<표 2-4-50>	아동학대 유형별 실태	231
<표 2-4-51>	시·도별 청소년참여위원회 설치 현황	232
<표 2-4-52>	전국 청소년운영위원회 설치 현황	233
<표 2-4-53>	각 지방청소년활동진흥센터별 운영 현황	235
<표 2-4-54>	연도별 해외봉사단 파견지역 및 파견형태	236
<표 2-4-55>	연도별 지역아동센터 지원현황 규모	238
<표 2-4-56>	청소년방과후아카데미 운영모델	240
<표 2-4-57>	시·도별 청소년 공부방 운영 현황	240
<표 2-4-58>	전국 시·도별 동아리 특성화분야	241
<표 2-4-59>	2007 전국 청소년시설 및 각급 학교 동아리 지원 현황	242
<표 2-4-60>	청소년수련시설 현황	244
<표 2-4-61>	청소년지도사 양성 현황	245
<표 2-4-62>	청소년교류 약정체결국 개황	247
<표 2-4-63>	청소년 국제교류 개황	247
<표 2-4-64>	2007년 국가간 청소년 교류 현황	248
<표 2-4-65>	한·아세안 청소년교류 현황	249
<표 2-4-66>	아시아 청소년 초청 연수 참가 현황	252
<표 2-4-67>	2007년 청소년 국제행사 개최 지원	254
<표 2-4-68>	2007년 청소년 해외파견활동 지원	255
<표 2-4-69>	2007년 새로운 국제교류 프로그램	255
<표 2-4-70>	가정위탁보호 현황	258
<표 2-4-71>	공동생활가정 지원 현황	258

Contents

<표 2-4-72>	국내입양 현황	259
<표 2-4-73>	소년소녀가정아동 현황	260
<표 2-4-74>	연도별 아동급식 지원현황	262
<표 2-4-75>	아동복지시설 현황	263
<표 2-4-76>	CYS-Net 서비스 이용 인원	265
<표 2-4-77>	CYS-Net 서비스 이용 건수	265
<표 2-4-78>	1388 청소년지원단 역할 및 참여기관	266
<표 2-4-79>	Help Call 청소년전화 1388 주요 실적	267
<표 2-4-80>	연도별 청소년쉼터 운영 현황	269
<표 2-4-81>	쉼터의 종류 및 기능	269
<표 2-4-82>	청소년쉼터 이용현황	270
<표 2-4-83>	연령별 새터민 현황	271
<표 2-4-84>	다문화청소년 현황	271
<표 2-4-85>	상담방법 및 대상별 상담실적(2007)	272
<표 2-4-86>	2007년 시·도 및 시·군·구 청소년(상담)지원센터 설치현황	273
<표 2-4-87>	2007년 시·도 및 시·군·구 청소년상담지원센터 상담실적	274
<표 2-4-88>	실종아동 신고접수 및 발견 현황(경찰청 182센터)	278
<표 2-4-89>	시설 무연고아동 등 신상카드 D/B 구축현황(실종아동전문기관)	279
<표 2-4-90>	청소년유해업소 현황	283
<표 2-4-91>	청소년보호법 위반사범 단속실적	285
<표 2-4-92>	관계부처의 청소년 흡연예방 정책 주요 내용	289
<표 2-4-93>	매체물 심의기구 현황	291
<표 2-4-94>	심의 건수 및 시정명령 요청 현황(2007년도)	291
<표 2-4-95>	보건복지가족부 청소년유해매체물 결정·고시 현황(심의기관별)	292
<표 2-4-96>	인터넷 중독집단의 임상적 진단	293
<표 2-4-97>	사이버 범죄현황	293



<표 2-4-98>	국가정보화지수 순위	295
<표 2-4-99>	만 3~5세 인구의 인터넷이용률 및 이용자수	296
<표 2-4-100>	매체의 바른 활용 능력의 집단별 변화	297
<표 2-4-101>	청소년성매매 발생 및 검거 조치현황	300
<표 2-4-102>	청소년성매매 최초 성립장소 유형	301
<표 2-4-103>	성매매 대상 청소년 사후처리 현황	301
<표 2-4-104>	성매매 대상 청소년 연령별 현황	302
<표 2-4-105>	성매매 대상 청소년 직업별 현황	302
<표 2-4-106>	성매매 대상 청소년 범행동기별 현황	303
<표 2-4-107>	교육과정 및 운영기관	303
<표 2-4-108>	교육실적	303
<표 2-4-109>	범죄유형별 공개현황	307
<표 2-4-110>	청소년 대상 성범죄 열람대상자	309
<표 2-4-111>	등록정보와 열람정보의 비교	309
<표 2-4-112>	전국 청소년성문화센터 현황	312
<표 2-4-113>	보육정책의 연혁	314
<표 2-4-114>	연도별 보육료 지원예산 현황	316
<표 2-4-115>	가구원수별 소득인정액 기준	317
<표 2-4-116>	만5세 무상보육료 지원 기준	317
<표 2-4-117>	두 자녀이상 보육료 지원 기준	318
<표 2-4-118>	시설유형별 시설 수 및 이용 아동 수	319
<표 2-4-119>	직장보육시설 설치 현황(2005~2007)	320
<표 2-4-120>	직장보육시설 설치비 용자·지원현황(2006~2007)	321
<표 2-4-121>	직장보육교사 등 임금지원 현황	321
<표 2-4-122>	연도별 보육시설 지원예산 현황	322
<표 2-4-123>	평가인증 지표	326

Contents

<표 2-4-124>	보육자격관리시스템 자격발급 민원처리 현황	327
<표 2-4-125>	연도별 등록장애인 수	336
<표 2-4-126>	취업재가 장애인의 월평균 소득(2005년)	337
<표 2-4-127>	장애인 관련단체 현황	338
<표 2-4-128>	장애발생 원인별 구성비	340
<표 2-4-129>	활동보조서비스 이용현황(시·도별)	344
<표 2-4-130>	장애인직업재활시설 운영현황	349
<표 2-4-131>	장애인 직업재활기금사업 수행기관 현황	349
<표 2-4-132>	연도별 장애인생산물 우선구매 실적	350
<표 2-4-133>	장애인 재활보조기구 교부실적	353
<표 2-4-134>	지역사회 거점보건소 일람	354
<표 2-4-135>	의료재활시설 일람	355
<표 2-4-136>	장애인복지시설 현황	357
<표 2-4-137>	시·도별 노숙인 분포 현황	359
<표 2-4-138>	족방상담소 설치 현황	360
<표 2-4-139>	2007년 부랑인시설 입소자 현황	361
<표 2-4-140>	연도별 의사상자 현황 및 보상금 지급기준	366
<표 2-4-141>	연도별 투융자계획	371
<표 2-5-1>	지역사회복지협의체 구성 현황	375
<표 2-5-2>	이양 당시(2005년) 부처별 국고보조사업 지방이양사업 규모	377
<표 2-5-3>	보건복지가족부 지방이양사업 현황	379
<표 2-5-4>	이양사업의 국고보조금 및 사회복지분야 분권교부세 배분 현황	379
<표 2-5-5>	분권교부세 0.11%p 인상시 지방재정 확충효과	380
<표 2-5-6>	보통교부세 산정시 전체 수요 대비 사회복지 수요 비중	381
<표 2-5-7>	지방자치단체 복지종합 평가지표 현황	384
<표 2-5-8>	13개 군(群)으로 분류된 기초 지방자치단체의 분포현황	385



<표 2-5-9>	시·도별 사회복지관 설치 현황	390
<표 2-5-10>	사회복지관 건립실적	390
<표 2-5-11>	사회복지관 운영주체별 현황	390
<표 2-5-12>	연도별 모금 추이	392
<표 2-5-13>	연말연시 이웃돕기캠페인 모금실적(2007.12.1~2008.1.31)	392
<표 2-5-14>	2007년 분야별 배분실적	393
<표 2-5-15>	자원봉사인증관리사업 현황	395
<표 2-5-16>	시·도별 인증센터 현황	395
<표 2-5-17>	시·도별 푸드뱅크 설치 현황	396
<표 2-5-18>	기탁 및 배분실적(2004~2007)	397
<표 2-5-19>	보건복지분야 사회복지무요원 직무교육 과정현황	399
<표 2-5-20>	상담그룹별 주요 상담내용	401
<표 2-6-1>	사 보험과 사회보험의 특성	407
<표 2-6-2>	의료보장 적용 현황	409
<표 2-6-3>	재원조달 체계	411
<표 2-6-4>	지역가입자 보험료 부과체계	413
<표 2-6-5>	직장가입자 보험료 부과체계	413
<표 2-6-6>	연도별 평균보험료율 변동 추이	414
<표 2-6-7>	건강보험대상자 현황	415
<표 2-6-8>	연도별 평균보험료	415
<표 2-6-9>	연도별 건강보험재정 현황	419
<표 2-6-10>	연도별 국고지원 현황	420
<표 2-6-11>	의료수가 합의과정과 환산지수의 변동 상황	427
<표 2-6-12>	현행 상대가치점수 및 신상대가치점수 비교	428
<표 2-6-13>	총진료비 중 연도별 약제비 증가 현황	436
<표 2-6-14>	기등재의약품 연도별 평가대상	438

Contents

<표 2-6-15>	약가재평가에 의한 상한금액 인하 현황	439
<표 2-6-16>	연도별 약가인하 현황	443
<표 2-6-17>	요양기관 현지조사 현황(총괄)	445
<표 2-6-18>	요양급여의 적정성 평가 현황	448
<표 2-6-19>	연도별 치료재료 사후관리 현황	452
<표 2-6-20>	연도별 심판청구 처리현황(접수기준)	455
<표 2-6-21>	연도별 심판청구 처리현황(처리기준)	456
<표 2-7-1>	국민연금 가입현황	458
<표 2-7-2>	연도별 급여종별 지급실적	461
<표 2-7-3>	2007년도 소득수준 및 가입기간별 노령연금급여액 추계(예)	463
<표 2-7-4>	부양가족 연금액 조정현황	464
<표 2-7-5>	연도별 기금운용 현황	468
<표 2-7-6>	국민연금기금 요약 대차대조표	472
<표 2-7-7>	국민연금기금 요약 손익계산서	473
<표 2-7-8>	기금운용계획 대비 실적	475
<표 2-7-9>	국민연금기금 투자 현황(시가기준)	476
<표 2-7-10>	국민연금기금 수익률 및 수익금	477
<표 2-7-11>	벤치마크 대비 수익률 : 금융부문	478
<표 2-7-12>	경제성장을 대비 국민연금기금 수익률	479
<표 2-7-13>	국민연금기금 위탁운용 금액 및 비중 추이	480
<표 2-7-14>	국민연금 주식 의결권 행사 내역	480
<표 2-7-15>	중기('08~'12) 자산배분안	482
<표 2-8-1>	응급의료기관 현황	496
<표 2-8-2>	민간의료기관과 공공의료기관	496
<표 2-8-3>	GDP 대비 국민의료비(2004)	500
<표 2-8-4>	의료서비스 이용자가 좋아지는 점	514



<표 2-8-5>	의료인과 의료기관에게 좋아하는 점	516
<표 2-8-6>	2007년 신의료기술평가 신청현황	520
<표 2-8-7>	보건의료관계 인력의 양성기관 및 2008년 입학정원	523
<표 2-8-8>	연도별 의료관계 인력 면허등록 상황	523
<표 2-8-9>	보건의료인력 국제 비교	524
<표 2-8-10>	취업형태별 의사 수	525
<표 2-8-11>	연도별 전문의 현황	526
<표 2-8-12>	보건의료인국가시험 시행근거법령 및 시험 종목	529
<표 2-8-13>	보건의료인국가시험 시행 현황(2007년 말~2008년 초)	530
<표 2-8-14>	부문별 의료기관 현황(2007)	532
<표 2-8-15>	응급의료기관 구성체계	537
<표 2-8-16>	응급의료 인력 현황	538
<표 2-8-17>	응급의료기관 현황	539
<표 2-8-18>	응급의료기금 현황	542
<표 2-8-19>	예방 가능한 응급환자 사망률 문제요인 분석결과(2004)	542
<표 2-8-20>	119구급대 구급장비 확충 현황(2007)	544
<표 2-8-21>	주요 OECD 국가의 국민의료비 현황	548
<표 2-8-22>	향후 우리나라 국민의료비 추계(중립적 시나리오 가정시)	548
<표 2-8-23>	우리나라 국민의료비 중 공공의료비의 비중 추이	549
<표 2-8-24>	주요 OECD 국가의 급성기병상 현황	549
<표 2-8-25>	우리나라 공공보건의료기관 현황	550
<표 2-8-26>	지역보건 의료계획 및 시행결과 작성주기	557
<표 2-8-27>	보건소 등 설치기준	560
<표 2-8-28>	보건소 등 설치 현황	561
<표 2-8-29>	농어촌특별세 2007년 지원 현황	562
<표 2-8-30>	농어촌특별세 지원 현황(국고기준)	562

Contents

<표 2-8-31>	공중보건 의사 연도별 · 중별 신규 배치 현황	570
<표 2-8-32>	공중보건 의사 배치 현황	571
<표 2-8-33>	연도별 헌혈 현황	576
<표 2-8-34>	혈액관리체계 개선 자원계획	581
<표 2-8-35>	장기 및 인체조직의 구분	586
<표 2-8-36>	뇌사상태와 식물인간 상태의 비교	588
<표 2-8-37>	장기이식관련기관 현황	590
<표 2-8-38>	장기이식 현황	594
<표 2-9-1>	2007년도 보건 의료 기술 진흥 사업별 지원 현황	603
<표 2-10-1>	연도별 병용금기 · 연령금기 청구 현황	626
<표 2-10-2>	식품별 관리 소관 부처	636
<표 2-10-3>	연도별 식중독 발생 현황	642
<표 2-10-4>	식품제조 · 가공업소의 업종별 위생 감시 실적	646
<표 2-10-5>	식품접객업소 현황	646
<표 2-10-6>	집단급식소 현황	646
<표 2-10-7>	수입식품 검사종류	647
<표 2-10-8>	수입식품 연도별 검사 현황	648
<표 2-10-9>	품목유형별 수입 현황	648
<표 2-11-1>	금연사업의 필수사업	652
<표 2-11-2>	신체활동 및 운동 사업의 필수사업	653
<표 2-11-3>	영양사업의 필수사업	653
<표 2-11-4>	절주사업의 필수사업	654
<표 2-11-5>	성인 흡연율 국제 비교	657
<표 2-11-6>	담배규제기본협약과 우리나라 법 · 제도 현황 비교	659
<표 2-11-7>	국제회의의 참석 및 개최 등 실적	662
<표 2-11-8>	사업 대상자 자격기간	664



<표 2-11-9>	식품패키지별 식품 제공량(1인 1일 환산치)	664
<표 2-11-10>	제4기 국민건강영양조사 개요표	667
<표 2-11-11>	연도별 선천성대사이상 검사 및 환아발견 실적	681
<표 2-11-12>	미숙아 및 선천성이상아 의료지원 현황	681
<표 2-11-13>	격리병상확충사업 추진 현황	687
<표 2-11-14>	감시체계 현황	692
<표 2-11-15>	전염병 환자발생 보고 현황 1	693
<표 2-11-16>	전염병 환자발생 보고 현황 2	694
<표 2-11-17>	표본감시기관 선정기준	695
<표 2-11-18>	연도별 표본감시 지정 의료기관수	696
<표 2-11-19>	표본감시의료기관 전염병별 신고현황	696
<표 2-11-20>	전염병발생 정보자료 제공현황	698
<표 2-11-21>	최근 3년간 주요 접종별 보고실적	700
<표 2-11-22>	연도별 확인 사업 실적	701
<표 2-11-23>	B형간염 수직감염 신규 등록자수	701
<표 2-11-24>	최근 3년간 백신종류별 예방접종 후 이상반응 신고건수	702
<표 2-11-25>	최근 3년간 연도별 예방접종 피해에 대한 국가보상 현황	702
<표 2-11-26>	주요 예방접종의 전산등록률 현황	703
<표 2-11-27>	결핵유병률(Tuberculosis Prevalence Rate) 추이	705
<표 2-11-28>	BCG 신생아 예방접종 실적	706
<표 2-11-29>	HIV/AIDS 감염인(환자) 현황	710
<표 2-11-30>	에이즈에 대한 태도와 콘돔사용률	711
<표 2-11-31>	검진상담소 상담 및 검진 실적	712
<표 2-11-32>	에이즈 감염인 지원사업 및 외국인 에이즈 예방지원사업 개요	713
<표 2-11-33>	성병건강진단대상자 및 검진주기	715
<표 2-11-34>	성병건강진단대상자의 업종별 등록인원	715

Contents

<표 2-11-35>	성병건강진단대상자 검진실적 및 치료율	715
<표 2-11-36>	연령별 한센사업대상자 현황	718
<표 2-11-37>	2008년도 한센병 관리 주요사업 목표	719
<표 2-11-38>	전국 검역소 현황	721
<표 2-11-39>	공중위생영업소 현황	732
<표 2-11-40>	2006년 대비 공중위생영업소 증감현황	732
<표 2-11-41>	성별·연령별 뇌졸중 연간 의사진단 유병률	738
<표 2-11-42>	성별·연령별 허혈성 심질환 연간 의사진단 유병률	739
<표 2-11-43>	성별·연령별 고혈압 유병률	739
<표 2-11-44>	성별·연령별 당뇨병 유병률	740
<표 2-11-45>	심뇌혈관질환 종합대책 개요	742
<표 2-11-46>	연도별 의료비 지원현황	744
<표 2-11-47>	의료비 지원내용	745
<표 2-11-48>	우리나라 최근 10년간 암 종별 사망률 변화	747
<표 2-11-49>	연도별 건강보험 진료실적 및 진료비 현황	748
<표 2-11-50>	암 DB 구축현황	751
<표 2-11-51>	우리나라 호발암의 등록 건수	753
<표 2-11-52>	우리나라 6대 호발암의 한·미·일 5년 생존율 비교	754
<표 2-11-53>	최근 4년간(1999~2002년) 우리나라 암 발생현황	754
<표 2-11-54>	2007년 국가암 조기 검진사업 개요	756
<표 2-11-55>	5대 암 검진 프로그램	756
<표 2-11-56>	국가암 조기검진사업 현황	757
<표 2-11-57>	골수기종희망자 모집·등록 현황	759
<표 2-11-58>	연도별 말기암환자 전문의료기관 운영지원 현황	760
<표 2-11-59>	국제암연구소 회원국 현황	763
<표 2-11-60>	연도별 암 연구 개발사업 실적	765



<표 2-11-61>	정신보건관련시설 현황	778
<표 2-11-62>	정신보건전문요원 양성현황	779
<표 2-11-63>	정신보건전문요원 수련기관 지정현황	779
<표 2-11-64>	한국 12세 우식경험영구치아수 변화	783
<표 2-11-65>	주요 OECD 국가 12세 우식경험영구치아수 변화	783
<표 2-11-66>	주요 2010년 구강보건정책목표	785
<표 2-11-67>	구강보건의료인력	791
<표 2-12-1>	한의학관련 인력현황	797
<표 2-12-2>	한의학 업소현황	799
<표 2-12-3>	연구개발 단계별 목표	812
<표 2-12-4>	2010 프로젝트 연구개발사업의 분야별 · 단계별 소요예산	813
<표 2-13-1>	연도별 규제정비 계획	823
<표 2-13-2>	2007년도 보건복지부 규제심사위원회 운영실적	824
<표 2-14-1>	보건복지가족부 작성 통계 현황(2008.7)	838
<표 2-14-2>	OECD 통계 요구 및 제출 현황	841
<표 2-14-3>	자체평가 평가대상사업 목록	854
<표 2-14-4>	보건복지분야 주요 국제기구 현황	857
<표 2-14-5>	우리나라의 WHO 법정분담금 현황	859
<표 2-14-6>	WHO 본부에 대한 자발적 기여금 공여실적	860
<표 2-14-7>	WHO 서태평양지역사무처에 대한 자발적 기여금 공여실적	860
<표 2-14-8>	분야별 대복지원 현황	867
<표 2-14-9>	보건복지가족부 소관 비농산물 품목 현황	872
<표 2-14-10>	보건복지가족부 소관 비관세장벽 목록	874
<표 2-14-11>	보건상품 관세(식품 포함)	886
<표 3-2-1>	2007년도 정부예산과 보건복지예산 대비	909
<표 3-2-2>	2007년도 보건복지부 예산증감 현황(총괄)	910
<표 3-2-3>	분야별 세출예산 현황	911

그림 차례

[그림 2-3-1]	소득인정액 산정 방법	84
[그림 2-3-2]	의료급여 사업	95
[그림 2-3-3]	의료급여 진료절차 체계도	103
[그림 2-3-4]	의료급여 관리운영체계	105
[그림 2-3-5]	기금조성 및 운용체계	106
[그림 2-3-6]	종전 급여일수 파악 기간	112
[그림 2-3-7]	의료급여 자격관리시스템을 통한 급여일수 관리	112
[그림 2-3-8]	자활사업 단계별 추진체계	116
[그림 2-4-1]	사회투자과 경제성장간 선순환 개념도	126
[그림 2-4-2]	사회서비스 추진목표 및 전략	129
[그림 2-4-3]	재정투입방식의 차이	131
[그림 2-4-4]	보건복지분야 4대 바우처 사업 현황	132
[그림 2-4-5]	전자바우처 통합정보시스템	133
[그림 2-4-6]	제 1차 건강가정기본계획 비전 · 목표 및 주요 정책 과제	137
[그림 2-4-7]	노인일자리사업 추진체계	183
[그림 2-4-8]	청소년활동시설의 종류	243
[그림 2-4-9]	지역사회청소년통합지원체계(CYS-Net) 서비스 체제	264
[그림 2-4-10]	새터민 · 다문화 청소년 지원체계	272
[그림 2-4-11]	어린이 안전사고 사망자수	280
[그림 2-4-12]	「정보화실태조사 보고서」	298



[그림 2-4-13]	부랑인시설 입 · 퇴소 절차	363
[그림 2-5-1]	1차 상담 후 이관하는 경우	402
[그림 2-5-2]	2007년도 상담 처리 현황	403
[그림 2-6-1]	국민건강보험 관리운영 체계	410
[그림 2-6-2]	수가계약의 절차와 이해당사자	426
[그림 2-6-3]	요양급여 적정성 평가결과 공개 현황	449
[그림 2-6-4]	건강보험 심판청구 업무 흐름도	453
[그림 2-7-1]	국민연금기금 적립금 현황(시가기준)	468
[그림 2-7-2]	국민연금기금 관리 · 운용 체계	470
[그림 2-7-3]	위탁운용 결정시 고려사항	483
[그림 2-7-4]	전략적 제휴의 세 축	485
[그림 2-8-1]	지역보건의료 계획 및 시행결과 평가 구조도	557
[그림 2-8-2]	현지평가기준의 변화	559
[그림 2-8-3]	사업 수행 체계도	565
[그림 2-8-4]	취약계층 가족의 생애주기별 서비스	566
[그림 2-8-5]	연도별 연령별 헌혈 현황	576
[그림 2-8-6]	2007년 직업별 헌혈 현황	577
[그림 2-8-7]	2007년 헌혈부적격 현황	577
[그림 2-8-8]	2007년 신규 헌혈자 현황	577
[그림 2-8-9]	2007년 혈액사업조직 현황	578
[그림 2-8-10]	장기기증 적출 흐름도	592
[그림 2-9-1]	보건의료 정보화 비전 및 목표	608
[그림 2-9-2]	생명윤리 · 안전 확보 추진체계	616
[그림 2-9-3]	산학연관의 혁신클러스터 체계도	618

Contents

[그림 2-10-1]	식품제조 유통과 판매업체 현황(2006)	647
[그림 2-11-1]	국민건강영양조사 추진체계	666
[그림 2-11-2]	생애주기별 건강검진체계	669
[그림 2-11-3]	항공기 검역현황	722
[그림 2-11-4]	선박 검역현황	723
[그림 2-11-5]	육로 검역현황	723
[그림 2-11-6]	예방접종 현황	724
[그림 2-11-7]	지역암센터 현황	761
[그림 2-14-1]	국가복지정보시스템 체계도	845
[그림 2-14-2]	질병관리본부 통합정보시스템의 목표	848
[그림 2-14-3]	부내 행정정보시스템 구성도	851
[그림 2-14-4]	보육정보화 추진체계	852
[그림 2-14-5]	정보화사업, 자체평가, 확인점검의 관계도	855
[그림 2-14-6]	연도별 WHO 법정분담금 비율	860
[그림 2-14-7]	보건복지분야 국제협력활동의 개요	866



제1부 기본시책 방향 및 중점 추진시책

2007

보건복지가족백서

기본시책 방향 - 제1장

중점 추진시책 - 제2장

제1장

기본시책 방향*

제1절

보건복지가족 정책비전 및 성과

1. 정책비전

범정부차원의 사회보장 장기발전계획인 참여복지계획(2004~2008)은 기존 사회안전망의 내실화와 저출산·고령화 등 사회경제적 변화에 대응한 복지인프라 구축 및 복지서비스 확대, 전 국민에 대한 보편적 복지서비스 제공, 상대빈곤의 완화 등을 통해 풍요로운 삶의 질이 구현되는 참여복지공동체 구축을 목표로 하여 중장기적인 정책방향을 제시하고 있다.

2007년 보건복지가족부는 이를 보다 구체화하여 새로운 환경과 사회적 위험에 대비하기 위한 복지정책 추진방향을 “사회투자정책”으로 설정하였다.

90년대 후반 이후 보건복지가족 정책을 둘러싼 정책 환경은 ▲고착화되고 있는 저성장 경제기조 ▲세계적으로 유례없는 저출산·고령화 추세 ▲세계화 등 급격한 사회변화에 대한 적응능력 격차로 심화되어 가는 산업·기업·지역·고용·소득의 양극화 ▲복지지출의 급격한 확대추세에 따른 재정의 지속가능성 위협 등 새로운 위험구조이다.

*집필자 : 기획조정담당관 이형훈

“사회투자 정책”이란 이러한 사회변화에 대한 선제적 대응을 위해, 인적자본과 사회자본에 대한 투자확대를 통해 시민들의 경제활동 참여기회를 극대화시켜 빈곤예방과 기회의 평등을 제공함으로써, 경제성장과 사회발전을 동시에 추구하는 정책이다.

2007년 사회투자정책은 다음과 같은 원칙에 따라 추진하고자 하였다.

- 소득재분배를 통한 결과의 평등보다는 각자의 위치에서 역량을 극대화할 수 있는 여건 개선을 중시하는 기회의 평등을 지향한다.
- 지출우선순위를 저소득층 위주에 국한하지 않고 아동·청소년 등 경제활동 인구에 대한 지원 등 전 국민을 대상으로 하는 정책을 추진 한다.
- 소득보장 위주의 지원에서 개인의 인생전체에 대한 인지적, 정서적, 신체적 능력 향상을 위한 포괄적 지원을 확대한다.
- 빈곤·질병·노령 등 전통적 위험 외에 빈곤의 장기화·고착화, 지식경제사회 도래로 인한 고용 불안전성, 돌봄 수요 급증 등 새로운 도전과 사회적 위기를 예측하여 사전적·예방적으로 개입한다.
- 단순한 재정투입보다는 투입대비 산출효과가 높은 사업에 우선 투자하는 성과지향적 접근을 지향한다.
- 개인이나 국가가 일방적으로 책임지는 복지가 아닌 상호책임에 입각한 복지서비스를 추진한다.

2. 참여정부 정책성과

국민의 정부가 복지정책의 골격을 구축하였다면, 참여정부는 그동안 정부에서 단기간에 도입한 복지제도의 내실화를 도모하였다. 특히 2007년에는 사회투자전략을 통해 새로운 사회적 위험에 대비하고자 하였다.

먼저 「희망한국 21 - 함께하는 복지」를 통해 차상위 계층에 대한 실태조사를 통해 의료·주거·보육/교육·자활·고용 등 종합적 빈곤예방 전략을 마련하고, 노인, 장애인, 아동 등 인구특성별 사회복지서비스를 다양화 하였다.

또한, 사회복지 집행기능의 읍·면·동 집중과 사회복지담당인력 부족 등 공공전달체계를 개선하기 위하여 보건복지 정보·상담서비스를 한 곳에서 통합적으로 제공할 수 있도록 보건복지콜센터를 설치·운영하였다.

아울러, 성장과 분배의 악순환 고리 차단을 위해 경제와 복지가 함께 가는 동반성장 개념의 실천전략으로서 사회투자전략을 추진하여 아동발달지원계좌 및 희망 스타트 사업 등 아동 투자사업과 사회서비스 일자리 창출을 위한 사회서비스 사업을 대폭 확대하였다.

저출산과 고령화 문제에 대한 범정부적 정책대응체계를 구축하기 위하여 저출산·고령 사회위원회가 출범하고 ‘저출산고령사회기본법’이 제정되었으며, 범정부적 저출산 종합대책 등 체계적인 로드맵이 마련·시행되었다.

또한, 고령화에 대응하기 위한 기본 틀을 구축하고, ‘노인장기요양보험제도 및 기초노령 연금을 도입하여 노인건강과 소득보장체계를 구축하였다. 또한, 국민연금에 대한 국민신뢰 회복을 위하여 부담-급여체계에 대한 지속적 개선을 추진하였다.

국민건강수준을 제고하기 위한 사전 예방적 건강투자에 대한 국가역할을 강화하였다. 국민 건강 및 안전보장을 위한 공적 인프라를 확충하기 위하여 공공보건의료 확충종합대책 수립·추진('05), 5대 암 검진사업 확대('06), 질병관리본부 설치 등을 통한 조류인플루엔자 등 신종 국제전염병 대응체계 강화 등 대책을 추진하였다.

또한 국민 건강행태 개선을 위하여 건강수명 72세('10년)를 목표로 한 ‘Health 2010’ 수립 시행하고, 건강보험 보장성 확대 등을 통해 국민의 기본적 의료접근성과 의료서비스 수준을 제고하는 노력을 지속하였다.

또한, 보건의료 경쟁력 강화를 위한 규제개혁과 보건의료 R&D 투자 등을 통해 미래 성장 동력인 보건산업 육성정책을 본격 추진하기 시작하였으며, ‘의료산업선진화위원회’ 구성을 통하여 의료서비스산업 육성을 위한 범정부적 추진체계를 구축하였다.

복지재정의 지속가능성과 복지제도의 효율을 제고하기 위한 제도혁신 노력을 지속하였다. 의료급여제도 혁신을 통해 급여비용 지출 적정화를 꾀하였으며, 형평성 논란이 있었던 장애인 차량 LPG 지원제도를 개선하여 복지지출 효율화를 도모하였다.

한편, 복지서비스 공급확대를 위하여 사회복지 전담인력을 확충하고, 민간복지자원 활용·연계를 통해 공공부문과 효과적 역할분담체계를 구축하고자 하였다. 사회서비스 바우처 제도는 서비스 관리의 투명성을 제고하는 한편, 사회서비스 수요창출을 통한 시장기반 형성 기반으로 기능할 것으로 기대된다.

제2절

2007년 보건복지가족 정책 방향

2003년부터 참여복지의 이념을 정립하고 구현하기 위한 기본 틀을 확립한 이후, 그간 정부는 소득양극화 개선을 위한 사회안전망을 획기적으로 보강하고, 저출산·고령사회 대응을 위한 본격적인 정책을 추진하는 등 미래 위험요인에도 적극적으로 대처하였다.

아울러, 21세기 보건의료 환경 변화와 국민 욕구에 대응해 국민의 건강과 안전보장을 강화하고, 보건복지산업을 신성장 동력으로 육성하기 위한 다양한 시책을 적극적으로 추진하였다.

특히, 2007년 보건복지가족정책은 사회투자정책으로 패러다임을 전환하여 사회안전망 내실화, 건강투자의 확대 및 보건의료산업 육성 그리고, 인적자본에 대한 투자와 사회서비스 확대를 전략목표로 설정하였다.

I 소득양극화 개선을 위한 사회안전망 확충

'97년 외환위기 이후 사회 전 분야에 걸쳐 양극화가 심화됨에 따라, 기존 사회안전망을 내실화하여 국민의 기본생활을 보장하고 사회통합을 촉진하기 위하여 ▲기초생활보장체계의 정비 ▲지속가능한 연금제도의 구축 ▲장애인의 소득보장과 사회통합 ▲수요자 중심 서비스 전달 체계 강화대책 등을 추진하였다.

먼저, 국민기초생활보장제도를 보다 내실화하기 위하여 2007년도에는 최저생계비 계층 조사를 통해 2008년도 최저생계비를 '07년 대비 5% 인상하였고, 사각지대 해소를 위하여 '07년 1·월부터 부양의무자 범위를 1촌의 직계혈족 및 그 배우자로 축소하였다. 아울러 위기상황에 처한 저소득층을 체계적으로 보호하기 위하여 '06년 3월 시행된 긴급복지지원제도를 내실화하기 위해 소득기준 등 지원기준을 완화하였다.

'77년 도입된 의료급여제도는 2종 진료비 본인부담률 인하('04년) 등을 통해 보장성을 강화하는 한편, 적정의료 이용을 유도하기 위하여 사례관리제도를 도입('03년)하여 지속적으로 강화하였다.

아울러, 일을 통한 적극적 탈 빈곤 정책 추진을 위해 '07년부터 국적 미 취득 결혼이민자 등으로 자활사업대상자를 확대하는 한편, 자립준비금 제도 및 조건불이행자 생계급여 중지 등 관리를 강화하고 있다.

이율러 무담보 소액대출사업(Micro-Credit)을 통한 종합적인 창업지원서비스를 활성화하고 '08년에는 중앙자활센터 광역자활센터를 추가(3개소) 설치를 추진하는 등 인프라를 확대할 예정이다.

공적노후소득보장의 중심축인 국민연금 제도는 그 필요성과 중요성에도 불구하고 인터넷을 중심으로 국민의 불신이 확산되고 있다. 2007년에는 제도에 대한 국민신뢰 확보를 위하여 먼저, 연금수급불안의 구조적 원인인 저부담-고급여 체계를 적정부담-적정급여 체계로 개선하기 위해 국민연금법 개정('07.7.23)을 통해 기금 소진연도를 2060년까지 연장하였다.

또한 국민연금자문단회의, 국민연금관리공단의 노후대비 컨설팅서비스 등을 통해 국민의견 수렴과 인식개선을 위해 노력하고 있다. 향후에도 기금운용 거버넌스 개선, 공적연금간 연계 등과 관련하여 지속적인 제도개선을 추진할 예정이다.

장애인 정책의 패러다임을 공급자 중심에서 수요자 중심으로 전환하여 장애인의 삶의 질 향상하고자 하였다. 장애수당 및 장애아동부양수당을 지속적으로 확대하고 있으며, 직업재활시설 지원('07년 339개소, 10,059명 보호고용), 장애인일자리 사업, 장애인생산품 판매촉진 등을 통해 장애인 소득보장과 재활을 촉진하고자 하였다.

복지지출의 효율성과 국민체감도를 제고하기 위하여 지속적으로 복지전달체계를 개선하여 왔다. 2007년에는 희망한국21에 따라 추진된 '주민생활지원서비스' 전달체제로 개편하는 한편, 업무진단을 통한 단계적 인력확충계획을 수립하고 국가복지정보포털 등 정보화기반을 구축하였다. 이를 기초로 2008년에는 희망복지 129센터 등을 통해 전달체계를 보다 내실화할 계획이다.

II 국민의 건강과 안전보장 강화

그동안 우리나라는 급성기 질환에 대한 치료중심의 접근으로 평균수명, 영유아 사망률 등 양적 지표는 OECD 평균 수준에 근접하였으나, 사망손실, 건강상태에 대한 주관적 평가 등 인적자본 및 국민의 삶의 질과 관련된 질적 지표는 OECD 하위 수준이다.

2007년 보건복지가족부는 국민건강 수준의 토대인 건강투자를 확대하기 위하여 ▲공공보건의료 기능강화 ▲예방중심 국민건강관리체계 구축 ▲건강보험 혁신 ▲식품·의약품 등 안전관리체계 강화를 주요 목표로 정책을 추진하였다. 아울러, ▲보건의료산업 육성 및 의료서비스 산업 경쟁력 강화 등 보건의료산업을 국가전략산업으로 육성하기 위한 시책을 추진하였다.

먼저 공공의료서비스 제공기반을 확충하기 위하여 국립대병원·지방의료원·보건소 등 지역사회기반의 공공의료서비스 제공체계를 강화하고 응급의료의 질적 수준과 접근성을 제고하는 한편, 의료자원 공급의 균형을 유지하고자 하였다. 구체적인 실행방안으로써 2008년까지 공공보건의료 30% 확충을 목표로 보건복지가족부 중심의 공공의료 총괄·조정체계를 구축하는 「공공보건의료 확충 종합계획」(2005.12)에 따라 공공보건의료체계의 경쟁력 강화를 본격 추진하고 있다.

이를 위해 지역거점병원으로서 지방의료원(34개)·적십자병원(6개)의 이전·신축 및 시설·장비 보강 등 현대화를 지원하고, 국립대병원 중심의 권역별 공공의료전달체계를 확립을 추진하고 있다. 아울러, 응급의료 인력 및 농어촌 인프라 확충 등 의료접근성과 질적 수준을 제고하는 한편, 보건의료 인력의 지역별·유형별 균형수급 및 한방의료 전문병원도입 시범사업 등을 통해 한방의료 전문성 및 접근성을 제고하자 하였다.

2007년 보건복지가족부는 건강한 인적자본 형성을 위한 국가의 건강투자를 확대하여 영유아·아동·노인 등에 대한 생애주기별 종합적 건강관리 서비스를 제공하여 예방중심의 건강관리체계를 구축하고자 하였다. 우선 수요자 중심의 건강증진서비스를 제공하기 위하여 보건소 건강생활실천사업(종전 보건소 건강증진사업)을 활성화하여 건강생활 실천 분위기 확산, 장수제조교실 등 각종 운동, 영양상담 등 영양사업, 절주사업 등이 추진되었다.

그리고 건강검진제도 개선과 확대를 위하여 '07년도에 만40세와 66세를 대상으로 하는 생애 전환기 건강진단 및 만 6세미만 영유아를 대상으로 하는 영유아 건강검진 사업을 도입하였다. 또한 국가 건강검진 제도 전반의 체계적인 관리를 위하여 '08.3.21일 '건강검진기본법' 이 제정 되어 '09년 3월 시행을 예정하고 있다.

한편, 전염병예방 및 관리를 위하여 국가필수예방접종 보장범위 확대 시범사업('05년), 보건소 예방접종 보장범위 확대 시범사업('06년), 신종전염병 등과 만성병 예방 및 관리체제를 강화하기 위하여 그동안 추진하여온 고혈압 · 당뇨병 관리('03년), 심 · 뇌혈관 질환 종합대책('06년) 등외에 '07년에는 천식 등 아토피 질환 예방관리 종합대책('07.5월)을 수립하여 추진 중이며, 만성질환에 대한 관리대책을 지속적으로 추진하고 있다. 또한 금연사업, 국가암관리 지원확대, 정신질환 조기예방체계 구축, 구강질환 예방 강화 등을 지속 추진하고 있다.

건강보험제도 발전의 두 축은 건강보험 재정의 안정기반을 확보함과 동시에 건강보험의 보장성을 높이는 것이다. 최근 고령화의 급격한 진행과 이에 따른 만성질환자의 증가, 신의료 기술 등에 따라 건강보험 급여비 지출이 지속적으로 늘어나고 있으며, 사회보험의 구조상 이는 보험료의 추가인상으로 이어지게 된다. 재정안정대책과 관련, '07년에는 약제비 절감방안의 본격 추진과 함께 소액 외래 진료시 본인부담률 정률제 시행 등 다양한 대책을 추진하였다.

아울러 2004년 기준 61.3%에 머물러 있는 건강보험 보장률을 선진국 수준으로 높이기 위하여 지난 2005년 6월 확정된 “건강보험 보장성 강화 로드맵”에 따른 보장성 강화대책을 추진하고 있다. '07년에는 영유아 건강검진 본인부담 경감, 진료비 본인부담 상한제 확대(6개월 3백만원 → 6개월 2백만원) 등을 통해 보장성을 확대하였다.

미래성장동력으로서 보건의료산업은 국민 평균수명 연장과 소득증가로 급성장이 예상된다. 보건의료산업을 국가전략산업으로 육성하여 고부가가치를 창출하기 위하여 2007년에는 효율적인 보건산업체계 구축을 위해 법 · 제도적인 기반을 마련하고 미래사회 수요에 대응한 의약품 · 의료기기 · 식품 · 화장품 산업 등 분야별 산업육성방안을 마련하고자 하였다.

아울러 유망기술 분야에 대한 Targeting을 통해 체계적이고 효율적인 연구개발 지원을 하는 한편, 보건의료정보화를 통해 의료서비스 선진화 및 의료정보산업을 육성하고자 하였다.

Ⅲ 인적자본 투자 확대와 사회서비스 확충

인적자본에 대한 투자와 사회서비스 확충은 지속가능한 성장의 기반으로 기능한다. 저출산 고령화 등 인구구조의 변화에 따른 생산가능인구의 변화에 대처하고 사회구조의 양극화에 대응하기 위해서는 미래사회의 동력인 아동에 대한 투자, 사회서비스의 확충, 그리고 인구고령화에 대비한 기초소득보장·노인일자리 및 노인장기요양제도 구축 등 지속가능한 성장을 위한 인프라에 대한 투자가 필수적이다. 이를 위해 2007년 보건복지가족부는 ▲저출산·고령사회 정책 추진 ▲출산과 양육을 지원하는 사회서비스 확대 ▲노후투자 확대를 통한 건강하고 활력 있는 노후보장 ▲국민수요에 부응하는 질 좋은 사회서비스 제공 등을 실천적 목표로 삼고 관련 정책을 추진하였다.

먼저, '06년 수립된 “저출산·고령사회 기본계획('06~'10)”에 따른 세부실천계획을 차질 없이 추진하는 한편, 추가과제를 발굴하고 고령사회친화지역모델 시범사업 및 고령친화산업진흥법에 따른 관련 산업육성기반 마련 등을 통해 저출산·고령사회정책을 내실화하고자 하였다.

아울러, 출산과 양육에 대한 사회적 책임을 강화하기 위하여 보육료 지원을 대폭 확대하고 임신부와 신생아 지원, 영유아 장애예방, 기업·지자체·지역사회 등과 연계한 출산·양육 친환경 조성 등을 추진하였다.

건강한 미래세대 육성을 위한 인적·사회적 투자를 확대하여, 요보호아동의 자산적립 지원 사업인 아동발달지원계좌, 지역사회 내 통합서비스 제공사업인 희망스타트 사업, 지역아동센터 확대 등을 추진하였고, 아동의 안전과 권리보호를 위하여 ‘어린이 안전종합대책’을 차질 없이 추진하였다.

그리고 인구구조의 급격한 변화에 따라 고령사회의 삶의 질 향상기반을 마련하기 위해 노인 소득보장, 요양서비스 기반 마련, 노인의 사회참여 활성화와 보호대책을 마련하고자 하였다.

이를 위해 전체노인의 60%를 대상으로 기초노령연금제도를 도입하였고, 제5의 사회보험인 노인장기요양보험제도의 법적기반을 마련하여 '08년 7월 도입하였다. 그밖에 노인의 적극적 사회참여를 지원하기 위하여 노인일자리, 노인자원봉사를 활성화하는 한편, 독거노인 등에 대한 지역사회보호를 위한 상담서비스 확대, 찾아가는 이동복지관 운영 등 추진하였다.

저성장·저고용 시대에 증가하는 사회서비스 수요에 부응하기 위하여 중증노인·장애인·산모 등에 대한 가사·일상생활 도우미 서비스 등 사회서비스를 확대하였다, 재정지원방식을 공급자지원에서 수요자 지원으로 변경하여 서비스 수요자의 선택권 확대 및 공급자간 경쟁을 촉진할 수 있도록 서비스이용권(바우처) 방식을 도입하였다.

제2장

중점 추진시책

제1절

국민의 기본적 생활보장 및 적극적 탈 빈곤 정책 추진

I 저소득층을 위한 국민기초생활보장 제도의 내실화*

1. 최저생계비 계측조사 실시

최저생계비는 ‘국민이 건강하고 문화적인 생활을 유지하기 위한 최소한의 비용’으로 국민 기초생활보장 제도에서 수급자 선정기준 및 급여수준 결정의 근거가 되고 있다.

2007년도에는 매 3년마다 실시하는 최저생계비 계측조사를 실시하고 사회적 합의과정을 거쳐 2008년도 최저생계비를 2007년에 비해 5% 인상하기로 결정하였다.

*집필자 : 기초생활보장과장 정호원

2. 사각지대 해소를 위한 제도개선

가. 부양의무자 기준 완화것이

국민기초생활보장 제도는 부양 능력 있는 부양의무자가 있는 경우에는 국가의 보호에 앞서 원칙적으로 사적부양을 우선하도록 하고 있다.

그러나 가족구조의 변화, 가족부양 기능이 점차 약화되어 가는 사회현실을 고려하여 국민기초생활보장제도 등에 의한 공적부양과 가족이나 친족 등에 의한 사적부양간의 조화와 균형의 문제가 부각되고 있다.

이에 따라, 국민기초생활보장 제도에서의 부양의무자의 범위를 축소 조정하고, 부양능력 판정기준을 사회현실에 맞게 완화 조정하는 방안을 종합적으로 검토해 왔다.

2005년 12월 개정된 국민기초생활 보장법에 따라 2007년 1월부터 부양의무자의 범위를 1촌의 직계혈족 및 그 배우자로 축소하여 수급대상을 확대하였다.

나. 외국인 배우자에 대한 기초생활수급권 부여

국제결혼이 매년 증대되어 결혼이민자가 늘어나고 있으나, 외국인의 경우 국적을 취득하기 전까지 기초생활수급 혜택을 받지 못함에 따라 생계가 곤란한 결혼이민자 가구에 대한 보호 필요성이 대두되었다.

이를 위해 2007년 1월부터 시행되는 국민기초생활 보장법에 따라 대한민국 국민과 혼인하여 대한민국 국적의 미성년 자녀를 양육하고 있는 외국인 배우자에게 기초생활수급권을 부여토록 하였다.

다. 차상위계층에 대한 부분급여 실시

현행 국민기초생활보장 급여는 통합급여로 운영되고 있다. 즉 수급자로 선정되면 생계 · 주거 · 의료 · 교육 등 모든 급여를 지급받을 수 있으나, 수급자 선정기준 기준을 초과하면 아무런 급여도 지급받지 못하는 “All or Nothing” 형태이다.

이에 따라, 차상위계층의 경우, 생활실태 및 욕구는 기초생활 수급자와 유사하지만 아무런 혜택을 받지 못하고 있다.

2006년 12월 개정된 국민기초생활 보장법에 따라 2007년 7월부터 차상위계층에 속하는 자에게 장제급여와 자활급여를 지급하도록 함으로써 현행 기초생활보장제도 통합급여체계의 문제점을 보완하여 차상위계층의 복지욕구에 대응하기 위한 부분급여를 실시하였다.

3. 사회취약 계층에 대한 보호 강화

2007년에는 국민건강보험료를 소액 납부하는 가구 및 체납가구, 요금 장기체납으로 단전·단수 및 가스공급 중단 가구에 대하여 일제 조사를 실시하였다.

조사 대상 가구가 기초생활수급 기준을 충족하는 경우 직권으로 수급자로 선정·보호 하였으며, 기준을 초과 시에는 긴급지원, 차상위 의료급여, 경로연금, 보육료 지원 등을 실시하였다. 이에 따라, 3,396가구(7,519명)를 기초생활 수급자로 선정·보호하였으며, 6,733가구(17,431명)에 대하여 기초노령연금 등 기타지원을 실시하였다.

4. 기초생활보장급여의 적정성 강화

최근에는 자신의 소득·재산 등을 은닉하거나 허위 신고 하는 등 부정한 방법으로 기초생활 수급을 받는 문제가 사회적으로 이슈화됨에 따라, 혜택을 받아야 할 국민에게 적절한 급여를 지급함으로써 기초생활보장제도에 대한 국민의 신뢰도를 제고해야 할 필요성이 증대되고 있다.

이에 2007년에는 매월 2~3개 시·군·구를 대상으로 중앙현장조사를 실시하여 모니터링 기능을 강화하고, 노동부 등 관계기관이 보유하고 있는 자산자료의 연계를 통한 자산조사의 정확성 제고 등을 추진하였다.

II 긴급복지지원제도 시행*

1. 시행 경과

서민경제의 어려움과 사회양극화의 심화로 저소득층의 생계형 사고가 증가함에 따라 위기 상황에 처하여 긴급한 지원이 필요한 저소득층을 체계적으로 발굴하여 신속하게 지원할 수 있는 시스템 구축이 필요하게 되었다. 이에 따라 2005년 12월에 긴급복지지원법이 제정되었고 2006년 3월 동법 시행령과 시행규칙이 제정되어 2006년 3월 24일부터 긴급복지지원제도가 시행되었다. 2007년 시행 2년째를 맞아 본격적으로 긴급지원이 이루어졌고 제도개선 필요성 또한 제기되었다.

2. 주요내용

긴급지원대상자는 주 소득자의 소득상실, 중한 질병 또는 부상, 가정폭력 등으로 인해 생계 유지가 어렵게 된 자이다. 긴급복지지원법은 의료기관 종사자, 교사, 사회복지시설 종사자, 복지위원 등이 직무수행과정에서 긴급지원대상자가 있음을 알게 된 경우에 관할 시장·군수·구청장에게 이를 신고하도록 하고 있어 긴급지원대상자 발굴을 위한 민간협력체계의 활용을 제시하고 있다.

긴급지원요청이 있을 경우 시·군·구 긴급지원담당공무원은 실근무시간 기준 8시간 이내에 직접 현장을 확인하여 긴급지원의 필요성이 인정되면 지체 없이 지원을 실시하고 나중에 그 적정성에 대하여 심사하는 이른바 “선지원 후심사 원칙”이 긴급지원제도의 핵심이라 할 수 있다. 즉, 기존의 사회복지제도가 대상자 선정에 소요되는 기간이 길어 즉시 도움이 필요한 계층에게 도움을 주지 못했던 한계를 극복한 것이다.

긴급지원대상자로 선정되면 필요에 따라 생계비, 의료비, 주거비, 사회복지시설 이용비, 연료비, 해산비, 장제비, 전기요금 등을 지원받게 된다. 이러한 지원은 1개월 지원이 원칙이나

*집필자 : 기초생활보장과장 정호원

필요하면 최대 4개월까지 지원된다(의료지원은 2회). 또한 긴급지원 대상이 되지 않거나 긴급 지원 후에도 위기상황이 해소되지 않을 경우 국민기초생활보장제도 등 타 지원으로 연계 하도록 하여 기존의 사회복지제도의 연결고리 역할을 수행하고 있다.

3. 향후 추진방향

긴급지원대상자 확대를 위하여 2007년말 긴급복지지원법 시행령과 시행규칙을 개정하여 적정성 심사기준 중 소득기준을 최저생계비의 130%에서 150%로 완화하고 금융재산 중 보험과 청약저축을 제외하였다. 2년간의 긴급지원제도 시행 결과를 토대로 향후 제도개선 방안을 연구하고 이를 바탕으로 위기상황에 처한 자가 적시에 적절한 지원을 받을 수 있도록 제도개선을 실시하여 긴급지원제도가 명실상부한 위기지원제도로 자리매김할 수 있도록 할 예정이다.

III 일을 통한 적극적 탈 빈곤 정책 추진*

1. 추진 배경

2000년 10월 국민기초생활보장법의 시행에 따라 저소득층의 근로능력 유무에 관계없이 국민의 최저생활을 보장하되, 근로능력이 있는 수급자의 경우 근로기피, 기초생활보장제도에 안주하는 경향 등 도덕적 해이 방지를 위해 자활사업에 참가할 것을 조건으로 생계급여를 지급하는 생산적 복지를 추구하고 있다.

이에 따라, 근로능력이 있는 저소득층에 대해 근로능력과 수준 등에 적합한 자활·자립 대책을 마련하여 빈곤에서 탈출할 수 있도록 ‘종합적인 탈 빈곤 정책’을 추진하고 이를 위해 자활지원제도 개선 방안을 마련하여 일을 통한 탈 빈곤 정책의 추진 여건을 조성하고 있다.

*집필자 : 자립지원투자과장 김영선

2. 일을 통한 탈 빈곤 정책 추진

가. 자활사업 대상자 확대

기존 자활사업이 기초수급자 위주로 추진되어 빈곤층으로 전락할 위험이 큰 차상위계층(소득인정액이 최저생계비의 120%이하인 자)의 참여가 제한적이었으나, '04년부터 차상위계층까지 사업대상을 확대하고 있다.

차상위계층의 자활사업 참여를 확대하기 위하여 제출한 소득·재산 관계서류에 의해 우선 사업 참여, 후 소득·재산 등 전산조회 및 확인조사를 실시하여 계속 참여여부를 결정하도록 함으로써 참여절차를 간소화하였으며, '06년부터는 차상위계층으로서 한국국적의 미성년 자녀를 양육하고 있는 국적 미취득의 외국 여성 결혼이민자도 자활사업 대상자에 포함시키고, '07년부터는 국적 미취득의 결혼이민자(남성포함)로 확대시켜 이들의 자활을 지원하고 있다.

나. 근로유인형 급여체계 도입

자활사업 참여를 통하여 근로능력이 있는 기초수급자 등 저소득층에게 한시적인 일자리 제공이 아닌 공동체 창업 등 기초능력을 배양할 수 있도록 자활급여를 통한 소득보장과 보충적 생계급여를 통하여 체계적인 자활을 지원하고 있다.

근로의욕과 자활욕구가 높은 자활사업 참여자가 기초생활수급자에서 벗어나면 생계·의료·교육급여 등 모든 급여가 상실되어 탈 수급 기피 등 근로의욕을 저해하는 현행 통합급여체계를 보완하기 위하여 차상위계층에게 가구별 여건에 맞는 필요한 부가적인 급여를 제공할 수 있도록 국민기초생활보장법 개정을 통해 부분급여의 근거를 마련하였다.

또한, 근로의욕 고취를 위하여 자활사업에 참여하여 발생한 자활소득의 일정비율을 산정하여 자활장려금 혜택을 부여하고 있으며, 성실한 자활사업 참여와 수익금 발생의 기여에 대한 인센티브로 일정기간 적립 후 창업 등의 기초자금으로 활용토록 하는 자립준비적립금제도를 통하여 실질적인 자활과 근로유인을 제고하고 있다. 반면에 근로기피 및 근로이탈 조건 불이행자에 대해서는 생계급여 중지 등 관리를 강화하고 있다.

다. 자활사업 프로그램 다양화 및 활성화

자활근로 중심의 자활사업에서 취업알선 프로그램 강화, 자활직업훈련 프로그램 다양화, 자활취업촉진사업 활성화 등 취업중심의 자활사업을 확대 추진하는 한편, 저소득층 집수리, 무료간병, 인턴형 자활사업, 차상위계층 가사·간병도우미 사업 등을 통해 사회적 일자리를 지속적으로 확대 제공하고자 하며, 창업자금의 이차보전을 통한 금리인하 및 보증요건 완화하여 창업을 활성화 하고, 개인 및 자활공동체의 창업지원을 위한 무보증소액창업 대출(Micro-credit)도 시행하고, 광역단위 자활사업 활성화를 통해 규모의 경제효과 등 자활사업의 생산성도 제고 할 계획이다.

라. 자활사업 인프라 확충

지역자활센터에 대한 규모별 지원, 성과 평가에 따른 차등 지원을 통해 자활사업의 효과성을 제고하고, 창업지원 등 전문적·체계적인 자활지원을 강화하기 무담보 소액대출 시스템(Micro-credit) 활성화하고, 2008년 광역자활센터를 3개소 추가 설치 및 중앙자활센터는 설립을 통해 자활사업의 효율성을 더욱더 제고해 나갈 계획이다.

3. 향후 추진계획

일을 통한 탈 빈곤 정책 추진으로 차상위계층의 빈곤층 전략을 방지함으로써 사회적 비용을 사전에 감소시키고, 저소득층에 대한 일자리 제공을 통해 소득창출을 지원하는 동시에 취약 계층에 대해 무료 가사·간병, 집수리 등 사회적 서비스를 지원함으로써, 실질적 소득지원과 빈곤예방을 통한 사회적 통합기능도 강화하게 된다.

자활사업의 제도개선을 통한 자활 효율성 제고 및 내실화를 추진하고, 자활인프라 강화 및 성과중심의 관리체계 구축해 나갈 계획이다.

Ⅳ 저소득층을 위한 의료보장*

1. 추진 현황

의료급여는 저소득층 국민이 저렴한 비용으로 의료이용을 할 수 있도록 국가가 지원하는 제도로써 1977년에 도입되었으며, 급여범위와 의료수가(가격)는 건강보험을 준용하여 건강보험과 동일하게 보장성을 강화해 나가고 있다.

제도를 도입했던 당시에는 국가의 시혜차원의 보호개념으로 인식되었으나, 2000년 10월 국민기초생활보장 제도가 도입되고 2001년 5월 의료보호법이 의료급여법으로 전면 개편되면서 의료급여는 생계, 주거, 교육급여와 더불어 국민의 권리로서 보장받게 되었다.

2. 의료급여 보장성 강화

2004년부터 의료급여 2종 진료비 본인부담률 인하(20% → 15%), 본인부담보상제도 지급 기준 개선(2종 수급권자 매 30일간 30만원 → 20만원), 본인부담금 상한제 도입(법정급여에 대한 본인부담액이 1종 수급권자의 경우 매 30일간 5만원 초과, 2종 수급권자의 경우 매 6개월간 120만원 초과 시 초과액의 전액을 사후 보상) 등을 통해 수급권자의 진료비 부담을 덜어 주는 등 저소득계층의 탈 빈곤을 지원하기 위한 대책을 지속적으로 추진하여 왔다.

3. 의료급여 수급권자 적정의료 이용 유도 및 삶의 질 제고

고혈압 · 관절염 · 당뇨병 등 다빈도 복합상병을 가진 의료급여 수급자에 대한 양질의 의료 서비스 제공, 불필요한 의료이용 억제를 위한 밀착 의료상담 관리 강화 방안으로 2003년부터 사례관리제도를 도입(2003년 5월 28개 시 · 군 · 구에 의료급여관리사 배치)하였다.

사례관리사들은 다른 수급권자에 비하여 상대적으로 연간 급여일수가 현저히 많은 수급권자

*집필자 : 기초의료보장과장 정윤순

들의 다양한 의료욕구별 의료이용, 건강관리 상담 및 정보제공 등의 역할을 담당하며, 의료급여 수급권자의 적정의료 이용 유도, 건강증진 및 삶의 질 향상을 도모하였다.

이러한 사례관리가 일정한 효과를 거둠에 따라 2004년도에 51명, 2005년에 150명, 2006년에 전국 234개 시·군·구에 1명씩 확대 배치, 2007년도에 205명을 추가 배정하였다. 또한, 2008년도에도 수급권자 밀집지역에 60명을 추가 배치할 계획이다.

V 장애인 소득보장 정책 강화*

장애인 소득보장 및 장애로 인하여 추가로 소요되는 비용을 보전하기 위하여 저소득 장애인 장애수당 및 장애아동부양수당을 지급하고 있으며, 앞으로 지급대상 및 지급액을 점차 확대·인상할 계획이다.

직업재활을 통한 장애인 소득보장 및 자립기반을 조성하기 위하여 2007년도에 339개소의 장애인 직업재활시설을 지원하여 10,059명의 근로 장애인을 보호·고용하였으며 장애인의 기업체 취업 등을 지원하기 위하여 162개소의 장애인 직업 재활기금사업수행기관을 선정·지원하여 직업상담 및 평가, 훈련, 취업알선 등을 시행하였다.

한편, 정부, 지방자치단체 등이 사업주체가 되어 장애인들에게 일자리를 제공하는 장애인 일자리 사업계획을 마련, 2007년부터 장애인복지일자리사업, 장애인주민자치센터도우미 사업 등을 실시하여 장애인의 소득창출 및 사회참여를 강화하고 있다.

아울러, 장애인생산품 판매촉진을 위해 국가, 지방자치단체 및 공공단체가 장애인생산품을 일정비율 의무적으로 구매토록 하는 장애인생산품 우선구매제도를 운영하고 있다. 또한 장애인생산품 유통질서를 확립하고 신뢰확보 및 생산품 경쟁력 제고를 위해 장애인생산품 인증제를 도입하였다.

*집필자 : 장애인소득보장과장 김수영



저출산 · 고령화 대응 본격 추진*

I 저출산 · 고령사회 기본계획 수립 · 추진

1. 추진배경

우리나라는 현재 세계최저수준의 출산율과 가장 빠른 고령화가 진행되고 있다. 2005년도 우리나라 합계출산율은 인구대체수준의 절반정도인 1.08명으로 세계에서 가장 낮은 수준이고, 고령화사회에서 고령사회로 진입하는데 불과 18년이 걸릴 것으로 예측되고 있다.

즉, 저출산 및 평균수명 연장 등에 따라 2000년에 고령화사회(노인인구비율 7%)에 진입한 이래 2018년에 고령사회(노인인구비율 14%), 2026년 초고령사회(노인인구비율 20%)에 진입할 것으로 예측되고 있다. 고령화사회에서 고령사회 및 초고령사회 진입소요연수가 각각 프랑스 115년/39년, 미국 73년/21년, 일본 24년/12년이라는 점을 감안할 때 우리나라의 18년/8년은 세계 최고수준이다.

〈표 1-2-1〉 주요국의 인구고령화 속도

구 분	도 달 년 도			소 요 년 수	
	고령화사회(7%)	고령사회(14%)	초고령사회(20%)	고령사회	초고령사회
한 국	2000	2018	2026	18	8
일 본	1970	1994	2006	24	12
미 국	1942	2015	2036	73	21
독 일	1932	1972	2009	40	37
프랑스	1864	1979	2018	115	39

※ 자료 : 통계청, 「전국장래인구추계」, 2006

*집필자 : 고령사회정책과장 장병원, 저출산인구정책과장 김서중

급속한 고령화는 생산가능 인구의 감소 및 노동생산성 저하로 인한 경제성장 둔화, 노인 의료비·연금 등 공적부담 증가, 세입기반 약화로 인한 재정수지 악화를 초래한다. 아울러 노인부양 부담 증가에 따른 세대간 갈등을 비롯해 정치·경제·사회·문화 전반에 걸쳐 심각한 문제를 파생시켜 한국사회의 지속발전 가능성을 위협한다.

2. 제1차 저출산·고령사회 기본계획 수립

2005년 9월 「저출산·고령사회기본법」에 근거한 대통령직속의 「저출산·고령사회위원회」(위원장 대통령)가 출범했다. 정부는 2005년 12월 관계부처와 전문가로 구성된 저출산·고령사회기본계획 실무추진단을 설치하고 2006년 8월 ‘새로마지플랜 2010’이라 불리는 ‘제1차 저출산고령사회기본계획(2006~2010)’을 수립했다.

‘새로마지’는 ‘새롭고 희망찬 출산에서부터 노후생활의 마지막까지 아름답고 행복하게 사는 사회’라는 의미와 ‘미래와 행복이 가득한 사회를 새로 맞이한다’는 의지를 동시에 표현하고 있다.

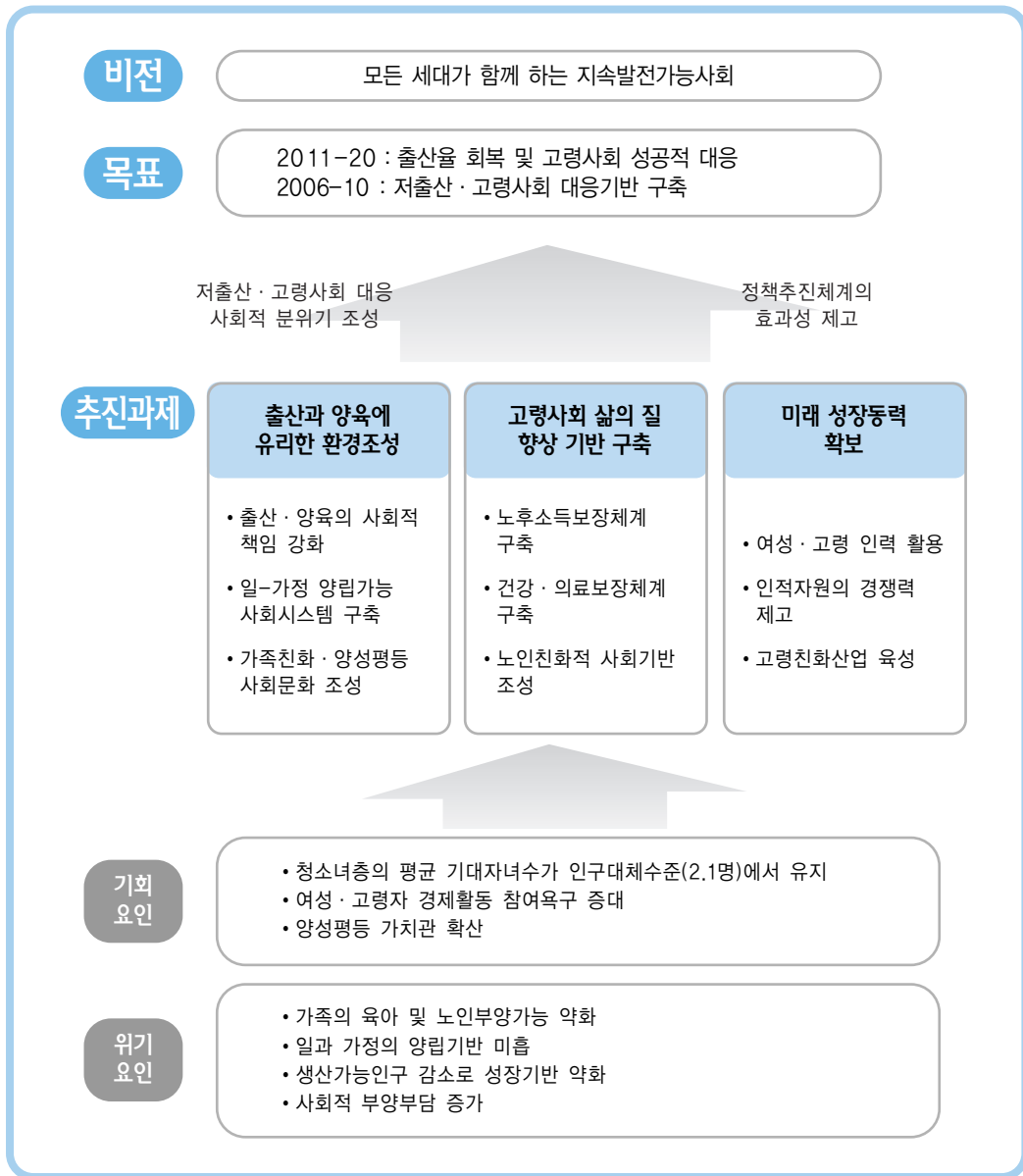
중앙부처와 지방자치단체는 「저출산·고령사회기본법」에 따라 연도별 세부 시행계획을 수립·시행하게 된다. 이미 ‘제1차 저출산고령사회기본계획(새로마지플랜 2010)’의 242개 과제가 중앙부처 및 지방자치단체의 2006년, 2007년 시행계획을 통해 실시되고 있다.

새 정부 정부조직 개편에 따라 저출산·고령사회위원회가 대통령 직속에서 보건복지가족부장관 소관으로 조정되어 2008년 새롭게 출범하게 된다. 새 위원회는 저출산·고령사회정책의 그간 추진 성과를 중간 평가하고, ‘경제회생’, ‘능동적 복지’라는 새 정부 국정철학에 맞는 새로운 정책을 발굴하여 2008년 중에 ‘제1차 저출산고령사회기본계획’을 보완할 예정이다.

가. 비전 2020 및 정책목표

새로마지플랜의 비전은 저출산·고령사회에 대응한 전반적 사회·경제구조 개혁을 추진하여 지속발전가능사회를 실현하는 것이다. 이를 위해 매 5년마다 단계적·전략적 목표를 설정한다. 제1차년도(2006~2010)에는 출산·양육에 유리한 환경조성 및 고령사회 대응기반 구축,

제2차년도(2011~2015)에는 점진적 출산을 회복 및 고령사회 대응체계 공고화, 제3차년도(2016~2020)는 OECD 국가 평균수준 출산을 회복 및 고령사회 성공적 적응에 초점을 둘 것이다.



우선 제1차 기본계획에서는 출산을 하락추세 반등과 고령사회 적응기반 구축을 목표로 출산·양육에 대한 사회적책임강화, 가족친화·양성평등 사회문화 조성 및 건전한 미래세대 육성을 통해 출산과 양육에 유리한 환경 조성을 주요 정책과제로 정했다.

또한 안정적인 노후소득 보장체계 구축, 노인 건강 및 의료보장 내실화, 주거·교통·문화 등 안전하고 활기찬 노후생활 기반을 조성하여 고령사회 삶의 질을 향상할 계획이다. 저출산·고령사회의 성장동력 확보를 위해 여성·고령자 등 잠재인력 활용, 인적자원의 경쟁력 제고, 고령사회 금융기반 조성 및 고령친화산업 육성 등의 정책과제들을 구체화 할 계획이다.

나. 정책추진 방향

국민의 참여와 사회적 합의를 기반으로 장기적 관점에서의 미래대비를 위한 종합적인 정책을 일관성 있게 추진할 것이다. 사회구조 혁신을 통해 고령화의 위기를 국민 개개인의 삶의 질 향상과 사회경제 전반의 선진화 계기로 승화하기 위해 다음과 같이 정책방향을 명확히 했다.

첫째, 사회 각 부문의 참여를 바탕으로 정책을 개발·추진함으로써 정책에 대한 국민적 공감대 확보 및 책임의식을 확산하여 세대간·세대내 통합 등 사회통합을 유도한다.

둘째, 저출산·고령화에 대응한 장기적 정책비전과 목표에 의거한 경제 사회 전반의 대책을 일관성 있게 추진하고, 성과관리를 통해 정책의 추진방향을 점검하여 실효성을 제고한다.

셋째, 출산·양육의 장애요인을 해소하여 개인과 가족의 실질적인 출산기회를 보장하고, 고령사회에 대비한 경제·사회적 안전망을 구축하여 삶의 질을 개선하는 한편, 새로운 성장동력산업 육성 및 적극적 노동시장정책을 통해 국가경쟁력을 제고하고 지속발전 가능한 사회를 구현한다.

다. 주요내용

제1차년도(2006년~2010년)동안에는 ‘출산을 하락추세 반전과 고령사회 적응기반 구축’을 목표로 총 32.1조억 원의 재정을 투입할 계획이다. 이를 통해 저출산·고령화·성장동력 3대 분야의 242개 세부사업을 추진하게 된다.

저출산·고령화·성장동력 3대 분야의 해당 정책을 자세히 살펴보면,

첫째, 저출산 분야에서는 출산과 양육에 유리한 환경을 조성하기 위해 영유아 보육비 지원, 저소득 가정에 대한 산모도우미 지원, 영유아 무료 건강검진 등을 시행하고 있다. 또 일하는 여성들이 육아와 직장생활을 병행할 수 있도록 출산휴가, 육아휴직을 확대하고 아빠의 출산 휴가제도를 도입하였다. 가족친화적 경영문화를 가진 기업에 대한 인증제도도 실시할 예정이다. 아이를 낳는 것뿐만 아니라 잘 키우는 것 역시 중요하므로 빈곤아동을 대상으로 한 건강·교육·복지 통합서비스 ‘드림스타트’를 지원하고, ‘아동발달지원계좌’ 사업도 운영하고 있다.

둘째, 고령화 분야에서는 고령사회 삶의 질 향상기반을 구축하고자 한다. 급격한 고령화가 진행되고 있는 한국사회에서 노인의 삶의 질을 보장하는 것이 무엇보다도 중요한 과제가 아닐 수 없다. 기초노령연금 및 퇴직연금제도 도입으로 노후 소득 보장체계를 갖추어가고 있으며 치매·중풍 노인을 위한 노인장기요양보험이 도입되어 2008년 7월 시행을 앞두고 있다. 또 노인일자리 마련이나 노인 봉사활동 체계화를 통해 노인들이 활발히 사회에 참여할 수 있도록 기회를 제공하고자 한다. 노인들이 살기 편한 생활기반 마련을 위해 문턱이나 장벽을 없앤 주택 및 도로정비, 저상버스 확대 등 유니버설 디자인(universal design)의 개념을 도입, 추진하고 있다.

셋째, 성장동력 분야에서는 고령화의 영향으로 국가의 경제성장이 둔화될 것에 대비하여 노동력을 확보하고 새로운 산업분야를 육성하고자 한다. 노동력의 양을 확보하기 위해 여성·고령자·외국인 등 잠재인력이 경제활동에 보다 많이 참여할 수 있도록 임금피크제·고령자 고용촉진장려금·육아휴직 확대 등을 시행하고 있다. 돌봄서비스와 같은 여성 맞춤형 일자리도 확대하고자 한다. 또 노동력의 질을 제고하기 위해 평생학습·직업교육을 지원하고 있다. 노인들이 필요로 하게 될 실버상품이나 요양 서비스, 금융 상품 등을 아우르는 ‘고령친화산업’을 육성하기 위해 기술 개발 및 제품 표준화 등 새로운 산업기반도 마련하고 있다.

제1차 기본계획 수립(’06.8)과 함께 개별 부처별로 추진되던 정책이 일관된 목표 하에 추진되면서 관련 예산규모도 지속적으로 확대되고 있다(’06년 4.5조→’07년 5.9조→’08년 8.9조원). 또한 각 지자체에서도 중앙정부와는 별도로 자체사업을 발굴하여 ‘다자녀 우대

카드', '찾아가는 산부인과', '영유아 플라자' 등 우수 사업을 지속적으로 확산하고 있다. 2008년 지자체의 자체 사업 투자규모는 1.8조 원이 될 것으로 추계되고 있다.

〈표 1-2-2〉 연차별 투자계획

(단위 : 조 원)

구 분	'05	'06~'10								
		계	'06		'07		'08		'09	'10
			계획	확정	계획	확정	계획	확정		
계	2.4	32.1	3.7	4.5	5.7	5.9	7.1	8.9	7.3	8.2
저 출 산	1.1	18.9	2.1	2.1	3.2	3.0	4.0	3.9	4.6	5.0
고 령 화	0.7	7.2	0.8	1.3	1.3	1.6	1.8	3.7	1.4	1.9
성장동력	0.7	6.0	0.8	1.1	1.2	1.3	1.3	1.4	1.3	1.4

라. 향후계획

정부는 저출산·고령사회정책 관련 인프라의 구축과 정책의 내실화에 주력할 것이다.

첫째로, 저소득층 위주의 복지적 관점에서 벗어나 중산층을 포괄하는 정책을 보완하여 저출산·고령화 문제가 특정 계층만의 문제가 아니라 모든 국민과 관련된 국가적 문제임을 부각할 것이다.

둘째로, 고령화사회의 경제성장과 함께 하는 능동적 복지를 구현하기 위해 여성·노인 등 잠재인력의 사회참여 기회를 확대하는 정책 개발에 중점을 둘 것이다.

셋째로, 통합적 성과관리체계의 구축으로 투자성과를 높이고 관련 정책간 연계성을 제고해 나갈 것이다.

넷째로, 사회각층의 참여와 관심을 모아 저출산·고령화를 대비하기 위한 정책공동체의 활성화, 중앙-지자체간 정책연계 강화를 위해 노력할 것이다.

마지막으로, 저출산·고령사회에 대비하는 정책의 성공의 열쇠는 바로 국민의 참여와 관심이다. 출산친화적, 고령친화적 사회분위기 조성을 위한 국민인식개선 사업을 지속적으로 추진할 것이다.

3. 저출산·고령사회정책 성과평가

가. 평가 기본 방향

‘저출산·고령사회기본법’과 동법 시행령에서는 각 중앙부처와 16개 광역 지자체의 저출산·고령사회정책 시행계획 추진실적에 대해 매년 평가하도록 되어 있다.

또한 그 결과를 국회에 보고하고 다음해 정책에 반영하도록 규정하고 있다. 평가내용은 크게 중앙부처 및 지자체의 시행계획 사업별 추진실적 평가와 객관적 성과지표에 의한 정책 분야별 성과평가의 두 부분으로 구분된다.

이에 따라, 2007년에는 정책 시행 초년도인 2006년도 추진실적에 대해 저출산·고령사회 정책성과 시범평가를 실시하였다(’07.8.~12.). 대상은 18개 중앙부처 및 16개 시·도로, 2006년도 시행계획상의 3대 분야 총 204개 과제에 대해 평가하였다. 평가결과, 서울·부산·전북·전남·충북의 5개 광역지자체가 저출산·고령사회정책 성과평가 우수 기관으로 선정되었다.

나. 추진 계획

2007년도의 성과 시범평가에 이어, 2008년도에는 두 번째로 저출산·고령사회정책 성과평가를 실시할 계획이다. 이를 위해 2007년도 성과평가 지침을 위원회 심의를 거쳐 마련하고 각 중앙부처 및 지자체에 통보할 것이다.

지침에 따라 각 기관이 제출한 자체평가서 및 현장평가를 바탕으로 전년도의 추진실적 및 정책성과를 종합 평가하게 된다. 평가결과는 저출산·고령사회위원회의 심의를 거쳐 2008년 8월말 국회에 보고되고, 관계부처의 다음해 예산편성 등에 반영자료로 사용될 예정이다.

II 저출산 대응 인구정책 추진

1. 우리나라 출산율 현황

우리나라의 출산율은 사회경제적 환경 변화에 따른 혼인 연령의 상승, 결혼·가족 등에 대한 전통적 가치관의 변화, 자녀 양육에 대한 경제적 부담 증가 등에 따라 지속적으로 낮아지고 있다. 특히 1983년 합계출산율이 인구대체수준 이하로 하락한 이래, 2001년 이후 합계출산율*이 1.3 이하로 떨어지는 등 초저출산 현상이 지속되고 있다.

〈표 1-2-3〉 연도별 합계출산율 및 출생아 수

(단위 : 천명, %)

구 분	1982	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
출생아수	859	729	721	696	678	643	616	637	557	495	493	476	438	451	497
합계출산율	2.42	1.67	1.65	1.58	1.54	1.47	1.42	1.47	1.30	1.17	1.19	1.16	1.08	1.13	1.26

※ 통계청, 2007년 출생통계 잠정결과 (2008. 2)

출산인구의 지속적인 감소에 따른 범정부적인 출산지원정책의 추진, 2004년 이후 혼인의 증가추세 등으로 단기적으로는 우리나라의 출생아 수가 다소 증가할 것으로 전망되나, 중·장기적으로 주 출산연령층(20~34세) 여성인구의 감소, 다양한 사회경제적 환경 및 가치관의 변화에 따른 혼인연령 상승, 기혼여성의 출산기피 등으로 저출산 현상이 지속될 것으로 우려되고 있다.

*한 여성이 가임기간 동안 낳은 자녀수

〈표 1-2-4〉 가임여성 인구

(단위 : 천명)

	1970 (A)	1980	1990 (B)	2000 (C)	2006	2007 (D)	증 감		
							(D-A)	(D-B)	(D-C)
가임여성 (15~49)	7,437	9,959	12,128	13,716	13,615	13,579	6,142	1,451	△137
주출산연령 (20~34)	3,491	4,708	6,220	6,300	5,774	5,622	2,131	△598	△678
20~24	1,254	2,015	2,105	1,914	1,741	1,634	380	△471	△280
25~29	1,129	1,488	2,104	2,193	1,933	1,958	829	△146	△235
30~34	1,108	1,205	2,011	2,193	2,100	2,030	922	19	△63

※ 통계청, 2007년 출생통계 잠정결과(2008. 2)

2. 저출산에 따른 영향

현재의 저출산 추세가 지속될 경우 총인구는 2018년 4,934만 명에 도달한 후 점차 감소될 것으로 추정되며, 이러한 저출산·고령화 현상은 우리사회의 지속 발전뿐만 아니라 사회내부의 세대간 통합에도 큰 문제를 초래할 것으로 예상된다.

구체적으로 저출산은 인구고령화를 가속화시키고 생산가능인구와 노동생산성의 감소로 인한 경제성장 둔화, 노인의료비·연금 등 공적부담증가, 세입기반 약화 등으로 인한 재정수지 악화, 노인부양 부담 증가에 따른 세대간 갈등 등의 정치·경제·사회·문화 전반에 걸쳐 심각한 문제를 파생시킬 것이다.

이와 같은 인구구조의 단절현상으로 인한 사회·경제적 혼란을 방지하고 지속적인 국가 발전을 도모하기 위해서는 적정수준의 출산율을 유지하기 위한 구체적이고 적극적인 대응이 요구되고 있다.

3. 2007년도 인구 및 출산지원 대책 추진 실적

저출산 문제에 대한 국민 인식을 개선하고 저출산에 대응하는 사회적 분위기 조성을 위해 여러 홍보대책을 수립 시행하였다. TV, 신문, 여성지 등 주요 대중매체를 활용한 기획홍보를 통해 꾸준히 관련 기획기사를 선보였으며, ‘아름다운 만남 37.5도’ 홍보 동영상을 제작하여 보건소 등 영상을 필요로 하는 지자체 등에 배포하였다.

또한 한국방송광고공사의 '07년도 공익광고캠페인 주제로 선정되도록 하여 ‘아이는 아름다운 선물’이라는 주제로 TV, 라디오, 버스, 극장, 인쇄매체 등 360개 매체에 약 4개월간 광고를 집행하는 등 출산에 대한 긍정적인 인식을 강화하는데 크게 기여하였다.

그 외에도 방송작가 및 PD대상 워크숍, 방송 모니터링, 우수 방송 프로그램 시상, 저출산 극복 방송 시나리오 공모 등 사회적 영향력이 큰 방송관계자의 인식개선을 위한 다양한 홍보사업을 추진하였다.

10월 10일 임산부의 날을 기점으로 하여 대한산부인과학회와 임산부 배려를 위한 10계명을 선정, 전국 지하철 광고 및 언론 홍보를 실시, 임산부를 배려하는 사회적 분위기 조성의 계기를 마련하였다.

또한, 초·중학생용 인구교육 참고교재 및 지도서, 교사 직무연수 프로그램 개발 등 인구교육 인프라를 구축하는 한편, 일선학교 인구교육교과연구회 지원, 학생논술대회 및 교사 워크숍 개최 등을 통하여 인구교육 분위기 형성에 주력하였다.

아울러 기업체에 대한 출산친화적 기업경영 확산을 위한 설명회를 개최하고 우수 기업을 발굴·포상함으로써 출산에 대한 긍정적 이미지를 심어주고 인식을 개선하는 계기를 마련하였다.

4. 인구 및 출산지원정책 추진 방향

가. 저출산 대응 지자체 인구시책 활성화 추진

전 국가적으로 시급한 저출산 문제 해결을 위해 중앙정부에서 기획된 정책을 모든 지역에서 획일적으로 적용하는 것은 지방자치단체의 조직체계, 전문성, 지역사회 분위기, 지역간 인구 상황 등을 고려할 때 한계가 있는 것이 사실이다.

이러한 문제를 극복하고 적극적인 인구정책 추진기반을 조성하기 위해서는 지역 실정에 맞는 창의적인 지역밀착형 저출산 대응 인구시책의 개발을 촉진하고 우수사례를 확산 유도할 수 있는 정책 개발이 필요하다.

이에 따라, 우리 부에서는 전국 232개 기초지자체 대상으로 인구정책 경진대회를 2007년부터 실시해 오고 있으며, 인구정책 경진대회 우수 지자체에게는 대통령 및 국무총리 표창, 인구정책 해외연수 기회 제공, 지역 언론 간담회 개최 지원 등 지자체 인구정책 활성화를 촉진할 수 있는 포상 및 인센티브를 제공하고 있다.

또한, 지자체 인구정책의 현장적합성 제고 및 인구정책 담당자의 역량강화를 위해 원하는 지자체에 인구정책 전문가를 파견하여 해당 지역의 인구정책 개발을 위한 지자체 인구정책 컨설팅 사업, 각 지자체에서 실시하고 있는 인구정책 사례를 집대성하여 우수사례를 선정하고 보급하는 인구정책 정보공유사업 등을 통해 지자체가 인구정책에 보다 많은 관심을 갖고 적극적으로 동참할 수 있는 분위기를 확산시켜 나갈 계획이다.

나. 학교인구교육 활성화 추진

미래 발생 가능한 저출산 문제를 사전에 예방하고 안정적인 인구를 지속적으로 유지하기 위해서는 학생들의 결혼·출산 등에 대한 긍정적인 가치관과 태도가 무엇보다도 중요하다. 이에 따라 우리부에서는 학교 인구교육 활성화 방안을 마련하여 적극적으로 추진하고 있다.

우선 학생 눈높이에 맞춘 저출산·고령사회 관련 참고 교재를 개발하여 전국 초·중·고등학교에 배포하고, 재량활동시간 등에 활용할 수 있도록 인정도서 채택을 추진할 계획이다.

또한 교사를 대상으로 한 직무연수 프로그램을 개발하여 시·도 교육연수원을 비롯한 각 교육연수원에 보급하고, 관계기관과의 협의를 통해 교육연수원의 직무연수과정 및 자격연수과정 등에 저출산·고령사회 관련 과목이 포함될 수 있도록 추진하는 한편, 지역별 인구교육 교사연구회 및 학습동아리 구성·활동을 지원함으로써 학교 인구교육 전문가가 양성될 수 있도록 추진할 계획이다.

아울러 학교 인구교육에 관한 토론회, 세미나 및 중·고등학생을 대상으로 논술공모대회를 개최함으로써 학교 인구교육에 대한 논의가 활성화될 수 있도록 지원할 계획이다.

다. 가족친화적인 사회환경 조성 추진

저출산 문제를 해결하기 위하여 출산과 양육의 책임을 사회가 지원하는 것에 대한 요구가 증대되고 있으며, 특히 맞벌이부부의 증가로 남녀 모두 일과 가정을 양립할 수 있는 가족친화적인 사회 환경을 조성할 필요가 높아지고 있다. 이에 우리부에서는 가족친화적인 기업 경영확산과 가족친화마을 조성을 추진할 계획이다.

여성의 경제활동 참가를 제고하고 동시에 출산율을 높이기 위하여 기업 스스로 가족친화제도를 도입하고 이 제도를 정착시키기 위한 노력을 할 수 있도록 가족친화기업에 대한 인증제를 도입하고 인증기업에 대한 지원을 확대할 계획이다. 또한 지역사회의 가족친화 환경 조성을 위하여 지역사회자원을 파악하여 지역특색에 맞는 체계적인 활용방안을 마련할 계획이다.



보건의료제도의 선진화 및 보건산업의 경쟁력 제고

I 보건의료제도의 선진화 및 공공보건의료 확충 추진*

1. 우리나라 보건의료체계의 평가

우리나라의 보건의료는 지난 반세기 동안의 급속한 경제성장과 함께 발전해 왔다. 지금까지의 보건의료정책의 핵심은 모든 국민이 적정한 의료서비스를 효율적으로 받을 수 있도록 하는 것이었다. 특히 1977년 의료보험 도입 후 12년만인 1989년에 실시된 전국민의료보험은 의료의 문턱을 낮추어 모든 국민이 기본적인 의료서비스를 받을 수 있도록 하였다. 또한 경제성장과 함께 진행된 보건의료 인력 및 시설의 양적·질적 성장은 의료서비스의 질을 상당 수준 끌어 올렸다.

더불어 의약분업의 실시는 의약품 오·남용을 예방하여 국민 건강을 보호할 수 있는 선진적인 의료이용 체계를 마련하는 계기가 되었다.

그러나 급변하는 21세기의 보건의료 환경 속에서 해결해야 할 새로운 과제가 주어지고 있다. 보건의료체계 내적으로는 효율적인 국민건강안전망 및 지속가능한 의료보장체계 구축, 예방적 건강관리체계 개편, 보건의료 산업의 경쟁력 향상, 외적으로는 WTO/DDA 의료시장 개방, 새로운 생명·의료 기술의 발전, 새로운 감염질환의 등장 등에 적극적으로 대응해야 할 중요한 시기이다. 또한 현재로서는 선진국에 비해 높은 수준은 아니지만 국민 의료비가 급격하게 증가하고 있어 이에 대한 대비가 절실하다.

*집필자 : 보건의료정책과장 김강립

2. 보건의료관련 중점추진 시책

우리나라의 경우 기본적인 의료서비스 공급체계는 구축되었으나, 민간 우위로 공공부문은 양적·질적으로 취약한 실정이다. 또한 의약분업 실시로 의료기관·약국간 기능 분담이 이루어졌으나, 의료기관간의 역할은 정립되지 않아 중소병원의 경영난이 가중되고 있으며, 인력·의약품·병상·장비 등 보건의료자원 공급 전반에 불균형 및 병목현상이 내재되어 있어 이에 대한 개선대책을 중점적으로 추진할 필요가 있다.

가. 공공보건의료의 확충

민간부분에 비해 성장이 상대적으로 느린 공공보건의료를 확충하는 한편, 공공보건의료를 지속발전 가능한 체계로 개편함으로써 국민의료비의 합리적 수준 유지와 국민의 건강권을 보호할 방침이다.

이를 위해 5개년('05~'09년)에 걸쳐 공공보건의료 확충 대책을 추진하고 있다. 국립의료원을 국가중앙의료원으로 개편하여 공공보건의료의 나아갈 방향을 선도하도록 하며, 국립대병원·지방의료원을 광역·지역단위 국민보건 주도기관으로 활성화, 보건소의 기능을 예방위주로 전환, 암의 국가관리체계 강화 등 국가의 전략적 질병관리 및 지역·학교·사업장의 평생건강 관리체계 구축, 고령사회 대비 장기요양 병상자원 수급 적정화 및 전문진료와 양·한방 협업체계 강화 및 전염병 등에 대한 위기 대응체계 확립과 응급의료·혈액공급·장기이식 관리·재활 서비스 등 비시장성 필수 공공재 공급기반을 확충하는 방안을 마련하여 추진하고 있다.

이를 위해 구체적 투자계획을 포함한 '공공보건의료 확충 종합대책'을 2005년 12월에 발표하였고, 이 계획의 실행을 위해 2005년부터 예산을 확보하여 공공보건의료 확충 계획을 진행하고 있다.

나. 의료기관 경영체계 개선 및 의료서비스 질 향상

도시지역 중소병원 중 고혈압 등 특정 진료과목·질병에 대하여 대학병원 수준의 의료기술을 갖춘 병원을 전문병원으로 육성하고, 또 시범기관 중심으로 운영하고 있는 개방병원을 활성화하여 의료서비스의 질적 수준을 높이는 한편, 시설·장비 등의 과잉투자를 억제할 방침이다. 또한, 의료기관 병상 규모에 따른 시설, 인력 기준 적정성에 대한 평가를 통하여 입원·외래 진료의 자연스런 역할을 정립해 나갈 것이다.

아울러 의료기관 회계 투명성을 확보하기 위하여 2003년 의료기관회계기준규칙을 제정하여 시행('04년 300병상, '05년 200병상, '06년 100병상)하고 있으며, 의료서비스 수준의 향상 및 국민의 알권리 제고를 위하여 2004년도부터 종합병원 및 300병상 이상의 병원을 대상으로 의료기관 평가를 실시하고 있다.

2006년부터 표준진료지침을 제정하는 사업을 시작하였으며 2007년 4월에는 신의료 기술에 대한 국가적 검증체계를 확립하였다. 이러한 제도개선을 통해 의료서비스의 질적 향상 및 환자의 알 권리 강화가 기대된다.

또한, 1975년 전면개정이후 기본적 틀이 유지되어 변화된 환경을 반영하고 있지 못한 의료법의 개정을 추진하고 있다. 국민의 의료 이용상의 편의·안전을 증진하고 의료서비스 산업의 경쟁력을 강화하는 것이 주요 개정내용이다.

다. 인력·병상 등 보건자원의 적정 공급 및 질적 제고

장기적인 의사인력의 적정 수급을 위하여 2009년까지 의대 입학정원을 10% 감축하고, 전문과목간 인력수급 불균형을 해소하기 위해 과목별 전공의 정원 및 건강보험 상대가치 수가를 조정할 계획이며, 아울러 중소병원 인력난 완화 및 전공의 수련의 질적 수준 제고를 위해 병원군별 총 정원제 시범사업을 실시하여 그 결과를 분석하고 따라 도입여부를 결정할 계획이다.

이와 함께 의료 인력의 질적 수준 향상을 위해 의과대학 인정평가제도 도입 및 임상수행능력 강화를 위한 의사면허시험제도 개선 등을 검토하고 있다. 또한 병상수급기본시책에 따른 지역 병상수급계획의 시행 및 장기요양병상 확충사업으로 병상자원의 지역별·유형별 불균형을 해소하여 합리적 배치를 도모해 나가고 있다.

라. 보건의료분야 국제협력 강화

WHO 사무총장 배출 등으로 높아진 위상과 기대에 부응하여 보건의료 분야 국제 협력 활동을 적극적으로 추진하였다. 이를 위해 국제보건의료발전재단을 발족시켜 정부 및 민간에서 산발적으로 행해지는 개도국과 북한에 대한 보건의료 지원을 체계화하도록 할 계획이다.

또 인천경제자유구역에 국내외 자본과 최고 수준의 의료기술 접목을 통해 ‘동북아 중심 병원’을 유치하고, 경제자유구역 및 동북아 국가에 선진국 수준의 의료서비스를 제공할 계획이다.

3. 응급의료체계의 개선

가. 제도 개선

2007년 응급의료에 관한 법률 개정 내용은 구급차·철도차량·항공기·선박·다중이용 시설 등에 자동제세동기 등 심폐소생술을 행할 수 있는 응급장비를 갖추도록 하고, 의료인과 응급구조사 외에 다중이용시설 등에서 안전업무 등을 수행하는 직원에게도 구조 및 응급 처치에 관한 교육을 받도록 함으로써 응급조치를 취하면 살릴 수 있는 응급환자가 신속한 처치를 받을 수 있도록 관련법을 개정하였다.

또, 응급의료에 관한 법률 개정 방안에 대한 연구용역 결과를 토대로 향후에는 응급의료에 관한 법률의 미비점 등을 보완하는 전면개정을 추진할 예정이다.

나. 응급의료 재정 확충

응급의료기금이 2003년도 총 50억에서 총 500여억 원의 규모로 확충됨에 따라 응급의료 체계 개선을 위한 안정적인 재원을 확보하게 되었으며, 2004년부터는 전면적인 응급의료 체계 개선대책이 추진될 수 있는 여건을 조성하였다.

그러나 응급의료기금 재원인 도로교통법 제162조제3항의 규정에 의한 범칙금이 2006년부터 줄어들고 있는 실정임에 따라 또 다른 재원마련이 시급한 실정이다.

다. 효율적인 응급의료 체계 구축

응급의료 통계정보의 수집과 응급의료체계 현황 평가를 위해 응급의료기관의 응급환자 진료 정보가 중앙전산망에 수집·분석되는 응급환자 진료정보망 구축방안 연구를 수행하였다.

우선 2003년 6월부터 2004년 6월까지 응급진료정보 표준화 및 진료정보 프로그램을 개발하여 14개 권역응급 의료센터를 대상으로 시범운영을 실시하였다.

그 후 2004년 9월부터 2005년 2월까지 중앙응급의료센터에 응급진료정보망 서버를 구축하고 16개 권역응급 의료센터에 진료정보망을 구축하고 운영하는 사업을 수행하였다.

이 시범사업 결과를 반영하여 2005년부터는 시스템을 45개 지역응급의료센터에 구축하였고 2006년부터는 미구축 지역응급의료센터로 확대 추진 중에 있다. 이와 같은 체계가 정비되면 향후 시기별·지역별로 응급의료체계의 운영 실태를 과학적으로 파악할 수 있을 것으로 기대된다.

라. 해외재해 응급지원

2007년에는 북한 수해지역에 두 차례에 걸쳐 의약품을 지원하였으며 태안지역 기름유출사고 피해지역의 지역주민과 자원봉사자들의 현장 응급의료서비스 지원을 위해 중앙응급의료 지원단을 파견하여 각종 피부질환, 호흡기질환 및 동절기에 우려되는 동상, 외상 등의 치료를 위해 충남 태안군 이원면에 현장응급의료 진료소를 설치하였다.

또한, 명절 연휴 및 보건의료노조파업 등 진료공백을 해소하기 위해 비상진료대책을 수립하여 시도별 비상진료대책 상황실을 운영하고 있다.

아울러, 각종 안전사고 및 재난대비 응급의료지원체계 점검을 통해 향후 재난발생시 신속한 대응을 할 수 있도록 재난응급의료체계 구축에 노력하였다.

II 보건산업의 경쟁력 강화*

1. 보건산업의 세계적 흐름

세계는 급속한 산업 패러다임의 전환기를 맞으며 지금까지 지속된 정보화시대에 이어 바이오시대로 접어들고 있다.

이에 따라 생명공학기술을 활용한 바이오산업이 미래 국가 핵심전략 산업으로 급부상 하고 있으며, 미국·일본 등은 바이오산업의 세계시장을 선점하기 위해 막대한 예산을 투자하고 있다.

*집필자 : 보건산업정책과장 송재찬

바이오산업의 대부분을 차지하는 보건산업은 정보기술(IT), 생명공학기술(BT), 나노기술(NT) 등 신기술의 빠른 발전과 이들 기술간 융합·복합화의 영향으로 고부가가치 신 영역 창출이 전망되고 있다.

이와 같은 기술의 복합화, 개발비용의 증가 등으로 신기술에 대한 대규모 투자와 시장개척을 위해 기업들은 M&A(인수합병)를 통해 기업을 대형화하고 있으며, 벤처와 연구협력, 라이선싱 등을 시도하고 있다.

2. 보건산업의 의의 및 현 위치

보건산업(Health Industry)은 질병의 치료와 건강의 유지 및 증진과 관련된 재화 및 서비스의 생산과 유통을 담당하는 산업으로 의약품, 의료기기, 식품, 화장품의 4개 보건제조 산업과 병원, 약국 등이 제공하는 보건의료서비스산업을 포괄하는 개념이다.

이러한 우리나라 보건산업의 기술수준은 선진국의 60~70% 수준으로 4~5년의 기술격차가 있다. 우리나라는 2007년도에 97,629억원의 R&D투자 중 보건의료는 8,200억원(8.4%)으로 선진국의 1개 기업 연구비(미국 Pfizer 8조6천억)보다 적었다.

산업분야별로 그 현 위치를 살펴보면, 2006년도 기준으로 의약품산업시장규모는 세계 10위권이며, 생산규모는 89억불이다. 의료기기산업은 세계 10위권으로 2006년 시장규모는 30억불을 기록하였다. 식품산업은 2005년 기준으로 시장규모 200억불로 세계 14위권이며, 화장품산업은 2006년 세계 12위권으로 시장규모는 59억불이며, 최근 한류열풍을 타고 중국 등 동남아시아로의 수출이 증가하고 있다.

3. 보건산업 경쟁력 제고를 위한 보건산업 육성정책

우리 부는 보건산업을 핵심 성장 동력산업으로 집중 육성하여 보건산업 선진국으로 도약한다는 목표로 다각적인 보건산업 육성정책을 추진하고 있다. 우선 이를 위해 지금까지 국민의 건강과 직결된다는 특성 때문에 규제위주로 추진되었던 각종 보건의료 관련 정책을 안전문제

이외에 산업발전을 저해하는 각종 규제 및 제도를 재점검하여 산업진흥을 위한 지원을 강화하고자 한다.

가. 「보건산업진흥을 위한 50대 과제」

지난 2004년 11월 보건산업을 국가 전략산업으로 육성하기 위해 산업별 특성을 고려하여 수립한 ‘보건산업진흥을 위한 50대 과제’를 적극 추진하여 산업발전을 저해하는 규제를 합리화하는 등 가시적인 성과를 거두고 있다.

이를 바탕으로 2007년에도 ‘50대 과제’의 중장기 과제들에 대한 추진계획을 수립하여 추진하였다. 50대 과제의 주요 내용을 살펴보면, 보건산업 제품에 대한 인허가 제도의 개선, 세계 시장 진출을 위한 각종 제도의 국제화, 성공가능성이 높은 분야를 발굴하고 집중 지원하는 방안 등이 제시되어 있다.

나. 보건의료기술 R&D지원체계 개선

1995년 128억원으로 시작한 보건의료기술 연구개발사업은 2007년에 1,018억원으로 13년간 8배 이상 증가하였다. 이와 같이 증가된 예산이 효과적으로 활용될 수 있도록 하기 위하여 R&D 지원사업을 다음과 같이 개선하였다.

첫째, 사업의 효율적 추진을 위해 사업목적이 유사한 사업으로 통합하여 보건의료기술연구개발사업, 10대 질병정복 메디클러스터 구축사업, 대형국가연구개발실용화사업 등 3개 사업으로 운영하였다. 또한 기초연구를 지양하고 응용·실용화 중심의 연구를 대폭 강화하였다.

둘째, 심사위원을 인터넷으로 공모하는 등 연구자 선정 및 연구과제 평가체계를 대폭 개선하여 R&D사업의 전문성·투명성·공정성을 보완하였다.

다. 소결

선진국 수준의 첨단의료기술개발을 위한 기반 마련, 글로벌 제약사의 육성, 첨단의료산업 분야에서 아시아 최고의 역량을 갖춘 첨단의료복합단지 조성, 의료서비스산업 선진화 전략 등 핵심정책 마련 및 추진을 통해 우리나라가 보건의료산업 선진국으로 발돋움하는 초석을 마련하기 위해 노력하여 왔다.

III 한방산업을 21세기의 새로운 보건산업으로 육성*

1. 한방산업육성을 위한 체계 및 제도정비

가. 한의약육성법 제정

2003년 8월 한의계의 오랜 숙원이었던 한의약육성법이 제정되었다. 이로써 한의약을 규율하는 독자적인 법체계가 존재하게 되었고, 한의약 발전을 위하여 추진해야 할 정책방향과 정책과제가 제시되었다고 하겠다.

주요 내용으로는 국가는 한의약의 육성발전 등에 관한 종합계획을 수립하도록 하고(제6조), 한방산업의 기반조성을 위하여 필요한 시책을 강구하도록 하였으며(제12조), 한약의 적절한 품질관리를 위하여 필요한 경우 우수 한약관리기준을 마련하여 이를 시행하도록 한 점(제14조)이라 하겠다. 한의약육성법의 제정으로 그 동안 민간에 맡겨져 왔던 한의약 육성기반 마련 및 한방산업 활성화가 국가와 자치단체의 의무가 되었다고 하겠다.

나. 한방산업의 고부가가치화 기반 조성

최근 중국을 비롯한 미국, 일본, 유럽 등지에서는 보완·대체의학에 대한 관심과 투자가 증대됨에 따라, 세계 전통의약 및 보완대체의약(Complementary and Alternative Medicine) 시장은 급격히 성장하고 있으며, 세계보건기구(WHO)는 관련 시장이 2050년도에 50조 달러 규모로 확대될 것으로 전망하고 있다.

이에 따라, 성장잠재력이 매우 크고 국제경쟁력이 있는 고부가가치의 한방산업을 육성하기 위하여 원료 한약재의 안전성 확보를 통한 한의약제품, 한방의료서비스 등 관련 산업 전반에 대한 수요확대, 제품의 안전성·유효성에 대한 현대 과학적 방법으로 규명 및 제품개발 등을 추진할 계획이다.

이를 위하여, 한약재 생산 거점지역인 전국 5개 지역(강원 평창, 충북 제천, 전북 진안, 전남 화순, 경북 안동)에 지방자치단체와 공동으로 한약재 품질검사·가공·저장 시설을 구비한

*집필자 : 한의약산업과장 박상표

한약재유통지원시설 설치를 추진하고, 대구·경북 및 전남도와 공조하여 전국 또는 지역 한방산업을 육성할 핵심조직인 한방산업진흥원을 건립 중에 있다.

이를 중심으로 안전한 한약의 보급을 확산하고 한방산업 육성을 위한 정책개발 및 생명공학·나노기술 등 핵심기술을 보유한 산·학·연 네트워킹을 통해 민간기업의 고부가가치 한방산업제품개발을 위한 전략 및 기술지원 등을 추진할 계획이다.

2. 한방산업 육성정책 추진

한약의 축적된 지식재산을 산업화하여 고부가가치를 창출하기 위해서는 한방산업의 육성이 절실히 요구된다. 이에 정부는 한방산업을 체계적으로 육성·지원하기 위해 한약육성발전 5개년 계획을 수립한 바 있다. 이 계획에 따라 한약관리 강화, 한방산업의 고부가가치화, 한약산업 핵심원천 및 응용기술 등의 개발을 위한 R&D강화 등을 통하여 한방산업을 체계적으로 육성·지원해 나갈 예정이다.

3. 한방산업발전 인프라 구축

가. 우수한 인적자원 육성

정부에서는 한방의료의 분야별 전문화를 통하여 한의학의 발전이 이루어지도록 하고, 질병별 치료영역을 특화하여 치료의학으로서의 가치를 높이며, 나아가 국민의 한방의료 이용편익의 증진과 한의학의 세계화에 기여하기 위하여 1999. 12. 15일 「한 의사전문 의의수련 및 자격인정 등에 관한 규정」을 제정·공포하였으며, 같은 해 12. 29일에는 동 규정 시행규칙을 제정·공포하였다.

현재 전문과목은 한방내과·한방부인과·침구과 등 8개 과목이 설치되어 있고, 수련한방병원인 2007년 49개소가 지정되어 있으며, 한방전문의는 2007년 12월 현재까지 1,368명이 배출되었다. 그리고 한약사제도는 한약에 관한 전문인력 양성을 목표로 1994년도에 도입된 제도이다. 한약사 시험 응시자격은 한약학과를 졸업한 자에게 부여되며 한약학과는 1996년 경희·원광, 1998년 우석대 등 3개 대학에 120명 정원으로 설치되어 있다.

한약사는 한약의 제조·조제·감정·보관·수입·판매 등에 관련된 업무를 담당하며 특히 조제는 한의사의 처방전 또는 「한약처방의 종류 및 조제방법에 관한 규정」에 의하여 조제할 수 있다. 또한 한약사가 약국을 개설 할 경우는 “한약국”이란 명칭을 사용할 수 있도록 하고 있다. 앞으로 정부에서는 2000년에 처음 배출된 한약사가 한약조제 전문 인력으로 양성될 수 있도록 적극 지원해 나갈 계획이다.

나. 한방치료기술연구개발사업 지원

한약은 국제적으로 비교 우위에 있는 우리나라의 독특한 지적자산이지만 그간 이를 계승·발전시키고자 하는 노력이 미흡한 반면, 선진국에서는 보완·대체의학 분야에 관심과 투자를 증대하고 있어 비교우위를 상실할 국면에 놓여 있다.

이에 한약이 갖는 효과적인 치료기술을 적극 개발하고자 1998년 「한방치료기술연구개발사업 지원계획(2010프로젝트)」을 수립하였다. 이 사업은 1998년에 국민의 정부 100대 추진 과제로 선정되었고, 2010년까지 뇌혈관질환, 퇴행성관절염, 당뇨, 암 등 만성·난치성질환에 대한 고부가가치 한약제제 및 한방치료기술개발을 통하여 세계 의약시장 진출기반을 조성하고, 한방의료서비스를 통한 국민건강수준을 향상시키는데 목적을 두고 추진할 계획이다.

2010프로젝트는 기초연구단계, 연구심화단계, 실용화단계로 구분하고 1998년부터 2010년(13년간)까지 총 2,087억원을 투자할 계획이나 지금까지 예산투자가 당초계획대비 40%에 불과하고, 실용화 단계에 진입하지 않아 새로운 치료기술이나 한방 신약을 개발하는 등의 가시적인 성과는 다소 미흡한 실정이다.

그러나 한방R&D사업을 통하여 한의과대학의 연구역량을 강화하여 한의학연구의 인프라 구축에 기여하였으며 “노인성 치매의 한의학적 치료방법 및 치료제 개발연구” 및 “관절염에 대하여 연골보호 작용을 나타내는 한약처방의 분자약리학적 작용기전 및 임상연구”로 미국에서 특허등록을 하는 등 실용화 가능성이 있는 연구결과가 점차 증가하고 있는 실정이다.

2007년 12월말 현재 연구개발 실적은 제품화 7건, 기술이전 5건, 국·내외 특허출원 141건, 특허등록 45건 및 국내·외 논문게재 1,026건 등이다.

또한, 2007년 9월 우리 부 주도하에 범부처 「한의학 R&D 중장기 육성·발전 계획(2008~2017)」수립을 위한 기획연구를 진행하였고, 이에 따라 한방치료기술연구개발사업의 목표·성과지표 및 추진체계를 명확히 하고, 실효성을 제고하기 위하여 「한방치료기술연구개발사업 중장기 발전계획(2008~2017)」을 수립하였다.

앞으로도 한의학 분야를 21세기 국가동력산업으로 육성하기 위하여 한의학육성발전 5개년 종합계획에 따라 관리체계를 혁신하여 연구의 효율화를 도모하는 한편, 단계별 사업목표에 따라 한약제제 및 한방의료기기 개발을 위한 연구지원으로 실용화를 도모하고, 한의학의 안전성·유효성 입증을 위한 임상연구를 지원할 계획이다.

다. 고품질의 한약유통 추진

한약은 오래 전부터 질병을 치료하거나 예방하는 등 국민의 건강증진을 위하여 전통적으로 사용되어 왔으며 과거에는 야생약초를 직접 채취·가공·투약하여 품질관리에 큰 문제가 없었다. 그러나 오늘날에는 대부분의 한약재가 재배되면서 농약 등이 사용되고 있으며, 대량의 한약재가 유통되는 과정에서 혼입·변질·부패 등의 위험성도 증대하고 있어 엄격한 품질관리가 요구되고 있다.

이에 따라, 한약의 안전관리를 강화하고 유통을 투명화 하여 소비자를 보호하고 한약관리 인프라 강화를 통한 체계적·종합적 관리로 한약품질에 대한 국민신뢰도를 제고할 계획이다.

이를 위하여 위해물질에 대한 검사 강화, 제조업소 제조품목 연차별 확대(2006년 155종→2007년 255종), 한약재 수급조절제도 개선 및 한약유통실명제 등을 추진하고 있으며, 한약의 품질 및 안전성 확보를 통하여 한방산업 전반에 대한 수요를 확대해 나갈 계획이다.

제 4 절

국민건강증진 및 질병예방관리
사업의 강화

I 범국민 건강생활 실천을 통한 건강증진의 생활화*

1. 우리나라 건강생활 실천현황

우리나라 일인당 담배소비와 성인흡연율은 1990년대 중반을 최고로 1995년 국민건강증진법 제정 이후 감소하기 시작하였으나, 현재 성인남성 흡연율은 세계에서 가장 높은 수준으로 캐나다(17.0%), 호주(18.9%)에 비해 우리나라(한국 52.3%)는 아주 높아 담배의 폐해로부터 국민을 보호하는 것이 아주 중요한 과제이다.

〈표 1-2-5〉 성인 흡연을 국제비교

(단위 : %)

국 가	남 성	여 성	전 체
호 주	18.9	16.5	17.7
캐 나 다	17.0	13.0	15.0
프 랑 스	28.0	19.0	23.0
미 국	19.0	15.1	17.0
일 본	46.9	13.2	29.4
한 국	52.3	5.8	28.9

※ 자료 : OECD, Health Data, 2006, 한국은 2005년 국민건강영양조사 자료임

우리나라 1인당 순수 알코올 소비량은 29개 OECD 회원국 중 19위 수준(2003)이나 선진국에 비해 폭음율과 음주에 의한 사망률이 매우 높으며, 국민 1인당 알코올 소비량이 계속 증가하는 추세로 18세 이상 64세 이하 국민 중 알코올 사용장애(Alcohol use disorder)는 전체 인구의 약 6.8%인 221만명이다(2001, 정신질환 실태조사).

*집필자 : 건강증진과장 신승일

또한, 우리나라 비만인구 비율은 아직까지는 그리 높지 않으나 최근 빠르게 증가하고 있으며, 운동 실천율은 선진국에 비해 매우 낮은 수준으로 20세 이상 성인의 비만인구 비율이 1998년 26.3%에서 2005년 31.5%로 증가하여(국민건강영양조사, 체질량 지수 25 기준) 비만예방을 위한 효과적인 대책을 마련할 필요가 있다.

2. 국민건강증진사업의 필요성

국민건강증진사업은 국민 각자가 자신의 생활양식과 환경을 건강에 유익하도록 변화시키고, 예방서비스를 개선하여 국민의 건강 잠재력을 함양하고, 건강의 위험요인을 감소시킴으로써 건강을 증진하는데 그 목적이 있다.

국민건강증진사업은 국제적으로는 1986년 캐나다에서 개최된 1차 건강증진에 관한 국제회의에서 “오타와 헌장”이 채택되면서 주목을 받게 되었고, 우리나라에서는 1995년 “국민건강증진법”이 제정되면서 시작되었다.

건강수명의 연장과 건강형평성 제고라는 목표를 달성하기 위해 국민건강증진법 제4조 제1항에 따라 지난 2002년 국민건강증진종합계획(HP 2010)이 수립되었고, 중간평가를 거쳐 2005년 새국민건강증진종합계획을 수립하여 국민건강증진사업의 개념을 확립시켰다.

보건소 건강증진사업은 1998년 10월 9개 보건소를 시작하여, 1999년 9개 보건소가 추가되어 총 18개 보건소에서 2001년 6월까지 3년간 시범사업을 하였으며, 이 때에는 각종 예방서비스, 건강증진 활동이외에 질병관리프로그램이 주된 사업이었다. 그 이후 2002년 10월부터 사업을 재계하면서 지역중심의 건강생활실천사업(금연, 운동, 영양, 절주 등)으로 사업방향을 바꾸었으며, 2003년 100개 보건소, 2004년 156개 보건소에서 2005년 전국 보건소로 확대하여 지역실정에 따라 4개 영역사업을 선택적으로 추진하였다.

국민건강증진사업은 앞으로 건강이 개인 행복의 근원인 한편 사회적 자원이라는 관점에서 국가 발전 중심 아젠다로 위치시켜야 하며, 건강증진은 보건복지가족부 뿐만 아니라 타 부처와 지방정부, 민간(기업), 지역사회와 시민사회 등과의 협력과 참여를 통해 달성가능하다는 합의를 통해 추진되어야 할 것이다.

3. 보건소 건강생활실천사업의 활성화

2007년 보건소 건강증진사업은 “건강생활실천사업”으로 전개되었으며, 전국 보건소로 확대하여 건강증진의 개념을 국가 필수사업으로 정착시켰다. 특히 광역자치단체의 역할 강화를 통해 지방 분권화된 사업체계의 운영을 시도하여 지역사회 건강증진 인프라 확충에 중점을 두었다. 사업지원 강화를 목적으로 시·도 건강증진사업지원단을 운영하여 지역사회 민간자원 참여를 확대하였으며, 건강증진 전문인력 교육과정 운영으로 건강증진사업인력에 대한 역량을 강화하였고, 지역건강증진 활성화 전략 포럼 운영을 활성화하였다.

건강생활실천사업은 시·도 단위로 실시한 걷기대회 개최 등을 계기로 시·군·구에도 건강생활실천 분위기가 확산되고 여건이 개선되었으며, 운동사업으로는 노인운동사업, 장수체조 교실, 여성체조교실 등이, 영양사업으로는 질환별 영양상담, 식단 및 보드전시회 개최 등이 그리고 절주사업으로는 절주교육·홍보사업, 절주 모니터링 등이 실시되었다. 또한 이처럼 단위사업별 사업 수행 외에도 영양·운동사업, 금연·영양·운동 등으로 연계, 또는 지역행사와 연계를 유도하였다.

4. 보건소 건강증진사업의 강화 및 개선

2005년 건강증진사업의 전국 확대 이후, 보건소별 다양한 건강증진 프로그램이 실시되어 지역 내 건강증진사업의 필요성 인식이 정착되고 지역사회 건강증진 인프라가 확충되기는 하였으나, 이는 주로 개별 보건소의 자체 건강증진 프로그램 활성화에만 한정되어, 지역사회 및 관련 단체의 포괄적 참여를 유도하지 못하였다.

2008년도부터는 보건소 건강증진사업을 개선하여 “지역특화 건강행태개선” 사업으로 운영하고 있다. 그 동안 지역별로 이루어진 주관적인 대상자 선정에서 객관적 건강지표를 근거로 건강위험행태를 지닌 인구집단을 대상으로 사업을 전개하고, 영역별로 단절된 자체 프로그램 위주에서 지역사회와 연계한 다양한 프로그램과 건강환경 조성 및 제도개선의 확보를 위한 포괄적인 접근방식을 취하도록 하였다.

아울러 기존의 산출지표 중심의 평가에서 사업의 효율성을 검증하고 타당성을 제시할 수 있는 성과중심의 평가지표를 선정하여, 지금까지의 일률적 예산지원 방식에서 사업 담당자 위주의

프로그램 성과 뿐 아니라 지자체의 의지를 반영한 제도 및 환경 개선의 성과를 평가하여 재정 차등지원에 반영토록 하였다.

따라서 앞으로는 그 간의 보건소 건강증진사업 수행 노하우를 바탕으로 지역사회 자원 구축, 건강환경 조성 및 제도 개선을 확대해 나가는 방향으로 사업을 추진할 계획이다.

5. 영양(비만)개선의 실천 등

국민의 영양섭취상태가 개선되고 있으나, 일부 계층은 지나친 영양과잉 및 불균형섭취로 인한 비만과 생활습관성 만성질환이 증가한 반면, 한편으로는 여전히 영양부족의 문제가 심각하여 영양위험군에 맞는 영양교육 및 지도의 필요성이 증대되었다.

이러한 영양교육 및 지도의 일환으로 국민 식생활 목표 및 지침을 수립하여 안내·홍보하고 있으며, 비만예방 및 관리를 위한 범국민적 교육·홍보사업을 시행 중에 있다.

또한 2005~2006년 1, 2차 시범사업에 이어 2007년에는 13개 시·도 20개 보건소에서 임산부 및 영유아 보충영양관리 시범사업을 실시하였으며, 11,162명이 혜택을 받아 빈혈을 개선, 영양섭취 개선 등의 효과를 나타내었다.

6. 질병의 조기예방을 위한 건강검진 강화

지난 27년간 국가건강검진은 비약적인 확대를 거듭했음에도 불구하고 국민들로부터 개선 필요성이 꾸준히 제기되어 왔다. 국민들에게 국가 건강검진은 획일적이고 형식적이며, 질이 낮다는 인식이 팽배한 상황이었다.

이러한 위기의식 속에서 국가건강검진 제도를 개선하기 위한 노력은 2004년부터 시작되어 2006년 새로운 검진 프로그램의 도입을 정책 방향으로 선정하였고, 2007년도에 만40세·만66세를 대상으로 하는 「생애전환기 건강진단」 및 만6세미만 영유아를 대상으로 하는 「영유아 건강검진」사업을 도입하게 되었다.

이 새로운 검진프로그램들은 이전의 국가 건강검진과 비교할 때 의학적·보건학적 근거에 기반 한 건강검진으로 이는 국가 검진 프로그램의 질적 수준을 한 차원 올린 첫 걸음이었다.

「생애전환기 건강진단」은 1·2차 검진을 실시를 통해 질병의 발견 뿐 아니라, 건강위험요인 및 생활습관 개선상담까지 포괄하는 사전예방적인 건강검진을 할 수 있으며, 영유아 건강검진은 영유아의 성장·발달시 주요 건강문제를 추적관리하고 보호자에게 적절한 교육 프로그램을 제공하여 영유아의 건강관리 능력을 높일 수 있다. 또한 두 프로그램 모두 건강보험가입자 뿐 아니라, 의료급여수급자에도 실시하여 국민의 건강형평성을 달성하도록 하였다.

또한, 국가건강검진 제도개선을 위한 노력의 일환으로 '08.3.21 「건강검진기본법」을 제정하여 '09.3.22 시행을 앞두고 있다.

향후, 「건강검진기본법」의 시행을 통해 그간 국가 건강검진의 문제점으로 제기된 부실 검진을 방지하고 검진의 질을 관리할 것이며, 국가건강검진위원회를 통해 생애주기별 건강가이드라인 개발하는 등 지속적으로 국가건강검진을 발전시킬 계획이다.

II 국가 흡연예방 및 금연정책 강화*

우리나라의 성인 남성 흡연율은 2006년 44.1%(한국갤럽조사, 12월 기준)로 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 여전히 최고 수준이다. 흡연으로 인한 조기사망, 질병발생, 화재, 간접흡연 피해 등에 의한 사회·경제적 손실은 연간 약 9조원으로 추정될 정도이다. 그러나 흡연은 가장 예방이 가능한 건강위해 요인이므로 흡연을 감소를 위하여 다양한 정책과 제도 및 법령 등을 강구하였으며 FCTC(담배규제기본협약) 내용의 이행추진을 위하여 국제회의 등에 대해서도 적극 협조하였다.

2007년도에 흡연예방 및 금연정책의 적극적 추진을 위하여 성인남성 흡연율 (43.8%)과 금연클리닉 등록자수(20만명)를 성과지표로 정하고 약 312억의 예산을 확보하여 시·도 및

*집필자 : 건강증진과장 신승일

시·군·구, 16개 시·도교육청, 민간단체 등을 지원하여 금연사업 등을 적극적으로 펼쳐 지속 추진한 결과 성인남성 흡연율을 42%로 감소시켰고 금연클리닉은 297,509명이 이용하였다. 우리나라는 2010년까지 성인남성흡연율을 30%대 수준으로 낮출 수 있을 것으로 기대하고 있다. (〈표 1-2-6〉 예산 참조).

〈표 1-2-6〉 연도별 금연사업 예산의 분포

(단위 : 백만원)

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0	665	646	1,825	4,283	7,814	6,703	8,002	25,961	31,502	31,195

※ 주 : 금액은 예산액 기준(국민건강보험지원 등은 제외)으로 지방비를 포함하지 않은 국비 기준임

※ 자료 : 보건복지가족부, 국민건강증진기금 운용계획 해당년도

1. 흡연예방 및 금연정책의 체계 강화

국가 흡연예방 및 금연정책의 목적은 흡연을 예방하고, 흡연자의 금연을 촉진하며, 비흡연자를 보호하기 위한 환경을 조성하는 것이다. 세부 목표는 첫째, 흡연예방을 위하여 청소년 흡연율을 감소시키고, 흡연시도(흡연시작) 평균연령을 높이는 것이다.

둘째, 금연을 촉진하기 위하여 성인 흡연율을 감소시키고, 금연시도율과 금연 결심률을 증가시키며, 금연상담 또는 치료 경험률을 높이고 셋째, 간접흡연을 방지하기 위하여 금연 구역을 확대하며, 간접흡연으로 인한 노출률을 감소시키는 것이다.

국가 흡연예방 및 금연정책의 전략은 다음과 같다.

첫째, 자치단체, 초·중·고등 및 대학교 등 교육기관, 직장, 민간단체와 연계한 지역 금연 프로그램을 마련하고, 보건소 금연 상담 및 금연 치료프로그램을 제공하는 등 지역사회 중심의 금연 교육·상담·치료를 활성화한다.

둘째, 대상자별로 세분화된 교육·홍보 전략을 다양한 매체를 통해 추진하는 등 전 국민을 대상으로 한 금연 홍보·교육을 강화한다.

셋째, 담배가격 인상, 청소년의 담배에 대한 접근 제한을 강화한다.

넷째, 금연구역 확대 등을 통해 간접흡연으로부터의 노출을 감소시키고자 노력하는 것이다.

2. 흡연구제의 강화

흡연율을 낮추는 방법으로는 금연구역확대 등 비가격정책과 담뱃갑 인상정책이 동시에 추진되어질 때 가장 효과적이다 할 것이다.

이를 위하여 법제도 개선 노력 등을 기울였으나 국회 양승조의원님이 대표발의한 비소 등 6종(나프틸아민, 니켈, 벤젠, 비닐 크롤라이드, 비소, 카드뮴)의 발암성물질을 담뱃갑 앞·뒷면 등에 표기하도록 하는 법안만이 통과됨에 따라 국민의 건강증진을 위한 경각심을 제고시키는 계기가 조금이나마 마련되었다 할 것이다.

또한, 금연관련 법령 이행 준수 점검 등을 실시함으로써 효과적인 흡연예방 정책 등이 이루어질 수 있도록 하였다.

그리고 간접흡연 피해에 대한 인식을 조사(서미경 외, 담배규제를 위한 단계별 금연구역확대 정책수립방안, 2007)에 따르면 현재 흡연자 중 88.6%가 피해를 받고 있다고 대답함으로써 흡연에 대한 규제는 지속적으로 추가 규제가 필요함을 알 수 있었다.

3. 대상자별로 세분화된 흡연예방 및 금연교육·홍보 실시

청소년을 대상으로는 학교, 민간단체, 대중매체 등 다양한 자원을 활용하여 흡연예방을 펼치고 있다. 특히 금연 콘서트·모바일·인터넷 등 문화적 접근을 통해 청소년에게 흡연의 폐해에 대한 메시지를 전달하고 있으며, 인터넷 사이트(<http://www.cleanschool.or.kr> 클린스쿨)을 통해 자발적으로 금연서약 및 학교 뿔내기 등 적극적인 참여가 이루어지게 하였고, 이 중 활동이 뛰어난 학생들에게는 금연콘서트 초청권을, 학교에는 금연우수학교 표창을 주는 등의 사업을 펼쳤다.

또한, 2007년에는 가수 아이비와 이지훈씨를 금연수호천사로 위촉하여 활동토록 한 바 있다. 그리고 대학생을 대상으로 각 학교별로 118개 금연 서포터즈를 결성하여 학내 금연분위기 조성 및 금연구역설정을 위한 여론을 조성하게끔 지원하였고 2007년부터 ‘담배연기 없는 깨끗한 병원(Smoke-Free Hospital) 캠페인’을 전개하여 전국의 46개 병원이 참여하여 적극 전개해왔다.

또한, 여성들을 대상으로는 「여성, 담배를 말하다」전시회를 열어 ‘여성 흡연의 심각성 및 폐해’를 알림으로써 여성들의 흡연예방 및 금연 캠페인을 전개하였다.

일반인들 대상으로는 보건소에서 실시해 온 금연상담 및 금연교실을 강화하고 보건소 금연클리닉과 연계하는 한편, 군인, 직장인 등 보건소를 이용하기 어려운 대상에게는 민간단체를 활용한 이동 금연 교육과 보건소, 사업장, 학교 등에서 금연상담 및 교육이 활성화되도록 보건소 사업담당자, 군·직장·학교 지도자를 대상으로 금연 지도자 교육을 실시해 오고 있으며 의료기관을 방문한 환자에게 의료인에 의한 금연상담이 이루어질 수 있도록 보건의료 전문가에 대한 교육 등을 추진한 결과 7만여명을 교육하였다.

TV 금연 공익광고는, 2007년도에 간접흡연의 폐해를 알리기 위해 「생활의 발견」2편(가족 거실편, 친구 카페편)과 「폭력」3편(연기편, 가족편, 연인편)을 제작, 작품성을 강화하는 한편 흡연의 폐해에 대한 메시지를 한층 강화하여 언론과 대중들로부터 많은 관심을 모았다. 그 결과 ‘소비자가 뽑은 좋은 광고상’ 등을 수상하기도 하였다.

이러한 금연 공익광고와 더불어 어린이, 청소년, 대학생, 여성, 일반인 등을 대상으로 대상자 별로 세분화하여 인터넷, 모바일, 지하철, 포스터, 리플릿 등 다양한 매체를 활용한 금연 캠페인을 전개하였다.

4. 흡연자에게 다가가는 금연 상담 및 치료 서비스 제공

정부는 흡연자의 금연을 돕기 위해 보건소 금연클리닉, 민간단체를 통한 방문 금연클리닉, 금연콜센터를 운영하고 있다. 전국 보건소에서 실시된 금연클리닉은 흡연자 특성에 맞게 금연상담(행동요법)과 니코틴 대체요법(니코틴 패치, 니코틴 껌) 및 부프로피온 처방을 6개월간 무료로 제공하고 있다.

2007년에는 297,509명의 흡연자로서 등록자 중 276,427명이 금연 상담·치료서비스를 이용하였는데, 이용자 중 4주 금연에 성공한 사람은 221,015명(성공률 79.95%), 6주 금연 성공자는 200,558명(성공률 72.55%), 6개월 금연 성공자는 120,807명(성공률 43.66%)으로 나타났다.

금연클리닉에서는 보건소 금연클리닉을 이용하기 어려운 군·경찰, 운송업군, 근로자를 대상으로 140개 기관을 방문하여 금연클리닉을 실시하였다. 금연클리닉 이용자는 7,853명 중 6주 금연 성공자는 3495명(53.8%), 12주 성공자는 2124명(41.3%), 6개월 성공자는 903명(35.5%)로 나타났다.

또한, 금연상담전화(금연콜센터)에서는 보건소 방문이 어려운 흡연자 등에게 금연상담 서비스를 제공하였다. 금연상담전화는 2007년 약 12,183명이 등록하여 금연상담전화 프로그램에 참여하였으며, 월평균 약 1천 건의 인바운드 이용 및 약 6천회의 아웃바운드 상담서비스를 제공받았다.

5. 담배규제기본협약 이행을 위한 국가간 협조

국가간 흡연예방을 위해 WHO의 FCTC 회의 등 2회에 걸쳐 참석하고 제58차 WHO 서태평양 지역총회를 개최함으로써 국제적으로 우리나라의 위상을 제고하였을 뿐만 아니라 적극적인 금연정책의 의지를 나타냈다고 할 수 있을 것이다.

III 전염병 및 만성병에 대한 국가예방·관리체계 확립*

1. 전염병 관리체계의 선진화 구축

20세기 이후 경제성장, 치료기술의 발달 및 위생 향상 등에 힘입어 전염병 발생률이 큰 폭으로 감소하였으나, 최근 지구온난화·국제교류증가·식품수출입 증가 및 생활습관 변화 등의 요인으로 전염병의 발생 가능성이 증대되고 발생 양상이 다양화되고 있다.

과거 유행하던 세균성 이질·말라리아·홍역·결핵 등 재출현전염병은 물론, 사스·조류 인플루엔자 등 신종전염병 및 생물테러전염병의 위협이 증가되고 있는 추세이다.

*집필자 : 질병정책과장 정은경

따라서 이러한 전염병의 효과적인 예방관리를 위하여 국가 필수 예방접종의 보장성 강화, 전염병 발생 조기감시체계 강화, 전염병 예방 대국민 홍보 강화, 전염병 발생 시 신속 대처를 위한 인프라 구축 및 국가 전염병관리를 위한 체계적이고 종합적인 관리대책을 추진 중에 있다.

첫째, 필수예방접종 보장범위 확대를 위해, 2005년에는 영·유아 대상 필수 예방접종에 대해서 보건소 이용자 뿐 아니라 병·의원 이용자의 접종비도 국가에서 지원하는 「국가필수 예방접종 보장범위 확대 시범사업」을 실시하였고, 2006년에는 「보건소 예방접종 보장범위 확대 시범사업」을 추진한 바 있다.

둘째, 전 세계적인 조류인플루엔자 출현으로 신종인플루엔자 발생 및 유행에 대한 대비체계를 강화하고자 '07년 5월 신종전염병 위기상황 대응 전담조직으로 공중보건위기대응팀을 신설하여 보다 조직체계를 더욱 강화하고 있다.

셋째, “범 국민 손씻기 운동본부” 발족('05. 7.)등을 통하여 대국민 손씻기 홍보 활동을 적극 전개하였으며, 조류인플루엔자 인체감염 발생 지역 여행자를 대상으로 한 출국 전 예방요령을 홍보하는 등 전염병 예방을 위한 대국민 교육·홍보활동을 강화하였다.

마지막으로, 신종인플루엔자 대유행대비 기본계획 및 세부계획 수립, 국가격리병상 추가 확보, 항바이러스제제 추가 비축 등 전염병 발생 시 신속하고 체계적인 대처를 위한 관리대책 수립 및 인프라 구축 등을 위해 노력하고 있다.

한편, 신종전염병 유행 등 공중보건 비상사태에 대한 국가간 협력·공조체계 강화를 위해 세계보건기구(WHO)에서 국제보건규칙(IHR)을 전면 개정함에 따라, 우리나라의 전염병 관리 제도 및 질병감시·대응 역량을 IHR 요구수준에 부응토록 정비해 나갈 계획이다.

2. 만성질환 관리 대책 확립

최근 우리나라의 질병 발생 양상은 감염성 질환에 의한 사망률이 뚜렷이 감소되고 있는 반면 만성질환에 의한 사망률은 급격히 증가하고 있다. 이러한 추세는 인구구조의 노령화, 식생활 습관의 변화, 신체활동의 감소 등으로 인해 앞으로도 더욱 심화될 것으로 전망된다.

따라서 이들 질병으로 인한 사회·경제적 피해를 최소화하고 국민의 건강수명을 연장시키기 위하여 만성질환의 사전예방 및 관리 사업을 더욱 강화하는데 중점을 둘 계획이다.

정부는 2000년부터 보건소 중심의 고혈압·당뇨병 관리 시범사업을 추진해 왔으며, 그 성과를 바탕으로 하여 2003년부터는 고혈압·당뇨병 관리사업을 전국 보건소로 확대하였다.

2006년에는 심·뇌혈관질환 종합대책('06.6월)을 수립하고, 우리나라 주요 사망원인인 뇌졸중, 심근경색 등 심·뇌혈관질환과 그 원인질환인 고혈압, 당뇨병에 대한 포괄적인 예방관리 대책을 추진 중에 있다.

2007년에는 천식 등 아토피 질환 예방관리 종합대책('07.5월)을 수립하여, 아토피·천식에 대한 근거중심의 관리방안에 대해 교육과 홍보를 강화하고 원인규명을 위한 연구사업을 시행하는 등 포괄적인 예방관리 대책을 추진 중에 있다.

또한, 만성폐쇄성폐질환, 관절염 등 심각한 삶의 질 저하를 초래하는 만성질환들에 대한 관리대책을 수립하여 추진함으로써, 주요 만성질환에 대한 국가관리체계를 지속적으로 강화해 나갈 예정이다.

3. 희귀·난치성 질환자에 대한 의료비 지원 확대

인간유전체 구조가 규명됨에 따라 유전자 정보를 이용한 질병의 예방과 진단, 치료법 개발 및 연구가 활발하게 진행되고 있다. 하지만, 이러한 노력에도 불구하고 상당수의 희귀·난치성 질환은 그 원인 및 치료방법이 개발되지 않아 많은 희귀·난치성 질환자들이 정신적·신체적 고통을 겪고 있다. 뿐만 아니라 평생 동안 고액의 진료비를 부담해야 하기에 개인이나 가족 단위의 노력을 넘어선 국가 차원의 대책 마련이 절실한 실정이다.

이러한 문제를 해소하기 위한 국가 차원의 지원사업으로서 2000년도에 국내 혈우병 등록 환자(1,451명)에 대한 치료 약품비 109백만원을 혈우재단을 통해 지원한 바 있고, 2001년부터 희귀·난치성 질환(만성신부전증, 혈우병, 고셔병, 근육병)에 대하여 급여비용 중 본인부담금 등을 지원하는 '희귀·난치성 질환자 의료비 지원사업'을 시행해 오고 있다.

또한 더 많은 희귀·난치성 질환자가 혜택을 받을 수 있도록 해마다 지원대상 질환범위를 점차 확대('01년 4종→'02년 6종→'03년 8종→'04년 11종→'05년 71종→'06년 89종→'07년 111종)하고 있는 바, 2007년에는 총 111종의 희귀·난치성 질환자 21,000여명에 대하여 391억원(국고)을 지원하였다. 간병비 역시 지원대상 질환을 3종에서 총 5종으로 확대하고, 지원금액도 월 20만원에서 30만원으로 인상하여 지원하고 있다.

또한 희귀난치성질환자 및 가족에게 과학적 지식에 근거한 신뢰할만한 정보를 제공하기 위하여 질병관리본부 희귀난치성질환센터에 헬프라인 홈페이지를 구축하여 다양한 질환정보를 체계적이고 전문적으로 제공하고, 온라인상담을 해오고 있다.

IV 국가 암 관리 체계의 확립*

1. 국가 암 관리 체계 개요

암은 우리나라 국민의 사망원인 1위로서 전체 사망원인의 27.0%가 암에 의한 사망이다. 정부는 이와 같이 심각한 암을 정복하기 위해 사전예방, 조기검진 등 예방정책과 함께 암 치료 체계를 강화하는 등 다각적인 암 관리 정책을 추진하고 있다.

현재 참여정부가 추진 중인 암 관리 정책은 암을 조기에 발견하여 조기에 치료하는 국가 암 조기검진사업 뿐만 아니라, 최근 암 환자의 증가에 따라 효과적인 치료체계 구축과 함께 암 치료기술 및 진단방법 개발도 적극 추진하고 있다.

2. 국가 암 관리 정책기반 확충

암 발생률 및 암 사망률 증가에 적극 대응하기 위해 정부는 국가 암 관리 정책기반 확충을 적극 추진하고 있다. 1996년 국가 암 관리 종합 10개년 계획 수립하여 2005년까지 인프라

*집필자 : 암정책과장 이민원

구축 등 국가 암 관리사업의 기틀을 마련하였으며, 2006년 제2기 암정복 10개년계획을 수립하여 2015년까지 수행할 더욱 강화된 대책을 마련하였다. 또한 국가 암 관리 사업의 법적 뒷받침을 위하여 2003년에 암 관리법을 제정하여 2004년 3월 이를 시행하였다.

이 후 「암관리법」의 일부 개정(2006.10.28) 과 2007년 4월에는 「암관리법」 시행령 및 시행규칙(2007.4.28)을 일부 개정하게 되었다. 「암관리법」에는 국가와 지방자치단체의 암 예방 및 암 환자에 대한 지원의무를 명시하고 있고 의료인 및 의료기관도 국가나 지방자치단체가 실시하는 암관리 사업에 적극 협조하도록 하고 있다. 암관리법의 주요 내용을 보면 보건복지가족부장관으로 하여금 암 관리종합 계획을 수립하고 국가암관리위원회를 구성하도록 하고 있다.

또한 암예방과 치료기술 발전을 위한 암 연구, 암 등록 통계사업, 암 역학조사, 암 조기 검진 사업, 암환자의료비지원사업, 말기 암 환자 관리사업 실시 등을 규정함으로써 국가 암관리 사업의 계획 및 수행을 위한 법적근거를 명확히 하고 있다.

「암관리법」에 의한 국가암관리위원회 구성·운영은 암 관리종합 계획의 수립 등 암 관리에 관한 중요 사항을 심의함을 목적으로 하고 있다. 위원회는 차관을 위원장으로 하고 암에 관한 학식과 경험이 풍부한 자를 중심으로 15인 이내에서 구성하도록 하고 있다.

위원회의 기능은 국가 암 관리체계 및 제도의 발전에 관한 사항, 암 관리종합 계획의 수립 및 평가에 관한 사항, 연도별 암 관리 사업 시행계획에 관한 사항, 암 연구사업의 기본계획에 관한 사항, 암 관리 정보체계의 개발 및 인력양성에 관한 사항, 암 관리 사업의 예산에 관한 중요 사항 등을 심의하도록 하고 있다.

앞으로 국가암관리위원회는 암 관련 전문가, 언론계, 시민단체, 관계 등으로 구성하여 폭넓은 의견수렴 및 관련기관과의 연계, 협조체계를 강화하여 국가 암 관리사업이 효율적으로 진행될 수 있도록 지원할 예정이다.

또한, 암관리사업의 전국적 네트워크를 구축하기 위해 지역암센터 설치·운영 필요성이 대두되었고, 공공보건의료기반 확충 및 지방화 시대에 부응, 국가차원의 종합적인 암 진료 및 연구, 관리사업 추진 체계 구축을 위해 9개 지방 국립대학병원에 지역암센터를 설치하였다.

지역암센터의 기능은 암 연구·진료·예방 및 암 관리 등을 종합적으로 관리할 수 있는 종합형을 기본모형으로 하고 지역별 특성, 암 관련 수요 및 여건 등을 감안하여 특정기능 위주의 수행 등 기능조정도 가능하게 할 예정이다.

지역암센터가 성공적으로 운영된다면 지역 암 환자에게 양질의 의료서비스 제공 및 경제적 비용 절감 등을 통해 암 환자의 고통을 해소하고 국가 암 관리사업의 전국적 체계 구축 및 암 연구 수준을 높임과 동시에 지역적 보건의료의 발전을 가져올 수 있을 것으로 본다.

3. 암 예방교육·홍보 및 암 등록·통계 사업

암 예방교육·홍보 사업은 국민에게 정확한 암 관련 정보를 제공하고 교육하여 사전에 암을 예방할 수 있도록 금연, 절주 등 건강한 생활습관을 갖도록 유도하는 사업이다. 현재의 치료 기술 등을 감안하면 암 예방은 가장 효과적인 암 관리 정책의 하나이다.

이에 정부는 2006년 10월에 10대 국민 암예방수칙을 제정 공표하였고 이는 국민들이 암을 예방 가능한 질환으로 인식하고, 생활속에서 암 예방수칙을 실천할 수 있는 단초를 제시하였다는데 큰 의의가 있다.

한편, 암 등록·통계 사업은 각 암 종별, 지역별 암발생 추이 등의 정보를 만들고 이를 기초로 암 관리 정책을 수립할 수 있도록 중요한 정책자료 산출의 기능을 수행하고 있다.

또한, 정부는 암 등록·통계 사업의 효율성을 확보하기 위해 2005년부터 국립암센터를 중앙암등록본부로 지정하고 전국에 8개 지역암등록본부를 지정하여 국가 암 등록·통계 사업을 수행하였고 향후 지역암센터를 활용하여 지역암등록사업을 보다 적극적으로 추진하기 위하여 지역암등록본부 이전·신규지정을 추진할 예정이다.

4. 전 국민 5대 암 검진체계 구축

국가 암 조기 검진사업은 암을 조기에 발견, 이를 치료함으로써 암 치료율을 높이기 위한 정책이다. 정부는 1999년부터 의료급여 수급자를 대상으로 위암, 유방암, 자궁경부암에 대한

검진을 실시하고 있으며, 2002년부터 건강보험가입자 중 저소득층을 대상으로 국가 암 조기 검진 사업을 실시하였고, 암 조기검진 대상 암 종도 2003년 간암, 2004년 대장암을 추가하여 5대 암(자궁경부암, 위암, 유방암, 간암, 대장암)에 대한 국가 암 조기검진 체계를 구축하였고, 각 암 종별로 표준검진프로그램을 마련하여 이를 보급하였으며, 각 시, 도와 국민건강보험공단의 검진지원 체계를 연계하여 암 검진의 효율성을 제고하였다.

2005년에는 의료급여수급자 및 건강보험가입자 하위 50%까지 대상자를 확대하여 암 조기 검진을 실시하였고, 2006년부터 도서벽지·장애인에 대한 경감된 보험료를 반영하여 검진 대상을 확대하였으며, 2007년도에는 건강보험가입자 중 건강보험료 기준 지역가입자 63,000원 직장가입자 52,500원까지 검진 대상자를 추가 확대하여 3,929천명에 대하여 조기 검진사업을 실시하였으며, 현재 수검률을 제고하기 위하여 암검진기관 확대, 암이동검진 시범 사업 실시를 준비하는 등 다각적인 노력을 하고 있다.

5. 암 환자 의료비 지원

암 환자에 대한 사후관리 사업은 크게 의료비 지원 사업과 호스피스·완화의료사업으로 구분할 수 있다.

암 환자에 대한 의료비 지원사업은 크게 18세 미만 소아·아동 암 환자에 대한 의료비 지원 사업과 18세 이상의 성인 암 환자에 대한 치료비 지원사업으로 구분할 수 있다.

소아·아동의 암은 평균 70~80% 정도의 높은 완치율을 보이며, 대부분 염색체 이상 또는 유전자 변이 등 선천적 요인에 의해 발병하는 특성을 가진다. 이에 정부는 우선적으로 '02년~'04년까지 소아·아동에서 가장 많이 발생하는 백혈병 환자 총 1,663명에게 의료비로 매년 25억원을 지원해왔다.

2005년에는 지원연령을 16세 미만에서 18세 미만(만 0~17세)으로 상향 조정하였고, 대상 질병도 백혈병에서 전체 암종으로 확대(C00~C97, D00~D09, D37~D48 중 일부)하여 의료비(비급여 포함)를 지원하였다.

이에 따라 지원예산을 25억원에서 70억원으로 대폭 확대하여 암종에 따라 백혈병 및 조혈모세포이식이 필요한 경우 지원액을 1천만원에서 최대 2천만원까지 상향조정하였고, 뇌종양, 비호지킨림프종 등 그 외의 암종은 최대 1천만원까지 지원하고 있다.

2006년에는 소득·재산 기준을 국민기초수급자 선정기준의 300%이하 4인가구 기준 소득이 351만원 이하이면서 재산이 1억9천 8백만원 이하인 경우를 지원대상으로 적용하여 2,046명(5,203백만원)을 지원하였고, 2007년에는 소득·재산 기준을 국민기초수급자 선정기준의 300%이하 4인가구 기준 소득이 361만원 이하이면서 재산이 2억원 이하인 경우를 지원대상으로 적용하여 2,407명(4,425백만원)을 지원하였다.

한편, 18세 이상의 성인에 대한 치료비 지원현황은 다음과 같다.

그 동안 정부는 본인부담상한제, 본인부담보상금제, 항암제 투여일수 확대 등 암 환자를 위한 건강보험의 보장성 강화를 위한 조치를 시행하여 왔으나, 고액의 의료비가 들어가는 암 환자 가정의 경제적 부담을 해소하는 데는 미흡하다는 지적을 받아왔다. 이에 따라 정부는 2005년부터 18세 이상의 저소득층 성인 암 환자에 대해서도 의료비를 지원하게 되었다.

국가 암 조기검진을 통해 발견된 암 환자에 대해서는 법정본인부담금 내에서 2007년 현대 최대 3백만원까지, 의료급여수급자에 대하여는 최대 3년간 전체 암종에 대한 연간 법정본인부담금 최대 1백20만원과 비급여본인부담금 1백만원까지 지원하고 있으며 이에 따라 2007년 29,806명(11,348백만원)을 지원하였다.

또한, 폐암환자 중에서 의료급여수급자 전체 및 건강보험료 기준 지역가입자 63,000원, 직장가입자 52,500원 이하에 해당하는 환자에 대해서는 최대 3년간 연간 1백만원을 정액으로 지원하고 있다.

6. 골수기증사업 및 말기 암 환자 관리사업

한편 백혈병환자 등 골수이식에 의해서만 치료될 수 있는 환자 중 혈연간에 적합한 골수기증자가 없는 환자에게 비 혈연 골수기증자의 골수를 이식하여 치료하는 골수기증사업이 있다. 1994년부터 시작한 골수기증희망자 등록 모집사업은 2007년 말까지 골수기증 희망자 14만 여명을 확보하였으며, 2010년까지는 20만명을 목표로 하고 있다.

골수기증 희망자가 10만명일 경우, 환자의 조직 적합형과 일치하는 기증자를 찾을 확률이 60~70%에 달하며, 20만명일 경우 80%의 조직 적합률을 갖는 것으로 조사되고 있다.

매년 약 800여명의 골수이식이 필요한 환자가 발생하며 이중 200여명만이 비혈연 골수 기증을 통해 이식 받는 것으로 나타나고 있다.

또한, 말기암환자 등 재가 암 환자에 대한 적절한 의료서비스 제공 및 정서적지지 등을 위해 재가 암환자 및 호스피스 완화의료사업을 추진하고 있다.

이와 함께 시범사업의 결과를 바탕으로 2005년 4월 호스피스 완화의료의 제도화를 위해 보건복지가족부에 「말기암환자호스피스사업추진T/F 팀」을 구성하였다.

이를 통해 정부는 우리나라에 적합한 말기암환자 호스피스·완화의료 서비스모형 개발과 함께, 직종별 업무지침, 호스피스 완화의료기관간 환자 의뢰 체계 및 회송체계 구축, 종사자 교육프로그램 개발, 호스피스 완화의료의 법제화 방향 설정, 호스피스 기관 재정지원방안 등에 대해 검토하였다.

그리고 2005년부터 말기암환자 호스피스 기관 지원 대상을 공모하여 15개 기관에 대해 총 2억 4천만원의 예산을 지원하였고, 2006년에는 21개 기관에 총 9억원의 예산을 지원하였으며, 2007년도에는 23개 기관에 11억 5천만원을 지원하여 말기암환자들을 위한 호스피스 지원사업을 추진해 왔다.

향후 말기암환자의 삶의 질 향상을 위한 담당 의료인의 전문적인 교육 강화와 보건 의료 서비스 체계 구축을 위한 보건소 재가암환자 관리 사업과의 연계 방안을 마련할 계획이다.

7. 지역암센터 건립 운영 및 국제암연구소 가입

정부는 공공보건의료기반 확충 및 지방화 시대에 부응, 국가차원의 종합적인 암진료 및 연구·관리사업추진 체계 구축을 위해 지방국립대학병원을 중심으로 지역암센터를 지정하여 운영하고 있다.

지역암센터는 암연구·진료·예방 및 국가 암관리 사업을 종합적으로 수행토록 하고 있으며, 지역별 암연구, 진료관련 수요 및 여건 등을 감안, 지역별로 기능조정이 가능하게 함으로써 지역 주민의 암관련 수요를 충족시켜 나갈 예정이다.

지역암센터는 2004년 전북대, 전남대, 경상대에 이어, 2005년에는 충남대, 부산대, 경북대 병원 3곳이 선정되었으며, 2006년에는 강원대, 제주대, 충북대를 추가로 선정하여 총 9개소로 확대하였다.

또한, 정부는 2006년 국제암연구소 가입을 통해 회원국으로서 세계 각국과의 암에 관한 국제 공동연구를 수행하고, 암연구 관련 최신 정보를 공유하며 교육훈련 프로그램의 교류 등 국제 협력을 증진할 수 있는 기반을 조성하였다.

국제암연구소 가입을 통해 암의 발생원인 규명, 치료, 예방의 각 분야에 대한 연구 및 그 결과에 대한 보급 등을 통해 국가암관리정책 및 국내 암연구 수준 향상을 도모할 수 있게 되었으며, 암연구 인력의 훈련 프로그램 개발 및 국제암연구소 교육훈련 프로그램에 참여 등을 통한 암연구 인력 양성 체계를 구축하게 되었다.

향후 저개발국가에 대한 연구 및 정보 지원, 국가암조기검진사업 등 우리나라의 국가암관리 정책 보급을 통해 대외 이미지 개선 및 국제적 위상제고를 기대할 수 있을 것이다.

V 국민정신건강의 증진*

1. 지역사회 정신보건사업의 강화

지역사회를 중심으로 설치 운영되고 있는 정신보건센터, 사회복지시설 등에서는 정신질환의 예방을 위한 교육·홍보는 물론 지역사회내 정신질환자의 조기발견과 상담 등 치료·재활 프로그램을 통하여 의료기관 등에서의 환자의 탈원화와 사회복지 촉진을 돕는 다양한 프로그램을 실시하고 있다.

*집필자 : 정신건강정책과장 류지형

이를 위해서 정신보건센터를 2007년까지 표준형 92개소, 기본형 59개소를 설치하였으며 2008년부터는 표준형 정신보건센터 128개소, 광역형 정신보건센터 2개소를 설치·운영할 계획이며, 2010년까지 모든 시·군·구에 표준형 정신보건센터 및 정신질환자 사회복지시설을 1개소 이상(246개소)을 설치할 계획이다.

2. 생명사랑 및 자살예방

최근 10년간 사회·경제·문화적 환경 변화 등 여러 가지 요인으로 인하여 자살률이 급증하여 심각한 수준에 이르렀다.

이에 대한 대책으로 정부는 공익광고 등 다양한 형태의 홍보활동을 전개하고 있으며, 특히, 매년 청소년 생명사랑 캠프를 개최하고 있다. 사회 전반적으로 생명존중의식을 확산시키고, 정신적 위기에 처한 사람이 적절한 도움을 받을 수 있도록 필요한 정보를 널리 알리기 위해서이다.

앞으로도, 이러한 생명사랑운동과 함께, 인터넷 유해사이트나 언론매체에 대한 모니터링을 지속하여 유해환경을 개선하고, 고위험군에 대한 직접적이고 전문적인 대응 체계도 마련해나갈 계획이다.

3. 정신질환 인식개선 및 권익증진

정신보건사업의 활성화를 위해서는 정신질환에 대한 국민의 편견이 해소 되어 정신질환자와 그 가족이 사회적 관심과 지원에 의하여 마음 놓고 치료 및 재활서비스를 이용할 수 있어야 한다. 그러나 제대로 치료를 받지 못한 일부 정신질환자가 일으키는 사건·사고에 접하는 일반 국민들은 정신질환자에 대한 부정적 이미지를 갖게 되는 실정이다.

2006년도에 실시한 정신질환실태 역학조사 결과에 따르면 정신분열병 등 정신병적 장애인의 21.4%만이 정신의료서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났는데 이는 사회적 편견과 국민적 관심의 부족으로 상당수의 정신질환자가 적절한 치료와 재활서비스로부터 소외되는 우리의 현실을 일부 반영한다고 하겠다.

따라서 이러한 문제들을 해결하기 위해서 앞으로도 정신질환자 가족, 정신보건관련단체, 자조집단 등을 통해 국민적 관심을 높이고 정신보건센터, 학교, 사회복지기관 등을 중심으로 대국민 교육을 강화하는 한편, 대중매체를 활용한 다각적인 홍보활동을 지속적으로 전개해 나갈 계획이다.

또한 정신보건시설에 대한 인권관련 지도감독을 강화함과 동시에 운영을 내실화하여 환자의 치료·보호환경을 개선토록 노력하고자 한다.

4. 정신질환자 치료·요양여건 개선

2007년 12월말 현재 전국 59개소 정신요양시설에서는 14천여 명에 달하는 가족의 보호가 어려운 만성정신 질환자가 요양서비스 및 사회복귀촉진을 위한 훈련을 받고 있으며 정신의료기관은 1,097개소에 65천여 병상을 보유하고 있다.

이러한 치료·요양시설은 초창기 정신보건사업의 산물이며 앞으로도 필수적인 역할을 수행하여야 할 시설이기도 하다.

따라서 계속해서 정책적 개선을 통해 정신요양시설에서 생활하고 있는 정신질환자의 삶의 질 향상을 위해 시설운영의 전문성과 투명성을 확보하여 보호환경을 개선하는 것은 물론, 정신의료기관에 대한 제도적 보완을 통해 서비스의 질이나 인권보호 수준을 높일 수 있는 방안을 강구하겠다.

5. 음주폐해 예방 및 치료재활 지원

우리사회에 만연한 관대한 음주문화와 불건전한 음주습관은 알코올 사용장애로 인한 심각한 사회경제적 손실로 이어져 왔다. 2006년도 정신질환실태 역학조사 결과에 의하면 연간 18세 이상 64세 이하 인구 중 5.6%인 약 179만명이 알코올에 의존하거나 남용하고 있으며 음주로 인한 질병치료비, 생산성 감소 및 사망에 따른 손실, 사고로 인한 재산피해액 등 사회경제적 비용은 GDP의 2.9%인 약 20조원에 달하는 것으로 추정되고 있다.

이에 2006년 8월 29일 국가알코올종합계획인 “파랑새 플랜 2010”을 발표하고 일반국민, 고위험군, 알코올사용장애자 등 대상자별 음주폐해 예방·감소를 위한 교육·홍보 등 각종 사업을 추진하고 있다.

아울러 지역사회 알코올사용장애자의 조속한 치료·재활 및 사회복귀를 위하여 2010년까지 인구 20만이상 시·구에 알코올상담센터 96개소, 알코올전용 사회복귀시설 18개소를 확충할 계획으로 모든 국민이 음주로부터 안전한 사회환경 조성을 위하여 앞으로도 지원을 강화해 나갈 것이다.

6. 정신건강 증진

현재 우리사회는 산업화와 도시화 등에 따른 급격한 사회경제적 환경의 변화 속에서 상당수의 국민이 정신질환의 위험에 처해 있으며 이로 인해 사회적 부담도 계속 증가할 것으로 예상되고 있다.

정부가 환자를 위해 치료 또는 요양을 받게 하거나 재활훈련을 통하여 사회에 복귀를 시킬 수 있도록 하는 정책도 중요하지만 이보다 더욱 중요한 것은 정신질환의 예방이다.

이에 따라, 정신건강문제의 조기발견 및 중재를 위하여 정신보건센터를 중심으로 아동청소년 정신보건사업을 강화하고 있다. 특히, 2007년부터 실시하고 있는 아동청소년 정신건강 선별검사를 관계부처와 협조하여 단계적으로 확대할 계획이다.

요즘, 심각한 문제로 대두되고 있는 청소년 인터넷 중독문제에 대해서도 기숙형 치료학교 등 다양한 치료프로그램 운영 및 지역연계망 구축 등 지원사업을 추진하고 있다. 스트레스와 우울증의 예방을 위해 관련 예산의 확보와 프로그램을 개발하고 국민의 긍정적 사고와 생명 존중분위기를 저변 확대하는 노력도 병행하여 추진해 나가도록 하겠다.



건강보험 재정안정 및 국민연금 신뢰 제고

I 건강보험 재정안정 및 보장성 강화*

1. 개 요

국민건강보험에 있어 가장 중요한 과제는 보험사업에 소요되는 재원을 어떻게 하면 가장 효율적으로 확보하느냐 하는 문제이며, 우리나라의 건강보험은 사회보험방식에 의하여 재원을 조달함을 원칙으로 하고 있다.

건강보험의 재정부담은 가입자의 부담인 보험료와 보험재정에 대한 정부지원으로 이루어지고 있으며, 보험재정이 안정적으로 운영되기 위해서는 수입과 지출이 균형을 이루어야 한다. 이는 가입자가 부담하는 적정수준의 보험료와 국고지원금을 포함한 수입 범위 내에서 지출이 이루어져야 함을 의미한다.

우리의 건강보험 재정은 1996년 이후부터 급여범위의 확대, 수가인상, 수진율 증가, 노령인구 및 만성질환 증가 등의 영향으로 지출이 수입보다 상대적으로 높아 적자폭이 심화되어 2001년에는 4조 1,978억원의 당기적자가 발생하는 등 재정적자가 심각한 수준에 이르렀으며, 이에 따라, 2001년 5.31. 재정안정대책과 두 차례의 추가대책을 수립·추진하였다.

2006년 말, 재정안정대책의 일환으로 추진되었던 「국민건강보험재정안정화특별법」에 의해 5년간 한시적으로 지원받던 담배부담금 지원금을 향후 5년간 지속하도록 하고, 감소추세에 있는 지역가입자 비중을 감안, 국고 지원방식을 전체 “보험료 예상수입액”에 연동하도록 하는 「국민건강보험법」 개정이 이루어져 향후 건강보험 재정의 안정적 유지를 위한 기반을 마련하였다.

*집필자 : 보험정책과장 임종규

2. 건강보험 재정안정화 대책 추진

가. 추진 경과

건강보험재정은 보험료 수입보다 지출이 많은 구조적 적자요인과 1998년 의료보험 통합, 2000년 의약분업 실시 등 보건의료 환경 변화에 따라 2000년에 1조 90억원의 당기 적자를 기록하였으며 2001년 말 4조 2천억원의 재정적자가 발생하는 등 보험재정이 급격히 악화되었다.

이에 정부에서는 재정위기 극복을 위해 국민부담을 최소화하면서 정부 및 공단, 의약계, 가입자 4者の 공동노력을 통해 재정적자를 해결한다는 원칙 하에 「건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책」을 발표(2001.5.31)하고 2006년까지 5년 내에 보험재정 적자를 완전히 해소하여 건전재정기조를 회복기로 하였다.

이어서 참조가격제 시행 지연 등에 따른 재정 차질 보완을 위해 보험적용일수 365일 제한, 일반의약품의 비급여 전환 등의 내용이 담긴 「건강보험 재정안정 추가대책(2001.10.5)」과 약가재평가 등 약품비 절감을 위한 3차 추가 보완대책을 수립·시행하였다(2002년 4월).

또한 동 대책을 강력하고 일관성 있게 추진하고 조기에 재정안정을 도모하기 위하여 「국민건강보험재정건전화특별법」을 제정(2002.1.19)하여 제도적 기반을 구축하였다.

나. 재정안정 종합대책 주요 내용

건강보험 재정안정 종합대책은 수가·급여제도 개선을 통한 지출억제, 정부 재정지원확대, 연차적인 보험료인상 등 재정수지 구조 효율화 방안을 마련하여 2003년 당기흑자를 이루고 2006년까지 누적적자를 해소하는 것을 주요 골자로 하고 있다.

재정지출 억제 방안으로는 처방·진찰료 통합 인하, 진찰·조제료 체감제, 야간가산 적용시간 변경 등 수가인하 조치와 본인부담금 조정에 따른 급여비 절감, 허위·부정청구 및 편법진료 의심 의료기관 집중조사, 지속적인 약가 조사·관리」를 통한 급여비 누수 차단 등이 있다.

또한, 재정수입 확충을 위해서 2006년까지 매년 보험료를 인상하는 한편 장기체납자 분할 납부제 도입 및 자동이체 제도 활성화 등 보험료 징수율을 높이기 위한 다각적인 대책을 시행하고, 연소득 5백만원이 넘는 자유직업종사자를 지역가입자로 전환하는 등 소득 있는 피부양자 발굴 노력을 지속하였다.

「국민건강보험재정건전화특별법」을 제정하여 보험료와 보험수가를 동일한 기구에서 심의·조정하도록 하기 위한 건강보험정책심의위원회를 구성·운영하고 지역보험재정의 50% 정부지원을 법제화하는 한편, 의료인력, 특수의료장비 설치 등 재정안정을 위한 장치를 마련하였다.

〈표 1-2-7〉 연도별 건강보험재정 현황

(단위 : 억원)

구 분	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
수 입(A)	78,491	86,923	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,878	252,697
지 출(B)	87,092	95,614	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,625	255,544
당기수지	△8,601	△8,691	△10,009	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847
수지율(B/A)	110.9	110.0	110.6	120.7	105.5	93.6	91.6	94.2	100.3	101.1
누적수지	30,359	22,425	9,189	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951

다. 재정안정대책의 상시적 추진

건강보험제도 발전을 위한 큰 과제 중 하나는 가능한 빠른 시일 내에 보험 재정을 안정화하고 건강보험의 보장성을 높이는 것이다.

최근의 추세를 살펴보면 고령화가 급속하게 진행되고, 이에 따라 만성질환자가 늘어나고 있으며, 신의료기술이 쏟아져 나오는 등 환경이 변화하면서 건강보험에서 급여비로 지출되는 돈도 매년 10% 이상씩 늘어 거의 매 5년마다 그 규모가 2배씩 커져 가고 있는 것이 사실이다.

보험료로 이를 충당하기 위해서는 매년 5% 이상 꾸준히 보험료를 인상해야만 수지 균형 유지가 가능할 만큼 그 증가속도가 매우 빠르고, 가입자들의 경제적 부담도 커지고 있다. 여기에 보장성 강화 등 건강보험의 급여 확대조치는 보험료 추가 인상으로 이어질 수밖에 없는 구조다.

따라서 건강보험 재정 안정화를 위해서는 정부가 지금까지 수립한 다양한 재정안정대책을 꾸준히 추진하면서 보다 근본적인 재정안정대책을 수립·시행해야 할 필요가 제기되는 것이다.

2007년에는 약제비 절감방안의 본격적인 추진과 함께 2001년부터 제기되어 온 소액 외래 진료시 본인부담률 정률제 시행 등 다양한 재정 안정대책을 추진했다. 그러나 이러한 단기적인 재정안정대책과 함께 수가체계를 비롯한 의료시스템의 구조적 개선, 보험료 및 재정 부담 등 국가와 민간의 역할 분담에 의한 장기적 재정 확보 대책을 단계적으로 마련해 나가야 할 것이다.

3. 건강보험 보장성 강화

가. 추진 배경

지금까지 우리나라는 저부담·저급여 체계를 유지해 온 결과, 보험료 부담수준이 선진국의 3분의 1 내지 4분의 1 수준에 불과하였으며 이에 따라 보험급여 범위와 수준도 낮은 편에 속했으나 최근 생활수준의 향상으로 국민의 의료이용 행태가 변화되고, 암 등 만성질환으로 인한 질병 치료와 첨단의료기술의 발달 등 의료비 부담이 크게 증가됨에 따라 보장성 확대에 대한 요구도 증가하고 있다.

한편, 고액·중증질환자의 경우 의료비 부담이 과중하여 가계파탄 등을 초래하는 사례가 있으며, 이는 보험에 가입하였음에도 보험혜택이 적은데 대한 불만과 건강보험제도 자체에 대한 불신으로 이어질 우려도 있어 2004년 이후의 안정적 재정 운용을 바탕으로 건강보험의 보장성 강화 방안을 적극적으로 추진하게 되었다.

이미 2004년 7월부터 본인부담 상한제를 시행하고 있으나, 보다 체계적이고 지속적인 보장성 강화 방안이 요구되어 2005년 6월 당정협의를 대국민 공청회를 거쳐 「건강보험의 보장성 강화 로드맵」을 마련하여 발표하였다.

동 방안 마련을 위하여 건강보험공단과 심사평가원의 관계자와 관련 전문가 그룹이 참여한 「건강보험혁신TF」를 구성하였으며, 수많은 논의과정을 거쳐 암질환자 등 고액의 중증환자에 대하여 집중적으로 지원하는 전략을 도출하는 한편, 보편적 진료 영역에 대한 보험적용도 지속적으로 확대하여 궁극적으로 70%를 상회하는 건강보험 보장률을 달성할 수 있는 전략적 토대를 마련하였다.

나. 「건강보험 보장성 강화 방안」의 주요 내용

우리나라 건강보험의 보장률은 2004년 기준으로 약 61.3% 지나지 않아 선진국에 비하여 낮은 수준의 보장률을 보이고 있다. 특히 암환자의 경우에는 약 49.6% 수준으로 절반에도 미치지 못하는 수준을 보이고 있어 지속적인 건강보험의 발전을 위해서는 보장 수준의 획기적인 향상이 급선무라고 할 수 있다.

「건강보험의 보장성 강화 방안」은 진료비 부담이 큰 중증환자의 부담 경감에 초점을 맞추고 있다. 과중한 의료비로 인한 가계파탄을 막고 사회안전망으로서의 역할 강화를 위하여 진료비 부담이 큰 중증환자의 보장률을 높여 부담을 경감하는 것을 일차적인 목표로 삼았다.

그리하여 건강보험의 보장성을 선진국 수준까지 단계적으로 향상시켜 2008년까지 70% 이상의 수준으로 향상시키는 것을 목표로 하여 단계적으로 보장성을 강화하는 것이었다. 이에 소요되는 재원마련을 위한 적정 보험료 인상이 불가피함을 국민에게 설득하고 사회적 합의를 유도하는 것이 필요하였다.

보장성 강화 방안 도출을 효율적으로 추진하기 위하여 보건복지가족부·건강보험공단 및 건강보험심사평가원의 관계자를 주축으로 하면서 관련 전문가를 참여하여 구성된 「건강보험 혁신TF」를 한시적으로 설치·운영하였다. 동 TF를 통하여 각종 조사와 함께 건강보험 보장성의 획기적 강화를 위한 세부추진계획을 마련하였다.

〈표 1-2-8〉 2008년까지의 보장성 강화 계획

	2005년	2006년	2007년	2008년
보장율	64%	68%	70%	71.5%
(암환자)	(64.4%)	(70.1%)	(75%)	(76%)
(투입재정)	(1조5천억원)	(1조원)	(7천억원)	(5천억원)
집중지원 중증질환	3개 상병군	4개 상병군	7~8개 상병군	9~10개 상병군
개별비급여 보험적용	항암제 등	식대 초음파·PET	기준병실 확대	
보험료율 인상	2.38%	3.5% 이상	6% 이상	3.5% 이상

2008년까지의 보장성 강화 계획에는 집중 지원하는 중증질환을 단계적으로 확대하는 내용과 2005년에는 암등 중증질환의 진료비 부담을 중점적으로 경감하는 방안을 마련하는 한편, 2006년 이후에는 입원시의 주요 건강보험이 적용되지 않는 항목 중 식대와 기준병실 확대를 통한 상급병실료차액의 부담에 대해 건강보험을 적용하는 것이 주요 내용이었다.

이를 위해 2005년 1조 5천억, 2006년 1조, 2007년 7천억, 2008년 5천억 등 재정 투입 계획과 함께 2005년 2.38%, 2006년 3.5% 이상, 2007년 6% 이상, 2008년 3.5% 이상 등 보험료 인상계획을 마련하였다.

우선 환자본인부담의 크기, 위급성, 치료효과성 등의 급여확대 우선순위를 기준으로 전문가들이 평가한 결과 암질환, 뇌혈관질환 및 심장질환이 우선적으로 지원이 필요한 질환군으로 선정되었다. 이후, 이들 질환군에 대한 구체적 지원 방법이 논의되었는데, 암환자의 경우 관련 비급여 항목의 급여화와 법정본인부담률을 20%에서 10%로의 인하를 동시에 시행하는 방안이 추진되었다.

이와 함께 항암제 등 암환자 치료에 필요한 의약품의 보험 인정에 대하여는 관련 의학회가 중심이 되는 중증질환심의위원회를 설치하여 환자중심·현장중심의 융통성있고 신속한 의사결정이 이루어질 수 있도록 하여 실질적인 의료비 경감이 가능하도록 하였다.

아울러 사회적 약자에 대한 건강보험의 지원을 집중함으로써 사회적 연대 강화에 기여할 수 있도록 하였다. 장애인 등에 대한 의약분업 예외 경감 조치, 희귀·난치성 질환 약제 보험급여화, 간이식술 등 장기이식수술 보험급여화, 6세 미만 입원아동 본인부담금 면제 및 외래본인부담 경감 등 그간 고액의 의료비로 적지 않은 부담을 안을 수밖에 없었던 부분에 대하여 건강보험 지원이 실시되었다.

한편, PET(양전자단층촬영)는 암진단에 주로 사용되는 검사로 비용이 평균 100만원대로 매우 부담이 큰 항목이었는데, 암환자에 대한 보장성 강화의 일환으로 2006년 6월부터 건강보험을 적용하였다.

〈표 1-2-9〉 건강보험 적용범위의 확대 현황

- 2004. 1. 암환자, 62개 희귀질환자 외래진료비 산정특례
- 2004. 3. 감마나이트 수술
- 2004. 7. 진료비 본인부담액상한제 실시
- 2005. 1. MRI 보험 적용, 분만시 본인부담 면제, 정신질환외래 본인부담 경감(30~50% → 20%)
- 2005. 3. 만성신부전환자 조혈제 건강보험 적용기준 완화
- 2005. 4. 장애인보장구(전동휠체어 등) 건강보험 적용 확대
- 2005. 6. 골다공증 치료제 건강보험 적용기간 연장(90일 → 180일)
- 2005. 9. 암 등 고액중증질환 보장성 강화(법정본인부담 인하 20% → 10%)
- 2006. 1. 만 6세미만 입원아동 본인부담금 면제, 장기이식수술 건강보험 적용전환(간, 심장, 폐, 췌장), 특정 암 건강검진 본인부담율 경감(위암, 유방암, 대장암, 간암 50% → 20%)
- 2006. 6. PET, 식대 건강보험 적용
- 2007. 6. 희귀난치성환자 외래경감확대(15개항목), 화상진료 및 전문재활치료 활성화, 장애인임산부 진료 활성화, 자연분만 및 모유수유 활성화
- 2007. 7. 진료비 본인부담상한제 확대(6개월 3백만원 → 6개월 2백만원)
- 2007. 8. 만6세미만 외래본인부담 경감(성인의 70%수준으로)
- 2007. 11. 영유아 건강검진 본인부담경감

식대는 입원 시 모든 환자가 부담해야 하는 것으로 보험이 적용되지 않는 전체 입원 진료비의 20.7%를 차지하고 있을 만큼 질환에 상관없이 부담이 큰 항목이었는데, 입원환자의 비용부담 경감을 위해 2006년 6월부터 건강보험을 적용하였다.

또한, 2007년 7월부터 본인부담상한액을 200만원으로 낮추어 고액중증질환자의 본인부담을 크게 감소시키고 있다. 따라서 정책효과가 감소된 본인부담보상금제도는 폐지하였다.

다. 보장성 강화의 성과 및 향후 추진 방향

건강보험공단이 환자들의 부담률에 대한 조사를 실시한 결과 2004년도에는 49.6%에 불과했던 암환자의 보장률이 2006년도에는 70.1%로 20.5%p나 높아졌고, 특히 외래에서는 73% 수준으로 높아졌다.

앞으로도 건강보험의 보장성을 지속적으로 향상시키고자 한다. 지속적인 건강보험 보장성 강화를 위해서는 적지 않은 자원 투입이 필요하다.

이를 위해서는 지속적인 국고지원과 적정수준의 보험료 인상이 불가피하다. 이와 함께 급여비 지출의 합리화를 병행 추진할 계획이다. 가벼운 질환 등 외래환자의 급여비 지출을 경감하고 고액이 소요되는 질환에 집중할 수 있도록 급여비 지출 구조를 합리화할 필요가 있다.

이와 같이 건강보험의 보장성 강화를 위한 제반 정책 수단들이 단기적인 효과를 거두는데서 그치지 않기 위해서는 장기적인 재정 확보 대책 마련이 필수적이다. 향후 상시적인 재정 지출 모니터링과 비용절감형 재정 운용을 통해 재정 안정 기조를 유지하려는 노력을 병행하여 건강 보험제도에 대한 국민의 신뢰를 확보해 나갈 것이다.

II 국민연금 신뢰제고*

일반적으로 연금은 시작하기 어려운 제도라고들 한다. 혜택은 멀리 있고, 부담은 당장 발생하기 때문에 장기적인 시각을 가지고 미래를 준비한다는 것이 쉽지 않기 때문이다. 오늘의 1원이 미래의 1원보다 값어치가 있고, 필요할 때 당장 사용하는 것이 더 유용하다고 생각되는 것이 그러한 점들을 말해준다.

일찍부터 많은 국가에서 연금 제도의 필요성을 인정하고 도입, 운영해 온데 반해 우리는 상당히 늦게 제도를 도입하였다. 영국, 독일, 스웨덴 등 선진 복지국가에서는 연금의 역사가 100여년에 이르고 있으며, 노후의 소득원의 상당부분을 공적 연금에 의존하고 있다. 반면 우리나라의 국민연금은 1988년 도입되어 이제 20년이 갓 넘었고, 전 국민에게 국민연금을 적용하게 된 것은 1999년이어서 10년이 채 되지 않았다.

그러나 국민연금은 제도도입 후 10년 만에 전 국민에게 확대 적용되어 제도 확대에 걸린 시간이 매우 짧은데 그 이유는 무엇보다도 인구의 고령화 속도가 세계 최고수준으로 빠르게 진행되고 있다는 점을 들 수 있을 것이다.

*집필자 : 국민연금정책과장 고득영

서구와 북미 여러 국가들은 당시 노인인구가 많지 않았던 시기였던 만큼 급하게 제도 확대를 해야 할 필요성이 많지 않아 전 국민에게 제도를 적용하기까지 상당한 시간이 걸렸다고 볼 수 있다.

국민연금은 1988년 도입된 이후 올해로 20년을 맞이하면서, 많은 우여곡절이 있었다. 특히 국민연금 안티사태가 났던 2004년에는 연금에 대한 불신이 극에 달했다.

2004년도「국민연금 8대 비밀」문건이 인터넷상에 유포되기 시작하면서 국민의 불신이 급격히 증가하게 된 ‘국민연금 안티사태’의 주요 원인은 2003년부터 추진되어 온 재정안정화를 위한 법 개정에 대한 거부 반응 및 기금운용에 대한 불신과 함께 국민연금 사각지대 해소를 위한 적극적 관리에 대한 불만 등이 혼재되었다고 볼 수 있다. 또한 사회보험의 특성이나 취지에 대한 오해, 사실에 대한 잘못된 인식 등도 한몫했다.

당시 연금법 개정이 추진되자 국민들은 부담은 계속 늘고 노후에 받는 연금액의 가치는 형편없이 낮아지는 것은 아닐까 우려하기 시작했고, 언론에서는 2047년 기금이 소진된다는 1차 재정계산결과를 대대적으로 보도하면서 이를 부채질했다.

한편 기금운용에 대한 불신도 이러한 제도 불신을 가중시켰는데, 기금운용에 대한 불신은 2000년 폐지된 공공자금관리기금법에 의한 연기금의 공공자금계정 예탁 경험(1994년부터 1999년까지 강제예탁규정이 있었음.) 및 주식시장이 나쁠 때마다 가끔씩 언론에서 터뜨리는 기금손실 보도 등이 큰 몫을 했다고 볼 수 있다.

1. 국민연금 불신의 원인

그간 나타난 국민연금 불신의 원인은 크게 세 가지로 구분하여 볼 수 있다. 먼저 연금의 수급 구조 불균형에 따른 재정 불안정으로 향후 연금을 받지 못한다는 불안감에서 기인하는 것, 두 번째로는 강제가입에 대한 불만과 기금운용 등 연금제도 운영에 관한 것, 그리고 사회보험에 대한 공감대 부족 및 오해로 인한 것이 그것이다.

가. 연금수급 불안에 따른 불신

국민연금은 초기 근로세대가 노령세대를 부양하는 구조로써 저부담·고급여 체계로 설계되었다. 즉 현재의 근로세대가 보험료를 납부하여 기금을 적립하고 향후 연금을 수급할 때

납부한 보험료보다 많은 금액을 받도록 하였으며 보험료 및 급여 조정 등의 재정 안정화 조치를 통하여 기금이 유지되도록 되어 있다.

연금의 재정방식은 크게 부과방식(pay-as-you-go system)과 적립방식(funded system)으로 나뉘는데, 부과방식은 정부재정운용과 유사하게 기금 적립 없이 매년 지급될 연금지출액을 미리 산정한 후 그에 맞는 보험료를 걷어 들어 수급자들에게 나누어주는 방식이며, 적립방식은 가입자가 내는 보험료와 운용수익을 쌓아두고, 나중에 이 돈에서 연금을 지급하는 방식이다.

국민연금은 두 방식을 조합한 부분적립방식(partially funded system)으로 부과방식에 비하여 제도도입 이후 상당기간 적립금이 많이 쌓이게 되지만, 보험료와 이자를 합친 것보다 연금지급액이 훨씬 많기 때문에 수급구조를 그대로 유지한다면 차차 부과방식으로 전환될 수 있다.

그간 이러한 수급 불균형으로 인하여 재정 불안정이 이슈화되어 왔고, 실제로도 현재 기금이 고갈되어 급여를 받지 못한다고 생각하는 사람들이 상당수 있다. 또한 장기보험의 특성상 연금수급을 하는 사람이 얼마 되지 않아 국민의 연금수급 경험이 적은 점도 중요한 요인인데, 이는 특히 젊은 계층의 제도회피 경향을 발생시키는 원인이기도 하다.

나. 국민연금 운영상의 불신

국민연금제도에 대한 적용과정에서 오는 불신에 대해 살펴보면, 먼저 상대적으로 고소득인 사업장가입자들과 달리 본인의 전액 보험료 부담에 따른 지역가입자들의 상대적 불만이 있다. 또한 지역가입자의 주류인 자영업자의 소득과 이익이 개선되지 않고 있어서 사업장 가입자와의 형평성 문제가 제기되고 있다.

이러한 제도 운영상의 문제는 현행 국민연금제도 자체에서만 문제가 아니라 국가 전체적인 문제, 즉, 소득 인프라 구축의 문제라고 볼 수 있다. 소득과 이익이 제대로 되지 않음으로써 납부 예외자와 체납자를 적절하게 관리하기 어렵고 이로 인하여 노후 소득보장의 적정성 문제까지 제기되면서 제도에 대한 불만과 불신이 더욱 커지게 되었다고 보여 진다. 납부예외자나 체납자의 경우 실제로 소득이 없어서 문제가 된 경우에는 크게 문제되지 않으나, 소득이 존재함에도 불구하고 보험료를 내지 않는 것은 큰 문제라 할 수 있다.

또한, 기금운용에 대한 불안도 중요한 불신의 원인이라 할 수 있다. 과거 정부에서 강제 예탁함으로써 기금운용의 투명성을 손상시킨 것이 마치 정부가 기금을 싹짓돈처럼 가져다 쓴 것으로 오해하게 한 것이다. 실제로 국민연금 신뢰도 조사를 보면 국민연금을 신뢰하지 못하는 가장 큰 이유는 ‘기금운용을 잘못하고 있어서’이며, 다음으로는 ‘강제로 가입하게 해서’, ‘노후 생활에 별 도움이 안 될 것 같아서’의 순으로 나타나고 있다.

이 중 국민연금 기금관리가 잘못되고 있다고 생각하는 가장 큰 이유는 ‘정치논리 등 다른 목적으로 사용하기 때문에’가 가장 많았으며, 그 다음으로는 ‘원칙 없는 기금관리 때문에’, ‘수익을 많이 내지 못하고 있기 때문에’의 순으로 나타난다.

다. 공적 보험에 대한 이해와 사회적 수용성 부족

제도 불신의 가장 큰 이유 중 하나로 사회보험방식 국민연금제도에 대한 인식부족을 들 수 있다. 사회보험의 주요 특징인 강제가입, 세대간 및 세대내 소득재분배기능, 기여와 급여가 명확하게 연계되지 않고 소득보장을 주요 목적으로 하는 급여제도에 대한 인식과 이해부족은 제도에 대한 불만을 유발하고, 나아가서는 제도의 필요성조차 거부하게 만드는 요인이기도 하다. 이것은 장기간에 걸쳐 제도적용을 확대한 선진국과 달리 급속하게 제도를 확대 적용한 우리나라의 불가피한 현실적 한계일 수도 있다.

한편, 보험 설계사 등이 개인연금 가입을 유도하는 과정에서 국민연금에 대한 잘못된 정보 (개인연금보다 수익이 떨어진다는 등)를 제공한 것도 국민연금에 대한 불신을 가중시킨 원인 중 하나로 볼 수 있으며, 대중매체들이 국민연금에 대해 잘못된 보도를 한 것도 한 요인이다.

2. 신뢰 제고를 위한 노력

가. 연금수급불안 해소 대책

현행 국민연금제도의 구조적 모순인 저부담-고급여 체계를 적정부담-적정급여로 개선하기 위해 정부는 지난 2003년 국민연금발전위원회에서 제안한 국민연금재정안정화 방안을 기초로 국민연금의 재정안정화 및 제도 개선을 위해 국민연금법 개정을 추진하였으며, 동 개정안은 4년 만에 이르는 긴 논의 끝에 2007년 7월 3일 국회를 통과하여 2007년 7월 23일 공포·시행되었다.

기존 제도가 유지될 경우 국민연금제도는 2047년에 기금이 소진되어 부과방식으로 전환되어 후세대가 지나치게 높은 보험료를 부담할 수밖에 없었으나, 금번 개정으로 인해 기금의 소진 연도가 2060까지 연장되어 향후 50년간 안정적인 연금 지급이 가능하게 되었다.

또한, 국민연금 기금관리 및 운용현황 등 기금운용 실태에 대한 공시 및 홍보를 강화하여 연금재정 및 기금운용에 대한 불신을 해소하는 노력을 지속하고 있으며, 국민연금 재정불안정 등 사실과 다르게 전달될 수 있는 내용에 대해서는 기자 설명회의 정례화 및 언론인 간담회 실시 등으로 왜곡·허위보도를 사전에 예방하기 위해 노력하고 있다.

나. 국민연금 운용 효율성 제고

신고기준소득의 합리적 개선과 지역가입자의 내실화(징수율 제고 및 납부예외자 해소 대책 등)를 적극 추진하여 가입자간 제도 적용상의 형평성 문제를 완화할 수 있도록 하며, 불만의 주된 원인인 강제·직권 위주의 업무관행을 이해와 설득에 의한 업무수행체제로 전환하였다.

지난 2004년 인터넷상에서 국민연금반대운동이 전개되면서 제기된 제도 운영상 문제점에 대해서는 국민연금제도개선협의회를 설치하여 개정 법률안에 적극 반영하였고 2007년 현재 국민연금자문단제도를 운영하면서, 제도개선 사항을 지속적으로 수렴하고 있으며 국민연금에 대한 국민의 사회적 합의를 이끌어 내기 위해 간담회, 토론회 등 논의공간을 마련해왔다.

또한, 정부내 강제예탁규정은 이미 폐지하였으며, 100여명에 이르는 투자 전문가들에 의해 운용하고 있어 기금운용의 투명성과 전문성을 강화하였으나 아직도 이에 대해 오해하는 국민들이 많은 것이 사실이다. 현재는 기금운용체계를 보다 선진화하는 방향으로 법 개정을 추진하고 있다.

다. 제도의 인식제고·오해불식

국민연금제도에 대한 인식부족이나 오해에서 오는 불신에 대해서는 다양한 매체를 통한 높은 수익률 등 제도의 장점을 집중적으로 홍보하고 있으며, 적시에 정확한 정보를 제공함으로써 국민연금제도에 대한 잘못된 정보를 교정하고 있다. 저출산·노령사회에 대응하는 대책의 필요성에 대한 대국민 설득 작업을 계속 실시하여 국민연금의 중요성에 대한 인식이 확산되고 있으며, 이에 공단에서는 노후대비 컨설팅서비스를 상설화하고 내연금알아보기 캠페인 및 국민연금 설명회를 개최함으로써 국민연금에 대한 인식을 제고하고 있다. 또한,

국민연금에 대해서는 이해를 강화할 필요가 있으며, 이를 위해서 사이버 토론회 · 정보검색 대회 개최, 극장 · 인터넷 배너광고 등 홍보대책을 수립 · 시행해오고 있다.

아울러 국민연금법 개정 이후 국민연금 급여율 하락에 따른 국민연금 신뢰도 하락에 대한 대비책을 마련, 4대 중점 추진과제를 선정(선제적 언론 퍼블리시티 강화, 온 · 오프라인 기획 홍보 다양화, 고객밀착형 커뮤니케이션 홍보, 무방문 고객서비스 확대)하고 국민연금 신뢰 회복을 위한 홍보를 강화하고 있다. 가입자, 수급자등 연금고객에 대한 만족도 향상 대책도 수립 · 추진중으로 CSA 전문인력을 양성하고, 상담프로그램을 개발, 운영중이다.

3. 향후 과제

국민연금의 신뢰를 높이는 것은 단기간에 쉽게 달성될 수 있는 것들은 아니며, 바른 제도 발전의 방향을 설정하고 한 걸음 한 걸음 진심을 다해 나아갈 때에 서서히 해결될 것이다.

특히 여러 노력들이 국민연금제도에 대해 국민들이 올바른 인식과 공감대를 형성하는 경우 성과를 보일 수 있다는 점에서 국민연금제도에 대한 인식을 향상시키는 것이 매우 중요한 것이라 할 수 있다. 국민연금 제도에 대한 지속적인 대국민 설득작업 및 제도 설명을 실시하는 등 세심한 홍보와 설득이 필요하다고 하겠다.

또한, 기금운용도 지금까지 잘 해왔지만 수익률을 보다 높여 가입자의 보험료 부담을 조금이라도 완화시키는 방향으로 운용해야 할 것이며 운용체계 또한 보다 선진화시키는 노력을 다하고, 정치적 위험으로부터 독립성을 확보하여 가입자의 이익을 보호하고 기금운용에 대한 신뢰를 높여나가야 할 것이다.

세계적으로 고령화가 심화됨에 따라 각국은 공적 부문과 사적부문에서의 소득보장 제도를 조화시켜 국민들이 노후를 준비할 수 있도록 노력하고 있으며, 우리나라도 국민연금 등 공적 연금에만 노후소득보장을 의존할 수는 없으므로 국민연금을 근간으로 하여 공적, 사적 소득보장제도가 역할을 적절히 분담해야 할 것이다.



제2부 부문별 보건복지가족 정책

2007

보건복지가족백서

국민기초생활보장 제도 - 제 3 장

사회복지서비스 - 제 4 장

사회복지 인프라 확충 - 제 5 장

건강보험 - 제 6 장

국민연금 - 제 7 장

보건의료정책 - 제 8 장

보건산업 육성사업 - 제 9 장

의약품·식품정책 - 제10장

국민건강 증진정책 - 제11장

한방정책 - 제12장

정책혁신 - 제13장

정책홍보 관리 - 제14장

제3장

국민기초생활보장 제도

제1절

국민기초생활보장 *

I 제도 개요

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

1. 도입 배경 및 경과

1961년 제정된 생활보호법은 빈곤의 책임을 개인과 가족에게 돌리는 잔여적, 시혜적 차원에 머물고 있었다. 그 결과 대상의 포괄성, 급여의 충분성, 대상자간의 형평성, 제도의 효율성과 생산성이라는 측면에서 많은 문제점을 내포하고 있었다.

*집필자 : 기초생활보장과장 정호원

한편 1997년 말에 닥쳐온 경제위기는 대량실업과 빈곤인구를 양산하였고, 이는 다시 이혼, 아동·노인의 유기, 가출, 노숙, 자살, 결식아동의 증가 등 각종 사회병리 현상을 야기 시켜 빈곤문제가 중요한 쟁점으로 부각되었다.

이와 같이 경제위기 상황에서 최후의 사회안전망으로서 모든 국민을 포괄하지 못하는 생활보호법의 한계에 따라 근로능력에 관계없이 최저생계비 이하의 저소득층의 기초생활을 국가가 보장할 필요성이 대두되어, 1998년 45개 시민단체가 「국민기초생활보장법 제정추진연대회의」를 구성하여 법률제정을 청원하게 되었고, 이에 여당과 야당, 정부 등 전 국민적 합의를 바탕으로 ‘國民基礎生活保障法’을 제정(1999. 9. 7)하게 되었다.

이후 각계 대표, 전문가, 공무원 등으로 이루어진 ‘국민기초생활보장 추진준비단’을 구성하여 1년간의 준비기간을 거쳐, 2000. 10. 1 국민기초생활보장 제도를 시행하게 되었다.

2. 기초생활보장 제도 도입 의의

국민기초생활보장법의 제정은 지난 40년간의 시혜적 단순 보호차원의 생활보호제도로부터 저소득층에 대한 국가의 책임을 강화하는 복지시책으로 대전환을 의미하며, 보호가 필요한 절대빈곤층의 기초생활을 국가가 보장하되 종합적 자활·자립서비스의 체계적 지원을 통해 생산적 복지를 구현하는데 그 의의가 있다.

국민기초생활보장법의 주요 특징을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 최저생활 보장에 대한 헌법상의 권리를 실제적으로 규정한 법률로서 큰 의의를 가진다. 과거 생활보호법에서는 복지를 어려운 사람을 도와주는 시혜적 보호로 생각하였으나, 국민기초생활보장법이 제정되면서 복지는 국민의 권리이며 국가의 의무로 보는 복지철학의 대전환을 가져오게 된 것이다.

둘째, 최저생계비 이하인 국민의 기초생활을 국가가 보장한다는 점이다. 종전의 생활보호법에서는 근로능력이 있는 자에게는 생계비를 지원하지 않았으나, 국민기초생활보장법에서는 근로능력의 유무에 관계없이 국가의 보호를 필요로 하는 빈곤선 이하의 국민은 최저생활을 보장받게 되었다.

셋째, 근로능력이 있는 국민에게는 체계적인 자활지원서비스를 제공하여 일할 수 있도록 하는 생산적 복지를 구현한다는 점이다. 기초생활을 권리로서 보장하되 근로능력이 있는 사람에게 노동의 기회를 부여함으로써 개인의 능력을 최대한 발휘하게 하여 개인의 행복추구는 물론 이웃과 사회 그리고 국가에 이바지할 수 있도록 하여 궁극적으로 사회통합을 지향하고 있다.

3. 주요 내용

가. 수급자 선정기준

국민기초생활보장 수급자로서 급여를 받기 위해서는 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양 능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자로서, 개별가구의 소득인정액이 최저생계비 이하에 해당되어야 한다.

〈표 2-3-1〉 2007년도 가구규모별 최저생계비

가구규모	1 인	2 인	3 인	4 인	5 인	6 인
최저생계비(원)	435,921	734,412	972,866	1,205,535	1,405,412	1,609,630

※7인 이상 가구 : 1인 증가시마다 204,218원씩 증가(7인 가구 1,813,848원 등)

〈표 2-3-2〉 국민기초생활보장수급자 보호현황

구 분	계		일 반 수 급 자		시설수급자
	가 구	인 원	가 구	인 원	인 원
2000. 10	688,354	1,488,874	688,354	1,412,473	76,401
2002. 12	691,018	1,352,858	691,018	1,277,298	75,560
2003. 12	717,861	1,376,524	717,861	1,294,809	81,715
2004. 12	753,681	1,425,371	753,681	1,338,997	86,374
2005. 12	809,745	1,515,281	809,745	1,427,613	87,668
2006. 12	831,692	1,535,352	831,692	1,450,234	85,118
2007. 12	852,420	1,549,848	852,420	1,463,140	86,708

국민기초생활보장 제도 도입 이후 2002년 12월까지의 개별가구의 소득인정액 대신 소득평가액기준과 재산기준을 이원적으로 적용해 왔으나, 수급자 선정에서의 형평성을 높이고 급여산정을 합리화하기 위하여 소득평가액과 재산기준을 통합한 소득인정액을 산정하여 선정 및 급여기준으로 활용하도록 하였다.

[그림 2-3-1] 소득인정액 산정 방법

▣ 소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액

- 소득평가액 = 실제소득
 - 가구특성에 따른 지출요인을 반영한 금품
 - 근로활동을 통해 얻은 소득에 대한 공제액
- 재산의 소득환산액 = (재산의 종류별 가액 - 기본재산액 - 부채) × 재산의 종류별 소득환산율
 - 기본재산액

지 역	대도시	중소도시	농어촌
금액(만원)	3,800	3,100	2,900

* 보장가구의 기초생활 유지에 필요하다고 인정되어 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 소득환산에서 제외되는 재산가액

- 재산의 종류별 소득환산율

재산의 종류	일반재산	금융재산	승용차
소득환산율	월 4.17%	월 6.26%	월 100%

* 일반재산 : 지역별 전세가격 등 재산수준, 신규 수급자 규모 등을 감안하여 기본재산액을 초과하는 일반 재산을 2년 동안에 최대한 사용하는 경우의 환산율 적용

* 금융재산 : 현금으로 쉽게 바꿀 수 있는 점을 고려하여 일반재산의 1.5배 수준

* 승 용 차 : 승용차를 보유하는 경우 기초생활보장 수급자로 선정 보호하기 곤란하다는 현재의 국민 정서를 감안하여 월 100% 적용

나. 급여내용

국민기초생활보장 수급자로 선정된 자에 대해서는 생계급여, 주거급여, 의료급여(제3장 제3절 의료급여 참조), 교육급여, 해산급여, 장제급여 및 자활급여(제3장 제4절 자활지원사업 참조)를 지급한다.

수급자의 최저생활을 보장하기 위하여 급여수준은 가구의 소득인정액을 포함하여 최저생계비 이상이 되도록 설계되어 있다. 급여내용에 있어서 국민기초생활보장 제도는 종전 생활보호제도와 비교하여 몇 가지 특징을 살펴보면 다음과 같다.

우선, 주거급여를 분리 신설하였다. 즉, 종전 생활보호법에서는 주거급여를 생계급여에 포함하여 지급하여 왔으나, 국민기초생활보장법에서는 수급권자의 주거실태에 따른 적절한 급여가 이루어지도록 하고 수급권자가 보다 나은 주거환경에 거주할 수 있도록 유도하기 위하여 주거급여를 분리하였다.

다음으로 조건부 생계급여를 도입하였다. 조건부 생계급여제도는 근로능력이 있음에도 근로를 하지 않는 수급자에게 자활사업 참가를 조건으로 생계급여를 지급하고, 정당한 사유 없이 자활사업에 참여하지 않는 경우 본인의 생계급여를 중지하도록 하는 제도이다.

조건부 생계급여제도는 국민기초생활보장 제도의 시행으로 최저생계비 이하의 모든 저소득층이 근로능력 유무에 관계없이 국가로부터 기초생활을 보장받게 됨에 따라 근로능력 있는 수급자가 국가의 보호에 안주하는 도덕적 해이(Moral Hazard) 발생을 방지하기 위한 제도적 보완장치이다.

참고로 근로능력이 있는 자가 자활사업 등에 참가하여 얻는 근로소득 등에 대해서는 소득에서 일정정도의 금액을 공제할 수 있도록 하여 근로의욕이 떨어지는 것을 방지하고 있다.

끝으로 긴급급여 제도를 도입하여 급여를 신청한 가구 중에서 생계가 곤란하여 긴급 지원할 필요가 있는 경우에는 급여결정 전이라도 시장·군수·구청장의 직권으로 1월(필요시 1월 연장)간 긴급생계급여를 지급할 수 있도록 하였다.

〈표 2-3-3〉 생활보호제도와 기초생활보장 제도 주요내용 비교

구 분	생 활 보 호 법	국민기초생활보장법
법적 용어	• 국가에 의한 보호적 성격 – 보호대상자, 보호기관	• 저소득층의 권리적 성격 – 수급권자, 보장기관, 생계급여 등
대 상 자 선정기준	• 소득과 재산이 기준 이하인 자(1999년) – 소득 23만원(인·월) – 재산 2,900만원(가구)	• 소득인정액이 최저생계비이하인 자 ※ 소득인정액 = 소득평가액+재산의 소득환산액
대 상 자 구 분	• 인구학적 기준에 의한 대상자 구분 – 거택보호자 : 18세미만 아동, 65세이상 노인 등 근로무능력자 – 자활보호자 : 인구학적으로 경제활동 가능한 근로능력자	• 대상자 구분 폐지 – 근로능력이 있는 조건부생계급여 대상자는 구분 ※ 연령기준 외에 신체·정신적 능력과 부양, 간병, 양육 등 가구여건 감안
급여수준	• 생계보호 – 거택보호자에게만 지급 • 의료보호 – 거택보호 : 의료비 전액지원 – 자활보호 : 의료비의 80% • 교육보호 : 중고고생자녀 학비 전액 지원 • 장제보호, 해산보호 등	• 생계급여 – 모든 대상자에게 지급 • 주거급여 신설 – 임대료, 유지수선비 등 주거안정을 위한 수급품 • 긴급급여 신설 – 긴급필요시에 우선 급여를 실시 • 의료·교육·해산·장제보호 등은 동일
자활지원 계획	〈 신 설 〉	• 근로능력자 가구별 자활지원계획 수립 – 근로능력, 가구특성, 자활육구 등을 토대로 자활방향 제시 – 자활에 필요한 서비스를 체계적으로 제공

II 기초생활보장 제도의 개선

1. 수급자 선정기준의 합리적 보완

국민기초생활보장 제도는 급여를 받을 수 있는 기준을 근로능력이나 연령 등의 기준을 폐지하고 최저생활 가능 여부만을 판단토록 함으로써 종전의 생활보호제도와 비교하여 상당히 합리적인 제도로 변화된 것이 사실이다.

그러나 부양의무자 기준 등에 따라 실질적으로 최저생계비 이하의 생활을 하고 있으나 기초생활보장 혜택을 받지 못하는 계층의 문제, 기초수급자와 생활실태가 유사하나 아무런 혜택을 받지 못하는 차상위 계층의 문제 등에 대한 사회적 관심이 증대되고 있다.

이러한 관심은 주로 국민기초생활보장 제도의 선정기준을 보다 합리적으로 설정하여 국가의 보호가 필요함에도 보호를 받지 못하고 있는 사각지대 저소득층에 대한 보호를 확대하는 것으로 모아지고 있다.

가. 부양의무자 기준 완화

국민기초생활보장 제도는 부양 능력 있는 부양의무자가 있는 경우에는 국가의 보호에 앞서 원칙적으로 사적부양을 우선하도록 하고 있다. 그러나 가족구조의 변화, 가족부양 기능이 점차 약화되어 가는 사회현실을 고려하여 국민기초생활보장제도 등에 의한 공적부양과 가족이나 친족 등에 의한 사적부양간의 조화와 균형의 문제가 부각되고 있다.

이에 따라, 국민기초생활보장 제도에서의 부양의무자의 범위를 축소 조정하고, 부양능력 판정기준을 사회현실에 맞게 완화 조정하는 방안을 종합적으로 검토해 왔다.

2005년 12월 개정된 국민기초생활 보장법에 따라 2007년 1월부터 부양의무자의 범위를 1촌의 직계혈족 및 그 배우자로 축소하여 수급대상을 확대하였다.

나. 외국인 배우자에 대한 기초생활수급권 부여

국제결혼이 매년 증대되어 결혼이민자가 늘어나고 있으나, 외국인의 경우 국적을 취득하기 전까지 기초생활수급 혜택을 받지 못함에 따라 생계가 곤란한 결혼이민자 가구에 대한 보호 필요성이 대두되었다.

이를 위해 2007년 1월부터 시행되는 국민기초생활 보장법에 따라 대한민국 국민과 혼인하여 대한민국 국적의 미성년 자녀를 양육하고 있는 외국인 배우자에게 기초생활수급권을 부여토록 하였다.

다. 차상위계층에 대한 부분급여 실시 근거 마련

현행 국민기초생활보장 급여는 통합급여로 운영되고 있다. 즉 수급자로 선정되면 생계 · 주거 · 의료 · 교육 등 7개 급여가 모두 지급되지만, 수급자 선정기준 기준을 초과하면 아무런 급여도 지급받지 못하는 “All or Nothing” 형태이다. 이에 따라, 차상위계층의 경우, 생활실태 및 욕구는 기초생활 수급자와 유사하지만 아무런 혜택을 받지 못하고 있다.

2006년 12월 개정된 국민기초생활 보장법에 따라 2007년 7월부터 차상위계층에 속하는 자에게 장제급여와 자활급여를 지급하도록 함으로써 현행 기초생활보장제도 통합급여체계의 문제점을 보완하고 차상위계층의 복지욕구에 대응하기 위한 부분급여를 실시하였다.

2. 사회취약 계층에 대한 보호 강화

2006년에는 국민건강보험료를 소액 납부하는 가구 및 체납가구, 요금 장기체납으로 단전 · 단수 및 가스공급 중단 가구에 대하여 일제 조사를 실시하였다. 조사 대상 가구가 기초생활수급 기준을 충족하는 경우 직권으로 수급자로 선정 · 보호 하였으며, 기준을 초과시에는 긴급지원, 차상위 의료급여, 경로연금, 보육료 지원 등을 실시하였다. 이에 따라, 3,396가구(7,519명)를 기초생활 수급자로 선정 · 보호하였으며, 6,733가구(17,431명)에 대하여 경로연금 등 기타 지원을 실시하였다.

3. 기초생활보장급여의 적정성 강화

최근에는 자신의 소득 · 재산 등을 은닉하거나 허위 신고 하는 등 부정한 방법으로 기초생활 수급을 받는 문제가 사회적으로 이슈화됨에 따라, 혜택을 받아야 할 국민에게 적절한 급여를 지급함으로 기초생활보장제도에 대한 국민의 신뢰도를 제고해야 할 필요성이 증대되고 있다.

이에 2007년에는 매월 2~3개 시 · 군 · 구를 대상으로 중앙현장조사를 실시하여 모니터링 기능을 강화하고, 노동부 등 관계기관이 보유하고 있는 자산자료의 연계를 통한 자산조사의 정확성 제고 등을 추진하였다.



긴급복지지원제도*

I 제도 개요

긴급복지지원제도는 가구의 주 소득자가 사망, 행방불명, 구금시설 수용 등으로 소득을 상실하였거나, 가구구성원이 중한 질병 또는 부상을 당하거나, 화재로 주거를 상실하는 등의 사유로 생계유지가 어렵게 된 저소득층을 적극 발굴하여 생계, 의료, 주거비 등을 우선적으로 지원하고 사후에 지원의 적정성 여부를 조사하는 응급 복지지원제도이다.

1. 도입 배경 및 경과

2004년 12월 대구광역시 불로동에서 5세 남자 아이가 사망한 채 장롱 속에서 발견된 사건이 발생하였다.

이 사건의 가정은 생활고와 질병으로 어려움이 있었으나 아이의 아버지가 타인에게 적극적으로 도움을 요청하지 않았고, 주위에서도 이러한 사정을 행정기관에 알릴 생각을 미처 하지 못했던 것으로 알려졌다. 이 사건이 주는 시사점은 크게 두 가지로 요약할 수 있다.

첫째, 주 소득자가 소득을 상실했거나 가족 중 누군가 중한 질병 또는 부상을 당하여 치료비가 많이 드는 예기치 못한 위기에 처한 가구를 신속히 구조할 수 있는 체계를 구축해야 한다는 것이다. 즉 저소득층에게 접근성이 높은 자원을 중심으로 민관이 참여하는 협력체계를 구축하는 것이다.

*집필자 : 기초생활보장과장 정호원

둘째, 긴급상황이 확인될 경우 복잡한 절차 없이 최대한 빨리 필요한 지원을 실시할 수 있는 제도가 마련되어야 한다는 점이다.

신속한 현장조사를 통해 지원의 필요성이 인정되면 우선적으로 지원을 실시하고 차후에 그 지원의 적정여부를 판단하는 선지원제도의 필요성이 제기되었고 이러한 문제의식 하에 긴급지원제도가 도입되었다.

2005년 3월부터 공청회, 관계부처 협의, 입법예고, 국무회의 의결 등의 절차를 거쳐 2005년 12월 23일 긴급복지지원법을 제정·공포하였고, 후속으로 하위법령의 제정 등 관련제도가 마련됨에 따라 2006년 3월 24일부터 긴급복지지원제도가 본격적으로 시행되었다.

2. 긴급복지지원의 기본원칙

가. 선지원 후처리 원칙

위기상황에 처한 자 등의 지원요청 또는 신고가 있는 경우 긴급지원담당공무원의 현장 확인을 통해 긴급지원의 필요성이 인정되면 우선 지원을 실시하고 나중에 소득, 재산 등을 조사하여 지원의 적정성을 심사한다.

나. 단기지원 원칙

원칙적으로 1개월(의료지원의 경우 1회)만 지원하며 예외적으로 연장지원을 인정하며 이 경우에도 최대 4개월(의료지원의 경우 2회)까지만 지원한다.

다. 타법률 지원 우선의 원칙

다른 법률에 의하여 긴급지원의 내용과 동일한 내용의 구호·보호나 지원을 받고 있는 경우에는 긴급지원을 하지 아니한다. 또한 다른 법률에 의한 지원의 대상이 되는 경우에는 우선적으로 해당 지원에 연계한다.

라. 현물지원 우선의 원칙

의료서비스 제공, 임시거소 제공 등 지원의 본래 목적을 달성하기 위하여 현물지원을 우선 하도록 하고, 현물지원이 곤란한 생계지원, 해산비, 장제비의 경우에는 금전지원을 실시한다.

마. 가구단위 지원의 원칙

가구단위로 산정하여 지원하는 것을 원칙으로 하고 가정폭력·성폭력 또는 학대 등으로 인하여 위기상황에 처한 자에 대하여는 당사자 및 그와 함께 보호를 받아야 하는 자를 하나의 가구로 보고 지원한다.

3. 긴급복지지원의 대상자

긴급복지지원의 대상자는 본인 또는 본인과 생계 및 주거를 같이 하고 있는 가구구성원이 아래의 위기사유로 인하여 생계유지가 어렵게 된 자를 말한다.

- 가. 주 소득자가 사망, 가출, 행방불명, 구금시설에 수용되는 등의 사유로 소득을 상실하고 가구구성원에게 다른 소득원이 없는 때
- 나. 중한 질병 또는 부상을 당한 때
- 다. 가구구성원으로부터 방임·유기되거나 학대 등을 당한 때
- 라. 가정폭력을 당하여 가구구성원과 함께 원만한 가정생활이 곤란하거나 가구구성원으로부터 성폭력을 당한 때
- 마. 화재 등으로 인하여 거주하는 주택·건물에서 생활하기 곤란하게 된 때
- 바. 주 소득자와 이혼의 사유로 소득을 상실하고 가구구성원에게 다른 소득원이 없는 때
- 사. 단전되어 1개월이 경과된 때(소전류 제한기 부설 포함)

4. 긴급지원의 내용 및 기간

종 류	지 원 내 용	지 원 기 간
생계지원	• 식료품비, 의복비 등 생계유지비 지원 – 4인가구 기준 1,170,422원	1개월(최장 4개월)
의료지원	• 각종 검사, 치료 등 의료서비스 지원 – 300만원 이내(본인부담금 및 비급여 항목)	1회(최장 2회)
주거지원	• 임시거소 제공 – 대도시 3~4인 기준 447,865원	1개월(최장 4개월)

종 류	지 원 내 용	지 원 기 간
사회복지시설 이용지원	• 사회복지시설 입소 또는 이용서비스 제공 – 4인가구 기준 1,001,424원	1개월(최장 4개월)
그 밖의 지원	• 연료비 : 6만원 – 동절기(10~3월) 난방비 • 해산비 : 50만원(1회지원) • 장제비 : 50만원(1회지원) • 전기요금 : 50만원이내(1회지원) – 단전되어 1개월이상 경과된 때	1개월(최장 4개월)
타제도 연계	• 기초생활보장제도 또는 차상위의료급여 등과 연계 • 사회복지공동모금회, 대한적십자사 등 민간의 지원프로그램으로 연계	회수 제한 없음

5. 긴급지원의 체계



6. 긴급복지지원 현황

구 분	계	생계지원	의료지원	주거지원	시설이용지원	그 밖의 지원
지원건수(건)	24,932	2,921	21,273	252	23	463
지원인원수(명)	30,176	7,349	21,273	559	33	962
지원금액(백만원)	30,381	1,812	28,417	46	4	102

※ 2007년도 긴급복지지원 현황(2007.12.월말 기준)

II 긴급복지지원제도의 개선

긴급복지지원제도 시행 2년째를 맞아 지속적인 모니터링과 일선 현장의 의견을 수렴한 결과 긴급지원 대상자 선정을 보다 용이하게 할 필요성이 제기되었다. 이에 따라, 적정성 심사 기준 중 소득기준을 완화하고 금융재산 중 일부항목을 제외하는 등 긴급복지지원제도 내실화를 위한 제도개선을 실시하였다.

1. 소득기준 완화

갑자기 위기상황에 처한 저소득층을 일시적으로 지원하여 위기에서 벗어날 수 있도록 함으로써 저소득층이 기초생활보장 수급자 수준의 빈곤 계층으로 전락하는 것을 방지한다는 긴급지원 제도의 본래의 취지에 맞게 긴급지원 대상자를 차상위 계층 이상까지 확대하는 것이 필요하였다.

이에 따라 2007년 12월 긴급복지지원법 시행령을 개정하여 소득기준을 최저생계비의 130%에서 150%로 완화하였다.

2. 금융재산 항목 조정

적정성 심사 기준은 소득기준, 재산기준, 금융재산기준 등 3가지로 이루어지는데 금융재산 기준이 120만원으로 지나치게 낮다는 지적이 일선 긴급지원 담당 공무원들로부터 제기되어 왔다.

특히 보험의 경우 장래의 질병과 사고로부터 개인을 보호할 수 있는 수단이므로 이를 계속 보유하도록 하자는 취지에서 금융재산 산정 시 제외하자는 의견이 많았다. 마찬가지로 무주택 서민의 주택마련 수단인 청약저축도 금융재산 산정시 제외하도록 하자는 의견이 많았으므로 2007년 12월 긴급복지지원법 시행규칙을 개정하여 금융재산 중 보험과 청약저축을 제외하였다.

3. 향후 계획

향후 위기상황에 처한 많은 사람들이 적시에 필요한 지원을 받을 수 있도록 현장의 경험과 의견을 토대로 제도개선방안을 연구하고 이를 바탕으로 긴급복지지원법을 개정하는 등 꾸준히 제도개선을 추진해 나갈 계획이다.



기초의료보장제도*

I 제도 개요

1. 제도 도입의 취지

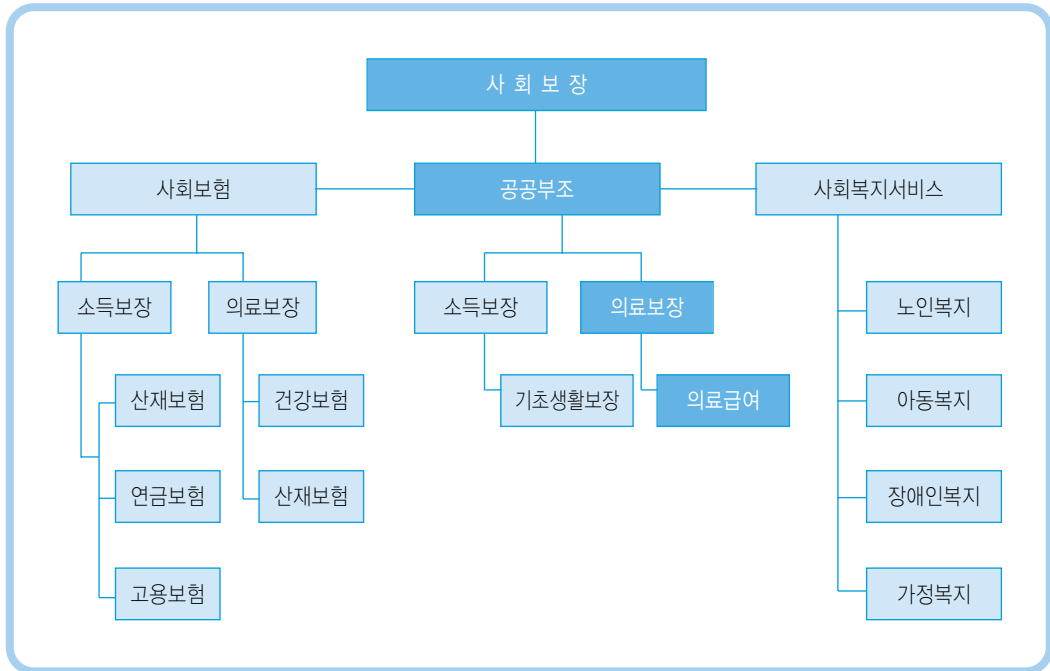
의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 경제능력을 상실한 사람들을 대상으로 정부가 의료 서비스를 제공하는 공공부조 제도로서, 저소득층의 의료보장을 통한 건강증진과 복지향상을 목적으로 하고 있다.

그 동안 연구결과에 의하면 질병은 소득상실과 함께 빈곤으로 추락하는 가장 주요한 요인 중 하나로 지목되고 있으며, 대부분의 선진국에서는 의료문제를 기본권보장의 핵심으로 간주하여 보장하고 있다.

우리나라에서도 의료급여와 건강보험을 통해 전국민 의료보장 체계를 마련하고 있으며, 최저 생계비 이하의 빈곤계층 등은 의료급여 수급권자로 선정하여 상대적으로 저렴한 비용으로 의료 이용을 할 수 있도록 하고 있다. 이는 질병으로 인한 사회적 비용을 경감시키는 기능을 하기도 한다.

*집필자 : 기초의료보장과장 정윤순

[그림 2-3-2] 의료급여 사업



2. 도입배경 및 경과

1977년부터 의료보호라는 이름으로 시작된 의료급여제도는 어려운 국가재정에도 불구하고 대상자 및 급여범위를 지속적으로 확대하는 등 저소득층을 위한 의료보장제도로써 많은 발전을 거듭해 왔다.

그러나 제도 시행초기의 의료보호 대상자들은 진료지역 및 진료일수에 제한이 있었고, 지정된 의료기관을 통해서만 진료를 받을 수 있는 등 의료이용에 상당한 제약이 가해졌을 뿐만 아니라 보호수준도 건강보험에 비하여 낮은 수준이었다.

이러한 차이를 해소하기 위하여 보호기간을 단계적으로 확대하는 등 지속적으로 의료급여의 보장성 강화와 제도개선을 위한 노력을 기울여 왔다.

첫째, 보호기간을 확대하였다. 1995년에는 연간 180일 이내로 되어 있던 보호기간을 연간 210일로 확대하였고, 65세 이상 노인, 등록 장애인 및 국가유공자 중 상이자 등에 대한 보호기간의 제한을 없애도록 하였다. 계속하여 의료급여 보호일수를 240일(1996년), 270일(1997년), 300일(1998년), 330일(1999년)로 점차적으로 연장하다가 2000년에는 기간제한을 폐지하여 의료이용의 접근을 쉽게 하였다.

그러나 급여기간 폐지에 따른 의료급여 대상자의 의료남용 등의 문제가 발생되어 2002년 1월부터 급여기간을 365일로 다시 제한하면서, 여러 가지 예외규정을 두어 급여기간 제한조치가 복합상병을 가진 수급권자에 대한 지나친 규제가 되지 않도록 보완하였다.

즉, 11개 고시질환에 대해서는 30일을 추가 사용할 수 있고, 복합 상병으로 계속 진료가 필요한 경우 연장승인을 얻어 진료를 받을 수 있도록 하였으며, 보건소 이용시 120일까지 급여일수에서 제외하도록 하였다.

둘째, 의료급여기관을 확대하였다. 종전에는 보건사회부장관 또는 시도지사가 지정한 진료지구 내의 의료기관에서만 진료를 받을 수 있었으나, 1998년에는 의료급여 진료지구를 폐지하였고, 1999년에는 의료기관 개설과 동시에 별도의 지정절차 없이 의료급여기관으로 당연 지정되도록 하였다.

그 결과, 의료급여 대상자의 의료이용 편의가 대폭 증진되어 의료 이용시 건강보험가입자와의 차별을 없애는 계기가 마련되었다.

셋째, 급여범위 확대 및 중별가산을 인상 등을 추진하였다. 1998년에는 장애인보장구 급여범위를 지팡이, 목발 등으로 확대하였고, 의료급여수가 중 중별가산율을 건강보험의 50% 수준으로, 2000년 11월에는 건강보험의 75%로 상향 조정하는 등 건강보험과의 차이를 줄임으로써 의료급여 대상자에 대한 차별을 없애기 위해 노력하였다.

또한, 저소득계층의 의료비 부담을 완화하기 위하여 2004년도부터 진료비 본인부담률을 20%에서 15%로 인하하였고, 본인부담 보상제도의 지급기준도 기존의 매 30일간 30만원에서 20만원으로 인하하였다.

2004년 7월부터는 의료급여 본인부담상한제를 도입하여 진료비 본인부담금이 매 6월간 120만원 초과 시 그 초과금액 전액을 의료급여기금에서 지원하는 등 의료보장을 강화하기 위한 대책을 지속적으로 추진하였다.

2005년 4월에 전동휠체어, 전동스쿠터 등 고가보장구를 급여대상에 포함하여 장애인 보장구 급여범위를 확대하였고, 희귀난치성질환수를 2004년 74개에서 2005년 98개, 2006년 107개로 확대하여 수급권자의 부담을 완화하였다.

넷째, 2000년 국민기초생활보장법과 2001년 의료급여법의 시행을 통해 국민의 권리를 강화하고, 전문기관으로 업무를 위탁하는 등 제도의 효율성을 제고하였다. 국가의 시혜로서 제공되던 의료급여 서비스가 국민의 권리로 인정되기 시작했으며, 종전에는 시·군·구별로 지급하던 의료급여 진료비를 국민건강보험공단에서 일괄적으로 지급하도록 업무를 위탁하여 진료비 지급이 신속하게 이루어질 수 있도록 하였다.

이는 의료기관이 건강보험 환자와 의료급여 환자를 동등하게 대우하도록 여건을 조성하는 데 기여하였다. 또한 기존에 국민건강보험공단에서 발급하던 의료급여증을 대상자의 생활형편을 잘 파악할 수 있고, 접근이 용이한 시·군·구에서 발급하도록 이양하여 발급기간을 대폭 단축하는 등 의료급여 수급권자의 편의를 도모하였다.

다섯째, 2003년 5월부터 사례관리제도를 도입하였다. 의료급여 수급권자의 불필요한 의료이용을 억제하고 밀착 의료상담 관리를 강화하기 위해 의료급여 사례관리제도를 도입하였다. 시·군·구별로 배치된 의료급여관리사들은 연간급여일수가 현저히 많은 수급권자의 다양한 의료욕구를 파악하여 건강관리 상담 및 정보 제공을 실시하여 수급권자의 적정 의료이용을 유도하고, 건강수준을 향상시켜 삶의 질을 높이도록 지원하였다.

마지막으로, 의료급여 대상자를 확대하였다. 의상자가 부상을 입거나 의사자가 사망을 하면 의료급여를 지원하도록 제도를 개선하였고, 그간 현역사병으로 입대하면 의료급여를 제한하였으나 2004년 5월부터 입대, 휴가, 외출, 외박 시에도 의료급여를 지원 받을 수 있도록 하였다.

한편, 의료급여 진료비가 급증하고 수급권자들의 적정한 건강관리가 이루어지지 못하고 있다는 제도상의 한계를 보완하기 위하여 2006년 7월 「의료급여 혁신 종합대책」을 수립하였다. 이러한 종합대책에 따라 2007년 7월부터 1종 수급권자에 대한 건강생활유지비 지원 및 본인 부담금 신설, 선택병의원제와 자격관리시스템 도입 등 제도개선이 이루어졌다.

II 주요 내용

1. 수급권자 선정기준

의료급여는 국민기초생활보장법에 의한 수급권자와 인간문화재, 국가유공자 등 타법에 의한 기타대상자 그리고 차상위 계층 중 의료욕구가 현저한 자(만성질환자 및 18세 미만 아동 등)로 구성되어 있다. 국민기초생활보장제도의 수급자 선정기준 충족여부는 부양의무자 조사와 자산조사(means test)를 거쳐 결정한다.

가. 소득 및 재산기준

부양의무자가 없거나, 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 자로서 소득인정액(소득평가액 + 재산의 소득환산액)이 최저생계비 이하인 자는 국민기초생활보장법상의 수급자가 된다. 의료급여법상의 차상위계층 수급권자는 국민기초생활보장법상의 보장가구가 아닌 가구로서 소득인정액이 최저생계비의 120% 미만인 가구의 세대원 중 만성질환자, 18세 미만 아동 등 개인이 된다.

〈표 2-3-4〉 2007년도 기초생활보장 가구 및 차상위계층 소득인정액 기준

(단위 : 원)

구 분	1 인	2 인	3 인	4 인	5 인	6 인
최저생계비(월)	435,921	734,412	972,866	1,205,535	1,405,412	1,609,630
차상위기준(월)	523,105	881,294	1,167,439	1,446,642	1,686,494	1,931,556

소득평가액은 실제소득에서 가구별 특성비용과 근로소득을 공제한 것이고 재산의 소득환산액은 재산에서 기초공제와 부채를 제외한 후 소득환산율을 곱한 숫자이다. 재산의 기초공제는 지역별 전세가격(최저주거면적 전세가격) 등의 차이를 감안하되, 가구규모와 관계없이 대도시 3,800만원(차상위계층은 9,500만원), 중소도시 3,100만원(차상위계층은 7,750만원), 농어촌 2,900만원(차상위계층은 7,250만원)이 적용된다.

재산의 종류별 소득환산율은 일반재산의 경우 4.17%, 금융재산은 6.26%, 승용차는 월 100%가 적용된다.

나. 부양의무자 기준

부양의무자 기준은 부양의무자 범위(1촌의 직계혈족 및 그 배우자) 이내의 자가 있는지 여부, 있을 경우 부양능력*을 지니고 있는지, 부양능력을 지니고 있다면 실제로 부양을 하는지 여부로 구분된다.

수급자가 되기 위한 필요조건은 부양의무자 범위 이내의 자가 없거나, 있더라도 부양능력이 없거나, 부양능력이 있을지라도 실제로 부양을 하지 않을 경우이다.

* 부양능력 있음 판정기준

- 국민기초생활보장법상 수급자 : 부양의무자 가구의 「실제소득이 부양의무자 가구의 130% 미만」이고, 「수급권자 및 당해 부양의무자가구의 각각의 최저생계비 합」의 1.42배 이상
- 차상위계층 수급권자 : 부양의무자 가구의 월별소득이 부양의무자 최저생계비의 300% 이상

다. 수급권자 유형

의료급여 수급권자 중 국민기초생활보장법에 의한 수급자는 1종 및 2종 수급권자로 구분하여 본인부담금에 차등을 두고 있다. 1종과 2종을 구분하는 근거는 근로능력의 유무인데 기초생활보장수급자 중 근로능력이 없는 자는 1종, 근로능력이 있는 자는 2종이 된다.

〈표 2-3-5〉 2007년도 의료급여 종별 대상자 및 선정기준

구 분	수 급 권 자
1 종	• 국민기초생활보장법에 의한 수급자 중 근로능력이 없는 자 • 국가유공자, 인간문화재, 이재민 • 의상자 및 의사자 유족 • 북한이탈주민 • 18세 미만 국내입양아동 • 차상위계층 희귀·난치성질환자
2 종	• 국민기초생활보장법에 의한 수급자중 근로능력이 있는 자 • 차상위계층 만성질환자 • 차상위계층 18세 미만 아동

1종 수급권자는 ① 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지가족부장관이 정하는 수급권자(18세 미만, 65세 이상, 미취학 자녀 또는 질병·부상 또는 장애 등으로 거동이 곤란한 가구원이나 치매 등으로 특히 보호가 필요한 가구원을 양육·간병 또는 보호하는 수급자, 임산부, 장애인생활시설, 노인의료복지시설, 아동복지시설 등의 보장시설에서 급여를 받고 있는 자 등) ② 국내 입양 18세 미만 아동 ③ 국가유공자 ④ 인간문화재 ⑤ 이재민 ⑥ 의상자 및 의사자 ⑦ 북한이탈주민 ⑧ 광주민주화운동관련자 ⑨ 행려환자 등 법령의 규정에 의한 요건을 가진 자가 해당된다. 2종 대상자는 근로능력이 있는 수급자(18세 이상 65세 이하), 차상위계층의 만성질환자 및 18세 미만 아동으로 구분하여 매년 책정한다.

국가유공자, 중요무형문화재, 북한이탈주민은 소관부처(국가보훈처, 문화재청, 통일부)에서 매년 보건복지가족부장관이 정한 기준에 적합한 자의 명단을 통보하면 시장·군수·구청장이 1종 수급권자로 선정한다.

2. 의료급여 수준

의료급여는 수급권자에게 국가재정으로 질병이나 부상, 출산 등에 대한 진찰, 검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송, 기타의 의료목적 달성을 위한 조치를 제공한다.

국가는 법령에서 정한 수급권자의 법정본인부담금을 제외한 금액의 전액을 지원하는데, 법정 본인부담금은 수급권자의 종별(1종·2종) 구분에 따라 달리 적용된다.

1종 수급권자는 외래 진료에 대해서만 본인부담금을 부과하고, 입원진료는 식대(20%)를 제외하고는 전액 무료이다.

1종 수급권자의 외래 본인부담금은 1차 의료급여기관 방문시 1,000원, 2차 의료급여기관 방문시 1,500원, 3차 의료급여기관 방문시 2,000원, 약국은 처방전당 500원을 부과한다.

반면, 2종 수급권자는 입원과 외래 모두 본인부담금을 부과하며, 1차 외래에만 방문당 1,000원, 약국에서 500원을 부담하며, 1차 의료급여기관에서 입원진료, 2차 의료급여기관 또는 3차 의료급여기관의 진료에 소요되는 급여비용은 총 진료비 중 15%를 본인이 부담하도록 하고 있다.

이와 함께 수급권자들의 부담을 완화하기 위해 대불제도, 본인부담보상제, 본인부담상한제 등을 운영하고 있다. 대불제도는 2종 수급권자에 대해서만 적용되며, 진료비의 15%를 부담하는 2종 수급권자가 최저생계비 이하의 계층임을 고려하여 입원진료시 본인부담금이 20만원 이상인 경우 20만원 초과분은 의료급여기금에서 대불하여 주고 무이자로 분할 상환하는 제도이다.

이를 통해 수급권자들의 국가에 대한 의타심을 배제시키고 자활의지를 고취시키도록 하고 있다. 본인부담보상제는 일정 기간동안 본인부담금이 법령이 정한 금액을 초과하는 경우 초과금액의 50%를 되돌려주는 제도로, 1종 수급권자는 매 30일간 2만원, 2종 수급권자는 매 30일간 20만원 초과여부가 적용기준이 된다.

본인부담상한제는 일정 기간동안 본인부담금이 법령이 정한 금액을 초과할 경우 초과금액의 전부를 되돌려주는 제도로, 1종 수급권자는 매 30일간 5만원, 2종 수급권자는 매 6개월 간 120만원을 초과할 경우 초과금의 전액을 사후에 보상한다.

〈표 2-3-6〉 2007년도 의료급여 진료비 부담기준

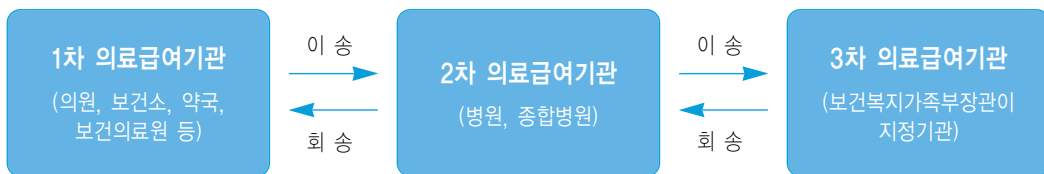
구 분		본 인 부 담 금
1 종	외 래	• 보건소·보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 : 없음 • 1차의료급여기관 1,000원 • 2차의료급여기관 1,500원 • 3차의료급여기관 2,000원 • PET, MRI, CT 등 : 급여비용의 5%
	입 원	• 무료, 단, 입원식대비용 1식 680원 부담 (정신과 정액수가 적용 환자 및 행려환자 제외)
	약 국	• 처방전당 500원(처방전 없이 약국 직접 조제시 900원)
2 종	외 래	• 보건소·보건지소 및 보건진료소에서 진료하는 경우 : 없음 • 1차의료급여기관 : 1,000원 • 2차의료급여기관 : 보건복지가족부 고시 만성질환에 대한 외래진료 1,000원 그 이외의 질환은 진료비의 15% * 보건복지가족부 고시 만성질환자(의료급여수가의기준및일반기준 제17조) 1. 만성신부전증 환자가 인공신장투석 또는 계속적 복막관류술 실시 당일 외래진료, 복막관류액 수령 당일 외래진료 2. 혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 3. 대사장애 환자가 해당 상병으로 의료급여를 받은 당일 외래진료 4. 암 환자가 해당 상병으로 치료를 받은 당일의 외래진료 5. 근육병환자가 그 상병으로 자율신경제 또는 면역억제제 투여를 받은 당일의 외래진료 6. 장기(신장, 간장, 심장, 췌장)이식환자가 조직이식거부반응 억제제(간이식환자의 경우에는 간염예방 치료제 포함)를 투여 받은 당일의 외래진료 • 3차의료급여기관 : 15% • PET, MRI, CT 등 : 급여비용의 15%
	입 원	• 의료급여기관의 입원 진료(암등 중증질환은 10% 부담) : 15% – 단, 입원식대비용 1식 680원 부담 (정신과 정액수가 적용 환자 및 행려환자 제외)
	약 국	• 처방전당 500원(처방전 없이 약국 직접 조제시 900원)

3. 진료체계

의료급여 수급권자는 의료급여법 시행규칙 제3조의 규정에 따라, 제1차 의료급여기관→제2차 의료급여기관→제3차 의료급여기관에서 단계적으로 진료를 받을 수 있다.

제1차 의료급여기관은 의료법에 따라 시장·군수·구청장에게 개설 신고한 의료기관, 보건소·보건의료원 및 보건지소, 약국이 포함되며, 제2차 의료급여기관은 의료법에 따라 시·도지사가 개설 허가한 의료기관이다. 아울러, 제3차 의료급여기관은 제2차 의료급여기관 중에서 보건복지가족부 장관이 지정하는 의료기관이다.

[그림 2-3-3] 의료급여 진료절차 체계도



〈표 2-3-7〉 의료급여기관별 진료범위

의료급여기관	진 료 범 위
1 차	가. 간단한 외과적 처치 그 밖의 통원치료가 가능한 질병의 진료 나. 장기치료가 필요한 만성질환으로서 입원할 필요가 없는 질병의 진료 다. 질병상태·이송거리 및 이송시간을 고려할 때 환자를 다른 의료급여기관으로 이송을 하여서는 환자의 생명에 위험이 초래되는 경우의 입원진료 라. 제1차 의료급여기관에서 입원진료를받는 것이 수급권자에게 유리하다고 판단하여 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 입원진료 마. 지역보건법에 의한 보건의료원에서의 입원진료 바. 의료급여법 시행규칙 제3조제4항에 따라 제2차 의료급여기관 또는 제3차 의료급여기관으로부터 회송 받은 환자의 진료 〈약 국〉 가. 처방전에 의한 조제 나. 약사법 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니한 직접 조제

의료급여기관	진 료 범 위
2 차	가. 의료급여법 시행규칙 제3조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 진료(의료급여절차 예외의 경우) 나. 의료급여법 시행규칙 제3조제2항에 따라 제1차 의료급여기관 또는 다른 제2차 의료급여기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료 다. 당해 의료급여기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료 라. 의료급여법 시행규칙 제3조제4항에 따라 제3차 의료급여기관으로부터 회송 받은 환자의 진료
3 차	가. 의료급여법 시행규칙 제3조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 진료(의료급여절차 예외의 경우) 나. 의료급여법 시행규칙 제3조제2항에 따라 제2차 의료급여기관으로부터 의뢰받은 환자의 진료 다. 당해 의료급여기관에 입원하였던 환자로서 퇴원 후 경과의 관찰이 필요한 환자의 진료

4. 수가 체계

의료급여 수가수준은 건강보험수가의 100%를 산정하고, 요양기관 종별가산율에 다소간의 차이를 두고 있다.

〈표 2-3-8〉 의료급여의 요양기관 종별가산율

구 분	3차 의료급여기관	종합병원	병 원	의 원
의료급여가산율	22%	18%	15%	11%
건강보험가산율	30%	25%	20%	15%

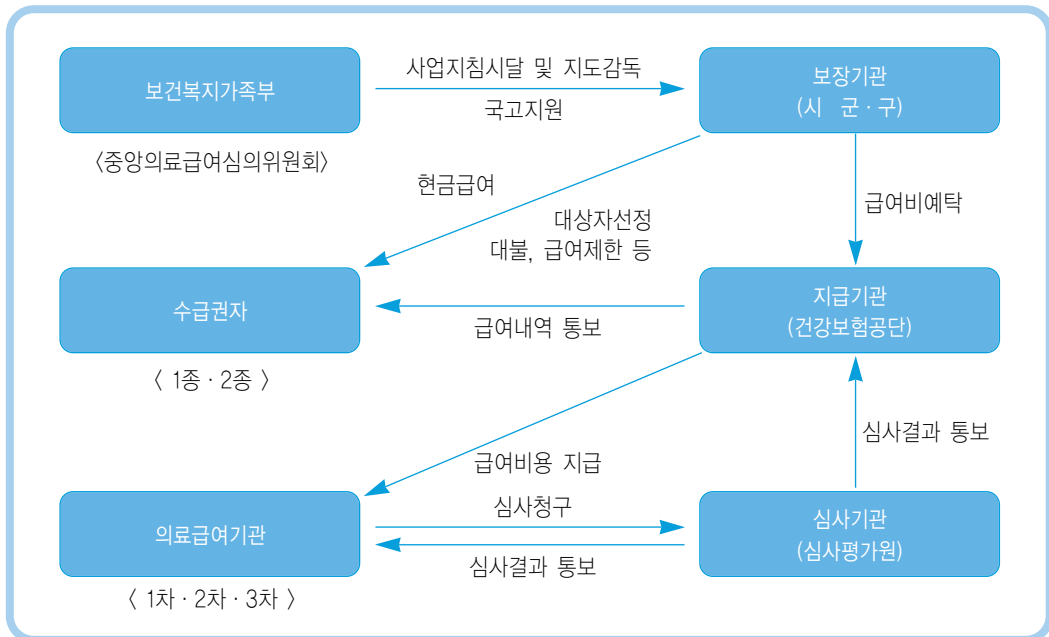
5. 관리운영체계

의료급여업무의 운영체계는 의료급여 사업기관인 보건복지가족부와 지방자치단체, 건강보험공단, 건강보험심사평가원으로 나누어 의료급여 수급권자가 원활한 의료급여를 받을 수 있도록 각각의 역할을 부여하고 있다.

보건복지가족부는 의료급여 주요 정책 개발·결정 및 의료급여사업의 총괄적인 조정 및 지도감독 업무를 수행하고, 시도는 의료급여기금 관리·운영 및 보장기관에 대한 지도감독 업무를 담당하고 있다.

보장기관인 시·군·구는 수급권자의 자격선정과 관리업무를 수행한다. 이외에 건강보험 심사평가원은 진료비 심사 및 급여 적정성 평가를, 국민건강보험공단은 진료비 지급업무, 수급권자 자격 및 개인별 급여내역의 전산관리 등을 각각 위탁받아 업무를 수행하고 있다.

[그림 2-3-4] 의료급여 관리운영체계



6. 기금운용 및 관리

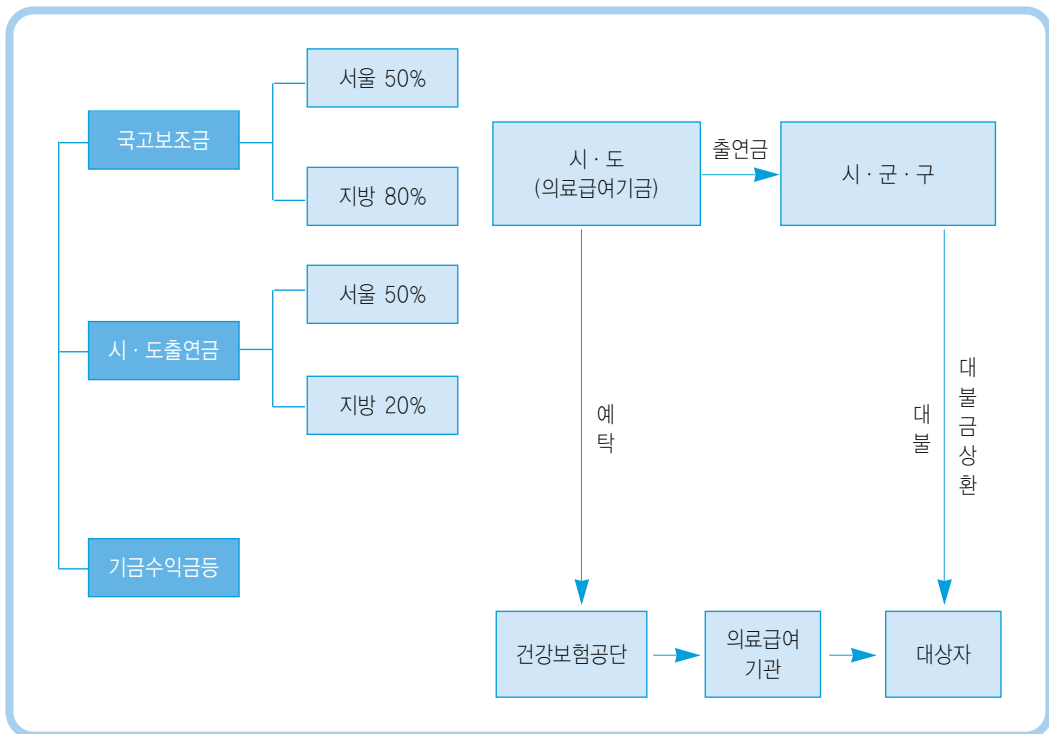
의료급여비용의 지급을 충당하기 위해 시도에 일반회계와 구분하여 의료급여기금을 설치하고 있다. 의료급여기금은 국고보조금과 지방자치단체 출연금, 대불상환금, 부당이득금, 과징금, 기금의 결산상 잉여금 및 그 밖의 수입금으로 조성된다.

국고보조금의 비율은 보조금의 예산 및 관리에 관한 법령에 따라 서울은 50%, 기타 80%를 적용하고 지방재정법시행령 제26조 제1항의 규정에 의한 지방자치단체 경비부담의 기준등에 관한 규칙중 별표에 따라 특별시 및 광역시의 자치구는 부담비율이 없고 시는 6%, 군은 4%를 부담하도록 하고 있다.

〈표 2-3-9〉 의료급여기금의 국고보조금 및 지방비출연금

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

〔그림 2-3-5〕 기금조성 및 운용체계



III 기초의료보장 현황

1. 수급권자수

2002년도에 142만명이었던 의료급여 수급권자수가 건강보험 차상위계층에 대한 의료급여 적용에 따라, 2005년도에 176만명, 2006년 183만명으로 확대되었으며, 2007년 말 기준으로 총 수급권자 수는 185만명이다.

〈표 2-3-10〉 연도별 의료급여 수급권자수 추이

(단위 : 명, %)

구 분		'03년		'04년		'05년		'06년		'07년	
		수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율	수급자	증가율
계		1,453,786	2.3	1,528,843	5.2	1,761,565	15.2	1,828,627	3.8	1,852,714	1.3
1종	소 계	867,305	4.6	919,181	6.0	996,449	8.4	1,028,536	3.2	1,062,236	3.3
	기초생활	690,766	4.5	729,537	5.6	793,508	8.8	822,484	3.7	850,760	3.4
	사회복지시설	81,715	3.3	86,374	5.7	87,668	1.5	85,118	-2.9	86,655	1.8
	국가유공자	80,584	6.0	83,999	4.2	85,287	1.5	85,214	-0.1	84,332	-1.0
	북한이탈자	2,994	12.9	4,481	49.7	5,158	15.1	6,335	22.8	7,933	25.2
	인간문화재	425	10.4	434	2.1	410	-5.5	317	-22.7	312	-1.6
	광주민주화	9,221	1.2	9,342	1.3	9,322	-0.2	9,281	-0.4	9,249	-0.3
	이재민	1,172	305.5	20	-98.3	561	2,705.0	59	-89.5	13	-78.0
	의사상자	428	-1.6	525	22.7	574	9.3	732	27.5	791	8.1
	군입대자	-	-	-	-	-	-	-	-	1,988	-
	차상위	-	-	4,469	-	13,258	196.7	17,773	34.1	17,989	1.2
	입양아동	-	-	-	-	703	-	1,223	74.0	2,241	82.2
2종	소 계	586,481	-0.9	609,662	4.0	765,116	25.5	800,091	4.6	790,451	-1.2
	기초생활	586,481	-0.9	596,639	1.7	630,792	5.7	617,016	-2.2	596,391	-3.3
	군입대자	-	-	-	-	-	-	-	-	4,012	-
	차상위	-	-	13,023	-	47,378	263.8	70,063	47.9	73,182	4.5
	12세미만	-	-	-	-	86,946	-	113,012	30.0	116,866	3.4

2. 총진료비

의료급여 총진료비는 2002년도 20,313억원에서 2006년도에는 39,251억원, 2007년도 42,238억원으로 증가하였으나, 진료비 증가율은 2005년 23.8%, 2006년 21.4%, 2007년 7.6%로 둔화되었다.

진료비 증가원인으로는 2006년까지 수급권자 적용확대, 건강보험수가 인상, 자기공명영상 진단(MRI) 및 인공와우 등이 급여범위로 포함되는 등 급여범위가 확대되었고, 자연분만·신생아·본인부담 면제, 중증질환 본인부담금이 경감되는 등의 변화가 있었다. 또한, 고령화나 만성질환자수 증가 등으로 진료비는 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 그러나 2006년 이후 재정안정화 대책을 시행하면서 진료비 증가율은 둔화되는 추세이며, 이러한 재정안정화 기조를 유지해 나갈 필요가 있다.

〈표 2-3-11〉 연도별 의료급여 총진료비 지급 추이

(단위 : 억원, %)

구 분	'03년		'04년		'05년		'06년		'07년	
	금액	증가율	금액	증가율	금액	증가율	금액	증가율	금액	증가율
총진료비	22,149	9.0	26,111	17.9	32,337	23.8	39,251	21.4	42,238	7.6
1종	18,059	11.5	21,556	19.4	26,219	21.6	31,180	18.9	33,510	7.5
2종	4,089	-0.7	4,556	11.4	6,117	34.3	8,071	31.9	8,728	8.1

3. 예 산

의료급여 대상자 확대 및 수급자의 진료비 부담완화를 재정적으로 뒷받침할 정부예산은 지속적으로 확대하여 왔다. 그리하여, 2002년에 22,119억원에서 2006년도에는 34,885억원, 2007년도에 46,753억원에 이르렀다.

이러한 지속적인 예산 증액에도 불구하고 의료급여 미지급금이 발생하고 있는데, 2002년에 재정안정화 대책을 추진하여 2003년에는 의료급여기관에 대한 미지급 진료비를 전부 해소하였으나, 최저생계비의 증액에 따른 기초생활수급권자의 증가, 차상위 의료급여사업 대상자의 증가와 급여 범위의 확대 등에 따라 2004년부터 다시 진료비 미지급이 발생하고 있다. 2006년도 미지급금은 총 8,570억원에 달했고, 진료비 증가율이 크게 둔화된 2007년도에도 3,738억원의 미지급금이 발생하였다.

〈표 2-3-12〉 의료급여예산 및 미지급액 추이

(단위 : 억원)

구 분	2002	2003	2004	2005	2006	2007
예 산 액	22,119	23,073	24,631	29,057	34,885	46,753
국 비	16,901	17,612	18,807	22,145	26,621	35,927
지 방 비	5,218	5,461	5,824	6,912	8,264	11,234
미지급액 (국고)	902 (722)	239 (166)	1,069 (823)	4,255 (3,277)	8,570 (6,599)	3,738 (2,878)

IV 기초의료보장의 내실화

1. 의료급여의 보장성 강화

급여측면에서는 수급권자가 전액 부담하던 비급여항목인 양전자단층촬영(PET)을 급여 범위에 포함하였고, 자연분만자 및 6세미만 아동에 대하여 식대 본인부담을 면제하였다. 또한, 중증질환자에 대해서는 식대 본인부담을 10% 감면하고, 희귀난치성질환의 범위를 98개에서 107개로 확대하여 희귀난치성질환자의 보호를 강화하였다.

수급권자 측면에서는 부양의무자의 범위를 ‘직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이하는 2촌 이내의 혈족’에서 ‘1촌의 직계혈족 및 그 배우자’로 조정하였고, 의료급여 수급권자가 건강보험 심사평가원의 확인을 통해 의료급여기관으로부터 과다 납부한 본인부담금을 환불받을 수 있도록 하였다.

또한 제3자의 행위로 인한 상해시 의료급여를 우선 지원받을 수 있도록 하고 추후 보장기관이 제3자에 대하여 구상권을 행사하도록 하였다.

2. 운영체계의 효율화

의료급여제도는 국가재정에 의하여 운영되는 제도로서 저소득가정이 질병으로 인하여 빈곤으로 추락하는 것을 방지하고 수급권자들의 만족도를 제고하기 위하여 지속적인 보장성

강화 노력과 동시에 급속히 증가하고 있는 재정의 건전화를 위하여 다각적인 노력이 절실한 실정이다.

이를 위하여 의료급여 수급권자와 의료공급자가 적정하게 의료를 이용하도록 의료서비스의 질적 관리를 강화하고 관리운영체계를 효율적으로 정비하였다. 특히, 공급자 및 수급권자의 도덕적 해이를 방지하기 위하여 수급자 자격기준을 강화하고 의료급여 사례관리업무를 수행하는 의료급여관리사를 232개 시·군·구에 모두 배치하여 고혈압, 당뇨병, 관절염, 뇌졸중 등 만성질환이 있는 수급자에 대해 지속적인 사례관리를 실시하였다.

의료급여기관의 허위·부당진료비 청구에 대한 심사·실사 관리를 강화하여 부당한 재정 누수를 방지하고 의료급여기관에 대한 현지심사 및 조사를 통하여 부당행위 적발 시 업무정지, 부당이득금 환수, 과징금 부과 등 행정처분을 실시하였다. 분기별로 의료급여 청구경향통보서를 각 의료급여기관에 통보하여 자율시정토록 유도하고 필요한 경우에는 현지조사를 실시하여 제도의 효율성을 극대화 하도록 노력하였다.

3. 의료급여 혁신

의료급여 제도의 발전과 외부환경의 변화(고령화, 건강에 대한 관심 증가, 신의료기술의 발달 등)로 인해 의료급여 재정이 급속하게 증가하여, 2002년 총 진료비는 20,313억원이었으나, 4년만인 2006년에는 39,251억원으로 약 2배로 늘어났다.

이에 따라, 의료급여 예산도 2004년~2006년 동안 연평균 21%씩 증가해왔으며, 2007년 보건복지 일반회계 예산 증액분 18,229억원 중 약 50%(9,148억원)가 의료급여 예산 증가액이었다. 이러한 예산 증액에도 불구하고, 매년 연초에 확보된 예산보다 진료비가 많이 발생하여 연말마다 예산부족으로 의료급여비용 지급이 지연(2007년도 말 기준으로 3,738억원의 미지급금 발생)되는 상황이 되풀이되고 있다.

한편, 의료급여 수급권자는 만성질환자, 복합질환을 가진 노인 등의 비중이 높아 여러 의료기관을 이용하는 경우가 많다. 그러나 의약품 중복처방이나 병용금지 의약품 투여 현황 등을 관리할 수 있는 시스템이 갖추어지지 않아 오히려 수급권자들의 건강에 해가 되는 경우가 발생하기도 하였다.

구체적으로, 보건복지가족부에서 2006년 1월~2월 진료분(2006년 1월~3월 심결기준)을 조사한 결과 중복처방비율이 18.6%에 달하고, 병용금기 의약품 처방은 의료급여 수급권자가 8.13%로 건강보험 가입자(1.5%)에 비해 높아 약화사고의 위험이 크다고 할 수 있었다.

〈표 2-3-13〉 동일성분 의약품 중복처방 현황

구 분	중복일수	대상건	중복건수	점유율(%)	중복비율(%)	중복일수
전 체	소계	2,683,141	497,623	100.00	18.6	1,680,822
	3일이하		417,885	83.98		
	4일이상		79,738	16.02		

※ 주 : 2006. 1월과 2월 진료월 중복처방 비교(2006. 1~3월 심결기준)

〈표 2-3-14〉 병용금기 의약품 처방 현황

보험자	연령구분	대상자수	병 용 금 기		
			건 수	수진자수	수진자비율(%)
건강보험	계	1,000	326	15	1.50
	65세 이상	531	37	2	0.38
	65세 미만	469	289	13	2.77
의료급여	계	1,008	1,218	82	8.13
	65세 이상	450	571	41	9.11
	65세 미만	558	647	41	7.35

※ 주 : 1) 06년 1월~3월 진료분 병용금기 발생건수

2) 각 요양기관에서 처방받은 투약일수 상위자(건강보험 1,000명, 의료급여 1,008명)에 대한 병용금기 의약품 처방현황임.

3) 동일날 요양기관에서 발행된 다수의 원외처방전 투약내역을 투약일자별로 병합한 결과 투약일자별로 발생한 병용금기 건수(처방전별 병용금기는 미발생)

이에 보건복지가족부는 2006년 7월 수급권자들의 적절한 의료이용을 통한 건강수준 제고와 의료급여 재정안정화를 위한 「의료급여 혁신 종합대책」을 마련하였고, 단계적으로 이를 실행해 나가고 있다.

그 내용을 구체적으로 살펴보면, 2006년 하반기부터 의료급여기관에 대한 진료비 심사와 현지 실사를 강화하였고, 장기의료이용자 실태조사 및 핵심관리 대상자에 대한 사례관리를 강화하였다.

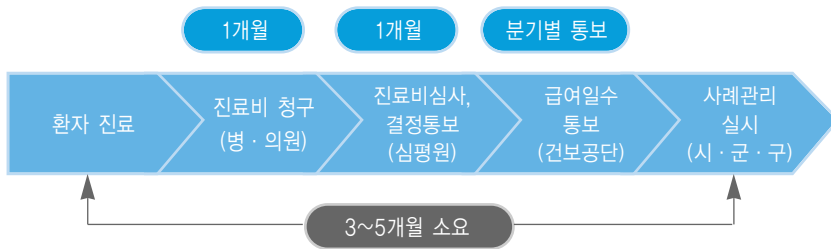
또한, 2007년 7월부터 1종 수급권자에게 매월 6,000원의 건강생활유지비를 지원하면서 외래진료시 본인부담금을 납부하도록 하고, 중복투약 등으로 건강에 위험이 있는 수급권자를 대상으로 병의원을 한군데 지정하여 의료이용을 할 수 있도록 하는 선택병의원제도를 도입하였다.

〈표 2-3-15〉 수급권자 본인부담 수준

구 분	의원급	병원·종합병원	대학병원	CT, MRI, PET	약 국	입 원
1 종	1,000원	1,500원	2,000원	5%	500원	없 음
2 종	1,000원	15%	15%	15%	500원	15%

그리고 국민건강보험공단에 자격관리시스템을 구축하여 의료급여기관에서 환자 진료 전 수급권자의 자격정보를 확인할 수 있도록 하고, 진료 후 급여일수 정보 등을 국민건강보험공단에 전송하도록 하였다. 이를 통해 수급권자의 진료일수 파악기간을 단축시켜 사례관리의 효과성을 높일 수 있었다.

〔그림 2-3-6〕 종전 급여일수 파악 기간



〔그림 2-3-7〕 의료급여 자격관리시스템을 통한 급여일수 관리



그 결과 2004년~2006년 평균 약 21%에 달하던 진료비 증가율이 2007년에는 7.6%로 둔화되었고, 총 진료비는 42,238억원이었다.

그러나 만성질환자 증가, 고령화 등으로 의료비는 지속적으로 증가할 것으로 예상되며, 특히 의료급여 수급권자 중 노인인구 비중이 25% 이상임을 감안하면 향후에도 재정안정화 기조를 유지해 나갈 필요가 있다.

〈표 2-3-16〉 65세 이상 수급권자 수 및 진료비 현황

(단위 : 명, 억원)

구 분	2004	2005	2006	2007
전체수급자수	1,528,843	1,761,565	1,828,627	1,852,714
65세이상 수급자수 (비중)	415,346 (27.2%)	452,480 (25.7%)	469,152 (25.7%)	486,055 (26.2%)
총진료비	26,111	32,337	39,251	42,238
65세이상 총진료비 (비중)	9,943 (38.1%)	12,427 (38.4%)	15,255 (38.9%)	16,291 (38.6%)

이를 위해 향후 불필요하게 장기입원하고 있는 수급권자의 적정 의료이용을 유도하기 위해 장기 입원자 확인체계를 구축하고, 입원환자에 대한 사례관리를 강화하는 등 개선방안을 마련하고, 필요한 경우 요양시설 등으로 옮길 수 있도록 관련 제도와 연계가 이루어질 수 있도록 할 계획이다.

또한, 의료급여 보장기관으로서 사업을 직접 수행하고 있는 시·군·구가 의료급여 재정에 관심과 책임성을 갖고 적정하게 관리할 수 있도록 재정분담률을 조정하는 등 제도를 개선하고자 한다.

이와 함께 저소득층의 의료사각지대 해소를 위해 현재 보건복지가족부에서 실시하고 있는 다양한 의료비 지원제도의 대상자 중복·누락을 방지하는 등 효율성과 실효성을 높여나갈 계획이다.



자활지원사업*

I 제도 개요

2000년 10월 국민기초생활보장법의 시행에 따라 근로능력이 있는 수급자에게는 자활에 필요한 사업에 참가할 것을 조건으로 생계급여를 실시하고, 체계적인 자활지원 서비스와 각종 자활사업 참여기회를 제공하여 자활능력 배양 및 기능습득을 통해 빈곤탈피를 유도하고 있다.

이를 위해 시장·군수·구청장은 수급자에 대한 근로능력·가구여건·취업상태·자활욕구 등을 고려하여 가구별 자활지원 계획을 수립하고, 이에 따른 자활급여 실시 및 후원을 연계하고 있다. 그러나 자활사업 참여조건을 이행하지 않는 경우에는 본인의 생계급여의 일부 또는 전부를 지급하지 아니함으로써 도덕적 해이를 방지하고 있다.

자활사업은 시·군·구 별로 지역사회의 복지자원을 최대한 이용하여 자활근로, 지역봉사, 사회적응 프로그램 등 다양한 자활프로그램 제공 및 자활공동체의 창업을 지원하는 한편 노동부의 고용 관련 인프라를 통하여 취업알선·직업훈련 등의 취업지원 서비스를 제공하는 등 저소득층의 자활촉진을 위한 각종지원 및 서비스 제공을 실시하고 있는 사업이다.

이러한 자활사업의 원활한 추진을 위하여 민간 인프라로 지역자활센터**를 확충하고 지원·육성하며, 생업자금융자·자활기금 및 마이크로크레딧을 활용한 개인 및 자활공동체의 창업 자금 지원체계를 확립하고 자활소득공제, 부분급여제도 등 근로유인 제도를 도입·시행함으로써 종합적인 자활지원체계를 만들어 가고 있다.

*집필자 : 자립지원투자과장 김영선

**자활후견기관에서 지역자활센터로 명칭변경(국민기초생활보장법 개정 '06.12)

II 자활지원사업의 활성화

1. 자활사업 확대 및 내실화 추진

가. 자활사업대상자 확대와 관리강화

근로능력이 있는 수급자 중 조건부수급자는 조건에 의한 자활사업에 의무적으로 참여하여야 하고, 자활급여 특례자·조건부수급자이외의 일반수급자·차상위계층도 실질적 소득지원과 빈곤예방 등을 위하여 자활사업에 참여할 수 있다.

근로능력이 있는 수급자는 일정 연령조건을 충족하고 장애인 고용촉진 및 직업재활법에 의한 중증장애인, 보건복지가족부장관이 정하는 질병·부상 또는 그 후유증으로 일정기간 이상의 치료 또는 요양이 필요한 자, 임산부, 공익근무요원 등 법률상의 의무를 이행중인 자 등에 해당하지 아니한 자를 말한다.

2004년부터 연령기준을 18세 이상 62세 이하에서 18세 이상 64세 이하의 수급자로 노령자의 자활사업 참여를 확대하는 한편, 참여범위를 차상위계층까지 확대하여 자활사업 참여기회를 확대하고 있다.

조건부수급자는 자활사업에 참가할 것을 조건으로 생계급여를 지급받는 수급자로서, 근로능력이 있으나 개별가구 또는 개인의 여건 등으로 자활사업에 참가하기 곤란한 자, 근로 또는 사업에 종사하는 대가로 소득을 얻고 있는 자, 환경변화로 적응기간이 필요하다고 인정되는 자 등에 해당하지 않는 수급자를 말한다. 장애등급 5·6급 장애인, 도서벽지거주 수급자, 시험준비생·직업훈련생, 학원수강생, 북한 이탈주민 등을 조건제시 유예자로 관리하고 있다.

자활급여특례자는 자활사업에 참가하여 발생한 소득으로 인하여 소득인정액이 선정기준을 초과하는 수급자를 말한다. 차상위계층은 수급자로 선정되지 아니한 자로서 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 가구를 말한다.

〈표 2-3-17〉 자활사업 대상자별 참여현황

(단위 : 명)

구 분		계	수 급 자			차상위계층 (희망참여자)
			소 계	조건부 수급자 (의무참여자)	자활특례자 및 일반수급자 (희망참여자)	
2006	12월말현재	61,297	41,902	33,918	7,984	19,395
	누 계	86,796	60,105	47,907	12,198	26,691
2007	12월말현재	60,025	41,080	33,612	7,468	18,945
	누 계	87,282	60,258	48,289	11,969	27,024

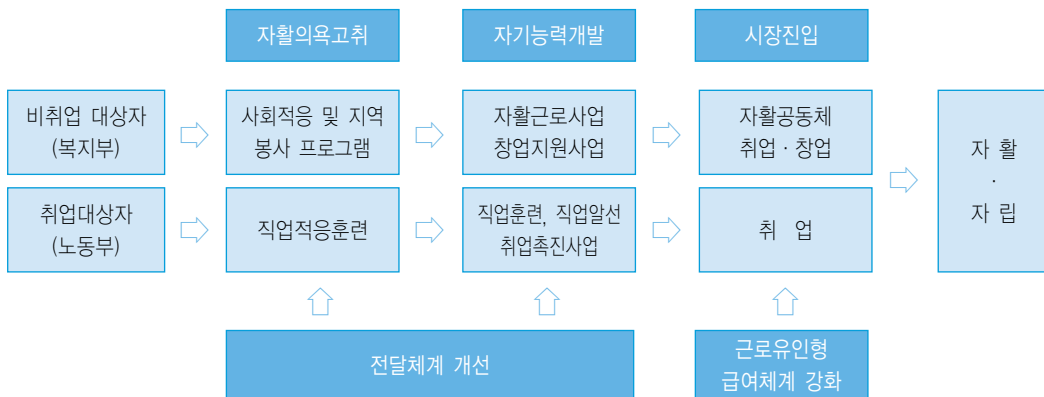
※ 누계는 자활사업 연간 실 참여인원 임

나. 다양한 자활사업프로그램 실시

자활사업프로그램은 ‘단계적 발전전략’에 따라 구성되어 있다. 즉, 자활사업 참여자의 근로 능력과 수준을 점진적으로 향상시켜 궁극적으로는 자립이라는 단계에 이르게 하는 것을 목표로 참여자의 능력에 따라 단계별로 ① 사회적응프로그램/지역봉사 → ② 자활근로 → ③ 자활 공동체/직업알선 · 창업지원프로그램 등을 제공하고 있는 것이다.

이러한 자활사업프로그램은 크게 자활공동체 · 자활근로 등 비취업대상자 중심의 복지부 주관 자활사업과 직업훈련 · 취업촉진사업 등 취업대상자 중심의 노동부 주관 자활사업으로 구분할 수 있다.

〔그림 2-3-8〕 자활사업 단계별 추진체계



〈표 2-3-18〉 자활사업 유형별 참여 현황

(단위 : 천명)

구 분	계 (A+B)	복 지 부(시·군·구 자활프로그램)								노동부 (B)	비 고
		소개 (A)	자활 공동체	자 활 근 로					지역봉사, 사회적응 프로그램 등		
				소개	시장 진입형	사회적 일자리형	근로 유지형	인턴형 등			
2007 12월말	60	58	5	48	7	18	23	0	5	2	-
조건부 수급자	34	32	1	27	3	9	15	0	4	2	
차상위 계층 등	26	26	4	21	4	9	8	0	1	0	자활특례, 일반수급 자 포함

(1) 비 취업대상자 프로그램(보건복지가족부)

(가) 사회적응프로그램 및 지역봉사

사회적응프로그램은 근로의욕이 현저히 낮거나 알코올 남용, 심리적 문제 등으로 가정이나 사회생활에 적응이 어려운 수급자를 대상으로 근로의욕을 고취하기 위하여 체계적인 상담·치료와 사회적응 교육을 제공하는 프로그램으로 2007년말 현재 정신보건센터 등 40개소의 사회적응프로그램 실시기관에서 약 0.9천명에 대하여 실시하였다.

지역봉사는 연령이 높고 건강상태가 좋지 않아 근로능력이 낮은 수급자를 대상으로 하루 4시간 정도의 가벼운 지역사회 자원봉사 활동을 통해 근로의욕을 유지하고 지역사회 참여 기회를 제공하는 사업으로 장애인·노인에 대한 재가복지도우미, 무료급식배달 지역사회도우미, 산불감시 환경도우미 등 다양한 형태로 이루어지고 있으며 2007년말 현재 약 2.3천명이 참여하였다.

(나) 자활근로사업

자활근로사업은 주로 한시적 일자리를 제공하는 종전의 공공근로사업과는 달리 저소득층의 자활촉진을 위하여 보다 장기적인 계획 하에 자활공동체 창업 등 자립이 가능하도록 기초능력 배양에 중점을 두고 있는 사업으로 자활의지는 있으나 근로능력이 다소 미흡한 저소득층을 대상으로 근로능력의 향상과 자활공동체 창업 등 자립을 위한 전 단계 프로그램으로 활용하고

있으며, 저소득층의 자활능력과 사업유형에 따라 근로유지형, 사회적일자리형, 인턴형, 시장 진입형의 자활근로사업으로 구분하여 실시하고 있다.

특히, 2003년에는 간병도우미, 집수리, 청소, 음식물·폐자원 재활용 등 5대 표준화사업으로 선정하여 도시·농촌 지역별로 구분하여 가급적 모든 지역자활센터가 참여하도록 유도하고 있으며 그 외에 지역별 특성, 지역자활센터의 기술·경험에 따른 자활사업도 적극 개발하고 있다.

또한, 영농 등 지역특성을 감안한 지역특화 사업과 외식사업 등 대도시 생활권 중심의 전략 사업을 적극 개발·시행하고 있으며, 자활근로 유형별 참여자에 대한 자활급여를 차등 지급함으로써 근로유인 효과를 제고하고 있다. 이러한 자활근로사업은 2007년말 현재 약 48천명이 참여하였다.

〈표 2-3-19〉 5대 표준화 자활사업 추진현황

(2007.12.31. 현재)

구 분	계	집수리	간 병	청 소	폐자원 재활용	음식물 재활용
사업단수	1,468	350	468	400	224	26
참여자(명)	14,867	1,961	5,915	4,336	2,496	159

(다) 자활공동체

자활공동체란 2인이상의 수급자 등이 근로·생산·판매·소득공동체 등을 결성·운영하여 자립기반을 다지는 공동출자방식의 사업이다. 일반적으로 시장진입형 자활근로사업이 발전하여 수익성이 확보되는 경우 해당 사업단의 참여자들 주도로 사업자 등록 등을 통한 독립채산제 형태로 창업하는 형태이다.

자활공동체 활성화를 통해 저소득층 자활 촉진을 위하여 자활기금 및 마이크로크레딧을 활용한 점포임대 등 각종 사업자금 융자, 국공유지 우선 임대, 국가 또는 지방자치단체가 실시하는 사업의 우선 위탁, 조달구매 시 공동체 생산품의 우선 구매 등 각종 지원을 실시하고 있다. 이러한 자활공동체는 2007년말 현재 842개에 약 5.2천명이 참여하였으며, 1인당 월 평균 817천원의 소득을 올리는 등 자활성공의 가능성을 높여 주고 있다.

(2) 취업대상자 프로그램(노동부)

노동부주관으로 고용지원센터가 추진하는 취업대상자 및 취업을 희망하는 비 취업대상자에 대한 취업지원 프로그램으로 적응훈련, 자활직업훈련, 취업알선 및 구직활동 지원, 자활취업 촉진사업 등이 있다.

직업적응훈련은 취업대상자의 자활의지 및 근로의욕의 고취와 다양한 취업 정보를 획득하고, 직업생활에 필요한 기초적인 컴퓨터 활용능력·자동차 운전능력 등을 배양하는 프로그램이다. 자활직업훈련은 자활대상자를 직업훈련기관에 위탁하여 자활에 필요한 기능습득 지원 및 취업효과를 높이기 위해 실시하는 자활프로그램이다.

취업알선은 당장 취업이 가능한 취업대상자에게 제공되는 프로그램으로 직업상담을 통해 대상자에게 적합한 사업체에 지정·알선을 실시하게 된다. 자활취업촉진사업은 자활대상자 스스로 산업현장 방문을 통하여 구인현황 파악 및 현장면접을 통하여 본인 취업 및 다른 자활 대상자의 취업을 지원하는 프로그램이다.

다. 자활사업 추진기반 강화

(1) 민간부문 자활인프라 확충 및 내실화

자활사업을 지원하는 인프라로는 지역자활센터, 광역자활센터, 청소년자활지원관 및 사회적응프로그램실시기관 등이 있다. 지역자활센터는 자활사업 수행의 핵심기관으로 자활근로 사업 수행, 자활공동체 창업지원, 취업알선 등 일할 수 있는 기회를 제공하고, 각종 기술·경영 지도, 자활관련 정보제공 및 상담·직업교육 등을 통해 자활의욕을 고취하고 자립능력 향상을 지원하는 자활의 중추적 역할을 수행하고 있다.

1996년 시범사업 실시 이후 20개소의 자활지원센터를 국민기초생활보장법 시행에 따라 지역자활센터로 개편하였으며, 2003년말 209개소, 2005년말 현재 242개소로 대폭 확충하였다.

또한, 청소년자활지원관 28개소를 지역자활센터에 부설로 설치하여 저소득층 청소년에 대하여 취업 및 자활을 지원하고, 건전한 문화공간을 제공함으로써 빈곤의 세습을 방지하기 위해 노력하고 있다.

광역자활센터는 지역단위의 단편적이고 분절적으로 시행되는 사업을 광역단위의 공동 추진 및 네트워크 구축 등을 통해 자활사업을 활성화하고자 설치되었다. 2004년도 3개 지역(대구광역시, 인천광역시, 경기도)를 선정하여 2006년까지 시범사업을 실시하였으며, 그 결과 자활지원사업의 인프라로서 사업성과와 의미를 확인한 후 2007년도 자활사업 전달체계로 포함되어 향후 점진적으로 확대해 나갈 예정이다.

그 외에도 자활사업에 대한 민간부문의 참여를 활성화하기 위하여 시·군·구별로 사회복지관·정신보건센터 등 다양한 민간기관 등을 자활사업 실시기관으로 적극 활용하여 지역봉사 및 사회적응 프로그램 등을 실시하고 있다.

(2) 창업지원사업

(가) 자활기금 설치·운영

자활기금은 국민기초생활보장법 제18조의 규정에 따라 시·도 또는 시·군·구에 설치하여 자활공동체가 금융기관으로부터 대여 받은 자금의 이차보전, 자활공동체에 대한 사업자금 대여, 지역자활지원 계획의 집행을 위하여 필요한 비용, 수급자 및 차상위계층의 복지증진을 위한 사업 등에 활용하고 있다. 2007년말 현재 지방자치단체에서 1,850억원을 조성하여 운용하고 있다.

(나) 생업자금융자 사업

생업자금융자사업은 저소득층의 생업기반을 조성하고 조기 자립을 유도하기 위하여 창업을 희망하는 개인에 대하여 가구당 무보증대출을 12백만원, 보증대출은 20백만원, 담보대출은 담보 범위 내 한도로 연리 고정 3%, 5년 거치 5년 상환을 조건으로 사업의 창업·운영 등에 필요한 자금을 융자하고 있다. 2007년(2007 4월~ 2008년 3월)에는 저소득층가구 512가구에 총 72억원을 융자하였다.

(다) 무담보 소액대출(Micro-credit)

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

담보나 보증요건보다는 자활의지나 사업계획성을 기준으로 약 2천만원 규모의 자금대여와 2% 이자율, 1년거치 4년상환 조건, 기술 및 경영지도 등 사후관리 서비스를 제공한다. 2005년

부터 2007년까지 140여개 자활공동체에 대하여 매년 20억원씩 사회연대은행, 신나는 조합, 경기광역센터를 통해 창업자금으로 대여하였다.

(3) 근로유인형 급여체계 강화

국민기초생활보장제도는 최저생계비에서 수급자의 소득을 차감한 차액만큼 생계급여를 지급하는 보충급여방식을 채택하여 근로능력자의 근로의욕을 저해할 우려가 있고, 통합급여 체계는 수급자의 소득이 최저생계비를 초과하는 경우에는 모든 급여가 상실되어 자활을 기피하게 하는 문제가 있다.

이러한 문제점을 보완하기 위해 수급자의 소득 중 일정비율을 자활장려금으로 추가 지원하는 자활소득공제(자활장려금) 제도를 현재 학생, 장애인직업재활시설·자활공동체 및 자활근로사업 참가자를 중심으로 공제율 30%를 실시하고 있으며, 차상위계층에 대해 가구별 생활여건을 고려하여 필요한 급여를 제공하는 부분급여제도를 도입하여 일을 통한 빈곤탈출을 지원한다.

2. 자활사업 성과와 한계

가. 성과

국민기초생활보제도는 근로능력여부와 관계없이 저소득층의 최저생활을 보장함에 따라 우리나라 공공부조정책의 패러다임을 전환하는 계기를 조성하였으며, 근로능력자에 대한 조건부수급자제도를 통해 국민기초생활보장제도의 건강성을 유지하는 데 기여했다는 평가를 받고 있다.

그러나 자활사업에 참여한 수급자중 탈수급하여 자활에 성공한 자는 2007년말 현재 3,406명으로, 2004년 5.4%, 2005년 5.5%, 2006년 6.0%, 2007년 6.3%로 자활성공율이 점차 증가하고는 있으나, 규모면에서 낮다는 지적을 받고 있다. 그러나 자활사업의 성과지표에 따라 효과성은 다르게 나타나고 있음에 주목할 필요가 있다.

자활사업프로그램중 시장진입이 가능한 자활공동체나 자활근로사업 참여자중에서 수급자에서 벗어나지는 못했으나 자활사업을 통해 취업이나 창업에 성공한 참여자 비율은 14%이다.

이는 자활사업 참여자가 중장년(69%), 저학력(초졸이하 48%) 등 바로 시장진입이 어렵고 근로능력이 미약한 대상자의 특성을 감안한다면 낮은 수준은 아님을 알 수 있다.

또한 자활공동체 폐업을 13%로 일반자영업자의 폐업을 76.3%보다 낮은 수준이고, 자활사업 참여자의 직업기술 보유율은 32.9%로 전체 근로빈곤층 보다 높으며, 간병·청소사업 등 공인기술 자격 취득자 비중도 우세한 것으로 나타나고 있다.* 한편, 자활사업 참여 등 조건을 이행하지 않은 기초수급자 2,050(2007년 말)에 대해서는 본인에 대한 생계급여를 중지함으로써 수급자의 도덕적 해이를 방지하고자 하였다.

나. 한계

자활사업은 국민기초생활보장법의 틀에 머물러 조건부수급자와 일부 차상위계층을 대상으로 제한적으로 운영될 수밖에 없는 한계를 지니고 있고, 자활사업 참여자도 일반노동시장의 진입이 곤란할 정도로 근로능력이 미약한 자로 사업의 성과를 도출하는 데 한계를 지니고 있다.

또한 국민기초생활보장제도가 수급자에서 벗어날 경우 모든 급여가 중단되는 통합급여체제로 인해 탈수급으로의 유인이 부족하고, 자활사업 참여자에게만 자활소득공제(자활장려금)가 적용되고, 일반노동시장에 취업한 수급자는 자활소득공제가 적용되지 않을 뿐 아니라 2008년도 시행되는 근로장려세제(EITC)에서도 제외됨에 따라 사실상 일반노동시장에서 근로하는 수급자의 근로를 유인할 인센티브가 전무한 실정이다.

그리고 자활대상자는 복합적인 욕구를 가지고 있으므로, 이들 가구와 개인특성에 맞는 차별화된 프로그램 제공을 통해 일 할 수 있는 여건 조성이 필요하나, 서비스 연계가 다소 미흡한 편이다.

자활인프라 중심인 지역자활센터는 공급기관이 제한되어 지역사회내 경쟁을 유도하는데 한계가 있으며, 지원되는 운영비마저 민간에 비해 많지 않아 전문성을 갖춘 질 높은 인력을 확보하는데도 어려움이 많다.

*참조 : 한국보건사회연구원, '근로빈곤층 자활지원 법률체계 개편방안' 2006

3. 자활사업 추진계획

자활지원제도의 기본방향으로는 기초생활보장수급자 외에 잠재급자인 차상위계층까지 적극 지원하는 ‘보편적 자활’, 일을 통한 복지(welfare-to-work)를 넘어 능력향상에 대한 투자(welfare-in-work)로 신속한 빈곤탈출 및 빈곤예방을 통한 ‘예방적 자활’, 대상자 및 개인특성에 맞는 차별화된 프로그램 등 맞춤형서비스 제공을 통한 일할 수 있는 여건을 조성하는 ‘인간중심적 자활’, 성과중심으로의 개편 및 기초생활보장수급자와 공급기관의 도덕적 해이 방지를 통한 ‘효율적인 자활’ 이다

우선 제도개선이 가능한 사항은 국민기초생활보장법 개정이전이라도 검토하여 추진하는 등 자활사업 개편의 성과를 극대화 할 수 있도록 ‘先 자활사업 효율화, 後 사업범위 확대’ 해 나갈 예정이다.

가. 자활사업의 효율성 제고 등을 통한 내실화 추진

자활사업을 통해 탈수급하기 위해 자활근로사업 중 근로강도가 낮은 근로유지형사업을 필요 최소한으로만 유지하고, 상대적으로 탈수급 가능성이 높은 업그레이드형 참여자에 대한 지원을 강화해 나갈 것이다.

이를 위해서 자활사업 참여자중 2007년말 현재 약 47% 차지하는 근로유지형 참여자에 대하여 자활소득공제(자활장려금)제도 적용을 제외하고, 차상위계층의 근로유지형 참여를 제한함으로써 근로유지형 참여자의 업그레이드형 사업의 참여를 유도하고자 한다.

또한 복권기금을 활용한 가사간병도우미사업은 서비스 공급기관의 책임성 있는 서비스 제공 및 제공되는 서비스정보를 과학적이고 체계적으로 관리하기 위해 기존의 공급자 운영 방식에서 수요자 중심의 바우처 방식으로 전환을 추진한다. 그리고 서비스 수혜대상의 범위를 기존의 소득기준 등 경제적 기준 이외에도 건강등급 등 서비스 필요정도를 동시에 고려하여 사업의 효율성을 높이고자 한다.

나. 자활지원인프라의 강화

자활지원제도 관련 대상자 · 사업실적 등에 대한 중앙단위의 정보 집적 · 관리 · 분석 및 자활사업의 체계적 · 효율적 관리도모를 위해 중앙자활센터를 설립을 추진한다. 2007년 7월

국민기초생활보장법 개정으로 동 센터의 설립근거를 마련하였으며, 2008년 10억원의 예산을 확보하여 상반기 설치하여 하반기부터 본격적인 사업에 착수할 예정이다.

중앙자활센터 주요기능은 빈곤진입·탈출경로 등 근로능력 있는 수급자를 관리하며, 자활 지원을 위한 조사·연구·교육 및 홍보사업과 자활관련 기관간 협력체계 및 정보 네트워크를 구축하여 운영하는 등 자활사업의 컨트롤타워 역할을 수행할 것이다. 광역단위의 공동추진과 네트워크 구축을 활성화하기 위해 광역자활센터 3개소 추가 운영예산을 확보하였으며, 상반기 중 공모를 통해 선정하고, 기존의 지정방식에서 성과계약으로 운영방식을 전환할 예정이다.

다. 자활사업 성과관리 개선

자활사업을 성과중심의 관리체계 구축을 통해 서비스공급자의 도덕적 해이를 방지하고 사업의 성과를 제고하고자 시범사업을 추진할 예정이다. 이를 위해서 현행 탈수급율(자활사업 참여자중 수급자에서 벗어난 비율)만을 성과지표로 하여 자활사업의 성과를 제대로 평가받지 못하는 한계를 탈피하여 재정적 측면뿐만 아니라 사회적 측면도 균형적으로 반영하는 합리적 성과지표를 개발하여 자활제도를 올바르게 평가할 수 있도록 합리적 성과지표 개발할 것이다.

또한 공공영역의 비효율성을 극복하기 위해 민간영역의 전문성 있는 기관에 대한 참여를 활성화 하는 방안 강구를 통해 사업수행기관간 경쟁체제 구축을 통해 자활서비스 질을 제고한다.

성과중심의 자활사업 시범사업을 추진하고, 그 결과를 종합적으로 판단하여 확대 시행여부를 결정할 예정이다. 다만 중간평가를 통해 성과목표를 현저히 달성하지 못하거나 기타 변경사유가 생길 경우 시범사업을 중단할 수 있다.

라. 무담보소액대출(Micro-credit) 시스템 활성화

2008년도에는 마이크로크레딧방식의 업무처리 표준화를 위한 매뉴얼을 개발하고 대출심사·컨설팅·사후관리 등을 전담하는 전문 인력을 약 200명 양성하여 마이크로크레딧의 체계적 확산을 위한 관리체계를 구축할 것이다. 또한 ‘휴먼예금’을 마이크로크레딧 재원으로 활용하는 방안을 해당 부서와 협조하여 검토하고 있으며, 지방자치단체의 자활기금과 생업자금융자 등 저소득층 융자사업을 마이크로크레딧 방식으로 통합·운영하는 방안을 검토할 예정이다.

제4장

사회복지서비스

제1절

사회서비스 확충*

I 복지정책의 현 좌표와 정책환경의 변화

그간 정부는 성장과 복지가 함께가는 동반성장 전략 기조 하에 사회안전망의 확충, 저출산·고령사회기본계획 수립, 국민연금 개혁, 주민생활지원서비스 전달체계 개편 등을 추진해 왔다. 그 결과 보건복지 분야의 많은 지표들이 선진국 수준에 근접하는 상당한 성과를 이루었다. 하지만 여전히 사회안전망의 사각지대가 광범위하게 남아있고, 장기실업·빈곤의 고착화 등 새로운 사회적 위험에 대한 적극적 대응도 부족한 실정이며, 국민들의 다양한 사회서비스 수요 충족 및 보편적 서비스 제공 등 아직 많은 과제가 남아 있다.

우리사회가 직면하고 있는 저출산·고령화, 저성장, 양극화 심화, 빈곤 및 실업의 고착화 등 경제사회구조의 변화와 새로운 사회적 위험(new social risks)에 대해 소득보장 위주의 전통적 복지정책으로는 효과적으로 대응하기 어려워 선제적이고 사전예방적 사회정책의 필요성이 제기되고 있다.

*집필자 : 사회서비스정책과장 박인석

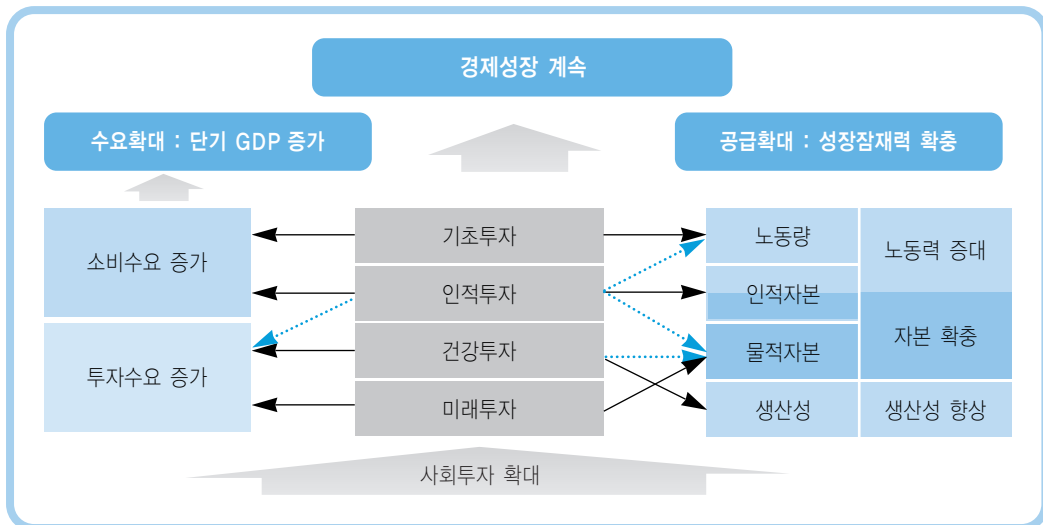
선진국들의 경험을 볼 때도 조세와 공적 소득이전을 통한 사회지출 확대에 기반한 전통적 복지정책은 빈곤을 저하 및 소득분배 구조 개선에 한계를 드러냈고, 노동시장 유연화와 복지 부문의 축소로 특징 지워지는 신자유주의적 접근도 임금격차 확대와 신빈곤층 양산으로 사회 통합을 저해하는 요인이 되고 있다.

이에 선진 각국은 사후적 사회안전망을 중심으로 한 기존 대책의 한계를 극복하고, 미래의 산업구조 및 인구사회 변화에 효과적으로 대응하기 위하여 사회정책 패러다임 전환을 시도 중이다.

참여정부는 국가 미래전략인 ‘함께가는 희망한국 비전 2030’을 발표(’06)한데 이어, 이를 구체화하기 전략으로 ‘사회투자정책’을 보건복지정책의 기본방향으로 정하여 추진하고 있다.

사회투자정책이란 인적자본과 사회자본에 대한 투자확대를 통해 사회참여와 통합을 증진 시킴으로써 경제성장과 사회발전을 동시에 추구하는 정책을 의미한다. 사회투자정책은 결과의 평등이 아닌 기회의 평등을 지향하며, 발생한 문제에 대한 사후 대응이 아닌 미래의 도전·위기를 예측하여 사전적·예방적으로 개입하는 정책을 추구한다.

[그림 2-4-1] 사회투자와 경제성장간 선순환 개념도



사회투자정책은 미래사회의 변화에 선제적으로 대응하고 복지제도의 지속가능성을 확보하기 위한 정책으로 ①인적자본에 대한 투자, ②국민건강에 대한 투자 ③사회통합을 위한 기초투자 ④ 미래성장동력에 대한 투자를 주요내용으로 한다.

II 사회서비스의 개념과 의의

저출산·고령화, 저성장·저고용 시대에 증가하는 서비스 수요에 효과적으로 대응하고, 인적자본의 생산성 향상 및 고용창출을 도모하기 위해 사회서비스 확충의 중요성이 커지고 있다. 사회서비스(Social Service)는 대인 서비스(Personal Social Service 또는 Human Service), 사회복지서비스(Welfare Service), 사회적 보호(Social Care) 등 다양한 용어들과 혼용되고 있어 명확한 개념정의가 쉽지 않다.

광의의 사회서비스는 공공행정, 국방, 교육서비스, 의료서비스 및 사회복지서비스 등을 포함한다(국제 표준산업분류, ISIC). 협의로는 영미 국가에서 사용하는 사회적 보호와 유사한 개념으로 ‘개인 혹은 가족의 사회적 기능이 취약한 경우 정상적인 생활을 할 수 있도록 사람을 통해 직접적으로 도움을 주거나 주거·생활편의 및 활동을 위한 시설·장비를 지원하는 것’을 의미한다.

사회서비스 확충은 우리나라의 사회발전과 경제발전에 동시에 기여함으로써 다음과 같이 사회투자적 기능을 한다.

첫째, 사회서비스 분야는 제조업의 고용감소를 대체하는 높은 고용 창출 잠재력을 보유하고 있다. 취업계수(10억원 생산시 고용창출 인원)를 비교해 볼 때 전 산업 평균이 12.2명인 반면, 사회서비스 분야는 38.1명으로 세배 가까이 높다. 특히 우리나라의 사회서비스업 고용 비중(12.7%)은 아직 선진국에 비해 절반수준에 불과(OECD 평균 21.7%)하여 무한한 발전 가능성을 지니고 있다.

둘째, 사회서비스는 국민의 건강하고 안정적인 생활 보장 뿐만 아니라, 개인의 능력 개발 및 인적자본의 축적을 지원하여 내생적 성장기반 확대에 기여한다. 지식정보화 사회에서 인적자본의 수준은 미래 국부 창출의 핵심요소라고 할 수 있다.

셋째, 전통적으로 가정 내에서 해결되던 양육, 수발 등 서비스 영역의 사회화를 통해 여성 등 가구원의 경제활동 참여 기회를 확대한다. 우리나라의 여성 경제활동 참여율은 계속 증가해 왔지만 선진국에 비해 여전히 낮은 수준('04년 한국 53.9%, 일본 60.2%, 미국 69.2%, 스웨덴 76.6%, OECD 평균 60.1%)이다.

넷째, 사회서비스는 사회병리현상과 사회적 갈등에 대한 해결과 사전 예방을 통해 사회통합 및 미래 사회적 비용 절감으로 사회적 생산성 향상에 기여한다. 사회서비스 지출의 증가는 건전한 사회구성원 양성, 일탈의 감소로 치안비용 등 사후 사회비용 감소에 기여한다는 연구 결과도 있다.

따라서 우리나라의 국민의 삶의 질 향상과 사회통합, 고용창출 및 인적자본의 생산성 증대를 통해 경제발전을 견인하는 새로운 미래 성장동력으로 사회서비스 분야를 집중 육성할 필요가 있다.

III 사회서비스 정책방향

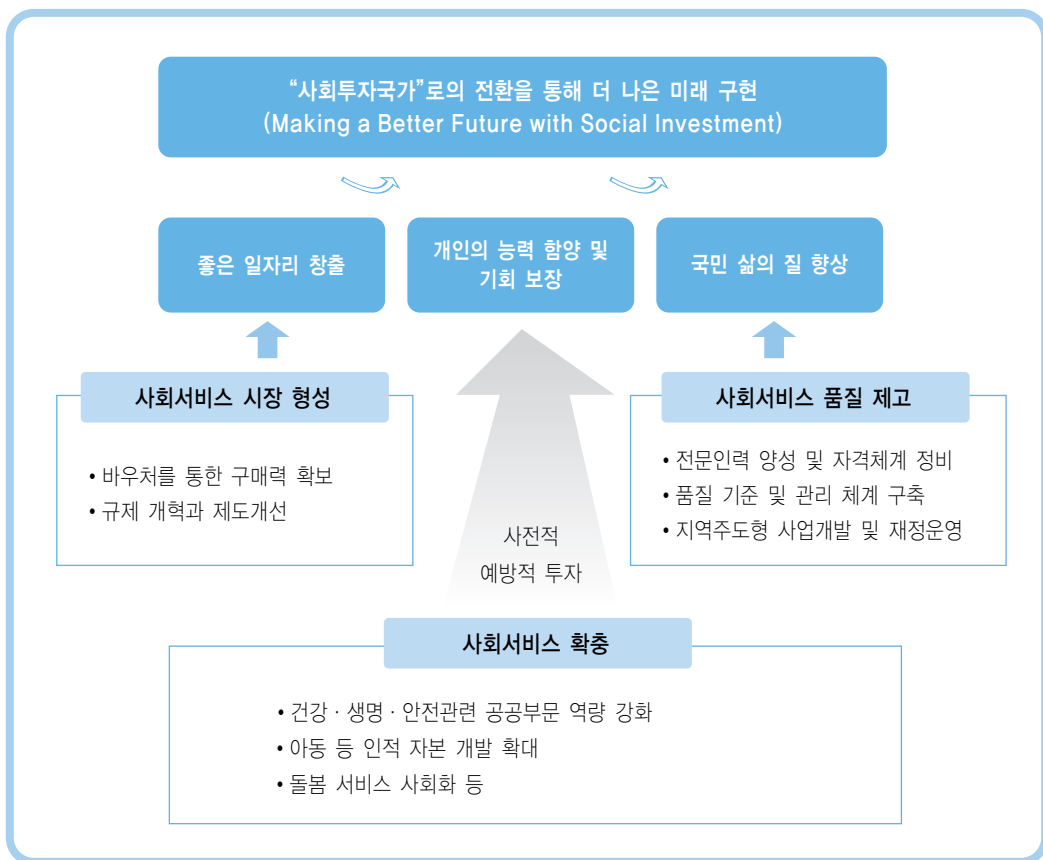
정부는 국민의 수요에 부응하는 다양하고 질 좋은 사회서비스 보장을 목표로 다음과 같은 세 가지 방향에서 사회서비스 분야 발전전략을 추진하고 있다.

첫째는 사회서비스의 확충이다. 가정 등 비공식부분의 돌봄 부담 경감을 통해 국민 삶의 질을 향상하고, 특히 사회투자적 서비스 확충을 통해 개인의 능력함양과 기회의 보장을 추구할 것이다. 또한 지역사회 주도로 지역특성과 욕구를 반영한 사회서비스의 개발·제공을 확대해 나갈 계획이다.

둘째, 사회서비스의 시장형성 촉진이다. 수요가 부족한 부분은 바우처 지원을 통해 시장 서비스 구매를 촉진하고, 공급기반 확충이 필요한 부분은 공급자 지원을 통해 인프라 확충을 촉진하고 있다. 또한 과감한 규제혁파와 제도개선으로 다양한 공급자 출현 및 경쟁을 유도해 나갈 계획이다.

셋째, 사회서비스 품질수준의 제고이다. 사회서비스 제공인력의 전문성을 제고하고, 자격 관리체계를 정비하며, 사회서비스 국가 품질표준의 설정 및 모니터링·평가체계를 구축할 계획이다.

[그림 2-4-2] 사회서비스 추진목표 및 전략



IV 추진 성과

그동안 사회복지서비스 수요의 급증에도 불구하고, 우리나라는 사회복지서비스에 대한 공공의 투자도 미흡하고, 사회복지서비스 시장도 미형성되어 국민의 다양한 욕구 충족이 곤란한 실정이었다. 2006년 9월 수립된 사회복지서비스확충기본계획에 따라 2007년에는 지역수요에 기반 한 사회복지서비스 확충, 수요자 중심 시장형성, 투명하고 효율적인 시장관리를 위한 전자바우처 도입 등 실행전략을 마련하였다.

이에 따라, 2007년에는 신규 사회복지서비스의 확충과 함께 바우처 지원 확대를 통해 서비스 수요를 촉발하고, 사회복지서비스 공급기반의 안정화를 통해 시장형성의 기반을 다지는데 주력하였다. 또한 사회복지서비스 품질기준 설정, 공급기관 육성 등을 위한 법적·제도적 기반도 구축하였다.

우선, 보건복지분야 사회복지서비스일자리 사업이 대폭 확충되어 2006년에 국비 1,135억원에 15천명의 일자리를 지원하던 사회복지서비스 분야에 2007년에는 7,563억원을 투입, 147천명의 일자리를 창출하였다.

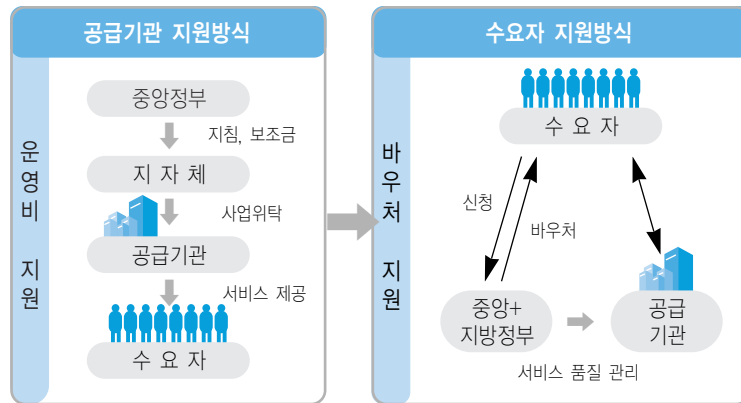
하지만 정부 재정투입은 사회복지서비스 초기 시장 형성을 위한 촉진제로서의 역할만 담당하고, 궁극적으로는 사회복지서비스가 시장에서 경쟁과 선택에 의해 제공될 수 있는 기반을 마련해 나갈 것이다.

이를 위해 소비자의 선택권 보장과 공급자간 경쟁을 통한 질 높은 사회복지서비스 시장 형성을 목적으로 보건복지서비스 분야에서 수요자 중심의 4대 바우처 사업을 시행하였다.

기존 공급자 지원방식은 정부 및 지자체가 서비스 공급기관에게 인건비 등 운영비를 보조해 주어 서비스를 제공하도록 하는 방식인 반면, 수요자 지원방식은 수요자에게 서비스를 구매할 수 있는 바우처를 지원하고 원하는 공급기관을 선택하여 서비스를 받도록 하는 방식으로,

2007년도 수요자 지원방식에 의한 사회서비스 확충을 통해 대상을 서민·중산층까지 확대하고 일부 본인부담금을 내고 서비스를 구매하는 방식을 도입했다.

[그림 2-4-3] 재정투입방식의 차이



먼저 지역사회서비스혁신사업은 지역 사회가 지역별 특성과 주민 욕구를 반영하여 지역 실정에 맞는 사회서비스를 주도적으로 개발·제공토록 지원하는 사업으로 인적자본 형성·건강투자 활성화, 성년 경제활동 활성화, 고령 근로촉진 및 사회참여 활성화 등 주민들의 수요에 부응하는 다양한 사회서비스 개발 성과가 있었다. 2007년에는 약 300여개의 지역 맞춤형 서비스를 개발·시행하였고 바우처 지원대상도 2007년 5월 3천명에서 12월 현재 32만명으로 대폭 늘어났다.

앞으로도 사회서비스의 개발·제공에 있어 지역사회의 역할과 기능을 강화하여 지역주민의 수요가 반영되도록 하고, 재정 운영방식에서도 지역의 자율성을 확대해 나갈 것이다. 미국·일본 등 각국에서도 분권화의 진전, 재정부출 합리화 필요성 등에 따라 특정보조금은 축소하고 포괄보조금을 확대하여 지역의 자율성을 강화하는 추세에 있다.

노인·장애인 및 출산 가구에게는 가사·일상생활 및 활동보조 등의 방문서비스를 받을 수 있는 바우처를 제공하여 가족의 돌봄 부담을 경감하고, 경제활동 참여 활성화를 촉진했다.

2007년 4월부터 서민·중산층 이하 중증 노인 및 장애인 약 41천명에게 월평균 20만원 수준의 바우처를 지급하여 지정된 기관에서 제공하는 재가서비스를 이용하였으며 출산 가구 약 37천명에게는 2주간 산모·신생아도우미의 방문서비스를 받을 수 있는 바우처를 지원하였다.

[그림 2-4-4] 보건복지분야 4대 바우처 사업 현황

구 분	노인돌보미	중증장애인활동보조	지역사회서비스혁신	산모신생아도우미
개 요	가사 및 활동지원	일상생활 보조 및 활동지원	지자체 중심 신규서비스 개발	건강관리 및 경제적 부담 완화
대상기준	전국가구 평균소득 150%이하(15천명)	1급 중증장애인 (20천명)	전국가구 평균소득 이하(106천명)	전국가구 평균소득 65%이하(43천명)
본인부담	18~48천원(월)	14~40천원(월)	5~50천원(월)	46천원(월)
지원수준	월 27~36시간	월 20~80시간	사업별로 상이	2주

특히, 바우처 사업은 여성·중고령자 등 고용취약계층을 위한 일자리를 창출하고 지방대 졸업자의 취업에도 도움을 주고 있다. 예를 들면 공주대 졸업생 30여명이 ‘노인·장애인을 위한 맞춤형 운동처방서비스’, 순천대 피아노학과 졸업생 30여명이 음악치료 등을 통한 ‘건강한 어린이 만들기 서비스’를 제공하는 등 지역경제 활성화와 일자리 창출에도 성과를 나타냈다.

바우처 지원대상은 저소득층에 한정하지 않고 서민·중산층까지 포괄하도록 대폭 확대하고 대신 서비스 이용액 일부에 대한 본인부담제를 도입함으로써 시장 활성화를 도모하고 도덕적 해이를 방지할 수 있었다.

특히 바우처를 통해 수요자의 선택 폭이 넓어지고 본인부담금을 내고 원하는 공급자를 결정함에 따라 높은 수요자 만족도를 달성할 수 있었다. 노인·장애인 서비스 이용자 16천명에 대한 조사 결과 10명 중 9명 이상이 서비스에 대해 만족하고 또한 계속 이용할 의향을 보이는 것으로 나타났다.

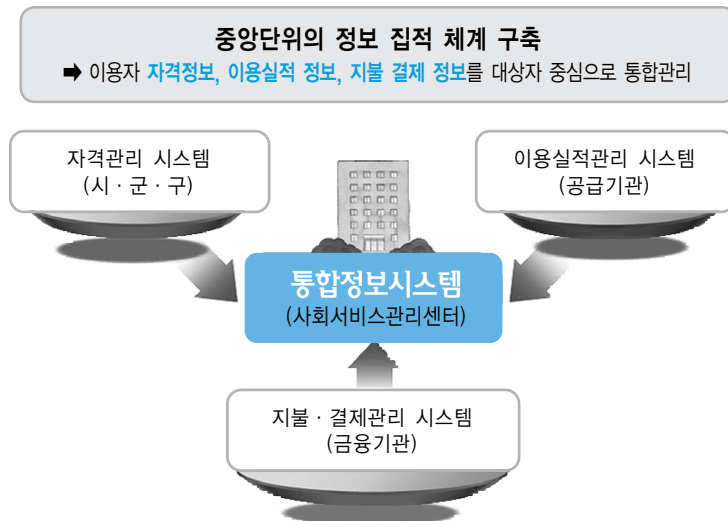
바우처 방식 사회복지서비스 제공을 위해 시·군·구별로 복수의 서비스 공급기관이 확보되도록 하여 최소한의 경쟁체제를 마련(지역사회서비스혁신 538개소, 노인돌보미 472개소, 장애인

활동보조 458개소)하였다. 일정한 요건을 갖춘 민간 영리기관의 진입도 적극 유도하여 민간 기업·대학 등 다양한 유형의 서비스 공급기관이 출현하였다. 특히 지역사회서비스혁신사업의 경우 기존 비영리기관 중심에서 민간기관 35%, 교육기관 10%의 참여가 가시화되는 성과를 얻었다.

과거에는 쿠폰 형식의 종이 바우처를 지급하였으나, 2007년부터는 바우처 지원 방식의 확대에 따라 바우처의 지불, 결제 및 정산을 전산화한 전자식 바우처(e-voucher) 시스템을 도입하였다. 중앙의 통합정보시스템을 통해 관리·운영되어 시군구의 자격관리시스템, 공급기관의 이용실적 관리시스템, 금융기관의 지불·결제시스템 정보가 ‘사회서비스관리센터’의 통합정보시스템에 집적되어 대상자 중심 통합시스템 관리가 가능하다.

그동안 금융기관과 연계하여 체크카드 또는 신용카드를 활용한 전자식 바우처 및 관련 정보 시스템을 구축하였으며, 2007년 5월부터 노인돌보미와 중증장애인 활동보조사업에서 본격적으로 전자카드 바우처를 활용하고 있다.

[그림 2-4-5] 전자바우처 통합정보시스템



전자식 바우처로 서비스의 구매, 비용의 지불 및 정산 등의 절차를 전산화함으로써 지자체의 행정부담을 줄이고 집행정보의 실시간 확인이 가능해졌다. 서비스 비용을 공급기관에 지불하기 까지 과거 종이바우처는 1~2개월이 소요되었으나 전자바우처는 5일 이내로 단축되었고 사업 집행실적 파악도 과거 2~3개월 걸리던 것이 이제는 실시간으로 확인할 수 있게 되었다. 또한 서비스 대상자별 이용실태 모니터링 체계를 구축하여 서비스의 오남용, 공공재정의 중복지원 가능성을 사전에 차단하는 효과도 있었다.

V 향후 과제 및 계획

사회서비스 확충, 전자바우처 제도 도입·확대 등은 우리나라의 사회서비스 제공 및 재정 지원 체계가 공급자 위주에서 수요자 중심으로 전환하는 계기가 되었다. 또한 주민의 적극적 참여를 보장하고 수요자 중심의 시장형성을 촉진함으로써 국민의 삶의 질 향상과 좋은 일자리 창출에 기여했다.

하지만 시행 초기로서 사회서비스 시장, 공급체계 및 관련 법·제도적 인프라가 미비한 현실을 감안하여 단계적으로 발전시켜 나갈 필요가 있다.

우선 사회서비스 사업의 적정 규모 유지를 위해 장기적이고 안정적 공공투자가 필수적이므로 시장형성 초기 구매력 보전 등 유효수요 창출을 위한 선도적 정부 역할을 지속적으로 추진할 계획이다. 특히 잠재수요가 풍부하고 취업유발효과가 큰 중점투자영역을 집중 발굴하여 재정 투자의 효과성을 극대화할 예정이다.

또한 사회서비스 사업 내실화를 통한 재정 운영 효율성과 국민체감도 제고를 위해 수요 대상자별 서비스 조정·통합, 수요자 지원방식 확대(가사간병서비스, 보육서비스 등 적용 예정), 소득수준에 따른 차등지원, Zero-base에 입각한 자원배분 등 성과관리를 강화할 계획이다.

사회서비스에 대한 품질관리도 강화해 나갈 계획이다. 그동안 사회서비스의 양적 확충에만 주력한 결과 품질수준에 대한 관심이 부족했으며, 관련 제도도 미비한 실정이다. 앞으로 사회서비스에 대한 국가 품질기준을 설정하고, 모니터링·평가체계를 구축하여 서비스의 질적 수준을 보장하는데 주력할 예정이다.

수요자 중심의 바우처제도 적용·확대 및 시스템 고도화, 품질관리 및 모니터링, 성과관리, 사회서비스 전문기업 육성 등 사회서비스 활성화를 위해 별도의 근거법률 제정도 추진할 계획이다.

마지막으로, 서비스 공급자 중심의 기존 방식과 시장을 활용하여 수요자의 선택권에 기반 한 새로운 방식간의 성과를 비교·평가하여 우리 실정에 맞는 사회서비스 공급방식과 모형을 제시하는 등 사회서비스 제공체계의 혁신도 적극 추진해 나갈 예정이다.



가족정책

I 건강가정기본계획 수립 · 추진*

최근 가족은 핵가족화 및 저출산 현상으로 가족규모가 축소되고 세대구성이 단순화되고 있으며 한부모가족, 재혼가족, 결혼이민자가족 등 형태가 다양화되고 있다. 또한 개인주의 확산, 전통적 성역할 의식의 지체와 세대간 부양의식 약화 등 가족에 대한 가치관도 변화되고 있다.

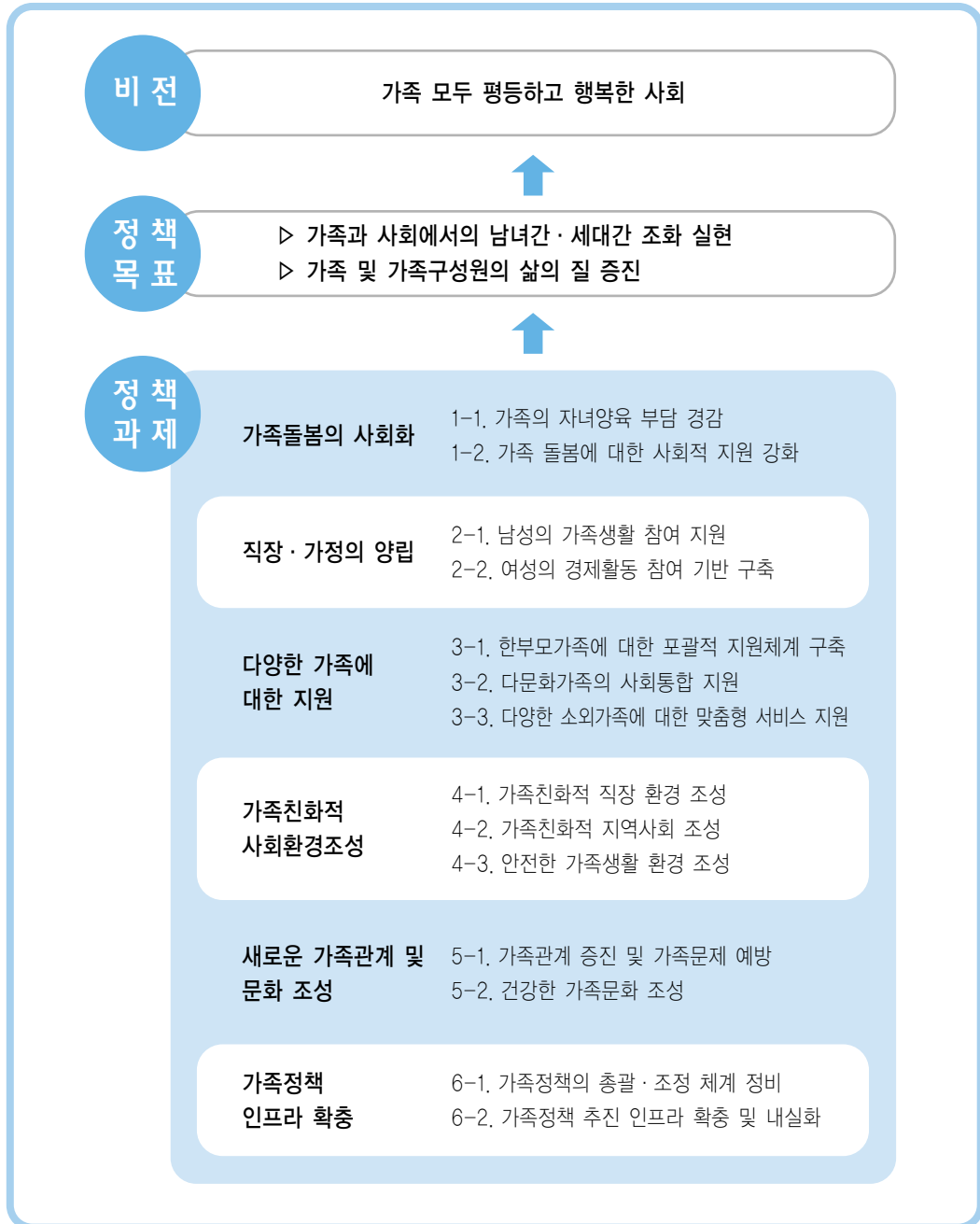
이러한 가족 및 가족 환경의 변화에 따라 전통적으로 가족이 담당했던 재생산, 돌봄, 복지 등의 기능이 약화되고 가족은 만성적인 기능적 과부하에 직면함으로써 결혼의 연기 또는 포기, 이혼증가 등 다양한 가족해체현상이 증가하고 있다.

정부는 그간 이러한 가족과 가족 환경의 급격한 변화에 대응하고 가족의 삶의 질 증진을 위하여 「건강가정기본법」을 제정('04.2.9) 하였으며, 가족정책의 추진기반을 조성하고, 가족 정책의 기본방향을 설정하는 5년 단위의 중·장기 계획인 제1차 건강가정기본계획('06~'10)을 중앙건강가정정책위원회의 심의를 거쳐 2006년 11월 28일 국무회의에서 최종 확정하였다.

제1차 건강가정기본계획은 전문가, 민간단체 및 지방자치단체 의견수렴과 관계부처 및 당정협의, 공청회 등의 과정을 통해 마련되었으며 비전인 '가족 모두 평등하고 행복한 사회'와 정책목표인 '가족과 사회에서의 남녀간 · 세대간 조화 실현', '가족 및 가족구성원의 삶의 질 증진'을 달성하기 위한 6대 영역의 190여개의 과제로 구성되어 있다.

*집필자 : 가족정책과장 윤현덕

[그림 2-4-6] 제 1차 건강가정기본계획 비전·목표 및 주요 정책 과제



주요 추진과제를 영역별로 살펴보면, 가족돌봄의 사회화 영역에는 시설을 이용하지 않거나 시설운영시간 외에 질병, 야근 등 긴급하고 일시적인 돌봄수요를 충족하기 위한 아이돌보미 연계 사업, 국·공립 보육시설 확충과 보육시설 이용비용 지원 확대 및 민간보육시설 서비스 수준 개선 등이 있으며,

직장·가정의 양립 영역에는 배우자출산간호휴가제 도입, 남성대상 가사·양육관련 정보 제공 및 교육·상담 서비스 제공 등을 통해 남성의 가족생활 참여를 지원하고, 산·전후 휴가, 육아휴직 개선 등을 통해 여성의 모성을 보호하고 경제활동을 지원하는 내용이 포함되어 있다.

다양한 가족에 대한 지원 영역에는 한부모가족, 결혼이민자가족, 노인가족, 장애인가족 등 가족 유형별로 필요한 지원서비스를 제공하는 정책이 포함되어 있다.

가족친화적 사회환경 조성을 위해서는 시차출퇴근제, 재택근무제 등 탄력근무제 확대, 가족친화기업 인증제 등을 통해 근로환경을 가족친화적으로 개선하고, 마을환경을 가족친화적으로 개선하는 내용의 정책을 추진할 계획이며, 새로운 가족관계 및 문화 조성 영역에는 평등하고 민주적인 가족관계를 조성하고, 가족여가를 위한 문화기반 조성과 프로그램 개발·보급을 통해 가족 여가문화를 활성화하는 정책 과제 및 상부상조하는 지역사회 공동체 문화를 조성하는 내용의 정책이 포함되어 있다.

보건복지가족부는 건강가정기본계획의 실효성 확보를 위하여 매년 중앙행정기관 및 지방자치단체의 시행계획을 종합한 연도별 시행계획을 중앙건강가정정책위원회의 심의를 거쳐 수립하고 전년도 시행실적을 점검·평가하여 중앙건강가정정책위원회에 보고할 계획이다.

II 건강가정지원센터 운영*

1. 건강가정지원센터 설치 및 운영

가. 건강가정지원센터의 설치현황

건강한 가정생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을 위해 「건강가정기본법」을 2004년 2월 9일에 제정하고 동법 제35조에서 국가 및 지방자치단체는 가정문제의 예방, 상담, 및 치료, 건강가정의 유지를 위한 프로그램의 개발, 가족문화 운동의 전개, 가정관련 정보제공 및 자료제공 등을 위하여 중앙, 시·도 및 시·군·구에 건강가정지원센터의 설치·운영토록 하였다.

건강가정지원센터는 2004년에 3개소 시범운영(2004. 6~12월)을 거쳐, 2007년도에 66개소로 확대하여 서비스 기반을 넓혔다.

〈표 2-4-1〉 건강가정지원센터 연도별 설치 현황

구 분	2004년	2005년	2006년	2007년
건강가정지원센터 설치 수	3	16	50	66
건강가정지원센터 국비운영지원 수	3	7	21	34

나. 건강가정지원센터 운영현황

66개의 건강가정지원센터 중 지자체 직영으로 운영되는 센터는 2007년말 현재 서울 도봉구, 대구 중구 등 14개소이며, 중앙센터 포함 52개소는 위탁 운영되고 있다. 건강가정지원센터가 위탁 운영되고 있는 형태는 크게 학교법인, 사단법인, 재단법인, 사회복지법인 등으로 구분할 수 있다.

중앙센터는 (사)가정을건강하게하는시민의모임에서 위탁 운영되고 있으며, 학교법인인 대학에서 위탁받아 운영되는 곳이 가장 많은 27개소로서 전체의 40.9%로 나타나고 있다.

*집필자 : 가족정책과장 윤현덕

〈표 2-4-2〉 건강가정지원센터 연도별 설치 현황

시·도	설치수	설치지역	시·도	설치수	설치지역
중 앙	1	마포구 합정동			
서울특별시	22	서울시, 강남구, 강북구, 관악구, 동대문구, 동작구, 마포구, 서초구, 송파구, 성동구, 성북구, 영등포구, 용산구, 종로구, 도봉구, 은평구, 서대문구, 중구, 구로구, 광진구, 금천구, 중랑구	경 기도	17	남양주시, 성남시, 안산시, 오산시, 파주시, 고양시, 광명시, 의정부시, 부천시, 수원시, 군포시, 화성시, 여주군, 김포시, 가평군, 포천시, 안양시
			강 원 도	2	속초, 양구
			충청북도	1	청주시
부산광역시	3	부산시, 해운대구, 진구	충청남도	3	천안시, 당진군, 연기군
대구광역시	2	달서구, 중구	전라북도	2	익산시, 군산시
인천광역시	3	부평구, 중구, 서구	전라남도	1	여수시
광주광역시	1	동구	경상북도	2	포항시, 칠곡군
대전광역시	1	대전시	경상남도	3	경상남도, 김해시, 창원시
울산광역시	1	울산시	제주특별자치도	1	서귀포시
			총 계	66	

다. 건강가정지원센터 주요 사업 현황

2007년 건강가정지원센터의 주요사업은 크게 공통필수사업과 공동협력 및 시범사업으로 나뉜다.

공통필수 사업은 모든 센터에서 반드시 실시하여야 하는 사업으로 가족교육(예비부부 및 신혼부부 교육, 아버지교육, 청소년기 자녀 가정을 위한 교육 중 택1)사업, 가족상담(이혼전후 가족상담)사업, 가족문화(가족봉사단 운영)사업, 다양한 가족을 위한 통합서비스(한부모가족, 조손가족, 결혼이민자가족, 장애아 가족 중 택1)사업 등이 있다.

공동협력 및 시범사업은 맞벌이 자녀 방과후 돌봄사업(서울 강남구, 광주 동구) 및 조손가족 지원사업(전북 익산, 충남 천안)이 공모를 통해 추진되었다.

2007년 건강가정지원센터 사업의 주요 특징을 살펴보면, 첫째 가정내 양육아동돌봄 서비스를 강화하여 맞벌이 초등학교 저학년 대상 방과후 프로그램 및 육아휴게소를 시범 실시하고, 별도 사업인 아이돌보미 양성·파견을 확대하였다.

둘째로 ‘찾아가는 아버지교육’을 강화하여 남성의 가족생활 참여 활성화 및 양성이 평등한 가족관계 형성에 기여하였다. 셋째로 유관 기관과의 사업연계가 활성화되었다. 대법원과 연계하여 각급 가정·지방법원에 조정위원 및 상담위원으로 건강가정지원센터 종사자(61명)가 적극 참여하여 이혼전후 상담활동을 하였다.

그리고 법무부와 연계하여 수형자 가족관계회복 프로그램인 부산교도소 수형자 대상 가족사랑캠프(2회)가 진행되었으며, 국방부와 연계하여 강원 양구와 경북 포항에서 군가족 대상으로 예비부부, 신혼부부 교육 등 찾아가는 가족교육을 시범 실시하였다.

또한 노동부의 협조하에 고용지원센터와 건강가정지원센터의 고용·가족지원서비스 연계 활동을 하였으며, 지역별로 보육시설, 사회복지관, 여성회관 등 다양한 가족사업 유관기관과의 연계를 통해 가족지원서비스를 제공하였다.

2. 건강가정지원센터 연간 사업 실적

가. 가족교육 사업

건강가정지원센터의 가족교육 사업은 교육을 통해 가정과 사회의 통합을 이뤄 가정의 건강성 증진과 건강한 사회를 구현에 목적을 두고, 다양한 가정이 가진 기능강화 및 잠재된 가정지원을 개발하여 활용할 수 있는 능력을 갖추도록 지원한다.

특히 건강가정지원센터의 대표사업인 생애주기별 교육은 가족생활주기의 각 발달단계에 맞는 교육을 제공함으로써 가족발달주기별 가족구성원의 특징 및 정서를 이해하여 가족생활 적응에 도움을 주고 있다.

가족문제 교육사업은 전반적으로 부모, 아동을 중심으로 하는 프로그램을 많이 실시하고 있다.

〈표 2-4-3〉 대상별 가족교육 사업참여 인원

구 분	1분기	2분기	3분기	4분기	계
부 부	498	1,053	796	2,339	4,686
부 모	4,378	18,263	14,522	9,588	46,751
아 동	1,988	14,810	5,033	2,612	24,443
청소년	1,042	1,287	7,497	10,115	19,941
성 인	4,053	11,102	10,058	16,734	41,947
부모자녀	699	893	1,390	2,525	5,507
전체(가족)	386	1,190	2,356	3,667	7,599
기 타	784	764	1,515	6,642	9,705
계	13,828	49,362	43,167	54,222	160,579

2007 건강가정지원센터의 가족교육 사업의 프로그램주제는 의사소통, 양성평등, 자녀양육 및 교육 등이 있으며, 그 중 자녀양육 및 교육에 대한 주제로 진행된 프로그램수가 가장 많았다. 그 외의 주제들은 분기별 고르게 실시되었다.

〈표 2-4-4〉 주제별 가족교육사업 프로그램 수

구 분	1분기	2분기	3분기	4분기	계
의사소통	11	34	35	34	114
양성평등	4	19	10	23	56
자녀양육 및 교육	70	152	75	109	406
자아이해 및 성장	6	40	47	57	150
학습능력증진	14	15	25	30	84
관계증진	18	48	44	58	168
계	123	308	236	311	978

나. 가족상담사업

가족상담사업은 가족생활주기 상의 여러 단계의 특성을 감안하여 가족관계는 물론 가족이 일상생활에서 경험하는 다양한 어려움이 보다 큰 가족문제와 위기로 커지기 전에 상담을 통해 적절히 지원함으로써 건강한 가정생활을 영위할 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다.

건강가정지원센터의 상담서비스를 이용하는 참여인원은 매 분기 증가하는 추세이며, 남성에 비해 여성의 참여인원수가 약 2배정도 많지만, 남성참여자의 비율도 꾸준히 증가하고 있다.

〈표 2-4-5〉 가족상담사업 참여인원

성 별	1분기	2분기	3분기	4분기	계
남 성	3,491	6,665	5,740	8,546	24,442
여 성	8,637	14,096	12,140	17,155	52,028
계	12,128	20,761	17,880	25,701	76,470

다. 가족문화사업

가족문화사업은 다양한 가족과 연령층을 고려한 다양한 문화프로그램을 통해 지역주민의 가정기능 강화와 삶의 질을 높이는 것에 목적을 두고, 사회의 기본단위인 가정의 세대통합과 기능강화, 양성평등한 가족문화를 형성함으로써 우리 지역사회의 역량 강화를 추구한다. 또한 가족화합과 가족통합에 도움이 되는 가족단위의 문화서비스를 제공함으로써 가족의 건강성을 개발하고, 증진시키며, 다양한 문화프로그램을 체험하도록 함으로써 가족친화적인 문화를 양성하고 확산시킨다.

〈표 2-4-6〉 대상별 가족문화사업 참여 인원

구 분	1분기	2분기	3분기	4분기	계
부 부	49	236	201	566	1,052
부 모	54	2,130	89	512	2,785
아 동	2,439	3,592	3,644	1,016	10,691
청소년	5,049	99	291	1,118	6,557
성 인	4,274	4,371	2,395	3,783	14,823
부모자녀	3,682	4,685	4,865	8,297	21,529
전 체	11,690	46,874	24,946	26,901	110,411
기 타	247	709	602	14,987	16,545
계	27,484	62,696	37,033	57,180	184,393

건강가정지원센터의 가족문화사업의 프로그램 주제는 체험활동, 놀토프로그램, 가족여행 등이 있다.

건강가정지원센터의 공통프로그램인 ‘가족봉사단’의 활동과 자원봉사단 활동의 프로그램이 가장 많았으며, 그 다음으로 다양한 체험활동이 주를 이루었다. 분기별 특성에 따라 2/4분기에는 가족축제와 자녀들이 방학이 있는 4/4분기에는 놀토프로그램이 많았다.

〈표 2-4-7〉 주제별 가족문화사업 프로그램 수

구 분	1분기	2분기	3분기	4분기	계
다양한 체험활동	46	52	88	88	274
놀토프로그램	5	31	9	28	73
가족여행	2	8	18	15	43
영화/연극제/음악회	8	13	15	14	50
봉사단 활동	86	143	123	141	493
가족축제	3	45	7	27	82
계	150	292	260	313	1,015

라. 가족지원사업

가족지원사업은 가족의 돌봄 및 가족생활지원을 위한 통합적 지원서비스 제공사업이다. 주로 학습도우미, 멘토링사업, 사례관리 등 다양한 욕구와 문제를 가진 가족대상에게 포괄적인 서비스를 제공한다.

이 사업은 기존의 개인대상의 단편적인 서비스 제공보다는 가족전체를 대상으로 사례관리 형식의 서비스를 제공하는 통합지원서비스이다. 센터 확대에 따라 점차적으로 특화사업으로 증가하고 있으며 프로그램 효과성 및 만족도가 높게 나타나고 있다.

2007년 건강가정지원센터의 사업별 이용자 수는 아래 〈표 2-4-8〉과 같다. 이용자 수는 2005년 10만명에서 2007년 45만명으로 대폭 증가하였다.

〈표 2-4-8〉 2007년 건강가정지원센터 사업별 이용자수

구 분	1분기	2분기	3분기	4분기	계
가족교육	13,828	49,362	43,167	54,222	160,579
가족상담	12,128	20,761	17,880	25,701	76,470
가족문화	27,484	62,696	37,033	57,180	184,393
가족지원	3,753	7,410	9,762	12,419	33,344
계	57,193	140,229	107,842	149,522	454,786

Ⅲ 가족친화적 사회환경 조성*

1. 가족친화적 사회환경 조성 추진

여성의 노동시장 진출확대와 저출산·고령화 사회의 가속화 등 사회변화와 삶의 질 향상을 추구하는 근로자 의식변화로 인해 가정과 직장생활을 조화롭게 병행할 수 있는 가족친화 직장 환경 조성에 대한 필요성이 커졌다.

또한 가족구성원들의 삶의 터전인 지역사회에서 아동, 노인 등이 안전과 돌봄을 서비스 받을 수 있는 가족친화 마을환경 조성에 대한 필요성이 제기 되고 있다. 이러한 사회 변화 속에서 가족 친화적인 사회 환경 조성을 위한 다양한 사업이 추진되었다.

우선 「가족친화 사회환경의 조성 촉진에 관한 법률」이 의원입법으로 발의되어 2007년 12월 14일 공포되었다. 동 법률의 주요내용은 가족친화 사회환경 조성 기본계획 수립, 가족친화 사회환경 조성 실태조사, 가족친화 직장환경 조성, 가족친화 마을 환경 조성, 가족친화인증제 등을 통해 가족친화 사회환경을 조성한다는 것이다.

공공기관 및 기업의 가족친화 프로그램 활용도를 측정하기 위한 가족친화지수(FFI :

*집필자 : 가족정책과장 윤현덕

Family Friendliness Index) 설문조사를 정부·지자체, 대학교, 공기업, 기업 등 931개 기관을 대상으로 실시하였다. 2007년도 가족친화지수는 평균 41.7점(100만점)으로 조사되었다.

한편, 온라인상으로 기업이나 공공기관 등이 가족친화 활용도를 자가 진단할 수 있는 「가족친화지수 웹시스템」을 개발하였으며, 2008년부터는 보다 간편하게 기업의 규모별, 업종별 가족친화지수의 비교와 분석이 가능해질 것으로 기대된다.

〈표 2-4-9〉 가족친화지수 측정결과

구 분		전 체	정부 및 지자체	대학교	공기업	기 업
2007년	사례수	931개	275개	56개	100개	500개
	가족친화지수	42점	52점	41점	46점	36점
2006년	사례수	705개	285개	46개	—	374개
	가족친화지수	37점	44점	39점	—	31점

기업의 가족친화 직장문화 분위기 조성과 가족친화 제도 도입 확산을 위해 직장 내 가족친화 교육 사업을 실시하였다. 가족친화 교육콘텐츠를 개발하고 전문강사 양성교육과 찾아가는 직장교육을 통해 가족친화 직장문화 조성의 필요성을 전달하였다.

또한, 기업의 상황에 적합하고 실행 가능한 가족친화경영 프로그램 제시를 위하여 가족친화경영 컨설팅 사업을 실시하였다. 상대적으로 가족친화경영프로그램 도입이 어려운 중소기업을 대상으로 맞춤형 변화관리 컨설팅을 실시했고, 일반 기업을 가족친화 경영에 대한 자문형 컨설팅도 진행하였다.

한편, 가족친화 마을 환경 조성을 위해서 가족친화마을 조성 사업을 ‘살기좋은 지역만들기’ 사업과 연계하여 영월, 논산, 장흥 3개 지역을 가족형 모델로 선정하여 2007년부터 3개년 사업을 추진하였다.

Ⅳ 한부모 가족지원*

산업화·도시화·핵가족화 등 사회의 구조적 변화와 함께 이혼, 별거, 사별 등으로 인한 한부모가족이 계속 증가하고 있는 가운데 한부모가족복지사업은 한부모가족지원법 제5조, 제5조의2 및 동법시행규칙 제3조에 의해 지원하는 저소득 한부모가족, 미혼모 등을 대상으로 내실 있게 지원함으로써 보호대상자의 생활안정과 자립 기반 조성을 목표로 하고 있으며, 크게 재가 저소득 한부모가족 지원 사업과 한부모가족복지시설 운영 지원사업이 있다.

1. 저소득 한부모가족 지원

2007년말 현재 「한부모가족지원법」 등 국가로부터 지원받고 있는 저소득 한부모가족은 147,947세대, 395,335명이고, 그중 「한부모가족복지법」으로 지원받고 있는 세대는 73,305세대, 189,854명이 보호받고 있으며, 개별법에 의하여 지원받고 있는 한부모가족 현황은 아래와 같다.

〈표 2-4-10〉 2007년도 저소득 한부모가족 현황

(단위 : 명, 백만원)

구 분	계	한부모가족 지원법 대상	국민기초생활 보장법 대상	국가보훈법 대상
세 대	147,947	73,305	74,575	67
세대원	395,335	189,854	205,331	150

가. 자녀양육지원

(1) 지원 대상

한부모가족지원법에 따른 지원 대상은 세대주인 모 또는 부와 그에 의하여 양육되는 만 18세 미만의 자녀를 포함하는 가정으로서 이 때 세대주는 세대원을 사실상 부양하는 자를 포함하고 자녀는 취학시 만 22세 미만의 자녀를 포함하되 부모나 형제자매 집에 거주하는 한부모가족은

*집필자 : 가족지원과장 김혜선

별도가구로 인정하여 소득인정액을 적용한다. 소득인정액 기준은 국민기초생활보장법상의 최저생계비 130%이내 수준으로 4인가족 157만원이하이다.

〈표 2-4-11〉 2007년 한부모가족 선정 기준

가구원수	2 인	3 인	4 인	5 인	6 인
월소득	95만원 이하	126만원 이하	157만원 이하	183만원 이하	209만원 이하

※ 주 : 7인 이상 가구는 가구원수 1인 증가시 소득인정액 27만원씩 증가

(2) 지원 내용

저소득 한부모가족의 자녀가 고등학교에 입학 또는 재학하는 경우 입학금과 분기별로 수업료를 지급하고 만 6세미만의 아동에게 월별로 아동양육비 5만원을 지원함으로써 아동의 건전한 육성과 가정의 생활안정을 도모하고 있다.

저소득 한부모가족의 아동양육비 지원대상 연령의 연차적 확대 및 지원금액의 인상이 필요한 상황으로 '08년에는 만 8세미만까지 대상을 확대 · 지원하고, 2010년까지는 만 12세 미만까지 대상을 확대하며 2011년부터 지원금액을 상향 추진할 계획이다.

나. 복지자금 융자

저소득층이 빈곤에서 벗어나려면 취업이나 창업의 형태로 적절한 소득을 보장하는 좋은 일자리를 찾는 것이며, 저소득 한부모가족을 위한 복지자금 융자사업은 이들에 대한 안정적인 경제지원을 위해 매우 필요한 제도이다

본 사업은 근로능력 및 자립 · 자활의지가 뚜렷하고 현실성 있는 사업계획을 제시하는 저소득 한부모가족에 대하여 연리 3%, 5년거치 5년 분할 상환 조건으로 1인당 최대 2,000만원까지 장기저리의 복지자금을 대여함으로써 저소득 가정의 생업기반을 조성하여 조기자립 및 생활 안정을 도모하고 있다.

최근 저소득 한부모가족의 복지자금 대여에 대한 수요가 대폭 증가하고 있는 반면 공급은 부족하여 매년 기금 조기소진에 대한 불만이 제고되고 있는바, 복지자금 대여를 확대하여 이들의 현실적인 생활안정 및 자립지원이 필요한 실정이다.

〈표 2-4-12〉 연도별 저소득 한부모가족 복지자금 용자 실적

(단위 : 가구, 백만원)

구 분	2004	2005	2006	2007
세대수	123	143	138	133
금 액	1,560	2,000	2,000	1,995

다. 자녀양육비 이행확보 무료법률구조

이혼이 증가하고 있으나 아동양육비 확보를 위한 제도적 기반이 취약하여 자녀양육 책임강화 및 자녀보호를 위한 제도 및 양육비 확보를 위한 실질적 지원이 필요하여 2007년부터 한부모가족의 자녀양육비 청구소송 등에 대한 무료법률지원을 수행하고 있다.

이혼가족 등 한부모가족의 자녀양육비 확보가 가능하도록 법률상담, 사건조사, 화해권유, 소송대리 등 법률적 지원 등을 대한법률구조공단과 한국가정법률상담소를 통해 지원하고 있다.

〈표 2-4-13〉 2007 자녀양육비이행확보 무료법률구조 실적

합 계	처리건수						
	구조건수(가사)			기타건수			
	계	소송구조	소장등 구조	계(g)	이 송	취 하	상 담
750	513	442	71	237	63	12	162

2. 한부모가족복지시설

가. 모·부자보호시설

만 18세 미만의 자녀를 가진 무주택 저소득모·부자가정에 대하여 모·부자보호시설에 3~5년 동안 입소시켜 기본적인 생활보호와 자립기반조성을 위한 지원을 하고 있으며, 입소자의 정신적·심리적 갈등과 자녀양육문제 및 직업훈련 등에 관하여 상담지도를 하고 있다.

〈표 2-4-14〉 연도별 모·부자보호시설 보호 실적

(단위 : 개소, 명)

연도별	시설수	입소자수	퇴소자수	연 도 말 현 황					
				계	모	부양자수		노령자수	
						남	여	남	여
2004	40	887	816	2,635	945	818	869	-	3
2005	40	778	766	2,654	955	825	871	-	3
2006	41	810	909	2,555	926	796	830	-	3
2007	42	840	910	2,473	910	789	773	-	1

나. 모자자립시설

만 18세 미만의 자녀를 양육하는 무주택 저소득 모자가족 및 모자보호시설에서 퇴소하였으나 자립준비가 부족한 모자가족에게 3~5년동안 주택편의만을 제공하는 모자자립시설 4개소를 운영하고 있다.

〈표 2-4-15〉 연도별 모자자립시설 보호 실적

(단위 : 개소, 명)

연도별	시설수	입소자수	퇴소자수	연 도 말 현 황					
				계	모	부양자수		노령자수	
						남	여	남	여
2004	4	59	52	161	57	50	54	-	-
2005	4	22	41	161	56	48	57	-	-
2006	4	35	68	129	46	35	47	-	1
2007	4	45	50	127	45	43	38	-	1

다. 일시보호시설

배우자의 물리적·정신적 학대로 인하여 아동의 건전한 양육 또는 모의 건강에 지장을 초래할 우려가 있는 모자를 보호하기 위해 일시보호시설을 운영하고 있다. 일시보호시설의 보호기간은 6월이며(필요시 3월 범위내에서 연장 가능) 전국에 14개소를 설치·운영하고 있다.

〈표 2-4-16〉 연도별 일시보호시설 보호 실적

(단위 : 명)

연도별	시설수	입소자수	퇴소자수	연도말 현원		
				계	모	아 동
2004	14	1,581	1,494	324	181	143
2005	14	1,735	1,721	305	163	142
2006	14	1,588	1,598	311	155	156
2007	14	1,515	1,557	309	154	155

라. 미혼모자시설

미혼의 임신여성 또는 출산 후(6월 미만의) 보호를 요하는 여성이 안전하게 분만하도록 도와주고 심신의 건강을 회복할 때까지 보호함을 목적으로 미혼모자시설을 운영하고 있다. 보호기간은 1년이며(필요시 6개월 범위내 연장가능) 전국에 25개소를 설치·운영하고 있으며, 입소기간 중 직업교육을 실시하여 퇴소 후 자활·자립이 가능하도록 지원하고 있다.

〈표 2-4-17〉 연도별 미혼모자시설 보호 실적

(단위 : 명)

구분 \ 연도	2004	2005	2006	2007
시 설 수	11	18	20	25
입 소 자	1,620	2,123	1,920	2,656

마. 미혼모자공동생활가정

공동생활가정은 만 2세 미만의 영유아를 양육하는 미혼모로서 숙식 보호를 필요로 할 경우 무료 숙식 뿐 아니라 직업, 양육, 인성 교육과 상담 지도 서비스를 제공하며, 보호기간은 1년 이내로 하되 보호기간 연장기간에 부합될 경우 1년의 범위안에서 연장이 가능하다.

〈표 2-4-18〉 연도별 미혼모자공동생활가정 보호 실적

연 도	시 설 수	입소정원	입소현원	종사자 현원
2006	16개	77세대	98명	23명
2007	15개	77세대	128명	21명

한부모가족복지시설은 숙식보호 이외에 한부모가족의 생활향상과 자립강화를 위해 다양한 서비스가 필요한 바, 향후 복지시설 입소자 등이 지역사회 자원을 활용할 수 있도록 지역 네트워크 활성화가 요구된다.

3. 한부모가족 자립역량 강화

가. 저소득한부모가족 취업지원사업

저소득 한부모가족의 취업을 지원하기 위하여 중앙건강가정지원센터와 노동부의 고용지원 센터간 MOU를 체결하여 직업훈련 활성화 및 취업, 창업 등 고용기회를 제공·자립기반을 조성하고 있다.

주요 추진내용을 보면 건강가정지원센터에서는 실직자에게 가족상담, 가족교육 등 가족지원 서비스를 제공하고, 고용지원센터에서는 한부모가족 등에게 직업교육, 취업알선 등 고용지원 서비스를 제공하고 있다.

나. 한부모가족 사례관리사업

(1) 목적

한부모가족의 지원서비스를 연계 통합하여 One-stop으로 지원하고 개별가구 사례관리로 한부모가족의 지속적인 사후관리 등 전문적인 지원체계를 구축, 한부모가족의 가족기능강화 및 탈빈곤 기여 등 자립을 지원하고 있다.

(2) 대상

사례관리사업은 한부모가족희망센터에서 추진하고 있으며, 국민기초생활보장수급 탈락 한부모가족, 수급자 중 자활사업 조건 부과 제외 한부모가족, 한부모가족지원법의 보호를 받고있는 저소득 한부모가족 등을 우선 대상으로 1개소당 상시 사례관리대상 50~60가구 기준으로 사례관리를 실시하고 있다.

* 한부모가족희망센터 : 부산, 안산, 천안, 광양, 포항(5개소)

(3) 주요내용

한부모가족 대상 확대에 따른 적극적 사업홍보 및 대상자 발굴, 지역자원 발굴 및 활용을 통한 간접서비스 제공능력 강화, 한부모가족의 자원활용능력 강화를 위한 지역복지 서비스 조정, 지역통합 사례관리 체계 마련을 위한 적극적인 네트워크사업 등을 추진하여 한부모가족의 자원활용 능력 및 가장으로서의 능력 향상, 사례관리사업 참여를 통해 심리적·정서적 안정 및 신체적 건강증진, 상담 및 정보제공으로 자신과 가족내 잠재된 강점 발견으로 문제 해결에 대한 자신감을 회복할 수 있을 것이다.

(4) 향후 추진계획

향후 전체 가족지원사업 틀에서 체계적이고 효율적으로 한부모가족 사례관리사업을 추진하기 위해 건강가정지원센터에서 통합 운영하고, 사례관리대상자는 미혼모, 조손가족, 위기가족 등까지 확대하여 추진할 예정이다

V 아이돌보미 및 장애아가족 아동양육 지원사업*

최근 맞벌이 증가와 핵가족화 등으로 가족의 아동돌봄 공백이 발생하고, 장애아 가족의 상시적인 돌봄 부담으로 가족기능이 제대로 수행되지 못하고 있어 건강가정기본법 제21조, 22조, 25조 및 30조에 의해 긴급·일시적 아동 돌봄이 필요한 가정에 아이돌보미 서비스를 지원하고 장애아 양육가정에 돌봄서비스를 제공하고 있다.

1. 아이돌보미 지원사업

가. 목적

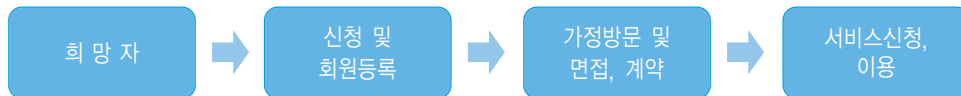
아이돌보미 지원사업은 아동을 양육하는 가정에 양육자가 야근·출장, 병원치료, 관혼상제 등 긴급한 상황으로 아이를 돌볼 수 없을 경우 아이돌보미 서비스를 제공함으로써 일과 가정의 양립을 지원하는 사업이다.

*집필자 : 가족지원과장 김혜선

나. 지원 대상

아이돌보미 지원 대상은 0세(3개월 이상)~만 12세(초등학생 이하) 아동이 있는 서비스 이용 희망가정으로 사업시행기관에 회원으로 등록하여 이용신청을 통해 이용할 수 있다.

〈표 2-4-19〉 아이돌보미 이용 절차



다. 지원 내용

아이돌보미 서비스는 부모가 올 때까지 임시 보육, 보육시설 등·하원, 놀이활동 등이며 이용시간은 한달에 120시간(연 960시간)을 이용할 수 있다.

비용은 시간당 5천원, 주말·심야 시간대는 시간당 6천원으로 대상에 따른 세부비용은 다음과 같다.

- 저렴형(도시근로자 월평균소득 50% 이하) : 본인부담 시간당 1,000원
(4,000원 정부지원)
- 일반형(도시근로자 월평균소득 50% 이상) : 본인부담 시간당 4,000원
(1,000원 정부지원)

* 지역 사정에 따라 요금 조정 가능

〈표 2-4-20〉 서비스 이용 기준요금

시 간	요 금		
	저렴형	일반형	
기본 1시간	1,000	5,000	• 회원 회비 : 없음 • 토, 일, 공휴일은 심야시간 요금 적용
기본 2시간	2,000	8,000	
추가시간당	500	3,000	

※ 추가시간 적용 시 : 주말, 공휴일 이용시 저렴형 가구 무료, 기본형 2,500원 적용
 ※ 3명일 경우, 2명의 아이돌보미 파견(돌보미는 2명을 돌볼 때에 준하여 수당 지급)

라. 주요내용

아이돌보미 지원사업은 '07 신규 사업으로 중앙건강가정지원센터를 관리기관으로 선정하여 사업 운영매뉴얼·교육 커리큘럼 개발보급 및 실무자 교육을 실시하고 전체 사업시행기관을 연결·이용자의 접근도 개선을 위하여 홈페이지와 관련 DB를 구축하여 운영하였다.

사업시행기관은 공모를 통하여 전국 38개 기관(건강센터 36개, 여성인력개발센터 1개, 여성 자원봉사대 1개)을 선정하여, 이용가정 소득기준 확인 및 서비스 연계, 아이돌보미 모집 및 양성, 홍보 및 만족도 조사 등 서비스 질 관리 등을 담당할 전담 인력을 1명씩 배치하였다.

※ 아이돌보미 총 2,177명을 양성(65세 이하, 40시간 기본교육, 매월 2시간 보수교육)

아이돌보미 서비스의 질적 관리를 위하여 상·하반기 현장 점검(지침준수, 국고보조금 적정 집행 확인)을 실시하였으며, 수시 모니터링 및 이용자가정 및 아이돌보미를 대상으로 전국적인 만족도 조사를 실시하였다.

사업결과를 살펴보면 2,177명 아이돌보미를 양성하여 137,461명 아동에게 돌봄 서비스를 97,374건 제공하였으며 이용자 만족도 조사결과 88%가 만족한 것으로 나타났다. 전체 이용 가정은 55%가 저렴형이고 45%가 일반형 가정이었으며, 이용 사유는 직장근무가 67%, 자녀의 양육부담 12%, 병원치료 및 여가활동 21% 등으로 나타났다.

아동의 연령은 영아(만2세이하)가 44%로 가장 많았으며, 3~5세가 33%, 6~12세가 23%로 나타나 영아를 가진 가정은 시설 보육을 꺼리고 있으며 연령이 낮을수록 아이돌보미를 많이 이용하는 것을 알 수 있다.

마. 향후과제

아이돌보미 서비스는 전국(16개 시도) 38개 지역에서 시행되고 있으나, 일부미시행 지역(일부 시·군·구)의 주민은 이용할 수 없는 접근성의 한계를 지니고 있다. 또한, 이용 희망자의 수요가 급증하고 있어 장기대기자, 서비스 중단 가정이 발생하여 민원이 빈번히 제기되고 있는 실정으로 예산 확대가 가장 시급한 과제이다.

또한, 일시 긴급 양육 서비스의 성격에 맞는 소득계층 구분과 요금체계, 아이돌보미의 경력 관리 방안, 지원시간의 합리적 조정, 전국적으로 수준 높고 균질의 서비스 제공 등이 해결해야 할 현안 과제이다.

2. 장애아가족 아동양육 지원사업

가. 목적

장애아가족 아동양육지원사업은 상시적인 돌봄에 지쳐있는 장애아 가족의 양육부담 경감 및 가족안정성 강화를 위해 장애아 돌봄서비스 제공하여 휴식을 지원(respite)하는 사업이다.

나. 지원대상

장애아가족 양육지원사업 대상은 만 18세미만 발달장애, 정신지체, 뇌병변장애아, 지체장애(2급 이상)양육 저소득가정(도시근로자 월평균소득 100%이하 가정)으로 하고 있다.

〈표 2-4-21〉 18세미만 장애종류별 장애아동 현황

구 분	계	지체 장애	뇌병변	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 장애	심장 장애	간 장애	안면 장애	간질
인원수	82,177	7,461	10,531	3,925	4,997	2,730	29,151	19,106	2,309	328	382	1,257

다. 지원내용

〈표 2-4-22〉 장애아가족 양육지원사업 지원내용 : 이용료 무료

분 야	지원단가	내 용
돌봄지원 서비스	돌보미수당 1시간당 5천원 지원	양육자의 질병, 사회활동 등 필요시 일정한 교육을 수료한 돌보미를 파견하여 장애아동 보호 (연 320시간 이용 가능) ※ 교육 40시간 이론, 20시간 실습
휴식지원	1회당 1가구 20만원 이내 지원	가족관계 회복 및 돌봄 노동 부담을 위해 가족 고충 상담서비스, 가족캠프, 장애아가족간 자조모임 결성 등 지원

*이용가정은 이용료가 무료이며, 지원단가는 사업수행기관으로 지원

라. 주요내용

2007년도 신규사업으로 시행기관 선정, 이용가정 조사 방법, 돌보미 양성 등에 대한 지침 · 운영 매뉴얼 마련을 위해 중앙건강가정지원센터를 관리기관으로 선정 · 운영하였다.

장애아가족 아동양육지원사업 홈페이지를 구축하여 16개 사업시행기관을 연결하고 이용 가정과 돌보미에 대한 자료를 DB로 구축하였다.

사업시행기관은 공모를 통해 장애아동 관련 사업실적 및 전문성, 장애아돌보미 양성 및 연계, 사업 관리를 원활히 할 수 있는 기관 16개소(장애인부모회 7개, 장애인복지관3개, 건강가정 지원센터5개, 민간단체1개)를 선정하고, 이용가정 소득 및 가정환경 조사, 서비스 연계, 홍보 및 만족도 조사, 기타 서비스 질 관리 등을 위해 기관당 1명씩 전담인력을 배치하였다.

장애아돌보미는 총 754명을 양성하고(연령제한 없음) 40시간 기본교육, 20시간 실습, 매월 2시간 보수교육을 통해 질적 향상을 도모하고 있다. 연 320시간의 장애아돌보미 파견 이외에 가족캠프, 가족 관계성 증진을 위한 치유프로그램, 전문가와 함께 하는 자조 모임 등 휴식지원프로그램을 운영하였다.

서비스의 질 관리를 위하여 상 · 하반기 현장 점검(지원기준 준수, 국고금 적정집행 확인) 실시하였으며, 수시 모니터링 및 이용자가정 및 장애아돌보미를 대상으로 전국적인 만족도 조사를 실시하였다. 사업 결과를 살펴보면 3,799명 아동에게 돌봄 서비스를 42,497건 제공 하였고 이용자 만족도 조사결과 88%가 만족한 것으로 나타났다.

마. 향후과제

동 사업은 장애아 가족의 휴식을 지원하기 위하여 돌보미 파견서비스를 지원하고 있으나, 장애인 활동보조인 사업과의 유사 · 중복 문제와 18세미만 아동에게 적합한 서비스인가에 대한 문제제기에 따라 양 사업이 수혜 대상자에게 가장 알맞은 서비스로 통합 재편될 필요성이 제기되고 있다.

또한, 광역 단위에 1개의 사업시행기관을 운영함에 따라 주민들의 서비스 접근성은 제한되고, 공급자 입장에서 넓은 지역을 담당하기에 예산·인력이 매우 부족한 상황으로 서비스전달 체계와 사업 주관 부서에 대한 근본적인 개선이 요구된다.

VI 다문화가족 사회통합 지원*

1. 국제결혼현황

국제결혼이 지속적으로 증가하여 2007년 12월 기준 국내 체류하고 있는 결혼이민자는 총 146,508명에 이른다. 2007년도에는 전체 혼인건수 중 국제결혼이 11.1%이고, 특히 농림 어업종사 남성의 경우는 40%를 차지하고 있다.

여성결혼이민자 상당수가 언어소통·문화적 차이 등으로 한국사회에 적응하느라 힘들게 살고 있으며, 자녀교육문제·가정폭력 등 가족들 사이에서도 많은 어려움을 겪고 있다.

보건복지가족부는 다문화가족의 한국문화 및 가족생활 적응 지원을 위하여 한국어·한국 문화교육, 가족교육, 가족생활상담, 한국어교재와 모성보호가이드 발간, 멘토 매칭 등의 사업을 실시하고 있다. 아울러 교육·홍보 등을 통한 다문화 사회 수용 분위기 확산도 추진 중이다.

〈표 2-4-23〉 국제결혼 건수와 비율

(단위 : 건, %)

구 분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
총혼인건수	320,063	306,573	304,932	310,944	316,375	332,752	345,592
국제결혼건수	15,234	15,913	25,658	35,447	43,121	39,690	38,491
국제결혼비율	4.8	5.2	8.4	11.4	13.6	11.9	11.1

※ 통계청, 2007. 혼인통계 결과

*집필자 : 다문화가족과장 박난숙

2. 결혼이민자가족지원센터 운영을 통한 지원체계 구축

결혼이민자에게 한국어교육과 한국문화이해 프로그램을 통하여 한국사회에 잘 적응하도록 지원하고, 임신·출산 지원과 육아교육을 통하여 여성 결혼이민자들의 모성보호와 그 자녀의 건강권을 보호하는 것을 목적으로 하였다.

2007년도에는 38개의 결혼이민자가족지원센터를 지정해 다문화가족의 사회문화적 적응 지원을 위한 종합적 가족지원전달체계를 구축하였다.

〈표 2-4-24〉 2007년 결혼이민자가족지원센터 관리기관 및 운영기관

시·도	센 터 명	주 소	개 소 일
	수탁기관		
중 앙	중앙건강가정지원센터	서울 마포구 합정동 426-1 웰빙센터 8층	2005. 04.
	(사)가정을건강하게하는시민의모임		
서 울 (3)	성북구 결혼이민자가족지원센터	서울 성북구 보문동 5가 노동사목회관 5층	2007. 03.
	결혼이민가족지원연대 서울센터		
	영등포구결혼이민자가족지원센터	서울 영등포구 신길1동 465-2 신길종합사회복지관 4층	2007. 03.
	영등포구건강가정지원센터		
	동대문구결혼이민자가족지원센터	서울 동대문구 회기동1번지 경희대학교 생활과학대학 401호	2006. 07.
	동대문구건강가정지원센터		
부 산 (2)	부산사상구결혼이민자가족지원센터	부산광역시 사상구 보수로 795	2006. 04.
	부산광역시 여성문화회관		
	부산남구결혼이민자가족지원센터	부산광역시 남구 대연3동 38-1	2006. 10.
	부산광역시 여성회관		
대 구 (2)	대구남구결혼이민자가족지원센터	대구광역시 남구 대명2동 19-1	2006. 06.
	사회복지법인 불교사회복지회		
	대구달서구결혼이민자가족지원센터	대구시 달서구 신당동 1000 계명대학교 백은관 B53-1호	2007. 04.
	대구달서구건강가정지원센터		
인 천 (2)	인천남구결혼이민자가족지원센터	인천광역시 남구 주안6동 946-1	2006. 10.
	인천광역시 여성복지관		
	강화군결혼이민자가족지원센터	인천광역시 강화군 강화읍 관청리 884-5	2007. 04.
	(재)천주교인천교구유지재단		

시·도	센 터 명	주 소	개 소 일
	수탁기관		
광 주 (1)	광주서구결혼이민자가족지원센터	광주광역시 서구 치평동 1162	2006. 04.
	광주광역시 여성발전센터		
대 전 (1)	대전중구결혼이민자가족지원센터	대전광역시 중구 은행동 142-6, 1층	2006. 10.
	대전남구건강가정지원센터		
울 산 (1)	울산남구결혼이민자가족지원센터	울산광역시 남구 옥동 336-2 가족문화센터 A동 3층	2006. 03.
	울산남구건강가정지원센터		
경 기 (4)	수원시결혼이민자가족지원센터 (재)천주교수원교구유지재단	경기도 수원시 팔달구 화서동 100 수원대리구청 1층	2007. 01.
	부천시결혼이민자가족지원센터 부천시건강가정지원센터	경기 부천시 원미구 상1동 394-2 복사골문화센터 5층	2006. 08.
	안성시결혼이민자가족지원센터 안성종합사회복지관	경기 안성시 봉남동 349-2 안성종합사회복지관	2007. 01.
	남양주시결혼이민자가족지원센터 남양주시건강가정지원센터	경기도 남양주시 지금동 159-7 제2청사 2층	2007. 02.
	춘천시결혼이민자가족지원센터 홀트아동복지회 강원아동상담소	강원도 춘천시 죽림동 189 브라운가 6동 6303호	2006. 12.
	강릉시결혼이민자가족지원센터 강릉문화원	강원도 강릉시 교1동 1785	2006. 12.
	청주시결혼이민자가족지원센터 (사)충북이주여성인권센터	충북 청주시 상당구 남문로 1가 154	2006. 03.
충 북 (2)	옥천군결혼이민자가족지원센터 옥천한국어학당	충북 옥천군 옥천군·읍 문정리 439 다목적회관 1층	2007. 02.
	아산시결혼이민자가족지원센터 아산시청	충남 아산시 온천동 1626	2007. 07.
충 남 (3)	공주시결혼이민자가족지원센터 공주기독교종합사회복지관	충남 공주시 중동 321 3층	2007. 04.
	금산군결혼이민자가족지원센터 금산문화원	충남 금산군 금산읍 상리 24-2 (구) 군수관사	2007. 01.
	익산시결혼이민자가족지원센터 익산시건강가정지원센터	전북 익산시 신용동 344-2 원광대학교 생활과학대학 4층	2006. 05.
	장수군결혼이민자가족지원센터 (사)호남사회연구회 논실마을사람들	전북 장수군 번암면 대론리 221 논실마을학교	2006. 05.
전 북 (3)	김제시결혼이민자가족지원센터 김제이주여성센터	전북 김제시 서암동 393-1	2007. 01.

시·도	센 터 명	주 소	개 소 일
	수탁기관		
전 남 (4)	전라남도결혼이민자가족지원센터	전남 무안군 삼향면 남양 1000 전남도청여성정책보좌관실내	2007. 02.
	전라남도청		
	순천시결혼이민자가족지원센터	전남 순천시 저전동 206-12 2층	2007. 04.
	순천시 지역사회복지실무협의체		
	나주시결혼이민자가족지원센터	전남 나주시 이창동 162-6 우리빌딩 4층	2007. 02.
	결혼이민자가족지원연대전남센터		
	영암군결혼이민자가족지원센터	전남 영암군 삼호읍 용당리 2178-2 한마음회관 2층	2006. 04.
	영암이주여성센터		
경 북 (4)	구미시결혼이민자가족지원센터	경북 구미시 형곡2동 314-3	2006. 04.
	아름다운가정만들기		
	예천군결혼이민자가족지원센터	경북 예천군 예천읍 노상리 125-1	2006. 07.
	예천군청		
	포항시결혼이민자가족지원센터	경북 포항시 북구 우현동 토지구획정리지구4B1L	2007. 04.
	포항시 여성문화회관		
	문경시결혼이민자가족지원센터	경북 문경시 모전동 257	2007. 04.
	문경시 여성회관		
경 남 (3)	경상남도결혼이민자가족지원센터	경남 창원시 사람동 9번지 창원대학교 공동실험실습관 412호	2007. 04
	경상남도건강가정지원센터		
	진주시결혼이민자가족지원센터	경남 진주시 상대동 33-106 2층	2006. 09.
	진주 YWCA		
	김해시결혼이민자가족지원센터	경남 김해시 부원동 623	2006. 05.
	김해시 건강가정지원센터		
제 주 (1)	제주특별자치도결혼이민자가족지원센터	제주특별자치도 노형동 727 6층	2007. 05.
	제주외국인근로자센터		

〈표 2-4-25〉 2007년 센터별·국적별 이용자 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 순인원)

시·도	지 역	중 국	베트남	일 본	필리핀	태 국	몽 골	네 팔	러시아	우즈베 키스탄	캄보 디아	인도 네시아	기 타	합 계
서 울	성 북 구	118	109	14	49	22	25	-	7	7	7	1	21	380
	영등포구	71	35	38	45	4	14	-	10	8	21	-	17	263
	동대문구	50	63	66	24	9	19	1	6	9	4	3	5	259
부 산	사 상 구	44	44	2	8	6	5	-	6	2	1	-	1	119
	남 구	101	131	11	22	6	1	2	3	10	9	2	2	300
대 구	남 구	61	111	19	30	4	3	-	6	-	1	1	3	239
	달 서 구	48	30	1	4	1	3	-	3	3	2	-	2	97
인 천	남 구	88	59	13	27	16	16	-	8	6	5	2	10	250
	강 화 군	2	25	2	19	-	-	-	-	-	5	-	-	53
광 주	서 구	50	68	18	32	7	7	-	2	5	2	2	10	203
대 전	중 구	33	20	13	20	7	3	-	-	2	4	-	1	103
울 산	남 구	32	122	19	24	-	12	-	4	5	3	2	4	227
경 기	수 원 시	28	31	-	32	7	3	-	1	1	3	1	3	110
	부 천 시	25	25	15	14	10	3	3	3	-	1	3	10	112
	안 성 시	19	55	6	17	3	3	-	-	-	3	-	-	106
	남양주시	41	57	39	12	4	7	-	1	3	-	-	4	168
강 원	춘 천 시	142	62	69	68	14	11	-	16	1	-	1	4	388
	강 릉 시	42	17	16	14	-	-	-	-	-	4	-	-	93
충 북	청 주 시	55	42	39	62	18	20	13	5	5	-	-	3	262
	옥 천 군	8	136	2	12	7	-	-	-	2	4	-	-	171
충 남	아 산 시	59	39	38	25	5	5	2	-	4	6	5	2	190
	공 주 시	78	43	10	84	3	4	2	1	2	4	-	3	234
	금 산 군	3	71	4	29	1	-	-	-	2	2	-	-	112
전 북	익 산 시	34	101	7	11	-	2	-	4	2	1	-	1	163
	장 수 군	6	18	12	55	3	-	-	-	-	9	1	-	104
	김 제 시	8	6	-	63	-	2	-	2	2	4	-	-	87
전 남	도	98	66	48	710	35	30	-	-	2	6	1	2	998
	순 천 시	19	81	9	33	13	-	-	-	-	1	-	-	156
	나 주 시	18	46	1	64	1	8	-	-	4	4	1	-	147
	영 암 군	27	33	14	24	12	11	-	-	2	1	-	-	124
경 북	구 미 시	44	37	11	6	8	5	-	-	-	1	3	-	115
	예 천 군	10	76	7	5	2	-	-	-	-	-	-	-	100
	포 향 시	33	126	20	40	6	4	-	-	4	1	2	1	237
	문 경 시	63	67	6	33	7	-	-	-	1	2	1	-	180
경 남	도	15	47	3	2	1	1	-	-	-	1	-	-	70
	진 주 시	21	64	4	13	8	1	-	2	2	14	1	2	132
	김 해 시	41	115	10	24	11	7	1	4	3	5	1	7	229
제주특별자치도		319	246	26	147	2	11	1	18	1	6	2	2	781
총 계	총 인원(명)	1,954	2,524	632	1,903	263	246	25	112	100	147	36	120	8,062
	백분율(%)	24.2	31.3	7.9	23.6	3.3	3.1	0.3	1.4	1.2	1.8	0.4	1.5	100.0

가. 한국어 교육

한국어교육은 초보반, 기초반, 중급반, 고급반, 국적별 결혼이민자 한글반, 교재연구반, 찾아가는 한국어교실, 한국어강사 양성반 등 지역특성 및 센터 역량에 따라 다양하게 운영하였으며 한국어능력시험대비반을 운영하기도 하였다.

나. 가족통합교육

결혼이민자프로그램, 배우자프로그램, 시부모프로그램, 부부관계프로그램, 부모자녀프로그램, 가족통합프로그램을 집합교육, 소그룹 또는 그룹활동, 문화체험, 가족캠프, 가족관계개선여행 등 가족통합교육이 다양하게 진행되었다.

다. 문화정서지원사업

결혼이민자에게 다양한 영역의 사회분야체험 및 한국문화 이해와 적응력을 높이는 서비스를 제공하고, 자조모임 등을 통해 정보교류 및 심리적 지지기반을 만들 수 있도록 지원하였다.

라. 역량강화지원사업

정보화교육, 직업교육, 다문화·원어민·강사양성, 통·번역사 양성 등을 통해 결혼이민자들의 역량을 강화하고 사회생활적응에 필요한 기술과 정보를 제공하였다.

마. 다문화인식개선사업

결혼이민자들에 대한 지역주민의 편견 및 이질감을 해소하고 출신국별 결혼이민자들간 상호교류를 증진하여 화합하도록 하기 위해 다문화교육, 다문화축제, 캠페인 등 다양한 프로그램이 진행되었다.

바. 자녀지원사업

엄마나라 문화·언어 배우기, 공부방 운영, 심리정서치료, 자녀 일시 돌봄 서비스를 통해 결혼이민자 자녀들의 정체성 확립과 안정적 사회적응을 위한 통합적 지원 기반을 마련하였다.

사. 자조집단사업 및 홍보·네트워크 사업

자조집단사업은 상대적으로 지지기반이 취약한 한국사회에서 생활하는 결혼이민자 및

가족들에게 큰 힘을 주었으며, 홍보·네트워크 사업은 대부분의 센터가 지역의 유관기관, 관공서, 학교, 병원, 지자체 등과 유기적으로 진행하였다.

〈표 2-4-26〉 추진목표 대비 달성결과

(2007.12.31, 단위 : 연인원, %)

사업명	목표인원(명)	달성결과(명)	백분율(%)
한국어교육	123,305	143,029	116.0
가족통합교육	14,314	18,099	126.4
문화정서지원사업	17,918	24,404	136.1
역량강화지원사업	16,837	20,151	119.7
다문화인식개선사업	12,299	17,109	139.1
자녀지원사업	25,760	25,716	99.8
찾아가는서비스	6,590	7,614	113.8
전 체	217,023	256,122	118.0

〈표 2-4-27〉 만족도 조사결과

(2007.12.31, 단위 : 순인원, %)

사업명	만족도 평균	조사인원	전혀 만족 하지 않음	만족하지 않음	보통	만족함	매우 만족함
한국어교육	95.4	3,657		14	156	1,312	2,175
		100%		0.4	4.2	35.8	59.6
가족통합교육	94.8	3,841		8	194	1,487	2,152
		100%		0.2	5	38.7	56.1
문화정서지원사업	94.8	6,237	3	23	292	2,330	3,589
		100%	0.1	0.4	4.7	37.3	57.5
역량강화지원사업	90.7	710	5	12	49	61	583
		100%	0.7	1.7	6.9	8.6	82.1
다문화인식개선사업	98.1	2,402		5	41	946	1,410
		100%		0.2	1.7	39.4	58.7
자녀지원사업	94.1	535		3	29	152	351
		100%		0.5	5.4	28.4	65.7
찾아가는서비스	93.7	193			6	89	98
		100%			3.1	46.1	50.8
전 체	95.2	총 17,575명	8	65	767	6,377	10,358
		100%	0.1	0.3	4.4	36.3	58.9

3. 결혼이민자 ‘아동양육지원’ 사업

언어소통 곤란, 문화이해 차이 등으로 자녀양육에 어려움을 겪고 있는 결혼이민자를 대상으로 전문 지도사가 방문하여 자녀양육 상담·교육, 자녀학습지도 등의 아동양육 지원 서비스를 제공하였다. 2007년 결혼이민자 아동양육지원사업의 지원대상가정 및 아동양육도우미는 해당 지자체와 결혼이민자가족지원센터에 의해 선정되었으며, 전국 31개 센터에서 1차 220명, 2차 237명의 아동양육지도사가 활동하였고, 지원대상가정은 1차 1097가정, 2차 1,161가정이었다.

〈표 2-4-28〉 2007년 아동양육지원사업 실적

지역	운영기관	수탁기관	도우미수(명)		지원대상가정(가정)	
			1차	2차	1차	2차
서울	동대문구결혼이민자가족지원센터	동대문구건강가정지원센터	7	8	35	35
	영등포구결혼이민자가족지원센터	영등포구건강가정지원센터	7	10	33	49
	용산구 건강가정지원센터	용산구건강가정지원센터	7	7	34	33
부산	부산(사상구)결혼이민자가족지원센터	부산광역시여성문화회관	8	8	40	40
	부산(남구)결혼이민자가족지원센터	부산광역시여성회관	7	7	35	35
대구	대구(남구)결혼이민자가족지원센터	사회복지법인불교사회복지회	9	9	45	44
인천	인천(남구)결혼이민자가족지원센터	인천광역시여성복지관	10	10	49	48
광주	광주(서구)결혼이민자가족지원센터	광주광역시여성발전센터	10	10	50	50
대전	대전(중구)결혼이민자가족지원센터	대전시건강가정지원센터	8	9	42	46
울산	울산(남구)결혼이민자가족지원센터	울산시건강가정지원센터	9	11	33	56
경기	남양주시결혼이민자가족지원센터	남양주시건강가정지원센터	7	9	36	35
	안성시 결혼이민자가족지원센터	안성종합사회복지관	7	1차 사업	33	1차 사업
	안산시 건강가정지원센터	안산시건강가정지원센터	8		35	사업
	수원시 결혼이민자가족지원센터	(재)천주교 수원교구 유지재단	2차 사업	7	2차	34
	부천시 결혼이민자가족지원센터	부천시건강가정지원센터		7	사업	35
강원	원주시결혼이민자가족지원센터	명륜종합사회복지관	5	6	26	29
	춘천시결혼이민자가족지원센터	홀트아동복지회강원아동상담소	5	6	25	21
	강릉시결혼이민자가족지원센터	강릉문화원	5	6	25	27
충북	청주시결혼이민자가족지원센터	(사)충북이주여성인권센터	8	8	45	40
	옥천군결혼이민자가족지원센터	옥천한국어학당	7	8	45	40

지역	운영기관	수탁기관	도우미수(명)		지원대상가정(가정)	
			1차	2차	1차	2차
충남	공주시결혼이민자가족지원센터	공주기독교종합사회복지관	8	8	39	46
	금산군결혼이민자가족지원센터	금산문화원	8	8	41	44
전북	익산시결혼이민자가족지원센터	익산시건강가정지원센터	8	8	43	40
	장수군결혼이민자가족지원센터	(사)호남사회연구회 논실마을사람들	9	8	37	38
전남	순천시결혼이민자가족지원센터	순천시지역사회복지협의체	8	8	40	40
	나주시결혼이민자가족지원센터	(사)결혼이민자가족지원연대전남센터	6	8	43	40
경북	구미시결혼이민자가족지원센터	아름다운가정만들기	7	9	34	45
	예천군결혼이민자가족지원센터	예천군청	7	8	35	39
경남	진주시결혼이민자가족지원센터	진주YWCA	8	8	41	42
	김해시결혼이민자가족지원센터	김해시건강가정지원센터	8	9	34	43
제주	제주특별자치도결혼이민자가족지원센터	제주외국인근로자센터	9	9	44	47
총 계			220	237	1,097	1,161

4. 결혼이민자 “찾아가는 서비스” 사업

집합교육에 참여하기 어려운 결혼이민자를 대상으로 한국어교육, 다문화교육, 가족상담 등을 통해 다문화가족의 한국사회 조기적응 및 원만한 가족생활을 지원하였다. 전국을 6개 권역으로 나누어 사업 실시하였고, 96명의 전문 지도사가 약 380가정에 5,600회 서비스를 지원하였다.

〈표 2-4-29〉 2007년 결혼이민자 찾아가는 서비스사업 실적

구 분	지원가정수	지원횟수				
		한국어	다문화	자녀지원	산전지원	출산지원
서울/경기	49	304	65	31	15	110
강 원	112	1,814	110	190	22	356
대전/충남	53	346	79	117	15	120
충 북	58	400	60		15	100
광주/전라	66	540	100	110	11	120
대구/경상	43	325	5	60	15	110
계	381	3,729	419	508	93	916

5. 결혼이민자를 위한 단계별·언어별 한국어교재 발간 및 보급

결혼이민자들이 실제 생활에서 흔히 사용하는 생활언어 중심의 내용으로 한국어 교재를 구성하였다. 결혼이민자들이 쉽고 재미있게 한국어를 배울 수 있도록 단계별 교재로서 첫걸음-초급-중급을 보급하였고, 언어별 교재로서 베트남어, 중국어, 타갈로그어 한국어교재를 발간·보급하여 맞춤형 한국어교육이 가능하도록 하였다. 그림을 곁들여 쉽게 이해하도록 하였고, 각 과안에 대화, 문법, 읽기, 쓰기 등으로 구성하였다.

〈표 2-4-30〉 2007년 결혼이민자 한국어 교재 발간 실적

구 분	언 어	발간시기	보급부수	비 고
첫걸음	한 글	2007.5	약 5,000권	
초 급	한 글	2005.12	약 32,000권	2007.12. 각 2,000권 추가보급 중국어 4,000권 타갈로그어 1,500권
	베트남어	2007.1	5,000권	
	중국어 및 타갈로그어	2007.12	5,500권	
중 급	한 글	2007.5	약 5,000권	

6. 결혼중개업관리제도 도입

국제결혼이 지속적으로 증가하는 가운데 국제결혼중개업체의 난립, 불법적 영업활동 등으로 이용자들의 인권침해 및 피해 사례가 증가하고, 이러한 국제결혼 관행 및 사건에 대한 외국 현지 언론의 집중 보도로 동남아 국가내 반한감정이 확산될 우려가 크다.

그러나 결혼을 위한 상담 및 알선 등 서비스를 제공하는 결혼중개업에 대한 정부의 규제는 1973년 허가제를 도입한 이래 1993년 신고제로 전환하였다가 1999년에 자유업화 하는 등 지속적으로 완화시켜 왔으며, 이후 결혼중개업의 불법행위를 관리할 수 있는 법적 근거가 없어 사회문제를 예방하기가 어려운 실정이었다.

이에 결혼중개업에 대해 등록제 및 신고제를 도입하고 국가 및 지방자치단체의 관리·감독을 받도록 함으로써 건전한 결혼중개업을 지도·육성하고 결혼중개업 이용자의 피해사례를 예방하기 위해 「결혼중개업의 관리에 관한 법률」을 제정(2007.12.14)하게 되었으며 '08.6.15일부터 시행하게 된다.

이 법률에 따라 결혼중개업자는 국제결혼중개업자는 등록 전에 윤리의식 교육을 받고 손해배상책임을 보장하기 위한 보증보험 등에 가입해야 한다.

앞으로 결혼중개업자는 영업행위를 함에 있어 신고필증 또는 등록증과 결혼중개업 수수료·회비 등의 게시, 명의 또는 상호 대여의 금지, 서비스 내용이 기재된 결혼중개계약서의 서면 작성 및 설명, 외국 현지법령 준수, 거짓·과장된 표시·광고의 금지 및 이용자에게 거짓된 정보제공 금지, 업무상 알게 된 개인정보에 대한 부당한 사용 금지 등 의무를 지게 된다.

또한, 이러한 의무를 위반하였을 경우 그 위반 정도와 내용에 따라 시정명령, 등록취소 및 영업정지, 폐쇄조치, 벌금 등 형사처벌을 받게 된다.

동 제도의 도입으로 결혼중개업체의 부당한 영업활동 방지 및 책임의식 강화, 결혼중개업 이용자의 피해사례 예방 및 인권보호, 건전한 결혼중개문화 확립 및 국가의 대외이미지 제고 등에 크게 기여할 것으로 기대하고 있다.

제3절

노인복지 정책

I 제도 개요*

1. 최근의 노인복지정책 변화

가. 최근의 노인복지 주요정책 흐름

분 야	문민정부 ('93~'97)	국민의 정부 ('98~'02)	참여정부 ('03~'07)
소득보장	• 노령수당 지급 ('91~'97) - 70세이상 생활보호대상, 월 1만원 지급 - 248천명('97)	• 경로연금 도입('98) - 65세이상 생활보호대상 노인과 저소득노인으로 확대 - 월 3.5만원~5만원 지급 - 551천명('98) → 616천명('02)	• 경로연금 지속지급 - 월 3.5만원~5만원 지급 - 619천명('03)→610천명('07) • "기초노령연금법" 제정('07.4) • 정부지원 노인일자리 마련 - 3만5천개('04)→11만개('07) - 대한노인회 지부별 취업지원센터 설치 지원 - 시도별 노인일자리박람회 지원 - "한국노인인력개발원" 설립
요양·건강보장	• '96년부터 공립 치매전문 병원 신축지원 시작 - '97년까지 6개소 신축	• 공립 치매병원 지원 - 9개소('98)→27개소('02)	• 공립 치매전문병원 지원 확대 - 매년 5~6개씩 신축 지원 ※ 44개('03)→74개('07) • 치매간이·정밀검사 시작('06) • "노인장기요양보험법" 제정('07.4) • 노인장기요양보험보험 시범사업 실시 - 제1차 : '05.7~'06.3 - 제2차 : '06.4~'07.4 - 제3차 : '07.5~'08.6

*집필자 : 노인정책과장 한문덕

분 야	문민정부 ('93~'97)	국민의 정부 ('98~'02)	참여정부 ('03~'07)
시설보호	• 유료노인복지시설도입('92) • 전문요양시설제도 도입 - 3개소 신축('97)	• 전문요양시설 지속 지원 - 4개소('98)→85개소('02) ※ 요양시설 :75개('98) →171('02)	• '03년부터 노인요양시설 매년 100개소씩 확충 - 231개('03)→647개('07)
재가복지		• 재가노인 식사배달시작('00)	• 독거노인 생활지도사파견('07.6)
경로효친 및 권익증진	• 버스승차권 대신 노인 교통수당 지급('96)	• 수도권 전철 50% →100% 할인 확대 • 무궁화호 30% 할인('97.8)	• 노인학대예방센터(노인보호전문기관) 설치('06) - 중앙(1개소), 지방 (18개소)

나. 최근의 노인복지 예산 증가추이

(단위 : 억원, %)

구 분	1999		2005		2006		2007	
	예 산	비 중	예 산	비 중	예 산	비 중	예 산	비 중
정부예산	801,378		1,341,394		1,448,076		1,565,177	
복지부예산	38,968	4.9	93,068	6.9	103,652	7.1	115,292	7.4
노인복지	1,917	4.9	3,302	3.8	3,928	4.4	5,692	4.9

※ 복지부 예산 비중은 정부예산 대비 비율, 노인복지예산 비중은 복지부 예산 대비 결과임

※ 2005년 이후 지방이양된 예산은 제외

2. 향후 노인복지정책 추진방향

우리나라는 2000년도에 노인인구가 339만명으로 전체인구의 7.2%를 차지하여 고령화 사회에 도달했으며, 2008년도에는 노인인구가 전체인구의 10.3%를 차지하는 502만명으로 추계되고, 2018년도에는 고령사회(노인인구 14%)로 진입이 예측되고 있다.

급속하게 고령화가 진행되고 있는 여건 속에서 향후 노인보건·복지정책은 노인들이 사회의 일원으로 삶을 주도하는 당당한 노년을 누릴 수 있도록 노후 소득보장, 건강보장, 사회참여 확대 등의 다양한 정책을 추진해 나갈 계획이다.

노인생활상태 및 복지욕구를 기초로 향후 노인복지 서비스 개선을 위해 추진될 사업은 다음과 같다.

구 분	지 원 서 비 스
노후 소득보장	• 사회공헌형 및 민간일자리 창출 등
건강보장	• 노인장기요양보험 시행('08.7) • 치매조기검진 및 관리 • 노인 안검진 및 개안수술 등
사회참여 확대	• 노인자원봉사 활성화 • 노인여가활동 지원 등
사회서비스 제공 등	• 독거노인 생활관리사 파견 • 노인학대 상담서비스 • 노인자살·성·사기·범죄 문제 대응 • 장사 인프라 확충 및 품위있는 장사문화 창출 등

II 경로연금 지원*

경로연금제도는 전 국민연금제도 시행을 앞두고 연령상의 이유로 전 국민연금이 시행되어도 연금에 가입할 수 없었던 저소득 노인의 소득보장을 위하여 1998년 7월 1일자로 노인복지법을 개정 시행함으로써 도입되었다.

동 제도는 저소득 노인에게 경제적 지원을 통해 노후에 조금이나마 편안한 삶을 지원하고자 1991년부터 70세 이상 생활보호대상 노인에게 지급하던 노령수당을 65세 이상으로 확대하여 발전시킨 것으로, 공공부조 부가급여와 공적연금 보완의 성격을 갖는다.

따라서 경로연금은 공적연금을 보완하는 역할로서의 성격을 갖고 있기 때문에, 전 국민연금 실시 시점에서 제도권 밖에 있던 일정 연령 이상 노인의 생계보장을 그 목적으로 하고 있고, 국민연금 가입대상에서 원칙적으로 배제된 65세 이상 노인들을 대상으로 함에 따라 국민연금 제도 성숙에 따라 점차 소멸되도록 설계되었다.

*집필자 : 기초노령연금과장 최홍석

경로연금의 수급대상은 65세 이상의 기초생활보장수급자와 경로연금제도 도입일인 1998.7.1 기준 65세 이상 차상위 저소득노인이다. 경로연금 급여수준은 기존 국민연금 노령수당 급여수준과 연계하여 특례노령연금 최저급여 수준보다 낮은 범위에서 최하 1만5천원에서 5만원까지 지급하던 것을 점차 상향 조정하여 2007년에는 3만5천원에서 5만원까지 지급하였다.

경로연금 수급대상은 1998년 7월 1일 현재 65세 이상(33.7.1 이전 출생자) 저소득노인으로 정함으로써 제도 도입 시 65세에 달했던 노인은 2007년 12월 현재 74세 이상에 해당되며, 대상자 선정을 위한 소득기준은 2007년 66만원이하, 재산기준은 국민기초생활보장법에서 정하는 기본재산액의 175% 이하(농어촌 5,075만원, 중소도시 5,425만원, 대도시 6,650만원)이다.

한편, 경로연금 전체 수급자는 2007년 말 기준 610,447명으로, 그 중 65세 이상 국민기초생활수급자는 403,681명이며, 차상위 저소득노인은 206,766명이다.

〈표 2-4-31〉 연도별 경로연금 월 지급금 현황

(단위 : 원)

구 분		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
기 초 생 활 보장대상노인	80세 이상	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000
	65세~79세	40,000	40,000	40,000	40,000	45,000	45,000	45,000	45,000	45,000	45,000
저소득노인	단독	20,000	20,000	30,000	30,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000	35,000
	부부동시수급	15,000	15,000	22,500	22,500	26,250	26,250	30,630	30,630	30,630	30,630

〈표 2-4-32〉 연도별 경로연금 수급자 현황

(단위 : 명)

구 분	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
기초수급자	264,199	288,303	327,928	334,175	333,526	346,113	360,360	378,149	387,286	403,681
저소득수급자	286,904	286,397	259,756	230,856	282,817	273,479	258,171	241,236	225,470	206,766
계	551,103	574,700	587,684	565,031	616,343	619,592	618,531	619,385	612,756	610,447

그러나 전체 노인의 60%에게 매월 국민연금전체가입자 평균소득월액(A값)의 5%에 해당하는 금액을 지급함으로써 국민연금 사각지대 해소 및 현세대 노인 빈곤 해소를 목적으로 하는 기초노령연금법이 2007년 4월 제정·공포되어 2008년 1월부터 시행됨에 따라 경로연금제도는 10년의 역사를 마감하고 폐지되었다.

III 기초노령연금 도입 준비*

1. 기초노령연금제도 도입 배경 및 필요성

노년기에 경험하게 되는 어려움의 하나가 빈곤으로 우리사회처럼 노동시장에 참여하는 시기와 노동시장에서 은퇴하는 시기가 명확히 분리되어 있는 사회에서는 더욱더 노년기 소득 상실의 위험에 대비한 제도마련이 절실히 요구된다. 그러나 우리사회는 아직 공적인 노후소득 보장제도가 정립되어 있지 못하다.

그 결과 미래세대 뿐만 아니라 현세대 노인들에게 있어 공적인 노후소득보장제도의 실효성이 낮아 대부분이 공적인 노후소득보장제도의 사각지대에 놓여 있으며, 노인의 상당수가 빈곤상태에 놓여있다.

이러한 배경 하에 국민연금을 둘러싼 논의가 사각지대 해소 방안을 중심으로 진행되면서 기초노령연금제도 도입이 논의되기 시작하였다. 따라서 기초노령연금제도 도입이라는 결과는 국민연금제도 개선 방안 모색이라는 맥락 속에서 가장 잘 이해될 수 있을 것이다.

가. 너무 많은 국민연금 납부예외자

현행 국민연금 제도는 1988년 10인 이상 사업장만을 대상으로 출범한 이래 1995년에는 농어민으로 확대되었고, 1999년에는 도시자영업자에게까지 확대되어 출범 11년만에 전 국민을 대상으로 하는 연금제도로 발전하였다.

*집필자 : 기초노령연금과장 최홍석

가입자는 근로자를 대상으로 하는 사업장가입자와 자영업자를 대상으로 하는 지역가입자로 분류되며, 가입할 의무가 없는 국민은 본인의 희망에 의해 임의가입자로 가입할 수 있다. 2006년 12월말 현재 사업장 가입자는 모두 861만명이며, 지역가입자는 909만명으로 총 가입자가 1,774만명에 이르고 있다.

〈표 2-4-33〉 가입자별 현황

(단위 : 천개소, 천명)

총가입자	사업장가입자		지역가입자			임 의
	사업장	가입자	계	도 시	농어촌	
17,740	774	8,605	9,086	7,113	1,973	49

※ 자료 : 보건복지가족부 내부자료(2006.12월말 기준)

그러나 국민연금은 장기재정불안정 문제와 광범위한 사각지대 문제가 항상 사회적 쟁점으로 논란이 되어 왔다. 이의 해결을 위한 정치적 논의가 국민연금법 개정안이 국회에 제출된 2003년 이래 무려 4년여 동안 진행되어 왔음에도 불구하고 여·야간에 합의를 보지 못하고 논의만 무성하게 있었을 뿐이었다. 그 한 가운데에는 사각지대 해소 방안이 미흡하다는 공통점이 자리 잡고 있었다.

한편, 국민연금의 가입대상인 미래세대 노인인 경우에도, 노인 빈곤문제에서 완전히 자유롭지는 못하다. 이는 무엇보다 국민연금에 법적으로는 가입해야 함에도 불구하고 소득 부족과 실업 등의 다양한 이유로 인해 많은 국민들이 납부예외를 인정받고 있기 때문이다. 납부예외 제도란 소득이 일시적으로 없을 경우 보험료 납부를 면제해 주는 제도로 이후 연금액 산정시 가입기간에서 제외된다.

〈표 2-4-34〉 국민연금 가입자 중 납부예외자 현황

(단위 : 천원)

구 분	총 계	사업장 가입자	지역가입자	임의 가입자
가입자	17,740	8,605	9,086	49
납부예외자	4,936	-	4,936(54.3%)	

※ 자료 : 보건복지가족부 내부자료(2006.12월말 기준)

현재 500만에 가까운 가입자가 납부예외자로 분류되고 있으며, 특히 지역가입자의 경우 절반에 가까운 가입자가 납부예외로 보험금을 납부하지 않고 있어서 실질적으로는 국민연금에 가입되지 않은 상태라고 볼 수 있다.

납부예외자들이 장기간 같은 상태에 머물 경우 이들은 노후에 국민연금을 받지 못하게 될 것이고 다른 대책이 없다면 많은 가입자들이 ‘소득 없는 장수’라는 위험에 직면하게 될 것이다.

나. 너무 적은 경로연금 금액

경로연금은 지난 1998년 국민연금이 전 국민으로 확대될 즈음에 당시 65세 이상 노인들이 연령요건으로 인해 국민연금에 가입하지 못하게 됨에 따라 이들의 소득을 보충적으로 지원해 주기 위해 도입된 제도이다.

도입 당시 경로연금은 550,000명을 대상으로 지급되면서 그 중 65세 이상 생활보호대상자(현 국민기초생활수급자)에는 4~5만원이, 1933년 7월 1일 이전 출생(당시 65세 이상)한 저소득노인에게는 1만5천원~2만원이 지급되었다.

그러나 경로연금은 제도가 도입된 이래로 약 10여년이 지난 시점까지도 금액면에서나 지급 대상자 수에 있어서 그다지 개선되지 못한 것이 사실이었다. 2006년 말 현재 경로연금은 613,000명을 대상으로 65세 이상 국민기초생활수급자에는 4만5천원~5만원이, 1933년 7월 1일 이전 출생한 저소득노인에게는 3만원~3만5천원이 지급되고 있다.

〈표 2-4-35〉 경로연금 대상자 및 지급액 비교

		1998년	2006년
대상자 수		55만명	62만명
지급액	80세 이상 기초수급자	5만원	5만원
	65~79세 기초수급자	4만원	4.5만원
	저소득 노인	1.5~2만원	3~3.5만원

※ 자료 : 보건복지가족부 내부 자료(2006년 12월말 기준)

경로연금이 제대로 된 공적 노후소득보장제도로서 역할을 다하기 위해서는 금액 인상은 물론 대상자도 대폭 확대되어야 한다는 요구가 경로연금을 받는 노인 당사자들로부터 뿐만 아니라 시민사회단체로부터도 줄기차게 제기되었다.

이러한 맥락에서 경로연금의 1933년 7월 1일 이전 출생이라는 연령 제한 요건을 삭제하는 것을 주요 골자로 하는 「노인복지법 개정법률안」, 65세 이상의 특정 자산규모 이하의 노인을 대상으로 국가가 전액 부담하는 효도연금을 도입할 것을 골자로 하는 「효도연금법 제정법률안」 등 다양한 법안의 발의가 있어 왔다.

그러나 현대 노인들의 빈곤 문제를 다소라도 완화하기 위한 일련의 법안들이 막상 국회에 제출되었을 때에는 전혀 논의가 진행되지 못했다. 경로연금 대상자를 확대하는 제도 개선은 결국 국민연금 사각지대 문제와 연결되어 있다는 이유에서였다.

즉 국민연금 사각지대에 있는 노인들에 대한 공적 노후소득보장을 기존 제도인 경로연금 제도 확대를 통해서 해결할 것인지 혹은 또 다른 새로운 제도를 만들어서 해결할 것인지에 대한 사회적 합의가 이루어지지 않은 상태에서 논의를 진행할 수는 없다는 것이었다.

이에 따라, 전체적인 노후소득보장체계의 재구축이라는 측면에서 구체적인 정책방안 마련이 요구되었으며, 수많은 우여곡절 끝에 도입된 제도가 바로 기초노령연금 제도인 것이다.

2. 기초노령연금 도입현황

가. 기초노령연금 제도 현황

기초노령연금제도는 생활이 어려운 노인의 생활안정을 지원하여 복지를 증진하고자 2007년 4월에 도입된 제도이다.*

기초노령연금은 65세이상 노인으로서 전체 노인중에서 생활이 어려운 소득인정액 하위 60%에 해당하는 노인을 대상으로 2008년부터 지급된다. 2009년 1월에는 지급대상이 전체

*기초노령연금법 제1조(목적)

노인 중 소득인정액 하위 70%까지 확대된다. 2008년 1월부터는 70세 이상 노인에게 우선적으로 시행되며, 65세이상 70세미만에게는 2008년 7월부터 시행된다.

이에 따라, 2008년에는 약 300만명, 2009년에는 360만명의 노인이 기초노령연금을 받게 될 것으로 추계되고 있다. 기초노령연금은 노인가구 단위로 적용되므로 배우자의 유무에 따라 노인단독가구**와 노인부부가구로 구분하여 적용된다.

2008년에 60%에게 연금을 지급하기 위한 대상자 선정기준액(이하 선정기준액이라 한다)은 노인단독가구의 경우에는 월 소득인정액 40만원이하이고, 노인부부가구의 경우에는 64만원이다.

부부중 1명이 65세이상이고 나머지 1명이 64세이하인 경우에는 부부가구의 선정기준액을 적용받지만 연금은 노인에게만 주어지므로 단독가구를 기준으로 1인에게만 지급된다. 65세 미만이던 배우자가 65세 이상이 되면 부부가구를 기준으로 부부 모두에게 당연 지급된다. 2010년 이후의 지급대상 규모는 매년 선정기준액을 결정하도록 하고 있다.***

매년 바뀌는 선정기준액은 매년 9월에 고시되고 그 다음해 4월부터 그 다음 다음해 3월까지 적용된다.

소득인정액은 소득금액에다가 재산을 연리 5%로 환산한 월액을 합산한 금액을 말하며 금융재산의 경우에는 이자소득 3%를 고려하여 연리 8%의 환산율이 적용된다. 소득에는 근로소득, 사업소득, 재산소득, 연금소득 등 기타소득이 모두 포함되며, 자녀의 용돈 등 사적이전 소득은 포함되지 않고 기초생활보장제도에 있는 간주부양비나 추정소득도 적용되지 않는다. 재산에는 토지, 주택, 건축물, 임차보증금, 금융재산이 모두 포함된다. 금융기관의 대출금과 임대보증금은 부채로 재산가액 산정시 감액된다.

특이한 사항은 재산을 증여하는 경우 증여재산은 5년간 본인 재산으로 간주된다는 점이다. 이는 기초노령연금을 받기 위해 인위적으로 재산을 감소시켜 노인의 경제적 여건이 오히려

**노인단독가구는 흔히 독거노인과 혼란을 일으킬 수 있으나 동거여부에 관계없이 배우자가 없는 가구로서 자녀등 배우자와의 동거여부는 관계가 없다

***선정기준액 결정에 대해 명문의 규정은 없으나 2009년의 선정기준액 수준이 상대적으로 유지되어야 할 것이다

악화되는 것을 방지하고자 한 것이다. 소득과 재산은 임대보증금, 임차보증금 등을 제외한 대부분을 공적자료를 통해 파악하고 인정한다. 따라서 노인일자리와 같은 비정규적인 소득과 텃밭을 가꾸거나 농번기의 비정규적인 경제활동을 통한 소득 등은 사실상 제외된다.

급여수준은 국민연금 가입자 평균소득월액(A값)의 5%를 지급하며 국민소득 변동과 연계 되도록 설계되었다. 2028년까지 10%로 단계적 인상이 예정되어 있으나 구체적 인상일정은 2008년에 국회에 설치될 연금제도개선위원회에서 논의하여 결정토록 되어 있다. 2008년 연금액은 노인단독가구의 경우 최대 84,000원이며, 부부가구의 경우에는 연금액의 80%를 수령하게 되어 2008년의 경우 최대 134,160원이다.

소요재원은 전액 국비와 지방비 등 조세로 충당된다. 여타 국고보조사업과 달리 특징적인 것은 사상 최초로 국고가 차등적으로 보조된다는 점이다. 아래 <표 2-4-36>에서 보는 바와 같이 국고는 시군구*의 재정자주도**와 노인인구비율에 따라 40~90% 범위내에서 차등 보조 된다.

현재 231개 시군구를 재정자주도를 기준으로 볼 경우 87%에 해당하는 201개 시군구가 재정자주도 80% 미만에 해당하며 재정자주도 80%이상에 해당하는 시군구는 30개이다. 노인인구비율로 볼 경우 고령사회의 기준인 14%이상 지역은 93개 시군구로 나타났다.

이러한 국고차등지원 기준을 적용하면 국고를 90% 지원받게 되는 시군구는 전체 시군구의 23%에 해당하는 약 52개 시군구이고, 80%는 41개(전체 시군구의 18%), 70%는 108개(전체 시군구의 47%), 50%는 27개(전체 시군구의 12%), 40%는 3개(전체 시군구의 1%)이다.

시뮬레이션 결과 평균 국고보조율은 72%이나, 최종적인 평균 국고보조율은 각 시군구별 기초노령연금 수급자 수에 따라 결정되며, 따라서 매년 시군구별 수급자 수 변동에 따라 달라질 수 있다. 국고를 제외한 나머지 소요재정은 특별시 및 광역시·도와 시군구가 분담하며 분담비율은 시도의 조례로 정하도록 법에 규정되어 있다.

*제주특별자치도는 광역시이면서 기초자치단체임으로 시군구에 포함 된다

**재정자주도란 일반회계 총예산규모 대비 자체수입과 자주재원의 합계액을 말한다. 자체수입은 지방세와 세외수입, 자주재원은 지방교부세와 재정보전금 또는 조정교부금의 합계액을 말한다. 기초노령연금 국고차등보조를 위해서는 전전년도를 기준으로 최근 3년간의 재정자주도 평균치가 사용 된다

〈표 2-4-36〉 2008년도 기초노령연금 시군구별 국고지원 비율 및 분포

구 분		노인인구 비율		
		14% 미만	14%~20%	20% 이상
재정 자주도	90% 이상	40%(3개)	50%(0개)	60%(0개)
	80%~90%	50%(27개)	60%(0개)	70%(0개)
	80% 미만	70%(108개)	80%(41개)	90%(52개)

※ ()안은 각 구간에 해당하는 기초지자체 수

국고와 지방비를 합한 총 소요재원 규모는 2008년의 경우에는 2조 2,281억원으로 추계되며, 수급대상자가 전체노인의 70%로 확대되는 2009년에는 약 3조 4,147억원으로 예상된다.

나. 추진현황

보건복지가족부는 기초노령연금법이 통과된 직후부터 Task Force Team인 기초노령연금 추진단을 구성하고 기초노령연금 도입에 필요한 제반사항을 준비하여 왔다. 2007년 9월까지 시행준비에 필요한 시행령 및 시행규칙 제정, 법령의 세부적용을 위한 지침을 마련하고 전체 노인의 60%에게 연금을 지급하기 위한 선정기준액도 결정하여 발표하였다.

효율적인 전달체계 구축을 위해 국민연금공단에 기초노령연금 지원센터를 설치하고 기초노령연금 신청자의 상담과 자산조사를 위한 자료의 제공, 기록의 유지관리 및 사후관리를 위한 기초자료 생산 기능을 담당토록 하였다.

시군구와 읍면동에서는 기초노령연금을 신청하는 경우 기초노령연금 지원센터에서 제공되는 자료를 토대로 상담을 진행하며, 자료내용에 이의가 있는 경우 증빙서류를 확인하고 금융자산 조사에 필요한 금융정보등제공동의서를 징구하고 신청을 접수하도록 하였다.

즉, 읍면동의 업무를 제공된 자료의 확인·접수업무 위주로 대폭 간소화하고 현장 방문업무를 사실상 없애 기존의 기초생활보장제도나 보육료보조사업 등 여타 공공부조 사업에 비해 관리 부담을 최소화하였다. 기초노령연금 지원센터는 국민연금공단이 수탁하여 운영하고 있다.

2007년 10월 15일부터 11월 16일까지는 70세 이상 노인을 대상으로한 집중신청기간을 설정하고 시도 및 시군구의 행정력을 총 동원하여 노인들의 신청과 접수를 진행하였다. 그 결과 70세 이상의 73%에 해당하는 약 218만명*이 신청하였다.

신청접수 당시 소득재산이 많아 추가적인 금융재산조사 없이 기초노령연금 지급가능성이 없는 노인들은 읍면동에서 상담 후 접수를 취소토록 한 것을 감안하면 매우 높은 신청율이라고 할 수 있다. 실제 접수 취소까지 포함하면 신청을 위해 읍면동사무소를 다녀간 노인은 약 255만명에 달해 70세이상 전체 노인의 85%가량이 기초노령연금 신청에 관심을 보였다고 볼 수 있다.

2007년 11월 30일까지 신청한 노인에 대해 금융자산조회를 실시하고 그 결과를 반영하여 2007년말 약 161만명에게 연금지급 여부를 결정하여 통지하였다. 통지된 161만명중에는 급여를 지급받는 약 131만명과 급여를 지급받지 못하는 30만명이 포함되어 있다. 기초노령연금을 새롭게 신청한 70세 이상의 노인중에서 약 81% 가량이 선정된 것으로 나타났다.

2008년 1월1일부로 폐지되는 기존 경로연금 수급자는 별다른 신청이나 조사없이 2008년 6월 까지 기초노령연금을 수령하게 되므로 기존 경로연금수급자 약 61만명을 합칠 경우 수급자는 192만명에 이르고 이들에게는 2008년 1월 31일 최초로 기초노령연금이 지급되었다. 이 중에는 70세 이상 노인이 약 181만명이고 70세미만의 기초생활수급자 11만명이 포함되어 있다. 70세이상 181만명은 70세이상 전체 노인** 중 약61%에 해당한다.

70세이상 노인중 수급자 비율을 지역별로 보면 전남이 약 76%로 가장 높고 경북이 69%로 뒤를 잇고 있으며, 서울이 46%로 가장 낮고 경기도가 55%로 두 번째로 낮았다. 전체 수급자의 지역별 분포를 살펴보면 경기도에 가장 많은 16%가 분포하고 있으며 서울시에 13%, 전남에 10%가 분포하고 있다. 수도권에는 33%의 수급자가 분포하여 70세이상 노인의 수도권 거주 비율 38%보다 약 5%p 정도 낮은 것으로 나타나고 있다.

*70세 이상 기존 경로연금 수급자 약 50만명을 포함. 경로연금은 기초노령연금 도입으로 폐지되는 저소득 노인 소득보조제도로써 기초생활보장 수급자인 노인과 국민연금 도시자영자 확대 당시인 1998년 국민연금 가입요건을 갖추지 못한 노인 중 저소득 노인으로 구성되어 있다. 2007년 11월 현재 경로연금 수급자 수는 약 61만명으로 70세이상 경로연금 수급자가 약 50만명, 65세이상 70세미만이 약 11만명이다. 기존 경로연금 수급자는 기초노령연금법 부칙 제3조에 따라 기초노령연금 신청 없이 곧바로 지급 받을 수 있다.

**기초노령연금 1단계 적용대상은 정확히 말하면 1937년 12월 31일 이전에 출생한 노인이다. 통계청 장래인구 추계는 연앙인구를 표시하므로 기초노령연금 1단계 적용대상의 모수로 사용하는 것은 적절치 않아 2007년 10월 현재 주민등록인구의 70세이상 노인 수를 기준으로 추계한 것이다.

3. 2008년도 추진 계획

가. 2단계 확대 시행

2008년 1월 70세 이상 노인을 대상으로 시행(1단계)된 기초노령연금제도는 2008년 7월부터는 수급대상자가 65세 이상으로 확대(2단계)됨에 따라 대규모 신청자 접수 및 이를 위한 지방행정력 집중 동원을 위해 1단계와 마찬가지로 약 1개월간의 집중신청기간('08.4.15~5.16)을 운영한 결과 약 93만명이 신규로 신청하였다.

집중 신청기간 이후에도 계속 신청이 가능하나 신청자 금융자산 조사 소요기간(평균 2~3주), 급여결정, 이의신청 기간 및 연금지급 준비기간 등을 감안하면 지급결정이 다소 늦어질 수도 있다. 집중신청기간 신청자를 포함하여 5월말까지 신청분에 대해 6월초 금융조회를 통해 6월말 일괄 지급결정을 통보하고 7월말 최초 지급할 예정이다.

나. 3단계 시행준비 및 제도 안정화

2009년 1월 65세 전체 노인의 70%까지 수급을 확대를 위한 선정기준은 65세 이상 노인 전체의 소득·재산 시뮬레이션(6월) 및 관계부처 협의 등을 통해 마련할 예정이고, 2008년 9월 1일 선정기준액을 고시한 후 1, 2단계와 마찬가지로 집중신청기간(10월중)을 운영할 예정이며, 수급을 확대에 따른 신규 수급자는 약 60만명에 달할 것으로 보인다.

다. 사후관리 체계화로 제도의 건전성 관리

기초노령연금 정보시스템에 구축된 소득·재산·배우자 등 공적자료(26종)에 대한 정기적인 update를 통해 연금액 및 수급자격 변동자 등 사후관리가 필요한 수급자를 자동 추출하고, 이를 해당 시·군·구에 자동 통보하는 사후관리 자동화 시스템을 구축할 예정이다.

이는 금융재산의 소득환산액이 선정 기준액의 50% 이상인 자 등 정기 금융조사 대상자도 동일한 시스템이 적용되고, 해당 시·군·구는 자료 확인 후 탈락 및 부정수급 여부 등을 결정하게 된다. 또한, 일선 지자체의 기초노령연금 담당자와 공동으로 확인조사팀을 구성하여 매년 부정수급 개연성이 높은 특정 대상자 또는 지역을 선별하여 집중조사를 실시할 예정이다.

라. 국민연금과 기초노령연금의 통합 및 재구조화

끝으로, 기초연금 도입을 주요 내용으로 하는 「국민연금과 기초노령연금의 통합 및 재구조화」가 국정과제로 채택되어 구체적인 내용 및 장기적 재정소요·재원마련 대책 등의 논의를 위해 보건복지가족부내「국민연금개혁위원회」와 산하 소위원회를 설치·운영하고 있다.

IV 노인일자리 확충*

정부는 고령사회를 대비하여 노인의 능력과 적성에 맞는 일자리를 창출·제공함으로써 노인의 삶의 질 향상과 사회적 부양부담을 경감하고 국가경쟁력을 강화하기 위하여 2004년도부터 노인일자리사업을 시작하였다. 노인일자리사업은 보건복지가족부, 한국노인인력개발원, 지방자치단체 및 사업수행기관인 시니어클럽, 노인복지회관, 대한노인회 등을 중심으로 수행되고 있다.

1. 노인일자리사업

노인들에게 제공되는 일자리는 주로 국가발전이나 국민의 삶의 질 향상을 위해 반드시 필요하나 수익성이 낮아 민간시장에서 배제된 자리이며, 국가경제가 발전하고 노인 역량이 증대되는 것에 발맞춰 민간시장 내에서도 경쟁력을 가질 수 있는 자리도 점차 늘어나고 있다.

대표적인 일자리로는 거리환경지킴이, 교통 및 방범지킴이 등 공공성이 높은 공익형 일자리, 전문지식을 가진 특정분야의 유경험자가 교육기관 등에서 한자·서예, 예절, 숲생태 문화재를 강의 및 해설하는 교육형 일자리, 사회소외계층을 직접 방문하여 보호서비스를 제공하는 복지형 일자리, 소규모 사업을 공동으로 운영하여 자체수익을 창출하는 시장형 일자리, 수요처의 요구에 의해 일정기간 동안 연속적인 활동의 대가로 보수를 지급받는 인력파견형 일자리가 있다.

*집필자 : 노인지원과장 이상인

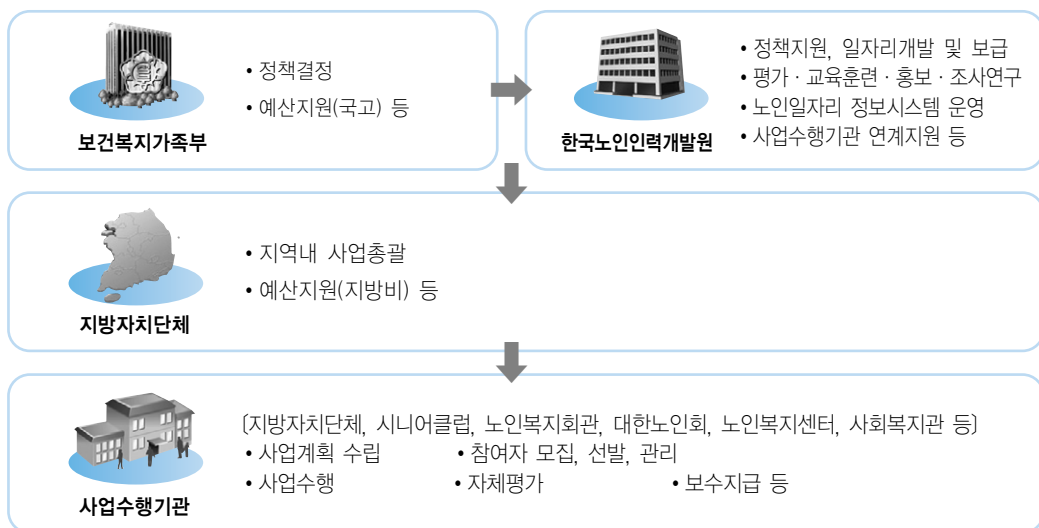
또한 보건복지가족부와 지방자치단체가 일자리 창출효과가 우수하고 수익성과 자립가능성이 높은 시장형 사업을 선정하여 초기투자비 지원을 통해 사업단의 조기정착을 도모하는 실버 카페테리아 및 신나는 먹거리 공장 등 초기투자비 지원사업을 2007년부터 시범사업으로 추진하고 있다.

이와는 별도로 노인주유원, 노인시험감독관, 아파트택배원 등 노인적합형 일자리를 적극 발굴하여 7,000여개의 민간일자리를 창출 제공하고 있다.

이러한 일자리는 지방자치단체와 지방자치단체에서 위탁을 받은 시니어클럽, 노인복지관, 대한노인회 등에서 제공하고 있으며 노인일자리 사업의 원활한 추진을 위해 중앙에 중앙노인 일자리 전담기관인 ‘한국노인인력개발원’을 설치하여 일자리 개발, 교육, 평가, 모니터링, 홍보, 전산시스템 운영 등의 업무를 수행하게 하고 있다.

2007년 12월 31일 현재 915개 사업수행 기관에서 115,646명의 노인이 2,547개 일자리 프로그램에 참여하였으며, 향후 노인적합형 일자리의 추가적인 개발과 일자리 프로그램별 참여 노인 증대 및 일자리의 내실화를 지속적으로 추진해 나갈 예정이다.

[그림 2-4-7] 노인일자리사업 추진체계



2. 대한노인회 취업지원센터 운영확대

정부는 노동시장 내에서 경쟁력을 확보하고 있는 노인들의 욕구에 부합하여 인력파견형 일자리 프로그램을 활성화하기 위해 대한노인회 일부 지회(70개소)에서 운영되고 있던 취업 알선 업무를 2004년부터 대한노인회 16개 연합회와 231개 지회에 취업지원센터로 확대 설치·운영하고 있으며 중앙회에 취업지원본부를 두어 사업을 총괄하게 하고 있다.

취업지원센터는 구직희망 노인의 상담, 알선, 취업, 연계조정, 사후관리 서비스를 통해 행정사무원, 경비원, 안내원, 청소원, 판매원 등의 인력 파견형 일자리를 제공하고 있다. 2007년 12월 31일 현재 취업지원센터는 장기 24,138개, 단기 11,611개 등 총 35,749개의 일자리를 알선하여 성공적으로 그 역할을 수행하고 있는 것으로 평가되었다.

향후 지역사회 홍보강화를 통해 구인처를 지속적으로 발굴하고 필요한 경우 구인처의 요구에 적합한 교육을 실시하여 구인처와 구직자 모두에게 맞춤형 일자리를 제공하고자 한다.

V 노인장기요양보험제도 도입*

1. 노인장기요양보험제도 도입의 배경 및 필요성

고령화는 인간의 수명이 늘어나는 혜택을 주는 반면, 건강하지 못한 상태로 오래 지내야 하는 고통도 노인에게 안겨준다. 평균수명은 77.5세(남자 73.9세, 여자 80.8세, 2003년 기준)이나 건강수명과는 11년가량 차이가 있어 생애 마지막은 질병에 시달리고 있는 것이 현실이다. 치매 노인 수(362천명, 2005년)는 매년 증가하고 있고 치매 유병률(8.3%, 2005년)도 매년 높아지고 있다.

*집필자 : 요양보험제도과장 장재혁

다른 선진국가와 마찬가지로 우리나라도 인구고령화에 따라서 75세 이상의 초고령자가 급증하고 있다. 그런데 초고령자일수록 자연적인 노쇠나, 각종 만성질환의 중증화 등으로 일상생활기능의 장애가 심해지기 때문에 일상적으로 생활하는데 필요한 동작기능의 장애 비율이 높다.

신체·정신적 기능제한을 경험하고 있는 노인을 보호하는 일을 과거에는 가족이 담당하여 왔던 것이 사실이다. 그러나 산업사회의 발달이나 도시생활의 보편화 등으로 핵가족사회로 변모해가고 있어 가족이 노인을 보호하는 일이 점차적으로 불가능해 지고 있다. 특히, 과거에는 며느리나 딸과 같은 여성에 의해 노인의 간병수발보호가 이루어졌지만, 점차적으로 여성들의 취업 등 사회적 참여활동이 크게 늘어나고 있는 가운데 자녀들의 부모 부양에 대한 가치관도 크게 변모하고 있다.

노인의 간병수발을 가족이 담당하던 시기에는 간병수발에 수반되는 비용을 가족간 상호 노력으로 해결하여 왔지만, 수발가족이 없거나 부족한 경우에는 가족이외의 간병인에게 의존할 수밖에 없다. 이 때 소요되는 비용은 노인 개개인이나 그 가족이 부담하게 된다.

일반적으로 소득수준을 상, 중, 하로 구분할 때, 상층의 고소득 노인은 유료노인복지시설을 이용하거나 고비용의 간병전문인을 고용하여 필요한 만큼의 간병수발중심의 장기요양서비스를 받을 수 있다. 그리고 하층의 빈곤노인이나 저소득 노인은 정부의 지원 아래 운영되고 있는 각종 무료 또는 실비 노인요양시설, 노인전문요양시설을 이용하거나 재가서비스를 무료 또는 매우 저렴한 비용부담으로 이용할 수 있다.

그러나 고비용의 유료노인복지시설을 이용하기에는 비용부담을 크게 느끼거나, 무료나 실비 노인복지시설을 이용하기에는 소득수준이 높은 중산·서민계층의 노인은 가족이 전적으로 부양을 하거나 고비용을 부담해서라도 유료노인복지시설이나 민간요양병원을 이용할 수밖에 없는 실정이다.

가족이 경험하는 간병수발비용 부담 때문에 일반병원에서 치매나 중풍 등으로 급성기적 치료가 끝났는데도 불구하고, 또한 가정 또는 시설에서의 보호가 더 적절함에도 불구하고 가족이 퇴원을 원하지 않아 그대로 병원에 방치되는 사례가 종종 발생하고 있다. 이와 같이

병원에 방치된 노인이 늘어나고 있고, 또 한편에서는 가정으로 퇴원한 장애·치매노인을 돌보기가 어려워 동거노인이 부득이하게 퇴원한 노인을 죽이고 자신은 자살에 이르는 사례까지 종종 언론에 오르내리고 있다.

인구고령화는 노인인구의 증가를 의미하고, 이는 의료서비스 소비계층의 고령화를 의미하기도 한다. 실제적으로도 평생 동안 소비하는 의료비용의 절반 이상을 노년기에 지출하고 있다는 통계도 나와 있다. 특히, 그 중에서도 노인의료비가 사망하기 1년 전에 집중적으로 지출되고 있는 것으로 분석되고 있는데, 이 시기는 간병수발이 크게 필요하기 때문에 간병비용도 높다는 것이다.

그런데, 병원에서 필요한 치료를 받고 적합한 의료비를 지불하여야 하는 경우도 있겠지만, 더 이상의 급성치료가 필요하지 않음에도 불구하고 장기간 입원하는 경우(소위, 사회적 입원현상)가 점차적으로 늘어나고 있다.

예를 들면, 의료비의 본인부담이 없는 의료수급자인 경우에는 사회적 입원현상이 뚜렷하게 나타나고 있고, 일반소득노인에게서도 민간요양병원을 중심으로 급성적인 질병치료가 필요하지 않음에도 간병수발을 목적으로 장기간 입원하는 현상이 지난 2000년도이후 급증하고 있는 실정이다. 실제로 건강보험진료비 중 노인의료비가 차지하는 비중이 2001년에는 17.8%에서 2006년에는 25.9%로 급증하고 있다.

이와 같은 현상은 건강보험재정의 지출을 확대시키는 요인으로 작용하고 있고, 입원노인에게서는 더 이상의 입원치료가 필요하지 않음에도 불구하고 환자로 취급되어 자유로운 실내이동이 통제받음으로써 필요 이상의 일상생활기능이 급속도로 하락하게 되는 요인이 되고 있다.

노인장기요양보험제도가 실시되면 무엇이 좋아질까?

첫째, 치매·중풍 등 노인을 돌보는 가족의 부담이 크게 줄어든 것으로 예상된다. 현재 노인을 요양시설에서 돌보는 부담이 약 150만원에서 200만원 소요되고 있는데 2008년 7월부터는 약 40~50만원수준으로 부담이 줄어들 것으로 예상된다.

또 가정에서 노인을 돌보는 경우 10~20만원만 부담하면, 요양보호사나 간호사 등의 가정 방문 요양서비스와 휠체어·침대 등의 복지용구를 제공받고, 낮 동안은 전문시설에서 제공하는 주·야간 보호 서비스도 받을 수 있다.

둘째, 현재 가정에서 대부분의 요양서비스 부담을 안고 있는 가족들의 경제활동이 가능하게 되어 가족의 소득도 증가하고, 자녀들의 양육이나 교육도 충실해져 전반적인 삶의 질이 개선 될 수 있을 것이다.

셋째 요양보호사, 간호사, 사회복지사 등의 사회적 일자리가 10만개 정도 새로 생길 것으로 예상되며, 요양시설 신축이나 복지용구 산업 활성화 등으로 지역경제나 국가경제의 활성화에도 기여할 수 있을 것이다.

2. 노인장기요양보험제도 추진과정 및 주요내용

가. 노인장기요양보험법의 제정

실행위원회의 운영종료와 함께 노인장기요양보험제도와 관련한 법안이 준비되었다. 정부는 실행위원회의 활동 결과를 토대로 법안시안을 작성하였으며, 2005년 5월 23일에 당정협의를 거쳐 기본요강을 확정하였다. 이 당시의 주요내용을 보면, 적지 않은 변화가 나타났음을 알 수 있다.

첫째, 그동안 실행위원회에서 일관되게 유지되고 활용되어 왔던 “노인요양보험”의 용어가 “노인수발보장”으로 바뀌었다. 이는 수발이라는 용어를 사용함으로써 비의료적 간병서비스 중심의 제도로 운영하겠다는 의지가 강하게 엿보이는 부분이다. 이 부분에 대해서는 10월 중에 2차례에 걸친 여론조사를 실시한 바 있었는데, 보건의료계에서는 “요양”, 사회복지계에서는 “수발”의 용어를 각각 선호한 것으로 나타났다.

둘째, 제도의 적용 및 신청대상을 보면 제도의 적용대상은 전국민으로 하고, 장기요양급여의 신청대상은 65세 이상과 65세 미만 노인성질환자가 신청이 가능한 것으로 하여, 적용대상과 급여신청 대상이 상당히 확대된 것을 알 수 있다.

셋째, 관리운영기관을 국민건강보험공단으로 하되, 수발인정 방문조사, 수발등급판정, 수발계획서 작성 등은 별도의 기관인 노인수발평가관리원을 설치하여 담당하게 하는 것으로 제시되었다.

넷째, 급여종류에는 재가수발과 시설수발급여로 구분하고, 재가수발급여에는 방문간병수발, 방문목욕, 방문간호, 주간보호 및 단기보호서비스로 하여 방문목욕서비스가 추가되었다. 그리고 시설수발급여에는 노인요양시설과 노인전문요양시설의 통합형태인 요양시설과 소규모 형태의 노인수발공동생활시설로 구분하고, 요양병원은 급여시설에서 제외하되, 요양병원내에서의 수발비는 급여대상에 포함시켰다. 이외에도 특례적 조치이기는 하지만, 가족수발비, 특례수발비, 요양병원수발비가 급여서비스로 포함되었다.

다섯째, 수발서비스 비용의 이용자 본인부담율이 재가 및 시설수발 급여비용의 20%, 차상위 계층의 경우에는 1/2을 경감한 10%로 되었다.

여섯째, 제도의 도입 시기를 기존의 2007년도에서 2008년도 하반기로 연기하였다.

이상과 같은 내용을 담은 노인수발보장법(시안)을 가지고 동년 9월 15일에 공청회를 개최하였고, 그 이후 부처간 협의를 거쳐 동년 10월 19일부터 11월 8일까지 입법예고를 하기에 이르렀다. 입법예고를 끝낸 이후에는 각계각층으로부터 의견을 수렴한 후 실무당정협의를 거쳐 2005년도의 법안관련 추진은 종료되었다. 특히, 입법예고기간동안에 제기된 주요내용을 보면 다음과 같다.

즉, 법률명칭에서 각 단체에서는 “노인요양보장법”으로 변경할 것을 요구하였다는 점, 장애인단체를 비롯한 시민단체에서는 장애인도 수발대상에 포함시켜야 한다는 점, 수발급여 대상자를 제도초기부터 경증의 대상자까지 확대시켜야 한다는 점, 노인수발평가관리원을 설치하지 않고 국민건강보험공단이나 지방자치단체를 활용하여야 한다는 점, 제도도입 시기에 대해서는 시민단체 등에서는 2008년 이후의 시기로 연기하자는 것과 노인단체에서는 당초의 원안대로 2007년도에 조기에 도입하여야 한다는 점 등이다.

2006년 2월 16일에 정부는 노인수발보험법안을 국회에 제출하기에 이르렀다. 이 당시에 제출된 법안의 명칭은 “노인수발보장법”이 “노인수발보험법”으로 바뀌어 “보장” 대신 “보험”이라는 용어가 사용되었다. 이를 계기로 각 당의 국회의원들이 앞 다투어 의원입법으로 대표 발의한 법안을 국회에 제출하기 시작하였다.

즉, 4월 18일에 정형근 의원이 “국민장기요양보험법”, 5월 18일에 안명옥 의원이 “국민요양보장법”, 8월 11일에 김춘진 의원이 “국민장기요양보험법”, 9월 12일에 현애자 의원이 “장기요양보장법”, 9월 13일에 장향숙 의원이 “장기요양보험법”, 그리고 10월 31일에 마지막으로 고경화 의원이 “노인수발보험법”으로 청원하기에 이르렀다.

이와 같은 다양한 명칭의 법률안을 놓고 제262회 정기국회 제2차 보건복지위원회에서 9월 18일에 토론을 하고 법안심사소위원회에 회부하였고, 11월 2일에는 제7차 보건복지위원회에서 “장기요양보험법”의 제목아래 공청회를 개최하였다. 이후 11월 6일에 이해관계자와의 간담회, 11월 7일, 22일, 27일, 29일 등 일련의 법안심사소위원회를 거쳐 소위 대안을 채택하고, 11월 30일에 국회 보건복지위원회의 전체회의에 상정하기에 이르렀다.

그리고 11월 30일에는 상임위에서 장애인의 포함여부, 관리운영체계, 수발대상자 범위, 국가부담, 제명 등과 관련하여 이견이 있어 법안심사소위원회에 재회부할 것을 결정하였으며, 12월 4일과 5일에 법안심사소위원회에 재상정·심사를 받은 후 7일에 보건복지위원회의 전체회의에 다시 상정하기에 이르렀다.

2007년도에 들어와서는 2월 5일에 법안심사소위원회의 심사가 있었고, 2월 6일에는 그동안 개별적으로 법안을 제출한 정형근·김춘진·현애자 의원과 소위 위원들이 참여하여 법안 내용에 대해 상호 간담회를 가졌으며, 2월 22일에는 보건복지위원회의 전체회의에 상정·의결되었다. 이 때 그동안 지속적으로 사용하여왔던 정부안의 법안명칭이 “노인수발보험법”에서 “노인장기요양보험법”으로 변경되어 2000년도 초기에 사용하던 용어가 우여곡절을 겪은 후 다시 사용하기에 이르렀다.

이후 3월 6일 법안심사소위원회의 심사 후 법률심사위원회의 전체회의, 국회 본회의의 상정 및 의결형태로 추진할 예정이었으나, 소위원회에서 심사하지 못하는 사태를 겪기도 하였다.

그러나 이견을 보인 내용에 대해 합의 및 수정보완을 통해서 3월 29일에 법률심사위원회 소위원회를 통과하고, 3월 30일 법률심사위원회를 통과하여 2007년 4월 2일에 노인장기요양보험법으로 국회 본 회의를 통과하기에 이르렀고 4월 27일 공포되었다.

나. 노인장기요양보험제도의 주요내용

노인장기요양보험법의 주요 법안내용을 살펴보면 첫째, 제도의 적용대상은 전국민이며 장기요양 신청대상자는 65세이상 노인 및 노인성질환을 가진 65세 미만 국민으로 하되, 6개월 이상 혼자 일상생활이 어려운 자로서 장기요양등급판정위원회에서 등급판정을 받은 국민으로 하였다.

둘째, 장기요양 등급판정은 1차적으로 건강보험공단의 방문조사원이 방문조사를 통해 파악한 요양욕구 5영역 52개 항목에 대한 결과를 수형분석도에 적용하여 2차 판정을 위한 장기요양인정 여부 및 장기요양등급(1차 판정결과)을 산출하면 등급판정위원회에서 1차 판정결과와 특기사항 및 의사소결서, 기타 심의 참고자료 등을 종합하여 장기요양인정 여부 및 장기요양등급을 최종 결정을 하는 것으로 하였다.

셋째, 급여종류는 시설급여와 재가급여, 그리고 현금급여로 구분하였다. 시설급여는 노인요양시설과 노인전문요양시설의 통합형태인 요양시설과 소규모형태의 노인요양공동생활시설로 구분되며 재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호서비스로 구분된다. 이외에도 현금급여인 가족요양비, 특례요양비 및 요양병원간병비가 급여서비스에 포함되었다.

넷째, 보험료는 국민건강보험료액에 장기요양보험료를 곱하여 산정하며 국민건강보험료와 구분하여 통합 징수하되, 각각의 독립회계로 관리 운영하는 것으로 하였다.

다섯째, 노인장기요양보험에 필요한 재원은 장기요양보험료, 국가지원, 본인일부부담으로 구성된다. 장기요양보험료는 건강보험료액에 장기요양보험료를 곱하여 산정하며, 장기요양

위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정하도록 되어 있다. 국가지원은 보험료예상수입액의 20%와 의료급여수급권자 장기요양급여비용을 부담(국가와 지자체 부담)하는 것을 내용으로 한다.

또한 본인도 비용을 일부 부담하는데 시설급여는 20%, 재가급여는 15% 부담하도록 되어 있다. 그러나 의료급여수급권자, 소득·재산이 일정금액 이하인 저소득층은 각각 1/2로 경감(시설 : 10%, 재가 : 7.5%)하고, 국민기초생활수급노인은 전액무료이다.

이상의 내용을 담은 노인장기요양보험법은 2008년 7월 1일부터 시행될 예정이다.

3. 노인장기요양보험제도의 시범사업 실시

가. 1차 시범사업 실시와 평가

2004년도에 작성된 시범사업의 모형을 바탕으로 노인장기요양보험제도의 1차 시범사업은 2005년도 7월부터 시작되었다. 시범사업의 운영은 보건복지가족부와 국민건강보험공단에 설치된 노인장기요양보험제도 실행준비단에서 담당하였고, 시범사업에 대한 평가 및 수정 보완에 대한 연구는 한국보건사회연구원에 위탁되어 수행되었다.

1차 시범사업에 대한 개요를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 시범사업의 기간은 2005년 7월부터 2006년 3월까지의 9개월간 실시하였고, 시범사업지역은 대도시지역으로 광주광역시 남구와 수원시를, 중소도시지역으로 안동시와 강릉시를, 군지역으로는 부여군과 북제주군(현재의 제주시)을 선정하였다.

둘째, 시범사업의 대상은 65세 이상의 국민기초생활보장법상의 수급권자로 한정하여 서비스 이용에 따른 본인부담금 제도는 적용되지 않았다.

셋째, 장기요양급여는 노인요양시설 및 노인전문요양시설의 시설급여와 방문요양, 주야간 보호 및 단기보호서비스의 재가급여에 한정하여 실시하였다.

이러한 1차 시범사업의 운영 실태를 점검하면서 제도모형을 수정, 보완하는 것을 중심으로 한 평가 및 연구사업이 위탁되었던 것이다. 다시 말하면, 1차 시범사업 평가목적은 본 제도의 시행을 위해 개발된 요양인정 평가·판정도구 및 수가체계, 서비스이용체계의 적정성 평가에 있으며, ①평가판정도구의 타당성·신뢰성 검증 및 계속적인 수정·보완, ②요양등급별, 서비스별 수가체계의 타당성·신뢰성 검증 및 수정·보완, ③전반적인 요양서비스 계획(care plan) 및 케어매니지먼트 체계 검증을 실시하고, 아울러, 재정운용의 효과성 제고·서비스의 질에 대한 모니터링 기법의 개발 및 대상자 중심의 효율적인 정보관리체계 구축방안을 모색하는 것으로 하였다.

이러한 1차 시범사업에 대한 평가는 시범사업이 종료된 이후에 이루어지는 것이 아니라 사업이 진행되고 있는 중에 문제점을 발견·분석하여 2차 시범사업에 적용될 내용을 정리하는 것을 목표로 하고 있다.

주요 평가결과를 보면, 요양인정평가체계 부문에 대해서는 기능평가항목의 수가 축소 조정되었으며, 요양서비스지원체계 부문에서는 보험자의 입장인 국민건강보험공단에서의 요양서비스지원을 표준적인 수준에서 제공하는 틀로 변경하는 것으로 하였다. 그리고 시설운영에 소요되는 비용의 보전인 요양급여수가는 신규로 확보된 기초 자료를 근거로 재검토하여 수정된 수가를 건의하였다.

나. 2차 시범사업 실시와 평가

1차 시범사업에 이어서 계속된 2차 시범사업의 개요를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 시범사업의 기간은 2006년 4월부터 2007년 4월까지의 13개월간 실시하였고, 시범사업지역은 대도시 및 군 지역별로 1개씩 추가되어 대도시지역으로 부산광역시 북구를, 군지역으로는 완도군을 추가로 선정하였다.

둘째, 시범사업의 대상은 65세 이상의 국민기초생활보장법상의 수급권자 이외에 일반노인까지 확대하였다. 따라서 서비스이용에 따른 본인부담금도 소득수준에 따라 요양급여비용의 20%와 10%를 부담하는 계층이 존재하게 되었다.

셋째, 장기요양급여는 기존의 노인요양시설 및 노인전문요양시설의 시설급여와 방문요양, 주야간보호 및 단기보호서비스 외에 방문간호서비스, 방문목욕서비스, 복지용구구입 및 대여

서비스 등 재가급여를 실시하였다. 또한 가족수발비, 요양병원수발비 등 특별현금급여도 추가로 실시하였다.

이러한 2차 시범사업의 운영도 한계가 있었던 것은 보험료를 징수하지 않고 실시되었기에 서비스 이용행태에 대한 평가결과도 쉽지는 않았다는 점이다. 2차 시범사업의 목적도 본 제도의 도입에 앞서서 제도모형을 계속적으로 수정·보완하는 것을 중심으로 하였다.

다시 말하면, 2차 시범사업 평가목적은 본 제도의 시행을 위해 개발된 요양인정 평가·판정 도구 및 수가체계, 표준장기요양서비스 지원체계의 평가에 주력하되, ①평가판정도구의 타당성·신뢰성 검증 및 계속적인 수정·보완, 평가판정절차의 적절성, ②요양등급별, 서비스별 수가 규모의 적절성, 서비스질의 관리체계 구축, ③표준장기요양서비스 지원체계의 평가 및 대안 모색을 실시하는 것으로 하였다.

2차 시범사업의 평가결과를 보면, 요양인정평가체계부문에 대해서는 기능평가항목의 수가 재조정되어 전반적으로 항목수를 확대하였으며, 요양서비스지원체계 부문에서는 표준장기요양 이용계획서의 적절성여부에서 수정보완이 필요한 것으로 지적되었다. 그리고 시설운영에 소요되는 비용의 보전인 요양급여 수가는 시설의 재정실태자료를 근거로 재검토하여 수정된 수가를 건의하였다.

다. 3차 시범사업

노인장기요양보험제도 2차 시범사업이 2007년 4월에 종결되면서 시범사업결과를 토대로 2007년 5월부터 2008년 6월까지 14개월 동안 대상자, 지역, 서비스 내용 등을 확대하여 본사업과 동일하게 3차 시범사업을 실시하고 있다.

정부에서는 당초 전국 시도별로 한 지역씩 총 16개 시군구를 시범지역으로 선정하여 시범사업을 실시할 예정이었으나, 시범사업 예산 일부 조정으로 13개 시군구(기존 2차 시범지역 8개 시군구외에 인천광역시 부평구, 대구광역시 남구, 충북 청주시, 전북 익산시, 경남 하동군 등 5개 신규지역 추가함)로 조정되었다.

2008년 7월부터 실시할 본 사업에 만전을 기하고 시범사업의 효과성 극대화 및 제도에 대한 대국민적 공감대 형성을 추진할 계획이다.

4. 노인장기요양보험제도의 안정적 정착을 위한 향후과제

가. 장기요양시설 및 간병전문인력 등 인프라의 구축

노인장기요양보험제도가 안정적으로 정착되기 위해서는 무엇보다도 각종 인프라가 마련되어 있어야 한다. 이에는 노인요양시설이나 요양보호인력의 확보가 반드시 필요한 것이다.

우리나라보다도 앞서서 제도를 시행한 일본의 경우를 보더라도 2000년도에 공적 개호보험 제도를 도입하기 위해서 1989년도부터 시설 및 인력 등 인프라를 확충할 목적으로 한 골드플랜을 수립하였고, 그 이후에도 늘어나는 수요에 맞추기 위하여 1994년도에 신골드플랜으로 수정하였고, 제도를 도입한 이후에도 인프라의 확충계획은 지속적으로 이루어졌던 점을 염두에 둘 필요가 있다.

특히, 우리나라의 경우에는 노인요양시설을 일종의 협오시설로 간주하여, 시설을 건축하려는 지역주민의 반발이 심하다는 특징을 가지고 있다. 그동안 시설확충을 위해서 요양시설인프라 확충계획을 수립하여 추진하고 있기는 하지만, 여전히 어려움을 겪을 것으로 보인다.

그러나 시간의 경과에 따라 달라질 가능성은 없지 않다. 그 이유는 인구고령화가 점차적으로 심화되어가고 있고, 누구든지 고령화는 찾아오기 마련이고, 그로 인한 치매나 중풍 등 노인성 질환이 발생할 확률도 높아질 것이기 때문에 장기요양에 대한 인식도 크게 달라질 것으로 보인다.

만약에 가정에서의 보호가 어려운 경우 본인이나 가족이 요양병원이나 요양시설로의 입소가 부득이하다고 판단할 수밖에 없을 것이며, 시설의 설치에 지역주민도 관대해 질 것으로 보인다.

결국, 당분간은 재가서비스체계를 중심으로 제도를 운영할 수밖에 없겠는데, 이는 과거의 정책에서도 볼 수 있듯이 생활시설에서의 부설 또는 병설의 형태로 운영하는 형태로는 가능하지 않다는 것이다. 재가서비스제공을 위한 시설의 모형이 우리나라에는 필요한 것이라 볼 수 있다.

다시 말하면, 찾아가서 서비스를 제공하는 방문형 서비스기관의 표준적인 설치모형과 일시적으로 보호를 해주는 일시 체재형 서비스기관의 확충이 요구된다고 하겠다. 여기에서 방문형서비스는 방문요양, 방문목욕 및 방문간호서비스를 의미하는데 이들 서비스기관은 큰 건물을 필요로 하는 것이 아니기 때문에 표준형의 기관모형과 관리기준을 설정해 놓으면 필요한 서비스의 인프라는 확보할 수 있을 것으로 보인다. 또한, 대규모의 시설이 아닌 소규모의 시설확충이 필요하다.

이는 생활시설이라고 하더라도 30인 미만 규모의 소규모 시설이 필요함을 의미하며, 기존 주택의 리모델링을 통해서 얼마든지 설치가 가능하다. 다만, 이러한 소규모형태의 시설은 규모가 크지 않아 규모의 경제를 추구할 수 없기 때문에 사업자의 경우에는 다양한 형태의 시설을 복합적으로 운영하여야 하고, 정부에서도 최소한 운영은 유지할 수 있는 비용보전 대책을 강구하여야 할 것이다.

나. 급여 대상자의 발생 억제를 위한 예방프로그램 개발

노인장기요양보험제도는 사회보험의 원리에 입각하여 운영되는 제도이기 때문에 보험재정의 수지균형을 이루어야 한다. 이를 위해서는 재원의 조달규모를 고려하여 재정지출이 이루어져야 하는데, 이는 재정지출의 통제를 위해서는 무엇보다도 급여수준의 통제와 급여대상자의 통제가 전제되어야 한다.

여기에서 급여수준의 통제는 급여형태의 종류 이외에 급여서비스의 단가를 통제할 수밖에 없을 것인데, 일단 제도도입 초기에는 다양한 형태의 급여보다는 최소한의 서비스만을 중심으로 운영될 것이고, 급여서비스의 단가는 적정수준에서 결정될 것이다. 그런데, 급여 대상자의 통제는 용이하지는 않을 것이다. 다시 말하면, 장기요양서비스를 필요로 하는 대상자를 어떻게 선별하느냐에 따라서 대상자의 수는 달라질 수 있다.

대체적으로 장기요양서비스를 필요로 하는 자는 일차적으로 신체적 · 정신적 · 인지적 기능상의 장애가 있어야 한다는 전제조건이 있다. 여기에서 신체적 기능은 일상생활 동작의 지표를 통해서 파악되고 있는데, 그 동작이란, 옷 갈아입기, 세수하기, 목욕하기, 방밖으로 나오기, 화장실 이용하기, 식사하기 등과 같은 기본적인 신체활동 동작과 집안 일하기, 빨래

하기, 식사 준비하기 등과 같은 가사활동 동작으로 이루어지고 있다. 그러한 동작의 내용을 보면, 아주 가벼운 정도의 신체 및 가사활동에서부터 복잡한 동작을 필요로 하는 신체 및 가사활동까지 포함되어 있다.

장기요양서비스의 대상을 단순하게 동작의 복잡성을 고려하지 않은 신체 및 가사활동상의 기능장애의 기준으로만 정해 놓으면, 그렇지 않은 경우에 비하여 상당한 도덕적 해이가 발생할 것으로 보인다.

신체 및 가사활동은 가능한 한 스스로 수행하지 않으면 기능자체가 쉽게 퇴화하기 마련이기 때문에 경미한 기능장애자에게 까지 서비스를 제공하면 오히려 기능장애의 중증도를 촉진시킬 수 있다는 것이다.

따라서 장기요양보험제도의 대상은 더 이상의 자립적인 신체적 · 인지적 · 정신적 기능이 유지가 되지 못하여 보호가 심각하게 필요한 자에게 국한시킬 필요가 있는데, 보험재정의 안정을 위해서 더욱 필요한 조치이다.

그렇다고 해도 급여대상자에서 제외된 자에 대한 별도의 보호 장치가 없으면, 오히려 보험재정의 안정성을 해칠 우려가 있다. 다시 말하면, 급여대상에서 제외된 자라 하더라도 어떠한 형태의 장기요양서비스의 욕구가 존재하기 때문에 이들을 대상으로 한 별도의 서비스를 제공하지 않으면, 급여대상자가 되기 위한 노력을 할 것이고, 이는 결국 필요이상의 급여대상자의 증가로 이어져 재정지출이 늘어날 것으로 보이기 때문이다.

이러한 필요이상의 급여대상자의 증가를 방지하기 위해서는 장기요양예방사업이 필요하다는 것이다. 이는 예방서비스의 내용 자체가 단순히 소량의 서비스를 제공하기 보다는 지속적인 자립성을 유지하는데 필요한 서비스를 선별하여 제공함으로써 급여대상자로의 진입을 사전적으로 방지하거나 가능한 한 최대한으로 지연시킬 수 있도록 하여야 한다는 것이다.

더불어 이에 필요한 사업예산은 장기요양보험의 재정으로부터 조달될 수 있고, 국고를 포함한 시 · 군 · 구의 자체예산으로 조달될 수 있을 것이다.

다. 가족수발자의 사회보장적 지원체계 마련

노인장기요양보험제도의 근본취지는 어디까지나 간병수발에 대한 가족의 부담을 경감시켜 주는 데 있다. 즉, 가족으로 하여금 가족원의 간병수발을 유지시켜주기 위한 제도라는 것이다. 노인장기요양보험은 간병수발에 소요되는 비용을 경감시켜주기 위한 방법으로 간병전문인으로 부터 지원받는 서비스나 요양시설에 입소하여 보호받는데 필요한 비용의 일부를 보험제도에서 급여해주는 방식인 것이다.

그러나 어디까지나 보호자는 가족인 것이다. 물론 가족이 없거나, 있어도 보호능력이 결여된 경우에는 요양시설에 장기간의 입소보호가 필요한 경우도 있겠지만, 대부분의 경우에는 가족이 있다. 급여대상자도 가능한 한 가족에 의해서 간병수발을 받기를 원하고 있고, 여건이 허락하는 한 가족(자녀)도 간병수발을 해주기를 원하고 있다.

그런데, 사회적 여건변화는 가족의 간병수발 제공을 더욱 어렵게 만든다는데 문제가 있다. 현대사회는 핵가족화에도 소자녀화가 뚜렷하게 나타나고 있고, 가족수발원이었던 여성의 사회적 활동도 과거와 다르게 활발해지고 있는 사회이다. 우리 사회는 여성이 사회적 활동에 투입될 경우, 그에 상응하는 대가가 지불되지만, 아직도 가족의 간병수발에 투입되는 시간은 전혀 보상받지 못하는 사회이다.

이러한 사회적 여건 하에서는 가족의 간병수발을 기대하기가 어렵다. 독일의 사례를 살펴 보면, 가족의 간병수발을 전제로 하여 현금급여를 인정하고 있고, 부족한 부분에 대해서는 다른 형태의 방식으로 보충해주고 있다.

다시 말하면, 간병수발에 투입된 시간을 공적연금가입기간으로 산정하여 준다거나, 간병수발에 따른 재해를 노동재해의 일환으로 간주하여 재해보상을 해주고 있다는 것이다. 이와는 달리 일본의 사례에서는 가족의 간병수발에 대한 보상이 현금의 형태로 이루어지고 있지 않기 때문에 가족이 아닌 값비싼 간병전문인의 간병수발서비스에 의존하고 있어 보험재정의 불안정이 빠르게 나타났다.

결국, 가족에 의한 간병수발의 행위를 사회적으로 지원해 줄 수 있는 제도의 마련이 요구된다. 이를 위해서는 가족에 의한 자발적인 간병수발행위를 인정하고, 이를 전제로 한 현금

급여를 할 수 있는 제도적 장치가 마련되어야 한다. 또한, 그러한 가족에 한하여 경제적 부담 이외에 간병수발에 따른 정서적 부담이나 심리적 부담을 경감시켜줄 수 있는 제도적 장치도 필요하다고 볼 수 있다.

한편, 건강한 노후생활보장을 위해서 공립치매전문병원의 신축지원 확대, 2006년부터 시작된 치매간이·정밀검사와 전국노인건강축제 등을 실시하였고, 2007년부터는 재가저소득 치매·중풍노인들이 장기요양서비스를 이용할 수 있도록 하기 위해 실비노인요양시설 입소시 부담하는 본인부담금의 일부지원과 노인돌보미 바우처제도를 시행하고 있다.

실비노인요양시설 입소시 부담하는 본인부담금은 노인요양시설은 월 17만원, 노인전문요양시설은 월 35만원씩 저소득 중증노인 6천1백명에게 지원하고, 재가저소득 치매·중풍노인 2만5천명에게는 월 20만원의 가사간병 등 재가노인복지서비스를 이용할 수 있는 이용권을 지급하여 노인본인의 고통뿐만 아니라 가족의 경제적 부담을 완화해드려 삶의 만족도를 높여나갈 것이다.

그러나 가장 큰 정책적 성과는 노인장기요양보험제도의 도입을 위한 적극적인 노력에서 찾아볼 수 있다. 이는 고령화에 따라 수발을 필요로 하는 노인들에게 적절한 보호서비스를 제공하는 것을 공적인 책임으로 인식하기 시작했다는 점에서 획기적인 의미를 갖는다. 현재 노인장기요양보험법이 4월 2일 국회를 통과하여 4월 27일에 공포되었고 하위법령의 확정 단계에 있다.

이러한 노인장기요양보험제도 도입을 위한 법적 근거를 마련하는 한편, 노인장기요양보험제도의 원활한 도입을 위하여 시범사업(1차, 2005. 7~2006. 3, 2차 2006. 4~2007. 3, 3차 2007. 4~2008. 6)을 수행하고 있고 노인요양시설확충을 위한 적극적인 노력을 기울이고 있다.

노인장기요양보장법에 의하면 65세 이상 노인 및 65세 미만 노인성 질병을 가진 자를 대상으로 하여 2008년 7월부터 시행될 예정이다.

한편, 일하기를 원하는 노인에게 일자리를 제공함으로써 소득을 보장하고 사회참여의 기회를 제공하고자 하는 노인일자리 사업도 활발히 수행되었다. 이전에는 주로 노동정책의

관점에서 노인일자리 문제를 접근하였다면, 최근에는 사회투자정책의 일환으로서 노동시장 내에서 경쟁력을 갖고 있지 못한 노인들에게 일자리를 지원하는 사업을 적극적으로 실시하고 있다.

이는 소규모 사업단을 창업하여 운영하는 일자리 등 노인의 욕구에 부합하는 다양한 일자리를 마련하여 제공하는 것을 주요 내용으로 하고 있다. 노인에게 적합한 일자리개발, 교육·훈련 등을 지원하기 위하여 2006년 2월 한국노인인력개발원을 설립한 바 있으며, 노인일자리 박람회 등의 개최를 통하여 노인일자리 수요처와 일하기를 원하는 노인들을 연계하는 노력 등도 실시하고 있다. 2006년 현재 5,000개의 민간분야 일자리와 8만3천개의 정부지원 일자리 창출이 이루어졌다.

최근 몇 년간 고령화에 대한 적극적 대응책 마련이 국가적 과제로 자리 잡았다. 또한 국가적인 아젠다화를 근간으로 하여 노년기의 삶의 질 제고를 위해 필요한 제도적인 기반이 마련되었다.

그러나 이러한 노력이 정책수요자인 국민에게 체감되는 노년기의 삶의 질 제고로 이어지기 위해서는 다음과 같은 향후 과제를 해결하여야 할 것이다. 무엇보다 먼저 의욕적으로 도입하고자 하는 노인장기요양보험제도와 기초노령연금제도의 성공적인 안착이 요구된다. 제도 도입을 위한 법적인 근거가 마련되었으므로 앞으로의 과제는 관련된 쟁점을 해소하고 구체적인 시행방안을 마련하는 것이다.

노인장기요양보험제도와 관련해서는 장기요양시설 및 간병전문인력 등 인프라의 구축방안의 모색 및 지역적 편차의 해소, 장기요양보험급여대상자의 발생억제를 위한 사전적 예방프로그램 개발, 가족수발자를 위한 사회보장적 지원체계 마련 등이 현안 과제이다. 사전적 예방프로그램의 개발을 통하여 장기요양보험제도의 대상자 증가를 방지할 수 있을 것이며, 이는 궁극적으로 장기요양보험 재정의 절감과 노인의 삶의 질 유지로 이어질 수 있을 것이다.

한편 가족수발자의 간병부담을 경감시켜준다고 하는 노인장기요양보험제도의 근본취지를 잘 살리기 위해서는 가족성원의 간병수발에 대한 다양한 보상제도의 마련이 요구된다.

향후, 초점을 두어야 할 과제는 양질의 서비스를 제공하는데 필요한 충분한 인력의 확보와 자질향상이다. 독거노인의 보호체계 구축 등 복지서비스 증가와 질 높은 서비스에 대한 기대가 증가함에 따라 양질의 인력을 확보하는 것이 향후 중요한 과제가 될 것이다. 노인장기요양보험의 도입에 따른 필요인력의 양성, 기초노령연금제의 시행에 따른 필요 인력의 확보 등도 향후 해결해야 할 과제이다.

VI 노인장기요양보험 인프라 확충*

1. 노인 요양시설 확충

고령화에 따른 치매, 중풍 등 만성질환으로 장기요양을 필요로 하는 노인 중 식사하기, 세수하기, 화장실 이용하기 등 일상생활 기본동작(ADL)에 장애가 있는 노인은 노인인구의 약 7.2%로 추정된다.

이 중 중증도 및 수발상태에 따라 시설 또는 재가서비스 필요 대상자는 약 3.3%, 예방서비스 필요 대상자는 3.9%로 추정된다. 2007년 말 현재 요양시설의 수는 1,114개소(입소 정원 51,310명)로 노인인구의 1%에 불과하며, 프랑스, 독일, 일본 등 주요 선진국 시설보호 노인 비율(노인인구의 약 5~6%)에 비해 매우 적은 편이다.

정부는 시설인프라의 확충을 위해 시설 신축비와 시설종사자 인건비 및 시설운영비를 지원하고 있으며, 노후·협소한 시설에 대하여 증·개축비를 지원하여 시설환경을 개선하고, 물리치료기구, 목욕장비 등의 장비보강비를 지원하고 있다.

그간 정부는 ‘노인의료복지시설 10개년 확충계획’에 따라, 2011년에는 노인요양시설을 수요에 완전히 충족시킬 수 있도록 매년 100개소 이상 확충을 추진하고 있으며, 특히, 중산·서민층이 저렴하게 이용할 수 있는 실비시설이 절대 부족한 점을 감안, 실비노인시설을 중점적으로 확충하여 왔다.

*집필자 : 요양보험운영과장 최영호

2008년 7월부터 도입예정인 노인장기요양보험제도에 대비한 인프라 확충을 위하여 2006~2008년 3개년 간 노인요양시설 추가 확충(총 919개소 확충)을 위한 ‘치매, 중풍 등 중증노인을 위한 특별보호대책’(2005.9)을 마련하였으며, 이를 통해 서민, 중산층 대상 노인 요양시설을 조기에 확충해 나가고자 한다.

2005년 노인요양시설 72개소 신축을 지원한데 이어 2006년에는 기존 중대형 노인요양 시설(정원 60~80명) 87개소 신축 이외에 신규로 지역 내에 비교적 손쉽게 설치가 가능한 노인그룹홈(정원 5~9명) 98개소 및 소규모시설(정원 10~15명) 96개소를 각각 신축 지원 하였다.

2007년에는 노인요양시설 104개소, 노인그룹홈 55개소, 소규모시설 65개소 신축을 지원 하고, 중소병원·아동양육시설 등 기존시설을 요양시설로 전환하는 사업도 추진하였다. '08년에는 노인요양시설 73개소, 그룹홈 50개소, 소규모시설 60개소의 신축을 지원하고 중소병원·아동양육시설 등 기존시설을 요양시설로 전환하는 7개소를 지원할 계획이다.

아울러, 노인장기요양보험의 주요 대상인 중증노인을 위한 간병, 재활 등 질 높은 요양서비스를 제공하기 위해 요양시설의 시설기준과 인력기준을 대폭 강화하여 단일하게 통합하는 방향으로 '07.8월 노인복지법을 개정하였다. 또한, 시설의 무료, 실비, 유료 구분도 없애서 앞으로는 노인이 어떤 시설이든지 자유롭게 선택하여 입소할 수 있게 되었다.

한편, 2006년에 노인요양시설에서 생활하는 노인의 기본적 인권을 보장하고 화재, 전염병 및 식중독 예방 등을 통해 노인들이 안전하게 생활할 수 있도록 ‘노인복지시설 인권보호 및 안전관리지침’을 제정하여 시행해 나가고 있으며, '07.4월 제정된 노인장기요양보험법에서도 입소자의 인권보호를 위한 제도적 장치를 마련하여 노인에 대한 학대, 방치 등 피해가 발생하지 않도록 관리해 나갈 계획이다.

일반 노인들의 장기요양서비스 수요를 감안하여 정부와 민간의 적정 역할 분담을 통해 효율적으로 시설 인프라를 확충해 나가는 한편, 지역사회 노인보건·복지서비스 제공의 최 일선 기관으로서의 역할을 충실히 수행하도록 노력할 계획이다.

〈표 2-4-37〉 연도별 노인의료복지시설 현황

(2007년말, 단위 : 개소)

구 분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
계	115	137	164	200	282	416	642	884
무료노인요양시설	70	83	96	113	131	149	174	202
무료노인전문요양시설	32	41	54	68	108	139	184	273
실비노인요양시설	13	13	14	19	42	123	260	350
실비전문요양시설	-	-	-	-	1	5	24	59

※ 유료 노인요양·전문요양시설은 별도

2. 노인장기요양보험 전문인력 양성 제도화 추진

정부는 2008년 노인장기요양보험제도 시행에 따라 질 높은 요양서비스 제공을 위하여 충분한 경험과 교육을 받은 노인요양 전문 인력의 양성·제도화를 추진할 계획이다.

이에 따라 '07.8월 노인복지법을 개정하여 노인복지시설 노인 등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 전문적으로 수행하는 '요양보호사' 제도를 도입하였으며, '08년에 요양보호사의 자격(등급 및 등급별 교육과정 등), 요양보호사교육기관의 신고절차, 설치기준 등 필요한 사항을 노인복지법 하위법령에 구체화하여 '08.7월부터 요양보호사를 본격적으로 노인요양시설 등에 근무토록 할 예정이다.

Ⅶ 재가노인복지서비스 확대*

우리 사회는 이제 여성의 경제활동 참여 증가 등으로 정신적, 신체적인 이유로 혼자서 일상 생활을 수행하기 어려운 노인을 가정에서 가족이 보살피기 어려운 환경이다. 이러한 노인부양 가정에 필요한 각종 서비스를 제공함으로써, 노인이 가정내에서 가족 및 친지와 더불어 건강하고 안정된 노후 생활을 영위할 수 있도록 함과 동시에 노인부양으로 인한 가족의 부담을 덜어주기 위하여 재가노인복지사업을 지속적으로 확대해 나갈 계획이다.

특히, 2008년 도입 예정인 노인장기요양보험제도에 대비하여 재가노인복지시설도 대폭 확충하고 있다.

2005년도에 재가노인복지시설(가정봉사원파견시설) 56개소를 확충하였으며, 2006년에는 가정봉사원파견사업 및 주·단기사업을 종합적으로 할 수 있는 농어촌 재가노인복지시설(95평) 16개소 신축을 지원하였고, 2007년에는 농어촌재가노인복지시설 14개소 외에 재가노인지원센터(295평) 49개소의 신축을 지원하였고, 2008년에는 농어촌재가노인복지시설 12개소와 재가노인지원센터 42개소의 신축을 지원함으로써 점차 늘어가는 재가노인복지 수요에 대비할 계획이다.

1. 가정봉사원파견시설

정신적·신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 영위하기 어려운 노인이 있는 가정에 봉사원을 파견하여 필요한 각종 서비스를 제공하는 시설을 말하며, 노인장기요양보험제도가 시행되면 방문요양서비스 시설로 바뀌게 된다. 서비스의 내용은 다음과 같다.

- 신체적 수발에 관한 사항
 - 세면도움, 구강관리, 머리감기기, 몸단장, 옷 갈아입히기, 목욕도움, 식사도움, 체위 변경, 이동도움, 신체기능의 유지·증진, 화장실 이용하기 등

*집필자 : 요양보험운영과장 최영호, 노인지원과장 이상인

- 일상생활 지원에 관한 사항
 - 가사지원서비스 : 취사, 생활필수품 구매, 청소·세탁·주변정돈 등의 서비스
 - 개인활동서비스 : 외출시 동행·부축 등 개인활동에 관한 서비스
 - 우애서비스 : 안부 전화 및 방문, 말벗, 편지 전달, 생활상담 등
- 노화, 질병 및 장애관리에 관한 사항
 - 노화, 질병 및 장애 관리를 위한 보조 및 사회서비스
 - 생활지도 및 일상동작 훈련 등 심신의 기능회복 및 강화를 위한 서비스
- 상담 및 교육에 관한 사항
 - 지역사회내에서 노인의 자립생활에 관한 상담 서비스
 - 질환 및 장애인 가족을 위한 상담 및 교육
- 지역사회 복지자원 발굴 및 네트워크 구축에 관한 사항
 - 무의탁 노인 후원을 위한 결연사업(1인당 월 10,000원 이상을 3월이상 계속하여 지원하는 결연사업)
 - 지역사회 자원봉사자 등 인적자원 발굴 사업

2. 주간보호시설

주간보호시설은 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애인 등을 낮 동안 시설에서 보호하며 노인의 기능회복을 도모하는 시설이며, 노인장기요양보험 제도 시행에 따라 '08년에는 주야간보호서비스 시설이 된다. 서비스의 내용은 다음과 같다.

- 생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복 및 강화를 위한 서비스
- 급식 및 목욕서비스
- 취미, 오락, 운동 등 여가생활 서비스
- 지역사회 복지자원 발굴 및 네트워크 구축에 관한 사항
 - 무의탁 노인 후원을 위한 결연사업(1인당 월 10,000원 이상을 3월이상 계속하여 지원하는 결연사업)
 - 지역사회 자원봉사자 등 인적자원 발굴 사업
- 이용노인가족에 대한 상담 및 교육 등

3. 단기보호시설

부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애노인을 시설에 단기간 입소시켜 보호하고 필요한 각종 서비스 제공하는 시설이다. 기존에 1회 45일, 연간 3개월을 초과하여 이용할 수 없었으나, 보호기간을 연장하여 2007년 7월부터 1회 90일, 연간 180일까지 이용할 수 있다. 구체적인 서비스의 내용은 다음과 같다.

- 생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스
- 급식 및 목욕서비스
- 취미, 오락, 운동 등 여가생활 서비스
- 지역사회 복지자원 발굴 및 네트워크 구축에 관한 사항
 - 무의탁 노인 후원을 위한 결연사업(1인당 월 10,000원 이상을 3월이상 계속하여 지원하는 결연사업)
 - 지역사회 자원봉사자 등 인적자원 발굴 사업
- 이용노인가족에 대한 상담 및 교육 등

〈표 2-4-38〉 재가노인복지시설별 이용인원

(2007년말)

구 분	가정봉사원파견시설	주간보호시설	단기보호시설
이용인원(명)	62,736	8,109	1,718
시설수(개소)	767	504	137

4. 재가노인지원센터 신축 지원

2007년부터는 재가시설이 부족한 도시 지역 위주로 치매·중풍 등 노인성 질환으로 장기요양을 필요로 하는 자에게 지역사회 내에서 가정봉사원파견사업, 주간보호, 단기보호 서비스를 종합적으로 제공하는 재가노인지원센터를 1개소당 973.5㎡ 규모로 총 49개소의 신축을 지원하였으며, '08년에는 42개소를 신축지원할 예정이다. 주요 서비스 내용은 다음과 같다.

- 방문서비스 : 방문수발, 방문간호, 방문목욕
- 통원서비스 : 주간보호, 단기보호

- 사례관리서비스 : 노인상담, 재가노인 사례관리, 재가시설 네트워크 구축
- 기타 사업 : 시군구가 위탁하는 재가노인 복지사업 수행 가능

5. 가정봉사원 교육기관 운영

재가노인복지시설에서 활동하는 가정봉사원이나 노인부양 가족에게 필요한 지식과 기술을 함양하게 하여 재가노인에게 질 높은 서비스를 제공하고 가족의 간병 부담을 완화하도록 하기 위하여 가정봉사원 교육을 지역 내 교육기관에 의뢰하여 운영하고 있다.

교육과정은 양성교육과정, 보수교육과정, 수발자 교육과정 등으로 크게 분류되며, 양성교육과정의 교육대상은 가정봉사원으로 활동하고자 하는 자 또는 활동 중인 자로서 시·도지사가 지정하는 교육기관에서 양성교육과정을 이수하지 아니한 자이며, 보수교육과정은 양성교육과정을 이수하고 가정봉사원으로 계속 활동하고 있는 자, 수발자교육과정은 노인을 수발하고 있는 가족 또는 수발자를 대상으로 하고 있다. 양성교육과정의 교육시간은 유급과정은 40시간, 자원봉사과정은 20시간이다. '08년에는 “요양보호사교육기관”에서 요양보호사를 양성할 예정이다.

6. 홀로 사는 노인 보호

2007년 홀로 사는 노인은 88만명으로 추산되며, 이는 2007년도 전체 노인 인구(약 481만명)의 18.4%에 달하고 있으며 매우 빠르게 증가하고 있다.

〈표 2-4-39〉 향후 5년간 독거노인 수 예측추이

(단위 : 천명, %)

연 도	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
전체 노인수	4,810	5,016	5,193	5,357	5,537
독거노인 수	883	931	976	1,021	1,065
전체노인중 독거노인 비율	18.4	18.6	18.8	19.1	19.2

※ 자료 : 통계청, 장래인구 추계(2007)

2007년 6월부터는 독거노인 생활지도사(약 7,000명)를 파견하여 독거노인(약 15만명)에 대한 생활실태 및 복지욕구 파악, 안전 확인 및 생활교육 실시, 노인관련 보건·복지서비스 연계활동을 통해 독거노인에 대한 맞춤형 복지서비스를 제공하였다.

또한 노인복지법 개정을 통해 제27조의 2「홀로 사는 노인에 대한 지원」 조항을 마련하여 독거노인의 보호에 대한 국가와 지방자치단체의 책임을 명문화하였다.

- ※ 제27조의2(홀로 사는 노인에 대한 지원) ①국가 또는 지방자치단체는 홀로 사는 노인에 대하여 가정생활서비스 등의 서비스와 안전 확인 등의 보호조치를 취하여야 한다.
②제1항의 서비스 및 보호조치의 구체적인 내용 등에 관하여는 보건복지가족부장관이 정한다.

VIII 노인 주거복지 증진*

1. 노인 주거복지시설 지원

도시화·핵가족화·여성의 사회참여 증가로 전통적으로 부양해 오던 가정의 노인부양 기능이 약화되고 있다. 이제 노인의 문제는 전통적으로 견지해온 가족에 의한 노인부양에만 맡겨둘 수 없으며 지역사회와 국가가 적극적으로 이들을 보호·지원해야 한다. 2007년 12월말 현재 398개소의 노인주거복지시설이 운영되고 있으며, 무료·실비시설에 수용·보호되고 있거나 유료시설을 이용하고 있는 노인들이 16,579명에 이르고 있다.

〈표 2-4-40〉 노인 주거복지시설 현황

(2007년말)

구 분	계	무료시설	실비시설	유 료 시 설	
		양 로	양 로	양 로	주 택
시설수(개소)	398	147	161	76	14
입소인원(명)	16,579	5,643	2,772	4,599	3,565

*집필자 : 요양보험운영과장 최영호

2. 노인 복지시설의 종류

1997년 8월 개정된 노인복지법상 노인복지시설은 노인 주거복지시설, 노인 의료복지시설, 노인 여가복지시설, 재가노인 복지시설로 크게 구분하고 각각 시설을 세분류하여 총 18종으로 규정하고 있다.

노인장기요양보험제도 도입에 대비하여 기존의 노인복지시설 제도를 개편하기 위해 노인 복지법을 개정(2007.8.3)하였으며, 노인복지시설에 있어 무료·실비·유료의 구분을 없애고 노인주거복지시설에 양로시설, 노인공동생활가정, 노인복지주택으로 하고, 노인의료복지 시설에 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 노인전문병원으로 하여 '08년에 시행될 예정이다.

〈표 2-4-41〉 현행 노인복지시설 종류

분 류	시 설 종 류
노인주거복지시설	• 양로시설 · 실비양로시설 · 유료양로시설 • 실비노인복지주택 · 유료노인복지주택
노인의료복지시설	• 노인요양시설 · 실비노인요양시설 · 유료노인요양시설 • 노인전문요양시설 · 유료노인전문요양시설 · 노인전문병원
노인여가복지시설	• 노인복지관 · 경로당 · 노인교실 · 노인휴양소
재가노인복지시설	• 가정봉사원파견시설 · 주간보호시설 · 단기보호시설

IX 노인의 질병예방 및 건강증진*

노인들은 자연적 노화 이외에 관절염, 중풍(뇌졸중), 당뇨병 등 각종 만성질환과 치매, 정신 질환에 의한 생활 장애를 겪고 있다. 이러한 장기요양보호를 필요로 하는 노인보건의 문제는 비단 노인뿐만 아니라, 가족과 사회구성원 모두에게 중요한 문제가 아닐 수 없다.

*집필자 : 노인정책과장 한문덕

따라서 정부에서는 2007년 4월 “노인장기요양보험법”을 제정·공포하고, 본격적으로 노인장기요양보험 실시를 위한 준비에 돌입하였다.

노인보건은 기본적으로 질병의 관리보다는 질병예방 및 건강증진 또는 생활기능의 장애 예방에 목표를 두고 노인의 건강을 체계적으로 보장하여야 할 것이나 아직 부족한 점이 많은 것이 현실이다. 노인의 질병예방 및 건강증진을 위하여 노인의 건강검진, 노인 안 검진, 치매 무료 정밀검사 지원 및 전국노인건강축제 등을 실시하고 있다.

1. 노인 건강검진 및 안 검진 사업

노인질환을 조기에 발견하고 건강지도 및 보건교육을 실시하여 노인건강 증진을 도모하고자 1983년부터 국민기초생활보장 수급노인을 대상으로 무료 노인건강진단을 실시하였다. 매년 검진대상과 건강진단 항목을 점차적으로 확대해 왔으며 2005년부터 정부의 지방이양 방침에 따라 국고지원 예산을 분권교부세에 포함하여 지원하게 되었으며, 건강진단사업의 세부실시 계획은 지자체에서 자체계획을 수립하여 자율적으로 실시토록 하였다.

노인건강진단은 1, 2차로 구분 실시하여 1차 건강진단은 12개 항목의 기본검사를 하고, 검사 결과 질환 의심자에 대해서는 30개 항목의 정밀검사인 2차 건강진단을 받도록 하고 있으며 지역 특성에 따라 검진항목을 조정할 수 있도록 하였다.

검사 후 유질환자는 보건소의 등록관리 및 공공의료 기관과의 연계에 의한 방문보건 또는 의료서비스를 체계적으로 제공하여 노인병의 예방과 치료에 힘쓰고 있다. 또한 치매 조기 검진사업, 노인 안 검진사업 등과도 연계 실시하여 내실 있는 노인건강 진단이 되도록 노력하고 있다.

또한, 2003년부터는 안과의사의 손길이 미치지 어려운 지역의 노인을 대상으로 정밀 안검사(眼檢査)를 실시하고 있다. 안 검진사업은 조기에 안 질환을 발견하고 치료할 수 있도록

지원함으로써 실명을 예방하고 일상생활이 가능한 시력을 유지하도록 하는 것이 목적이다. 검사결과 안경이나 돋보기가 필요한 저소득 노인에게 안경을 기증하고 백내장 등 개안 수술이 필요한 노인에게는 시술비 지원을 통한 노인 및 가족의 의료비 부담을 덜어드리고 있다.

〈표 2-4-42〉 2007년 노인 안 검진 및 개안 수술 실적

(단위 : 명, 안)

구 분	검진인원	진 단 결 과		개 안 수 술	
		안 질환자	정 상	백 내 장	망막질환
계	11,666	11,109	557	2,862	98

〈표 2-4-43〉 2007년 노인 주요 안질환 분포

(단위 : 건)

계	백내장	결막 · 공막 질환	굴절이상	망막질환	기 타
16,421	6,824	2,404	1,703	652	4,838

2. 치매 무료 정밀검사 및 등록 · 관리 지원

현재 65세 이상 노인인구의 약 8.3%인 400천명 정도가 치매노인으로 추정되고 있으며, 이 비율은 노인 인구증가에 따라 계속적으로 증가할 것으로 예상되고 있다. 치매의 특징은 치매 노인 본인은 물론, 가족의 정신적, 육체적, 경제적 부담이 매우 심각하다는 것을 들 수 있다.

이로 인해 개인과 가족의 삶의 질이 저하되는 것은 물론이고, 공식 · 비공식 의료비용을 포함한 사회경제적 비용이 증가하여 국가재정에도 큰 부담으로 작용하고 있다. 우리나라의 치매환자로 인한 사회경제적 비용은 추계방법에 따라 연간 최소 3조 4천억원에서 최대 7조 3천 억원으로 추정하고 있다.

이러한 치매노인 문제의 심각성에 비하여 종합적인 관리체계가 아직 미비하고 전문요양시설 및 전문 진료기관이 부족한 현실이다. 더구나 전문인력 양성체계 및 종합적인 연구기능도 미흡한 상태이다.

정부는 2002년도에 ‘노인보건복지 종합대책’ 및 ‘실행계획’을 수립하여 치매노인 문제에 대한 대책을 추진 중이며, 앞으로는 치매노인을 대상으로 하는 치매 예방 및 관리를 위한 종합대책을 수립하여 적극적으로 추진해 나갈 계획이다.

전국 보건소에 치매상담센터를 설치하고 치매상담 전문요원을 배치하여 치매환자의 등록, 상담·간병지도, 치료에 대한 각종 정보를 제공하고 있다. 아울러 치매발생의 예방과 함께, 환자의 조기발견을 통한 치료 효과를 도모하고 있으며 지역사회의 종합적인 치매관리 사업을 수행하는데 필요한 종합적인 매뉴얼을 보급하고 있다.

그리고 2006년도에는 민간단체를 활용하여 16개 치매 거점병원을 선정하고 인근 보건소와 연계한 치매 무료 정밀검진사업을 시범 실시하였으며, 2007년부터 사업주체를 보건소로 변경하여 확대 실시하고 있다. 정밀검진을 통하여 발견된 치매환자들은 국가치매데이터베이스에 입력·저장하여 관리할 수 있는 체계를 구축 중에 있다. 또한 치매 케어의 현장에서 전문적 지식과 기술 발휘 능력을 갖춘 치매전문인력을 양성할 수 있도록 교육 체계를 마련해 나가고 있다.

치매는 조기에 발견하면 치료와 관리가 가능한 질병임에도 불구하고 일반인들에게는 치료가 전혀 되지 않는 병으로 알려져 있다. 정부에서는 치매의 치료와 예방에 관한 정확한 지식을 제공하고 치매에 대한 부정적 인식을 개선하기 위한 홍보사업을 펼치고 있다.

〈표 2-4-44〉 치매 노인 수 추계

(단위 : 천명)

구 분	2000	2005	2007	2010	2015	2020
65세이상노인수 (%)	3,384 (7.2)	4,394 (9.1)	4,821 (9.9)	5,414 (11.0)	6,425 (12.9)	7,793 (15.6)
치매노인수	278	365	400	466	578	701
치매유병률(%)	8.2	8.3	8.3	8.6	9.0	9.0

- ※ 주 : 1. 통계청, 「장래인구추계 결과」, 2006
 2. 한국보건사회연구원, 『치매관리 Mapping 개발연구』, 1997. 12
 3. 치매의 정도별 유병률 구성비 : 중증 1.1%, 중등증 2.3%, 경증 4.9%
 - 경증 : 독립적인 생활영위 가능, 개인위생 유지, 비교적 온전한 판단력 보유
 - 중등증 : 독립적인 생활이 위험하고, 타인에 의한 부분적인 감독과 간호 필요
 - 중증 : 일상생활 수행능력 상실, 지속적인 감독이 필요, 개인위생 유지 불능

〈표 2-4-45〉 연령별 · 성별 치매 유병률

(단위 : %)

구 분	계	65~69	70~74	75~79	80+
계	8.3	2.3	4.6	13.6	25.7
남	3.7	1.2	2.6	5.2	15.2
여	10.9	3.0	5.9	18.2	29.4

3. 전국노인건강대축제 실시

노인복지관, 노인교실, 구민회관, 지역사회 생활체육시설 등에서 수행하고 있는 노인운동 프로그램에 대한 노인들의 참여를 유발하고, 지역사회 내에 노인들이 건강운동을 실천할 수 있는 분위기 확산을 위해 제2회 전국 노인건강 대축제를 2007년 10월 12일부터 14일까지 전라남도 목포에서 개최하였다.

동 대회는 노인이면 누구나 손쉽게 참여할 수 있는 건강체조, 에어로빅, 스포츠댄스, 장수춤, 배드민턴, 게이트볼 등의 종목을 중심으로 추진하고, 종목별로 노인관련단체가 동 대회를 주관하고 지자체가 지원하는 방향으로 추진하여 노인들의 자발적인 참여를 도모하였다.

또한 운동대회 개최와 함께 건강노래자랑, 3세대 댄스퍼레이드 등 부대행사를 병행하여 지역사회 축제로 추진하되, 시 · 군 · 구와 시 · 도 예선대회를 거치게 함으로써 자치단체장의 관심 제고를 통해 노인 건강운동이 지역사회에서 확산될 수 있도록 하였다. 동 대회는 2008년도 부터는 문화체육관광부로 이관되어 개최될 예정이다.

X 노인여가복지 지원 및 사회참여 활성화*

1. 노인여가복지 지원

급속한 산업화로 인한 사회가치와 사회구조의 변화는 노인의 사회 적응력을 떨어뜨리고 경제활동의 기회를 박탈하는 등 노인이 사회적 소외의 대상이 되기도 한다. 노인의 문제는 어느 계층 일부의 문제가 아니다. 얼마 전까지만 해도 노인복지는 저소득층 노인과 건강하지 않은 노인에 대한 복지가 전부인 것처럼 생각해 왔지만, 산업구조의 변화, 사회가치와 구조의 변화 속에서 노인인구의 급속한 증가를 경험하며 이전의 선별적이고 일방적인 사회복지 시스템으로는 노인이 가지고 있는 다양한 욕구를 해결하는데 한계를 가질 수밖에 없다.

따라서 건강한 노인과 건강하지 않은 노인, 저소득층 노인과 중산층 이상의 노인들의 서로 다른 복지욕구에 대해 다양하고 전문적이며 개별적인 정책적 접근이 필요한 것이다. 그래서 노인복지 서비스의 방향도 일반노인을 대상으로 하는 보편적 복지로의 체계 및 인식 전환을 가져오고 있다. 이런 의미에서 노인 여가문화를 활성화하는데 지원이 필요하다.

정부에서는 노인들이 활기찬 노후생활을 보낼 수 있도록 다양한 여가활동을 지원하여 노인들의 사회활동 참여욕구를 충족시키고 노후생활을 보람 있게 보내도록 하고 있다.

지역사회의 대표적인 노인여가시설인 경로당은 2007년 말 현재 약 56,480개소가 운영되고 있다. 2006년부터는 경로당을 대상으로 시행되고 있는 다양한 프로그램 및 서비스들이 가능한 모든 경로당에 누락 없이 지원될 수 있도록 지역사회내의 프로그램과 서비스를 연계·조정·지원할 수 있는 경로당 순회프로그램 관리자를 2007년 말 현재 182명 배치하였다.

〈표 2-4-46〉 노인여가복지시설 현황

(2005.12.31 현재, 단위 : 개소)

구 분	경로당	노인교실	노인휴양소	노인복지관
시 설 수	56,480	1,082	4	211

*집필자 : 노인지원과장 이상인

한편, 노인복지관은 2007년 말 현재 211개소가 설치·운영되고 있으나 아직 미설치 지역이 많아 지속적인 시설 신축이 필요로 되고 있는 바, 2005년도부터는 노인복지회관 신축비 지원 사업이 지방이양 사업으로 추진되면서 행정자치부에서는 13개 지역에 노인복지관 신축에 필요한 예산의 일부를 분권교부세 형태로 지원하고 있다.

노인복지관은 다양한 계층의 노인들이 이용하는 만큼 각각의 특성에 적합한 프로그램을 마련하여 운영함으로써 앞으로도 더욱 많은 노인들께서 이용할 것으로 기대된다.

‘노인교실’ 이나 일반적으로 ‘노인대학’, ‘노인교실’, ‘노인학교’ 등의 다양한 명칭으로 통용되고 있으며, 2007년 말 현재 전국적으로 1,082개소가 설치 운영되고 있다.

노인복지관, 경로당, 노인교실 등의 노인여가시설이 전국적으로 운영되고 있으나 외국에 비해 우리나라의 노인들은 주로 집안 내에서 소극적인 여가활동을 하고 있어 정부에서는 노인들이 창조적이고 적극적으로 여가를 보낼 수 있도록 프로그램을 개발·보급하고, 노인복지관을 확충하고, 경로당 운영을 활성화할 수 있는 다각적인 방안을 마련하고자 노력하고 있다(2005년부터 지방이양사업으로 전환되어 추진).

특히 2006년도에는 경로당에 제공되고 있는 각종 프로그램들을 체계적으로 조정하고 연계할 수 있는 전담인력을 배치하는 방안을 추진하였으며, 노인복지회관의 경우에도 분관제도 도입을 통해 소규모의 노인복지회관설치의 근거를 마련하였다.

2. 노인자원봉사 활성화

2007년도부터 노인의 다양한 지식, 경험 및 기술을 지역사회 내 복지 자원으로 적극 활용하기 위하여 공모를 통해 전문 노인자원봉사 및 리더 양성 프로그램 개발·지원하고 우수 프로그램을 매뉴얼로 제작하여 보급하였다.

또한 사회발전에 공헌하는 봉사하는 적극적이고 활동적인 노인상을 제시하고, 노인자원

봉사의 계기를 마련하기 위해 제1회 전국노인자원봉사대축제를 2007년 5월21일~22일 양일에 걸쳐 서울교육문화회관에서 개최하였다.

각 시도에서 우수프로그램으로 추천을 받은 35개 자원봉사단체의 어르신 700명과 초청 자원봉사 10개 단체의 어르신 300명으로 총 1,000명의 전국 노인자원봉사자가 참여하였으며, “자원봉사로 노년을 아름답게(자·노·아)”라는 슬로건 아래 ‘신나는 봉사’를 주제로 성황리에 개최되었다. 동 대회는 1회에 이어, 2008년에는 대구광역시에서 제2회 축제가 개최될 예정이다.

XI 경로효친 및 효 문화 확산*

1. 경로효친사상 양양

정부는 매년 5월 8일을 어버이날로 정하여 어버이 은혜에 감사하고 웃어른을 공경하는 기풍을 조성하며 우리의 전통적 미풍양속인 경로효친사상을 계승·발전시키기 위해 시·도, 시·군·구, 민간단체별로 자체실정에 맞는 행사를 실시하고 있다.

1997년부터는 어버이날과는 별도로 매년 10월 2일을 「노인의 날」, 10월을 「경로의 달」로 정하여 지정함으로써 경로포상과 노인체육대회, 학술 세미나 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 노인복지 기여자를 발굴하여 2007년까지 총 8,683명을 포상하였다. 이 중 효행자 등은 어버이날, 노인복지 기여자는 노인의 날에 포상을 실시하고 있다.

*집필자 : 노인정책과장 한문덕

〈표 2-4-47〉 효행자 및 노인복지 기여자 포상실적

(단위 : 명)

구 분	계	효 행 자 등					노인복지 기 여 자
		소 계	효행자	장 한 어버이	전 통 모범가정	노인복지 기여단체	
계	8,683	6,159	5,251	433	356	119	2,510
1982~2000	6,152	4,817	4,186	333	298		1,335
2001	386	199	174	13	12		187
2002	350	179	150	14	15		171
2003	370	193	162	15	16		177
2004	370	182	152	15	15		188
2005	366	180	154	14	—	12	186
2006	367	218	147	15	—	56	149
2007	322	205	123	15	—	67	117

※ 자료 : 보건복지가족부, 2007. 12

아울러 2007. 8. 3 「효행 장려 및 지원에 관한 법률」이 제정되어 아름다운 전통 문화 유산인 효를 국가 차원에서 장려함으로써 효행을 통하여 고령사회가 처한 문제를 해결할 뿐만 아니라 국가가 발전할 수 있는 원동력을 얻는 외에 세계문화의 발전에 이바지할 수 있게 되었다. 이 법은 2008. 8. 4 발효를 앞두고 있다.

2. 경로 우대제도의 정착 및 확대

경로 우대제도는 1980.5.8을 기해 70세 이상 노인에게 대하여 철도, 지하철, 고궁, 능원, 목욕, 이발, 시외버스, 사찰 등 8개 업종에 50% 할인을 시작으로 출발하여, 1982년에는 대상을 65세 이상 노인으로 확대하고 우대 업종도 박물관, 국·공립 공원, 극장, 여객선박, 시내버스 등 5개 업종을 추가하여 국·공립 공원과 버스는 무료 이용토록 하고 기타 시설은 50% 할인 하였으며, 1984년부터는 지하철 이용료를 무료화 하였다.

그러나 동 제도가 정부 지원 없이 민간단체의 부담만으로 실시됨으로써 목욕, 이발 등 순수 민간기업체의 경로우대 할인은 권장사항으로 변경하고, 버스요금에 대해서는 버스 승차거부,

불친절 등의 문제를 해소하기 위하여 1990년부터 노인승차권 지급제도로 전환하여 정부가 재원을 부담하였으며, 1994년부터는 담배소비세가 지방세로 전환됨에 따라 노인승차권 발급 재원을 지방비로 변경하고, 1996년부터는 현금으로 노인교통비를 지급하는 방안으로 개선하였다.

아울러 항공기 및 선박 이용요금을 각각 10%, 20%씩 할인하고 1997년 8월부터는 통일·비둘기호 열차에 한하여 50%를 할인하던 철도요금을 무궁화호 요금에 대해서도 30% 할인으로 확대하고, 수도권 전철요금은 100% 할인하는 한편, 1999년 8월에는 노인복지법시행령을 개정하여 경로우대시설에 국·공립미술관 및 국·공립국악원을 포함하였다.

또한, 2004년 10월부터 새마을호 열차 및 고속열차 이용요금에 대하여 공휴일을 제외한 주중에 30%를 할인하였다. 65세 이상의 노인에게 그 이용요금을 할인할 수 있는 공공시설(이하 “경로우대시설”이라 한다)의 종류와 그 할인율은 다음과 같다.

〈표 2-4-48〉 공공시설의 종류와 할인율

시설의 종류	할인율(일반요금에 대한 백분율)
1. 철 도	
가. 새마을호, 무궁화호	100분의 30
나. 통근열차	100분의 50
다. 수도권 전철	100분의 100
2. 도시철도 (도시철도 구간안의 국유전기철도를 포함한다)	100분의 100
3. 고 궁	100분의 100
4. 능 원	100분의 100
5. 국·공립 박물관	100분의 100
6. 국·공립 공원	100분의 100
7. 국·공립미술관	100분의 100
8. 국·공립국악원	100분의 50 이상
9. 국가·지방자치단체 또는 국가나 지방자치단체가 출연 하거나 경비를 지원하는 법인이 설치 운영하거나 그 운영을 100분의 50 위탁한 공연장	100분의 50

XII 장사제도*

1. 장사제도 개요

우리나라 장사제도는 해방이후에도 일제의 제도를 그대로 유지해 오다가 1961년 공설묘지 및 공설화장장 설치를 주내용으로 하는 “매장등묘지등에관한법률”이 제정되었다.

1968년 ‘매장및묘지등에관한법률’로 개칭한 후 1973년과 1981년 2차례 개정 하였다. 현행 “장사등에관한법률”은 2000.1.12 개칭과 함께 전면 개정된 후 2007.5.25 전부개정되어 2008.5.26부터 시행예정이다.

동 법률은 매장·화장·개장 및 친환경 장사방법인 자연장에 관한 사항과 묘지·화장시설·봉안시설 및 장례식장의 조성·설치 및 관리 등에 관한 사항과 장사시설 확충을 위한 장사시설의 수급에 관한 계획수립 등을 규정함으로써 보건위생상의 위해를 방지하고 국토의 효율적 이용과 공공복리의 증진에 이바지함을 목적으로 하고 있다.

현행 ‘장사등에 관한 법률’의 주요내용은 다음과 같다.

첫째, 묘지 등 장사시설의 부족으로 인한 국민들의 불편을 해소하고 장사시설의 무분별한 설치로 인하여 자연환경이 훼손되는 문제점을 개선하기 위하여 화장한 유골의 골분을 수목, 화초, 잔디 등의 밑이나 주변에 묻는 환경친화적인 장사방법인 자연장 제도를 도입하였다.

둘째, 화장에 대한 수요가 급격히 증가하고 있으나 화장시설은 지역주민들에게 혐오시설로 인식되고 있어 장사시설의 확충은 답보상태이므로 지역주민의 수요를 충족시킬 수 있는 화장 시설을 갖추도록 화장시설 확보의무를 제도화 하였다.

셋째, 국가 또는 지방자치단체가 아닌 자가 자연장지를 조성하는 경우에는 기존의 묘지와 같이 조성허가를 받거나 신고를 하도록 하고, 산림 등의 훼손을 막기 위하여 자연

*집필자 : 노인지원과장 이상인

장지에는 사망자 및 연고자의 이름 등을 기록한 표지와 편의시설 외의 시설물의 설치를 제한하였다.

넷째, 봉안묘의 급속한 확산에 따라 시설규모가 과다한 봉안묘가 남설되어 자연경관이 훼손되고 있으므로 봉안묘의 높이는 70센티미터, 봉안묘의 1기당 면적은 2제곱미터이하로 제한하였다.

다섯째, 공설장사시설의 사용료 및 관리비를 당해 지역의 주민과 다른 지역의 주민을 차등 부과할 수 있도록 하였다. 이는 지역주민에게 혐오시설로 인식되고 있는 장사시설이 수요에 비하여 충분히 설치되지 못하고 있는 실정이므로 장사시설이 설치되지 아니한 지역의 주민들 보다 장사시설이 설치된 지역주민에게 당해 시설의 사용료 부담을 경감하여 장사시설이 설치된 지역의 주민들에게 보다 저렴한 비용으로 당해 시설을 이용할 수 있도록 혜택을 줌으로써 장사시설의 설치를 촉진할 수 있도록 하였다.

여섯째, 장사시설의 재해예방과 시설물관리 및 재해복구를 위한 장사시설 관리금 적립의무를 제도화 하여 사설묘지·사설봉안시설 및 사설자연장지를 설치·조성 또는 관리하는 자는 재해에 대비하여 시설물의 유지·관리 및 개·보수에 필요한 관리금을 적립하도록 하였으며, 적립한 관리금을 시설의 유지·관리 및 개·보수를 위한 재원으로 활용하여 자연재해로 인한 피해를 예방 및 복구할 수 있도록 함으로써 시설 이용자의 안정적인 시설 이용에 기여할 수 있도록 하였다.

2. 장사시설 현황 및 문제점

화장률은 그동안 장사문화 개선을 위한 시민단체와 정부의 노력에 힘입어 꾸준히 증가하고 있으며 '06년말 현재 화장률은 56.5%이다. 향후 3~4%의 증가율을 유지할 경우 2010년에는 70%를 상회할 것으로 추정된다.

그러나 화장시설은 지역복지시설임에도 주민들이 기피시설로 인식, 시설 설치를 반대하는 사례가 빈발하고 있어 2003년도 이래 47개소에서 답보상태에 있다.

〈표 2-4-49〉 연도별 화장률 추이

(단위 : %)

'55	'70	'91	'01	'02	'03	'04	'05	'06
5.8	10.7	17.8	38.3	42.5	46.4	49.2	52.6	56.5

※ '06년 화장률 추정 : '05년 사망자수 기준 적용

현대식 화장시설은 그 성능이 개선되어 공해·분진·소음·냄새 등이 전혀 없고 지역사회에 꼭 필요한 시설이지만, 넘비현상으로 인해 시설 증가는 매우 미미한 실정이다.

또한 전체 화장시설의 58%가 '80년대 이전 설치된 화장시설로 노후화 되었으며, 화장시설 중 70%의 화장시설이 연기·냄새·먼지 등의 환경문제 발생 소지를 가지고 있어 품격 있는 화장 서비스의 제공이 어렵고 고인의 존엄성이 훼손되고 있으며 적정 화장건수의 초과로 인해 단순한 시체처리 기능만을 수행하고 있다.

또한 개발사업, 윤달수요 등 대량의 개장유골 발생시 화장이 곤란하여 장례 일정이 3일장에서 4~5일장으로 연장되고 있으며, 서울에서 춘천, 원주 등으로 지방 원정 화장을 하는 사례도 발생하고 있으며, 열악한 화장시설로 인한 환경문제 발생우려로 지역주민간의 갈등이 야기되는 등 현 상황 지속시 수도권을 중심으로 한 화장대란의 발생이 우려된다.

전국 묘지면적은 전국토의 약 1%정도로 화장률 증가로 묘지 증가율은 감소하고 있으나 아직도 매년 약 12만여 기의 분묘가 새로 설치되고 있는 것으로 추정되고 있다. 2007년 12월말 현재 집단묘지(공설·법인묘지)는 520개소이며 면적은 약 52km²으로 이는 총 280만기 묘지를 설치할 수 있는 면적이나 이미 210만기가 설치되고 잔여매장가능 기수는 70만기이다.

또한, 일부 호화 불법묘지가 꾸준히 증가하여 국토의 효율적인 활용을 저해하고 있으며, 수도권 지역은 묘지난이 심각한 실정이다.

봉안시설은 2001년 장사법이 개정 되면서 화장장려 정책에 따라 급속하게 보급되어 2007년 12월말 현재 공설 및 사설봉안당은 327개소로서, 이는 총 276만구를 봉안할 수 있으나 이미 65만구가 봉안되었으며 잔여 봉안가능구수는 211만구이다.

봉안묘, 봉안탑의 과도한 석물사용 등으로 자연환경 훼손문제가 발생하여 봉안묘의 높이는 70센티미터, 봉안묘의 1기당 면적은 2제곱미터 이하로, 비석의 높이는 지면으로부터 2미터 이내, 그 표면적은 3제곱미터 이하로 하되 1개로 제한하였고, 상석 또한 1개로 제한하였으며, 그 밖의 석물은 1개 또는 1쌍으로 높이는 지면으로부터 2미터 이내로 하되 인물상은 설치할 수 없도록 하였으나 일부 봉안묘, 봉안탑의 과도한 석물사용으로 자연환경 훼손문제가 심각한 실정이다.

또한, 일부 종교단체는 종교 법인이 아닌 개별 종교기관에 유골 500구 이상인 봉안시설을 운영할 수 있도록 허용한 것을 악용하여 명의를 대여하고, 영리목적으로 분양하며, 잦은 관리 주체의 변경, 부도, 건축공사대금 미지급하는 등 봉안시설의 편법적인 운영으로 시설관리와 안정성·지속성에 문제가 있어 소비자의 피해가 우려되고 있다.

장례식장은 영업 및 가격신고제로 운영되다가 '99년 종전의 가정의례에 관한 법률이 폐지되면서 세무서에 신고만 하면 되는 자유업으로 운영되어 왔으나 장례식장은 시체의 운반·보관·관리·염습 등 시신과의 접촉으로 감염의 위험성이 높고, 연간사망자 약 25만 건 중 대부분이 장례식장에서 이루어지는 점을 고려할 때, 종사자와 수많은 문상객의 안전과 장례식장 서비스 수준의 향상을 위해 최소한의 시설기준, 사용료·서비스료·장례용품 등의 가격표시기준을 설정·관리할 필요성이 제기되고 있다.

3. 향후 추진계획

정부에서는 전면개정된 장사법의 시행을 위해 하위법령(시행령, 시행규칙) 개정안을 마련하여 입법예고('07.12월)하였으며 주요 개정내용은 다음과 같다.

▣ 자연장 제도 운영기준 마련

- 시설 자연장지(수목장림) 조성기준 마련
- 자연장의 방법, 자연장의 표지 설치기준, 자연장에 사용하는 용기의 기준 마련
- 집중호우, 산사태 등으로 인한 유골 유실 방지, 유족 편의, 산림훼손 방지 등을 위하여 자연장지의 경사도 기준 마련

▣ 장사시설 설치·관리방안 마련

- 종교단체 장사시설 운영 합리화 방안 마련
- 사설 봉안시설 및 사설자연장지를 설치·운영할 수 있는 공공법인의 범위 구체화
- 사설묘지 등에 대한 관리금의 적립 방법, 적립대상 구체화
- 시체의 처리·관리시 보건위생 예방 강화

▣ 장사시설 수급 종합계획 수립을 통한 장사시설 확충

- 지역별 중장기 수급에 따른 적정 규모의 장사시설을 확보
- 지역간 갈등을 조정·중재
- 수도권 등 대도시 지역에 대한 화장로 신·증축 우선 지원

▣ 화장수요 충족을 위한 화장시설 확충

- 화장시설 일제조사를 통한 지역의 화장시설을 재정비, 현대화 추진
- 지역별 화장로 확보기준 마련
- 신도시 조성시 장사시설의 설치를 의무화 방안 마련
- 화장시설의 환경오염 문제 방지를 위한 화장로 시설 적정관리방안 마련

▣ 장사시설에 대한 국민인식 개선

- 자연장 제도의 도입에 따라 기존의 공설묘지 재개발, 자연장지 조성
- 기존의 장사시설을 자연친화적인 주민 편의 공간 및 주민생활공간으로 활용
- 고품격 화장시설의 설치를 위해 민간부문의 참여 활성화 및 지원 강화
- 국가시범 화장장 선정, 모범사례 홍보



아동청소년 정책

I 개요*

아동정책과 청소년정책은 태동과 발전의 역사를 각기 달리하면서 최근까지 독립적으로 수행되어 오다, 이명박 정부의 출범과 함께 하나의 부처로 통합되면서 아동청소년정책으로 다시 태어나게 되었다.

역사적으로 보면 아동정책은 1961년 아동복지법의 제정으로 청소년정책은 1987년 청소년육성법의 제정으로 고유 정책 영역으로 자리매김 하며 첫 출범을 하게 되었다. 이후 아동정책은 보건복지부에서 요보호 아동을 위한 아동복지 중심으로, 청소년정책은 모든 청소년을 대상으로 한 청소년 활동 중심으로 체육청소년부, 문화체육부, 국가청소년위원회 등으로 관할 부처를 변경하면서 발전해 왔다.

이러한 역사적 차이로 인해 그동안의 아동정책과 청소년정책은 사실상 대상 연령층은 유사**하면서도 그 내용과 접근 방식에서는 상당한 차이를 보여 왔다.

아동정책의 역사는 크게 3기로 나누어 볼 수 있다.

첫째, 1950년대까지는 전쟁으로 인한 고아, 기아, 미아에 대한 응급 구호적 성격의 업무 위주였으며 이로 인해 아동복지시설이 급속히 증가해 60년대에는 전체사회복지시설의 80%에 달할 정도에 이르렀다. 이 시기에는 국가 주도하의 원칙에 따른 서비스보다는 민간과 해외원조에 의존한 빈민아동구호 중심이었다.

*집필자 : 아동청소년정책과장 남형기

**아동은 18세미만, 청소년은 9~24세 (보호연령은 19세미만)로 9세~17세까지는 중복적 대상연령층이며 청소년보호대상 연령만을 놓고 보면 아동복지 대상과 사실상 동일 대상임을 알 수 있다.

이어 1960년대에는 현 아동복지법의 모태가 되는 아동복지법을 제정하여 요보호아동에 대한 국가책임 원칙을 법제화하였다.

둘째, 1970년대에는 모자보건법, 입양특례법 등 아동복지와 관련된 법이 차례로 공포되는 등 아동보호정책이 국가중심체제로 전환되기에 이르렀으나 여전히 선별주의 원칙에 입각한 잔여적 형태의 아동서비스를 제공하였다. 1980년대에는 시설입소 보호에서 벗어나 보편주의에 입각한 영유아보육사업 등 다양한 복지서비스를 제공하기에 이르렀다.

셋째, 2000년대 이후에는 요보호아동 보호대책 외 아동의 인권과 권리, 아동안전 등과 관련된 정책을 추진하는 등 개별적 서비스에서 보편적 서비스를 지향해 오고 있다.

한편, 청소년정책은 1980년대 중반까지는 전담 행정기구가 없이 각 부처별로 산발적으로 추진하였으며, 내용도 문제청소년에 대한 규제 및 보호위주의 정책에 머무를 수 밖에 없었다. 그러다 1987년 청소년육성법이 제정되면서 체육부내에 청소년관련 전담조직이 설치·운영되기 시작하였으며, 1990년 체육청소년부가 신설되면서 청소년업무의 영역이 확장되고 청소년 정책이 활성화되기 시작하였으며, 청소년헌장도 이때 제정되었다.

1991년 청소년육성법을 청소년기본법으로 변경하면서 청소년육성5개년계획을 최초로 수립하여 2007년도까지 제3차까지 청소년육성기본계획을 추진 완료하였다. 1990년대 중반까지는 청소년활동을 중심으로 한 정책이 주류였으나 1990년대 후반에는 사회적으로 청소년 유해환경이 만연함에 따라 1998년도에 국무총리실에 청소년보호위원회를 설치하여 청소년에게 유해한 사회환경 규제의 근간을 마련하였다.

그러나 청소년육성정책과 청소년보호정책의 이원화된 정책과 중앙행정조직은 체계적·종합적 정책수행 곤란, 새로운 청소년정책 환경변화에 능동적 대처 미비, 각 부처에 산재한 청소년정책의 총괄·조정역할의 어려움 등의 문제를 지니고 있었다.

이에 따라, 2005년도에 청소년 육성정책과 보호정책을 통합하여 국가청소년위원회를 출범시켰으며, 종전의 지나치게 보편적인 활동정책의 한계를 극복하기 위해 구체적·개별적 정책을

개발하여 청소년복지정책의 영역을 개척·확장함으로써 청소년 활동, 복지, 보호의 3대 정책 영역을 정립시키기도 하였다.

그러나 사실상 정책대상이 동일함에도 불구하고 40여년간 아동과 청소년으로 분리되어 정책이 추진되었던 문제를 극복하기 위하여 새정부에서는 아동과 청소년 정책을 통합하여 “출생에서 자립”까지 생애 주기별로 적정한 서비스가 제공될 수 있는 능동적 복지체계를 구축하게 된 것이다.

그리고 기능적으로는 활동, 복지, 보호체계를 유지하면서 대상별로 생애주기별 특성에 맞춰 “영유아(6세미만)”를 대상으로는 건강증진, 보육지원 중심의 정책을, “아동(6~12세)”을 대상으로는 건강·안전, 기초학습, 활동기회 보장 정책을, “청소년(13~18세)”을 대상으로는 비행·일탈예방, 학력향상, 활동을 통한 잠재역량을 개발할 수 있는 지원정책을, “청년(19~24세)”을 대상으로는 취·창업 등 자립능력 지원 중심의 정책을 핵심적으로 추진하고 있다.

II 아동청소년의 권리와 참여 증진*

1. 아동청소년 권리·참여 정책의 형성

1991년 우리나라가 유엔아동권리협약(1989)에 가입하여 협약 당사국이 됨에 따라 요보호 아동청소년 대상의 아동청소년정책이 권리보장 관점에서 새롭게 출발하게 되었다. 이후 협약에서 명시된 차별금지 원칙과 아동 최선의 이익 원칙을 기본이념으로 규정하여 아동보호전문기관 설치·확대, 아동정책조정위원회 도입, 아동권리모니터링센터 설치 및 아동권리옴부즈퍼슨 운영 등 아동권리 증진을 위한 정책이 추진되었다.

또한 제2차 청소년육성5개년계획(1998~2002)을 계기로 ‘청소년 인권신장과 자율·참여’를 주요 정책이념으로 하는 획기적 정책패러다임의 전환을 이끌어 내면서, 사회구성원으로서 아동청소년의 시민권 보장을 위한 정책을 추진하기 시작하였다. 이에 따라 ‘청소년참여위원회’

*집필자 : 아동청소년권리과장 양동교

등 청소년 정책 참여기구가 구축되어 청소년이 정책에 직접 참여·평가하는 시스템을 갖추게 되었으며, 민주시민으로서의 자질향상을 위하여 자원봉사 활동도 적극 추진 중에 있다.

향후에는 유엔아동권리협약 제3·4차 국가보고서 작성, 아동청소년 권리지표 개발, 맞춤형 권리교육 교재 개발, 청소년특별회의 내실화, 자원봉사 영역 확대 등을 중점 추진할 계획이다.

2. 아동청소년 권리증진 정책

가. 청소년 권리정책 기본계획 수립

구)국가청소년위원회에서는 청소년 권리분야를 청소년정책의 새로운 의제로 설정하여 이를 체계적이고 합리적으로 추진하고자 인권전문가와 전문 연구기관의 참여를 통해 인권정책 방향과 과제를 설정하였다.

2005년 5월 청소년 인권 정책 기본방향에 대한 연구·자문을 위해 청소년인권 TF팀을 구성·운영하였으며, TF팀의 성과를 기초로 한국청소년정책연구원에서 ‘청소년인권정책 기본방향 연구’를 수행하여 중장기적 청소년인권정책 시행의 발판을 마련하였다. 이 과정에서 청소년 관련 부처 및 관련 전문가의 광범위한 참여를 통해 청소년과 일반 국민의 청소년 인권에 대한 의식을 강화하고 공감대를 확산하는 데 기여하였다.

나. 청소년인권환경 개선을 위한 4대 핵심과제 발굴 및 추진

2007년에는 청소년 권리환경 개선 추진을 위하여 우리 사회에서 빈번하게 발생하고 있는 권리침해 사례를 선정하고 이를 개선하기 위하여 학계·연구기관·청소년 단체 등 100명의 전문가 풀을 구성하여 정책델파이를 실시하였다.

그 결과 학원심야교습 시간, 수사상 인권침해, 학칙제정절차, 징계학칙 등을 청소년 권리보호 4대 기획과제로 선정하고 중점 검토하였다. 그 중 청소년 권리침해에 가장 심각한 영향을 미치는 학원심야교습 시간제한개선을 위하여 16개 시·도 교육청에 심야교습시간을 밤10시까지 제한해 청소년의 수면권, 건강권 등을 보장해줄 것을 요청하였다.

또한, 법조계·학계·청소년단체 전문가 등으로 구성된 청소년인권분과위원회는 분기별로

정기회의를 개최하여 청소년 권리보호 4대 기획과제에 대한 중점적인 검토를 통해 주요 정책에 대한 자문 및 대응활동을 수행하였다.

다. 청소년권리 조사연구 및 교육

중·고등학생의 권리침해 개선 방안을 마련하고자 국가인권위원회와 체결('06.7.18)한 '청소년 인권의 보호·증진을 위한 양해각서'에 근거하여 국가인권위원회와 공동으로 중·고등학생의 권리실태를 조사하였다.

또한, 원격교육 교재인 '사이버 민주시민 교육' 및 '자율적 참여 활성화를 위한 사이버 매뉴얼'을 개발·보급하였다. 본 교재는 청소년의 정책, 경제활동, 사회문화 분야 및 사이버 공간에서의 참여 등을 주제로 한 멀티미디어 콘텐츠이다. 청소년 정책참여기구의 청소년들을 대상으로 필수 교육 교재로 활용하는 등 청소년들의 참여역량을 강화하는데 지속적으로 활용하고 있다.

청소년들의 권리보장을 위한 과제 중 미결구금 상태에서의 청소년 권리보호 및 청소년 전문변호인 제도도입과 관련한 개선방안 도출을 위해 수사상 권리침해에 대한 조사연구를 시행하였다. 어려운 상황에 직면한 청소년들의 권리보장을 위한「소년사법절차에서의 청소년인권 보장 방안」연구를 통해 현행 미결구금제도 및 소년전담변호사제도의 실태 및 문제점, 선진국 제도에 대한 자료조사 등에 대해 중점 검토하였다.

라. 지역아동청소년권리센터 설립 추진

지역사회에서 아동청소년들의 권리침해에 대한 감시 기능이 미약하고, 아동청소년의 권리보호 시스템 부재로 아동청소년의 권리보장에 많은 문제점이 발생하고 있다. 정부는 아동청소년 권익침해사태에 적극 대응하고, 아동청소년의 권리에 대한 의식수준을 제고하기 위해 아동청소년권리센터를 설치·운영 할 계획이다.

2008년도에는 지역아동청소년권리센터 4개소를 우선 시범운영하고, 그 평가 결과에 따라 보다 구체적인 정책방향을 결정 할 예정이다. 지역아동청소년권리센터는 지역사회 아동청소년 및 전문가 모니터링 체계를 구축하여 포괄적인 감시기능을 수행하고, 아동청소년 권리침해 상담 및 권리의식 향상 교육·홍보 활동을 추진한다.

또한 지역사회 관련 민간단체 및 유관기관과 연계체계를 구축하여 체계적인 아동청소년 권리증진 업무를 수행한다.

3. 유엔 아동권리협약

국제사회는 아동의 권익향상을 위하여 유엔 아동권리협약(CRC ; Convention on the Rights of the Child)을 1990년 9월 2일 발효시켰으며 우리나라도 동 협약에 1991년 가입하였다. 협약은 아동을 권리의 주체로 인정하고 국가, 사회, 가정 모두가 아동에게 필요한 보호와 도움을 주며 아동의 인격발달과 복지증진을 위하여 특별한 배려를 제공하여야 함을 규정하고 있다. 우리나라는 협약 가입 이래 1994년과 2000년에 1차와 2차 국가보고서를 제출하였고, 1996년과 2003년에 유엔 아동권리위원회로부터 아동권리협약의 이행상황을 심의 받았다.

유엔아동권리위원회는 2차 보고서 심의(2003년)에서 2001년 국가인권위원회의 설립, 1997년 가정폭력처벌특별법 제정, 2000년 청소년보호법 제정 등 아동권리의 향상을 위한 대한민국정부의 노력을 높이 평가하였으나, 1차 보고서 심의(1996년)에 대한 권고사항이 제대로 이행되지 않은 점, 상설 아동권리조정기구가 설립되지 않은 점, 아동권리협약의 유보 조항에 대한 철회노력 부족, 시민사회와의 협력 부족, 아동권리협약에 대한 교육홍보의 미흡 등에 대해 우려를 표명하였다.

이러한 유엔아동권리위원회의 권고를 반영하여 법·제도적 개선을 통하여 국제적 수준에 준하는 아동의 권리를 신장하기 위한 다양한 노력을 전개하였다. 아동정책조정위원회의 구성을 통해 아동권리협약 국내이행수준을 점검하도록 하고 아동권리 침해사례를 실질적으로 조사하고 국내 아동권리신장을 위한 제도개선을 추진할 수 있도록 2006년 10월부터 한국보건사회연구원에 아동권리 모니터링센터를 시범 운영하고 있다.

또한, 아동전문가, 법조, 의료계 등 사회 각 분야의 전문가들로 구성된 아동옴브즈퍼슨 21명과 아동옴브즈키드 10명을 위촉하여 아동권리 모니터링 활동을 강화해 나가고 있으며 이러한 모니터링 활동성과를 평가하여 우리나라의 현실에 맞는 아동권리 모니터링 체계를 확립해 나가고 있는 상황이다.

한편, 아동권리협약에 대한 이해와 홍보가 부족한 점을 개선하기 위하여 2008년도부터 3년간 아동권리 교육교재 개발, 교육커리큘럼 신설, 교육인력 풀 등을 추진하고, 매년 청소년특별회의 및 아동 총회를 개최하고, 아동권리주간을 운영하는 등 아동권리협약에 대한 홍보활동도 강화해 나가고 있다.

아울러, 아동학대문제에 대응하여 아동보호전문기관을 전국 44곳으로 확대하는 한편, 아동 학대 신고의무자에 대한 교육을 강화하여 아동학대를 사전에 예방하기 위한 노력을 기울이고 있다. 그 외 2007년 민법을 개정하여 혼인동의 연령을 18세 미만으로 조정하였고, 협약 비준 당시 유보하였던 부모면접교섭권에 대한 철회절차를 추진하고 있다.

한편 2002년 유엔총회에서 유엔아동권리협약과 관련하여 2개의 선택의정서인 ‘아동의 무력분쟁 참여에 관한 선택의정서’, ‘아동매매, 매춘, 포르노그래피에 관한 선택의정서’를 채택하였고, 우리나라는 2004년 9월 24일 선택의정서를 비준하였다. 그리고 선택의정서 이행에 대한 국가보고서를 2007년 3월 9일에 제출하고, 2008년 5월 23일 심의를 받았다.

유엔아동권리위원회는 ‘아동의 무력분쟁 참여에 관한 선택의정서’ 심의에서 현역병 지원 입대 연령을 17세에서 18세 이상으로 상향조정한 병역법 개정(2004년)과 18세 미만의 아동이 무력분쟁에 참여하게 한 공군규정을 개정(2005년)한 점을 높이 평가하였으나, 해외 평화유지 인력과 망명·난민아동 관련 집단에 대한 협약 홍보 및 교육, 소형무기 거래를 금지하는 법률 제정 등을 권고하였다.

또한 ‘아동매매, 매춘, 포르노그래피에 관한 선택의정서’ 심의에서는 ‘청소년의성보호에 관한법률’, ‘성매매방지및피해자보호등에관한법률’ 등 성보호 관련 법률의 제·개정, 혼인가능 연령을 18세로 높인 민법 개정, 청소년 유해환경 종합대책 추진, 아동권리모니터링센터 설립 등을 높이 평가하였으나, 체계적인 자료 수집 및 분석체계 구축, 선택의정서의 조항과 국내 법률의 조화를 위한 조치, 경찰·검사·판사·의료진 등 전문가 집단에 대한 권리교육 교재 및 과정 개발, 입양허가제 유보조항 철회 및 헤이그협약 비준, 아동상담전화 통합 등을 권고하였다.

한편, 제3·4차 유엔아동권리협약 국가보고서를 작성하여 2008.12.19까지 제출해야 한다. 이번 보고서와 향후 심의를 통하여 2003년 유엔아동권리위원회의 권고의견 및 협약 전반에 대한 우리나라 이행상황에 대한 그간의 노력을 평가 받고, 향후 아동청소년 정책의 새로운 방향과 기준을 재설정할 수 있는 계기가 될 것으로 보고 있다.

4. 아동보호전문기관 설치·운영

정부는 아동학대 문제에 본격적으로 관심을 가지고 2000년 1월 아동복지법을 개정하여 아동보호전문기관의 설치를 위한 법적 근거를 마련하고, 2000년 10월에 전국 16개 시·도에 17개소의 「거점아동보호전문기관」을 설치하고, 2001년 10월에는 중앙아동보호전문기관을 설치하여 아동학대예방사업의 체계를 갖추었다.

2004년부터는 소규모센터 23개소를 추가로 설치·운영함으로써 아동학대에 대한 접근성을 높였다. 또한 2004년 복권기금을 확보하여 아동학대예방부터 치료·보호 및 가정복지까지 종합적인 행정서비스를 제공하는 「아동보호종합센터」를 시·도별 1개소씩 설치하였다. 아동보호종합센터에는 학대받는 아동을 위한 치료실, 놀이실 등은 물론 보호시설까지 갖추어 아동보호를 위한 전체적 기능을 수행토록 하고 있다.(2007년 현재 전국 44개소 설치)

현재, 보건복지콜센터(129)와 함께 아동보호전문기관에서는 4회선씩 아동학대 신고전화(1577-1391)를 설치하여 24시간 운영하고 있으며, 전문상담원을 배치하고 있다. 아동보호전문기관은 신고를 받고 현장에 출동하여 학대사태에 대한 조사를 하고, 학대 상황이 심각한 경우 아동을 일시보호시설에 격리·보호 하는 등의 조치를 취하며, 학대피해아동 및 학대행위자(가족)에게 상담, 교육 등 적절한 서비스를 제공하여 학대의 재발방지를 도모한다.

아동보호전문기관 설치 후 현재까지(2000. 10월~2007. 12월) 아동학대 유형별 실태를 살펴보면 다음 표와 같다.

〈표 2-4-50〉 아동학대 유형별 실태

(단위 : 건)

연 도	계	신체학대	정서학대	성학대	방 임	유 기	중복학대
2000. 10~12	464	180	30	23	205	26	-
2001	2,105	476	114	86	672	134	623
2002	2,478	254	184	65	814	212	949
2003	2,921	347	207	134	965	113	1,155
2004	3,891	364	350	177	1,367	125	1,508
2005	4,633	423	512	206	1,635	147	1,710
2006	5,202	439	604	249	2,035	76	1,799
2007	5,581	473	589	266	2,107	59	2,087

2007년 한 해 동안 아동학대 신고전화를 통해 접수된 건수는 총 9,478건이며, 이중 7,083건 (74.7%)이 아동학대 신고전화였고 나머지는 일반 상담전화였다.

아동학대 신고전화 중 아동보호전문기관이 개입하여 조사한 결과 5,581건이 아동학대사례로 판정되었다. 아동학대의 유형은 방임이 가장 많은 37.7%였고 중복학대 37.4%, 정서학대 10.6%, 신체학대 8.5%, 성학대 4.8%, 유기 1.0%로 나타났다.

2007년도 통계의 경우 학대행위자의 81.1%는 부모이다. 이들 부모에 대한 적절한 서비스가 제공되지 않으면 학대행위가 재발될 우려가 있다고 할 수 있다. 그러나 학대행위자에 대하여 상담, 교육 등을 실시할 수 있는 전문 인력과 체계가 미흡하고 또한 학대행위자가 의무적으로 상담, 교육 등에 참여토록 하는 법적 강제조치가 없는 실정이다.

향후 정부는 아동보호전문기관의 조직과 전문 인력을 점진적으로 확충하여 체계적이고 전문적인 서비스를 제공할 예정이다.

또한 아동학대행위자가 의무적으로 상담, 교육 등 전문서비스를 받도록 하는 제도 도입을 추진하고 있으며, 아동학대에 대한 국민적 인식개선을 위한 홍보활동을 강화하여 아동의 건전한 육성을 도모해 나아갈 것이다.

5. 아동청소년의 정책 참여 기반 확대

가. 청소년참여위원회

‘청소년참여위원회’는 청소년정책의 형성·집행·평가 과정에 청소년이 주체적으로 참여할 수 있도록 제도화함으로써 청소년 친화적 정책을 구현하고 청소년의 권익증진을 도모하기 위해 설치·운영중인 청소년 참여기구이다. 청소년참여위원회는 ’98년 ‘제2차 청소년육성 5개년계획’의 세부사업으로 제시되면서 시작되어, ’98년 11월 문화관광부 ‘청소년위원회’가 설치된 이후 전국의 지방자치단체로 확대되었다.

청소년참여위원회 설치현황을 살펴보면, 지방자치단체의 경우 특별시·광역시·도 및 시·군·구(자치구)에 총 146개가 설치되어 운영 중에 있다(〈표2-4-51〉 참조). 각 지방자치단체마다 청소년자치위원회, 청소년회의, 차세대 위원회 등의 명칭으로 약 2,800여명의 청소년이 활동하고 있으며, 운영예산은 16개 시·도에 매년 5백만원(국비 2.5, 지방비 2.5)이 지원되었고 ’08년도부터는 시·군·구에도 지원하고 있다.

한편, 보건복지가족부 청소년참여위원회는 ’05년도에 청소년보호위원회와 문화관광부 청소년국이 국가청소년위원회로 통합·발족되면서 ‘청소년참여분과위원회’(’01년, 청소년보호위원회)와 ‘청소년위원회’(’98년, 문화관광부)가 통합되어 만들어졌으며, 매년 초 공개모집을 통해 선발하여 운영하고 있다.

〈표 2-4-51〉 시·도별 청소년참여위원회 설치 현황

계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
146	4	2	2	9	2	1	5	31	17	5	17	1	12	22	15	1

※ 자료 : 보건복지가족부(2007. 9월)

나. 청소년운영위원회

전국의 생활권 청소년수련시설(청소년수련관, 청소년문화의집)에서는 시설의 사업 및 프로그램 운영과 관련된 의사결정 과정에 청소년의 참여를 보장하고 청소년의 욕구와 의견을 반영한 시설이 되도록 하기 위하여 청소년들로 구성된 ‘청소년운영위원회’를 설치·운영하고 있다.

청소년운영위원회는 '98년 '청소년육성 5개년계획' 에서 청소년의 자율·참여를 기조로 청소년정책이 변화함에 따라 '00년 노원청소년수련관의 '청소년위원회', 중랑청소년수련관의 '21세기 청소년위원회' 등을 출범시켰고, 이후 청소년활동진흥법('04년 제정)에 법적 근거가 마련되면서 급속도로 확산되었다.

'07년 9월 현재, 전국 16개 시·도의 317개 생활권 수련시설 중에서 250개의 시설에 청소년운영위원회가 설치·운영되고 있다.(〈표2-4-52〉 참조). 위원회 구성은 10인에서 20인 이내의 청소년으로 구성되며, 위원의 임기는 1년이다.(청소년활동진흥법 시행령 제4조). 현재 약 3,300명의 청소년이 참여하여 정기회의, 시설운영과정 및 토론회 개최 활동을 하고 있으며, 청소년참여위원회에 비해 전담 지도자 배치 및 시설내 전용공간 확보 등으로 전반적인 활동이 활성화되어 있는 편이다.

〈표 2-4-52〉 전국 청소년운영위원회 설치 현황

계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
250	40	13	8	10	6	11	6	46	24	13	10	16	6	10	15	16

※ 자료 : 보건복지가족부(2007. 9월)

다. 청소년특별회의

청소년특별회의는 청소년기본법 제12조에 의거 16개 시·도 청소년 및 청소년전문가들이 토론과 활동을 통해 청소년의 시각에서 청소년이 바라는 정책과제를 발굴하고, 정부에 건의하여 정책화하는 청소년 참여기구이다.

청소년특별회의는 '02년 월드컵을 계기로 청소년들의 사회참여가 확대되고, 미국의 백악관 회의와 비슷한 제도적 틀이 필요하다는 청소년계의 여론 형성과 함께 제16대 대선에서 청소년 정책 공약으로 채택되면서 본격적으로 추진되었다. 이후 '04년 시범사업을 거쳐, '05년 청소년기본법에 근거규정이 마련되면서 매년 정기적으로 개최되고 있다.

청소년참여위원회나 청소년운영위원회가 자치단체 또는 청소년시설 중심의 지역 규모의 참여기구인데 반해 청소년특별회의는 전국의 청소년들이 동일한 정책의제로 함께 참여하는 전국 규모의 참여기구라 할 수 있다.

청소년특별회의는 중앙과 지방에서 공개모집과 추천을 통해 선발된 청소년과 청소년 전문가로 구성되며, 이들은 출범식 등에서 정해진 정책의제에 따라 지역별로 수개월에 걸친 토론과 워크숍, 캠페인 등을 통해 세부정책과제를 선정한 후 본회의에서 이를 최종적으로 정부에 보고·건의한다.

'07년에는 전체 590명(청소년 509명, 전문가 81명)이 참여하여 5~9월까지 16개 시·도 지역회의별 논의 활동을 거쳐 98개의 정책과제가 본회의에 상정되었고, 정책의제는 향후 5년간 청소년정책의 근간을 형성하는 제4차 청소년정책기본계획('08~'12년)이 수립되는 해임을 감안하여 별도로 정책의제를 정하지 않고 제4차 청소년정책기본계획에 반영할 정책제안으로 대신하였다.

라. 아동총회

아동총회는 '02년 UN 아동특별총회에 참석하고 돌아온 우리나라 아동대표들이 외국아동들의 활발한 참여 동향을 접한 후 아동총회 개최를 요구하여 이를 정부와 민간이 받아들여 '04년부터 매년 개최되고 있다. 아동총회에서 전국의 아동대표들은 아동과 관련된 문제들에 대해 토론하고 그 결과를 정부에 건의하게 된다.

청소년특별회의의 참가자가 주로 고등학생과 대학생인 데 반해 아동총회는 초등학교 고학년이나 중학교 저학년 위주로 참여하고 있다.

'07년도에는 아동권리 수호천사 응모를 통해 선발된 100명과 16개 시·도 및 아동단체 추천 등으로 구성된 50명 등 총 150명의 아동대표들이 참가하여 “아동폭력 없는 행복한 세상”을 주제로 결의문을 채택 정부에 전달하였다.

6. 청소년 자원봉사활동

가. 청소년 자원봉사활동 추진체계

정부는 청소년 자원봉사를 제도적으로 뒷받침하기 위해 중앙에는 ‘한국청소년자원봉사센터’(1996.6.27)를, 지방에는 전국 16개 시·도에 1996년(인천광역시청소년자원봉사센터)부터 1999년(서울특별시청소년자원봉사센터)까지 16개 시·도청소년자원봉사센터를 설치·운영하여 시행 12년째에 이르고 있다.('06. 7월 명칭변경 : 지방청소년활동진흥센터)

한국청소년진흥센터는 우리나라 청소년 자원봉사 진흥을 위한 기초조사와 정책연구를 수행하고, 자원봉사활동 프로그램 개발·보급, 청소년과 자원봉사활동 지도자들을 위한 교재개발 및 자원봉사활동에 대한 체계적인 정보제공을 위한 정보망 구축 등의 기능을 수행하고 있다. 한편, 16개 시·도 청소년활동진흥센터는 청소년 자원봉사활동 수급연계 및 정보제공, 청소년자원봉사 활동 터전개발 및 인증관리, 관련 기관간의 협조 체제 구축 등의 역할을 담당하고 있다.

〈표 2-4-53〉 각 지방청소년활동진흥센터별 운영 현황

지방센터명(개소 일자)	운영방식	위탁 단체명(운영주체)
서울(1999. 5.26)	위탁운영	한국청소년서울연맹
부산(1996. 4.17)	"	부산청소년단체협의회
대구(1996. 7.16)	시출연 법인	대구시청소년지원센터
인천(1996. 3.15)	위탁운영	가천미추홀청소년봉사단
광주(1996. 3.16)	"	흥사단 광주지부
대전(1996. 3.20)	"	대한불교청소년교화연합회 대전지부
울산(1998. 7.08)	"	울산청소년단체협의회
경기(1997. 10.16)	"	한국스카우트 경기남부연맹
강원(1997. 9.01)	"	천주교 원주교구
충북(1997. 7.01)	직 영	충북도청
충남(1997. 12.06)	도출연 법인	충남청소년육성센터
전북(1997. 10.31)	위탁운영	전북청소년단체협의회
전남(1997. 10.15)	"	목포YMCA지부
경북(1997. 12.09)	"	경상북도 청소년수련관
경남(1997. 9.30)	도출연 법인	(재)경상남도청소년종합지원본부
제주(1997. 9.09)	위탁운영	(재)성지문화재단

※ 자료 : 보건복지가족부 내부자료

나. 청소년 자원봉사활동 추진현황

(1) 청소년 자원봉사 협력학교 운영

청소년 자원봉사 협력학교는 지역 내 초·중·고교의 전교생 또는 학년, 학급 및 동아리 단위를 중심으로 운영한다. 학교중심의 봉사활동 운영을 통한 봉사활동거리 개발·공유, 학교와 지방 센터간의 유기적인 협조체제 구축 및 봉사활동 활성화, 봉사활동 개발 프로그램 시범 적용을 통한 우수 프로그램 개발이 주요 목적이다.

봉사활동 협력학교로 지정된 학교와 지방센터 간에 협정을 체결하고, 지정된 협력학교에서는 사업계획에 의한 봉사활동을 실시한다. 아울러 지방센터에서는 교사, 학급 동아리 대표자에 대한 사전 봉사활동 프로그램 교육을 실시하며 봉사활동 프로그램 보급·지도·안전보험가입 및 활동경비 등을 지원한다.

(2) 청소년 해외봉사단 운영

자원봉사활동을 통한 청소년들의 인성함양을 제고하고 대상국 청소년과 우리나라 청소년의 만남을 통한 상대방 문화 이해 및 우정을 증진하고 아울러 사회 공동체적 삶의 의미와 책임의식 체득을 위한 사회참여 현장을 해외로 확대하고자 구)국가청소년위원회에서는 청소년 해외봉사단 파견사업을 2002년부터 시작하였다.

2007년에는 한-아세안 FTA 발효(2007. 6. 1) 등 아세안 국가에 대한 관심과 중요도가 높아짐에 따라 ASEAN회원국 중 최빈국인 캄보디아·라오스 2개국을 선정하였다.

〈표 2-4-54〉 연도별 해외봉사단 파견지역 및 파견형태

연 도	파견지역(국)	파견형태	비 고
2002	프랑스, 스위스, 이탈리아, 중국, 홍콩, 대만, 호주(7개국)	14개 지방센터에서 월드컵청소년 홍보단으로 개별파견(130명)	최초 파견 사업 시작
2003	몽골, 중국, 태국, 일본, 필리핀, 베트남(6개국)	15개 지방센터에서 센터별 자체 편성을 통해 개별파견(269명)	
2004	카자흐스탄, 러시아(하바로 프스크), 몽골(3개국)	‘고려인 돕기 봉사활동’ 주제로 중앙센터의 조정에 의해 개별파견(162명)	
2005	스리랑카	쓰나미 피해지원봉사단으로 16개 지방센터에서 통합파견(176명)	구)국가청소년위원회 주최
2006	러시아 연해주(빠르티잔스크)	고려인돕기 봉사활동으로 16개 지방센터에서 통합파견(174명)	“
2007	캄보디아, 라오스	현지 봉사활동으로 16개 지방센터에서 통합 파견(183명)	

※ 자료 : 보건복지가족부 내부자료

2007년에는 2007. 10. 31~11. 8까지 8박 9일 일정으로 청소년 144명, 청소년 지도사 17명, 간호사 7명, 방송촬영, 사진작가 등 총 183명이 참가하여 캄보디아, 라오스 2개국 7개 지역에서 분산 파견하여 봉사활동을 하였다.

(3) 청소년 봉사활동 대축제

우수 청소년 자원봉사자 및 지도자를 발굴·시상함으로써 청소년 자원봉사활동의 범국민적 공감대 형성 및 참여 동기를 부여하고자 각 지방청소년활동진흥센터에서는 매년 청소년봉사활동 대축제를 10월부터 12월에 걸쳐 진행하는 바, 2007년도는 제9회째를 맞이했다.

참가부문은 청소년 개인, 단체(동아리) 및 지도자·지도교사 등으로 구분되며, 봉사활동 사례를 추천 및 공모·심사 후 부문별로 우수봉사자에 대한 시상과 함께 우수 사례 발표, 동아리 박람회, 어울림 한마당 등 축하공연도 함께 어우러짐으로써 지역축제로 거듭나고 있다.

이와 같이 지역별 축제행사를 통해 지역사회청소년봉사활동을 더욱 활성화시키는 기폭제 역할을 할 것으로 전망되며, 아울러 봉사활동을 통한 청소년의 지역사회 공헌에 대한 사회인식 제고와 참여도 증진에 크게 기여할 것으로 기대된다.

III 아동청소년의 활동지원*

1. 아동·청소년 방과후 활동

가. 지역아동센터 운영

지역아동센터는 1985년부터 도시의 빈곤밀집 지역과 농산어촌을 중심으로 지역사회안에서 안전한 보호를 받지 못하는 아동들을 위한 ‘공부방’ 활동을 중심으로 생겨나기 시작하였다. IMF 이후 결식아동의 증가와 가정의 경제적 어려움과 가정해체 등 사회현상과 맞물려 무료급식 기관으로 증가하게 되었으며 이후 더욱 심화되는 빈곤아동 및 다양한 가족아동의 증가로 인해 지역사회안에서 안전한 아동보호를 위해 ‘지역아동센터’로 법제화 되는 과정을 거쳐 공적 전달

*집필자 : 아동청소년역량개발과장 신현두

체계로서의 모습을 가지게 되었다. 지역아동센터는 민간의 ‘공부방’ 활동이 법제화의 뿌리를 두어 제도화된 형태로서 지역아동센터가 생겨나 지역사회 안에서 아동의 건강한 성장 뿐 아니라 가족 기능을 강화하며 아동의 통합적 복지서비스를 제공하는 역할과 기능을 담당하고 있다.

2003년 12월 19일 아동복지법 제 16조 제11호 “지역아동센터”가 아동복지시설로 아동복지법 재개정이 확정되어 법적지원근거를 마련하여 자생적으로 생겨나 지역사회 빈곤아동의 복지 서비스를 담당했던 민간 시설을 법적 제도적 장치를 통해 지원이 시작되었다.

〈표 2-4-55〉 연도별 지역아동센터 지원현황 규모

구 분	2004	2005	2006	2007	2008
지원 개소	244	500	902	1,800	2,088
지원단가 (만원/월, 개소)	67	200	200	200	220

※ 자료 : 보건복지가족부(2008.4.31)

(1) 서비스내용

지역사회 아동 보호, 학습지도, 문화체험, 부모상담 및 정서지원, 지역사회연계 등의 통합적 복지서비스 제공

프로그램명	내 용
보호프로그램	• 빈곤 위기 · 방임 아동보호, 일상생활지도, 급식제공, 위생지도 등
교육프로그램	• 숙제지도, 기초학습 부진아동 특별지도, 경제교육, 예체능교육, 독서지도 등
건전한 놀이와 오락	• 문화체험, 견학, 캠프, 공동체 활동, 특기적성, 예술치료 등
보호자와 지역사회 연계	• 가정방문, 상담 · 정서적지지, 부모 · 가족 상담, 후원자 연계, 지역사회내 인적 · 물적 자원 연계, 사례관리 등

(2) 시설운영

(단위 : 개소, %)

구 분	계	개 인	종 교 단 체	사회복지 법 인	재 단 법 인	사 단 법 인	시 민 단 체	지자체	기 타
시설수 (비율)	2,618 (100)	1,085 (41.4)	861 (32.9)	267 (10.2)	146 (5.6)	111 (4.2)	80 (3.1)	4 (0.2)	64 (2.4)

※ 자료 : 보건복지가족부(2008.6.30)

(3) 이용아동

(가) 연령별 현황

(단위 : 명, %)

계	미취학	초등학생 저학년	초등학생 고학년	중학생	고등학생	탈학교 등
76,229명	4,127 (5.4)	32,867 (43.1)	28,177 (36.9)	9,224 (12.1)	1,413 (1.9)	421 (0.6)

※ 자료 : 보건복지가족부(2008.6.30)

(나) 소득계층별 현황

구 분	계	기초생활 수급자 아동	차상위 계층 아동	일 반 아 동		
				소 계	학교급식 지원 대 상	학교급식비 미 지원대상
인원(명)	76,229	21,704	30,785	21,328	10,191	13,549
비율(%)	100.0	28.5	40.3	31.3	13.4	17.8

※ 자료 : 보건복지가족부(2008.6.30 현재)

나. 청소년 방과후 아카데미 운영

청소년방과후아카데미는 저소득·맞벌이·한부모 등 취약계층 가정의 방과후 홀로 시간을 보내는 청소년들에 대하여 학습능력 배양·체험활동·급식·건강관리·상담 등 종합 학습 지원 및 복지·보호를 통해 청소년들의 건전한 성장을 지원하고, 중앙정부와 지방정부 및 학교와 가정·지역사회가 연계하여 공교육을 보완하는 방과 후 활동을 통해 공적 서비스 기능을 강화하고, 2005년부터 전국적으로 시행된 주5일 수업제 시행에 따른 다양한 복지적 서비스를 제공하여 계층간 격차 완화 및 사회통합을 실현하기 위한 목적으로 국가에서 사업을 추진하게 되었다.

이와 같이, 방과후 청소년의 삶의 문제로 첫째, 맞벌이부모의 증가로 인한 나 홀로 청소년 증대(청소년방치), 둘째, 이혼 등 가정해체 증가로 인한 청소년생활환경의 열악, 셋째, 국내 가정의 사교육비의 증가를 통한 가계부담, 마지막으로 방과후지원 사회공공서비스의 한계성 등을 요인으로 하고 있다. 이에 대한 정책적 대안이 시급한 상황임을 알 수 있다. 이러한 모든

점들을 고려한 새로운 청소년들을 대상으로 한 새로운 방과후활동지원 정책사업으로 청소년 방과후아카데미가 개발되어 현재까지 운영('05년 46개소, '06년 100개소, '07년 150개소, '08년 190개소)되고 있다.

〈표 2-4-56〉 청소년방과후아카데미 운영모델

구 분	초등 (4~6학년)			중등 (1~2학년)		
	일 반 형	지 원 형	혼 합 형	일 반 형	지 원 형	혼 합 형
수련시설(A형)	A-1모형	A-2모형	A-3모형	A-4모형	A-5모형	A-6모형
지역사회(B형)	B-1모형	B-2모형	B-3모형	B-4모형	B-5모형	B-6모형

다. 청소년공부방 운영

청소년 공부방 운영은 국가와 지방자치단체가 공동으로(50% : 50%) 운영하고 있으며 2007년도 현재 343개소가 운영되고 있다. 청소년 공부방 유형은 학습할 수 있는 공간만 제공하는 '가' 형과 학습공간 제공 외에 학습지원 프로그램을 운영하는 '나' 형의 공부방이 있다. '가' 형의 공부방은 열람실(도서·정보실 등 포함) 좌석 수 30석 이상을 확보하여야 하며 사무실(상담실 겸함), 도서·정보실, 화장실, 기타 이용시설을 갖추되 모두 합한 면적이 전용면적 66㎡(20 평) 이상이어야 한다.

종사자로는 관장 1인, 관리인(행정원) 1인 이상을 두며, 자원봉사자를 두어 업무를 보조하게 할 수 있다. '나' 형 공부방은 열람실(도서·정보실, 프로그램실 등 포함)좌석 수 50석 이상을 확보하여야 사무실(상담실 겸함), 도서·정보실, 학습지도실 또는 다목적 프로그램실, 화장실, 기타 이용시설을 갖추되 모두 합한 면적이 전용면적 132㎡(40평) 이상이어야 한다. 종사자는 관장 1인, 지도교사 1인, 관리인(행정원) 1인 이상을 두며 자원봉사자를 두어 업무를 보조하게 할 수 있다.

〈표 2-4-57〉 시·도별 청소년 공부방 운영 현황

(단위 : 개소)

구분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
2006	327	0	37	22	12	16	14	4	26	29	34	0	16	16	28	49	25
2007	343	0	37	19	27	16	13	4	25	2	34	0	17	20	28	50	26

※ 자료 : 보건복지가족부(2007.12.31)

2. 청소년문화활동

가. 청소년의 여가·문화활동 실태

청소년 문화활동은 청소년활동진흥법 제2조(정의)에 따라 청소년이 예술활동·스포츠 활동·동아리활동·봉사활동 등을 통하여 문화적 감성과 더불어 살아가는 능력을 함양하는 체험활동이다.

이러한 문화 활동은 주5일 수업제 확대 실시에 따라 늘어나는 청소년들의 여가 활용과 입시 위주의 공교육에서 충분히 지원하지 못하는 체험활동을 강화함으로써 공교육을 보완하는 중요한 기능을 한다고 할 수 있다. 청소년 봉사활동 분야를 제외하고 예술활동·스포츠 활동, 다양한 공연 및 비공연 동아리활동, 청소년 문화존 등이 청소년의 문화활동에 포함된다.

나. 청소년 동아리 활동

청소년은 동아리 활동을 통해 교우관계를 넓히고 수업시간에 미처 하지 못한 다양한 취미 활동을 함으로써 건전한 인성을 계발하고 있다. 이러한 동아리 활동의 활성화를 위해 보건복지가족부는 전국 시·도별 청소년시설 및 각 급 학교(초·중·고·대학교)의 동아리 활동을 적극적으로 지원하고 있다.

〈표 2-4-58〉 전국 시·도별 동아리 특성화 분야

지 역	특성화 분야	지 역	특성화 분야
서 울	댄스스포츠	충청북도	택 건
부산광역시	영 상	충청남도	환 경
대구광역시	문 학	전라북도	과 학 연 극
인천광역시	로 봇 제 작	전라남도	밴 드
광주광역시	인터넷방송	경상북도	공 예
대전광역시	전 통 문 화	경상남도	뮤 지 컬
울산광역시	힙 합 댄 스	강 원 도	그 룹 사 운 드
경 기 도	무 선 국	제 주 도	오케스트라

※ 자료 : 보건복지가족부(2007.12.31)

학교 및 시설의 동아리 활성화를 위하여 인근 청소년수련 시설과 연계하여 지도자를 파견하거나 활동 장소를 제공하였다.

2007년의 경우 180개 청소년시설의 동아리가 지원을 받았으며 전국 초·중·고 526개 동아리가 혜택을 받았다. 2007년 5월에는 청소년의 달을 맞이하여 한강청소년동아리 문화축제를 열어 청소년들에게 꿈과 희망을 심어주고, 전국 7개 권역에서의 동아리문화마당 개최 및 대한민국청소년동아리경진대회 등 다양한 동아리활동을 통하여 동아리문화 확산과 새로운 청소년문화 형성 및 발전에 기여하였다.

〈표 2-4-59〉 2007년 전국 청소년시설 및 각급 학교 동아리 지원 현황

구 분	청소년시설		각급학교(초, 중, 고)	
	시 설 수	지원 동아리	학 교 수	지원 동아리
서 울	28	33	1,230	112
부 산	9	11	597	37
경 기	27	30	1,911	108
경 남	12	14	932	34
경 북	5	6	986	27
대 구	4	5	410	31
전 남	8	9	856	19
전 북	15	18	758	19
충 남	6	7	740	20
충 북	3	3	455	15
강 원	6	7	641	14
광 주	5	6	274	19
인 천	7	8	432	30
대 전	6	7	272	19
울 산	5	6	205	15
제 주	10	12	222	7
합 계	156	182	10,921	526

※ 자료 : 보건복지가족부(2007.12.31)

다. 청소년 문화존

청소년 문화존은 주5일 수업제의 확대 실시에 따라 늘어나는 청소년의 방과후 시간대에 청소년들 스스로 전국의 광역 생활권 주변에서 쉽고 다양하게 문화향수, 문화감성, 문화창조 등

다양한 체험활동을 제공할 목적으로 추진되었다. 2004년 및 2005년은 8개 광역시도에서 운영되었고, 2006년부터 11개 시도로 확대되어 2007현재 총사업비 36억원 규모로 운영되고 있다.

3. 청소년 수련활동과 인증제

수련활동이 청소년의 균형 있는 성장에 기여할 수 있도록 그 내용과 수준을 향상시키기 위하여 보건복지가족부에서는 청소년수련활동인증제를 시행하고 있다.

이 제도는 청소년수련활동 프로그램이 청소년의 발달특성과 요구의 반영 여부, 지도자의 전문성, 활동장소의 위생과 안전, 참여활동의 기록관리 등 일정한 기준을 충족하면 국가가 공적으로 인증하고, 인증수련활동에 참여한 청소년의 활동 기록을 유지·관리·제공하는 제도로서 2008년 6월 현재 493개의 청소년수련활동을 인증하였다.

4. 청소년시설

가. 청소년 활동시설

청소년활동진흥법 제10조에서는 청소년활동시설의 종류를 청소년수련시설과 청소년이용시설로 구분하고 있다. 국가와 지방자치단체는 물론 법인, 단체 또는 개인 등 민간분야도 활동시설의 설치와 운영이 가능하지만, 민간의 경우에는 시·군·구청장의 허가를 받아야 한다.

[그림 2-4-8] 청소년활동시설의 종류



나. 청소년수련시설

청소년수련시설은 수련활동에 필요한 여러 시설, 설비, 프로그램 등을 갖추고 청소년지도자의 지도하에 체계적이고 조직적인 수련활동을 실시하는 시설을 말한다.

청소년수련시설은 기능이나 수련거리 및 입지적 여건 등에 따라 다양한 유형으로 구분된다. 이전에는 생활권 수련시설(청소년수련관, 청소년문화의집), 자연권 수련시설(청소년수련원, 청소년야영장), 그리고 유스호스텔로 구분되어 왔으나, 2005년부터 청소년수련관, 청소년수련원, 청소년문화의집, 청소년특화시설, 청소년야영장, 유스호스텔로 구분된다.

1992년 이전에는 수련시설이 150여개에 불과하였지만 매년 지속적으로 증가하여 2007년 12월 현재 810여개의 시설이 설치되어 있다.

〈표 2-4-60〉 청소년수련시설 현황

(단위 : 개소)

구 분	총 계	수련관	문화의집	수련원	야영장	유스호스텔	특화시설	교육청시설
계	810	143	198	176	43	102	6	142
공 공	546	139	189	43	22	11	6	142
민 간	264	4	9	133	21	91	0	0

※ 자료 : 보건복지가족부

[국립청소년시설(2개) : 중앙수련원(충청남도 천안시) / 평창수련원(강원도 평창군), 2007.12.31]

다. 청소년이용시설

(1) 청소년이용시설 개념과 유형

청소년이용시설은 청소년수련시설이 아닌 시설이지만, 설치 목적의 범위 내에서 청소년활동 실시와 청소년의 건전한 이용 등에 제공할 수 있는 시설을 의미한다. 시장·군수·구청장은 청소년이용시설 중 청소년지도사를 배치한 시설에 대하여는 청소년이용권장시설로 지정하여 다른 청소년이용시설에 우선하여 지원할 수 있다.

(2) 청소년이용시설 종류

- ① 문화시설, ② 과학관, ③ 체육시설, ④ 평생교육시설, ⑤ 자연휴양림
- ⑥ 수목원, ⑦ 사회복지관 등

5. 청소년지도사

가. 청소년지도사 제도

청소년 수련활동현장에서 각종 활동을 바르게 이끌어 줄 자질과 기능을 갖춘 전문 지도인력의 양성을 목적으로 1993년 국가공인자격으로 청소년지도사 제도가 도입되었으며, 2004년부터는 청소년활동·복지·보호 등 폭넓은 분야에서 청소년 육성을 담당하고 있다.

나. 청소년지도사 자격 및 역할

청소년지도사는 1, 2, 3급으로 구분되며, 청소년 관련분야의 경력·기타 자격을 갖춘 자로서 자격 검정에 합격하고 소정의 연수를 마친 자에게 국가자격이 부여된다.

청소년지도사는 청소년 활동 지도, 청소년 활동 프로그램 개발, 운영 및 평가, 청소년 문제 상담, 청소년 보호 및 복지, 지역사회 내 단체·기관과의 네트워크 형성 등의 업무를 수행한다.

다. 청소년지도사 양성 및 배치

청소년지도사 양성계획에 따라 2007년까지 1급 청소년지도사 1,266명, 2급 청소년지도사 8,262명, 3급 청소년지도사 5,287명 등 총 14,815명의 국가공인 청소년지도사가 배출되었으며 연도별 지도사 양성현황은 <표 2-4-61>과 같다.

〈표 2-4-61〉 청소년지도사 양성 현황

연도 급수	계	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
계	14,815	713	708	715	341	635	593	868	988	1,583	1,429	1,370	1,317	1,392	1,248	915
1급	1,266	-	96	101	47	131	120	128	113	97	117	90	74	31	90	31
2급	8,262	485	375	361	193	314	280	530	585	990	837	700	663	456	792	701
3급	5,287	228	237	253	101	190	193	210	290	496	475	580	580	905	366	183

※ 자료 : 보건복지가족부(2007.12.31)

청소년수련관, 수련원, 유스호스텔 등 청소년수련시설 및 청소년단체에 주로 배치되는 청소년 지도사는 2007.3현재 634개 수련시설·단체에 1,941명이 배치되어 있다.

6. 청소년단체

광의적 의미의 청소년단체는 청소년이 청소년간의 상호작용을 통해 개인적인 성장을 이룩하는 동시에 미래의 건전한 사회일원으로 성장하는데 필요한 태도와 능력을 키울 수 있는 사회단체를 총칭한다. 2007년 현재 약 350여개의 청소년단체가 국내에서 활동 중이며, 청소년 단체간의 정보교환 및 상호협력을 도모하고 청소년 관련 행정부처와 유관 사회단체, 각급학교, 그리고 세계의 청소년기구와 연계적인 협력체계를 구축하는 기능을 수행하는 한국청소년단체협의회(약칭 : 청협)가 중심적 역할을 담당하고 있다.

우리나라는 지난 1960년대부터 청소년단체활동이 활발히 추진되었으며 1965년도에 창립한 한국청소년단체협의회가 청소년단체활동의 구심적 역할을 수행하면서 범 사회사적 청소년운동 체제를 구축하였다.

2005년도에는 한국청소년단체협의회와 한국청소년수련시설협회가 특수법인화 되고 여러 청소년단체들이 활발한 활동을 전개하는 가운데 회원단체를 확대하여 청소년 육성을 위한 공동 노력을 새롭게 모색하고 있다. 청소년단체는 각기 고유의 설립목적에 따라 여러 유형이 있으며, 국가 및 지방자치단체는 청소년단체의 조직과 활동에 필요한 행정적인 지원을 할 수 있고, 운영·활동 등에 필요한 경비의 일부를 보조할 수 있다. 또한 개인·법인 또는 단체는 청소년단체의 시설 및 운영을 지원하기 위하여 금전 그 밖의 재산을 출연할 수 있다.

IV 아동청소년교류증진*

1. 국가간 청소년 교류

글로벌 시대에 세계 각국은 자국의 미래를 이끌어갈 국제적 인재 양성을 위해 청소년 국제 교류를 매우 적극적으로 추진하고 있다. 청소년들에게 다양한 외국문화 체험과 청소년 교류를 통해 글로벌 리더로서의 자질과 세계 시민의식을 갖춘 건강한 청소년으로 성장할 수 있도록 지원하는 것은 국가의 중요한 책무라 아니 할 수 없다.

*집필자 : 아동청소년교류과장 정군식

이를 위해 정부에서는 ‘국가간 교류 및 해외체험 프로그램’ 등 다양한 국제교류 프로그램을 개발하여 추진하는 한편, 민간과 지방자치단체의 국제교류가 활성화 될 수 있도록 다각적인 지원을 강화해 나가고 있다. 또한 남북 청소년 직접 교류 또는 제3국에서 개최되는 청소년 행사나 캠프 등에서 남·북 청소년이 함께 참가하는 방안 등도 조심스럽게 모색하고 있다.

국가간 청소년교류는 양국간 약정 등에 의해 매년 정기적으로 실시되는 사업으로 대상국의 청소년기관 및 시설 방문, 양국 청소년 및 청소년지도자간 토론, 민박, 역사·문화 유적지 답사, 산업시설 견학 등을 통해 청소년 관련 정보와 경험 등을 교환하고 각국의 문화를 체험할 수 있는 기회를 제공한다.

국가간 청소년교류 파견에 참가하는 청소년은 매년 초 공개 모집하고 있으며 인성, 참가 동기, 어학능력, 사회봉사 활동경력, 해외여행 경험 등을 고려하여 선발한다. 2008년도에는 24개국에 약 600여명의 청소년이 상호 초청·파견될 예정이다.

〈표 2-4-62〉 청소년교류 약정체결국 개황

구 분	교류 프로그램
아시아 (7개국)	중국, 일본, 말레이시아, 몽골, 베트남, 필리핀, 인도
유럽 (10개국)	러시아, 프랑스, 체코, 폴란드, 핀란드, 헝가리, 그리스, 터키, 스페인, 불가리아
중남미 (2개국)	칠레, 멕시코
중동·아프리카 등(7개국)	사우디, 이스라엘, 이집트, 수단, 모로코, 파키스탄, 아제르바이잔

〈표 2-4-63〉 청소년 국제교류 개황

구 분	교류 프로그램
보건복지가족부	• 국가간 청소년교류(26개국 상호 초청·파견) • 한·중·일 청소년 특별교류(400명 초청, 200명 파견) • 청소년 해외체험프로그램 (조사·연수, 자원봉사, 국제회의행사, 국가별테마체험 등) • 아시아청소년 초청 연수(아시아 22개국 220명, 한국 50명) • 주한 외국인 청소년과 교류(글로벌 프렌드십 캠프) • 청소년단체 및 지방자치단체 국제교류·행사 지원
외교통상부	• 한·아세안 청소년교류(한·아세안 기금 사업)

구 분	교류 프로그램
지방자치단체	• 자매도시간 국제 청소년교류 • 자치단체별 특성화 및 테마형 청소년교류
청소년단체	• 단체간 국제 청소년교류 • 단체별 특성화 및 테마형 청소년교류

〈표 2-4-64〉 2007년 국가간 청소년 교류 현황

월 별	한국 청소년 파견			상대국 청소년 초청		
	대상국	기간(일자)	인 원	대상국	기 간	인 원
2월	필 리 핀	2. 6~ 2.15(10일)	10명	-	-	-
3월				그 리 스	3.26~ 3.31(6일)	2명(NGO)
4월				베 트 남	4.15~ 4.24(10일)	30명
5월	사 우 디 러 시 아	5. 7~ 5.16(10일) 5.26~ 6. 4(10일)	10명 20명	폴 란 드	5. 9~ 5.18(10일)	10명
6월	수 단 이스라엘 말레이(1차)	6. 1~ 6. 8 (8일) 6. 8~ 6.17(10일) 6.10~ 6.19(10일)	10명 10명 15명(청)	몽 골	6.21~ 6.30(10일)	10명
7월	중 국 몽 골 폴 란 드 멕 시 코 말레이(2차) 스 페 인	7. 3~ 7.12(10일) 7. 4~ 7.13(10일) 7.18~ 7.27(10일) 7.23~ 8. 1(10일) 7. 8~ 7.17(10일) 7. 9~ 7.27(19일)	40명 10명 10명 10명 14명(지도자) 3명	멕 시 코 말레이(1차) 스 페 인 수 단	7. 2~ 7.11(10일) 7.18~ 7.27(10일) 7.19~ 7.26 (8일) 7.24~ 8. 1 (9일)	10명 15명 3명 10명
8월	인 도 모 로 코	8. 1~ 8.10(10일) 8.17~ 8.26(10일)	10명 10명	말레이(2차) 사 우 디 인 도 모 로 코	8.11~ 8.20(10일) 8.18~ 8.27(10일) 8.22~ 8.31(10일) 8.23~ 8.30 (8일)	15명(지도자) 10명 10명 10명
9월	칠 레 베 트 남	9. 7~9.16(10일) 9.20~9.29(10일)	5명 20명	러 시 아 일 본	9. 3~ 9.12(10일) 9. 9~ 9.23(15일)	20명(지도자) 30명
10월	터 키 이 집 트	10.20~10.29(10일) 10.25~11. 3(10일)	10명 10명	필 리 핀 칠 레	10.29~11. 4 (7일) 10.26~11. 3 (8일)	8명 5명
11월	일 본 필 리 핀 그 리 스	11. 1~11.15(15일) 11.14~11.21 (8일) 11.27~12. 4 (8일)	30명 11명 2명	중 국 이 집 트 이스라엘 파키스탄	11. 1~11.10(10일) 11. 6~11.15(10일) 11. 8~11.16(9일) 11.26~12. 5(10일)	40명 3명 10명 10명
12월				터 키	12.10~12.17(10일)	10명
총계	19개국	21회	270명	20개국	21회	271명

※ 자료 : 보건복지가족부 내부자료

한편 보건복지가족부에서는 2007년부터 한국청소년단체협의회 내에 청소년교류센터를 설립하여 국가 간 청소년교류의 초청과 파견에 따르는 집행 기능과 참가자 사후관리, 국제 교류 정보 관리 등의 업무를 위탁 운영하고 있다. 청소년교류센터는 기존의 취업관광프로그램 지원 센터를 개편한 조직으로 취업관광프로그램에 대한 안내와 홍보 업무도 겸하여 수행하고 있다.

2003년 7월 한·중 양국 정상 간의 청소년 교류 확대 합의에 따라 우리 정부의 공식 초청으로 2004년부터 4년간 매년 500명이 방문하였고 2008년도에도 400명의 중국 청소년들이 10일 간의 일정으로 한국을 방문한다. 이 사업은 중국 청년지도자에게 한국의 문화·사회에 대한 이해 증진과 한국과의 인적 연계를 강화하여 한·중 관계 강화 및 경제 협력 등에 크게 기여하였다. 한편 2006년도부터는 중국 측의 초청으로 우리나라 청소년도 매년 100명씩 10일간 중국을 방문하게 되었다.

한·중·일 3국은 2007년부터 다자간 청소년교류를하기로 결정하고 2007년 중국에서 개최하여 한국 청소년 100명을 파견하였다. 2008년에는 일본에서 개최, 2009년에는 한국에서 개최한다.

〈표 2-4-65〉 한·아세안 청소년교류 현황

연 도 별	기 간	참 가 자	참 가 국
2004	파견	2004. 1. 27~2. 7 (12일간) 54명 (청소년50, 지도자4)	4개국 태국, 라오스, 베트남, 캄보디아
	초청	2004. 2. 16~25 (10일간) 185명 (아세안122, 한국63)	11개국 싱가포르, 인도네시아, 브루나이, 라오스, 말레이시아, 태국, 미얀마, 필리핀, 캄보디아, 베트남, 한국
2005	파견	2005. 1. 27~2. 5 (10일간) 54명 (청소년50, 지도자4)	5개국 싱가포르, 말레이, 캄보디아, 태국, 미얀마
	초청	2005. 2. 16~25 (10일간) 187명 (아세안122, 한국65)	11개국 싱가포르, 인도네시아, 브루나이, 라오스, 말레이시아, 태국, 미얀마, 필리핀, 캄보디아, 베트남, 한국
2006	파견	2006. 1. 17~26 (10일간) 22명 (청소년20, 지도자2)	3개국 인도, 라오스, 베트남
	초청	2006. 2. 15~24 (10일간) 111명 (아세안73, 한국38)	11개국 싱가포르, 인도네시아, 브루나이, 라오스, 말레이시아, 태국, 미얀마, 필리핀, 캄보디아, 베트남, 한국
2007	파견	2007. 2. 20~3. 1 (10일간) 21명 (청소년19, 지도자2)	2개국 싱가포르, 필리핀
	초청	2007. 2. 1~2. 11 (11일간) 112명 (아세안65, 한국47)	10개국(미얀마 불참) 싱가포르, 인도네시아, 브루나이, 라오스, 말레이시아, 태국, 필리핀, 캄보디아, 베트남, 한국

※ 자료 : 한국청소년단체협의회

아시아·태평양 시대를 맞아 우리나라와 아세안(ASEAN) 국가의 동반자적 협력 체제 구축을 위한 미래 지향적 청소년 교류 협력을 위해 매년 아세안 국가와 청소년 교류를 실시하고 있다.

외교통상부가 주최하고 한국청소년단체협의회가 주관하여 『미래사회와 한-아세안 청소년의 파트너십』 등을 주제로 방문국 청소년들과의 토론 및 학습여행, 방문국 청소년과의 교류활동(토론회, 공동협력활동 등), 방문국에서의 자원봉사 체험 활동, 방문국의 사회, 문화, 역사 연수 등을 실시하고 있다.

2. 청소년 해외체험 프로그램

보건복지가족부는 2006년부터 청소년들이 스스로 기획·집행하는 청소년 자율 프로그램과 해외자원봉사 프로그램을 실행하여 청소년들의 창의력과 국제적인 능력을 배양하고, 사회 참여의식을 고양해 오고 있다.

「대한민국 청소년 세계를 가다, 조사·연수단」, 「청소년을 세계의 주역으로, 국제회의·행사 참가단」, 「꿈과 사람 속으로, 대한민국 청소년 해외자원봉사단」, 「대한민국 청소년 발전프로젝트, 해외테마체험단」 등의 프로그램이 있다.

가. “대한민국 청소년 세계를 가자, 조사·연수단”

4명 내외의 청소년들이 1개 팀을 이루어 외국의 청소년 정책과 프로그램, 해외 한민족의 생활과 발전 방향, 외국의 주요 국가정책 및 인적 자원개발 사례, 진로·취업 관련 조사·연수, 기타 청소년이 창안하는 자유 주제 등에 대해 자율적으로 활동 주제를 선택하여 계획을 수립하고, 서류심사와 면접을 거쳐 선발되면 선택 주제에 대해 스스로 준비를 갖춰 해외현지 조사·연수 활동을 펼치고 보고서를 제출하게 된다.

주로 여름방학 기간 2주 내외의 활동을 펼치고, 정부에서는 왕복항공료를 지원하고 현지 활동비는 본인들이 부담한다. 2008년에는 75개팀 300명이 연수를 다녀왔다.

나. “청소년을 세계의 주역으로, 국제회의·행사 참가단”

청소년들이 스스로 참가할 국제회의나 포럼, 캠프 등을 조사하여 참가 계획서를 제출하면 서류심사와 면접을 거쳐 청소년이 원하는 회의나 행사에 참가하게 된다. 뚜렷한 역할이 있어야 하며, 단순 참관 등은 배제된다. 정부에서는 왕복항공료의 70%를 지원한다.

다. 꿈과 사람 속으로, 대한민국 청소년 “해외자원봉사단”

2008년 여름방학 중에 (사)코피온과 국제워크캠프기구가 주관하여 아시아 개도국 중심으로 총 9개국 19개 팀 316명의 봉사단을 12일~16일간의 일정으로 파견하였다. 참가자는 서류 심사를 거쳐 선발하였고, 정부에서 편도항공료와 현지 프로그램 진행비, 사전교육비 등을 지원하고 참가 청소년이 편도항공료와 현지 숙식비, 문화체험비를 부담하였다.

라. “대한민국 청소년 발전프로젝트, 해외테마체험단”

다양한 문화가 함께하는 선진사회로 진입을 위해 대한민국청소년들의 세계 주요선진국가의 선도적 강점분야 등의 체험·연수를 통하여 청소년의 국제적인 능력배양과 국가경쟁력을 제고시키기 위해 프랑스 등 16개국 15개 프로그램 300명의 청소년을 10일 내외 기간으로 파견하며 참가청소년이 현지체재비를 부담한다.

주요 프로그램 내용을 보면, 영국정부의 기후변화에 관한 선진과학·기술 연수, 독일정부의 과거사에 대한 화해 워크숍, 프랑스의 친환경생태정책 및 프로젝트연구, 터키정부의 전통터키 문화 교류, 이탈리아의 느리게 사는 행복마을 및 전통식품연수 등을 주제로 운영되고 있다.

3. 아시아 청소년 초청 연수

아시아국가 청소년의 한국문화 체험 등을 통해 한국의 이해도를 높이고, 아시아국가의 평화와 공동 번영을 위한 청소년간의 협력과 우의를 증진하기 위해 보건복지가족부가 주최, 한국청소년단체협의회가 주관하여 2006년부터 8월중 21일간 개최되고 있다.

2006년에는 한국을 포함 18개국 248명이 참가하였고, 2007년에는 23개국 250명, 2008년에는 24개 국가 256명이 참가를 계획하고 있다. “미래를 여는 아시아 청소년 캠프”의 행사명으로 주제 강연 및 토론, 아시아 청소년의회, 아시아 청소년 축제, 한국어 학습 및 한국 문화체험 활동, 미니올림픽, IT·자동차 등 첨단산업 연수, 자원봉사 활동, 한국 참가자 가정 민박 등을 실시하고 있으며, 연도별 참가 현황은 다음과 같다.

〈표 2-4-66〉 아시아 청소년 초청 연수 참가 현황

연도별 국가별	2006	2007	2008 계획	합 계	연도별 국가별	2006	2007	2008 계획	합 계
캄보디아	15	9	10	34	인도	5	9	10	24
미얀마	10	10	10	30	파키스탄	9	10	10	29
라오스	15	9	10	34	카자흐스탄	15	11	8	34
베트남	15	10	10	35	우즈베키스탄	15	10	12	37
필리핀	15	10	10	35	방글라데시	6	10	10	26
태국	14	10	10	34	네팔		9	10	19
말레이시아	15	10	10	35	아프가니스탄		10	10	20
싱가포르	5	9	5	19	키르기스스탄		6	10	16
브루나이	5	10	10	25	중국		7	10	17
인도네시아	15	10	10	35	일본		10	10	20
몽골	15	10	10	35	한국	49	45	45	139
스리랑카	10	6	6	22	총계	248(18)	250(23)	256(24)	754

※ 자료 : 보건복지가족부

4. 청소년단체 및 지방자치단체 국제교류 · 행사 지원

보건복지가족부는 청소년단체와 지방자치단체의 청소년 관련 국제교류 및 행사를 지원하여 청소년 분야의 국제 협력과 청소년 교류 활동을 증진하고, 우리나라의 문화, 역사, 사회상 등을 외국 참가자에게 소개함과 아울러 우리 청소년과 청소년지도자들이 세계 각국의 다양한 문화와 가치 및 정보를 습득할 수 있도록 지원하고 있다.

가. 국제청소년 행사 국내 개최 지원

(1) 제18회 국제청소년광장

국경을 초월한 세계 평화와 번영을 위한 청소년들의 공동 협력과 우의 증진, 국제적 현안 토론을 통한 청소년의 국제적 능력 및 사회참여 의식을 고양하기 위해 한국청소년단체협의회 주최로 2007. 7. 19~26까지 23개국 100명의 청소년들이 참가한 가운데 서울과 충북 괴산 등에서 개최하였다.

“다문화 사회와 청소년”을 주제로 주제 강연, 그룹 토론, 주제 관련 퍼포먼스 등의 워크숍과 문화교류 활동, 한국 전통문화 체험 및 농촌 봉사활동, 유적지 탐방, 사회문화 연수 등을 실시하였다.

(2) 국제 도전 캠프

지구촌 걸스카우트 대원 및 일반 청소년들이 함께 모여 대자연속에서 다양한 모험과 도전, 글로벌 활동 등을 통하여 패기와 도전 정신을 함양하고 다양한 문화를 이해함으로써 국제 감각과 글로벌 리더십을 함양하기 위해 한국걸스카우트연맹 주최로 2007. 7. 23~27까지 22개국 10,088명이 참가하여 전북 무주(덕유대 야영장)에서 개최되었다. “도전! 세상을 바꾸는 힘(Our Challenge for the Better World)”을 주제로 수상활동, 모험활동, 글로벌 활동(세계문화 체험 등), 한국 문화활동(전통놀이, 전통의상체험 등), 리조트 활동, 특별활동 등의 과정활동과 참가 청소년들이 함께 준비한 공연 등 다양한 프로그램으로 진행되었다.

(3) 제8회 여수 국제청소년축제

여수 세계박람회 유치 지원과 국제 청소년 축제 활성화를 위해 2000년 시작된 동 축제는 보건 복지가족부와 여수시가 공동 주최하고 여수국제청소년축제 집행위원회 주관으로 2007. 8. 9~11일까지 37개국 6만 여명의 청소년이 참가하여 여수 해양공원에서 행사를 가졌다.

동 해에는 특별히 11월말 2012년 세계박람회유치 결정을 앞두고 세계박람회 회원국 23개국에서 66명의 청소년이 여수시의 초청으로 참가하여 더욱 의미를 높였다. 프로그램으로는 음악, 댄스 분야 국제 경연과 외국 청소년 초청 공연, 세계 민속 공연, 해양 체험, 시티투어, 홈스테이 등이 실행되었다.

(4) 제42차 국제 청년 캠프

유네스코 한국위원회가 주관하는 동 행사는 2007. 8. 9~19일까지 11일간 경기도 이천 및 전국 11개 지역에서 개최되었으며, 국내·외 청소년 25개국 120명이 참가하여 “청년! 변화의 시작(Unite Youth, Create Change!)”을 주제로 강의, 주제별 워크숍, 그룹토의, 문화교류 및 현장학습 등을 실시하였다.

(5) 2007 동북아 청소년 포럼

세계도덕재무장 한국본부가 주관하는 이 행사는 2007. 8. 16~21일까지 6일간 서울과 천안에서

개최되었으며, 한·중·일 3개국 80명이 참가한 가운데 “미래 사회를 위한 동북아 경제협력”을 주제로 강연과 국가별 사례발표, 토론회가 진행되었고, 민박교류, 문화교류, 시티투어 활동 등을 실시하였다.

〈표 2-4-67〉 2007년 청소년 국제행사 개최 지원

사 업 명	시기(기간)	장 소	인 원	비 고
국제 청소년 광장	7. 19~26(8일)	서울, 과산	23개국 100명	한국청소년단체협의회
국제 도전 캠프	7. 23~27(5일)	무주	22개국 10,088명	한국걸스카우트연맹
제8회 여수국제청소년축제	8. 9~11(3일)	여수	37개국 6만명	전라남도(여수)
제42차 국제 청년 캠프	8. 9~19(11일)	이천	25개국 120명	유네스코 한국위원회
2007 동북아 청소년 포럼	8. 16~21(6일)	서울, 천안	3개국 80명	MRA한국본부

※ 자료 : 보건복지가족부

나. 한국 청소년 해외파견 지원

(1) 청소년적십자 해외 봉사활동

대학적십자사(청소년적십자 중앙본부) 주관으로 저개발국 해외 봉사활동을 통한 문화교류를 실시하였다. 대상은 대학 청소년적십자 회원, 일반대학생 및 지도자 등 총 95명을 2007. 7. 21~8. 1과 8. 6~8. 16 2회에 걸쳐 네팔에서 실시하였으며, 봉사내용은 공동식수 개량화 사업, 강습 및 캠페인 활동, 한국의 날 행사, 네팔 문화체험 등을 실시하였다.

(2) 한·중 청소년 친선 문화제

홍사단 주관으로 한국과 중국 조선족 청소년들의 교류를 통해 민족의 동질성을 고취하고 상호 유대관계를 증진하며, 민족통일 환경조성에 기여하도록 하기 위하여 2007. 7. 31~8. 7일까지 8일간 한국 청소년 및 지도자 57명과 조선족 청소년 및 교사 25명 등 총 82명이 참가하여 중국(연길, 심양, 북경 등)에서 개최되었다. 문화제 기간 중 고구려 유적지 및 항일 유적지 답사, 한·중 청소년 친선 세미나, 한민족 민속잔치, 한중 청소년 친선의 밤, 조선족 평화 백일장 시상식 등 다양한 활동을 실시하였다.

(3) 청소년 광복군 유적지 순례

장준하 선생 등 광복군의 구국장정 답사를 통한 청소년의 민족정신 함양을 위해 실시된

동 행사는 (사)장준하기념사업회에서 2007. 1. 17~27(1차) 및 7. 6~16(2차)간 2회에 걸쳐 100명을 중국 상해, 서주, 임천, 중경, 서안, 북경 등에 파견, 답사토록 하였으며, 진혼제, 한·중 우호 나무심기, 강연회, 한·중 친선의 밤 등의 행사를 가졌다.

〈표 2-4-68〉 2007년 청소년 해외파견활동 지원

사 업 명	시 기(기 간)	장 소	인 원	비 고
청소년 적십자 해외봉사활동	7. 21~8. 1 8. 6~8.16	네팔	95명	대한적십자사
청소년 광복군유적지 순례	1, 7월(2회)	중국	100명	장준하기념사업회
한·중 청소년친선문화제	7. 31~8. 7	중국	82명	흥사단

※ 자료 : 보건복지가족부

5. 새로운 청소년 국제교류 프로그램 개발

보건복지가족부는 청소년들의 다양한 해외체험 욕구와 글로벌 시대의 국가 정책 등에 부합되는 새로운 청소년 국제교류 프로그램을 개발하여 2006년에는 ‘대한민국 청소년 세계를 가다, 조사·연수단’, ‘청소년을 세계의 주역으로, 국제회의·행사 참가단’, ‘꿈과 사람 속으로, 대한민국 청소년 해외자원봉사단’ 등과 소외 계층을 위한 ‘쉽터 청소년 유스챌린지 해외자원봉사단’, 아시아 22개국 초청 ‘미래를 여는 아시아 청소년캠프’ 등을 도입하였고 2007년에는 국가별 테마체험 프로그램을 도입하였다.

〈표 2-4-69〉 2007년 새로운 국제교류 프로그램

(단위 : 명)

사 업 명	시 기(기 간)	장 소	인 원	비 고
독일과 “과거사에 대한 화해 청소년 워크숍” 파견	11. 6~11. 17	독일	17명	주한독일 문화원
영국과 “지구 기후변화 청소년 워크숍” 상호 교류	2008. 여름방학	한국, 영국	각 15명	주한영국 문화원
한·터키 청소년 문화교류	12월 중 11일	한국, 터키	파견 60, 초청 20	주한터키 문화원

사 업 명	시 기(기 간)	장 소	인 원	비 고
“청소년, 대한민국 발전! 프로젝트” - 도시 브랜드 제고, 친환경, 개방, 혁신과 노사문화, 항만· 항공 허브, 산·학·연 구축 등	11월~12월	일본, 독일 등 7 개국 9개팀	약 100명	한국청소년 단체협의회
청소년 사랑의 집짓기 청소년 해외봉사단	12.17~2008. 12.17	네팔, 마다가스 카르 등 4개국	96명	한국해비타트
“청소년 다함께 행복, 다문화 체험·연수단” - 다문화, 장애, 소외청소년 체험 연수	11.26~12.23	일본 싱가포르	53명	한국유스 호텔연맹

※ 자료 : 보건복지가족부

그 외에도 한국에 거주하는 외국인 청소년과의 교류를 위해 2006년부터 보건복지가족부 주최, 한국걸스카우트연맹 주관으로 개최하고 있다.

2007년도에는 인제와 대구, 2회로 분산하여 10월과 11월 중에 외국청소년 185명과 한국 청소년 315명 등 총 500명이 참가한 가운데 “글로벌 프렌드십 캠프”가 진행되었다. 주요내용은 주제토론과 문화를 교류하는 “나눔의 축제”와 모험·도전 활동, 지역문화 탐방활동 등이 실시된다.

6. 남북 청소년교류 추진

그 동안 남북 청소년교류는 정치적 상황 등 여건의 미성숙으로 정부 차원의 교류는 이루어지지 못하고, 청소년적십자 등 민간 차원에서 소규모로 남북공동 금강산 나무심기행사 등을 실시한 바 있다. 그러나 앞으로는 청소년 분야에서도 조심스럽게 남북 교류를 추진하는 방안이 검토되고 있다.

V 아동청소년 복지체계 확충*

1. 아동청소년 가정보호 내실화

우리부에서는 부모의 빈곤·실직, 실종 등으로 인해 특별한 보호가 필요한 아동에 대해 입양, 가정위탁, 시설보호 등 다양한 형태로 건전하게 육성될 수 있도록 노력하고 있다. 그러나 무엇보다도 요보호 아동들에게는 건강하고 안정된 가정환경을 제공해 주는 것이 필요하다고 보며, 이를 위하여 이들에 대한 가정보호사업을 적극 추진하고 있다.

가. 가정위탁보호

가정위탁은 보호가 필요한 아동을 일시적으로 가정내 보호하는 것으로, 정부에서는 가정위탁 제도를 활성화하기 위해 위탁가정에게 양육보조금(월 7만원 이상)을 지원하고 있으며 위탁 아동을 국민기초생활보장 대상자로 선정·지원하고 있다.

또한 2003년부터 전국에 17개소의 가정위탁지원센터를 운영하고 있으며 2004년 7월부터는 중앙가정위탁센터를 설치하여 지방의 가정위탁지원센터를 지원하고, 각종 프로그램을 개발·보급하고 있다. 2007년말 현재 16,200명의 아동이 가정위탁으로 보호되고 있다.

위탁가정의 선정기준은 입양아동의 가정 선정기준에 준하여 재산이 충분하고, 종교의 자유를 보장하며 가정이 화목하고 위탁부모의 연령도 25세 이상으로 엄격하게 적용하고 있다.

2005년에는 아동복지법을 개정하여 가정위탁보호의 정의, 가정위탁지원센터의 설치근거와 업무 등에 관한 법적 근거를 마련하여 가정위탁활성화와 업무추진의 효율성 제고를 위한 기틀을 마련하였다. 또한, 2006년부터는 가정위탁아동의 상해보험 가입을 통해 위탁아동의 예상치 못한 질병과 안전사고에 대비하고, 위탁가정의 심리적·경제적 부담을 경감시킬 수 있도록 하고 있다.

국토해양부에서는 대리양육과 친인척 위탁가정에 일반주택 전세자금 및 공공임대주택 임대보증금을 지원하고 있다.

*집필자 : 아동청소년복지과장 박금열

〈표 2-4-70〉 가정위탁보호 현황

(단위 : 명)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1,772	4,425	5,577	7,565	10,198	12,562	114,465	16,200

※ 자료 : 보건복지가족부(2007.12.31)

나. 공동생활가정(그룹홈)

공동생활가정(그룹홈)은 보호를 필요로 하는 아동에게 가정과 같은 주거여건과 보호를 제공하는 것을 목적으로 하는 시설로 전용면적 60제곱미터 이상의 주택형 숙사에서 5~7인의 아동을 보호하고 있다.

1995년 국민복지 기본구상을 하면서, 기존의 대규모 시설에 의한 아동보호에서 탈피하는 새로운 보호형태로 민간에서 자생적으로 운영되고 있던 공동생활가정(그룹홈)에 대한 제도적 도입을 논의하여 왔으며, 1997년부터 1999년까지는 10개 그룹홈을 선정하여 시범사업을 실시하였고, 2004년 1월 아동복지법 개정으로 아동복지시설의 종류에 ‘공동생활가정’이 추가됨으로써 제도화 되었다.

2007년 현재 정부지원 공동생활가정의 수는 176개소로 확충되었으며, 2008년에도 그 지원 시설의 수를 더욱 늘려 공동생활가정(그룹홈) 운영 활성화를 도모해 나갈 예정이다.

〈표 2-4-71〉 공동생활가정 지원 현황

(단위 : 개소)

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
10	10	10	15	32	32	32	32	60	120	176

※ 자료 : 보건복지가족부(2007.12.31)

다. 국내입양

국내입양사업은 보호가 필요한 아동을 국내 가정에서 양육시키는 것으로 아동보호시책중 최선의 방법으로 인식되어 왔다. 정부는 국내입양을 확대시키기 위하여 입양가정에 대한 경제적 · 제도적 지원을 확대해 나가고 있다.

장애아동을 입양한 가정에 매월 551천원의 양육보조금과 연간 252만원의 의료비를 지원하고 있으며, 의료급여법 개정(2003. 2. 9)을 통해 입양아동에 대해 의료급여 1종 혜택을 제공하고 있다. 2007년부터는 13세 미만의 아동을 입양한 국내입양가정에 1인당 월 10만원의 양육수당을 지원하고 있다.

또한 입양도 제2의 출산이라는 사회적 인식 개선을 위해 공무원을 대상으로 2007년 1월부터 2주간의 입양휴가제를 실시하고 있으며 향후 민간기업 근로자까지 확대하는 방안을 추진 중이다.

앞으로, 국내 입양문화가 정착될 수 있도록 입양에 대한 홍보 및 입양가정에 대한 경제적·제도적 지원 강화 등 다각적인 노력을 기울여 나갈 계획이다.

〈표 2-4-72〉 국내입양 현황

(단위 : 명)

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1,025	1,229	1,412	1,426	1,726	1,686	1,770	1,694	1,564	1,641	1,461	1,332	1,388

※ 자료 : 보건복지가족부(2007.12.31)

라. 소년소녀가정 아동보호

2007년말 18세 미만의 소년·소녀가정은 전국에 1,630세대에 이르고 있다. 정부에서는 이들을 국민기초생활보장수급자로 우선 책정하여 생계·의료보호 및 교육보호를 실시하도록 함으로써 가정생활을 영위하면서 학업을 계속할 수 있도록 지원하고 있다.

이외에도 피복비, 영양급식비 및 학용품비·교통비 등을 추가 지원하고 있으며, 지역사회 인사와의 결연을 통해 정서적인 측면에서 생활상의 어려움을 극복하고 자립의욕을 고취할 수 있도록 지원하여 건전한 사회인으로 육성되도록 하고 있다.

하지만 소년소녀가정은 시설보호나 가정위탁에 비해 외부의 위협에 노출되어 있는 보호형태이므로, 가능한 지정을 제한하고 가정위탁보호로 전환 추진을 계속해 나가고 있다.

〈표 2-4-73〉 소년소녀가정아동 현황

(단위 : 명, 세대)

연 도	세대수	전 세 대 원					
		계	미취학	초등학생	중학생	고등학생	기 타
2001	5,248	8,060	133	1,640	2,611	3,414	262
2002	4,531	6,947	115	1,478	2,232	2,936	186
2003	3,994	6,184	99	1,309	1,966	2,668	142
2004	3,504	5,444	87	1,244	1,681	2,331	101
2005	2,755	4,332	85	901	1,343	1,923	80
2006	2,086	3,271	39	572	1,031	1,570	59
2007	1,630	2,501	25	401	789	1,226	60

※ 자료 : 보건복지가족부(2007.12.31)

2. 지역사회 아동청소년복지 지원

가. 드림스타트(아동보호 통합서비스) 및 아동발달지원계좌 지원

빈곤아동을 대상으로 한 집중적이고 예방적인 인적자본 개발을 통해 공평한 출발기회를 보장해 나가는 아동정책 중의 대표적인 것이 “드림스타트 사업”이다.

한 연구(최선희·김희수, '04)에 따르면 빈곤아동은 일반아동에 비해 질병발생율이 1.4배, 학력부진 비율이 2.2배, 술·담배 등 비행행동이 2배로 나타난 바 있다. 저출산사회에서 아동 개개인의 사회적 가치가 높아짐에도 불구하고 빈곤가정에 태어났다는 이유만으로 인적자본을 개발할 수 있는 기회마저 제공받지 못한다면 사회경제적으로 큰 손실이라 할 것이다.

기존 아동복지서비스가 문제 발생 이후 단편적으로 개입하는 사후관리 서비스에 치중되어 있다면, 드림스타트 사업은 빈곤 아동들의 신체적·정서적·사회적 능력 등 전인적 발달을 지원하는 새로운 형태의 사전예방적·통합적 아동보호서비스로 능동적 복지를 구현하고 있다.

최근 선진국에서는 복지·고용·교육이 연계된 사회적 서비스를 통해 양극화의 위협에 대응하고 있으며 특히 영국의 슈어스타트(Sure Start), 미국의 헤드 스타트(Head Start)처럼 아동의 인적자본 개발을 통해 사회통합과 지속적 성장을 담보하는 정책을 시행하고 있다.

드림스타트 프로젝트는 취약지역에 거주하는 저소득 임산부와 12세 이하 아동가구를 대상으로 아이들에게는 건강·복지·보육 등 맞춤형 통합서비스 제공을 통하여 아동의 전인적 발달을 지원하고 부모들에게는 직업훈련·고용촉진서비스를 제공하여 가족기능을 회복시켜 공평한 양육여건을 보장하는 프로그램들로 구성되어 있다. 동 사업은 2007년에는 전국 16개 시범지역에서 실시하고 2008년에는 32개 지역으로 확대 실시할 예정이다.

아동발달지원계좌(CDA)도 저소득층 아동에게 18세 이후의 자립자금 마련을 지원함으로써 빈곤이 대물림되는 안타까운 현실을 극복하도록 지원하는 정책이다.

선진외국의 경우 저소득층의 빈곤원인이 자립에 필요한 학자금, 창업자금, 기술습득 자금, 주거 마련 등 자립자금을 확보하지 못하는데 있음을 깨달아 아동자립자금을 마련하는 사업도 도입하였다. 즉 영국에서는 2005년 4월부터 Child Trust Fund(아동용 장기신탁펀드)를 도입하여 운영하고 있으며, 미국 역시 저소득층의 주택구입, 창업, 기술습득 등 자립목적 저축에 대하여 정부·민간이 매칭펀드를 제공하고 있다.

우리부에서는 2007년도 4월부터 시설아동, 소년소녀가정아동 등 보호필요 아동이 보호자나 후원자의 지원으로 월 3만원 이내의 기본적립금을 적립하면 정부에서도 17세까지 같은 금액으로 지원하여 18세 이후 사회진출시 학자금, 기술습득비용, 창업비용 등 자립자금으로 사용할 수 있도록 하는 아동발달지원계좌(CDA)를 추진하게 되었다.

만약 아동이 최대 11만원을 저축(정부 매칭분 포함)할 경우, 18년 후에는 최대 약 3,870만원까지 자립자금을 마련할 수 있게 된다. 이렇게 아동과 정부가 함께 저축한 자립자금은 18세 이후 아동의 사회 진출시에 학자금·기술자격취득 및 취업훈련비용·창업지원금·주거마련, 의료비, 결혼자금 등으로 사용할 수 있게 되어 자립의 발판이 되는 것이다.

드림스타트 및 아동발달지원계좌와 같이 아동빈곤에 대한 적극적이고 예방적인 복지투자의 확대는 빈곤세습의 고리를 단절하고 인적자본을 축적하여 사회통합의 실현을 기대할 수 있으며, 향후 사회비용을 절감하는 효과를 기대할 수 있다는 점에서 앞으로 더욱 확대·발전되어 나가야 할 사업이 될 것이다.

나. 아동급식 지원

가족기능의 결손으로 발생하는 결식우려 아동에 대해 2000년 10월부터 아동급식을 실시하여 아동건강육성을 도모하고 있다. 2000년에는 석식만 제공하던 것이 2001년 조식 지원을 실시하였다. 2004년부터는 방학 중, 토·공휴일 중식도 교육인적자원부에서 보건복지가족부로 이관되었다.

아동급식은 사회복지관, 민간 및 종교단체 급식소와 연계하여 교육 및 복지프로그램과 병행하여 급식을 제공하고 있는데, 우리부에서는 지역사회 내에서 결식아동이 발생하는 일이 없도록 지도하고 있다. 2007년에는 27만여명의 아동에 대해 급식을 실시하였다.

〈표 2-4-74〉 연도별 아동급식 지원현황

(단위 : 명)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
15,112	13,552	13,610	14,533	235,202	214,009	257,276	271,606

※ 자료 : 보건복지가족부 내부통계(2007.12.31 기준)

3. 아동청소년 복지시설 인프라 확충

가. 아동복지시설 보호

2007년말 현재 아동복지시설은 282개소로 18,426명의 아동이 수용보호를 받고 있다. 정부에서는 시설종사자 처우개선 및 시설아동의 보호수준 향상을 위해 보육사를 포함한 종사자 2교대 근무를 확대 실시하고 있으며, 지역여건이나 시설특성에 맞게 효율적으로 집행할 수 있도록 시설운영자의 자율성을 대폭 강화하였다.

다만, 아동복지시설의 보호아동이 감소되고 있어 시설의 기능을 재정비할 필요성이 대두되고 있다. 앞으로 보호양육에 그치는 시설의 기능을 상담, 일시보호, 급식, 방과 후 교육, 각종 프로그램 운영 등 지역사회 아동을 위한 기능도 추가하여 운영하도록 하여 시설이 지역사회의 종합 아동복지서비스 시설로 운영하도록 추진할 계획이다.

〈표 2-4-75〉 아동복지시설 현황

연 도	구 분	계	양 육	직업 훈련	보호 치료	자립 지원	일시 보호	종합 시설	아동 복지관	아동 전용
2003	시설수(개소) 보호인원(명)	279 18,818	239 17,437	5 158	6 373	13 244	10 437	2 169	1 -	3 -
2004	시설수(개소) 보호인원(명)	279 19,014	239 17,675	4 130	6 376	13 246	11 432	2 155	1 -	3 -
2005	시설수(개소) 보호인원(명)	286 19,151	242 17,729	4 110	8 457	13 229	13 457	2 169	1 -	3 -
2006	시설수(개소) 보호인원(명)	285 18,817	243 17,517	3 75	8 436	13 235	13 391	2 163	- -	3 -
2007	시설수(개소) 보호인원(명)	282 18,426	243 17,161	3 72	8 404	13 269	13 365	3 155	- -	3 -

주) 종합시설은 일시보호시설과 아동상담소를 겸함

* 보건복지가족부 내부통계(2007.12.31 기준)

나. 시설퇴소아동의 자립지원

아동복지시설 아동은 18세가 되면 시설에서 퇴소하게 되나, 대학이하 재학, 직업훈련시설 등의 교육훈련을 받는 경우 연장보호를 받을 수 있다. 취업준비 또는 취업 후 일정기간 보호를 위한 자립지원시설(자립생활관)을 통해 주거를 제공하고 있는데, 이용기간은 25세까지로 최장 5년까지 연장할 수 있다.

또한 퇴소 및 연장아동에 대하여는 직업훈련시설에서 기술교육을 받을 수 있도록 하며, 시설 퇴소 시에는 침구나 취사도구 등을 구입할 수 있도록 일정액의 시설아동 자립정착금을 지원하고 있으며 점차 확대해 나갈 예정이다.

1997년도부터 시설보호아동의 사회적응 강화계획의 일환으로 군부대입소, 자연탐방 등 자립지원 프로그램을 실시하고 있으며 전국 16개 아동자립지원센터에서는 퇴소연장아를 대상으로 취업지도, 직업교육, 상담 등의 서비스를 제공하고 있다.

또한 국토해양부, 교육과학기술부와 함께 2006년도부터 영구임대아파트 입주자격을 부여 하고, 퇴소아동 공동생활가정 및 전세주택을 지원하고 있으며, 대학진학, 기숙사 배정 우대 및

학자금 지원 확대와 자립지원시설 상담인력 증원 및 아동복지시설에 자립전담인력 배치 등을 적극 추진 중이다. 앞으로 자립지원시설, 아동자립지원센터 등의 기능을 활성화하여 시설퇴소 연장아가 사회에 잘 적응할 수 있도록 지속 지원할 계획이다.

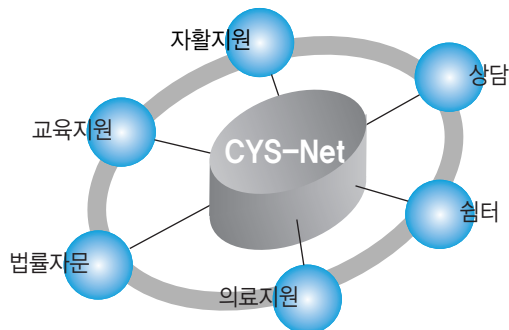
VI 청소년 상담활동*

1. 지역사회 청소년통합지원체계(CYS-Net)

가. 추진배경

양극화, 학교부적응, 가정해체 등으로 위기청소년의 수는 증가하고, 위기청소년의 사회적 서비스 요구 수준은 높아가지만, 청소년 서비스기관의 지역적 분산과 상호협력체제 부재로 지역사회의 지원체계는 취약하다. 이에 한국사회의 급증하는 위기청소년 문제에 효과적으로 대응하기 위해 개별적, 파편화된 지역사회 청소년 지원서비스를 통합하여 위기청소년에게 맞춤형·원-스톱으로 필요한 서비스를 제공하기 위해 2005년 5월부터 “위기 청소년 사회안전망 (CYS-Net, Community Youth Safety-Net)”을 구축·강화하였다. 이후에는 CYS-Net을 “지역사회 청소년통합지원체계”로 지칭하였다.

[그림 2-4-9] 지역사회청소년통합지원체계(CYS-Net) 서비스 체제



*집필자 : 아동청소년상담자활과장 염미연

나. 사업내용 및 규모

CYS-Net 사업은 지역사회 청소년관련기관간의 네트워크를 통한 통합지원체계 구축과 위기 청소년에 대한 전화상담, 구조, 보호, 치료, 자립, 학습 등 맞춤형·원-스톱 서비스 제공을 통해 위기청소년의 건강한 성장과 삶의 역량을 강화하는 것을 주요 목적으로 하고 있다.

CYS-Net 사업은 2007년에는 16개 시·도와 52개 시·군·구에서 시도 및 시군구 청소년(상담, 종합)지원센터를 중심으로 사업을 추진하였다.

시도의 경우 1개 지역 당 청소년육성기금 180백만 원을 지원(단, 서울특별시, 경기도의 경우 청소년인구 고려 290백만원, 지방비 50% 매칭 별도)하였고, 시군구의 경우 1개 지역 당 30~40백만원의 국비를 지원하였다(지방비 50% 매칭 별도). 이는 지역의 위기청소년 규모, 청소년문제 특성, 가용자원 현황 등 지역실정과 특성에 맞는 청소년안전망을 발전시킴으로써 위기청소년 발견 및 연계서비스의 효율성을 제고하고, CYS-Net을 지역사회 복지서비스 체제의 핵심 네트워크로 육성하기 위한 것이었다.

〈표 2-4-76〉 CYS-Net 서비스 이용 인원

(단위 : 명)

구 분	남 자	여 자	합 계
2006	14,055	15,135	29,190
2007	27,845	29,054	56,899

※ 자료 : 한국청소년상담원(2008.3)

〈표 2-4-77〉 CYS-Net 서비스 이용 건수

(단위 : 건)

구 분	상담 및 정서적 지 원	사회적 보 호	기초생활 및 경제적 지 원	교육 및 학업지원	자 활 지 원	의 료 지 원	법률자문 및 권리구제 지 원	여가 및 문화활동 지 원	합 계
2006	143,490	8,365	14,860	1,957	495	1,406	918	2,166	173,657
2007	303,356	25,176	55,035	6,986	2,463	4,902	1,800	13,093	412,811

※ 자료 : 한국청소년상담원(2008.3)

한편, 1388청소년지원단은 2003년 청소년보호종합지원센터에서 구축된 1388서포터즈를 시작으로 가출청소년이 주로 이용하는 pc방, 노래방, 찜질방 등의 업소를 주축으로 하여 위기 청소년의 발견, 긴급구조 및 보호서비스 등의 기능을 수행해왔다. 이후 2005년 CYS-Net의 출범과 함께 1388청소년지원단으로 명칭이 변경되면서 민·관협력 체계를 만들어 나가는 기능을 수행하게 되었다.

〈표 2-4-78〉 1388청소년지원단 역할 및 참여기관

단계별 지원단		역 할	참여기관	지원단 활동 예시
발견 지원단		청소년의 심리적, 신체적, 기타 위기상황을 현장에서 발견하고 이에 대한 정보를 상담센터에 연계	약국, 인터넷PC문화협회, 찜질방, 노래방, 교총 및 전교조 소속 교사 등 (총35,000기관+250,000명)	- 청소년이 약국에서 임신진단 테스트를 사는 경우 1388 안내하고 필요한 경우 센터 상담자와 연결 - 교사가 학교에서 상담, 지원이 필요한 학생을 센터로 연계 및 안내
구조 지원단		보호가 필요한 위기청소년을 지정된 장소로 동행, 이송	경찰지구대, 콜택시조합, 교통 봉사대, 아마추어무선연명 (총 12,000개 기관)	- 심야시간에 센터 구조담당자 가 직접 구조하기 힘든 경우 콜택시가 청소년을 센터로 이송 구조지원단이 일시보호 후 센터연계
서 비 스 지 원 단	의 료	폭력, 성폭행, 질병 등으로 치료가 필요한 위기청소년에게 건강 검진, 심리검사 등 의료서비스 제공	지방의료원연합회, 정신과, 치과, 정형외과 등 (총 2,000개 병의원)	- 치과에서 가출 청소년에게 치아검진 및 보철을 실비로 지원 - 지방의료원에서 위기청소년 건강검진 무료 실시
	법 률	폭력, 비행 등에 연루된 청소년 에게 조언, 상담 등 법률서비스 제공	변호사, 검찰, 법원 (총 30개 기관)	- 성폭력, 학교폭력 피해를 입은 청소년을 위한 법률서비스 지원
	자 립	직업체험 기회를 제공하여 자립 의지를 고취	꽃집, 편의점, 인테리어, 카센터, 주유소, 직업전문학교 (총 1,800개 기관)	- 학업중단 청소년이 직업을 갖기까지 직업체험을 할 수 있도록 지역 소상공점에서 인턴십 과정 진행

※ 자료 : 보건복지가족부(2008.3.)

2. Help Call 청소년전화 1388

청소년 긴급전화 1388, 가출청소년 상담전화 1588-0924, 한국청소년상담원의 상담전화 및 청소년(상담)지원센터의 상담전화 등을 1388로 통합(2005년 9월 1일)하여 지역사회 청소년 통합지원체계(CYS-Net)의 관문으로 운영되고 있다.

『Help Call 청소년전화 1388』은 청소년은 물론, 학부모, 교사 등 일반국민 누구나 청소년을 위하여 이용하는 전화로서, 청소년 상담, 긴급구조, 각종 정보제공, 인터넷 중독치료 등 청소년 관련 모든 문제에 대해 365일 24시간 원-스톱(One-Stop) 서비스 제공을 목적으로 하고 있다.

1388 전화 이용건수는 2005년 9월 통합 이후 하루 178건에 불과하던 것이 2007년도 12월말 현재 평균 666건으로 274%가 증가하였으며, 현재 16개 시·도 청소년상담지원센터와 131개 시·군·구 지원센터 등 전국 147개 센터에서 Help Call 청소년전화 1388을 운영하고 있다.

한편, 청소년전화 1388 인지도 향상을 위하여 청소년 눈높이에 맞는 싸이월드, 미니 홈페이지 등 인터넷 홍보, 인터넷게임연합회, PC방 협회 등 관련기업과의 협약체결을 통한 홍보, 한국 교총, SKT 등 단체나 일반기업과의 사회공헌 차원의 청소년전화 1388 홍보를 하고 있으며, TV·라디오·신문매체·지하철, 전광판, 홍보탑 등 다양한 매체를 통해서도 대국민 홍보 활동을 전개하였다.

〈표 2-4-79〉 Help Call 청소년전화 1388 주요 실적

(단위 : 건)

주요 사업내용		실 적		증(△)감	
		2007년(A)	2006년(B)	A-B	%
Help Call 청소년전화 1388 홍보					
• 신문 게재 및 홍보		79건	32건	47	146.9
• TV 홍보		30건	25건	5	20
Help Call 청소년전화1388 이용실적	통화횟수	243,051건	98,466건	144,585	146.8
	일평균	666건	270건	396	146.6

※ 자료 : 한국청소년상담원(2008. 3.)

3. 청소년 동반자(YC)프로그램

위기청소년은 자신감의 약화와 사회적 도움에 대한 냉소적인 태도로 인해 자발적으로 상담이나 공공서비스를 이용하는 것을 꺼리는 경향이 있다. 따라서 청소년 상담분야에 자격과 경험을 갖춘 청소년전문가가 위기청소년을 직접 찾아가서 상담, 심리·정서적 지지 등을 통해 위기 청소년들과 지속적인 관계를 형성하여 청소년의 건강하고 성공적인 삶을 지원하는 상담지원 프로그램이 필요하였다. 이에 따라 2005년 하반기에 위기청소년의 입장에서 지역사회 자원을 현장에서 함께 찾고 연계하며, 청소년들과 유기적인 관계를 형성하여 청소년의 삶을 지원할 수 있는 청소년동반자(Youth Companion) 프로그램을 시범적으로 도입하게 되었다.

이 프로그램에서는 청소년동반자들이 위기청소년에게 각종 상담, 심리·정서적 지지, 자활 지원, 학습·진로 지도, 문화체험 등을 제공하게 된다. 2007년도에는 청소년 동반자 프로그램을 확대 운영하여 사업지역을 2006년도 8개 시·도에서 14개 시·도로 확대하고, 또한 청소년동반자를 2006년의 300명에서 2007년에는 400명으로 늘려 보다 많은 위기청소년이 필요한 도움과 서비스를 이용할 수 있도록 함에 따라 CYS-Net이나 개인 또는 청소년지도자 등 주위의 신청에 의해 보다 많은 위기청소년에게 개인특성과 필요에 따른 수준 높은 상담지원 서비스를 제공하였다.

4. 청소년 가출 및 쉼터현황

가. 추진배경

최근 사회적 문제인 가족 간의 갈등과 가족해체의 가속화 등으로 인하여 가출청소년이 지속적으로 발생하고 있으며 이들은 거리생활을 하면서 범죄 및 비행 등의 문제행동 유발, 건강 훼손 등으로 인한 사회적 비용유발 등 더 이상 방치할 수 없는 수준에 이르고 있다. 또한 청소년들의 가출연령이 점점 낮아지고 있으며 6개월 이상의 장기 가출과 가출의 반복성이 심화되는 경향이 나타나고 있다. 이러한 경향에 따라 청소년 가출을 사전에 예방하고 이미 가출한 청소년은 신속하게 선도 보호, 일시보호, 상담, 교육문화활동을 지원하여 가출청소년의 비행과 일탈을 예방하고 가정복귀 및 사회적응을 지원함으로써 청소년의 건전한 성장과 육성을 도모하기 위하여 청소년쉼터를 설치·운영을 지원하고 있다.

나. 사업내용 및 규모

청소년쉼터는 가출청소년의 생활보호뿐만 아니라 상담, 자립역량 강화, 고충처리, 문화 및 활동프로그램 기회제공 등 청소년들의 종합선도 터전으로서의 역할을 수행하고 있으며, 청소년 보호시설의 전문화 및 수용자관점에서 차별화된 지원 서비스를 제공하기 위하여 일시, 단기 및 중·장기별 특성화에 맞는 서비스를 제공·개발하도록 관리 및 유도에 철저를 기하고 있다. 2007년도 현재 청소년쉼터는 79개소가 설치·운영 중에 있으며, 그 중 국비를 전액 지원 받는 곳은 1개소(YMCA 쉼터)이며 국비와 지방비를 함께 지원받는 곳은 71개소, 순수 지방비만 지원받고 있는 곳은 7개소이다. 청소년쉼터의 운영주체는 국가 또는 지방자치단체이나 지역 실정 및 여건 등에 따라 직영하는 경우도 있고 민간단체에 위탁하여 운영하거나 보조금을 지원하는 형태로 운영 중이다.

〈표 2-4-80〉 연도별 청소년쉼터 운영 현황

구 분	2005년도	2006년도	2007년도
일시쉼터	4개소	7개소	9개소
단기쉼터	29개소	43개소	45개소
중장기쉼터	15개소	21개소	25개소
계	48개소	71개소	79개소

※ 전액지방비 지원쉼터도 포함(2006년 8개소, 2007년 7개소)

※ 자료 : 보건복지가족부(2008.3.)

〈표 2-4-81〉 쉼터의 종류 및 기능

구 분	일시쉼터(9개)	단기쉼터(45개)	중장기쉼터(25개)
기 간	24시간 이내 일시보호	3개월 내외의 단기보호	3개월 이상 중장기보호
이용대상	일반청소년, 거리생활청소년	가출청소년	자립의지, 특별지원 가출청소년
기 능	- 위기개입상담, 진로지도, 적성검사 등 상담서비스 제공 - 가출청소년 구조·발견, 청소년 쉼터와 연결 - 먹거리, 음료수 등 기본적인 서비스 제공 등	- 가출청소년 문제해결을 위한 상담·치료서비스 및 예방활동 전개 - 의식주 및 의료 등 보호서비스제공 - 가정 및 사회복귀를 위한 가출 청소년 분류, 연계·의뢰 서비스 제공 등	- 가정복귀가 어렵거나 특별히 보호가 필요한 위기청소년을 대상으로 전환형, 가족형, 자립형, 치료형 등 특화된 서비스 제공
위 치	이동형(차량), 고정형(청소년유동지역)	주요도심별	주택가
지향점	가출예방, 조기발견, 초기개입	보호, 가정 및 사회복귀	자립지원

※ 전액지방비 지원쉼터도 포함(2006년 8개소, 2007년 7개소)

※ 자료 : 보건복지가족부(2008.3.)

다. 청소년쉼터 입소현황

가출청소년 중 청소년 쉼터에 입소한 현황은 아래 <표 2-4-82>와 같으며, 쉼터이용 청소년 실적은 보건복지가족부에서 한국청소년쉼터협의회를 통해 위탁 관리하는 행정지원시스템에 의해 관리되고 있으며 연인원과 실인원으로 구분한다. 연인원은 해당 월에 입소중인 입소생들의 해당 월 입소기간의 합계를 의미하며, 실인원은 해당 월에 입소중인 입소생의 숫자를 의미한다.

〈표 2-4-82〉 청소년쉼터 이용현황

◎ 연인원

구분	나 이					보호기간					
	13세 이하	14~16세	17~19세	20세 이상	소 계	15일 미만	16~30일	1~3개월	3~6개월	6개월+	소 계
'05년	18,734	54,077	57,298	9,994	140,103	16,842	14,013	39,797	24,579	44,872	140,103
'06년	20,444	70,207	84,090	18,448	193,189	24,495	24,620	58,910	37,231	47,933	193,189
'07년	11,161	79,615	97,703	20,373	208,852	31,461	25,196	57,243	49,259	45,693	208,852

◎ 실인원

구분	나 이					보호기간					
	13세 이하	14~16세	17~19세	20세 이상	소 계	15일 미만	16~30일	1~3개월	3~6개월	6개월+	소 계
'05년	650	3,420	3,600	594	8,264	3,682	720	1,488	854	1,520	8,264
'06년	996	4,879	4,902	926	11,703	5,177	1,266	2,245	1,348	1,667	11,703
'07년	690	6,116	6,450	1,052	14,308	7,031	1,369	2,266	2,038	1,604	14,308

※ 자료 : 보건복지가족부(2008.3.)

5. 이주(새터민 · 다문화)청소년 지원사업

'90년대 중반부터 북한주민들의 국내 입국이 급격하게 증가하였으며, 최근 10년 사이에 국제 결혼가정의 급증, 수많은 외국인이주노동자의 입국 증가로 인해 2007년 7월 현재 국내에 입국한 새터민 청소년의 수는 약 2,000여명, 국제결혼가정의 청소년 수는 약 17,000여명 가량이 된다.

〈표 2-4-83〉 연령별 새터민 현황

(단위 : 명)

구 분	10세	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60세	계
'04년까지	260	844	1,842	2,024	750	304	280	6,304
'05년	40	184	374	475	187	53	70	1,383
'06년	84	259	527	688	258	73	130	2,019
'07.11	448	1,510	3,308	3,946	1,581	510	584	2,181
누계	832	2,797	6,051	7,133	2,776	940	1,064	11,887

※ 자료 : 통일부(2007.11.)

〈표 2-4-84〉 다문화청소년 현황

(단위 : 명)

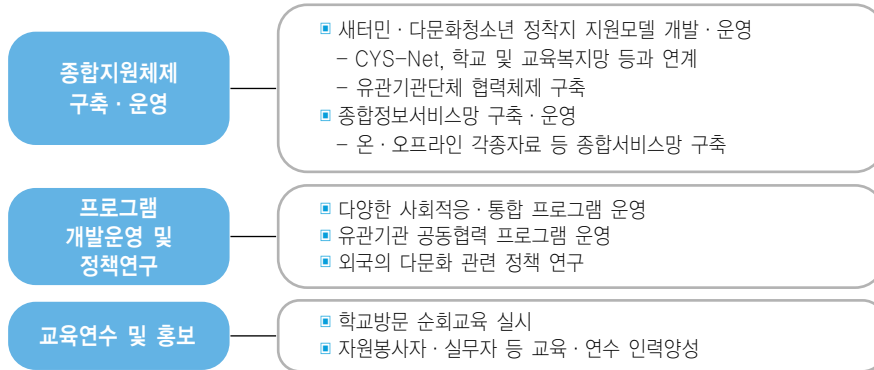
만 6세 이하	만 7세 ~ 만 18세 이하	총 계
26,445	17,813	44,258

※ 자료 : 행정안전부(2007.8.)

이들 새터민·다문화청소년들은 교육제도의 차이, 문화차이, 심리·정서적 상처로 인해 남한 사회 적응에 많은 어려움을 겪고 있으며, 이들이 겪는 부적응 현상은 개인적인 노력만으로는 해결되지 않는 복합적인 문제이다.

그동안 이들 청소년을 위한 다양한 지원을 민·관 영역에서 추진하였으나 유기적이고 체계적인 지원시스템은 미비한 실정이라서 사회문제로 대두되었고, 이에 따라 새터민·다문화 청소년들의 학업과 사회적응을 체계적으로 지원하기 위해 '무지개청소년센터'를 설립(2006.4.24)하고, 지역내 CYS-NET(지역사회 청소년 통합지원체계)을 기반으로 유관기관·단체들이 참여하는 지역사회 종합지원체계를 운영하여 입국초기부터 지역정착까지 체계적으로 지원하기 위한 사업을 추진하고 있다.

[그림 2-4-10] 새터민·다문화 청소년 지원체계



6. 청소년 상담활동

가. 한국청소년상담원

한국청소년상담원은 청소년상담 관련정책 연구개발, 청소년 상담기법의 연구 및 상담자료의 제작·보급, 청소년 상담사업의 시범운영, 청소년상담 상담인력의 양성 및 연수, 청소년 상담 기관 상호간의 연계 및 지원, 국내·외 상담기관간의 교류 및 정보자료 수집·공급, 지방 청소년(상담)지원센터 운영의 지도 및 지원 등 전국 상담기관의 중추적 기능을 수행하고 자녀지도를 위한 부모교육 및 또래상담자 사업을 통한 상담문화의 대중화에 기여하고 있다. 또한 학업중단 청소년 관련 사업에 대한 지도·지원, 위기청소년 위기개입 및 자활지원 등 위기 및 소외청소년 대상의 지원기능을 수행하고 있다.

[표 2-4-85] 상담방법 및 대상별 상담실적(2007)

(단위 : 명)

구 분	대 면 상 담			매 체 상 담					계
	개 인	집 단	심리 검사	전화 상담	사이버상담		DB상담 (자료조회)	웹심리 검사	
					게시판 상담	채팅 상담			
지도자	16	303	0	515	33	5	—	—	872
학부모	2,087	207	263	5,500	294	25	—	—	8,376
일반인	486	92	55	1,546	304	154	—	—	2,637
청소년	3,419	463	1,044	2,888	9,102	1,743	16,898,930	16,299	16,933,888
계	6,008	1,065	1,362	10,449	9,733	1,927	16,898,930	16,299	16,945,773

※ 자료 : 한국청소년상담원(2008. 3.)

나. 시·도 및 시·군·구 청소년(상담)지원센터의 현황과 실적

(1) 시·도 청소년상담지원센터 현황

시·도 청소년상담지원센터는 청소년기본법 제42조와 시행령 제33조에 의거하여 설치·운영되고 있으며, 시·도의 청소년상담 및 긴급구조 등의 중추적인 역할을 맡고 있다. 시·도 청소년상담지원센터는 광역자치단체 단위의 청소년상담전문기관으로서 지역의 시·군·구 청소년지원센터와 연계하여 지방청소년상담, 학부모의 청소년 문제에 대한 정보제공과 자문, 상담을 처리하고 있다.

시·도 청소년상담지원센터는 1990년에 대구, 광주에 시범적으로 설치·운영해왔던 청소년 종합지원센터를 청소년종합상담실로 명칭을 바꾸어 1991년도에 부산, 대전, 청주, 1992년도에 인천, 전북(전주), 1993년도에 경기(수원), 강원(춘천), 경남(창원), 1994년도에 충남(천안), 전남(순천), 경북(안동), 1995년도에는 제주(제주), 1997년도에 서울(중구 수표동), 1999년도에 울산에 각 1개소씩 설치되었으며, 2006년에 다시금 시·도 청소년상담지원센터로 명칭을 바꾸었다.

시·도 청소년상담지원센터의 운영방식을 살펴보면, 시·도에서 직접 운영하는 곳은 경남(창원), 충북(청주) 2개소이며, 그 외에는 청소년 유관단체에서 위탁운영하고 있다.

〈표 2-4-86〉 2007년 시·도 및 시·군·구 청소년(상담)지원센터 설치현황

(단위 : 개소, %)

지 역	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	강원	경기	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
설 립 수	16 (25)	7 (16)	1 (8)	3 (10)	1 (5)	2 (5)	2 (5)	5 (18)	32 (31)	4 (12)	16 (16)	15 (14)	4 (22)	12 (23)	21 (20)	2 (2)
설치비율	64	44	13	30	20	40	40	28	103	33	100	107	18	52	105	100

※ 주 : ()는 기초자치단체 수

※ 자료 : 보건복지가족부(2008. 3.)

(2) 시·군·구 청소년지원센터 현황

시·군·구 청소년지원센터는 청소년기본법 제42조와 시행령 제33조에 의거하여 생활권 중심의 실질적인 청소년상담체제를 구축하고자 127개 기초자치단체에 설치·운영하고 있다.

시·군·구 청소년지원센터는 대부분 시·도 및 시·군·구의 지방비로 운영재원을 지원받고 있다. 청소년지원센터의 운영방식을 살펴보면, 127개소 중 68개소(54%)가 시·군·구에서 직접 운영을 하고 있으며, 나머지 59개소(46%)는 청소년유관단체에서 위탁운영하고 있다. 지역별 시·도 및 시·군·구 청소년(상담)지원센터의 기초자치단체수 대비 설치비율은 전국 60% 수준으로 나타났다.

(3) 전국 시·도 및 시·군·구 청소년(상담)지원센터 상담활동

2007년 전국 시·도 및 시·군·구 청소년(상담)지원센터의 연간상담건수는 2,502,712건으로 지난해 이용건수(1,560,607건)보다 60% 증가했다. 성별로는 여자 1,418,012건(52.2%), 남자 1,296,280건(47.8%)으로 남자보다 여자가 더 많았다. 또한 2007년 상담서비스 유형별 이용추세를 살펴보면, 개인상담 8.8%, 집단상담 58.5%, 전화상담 10.2%, 심리검사 8%, 사이버상담 0.5%, 사업수행프로그램 0.6%, 지원서비스 12.3%, 기타상담 1.1%로 집단상담 이용자가 가장 많았다.

〈표 2-4-87〉 2007년 시·도 및 시·군·구 청소년상담지원센터 상담실적

(단위 : 명)

구 분		성 별			대 상 별								
		남	여	소 계	청 소 년						성 인		
					초	중	고	대	근 로	무 직	학부모	청소년 지도자	일반인
개인 상담		119,485	120,309	239,794	44,513	76,846	40,036	2,505	1,445	10,802	45,176	13,119	5,352
집단 상담		765,092	822,807	1,587,899	282,431	534,903	450,143	59,454	3,837	20,752	96,188	70,388	69,803
전화 상담		119,574	156,967	276,541	11,720	44,155	37,234	4,623	3,146	9,855	83,487	44,341	37,980
심리 검사	개별	17,031	19,180	36,211	7,256	12,571	7,600	920	223	1,245	5,048	427	921
	집단	85,092	95,086	180,178	30,449	68,343	59,461	6,292	436	494	5,999	2,981	5,723
사이버 상담	메일	3,516	6,651	10,167	634	2,892	2,947	824	198	310	1,149	643	570
	채팅	997	1,498	2,495	145	865	770	121	56	237	76	185	40
사업수행 프로그램		10,820	6,156	16,976	1,580	4,684	5,622	189	380	3,333	318	532	338

구 분		성 별			대 상 별								
		남	여	소 계	청 소 년						성 인		
					초	중	고	대	근 로	무 직	학부모	청소년 지도자	일반인
지원 서비스	개별	59,994	63,384	123,378	17,415	34,351	17,129	377	6,675	8,372	20,357	15,249	3,453
	그룹	101,209	110,371	211,580	33,994	76,261	45,106	4,656	324	13,127	12,721	10,338	15,053
기타 상담		13,470	15,603	29,073	2,918	7,128	4,144	331	385	3,662	2,439	5,881	2,185
합 계		1,296,280	1,418,012	2,714,292	433,055	862,999	670,192	80,292	17,105	72,189	272,958	164,084	141,418

※ 자료 : 한국청소년상담원(2008.3.)

Ⅶ 유해환경으로부터 아동·청소년 보호*

1. 아동·장애인 실종예방 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 모든 일상생활을 포기하고 아동 찾는 일에만 전념하게 되며 그 상황이 장기화 될수록 죄책감과 우울 등의 부정적인 감정으로 발전하게 되고, 경제적인 어려움 또한 겪게 되는 등 감당하기 어려운 다양한 고통에 처하게 된다. 더 나아가 가정이 해체되는 등의 심각한 사회문제로까지 발전하게 된다.

오랫동안 우리 사회는 문제의 심각성에도 불구하고 실종아동 문제를 개인의 문제, 실종아동 가족의 책임으로 치부하는 경향이 있어 왔다. 그러나 1991년 실종되었던 개구리소년들의 유골이 2002년도 한 야산에서 발견되었고, 2004년 부천초등생, 포천여중생 실종사건은 우리 사회에서 실종아동 문제를 이슈화하면서 국가적인 차원의 실종아동 찾기 체계 및 예방에 대한 대책 마련의 필요성이 대두되었다.

*집필자 : 아동청소년보호과장 이석규

2003년 이전 실종아동 찾기 체계는 경찰의 초동조치 미흡, 보호시설의 아동카드 송부누락 및 지연, 미신고시설 관리부실, 관련 법률의 부재, 일반국민들의 인식의 부족 등의 다양한 문제들이 지적되어 왔다. 사실 실종아동 찾기 체계 개선의 획기적인 전환점이 되었던 것은 2004. 1월 부천초등생사건이었다. 부천초등생 실종사건이 발생하게 되면서 언론 등에서 그동안 지적되었던 실종아동 문제에 대해 언급하는 등 사회적인 관심사가 되었고 정부에서도 대책 마련을 위해 고심하게 되었던 것이다. 이로 인해 실제로 그동안 지적되던 실종아동 관련체계 문제들이 상당부분 개선되었다고 볼 수 있다.

이러한 실종아동 문제의 해결을 위해 가장 극적으로 추진되었던 내용은 2005. 5월에 “실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률”을 제정한 것이다. 이는 실종아동과 실종장애인의 발생을 예방하고, 신속한 가정복귀를 도모하기 위한 제도적인 기틀을 마련하였다는 점에서 큰 의미가 있다고 하겠다.

2005. 12월부터 시행된 “실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률”은 아동의 안전하고 건강한 성장을 보장하기 위한 사회적 인프라 확대라는 측면에서 커다란 의미를 부여할 수 있으며 달라진 제도개선 내용을 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 실종아동등의 대상을 확대하였다. 법 시행이전에는 8세 이하 아동을 실종아동 대상으로 하였으나 이 법에는 14세 미만 아동으로 대상을 확대하고 장애인복지법 상의 지적지체인 · 자폐성장아인 · 정신장애인을 새롭게 추가하였다.

둘째, 실종업무를 전담할 실종아동전문기관을 설치 · 운영하거나 법인이나 단체에 위탁할 수 있는 법적근거를 마련하였다.

셋째 실종 아동 · 장애인에 대한 실태조사 및 연구, 실종발생 예방을 위한 교육 및 홍보, 실종 가족 지원 등 실종예방 및 가족지원사업에 대한 구체적인 지원근거를 규정하였다.

넷째, 아동, 장애인시설 등 보호시설에서의 신상카드 송부를 의무화하여 시설보호 대상자 중 보호자가 확인되지 아니한 아동등의 자료를 전산화하여 실종아동등 찾기에 활용될 수 있도록 하였다.

다섯째, 경찰의 수색·수사를 의무화하여 경찰의 초동수사가 신속하게 이루어지고 장기 실종자를 위한 적극적인 수사가 이루어질 수 있도록 하였다.

여섯째, 미신고보호행위를 금지하여 개인의 불법 입양이나 미신고시설 등의 불법 보호를 원천적으로 차단하였다.

일곱째, 보호시설에 대한 경찰의 현장 조사권한을 명시화하여 시설에서 거부하는 경우에도 필요한 조사를 실시할 수 있게 하였다.

마지막으로 DNA검사의 법적 근거를 마련함으로써 유전자 검사를 통해 실종아동등을 보다 쉽게 찾을 수 있는 경로를 확대하였다.

2006. 11월에는 ‘실종아동 및 실종장애인 찾아주기 종합대책’을 마련하여 시행하였다. 동 대책에 따라 신고의무자, 경찰공무원 등에 대한 교육을 강화하는 한편, 신고의무 불이행자 및 불법양육자의 처벌규정에 관한 홍보도 병행하여 동 제도에 대한 인식을 제고하였다.

2008. 4월에는 아동범죄 예방 및 안전대책 마련을 위해 범정부적으로 「아동·여성보호 종합대책」을 추진하였으며 우리부도 이에 포함하여 실종예방 대책을 마련하였으며, 주요내용은 아래와 같다.

첫째, 지역사회 어르신들의 어린이 등·하굣길 안전지킴이 등 노인일자리 사업으로 놀이터, 공원, 학교주변 및 아동범죄 다발지역 등 아동안전 취약지역에 대한 순찰활동을 전개·지원 하였다.

둘째, 시·도별 실종 아동·장애인 일시보호센터를 지정('08.4.30, 61개소)하여 보호자가 확인되지 아니한 아동 및 장애인 발생시 우선 일시보호센터에 보호조치하고 신상카드를 작성하여 실종여부를 확인하는 등 실종아동등에 대한 보호창구를 일원화하였다. 이에 따라 가족 또는 경찰관서에서 이들을 찾아 전국을 헤매는 일이 없도록 제도를 개선하였다.

셋째, 실종아동등 조기발견을 위해 경찰청의 실종신고 자료와 실종아동전문기관의 신상카드 자료간 전산연계 구축을 추진하였다.

넷째, 아동복지시설, 보육시설, 유치원, 초·중·고등학교 대상 실종·유괴 예방교육 의무화를 위해 아동복지법을 개정('08.6.13 공포, 12.14 시행)하고, 실종예방 인형극 순회교육을 연중 실시하며, 연령별·대상별 특성에 맞는 맞춤형 실종예방 매뉴얼을 개발·보급하였다.

다섯째, 유괴예방 3단계 구호 100만인에게 알리기, 실종예방 공익광고 송출, 어린이안전 특별생방송 방영 등 온라인 홍보활동을 강화하고, 어린이날·실종아동의 날을 기념하여 실종 아동 발생 예방 및 찾아주기 캠페인을 적극 전개하였다.

여섯째, 건강가정지원센터, 정신보건센터, 청소년(상담)지원센터를 통하여 실종가족을 위한 교육·상담·무료 프로그램을 무료 또는 실비로 지원하고, 실종가족에게 의료비·상담비·부모 활동비·전단제작지원비 등 재정적 지원을 통해 경제적 부담을 완화하며, 실종아동등 발견을 위한 보호시설 출입조사시 관계 공무원과 실종가족이 동행할 수 있는 법적근거를 마련하여 실종 가족에 대한 심리적 지지를 강화하였다.

실종문제는 더 이상 소수의 부모와 아동에게 일어나는 개인적인 문제가 아니라 모든 아동과 부모에게 언제라도 어느 곳에서든지 발생할 수 있는 사회문제라는 국민의 인식전환이 요구된다.

“희망 없는 이 땅에 누가 아이를 낳겠는가?”라며 절규하는 실종아동 및 실종장애인 부모들의 안타까운 모습을 되새기면서 이제는 단 한 명의 어린이도 아동안전의 사각지대에서 고통 받는 일이 없이 모든 어린이가 안전하고 건전하게 성장할 수 있는 여건을 마련하여야 할 때이다.

보건복지가족부도 실종발생 예방을 위한 국가 차원의 사회적 안전망을 보다 촘촘히 구축해 나갈 계획이다.

〈표 2-4-88〉 실종아동 신고접수 및 발견 현황(경찰청 182센터)

(2007.12월 기준, 단위 : 명)

연 도	일반아동(14세 미만)			장애인(연령불문)		
	발 생 건 수	발견 현황		발 생 건 수	발견 현황	
		보호자인계(가정복귀율)	미발견		보호자인계(가정복귀율)	미발견
2006	7,064	7,054(99.9%)	10	6,872	6,837(99.5%)	35
2007	8,602	8,567(99.6%)	35	7,239	7,141(98.6%)	98

※ 장애인 : 장애인복지법 제2조의 장애인(연령제한 없음) 중 지적장애인·자폐성장애인·정신장애인

〈표 2-4-89〉 시설 무연고아동 등 신상카드 D/B 구축현황(실종아동전문기관)

(2007.11월 기준, 단위 : 명,)

합 계	아동시설	장애인 시 설	정 신 요양시설	부랑인 시 설	노인시설	정 신 의료기관
14,628	2,428	6,811	1,784	1,582	10	2,013

2. 아동 안전사고 예방

가. 아동 안전대책의 성과

국민에게 안전하고 행복한 삶을 보장하는 것은 당연한 국가의 의무이자 책임이지만, 그 중에서도 어린이의 안전 문제는 다른 어떤 분야보다 우선적인 국가의 개입이 필요하다.

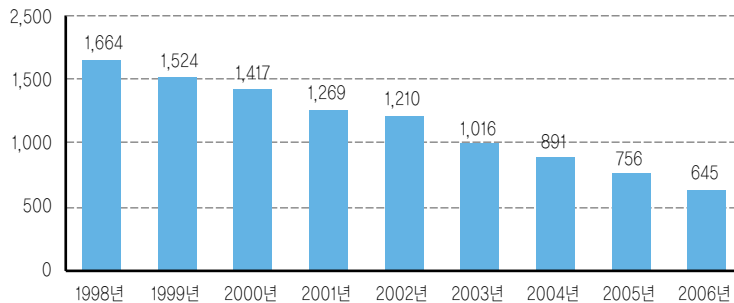
어린이는 미래 국가 경쟁력의 초석이고, 국가의 지속적인 발전을 결정짓는 척도가 되기 때문이다. 최근의 합계출산율은 1.29로 어린이를 안전하게 키워내는 일은 부모만의 책임이 아니라 사회와 국가가 함께 부담해야 할 책무가 되었다.

또한 어린이 안전사고는 성인에 비해 사망 및 중상의 비율이 높고 인격발달과 정서에 심각한 영향을 끼치게 되며 사고로 인한 가족의 위기와 해체를 막기 위한 사회적비용의 증가는 결국 국가 경쟁력을 현저히 떨어뜨리는 것이다.

그럼에도 불구하고, 그동안 우리나라의 어린이 안전문제는 단지 피할 수 없는 일로 간주되거나, 부모들이 알아서 예방하여야 할 일로 여겨지는 등 어린이 안전사고 예방을 위한 사회적인 공감대가 형성되지 못하고 OECD회원국 중 어린이 안전사고 사망자가 가장 많은 국가라는 불명예를 안고 있었다. 어린이 안전관련 정책은 소관 분야별로 각 부처에서 분산, 추진되어 체계적이고 종합적인 정책 개발이 부족했던 것이다.

정부에서는 2003년을 ‘어린이 안전원년’으로 선포(’03년 5월 5일)하고 ’03년 6월 「어린이 안전종합대책」을 수립하였으며 동 대책은 향후 5년간 어린이 안전사고 사망자수를 매년 10%씩 낮추어 OECD 회원국 최하위에서 중위권 수준으로 높이는 것을 목표로 하였다. 동 대책의 추진 상황은 국무총리를 위원장으로 하는 ‘아동정책조정위원회’를 통해 지속적으로 점검하고 과제를 조정해 나갔다.

[그림 2-4-11] 어린이 안전사고 사망자수



※ 자료 : 통계청(사망원인통계)

동 대책 추진으로 어린이 안전사고 사망자는 2006년 645명으로 2002년에 비해 46.7%가 감소하여 「어린이 안전종합대책」이 효과적이었음을 나타내고 있다.

분야별 어린이 안전사고 사망률 추이를 살펴보면 교통사고에서 2002년 594명에서 2006년 318명으로 괄목할만한 감소를 보여 교통안전 대책이 효과적으로 수행되었음을 알 수 있으며, 물놀이사고 사망자는 2002년 198명에서 2006년 78명으로, 추락사고는 2002년 134명에서 58명으로 큰 감소를 가져왔음을 볼 수 있다.

분야별 주요 추진 내용을 보면 어린이 보행안전을 확보하고 교통사고 예방을 위해, 어린이 보호구역 개선사업을 추진하여 '03년부터 '06년까지 총 3,069개소가 개선 완료되었으며, 스쿨존캠페인 전개와 보호구역내 지도·단속활동을 강화하였다. 또한 2006년 도로교통법을 개정하여 특수학교·보육시설 주변까지 어린이보호구역으로 확대하고, 6세 미만 어린이 뒷좌석 승차 시 보호장구 착용을 의무화하였다.

물놀이 사고예방을 위해 사고다발지역 9,757개소에 위험지역 안내표지판을 설치하고, 2006년 '119시민 수상구조대' 4,229명을 운영하여 2,417명의 인명을 구조하는 성과를 거두었다. 주택난간 설치기준을 강화하여 추락 사고를 예방하고, 어린이의 개봉이 어렵게 설계된 '어린이 보호포장 의무화' 시행, 바퀴운동화·레이저용품 등 18개 사고 다발용품에 대하여 안전점사의무대상 및 세관장 확인대상으로 지정하는 등 위해요인에 대한 근본적인 대책을 강구하고 있다.

어린이 급식의 안전성 확보를 위해 급식시설 현대화와 위탁급식 직영전환을 추진하였으며, 어린이 기호식품 제조·판매업소 단속강화 등 불량식품 방지노력을 하고 있다.

초등학교 안전교육시간 확보(학기당 연간 21~23시간)와 매월 4일 안전점검의 날 운영, 안전체험차량을 이용한 순회 안전교육 실시, 다양한 안전체험 행사 개최, 어린이 안전정보 제공 강화 등 안전교육과 안전문화 확산을 추진하였다.

이와 같은 노력을 통해 2007년까지 ‘어린이 안전종합대책’의 당초 목표는 거의 달성되었으나 ‘어린이 안전종합대책’의 목표가 달성되었다고 해서 충분히 어린이가 안전한 국가가 되었다고 평가하기에는 아직 이른다.

어린이 놀이 공간의 축소와 인터넷 이용확대, 새로운 어린이용품의 출현, 여성의 경제활동 증가로 혼자 있는 어린이의 증가, 인스턴트식품 의존 등에 의한 어린이 건강 악화 등 어린이의 안전을 위협하는 새로운 요인들은 계속 발생되고 있어 어린이의 안전한 성장여건을 마련하는 노력은 앞으로도 계속되어야 할 것이다.

이와 더불어 앞으로는 아동연령별 발달수준에 맞는 맞춤형 안전대책을 개발하고 교육해 나가며, 새로운 안전 위협요소들에 대응하여 특히 취약계층 고위험군 아동의 안전한 성장을 위한 집중적인 정책개발과 지원책이 필요할 것이다.

이를 위하여 보건복지가족부에서는 2009년부터 제2차 어린이안전종합대책을 추진할 계획으로 있다.

3. 청소년유해환경 감시정화활동

최근 주택가 및 학교 주변에 청소년의 건전한 성장을 해칠 우려가 있는 유해환경이 증가하고 있다. 화상채팅방, 모텔, PC방 등 신·변종 업소가 청소년의 탈선을 부추기고 있어 이에 부응하는 단속 및 제도적 정비의 필요성이 대두되고 있다.

이에 보건복지가족부에서는 청소년생활환경 주변의 유해업소 정화를 위하여 2030년까지

개발되는 세종도시(행정중심복합도시) 22개 지구 중 3개 지구에만 위락지구를 설치하여 청소년 유해업소를 유치할 수 있도록 하고 타 지구에서는 청소년유해업소를 제한하기로 하였다. 또한 판교신도시에는 지구단위계획을 통하여 중심상업지역에서도 주거지와 일정거리 이내에서는 청소년유해업소를 제한하기로 하였다.

또한, 청소년유해업소 업종단체와의 간담회를 통하여 청소년유해업소 업주의 청소년보호 의식을 제고하였으며 기존 유해업소 및 신·변종유해업소에 대한 상시 감시체계를 유지하고 있다. 또한 청소년대상 주류·담배판매행위 등 청소년보호법 위반행위에 대해서는 관계기관 합동으로 점검·단속을 실시하고, 전국 390여개의 청소년유해환경감시단을 운영하여 청소년 유해환경에 대한 지역사회 감시체계를 구축하여 운영하고 있다.

가. 청소년유해업소 정화

(1) 청소년통행금지·제한구역 지정운영

청소년유해업소 밀집지역 등 청소년에게 정신적·신체적 건강을 해칠 우려가 있는 지역에 대해 청소년통행금지구역과 청소년통행제한구역을 지정 운영하고 있으며, 청소년이 각종 유해한 환경에 접근하는 것을 사전에 차단하고 있다.

1999년 7월 1일 청소년보호법 개정으로 미성년자보호법에 의한 미성년자출입제한구역 67개 구역이 청소년보호법에 의한 청소년통행금지구역으로 전환되었고, 이후 상권변동 등으로 인하여 청소년통행금지구역 67개소가 청소년통행금지구역 41개소, 청소년통행제한구역 22개소로 재조정되어 2007년 12월 말 기준 총 63개 구역이 지정·운영되고 있다.

(2) 청소년유해업소 격리 구획화

보건복지가족부는 행정중심복합도시, 혁신도시, 기업도시, 수도권 신도시 등 각종 신도시에서 청소년 유해업소의 난립을 막기 위하여, 신도시 계획 시 지구단위 계획 등을 통하여 주거지 및 학교위생정화구역에 청소년유해업소를 제한하고, ‘국토의계획및이용에관한법률’이 정하는 특정용도제한구역을 설치하며, 도시의 건전한 환경을 보호하기 위하여 위락시설을 집단화하는 방안을 추진하고 있다.

〈표 2-4-90〉 청소년유해업소 현황

구분 시도별	유흥 주점	단란 주점	일 반 음식점	휴게 음식점	무도 학원	무도 장	이용업	숙박업	노래 연습장	비디오 감상실	일반 게임장	계
서울	2,460	3,848	92,964	9,389	158	39	4,550	4,216	6,707	624	1,185	126,140
부산	13,056	2,362	29,969	9,585	753	170	1,831	2,502	2,703	431	468	63,362
대구	1,358	401	26,805	2,973	145	0	1,352	1,152	2,271	88	408	36,953
인천	1,209	651	27,267	2,109	26	0	1,101	1,430	2,257	78	485	36,613
광주	862	392	14,709	1,676	81	0	787	957	1,261	78	588	21,391
대전	515	370	12,807	1,322	50	2	661	910	1,233	57	281	18,208
울산	1,196	523	12,832	899	36	0	526	517	1,057	35	136	17,757
경기	5,298	1,711	115,220	10,294	244	110	4,037	4,843	7,588	394	1,644	151,383
강원	1,636	731	27,413	1,735	21	3	994	2,454	1,144	55	401	36,587
충북	780	315	15,269	1,763	31	8	775	1,139	1,071	38	260	21,449
충남	1,060	641	28,244	2,840	31	3	1,315	2,229	1,460	45	350	38,218
전북	1,083	424	18,434	2,727	28	1	1,175	1,473	1,229	68	363	27,005
전남	1,656	633	23,189	2,286	44	1	1,439	1,771	1,253	28	276	32,576
경북	2,739	811	40,159	5,363	88	4	2,074	2,520	2,090	108	452	56,408
경남	4,805	1,294	43,509	5,079	101	0	2,020	2,856	2,331	95	683	62,773
제주	663	987	8,532	1,257	55	2	354	770	375	16	84	13,095
계	40,376	16,094	537,322	61,297	1,892	343	24,991	31,739	36,030	2,238	8,064	760,386

※ 자료 : 보건복지가족부(2007. 12)

보건복지가족부는 한국토지공사 및 대한주택공사와 청소년보호를 위한 MOU를 체결하여 신도시에 적용 가능한 청소년 유해업소 격리·구획화 모델을 제시하고, 청소년 유해업소를 주거지나 학교위생정화구역에서 격리·구획화하는 방안을 추진하고 있다.

(3) 학교주변의 환경개선

보건복지가족부는 각급 학교 주변에 산재해 있는 유흥업소·숙박업소(일명 러브호텔)·각종 게임장·노래연습장·비디오물감상 등 각종 유해업소가 청소년비행과 학교주변 폭력의 온상으로 작용하고 있는 점을 감안하여, 학교환경위생정화구역을 중심으로 쾌적한 교육환경을 조성하고, 질 높은 교육활동 지원체계를 구축하기 위한 법과 질서의 확립 및 학생의 건전한 심신발달을 도모하고자 한다.

(가) 학교환경위생정화구역 설정 · 운영 현황

학교환경위생정화구역은 학교보건법 제5조 및 동법시행령 제3조를 근거로 학교경계선으로부터 200미터까지이며, 이중 학교출입문으로부터 직선거리로 50미터까지를 절대정화구역, 절대정화구역을 제외한 지역을 상대정화구역으로 구분한다. 정화구역 안에서는 유해업소 설치가 원칙적으로 금지된다. 상대정화구역 안에서는 일부 행위 및 시설에 대해 각 지역교육청에 설치된「학교환경위생정화위원회」의 사전심의를 거쳐 학습과 학교보건위생에 나쁜 영향을 주지 않는다고 인정한 경우에 제한적으로 설치가 가능하다.

(나) 학교환경위생정화구역 내 유해업소

학교보건법시행령 부칙규정에 의한 이전 · 폐쇄 대상 업소는 정화구역을 현행과 같이 절대구역과 상대구역으로 구분한 제3차 개정(1981. 10. 8)시부터 생겨나기 시작한 것으로 기존시설에 대한 경과규정이다. 이후 동시행령의 제4차(1990. 12), 제6차(1993. 9), 제12차(1998. 1) 및 제14차(1999. 5) 개정시 새로이 추가되는 금지행위 및 시설에 대하여 5년간의 유예기간을 주고 이전 · 폐쇄토록 규정한 바 있다. 2007년 8월 3일 학교보건법이 법률 제8578호로 개정되어 정화구역 안에서 게임물 시설을 설치할 수 없도록 되었으며, 2008년 8월 4일부터 시행되며, 동법 시행령이 마련되면, 2008년 8월 이후 학교 앞에 설치된 미니게임기에 대한 단속이 가능하다.

(다) 문제점

학교환경위생정화구역은 교육장이 설정하지만 건축허가 · 영업허가와 유해시설의 방지 및 철거명령은 시 · 군 · 구청장 소관으로 되어 있어 교육청의 정화요청에 미온적으로 대처하는 경향이 있다. 또한 학교담장 옆이 쓰레기하치장 또는 불법 주차장화 되는 경우가 많아 비위생적이며, 안전사고에 대한 위험성이 상존하고 있고, 학생들이 등 · 하교시에 이용하는 통학로 주변의 불법 · 선정적인 광고물 등이 학생생활지도에 나쁜 영향을 초래하고 있다.

나. 청소년보호법 점검 · 단속실적

학교보건법상 절대 · 상대 정화구역의 지정 · 정화 노력에도 불구하고 법정거리를 벗어난 사각지대에는 여전히 청소년의 탈선을 조장하는 업소들이 상존하고 있는 실정이고 유혹에 약한 청소년들이 퇴폐향락에서 벗어나지 못하고 있다. 2007년 한 해 동안 경찰은 청소년보호법 위반사범 총 9,651명을 단속하여 2명을 구속, 8,688명을 행정처분 의뢰하였는데 단속 결과, 청소년유해사범의 91.9%가 청소년유해업소 출입 · 고용 목인 및 청소년에게 술, 담배 등 유해약물을 판매한 경우로 나타났다.

〈표 2-4-91〉 청소년보호법 위반사범 단속실적

(단위 : 명)

구 분	총 계	위 반 내 용				조 치		
		유해업소 출입·고용	유해약물 등 판매	청소년이용 유해행위	유 해 매체물	구 속	불구속	행 정 처 분
2002	22,222	6,744	13,238	1,127	1,113	334	21,888	18,761
2003	17,771	4,954	10,820	1,024	973	226	17,545	15,515
2004	15,962	4,687	9,129	1,437	709	150	15,812	13,616
2005	12,615	3,080	7,430	1,385	720	47	12,568	11,081
2006	9,902	1,995	5,869	790	1,248	25	9,877	8,638
2007	9,651	1,075	7,795	565	216	2	9,649	8,688

※ 자료 : 보건복지가족부

다. 특별사법경찰관리제도 운영

‘사법경찰관리의직무를행할자와그직무범위에관한법률’ 제5조 및 제6조에 의하여, 보건복지가족부 및 지방자치단체에서 청소년보호업무를 수행하는 공무원 324명(2007년)이 청소년보호법에 규정된 범죄를 수사할 수 있는 준사법적 권한을 부여받아, 청소년보호법 운영의 실효성을 확보하고 청소년을 각종 유해한 환경으로부터 보호·구제하여, 청소년이 건전한 인격체로 성장할 수 있는 환경 조성을 위해 노력하고 있다.

라. 청소년유해환경감시단 운영

1993년 한국청소년학회의 청소년유해환경고발센터 개설·운영을 시작으로 민간의 청소년유해환경감시단의 활동이 자율적으로 추진되었다. 1994년에는 서울YMCA청소년유해환경감시단이 운영되었고, 1995년부터 1996년까지는 서울 등 6대 도시에 6개 시민단체의 청소년유해환경감시단 운영이 보급되었다. 1997년에 제정·시행된 청소년보호법상에 청소년유해환경감시단 지정규정이 마련됨으로써 비로소 청소년유해환경감시단의 활동이 전국적으로 확산되었다. 2007년 12월 현재, 전국 16개 시·도에서 394개의 감시단(총 20,979명)이 활동하고 있다.

청소년유해환경감시단의 구체적인 활동내역을 보면, 청소년보호법 위반사항을 시민들로부터 제보를 받거나 자체 감시활동을 통해 해당 업주가 자발적으로 개선할 수 있도록 적극 유도하는 한편, 관계행정기관에 고발조치를 취하는 등 현장순찰활동을 펼치고 있다.

사업지원은 청소년유해환경 감시·고발 및 모니터링활동을 위주로 하되, 사업의 효율성 제고를 위하여 지역협의회, 또는 사업연대(컨소시엄) 감시단에 우선 지원하였다. 지원사업신청서는 지방자치단체를 경유하여 제출토록 함으로써 지원사업의 중복을 방지하였으며, 민간단체 지원 사업의 공정성과 객관성 제고를 위해 공개 공모와 민간전문가 중심으로 사업선정위원회를 구성·운영하였다.

4. 청소년의 음주와 흡연 예방

가. 청소년의 음주와 흡연

청소년의 연간 음주율은 28.08%, 월간 음주율은 16.94%로 나타났다. 남녀청소년의 음주율에 있어서는 거의 성차가 없는 것으로 나타났고, 연령별로 비교해 보면 15~18세의 월간 음주율이 12~14세의 월간 음주율의 약 17배가 넘는 것으로 나타남으로써 고등학생의 음주율이 매우 높은 것으로 분석되었다.

청소년의 최초음주 시작 연령은 1998년에는 15.1세로 2005년에는 14.7세로 저연령화 추세로 나타났다. 그러나 세부적인 연령추이를 살펴보면 1998년에는 12세 이하가 8.2%였으나 2005년에는 14.8%로 늘어났고, 13세에 처음 음주를 시작하는 비율도 1998년의 4.3%에서 2005년에는 10.1%로 증가함으로써 어린 연령에 처음 음주를 시작하는 비율이 상당히 큰 폭으로 증가하고 있는 추세임을 알 수 있다.

청소년이 처음으로 한 두 모금 정도의 흡연을 경험해보는 연령은 13.54세이며, 처음으로 한 개비를 피워 본 연령은 15.19세인 것으로 나타났다. 첫 흡연 연령에 있어서는 남 녀 간의 차이가 별로 없는 것으로 나타났으나, 월간 흡연율에 있어서는 남자가 여자의 약 3배 정도 많게 나타났다. 연령별로 살펴보면 12~14세보다 15~18세의 청소년의 월간 흡연률이 7배가 넘는 것으로 나타났다.

청소년 중에서 지난 1년간 학교에서 실시하는 금연 교육을 받아본 경험이 있는 비율은 40.76%로서 절반 이상의 학생들이 학교에서 금연교육을 받아본 적이 없는 것으로 나타났다. TV를 비롯한 방송매체나 금연 포스터를 통한 금연 캠페인에는 대다수의 학생이 노출된 것으로 나타남으로써 학교 밖에서의 금연 캠페인이 주된 금연 정보원임을 알 수 있다.

청소년의 가정에서의 간접 흡연률은 1시간 미만인 경우가 전체의 26.62%, 1시간 이상은 4.46%인 것으로 나타났다. 1시간 이하로 간접 흡연을 경험하는 비율은 남자가 여자보다 약간 높았지만 1시간 이상 간접 흡연을 경험하는 비율은 여자가 남자보다 높았다. 연령별로도 차이가 나서 15~18세의 청소년의 5.45%가 하루에 1시간 이상 간접흡연에 노출되었지만, 12~14세의 청소년은 3.59%로 나타났다.

나. 청소년 유해약물예방 기반 구축

청소년유해약물은 주세법에 의한 주류, 담배사업법에 의한 담배, 마약류관리법상관한법률에 의한 마약류, 유해화학물질 관리법에 의한 환각물질 등 청소년의 사용을 제한하지 않으면 청소년의 심신을 훼손할 우려가 있는 약물로 대통령령이 정하는 기준에 따라 관계기관의 의견을 들어 청소년보호위원회가 결정하고 보건복지가족부장관이 이를 고시한 것을 말한다.

약물중독은 약성 약물에서 강성 약물로 전이되는 것이 보편적이고, 한번 사용하게 되면 습관성과 의존성이 강하여 중단하기 힘들고, 특히 청소년의 약물사용은 신체적·정신적 성장에 치명적인 손상을 입게 되고 또한 제2 비행의 관문(Gateway)역할을 하기 때문에 매우 우려 되는 부분이다. 그러나 국내에서 시행되고 있는 기존의 청소년 약물예방 대책은 청소년보호법과 국민건강증진법 등에 근거하고 있다.

보건복지가족부에서는 기존의 청소년 약물제도와 법에 대한 비판적 검토와 효과적이고 효율적인 정책과 제도에 대한 대안모색이 필요함을 인식하고, 청소년 약물 중 빈번한 사용으로 문제가 되고 있는 청소년 음주 및 흡연을 중심으로 약물예방에 관한 국제적 표준에 걸맞는 제도와 법 마련 등 청소년 유해약물에 대한 사회적 관리 강화를 위한 기반 조성에 중점을 두고 추진하고 있다.

(1) 청소년 음주·흡연예방 관련 법·제도 개선

2005년 WHO는 회원국에 음주로부터 국민들을 보호하기 위한 필요한 조치를 취할 것을 권고하였고, 국제담배규제기본협약(FCTC)에서는 회원국에 담배의 광고, 판촉 및 후원행위를 포괄적으로 금지할 것을 권고하였으며, 미국은 2006년 12월 연방의회에서 “청소년음주예방법” 제정을 의결한 바 있다.

국내의 청소년 음주·흡연 환경 규제내용이 각 개별법에 규정되어 있고, 또한 규정된 내용도 상충되는 경우가 있다. 즉, 청소년 흡연규제는 담배사업법과 국민건강증진법에, 음주는 주세법에 각각 규정되어 있다. 특히, 우리나라의 주세법은 주류소매(면허)제도를 시행하는 선진국과 달리 면허 없이도 판매할 수 있도록 되어 있어, 주류가 청소년에게 무방비로 노출되어 있는 실정이다.

(2) 청소년 음주예방 대책 추진

보건복지가족부의 「청소년유해환경접촉 종합실태조사」자료에 따르면 일반청소년의 최근 1년간 음주율은 2002년 26.0%에서 2007년 46.6%로 5년 사이 20.6% 포인트가 상승한 것으로 나타났다. 청소년 음주율이 이처럼 급격히 증가하고 있는 추세 속에 2007년도 2월에는 전북 완주와 남양주에서 청소년들이 음주로 사망하는 등 음주관련 사건·사고가 잇따라 발생하고 있다.

그동안 우리 사회는 한국 특유의 관대한 음주문화의 영향 등으로 사회전반에서 음주로 인한 수조원대의 사회·경제적 비용 발생과 음주문제의 심각성에 대한 인식이 낮은 채 지속돼 왔고, 청소년들은 기성인들의 잘못된 음주문화로 인해 건강한 성장 발달권을 침해 받고 있는 실정이다. 이에 보건복지가족부에서는 청소년 음주는 성장과정에서 복합적인 환경요인에 기인하는 점을 감안하여 범정부 차원의 근본적·종합적 대책이 추진되지 않고서는 음주율 증가와 관련 사건·사고를 방지하기 어렵다고 판단하고, 교육인적자원부 등 관계부처와 협조하여 청소년 음주예방 대책을 마련하여 추진하고 있다.

(3) TV방송 드라마 음주장면 모니터링 사업

최근 영화와 비디오, DVD, 인터넷 게임 등의 보급으로 청소년이 접할 수 있는 매체의 종류가 다양해졌지만 텔레비전은 여전히 청소년의 가치형성에 영향을 주는 매우 중요한 매체로 꼽힌다.

보건복지가족부의 청소년유해 환경 접촉 종합실태조사 자료에 의하면 중·고등학생의 텔레비전 시청시간은 하루 2시간을 넘는 것으로 조사되었다. 특히, 지상파 TV방송의 드라마는 가장 폭넓게 일반 국민들의 삶 속에 영향을 미치는 매스미디어이다. 결과적으로 TV의 음주장면은 감수성이 예민한 청소년들의 음주충동을 불러오고, 청소년들이 좋아하는 연예인의 음주장면은 청소년 음주에 대한 긍정적 인식을 확산시키는 것으로 분석된다. 이처럼 청소년들의 음주에 영향을

미치는 TV방송 드라마 음주장면을 개선하기 위하여 2006년부터 지상파 TV방송 3사(KBS, MBC, SBS)의 드라마 음주장면을 모니터링하여 방송사 드라마 제작 책임자 간담회 개최, 개선 캠페인 등을 실시하고 있다.

(4) 청소년 흡연예방 대책추진

최근 들어 청소년 흡연률이 점차 감소하고 있는 것은 사실이나 여전히 우리나라 청소년의 흡연률은 세계 청소년들의 흡연률과 비교해 볼 때 높은 실정이다. 한국금연운동협의회와 연세대학교 보건대학원이 실시한 2007년도 중·고등학생 흡연율 조사에 의하면 우리나라 2007년도 중학교 남학생 흡연율은 4.8%, 여학생 흡연율은 2.6%, 고등학교 남학생 흡연율은 16.2%, 여학생 흡연율은 5.2%로 조사됐다. 중학교 남·여 고등학교와 남학생 흡연율은 전년 동기에 비해 각각 0.5% 포인트, 0.7% 포인트, 4.5% 포인트 감소했다. 반면 여자 고등학교의 흡연율은 2000년 10.7%로 최고도에 이른 후 약간씩 감소하는 추세이나 2007년도 흡연율은 전년도와 같은 흡연율 5.2%를 나타냈다.

〈표 2-4-92〉 관계부처의 청소년 흡연예방 정책 주요 내용

관계 부처	대책 추진과제
교육과학기술부	• 보건교사를 통한 각종 금연 및 흡연예방 정책 - 학교 학생의 청소년 흡연예방 교육 강화 - 학생 흡연예방 교육을 위한 교사 대상 교육과정 운영
문화체육관광부	• 청소년 관람가 영화속의 흡연장면 노출문제 개선 - 영상물등급분류위원회 운영규정 보완
보건복지가족부	• 국민건강증진법 제정·운영 • 보건소 금연상담 및 금연치료프로그램 제공 - 금연교실, 금연지도자교육, 보건소 금연클리닉, 금연상담등 • 청소년보호법상 청소년 담배판매행위 처벌
기획재정부	• 담배사업법 제정·운영
지식경제부	• 인터넷상의 청소년 유해 담배 유통물 규제 방안 - 인터넷상의 담배 유통물 심의 강화 및 기준보완
경찰청	• 백화점, 대형마트, 편의점, 슈퍼 등 단속 강화
방송통신위원회	• TV방송 3사(KBS, MBC, SBS)의 드라마 흡연장면 노출문제 개선
지방자치단체	• 담배판매 업소 특별계도 및 단속

※ 자료 : 보건복지가족부

따라서 보건복지가족부에서는 흡연의 유해성에 대한 정확하고 상세한 정보를 제공함으로써 청소년 스스로 이성적인 판단을 통하여 흡연을 자제하고, 흡연은 좋지 못한 사회적 행동이라는 인식을 심어주어 의식구조를 변화시키는 한편, 잠재적 흡연 가능 청소년과 초기 흡연청소년의 흡연율을 감소시키기 위한 청소년 흡연예방 및 감소대책을 마련하여 추진하고 있다.

VIII 아동·청소년의 건강한 매체환경 조성*

1. 유해매체환경에 대한 사회적 감시체계 강화

가. 개요

보건복지가족부에서는 청소년유해매체물 등에 대한 심의·결정 및 고시를 통하여 유해매체물이 청소년들에게 유통되는 것을 차단하는 한편, 인터넷·방송·영상물·간행물·음반 등 매체분야별 상시 모니터링 시스템을 구축하고, 모니터링 결과에 대한 고발조치·심의요청·유해매체물 결정·고시 등 시정조치를 강화해 왔다.

또한, 방송·통신의 경계 붕괴, 모바일 화상통신, UCC 등 매체환경의 급속한 변화에 따른 시의적, 실효적 규제정책 마련을 위해 관련 법·제도 개선 작업을 실시하는 등 청소년 유해매체환경에 대한 사회적 감시체계를 강화해 나가는데 중점을 두고 있다.

나. 매체물 심의기구 현황

우리나라의 매체물 심의기구는 각 정부기관 산하의 유관기관 및 매체별로 분리되어있는 다원화체제를 유지하고 있다. 인쇄매체의 경우 한국간행물윤리위원회가, 방송 및 통신매체의 경우에는 방송통신심의위원회가, 영화 및 비디오물은 영상물등급위원회가, 게임물은 게임물등급위원회가 심의 및 등급분류기능을 수행한다. 마지막으로 보건복지가족부 청소년보호위원회에서는 이미 언급된 심의기구들에서 심의를 요청한 콘텐츠나 이들 기구의 심의를 받지 않고 유통되는 콘텐츠의 등급부여와 음반음악파일에 대한 심의를 담당하고 있다.

*집필필자 : 아동청소년매체환경과장 김성벽

우리나라에서 청소년보호를 위한 매체물 심의시스템은 기본적으로 국가 주도의 연령등급제를 채택하고 있다. 현행 연령등급제는 청소년보호법상의 청소년유해매체물제도와 문화관련 3법(영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률, 음악산업진흥에 관한 법률, 게임산업진흥에 관한 법률)상의 등급분류제도가 중첩적으로 적용될 수 있으며, 심의 및 등급분류기능을 수행하는 각종 심의기관의 법적 성격이 통일되어 있지 않다는 문제점이 있다.

〈표 2-4-93〉 매체물 심의기관 현황

심의 기구	담당 매체	소관부처 · 법률	심의형태
청소년보호위원회	모든 매체물	보건복지가족부 · 청소년보호법	사후심의
간행물윤리위원회	간행물	문화체육관광부 · 출판법	사후심의
영상물등급위원회	영화 · 비디오 · CD	문화체육관광부 · 영화비디오법	사전등급분류
게임물등급위원회	게임물	문화체육관광부 · 게임산업법	사전등급분류
방송통신심의위원회	정보통신물	방송통신위원회 · 정보통신망법	사후심의
	방송 프로그램	방송통신위원회 · 방송법	사전자율/사후심의병행

다. 음반심의 현황

보건복지가족부(청소년보호위원회)에서 2007년도 심의한 음반 및 음악파일 심의 건수는 총 1,700개 음반, 25,520개 곡이며, 이 중에서 청소년유해매체물로 결정 · 고시된 것은 총 182개 음반, 410개 곡이다.

또한 2007년 6월과 9월에 실시한 청소년유해매체물(음반 및 음악파일)에 대한 유통실태 점검 · 단속한 결과, 구분 · 격리의무 위반 7건, 청소년유해표시 의무위반 5건으로 총 12건에 대해 시정 명령 요청이 이루어졌다.

〈표 2-4-94〉 심의 건수 및 시정명령 요청 현황(2007년도)

(단위 : 건)

구 분	심의대상 음반건수	심의대상 곡 수	위반 및 시정명령 요청 건 수			
			계	청소년대상 판매금지	청소년 유해표시	구분 · 격리
2006	184	2,760	-	-	-	-
2007	1,700	25,520	12	-	5	7
계	1,884	28,220	12	-	5	7

라. 청소년 유해매체물 결정·고시 현황

1997년도 이후 청소년유해매체물로 결정·고시된 유해 간행물, 영상물 등 건수가 5,104건에서 123,546건으로 급증하였으며 특히, IT산업 발달로 인터넷 분야 유해매체물 결정 건수가 급증(04년 이전 평균 2,088건에서 최근 3년 평균 17,307건으로 8.3배 증가)하고 있어 향후 오프라인 매체를 중심으로 규정된 유해매체물제도를 사이버시대에 맞게 개편을 추진할 예정이다.

〈표 2-4-95〉 보건복지가족부 청소년유해매체물 결정·고시 현황(심의기관별)

(2007.12.31 현재)

연 도	고 시 횟 수	간행물윤리위원회						영상물 등급 위원회			청소년 보호 위원회	방송통신심의위원회								(구) 청 보 위	계
		도 서	정 기 간 행	만 화 단 행	만 화 잡 지	광 고	전 자 출 판	영 화	비 디 오 물	영 상 물		방송프로그램 영 역					정보통신 영 역		유해 업소 약물 물건		
												영 화	다 큐	만 화	기 타	음 악	PC 통신	인 터 넷			
97	19	59	105	1,994	29	11	12	102	318	126	0	1,699	1	19	8	9	607	0	5	5,104	
98	62	173	416	1,140	52	0	49	151	638	124	0	916	12	52	0	14	755	0	0	4,492	
99	62	304	388	1,501	14	1	16	71	332	96	4	280	5	2	4	0	61	36	1	3,116	
00	41	366	699	1,227	0	0	0	0	0	0	0	158	9	4	67	0	53	41	1	2,625	
01	45	289	983	1,387	1	0	0	0	0	0	0	655	5	99	975	451	7	407	0	5,259	
02	51	259	1,098	1,492	8	0	3	0	0	0	0	1,432	1	114	202	19	435	851	0	5,914	
03	68	611	1,220	1,802	131	0	256	0	0	0	0	2,768	0	3	284	510	0	3,537	0	11,122	
04	63	371	528	1,810	269	2	602	0	0	0	0	269	2	0	0	0	0	7,657	0	11,510	
05	55	334	318	1,464	199	0	817	0	0	0	0	1,304	0	15	179	2	0	17,131	1	21,764	
06	57	365	339	1,424	78	0	740	0	0	0	4	3,001	0	29	480	3	0	19,475	0	25,938	
07	65	414	377	1,867	46	0	776	0	0	0	347	6,506	0	151	840	1	0	15,314	0	26,639	
계	588	3,545	6,471	17,108	827	14	3,271	324	1,288	346	355	18,988	35	488	3,039	1,009	1,918	64,449	8	123,483	
총합계		31,236						1,958			355	23,559						66,367		8	123,483

2. 아동청소년 유해매체물로부터의 역기능 피해예방

가. 현황 및 문제점

우리나라는 정보통신산업을 국가전략으로 활성화시키면서 세계적인 IT 강국으로 성장하였으며, 최고수준의 IT 인프라를 바탕으로 청소년들의 인터넷 이용률(약 98%)이 높다보니 부작용도 많이 보고되고 있다

인터넷·게임의 과다이용에 따른 중독현상이 심각한 수준으로 청소년의 2%(약 20만명) 정도가 치료가 필요한 고위험군, 12%(약 120만명)이 상담이 필요한 잠재적 위험군으로 추정되고 있다. 또한, 인터넷을 통한 무분별한 소비행위에 따른 피해증가, 가정 내 갈등심화로 인한 자살까지 이어지고 있어 심각한 사회병리현상으로 제기되고 있다

〈표 2-4-96〉 인터넷 중독집단의 임상적 진단

계	주요우울 장 애	충동조절 장 애	과잉 행동장애	성격·품행 장 애	적응장애	기 타
100%	23.9%	19.6%	10.9%	21.8%	4.3%	19.6%

※ 인터넷게임중독을 호소하는 방문청소년 내담자 실제적 특성연구, 아주대, 2006

사이버상의 음란·폭력적인 유해정보 범람, 범죄요인 등 역기능 요소 증가로 사이버범죄가 증가하고 청소년 사이버범죄도 매년 1만여명이 발생하고 있으며, 절반이 게임관련 범죄로서 아이템 사기, 계정도용, 사생활 침해, 저작권 침해 등이 문제화 되고 있다.

〈표 2-4-97〉 사이버 범죄현황

(단위 : 건수)

연도별	총 계	성 인	청소년	청소년 비율(%)	전년대비 증감율(%)
2006	70,545	61,092	9,453	13.4	△9.4
2007	78,890	66,899	11,991	15.1	1.8

※ 사이버범죄현황(사이버경찰청, '03~'07)

이에 보건복지가족부에서는 1997년 청소년보호법을 제정하여 아동청소년을 유해한 환경으로부터 보호하기 위해 청소년 유해매체물 등급분류, TV의 청소년시청 보호시간대 운영, 매체물의 청소년유해성 심의, 유해매체물 고시, 청소년 유통차단, 형사처벌 등의 정책을 추진하고 있다.

단, 무분별한 매체물 소비문제 해소 및 과도한 요금납부 구제장치가 전무하여 매체물 주요 소비자로서의 청소년의 권익보호를 위한 장치가 요구된다.

나. 피해예방 대책

(1) 학부모 · 교사 대상 사이버 윤리교육사업

2004년부터 가정 · 학교에서 아동 청소년의 올바른 정보사회 적응능력을 길러주고 인터넷 활용지도를 통하여 생활속에서 인터넷 사용에 대한 지도를 함으로써 건전한 인터넷문화를 구축하고자, 아동 및 청소년의 올바른 인터넷활용법, 부모- 자녀간, 교사-학생간 효과적인 의사소통을 위한 대화방법에 대한 교육을 실시해오고 있다.

(2) 인터넷중독 예방 및 치료안내 홍보

지하철 동영상, 인터넷 매체, 공공기관 홈페이지 등을 이용, 인터넷 중독 해소를 위한 정책, 상담지원기관, 상담전화(1388), 치료네트워크 운영현황을 안내함으로써 중독의 심각성 및 정책 인지도 제고와 예방 · 치료 참여 유도를 적극 홍보해 나갈 계획이다

(3) 인터넷/ 게임중독 예방을 위한 학부모 교육 안내서 제작 배부

인터넷 중독증상의 진단, 유해사이트 차단 프로그램 안내, 상담 · 예방, 치료방법을 안내하여 가정에서 사전에 중독요소를 차단 · 예방하고, 진단을 통하여 조기에 중독증상에 대한 치료 결정을 하도록 하기 위하여 “자녀와 함께 하는 인터넷/게임중독 예방 안내서”를 제작하여 각급 학교, 시설에 배부하고, 관련 인터넷 매체와의 협력으로 청소년 사용빈도가 높은 사이트에 상시 게재함으로써 예방 및 중독해소에 관련당사자의 참여도를 높여 나갈 계획이다.

이밖에도 매체업체의 자율적인 정화시스템 구축, 사이버윤리지수 평가, 인터넷사업자 및 게임사업자를 대상으로 청소년 보호인식을 제고하는 교육을 지속적으로 추진하고 있다.

3. 아동·청소년의 바람직한 매체활용능력 제고

가. 현황 및 추진배경

‘2007 국가정보화백서’에 따르면 주요 50개국을 대상으로 정보화수준을 측정한 ‘국가정보화 지수*’에서 우리나라는 2005년 이후 3년 연속 전체 50개국 중 3위로 평가되어 정보통신 분야 최상위권 국가의 위상을 과시하고 있다.

이러한 정보통신 분야의 급속한 성장은 정보교류, 여가활용 등 청소년들의 잠재적인 능력을 개발하고 발전시킬 수 있는 훌륭한 도구가 될 수 있는 반면, 게임중독, 음란·폭력물의 유통 등 각종 역기능을 야기하고 있다. 그러나 다양한 미디어 사회에서 살아가는 청소년들에게 미디어로부터 격리된 생활은 생각할 수도 없으며, 미디어를 정면으로 마주대하고 올바른 정보를 취사선택하는 안목을 길러줄 수 있는 매체역량 강화 정책이 필요하다

〈표 2-4-98〉 국가정보화지수 순위

국 가	전체 순위	컴퓨터 보급률	인터넷 이용률	최고속 인터넷 가입률	전화 보급률	이동전화 가입률	TV 보급률	케이블TV 가입률
스웨덴	1	3	1	15	1	11	1	14
미국	2	4	8	14	8	29	2	10
한국	3	17	5	1	11	21	21	1
스위스	4	1	16	7	2	20	27	2
네덜란드	5	6	2	6	16	15	16	3

※ 자료 : 한국정보사회진흥원, 「국가정보화백서」, 2007

보건복지가족부에서는 청소년의 매체활용능력 제고를 위해 학령 단계별, 연령별 차별화된 매체역량 증진 교육서비스를 제공하고 있다.

나. 유아대상 건전매체이용습관 형성 교육 지원

만 3~5세 유아의 인터넷 이용률이 빠르게 증가하고 있어 매체이용 초기 건전이용습관 형성 교육에 대한 필요성이 제기되고 있으나, 유아대상 미디어교육은 교사들의 교수학습 자료 부족, 연수기회 부족 등으로 체계화 되지 못하고 있는 상황이다.

*국가정보화지수 : 국제전기통신연합(ITU) 통계를 토대로 주요 50개국의 인터넷 이용률, 초고속 인터넷 가입률, 컴퓨터 보급률 등 7개 항목을 평가한 뒤 가중치를 감안해 산출한 지수

〈표 2-4-99〉 만 3~5세 인구의 인터넷이용률 및 이용자수

구 분	2005년	2006년	2007년
인터넷 이용률(%)	47.9	50.3	51.6
인터넷 이용자수(천명)	870	850	780

※ 자료 : 한국인터넷진흥원, 「정보화실태조사보고서」, 2005~2007 상반기

이에 보건복지가족부에서는 '06년 유아의 인지능력에 맞는 「미디어와 함께 건강하게 살아가요」라는 교사용지도서를 개발하는 한편, '07년부터 서울시교육청과 공동으로 유치원, 어린이집 교사대상 미디어교육 직무연수를 실시, 서울시 11개 구교육청 소속 1,800여명의 교사들이 직무연수에 참여하는 성과를 거두었다.

'07년 유치원, 어린이집 교사대상 미디어교육 직무연수 성과를 바탕으로 '08년부터 직무연수를 확대해 나가는 한편, 유치원, 어린이집 교사의 청소년스스로지킴이활동(YP) 참여기회 제공을 통하여 유아대상 건전매체이용습관 형성 지원사업을 특화해나갈 계획이다.

다. 아동청소년 유해매체 변별력 제고

(1) 청소년스스로 지킴이, YP 프로그램이란?

YP 프로그램은 미국의 「청소년매핑 프로젝트(YouthMapping Project)(1997)」와 「청소년 에너지패트롤(Energy Patrols)」에서 힌트를 얻어 「학교 청소년유해환경감시단 모델링 실천연구(2001)」에 참여했던 실천연구팀인 “Youth Patrol” 활동에서 유래되었다.

“YP”의 개념은 청소년을 보호하기 위한 프로그램(Youth Program)이라는 의미가 함축되어 있다. 여기에서 청소년보호라 함은 광역적 의미에서 청소년의 권리와 참여를 전제된 청소년중심의 자기보호의 개념과 사회의 규범적 보호가 함축된 개념을 말하며, 유해환경의 정화를 위해 청소년과 학교 및 교사의 직접적인 참여를 전제로 청소년참여(Youth Participating), 청소년 과제활동(Youth Projecting), 청소년순찰(Youth Patrolling), 청소년권리(Youth Powering)의 개념을 포함하고 있다.

(2) YP시범학교의 활동성과

2006년도부터 2007년도 2년간 시범학교로 활동한 초등학교의 자체결과를 바탕으로 한 청소년 스스로 지킴이 활동에 대한 성과는 다음과 같다.

◎ 매체의 바른 활용 능력 검증

매체의 바른 활용 능력의 하위 요인을 지식의 변화, 매체 사용 태도, 유익한 환경으로의 개선 노력으로 나누어서 비교한 비교집단(비 시범학교)과 실험집단의 검증결과는 다음 표와 같다.

〈표 2-4-100〉 매체의 바른 활용 능력의 집단별 변화

구 분	집단별	대상(N)	평균(M)	분포도(SD)	유의도(p)
지식의 변화 (6문항)	비교집단	146	3.34	.99	.002
	실험집단	250	3.64	.93	
매체 사용 태도 (10문항)	비교집단	146	3.47	.87	.000
	실험집단	250	3.85	.72	
유익한 환경으로의 개선 노력(10문항)	비교집단	146	2.92	1.02	.000
	실험집단	250	3.79	.74	

매체의 바른 활용능력의 하위요인인 지식의 변화, 매체 사용태도의 변화, 유익한 환경으로의 개선노력은 평균이 비교집단보다 훨씬 높으며, 이러한 수치는 유의도 $p < .05$ 수준에서 유의한 차이를 나타냈다.

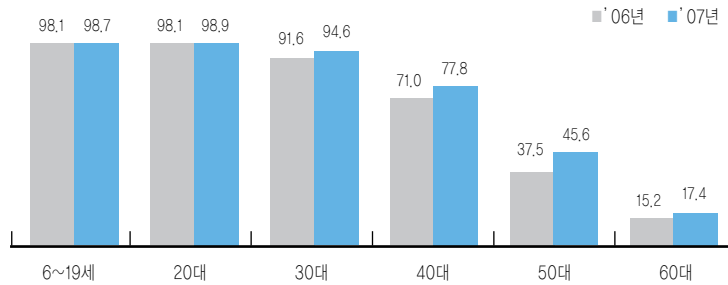
이러한 결과는 YP 프로그램을 교육과정과 연계한 교과수업과 YP 프로그램을 통한 재량활동의 운영, YP 활동 기록장의 제작·활용은 비교 집단에 비해 학생들이 매체의 유익성과 유해성을 분별하는 지식의 변화에 많은 도움을 준 것으로 여겨진다.

라. 학부모의 자녀매체지도 능력 제고

2007년 상반기 정보화실태조사 결과를 살펴보면 인터넷 이용자의 95.4%가 ‘가정’에서 인터넷을 이용하는 것으로 나타났다.

그러나 부모세대와 자녀세대 간 정보 격차로 인해 가정에서의 효과적인 매체이용 지도가 곤란한 상황으로 부모의 매체 변별력 및 활용능력 증진 교육의 지속적 확대가 필요하다.

[그림 2-4-12] 「정보화실태조사 보고서」



※ 자료 : 한국인터넷진흥원

이러한 현실적 필요성을 인식하여 보건복지가족부에서는 청소년의 일차적인 활동공간인 가정에서 건전한 매체이용문화가 정착될 수 있도록 부모들의 매체변별력 및 활용능력 증진을 위한 교육을 1999년부터 실시해 오고 있다.

현재 학부모대상 미디어교육은 전국단위 교육 네트워크 활용이 가능한 기관을 선정, 보건복지가족부에서 지원을 하는 형태로 이루어지고 있으며, 전국 16개 시도 초중등학교, 지자체, 시도 교육청 등 각급 시설에서 운영하고 있는 부모교육 강좌를 활용, 인터넷 등 각종 미디어의 역기능과 순기능에 대한 체계적인 교육을 실시하고 있다.

향후, 2008년부터는 교육대상을 저학년 층과 고학년 층으로 구분 초등1, 4학년 학부모로 집중하여 초등1년 학부모대상 기본교육 실시 후 초등4년 시기 재교육을 실시하여 자녀의 학령과 심리상태에 적합한 매체이용지도 요령 교육을 통하여 정책 도달률을 제고해나갈 계획이다.

4. 아동·청소년 보호를 위한 매체업계 자율정화 지원

가. 추진배경

최근 청소년의 인터넷 및 게임 이용이 늘어나면서 건강한 매체이용에 대한 필요성이 증대되고 있다. 특히, 정보통신매체에 대한 규범이 정비되지 않은 상태에서 사이버세계에서의 행동은

많은 문제를 발생시키고 있다. 이러한 문제는 단순히 가정과 학교에서만 책임져야 하는 것이 아니라 사회와 국가가 나서서 해결해야 한다는 요구가 강하게 대두 된 바, 업계자율정화활동이 그 예이다.

나. 청소년보호를 위한 업계자율정화시스템 구축

업계의 자율정화활동은 청소년을 대상으로 사업을 영위하는 기업이 청소년관련 법규를 준수하고 소비자인 청소년에게 건전한 서비스를 제공하기 위해 사업자가 자체적으로 제정·운영하는 교육, 모니터링, 감독 등 내부정화시스템을 의미한다.

이러한 자율정화시스템은 사업자가 청소년 보호를 위한 최대한의 정책을 추진하여야 한다는 규약으로 청소년을 대상으로 서비스를 제공하는 기업에서 지켜야 할 윤리적인 기준을 통해 청소년의 건강한 성장을 보호하기 위한 사업자의 노력을 확보하고, 청소년보호를 통해 기업의 사회적 책임을 다하고 이미지를 개선하여 사회공헌을 위한 자율의지의 실현이다,

또한, 법위반 행위 예방 및 기업의 경쟁력 향상을 위해 청소년유해정보의 유통차단과 청소년 보호법 준수에 노력함으로써 장기적으로 지속가능한 건강한 매체환경을 조성하게 될 것이다.

보건복지가족부는 이러한 사업자의 활동을 지원하기 위하여 청소년보호책임자 및 사업자를 대상으로 청소년보호 교육프로그램을 실시하고, 사이버윤리지수평가를 주요 사업자를 대상으로 실시함으로써 사이버 세상을 한층 더 발전된 형태로 만들기 위한 노력을 진행 중에 있다.

다. 사이버윤리지수평가* 실시

사이버윤리지수평가의 실시는 국가기관, 사업자, 시민사회단체가 사이버 상에서의 윤리 수준을 높이기 위해 공동으로 노력하는 협력이 전제가 되어야 하는 작업이다. 사이버윤리지수를 이용한 사업자의 윤리수준의 측정은 인터넷서비스 제공업체의 자율적인 정화노력을 유도하는 특성을 지니고 있으며, 주요 포털사이트, 게임사이트, P2P사이트, UCC사이트 등 광범위한 참여를 기반으로 개발된 것으로써 매체환경의 개선을 위한 보다 실질적인 효과를 거두기 위한 사업이다.

*사이버윤리지수 : 2006년 6월 개발된 구성방법을 근간으로 인터넷 업계의 도움을 받아 업계의 사이버윤리 수준에 대한 객관적 자료를 근거로 한 객관 지표, 인터넷 서비스 제공업체의 자율적 평가 자료를 근거로 한 자체평가지표, 시민을 대표하는 평가단의 평가를 근거로 한 이용자 평가지표 등 3가지 수준으로 측정

라. 청소년보호책임자 교육 실시

보건복지가족부에서는 건강한 매체환경을 조성하고 사이버역기능을 해소하기 위하여 청소년과 학부모에 대한 교육과 함께 인터넷사업자 및 게임사업자를 대상으로 청소년보호에 대한 인식을 제고하고 자율정화 의지를 제고하고자 올 7월부터 인터넷·게임업체 임직원 대상 청소년보호 교육을 실시여 청소년보호의 올바른 이해를 도모하고 청소년보호 의식 고취에 많은 도움이 되었다.

IX 성범죄로부터의 청소년 보호*

1. 성매매 대상청소년의 선도보호

가. 성매매 대상청소년 현황

2004년 성매매특별법 시행이후 청소년성매매사범에 대한 단속을 지속적으로 시행, 2006년 도의 경우 청소년성매매 행위와 관련하여 검거 조치된 현황을 살펴보면, 검거건수는 744건으로 1,745명이 검거되었으며, 행위자는 1,502명, 업주 등 관련자는 183명, 절도·협박 등으로 입건된 청소년은 60명으로 나타났다. 2005년과 비교해 보면, 검거건수나 검거인원이 많이 감소하였다.

〈표 2-4-101〉 청소년성매매 발생 및 검거 조치현황

연도별	검거건수	검거인원	검 거 대 상 별			조 치	
			행위자	업주 등 관련자	대상 청소년	구 속	불구속
2001	1,255	2,034	1,690	314	30	803	1,231
2002	1,270	2,014	1,510	477	27	591	1,323
2003	1,349	2,099	1,703	359	37	579	1,520
2004	1,593	2,680	2,202	425	53	712	1,968
2005	1,139	1,946	1,611	305	30	295	1,651
2006	744	1,745	1,502	183	60	149	1,596

※ 자료 : 경찰청

*집필자 : 아동청소년성보호장 임을기

최초에 청소년성매매가 이루어진 장소로는 총 검거건수 744건 중에서 인터넷이 590건으로 가장 많았고, 그 다음으로 기타(98건), 대면(50건), 휴대폰(5건), 전화방(1건) 등의 순으로 나타났다. 2005년도와 비교해서 특징적인 것은 인터넷 검거건수가 2005년의 924건에서 2006년에는 590건으로 크게 감소해서 이로 인해 2006년도의 전체 검거건수가 2005년에 비해 줄어든 것이다.

〈표 2-4-102〉 청소년성매매 최초 성립장소 유형

연도별	계	인터넷	전화방	휴대폰	대 면	기 타
2001	1,255	845	136	46	102	126
2002	1,270	916	44	61	106	143
2003	1,349	1,120	18	47	72	92
2004	1,593	1,368	21	7	88	109
2005	1,139	924	23	7	62	123
2006	744	590	1	5	50	98

※ 자료 : 경찰청

2006년도에 성매매 대상청소년의 사후처리 현황을 보면, 총 729명으로 이중 보호자 인계가 528명으로 가장 많았고, 쉼터 등 입소 116명, 형사입건 60명, 보호사건 송치 25명 등이었다.

보호자 인계는 2005년도에는 913명이었던 것이 2006년도에는 528명으로 감소하였다.

〈표 2-4-103〉 성매매 대상 청소년 사후처리 현황

연도별	계	형사입건	보호사건 송치	쉼터등입소	보호자인계
2001	1,102	30	75	68	929
2002	1,221	27	36	64	1,094
2003	1,316	37	22	72	1,185
2004	1,599	45	26	168	1,360
2005	1,124	30	14	167	913
2006	729	60	25	116	528

※ 자료 : 경찰청

이들 청소년의 연령은 12세 이하가 10명, 13~14세, 88명, 15~16세가 348명, 17~18세가 283명이었다. 성매매 대상청소년의 직업별 현황은 무직이 327명으로 가장 많았고, 그 다음으로 고등학생(167명), 중학생(140명), 초등학생(9명), 학원생(6명) 등으로 나타났다.

〈표 2-4-104〉 성매매 대상 청소년 연령별 현황

연도별	계	12세 이하	13~14세	15~16세	17~18세
2001	1,102	9	142	511	440
2002	1,221	20	187	503	511
2003	1,316	5	163	611	537
2004	1,599	19	268	666	646
2005	1,124	14	246	477	387
2006	729	10	88	348	283

※ 자료 : 경찰청

성매매 대상청소년의 범행 동기는 전체 729명 중 생활비 마련이 286명으로 가장 많았고, 그 다음으로 유흥비 부족(271명), 기타(135), 성적호기심(28명), 친구의 권유(9명)의 순으로 나타났다.

〈표 2-4-105〉 성매매 대상 청소년 직업별 현황

연도별	계	초등학생	중 학 생	고등학생	학 원 생	무 직	기 타
2001	1,102	3	165	316	21	517	80
2002	1,221	10	236	322	20	481	152
2003	1,316	5	250	376	17	571	97
2004	1,599	10	379	356	37	777	140
2005	1,124	2	147	266	23	567	119
2006	729	9	140	167	6	327	80

※ 자료 : 경찰청

나. 성매매 대상청소년 사회복귀 지원을 위한 치료·재활 프로그램 운영

보건복지가족부는 성매수 대상청소년의 보호 및 재활을 위하여 개정 청소년성보호법(2006.6.30 시행)에 검사의 수강명령에 의한 교육과정 또는 상담과정을 이수하도록 규정함에 따라, 맞춤형 치료·재활프로그램(40시간)을 개발하여 전국 6개 지역에 위기청소년 교육센터를 지정하여 2006년 하반기부터 프로그램을 운영하고 있다.

〈표 2-4-106〉 성매매 대상 청소년 범행동기별 현황

(단위 : 명)

구 분	계	유형비부족	생활비마련	친구의권유	성적호기심	기 타
2001	1,102	626	199	23	25	229
2002	1,221	645	256	39	31	250
2003	1,316	629	343	30	30	284
2004	1,599	693	433	32	35	406
2005	1,124	429	438	13	34	210
2006	729	271	286	9	28	135

※ 자료 : 경찰청

〈표 2-4-107〉 교육과정 및 운영기관

교육과정	교육대상	운영기관
40시간	· 검찰수강명령 부과자 · 경찰의 대상청소년발견 통보자	· 대전광역시청소년센터 · 위기청소년교육센터 · 부산광역시청소년종합지원센터 · 위기청소년교육센터
4주	· 40시간 수료 후 지속적 교육이 필요한자 · 심터보호 청소년	· 광주YWCA위기청소년교육센터
7주	· 정신장애 청소년	· 맥지청소년쉼터
대상청소년 확보 및 상담 · 일시보호(1박2일)	· 경찰의 대상청소년발견 통보자	· 창원여성의집 (중앙위기청소년교육센터)

※ 자료 : 보건복지가족부

그동안 교육 실적은 2006년도 7월부터 12월까지 하반기에 5개 교육기관에서 총 94명의 대상 청소년에 대해 교육을 실시하였으며 2007년도에는 1월부터 12월까지 305명의 대상청소년에 대해 교육을 실시하였다.

〈표 2-4-108〉 교육실적

(단위 : 명)

구 분	창원여성의집 (중앙센터)	부산청소년 종합지원센터	대전청소년 여자쉼터	광주YWCA 위기교육센터	새날을어는청 소년쉼터	맥지 쉼터	계
'06년 7~12월	24명	20명	10명	26명	-	14명	94명
'07년 12월	108명	58명	62명	47명	5명	25명	305명

※ 자료 : 보건복지가족부

2. 청소년대상 성범죄자 신상공개

가. 신상공개제도의 목적과 의의

청소년대상 성범죄자 신상공개제도는 청소년의 성을 사는 행위 등 「청소년의 성보호에 관한 법률」(이하 ‘청소년성보호법’)이 정한 범죄행위를 범하고 형이 확정된 자에 대하여 보건복지가족부가 연 2회에 걸쳐 ‘청소년대상 성범죄 방지’를 위한 계도문’을 발표하면서 당해 범죄자의 신상을 공개하는 것을 말한다. 이러한 신상공개제도는 2000년 7월 「청소년성보호법」시행에 따라 도입된 제도로서, 아직 성숙하지 않은 청소년들에게 돌이킬 수 없는 피해를 주는 성범죄를 예방하는 데 그 목적을 두고 있다.

나. 신상공개의 대상 및 내용

보건복지가족부는 매년 2회, 즉 반기별로 청소년대상 성범죄에 대한 형확정자의 관련 자료를 관계기관으로부터 제출받아 심의절차를 거쳐 범죄자의 신상을 공개한다.

공개 대상은 청소년성보호법 제20조 제2항에 규정된 자로, 동법 제5조(청소년성매수)의 규정을 위반한 자, 동법 제6조 제1항 내지 제3항(청소년에 대한 강요행위 등)의 규정을 위반한 자, 동법 제7조 제1항(알선영업행위 등)의 규정을 위반한 자, 동법 제8조 제1항(청소년이용음란물의 제작·수입·수출)의 규정을 위반한 자, 동법 제9조(청소년 매매행위)의 규정을 위반한 자, 동법 제10조(청소년에 대한 강간, 강제추행 등)의 규정을 위반한 자, 「성폭력범죄의 처벌 및 피해자 보호 등에 관한 법률」에 의하여 가중 처벌되는 자 및 형법 제301조, 제301조의2, 제305조, 제339조의 죄를 범한 자(청소년에 대하여 죄를 범한 경우에 한한다) 중 동법 시행령 및 신상공개 등 사전 검토위원회 운영규정에 의하여 공개대상자로 선정된 자들이다.

신상공개의 내용은 동법 시행령에서 규정하고 있는데, 성명(한글, 한자 병행), 연령 및 생년월일, 직업(판결문 기준), 주소(시·군·구까지), 범죄사실의 요지가 포함된다. 이러한 신상공개의 내용은 계도문과 함께 전국에 걸쳐 게시·배포되며 그 방법은 관보 게재 외에 보건복지가족부 인터넷 홈페이지에 6개월간 게재하고, 정부중앙청사 및 시·도 게시판에 1개월간 게시하고 있다.

다. 신상공개의 기준 및 절차

청소년성보호법 제20조제3항은 신상공개 대상자를 결정함에 있어서 공개대상자 및 대상 청소년의 연령, 범행동기, 범행수단과 결과, 범행전력, 죄질, 공개대상자의 가족관계 및 대상 청소년에 대한 관계, 범행 후의 정황 등을 고려하도록 규정하고 있다.

이러한 근거에 의하여 보건복지가족부는 ‘신상공개 등 사전검토위원회 운영규정’을 제정하고 법조계, 학계, 시민단체 등 위촉직 위원과 여성가족부, 대검찰청, 경찰청 관계공무원 등 당연직 위원으로 ‘신상공개 등 사전검토위원회’를 구성·운영하고 있다. 신상공개 심사기준은 형량, 범죄유형, 대상청소년의 연령, 범행동기·수단·죄질, 범행전력 및 기타 고려항목 점수를 종합하여 심사한 후 60점 이상이면 신상공개대상자로 결정하게 된다.

관련절차를 구체적으로 살펴보면 보건복지가족부는 매년 2회, 즉 반기별로 관련자료를 ① 대검찰청, 국방부 등으로부터 제출받아 ② 당사자의 의견접수 ③ 사전검토 ④ 확정 ⑤ 행정 심판·소송 등 90일간의 구제절차 ⑥ 공개집행 등 소정의 절차와 엄격한 심의를 거치게 된다.

라. 신상공개의 추진 성과

2007년 11월 현재까지 총 13차례에 걸친 신상공개자는 총 6,519명이다. 2001년 8월 30일 제1차 신상공개 집행당시에는 신문, TV 등 모든 언론사에서 집중 보도하였으며, 보건복지가족부 인터넷 홈페이지는 서버가 다운될 정도로 온 나라의 큰 관심거리가 되었다.

그 후 매차 공개시마다 ‘친부에 의한 성폭력 현황’, ‘청소년 보호 직업군’ 등 현안들을 같이 발표하여 일반 국민들에 대한 청소년대상 성보호 의식 제고, 청소년대상 성범죄에 대한 경각심 고취 등 사회 전반에 대한 의식개혁과 함께 청소년성보호에 대한 정부의 노력과 의지를 강하게 천명하였다.

그러나 신상공개제도 합헌 결정 이후 인권침해 논란이 어느 정도 가라앉았으나 단순 정보 제공으로는 범죄 예방능력이 미흡하고, 일반국민과 언론의 관심을 끌기 어렵다. 아직도 청소년 대상 성범죄가 근절되지 않아 지속적인 청소년성보호정책, 추진을 요구하고 있으며 더욱 발전적인 신상공개제도가 요구된다.

그동안 신상공개제도가 성범죄 발생억제에는 다소 기여하여 왔고 저위험군 재범방지 교육을 받은 자 1,341명 중 재범자가 3명(0.2%)로서 교육에 의한 재범방지 효과가 상당히 높게 나타나고 있다. 또한 성범죄자의 강력한 규제 및 엄정한 처벌과 피해자 보호·지원 확대를 통하여 청소년 대상 성범죄 예방에 적극 대처하고, 현행의 일반적·포괄적인 신상공개를 보완하기 위하여 2006년 6월 30일부터 신상공개 정보등록 및 열람제도를 시행하고 있다.

마. 신상공개 대상자 현황

2001년 8월 30일 이후 2007년 11월 21일 현재까지 13차에 걸쳐서 신상 공개된 대상자는 총 6,519명이다. 이들 대상자를 범죄유형별로 살펴보면, 강간 2,171명, 강제추행 2,082명, 성매수 1,575명, 성매수 알선 667명, 음란물제작 24명이다. 이들 공개대상자에 대한 형량은 집행유예가 53.2%로 가장 많았고, 실형은 38.3%, 벌금 8.5% 등으로 나타났다.

공개대상자를 연령별로 살펴보면, 30대가 2,093명(32.2%)로 가장 많고, 20대 1,773명(27.2%), 40대 1,665명(25.5%), 50대 624명(9.6%), 60세 이상이 364명(5.6%)로 나타났다. 직업별로는 무직이 1,713명으로 가장 많았으며, 서비스·판매직 980명, 자영업 916명, 사무·관리직 988명, 생산직·제조업 509명, 일용노동자 490명 등으로 나타났다. 지역별로는 서울 1,156명(17.7%), 경기 1,283명(19.7%), 인천 407명(6.2%) 등 수도권 지역에 가장 많았으며, 부산 462명(7.2%), 경남 446명(6.8%), 경북 407명(6.0%), 전남 371명(6.0%), 전북 327명(5.3%) 등으로 나타났다.

청소년 대상 성범죄자 등록·열람제도는 청소년 대상 성범죄자를 체계적으로 관리함으로써 청소년을 성범죄로부터 보호하고 청소년이 건강한 사회구성원으로 성장할 수 있도록 하는 것을 목적으로 하는 제도이다. 기존의 신상공개제도가 일반 국민을 대상으로 하는 제도 행위에 초점을 두었다면, 등록·열람제도는 특정 지역사회의 주민과 청소년을 보호하는데 중점을 두고 있다.

따라서 지역 사회에 어떤 성범죄자들이 살고 있는지 구체적으로 파악할 수 있도록, 기존의 신상공개제도에는 포함되지 않았던 사진, 실제 거주지의 주소, 직업 및 직장의 주소 등이 주민들에게 제공된다.

〈표 2-4-109〉 범죄유형별 공개현황

(단위 : 명)

구 분	계	강 간	강제추행	성매수	성매수알선	음란물제작
제1차	169	65	61	27	16	-
제2차	443	150	120	123	49	1
제3차	670	214	166	178	111	1
제4차	643	208	200	155	70	10
제5차	545	168	195	107	75	-
제6차	553	200	158	128	66	1
제7차	557	174	192	134	57	-
제8차	532	210	156	94	68	4
제9차	512	174	136	137	65	-
제10차	533	186	151	147	46	3
제11차	494	155	191	128	18	2
제12차	485	136	206	128	14	1
제13차	383	131	150	89	12	1
계	6,519	2,171	2,082	1,575	667	24

※ 자료 : 보건복지가족부

3. 청소년대상 성범죄자 등록·열람제도 및 취업제한제도

가. 청소년 대상 성범죄자 등록·열람제도 개요

청소년 대상 성범죄자 등록·열람제도는 우리나라에서는 처음 시행이 되지만, 미국에서는 이미 1990년대부터 법이 만들어져 시행되고 있는 제도이다. 미국은 1994년 제이콥웨터링법(The Jacob Wetterling Act)을 만들어 등록제도를 도입하였으며, 1996년 메간법(The Megan's Act)을 만들어 열람제도를 시행하여 왔다. 미국은 최근 2006년 아담월쉬법(The Adam Walsh Act)을 제정하여, 각 주별로 운영되던 등록·열람제도를 전국적으로 통일된 방식으로 강화해 나가는 등, 청소년 대상 성범죄로부터 지역사회를 보호하기 위한 노력을 계속 해나가고 있다.

나. 청소년 대상 성범죄자 등록제도

청소년 대상 성범죄로 형이 확정된 자는 모두 등록대상이 된다. 다만, 청소년 성매수의 경우

2회 이상 유죄판결을 받았거나, 피해 청소년의 연령이 13세 미만인 경우에만 등록대상이 된다. 법원은 청소년 대상 성범죄로 유죄판결을 선고할 경우에 등록대상자가 된다는 사실을 알려주어야 한다.

등록대상자로 결정된 자는 30일 이내에 신상정보를 관할 경찰서장에게 제출하여야 한다.

다만, 등록대상자가 교정시설에 수용된 경우에는 교정시설의 장에게 신상정보를 제출할 수 있다. 등록대상자가 제출해야하는 신상정보는 ① 사진 ② 주민등록번호 ③ 주소 및 실제 거주지 ④ 직업 및 직장 등의 소재지 ⑤ 사진(등록일 기준으로 6개월 이내에 촬영된 것) ⑥ 소유차량의 등록번호이다. 주소나 직장, 소유 차량 등이 바뀐 경우에는 30일 이내에 바뀐 정보를 등록하여야 한다.

사진은 1년 마다 새로 촬영한 사진을 제출하여야 한다. 다만, 교정시설에 수용된 자는 석방 전 새로 촬영한 사진을 교정시설의 장에게 제출하면 된다. 관할 경찰서장은 매년 1회 등록정보의 변경 여부를 확인하여야 한다. 등록대상자가 정당한 사유 없이 제출정보 또는 변경정보를 제출하지 아니하거나 거짓 정보를 제출할 때에는 형사처벌을 받게 되며, 1년 이하의 징역 또는 500만 원 이하의 벌금에 처해진다.

등록대상자가 제출한 신상정보는 모두 보건복지가족부에 보내진다. 보건복지가족부는 경찰서와 교정시설로부터 받은 신상정보를 등록하고, 등록일자를 등록대상자에게 통보해주어야 한다. 보건복지가족부는 등록된 신상정보들을 10년간 보존·관리하여야 한다. 등록대상자가 수용시설에 수용되어 있었다면, 수용기간은 그 기간에서 제외한다. 등록기간이 지난 신상정보는 즉시 폐기하여야 하며, 폐기하였다는 사실을 등록대상자에게 통보해주어야 한다. 등록대상자가 보건복지가족부에서 제공한 교육을 이수하는 경우 등록기간의 일부를 단축할 수 있다.

보건복지가족부는 등록정보를 지역주민 열람에 제공하는 것 이외에도, 청소년 대상 성범죄 예방 및 수사에 활용하게 하기 위하여 검사 또는 각급 경찰관서의 장에게 배포할 수 있다.

다. 청소년 대상 성범죄자 열람제도

열람대상자의 결정은 법원이 하게 된다. 법원은 청소년 대상 성범죄 사건의 판결과 동시에 열람대상자 여부를 결정하는 명령(이하“열람 명령”이라고 한다)을 선고하여야 한다. 열람 대상

자는 ① 13세 미만 청소년에 대하여 성폭력 범죄를 저지른 자 ② 열람명령을 선고받고 다시 청소년 대상 성폭력범죄를 저지른 자 ③ 13세 미만의 청소년을 대상으로 성범죄를 저지른 자로서 13세 미만의 청소년에 대하여 다시 성범죄를 범할 위험성이 있다고 인정되는 자 ④ 청소년 대상 성폭력 범죄를 저지른 자로서 청소년 대상 성폭력 범죄를 다시 범할 위험성이 있다고 인정되는 자 ⑤ 청소년 대상 성폭력범죄를 범하였으나 형법 제10조제1항에 따라 처벌할 수 없는 심신장애자로서 청소년 대상 성폭력범죄를 다시 범할 위험성이 있다고 인정되는 자이다. 단, 벌금형을 선고받거나 피고인이 청소년인 경우는 열람대상자가 되지 않는다. ①, ③, ④의 대상자를 표로 정리하면 다음과 같다.

〈표 2-4-110〉 청소년 대상 성범죄 열람대상자

피해 청소년	성폭력범죄	성매수 등 성범죄
13세 미만	열람대상	재범위험성 있을 때만 열람대상
13~19세미만	재범위험성 있을 때만 열람대상	열람대상 아님

※ 자료 : 보건복지가족부

〈표 2-2-4-111〉 등록정보와 열람정보의 비교

등록정보	열람정보	비 고
성 명	성 명	
주민등록번호	나 이**	나이만 제공
주소 및 실제 거주지	주소 및 실제 거주지	
직업 및 직장 등의 소재지	직업 및 직장 등의 소재지	
사 진	사 진	
소유차량의 등록번호**		미제공
	청소년 대상 성범죄 경력**	보건복지가족부가 제공

※ 자료 : 보건복지가족부

열람기간은 판결이 확정된 때부터 시작하여 5년이다. 다만, 열람대상자가 실형 또는 치료감호를 선고받은 경우에는 그 형 또는 치료감호가 끝난 때부터 열람기간이 시작된다. 열람에 제공되는 등록정보(이하“열람정보”라 한다)는 ① 성명 ② 나이 ③ 주소 및 실제 거주지 ④ 직업 및 직장 등의 소재지 ⑤ 사진 ⑥ 청소년 대상 성범죄 경력 등이다.

열람이 가능한 자는 등록대상자의 주소를 관할하는 시·군·구내에 거주하는 청소년의 법정 대리인이나 청소년 관련 교육기관의 장이다. 열람은 관할 경찰서에서 할 수 있으며, 열람에 필요한 정보는 보건복지가족부가 관할 경찰서에 제공하여 한다. 열람을 통하여 알게 된 정보를 신문·잡지 등 출판물, 방송 또는 정보통신망을 이용하여 누설하여서는 안 되며, 이를 위반한 경우에는 형사처벌의 대상이 된다.

4. 청소년성문화센터의 설치·운영

가. 청소년문화센터의 설립 목적 및 의의

「청소년성문화센터」는 청소년의 성보호에 관한 법률 제4조에 의거, 보건복지가족부에서 2007년부터 청소년의 건전 성가치관 조성사업으로 전국 16개 시·도에 신규로 설치·운영을 지원한 청소년성문화센터 및 기존운영중인 체험형태의 청소년성교육관 등을 의미한다. 청소년성문화센터는 청소년 스스로 자기 주도적, 실천적 체험학습을 통해 올바른 성지식을 습득하고 성문화에 대한 비판적인 안목을 갖추어 건강한 성정체성을 지닌 개인으로 성장하도록 지원한다.

컨버전스 시대인 현대사회는 Job과 Hobby가 혼합된 Jobby 라는 신개념이 등장하고 있다.

교육에서도 Education과 Entertainment 개념을 혼합한 Edutainment로 변화하는 추세를 반영하여 청소년대상의 성교육시설인 청소년성문화센터는 신개념의 성교육 방식을 도입하여 ‘Sexuality’를 재미와 감동이 함께 하는 놀이터로 이미지화 하였다.

나. 추진배경 및 경과

청소년들이 성에 대한 정보를 주로 성인물, 음란성 게임, 미디어 또는 포대를 통해 얻고 있는데 반해 기존 학교 성교육은 이론중심의 단편적인 지식 전달 위주로 진행되고 있어 그 효과성이 결여되고 있다.

일부 지역에서는 멀티미디어와 다양한 설치물을 활용한 참여형 성교육이 실시되어 성과를 거두고 있으나 한정된 지역에서만 교육서비스가 제공됨으로써 지역 간 불균형이 발생함에 따라 전국에서 통일적으로 효과적인 성교육을 실시할 필요성이 대두되었다.

이에 청소년정책자문위원회 성문화분과위원회가 전국에 청소년성문화센터 설치·운영

사업시행을 보건복지가족부에 건의(2006. 7)하여 보건복지가족부에서 전국 16개 시도에 청소년성문화센터 설치·운영을 추진하기로 하고, 2007년 보건복지가족부 소관 정부예산에 신규사업으로 16억원이 반영되었다.

청소년정책자문위원회 성문화분과위에서 사업 시행을 건의했고(2006. 7), 2007년도 정부 예산안에 지자체보조사업(16억원)이 반영되었다(2006. 9).

2007년 1월에는 운영계획 수립을 위한 자문회의가 개최되었고 2회에 걸쳐 의견수렴이 이루어 졌다. 이어서 청소년성문화센터 설립추진단이 구성 되었고 표준콘텐츠 및 운영매뉴얼이 개발되었으며 광주, 목포, 충북, 송파, 창동, 서귀포, 춘천, 김천, 광진, 군산 등 10개의 청소년 성문화 센터가 개소하였다.

다. 청소년성문화센터의 역할과 사업내용

청소년성문화센터의 역할은 시청각적, 참여적 성교육 및 실천지침 성격의 교육을 통해 청소년의 왜곡된 성문화에 대한 재조명 및 대안 마련, 멀티미디어 세대인 청소년 특성에 맞추어 다양한 매체를 활용한 시청각적 체험형태의 성교육으로 정확하고 올바른 성지식과 관련 정보 제공, 성교육 관련 민간 전문가의 자문과 폭넓은 의견 수렴을 통해 지역사회의 중추적인 성교육 센터로서의 인프라 구축 등이다.

사업내용은 대상별, 연령별 전문 성교육 실시(참여형 학습이 가능한 청소년성교육 실시, 아동·청소년 등 대상별 전문성교육프로그램 운영, 다양한 성폭력 예방프로그램으로 성 비행 및 성범죄 예방, 인형극을 이용한 성교육 실시 등)와 찾아가는 성교육 실시(유치원, 각급학교 및 청소년수련시설 등 출장 성교육 실시, 청소년성교육 캠프 등 특별기획사업 추진 등), 그리고 지역 내 성교육전문가 인력풀 구축 및 관리(성교육관련 조사연구 및 자료구축, 청소년성문화 동아리 지원 및 자원 활동가 조직·관리) 등이다.

라. 청소년성문화센터 설치·운영 현황

청소년성문화센터는 2007년도에 전국 16개 시·도 단위에 16개소가 신규로 설치되어 운영 되기 시작하였다. 여기에 기존 일부지역에서 운영되고 있던 참여형 성교육관 5개소도 계속 사업으로 운영되었으며 2008년도에는 기존 운영시설 21개소와 신규시설 8개소를 합하여 29개소가 운영될 계획이다.

〈표 2-4-112〉 전국 청소년성문화센터 현황

시·도	시설 확보	운영 주체	개관일	비 고
서울 (5개소)	창동청소년수련관	광운대학교	10월 19일	
	광진청소년수련관	밝은청소년지원센터	11월 22일	
	송파청소년수련관	(재)잠실교회	10월 15일	
	탁틴스쿨와~	내일여성센터	기존시설	
	아해!성문화센터	전국YMCA	기존시설	
인천	인천광역시성문화센터	인천지역사회협의회	기존시설	
부산	부산청소년종합지원센터	신라대학교	기존시설	
광주	광주YWCA회관	광주YWCA	5월 3일	
대전	보육정보센터건물	인구보건복지협회 (대전,충남지회)	12월	조례개정 입법예고
울산	(사)울산기독교사회봉사회건물	(사)울산기독교사회봉사회	11월	임대
경기 (남부)	안산와~스타디움	안산내일여성센터	12월	
경기 (북부)	임진각 평화누리	파주에코젠더	11월	동형식
강원	강원도청소년수련관 (춘천시)	천주교 춘천교구	11월 6일	
충북	상당청소년문화의집 (청주시)	한국청소년충북연맹	9월 14일	
충남	재단법인 추진중	민간위탁예정	12월 중	
전북 (2개소)	군산시청소년수련관	군산시 직영	11월	
	전주탁틴스쿨 와~	전주내일여성센터	기존시설	
전남	목포시청소년수련관	목포 YMCA	6월 12일	
경북	경북청소년수련관 (김천시)	경북청소년수련관(재)	11월 14일	
경남	사천시청소년문화센터	사천시청소년상담지원센터	11월	
제주	서귀포청소년수련관	서귀포시 직영	10월 24일	

※ 자료 : 보건복지가족부

제 5 절

보육정책

I 제도 개요*

1. 보육정책의 연혁

보육정책은 여성의 경제활동 증가, 저출산 시대를 맞아 미래세대의 건강한 성장 발달을 지원 하고, 양질의 인적자원 양성을 위해 갈수록 중요성이 커지고 있는 분야다. 그러나 보육에 대한 사회 및 정부의 역할이 강조된 것은 그리 오래된 일이 아니다. 아이를 키우고 돌보는 일은 지극히 개인적 차원의 문제로 인식되었으며, 국가는 구빈적 탁아사업 위주의 소극적인 자세를 견지해 왔다고 볼 수 있다

우리나라의 보육정책은 1921년 태화기독교사회관에서 저소득층 자녀위주로 탁아사업을 전개한 것이 그 시작이다. 이후 '82년 유아교육진흥법 제정으로 어린이집, 새마을협동유아원 및 농번기탁아소를 새마을유아원으로 흡수·통합하였으며, '87년 노동부에서 남녀고용평등 법에 따라 직장탁아제가 도입되었다

1991년 영유아보육법 제정으로 탁아에서 보육으로 전환되는 계기가 되었으며, 보육사업의 주관부처가 보건복지부로 일원화되었다. 그러나 이후 보육업무의 소관부처는 2004년 여성 가족부로, 2008년 보건복지가족부로 변경되는 우여곡절을 겪으며 발전하였으며, 그 과정에서 양적 성장을 이루는 성과를 거두기도 했다.

단적인 예로 2008년 현재 보육예산은 1조4천억 규모로 2003년 대비 4.73배가 증가하였다. 또한 보육교사국가자격제도 도입, 평가인증제 실시, 영아기본보조금 도입, 차등보육료 확대 등 보육에 대한 국가의 역할을 강화하는 방향으로 정책이 추진되어 왔으며, 2006년 “새싹플랜”과 “새로마지플랜”을 통해 구체화되었다.

*집필자 : 보육정책과 김현숙 서기관

〈표 2-4-113〉 보육정책의 연혁

기 간	구 분	주 요 내 용
'21~'91	구빈적, 직장여성 지원을 위한 탁아사업	• '21년 태화기독교사회관에서 저소득층 자녀위주의 탁아사업 시작 • '62~'81년 아동복지법에 의해 보건복지부가 탁아관리 • '82년 유아교육진흥법 제정으로 어린이집, 새마을협동유아원 및 농번기탁아소를 새마을유아원으로 흡수·통합 • '87년 노동부에서 남녀고용평등법에 따라 직장탁아제 도입
'91~'04	탁아에서 보육으로 발전	• 영유아보육법 제정('91) : 보육시설의 조속한 확대, 아동의 건전한 보호·교육 및 보육자의 경제적 사회적 활동지원 • 주관부처 일원화 : 보육사업 주관부처를 보건복지부로 일원화 • 설치기준의 변천 : 법제정당시('91.1)에는 인가제(가정보육시설만은 신고제)였으나, '98.7월 신고제로 완화하고 '04.1월 인가제로 다시 강화
'04.6	보육업무 여성가족부로 이관	• 보건복지부 보육과(1과)에서 1국(보육정책국) 3과(보육정책·재정·지원팀)로 개편
'04.6~'08.2	참여정부의 육아지원정책	• (제1차 육아지원정책, '04.6) 고령화및미래사회위원회에서 “보육 및 유아교육 지원의 공공성 확대(공약사항)”에 대한 대책 발표 – 육아부담을 소득에 따라 50%경감, 1년간 육아휴직 포함, 평가인증제도입, 보육국가자격제도 시행 • (제2차 육아지원정책, '05.5) 고령화 및 미래사회위원회에서 “출산율제고 및 여성 경제활동 참가”에 대한 대책을 발표 : 표준보육료·교육비 산정, 영아기본보조금 시범 도입 • (새싹플랜, '06.7) 여성가족부에서 공보육 강화를 위한 제1차 중장기보육계획인 새싹플랜('06~'10)을 발표 – 국공립시설을 2010까지 2배, 이용아동 30%수준까지 확충, 기본보조금 확대 지원, 차등보육료 평균소득 130%이하까지 확대('09) • (새로마지 플랜, '06.8) 저출산고령사회위원회에서 세계최저의 저출산문제 해결을 위해 새로마지 플랜 2010을 발표 – 국공립시설을 30% 확충, 영아기본보조금 도입, 차등보육료 확대, 만5세 무상 보육확대, 아동수당 도입검토
'08.3	보건복지가족부로 이관	• (조직) 여성가족부의 보육정책국이 보건복지가족부의 보육정책관실로 이관

2. 향후 보육정책 추진방향

지난 몇 년간 보육정책은 예산 및 시설 증가 등 양적 측면에서 큰 진전이 있었다. 그러나 보육 시설 및 저소득층 위주의 지원으로 인해 수요자의 체감도는 낮고 질적 수준은 미흡한 실정이었다.

새정부의 보육정책은 보육시설 중심의 지원방식에서 벗어나 영유아·부모 등 수요자 중심으로 개편하여 보다 많은 국민이 양질의 보육 서비스를 더 적은 부담으로 받을 수 있도록 해 나갈 것이다.

이를 위해 우선 보육료 지원을 단계적으로 확대하여 부모의 양육 부담을 덜어주고, 보육시설을 이용하지 않는 영아부모에게 양육수당을 지급하는 방안을 검토하고 있다. 또한 보육료 지원체계 개편을 위하여 전자바우처 도입을 준비 중에 있으며, 2009년 상반기 시범사업을 거쳐 하반기 도입할 예정이다. 이는 현행 시설에 지원하던 보육료를 전자바우처 방식으로 부모에게 직접 지급하여 정책체감도를 제고하고 보육시설 및 지방자치단체의 행정업무 부담을 경감하기 위한 것이다.

아울러 저소득층 밀집지역, 농산어촌 등 민간이 보육시설을 기피하는 지역에 국공립시설을 단계적으로 확충하고, 최근 새롭게 대두되고 있는 다문화 가정 영유아 보육문제 등에도 적극 대응해 나갈 계획이다.

새 정부 출범과 보육업무의 이관, 보육수요의 증가 등 보육을 둘러싼 대내외 환경의 변화에 따라 보육정책의 패러다임 개편에 대한 논의가 진행되고 있다. 정부는 그간의 보육정책 성과를 바탕으로 영유아들이 건강하게 성장 발달할 수 있도록 지원을 강화해 나가고, 보육정책을 지속적인 사회적 의제로 발전시켜 나갈 것이다.

II 보육료 지원 확대를 통한 부모 육아부담 경감*

급속한 출산율 하락과 세계적으로 유례가 없는 빠른 속도의 고령화가 동시에 진행되는 상황으로 생산가능인구 부족으로 인해 여성경제활동의 필요성이 증가하여 보육에 대한 수요는 비례적으로 늘어날 전망이다. 한편 아동투자가 가장 비용대비 효과성이 높다는 인식의 확산과 함께 자녀양육을 국가·사회가 책임져야 한다는 국민의식 증대로 보육료 지원사업에 대한 국민적 기대가 매우 높은 상황이다.

*집필자 : 보육정책과 김현숙 서기관

이러한 정책적 환경에 대응하여 정부는 부모의 양육부담 완화를 위해 보육료 지원대상의 지속적인 확대와 함께 지원율을 상향조정함으로써 보육시설 이용에 따른 보육료 부담을 덜어 주기 위한 정책을 지속적으로 추진하고 있다.

현재 보육료 지원사업은 만 4세이하 영유아에게 보육료의 전액 또는 일부를 지원하는 저소득층 차등보육료와, 취학 전 아동의 학업준비와 학교생활의 적응력을 높이기 위한 만5세아 무상보육료를 지원하고 있다. 또한 장애아동의 특수성을 고려하여 아동양육에 따른 보호자의 경제적 부담을 덜어주고 장애아동의 사회통합과 장애아 보육 활성화를 위해 장애아 무상보육을 실시하고 있으며, 다자녀 가구의 보육비용 부담을 완화하기 위한 두자녀 이상 보육료 지원을 실시하고 있다.

2007년 보육료 지원사업 국고 예산현액은 6,309억원으로 836천명의 아동에게 보육료를 지원했다.

〈표 2-4-114〉 연도별 보육료 지원예산 현황

(단위 : 억원)

구 분	2006년			2007년		
	계	국 고	지방비	계	국 고	지방비
계	11,360	5,218	6,142	13,822	6,309	7,514
저소득층보육료	7,849	3,591	4,258	9,707	4,418	5,290
만5세아무상보육	2,539	1,180	1,359	2,563	1,176	1,387
장애아보육료지원	490	222	268	524	237	287
두자녀이상 보육료지원	483	225	258	1,028	478	550

가. 저소득층 차등보육료 지원

저소득층 자녀 보육료 지원은 보육시설을 이용하고 있는 만0~4세 아동과 일부 방과후 초등학생에 지원되고 있다. 지원대상은 1층(법정저소득층) 및 가구원수별 소득인정액 기준에 따라 2층~5층으로 구분하여 1층과 2층은 보육료 전액, 3층은 80%, 4층은 50%, 5층은 20%를 지원하고 있다.

2007년 보육료 지원 단가는 영유아 보육의 특성을 감안하여 만1세미만 보육아동은 월 361천원, 만1세 보육아동은 월 317천원, 만2세 보육아동은 월 262천원, 만3 아동은 180천원, 만4세

이상 보육아동은 월 162천원을 지원하고 있다(보육료 지원을 100% 기준).

법정저소득층 아동으로는 국민기초생활보장법 제5조에 의한 수급권자의 아동, 「모·부자복지법」에 의한 보호대상자로 선정된 모·부자가정 아동, 아동복지법 제16조에 의한 아동복지시설에서 생활중인 만3~4세 아동, 여성폭력피해자 보호시설(가정, 성폭력), 성매매피해자 지원시설에 입소한 여성의 동반자녀, 모자(일시)보호시설 등에 입소한 여성의 동반자녀 등이 해당된다. 그밖에 2층~5층 아동 선정기준은 가구원수별 소득인정액(소득과 재산 반영)에 따라 대상자를 선정하고 있다.

〈표 2-4-115〉 가구원수별 소득인정액 기준

가구원 수		3인까지	4 인	5 인	6 인
소 득 인정액	1 층	국민기초생활보장법상 수급자 등			
	2 층	116만원이하	144만원이하	168만원이하	193만원이하
	3 층	165만원이하	184만원이하	197만원이하	217만원이하
	4 층	231만원이하	258만원이하	269만원이하	288만원이하
	5 층	334만원이하	369만원이하	384만원이하	411만원이하

나. 만5세아 무상보육료 지원

만5세아동 무상보육사업은 원칙적으로 취학전 만5세 아동을 지원하기 위하여 실시되는 사업으로서 지원 단가는 월 162천원을 지원하고 있으며, 취학유예된 아동은 1회에 한해 보육료 지원이 가능하고 도시근로자가구 월평균소득 100%이하 가구 아동에게 지원한다.

〈표 2-4-116〉 만5세 무상보육료 지원 기준

가구원 수	3인까지	4 인	5 인	6 인
소득인정액	334만원이하	369만원이하	384만원이하	411만원이하

다. 장애아 무상보육료 지원

장애아 무상보육료의 지원은 부모의 소득수준과 아동의 장애등급과 무관하게 취학전 만5세 이하 장애인 복지카드를 소지한 장애아동으로 하되, 예외적으로 취학연령이 되었으나 질병 등의 사유로 일반 초등학교 및 특수학교에 취학하지 못한 만12세 이하의 장애아동(단, 취학

유예서를 제출한 자에 한함)과 장애가능성이 있는 영아(만0~2세) 및 장애인복지카드(등록증)을 미소지한 만5세 이하 장애아도 장애진단서를 제출할 경우도 지원하고 있다.

장애아 보육서비스 강화를 위해서 교사대 아동비율(1:3)을 준수하고 장애아 전담교사를 배치하는 시설을 이용하는 장애아는 월 372천원을 지원하고 그 밖의 시설을 이용하는 장애아는 해당 반별 보육료(정부지원단가, 만3세 이상 받은 시·도지사가 정한 보육료 상한액)를 지원한다.

라. 두 자녀이상 보육료 지원

두 자녀 이상 보육료 지원은 다자녀가구의 보육비용 부담경감을 위해 2005년도부터 실시하는 사업으로 도시근로자가구 월평균소득 100%이하 가구 두 자녀 이상이 보육시설을 동시에 이용할 경우 둘째아 이상(만4세 이하) 아동에게 지원하고 있으며, 지원 단가는 만1세미만 보육아동은 월 181천원, 만1세 보육아동은 월 159천원, 만2세 보육아동은 월131천원, 만3세 아동은 90천원, 만4세 보육아동은 월 81천원을 지원하고 있다.

〈표 2-4-117〉 두 자녀이상 보육료 지원 기준

가구원 수	3인까지	4 인	5 인	6 인
소득인정액	334만원이하	369만원이하	384만원이하	411만원이하

III 보육서비스 공급 활성화*

1. 국공립보육시설 확충 및 환경개선

국공립보육시설은 저렴한 비용과 믿을 수 있는 서비스 제공으로 인해 부모들의 선호도가 높는데 비해 2007년말 현재 전체 시설 중 차지하는 비중은 5.7%이고, 이용아동도 11%에 불과하여 시설 이용이 제한되고 있는 실정이다.

*집필자 : 보육재정과장 진영주

〈표 2-4-118〉 시설유형별 시설 수 및 이용 아동 수

(2007.12월말, 단위 : 개소, 명,)

구 분	계	국공립	법 인	민간보육			부 모 협 등	가 정 보 육	직 장
				소 계	법인외	개 인			
시설수 (%)	30,856 (100.0)	1,748 (5.7)	1,460 (4.7)	14,083 (45.6)	1,002 (3.2)	13,081 (42.4)	61 (0.3)	13,184 (42.7)	320 (1.0)
아동수 (%)	1,099,933 (100.0)	119,141 (10.8)	118,211 (10.7)	668,390 (60.8)	55,906 (5.1)	612,484 (55.7)	1,444 (0.2)	177,623 (16.1)	15,124 (1.4)

이에 정부는 보육 인프라의 공공성 제고와 취약지역의 보육수요 충족을 위하여 국공립보육시설 확충을 지속적으로 추진하고 있다. 2007년 기준 국공립보육시설 신축 109개소, 주공과의 협약체결 등을 통해 공동주택(아파트) 의무보육 시설 국공립보육시설 전환 53개소 등 148개소의 시설이 새롭게 확충되었으며, 신축 외에도 학교내 유희교실 및 국방부 군관사 활용 등 다양한 유형의 사업을 추진하였다.

공동주택 보육시설을 지자체에도 임대할 수 있는 근거 조항을 관계부처와 협의를 통해 주택법 시행령에 반영하고, 아파트 주민들이 지자체에 무상 임대하여 국공립 시설로 운영하도록 할 경우 보육시설 면적비율만큼 지방세 감면 혜택을 부여하도록 하였다(2007.3). 또한 군관사 보육시설을 지자체에 장기 무상임대하여 국공립보육시설로 운영할 수 있도록 국방부와 협약을 체결하였고(2007.5), 학교내 유희교실을 활용한 국공립보육시설 확충 방안을 지자체에 적극 권장하는 등 국공립보육시설 확충을 위한 제도개선을 적극 추진하였다.

아울러 낡고 협소한 보육시설에 안전하고 쾌적한 보육서비스 제공을 위한 환경조성을 통해 보육 서비스의 질을 제고하기 위하여 노후 된 보육시설에 대한 증개축(54개소), 개보수(320개소), 장비비(230개소) 등 환경개선을 지원하였다.

앞으로도 정부에서는 신축 외에도 기존 시설 활용 및 민간시설 매입 등 다양한 확충방식을 지속적으로 추진해 나갈 예정이며, 저소득층 밀집지역, 농어촌 등 보육수요는 있으나 민간이 기피하는 취약지역에 우선 순위를 두고 국공립보육시설을 설치해 나갈 예정이다.

아울러 국고보조율 상향조정 등 지자체 재정부담 완화 방안을 관계부처 협의를 통해 지속 추진하며 지자체 수요에 기반 한 효율적인 사업추진을 통해 보육의 기초적인 인프라로서 국공립 보육시설이 자리매김할 수 있도록 노력해 나갈 것이다.

2. 직장보육시설 활성화

직장보육시설은 “사업주가 사업장의 근로자를 위하여 단독 또는 공동으로 사업장 내 또는 그에 준하는 인근지역(사업장 근로자 밀집 근무지역)에 설치·운영하는 시설”을 말한다. 영유아 보육법 제14조 및 동법 시행령 제20조는 상시 여성근로자 300인 이상 또는 근로자 500인 이상을 고용하고 있는 사업장의 경우, 사업주가 의무적으로 직장보육시설을 설치·운영하도록 규정하고 있으며, 직장보육시설의 설치가 어려운 경우 인근 보육시설 위탁하거나 근로자에게 보육수당 지급하도록 규정하고 있다.

2007년 직장보육시설 설치의무 대상사업장은 791개소(국가기관 47, 지자체 142, 학교 67, 공사 및 민간기업 535)이며, 직장보육시설 설치사업장은 440개소로 의무이행율 55.6%이다. (국가기관 36개소/76.6%, 지자체 138개소/97.2%, 학교 35개소/52.2%, 민간 231개소/43.2%)

〈표 2-4-119〉 직장보육시설 설치 현황(2005~2007)

(단위 : 개소)

구 분	의무사업장 (개소)	의무이행 사업장				미이행 사업장
		계	설 치	수 당	위 탁	
2007년	791	440	253	147	40	351
	100.0%	55.6%	32.0%	18.6%	5.1%	44.4%
2006년	775	365	199	132	34	410
	100.0%	47.1%	25.7%	17.0%	4.4%	52.9%
2005년	787	302	170	105	27	485
	100.0%	38.4%	21.6%	13.3%	3.4%	61.6%

정부는 민간 사업주의 직장보육시설의 활성화를 위하여 고용보험기금에서 직장보육시설의 설치·운영비를 지원하고 있다.

사업주가 단독 또는 공동으로 사업장의 근로자를 위하여 직장보육시설을 설치하거나 운영 중인 시설의 기능을 보강하고자 하는 사업주에게 최고 5억원까지 연 1~2%의 저리로 자금을 융자하고, 시설전환비 2억원, 교육교구 및 장비구입비 등 50백만원까지 무상으로 지원하고, 시설을 운영하는 사업주에게 보육교사 및 시설장의 인건비를 1인당 월 80만원까지 무상으로 지원한다.

2007년 지원 규모는, 직장보육시설 시설전환비 및 유구비품비를 21개소에 2,675백만원을 지원하였고, 신규 설치하는 9개 기업에 2,700백만원을 용자 지원하였으며, 보육교사 등 인건비는 607개소에 10,429백만원을 지원하였다.

〈표 2-4-120〉 직장보육시설 설치비 용자·지원현황(2006~2007)

(단위 : 개소, 명, 백만원)

구 분	용 자		무 상 지 원	
	사업장수	금 액	사업장수	금 액
2006년	4	511	32	3,245
2007년	9	2,700	21	2,675

〈표 2-4-121〉 직장보육교사 등 임금지원 현황

(단위 : 개소, 명, 백만원)

구 분	사 업 장 수	지 원 인 원	금 액
2006년	537	3,854	8,106
2007년	607	4,918	10,429

또한, 직장보육시설을 설치하기 어려운 영세사업장의 근로자들을 위하여 근로복지공단에서 공단지역 등 근로자 밀집지역에 공공직장보육시설을 설치·운영하고 있다.

2007년 현재 근로자복지진흥기금 및 고용보험기금을 재원으로 공공직장보육시설 24개소(안산, 창원, 서울 금천, 인천서구, 대전, 대구, 동해, 광양, 천안, 청주, 부산, 수원, 정읍, 경주, 부천, 군포, 조치원, 울산, 진해, 포항, 인천 남동구, 제주, 군산, 고양)를 운영하고 있다.

IV 보육시설 및 보육취약계층 지원강화*

2007년도 보육시설에 대한 지원은 종사자 인건비, 차량운영비 및 교재교구비, 기능보강비 등이 있으며, 3,577억원으로 확대 지원되고 있다(국고 기준).

*집필자 : 보육재정과장 진영주

〈표 2-4-122〉 연도별 보육시설 지원예산 현황

(단위 : 억원)

구 분	2006년			2007년		
	계	국 고	지방비	계	국 고	지방비
계	7,988	3,578	4,410	10,303	4,626	5,677
종사자 인건비	7,126*	3,158	3,968	5,444	2,424	3,020
영아 기본보조금*				3,914	1,741	2,173
시설기능보강비	600	300	300	648	324	324
교재교구비	198	88	110	210	94	116
차량운영비	64	32	32	87	43	44

※ 국비는 예산(추경 및 예비비 포함), 지방비는 확정내시 기준

* 2006년 종사자인건비에는 영아기본보조금이 포함되어 있음

1. 시설 유형별 지원현황

가. 국공립·법인시설 등 지원

국공립 및 법인시설 등에 대하여는 주로 인건비가 지원되는데, 그 지원 비율은 종사자의 담당 분야와 임무에 따라 각기 다르다. 원장 80%, 유아반 보육교사 30%, 영아반이 2개 이상인 보육시설의 영아반 보육교사에 대해서는 80%를 지원한다. 다만, 농어촌지역 보육시설은 영아반을 1개반만 운영할 경우에도 담당 보육교사 인건비의 80%를 지원하고 있다.

농어촌이나 폐광 및 도서벽지 등 취약지역 보육시설의 경우 보육교사 및 취사부 인건비를 각 1명씩 추가 지원하고 있다. 향후 월별 원아수 변동과 보육교사의 고용안정성 및 서비스 질 개선을 위하여 반별 지원 범위를 유연화할 계획이다.

나. 민간(개인) 및 가정보육시설 지원

민간 개인 및 가정보육시설에 대해서는 교재교구비를 시설 규모에 따라 연간 50~120만원 까지 차등 지원하고 있다. 다만, 교재교구비 용도를 책자, 장난감 등 아동이 교재교구를 통하여 직·간접적인 상호작용이 가능한 것으로 제한하여 신발장, 서랍장 등 보육시설 환경개선을 위한 물품을 구입하지 못하도록 하고 있다. 교재교구비의 경우 매년 말에 지원됨에 따라 시설

입장에서 지원이 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 '06년부터 농어촌 지역의 모든 보육시설에 차량운영비(매월 20만원)를 지원할 수 있도록 하였으며, 아울러, 그동안 지원대상 차량이 11인승 이상이어서 작은 규모의 차량에 대한 지원이 어려웠던 점을 감안하여, 2007년도부터는 9인승 이상으로 완화하여 지원이 가능하도록 하였다.

다. 취약보육서비스 지원

(1) 영아보육 지원

2007년말 현재 672개의 영아전담보육시설에서 25,123명의 아동이 보육되고 있으며, 이들 시설에는 원장 및 교사인건비 80%, 취사부 인건비 100%가 지원되고 있으며, 농어촌 시설인 경우에는 월 20만원의 차량운영비도 지원하고 있다. 다만, 영아전담시설은 만3세가 되면 다른 시설로 옮겨야 하는 등 보육의 연속성이 저해되고, 예산지원에 비하여 효율성이 낮으며, 적재적소 배치 등에 한계가 있어 2005년부터 추가지정사업을 중단하고 대신에 민간시설 영아 기본보조금 지원을 대폭 확대함으로써 영아보육을 활성화하고 있다.

민간시설에 대한 영아 기본보조금은 민간 및 가정보육시설에서 보육하는 영아 1인에 대한 연령별 기준 단가(0세 292천원, 1세 134천원, 2세 86천원)를 적용하여 보육시설에 지원함으로써 영아 보육의 활성화와 더불어 민간 보육시설의 서비스 개선을 도모하였다.

(2) 장애아보육 지원

상시 장애아 18명이상 보육하는 장애아전담 보육시설에는 원장과 보육교사 및 특수교사 인건비의 80%를 지원하고 취사부 인건비 100%를 지원하고 있다. 또한, 특수교사 자격을 가진 자에 대해서는 특수교사 수당 10만원을 별도 지원하고 있으며 장애아동의 치료서비스를 강화하기 위하여 장애아동 9명당 배치된 치료사에 대해서는 인건비 100%를 지원하고 있다. 아울러, 장애아전담시설에 대하여 차량운영비를 월 20만원씩 지원함으로써 장애아동의 보육시설 접근성을 제고하도록 하고 있다.

장애아와 비장애아를 함께 보육하는 장애아 통합보육의 활성화를 도모하기 위하여 장애아 3명 이상을 통합 보육하는 시설의 경우 보육교사 1인에 대하여 인건비 80%(민간은 100만원)를 지원하고, 예산사정상 인건비를 지원받지 못하는 민간시설에 대해서는 장애아 1인당 기본보조금(292천원)을 지원하도록 하였다.

2007년말 현재 장애아전담보육시설은 154개소가 운영되고 있으며, 보육 장애아동은 5,887명이다. 또한, 장애아통합보육시설은 전국에 685개소가 운영중이며, 장애아동 3,332명이 동 시설을 이용하고 있다.

(3) 시간연장, 휴일, 방과후보육 지원

맞벌이 부부가 증가하고 여성의 경제참여가 날로 확대되어 감에 따라 기준 보육시간(07:30~19:30)을 경과하여 운영하는 시간연장 보육서비스의 필요성이 절실하게 요구되어 보육시설이 시간연장 보육교사를 별도로 채용할 경우 인건비 지원을 통하여 시간연장 보육서비스 확대를 도모하였다. 즉, 보육아동을 5명 이상 보육하고, 21시까지 최소 2명 이상 보육하는 경우 시간연장 보육시설로 지정하고 시간연장 보육교사에 대한 인건비('06년 3,000명 → '07년 4,000명)를 지원하였다. 2008년 이후에는 시간연장 보육의 활성화를 위하여 지원기준을 완화할 계획이다.

시간연장 보육시설 중 국공립·법인 등 정부지원시설에는 교사 인건비의 80%를 지원하고, 민간시설은 교사 1인당 100만원을 지원하고 있다.

또한, 휴일 보육시설로 지정된 시설이 보육교사 1인당 3명 이상 영유아를 5시간 이상 보육할 경우 실제 근무보육교사에 대해 각각 휴일 근무수당 일일 5만원을 지급하도록 하였다.

방과후 보육시설은 2004년 이전 방과후 보육시설로 지원 지정된 국공립·법인시설에 한하여 보육교사교육원에서 실시하는 방과후 보수교육과정(40시간 이상)을 이수한 보육교사를 별도로 채용한 경우에만 인건비의 50%를 지원하였으며, 장애아동 방과후 보육은 보육교사 인건비의 100%를 지원하였다.

아울러, 저소득층 및 한부모 가족 등 취약계층에서 현실적으로 이루어지고 있는 24시간 보육에 대한 체계적인 관리를 위해 '07년부터 24시간 보육서비스 제공방안 및 관리를 본격화

하였으며, 2007년말 현재 148개소에서 698명의 아동이 이용하고 있다.

향후 맞벌이부부의 보육지원을 위한 시간연장보육 등 수요자 중심의 다양한 보육서비스를 제공할 수 있도록 지원을 확대해 나갈 계획이다.

V 보육서비스 질 제고*

1. 보육시설 평가인증제

그 동안 우리나라는 민간보육시설이 차지하는 비율이 높았으며, 국공립 및 법인 등 정부 지원시설의 회계 관리를 중심으로 보육시설에 대한 지도·감독이 이루어지고 있어 보육시설에서 제공하는 보육서비스의 질 관리 시스템이 미흡한 실정이었다.

이에 보육서비스에 대한 효과적인 질적 관리시스템을 마련함과 아울러 보육시설의 자발적인 보육서비스 개선 노력을 유도하고 부모에게 보육시설에 대한 정보제공을 목적으로 보육시설 평가인증을 시행하게 되었다.

보육시설 평가인증은 참여신청→자체점검→현장관찰→인증심의 등 총 4단계로 진행되며, 7개 영역 80항목(21인 이상 기준)에 대한 자체점검 및 현장관찰 그리고 인증심의위원회 심의 결과를 토대로 일정점수 이상을 통과하면 인증을 부여하는 제도이다.

따라서 보육시설에서 제공하는 서비스 수준을 객관적인 평가지표에 의하여 공정하게 평가하여 일정한 기준에 도달한 시설에 공적 인증을 부여하는 체계를 마련하기 위하여 2004년부터 보육시설 평가인증전담기구(보육시설 평가인증 사무국)를 설치하고 2005년에 평가인증을 시범 실시하여 650개소가 인증을 받았고, 2006년도에는 본격적으로 시행하여 2,804개소가 인증을 받았다.

2007년도에는 총 4기(2월, 4월, 6월, 10월)에 걸쳐 6,359개소가 참여신청을 하여 5,529개소가 참여확정되었고, 그 중 1기 1,135개소, 2기 969개소 등 총 2,104개소가 인증을 받았으며

*집필자 : 보육지원과장 정영훈

나머지 3기 및 4기 참여시설은 인증절차가 진행 중에 있어 최종 통과 여부는 2008년도에 발표될 예정이다.

〈표 2-4-123〉 평가 인증 지표

영역	하위 영역
영역 1. 보육환경(10항목)	가. 보육시설 환경(5항목) 나. 보육활동 자료(5항목)
영역 2. 운영관리(13항목)	가. 시설의 운영관리(7항목) 나. 보육인력(6항목)
영역 3. 보육과정(15항목)	가. 보육활동 계획과 구성(7항목) 나. 보육활동(8항목)
영역 4. 상호작용(11항목)	가. 일상적 양육(3항목) 나. 교사의 상호작용(8항목)
영역 5. 건강과 영양(13항목)	가. 청결과 위생(8항목) 나. 질병관리(3항목) 다. 급식과 간식(2항목)
영역 6. 안전(10항목)	가. 실내외 시설의 안전(4항목) 나. 영유아의 안전보호(6항목)
영역 7. 가족 및 지역사회와의 협력(8항목)	가. 가족과의 협력(6항목) 나. 지역사회와의 협조(2항목)

※ 1인 이상 보육시설 평가인증지표(7개 영역 80항목)

2. 표준보육과정 개발·보급

표준보육과정의 목적은 6세미만의 영유아의 전인적인 성장과 발달을 돕고 영유아가 심신이 건강하고 조화로운 사회구성원으로 자랄 수 있도록 하는데 있으며, 2006년 11월 영유아보육법 시행규칙 개정을 통해 국가수준의 표준교육과정을 마련되었다.

표준보육과정은 6개영역(기본생활, 신체운동, 사회관계, 의사소통, 자연탐구, 예술경험)으로 구성하고, 각 영역은 연령집단별(만 2세미만, 만 2세, 만 3~5세 영유아)로 구분하고 있으며, 연령 집단별로 영유아의 성장과 발달, 개인차 등 각각의 수준을 고려하여 보육내용을 세분화하고 있다.

또한 교사를 위한 영역별, 연령별 지침을 마련하여 교사가 반드시 알아야 하는 영유아에 대한 발달지식, 바람직한 환경구성, 지도방법 및 유의점 등을 제시하고 있다.

이와 함께 표준교육과정에 기초한 연령별(0~5세) 보육프로그램(07.6) 및 영상교재(07.12)를 개발하였다. 연령별 보육프로그램은 영유아들의 발달 연령에 기초하되, 보육현장에서 활용하기 쉽도록 연간계획, 월간계획, 주간계획에 따라 하루일과를 진행하도록 구성되어 있으며, 영상

교재는 보육프로그램에서 제시한 하루일과 운영방식과 보육교사의 전문적 역할에 대한 자료를 시청각 형태로 제공함으로써 표준교육과정에 대한 이해와 활용을 지원한다.

3. 보육인력의 전문성 및 처우개선

2005년 1월 보육교사 국가자격증제도 도입과 함께 2006년 12월부터 보육시설장에 대한 국가자격증제도 시행으로 보육인력의 전문성 제고와 체계적인 관리를 통해 영유아에게 보다 안전하고 질 높은 보육서비스제공이 가능하게 되었다.

이에 따라 보육교사 110,584건, 보육시설장 49,636건을 발행하였으며, 자격발급 전담 기관인 보육자격관리사무국의 ARS시스템(1577-5654) 도입으로 자격발급 민원의 효율적 처리를 도모하였다.

〈표 2-4-124〉 보육자격관리시스템 자격발급 민원처리 현황

(2007. 12월말 현재, 단위 : 건수)

구 분	소 계	2005	2006	2007
시설장	49,636	-	-	49,636
보육교사	270,218	60,353	99,281	110,584
합 계	319,854	60,353	99,281	160,220

※ 출처 : 보육자격관리사무국 자격관리시스템 산출자료

그리고 보육인력 보수교육에 표준보육과정, 평가인증을 필수교과목으로 편성하여 직무에 대한 전문성을 강화하고 인터넷 원격 보수교육 시범 실시를 통하여 보수교육 참가의 편의성을 도모하였다.

또한, 「보육시설종사자 경력 및 호봉체계 개선방안 연구」를 실시하여 보육시설 종사자의 처우개선을 위한 경력인정 및 보수체계의 보완을 위한 정책 기초 자료를 확보하였다.

앞으로 국가자격발급자와 보육시설 현직 종사자에 대한 통합적 관리와 운영을 통해 현직 보육시설종사자의 처우개선과 자격소지자에 대한 전문적 관리와 지원을 추진하고자 한다.

4. 건강 · 영양 · 안전관리 강화

어린이 통학버스 신고율 제고를 위하여 2007년 11월부터 시설장 명의의 차량도 등록이 가능하도록 제도를 개선하였으며, 「보육시설 영유아 건강관리방안 마련 연구」, 「보육시설 안전 심층조사 연구」 및 보육시설의 급식실태 전수조사를 실시하여 보육 아동의 건강 · 영양 · 안전 관리를 위한 자료를 확보하였다.

재난대응 안전훈련을 통해 보육시설 지진대피훈련을 실시하고, 지진 발생시 보육시설 안전 길잡이를 제작 · 배포하였다.

향후 보육시설 건강 · 영양 · 안전 관리방안을 알기 쉽게 정리하여 현장에서 활용할 수 있도록 ‘안전 매뉴얼’로 개발하여 보급하고, 안전사고 예방 및 보상을 전담하는 보육시설 안전공제 사업 추진방안을 마련할 예정이다.

5. 보육시설 운영의 투명성 확보 및 지도 · 점검

보육시설 이용 상 문제에 대한 상담 및 조사 처리를 위한 ‘보육시설 이용 불편신고센터’를 운영하고, 보육시설을 대상으로 하절기 급식위생 특별점검을 포함, 보조금 집행실태와 건강 · 영양 · 안전 관리 등 지도점검을 실시하였다. 시도 및 시군구 공무원으로 하여금 연1회 이상 지도점검을 통하여 관련 규정의 준수여부를 확인하고 점검하도록 하고 있다.

보육시설 재무회계규칙을 의무화하여 회계 관리를 투명화 하는 한편, 「보육시설 재무회계 규칙 개선방안 연구」 용역을 추진하여 보육시설의 특성 등을 고려한 일부 규제 완화 방안을 마련하였다.

VI 효율적인 보육지원체계 구축*

1. 보육정보센터 확충

영유아 보육에 대한 지역내 보육정보와 육아지식 등을 제공하고, 상담을 통한 보육시설 이용자의 편의를 도모하고자 1995년부터 보육정보센터를 운영하고 있다.

2007년말 현재 보육정보센터는 중앙보육정보센터 1개소를 비롯하여 16개 시도에 지방보육정보센터 16개소, 시군구에 20개소가 설치되어 총 37개소가 운영중이다.

2. e-보육(표준보육행정시스템) 구축

보육행정 업무 처리의 효율성 증대와 보육시설 운영의 투명성 강화를 추진목표로 보육행정 전산화 사업(e-보육시스템 구축 사업)을 추진하였다. 2005년도 하반기에 보육정보화전략계획(ISP)을 수립·정보시스템 구축 사업에 착수하였으며, 2006년 상반기 시범운영을 거쳐 동년 하반기부터 전국적으로 운영되기 시작하였다.

2007년 12월 기준 전국 보육시설 30,871개소(100%), 시군구 담당자 1,094명, 시도 담당자 171명 등이 사용하고 있으며, 동 시스템을 통해 연간 약 3조원의 보육예산이 집행되고 있다. 2009년도에는 보육전자바우처 등 수요자 중심의 보육정보시스템을 설계하여 고품질의 보육 정보서비스를 제공할 예정이다.

*집필필자 : 보육지원과장 정영훈

제 6 절

장애인복지정책

I 개 요*

1. 장애인 복지정책의 기본방향

장애인복지정책의 기본목표는 장애인의 권리에 기반 한 완전한 참여와 통합사회를 구현 하는 것으로, 이를 달성하기 위한 장애인복지정책의 중점 추진 방향은 다음과 같다.

첫째, 장애인의 자립생활에 대한 지원을 강화한다. 장애인의 자립과 사회참여를 확대하여 장애인과 비장애인이 더불어 함께 어울려 사는 사회를 이룩할 수 있도록 지원한다.

둘째, 정책의 다양화를 통해 수요자 중심의 복지시스템을 마련하고 전달체계를 정비한다. 장애종류, 장애유형, 장애정도에 생활·근로능력 등 구체적 특성을 반영하여 소득·고용·교육·주거·보건의료·문화 등 다각적인 부문에서 수요자인 장애인의 실질적인 욕구와 필요에 적합한 ‘장애인 중심’ 정책을 추진한다.

국민기초 생활보장 대상자 위주의 저소득층 중증장애인에 국한되어 있는 시책의 대상을 전체 장애인으로 확대하고, 지방, 농어촌 등 지역실정에 적합하고 지역주민의 요구에 기반 한 탄력적인 정책추진으로 정부, 지방, 민간의 합리적 역할 분담 및 협력을 강화해 나갈 계획이다.

셋째, 장애인의 역량강화를 통한 자주적·능동적 복지정책을 추진한다. 장애의 특성에 따른 전문적인 직업재활 서비스 및 훈련 체계를 확립하여 각자의 적성과 능력에 맞게 사회에 참여 하는 생산적 복지를 실현하고, 근로능력이 미약한 장애인에 대해서는 장애인의 기초생활보장을

*집필자 : 장애인정책과장 강민규

통해 장애인의 자활을 지원하고 근로능력이 있는 장애인에 대해서는 자영업 창업 및 장애인 직업재활을 적극 지원한다. 직업에 대한 자기결정 및 선택을 강조함으로써 장애인의 자립을 촉진하고, 맞춤형 복지체계를 구축한다.

넷째, 장애인 차별 해소 및 실질적 권리보장을 통하여 사회참여를 보장한다. 장애인 활동의 장을 확대하여 자유로운 사회참여를 위한 시책을 확대하고, 공공시설 등에 편의시설을 확충하여 생활환경면에서 물리적 장벽을 제거한다.

장애인차별금지법 시행과 관련하여 대중매체 등을 통한 홍보 및 범국민적인 차별 금지운동으로 장애인에 대한 사회적 차별과 편견을 제거하고, 이중의 어려움을 겪고 있는 여성장애인의 사회성 향상 및 자립을 위한 사회참여를 확대지원하며 성폭력·가정폭력방지 등에 대한 정책 방안을 강구한다.

다섯째, 중앙-지방-민간간의 장애인복지 전달체계를 효율적으로 정비한다. 점증하는 장애인 복지욕구에 따른 재정수요에 대처하기 위하여 중앙정부, 지방자치단체 및 민간분야간의 협력 방안을 강화한다.

장애인 인구급증 및 다양한 복지욕구에 부응하고 지역별로 특성에 맞는 사업 확대를 위해 일선 지방자치단체에 장애인 복지전담 체계를 강화하며 장애인복지 시책의 결정 및 시책추진 과정에 이해 당사자인 장애인의 적극적인 참여를 유도한다.

여섯째, 장애인이 일할 수 있는 기회를 확대함으로써 사회참여 및 소득보장을 강화한다. 장애 유형별, 장애정도에 적합한 복지일자리 및 기업일자리를 지속적으로 확대하고, 장애인 급여 수준 현실화로 일자리의 질적 수준을 제고한다.

또한, '장애인생산품 우선구매제도' 활성화를 통해 장애인생산품의 유통질서 확립 및 신뢰를 확보하고, 장애인생산품의 경쟁력 제고를 통해 고용창출 및 장애에 대한 인식을 개선함으로써 사회통합을 통한 고용기반을 확대해나간다.

일곱째, 재가 중증장애인이 지역사회 내에서 비장애인과 함께 살아갈 수 있도록 활동보조 서비스를 제공하여 중증장애인의 사회참여 및 권익증진을 달성하고자 한다.

2. 중장기 장애인정책

가. 제2차 장애인지원종합대책

(1) 추진배경

지난 1960년대 이후 급속한 산업화를 통한 경제성장에도 불구하고 우리나라 장애인들의 삶의 질은 아직도 상당히 높지 않은 편이다. 2005년 장애인 실태조사에 의하면 가구원 중 20~64세의 근로연령층 장애인이 1명 이상 있는 장애인가구 가운데 가구소득이 최저생계비 이하인 절대빈곤층이 무려 29.7%나 된다는 사실은 장애인들의 빈곤한 삶의 모습을 단적으로 보여준다. 이 외에도 20~49세 장애인 중 취업시 차별을 경험한 장애인이 42%에 달하고, 교통수단 이용에 어려움이 있다는 장애인은 68%, 보도 장애물로 인한 부상경험 장애인이 53%에 이르는 등 장애인들은 삶의 여러 장에서 차별을 받고 있다.

장애인을 단지 시혜의 대상으로만 볼 것이 아니라 그들이 생산성을 발휘할 수 있도록 여건을 조성하는 것은 우리 사회 전체의 생산성 증진에도 기여하는 것이다.

오늘날 우리 사회에도 스스로 능동적 시민의 일원으로 자존감 있게 생활하기를 원하는 장애인이 점차 늘어나고 있다. 또한, 장애인구도 최근 매우 빠른 속도로 증가하고 있으며 65세 이상의 노령장애인과 여성장애인의 비중도 매우 빠르게 높아지고 있다. OECD 국가들은 이미 오래 전부터 장애인의 사회통합 이념에 기초하여 장애인을 별도로 구분하는 정책보다는 장애인이 비장애인과 함께 하면서 장애를 자연스러운 현상으로 받아들이고 사회가 장애에 적응토록 하는 정책으로 전환하는 데 많은 노력을 기울여 왔다.

최근에는 장애인의 기본적인 삶의 보장에 더하여 장애인을 능동적 시민으로 자리매김하려는 다양한 정책적 시도를 펼치고 있다. 이제 우리나라도 장애인들의 기본적인 삶을 보장함과 동시에 사회통합의 이념에 기초하여 장애인들의 사회참여를 촉진하고 시민으로서의 삶을 영위할 수 있도록 노력해야 한다.

이러한 여건을 고려하여 정부는 장애인의 기본적 삶의 보장 문제 해결과 더불어 새로운 요구에 대응해야 하는 이중의 과제에 직면한 상황이었으나 낮은 지출수준, 왜곡된 자원배분, 사각과

중복이 공존하는 기존 정책으로는 획기적인 과제해결이 곤란하였다. 이에 관계부처 합동으로 장애인 복지의 획기적 향상을 위하여 제2차 장애인지원 종합대책(2007.4.4)을 발표했다.

(2) 추진내용

동 대책은 ▶ 장애인의 기본적 삶의 질 보장 ▶장애인의 사회참여 확대 및 촉진 ▶정책추진 시스템 혁신의 3가지 부분으로 구성되었다.

이 대책을 분야별로 살펴보면, 장애인의 기본적 삶의 질 보장을 위한 소득의 보장 및 의료 접근성의 제고, 장애인에 대한 교육·주거·고용지원체계의 확대 및 내실화 등을 포함한다.

특히 소득보장에서는 기존 장애수당의 대상자와 지원액을 크게 늘려 장애인 소득보장의 획기적인 전기가 마련될 수 있도록 하고, 의료보장에서는 권역별 재활병원의 설치 등 재활인프라를 확충한다.

교육보장에서는 현행 특수교육진흥법을 전면 개정하여 생애주기별 교육체계 정립을 위한 계획을 수립하였으며, 주거보장에서는 기존 공급계획주택을 최대한 활용하여 장애인 주거 문제에 접근하는 방안을 마련하였고, 고용지원체계 혁신에서는 통합고용지원팀 구축 및 직업 재활시설 재분류 등의 계획을 수립하여 장애인의 직업욕구를 고려한 고용지원서비스로 전환될 수 있도록 하고 있다.

장애인정책의 패러다임 전환에 핵심이 되는 사회참여 확대 및 촉진에서는 이동권 보장, 자막방송 확대, 활동보조인 서비스 확대, 보조공학서비스 체계화 및 여성장애인 지원 등의 대책을 포함하였으며, 장애인의 인권보장을 위한 제도적 틀로서 장애인차별금지법을 추진하였다.

이동권 보장과 자막방송 확대 등은 장애인의 물리적 접근권과 정보접근권을 향상시킬 것이며, 활동보조인서비스 확대는 중증장애인의 자립생활에 도움을 줄 것이다. 특히, 활동보조인서비스는 우리나라에 소개된 지 오래지 않았지만 장애인들의 욕구가 매우 큰 만큼 기대와 우려가 공존하는 서비스이기도 하다.

이번 대책을 통해 활동보조인서비스가 전국적으로 확대 실시된다면 이 제도는 앞으로 큰 잠재력을 발휘할 수 있다 하겠다. 그리고 보조공학서비스 체계화는 복지와 산업의 접목을 위한 토대를 놓을 것으로 기대되며, 여성장애인 지원대책은 여성장애인의 비중이 계속 증가하고

있고, 그에 따라 여성장애인의 특수한 욕구도 증가하고 있음을 고려할 때 반드시 포함되어야 할 내용이다. 여성장애인은 이중차별에 노출되기 쉽다는 점에서 장애인차별금지법과도 밀접한 관련을 가진다.

장애인차별금지법은 장애계가 2000년부터 주장해 온 것으로 이것이 시행된다면 장애인에 대한 사회전반의 인식과 관행을 개선하는 계기가 될 것이며 이에 따라 나머지 정책들도 영향을 받으며 긍정적인 방향으로 발전할 수 있을 것이다.

장애인정책 추진시스템 혁신은 크게 두 가지 부분으로 다시 나누어진다. 첫째는 장애인들의 욕구를 고려한 정책추진이 가능할 수 있도록 그 토대가 되는 장애판정기준을 전면 개편하는 것이며, 둘째는 장애인의 욕구와 정책자원 간의 연결을 효과적으로 도모하기 위한 장애인 사례관리체계를 구축하는 것이다.

장애인정책 추진시스템은 장애인의 기본적 삶의 질 보장을 위한 대책과 장애인의 사회참여 확대 및 촉진을 위한 대책 모두의 기본이 되는 것이며 동시에 우리나라 장애인정책의 패러다임 전환을 위한 토대가 되는 대책이다. 의학적 모형에 입각한 정책이든 사회적 모형에 입각한 정책이든 장애인의 욕구와 자원 간의 적절한 연계가 이루어지지 않는다면 효과를 낼 수 없을 것이다.

나. 제3차 장애인정책발전 5개년 계획 수립 추진

(1) 추진배경

1995년 3월「삶의 질 세계화」선언을 계기로 1996년 2월 대통령께 삶의 질 세계화를 위한 ‘국민복지 기본상황’ 보고서 노인 및 장애인복지를 획기적으로 증진시킬 수 있는 종합대책이 마련되었다. 이후 1996년 12월 총리를 위원장으로 하는 장애인복지대책위원회에서 ‘장애인 복지발전 5개년계획’의 수립을 결정하였다. 「제1차 장애인복지발전 5개년(1998~2002) 계획」이 1997년 12월에 발표되었고, 「제2차 장애인복지발전 5개년(2003~2007)계획」은 2003년 2월 발표되었다.

장애발생 요인 및 장애인의 다양한 욕구에 대응하고 장애인복지를 선진국 수준으로 향상시키기 위한 범정부 차원의 「제3차 장애인정책발전 5개년(2008~2012)계획」은 수립 추진 중에 있다.

(2) 추진방향

장애인 복지정책의 궁극적인 목적은 장애인의 권리에 기반 한 완전한 사회참여와 평등보장이어야 한다. 이러한 이념 하에서 장애인의 자립과 사회참여를 확대하여 장애인과 비장애인이 함께 어울려 사는 희망 있고 평등한 사회를 이룩하는 것이 5개년 계획의 정책적 초점으로, 장애인의 차별해소 및 실질적 평등 실현 방안을 모색한다.

장애인복지를 둘러싼 국내외 환경의 변화, 장애인정책의 패러다임 변화 등에 따라 장애인의 욕구가 표출되고 있으며, 장애인 복지 욕구 증대에 따른 시책의 다양화가 추진되어야 하겠다.

3. 장애인 등록판정체계 선진화

기존의 장애인등급판정은 의사 1인에 의한 의료적 판단에만 의존하고 있는 등 장애인제도의 근간에서부터 객관성을 담보하기가 어려웠다. 아울러, 장애인복지서비스 전달체계도 기관별 방문에 의한 분절적, 개별적으로 이루어져 이에 대한 개선작업 필요성이 대두되었다.

이에 따라, 기존 판정체계에 대한 합리적 개선 및 장애인 복지서비스의 통합적 전달체계 구축사업을 2007년도 제2차 장애인종합대책을 기점으로 추진하게 되었다.

동 사업은 보다 합리적인 의학적 판정체계 및 근로능력과 사회적 욕구 판정체계 구축을 목표로 하고 있으며, 궁극적으로는 장애인에게 제공되는 서비스를 통합하는 가칭 장애인판정 센터 마련을 검토 중에 있다.

2007년도에는 한국보건사회연구원 및 대한의학회에서 ‘장애인판정체계 및 인프라 개편’과 관련된 연구용역을 통하여 의학적 판정도구 및 근로능력·복지욕구 판정도구 초안을 개발 중에 있다.

4. 장애인정책 관련 기타 현황

가. 장애인등록현황

정부에서는 장애인의 현황 파악과 복지전달 체계 구축 등을 위하여 1988년 11월부터 전국적으로 장애인 등록사업을 실시하고 있으며, 매년 등록률이 급속히 높아지고 있으며 2007년

12월말 현재 등록 장애인은 2,104,889명으로서 2005년 추정 장애인 214만 명의 98%에 이르고 있다.

향후 장애범주 확대, 홍보 강화, 장애인에 대한 인식개선, 권익증진 등을 통하여 장애인 등록률을 더욱 높여 나갈 것이다.

〈표 2-4-125〉

연도별 등록장애인 수

(단위 : 명)

연도	시·군·구에 등록된 장애인수														
	계	지 체	시 각	청각·언어	정신 지체	뇌병변	발달	정신	신장	심장	호흡기	간	장루·요루	안면	간질
1989	176,687	108,923	13,467	26,884	27,413	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1990	200,372	125,267	14,698	28,721	31,686	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1991	224,025	144,080	15,720	30,373	33,852	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1993	265,442	176,015	17,977	33,190	38,260	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1994	294,246	197,628	19,876	35,098	41,644	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1995	324,860	220,723	21,488	36,655	45,994	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1996	362,475	248,690	23,507	38,465	51,813	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1997	425,064	294,419	27,211	43,875	59,559	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1998	527,250	371,328	34,548	52,501	68,873	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1999	597,513	502,647	46,957	67,890	80,019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2000	958,196	606,422	90,997	87,387	86,793	33,126	1,514	23,559	23,427	4,971	-	-	-	-	-
2001	1,134,177	682,325	115,911	105,711	94,951	64,950	2,516	32,581	28,118	7,114	-	-	-	-	-
2002	1,294,254	754,651	135,704	123,823	103,640	91,998	4,014	39,494	32,094	8,836	-	-	-	-	-
2003	1,454,215	813,916	152,857	139,325	112,043	117,514	5,717	46,883	34,884	10,409	7,039	3,108	6,585	673	3,262
2004	1,610,994	883,296	170,107	155,382	119,207	142,804	7,740	54,333	38,175	11,634	9,768	4,072	8,182	1,114	5,180
2005	1,777,400	959,133	188,172	174,302	126,764	167,570	9,466	63,323	41,579	12,705	11,635	5,126	9,520	1,481	6,624
2006	1,967,326	1,049,396	196,507	205,155	137,596	195,253	10,926	75,058	44,571	13,739	13,035	5,875	10,461	1,863	7,891
2007	2,104,889	1,114,094	216,881	218,206	142,589	214,751	11,874	81,961	47,509	14,352	14,289	6,329	11,184	2,149	8,721

나. 장애인 실태조사

등록하지 않은 장애인의 수, 경제여건, 건강상태, 복지욕구 등을 세부적으로 파악하기 위하여 1980년부터 5년 주기로 장애인 실태조사를 실시하고 있으며, 2005년 장애인 실태조사 결과 우리나라 장애인수는 전체 인구의 4.6%인 214만 명으로 추정되고 있다.

한편 장애인 가구의 월 평균소득은 약 157.2만원으로서 도시 근로자 가구소득(2005년 2/4분기 301.9만원)의 52.1% 수준에 불과하며, 장애치료, 재활서비스, 교통수단 이용, 특수교육 등으로 월 평균 155.4천원의 추가 비용을 부담하고 있어 장애가 빈곤의 주요 원인이 되고 있는 것으로 나타나고 있다.

2007년 개정된 「장애인복지법」에 따라 조사주기가 5년에서 3년으로 바뀔에 따라 차기 조사는 2008년도에 실시될 것이며, 이 장애인 실태조사에서도 장애인복지사업의 내용이 확대됨에 따라 조사항목을 확대하여 조사할 예정이며, 비장애인을 제외한 등록장애인만을 대상으로 세부적인 사항을 조사할 계획이다.

〈표 2-4-126〉 취업자가 장애인의 월평균 소득(2005년)

(단위 : 만원)

구 분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	계
월평균 소득액	125.5	99.9	115.5	83.8	81.4	47.5	70.0	54.9	153.9	74.1	114.9

※ 출처 : 2005년도 장애인 실태조사

다. 장애인단체 지원 육성

우리 부에서는 장애인의 사회참여 활동을 통한 권익향상과 장애인의 사회통합을 강화하기 위하여 단체별 특성에 맞는 활동을 지원하고 있다.

장애인단체의 활동 중 일반 지원사업은 장애인단체 회원 및 가족을 위한 상담활동 및 상호 교류를 위한 각종 정보지 발간, 홍보사업, 재활체육 및 단체행사 등이 있다.

또한, 각 단체의 설립목적에 따라 장애인 당사자단체에는 수화통역사 양성, 수화통역센터 지원본부 운영, 보행지도사·점역사·교정사 양성, 자립작업장 운영지원 및 장애인종합예술제,

중증장애인 배우자 초청대회, 부모교육 등의 사업을 지원하고 있으며, 장애인 지원단체에는 장애인 권익증진 및 차별제거, 장애인 인식개선, 정보화 교육센터 및 재활정보통신 운영, 장애인 체육진흥, 장애인 결연·후원, 장애인정책 개발 등의 사업을 지원하고 있다.

특히 주요 장애인단체의 참석 하에 매년 『장애인의 날』 행사를 주관하여 장애인에 대한 인식 개선과 재활의지를 제고하고, 각종 장애인단체의 행사시 관련공무원 참석, 축사, 유공자에 대한 표창수여 등 장애인의 복지진흥을 위해 많은 노력을 기울이고 있다.

〈표 2-4-127〉 장애인 관련단체 현황

(2007년 12월말 기준)

단 체 명	설 립 목 적	비 고
• 한국장애인복지진흥회	장애인 복지진흥	재단법인
• 한국시각장애인연합회	시각장애인의 사회참여와 평등이념 실현	사단법인
• 한국농아인협회	농아인 재활 및 자립 도모	"
• 한국지체장애인협회	지체장애인의 사회참여와 평등이념 실현	"
• 한국지적장애인복지협회	정신지체인 권익옹호 및 복지증진	"
• 한국뇌성마비복지회	뇌성마비인의 건전한 육성 및 재활	"
• 한국장애인부모회	장애자녀 양육 및 재활정보교환	"
• 한국장애인복지시설협회	장애인복지시설간 협의조정	"
• 한국장애인재활협회	장애발생예방 및 재활에 기여	"
• 장애우권익문제연구소	장애인 제반문제 연구조사	"
• 한국인지보조기협회	보장구 제작기술 향상	"
• 자행회	정신지체아동 복지증진	"
• 한국신체장애인복지회	신체장애인 재활대책 도모	"
• 한국장애인단체총연맹	장애인단체간 협력 강화	"
• 한국장애인복지관협회	장애인복지관 교류·협력 지원	"
• 한국여성장애인연합	여성장애인 복지 증진	"
• 한국장애인단체총연합회	장애인당사자단체 권리증진	"
• 한국장애인연맹(DPI)	장애인차별 제거 및 사회경제적 자립실천	"
• 장애인먼저실천운동본부	장애인먼저실천운동 및 인식개선	"
• 한국신장장애인협회	신장장애인 지원사업 및 권익신장	"
• 한국장애인재단	장애인복지기금 효율적 운용 및 관리	재단법인
• 한국뇌병변장애인인권협회	뇌병변장애인 권익옹호 및 복지증진	사단법인
• 푸르메	장애인재활병원건립	재단법인
• 한국장애인인권포럼	장애인의 인권 및 권익보호와 정치참여 보장	사단법인
• 한국척수장애인협회	척수장애인 권익보호	"
• 한국장애인직업재활시설협회	장애인직업재활시설 상호간의 교류·협력 활성화	"
• 한국자폐인사랑협회	자폐인의 자립지원 및 복지증진	"

라. (재)한국장애인복지진흥회

2005년 장애인체육업무가 문화관광부의 대한장애인체육회로 이관됨에 따라 그동안 (재)한국장애인복지진흥회에서 추진해 오던 장애인체육업무와 담당 인력 및 기금 일정부분을 이관하고 장애인복지정책 연구·개발 및 증진에 대한 부분을 추진해오다 2007년 장애인복지법의 개정으로 2008년 4월 11일까지 기존의 (재)한국장애인복지진흥회를 (재)한국장애인개발원으로 명칭을 변경하고 장애인복지 정책의 연구·개발 중심기능을 수행할 기관으로 재편하게 되었다.

이와 관련하여 한국장애인복지진흥회는 2007년에 향후 장애인개발원으로의 변경에 따른 사전 준비작업으로 개발원이 향후 나가야 할 방향에 대한 공청회를 개최하여 관계기관 및 관계자들의 의견을 수렴하였으며, 2007년 10월에는 “한국장애인개발원의 역할 및 기능에 관한 연구”를 통하여 앞으로 개발원이 나가야 할 방향을 정리하였다.

한국장애인개발원의 주요업무로는 장애인정책의 연구·개발, 재활체육, 직업재활, 편의시설 인증, 생산품 인증, 서울곰두리체육센터 운영, 이룸센터 운영 등을 추진하고 있다. 앞으로 장애인개발원을 장애계의 연구개발 중심기관으로 육성하여 장애계의 숙원사항들이 해결되는데 중추적인 역할을 해나가도록 할 계획이다.

마. 장애발생예방 대책

선천적 장애의 발생 예방을 위해 1997년부터 모든 신생아에게 국고부담으로 선천성대사이상검사를 무료 실시하고 있으며, 저소득층의 선천성대사이상 신생아에게는 특수 조제분유 무료지급 등 사후관리를 하고 있고, 임산부·영유아에 대한 무료 건강검진 및 예방접종, 임신·육아지침서의 발간과 보급 등 모자보건 사업을 내실화하고 있으며, 유전성 질병과 관련한 장애 발생 방지대책을 강화하고 있다.

장애의 89.4% 이상이 질병, 사고 등 후천적 원인으로 발생하는 것을 감안하여 후천적 장애 발생 예방을 위해 만성퇴행성 질환, 뇌졸중 등에 의한 장애예방을 강화하는 등 성인병과 노인성 질환의 관리에 철저를 기하는 한편, 응급의학과 전문의를 비롯한 응급의료 전문인력 양성 등 응급의료 체계개선을 위하여 노력하고 있다.

특히 국립재활원 주관으로 ‘사고로 인한 장애예방체계구축을 위한 연구’를 실시하였으며 (2005~2006), 장애예방 교육프로그램을 개발하여 어릴 때부터 사고와 위험에 대한 예방을 위하여 장애인의 실제 사고경험을 중심으로 한 “뇌손상 및 척수손상 장애예방” 교육프로그램을 통해 '07년 75회 8,803명을 교육하였으며 매년 장애예방정책에 대한 세미나를 개최하고 있다.

II 장애인 차별해소 및 사회참여*

우리 사회에서는 장애인이라 하면 태어날 때부터 장애를 가지게 된 것으로 생각하고 그 원인도 유전과 같은 선천적 요인에 의한 것으로 여기는 경향이 있다. 이러한 생각은 장애인은 우리 사회에서 특별한 사람 또는 다른 사람이라는 생각으로 이어지고 장애인과 비장애인이 더불어 같이 살아가는 사회를 구현하는 데 걸림돌로 작용한다.

90%에 이르는 후천적인 장애발생 비율과 70%에 이르는 성인장애발생 비율은 장애인이 유전적으로 특별한 사람이라거나 장애가 우리와는 다른 특별한 사람에게 일어나는 일이 아니라는 것을 명확히 보여준다. 장애는 우리 모두에게 언제든지 일어날 수 있는 일반적인 현상인 것이다.

〈표 2-4-128〉 장애발생 원인별 구성비

발생원인	전체	선천적 또는 출생시 원인			후천적 원인			원인 불명
		소계	선천적 원인	출생시 원인	소계	질환	사고	
비중 (%)	100.0	4.7	4.0	0.7	89.0	52.4	36.6	6.3

※ 자료 : 2005년도 장애인 실태조사 (2006)

이러한 사실에도 불구하고, 우리 사회에는 아직도 장애인을 자신과는 별개의 사람들로 치부하고 차별하는 관행이 여전히 남아 있다. 20~49세 장애인 중 취업시 차별을 경험한 장애인이 42%에 달하고, 교통수단 이용에 어려움이 있다는 장애인이 68%, 보도 장애물로 인한

*집필자 : 장애인권익증진과장 김홍중, 재활지원과장 김동호

부상경험이 있는 장애인이 53%에 이르고 있는 실정이다. 더욱 심각한 것은 복지시설이나 가정에서의 장애인에 대한 차별과 폭력 등의 관행도 일어난다는 점이다.

이러한 맥락에서 2007년도는 장애인 정책의 큰 흐름이 시혜 (Charity-based)에서 권리 (right-based)로 변화되고 자립생활, 정상화, 탈 시설화의 개념이 강조되는 사회적 분위기를 반영하여 국내적으로 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제정 및 「장애인복지법」 전면 개정, 국제적으로 「UN장애인권리협약」의 제정 및 채택에 적극적으로 참여하는 등 장애인 차별해소 및 권익증진을 위한 역동적인 변화가 있는 한 해였다.

1. 장애인차별금지법

한 사회가 성숙한 사회인지의 여부는 그 사회의 경제규모 등 경제력의 수준에 의해서만 결정되는 것은 아니다. 경제력과 아울러 소외계층에 대한 사회의 인식수준과 정책적 배려, 그리고 인권보장의 수준도 그 사회의 성숙도를 가늠할 수 있는 중요한 지표가 된다. 따라서 우리 사회가 선진사회로 발돋움하고 보다 성숙한 사회로 발전해 나가기 위해서는 장애인과 같은 사회적 약자에 대한 우선적이고도 충분한 배려가 반드시 필요하다고 할 수 있다.

이것은 장애인과 비장애인을 아우름으로써 사회적 통합을 꾀하는 사회적 진전이며 나아가 장애인에 대한 사회의 제도적 투자이기 때문이다. 2001년 시작된 장애인차별금지법 제정 운동은 2007년 4월 10일 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」이 공포됨으로서 결실을 맺었다.

「장애인차별금지법」은 직접차별, 간접차별, 정당한 편의제공 거부, 광고를 통한 차별 및 장애를 사유로 한 폭력을 차별행위의 범위로 규정하고, 장애아동의 보호자 또는 후견인 기타 장애인을 돕기 위한 장애인 관련자와 장애인이 사용하는 보조견 및 재활보조기구 등에 대한 부당한 처우도 차별에 해당하는 것으로 규정하였다.

다만, 과도한 부담이나 현저히 곤란한 사정 및 특정 직무나 사업수행의 성질상 불가피한 경우 등 정당한 사유가 있는 경우와 장애인의 실질적 평등권을 실현하고 차별을 시정하기 위한 적극적 조치는 차별로 간주하지 않도록 하였다.

차별의 영역은 고용, 교육, 재화와 용역의 제공 및 이용, 사법·행정절차 및 서비스와 참정권, 모·부성권 등, 가정·복지시설 및 건강권 등의 여섯 가지 영역으로 규정하여 생활상의 다양한 영역에 걸친 차별을 금지토록 하였다.

또한, 여성장애인의 증가 및 장애아동으로 인한 장애인가족의 부담 증가를 고려하여 장애 여성 및 장애아동 등에 대한 차별금지와 권리구제에 관한 장을 별도로 설정하여 규정하였다.

장애를 사유로 한 차별의 예방·조사·시정조치 및 장애인 인권의 보호·향상을 위하여 국가인권위원회 내에 장애인차별시정소위원회를 두도록 하였고, 국가인권위원회는 이 법이 금지하는 차별행위로 인해 시정권고를 한 경우에 그 내용을 법무부장관에게 통보하고, 차별 행위자가 시정권고를 정당한 사유 없이 이행치 않고 차별행위의 양태가 심각하며 공익에 미치는 영향이 중대한 경우 법무부장관은 시정명령을 할 수 있도록 하여 차별시정기구는 일원화되되 시정권고와 시정명령은 이원화하였다.

차별행위로 인한 피해의 회복을 위한 손해배상 규정을 두고, 분쟁해결에 있어서는 장애인들의 정보접근 등의 어려움과 차별행위의 특수성 등을 감안하여 입증책임을 원고와 피고 간에 분배하도록 규정하였으며, 차별행위에 관한 소송 전 또는 소송 중에 피해자의 신청으로 차별이 소명되는 경우 법원으로 하여금 본안 판결 전까지 차별행위의 중지 등 필요한 임시 조치를 취할 수 있도록 법원의 구제조치를 규정하였다.

또한, 장애를 사유로 한 차별의 금지를 실효성 있게 행하기 위해 차별행위가 악의적인 경우에는 법원으로 하여금 3년 이하의 징역 또는 3천만원이하의 벌금에 처할 수 있도록 하여 차별 받은 장애인의 권리가 실질적으로 구제받을 수 있도록 하고 있다.

2. UN장애인권리협약

UN장애인권리협약은 장애인의 인권 및 기본적인 자유를 보호·촉진하기 위해 회원국 192개국의 만장일치로 채택(’06.12.13)되었으며, 동 협약 성안 단계에서 우리나라는 장애인권리협약의 제6조(여성장애인), 제9조(접근성), 제20조(개인의 이동) 등을 제안하여 동 조항의 채택에 적극 기여한 바 있으며 2007년 3월 30일 UN에 보건복지부장관이 참석하여 동 협약에 서명하였다.

보건복지가족부는 UN장애인권리협약의 국회비준을 위하여 관계부처*, 전문가**, 장애인 단체***로 구성된 TF를 구성·운영(2007년 1월)하면서 법무부 등 10여개 관계부처 의견을 서면 및 회의를 통해 수렴, 정부(안)을 마련하여 외교통상부에 송부(2007년 11월 2일)하였으며, 2008년도는 국회비준을 거쳐 정식 가입국이 될 것으로 예상된다.

3. 장애인 활동보조지원사업

장애인의 의식 향상과 장애인과 비장애인이 지역사회에서 함께 어울려 살아가야한다는 사회적 인식의 변화에 따라, 기능향상을 위한 치료, 훈련의 재활모델 (Rehabilitation Paradigm)에서 역량강화와 활동지원 차원의 자립생활모델(Independent Paradigm)로의 장애인 복지 패러다임 전환이 필요하게 되었다.

실제로 소득보장 욕구와 더불어 재가중증장애인이 자립생활차원에서 일상생활을 주체적으로 수행하기 위한 사회적 관심과 도움의 욕구가 매우 크게 나타났다. 이에 따라 재가 장애인의 개인 선택권, 자기 결정권 등 자립생활에 대한 욕구에 능동적으로 대처하기 위해 활동보조 서비스를 도입하게 되었다.

2007년 4월부터 시행된 활동보조지원사업은 신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 활동보조서비스를 제공함으로써, 장애인의 자립생활과 사회 참여를 증진시키는 것을 목적으로 한다.

장애유형 구분 없이 등록 1급 장애인을 대상으로 신청을 받아 일상생활수행능력(ADL)과 수단적 일상생활수행능력(IADL)을 평가하여 일정점수 이상인 자를 서비스 제공 대상으로 하였다. 또한 그 중에서도 인정점수에 따라 20~80시간까지 제공시간을 달리하여 일상생활 수행능력의 차이에 따른 서비스 필요 정도를 반영하였다.

자립생활센터, 장애인복지관, 지역자활센터 등의 제공기관을 통해 고용된 활동보조인이 해당 중증장애인의 가구에 방문하여, 신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동보조 등의 서비스를 제공하며, 장애인들은 정부지원금과 본인부담금으로 구성된

*재정경제부, 교육인적자원부, 법무부, 문화관광부, 정보통신부, 노동부, 여성가족부, 건설교통부, 외교통상부, 국무조정실, 국가인권위원회

**변용찬 보건사회연구원 연구위원, 임성은 보건사회연구원 연구원, 이익섭 연세대학교수, 박종운 변호사

***위문숙 한국DPI사무총장, 배응호 장애인편의시설촉진시민연대

전자바우처를 지급받아, 서비스 이용 시마다 본인이 이용한 시간만큼 결제한다. 2007년 사업 결과 전국적으로 14,515명의 중증장애인들이 활동보조서비스를 이용하게 되었다.

〈표 2-4-129〉 활동보조서비스 이용현황(시·도별)

시·도	전체(성인 + 아동)	성인(만18~65세)	아동(만6~18세)
서울	2,825	1,871	954
부산	1,168	863	305
대구	684	432	252
인천	728	500	228
광주	582	431	151
대전	474	306	168
울산	273	152	121
경기	2,415	1,691	724
강원	442	343	99
충북	450	351	99
충남	550	413	137
전북	801	720	81
전남	1,013	903	110
경북	860	735	125
경남	972	731	241
제주	278	239	39
총 계	14,515	10,681	3,834

4. 장애인 편의증진

가. 법적 기반 정비

장애인 편의시설이란 장애인, 노인, 임산부, 아동 등 시설이용 및 이동에 불편을 겪는 사람들이 안전하고 편리하게 건축물을 이용하고 정보에 접근할 수 있도록 하기 위한 시설을 말하며 1995년도부터 「장애인편의시설 및 설비의 설치기준에 관한규칙」을 만들어 편의시설 설치에 관한 노력을 기울여 왔으나 1998년 4월부터 시행되는 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한법률」(이하 ‘편의증진법’이라 함) 이후 본격적으로 장애인편의시설에 대한 정책이 강화되었다.

2007년 3월에는 동법시행규칙을 개정하여 장애인 이용이 보다 쉽도록 장애인전용주차구역 안내표지 규정을 보다 명확히 하고 장애인용 승강기의 음성안내 기능을 확대하도록 승강기 시설기준을 개선하였으며, 특히 공공건물 및 공중이용시설의 경우 휠체어 사용자 및 유모차 접근이 가능한 임산부 등을 위한 휴게시설을 설치하도록 하는 등 장애인·노인·임산부 등의 이동을 보다 편리하게 할 수 있도록 지속적인 노력을 경주하고 있다.

나. 편의시설 설치 현황

장애인 편의시설 실태조사는 편의증진법령에 의해 전수조사 또는 표본조사의 형태로 실시하고 있다. 매5년마다 실시하는 전수조사를 시행하는 데 1998년도 제1차 전수조사 결과 편의시설 설치율이 47.4%로 나타났으며 2003년도 제2차 전수조사 결과 설치율이 75.8%로 확인되었다. 2008년에는 연구용역기관을 공모하여 제3차 전수조사를 추진할 계획이다.

또한 이러한 전수조사 외에도 매년마다 분야별 장애인편의시설에 대한 실태조사도 실시하고 있는 바, 2004년 및 2005년도에는 철도·고속철도·지하철 역사에 대한 실태조사를 실시하였으며 (2004년 평균 72.3%, 2005년 73.2%), 2006년도에는 공공시설 편의시설 실태조사 (평균 69.4%), 2007년도에는 문화 및 집회시설에 대한 실태조사 (평균 61.6%)를 실시한 바 있다.

다. 관련시책 추진

편의시설 활성화정책을 체계적으로 추진하기 위해 2000년부터 제1차 편의시설 확충 국가종합 5개년계획(2000~2004)을 수립·시행하였으며 장애물 없는(Barrier-free) 사회 실현을 통한 장애인 등의 사회활동 참여와 복지증진을 위해 제2차 편의증진 국가종합5개년계획(2005~2009)을 수립·시행중에 있다.

특히 2007년부터는 건설교통부(현 국토해양부)와 함께 장애인등의 이동권 강화를 위하여 “장애물 없는 생활환경 조성 (Barrier-Free)”을 위한 인증제를 추진하고 있으며 현재 한국토지공사와 한국장애인복지진흥회(현 한국장애인개발원)가 실무기관으로 선정되어 동 사업을 준비하고 있다.

그러나 편의시설을 확충하는 데 있어서 무엇보다 중요한 것은 국민의 적극적인 협조와 참여이다. 이를 위해 정부에서는 적극적 홍보를 통하여 편의시설에 대한 인식개선 캠페인을 전개하고 편의시설 설치비용에 대해 세제감면 혜택을 확대하여 설치를 유도하는 한편, 건축사 등 건설전문 인력을 대상으로 편의시설 교육도 강화해 나감으로써 편의시설을 지속적으로 확충해 나갈 것이다.

III 장애인 소득보장*

1. 개요

장애인들이 일상생활을 영위함에 있어서 필요한 소득을 보전시켜 주거나 금전적 지출을 감면해 줌으로써 장애인의 생활안정을 강화하기 위해 장애수당, 자녀학비 지원, 의료비 지원 등의 제도를 실시하고 있다.

2. 장애수당 지급

다른 사람의 도움이 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 저소득 장애인의 생계안정을 위하여 1990년도부터 월 2만원씩 지급하던 장애수당 지급액 및 지급대상을 점차 확대하여 2007년에는 398천명(국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위 계층인 등록 장애인)에게 중증 기초생활수급자 월 13만원, 차상위계층 월 12만원, 경증 월3만원씩 지급하였다.

3. 장애아동부양수당 지급

장애아동 보호·양육에 소요되는 추가 비용을 지원하여 장애아동의 양육환경개선 및 생활안정을 도모하기 위해 저소득 가구의 중증 장애아동 부양자에게 2002년부터 장애아동 부양

*집필자 : 장애인소득보장과장 김수영

수당을 신설하여 2007년에는 기초생활수급자 및 차상위 계층의 모든 재가 등록 장애아동 보호자 15천명에게 확대 지급하였고 지급금액 또한 기초생활수급 중증장애인 월20만원, 차상위 계층 중증 장애인 월15만원, 기초 및 차상위 경증장애인 월10만원으로 대폭 인상하였다.

4. 장애인 자녀교육비 지원

저소득 장애인 가구의 자녀에 대한 교육비를 1992년부터 지원하여 빈곤의 세습 방지와 균등한 교육기회를 보장하여 장애인 가구의 생활안정을 도모하고 있다. 2004년도부터는 월 소득인정액이 최저생계비 130%이하인 장애인(1~3급) 가구 중 · 고등학생의 입학금과 수업료 외에 교과서대, 부교재비 및 학용품비 등을 지원 하고 있다.

5. 장애인 의료비 지원

의료급여법에 의한 2종 수급자인 장애인에 대하여 1차 진료기관에서 처방전 교부 시 본인 부담금 1,000원 중 750원을, 처방전을 교부하지 않고 진료하거나 약사법 제23조제4항의 규정에 의하여 의약품을 직접 조제하는 경우 본인부담금 1,500원 중 750원을 지원하며 2, 3차 진료기관 및 국 · 공립결핵병원 진료시 의료급여수가 적용 본인부담 진료비 15% 전액을 지원 하여 의료비 부담을 덜어주고 있다.

6. 그밖에 장애인 경제적 부담 경감대책

장애인 또는 장애인을 부양하는 자의 경제적 부담을 경감하기 위하여 중앙 및 지방정부와 공공기관 등에서는 이들에 대한 각종 세금 또는 요금 등을 감면하는 시책을 수립하여 실시 하고 있다.

IV 장애인 직업재활*

1. 개 요

장애인복지의 궁극적인 목표는 장애인이 자기능력을 최대한 개발하여 적성에 맞는 직업을 가지고 사회적·경제적 활동에 참여하여 자활·자립을 도모하는 것이라 할 수 있다.

정부에서는 일반고용이 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업 재활을 영위할 수 있도록 장애인직업재활시설의 운영을 지원하고 있다.

또한, 재가 장애인이나 장애인 직업재활시설에서 생산한 생산품을 판매하기 위하여 전국에 16개소의 장애인생산품 판매시설 운영을 지원하고 있으며, 장애인생산품의 구매를 촉진하기 위하여 장애인생산품 우선구매 제도를 시행하고 있다. 아울러 재가장애인의 자립을 지원하기 위하여 장애인 자립자금 대여제도와 공공기관의 매점·자동판매기 장애인 우선허가 제도를 시행하고 있다.

2. 장애인직업재활시설 운영지원

장애와 사회적 편견 등으로 일반사업장 취업이 어려운 중증 장애인에게 취업기회와 직업훈련 및 직업적응 훈련 등의 기회를 제공하기 위하여 전국의 장애인 직업재활시설 339개소의 운영을 지원하였다.

장애인 직업재활시설은 장애인의 직업능력에 따라 근로사업장, 보호작업장, 작업활동시설 등으로 구분하고 있으며, 근로장애인은 자신의 능력에 적합한 시설에서 일할 수 있으며, 각 시설에서는 궁극적으로 최저임금 이상을 지급하기 위하여 노력하고 있다. 한편, 직업훈련 시설에서는 직업훈련을 받고자 하는 장애인에게 직업평가, 사회적응훈련 및 직업훈련 등을 실시하여 직업능력을 향상시키고, 직업알선 및 사후지도 등을 실시하고 있다.

또한 장애인 직업재활시설이나 재가장애인이 생산한 물품의 판매활동 및 유통의 대행, 판로개척,

*집필자 : 장애인소득보장과장 김수영

홍보, 정보제공, 각종 상담을 통하여 장애인의 직업재활을 지원하기 위한 전국 16개소의 장애인 생상품 판매시설의 운영을 지원하고 있다.

〈표 2-4-130〉 장애인직업재활시설 운영현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소, 명)

구 분	계	작업 활동시설	보호 작업시설	근로 작업시설	직업 훈련시설
시설 수	339	109	189	29	12
근로 장애인수	10,059	3,074	5,238	1,344	403

※ 생상품 판매시설 : 16개소 (시·도별 1개소씩 운영), 종사자수 48명

3. 장애인고용촉진 및 직업재활기금을 활용한 중증장애인직업재활사업

2000년도부터 보건복지가족부가 장애인고용촉진 및 직업재활기금의 일정부분(전년도 고용 부담금의 2/9)을 재원으로 중증장애인의 고용기회 확대 및 직업재활 서비스 지원사업을 시행하고 있다.

장애인복지관(직업재활센터), 장애인단체, 장애인직업재활시설 등 162개소에 전문인력(353명)을 지원하여 중증장애인에 대한 직업지도, 직업적응훈련, 지원고용, 취업알선 및 취업후 적응지도 등의 사업을 실시하고 있다.

그 결과 2007년에는 약 93,329 명의 장애인에게 직업재활 서비스를 제공하여 이 중 약 4,266명이 취업하는 등 중증장애인에 대한 직업재활 및 고용촉진에 기여하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 2-4-131〉 장애인직업재활기금사업 수행기관 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소, 명)

구 분	계	장애인 복지관 (직업재활 센터)	장애인 단 체	장애인직업재활시설				직업평가 센 터
				소 계	보호작업 시 설	작업활동 시 설	직업훈련 시 설	
개소수	162	36	35	91	47	29	9	6
인력수	353	137	70	146	47	57	18	24

4. 장애인일자리 사업

장애인의 낮은 고용 그리고 일반시장에서의 장애인에 대한 편견 해소 등을 위하여 정부, 지방자치단체 등이 사업주체가 되어 사회적 일자리 사업의 추진 계획을 마련하여 2007년부터 장애인일자리 사업(장애인복지일자리: 3,000명 및 장애인주민자치센터도우미: 2,000명)을 시행해 나가고 있다.

5. 장애인 생산품 우선구매 제도

정부는 장애인 생산품의 판로 개척 및 판매 증대 등을 위해 장애인복지시설 또는 장애인복지단체가 생산하고 있는 제품을 국가, 지방자치단체, 기타 공공단체가 우선적으로 구매하도록 제도화하였다.

2007년 12월말 현재 우선구매 대상물품은 행정봉투, 복사용지, 재생화장지, 칫솔, 면장갑, 쓰레기봉투 등 18개 품목이며, 이들 품목에 대하여는 국가 등이 소요물량의 일정비율(품목별로 100분의 5 내지 20 이상) 이상을 장애인생산품으로 구매하여야 한다.

〈표 2-4-132〉 연도별 장애인생산품 우선구매 실적

(단위 : 억원)

연 도	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
금 액	8	24	297	526	689	1,244	1,391

V 장애인 의료재활지원*

1. 장애인복지 전문인력 양성 및 재활프로그램 보급

장애인들의 자립 및 완전한 사회통합을 위하여 장애인이 가지고 있는 능력을 발휘하여 기능의 회복·진전을 도모하는 노력의 과정으로서 다양한 영역에서의 전문적인 재활서비스가 제공되어야 하고 다수의 전문인력의 협력이 필요하다.

국내에 장애인 복지와 관련된 재활 전문인력은 의료, 교육, 직업재활 및 사회심리재활 분야에 종사하는 의사, 사회복지사, 물리치료사, 직업재활사, 수화통역사, 언어치료사 등으로서 매우 다양하다. 이들 전문인력 중 국가자격은 의사 등 9개 직종이고, 국가공인 민간자격은 점역·교정사, 수화통역사 등 2개 직종이며 대부분의 전문인력은 민간자격으로 운영되고 있다.

지난 2000년부터 의지·보조기 기사가 국가자격이 되었고 의지·보조기 제조업소에 1인 이상 고용토록 하여 양질의 의지·보조기를 제조·공급할 수 있는 제도적 기틀을 마련하였다. 2007년 말 현재 609명의 의지·보조기 기사가 배출되었고, 한국재활복지대학 등 전국 5개 대학에 의지·보조기 기사 양성과정¹이 설치되어 우수한 인력을 배출하게 되었으며, 앞으로도 이들의 전문성을 제고할 수 있도록 보수교육 등을 실시하여 내실을 기할 계획이다.

2002. 1월 민간자격인 점역·교정사를 국가 공인하여 2007년 말 현재 205명의 자격자가 배출되었고 2006년 2월 수화통역사가 국가 공인되어 2007년 말 현재 558명의 자격자가 배출되었으며, 앞으로도 민간자격으로 운영되고 있는 재활전문인력 중 합리적으로 자격검정 및 관리체계를 갖추어 전문성을 확보하는 자격에 대해서는 관련 전문기관과의 협력을 통하여 국가 공인을 추진할 계획이다.

한편, 장애인의 재활을 위한 프로그램을 널리 보급하는 차원에서 2000년과 2003년 장애인주 확대를 통해 장애유형으로 편입된 내부장애인(신장, 심장, 장루, 간, 호흡기 장애)을 위한 「내부기관 장애인에 대한 재활프로그램 방안」을 2007년에 보급하여, 내부장애인 재활의 활성화를 도모하였다.

*집필자 : 재활지원과장 김동호

2. 장애인 재활보조기구 보급 확대 및 품질 향상 도모

재활보조기구는 장애인이 장애의 예방과 보완 및 기능을 향상시키고 일상생활에 편리함을 더 해주어 재활의 능력과 삶의 질을 높여주는 의지·보조기 등 보장구와 생활용품이다.

1980년부터 정부는 저소득 장애인에게 의지·보조기, 휠체어 등 보장구를 지급하여 생활 능력 향상을 도모하였다. 1997년부터는 의료보험 급여를 보장구에도 적용하고 점진적으로 확대 실시하여 보장구 보급 확대에 새로운 전기를 마련하였다.

이에 장애인 재활보조기구 교부사업은 1999년 10월부터 일상생활의 편의증진을 도모하는 생활용품(TV자막수신기, 음성손목시계), 보험급여가 되지 않는 보장구(욕창방지용 매트, 정형외과용 구두), 2004년도부터 욕창방지용 매트, 음향신호기 리모컨, 음성탁상시계 및 휴대용 무선신호기, 자세보조용구를 교부하였다.

1998년 장애인복지발전 5개년 계획을 수립하여 재활보조기구 보급 확대와 품질개선을 위한 정책기반을 조성하고자 2000년부터 재활보조기구 품목 고시 및 기준·규격에 대한 연구를 실시하여 2002년 9월 「재활보조기구 품목의 지정등에 관한규정」을 제정하였다. 동 품목 고시는 재활보조기구를 기능 중심으로 대·중·소 분류 체계로 나누어 인공호흡기 등 231종의 재활보조기구를 지정함으로써 재활보조 기구의 종류와 명칭 및 통일된 분류체계를 확립하였다.

2006년 5월 「재활보조기구 품목의 지정 등에 관한규정」을 개정하여 장애인복지법상의 재활보조기구의 기능을 중심으로 분류하였고, 국제표준화기구의 ISO 9999 체계에 맞춰 대·중·소 분류 체계로 기준·규격을 마련하는 등 316종의 재활보조 기구에 대한 품질을 제고하였다.

2007년도에 「재활보조기구 품질관리, 서비스 전달체계, 산업 활성화에 대한 연구」를 실시하여, 이를 토대로 재활보조 기구에 대한 품질관리를 위한 코드화 도입, 서비스 체계 마련을 위한 모델개발 및 산업화를 위한 지원방안을 마련해 나갈 것이다.

〈표 2-4-133〉 장애인 재활보조기구 교부실적

(단위 : 건)

연 도	계	교 부 실 적												
		의수족	보조기	휠체어	보청기	흰 지팡이	음성 시계	자막 수신기	정형 외과용 구두	욕창 방지용 매트	음향 신호기 리모콘 및 음성탐상 시 계	휴대용 무선 신호기	자세 보조 용구	기 타
1985	1,268	406	209	309	344	-	-	-						
1990	3,981	1,702	490	1,193	454	142	-	-						
1994	2,716	881	334	797	411	293	-	-						
1995	2,301	659	307	825	416	94	-	-						
1996	2,471	643	247	892	291	398	-	-						
1997	2,208	621	270	875	5	437	-	-						
1998	1,099	793	306	-	-	-	-	-						
1999	5,884	554	251	-	-	-	3,579	1,500						
2000	8,661	-	-	-	-	-	5,654	3,007						
2001	3,280	-	-	-	-	-	-	1,957	1,323					
2002	8,235	-	-	-	-	-	-	-	982	7,253				
2003	13,437	-	-	-	-	-	-	-	-	5,694	5,101	2,168		474
2004	10,608	-	-	-	-	-	-	-	-	5,480	3,181	1,577	311	59
2005	11,508	-	-	-	-	-	-	-	-	5,741	3,289	1,423	393	662
2006	9,044	-	-	-	-	-	-	-	-	4,635	2,530	1,021	378	480
2007	9,454	-	-	-	-	-	-	-	-	4,991	2,416	1,018	253	776

3. 의료재활 서비스 기반 확충

가. 권역별 재활병원 건립

장애인의 경우 다양한 장애와 합병증으로 인하여 장애인의 의료서비스 필요도는 비장애인에 비해 훨씬 높으며, 소득수준의 향상과 장애인의 삶의 질 향상 욕구에 따른 재활의료서비스 수요가 증가되고 있어 국가적 책임과 대책 수립이 절실한 실정이다.

그러나 재활의학과 진료를 실시하고 있는 병·의원은 전체 병·의원의 약 1.7%로 추정되어 장애인이 전문적인 재활서비스를 받을 수 있는 기관이 부족하다. 이에 「공공보건의료 확충 종합대책」(05. 12)의 일환으로 경기(인천 포함), 강원, 제주, 충청, 영남, 호남 등 6대 권역에 재활병원 건립을 지원하여 재활치료를 필요로 하는 장애인에게 전문적·체계적인 재활서비스를 제공할 계획을 수립하였다.

이에 따라, 2006년도에는 인천·강원지역에 지원하였고, 2007년도에는 제주지역을 지원하였으며, 2008~2009년도에는 충청, 영남 및 호남지역에 건립을 지원할 예정이다(국고 각 135억원).

향후 권역별 재활병원의 지역적 특성화를 통해 장애유형, 연령 및 중증도 등에 적합한 재활 프로그램을 개발·보급하는 한편, 민간 재활의료기관과 차별되는 지속가능한 양질의 서비스를 제공할 계획이다.

나. 지역사회중심재활사업(Community-based rehabilitation, CBR) 추진

지역사회중심 재활사업은 장애 예방, 조기 발견, 재활 치료, 장애인의 건강증진, 가족지지 및 지속적 관리체계를 개발함으로써 장애를 최소화하고 일상생활의 자립능력 증진을 목적으로 선천적 장애와 질병, 각종 사고 후유증 등 후천적 요인에 의해 발생한 재가 장애인에게 지역사회의 인적·물적 자원을 최대한 활용하여 재활서비스를 체계적으로 제공하는 것이다.

1981년 이래 WHO의 주요 재활 정책이며 세계 60여개 국가에서 도입·실시하고 있다. 우리나라는 2000년부터 16개 거점보건소 중심의 CBR 사업을 추진하기 시작하여 2007년 현재 45개 보건소에서 사업을 추진하고 있으며 전국 보건소에서 확대 실시할 수 있도록 점진적으로 지원을 확충해 나갈 계획이다.

〈표 2-4-134〉 지역사회 거점보건소 일람

구 분	거점 보건소	개소수
도 시 형	서울 양천구, 도봉구, 부산 동구, 진구, 대구 동구, 인천 계양구, 부평구, 광주 동구, 서구, 대전 서구, 울산 동구	11
농 촌 형	강원 평창군, 고성군, 양구군, 충북 옥천군, 충남 연기군, 금산군, 전북 진안군, 순창군, 전남 담양군, 무안군, 해남군, 함평군, 경북 청도군, 성주군, 경남 하동군, 제주 북제주군	16
도농복합형	부산 기장군, 대구 달성군, 울산 울주군, 경기 의왕시, 화성시, 포천시, 성남 분당구, 수정구, 강원 원주시, 충북 제천시, 전북 군산시, 남원시, 경북 김천시, 안동시, 경남 양산시, 거제시, 진주시, 제주시	18
합 계		45

주요 사업내용으로는 다음과 같다.

- (1) 지역사회 장애인의 요구와 지역자원 파악을 통한 사업계획 수립
- (2) 재활대상자 선정 기준 마련 및 등록, 의뢰, 퇴록의 원칙 구축
- (3) 중증 재가장애인 및 이동 가능 장애인을 대상으로 하는 보건의료재활 서비스 제공
 - 장애인 건강증진 프로그램, 장애인 가족지지 프로그램, 장애인 지역사회 참여프로그램 등
- (4) 지역사회 기관 및 자원과의 연계 체계 구축
- (5) 재활요원, 관련기관, 지역주민을 대상으로 CBR 관련 교육 및 홍보
- (6) 조사 및 연구
 - 지역자원 파악 및 장애인 요구도 조사
 - 사업평가 및 프로그램 개발 등
- (7) 지역별 특성화된 재활프로그램 개발
 - 주간재활프로그램, 움직이는 병원, 뇌졸중 환자 기능훈련 교실 등

다. 의료재활시설 지원

장애인을 위한 의료재활사업을 효율적으로 수행하기 위하여 12개 시·도 16개 사회복지법인 등 비영리법인 부설 의료재활시설에 시설 증·개축 및 의료재활장비 구입 등을 지원하고 있다.

〈표 2-4-135〉 의료재활시설 일람

(2007년 12월말 기준)

의료재활시설명	개소수
• 서울(4) : 서울재활병원, 삼육재활병원, 삼육부설의원, 주몽재활병원 • 부산(2) : 효정재활병원, 천성재활의원 • 대구(1) : 인제재활병원 • 인천(1) : 인천재활의원 • 대전(1) : 성세재활의원 • 강원(1) : 강원도재활병원 • 충북(1) : 충북재활의원 • 충남(1) : 신광재활의원 • 전남(1) : 덕산복지관부속재활의원 • 경북(1) : 경북재활병원 • 경남(1) : 홍익재활병원 • 제주(1) : 제주춘강의원	16

4. 장애인 요양보장서비스

장애인 가운데 많은 이들이 신체적, 정신적, 인지적 장애로 인해 혼자서 살아가는데 어려움을 겪고 있다. 식사하고, 씻고, 이동하는 등 일상생활을 수행하는데 도움이 손길이 필요한 이들에게 지금까지는 주로 가족들이 그 역할을 담당해왔다. 그러나 중증장애인가족의 과도한 돌봄 부담과 도움을 줄 가족이 없는 장애인의 돌봄 문제가 사회적 문제가 되면서 사회적 약자인 장애인을 위한 요양서비스의 도입 필요성이 대두되고 있다.

이러한 가운데 2007년 4월 2일 통과된 노인장기요양보험법(법률 제8403호)에서 64세 이하 장애인이 제외되게 되어 국회는 장애인요양제도의 도입문제에 대한 검토가 필요하다고 부대 결의하였다.

이에 따라, 일상생활보조 위주의 서비스로 구성된 노인요양서비스와는 다르게 다양한 장애 유형과 장애인의 자립지원을 고려하여 장애인 특성에 적합한 장애인요양제도를 개발할 예정으로 연구가 추진되었다.

2007년 5월 「장애인 장기요양보장을 위한 정책연구」 연구용역이 시작되었고 2007년 12월에 실시한 공청회를 비롯한 간담회 및 자문회의를 개최하여 각계의 여론을 수렴하였다. 그리고 2007년 12월 「장애인 장기요양보장 실시모형개발과 모의적용연구」를 통해 본격적으로 장애인 요양보장실시 모형안이 연구 중이며 향후 시범 사업, 국회 보고, 여론 등 종합적인 상황을 고려하여 도입 여부 및 방안 등 대책을 마련할 계획이다.

5. 장애인복지시설 확충 및 내실화

가. 현 황

장애인복지시설이라 함은 장애인이 시설에 입소하거나 통원하여 재활에 필요한 상담, 치료, 교육, 훈련 및 요양 등의 장애인복지 서비스를 제공받을 수 있는 사회복지시설을 말하며, 그 시설로는 장애인복지법 제58조에서 정한 바와 같이 장애인생활시설, 장애인 지역사회재활시설, 장애인 직업재활시설, 장애인 유료복지시설로 구분하고 있다.

〈표 2-4-136〉 장애인복지시설 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소, 명)

구분	계	생활시설							직업재활시설			지역사회재활시설				
		소계	지체	시각	청각·언어	정신지체	요양	영유아	소계	근로	보호작업	소계	복지관	의료재활시설	체육관	기타
시설수		314	33	14	11	131	116	9	319	24	295	1,286	157	16	24	1,089
인원		21,114	2,283	792	521	8,730	8,345	443	9,481	1,246	8,235	-	-	-	-	-

나. 장애인복지시설 확충 및 운영 개선

그동안 장애인복지시설은 수적인 증가는 물론 시설 기능의 보강 및 서비스 개선을 위해 부단한 노력을 경주하여 왔으나 사회적 여건의 변화와 증대되고 있는 사회복지서비스 욕구에 부응하고 종합적인 장애인복지서비스가 지역 내에서 이루어지도록 하기 위하여 지방분권 위원회 결정에 따라 2005년 장애인복지시설운영에 대해서는 지방자치단체 사무로 이관하였다.

이에 따라, 중앙정부는 장애인복지시설의 평가 등을 포함하여 전문적인 재활서비스가 이루어지도록 기본 시설정책을 제시하는 역할을 담당하게 되었다. 그에 일환으로, 2007년에는 「장애인 거주시설 서비스기능과 구조의 혁신 방안」에 대한 연구를 실시하여, 현행 장애인시설정책을 재검토하고 향후 발전방안을 모색하였다.

이 연구는 중증장애인의 자립생활과 사회참여를 위하여 기존 시설의 대규모화를 탈피하고 거주기능의 시설(생활시설, 단기보호시설, 공동생활가정)을 통합·재편하는 방안 등 장애인 시설정책의 장기적 비전을 제시하였다.

제 7 절

노숙인 지원 등 기타 사회복지 정책

I 노숙인 · 쪽방거주자 지원 대책*

1. 노숙인 지원

가. 추진실적 및 성과

1999년 6,200여명 수준이던 노숙인 수가 2004년에 4,466명으로 감소 추세를 보이다가 2007년 12월말 4,454명 수준으로 다소 증가하였다. 노숙인의 분포는 서울 64.5%, 부산 11.0%, 경기 7.8%, 대구 6.5% 등 주로 대도시에 집중되어 있다.

노숙인 수는 경기 침체로 인한 쪽방 생활자의 거리노숙인으로 전락, 신용불량 등으로 인한 신분노출을 우려한 노숙인 쉼터 입소 기피 및 사회부적응 등의 여러 요인으로 거리노숙인이 증가 추세를 보이고 있기 때문이다.

노숙인은 쉼터 이용자와 거리 노숙인으로 나누고 있으며, 노숙인 쉼터는 노숙인 에게 긴급 구호 및 숙식 제공, 재활 및 자활프로그램 등 서비스를 제공하기 위해 종교기관 · 사회복지관 등에서 운영하고 있으며, 그 수도 2003년도 114개소에서 2007년말에는 79개소로 줄어들었다.

쉼터 노숙인은 2006년말 대비 5.6% 감소하였으며, 거리 노숙인은 지속적으로 증가하다 2005년도에 960여명으로 정체현상을 보였다가 2007년에 1,181명으로 다시 증가하였다. 그 중 여성노숙인은 쉼터에 228명, 거리에 42명을 차지한다.

노숙인에 대한 지원은 2004년까지 국고보조사업으로 155억원을 지원하였으나, 2005년도

*집필자 : 기초생활보장과 이상희 서기관

부터 지방이양사업으로 전환되어 분권교부세로 지원되고 있다. 노숙인 쉼터를 통해 1일 2식(조·석식)의 무료급식과 숙소를 제공하고, 노숙인과 노숙인 쉼터 종사자에 대한 인건비를 지원하였으며, 쉼터 이용 노숙인에게 진료지원을 실시하였다.

또한, 노숙인쉼터 입소를 기피하는 거리노숙인 보호를 강화하기 위하여 전국 대도시 역 근처에 노숙인 상담보호센터 8개소를 설치·운영하고 있으며, 근로능력과 재활의지를 회복한 노숙인을 대상으로 소규모 창업 지원사업인 자활공동체사업, 자립 노숙인에게 거처를 마련해주는 ‘자활의집’ 프로그램, 직업훈련, 취업 알선을 제공하여 이들을 조속히 사회복귀 할 수 있도록 지원하고 있다.

〈표 2-4-137〉 시·도별 노숙인 분포 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 명)

구 분		계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북
2007	계	4,544	2,929	498	274	116	27	155	37	353	83	13	21	38
	쉼터 이용자	3,363	2,409	350	101	37	21	85	22	221	49	13	21	34
	거리 노숙자	1,181	520	148	173	79	6	70	15	132	34	-	5	4

※ 전남, 경북, 경남, 제주는 노숙인보호시설 미설치 지역임

나. 향후 추진 계획

노숙인은 부실한 식사와 열악한 주거환경에 노출되어 있어 결핵 등 전염성 질환에 감염될 소지가 높고 이는 일반국민의 건강문제와도 직결되는 문제이다.

이에 따라 쉼터 노숙인은 물론 거리노숙인을 대상으로 결핵 및 정신질환(알콜중독 포함)에 대한 일제 검진을 실시하여 검진결과 치료가 필요한 노숙인에게는 적절한 의료지원을 받도록 하는 등 이들의 건강권을 최대한 보호할 수 있도록 예방대책을 강구하고 있다.

또한, 일하기를 원하며 자립의지가 높은 노숙인에게는 지하철 건설현장의 경비, 자재정리, 청소 등 일자리를 제공토록 하고, 자활후견기관에서도 일거리를 연계시켜 주어 사회복귀를 도모하도록 할 계획이다.

2. 쪽방거주자 지원 대책

가. 추진실적 및 성과

쪽방은 서울·부산 등 유동 인구가 많은 대도시 역 주변 및 재래시장 인근 지역 등에 주로 분포되어 있으며, 2007년말 현재 5개 대도시 지역에 밀집된 7,333개의 쪽방에 5,858명이 거주하고 있다.

쪽방지역 내 거주자에 대한 상담 및 취업알선, 미용·목욕·세탁·화장실 등 생활편의를 제공하고자 총 10개소의 쪽방상담소를 운영하고 있다.

〈표 2-4-138〉 쪽방상담소 설치 현황

시·도	시 설 명	설치일	종사자	수탁기관
서울	중구남대문 상담센터	'00. 3.28	4	나사로의집 교회
	종로쪽방상담센터	'00. 3.15	4	종로구사회복지협의회
	용산쪽방상담센터	'01. 2.28	4	높은뜻 송의교회
	영등포쪽방상담소	'01. 3. 1	4	광야교회
	동대문쪽방상담센터	'03. 4. 1	4	우리모두복지재단
부산	동구쪽방상담소	'00. 8.18	4	기독교부산노동상담소
	부산진쪽방상담소	'01. 4. 3	3	대한예수교 장로회
대구	북구쪽방상담소	'01. 2.24	3	자원봉사 능력개발원
인천	부평쪽방상담소	'01. 2.16	3	내일을 여는집
대전	동구쪽방상담소	'01. 2.21	4	노숙인대책위원회

나. 향후 추진 계획

2005년도부터 쪽방보호 사업은 지방이양 사업으로 전환됨에 따라 보건복지가족부에서는 향후, 관련 지방자치단체 실정에 맞게 자체적으로 연간 계획을 수립·시행하고 이에 따른 관련 예산을 편성·운영토록 관리 감독을 강화하는 등 취약계층 보호정책을 지속적으로 관리·운영할 예정이다.

II 부랑인 복지시설 지원 및 육성*

1. 시설수 및 입소자 현황

2007년도에는 부랑인복지시설 38개소에 8,193명, 개인운영시설 12개소에 186명의 생활자를 보호하고 있다.

〈표 2-4-139〉 2007년 부랑인시설 입소자 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 명)

시·도	시설 수	입 소 자 현 황(입원환자 제외)		
		계	남	여
계	38	7,689	5,228	2,461
서울	4	2,112	1,419	693
부산	3	370	236	134
대구	1	956	565	391
인천	1	354	291	63
광주	1	125	98	27
대전	1	176	123	53
경기	3	583	392	191
강원	3	256	171	85
충북	2	823	624	199
충남	1	135	103	32
전북	4	276	171	105
전남	6	647	456	191
경북	2	334	193	141
경남	4	381	257	124
제주	2	161	129	32

부랑인보호 시설의 운영비 158억원, 기능보강사업비 28억원, 자활프로그램 운영지원 1억원 등 187억원(국비기준)을 지원하였으며, 노후시설에 대한 신·증축 및 개 보수비를 지원하여 노후시설을 현대화하고 부대시설(목욕탕, 화장실, 체육·문화시설) 및 오·폐수 정화시설도 보강하여 수용자 중심으로 복지수요를 높여 나가고 있다.

*집필자 : 기초생활보장과 이상희 서기관

2. 부랑인시설 입·퇴소 절차

가. 입소 대상

부랑인복지시설의 입소 대상은 ① 보호기관이 시설에서의 보호가 필요하다고 인정하는 자 ② 입소시설에서 보호 받기를 희망하는 자 ③ 관계기관(경찰관서 또는 보호기관이 아닌 시장·군수·구청장) 또는 상담보호센터로부터 시설보호의 요청을 받은 부랑인이다.

나. 입·퇴소 절차

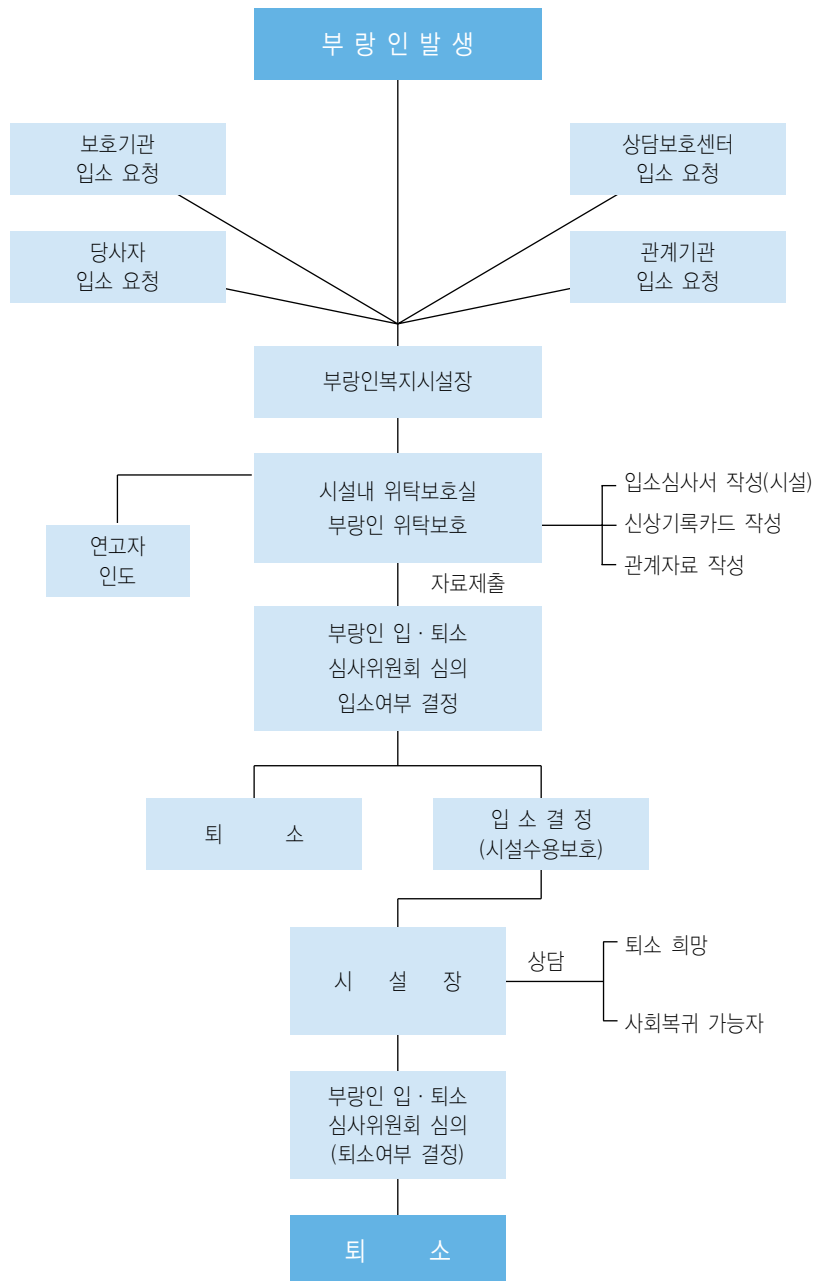
(1) 입소 절차

부랑인 본인, 관계기관, 상담보호센터 등으로부터 시설 입소보호 요청을 받은 보호기관은 당해 부랑인의 연고자, 사회복지 가능성, 건강상태 등의 입소 적격 여부를 보호기관 소속하에 둔 입·퇴소심사위원회(시설의 장, 종교인, 사회복지전문가, 의사, 교육자 및 관계 공무원으로 구성)의 심사를 거쳐 시설에 입소시킨다.

(2) 퇴소 절차

시설장은 시설에 입소된 자를 월 1회 이상의 상담을 통하여 입소자 중에 사회복지가 가능하다고 인정되는 자에 대해서는 입(퇴)소심사서를 작성하여 보호기관에 제출, 입·퇴소심사위원회의 결정에 따라 퇴소 등의 조치를 한다. 본인이 퇴소를 원하거나 연고자가 입소자의 인계를 요구하는 경우에는 심사위원회를 거치지 않고 시설장이 당연 퇴소시키도록 되어있다.

[그림 2-4-13] 부랑인시설 입·퇴소 절차



(3) 위탁보호

부랑인 입·퇴소 심사위원회가 부랑인의 시설입소 여부를 결정할 때까지 20일 이내의 범위에서 시설에 위탁보호하고, 입(퇴)소심사서의 작성과 함께 보호기관에 제출하여야 하며 신상기록카드를 작성·보관하여야 한다.

3. 향후 추진계획

부랑인 보호사업은 부랑인 개개인이 지닌 인간으로서의 존엄과 가치를 존중하고 그들의 기본적인 생계보장과 자활자립 능력을 제고시켜 정상적인 사회생활을 할 수 있도록 사업을 추진하고 있다. 부랑인 입소자의 특성에 따라 장애인시설, 정신요양시설, 노인복지시설 등 전문시설에 전원 조치하거나 시설을 전문시설로 분화하는 방안을 추진하여 장애별·질환별 전문적 서비스를 받을 수 있도록 지원할 계획이다.

또한, 시설별로 지역특성에 적합한 자활 및 사회복지 프로그램을 추진하여 단순 수용보호를 벗어나 생활자의 작업능력에 맞는 다양한 프로그램 개발을 도모하고, 지역주민과의 유대를 강화하여 입소자들이 보다 용이하게 지역사회에 접근할 수 있도록 지역의 인적·물적 자원을 최대한 활용토록 할 계획이다.

III 의사상자 예우*

1. 개 요

의사상자는 자신의 생명, 신체의 위험을 무릅쓰고 직무외의 행위로서 타인의 생명, 신체 또는 재산의 급박한 위해를 구제하다가 사망하거나 부상을 당하여 보건복지가족부장관이 의사상 자심사위원회의 심의·의결을 거쳐 의사자 또는 의상자로 인정한 사람을 말한다.

*집필자 : 민간복지과장 송정근

정부는 의사자 또는 의상자가 보여준 살신성인의 숭고한 희생정신을 사회의 귀감으로 삼고, 의사자의 유족 및 의상자와 그 가족에 대하여 필요한 보상 등 국가적 예우를 함으로써 사회정의 실현에 이바지하고자 노력하고 있다.

의사상자예우에관한법률은 의사상자의 적용 범위를 첫째, 타인의 생명·신체 또는 재산을 보호하기 위하여 강도, 절도, 폭행, 납치 등 범죄 행위를 제지하거나 그 범인을 체포하다가 사망하거나 부상을 당한 경우 둘째, 자동차·열차, 기타 승용물의 사고 또는 기타의 이유로 위해에 처하여진 타인의 생명 또는 신체를 구하다가 사망하거나 부상을 당한 경우 셋째, 천재지변 기타 수난, 화재, 건물의 도괴, 축대나 제방의 붕괴 등으로 인하여 위해에 처하여진 타인의 생명 또는 신체를 구하다가 사망하거나 부상을 당한 경우 넷째, 천재지변 기타 수난, 화재, 건물의 도괴, 축대나 제방의 붕괴 등으로 인하여 일어날 수 있는 불특정 다수인의 위해를 방지하기 위하여 긴급한 조치를 하다가 사망하거나 부상을 당한 경우 다섯째, 야생의 동물 또는 광견 등의 공격으로 인하여 위해에 처하여진 타인의 생명 또는 신체를 구하다가 사망하거나 부상을 당한 경우로 규정하고 있다.

2. 의사상자 예우내용

의사자의 유족 및 의상자와 그 가족에게는 의사상자예우에관한법률이 규정하는 보상금, 의료급여, 자녀의 교육보호 등의 국가적 예우가 실시된다.

의사자의 유족에 대해서는 2007년 이전에 사망한 경우는 사망 당시 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 기본연금월액의 240배를, 2007년에 사망한 경우에는 의사상자예우에관한법률의 개정 법률이 규정한 1억8748만원을 보상금으로 지급하고, 의상자에 대해서는 1급부터 6급까지 부상의 정도에 따라 의사자 보상금의 100/100~40/100까지 지급하고 있다.

또한 보호기관(시·도지사 또는 시장·군수·구청장(자치구를 말함))은 의사자의 유족이나 의상자의 신청에 따라 의료급여법이 정하는 의료급여, 국민기초생활보장법에 따른 자녀의 교육보호와 장제보호를 실시하고 있으며, 생활안정을 도모하기 위하여 취업보호를 실시하고 있다.

〈표 2-4-140〉 연도별 의사상자 현황 및 보상금 지급기준

(단위 : 명, 천원)

구분 연도		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
보호 인원	계	36	35	22	27	11	34	38	44	53	27
	의사자	21	21	15	22	9	21	29	33	43	16
	의상자	15	14	7	5	2	13	9	11	10	11
지급 기준	의사자	82,716	111,600	120,000	128,400	144,000	154,080	161,760	169,920	178,560	187,488
	의상자	41,358	111,600	120,000	128,400	144,000	154,080	161,760	169,920	178,560	187,488
		~ 15,509	~ 44,640	~ 48,000	~ 51,360	~ 57,600	~ 61,632	~ 64,704	~ 67,968	~ 71,424	~ 74,995

※ 보상금 지급은 사망하거나 부상을 입은 연도를 기준으로 한다.

3. 향후 계획

보상금의 종전 산정 근거인 국가유공자 기본연금월액 제도가 폐지됨에 따라, 통계청장이 고시하는 전국가구 가계소비 지출액을 고려하여 의사상자의 희생과 부상 정도에 상응하게 보상금을 결정하여 보상금을 고시하도록 하는 법령의 개정이 2008년 2월 완료되었다.

또한 이 법령은 의사상자의 구조행위로 인하여 물건이 멸실·훼손된 때에 그 손해액에 상당한 보상금을 지급하도록 하며, 경미한 부상자도 의상자로 인정될 수 있도록 의상자의 부상등급을 9등급까지 확대하는 등의 내용을 골자로 하고 있다. 향후 개정 법령이 원활히 시행되도록 하여 의사상자 예우 범위를 확대하고 지원 수준을 강화하는 등 의사상자 예우제도 운영상의 일부 미비점을 개선해나가도록 하겠다.



농어촌 보건복지 특별대책 추진*

I 추진 배경

우리 농어촌은 대내외적인 여건변화로 많은 어려움을 겪고 있다. 대외적으로는 WTO 체제 출범 이후 도하개발아젠다(DDA) 협상의 진전, FTA의 확대 추세와 개도국 지위를 인정받음으로써 얻게 되었던 쌀 시장 개방 유예기간이 종료되어 해외 농산물의 수입이 큰 폭으로 증가될 것으로 예상된다.

대내적으로도 산업부문간의 발전 격차로 야기된 사회 및 경제기반의 낙후로 청장년층의 이촌향도 현상이 더욱 더 심해지고 있으며 시장개방에 따른 값싼 외국 농산물의 급격한 유입으로 인한 농산물 가격의 하락, 원자재 가격의 상승 등으로 농가경제 악화가 급속하게 진행되고 있을 뿐만 아니라 현재 도시지역에 비해 인구의 고령화, 가족구조의 변화(부녀화, 소가족화 등) 등 사회구조의 변화로 인한 복지욕구가 늘어나고 있다.

따라서 우리 부는 농어촌지역의 보건복지 수요의 급격한 증가에 적극적으로 대처하고 농어촌 주민의 보건복지 수준 향상을 위하여 2004년 1월 29일 「농어촌주민의 보건복지증진을 위한 특별법」을 제정·공포하였으며, 이에 따른 후속조치로 농어촌지역 보건복지 분야에 대한 추진 계획, 방법, 자원조달 등이 담겨진 농어촌보건복지 기본계획을 매 5년마다 수립하도록 하고 있고, 2005년 6월 16일 제1차 농어촌보건복지기본계획('05~'09)을 수립하였다.

*집필자 : 사회통합전략과장 최규중

II 농어촌 보건복지기본계획('05~'09) 추진 현황

1. 부문별 개선대책

가. 국민기초생활보장 및 자활지원

2007년 12월 현재 기초생활보장 수급자는 85만 가구, 154만 명 정도이며 농어촌인 수급자는 12,479명 정도인 것으로 파악되고 있다.

농어민에게는 농산물 시장개방에 따른 농가소득 감소와 노령인구의 증가 등 농어촌지역에 새롭게 대두되는 복지수요에 능동적으로 대응하고자 기초수급자 선정 및 급여지급시 기준을 완화하여 적용하였다.

즉, 논농업소득보조금, 친환경농업소득보조금 등 보조금, 보육료·대출금 이자액 중 일부를 소득으로 산정하지 않으며, 경작농지 등 농어업과 직접 관련되는 재산에 대하여 소득환산 기준의 일부를 완화하여 적용하였다. 이러한 기초생활수급자 선정기준 특례를 통하여 농어민의 삶의 질 향상을 도모하였다.

한편 가사·간병도우미사업 및 특화·소규모형 자활후견기관 확대를 통해 농어촌 저소득층 자활여건을 지속적으로 조성할 것이다.

나. 사회복지서비스

급격한 농어촌 고령화에 대비한 노인요양보장 인프라 확충을 위해 치매노인 그룹홈('05 9→'07 55개소) 및 재가노인복지센터('05 74→'07 105개소)를 설치하고, 주거·건강증진·여가·문화 등 통합적 보건복지 서비스를 제공하기 위한 복합노인복지단지 4개소를 시범운영한 후 단계적인 확대를 추진하고 있다.

또한, 노인복지관 미설치 지역 73개군(신증축 32개소 포함)에 연차적 확충을 유도하고, 노인복지회관과 경로당을 연계한 여가프로그램 운영을 활성화할 것이다.

보육시설이 없는 농어촌 지역에 소규모 국공립보육시설('05 331→'07 408개소)을 설치하고, 야간·휴일 등 시간연장형보육시설 운영지원(매년 500여명), 정부지원보육시설 차량운영비(3,273개소) 지원 등 만5세아 무상보육을 '06년에 농어촌 지역부터 실시('07 33,817명)하고 있다.

아동가정보호 활성화를 위하여 지역아동센터('05 200→'07 500개소) 지원을 확대하고 농어촌 아동의 일상생활 보호와 지도를 위한 그룹홈(4개소)을 연차적으로 확대 추진할 것이다. 농어촌 실정에 맞는 장애인 직업재활시설('05 24→'09 30개소)을 연차적으로 확충하여 경쟁고용이 어려운 장애인의 소득창출을 지원하고, 농어촌 장애인의 거주 편의를 위하여 화장실 및 목욕실 개조, 문턱 제거 등 주택개조사업('06년도부터 매년 1,000가구씩)을 추진하고 있다.

다. 사회보험

우리 국민건강보험 가입자수는 2007년 현재 지역가입자 18,395천명(8,141천세대), 직장가입자 29,424천명 등 47,820천명이다. 이중 건강보험료 경감지원을 받는 농어민은 504천세대이다. 농어민에 대하여는 건강보험료 경감률을 단계적으로 확대하여 농어민의 보험료 부담을 완화하고 있다.

농어업인 건강보험료 경감 확대를 위하여 2005년 농어민에게 기존보험료 22% 경감에 농특예산 18%를 추가하여 최대 40%를 지원하였고, 2006년 농특예산을 28%로 확대하여 최대 50%를 지원하고 있다. 휴·폐경농지, 3년 이상 계속 방치된 빈 축사 및 양식장 등에 부과되는 재산세 과세표준금액의 20%를 감액하여 건강보험료 산정에 적용하는 등 보험료 부과기준을 완화하여 적용하고 있다.

소득·재산 등 납부 능력 여부를 조사하여 납부 능력이 없는 세대에 대해서는 체납보험료를 결손처분(면제)하고 의료급여 수급권자로 전환하고 있다.

2007년 국민연금 가입자는 지역가입자 9,063천명, 직장가입자 9,149천명, 임의가입자 27천명 등 18,267천명이며, 이들중 연금보험료 지원을 받는 농어민은 285천명이다. 연금보험료를

통한 농어민 지원으로는 보험료지원 수준을 현실화하여 농어민 중위수 소득등급인 19등급의 보험료 수준까지 지원기준을 단계적으로 인상할 계획으로 2008년에는 현행 14등급 기준 지원방안을 16등급 기준으로 상향조정하고 장기적으로 점진적인 예산확보와 더불어 농어민 중위수 등급기준으로 지원하도록 할 예정이다. 한편 동 사업은 '07년 국가자원배분회의에서 주관부처를 농림부로 이관함에 따라 건강보험과 같이 농림수산식품부에서 주관하고 있다.

라. 보건의료기반 개선

공공보건의료 기반 강화를 위하여 공공보건의료기관(시설개선 223개소, 장비지원 180개소) 및 공공병원(40개소) 노후시설 현대화, 원격보건 시스템(tele-health) 구축 등 정보화 수준을 제고할 것이다.

의료서비스 개선을 위하여 공공보건의료인력 교육훈련을 강화하고, 농어촌 의료서비스 개선을 위한 기술지원단을 운영하며, 농어촌지역 민간의료기관의 설비현대화·병상확충 등을 위한 용자 및 국공립종합전문요양기관과의 연계를 강화하고 취약병원에 공중보건의 우선 지원 등을 통해 의료의 질을 확보하고 있다.

농어촌 지역 응급의료기관의 시설·장비·인력 우선 지원, 지역응급의료기관 지정·육성('06 22→'07 37개소)등을 통해 응급의료접근성을 제고하며, 119 구급대의 특수구급차('05 44→'07 189대)를 확대 배치하고 구급차 응급장비 보강을 통한 응급환자 이송인프라를 개선할 것이다.

농어촌 구강보건실 기능강화 및 초등학생 치아홈메우기 사업 등 지속 실시, 이동 구강보건 사업 및 농어촌노인 의치보철사업을 확대하고 있다.

보건소 중심 암예방·홍보교육 강화 및 5대암 조기검진사업('05 395천명→'07 710천명)을 확대하고 농어촌 재가암환자관리사업을 지원하고 있다.

농촌지역의 포괄적인 정신보건사업을 위한 정신보건센터 운영('05 56→'07 151개소)을 지원하고, 건강 프로그램을 보급하고 있다.

한방보건산업 활성화 및 한방공공보건사업 강화를 위해 한방건강증진 HUB보건소('05 20 → '07 35개소) · 지방공사의료원 한방진료부(1개소)를 설치하여 운영하고 있다.

한방지역보건사업을 지속적으로 추진하여 고품질의 한방의료서비스를 제공하고, 한방건강 증진사업 기반 구축을 위하여 필수의료장비 및 관련 인프라 구축을 지원하고 있다.

2. 재원조달방안 및 부문별 투자계획

- 총 투자규모는 2조 9,331억원으로 연평균 12.6% 증가
- 국비는 2조 1,399억원으로 총 투자 규모의 73%, 지방비는 7,932억원으로 전체의 27.0%를 차지

재원조달은 “농림어업인 삶의 질 향상 기본계획”에 반영된 농특회계와 국가중기재정운용 계획에 반영된 일반회계 및 기금 등으로 충당할 것이다.

또한, 매년 재정여건과 사업의 타당성 및 추진실적 평가결과 등을 고려하여 기존 사업계획 조정 및 신규투자 수요의 반영을 추진하되, 공공시설의 경우 BTL 방식도 적극 활용할 예정이다.

〈표 2-4-141〉 연도별 투융자계획

(단위 : 억원, %)

구 분	연도별 투융자계획						'05~'09 증가율
	2005	2006	2007	2008	2009	합 계	
총 계	4,373	5,686	5,932	6,423	6,917	29,331	12.6%
• 국 비	3,172	4,163	4,361	4,712	4,991	21,399	12.5%
– 일반회계	601	914	961	1,007	1,044	4,527	16.4%
– 농특회계	1,992	2,701	2,850	3,057	3,210	13,810	13.3%
– 기 금	579	548	550	648	737	3,062	6.6%
• 지 방 비	1,201	1,523	1,571	1,711	1,926	7,932	12.9%

III 향후 계획

WTO/DDA협상 및 FTA의 확대 추세 등으로 해외 농산물의 수입이 큰 폭으로 증가할 것으로 전망되고 있으며 농어촌지역의 고령화로 인한 보건복지수요는 지속적으로 증가할 것으로 예상된다.

이에 복지부는 2005년 6월 「제1차 농어촌보건복지기본계획('05~'09)」을 바탕으로 매년 그에 따른 소관 주요시책의 추진계획을 세워 농어촌 지역에 대한 보건복지증진 및 인프라 확충 등 제반대책을 차질 없이 추진할 것이다.

제5장

사회복지 인프라 확충

제1절

지역사회복지의 활성화

I 지역사회복지협의체 구성 및 운영*

1. 추진 배경

사회복지부서 및 보건소를 포함하여 다양한 민간기관·단체들을 통해 지역주민들에게 보건 및 복지서비스가 제공되고 있으나, 공공·민간분야 상호간의 연계체계가 미흡하여 서비스의 중복·누락이 발생하고 있다. 또한 지역사회의 복지증진을 위해 민간의 참여를 보장하는 기구로 종전에 사회복지위원회가 규정되어 있었으나, 공공과 민간이 협력할 수 있는 기구로서의 기능은 미흡하였다.

이에 따라, 지역사회 보건·복지 분야의 민·관 대표자, 실무자들이 참여하여 지역의 복지 문제를 스스로 해결하기 위한 논의구조를 마련하여 지역주민에게 통합적 서비스를 제공할 수 있는 연계·협력체계 구축에 대한 필요성이 제기되었다.

*집필자 : 지역복지과장 임숙영

이러한 배경에서 지역사회의 공공·민간분야의 보건복지네트워크를 강화하기 위해 시·군·구 내 공급자와 수요자간의 연계·협력기구인 지역사회복지협의체를 2001년부터 시범적으로 실시하였고, 그 성과를 토대로 2003년 7월 사회복지사업법을 개정하여 종전의 시·군·구 사회복지위원회를 폐지하고 2005년 7월부터 지역사회복지협의체를 설치 운영하도록 하였다.

또한, 협의체 활성화를 위하여 실무협의체 구성·운영을 의무화하도록 2007년 12월 사회복지사업법을 개정하였다. 지역사회복지협의체의 주요 기능은 지역 내 사회복지사업에 관한 중요 사항과 지역사회복지계획의 심의, 사회복지 및 보건의료서비스의 연계·협력 강화 등을 규정하였다.

2. 지역사회복지협의체 구성 현황

지역사회복지협의체는 사회복지 또는 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자, 사회복지사업을 행하는 기관·단체의 대표자, 보건의료사업을 행하는 기관·단체의 대표자, 공익단체에서 추천한 자, 사회복지 또는 보건의료 업무를 담당하는 공무원 등으로 구성하여 지역사회 내 각 분야별 대표성이 확보되도록 하였다.

또한 지역사회복지협의체의 효율적 업무수행을 위해 실무협의체를 두도록 하였고, 협의체 참여기관들 간의 원활한 실무협의를 위해 실무협의체 내 사업별, 대상별 실무분과도 구성할 수 있도록 하였다. 지역사회복지협의체 위원장은 민간기관·단체의 적극적인 참여와 민-관의 연계·협력을 위하여 임명직과 위촉직 위원 각 1인으로 공동위원장 선출도 가능하게 하였다.

사회복지사업법에는 2005년 7월부터 모든 시·군·구에 사회복지협의체를 구성하여 운영하도록 하여 현재 모든 시군구에 대표협의체와 실무협의체 설치를 완료하였다. 또한, 실질적인 민·관협력의 기반구축 정도를 가늠할 수 있는 실무분과는 전국 232개 시군구 중 225개(97%)에 설치되었으며, 총 분과 수 1,534개에 민간인력 12,373명이 참여하였다.

- 협의체 상근간사는 51개 시군구에서 55명 채용(시군구 자체예산)

〈표 2-5-1〉 지역사회복지협의체 구성 현황

(2007년 12월 기준)

구분	시·군·구 수	대표협의체		실무협의체		실무분과				비고
		구성	참여 인원	구성	참여 인원	구성	구성률	분과수	참여 인원	
계	232개	232개	4,151명	232개	4,227명	225개	97%	1,534개	12,373명	

※ 보건복지가족부 내부자료

그 중 52개 시·군·구에서 복지협의체 업무를 전담할 민간간사를 채용하여 지역사회 보건 및 복지 자원 개발, 연계활동 추진 등 민·관 협력 강화를 위해 선도적인 노력을 하고 있으며, 민간간사 채용이 확대될 것으로 예상하고 있다.

지역사회복지협의체 운영의 조기 정착을 위해 민간간사, 민간위원, 관계공무원 등을 대상으로 소양교육 및 전문교육 등을 수행하였으며, 시·군·구 지역사회복지대회와 사회복지 전국대회를 개최하여 지역간의 네트워크 활성화 붐을 조성하고 있다.

3. 향후 계획

사회복지사업법에 따라 지역단위의 지역사회복지협의체가 2006년 3월까지 전국 시·군·구에서 구성되었으나, 아직까지 정상 궤도에 오르지 못한 상태로 있어 민·관 협력체계 구축이 얼마나 어려운가를 다시 한번 실감하게 되었다. 시·군·구 자체평가 결과 40%가 활발하게 운영되고 있고 46%는 활발하게 운영될 것으로 예상하는 등 긍정적 신호를 보내고 있다.

그러나 민간의 소극적 참여와 민간에 대한 관의 부정적 인식이 아직 남아 있고, 민간 상근간사 등 전담인력이 없어 협의체가 활발하게 운영되어 가는데 있어서 어려움이 많은 것이 사실이다.

지역사회복지협의체 활성화를 위해 우수 협의체 활동에 대한 사례를 전파하고, 또한 지역별 발전 모델을 모색하기 위하여 협의체 운영 매뉴얼을 개발, 2007년 상반기에 보급하였고, 복지협의체의 기능을 보건 및 복지뿐만 아니라 지역주민 통합서비스 제공체계에 부합되도록 고용, 교육 등 다양한 영역의 기능을 동시에 수행할 수 있도록 확대해 나갈 예정이다.

또한, 복지관련 개별법령에 의해 운영되고 있는 기초생활보장위원회, 장애인복지위원회, 보육정책위원회, 의료급여심의위원회 등 다수의 민간 참여 위원회와 동 협의체의 기능과 역할을 조정하는 방안도 검토해 나갈 예정이다.

아울러, 협의체 실무자 및 민간위원을 대상으로 지역사회 현안을 협의하여 해결해 나갈 수 있는 데 필요한 기본 소양교육과 협의체 활성화 전략 등 전문교육을 지속적으로 확대 실시하여 지역사회복지협의체가 보다 활발하게 운영되어 나갈 수 있도록 할 계획이다.

II 지방이양사업의 정착 및 내실화*

1. 추진 경위

참여정부 들어 ‘지방분권’을 주요 국정과제 중 하나로 선정하여 2003.4.7 정부혁신지방분권 위원회를 발족시키고, 2003.7 지방분권화를 추진하기 위하여 지방분권과 관련된 법률의 제·개정, 국고보조사업정비 등의 추진일정이 담긴 로드맵(road map)을 발표하였다.

이러한 로드맵에 의하여 정부혁신지방분권위원회는 국고보조금정비추진계획을 마련하여 국고보조사업 중 명백히 국가사무가 아닌 경우 또는 단순·반복적인 보조사업은 원칙적으로 지방으로 이양하도록 하는 등 국고보조금정비사업을 추진하였다.

이에 따라, 정부혁신지방분권위원회는 각 부처와 협의하여 2004.7.6 최종적으로 149건 9,581억원의 국고보조사업을 지방으로 이양하는 「국고보조금 정비방안」을 확정하였다. 보건복지부는 127개 국고보조사업 중 67개 사업(5,959억원, 12.1%)을 지방이양하고, 71개 사업(4조 3,409억원, 87.9%)은 국고보조사업으로 계속 유지하기로 결정되었다.

복지분야 이양규모는 정부전체 지방이양사업 규모의 약 45%(금액으로는 약 62%)를 차지하고 있다. 모자복지시설 운영, 모자복지시설 퇴소자 자립정착금, 미혼모 중간의 집 운영 업무는 여성가족부로 이관되어 '07년 현재 보건복지부 소관 지방이양사업은 64개 사업이다.

*집필자 : 지역복지과장 임숙영

2004.12.30 지방이양사업 추진에 필요한 재원인 분권교부세를 신설(내국세의 0.83%)하여 2009년까지 한시 운영 후 2010년부터 보통교부세로 통합하는 내용을 주요골자로 하는 지방교부세법개정안이 국회 본회의를 통과함에 따라 2005.1.1부터 국고보조사업을 지방으로 이양하게 되었다.

〈표 2-5-2〉 이양 당시(2005년) 부처별 국고보조사업 지방이양사업 규모

부처별	이양금액	이양비율(%)	부처별	이양금액	이양비율(%)
보건복지부	67건 5,959억원	62.2	문화재청	2건 410억원	4.3
행정자치부	4건 742억원	7.7	농림부	9건 222억원	2.3
문화관광부	24건 356억원	3.7	기타	36건 561억원	5.9
건설교통부	7건 1,331억원	13.9	계	149건 9,581억원	100

※ 자료 : 행정안전부(2006.3)

2. 지방이양사업 추진 현황

가. 지방이양사업 현황

분권교부세는 이양사업을 크게 계속적인 재정수요를 필요로 하고, 객관적인 산식화가 가능한 운영비 등 정상적 수요와 지역적 특성을 고려할 필요가 있어 일률적으로 교부하는 것이 불합리한 비정상적 수요로 구분 산정하여 교부하였다.

－ 정상적수요(52개)

산정항목	대상사업	
① 노인복지비 (10개)	경로당 운영 경로식당 무료급식 노인건강진단 치매상담센터 운영 지역사회 시니어클럽 운영	재가노인 복지시설 운영 저소득 재가노인 식사배달 노인복지회관 운영 노인일거리마련사업 경로당 활성화

산 정 항 목	대 상 사 업	
② 장애인복지비 (20개)	장애인생활시설 운영 장애인 복지관 운영 시각장애인재활센터 운영	청각장애인(수화통역센터 운영) 장애인 단기보호시설 운영 정신지체인(자립지원센터 운영)
	장애인 특별운송 사업 장애인 직업재활시설 운영 장애인 재가복지센터 운영 시각장애인 심부름센터 운영 장애인 주간보호시설 운영 의료재활시설 운영 공동생활가정 운영	장애인 체육관 운영 편의시설설치 시민촉진단 여성장애인 가사도우미 지체장애인 편의시설센터 운영 장애인 정보화지원센터 운영 청각장애아동 달팽이관수술 장애인생활시설 치과유니트
③ 아동복지비(9개)	아동시설 운영 아동급식 가정위탁양육 지원 소년소녀가장 지원	퇴소아동 자립정착금 결연기관 운영 가정위탁지원센터 운영 입양기관 운영 아동보호전문기관 운영
④ 그 밖의 복지비 (13개)	모자복지시설 운영 사회복지 전담공무원 인건비 업무보조 공익근무요원 인건비 공익근무요원 인건비 노숙자보호 쪽방생활자 지원	모자복지시설 퇴소자 자립정착금 미혼모 중간의 집 운영 공공보건인력개발 대도시 방문보건사업 사회복지관 운영 사회복지시설 운영 재가복지봉사센터 운영

－ 비정상적수요(15개)

구 분	대 상 사 업	
일반수요 (8개)	재가노인 복지시설 개보수 장애인 지역사회 재활시설차량지원 푸드뱅크 운영장비 지원 공공보건사업	결연기관 컴퓨터(PC) 구입비 중소도시 보건소 신축 지역봉사사업 사회복지관 기능 보강
특정수요 (7개)	노인시설 운영 장애인복지관 기능보강 장애인 해피콜봉사센터 운영 정신요양시설 운영	노인복지회관 신축 아동보호 전문기관 설치(장비구입) 장애인 체육관 기능보강

※ 보건복지분야 총 67개 사업중 3개사업은 여성가족부로 이관(2005.6.23)하여 보건복지가족부 소관 지방이양 사업은 64개임

－ 대상사업 : 모자복지시설 운영, 모자복지시설 퇴소자 자립정착금, 미혼모 중간의 집 운영

보건복지가족부 소관 지방이양사업 67건을 분야별로 보면 노인복지분야 13건, 장애인분야 24건, 아동분야 4건, 가정복지분야 7건, 기타복지분야 11건, 보건의료분야 6건으로 구성되어 있으며, 보건의료분야보다 노인, 장애인, 아동 등 취약계층을 대상으로 하는 복지분야가 상대적으로 많이 이양되었음을 알 수 있다.

〈표 2-5-3〉 보건복지가족부 지방이양사업 현황

(2007년 기준)

구 분	계	경상적수요				비경상적수요	
	총 67개 사업	노인복지 (10개)	장애인복지 (20개)	아동복지 (9개)	그밖의 복지 (13개)	일반수요 (8개)	특정수요 (7개)
예산(10억)	2,199	383	313	313	391	22	777
비중(%)	100	17.4	14.2	14.2	17.8	0.9	35.3

※ 비경상적수요-특정수요 사업은 사회복지생활(노인, 장애인, 정신요양) 시설운영이 해당

〈표 2-5-4〉 이양사업의 국고보조금 및 사회복지분야 분권교부세 배분 현황

(단위 : 억원)

구 분	'02	'03	'04	'05	'06	'07
지방이양 67개 사업의 국고보조('04년까지) 및 분권교부세('05년 이후)	4,215	4,912	6,107	5,531	6,955	7,734

나. 지방이양사업 문제점 및 개선

2005년도에 이양사업 추진에 소요되는 분권교부세는 2004년도 국고보조금 규모를 기준으로 결정되었을 뿐만 아니라 노인·장애인 시설 등에 대한 신규 복지수요가 전혀 반영되지 않았으며, 이에 따른 예산 부족으로 시군구에서 신규시설 설치를 기피하게 되었다.

2005년도 지방이양사업의 재원은 분권교부세와 담배소비세 인상분(한갑당 510원에서 641원으로 인상, 2005년)으로 충당하기로 하였으나, 분권교부세는 내국세 총액의 일정분(0.83%)으로 내국세 증가율은 매년 8.6%에 불과하지만 사회복지사업 증가율은 매년 20.5%로 큰 폭으로 증가하고 있어 분권교부세로 사회복지사업분야를 지원하기에는 근본적인 한계가 있을 수밖에 없으며, 담배소비세도 금연 열풍 등으로 인해 세입 증가분이 저조하여 사업비가 부족하게 되는 문제가 발생하였다.

따라서 2005.11월 국정현안정책조정회의에서 지방이양사업 추진시 발생한 문제를 해결하기 위해 부족분 중 일부를 특별교부세(364억원)로 교부하였고, 2006년부터 분권교부세율을 0.83%에서 0.94%로 상향 조정하여 매년 1,180억원 이상을 노인, 장애인복지시설 및 정신요양 시설 등에 지원하게 되었다.

이를 통해 2009년까지 5,400여억원의 지방재정확충 효과가 발생하여 그 동안 재정운영에 어려움이 컸던 사회복지 수요 해결에 큰 도움이 될 것이다.

〈표 2-5-5〉 분권교부세 0.11%p 인상시 지방재정 확충효과

(단위 : 억원)

계	'06년도	'07년도	'08년도	'09년도	비 고
5,364	1,180	1,281	1,392	1,511	내국세 연평균 8.6% 증가

또한 노인·장애인·정신요양시설 운영비는 '특정수요' 항목으로 분리하여 동 교부액은 해당 사업에만 사용토록 하고, 동사업운영비는 2005년도 2,131억원에 비해 60.3% 증가한 3,416억원을 교부하였다.

분권교부세 교부방법은 시·군·구에 교부하는 방식에서 시·도에 직접 교부하는 방식으로 변경하여 각 사업에 대한 시·도의 책임을 강화하였다.

그러나 분권교부세는 내국세에 연동되어 있어 노인·장애인시설 등에 대한 신규 복지수요(노인 장기요양보험법 시행 등) 반영에 한계가 있고, 일부 지방자치단체의 경우 재정여건 및 단체장의 의지여하에 따라 지방이양사업의 진척상황이 달라 지방간 복지격차를 초래할 우려도 있다.

한편 지방재원의 중요 수단인 보통교부세는 대통령의 사회문화·복지지표의 교부세 배정기준 개편 지시(2006.2)에 따라 사회수석 주재 관계관 회의(2006.3), 경제비서관 주재 1급(행자, 복지, 기예) 회의 개최(2006.7) 등을 통해 주요 개정이 결정되었다.

기초수요 측정항목 중 '사회복지비'에 '아동복지비(2006)'와 '장애인복지비(2007)'가 신설되어 아동수와 등록장애인인 많은 지역에 보통교부세가 많이 교부되도록 조치하였다. 또한 보정수요인 사회복지균형수요를 신설하여(2007) 측정항목 및 측정단위 형태로 산정할 수 없는 사회보장비를 반영하여 사회복지 경비에 가산하도록 하였다. 그리고 2008년도에는 사회복지 분야 예산 비중이 높은 지자체에 대해 재정적인 인센티브를 부여함으로써 지자체의 사회복지 분야에

산 확충을 유도하기 위해 사회문화·복지분야 자체노력 반영제도를 신설할 예정이다. 이에 따라, 보통교부세 산정에서 전체 수요 대비 사회복지 수요에 대한 비중이 지속적으로 확대되었다.

〈표 2-5-6〉 보통교부세 산정시 전체 수요 대비 사회복지 수요 비중

연 도	'05년도	'06년도	'07년도	'08년도(예상)
비 중(%)	10.60	12.99	19.75	23.94

그러나 보통교부세의 수요산정시 사회복지 분야 수요에 대한 지속적인 배분 노력에도 불구하고 용도를 지정할 수 없는 보통교부세의 특성으로 인해 지자체에서는 복지분야의 예산증가를 인식하기에는 한계가 있다.

또 하나의 문제는 분권교부세가 폐지되고 보통교부세로 통합이 예정(2010.1.1)되어 있는 것이다. 통합이 되면 우선 먼저 재정력지수가 높아 보통교부세를 교부받지 않는 자치단체를 의미하는 보통교부세 불교부단체에 복지재정 부족 문제가 발생한다. 보통교부세 불교부 단체의 경우 2010년 통합 후 2008년 기준으로 추정할 때 불교부단체에 배분된 분권교부세 지급금액 2,500억원 중 사회복지 분야에 70% 배정된 약 1,750억원에 상당하는 재원 부족 문제가 발생하여 심각한 복지재정 감소가 예상된다.

그리고 보통교부세 교부단체의 경우에도 통합 후 용도를 제한하지 않는 보통교부세의 특성상 지자체의 복지예산 집행이 하락할 것으로 예상된다. 분권교부세제도는 국고보조금의 지방이양을 합리적으로 추진하기 위해 국가가 지방에 재원을 보장해주는 과도기적이며 한시적 제도로써 복지재정에의 용도지정 성격이 강하여 보통교부세와는 그 성격을 달리하기 때문이다.

3. 향후 계획

앞으로 지방이양 복지사업 예산이 적기에 편성되도록 지자체를 수시 독려하고, 분권교부세 집행 상황을 정기적으로 점검하여 예산부족 등의 문제 발생시 관련부처와 협의하여 대책을 마련해 나갈 예정이다. 또한 이양 후 가장 큰 문제점으로 지적되고 있는 사회복지생활시설(노인, 장애인, 정신요양)의 경우 지방이양사업이 보다 효과적으로 운영될 수 있도록 개선안을 마련할 예정이다.

아울러 지방이양사업, 기초생활보장급여 및 영유아 보육사업의 국고보조사업의 확대에 따라 일부 지방(주로 자치구)의 복지재정 지출부담이 늘어남에 따라 정부는 관계부처(기획재정부, 보건복지가족부, 행정안전부) 합동으로 「지방재정 TF」를 구성하여 지방재정 부담완화를 위한 대책을 수립하였는 바, 기초생활보장급여 및 영유아보육사업, 2008년부터 시행될 기초노령연금 등을 지방의 재정력과 복지수요를 감안하여 차등 보조토록하고, 부동산교부세 잔여재원을 복지와 교육수요를 반영하여 배분하는 방안을 마련하여 관련 법령개정 및 예산확보를 통해 2008년부터 시행할 예정이다.

한편 분권교부세 제도가 2009년까지 한시적으로 운영되고 2010년에는 보통교부세로 통합이 되는 바, 보통교부세 불교부 단체(서울, 인천, 경기 등)에 대한 대책을 포함, 교부단체의 경우에도 복지재정에 용도제한 성격이 강한 분권교부세를 용도가 지정되지 않는 보통교부세로 통합될 경우의 문제점을 고려하여 사회복지 수요에 부합하는 방향으로 분권교부세를 대체할 수 있는 새로운 제도를 검토하여 관계부처와 협의할 예정이다.

III 지방자치단체 복지종합평가*

1. 추진 배경

최근 한국사회에서는 지방화시대의 문이 활짝 열리면서 국가의 균형적 발전과 지방분권이 강조되었고, 이러한 경향은 사회복지분야에서도 광범위한 영향을 받게 되었다. 즉, 지역사회 복지의 중요성이 크게 부각되면서 67개 사회복지사업이 지방으로 이양되었고, 민·관 복지협력 기구인 지역사회복지협의체의 구성이 의무화되었으며, 매 4년마다 지역복지계획수립이 의무화됨과 동시에 주민생활지원서비스의 공공전달체계 개편이 추진되고 있다. 이러한 일련의 정책 추진은 기초 및 광역 지방자치단체의 지역사회복지에 대한 관심을 증대시키고, 책임을 강화하여 궁극적으로 지역주민의 복지수준 향상과 삶의 질 개선에 주요 목적을 두고 있다.

그러나 이와 같은 지역사회복지의 중요성과 지방자치단체의 복지책임성 강화 방향에도 불구

*집필자 : 지역복지과장 임숙영

하고 광역 및 기초 지방자치단체가 지역실정에 맞는 복지행정과 지역특성을 고려한 복지서비스를 능동적으로 제공할 수 있는 기획능력 및 추진역량은 여전히 미흡한 수준에 있다. 복지재정의 양적 확대와 효율적 배분, 공공과 민간의 복지전달체계의 효율화, 복지업무 담당의 공공인력과 민간 인력의 확충과 자질향상 등의 복지인프라 측면과 지역사회복지협의체 활성화, 지역복지계획 수립 및 추진 내실화, 서비스 질적 향상 등의 측면에 대한 중앙정부 차원의 정책적 지원이 요구된다.

더군다나 지방자치단체 간의 재정력 차이는 지방으로 이양된 복지사업의 발전은 커녕 오히려 후퇴할 가능성마저 배제할 수 없다. 결과적으로 지역사회복지의 ‘빈익빈 부익부(貧益貧 富益富)’ 현상이 심화되고 있다는 우려가 제기되고 있고, 이러한 요인들은 지역사회복지의 활성화에 걸림돌이 되고 있음이 사실이다.

이러한 측면에서 기초 지방자치단체의 복지정책을 종합적으로 평가하기 위한 객관적이고 체계적인 지표를 개발하고, 복지수준 및 사업성가를 종합적·체계적으로 평가하며, 그 결과에 근거하여 지역사회복지의 발전방안을 도출하는 노력이 시급하다는 판단을 하게 되었다. 즉, 한국 사회에서 사회복지를 둘러싼 제반 환경의 변화에 적응하고, 지역특성을 적극 감안한 복지정책을 추진하며, 그리고 복지사업의 효율성을 증대시켜 효과의 극대화를 도모하기 위한 일환으로 2005년도 시범평가를 시작으로 2006년에 중앙정부 차원에서 최초의 「지방자치단체 복지종합평가」를 전국 기초 지방자치단체를 대상으로 실시하게 되었다.

2. 복지종합평가 개요

제주특별자치도 2개 행정시(제주시, 서귀포시)를 포함하여 전국 232개 기초 지방자치단체를 대상으로 지방자치단체에서 수행하고 있는 노인복지, 아동복지, 장애인복지 등 9개 복지사업 업무전반에 대하여 2006년도 추진실적을 대상으로 평가를 실시하였다.

평가방법은 먼저 지방자치단체에서 자체평가서 양식에 의거 자체평가를 실시하여 제출하면 교수, 연구진, 공무원, 민간복지시설종사자 등 현장평가단을 구성하여 지방자치단체를 방문, 현장평가를 실시하였으며, 1차 평가결과 통보에 대한 이의신청을 받아 재확인(평가) 평가절차를 거쳐 최종 평가결과를 확정하였다.

평가결과 우수지자체에 대해서는 특별지원금 37.5억원의 인센티브를 차등지원하여 복지사업비와 직원역량 강화 교육훈련비로 활용토록 하였다.

전체 평가지표는 9개 분야를 28개 영역으로 나누어 총 81개의 지표로 구성되어 있으며 평가지표의 현황은 아래와 같다

〈표 2-5-7〉 지방자치단체 복지종합 평가지표 현황

구 분	평가영역	평가내용	평가지표수	배 점
계	28	57	81	1,000
복지총괄	5	12	17	180
복지행정혁신	3	6	9	100
지역사회복지계획	3	8	8	100
노인복지	3	6	7	110
아동복지	3	5	8	100
장애인복지	3	6	8	100
기초생활보장	3	6	8	110
자 활	3	4	8	100
의료급여	2	4	8	100

3. 지방자치단체 복지종합평가 평가군 구성

평가기준에 의한 평가를 실시하여 결과를 산출하고, 우수 지자체의 선정은 지방자치단체간의 격차를 최소화하기 위하여 각각의 평가군 내에서 실시하였다.

2006년도 평가는 제주특별자치도와 자연재해로 인해 재난지역으로 선포된 지역 중 해당 지자체가 평가상의 어려움을 신청한 4개 지역(양양군, 양구군, 평창군, 인제군)이 제외되었으나, 2007년도 평가에는 제주특별자치도 2개 행정시를 포함하여 전국 232개 기초 지자체를 대상으로 하였다.

지방자치단체 복지종합 평가군(群) 구성 단계는 다음과 같다.

첫 단계에서는 현재의 시·도 구분에 기초하여 전국을 대도시(대도시 내 군 포함, 74개 지역), 중·소도시(77개 지역), 농·어촌(81개 지역) 등 세 개 집단으로 분류하였다.

둘째 단계에서는 첫째 단계에서 3그룹으로 분류한 각각에 대하여 재정자립도 순위와 인구규모 순위를 각각 50% 적용하였다.

셋째 단계에서는 세 집단의 군 비율을 적용하여 적정 지자체 개수를 산출 한 후, 대도시 4개 그룹, 중·소도시 4개 그룹, 농·어촌 5개 그룹으로 분류하여 그룹간의 격차를 완화하였다. 결과적으로 전국의 기초 지방자치단체가 13개 평가그룹으로 분류되었다.

〈표 2-5-8〉 13개 군(群)으로 분류된 기초 지방자치단체의 분포현황

구 분	군(群)	지자체 명
대도시	가 군	서울송파구, 서울강남구, 서울양천구, 서울강서구, 서울강동구, 서울영등포구, 서울서초구, 서울성북구, 서울구로구, 서울동작구, 서울마포구, 서울관악구, 대구달서구, 대구수성구, 서울노원구, 서울광진구, 인천남동구, 서울동대문구, 인천부평구
	나 군	부산진구, 서울서대문구, 대전서구, 울산남구, 인천남구, 인천서구, 서울도봉구, 서울은평구, 서울용산구, 서울성동구, 부산해운대구, 서울종로구, 서울중랑구, 울산울주군, 서울중구, 대구북구, 대전유성구, 서울강북구, 인천연수구
	다 군	서울금천구, 광주북구, 인천중구, 울산동구, 인천계양구, 부산사하구, 부산동래구, 울산북구, 광주광산구, 부산남구, 부산사상구, 광주서구, 부산기장군, 부산연제구, 부산동구, 대구동구, 대구서구, 부산금정구
	라 군	대구중구, 대구달성군, 부산수영구, 대전중구, 부산북구, 부산중구, 대전대덕구, 울산중구, 인천동구, 대전동구, 부산강서구, 대구남구, 광주남구, 부산영도구, 광주동구, 부산서구, 인천옹진군, 인천강화군
중·소 도시	마 군	경기수원시, 경기성남시, 경기부천시, 경기안산시, 경기고양시, 경기안양시, 경남창원시, 경기용인시, 경기화성시, 경기시흥시, 충북청주시, 충남천안시, 경북포항시, 경기의정부시, 경북구미시, 경기군포시, 경기평택시, 경기광주시, 전북전주시
	바 군	경기남양주시, 경남김해시, 경기광명시, 경남마산시, 경기파주시, 경남양산시, 충남아산시, 제주제주시, 경남진주시, 경기오산시, 경기김포시, 전북익산시, 전남광양시, 경기구리시, 강원원주시, 전남여수시, 경기이천시, 강원춘천시, 전남순천시
	사 군	경기의왕시, 경남거제시, 경기하남시, 경기양주시, 경북경주시, 전남목포시, 경북경산시, 경기포천시, 전북군산시, 경기안성시, 강원강릉시, 충남서산시, 경기과천시, 경남진해시, 충북충주시, 제주서귀포시, 경북김천시, 경남통영시, 충남보령시
	아 군	경북안동시, 충북제천시, 강원속초시, 충남공주시, 경남밀양시, 경남사천시, 경기동두천시, 강원동해시, 충남논산시, 경북영주시, 전북정읍시, 경북영천시, 강원태백시, 경북상주시, 전북김제시, 경북문경시, 충남계룡시, 전남나주시, 전북남원시, 강원삼척시

구 분	군(群)	지자체 명
농·어촌	자 군	충남당진군, 경기여주군, 충북청원군, 경북칠곡군, 충북음성군, 충남연기군, 충남태안군, 전북완주군, 충북진천군, 경기양평군, 경남함안군, 전남화순군, 충남예산군, 강원홍천군, 경남고성군, 경기가평군
	차 군	경남창녕군, 충남금산군, 경남거창군, 전남영광군, 경북울진군, 충남부여군, 경기연천군, 충남홍성군, 경남하동군, 강원정선군, 충북옥천군, 전남영암군, 경남남해군, 전북부안군, 전남해남군, 경남합천군
	카 군	강원평창군, 충북영동군, 충북단양군, 경북성주군, 전남담양군, 전남고흥군, 전남완도군, 강원횡성군, 충북괴산군, 강원양양군, 경북고령군, 전북고창군, 충남서천군, 경북의성군, 전남무안군, 강원양구군, 전남장성군
	타 군	강원고성군, 전남보성군, 강원철원군, 경북영덕군, 강원영월군, 경북울릉군, 전북무주군, 경북청도군, 경남의령군, 경남산청군, 충남청양군, 경북예천군, 경남함양군, 경북청송군, 강원인제군, 전북진안군
	파 군	전북임실군, 경북군위군, 전남신안군, 전남진도군, 충북증평군, 전남장흥군, 충북보은군, 전남함평군, 전남구례군, 강원화천군, 전남강진군, 전북순창군, 전남곡성군, 경북봉화군, 경북영양군, 전북장수군

※ 주 : 순위와 관계없이 나열함

4. 2007 지자체 복지종합평가결과 우수기관 선정결과

포상종류	최우수	우 수	준우수	분야별 우수	발 전
우수기관수	13	13	13	9	3
포상금(백만원)	1,560	1,170	910	88	26.5
공로공무원 장관상	13	13	13	7	-

【종합 부문】

평가군	최우수	우 수	우 수
가	서울영등포구	서울 동작구	서울 송파구
나	부산해운대구	대전 서구	서울 은평구
다	부산 동구	광주 북구	광주 서구
라	부산 수영구	부산 북구	광주 남구
마	경남 창원시	경기 수원시	경북 구미시

평가군	최우수	우 수	우 수
바	경남진주시	경남김해시	강원춘천시
사	전남목포시	충남보령시	충남서산시
아	강원태백시	충북제천시	전북남원시
자	전북완주군	충북음성군	경남고성군
차	경남하동군	충남금산군	전남해남군
카	충남서천군	경북성주군	경북고령군
타	강원고성군	경남산청군	경남의령군
파	강원화천군	전남강진군	전북순창군

※ 총 39개 지자체 중 19개 지자체(48.7%)가 신규로 순위권 진입

【분야별 부문】

분 야	복지 총괄	복지 행정 혁신	지역 복지 계획	노 인 복 지	아 동 복 지	장애인 복 지	기초 생활 보 장	자 활	의 료
지 역	전북 고창군	부산 진구	경기 안산시	인천 연수구	서울 도봉구	경기 이천시	전북 군산시	경북 포항시	부산 사상구

【발전 부문】 : 대구 달성군, 경기 군포시, 전북 전주시

※ 2006년도 대비 종합점수 및 등위가 현저히 향상된 지자체

5. 향후계획

보육업무가 보건복지가족부로 이관됨에 따라 보육지표의 개발과 지자체의 특화사업이나 중점추진사업을 활성화하기 위한 선택배점제(WILD-CARD)를 도입하는 등 평가체계 통합과 확대를 통하여 평가들을 재정비 나갈 계획이다.

또한, 2007년도 복지종합평가 우수 지방자치단체 선정시 특정 분야 성적이 전국 최하위권임에도 종합점수 1위로 최우수지자체로 선정되는 사례가 발생하여 2008년도부터는 종합분야 우수 지자체 선정시 과락제도를 도입하고 전국 232개 지방자치단체 중 우수기관으로 선정되는 기관수가 1/5수준에 머물러 있어 지역복지수준 격차 완화를 위한 동기부여를 위하여 포상범위를 확대도 검토하고 있다. 그러나 이러한 제도의 개선과 아울러 더욱 중요한 것은 평가지표 하나 하나가 지자체의 복지사업 성과측정이 가능한 지표로서의 대표성을 지녀야 한다.

아울러 평가의 객관성과 공정성을 높이기 위하여 현장평가단들의 실무교육을 강화하여 현장 평가 참가자들 간에 동일한 눈높이로 평가에 임할 수 있도록 함으로서 『지방자치단체 복지종합 평가』가 명실상부한 지방자치단체의 복지행정 전반을 포괄한 평가이고 그 결과를 모든 지자체가 수긍하여 각 지방자치단체의 부족한 복지영역을 한 단계 업그레이드 시켜줄 수 있는 평가가 되도록 진행해 나갈 계획이다.

IV 사회복지관의 지원 및 육성*

1. 설치 배경

저소득층 밀집지역을 중심으로 사회복지관을 설치하고 전문 사회복지사 및 자원봉사자의 활동을 통한 포괄적인 지역사회 복지서비스를 제공함으로써 노인, 장애인, 아동, 저소득층 등 취약계층의 지역사회복지문제를 예방·해결하기 위하여 1983년부터 사회복지관을 설치·운영하기 시작했다.

2. 기능 및 역할

가. 지역사회 주민의 욕구 파악 및 평가

지역사회의 인적·물적 환경의 특성과 주민들의 당면한 사회복지 욕구를 합리적으로 조사·평가하는 것은 사회복지관의 지역사회복지사업 개발에 주민의 참여를 활성화하기 위한 동기 조성의 기초가 된다.

나. 주민의 성장과 자립을 위한 종합사회복지서비스 제공

사회복지관은 사회복지생활의 현장에서 주민들의 성장과 발전 그리고 사회적인 자립을 직접·간접으로 돕는 종합복지센터의 역할을 수행한다.

*집필자 : 민간복지과장 송정근

다. 지역사회 통합의 매개 역할

지역사회 주민 및 유관기관·단체 상호간의 지역공동체 의식을 고취하고 주민의 자발적인 참여로 지역사회 발전을 도모한다.

라. 지역사회 민간자원의 발굴 및 활용

사회복지에 대한 지역주민의 자발적인 참여를 통한 자원봉사자와 후원자를 적극적으로 개발 및 활용하여 지역사회복지에 관한 연대의식을 고취한다.

마. 주민을 위한 사회교육의 매체

저소득층 주민들의 생활향상과 자기실현을 위하여 새로운 생활정보의 보급, 지식·교양의 증대, 자립의욕의 활성화를 위한 동기 조성, 지역사회 소속감의 부여를 위한 사회교육의 모체 기능 등을 수행한다.

3. 주요 사업 내용

사회복지관의 주요 사업 내용은 다음과 같다.

가. 가족복지사업

가족관계증진사업, 가족기능보완사업, 가정문제해결·치료사업, 부양가족지원사업

나. 지역사회보호사업

급식서비스, 보건의료서비스, 경제적 지원, 일상생활지원, 정서지원서비스, 일시보호서비스

다. 지역사회조직사업

지역사회복지를 위한 주민조직 강화 및 교육, 복지네트워크구축, 주민복지 증진사업, 자원봉사자 양성 및 후원자 발굴

라. 교육문화사업

아동·청소년방과 후 교육, 성인 기능교실, 노인여가·문화, 문화 복지사업

마. 자활사업

직업기능훈련, 취업알선, 직업능력개발, 자활공동체 육성

4. 설치 현황

〈표2-5-9〉 시·도별 사회복지관 설치 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소)

구분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
시설수	407	95	51	25	17	19	19	7	54	14	10	17	18	16	15	21	9

〈표 2-5-10〉 사회복지관 건립실적

(단위 : 개소, 억원)

구 분		계	'85~ '92	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04
사 업 량		138	56	3	1	3	6	10	11	1	8	8	10	12	9
사 업 비	계	1,847	737	18	14	44	76	140	142	16	100	113	144	160	143
	국 고	666	321	9	5	16	27	42	43	5	30	34	43	48	43
	지방비	1,181	416	9	9	28	49	98	99	11	70	79	101	112	100

※ '05년부터 지방이양대상사업으로 선정되어 분권교부세로 지원되고 '06 건립예산 없음

〈표 2-5-11〉 사회복지관 운영주체별 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소)

구 분	계	사회복지법인	비영리법인	지자체	기 타
시 설 수	407	298	62	22	25

*기타 : 학교법인, 의료법인

5. 사회복지상담시설 설치·운영

사회문제의 다양성과 복잡성에서 파생되는 인생, 종교, 자살, 청소년 비행문제 등에 대하여 사회복지전문가의 전화 및 내방상담을 통해 각종 사회문제의 발생을 사전에 예방하는 기능을 수행한다는 점에서 사회복지상담시설 설치·운영의 필요성이 강조된다. 따라서, 생명의 전화 및 사랑의 전화 등 4개소의 사회복지상담시설이 설치·운영되고 있다.

제2절

민간 복지자원의 활성화*

I 사회복지공동모금회 지원 및 육성

1. 개요

가. 목적 및 설립 배경

사회복지공동모금회는 사회복지사업 및 기타 사회복지활동을 지원하기 위하여 국민의 자발적인 성금으로 모금된 재원을 효율적으로 관리·운용함으로써 사회복지증진에 이바지하기 위하여 설립되었다.

1975년부터 정부에서 주관하던 이웃돕기모금사업이 1998년 7월 1일부터 사회복지공동모금법이 시행되어 동 사업이 민간단체로 이관되면서, 같은 해 전국공동모금회와 16개 지역공동모금회가 설립되어 활동을 시작하였다.

나. 조직체계 등의 변화

동 법은 1999년 4월 1일부터 사회복지공동모금회법으로 개정·시행되어 지원대상 사업의 적용 범위가 사회복지사업 및 기타 사회복지활동으로 확대되고, 개별 독립법인이던 지역공동모금회가 공동모금회 지회로 전환되었다. 이와 함께 모금 및 배분사업의 전문성을 인정, 모금경비 및 관리운영비의 사용한도를 10% 이내로 대폭 확대하고, 예산안 및 사업계획도 보건복지부 승인 사항에서 보고 사항으로 개정하여 자율성을 확보하였다.

또한, 2002년 12월 동 법의 일부 개정을 통하여 동 회의 회계연도를 정부회계연도와 일치시켰고(당해연도 10월 1일~익년도 9월 30일 → 당해연도 1월 1일~당해연도 12월 31일), 기획

*집필자 : 민간복지과장 송정근

홍보분과실행위원회를 기획과 홍보분과실행위원회로 분리하였다.

최근 2008년 3월 동 법의 개정을 통하여 사무총장을 당연직 이사로 정하였으며, 국제보건 의료지원사업에 대한 배분을 명문화하였다.

2. 모금 및 배분 현황

가. 모 금

공동모금회의 모금사업은 연말연시 집중모금과 연중모금으로 구분된다.

2007년 12월 1일부터 2008년 1월 31일까지 2개월간 “희망 2008이웃사랑캠페인”을 실시해 총 1,985억원(중앙 1,038억원, 지회 947억원)을 모금하여 전년도 같은 기간 모금액보다 22.0%가 늘어났다.

〈표 2-5-12〉 연도별 모금 추이

(단위 : 백만원)

구 분	2007	2006	2005	2004
합 계	267,407	217,746	214,742	175,630
중 앙	122,837	113,185	116,401	80,526
지 회	144,570	104,561	98,341	95,104

〈표 2-5-13〉 연말연시 이웃돕기캠페인 모금실적(2007.12.1~2008.1.31)

(단위 : 백만원)

구 분	모금목표액	모금실적	달성율(%)
중 앙	108,000	103,778	96.1%
지 회	70,588	94,747	134.2%
계	178,588	198,525	111.2%

나. 배 분

2005년도에는 1,772억원, 2006년도에는 1,837억원, 2007년도에는 2,230억원을 배분하여 민간 사회복지 지원으로는 최대 규모의 배분 지원을 하였다.

사업비 배분은 신청사업, 지정기탁사업, 기획사업, 긴급지원사업 등의 방법으로 다양하게 실시

하고 있다. 신청사업은 전문 프로그램 사업 계획서를 제출받아 심사한 후에 지원하고, 지정기탁 사업은 기부자의 의도를 그대로 반영하는 사업이며, 긴급지원사업은 시급하게 지원이 이루어져야 할 이웃들에게 배분되고 있다.

신청사업 지원과 함께 일반 배분사업에서 다루지 못했던 내용은 기획사업을 통해 복지사가 각 지대를 발굴, 지원함으로써 산재해 있는 다양한 사회복지 현안 중에서 정부나 민간이 쉽게 개입하지 못하는 사회복지 인프라를 구축 및 민간복지 전반의 폭넓은 변화를 촉진하고자 했다.

〈표 2-5-14〉 2007년 분야별 배분실적

(단위 : 백만원, %)

구 분	2007년 배분실적	
	금 액	비 율
계	223,025	100
신 청 사 업	9,960	4.5
기 획 사 업	71,074	31.9
긴 급 지 원 사 업	23,532	10.5
지 정 기 탁 사 업	118,459	53.1

3. 향후 과제

사회복지공동모금회는 1998년 출범 이후, 우리사회의 민간복지 재원을 확충하고 ‘나눔과 참여’의 문화를 정착시키기 위해 다양하고 활발한 모금과 배분사업을 실시해 왔다. 이러한 성과를 바탕으로 공동모금회는 생활속에서 실천할 수 있는 다양한 기부와 이웃사랑의 실천 방법을 제시하여 전 국민이 함께 하는 기부 문화를 정착시킴과 동시에 기업의 사회공헌 활성화 전략을 개발하여 기부의 양적 확대와 질적 향상을 도모하여야 할 것이다.

성금지원에 있어 과거 의·식·주를 중심으로 하는 기초적 수준을 뛰어 넘어 변화하는 사회 현상을 예측하고 새롭게 등장하는 사회문제에 효과적이고 조직적으로 대응하기 위해 노력하여야 할 것이다. 이를 위해 공동모금회 중앙회는 주요 사회문제와 과제를 해결하기 위한 활동에 초점을 두고, 지회는 사회복지 현장의 다양한 욕구에 대응하고 이를 지원하기 위한 활동을 실시함으로써 배분사업의 효율성과 효과성을 강화하기 위해 변화하고 있다.

앞으로 사회복지공동모금회는 모금과 배분활동의 전문성, 투명성, 공공성을 강화하고 공동 모금제도를 정착시키기 위해서 국민들의 관심과 함께 정부, 지방자치단체, 사회복지현장의 폭 넓은 참여와 성원을 이끌어 내도록 노력해야 할 것이다.

II 사회복지분야 자원봉사 활성화

사회복지서비스분야는 그 대상 범위가 매우 넓으며, 대상자의 욕구도 상황과 시점에 따라 다중적임으로 정부의 공공서비스 외에도 민간의 참여하에 다양한 서비스를 제공하는 것이 필요하다.

민간부문이 복지사업에 참여하는 형태에는 여러 가지가 있을 수 있으나, 물적인 측면에서 민간 기업들이 공익재단법인을 설립하여 사회복지사업을 실시 또는 지원하는 방법과 인적인 측면에서 일반인이나 각종 단체가 선의(善意)를 가지고 사회복지활동에 참여하는 자원봉사를 대표적으로 들 수 있다. 특히 자원봉사활동은 자발적인 참여를 통해 상부상조하는 복지공동체의 구축 기반을 제공한다는 차원에서 매우 중요한 민간자원이라 할 수 있으며, 앞으로 체계적으로 지원·육성되어야 할 필요성이 있는 사업이다.

1. 현 황

2001년 11월부터 현재 한국사회복지협의회에서 보건복지가족부의 위탁사업으로 수행하고 있는 “자원봉사인증관리사업”에 등록된 인증센터는 2007년 12월말 현재 4,063개소이며 등록 자원봉사자는 1,880,401명이고, 활동 자원봉사자수는 753,634명인 것으로 나타나고 있다.

이는 2006년 12월말 현재 2,938개소이던 인증센터가 2007년 한 해 동안 1,125개소 늘어난 것이며 2007년도 연간 활동 자원봉사자(753,634명) 역시 2006년도(519,080명)에 비해 그 수가 약 45.2% 증가하는 등 사회복지시설·단체·법인 및 기업 등 소속 자원봉사자의 활발한 참여 속에 인증관리사업이 운영 중에 있다 1994년에는 한국사회복지협의회에도 사회복지정보센터가 설치되어 자원봉사에 관한 정책연구, 조사, 사회복지봉사활동 전문관리자 교육, 전산망구축 운영 등의 활동을 하고 있다.

2. 자원봉사활동 활성화 시책

사회복지협의회 부설 사회복지자원봉사센터는 자원봉사 인증센터 지정 및 인증요원 양성과 자원봉사인증 DB프로그램 보급 및 교육훈련을 실시하고 자원봉사단체에서 교육이나 홍보자료로서 활용할 수 있는 교육교재나 각종 홍보물을 다양하게 제작·배포하고 있다. 1995년 11월에 개통된 자원봉사전산망(VT-NET)을 1999년에 사회복지자원관리시스템으로 확충하여 자원봉사의 체계적 관리가 이루어질 수 있도록 하였고, 2001년 11월에는 자원봉사인증관리DB를 구축하여 전국 사회복지분야 자원봉사활동 실적을 관리하고 있다.

특히 2003년도부터 인증센터에 등록된 자원봉사자 중 위험 정도가 높은 분야에서 활동하거나 지속적·정기적으로 활동하는 자원봉사자를 상해보험에 가입시킴으로써 봉사활동 도중 발생하는 위험에 대비하고 이를 통한 활발한 자원봉사 활동 참여를 도모하고 있다. 2007년도에는 60,000명을 2008년도에는 70,000명의 자원봉사자를 상해보험에 가입시킴으로써 보다 많은 자원봉사자가 혜택을 받을 수 있도록 할 계획이다.

또한, 2005년부터 새롭게 시작한 자원봉사자카드사업은 김근태 前 장관이 제1호카드를 발급 받으면서부터 활성화되어, 전국의 인증요원과 봉사자가 모두 쉽게 봉사에 참여하고 실적이 입력 되어 봉사활성화에 기여하고 있다.

〈표 2-5-15〉 자원봉사인증관리사업 현황

(2007년 12월말 현재)

구 분	인증센터	인증요원	2007년도 연간봉사횟수	2007년도 연간봉사시간
자원봉사인증센터 (16개 시·도)	4,063개소	9,702명	4,367,752회	15,366,597 시간

- ※ 주 : 1. 인증센터 및 인증요원현황은 2001년 11월부터 2007년 12월말까지 지정 및 위촉된 수임
2. 2007년도 연간봉사 횟수 및 봉사시간은 2007년도 한 해 동안 활동한 자원봉사자(753,634명)의 봉사 실적을 합한 값임

〈표 2-5-16〉 시·도별 인증센터 현황

(2007년 12월말 현재)

계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
4,063	470	233	138	153	334	255	171	448	193	193	366	269	309	259	152	120

III 기부식품제공사업(Food Bank)

1. 사업 개요

기부식품제공사업은 생산·유통·판매·사용 과정의 여유식품을 어려운 이웃에게 전달하여 유용하게 활용함으로써 식품나눔 문화를 확산하고 식품자원도 낭비 없이 활용하는 사업이다.

2. 추진 현황

가. 운영 체계

현재 기부식품제공사업은 보건복지가족부 민간복지과에서 그 업무를 총괄하고 있고 시·도에서는 사회복지과 또는 여성정책과 등에서 담당하고 있다. 민간부문에서 직접 기부식품제공사업을 수행하는 기관으로 한국사회복지협의회(전국푸드뱅크), 시·도사회복지협의회(광역푸드뱅크), 사회복지관 등 사회복지시설(기초푸드뱅크)이 있다. 이들 푸드뱅크는 식품을 기탁하는 개인, 기업 또는 법인을 회원으로 가입시켜 운영하고 있다.

동 사업은 1998년 1월 4개 권역(서울, 부산, 대구, 과천)에서 시범사업을 실시하였고 1998년 7월부터 푸드뱅크사업 지역을 전국 58개소로 확대하였으며 기탁자 및 수혜자가 쉽게 이용할 수 있도록 특수전화(1688-1377)도 설치하였다. 2007년 12월 현재 288개소(전국 1, 광역 16, 기초 271)의 푸드뱅크가 운영되고 있다.

〈표 2-5-17〉 시·도별 푸드뱅크 설치 현황

(2007. 12월 현재)

계	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
288	1	44	17	11	11	13	7	6	45	19	15	20	15	24	19	17	4

나. 추진 실적

그간 기탁 및 배분 실적은 다음 표와 같다.

〈표 2-5-18〉 기탁 및 배분실적(2004~2007)

(단위 : 백만원)

연 도	기탁액 (백만원)	배 분 실 적					기탁 자수	푸 드 뱅크수
		계	이용 시설	생활 시설	기타 법인, 단체	재가이용 대상자		
2004	31,500	28,280	10,866	8,673	3,471	5,270	3,371	259
2005	39,514	36,915	13,410	11,530	5,200	6,775	3,185	270
2006	36,491	33,749	12,156	10,556	4,719	6,318	3,124	278
2007	40,495	38,711	15,053	12,564	5,091	6,003	2,863	288

※ 주 : 기탁회원수 및 푸드뱅크 수는 연도 말 현재 회원임

표에서 나타난 바와 같이 기탁액이 크게 증가하는 등 푸드뱅크 사업은 대폭적으로 확대되고 있다. 기탁 회원은 제과점이 가장 많고 그 다음이 단체급식소와 식품업체 순으로 기탁량도 비례하고 있다.

특히 제과점의 경우 전국을 대상으로 정기적으로 기탁하는 업체가 있으며 각 푸드뱅크가 소재한 지역의 소규모 제과점들도 다른 기탁업체에 비하여 실적이 높은 편이다. 또한 영양사들이 근무하는 집단급식소의 조리식품이 비교적 기탁량이 많은 반면 조리식품을 판매하는 일반식품 접객업소의 기탁 실적은 아직도 미미한 실정이다.

다. 이용 대상자

푸드뱅크의 이용 대상자는 재가복지대상자(소년·소녀가장, 장애인, 재가노인세대, 모·부자가정 등), 노숙자쉼터, 실직가정, 재난·재해로 인한 일시구호 대상자, 무료급식소, 사회복지시설 등이며, 이용 대상자의 식품소요량 및 재고량 등을 파악하여 적정하게 배분하고 있다.

3. 식품기부 활성화에 관한 법률 제정

식품기부를 활성화하기 위하여 식품기부 활성화에 관한 법률을 제정 공포하였으며, 동 법률의 주요 내용으로는 제공자·사업자 등의 면책, 기부식품제공사업에 대한 국가 및 지방자치단체의 지원 등이다.

Ⅳ 사회복지무요원 교육 실시

1. 제도 개요

국가인적자원의 효율적 활용을 위한 “2년 빨리, 5년 더 일하기 사회 만들기 전략”의 일환으로 예외 없는 병역의무 이행과 사회서비스 수요증가에 적극적으로 대처하기 위해 2008년부터 사회복지무제도가 도입되었다.

동 제도는 사회활동이 가능한 모든 사람은 병역의무를 이행하되 현역으로 복무하지 않은 사람은 사회복지, 보건의료, 환경안전 등의 사회적 필요성은 높으나 민간부문의 인력공급이 어려운 사회서비스 분야에 집중적으로 배치하게 된다.

사회복무제도의 도입에 따라 현행 공익근무요원은 2010년까지 단계적으로 사회복지무체계에 편입되고, 증가하는 사회복지무요원은 노인·장애인·아동시설 및 보건소 등 보건복지분야에 배치될 예정이다.

2. 추진방향

1995년부터 도입된 공익근무요원제도는 4주간의 기초군사훈련을 받고 복무현장에 배치됨에 따라 사명감 및 업무의 전문성 부족 등으로 인해 현장적응력이 부족하며 복무기관에서의 업무가 단순 행정보조업무에 머물러 병역부담의 형평성과 인력운영의 비효율성의 문제가 제기되어 왔다.

이에 따라 2008년부터 보건복지분야에 배치되는 사회복지무요원은 국방부와 병무청에서 실시하는 기초군사교육(4주)과 소양교육(1주)외에 이론과 실습을 겸비한 2주간의 직무교육을 실시하여 현장에서 실질적인 역할을 수행할 수 있도록 전문성을 제고하도록 하였다.

이들에 대한 직무교육은 한국보건복지인력개발원에 위탁·운영하게 되며, 사회복지무교육 본부와 광역권역별로 6개 지역사회복무교육센터를 설치하고 분야별 전문가 및 우수강사를 통해 수준 높은 교육을 실시할 계획이다.

교육과정은 복무기관의 유형에 따라 “사회복지분야”, “보건의료분야”, “사회복지전담공무원 지원분야”로 나뉘어 운영되며 과정별로 강의와 실습교육을 병행하고 지속적인 교육과정 개발과 교육평가를 통해 현장 밀착형 교육이 이루어지도록 할 예정이다.

또한 사회복지요원과 근무기관 담당자를 대상으로 현업적응도 평가를 실시하여 적극적인 환류를 통한 교육의 내실화를 추진하고 있다.

〈표 2-5-19〉 보건복지분야 사회복지요원 직무교육 과정현황

구 분	사회복지과정	사회복지직공무원 보조과정	보건의료과정
교육대상	사회복지 기관·시설에서 근무하게 될 사회복지요원	읍·면·동사무소에서 근무하게 될 사회복지요원	보건소, 국공립의료원 등에서 근무하게 될 사회복지요원
교육시간	총 70시간 (이론 54, 실습 14 기타 2)	총 70시간 (이론 54, 실습 14 기타 2)	총 70시간 (이론 54, 실습 14 기타 2)
교육내용	• 사회복지시설 운영에 대한 이해 • 노인, 장애인, 아동, 청소년에 대한 이해 • 일상생활 활동지원 및 이동 보조서비스의 이해와 지원 • 의사소통의 이해 및 인권 이해와 실천 등	• 사회복지직공무원 역할에 대한 이해 • 노인, 장애인, 아동, 청소년에 대한 이해 • 주민생활중심의 공공서비스 전달체계에 대한 이해 • 가정방문 및 공문서의 이해 등	• 보건의료서비스 및 보건소 업무의 이해 • 노인, 장애인, 아동, 청소년에 대한 이해 • 전염병 예방사업 • 초기응급처치요령 실습 등

향후, 증가하는 사회복지요원의 효율적인 활용을 위해 새로운 복지서비스 수요가 발생하는 분야를 지속적으로 발굴하고 사회복지요원이 현장에서 적절히 활용될 수 있도록 홍보를 강화하도록 할 계획이다.

제3절

보건복지콜센터의 운영*

I 보건복지콜센터 운영배경

정부는 2004년말 발생한 대구 장애아동 사망사건을 계기로 각종 생계형 사건·사고가 증가함에도 불구하고 이들을 조기에 발견·지원하는 시스템이 미비하다는 반성하에 사회복지전달체계의 개선을 집중 추진하였고, 그 일환으로 2005년 11월 1일부터 보건복지콜센터를 설치·운영하여 보건복지와 관련된 모든 상담 및 지원요청을 One-Stop으로 통합 처리함으로써 국민들이 전국 어디서나 쉽게 접근하여 보건복지와 관련된 상담 및 지원요청이 가능한 체계를 마련하였고, 이를 통해 여러 지원제도가 있음에도 불구하고 이를 알지 못하여 제때 필요한 도움을 받지 못하는 사례가 발생하지 않도록 하고 있다.

수요자로서의 국민들이 보건복지관련 정보와 상담서비스를 한 곳에서 통합 제공받을 수 있도록 주요 문의에 대한 직접상담 및 안내·중계 창구로서의 역할수행과 함께, 시·군·구 및 읍·면·동 등 실제 집행기관의 주민생활 현장에서의 복지·보건 등 주민복지 지원활동을 측면 지원하는 사회복지전달 체계로서의 기능을 담당하고 있다.

아울러, 보건복지 관련 전화민원·상담을 보건복지콜센터에서 전담 처리함으로써 정책부서 공무원들이 정책·사업의 개발 등 기본 업무에 집중할 수 있는 업무환경을 제공하는 한편, 국민의 입장에서는 전문상담원의 신속·친절하고 표준화된 전화응대를 통해 보건복지행정에 대한 신뢰와 만족도를 높이는 역할을 하고 있다.

*집필자 : 보건복지콜센터장 양윤선

II 보건복지콜센터(희망의 전화 129) 상담현황

1. 상담시간

자살이나 학대, 긴급복지지원 요청과 같은 위기상황에 대한 상담은 365일 24시간, 소득보장·복지서비스·건강생활 등 보건과 복지와 관련된 일반상담은 평일 오전 9시부터 오후 6시까지 이용가능하며, 휴일과 야간 등 근무시간외에는 상담예약제를 통해 근무시간에 상담서비스를 제공하는 Callback서비스를 실시하고 있다.

2. 주요 상담내용

보건복지콜센터에서 제공하고 있는 주요 상담내용은 다음 표와 같다.

〈표 2-5-20〉 상담그룹별 주요 상담내용

구 분	주요 상담범위
소득보장반	국민기초생활, 자활, 의료급여, 국민연금, 긴급복지지원(주간) 등
복지서비스반	사회복지시설·법인, 푸드뱅크, 의사상자, 사회복지사, 노인복지, 장사, 인구정책, 모자보건, 아동복지, 장애인복지, 가족복지, 청소년, 보육 사업 등
건강생활반	금연사업, 영양사업, 희귀난치성질환자 지원, 암환자 지원, 예방접종, 모자보건, 정신보건, 구강보건, 의료법, 약사법, 식품위생법, 보건의료인시험, 의료분쟁, 공공보건, 혈액정책, 생명윤리, 한방정책, 건강보험 등
긴급지원반	긴급복지지원(야간, 휴일), 아동학대, 노인학대, 자살, 응급의료 등

3. 상담처리 체계

가. 일반상담

일반적으로 고객이 희망의 전화 129로 전화를 하면 해당 상담원의 상담을 거쳐 그 사례를 세부유형별로 분류한 후 상담내용을 기록, 상담이력을 남기는 것으로 상담과정이 종료된다.

나. 전문상담

국민연금, 건강보험, 건강보험심사평가와 관련한 상담은 개인의 소득정보 등 공단에 소장된 DB를 직접 검색하여 상담해야 하는 경우가 발생하는데 이 경우에는 전문상담원이 해당 공단의 DB를 참고하여 상담을 제공하도록 하고 있다.

다. 1차 상담후 이관

일부 사례는 전화상담외에 실질적인 개입이 필요한 경우가 있다.

이 같은 경우 보건복지콜센터에서는 해당 사례를 해결할 수 있는 전문기관으로 연계하여 처리하도록 하고 있다. 보건복지콜센터가 이러한 연계체계를 구축하고 있는 기관은 아동보호 전문기관, 노인보호전문기관, 정신보건센터, 푸드뱅크, 치매상담센터, 시·군·구 등이 있다.

[그림 2-5-1] 1차 상담 후 이관하는 경우



라. 기타이관

상담·문의사례 중 보건복지가족부의 소관사항이 아닌 경우는 해당 기관으로 이관하고 보건복지가족부 소관사항 중에서도 정책적 판단이나 법률의 유권해석 등이 필요한 사안은 소관과 담당자에게 연결하여 처리하도록 하고 있다.

4. 상담처리 현황

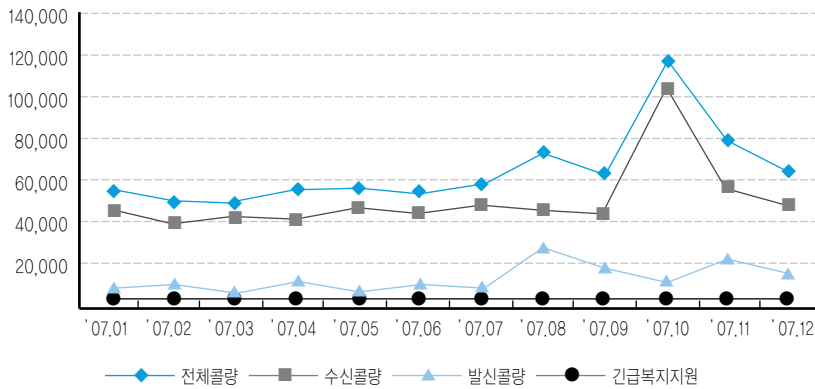
그동안 보건복지콜센터는 국가나 사회의 도움이 필요한 국민들이 어디에 도움을 요청할지 몰라 어려움을 겪는 일이 없도록 ‘희망의 전화 129’를 국민들에게 널리 알리는 일과 상담품질 향상을 통해 보다 친절하고 신속·정확한 상담서비스를 제공하고자 노력해 왔다.

2005년 11월 129 개통 이후 2007년 12월까지 총 1,480천건의 전화상담을 처리했다. 이 중 고객으로부터의 수신한 전화가 74%를 차지하고, 나머지 26%는 상담원이 고객 문의사항에 대한 추가 확인사항을 전달하거나 상담 후 처리결과 확인 등을 위해 고객에게 전화를 한 경우이며, 고객으로부터의 수신전화가 콜센터 개소이후 매월 지속적인 증가추이를 보이고 있다.

특히, 기초노령연금제도 도입 초기인 2007년도 10월에는 평소보다 2배 이상의 상담서비스를 제공함으로써 국민적 관심사항에 대한 충실한 안내를 통해 ‘희망의 전화 129’가 국민들에게 보건복지 대표번호로서 자리매김하였음을 확인하는 계기가 되었다.

[그림 2-5-2] 2007년도 상담 처리 현황

구 분		총 전화 (통)	증 감	수신량(콜)	발신량(콜)
'07년	1 월	54,524	△4,226	45,808	8,716
	2 월	50,400	△4,124	39,115	11,285
	3 월	49,777	△623	42,451	7,326
	4 월	54,900	5,123	42,291	12,609
	5 월	55,047	147	46,925	8,122
	6 월	54,677	△370	43,793	10,884
	7 월	58,196	3,519	48,152	10,044
	8 월	74,575	16,379	45,668	28,907
	9 월	62,848	△11,727	44,502	18,346
	10 월	116,032	53,184	103,504	12,528
	11 월	79,384	△36,648	55,954	23,430
	12 월	64,706	△14,678	48,051	16,655
계('07)		775,066		606,214	168,852
월평균		64,589		50,518	14,071



Ⅲ 고객중심의 콜센터 운영추진

1. 초기 ARS응대체계를 상담원 직접 응대방식으로 전환

가. 추진배경

보건복지콜센터의 초기 고객응대방식은 각종 통계관리 및 상담운영의 효율성 측면을 고려하여 ARS시스템에 기반하여 설계되었다. 그러나 운영과정에서 주 고객층의 하나인 어르신들이 정보기기 사용에 익숙하지 않아 ARS 이용에 불편을 겪음은 물론 ARS에 대한 거부감으로 콜센터 이용을 기피한다는 지적이 제기되었고, 이에 콜센터는 ARS시스템을 고객의 입장에서 재검토하고 가능하다면 ARS체계를 상담원 직접응대 방식으로 개선하였다.

나. 벤치마킹 및 시험운영

보건복지콜센터의 환경에 맞는 최적의 ARS시스템 운영방안을 찾기 위해 유사사례를 경험한 민간콜센터를 벤치마킹하여 상담원 직접응대방식 전환계획을 수립하고, 이어 관련 시스템의 정비·보완을 거쳐 일주일간 시험운영을 실시하였다.

시험운영 기간 중 일반상담원의 근무시간 연장 및 긴급지원반의 응대그룹 운영방안 등을 테스트하고, 콜량 및 상담시간 변화 등 추이 분석이 함께 이루어졌다.

다. 결과분석 후 본격시행

시험운영 이후 실시한 고객만족도조사 결과 어르신을 포함한 고객의 87%가 ARS체계에 비해 상담원 직접응대 방식이 더 좋다고 응답하였다. 이를 토대로 운영초기부터 사용한 ARS 시스템을 상담원 직접응대 방식으로 전환하기로 최종 결정하여 2006년 6월 12일부터 적용하였으며, 그 결과 어르신 등 고객의 '129' 접근성과 이용만족도가 향상되었고, ARS 과정에서 발생 하던 포기하는 사례 또한 감소하여 상담원 응답률이 20% 증가하는 결과로 이어졌다.

2. 보건복지콜센터 통합백업 시스템 구축

가. 추진배경

보건복지콜센터는 365일/24시간 상담서비스를 제공하고 있으며, 콜센터 정보시스템에는 약 174만건의 상담이력, 82만건의 고객데이터 및 3만7천건의 기관정보 등을 보유하고 있어 해당 데이터 보안 대책 마련과 데이터 복구 시스템 구축은 매우 중요하다.

또한, 시스템 오류, 저장매체 손상, 화재 등 재난 발생시에도 주요 데이터의 신속한 복구를 위한 시스템은 안정적인 상담업무를 위해 필요하다. 이를 위하여 VTL(Virtual Tape Library) 백업장비와 테이프 백업장비로 구성된 통합백업 시스템 구축이 추진되었다.

나. 주요내용

우선 VTL(Virtual Tape Library) 백업장비를 도입함으로써 안정적인 서비스가 보장되었으며, 빠른 백업속도 확보를 통해 신속한 정보 복구를 통하여 원활한 상담이 이루어질 수 있는 기반이 마련되었다. 또한, 365일/24시간 지속되는 상담운영환경을 고려하여 상담운영 중에도 DB백업을 실시할 수 있도록 시스템을 구성함으로써 정보 시스템 운영의 효율성을 제고 하였다.

또한 테이프 백업장비를 도입하여, 백업데이터를 디스크와 테이프에 이중사본으로 보관하여 데이터가 삭제되거나 훼손된 경우에도 복구가 가능하도록 구성하였으며, 테이프 백업장비 도입을 통하여 데이터 소산(消散)대책이 마련됨으로써 백업자료의 보안관리가 강화되었다.

IV 향후과제

1. 희망의 전화 129 인지도 제고

보건복지콜센터 개소 후 ‘희망의 전화 129’를 국민들에게 널리 알리기 위한 홍보활동을 지속적으로 전개해 왔으나 이에 대한 국민들의 인지도는 아직껏 낮은 편이다. 앞으로도 콜센터가 제공하고 있는 상담서비스를 보다 많은 국민이 알고 이용할 수 있도록 희망의 전화 129번의 인지도를 높여 나가는 것이 중요하다고 보며, 이를 위해서는 지속적 홍보와 함께 제공하는 상담서비스의 품질제고를 통해 국민들의 신뢰와 사랑을 받도록 할 계획이다

2. 정책에 대한 생산적 환류 기능 강화

보건복지콜센터는 국민의 소리를 직접 듣고 그 결과가 보건복지가족부의 정책·사업에 생산적으로 환류될 수 있도록 기능하여야 한다. 따라서 국민의 지원 요구뿐 아니라 불합리한 제도의 개선이나 정책 대안에 대한 국민의 의견을 수렴하는 통로가 되도록 정책에 대한 생산적 환류기능을 강화해 나갈 계획이다.

3. 정보시스템 발전방안 ISP 용역사업 추진

보건복지 관련 전화번호 통합과 유관 상담센터 간 긴밀한 협조체계 구축을 통하여 보다 효율적인 대국민 원-스톱 서비스 제공방안 모색이 필요한 시기이다. 공공기관의 각종 콜센터가 증가함에 따라 상담서비스 품질에 대한 국민의 기대치가 높아지고 콜센터를 통한 민원제기, 정책제안 등에 대한 능동적인 대응 방안이 요구된다. 따라서 정보시스템 발전방안 용역 사업의 추진을 통해 정보시스템을 이용한 상담품질 관리 방안과 콜센터 경쟁력 향상 대책을 마련하고자 한다.

제6장

건강보험

제1절

건강보험제도 운영*

I 개 요

1. 의 의

국민건강보험제도는 생활상의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함으로써 보험의 원리를 이용하여 의료비의 지출부담을 국민건강보험가입자 모두에게 분산시켜 국민 생활의 안정을 도모하기 위한 사회보험으로서 사보험과는 다른 다음의 특성이 있다.

〈표 2-6-1〉 사 보험과 사회보험의 특성

구 분	사 보 험	사 회 보 험
● 가입방법 ● 보험료 ● 보험급여 ● 보험료 징수	• 임의가입 • 위험의 정도, 급여수준에 따른 부과 • 보험료 부담수준에 따른 차등급여 • 사적계약에 의한 징수	• 강제가입 • 소득수준에 따른 차등 부과 • 보험재정 조달규모를 감안한 필요에 따른 균등급여 • 법률에 의한 강제징수

*집필자 : 보험정책과장 임종규

2. 연 혁

- 1963. 12. 16. 의료보험법 제정(300인 이상 사업장 조합 임의설립)
- 1976. 12. 22. 의료보험법 전문개정
- 제4차 경제개발 5개년계획으로 의료보장제도 실시
 - 생활보호대상자 등에 대하여 의료보호 실시(1977.1)
 - 국민부담능력 등을 고려하여 실시 가능한 임금소득계층부터 점진적으로 의료보험 적용 확대
 - 1977. 7. 500인 이상 사업장근로자 의료보험 실시(최초 강제 적용)
 - 1979. 1. 공무원 및 사립학교교직원 의료보험 실시
 - 1979. 7. 300인 이상 사업장까지 의료보험 확대
- 1980년 이후 전국민의료보험 확대 실시를 위한 기반조성
 - 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

(제도도입 후 12년 만에 전 국민의료보험 실시)
- 1989. 10. 약국의료보험 실시(1982.8.~1984.12. 의약분업 시범운영, 목포시)
- 의료보험조직 통합
 - 1998. 10. 1차 조직통합(공무원·사립학교교직원의료보험 및 227개 지역의료보험조합 통합) ⇒ 국민의료보험관리공단 업무개시
 - 2000. 7. 의료보험조직 완전통합(국민의료보험관리공단 및 139개 직장조합 통합) ⇒ 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원 업무개시
- 2000. 3. 보험자직영병원 개원
- 2002. 1. 「국민건강보험재정건전화특별법」제정·시행(건강보험정책심의위원회 설치, 보험재정에 대한 정부지원을 명시)

- ◎ 2003. 7. 직장·지역 가입자 재정통합 운영
- ◎ 2007. 1 「국민건강보험재정건전화특별법」 만료('06.12.31)에 따른 해당 법령 근거 국민건강보험법 삽입 시행

3. 적용 현황

1989년 7월 1일부터 전 국민의료보험이 실시되어 모든 국민이 건강보험과 의료급여에 의하여 의료보장을 받고 있다. 2007년 말 현재 전 국민의 96.3%인 4,782만 명이 국민건강보험제도의 적용을 받고 있으며, 나머지 3.7%인 185만명이 기초생활보장대상자 등으로 의료급여제도에 편입되어 있다. 건강보험의 가입자는 직장가입자 및 지역가입자로 구분하며, 모든 사업장의 근로자 및 사용자와 공무원 및 교직원은 직장가입자가 되며, 직장가입자 및 그 피부양자를 제외한 농어촌 주민, 도시자영업자 등은 지역가입자가 된다.

〈표 2-6-2〉 의료보장 적용 현황

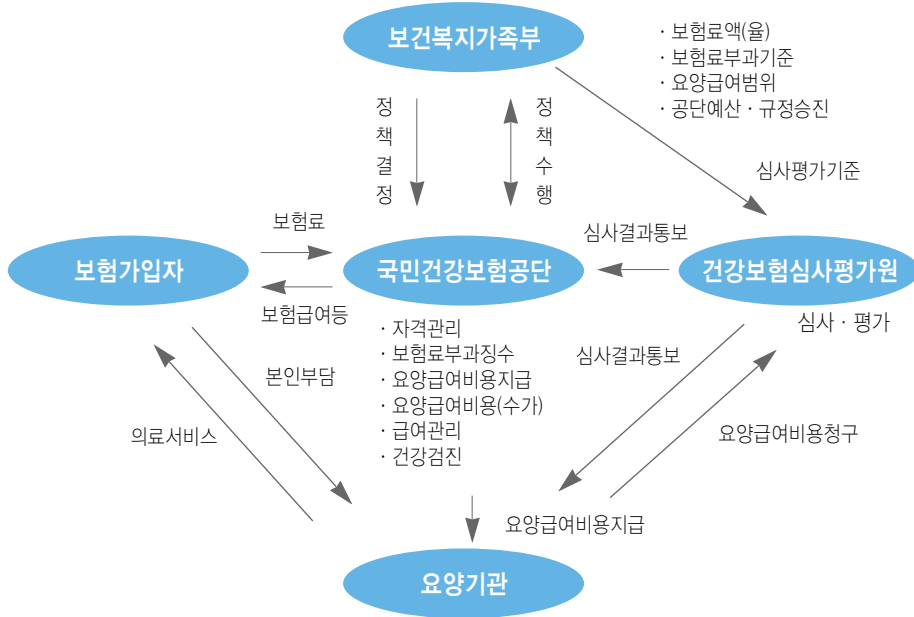
(2007.12.31 기준, 단위 : 만명, %)

구 분		적 용 인 구	구 성 비
계		4,967	100
건강보험	소 계	4,782	96.3
	직 장	2,942	59.2
	지 역	1,840	37.1
의료급여	소 계	185	3.7
	1 종	106	2.1
	2 종	79	1.6

4. 관리운영 체계

국민건강보험은 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원에 의하여 관리 운영되고 있다. 보건복지가족부는 건강보험사업의 관장자로서 건강보험관련 정책을 결정하고 건강보험 업무 전반을 총괄하고 있다. 국민건강보험공단은 건강보험의 보험자로서 가입자 자격관리, 보험료의 부과·징수 및 보험급여비용 지급 등의 업무를 수행하고 있다. 그리고 건강보험심사평가원은 요양기관으로부터 청구된 요양급여 비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하고 있다.

[그림 2-6-1] 국민건강보험 관리운영 체계



5. 재원조달 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 도시자영업자 등 지역가입자의 경우에는 대상범위가 광범위할 뿐 아니라, 소득의 형태가 다양하고 정확한 소득파악에 어려움이 있어 소득비례 정률제 대신 보험료부과점수(소득, 재산, 생활수준 등의 등급별 점수합)에 점수당 단가를 곱하여 산정한 금액을 적용하고 있다.

즉, 직장가입자의 경우 근로자가 일정기간동안 지급받은 보수를 기준으로 산정한 보수월액(2006년도까지는 등급별 표준보수월액)에 보험료율을 적용하여 산정한 금액을 가입자와 사용자가 각각 1/2씩 부담하고 있으며, 지역가입자의 경우에는 소득·재산, 생활수준 등 부과요소별 점수를 합산하여 산출한 보험료부과점수에 점수 당 단가를 곱하여 산정, 세대별로 부과하고 있다.

한편, 자영자 등 지역주민의 경우에는 1998년 지역의료보험을 처음 실시할 당시부터 보험료 부담을 경감시켜 주기 위하여 보험료의 일부와 보험사업 운영에 소요되는 관리운영비를 국고에서 지원하여 왔으며, 2002년부터는 건강보험재정건전화특별법(2002년 1월 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 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 14는 정부지원으로, 당해연도 보험료 예상수입액의 100분의 6은 건강증진기금에서 지원하고 있다.

〈표 2-6-3〉 재원조달 체계

(2007년 기준)

구 분		직 장 근 로 자	농 · 어민, 도시자영자
재원 조달	보험료	- 보수월액의 4.77% - 사용자, 근로자가 각 50%씩 부담 - 사용자가 원천징수하여 공단에 납부 - 교직원 등 본인, 학교경영자, 정부가 각 50%, 30%, 20%씩 부담	- 소득 · 재산(자동차포함)의 등급별 적용 점수를 합산한 보험료부과점수에 점수당 단가를 곱한 금액 - 세대주가 자진납부 또는 보험자가 방문 징수
	정부지원	당해연도 보험료 예상수입액의 14%	
	담배 부담금	당해연도 보험료 예상수입액의 6%(단, 부담금 예상수입액의 65% 이내)	

6. 보험급여 체계

보험급여의 수준은 피보험자의 보험료 부담능력, 보험재정 상태 등을 감안하여 보험료 부담 수준과 균형을 이루는 수준에서 결정되어야 할 것이다. 건강보험의 급여형태는 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, 장애인보장구 급여비 등이 있다.

- 입원 : 20%
- 외래 : 종합전문요양기관 : 진찰료총액+나머지 요양급여비용 총액의 50%
 - 종 합 병 원 : 요양급여비용총액의 50%
(읍·면지역 요양급여비용총액의 45%)
 - 병 원 : 요양급여비용총액의 40%
(읍·면지역 요양급여비용총액의 35%)
 - 의 원 : 요양급여비용총액의 30%
※ 65세 이상 노인 1,500원(방문당 요양급여비용총액이 15,000원을 초과하지 않는 경우)
 - 약 국 조 제 료 : 요양급여비용총액의 30%
※ 65세 이상 노인 1,200원(방문당 요양급여비용총액이 10,000원을 초과하지 않는 경우)

가입자 또는 피부양자가 요양급여를 받는 때에는 그 진료비용의 일부를 본인이 부담하여야 하며, 그 내용은 입원의 경우 진료비총액의 20%를 외래의 경우에는 요양기관 종별에 따라 30~50%를 차등 적용하고 있다.

II 건강보험료 부과·징수제도 운영

1. 보험료 부과·징수체계

지역가입자의 보험료는 소득, 재산(전월세, 자동차 포함), 세대원의 성·연령 등을 부과대상 기준으로 하고 있으며 과세소득 연 5백만원을 기준으로 부과요소를 달리 적용하고 있다.

- 연소득 5백만원 초과시 : 과세소득과 재산(전·월세, 자동차 포함)
- 연소득 5백만원 이하 : 재산(전·월세, 자동차 포함)+생활수준(재산·자동차 등 평가) 및 경제활동참가율 각 부과요소를 합산하여 국민건강보험법에 규정된 보험료부과점수로 하며, 각 부과요소를 직접 소득금액으로 나타낼 수 없는 현실을 감안하여 점수로 표시하고 이 점수에 보험료 환산금액을 곱하여 부과하고 있는 것이다.

〈표 2-6-4〉 지역가입자 보험료 부과체계

(2007년 기준)

구 분	내 용
보험료부과기준	● 보험료부과점수(§ 62⑤) - 소득(종합소득, 농업소득) - 재산(부동산, 자동차 등) - 경제활동능력(성·연령)
보험료율	● 보험료부과점수를 나타내는 점수에 보험료 환산금액(139.9원)을 곱하여 부과
보험료 부담방법	● 가입자 전액 부담 ※ '07년 정부지원 : 당해연도 보험료 예상수입액의 20% - 정부지원 (14%) - 담배부담금(6%)
평균보험료	● 55,054원(연간평균 세대당 월보험료)
부담주체	● 세대주·세대원 모두 보험료부담

※ 2008년 1월부터 보험료부과점수에 148.9원을 곱하여 부과

이렇게 산정된 보험료는 세대단위로 부과되며, 세대원 전체가 연대하여 납부할 책임을 진다. 만약 3개월 이상 보험료를 체납한 경우에는 국세체납의 예에 따라 체납처분이 실시되고, 급여가 제한 될 수 있으며 체납 후 진료를 받은 경우에는 공단부담금을 환수하는 등의 제재 수단을 가지고 있다.

소득자료 보유율이 100% 파악되는 직장가입자의 보험료는 보수를 기준으로 부과하며, 보수월액 하한선은 28만원, 상한선은 6,579만원으로 설정되어 있다. 직장가입자의 보험료 부과체계는 다음과 같다.

〈표 2-6-5〉 직장가입자 보험료 부과체계

(2007년 기준)

구 분	내 용
보험료부과기준	● 보수월액(§ 63①) - 보수총액 기준(근로소득·사업소득 등)
보험료율	● 보수월액 × 4.77% ※ 통합이전 : 조합에 따라 3~6%
보험료 부담방법	● 가입자 : 50% ※ 사용자 : 50%
평균보험료	● 62,430원(사용자포함 124,860원)
부담주체	● 근로자 : 보험료 부담(피부양자 : 보험료 부담없음)

※ 2008.1월부터 직장가입자의 보험료는 보수월액×5.08% 부과

직장가입자의 보험료는 사업장별로 부과되며, 사용주가 보험료를 납부할 책임을 진다.

건강보험 통합이전 직장의료보험은 법정준비금의 적립률이 일정수준 이상으로 재정이 안정된 조합에 대하여 지속적으로 보험료율을 인하 조정하여 피보험자의 부담을 경감시킨 바, 평균 보험료율도 1986년의 3.57%를 기준으로 하여 1995년에는 3.03%로 크게 낮아졌으나 조합재정이 어려워짐에 따라 보험료율이 다시 증가하기 시작하여 1997년에는 평균보험료가 3.13%로 인상되었고, 1998년 3.27%, 1999년 3.75%로 점차 증가되는 추세에 있었다.

통합이후, 2000년 7월부터는 직장가입자 2.8%, 공무원·교직원은 3.4%를 부과하였으며 2001년 1월부터는 직장 및 공·교가입자 모두 보험료율을 3.4%로 일원화하여 부과하였다. 이후, 2002년 3월 3.63%, 2003년 1월 3.94%, 2004년 1월 4.21%, 2005년 1월 4.31%, 2006년 1월 4.48%, 2007년 1월 4.77%로 조정되어 왔으며, 2008년 1월에는 5.08%로 인상 조정되었다.

〈표 2-6-6〉 연도별 평균보험료를 변동 추이

(단위 : %)

구 분	직 장					공·교
	평 균	공 동	단 독	최 고	최 저	
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%					

〈표 2-6-7〉 건강보험대상자 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 만명, %)

연 도	지 역				직 장			
	계	가입자	세대원	부양울	계	가입자	피부양자	부양울
2000	2,349	821	1,528	(1.9)	2,240	727	1,514	(2.1)
2001	2,321	856	1,465	(1.7)	2,317	789	1,528	(1.9)
2002	2,291	870	1,421	(1.6)	2,375	832	1,543	(1.9)
2003	2,227	873	1,354	(1.5)	2,483	880	1,603	(1.8)
2004	2,139	862	1,277	(1.5)	2,598	928	1,670	(1.8)
2005	2,016	838	1,178	(1.4)	2,723	974	1,749	(1.8)
2006	1,896	811	1,086	(1.3)	2,845	1,041	1,803	(1.7)
2007	1,840	737	1,103	(1.5)	2,942	1,117	1,825	(1.6)

※ 연도말 기준

〈표 2-6-8〉 연도별 평균보험료

(단위 : 원)

구 분		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
지 역	세 대	36,253	39,071	43,390	45,818	46,871	49,688	55,054
	1인당	12,982	14,650	16,807	18,256	19,237	21,050	24,065
직 장	세 대	28,830	35,209	44,581	49,675	52,956	57,092	62,430
	1인당	9,542	12,220	15,727	17,752	18,999	20,713	23,449

※ 지역 : 세대(본인)부담분만 포함

※ 직장 : 근로자부담분만 포함(총보험료의 50%)

2. 보험료 부과 · 징수제도 개선

가. 5인 미만 사업장 직장편입

5인 미만 사업장 근로자와 시간제 등 비정규직 근로자는 지역가입자로 관리되고 있어 이들의 경제적 부담 및 불형평성이 초래되었으며 또한 고용형태의 변화 등에 따라 이들 비정규직 근로자가 지속적으로 증가되는 추세에 있음에 따라 정부는 지난 2001년 7월부터 5인 미만 사업장근로자 및 1월 이상 일용근로자에 대해서 직장가입자로 전환하였다.

또한, 2003년 7월부터는 직장가입자에서 제외되어 지역가입자로 관리되고 있던 5인 미만 임의 적용 사업장(농·어업, 이·미용업 및 음식점업 등 15개 업종) 근로자와 월 80시간 이상 시간제 근로자 등을 직장가입자로 전환하여, 2003년~2006년까지 단계적으로 편입해 나갔으며, 2007년 12월말 현재 사업장 46만개소, 가입자 117만 명이(피부양자 포함 총 287만명) 5인미만 사업장으로 적용받고 있다.

이들 근로자가 지역가입자의 경우 건강보험료 전액을 본인이 부담하게 되지만, 직장가입자로 전환되면 사용자 부담금 2.385%를 제외한 보수의 2.385%만을 본인이 부담하게 되어 보험료 부담이 줄어들게 되며 이러한 직장가입자 확대의 노력은 보험료 부담에 있어서의 근로자간 형평성을 확보할 수 있는 노력의 일환이라 할 수 있다.

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, 856억원), 2002년에는 연소득 5백만원을 초과하는 자유직업종사자·보험모집인 등 소득이 있는 자를 피부양자에서 제외하여 지역가입자 보험료를 부과하였으며, 2005년에는 19세 미만의 미성년자 무소득 간주규정을 폐지함으로써 소득 있는 미성년자를 피부양자에서 제외하여 지역가입자 보험료를 부과하였으며, 2006년도에는 금융소득 4,000만원 초과한자를 피부양자에서 제외함으로써 가입자간의 부담의 형평성을 제고기 위해 노력하였다.

앞으로도 보험료 부담의 형평성 제고를 위해 다양한 전산자료의 주기적 확보 등을 통해 부적정한 피부양자를 지속적으로 발굴해 나감과 아울러 연금소득 등 고정소득이 있음에도 피부양자로 인정되어 무임승차하고 있는 현상을 해소함으로써 당초 피부양자제도의 운영취지에 걸맞게 운영해 나가도록 할 계획이다.

다. 현역병 및 수형시설 수용자 건강보험적용 및 농·어민 경감 확대

현역병 등 병역의무자 및 교도소 등 수형시설 수용자의 수급권 보호와 요양기관 이용편의 제공 및 경제적 부담해소를 위해, 현역병 등 병역의무자 및 교도소 등 수형시설 수용자가 민간

요양기관에서 진료 받을 경우 건강보험이 적용될 수 있도록 제도를 개선하였다.(현역병 : 2004. 4.30 시행, 수용자 : 2006. 1. 1 시행)

그리고 농·어촌 지역의 의료이용의 접근성과 소득수준이 낮은 현실을 감안하여 건강보험료를 경감하고 있는 것을, 「농어촌보건복지 증진을 위한 특별법」(2004년 1월 29일 공포)에 따라 농·어업인에 대해서는 추가로 보험료를 지원하여, 2004년 1월부터 읍·면지역 농어민에 대하여 기존의 농어촌 경감(22%)에 농특예산(8%)을 더하여 30%를, 2005년도는 농특예산(18%)을 더하여 40%를, 2006년 1월부터는 농특예산(28%)을 더하여 50%를 지원하고 있다.

라. 실업자에 대한 특례 및 휴직자 보험료 경감 적용

해당사업장에서 2년 이상 계속하여 직장가입자의 자격을 유지한 자가 지역가입자로 자격이 변경되어 최고고지 지역보험료가 퇴직당시 직장보험료보다 많을 경우 가입자의 신청에 의하여 사용관계가 종료된 때로부터 6개월까지의 기간 동안 임의계속가입자로 인정하고 퇴직 전 3월간의 평균보수월액으로 보험료를 산정하며, 사용자분에 해당하는 보험료 50%를 경감하여 실업자에 대한 보험료 부담을 일시적이거나 완화하는 제도를 도입하였다.(2007.7.1 시행)

또한, 직장가입자가 육아, 질병, 그 밖의 사유로 1개월 이상 휴직한 경우 휴직기간 지급받은 보수 등을 감안 최대 50%까지 보험료를 차등경감(무보수 및 육아휴직자는 휴직전월 정산 전 보수월액 기준으로 산정한 보험료의 50%)하여 소득이 줄어드는 가입자의 부담완화와 부담의 형평성을 제고하고 있다.(2007.7.1 시행)

III 건강보험의 재정 안정

1. 개요

건강보험이 안정적으로 운영되기 위해서는 보험재정의 수입과 지출이 균형을 이루어야 한다. 이는 가입자가 부담하는 적정 수준의 보험료와 국고지원금을 포함한 수입 범위 내에서 지출이 이루어져야 함을 의미한다.

건강보험 재정은 1998년 10월 이전까지는 227개의 지역의료보험조합, 1개의 공무원 및 사립 학교 교직원의료보험관리공단, 142개의 직장의료보험조합으로 각각 운영되어 왔으나 1998년 10월 1일 국민의료보험관리공단의 출범으로 지역의료보험이 하나의 재정으로 통합되었다.

이어 2000년 7월 1일에 139개의 직장의료보험조합까지 통합됨으로써 단일보험자인 국민 건강보험공단이 출범하게 되었으며 보험 재정은 지역, 직장, 공무원 및 교직원 별로 구분·계리 하여 운영되었다. 국민건강보험법에 따라 2001년 1월 1일에는 직장보험 재정과 공무원 및 교직원 보험 재정을 통합하고, 2003년 7월 1일에는 보험 재정이 완전 통합하였다.

2. 재정 현황

재정 통합 이후인 2001년 “건보 재정 파탄”으로 2조 4,088억원의 당기적자가 발생, 이른바 5.31.재정안정대책을 강력히 추진하게 되었다. 재정적자 규모가 이처럼 급격하게 증가한 원인은 수년간 누적된 적자구조와 의약분업의 시행, 수가인상 등의 요인이 복합적으로 작용하였기 때문이다.

2002년에는 재정안정대책의 지속적 보완 추진을 통해 당기적자 규모를 7,600억원 수준으로 감소시켰으며 2003년에는 1996년 당기적자 발생 이후 처음으로 1조 794억원의 당기흑자를 실현 하게 되었다. 이후 2004년에는 전년도에 이어 1조 5,679억원의 당기흑자를 이루어 금융기관으로 부터의 차입금을 완전 해소하고 흑자 재정으로 전환되는 등 재정 안정 기반을 마련하였다.

이후 2005년도에도 1조 1,788억원의 당기흑자가 발생하였으나, 2005년부터 본격 추진된 암 등 중증질환에 대한 급여 확대, 6세 미만 아동의 본인부담금 면제, 입원환자 식대의 보험급여화 등 총 2조 1,000억원 규모의 보장성 강화 조치와 노인인구 증가 및 의료기술의 발달 등으로 2006년도 보험급여비 지출이 전년대비 17.7%나 급증, 747억원의 당기적자를 기록하게 되었다.

2007년도에 이러한 급여비 증가추세는 계속 되어 8% 이상의 보험료 인상이 필요한 상황 이었으나, 가입자들의 지나친 경제적 부담을 고려하여 보험료 6.5% 인상을 결정함으로써 2,847억원의 적자 재정을 편성 운영하게 되었다.

〈표 2-6-9〉 연도별 건강보험재정 현황

(단위 : 억원)

구 분		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
계	수 입(A)	78,491	86,923	95,294	116,423	138,903	168,231	185,722	203,325	223,878	252,697
	지 출(B)	87,092	95,614	105,384	140,511	146,510	157,437	170,043	191,537	224,625	255,544
	당 기 수 지	△8,601	△8,691	△10,090	△24,088	△7,607	10,794	15,679	11,788	△747	△2,847
	수지율(B/A)	110.9	110.0	110.6	120.7	105.5	93.6	91.6	94.2	100.3	101.1
	누 적 수 지	30,359	22,425	9,189	△18,109	△25,716	△14,922	757	12,545	11,798	8,951
지 역	수 입(A)	39,621	43,519	46,534	63,209	69,284	74,818	75,907	77,116	79,837	63,236
	지 출(B)	41,193	46,802	49,523	68,299	70,525	74,370	77,019	81,844	90,322	98,513
	당 기 수 지	△1,572	△3,283	△2,989	△5,090	△1,241	448	△1,112	△4,728	△10,485	△35,277
	수지율(B/A)	103.4	107.5	106.4	108.0	101.8	99.4	101.5	106.1	113.1	155.8
	누 적 수 지	7,278	3,995	364	△6,700	△7,941	△7,493	△8,605	△13,333	△23,818	△59,094
직 장	수 입(A)	30,378	31,229	31,659	53,214	69,619	93,413	109,815	126,209	144,041	189,461
	지 출(B)	34,252	36,993	38,700	72,212	75,985	83,067	93,024	109,693	134,303	157,031
	당 기 수 지	△3,874	△5,764	△7,041	△18,998	△6,366	10,346	16,791	16,516	9,738	32,430
	수지율(B/A)	112.8	118.5	122.2	73.7	109.1	88.9	84.7	86.9	93.2	82.9
	누 적 수 지	22,312	17,305	8,359	△11,409	△17,775	△7,429	9,362	25,878	35,616	68,045
공 교	수 입(A)	8,509	12,175	12,823	-	-	-	-	-	-	-
	지 출(B)	11,712	11,819	12,883	-	-	-	-	-	-	-
	당 기 수 지	△3,203	356	△60	-	-	-	-	-	-	-
	수지율(B/A)	137.6	97.1	100.5	-	-	-	-	-	-	-
	누 적 수 지	769	1,125	466	-	-	-	-	-	-	-

3. 건강보험 국고 지원

건강보험에 소요되는 비용은 크게 보험급여비와 관리운영비로 구분할 수 있고, 그 재원은 가입자가 부담하는 보험료와 국고 지원으로 조달하고 있다.

건강보험 재정의 큰 축을 이루고 있는 국고 지원의 목적은 가입자와 피부양자의 보험급여비, 건강보험사업에 대한 운영비, 농어민, 실·휴직자 등의 보험료 경감 지원 등 재정 안정을 도모하기 위한 것으로, 당초 1998년 지역의료보험 도입 당시에는 직장가입자와 달리 사용자가 별도로 존재하지 않는 지역가입자에 대해 보험료의 1/2을 지원한다는 취지에서 출발한 것이다. 이러한 이유로 2006년말 건강보험법 개정 이전에는 “지역 재정에 대한 일정률 지원” 방식이었다.

1998년 10월 의료보험통합 이전에는 보험급여비와 관리운영비의 일부를 조합별로 지원하였으며, 2002년에는 「국민건강보험재정건전화특별법」 제정으로 지역가입자에 대한 보험급여 비용과 지역가입자의 건강보험사업에 대한 운영비의 40%로 법제화되었다. 또한 2002년부터 건강증진 기금에서 나머지 10%를 지원토록 함으로써 지역 재정에 대한 1/2 지원의 취지를 명확히 하였다. 이후 2005년에는 지원율이 35%로 조정(증진기금은 15%)된 바 있다.

그런데, 지역 재정의 50% 정부 지원을 명문화하고 있던 『국민건강보험재정건전화특별법』이 한시법으로 2006년말 시한 만료됨에 따라 관계부처 협의 등을 거쳐 2007년도부터는 당해연도 보험료 예상수입액의 14%에 상당하는 금액을 국고에서, 6%에 상당하는 금액을 국민건강증진 기금에서 지원하도록 하는 방안을 확정하여 건강보험법을 개정·공포(2006.12.30)하여 시행 중이다.

〈표 2-6-10〉 연도별 국고지원 현황

(단위 : %, 억원)

구 분	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
지 원 율	40.5	38.1	32.7	30.1	29.7	28.2	26.5	30.3	38.4	42.7	46.0	45.2	45.1	42.5	17.3
지역지출*	15,748	18,164	23,122	28,966	33,534	38,163	44,065	51,161	68,299	70,525	74,370	77,019	81,844	90,322	212,530
국고지원	6,381	6,924	7,553	8,723	9,954	10,760	11,656	15,527	26,250	25,747	27,792	28,567	27,695	28,698	27,042
증진기금	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,392	6,446	6,263	9,253	9,664

* 2007년은 보험료 수입액

동 개정으로 국고 지원액은 기존의 가입자의 급여비와 운영비 지원 이외에 취약계층에 대한 보험료 경감에 사용토록 하여 의료사각지대를 해소하는 데 기여하도록 하였고, 국민건강증진기금 지원액 역시 기존의 노인급여비 이외에 흡연으로 인한 질병의 급여비 및 건강검진 등 건강증진 사업에 사용토록 하여 기금의 설치목적에 부합하도록 개선하였다.

다만, 지원방식이 “당해연도 보험료 예상수입액”의 일정률이라는 불확정개념으로 규정됨으로써 과소 지원 가능성이 높고, 실제 보험료 수입액과의 차이가 발생할 경우 이를 사후 보완하지 못하는 등 상당한 논란이 있어 추후 개선이 필요할 것으로 보인다.

4. 보험 재정 안정화 대책 지속 추진

건강보험제도 발전을 위한 큰 과제 중 하나는 가능한 빠른 시일 내에 보험 재정을 안정화하고 건강보험의 보장성을 높이는 것이다.

최근의 추세를 살펴보면 고령화가 급속하게 진행되고, 이에 따라 만성질환자가 늘어나고 있으며, 신의료기술이 쏟아져 나오는 등 환경이 변화하면서 건강보험에서 급여비로 지출되는 돈도 매년 10% 이상씩 늘어 거의 매 5년마다 그 규모가 2배씩 커져 가고 있는 것이 사실이다.

보험료로 이를 충당하기 위해서는 매년 5% 이상 꾸준히 보험료를 인상해야만 수지 균형 유지가 가능할 만큼 그 증가속도가 매우 빠르고, 가입자들의 경제적 부담도 커지고 있다. 여기에 보장성 강화 등 건강보험의 급여 확대조치는 보험료 추가 인상으로 이어질 수밖에 없는 구조다.

따라서 건강보험 재정 안정화를 위해서는 정부가 지금까지 수립한 다양한 재정안정대책을 꾸준히 추진하면서 보다 근본적인 재정안정대책을 수립·시행해야 할 필요가 제기되는 것이다.

2007년에는 약제비 절감방안의 본격적인 추진과 함께 2001년부터 제기되어 온 소액 외래진료 시 본인부담률 정률제 시행 등 다양한 재정 안정대책을 추진했다. 그러나 이러한 단기적인 재정 안정대책과 함께 수가체계를 비롯한 의료시스템의 구조적 개선, 보험료 및 재정 부담 등 국가와 민간의 역할 분담에 의한 장기적 재정 확보 대책을 단계적으로 마련해 나가야 할 것이다.

자영자의 소득과약 제고를 위한 다양한 정책을 개발하는 등 부담의 형평성 문제를 해결하려는 노력과 아울러 현행수준의 정부 지원과 약제비 절감대책, 진료비 지불체계의 합리적 개편 등 건강보험 재정 구조를 안정화시킬 수 있는 근본적인 제도 개선 추진이 있어야 할 것이며, 보험자의 경영 혁신 노력 및 의약단체의 과잉진료, 허위·부당청구 행태 개선과 함께 보장성 확대에 상응한 적정 수준의 보험료 부담이 필요하다.

Ⅳ 건강보험 관리조직 운영

1. 국민건강보험공단

우리나라 최초의 건강보험(의료보험)제도는 1977년 7월 1일 도입되었으며, 관리조직은 여러 보험자로 운영된 이래 두 차례의 통합과정을 거쳐 단일보험자로 탄생되었다. 국민건강보험공단은 국민적 합의하에 제정된 국민건강보험법에 따라 2000년 7월 1일 설립되어 전 국민의 평생건강을 책임지는 건강보장기관으로 성장하였다.

국민건강보험공단은 국민건강보험법 제13조의 규정에서 정한 업무에 의하여 가입자 및 피부양자의 자격관리 및 보험료의 부과·징수, 보험급여비용의 지급 및 사후관리, 건강증진 및 예방사업, 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보와 조사연구·국제협력, 기타 건강보험과 관련하여 보건복지가족부장관이 필요하다고 인정하는 업무 등의 사업을 수행하고 있다.

또한, 장기요양보험사업의 보험자인 공단은 노인장기요양보험법 제48조에 의하여 장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자의 자격관리, 장기요양보험료의 부과·징수, 신청인에 대한 조사, 등급판정위원회의 운영 및 장기요양등급 판정, 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서의 제공, 장기요양급여의 관리 및 평가 등과 그 밖에 장기요양사업과 관련하여 보건복지가족부장관이 위탁한 업무를 수행하고 있다.

공단은 심의·의결 기구로서 이사회와 재정운영위원회 및 등급판정위원회를 두고 있다. 이사회는 공단의 사업운영 계획, 예산·결산 등 주요사항을 심의·의결하며 이사장을 포함한 18인으로 구성되어 있다.

이사장은 보건복지가족부장관의 제청에 의하여 대통령이 임명하며, 이사는 노동조합·사용자단체·농어업인단체·소비자단체가 각각 2인씩 추천한 자 8인, 이사장이 추천한 자 5인, 관계공무원 4인을 보건복지가족부장관이 임명한다. 상임감사는 이사회에 출석하여 발언할 수 있다. 다만, 공공기관운영에관한법률에 이사회 구성은 15인 이내로 한정하고 있어 현재는 15인으로 운영하고 있다.

공단의 보험재정과 관련된 사항을 결정하는데 합리성과 민주성을 제고하고, 재정상황변동에 능동적으로 대처하기 위하여 공단에 재정운영위원회를 설치하여 요양급여비용의 계약, 직장가입자의 보험료를 변경 및 지역가입자의 보험료 조정, 보험료 등의 결손처분 등 보험재정과 관련된 주요사항을 심의·의결하고 있다. 다만, 보험료에 관한 사항은 건강보험정책심의위원회에서 심의·의결하고 있다. 재정운영위원은 직장가입자를 대표하는 위원 10인, 지역가입자를 대표하는 위원 10인, 공익을 대표하는 위원 10인으로 구성되어 있다. 위원장은 공익을 대표하는 위원 중에서 위원회가 호선한다.

장기요양신청자를 방문하여 인정조사한 결과와 의사소견서를 토대로 6개월 이상의 기간 동안 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 자의 장기요양등급을 심의·부여하기 위하여 등급판정위원회를 설치운영하고 있다. 등급판정위원회는 시장·군수·구청장이 추천한 위원 7인, 의사 또는 한의사가 1인 이상 포함하여 15인의 위원으로 공단 이사장이 위촉한다.

공단은 노인장기요양보험 사업시행을 위한 2007년 11월 23일 조직개편을 하였다. 조직은 1본부와 6지역본부 178개 지사를 두었으며, 노인장기요양보험운영센터는 225개(178개 지사내 포함)를 설치하였다. 지역본부는 본부와 지사간의 효율적 업무연계, 관할지사에 대한 업무지원·지도감독을 위하여 서울, 부산, 대구, 광주, 대전, 경인 등 권역별로 두고 있다. 인력은 총 11,370명 중 건강보험 8,874명, 장기요양보험 2,496명으로 운영하고 있다.

2. 건강보험심사평가원

2000년 7월 1일 국민건강보험법 시행과 함께 건강보험심사평가원이 발족되면서 그 동안 23년간 보험자 단체에서 운영하였던 심사기능을 승계하고 요양급여의 적정성 평가기능을 제도권내로 편입하여 새로운 조직을 편성하였다.

건강보험심사평가원은 국민건강보험법 제43조의2 및 제56조의 규정에 의하여 요양급여비용 심사 및 요양급여 적정성 평가, 심사 및 평가기준 개발 및 그와 관련된 조사연구·국제협력, 요양급여대상여부확인, 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무, 기타 보건복지가족부장관이 필요하다고 인정한 업무 등의 기능을 수행하고 있다.

이는 의료보험법 하에서는 진료비심사기관이 단순히 진료비심사 기능만을 수행하는 데 그쳤으나 국민건강보험법 하에서의 심사평가원은 요양급여와 관련된 업무를 포괄적으로 수행할 수 있게 되었음을 의미한다. 즉 건강보험심사평가원은 진료비심사 기능을 통하여 요양기관의 적정한 비용청구 질서를 확립하여 보험재정의 누수와 국민의 과도한 진료비 부담을 방지하고, 또한 요양기관에 의하여 제공되는 요양급여의 내용과 그 질적 적정성을 평가함으로써 요양급여의 수요자인 국민을 경제적 측면에서만이 아니라 의학적 측면에서 보다 총체적으로 보호할 수 있게 하는 한편, 정부의 건강보험사업 관련정책이 요양기관이나 공단을 위한 방향이 아닌 전체국민을 위한 방향으로 수립·시행될 수 있도록 진료비심사·평가를 통하여 얻은 전문적 지식과 경험을 지원하는 역할을 수행하도록 하였다.

심사평가원의 업무운영상 사업계획 및 예산 등 주요사항의 심의·의결기구로서 원장을 포함한 15인으로 구성된 이사회를 두고 있다. 원장은 대통령이 임명하며, 이사는 각 의약관계 단체 추천자 5명, 건강보험공단 추천자 1명, 심사평가원 추천자 3명, 노동조합·사용자단체·농어업인 및 소비자단체 추천자 각 1명, 공무원 1명 등을 보건복지가족부 장관이 임명하며, 이중 3명은 상임이사로, 그 이외는 비상임이사로 한다. 또한 회계 및 업무집행과 자산상황을 감사하기 위하여 대통령이 임명하는 상임감사 1명을 두고 있다.

국민건강보험법 제59조에 의거 심사평가원이 수행하는 업무의 효율적 수행을 위하여 심사평가원에 진료심사평가위원회를 두어 심사 및 평가기준 개발, 주요 심사·평가관련 사항을 심의하고 있다. 진료심사평가위원회는 1,050명 이내(상근 50명, 비상근 1,000명)의 위원으로 구성되어 있다. 위원장 및 상근심사위원은 공개채용이 원칙이며, 의약단체 등 추천의 경우에는 보건복지가족부장관의 승인을 얻어 임명하고, 비상근심사위원은 소비자단체, 의약단체, 건강보험공단, 심평원 이사회의 추천을 받아 원장이 위촉한다. 위원회는 본원에 “중앙심사위원회와 중앙평가위원회”를, 지원에는 “지역심사평가위원회”를 두고, 각각 진료과목별 전문분과위원회를 구성하여 운영하고 있다.

심사평가원의 실무부서는 본부 이외에 서울, 부산, 대구, 광주, 대전, 수원, 창원 등 지역별로 7개의 지원을 두고 심사업무를 수행하고 있으며, 전체 근무인력 중 의사, 약사, 간호사 등 보건 의료 전문인력이 64%로서 진료비 심사·평가관련 전문성을 확보하고 있다.



건강보험 급여 체계*

I 건강보험 수가관리

1. 수가계약

가. 수가계약 내용 및 절차

2000. 7. 1부터 시행된 국민건강보험법 제42조에 의거 요양급여비용의 산정은 계약으로 정하도록 하고, 요양급여의 범위·방법·절차·상한 등 요양급여의 기준은 보건복지가족부령으로 정하도록 하고 있다.

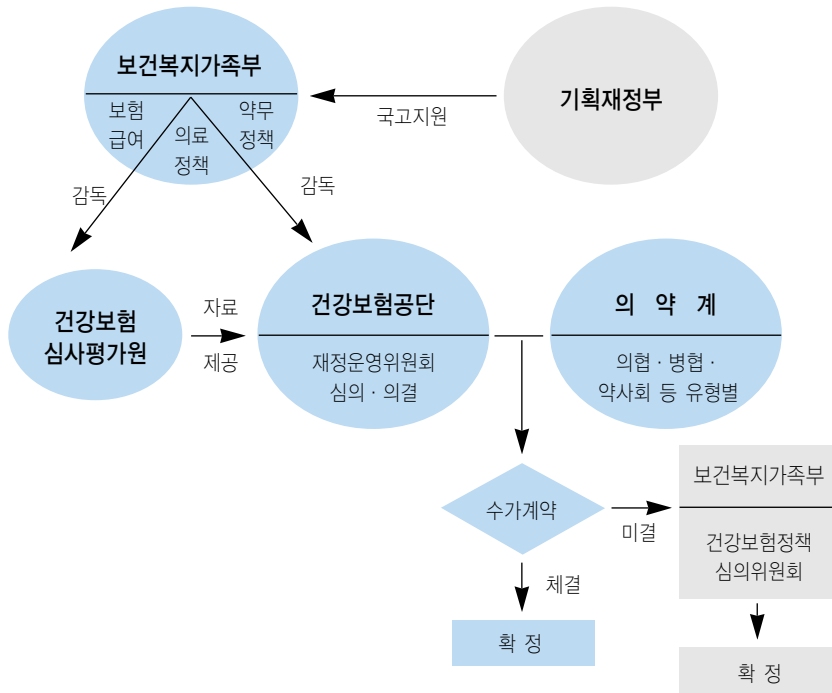
또한, 동 법시행령 제24조에 따라 계약 체결의 대상은 각 요양급여의 상대가치 점수의 점수 당 단가로 하되, 요양급여의 상대가치점수, 약제·치료재료(상대가치점수가 적용되는 약제·치료재료는 제외)에 대한 비용은 보건복지가족부장관이 고시하도록 규정하고 있다.

요양급여 관련 사항은 건강보험 정책수단 중 가장 중요한 사항으로서 우리나라의 경제적·사회적 여건, 보험자의 재정상태, 의료공급자의 의료공급 행태 및 의료의 질 등을 복합적으로 고려하여 정책적으로 결정해야 할 사항이다.

요양급여기준(보건복지가족부령)에 따라 고시된 진찰, 처치·수술 등의 '진료행위별 분류항목 및 상대가치점수'는 전문적이고 객관적인 분석이 요구되는 사항이며, 약제비나 치료재료 비용은 생산자(또는 판매자)와 수요자 사이에 시장에서 결정된 가격인 실거래가로 보상하고 있어 현행 법령상 건강보험정책심의위원회의 심의·의결을 거쳐 보건복지가족부장관이 고시하는 것으로 운영하고 있다.

*집필자 : 보험급여과장 이창준

[그림 2-6-2] 수가계약의 절차와 이해당사자



한편, 요양급여비용의 계약대상은 자원기준 상대가치점수(RBRVS)에 따른 각 분류항목별 상대가치점수를 금전화 하는 환산지수(즉 상대가치점수당 단가)로서, 요양급여비용을 부담할 공단과 비용의 지급을 청구하는 의약계를 대표하는 자간에 계약 체결을 하도록 하고 있다.

국민건강보험법 제42조에 따라 계약기간은 1년이며 계약기간 만료일의 75일전까지 체결 하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지가족부장관이 심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여 비용으로 한다.

2001년부터 2005년까지의 수가계약은 계약당사자간에 계약이 미 체결되어 보건복지가족부장관이 건강보험심의조정위원회 또는 건강보험정책심의위원회의 심의·의결을 거쳐 고시한 바 있다.

다만, 2006년도 환산지수 결정은 투표·탈퇴 등 파행적인 과정을 거쳐 결정된 이전 연도와는 달리 최초로 건강보험정책 심의위원회 구성원인 가입자·공급자·공익대표 간의 사회적 합의에 의해 결정되었다.

특히 2007년도에는 「국민건강보험법」 시행령 개정을 통해 요양기관 특성을 반영한 요양급여 비용 계약체결에 대한 근거를 마련함에 따라, 요양기관 유형별 원가구조 및 경영구조의 차이를 반영하여 각각 달리 수가를 계약할 수 있게 되었다.

따라서 2008년도에는 의원, 병원, 치과, 한의과, 약국, 조산원, 보건기관 등 각 7개 유형별 요양기관과 건강보험공단이 각각 수가계약을 추진하여, 의원 및 병원을 제외한 5개 유형별 요양기관과 계약이 이루어졌다. 다만 의원·병원에 대한 수가계약은 이루어지지 않아 결국 이들 요양기관에 대한 환산지수는 건강보험정책심의위원회에서 심의·의결하여 보건복지가족부장관이 고시하였다.

〈표 2-6-11〉 의료수가 합의과정과 환산지수의 변동 상황

(가) 연 도	(나) 합의 결과	(다) 조정률	(라) 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 (계약당사자간 합의)	3.50% 인상	60.7원
2007	결렬 (건정심에서 결정)	2.30% 인상	62.1원
2008	계약당사자간 합의 : 5개 계약결렬 : 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

※ 주 : 건보심은 건강보험심사조정위원회, 건정심은 건강보험정책심의위원회의 약자임

※ 자료 : 2007 건강보험 주요통계(2008.2)

2. 상대가치 수가제도

우리나라에 의료보험이 도입될 당시 사용한 수가산정 방법은 기존의 관행수거나 외국의 수가를 참조해서 만들어진 것으로 객관적인 근거가 명확하지 않았다. 이로 인해 의료행위 항목 간의 수가 불균형이 발생할 수밖에 없었다. 이러한 문제점 개선을 위해 1994년 의료보장개혁위원회는 의료행위 항목 간의 수가 불균형을 시정하기 위한 방법으로 미국의 상대가치점수 체계(Resource Based Relative Value Scale, RBRVS) 도입을 추진하게 되었다. 이후 1997년 시작된 상대가치점수 개발 연구를 바탕으로 2001년부터 해당 의료행위의 자원 투입량을 기준(resource-based)으로 상대가치점수(relative value)를 부여하는 상대가치점수 체계를 도입하게 되었다.

이렇게 도입된 상대가치점수제도가 그간 의료발전과 건강보험제도 정착에 크게 기여해 왔으나 수가 항목 간의 난이도, 진료시간, 신의료기술의 발전, 대외적인 의료환경의 변화, 의약분업 시행 등 새로운 의료정책의 도입, 물가수준 변동 및 진료비용 구성요인 변동 등을 제대로 반영하지 못하고 있다는 문제가 제기되었다.

이러한 문제점을 해결하기 위해 보건복지가족부는 ‘건강보험정책심의위원회’ 산하에 ‘상대가치 운영기획단’을 두고 상대가치점수 체계 개선 방향을 검토하게 되었다. 이에 따라 2003년부터 ‘상대가치운영기획단’은 현행 상대가치점수 체계의 전면 개편을 위해 ①의사비용과 진료비용의 분리, ②치료재료 비용의 분리 및 ③위험도 반영 등 세 가지 개선 방향을 정하였다. 이러한 개선 방향을 바탕으로 약 3년 여 간의 연구 결과를 바탕으로 개발된 新상대가치점수 체계를 2008년부터 도입하게 되었다.

〈표 2-6-12〉 현행 상대가치점수 및 신상대가치점수 비교

구 분	기존 상대가치점수	新 상대가치점수
행위료에 포함되는 비용범위	행위료에 포함되는 업무나 재료비용에 대해 논란이 있음	행위정의를 통해 행위료에 포함되는 업무나 재료비용을 명확하게 함
의사업무량/진료비용 구분	구분없음	의사업무량과 진료비용을 별도로 구분하여 명시
의료사고 위험도	별도로 구분 안됨	행위별 위험도 상대가치점수를 별도로 계산
치료재료	행위료로 충분히 보상되지 않는 치료재료 비용이 비보험 형태로 존재	비보험 재료나 기타 별도보상이 필요한 재료를 분리하여 상대가치점수를 도출

3. 질병군별(DRG) 포괄수가제도

현행 건강보험 수가제도는 행위별수가제를 근간으로 하며, 동 제도는 의료기관의 진찰, 검사, 처치 등 각각의 진료행위들을 일일이 계산하여 사후적으로 비용을 지불하는 방식이다. 이러한 행위별 수가제는 급격한 진료량 증가와 이에 따른 의료비용의 상승이 가속화되는 요인이 되고 있으며, 그밖에도 의료서비스 공급형태의 왜곡, 수가관리의 어려움, 의료기관의 경영 효율화 유인장치 미비 등 많은 문제점들이 파생되어 왔다.

이에 우리 부는 행위별수가제의 문제점을 개선하고 다양한 수가 지불제도를 운영하기 위한 방안으로 질병군별 포괄수가제도의 도입을 추진하게 되었다. 이를 위해 1995년 1월에 DRG지불제도 도입검토협의회를 구성하고, 일부 질병군(DRG)을 대상으로 희망의료기관에 한하여 1997년부터 질병군별 포괄수가제도 시범사업을 시작하여 2001년까지 제3차례 시범사업을 실시하였다. 동 시범사업 실시 및 평가를 통하여 2002년부터 8개 질병군에 대하여 요양기관에서 선택적으로 참여하는 방식으로 본 사업을 실시하였고 2003년 9월 이후에는 정상분만을 제외하여 7개 질병군을 선택적용하고 있다.

또한, 고령화 및 생활수준 향상에 따라 노인성 및 만성질환 위주의 장기요양 의료서비스 수요가 증대됨에 따라, 장기요양 입원환자의 특성을 고려한 요양병원형 일당정액수가제를 2008년 1월부터 도입하여 시행하고 있다.

II 건강보험 보장성 확대를 위한 급여 체계의 발전

국민건강보험법 시행과 관련하여 2000년 7월 1일부터 2007년 12월까지 달라진 건강보험 급여제도의 주요 내용은 다음과 같다.

1. 본인부담상한제 실시

건강보험제도가 실시됨으로써 가입자가 입원치료를 받으면 진료비의 20%를, 외래진료의 경우는 비용의 30~50%를 그리고 약제비는 30%만을 본인이 부담하면 된다. 또한, 보험이 적용

되는 진료비중 본인이 내는 부담금이 30일간 120만원을 초과하는 경우에는 초과금액의 50%를 사후에 환급해 주는 본인부담액보상금제도를 따로 운영하였다. 하지만, 이러한 정도의 급여수준이 고액·중증질환자에 대한 보상으로는 다소 미흡하다고 볼 수 있으므로 정부는 이들의 과중한 진료비 부담을 덜어줌으로써 가계파탄을 미리 방지하고 건강보험의 보장성을 강화하기 위해 6월간 본인이 부담하는 진료비용을 300만원으로 제한하고 초과부분은 건강보험공단이 내주는 본인부담상한제를 2004년 7월부터 실시하게 되었고 2007년 7월부터는 상한액을 200만원으로 낮추어 고액중증질환자의 본인부담을 크게 감소시키고 있다. 따라서 정책효과가 감소된 본인 부담액보상금제도는 폐지하였다.

본인부담상한제는 사전적용방식과 사후환급방식 등의 두 가지 형태로 운영되고 있다.

사전적용방식이라 함은 환자가 동일요양기관에 계속 입원함으로써 진료건당 본인부담액이 6월의 기간 동안 200만원을 초과하는 경우로서 수납단계에서 상한제를 바로 적용받아 본인은 200만원까지만 부담하고 200만원 초과금액은 요양기관이 심사평가원의 심사를 거쳐 공단으로부터 비용을 지급받게 되는 방식이다. 사후환급방식은 외래 또는 입원환자로서 동일요양기관 또는 다른 요양기관의 진료건당 본인부담액이 200만원 미만인 경우 환자는 해당 요양기관에 각각 본인부담액을 납부하고 공단이 6월간 본인부담금 누적금액을 계산해서 200만원을 초과할 경우 환자에게 이를 통보하고 환자가 지정해주는 계좌로 초과금액을 지급해주는 방식이다.

진료비의 범위에는 입원진료비 외에도 외래진료비, 약제비가 포함된다. 다만 건강보험이 적용되지 않는 선택진료비, 상급병실 차액료 등 비급여항목과 보험료 체납, 다른 법령에 의한 보상 등의 이유로 급여가 제한되는 경우는 대상에서 제외된다. 보험이 적용되지 않는 비급여항목이 많기 때문에 상한제의 효과가 크게 제한되고 있다는 지적도 있다. 앞으로 비급여 항목도 단계적으로 급여항목으로 전환함으로써 제도시행의 실질적인 효과를 높이도록 할 계획이다. 또한 저소득층에게도 실질적인 효과가 나타나도록 수준별로 상한액을 차등화 할 계획이다.

2. 본인부담금 경감대상 확대

가. 노인 본인부담금 경감

정부에서는 노인인구의 진료비 부담을 경감하기 위해서 2000년 7월 이전에는 70세 이상의 노인이 간단한 질병으로 의원, 치과의원 또는 한의원을 방문하는 경우에 본인부담금을 경감하여

주고 있는데 2000.7.1부터는 본인부담금 경감 대상을 70세 이상에서 65세 이상으로 확대한 바, 의약분업이 적용되는 경우 2001.7.1부터 의원, 치과의원, 한의원은 진료비가 15,000원 이하일 때 1,500원(일반인은 진료비의 30%), 약국은 약제비가 10,000원 이하일 때 1,200원(일반인은 진료비의 30%)만을 부담하면 되므로 진료비가 15,000원, 약제비가 10,000원인 경우 65세 이상 노인은 일반인(4,500원+3,000원=7,500원)에 비해서 4,800원이 경감된 2,700원만을 부담하고 있다.

나. 외래진료 본인일부부담금 산정특례

생존기간 동안 지속적인 약제 투여 및 치료가 필요한 환자 중 다른 질환에 비해 평균 진료비가 높고, 정상적인 사회생활을 유지하기 어려운 희귀·난치성 질환자 에게 외래진료비용 총액의 20%에 해당하는 금액만을 본인이 부담하도록 하여 일반환자가 의원급 30%, 병원급 40%, 종합병원급 50%를 부담하는 데 비해 경제적 부담을 크게 덜어주고 있다.

연차적으로 그 대상자를 확대하여 2003년까지는 만성신부전증, 혈우병 등 12개 질환이었으나 2004년 암 및 62개 희귀·난치성 질환(총 75개 질환) 확대에 이어 2005년에는 정신질환 등 26개 질환(총 101개 질환)을 확대하였고 2006년 발작성 야간 혈색소증 등 9개 질환 확대 및 2007년 다제내성 결핵 등 15개 질환 확대로 현재 총125개 질환에 대해 외래진료비의 본인부담금을 경감하고 있으며, 향후 점진적으로 더욱 확대해 나갈 계획이다.

다. 암 등 고액중증질환자 본인부담특례

정부는 건강보험의 보장성을 획기적으로 강화하기 위한 대책을 수립하고, 그 주요한 추진전략으로 진료비등이 막대하게 소요되는 고액의 중증질환에 대한 건강보험의 지원을 대폭 확대하기로 하였다. 이에 따라 집중지원 질환으로 암질환·뇌혈관질환 및 심장질환을 선정하고 이들 질환의 경우에는 환자 본인부담률을 일률적으로 10%로 인하하였다. 다만, 암환자의 경우에는 소정의 절차를 거쳐 건강보험공단에 등록하여야 본인부담 경감 혜택을 받을 수 있다.

라. 6세미만 아동 본인부담경감

아동의 건강에 대한 사회적 지원여건 조성을 통해 출산장려 문화를 유도하고 아동 의료비등에 대한 가계부담을 경감하기 위하여 6세미만의 어린이가 요양기관에 입원하는 경우에는 2006.1.1부터 본인부담 전액을 면제하여 건강보험에서 부담하도록 하였다. 또한 6세미만 어린이가 외래진료를 받는 경우 성인의 70%만 내도록하여 2007.8.1부터 본인부담액을 경감하였고 2007년 11월부터는 6세미만 영유아에 대한 건강검진을 무료로 실시하고 있다.

3. 임신·출산에 대한 건강보험 급여

의료보험법에서는 질병, 부상, 사망에 대해서만 보험급여를 하도록 규정하고 있어서 산전 진찰 등 예방 진료에 대해서는 보험급여가 불가능하였지만, 국민건강보험법에서는 「질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진」에 대하여 보험급여가 가능하도록 확대하였다.

다만, 모든 예방진료에 대한 보험급여의 전면적인 확대는 현행 보험재정 여건상 어려움이 많으므로 그 동안 보험급여의 필요성이 꾸준히 제기되었고 태아와 산모 모두의 건강을 보장하여 출산친화적 환경이 조성될 수 있도록 「산전 진찰」에 대하여 우선적으로 국민건강보험법 시행과 동시에 보험급여를 실시하게 된 것이다.

따라서 진찰, 검사 등 보험급여가 되는 의료행위와 약제를 산전 진찰을 목적으로 사용하였을 때에는 과거에는 일반수가로 산정한 진료비를 전액 본인이 부담하였으나 2000.7.1부터는 의료보험수가로 산정한 진료비의 일부만을 본인이 부담하면 된다.

또한, 출산장려정책의 일환으로 2004.12.1부터는 풍진검사와 선천성기형아검사(트리플테스트)에 대한 보험급여를 실시하였고, 2005년 1월부터는 자연분만을 유도하고 출산을 장려하기 위해 자연분만에 드는 본인부담 전액을 면제하였다. 이와 더불어 초음파 검사 등 임신 기간 중 산전 진찰에 필요한 검사에 소요되는 비용에 대해 본인부담 경감을 추진할 계획이다.

4. 장애인 보장구 보험급여 대상 확대

장애인이 일상생활을 영위하는데 도움을 주는 보장구인 의지 39종, 보조기 24종, 의료기기 14종 등 총 77종에 대해서 기준금액 범위 내 구입금액의 80%까지 보험급여를 실시하고 있다. 각 보장구별 용도와 내구연한에 맞도록 의사의 처방을 받아 장애인이 보장구를 구입하고 처방전, 영수증 등 관련서류를 첨부한 청구서를 건강보험공단에 제출하면 된다.

2005년에는 전동휠체어, 전동스쿠터, 정형외과용 이동구두 등의 보장구 보험급여 품목을 추가하였고, 58종에 대한 기준금액을 평균 36.6% 인상하여 보장구 급여대상을 크게 확대하였다.

그러나 일부 보장구업주 등이 장애인의 어려운 상황을 이용하여 불법으로 보험급여 받는 사례가 나타나는 등 국민의 소중한 재산인 건강보험 재정이 누수되고 있어 이를 바로 잡기 위해 2008년에는 사전심사 및 사후관리를 강화하는 등 보장구 보험급여제도를 개선할 계획이다.

5. 의료기관 이용절차 개선

가. 대형 종합병원(종합전문요양기관) 이용절차 변경

종전에는, 대형 종합병원(종합전문요양기관)을 이용할 때에는 1단계 진료를 담당한 의사의 진료의뢰서를 제출하여 보험급여 혜택을 받을 수 있는 것을 원칙으로 하고 가정의학과, 재활의학과, 치과, 한방과, 안과, 이비인후과, 피부과 등의 진료를 받는 경우 진료의뢰서를 제출하지 않아도 보험급여가 가능하도록 하였으나, 의약분업의 실시와 응급의료에관한법률의 개정 등으로 의료 전달체계 확립이 요구됨에 따라 국민건강보험법령에서는 진료의뢰서를 제출하지 않아도 보험급여가 가능한 범위에서 안과, 이비인후과, 피부과를 제외하였다.

따라서 2000.7.1부터는 진료의뢰서 없이 종합 전문요양기관에서 1단계 보험급여를 받을 수 있는 경우는 응급환자, 분만, 치과, 재활의학과, 가정의학과 및 혈우병환자가 요양급여를 받는 경우에만 보험급여가 가능하다.

나. 건강보험증을 제출하지 못하는 경우의 절차 개선

지금까지는 보험급여를 받기 위해서는 요양기관에 건강보험증을 제출하여야 보험급여를 받을 수 있도록 함에 따라 급하게 의료기관을 방문하여야 하는 경우에 불편함이 많았다.

그러나 국민건강보험법령에서 신분증으로 자격의 확인이 가능한 경우 요양급여를 실시하도록 하여 건강보험증을 지참하지 않은 경우에도 큰 불편 없이 건강보험급여를 받을 수 있도록 하였으며, 가입자가 직접 또는 요양기관에서 국민건강보험공단에 자격확인을 요청하면 공단에서 지체 없이 이를 확인해주도록 의무화하였고, 요양기관에서는 자격확인을 요청할 수 있는 공단의 전화번호를 안내하거나 진료접수창구에 이를 게시하도록 함에 따라 확인 요청을 하지 않더라도 종전과 같이 7일 이내에 건강보험증을 제시하면 소급해서 보험급여를 받을 수 있도록 간소화하였다.

다. 건강보험 급여 제한 사유에 해당하는 경우

지금까지는 고의 또는 중대한 과실 등 급여제한 사유의 해당 여부를 요양기관에서 자체적으로 판단하여 급여제한 여부를 결정해 왔던 관계로 요양기관과 가입자간의 다툼이 있어왔다.

국민건강보험법에서는 요양기관이 급여제한 사유로 판단하는 경우에도 가입자에 대해서는 우선 요양급여를 실시하고 지체 없이 공단에 급여제한 여부를 조회하도록 하여, 급여제한 사유에 해당하는지에 대한 판단의 차이로 요양기관과 가입자간의 다툼의 소지를 해소하고 있다.

6. 신 의료기술 보험급여 절차 개선

지금까지는 건강보험분야에서 신의료기술의 안전성·유효성 및 경제성을 동시에 평가하여 왔다. 「국민건강보험법 요양급여에 관한 시행규칙」에서 신의료기술, 의약품, 치료재료는 최초로 시술하거나 식품의약품안전청장의 제조(수입) 허가를 받은 날부터 30일 이내에 보건복지가족부장관에게 보험급여 또는 비급여 결정 신청을 반드시 하도록 하고, 장관은 정당한 사유가 없는 한 150일 이내에 보험급여 또는 비급여에 대한 결정을 하도록 하여 왔다.

그러나 의료의 안전성에 관한 사항은 의료법에서 검토하는 것이 합리적이라는 판단 하에 의료법상에 신의료기술의 안전성·유효성을 검토하는 체계를 신설하였고(2006.10.27 개정), 이에 따라 「신의료기술평가에 관한 규칙」이 제정되었다.

이에 따라 의료행위의 경우에는 2008.7.26부터 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받은 의료행위에 대해서만 보험급여 여부를 평가할 예정이다.

III 건강보험 정보화사업(EDI)

EDI(Electronic Data Interchange)는 “조직 간에 업무를 수행하기 위하여 데이터를 교환하는 데 있어 상호 합의된 또는 표준화된 데이터 형식과 교환 절차에 따라 컴퓨터 대 컴퓨터로 통신하는 것”이라고 일반적으로 정의되고 있다.

건강보험 EDI사업은 “요양기관이 컴퓨터 단말기에 입력된 진료비 청구 내용을 출력하지 않고 전자문서의 형태로 통신망으로 전송하여 청구하고, 건강보험심사평가원에서 전자문서를 접수하고, 접수된 자료의 전산점검, 화면심사, 심사 완료된 자료의 지급연계까지 이어지는 일련의 청구·심사·지급 업무의 정보화”로 정의할 수 있다.

건강보험 EDI 사업의 추진을 위해 1994년 5월 정부의 승인 아래 의료보험연합회와 한국통신간에 EDI 방식에 의한 의료보험진료비청구 시범사업 공동추진을 합의하고, 같은 해 6월부터 11월까지 EDI시스템을 개발하여 12월부터 100개 병·의원을 대상으로 시범사업을 시작하였다.

1년간의 시범사업을 거쳐 1996년 12월에 11종의 전자문서와 한국통신을 의료보험진료비청구의 전산망 관리자로 지정고시하고, 1997년 5월부터는 약국도 EDI로 의료보험진료비를 EDI로 청구하는 시범사업을 시작하였다.

1998년 8월부터는 한방요양기관과 보건기관도 EDI 의료보험진료비를 청구할 수 있도록 시스템 개발과 시범사업을 시작하였다.

2000년 7월부터 시행된 국민건강보험법시행규칙에도 전자문서 교환방식에 의한 요양급여 비용심사청구서 및 명세서를 심사평가원에 제출하고 심사평가원과 공단은 동 방식에 의한 요양급여비용 심사결과통보서 및 요양급여비용 지급통보서를 각각 요양기관에 통보할 수 있도록 규정하였다.

그 결과 2007년 12월말 현재 전체 76,752개 요양기관 중 96.2%인 73,870개 기관이 EDI방식을 선택하여 청구하고 있는 등 건강보험진료비 청구의 정보화를 짧은 기간에 이루었다.



건강보험 약제 관리 체계*

I 건강보험 약가제도 운영

우리나라가 2007년 건강보험에서 지출한 약제비 규모는 약 9조 5천억원으로 건강보험 총 진료비의 29.5%를 차지하는 등 높은 수준을 보이고 있다.

다른 나라와의 상대적인 수준도 2006년 우리나라의 국민의료비 지출 중 의약품 지출 비율은 25.8%로 OECD 회원국의 의약품 지출 수준 17.3%보다 높다. 또한 2001년 이후 5년간 약제비 증가율은 연평균 15.0%로 동일 기간 진료비 증가율이 10.6%인 것에 비해 증가속도가 빠른 편이다.

즉, 인구의 고령화 및 만성질환의 증가, 신의료기술의 도입·확산 등 보건의료환경의 변화에 따라 진료비 및 약제비가 지속적으로 증가할 것으로 예상되나, 의약품의 사용량 및 사용구조에 대한 고려가 부족한 점 등 이를 적절히 관리하기 위한 정책이 지속적으로 요구된다고 할 수 있다.

〈표 2-6-13〉 총진료비 중 연도별 약제비 증가 현황

(단위 : 억원, %)

연 도	총 진료비	약제비(추정)	약제비 비율	증가율
2002	190,606	48,014	25.19	14.85
2003	205,336	55,830	27.19	16.28
2004	223,559	63,535	28.42	13.80
2005	247,968	72,289	29.15	13.78
2006	285,580	84,041	29.43	16.26
2007	322,590	95,126	29.49	13.18

*집필자 : 보험약제과장 이태근

1. 선별등재제도 적용

우리나라는 종전에 식품의약품안전청에서 제조 혹은 수입 허가한 의약품 중 법에서 정한 일부를 제외하고 거의 모든 의약품을 보험급여 대상으로 정하고 있었다. 급여제외목록(Negative list)은 보험 급여되지 않는 의약품들의 목록으로서 보험에서 제외하고자 하는 의약품들을 ‘급여제외목록’으로서 선별하고 나머지 의약품은 자동적으로 보험급여 대상으로 정하는 체계이다.

일반적으로 약의 특성이나 질환의 성격을 고려하여 특정 부류의 약들(가벼운 질환에 사용되거나 질병치료와 관련 없는 약)을 급여대상에서 제외시키는 급여제도로 비급여 대상이나 그 기준이 규정되어 있었다. 이에 따라 2005년 2월 국내에서 급여되는 의약품은 20,564개 품목으로 호주, 프랑스 등의 5,000여 품목보다 많았다. 또한 건강보험 급여목록에 등재되어 있으나 생산되지 않는 의약품이 전체 급여 품목의 약 22.6%(05.2월 기준)나 되는 등 그 관리에 비효율성이 존재하였다.

반면 선별목록(Positive List)이란 보험급여 대상 의약품의 목록으로서 시판 허가를 받은 의약품 중 치료적 가치와 경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하여 보험 등재하는 것으로 약제의 비용효과성을 극대화할 수 있는 체계이다. 보험재정의 합리적 운영과 의약품 사용의 비용효과성을 제고하기 위해 의약품 선별목록으로의 전환(06.12)을 하였고 이를 통해 '06.1.1기준 21,740품목에서 '08.1.1기준 15,216품목으로 그 등재 품목 수가 대폭 감소하여 관리의 효율화를 달성할 수 있었다.

현재 선별목록 등재제도 하에서 신청된 의약품 중 신약에 대해서는 의약품 경제성 평가 등을 거쳐 치료적·경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하고, 건강보험 대상여부 및 상한가격을 협상을 통해 결정하고 있다. 또한 복제약에 대해서는 등재되는 순서에 따라 산식에 의해 신약 가격의 일정비율로 결정되는데 첫째 복제약은 오리지널의 68%이며 이후에는 등재순서에 따라 체감하고 복제약 등재 시 오리지널의 약가는 당초의 80% 수준으로 조정된다.

2. 기등재의약품 목록정비

의약품 선별등재방식 도입에 따라 이미 보험이 적용되고 있는 의약품(기등재 의약품)은

Positive List에 등재된 것으로 보고, 향후 5년간 경제성 평가 등을 거쳐 순차적으로 목록을 정비하기로 하였다.

본격적인 약효군별 경제성 평가에 앞서, 2007년 2개 약효군(편두통, 고지혈증 치료제)에 대한 시범평가를 실시하였다. 시범평가 결과를 토대로 2008년부터 본격적인 평가가 실시되며, 고혈압치료제(1,184품목), 소화성궤양용제(805품목)가 2008년에, 호흡기관용약(755품목), 소염진통제(1,577품목)가 2009년에, 항생제 등(2,974품목)이 2010년에, 암-화학요법제(412품목)는 2011년에 평가대상으로 공고되었다.

약효군별 경제성 평가결과는 건강보험 적용 여부와 가격 조정 등에 활용되며, 2002년 의약품 선별등재방식을 도입한 스웨덴의 경우 편두통치료제 평가 결과 일부 비용-효과적이지 않은 고가의 약을 보험적용 대상에서 제외 후, 해당 성분의 의약품을 저렴한 가격으로 재등재함으로써 상당규모의 재정절감효과가 있었던 것으로 알려졌다.

따라서 건강보험 약제비 적정화 방안 시행이후 신규로 보험적용이 되는 품목뿐 아니라, 이미 보험이 적용되고 있던 품목들의 가격도 대폭 조정이 이뤄질 것으로 예상되며, 이에 통해 유사 약효군별로 치료적, 경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하고 그 결과에 따라 건강보험을 적용함으로써 국민들은 보다 저렴한 가격에 효과가 좋은 의약품을 복용할 수 있을 것으로 전망된다.

〈표 2-6-14〉 기등재의약품 연도별 평가대상

구 분	평가대상 약효군 수 및 품목수				
	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
시범평가군 (품목수)	2개약효군 (295)				
본 평가군 (품목수)		6개 약효군 (3,748)	10개 약효군 (4,755)	15개 약효군 (4,647)	16개 약효군 (3,084)

3. 약가 재평가 및 사용량-약가 연계 재평가

가. 약가 재평가

약가 재평가는 최초 상한금액 산정이후의 여건변화를 반영하기 위하여 등재 후 해당 의약품의

외국 7개국 조정평균가(A7;미국, 영국, 독일, 프랑스, 이탈리아, 스위스, 일본)를 조사하여 상한금액을 조정하는 제도이다.

외국조정평균가는 외국 7개국의 공장도출하가격에 부가가치세와 유통거래폭을 가산한 금액의 평균가로 산정하며, 공장도출하가격은 해당국가의 약가책자에 기재된 금액에서 당해 국가의 부가가치세와 약국 및 도매마진을 제외한 금액으로 미국, 영국, 프랑스, 이탈리아, 스위스의 경우는 책자금액의 65%, 일본의 경우는 82%로 하고 독일의 경우는 약가에 따라 정해진 마진을 참조하여 산정한다.

2002년부터 현재까지 6차례에 걸쳐 약 7,400여 품목을 인하하는 등 재정절감 추정액이 약 3,500억원에 이른다.

〈표 2-6-15〉 약가재평가에 의한 상한금액 인하 현황

연 도	재평가품목수	인하품목수(%)	평균인하율	인하액
2002	12,178	2,732(22.4)	7.2%	734억원
2003	344	82(23.8)	7.5%	43억원
2004	749	226(30.2)	6.3%	57억원
2005	5,320	1,477(27.8)	10.8%	591억원
2006	4,895	1,421(29.0)	17.2%	812억원
2007	4,596	1,570(34.2)	14.1%	1,565억원

나. 사용량-약가 연계 재평가

사용량-약가 연계 재평가는 약가협상시 제약사에서 제시한 예상사용량보다 보험급여 청구량이 증가한 경우와 약제의 허가(신고) 사항 추가 및 급여기준 개정으로 사용범위가 확대된 경우 보험급여 청구량이 증가한 경우 약가를 조정하는 것을 말한다.

최초 약가결정 과정에서 사용량을 예측하는데 불확실성이 존재하기 때문에 등재 이후 실제 사용량이 예상사용량을 크게 상회할 경우 비용효과성, 재정영향분석 등을 통해 약가 산정의 합리성을 점검하는 데 그 취지가 있으며, 또한 효능·효과 및 용법·용량이 변경된 품목이 연간 약 200여 품목에 이르는데, 대부분은 적응증이 추가되는 경우로서 이로 인해 시장 확대가 이루어지는 경우가 많아 이러한 품목에 대한 재평가가 필요하다고 할 수 있다.

II 건강보험 약제 사용량 관리

우리나라의 의약품 사용량이 OECD 국가 중 최고 수준으로 알려져 있어, 과다한 의약품 사용으로 인한 국민의 약값 부담 경감과 국민건강에 부정적 영향을 방지하기 위해 의약품 사용량을 줄일 수 있는 다각적인 대책을 마련하였다. 그 내용을 살펴보면 다음과 같다.

1. 처방총액 절감 인센티브제

우리나라 국민이 의원급 의료기관을 방문하여 처방받는 의약품 수는 2005년 1회 평균 4.16알로 일본 3.0, 미국 1.97, 독일 1.98알에 비해 월등히 많은 양이다. 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.

우리나라의 의약품 처방품목수가 이렇게 많은 것은 처방 행태 뿐 아니라 국민들의 약 선호 문화 등의 복합적인 원인이 작용하지만, 현실적으로 의약품 사용에 가장 영향력이 큰 것은 의사의 처방이기 때문에 의료기관이 스스로 처방을 줄일 유인을 만드는 것이 이러한 문제점 개선에 효과적인 것이라는 판단 아래 의료기관이 자율적으로 처방을 줄여 약제비가 절감되면 절감된 부분의 일정 비율을 인센티브로 받는 제도를 도입하였다.

2008년 7월 1일부터 5개 지역(대전, 대구, 광주, 수원, 창원시)내 7개 진료과목(내과, 소아청소년과, 이비인후과, 가정의학과, 정형외과, 외과, 일반(미표시)) 의원을 대상으로 시범사업이 실시될 예정이다.

2. 의약품 중복처방 차단·방지

동일의료기관에서 동일날짜에 동일 성분제제 의약품을 중복하여 처방한 경우는 총 원외처방 약제비의 7.7%에 달한다. 병원의 경우 동일 의료기관이라도 진료과목이 다르면 상호 투약기록이 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 의료기관내 진료과목이 다르다는 이유로 동일한 의약품이 불필요하게 중복 처방되는 경우에는 건강보험 적용이 제한된다. 또한 6개월간 동일 의약품의 총 투약일수가 특별한 사유 없이 7일 이상 과다 중복될 경우에는 중복된 부분에 대해서는 건강 보험이 적용되지 않는다. 장기 환자를 진료하는 의료기관은 장기출장, 여행 등으로 약을 일부 중복해 미리 처방하더라도 결국 6개월간 총 투약일수는 일주일이상 중복되지 않도록 환자별 투약일수를 관리해야 한다.

3. 의료쇼핑 사후환수

환자가 여러 요양기관을 방문하여 동일 의약품을 과다하게 중복해서 받는 환자에 대해서는 사후환수가 추진된다. 환자를 대상으로 상담·경고 후, 개선이 없을 경우에는 중복 사용한 약제비를 환자에게 직접 환수하게 되며 또한 처방받은 의약품을 재판매 하는 등의 불법 사례가 드러날 경우에는 형사고발 등의 조치가 취해진다.

4. 일반의약품 오남용 방지

일반의약품 중 치료보조제적 성격이 강하거나 경미한 질환에 쓰여 자가 치료가 가능한 품목은 건강보험 적용범위가 제한되거나 비급여로 전환된다. 특히 파스의 경우, 2006년 1년간 300장 이상 처방받은 사람이 5만 명에 이르고 사용량이 급증('06년 전년대비 30% 증가)하고 있는 반면, 경미한 질환에 사용되는 의약품임을 고려하여 경구투여가 가능한 환자는 파스류의 약값을 환자가 전액 부담토록 할 계획이다.

또한, 외국에서는 ‘의약외품’으로 관리되는 은행잎제제나 치료보조제적 성격이 강한 일반의약품 연고 등도 의학적 근거 범위가 명확하고 꼭 필요한 경우에만 건강보험을 적용할 계획이다.

5. 의약품 처방·조제 지원시스템

의약품 중 같이 복용하면 안 되는 약(병용금지)과 특정 연령대에 투약이 금지된 약(연령금지)을 2004년부터 공고하고 그 처방·조제를 제한해 왔다. 그러나 연평균 2만 건 정도가 지속적으로

환자에게 투약되고 있으며 금기약 정보를 서면으로 전달하는 현재의 방식으로는 사전예방이 아니라 환자가 의약품을 다 먹고 난 후에야 금기약 복용을 알게 되는 문제점이 있었다.

따라서 의약품 처방·조제시 필요한 정보를 제공하여 부적절한 약물사용을 사전에 예방하고 환자가 금기약을 복용하기 전에 이를 알리기 위한 시스템(‘의약품 처방·조제지원시스템’)을 구축하여 2007년 4월 1일부터 시행하였다.

이 시스템은 안전성 문제로 시판이 금지된 의약품, 병용금기나 연령금기 의약품에 대한 최신 정보가 의사, 약사에게 제공되고, 의사가 금기약을 처방할 경우 경고 메시지가 작동하여 사전에 예방되게 된다. 불가피하게 금기약을 처방해야 하는 경우에는 처방전에 이를 명시하여 환자가 알 수 있도록 하였으며 약국은 금기약 조제정보를 건강보험심사평가원으로 통보한다.

이를 통해 환자에게 안전하고 적절하게 의약품이 투약될 수 있는 환경이 마련되고, 선진화된 처방·조제 관리의 기반이 구축될 것으로 기대된다.

III 보험약제 사후관리

1. 실거래가 상환제도의 개요

보험의약품 실거래가 상환제도는 개별 요양기관이 품목별 상한금액 이내에서 실제 구입한 가격으로 청구하는 금액을 상환하는 방식이다.

이전에는 고시가 상환제도로써, 요양기관에 대한 약제비 상환이 고시가격으로 이루어지는 방식이었다. 이에 따라 실구입가와 고시가간의 약가차액이 요양기관의 음성적 수익으로 귀속되었고, 또한 약가차액은 의약품 사용량에 비례하므로 과잉투약을 하게 되고 이로 인하여 국민건강을 해칠 수 있는 가능성이 상존하였다.

그리하여 이러한 문제점을 해결하고자 1999년 11월 실거래가 상환제도가 도입되었고, 개별 기관의 품목별 실제구입가격에 의해 약가를 상환함으로써 종전의 고시가에서 발생하는 약가 차액에 의한 이윤을 배제하고 궁극적으로 건강보험재정 안정과 국민건강증진을 도모하고자 한 것이다.

즉, 의약품 가격의 상한선을 정해놓고 상한선 내의 실구입 가격으로 상환하는 것으로, 요양 기관은 매분기 품목별 실구입가격의 가중평균가를 산출하여 이를 청구하게 되고 이에 따라 요양기관의 보험의약품 실거래가 내역이 적정한지 조사하여 상한금액 미만으로 거래된 사실이 있는 경우 이를 반영하여 보험의약품 상한금액을 조정한다.

또한, 적발된 요양기관을 대상으로 그 차액을 부당이득금으로 징수하고 부당이득 비율이 높은 기관에 대하여는 관련 규정에 의하여 행정처분을 하게 된다.

2. 사후관리 추진실적

2007년도에는 3차례의 약가조사를 실시한 바 있으며, 2차례에 걸쳐 총 1,114 품목의 상한금액을 평균 0.67% 인하·고시하는 등 2000년부터 총 15천여품목을 인하하여 그 재정절감액이 약 2,500억원에 이른다.

〈표 2-6-16〉 연도별 약가인하 현황

연도(시행일 기준)	인하품목 수	평균인하율(%)	보험재정절감추정액(억원)
2000	295	3.01	23
2001	5,819	7.4	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



건강보험급여 사후관리*

I 요양기관 사후관리

1. 개 요

요양기관이 청구한 요양급여비용은 건강보험심사평가원(이하 심평원)이 이를 심사(요양급여 비용이 요양급여기준 등을 벗어난 과잉청구인지 여부와 아울러 부당청구는 없는지에 대한 1차 감시망 역할 수행)하고 국민건강보험공단(이하 공단)에 통보하면 공단은 심사결과에 따라 요양급여비용을 지급하게 된다.

공단은 요양기관에 비용을 지급 후 국민의 알권리를 충족시키고, 보험재정의 누수를 방지하기 위하여 요양기관에서 진료 받은 내용을 수진자에게 통보함으로써 급여내역의 사실여부를 확인(2차 감시망 역할 수행)하고 있다.

한편, 보건복지가족부는 건전한 요양급여비용 청구 풍토를 조성하는 최종감시망으로서 역할을 수행하고자 심사평가원 및 공단의 전문인력을 지원받아 정기적으로 혹은 특정 분야에 대한 기획 현지조사를 실시하고 있다.

정기조사는 요양급여비용에 대한 심평원의 심사 및 공단의 진료내역확인·요양기관 내부 종사자 공익신고와 국민들의 민원제보 등을 기초로 매월 정기적으로 부당청구의 개연성이 높은 요양기관을 대상으로 요양급여비용의 허위·부당청구 근절에 중점을 두고 있다.

반면, 기획조사는 건강보험 제도운용상 또는 사회적 문제가 된 사안 등 편법 또는 왜곡된

*집필자 : 보험평가과장 양병국

진료비 청구행태를 보이는 분야에 대한 실태 조사를 통해 문제점과 제도개선사항을 발굴하고 이에 대한 대안을 제시함으로써 올바른 진료비청구 행태를 정착시키고 부당청구를 사전에 예방할 수 있도록 정책적 지원 기능을 수행하는데 중점을 두고 있다.

2. 부당청구 근절을 위한 그간의 추진 실적

가. 추진 실적

민원제보 및 심사상 문제기관 등 부당청구가 의심되는 요양기관 등을 대상으로 국민건강보험법 제84조제2항에 근거한 보건복지가족부장관의 질문·검사(현지조사)를 실시하고 있으며, 2004년 775개소, 2005년 885개소, 2006년 851개소, 2007년 744개소에 대한 현지조사가 이루어졌다.

조사결과 부당청구가 나타난 기관은 부당이득금을 환수하고, 부당청구의 정도가 행정처분의 대상이 되는 경우는 요양기관 업무정지(1년 범위 내) 또는 과징금(2~5배)을 부과하고 있다.

〈표 2-6-17〉 요양기관 현지조사 현황(총괄)

(2007년 12월말 기준, 단위 : 개소, 억원)

연 도	실 사 기관수	부당사실확인기관수					부 당 금 액
		계	업무정지	과징금	부당이득금 환수	처 분 절차중	
2004	775	619	210	207	200	2	103
2005	885	688	216	214	240	18	88
2006	851	628	112	115	146	255	140
2007	744	579	152	111	118	198	144

※ 주 : 1) 부당금액은 추정금액임.

2) 부당이득금 환수 : 부당청구 사실이 확인된 기관 중 부당청구의 정도가 처분기준에 미달하여 부당금액만을 환수하는 기관임.

지금까지의 현지조사 대상기관 선정은 진료비 심사 및 수진자 조회를 통한 부당청구 개연성이 높은 기관, 민원제기·언론보도로 사회적 이슈가 된 기관 등을 조사대상으로 선정하여 왔으나, 이에 부가하여 최신분석 예측기법인 데이터마이닝(Data Mining)기법을 이용, 부당청구 가능성이

높은 요양기관을 예측하는 부당청구 상시 감시시스템을 2004년도에 개발하여 현지조사 선정에 활용하고 있다.

아울러 진료내역 신고포상금 제도를 2004년 1월 1일부터 시행(공단의 내부규칙)하여 본인·배우자 및 직계 존·비속의 진료내역이 사실과 상이하여 공단에 신고한 경우 확인 후 최고 5백만원 한도의 보상금을 지급하였으며(2007년 지급실적 : 8,941세대 150,960천원), 신고포상금제도의 다각적인 운영을 위해 최고 3천만원 한도의 요양기관 내부종사자 공익신고 및 포상금제도를 2005. 7. 1부터 시행하여 2007년 31건 113,380천원을 지급하였다.

한편, 부당 청구가 확인된 요양기관 중 허위청구가 있거나 또는 조사를 거부·기피하는 기관에 대해서는 행정처분 외에 사법기관에 고발하는 등 엄정조치하고 있다(2005년 5개소, 2006년 13개소, 2007년 16개소).

나. 행정처분 및 벌칙 등의 강화

건강보험 요양기관에 대한 보건복지가족부의 현지조사 결과, 부당한 방법으로 보험자·가입자 및 피부양자에게 부담하게 한 부당금액에 대하여는 보험자인 공단이 부당이득금을 환수하고 있으며, 또한 부당청구의 정도가 심한 기관에 대해서는 1년의 범위 내에서 업무정지를 실시함을 원칙으로 하되, 해당 요양기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주거나 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 때에는 그 업무정지에 갈음하여 부당금액의 2~5배 이하의 금액을 과징금으로 부과하고 있다.

또한, 조사에 필요한 관계서류 제출의 거부 및 허위 서류의 보고·제출 또는 조사 거부·방해·기피한 때에는 업무정지 1년의 행정처분을 실시하고 이와는 별도로 건강보험법 제95조에 1,000만원이하의 벌금을 부과하는 벌칙조항도 두고 있다.

특히 행정처분을 받은 후 5년 이내에 위반사실이 확인될 경우에는 당해 업무정지기간 또는 과징금의 2배에 해당하는 가중처분을 할 수 있도록 하여 부당한 방법으로 요양급여비용을 청구하는 요양기관에 대하여는 행정적·재정적 부담을 부과함으로써 적정한 진료와 성실한 청구를 유도하고 그 외의 요양기관은 경각심을 주어 부당청구를 사전에 예방하는데 그 의의를 두고 있다.

의료법과 약사법 등 관련법에서도 부당청구에 대한 대인처벌이 강화되었는데, 의료관계행정 처분규칙의 개정(2004.3.31)을 통하여 진료기록부 등 관련서류를 위조·변조하거나 무자격자의 진료비 청구 및 실제적인 진료·투약을 하지 않은 경우 등 사위 기타 부정한 방법으로 진료비를 허위 청구한 때에는 개설자인 의료인·약사에 대하여 면허취소 또는 면허정지, 개설허가 취소 또는 폐쇄명령, 의료업 정지 등을 하도록 행정처분 기준이 강화되어 일반적인 부정청구와는 달리 허위청구에 대하여 강력하게 대응 조치하고 있다.

3. 향후 추진계획

그간 건강보험 허위청구기관 근절을 위해 특별현지조사 도입, 업무정지, 면허자격정지 등 강도 높은 사후관리 및 행정제재에도 불구하고 허위청구 기관이 근절되지 않고 있고 오히려 매년 허위청구 금액이 지속적으로 증가하는 등 기존의 사후관리제도의 틀로는 허위청구 기관 근절에 한계가 있다는 인식하에 2008년부터는 사실상 허위청구 기관이 의료계에서 퇴출되도록 못하도록 허위청구 기관에 대한 명단공표제 도입, 검찰 고발 및 별도의 이력관리체계 구축을 통한 상시 모니터링 체계 구축 등 한층 강력한 법적·제도적 장치를 마련해 추진할 계획이다.

또한, 요양기관의 불법청구에 대해 가입자인 본인 및 가족들의 참여에 의한 진료내역신고 및 요양기관 내부종사자 공익신고 제도를 더욱 활성화할 수 있도록 최고 1억원 수준의 포상금 제도를 법제화해 시민참여에 의한 사회적 감시체계도 강화할 예정이다.

아울러 요양기관에서 자율적으로 불법청구를 시정할 수 있도록 기존의 중앙 주요 의약단체에 대한 정보제공 방식에서 벗어나 지역별 파급효과를 고려하여 시군구 주요 의약단체에까지 정보 제공범위를 확대해 해당지역에서 실시한 현지조사 기관, 부당유형, 협조 사항 등 특화된 정보 제공을 추진하고 요양기관 진료비 컨설팅 시범 사업 추진 등을 통해 적발을 통한 처벌 및 제재라는 사후적 방식에서 벗어나 컨설팅 지원, 홍보 및 계도 등 사전예방기능을 보다 강화할 계획이다.

II 요양급여 적정성 평가

1. 개 요

그동안 건강보험 진료비심사가 의료자원 및 행위 등의 과잉이나 부당청구 억제기능 위주로 운영되어 의료서비스의 질 향상과 비용효과성을 제고하는 데는 미흡하였다는 문제점이 제기되어 2000년 7월 국민건강보험법 시행과 더불어 심사기구가 독립되고 요양급여의 적정성 평가업무가 심사평가원의 고유 업무로 제도화 되었다.

요양급여 적정성 평가제도는 건강보험 가입자에게 제공되는 진찰·시술·투약·검사 등 요양급여에 대하여 의·약학적 측면의 타당성과 비용·효과적 측면을 평가하여 궁극적으로는 의료의 질 향상을 도모하는 것을 그 목적으로 한다. 또한 그 결과를 공개함으로써 건강보험 가입자인 국민에게는 요양기관을 선택할 수 있도록 정보를 제공하며, 의료서비스 공급자에게는 질 향상에 필요한 비교 정보 등의 제공을 통해 자발적 노력을 유도하고 평가 결과를 보상과 연계하여 질 향상을 가속화할 수 있는 방법으로 활용하고 있다.

2. 추진 실적

가. 요양급여의 적정성 평가 현황

〈표 2-6-18〉 요양급여의 적정성 평가 현황

구분	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
평가대상	• 수혈 • 집중치료실 • 슬관절치환술 • 정신과의료 급여	• 급성심근경색증(AMI) • 경피적관상동맥중재술(PCI) • 관상동맥우회로술(CABG)	• AMI(완료) • PCI(완료) • CABG(완료) • 뇌졸중(pilot study)	• 뇌졸중(계속) • 수술의 예방적 항생제사용(pilot study)	• 뇌졸중(완료) • 수술의 예방적 항생제사용 • 진료량 지표(7개수술)

구분	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
추 구 관 리	• 약제급여 – 고가약처방 비중 추가 • 제왕절개분만 • CT	• 약제급여 – 부신피질호르몬제 추가 • 제왕절개분만 • CT	• 약제급여 – 진통소염제 추가 • 제왕절개분만 • CT • 수혈	• 약제급여 – 6품목이상 처방비중추가 • 제왕절개분만 • CT • 수혈 • 슬관절치환술	• 약제급여 – 소화기관용약 처방율추가 • 제왕절개분만 • 급성심근경색증 • CT • 수혈 • 슬관절치환술

※ 2001~2002년 : 약제급여(항생제, 주사제, 약품비, 약품목수), 사회복지법인 요양기관, 조혈모 세포이식 실시기관, 제왕절개분만, CT(전산화단층촬영), 혈액투석

나. 요양급여 적정성 평가결과 공개 현황

소비자의 알권리 및 의료선택권 보장을 위하여 2005년 5월 주사제처방률 공개를 시작으로 개별기관 평가결과를 지속적으로 공개하고 있다. 2007년에는 뇌졸중(9월)·호흡기 및 근골격계 질환 처방건당 약품목수(10월)·위암 등의 진료량지표(12월)에 대한 항목을 추가로 공개하였다.

[그림 2-6-3] 요양급여 적정성 평가결과 공개 현황

2005년	2006년	2007년
양호기관 명단공개 - 허혈성심장질환(11월) (의료의 질 평가결과) - 항생제처방률(10월) - 제왕절개분만률(9,12월) - 주사제처방률(5,9월)	전체기관 명단공개 - 제왕절개분만률(7월) - 주사제처방률(5월) - 항생제처방률(2월)	추가 공개 항목 - 진료량지표(12월) - 호흡기, 근골격계질환 처방건당 약품목수(10월) - 뇌졸중(9월)

다. 중앙평가위원회 구성·운영

요양급여 적정성 평가의 수용성 등을 위해 의료계, 소비자단체, 보험자 등으로 구성된 중앙평가위원회(2000.11.1 건강보험심사평가원에 설치)는 2007년 5차례 회의를 개최하여 평가계획 수립, 평가대상 선정, 평가의 기준 등에 대한 사항, 평가결과 적용 및 공개범위 등에 관한 중요한 사항을 심의하였다.

3. 향후 추진계획

2008년에는 신규사업으로 요양병원 입원급여 적정성 평가 및 수술예방적 항생제 사용에 대해 평가를 하고 있고, 추후관리로는 약제급여 7개 항목과 특정질환·수술 등 8개 항목을 대상으로 하고 있어, 현재 총 17개 항목에 대해 적정성 평가를 하고 있다.

그리고 적정성 평가결과를 보험급여체계와 연계해 진료서비스 수준에 따라 보상하는 제도를 마련하고자 급성심근경색증 및 제왕절개분만 2개 분야를 대상으로 공단부담액의 1%를 加減 지급하는 시범사업을 추진중이다(2007.7~2010.12). 이에 따라 2008년도에는 가감지급기준선을 공개하고, 2009년에는 1등급 기관 가산 지급, 2010년은 1등급 기관 가산지급 및 5등급 기관 감산을 하게 된다.

또한, 기존의 평가를 다시 돌아보고 변화하는 의료환경 및 제도에 적합한 평가모형을 개발하고자 연구 용역을 추진 중이며, 연구 결과에 근거하여 긍정적 평가효과는 극대화하고 부정적 평가효과를 최소화하여 적정 진료수준을 유도하고 의료질 향상을 가능하게 하는 발전적 평가모형을 개발할 것이다.

III 치료재료 실거래가 사후관리

1. 개 요

치료재료는 의료보험법 제도에서는 치료재료를 부품 및 규격별로 세분화하여 총 36,655개 품목으로 구분·관리하였으나 국민건강보험법시행에 따른 실거래가 상환 제도에서는 수 개의 부품 및 규격을 세트 또는 단일 상환가 품목으로 조정하여 2000년 용도에 따라 12개 품목 군(대분류) 총 2,616개 품목이 고시된 이후 관리대상 재료의 품목수가 급속히 증가하여 2007년 12월말 현재 12,391개 품목에 달하고 있다.

치료재료에 대한 급여비용은 2007년 약 13,499억원으로 전체 건강보험 요양급여비에서 차지하는 비중(4.18%)이 행위 및 의약품에 비해 그 규모는 작지만 다양하고 복잡한 치료재료의 특성 때문에 체계적인 관리가 필요하다.

치료재료 사후관리는 「약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준」에 의거, 요양기관과 공급업체를 대상으로 「치료재료 급여·비급여 목록 및 상한금액표」에 등재된 품목의 실거래내역 등을 확인·조사하여 책정된 상한금액을 적정하게 조정·관리하는 것으로 치료재료의 복잡한 유통구조 등 다양한 특성으로 인해 실거래내역 등을 파악하기 위한 사후관리 업무의 여건은 열악한 실정이다.

2. 추진 실적

2007년에는 2006년에 이어 보험청구 비중이 크고 상한금액이 적정수준 보다 높게 책정되어 있는 치료재료에 대하여 실거래가 조사결과 보험 상한금액 보다 낮게 거래되고 있는 155개 품목에 대하여 평균 15.09%의 상한금액을 인하조정하여 연간 약 27억원의 보험재정 절감효과를 가져왔다.

〈표 2-6-19〉 연도별 치료재료 사후관리 현황

구 분	인하품목수(개)	평균인하율(%)	보험재정절감추정액(억원)	비 고
2000년도	1,570	12.50	439	제정고시
2001년도	1,153	4.50	113	업체별 코드로 개정고시
2002년도	127	15.20	8	체외고정기구류
2003년도	1,020	25.35	534	척추고정용, 인공무릎, Nail-set류, 인공고관절
2004년도	616	13.61	116	중재적시술재료, 캐스트류
2005년도	550	3.49	17	인공수정체, Pheresis용류, Ligament&Tendon류, Trauma용 Plate류 등
2006년도	158	10.84	13(74.01%)	봉합사류, 필름류, 인조뼈류 등
2007년도	155	15.09	27(74.27%)	CAST Splint류

※ 2006년도부터 보험자 부담 재정절감액(비율)으로 표시

3. 향후 추진계획

2008년도에는 치료재료 상한금액의 적정성과 거래의 투명성을 유지하고 치료재료 사후관리의 내실화를 위하여 보험급여 청구비중이 높고 상한금액이 적정수준 보다 높게 책정되어 있는 것으로 의심되는 품목에 대하여 실거래가 확인을 지속적으로 실시할 계획이다.

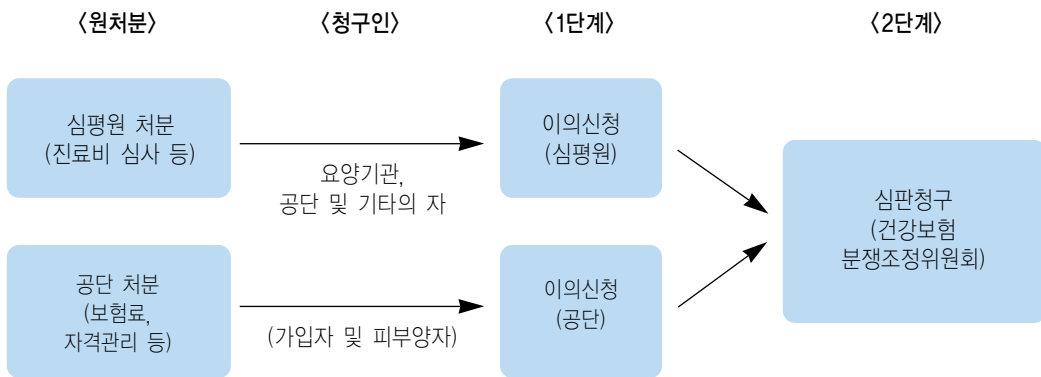
IV 건강보험 심판청구

1. 업무 개요

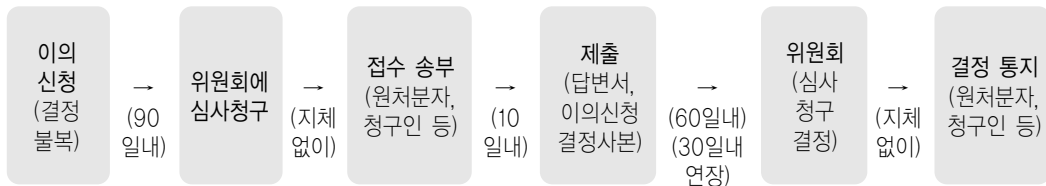
심판청구 제도는 행정심판제도의 일종으로서 처분청(건강보험공단 및 심사평가원)의 위법·부당한 처분으로 권리와 이익을 침해당한 자가 그구제를 위하여 분쟁조정위원회(보건복지가족부)에 구제를 요구하고 분쟁조정위원회(보건복지가족부)에서 이를 심판하는 쟁송절차를 말한다.

따라서 건강보험공단 및 심사평가원의 처분에 대한 이의신청 결정에 불복이 있는 자는 불복의 사유를 갖추어 90일 이내에 우리 부에 설치되어 있는 건강보험분쟁조정위원회에 청구하여 동 위원회의 심의·의결에 의하여 심판결정 한다(국민건강보험법 제77조, 77조의 2).

[그림 2-6-4] 건강보험 심판청구 업무 흐름도



● 처리절차



2. 건강보험 분쟁조정위원회 설치·운영

분쟁조정위원회는 위원장 1인(보건복지가족부 건강보험정책관)을 포함한 판·검사 또는 변호사, 고등교육법에 의한 사회보험 또는 의료와 관련된 부교수 이상의 직에 재직하거나 같은 분야의 학식과 경험이 풍부한 자 중에서 보건복지가족부장관이 임명 또는 위촉하는 15인의 위원으로 구성하고 임기는 3년으로 하고 있었으나, 2008년 3월 28일 국민건강보험법 개정으로 35인 이내의 위원으로 증원될 예정이다.

3. 주요 추진실적

가. 건강보험 심판청구 업무 개선

보건의료 환경의 발전에 따른 의·약학적 타당성에 대한 논란이 증가되고 청구인의 권리의식 신장 등으로 인하여 연간 3천여 건 이상의 심판청구 건수가 지속적으로 제기되고 있으나, 인력 부족 등으로 인하여 미처리 물량이 계속 누증됨에 따라 국민들에 대한 서비스 수준이 미흡한 실정이다.

이에 우리 부에서는 건강보험 권리구제 처리기간 단축 및 심리 내실화를 위해 그간 여러 가지 방안을 추진하여 왔으며, 특히 '06년도에는 혁신T/F 운영과 더불어 획기적인 방법을 모색하기에 이르렀다. 그 결과 새로운 학습모델인 Action Learning을 도입하여 이를 통한 업무프로세스 개선 등을 통해 획기적인 성과를 이룩하였다.

건강보험 심판청구를 종이문서로만 청구해야 하는 불편함을 해소하기 위하여 2007년 12월에 건강보험 온라인 심판청구 전산시스템을 구축하여 요양기관 및 국민의 편의성 향상을 위해 노력하고 있으며, 심판청구 다발생 요양기관과의 간담회 등을 통해 건의사항을 수렴하는 등 제도개선에 적극 반영하였다.

또한, 구술심리를 통한 청구인의 직접 진술기회 부여, 담당직원의 현지 확인, 소집회의 활성화 등을 통해 심도 있는 안전심리로 처분청으로부터 불이익을 받은 국민의 권리를 적극 구제하였다.

나. 심판청구 접수 및 처리 현황

2007년도에는 심판청구가 3,776건이 접수되었고, 위원회 심리재결 2,226건, 인정·자진취하 1,196건 등 총 3,422건을 처리하였다. 재결 2,226건은 인용 18건, 일부인용 421건, 기각 1,735건, 각하 52건으로 처리하였다.

〈표 2-6-20〉 연도별 심판청구 처리현황(접수기준)

(2007.12.31 현재, 단위 : 건)

연도별 구분	접수	총계	재 결					취 하			연도 이월
			소계	인용	일부인용	기각	각하	소계	인정	자진	
2001	689	519 (170)	356 (137)	6 (5)	87 (20)	258 (109)	5 (3)	163 (33)	163 (33)		170
2002	3,029	618 (2,411)	182 (1,874)	3 (13)	38 (385)	136 (1,462)	5 (14)	436 (537)	429 (537)	7	2,411
2003	3,041	793 (2,248)	384 (1,846)	7 (7)	50 (407)	319 (1,425)	8 (7)	409 (402)	409 (402)		2,248
2004	2,870	1,240 (1,630)	723 (1,280)	3 (2)	137 (322)	563 (949)	20 (7)	517 (350)	500 (336)	17 (14)	1,630
2005	2,494	1,965 (529)	1,187 (400)	4 (2)	299 (139)	878 (256)	6 (3)	778 (129)	759 (114)	19 (15)	529
2006	3,170	2,506 (229)	1,447 (138)	14 (1)	370 (38)	1,054 (98)	9 (1)	1,059 (91)	1,028 (90)	31 (1)	664
2007	3,776	2,758	1,737	15	281	1,389	52	1,021	985	36	1,018

※ ()안의 숫자는 연도이월 건 중 익년도 처리한 숫자임.

〈표 2-6-21〉 연도별 심판청구 처리현황(처리기준)

(단위 : 건)

연도별	구분	총 계	재 결				취 하			비 고
			소 계	인 용	일부인용	기 각	각 하	소 계	인 정	
2001		611	410	7	109	289	5	201	201	
2002		788	319	8	58	245	8	469	462	7
2003		3,176	2,235	16	427	1,770	22	941	941	
2004		3,511	2,587	14	550	1,996	27	924	907	17
2005		3,600	2,472	6	623	1,830	13	1,128	1,095	33
2006		3,035	1,847	16	509	1,310	12	1,188	1,142	46
2007		3,422	2,226	18	421	1,735	52	1,196	1,168	28

- ※ '01년 처리건 : 92건('00) + 519건('01 접수분)
- ※ '02년 처리건 : 170건('01) + 618건('02 접수분)
- ※ '03년 처리건 : 2,383건('02) + 793건('03 접수분)
- ※ '04년 처리건 : 28건('02) + 2,243건('03) + 1,240건('04 접수분)
- ※ '05년 처리건 : 5건('03) + 1,630건('04) + 1,965건('05 접수분)
- ※ '06년 처리건 : 529건('05) + 2,506건('06 접수분)
- ※ '07년 처리건 : 664건('06) + 2,758건('07 접수분)

4. 향후 추진계획

건강보험분쟁조정위원회가 국민의 권리구제를 위하여 지속적인 노력을 해왔음에도 불구하고, 독립적인 조직과 인력이 적절하게 갖추어지지 못하여 공정하고 신속한 국민의 권리구제에 미흡한 점이 있다.

따라서 2008년도에는 건강보험분쟁조정위원회의 위원수 확대에 따른 위원회 운영 개선 방안을 마련하여 추진 중이며 장기적으로는 건강보험분쟁조정위원회 운영을 전담할 사무국 설치를 추진 할 예정이다.

제 7 장

국민연금

제 1 절

국민연금 운영현황*

국민연금제도는 소득활동을 하는 사람이 소득활동기에 보험료를 납부하였다가 나이가 들거나, 갑작스런 사고나 질병으로 사망 또는 장애를 입어 소득활동이 중단된 경우, 본인이나 유족에게 연금을 지급함으로써 안정된 생활을 할 수 있도록 해 주는 소득보장제도이다.

또한 국민연금제도는 사회보험원리에 입각해 있어서 가입이 강제되고 보험료율과 연금지급에 대한 내용이 법률로 정해지며 국가의 책임아래 운영된다는 점에서 민간보험과는 구분된다. 이러한 국민연금제도는 경제발전으로 평균수명은 연장된 반면 핵가족화로 노인부양의식이 약화됨에 따라 노후소득보장을 사회적으로 해결하기 위해 1988. 1. 1부터 시행되었다.

국민연금제도는 도입시 상시 10인 이상의 근로자를 사용하는 사업장에 대하여 실시되었으며, 그 후 1992년 1월부터는 5인 이상으로 확대되고, 1995년 7월부터는 농어촌지역 주민에게까지 확대하였으며, 1999년 4월부터는 도시지역 주민에게까지 확대함으로써 전국민 연금시대가 개막되었으며, 2003년 7월부터는 임시, 일용직 및 5인 미만 사업장근로자를 지역가입자에서 사업장 가입자로 단계적으로 전환되었고, 2006년 1월부터는 당연적용사업장은 근로자 1인 이상 사업장으로 확대되었다.

*집필자 : 국민연금정책과장 고득영, 국민연금재정과장 이스란, 국민연금급여과장 배금주

I 적용 대상

국민연금의 가입대상자는 국내에 거주하는 18세 이상 60세 미만의 국민으로 하되, 특수한 신분으로 별도의 연금에 가입하고 있는 공무원, 군인, 사립학교 교직원 등은 제외된다. 국민연금 가입자는 사업장가입자와 지역가입자, 임의가입자 및 임의계속가입자로 구분된다.

지역가입자는 사업장가입자가 아닌 18세 이상 60세 미만의 당연 적용 가입자로서 1995년 7월부터 군 지역 거주자 및 농어민에게 적용되어 오다가 1999년 4월부터는 도시지역 주민에게 까지 확대 적용하고 있으며, 임시, 일용직 및 5인 미만 사업장근로자를 2003년 7월부터 지역가입자에서 사업장 가입자로 단계적으로 전환시키고 있다.

이에 따라 2006년부터 1인 이상 상시근로자를 둔 사업장도 당연적용사업장으로 전환하였다.

임의가입자는 당연 적용 사업장가입자와 지역가입자가 아닌 전업주부·공무원연금 수급권자와 같은 다른 공적연금 수급권자·국민기초생활보장법에 의한 수급자 등이 연금혜택을 받기 위하여 본인의 희망에 따라 가입한 경우이다.

임의계속가입자는 이미 60세가 된 가입자가 가입기간이 20년 미만일 때 본인의 희망에 따라 65세까지 연장하여 가입할 수 있도록 한 것이다.

〈표 2-7-1〉 국민연금 가입현황

(단위 : 명)

연 도 별	계	사업장 가입자	지 역 가 입 자		임의가입자	임의계속 가입자
			농어촌지역	도시지역		
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	1,890,167	-	48,710	15,760

연 도 별	계	사업장 가입자	지 역 가 입 자		임의가입자	임의계속 가입자
			농어촌지역	도시지역		
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	2,083,150	8,739,152	32,868	168,570
2000	16,209,581	5,676,138	2,037,722	8,381,451	34,148	80,122
2001	16,277,826	5,951,918	2,048,075	8,132,036	29,982	115,815
2002	16,498,932	6,288,014	2,007,196	7,997,593	26,899	179,230
2003	17,181,778	6,958,794	2,062,011	7,902,223	23,983	234,767
2004	17,070,217	7,580,649	2,009,142	7,403,424	21,752	55,250
2005	17,124,449	7,950,493	1,969,017	7,154,658	26,568	23,713
2006	17,739,939	8,604,823	1,972,784	7,113,584	26,991	21,757
2007	18,266,742	9,149,209	1,976,585	7,086,558	27,242	27,148

II 연금급여

1. 급여의 종류

국민연금 급여는 지급방법에 따라 매월 정기적으로 지급하는 연금급여와 일시금급여로 분류되며 연금급여에는 노령연금, 장애연금 및 유족연금이 있고, 일시금급여에는 반환일시금, 사망일시금이 있으며, 장애등급 4급에 해당하는 자에게도 연금이 아닌 일시보상금을 지급한다.

연금급여 중 노령연금은 20년 이상 가입하고 60세에 달한 때부터 받게 되는 완전노령연금이 주된 것이나, 가입기간, 소득유무 및 수급 연령에 따라 감액, 재직자, 조기 및 특례노령연금으로 구분된다.

또한 노령연금 수급권자와 이혼(이혼 후 배우자였던 자가 노령연금 수급권을 취득한 경우 포함)한 60세 이상인 배우자로서 가입기간 중의 혼인기간이 5년 이상이면 혼인기간에 해당하는 연금액을 균분하여 지급 받을 수 있는 분할연금 제도가 1999. 1. 1부터 시행되고 있다.

완전노령연금은 제도시행 후 20년이 경과되는 2008년부터 연금이 지급되고 있으며, 특례 노령연금은 최초시행(1988.1.1), 농어촌지역 확대(1995.7.1) 및 도시지역 확대(1999.4.1) 당시 나이가 많아 연금수급을 위한 최소한의 가입기간을 채울 수 없는 45세 이상(도시지역 확대당시는 50세 이상) 60세 미만인 자도 5년 이상 가입하고 60세가 된 경우에는 노령연금을 지급받을 수 있도록 마련된 것으로서 최초시행 당시 가입자의 경우는 1993년부터 연금이 지급되고 있다.

또한 가입기간이 20년 미만인 자가 60세에 달한 때부터 지급받는 감액노령연금, 소득이 있는 업무에 종사하고 있는 자가 60세 이상 65세 미만의 기간동안 연령에 따른 일정률을 감액지급 받는 재직자노령연금, 55세 이상인 자가 소득이 있는 업무에 종사하지 아니하는 경우에 지급받는 조기노령연금의 경우는 연금수급을 위한 최소한의 가입기간이 15년 또는 20년이었으나 개정법에 공히 10년으로 단축되었으며, 1999년부터 조기노령연금이 지급되고 있어 전 국민 연금시대가 도래하고 있음을 알 수 있다.

이외에도 가입 중에 발생한 질병 또는 부상으로 인하여 장애를 입은 경우에는 장애등급(1~4급)에 따라 장애연금을 지급하고, 노령연금 수급권자, 10년 이상 가입자였던 자, 가입자(1년 미만 가입자는 가입 중에 발생한 질병이나 부상으로 사망한 경우에 한정함) 및 장애등급 2급 이상인 장애연금 수급권자 등이 사망한 때에는 최우선순위 유족에게 유족연금이 지급된다. 여기서 유족이란 가입자 또는 가입자였던 자의 사망당시 그에 의하여 생계를 유지하고 있던 배우자, 18세 미만의 자녀, 60세 이상의 부모(배우자의 부모 포함), 18세 미만의 손자녀, 60세 이상의 조부모(배우자의 조부모 포함) 순이며 장애등급 2급 이상인 자는 연령에 제한 없이 유족의 범위에 포함된다.

이와 같은 연금은 기본연금액에 부양가족연금액을 합산한 금액을 지급하는데, 기본연금액은 연금수급 직전 3년간의 전국소비자물가를 반영한 전체가입자의 평균소득월액의 평균액과 가입자 개인의 가입기간 중 기준소득월액의 평균액을 기초로 한 공식에 의해 산정되며, 부양가족연금액은 수급권자(재직자노령연금 수급권자 제외)가 그 권리를 취득할 당시 그 자(유족 연금에 있어서는 가입자였던 자)에 의하여 생계를 유지하고 있거나 노령연금 또는 장애연금 수급권자가 그 권리를 취득한 후 그 자에 의하여 생계를 유지하고 있는 배우자, 자녀(18세 미만

또는 장애등급 2급 이상), 부모(60세 이상 또는 장애등급 2급 이상)가 있는 경우에 지급되는 일종의 가족수당적 성격의 부가급여이다.

단기급여 중 반환일시금은 가입기간이 10년 미만인 자가 60세 도달, 사망(유족연금이 지급되지 않는 경우), 국적상실 또는 국외이주한 때, 납부한 연금보험료에 일정한 이자를 가산하여 본인 또는 유족에게 지급하는 일종의 청산적 성격의 급여이며 반환일시금 제도는 국민연금의 기본적인 목적인 노후생활보장에 더욱 충실할 수 있도록 하기위해 반환일시금의 지급을 엄격히 제한하고 있다.

사망일시금은 가입자 또는 가입자였던 자가 사망하였으나, 유족연금 또는 반환일시금을 지급 받을 유족이 없는 경우에 그 자에 의해 생계를 유지하고 있던 배우자, 자녀, 부모, 손자녀, 조부모, 형제·자매 또는 4촌 이내의 방계혈족에게 지급하는 장제부조금 성격의 급여로서 반환일시금에 상당하는 금액을 지급한다.

〈표 2-7-2〉 연도별 급여종별 지급실적

(2007.12.31 현재, 단위 : 명, 백만원)

구 분		합 계	연 금				일 시 금			
			소 계	노 령 연 금	장 애 연 금	유 족 연 금	소 계	장 애 일시금	반 환 일시금	사 망 일시금
총계	수급자	10,055,677	1,973,767	1,592,056	80,035	301,676	8,081,910	35,851	8,001,617	44,442
	금 액	29,177,747	16,900,516	12,746,056	1,119,955	3,034,505	12,277,231	223,895	11,968,891	84,445
'88	수급자	3,128	-	-	-	-	3,128	-	3,128	-
	금 액	301	-	-	-	-	301	-	301	-
'89	수급자	59,347	1,798	-	42	1,756	57,549	27	57,522	-
	금 액	6,034	772	-	19	753	5,262	35	5,227	-
'90	수급자	257,101	5,069	-	307	4,762	252,032	194	251,838	-
	금 액	42,301	3,282	-	223	3,059	39,019	260	38,759	-
'91	수급자	382,790	9,271	-	879	8,392	373,519	332	373,187	-
	금 액	110,882	7,463	-	862	6,601	103,419	546	102,873	-
'92	수급자	492,471	16,301	-	2,172	14,129	476,170	1,344	474,826	-
	금 액	216,541	15,845	-	2,902	12,943	200,696	2,155	198,541	-
'93	수급자	583,014	35,203	10,971	3,896	20,336	547,811	2,341	545,470	-
	금 액	333,131	32,708	6,447	5,781	20,480	300,423	4,467	295,956	-

구 분		합 계	연 금				일 시 금			
			소 계	노 년 연금	장 애 연금	유 족 연금	소 계	장 애 일시금	반 환 일시금	사 망 일시금
'94	수급자	845,613	54,396	22,530	5,435	26,431	791,217	1,566	789,651	-
	금 액	519,074	56,101	18,524	8,596	28,981	462,973	3,584	459,389	-
'95	수급자	875,899	77,709	38,162	7,088	32,459	798,190	1,529	796,236	425
	금 액	755,460	89,310	37,517	12,665	39,128	666,150	3,902	661,754	494
'96	수급자	942,232	107,554	58,099	8,670	40,785	834,678	1,341	831,530	1,807
	금 액	1,117,645	136,143	67,616	16,967	51,560	981,502	3,965	975,571	1,966
'97	수급자	983,386	149,680	83,222	10,536	55,922	833,706	1,268	830,138	2,300
	금 액	1,485,530	204,135	109,722	22,213	72,200	1,281,395	4,635	1,274,014	2,746
'98	수급자	1,266,593	197,868	112,946	13,245	71,677	1,065,725	1,625	1,061,643	2,457
	금 액	2,439,729	302,927	171,425	31,368	100,134	2,136,802	6,727	2,126,221	3,854
'99	수급자	1,249,257	282,407	175,572	16,906	89,929	966,850	1,944	962,578	2,328
	금 액	3,871,969	477,350	299,592	45,740	132,018	3,394,619	11,887	3,378,752	3,980
'00	수급자	927,545	618,232	482,042	21,914	114,276	309,313	2,170	304,127	3,016
	금 액	1,607,035	924,518	651,368	70,098	203,052	682,517	15,799	662,420	4,298
'01	수급자	948,164	770,568	602,197	27,456	140,915	177,596	2,469	170,542	4,585
	금 액	1,569,257	1,301,142	973,630	83,583	243,929	268,115	18,286	243,445	6,384
'02	수급자	1,052,327	916,630	717,488	32,876	166,266	135,697	2,194	129,239	4,264
	금 액	1,915,255	1,652,529	1,254,730	103,849	293,950	262,726	16,419	238,685	7,622
'03	수급자	1,169,441	1,052,414	819,800	39,727	192,887	117,027	2,853	108,740	5,434
	금 액	2,328,449	2,017,911	1,533,339	131,921	352,651	310,538	21,978	278,232	10,328
'04	수급자	1,533,059	1,424,083	1,156,098	47,260	220,725	108,976	3,609	99,750	5,617
	금 액	2,914,015	2,914,015	1,987,451	163,629	417,886	345,049	29,297	303,194	12,558
'05	수급자	1,757,674	1,651,681	1,349,626	54,467	247,588	105,993	4,147	96,078	5,768
	금 액	3,584,901	3,210,044	2,531,536	193,931	484,577	374,857	35,713	324,885	14,259
'06	수급자	1,985,502	1,858,769	1,517,649	61,762	279,358	126,733	4,898	115,394	6,441
	금 액	4,360,239	3,899,369	3,103,161	225,607	570,601	460,870	44,239	400,674	15,957
'07	수급자	2,244,477	2,110,519	1,731,560	67,091	311,868	133,958	5,167	121,200	7,591
	금 액	5,182,611	4,748,988	3,857,709	245,898	645,401	433,623	48,325	368,374	16,924

※ 주 : “총계”란의 수급자(노령·장애·유족연금)의 수는 1988년부터 현재까지의 수급자이었던 자를 포함

2. 급여수준

연금액의 지급수준은 가입자의 종전소득수준에 비례하여 지급하여야 한다는 주장과 빈곤 퇴치가 주된 목적이므로 소득수준과 상관없이 모든 국민에게 동일한 수준으로 지급하여야 한다는 주장이 대립하고 있으나 우리나라의 연금제도는 두 입장을 모두 충족하는 내용으로 설계되어 있다.

기본연금액의 산정공식은 가입자본인의 소득수준과는 관계없이 전체 가입자의 평균소득 월액을 반영하는 균등부분과 가입기간 중 본인의 기준소득월액의 평균액을 반영하는 소득비례 부분으로 구성되어 있어 임금대체율(기본연금액이 본인의 종전소득에 차지하는 비율)은 소득이 낮을수록 높고, 소득이 높을수록 낮아지는 소득재분배적 기능을 포함하고 있으며, 가입기간 20년 초과 매 1년(월 단위까지 계산)마다 기본연금액의 5%씩 가산되도록 되어 있다.

이 산식에 의한 급여수준은 중간등급소득자가 40년을 가입했을 경우 본인 종전소득의 60% 정도를 매월 연금으로 받을 수 있는 수준이며 2008년도에는 50%로하고 2009년부터 0.5%씩 하향조정하여 2028년에는 40%수준이 될 것이다.

〈표 2-7-3〉 2007년도 소득수준 및 가입기간별 노령연금급여액 추계(예)

(단위 : 원, %)

기준소득 월 액	월보험료(원)	가입기간별 연금액			
		5년	10년	15년	20년
220,000	19,800	59,070 (26.9)	113,090 (51.4)	164,230 (74.7)	212,500 (96.6)
1,210,000	108,900	90,870 (7.5)	173,970 (14.4)	252,650 (20.9)	326,910 (27.0)
3,600,000	324,000	169,650 (4.7)	320,960 (8.9)	466,110 (12.9)	603,110 (16.8)

- ※ 주 : 1) ()는 기준소득월액에 대한 연금월액의 비율임(임금대체율)
 2) 연금액계산에 사용한 3년간 평균소득월액의 평균액(A)은 1,618,914원임(2007년 적용).
 3) 2006년 현재 불변가치임.
 4) 생계를 유지하고 있는 가족이 있을 경우 배우자 연200,220원, 자녀/부모 1인당 연133,470원의 부양 가족연금액이 본인의 연금액에 가산됨

3. 실질가치 보장

국민연금 급여제도는 연금액의 실질가치를 유지시켜 연금수급자의 안정된 생활을 보장하기 위하여 두 가지 장치를 두고 있다.

첫째, 연금을 처음 지급 받을 때에는 가입자 개인의 가입기간 중 기준소득월액 평균액을 계산함에 있어 매년의 기준소득월액 평균액을 그대로 적용하는 것이 아니고 연도별 재평가율에 따라 연금수급개시 전년도 현재 가치로 환산한 금액을 기준으로 기본연금액을 계산하고 있다.

둘째, 연금을 지급 받기 시작한 후에는 통계청이 매년 고시하는 전년도와 대비한 전국 소비자물가 변동률에 따라 지급액(부양가족연금액 포함)을 매년 조정하고 있다.

〈표 2-7-4〉 부양가족 연금액 조정현황

구 분	당초	1990	1992	1994	1996	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
조정률(%)	-	13.2	19.1	11.3	11.0	(법개정)	7.5	0.8	2.3	4.1	2.7	3.6	3.6	2.7
가급연금 배우자	60,000	67,920	80,890	90,030	99,930	150,000	161,250	162,540	166,270	173,080	177,750	184,140	190,760	195,910
액(년/월) 자녀·부모	36,000	40,750	48,530	54,010	59,950	100,000	107,500	108,360	110,850	115,390	118,500	122,760	127,170	130,600

※ 주 : 1) 1988~1998년까지는 전국소비자물가변동률 10% 이상 달할 시 재조정
2) 1999년부터는 매년 전국소비자물가변동률을 적용, 재조정

III 사회보장협정

1. 의 의

사회보장협정은 국가간 인적교류 과정에서 발생하는 연금제도의 이중적용 부담과 연금 가입기간 분산에 따른 수급권 제한 문제를 해소하기 위해 국가간 체결하는 조약으로서, 해외

진출 우리 기업 및 근로자의 해외 연금보험료 부담 완화와 국민연금 가입자의 국내외 급여 수급권 개선에 기여하며, 나아가 우리나라 기업의 해외진출 및 외국자본의 국내유치에도 일부 도움 되는 바가 있다.

이에 따라 우리나라는 교류가 많은 주요 국가와 사회보장협정 체결을 지속적으로 추진하여 이란(1976.8.1), 캐나다(1999.5.1), 영국(2000.8.1), 미국(2001.4.1), 독일(2003.1.1), 중국(2003.2.1), 네덜란드(2003.10.1), 일본(2004.4.1), 이탈리아(2004.4.1), 우즈베키스탄(2006.5.1), 몽골(2007.3.1), 헝가리(2007.3.1), 프랑스(2007.6.1) 등과의 협정이 발효되어 시행중에 있고 벨기에, 필리핀, 호주, 아일랜드, 체코 등과 사회보장협정도 조만간 발효될 것으로 전망된다.

2. 유형

가. 가입기간 합산협정

사회보장협정의 주요 목적인 이중가입 방지와 가입기간 합산을 모두 규정한 포괄적인 사회보장협정으로, 계약당사국을 오가며 근로 또는 자영하는 사람들은 동일한 활동에 대해서 한 국가의 연금제도에만 가입하면 되고, 연금 가입기간이 양국으로 분리되어 양국 또는 한 국가로부터 연금을 받지 못하는 경우 상대국 가입기간을 합산하여 비례연금을 받을 수 있도록 규정하고 있다.

우리나라는 캐나다, 미국, 독일, 헝가리, 프랑스 등과 가입기간 합산협정을 체결하여 시행하고 있으며, 벨기에, 필리핀, 호주, 아일랜드, 체코 등과는 발효를 앞두고 있고 오스트리아, 스페인, 불가리아, 폴란드, 슬로바키아, 루마니아, 칠레 등과도 역시 가입기간 합산협정을 추진하고 있다.

나. 보험료 면제협정

사회보장협정의 주요 목적 중 이중가입 방지만을 규정한 협정으로, 양국을 오가며 근로하거나 자영하는 사람이 한 국가의 연금제도에만 가입하도록 하는 규정만 있고 가입기간 합산을 통해 급여수급권을 개선하는 규정은 없다.

우리나라는 이란, 영국, 중국, 네덜란드, 일본, 이탈리아, 우즈베키스탄, 몽골 등과 보험료 면제협정을 체결하여 시행하고 있다.

3. 시행 현황 및 전망

1999년 5월 캐나다와의 사회보장협정이 시행된 이래 2007년말 현재 9천3백여명이 국민연금 가입증명서를 발급 받아 상대국 연금보험료를 면제받았으며 5천6백여명의 외국인 근로자가 상대국 연금제도 가입증명서를 제출하여 국민연금 보험료 면제의 혜택을 누렸다.

또한 사회보장협정에 의해 국민연금 반환일시금을 지급받은 캐나다인, 미국인, 독일인들이 2007년말 현재 1만6천여명에 달하며, 해외에서 단기간 주재원 등으로 근무하였던 우리나라 국민들이 향후 우리나라 가입기간을 합산 받아 상대국 연금을 받는 일도 늘어날 것이다. 협정 서명 후 국회비준동의 등 양국 국내절차를 밟고 있는 호주, 벨기에, 필리핀, 아일랜드 등과도 2008년 하반기이후 사회보장협정 발효를 앞두고 있어 혜택을 받는 우리나라 국민이 급증하고 국내진출 외국기업의 비용부담 경감으로 국내 투자환경이 우호적으로 조성될 전망이다.

앞으로 우리나라 파견근로자와 교민이 다수 거주하고 있는 중남미권 국가와의 사회보장 협정체결을 우선적으로 추진하여 외국인 근로자 및 우리 기업주의 재정부담을 경감시키고 우리 국민의 국내외 급여 수급권을 개선하여 양국 간 인력교류가 더욱 원활하게 이루어질 수 있도록 할 계획이다.



국민연금기금운용*

I 개 요

1. 국민연금기금의 설치 목적

국민연금기금은 국민연금법(제101조)에 명시된 바와 같이 국민연금사업에 필요한 재원을 원활히 확보하고, 국민연금가입자에게 지급될 노령연금, 장애연금, 유족연금 등의 지급에 충당하기 위한 목적으로 설치되었다.

이러한 국민연금기금은 가입자가 부담하는 연금보험료와 기금운용 수익금 등으로 조성되며 연금재정의 장기적인 안전성 유지를 위해 기금의 운용 수익을 최대로 증대시키고 안정성, 공공성 등을 고려하여 운용하고 있다.

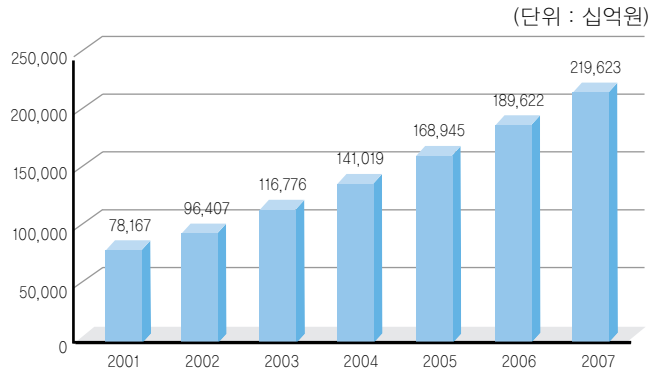
2. 국민연금기금의 재정 현황

국민연금기금은 1988년 제도시행 이래 2007년 12월말 현재 연금보험료 및 기금운용수익금 등으로 총 256조원을 조성하여 연금급여지급 등으로 36조원을 지출하고 220조원의 적립금을 금융부문 등에 운용하고 있다.

조성액 256조원 중 기금운용수익금은 84조원으로 1988년부터 2007년 12월말까지 누적 수익률이 7.56%에 달하고 있으며, 재정수지에 따르면 기금의 적립금 2010년에는 320조원, 2020에는 920조원 이를 것으로 전망된다.

*집필자 : 국민연금재정과장 이스란

[그림 2-7-1] 국민연금기금 적립금 현황(시가기준)



[표 2-7-5] 연도별 기금운용 현황

(단위 : 십억원)

구 분	'01	'02	'03	'04	'05	'06.	'07.	'88~'07
조성(A)	18,811	20,276	22,832	27,489	26,894	30,440	35,595	256,121
- 보험료	12,069	13,818	15,611	17,143	18,543	20,152	21,670	171,321
- 운용수익	6,740	6,456	7,221	10,227	8,225	10,123	13,828	84,246
- 기 타	2	2	0	119	126	165	97	554
지출(B)	1,672	2,036	2,463	3,247	3,967	4,763	5,594	36,497
- 연금급여	1,569	1,915	2,328	2,914	3,585	4,360	5,183	34,360
- 운영비	103	121	135	333	382	403	411	2,137
기금증가(A-B)	17,139	18,240	20,369	24,242	22,927	25,677	30,001	219,623
기금운용	78,167	96,407	116,776	141,019	163,945	189,622	219,623	
- 공공부문	29,505	24,266	15,274	6,384	0	0	0	
- 복지부문	631	521	432	365	302	248	204	
- 금융부문	47,691	71,134	100,798	134,042	163,326	189,034	219,093	
- 기 타	340	486	272	228	317	340	326	

※ 위의 수치는 시가 기준임

3. 국민연금기금의 관리·운용체계

국민연금기금의 관리·운용에 관한 중요한 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지지부에 국민연금기금운용위원회가 설치되어 있다. 국민연금기금운용위원회는 정부위원, 가입자 및 사용자대표, 노동조합대표, 관계전문가 등 총 20명[민간위원(14인) 과반수이상]으로 구성*되어 있으며, 기금운용지침 및 기금운용계획을 수립하는 등 국민연금기금운용에 관한 사항을 심의·의결하고 있으며, 산하에 경제·금융전문가로 구성된 국민연금기금운용실무평가위원회**를 설치하여 기금운용에 관한 사항을 분석 및 평가한 후 보고하도록 하고 있다.

기금운용위원회에서 심의·의결된 기금운용계획은 지출부문에 대한 기획재정부와의 협의·조정과 대통령 승인 후 국회에서 확정되어 집행하게 된다. 기금운용계획에 의한 여유자금의 운용은 국민연금공단 내의 기금운용본부에서 담당하고 있다.

국민연금에서 보유한 주식에 대해 투명하고 합리적인 의결권 행사를 위해 국민연금 주식 의결권행사 전문위원회를 구성·운영하고 있다. 또한 기금적립금 규모가 급격하게 증대되면서 기금관리 및 운용에 대한 국민적 관심과 국민경제에서 차지하는 기금의 사회경제적 영향력이 커지고 있어 기금운용의 투명성 및 평가기능 강화를 위해 각계 전문가로 성과평가보상 전문위원회를 구성·운영하고 있다.

아울러 기금운용과 관련된 정보를 보건복지가족부 및 국민연금공단 홈페이지를 통해 공개하여 국민연금 가입자 및 수급자들에게 기금운용정보를 실시간으로 제공하고 있으며, 대국민 공시 및 정보공개 수준을 지속적으로 강화하고 있다.

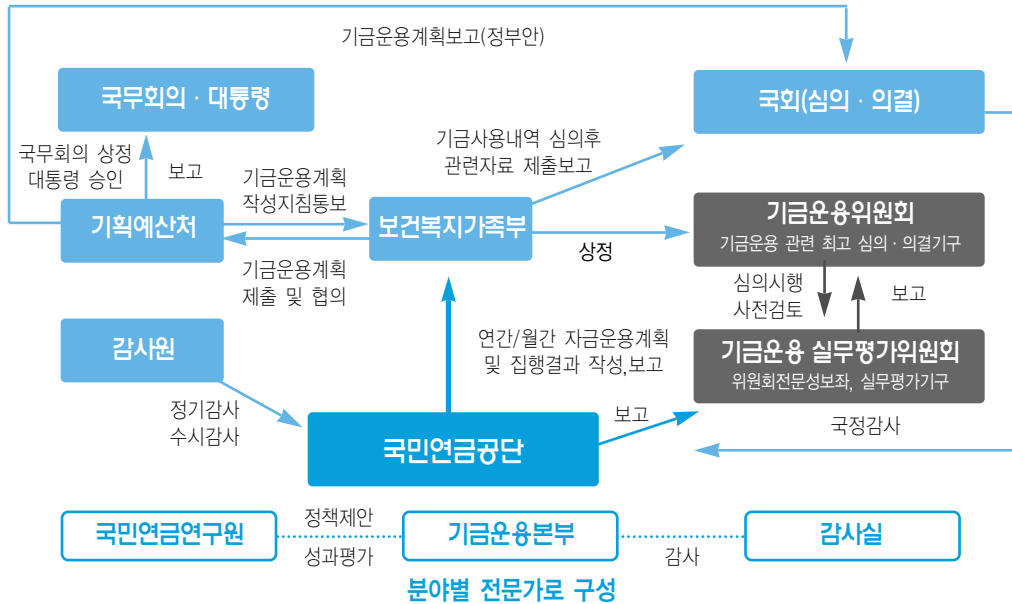
*기금운용위원회 위원장인 보건복지가족부장관과 당연직위원인 기획재정부차관·농림수산식품부차관·지식경제부차관·노동부차관과 국민연금공단 이사장 및 위원장이 다음 각 항의 자로 위촉하는 위원으로 구성하며 임기는 2년으로 중임가능하다. 다만, 위원장과 당연직위원의 임기는 그 재임기간으로 한다.

- 사용자를 대표하는 위원으로서 사용자단체가 추천하는 자 3인
- 근로자를 대표하는 위원으로서 노동조합을 대표하는 연합단체가 추천하는 자 3인
- 지역가입자를 대표하는 위원으로서 다음의 자
 - 농어업인단체가 추천하는 자 2인
 - 농어업인 단체 이외의 자영자 관련 단체가 추천하는 자 2인
 - 소비자 및 시민단체가 추천하는 자 2인
- 관계전문가로 국민연금에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 2인

**실무평가위원회는 위원장인 보건복지부장관과 위원 중에서 호선하는 부위원장 및 위원장이 다음 각 항의 자로 위촉하는 위원으로 구성한다.

- 기금운용위원회 위원장 및 당연직위원(국민연금공단 이사장 제외)이 각각 지명하는 소속부처의 2급 또는 3급 공무원
- 사용자를 대표하는 위원으로서 사용자단체가 추천하는 자 3인
- 근로자를 대표하는 위원으로서 노동조합을 대표하는 연합단체가 추천하는 자 3인
- 지역가입자를 대표하는 위원으로서 다음의 자
 - 농어업인단체가 추천하는 자 2인
 - 농어업인 단체 이외의 자영자 관련 단체가 추천하는 자 2인
 - 소비자 및 시민단체가 추천하는 자 2인
- 국민연금제도 및 국민연금기금운용에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 2인

[그림 2-7-2] 국민연금기금 관리·운용 체계



II 국민연금기금 투자정책서 : 2007

1. 국민연금기금의 투자원칙

국민연금기금은 그 운용성과에 따라 장래 가입자의 보험료부담 및 연금급여에 영향을 주기 때문에 가입자의 이익을 위해 효율적으로 운용되어야 하며 수익성, 안정성, 공공성 등을 기본 원칙으로 운용한다. 또한 그 수익이 자산종류별 시장수익을 상회하는 성과를 올릴 수 있도록 신의에 좇아 성실하게 관리·운용한다.

가. 수익성의 원칙

가입자의 부담, 특히 미래세대의 부담 완화를 위하여 가능한 한 많은 수익을 추구하여야 한다.

나. 안전성의 원칙

기금은 투자하는 자산의 전체 수익률 변동성과 손실위험이 허용되는 범위 안에 있도록 안정적으로 운용하여야 한다.

다. 공공성의 원칙

전 국민을 대상으로 하는 제도이고, 적립규모가 국가경제에서 차지하는 비중이 크므로 국가경제 및 국내금융시장에 미치는 파급효과를 감안하여 운용하여야 한다.

라. 유동성의 원칙

기금은 연금급여의 지급이 원활하도록 유동성을 고려하여 운용하여야 하며, 특히 투자한 자산의 처분시 국내금융시장 충격이 최소화되는 방안을 사전에 강구하여야 한다.

마. 운용독립성의 원칙

기금은 상기 원칙에 따라 운용하여야 하며, 다른 목적을 위하여 이러한 원칙이 훼손되어서는 안 된다.

2. 자산배분

국민연금법에는 연금재정의 장기적 안정을 위해 수익성이 극대화되도록 기금운용을 해야 한다고 규정하고 있으며, 가입자 및 수급권자의 복지증진을 위한 사업에의 투자도 국민연금의 장기적 안정을 해치지 않는 범위 내에서 하도록 하고 있다. 기금운용의 심의·의결 권한을 가진 국민연금기금운용위원회는 이와 같은 운용기준에 따라 매년 공공부문·복지부문·금융부문에 대한 투자비중, 주식과 같은 위험자산에의 투자비중 등을 기금운용 전문가의 의견을 수렴하여 결정하고 있다. 기금운용본부는 기금운용위원회의 전략적 자산배분을 기초로 하여 허용범위 내에서 최대한의 수익을 올릴 수 있도록 전술적 자산배분 및 운용을 담당한다.

3. 위험관리

기금의 수익은 위험에 대한 적절한 허용·관리를 통하여 창출되므로 위험을 정확하게 인식·측정하며 관리·통제할 수 있도록 하고 있다. 기금의 실질가치 유지와 장기 재정안정에 기여하며 목표달성을 위하여 운용상 감내할 수 있는 최대한도로 연간 총 허용위험 한도 및 자산별 허용위험 한도를 설정하여 연간자금운용 계획에 반영하고 있다.

Ⅲ 국민연금기금 관리·운용 : 2007

1. 2007년도 국민연금기금 결산

가. 재무현황 분석

2007년 12월말 현재 자산은 220조 1,279억원으로 유동자산 및 비유동자산의 증가로 전년도 대비 30조 4,017억원이 증가한 것으로 나타났다. 유동자산은 1년 이내 만기도래 매도가능증권의 증가와 종합주가지수 상승에 따른 단기매매증권 평가이익 증가 등에 따라 전년도 대비 25조 8,079억원이 증가하였다.

부채는 5,044억원으로 전년도 대비 3,601억원이 증가한 것으로 나타났다. 유동부채는 2007년도 말에 매입한 주식대금 미지급금(308억원)과 회관건립자금 미지급금(56억원)이 발생하여 전년도 대비 634억원이 감소하였으나, 비유동부채는 공단임대보증금의 감소에도 불구하고 외화채권 투자시 환율변동위험을 헤지하기 위해 계약한 파생상품 평가손실(파생상품 부채)이 크게 늘어나 전년도 대비 4,235억원이 증가하였다

〈표 2-7-6〉 국민연금기금 요약 대차대조표

(단위 : 억원)

구 분		2007년도 (당기)	2006년도 (전기)	전년 대비	
				증 감	증감률
자 산	유동자산	677,939	419,860	258,079	61.5
	비유동자산	1,523,340	1,477,402	45,938	3.1
합 계		2,201,279	1,897,262	304,017	16.0
부 채	유동부채	366	1,000	△634	△63.4
	비유동부채 *	4,678	443	4,235	956.0
	소 계	5,044	1,443	3,601	249.5
자 본	자본금	1,369,976	1,205,100	164,876	13.7
	이익잉여금	829,194	673,075	156,119	23.2
	기타포괄손익누계액	△2,935	17,644	△20,579	△116.6
	소 계	2,196,235	1,895,819	300,416	15.8
합 계		2,201,279	1,897,262	304,017	16.0

*비유동부채는 공단임대보증금과 파생상품부채로 구성되며, 파생상품부채는 결산기말 현재 파생상품의 공정가액으로 평가한 결과 의무가 발생한 것

자본(국민연금기금)은 219조 6,235억원으로 전년도 대비 30조 416억원이 증가한 것으로 나타났다.

자본금은 연금보험료수입에서 연금급여지급액을 차감한 연금급여 적립금 전입액 증가 등으로 인하여 전년도 대비 16조 4,876억원이 증가하였고, 이익잉여금은 당해년도 당기순이익의 가산으로 전년도 대비 15조 6,119억원이 증가하였으나, 기타포괄손익누계액은 채권가격 하락에 따른 매도가능증권 평가손실 증가와 환율 상승에 따른 파생상품 평가이익의 감소 등으로 전년도 대비 2조 579억원이 감소하였다.

나. 손익현황 분석

〈표 2-7-7〉 국민연금기금 요약 손익계산서

(단위 : 억원)

구 분	2007년도 (당기)	2006년도 (전기)	전년 대비	
			증 감	증감률
I. 연금보험료수입	216,702	201,523	15,179	7.5
II. 사업수익*	169,303	108,336	60,967	56.2
III. 연금보험료지출액	216,702	201,523	15,179	7.5
연금급여적립금전입액	164,876	157,921	6,955	4.4
연금급여전출금	51,826	43,602	8,224	18.9
IV. 사업비용**	10,631	10,940	△309	△2.8
V. 사업이익(I + II - III - IV)	158,672	97,396	61,276	62.9
VI. 사업외수익***	1,574	1,539	35	2.3
VII. 사업외비용****	4,127	3,987	140	3.5
VIII. 경상이익(V+VI-VII)	156,119	94,948	61,171	64.4
IX. 당기순이익	156,119	94,948	61,171	64.4

*금융자산운용수익 등으로 매도가능증권이자, 단기매매증권평가이익, 매도가능증권처분이익 등을 말함

**금융자산운용경비로 지급수수료, 단기매매증권평가손실, 외환환산손실 등을 말함

***관리운영비 국고전입금, (공단)일반회계수익전입금 등을 말함

****관리운영비 전출금, 복지시설사업손실금 등을 말함

2007년도 연금보험료수입은 21조 6,702억원으로 사업장가입자수의 증가(전년말 대비 544천명) 및 평균소득월액 상향(전년도 대비 58천원) 등으로 전년도 대비 1조 5,179억원이 증가하였고, 사업수익은 16조 9,303억원으로 종합주가지수 상승으로 인한 단기매매증권 처분 및 평가이익 증가와 장기일임계약자산 회수에 따른 매도가능증권 처분이익 증가 및 매도가능증권 이자수입 증가 등으로 전년도 대비 6조 967억원이 증가하였다.

연금보험료 지출액은 21조 6,702억원으로 전년도 대비 1조 5,179억원이 증가하였고, 이는 연금급여 적립금 전입액(16조 4,876억원)과 연금급여전출금(5조 1,826억원)으로 지출하였다.

사업비용은 1조 631억원으로 환율상승으로 인한 파생상품평가손실 증가(3,001억원)에도 불구하고, 단기매매증권의 평가 및 처분손실 감소와 외화환산손실 감소 등으로 전년도 대비 309억원이 감소하였다.

사업이익은 연금보험료 수입과 사업수익에서 연금보험료 지출액과 사업비용을 제외한 것으로 15조 8,672억원이며, 전년도 대비 6조 1,276억원이 증가하였다.

사업외 수익은 1,574억원으로 잡수입은 감소(15억원)하였으나, 관리운영비 국고전입금 증가(38억원)와 공단일반회계 수익전입금(7억원) 및 장기투자증권손상차손환입 증가(5억원) 등으로 전년도 대비 35억원이 증가하였다.

당기순이익(경상이익)*은 15조 6,119억원으로 전년도 대비 6조 1,171억원이 증가하였다. 이는 연금보험료수입 증대와 종합주가지수 상승 등에 따른 사업수익이 크게 늘어난 때문이다.

*특별손익이 발생하지 않았고 법인세 적용대상이 아니므로 당기순이익은 경상이익과 동일함

〈표 2-7-8〉 기금운용계획 대비 실적

(단위 : 억원)

구 분	과 목	계 획 (A)	실 적 (B)	증 감 (B-A)	비 율 (B/A)
수 입	연금보험료수입	215,268	216,702	1,434	100.7
	운용수익	113,592	138,386	24,794	121.8
	투자원금회수금	303,142	428,265	125,123	141.3
	전입금	1,370	1,370	-	100.0
합 계		633,372	784,723	151,351	123.9
지 출	연금급여	52,194	51,826	△368	99.3
	복지사업자금	136	129	△7	94.9
	자산취득비등	148	96	△52	64.9
	기금관리비	116	95	△21	81.9
	사업운영비	4,194	4,104	△90	97.9
	성과급	19	10	△9	52.6
	소 계	56,807	56,260	△547	99.0
운 용		576,657	728,463	151,806	126.3
합 계		633,464	784,723	151,259	123.9

※ 주 : 계획상의 수입과 지출의 합계금액 차이는 '06년도 복지타운운영비(48억원), 업무용회관건립비(42억원) 및 연구원운영비(2억원)의 이월예산이 계상된 결과임.

2. 2007년도 국민연금기금 운용 내역 및 성과

가. 투자 현황

국민연금기금은 2007년 12월말 현재 시가기준 219조 6,235억원(전년대비 15.8% 증가)으로, 금융부문에 219조 934억원(99.8%)을 투자하고 있으며, 복지부문과 기타부문에 각각 2,036억원(0.1%)과 3,264억원(0.1%)을 투자하고 있다. 채권과 주식의 비중은 각각 79.6%, 17.5%이며, 대체투자 2.5%, 단기자금 0.2%이다.

〈표 2-7-9〉 국민연금기금 투자 현황(시가기준)

(단위 : 억원, %)

구 분			2005년		2006년		2007년	
			규 모	비 중	규 모	비 중	규 모	비 중
총 계			1,639,450	100.0	1,895,819	100.0	2,196,235	100.0
공 공			-	-	-	-	-	-
복 지			3,025	0.2	2,432	0.1	2,036	0.1
금융 소계			1,633,256	99.6	1,890,343	99.7	2,190,934	99.8
금융	채권	소 계	1,414,824	86.3	1,644,324	86.7	1,748,443	79.6
		국 내	1,295,213	79.0	1,480,033	78.1	1,574,815	71.7
		해 외	119,611	7.3	164,291	8.6	173,628	7.9
	주식	소 계	203,949	12.4	219,863	11.6	384,704	17.5
		국 내	197,135	12.0	207,225	10.9	330,892	15.1
		해 외	6,814	0.4	12,638	0.7	53,812	2.4
	대체투자		7,798	0.5	21,678	1.1	54,061	2.5
	단기자금		6,685	0.4	4,478	0.2	3,726	0.2
	기 타		3,169	0.2	3,044	0.2	3,265	0.1

※ 주 : 금융부문을 제외한 공공, 복지부문은 매입가 기준 금액임. 기타부문은 자산취득비 및 기금보관금 등임

나. 수익률 현황

2007년도 국민연금기금의 총수익률(장부가 평잔기준)은 시가기준 6.84%(장부가기준 8.68%)이고, 기금운용수익금은 시가기준 13조 8,278억원(장부가기준 17조 5,285억원)이다. 국민연금기금의 총수익률은 2007년도 경상경제성장률 6.30%보다 0.54%pt. 높고, 소비자 물가상승률 2.50%보다 4.34%pt. 높은 수준이다. (〈표 2-7-10〉 참조) 국민연금기금의 최근 3년간 연평균수익률은 시가기준 6.14%(장부가기준 7.67%)이고, '88년~'07년말 현재 기금 운용수익은 시가기준 84조 2,460억원(장부가기준 88조 3,056억원)이다.

2007년도 국민연금기금의 금융부문수익률(장부가 평잔기준)은 시가기준 6.86%(장부가 기준 8.70%)이고, 최근 3년간 연평균수익률은 시가기준 6.16%(장부가기준 7.70%)이다. 2007년도 주식 수익률은 33.66%, 채권은 시가기준 2.65%(장부가기준 4.83%)을 기록하였고, 최근 3년간 연평균수익률은 주식 29.47%, 채권 시가기준 3.04%(장부가기준 4.81%)을 기록하였다.

〈표 2-7-10〉 국민연금기금 수익률 및 수익금

(단위 : 억원, %)

구 분		2005년		2006년		2007년		연평균 (' 05~' 07)	연평균 (' 88~' 07)		
		수익률	수익금	수익률	수익금	수익률	수익금	수익률	수익률	수익금	
공공부문		4.16	1,388	-	-	-	-	4.16	8.26	190,827	
복지부문		3.60	92	3.63	71	1.52	34	2.92	7.69	6,231	
기타부문		-	-	-	-	3.81	222	3.81	2.85	751	
개 인 부 문	장부가	9.68	138,322	4.93	96,276	8.70	175,029	7.70	7.85	685,247	
	시 가	5.65	80,645	5.77	100,971	6.86	138,022	6.16	7.39	644,651	
	채 권	장부가	4.75	60,985	4.85	74,072	4.83	82,094	4.81	5.92	445,932
		시 가	0.26	3,308	5.81	88,768	2.65	45,087	3.04	5.38	405,336
	주 식	57.57	76,644	5.49	11,131	33.66	90,363	29.47	22.69	224,969	
	대체투자	8.48	468	6.59	722	6.08	2,248	6.44	6.07	3,459	
	단기자금	3.50	225	4.19	350	4.75	324	4.16	7.13	10,887	
전 체	장부가	9.55	139,802	4.93	86,347	8.68	175,285	7.67	7.92	883,056	
	시 가	5.61	82,125	5.77	101,043	6.84	138,278	6.14	7.56	842,460	

※ 주 : 시가는 채권평가손익이 반영된 장부가 평잔기준 수치인 반면, 장부가는 채권평가손익이 반영되지 않은 장부가 평가기준 수치임

다. 벤치마크 대비 수익률 현황 : 금융부문

2007년도 금융부문 시간가중수익률*은 7.05%로 벤치마크(6.79%)에 비해 0.26%pt 상회하였고, 최근 3년간 연평균 수익률(6.11%)도 벤치마크(5.99%) 대비 0.12%pt 초과하였다.

주식(36.39%)은 벤치마크 대비 4.33%pt 상회하였으나, 채권(2.69%)은 벤치마크 대비 0.23%pt 하회하였고, 최근 3년간 연평균수익률은 주식(31.95%)과 채권(2.92%) 각각 벤치마크 대비 2.01%pt 상회, 0.09%pt 하회하였다.

*시간가중수익률은 각 자산단위 해당기간 일별 시가수익률을 곱하여 산출됨. 시간가중수익률은 자산의 규모 및 자금의 유출입과 무관한 성과를 나타내어, 벤치마크대비 또는 다른 기관, 펀드와의 상대비교를 위한 수익률 계산방식으로 널리 사용됨

〈표 2-7-11〉 벤치마크 대비 수익률 : 금융부문

(단위 : 억원, %)

구 분		2007년			최근 3년간('05~'07)			최근 5년간('03~'07)			
		기금	BM	차이	기금	BM	차이	기금	BM	차이	
금융	계	7.05	6.79	0.26	6.11	5.99	0.12	6.96	6.77	0.19	
	채권	소계	2.69	2.92	-0.23	2.92	3.01	-0.09	4.55	4.54	0.01
		국내	2.73	2.67	0.06	2.99	2.92	0.07	4.56	4.49	0.07
		해외	2.33	5.33	-3.00	1.19	4.41	-3.22	5.74	4.21	1.53
	주식	소계	36.39	32.06	4.33	31.95	29.94	2.01	28.12	25.68	2.44
		국내	39.25	35.07	4.18	33.15	31.13	2.02	28.77	26.34	2.43
		해외	6.41	9.04	-2.63	10.73	12.75	-2.02	-	-	-
	대체투자	7.73	8.41	-0.68	7.80	8.04	-0.24	4.85	8.54	-3.69	

※ 주 : 해외채권은 2004년에 시작하였고, 해외주식은 2003년 12월에 시작

〈표 2-7-12〉 경제성장률 대비 국민연금기금 수익률

(단위 : 억원, %)

구 분	국민연금기금				경상경제 성장률	국고채 수익률 (3년만기)	주가 상승률	소비자물가 상승률
	총수익률		금융부문 수익률					
	시가	장부가	시가	장부가				
1988년	11.98	11.98	12.96	12.96	19.06	－	72.76	7.15
1989년	12.79	12.79	14.35	14.35	12.87	－	0.28	5.70
1990년	12.55	12.55	13.83	13.83	20.64	－	－23.48	8.57
1991년	12.76	12.76	14.04	14.04	21.06	－	－12.24	9.33
1992년	12.68	12.68	14.07	14.07	13.95	－	11.05	6.21
1993년	11.99	11.99	13.87	13.87	12.87	－	27.67	4.80
1994년	12.12	12.12	13.95	13.95	17.04	－	18.61	6.27
1995년	11.81	11.81	12.19	12.19	17.23	13.39	－10.25	4.48
1996년	10.55	10.55	11.16	11.16	12.48	11.84	－26.24	4.92
1997년	8.84	8.84	5.56	5.56	9.38	12.26	－42.21	4.44
1998년	14.41	14.41	18.37	18.37	－1.43	12.94	49.47	7.51
1999년	12.80	12.80	24.49	24.49	9.38	7.69	82.78	0.81
2000년	5.87	4.69	1.34	－1.83	9.29	8.30	－50.92	2.26
2001년	9.01	8.99	11.41	11.37	7.51	5.68	37.47	4.07
2002년	7.67	6.35	8.39	6.29	9.99	5.78	－9.54	2.76
2003년	7.03	7.83	7.58	8.59	5.91	4.55	29.19	3.51
2004년	8.07	5.89	8.40	6.01	7.55	4.11	10.51	3.59
2005년	5.61	9.55	5.65	9.68	3.99	4.27	53.96	2.75
2006년	5.77	4.93	5.77	4.93	4.61	4.83	3.99	2.20
2007년	6.84	8.68	6.86	8.70	6.30	5.20	32.30	2.50
연평균(' 05~' 07)	6.07	7.70	6.09	7.75	4.96	4.77	28.43	2.48
연평균(' 03~' 07)	6.66	7.36	6.85	7.57	5.66	4.59	24.77	2.91
누적(' 88~' 07)	575.41	581.56	720.45	705.72	682.75	162.38	277.40	149.04
연평균(20년간)	10.02	10.07	11.10	11.00	10.83	－	6.87	4.67

※ 주 : 1) 국민연금기금의 채권부문 시가평가는 2000년부터 시작되었음.
 2) 연평균수익률은 기하평균수익률임.
 3) 경상경제성장률은 명목GDP상승률을 의미함.

3. 2007년도 국민연금기금 위탁운용 현황

2007년 12월말 현재 위탁운용자산은 시가기준 37조 9,972억원으로 2006년말 대비 87.8%(17조 2,901억원) 증가하였고, 2007년말 현재 금융부문에서 위탁운용 비중은 16.9%로 전년 말(10.4%) 대비 6.5%pt. 높아졌다.

〈표 2-7-13〉 국민연금기금 위탁운용 금액 및 비중 추이

(단위 : 시가기준, 억원, %)

구 분	2005년말		2006년말		2007년말	
	금 액	비 중(%)	금 액	비 중(%)	금 액	비 중(%)
주 식	100,768	49.4	118,562	53.9	232,189	60.4
국 내	93,954	47.7	105,924	51.1	178,468	53.9
해 외	6,814	100.0	12,638	100.0	53,721	100.0
채 권	54,551	4.3	64,209	3.9	103,600	5.9
국 내	51,356	4.0	54,217	3.7	80,780	5.1
해 외	3,195	8.4	9,992	6.1	22,900	13.2
대 체 투 자	7,470	95.8	14,300	65.9	34,183	63.2
위탁운용 계	162,789	10.0	197,071	10.4	369,972	16.9

※ 주 : 해당 자산별 위탁운용 비중이며, 위탁운용 계는 금융부문에서의 비중임

4. 2007년도 국민연금 주식 의결권 행사 내역

2007년 중 총 453회의 주주총회에 참석하여 1,926건의 상정안에 대하여 의결권을 행사하였고, 찬성 1,830건(95%), 반대 96건(5%), 중립 0(0.0%)행사하였다.

〈표 2-7-14〉 국민연금 주식 의결권 행사 내역

(단위 : 건수, %)

연 도	행 사 주주총회수	행사 안건수	행 사 내 역					
			찬 성		반 대		중립/기권	
			건 수	비 중	건 수	비 중	건 수	비 중
2007	453	1,926	1,830	95.0	96	5.0	0	0
2006	487	1,878	1,796	95.7	70	3.7	12	0.6
2005	317	1,395	1,334	95.6	38	2.7	23	1.7
2004	348	1,145	1,093	95.5	16	1.4	36	3.1
2003	164	782	767	98.1	15	1.9	0	0.0

※ 주 : 지분율 1%이상 기업에 대해 의결권을 행사하며, 지분율 1% 미만 기업일 경우에는 중요한 안건만을 대상으로 함.

Ⅳ 국민연금기금의 3대 정책과제

1. 투자다변화

가. 투자대상의 확대

국민연금기금의 지속적인 증가로 인해 적립금 규모는 2007년말 현재 220조원이며, 2030년 중반까지 지속적으로 늘어날 것으로 예상된다. 기금규모의 증가에 따라 채권 등 전통적 금융상품에 대한 투자에서 탈피하여 투자대상을 다변화할 필요성이 증가하고 있다.

따라서 적절한 투자대상을 발굴하여 기금운용의 안정성과 수익성을 증대시키는 것이 중요한 이슈가 되었으며, 이에 2000년에 관련법령을 개정하여 해외투자, 벤처 및 코스닥 투자, 주가 지수 선물·옵션 거래가 가능하도록 하였다. 2002년에는 해외주식(간접) 투자와 벤처투자를 시범적으로 실시하였고 2003년에는 해외채권(직접) 투자와 기업구조조정투자를 실시하였으며 2004년에는 부동산 및 SOC 투자, 사모증권 등으로 대체투자(Alternative Investment) 영역을 넓히되 투자위험을 분산하기 위해 국내외의 분야별 전문운용사를 통한 간접투자(outsourcing) 중심으로 시행하였다.

2007년에는 파생상품에 대한 투자유형 제한을 완화하여 파생상품을 활용한 다양한 투자 전략이 가능하게 하고, 대체투자 대상을 시장 상황에 맞춰 확대하고자 국민연금법 시행령을 마련하였다.

나. 중기('08~'12) 자산배분(안) 마련

대내외 금융환경의 변화와 기금규모 증대에 따른 국민경제에 대한 파급효과가 커짐에 따라 국민연금 기금운용에 대한 중장기적인 투자전략 마련이 필요하게 되었다. 이에 따라 5년 단위의 중기 자산배분안을 마련하여 기금의 목적에 맞는 명확한 목표수익률과 자산별 비중을 제시함으로써 기금운용의 패러다임을 중장기화 하였으며, 국내외 금융환경을 감안하여 매년 중기 자산배분안을 검토하고 필요시 수정할 계획이다.

중기('08~'12) 자산배분(안)은 기금운용의 목적 달성을 위해 2012년 달성할 사전적인 중기 목표수익률을 7.3%〈실질경제성장률(4.5%)+소비자물가상승률(2.6%)+ α (20bp)〉로 설정

하였다. 기금의 성장 초기단계에서 고위험-고수익(high-risk high-return) 전략을 추구하는 것이 바람직하다는 점을 감안하여 허용위험한도(Shortfall Risk)는 10% 이내로* 설정하였고, 이는 충분한 수준의 위험을 허용하여 추가적인 수익을 창출하고자 한 것이다.

〈표 2-7-15〉 중기('08~'12) 자산배분안

(단위 : 시가기준, 억원, %)

구 분	2007년말		2008년말	2012년말
	금액(조원)	비중(%)	비중(%)	비중(%)
주식 전체	38.4	17.5	23.8	30% 이상
국내주식	33.0	15.1	17.0	20% 이상
해외주식	5.4	2.4	6.8	10% 이상
채권 전체	175.2	80.0	73.3	50% 이상
국내채권	157.9	72.1	66.4	50% 미만
해외채권	17.3	7.9	6.9	10% 미만
대체투자	5.5	2.5	2.9	10% 미만
계	219.1	100.0	100.0	-

2. 투자분권화

가. 위탁투자 확대 지속 추진

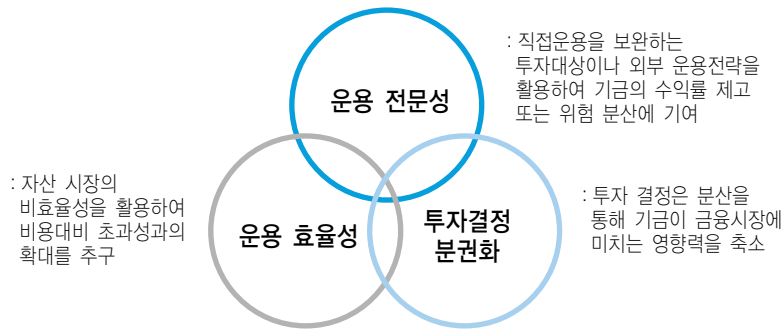
경제·금융환경의 고도화·다변화 등 기금운용 환경변화에 능동적으로 대처하고 민간 부문의 전문성을 활용하여 국민연금기금의 안정성 및 수익성을 제고하기 위하여 2000년도에 시범적으로 2,000억원 규모의 국내주식 민간위탁투자를 시행한 이래 2007년말 현재 위탁 투자액은 약 37조원으로, 금융부문에서 위탁운용이 차지하는 비중은 2002년말 3.5%에서 2004년말 8.1%, 2006년말 10.4%, 2007년말 16.9%로 지속적으로 확대되고 있다.

2007년 제6차 국민연금기금운용위원회에서는 2008년 위탁 목표 비중을 금융자산의 23%로 결정하였다. 이에 따르면, 국내주식의 55%, 국내채권의 5.0%, 해외주식의 100%, 해외채권의 15.0%, 대체투자의 75.0%가 위탁운용 될 계획이다. 향후 기금운용위원회가 정하는 일정수준까지 위탁운용 비중을 단계적으로 확대할 계획이다.

* '허용위험한도 10% 이내' : '향후 5년간 기금의 누적수익률이 향후 5년간 누적물가상승률을 초과하지 못할 가능성이 10% 이내', 즉 10년에 한번은 5년간 기금의 누적수익률이 5년간 누적물가상승률을 초과하지 못할 수 있음을 의미

아울러 해외투자 확대를 지속적으로 추진하기 위해 세계은행(World Bank), 해외 자산 운용사 등과의 전략적 제휴를 하였으며, 이를 통해 장기적인 관점에서의 국민연금 위탁운용사를 육성할 계획이다.

[그림 2-7-3] 위탁운용 결정시 고려사항



나. 국민연금 주식 의결권 행사

국민연금이 보유하는 주식 비중이 점차 증가함에 따라 의결권행사를 보다 더 합리적이고 투명하게 하기 위하여 의결권 행사기준과 행사체계에 개선이 필요하게 되었다. 기금운용위원회의 의견수렴을 통해 대표성 및 전문성을 두루 갖춘 위원들로 의결권행사 자문위원회를 구성하여 관련단체의 의견을 충분히 반영하여 국민연금기금의 의결권 행사지침을 마련(05.12월)하였으며, 2006년 3월 기금운용위원회 산하에 의결권행사의 투명성을 확보하고 자의적인 의결권행사를 예방하기 위해 민간전문가로 구성된 ‘국민연금 주식 의결권 행사 전문위원회’를 구성·운영하고 있다.

국민연금 주식 의결권행사 지침에서는 연금가입자 및 수급자에게 이익이 되도록 신의에 따라 성실하게 의결권을 행사하도록 선관주의 의무를 제시하고 장기적으로 주주가치 증대에 기여하는 방향으로 의결권을 행사하도록 하였다. 또한 의결권행사 대상 중 지침에 의해 판단하기 어려운 사안에 대하여는 ‘국민연금 주식 의결권행사 전문위원회’에서 사안별로 검토하여 의결권을 행사하고, 행사된 의결권의 14일 이내 투명한 공개, 매년 의결권 행사기준과 절차의 검토·보완 등 가입자 재산을 관리하는 선량한 수탁자로서 책임을 다하고 보유주식의 가치 증대를 위해 의결권을 투명하게 행사하고 있다.*

*국민연금 주식 의결권 행사 내역은 <표 2-7-14> 참조

다. 기금운용의 성과평가 및 투명성 강화

매년 국민연금연구원과 외부 전문평가기관은 기금운용 성과를 평가·분석하고, 그 결과를 기금운용실무평가위원회의 심의 및 기금운용위원회의 의결을 거쳐, 보건복지가족부장관이 일간신문 등에 공시하고 있다. 보건복지가족부는 기금운용 성과평가에 대한 투명성, 객관성, 독립성을 제고하기 위하여 “국민연금기금 성과평가보상 전문위원회”를 구성('08.2월), 운영하고 있다. 12명의 다양한 민간전문가로 전문위원회의 구성함으로써 성과평가의 질적 발전과 아울러 수요자 요구에 맞는 성과평가 결과의 산출을 도모하고 있다.

또한 기금운용 프로세스의 공개 및 정형화, 기금운용직 윤리의식 제고, 거래기관 상시 모니터링, 준법감시인 도입 등 투명성 확보 방안을 강구하고 국민연금기금 운용원칙, 절차, 거래기관, 운용성과 등 기금운용전반에 관한 ‘대국민 공시’를 강화하여 기금운용에 대한 국민의 불신을 해소하기 위하여 적극 노력해 나갈 것이다.

이와 관련하여, 국민연금은 기금운용의 투명성과 이에 대한 국민들의 신뢰 제고를 위해, 금년에 국제투자성과평가기준(GIPS®)*을 도입하여 국민연금 내부의 모든 성과 측정과 공시에 동 기준을 적용할 것이며, 또한 국민연금 위탁운용사들도 이를 자발적으로 도입하도록 관련 단체와 협조해 나갈 것이다. 국민연금은 향후 2년간의 유예기간을 두고 GIPS®를 적용한 운용사에 대해 위탁운용사 평가 시 우대할 계획이며, GIPS® 도입이 국내 자산운용업을 보다 투명하게 하여 금융산업의 발전에도 기여할 것으로 기대하고 있다.

3. 기금운용 역량강화

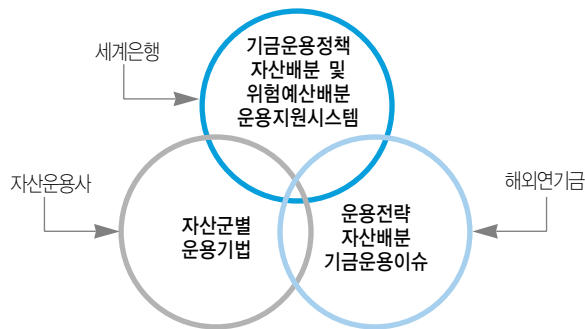
가. 해외기관과의 전략적 제휴 추진

해외 선진연기금과의 지속적인 정보교류와 해외자산운용사 및 세계은행과의 전략적 제휴 추진 등을 통하여 국민연금공단의 기금운용본부를 세계적인 자산운용 기관으로 육성할 계획이다. 해외기관과 적극적인 관계형성(Net-Working)을 통해 정보 및 지식을 습득하여 기금운용 전략 및 자산배분의 개선, 자산군별 선진운용기법 도입, 리스크관리 및 운용지원시스템 강화, 기금운용정책 역량 향상 등 글로벌 자산운용에 필요한 기금운용역량을 강화하고자 한다.

*국제투자성과평가기준(GIPS®)은 미국을 중심으로 한 금융선진국에서는 연기금 및 민간 자산운용사 전반에 걸쳐 광범위하게 적용되고 있으며, 글로벌 스탠더드로 자리 잡고 있다. 현재 미국, 영국, 일본, 싱가포르를 비롯한 28개국에서 채택하고 있다.

'07년 1월 해외 자산운용사와의 전략적 제휴 추진을 위해 MSIM(Morgan Stanley Investment Management)과 CSAM(Credit Suisse Asset Management)을 우선협상 대상으로 선정하였고, 이와 관련된 내용을 기금운용위원회 승인(5월)을 얻어, 7월에 계약을 체결하였으며 또한, 지난 11월 국민연금공단과 세계은행(World Bank)과의 전략적 제휴 체결을 하였다.

[그림 2-7-4] 전략적 제휴의 세 축



나. 국민연금기금운용체계 개편

기금규모가 급증함에 따라 국가경제에 미치는 영향이 증가하고 금융환경 변화에 적극적으로 대응할 필요성이 높아짐에 따라, 기금운용관리체계의 독립성·전문성 등을 제고하기 위한 근본적 방안 마련의 필요성이 제기되었다.

2003년에 관계부처 협의 및 공청회 등을 거쳐 개편안을 확정하여 제16대 국회에 제출하였으나 회기만료로 폐기되었고, 같은 내용의 국민연금법 개정안을 제17대 국회에 제출하였으나, 재정안정화 및 사각지대 해소에 논의의 초점이 맞춰지면서, 심도 있는 논의가 진행되지 못했다.

국민연금의 장기재정안정과 사각지대 해소를 위해 2007.7월 국민연금법 개정 후, 공론화 과정을 거쳐 기금운용체계 개편을 위한 후속 법개정을 추진하였다.

기금운용체계 개편방안은 기금운용의 독립성, 전문성, 대표성을 조화하여 국민에 대한 책임성이 보장되는 방향으로 개편하고자 한다. 기금운용위원회는 가입자대표가 의사결정에

참여하는 구조를 유지하면서 전문가 참여를 확대하고, 위원장(민간전문가)과 상임위원을 두어 기금운용위원회를 상설화하고 이를 보좌하는 사무국을 설치한다. 또한 기금운용위원회 산하에 복수의 전문위원회(투자정책, 위험관리, 평가 및 보상, 의결권행사 등)를 설치하여 전문성을 보강하고자 한다. 기금운용조직은 공단으로부터 분리하여 기금운용공사로 확대하고, 최고전문가가 독립적으로 운용하되, 성과에 대해 책임지는 구조로 설계하고자 한다.

V 국민연금 재정계산 : 2008

국민연금은 국민들의 노후 및 장애, 사망 등을 대비하여 소득을 보장할 수 있도록 유지되어야 하며, 고령화가 심화되고 있는 우리 사회의 현실을 고려할 때 국민연금 재정의 장기적 안정성은 그 무엇보다도 중요한 사항이다.

이에 따라, 1998년 국민연금법 개정시 5년마다 재정계산을 시행하도록 규정하여 장기적으로 국민연금제도가 건실하게 운영될 수 있도록 점검하는 장치를 마련하였다. 재정계산제도는 보건복지부장관의 책임 하에 인구 및 경제관련 변수 등 연금재정에 영향을 미칠 수 있는 제반 요인들에 대한 일정한 가정을 기초로 장기재정추계를 하고 그 결과에 기초하여 장기적인 연금 재정의 안정성을 확보하기 위한 재정조정(보험료율 및 급여율 조정) 등의 필요한 조치를 검토하기 위한 것이다. 보건복지부 장관은 국민연금법 제4조제2항에 근거하여 국민연금발전위원회의 자문을 받아 2003년 재정추계 결과에 기초하여 국민연금 재정안정화를 주요 목표로 추진된 국민연금법이 상당한 진통 끝에 국회를 통과(07.7월)하였다.

2차 재정계산 수행을 위해 전문성 및 대표성을 갖춘 「국민연금운영개선위원회」와 「국민연금 재정추계위원회」를 구성하였고 재정추계위원회는 추계모형의 검토, 주요변수의 가정설정 및 재정수지전망 등의 역할을 수행하여 2008년 3월에 보건복지가족부장관에게 추계결과를 보고할 예정이며 운영개선위원회는 국민연금 제도개선, 장기 기금운용방향 등에 관련된 과제를 논의하여 국민연금 운영개선방향 건의안을 보건복지가족부장관에게 2008년 8월에 최종 제출할 예정이며, 이를 바탕으로 보건복지가족부는 국민연금 운영 전반에 관한 계획을* 수립하여 국무회의 심의 및 대통령 승인(9월말), 국회 제출(10월말) 등의 일련의 절차를 거칠 예정이다.

*국민연금 운영전반에 관한 계획에는 각 계의 폭넓은 의견 수렴을 통해 국민연금제도 발전에 도움이 될 수 있는 전반적인 내용을 담을 예정이다.

제3절

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 장기소득보장제도임으로 전 생애의 관점에서 적정한 수준의 급여가 보장되도록 하고, 나아가 노후빈곤의 추방이라는 국가 백년대계의 관점에서 현세대와 미래세대 모두의 제도로 발전시켜 나가야 한다.

이에 향후에도 국민연금법을 개정하여 세대간 상호 공평부담을 통한 국민연금재정의 장기적 안정을 기하고 보험료와 급여수준 등을 조정함은 물론 연금기금의 운용수익률을 제고하여 전 국민연금시대에 걸 맞는 성숙한 연금제도로의 발전을 위한 기틀을 마련해 나갈 것이다.

I 전 국민 연금제도의 정착

최초 국민연금 제도를 시행한 지 19년이 되는 2007년 12월말 현재 국민연금가입자가 총 1,827만명에 이르고 그 중 농어촌지역 가입자가 197만 6천명, 도시지역 가입자는 708만 6천명에 이르고 있으며, 노령연금·장애연금·유족연금 등 연금을 받고 있는 수급자는 197만명에 이르고, 연금보험료 등으로 적립되어 있는 기금은 182조원에 이르고 있다.

*집필자 : 국민연금정책과장 고득영

이렇듯 국민연금 제도는 정착되어 가고 있으나 2007년 12월말 현재 지역가입자 906만 3천명 중 47.9%인 435만명이 실직·휴직·사업 중단 등의 사유로 연금보험료 납부예외자이고, 자영자의 소득과악 곤란 등으로 지역가입자의 신고 된 소득월액은 107만 7천원으로 사업장 가입자 보다 매우 낮은 수준이며, 그들의 연금보험료 미납액도 5조 934억원에 달하는 등 아직도 해결되어야 하는 과제가 남아있는 상태이다.

따라서 납부예외자 및 미납자 관리를 개선하여 적정 국민연금사각지대를 해소하고 「적정부담 - 적정급여체계」의 틀을 마련하며 실질적인 전 국민연금 제도가 정착되도록 할 계획이다.

한편, 2003년 2월부터 국민연금·건강보험·고용보험·산재보험 등 4대 사회보험간의 정보를 연계·공유함으로써 사회보험에 대한 가입신청·자격변동신고 등 각종 민원서비스를 획기적으로 개선하였으며, 이러한 정보연계를 통하여 공적자료의 이용시차를 단축시킬 수 있게 되었으며, 가입누락·적정소득 여부 등을 보다 효율적으로 관리할 수 있게 됨으로써 납부예외자의 감소 및 실질소득의 신고를 통한 적정소득보장 등 연금제도운영에 보다 내실을 기할 수 있게 되었다. 또한 지역가입자로 관리되어오던 5인 미만 사업장 및 임시·일용직 근로자의 소득보장 기능을 강화하고, 사업장 가입자와의 연금보험료 부담의 형평성을 제고하기 위하여 2003년 7월부터 이들을 사업장가입자로 단계적으로 전환시키고 있다.

1. 제도정착을 위한 조직 및 인력확대

그동안 국민연금제도는 연금보험국 산하에 두 개과(연금정책과, 연금재정과)를 두고 23명의 직원이 배치되어 국민연금사업 전반에 관한 정책을 추진해 왔다. 그러나 국민연금은 단기 보험인 건강보험과는 달리 장기적인 소득보장제도로써 국민의 기초생활과 노후생활안정, 방대한 기금의 운용과 관련 금융시장에 대한 정책적 이해가 필수적으로 요구되는 업무로써 건강보험과 분리 운영이 필요하다는 의견이 꾸준히 제시되어 왔다.

이에 따라 2003년 12월 건강보험과 국민연금을 완전히 분리하지는 않았으나, 연금보험국장 아래 국장급심의관(국민연금심의관, 3급)을 신설하여 사실상 국민연금업무만을 전담하도록 조직을 보강하고 담당인력 4명을 확충하여 국민연금제도 정착을 위한 조직 및 인력을 확대하였으며, 2005년 10월 전부서 팀제 시행에 맞춰 국민연금정책관 아래 3개팀(연금정책팀, 연금재정팀,

연금급여팀)으로 확대·개편하였으며, 2008년 3월 정부조직법 개정에 따라 연금정책관 아래 4개팀(국민연금정책과, 국민연금재정과, 국민연금급여과, 기초노령연금과)으로 확대·개편하여 국민노후소득보장을 위한 지속가능하고 안정적인 연금제도 구축을 위해 노력하고 있다.

2. 5인 미만 사업장가입자 확대사업 실시

5인 이상 사업장에 고용된 근로자는 본인이 보험료의 4.5%(사용자 4.5%)만 부담하는데 반해, 그 외의 5인 미만 사업장 및 비정규직 근로자는 지역가입자로 관리되어 본인이 보험료 전액('03.7월 7%, '04.7월 8%, '05.7월 9%)을 부담하고 있어 근로자간 형평성 문제가 대두되었다.

또한, IMF이후 고용형태의 변화로 임시·일용직 등 비정규직 근로자의 증가추세에 따른 사회보장제도 강화 필요성 대두 및 노동·시민단체에서 이들의 사업장가입자의 편입을 주장하기에 이르렀다.

「노사정위원회」에서 2002년 5월에 사업장가입자 적용확대를 위한 합의에 도달함에 따라 정부에서는 국민연금 사업장 확대 추진계획을 발표하여 같은 해 하반기 중에 사업장가입자 확대관련 외부 연구용역을 실시하였으며, 아울러 사업장확대적용방안 연구를 위한 사업장 실태조사 및 분석을 실시하였다.

정부에서는 법령 개정에 착수하여 2003년 상반기에 정책간담회 및 관계기관 의견수렴을 거쳐 같은 해 6월에 사용자의 부담을 고려하여 단계적으로 확대 실시한다는 내용의 국민연금법시행령을 개정하였다.

5인미만 사업장 및 비정규직 근로자를 현행 지역가입자에서 사업장가입자로 전환할 계획에 따라, 제1단계('03.7.1)는 법인 또는 전문직종사업장·비정규직 근로자 45만명을 대상으로 23만명(사업장가입자 19만명, 비정규직 4만)을, 제2단계('04.7.1)는 건강보험 또는 고용보험 가입 사업장 22만명을, 제3단계('06.1.1)는 나머지 사업장 174천개소 27만명을 대상으로 확대사업을 추진하여 58천개소, 103천명을 전환한 바 있다. 대상자 구축에 의한 확대 사업이 '06.6월말로 종결됨에 따라 이후에는 매월 외부기관 자료입수에 의한 정기 확인대상 사업장 확인을 통해 사업장 편입업무를 지속추진 중에 있다.

이로써, 근로자간 보험료 부담의 형평성 제고 및 권익보호에 기여하고, 사각지대 해소를 통한 근로자의 노후소득보장은 한층 더 강화될 것이다.

3. 4대 사회보험 정보연계시스템 구축 및 적용징수 일원화 등

4대 사회보험(국민연금·건강보험·고용보험·산재보험) 정보연계시스템 구축사업은 민원인이 4대 사회보험 기관별로 각각 신고하던 민원사항(자격관련)을 편리한 어느 한 기관만 방문 또는 인터넷으로 신고하면 한번에 4개 기관에 신고사항이 접수될 수 있도록 시스템을 구축한 것으로써 사업의 목적은 4대 사회보험 정보시스템간에 정보 자원을 상호 연계하여 대 국민 민원서비스의 질적 향상을 도모하고, 4대 사회보험 관리운영 체계의 효율성을 제고하는 것이다.

주요 사업추진 경과를 살펴보면, 전자정부특별위원회에서는 2001년 3월 중점추진과제로 4대 사회보험 정보연계시스템 구축사업을 선정하였으며 관련부처와 협의를 거쳐, 2001년 5월에 동 위원회에서 추진과제를 최종 확정된 후 정보연계시스템 구축을 위한 정보화전략계획(ISP)을 수립하였다.

같은 해 12월 「4대보험 정보연계추진기획단」에서 사업주무기관을 국민연금공단으로 결정하고 4대 사회보험 기관이 공동운영(직원 27명은 각 기관에서 파견)하기로 하는 한편, 소요예산은 4대 보험 기관에서 분담하기로 결정하였다.

주요사업 추진현황으로는 공통신고(공통서식 8종, 각 보험별 고유서식 7종) 전면접수가 실시된 2003년 5월 이후 2007년 12월까지의 총 56,350천건이 접수되었으며, 이중 창구를 통한 접수가 33,248천건이고, 인터넷을 통한 신고건수는 23,102천건에 달해 월평균 약 100만건을 처리하였다. 포털사이트 운영실적에 있어서는 2002년 7월부터 운영중인 4대 사회보험 포털 사이트(www.4insure.or.kr)는 2007년 12월 현재 총 658천명이 회원으로 가입하였으며, 월평균 약 25만 여명이 이용하고 있다. 유관기관 자료연계는 법무부 출입국관리소의 외국인 등록자료, 국세청의 사업자등록자료 등(10개기관 64종)을 연계하여 업무를 수행하고 있다.

이처럼 4대 사회보험 정보연계사업이 시행됨에 따라 민원인에게는 교통비, 민원처리시간 단축 등의 비용절감 효과가 크게 나타나고 있으며, 각 4대 사회보험 기관은 각종 정보관리 업무 등을 보다 효율적으로 추진해 오고 있다.

아울러 국민건강보험공단·국민연금공단·근로복지공단 등 3개 공단이 각각 개별적으로 수행하고 있는 보험료 징수업무를 국민건강보험공단에 일괄적으로 위탁하여 수행하는 방안을 추진함으로써, 보험료 징수체계의 비효율성과 가입자 불편을 해소할 계획이다.

동 사회보험 적용·징수통합계획은 '95년 고용보험의 도입으로 4대 사회보험의 틀이 구축된 이후부터 통합 논의가 지속적으로 제기되어 '06년부터 국무조정실 주관으로 국제청 산하에 “사회보험료징수공단”을 신설하기 위해 꾸준히 노력해왔으나 3개 공단 노조의 극심한 반대로 17대 국회통과가 좌절되었다.

새 정부 들어, 통합범위를 “적용·징수”에서 “보험료 징수업무”로 국한해 건강보험공단에 위탁하는 방안을 추진하기로 방향을 다시 정했다. 복지부는 2010년 시행을 목표로 통합실무 추진단을 우선 이관하고, 노사정 협의, 법령 제·개정 등 4대 사회보험 징수통합을 위한 구체적인 준비업무를 추진해 나갈 계획이다.

II 연금급여의 장기적 안정성 확보

국민연금제도는 시행초기에는 가입자의 경제적 부담을 줄이기 위하여 보험료를 낮게 하고 점차적으로 높여 나가도록 설계되어 있다. 그러나 제도를 장기적으로 유지하기 위하여 이러한 저부담·고급여 체계를 적정부담·적정급여 체계로 수정해 나가야 한다.

이에 따라, 1998년 12월 국민연금법 개정을 통하여 2003년부터 5년 단위로 재정계산제도를 실시토록 하였다. 이러한 재정계산제도는 공적연금제도에서 재정안정성을 유지하려는 목적으로 장래의 가입자, 수급자, 임금상승률, 물가상승률, 이자율 등에 대해 일정한 가정을 한 상태에서 장래의 수입 및 지출 추이를 전망하고 그 결과에 기초하여 재정책보 계획을 수립하는 제도로서, 미국과 독일은 매년 공식적 재정추계를 시행하고 있고, 영국·캐나다는 3년마다, 일본은 5년마다 재정계산을 시행하고 있다.

보건복지가족부는 2001년도부터 재정추계관련 기초연구 및 평가, 외국의 재정계산 사례 조사 연구 등을 추진하였고, 2002년 3월부터는 국민연금 발전방안 도출 및 재정계산제도의 운영에 있어 국민에 대한 투명성·신뢰성을 확보하기 위하여 사회각계의 대표성 있는 인사 등 민간인을

중심으로 하여 「국민연금발전위원회」를 운영하였고 관계전문가로 구성된 제도발전전문위원회 및 재정분석전문위원회 등 2개의 전문위원회를 두어 1년 여간 활동을 통해 재정추계 결과 및 제도개선 방안을 제시하였다.

정부에서는 급속한 인구고령화 및 저출산 추세에 적극 대응하고 연금재정의 장기적인 안정성 확보를 위해 국민연금발전위원회에서 보고한 재정안정화 방안을 토대로 관계부처 및 이해관련 기관 등의 의견수렴 과정을 거쳐 2003년 10월말에 국민연금법 개정안을 국회에 제출하였다. 그러나 개정 법률안은 국회에서 구체적인 심의도 하지 못한 채 제16대 국회 임기만료와 함께 자동 폐기되었으며, 정부는 동일한 국민연금법 개정안을 제17대 국회(2004. 6.2)에 다시 제출하였다.

2006년 6월에 정부가 새로운 국민연금 개혁 방안을 제시함에 따라 국회 논의가 활성화되어 '보험료율을 12.9%까지 단계적으로 인상하고 급여율을 50%로 낮추는' 내용의 국민연금법 개정안 상임위 대안이 11월말에 상임위를 통과하였다. 동 법안이 법사위에 '06.12월에 상정 되었으나 심의가 지연되었으며, 정부·여당의 지속적인 논의요구에도 불구하고 '07.3월 말까지 법안소위가 한차례도 개최되지 못하였다. 결국 3.29 법안소위, 3.30 전체회의를 연이어 개최 하여, 개혁법안을 자구심사 후 주요내용의 수정 없이 가결하였다.

'07.4.2 본회의 당일 한나라당과 민주노동당이 공조하여 기초연금을 포함한 국민연금법 개정안에 대한 수정안을 제출하였고, 본회의에서 법사위를 통과한 국민연금법개정안(찬성:123, 반대:124, 기권:23)과 즉석 상정된 수정안(찬성:131, 반대:136, 기권:3)이 모두 부결되었다.

국민연금법개정안의 국회 부결로 부정적 여론이 비등하였고 각 정당에서는 개혁 재추진 의사를 표명한 후 기존 입장과 거의 동일한 법안을 다시 제출(한나라·민노당, 열린우리·민주당, 통합신당)하였다.

열린우리당·한나라당·정부는 3자회담을 총 5차례 개최하여 보험료율은 현행 9%를 유지하되, 급여율을 현행 60%에서 '08년도에 50%로 하고 점진적으로 '28년까지 40%로 낮추는 내용의 합의안을 마련(4.25)하였고 이를 4월 임시국회 내에 처리키로 하였다. 그러나 복지위 심의 등 법개정 절차가 진행되지 못하고 개혁법안 국회통과는 6월 국회로 연기되었으며 '07.6.29일 보건 복지상임위에서 4월 합의안을 중심으로 국민연금개혁법안을 위원회 대안으로 의결하였고, 드디어 동 법안은 7.3일 법사위 및 본회의를 통과하여 '07.7.23일 공포·시행되었다.

제 8 장

보건의료정책

제 1 절

보건의료정책

I 개 요*

1. 보건의료정책의 현황

가. 들어가는 말

우리나라 국민의 건강 수준은 경제성장에 따른 소득 증가, 생활환경 개선, 전국민의료보험제도 도입 등을 기반으로 단기간에 비약적으로 향상되었다.

1977년 의료보험 도입 후 12년만인 1989년 전 국민의료보험 실시로 의료이용의 보편성이 확립되었고, 보건의료 인력·시설의 양적 확충으로 의료접근성이 대폭 개선되었다. 의약분업 실시로 후진적인 의료이용 관행에서 탈피, 의약품 오·남용 예방 등 국민건강 보호의 기틀을 마련하였다. 또한 병원급(요양, 한방, 치과포함) 이상 의료기관이 1975년 178개소에서 2007년 2,240개소로 늘었고, 활동 의사수도 1975년 22,183명에서 2007년 12월 103,556명으로 증가하였다.

*집필자 : 보건의료정책과장 김강립

이에 따라, 출생시 기대여명은 1965년 52.4세에서 2005년 78.5세로 늘었으며 영아사망률은 1970년 출생아 1천명당 45명에서 2002년 5.3명으로 대폭 감소하였다(OECD HEALTH DATA). 이에 비해 국민의료비가 GDP에서 차지하는 비중이 2005년 기준으로 미국(15.3%), 독일(10.7%) 등 주요선진국에 비해 훨씬 낮은 6%에 불과하여 상대적으로 낮은 의료비 부담으로 양질의 의료서비스를 제공하고 있는 것으로 평가되고 있다.

그러나 급변하는 21세기의 보건의료 환경변화에 효과적으로 대응하기 위해서는 보건의료 시스템에 대한 전반적인 재평가가 필요하고 선진국형 보건의료체계로의 새로운 정책방향 설정이 요구된다. 즉, 의료서비스 제공 체계의 비효율성, 병원경쟁력 약화 등의 문제를 개선·보완하고, 예방과 진료를 포괄하는 양질의 보건의료서비스를 국민에게 제공해야 하며, WTO/DDA 의료 시장 개방, 노인의료 수요 급증 등 급격한 내·외 환경 변화에 적극적으로 준비하고 대처해 나가야 한다.

나. 보건의료정책의 주요 성과

2002년 3월 의료법 개정 및 2003년 10월 동법 시행규칙 개정을 통하여 의료기관 평가의 법적 근거를 마련하고 이에 근거하여 2004년에 종합전문요양기관 및 500병상 이상 의료기관 78개소, 2005년에 260~500병상 규모의 종합병원 79개소, 2006년에 260병상미만 112개소에 대해 평가를 하였다.

2006년부터 임상진료지침을 개발하는 사업을 시작하였으며 2007년 4월에는 신의료기술에 대한 국가적 검증체계를 확립하였다. 이러한 제도개선을 통해 의료서비스의 질적 향상 및 환자의 알 권리 강화가 기대된다.

원격의료, 전자처방 등 의료정보화 촉진의 법적 근거를 도입하여 21세기 정보화 시대에 능동적으로 대처해 나갈 수 있도록 하였다. 이와 함께 300병상 이상 종합병원에는 감염대책 위원회 설치를 의무화 하여 병원 감염문제를 최소화하는 정책기반을 마련하였다. 또한 의료기관 경영을 합리화하기 위한 의료기관 회계투명성 확보를 위하여 회계기준을 제정(2003.9.15)하고, 재무제표 세부 작성방법을 마련하여 고시하였으며 이를 단계적으로 확대할 계획이다.

또한 1975년 전면개정이후 기본적 틀이 유지되어 변화된 환경을 반영하고 있지 못한 의료법의 전면개정을 추진하고 있다. 국민의 의료이용상의 편의·안전을 증진하고 의료서비스산업의

경쟁력을 강화하는 것이 주요 개정내용이며 의료법 전부개정법률안을 2006년부터 준비하여 2007년 5월 16일 국회에 제출하였다.

한편, 보건의료 인력의 적정수급을 유도하기 위해 2004~2008년도까지 의대 입학정원의 10%를 감축하도록 교육과학기술부와 합의하였으며, 1차 진료 의료인의 수급확대를 위해 단과 전공의 정원을 단계적으로 감축하여 왔으며, 병상의 합리적인 배치 및 활용체계 개선을 위해 지역별, 기능별 병상배치 등 병상수급 기본시책을 마련하고, 장기요양병상 확충 사업을 통해 요양 병상의 적정 수급을 유도하였다.

국민에게 안전한 혈액을 공급하기 위한 「혈액안전관리종합대책」을 2004년 9월에 수립하여 추진 중이다. 2005년부터 2007까지 346억원을 투입하여 헌혈의집 17개소를 신설하고 19개소의 시설개선을 완료하였으며, 등록헌혈자를 지속적으로 확보하여 2007년 기준 누적등록헌혈자 수가 355,274명에 이르게 되었다.

또한 혈액사업 조직의 독립성과 전문성을 보다 강화하기 위해 「국립혈액관리원」으로 개편하는 작업을 추진하고 있다.

2005년 12월 공공보건의료 확충 기본계획을 수립하여 공공의료를 단계적으로 확충하고 기존 공공의료기관 인프라를 정비하는 등 공공성을 강화하고 있으며, 보건지소 등 하부조직과 담당 인력이 부족한 대도시 지역 보건소에 대하여 방문보건 시범사업을 실시하여 거동불편 독거노인, 장애인 등에 대하여 찾아가는 서비스 제공으로 주민들의 큰 호응을 얻고 있다.

2000년 7월 의약분업을 도입한 이후 의약품 오·남용 감소라는 긍정적인 효과가 서서히 나타나고 있다. 앞으로 의약분업의 본질을 훼손하는 임의조제 등 불법행위 에 대한 엄정 단속 및 국민 불편 해소를 통하여 안정적으로 정착시킬 계획이다.

선진형 응급의료체계의 구축을 위해 권역 및 지역 응급의료센터의 재배치, 취약지 응급의료 센터 건립 용자 및 응급의학 전문의 육성을 위한 인건비 등 운용비 보조 등의 정책을 지속적으로 추진하고 있으며, 신속하고 적절한 응급의료 서비스 제공 체계 구축을 위하여 중앙응급의료센터와 12개 응급의료정보센터(1339)를 연결하는 응급의료정보시스템 통합망 운영 등 기본적인 인프라 확충이 지속적으로 추진되고 있다.

〈표 2-8-1〉 응급의료기관 현황

(2007년 12월)

중앙응급 의료센터	권역응급 의료센터	전문응급 의료센터	지역응급 의료센터	지역응급 의료기관	총 계
1	16	4	100	331	451

다. 보건의료 제도의 문제점

현재까지 기본적인 보건의료서비스 공급체계는 구축되었으나 민간우위 의료서비스 공급체계여서 공공보건 의료부문은 양적·질적으로 취약한 것이 현실이다. 이와 같이 민간 중심의 의료체계는 가용자원이 부족하던 경제성장기에 예산상의 큰 부담 없이 단기간 내 무의존을 없애고 국민의료수요에 부응하는 보건의료체계를 이룩하는데 기여하여 왔으나, 예방·건강증진 기능, 저소득층 의료서비스 등을 위한 공공보건의료 부문은 매우 부족한 현실이다.

〈표 2-8-2〉 민간의료기관과 공공의료기관

(2007년 12월)

구 분	계		공 공		민 간	
	수	비율(%)	수	비율(%)	수	비율(%)
기 관 수	56,399	100	3,646	6.5	52,753	93.5
병 상 수	450,592	100	49,585	11.0	401,007	89.0

고령화 사회의 도래, 만성퇴행성질환 증가 등 인구·질병구조의 변화에 따른 보건의료서비스 수요에 대응할 자원·조직이 부족하고 추진체계가 미흡하다. 다시 말해 예방 및 건강증진 차원에서 생애주기별 건강 연속선상(건강 증진, 예방, 치료, 재활)의 포괄적 평생건강 관리체계의 구축이 아직 부족한 것이다.

급성 단기치료 위주의 공급체계 및 보상체계가 유지되고 있으며, 질병구조의 변화 양상에 따라 장기요양 서비스를 필요로 하는 환자가 증가함에도 이에 대응하는 요양기관이 부족하고 요양수가 상대적으로 낮다는 문제가 있다. 아울러, 의료기관간 적절한 기능분화가 이루어지지 못해 환자들의 대형병원 및 동네의원으로의 집중현상이 지속되고 있어 중소병원의 기능과 역할이 모호한 상황이다.

의사인력이 증가하고 있으나 단과 전문의가 양산되어 활동의사 중 전문의 비율이 76%에 달하고 있으며, 병·의원의 경우도 도시지역에 87.6%가, 병상의 83.8%가 집중되어 있는 등

도시지역에 자원이 집중되는 불균형 현상이 지속되고 있다. 특히, 의사의 경우 안과·피부과 등 특정 과목에 집중되어 의료체계의 계속성을 위한 인력 운용상의 문제점이 나타나고 있다.

2. 21세기 보건의료 환경 전망

경제성장·저출산·고령화 및 양극화 등에 따라 보건의료분야에서의 급격한 변화가 예상된다. 경제수준의 향상으로 건강에 대한 국민의 욕구가 양적으로 확대되고 질적으로 다양화되며, 각종 서비스에 대한 권리의식이 한층 강화될 것으로 예측된다. 고령화 사회의 도래로 노인건강 문제가 사회적 관심사로 부각될 것이며, 빈곤 노령층의 의료보장 기반을 마련할 필요성이 급격히 대두될 것으로 보인다.

정보화·글로벌화의 급속한 진전으로 의료시장 개방이 가속화됨에 따라 제약, 유통, 의료서비스 등 보건산업 전반에 걸쳐 대외적인 많은 도전에 직면하게 될 것이다. 또한 지방화의 진전에 따른 지역단위 생활권의 건강 수요 다양화에 대비하여 지역별 특성화 대책의 수립이 요구된다.

재정지출 요인은 늘어나는 반면, 대규모의 지속적인 재원조달은 어려워질 것으로 전망되므로 한정된 자원의 효율적 활용을 위한 보건의료사업의 평가 및 국민의료비의 상승에 따른 적정 국민 의료비 관리의 필요성이 증가할 것이다.

만성퇴행성질환의 증가로 장기요양, 장기이식 등에 대한 의료서비스 욕구가 크게 증가할 것이며 신종·재출현 전염병의 등장, 정신질환 증가 등이 주요한 보건의료 과제가 될 전망이다. 또한 의료서비스 수요의 다양화, 통증·비만클리닉 등 전문화된 서비스에 대한 수요 증가 및 가족 간병기능 약화로 인한 간병서비스 등 의료 관련 부대서비스의 수요가 대폭 증가함에 따라 세분화된 특수 전문진료서비스의 개발·보급, 장기요양서비스 확충 등 보건의료서비스의 공급체계를 효율화하기 위한 노력이 요구된다.

질병발생의 원인인 병원균, 담배, 마약 등 각종 유해물질이 국내 상황에 의한 것보다 국제 상황에 더욱 의존하는 경향으로 급속히 변화되고 있다. 생명공학(Biotechnology) 등을 이용한 의학과 의료기술의 혁신을 통한 난치병 및 노화기전의 규명 등으로 항암제, 노인성질환 치료제 개발에서 괄목할만한 발전과 함께 유전공학을 이용한 치료방법 개발 및 진단·치료 장비의 첨단화가 전망된다.

남북교류 협력의 환경이 조성됨에 따라 보건의료분야의 인력, 시설, 기술 등의 교류 증대와 통일을 대비한 의료체계, 사회보장제도, 재정 등의 정비에 대한 요구가 크게 늘어날 것으로 예상된다.

3. 보건의료정책의 추진 방향

필수 보건의료 안전망 확충, 공공보건의료 체계 개편 등을 통해 공공의료서비스의 질적 수준을 제고하고 국가의 정책적 역할을 확대함으로써 의료서비스에 대한 국민의 접근성을 강화할 계획이다.

의료이용자 중심의 의료서비스체계를 강화하기 위한 여러 가지 사업을 추진할 것이다. 의료기관 평가를 내실화하고 임상진료지침 개발, 신의료기술평가 등을 통하여 환자의 알권리 및 안전을 강화하기 위한 제도개선을 지속적으로 추진해 나갈 것이다.

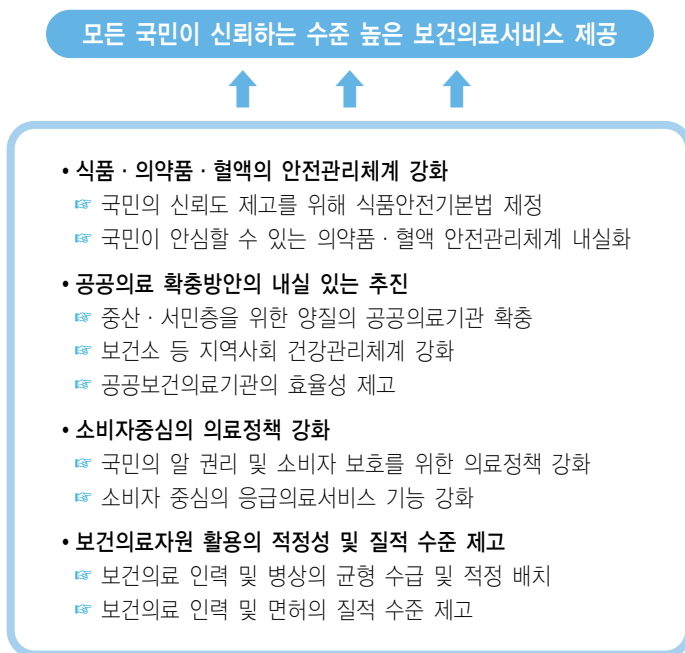
응급의학 전문의 등 전문인력 확충과 3대 응급질환(뇌졸중, 급성심근경색, 중증외상 등)의 질 평가 실시 및 농어촌 지역의 24시간 응급의료제공 체계 구축 등을 통해 응급의료의 질적 수준과 접근성을 높여갈 방침이다.

심각한 불균형을 보이고 있는 의료자원의 수급 균형과 질적 수준을 높이기 위한 정책적 노력을 기울일 것이다. 보건의료 관련학과 입학정원 조정, 기피과목 전공의에 대한 수련지원 및 전문간호사 양성 활성화 등을 통해 보건의료인력의 적정한 양성을 도모할 계획이다. 또한 병상의 불균형을 해소하기 위한 다양한 대책도 추진할 것이다.

식품·의약품·혈액 등에 대한 관리체계를 강화하고 신속한 위해정보를 제공하는 등 선진국 수준의 사전·예방 시스템을 구축하여 국민의 안전하고 건강한 생활을 보장할 계획이다.

어린이 먹을거리 식품안전대책을 마련하고 집단식중독을 예방하기 위한 제도개선을 지속해 나갈 것이다. 의약품 병용·연령금기 등 사용금지정보를 제공하는 등 의약품의 적정사용기반을 구축할 계획이다.

혈액안전관리체계 개선 및 안정적 혈액공급기반을 마련할 계획이다. 2010년까지 등록헌혈자 60만명 확보를 목표로 고객관계관리시스템(CRM)을 구축하는 한편 혈액원 노후장비 교체 및 혈액원 심사평가 수행 등을 통해 혈액의 안전성을 높일 것이다.



II 의료서비스 공급체계 개선*

1. 추진배경 및 경위

우리나라 국민의 건강은 소득수준의 증가, 생활환경의 개선, 보건의료자원의 양적·질적 확충에 힘입어 짧은 기간동안 평균수명과 영아사망률 지수 등으로 볼 때 비약적으로 향상되었다. 그러나 아직도 우리나라 국민의 건강수준과 삶의 질 수준은 선진국에 비해 미흡한 상태이고 국민육구 충족에 부족하며 고비용·저효율 구조를 유지하고 있다.

*집필자 : 보건의료정책과장 김강립

급성전염병은 감소한 반면, 암·고혈압·당뇨병 등 만성질환이 증가하고 있음에도 현행 보건 의료체계는 치료위주의 공급구조를 가지고 있어 새로운 보건수요에 적절한 대응이 곤란하며, 의료시설은 82.4%, 의료 인력은 88.3%가 도시지역에 집중 되어 있어 인구의 도·농간 분포를 감안하더라도 지역간 불균형 현상이 개선되지 않고 있는 실정이다.

또한, 국민의료비는 아직 우리의 경제수준에 비하여 걱정할 만한 수준은 아니나 국민들의 건강에 대한 욕구 증대와 건강보험 실시에 따른 의료이용 증가 등으로 지속적으로 증가하고 있다.

〈표 2-8-3〉 GDP 대비 국민의료비(2004)

(단위 : %)

한 국	미 국	독 일	일 본
5.6	15.3	10.6	8.0

※ 출처 : OECD Health Data 2006

이와 함께 3차 진료기관 등 대형병원으로의 환자 집중현상이 여전하고 의료기관간 기능 및 역할이 미분화되어 국민들의 의료이용 상 불편가중 및 불필요한 의료비의 상승현상이 지속되고 있다.

특히 21세기는 생명과학을 주축으로 한 보건의료 기술의 급속한 진전, 지방화·민주화 추세 등 보건의료 부문을 둘러싼 패러다임의 변화가 예상되는 바, 21세기의 새로운 보건의료 환경에 대응하는 보건의료의 선진화 기틀의 구축이 필요한 시점에 도달하였다고 할 것이다.

2. 주요 추진 방향

의료전달체계의 확립을 위해서는 현행 의료기관 간 기능이 환자의 수요에 부합하도록 합리적으로 재편되어 상호 유기적인 협력관계를 유지하여야 할 것이다. 기능 미분화로 경쟁관계에 있는 의료기관간 기능을 합리적으로 정립하기 위해 2차 진료기관을 지역사회 중심적 의료기관, 전문 병원 또는 특정 분야별 특화된 요양병원으로 집중 육성하고, 3차 진료기관은 명실상부하게 교육과 연구를 주축으로 하고 최종 단계의 환자 진료기능에 집중할 수 있도록 유도해 나갈 방침이다.

의원의 병상기준 조정, 의료기관의 시설 및 인력기준 적정성 검토 등을 해 나가야 하며, 도시 지역 중소병원 중 특정 진료과목·질병에 대하여 대학병원 수준의 의료기술을 갖춘 병원을 전문 병원으로 지정·육성하여 기능을 강화해 나갈 계획이다.

수요자 중심의 효율적인 보건의료체도로 개선하기 위하여 장기입원환자, 만성질환자의 재가 치료를 통해 환자의 편의 제고 및 의료비 절감을 도모할 수 있도록 「병원중심 가정간호사업」을 확대 실시할 계획이다.

의료자원의 효율적 활용 및 의료기관 경영합리화에 기여할 수 있도록 의료기관 상호간에 시설·장비·인력 등을 공동 활용토록 하는 법적 근거를 마련하고, 국민들의 질 높은 보건의료서비스에 대한 욕구에 효과적으로 부응할 수 있도록 의료기관 평가 제도를 본격적으로 실시하여 병원규모와 기능에 적합한 평가기준 및 조사방법을 개발·보완하고 조사의 전문성을 제고하고 있다.

병원의 시설과 장비 등을 개원의에게 개방하여 의원을 이용하는 환자의 검사나 수술 등을 실시할 수 있도록 개방병원제도 및 의원이 고가 의료장비를 갖추지 않아도 진료에 차질이 없도록 지역별 검사센터 설치를 활성화할 수 있는 방안을 마련해 나가야 할 것이다.

의료 인력의 효율적 활용과 효과적인 보건의료 수요 충족을 위해 의사인력 중 1차 의료의 양성 비율을 늘려가고 농어촌 지역에 대한 보건의료인력 배치를 확대해 나갈 계획이다. 아울러, 보건 의료시설의 공급 적정화를 위하여 지속적으로 병상수급계획을 수립 시행할 방침이며 병상부족 지역에 대해서는 시설확충 지원을 통해 지역별 자체 충족도를 제고해 나가야 할 것이다.

III 의료의 질 관리*

1. 의료기관 평가사업

가. 목적과 기대효과

의료기관 평가제도는 의료서비스 수준의 평가를 통해 의료기관의 자발적 질 향상 노력을 유도하고, 평가결과를 공표함으로써 소비자의 알권리를 증진하고자 하는 데 그 목적이 있다.

*집필자 : 의료제도과장 전병왕

의료기관 평가가 시행되면 국민들은 의료기관에서 보다 양질의 서비스를 제공받을 수 있게 되어, 의료기관 이용시 만족도가 높아질 것으로 기대되며, 평가결과 공표로 인해 의료기관에 관한 정보를 획득하게 되어 의료기관 선택권이 강화된다. 의료기관은 평가준비과정에서 서비스 질 관리를 위한 자체 노력을 강화할 수 있고 평가결과가 공표됨에 따라 환자 만족도 제고 및 경쟁력 확보가 가능하다. 국가 전체 측면에서는 의료서비스의 질적 수준의 향상으로 국민의 건강이 증진되고, 의료기관 선택기준이 확보되어 의료자원의 효율성이 제고된다.

나. 도입 경과

의료기관 평가제도는 우리나라 보건의료 전반의 문제점을 검토하고 개혁과제를 도출하기 위해 1994년 의료보장개혁위원회의 제안에 따라 1995년부터 시험적으로 시행된 제도이다.

보건복지가족부는 의료기관 평가제도를 실질적으로 추진하기 위해 예규 제684호로 의료기관 서비스평가 협의회규정(1994.11.16)을 제정하고, 그 해 12월 7일 의료기관 서비스평가 협의회를 구성(위원장 외 13명)하였다.

다. 시험평가 및 준비평가

1995년 의료기관 평가제도 도입 후 2004년 본 평가 실시 전까지는 매년도 시험평가를 통하여 평가기준 및 세부평가 지침개발, 기준별 기준치 설정 등 종합평가 방안 및 유인 보상책 등을 준비하여 왔다.

시험평가는 급성기병원을 우선대상으로 하되 단계적으로 확대해 나가기로 하여, 사업의 1차 연도인 1995년에 3차 진료기관(39개소), 1996년에 400병상급의 종합병원(56개소), 1997년에 300병상급의 종합병원(40개소), 1998년에 300병상 이하 중소종합병원(30개소), 1999년에 불시평가(16개소), 대형 및 중소병원(29개소) 등을 대상으로 실시하였다. 2000년에는 의료기관에 대한 현장평가를 실시하지 않고, 지난 5년간 평가결과의 종합 및 평가문항별 기준치 설정 작업 등을 추진하였으며, 2001년에는 대형 및 중소병원(33개소)을 대상으로 평가를 실시하였다.

라. 법적 근거 마련

의료기관 서비스의 수준 격차를 해소하고 병원 간 상호경쟁을 통하여 국민에게 양질의 의료 서비스를 제공할 수 있는 환경을 조성하기 위하여 1995년부터 실시한 의료기관 평가의 법적 근거는 1999년 12월 보건의료기본법 제52조에 보건의료서비스평가 근거가 마련된 이후 국회 의원입법 추진을 통해 2002년 의료법을 개정, (2002.3.30, 법률 제6686호) 법적 근거가 마련

되었다. 이에 따른 의료기관평가의 본 평가는 1년간 유예기간을 두어 2003.3.31일부터 시행하도록 하였다.

의료법 제58조(의료기관평가)제1항에 보건복지가족부 장관은 의료의 질을 높이기 위하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료기관에 대한 평가를 하도록 정하고 있으며, 제2항에서는 의료기관 평가에 관한 업무를 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관이나 단체에 위탁할 수 있도록 하여 필요한 예산도 지원할 수 있도록 하고 있다.

또한 의료기관 평가 결과를 공표할 수 있고, 평가 결과가 우수한 의료기관에 대하여 행정적·재정적 지원을 할 수 있으며, 평가의 시기·범위 및 절차와 공표 등에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정하고 있다.

마. 2004년 의료기관 평가

2004년도는 실질적인 의료기관 평가 본 평가가 실시된 첫 해로서, 전체 의료기관 평가 대상 병원(300병상 이상 병원 및 종합병원) 중 규모가 크고 사회적 관심도가 높은 종합전문요양기관 42개 및 500병상 이상 종합병원 36개소를 대상으로 평가를 실시하였다.

보건복지가족부 주관 하에 평가를 실시하되, 평가기준·지표 선정, 평가대상기관 선정, 평가결과 분석·종합 및 평가결과 공표 등 평가관련 주요정책에 대한 심의·의결기구로서 시민단체(의료서비스 수요자), 병원협회(의료서비스 공급자), 학계 전문가, 심평원(보험자) 등 10~15명으로 구성된 의료기관평가위원회를 운영하였다. 또한 평가의 전문성 확보를 위하여 평가기준 선정, 평가결과 분석·종합 및 평가결과 공표방안 등 전문적 사항은 한국보건산업진흥원이 전문연구기관으로서 업무를 위탁받아 수행하고, 의료기관·단체의 자발적 협조 및 전문성 활용을 위하여 현지평가 등 실제 평가기능은 병원협회에 위탁하여 실시하였다.

이러한 기본방향 하에 8월부터 11월까지 시설, 인력, 장비 등에 관한 구조부문, 의료서비스의 제공절차 및 제공성과(performance), 환자만족도 등 의료서비스에 대해 평가를 실시하고, 그 결과를 공표하였다. 평가결과는 평가대상 병원간 평가결과의 상대적인 차별화를 도모하기 위하여 최상위 등급의 평가기준을 '90' 이상으로 설정하고, 평가대상 병원의 질 향상과 개선 노력을 도모하기 위하여 최하위 등급의 평가기준을 중간점수인 '50' 미만으로 설정함으로써, '우수(90 이상)', '양호(70 이상~90 미만)', '보통(50 이상~70 미만)', '미흡(50 미만)' 등의 그룹으로 나누어 발표했다.

바. 2005년 의료기관 평가

2005년도에는 260~500병상 규모의 종합병원 79개소를 대상으로 의료기관 평가를 실시하였다. 평가기준은 평가 대상병원의 병상규모에 따른 특성을 고려하여 대형병원형과 중소형 병원형으로 구분하였으며, 300~400병상 규모의 종합병원 중 인턴 및 레지던트 수련병원과 400병상 이상 종합병원은 대형병원형 평가기준을, 나머지 평가대상 병원은 중소형병원형 평가기준을 적용하였다. 2005년 10월부터 11월까지 현지조사를 실시하고, 2006년 4월 평가대상 기관별로 18개 평가분야에 대한 등급을 공표하였다.

평가결과에 대한 수용성 제고 및 평가절차의 투명성을 확보하기 위하여 현지조사가 끝난 후, 결과를 공표하기 전에 평가대상 의료기관으로 하여금 이의신청 기회를 부여하였다. 2005년도 평가결과는 2004년도 평가에 비해 전반적으로 점수분포가 향상되었으며, 이는 평가대상 병원의 철저한 준비와 2004년도 평가실시로 인한 학습효과에 의한 것으로 판단된다.

사. 2006년 의료기관 평가

2006년도에는 260병상 미만의 종합병원 112개소 및 300병상 이상의 병원 6개소를 대상으로 의료기관 평가를 실시하였다. 2006년도 평가대상 병원이 소규모 종합병원임을 고려하여 발생빈도가 미미한 항목을 삭제하는 등 평가문항을 축소하였고, 불필요한 자원투입의 문제가 발생하였던 상대평가 문항을 최소화하고 유사한 문항은 통합하는 등 평가의 효율성을 제고하였다.

또한, 평가대상 병원의 준비부담을 완화하기 위하여 다른 평가와 중복되는 문항은 평가주관 기관으로부터 결과를 제출받아 반영하였다.

2006년 9월부터 10월까지 현지조사를 실시하고, 평가기준 및 결과분석 방법에 대한 설명회 개최 및 이의신청 기회 부여 등 평가에 대한 신뢰성과 수용성 제고를 위해 다양한 의견을 수렴하고 평가절차를 투명화한 후 평가결과를 공표하였다.

2006년도 평가 결과는 예년에 비해 부분적으로 향상된 분야도 있으나, 전반적으로 점수분포가 하향 되었다. 이는 2006년도 평가대상병원인 260병상 미만의 소규모 병원의 평가에 대한 관심 부족과 진료환경·병원경영 취약 등에 기인한 것으로 추정된다.

아. 2007년 의료기관 평가

2주기 의료기관평가('07~'09)가 시작되는 2007년도에는 2004년 평가대상과 동일한 종합 전문요양기관 43개소 및 500병상 이상 종합병원 43개소를 대상으로 평가를 실시하였다. 2007년 평가기준은 1주기 평가시 의료서비스 수준을 직접적으로 측정할 수 있는 기능이 미흡하였다는 지적에 따라 2회에 걸친 시범평가 및 관련학회 대표로 구성된 임상자문위원회의 논의를 거쳐 폐렴, 중환자, 수술예방 항생제, 모성과 신생아 등 4개 부문, 14개 임상질지표를 도입하였다.

또한 1주기 평가를 통해 대다수 의료기관이 충족하였거나, 일시대응이 가능한 시설·구조 평가 기준의 비중을 축소하고, 환자안전 관련 기준을 강화하였으며, 환자만족도 조사는 퇴원환자를 대상으로 전화 설문하는 방식으로 변경, 조사의 객관성과 타당성을 확보하고자 하였다.

2007년 10월부터 11월까지 현지조사 실시, 평가기준 및 결과분석 방법에 대한 설명회 개최 및 이의신청 기회 부여 등을 거쳐 2008년 5월 평가결과를 공표하였다. 2007년 평가결과 공표는 1주기와 동일하게 평가부문별 등급화를 적용하되, 임상질지표는 제도 도입 초기인 점을 고려하여 4개 부문별로 우수기관을 공표하고, 평가대상 병원별로 평가결과 분석보고서를 제공하여 의료기관이 자율적으로 의료서비스의 질 향상 노력을 하도록 유도하고자 하였다.

2007년 평가결과는 15개 평가부문이 전반적으로 지난 1주기 대비 월등히 향상된 것으로 나타났으며, 임상질지표와 관련된 평가에서도 시범평가 이후 단기간 내에 폐렴, 중환자실의 평가결과가 상당히 우수한 것으로 나타나 의료기관의 자발적 서비스 질 개선노력과 함께 의료기관이 '환자' 중심으로 서비스 개선노력을 기울이고 있음을 뚜렷이 보여주었다.

자. 향후 추진계획

중단기적으로 의료기관 평가제도는 일정 요건이상의 서비스 제공능력을 갖춘 의료기관에 대한 자발적인 평가방식을 통해 인증을 획득, 해외환자 유치 등의 보험자 계약 체결시 국가가 해당 의료기관의 질을 보장하고, 열악한 수준의 의료기관에 대해서는 국가가 강제적 평가방식을 통해 국민이 안심하고 이용할 수 있는 서비스 제공능력의 향상을 도모하기 위하여 국가인증제도 평가 방식의 선택적 운영 도입을 검토하고 있다. 국가인증제도는 외국환자 유치사업 및 의료시장 개방 조건과 연계시 관련 산업 촉진으로 인한 성장효과 동반이 가능할 것으로 기대된다.

이에 국가인증제도를 위한 준비과정으로서 평가전담기구 설치를 추진, 평가의 객관성·전문성을 확보하고, 병원에 대한 평가뿐 아니라 조연 등 지원의 역할을 담당하여 의료기관의 질적 수준 향상에 기여할 계획이다.

2. 병원감염관리 대책

가. 추진 배경

병원감염 문제는 1980년대 초 대형병원에서 레지오넬라 등 병원세균이 집단 발생하면서 사회적 문제로 대두되었고, 전 국민 의료보험 실시 이후 의료이용량 증가와 병원의 대형화 등으로 보균자의 입·퇴원 증가로 만성퇴행성 질환자 등 감염우려가 높은 환자의 발생 증가 추세에 따라 감염관리 대책이 필요하게 되었다.

특히 최근에는 의료기술의 발전 및 평균수명의 연장과 함께 국민들의 건강에 대한 관심이 날로 증가하여 병원 왕래가 잦아졌으며, 이에 따라 항생제 오·남용으로 인한 내성균의 증가 등으로 병원감염의 중요성은 날로 커지고 있고, 이에 대한 관리의 필요성이 중요하게 인식되고 있다.

나. 병원감염 관리현황

1992년 제정한 [병원감염관리준칙]에 의해 80병상 이상 병원에 대하여 병원감염관리위원회 설치 및 감염관리 전담요원을 자율적으로 배치·운영토록 권장해 왔으나, 2002.3.30일 개정된 의료법에 병원감염의 예방에 관한 규정을 신설함으로써 법적 근거가 마련되었다. 이에 따라 2003.10.1일 의료법시행규칙을 개정하여 300병상 이상 종합병원에는 감염대책 위원회 설치를 의무화하고 효율적인 병원감염관리를 위하여 필요한 전담인력을 두고 감염관리실을 운영토록 하였다.

다. 추진 경과

병원감염관리준칙 제정 및 감염관리위원회 설치·운영과 아울러 병원감염관리 관련 법령인 의료기관세탁물관리규칙을 개정(2000.7.7)하는 등 병원감염의 예방에 주력해 왔으며, 1995년부터는 의료기관서비스 시험평가시 병원감염관리 항목을 포함하여 평가함으로써 병원감염 관리의 활성화를 유도해 왔으나, 이에 대한 제도 미비로 체계적이고 지속적인 감염관리 사업 추진에 한계가 있었다.

한편, 1996.5~1997. 7월까지 병원감염관리에 대한 종합 실태조사를 실시하여 국내병원 감염 발생률이 3.74%임을 확인한 바 있으며, 2000년에는 국립보건원을 주관 연구기관으로 「병원감염의 효율적인 관리체계 개발」을 연구 수행함으로써 병원감염 감시를 위한 관리체계 기반을 구축하였다. 나아가 2002.3.30일 의료법을 개정하여 병원감염 예방에 관한 규정을 신설함으로써 법적 근거를 마련하였고, 2002년 9월에는 감염예방관리 활동의 철저 대비를 위하여 학회 전문가 등과 병원감염예방관리지침을 제작·보급하였으며, 2003.10.1일 의료법 시행규칙을 개정하여 300병상 이상 의료기관에 대해서는 감염대책위원회 설치 등 원내감염 대책 시행이 의무화 되었다.

또한 정책과제로 「국내 병원감염관리의 실태파악과 표준화 방안 개발」사업을 추진하여 우리나라 실정에 맞는 감염관리실무 표준지침을 개발하였으며, 동 지침을 제작하여 2005.3월 각 병원에 보급하였다.

그동안 시범사업의 일환으로 일부 병원에 대하여 실시해 오던 의료기관서비스 평가제도가 2004년 종합전문요양기관 및 500병상 이상의 종합병원을 대상으로 본격적으로 시행되어 병원 감염 관리에 대한 대책수립 및 이행 여부를 평가하였고, 2005년도에는 260~500병상 규모의 종합병원, 2006년도에는 300병상 이상 규모의 병원과 260병상 이하 규모의 종합병원에 대한 평가를 실시하였다.

라. 향후 추진방향

2003년 10월 개정·시행된 의료법에 따라 300병상 이상 종합병원에 감염대책위원회 설치를 의무화하고 감염관리실에는 전담인력을 배치·운영토록 함으로써 병원감염관리의무 및 이행 수단을 확보토록 하여 체계적 관리방안을 마련하고, 의료인 및 국민의 병원감염관리에 대한 인식을 지속적으로 고취할 계획이다.

또한 시·도 및 보건소 등 일선기관을 통하여 병원감염을 예방할 수 있도록 철저한 지도 및 관리를 강화하고, 의료인 및 국민의 병원감염 관리를 위한 인식 고취를 위해 의료인 등에게는 감염관리 교육을 강화하는 한편, 일반 국민에 대해서도 감염예방 관련 홍보강화를 위한 관리 방안을 마련할 계획이다.

Ⅳ 의료소비자 권익강화*

1. 의료분쟁조정제도

가. 도입의 필요성

경제수준의 향상과 전 국민건강보장 실현으로 의료 이용이 많아지고 의료서비스의 다양화로 환자와 의료인 사이에 의료사고에 대한 분쟁이 늘어나고 있다. 의료사고로 인한 손해배상 소송 건수는 1989년 69건에서 2004년 802건으로 12배나 증가한 추세이다.

이러한 의료분쟁에 대해 환자 측에서는 의료에 관한 지식 및 정보가 부족한 관계로 의료사고 시 신속한 피해 구제를 받지 못하고 있다. 이러한 억울함을 호소하는 수단으로 사고의료기관을 무단 점거하는 등의 물리적인 방법에 의하여 분쟁을 해결하려고 함으로써 의료인 측에서는 책임을 인정하지 않고 의료사고 자체를 무마하려는 경향으로 이어져 의료분쟁에 대한 사회적인 문제가 심각한 실정이다.

한편, 의료인은 예기치 않은 의료분쟁에 대응하여 응급환자에 대한 방어진료 및 소극적인 진료를 행함에 따라 의료인과 환자간에 분쟁이 늘어나는 악순환이 계속되고 있다. 의료사고와 그에 따른 분쟁은 의료인의 방어진료 경향을 초래하고, 구급진료를 기피하게 되며 의료인력의 효율적 활용을 저해하게 된다.

또한 의료의 전문성으로 일반국민이 소송을 통해 구제 받는데 한계가 있고 많은 시간과 비용이 소요된다. 의료분쟁 소송의 해결기간이 제1심 법원에서 평균 2.3년, 2심 판결에서 평균 3.9년, 3심 종결 평균 4.6년이 소요되어 조속한 환자의 피해구제가 어려운 실정이다. 또한 의료분쟁의 적절한 조정제도 미흡은 환자 측과 의사간 감정대립의 격화를 초래하여 민사사건보다 형사사건이 5~6배 높은 건수를 차지하고 있다. 결국 의료사고 및 분쟁은 국민과 의사 모두에게 육체적·심리적·금전적 피해를 초래하고 국민의료비 부담을 증가시킬 뿐 아니라, 환자와 의사간 신뢰에 대한 부정적 영향을 미친다.

*집필자 : 의료자원과장 배경택, 의료제도과장 전병왕

이러한 문제점들을 해소하고 의료인과 환자간의 신뢰회복을 통한 건전한 진료환경을 조성하기 위해서는 의료분쟁이 발생하였을 때 이를 신속·공정하게 판정하고 그 결과에 따라 적절한 배상이 이루어질 수 있는 의료분쟁조정제도의 도입을 추진하고 있다.

나. 추진 내용

(1) 추진 경위

의료분쟁 조정제도에 대해서는 의정업무의 발전을 위한 제도개선 계획으로 1989년 12월부터 추진하여 왔다. 1990년 4월에는 대한의사협회와 대한병원협회가 공동으로 의료피해 구제제도 도입을 위한 연구용역을 시행한 바 있으며 1991년 2차례에 걸쳐 공청회를 개최하였다. 1991년 7월에는 법안 제정을 위한 실무협의회를 구성하여 법안시안을 마련하고 1993년 1월에는 관계 부처 및 관련단체 의견조회 결과 상설조정기구의 설치, 의료인의 형사책임 면제, 기금관리법인의 설립 및 각출료의 부담 등에 관한 이견이 제출되었는 바, 각 계의 의견을 수렴하여 1994년 11월 국무회의 의결을 거쳐 국회에 이송하였다.

국회에서는 보다 신중한 입법추진을 위하여 1995년 3월 국회 보건복지위원회 주관으로 공청회를 개최한 바 있으며, 1995년 11월부터 12월까지 국회 보건복지위원회 법안소위를 구성하여 난동 행위 등 진료방해 행위자에 대한 가중처벌 등 의료계의 의견을 대부분 수용한 수정안이 제시 되었으나 무과실 보상제의 도입 논란 등으로 성안되지 못하고 제14대 국회의원의 임기가 만료 됨에 따라 자동폐기 되었다.

그러나 보건복지가족부는 의료분쟁의 신속·공정한 판정과 이에 따른 적절한 배상을 함으로써 의료인과 환자 모두에게 야기되는 정신적·물리적 고통을 해결하고 건전한 진료환경을 조성할 수 있도록 1996년도에 기존 법안을 수정·보완하여 관계부처 협의·입법예고를 실시하였으며 10월에는 국무조정실 주재로 보건복지부, 공정거래위원회, 법무부, 행정자치부, 법제처 등이 참석하여 관계부처 의견조정회의를 실시하였지만, 의견조정이 이루어지지 않아 정부법안을 마련하지 못하였다.

1999년 11월에 1997년 제출된 의원입법안을 토대로 대안을 만들어 국회보건복지위 본회의 의결을 거쳤으며 12월에 국회법제사법위원회(법사위) 심의에 상정되었으나 형사처벌 등에 대한 심도 있는 검토를 위하여 법사위 제2소위에 회부되었다. 그러나 형사처벌 문제에 대하여 결론을

짓지 못하고 법사위 전문위원과 법무부·복지부간 합의에 실패함에 따라 15대 국회의원 임기 만료와 동시에 자동 폐기되었다.

2002년 「의료발전특별위원회」 ‘의료정책전문위원회’에서 ‘의료분쟁조정법’ 제정(안)을 마련하여 의결된 안을 대통령께 건의하기도 하였다.

한편, 국회 의원회 의원 외 43인은 ‘임의적 조정전치제도’, ‘무과실 보상제도 도입 및 기금마련’, ‘형사처벌특별제정’, ‘보험공제조합 설립 임의화 및 책임보험공제 가입 의무화’ 등을 골자로 한 「의료분쟁조정법제정(안)」을 발의하여 2002년 10월 30일 보건복지위원회 법안심사소위원회의 공청회를 거쳐 차기 국회에서 논의하기로 결정하였으며, 2003년 2월 21 국회 보건복지위원회 소위원회에서 검토하다가 2004년 제16대 국회회기 종료로 자동폐기 되었다.

2005년 12월 이기우 의원 외 12인은 「의료사고 예방 및 피해구제에 관한 법률(안)」을 발의하였고, 비슷한 시기에 소비자단체 연대는 「의료사고 피해 구제법(안)」을 청원하였으며, 2006년 5월 안명옥 의원외 9인이 발의한 「보건의료분쟁의 조정등에 관한 법률안」등 현재 3개 법안이 제17대 국회 보건복지위원회 법안심사소위원회에 계류중이다. 이 세 법안은 주요 쟁점사항의 내용이 2002년도 의원회 의원 발의 법안과 거의 같으나 의료인 측이 과실이 없음을 입증하지 못하면 배상책임을 지도록 하여 입증책임을 의료인 측에게 전환하고 있다는 점이 그 간의 의료분쟁조정법안들과는 다르다.

또한, 시민단체 청원법안은 무과실 의료사고에 대한 국가보상을 인정하지 않고, 의사에게 설명의무와 진료기록 작성의무를 명문화하고 있으며, 의료배상책임보험에 가입하지 않으면 의료행위를 못하도록 하고 있는 것이 그 간의 법안들과는 다른 점이다.

(2) 관계부처 및 단체 등의 의견

의료분쟁은 근본적으로 당사자간의 다툼으로 정부의 개입 없이 사적자치의 원칙에 따라 해결하는 것이 바람직하며, 의료분쟁조정위원회 및 사무국의 별도 신설은 업무량 등을 감안해 볼 때 기존조직 및 인력을 활용하는 것이 바람직하다는 의견이 있었으나 2002년 의원회 의원 법안부터는 독립된 법인으로 위원회를 설립하도록 하여 행정자치부와 기획예산처의 의견을 반영하였다. 아울러 조정전치주의는 국민의 재판 받을 권리를 제한하는 것으로 위헌의 소지가 있다는 법무부의 의견을 반영하여 2002년 의원회 의원 법안부터는 임의적 조정제도(안명옥 의원안은 필요적 조정전치주의)를 취하고 있다.

그러나 의료사고 등을 야기한 의료인에 대한 형사처벌의 특례규정이 현행 형법 체계상 형평에 어긋난다는 법무부의 입장이 확고하고, 무과실 의료사고에 대한 국가보상제도에 대해서는 기획예산처의 반대가 계속되고 있다.

또한 의료배상공제조합 설립은 민간보험시장과의 공정한 경쟁과 가입자의 선택의 자유를 보장하기 위해 임의화 하는 것이 바람직하다는 견해를 반영하였으며, 보건의료인 소속기관들 간에 의료사고의 배상부담을 분산하는 효과를 높이기 위해 책임보험(공제) 가입을 의무화하도록 하여야 한다는 견해에는 이견이 없었다. 의료분쟁으로 인한 손해배상에 소요되는 비용을 충당하는데 있어 국가와 국민건강보험공단도 일부 부담하여야 한다는 의견도 제출된 바 있다.

다. 향후 추진계획

정부는 의료사고로 인한 분쟁을 신속·공정하게 판정하고 이에 따른 적절한 피해배상을 신속하게 함으로써 의료인과 환자 모두에게 야기되는 정신적·물질적 고통을 해결하고 의료인에게는 안정적인 진료환경을 조성할 수 있도록 의료계와 관계전문가의 의견을 폭넓게 수렴하여 국민이 수용할 수 있는 의료분쟁을 조정할 수 있는 법률이 조속히 제정되어야 할 것이다.

법안 제정과 관련하여 의료인이 범한 과실이 중대한 의료사고가 아니고 종합보험에 가입한 경우에는 피해자의 의사에 반하여 기소하지 않도록 하는 형사처벌 특례와 무과실 의료사고에 대한 국가보상 등 주요쟁점 사항에 대해서는 공개토론 등을 통하여 전문가 및 국민의 의견을 적극 수렴하여 국민의 입장에서 의료사고 예방 및 피해구제를 신속하게 하고, 의료인은 안정적인 환경에서 진료에 전념할 수 있도록 법률이 제정되도록 추진할 계획이다.

2. 의료법 전면개정 추진

가. 추진 배경

의료법은 의료인이 병원에서 환자를 진료하는 과정에서 필요한 사항을 정하여 국민의 건강을 보호하고 증진시키기 위한 목적으로 만들어지고 운영되는 법률로 1951년에 「국민의료법」이란 이름으로 정부수립이후 221번째 만들어진 역사가 아주 오래된 법률이며, 1962년에 「의료법」으로 명칭이 바뀌고 1973년에 전면 개정된 후 오늘에 이르고 있다.

1973년의 전면개정 이후 현재까지 34년간 법률의 기본 골격을 유지하면서 필요에 따라 임시 방편적으로 27회에 걸쳐 부분개정 되는데 그쳤고, 의료자원이 절대적으로 부족했던 시절에 만들어 졌기 때문에 국민의 의료접근성을 보장하기 위한 장치들을 마련하다 보니 불가피하게 과도한 규제가 이루어져, 현재는 오히려 이러한 과도한 규제가 의료계의 경쟁력 강화와 발전에 장애 요인이 되고 있다.

그 외에 법률체계에 있어서도 전문의, 전문간호사 등 의료인 관련 규정이 의료인에 관한 부분이 아닌 보칙에 규정되어 있는 등 법률의 체계성이 떨어져 전면적으로 재정비할 필요성이 제기되고 있는 상황이었다.

또한, 지난 30년간 우리의 의료는 양과 질적인 면에서 엄청난 성장을 하였고, 경제 또한 발전 하면서 국민생활수준이 향상됨에 따라 국민들의 의료수요에 대한 욕구도 다양화되고 높아졌음 에도 변화된 국민의 욕구를 충분히 반영하지 못하게 되어, 34년전 만들어진 법률체계로는 이러한 변화된 욕구를 따라가기 매우 어렵게 되어 이제는 전면적인 변화를 시도할 시점에 다가온 것이다.

이에 낡은 모습을 하고 있는 의료법을 전면적으로 개정하여 국민이 편리하게 의료기관을 이용할 수 있게 만들고, 의료인과 의료기관에 대한 불필요한 규제를 과감하게 개선하여 의료 서비스를 활성화해야 한다는 필요성에 인식을 같이 하게 된 것이다.

나. 개정 추진 경과

정부가 법률을 개정하는 과정을 보면 통상적으로 법률개정안을 만들어서 20일 이상의 입법 예고 기간 동안 국민과 이해당사자의 의견을 수렴한 뒤 정부내의 입법절차를 진행하여 국회에 제출하는 것이 일반적이다. 그러나 2007년도에 준비한 의료법 개정안은 지난해 8월부터 보건 의료단체와 일부 시민단체의 대표를 포함한 15명의 「실무작업반」을 구성하여 5개월 동안 의견 수렴과정을 거쳐 개정안을 만들어 '07. 5.16 국회에 제출하였다.

정부입법과정에서 별도의 의견수렴과정을 거친 이유는 의료법의 경우 각 의료단체의 이해 관계에 민감하고, 국민의 의료권과 밀접하게 관련되어 있으므로 사전에 각 단체들의 의견을 충분히 수렴하여 좀 더 현실에 부합하고, 수용성 있는 법률안을 마련하기 위함이었다.

다. 개정 방향

통상 법률을 전면개정할 경우 법에서 담고자하는 커다란 방향성이 있는데, 이번 전면개정을 통하여 담고자 하는 개정방향은 다음 3가지이다.

첫째는 의료기관을 이용하는 환자의 편의를 증진하는 것이다. 즉, 국민이 의료기관을 이용하면서 민원을 제기해왔던 불편사항을 개선하고, 의료기관내에서 환자의 안전을 확보하기 위하여 필요한 분야에 대해서는 국민의 요구를 받아들여 규제를 강화하였다.

둘째는 의료인이나 의료기관에 대한 불합리한 규제를 대폭적으로 완화하는 것이다. 의료인과 의료기관이 의료행위를 하는데 있어 가급적 자율성이 확보될 수 있도록 개선하여 경쟁력을 높이고 의료서비스의 질적 수준을 향상시킴으로써 의료서비스산업이 국가발전에 기여할 수 있는 발판을 마련하자는 것이다.

셋째는 그동안 부분적인 개정만이 이루어져 전체 법률체계가 일관성 있게 정리되어 있지 못한 점을 개선하여 체계적인 의료법을 만드는 한편, 법률에 규정되어야 할 부분이 빠져있는 사항도 개정안에 포함시키고자 하는 것이다.

한마디로 개정의 기본방향은 변화된 의료환경에 부합할 수 있는 의료법을 만들자는 것이었다.

라. 개정안의 주요내용

이번 정부가 추진하는 의료법 개정의 경우 국민들이 의료서비스를 이용하는데 전혀 불편을 주지 않고, 오히려 국민여러분이 편리해지는데 주요내용은 다음과 같다.

우리나라는 양방과 한방이라는 두 가지 진료체계를 갖추고 있으나, 양방과 한방은 각각 별도의 병원을 운영하도록 의료법에 규정하고 있어 양방과 한방진료를 동시에 받을 경우에는 2개의 의료기관을 각각 찾아야 했다. 의료법 개정안에는 병원·종합병원·한방병원에서 양방과 한방진료가 동시에 이루어질 수 있도록 개선하여 국민들이 필요시에 2개의 의료기관을 각각 방문하는 불편이 해소되고, 의료기관도 양·한방 협진으로 더좋은 의료기술을 발전시킬 수 있는 토대를 마련할 수 있게 될 것이다.

국민들이 의료기관을 방문할 때 건강보험이 적용되지 않는 치료분야는 그 비용에 대한 관심이 지대함에도 불구하고, 구체적으로 알 수 없었으나, 의료법 개정안에는 이와 같이 건강보험이

적용되지 않는 분야에 대해서는 병원 내에서 여러 가지 방법으로 환자에게 진료비용을 알려 주도록 개선하였다.

또한, 고혈압·당뇨 등 만성질환을 앓고 있는 노인 환자나 장애인 또는 정신질환자라 할지라도 동일한 질병으로 처방전을 발급받기 위해서는 병원을 반드시 방문해야 했으나 개정의료법에서는 의학적으로 위험성이 없다고 판단되는 경우에는 보호자가 환자를 대신하여 처방전을 받을 수 있도록 하여 의료접근성을 강화하였다.

개정의료법에서는 의료인들이 환자나 보호자에게 질병상태와 치료방법을 설명해주도록 의무화하여 환자가 자기 질병에 대하여 충분히 설명을 들은 후 그 동의여부를 결정할 수 있도록 하여 자기결정권을 강화하였다.

〈표 2-8-4〉 의료서비스 이용자가 좋아하는 점

	현 행	개 정 안
의료서비스 이용 편의	양방, 한방진료를 받기위해 각각의 의료기관을 방문해야 함	하나의 의료기관에서 양·한방 진료를 받을 수 있음
	환자가 몸이 불편해도 처방전을 받기 위해서 직접 의료기관을 찾아가야 함	노인환자, 중증장애인의 처방전을 보호자가 대신 수령할 수 있음
선택권	의료정보의 비대칭성으로 환자는 진료과정에서 자기결정권을 행사하기 어려움	의료인은 환자나 그 보호자에게 질병과 진료방법을 설명해야 하는 원칙 명시
	비급여 고가 진료비용을 환자가 알 수 없어 비용을 고려한 의료기관 선택이 어려움	성형수술, 치아보철 등 국민건강보험 적용을 받지 않는 고가 진료비용을 환자가 미리 알 수 있음
환자의 안전	감염대책위원회 설치대상이 300병상 이상 종합병원으로 한정되어있고 감염관리인력기준은 아예 없음	감염대책위원회 설치범위를 병원급 이상으로 확대, 종합병원에 감염관리 전담인력 배치 의무화 등 병원감염관리기준이 강화됨
	병원급 의료기관에만 당직의료인을 두도록 하고 있음	병상을 갖춘 의원급 의료기관에도 원칙적으로 당직의료인을 두어야 함
진료정보 보호	환자본인의 동의 없이도 진료기록 열람이 일부 가능함	환자가 사망하거나 의식이 없는 경우가 아니면 반드시 환자본인의 동의가 있어야 진료기록을 열람할 수 있도록 더 구체적으로 제한함
	진료정보 누설 금지의무가 의료인에게만 적용됨	의료기관 종사자도 진료정보를 누설하지 못하도록 금지

의료법 개정으로 의료기관의 의무가 일부 강화되는 측면이 있지만 의료인과 의료기관에 좋아지는 내용도 다수 포함하고 있다. 주요한 내용은 다음과 같다.

이번 의료법 개정안에서는 의료기관을 개설하지 않은 의사도 프리랜서의사로서 여러 병원을 순회하면서 의료행위를 할 수 있도록 하는 것이다. 현재 임상병리과나 마취과의 경우 많은 의사들이 현실적으로 의료기관을 개설하지 않고 특정의료기관에 소속되지 않으며 진료활동을 하고 있음에도 법률적인 근거가 없었다.

이러한 의료현실을 반영하여 반드시 의료기관을 개설하거나 특정의료기관에 소속되지 않고도 복수의 의료기관에서 진료활동을 할 수 있도록 하였다.

또한 의사·한의사 또는 의사·치과의사 등 복수 면허를 소지한 의료인이라 할지라도 현재까지는 의원, 치과의원, 한의원 중 하나의 의료기관만을 개설할 수 있도록 의료법에 규정하고 있어, 많은 복수면허자들이 자신의 능력을 최대화할 수 있는 기회가 마련되지 못했으나 개정 의료법에서는 복수면허 소지자들이 하나의 의료기관에서 소지한 면허 모두에 해당하는 의료 서비스를 제공할 수 있도록 하여 국민들에게 최고의 의료서비스가 제공될 수 있도록 하였다.

새내기 의료인은 그동안 자격시험에 합격한 후에도 면허증이 나오기 전까지는 의료행위가 불가능하여 의료현장에서 환자를 직접 볼 수 없었으나, 개정의료법에서는 자격시험에 합격하였다면 면허증을 발급받기 이전이라도 의료행위가 가능하도록 개선된다.

최근 병원 응급실에 근무하는 당직의료인을 폭행하는 사건이 사회문제화 되고 있으나 의료법에서는 이들을 처벌할 수 있는 법적 근거가 없었으나, 개정의료법안에서는 의료인이나 의료기관 종사자를 폭행하는 경우에 처벌할 수 있도록 근거를 마련하여 의료인과 의료기관 종사자를 폭력으로부터 보호하는 조치를 마련하였다.

〈표 2-8-5〉 의료인과 의료기관에게 좋아하는 점

	변경 전	변경 후
경쟁력 및 자율성	병원 및 종합병원 내에 개설주체가 다른 의료기관 개설 불인정	병원, 치과병원, 한방병원 안에 의원 개설 허용
	부실한 의료법인의 퇴출구조가 없고 부대사업의 범위를 법으로 정하고 있어 제한적이며, 의료기관 회계기준 준칙이 있으나 실효성이 없음	의료법인이 합병근거 마련, 부대사업 범위 확대, 외부 회계감사 실시
	환자의 유인·알선이 원천적으로 금지됨	외국인 환자 유치를 위한 편의제공이 가능하고 보험자, 가입자, 의료기관 사이의 비급여 가격 계약 허용
	의원, 병원, 종합병원으로 구분되며 100~300 병상 종합병원의 수준이 병원과 큰 차이가 없음	의료기관의 종별구분 개선 - 의원급과 병원급으로 대분류 - 병원급은 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 분류 - 종합병원 중 상급종합병원 지정, 병원 또는 한방병원 중 특화병원 지정
	의료인은 개설하거나 소속된 의료기관에서만 진료할 수 있음	프리랜서 형태의 진료 가능
	외국어, 신체기관, 질병명을 의료기관 명칭으로 사용하지 못함	의료기관 명칭으로 외국어 표기가 가능하며, 신체 부위이나 치료방법을 일부 사용할 수 있음
	복수의료인 면허 소지자라도 개설한 의료기관의 종류에 따라 해당 면허 행위만 할 수 있음	복수의료인 면허소지자가 개설한 의원급 의료기관에서 복수면허범위의 의료행위를 할 수 있도록 허용
	의사는 병원에서, 치과의사는 치과병원에서, 한의사는 한방병원에서만 진료할 수 있음	병원급 의료기관에서 의사, 치과의사, 한의사의 협진 가능
편의·권익	의무기록 기재사항의 종류에 관계없이 기재사항 누락 시 처벌 대상	의무기록을 필수적 기재사항과 임의적 기재사항으로 구분하고 임의적 기재 사항 누락 시 처벌 대상에서 제외
	의료인에 대한 폭력, 난동의 경우 아무런 처벌 조항이 없음	의료인, 의료기관 종사자에 대한 폭행·협박 행위에 대해 5년이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금 부과
	의료기관 폐업시 진료기록부를 보건소에 이관하므로 물리적 보관장소 확보 문제 발생	폐업 시 의무기록을 전자문서 형태로 이관할 수 있으며, 다른 의료인에게 의료기관 양도 시 의무기록 인계 가능
	면허시험에 합격했어도 면허증을 발급 받기 전까지 의료행위금지	의료인 면허시험 합격하면 면허증 발급이전에도 의료행위 가능
	파산선고를 받고 복권되지 아니한 의료인은 의료행위를 할 수 없음	파산자를 의료인 결격사유에서 제외

마. 향후 계획

이번 의료법 전면개정은 국민이 의료기관을 편리하고 안전하게 이용할 수 있도록 개선하는 한편, 의료서비스산업의 활성화에 도움을 주고자 한 것으로, 국민의 의료비 지출을 증가시키거나 의료기관 이용에 불편함을 주는 내용은 포함하지 않았다.

의료법 개정안은 준비과정부터 관련단체들의 의견과 전문가들의 의견을 반영한 것으로, 향후 개정안 통과 후 하위법령을 구체화하는데 있어서도 각계의 의견을 수렴하여 국민 입장에서 적극적으로 검토하여 반영여부를 결정할 것이며, 합리적 대안들을 적극 반영하여 의료법이 국민여러분의 건강을 책임지고 행복한 삶을 이루는데 최대한 기여할 수 있도록 할 것이다.

3. 선택진료제도 운영

가. 현황

선택 진료제도는 환자 또는 그 보호자가 병원급 이상 의료기관에서 특정의사에게 진료를 요청(변경 또는 해지 포함)할 수 있도록 하여 환자로 하여금 의사를 선택할 수 있는 기회를 보장하기 위한 제도이다. 이 경우 환자는 의사를 선택함에 따른 대가로 추가비용은 부담하지 않는 것이 원칙이지만, 예외적으로 일정한 요건(전문의 자격인정을 받은 후 10년이 경과한 의사와 대학병원의 조교수 이상인 의사 등)을 갖춘 의사를 선택하여 직접진료를 받을 경우에는 선택진료에 관한규칙 제5조제3항 별표의 “추가비용을 징수할 수 있는 선택 진료의 항목과 추가비용의 산정 기준”에 따라 환자 또는 그 보호자가 추가비용을 전액 부담하게 하는 제도이다.

나. 도입 배경

그 동안 법적 근거 없이 시행해 오던 지정진료에관한규칙(보건복지부령 제867호, 1991.3.29)을 폐지하고, 의료법 제46조(구, 제37조의 2)의 규정에 따라 환자의 의사 선택권을 보장하기 위한 선택진료에관한규칙(2000.9.5. 보건복지부령 제174호)을 제정·운영 중에 있다.

다. 추진 실적

지정진료 제도의 개선은 1998년 규제개혁위원회에서 개혁과제로 선정하여 1년 이상 심도 있는 검토를 거쳐 1999.9.16일 규제개혁위원회 행정사회분과위원회, 1999.11.12일 규제개혁위원회

본회의 심의를 완료하고, 지정진료제도의 운영근거인 「지정진료에관한규칙」이 의료법에 근거 없이 하위법령인 보건복지부령에 의해 운영됨에 따라 지정진료제도를 폐지하고 선택진료 제도를 도입하게 되었다.

라. 시행상의 문제점 및 향후대책

현행 제도를 운영함에 있어서 선택하지 않은 진료지원과 의사의 선택진료비 부과, 해당 진료과 의사 전원이 선택진료의사로 배정되어 사실상 환자의 선택권이 제한되는 등 제도운영상의 미비점 등으로 인해 불만이 야기되고 있는 실정이다.

이에, 의료수가 및 병원의 경영실태 등을 종합적으로 검토하여 환자의 편의를 도모하고 선택진료로 인한 추가비용 부담을 최소화하는 근본적인 개선방안을 마련하고자 연구용역을 실시하고 선택진료제도개선위원회를 구성하여 운영하였으며, 우선 선택진료의료기관의 역할과 책임을 명확히함으로써 실질적으로 환자의 선택권이 보장될 수 있도록 하는 한편, 중장기적으로 선택진료제도를 개선하여 환자의 의사선택권이 보장될 수 있도록 할 계획이다.

4. 신의료기술의 안전성 · 유효성 평가

가. 목적과 기대효과

2006년 4월 28일 시작된 신의료기술평가제도는 새로운 의료기술이 개발, 도입되는 시점에 서 국가가 과학적, 객관적으로 해당 기술의 안전성과 유효성을 평가하여 의과학적으로 입증된 의료기술이 국민에게 사용될 수 있는 여건을 마련함으로써 국민의 건강권을 보호하고 아울러 신의료기술의 발전을 촉진하고자 하는데 그 목적이 있다.

그동안 일반식품도 그 안전성을 평가하는데 인체에 침습적인 의료기술에 대한 검증절차가 없다는 것은 의료계에서도 문제라는 지적이 제기되어왔다. 신의료기술평가를 통해 국가는 국내 도입 또는 개발되어 사용되는 의료기술을 합리적으로 관리할 수 있는 기전을 갖게 되었고, 국민은 안심하고 효과적인 의료기술을 적용받을 수 있게 되었다. 또한, 의료기관은 양질의 의료를 수행할 과학적 근거를 갖게 되었고, 의료기술 개발자 등의 입장에서 개발된 의료기술이 제도권 내 유입될 수 있는 공식적인 기전을 갖게 되었다.

신의료기술평가 결과를 보건복지가족부 장관이 공표하게 되면 누구나 빠르고 쉽게 필요한 정보를 획득할 수 있으며, 이를 통해 불필요한 의료기술은 자연스럽게 그 사용이 자제되고 효과적인 의료기술은 보다 그 사용을 장려하게 되므로 양질의 의료서비스와 의료자원이 확보될 수 있다.

나. 추진경과

의료법 제54조 및 신의료기술평가에 관한 규칙 제7조의 규정에 의거 신의료기술평가를 수행할 위원회가 2007년 6월 11일 보건복지가족부 내에 설치되어 3년의 임기로 활동을 시작하였다.

신의료기술평가위원회는 신의료기술의 안전성·유효성에 대한 최종 심의의결기구로 객관적 구성을 위해 대한의사협회, 대한치과의사협회 및 대한한 의사협회로부터 3배수 위원을 추천받아 총 20인으로 구성되어 현재 활동중이다.

또한 신의료기술평가위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위한 목적으로 대한의학회, 대한치의학회 및 대한한 의학회의 추천을 받아 총 248인으로 구성된 5개 분야별 전문평가위원회가 조직되었다. 분야별 전문평가위원회는 평가할 대상에 따라 전문분야별로 10인 이내의 소위원회를 구성하는 인력풀로서 그 역할을 수행한다.

신의료기술평가 사업을 원활하게 운영하기 위해 의료법 제55조의 규정에 따라 건강보험심사평가원 신의료기술평가사업본부에 2007년 6월 15일부터 신의료기술평가에 수반되는 제반 업무를 위탁하여 운영중이다.

다. 평가절차

신의료기술의 평가절차는 크게 세단계로 구분된다. 첫 번째 단계는 평가대상여부를 결정하는 일이다. 새로운 기술을 개발 또는 도입하려는 신청인이 신의료기술평가신청서를 보건복지가족부에 제출하면, 신의료기술평가위원회는 신청된 의료기술이 의료시장에 도입될 조건을 갖춘 신의료기술인지와 아울러 평가할 필요성이 있는지를 90일 이내에 우선적으로 심의한다.

두 번째는 신의료기술의 안전성·유효성 평가이다. 신의료기술평가위원회에서 평가할 대상 기술로 결정되면 정해진 평가방법에 따라 10인 이내로 구성된 소위원회에서 180일 내 해당 기술의 안전성과 유효성을 검토한다.

마지막은 소위원회에서 보고된 검토결과를 신의료기술평가위원회에서 최종 심의한 후 심의 결과를 보건복지가족부장관에게 보고하는 단계이다. 보건복지가족부장관은 신의료기술평가위원회의 최종 심의결과를 보고 받은 날로부터 60일 이내에 신의료기술의 사용목적, 사용대상 및 시술방법 등을 공표하고 해당 신청자에게도 평가결과를 통보한다. 따라서 신의료기술의 안전성·유효성 평가는 신청부터 최종 평가결과 공표까지 1년의 기간 내에서 수행된다.

라. 신청 및 평가현황

2007년 5월 8일 처음으로 신의료기술평가 신청이 접수되었으며, 2007년 12월말 까지 총 55건이 신청되었다(월평균 6.9건 신청). 총 신청 55건 중 28건(50.9%)은 진단검사였으며, 처치나 수술 등의 의료기술은 26건(47.3%)이었다. 신의료기술은 대부분 의료기관에서 신청되었으며(38건, 69.1%), 전체 신청건수중 종합병원 및 대학병원이 50%를 차지하였다.

〈표 2-8-6〉 2007년 신의료기술평가 신청현황

(단위 : 건수, %)

계	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
55 (100.0)	10 (18.2)	16 (29.1)	9 (16.4)	5 (9.1)	4 (7.3)	6 (10.9)	2 (3.6)	3 (5.5)

2007년 8월부터 5차례 신의료기술평가위원회가 개최되어 총 신청 55건 중 52건에 대해 안전성·유효성 평가여부를 심의하였다.

심의결과 안전성·유효성 평가가 필요하다고 심의된 의료기술은 22건(42.3%)이었으며, 이외의 경우는 기존 건강보험요양급여비용에 등재된 기술이거나(12건) 아직 임상시험 등이 진행되고 있어 의료시장에 도입될 신의료기술의 조건을 갖추지 못한 조기실패기술(10건)로 심의되었으며, 나머지 8건은 신청오류 및 신청후 취소한 것으로 나타났다.

실질적인 안전성·유효성 평가를 위해 신의료기술평가위원회 밑에 총 17개 소위원회를 구성하여 2007년 8월 30일부터 안전성·유효성 검토를 시작하였다.

마. 향후 추진계획

신의료기술평가는 점점 더 확대될 것으로 보인다. 2008년 7월 26일 부터는 국민건강보험법령과 연계되어 국내 도입되는 새로운 기술은 신의료기술평가 후 건강보험에서 급여적정성 여부 및

경제성을 평가하도록 되어있다. 따라서 신의료기술평가가 최종 완료되는 2008년 3월부터는 의료법 제53조제3항의 규정에 따라 해당 결과를 건강보험심사평가원의 장에게 통보할 예정이며, 평가결과는 국민건강보험에서의 급여 적정성 판단에 기초 자료로 활용될 예정이다.

신의료기술평가의 또 하나의 목적은 의료산업의 발전이다. 신의료기술평가위원회의 평가결과, 향후 국민에게 사용된다면 유용하게 사용될 수 있는 잠재성이 있는 신흥조기기술이거나 소수환자에게 시술되는 기술이어 관심있는 전문가가 아니면 임상시험을 수행하기 어려운 경우 과학적 근거를 확보하기 위해 임상시험 연구지원을 검토하고 있다.

신의료기술평가결과 안전하고 유효한 기술이 의료시장에서 사용되도록 권장하고 잠재성 있는 기술을 발굴하여 연구지원 한다면 보다 긍정적인 순환을 통해 의료기술이 발전할 수 있는 계기를 마련할 수 있을 것으로 기대한다.



의료자원정책*

I 의료자원의 합리적 육성

1. 보건의료 인력의 수급관리

가. 보건의료 인력관리 실태 및 현황

현재 우리나라에서 법으로 정하고 있는 보건의료 관계 인력은 의료법 제2조에 의하여 의료인으로 규정된 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사를 비롯하여 약사법 제3조 및 제3조의 2에서 규정하고 있는 약사 및 한약사, 의료기사 등에 관한 법률 제2조에서 규정하고 있는 의료기사(임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사)와 의무기록사 및 안경사, 응급의료에관한법률 제2조의 응급구조사가 있으며, 그 밖에 의료법 제80조의 간호조무사가 이에 포함된다.

보건의료 인력은 국민의 건강과 생명에 깊은 관련을 갖는 일을 하는 전문적 직업인들이므로 국가가 법으로 그 자격을 엄격하게 규정하고 면허 또는 자격 소지자가 아니면 보건의료 관계 행위를 할 수 없도록 규제하고 있다.

의사를 비롯한 보건의료관계 인력의 양성에는 장기간의 준비기간과 많은 투자를 필요로 하기 때문에 그 수급 대책은 장기적인 목표 아래 수립되어야 하며, 또한 전체적인 보건의료 계획 내에서 이루어져야 한다.

*집필자 : 의료자원과장 배경택

〈표 2-8-7〉 보건의료관계 인력의 양성기관 및 2008년 입학정원

대 학	학 교 수 (개)	정 원 (명)
의 과 대 학	41	3,058
치 과 대 학	11	750
한 의 과 대 학	12	750
약 학 대 학	20	1,323
간 호 대 학	72	4,076
간 호 전 문 대 학	59	7,610

※ 통폐합으로 전문대 ↓ · 대학 ↑

〈표 2-8-8〉 연도별 의료관계 인력 면허등록 상황

구분	의사	한의사	치과 의사	약사	조산사	간호사	간 호 조무사	의 료 기 사	의 무 기록사	안경사	응급 1급	응급 2급
1985	29,596	3,789	5,436	29,866	6,247	59,104	106,340	21,681	396	-	-	-
1990	42,554	5,792	9,619	37,118	7,643	89,032	143,760	44,841	2,123	10,260	-	-
1991	45,496	6,120	10,137	38,396	7,862	95,335	143,760	49,482	2,486	11,627	-	-
1992	48,390	6,839	11,285	39,564	8,012	101,140	152,966	53,980	3,061	12,018	-	-
1993	51,518	7,569	12,180	40,779	8,150	107,883	162,047	56,680	3,564	12,682	-	-
1994	54,406	8,179	12,939	42,037	8,262	114,320	177,252	61,448	4,270	13,819	-	-
1995	57,188	8,714	13,681	43,269	8,352	120,415	188,714	65,961	4,681	14,671	-	146
1996	59,379	9,299	14,371	44,577	8,447	127,145	195,289	69,751	5,349	15,946	346	507
1997	62,609	9,289	15,383	45,820	8,516	133,920	207,484	75,512	6,142	16,995	934	1,024
1998	65,431	9,914	16,126	46,998	8,590	141,094	218,718	81,539	6,811	18,220	1,504	1,482
1999	68,204	10,706	16,878	47,425	8,662	151,326	231,280	87,829	7,399	19,305	2,279	2,013
2000	71,045	11,481	17,748	49,538	8,733	160,301	242,262	94,432	7,645	20,168	3,032	2,429
2001	73,826	12,084	18,580	50,773	8,807	170,852	254,622	101,858	8,151	21,308	3,738	2,976
2002	78,162	13,549	19,600	53,124	8,881	181,786	272,101	109,049	8,818	22,564	4,329	3,514
2003	78,559	13,564	19,788	52,399	8,714	191,254	304,024	116,172	9,277	23,615	4,890	4,003
2004	81,914	14,348	20,727	53,537	8,628	202,012	321,152	124,638	10,140	24,652	4,999	4,410
2005	85,284	15,200	21,566	54,845	8,657	213,647	340,375	134,373	10,825	26,001	5,528	4,935
2006	88,776	16,016	22,367	56,234	8,685	224,142	362,020	144,052	11,429	27,417	6,043	5,372
2007	91,393	16,661	23,114	57,285	8,587	235,682	382,722	154,172	12,448	28,712	6,589	5,815

※ 주 : '03년도 면허등록자수는 면허관리시스템 개발로 그동안 미 신고된 사망자를 확인하여 제외한 숫자이며, 간호조무사는 자격등록자수임.

우리나라의 보건의료 관계 인력은 지난 10여 년간 양적으로 많이 증가되었을 뿐 아니라 기술적 수준도 많이 향상 되었다고 볼 수 있으나, 국가에 따라 의료인 종별에 대한 정의와 자격인정 방법 및 업무내용이 서로 조금씩 다르기 때문에 그 비교가 정확한 것이라고는 할 수 없으나 보건의료 인력의 국제비교를 일반적인 경향을 파악하는 데는 많은 도움이 된다.

〈표 2-8-9〉 보건의료인력 국제 비교

(단위 : 명)

연 도 별 지 표		의료인당 인구				병상당 인 구
		의 사	치과 의사	약 사	간호사	
우 ¹⁾ 리 나 라	1990	887	4,457	1,155	482	320
	1995	681	3,278	1,036	372	246
	1998	618	2,880	988	329	198
	1999	594	2,776	976	313	181
	2000	572	2,666	954	295	164
	2001	655	2,787	1,515	492	166
	2002	644	2,730	1,510	471	149
	2003	608	2,666	1,482	465	146
	2004	639	2,823	1,609	537	137
	2005	613	2,701	1,568	525	127
	2006	588	2,596	1,534	502	118
	2007	574	2,538	1,550	480	108
주 ²⁾ 요 선 진 국	일 본('05)	493	1,378	777	112	71
	미 국('05)	413	1,731('03)	1,310	130	313
	캐나다('05)	464	1,727	1,269	100	294
	스웨덴('05)	296	1,221	1,376	95	281('00)
	독 일('05)	293	1,265	1,716	103	118
	프랑스('05)	296	1,482	866	130	134
	영 국('05)	416	2,116	1,545	110	256

※ 주 : 1) 우리나라는 2000년도까지는 면허등록 의료인수, 2001년도부터는 활동 의료인 수(한의사포함)

2) 주요선진국은 활동 의료인 수

※ 자료 : OECD HEALTH DATA 2006, 1st edition

나. 의료 인력의 중·장기 수급 전망

(1) 의 사

우리나라의 의료인력 수급정책은 1970년대 중반까지 의료시장의 자율 기능에 의존하여 왔으나 1970년대 후반부터는 국가전략을 경제성장 위주의 개발전략 정책과 사회복지를 병행하는 정책

으로 방향을 전환함에 따라, 지난 1977년 제4차 경제개발 5개년 계획부터 의료인력 수급문제를 정책 과제로 다루게 되었다.

1977년에는 의과대학 입학 정원이 14개교에 1,380명이었으나, 1978년 이후 의료보험 실시에 따른 의료수요 증가에 대처하기 위하여 의사 인력공급을 확대한 결과 1999학년도 입학 정원은 41개교에 3,300명으로 증가하여 의사 공급 수준(의대 입학생 당 인구)은 선진국 수준을 상회하게 되었다.

2007년도 말 의사 면허자수는 91,393명이고, 인구 10만 명당 활동 의사 수(한 의사 포함)는 174명으로 아직은 선진국의 160~250명에 비해 상대적으로 의사 수가 다소 부족한 실정이나, 매년 3,000명이상의 의사가 배출되어 의사 증가율이 인구 증가율을 훨씬 앞지르고 있으므로 2010년에는 한의사를 감안하지 않더라도 인구 10만 명당 의사수가 216명으로 선진국 수준에 근접할 전망이다.

그리고 1997년 12월 의료개혁위원회 정책보고서 “의료인력 양성 및 관리현황과 개선방향”에서 의사인력의 양적 확대 보다는 질적 향상에 중점을 두어 의사인력 관리를 해야 한다는 정책 건의를 한 바 있다.

앞으로 의사인력의 수급 양상은 노인요양보험제도 실시 등 보건의료 정책 및 국민 의료이용 형태의 변화에 따라 많은 영향을 받게 될 것이므로 이러한 요인들을 감안하여 의사인력의 적정 공급 수준을 유지하도록 하면서 의사인력의 양적 관리와 함께 의사국가시험 및 면허제도 개선 등을 통한 의사인력의 질적 수준 제고 및 의사인력의 효율적 활용 방안을 중점적으로 강구해 나갈 계획이다.

〈표 2-8-10〉 취업형태별 의사 수

(2007.12.31 현재, 단위 : 명)

구 분	계	종합병원	병 원	의 원	보건기관
취업자수	70,355	28,568	8,236	31,578	1,973
구성비(%)	100	40.6	11.7	44.9	2.8

(2) 전문의

전문의는 의사면허를 가진 자로서 의료법 제77조 및 전문의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정에

따라 보건복지가족부장관이 지정하는 수련병원(기관)에서 인턴 1년(가정의학과 제외)과 레지던트 4년(가정의학과, 결핵과, 예방의학과 3년)의 수련과정을 이수한 자로서 대한의사협회에서 시행하는 해당 전문의 자격시험에 합격한 후 보건복지가족부장관으로부터 전문의 자격을 인정받은 자이다. 2007년도 말 전문의 자격등록자는 26개 전문과목에 64,079명으로 전체 의사의 70.1%에 이르고 있다.

그리고 응급의학과, 핵의학과 및 산업의학과와 전문과목이 1996년도 신설되어 응급의학 전문의 등 신설과목 전문의 배출 및 전공의 수련을 실시하게 됨에 따라 전문의 수련과목은 26개과로 증가하였으며, 의료기술의 발달과 의료수요자의 고급 및 전문 진료의 선호도가 높아짐에 따라 전문의는 앞으로도 계속적으로 증가될 전망이다.

이와 같이 전문의가 전체 의사에서 차지하는 비율이 점차 높아지고 전문의의 개업이 보편화됨에 따라 높은 전문의화 경향은 의료자원의 낭비 및 국민의료비의 급증 등 의료자원의 효율적인 활용이라는 측면에서 많은 문제점을 낳고 있다.

이를 해결하기 위하여 정부는 단과 전문의를 단계적으로 감축하고 있다. 2002년 대통령 직속의 의료제도발전특별위원회는 단과 전문의를 줄이고 일차의료 인력을 양성하기 위한 방안으로 의대 졸업 후 일차의료 수련과정을 의무화할 것을 건의한 바 있다. 또한, 전문과목간 불균형 문제를 해결하기 위하여 위험도, 난이도를 적극 반영한 건강보험 수가조정, 과목간 정원조정, 기피과목 수련보조수당지급 등 다양한 대책을 추진 중이다.

〈표 2-8-11〉 연도별 전문의 현황

(단위 : 명)

구 분	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
의 사 수	59,379	62,609	65,431	68,204	71,045	73,826	78,162	78,559	81,914	85,284	88,776	91,393
전문의수	34,726	37,620	40,669	43,779	46,904	50,075	52,700	54,870	57,506	59,385	62,188	64,079
비 율(%)	58.5	60.0	62.2	64.2	66.0	67.8	67.4	69.8	70.2	69.6	70.0	70.1

(3) 치과의사

2007년도 말 현재 치과 의사 수는 23,114명, 치과의사 1인당 인구는 2,096명이다. 인구대비 치과의사수는 선진국 수준(주요선진국의 인구 10만 명당 활동 치과의사수는 50~60명이나, 우리나라의 경우는 39명임)에는 못 미치지만 2010년 수급 추계는 인구10만 명당 치과의사수가

51명에 이르게 되어 치과의사 공급수준은 비교적 적정한 것으로 분석하고 있으나, 치과의사의 지역적인 불균형의 문제 등 중·장기적인 인력추계가 필요한 시점이다.

따라서 향후 치과의사의 공급은 국민소득 증가 등으로 인한 치과의료 수요증가 요인 및 치과 전문의 제도 도입 등 인력수급 변동요인을 감안하여 적정수준의 인력이 공급될 수 있도록 신축성 있게 대처해 나갈 계획이다.

(4) 한의사

우리나라의 한의사수는 2007년도 말 현재 16,661명으로서 1979년도의 2,913명에 비하여 5배의 증가율을 보이고 있다. 그리고 한의과대학도 1979년도에 3개 대학에서 2007년 말 현재 11개 대학 및 1개 한의학 전문대학원에 입학 정원 750명으로 증가되었다. 또한 대통령공약사항으로 한·양방 협진과 한의학의 과학화·세계화를 위해 2007년에 국립부산대학에 한의학전문대학원을 설립하였다.

한의사 인력은 의사인력과 관계 등 그 특성상 적정인력 수준을 정하기가 어려울 뿐 아니라 의료보험 적용범위가 제한되어 있어 수급 추계를 위한 기초 자료가 극히 미흡하여 의료이용량의 변화를 예측하기가 매우 어려운 실정이다.

따라서 한의사 인력의 수급은 앞으로 한약사제도의 도입, 의약분업 등 관련 정책의 변화로 인한 수급변동 요인을 고려하고, 한방의료 수요에 대한 기초 자료의 확보가 가능한 시점에서 전반적으로 재검토할 계획이다.

(5) 간호 관계 인력

간호 관계 인력으로는 조산사, 간호사, 간호조무사로 나눌 수 있다. 조산사가 되고자 하는 자는 간호사 면허를 가지고 보건복지가족부장관이 인정하는 의료기관에서 1년간 조산의 수술 과정을 마친 자 또는 보건복지가족부장관이 인정하는 외국 조산사의 면허를 받은 자로서 조산사 국가시험에 합격한 후 보건복지가족부장관의 면허를 받아야 하며, 2007년도 및 현재 조산사는 8,587명이 등록되어 있다.

간호사는 상병자 또는 해산부의 요양상의 간호 또는 진료의 보조 및 대통령령이 정하는 보건 활동에 종사함을 임무로 하고 있으며, 2007년도 말 현재 우리나라 간호사는 235,682명으로 활동 간호사 1인당 인구수는 480명으로 선진국 수준에 비하면 부족한 실정이다.

그러나 간호사는 의료기관의 수요에 따라 활동자수가 결정되며, 현재 활동자수는 100,919명(2007. 12월 기준)으로 면허자의 57% 가까운 인력이 유휴인력인바, 신규공급을 확대하기 보다는 현행 공급수준을 유지하고 유휴인력을 활용하는 방안을 모색하는 것이 필요하다. 간호사 중 특정분야에 교육과 훈련을 받고 실무경력을 쌓은 자에 대해서 전문간호사 자격제도를 운영하고 있다. 전문간호사는 높아지는 국민의료 서비스 기대수준에 부응하면서, 해당분야에 보다 비용 효과적이고 전문적인 간호서비스 제공을 목적으로 하는 것으로 노인, 응급, 산업 등 13개 분야로 확대되고, 실무경력 및 자격시험 시행 등 자격기준이 강화되었다.

간호조무사는 2007년 말 현재 382,722명으로 간호업무의 보조와 환자진료의 보조에 관한 업무를 수행하는 것을 그 임무로 하고 있으며, 의료법상 의료기관에 두는 간호조무사 정원을 별도로 정한 바는 없으나 “간호조무사정원에관한고시(보건사회부 고시 제83-3호)”에 의거 입원 환자 5인 이상을 수용하는 의원에 있어서는 간호사 정원의 50%이내, 입원환자 5인 미만 또는 외래환자만을 진료하는 의원에서는 간호사 정원의 100%이내에서 간호조무사로 충당할 수 있도록 하였다. 또한 의료법시행규칙 제38조 제3항의 개정으로 요양병원에 한하여 간호사 정원의 일부를 간호조무사로 충당하도록 함에 따라 간호조무사의 인력수요는 증가할 것으로 보인다.

(6) 의료기사 등

의료기사법에서는 의사·치과의사의 지도하에 진료 또는 이화학적 검사에 종사하는 자를 의료기사로, 의무에 관한 기록을 주된 업무로 하는 자를 의무기록사로, 시력보정용 안경의 조제 및 판매를 주된 업무로 하는 자를 안경사로 각각 규정하고 있으며, 의료기사의 종류에는 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사 및 치과위생사가 있다.

안경사의 경우에는 1988년도에 제도가 신설되어 2007년도 말 현재 28,712명이 안경사 면허를 교부 받았다. 또한 임상병리사 등 의료기사 인력의 향후 수급 비교 결과, 대부분의 의료기사의 경우에는 현재의 공급이 수요를 초과하고 있는 실정으로 현재의 공급규모 및 수요를 종합적으로 연구 검토하여 적정 수준을 유지하도록 할 것이다.

다. 향후 의료인력 정책방향

우리나라는 그동안 경제성장과 더불어 국민소득과 교육수준 및 생활수준이 향상됨에 따라 국민의 건강에 대한 관심 고조, 인구의 지속적인 증가와 평균수명 연장으로 인한 노령인구의

증가 등에 의해 1989. 7. 1부터 시행한 전 국민의료보험 실시 이후 의료수요가 계속 증가하고 있다. 따라서 날로 증가하는 보건의료수요에 대응하는 적정 서비스 공급은 국민복지 차원의 필수 불가결한 요소이다.

그동안 정부의 보건의료인력 정책은 수요에 대응하는 적정인력을 양성하는 양적 관리에 치중해 왔으나, 앞으로는 의료인력의 질적 수준 제고 및 효율적인 활용방안에 중점을 두고자 한다.

II 보건의료인 국가시험 · 면허제도 적정관리

1. 국가시험 · 면허제도 개요

1952년에 의사, 치과의사, 한의사 등 300여명의 응시자에게 면허를 부여하기 위하여 제도화된 보건의료인 국가시험 · 면허 제도를 1955년에는 약사면허, 1962년에는 간호사 면허를 부여하는 등 그 종류와 규모면에서 계속 확대되어 1998년부터는 7개 법률에 근거한 20개 종류의 면허 · 자격시험이 되었으며, 2007년도에는 5만8천여명이 응시하는 보건의료인국가시험 · 면허제도로 발전하였다.

〈표 2-8-12〉 보건의료인국가시험 시행근거법령 및 시험 종목

근 거 법 령	시 험 종 목
의료법(시행령 및 시행규칙) (간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙)	의사, 치과의사, 한의사, 간호사, 조산사 간호조무사
의료기사등에관한법률(시행령 및 시행규칙)	임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사, 의무기록사, 안경사
약사법(시행령 및 시행규칙)	약사, 한약사, 한약조제자격
식품위생법(영양사에관한규칙)	영양사
위생사에관한법률(시행령 및 시행규칙)	위생사
응급의료에관한법률(시행령 및 시행규칙)	응급구조사 1급 및 2급
장애인복지법(시행령 및 시행규칙)	의지 · 보조기기사

〈표 2-8-13〉 보건의료인국가시험 시행 현황(2007년 말~2008년 초)

(단위 : 회, 명, %)

종 목 별	시험횟수	최근시험 시행결과			
		접수자수	응시자수	합격자수	합격률(%)
계	-	63,027	57,955	41,706	72.0
의 사	72	4,059	4,028	3,887	96.5
치 과 의 사	50	907	895	854	95.4
한 의 사	63	977	968	868	89.7
조 산 사	19	27	26	24	92.3
간 호 사	48	12,726	12,542	11,333	90.4
약 사	59	1,614	1,570	1,359	86.6
한 약 사	9	177	170	145	85.3
한 약 조 제 자 격	12	-	-	-	-
임 상 병 리 사	35	2,532	2,395	1,225	51.1
방 사 선 사	35	2,497	2,346	1,826	77.8
물 리 치 료 사	35	2,989	2,933	2,519	85.9
작 업 치 료 사	35	995	955	650	68.1
치 과 기 공 사	35	1,798	1,731	1,490	86.1
치 과 위 생 사	35	3,777	3,733	3,216	86.2
의 무 기 록 사	24	2,107	1,875	1,247	66.5
안 경 사	20	2,737	2,508	1,620	64.6
영 양 사	31	9,983	8,340	4,416	52.9
위 생 사	29	11,404	9,270	3,653	39.4
응 급 구 조 사 1 급	13	818	806	728	90.3
응 급 구 조 사 2 급	13	773	747	606	81.1
의 지 보 조 기 기 사	8	130	117	40	34.2

보건의료인으로서의 자질과 능력을 평가하는 국가시험제도는 보건의료분야에서 높은 비중을 차지하는 분야이다. 그것은 이 시험에 합격한 사람에게만 국가가 면허와 자격을 주어 국민들의 질병을 치료하고 건강을 증진할 수 있도록 배타적인 권리를 부여하기 때문이다.

이러한 점에서 국가시험은 개인에게는 학교교육을 마치고 전문직업인으로서 객관적인 공인을 받는 평가가 되는 것이며, 국가적으로는 국민에게 양질의 보건의료서비스를 제공할 인력자원을 확보하는 중대한 의미가 있는 것이다. 국가시험은 개인이 갖고 있는 지식, 기술과 태도를 평가하는 동시에 보건의료정책 방향에 부합하도록 학교 교육을 내실화하는 데에도 기여해 오고 있다 할 것이다.

2. 국가시험 전담관리기관 설립

1952년에 보건복지가족부가 의사시험을 필두로 시행 관리한 국가시험은 1963년부터 국립보건원이 관리하다가 1994년부터 한국 의사국가시험원에서 의사국가시험을 관리하고, 치과의사, 한의사, 약사, 간호사와 의료기사 등 19종의 국가시험은 종전대로 국립보건원에서 시행·관리하여 왔으나 1998. 5. 4 한국보건의료인국가시험원이 설립되어 동 국가시험원은 명실 공히 모든 보건의료인국가시험을 통합 관리하는 유일한 전담 시험관리기관이 되었다.

한국보건의료인국가시험원은 민법 제32조에 의한 재단법인으로 설립되었으며 조직은 원장, 사무총장 및 4국 2실로 하고 정원은 49명으로 되어 있다. 예산은 '08년 국고지원 9.63억원과 출연금 조성 약 41억원(시험관련 단체로부터 조성)으로 하여 의사, 약사 등 20개 직종의 보건의료직종 국가시험관리를 하도록 하고 있다.

3. 국가시험·면허제도의 개선방향

국립보건원으로부터 의료인 면허·자격시험을 넘겨받은 한국보건의료인국가시험원은 보건 의료단체의 자발적인 공동참여를 통해 설립된 순수한 국가시험 전담기구로서 지금까지 국가가 주도해 온 국가시험의 관리체계가 민간으로 이관된다는 역사적 의미를 지닌다 할 것이다. 따라서 국가시험원은 국가시험의 전문화와 질적 향상을 위하여 업무수행 체제를 구축하여 시험관리 능력을 배양하고 변별력과 타당성 있는 시험문제 개발과 의사실기시험 도입 등 국가시험제도에 관한 연구개발을 통하여 한 차원 높은 국가시험이 실시될 수 있도록 끊임없이 노력하고 있다.

특히, 세계화가 급속히 진전되고 있고 의료시장 개방논의가 시작되고 있는 상황에서 우리나라 면허자의 질적 수준을 보증하기 위한 선진외국 수준에 뒤떨어지지 않는 면허제도 개선이 필요한 시점이다. 이를 위하여 현행 1회 필기시험으로 완료되던 의사국가시험을 선진외국과 같이 2~3 단계에 걸쳐 시행하며 의료인력의 질적 검증을 강화하는 방안이 도입될 예정이다. 또한 면허취득 후에는 보수교육 등을 통해 주기적 사후관리를 강화할 계획이다.

또한, 향후 의료시장 개방 등에 따라 의사인력의 국가간 상호교류의 시대에 대비하고, 새로운 국가 성장동력으로 자리 잡게 될 의료산업의 선도적 전문인력인 의사의 질을 OECD 선진국

수준에 이르도록 하기 위하여, 현행 필기시험으로만 치뤄지는 의사 국가시험에 2009년말부터 임상을 중심으로 하는 실기시험을 도입, 우수한 의사인력을 배출하고자 추진 중이다.

국가시험·면허제도는 국민의 건강과 생명을 다루는 보건의료인 면허의 권위를 유지하면서 국가시험 응시자와 면허교부 신청자들의 편의를 도모하기 위한 절차의 간소화에도 역점을 두어야 할 것이다. 이러한 측면에서 2003년부터 국가시험 전 직종에 걸쳐 인터넷 원서접수가 시작되어 제출서류가 대폭 간소화되었으며 면허발급 기간이 획기적으로 단축되었다. 향후에도 응시자의 편의도모를 위하여 시험제도 개선 등을 위한 노력이 지속적으로 추진되어야 할 것이다.

III 민간의료기관의 육성·지원

1. 현황 및 문제점

2007년 12월말 현재 우리나라의 병원급 이상 의료기관수는 2,240개소이며, 병상 수는 352,540개이다. 이중 민간병원은 2,079개소(전체의 92.8%)이고 병상 수는 303,428병상(전체의 86.1%)으로서 대부분의 의료시설을 민간부문이 차지하고 있다. 이와 같이 의료기관 부문에 의존함에 따라 의료자원이 도시에 편중되어(의료기관의 82.4%, 병상수의 83.8%) 도시 지역은 의료자원이 남는 반면 농촌지역은 아직 병상부족 지역이 일부 남아있다.

〈표 2-8-14〉 부문별 의료기관 현황(2007)

(단위 : 개, %)

구 분	공 공	민 간	계
의 료 기 관 수	161(7.2)	2,079(92.8)	2,240(100.0)
병 상 수	49,112(13.9)	303,428(86.1)	352,540(100.0)

※ 주 : 병원급 이상 의료기관 대상(특수병원 포함)

그동안 정부에서는 전 국민건강보험 실시와 더불어 의료시설의 확충을 위한 공공차관 자금지원, 재정용자 알선 등을 통하여 의료취약지의 부족한 의료시설을 크게 늘리었으나 아직도 일부지역은 병상이 부족한 실정이고 의료서비스의 수준도 도시지역에 비해 상대적으로 낮은 실정이다.

2. 병상확충 및 적정배치

정부는 전 국민의료보장 확대 시행을 앞두고 의료 취약지 해소를 위하여 1978년부터 1985년까지 공공차관(OECF 174억엔, KFW 25백만마르크)을 도입하여 67개 민간병원을 건립하였고, 1986년부터 1988년 동안에 군 단위 지역 중 병원이 없고 인근지역의 병원접근이 어려운 26개 군 단위 의료취약지에 병원을 건립한 바 있다.

또한 1991년부터 1993년까지 매년 1,000억원의 은행융자금을 확보하여 병원 신·증축비의 50%를 자부담하는 병원에 융자지원을 하여 1991년도 6,000병상, 1992년도 7,000병상, 1993년도 7,000병상 등 3년간 총 20,000병상을 증설하고, 1994년부터 2007년까지는 재정융자특별회계(재특)자금 5,540억원, 농어촌특별세관리특별회계(농특)자금 1,838억원을 융자 지원하여 의료기관 신·증축 및 개보수 등을 통한 기능보강사업을 실시하였다.

한편 1997년도부터는 병상 확충시 전문연구기관의 연구결과를 토대로 병상이 부족한 진료권에 우선 병원을 신·증축 하도록 재특 및 농특자금을 지원하여 병상이 전국적으로 균형 배치될 수 있도록 함으로써 지역주민의 의료 접근도를 향상시켰다. 2004년부터는 공급 과잉, 지역별·유형별 불균형 등을 시정하여 병상자원의 효율적인 활용을 도모하고, 병상자원의 관리부재로 인한 의료기관간 과도경쟁 및 의료재정의 부담 증가를 미연에 방지하기 위하여 「지역병상수급계획」을 수립·시행하고 있으며, 각 시·도에서 수립한 지역병상수급계획에 대하여 중앙에서 평가하여 조정·권고하고 있다.

3. 민간의료기관 의료장비 보강을 위한 공공차관자금 지원

양질의 의료서비스를 제공하기 위해서는 우수한 시설과 장비를 확보하여야 하나 의료수가 통제, 의료 행위량의 규제 등으로 의료법인 병원 등의 경영상의 어려움을 감안하여, 1990년부터 1994년까지 IBRD차관자금 6,000만불, 응급의료장비지원에 2,000만불, 법인체인 병원의 현대 장비 확보에 2,000만불씩 지원하였다.

해외에서 도입한 차관 지원자금으로 의료취약지역 병원을 건립하는 등 국민들의 의료혜택은 증진시켰으나, 1997년 IMF이후 급격한 환율변동으로 인한 환차손, 농어촌 인구감소 및 대중교통

수단 발달과 같은 의료환경 변화 등으로 인해 차관지원의료기관의 경영이 매우 악화되었고, 이로 인해 차관자금의 상황이 어려워졌다.

이에 따라, 차관지원의료기관의 차관자금 상환부담을 경감하여 경영상황을 개선함으로써 차관자금의 원활한 상황을 도모하고자 2005. 12. 7 「차관지원의료기관 지원 특별법」이 제정되었다. 특별법의 주요내용은 연체금감면, 환차손보전 및 상환기한 연장 등이다. '07.12.31현재 이 법에 의하여 37개 기관에 대하여 264억원의 연체금을 감면하고, 247억원의 미상환액에 대하여 상환기한 연장을 실시하였다.

IV 응급의료정책의 수립 및 조정 · 지원

1. 응급의료정책의 역사

우리나라는 급격한 산업화 및 도시화로 인한 각종 사고의 급증으로 인하여 경제활동이 왕성한 연령층의 조기사망을 초래하고 있으며 인구의 노령화 및 식생활의 변화 등으로 뇌혈관질환 등 신속한 처치를 요하는 질환이 급격히 늘고 있다. 2006년 통계청 사망원인 통계연보에 따르면 분석 5개 사망순위 중 암을 제외한 2, 3, 4, 5위는 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병, 고의적 자해(자살) 순으로 나타났으며 이는 응급의료이 필요한 분야이다.

한편 국민들의 의식수준은 빠르게 선진화되고 있어 응급의료에 대한 사회적 관심도는 급속도로 증가하고 있어 이에 부응한 응급의료 체계 발전이 시급한 실정이다.

우리나라의 응급의료체계는 1989년부터 구축되기 시작하였으며, 추진기간이 단기임에도 많은 성과를 이루어냈다. 서구 선진사회의 경우 세계대전을 거치면서 야전병원과 현장 응급처치라는 응급의료체계의 주요 골격을 형성하기 시작한 것과 비교하면 우리나라는 한 세기 정도 뒤늦게 출발하여 이제 겨우 15년이 약간 넘는 우리나라의 응급의료체계가 OECD 국가와 비교해서 양적인 수치(응급의료기관의 수나 구급차의 수, 응급구조사의 수 등)에서 큰 격차를 보이지 않는 것은 응급의료체계의 정책이 급속도로 추진한 결과로 볼 수 있을 것이다.

우리나라의 응급의료체계의 구축 계기는 88올림픽이 될 것이다. 1988년 올림픽 대회를 치루고 난 후 많은 평가에서 외국인들과 전문가들이 응급의료체계가 형성되어 있지 못함을 지적하였고 이에 따라 1989년부터 정부차원의 정책이 추진되기 시작한다. 1989년 응급의료에 관한 정부차원의 논의가 개시되었고 1991년 4월에 ‘응급의료체계 관리운영에 관한 규정’ (보건사회부령)을 제정·공포하였다. 현행 응급의료에 관한 법률의 모태가 되는 이령에는 129 응급환자정보센터 및 응급의료통신망의 설치, 응급의료기관의 지정 등의 주요 내용이 포함되어 있었다.

1991년 이후 몇 차례의 대형 사고를 겪으며 응급의료체계의 중요성은 더욱 커져갔고 1992년 수가의 대폭 상향조정 등 지속적인 정책이 진행되었으나 관리운영규정, 의료법, 응급실, 구급차 등에 대한 각종지침, 소방관계법 및 관련 규칙 등 정책 강제수단으로서의 법적 근거가 지나치게 분산·혼재되어 정책집행의 실효성이 확보되지 못하는 문제가 드러났다. 이에 따라 1994년 응급의료에 관한 법률을 제정하게 되었다.

국가와 지방자치단체의 응급의료체계 구축의 의무를 처음으로 공표한 이 법안의 주요내용은 첫째, 응급진료기관의 지정·기준 및 휴일·야간 진료 의무 등 응급진료체계의 정비 둘째, 응급의료정보센터의 법적기준을 확립하고 정보센터에 대한 의료기관의 협조 의무를 명시하는 등 응급의료 정보센터의 역할을 명확히 하였고 셋째, 응급구조사의 양성, 응급의료기금의 조성 등 응급의료체계가 좀더 세분화되어 발전할 수 있는 근거를 확립한 것 등이었다.

이후 1995년 응급의학전문의 제도 신설, 1996년 권역응급의료센터 개념의 도입 등 정책노력이 계속되었지만, 투자재원의 미비와 민간에 치중된 응급의료 공급체계의 한계는 응급의료체계의 전면적 발전을 저해하고 있었다. 119구급대와 129응급환자정보센터간의 업무조정 필요성이 논의되어 1998년 7월부터 응급환자 신고·접수는 119가, 응급처치 상담 및 병상정보 활용을 통한 응급의료기관 안내는 응급의료정보센터(1339)가 담당하는 체제로 역할을 구분하였으며 2005년부터 현재 2개 기관간 연계체계 구축을 위한 T/F팀이 구성, 운영하여 응급환자 이송시 의료지도를 강화하는 방안을 마련하는 등 가시적인 성과를 거두었다.

이 시기 동안 응급의료체계를 평가하자면, 응급의료기관, 구급차 수 등 응급의료자원의 양적 분야는 꾸준히 성장하였지만, 실제적인 운영과정에서의 질적 수준은 만족스러운 수준이 아니었으며 응급의료기관이나 인력 등 자원의 수준도 질적 차이가 나타나는 등 여러 가지 문제가 발견되고 있었다.

이제 자원의 양적인 팽창보다는 유기적인 시스템의 구축과 응급의료기관, 인력 등의 질과 내용을 관리할 수 있는 좀더 분화된 체계가 필요하게 된 것이다.

이에 따라 2000년 응급의료에 관한 법률 전면개정이 이루어졌고 이로써 상당한 변화가 수반되었다. 우선 응급진료기관 체계를 권역응급의료센터-지역응급의료센터-지역응급의료기관의 3단계 체계로 정립하였고 이외 외상, 심혈관, 화상, 독극물 등 전문응급의료센터의 근거를 마련하였다.

중앙응급의료센터를 신설하여 응급의료체계에 대한 행정지원 업무를 수행케 하여 포괄적인 정책 수립이 가능하게 되었다. 또한, 응급의료기금의 활용 중 응급의료기관을 평가하여 그 결과에 따라 응급의료기관을 직접 지원할 수 있는 근거를 확보하여 추후 재원의 확충 시 응급의료체계의 개선을 위한 정책수단을 마련하게 되었다.

이외에도 병원 전 단계와 병원단계간의 효율적인 연계를 위해 응급의료정보센터의 임무를 분명히 하고 전문성을 강화하기 위해 응급의료정보센터를 권역응급의료센터에 위탁·운영토록 하였으며 이와 함께 응급의료기관의 병상정보를 실시간으로 수집하기 위하여 응급정보시스템을 구축하는 정책이 병행되었다.

응급환자 이송업에 대한 규정을 정하여 민간이 응급환자 이송에 참여할 수 있는 규정을 신설하여 이에 대한 허가, 감독권한을 시·도에 위임하였다. 2000년 전면개정의 내용을 전반적으로 평가하자면 응급의료 진료체계를 보다 체계화하고 각각의 분야에서 진일보한 발전방안을 수립하여 이에 대한 법적 근거를 확립하였다고 할 수 있을 것이다.

그러나 전체적인 시스템의 틀을 세분화하고 운영에 대한 질적 관리의 개념을 포함하였음에도 불구하고 2000년의 법 개정도 응급의료체계를 도약시킬 자원 확보방안을 마련하지 못하였다. 이는 본래의 법개정이 의도하였던 정책수단들이 효과적으로 집행되지 못하는 결과를 초래하였고 이는 당면과제가 시스템의 효율적 운영뿐만이 아니라 이를 유도·유지시킬 수 있는 재원의 확보가 더욱 중요하다는 점을 다시 한번 인식시켜 준 계기가 되었다.

이에 따라, 응급의료체계 개선을 위한 자원 확충을 위하여 2002년 3월 응급의료에 관한 법률이 개정되었다. 김태홍 의원 등 의원입법으로 발의된 개정안의 주요내용은 전 전년도 교통범죄금의 20%에 해당하는 금액을 국가가 응급의료기금에 출연하도록 강제하는 것이었다. 이 개정으로

매년 4~6억원의 수입에 의존하던 기금에 2003년도 전입금 434억원이 편성되었고, 2004년에는 500억원이 편성되어 기금 총 운용규모가 연간 총 50억원 규모에 불과하던 수준에서 총 500여억 원의 규모로 증액되었다.

이외 개정 법률은 응급의료체계의 종합적·체계적 개선을 위해 응급의료 기본계획을 매 5년마다 수립하고 광역자치단체별로 시·도 계획을 수립하게 하였으며, 중앙 및 시·도에 응급의료위원회를 설립하여 계획의 심의 및 결과보고 등 국민의 참여를 보장하였다.

〈표 2-8-15〉 응급의료기관 구성체계

(2007.12.31 기준)

종 별	수	지 정 권 자	주 요 역 할
중앙응급의료센터	1	보건복지가족부장관	응급의료체계 관리총괄
권역응급의료센터	16	보건복지가족부장관 (시·도지사와 협의)	권역내 최종 응급진료기관
전문응급의료센터	4	보건복지가족부장관 (시·도지사와 협의)	전문응급진료기관
지역응급의료센터	100	시·도 지사	중증응급환자 진료
지역응급의료기관	331	시장·군수·구청장	경증 응급환자 및 야간·휴일의 일 반환자 진료

2. 우리나라 응급의료체계의 과제

우리나라 응급의료체계의 문제점은 체계의 효율성이 낮다는 것이다. 단적인 예로 현재 외상으로 인한 응급환자 중에서 예방 가능한 사망률은 39.6%로 주요 선진국의 20%대에 비교할 때 응급의료체계의 운용실적이 크게 미흡한 실적이다.

수십 년 동안의 투자와 확고한 정부의 지원이 동반된 선진국의 응급의료체계를 우리와 단순 비교하는 것은 무리가 있으나, 우리의 응급의료인력, 진료체계, 재정의 3개 분야별 문제점들은 다음과 같다.

가. 응급의료 전문인력 부족

응급의료 전문인력 중 가장 핵심적인 인력인 응급의학전문의는 1995년부터 양성된 짧은 역사로 인해 2007년 현재 538명에 불과한 실정이다.

수련기간이 길고 고된 의료분야 중에서도 3D분야의 하나인 응급의학은 전문과목 신설 초기이며 다른 전문의와 달리 양성 과정에서 정원의 확대를 장려하는 정책적인 배려에도 불구하고 응시자가 부족한 실정이다. 따라서 현재 전체 응급의료기관이 451개(2007년 현재)임을 고려하면 전문의 수가 절대적으로 부족함을 알 수 있다.

참고로 2007년 9월부터 11월까지 실시한 응급의료기관에 대한 평가 결과, 전반적으로 의료 인력(의사, 간호사 등) 확보에 큰 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 인력충족률을 살펴보면, 권역응급의료센터 87.5%, 전문응급의료센터 72.9%, 지역응급의료센터 86.5%, 지역응급의료 기관 74.1%로 평가되었다. 다행스럽게도 이는 전년대비 5% 증가한 것으로 정부의 평가 및 예산 지원에 대한 결과라고 볼 수 있을 것이다. 이에, 응급의료기관의 전문인력 확보를 유도하기 위해 응급의료기관 평가시 의료인력 확보여부에 높은 비중을 두고 있으며 동 평가결과에 따른 예산 지원을 확대하고 있다.

주로 구급차량에 탑승하여 현장 1차 응급처치를 담당하는 응급구조사는 2007년 현재 총 1만여 명이 배출되었으나 이들의 활용은 저조하여 119 구급차량 1,301대에도 1급 응급구조사는 1,333명을 보유하고 있는 실정이며, 우리나라 전체 구급차량 5,347대에 응급구조사 배치를 의무화하고 있으나 아직 일부구급차의 의무배치가 이행되지 않고 있어 사실상 양성 후 활용도가 크게 떨어 지는 현실이다.

〈표 2-8-16〉 응급의료 인력 현황

(2007.12.31)

구 분	현 원	비 고
응급의학전문의	538명	1996년부터 전문과목 신설됨
응 급 구 조 사	12,482명 (1급 : 6,617명)	1995년부터 자격증 신설됨

나. 진료권별 응급의료기관의 불균형 배치 및 질적 수준의 미흡

응급의료기관은 전체 의료기관 중에서 일부를 응급의료에 관한법률에 의하여 응급환자 진료 기관으로 지정되는 것으로서, 일정한 응급실의 시설, 인력, 장비를 갖추는 대신 별도 응급수가의 가산을 부여하되 24시간 비상진료체계를 가동하도록 하고, 응급환자에 대한 전문 진료를 실시 하도록 하는 제도이다.

이러한 응급의료기관이 2007년 12월 기준으로 총 451개소가 지정되어 그동안 양적 확대의 성과는 이루었으나 응급의료기관의 실질적인 중증 응급환자의 진료 개선이란 질적 수준 개선은 미흡한 실정으로 그간 2003년부터 응급의료기관 평가와 함께 응급의료의 질적 수준을 평가할 수 있는 평가 지표를 개발·도입하였다.

응급의료기관의 질적 수준은 낮은 반면 응급의료기관의 수는 너무 많다. 특히, 지역응급의료센터의 수는 2007년 12월 기준 100개소로, 16개소의 권역응급의료센터와 함께 인구 44만 명당 1개소가 분포되어 있어 인구 100~150만 명당 상급응급의료센터를 보유한 선진국에 비해 지나치게 많은 편이다. 불필요한 과잉투자는 응급환자의 분산을 유도하고 응급의료기관의 채산성을 악화 시킴으로써 민간 중심의 응급의료기관이 투자를 기피하는 악순환 고리를 형성하여 응급의료 체계의 고비용·저효율의 원인이 되고 있어 시급한 개선이 요구되는 실정이다.

〈표 2-8-17〉 응급의료기관 현황

(2007.12.31)

중앙응급 의료센터	권역응급 의료센터	전문응급 의료센터	지역응급 의료센터	지역응급 의료기관	총 계
1	16	4	100	331	451

또한 권역·지역 응급의료센터의 수는 많은 대신, 분포는 비합리적이고 대도시 중심의 중복 배치가 심하여, 농어촌 중심의 지역사회는 없거나 크게 부족, 국민들에게 균등한 이용을 보장해야 할 공공적 의료서비스의 형평성이 크게 떨어지는 상황이다.

다. 응급환자 이송체계의 비효율성

응급환자 이송체계는 초기의 부족한 장비나 차량에 비해서는 획기적인 발전을 하여, 한국보건산업진흥원의 1996년도 응급의료체계 운영평가보고서에 의하면 현재 119구급차량의 현장 도착 시간은 평균 6.4분으로 비교적 양호하다고 볼 수 있다.

그러나 응급환자 발생 현장에서 병원으로의 이송은 평균 10.4분으로 현장 도착 시간의 2배가 소요되는 실정이며, 환자 이송시 전문적인 응급처치의 적정 수행률이나 첫 번째 선택한 의료기관이 적합하지 않아 재 이송하게 되는 재이송률은 아직도 크게 미흡한 분야로 시급한 개선이 요구된다.

라. 응급의료 정보센터의 기능 미약

응급의료체계의 두뇌 역할을 하는 것은 바로 정보체계이다. 미국의 911이나 영국의 999, 프랑스의 SAMU 등이 효율적인 응급의료 체계로 작동되는 이유는 물론 우수한 전문 인력과 과감한 투자, 그리고 전문병원의 존재가 있기 때문이지만 가장 중요한 요인은 효율적인 정보 체계가 가동되고 있기 때문이다.

응급환자의 증상과 중증도와 함께 응급의료기관의 진료능력을 고려하여 적합한 응급의료 기관을 안내하고, 해당 응급의료기관에서의 진료 준비를 지시하여 시간을 절약하는 등 정보 체계가 수행하는 역할은 응급의료체계의 운영결과에 핵심적인 영향을 미친다.

응급의료정보센터는 2000년 8월 응급의료정보체계의 구축과 전문적인 상담기능을 보장하기 위해 12개 응급의료정보센터를 대한적십자사로부터 권역응급의료센터로 이전하여 운영하고 있으나 아직까지 체계적인 기능수행이 미흡한 실정이다. 특히, 응급의료정보센터의 주요 기능인 응급병상 정보수집 및 분석이 응급의료기관의 협조 미흡 등의 이유로 원활하게 수행되지 못하고 있다. 응급병상 정보는 응급환자를 이송중인 구급차에 대해 적합한 응급의료기관을 안내하기 위한 사전정보로서도 중요하지만, 관내 응급의료자원의 현황과 문제점을 파악하는 기초 자료로서도 의미가 있다 하겠다.

이에, 응급의료서비스 강화와 위상 제고를 위해 공중보건 의사, 상황요원 직무교육을 실시하고 있으며 2007년 하반기부터 제공하는 정보의 질적 수준을 높이고자 당번약국 안내시스템 및 응급 의료정보시스템(NEDIS) DB를 도입하여 활용하기 시작하였다.

이와 함께 관할지역내 소방, 경찰, 응급의료기관을 동시에 호출할 수 있는 무선통신망을 2006년부터 2007년 3월까지 중앙센터 및 9개 정보센터에 구축하였으며 2007년 12월까지 3개 정보센터 및 99개 이송업체에도 구축하였다.

마. 응급의료 관련 통계·자료 수집체계의 미흡

올바른 정책수립 및 성과평가를 위해 가장 기본적인 사항은 관련된 현실에 대한 정밀한 분석이며, 이는 기본적인 현황에 대한 파악이 전제되어야 가능하다. 그러나 현행 응급의료체계에 대한 주요 통계지표는 1996년~1997년 사이에 측정된 것이며 핵심지표인 예방 가능한 응급환자 사망률은 1999년 2004년 2차례에 걸쳐 측정하였다. 각종 통계자료를 생성할 수 있는 시스템이 마련되어

있지 않아 비정기적인 연구용역 등의 형태로 자료를 확보할 수밖에 없기에 자료의 연속성과 측정 일관성이 부족한 점 등이 문제가 되는 점이다.

특히, 응급의료 체계는 세계적으로 비교 가능한 객관화된 지표가 풍부한 의료체계로 체계화된 통계정보망은 서비스의 질적 관리와 향상을 위해 필수적이라 할 수 있다.

따라서 2004년부터 응급의료정보시스템(NEDIS)을 구축하여 응급실로 내원하는 환자들의 정보를 수집하여 분석·활용하고 있으며 2007년에는 서울, 부산 등 7개 응급의료정보센터를 대상으로 지역의 의료자원 정보(인력, 시설, 장비)의 DB구축을 시작하여 응급의료 자원 동원시 신속하고 효율적인 응급의료체계를 운영할 수 있도록 하였다.

3. 2003년~2007년 응급의료 체계 개선 실적

응급의료기금을 확충하여 응급의료 체계의 개선에 착수했던 2003년에 이어 2004년은 선진적 응급의료체계를 재구축하는 원년이였다. 또한 가장 주요한 성과는 예방 가능한 응급환자 사망률이 1998년 50.8%에서 2004년 39.6%로 개선되었으며 2007년에도 동 연구를 진행하고 있다.

2010년까지 선진국 수준으로 개선하기 위하여 2005년 응급의료기본계획을 수립하는 등 선진 응급의료체계의 기반을 마련하였다. 2003년에 이어 응급의료기관체계를 정비하는 작업을 지속하여 응급의료체계의 효율성과 접근성을 함께 개선할 수 있는 기반을 조성하였으며, 응급환자 이송체계의 기반 인프라를 확충하였고 응급의료 정보 통신체계 구축 사업을 지속하였다.

가. 제도개선

2002년 3월 응급의료가 효과적으로 제공될 수 있도록 응급의료기본계획을 수립하도록 하고 전전년도 교통범죄금 총수입금액의 20퍼센트에 해당하는 금액을 응급의료기금에 출연하도록 함으로써 선진적인 응급의료체계를 구축하는데 필요한 재원을 확보할 수 있도록 하기 위해 응급의료에 관한 법률을 개정하였다.

이어, 2007년에는 구급차·철도차량·항공기·선박·다중이용시설 등에 자동제세동기 등 심폐소생술을 행할 수 있는 응급장비를 갖추도록 하고, 의료인과 응급구조사 외에 다중이용시설 등에서 안전업무 등을 수행하는 직원에게도 구조 및 응급처치에 관한 교육을 받도록 함으로써 응급조치를 취하면 살릴 수 있는 응급환자가 신속한 처치를 받을 수 있도록 하였다.

나. 응급의료 재정 확충

응급의료기금이 2003년도 총 50억에서 총 500여억 원의 규모로 확충됨에 따라 응급의료체계 개선을 위한 안정적인 재원을 확보하게 되었으며, 2004년부터는 전면적인 응급의료체계 개선 대책이 추진될 수 있는 여건을 조성하였다.

그러나 응급의료기금 재원인 도로교통법 제162조제3항의 규정에 의한 범칙금이 2006년부터 줄어들고 있는 실정임에 따라 또 다른 재원마련이 시급한 실정이다.

〈표 2-8-18〉 응급의료기금 현황

(단위 : 억원)

연 도	2002	2003	2004	2005	2006	2007
응급의료기금	48	475	560	583	632	613

다. 효율적인 응급의료 체계 구축

1997년~1998년 조사와 2003년~2004년의 우리나라 예방 가능한 사망률 연구결과를 비교해 볼 때 전체 예방 가능한 사망률은 10.8%, 병원 단계에서의 예방 가능한 사망률은 4.8%가 각각 개선되었다.

또한 1997년~1998년 조사에서는 2차병원에서의 예방 가능한 사망률이 3차 병원보다 유의하게 높았던 반면, 최근 연구에서는 3차병원과 2차병원 사이에 예방 가능한 사망률이 차이가 나지 않아 이는 과거에 비해 응급진료의 질이 평준화 되었다고 할 수 있다.

그러나 2004년 외상환자 응급실 예방 가능한 사망률(39.6%)의 문제요인 분석 결과 병원 단계에서의 예방 가능한 사망률은 25.7%로 병원 전 환자 이송단계의 요인에 의한 것이 14% 정도인 점에서 2007년 역시 응급의료체계 개선의 가장 주된 정책은 중증 응급환자의 소생을 중대를 위한 상급 응급의료기관의 정비 및 개선이었다.

〈표 2-8-19〉 예방 가능한 응급환자 사망률 문제요인 분석결과(2004)

문 제 요 인	예방 가능한 사망률	병원 도착 전 요인	병원 단계내 진료 요인
%	39.6	14	25.7

이에 따라, 2003년부터 전국의 응급의료기관에 대하여 매년 평가를 실시하여 의료기관의 미비사항에 대한 개선을 유도하고 있다. 평가는 중앙정부와 자치단체, 전문가그룹(응급의학 전문의) 및 시민단체(건강세상네트워크)의 합동 평가 팀이 수행하였으며, 주된 평가기준은 법률에서 규정한 적정 인력·시설·장비 등 인프라의 구비·가동 현황 등이다.

2007년 권역(16) 및 지역(99) 응급의료센터 및 지역응급의료기관(309) 평가 결과 응급의료기관의 인프라가 점차 개선되고 있는 것으로 나타났다. 권역응급의료센터의 경우 적정 기능수행을 위한 최소한의 법정기준 충족률이 전년도 91.1%에서 95.2%, 지역응급의료센터는 전년도 93.8%에서 95.3%, 지역응급의료기관은 전년도 84.3%에서 86.3%로 전반적으로 개선되고 있는 것이 가시화 되고 있다.

응급의료시설의 법정 요건 충족률이 높아지는 반면, 시·도간 응급의료센터의 편차도 매우 큰 차이를 보였다. 대도시에는 수익성이 보장이 안 될 정도로 중복 배치되어 있고 농어촌 등 지방의 경우 1시간 이내 접근 가능한 응급의료센터가 없는 지역도 다수 존재하였으며 전체적으로 주요 선진국의 1.5배 수준의 응급의료센터를 유지하고 있었다.

24시간 인력·시설·장비를 유지해야 하는 등 수익성이 낮은 응급의료의 공공적 특성을 감안할 때 응급의료기관에 대한 집중적 지원이 필요하나, 선택과 집중에 의한 효율적 육성을 위해 최적 규모의 응급의료센터 재배치가 불가피한 상황이었다. 이런 배경에서 과다·중복된 센터의 균형적 재배치를 위해 2003년 평가 결과 법정기준에 크게 미흡한 권역(1개소), 지역(42개소)의 지정을 취소하는 조치가 취해졌고 평가 결과가 양호한 권역(14개소), 지역(48개소)의 응급의료인프라를 확충하기 위하여 159억원의 지원이 실시되었다.

2004년 1차 평가결과를 토대로 2004년에는 응급의료기관에 110억원의 지원금과 시설확충용자금100억원이 지원되었다. 2004년 2차 평가결과를 토대로 2005년에도 응급의료기관 지원발전 프로그램 사업비 110억원과 시설확충용자금 70억원을 지원하였다. 2006년에는 146억원을 응급의료기관 지원발전 프로그램 사업비로, 70억원을 시설확충용자금으로 각각 지원하였으며 2007년에도 응급의료기관 지원발전 프로그램 사업비 126억, 시설확충용자금 70억원을 각각 지원하였다.

또한, 2006년부터 응급의료 취약지역 해소와 응급의료기관이 없는 농어촌 군지역의 24시간 응급의료 제공을 위한 기초 인프라 확충을 위하여 군 지역 의료기관의 응급실 시설·장비 개선 및 응급실 전담 의사 인건비를 지원하였다. 열악한 근무여건과 낮은 보수로 의료계 3D분야로 분류되는 응급의학전문의를 확충하기 위하여 수련보조수당(월 50만원)을 지원하는 정책을 2003년부터 실시하고 있다.

그리고 이와 동시에 전국의 응급환자 발생·환자 이동·지역 내 교통거리 등을 감안한 응급 진료권 분석 연구를 실시하여 2004년 3월 중 결과가 도출되어 이 결과를 토대로 응급의료센터가 반드시 있어야 됨에도 배치되지 않은 응급의료 취약지역에 응급의료센터의 추가 지정과 건립 지원(용자·보조)을 실시하여 응급의료기관의 균형 배치를 도모하였다.

환자 이송체계와 정보통신체계의 개선을 위한 인프라 확충 사업도 함께 전개되었다. 우선 법령 개정에 따른 구급차 장비 확충을 위해 119구급대의 구급차 증차, 구급장비 확충 등을 위해 186억원이 지원되었으며 확충된 주요 구급장비는 다음과 같다.

〈표 2-8-20〉 119구급대 구급장비 확충 현황(2007)

이 송 수 단		구 급 장 비			
응급헬기 등 의료장비	구 급 차	자동심실제세동기	휴대용 산소소생기	제세동 패치	구급차 소독기
7	184	154	180	872	194

이러한 응급체계구축결과 2004년 외상환자 응급실 예방가능 사망률이 39.6%로 개선되었으나 선진국 20% 수준에 비하여 아직도 높은 수준이다.

2005년 7월 예방 가능한 사망률을 39.6%에서 20%대로 낮추기 위하여 “2006년 ~2010년 응급의료기본계획”을 처음으로 수립하였다. 주요 내용은 응급의료의 질적 수준 개선, 응급의료의 접근성 및 이용편의성 개선, 응급의료의 보장성 강화, 응급의료의 선진화 기반 구축, 응급의료 정보센터의 특성화·전문화 및 응급의료의 효율적 관리체계 구축에 관한 사항으로 이에 대한 분야별 세부 추진계획을 수립하여 내실 있게 추진할 계획이다.

응급환자 이송의 신속성과 정확성을 개선하기 위한 응급의료 이송정보시스템도 인천 지역을 대상으로 시범사업이 2003년 12월부터 2004년 7월까지 수행되었다. 이는 관할 지역 내 응급 의료기관의 응급환자 종류(뇌졸중, 심장발작 등)별 수용가능 여부가 실시간으로 119구급차의 무선인터넷 스크린으로 표시되고, 환자의 상태를 해당 의료기관으로 사전에 알려줄 수 있는 정보통신 시스템이다. 시범사업 결과 몇 가지 기술적 미비점들에 대한 개선이 필요한 것으로 판단되어 이를 개선한 후 사업을 확대하기로 하였다. 이 시스템을 통해 향후 환자이송의 정확성과 신속한 응급진료를 보장하도록 할 것이다.

또한, 응급의료 통계정보의 수집과 응급의료체계 현황 평가를 위해 응급의료기관의 응급환자 진료정보가 중앙전산망에 수집·분석되는 응급환자 진료정보망 구축방안 연구를 수행하였다. 우선 2003년 6월부터 2004년 6월까지 응급진료정보 표준화 및 진료정보 프로그램을 개발하여 14개 권역응급 의료센터를 대상으로 시범운동을 실시하였다. 그 후 2004년 9월부터 2005년 2월까지 중앙응급의료센터에 응급진료정보망 서버를 구축하고 16개 권역응급 의료센터에 진료 정보망을 구축하고 운영하는 사업을 수행하였다.

이 시범사업 결과를 반영하여 2005년부터는 시스템을 45개 지역응급의료센터에 구축하였고 2006년부터는 미구축 지역응급의료센터로 확대 추진 중에 있다. 이와 같은 체계가 정비되면 향후 시기별·지역별로 응급의료체계의 운영 실태를 과학적으로 파악할 수 있을 것으로 기대된다.

라. 재해대응 응급의료 지원체계 구축

2002 월드컵 대회, 아시안 게임, 아태장애인 대회 등 국제대회의 안전한 개최를 위해 응급의료 지원체계를 구축·운영한 경험은 2003년 대구지하철 화재사고, 태풍 매미로 인한 수해 등의 재해 발생시 신속하게 대처할 수 있는 밑거름이 되었다.

이러한 경험으로 2004년에는 동남아시아 지역 지진·해일에 의한 피해 발생시 해외 의료 지원을 실시하였다.

2007년에는 북한 수해지역에 두 차례에 걸쳐 의약품을 지원하였으며 태안지역 기름유출사고 피해지역의 지역주민과 자원봉사자들의 현장 응급의료서비스 지원을 위해 중앙응급의료지원단을

파견하여 각종 피부질환, 호흡기질환 및 동절기에 우려되는 동상, 외상 등의 치료를 위해 충남 태안군 이원면에 현장응급의료 진료소를 설치하였다. 또한, 명절 연휴 및 보건의료노조파업 등 진료공백을 해소하기 위해 비상진료대책을 수립하여 시도별 비상진료대책 상황실을 운영하고 있다.

아울러, 각종 안전사고 및 재난대비 응급의료지원체계 점검을 통해 향후 재난발생시 신속한 대응을 할 수 있도록 재난응급의료체계 구축에 노력하였다.

4. 향후 대책

2003년부터 응급의료체계를 획기적으로 개선하기 위한 다양한 정책이 추진되고, 2004년부터는 본격적으로 선진적 응급의료체계를 구축하기 위한 사업을 지속적으로 실시하였다. 2005년부터는 응급의료기본계획(05년~10년)을 수립하여 구급차 등 이송자원, 의료기관, 전문인력 등 응급의료 기본인프라의 효율적 활용, 상호간의 연계 강화와 질적 수준 향상을 위한 목표를 수립하고 이의 달성을 위한 사업을 추진하고 있다.

그 간 체계마련의 기반은 조성되었으나, 아직도 응급의료 인프라(hardware)는 크게 미흡하며 지역별 불균형이 상존하는 상태이며, 국민들은 응급의료 이용에 있어 낮은 질적 수준과 접근성의 어려움이라는 이중고를 체감하고 있다. 이와 함께 생활수준의 향상으로 수준 높은 응급의료 서비스에 대한 국민 요구는 커지고 있으나, 양적 성장에 비해 질적 향상은 미흡하므로 전문화된 서비스의 제공과 질적 수준 제고를 위한 체계개선 노력도 병행되어야 할 것이다.

이에 정부는 향후 응급의료기관을 균형적으로 재배치하고 집중·육성하여 양질의 응급의료가 국민들에게 제공될 수 있는 체계를 마련하는 등 지속적으로 “2010년까지 예방 가능한 응급환자 사망률을 20%대로 개선하기 위한 응급의료체계 개선대책”을 추진할 예정이다.

제3절

공공보건의료정책

I 공공보건의료 확충 종합대책 수립 및 추진*

1. 추진 배경

우리나라의 보건의료 서비스 공급 체계는 크게 두 가지의 문제점을 가지고 있다. 하나는 민간 의료의 비중이 지나치게 높다는 것과 다른 하나는 1차, 2차, 3차로 구분되는 의료서비스 의뢰 체계가 없어진 것이다. 이로 인하여 의료기관이 도시에 집중되어 있을 뿐 아니라 수익성이 높은 급성병상이 지나치게 많고 환자는 3차 의료기관 이용을 선호하고 있어 의료서비스 공급이 매우 불균형한 상태이다.

국민들의 생활수준이 향상되고 '삶의 질' 향상에 대한 수요가 증가함에 따라 보건복지 분야에 대한 국가의 역할과 비중이 더욱 강조되고 있으나, 민간주도의 의료시스템으로 인해 국가 보건 의료정책을 효율적으로 수행하지 못하고 있다. 이러한 문제점을 해결하기 위해서 공공보건의료 인프라를 대폭 보강·정비하여, 소득·지역·연령에 차별 없는 '전 국민 건강보장'을 실현하는 것을 중점 추진과제로 선정하였다.

이에 따라, 공공보건의료 기반확충 및 경쟁력 강화를 위해 총리주재 관계장관회의, 공청회, 의협, 국립대학병원, 보건의료노조 등의 의견을 수렴하여 '05~'09년까지 5년간 「공공보건의료 확충 종합대책」의 추진을 보건의료정책심의위원회 심의 및 국무회의 보고 후 확정·발표('05.12)하였다.

*집필자 : 공공의료과장 설정곤

2. 현황 및 문제점

가. 국민의료비의 지속적 증가 예상

OECD 국가와 비교하여 GDP 대비 국민의료비의 비중은 6.0%(2005년 기준)로 OECD 국가 중 최하위 수준에 있으나, 연평균 1인당 의료비 증가율('95~'05)은 7.6%로 높은 편이다.

〈표 2-8-21〉 주요 OECD 국가의 국민의료비 현황

(2005년 기준, 단위 : %, \$)

	호 주	프랑스	일 본	스웨덴	영 국	미 국	한 국
국민의료비/GDP	9.5	11.1	8.0	9.1	8.3	15.3	6.0
1인당 의료비 연평균 증가율('95~'05)	4.7	2.3	2.6	3.8	4.2	3.6	7.6
1인당 국민의료비(USD)	3,519	3,374	2,358	2,918	2,724	6,401	1,318
(공공/국민)의료비	76.0	79.8	82.0	84.6	87.1	45.1	53.0

※ 공공의료비에는 정부지출, 건강보험, 의료급여 등 포함

※ 출처 : OECD HEALTH DATA 2007

국민의료비를 합리적으로 제어할 수 있도록 병상 등 의료자원의 적정화, 표준진료지침 도입 등의 대책이 마련되지 않을 경우, 노인인구 · 소득의 증가(수요측면)와 의료기술의 발달 및 인건비 증가 등(공급측면)으로 국민의료비의 지속적인 증가가 예상된다.

〈표 2-8-22〉 향후 우리나라 국민의료비 추계(중립적 시나리오 가정시)

연 도	2001	2010	2020	2030
국민의료비	33조원	74조원	171조원	373조원
GDP대비(%)	6.1%	8.1%	11.4%	16.8%

※ 출처 : 김창엽, 「공공병원 확충방안 개발에 관한 연구」, 2004

국민의료비 대비 공공의료비의 경우 우리나라는 53.0%(2005년 기준)로 미국(45.1%)을 제외하고 낮은 수준에 있고, 1인당 국민의료비도 1,318\$로 주요 OECD 국가에 비해 낮은 수준이다. 국민의료비를 합리적 수준으로 유지하기 위해서는 공공의료비의 비중을 늘리되 효율성 · 형평성을 고려한 적정수준 설정이 필요하다.

다만 우리나라의 의료비 지출 중 공공부문에서의 지출 비중은 2001년 50%대 진입 후, 2006년에는 지출액이 두 배에 가까운 규모로 늘어나서 점차 증가하는 추세에 있다.

〈표 2-8-23〉 우리나라 국민의료비 중 공공의료비의 비중 추이

구 분	1990	1995	2000	2005	2006
공공부문 지출액(조원)	3.0	5.9	12.9	25.7	30.0p
비중(%)	39.5	38.1	48.5	53.1	55.1p

※ 출처 : 보건복지가족부, 2006 국민의료비 잠정 결과 보고

나. 급성기병상 등 의료자원의 비효율적 배분

우리 나라의 급성기병상 수(인구 1천명당, '05기준)는 6.5개로 OECD 국가(평균 3.9개) 중 일본을 제외하고는 많은 편이며, 대부분의 OECD 국가의 급성기병상 수는 감소 추세에 있으나 우리나라는 증가 추세에 있다.

〈표 2-8-24〉 주요 OECD 국가의 급성기병상 현황

(2005년 기준, 단위 : 개, 인구 1천명당)

급성기 병상수	호 주	프랑스	독 일	일 본	스웨덴	영 국	미 국	한 국
2005	3.6	3.7	6.4	8.2	2.2	3.1	2.7	6.5
2000	3.8	4.1	6.8	9.6	2.4	3.8	2.9	5.2

※ OECD 평균은 2005년 3.9개, 2000년 4.30개임

※ 출처 : OECD HEALTH DATA 2007

다. 국가의 역할·책임 확대 요구 증가

확대되는 건강격차, 민간자본 중심의 의료공급체계, 기존 공공의료기관의 공공성 미흡 등으로 국가의 역할·책임 강화가 요구되고 있다. 민간중심의 의료체계는 효율적일 수 있으나 건강격차 등 형평성 문제, 국가적 재난·비상사태 등 비시장성 의료 등에 대해서는 한계가 있는 반면 공공성의 측면에서 수행하고 있는 역할 또한 간과할 수 없으므로 이를 지원 및 강화할 필요가 있다.

라. 지속가능한 보건의료체계 구축 미흡

민간의료가 주도하는 현 보건의료체계의 비효율성 및 비형평성 내에서 공공의료 부문의 적극적인

역할을 명확히 정립하고, 공공병원의 기능을 특화하여 민간병원과의 불필요한 경쟁을 지양할 뿐만 아니라 민간병원이 일부 수행하는 공공기능도 장려 및 확대해 나가야 한다.

이를 위해 국가 공공보건의료의 목표와 역할을 정립하고 공공보건의료의 기획·조정·지원 기능을 강화하여 일관된 국가 공공보건의료정책의 수립 및 집행이 가능한 공공보건의료체계를 구축할 필요가 있다.

〈표 2-8-25〉 우리나라 공공보건의료기관 현황

(2007.12.31 기준)

보건의료기관 분류		기 관 수		병 상 수	
국·공립 일반병원	국·공립 종합 병원	4	2.2%	2,040	3.9%
	국립 대학 병원	14	7.7%	9,786	18.5%
	지방 의료 원	35	19.2%	7,959	15.1%
	적십자 병원	6	3.3%	1,239	2.3%
	보훈 병원	5	2.7%	2,502	4.7%
	산재 병원	9	4.9%	3,793	7.2%
	경찰 병원	1	0.5%	500	0.9%
	군 병원	20	11.0%	6,198	11.7%
국·공립 특수병원	암 전문 병원	2	1.1%	994	1.9%
	아동 병원	1	0.5%	295	0.6%
	재활 병원	2	1.1%	260	0.5%
	정신 병원	18	9.9%	8,256	15.6%
	결핵 병원	3	1.6%	1,373	2.6%
	한센(나) 병원	1	0.5%	1,000	1.9%
	노인요양 병원	43	23.6%	6,123	11.6%
	(장애인)치과 병원	1	0.5%	0	0.0%
	보건 의료 원	17	9.3%	473	0.9%
공공 병원 계		182	100.0%	50,751	100.0%
보건기관	보건소	234			
	보건지소	1,288			
	보건진료소	1,913			
보건기관 계		3,435			

※ 출처 : 보건복지가족부

3. 비전 및 전략

우리나라 공공의료 발전을 위한 비전은 공공보건의료를 확충하여 보건의료를 지속발전 가능한 체계로 개편함으로써 국민의료비의 합리적 수준 유지와 국민건강권을 보호하는 것이며 추진 전략은 다음과 같다.

첫째, 공공보건의료체계 정비, 공공보건의료의 연계 강화, 서비스 수준 제고 등 공공보건의료 체계를 개편하고 효율화한다.

둘째, 병상자원 수급 적정화, 전문진료와 양·한방 협조체계 구축 등 고령사회에 대비하여 공공보건의료의 역할 및 투자를 확대한다.

셋째, 국민 평생건강관리체계 확립, 전략적 질병관리의 강화, 원활한 공공보건의료 인력공급 체계 마련 등 예방중심의 질병관리체계를 확립한다.

넷째, 전염병 대응체계 구축, 비시장성 필수공공재 공공기반 확충 등 필수보건의료 안정망을 확충한다.

4. 세부 추진계획

가. 공공의료기관 기능 특화 및 효율화

국립대(치과)병원은 지역특색에 맞는 전문질환센터의 운영과 광역지자체에 대한 자문 및 공공보건의료기관과의 협업 수행 등을 통해 광역단위 국민보건 주도기관으로 활성화할 계획이다. 지방의료원과 적십자병원은 예방, 진료, 재활, 요양 등 포괄적 서비스 제공과 전문가 및 지역사회의 운영 참여 활성화 등을 통해 지역거점병원으로 육성하고, 보건소는 건강증진과 만성질환관리 등 예방중심으로 기능을 전환하되 지역 여건에 따라 필요한 진료기능을 지속 수행하도록 개편할 계획이다.

국립의료원은 진료 중심의 의료기관에서 국가 정책의료의 수행기관으로서 역할을 개편하여 임상진료지침 개발·보급, 장기이식관리, 신종·재출현 전염병 관리, 심뇌혈관질환 관리 및 연구, 임상연구지원, 응급의료체계 관리 등 국가의 정책의료를 수행토록 할 예정이다.

또한 국립의료원의 신축 또는 이전을 다각적으로 검토하여 새로운 기능 및 역할에 적합한 방안을 마련할 계획이다.

공공보건의료체계를 개편하기 위한 법적 근거를 마련하기 위하여 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」을 제정(05.7)하여 보건복지가족부에서 관리·감독을 수행하고 있다. 또한 국립의료원의 법인전환을 위해 「국립의료원 설립 및 운영에 관한 법률」 제정을 추진하고 있다.

나. 저출산·고령사회 대비 공공부문 역할 및 투자 확대

병상수급구조를 고령사회 도래가 예상되는 2020년까지 합리적으로 개편하기 위하여 국가 병상수급 기본대책을 정기적으로 수립할 것이다.

대형병원은 시설·기술·인력의 집중이 필요한 ‘급성기 입원진료’에 전념할 수 있도록 여건을 개선하고 중소병원은 ‘장기 요양 진료’ 중심으로 병원 규모에 따른 역할분담을 유도할 것이다. 경영상의 어려움을 겪고 있거나 급성기병상을 장기요양병상으로 전환하고자 하는 중소병원의 기능전환을 촉진하기 위해 재정융자특별회계 자금을 융자·지원하여 요양병상 수요에 대응하는 적정수의 병상을 확보하고, 급성기 병상이 과잉 공급된 지역에는 신규 장기요양병상의 확충보다는 기존 급성기 병상의 기능 전환에 대해서 우선 지원하는 등 급성기병상의 장기요양병상 전환을 적극적으로 유도·지원할 것이다.

급속한 인구고령화에 대비하여 노인의료비 증가를 억제하고 치매, 만성퇴행성 질환 등 복합적 양상으로 발생하는 노인전문 진료 및 연구 수요에 부응하기 위해 2012년까지 노인보건의료센터 8개소를 건립하여 고령시대에 대비한 광역단위 거점기관으로서 운영할 것이다. 노인장기요양 시설 수요(65세이상 노인인구의 2.0%)를 충족하기 위한 필요시설을 단계적으로 확충을 위해 2009년까지 254개소 22,770병상(공공 85개소 7,734병상)을 목표로 추진하고 있다.

저출산 시대에 대비하여 어린이의 신체적·정신적 특성 및 특별한 욕구에 부합하는 전문인력과 시설·장비·환경을 갖춘 진료과가 설치된 어린이병원을 ’05년부터 ’10년까지 100병상급 4개소를 건립할 계획이다. 장애아동, 희귀·난치성질환, 선천성질환 어린이에 대한 전문의료, 상담 제공 및 관련인력 양성, 혼한 어린이 질환예방, 신생아 의료, 유아에 대한 영양 및 구강관리 및 암치료를 수행하게 될 것이다.

또한, 급속한 고령화로 인하여 한방의료이 비교우위에 있는 만성·퇴행성 질환은 증가하고 있으므로 서민층 등이 부담 없이 표준화된 한방의료서비스를 이용할 수 있도록 공급체계를 구축

하고, 치료의 효율성이 높고 가격이 저렴한 한·양방 표준협진 의료모델을 개발하여 진료에 활용할 것이다. 이를 위해 지방의료원 등 지역거점병원(40개 기관)을 중심으로 한방진료부를 설치하여 과학적으로 검증된 표준한방 진료서비스를 제공할 계획이다.

다. 예방중심의 국가질병관리체계 구축

지역·학교·사업장을 포괄하는 통합적인 평생건강관리체계를 구축하고 부처간 역할분담과 효율적인 협력체계 구축을 통하여 학생·근로자를 포괄하는 전 국민 평생건강관리를 위한 기반을 구축할 계획이다.

보건(지)소 업무를 진료·행정 위주에서 예방·건강증진, 질병관리, 노인·방문보건 등 보건 서비스 중심으로 개편해 나갈 계획이다. 이를 위해 보건소의 인력배치 기준을 도시·농촌 등 지역특성을 감안하여 조정하는 것이 필요하다. 특히 방문보건 인력을 대폭 확충하여 찾아가는 서비스의 기반을 마련하도록 할 것이다.

보건사업의 사각지대인 도시지역에는 단계적으로 지역보건센터형 보건지소를 확충할 계획이다. 도시지역 보건지소는 의료급여 차상위계층·노인·장애인, 임산부, 영·유아 등을 대상으로 고혈압, 당뇨 등 만성질환 관리, 예방접종·전염병관리, 각종 건강검진 사업 등을 체계적으로 추진하고, 정신보건, 재활, 노인보건사업 등 신규 보건사업을 수행하는 역할을 담당하게 될 것이다.

질병관리본부의 질병 예방 및 만성질환관리 기능을 강화할 계획이다. 포괄적인 평생건강관리 체계 구축을 위하여 학생·근로자 건강증진, 지역사회 영역 등을 포괄하는 통합적인 관리체계를 구축하고, 건강 및 질병조사·감시체계 구축으로 보건지표의 모니터링 평가체계를 운영하며, 지자체 및 담당인력에 대한 교육훈련과 전문적인 기술지원 등 관리기능을 수행할 것이다. 또한 질병관리본부에 학교·사업장의 건강증진·질병관리, 지역사회 보건 및 손상·환경성 질환관리 등에 대한 연구, 기술지원 업무 등을 확대할 것이다.

사업장 등을 포괄하는 지역사회 보건사업을 전담할 팀제 조직으로 주민건강증진센터를 신설하고, 사업대상 집단을 다각화하여 근로자·청소년·아동 및 보육시설의 영유아 등을 대상으로 다가가는 서비스를 제공하며, 건강보험공단에서는 학교, 사업장 및 지역주민 등을 대상으로 보건소 및 보건지소 등과 연계한 만성질환 관리 및 건강증진사업 등을 지원·강화할 것이다.

라. 필수 보건의료 안전망 확충

SARS, 조류인플루엔자 등 고위험 신종전염병의 등장과 두창, 탄저 등 생물테러전염병의 위험이 증대됨에 따라 공공의료기관을 중심으로 격리병상을 연차적 추가 확보 및 격리병실 내 감염차단시설(음압유지시설)을 보강하고, 전 국민 안전보장을 실현할 수 있도록 두창 백신을 연차적으로 확보할 것이다.

응급, 혈액, 인체 장기 및 조직, 재활 등 시장에 의해 공급되기 어려운 필수 공공재의 국가 공급기반을 확충하면서 민간투자도 적극적으로 유도할 것이다. 화상·독극물 등 전문응급의료 센터의 지정·육성으로 응급의료의 인프라를 확충하고, 혈액사업조직의 전문성과 독립성 확보로 혈액관리 능력 제고 및 안전한 혈액을 공급하며, 권역별 재활센터 건립, ‘재활병원인증제’ 도입 등 재활서비스의 공급기반을 확충할 계획이다.

II 지역보건의료계획 수립 및 시행*

1. 지역보건의료계획 수립 목적

지역보건의료계획의 목적은 기초 및 광역자치단체 수준에서 지역실정에 맞는 보건의료사업에 대한 계획을 수립하여 지역주민의 건강육구에 부응하는 지역보건의료사업을 개발함으로써, 서비스의 질을 향상시키고 주민건강 향상을 도모하기 위한 것이다.

동 계획의 특징은 보건사업에 대한 각종 계획을 중앙정부에서 수립하여 시달하면 지방자치단체에서는 이를 피동적으로 집행하던 종전의 상의하달방식(top-down)에서 탈피하여 지방자치단체가 주도적으로 계획을 작성한 후 중앙정부의 조정을 거쳐 지방자치단체에서 시행하는 하의상달방식(bottom-up)을 채택함으로써 추진목표를 명확히하며, 보건기관의 기획능력 향상 및 동기를 부여하고 지방자치단체장, 지방의회, 지역의사회 및 의료보험조합을 포함한 관련단체와 기관 등 각계각층이 계획수립에 참여함으로써 보건의료에 대한 인식을 제고하고 주민건강증진에 이바지하는 것이다.

*집필자 : 건강정책과장 정충현

2. 지역보건의료계획 평가 추진 배경

지역보건법 제3조 내지 제6조 및 같은 법 시행령 제3조 내지 제6조에 의거 매 4년마다 지역 보건 의료계획을 수립하고 그 계획에 따라 매년마다 연차별 시행계획 및 연차별 시행결과를 평가하도록 규정하고 있다. 지역보건의료계획 및 시행결과의 평가는 1994년 우루과이라운드의 타결 이후 농산물 수입에 방어하고 농어촌 발전과 보호를 위한 농어촌의료서비스 개선대책(1994년 9월 보건사회부)에서 시작되었다.

1995년 지방자치제가 본격적으로 실시되면서 보건소법을 지역보건법으로 개정하게 되었고, 1996년부터 전국의 광역 및 지방자치단체는 매 4년마다 지역보건 의료계획을 자체적으로 수립하고 매년 연차적 시행계획을 수립하도록 하였다. 1996~1997년 개발된 지역보건의료계획평가서는 지역보건법 제정 이후 시행된 지역보건 의료계획에 대한 최초의 본격적인 평가서로 의의가 있다.

그러나 1996, 1997년에 걸쳐서 시행된 지역보건의료계획 평가는 평가의 목적이 농어촌 의료 서비스 개선사업 평가의 일부로 편입되어 농어촌 보건소 지원순위를 선정하는 평가영역의 일부로 시행되었으며, 서류평가만 시행하였다. 1997년 제1기, 1999년에 제3기 지역보건의료계획이 제출되었으나, 일부 농촌지역만 대상으로 평가를 시행하였다.

지역보건의료계획의 수립은 보건소의 기획력 향상에 적잖은 기여를 하였으나 지역보건의료 계획에 대한 체계적이고 과학적인 평가가 필요하다는 지적이 꾸준히 제기되어왔다. 이에 2001년에 지역보건의료계획 시행결과 평가 기준 및 평가체계 개발에 관한 연구용역을 실시하여 서류평가와 현지평가를 병행하는 평가체계를 개발하였고, 전국의 보건소를 대상으로 한 평가가 시행되었다.

이듬해에 전국 40개 보건소를 대상으로 시범사업을 실시하였으며 2002년도에 제3기(2003~2006) 지역보건의료계획을 수립하고 이를 평가하였다. 2003년부터 2006년까지 매해 지역보건의료계획 연차별 시행계획 및 시행결과를 수립한 내용을 평가하여 모니터링 하였으며, 2003년도 40개소, 2004년 68개소, 2005년 69개소, 2006년 69개소를 선정하여 보건기관의 계획에 따른 업무수행과정을 중점적으로 평가하였다.

2006년에 제3기 지역보건 의료계획이 종료되면서, 그동안 평가한 서류평가, 1~4차 현지평가, 연차별 평가를 종합하여 최종결과를 종합함으로써 제3기 지역보건 의료계획은 마무리하였으며, 이듬해에 제3기 지역보건 의료계획 현지평가 종합 평가대회를 개최하여 지난 4년 동안의 평가 결과를 종합하고, 우수기관에 대한 시상을 하였다.

2007년에는 제4기 지역보건 의료계획이 수립이 되었고, 현지평가 또한 제4기를 맞이하였다. 이번 1차 현지평가는 제3기 1차 현지평가 기관을(40개소) 대상으로 평가하여 지난 4년간의 변화를 살펴 보고자 하였다. 향후 현지평가는 지방자치단체 보건사업 통합평가에 포함되어 실시할 예정이다.

[지역보건 의료계획 수립 및 평가]

- 제1기(1996년)
 - 1997~1998년도 계획 수립 및 일부지역 평가시행
- 제2기(1998년)
 - 1999~2002년도 계획 수립 및 일부지역 계획서 평가
- 제3기(2002년)
 - 2003~2006년도 계획수립 및 전국 시도·시군구 계획서 평가
 - 제3기 지역보건 의료계획 1차 현지평가 시행 (2003. 10)
 - 제3기 지역보건 의료계획 시행결과(03년) 및 시행계획(04년) 평가시행(2004. 5)
 - 제3기 지역보건 의료계획 2차 현지평가 시행 (2004. 9)
 - 제3기 지역보건 의료계획 시행결과(04년) 및 시행계획(05년) 평가시행(2005. 3)
 - 제3기 지역보건 의료계획 3차 현지평가 시행(2005. 9)
 - 제3기 지역보건 의료계획 시행결과(05년) 및 시행계획(06년) 평가시행(2006.5)
 - 제3기 지역보건 의료계획 4차 현지평가 시행(2006. 9)
 - 제3기 지역보건 의료계획 시행결과(06년) 평가시행(2007.3)
 - 제3기 지역보건 의료계획 종합 평가대회 실시(2007. 8)
- 제4기(2007년)
 - 2007~2010년도 계획수립 및 전국 시도·시군구 계획서 평가
 - 제4기 지역보건 의료계획 1차 현지평가 시행 (2007. 9)

3. 현 황

가. 지역보건 의료계획 및 시행결과 작성주기

지역보건법 시행령 제5조 및 제6조에 의거 지역보건 의료계획 및 시행결과에 대한 작성주기는 다음과 같다.

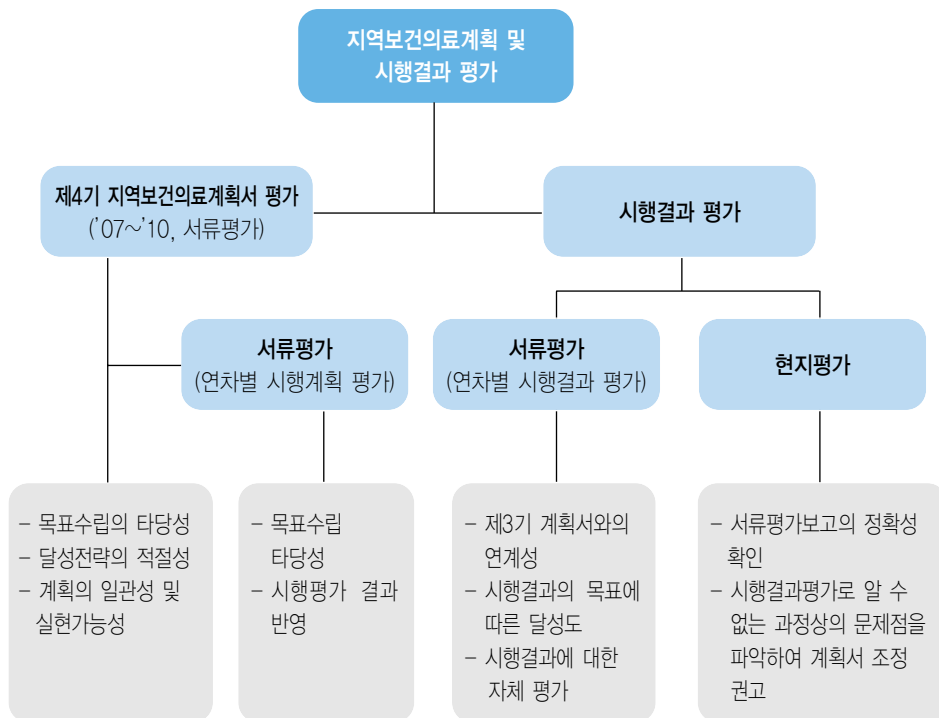
〈표 2-8-26〉 지역보건 의료계획 및 시행결과 작성주기

작성주체	작성계획	주기	제출시기	제출처
시·도	지역보건의료계획서	4년	시행전년 11월	보건복지가족부
	연차별 시행계획	1년	시행전년 11월	
	연차별 시행결과	1년	시행 후 3월	
시·군·구	지역보건의료계획	4년	시행전년 6월	시·도
	연차별 시행계획	1년	시행전년 6월	
	연차별 시행결과	1년	시행 후 2월	

나. 지역보건의료 계획 및 시행결과 평가 흐름도

지역보건의료계획서 평가는 서류평가로 하되, 시행결과 평가는 서류평가 및 현지평가로 구분하여 서류평가로 확인하기 어려운 사항을 현지를 방문하여 평가한다.

[그림 2-8-1] 지역보건의료 계획 및 시행결과 평가 구조도



4. 문제점

가. 전문적이고 체계적인 평가체계 개발의 필요성

지역보건의료계획 작성지침의 지속적인 개선, 직원들의 계획서 작성 경험 축적 차원에서 담당직원에 대한 꾸준한 교육 실시 등은 전반적인 계획서 수준 및 기획력 향상에 일부 기여해 왔으나, 여전히 기초자치단체장의 인식 부족, 예산과 인력 지원의 미흡, 담당직원의 과중한 업무부담, 전문성의 결여 등이 지적되었다.

지역보건의료계획 및 시행결과 평가에 있어서도 자체 평가기준이 없었으며, 지역보건의료계획의 범위가 16개 사업에 이르는 등, 보건소 종합계획의 성격을 가짐으로써 기존의 다른 보건사업평가 방식을 활용하기에 무리가 있어 지역보건의료계획에 대한 체계적이고 과학적인 평가가 필요하다는 지적이 제기되었다.

나. 지방자치단체장 등의 관심 및 지원부족

지역보건의료계획의 수립 및 시행결과에 대한 평가 등의 업무량이 폭증하고 있음에도 불구하고 지방자치단체장의 관심부족 및 인력지원 등의 대책이 없어 기본계획의 질이 떨어질 뿐만 아니라 지역주민들을 위한 실질적인 계획수립이 이루어지지 않은 문제점이 나타나고 있다. 또한, 현지평가의 경우 예산부족으로 평가대상 보건소를 일률적으로 평가하지 못하고 연차별로 나누어 평가함으로써 통일성이 결여되고 있다.

5. 대책

가. 담당공무원 및 평가단 교육 강화

중앙평가요원을 대상으로 현지평가 기준 문항별로 조사의 전문성과 객관성 보장, 평가요원 간 평가과정 및 평가결과의 편차 최소화, 사전 평가준비사항 및 주의사항 전달, 평가운영의 효율성을 도모하기 위해 평가대상 기관 직원들을 대상으로 평가지침 및 내용 교육, 평가관련 준비사항 및 주의사항을 전달하고 해당 보건소 담당공무원은 3일 동안 지침 교육을 실시할 계획이다.

나. 현지평가 기준 수정 및 보완

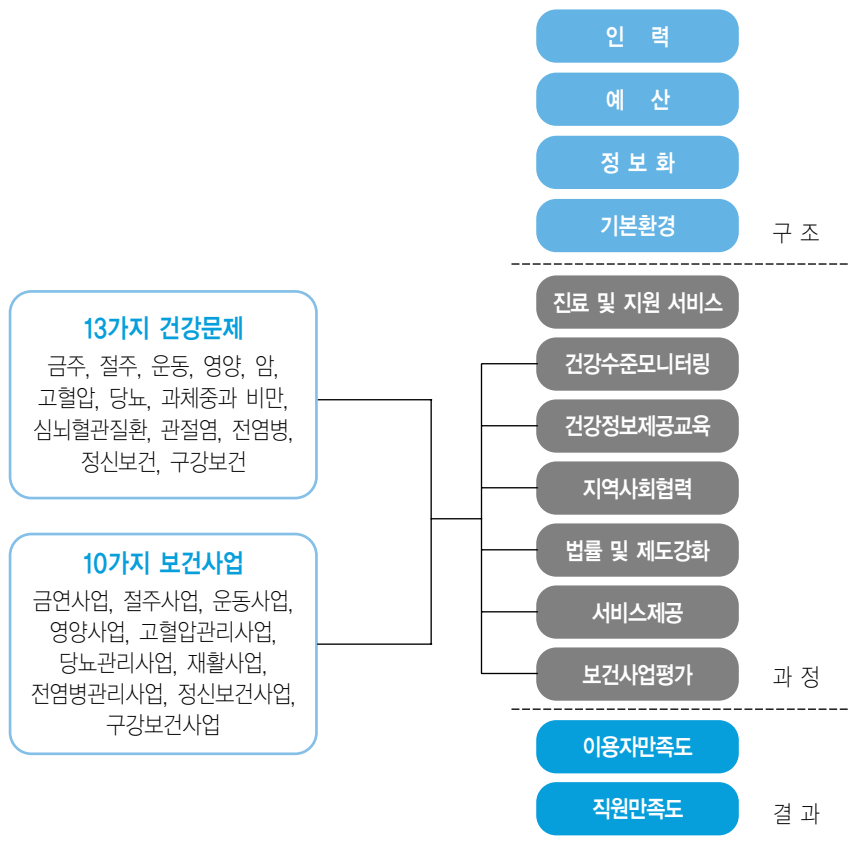
평가기준을 명확하게 하는 것은 평가결과의 정확성 확보 및 평가자에 따른 평가결과 편차를

최소화하기 위해서 매우 중요함으로 기존의 현지평가 기준 중 모호한 부분에 대해서는 좀 더 명확하게 수정하고 현지평가 기준을 현실적으로 보완하였다. 또한 각 사업별로 비교가 불가능했던 점을 고려하여 보건기관의 업무수행과정을 정하고 업무수행과정별로 보건사업을 비교하도록 보완하였다.

또한 2007년에 시행된 제4기 지역보건의료계획 1차 현지평가는 기존에 서류평가가 현지 평가와 연계를 갖지 못한다는 한계점을 보완하는 데에 목적을 두고, 제3기 지역보건의료계획 2006년 시행결과 평가를 현지에서 확인 하는 확인하는 것으로 대대적으로 수정 보완 하였다.

[그림 2-8-2] 현지평가기준의 변화

(2007년. 제4기 지역보건의료계획 1차 현지평가 기준)



다. 인센티브 제공을 통한 경쟁촉진

지역보건의료계획 시행결과 및 현지평가 결과를 해당 시·도 및 보건소 등에 통보하고, 언론 등에 공개함으로써 지방자치단체장의 관심을 촉진시켜 나갈 계획이다. 또한 평가 우수기관에 대해서는 지역보건의료계획 시행사업비를 인센티브로 지급하여 내실 있는 지역보건의료계획이 되도록 할 계획이다.

III 보건(지)소, 보건진료소 현대화*

1. 보건소 등 설치 기준

보건소와 보건지소는 지역보건법, 보건진료소는 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법의 규정에 의하여 설치·운영되고 있다.

〈표 2-8-27〉 보건소 등 설치기준

구 분	설 치 근 거	설 치 기 준
보 건 소	지역보건법 제7조 동법시행령 제7조	시·군·구별 1개소(필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가설치)
보건지소	지역보건법 제10조 동법시행령 제8조	읍·면별 1개소(필요할 경우 시장·군수·구청장은 추가 및 통합지소 설치·운영)
보건진료소	농어촌등보건의료를위한 특별조치법 제15조	이(里)단위의 오·벽지에 설치

2007년 12월말 현재 보건소는 251개소, 보건지소는 1,288개소, 보건진료소는 1,913개소 등 총 3,452개소의 지역보건 의료기관을 설치·운영하고 있다.

*집필자 : 건강정책과장 정충현

〈표 2-8-28〉 보건소 등 설치 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소)

시·도 별	총 계	보 건 소	보건지소	보건진료소	분 소
총 계	3,469	251	1,288	1,913	17
서울특별시	41	25	1	0	15
부산광역시	30	16	9	5	
대구광역시	27	8	10	9	
인천광역시	55	10	22	23	
광주광역시	16	5	1	10	
대전광역시	21	5	8	8	
울산광역시	26	5	10	11	
경기도	330	45	123	162	
강원도	245	18	96	131	
충청북도	270	13	94	163	
충청남도	413	16	158	239	
전라북도	406	14	147	243	2
전라남도	562	22	209	331	
경상북도	555	25	218	312	
경상남도	409	20	169	220	
제주특별자치도	63	4	13	46	

2. 보건소 등 기능 보강비 지원

1956년 보건소법이 제정되고 1995년 지역보건법으로 전면 개정하면서 보건소에서 수행하여야 할 각종 사업에 대한 내용 등을 체계적으로 규정하고 있다.

1994년에는 UR 타결이후 열악한 농어촌지역의 보건의료서비스개선을 위하여 신설된 농어촌 특별세로 보건소 등 공공보건기관에 대하여 기능 보강비를 매년 300억원 정도의 규모로 예산지원을 하고 있으며, 당초 농어촌특별세 준치기간이 1994~2004년까지 였으나, FTA체결 등으로 2003년 12월 관련 법률의 개정을 통하여 2014년까지 10년 연장되었다.

2007년도에는 강원도 원주시 보건소 등 255개 보건기관에 다음 표와 같이 보건기관 신·증축비, 의료장비, 전산장비, 방문보건차량 구입비 등으로 61,990백만원원을 지원하였으며, 지원 대상별 지원금액은 지방자치단체의 부담능력(재정자립도, 요청금액 등)과 신청 장비의 유형 및 기능에 따라 기관별로 다소 차이가 있었다.

초고령화 진행 등으로 보건기관의 역할이 증대됨에 따라 2007년부터는 투자규모를 대폭 확대하여 매년 600억원 이상을 지원하여 양질의 보건의료서비스가 제공될 수 있도록 2014년까지 지원을 계속할 계획이다.

〈표 2-8-29〉 농어촌특별세 2007년 지원 현황

(단위 : 개소, 백만원)

구 분	보 건 소		보 건 지 소		보건진료소		계	
	기관수	금 액	기관수	금 액	기관수	금 액	기관수	금 액
시 설	22	13,458	100	29,780	133	14,280	255	57,518
의료장비	98	2,776	325	1,522	-	-	423	4,299
전산장비	-	-	-	-	-	-	-	-
방문차량	20	173	-	-	-	-	20	173
계	140	16,272	425	31,302	133	14,280	678	61,990

※ 부담률 : 국비 2/3, 지방비 1/3

※ 2005년도 지원사업부터는 행자부증액교부금이 소멸됨에 따라 국고 2/3, 지방비 1/3의 매칭사업으로 전환됨

1994년부터 2007년까지 공공보건의료 확충의 일환으로 농어촌지역 주민들에게 수준 높은 보건의료서비스를 제공하기 위하여 농어촌의 보건(지)소, 보건진료소 등 보건기관 시설과 장비개선에 5,511억원의 예산(국고지원)을 지원하였으며, 부문별 지원기관수와 지원액은 다음 표와 같다.

〈표 2-8-30〉 농어촌특별세 지원 현황(국고기준)

(단위 : 개소, 백만원)

구 분	보건소 (149개소)		보건지소 (1,254개소)		보건진료소 (1,872개소)		시·도 (13개소)		계 (백만원)
	기관수	금 액	기관수	금 액	기관수	금 액	기관수	금 액	
시 설	139	201,678	693	236,332	512	58,837	1	120	496,967
의료장비	140	24,122	509	6,707	-	-	4	1,950	32,779
전산장비	144	13,070	-	-	-	-	9	480	13,550
차 량	146	5,424	-	-	-	-	-	-	5,424
세 트	104	263	247	282	395	277	-	-	822
pc	-	-	-	-	1,103	1,594	-	-	1,594
계	673	244,557	1,449	243,321	2,010	60,708	14	2,550	551,136

또한, 도시지역 보건소는 일반회계 예산을 확보하여 1996년부터 2004까지 26개소 272억원을 지원하여 시설, 장비 등 기능보강을 하였으며, 보건소 등 공공보건기관에서 추진하고 있는 각종

시설 및 장비에 대한 표준시설 및 장비기준을 마련하고 보건소의 시설 및 장비 보강사업비 지원시 이를 근거로 지원함으로써 보건소가 수행하는 기능 및 역할에 적합한 시설과 장비를 갖추도록 하고, 효율적 투자를 유도하여 지역별로 새로운 보건의료 환경에 적극적으로 대처할 수 있도록 하였다.

Ⅳ 맞춤형 방문건강관리사업*

1. 추진 배경

인구 노령화로 인한 만성퇴행성질환 증가, 사고 및 재해로 인한 장애 증가 등으로 지역사회 만성 건강문제가 증가하여 가족의 수발부담 및 국가 재정에 부담을 야기하고 있다.

이에 대상자 및 가족의 삶의 질을 향상하고, 의료비를 절감하기 위하여 경제적, 신체적 거동 불편의 이유로 의료기관 접근성이 떨어지는 의료취약 계층과 건강문제를 스스로 관리할 수 없는 대상자를 조기 발견 및 관리함으로써 생활습관의 개선을 통하여 심각한 합병증 발생을 예방할 필요성이 증대하였다.

또한 노인 및 장애인, 정신질환자 등에 대한 지역사회 보호는 세계적인 추세로, 선진외국에서는 이미 비용 효과적인 보건의료수단으로 자리 메김하고 있다.

2. 사업 목표

취약계층 가구 및 가구원 중심의 생애주기별 건강위험요인 및 질환에 대한 자가관리 능력 및 삶의 질 향상에 기여하여 건강한 지역사회의 조성을 위한 지역주민의 건강지킴이로서의 역할 수행

「새국민건강증진종합계획 2010」등과 연계되어 주민의 의료이용 편의제공 및 건강증진 향상을 도모하고자 함

*집필자 : 건강정책과장 정충현

3. 사업 대상 및 서비스 제공 체계

가. 사업 대상

- 전국민이 사업대상이 되는 것을 목표로 하여 취약계층부터 단계적으로 확대하되, 지역사회의 요구, 담당인력 및 업무량 등을 고려하여 지역여건에 맞게 사업대상자 범위를 설정
- 다만, 이전 순위 대상자에 대한 방문건강관리가 안정화된 후 다음 순위로 대상자 범위를 확대함

- ① 1 순위 : 기초생활보장 수급자 중 65세이상 장애인, 독거 노인 및 노인부부세대
- ② 2 순위 : 1 순위 대상자에 포함되지 않은 기초생활보장 수급자
- ③ 3 순위 : 차상위계층* 중 65세 이상 장애인, 독거노인 및 노부부세대, 임산부, 영유아, 결혼이민자 가구, 노인돌보미 바우처사업 · 중증장애인 활동보조사업 · 산모도우미 대상자, 농어촌 지역 임산부 · 영유아, 보건소내 타 부서 및 지역사회기관에서 의뢰한 건강문제가 있는 대상자**
- ④ 4 순위 : 시설 및 미인가 시설 거주주민(노숙자쉼터, 복지시설 등)
- ⑤ 5 순위 : 위 순위 대상자에 포함되지 않은 취약계층*** 주민
- ⑥ 6 순위 : 1~5 순위에 속하지 않은 일반 주민

나. 사업 수행 체계도

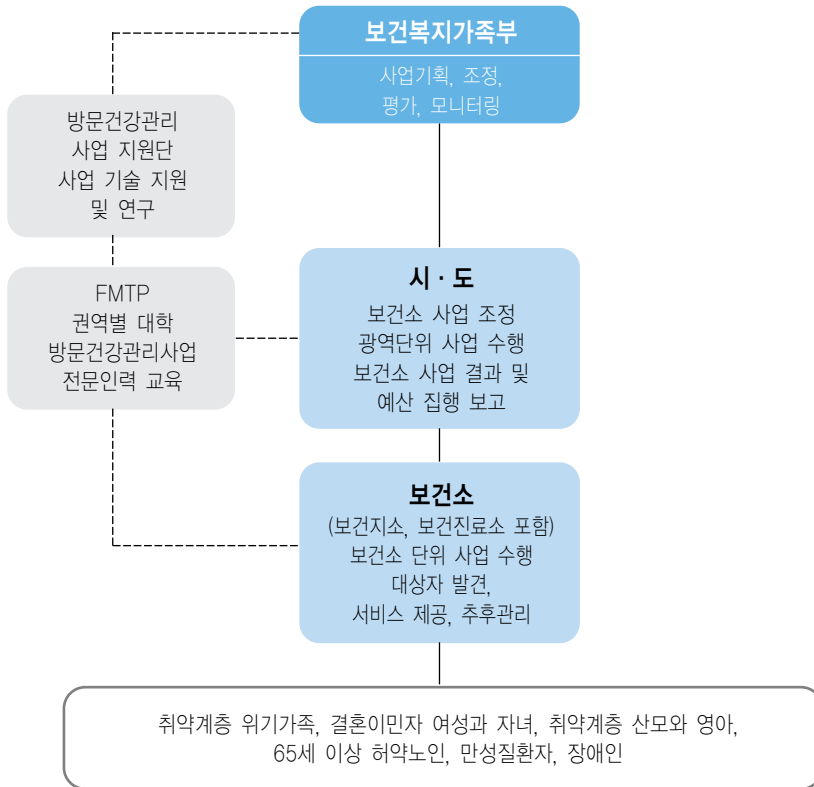
맞춤형 방문건강관리사업의 기획 · 조정 · 평가 및 모니터링은 보건복지가족부가 총괄하며 방문건강관리 대상자에 대한 직접 서비스 제공 수행 업무는 보건지소와 보건진료소를 포함하여 보건소가 관리하고, 보건소는 대상자에게 통합적 서비스 제공을 위하여 보건소 내 팀간 연계와 지역사회 활용 가능한 자원 및 기관과의 연계를 통하여 효율적으로 서비스를 제공하고 있다.

*차상위 계층 : 실제소득이 최저생계비 120% 미만인자

**방문건강관리사업팀으로 의뢰된 대상자는 방문건강관리사업팀의 인력 및 상황을 고려하여 실시함

***취약계층 : 기초생활보장수급자 + 실제소득이 최저 생계비 120% 미만인자(혹은 건강보험부과 하위 20%인 자)

[그림 2-8-3] 사업 수행 체계도



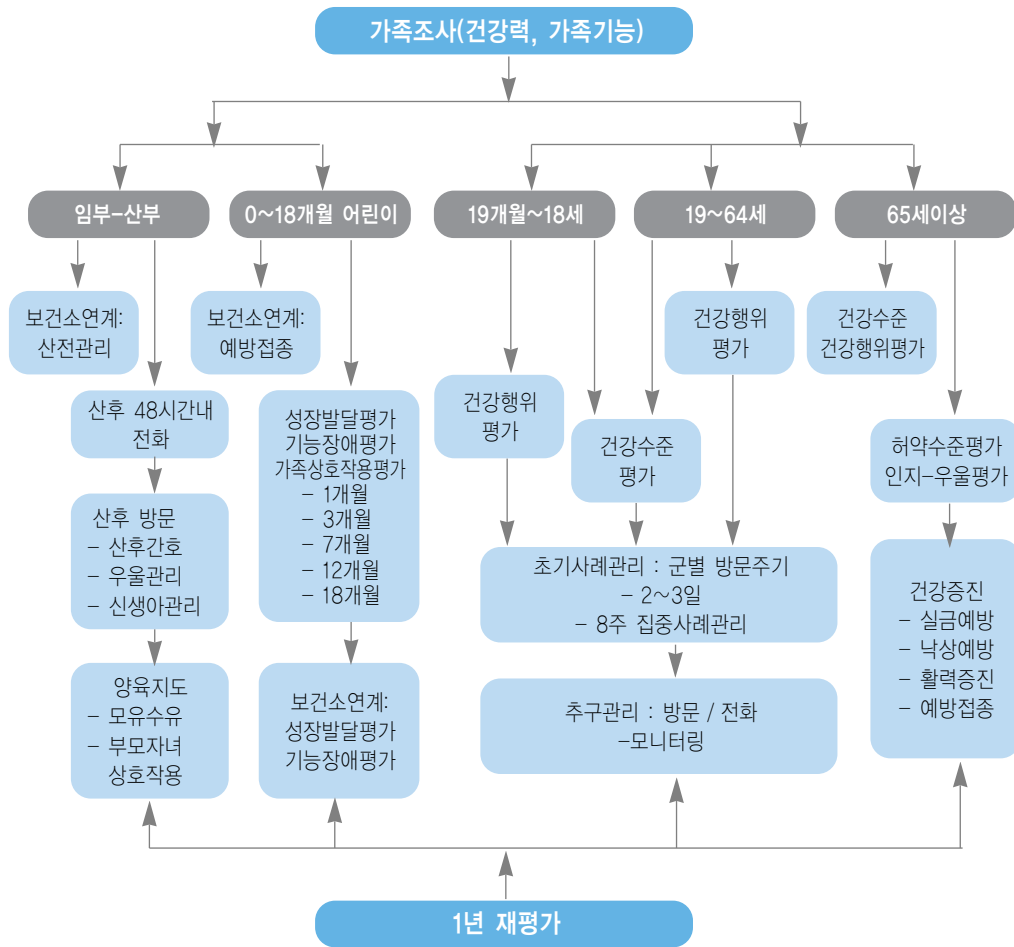
4. 사업내용

맞춤형 방문건강관리사업 내용의 기본방침은 지역사회 취약계층의 모집단을 파악하고, 간호사 1인당 업무량과 대상자의 요구를 감안하여 서비스 내용과 적합한 추진전략을 개발하여 사업을 추진한다.

방문간호사는 처음 대상자 방문시 방문요구도 조사를 실시하여 집중관리군(Ⅰ군), 정기관리군(Ⅱ군), 자가관리군(Ⅲ군)으로 분류하여 분류군에 따라 서비스 내용을 달리 제공하고 있다.

건강문제가 있는 정기관리군 이하 대상자는 최소 3개월에 1회 이상 방문을 원칙으로 하며 전화로 모니터링 병행 실시하며, 대상자 요구를 고려한 간호사 판단으로 융통성 있게 관리 주기를 결정하도록 하고 있다.

[그림 2-8-4] 취약계층 가족의 생애주기별 서비스



5. 사업 추진 실적

가. 관리가구 현황

의료취약계층은 의료급여 831,692가구, 건강보험료 하위 20%이하 3,683,620가구 등 총 4,515,312가구중 맞춤형 방문건강관리가구 총 877,883가구(19%)로 이중 집중관리군(I 군) 15,432(1.8%), 정기관리군(II 군) 581,124(66.2%), 자가관리군(III 군) 281,327(32.0%) 가구의 분포를 나타내고 있으며 군의 분류에 따라 서비스의 주기도 달리 제공하고 있다.

관리가구수	집중관리군(1군)	정기관리군(2군)	자가관리군(3군)
877,883가구	15,432(1.8%)	581,124(66.2%)	281,327(32.0%)
서비스 주기	거동불편(일상생활 능력) - 주1회 ~ 월 1회 이상 방문	만성질환 보유 - 월1회~3개월1회 이상 방문	만성질환 미보유 자 - 년1회 질병 및 건강관리현황

나. 방문건강관리 대상자의 만성질환 발견 및 관리 현황

맞춤형방문건강관리사업 대상자의 유병률은 고혈압 1,000명당 351명으로 가장 높게 나타났으며 관절염 250명, 당뇨병 135명 순으로 유병률이 높은 질환에 대한 지속적인 관리가 요구되고 있다.

고혈압	관절염	당뇨	뇌혈관 질환자	암환자	요실금	방문건수
358,610명 (37.1%)	249,805명 (25.8%)	135,343명 (14.0%)	52,602명 (5.4%)	27,870명 (2.9%)	22,818명 (2.4%)	2,443,969

* 조사대상자 19세 이상 : 967,628명

다. 방문건강관리 대상자의 관리 가구

맞춤형건강관리 대상자 등록관리 가구의 가구원은 총 974,225명중 19세 이상 64세미만이 420,177명(43.2%)이고 65세 이상이 546,857(56.1%)명으로 나타났다.

(단위 : 명)

등록 가구원	19세~64세	65세 이상	영유아	임산부	결혼 이민자	건강상태 판정건수	
						노인돌보미	장애인 활동보조
974,225 (100.0)	420,771 (43.2)	546,857 (56.1)	6,597 (0.7)	5,290	11,064	12,219	12,928

6. 향후 추진계획

가. 방문건강관리인력 확보 및 질 관리

방문건강관리 인력 개발을 위해 전문인력 교육훈련 프로그램(Field management training program ; FMTP)을 운영하고, 보건소장, 신규 및 자원봉사자 교육프로그램을 개발 운영한다.

방문건강관리사업 활성화를 위하여 '08년 2,300명의 인력을 확보하였으며 지속적이고 안정적인 서비스 제공을 위하여 예산당국 등 관련부처와 인력증원에 대한 협의를 할 것이다.

※ 2,000명/07년, 2,300명/08년, 2,500명/09년의 방문건강관리인력을 증가시킬 계획이며 참여하는 인력자격은 간호사, 의사, 물리치료사, 영양사, 치위생사, 사회복지사 등임

나. 찾아가는 건강관리 서비스 확대 운영

사전 예방적 서비스 대상자 확대 강화('08년 100만 가구 → '12년 210만 가구)하고, 재가암 환자 관리, 지역사회중심재활사업관리, 구강건강관리 등 보건소 방문을 통하여 제공되는 보건서비스를 확대 통합 운영, 포괄적 서비스 제공 한다.

다. 대상자 DB 및 기록체계 전산화

방문건강관리사업 대상자 및 사업의 효율적 관리를 위해 웹 기반의 정보관리시스템을 활용하여 대상자의 건강정보 및 서비스 제공기록의 전산화를 통해 국가의 건강지표를 생성하여 근거중심의 사업을 수행한다. 또한 보건소 정보망과 시·군·구 복지행정시스템을 연계하여 방문건강관리 서비스사업 대상자관리의 효율성을 기한다.

라. 장기요양보험도입에 따른 등외 등급자 관리

'08년도 7월부터 장기요양보험제도가 실시됨에 따라, 장기요양보험신청자중 등급외 판정자에 대한 건강증진 및 질병예방·관리를 위하여 시·군·구, 보건소 및 국민건강보험공단과 유기적인 협조체계를 구축 하여 서비스를 제공할 계획이다.

V 공중보건의 및 보건진료원 제도 운영*

1. 공중보건의사 제도

가. 개 요

공중보건의사제도는 농어촌 등 보건 의료 취약지역의 주민 등에게 보건의료를 제공하기 위해 1978년 12월 「국민보건의료를 위한 특별조치법」의 제정으로 시행된 것으로, 공중보건의사란 병역법에 의거 공중보건의사로 편입된 의사, 치과의사, 한의사로서 보건복지가족부 장관의 공중 보건 업무 종사명령을 받은 경우 계약직 공무원으로 채용된 것으로 간주되며 3년간 의무복무 기간을 마친 경우 공익근무요원으로 복무한 것으로 본다.

나. 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 연혁

(1) 공중보건의사제도를 최초 규정한 「국민보건의료를 위한 특별조치법」은 1980년 12월

*집필자 : 건강정책과장 정충현

「농어촌 보건의료료 위한 특별조치법」으로 흡수·통합되었고, 1991년 12 「농어촌 등 보건 의료료 위한 특별조치법」으로 제명이 변경되고, 근무의욕 고취를 위해 전문직공무원으로 규정하였다.

- (2) 2002년 12월 공중보건직의사의 신분을 계약직공무원으로 하고, 국가공무원으로서의 결격 사유가 있는 자는 공중보건직의사로 복무할 수 없도록 하였다. 또한, 보건소, 국가·지방자치 단체가 설립·운영하는 병원, 공공보건의료연구기관, 공중보건사업의 위탁사업을 수행하는 기관 등에 공중보건직의사를 배치할 수 있도록 함으로써 현재와 같은 배치기준이 마련되었고, 전염병 발생, 재해발생 등의 사유로 의료인력이 긴급히 필요한 경우에는 다른 지역·기관 또는 시설에 공중보건직의사를 파견·근무할 수 있도록 하였다. 공중보건직의사의 직장이탈금지 의무를 명시하는 한편, 근무지역 거주 의무를 폐지하였으며, 공중보건직의사의 효율적 활용을 위해 공중보건직의사 배치 적정성을 평가하고 평가결과를 익년도 배치에 반영할 수 있도록 개정되었다.
- (3) 2007년 4월 공중보건직의사의 근무지역 이탈금지 명령을 할 수 있는 사유를 야간 또는 공휴일 등에 진료를 하는 의료기관이 없는 오·벽지, 도서, 접경지역 등의 경우로서 주민들의 건강 보호를 위하여 필요한 때 등으로 구체화되었다.

다. 공중보건직의사의 의무와 복무관리

(1) 공중보건직의사의 의무

공중보건직의사는 의무복무기간 동안 공중보건업무에 성실히 종사하여야 하며 공중보건업무 외에 종사할 수 없다. 또한, 응급환자 진료, 관할 구역 안에 의료기관이 없어 야간 또는 공휴일에 진료를 하는 의료기관이 없는 도서·벽지·오지지역의 주민 건강보호, 전염병 및 재해 등에 따른 대량 환자 발생 등에 준하는 사유가 발생하여 근무지역 이탈금지 명을 받은 경우 근무지역을 무단이탈 할 수 없으며, 해당 근무기관 장의 허가 없이 근무시간 중에 그 직장을 이탈하여서는 아니 된다. 공중보건직의사가 업무외 종사하거나, 복무기간 중 7일 이내의 기간동안 직장이탈 등을 하는 경우 발생일수의 5배의 기간을 연장근무처분을 받으며, 통산 8일 이상 근무지역을 이탈한 때에는 공중보건직의사의 신분이 박탈된다.

(2) 공중보건직의사의 복무관리

시장·군수·구청장 또는 배치기관의 장이 공중보건직의사의 복무에 관하여 관할지역 또는 당해 기관에 근무하는 공중보건직의사를 지도·감독하고 있으며, 복무관리에 관한 구체적인 사항을 「공중보건직의사제도운영지침」에서 정하고 있다. 「2007년도 공중보건직의사제도운영지침」을

개정하여 공중보건의사 대학원 취학승인 및 국외여행 승인대상 완화, 근무평정방식 개선, 불성실 공중보건의사의 처분기준 등을 강화하였다.

라. 공중보건의사의 배치와 향후 전망

1979년도 144명을 시작으로 신규 공중보건의사가 매년 4월중 배출되고 있으며, 연도별 신규 배출 현황은 다음 표와 같다. 신규 공중보건의사 배출은 2005년부터는 감소추이를 보이다가 2007년도 1,613명으로 전년도 대비 100명이 증가하였다. 2007년 12월 현재 공중보건의 배치 현황은 다음 표와 같으며 4,757명의 공중보건의사 중 3,419명이 시·군 보건소 또는 읍·면의 보건지소에 배치되어 근무하고 있다.

한편, 의학전문대학원 전환으로 병역미필자가 감소하고, 의대 여학생 증가 등으로 공중보건의사의 배출이 감소가 예상되어, 중장기 공중보건의사 수급추계 및 배치기준 개선을 위한 ‘공공보건의료사업의 효율적 수행을 위한 활용방안연구(한국보건산업진흥원, 2007년)’를 실시하였다. 또한, 2007.7월 국방부, 의료단체 등이 참여한 가운데 공공보건분야 의사확충을 위한 T/F를 구성하여 운영하였고, 「2007년도 공중보건의사제도운영지침」을 개정하여 보건소 등 공공보건 의료기관의 배치를 강화하고 민간병원의 배치 정원을 축소하는 등 관련 대책 마련을 위하여 노력하고 있다.

〈표 2-8-31〉 공중보건의사 연도별·종별 신규 배치 현황

(단위 : 명)

연도별	합 계	의 사				치과 의사	한 의사
		소 계	일반의	인 턴	전문의		
1996	1,013	780	348	-	432	233	-
1997	1,121	810	356	173	281	311	-
1998	1,057	805	99	220	486	242	10
1999	1,184	853	236	77	540	272	59
2000	1,076	790	219	87	484	265	21
2001	1,340	957	149	95	713	345	38
2002	1,687	1,089	268	71	750	324	274
2003	1,662	943	207	169	567	332	387
2004	1,848	1,159	398	134	627	386	303
2005	1,712	1,008	325	107	576	411	293
2006	1,513	965	305	52	608	296	252
2007	1,613	1,003	367	27	609	292	318

〈표 2-8-32〉 공중보건 의사 배치 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 명)

구 분	계	의 사			치과 의사	한 의 사
		일반의	인 턴	전문의		
총 계	4,757	983	179	1,766	979	850
보건(지)소	3,419	894	150	677	902	796
복지시설	55	9	2	31	3	10
병원선	17	-	-	7	5	5
보건기관·단체	286	34	14	205	10	23
공공병원	394	1	2	363	20	8
민간병원	477	4	-	467	3	3
기 타	109	41	11	16	36	5

2. 보건진료원 제도 운영

가. 사업 배경

농어촌 보건의료취약지역 보건의료서비스 이용의 접근성을 높이고 포괄적인 일차 보건의료 서비스 제공을 통한 주민의 건강수준을 향상시키기 위하여 1980년 12월 「농어촌보건의료를 위한특별조치법」을 제정·공포하고 농·어촌 및 오·벽지 지역에 보건진료소를 설치하여 보건진료원을 근무하게 하고 있다.

나. 보건진료소 설치 및 운영

(1) 설치권자 : 시장·군수·구청장

(2) 설치지역

- (가) 시·구 관할지역 내의 도서지역 및 군 지역 내의 의료취약지역
- (나) 의료시설과의 거리가 통상의 교통수단에 의하여 30분 이상 소요되는 지역 중 인구 500인 이상 (도서지역은 300인 이상) 5,000인 미만인 지역으로 군수가 필요하다고 인정하는 지역

(3) 설치 및 운영방법

- (가) 시장·군수·구청장이 운영
- (나) 보건진료소의 운영을 지원하기 위하여 보건진료소 운영협의회 설치

다. 보건진료원 자격, 교육 및 임용

(1) 자 격

간호사 또는 조산사의 자격을 가진 자로서 보건복지가족부장관이 실시하는 24주 이내의 직무 교육을 받은 자

(2) 직무교육

- (가) 목 적 : 보건진료소에 임용될 보건진료원에게 임용배치 전 직무교육을 실시함으로써 공중 보건업무 수행능력을 향상시켜 국민건강증진을 도모함
- (나) 근 거 : 농어촌 등 보건의료를 위한특별조치법 제16조 제2항
- (다) 교육기간 : 24주
- (라) 교육내용 : 이론교육과정 8주, 임상실습과정 12주, 현지실습과정 4주
- (마) 교육기관 : 한국보건사회연구원 또는 보건복지가족부장관이 지정하는 대학·병원이나 종합병원

(3) 임 용

- (가) 임용권자 : 시장·군수·구청장
- (나) 임용조건 : 보건진료원 직무교육을 이수한 자중에서 보건소장의 추천을 받아 의료취약 지역을 근무지역으로 지정하여 시장·군수·구청장이 임용

라. 농특법에 의한 보건진료원의 업무

농어촌 등 보건의료를 위한특별조치법 및 동 법시행령 제14조 규정에 의한 보건진료원이 일차 보건의료를 하기 위하여 주어진 보건진료원 업무는 다음과 같다.

(1) 보건진료원 의료행위의 범위(보건복지가족부장관이 정하는 환자 진료지침에 따라 시행)

- (가) 상병상태를 판별하기 위한 진찰, 검사행위
- (나) 환자의 이송
- (다) 외상 등 흔히 볼 수 있는 환자의 치료 및 응급을 요하는 환자에 대한 응급처치
- (라) 성병의 악화방지를 위한 처치
- (마) 만성병환자의 영양지도 및 관리
- (바) 정상분만 시의 개조 및 가족계획을 위한 피임기구의 삽입

(사) 예방접종

(아) 제1호 내지 제7호의 의료행위에 따르는 의약품의 투여

(2) 의료행위 외의 보건진료원 업무범위

(가) 환경위생 및 영양개선에 관한 업무

(나) 질병예방에 관한 업무

(다) 가족계획을 포함한 모자보건에 관한 연구

(라) 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 자에 대한 교육 및 지도에 관한 사항

(마) 기타 주민의 보건의료증진에 관한 업무

마. 시·도별 보건진료소 설치

(2006.12.31 현재, 단위 : 개소)

시·도	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
계	1,950	1,919	1,904	1,904	1,891	1,899	1,902	1,905	1,911
부 산	6	6	6	6	5	5	5	5	5
대 구	9	9	9	9	9	9	9	9	9
인 천	29	29	26	26	25	25	25	25	25
광 주	16	16	16	11	11	11	11	10	10
대 전	8	8	8	8	8	8	8	8	8
울 산	12	11	11	11	11	11	11	11	11
경 기	175	172	168	168	160	161	161	161	162
강 원	133	134	125	131	131	131	130	130	131
충 북	164	162	162	162	162	162	162	163	163
충 남	231	228	232	233	233	233	235	238	239
전 북	256	252	249	249	242	242	241	240	240
전 남	333	324	327	328	329	331	331	332	331
경 북	322	313	310	310	310	312	312	312	312
경 남	210	209	209	209	209	212	215	215	219
제 주	46	46	46	46	46	46	46	46	46

바. 보건진료소 재정운영 실태 등

- (1) 보건진료소의 자산 및 회계에 관하여는 보건진료소관리운영규정과 그 이외의 사항에 대해서는 지방자치단체재무회계규칙을 준용한다.
- (2) 예산이 허용되는 범위 내에서 보건진료원에게 월 200,000원(도서는 300,000원) 한도 내에 활동장려금을 지급할 수 있다.



혈액 수급 및 안전관리 정책*

I 혈액사업 현황

1. 혈액사업의 연혁

가. 1950년대에서 1970년대까지

우리나라에 현대적 의미의 수혈이 소개된 것은 한국전쟁을 통해서였다. 1952년 가을 전쟁 부상병 수혈을 위해 해군에 혈액은행이 국내 처음으로 창설되었고, 전쟁이 끝난 후 1954년 2월, 육군에서는 육군 관할 5개 병원에 수혈부를 만들었다. 1954년 6월 을지로 입구 보건사회부 별관에 국립혈액원이 개설되었으며, 이때는 매혈로 혈액공급이 이루어졌다. 1958년 1월에 국립혈액원 업무가 대한적십자사로 이관되어 2월에 대한적십자사혈액원이 발족되어 혈액 사업을 전개하였다.

1970년 혈액관리법이 제정되면서 우리나라의 혈액사업은 체계적으로 정비되기 시작하였다. 이전까지는 주로 매혈을 통해 영리성 사설혈액원과 의료기관에 의해서 혈액이 공급되었으며 직업적 매혈자 등장 등 혈액의 영리적 매매행위와 만성적인 혈액부족 현상이 큰 문제점으로 대두되고 있었다. 이에 따라 초기 우리나라 혈액관리체계의 당면한 과제는 매혈 중심의 혈액공급체계를 자발적인 헌혈중심체계로 전환하는 것과 국가적으로 충분한 혈액을 공급할 수 있는 헌혈 기반을 조성하는 것이었다.

국제적십자회에서 1974년을 “세계 헌혈의 해”로 정한 것에 영향을 받아 대한적십자사는 매혈을 중단하고 완전 헌혈로 채혈을 전환하게 되었다. 이러한 노력으로 1971년 2,552명이던 헌혈자가 1974년 48,000명으로 증가하였다.

*집필자 : 공공의료과장 설정곤

나. 1980년대에서 1990년대까지

1981년 4월 혈액관리법 시행령 개정으로 정부는 대한적십자사에 혈액의 수급과 관리에 관한 실질적 권한과 책임을 위탁하였다. 대한적십자사를 중심으로 혈액사업을 정비하기 시작하면서 국가 혈액관리체계는 양적으로 큰 성장을 이루게 되었다.

대한적십자사 산하에 혈액원을 신설하고 헌혈의집 증설(1994. 21개 → 1999년 93개소), 혈장분획센터(1991년) 및 혈액수혈연구원(1997년) 신설 등 혈액사업 인프라를 확충하였다. 또한 종교계 등을 중심으로 단체헌혈사업을 전개하여 연간 헌혈자가 비약적으로 증가(1981년 37만명 → 1998년 250만명 달성)함에 따라 국민헌혈률이 선진국과 유사한 수준인 5%에 도달하게 되었다.

1987년 헌혈혈액에 대한 HIV 항체검사가 추가되었고, B형 간염항원 검사가 1990년에 효소면역법으로 전환되었으며 이 시기에 성분헌혈이 도입되었다. 1991년에는 C형 간염항체 검사가 도입되었고 400mL 전혈 헌혈이 실시되었다.

1997년에 혈액관리법 개정을 통해 매혈을 전면적으로 금지함으로써 세계보건기구가 권장하는 대로 혈액수급체계의 비영리성을 확보하였다. 현재 수혈용 혈액은 모두 국민들의 헌혈로 충당하고 있고, 의약품 원료용 혈장만 국내의 부족부분에 한하여 수입하고 있다.

다. 2000년대 이후 오늘까지

2002년 5월 대한산업보건협회 부속 한마음혈액원이 국내 처음으로 적십자사혈액원이 아닌 혈액원으로서 의료기관에 혈액공급 목적으로 개원하였다.

그간 우리나라의 혈액사업은 헌혈자 확보와 공급면에서 비약적인 양적 성장을 이루었으나 군, 학교 등에서의 단체헌혈에 지나치게 의존하는 후진적 채혈구조를 유지해왔고 2000년대 들어 혈액과 관련된 일련의 감염사고가 반복적으로 발생하면서 혈액사업에 대한 국민적 불신과 불안감 확산, 혈액 안전에 대한 사회적 관심 집중으로 혈액 안전관리체계의 질적인 향상이 요구되었다.

이에 따라 2004년 보건복지가족부에 혈액정책과가 신설되었고, 2006년 질병관리본부에 혈액안전감시팀이 신설되어 국가의 혈액관리업무에 대한 관리, 감독이 강화되었다.

또한, 2004년 혈액관리법 개정으로 혈액관리위원회의 기능을 확대하고, 혈액원 개설에 대해 보건복지가족부장관의 허가를 받도록 하며, 부적격 혈액에 대한 폐기 및 보고, 혈액원에 제조관리자로서 의사를 1명 이상 의무적으로 배치하게 하는 등 혈액의 안전성이 제도적으로 강화되었다.

2. 혈액사업의 현재

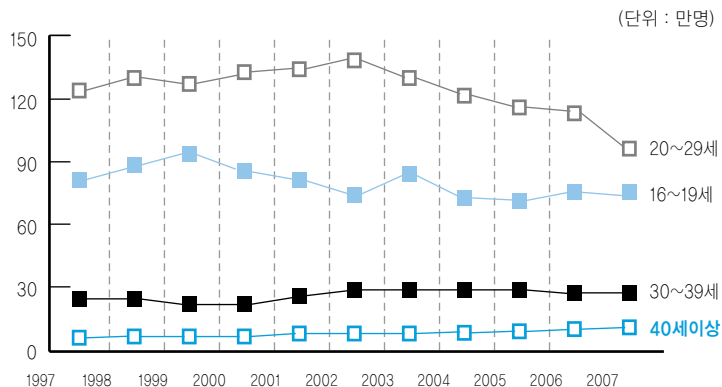
2003년 이후 국민헌혈률이 감소 추세를 보이고 있으나, 이는 안전성 강화조치에 따른 헌혈 부적격 비율이 높아지는 현상과 관련이 있을 것으로 보여지며, 채혈형태가 단체헌혈 중심에서 개인헌혈 중심으로 변화되고 있다.

〈표 2-8-33〉 연도별 헌혈 현황

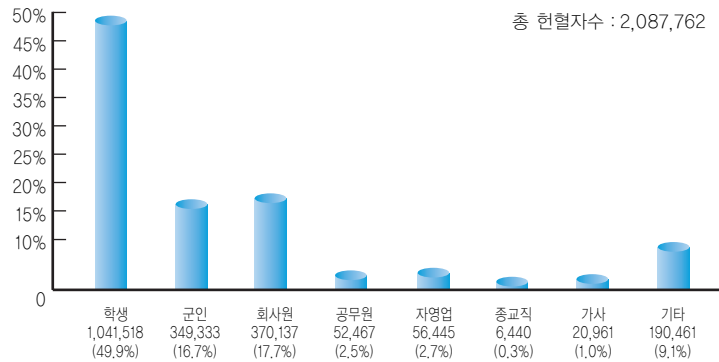
구 분	1996	1998	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
헌혈자수(만명)	218	253	247	252	254	234	227	230	208
국민헌혈률(%)	4.8	5.5	5.3	5.3	5.3	4.8	4.7	4.7	4.3
개인헌혈자비율(%)	32.5	43.6	46.3	41.1	41.9	44.2	46.8	53.9	56.9
헌혈부적격비율(%)	8.0	12.2	16.0	15.7	16.2	20.1	20.9	22.1	22.5

2007년 기준으로 남자가 헌혈 인구의 76.2%를 차지하고 있고, 연령으로는 30대 미만이 93.6%였으며, 직업별로는 학생과 군인이 66.6%를 차지하고 있다.

〔그림 2-8-5〕 연도별 연령별 헌혈 현황

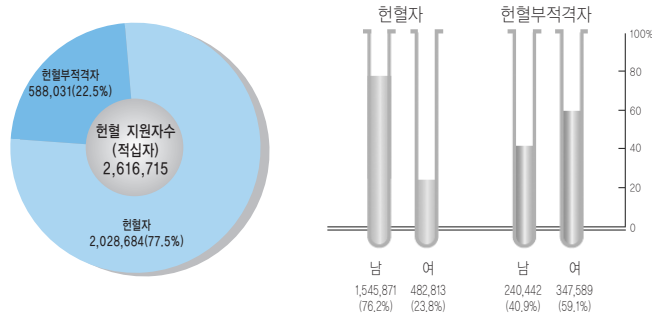


[그림 2-8-6] 2007년 직업별 헌혈 현황

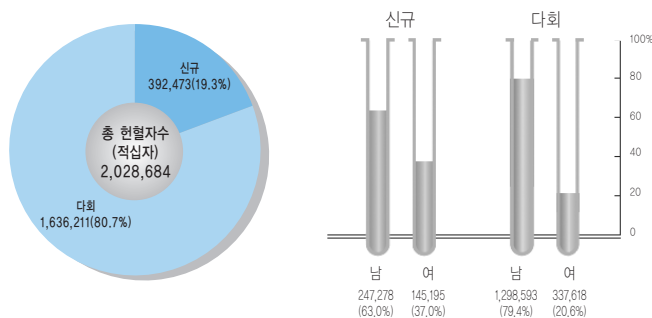


헌혈부적격자가 지속적으로 증가하여 현재에는 헌혈지원자의 22.5%가 헌혈을 하지 못하고 있다. 헌혈 부적격률은 여자가 59.1%로 남자보다 부적격률이 높은 것으로 나타났다.

[그림 2-8-7] 2007년 헌혈부적격 현황

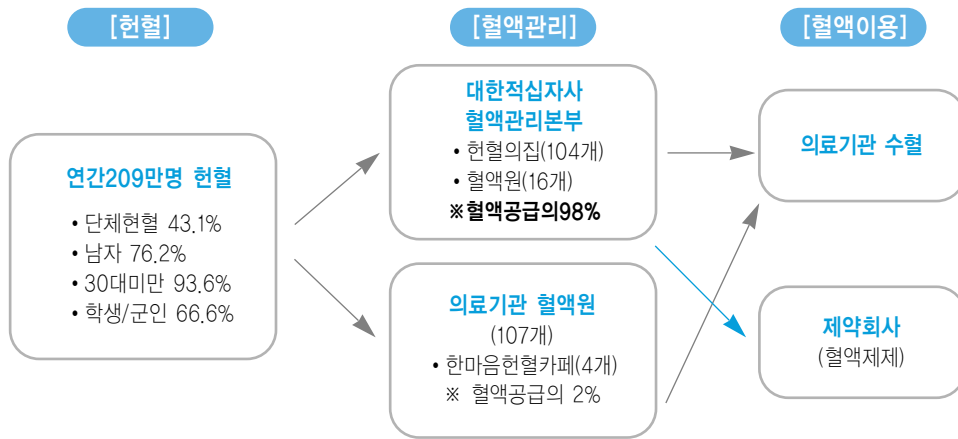


[그림 2-8-8] 2007년 신규 헌혈자 현황



2007년 기준으로 대한적십자사 혈액원이 총 16개, 의료기관 혈액원이 107개소가 혈액관리 업무를 할 수 있는 혈액원 허가를 받았으며, 이 중 대한적십자사가 국내 혈액공급의 98%를 담당하고 있다.

[그림 2-8-9] 2007년 혈액사업조직 현황



II 혈액관리 정책

2000년대 들어 혈액과 관련된 일련의 감염사고가 반복적으로 발생하면서 혈액사업에 대한 국민의 신뢰를 상실함에 따라 국민이 안심할 수 있는 안전한 혈액의 안정적 공급을 위해 2004년 4월 국무조정실에 민·관 합동의 「혈액안전관리개선기획단」을 설치하고 2004년 9월에 「혈액안전관리개선 종합대책」을 수립하여 추진해나가고 있다.

1. 혈액안전관리개선 종합대책의 주요 내용

가. 헌혈자 모집 및 채혈단계부터 안전한 혈액 확보

학교, 군부대 등 단체헌혈 중심의 채혈구조는 개인헌혈보다 손쉽게 많은 양의 혈액을 확보할 수 있으나 여러 가지 문제점을 안고 있었다. 우선, 「헌혈의집」 등 헌혈자가 찾아가기 쉽고 편리하게

헌혈할 수 있는 채혈인프라에 대한 투자부족으로 개인헌혈환경이 취약할 뿐만 아니라, 단체헌혈의 경우에는 시간적, 공간적 제약에 따라 문진이 형식화되기 쉬워 채혈부적격자를 사전에 배제시키기 곤란하므로 안전성을 기하기 어렵다. 또한, 성분혈액제제의 경우 여러 사람의 전혈에서 분리된 성분을 혼합하여 제조하는 것보다는 한 사람으로부터 성분채혈하는 것이 혈액제제의 안전성 측면에서 더 나음에도 불구하고 한정된 시간에 많은 양의 혈액을 확보하기 위해 전혈채혈 위주로 이루어진다는 것이다.

이에 대한 해결방안으로 단체헌혈중심의 채혈구조를 개인헌혈 중심으로 개선함으로써 2010년까지 개인헌혈비율을 70%까지 확대하기 위하여 찾아가기 편한 시내 중심부의 넓고 쾌적한, 새로운 문화공간으로서의 「헌혈의집」을 2009년까지 100개소를 확충(60개 신설, 40개 시설개선, 총 153개소 운영)한다.

또한, 안전하고 안정적인 헌혈자원 확보를 위하여 2009년까지 등록헌혈회원 50만명 확보를 목표로 등록헌혈제도*를 활성화시킨다.

나. 혈액검사체계의 전문성 제고를 통한 안전성 확보

혈액의 안전성을 확보하는데 있어 가장 중요한 혈액검사는 전문성을 요하는 부문임에도 16개 혈액원에 의사 등 전문인력이 부족하고, 혈액검사체계가 7개 검사혈액원과 3개 혈액검사센터로 분산되어 표준화가 미비하였으며, 검사장비의 반자동화로 검사자의 실수에 의한 오류 발생 가능성이 상존하고 있었다.

이러한 문제점에 대하여 검사과정에 대한 이중삼중 확인·감시 시스템 구축, 검사혈액원 통합 및 검사자동화를 통하여 검사체계를 개선하고 혈액원에 대한 지속적 감시·평가체계를 운영하며 대한적십자사 혈액원과 의료기관 혈액원의 혈액정보를 전반적으로 관리할 수 있는 혈액통합전산망을 개발하는 등 검사오류를 최소화하고 감염혈액을 철저히 선별해낼 수 있는 선진 검사 시스템을 구축한다.

다. 신속하고 안전한 혈액공급과 안전하고 적절한 수혈을 위한 정도관리체계 구축

적십자사 혈액원에서 멀리 떨어져 있는 농어촌 등에서 응급환자 발생시 적시에 혈액공급이 곤란하다는 문제점이 있으며, 또한 혈액 사용과정에서 의료기관의 안전하고 적절한 수혈을 위한 지침이 미비하였고, 수혈부작용 발생에 대한 조사·보상시스템이 제대로 확립되지 못하였다.

*헌혈자가 정기적으로 헌혈에 참여할 것을 약속하고 대한적십자사의 등록회원으로 가입하여 자신이 원하는 시기를 선택, 정기적으로 헌혈에 참여할 수 있는 제도임

이와 같은 문제점을 해결하기 위해 전국 어느 의료기관이나 필요한 혈액이 1시간 이내 공급될 수 있도록 혈액공급인프라를 확충한다는 목표 아래 혈액공급이 원활하지 않은 지역에 혈액공급소를 신설하고, 긴급한 혈액운송을 위해 혈액운송택시 등의 특별운송수단을 마련하며, 의약품 원료 혈장의 안전성 확보를 위하여 국내에서 생산되는 모든 혈장을 일정기간 보관하였다가 원료로 공급할 수 있도록 혈장보관사업을 5년에 걸쳐 추진한다.

또한, 의료기관에서 수혈전 검사를 실시토록 하고, 부적정한 혈액사용을 줄이기 위해 수혈전 검사항목 및 검사방법, 혈액의 적정사용기준 등을 포함한 국가 수혈가이드라인을 제정하여 권고하며, 객관적이고 공정한 수혈부작용 대응체계의 완비를 위하여 수혈부작용조사는 전문가의 협조를 받아 정부가 직접 수행하고 보상규정도 정부가 제정하도록 한다.

라. 적십자사 혈액사업조직의 혁신

적십자사 혈액사업조직의 전문성 제고와 독립성 확보를 통한 안전관리능력 강화를 위해 혈액사업조직의 전문인력을 확충하여 전문성을 제고하고, 안전감시와 직원교육 등을 전담하는 부서를 설치한다.

또한 혈액사업조직의 독립성 확보를 위하여 혈액사업 전담 조직을 신설하며, 혈액사업조직 내의 인사는 혈액담당조직의 장이 결정하도록 하고 사회봉사, 남북교류 등 적십자사의 일반사업 조직으로부터의 순환인사는 전문성을 해치지 않는 범위 내에서만 허용하도록 한다.

그리고 지역 혈액원간 수익구조 및 인프라의 편차 해소를 위하여 혈액원 회계를 통합한다.

마. 혈액사업에 대한 국가의 감독기능 강화

혈액사업에 대한 국가의 감독기능을 강화하기 위하여 혈액안전을 상시적으로 감시·평가하는 전문부서를 질병관리본부에 신설하는 한편, 보건복지가족부의 혈액정책 심의기구인 혈액관리 위원회의 참여대상을 확대하고 기능을 강화한다.

이와 함께 혈액사업에 대한 국가의 지원원칙에 있어 안전성 개선에 필요한 인프라 구축은 국고로, 그 외 운영비용은 혈액수가가로 부담하는 것으로 하며, 5년간 혈액관리체계의 개선을 위해 총 3,129억원을 투자하기로 한다.

〈표 2-8-34〉 혈액관리체계 개선 재원계획

(단위 : 백만원)

구 분		총계	2005	2006	2007	2008	2009
총 계		312,934	22,982	64,713	70,913	75,413	78,913
인프라 구축 (국고)	합 계	143,756	9,528	32,032	34,732	34,732	32,732
	헌혈의집 신설·개선 ¹⁾	111,860	6,832	6,832	32,732	32,732	32,732
	검사시스템 자동화 ²⁾	23,200	0	23,200	0	0	0
	정보시스템개선	696	696	0	0	0	0
	혈장보관소	8,000	2,000	2,000	2,000	2,000	0
운영비 (혈액 수가)	합 계	169,178	13,454	32,681	36,181	40,681	46,181
	등록헌혈제 활성화	79,000	8,000	11,500	15,000	19,500	25,000
	검사시스템 운영	52,000	-	13,000	13,000	13,000	13,000
	혈액공급소 신설	38,178	5,454	8,181	8,181	8,181	8,181

※ 주 : 1) 연도별 구체적인 소요금액은 시범사업 결과에 따라 조정될 수 있음

2) 검사자동화 세부사업계획 수립시 임대규모, 장비사양 등의 결정에 따라 사업금액은 조정될 수 있음

2. 혈액안전관리개선 종합대책의 추진 성과

가. 헌혈자 모집 및 채혈단계부터 안전한 혈액 확보

채혈인프라 개선을 목적으로 2005부터 2007년도까지 총 346억원을 투입, 「헌혈의집」 확충 사업을 추진하여 26개소 신설, 29개소 시설개선을 완료하였다. 이에 따라 개인헌혈자 비율은 2004년도 44.2%에서 2007년도에는 56.9%로 증가하였고 2007년도 등록헌혈자수는 2006년도 보다 5,849명이 증가하여 총 누적등록헌혈자수가 355,262명에 이르게 되었다.

나. 혈액검사체계의 전문성 제고를 통한 안전성 확보

혈액검사오류를 방지하기 위하여 우선 과거 검사결과와 비교하는 델타확인(delta check) 및 동료검사자와 감독자가 다시 확인하는 이중확인(double check) 시스템을 2004년에 도입하였다. 2005년 2월부터는 HIV 및 C형간염 핵산증폭검사를 도입하여 미검출기간을 단축하였고*, 이로 인해 총 19건(에이즈 4건, C형간염 15건)의 미검출기 감염혈액의 출고를 방지하였다. 의료기관 혈액원과 적십자사 혈액원의 혈액정보를 통합·관리할 수 있는 전산망을 구축하여 운영중이다.

*핵산증폭검사로 HIV는 22일~11일, C형간염 84일~23일로 미검출기간을 단축하였으며, 2007년까지 에이즈 4건, C형간염 15건의 감염혈액을 사전에 선별하여 폐기함

혈액원에 대한 허가제도가 시행됨에 따라 현지 실사를 거쳐 허가작업을 완료하였고, 2006년도에 질병관리본부에 혈액안전감시팀을 신설하여 혈액원 감시평가를 전담하게 하고, 하반기에는 적십자사 혈액업무 점검사항 감시통제시스템을 구축함으로써 상시 감시평가의 기반을 마련하였다.

다. 신속하고 안전한 혈액공급과 안전하고 적절한 수혈을 위한 정도관리체계 구축

객관적이고 공정한 수혈부작용 대응체계 구축을 위하여 적십자사에서 수행하던 수혈부작용 실태조사업무를 질병관리본부 혈액안전감시팀에서 직접 수행하고 있으며 특정수혈부작용간염에 대한 보상규정을 제정하여 운영중이다.

또한 2004년부터 모든 헌혈자의 혈액검체를 10년간 보관하는 혈액검체역추적시스템(Look-Back System)을 도입하여 감염혈액 발견시 또는 수혈부작용 원인조사과정에서 보관 검체에 대한 확인검사를 실시하고 있다.

2006년 10월에 혈장보관소 설립이 완료되어 국내에서 생산되는 모든 원료용 혈장을 100일간 보관한 후에 공급하게 됨으로써 분획용 혈장에 의한 혈액매개 감염사고의 가능성을 크게 줄이게 되었다.

라. 적십자사 혈액사업조직의 혁신

적십자사 혈액사업조직의 혁신을 추진하기 위하여 개혁적인 외부 전문가를 혈액관리본부장으로 영입하였으며, 혈액사업수행의 전문성 강화를 위해 전문인력을 지속적으로 확충하고(의사 2003년 22명→2007년 34명), 성과중심의 조직 혁신을 위해 본부-팀제를 도입하였다.

마. 혈액사업에 대한 국가의 감독기능 강화

혈액사업에 대한 국가의 감독기능을 강화하기 위하여 혈액원 허가 및 심사평가제도를 도입하였으며 보건복지가족부의 혈액정책 심의기구인 혈액관리위원회의 참여대상을 시민단체·언론계 대표 등으로 확대하고 그 기능을 강화하였다.

III 혈액사업 추진방향

단체헌혈에서 개인헌혈자 위주로 헌혈구조를 근본적으로 개선하기 위한 헌혈의집 확충사업을 차질 없이 수행하여 채혈인프라의 접근성 및 편의성을 향상시켜 개인헌혈자 및 등록헌혈자 비율을 높여 나가고, 필수 공공재로써 안전한 혈액을 안정적으로 공급해 나갈 계획이며 생명나눔 캠페인을 지속적으로 홍보해 나갈 계획이다.

혈액관리법 시행규칙의 개정으로 문진기능을 보다 강화시키고, 전염병 정보와 약물정보에 대한 조회시스템을 구축하여 채혈금지대상자의 채혈을 방지하여 혈액사고의 발생을 보다 적극적으로 예방할 계획이다.

혈액검사시스템 개선을 위하여 혈액원의 분산된 검사기능을 3개 검사센터로 통폐합하여 검사의 전문성 및 정도관리를 강화하며, 검사자동화사업을 추진함으로써 검사자 오류를 최소화하고 검사결과의 신뢰도를 높일 예정이다.

수혈부작용 대응체계 정비 및 수혈 적정성·안전성 제고를 위하여 수혈부작용 조사를 질병관리본부 혈액안전감시팀이 전문적으로 수행하고 보상규정의 미비점을 보완하며, 수혈가이드 라인을 제정하여 의료기관에 권고할 계획이다.

만성적인 혈액부족문제에 적극적으로 대처하고 혈액사업조직의 독립성과 전문성을 보다 강화하기 위하여, 혈액관리법을 개정하여 국가혈액사업을 총괄하는 “국립혈액관리원” 설립, ‘안전한 혈액의 안정적 공급’을 위한 국가책임의 혈액관리사업을 추진해 나갈 계획이다.

제 5 절

장기기증 및 이식 정책*

I 개 요

1906년 인류 역사상 최초로 인간에게 신장이식을 시도한 후 50여년이 지난 1954년에 최초로 신장이식수술을 성공한 이래 우리나라가 장기이식에 관심을 가지기 시작한 것은 1969년 신장이식을 효시로 1988년에는 뇌사자로부터 최초로 간장을 적출하여 이식하고 부터이다. 이로부터 국내외적으로 장기이식 기술이 비약적으로 발전해 왔다. 그러나 장기이식 의학의 발전과 함께 장기의 불법매매 문제와 뇌사인정의 윤리적·법적 문제 등 장기이식과 관련하여 사회적으로 많은 문제가 제기되어 왔다. 또한 장기를 이식받을 사람에 비해 공여 장기가 절대적으로 부족하여 기증된 장기의 이식대상자를 객관적이고 공정하게 선정할 수 있는 명확한 기준설정이 필요하다는 지적도 있었다.

이와 더불어 현대 의학기술의 발달로 날로 증가하는 장기이식을 지원하고 관리할 수 있는 제도적 장치가 필요하다는 사회적 인식이 확산되어 왔다. 이에 따라 1999.2.8 장기등이식에 관한 법률이 제정되어 2000.2.9부터 시행되고 있다.

법을 제정한 이유는 생명의 존엄성에 비추어 현실적으로 장기이식이 필요한 사람은 많으나, 장기의 공급은 항상 부족하고 장기이식관리체계가 구축되어 있지 않는 등 장기이식의 공정성과 투명성의 확립이 필요하였기 때문이라고 할 수 있다. 즉, 의학의 발달로 점점 증가하고 있는 장기이식을 공정하고 효율적으로 관리하고 장기매매 등 비윤리적인 행위를 근절할 수 있는 제도적 장치를 마련함으로써 인도적인 차원의 장기이식을 보호하고 나아가 국민보건의 향상에 기여하기 위한 것이다.

장기등이식에 관한 법률의 제정은 그 동안 논란이 되어 왔던 뇌사자 장기적출의 법률적 문제를

*집필자 : 공공의료과장 설정곤

해소하고 장기 매매행위를 차단할 수 있는 제도적 장치를 마련하는 한편 장기이식 관련정보의 통합 관리를 통해 이식대상자를 공정하고 투명하게 선정할 수 있게 되었다는 점에 그 의의가 있다.

또한, 2002.8.26 법개정을 통해 뇌사판정대상자 관리전문기관을 법제화하고 선 순위자를 대신하여 차 순위자가 동의권을 행사할 수 있도록 하는 등 제도운영상 나타난 미비점을 보완해 나가고 있다.

또한, 장기기증희망자가 운전면허증 등 신분증에 기증희망을 표시토록 하고, 뇌사판정 신청자의 범위를 확대하였으며 뇌사판정 요건을 완화하는 등의 내용을 주요 골자로 하는 법률개정안이 공포되어 2007.9.28.부터 시행되고 있다.

2007년도에는 장기등이식에관한법률 하위법령을 개정하여 장기의 정의에 채장 및 채도와 소장을 추가하였고, 살아있는 자의 장기기증시 순수성 평가 및 본인진위여부 확인강화를 위하여 행정안전부의 주민등록 업무개발용인 “라이어스(RIUS)” 프로그램을 활용하고 있다.

II 장기이식 관리체계

법률에 의한 장기이식 관리체계는 그 동안 민간부문에서 자율적으로 시행되어 온 일반적인 절차를 중심으로 하여, 뇌사판정 관련 절차를 규정하고 이식 대상자 선정업무를 국가기관에서 관장하기 위한 기구설치와 관련정보를 통합 관리하는 데 필요한 사항들이 추가되었다. 장기이식 관리는 국립의료원에 설치된 국립장기이식관리기관(KONOS)을 중심으로 장기이식의료기관과 장기이식등록기관 그리고 뇌사판정기관간의 긴밀한 연계와 협조를 통해 이루어진다.

장기를 이식받고자 하는 사람은 의료기관 등 장기이식등록기관에 이식대기자로 등록을 하고 등록기관에서 등록된 이식대기자 정보를 국립장기이식관리기관에 통보함으로써 전국의 이식 대기자 정보가 통합 · 관리된다. 장기기증자가 발생하면 기증자 정보 또한 국립장기이식관리 기관에 통보됨으로써 이식대상자 선정기준에 따라 가장 적합한 이식대상자를 선정하여 이식 수술이 이루어지게 된다.

III 장기의 적출과 이식절차 및 요건

장기등이식에관한법률은 적용대상이 되는 장기의 종류와 장기를 적출하고 이식하는데 필요한 기증자의 동의 등 그 요건과 절차를 규정하고 있다.

1. 일반적 절차 및 요건

가. 적용대상 장기의 종류

적용대상인 장기는 신장(Kidney) · 간장(Liver) · 췌장(Pancreas) · 심장(Heart) · 폐(Lung) 5개의 장기와 골수(Bone marrow) · 각막(Cornea)이다. 이외에 이식이 가능한 뼈, 피부, 인대 등 9개 품목에 대한 인체조직은 별도의 법률인 인체조직안전및관리등에관한법률의 적용을 받는다. 이에 따라 다른 사람에게 이식하기 위해 장기를 적출하거나, 이를 다른 사람에게 이식하는 경우를 적용범위로 하고 있어 자신의 질병치료를 위해 장기를 적출하거나 사람의 장기가 아닌 것을 이식하는 경우는 제외된다.

〈표 2-8-35〉 장기 및 인체조직의 구분

구 분	장 기	인 체 조 직
근거법령	장기등이식에관한법률	인체조직안전및관리등에관한법률
적용범위	신장, 간장, 췌장, 심장, 폐, 골수, 각막(7종)	뼈, 연골, 근막, 피부, 양막, 인대, 건, 심장판막, 혈관(9종)
저장 및 보관	보관 및 저장 불가(다만, 각막의 경우 전문 보존액을 사용할 경우 14일 정도 보존가능)	가공, 처리 및 장시간 보관 가능
이식요건	혈액형, 백혈구 항원항체 등이 일치	안전성만 확보되면 이식 가능
수입가능여부	불가능 (다만, 각막 수입가능)	가 능 (패키지로 상품화)
관련기관	장기이식등록기관, 뇌사판정의료기관, 장기이식의료기관, 뇌사판정대상자관리전문기관, 국립장기이식관리기관, 보건복지가족부	보건복지가족부, 식품의약품안전청, 조직은행(Tissue Bank)

나. 적출 및 이식의 제한

장기 등의 이식에 부적합한 전염성 병원에 감염된 장기와 암세포에 침범된 장기 등은 적출 및 이식이 금지된다. 또한 인체 전반에 영향을 미치는 질환이나 특정장기에 영향을 미치는 질환에

이환된 자의 장기 등과 보존의 부적정 또는 외상 등에 의해 손상되거나 오염된 장기 등은 의학적으로 이식에 부적합하다고 판단되는 경우에는 적출 및 이식을 할 수 없다. 이와 함께 당해 장기는 이식 받을 사람이 정하여진 후에 적출하여야 하나, 상당기간 보관이 가능한 각막과 신장을 적출하는 경우에는 이식대상자가 선정되기 전에도 적출할 수 있다.

다. 장기매매 금지

누구든지 금전 또는 재산상의 이익 기타 반대급부를 주고받거나 주고받을 것을 약속하고 장기를 매매하는 것은 금지되며, 장기를 매매한 자는 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에, 장기매매를 알선한 자와 매매임을 알면서 장기를 적출·이식한 자는 2년 이상의 유기징역에 처해진다.

장기매매를 방지하기 위해 등록기관과 이식의료기관에 종사하는 자는 장기기증자 및 기증 희망자, 이식대기자에 대한 정보를 누설할 수 없다. 또한 살아있는 사람이 자신의 장기 등을 이식받을 사람을 선정하는 경우에는 국립장기이식관리기관의 승인을 받아야 하며, 뇌사자나 사망한 자로부터 적출된 장기는 국립장기이식관리기관에서 이식대상자를 선정토록 되어있어 매매행위가 개입될 수 없도록 하였다.

2. 세부 절차 및 요건

가. 살아있는 자로부터의 장기적출

살아있는 자로부터는 신장 1개, 간장의 일부 그리고 골수만을 적출할 수 있으며 본인의 동의(16세 이상 미성년자는 본인과 부모의 동의)가 필요하다. 그러나 임부, 해산한 날로부터 3월이 경과하지 아니한 자, 16세 미만인 자, 정신질환자, 정신지체인, 마약·대마 또는 향정신성의약품에 중독된 자의 장기는 본인동의와 관계없이 적출할 수 없으며, 16세 이상인 미성년자의 장기는 배우자, 직계존비속, 형제자매 또는 4촌 이내의 친족에게 이식하는 경우에만 적출이 가능하다. 다만, 골수의 경우에는 16세 미만인 자로부터 적출이 가능하고 친족 이외의 자에게도 이식할 수 있다.

근로자인 장기등기증자가 자신의 장기 등의 이식대상자를 선정하지 않고 기증하는 경우에 장기 등을 기증하기 위한 신체검사 또는 적출 등에 소요되는 입원기간에 대하여 공무원은 병가처리하고, 공무원을 제외한 근로자의 사용자는 유급휴가로 처리하도록 법률에 명시하고 있다.

나. 뇌사자 및 사망한 자로부터의 장기적출

뇌사자나 사망한 자의 장기는 ① 본인이 뇌사 또는 사망 전에 장기기증을 위한 적출에 동의한 경우 단, 가족 또는 유족이 명시적으로 거부하는 경우에는 적출불가 ② 본인이 뇌사 또는 사망 전에 장기 적출에 동의 또는 반대하였다는 사실을 확인할 수 없는 경우로 가족 또는 유족이 동의한 경우(본인이 16세 미만인 경우는 부모동의)에 적출할 수 있다. 장기를 적출하는 경우에는 형사 소송법 또는 검역법에 의해 해부 또는 검시가 필요한 경우에는 적출이 제한된다.

본인의 동의는 본인이 서명한 문서에 의하거나 민법에 의한 유언의 방식에 의하여야 하며, 가족이나 유족의 동의는 선 순위자 2인이 서면으로 하여야 한다. 장기기증에 동의할 수 있는 가족이나 유족은 ① 배우자 ② 직계비속 ③ 직계존속 ④ 형제자매를 의미하며 이에 해당하는 자가 없는 경우에는 4촌 이내의 친족이 가족이나 유족의 범위에 포함된다. 주의할 점은 14세 미만은 장기 기증에 동의할 수 있는 가족이나 유족에서 제외된다는 점이다.

부모 중 1명이 행방불명 그 밖에 대통령령이 정하는 부득이한 사유로 동의할 수 없는 경우에는 부모 중 1명과 법제3조제5호 각목의 규정에 따른 가족 또는 유족의 순위에 의한 선 순위자 2인(가족 또는 유족인 1인인 경우에는 1인)의 동의를 받도록 한 법률 개정안이 2006.9.에 공포되어 2007.9.28.시행되고 있다.

〈표 2-8-36〉 뇌사상태와 식물인간 상태의 비교

구 분	뇌사상태	식물인간
손상부위	뇌간을 포함한 뇌 전체	대 뇌(큰뇌)
기능장애	심장박동 외의 모든 기능정지 (심한 혼수상태)	기억, 사고, 운동감각 무의식 상태
운동능력	어떠한 강한 자극에도 전혀 무반응	손발을 조금은 움직일 수 있으나 거동 불가
호 흡	불가능	가 능
소화, 순환, 혈압조절	불가능	가 능
회복가능성	불가능(사망)	수개월 · 수년생존→사망 혹은 회복
장기기증 가능여부	가 능	불가능

※ 뇌간 : 큰뇌반구와 작은뇌를 빼고 사잇뇌, 숨뇌 부분으로 된 머릿뇌의 근간이 되는 부분

다. 이식대상자의 선정

기증된 장기를 누가 어떤 기준에 의해 분배할 것인가가 장기이식의 공정성과 적정성을 좌우하는 중요한 척도라고 할 수 있다.

(1) 원 칙

장기 등의 이식대상자는 원칙적으로 국립장기이식관리기관의 장이 선정한다. 이식대상자는 의학적 응급도 · 혈액형 · 대기시간 · 이식대기자의 나이 · 과거기증여부 · 기타 의학적 기준 등 장기별로 설정된 기준을 점수로 환산하여 최고 점수자를 선정하게 되며 이 과정은 컴퓨터 프로그램에 의해 자동적으로 실행되므로 정실이나 권력, 금전 등의 요인이 개입할 여지가 전혀 없다.

(2) 이식대상자 선정예외

국립장기이식관리기관에서의 이식대상자 선정의 예외는 다음과 같은 경우에 인정된다. 첫째 국립장기이식관리기관에 뇌사자인 장기등기증자의 등록결과와 신체검사 결과를 통보한 때로부터 2시간 이내에 국립장기이식관리기관이 이식대상자 선정결과를 통보하지 않는 경우에는 이식의료기관의 장이 이식대상자를 선정한다.

이는 행정절차의 지연으로 귀중한 장기가 사용되지 못하는 것을 방지하기 위한 것이다. 둘째 이식대상자가 선정되어 장기 등을 적출한 후에 당해 이식대상자가 사망하거나 상태악화 등으로 수술이 불가능한 경우에 이식의료기관의 장이 선정한다.

이와 같이 이식의료기관장이 이식대상자를 선정한 경우에는 그 사유 및 결과를 국립장기이식관리기관, 등록기관, 장기기증자 및 이식대상자와 그 가족 · 유족에 통보하여야 한다. 마지막으로 살아있는 자로서 20세 이상인 자(20세미만인 자 중 골수 기증자 포함)는 장기이식관리기관장의 승인을 받아 자신의 장기를 이식받을 대상자를 선정할 수 있도록 하고 있다. 이는 살아있는 자의 자기결정권을 존중하기 위한 것이나 장기매매에 악용될 소지가 있어 국가기관의 승인을 받도록 규정한 것이다.

IV 장기이식 관련기관

장기이식에 관한 중요한 사항을 심의하고 보건복지가족부장관의 자문에 응하기 위해 보건복지가족부에 장기등이식윤리위원회를 설치·운영하고, 하부조직에 뇌사판정전문위원회 등 전문위원회를 두고 있다. 장기의 적출과 이식은 국립장기이식관리기관, 장기이식등록기관, 장기이식의료기관, 뇌사판정의료기관, 뇌사판정대상자관리전문기관(HOPO)을 통하여 이루어진다.

〈표 2-8-37〉 장기이식관련기관 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소)

권역* \ 기 관	장기이식 등록기관	장기이식 의료기관	뇌사판정 의료기관	뇌사판정대상자 관리 전문기관
계	133	74	69	19
1권역	79	42	40	9
2권역	22	14	13	4
3권역	32	18	16	6

※ 1권역(5개시·도) : 서울, 인천, 경기, 강원, 제주
 2권역(6개시·도) : 대전, 광주, 충북, 충남, 전북, 전남
 3권역(5개시·도) : 부산, 대구, 울산, 경북, 경남

1. 장기등이식윤리위원회

장기 등의 적출 및 이식과 뇌사판정기준, 이식대상자선정기준, 장기이식등록기관 및 장기이식의료기관의 지정기준에 관한 사항을 심의하기 위해 보건복지가족부장관의 자문기구로 “장기등이식윤리위원회”를 설치·운영하고 있다. 동 위원회는 의사, 판사, 검사, 변호사 및 학식과 사회적 덕망이 풍부한 자 15인 내지 20인으로 구성한다.

2. 국립장기이식관리기관(KONOS/Korean Network for Organ Sharing)

장기이식관리의 총괄기구로 국립의료원을 국립장기이식관리기관으로 지정하고 국립의료원 내에 장기이식관리센터를 설치하였다.

국립장기이식관리기관은 장기를 이식받을 사람을 선정하고, 장기기증자 및 장기이식대기자에

관한 자료를 종합관리하며, 장기이식등록기관, 뇌사판정기관, 뇌사판정대상자관리전문기관 및 장기이식의료기관에 대한 지도·감독업무를 수행한다. 이와 함께 장기이식에 관한 홍보 및 조사·연구, 정보·통계의 관리를 통해 장기기증의 활성화와 장기이식관리의 적정화를 추구한다.

3. 장기이식등록기관

장기이식등록기관은 장기기증자 및 장기등기증희망자, 장기이식대기자의 등록에 관한 업무와 등록결과의 관리 및 등록결과의 국립장기이식관리기관에의 통보 등의 업무를 수행하는 기관이다. 등록기관은 지방자치단체(시군구 보건소 포함), 대한적십자사, 의료기관, 장기기증사업을 주된 목적으로 설립된 비영리법인 등의 신청에 의하여 보건복지가족부장관이 지정한다.

4. 장기이식의료기관

장기의 적출과 이식수술을 시행하는 장기이식의료기관은 의료기관의 신청에 의하여 보건복지가족부장관이 지정하며, 장기이식에 필요한 인력·시설·장비를 갖추어야 하고 지정받지 않고서는 장기 등의 이식을 위하여 장기 등을 적출하거나 이를 이식할 수 없다.

5. 뇌사판정의료기관

뇌사판정기관은 장기 등의 적출 및 이식을 위한 뇌사판정업무를 담당하는 의료기관으로 뇌사판정에 필요한 인력·시설·장비를 갖추고 뇌사판정위원회를 구성한 후 국립장기이식관리기관 장에게 통보하고 업무를 수행한다.

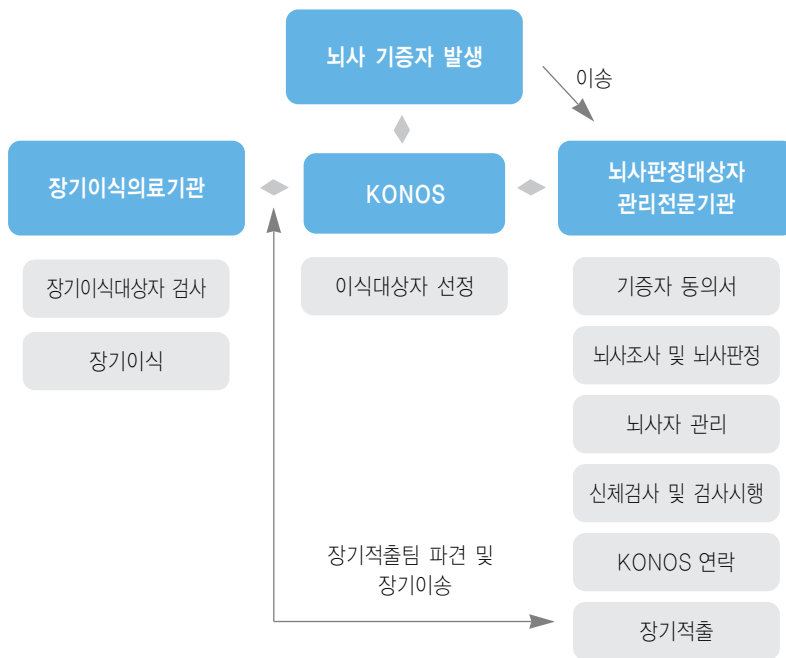
뇌사판정위원회는 전문의 3인 이상을 포함한 6인~10인의 위원으로 구성하고, 전문의 2인 이상을 포함한 재적위원 3분의2 이상의 출석과(재적위원 과반수 출석개정: '07.9.28.시행) 출석위원 전원 찬성으로 뇌사판정을 의결하며, 뇌사판정의 공정성 확보를 위해 회의에는 의료인이 아닌 위원이 반드시 1인 이상 출석하여야 한다. 뇌사판정은 가족(가족이 없는 경우는 진료 담당 의사)의 신청에 의해 절차가 개시되며, 전문의사와 진료를 담당한 의사가 뇌사 조사를 한 후 뇌사판정위원회에서 최종 판정을 한다.

6. 뇌사판정대상자관리전문기관(HOPO :Hospital based-Organ Procurement Organization)

뇌사판정대상자관리전문기관은 뇌사판정대상자에 대하여 장기기증, 뇌사판정, 장기적출·이식 등에 관한 일련의 업무를 통합하여 수행하는 기관으로 국립장기이식관리기관의 장이 지정한다.

동 기관으로 지정받기 위해서는 장기이식등록기관, 뇌사판정기관, 장기이식의료기관으로서의 요건을 갖추어야 하며, 골수와 각막을 제외한 2종 이상의 장기이식을 시술하는 의료기관이어야 한다. 또한, 뇌사자관리 등의 업무수행에 필요한 시설·장비·인력기준을 충족하여야 한다.

[그림 2-8-10] 장기기증 적출 흐름도



V 장기이식 관리업무 운영방향

장기수급 불균형 문제를 해소하기 위해 '05.10.24. 「장기기증관리개선 종합대책」을 수립하여 세부실행계획을 마련·추진 중이며, 주요 내용은 첫째, 장기기증희망자 모집을 확대하기 위해 장기기증에 대한 대국민 홍보 및 교육을 강화하고 둘째, 추모비 건립 등으로 장기기증자에 대한 지원 사업을 지속적으로 확대 추진할 것이며 셋째, 잠재뇌사자 의료기관 신고제도화 추진 및 잠재뇌사자를 발굴한 의료기관에 제공하는 인센티브를 확대하여 신고율을 향상시키는 등 능동적 장기발굴체계를 구축하고자 하며, 효율적인 뇌사장기기증 설득 및 뇌사판정을 위하여 장기기증 설득과 적출 코디네이션을 전담 수행하는 장기구득기관(OPO/Organ Procurement Organization)의 신설·추진 및 유명무실한 뇌사판정의료기관을 폐지하는 방향으로 검토하고 있다.

또한, 현재의 이식대상자 선정업무 외에도 중환자실·응급실근무 간호사를 대상으로 잠재뇌사자 발굴을 위한 홍보 및 장기구득 코디네이터 교육훈련 등의 실시를 추가하고, KONOS의 조직개편 및 인력보강 등을 통해 장기기증희망자 확충 및 뇌사장기기증 활성화를 위한 전략기구로의 역할을 수행할 수 있도록 국립장기기식관리센터(KONOS)의 역할을 재정립 할 것이다.

장기구득기관 도입에 앞서 1차 시범사업을 HOPO(뇌사판정대상자관리전문기관)에서 2007년 5월부터 10월까지 6개월간 실시하였고 2008년에도 2차 시범사업을 실시하고 있는데 그 결과를 토대로 권역별로 장기구득기관을 도입할 계획이다.

※ 장기구득기관(OPO/Organ Procurement Organization)이란?

잠재뇌사자(뇌사추정자) 발굴과 발굴된 잠재뇌사자의 장기기증을 설득하고, 기증의사 확인 후 뇌사판정→뇌사자관리→장기적출→장례지원 등 사후관리의 전과정을 One-Stop으로 체계적으로 제공하는 전담기구를 말한다.

〈표 2-8-38〉 장기이식 현황

④ 장기이식 대기자 현황

(2007.12.31 기준, 단위 : 명)

구 분	누 계	신 장	간 장	췌 장	심 장	폐	골 수	각 막
2004	13,100	5,131	1,460	148	143	47	2,622	3,549
2005	15,012	5,846	1,905	175	161	50	3,190	3,685
2006	17,219	6,724	2,413	231	168	51	3,870	3,762
2007	20,047	7,845	3,143	280	192	53	4,635	3,899

④ 뇌사기증자 장기이식 현황

(단위 : 건)

연 도	뇌사자 (명)	이 식 건 수						
		계	신 장	간 장	췌 장	심 장	폐	각 막
2004	86	363	167	64	10	23	4	95
2005	91	400	173	66	12	26	8	115
2006	141	597	263	118	29	29	5	153
2007	148	676	281	127	18	50	17	183

④ 살아있는 자 장기이식 현황

(단위 : 건)

연 도	이 식 건 수			
	계	신 장	간 장	골 수
2004	1,547	686	480	381
2005	1,430	589	530	311
2006	1,505	672	560	273
2007	1,432	631	612	189

제 9 장

보건산업 육성사업

제 1 절

보건산업정책

I 보건산업 육성*

1. 개 요

보건산업을 국가 전략산업으로 육성하기 위하여 2004년 11월 선정한 “보건산업 진흥을 위한 50대 추진과제”의 과제별 실행계획을 수립·추진하였으며, 또한 추진성과를 바탕으로 환경변화에 맞추어 ‘50대 과제’의 중장기 과제들에 대한 연도별 실행계획을 수립하여 추진해 오고 있다.

2007년까지 추진과제로 발굴된 과제수는 산업분야별로 각각 의약품분야 17개, 의료기기분야 12개, 식품분야 11개, 화장품분야 9개, 의료서비스분야 3개, 산업공통과제 4개이다.

*집필자 : 보건산업정책과장 송재찬

2. 산업별 육성방안의 주요내용

가. 의약품 산업

한국과 미국은 '07.4.2 한미 자유무역협정(FTA)을 타결하였다. 한·미 FTA 보건의료분야 협상에서 미국측의 핵심요구 사항중 우리 건강보험제도 및 의약정책 관련 사안의 상당부분에 대해 우리 입장을 지킴으로써 국민들이 우려했던 국민 의료비의 증가나 제약업계에 미치는 파장은 크지 않을 것으로 전망된다. 보건의료부문 협상에서는 특허기간 연장 및 자료보호 등 의약품 지식재산권과 관련된 부분이 부각됐다.

우리측에서 요구한 의약품 GMP 및 제네릭 의약품의 상호인정(MRA) 추진이 합의됨으로써 제약업계의 경쟁력 제고와 대미진출 확대에 기여할 것으로 기대하는 한편 우리 제약산업이 FTA에 따른 개방환경에 적응하고 국제경쟁력을 강화할 수 있도록 '07.6월 '제약산업 경쟁력 강화방안' 을 수립하여 2008년부터 2017년까지 3단계 전략을 추진해 나갈 예정이다. 1단계('08~'10) 조치는 국내제도 선진화 및 제약산업 체질개선이 목표다. 2단계 사업('11~'12)은 개량신약을 기반으로 세계적 수준의 제네릭 기업을 육성하고 마지막 3단계('13~'17)는 글로벌 신약을 보유한 글로벌 기업 육성이다.

의약품산업분야 17개 추진과제는 2005~2007년 기간 동안 4개 과제를 완료하고, 문제과제 1개를 제외한 나머지 12개 과제를 지속 추진 중에 있다.

우리나라 임상시험수준을 국제적 수준으로 향상시키기 위해 2009년까지 총 15개의 임상시험 센터 지원을 목표로 2008년 6월 현재 12개 지역임상시험센터를 지정·지원하였으며, 임상시험 전문 인력도 적극 양성할 계획이다. 2010년까지 국제경쟁력을 갖춘 개량신약 20건, 천연물신약 10건 개발을 목표로 신약개발 분야 R&D자금 지원을 점차 확대하고 있다. 또한, 세계시장 진출을 위한 대형 퍼스트 제네릭 육성방안을 마련하고 있다.

이와 같은 한미FTA등 다양한 제약산업의 환경변화에 따른 제약사간 경쟁력 강화를 위하여 GMP 수준 향상과 생산시설의 중복투자를 최소화하기 위해 '제약산업 선진화 기반 마련을 위한 의약품전문생산기업 육성 및 전문인력양성 방안 연구' 를 진행하였으며, 다양한 환경변화에 경쟁상 열위기업들의 업종전환을 촉진하기 위한 '제약업체 기반기술의 확대 전환 프로그램 개발' 연구를 완료하였다.

나. 의료기기 산업

의료기기산업분야 12개 과제는 2005~2007년 동안 7개 과제를 완료하고, 나머지 5개 과제를 진행 중에 있다. 「의료기기 허가 등에 관한 규정」을 개정하여 허가받은 의료기기에 색상·포장 재료 등 사소한 변경이 있는 경우 별도의 변경허가 및 신고 없이 통보로 가능하도록 제도를 개선하였고, 시험검사기관의 기술수준 향상을 도모하고자 시험검사기관 관리에 대한 국제기준인 ISO17025를 기반으로 평가지침을 마련하여 지도·점검을 실시하는 등 사후관리를 강화하였다.

의료기기의 품질향상을 위해 2007년에 의료기기 GMP를 전면 의무화하였고, “위험관리기술 지원기구”를 식약청 내에 설립하여 산업계에게 밸리데이션, 위험관리 등 선진 품질관리기법 도입을 지속적으로 지원하고 있다. 첨단의료기기 개발 증가로 병원·산업체 등에 의료기기를 전문적으로 관리할 수 있는 기술인력에 대한 수요가 증가하고 있는 바, 2008년 하반기에 의공학 기사제도를 시행할 예정이다.

국제경쟁력 확보를 위하여 의료기기용 반도체 등 여러 기업체들이 공동으로 사용할 수 있는 핵심공통부품을 공동으로 개발하도록 R&D자금을 지원하고 있으며, 제품·기술·업체수준 및 특성을 반영한 R&D자금 지원을 지속할 예정이다. 또한 의료기기 임상시험 실시기관을 2008년 6월 현재 50개 지정하여 다양한 의료기기 특성을 고려한 임상시험이 효과적으로 수행될 수 있도록 지원방안을 마련하여 시행중이다

의료기기 임상시험의 전문 인력 확보를 위하여 '07년 789명을 대상으로 총 17회의 “의료기기 임상시험 전문가 양성 교육”을 실시하였다.

의료기기 산업체에게 필요한 정보를 제공하기 위하여 국내 생산, 수출, 수입실적 등을 분석한 “의료기기산업 분석 보고서”를 발간하였고 국내 주요 기업체의 경영정보, 제품정보 등 기본정보를 담은 “2007 의료기기 기업체 디렉토리북”을 발간하였다.

2008년에는 의료기기 산업구조의 고도화를 위하여 연구개발, 인프라구축, 제도개선 등 종합적인 추진전략과제를 도출하는 “의료기기산업 고도화 전략 개발” 연구를 수행할 예정이다.

다. 식품 산업

식품산업분야 11개 과제는 2005~2007년 동안 3개 과제를 완료하고, 8개 과제를 계속 진행 중에 있다. 우선 식품공전에 안전성과 무관한 품질규격이 획일적으로 규정되어 있어 “식품공전

개선위원회”를 구성하여 이를 개선하기 위한 작업을 마무리하였으며, 식품안전관리의 사각지대 해소를 위해 소비자 안전중심의 「식품안전기본법」을 제정하는 등 식품관련 법령체계를 개선하기 위해 노력하고 있다.

어묵 등 위해도가 높은 6개 식품의 안전성 확보를 위해 2007년부터 HACCP(위해요소중점관리 기준)제도가 의무화됨에 따라 식약청에 “HACCP 기술지원센터”를 설치하여 HACCP 지원사업 확대를 위한 기반을 마련중에 있다. 또한, HACCP에 대한 소비자 인식 강화대책을 수립하여 HACCP 인증업체에서 생산된 제품의 안전성에 대한 소비자 인식을 강화하도록 할 예정이다.

2006년부터 생산자주문방식(OEM) 건강기능식품 제조 시 GMP시설에서만 제조가 가능하도록 법제화됨에 따라 중소규모 GMP 수행매뉴얼 및 GMP 관리지침서를 개발·보급하는 등 GMP 도입을 지원하고 있다.

마지막으로 부가가치가 높은 기능성식품을 집중적으로 육성하기 위하여 기존 품목별로 관리 하던 기능성식품을 2008년 6월 1일부터 영양소 또는 기능성원료로 나누어 원료별로 관리하고 있다. 기능성식품의 안전성·기능성 평가를 지원하고, 기능성식품 개발에 R&D자금을 집중 지원할 계획이다.

라. 화장품 산업

화장품산업분야는 9개 추진과제 중 문제과제 1개를 제외한 8개 과제가 지속 추진되고 있다. 화장품업체의 제품개발이 활발하게 진행될 수 있도록 화장품 품목 및 유형을 확대하고, 효능·효과를 다양하게 표시·광고할 수 있도록 개선하는 방안을 마련하고 있다. 또한 미국·EU 등에서는 소비자의 안전과 알권리 보장을 위해 화장품에 사용된 모든 성분을 표시하는 전성분 표시제가 시행 중이어서 이를 도입하기 위한 절차를 진행 중이다.

최근 주문자요구생산기업(OEM)에 위탁 생산하고, 유통만을 전문으로 하는 “유통전문판매업체”(예: 초저가 할인매장)가 급격히 증가하면서 제조업소와 유통업소간의 안전관련 사건 발생시 책임소재가 불분명하여 사후관리에 어려움이 발생함에 따라 유통과정상의 품질을 확보할 수 있는 방안을 수립할 계획이다.

세계시장에서 경쟁력을 가질 수 있는 기능성화장품 분야를 선정하여 제품화를 위한 R&D 자금을 지원하고, 화장품 소재의 해외의존도를 낮추기 위하여 화장품 소재를 개발하고 평가하는

“기능성화장품 신소재 개발센터”를 지정·지원하고 있다. 품질 면에서는 세계적인 경쟁력을 갖고 있는 우리나라 우수 화장품의 세계시장진출을 적극 지원하기 위해 “화장품해외마케팅협의회”를 구성·운영하고 있다.

마. 의료서비스 산업

의료서비스산업분야 추진과제는 모두 중장기 과제로 3개 과제가 지속 추진 중에 있다. 해외 의료시장 정보 및 투자지원체계 구축을 위해 한국보건산업진흥원 내에 “의료기관해외진출지원센터”를 설치하여 중국·베트남 등 주요 진출대상국가의 의료제도, 시장정보, 진출 절차 등에 관한 정보를 수집·분석하여 제공하고 있으며, 향후 센터기능을 강화하여 성공적인 해외진출기반을 확충할 계획이다.

또한 국제협력을 통한 해외진출을 도모하기 위해 국내 의료기관의 해외 의료인력 현황을 파악하고, 한국국제의료서비스협의회 의료기관을 대상으로 해외 의료인력(15개 기관, 76명) 교육·연수를 실시함으로써 국내·외 의료기관·인력 간 국제 네트워크를 구축하고 우리나라 의료에 대한 이해도를 높이는 계기를 마련하였다.

마지막으로 태국, 싱가포르, 인도 등 세계 각국은 의료제도를 개선하고 해외환자를 유치하는 등 의료의 산업화를 적극 추진하고 있다. 우리나라도 해외환자 유치에 장애가 되는 제도개선을 추진(해외 환자의 유치 알선 금지의 예외적 허용, 부대사업 범위 확대 등)하고, 우리나라 의료 서비스 수준에 대한 해외홍보 및 마케팅 활동을 전개하고 있으며, 해외환자 유치에 의지가 많고 경쟁력 있는 의료기관으로 구성된 「한국국제의료서비스 협의회」를 발족하여 운영 중에 있다. 동 협의회는 민·관 공동협의체로서 해외환자 유치를 위한 각종 사업에 동참하고 있다. 향후 협의회를 법인화하여 한국의료 브랜드의 상징으로 육성할 계획이다.

정부는 2005년 대통령 소속 의료산업선진화위원회를 구성하고 2015년까지 세계적인 의료산업 강국 실현을 위한 구체적 실천방안 도출을 위한 논의를 거쳐 제도적 개선대책을 마련하였다. 여기에서는 의료산업선진화위원회에서 논의된 과제들을 중심으로 간략하게 살펴보고자 한다.

(가) 혁신형 연구중심 병원 육성

병원은 의료서비스 산업의 가치사슬(Value Chain)의 정점에 위치한다. 의약품, 의료기기 등의 수요처이며 실제 환자들에게 행해지는 임상기술을 보유한 의사들을 보유한 지식의 寶庫다.

병원이 기술혁신에 있어 선도적 역할을 수행하도록 비전을 가지고 혁신형 연구중심병원 (Innovative Research Hospital) 2개소를 지정하고 본격적으로 시행 중에 있다.

혁신형 연구중심병원은 병원과 우수연구인력, 기업, 대학, 연구소 등이 결합된 형태의 네트워크다. 단순 환자진료 중심의 진료중심 병원을 혁신활동의 장으로 바꾸어 나가야 한다. 이를 위해 5년 내 첫 임상적용이 가능한 중개연구과제로서 기술 또는 질병으로 기관을 특성화·전문화 하고 기초와 임상간 협력연구 지원, 연구전담교수의 채용 및 신분보장의 제도 개선 등을 주 사업 내용으로 하고 있다.

'08년도에는 사업이 수행되고 있는 2개소 외에 더 많은 병원의 사업 참여 및 연구 분위기 확산을 유도하고 다양한 병원 환경에 맞게 적용될 수 있는 사업의 변화 필요성에 따라 연구중심 병원 확산을 위한 기획을 마련 중에 있다.

(나) 적극적인 해외환자 유치를 통한 국익창출

적극적인 해외환자 유치를 통해 의료서비스 수지를 개선해 나갈 계획이다. 외국유학생 증가 등으로 인해 서비스수지 악화가 지속되는 가운데 상당한 의료기술 수준과 가격경쟁력이 있는 우리나라의 경우 정부 및 민간의 적절한 역할 설정 속에서 상당한 경제적 성과를 거둘 수 있을 것으로 기대된다.

이를 위해 해외환자에 한하여 소개·알선을 허용하여 적극적인 유치활동의 여건을 조성할 계획이다. 그리고 국제의료서비스 아카데미 운영을 통하여 의료코디네이터 등 전문 인력의 역량 강화를 지원하고, 한국의 의료수준을 전 세계에 홍보할 수 있도록 다국어 홈페이지 운영, 국제 행사 참가, 해외 의료관광 관계자 초청 체험 행사 등을 지속적으로 실시할 계획이다.

(다) 의료기관 자본참여 활성화 및 공급체계 효율성 강화

의료채권, 기부활성화 등 의료기관의 다양한 자본참여 방안을 확대해 나갈 계획이다. 현재 의료채권 등 각 과제별로 전문가 워킹그룹을 구성해 이를 통해 경쟁력 있는 의료기관으로 성장할 수 있도록 자본조달 기전을 강화할 계획이다.

그러나 우리 의료체계는 인구 1천명당 급성기 병상수('06년)가 OECD국가 평균수준인 3.9개를 훨씬 뛰어넘는 6.8개에 이르고 있는 상황이므로 의료공급체계의 효율성을 강화할 수 있도록 제도를 개선해 나가야 한다.

급성기병상을 요양병상으로 전환할 수 있도록 하기 위해 재특용자사업, 요양병원 수가 시범 사업 등이 진행 중이다. 이 뿐 아니라 의료기관에서 노인복지시설, 요양시설 등과 함께 복합적 의료서비스를 제공할 수 있도록 하기 위해 수익사업 범위를 확대하는 안을 검토할 계획이다.

(라) 보건의료정보화(u-Healthcare) 추진

그동안 보건의료 정보화는 의료·간호·보건 용어의 표준화와 종합병원과 대학병원급에서 사용할 수 있는 용어표준, 그리고 보안, 전송, 서식의 표준을 마련하여 공공보건시스템 구축시 마련된 표준을 반영하였으며, 개발된 시스템은 전 공공보건기관을 대상으로 지속적으로 확산하고 있다. 아울러 개발된 표준은 공공보건시스템 뿐만 아니라 공공의료시스템 구축 등 보건의료정보 시스템 구축시 반영할 계획이다.

향후 보건의료정보화는 국민 모두가 언제 어디서나 질 높은 의료서비스를 이용할 수 있도록 편리성과 효율성을 제공하는 『u-Healthcare활성화 종합계획』을 수립하여 추진할 계획이며, 보건의료정보산업을 국제 경쟁력을 갖춘 고부가가치 산업으로 육성할 계획이다.

바. 산업 공통과제

산업공통과제로 4개 과제가 진행 중에 있다. 먼저 보건산업제품의 수출확대, 보건산업체의 해외진출 등 수출촉진을 적극적으로 지원하기 위하여 수출전략국가의 산업별 수입관리제도 및 시장정보를 조사하여 산업체에 제공하고 있으며 유럽지역 기관들과의 기술교류 네트워크 구축, 우수연구기관 등과의 국제공동연구 연계사업을 지속적으로 추진 중에 있다.

보건산업 기술거래 활성화를 위해 벤처기업 및 대학·연구소에서 개발된 우수한 보건의료 기술을 대기업 또는 해외기업에 연결시키기 위하여 기술이전사업을 추진하고 있다. 국내외 기업 및 기관이 참여하는 기술이전 파트너링 행사 등 산·학·연·간의 네트워크를 통한 기술사업화 촉진, 기술평가 및 중개 등을 추진하였으며, 2007년에는 국내 대표 국제 바이오행사인 “BIO KOREA 2007”을 개최하여 국내외 기술이전을 더욱 활성화하였다.

BT 등 보건의료기술경쟁력 향상을 위해 차세대성장동력, 국제협력연구 및 실용화연구 등에 R&D자금을 지원하고 있으며 줄기세포연구촉진 종합계획 및 보건의료R&D 5개년계획을 수립하여 보건의료 R&D지원사업을 지속적으로 추진하고 있다.

또한 보건산업 통계체계를 정비하고, 그에 따른 통계조사·가공·분석을 통해 산업현상을 정확하게 설명할 수 있는 통계체계를 구축하기 위해 2007년도는 정보화전략계획을 수립하였다.

3. 향후 추진계획

“보건산업 진흥을 위한 50대과제”의 차질 없는 이행을 통해 산업발전을 저해하는 규제를 합리화 하는 등 가시적인 성과를 거두고 있다. 단기간에 달성 가능한 것도 있고 단계적으로 추진해야 하는 것도 있으나, 과제 완료시점을 구체화하고 집중 추진하여 보건산업체에게 실질적인 도움을 줄 수 있도록 할 것이다.

우리나라의 경우 보건의료산업의 시장규모는 가파른 성장속도를 그려왔고, 특히 의료기술의 발전, 고령사회로의 진입과 더불어 국민소득의 증대에 따라 의료산업의 시장규모는 더욱 성장할 것으로 예상하고 있다.

1개 다국적 기업이 1년에 투자하는 연구비가 우리나라 보건의료 총 연구비를 상회하는 상황에서 우리나라가 의료산업에 도전하는 것은 무리라는 지적도 있지만 우리나라는 우수 인력 및 IT, BT 기술의 성장 잠재력을 가지고 있다.

우리의 우수한 동력을 활용할 수 있는 기반을 마련하기 위하여 정부는 과거 적극적인 규제의 운영에서 벗어나 국민 건강을 위한 필요한 규제로의 전환을 추진하고, 산업발전의 핵심 인프라를 지원토록 할 것이다. 의료산업의 효율성을 제고하여 양질의 의료서비스 공급체계를 구축하여 국민의료비 지출경감에도 노력할 것이다.

II 보건의료기술 연구개발 사업*

1. 개요

보건의료과학기술의 기반강화를 통한 신기술 경쟁력을 확보하여, 국민건강증진을 도모하고

*집필자 : 보건산업기술과장 나성웅

보건의료 관련 산업을 2010년까지 선진국 수준으로 집중 육성하기 위하여 1995년부터 보건의료 기술연구개발사업을 시행하고 있다.

보건의료과학기술의 기반강화를 통한 신기술 경쟁력을 확보하여, 국민건강증진을 도모하고 보건의료 관련 산업을 2010년까지 선진국 수준으로 집중 육성하기 위하여 1995년부터 보건의료 기술연구개발사업을 시행하고 있다.

동 사업은 기반기술 분야에 대하여는 연구개발비 전액을, 민간기업이 참여하는 실용화 및 제품화 기술과제에 대하여는 연구개발비의 50%이내에서 지원한다. 보건복지가족부는 연도별·분야별 연구개발사업의 추진전략을 수립하고 연구개발사업의 추진 현황을 관리하고 있으며 관리기관인 한국보건산업진흥원에서 연구개발 사업 관리 등의 실무를 담당하고 있다.

〈표 2-9-1〉 2007년도 보건의료기술진흥사업별 지원현황

(단위 : 백만원)

사 업 명	사 업 목 표 및 내 용	지원금액
보건의료기술 연구개발사업	- 차세대 성장동력 산업인 바이오신약, 바이오이종장기, 바이오칩 분야 집중 육성을 통해 국제 경쟁력을 확보하고 국민소득 2만불 달성에 기여 - 지원분야 : 바이오신약, 바이오이종장기, 바이오칩 - 보건산업기술을 집중 개발하여 국민의 삶의 질을 향상 시키고, 보건산업을 차세대 국가 핵심전략산업으로 집중 육성 - 지원분야 : 신약, 의료기기, 의료정보, 건강기능제품, 임상시험인프라, 벤처 및 중소기업, 이전기술상용화 - BT, NT 등을 활용한 미래 보건의료 핵심기술 개발로 질병극복 및 보건산업의 활성화에 기여 - 지원분야 : 보건의료유전체연구, 생명노화연구, 생체조직장기, 임상연구, 중개연구, 나노보건기술 등	95,597
10대질병정복 메디클러스터 구축	- 병원내 연구환경 조성을 위한 제도개선, 연구인력 확충 등을 통해 연구역량이 강화된 혁신병원 창출 - 혁신형 연구중심병원을 중심으로 산학연이 연계된 메디클러스터 형성 - 병원을 중심으로 관련 기업과 연구소, 대학 등이 상호 연계에 의한 시너지를 통해 새로운 지식과 기술을 창출하고 기술이전과 창업을 활성화	9,000
계		104,597

2. 추진 실적

1995년부터 2007년까지 8,871억원을 지원해 온 결과 2007년 말 현재까지 다음과 같은 성과가 있었다.

논문 발표 현황		특 허 출 원		특 허 등 록	
SCI	비SCI	국 내	국 외	국 내	국 외
9,529편	5,612편	1,419건	929건	1,000건	269건

1995년부터 2007년 현재까지 의료기기 상품화 92건, 기술이전 90건, 해외기술수출 12개 기술 등의 우수한 연구성과를 창출해 냈으며, (주)부광약품의 「레보비르(B형 간염치료제)」 등 9건의 신약과 (주)유유산업의 「맥스마빌 정(골다공증치료제)」 등 5건의 개량신약이 개발됨으로써 우리나라는 세계 11번째 신약개발국으로 도약하였다.

이 외에도 비브리�균의 유전체 염기서열을 완전 해독하여 미국 국립생물정보센터(NCBI)에 등록(02. 12. 전남대 장관계유전체연구센터)하였고, 꼬마선충에서 수명을 10배 이상 연장시키는 노화 조절인자인 ‘다우몬(daumone)’을 세계최초로 발견(2005년, Nature誌 게재)하고, 미세먼지에 의한 호흡기 질환 발병 메커니즘을 세계최초로 규명(2007년)하는 등 유전체 연구분야에서도 괄목할 만한 성과를 이루고 있다.

3. 향후 추진 계획

보건의료 분야는 생명공학(BT), 정보기술(IT) 및 나노기술(NT) 등의 융합으로 개념 자체가 바뀔 뿐 아니라, 그와 관련된 사회 구조 및 생활상도 크게 변화할 것으로 예상되고 있다. 최근 고령화사회로 접어들면서 만성질환, 난치질환 등이 증가추세에 있으며, 세계적으로도 경제수준이 높아짐에 따라 맞춤형 고급의료에 대한 관심증대로 그 중요성이 부각되고 있다. 보건복지가족부는 보건의료분야를 미래 성장엔진으로 육성하고 기술경쟁력을 제고하기 위해 2008년에 중장기 추진전략을 수립하여 질병중심의 연구개발사업을 적극적으로 추진할 계획으로 있다.

앞으로, 보건복지가족부는 의료인력, 임상데이터 등 병원의 우수한 연구자원을 활용, 관련 제도와 기술개발과의 상호 연계·발전을 도모하는 등 보건의료 분야의 특성을 살린 R&D사업을 주도적으로 추진해 나갈 계획이다.

III 보건의료 정보화 및 u-Healthcare 활성화*

1. 보건의료 정보화 추진현황

공공보건정보화사업은 전국 보건기관(보건소/지소, 보건의료원 및 보건진료소)별 정보시스템 운용에 따른 업무생산성 및 효율성 저하를 개선하기 위하여, 2005년에 수립한 지역보건의료 분야 정보화전략계획(ISP)에 따라 전국 보건기관의 업무를 정보화하고 시·군·구 등 유관 기관과 전자적 연계체계를 구축하기 위한 공공보건정보화 사업을 추진하고 있으며, 본 사업으로 공공보건기관의 정보(삭제)서비스를 선진화하는 한편 국가보건의료정보표준 등을 적용하여 국가보건의료정보화(e-Health) 사업의 기반을 마련하고자 한다.

공공보건정보화사업은 보건기관의 보건행정, 보건사업, 진료 및 진료지원 등 공공보건기관의 전반적인 업무를 정보화하고, 유관기관과의 연계 체계 구축으로 업무의 수작업과 이중 입력을 최소화하고, 실적보고와 통계정보를 자동 생성하는 등 업무의 생산성과 효율성을 향상시키고 정책결정에 필요한 정보를 시의적절하게 제공할 수 있는 토대를 마련하였다.

또한, 보건기관을 이용하는 국민에게는 전자의무기록(EMR) 및 선진의료지원시스템(CDSS 등) 적용 등을 통한 진료서비스의 질적 개선과 대국민 공공보건포털시스템 구축으로 진료예약, 온라인 제·증명 발급 등 전자민원서비스와 검증된 양질의 건강정보 제공 및 전국 보건기관 홈페이지를 연계하는 멀티포털 구축 등으로 보건기관 이용편의성 증진을 도모하였다.

공공의료 정보화사업은 공공의료기관의 업무흐름에 대한 분석과 재설계를 기반으로 개발한 정보시스템을 활용하여 업무의 효율성을 향상시키고, 의료공급자의 요구 충족과 변화하는 환경에 대응할 수 있는 경쟁력을 갖추어 국내는 물론, 국제적으로 성장가능성이 높은 보건의료정보산업 시장에서 고부가가치 창출 및 양질의 일자리를 창출할 수 있는 산업으로 육성할 수 있는 기반을 마련하고자 한다.

*집필자 : 보건의료정보과장 이재국

또한, 보건의료정보의 표준화를 위하여 2004년 12월부터 의료용어, 간호용어, 보건용어 등 총 200여명의 관련 전문가를 위촉하여 용어표준화 실무 작업을 수행 하고 있다.

제1단계 표준화는 2005년 5월까지 보건소와 300병상 종합병원급에서 사용될 수 있는 용어 표준안을 작성하였으며, 제2단계는 2005년 6월부터 2006년 5월까지 제1단계 작업의 후속조치로 대형병원에서 사용될 수 있도록 2단계 용어표준안과 보안, 전송, 서식 등 관련 표준안을 작성 하였다.

2006년부터는 표준화 작업 결과를 바탕으로 공공보건정보화사업 및 의료기관 등에 표준안 적용을 위한 시범사업을 추진하고, 표준사용에 관한 법적근거 마련 및 표준에 대한 지속적인 관리체계를 구축하여 표준안이 실용화될 수 있도록 추진하고 있다.

R&D사업으로 의료정보 공유, 의료지식 표현기술, 의료기관정보시스템 구축 등을 위한 의료 정보기술개발사업 중 의료기관 간에 진료정보를 교류할 수 있는 진료정보공유시스템 개발을 위한 연구개발 사업이 EHR(Electronic Health Records) 핵심공통기술연구사업단에서 수행 중에 있으며, 향후 e-Health발전 로드맵 수립과정에서 제시되는 각종 기술개발 및 정책과제를 적극 지원할 수 있는 방향으로 운영할 계획이다.

2. u-Healthcare의 정의 및 추진현황

u-Healthcare는 의료서비스와 IT기술의 융합을 통해 진단기기 등을 환자가 휴대하거나 주변 환경에 설치하여 일상생활 속에서 ‘언제, 어디서나’ 의료 및 건강관리 서비스를 제공받는 헬스 케어 환경을 의미하며, 기존 병원(치료) 중심의 의료서비스 제공 패러다임에서 예방·건강 관리·진료·사후관리 등의 서비스를 제공하는 소비자 중심의 보건의료패러다임으로 전환을 말한다.

국내 u-Healthcare 사업추진현황은 1988년에 서울대학교병원과 연천보건소간의 원격 영상진단을 시작으로 지금까지 52개의 사업들이 추진되었고 그중 12개 사업이 현재까지 서비스 중이다.

3. 향후 주요 정책과제

가. 보건의료기관의 정보화 촉진

공공보건정보화는 2005년 수립한 정보화전략계획(ISP)에 따라 국가보건의료정보표준 등을 적용한 공공보건정보시스템 구축사업을 추진하고 있으며, 공공보건기관의 정보화 정착을 위한 지속적인 확산과 안정적인 시스템 운영을 위한 기반마련 등을 추진할 계획이다.

또한, 국립대학교병원, 지방의료원, 특수공공병원 등 공공의료기관의 정보화를 위하여 우선 공공의료기관의 정보화전략계획을 마련하였고, 국가보건의료정보표준 및 전자건강기록 공통 기술 연구개발 사업 결과를 적용한 전자의무기록(EMR)시스템, 처방전달시스템(OCS), 영상저장 전달시스템(PACS) 등을 포함한 최신의 전자건강기록(EHR)시스템을 단계적으로 개발하여 확산을 지원할 계획이다.

나. u-Healthcare 활성화 중장기 종합계획 수립

u-Healthcare는 보건의료 서비스 전달체계 선진화 및 미래 신성장동력산업으로 성장할 것으로 전망되고 있으나 그간 u-Healthcare 관련정책은 부처별로 비연계적, 산발적으로 추진하여 의료수요자 중심적이고 산업성이 동시에 부각되는 보건의료서비스 개발이 미흡했다.

또한, 인프라 미비 등 기술적, 법·제도적, 사회·문화적 요인 등으로 단발성 시범사업 수준의 한계를 벗어나지 못하는 상황으로 이제 u-Healthcare활성화를 위한 국가차원의 중장기 종합 계획 수립이 필요하여 u-Healthcare활성화 중장기 비전 및 단계적 실천방안 도출과 민간 주도의 u-Healthcare산업 활성화를 위한 기반 조성방안 마련을 위하여 u-Healthcare 활성화 중장기 종합계획 수립을 추진한다.

다. u-Healthcare R&D 종합계획 수립 및 추진

u-Healthcare를 국가보건의료정보화사업과 연계하고, 향후 국민의 건강증진을 위한 정부 R&D 사업으로의 지원 타당성, 시장성, 기술성 확보를 고려한 체계적인 u-Healthcare R&D 기획을 추진할 필요가 있다.

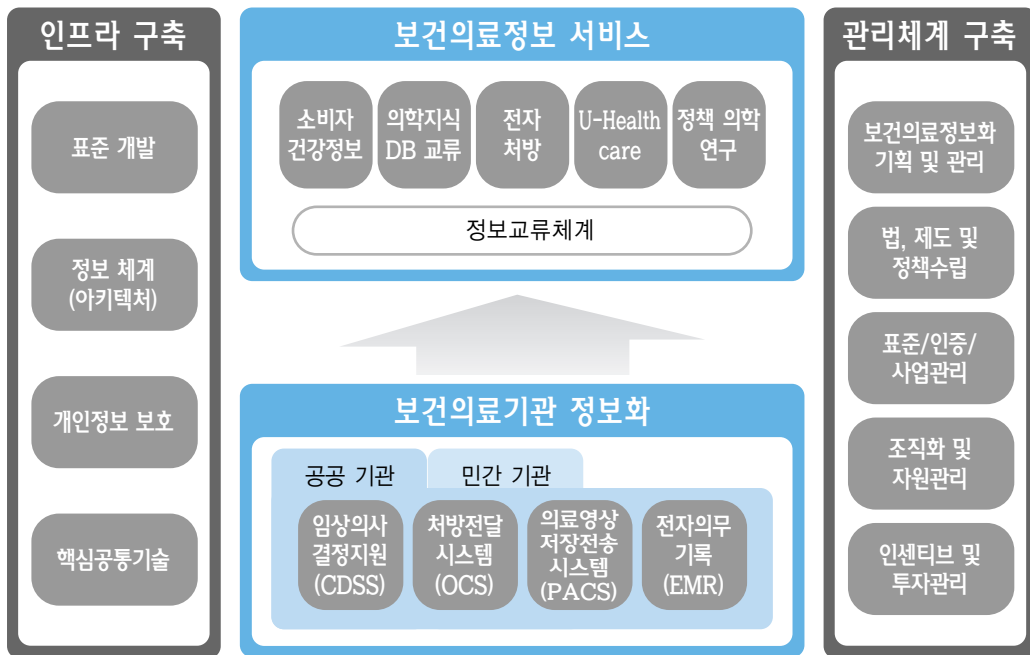
기 추진 중인 상호호환성 및 기관 간 연계 강화를 위한 보건의료정보 표준화, EHR핵심공통 기술, 법률 제정 등 국가보건의료정보화사업의 보완 필요부분을 도출하고 의료소비자 중심주의,

평생건강관리, 바이오-임상 지식기반, 센서, 유무선 네트워크와 같은 급격한 환경변화를 반영한 u-Healthcare 인프라 개발 · 의학지식 정보화 기술 개발 · 서비스 모델 개발의 신규 R&D 발굴을 위해 추진하고자 한다.

라. u-Healthcare 시범사업 추진

우리 부에서는 다양한 IT 기술을 보건의료 서비스에 접목하여 격오지, 만성질환자 등 의료취약 계층 등에게 상시 원격 건강관리 및 원격의료서비스를 제공하여 국민의 보건의료 서비스의 질 제고와 u-Healthcare에 대한 직접적인 수요촉발이 가능한 선도 모델 발굴 및 상용화 전략을 제시하여 신규 시장 수요 창출 및 기술개발 촉진 등 u-Healthcare 서비스의 안전성, 유효성 및 경제성 등에 대한 시험 · 검증을 통해 관련 법 · 제도 정비를 위하여 시범사업을 추진한다.

[그림 2-9-1] 보건의료 정보화 비전 및 목표



Ⅳ 생명윤리 인프라 구축*

1. 생명윤리 정책의 기본방향

발전하는 생명과학기술은 암·에이즈 등 인류를 괴롭혀 온 난치병들을 퇴치할 수 있는 새로운 길을 펼쳐 나가고 있으나, 동시에 인류가 이제까지 접해 보지 못한 생소하고도 어려운 윤리·안전 문제를 던져주고 있다. 인체를 대상으로 하는 실험과정에서 파생되는 일반적인 윤리·안전 문제를 비롯하여 배아의 파괴를 수반하는 연구의 윤리 문제, 복제인간의 출현 가능성, 개인 유전정보의 누출·남용으로 인한 프라이버시와 인권의 침해 문제, 유전정보의 상업화 내지 유전정보에 의한 고용·보험 등에서의 차별 가능성, 유전자 치료의 안전문제 등이 그것이다.

생명과학기술의 발달은 인간의 존엄성·안전과 서로 조화롭게 구현되어야 한다는 문제의식에서 과학계와 윤리계, 관련 부처들 간의 수년에 걸친 토의 결과를 반영, 「생명윤리및안전에관한법률」(이하 “생명윤리법”)이 2004년 1월 29일 제정되고 2005년 1월 1일 발효되었다.

이 법에서 생명윤리 정책의 목적과 기본방향을 “생명과학기술에 있어서의 생명윤리 및 안전을 확보하여 인간의 존엄과 가치를 침해하거나 인체에 위해를 주는 것을 방지하고, 생명과학기술이 인간의 질병 예방 및 치료 등을 위하여 개발·이용될 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강과 삶의 질 향상에 이바지함”에 있음을 천명하였다.

이를 위해 대통령 소속하에 관련 부처 장관 및 과학계, 윤리계 전문가들로 「국가생명윤리심의위원회」를 구성하여 국가의 주요 정책을 심의하게 하고, 배아생성·연구, 유전자 검사·연구·치료 등 생명윤리에 관련되는 각 기관에는 「기관생명윤리심의위원회」를 두어, 생명과학기술 연구의 윤리적·과학적 타당성, 적법절차에 따른 동의 여부 등을 심의하는 등 생명과학기술의 연구·개발·이용의 윤리·안전성을 지키는 버팀목의 역할을 하도록 하였다.

또한, 인간복제 및 이종간의 착상 등을 금지하고, 인공수정배아, 체세포 복제배아, 유전자 검사 및 치료, 유전정보 등의 보호에 관해 배아생성의료기관, 배아연구기관, 유전자검사 및 유전자

*집필자 : 생명윤리안전과장 곽숙영

은행, 치료기관 등 관련 의료 및 연구기관에서 준수해야할 기본적인 준수사항과 이들에 대한 국가 관리를 시행하고 있다.

특히, 2007년에는 지난 2년간의 법 운영에서 나타난 미비점을 보완하기 위한 법률 개정을 역점적으로 추진하여 2008년 6월 5일에 개정 공포하였다. 주요 개정 내용은 기관생명윤리심의 위원회에 대한 조사·평가 및 소속 위원에 대한 교육 근거를 마련하고, 동물의 난자에 인간의 체세포 핵이식행위를 금지하며, 난자제공자에 대한 건강검진 및 채취 빈도 제한, 실비보상을 허용하는 한편, 줄기세포주 등록제를 시행(2011년)하고, 유전정보 등의 익명화 조치 등을 담고 있다. 동 법률은 시행령, 시행규칙 등의 하위법령 개정을 통해 2008년 12월 6일부터 시행될 예정이다.

2. 국가생명윤리심의위원회 구성·운영

생명윤리와 안전에 관한 주요 정책을 심의하기 위하여 대통령 소속 하에 과학계·윤리계 각각 7명의 민간위원과 보건복지가족부·교육과학기술부 등 관계부처 6개 장관 등 총 20명의 위원으로 구성된 국가생명윤리심의위원회(이하 국가위원회)가 구성·운영 중이다. 국가위원회 산하에는 위원회 안건의 효율적인 심의를 위해 ① 생명윤리안전정책 ② 인공수정 ③ 배아연구 ④ 유전자 ⑤ 생명윤리교육평가 전문위원회 등 5개 분야별 전문위원회가 구성되어 활동하고 있다.

국가위원회는 생명과학의 급속한 발전에 따라 발생하는 생명윤리 문제에 대해 광범위하게 논의할 수 있거니와, 생명윤리법은 특히 ① 잔여배아를 이용할 수 있는 연구의 종류·대상 및 범위 ② 체세포핵이식행위를 할 수 있는 연구의 종류·대상 및 범위 ③ 금지되는 유전자검사의 종류에 관한 사항 ④ 유전자치료를 할 수 있는 질병의 종류 등의 사항은 국가위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정하도록 따로 규정하고 있다.

제1기 위원회(05.4.7~08.4.6)의 주요 심의사항을 살펴보면 다음과 같다.

- ① 국가생명윤리심의위원회 운영세칙 의결 및 부위원장 호선(05.7.15)
- ② 기관생명윤리심의위원회 제도 개선방안 의결(06.2.2)
- ③ 황우석 연구에 대한 조사보고서 의결(06.9.25)
- ④ 체세포 복제배아 연구에 대한 제한적 허용한 의결(06.12.10)

- ⑤ 금지·제한되는 유전자검사 종류 및 지침 서면 의결('06.12.18~'07.1.10)
- ⑥ 생명윤리및안전에관한법률 개정안 의결('07.3.23)
- ⑦ 생식세포 관리 및 보호에 관한 법률 제정안 의결('07.3.23)

3. 기관생명윤리심의위원회 운영 지원

기관생명윤리심의위원회(이하 기관위원회)는 연구현장에서의 생명윤리·안전 확보에 중추적 역할을 담당한다. 배아연구기관·체세포복제배아연구기관·유전자연구기관·유전자는행 등 생명윤리법 상 정부의 관리·감독을 받는 7개 기관들은 기관위원회를 설치하여야 하며, 각 기관에서 법 상 규정된 연구·치료 등을 수행할 경우 기관위원회의 심의를 거쳐야 한다. 다만, 기관의 규모 및 연구자 수 등을 고려하여 협약에 의한 타 기관위원회의 사용은 허용되고 있다.

연구에 대한 심의가 형식적으로 이루어지거나 특정 이해관계에 영향 받지 않도록 기관위원회 위원에는 생명과학 또는 의·과학분야 외의 종사자(비전문가) 1인과 해당기관에 종사하지 않는 자(외부인사) 1인이 반드시 포함되어야 하며, 심의 대상 연구에 관여하는 위원은 심의에 참여하지 못한다.

생명윤리의 준수 여부는 개별 연구자와 일선 기관의 IRB 운영을 통해 실질적으로 담보될 수 있음이 선진국의 사례에서 확인 된 바 있다. 연구자들의 자율성과 일선 기관의 자발성에 기초한 IRB의 건실한 운영을 위해 정부는 제도 정립·보완을 추진함과 동시에 생명윤리 전문가의 양성, 교육·홍보 등을 함께 진행해 나가고 있다.

정부는 IRB 운영 및 교육 전문가가 부족한 국내 현실을 고려하여 Western IRB 프로그램 연수 지원사업을 시행하였다. Western IRB는 WHO, 미국 NIH, 워싱턴 대학이 공동주관하는 단기 집중연수 과정으로 '07년 총 13명의 IRB 위원 및 생명윤리 전문가들이 교육을 이수하였다. 이러한 IRB 위원과 행정요원 교육을 위한 전문가 양성과 더불어 연구자 대상 연구윤리 교육 시범 사업을 시행하였다.

생명윤리 인프라 확충을 위한 IRB 운영 내실화는 민간 역량강화를 통해 이루어져야하고, 이를 위해 정부는 기존의 민간단체를 대한기관생명윤리심의기구협의회(KAIRB)로 법인화하였다.

향후 정부는 '06년 개설된 생명윤리정책연구센터와 대한기관윤리심의기구협의회와의 업무 협조를 통하여 IRB 운영의 현황을 조사하고, 심의수준을 향상시킬 교육 프로그램을 정기적으로 시행할 예정이다. 또한, 개별 IRB의 평가·인증 사업을 시행하여 수준 높은 IRB를 유지토록 할 계획이다.

4. 배아생성 연구의 윤리 및 안전

인공수정이 일반화되면서 임신에 사용되고 남은 배아들이 생기고, 냉동보관기술의 발달로 이들 배아들의 장기 보관 또한 가능하게 되었다. 발생 단계의 배아에서 얻은 줄기세포가 난치병 치료에 광범위하게 활용될 수 있다는 가능성이 제시되면서, 각국에서 배아를 활용한 연구가 활발히 이루어지고 있다.

그러나 배아에서 줄기세포를 추출하는 과정에서 배아의 파괴를 수반한다는 점에서, 윤리적 쟁점이 제기되어 왔다. 각국은 연구에 사용될 배아, 연구의 목적, 연구에 대한 동의, 연구 과정에 대한 기관심의위원회(IRB) 등의 내부적 통제 등 엄격한 요건을 만족하는 경우에 한하여 제한적으로 배아 연구를 인정하는 추세이다.

배아의 생성과 관련, 생명윤리법은 임신 외의 목적으로 배아를 생성하는 행위, 특정의 성을 선택할 목적으로 정자와 난자를 선별하여 수정시키거나 사망한 자 또는 미성년자의 정자와 난자로 수정시키는 행위(다만, 혼인한 미성년자가 그 자녀를 얻기 위한 경우는 제외), 금전 또는 재산상의 이익 등 반대급부를 조건으로 정자나 난자를 제공하는 행위 등을 금지하였다.

연구 목적으로 이용할 수 있는 배아는 인공수정으로 생성된 배아 중 보존기간이 경과된 잔여 배아 가운데 정자·난자 제공자 등 동의권자가 연구에 동의한 것들로 한정되며, 연구 목적 또한 불임치료법 및 피임기술의 개발을 위한 연구, 근이영양증 등의 희귀·난치병의 치료를 위한 연구 등으로 제한된다.

체세포복제배아연구는 희귀, 난치병 치료의 새로운 길을 제시할 것으로 기대되었으나, 생명 윤리 문제를 수반하고 있어 생명윤리법 제정 과정에서도 오랜 논쟁이 지속되었다. 황우석 박사의 논문조작과 비윤리적인 난자 구득 과정이 드러나며 연구의 실효성에 대한 문제가 제기되어

국가생명윤리심의위원회는 체세포복제배아연구에 대한 재평가를 시행한 결과 연구에 사용할 수 있는 난자를 5가지 경우의 잔여난자로 한정하고, 이종간 핵이식 금지, 부칙의 경과조치 삭제로 구성되어 있는 제한적 허용안을 의결하였다.

체세포핵이식행위를 할 수 있는 연구의 종류·대상 및 범위를 국가위원회 심의를 거쳐 대통령령으로 정하도록 되어 있어(생명윤리법 제22조 제2항), 체세포복제배아연구에 대한 제한적 허용안을 반영하여 생명윤리법 시행령을 개정하였다.(시행·공포: '07.10.4)

5. 유전자 검사, 유전정보 보호 및 유전자 치료

게놈프로젝트 이후 인간 유전자의 염기 서열과 개별 유전자의 기능에 대하여 보다 많이 알게 됨에 따라, 많은 불치·난치병의 원인을 분석하고 치료 가능성을 높일 수 있을 것으로 기대되고 있다. 그런 반면, 유전자 검사의 정확성 문제, 개인 유전정보의 누출, 유전정보에 의한 사회활동에서의 차별, 유전자 치료의 윤리적 타당성 및 안전성 확보 여부 등에 대한 논란 또한 커지고 있다.

생명윤리법은 유전자 검사 및 연구, 유전자은행, 유전자 치료 등의 윤리성·안전성을 확보하기 위한 여러 가지 제도를 마련하였다.

우선, 유전자검사기관과 직접 검사대상물을 채취하는 유전자연구기관은 보건복지가족부(질병관리본부)에 신고하고 관리·감독을 받도록 하였다. 과학적 입증이 불확실하여 검사대상자를 오도할 우려가 있는 신체 외관, 성격에 관한 유전자검사가 금지되고, 배아·태아에 대한 유전자 검사는 근이영양증 등 대통령령으로 정하는 63개 유전질환의 진단 목적으로만 할 수 있으며, 질병 진단과 관련한 유전자 검사는 의료기관인 유전자검사기관에서, 혹은 의료기관의 의뢰에 의해서만 할 수 있도록 하였다. 검사 시 검사대상자로부터 사전에 서면동의를 받아야 하며, 유전자 검사에 관한 허위표시·과대광고 또한 금지된다.

유전자은행은 유전정보의 획득을 목적으로 검사대상물·유전자 또는 개인정보가 포함된 유전정보를 수집·보존하여 이를 직접 이용하거나 타인에게 제공하는 기관으로, 보건복지가족부

장관의 허가를 얻어 개설한다. 유전자은행은 유전정보 등을 정당한 사유 없이 타인에게 제공하거나 부당한 목적으로 사용해서는 아니 되며, 유전정보 등을 타인에게 제공할 경우에 개인정보를 포함시키지 않도록 하였다. 누구든지 유전정보를 이유로 교육·고용·승진·보험 등 사회활동에 있어서 다른 사람을 차별해서는 아니 되며, 별도의 법 규정이 있는 경우를 제외하고는 타인에게 유전자 검사를 강요하거나 검사 결과의 제출을 강요해서도 아니 된다.

생명윤리법상의 유전자 치료는 질병의 예방·치료를 목적으로 유전적 변이를 일으키는 행위로, 유전적 변이를 일으킨다는 점에서 이른바 ‘세포치료’ 보다는 좁은 개념이다. 유전자 치료는 유전질환·암·후천성면역결핍증 등 생명을 위협하거나 심각한 장애를 초래하는 질병에 대하여, 현재 이용 가능한 치료법이 없거나, 유전자 치료의 효과가 현저히 우수할 것으로 예측되는 경우에 한하여 허용하며, 유전자 치료를 하고자 하는 의료기관은 보건복지가족부장관에게 신고하도록 하였다. 안전성 문제 및 윤리적 악용의 소지를 고려하여, 정자·난자·배아·태아에 대한 유전자 치료는 금지하였다.

정부는 생명윤리법 제25조제1항의 규정에 의하여 국가생명윤리심의위원회 심의를 거쳐 대통령령으로 정하는 유전자검사(금지·제한되는 유전자 검사)에 대한 일련의 사항 중 고지질혈증, 고혈압, 골다공증, 당뇨병, 비만, 알코올 분해, 우울증, 장수, 지능, 천식, 체력, 폐암, 폭력성, 호기심 등 14개 유전자검사는 금지하고, 강직성척추염, 백혈병, 신장, 암, 유방암, 치매 등 6개 유전자검사는 제한적으로 실시할 수 있도록 하는 (다만, 연구를 목적으로 하는 검사로서 기관 생명윤리심의위원회에서 필요하다고 판단하는 경우는 예외로 한다) 유전자 검사 지침안을 마련하여 국가생명윤리심의위원회에 보고(06.11.23)하였고, 국가생명윤리심의위원회 심의·의결을 거쳐 생명윤리법 시행령을 개정(공포·시행 : '07.10.4)하였다.

6. 유전자변형생물체(LMO) 등 생물안전 관리

생명공학기술 발전에 따른 유전자변형생물체의 개발로 인한 사회·경제적 이익의 증대와 더불어 이들 유전자변형생물체로 인한 위해성에 대한 우려 또한 커지고 있으며 이에 따라 유전자 변형생물체에 대한 효과적인 안전성 평가 및 관리시스템 확립이 더욱더 요구되고 있다.

보건복지가족부에서는 국민건강 및 식품안전의 주무부처로서 식약청 및 질병관리본부와 함께 유전자변형생물체로 인한 국민의 건강에 미치는 위험을 사전에 방지하고, 안전한 생명공학(BT)산업의 지속적 발전을 도모하기 위하여 유전자변형생물체 안전관리체계를 구축 중이다.

특히, '08년 1월 1일 LMO법 시행에 따라 유전자변형생물체 보건안전관리계획을 수립하였으며, 유전자변형생물체 보건안전관리 체계정착 및 생물안전 Infra 선진화를 통한 국민건강보호를 목표로 국제기준에 따른 위해성 평가 및 생물안전의 지속적 개선, 미승인 LMO의 철저한 차단을 통한 안전한 수출입 관리, 적극적 리스크 커뮤니케이션을 통한 협력적 안전관리 구축, 지속 가능한 선진국형 생물안전 연구기반 구축 등 세부과제를 추진하여 LMO의 잠재적 위해가능성으로부터 국민의 건강과 안전을 확보할 계획이다.

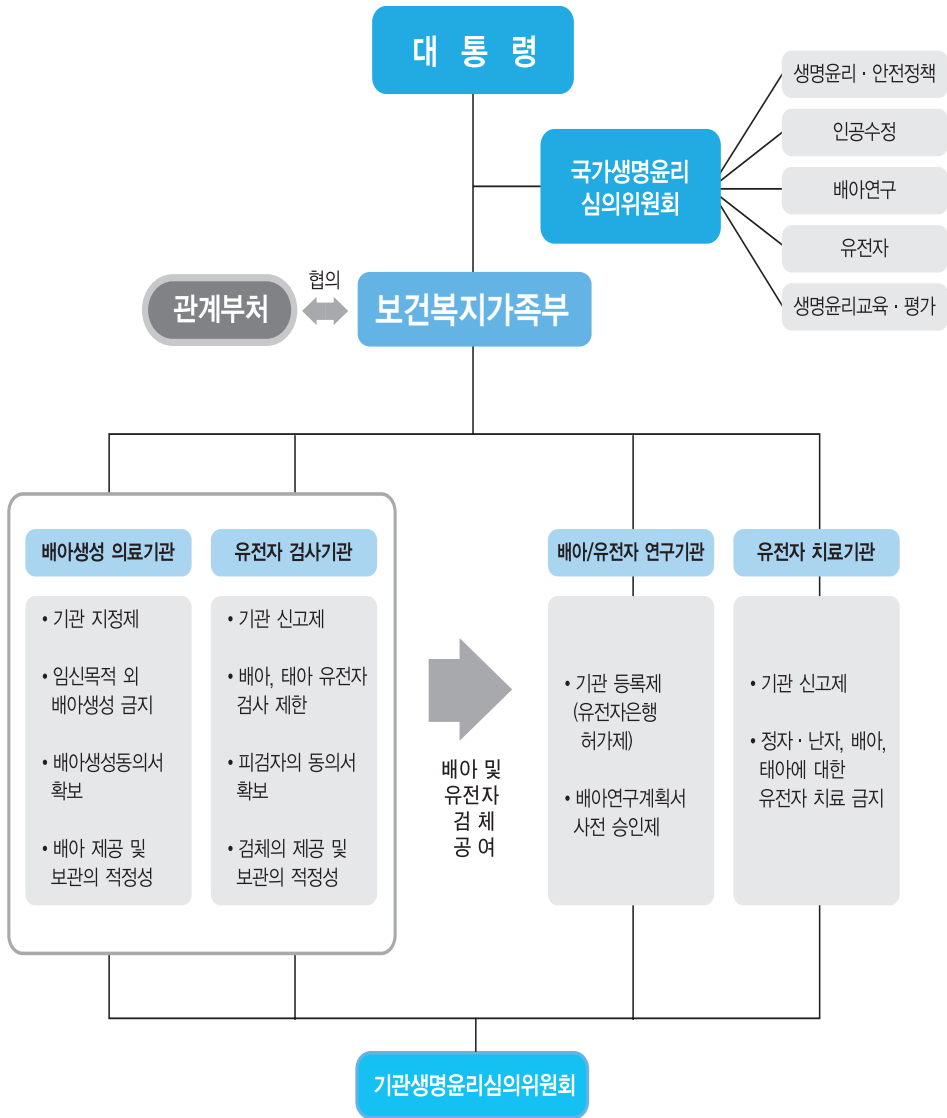
보건복지가족부의 유전자변형생물체 안전관리는 보건복지가족부 생명윤리안전과, 질병관리본부 생물안전평가팀, 식품의약품안전청 바이오식품팀 등에서 담당하고 있다.

생명윤리안전과에서 보건의료용 LMO의 수출입 등에 관한 업무를 총괄하며, 식품의약품안전청 바이오식품팀에서 보건의료용 유전자변형생물체의 인체위해성 심사·수입승인 및 사후관리 등 보건의료용 유전자변형생물체 이용에 대한 안전관리를 수행하고, 질병관리본부 생물안전평가팀에서 보건의료용을 제외한 유전자변형생물체의 인체위해성 협의심사, 시험·연구용 유전자변형생물체 수입승인 관리, 연구·개발 단계에서의 유전자변형생물체 이용 및 생물안전 연구시설 허가를 통한 안전관리를 수행하고 있다.

보건복지가족부는 유전자변형생물체 인체위해성 평가능력 강화를 위해 유전자변형생물체 안전관리지침을 제정·보급하고 안정성평가 네트워크 구축 및 카운슬링 기능을 보강할 예정이다. 또한 국제적 수준의 생물위해 관리 인프라 구축을 위해 생물안전 연구시설의 저감화 기술 확보, 생물안전성 정보수집 및 기관생물안전위원회 운영을 활성화할 예정이다.

LMO 인체위해 관리 국가 매뉴얼개발 및 생물안전에 대한 교육·홍보를 통해 LMO 위해 방지 및 사후관리에도 최선의 노력을 다할 것이다.

[그림 2-9-2] 생명윤리·안전 확보 추진체계





오송생명과학단지 조성*

1. 조성배경

IT산업 이후 바이오산업이 국가성장의 미래를 좌우할 차세대 성장동력 산업으로 부상하고 있어 일찍이 미국, 일본 등 선진국은 80년대 중반부터 보건산업을 정보통신, 신소재, 메카트로닉스와 더불어 21세기 4대 전략산업 중 하나로 집중·육성하고 있다. 특히 세계시장 선점을 위해 R&D투자 확대, 클러스터 조성 등 혁신적 산업환경 조성에 집중하고 있다.

우리나라도 보건산업의 지속적인 성장과 생존을 위해 1994년 「보건의료과학기술 혁신방안」의 일환으로 국가 산업단지인 오송생명과학단지를 세계속의 BIO산업단지 조성을 목표로 추진 중에 있다.

오송생명과학단지는 2010년까지 바이오의약품 등 첨단 기업체 유치, 식품의약품안전청, 국립독성과학원, 질병관리본부, 국립보건연구원, 한국보건산업진흥원, 한국보건복지인력개발원 등 6개 국책기관 이전, BT대학원 및 의생명공학연구원 등 연구기관 유치를 통하여 산·학·연·관의 유기적인 협력체계를 구축하는 것을 목표로 조성계획을 수립하여 추진하고 있다.

2. 조성사업 개요

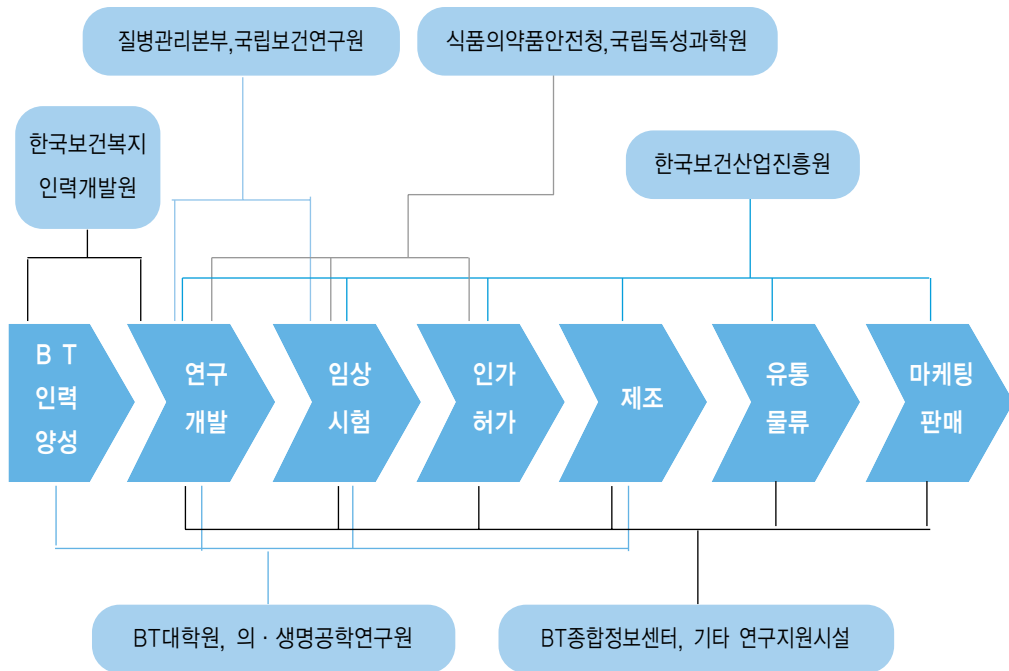
오송생명과학단지는 충북 청원군 강외면 일원 4,632천㎡의 부지에 조성되고 있으며, 『단지관리기본계획』에 의하면 의약품·의료기기, R&D 및 벤처형 기업 등 부지로 1,655천㎡, BT대학원 및 의생명공학연구원 등 지원시설 부지로 645천㎡, 식품의약품안전청 등 6개 국책기관

*집필자 : 생명과학단지과장 박정배

부지로 400천㎡, 초·중·고 학교부지, 주택, 공공시설 등 근린시설 부지로 1,932천㎡이 배치되어 있다.

우리나라에서 최초로 조성되는 산·학·연·관 모델인 오송생명과학단지는 인력양성 및 연구개발, 인·허가, 제조, 판매에 이르는 일련의 과정에서 BT 산업체와 BT대학원, 의생명공학연구원, BT종합정보센터, 인체자원중앙은행, Bio연구센터, 신약개발지원센터 등 지원기관, 식품의약품안전청 등 6개 국책기관이 유기적으로 연계되는 시스템이다.

[그림 2-9-3] 산학연관의 혁신클러스터 체계도



단지조성에는 관련기관의 협력 및 역할의 분담이 중요하다. 이에 보건복지가족부는 주무부처로서 단지 발전 종합계획 수립, 기반조성 및 분양, 홍보, 투자유치, 인프라 구축 등 사업을 총괄하고, 6개 국책기관의 이전을 추진한다.

충청북도는 외국인투자지역 개발, 투자유치, 국제Bio행사 주최 및 지원을 담당하고, 토지공사와 산업단지공단은 단지 기반 조성, 단지분양, 단지입주관리(신청-심사-계약)를 담당한다.

한편, 오송생명과학단지는 인근 충북의 오창과학단지로부터 15km, 행정중심복합도시인 세종시로부터 16km, 대덕연구단지로부터 42km, 청주국제공항으로부터 26km 거리에 위치하여 관련기관과의 접근성이 높다.

2010년까지 경부선 KTX 오송역이 신설되고 2015년에는 KTX호남선이 완공됨으로써 오송역이 경부·호남선의 분기역이 되기 때문에 오송은 동북아 물류의 중심축으로 발전될 것이 예상되는 등 입지여건이 매우 우수하다.

3. 추진현황

충북 청원군 일원의 4,632천㎡규모 부지의 오송생명과학단지를 2010년까지 조성할 계획으로 동 사업은 2003년 10월 단지 기공식 이후 본격적으로 시작되었다.

부지 내 토지보상, 주민이주, 분묘이장, 문화재 시·발굴조사(총42개소)가 완료된 상태이며, 경관녹지, 생태습지 등 바이오 테마공간으로 이루어진 생태공원이 조성중이다. 2008년 6월 현재 도로, 상하수도 등 기반공사는 96% 진척되었으며, 준공식이 금년 10월에 “BIO KOREA 2008 OSONG” 행사와 동시에 개최될 예정이다.

2004년 11월에 고시된 『관리기본계획』을 첨단기업 유치를 위해 2006년 5월 개정하였고, 1~3차 분양을 통해 LG생명과학 등 52개사의 업체가 유치되었다. 또한 2007년 7월 외국인 투자지역을 지정하고 티슈진 등 3개 업체와 MOU(221천㎡, 2억 6천만불)를 체결하는 등 단지 내 미래성장동력을 창출할 수 있는 기반을 마련하였다.

2007년 9월 오송단지 내 연구지원기능을 강화하기 위하여 오송단지 연구지원시설 건립방안을 수립하고 국립노화연구소, 인체자원중앙은행, BT종합정보센터, 고위험병원체 연구지원센터,

배아수정관리기관 등 5개 기관을 건립하기로 하였으며 같은 해 12월 건립 부지 49,587㎡를 확보하였다.

현재 연구 중심의 Bio클러스터 구축을 위한 지원 인프라를 집중 배치시키기 위해 국가·자치단체·민간이 각자의 역할을 분담하여 연차별 건립을 추진 중이다. 또한 단지 내 우수인력을 양성하기 위하여 BT대학원 입주심사규정을 제정하는 등 BT대학원 유치에 전력을 쏟고 있다.

또한, 오송단지로 이전하는 식품의약품안전청 등 6개 국책기관 이전사업은 청사 부지 매각(2003.12), 단지 내 이전 부지 매입(2004.11), 기본설계 완료(2005.4), 타당성재검증 완료(2006.9), 전문건설관리기법인 건설사업관리용역(CM) 도입(2006.12), 실시설계를 완료(2007.7)하였고, 2007년 11월에는 국책기관 신축공사 기공식을 가진 후 2010년 말 이전을 목표로 현재 공사를 진행 중이다.

단지 내 입주기업의 해외 마케팅을 지원하고 외국인 투자유치를 활성화하기 위하여 2006년 3월 대한무역진흥공사(KOTRA)와 업무협약을 체결하였다.

해외에서 오송단지 홍보관을 운영하고 bio korea 2007 등에 참가하여 오송생명과학단지를 널리 알리는 등 홍보활동을 실시하였으며 충북과 공동으로 국내 투자유치 설명회, 오송바이오 페스티벌, 국제 심포지엄 등 지속적으로 추진하여 우리나라 바이오산업 발전과 오송생명과학 단지의 조기활성화에 기여하고자 하였다.

4. 향후 추진계획

가. 미래 성장동력 창출을 위한 단지 조성 및 첨단 기업체 유치

오송단지를 세계적인 수준의 바이오 첨단클러스터로 육성·발전시키기 위해서는 우수한 첨단업체 유치를 통해 생산기반이 확충되어야 한다. 첨단기업의 단지 내 입주 시 건축 인·허가와 안정적인 정착을 위해 one stop 서비스를 지속적으로 추진할 계획이다.

자사고 등 우수고교를 유치하고 병원, 문화시설 등 편의시설과 경관녹지, 생태습지 등 bio 테마공간으로 이루어진 생태공원 등을 조성함으로써 단지 내 우수인력을 유인할 정주여건 마련에 최선을 다할 것이다.

2008년 10월 단지 준공식과 함께 BIO KOREA 2008 OSONG 행사를 성공적으로 개최할 예정이다. 이를 통해 오송의 브랜드 가치를 높이는 등 단지의 조기 활성화와 미래 핵심 성장동력산업인 바이오산업에 대한 인재 양성의 기반을 마련하고 저변확대를 도모할 계획이다.

또한 혁신적인 벤처기업의 창업을 촉진시키기 위하여 연구벤처센터(임대형 공장)를 설립하여 세포치료제, 유전체분야 등 70여개 첨단 벤처기업을 유치하는 등 오송생명과학단지를 바이오 첨단기업의 요람이 되게 할 것이다.

나. 생명과학단지 기능 활성화를 위한 연구지원 기능 강화

오송 단지를 산·학·연·관 협력 바이오 첨단 클러스터로 구축하기 위해서는 연구→임상→생산→판매 등 전단계에 걸친 지원체계 구축이 필요하며 연구 중심의 Bio클러스터 구축을 위한 지원 인프라 집중 배치와 연구 인력을 양성하고 임상을 주도할 BT대학원 유치가 무엇보다 중요하다.

연구지원기능을 강화하기 위한 목적으로 국가·자치단체·민간이 각자의 역할을 분담하여 BT종합정보센터, 인체자원중앙은행, 노화종합연구소, 고위험병원체연구지원센터, 천연물 신약개발지원센터, 임상센터와 생산전용시스템, 물류센터, 컨벤션센터, 특허지원센터, 의생명 공학연구원 등 주요 지원시설을 건립해 나갈 것이다.

또한, 단지 내 연구 활동을 주도하고 BIO 전문인력을 양성 보급하는 기능을 가진 우수한 BT대학원의 입주를 도모하기 위한 목적으로 입주대학에 인센티브를 제공하고 정부·지자체 차원의 지속적인 지원방안을 마련할 계획이다.

다. 식약청 등 6개 국책기관 이전사업 지속 추진

오송단지로 이전하는 식품의약품안전청 등 6개 국책기관 신축공사를 전년도에 이어 지속적으로 추진한다. 선진국 수준에 부합하는 국제수준의 연구·실험시설을 확보할 수 있도록 보건·안전·환경이 확보된 건축을 추진하는데 모든 역량을 기울일 계획이다.

특히, 2008년도에는 안전 관리에 역점을 두면서도 주요 골조공사 및 각종설비공사를 차질 없이 진행하여, 이전사업을 정상적으로 추진하기 위한 기반을 마련하는데 역점을 두고 진행해 나갈 것이다.

국책기관 이전사업이 완료되는 2010년은 우리나라 보건의료 수준이 한 단계 더 도약하는 원년이 될 것으로 보인다.

제10장

의약품 · 식품정책

제1절

의약품 정책*

I 의약품 정책의 기본 방향

의약품 정책의 기본방향은 안전하고 유효한 의약품으로 국민건강 증진에 기여함으로써 국민들의 삶의 질을 향상시키고 아울러 제약산업 등의 경쟁력 강화를 통해 의료산업 발전을 도모하는 것이다. 가장 중요한 정책목표는 건강 등 삶의 질 향상에 대한 욕구 증대에 능동적으로 대응하여 국민들의 건강한 삶을 보장하는 것이다.

이를 효과적으로 수행하기 위하여 의약품관련 정책방향을 기존의 공급자 중심에서 소비자 중심으로 전환하고, 생물학적 동등성 시험 신뢰성 제고 등을 통하여 안전하고 합리적인 의약품 사용 관행을 정착시키며 의약품 유통체계의 효율성을 제고하는 한편, GMP 기준 선진화로 제약산업의 국제 경쟁력을 강화하는데 역점을 두고 추진하고 있다.

이를 위하여 우선 병용금지, 특정연령대 금지 등 의약품의 적정사용을 위한 정보를 지속적으로

*집필자 : 의약품정책과장 김광호

의약전문가에게 제공하여 의약품 안전사용을 유도하고, 의약품 부작용 등으로부터 소비자의 안전을 보다 강화하기 위하여 의약품 품목허가자와 수입자에게 1명 이상의 안전관리책임자를 두도록 약사법을 개정하였다.

또한, 국내 제약산업의 육성 및 경쟁력 강화를 위하여 의약품을 개발하여 위탁제조 판매할 수 있는 위탁제조판매업과 제조에만 전문적으로 참여하는 전문수탁제조업을 신설함으로써 국내 BIO 벤처기업 등이 의약품 제조업허가 없이도 BIO 신약개발에 능동적으로 참여할 수 있는 길이 열리게 되었으며, 이로 인하여 신약개발을 위하여 대기업과 벤처기업 및 대학 간 기술과 자본의 결합으로 전략적 네트워킹이 보다 활발해 질 것으로 전망된다.

아울러, 의약품 허가를 위한 안전성 · 유효성시험(임상시험, 비임상시험, 생동성시험)을 실시하는 기관에 대한 법률적 근거를 마련함으로써 관리의 실효성 및 신뢰성을 제고하고, 원료의약품의 품질강화를 위해 의약품 허가 신청시 식약청에 원료의약품을 등록하도록 하고자 하며,

의약품 사전상담 제도를 활성화하여 신약 또는 생명공학 제품의 개발 단계에서부터 각종 독성자료, 임상시험자료 등에 대하여 사전 상담을 신청할 수 있도록 하고, 식약청장은 상담결과를 문서로 신청인에게 통보토록 함으로써 사전상담의 효율성을 제고하는 한편, 임상시험용 의약품을 말기암환자, 응급환자 등에 치료 목적으로 사용할 수 있도록 법률적 근거를 마련함으로써 말기암 환자, 후천성면역결핍증 환자 또는 응급환자의 치료기회를 확대함과 동시에 재량행위 투명성을 강화하는 방향으로 약사법을 개정하고자 한다.

또한, 의약품 등의 안전성 및 유효성과 그 품질관리를 체계화하는 동시에 의약품 유통 투명화 및 물류 선진화 기반을 마련하여 의약품 거래의 투명성 제고를 지속적으로 추진해 나가는 한편, 제약 산업의 국제 경쟁력을 강화하기 위해 각종 규제를 합리적으로 개선하는 등 다양한 지원 시책을 강화할 계획이다.

의료기기제도와 관련하여서는 그간 국회, 규제개혁위원회 및 민원제도개선협의회 등에서 요구한 제도개선사항 및 운영상 미비점을 개선 · 보완하는 방향으로 의료기기법을 개정하고자 한다.

첫째로, 현행 의료기기 허가제도를 인체에 미치는 위해성이 낮고 성능을 재확인 할 필요가 없는 제품(예 : 의료용 칼, 가위, 의료용 침대 등)에 대하여 형명별 관리에서 품목별 관리로 전환하여 하나의 품목허가를 받거나 품목신고를 할 수 있도록 하는 동일품목류별 허가(신고) 제도를 도입하고자 한다.

둘째로, 신개발 의료기기 등에 대하여 품목허가 받기 이전의 제품이더라도 전시회에서 전시가 가능하도록 허용하여 의료기기의 제품개발 환경을 조성할 계획이다.

셋째, 현행 의료기기법 시행규칙으로 운영되고 있는 시험검사기관과 품질관리심사기관, 임상 시험실시기관에 대하여 재량행위의 투명성 및 사후관리 강화를 위한 법률적 근거를 마련함으로써 신뢰성을 확보하고 의료기기 품질수준 향상에 기여할 것으로 본다.

넷째로, 위해의료기기 자진회수 제도 도입으로 제조업소 등이 시판중인 의료기기에 대한 품질관리를 스스로 보다 철저하게 할 수 있도록 위해의료기기 발생시 제조업자 등으로 하여금 스스로 회수계획에 따른 자진회수를 즉각적으로 실시하도록 하는 조항을 신설하여 위해의료 기기로부터 국민의 건강을 보호할 계획이다.

기타사항으로 판매업 신고 시 건강진단서 제출의무를 폐지하여 의료기기 판매업 신고 요건을 완화하며, 생산실적 보고등과 같은 질서 위반 사항에 대하여는 벌금형을 부과하는 대신 100만원 이하의 과태료를 부과할 수 있도록 법정형을 합리적으로 조정할 계획이다.

화장품의 경우 “화장품 전성분 표시제도” 도입을 골자로 하는 「화장품법」 일부개정법률이 2007.10.17자로 개정·공포(2008.10.18 시행)됨에 따라 전성분 표시의 예외대상 및 표시방법 등에 대한 하위법령(시행규칙) 개정을 추진 중에 있으며, 또한 화장품 수입업자의 준수사항인 제조 및 판매증명서 비치 의무를 개선하는 등 화장품 병행수입을 활성화를 통하여 수입화장품의 가격 경쟁 촉진 및 화장품 구매에 다양성을 확보하고자 한다.

II 안전하고 합리적인 의약품 사용

1. 의약품 사용평가(DUR Drug Utilization Review) 제도 시행으로 병용금기 의약품 사전투약방지 등 의약품 안전사용 유도

2004년 이후 병용금기 성분 등을 복지부장관이 고시함으로써 동 성분을 사용할 경우 해당 의료기관에 통보하고, 약제비를 지급하지 않는 조치에도 불구하고 매년 금기성분 사용으로 인한 부작용 발생 등이 우려되어 근본적인 대책 마련의 필요성이 대두되었다.

〈표 2-10-1〉 연도별 병용금기 · 연령금기 청구현황

(단위 : 건수)

구 분	총 계	병용금기	연령금기
'04년(8~12월)	4,515	3,252	1,263
'05년(1~12월)	45,076	17,328	27,748
'06년(1~12월)	11,267	6,036	5,231
계	60,858	26,616	34,242

신속하고 효율적인 DUR 추진을 위해 우리부(의약품정책과, 보험약제과), 식약청, 심평원 등 실무진으로 의약품사용평가 T/F팀을 구성하여 2007년 3월부터 가동시켰다. 이 T/F팀에서는 분기별 모임을 통해 기관별 추진계획을 수립하여 계획 대비 실적을 점검하고 문제점을 도출하는 등의 역할을 수행하였다.

2007. 4. 11.자로 병용금기 133항목, 연령금기 23항목 등 156개 항목을 추가하고, 허가취소 된 경우 등의 사유로 96품목을 삭제함으로써 총 288항목을 안전사용 정보로서 의 · 약사 등에게 제공 하였다. 같은 해 7월 27일에는 「약사법」 및 「의료법」 개정을 통해 병용 · 연령금기 성분이 포함된 처방에 대하여, 약사에게는 처방 의사에게 확인 의무를, 의사에게는 약사의 확인에 대한 응대 의무를 신설(위반시 300만원이하 벌금)함으로써 법적 근거를 두어 체계를 정비하였다.

또한, 10월에는 국회, 의료계, 약계, 시민단체와 공동으로 “병용금기 등 의약품 안전사용을 위한 정책방향 공청회”를 개최하여 국민과 각계 전문가로부터 의견수렴의 장을 마련하였다.

이 자리를 통해 외국의 운영사례를 발표하고 우리나라 실정에 맞는 DUR 제도가 시급하며 무엇보다도 의·약사 등 전문가로 하여금 국민건강을 보호하고 불필요한 약제비를 절감할 수 있는 관리방안이 필요하다는데 충분한 공감대를 형성하였다.

이러한 의견수렴 과정을 거쳐 의·약사가 금기성분이나 식약청 품목허가 취소품목을 처방·조제할 경우 팝업(Pop-up)창에 경고 메시지를 주도록 설계된 “의약품 처방·조제 지원 소프트웨어”를 개발하였으며, 요양기관 보험청구 프로그램을 탑재하도록 “요양급여비용심사청구소프트웨어의검사등에관한기준”을 2007. 12. 17.자로 개정고시하여 2008. 4. 1.부터 동 시스템이 요양기관에서 가동되도록 조치하였다.

이로써 환자에게 안전하고 적정하게 의약품을 투약할 수 있는 환경이 마련되었으며, 선진화된 처방·조제 관리 기반이 구축됨으로써 향후에는 금기성분 사용율이 현저히 줄어들 것으로 기대하며, 환자에게도 처방·조제시 금기 성분 사용내역을 알려 주어 환자의 의료서비스 만족도를 향상시켰다.

향후에는 동일기관내 다른 진료과목 및 다른 기관간 금기성분 사용 차단 등을 위해 전산적으로 방호벽 설치 등 문제없도록 시범사업 등을 거쳐 단계적으로 시스템을 확대해 나갈 예정이다.

2. 국립의료원 성분명처방 시범사업 실시

“성분명 처방”이라 함은 의사가 처방전 발행시 제약회사 제품명을 기재하지 아니하고 일반명칭(예 : 아스피린, 아세트아미노펜)을 기재하는 것을 말하며, 현행 「의료법 시행규칙」 제15조에서 의사는 처방전 발행시 의약품 명칭으로 일반명칭 또는 제품명을 기재할 수 있도록 둘 다 허용하고 있다.

대체조제와 함께 성분명 처방은 약국에서 특정회사 제품이 없어 다른 약국을 찾아야 하는 구입 불편을 감소시킬 수 있고, 환자가 고가약을 효과가 동등한 약으로 구입함으로써 부담 감소 등의 이점이 있는 것으로 알려져 있다.

이러한 이점을 바탕으로 국민편의 제고 및 국민의료비 절감 차원에서 대통령 공약사업으로

채택된 것이며, 성분명 처방 제도의 장 · 단점 및 실효성 등을 검토하여 향후 제도 도입 여부와 수용 여건 등을 평가해 보고자 시범사업을 추진한 것이다.

이에 따라 대표적 공공의료기관인 국립의료원 1개 기관에서 오랜 기간 처방경험에 의해 사용 빈도가 높고 안전성과 유효성이 확보될 수 있다고 판단되는 시메티딘(위궤양치료제) 등 20개 성분을 선정하여 2007.9.17부터 2008.6.30까지 약 10개월에 걸쳐 성분명 처방 시범사업을 실시하고 있다.

일부 신문에 광고 게재된 내용처럼 “성분명 처방”은 저질, 저가약으로 대체하는 것이 아니며, 외국에서는 약 50년전부터 WHO 지원하에 『International nonproprietary names Prescribing』라는 제도로써 도입되었고, 영국, 포르투갈 등에서는 복제약 사용 활성화 및 환자에게 약물정보 제공 기회 확대 차원에서 권장 시행하고 있다.

2007년 9월 성분명 처방률은 처방대상 1,000명 중 246명으로 24.6%였으며, 2007년 12월말 까지 누계는 처방대상 7,136명 중 2,683명으로 37.6%로서 다소 증가하였다. 이번 사업은 과정 및 결과에 대하여는 의 · 약 전문가 등이 참여하여 공정하고 객관적인 평가를 통해 향후 정책방향을 결정할 계획이다.

3. 소비자 편의를 위한 의약품 범위 확대

우리부에서는 2007.6.1.자로 「의약품범위지정 고시」 개정을 통해 흡연욕구 충족 목적의 담배대용품을 의약품으로 지정하여 허가시 흡입독성자료 제출 등 사전심사를 거치도록 함으로써 안전성이 확보된 제품이 국민에게 공급될 수 있도록 관리를 강화하였다.

또한, 일반의약품 중 부작용과 안전성 등 문제가 적은 “땀띠 · 짓무름용제”와 “굳은 피부를 부드럽게 해주는 피부연화제”를 의약품으로 전환(칼라민로션 등 6개품목)하여 약국외에서 자유판매할 수 있도록 소비자 편의를 도모하였다.

앞으로 소비자의 구매 불편을 최소화하기 위하여 안전성이 충분히 입증된 일반의약품의 경우 단계적으로 의약품 전환을 확대하여 약국외의 장소에서 구입이 가능하도록 추진할 방침이다.

4. 화장품 전성분 표시제도 도입 등 안전관리 강화

“화장품 전성분 표시제도” 도입을 골자로 하는 「화장품법」 일부개정법률이 2007.10.17자로 개정·공포되어, 제조(수입)업체의 포장재 교체 등 1년간의 유예(준비)기간을 거쳐 2008.10.18에 전격 시행되며, 이후 출하(수입품은 수입신고)분부터 적용받게 된다.

이번 「화장품법」 개정에 따른 후속조치로서 전성분 표시의 예외대상 및 표시방법 등에 대한 하위법령(시행규칙) 개정이 필요하다. 이에 우리부에서는 화장품 관련 협회 의견수렴 및 화장품 제도개선 T/F 결과 등을 토대로 「화장품 시행규칙」 일부개정령안을 마련하여 개정 중에 있다.

화장품은 청결과 미용 등을 목적으로 피부에 직접 접촉·사용하게 되는 제품으로, 얼굴 등의 미용에 목적으로 사용되는 제품뿐만 아니라, 목욕용 제품, 어린이용 로션 및 오일 등이 화장품의 유형에 포함되어 있다.

이러한 화장품은 개인의 체질이나 피부 등 그 특성에 따라 효과 및 적응 정도가 다를 것이며, 또한 성인보다 피부가 민감한 유아나 아동의 경우에는 성분에 따라 피부 트러블을 일으킬 소지가 다분하기 때문에, 화장품의 선택과 부작용에 대한 신속한 조치를 하기 위하여 화장품 성분에 대한 확인이 필요하다.

아울러, 외국의 경우에도 이미 여러 국가에서 “화장품의 전성분 표시제도”를 도입·운영하고 있다. 미국의 경우 1977년, EU 가입국가는 1997년, 일본은 2001년부터 예외적인 경우를 제외하고는 실제로 화장품에 사용되는 모든 성분을 표시하도록 규정하고 있다.

이러한 “화장품 전성분 표시제도” 도입·시행으로 제조나 수입 화장품의 용기 또는 포장 등에 제조에 사용된 모든 성분을 표시하게 되면, 화장품의 선택과 관련하여 소비자의 알권리가 증진되고, 부작용 발생시 원인규명 및 신속한 대처가 가능할 것으로 기대된다.

또한 제조자로 하여금 화장품 제조시 보다 안전한 원료를 사용할 수 있도록 유도하여 국내 화장품의 신뢰성 확보에 도움이 될 것으로 예측된다.

III 의약품 등의 공급 · 유통체계 개선

의약품은 일반 공산품과는 달리 국민건강과 직결되는 상품적 특성 때문에 의약품 제조업소에 대하여 ‘우수의약품 제조 및 품질관리 기준(Good Manufacturing Practice : GMP)’ 제도를 의무화(1994.5.20)했고, 의약품의 안전성 및 유효성 확보와 관련하여 제조관리 못지않게 의약품의 안전한 보관과 공급 또한 보장되어야 하므로 의약품 도매업소에 대하여 ‘우수의약품 유통관리 기준’ (Korea Good Supplying Practice : KGSP)을 준수하도록 의무화(2002.1.12)하고 있다.

그러나 2001년 규제완화의 일환으로 시행된 의약품 도매업소 시설면적기준(창고) 폐지 이후 도매상 수가 급증*하였고, 도매상간 양극화 현상 또한 심화되었다. 거래방식은 직거래와 도매상경유 거래가 혼재되어 있어, 거래채널의 분산에 따른 소량 · 다빈도 배송, 기능별 전문화 미흡 등 높은 유통비효율이 발생하고 있다. 또한 수작업 형태의 낙후된 거래 및 재고관리 방식 등 유통 인프라 구축이 미흡한 실정이다.

생산자인 제약사와 도매업소간의 경쟁, 영세도매상 난립, 제네릭 제품간의 과당 경쟁으로 덤핑, 변칙거래 등 유통질서가 문란하고, 과다한 판촉비 지출로 제약 및 유통산업의 경쟁력이 약화되었다. 또한 공정거래위원회의 제약사 불공정거래 조사결과 발표(2007.11) 등 의약품 납품비리는 지속적인 사회문제로 제기되고 있다.

우리부에서는 이러한 의약품 유통상의 제반 문제들을 극복 · 개선하기 위해 의약품 유통구조 개혁 정책을 강력하게 추진하고자 한다. 그 첫 번째로 『의약품관리종합정보센터』를 중심으로 의약품 생산에서부터 유통 · 소비까지 물류흐름의 체계적 관리를 통해 국가정책통계 인프라를 구축하고 의약품 물류흐름의 투명성을 확보하고자 한다.

또한, 의약품 도매상의 대형화 · 선진화를 유도하는 제도개선을 추진하며, 다양하고 현대화된 투명한 거래방식을 도입하고 의약품 물류관리의 과학화, 선진화를 위한 표준화 기반을 계속 마련할 계획이다.

*2000년 700개 → 2007년 1,733개 (출처: 한국의약품도매협회)

1. 의약품관리종합정보센터 설립 · 운영

의약품관리종합정보센터는 의약품의 생산과 수입부터 공급을 거쳐 최종 소비되는 과정의 의약품 유통현황 정보를 수집 · 조사 · 가공 · 이용 및 제공하는 기관으로 2007년 10월 건강보험 심사평가원 내에 설립되었다.

그동안 의약품 생산 · 수입 현황은 식약청, 공급현황은 복지부 그리고 사용현황은 심사평가원에서 각각 관리되었으나, 2008년 1월부터 자료제출 방법 및 보고주기 등을 변경*하여 유통정보를 체계적으로 종합 · 관리할 수 있도록 하였으며, 의약품에 대한 정보공개도 다양해져, 의약품의 전체적인 통계정보를 주기적으로 제공하는 사전정보 공개, 식약청허가사항을 비롯한 의약품 낱알식별 정보까지 제공되는 의약품 제품검색 등 국민의 알 권리 충족을 위해 많은 노력을 기울일 계획이다.

또한, 의약품관리종합정보센터에서 수집 · 분석한 의약품 관련 시장정보는 공공기관의 정보공개제도를 통해 제약사 등 수요자에게 편리하고 저렴하게 제공되어, 제약산업 및 유통산업의 경쟁력 강화에 큰 도움이 될 것으로 전망한다.

향후 의약품관리종합정보센터는 의약품표준코드 관리 등을 통해 의약품정보 표준화와 선진화를 선도하는 의약품유통정보의 허브기관으로 자리매김하고, 궁극적으로 제약 산업의 경쟁력을 강화하고, 안전한 의약품 사용과 의약품 물류흐름 투명화 제고에 기여하게 될 것으로 기대된다.

2. 물류 위 · 수탁, 공동물류센터설립 허용 등을 통한 물류기능 전문화 유도

의약품은 그 특성상 다품종 소량방식으로 거래되고 있어 다른 제조업에 비해 물류비용이 상당히 높아 이를 절감하기 위해 도매상을 대형화하고 물류방식을 선진화하기 위한 방안으로 공동물류방식 도입이 지속적으로 검토되었다.

이를 위해 우리부에서는 2008년부터 의약품 도매상간 유통관리업무 위 · 수탁**을 가능하도록 하였다. 지금까지 의약품 도매상은 영업소와 함께 반드시 창고를 갖추어야 했으나, 2008년부터는

*원제의약품의 생산(수입)실적 보고 주기를 분기별로 하고, 공급내역 보고 범위를 비급여의약품까지 확대하고 주기를 월별로 단축, 다만, 의약품 공급내역 보고대상을 비급여의약품까지 확대하고 보고주기를 월별로 단축하는 것은 의약품관리종합정보센터 관련 약사법 개정규정이 시행되는 2008. 10. 18일부터 시행

**약국 및 의약품 등의 제조업 · 수입자 및 판매업의 시설기준령 및 동 시행규칙 개정 공포(2008.1.15)

다른 의약품 도매상(창고면적이 800제곱미터 이상)에게 보관 · 배송 등 유통관리 업무를 위탁하는 경우에는 창고 구비 의무를 면제할 수 있도록 했다. 이를 통해 도매상의 대형화 · 선진화를 유도하여 유통 중 의약품 안전관리를 제고하고, 물류비용 절감에 따른 산업경쟁력을 강화하고자 한다. 또한 의약품 도매업의 물류와 영업기능에 대한 전문화가 촉진될 것으로 기대된다.

우리 부는 향후 의약품 공동물류센터 설립을 허용하는 약사법 개정 등을 통해 의약품 유통 선진화를 지속적으로 추진해 나갈 계획이다.

3. 바코드 · RFID 활용, 전자상거래 활성화 등을 통한 유통정보화 촉진

의약품 생산 · 수입, 유통에서부터 소비자에 이르기까지 동일 코드 사용으로 의약품 물류관리 효율성 제고 및 안전성을 확보하고 의약품 바코드(유통코드)와 보험코드(EDI코드)에 공통적으로 적용될 수 있는 의약품표준코드를 도입했다. 2008년부터 의약품바코드 표시에 본격 사용하도록 했으며, 표준코드 중 9자리 숫자는 건강보험급여의약품 제품코드(EDI코드)로 활용할 예정*이다. 의약품표준코드는 향후 우리나라 의약품 정보관리의 표준으로 기능하게 될 것이며, 의약품관리 종합정보센터에서 수행할 각종 의약품 유통정보의 정확하고 효율적인 연계분석에도 크게 기여할 것으로 기대된다.

또한 의약품표준코드 도입과 더불어 바코드 제도를 내실화함으로써 의약품 도매업소, 요양기관 등에서 의약품 물류관리시 바코드를 적극 활용하고, 의약품 이력 추적이 가능하도록 하였다. 이를 위해 그간 바코드 표시를 생략할 수 있었던 소량포장의 주사제, 연고제, 액제 등의 단품에도 바코드 표시를 의무화(2010.1.1 시행)하였고, 안전한 사용관리가 필요한 전문의약품, 지정의약품(마약 및 향정신성의약품, 인화성 · 폭발성이 있는 의약품, 생물학적제제)의 경우 이력추적이 가능하도록 제조번호와 유효기간 표시가 가능한 바코드체계인 GS1-128코드 사용을 의무화(지정의약품은 2012.1.1, 전문의약품은 2013.1.1 시행)하였다.

의약품바코드 관리기관을 건강보험심사평가원으로 변경하고, 현행 제조업자(수입자)가 부여하고 있는 바코드를 건강보험심사평가원장이 부여 2008.6.5 현재 의약품관리종합정보센터에서 43,738개 품목에 103,825개 표준코드를 부여**공고하도록 하는 등 바코드 사후관리를 강화했으며, 앞으로 바코드 표시에 대한 약사감시를 강화하여 바코드 활성화를 유도해 나갈 방침이다.

*2009년 중 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」개정 추진

**2008.6.5 현재 의약품관리종합정보센터에서 43,738개 품목에 103,825개 표준코드를 부여 · 공고

또한, 최첨단 방식인 전자태그 방식(RFID)*의 의약품 적용 가능성 및 경제성을 평가하기 위해 정보통신부(현 지식경제부)와 공동으로 2006년 및 2007년에 시범사업을 실시하였고 2008년도에도 확산사업을 지속적으로 추진해 나갈 계획이다. 바코드와 달리 동시 인식이 가능한 RFID 도입을 통해 공급자 및 요양기관의 물류관리 효율성을 제고하고, 아울러 이력·추적관리를 통한 가짜약 유통 억제 및 의약품관리종합정보센터와 연계한 물류흐름 파악, 리콜수단 확보, 소비자에 필요한 정보 제공 등 다양한 서비스가 이루어질 것으로 전망된다.

나아가, 의약품 거래방식을 개선을 위해 전자상거래를 활성화하고 외상매출금 지급 지연 등 거래관행을 개선하고 의약품관리종합정보센터로 수집되는 유통정보의 신뢰성 확보, 거래 편리성 등을 위해 의약품구매전용카드를 도입 등을 장기적으로 추진해 나갈 계획이다.

4. 화장품 병행수입 활성화

병행수입이라 함은 독점 수입권자에 의해 당해 외국상품이 수입되는 경우 제3자가 다른 유통 경로를 통하여 진정상품을 국내 독점수입권자의 허락 없이 수입하는 것을 말하며, 수입에 경쟁 원리를 도입하여 다수 수입자의 수입을 가능케 하는 제도이다.

현행 「화장품법」에 따르면 화장품 수입자는 “제조국의 제조 및 판매증명서”가 첨부된 수입관리 기록서를 작성·비치하도록 규정하고 있다. “제조 및 판매증명서”는 주로 한국내 독점 계약 업체에만 제공되어, 독점 계약업체 외에 타 기업의 병행수입이 사실상 가능하지 않았다. 이는 독과점으로 인하여 경쟁이 제한되어 독점 계약업체의 책정 기준에 따라 제품 가격이 결정되기 때문에 소비자는 제품 선택시 가격의 다양성을 누릴 수 없게 된다.

이에 우리부에서는 화장품 병행수입 활성화의 필요성을 인지하여 수입자의 준수사항인 제조 및 판매증명서 비치 의무를 개선하는 등의 내용으로 「화장품법 시행규칙」 개정을 추진 중에 있다.

동 사안이 개정될 경우, 독점 수입권자 이외에도 다양한 경로를 통한 수입 화장품의 병행 수입이 가능해져 시장경쟁에 따른 수입화장품의 가격 경쟁이 촉진되고 소비자 구매의 다양성 및 편익이 보장될 것으로 기대된다.

*RFID(Radio Frequency Identification) : 안테나와 칩으로 구성된 태그에 사용 목적에 알맞은 정보를 저장하여 적용대상에 부착한 후 판독기를 통하여 정보를 인식하고 처리하는 기술



식품정책*

I 식품환경의 변화

식품은 사람이 삶을 유지하기 위하여 매일 섭취해야만 하는 에너지원인 동시에 영양소 공급원이다. 따라서 안전하고 영양가 있는 식품을 공급하는 것이 식품정책의 기본이며 가장 중요한 목표라 할 것이다.

최근 크고 작은 식품사고로 인해 식품안전에 대해 국민 불안은 계속되고 있다. 과거에는 밝혀지지 않았던 유해물질도 과학기술의 발달로 그 위해성에 대하여 새롭게 발견되고 있다. 또한 세계 자유무역 확대 및 FTA 체결 등으로 수입 농산물과 가공식품이 지속적으로 증가할 것으로 판단되고 있으나, 현재의 국내 식품산업은 대부분 사업장 규모가 종사인력 10이하의 업체가 전체의 80%를 차지하고 있어 그 산업구조가 매우 취약하며 안전한 식품공급에도 한계가 노출되고 있는 등 전반적인 경쟁력 제고가 시급히 요청되고 있다.

한편, 국민의 소득수준이 높아지고 생활수준이 향상됨에 따라 식품의 안전성 확보에 대한 국민의 기대욕구는 날로 증대되고 있다. 이러한 식품안전에 대한 국민의 기대수준에 부응하기 위하여 보다 효율적이고 책임 있는 식품안전관리 업무가 수행될 수 있도록 식품안전관리체계의 지속적 보완 및 관련 조직역량의 강화 등을 추진해 나갈 것이며, 식품안전과 직결되는 문제에 대해서는 효과적인 제도적 장치를 강구하는 등 안전관리를 보다 강화해 나갈 방침이다.

또한, 식생활에 의한 영양 불균형과 불규칙한 식사, 인구의 노령화로 인한 고혈압, 비만 등 만성퇴행성 질환이 증가함에 따라 국민의료비 부담이 가중되고 있는 바, 이러한 만성퇴행성 질환의 예방과 국민건강증진에 건강기능식품이 매우 중요한 역할을 하고 있어, 건강기능식품의

*집필자 : 식품정책과장 이승용

기능성과 안전성 확보를 위한 정책 등, 식품의 안전에 관련된 새로운 현안들에 대한 정부의 능동적인 정책 추진이 요구되고 있다.

II 식품위생 관련 제도 개선

1. 식품위생 제도의 변천

우리나라의 식품위생행정은 1945년 해방 이전인 일제시대까지 거슬러 올라간다. 그 당시에는 단속을 위주로 하는 경찰행정기구에서 담당하였으며, 그 법규도 『음식물기타물품취급에관한법률(일제 법률 제15호, 1900.2.24)』, 『위생상유해음식물및유해물품취급규칙(조선총독부 총령 제133호, 1911.11)』 등 일제의 규정을 가지고 식품위생행정을 수행하였다. 그러다가 해방 이후 미군정을 거쳐 정부가 수립됨에 따라 일반 보건행정 기구로 그 업무가 이관되었으나 그 이후에도 계속 일제시대 또는 미군정시의 규정을 근거로 하여 식품위생행정을 집행하여 오다가 5.16 군사혁명 이후 구 법 정리의 일환으로 비로소 통일된 단일 법률체제의 식품위생법이 1962.1.20 법률 제1007호로 제정·공포됨에 따라 비로소 명실상부한 식품위생행정의 법체계가 마련되는 동시에 식품위생행정이 발전하는 시발점이 되었다.

그 후 식품위생법은 1차 개정(법률 제1921호, 1967.3.30)에서부터 18차 개정(법률 제8779호, 2007.12.21)을 거쳐, 현재 총 13장 80조문으로 법체계가 완비되어 식품위생행정의 근간이 되는 법으로서 기능하고 있으며, 최근 식품안전기본법이 제정되어 국무총리 산하에 '식품안전정책위원회'를 설치하여 국가의 식품안전에 관한 주요 정책을 심의하는 기구를 둘 수 있게 되었으며, 보건복지가족부, 농림수산식품부 등의 관련부처들이 기본법의 취지에 따라 개별 법령과 제도를 정비해 나가게 된다.

그동안 식품에 대한 관리는 일원화되지 못하고 시대와 상황에 따라 여러 형태로 관리되어 오다가 식품의 다원화적 관리로 인한 정부기능의 중복 등의 문제점이 대두되어 1985년부터 식품안전관리 업무가 보건복지부로 일원화되어 총괄 관리되게 되었다. 그러나 1998년 6월에는 식품 중에서

축산가공식품이 농림부로 이관됨에 따라 식품의 안전관리 체계가 다시 다원화되었다. 2004년부터 식품안전관리체계 일원화를 위한 행정체계 개편이 논의되다가 중단되었으며, 2008년 정부조직법 개정으로 식품산업진흥업무가 농림수산식품부로 이관되어 추진하게 되었다.

보건복지가족부는 식품정책은 보건행정의 중심으로 소비자인 국민의 건강과 안전이 최우선적으로 고려되어야 함이 시대적 사명이라 생각하며, 앞으로도 식품의약품안전청과 긴밀한 유대 관계를 가지고 식품위생과 식품안전정책의 실효성을 높이는데 최선을 다하겠으며 농림수산식품부 등 관계부처와도 긴밀히 협조하여 국민들에게 신뢰받는 식품정책을 구현해 나가도록 할 것이다.

참고로, 현재의 식품별 관리 소관 부처는 다음과 같다.

〈표 2-10-2〉 식품별 관리 소관 부처

식 품 종 류	소 관 부 처	소 관 법 률
식품 및 건강기능식품	보건복지가족부(식품의약품안전청)	식품위생법 건강기능식품에관한법률 식품안전기본법 어린이 식생활안전관리 특별법
농산물, 축산식품 어유(간유) 및 선상수산제조식품	농림수산식품부	축산물가공처리법 수산물관리법 농산물품질관리법 등
먹 는 물	환 경 부	먹는물관리법
주 류	기획재정부(국세청)	주세법

2. 식품위생 관련 법령 개정 등 제도개선

가. 식품관련 법령(식품안전기본법, 어린이 식생활안전관리 특별법) 신설

식품의 안전에 관한 국민의 권리 · 의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 명확히 하고, 식품 안전정책의 수립 · 조정 등에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 국민이 건강하고 안전하게 식생활(食生活)을 영위하게 함을 목적으로 「식품안전기본법」이 제정 공포(2008.6.13)되어 2008.12.14부터 시행되게 된다.

이법은 2005.3월 정부가 국회에 제출한 법률안과 6건의 의원발의안을 병합심사하여 보건복지위원회 대안이 마련되어 국회를 통과(2008.5.22)하였으며, 위해식품의 발생에 신속히 대응하고 식품안전정책의 체계적 추진체계를 구축하여 국민의 건강과 안전한 식생활 환경을 조성하기 위해 국무총리를 위원장으로 하는 범정부 식품안전정책 총괄기구「식품안전정책위원회」설치·운영, 긴급회수 및 위해원인 추적조사를 위한 위해식품 대응체계 구축 등을 주요 내용으로 하고 있다.

또한, 어린이들이 올바른 식생활 습관을 갖고 안전하고 영양을 고루 갖춘 식품에 접할 수 있도록 하기 위해 학교와 그 주변 지역에서 위생적이고 안전한 식품이 유통·판매 될 수 있는 환경을 조성하고 저해식품이나, 식중독, 비만 등으로부터 어린이 건강을 보호하기 위해 학교 주변 200m 범위 안에 어린이 식품안전보호구역(Green Food Zoon)을 지정 관리하고, 어린이가 다량 섭취할 경우 건강을 저해할 우려가 있는 지방, 당, 나트륨을 다량 포함한 식품에 대하여 학교 등에서 판매 제한, 어린이의 정서를 저해하는 도안이나 문구가 있는 식품의 판매를 금지하며, 어린이들이 즐겨 먹는 패스트푸드 등 어린이 기호식품을 판매하는 음식점에서는 그 영양성분을 의무적으로 표시하도록 하는 한편,

안전하고 영양을 고루 갖춘 어린이 기호식품의 생산과 소비를 권장하기 위하여 품질인증 제도를 도입, 2010부터 텔레비전방송을 이용하여 고열량·저영양 식품을 광고하는 경우 어린이들이 즐겨보는 시간대에 광고를 제한하거나 금지할 수 있도록 하는 「어린이 식생활안전관리 특별법」을 마련하고 이를 제정 공포(08.3.31)하였다. 이법은 2009.3.22부터 전면 시행할 예정이다.

나. 식품위생법 개정

최근 정부는 위해식품 근절을 통한 국민건강 보호를 위하여 식품위생법을 개정·공포(06.9.27, '06.12.28, '07.12.21)하였으며, 같은 법 시행령과 시행규칙 개정 등 법 시행에 필요한 준비를 거쳐 2008.6.22부터 시행 중이다.

개정된 식품위생법은 원산지 표시의무제도의 실효성을 제고하고 한·미 FTA 등 농·축산물 시장개방에 따라 위기를 맞고 있는 국내 농·축산물을 보호하기 위하여 원산지 표시대상 영업자의 범위 및 표시 대상 품목을 확대하여 소비자에게 올바른 구매정보를 제공하고 국산 식육과 수입 식육의 혼동에서 발생하는 소비자 피해를 예방하고 영업자의 부당이익을 방지하고자 원산지 표시 의무대상 영업장의 범위를 100제곱미터 이상으로 법률에서 명시하고, 원산지 표시의무대상 식품을 쇠고기·돼지고기·닭고기·쌀·김치류로 확대하였다.

그리고 식품을 제조 · 가공단계부터 판매단계까지 각 단계별로 정보를 기록 · 관리하는 식품 이력추적관리제도를 도입하여 식품을 제조 · 가공하거나 판매하는 자 중 식품이력추적관리를 하려는 자는 등록기준을 갖추어 해당 식품을 식품의약품안전청장에게 등록하도록 하고, 등록을 한 자에게는 예산의 범위 안에서 필요한 자금을 지원할 수 있도록 하며, 허위표시나 과대광고를 금지 대상에 식품이력추적관리의 표시를 추가하였다.

한편, 그 밖에 현행 제도의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선 · 보완하고자 유흥종사자를 둘 수 있도록 대통령령이 정하는 영업소를 제외한 식품접객영업소에서 영리를 목적으로 손님과 함께 술을 마시거나 노래 또는 춤으로 유흥을 돋우는 접객행위를 하거나 알선하는 행위를 금지하고,

그 중세가 가벼운 정신질환자로서 전문의가 의료기사 등의 업무를 수행할 능력이 있다고 인정 하는 경우에는 조리사 또는 영양사 면허를 취득할 수 있도록 함으로써 국민의 보건 및 건강보호에 관한 법익이 침해되지 아니하는 범위에서 그 중세가 가벼운 정신질환자의 헌법 상 직업선택의 자유를 보장하였으며,

식품접객업소에서의 성매매 · 음란영업행위 등을 근절하기 위하여 영업자가 「성매매알선 등 행위의 처벌에 관한 법률」을 위반하여 성매매알선행위 등을 한 경우에는 영업허가의 취소, 영업소의 폐쇄 또는 일정기간 영업을 정지할 수 있도록 정비하였다.

금번 식품위생법의 개정은 금전적 이익을 목적으로 한 영업행위로 인해 발생하는 후진적인 식품안전사고를 근원적으로 차단하여 선진국 수준의 식품안전관리를 실현하고자 하는데 그 기본 취지가 있으며, 이를 바탕으로 같은 법 시행령과 시행규칙 개정하여 시행 중에 있다.

다. 식품위생법 시행령 및 시행규칙 개정

식품의 영양표시를 의무화하는 내용으로 「식품위생법」이 개정(2006. 9. 27. 공포, 2007. 1. 1. 시행)되고, 집단급식소에서 발생하는 식중독사고를 예방하기 위하여 집단급식소에 식품을 판매하는 영업을 신고하도록 하는 내용으로 식품위생법 시행령이 개정(2007. 12. 13. 공포, 2008. 3. 14. 시행)되어

특수용도식품, 과자류 중 식빵, 케이크류, 빵, 도넛, 건과류, 캔디류, 초콜릿류 및 잼류, 면류, 레토르트식품, 음료류 등에 영양표시를 하도록 하고, 조리사 및 영양사에 대한 교육 실시기관 및 내용 등에 관한 사항을 정하여 집단급식소에 종사하는 조리사와 영양사가 식품위생 관련 전문

기관 또는 단체에서 교육을 받도록 함으로써 조리사와 영양사의 자질을 향상시키고 집단급식소의 식품에 관한 위생관리를 강화할 수 있도록 하였으며,

아울러, 식품위생법 시행규칙을 개정(2008.1.21 공포, 2008.3.14 시행)하여 집단급식소에 제공되는 식품의 위생적 관리를 위하여 집단급식소 식품판매업을 별도의 업종으로 신고하도록 함에 따라 집단급식소 식품판매영업자의 시설기준 및 준수사항을 정하고,

집단급식소 식품판매영업자는 사무소, 작업장, 창고 등 보관시설, 급수시설, 운반차량을 갖추도록 하고, 식품의 구매·운반·보관·판매 등의 과정에 대한 거래내역을 2년간 보관하도록 하였다 추후에도 규제를 현실에 맞게 합리적으로 개정해 나갈 계획이다.

또한, 원산지 표시 확대등과 관련된 「식품위생법」 개정에 맞추어 식품위생법 시행령을 개정(2008. 6. 20. 공포, 2008. 6. 22. 시행)하여, 쌀·배추김치 및 육류의 원산지 등의 표시에 대한 세부적인 사항을 규정하고, 과일, 야채, 채소, 새싹 등을 단순히 자르거나 껍질을 벗기거나 말리는 등의 가공과정을 거쳐 따로 씻는 등의 과정 없이 그대로 먹을 수 있는 신선편의식품을 판매하기 위하여 가공하는 경우는 신고 대상 영업으로 하였으며, 식중독 발생 예방을 위하여 시·도지사 또는 시장·군수·구청장이 식중독 예방과 원인 조사, 위생관리, 식중독 관련 홍보사업에 식품진흥기금을 사용할 수 있도록 그 용도를 확대하였으며,

식품위생법 시행규칙을 곧바로 개정(2008.6.20 공포, 2008.6. 22시행)하여 법률과 시행령에 규정된 원산지 종류와 표시 방법을 구체적으로 규정하였으며, 수상레저사업장에서의 휴게음식점 영업 및 제과점영업의 신고가 가능하도록 하였으며, 각종 영업자가 식품자동판매기영업을 함께 하는 경우 해당 영업자가 매년 받아야 하는 위생교육을 이미 받은 때에는 식품자동판매기영업에 대한 위생교육을 받은 것으로 간주하도록 하고, 법률에서 신설된 ‘식품이력추적관리’의 등록 및 변경신고 등에 관한 사항을 세부적으로 정하였으며,

그 외에도 식염 및 신선편의식품에 대한 자가품질검사 규정을 정하고, 조리장 공동사용·금연 구역 지정 등 식품접객업의 시설기준을 개정하며, 어린이·임산부 등을 위한 특수용도식품 및 어육가공품, 장기보존식품 등 제조·가공과정 중 위해 우려가 있는 식품 등을 즉석판매제조·가공업에서 제외하고, 그 나머지 식품은 모두 즉석판매제조·가공업의 대상 식품으로 하는 즉석판매제조·가공업의 대상 식품 범위를 포지티브 방식에서 네거티브 방식으로 전환하는 등의 식품위생과 안전을 확보하고, 식품산업의 발전에 기여할 수 있도록 하였다.

III 식품정책 방향

1. 식품안전 정책

안전하고 안심할 수 있는 먹을거리 확보를 위해 부정식품에 대한 철저한 대책 마련 · 고의적 식품사범에 대한 엄단 및 지자체 협조를 통한 예방 · 감시 등 식품안전관리체계를 강화하여 식품 안전을 선진국 수준으로 끌어 올리도록 필요한 모든 조치 강구해 나갈 방침이다.

정부는 이 같은 식품안전관리 강화 방침과 더불어 식품관련 법령 제 · 개정 및 하위법령 개정과 식품 안전성과 무관한 기업 활동에 걸림돌이 되는 불합리한 규제는 계속 풀어나가는 등 규제를 현실에 맞게 합리적으로 개정해 나갈 계획이다.

국민이 안심하고 신뢰하는 행정서비스 실현을 위해, 국민이 체감할 수 있는 정책을 극대화 하고 적절한 정보 제공 및 다양한 이해당사자의 의견을 수렴해 나가고, 식품행정체계 효율화를 위하여 과학적 식품 안전관리체계 확립과 더불어 식품안전업무를 시스템 · 표준화하고 이를 통해 업무의 투명성과 국제 경쟁력 확보해 나갈 것이다.

또한, 다변화 및 지식정보화 시대에 부응하는 사전예방 식품 안전 감시 체계를 구축해 나가며 안전관리의 사각지대를 해소하여 식품위해요인을 사전에 예방하고, 전문적 식품기술행정을 위한 관리조직 개선 및 제도적 기반과 인프라를 확충하여 식품전문가에 의한 식품전문 기술 행정을 구현하여 식품사고에 대응하는 위기관리능력을 강화해 나가도록 하겠다.

몇 가지 예를 들면, 가공식품중 트랜스지방 제로화 및 당 · 나트륨 1회 섭취량을 2010년까지 10%까지 저감화하고 어린이 식품안전보호구역 시범사업을 지속적으로 확대하며, 어린이 안전성 평가지수의 개발 측정, 2008년 어린이 비만률 · 영양위해 성분 저감화를 · 급식관리 수준 등을 포함하는 안전지수를 개발하고 있다.

그리고 생산 · 제조단계부터 안전성을 확보할 수 있는 예방관리체계 정착하고자 위해요소 선행 조사 및 위해우려물질 잠점 안전조치 확대, 유해물질 증장기 관리계획('08~'12) 수립, 두부 · 김치 등 국민 다소비식품 위해물질 프로파일 작성 및 사전 관리(총 500품목), 과학적 위해분석의 기반 마련을 위한 식이노출평가시스템을 구축할 계획이며, 새로운 유형의 유전자재조합식품 안전관리 강화 및 위해요소중점관리기준(HACCP) 적용업소 확대('07, 339개소 → '12, 1,400개소) 및 사후 관리 강화로 HACCP제품 신뢰성 제고하고 중소기업체를 위한 HACCP 모델을 개발할 예정이다.

2. 집단식중독 안전관리 강화

국민의 건강에 대한 관심이 증대되고, 소비자들은 식품의 품질 및 안전에 대한 기대치가 높아지고 있으나, 2006년 학교급식 사고로 6,000명 이상의 식중독 환자가 발생하여 급식 중단사태로 까지 이어지고 2008년에는 새우깡, 참치캔 등의 식품 내 이물발견 사고가 연이어 발생하는 사례를 보면 식중독 문제는 쉽게 간과해서는 안 될 중요한 사회문제로 대두되고 있다.

이는 소비자의 식품안전을 최우선에 두고 안심할 수 있는 식품을 만들겠다는 식품제조업체 및 종사자의 노력도 중요하지만 가장 시급한 것은 식품 제조·유통·판매업체들을 체계적으로 관리·감독할 수 있는 효율적인 식품안전시스템 확보가 그 어느 때 보다 필요한 시점이다.

보건복지가족부 및 식품의약품안전청은 이러한 식품안전사고를 계기로 국민이 신뢰할 수 있는 먹거리의 안전성을 확보하고, 학교 등의 집단급식소의 식중독 사고 재발을 방지하고자 「범정부 식중독종합대응협의체」 운영을 활성화하고 학교 등에 식재료를 공급하는 업소와 도시락제조업소, 학교급식소 등을 대상으로 식약청, 시·도(시·군·구), 교육청이 공동으로 참여하는 전국일제 합동단속과 청소년 수련원, 김밥제조업소, 고속도로 휴게소 등에 대한 점검을 지속적으로 실시하고 있다.

특히, 합동단속에서는 범정부적 식중독예방 차원으로 위생지도·점검은 물론 급식소등에 사용하는 지하수 및 식재료와 조리한 음식물, 식수 등에 대한 수거검사와 함께 교차오염이 우려되는 도마, 칼 등 조리기구 및 종사자의 손 등에 대한 오염도 조사(Swab Test)를 병행 실시하여 급식환경 전반에 대한 근본적인 개선이 이루어지도록 추진할 계획이며, 적발된 업소는 개선조치가 이루어질 때까지 지속적으로 점검한다는 방침이다.

그리고 식중독 사고에 대한 신속한 대응과 역학조사 등을 위하여 식약청, 질병관리본부, 시도(시·군·구)에서 하절기 비상근무 및 비상연락체계를 유지하고, 식중독 예방의 생활화를 위하여 국민들로 하여금 “손씻기” 등 식중독 예방 준수사항을 지킬 것을 당부하고,

식품을 취급하는 영업자 및 종사자들에게는 음식물의 충분한 가열·제공 등 음식물 취급 부주의로 인한 식중독 사고가 발생하지 않도록 주의하여 줄 것을 촉구하고, 취약업소에 대한 집중관리와 신속한 역학조사 실시 등을 통한 원인규명에 주력하여 오염원을 근본적으로 제거하는 효율적인 사전 예방대책을 추진하는 등 최선의 노력을 다 하고 있다.

〈표 2-10-3〉 연도별 식중독 발생 현황

연 도	발생건수(건)	환자수(명)	환자수/건(명)
2003	135	7,909	58.6
2004	165	10,388	63.0
2005	109	5,711	52.4
2006	259	10,833	41.8
2007	510	9,686	19.0

3. 건강기능식품 안전정책

가. 건강기능식품에관한법률 제정취지 및 전망

최근 기능성 · 건강식품에 대한 소비자의 수요증대로 수입이 급증하는 등 시장규모가 크게 확대되고 있으나, 일반식품을 주된 관리대상으로 하는 식품위생법령의 체계 내에서 규율됨에 따라 그간 지나친 품목, 표시 · 광고 규제 등으로 관련 산업의 발전을 가로막아 왔으며, 허위 · 과대광고로 인한 소비자의 피해를 효과적으로 보호하지 못하는 등 건강기능식품에 대한 전문적이고 체계적인 관리가 이루어지지 못했다.

이러한 문제점을 극복하고자 종전에 식품위생법령으로 관리하던 건강보조식품, 특수영양식품 중 영양보충용식품, 인삼제품류 등의 건강기능식품은 국민의 건강증진과 질병예방에 지대한 영향을 미치는 만큼 안전성과 기능성에 대한 과학적 증명과 소비자보호를 위하여 건강기능식품을 중앙정부가 직접 관리하는 체계를 마련할 필요가 있어 건강기능식품에관한법률이 제정 · 공포(2002. 8.26)되어 건강기능성식품을 보다 체계적으로 관리할 수 있는 법적 기반이 마련되었고, 2004년 1월 31일자로 하위법령인 시행규칙이 공포됨과 아울러 관련 사항이 고시되어 사실상 건강기능식품 관리업무가 전면 시행에 들어가게 되었다.

이로써 국민들의 건강증진을 도모하고 소비자를 실질적으로 보호할 수 있는 기틀이 마련되었으며 우리나라 건강기능식품산업이 발전할 수 있는 계기를 마련하게 되었다.

나. 건강기능식품법 정책 방향

건강기능식품법의 정책 방향은 무엇보다도 건강기능식품의 안전성 확보 및 건전한 유통관리 체계구축에 있다.

(1) 건강기능식품 관리체계의 조기정착, 합리적인 제도개선 체계 구축 및 홍보 강화

건강기능식품에 대한 국민의 올바른 인식 제고와 품질의 향상, 제품 안전성 확보를 위하여 영업자, 종업원은 물론 품질관리인에게도 법정 의무 교육 및 시간을 정하여 교육을 함으로써 국민에게 양질의 정보가 제공되고 고품질의 건강기능식품이 제공될 수 있도록 교육, 홍보 프로그램 개발하여 보급하는 등 홍보를 강화할 것이다.

(2) 안전하고 우수한 건강기능식품의 제조기반 구축

소비자들은 건강기능식품의 기능성은 물론 안전성과 품질에 대해서도 높은 기대를 가지고 있다. 따라서 안전하고 질 좋은 건강기능식품이 생산될 수 있도록 제품의 제조기준을 더욱 개선하는 한편, 품질관리체계가 일관성 있게 유지·운영될 수 있도록 하기 위하여 식품의약품안전청은 우수건강기능식품제조기준 및 품질관리기준(GMP)을 제정하여 건강기능식품 전문제조업소를 점진적으로 GMP 적용업소로 유도할 수 있도록 하였다.

(3) 건강기능식품의 유통·판매질서 확립

건강기능식품을 판매하기 위해서는 건강기능식품 판매업신고를 하여야 한다. 즉, 판매장을 갖지 않고 소비자에게 직접판매(방문판매, 다단계판매, 전화권유판매, 인터넷 판매 및 TV 홈쇼핑 등의 방법으로 판매)하는 경우도 건강기능식품 판매업자로 신고를 해야 한다. 건강기능식품 판매 영업자는 건강기능식품법령에서 정한 사항을 충실히 지켜야 하며, 이를 위반하는 경우 행정처분, 과태료 처분, 사직당국에 고발하게 된다. 이를 통해 안전하고 양질의 건강기능식품이 유사건강 식품과 차별적으로 관리되게 되어 소비자보호와 건전한 유통·판매를 유도하게 될 것으로 기대된다.

4. 식품진흥기금 운영

식품진흥기금이 약 3,000억원 정도 조성되어 있으나 그 활용 방안이나 지원사업 내용이 다양하지 못하고 전반적으로 기금의 운용 실적이 저조하다는 문제점이 제기됨에 따라 1999.11.13에 식품위생법시행령을 개정하여 식품진흥기금사업에 대한 보건복지부장관의 사후관리 근거를 마련하고 2000년에는 「식품위생법」 및 동 법 시행령을 개정하여 시·도 뿐만 아니라 시·군·구

에도 기금을 설치 · 운영하도록 하고 2005년 1월에는 신고포상금, 식품산업진흥에도 진흥기금을 사용할 수 있도록 하였으며, 2006년 12월에는 집단급식소의 급식시설 개 · 보수에도 식품진흥기금을 융자지원 할 수 있도록 범위를 확대하였다.

Ⅳ 음식문화 개선 및 「좋은 식단」 실천운동

1. 추진배경

정부는 음식점에서 과다한 반찬가짓수와 양(量)을 제공함에 따른 자원 낭비와 국민보건 위생상의 문제점 등을 해결하기 위한 식생활 문화 개선의 일환으로 1982년도에 ‘주문식단제’를 도입하였다.

그리고 1992년도에는 「국민식생활문화개선운동」을 범국민운동 차원으로 전개토록 하고 위생적이며 간소한 「좋은 식단」을 개발 · 보급하게 되었으며, 1996년 4월 ‘좋은 식단제 활성화 방안’을 마련 · 추진하여 왔으며 각 시 · 도 및 유관기관으로부터의 협조와 민간단체인 음식문화개선운동본부를 중심으로 소비자단체, 언론 등을 이용한 지속적인 소비자 의식개혁운동을 전개하여 새로운 음식문화를 정착시키기 위해 노력하고 있다.

그 동안 한국음식업중앙회가 회원업소를 중심으로 식생활문화개선 운동추진협의회를 구성 · 운영하여 오던 것을 1996. 11. 20 음식문화개선 운동본부로 발족시켜 「좋은 식단」 정착을 위한 교육 · 홍보 등 민간 추진체로서의 역할을 수행하게 하였다. 1992년부터 현재까지 매년 「좋은 식단」 사례발표 및 평가회를 개최하였다.

2. 추진계획

정부에서는 음식문화 개선 및 좋은 식단 실천사업을 범국민 참여운동으로서 조기 정착될 수 있도록 추진할 계획이다.

건강한 식생활은 건강한 삶을 유지시켜 주고 웰빙(Well-being)으로 한걸음 더 다가설 수 있으며, 우리나라의 전통적 미덕으로 여겨온 과도한 상차림 문화를 지양함으로써 자원의 낭비를 막고 환경오염을 방지할 수 있다. 이를 위해서 정부는 좋은 식단 실천우수업소에 대한 지원을 강화하여, 식생활 개선운동을 시민문화운동으로 조기 정착시키기 위해 학계·언론계·소비자단체 등과 연계하여 지역별 모범업소의 자율실천을 적극 유도할 계획이다.

또한 패스트푸드를 많이 섭취하는 아이들에게 영양 불균형과 성인병 조기 발병의 가능성이 사회문제로 제기되었다. 따라서 정부는 올바른 식습관 정착을 위해 대국민 홍보와 영양표시 제도를 통해 올바른 정보를 활용할 수 있도록 방안을 강구해 적극 추진할 계획이다.

가. 실천적인 음식문화 개선

바람직한 음식문화개선을 위하여 음식점 이용시 예약문화를 정착시키도록 홍보를 확대하고 종업원의 손님맞이 및 주문방식 등에 관한 친절교육을 강화하여 종래의 음식공급자 위주의 실천운동을 소비자의식개혁운동과 병행하여 추진할 예정이다.

나. 모범음식점 정비 및 운영관리 강화

모범음식점 지정 관리에 대한 사후관리를 강화하여 좋은 식단 실천 미흡 업소에 대해서는 모범업소에서 배제시키는 등 정비를 하고, 좋은 식단 실천 우수업소에 대해서는 계속적으로 식품진흥기금에서의 시설개선자금 지원을 확대할 계획이다.

다. 「좋은 식단」실천의 지속적인 추진

소비자 및 영업주의 인식 개선을 위해 좋은 식단 모형을 제작하여 대형음식점, 집단급식소, 예식장 및 관광지 주변식당 등 음식물쓰레기 다발업소 및 도시락 제조업소 등에 배포하여 좋은 식단 실천의 정착을 유도하고 시설 개·보수비 저리용자, 쓰레기봉투 구입비 및 수질검사비를 지원하고 상·하수도료를 감면하는 등 지속적인 지원을 할 것이다.

라. 홍보활동 강화

TV, 라디오 등 언론을 통한 다양한 홍보와 저명인사 초청 세미나를 개최하여 국민의식 전환을 꾀하는 한편, 문화체육관광부와와의 유기적인 협조를 통한 공익광고 등 홍보활동을 강화해 나갈 것이다.

[관련 통계 현황]

〈표 2-10-4〉 식품제조 · 가공업소의 업종별 위생 감시 실적

(2007.12.31 현재)

구 분	위생감시 건수	부적합 건수	행정처분 내용				고 발
			영업취소 폐쇄	영업 정지	품목 · 류 정지	시정 (기타)	
계	788,866	53,007	15,181	7,659	820	28,140	2,797
식품제조가공업	31,653	3,524	314	464	799	1,910	103
즉석판매제조 가공업	54,112	2,912	1,311	109	6	1,393	119
식품첨가물 제조업	392	94	7	4	15	23	0
식품소분업	11,288	1,042	603	80	0	353	27
식품운반업	1,858	136	15	5	0	115	3
식품판매업	64,078	4,246	2,207	58	0	2,134	28
식품보존업	334	20	9	1	0	10	0
용기 · 포장 · 용기류제조업	1,017	82	43	11	0	30	1
식품접객업	624,134	40,951	10,672	6,927	0	22,172	2,516

〈표 2-10-5〉 식품접객업소 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소)

계	일 반 음식점	휴게음식점			단 란 주 점	유 흥 주 점	위탁급식 영업
		다 방	제과점	기 타			
700,771	579,908	22,871	14,026	31,796	15,772	29,089	7,309

※ 자료 : 식품의약품안전청

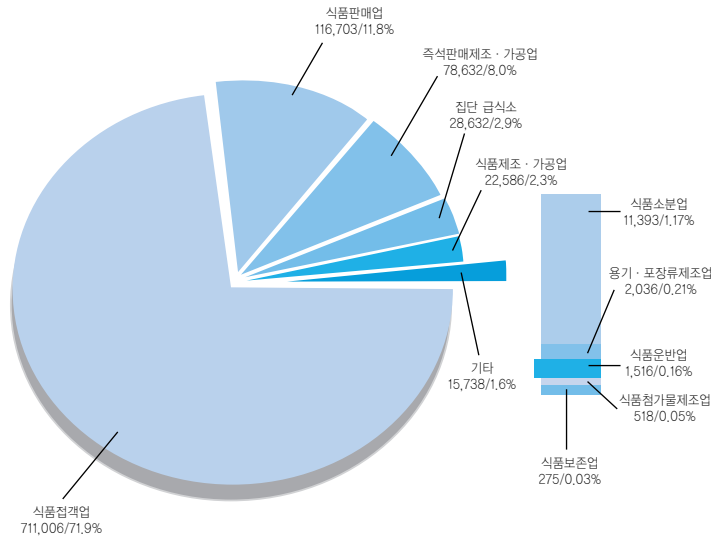
〈표 2-10-6〉 집단급식소 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소)

계	학 교	기업체 등
30,960	10,206	20,754

[그림 2-10-1] 식품제조 유통과 판매업체 현황(2006)

(단위 : 개소)



2006년말을 기준으로 식품 제조 유통과 판매업체 수는 총 973,297개소이다. 업종별 현황을 보면 식품, 식품첨가물, 용기·포장류 제조업소 등 제조·가공업소가 25,140개소이며, 식품 소분업 및 운반업, 보존업체수가 13,184개소, 식품접객업소수가 711,006개소, 즉석판매제조·가공업소가 78,632개소, 기타 집단급식소 및 식품판매업소가 145,335개소 등으로 나타나고 있다.

〈표 2-10-7〉 수입식품 검사종류

구 분	검사대상	검사내용
서류검사	모든 수입식품	제품정보, 부적합이력, 표시, 증명서, 안전기준(GMO·유기농·광우병)등 검사
관능검사	농·임산물 (동일사동일식품)	표시, 포장상태, 이물, 제품의 성상·맛·색·냄새 검사
정밀검사 무작위 표본검사	최초 수입식품, 부적합 재수입, 위해우려식품	물리적, 화학적, 미생물학적 검사

〈표 2-10-8〉 수입식품 연도별 검사 현황

구 분	2005	2006	2007
건수(건)	215,494	238,539	270,163
중량(천톤)	11,261	11,227	11,798
금액(백만\$)	7,586	7,811	8,488

2007년도 수입식품 등 검사현황을 보면 수입 신고 된 총 건수는 270,163건이며[(표 2-10-9) 참조], 검사 종류별로는 서류검사 179,982건(66.6%), 관능검사 27,972건(10.4%), 정밀검사 46,106건(17.1%), 무작위검사 16,103건(5.9%) 순으로 나타났다.

2007년도 상위 5개국 생산 · 제조국가별 금액대비 실적을 살펴보면 중국이 86,272건(25.0%), 미국이 41,444건(20.6%), 호주가 4,773건(7.4%), 브라질이 1,410건(6.2%), 일본이 38,162건(5.3%) 등의 순으로 나타났으며, 이들 5개국의 전체 수입실적은 약 65%(금액기준)를 차지하는 것으로 나타났다.

〈표 2-10-9〉 품목유형별 수입 현황

(2007.12.31 현재)

구 분	건 수	중량(톤)	금액(천\$)
원료성식품	39,276	7,261,422	3,121,228
가공식품	165,132	4,120,615	3,889,253
식품첨가물	31,071	193,752	519,230
기구용기포장	27,696	213,159	708,479
건강기능식품	6,988	10,009	250,102
합 계	270,163	11,798,959	8,488,294

제11장

국민건강 증진정책

제 1 절

건강생활 실천*

I 개 요

오늘날 건강문제는 국민의 생활양식 변화, 그리고 인구의 고령화에 의한 암, 심혈관 질환을 비롯한 만성퇴행성질환과 사고 등에 기인하고 있으며 이러한 요인에 의한 질병이 전체 사망률의 70% 이상을 차지하고 있다. 또한 이들 질병은 조기사망의 원인이 될 뿐만 아니라 치료가 어렵고 장기간의 투병이 필요하여 삶의 질을 저해하고 의료비를 증가시키는 요인이 되고 있다.

따라서 질병이 발생한 후 사후관리에 치중하던 종래의 보건의료정책에서 질병의 예방·발견 치료와 안전사고 예방에 초점을 두는 적극적인 건강증진 정책의 수립으로의 전환이 요구된다.

국민건강증진 사업은 이렇게 변화되는 보건수요를 충족시키기 위하여 국민 스스로가 건강을 유지하고 증진하는 생활, 즉 건강한 생활을 실천하도록 지식을 전달해 주고 태도를 바꾸어 행동으로 나타낼 수 있도록 유도할 뿐만 아니라 건강위험 요인을 감소시킬 수 있도록 추진되고 있다.

*집필자 : 건강정책과장 정충현, 건강증진과장 신승일

2005년도에 이어 2006년도 건강증진정책은 21세기에 대비하여 국민의 건강수명을 2010년까지 72세로 연장하고 삶의 질을 향상시키기 위하여 보건분야 전문가의 브레인스토밍과정을 거쳐 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)의 중간평가를 실시하였고, “온 국민이 함께하는 건강세상”이라는 목표아래 ‘건강수명 연장’과 ‘건강형평성 제고’라는 비전을 갖고 「새국민 건강증진종합계획」을 제시하였다.

이는 보건증진정책의 방향을 사전 예방적 건강관리 중심으로 전환하고, 생애주기별로 평생건강 관리체계를 확립하여 건강위험 요인을 사전에 차단하고 스스로 건강을 관리하는 능력을 제고하는데 목표를 두고 사업을 추진하고 있다.

이러한 관점에서 사업추진의 기본정책 방향은 다음과 같다.

첫째, 우선적으로 국민들에게 건강생활 실천의 중요성을 인식할 수 있는 기회를 제공함과 동시에 건강과 관련된 정보의 홍수 속에서 정확한 건강정보를 가지고 건강생활에 필요한 실천 행동을 할 수 있도록 올바른 건강정보를 다양한 방법으로 제공할 수 있는 기반을 조성할 계획이다.

둘째, 연령별·성별 특성을 고려하여 건강위험요인에 대한 관리를 포괄하는 만40-66세 생애전환기 건강진단과 만 6세 미만 영유아 건강검진의 추진을 통해 건강검진정책의 패러다임을 전환하고자 한다.

셋째, 지역주민에게 금연, 운동, 영양(비만), 절주 등 건강생활실천에 필요한 서비스를 제공하고, 지역환경 및 특성을 고려한 다양한 건강증진사업을 통해, 사전예방적·생애주기에 따른 평생건강 관리 체계를 구축하고자 한다.

넷째, 치료위주의 구강보건사업을 예방사업에 역점을 두기 위해 그 동안 보건소에서만 실시 하던 아동의 치아홈메우기 사업을 민간 병·의원에도 도입하여 확대하는 등 지속적으로 예방 사업에 역점을 두어 추진하고 구강보건 홍보사업도 가일층 강화할 계획이다.

II 범국민 건강생활 실천을 통한 건강증진의 생활화

1. 보건소 건강생활실천사업

보건소 건강생활실천사업은 2002년도에서 2003년까지 100개 보건소에서 시작하여 2004년도 156개, 2005년도 246개, 2006년에 248개 보건소에서 건강생활 실천사업 (운동, 영양, 절주, 금연)이 수행되었다.

2007년도에는 251개 전국 보건소에서 사업이 실시되면서 사업영역별 모든 내용을 필수적으로 수행하도록 하였으며, 2010년 건강수명 72세를 목표로 보건소에서 수행하여야 할 사업을 ‘2007년도 건강증진안내’에 제시하여 국민 스스로 질병을 관리할 수 있도록 추진하였다.

2007년은 그동안 급속도로 확대된 건강생활실천사업 중심의 보건소 건강증진사업을 내실화하여 사업의 질적 수준을 제고하고, 사업내용을 표준화하여 이미 효과가 입증된 건강증진 프로그램을 모든 지역에서 동일하게 시행할 수 있도록 확산·보급하기 위해 노력하는 한편, 지방자치단체가 건강을 위한 환경을 창출하고 건강한 공공정책을 수립하도록 지원하였다.

2. 건강증진사업의 표준화

2005년부터 건강생활실천사업이 전국 보건소로 확대됨에 따라 사업의 효율적인 수행을 위해 연도별로 “2005년도 국민건강증진안내”, “2006년도 건강증진사업안내”, “2007년 건강생활 실천사업 안내”에 사업영역별로 제시한 영역 사업 중 필수사업과 선택사업을 제시하였고, 필수 사업은 전국 보건소에서 수행하도록 하였다.

금연사업은 금연환경조성, 금연홍보, 금연교육, 흡연자, 금연지원사업, 기타로 사업영역을 분류하여 제시하였다.

〈표 2-11-1〉 금연사업의 필수사업

사업영역	예시
금연환경 조성	① 금연 관련 법령 이행실태 모니터링 • 금연·흡연구역 시설기준위반 행위 • 금연구역에서 흡연하는 행위(경찰청협조) • 미성년자에 대한 담배판매 행위 • 담배자판기 성인인증장치 부착 위반 행위 ② 금연구역 모범 이행 사례에 대한 인센티브 제공 ③ 금연거리조성 등
금연홍보	④ 금연홍보 • 중앙에서 배포한 동영상 및 인쇄매체 등의 홍보물을 적극적으로 활용하여 홍보 • 지역신문, 유선방송 등 기타 가용 자원을 적극적으로 활용하여 홍보 • 금연 애플럼, 금연 포스터, 리플렛 등 홍보물 제작·배포 • 거리 캠페인(니코틴 의존도 측정행사 등) • 금연포스터 대회, 금연글짓기 대회, 금연걷기대회 등
금연교육	⑤ 지역사회주민을 대상으로 한 금연 상담 및 교육 실시 ⑥ 중·고등학교 금연교육(시도교육청과 협력) ⑦ 사업장 금연교육 ⑧ 대학교 금연교육 ⑨ 유치원·초등학교 흡연예방 및 금연교육 ⑩ 금연지도자 교육 ⑪ 금연관련 워크샵, 세미나, 금연사업평가대회 등
흡연자 금연지원사업	⑫ 흡연자 금연지원사업 • 16개 시·도의 금연상담전화(Quitline) • 보건소 금연클리닉사업
기타	• 검증되지 않거나 논란의 여지가 있는 금연방법은 시행하지 않도록 함

신체활동 및 운동사업을 교육 및 홍보사업, 사업 기반 조성 및 구축사업, 주민대상운동서비스 제공(건강군 대상으로 하는 생애주기별 사업, 고위험군 대상사업, 질환군 대상사업, 기타 전문사업)의 영역으로 구분하여 사업을 제시하고 있다.

〈표 2-11-2〉 신체활동 및 운동 사업의 필수사업

사 업 영 역		필 수 사 업
교육 및 홍보사업		① 주민대상 교육·홍보 및 운동정보제공 ② 지역사회 캠페인
사업 기반 조성 및 구축사업		③ 지역사회 자원 연계 ④ 지역사회 운동 조직 후원 및 활성화 ⑤ 지역사회 사회체육 및 운동시설 확보 등 지지적 환경 조성
주민 대상운동 서비스 제공	생애주기별 사업 (건강군 대상)	⑥ 노인체조 및 운동프로그램
	고위험군 대상사업	⑦ 어린이 비만교실 및 비만캠프 ⑧ 성인 비만교실 및 운동 프로그램
	질환군 대상사업	-
	기타 전문사업	⑨ 운동지도 프로그램

영양사업을 우선 추진사업(생애주기별 영양관리 사업, 체중관리 사업)과 차선탈진사업(기반 조성 및 구축사업, 기타 사업)으로 나누어 필수사업을 제시하였다.

〈표 2-11-3〉 영양사업의 필수사업

사 업 영 역		필 수 사 업
우선 추진 사업	(1) 생애주기별 영양관리 사업	① 아침결식 예방사업 ② 임신·수유부 영양관리 사업(모유수유촉진사업 등)
	(2) 체중관리 사업	③ 체중관리 사업, 비만 아동 관리사업, 성인 비만 관리 사업
차선 추진 사업	(3) 기반조성 및 구축사업	④ 사업기반조성 및 구축사업
	(4) 기타 사업	⑤ 식생활 지침 홍보·교육 ⑥ 식사상담 프로그램 운영

절주사업은 사업 기반조성 및 구축사업, 건강군을 대상으로 하는 생애 주기별 사업, 고위험군 대상사업, 기타 전문사업 나누어 필수사업을 제시하였다.

〈표 2-11-4〉 절주사업의 필수사업

사 업 영 역	필 수 사 업
사업 기반조성 및 구축사업	① 절주 홍보 ② 절주실천유도 환경 조성 ③ 지역사회 연계
생애 주기별 사업 (건강군 대상)	④ 청소년 절주·금주 교육 초등학생 절주·금주 교육(농촌은 성인 절주·금주 교육)
고위험군 대상사업	⑤ 절주 상담실 운영
질환군 대상사업	-
기타 전문사업	⑥ 인터넷 절주 홍보 및 교육

3. 건강생활 홍보·교육의 강화

신체활동 및 운동과 관련해서는 전국에서 ‘국민건강걷기의 날’ (매월 첫째 주 일요일)이 2002년 이래 정착되어 걷기지도자 양성교육을 13회에 거쳐 900명이 교육 받았으며, 걷기대회는 하이서울 페스티벌 2004 국제 시민걷기대회 실시(5월 9일, 7,500명 참가), 울산 시민 걷기의 날(5월 16일, 4,000명 참가), 걷기클럽 건강걷기대회 실시(5월 23일, 3,000명 참가)등 31회 약 51,500명이 참여하였으며, 2006년에는 국민건강 걷기의 날을 실시하여 약 2천여 명의 시민들이 참가하였다.

2006년도 보건소 건강생활 실천사업 중 고령자를 위한 신체활동을 위해서 신체활동을 통한 활기찬 노년생활의 이득에 대한 홍보 강화와 운동지도 인력의 확충 및 경로당, 마을회관 등 순회 운동지도 등의 사업을 추진하였다.

2007년도에는 소아 및 성인비만 예방을 위해 체조를 개발하였으며, 특히 소아의 건강생활 실천을 위해 ‘건강생활 Up&Down’ 캠페인을 실시 및 CF를 방영하였다. 또한 소아비만을 유발할 수 있는 주변 환경 및 가정에서의 생활을 집중 조명하는 다큐멘터리를 제작·보급하였다.

4. 건강증진사업 전문인력에 대한 교육·훈련 강화

2005년부터 건강증진사업이 전국 보건소로 확대됨에 따라 건강증진사업의 전문인력에 대한 교육훈련 과정을 운영하고 있다.

교육대상은 '시·도 및 시·군·구 보건소 건강증진사업 담당자'에게 중앙 집체 교육을 포함하여 8개월에 걸쳐 152시간의 교육을 실시하여 2005년에는 484명이 교육을 수료하였으며, '중앙 및 시·도 건강증진사업 전담공보의(20명, 4주간), 시·군·구 보건사업 전담공중보건의(144명, 1주일)'에게 운동을 포함한 보건소 건강생활실천사업의 운용 및 관리교육을 실시하였다. 또한 보건소 및 주민건강증진센터 건강증진사업담당자에 대한 직무교육과정을 운영하였다.

2006년에는 시·도 및 보건소 건강증진전담인력에 대한 교육과정 총 156시간을 1박 2일 또는 2박 3일 기간의 7차 교육과정으로 분할하여 8개월간 지속적으로 교육을 실시하였고, 493명이 교육을 수료하였다. '건강증진전담 공중보건의사(10명, 4주간)', '보건사업전담 공중보건의사(147명, 1주일)'에 대한 교육을 실시하였으며, 보건소 및 주민건강증진센터 건강증진사업담당자에 대한 직무교육과정을 운영하였다.

2007년에는 시·도 및 시·군·구 건강증진담당인력을 대상으로 건강증진사업 전문인력교육과정을 운영하고(1년), 총 156시간을 1개월 2일씩 7개월간 지속교육을 실시, 476명이 교육을 수료하였다. 또한 '건강증진전담 공중보건의사' (18명, 2회)를 대상으로 1박2일간 지속교육을 실시하였다.

Ⅲ 국민건강 교육·홍보

인터넷을 통하여 건강에 대한 올바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있도록 국민건강증진 정보시스템(<http://www.hp.go.kr>, 홈페이지명 : 건강길 라잡이)을 개발하여 흡연, 음주 영양, 운동, 정신건강, 체중조절, 암, 당뇨병, 간질 환, 심혈관질환, 성병, AIDS, 구강관리, 아동건강, 여성건강, 노인건강, 장애인건강, 환경과 건강, 건강가꾸기 등 20개 분야의 건강정보를 제공해 주고 있다.

이 정보서비스시스템에는 일반건강 정보뿐만 아니라 전문가의 건강 컬럼, 자가진단, 동영상 교육자료, 건강 웹진, 최신 건강소식과 분야별 학술정보, 통계정보, 법령정보, 신문·방송정보, 관련 기관·학회정보, 보건사회복지 문헌정보, 건강증진연구보고서, 전자도서관 등 관련정보와 전국 병/의원·보건소·약국 등 의료기관검색 서비스를 제공하고 있다.

특히, 국민의 금연실천 유도과 청소년의 흡연예방을 위하여 금연포탈사이트 (<http://nosmokeguide.hp.go.kr>, 홈페이지명 : 금연길라잡이)를 개발하여 온라인 금연교실(“도전! 담배탈출”), 금연일반정보, 금연전문자료(통계, 법률, 연구학술, 금연교육, 금연동영상, 금연 교육 강사진, 스크린세이버), 전문가상담, 커뮤니티 등 을 무료로 제공하고 있으며, 2006년에는 영양(식생활)관리와 신체활동(운동)이 상호 연계된 맞춤형 관리 프로그램인 건강다이어리를 개발하여 무료로 제공하였다.

IV 국가 흡연예방 및 금연정책 강화

우리나라의 성인 남성 흡연율은 2001년 61.8%, 2005년 52.3%로 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 최고 수준으로<표 2-11-5>, 흡연으로 인한 조기사망, 질병발생, 화재, 간접흡연 피해 등에 의한 사회·경제적 손실은 연간 9조원 이상으로 추정된다.

우리나라는 성인남자 흡연율이 42%(07년 12월기준)로 낮아지고 있지만, 여전히 높은 흡연율을 유지함으로써 수많은 사회·경제적 부담을 가중시키고 있으며, 세계적으로도 가장 낮은 수준이던 여성 흡연의 소폭 증가와 청소년 연령층의 부분적 증가 사례가 나타나므로 인해 이에 대한 증가 추세의 사전차단과 더불어 2010년까지 성인 남성흡연율을 30%대 수준으로 낮출 수 있도록 하기 위해서는 더욱 더 강력한 금연정책이 필요하다 하겠다.

〈표 2-11-5〉 성인 흡연을 국제 비교

(단위 : %)

국 가	남 성	여 성	전 체
호 주	18.9	16.5	17.7
캐 나 다	19.1	15.5	17.3
프 랑 스	28.0	19.0	23.0
미 국	19.1	14.9	16.9
일 본	45.8	13.8	29.2
한 국	52.3	5.8	28.9

※ 자료 : OECD, Health Data, 2007(호주, 프랑스 : '04년 자료, 캐나다, 미국, 일본 : '05년 자료)

※ 한국은 2005년 국민건강영양조사 자료임

1. 흡연예방 및 금연정책의 체계 강화

국가 흡연예방 및 금연정책의 목적은 흡연을 예방하고, 흡연자의 금연을 촉진하며, 비흡연자를 보호하기 위한 환경을 조성하는 것이다. 세부 목표는 첫째, 흡연예방을 위하여 청소년 흡연율을 감소시키고, 흡연시도(흡연시작) 평균연령을 높이는 것이다. 둘째, 금연을 촉진하기 위하여 성인 흡연율을 감소시키고, 금연시도율과 금연 결심률을 증가시키며, 금연상담 또는 치료 경험률을 높이고 셋째, 간접흡연을 방지하기 위하여 금연구역을 확대하며, 간접흡연으로 인한 노출률을 감소시키는 것이다.

국가 흡연예방 및 금연정책의 전략은 다음과 같다.

첫째, 자치단체, 초·중·고등 및 대학교 등 교육기관, 직장, 민간단체와 연계한 지역 금연 프로그램을 마련하고, 보건소 금연 상담 및 금연 치료프로그램을 제공하는 등 지역사회 중심의 금연 교육·상담·치료를 활성화한다.

둘째, 대상자별로 세분화된 교육·홍보 전략을 다양한 매체를 통해 추진하는 등 전 국민을 대상으로 한 금연 홍보·교육을 강화한다.

셋째, 담배가격 인상, 청소년의 담배에 대한 접근 제한을 강화한다.

넷째, 금연구역 확대 등을 통해 간접흡연으로부터의 노출을 감소시키고자 노력하는 것이다.

2. 흡연구제의 강화

특히 담배가격 인상을 위해 국민건강증진법상 담배 1갑 당 국민건강증진부담금을 현행 354원에서 558원으로 인상하는 법률안의 개정 노력을 기울였으나 담뱃갑 인상이 서민경제에 미치는 파급효과 등으로 인해 끝내 개정하지 못하였다. 또한, 담뱃갑 앞·뒷면 포장지 및 대통령령이 정하는 광고에 경고문구와 경고그림을 함께 표기하는 법안이 최재천 의원님 대표발의로 제출되었을 뿐만 아니라 정부도 규제심사와 부처간 협의를 통하여 국회에 제출하는 등 적극적인 노력을 기울였고, 맹형규 의원님 대표발의로 금연구역 또는 흡연구역 외에 지방자치단체는 조례로 공중이 많이 이용하는 지역 등을 금연구역으로 지정할 수 있도록 위임하는 법안 등이 국회에 제출되었다.

그러나 양승조의원님이 대표발의 한 비소 등 6종(나프틸아민, 니켈, 벤젠, 비닐 크로라이드, 비소, 카드뮴)의 발암성물질을 담뱃갑 앞·뒷면 등에 표기하도록 하는 법안만이 국회에서 통과 됨으로써 아쉬움이 컸다 할 것이다.

또한, 금연관련 법령 이행 준수 등에 대해 시·도 및 시·군·구별로 적극 실시한 결과 금연구역 및 흡연구역의 지정위반으로 2,049건의 계도와 22건의 과태료를 부과하였으며, 금연구역의 흡연행위에 대하여는 경찰청이 7,258건의 계도와 14,878건의 범칙금을 부과하는 등의 금연정책의 적극적인 노력을 기울였다.

2009년도에는 군 면세담배의 완전폐지를 목표로 국방부의 협조를 통해 군 면세담배를 2007년도에 1인 기준 5갑으로 줄여 제공하는 등 군 금연환경 강화 등을 함께 병행하고 있다.

간접흡연 피해에 대한 인식을 조사(서미경외, 담배규제를 위한 단계별 금연구역확대 정책수립 방안, 2007)에 따르면 현재 흡연자 중 88.6%가, 비흡연자 중 89.2%가 피해를 받고 있다고 대답함으로써 흡연에 대한 피해에 대해 흡연자나 비흡연자나 비슷하게 피해를 보고 있다고 인지하고 있음을 알 수 있어, 앞으로도 지속적으로 추가 규제가 적극적으로 필요하다 할 것이다.

그리고 2006년에는 대규모 사무실 중심으로 지정되어 있는 금연구역을 소규모 사무실·공장과 지방청사까지 확대하였다. 향후에는 더 많은 시설이 금연구역으로 지정될 수 있도록 추진해 나갈 것이며, 특히, 우리나라가 2005년 5월 비준한 WHO 「담배규제기본협약(Framework Convention on Tobacco Control)」에 따라 향후 담배규제가 더욱 강화시킬 계획이다.

〈표 2-11-6〉 담배규제기본협약과 우리나라 법·제도 현황 비교

담 배 규 제 기 본 협 약			우리나라의 현행 법·제도
조항	주 요 내 용		
제6조	담배가격 및 세금 조정	• 담배에 대한 조세 및 가격정책 시행 또는 면세담배 수입·판매 제한·금지	• 국민건강증진법제23조(담배부담금) － 지방세법 제229조(담배소비세), 지방세법 제260조(지방교육세), 담배사업법시행규칙 제17조(염연초생산안정화기금), 부가가치세법 제1조(부가가치세) ※ '04년 500원 인상
제8조	간접흡연의 피해 예방	• 실내 작업장, 대중교통, 실내 공공장소 등 공공장소에서 간접흡연 보호를 위한 법적, 행정적 조치 시행	• 대형 건물·공연장·체육시설, 학원, 지하상점가, 의료기관, 학교 등 공공장소에 금연구역 지정 (국민건강증진법시행규칙 제6조, 제7조)
제9조 제10조	담배성분 규제 및 공개	• 담배제품의 성분·배출물에 대한 시험· 측정 및 규제 • 담배제조·수입업자의 담배제품의성분· 배출물에 대한 정보 공개	• 담배 연기성분 중 타르와 니코틴의 함량 표시 의무화(담배사업법 제25조의2) － 성분검증기관의 연차보고 의무화(동법 시행 규칙 제16조의4) • 국제표준화기구 권고방법에 따른 측정오차를 ±20%로 규제(담배 사업법시행령제9조의4 및 6)
제11조	담배포장 및 레이블	• 담배제품의 포장 및 라벨에 대한 규제조치 실시(협약발효후 3년이내) － 담배의 포장에 최소 한 면의 30% 이상 차지하는 건강경고 기재, 경고그림 권고 － 담배에 대해 오도할 수 있는 표시(저타르, 라이트, 마일드 등 포함) 금지 등	• 담배갑 포장지 및 광고에 흡연경고문구 표기 의무화(국민건강증진법 제8조제3항; 담배사업법 제25조 제1항) － 담배 포장지의 앞, 뒷면 각각의 넓이의 30/100흡연경고문구 표시(국민건강증진법 시행규칙 제4조) • 담배사업법시행규칙 제15조; 30/100
제13조	담배광고· 판촉· 후원규제	• 담배제품의 광고·판촉·후원에 대한 전면 적 금지 또는 규제(협약 발효 후 5년 이내) － 오도 가능성 있는 광고·판촉·후원 금지, 판촉 및 후원에도 경고포함, 구매 촉진용 직간접적 인센티브 활용 규제, － 담배업계의 광고·판촉·후원비용을 정부당국에 공개 － 라디오, TV, 인쇄물, 인터넷 등 매체를 통한 담배관련 광고·판촉·후원을 포괄 적으로 금지 또는 규제 － 국제적 행사(활동)에 의한 담배후원 금지 또는 규제	• 지정소매인 영업소 내부, 연 60회 이내의 잡지 광고, 사회·문화·음악·체육등의 행사후원 (여성·청소년대상제외), 국제선의 항공기 및 여객선에서의 광고 외에는 모든 담배광고 금지 (국민건강증진법시행령 제14조 ; 담배사업법 시행령 제9조) • 일반인에게 담배 무상 제공 금지, 소매인에게 담배판매를 촉진하기 위한 담배판매장려금, 경품, 상품권 등의 제공행위규제(담배사업법 제27조의2)

담 배 규 제 기 본 협 약			우리나라의 현행 법·제도
조항	주 요 내 용		
제14조	담배중독 치료· 금연을 위한 조치	• 담배 중독 치료 및 금연을 위한 조치	• 학교·직장·보건소 등을 통한 금연프로그램과 니코틴중독자에 대한 상담 및 치료 프로그램 시행 – '05년 3월부터 전국 246개 보건소에서 무료 금연상담·치료 서비스 제공 – '05년 하반기부터 금연상담전화(Quitline) 개설
제15조 제16조	담 배 불법거래 방 지	• 담배제품 원산지 판정을 위판 표시 시행 – 판매지역을 명시하는 문구, 추적체제 개발 검토 등 • 18세 미만인(혹은 해당 국가법이 규정한 성년 연령 미만)자에 대한 담배판매 금지 – 구매자에게 적정연령에 도달했음을 증명하도록 요구 – 담배자판기에 미성년자 접근 금지 • 담배 날개 및 소량포장 판매 금지 • 구매자가 직접 담배에 접근할 수 있는 방식의 담배판매(선반진열 등) 금지 • 담배 형태의 미성년자용 상품(과자류, 완구류 등)의 제조 및 판매 금지	• 담배 제조는 허가제, 담배수입판매 및 담배도매업은 등록제채택(담배사업법 제11, 13조) • 미성년자에 대한 청소년 유해약물(담배포함) 판매·대여·배포 금지(청소년보호법제26조제1항) – 동법 시행령 제20조에서 연령 확인 의무 부과 – 담배자판기 설치 장소 제한 및 성인인증장치 부착 의무화(국민건강증진법 제9조 제2항 및 제3항) • 담배의 포장 및 내용 변경 판매 금지(담배사업법 제20조)

3. 대상자별로 세분화된 흡연예방 및 금연교육·홍보 실시

청소년을 대상으로는 학교, 민간단체, 대중매체 등 다양한 자원을 활용하여 흡연예방을 펼치고 있다. 특히 금연 콘서트·모바일·인터넷 등 문화적 접근을 통해 청소년에게 흡연의 폐해에 대한 메시지를 전달하고 있으며, 인터넷 사이트(<http://www.cleanschool.or.kr> 클린스쿨)을 통해 자발적으로 금연서약 및 학교 뿔내기 등 적극적인 참여가 이루어지게 하였고, 이 중 활동이 뛰어난 학생들에게는 금연콘서트 초청권을, 학교에는 금연우수학교 표창을 주는 등의 사업을 펼쳤다.

또한, 2007년에는 가수 아이비와 이지훈씨를 금연수호천사로 위촉하여 활동토록 한 바 있다. 그리고 대학생을 대상으로 각 학교별로 118개 금연 서포터즈를 결성하여 학내 금연분위기 조성 및 금연구역설정을 위한 여론을 조성하게끔 지원하였고 2007년부터 '담배연기 없는 깨끗한 병원(Smoke-Free Hospital) 캠페인'을 전개하여 전국의 46개 병원이 참여하여 적극 전개해왔다.

또한, 여성들을 대상으로는 「여성, 담배를 말하다」 전시회를 열어 '여성 흡연의 심각성 및 폐해'를 알림으로써 여성들의 흡연예방 및 금연 캠페인을 전개하였다.

일반인들 대상으로는 보건소에서 실시해 온 금연상담 및 금연교실을 강화하고 보건소 금연클리닉과 연계하는 한편, 군인, 직장인 등 보건소를 이용하기 어려운 대상에게는 민간단체를 활용한 이동 금연 교육과 보건소, 사업장, 학교 등에서 금연상담 및 교육이 활성화되도록 보건소 사업담당자, 군·직장·학교 지도자를 대상으로 금연 지도자 교육을 실시해 오고 있으며 의료기관을 방문한 환자에게 의료인에 의한 금연상담이 이루어질 수 있도록 보건의료 전문가에 대한 교육 등을 추진한 결과 7만여명을 교육하였다.

TV 금연 공익광고는, 2007년도에 간접흡연의 폐해를 알리기 위해 「생활의 발견」2편(가족 거실편, 친구 카페편)과 「폭력」3편(연기편, 가족편, 연인편)을 제작하여 지상파 3사 TV를 통해 총 778회 노출(월 평균 86.4회)하였고, 영화·음악·오락채널 등을 통해 월 325정도 노출되는 등 방송 및 신문, 인터넷 포털 등을 통해 작품성을 강화하여 흡연의 폐해에 대한 메시지를 집중적으로 홍보한 결과 TV CF에서 1, 3위 오르는 등 네티즌의 반응이 좋았을 뿐만 아니라 공익광고 부문에서도 1, 5위를 차지하여 언론과 대중들로부터 많은 관심을 모았다.

그 결과 ‘소비자가 뽑은 좋은 광고상’ 등을 수상하기도 하였다. 이러한 금연 공익광고와 더불어 어린이, 청소년, 대학생, 여성, 일반인 등을 대상으로 대상자별로 세분화하여 인터넷, 모바일, 지하철, 포스터, 리플릿 등 다양한 매체를 활용한 금연 캠페인을 전개하였다.

또한, 금연포털사이트 운영으로 2,759,285명이 방문하였으며, 1일 평균 7,551명이 접속하여 흡연예방 및 금연 활동에 관한 정보를 이용하는 등 많은 도움을 받은 것으로 나타났으며, 이용자들 중 6.6%가 매일, 35.7%가 주 1회이상, 71.6%가 월 1회이상 이용하였다.

4. 흡연자에게 다가가는 금연 상담 및 치료 서비스 제공

정부는 흡연자의 금연을 돕기 위해 보건소 금연클리닉, 민간단체를 통한 방문 금연클리닉, 금연콜센터를 운영하고 있다.

전국 보건소에서 실시된 금연클리닉은 흡연자 특성에 맞게 금연상담(행동요법)과 니코틴 대체요법(니코틴 패치, 니코틴 껌) 및 부프로피온 처방을 6개월간 무료로 제공하고 있다. 2007년에는 297,509명의 흡연자가 등록하였으며, 이 중 93.51%인 278,199명이 결심하였고 결심자 중 99.36%인 276,427명이 금연 상담·치료서비스를 이용하였는데, 이용자 중 4주 금연에

성공한 사람은 221,015명(성공률 79.95%), 6주 금연 성공자는 200,558명(성공률 72.55%), 6개월 금연 성공자는 120,807명(성공률 43.66%)으로 나타났다.

금연클리닉에서는 보건소 금연클리닉을 이용하기 어려운 군·경찰, 운송업군, 근로자를 대상으로 140개 기관을 방문하여 금연클리닉을 실시하였다.

금연클리닉 이용자는 7,853명 중 6주 금연 성공자는 3495명(53.8%), 12주 성공자는 2124명(41.3%), 6개월 성공자는 903명(35.5%)로 나타났다.

또한, 금연상담전화(금연콜센터)에서는 보건소 방문이 어려운 흡연자 등에게 금연상담 서비스를 제공하였다. 금연상담전화는 2007년 약 12,183명이 등록하여 금연상담전화 프로그램에 참여하였으며, 월평균 약 1천건의 인바운드 이용 및 약 6천회의 아웃바운드 상담서비스를 제공 받았다.

보건소의 금연클리닉 운영 등에 있어 유공이 있는 지자체 공무원들을 대상으로 호주 등 금연 정책기관 방문 등(3.30~4.7, 호주·뉴질랜드) 연수를 실시하여 큰 호응을 얻었고 흡연예방 및 금연성공을 위한 지원 노력에 대한 동기부여를 할 수 있었다.

5. 담배규제기본협약 이행을 위한 국가간 협조

국가간 흡연예방을 위해 WHO의 FCTC 회의 등 2회에 걸쳐 참석하고 제58차 WHO 서태평양 지역총회를 개최함으로써 국제적으로 우리나라의 위상을 제고하였을 뿐만이 아니라 적극적인 금연정책의 의지를 나타냈다고 할 수 있을 것이다.

〈표 2-11-7〉 국제회의 참석 및 개최 등 실적

회 의 명	일 시 및 장 소	내 용	비 고
Implementing the WHO FCTC 워크숍 참석	'07.6.2~6.6. 필리핀 마닐라	WHO FCTC 이행 관련 서태평양지역 각 나라별 이행상황 점검 등 논의	
WHO담배규제기본협약 제2차 당사국 회의	'07.7.2~7.6. 태국방콕 UNCC	간접흡연예방 및 담배제품 규제에 관한 상세 지침 등 논의	
제58차 WHO 서태평양지역총회 개최	'07.9.10~9.14. 제주 국제 컨벤션센터(ICC)	세계보건관련 주요 의제 논의 및 회원국 간 협력증진	

V 국민건강영양관리의 실천 등

영양개선이란 개인의 건강한 신체를 유지하기 위한 기본적인 요소이며, 국가적으로 경제·사회발전의 원동력이 되고 인적자원을 질적으로 향상시키는 주요 요인으로써 그 중요성이 강조되고 있다. 그동안 국민의 소득수준 향상에 따른 식생활 양상과 행태의 변화로 우리 국민의 영양섭취 상태도 상당히 개선된 것으로 나타나고 있다.

그러나 일부계층의 지나친 영양과잉 및 불균형 섭취로 인한 비만과 생활습관성 만성질환이 증대되고, 동시에 일부 계층의 영양 부족 또한 문제로 대두되어 영양교육 및 지도의 필요성이 증대되고 있다.

국민영양개선사업은 단순히 영양결핍이나 부족 문제의 해소뿐 만 아니라 과잉섭취의 예방과 체력증강에 목표를 두고 발전시켜 나가고자 한다.

1. 임산부 및 영유아 보충영양관리 시범사업

이 사업은 최저생계비 대비 200% 미만 소득가구의 임산부(임신·출산·수유부) 및 일정연령(만6세 미만)까지의 영유아 중 영양위험요인을 가진 것으로 판정된 대상에 대해, 일정 기간 동안 적절한 영양섭취를 위한 영양교육과 특정 보충식품을 공급하는 국가영양지원사업이다.

이는 영양위험요인을 해소하여 미래 인력의 건강을 확보하고 평생건강유지의 틀을 확보하고자 하는 보건프로그램으로 저소득층을 위한 복지프로그램과는 차별화된다고 할 수 있다.

2004년도 외국의 영양관리 정책 및 프로그램을 벤치마킹한 “취약계층을 위한 국가영양지원제도 도입 연구”를 기반으로 2005년도 3개 보건소에서 시범사업을 실시한 것에 이어 2006년도에는 15개 보건소에서 6,908명의 대상자가 참여했고 2007년도에는 13개 시·도 20개 보건소에서 실시되어 총 11,162명의 대상자가 참여하였으며 사업 참여를 통해 빈혈율 개선, 영양섭취 개선 등의 효과를 나타내었다.

〈표 2-11-8〉 사업 대상자 자격기간

구 분	자 격 기 간
영 아	생후 만 12개월까지
유 아	생후 만 5세 이하(72개월 미만)
임 신 부	출산 후 6주까지
출 산 부	출산 후 6개월까지
완전모유수유부	출산 후 12개월까지

〈표 2-11-9〉 식품패키지별 식품 제공량(1인 1일 환산치)

식품명	식품패키지 I (영아, 0~5월)	식품패키지 II (영아, 6~12월)	식품패키지 III (1~5세 어린이)	식품패키지 IV (임신·수유부)	식품패키지 V (출산부)	식품패키지 VI (완전모유수유)
조제분유	필요량	필요량				
이유식(분말)		필요한 경우 ¹⁾				
쌀		45g	45g	90g	90g	90g
국 수			100g/주	200g/주	200g/주	200g/주
달 갈		50g(노른자)	50g	50g	50g	50g
우 유			400ml	400ml	200ml	400ml
씨리얼			30g	30g	30g	30g
김			3g	3g	3g	3g
미 역				2.5g	2.5g	2.5g
당 근		18g	18g	35g	35g	35g
참치통조림						30g
귤/오렌지주스						귤 중 1개 주스 200ml ²⁾

※ 주 : 1) 필요한 경우에는 쌀과 달걀 대신 시판이유식을 기준량의 1/2 범위 내에서 공급할 수 있음.

2) 가을, 겨울 등 가격이 저렴한 계절에는 귤을 공급함. 봄, 여름 등 귤의 가격이 비싼 계절에는 당이 첨가되지 않은 100% 오렌지주스를 공급할 수 있음.

VI 국민건강 영양조사 등 기초 연구

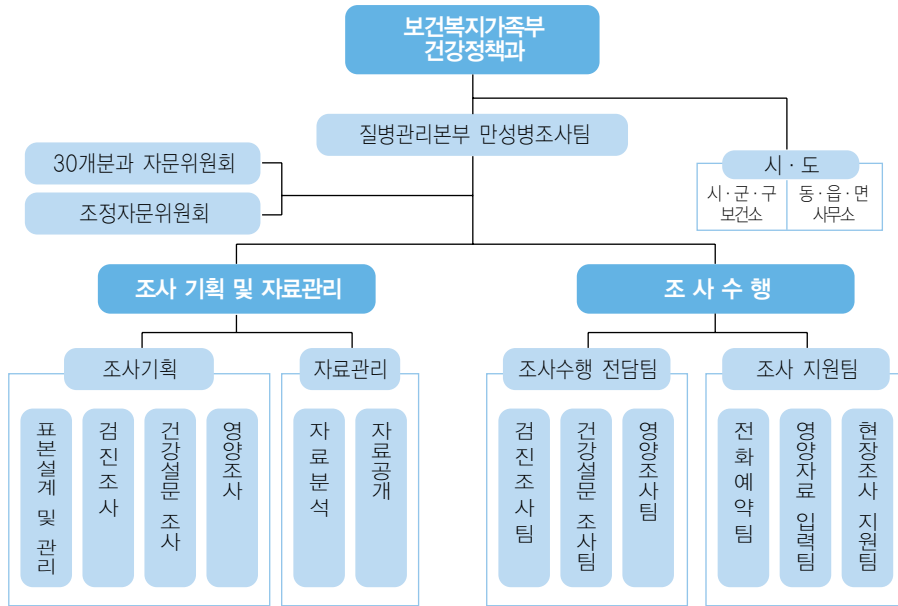
1. 국민건강영양조사

국민건강영양조사는 국민건강증진법 제16조에 의거하여 1998년부터 3년 주기로 시행되는 전국 규모의 건강 및 영양조사이다. 현재의 국민건강영양조사는 독립적으로 시행하던 영양조사(69년부터 매년 실시)와 건강조사(83년부터 주기적 실시)를 1998년에 통합한 것이며, 1998년과 2001년, 2005년에 이어 2007년 제4기조사가 네 번째 조사이다.

그간 세부조사(검진조사, 건강설문조사, 영양조사) 영역별로 그 수행기관이 상이하였으나, 수행 주체가 보건복지가족부로 이관 되어 단일화 되면서 연중조사체계 개편 및 표본규모의 확대에 시의성 있는 정책평가가 가능해졌다. 이에 따라, 기존의 3년 주기, 단기간 임시조사원 조사체계를 제4기 조사('07-'09)부터 연중조사체제로 변경하고, 전국을 4권역으로 구분하여 권역별로 검진조사, 건강설문조사, 영양조사를 담당하는 전문조사원체제로 개편하여 전문성을 보강하였다.

제4기 조사는 폐기능검사, 구강검사, 혈중 중금속 항목 등 검진항목 및 건강설문 조사항목을 개편하여 2007년 7월부터 12월까지 100개 조사구의 조사를 완료하였다(참여율 : 65.8%). 또한, 기존의 국민건강영양조사 원시자료를 재검토하여 2007년 7월 제1기-제3기 원시자료를 재공개하였다.

[그림 2-11-1] 국민건강영양조사 추진체계



가. 조사 목적

국민건강영양조사의 목적은 국민의 건강수준, 건강관련 의식 및 행태, 식품 및 영양섭취 실태에 대한 전국 규모의 대표성과 신뢰성이 있는 통계를 산출하는데 있다. 또한 국민건강증진을 위한 목표설정과 평가 및 효과적인 건강증진사업 프로그램 개발에 필요한 기초 자료로 활용하기 위해 수행하고 있다.

나. 국민건강영양조사 제4기 실시계획

제4기('07~'09년) 조사는 국가 및 시·도 단위의 대표성을 확보하기 위해 기존조사(제1기~제3기)보다 조사규모를 확대하여 매년 200개조사구, 4,600가구를 조사할 계획이다. 제4기 1차년도(2007)조사는 2007년 7월부터 6개월 동안 100개조사구 2,300가구 조사를 완료하였으며, 제4기 2차년도(2008)조사가 1월부터 실시 중에 있다.

조사내용은 검진조사, 건강설문조사, 영양조사로 구성되어있으며, 검진 및 건강설문조사는 조사장소(또는 이동검진차량)에서 실시한다. 검진조사는 신체계측, 혈압측정, 채혈, 폐기능검사, 구강검사 등을 조사하며, 건강설문조사는 조사장소에서 조사원이 건강수준, 의료이용, 사고 및

중독 등에 관한 사항을 대상자와의 면접을 통하여 조사하고, 흡연, 음주, 안전의식 등은 대상자가 직접 기입하는 방식으로 조사한다. 영양조사는 조사원이 가구를 방문하여 식생활, 식품섭취량, 식품섭취빈도를 면접조사한다.

〈표 2-11-10〉 제4기 국민건강영양조사 개요표

조사구분	조 사 내 용	조사대상	조사방법	조사장소
건강설문 조사	- 만성질환이환 - 사고 및 중독 - 활동제한 및 삶의 질 - 의료이용	만 1세이상	면접조사	검진·건강 설문조사 장소
	보건위식태태(흡연, 음주, 운동 등)	만 1세이상	자가기입	
검진조사	- 신체계측(신장, 체중, 허리둘레) - 혈압측정 - 임상검사(혈청지질, 혈당, B형 간염 등) - 구강검사 - 폐기능검사	만 1세이상 만10세이상 만10세이상 만 1세이상 만19세이상	계측 및 검진	
영양조사	- 식품섭취조사(식품의 섭취횟수, 섭취량) - 식생활조사(식습관, 외식횟수, 수유 등) - 식품섭취빈도조사	만 1세이상 만 1세이상 만12세이상	면접조사	가구방문

다. 국민건강영양조사 결과 활용

제1기~제3기 조사의 원 자료는 자료의 분석·평가를 거쳐 2007년도 7월에 공개하였으며, 제4기 조사는 1년 단위로 공개할 예정이다. 그 결과는 보건정책의 목표설정 및 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)의 목표 대비 성과평가가 가능한 지표 산출로, 국가 정책의 추진과 성과 실적에 대한 관리 및 평가도구 등에 활용될 계획이다.

2. 국민영양 사업 추진을 위한 식품별 영양성분 DB 구축

가. 사업 목적

본 사업은 우리 국민의 식품 및 영양소 섭취 수준을 파악하고 식생활과 관련된 각종 건강문제를 분석하는데 필요한 기초 데이터베이스(DB)를 구축하고자 실시하고 있다. 구축한 DB는 국민건강영양조사 자료 분석의 신뢰도를 높이고 국가 보건정책 수립 및 평가, 영양관련 연구의 활성화, 개인의 건강관리 등 다양한 분야에 활용하고자 한다.

'01년부터 5년간 우리 국민의 상용식품을 위주로 지방산, 비타민, 무기질, 아미노산, 섬유소 등 영양성분 DB 구축사업이 실시된 바 있으며, '06년에는 단체급식의 영양성분 및 음식 레시피 DB 구축, '07년에는 눈대중량의 부피/중량 환산 DB 구축사업을 연이어 실시해왔다. '08년에는 영양분석 DB 구축방안 및 DB 관리·운영시스템 개발안을 만들어 기존에 구축해왔던 DB의 활용도를 강화시키고 우선적으로 추가구축이 필요한 DB 선별, 사업 조정 및 통합 기구 마련 등 향후 DB 구축사업의 방향제시를 위한 연구사업을 진행하고자 한다.

나. 7차년도 : 눈대중량의 부피 및 중량 환산 DB 구축사업

우리 국민의 1인 1일 평균 식품 및 영양소 섭취 수준을 파악하기 위해, 국민건강영양조사 중 식품섭취조사를 실시하고 있으며 조사방법으로는 24시간 회상법을 이용하고 있다. 24시간 회상법에 의해 개인별 섭취수준을 조사하는 경우, 포장단위가 명확한 일부 음식을 제외하고 대부분 식품 및 음식의 섭취량을 중량(g)으로 응답하는 것은 거의 불가능하므로 1공기, 1/2컵, 지름 6cm 수준의 공 모양 등 조사대상자가 기억하기 쉬운 용기 모양, 입체도형 모양 등의 눈대중량으로 조사하고 있으며 이를 부피로 계산한 후에 식품별 중량 환산계수를 활용하여 중량으로 전환할 수 있는 DB 구축이 필요하다.

본 사업에서는 우리 국민의 다소비, 다빈도 식품을 중심으로 우선 구축해야 할 식품의 종류를 선정하고 실험조리를 거쳐 썬 모양, 가식부 포함 여부, 조리 상태(생것 및 익힌 것) 등에 따른 부피 대비 중량 환산치, 조리에 의한 부피 및 중량 변화 등의 정보를 축적하였으며, 단위별 사진을 함께 확보하였다. 본 DB는 국민의 영양섭취 수준 분석에 있어 신뢰도를 높이고 관련 연구의 활성화를 견인할 수 있을 것으로 기대된다.

Ⅶ 질병의 조기에방을 위한 건강검진 강화

1. 우리나라의 국가 건강검진 프로그램

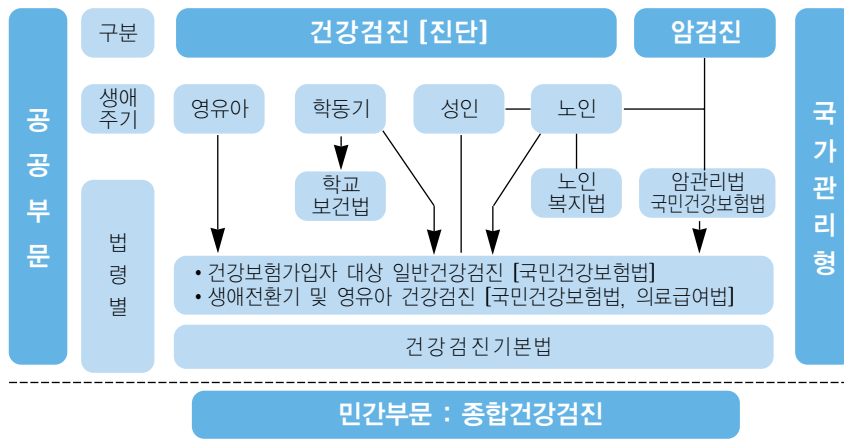
우리나라의 국가 건강검진 사업은 1980년 공·교 의료보험관리공단 피보험자 건강진단을 시작으로 지난 27년간 비약적인 확대를 거듭하였다. 그 결과, 현재 전 세계에 유례가 없는 다양한

건강검진 제도를 가지고 있는데 국민건강보험법에 의한 건강보험가입자 대상 국가 검진은 기본적으로 만40세 이상 지역가입자 및 직장보험 피부양자를 대상으로 실시하고 있으며, 직장가입자에 대한 검진은 연령에 관계없이 실시하고 있다.

1990년 특정암검사로 시작된 암검진 사업은 1999년부터 의료급여수급권자에 대해 무료 국가 암조기검진 사업이 실시되었고 현재는 5대 주요암(위암, 대장암, 간암, 유방암, 자궁경부암)에 대해 보험료 기준 하위 50%에 대해서도 무료 검진을 실시하고 있다. 국가 암조기검진의 대상자에 속하지 않는 보험료 상위 50%에 해당될 경우에 특정암검사 대상자로 동일한 검진을 받기 위하여 20%를 본인이 부담하도록 하고 있다

이 외에도 65세 이상 국민기초생활보장 수급권자 및 차상위 노인 중 노인건강진단 희망자는 노인복지법에 의한 노인건강진단을 지자체 주관으로 시행하고 있으며 보건복지가족부 이외의 부처에서 주관하고 있는 검진 사업으로는, 교육인적자원부의 학교보건법에 의한 학교건강검사와 노동부의 산업안전보건법에 의한 근로자 건강진단 등이 있다.

[그림 2-11-2] 생애주기별 건강검진체계



- ❖ 영유아보육법(보건복지가족부) : 6세 미만 영유아(보육시설의 장 의무사항)
- ❖ 학교보건법(교육과학기술부) : 초등 1, 4학년 및 중·고등학교 1학년
- ❖ 산업안전보건법(노동부) : 근로자 건강진단 - 일반, 특수, 임시, 배치전
- ❖ 국민건강보험법(보건복지가족부) : 건강보험가입자 및 피부양자
- ❖ 의료급여법(보건복지가족부) : 의료급여수급권자
- ❖ 노인복지법(보건복지가족부) : 65세 이상 노인(지방자치단체 이양사업)

2. 기존 국가 건강검진의 문제점

지난 27년간 비약적인 확대를 거듭해 왔음에도 불구하고 국가 건강검진은 국민들로부터 개선 필요성이 꾸준히 제기되어 온 것이 사실이다. 국민 만족도 조사에 따르면, 국가 검진에 대해 ‘만족’ 이라고 답한 의견이 31.5%, ‘불만족’ 이라고 답한 의견이 18.4%였으며 주요 불만 사유 1위는 ‘결과를 신뢰할 수 없다(55%)’ 였다. 건강검진의 필요성에 대해 많은 국민들이 동의함에도 불구하고 국가검진이 확대받고 있는 이유는 획일적이고 형식적인 검진 프로그램과 검사의 신뢰도가 낮다는 점이다.

여기에 검진 이후 검진 결과표만 통보받는 것으로 끝나 검진 결과에 따른 조치가 부족하다는 점도 문제로 지적되고 있다. 이런 문제들에 의해 일반적으로 국가 검진은 질이 낮다는 인식이 팽배한 것이 사실이었다.

이러한 위기의식 속에서 국가 건강검진 제도를 개선하기 위한 노력은 2004년부터 시작되어, 2005년 3월 「건강검진 제도개선 T/F」가 구성되었고, 2005년 7월부터 2006년 8월까지 관련부처 및 관계기관 간에 「실무조정위원회」를 개최하여 지속적으로 국가검진제도 개선을 협의하였으며, 부내에도 2006년 4월 8월에 「정책조정회」를 토대로 새로운 검진 프로그램의 도입을 정책방향으로 선정하였다.

이러한 과정을 통해 만40세 · 만66세를 대상으로 하는 「생애전환기 건강진단」 및 만6세미만 영유아를 대상으로 하는 「영유아 건강검진」 프로그램이 탄생되었는데, 이전의 국가 검진 프로그램과 비교해볼 때 「생애전환기 건강진단」 및 「영유아 건강검진」은 의학적 · 보건학적 근거에 기반 한 전혀 새로운 검진 프로그램이었다.

새로운 검진 프로그램에 담긴 검진 가이드라인의 의미는 남달랐다. 우선, 보건학적 근거에 기반하여 대상 연령과 성에 맞는 건강검진의 목표 질환을 정하였고 무슨 방법으로 검진을 할 것 인지를 정하였다. 또한 2006년부터 진행되어온 연구 과제를 바탕으로 새로운 검진체계에 맞는 검진 가이드라인을 도출하였다. 이것이 바로 국가 검진 프로그램의 질적 수준을 한 차원 올린 첫 걸음이었다.

3. 새로운 건강검진 프로그램의 도입

가. 생애전환기 건강진단

(1) 생애전환기 건강진단 추진경과

생애전환기 건강진단은 2006년 7월 사회투자정책 4대 역점 과제의 하나로 「생애전환기 전 국민 일제 건강진단」을 중점과제로 선정되면서 시작되었다. 이를 토대로 2006년 8월 21일 「생애전환기 전 국민 일제 건강진단」계획이 발표되었고, 10월 「생애전환기 건강진단」 추진 T/F가 구성되어 기존 일반검진의 단점을 보완한 프로그램으로 완성하기 위해 보건복지가족부, 질병관리본부, 국민건강보험공단, 전문가위원회가 힘을 모았다.

새로운 검진 프로그램에 담겨질 검진 가이드라인 결정을 위해 전문가위원회 뿐만 아니라 관련 학회 의견을 공식적으로 수렴하고 매 실무반 회의 등으로 토론을 거듭하였다.

실시기준에 대한 입안예고와 함께 가졌던 관련 단체 간담회를 통해 의견을 조정하였고 검진으로 인한 근로 손실 일수가 늘어나고 우울증 검사로 인한 노사갈등 등의 이유로 반대의견을 밝힌 경충을 대상으로 근로자 건강수준의 향상은 장기적으로 생산성을 절감시킬 수 있다는 설득을 이끌어내기도 하였다.

이러한 과정을 통해 '07.4.5일 생애전환기 건강진단 실시기준이 제정 고시되었고, '07.4.10일 생애전환기 건강진단이 실시되었다.

(2) 생애전환기 건강진단 사업 내용

「생애전환기 건강진단」에서는 기존 국민건강보험법에 의한 일반 건강검진에서 1·2차로 분리·실시되었던 검진항목을 통합하여 1차 건강진단으로 실시하되, 불필요한 검진항목은 제외하는 한편, 질병구조의 변화에 따라 요구도가 증가한 검진 항목은 추가하는 등 성별·연령별 예방효과가 탁월한 맞춤형 건강진단 가이드라인을 제정하였다. 이에 따라, 고지혈증 검사와 허리둘레, 정신 건강진단이 추가되었으며, 만66세에 골밀도 검사, 노인건강진단이 추가되었다.

또한 검진결과에 대한 의사 상담을 들을 수 없었던 기존 검진과 달리 2차 검진은 상담 프로그램으로 편성하여 1차 검진 결과 상담, 건강위험평가 결과 상담, 생활습관검사 및 상담 등 새로운 검진 프로그램으로 전면 개편하였다.

「생애전환기 건강진단」을 통해 건강검진 결과에 따른 사후관리 체계가 2차 건강진단과 같은 형태로 건강검진 프로그램에 포함되었다. 상담서비스 강화를 통해 질병에 대한 조기발견 뿐만 아니라 건강위험요인도 관리가 가능한 체계를 만들었으며, 그간 건강검진 영역에서 고려된 적이 없었던 정신건강검진(우울증·치매)과 노인에 대한 맞춤형 건강진단이 추가되었다.

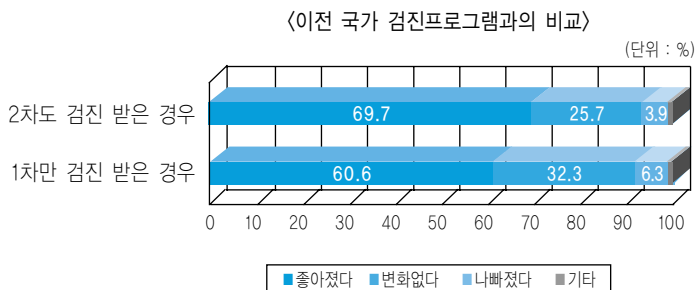
즉 기존 국가 검진이 검체검사 위주의 질환 및 이상소견 발견에 국한된 검진체계라고 한다면, 「생애전환기 건강진단」은 건강 위험요인의 발견 및 개선 상담까지 포괄하는 사전예방적 건강검진 프로그램인 것이다. 또한, 기존 국가 검진은 건강보험가입자를 대상으로만 실시하였던데 비해 의료급여수급권자까지 대상자에 포함시킴으로써 국가 검진사업에 있어 형평성을 제고하는 계기를 마련하였다.

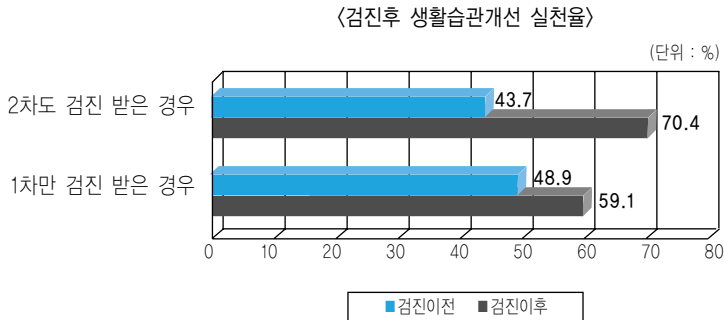
(3) 생애전환기 건강진단 추진 실적 및 만족도 조사

’07년 사업 추진결과, 「생애전환기 건강진단」사업에 목표 대상자의 45%가 참여하였으며, 「생애전환기 건강진단」을 받은 국민들의 반응을 알아보기 위해 시행한 설문조사 결과도 매우 긍정적이었다.

생애전환기 건강진단을 받은 990명을 대상으로 한 설문조사 결과, 65.4%가 기존 국가검진 프로그램에 비해 ‘좋아졌다’고 답하였고, 2차 검진까지 받은 경우에는 만족도가 더욱더 증가되었다.(69.7%) 또한 생애전환기 건강진단이 생활습관에 미친 영향을 살펴보면, 만40세 남성의 50%이상에서 생활습관 개선의지에 효과가 있었으며, 2차검진을 통해 생활습관평가와 의사 상담을 받은 경우, 생활습관개선 실천률이 검진 전보다 26.7% 증가하는 등 생활습관을 바꾸는 데 중요한 동기가 되었다. 아울러 국가 검진에서 새롭게 선보인 상담 프로그램에 대해 응답자의 76.1%가 상담내용이 충분하며, 70%가 만족스럽다고 답한 것으로 조사됐다.

♣ 「생애전환기 건강진단」 수검자 설문 조사 ♣





(4) 생애전환기 건강진단 향후 추진일정

생애전환기 건강진단에서 시도된 검진 항목은 일반 건강검진 제도 개선 작업시 중요한 선례가 되고 있다. 앞으로도 사업의 제도개선 사항을 발굴하고, 건강검진 통합정보관리시스템을 구축하여 심층 통계 분석 및 생애전환기 건강진단기관 평가체계 구축, 건강진단 결과를 활용하여 보건소에서 제공하는 사업(건강생활실천사업, 노인대사업 등)과의 연계 및 활성화 방안 마련 등 건강검진 사후관리도 수행해 나갈 계획이다.

나. 영유아 건강검진

(1) 영유아 건강검진 추진경과

영유아 건강검진은 영유아의 건강증진을 도모하고 건강한 미래 인적자본으로 성장하도록 지원하고, 영유아 연령에 적합한 건강검진 프로그램을 도입하여 영유아의 성장·발달 사항을 추적 관리하고 보호자에게 적절한 교육 프로그램을 제공을 통해 영유아의 주요 건강문제에 대한 관리능력을 높이고자 2007년 11월(의료급여수급자는 '08.1)부터 도입된 정책이다. 영유아 건강검진은 '07. 2월 만 6세미만 영유아 건강검진 도입계획을 발표한 이후, 4월에 영유아 건강검진 추진 T/F 구성을 시작하여 5월과 7월 영유아 건강검진 실무조정위원회를 개최하여 영유아 건강검진 가이드라인을 확정하였고, 6월에 부내 업무협의를 통해 7월 마침내 영유아 건강진단 실시계획이 발표되었다.

영유아 건강검진 사업에 보건복지가족부, 질병관리본부, 국민건강보험공단, 전문가위원회가 힘을 모아 거둬들인 실무반회의를 통해 계속해서 사업을 보완하였고, 8월 관련 단체(대한의사협회, 대한병원협회, 대한소아청소년과개원의협의회)와의 간담회를 통해 관련 단체의 의견을 적극 수용하여 9월 영유아 건강검진 사업 지침을 제정하였다.

그리고 마침내 2007년 11월 15일 건강보험가입자 대상 영유아 건강검진사업을 실시하였고, 그해 12월 영유아 건강검진 실시기준을 제정하였으며, 2008년 1월부터는 의료급여수급자에도 확대 실시하여 국민의 건강형평성 달성을 이루게 되었다.

(2) 영유아 건강검진 사업 내용

영유아 건강검진은 만6세 미만 영유아에 대해 4개월, 9개월, 18개월, 30개월, 5세 검진 주기로 영유아 성장·발달의 중요 시기에 주요 건강문제를 목표 질환으로 선정해 문진 및 진찰, 신체계측, 발달 평가 및 부모를 대상으로 영유아 건강교육을 실시하고 있다.

특히, 영유아는 성장과 발달이 급격하게 이루어지므로 월령별로 검진시기를 산정하였고, 가급적 예방접종 시기와 일치하도록 검진 주기를 구성하여 수검자의 만족도를 높였다. 또한 영유아 건강검진 항목 중 문진, 신체계측 등 공통적인 검진 항목은 영유아의 성장·발달에 대한 시계열적인 추적이 가능하며, 보호자를 대상으로 하는 건강상담으로 안전사고 예방, 영양 교육, 취학전 교육을 하여 보호자의 건강에 대한 인식 제고 및 영유아 건강 관리 능력을 높이는 계기를 마련하였다.

검진항목		검진시기				
		4개월	9개월	18개월	30개월	5세
문진 및 진찰		●	●	●	●	●
신체계측		●	●	●	●	●
발달평가 및 상담			●	●	●	●
건강교육	안전사고예방	●	●	●	●	●
	영양	●	●	●	●	●
	수면	●				
	구강		●			
	취학전준비					●
구강검진				●		●

(3) 영유아 건강검진 향후 추진일정

향후 영유아 건강검진은 보건복지가족부, 질병관리본부, 국민건강보험공단, 전문가위원회가 모여 장기적으로 사업모니터링을 실시하여 영유아 건강검진 사업을 개선할 것이다. 또 영유아 건강검진 사업의 조기정착과 후속관리대책 추진이 국정과제로 운영됨에 따라 향후 2~3년 내에 지역사회 발달장애 개발 프로그램을 만들고 검진결과 조기 발견된 발달장애아 중 저소득층

대상으로 발달장애 확진검사 의료비를 지원하는 등 지역사회 수준의 재활프로그램 개발 및 보급 등 검진결과를 활용한 사후관리 체계를 구축하여, 보건소에 영유아 건강교육 심화 프로그램을 개발하고 보급하는 후속 지원체계 구축을 통해 영유아 건강검진 사업을 더욱 강화할 방침이다.

4. 국가 건강검진의 강화

국가건강검진 제도 개선을 위한 수많은 논의를 통해 건강검진 제도의 문제점들은 최대한 도출이 되었다. 쟁점으로는 아직까지 통합 관리가 어려운 한계가 있지만 어떻게 단계적 정비를 해나갈 것이냐의 측면에서 「건강검진기본법」을 '08.3.21일 제정하여 '09.3.22일 법 시행을 앞두고 있다.

「건강검진기본법」의 제정에 따라 그간 국가 검진의 문제점으로 지적되었던 부실 검진을 방지하고 검진의 질을 관리할 수 있는 법적 근거를 마련하게 되었다. 즉 현행 검진기관의 신고제를 지정제로 변환하고, 검진기관을 평가하고 부실 기관에 대해 지정을 취소할 수 있게 되었으며, 질 관리 지침을 제정 보급하여 검진기관이 자발적으로 질 관리를 할 수 있는 풍토를 조성하게 되는 계기를 마련하였다.

또한, 건강검진의 1차적인 목표가 질병을 조기에 발견하여 조기에 치료하는 2차 예방에 두고 있으므로 국가 건강검진 사업의 성공은 '검진을 통해 무증상 질환자를 얼마나 많이 발견하느냐?'에 달려 있다.

따라서 건강검진에 있어 특정 연령대의 목표 질환을 정하여 효과적인 검진 방법을 채택하고, 검사 결과에 대한 신뢰도를 높이는 것이 필요하다. 그러나 우선순위를 선정하는 문제, 즉 어떠한 질환을 목표 질환으로 잡고, 어떠한 항목과 방법으로 검진을 실시하는 것이 효과적인 것 이느냐의 문제는 방대한 자료 수집과 검토가 필요하고 오랜 기간의 논의가 필요하다. 그러므로 「건강검진기본법」에 명시된 '국가건강검진위원회'는 이러한 합의과정을 결정하는 기구가 될 것이다.

향후 「건강검진기본법」 시행을 통해 질 높은 국가 검진정책을 추진하고 생애주기별 건강검진 가이드라인 개발 및 검진기관 질 관리를 통해 그간 형식적이고 획일적으로 생각되었던 국가 건강검진이 점차 개선 될 것이며, 건강검진의 목적인 조기 질병 발견을 통한 2차 예방 달성에 한발자국 더 다가감으로써 국민의 건강증진에도 기여할 것으로 기대된다.

제2절

여성과 어린이 건강증진정책*

I 개 요

모자보건사업은 임신 및 출산지원, 임산부 및 영유아 건강 관리, 미숙아 및 선천성이상아의 장애발생 예방 및 모유수유율 제고 등을 통하여 영유아의 사망 및 장애를 사전에 예방하고 모성건강을 증진시키며, 불임부부에게 시술비 일부를 지원함으로써 사회·의료적 장애를 제거함으로써 임신·출산지원 정책을 강화하고자 하는 사업이다.

비 전	모성과 영유아가 건강한 사회				
정 책 목 표	❖ 가임기여성·모성의 신체적·정신적 건강 증진 ❖ 영유아 건강능력 확보 ❖ 건강에 대한 사전 예방적 투자로 인적자질 향상 ❖ 모자보건사업의 지원 및 전달체계 구축				
추 진 전 략	가임기여성 생식 건강증진	임산부 건강지원	영유아의 건강한 성장지원	영유아 장애 예방 지원	임신·출산의 사회 책임 강화
주 요 과 제	• 이주여성 통역 지원 • 대학생 생식건강 센터 운영 • 청소년 성교육 • 계획임신 정보 지원 • 임신·출산문화 개선 운동	• 임산부 등록제 도입 • 철분제 제공 • 모자보건수첩 활성화 • 임산부배려 캠페인 강화 • 산후조리원 관리 강화	• 모유수유 증진 • 수첩 활용 • 건강검진유소건자 모니터링	• 미숙아·선천성 이상아의료비 지원 • 신생아집중치료 센터 지원·육성 • 선천성대사이상 검사및환아관리 • 선천성난청 조기 검진	• 불임부부 지원 • 인공임신중절 예방과 감소 추진

※ 관련과제 : 임신부및영유아보충영양관리사업(WIC), 임신부및영유아 건강검진, 산모신생아도우미지원사업

*집필자 : 모자보건과장 이원희

II 모성건강관리 강화

1. 가임기 여성건강 증진 지원

가. 여성생식 건강프로그램 지원

여성의 경제활동참가율 증가와 결혼연령의 상승 및 고령출산의 증가 등으로 가임기 여성의 생식건강 악화가 사회적으로 이슈화됨에 따라 제1차 저출산고령사회기본계획(새로마지플랜 2010)에서 건강한 임신·출산에 대한 사회적 책임을 강화하고 동 대책에 의하여 '06년부터 가임기여성의 건강증진 지원사업을 추진하였다.

2007년도에는 대학생 생식건강상태 조사·생식건강증진 프로그램을 개발·보급하는 한편, 결혼이주여성의 생식건강 증진을 위한 통역파견 지원사업으로 태안군보건소 등 10개소에 베트남 및 필리핀어 통역요원 14명을 파견하는 등 보건소 통역파견 시범사업을 실시하였다. 또한, 고위험 임신부 대상 특화 프로그램을 개발 하는 등 가임기 여성대상의 생식건강 증진을 위한 프로그램의 개발·지원을 통하여 건강증진 및 출산율 안정화 도모를 위한 다양한 사업을 추진하고 있다.

나. 인공임신중절 예방 및 감소

인공임신중절은 연간 34만여건('05, 고려대 실태조사)이 시술이 이루어지고 있고 이중 합법적 수술은 4.4%에 불과하는 등 불법성에 대한 국민인식도는 낮은 수준에 있다.

※ 모자보건법상 허용한계 : 우생학적·유전적/전염성 질환/강간/근친간 임신/모체건강 위해 등의 사유에 한해 28주 이내 수술 가능

그 동안 생명존중, 여성건강증진 등을 위해 법과 현실의 차이를 줄이고 인공임신중절을 감소시킬 수 있는 방안 마련 요구가 증대되고 있으나 종교계 여성계 등 각계의 이해 대립으로 인해 사회적 논의 및 대안 마련에 소극적이었다.

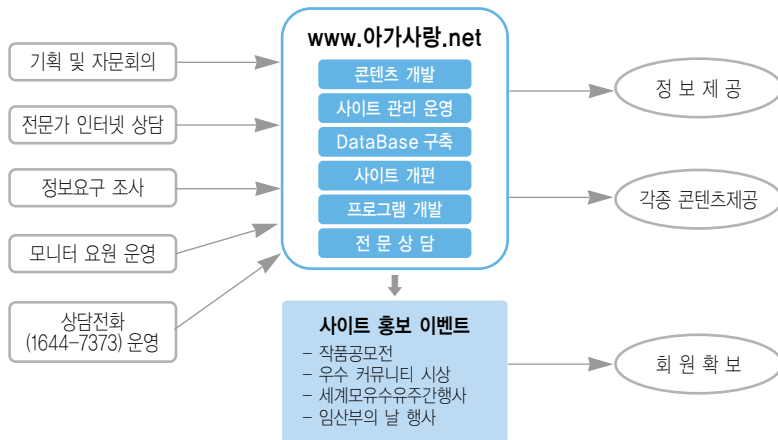
2007년에는 인공임신중절과 관련한 법령 정비를 위하여 연구용역 및 연구결과에 대한 공청회('08.2)를 개최하였으며 허용한계 등에 대한 각계의 찬반 논쟁이 전개되기도 하였다.

2008년에도 허용한계, 허용주수 등 각계의 의견이 대립되는 부분에 대하여 충분한 공론화 및 합의과정을 거쳐 법적 정비방안을 마련할 계획이며 인공임신중절 예방 및 감소를 위하여 새생명 사랑하기 운동 등 생명존중 캠페인 전개와 미혼모 지원을 위한 정책과 청소년 대상 맞춤형 성교육을 추진 해 나갈 계획이다.

다. 임신·출산·양육 종합정보제공

여성의 경제활동 증가와 만혼 및 고령출산의 증가 등으로 가임기 여성의 생식건강 및 영유아 건강의 중요성이 증가하고, 임신·출산·양육과 관련하여 사전 예방적이고 자신의 건강을 스스로 관리할 수 있도록 정보접근 기회확대 및 건강관리 능력 제고를 위하여 정부지원사업으로 2005. 7월, 포털사이트 『아가사랑, www.아가사랑.net』를 구축(인구보건복지협회)하고, 2006년에는 임신부에 대한 정보 욕구조사를 통해 출산지원 시책제공, 전문가 인터넷 상담, 전화상담, 멀티미디어 e-카드 제공 등 콘텐츠 확충사업을 실시하였으며, 2007년도에는 태교, 육아, 생리다이어리, 동영상교육 등 멀티미디어 콘텐츠를 추가 개발하는 등 신뢰성 있는 임신출산 육아 관련 정보를 제공하고 있다.

임신·출산 포털사이트 운영



2. 모성건강지원 환경 조성

가. 임신부의 날 행사 및 임신부 배려 캠페인 실시

임신과 출산의 중요성을 고취하기 위하여 10월 10일을 임신부의 날로 정하고 (모자보건법

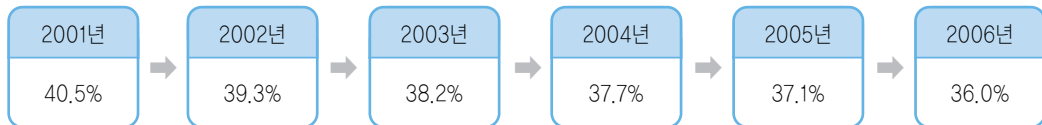
제3조의2, 2005.12개정) 2006년에 이어 2007년10월 제2회 임산부의 날 행사를 실시하였다. 임산부 등 1,000여명이 참석한 이 행사에서는 출산지원 및 모자보건사업에 기여한 유공자와 임신·출산친화적 기관 등에 대하여 정부표창과 임산부를 위한 축하공연을 실시하였다.

또한 유산의 위험, 입덧과 구토, 과다한 피로감 등 신체적·정신적 어려움을 겪고 있음에도 불구하고 외견상 표시되지 않고 사회적 인식도 부족하여 공공장소나 교통수단을 이용할 때 충분한 배려를 받지 못하고 있는 초기 임산부들을 위해 임산부임을 상징하는 가방고리, 스티커, 포스터를 제작하여 전국 시·도 및 시·군·구 보건소와 산부인과를 통해 배포하여 임산부들이 공공장소나 교통수단 이용시 배려 받을 수 있도록 하여 모성친화적 사회분위기 조성 및 확산에 기여 하였다.

2008년에도 제3회 임산부의 날(10월10일)을 맞이하여 출산친화 기관, 여성과 어린이 건강증진 유공자 등에 대한 정부표창과 임산부 배려캠페인 및 축하공연 등 임산부를 위한 다양한 행사를 개최할 계획이다.

나. 제왕절개 분만감소 사업 추진

우리나라 제왕절개 분만율은 '01년 이후 매년 감소추세이나 WHO의 권고치나 외국의 예에 비취 현저히 높은 수준임



※ WHO 권고 : 5~15%, 미국 30.2%('05), 유럽전체('00) 15.7%, 영국('03) : 22%

제왕절개분만은 출혈, 감염, 방광과 내장 손상, 마취로 인한 부작용, 태반 조기 박리, 호흡곤란 증후군, 폐동맥 고혈압 증가 및 의원성 미숙아 위험이 증가할 뿐만 아니라 질식분만에 비해 산모와 신생아 건강에 영향이 크고 과다한 의료인력 투입과 의료장비 사용 등으로 자원의 낭비를 초래하게 된다.

이에 따라 산모 등에 대한 인식개선 교육·홍보 등 제왕절개 분만감소를 위한 다양한 사업을 추진하고 있는데, 2007년에는 민간단체 지원사업을 통하여 자연분만이 저조한 지역을 대상으로

총 20회에 걸쳐 산모 교육을 실시하고 임신부 가이드북(6,000부)을 제작하여 산모 교육시 활용하는 한편, 자연분만 및 VBAC(Vaginal Birth After Cesarean : 제왕절개분만 후 자연분만) 성공수기 공모 등 사업을 추진하였으며, 2008년에는 중·고등학교를 중심으로 제왕절개분만 감소를 위한 청소년 대상 교육·홍보사업을 지속적으로 추진할 계획이다.

3. 산후조리원 감염 및 안전사고 예방을 위한 제도개선

산후조리원에서의 신생아 감염사고 등으로 산후조리원의 보건 의료적 규제 요구가 증가되면서 자유업으로 운영되던 산후조리원은 인력과 시설기준을 갖추고 시·군·구청장에게 신고토록 변경(모자보건법 개정 '05.12.7) 되었으며, '06.12월 294개소이던 산후조리원은 '07.12월 현재 377개소가 신고 운영중에 있다.

산후조리원에서의 감염 및 안전사고 예방을 위하여 시·군·구별로 감염 및 안전사고 예방을 위한 정기점검과 감염예방 및 안전관리 교육을 지속적으로 추진해 나갈 계획이다.

III 영유아 장애예방 및 미숙아 관리체계 강화

1. 선천성대사이상 검사 및 환아관리

정신지체 등 장애를 사전 예방하여 영유아의 건강을 증진시키고 우수한 인적자원 확보를 위해 선천성대사이상증 환아를 조기에 발견·치료사업을 추진하여 왔다. 한국인에게 발생 빈도가 높은 선천성대사이상검사 6종(페닐케톤뇨증, 갑상선기능저하증, 호모시스틴뇨증, 단풍단뇨증, 갈락토스혈증, 선천성 부신 과형성증)을 모든 신생아에게 무료로 실시하고 검사결과 대사이상 환아로 확진시 소득기준(도시근로자가구 월평균소득 200%미만 가정)에 따라 특수조제분유 및 의료비를 지원하고 있다.

〈표 2-11-11〉 연도별 선천성대사이상 검사 및 환아발견 실적

(단위 : 명)

연 도		2003	2004	2005	2006	2007
검 사 인 원		343,908	386,889	412,653	425,046	451,138
발견	페닐케톤뇨증 등	16	19	29	77	105
	갑상선기능저하증	47	113	182	234	232

※ 2007년도 모자보건사업 실적보고(보건복지가족부)

2. 신생아 청각선별검사 시범사업 실시

선천성 난청으로 인한 언어발달 장애 및 사회부적응 등의 후유증을 최소화하기 위해 신생아 청각선별검사를 시범사업으로 실시하였다. 2007년 전국 16개 지역 보건소에서 시범사업을 실시하였고 2008년 현재 32개 지역에서 추진 중에 있다. 청각 선별검사비 및 확진검사비 중 법정본인부담금을 지원하고, 인공달팽이관 수술지원 등 재활치료와 연계를 도모하였다.

2007년 시범사업 결과 8,811명이 청각선별검사를 받았으며, 이 중 15명이 난청으로 확진되었다. 2년간의 시범사업을 통한 선천성 난청 조기발견을 위한 정부지원 사업의 타당성 및 합리적인 사업체계를 구축하고 2009년부터 전 신생아를 대상으로 확대 추진할 계획이다.

3. 미숙아 및 선천성이상아 등록관리 및 의료비 지원

장애아 발생을 줄이고 영아사망률을 낮추기 위하여 1999년도에 모자보건법을 개정하여 미숙아나 선천성 이상아로 출생하는 신생아에게 의료비를 지원해 왔다. 도시근로자가구 월평균 소득 130%이하 가정 미숙아의 경우 체중별로 500~100만원까지, 빈도가 높은 선천성 이상아의 경우 빈도가 높은 5대 질환 「식도폐쇄증, 장폐색증, 항문직장기형, 선천성 횡격막 탈장, 제대기저부 탈장」 등에 대해 최대 500만원까지의 의료비를 지원하고 있다.

〈표 2-11-12〉 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 현황

(단위 : 명)

구 분	2003	2004	2005	2006	2007
미숙아등 지원자 수	1,171	1,580	3,075	9,490	12,648
지원액(백만원)*	2,110	2,859	5,143	10,501	12,780

※ 2007년도 모자보건사업 실적보고(보건복지가족부), 국고 40% 지방비 60%

미숙아 및 선천성 이상아의 출생을 보고받은 보건소에서는 등록카드를 작성하고 등록한 후 의료기관과 긴밀한 연계를 하게 연계하여 미숙아 및 선천성이상아가 퇴원한 후에도 방문간호 및 전화상담을 통하여 지속적이고 종합적인 관리를 할 수 있도록 하고 있다.

또한 경영상 적자를 이유로 재투자나 확장 기피로 인해 신생아집중치료실 병상부족 및 지역별 불균형이 초래되고 있어, 2008년부터 연차적으로 9개 지방국립대병원 신생아 집중치료실에 병상을 추가확충 지원하기 위한 계획을 수립 추진중에 있다.

4. 임신부 · 영유아 등록관리 및 건강검진

임산부 · 영유아에 대한 지속적이고 종합적인 건강관리로 모성 및 어린이 건강증진을 도모하기 위하여 보건소에 등록한 임신부 · 영유아에게 건강검진 및 건강에 관한 교육 · 상담 등을 실시하였다.

2007년에는 보건소에서 등록 관리하고 있는 임신부 · 영유아 중 17만여명에게 건강진단을 실시, 고 위험대상자를 사전에 발견하여 조기에 치료를 받도록 하였다.

또한 등록된 임신부를 대상으로 산전 · 산후 관리 및 영유아 관리 교육을 실시하였고 모자보건 교육을 통하여 영유아의 성장 단계별 적기 보건지도 및 서비스를 제공하였다.

5. 모유수유 클리닉 운영 및 엄마젖먹이기 홍보사업

엄마 젖에는 여러 가지 영양소가 골고루 섞여 있고 각종 면역체가 포함되어 있어 질병 예방에 효과가 있어 아기에게는 가장 좋은 식품임에도, 2006년 전국 출산력 및 가족보건 · 복지실태 조사에 의하면 우리나라 모유수유율은 24.2%로 매우 낮은 수준에 있다. 모유 수유 실천력 제고를 위하여 각종 교육, 홍보 및 캠페인과 제도개선 등 다각적인 사업을 전개하였다.

지역 보건소에서 모유수유 교육, 간담회, 상담사이트 운영 등 지역실정에 맞는 모유수유 클리닉을 운영하고, 직장 내 모유수유 · 착유실 설치 지원(엄마와 아기가 행복한 방 120호 설치)을 통해 기업 및 공공기관 내에서 엄마 젖을 먹일 수 있는 환경 조성에 기여하였다.

또한 세계모유수유주간(8월 첫째주) 기념행사를 관련학회, 기관 등이 연합 개최하여 임신부 및

일반인들에게 엄마 젖의 중요성을 홍보하고, 인터넷(www.mom-baby.org)을 통하여 모유수유에 대한 전문가 상담을 실시하였다.

이 외에도 1992년부터 유니세프는 세계보건기구(WHO)와 함께 산모들의 모유수유를 적극적으로 도와주는 의료기관을 “아기에게 친근한 병원” (BFHI : Baby Friendly Hospital Initiative)으로 지정해 왔고, 2008년 현재 전국 55개 BFHI 병원이 있다. 지정된 병원이 지속적으로 국제적 기준을 실천하도록 유도하기 위해 재평가사업을 지원하여 2007년에는 28개 병원에 대한 재평가를 실시하였다.

IV 불임부부 지원사업

우리나라 가임기 여성의 초혼연령 상승, 환경오염 등 사회적 요인에 의해 기혼 여성의 불임률이 증가하면서 불임문제가 개별의 가정문제가 아닌 사회현상으로 간주되면서 국가적 책무 이행이 요구됨에 따라, 일정 소득계층 이하의 불임부부에게 자녀를 가질 수 있도록 시험관아기 시술비 일부를 지원하는 출산지원 시책을 시행하고 있다.

2006년 시작된 불임부부 지원사업은 불임부부에게 시험관아기 시술비의 일부를 지원, 경제적 부담을 경감시킴으로써 임신·출산에 따른 사회·의료적 장애를 제거하여 출산기회를 제공하였다.

지원대상은 도시근로자 월평균소득 130%이하의 불임부부로서 부인의 연령이 만 44세이하로 법적 혼인상태인 경우에 1회 지원비 150만원(기초생활보장수급자 255만원)이내 총 2회에 걸쳐 300만원(기초생활보장수급자 510만원)까지 지원하고 있다. 2007년 정부지원에 의한 불임치료 시술은 총 14,000여건이 시행되었으며, 시술결과 4,400여건의 임신이 확인되었다.

이 외에도 민간기업이 후원하여 불임검사, 불임 심리상담, 인공수정 시술비를 지원하고 있다.

2008년에는 총 121억원의 예산으로 17,000여건의 시술을 지원할 예정이다.

2009년부터 지원횟수는 현재 2회에서 3회로 확대하고, 1회 지원액은 기초생활보장수급자에 대하여 현재 255만원에서 270만원으로 우선 확대하되, 장기적으로 모든 지원 대상자에 대하여 지원액을 연차적으로 확대해 나갈 계획이다.

※ 체외수정 임신성공율 : 2회시 34%, 3회시 45%, 4회시 52%(유럽생식의학회, '03년)



전염성 질환 등 관리*

I 급성전염병 관리체계의 선진화

1. 발생동향 및 기본방향

20세기 이후 경제성장, 치료기술의 발달 및 위생 향상 등에 힘입어 전염병발생율이 큰 폭으로 감소하였으나, 최근 지구온난화·국제교류증가·식품수출입 증가 및 생활습관 변화 등의 요인으로 전염병의 발생 가능성이 증대되고 발생 양상이 다양화되고 있다. 과거 유행하던 세균성 이질·말라리아·홍역·결핵 등 재출현전염병은 물론, 사스·조류 인플루엔자 등 신종전염병 및 생물 테러전염병의 위협이 증가되고 있는 추세이다.

재출현전염병인 말라리아의 경우 1979년 퇴치선언 이후 1993년 재출현하여 2007년 현재 전년 동기대비 약 8.6% 증가하고 있는 실정이며, 결핵 또한 1965년 5.1%에 달하던 활동성 결핵 환자가 1995년 1.0%로 감소, 이를 근거로 2005년 현재 활동성 결핵 환자는 0.35%(85/10만명), 도말양성 환자는 0.04%(21/10만명)로 감소하였을 것으로 추정되나 결핵약에 대한 내성률의 증가로 치유가 보다 어려워진 실정이다.

또한, 2003년 이후 중증급성호흡기증후군(SARS) 및 조류인플루엔자(AI) 등 신종전염병의 출현으로 전염병 대응체계의 강화 필요성이 보다 절실해지고 있다.

따라서 전염병의 효과적인 예방관리를 위하여 예방접종대상 전염병 퇴치기반 마련 및 국가 필수 예방접종의 보장성 강화, 전염병 발생 조기감시체계 강화, 전염병 예방 대국민 홍보 강화, 전염병 발생 시 신속 대처를 위한 인프라 구축 및 국가 전염병관리를 위한 체계적이고 종합적인 관리대책을 수립하여 추진할 계획이다.

*집필자 : 질병정책과장 정은경

2. 2007년도 사업추진 실적

가. 조류인플루엔자(AI) 인체감염 예방 및 신종인플루엔자 대유행 대비 강화

우리나라에서는 '03.12~'04.3월 및 '06.11~'07.3월까지 조류인플루엔자가 발생하였으나 인체감염예방관리조치 철저로 환자발생 없이 인체감염을 차단하였으며, '08년 4월 현재 AI의 단기간 다발생으로 인해 AI 인체감염 비상방역활동을 추진중이다.

하지만 고병원성조류인플루엔자(H5N1)가 인도네시아, 베트남 등 동남아시아와 유럽, 아프리카 등에서 '08.4월 기준으로 14개국에서 381명 발생, 240명 사망으로 전 세계적으로 발생지역이 확대되고 있어 신종인플루엔자 대유행 위기가 더욱 고조되고 있다.

이에 세계보건기구(WHO)는 대유행 발생 가능성이 증가함을 경고하며 이에 대한 예방대책 마련을 권고하고 있다. 신종인플루엔자 대유행 절정기에 사회 전분야에서 20~30%의 노동감소 및 국방, 치안, 금융 등 사회 핵심분야와해시 2차 피해가 우려되나, 아직 사회전반의 공감대 형성이 부족한 실정이다. 대유행시 우리나라에서는 1,000만명의 환자와 5만명의 사망자가 발생할 것으로 전망됨에 따라 신종전염병 관리는 국가적인 위기관리 수준에서 관리되어야 하며 신종전염병 대유행 대비·대응 강화와 신종전염병 대응 국가 위기관리 시스템 구축이 더욱 절실히 요구된다.

한편, '07년 5월 신종전염병 위기상황 대응 전담조직으로 공중보건위기대응팀을 신설하여 보다 조직체계를 더욱 강화하고 있다.

(1) 신종전염병 위기대응 체계구축

신종인플루엔자 대유행 대비·대응 기본계획 수립('06.8)에 따른 신속한 의사결정을 위한 신종인플루엔자 위기대응세부매뉴얼, 시·도 및 검역소 자체훈련을 위한 신종전염병 위기대응 훈련 매뉴얼, 기업업무지속계획(BCP) 수립을 위한 가이드라인 등 신종전염병대비 세부매뉴얼 마련을 통해 더욱 대비태세를 강화하였다.

또한 '07년 7월 동물모델을 이용한 AI 바이러스의 병원성 분석과 신종인플루엔자 대유행에 대비한 백신 개발시 효능평가를 위한 동물전용실험실인 조류인플루엔자백신연구BSL-실험실을 준공하였다. 전염병 관리의체계적 점검을 위한 전염병 위기대응통합연습 및 지자체 위기대응 훈련을 병행 실시함으로써 대유행시 위기대응 역량을 더욱 강화하였다.

한편, 질병관리 분야의 파트너로써 대유행 대비 및 대응책 마련을 위한 제반사항에 대해 합리적인 의사결정을 위해 질병관리본부, 국립수의과학검역원, 학계전문가 등이 참여하는 신종인플루엔자 대유행대비 자문위원회, 백신분과위원회 등이 설치·운영되고 있다.

(2) 신종전염병 감시 강화

급성출혈열증상, 급성호흡기증상, 급성설사증상 등 신종전염병증후군 발생 조기 인지를 위하여 응급실증후군 감시체계를 운영하고 신종인플루엔자 발생 감시를 위해 전국 100개의 인플루엔자 일일감시 참여기관을 중심으로 계절인플루엔자 감시체계를 지속적으로 운영하고 있다.

(3) 신종전염병 위기대응능력 함양

대유행 대비·대응 관련 인력, 기관들의 준비상태 및 대응 능력을 점검하고 평가하기 위하여 일정한 시나리오를 작성하여 교육·훈련을 통해 대유행 인플루엔자와 이에 대한 대응지침을 올바르게 인지하고 실현할 수 있도록 하고 있다.

(4) 신종전염병 대비 국내·국제 공조체계 구성

’07년 4월 한·중·일 보건장관포럼 개최를 통해 임상연구, 재난 대비·대응 및 전통의학 분야의 공동협력을 확대 구축하기로 합의하였으며 신종인플루엔자 대비 항바이러스제 약효 연장을 위한 기술적·제도적 자료 수집 등 선진국과 범부처 협의체 운영 및 다분야 협력체제를 구축하였다. 또한 ’06년 중국에서 개최된 “조류 및 인간 인플루엔자 국제서약회의” 후속조치 일환으로 국제기금 34만불을 지원하여 국제사회에 기여하였다.

한편, HPAI(고병원성 조류인플루엔자) 공동대응을 위한 현장조치 워크숍 개최를 통해 농림부, 국립수의과학검역원과의 AI(조류인플루엔자)공동대응을 위한 협조체계를 구축하고 공동 SOP(Stand Operating Procedure)를 마련하였다.

(5) 항바이러스제, 격리병상 시설 등 사전 필요물자·시설 확보

현재 항바이러스 124만 6천명분(리렌자 6천명분 포함), 개인보호장구 29만 여벌을 비축하고 있으며 신종전염병대비 국가격리병상음압유지시설확충계획(’06.10)을 바탕으로 ’06~’09년까지 총 400병상 확충 목표 아래 ’06년 96병상에 이어 ’07년도 100병상 건립 추진을 통해 현재까지 196병상을 확보하였다.

〈표 2-11-13〉 격리병상확충사업 추진 현황

연도	병 원 명	격리병상수			
		계	일반격리	음압격리	추진경과
2006	계	196	133	63	
	국립의료원	68	53	15	07.7월 준공
	국군수도병원	28	24	4	07.12월 준공
	소 계	96	53	43	
2007	국립목포병원	50	40	10	- 현재 '08년 하반기 완공을 목표로 추진중임
	인천광역시의료원	25	20	5	
	전북대병원	25	20	5	
	소 계	100	80	20	

(6) 조류인플루엔자(Avian Influenza, AI) 인체감염예방관리 강화

AI 발생시 신속한 현장 대응 출동 및 적절한 조치를 위한 신속대응반 구성·운동을 하였고 매주 AI·PI 정기회의를 통해 신종전염병에 대한 국제 및 국내 발생동향 감시현황 등 정보공유 등을 통해 AI 상시적 대응체계를 구축하였다. 또한 AI 발생시 중복감염 예방을 목적으로 직접적 폭로가 예상되는 조류인플루엔자 대응기관 종사자인 보건소 및 검역소 등 AI초동대응요원 28,216명(계획대비 101.3%)에 대해 계절인플루엔자 백신 예방접종을 실시하였다.

(7) 해외 여행자에 대한 검역 강화

조류인플루엔자(AI) 인체감염국가 뿐만 아니라 발생지역으로 입·출국하는 여행객에게 “AI 인체감염 안전수칙” 홍보를 위하여 애니메이션, 리플릿, 여권커버 등 다양한 홍보물을 제작·배포하였으며, 기내 영상물을 제작하여 각 항공사, 선사대리점, 여행사에 배포하여 기내·선내에서 상영토록 하여 입·출국자에 대한 홍보를 함으로써 AI 인체감염 사전예방에 힘쓰고 있다.

또한, 조류인플루엔자(AI) 인체감염국가 등 AI 유행지역에서 입국한 승객에 대하여 발열감시를 강화하여 의심환자를 색출하고, 추후추적관리로 의심환자 관리에 만전을 기하고 있다.

나. 접촉성·식품매개성전염병 집중관리 강화

콜레라, 장티푸스 등 고전적인 수인성 전염병의 발생은 과거에 비해 감소하였으나, 초·중·고교, 기업체 등 집단급식 및 식자재의 대량 유통 등의 증가로 집단 식중독, 장출혈성대장균, 노로바이러스 감염증 등 신종 접촉성·식품매개성 전염병의 발생은 증가하는 추세이다.

또한 최근에는 세계적인 기후 온난화 현상, 해외여행객 증가추세, 외식기회 증가 등 식생활 패턴의 변화로 식품매개 및 해외유입전염병이 연중 발생하는 경향을 보이고 있으며 특히 국민 생활수준의 향상에 의한 주거환경 개선으로 인한 연중 일정한 실온유지로 전염병 유행에 있어 계절적 영향이 미미해지고 있는 실정이다.

따라서 신종 접촉성·식품매개성 전염병의 원인 병원체 규명, 접촉성·식품매개성 전염병 유행지역을 중심으로 보건검사 및 위생업소 점검과 예방홍보 등을 강화하여 전염병 확산 방지 및 발생 시 피해 최소화를 위한 관리 대책을 연중 추진해 오고 있다.

(1) 설사질환 원인 병원체에 대한 진단법 개발 및 실험실 감시체계 강화

매년 발생하고 있는 접촉성·식품매개성 전염병에 대한 효율적 관리를 위하여, 민간의료기관 및 일선 공중보건실험실이 설사질환 원인 병원체에 대한 진단 능력을 보유할 수 있도록 다중신속 진단법(Multiplex-PCR) 개발 등 검사법 표준화를 추진 중이다.

또한 질병관리본부, 식품의약품안전청, 국립수의과학검역원 등 유관기관 간에 설사질환 원인 병원체 공동감시망을 구축하여 사람, 식품, 가축 등에서 유래되는 전염병에 대한 국내 감시망 체계를 강화해 나가고 있으며, APEC 회원국 공동 Pulse-Net, 미국 NIH와의 장내바이러스(enterovirus)감시망 등 국외 감시망 공동 운영을 통하여 국내·외를 망라한 포괄적인 감시망 구축을 추진 중이다.

(2) 범국민 손씻기 운동본부 지속 추진

사스, 인플루엔자, 감기, 콜레라, 이질, 유행성 눈병 등 전체 전염병의 70% 정도는 철저한 손씻기를 통해 사전예방이 가능하다. 따라서 국민들의 개인위생 준수 습관 조기 정착을 장려하기 위하여, 시민·학계 및 26개 관련 단체가 참여하는 “범 국민 손씻기 운동본부”를 발족(05. 7.)하여 손씻기 운동을 지속적으로 추진하고 있다. 2007년 한해 동안 범국민 손씻기 운동본부의 추진실적은 다음과 같다.

(가) 학술연구 용역 사업 (3차 전국민 손씻기 실태 및 인식도 조사 실시)

- 전국 7대도시 1,064명의 공공화장실 이용자 관찰결과, 60.1%(06 : 63.5%)가 손을 씻는 것으로 나타남
- 성별로는 남성 53.6%, 여성 66.5%가 손을 씻는 것으로 관찰되었으며 장소별로는 백화점이

66.1%로 가장 높고, 다음으로 공항(62.1%), 터미널(50.7%), 전철역(36.8%)의 순으로 나타남

(나) 손씻기 아동극 및 체험행사 전국 순회공연 실시

- 손씻기 아동극을 제작하여 전국 12개 시·도에서 ‘올바른 손씻기 체험행사’ 행사를 개최하여 아동 및 교사, 학부모에게 올바른 손씻기의 중요성 및 평상시 실천방법 홍보

(다) ‘올바른 손씻기’ 홍보 활동

- TV 방송(SBS 뉴스와 생활경제, '07. 4)을 활용하여 「손만 잘 씻어도 건강 지킨다」 홍보
- 일반인들이 보다 쉽게 올바른 손씻기 6단계 정보를 숙지, 실천할수 있도록 지하철 2호선 객차내 액자형(400매) 광고 실시('07. 8~9)
- 올바른 손씻기 홍보용 애니메이션 제작하여 국정홍보처 협조로 전국 전광판에 표출('07. 8)
- 한가위 귀성객 대상 올바른 손씻기 캠페인 전개('07. 9, 서울 및 하남 만남의 광장)
- 한국어린이안전재단 주관 「Hi Seoul 어린이안전체험 박람회」부대행사시 올바른 손씻기 운동 홍보부스 운영('07.10)

(라) 범국민 손씻기 운동본부 홈페이지(www.handwashing.or.kr) 개선을 통한 추가 자료 게재

- 손씻기 교육 관련 홍보물을 제작하여 어린이집 등 초등학교, 관련 유관단체에 배포

다. 인수공통전염병 관리 체계 강화

(1) 전염병예방법에 인수공통전염병의 정의 추가('05.7)

인수공통전염병은 “동물과 사람간에 상호 전파되는 병원체에 의하여 발생하는 전염병”으로서, '05.7월 전염병예방법 개정을 통하여 인수공통전염병 조항을 신설하였다.(제2조의7항). 후속 조치로서 '06. 6월 고시개정을 통하여 장출혈성대장균감염증, 일본뇌염, 브루셀라증, 탄저, 공수병, 조류인플루엔자 인체감염증, 중증급성호흡기증후군(SARS), 크로이츠펠트-야콥병 및 변종 크로이츠펠트-야콥병을 인수공통전염병으로 지정하였다.

(2) 인수공통전염병 공동대책위원회 및 전문분과위원회 운영 확대 및 운영 예규 제정('05.12)

SARS, 조류인플루엔자, 광우병 등 신종 및 재출현 인수공통전염병에 대한 사전 대비를 위하여 2004년 4월에 설치·운영 중인 인수공통전염병 대책위원회의 공동위원장을 기존의 부장급에서 질병관리본부장과 국립수의과학검역원장으로 격상하는 등 동 위원회의 확대·개편을 추진하였다.

대책위원회 구성은 공동위원장 2인, 고문 2인, 간사2인, 관계 공무원 및 전문가 16인으로 총 22명이다. 한편, 6개 전문분과위원회 구성은 각 분과 당 공동 위원장 2인 및 외부 전문가 및 관련 공무원 약8인으로 총 61명으로 구성되어 있으며 운영예규를 '05.12월에 제정, '06.1월부터 시행함으로써 동 위원회의 운영체계를 확립하였다.

(3) 크로이츠펔트-야콥병 전용 실험실 및 부검센터 설치

크로이츠펔트-야콥병을 2001년 지정전염병으로 지정한 이후, 표본감시의료기관을 통하여 동 질환에 대한 지속적인 감시활동을 펴오고 있다. 또한 질병관리본부 내에 동 질환 진단을 위한 전용 실험실을 2005년 2월에 설치하여 의료기관으로부터 요청된 검체를 국립보건연구원에서 진단이 가능하게 되었다.

한편, 부검 및 생검을 통해서만 확진이 이루어지는 동 질병의 특수성을 감안, 2006년 4월에 한림대 성심병원에 부검센터를 설치하였으며 원활한 정보공유를 위하여 진단협력센터로 지정하였다.

(4) 인수공통전염병 감염 실태조사 실시

'06년 축산업종사자, 수의사, 인공수정사 등 브루셀라증 고위험군 6,000여명을 대상으로 브루셀라증 혈청유병률 및 감염노출요인을 실시하였으며, 실태조사 결과 혈청유병률은 0.23%였으며, '07년에는 또 다른 고위험군인 도축장종사자, 소 부산물 처리자 등 1,700여명을 대상으로 브루셀라증, Q열, 장출혈성대장균감염증 감염 실태조사를 실시 한 결과 브루셀라증 0.7%, Q열 1.2%의 항체양성률과 장출혈성대장균감염증의 PCR양성률 5.6%, RPLA양성률 0.4%, 균분리율 0.4%로 조사되었다.

또한 '08년에는 젖소농가 종사자를 대상으로 동 3개 질환에 대한 감염 실태조사를 실시할 계획이다.

라. 곤충매개전염병 관리

(1) 말라리아 박멸사업

1993년 DMZ부근에서 재출현한 이후, 말라리아 환자는 매년 지속적인 증가 추세를 보이다가 2001년~2003년까지 전년대비 30% 이상 큰 폭으로 감소하였다. 하지만 2005년에는 전년대비 약 56%, 2006년에는 전년대비 50% 증가하였으며, 2007년에는 약 8.6%의 증가로 전년에 비해 소폭 증가하였다.

그간 우리 부는 위험지역 집중관리, 보건소 말라리아 관리요원 집중교육 및 기술지도, 주민예방 특별교육 사업, 방역물품 및 효과적인 예방·홍보 매체의 개발 및 지원, 워크숍 개최 등 말라리아에 대한 효과적 관리를 위하여 노력해왔다.

뿐만 아니라 국내말라리아 환자발생에 중요한 영향을 미치는 북한말라리아 관리를 위하여 2001년부터 대북 말라리아 방역사업 지원을 지속적으로 추진하고 있으며 최근 북한과의 교류가 증가됨에 따라 말라리아 고위험지역인 개성공업지구 및 금강산 육로관광지역에 상주 또는 출입경하는 국민들을 대상으로 예방·관리 사업을 추진하고 있다.

(2) 가을철 발열성질환 예방·관리 사업

가을철 농촌지역 고령자 및 야외작업자를 대상으로 주로 발생하는 발열성질환(쯔쯔가무시증, 렙토스피라증, 신증후군출혈열)은 2003년 이후 큰 폭으로 증가추세를 보이고 있고, 특히 쯔쯔가무시증은 매년 6천여명의 환자가 농촌지역 취약계층에서 다발생 되고 있어 양극화 해소를 위한 국가적 차원에서 전염병관리가 요구되고 있는 상황이다.

환자발생감시 및 예방관리로 환자 조기발견 및 치료를 위해 워크숍을 개최, 전문지식 및 경험을 학습하고 우수 보건소를 벤치마킹 할 수 있는 학습의 장을 마련하여 효율적인 사업수행이 되도록 업무 담당자의 능력을 강화하였다. 예방관리 대상이 농촌 고령주민이므로 효과적인 예방교육을 위해 홍보자료를 제작·배포하였으며, '07년 쯔쯔가무시증 환자다발생 시군 중 사업의 열의가 있는 7개 시도 18개 시군에 예방물품(토시, 기피제) 및 홍보물품(포스터, 리플렛, 비디오테이프, 카세트테이프)을 집중지원하고 지속적인 교육 및 점검함으로서 환자발생이 전년대비 7% 감소하였다.

환자분류의 정확성 제고를 위하여 주민면역도 조사와 항체가 조사를 통한 단일항체가 기준을 2007년 7월 31일 개정하였으며, 사례조사서도 전면 개정하여 직업군, 발생부위, 예방활동 빈도 등 자세히 기술하도록 하였다.

숙주동물 매개체 밀도조사를 위하여 경기, 충남, 경남, 전북, 충남 등 다발생지역에서 월별로 설치류와 털진드기를 채집하여 발생밀도를 조사하고 환자발생시점과 발생계절과의 상관관계를 규명하고 기피제·살비제에 대한 효력 및 감수성을 실험하였다.

II 전염병 감시

1. 전염병 감시체계 및 최근의 전염병 발생현황

가. 전염병 감시체계

WHO는 “질병감시”를 ‘질병관리의 계획, 집행 그리고 평가를 위한 역학적 정보의 체계적 수집과 사용’이라 정의하고 있다. 전염병 감시체계를 통하여 전염병 발생 정보를 지속적·체계적으로 수집·분석 및 환류함으로써 질병의 관리 및 예방에 활용할 수 있다.

전염병 감시체계의 중요성이 강조됨에 따라, 우리 부는 그간 시행되어온 전염병감시체계 평가·점검을 통해 국민적 요구에 부응하는 새로운 전염병감시체계로 개편하고자 노력하고 있으며, 2007년도에는 전염병환자발생 보고와 법정전염병통계 정보시스템을 웹 기반으로 개편하여 보다 민감하고 효율적인 전염병감시체계의 운영을 도모하였다.

〈표 2-11-14〉 감시체계 현황

(2007. 12 현재)

구 분	보 고 체 계
전수감시	전체 병·의원 →보건소→시·도 보건과→질병관리본부
표본감시	표본 병·의원 (3,442개)→보건소→시·도 보건과→질병관리본부
	표본 병·의원 (69개)→질병관리본부
자발적 감시	참여 학교 (70)→질병관리본부
	참여 소아과 (180개)→질병관리본부
	참여 안과 (80개)→질병관리본부

- ※ 주 : 1) 결핵, 한센, AIDS는 별도의 감시체계 운영 중
 2) 표본감시 대상 전염병 중 해외유입기생충감염증과 반코마이신내성황색포도상구균(VRSA)감염증은 표본 병·의원에서 질병관리본부로 직접 신고함

〈표 2-11-15〉 전염병 환자발생 보고 현황 1

(단위 : 보고수)

구 분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
콜레라	162	4	1	10	16	5	7
장티푸스	401	221	199	174	190	200	223
파라티푸스	36	413	88	45	31	50	45
세균성이질	927	767	1,117	487	317	389	131
장출혈성대장균감염증	11	8	52	118	43	37	41
백일해	9	21	5	6	11	17	14
파상풍	8	4	8	11	11	10	8
홍역	23,060	62	33	11	7	28	194
유행성이하선염	1,668	764	1,518	1,744	1,863	2,089	4,557
풍진	128	24	8	15	12	18	35
일본뇌염	1	6	1	0	6	0	7
수두	-	-	-	-	1,934	11,027	20,284
말라리아	2,556	1,799	1,171	864	1,369	2,051	2,227
성홍열	49	54	107	80	87	108	146
수막구균성수막염	11	27	38	8	7	11	4
레지오넬라증	2	1	3	10	6	20	19
비브리오패혈증	41	60	80	57	57	88	59
발진열	16	9	9	19	35	73	61
프프가무시증	2,637	1,919	1,415	4,698	6,780	6,480	6,022
렙토스파라증	133	122	119	141	83	119	208
브루셀라증	0	1	16	47	158	215	101
공수병	1	1	2	1	0	0	0
신증후군출혈열	323	336	392	427	421	422	450
덴기열	6	9	14	16	34	35	97
리슈마니아증	0	1	0	1	0	0	0
바베시아증	0	0	0	0	1	0	0
크립토스포리디움증	0	0	0	0	1	0	0
주혈흡충증	0	0	0	0	0	0	2
보툴리눔독소증	-	0	3	4	0	1	0
규열	-	-	-	-	-	6	12

- 1) 결핵, 후천성면역결핍증, 한센병과 표본감시체계 및 실험실감시체계를 통하여 보고된 자료는 제외
- 2) 각 질병별로 규정된 신고 범위(환자, 의사환자, 병원체보유자)의 모든 보고건을 포함
- 3) 환자발생 보고가 없는 페스트, 디프테리아, 폴리오, 발진티푸스, 탄저, 황열, 마버그열, 에볼라열, 라싸열, 아프리카수면병, 요우스, 핀타, 두창, 중증급성호흡기증후군(SARS), 조류인플루엔자 인체감염증, 야토병, 신종전염병증후군은 제외
- 4) 0 : 환자발생이 없는 경우
- : 신고·보고 대상이 아닌 경우(법정전염병으로 지정되기 이전 또는 광역시 승격이전)

〈표 2-11-16〉 전염병 환자발생 보고 현황 2

(단위 : 인구 10만명당 발생률)

구 분	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
콜레라	0.34	0.01	0.00	0.02	0.03	0.01	0.01
장티푸스	0.84	0.46	0.41	0.36	0.39	0.41	0.45
파라티푸스	0.08	0.86	0.18	0.09	0.06	0.10	0.09
세균성이질	1.94	1.59	2.31	1.00	0.65	0.80	0.27
장출혈성대장균감염증	0.02	0.02	0.11	0.24	0.09	0.08	0.08
백일해	0.02	0.04	0.01	0.01	0.02	0.03	0.03
파상풍	0.02	0.01	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
홍역	48.17	0.13	0.07	0.02	0.01	0.06	0.39
유행성이하선염	3.48	1.59	3.14	3.60	3.83	4.27	9.28
풍진	0.27	0.05	0.02	0.03	0.02	0.04	0.07
일본뇌염	0.00	0.01	0.00	0.00	0.01	0.00	0.01
수두	-	-	-	-	3.97	22.56	41.29
말라리아	5.34	3.74	2.42	1.78	2.81	4.20	4.53
성홍열	0.10	0.11	0.22	0.16	0.18	0.22	0.30
수막구균성수막염	0.02	0.06	0.08	0.02	0.01	0.02	0.01
레지오넬라증	0.00	0.00	0.01	0.02	0.01	0.04	0.04
비브리오패혈증	0.09	0.12	0.17	0.12	0.12	0.18	0.12
발진열	0.03	0.02	0.02	0.04	0.07	0.15	0.12
쓰쓰가무시증	5.51	3.99	2.93	9.69	13.93	13.26	12.26
렙토스파라증	0.28	0.25	0.25	0.29	0.17	0.24	0.42
브루셀라증	0.00	0.00	0.03	0.10	0.32	0.44	0.21
공수병	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
신증후군출혈열	0.67	0.70	0.81	0.88	0.86	0.86	0.92
덴기열	0.01	0.02	0.03	0.03	0.07	0.07	0.20
리슈마니아증	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
바베시아증	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
크립토스포리디움증	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
주혈흡충증	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
보툴리눔독소증	-	0.00	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00
규열	-	-	-	-	-	0.01	0.02

- 1) 결핵, 후천성면역결핍증, 한센병과 표본감시체계 및 실험실감시체계를 통하여 보고된 자료는 제외
- 2) 각 질병별로 규정된 신고 범위(환자, 의사환자, 병원체보유자)의 모든 보고건을 포함
- 3) 환자발생 보고가 없는 페스트, 디프테리아, 폴리오, 발진티푸스, 탄저, 황열, 마버그열, 에볼라열, 라싸열, 아프리카수면병, 요우스, 핀타, 두창, 중증급성호흡기증후군(SARS), 조류인플루엔자 인체감염증, 야토병, 신종전염병증후군은 제외
- 4) 0 : 환자발생이 없는 경우
- : 신고·보고 대상이 아닌 경우(법정전염병으로 지정되기 이전 또는 광역시 승격이전)
- 5) 발생률 : 연간 보고수를 당해연도 연앙인구(인구 10만명당)로 나눈 값

나. 표본감시를 통한 전염병 감시체계 구축·운영

표본감시는 방역조치를 취하기 위해 개별 환례 확인이 불필요하거나 조기 인지가 중요한 전염병에 대하여 일부 의료기관을 지정하여 표본감시전염병(18종)의 발생상황을 감시하는 전염병 감시의 한 방법으로, 현재 약 2,500여개 의료기관이 인플루엔자, 성병, 간염, 해외유입 기생충감염증, 반코마이신 내성 황색포도상구균감염증(VRSA), 크로이츠펔트-야콥병(CJD) 표본감시에 참여하고 있다.

〈표 2-11-17〉 표본감시기관 선정기준

(단위 : 환자수, 명)

전염병명		선정기준
바이러스성 간염	B형간염(급성B형간염, 주산기 B형간염), A형, C형 간염	• 의료법상 병원급 이상의 모든 의료기관 • 지역보건법상 보건의료원
	산모B형간염	• 분만업무를 행하는 의료기관
성병 (매독, 임질, 비임균성요도염, 클라미디아감염증, 연성하감, 성기단순포진, 첨규콘딜롬)		• 대학병원(비뇨기과, 산부인과, 피부과) • 보건소+민간의료기관 2개소 ※ 인구 20만 미만인 시·군은 보건소만 지정 ※ 가능한 한 민간의료기관은 비뇨기과, 피부과 중 1개, 산부인과 1개로 총 2개소를 지정함
인플루엔자		• 해당지역의 인구수를 기준으로 지정 - 인구 3만명 미만 : 지정하지 않음 - 인구 3만~5만 미만 : 보건소만 지정 - 인구 5만 이상~인구 20만 미만 시·군·구 (보건소+민간의료기관 1개소, 인구 10만 증가 시 민간 의료기관 1개소 추가) ※ 소아과, 내과, 가정의학과, 이비인후과가 설치된 의료기관을 지정함
반코마이신 내성 황색포도상구균감염증		• 국민건강보험법 제40조제2항의 규정에 의한 종합전문요양기관
해외유입기생충감염증		• 고등교육법시행령 제28조의 규정에 의하여 기생충학교실이 설치된 의과대학
크로이츠펔트-야콥병		• 의료법 제3조의 규정에 의한 의료기관 중 신경과가 개설되어 있는 병원

〈표 2-11-18〉 연도별 표본감시 지정 의료기관수

(2007.12 현재)

표 본 감 시 전 염 병	표본감시 의료기관 수
바이러스성간염	873
산모B형간염	1,007
성 병	554
인플루엔자	681
반코마이신내성황색포도상구균감염증	42
해외유입기생충감염증	27
크로이츠펔트-야콥병	327

〈표 2-11-19〉 표본감시의료기관 전염병별 신고현황

(2007.12 현재, 단위 : 기관당보고수)

표 본 감 시 전 염 병	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
인플루엔자 발생분율 최고치	3.37	10.47	2.62	10.52	11.52	6.77	8.73
성 병	27,915 (85.1)	32,872 (104.7)	27,005 (80.4)	23,639 (74.1)	15,944 (50.6)	13,314 (38.0)	12,486 (37.7)
간 염	급성B형간염	410 (4.6)	391 (5.4)	539 (8.2)	537 (6.9)	650 (6.8)	1,211 (9.3)
	A형간염	105 (2.2)	317 (5.1)	312 (5.6)	355 (6.2)	798 (9.9)	2,081 (15.0)
	C형간염	3,000 (34.1)	1,927 (29.2)	2,033 (33.3)	1,657 (24.4)	2,843 (30.6)	4,401 (34.9)
	산모B형간염	2,529 (8.4)	4,601 (8.1)	8,668 (12.1)	9,192 (11.8)	7,339 (10.7)	6,985 (10.8)
	주산기B형간염	5 (1.0)	6 (1.2)	7 (2.3)	2 (1.0)	9 (1.5)	18 (1.6)
해외유입기생충감염증	3 (1.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
반코마이신내성황색포도상구균감염증	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	8 (2.7)
크로이츠펔트-야콥병	5 (1.0)	9 (1.0)	19 (1.4)	13 (1.1)	15 (1.5)	19 (1.1)	18 (1.2)

- 1) 기관당보고수는 당해년도 전염병 환자발생 총 신고수를 연간 환자발생을 1번 이상 신고한 전체 기관수로 나눈 것임
- 2) 인플루엔자 의사환자 발생분율(%) : 기간 내 인플루엔자 의사환자 수 / 기간 내 총 진료환자 수 × 1,000
- 3) 2006.11 VRSA 진단기준이 개정(VRSA: 반코마이신최소억제농도 16 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 이상, VISA: 반코마이신최소억제농도 4 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 에서 8 $\mu\text{g}/\text{mL}$ 됨)에 따라 반코마이신중등도내성황색포도상구균(VISA)감염증 사례가 보고되었음
- 4) 2001년 CJD 감시체계 구축 이후 현재까지 국내 vCJD 환자 보고는 없었음

- (1) 특히 최근 전 세계적인 조류인플루엔자 출현으로 신종인플루엔자 발생 및 유행에 대한 대비 체계를 강화해나가고 있다. 인플루엔자 유행 시 조기 인지 및 유행 차단을 위하여 인플루엔자 일일 감시체계를 운영하고 있다.
- (2) 인플루엔자 일일감시체계 운영 대상기관 : 기존의 인플루엔자 표본감시 참여 의료기관 중 참여율이 높은 100개 기관을 선정, 인플루엔자 일일감시기관으로 지정 · 운영하고 있다.

다. 자발적 전염병 감시체계 구축

다양한 전염병 관련 정보를 수집 · 분석하여 전염병의 유행을 신속 · 정확히 예측하기 위하여 학교보건교사, 안과의원, 소아과 의원 등의 자발적 참여로 이루어진 전염병감시체계가 구축 · 운용되고 있으며, 동 감시체계는 공공 및 민간의료기관의 법정전염병 신고 · 보고체계와 유사한 형태로 운용되고 있다.

(1) 학교전염병 감시체계 운영

학령기 아동과 청소년에게 흔히 발생하는 전염병에 대비하고자, 전파력이 빠른 학교에서의 전염병 발생 추이 관찰 및 전염병 유행 예측을 목적으로 하는 보건교사 중심의 전염병 감시체계를 운영하고 있다.

- 학교전염병 감시체계 참여 학교 : 전국 249개소
 - 초등학교 139, 중학교 70, 고등학교 2, 특수학교 2
 - 지역별 현황

계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
249	11	19	11	10	9	7	8	19	19	14	3	23	24	40	27	5

- 감시대상 전염병
 - 법정전염병 : 홍역, 수두, 인플루엔자, 유행성 이하선염
 - 기 타 : 감기(인플루엔자), 뇌막염, 결막염, 폐렴 등

(2) 안과전염병 감시체계 운영

안과 전염병 유행을 조기에 인지하여 전파 및 확산을 방지하고자, 표본감시의료기관 중 안과의원 중심으로 감시체계를 운영 중에 있다. 동 감시체계를 통하여 급성출혈성결막염과 유행성각결막염의 발생추이 관찰, 안과전염병 통계자료 축적 및 유행 예측 등을 수행하고 있다.

④ 안과전염병 표본감시 참여 기관 : 전국 80개소

－ 지역별 현황

계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
80	16	7	5	3	4	3	3	11	4	3	3	4	4	3	3	4

④ 감시대상 질병

－ 유행성각결막염, 급성출혈성결막염

(3) 소아전염병감시체계 운영

소아과 개원 의사를 중심으로 소아전염병감시체계를 운영 중에 있다. 동 감시체계를 통하여 홍역, 유행성이하선염, 풍진, 수두, 무균성수막염 등 최근 유행하고 있는 소아전염병의 발생추이를 관찰하고 유행을 예측·조사하고 있다.

④ 소아전염병 표본감시 기관 : 전국 188개소

－ 지역별 현황

계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
188	45	25	11	8	7	7	8	30	4	9	6	8	2	8	5	5

④ 감시대상 질병

－ 법정전염병(2군) : 홍역, 유행성이하선염, 풍진, 수두

－ 기타 전염병 : 무균성수막염

〈표 2-11-20〉 전염병발생 정보자료 제공현황

순서	명 칭	발행 주기	부수	주 요 배 부 처
1	2006 전염병감시연보	연1회	500	관련기관, 시·도, 시·군·구, 의과대학, 관련 학회
2	소아전염병발생연보	연1회	220	표본의료기관, 소아과개원의협의회, 시·도
3	학교전염병발생연보	연1회	470	학교, 교육청, 시·도
4	안과전염병발생연보	연1회	120	표본의료기관, 대한안과개원의협의회, 시·도
5	전염병보고및정보관리지침	연1회	1,000	관련기관, 시·도, 시·군·구, 시·도 보건환경연구원
6	인플루엔자표본감시안내	비정기적	200	인플루엔자 신규지정 표본감시의료기관

순서	명 칭	발행 주기	부수	주 요 배 부 처
7	바이러스성간염 표본감시안내	비정기적	200	바이러스성 간염 신규지정 표본감시의료기관
8	성병 표본감시안내	비정기적	200	성병 신규지정 표본감시의료기관
9	VRSA뉴스레터	연1회	500	표본의료기관, 관련단체(학회)
10	학교전염병학기보고서	연1회	500	표본참여학교, 시·도, 시·도교육청
11	인플루엔자월보	월1회	전자 매체	홈페이지 게재
12	CDMR(감염병발생정보)	월1회	3,400	관련기관, 시·도, 시·군·구, 보건소, 관련 의료기관(병원, 의원), 관련협회
13	표본감시월보	월1회	전자 매체	시·도 보건과, 보건위생과, 보건위생정책과 (전자문서시스템으로 발송)
14	CDWR(감염병발생주보)	월1회	2,000	관련기관, 시·도, 시·군·구, 보건소, 관련 의료기관(병원, 의원), 의과대학, 관련협회
		주1회	전자 매체	홈페이지 게재
15	소아전염병발생주보	주1회	"	홈페이지 게재, 회원에게 전자메일 발송
16	학교전염병발생주보	주1회	"	"
17	안과전염병발생주보	주1회	"	"
18	CJD뉴스레터	연1회	1,000	표본감시의료기관, 관련학회(신경과)

III 예방접종 관리

1. 2007년도 예방접종 관리사업 추진 실적

예방접종은 전염병을 예방하는 가장 효과적인 수단으로서, 그간 지속적인 예방접종 결과로 두창이 인류역사상 처음으로 박멸되었고, 질병 발생이 백신 도입전과 비교하여 현격히 감소하였다. 우리나라의 예방접종 관리사업은 “전염병예방법”에 의거하여 예방접종대상전염병을 지정·관리하고 있다.

가. 국가필수 예방접종 시행

1996년부터 보건소에 등록하는 모든 영유아에 대한 예방접종사업을 보건(지)소를 통하여 실시(모자보건법 개정)하고 있으며, 2007년도에는 총 171억원의 국고를 지원하여 보건(지)소를 통해 11,211천건의 예방접종을 시행하였다.

〈표 2-11-21〉 최근 3년간 주요 접종별 보고실적

(단위 : 건)

구 분	2005		2006		2007	
	보건소	병·의원	보건소	병·의원	보건소	병·의원
BCG	118,965	225,429	108,607	229,653	107,494	246,279
B형간염	863,163	857,446	892,942	865,258	954,459	925,392
DTaP	1,000,741	640,449	1,105,646	571,802	1,263,045	546,956
폴리오	749,040	501,114	946,811	449,117	1,075,861	427,177
MMR	584,850	283,083	557,340	224,182	613,874	231,224
일본뇌염	1,179,323	373,209	1,114,028	302,563	1,252,723	336,512
수 두	91,146	123,643	184,367	113,997	227,581	106,753
Td	49,771	41,193	257,962	52,093	298,085	47,369

※ 병·의원 보고실적은 실제 접종건수와 차이가 있을 수 있음

※ 자료출처 : 2005년 및 2006년 실적(2007년 7월호 예방접종월간소식지), 2007년 실적(2007년 12월호 예방접종월간소식지)

나. 예방접종 예방접종 보장범위 확대

국가필수예방접종 보장범위를 보건소 이용자 뿐 아니라 병·의원 이용자로 확대·지원하기 위하여 '05년 및 '06년 시범사업을 추진하였으며, 전염병예방법('06.9월) 및 동법 시행령 일부 개정('06.12월), 예방접종업무의 위탁에 관한 규정 제정('07.10월) 등 사업근거 법령을 마련하였다.

다. 예방접종 실시기준 및 방법 확립

최근 의·과학 분야의 급속한 발달로 새로운 백신이 개발됨에 따라 예방접종의 역학적 의의와 실시기준 등도 새로운 변화에 신속히 대응하기 위하여 전문적인 자문기구인 「예방접종심의위원회」 및 분과위원회(15개)를 운영하여 예방접종의 실시기준·방법 및 예방접종대상 전염병관리에 대한 정책 및 퇴치계획을 수립하고 있다.

라. 예방접종 대상 전염병 관리

(1) 홍역 퇴치사업

1965년 홍역 백신이 도입된 이후 2000년~2001년 초·중학생을 중심으로 대유행이 발생함에 따라 「홍역퇴치 5개년 계획」을 수립하여 서태평양지역의 홍역퇴치 목표 시점(2012년) 보다 앞선 2006년 11월에 홍역퇴치를 선언하였다. 2007년에는 예방접종률이 없는 1세 미만의 영아에서 주로 발생하여 180명의 확진환자가 발생하였으나 역학조사 강화, 홍보 등 감염예방을 위한 조치를 통해 추가환자 발생을 차단하였다.

〈표 2-11-22〉 연도별 확인 사업 실적

연 도	전 체 학생수	예방접종 증명서 제출자				미제출자	제출률	접종률
		계	접종자수	접종제외자				
				접종금기	홍역앓음			
2005	623,204	622,103	621,615	488	－	1,101	99.8%	99.7%
2006	601,965	601,349	600,853	496	－	616	99.9%	99.8%
2007	606,314	606,084	605,649	435	－	231	99.9%	99.9%

※ 접종률 = 접종자수/전체학생 수×100

※ 2005년부터 과거 홍역을 앓았던 경우도 접종대상자에 포함시킴

(2) B형간염 수직감염 예방사업

B형간염은 우리나라뿐 아니라 세계 인구의 약 30%가 B형간염에 감염된 적이 있는 등 인류의 주요 보건문제이다. B형간염의 주요 감염경로가 되는 임신부의 B형간염 표면항원(HBsAg) 양성률은 매년 3.4% 정도이며, 국가는 B형간염 산모로부터 출생하는 신생아의 수직감염을 예방하기 위하여 2002년 7월부터 예방조치 비용을 전액 지원하는 「B형간염 수직감염 예방사업」을 실시하고 있다.

〈표 2-11-23〉 B형간염 수직감염 신규 등록자수

구 분	2004	2005	2006	2007*
수직감염 노출 신생아수(명)	16,186	14,894	15,351	14,448
신규 등록자수(명)	15,591	14,488	15,057	16,503
등록률(%)	96%	97%	98%	100%

※ B형간염 수직감염 노출된 신생아 추정수 = 출생아수 × 0.034(표면항원양성률)

* 2006년 출생아수를 적용한 미확정 통계임

마. 예방접종 후 이상반응 관리

예방접종은 전염병 예방의 가장 효과적인 수단이나, 백신의 생물학적 특성상 예방접종후 이상반응이 불가피하게 발생할 수 있다.

안전한 예방접종을 국민에게 보장하고, 이상반응에 대한 감시와 원인규명, 접종피해에 대한 국가보상 등 체계적인 관리를 위하여 1994년 예방접종 후 이상반응 감시체계를 도입하였다.

2001년 의사의 예방접종 후 이상반응 신고 의무화(전염병예방법 개정)와 2005년 인터넷 보고 시스템 도입 등을 통해 신고율이 향상되었다. 또한, 1995년부터 「예방접종피해 국가보상제도」를 운영하고 있으며 2007년 보상신청된 21건 중 13건에 대하여 보상인정 되었다.

〈표 2-11-24〉 최근 3년간 백신종류별 예방접종 후 이상반응 신고건수

접종명 연도	계	비 씨 지	B 형 간염	디티 에이피	폴 리 오	디티 에이피 /기타	티 디	수 두	엠 엠 알	엠 알	일본 뇌염	일본 뇌염/ 기타	신 증후군 출혈열	인플루 엔자	장티 푸스	기 타
2005	364	239	7	27	1	15	1	-	1	-	11		1	56	1	4
2006	635	400	14	38	4	48	3	5	17	-	30	4	2	65	-	5
2007	515	262	13	20	-	43	-	9	16	-	41	5	3	53	2	48

〈표 2-11-25〉 최근 3년간 연도별 예방접종 피해에 대한 국가보상 현황

연 도 별	신 고 (건)	보 상 신 청 (건)			
		소 계	보 상	기 각	보 류
2005	364	18	13	5	-
2006	635	24	15	9	-
2007	515	21	13	8	-

바. 예방접종 등록사업

2002년부터 예방접종등록시스템 개발사업을 통해 접종기록을 등록할 수 있는 표준등록프로그램을 개발·보급하면서 2007년까지 55백만건의 접종기록이 DB구축되었다.

〈표 2-11-26〉 주요 예방접종의 전산등록률 현황

구 분	2006			2007		
	보고실적 ¹⁾	등록실적 ²⁾	전산 등록률(%) ³⁾	보고실적 ¹⁾	등록실적 ²⁾	전산 등록률(%) ³⁾
BCG	338,260	129,838	38.4	353,773	161,933	45.8
B형간염	1,758,200	952,541	54.2	1,879,851	1,124,874	59.8
DTaP	1,677,448	1,144,967	68.3	1,810,001	1,350,340	74.6
폴리오	1,395,928	960,218	68.8	1,503,038	1,140,530	75.9
MMR	781,522	563,248	72.1	845,098	624,998	74.0
일본뇌염	1,416,591	1,088,001	76.8	1,589,235	1,290,411	81.2
수 두	298,364	196,570	65.9	334,334	243,729	72.9
Td	310,055	239,114	77.1	345,454	296,287	85.8

1) 보고실적 : 매월 서면 또는 웹으로 보고되는 예방접종실적

2) 등록실적 : 예방접종등록시스템으로 등록되는 예방접종기록

3) 전산등록률 : 예방접종 보고실적 대비 등록실적

4) 자료출처 : 2006년 실적(2007년 7월호 예방접종월간소식지), 2007년 실적(2007년 12월호 예방접종월간소식지)

2. 2008년도 예방접종 관리사업 추진계획

가. 필수예방접종비용 국가부담사업 시행

저출산 시대에 예방접종 비용으로 인한 육아부담을 경감하고, 예방접종대상 전염병 퇴치기반을 강화하기 위해, 민간 병·의원에서의 필수예방접종 비용을 국가가 지원하는 필수예방접종비용 국가부담사업이 '09년부터 계획대로 추진될 수 있도록 대상연령, 대상백신 및 예방접종비 지원 방법 등 세부사항을 마련할 계획이다.

나. 예방접종 실시기준 및 관리방법 개선

예방접종 대상 전염병에 대한 발생현황, 임상양상, 진단·예방, 치료 등에 관한 질병부담 연구사업을 연차적으로 실시하여 예방접종 실행방법 및 기준을 정비하며, 공공 의료기관과 민간 의료기관의 예방접종 실시기준 및 관리방법을 일원화 등 예방접종심의위원회 논의를 통해 국가예방접종정책을 수립해 나갈 계획이다.

다. 예방접종 후 이상반응 감시 및 안전관리 강화

「예방접종 후 이상반응 보호자 신고제도」의 활성화를 통해 이상반응 신고율을 향상하고, 신속한 역학조사, 피해조사를 실시하여 국가 안전관리 체계를 강화해 나갈 계획이다.

라. 예방접종 대상 전염병 관리

(1) 홍역

홍역퇴치5개년 사업(2001년~2005년)의 추진 성과로서 홍역퇴치를 선언(2006년 11월) 하였으나, 취약 전 아동에 대한 예방접종력 확인사업으로 퇴치수준의 접종률을 유지하고, 해외에서 유입되는 홍역은 지속적인 감시를 통해 국내전파를 조기에 차단할 계획이다.

(2) B형간염 수직감염

B형간염 수직감염 대상자의 지속적인 등록관리와 예방조치 이후 항원양성자에 대한 체계적인 관리를 강화하여 항원양성률을 5% 미만으로 유지하고, B형간염센터 운영 및 「B형간염 수직감염 예방사업」 연구를 통해 B형간염 만성화율 감소와 B형간염 퇴치를 위한 국가 차원의 관리기반을 구축할 계획이다.

마. 예방접종 등록사업 조기 정착 여건 조성

예방접종등록시스템 정보화사업을 지속적으로 추진하여 예방접종등록시스템을 병·의원 등 민간의료기관 전체로 확대·보급하여 국민과 보건의료인의 등록사업 참여를 적극 유도해 나갈 계획이다.

IV 결핵 관리

1. 개 요

결핵의 역사는 기원전 4000~2000년경의 이집트 미이라에서 척추 결핵이 확인 되었으며, 1882년에는 Koch에 의해 ‘Tubercle bacillus’ 라는 결핵균이 발견되었다. 이후 인류는 결핵 퇴치를 위한 신약개발에 많은 노력을 기울인 결과 1944년에는 스트렙토마이신을 개발하고 1960년대에는 리팜피신을 개발하였으며 지금도 항결핵제에 대한 개발과 연구 등 결핵퇴치를 위하여 끊임없이 노력하고 있다.

우리나라는 1960년대 초부터 결핵관리를 국가사업으로 채택하여 전국 보건소를 중심으로 결핵예방, 환자발견, 등록관리 및 치료사업 등을 체계적으로 실시한 결과 빠른 속도로 환자가 감소하는 등 많은 성과를 가져왔다.

그러나 2000년 이후 결핵환자 감소속도가 둔화되고 다제내성 결핵환자 증가, 소집단 결핵 유행 확산과 함께 OECD 가입국가들 중 환자 발생률과 사망률에 대한 부담이 큰 상황으로 새로운 국가결핵관리체계 개편이 요구됨에 따라 정부에서는 「결핵퇴치 2030계획」을 수립·발표하고 세부사업 추진을 위한 구체화 작업에 나섰다.

〈표 2-11-27〉 결핵유병률(Tuberculosis Prevalence Rate) 추이

연도 및 구분		1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995
인구 (천명)	전연령	29,160	31,435	35,281	37,449	41,055	42,869	44,851
	5세이상	24,222	26,625	30,740	33,946	36,970	39,590	41,535
연간결핵감염위험률(%)		5.3	3.9	2.3	1.8	1.2	1.1	0.5
엑스선상 활동성	유병률(/10 ⁵)	5,065	4,222	3,326	2,509	2,158	1,842	1,032
	환자수(천명)	1,240	1,118	1,014	852	798	728	429
균양성 (도말 또는 배양양성)	유병률(/10 ⁵)	940	741	764	544	443	241	219
	환자수(천명)	226	197	235	186	164	95	91
도말양성	유병률(/10 ⁵)	686	559	480	309	239	143	93
	환자수(천명)	165	149	147	104	89	56	39

주) 자료원 : 제7차 전국결핵실태조사 결과보고서(보건복지가족부, 대한결핵협회, 1996)

2. 2007년도 결핵 관리사업 추진실적

가. BCG접종을 통한 면역인구 확대

BCG백신은 비병원성 BCG균주를 인공 감염시켜 결핵에 대한 면역을 형성하도록 하여 결핵에 대한 감염을 예방하는데 있으며, BCG접종은 아동들의 속립성 결핵과 뇌막염 예방에 유효하다. 결핵감염위험이 높은 지역에서 77%의 예방효과가 관찰되고 그 효과가 12~15년 이상 지속되는 것으로 알려져 있다.

정부에서는 효율적인 국가결핵관리사업을 위하여 BCG접종을 통한 면역인구 확대를 위하여 결핵예방법시행규칙을 개정하여 접종시기를 생후 1년 미만에서 1개월 미만으로 조정하여 면역효과를 증대시켰으며, 결핵예방차원에서 필요한 BCG백신 생산사업을 국가사업으로 지속적이고 안정적인 BCG백신 생산·공급을 위하여 2006년에 충북 오송생명과학단지내 부지를 매입(3,000평)하고, KGMP 시설에 부합하는 현대화된 생산시설을 위한 기초공사가 진행 중이다.

〈표 2-11-28〉 BCG 신생아 예방접종 실적

(단위 : 명, %)

연도별	대상 인구 ¹ (A)	계(B)	접 종 실 적		B/A ²
			보건소	병·의원	
2002	470,251	377,731	100,965(26.7)	276,766(73.3)	80.3
2003	490,488	364,994	97,358(26.7)	267,636(73.4)	74.4
2004	451,219	350,445	102,780(29.3)	247,665(70.7)	77.7
2005	413,839	324,070	94,679(29.2)	229,391(70.8)	78.3
2006	424,737	321,744	89,317(27.8)	232,427(72.3)	75.8
2007	449,027	344,318	98,143(28.5)	246,175(71.5)	76.7

주) 1. 대상인구 : 통계청 주민등록인구통계 0세 인구

2. 대상인구별 접종실적 백분율

나. 결핵환자 발견 사업

결핵환자를 조기 발견하여 치료하는 것은 국가결핵관리의 중요한 사업이다. 이를 위해서 정부는 보건소 및 민간단체를 통하여 결핵발생률이 높은 지역이나 의료기관의 접근이 어려운 산간벽지 등을 직접 찾아가서 주민검진을 적극적으로 실시하였다. 또한 알콜중독자, 노숙자, 당뇨환자 등 결핵 고위험군과 외국인 근로자, 양로원, 복지시설 등 특수시설 수용자인 특정집단에 대해서도 결핵환자 발견을 위한 검진활동을 강화하였다. 최근엔 결핵환자 조기발견 및 치료를 통해 전염요인을 조기차단하고 균양성환자의 추가 발견 등을 위한 결핵균 검사업무 표준화 시스템을 구축·운영하고 결핵정보감시체계를 강화하고 있다.

다. 효율적인 결핵환자 관리를 통한 치유율 제고

결핵환자 치료는 정확한 진단과 적절한 치료·처방 그리고 환자의 규칙적인 투약 및 지속적인 환자관리에 있다. 결핵환자관리는 보건소에서 결핵환자를 등록하여 지속적으로 복약지도 등 추구관리를 실시하고 있으며, 민간 병·의원에서도 결핵환자를 치료 관리하고 있다. 그러나

보건소 등록환자는 치유율이 90% 이상이나 민간의료기관의 결핵환자는 추구관리 미흡 등으로 치유율이 약 50% 수준에 머물고 있는 것이 결핵관리의 과제로 대두되어 2007년에는 연간 결핵 신고환자 250명 이상인 전국11개의 병·의원에서 진료받은 3,805명을 대상으로 공공·민간 협력체계구축사업(PPM, Public-private mix)을 시범적으로 실시하여 1,503명의 환자를 퇴록시켰다.

라. 국제협력 및 교류를 통한 국가결핵관리의 국제적 위상제고

우리나라의 결핵관리사업은 국제적으로 성공적이며 모범적인 사업으로 평가받고 있으며, 결핵관리 성과지표 평가방법과 통계작성에 대한 지침은 세계보건기구(WHO) 서태평양지역 결핵 관리에도 제공하였다.

전 세계적으로 가장 많은 결핵환자가 발생하고 있는 아시아 및 서태평양지역의 결핵퇴치사업 지원과 동 지역의 결핵관리강화를 위한 공동협력에 관한 양해각서를 대한결핵협회와 세계보건기구 서태평양 지역 사무소가 체결하고, 결핵관리 문제가 심각한 나라의 결핵담당의사, 간호사들을 위한 결핵관리 국제연수과정을 개설하여 최신정보 및 관리방법에 대한 교육 실시로 결핵환자를 감소시키는데 기여하는 등 국제적 위상을 높였다.

마. 다제내성결핵 퇴치를 위한 국제적인 네트워크 구축

우리나라의 다제내성결핵환자는 매년 증가되는 추세로 전체 환자의 5% 이상이며 초회 다제내성결핵환자는 2.7%로 추정된다. 우리나라뿐 아니라 전 세계적으로 인류의 건강을 위협하고 있는 다제내성결핵을 퇴치하기위하여 국내외적으로 결핵 연구를 활성화하고, 전문가 네트워크 구축을 통한 상승효과를 만들기 위한 한·미 간의 공동 연구네트워크도 구축하여 다제내성결핵의 자연경과 및 한국인 결핵 재발환자에서의 감수성 유전자에 관한 연구가 활발히 진행중이며, 결핵균 진단 검사 개선사업 및 결핵균주은행 운영을 위한 결핵균주도 체계적으로 확보하고 다제내성결핵의 조기퇴치관련 워크샵도 개최하였다.

3. 2008년도 결핵관리사업 추진 계획

우리나라의 결핵관리는 결핵으로부터 자유로운 건강한 사회를 비전으로, 2030년에는 연간 전염성 결핵환자 10명미만(인구 100만명당) 발생을 목표로 세부추진계획을 수립하였으며,

조기결핵퇴치를 위한 국가결핵관리의 기본방향을 결핵예방접종 강화, 결핵감염자 조기발견, 결핵환자관리 강화 및 다제내성결핵 예방으로 나누어 추진할 계획이다.

가. BCG 예방접종을 통한 면역연구 확대

정부는 소아결핵, 특히 결핵성 뇌수막염이나 전신성 결핵 등 심각한 후유증을 유발할 수 있는 결핵을 효과적으로 예방할 수 있도록 BCG 접종을 권장하고 홍보를 강화할 계획이다.

따라서 대다수 국민들이 민간의료기관을 선호함에 따라 민간의료기관을 통한 국가결핵예방 사업에 대한 홍보를 강화하여 신생아 등 비시지 접종률을 95% 이상 실시하여 결핵에 대한 면역을 형성토록하여 추후 결핵감염예방 및 발병의 극소화를 도모할 계획이다.

또한 충북오송생명과학단지내 신축중인 BCG백신 생산시설을 KGMP시설에 부합하는 현대화 시설로 신축하며, BCG백신 접종방법과 균주에 따른 결핵예방효과 및 부작용에 대한 비교 연구 사업도 할 계획이다.

나. 결핵환자 조기 발견을 위한 검진활동 강화

결핵환자 발견사업은 환자를 조기에 발견하여 초기에 치료함으로써 결핵의 전파를 방지하고 치료의 효율을 높이는 데 목적이 있다. 이를 위해서 2주 이상 기침, 객담 등 호흡기계통에 증상이 있는 자, 결핵환자와 동거하였거나 동거한 자, 결핵검진을 원하는 자, 기타 의료기관에서 결핵 유소견자로 통보된 자, 결핵고위험군(알코올중독자, 노숙인, 당뇨환자, HIV감염자와 AIDS환자, 외국인 노동자 등)을 대상으로 결핵검진 활동을 지속·강화할 계획이다.

또한 결핵환자를 조기발견하고 전파를 방지하며 치료의 효율성을 높이기 위하여 결핵균검사 업무표준화시스템(TBIS)과 결핵영상정보시스템(PACS)을 적극 활용할 계획이다.

다. 효율적인 환자 관리를 통한 치유율 향상

등록결핵환자의 90% 이상 치유율을 보이는 보건소 등록환자관리와는 달리 진료환자의 추구 관리가 미흡한 민간의료기관 이용환자에 대한 치료율 향상을 위한 공공·민간협력체계(PPM)의 중요성이 제기되어 2007년에 실시한 시범사업에 이어 2008년에는 민간병의원 결핵환자 중 신고지와 거주지가 불일치하는 자와 신고환자 100명이하의 병의원을 대상으로 공공·민간협력 체계(PPM)사업을 실시할 계획이다.

또한 결핵환자 진료비지원사업으로 경기도 관내 3개 시·군 관할 민간의료기관에서 진료 받은 결핵신환자의 약제비(건강보험급여분 중 본인부담금 전액)를 지원하는 시범사업을 실시한다.

라. 대국민 홍보를 통한 결핵관리사업의 효율성 제고 및 국제교류협력 강화

국가결핵홍보사업의 일환으로 중·고등학생 및 일반인을 위한 교육자료와 보건교사 및 결핵 담당자가 일반인/환자의 눈높이에 맞는 동영상CD를 제작하여 지속적으로 배포하고, 국민들에게 결핵을 바로 알리기 위한 목적으로 구축한 「결핵바로알기 홈페이지」를 효율적으로 운영할 방안이다.

후진국의 결핵관리 담당자에 대한 연수교육실시, 국가결핵정보감시체계시스템에 대한 교육 및 홍보 등 국제교류와 협력을 통한 국제적 위상도 강화해 나갈 계획이다.

마. 다제내성결핵 퇴치를 위한 국제적인 네트워크 구축

우수한 우리나라의 국가결핵관리프로그램과 다제내성결핵 치료경험, 결핵관련 생명자원을 미국 국립보건원의 선진화된 결핵기초·기반 기술력과 결합하여 다제내성결핵 문제를 해결할 획기적이고도 새로운 예방, 진단, 치료 및 관리 기술을 개발·보급할 계획이다.

또한 국제결핵전문가들이 참석하는 결핵심포지엄을 주기적으로 개최하고, 다제내성결핵 퇴치기법을 아시아 태평양지역의 결핵전문가 교육 훈련을 통하여 전수할 계획이다.

V HIV/AIDS 및 성병 관리

1. HIV/AIDS 예방관리

2007년 한 해 동안 총 744명의 HIV 감염인이 발견되어 2007년 말 현재 누적 감염인수는 5,323명이고, 이중 에이즈 환자는 713명이며 전체 감염인 중 980명이 사망하여 4,343명의 감염인이 생존해 있다.

2007년 현재 신규감염인 수는 744명으로 매년 꾸준히 발견되고 있는 실정이며 이는 2006년(750명) 대비 0.8% 감소한 수치이다. 성별로는 누적 감염인 5,323명 중 남자가 4,861명(91.3%)으로 여자 462명(8.7%)보다 10.5배 높게 나타났다. 감염경로가 밝혀진 4,545명 중 이성간 성 접촉에 의한 감염은 2,728명(60.0%), 동성간 성 접촉에 의한 감염은 1,763명(38.8%)이며, 이는 성 접촉에 의한 감염이 주요 감염경로임을 시사하고 있다.

성 접촉을 통한 감염의 증가 양상과 더불어 우리 국민들의 콘돔 사용률이 저조한 상황을 고려할 때 국내 성 접촉을 통한 감염인 증가추세는 지속될 것으로 전망된다. 이에 우리 부는 에이즈 예방 홍보 및 교육 강화, 에이즈검사 활성화, 감염인 지원 및 쉼터 운영, 동성애자와 일반인 대상의 상담소 운영, 보건소 담당자에 대한 교육 강화 및 의료기관에서의 감염인 상담사업 등 에이즈 예방 및 관리 강화를 적극 추진해 나갈 계획이다.

〈표 2-11-29〉 HIV/AIDS 감염인(환자) 현황

(단위 : 명)

구 분	계	'85~'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07
총감염인 (여자)	5,323 (462)	517 (64)	105 (12)	124 (17)	129 (18)	186 (26)	219 (25)	327 (35)	398 (35)	534 (32)	610 (53)	680 (40)	750 (62)	744 (43)
감염인중 환 자	713	41	22	33	35	34	32	42	88	62	79	67	75	103
사망자 (환자)	980 (683)	76 (37)	33 (25)	36 (30)	46 (37)	43 (34)	52 (32)	58 (42)	76 (58)	96 (63)	114 (81)	91 (65)	109 (76)	150 (103)

※본 통계는 2007년 12월 31일 현재 기준이며 향후 역학조사에 의해 수치 변경될 수 있음.

가. 2007년도 사업실적

(1) 에이즈 예방교육 및 홍보

에이즈가 정확한 지식습득을 통한 안전한 생활방식으로 충분히 예방할 수 있는 질병임에도 불구하고 지속적인 증가를 보이는 것은 에이즈 예방에 관한 올바른 지식의 결여, 사회의 부정적인 인식과 편견, 바람직하지 못한 태도 및 행동, 예방에 대한 개인책임의식의 부족이 우리사회에 만연해 있기 때문이다. 이는 에이즈 예방에 있어서 가장 장애가 되는 요인이다. 현재 에이즈 관련 민간단체, 전국 시도 및 보건소, 전국 중·고등학교 등과 연계하여 에이즈 예방교육 및 홍보를 수행하고 있다.

에이즈는 정확한 정보 제공을 통해 올바른 지식함양으로 편견과 차별을 해소할 수 있으므로 이를 위해 2007년 「HEAD TO HEART」 온라인 캠페인을 추진하였으며, 또한 에이즈 감염인에 대한 편견과 차별해소의 주제로 2006년에 제작·방영했던 TV공익광고 ‘내 친구입니다’를 2007년에도 재방영 하는 등 일반 공중을 대상으로 하는 홍보를 지속적으로 추진하고 있다.

아울러 2005년부터 매년 실시해온 「에이즈예방 대학생 광고공모전」을 2007년 3회째 개최하고 있어 우리 사회의 Opinion leader인 대학생을 대상으로 에이즈에 대한 올바른 정보를 제공하고, 참신한 홍보아이디어를 발굴하여 에이즈 예방 홍보전략에 기여하고 있다.

무엇보다 에이즈감염의 실질적 예방수단인 콘돔사용률이 저조하여 대상별로 콘돔사용에 대한 교육과 홍보를 실시하고 있으며 2007년에는 동성애자, 성병건강검진대상자, 외국인, 군인 등을 대상으로 435만개를 배포하였으며, 그 외에도 에이즈 포털사이트 홈페이지 운영을 통해 지속적인 에이즈 정보를 제공하고 있다. 더불어 에이즈 전문상담요원과 자원봉사자, 전문강사 양성을 위한 교육 프로그램을 운영하고 있다.

〈표 2-11-30〉 에이즈에 대한 태도와 콘돔사용률

(단위 : %)

구 분		연 도	2003	2005	2007
에이즈에 대한 편견·차별에 긍정적 태도 (자녀가 같은 학교 등교 및 옆자리 착석 허용)	성 인		20.6	24	50.4
	청 소 년		17.3	19.8	-
처음만난 사람과 성관계시 콘돔 사용률 향상	동성애자		23.7	42.6	45.8
	일반 성인		10.8	23.0	33.7
동성애자 고정파트너와 성관계시 항상 콘돔사용	-		-	34.2	35.8

(2) 검사 및 상담활성화

감염인이 자신의 감염사실을 알지 못한 상태에서 전파하는 행위를 방지하고, 특히 자신의 신분노출을 우려하여 검사를 기피하는 사람들을 위하여 보건소에서 무료로 익명검사를 수행하고 있으며, 에이즈 상담 및 검사 활성화를 위하여 2006년에 이어 2007년에도 동성애자 대상 상담소 2개소(VCT 포함), 일반인 대상 상담소 11개소(VCT 4개소), 외국인 대상 상담소 2개소(VCT 포함)를 운영하고 있다.

또한 에이즈 감염인들에게 치료와 함께 종합적인 상담 제공 및 치료순응도 향상을 위하여 7개 의료기관에서 감염인 상담사업을 수행하였다.

〈표 2-11-31〉 검진상담소 상담 및 검진 실적

(단위 : 건)

구 분 연 도		2005	2006	2007
동성애자 대상 검진상담소	상 담	2,337	7,274	5,288
	검 진	303	992	1,217
일반인 대상 검진상담소	상 담	38,891	33,875	27,764
	검 진	987	1,628	1,791
외국인 대상 검진상담소	상 담	-	387	1,385
	검 진	-	176	691

(3) 감염인 진료비 지원 등 포괄적 서비스의 제공

발견된 감염인에 대하여는 거주지 보건소담당자를 통해 개인의 감염사실에 대한 비밀을 철저히 보호하는 가운데 알려주며, 면담을 통해 상담 및 전파 예방교육을 실시하고 있다.

또한 보건소담당자는 감염인을 전문병원과 연계시켜 적절한 치료 및 진료를 받을 수 있도록 하고 있으며 정기적인 면역검사 등의 서비스를 제공하고 있다.

정부는 에이즈감염인 및 환자의 진료비 부담을 덜어주기 위해 에이즈진찰비, 검사비 및 에이즈와 관련된 질환의 치료비 중 보험급여분의 본인 부담분을 전액 지원하고 있으며, 생활이 어려운 감염인의 경우 기초생활보장 수급자로 지정될 수 있도록 지원해 주고 있다.

또한 민간단체의 쉼터 운영 지원 및 요양·호스피스 지원을 통하여 가족관계가 단절된 감염인, 환자 등에게 숙식과 휴식장소를 제공하는 것으로 사회적 소외감 및 정신적 충격을 완화시켜주며 정신적 안정을 회복하고 긍정적인 생활을 할 수 있도록 하고 있다.

〈표 2-11-32〉 에이즈 감염인 지원사업 및 외국인 에이즈 예방지원사업 개요

센 터 명	사 업 내 용
에이즈 감염인 지원센터	● 감염인 종합상담 - 개인면접상담, 전화상담, 온라인상담 등 ● 감염인 교육훈련 - 에이즈 정보, 사이버 교육, 상담원 양성교육 - 에이즈 예방교육강사 양성교육, 전문가 활동가 양성, 정보화 기초교육 ● 감염인 건강증진 - 건강증진실 및 건강교실 운영, 치과진료 지원 ● 감염인 자활지원 - 재가복지 및 간병 지원, 감염인 취업 지원, 감염인 자조모임 지원 ● 기관 홍보
외국인 에이즈예방지원센터	● 홍보(기관 홍보 및 에이즈 홍보) - 현장 캠페인, 홍보물 제작 및 배포, 홍보교육차량 운영 ● 외국인 교육 - 주요국가별 외국인 대상 동료 교육자 양성, 교육자료 개발 및 교육 실시 ● 상담 및 검진 - 외국인 내방상담, 현장상담, HIV 검사, 검사전후 상담 ● 취약감염인 지원 - 감염인 치료 지원, 감염인 숙식 및 출국 지원

나. 향후 추진 계획

전 세계적으로 AIDS는 심각한 사회·보건문제로 대두되고 있으며 우리나라도 감염인이 지속적으로 증가하고 있는 추세임을 감안할 때, 정부는 에이즈의 확산방지와 감염인에 대한 차별과 편견 해소를 위해서 에이즈에 대한 정확한 지식이 보급될 수 있도록 홍보·교육사업과 실질적인 에이즈 예방수단인 콘돔 사용 촉진을 위한 대중매체 홍보 및 무료콘돔 배포사업을 지속적으로 추진할 것이다.

또한, 에이즈 검진상담소를 지속적으로 운영하여 감염 취약계층 및 일반인을 대상으로 종합적인 상담 및 자발적인 검진을 활성화하고 쉼터운영 등 감염인 지원을 강화해 나갈 방침이다.

2. 성병관리

가. 개 요

국가 성병관리는 성병 발생예방과 성병 감염인에 대한 치료를 강화함으로써 개인의 건강은 물론 타인에게 전파를 미연에 방지하여 국민의 건강을 유지·보호하는 것이다. 그간 국가 성병관리사업의 대부분은 성병정기검진 대상자의 보건소 등록관리와 일반정기건강진단 대상자에 대한 건강진단 수첩(보건증)발급을 통한 사후관리로 이루어져 왔으며, 필요시 마다 대중매체 등을 통한 교육·홍보를 수행하여 왔다.

건강진단 수첩(보건증)발급소지제도가 폐지(1999.8)되면서 성병건강진단대상자의 검진이 소홀해 질 수 있기 때문에 이를 예방하고 자발적인 검진유도를 위해 지속적이고, 집중적인 교육·홍보를 강화하여 성병관리사업의 효율성을 제고하여 왔다.

그러나 『성매매알선 등 처벌에 관한법률』 및 『성매매방지 및 피해자보호 등에 관한법률』이 시행(2004.9)되면서 우리나라에서 공식적으로 성매매가 금지됨에 따라 성병건강진단대상자의 검진기피현상은 최고에 달하였고, 일선 보건기관에서는 이들의 접근조차 어렵게 되었다. 특히, 자유스런 성문화와 인터넷의 보급 확산 등 개방화된 사회 분위기속에서 성병예방관리는 일부 고위험집단 뿐만 아니라 성 활동기에 있는 모든 대상자에 대한 성병예방 교육 및 홍보의 필요성이 중요하게 대두되었다.

따라서 국가 차원의 성병예방 검진 및 치료사업은 대상에 맞는 교육·홍보 강화를 통해 자가 건강관리능력을 향상시키고, 자발적·자율적인 검진을 유도하여 검진활성화 방안을 마련하는데 초점을 두는 형태로 변화하고 있다.

나. 추진실적

(1) 성병건강진단 실적

성병건강진단은 『전염병예방법』 제8조 및 『위생분야종사자등의건강진단규칙』 제3조 및 제5조의 성병건강진단대상자에 대해 보건소 또는 지정 의료기관(대용성병진료소)에서 정기적인 검진 및 상담을 실시하고 있다<표 2-11-33>. 이들 성병건강진단대상자의 등록건수는 2003년 156,444명에서, 2004년 129,309명, 2005년 105,447명, 2006년 117,242명, 2007년 96,662명으로 2004년 이후 매년 감소하고 있다<표 2-11-34>.

이와 더불어 검진 양성율도 2003년 1.67%, 2004년 1.56%, 2005년 1.32%, 2006년 1.09%에서 2007년 1.05%로 감소하였으나, 이것이 성병건강진단대상자 및 성병감염이 감소하였다는 의미로만 볼 수는 없을 듯하다. 이에 반해 감염인의 치료율은 2003년 82%, 2004년 80%, 2005년 83%, 2006년 85%, 2007년 84%로 매년 증가하였다<표 2-11-35>.

〈표 2-11-33〉 성병건강진단대상자 및 검진주기

관리구분	대 상	매독검사	그 밖의 성병검사 ²
성병정기 검진대상자	주로 다류를 조리·판매하는 영업의 여자종업원 ¹	1회/6월	1회/6월
	유흥접객원	1회/3월	1회/1월
	안마시술소	1회/3월	1회/3월
	기타성병매개우려자	1회/3월	1회/1주

주) 1. 식품위생법시행령 개정, 기존의 다방의 여자 종업원을 의미함.

2. 그 밖의 성병검사 중 기타성병매개우려자의 경우 클라미디아감염증검사는 1회/3주로 함.

〈표 2-11-34〉 성병건강진단대상자의 업종별 등록인원

구 분	2002	2003	2004	2005	2006	2007§
주로 다류를 조리·판매하는 영업의 여자종업원	27,390	26,298	23,919	18,581	15,364	12,515
유흥접객원	116,179	122,308	101,046	83,666	98,874	81,720
안마시술소	1,857	1,916	1,712	1,380	1,090	826
기타성병매개우려자	5,334	5,922	2,632	1,820	1,914	1,601
전 체	150,760	156,444	129,309	105,447	117,242	96,662

§ : 2007년 통계는 잠정통계임

〈표 2-11-35〉 성병건강진단대상자 검진실적 및 치료율

구 분	2002	2003	2004	2005	2006	2007§
등록자(명)	150,760	156,444	129,309	105,447	117,242	96,662
검진자(건)	2,526,068	2,647,320	2,506,714	1,740,546	1,598,582	1,423,042
감염자(건)	44,585	44,261	39,096	23,009	17,357	14,985
치료자(건)	35,547	36,169	31,273	19,054	14,763	12,656
치료율(%)	79.73	81.72	79.99	82.81	85.06	84.46
양성률(%)	1.76	1.67	1.56	1.32	1.09	1.05

§ : 2007년 통계는 잠정통계임

(2) 성병예방 및 검진활성화를 위한 교육 및 홍보

(가) 대국민교육홍보

직·간접 홍보매체를 통해 성병에 관한 올바른 지식보급을 위해 홍보용 VTR 테이프, 슬라이드, 책자 및 각종 팸플릿을 제작하여 사업장 근로청소년층, 군인, 전투경찰 및 위생업소 종사자 등에게 배포하는 등의 지속적인 홍보활동을 실시하고 있다.

(나) 성병건강진단대상자 교육 및 홍보

성병건강진단대상자의 성병 및 에이즈 예방을 위하여 정부는 전국 시·도 및 보건소, 에이즈 관련 민간단체와 협력하여 각 지역별 현장 캠페인 활동을 전개하고, 이들을 대상으로 2007년 175만개의 무료콘돔보급사업을 추진하였다. 성병건강진단대상자는 일반 공중과 달리 교육과 홍보의 접근성이 고려될 필요가 있기 때문에 동업자 단체 등 실제 업소의 업주로 구성된 운영회의를 실시하는 등 지역별 네트워크를 구축하여 홍보활동의 실효성을 높였다. 또한 동업자 단체(한국 유흥음식업중앙회, 한국단란주점중앙회, 한터연합회 등)에서 주최하는 정기 보수교육 및 현장 방문교육을 통해 성병과 에이즈에 대한 예방교육을 2007년 504회를 실시하였다.

(다) 노인대상 교육 및 홍보

노인의 성병예방을 위해 2007년부터 노인대상 성병 및 에이즈 예방 교육·홍보사업을 정부와 에이즈 관련 민간단체, 전국 시·도 및 보건소 등이 협력하여 사업을 추진하였다. 2007년 전국 노인대상 특성에 맞는 교육 자료를 제작(스케치북형 교육자료 200부, 판넬 10개 등)하여 전국 노인복지관, 사회복지관, 노인대학 등을 통하여 7,369명(93회)을 교육하였으며, 지역별 무료 검진 캠페인 등 효과적인 예방활동을 전개하기 위하여 권역별 사업추진단 회의를 구성하여 지역 네트워크를 구축하였다. 아울러 전국적으로 노인이 많이 집결하는 공원 등에서 홍보 캠페인(19회)을 전개하여 14,446명의 노인을 대상으로 성병 및 에이즈에 대한 예방방법과 검진유도를 위한 캠페인을 실시하였다.

다. 향후 추진계획

정부는 감염취약계층에 대한 성병정기건강검진과 성병·에이즈 예방홍보를 확대 강화하는 한편, 자발적인 검진유도를 위한 홍보 캠페인을 활발하게 전개할 예정이다. 아울러 고 위험 그룹뿐 만아니라 성 활동기에 있는 모든 국민을 대상으로 성병예방 교육·홍보를 위한 방안 모색 등 성병으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 대책을 모색해 나갈 계획이다.

VI 한센병 관리

1. 한센사업 개요

한센병에 대한 기원은 여러 가지가 있으며 그 중 인도(BC2000)에서 Kushtha와 중국에서는 려자(癰者:BC2697)라는 단어로 기원전부터 기록되어 있는데 이를 한센병이라고 하고 유럽에서는 2세기 이전부터 기록이 남아있다.

국내 문헌상으로 고려조 고종 때(1214년~1259년) 간행된 악창(惡瘡)과 조선조 고종때 완성된 향약집성방에 나오는 대풍나(大風癩)가 한센병으로 해석되고 있다.

1907년에 나예방법을 제정하여 국가사업으로 「한센병사업」을 시작하였으며 조선총독부에서 1916년에 소록도 자혜원을 설치하여 100명의 환자를 수용하기 시작했다. 그러나 이러한 수용보다는 1961년 이후 우리나라 실정에 맞는 정착촌을 만들어 자립자활하는 터전을 마련하였다.

국가 한센사업은 한센병 환자를 조기에 발견·치료함으로써 질환의 전파를 방지하고 질환에 의한 장애를 예방함과 더불어 한센 병력자의 재활치료를 돕고 생계를 지원함으로써 사회활동을 보호하는 데 목적이 있다.

이를 위하여 정부에서는 지방자치단체를 통해 한센생활시설 등에 운영비 및 생계비 지원, 한센정착농원에 대한 간이양로시설 신(개)축 및 운영비를 지원하고, 또한 민간단체를 통한 이동진료반 운영, 정착농원관리 및 복지지원 사업을 펼치고 있다. 이러한 정부의 효과적인 한센병관리 시책과 지방자치단체의 적극적인 참여 및 지원, 일선 한센병관리종사자들의 헌신적인 사업 참여로 우리나라는 질병퇴치수준 유지라는 큰 성과를 얻게 되었다.

2. 2007년도 사업실적

가. 효율적인 한센병관리사업을 통한 예방 및 치료효과 제고

전국 251개 보건소와 17개 외래진료소 및 20개 한센이동진료반이 환자가족, 접촉자 및 일반주민 등 707천명에 대한 검진을 실시하여 56명이 신규서비스 대상자로 선정되었고 그 중 신환자는 12명이었다.

이동진료를 담당하고 있는 한센병 전문진료 기관을 주축으로 진료를 실시하고 있으며, 1989년도 부터 한국한센복지협회 본부를 한센사업자료실로 정하여 서비스대상자 선정업무를 전산화하여 관리하고 있다. 전국 한센사업대상자 14,684명을 대상으로 병형별 복합나화학 요법에 의한 철저한 투약관리로 조기 음성화하고, 환자의 추구관리로 재발이나 약제 내성을 예방하여 왔다.

2006년도 274명(양성률 1.8%)에서, 2007년도 363명(양성률 2.5%)으로 소폭 증가하였으나 여전히 퇴치수준 이하를 유지 중에 있다. 연령별 한센사업대상자(한센병환자 및 한센병력자) 현황은 다음 표와 같다.

〈표 2-11-36〉 연령별 한센사업대상자 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 명)

구 분	계	0~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60세이상
한센사업대상자수	14,684	2	12	121	751	2,422	11,376
구 성 비	100%	0.01%	0.08%	0.82%	5.11%	16.49%	77.5%

※ 주 : 한센사업대상자 중 남자 8,035(54.7%)명, 여자 6,649(45.3%)명임

나. 한센인의 삶의 질 향상을 위한 복지증진

한센장애인을 위하여 6개 시설에 691명을 수용·보호하고 있으며 89개 한센정착농원에 거주하는 무의무탁한 한센인에게 1,760명에게 영양급식비, 보호자 인건비 등을 지원하고 이들이 생활하고 있는 간이양로시설 신축을 4개소 지원하였다. 또한, 정착농원 및 재가에서 생활하고 있는 생활이 어려우나 기초수급대상자로 선정되기 어려운 한센양로자(남60세, 여55세 이상) 894명에게 생계비를 지원하였다

다. 한센병재활지원을 통한 자립보호

한센인 중 신체적 결함으로 일상생활을 영위하는데 지장을 초래하고 있는 한센인의 기능 및 외관을 회복시켜 재활 및 자활능력을 배양하고 사회생활을 보장하여 한센병환자의 복지증진을 도모하였다.

2007년 재활수술비지원으로 정형외과 110명, 성형외과 140명, 안과 34명, 치과 151명을 지원하였고, 보장구지원으로는 의수족이 24명, 족지 58명, 보조기 124명, 특수화 81명, 보청기 5명과 족부궤양프로그램 100명을 지원하였다.

라. 한센인에 대한 편견과 차별을 위한 교육·홍보 강화

한센병관리자 및 일선 한센병관련 종사자들이 최신 한센병 전문지식과 기술을 습득하여 한센 사업대상자 및 신환자 발견사업에 보다 효율적으로 대처할 수 있도록 의사, 간호사, 시·도 담당자 등 전문 분야별 종사자에게 교육을 실시하였다.

이를 바탕으로 정부의 한센병관리 정책에 대한 이해를 증진시키고, 한센병 관련 유관기관과의 유대강화 및 상호협조체계를 강화하였다. 또한 (사)한국한센복지협회, (사)한빛복지협회에서 발간하고 있는 “복지”, “한빛”지를 통해 한센정책과 편견차별 해소를 위한 내용을 지속적으로 홍보하고 있다.

3. 2008년도 한센병 관리사업 추진계획

가. 신환자 발견을 위한 검진활동 지속실시

한센병환자를 조기에 발견하여 적절하게 치료함으로써 한센병의 전파방지 및 장애를 예방하기 위하여 21개 한센이동진료반을 통한 환자가족, 접촉자 및 일반주민에 대한 검진을 강화해 나가겠다. 더욱이 유병률이 높은 지역에 대한 검진 강화 및 전염원과 접촉한 일반인에 대하여 정밀검진을 지속적으로 실시하며, 현재 신규환자가 한센병정도가 진행이 많이 된 상태에서 발견되는 문제가 있어 환자발견을 신속·정확하게 하기 위한 방안을 강구할 계획이다.

2008년도 한센병 예방과 검진사업의 목표는 <표 2-11-37> 과 같이 전문진료기관과 한센 이동진료반을 통한 신환자 발견사업 748,908명을 계획하고 있으며 이동진료반은 각 해당 시·도 보건소와 협의하여 정기방문 검진 및 재활관리 등 통합진료를 수행할 계획이다.

〈표 2-11-37〉 2008년도 한센병 관리 주요사업 목표

(2007.12.31 기준, 단위 : 명)

사 업 명	목 표	비 고
신환자발견사업	748,908명	한센병 환자 조기발견사업
한센사업대상자지원	14,684명	보건소 및 한센전문진료기관
한센장애인등 입원보호	694명	6개 입원보호시설
한센양로자 생계지원	1,000명	89개 정착농원 및 재가자

나. 한센인에 대한 재활 및 복지사업 지원 강화

정부에서는 한센인들의 재활 및 원활한 사회활동을 지원하기 위한 수술사업의 활성화 및 한센시설의 보호수준을 향상시키고자 한센병전문진료기관의 재활수술 및 물리요법을 통한 신체기능회복 등 한센병력자들의 재활사업을 지원하고, 아울러 보장구사업을 확대 지원하여 사회활동을 보장해 나갈 예정이다.

또한 노후된 한센생활시설에 대한 기능을 보강 완료하여 한센인에게 안전하고 편리한 주거 시설을 제공하고 불편한 주거공간을 해소하여 편안한 여생을 보낼 수 있도록 복지수준을 향상시킬 계획이다. 또한 한센인 사회복지센터의 개설로 한센인 맞춤형서비스로 단 · 장기요양프로그램을 제공하여 한센인의 보건 · 복지욕구를 충족시키고자 한다.

2007년말 기준으로 국내 한센인의 현황을 살펴보면, 국립시설 및 민간생활시설에 1,335명 보호 · 치료를 받고 있고, 정착촌에 5,137명이 생활하고 있다. 정부에서는 이들 고령 · 장애의 한센인을 지원하고 있는 한센생활시설 등에 장애 및 노인등 여타시설과의 형평성을 고려하여 지원수준을 점차 향상시키고, 한센병력자들에 대한 외관회복을 위한 재활수술 및 보장구 지원 사업과 더불어 보청기, 족부궤양 · 신경손상예방사업 지원 등을 통하여 사회활동의 보장을 확대 강화하며, 생계비 지원을 확대하여 많은 한센인들에게 혜택을 줄 수 있도록 사업 확대를 위해 노력할 예정이다.

다. 한센병에 대한 교육 · 홍보 및 연구사업 강화

정부에서는 민간단체 및 전문가를 활용하여 대 국민 홍보활동을 강화하여 한센병에 대한 그릇된 인식을 개선해 나가고, 민간단체 등의 간행물을 통하여 한센인들의 정기진찰 및 의사의 처방에 따른 규칙적인 복약지도와 신체장애 예방 등 건강관리 교육을 지속적으로 추진해 나갈 계획이다. 또한 (사)한빛복지협회를 이용한 「전국 한센가족의 날」 행사를 개최로 일반인들이 함께 참여하는 프로그램을 계획하는 등 한센인들의 긍지와 사회활동을 보장하고, 사회적 편견과 차별을 해소하는 계기마련에 주력할 예정이다.

조기에 한센병을 퇴치하기 위해서 (사)한국한센복지협회를 통하여 기초 · 임상 등에 대한 연구 사업 및 전문기술 인력에 대한 교육을 강화하고, 한센병연구소를 통한 전문적인 연구사업을 지속적으로 추진해 나갈 계획이다.

Ⅶ 검역 관리

1. 검역의 개요

가. 검역의 목적

국내 또는 국외로 전염병이 전염되는 것을 방지하기 위하여 우리나라에 들어오거나 우리나라에서 출발하는 선박·항공기·열차·자동차 등 운송수단과 그 승객·승무원 및 화물에 대하여 검역을 실시함으로써 국외발생전염병의 국내유입을 사전에 예방하기 위함이다.

나. 검역대상 전염병

검역전염병으로는 “콜레라·페스트·황열”과 검역법 제2조에서 규정한 「전염병예방법」에 의한 「제4군전염병 및 생물테러전염병으로서 보건복지부장관이 긴급 검역조치가 필요하다고 인정하는 전염병」인 “중증급성호흡기증후군(SARS)” 4종이 지정되어 있다.

다. 국립검역소현황

국립검역소는 전국 공·항만에 13개 검역소 및 11개 검역지소가 설치되어 있다.

〈표 2-11-38〉 전국 검역소 현황

(2007.12.31 현재)

구 분	계	인천공항	부산	인천	군산	목포	여수	마산	김해	통영	울산	포항	동해	제주	
검역소	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
지 소	11	1	1	1	1	-	1	-	-	2	-	1	2	1	
인 원	331	71	49	31	20	14	23	12	15	20	22	16	25	13	
검역구역	51	인천공항, 김포공항, 청주공항, 서울공항, 도라산	부산항, 수영만, 감천항, 다대포항, 신항	인천항, 평택항, 당진항	군산항, 장항항, 보령항, 대산항, 태안항, 당진항	광주공항, 목포항, 완도항	여수항, 광양항, 하동항	마산항, 진해항	김해공항	통영항, 삼천포항, 옥포항, 장승포항, 고현항	울산항, 온산항, 방어진항, 미포항	대구공항, 포항항	양양공항, 삼척항, 동해항, 묵호항, 옥계항, 속초항, 고성	제주공항, 제주항, 서귀포항, 화순항, 성산포항	
검역실적	항공기	127,332	108,221	-	-	-	677	-	-	10,725	6	1	1,615	9	6,079
	선박	72,118	-	25,188	16,215	3,328	1,730	7,117	1,591	-	2,498	8,629	3,172	2,138	512
	차량	89,597	69,581	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,016	-

라. 국립검역소의 주요업무

(1) 검역

검역은 선박·항공기 등 운송수단의 위생상태를 점검하고 승무원·승객에 대한 건강상태를 조사하며, 적재화물 및 식수에 대한 전염병원균 오염여부 및 운송수단내의 위생해충의 서식여부, 위생상태 등을 조사한다.

(2) 검역구역내 보건위생관리

검역구역내에는 살충·살균 등 방역·소독조치와 해수·하수·갯벌 등에 대한 전염성 병원균 분포상태조사, 쥐 포획을 통한 페스트 매개체조사, 장출혈성 대장균 O-157 실험실 감시, 어패류 및 식품 취급업자에게 위생지도·계몽 등을 실시하고 있다.

(3) 예방접종

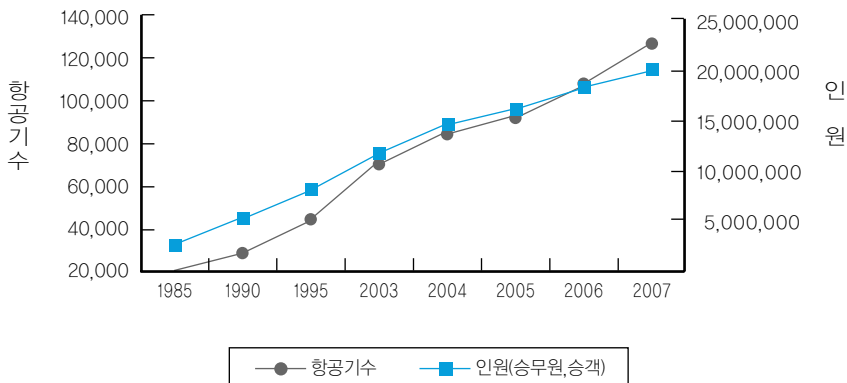
검역소에서는 해외여행객을 대상으로 콜레라·항열에 대한 예방접종 실시 및 국제공인예방접종증명서를 발급하고 있다.

마. 검역실적

(1) 항공기검역

항공기 검역실적은 1985년도 검역대상 항공기가 13,907대, 승무원 및 승객수가 2,382,410명이던 것이 매년 지속적으로 증가하여 2007년도에는 항공기 127,332대, 승무원 및 승객 20,162,298명으로 그 수가 꾸준히 증가하고 있다.

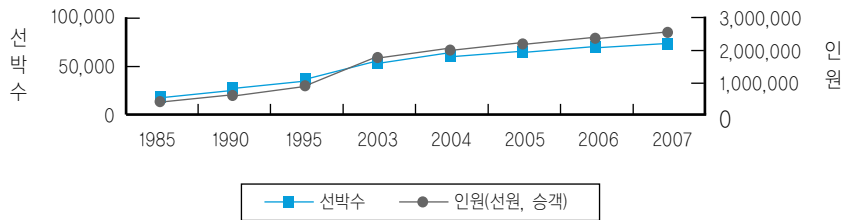
[그림 2-11-3] 항공기 검역현황



(2) 선박검역

선박 검역실적은 1985년도 선박 15,907척, 선원 및 승객 367,900명인 것에 비해 2007년도에는 선박 72,118척, 선원 및 승객 2,563,046명으로 선박은 약5배, 인원은 약 7배 정도 증가하였다.

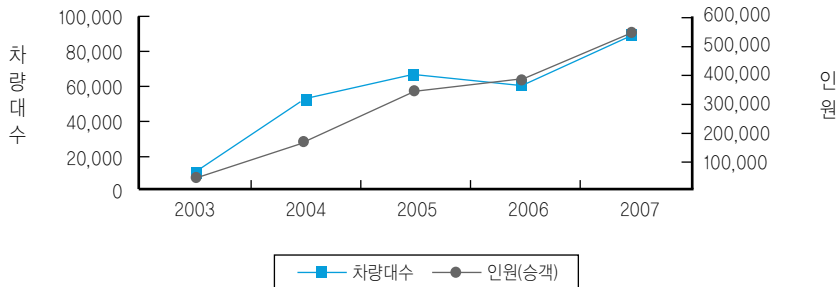
[그림 2-11-4] 선박 검역현황



(3) 육로검역

육로검역은 2003년부터 금강산 관광지역인 강원도 고성과 개성공단 출입지역인 경기도 도라산 2곳에서 실시되고 있으며, 2007년도 검역실적은 차량이 89,597대, 인원은 532,610명이다.

[그림 2-11-5] 육로 검역현황



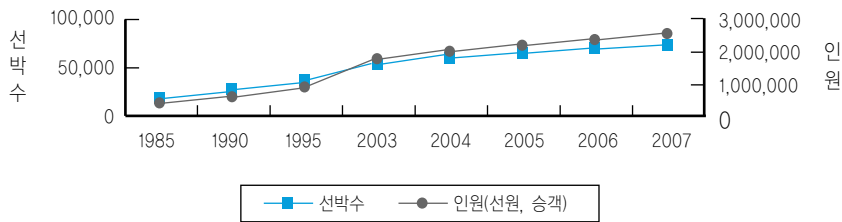
사. 예방접종 실적

각 검역소에서는 해외 여행객을 대상으로 콜레라 및 황열에 대한 예방접종을 실시하고 있는데 예방접종 수수료는 콜레라가 2,500원(1회), 황열은 15,000원(1회), 국제공인예방접종증명서가 1,000원이다.

콜레라는 1995년도 12,621명에서 2007년도 4,382명으로 점차 감소추세를 나타내고 있는데, 그 이유는 콜레라 예방접종 효과(30~40%)가 낮아서 1990년대 초부터 세계보건기구(WHO)에서

권장하지 않기 때문으로 보이며, 반면 황열은 1995년도 4,000명에서 17,981명으로 지속적으로 증가 추세를 나타내고 있는데 이는 황열 발생지역의 확대와 동 지역으로의 해외 여행객 증가에 따른 것으로 보인다.

[그림 2-11-6] 예방접종 현황



2. 주요업무 추진계획

가. 검역지소 신설 및 인력보강

원만한 검역업무 수행을 위하여 국제공항으로 개항(07. 12월)한 무안공항에 검역지소 신설을 추진하는 한편, 게이트가 증설되는 인천공항, 김해공항 및 검역물량 증대로 인력이 부족한 검역소에 적정 인력보강을 추진하고 있다.

나. 검역장비 현대화

글로벌시대로 증가하는 검역물량과 지구환경변화에 따라 새롭게 발생한 사스, 조류인플루엔자 등의 신종전염병 검역을 효율적으로 수행하게 하기 위하여 2010년까지 적외선 열감지카메라 등 최신 검역장비를 매년 10대이상 확대 보급할 계획이다.

다. 검역전산망의 안정적 운영

민원서비스 향상을 위해 EDI 모니터링 및 네트워크 장애를 신속히 처리하고, 검사 자동화를 위하여 바코드시스템 처리 장비의 보강은 계속 추진할 것이다.

선박·항공기 대리점에서 운송수단의 입·출항 신고, 승객 및 승무원 명부제출 등을 「검역전산망」 전산시스템으로 처리하고 있고, 전염병(의심)환자 보고 등 검역행정업무도 동 시스템을 통하여 실시하고 있어 시스템 안정화는 계속 요구되고 있다.

그러나 선박위생관리증명서 등 세계보건기구 국제보건규칙(WHO, IHR2005)의 개정에 따른 서식변경이 추가되어야 하고, 검역·검사 등의 실적통계가 자동으로 산출될 수 있는 시스템으로 변경이 불가피하여 이를 개선하고자 새로운 시스템개발을 추진하여 전산시스템을 통한 안정적인 업무운영을 지속적으로 도모하고자 한다.

라. 해외발생전염병의 정보수집 및 제공

해외발생전염병의 국내유입을 방지하고 우리나라 국민의 즐겁고 안전한 해외여행을 위하여 매일 WHO 질병유행정보, 미국 CDC 정보 등 외국의 전염병정보망을 검색하여 전염병 발생상황을 분석한 후, 수집된 정보를 질병관리본부 홈페이지(<http://cdc.go.kr>), 해외여행질병정보센터(<http://travelinfo.cdc.go.kr>) 등에 게재함과 아울러 필요시 보도자료 등을 배포하여 국가별 전염병발생 정보를 국민에게 지속적으로 홍보하는 한편, 전국 검역소 및 여행사·항공사 등을 통해 해외여행자에 대한 전염병 예방·홍보활동을 계속 실시할 것이다.

마. 검역구역내 전염병병원체매개체 조사

검역구역내의 해외유입병원체 및 쥐·벌레 등 위생해충의 서식여부를 조사하여 적절한 구제 조치 등을 통한 전파방지를 강구하기 위하여 '06년도부터 「검역구역내 전염병병원체매개체 조사사업」을 추진하고 있는 바, 2007년도에는 4월부터 10월까지 7개 항만검역소에서 시행하였으며, 2008년도에도 지속적으로 추진하며 향후에는 전국 검역소로 확대하여 실시할 예정이다.

제 4 절

공중위생 관리*

I 공중위생관리법 연혁

1. 공중위생법[제정 1986.5.10 법률 제3822호]

숙박업법 및 공중목욕장업법등 4개의 공중위생관계법률을 이 법에 흡수·통합하고, 자유업으로 되어 있는 세탁업등 3개의 공중위생관련영업을 이 법에 의한 신고대상업종으로 추가함으로써 공중이 이용하는 위생접객업 기타 위생관련영업의 관리·운영의 적정을 기하고, 아울러 공중위생과 관련되는 위생용품 및 백화점등 공중이용시설과 공동급수시설등 음용수 위생관리에 관한 사항을 규정하였다.

2. 공중위생법[일부개정 1989.3.31 법률 제4106호]

체육시설의설치·이용에 관한 법률의 일부개정에 따라 체육시설업은 등록·신고 체육시설업으로 구분하고, 체육시설업을 하고자 하는 자는 시설업의 종류별로 특별시장, 직할시장 또는 도지사에게 등록 또는 신고하도록 하였다.

3. 공중위생법[일부개정 1990.1.13 법률 제4217호]

이용업소에서의 퇴폐행위를 근절하기 위하여 이·미용업의 개설을 신고제에서 허가제로 전환할 수 있도록 하고, 공중이 이용하는 건축물등의 위생관리수준을 제고하기 위하여 공중이용시설의 소유자등에게 위생관리상태의 검사 의무를 강화하였다.

*집필자 : 생활위생과장 유수생

4. 공중위생법[일부개정 1991.3.8 법률 제4339호]

건전한 국민생활을 저해하는 과도한 사행심 유발을 방지하고 선량한 풍속을 유지하기 위하여 불법 사행행위 영업 등에 대한 벌칙을 강화하고 시행기구의 제조·판매 등에 대한 허가·관리 근거 등을 신설하는 내용의 사행행위 등 규제법의 개정에 따른 일부개정을 하였다.

5. 공중위생법[일부개정 1993.12.27 법률 4636호]

경제행정규제완화 계획의 일환으로 위생 접객업 등의 허가나 신고에 관한 규제를 완화하여 영업활동의 편의를 도모하고, 시·도에 수돗물의 안전성 진단 등을 담당할 안전성진단위원회를 설치·운영하도록 하였다.

일부 개정된 주요내용은 전문대학이상의 학교에서 이·미용에 관한 학과를 졸업한 자에게도 이·미용사의 면허취득자격을 인정하고 보건사회부장관이 권장하고 있는 수처리제 제조업에 대한 허가제를 등록제로 하여 시·도지사에게 이관하였다.

6. 공중위생법[일부개정 1994.8.3 법률 4781호]

정부의 수질관리일원화 방침의 일환으로 현행 수도법상 공업용수도사업 등 일부를 제외한 상수도 업무를 건설부에서 환경처로 이관하고, 이와 관련된 조항 및 일부 미비점을 수정·보완하였다.

7. 공중위생법[일부개정 1995.1.5 법률 4908호]

맑은 물 공급을 위한 정부의 수질관리 일원화 정책에 따라 식품위생법, 공중위생법 등에 분산되어 있는 음용수관련규정을 통합하여 단일법으로 제정함으로써 음용수로 인한 국민건강상의 위해를 예방하고 음용수의 합리적인 수질관리를 도모하기 위하여 환경부장관은 먹는 물에 관한 수질기준을 설정·보급하는 등 먹는 물의 수질관리를 위한 시책을 강구하도록 하였다.

8. 공중위생법[일부개정 1995.1.5 법률 4914호]

국민의 생활수준향상에 따라 급성전염병의 발생은 줄어들고 있으나 식생활변화·운동부족·흡연·음주 등으로 인하여 만성퇴행성질환이 증가하고 있어 보건정책의 방향을 종래의 치료중심의 소극적 방법에서 보건교육·영양개선·건강생활실천 등 사전 예방적 사업으로 전환하여 국민 건강증진을 도모하기 위한 국민건강증진법의 개정에 따른 일부개정이었다.

9. 공중위생법[일부개정 1995.12.29 법률 5100호]

숙박업 등 위생접객업을 허가제에서 신고제로 완화하여 영업활동의 편의를 도모하고 기타 현행규정의 운영상 나타난 일부 미비점을 개선·보완하였다.

10. 공중위생법[일부개정 1997.12.13 법률 5453호]

행정절차법이 1998. 1. 1일부터 시행됨에 따라 행정절차법과 개별 법령에 중복 규정되어 있는 행정절차관련규정을 삭제하고 개별 법령의 다양한 의견청취 유형을 행정절차법에 맞도록 정비하여 일정한 원칙과 규정에 따라 청문을 실시하는 처분을 명확히 개별 법령에 규정함으로써 행정절차법의 운영의 실효성을 확보하려는 것이 주목적이었다.

11. 공중위생법[일부개정 1999.1.21 법률 5654호]

관광산업의 경쟁력 강화를 위하여 불필요한 규제를 폐지하고 공중위생법에 의하여 보건복지부장관의 소관에 속하였던 유원시설업을 문화관광부장관의 소관으로 이관하며, 관광사업에 대한 문화관광부장관의 일부 권한을 시·도지사에게 이양하고 관광시설의 확충에 필요한 외자유치 등을 위하여 필요한 사항에 관한 규정을 관광진흥법 개정을 통하여 마련하였다.

12. 공중위생관리법[제정 1999.2.8 법률 5839호]

종전의 공중위생법은 공중위생과 관련된 각종 영업과 공중위생시설 뿐만 아니라 음란·퇴폐 등

선량한 풍속을 저해하는 행위까지를 규제대상에 포함시킴으로써 풍속에 관련된 다른 법률과 규제의 중복을 초래하였던 점을 시정·개선하기 위하여 진입규제 등 과도한 행정규제를 폐지 또는 완화하는 한편, 공중위생 관련 영업소의 위생관리에 관한 사항만을 규제대상으로 하여 풍속 또는 식품위생과 관련된 사항은 해당법률에서 규제하도록 하였다.

13. 공중위생관리법[일부개정 2000.1.12 법률 6155호]

위생교육 등에 관한 업무를 관계전문기관 등에 위탁할 수 있는 근거규정을 신설하였다.

14. 공중위생관리법[일부개정 2001.1.29 법률 6400호]

새천년의 요구에 맞는 경쟁력 있고 효율적인 정부를 구현하기 위하여 국가 핵심역량인 경제 정책 및 인적자원개발정책 분야의 총괄·조정기능을 수행할 부총리 2인을 신설하고, 여성의 사회참여 확대 및 권익신장을 도모하기 위하여 여성특별위원회를 여성부로 확대·개편하여 여성관련 기능을 강화하는 내용의 정부조직법을 일부 개정하였다.

15. 공중위생관리법[일부개정 2002.1.19 법률 6616호]

국가기술자격시험을 치르지 아니하고 자동으로 이용사 또는 미용사의 면허를 받을 수 있는 대상에 고등학교 또는 이와 동등의 학력이 있다고 교육인적자원부장관이 인정하는 학교에서 이용 또는 미용에 관한 학과를 졸업한 자를 추가하였다.

16. 공중위생관리법[일부개정 2002.8.26 법률 6726호]

현재 공중위생영업소가 통보제에 의하여 개설·관리됨에 따라 이들 영업소의 난립으로 업소간 무질서와 음란·퇴폐행위가 증가하여 국민보건위생에 심각한 위협이 되고 있는 바, 이에 대한 개선을 위하여 현행 공중위생영업소의 개설통보제를 신고제로 전환하고, 명예공중위생감시원 제도를 신설하였다.

17. 공중위생관리법[일부개정 2004.1.29 법률 7147호]

공중위생영업소에 대한 영업시간 제한 폐지에 따른 에너지 낭비·퇴폐영업 확산 등의 문제점을 개선하기 위하여 시·도지사도 하여금 공중위생영업소에 대한 영업시간을 제한할 수 있는 근거 규정을 마련하고, 현행법상 공중위생영업자중 신규개설자 및 행정처분자에 한하여 실시하고 있는 위생교육을 공중위생영업소에 종사하는 자를 대상으로 매년 실시하도록 하였다.

18. 공중위생관리법[일부개정 2005.3.31 법률 7455호]

신종업종인 찜질시설서비스 영업을 목욕장업으로 편입하여 이를 제도적으로 관리함으로써 찜질시설의 안전과 위생관리를 도모하는 한편, 공중위생영업자에 대하여 폐업신고의무를 부과함으로써 영업장에 대한 관리를 용이하게 하고, 이용사 또는 미용사에 대한 행정처분에 관한 사무를 시·도지사에서 시장·군수·구청장에게 이양하는 등 행정사무를 합리적으로 배분하였다.

19. 공중위생관리법[일부개정 2006.9.27 법률 제8003호]

공중위생영업자에 한하여 공중위생분야에 대한 업종별 위생교육을 받도록 하던 것을 공중위생영업자 중 영업에 직접 종사하지 아니하거나 2 이상의 장소에서 영업을 하려는 자는 종업원 중 공중위생에 관한 책임자를 지정하여 그 책임자로 하여금 위생교육을 받게 할 수 있도록 함으로써 위생교육의 실효성을 높였다.

20. 공중위생관리법[일부개정 2007.5.25 법률 제8488호]

공중위생영업자가 「성매매알선 등 행위의 처벌에 관한 법률」, 「풍속영업의 규제에 관한 법률」, 또는 「청소년보호법」을 위반하여 폐쇄명령을 받은 경우 2년이 경과하지 아니한 때에는 같은 종류의 영업을 할 수 없도록 하고, 1년이 경과하지 아니한 때에는 누구든지 그 폐쇄명령이 이루어진 영업장소에서 같은 종류의 영업을 할 수 없도록 함으로써 공중위생영업소에서의 성매매·음란 영업행위 등을 근절할 수 있도록 하였다.

21. 공중위생관리법[일부개정 2007.12.14 법률 제8689호]

「학점인정 등에 관한 법률」 제8조에 따라 대학 또는 전문대학을 졸업한 자와 동등 이상의 학력이 있는 것으로 인정되어 같은 법 제9조에 따라 이용 또는 미용에 관한 학위를 취득한 자로 인정하는 규정을 신설하였고 「정신보건법」 제3조제1호에 따른 정신질환자.

다만, 전문의가 이용사 또는 미용사로서 적합하다고 인정하는 사람은 면허 결격사유에서 제외하였다.

II 공중위생업소 현황

1. 공중위생 관리대상

공중위생관리대상은 공중위생관리법 제2조의 적용을 받는 공중위생영업과 공중이용시설이며, 같은 법 부칙 제3조의 적용을 받는 위생처리업, 위생용품 제조업으로 분류하여 관리한다.

- (1) 공중위생영업(6종) : 숙박업, 목욕장업, 이용업, 미용업, 세탁업, 위생관리용역업
- (2) 공중이용시설(6종) : 업무시설, 복합건축물, 공연장, 학원, 혼인예식장, 실내체육시설
- (3) 위생용품 제조업(2종) : 세척제, 기타위생용품
 - 세척제 : 야채, 과일, 식기류 또는 조리기구의 세척에 사용되는 세제
 - 기타 위생용품 : 일회용 물컵, 숟가락, 젓가락, 이쑤시개, 위생종이(냅킨, 물종이류)
- (4) 위생처리업 : 물수건 살균·소독 등의 방법으로 위생적인 처리를 하여 포장·공급하는 영업

2. 공중위생영업소 현황

전국의 공중위생영업소는 숙박업 31,913개소, 목욕장업 9,146개소, 이용업 24,308개소, 미용업 81,781개소 등, 총 18만9천여 업소에 달한다.

〈표 2-11-39〉 공중위생영업소 현황

(2007. 12월 현재)

영 업 종 류	개 소	영 업 종 류	개 소
숙 박 업	31,913	위 생 관 리 용 역 업	7,401
목 욕 장 업	9,146	위 생 처 리 업	465
이 용 업	24,308	세 척 제 제 조 업	234
미 용 업	81,781	기 타 위 생 용 품 제 조 업	379
세 탁 업	33,650	총 계	189,277

2006년 12월과 비교하여, 전국의 공중위생영업소는 총 1,750개소가 감소하였다. 숙박업은 745개소, 목욕장업 169개소, 이용업 1,258개소, 세탁업 489개소가 감소한데 비해 미용업은 196개소, 위생관리용역업은 720개소가 늘어난 것으로 나타났다.

〈표 2-11-40〉 2006년 대비 공중위생영업소 증감현황

(2007. 12월 현재)

영 업 종 류	개 소	영 업 종 류	개 소
숙 박 업	△745	위 생 관 리 용 역 업	720
목 욕 장 업	△169	위 생 처 리 업	15
이 용 업	△1,258	세 척 제 제 조 업	16
미 용 업	196	기 타 위 생 용 품 제 조 업	△36
세 탁 업	△489	총 계	△1,750

III 공중위생영업에 대한 관리·운영

1. 공중위생영업에 대한 관리·운영 현황

가. 미용사 업무범위 전문·세분화 - 미용(일반), 미용(피부)

미용사 면허로 머리·피부미용·얼굴의 손질 및 화장·손톱의 손질 및 화장 등 미용의 모든 서비스를 제공할 수 있으나, 최근 사회 각 분야의 전문화 추세, 미용산업의 발전 및 선진 외국의

분리 경향 등을 이유로 미용사의 업무범위를 세분화하여 줄 것을 요구하여 미용의 업무 중에서 피부미용에 대한 업무 및 자격을 분리하여 합법적인 영업이 가능하도록 관계법령을 개정하였다.(‘07.4)

또한 전문가 및 관련단체의 의견수렴을 통해 헤어 미용 위주로 되어 있는 미용업의 시설 및 설비 기준을 피부미용에 적용할 수 있도록 관련 법령 개정을 추진중이며 피부미용실 내 기기 사용 방안을 마련하였다.

나. 위생용품 규격기준 고시 개정

「위생용품의 규격 및 기준」 고시 개정을 통해 학교 및 단체급식업소 등에서 식기·조리기구 등을 씻는데 사용되는 자동식기세척기용 세척제의 사용범위를 개정하여 안전하고 위생적으로 관리하는 한편, 위생용품의 규격 및 기준에 있어 일부 시험방법 및 제조기준에 대해 운영상 나타난 미비점을 개선·보완하였다. 현행 301종의 세척제 원료성분 중 이중으로 등록된 8종을 삭제하고, 신종성분 28종 추가하고, 또한 세척제의 성분규격 중 3종인 “자동식기세척기용 또는 산업용식기류세척제”에 대하여 2종으로 사용 용도를 변경하며, 행균 과정 중에 각종 식기류 등에 남아 있는 잔류물질 제거 및 건조촉진 등 보조적 역할을 하는 행균보조제의 원료성분 47종에 대한 목록 및 행균보조제의 제조·사용기준 등을 신설하였다.

다. 세탁용제 회수건조기 설치관련 조치

세탁소에서 배출하는 VOCs(휘발성유기화합물)의 인체 및 환경 유해성이 지적되어, 석유계용제 세제를 사용하는 경우 회수건조기가 부착된 세탁용 기계를 사용하도록 2005.11.1 공중위생 관리법 시행규칙이 개정되어 1년 경과후인 2006.11.2 시행하도록 하였다. 세탁용제 회수건조기의 안전관리를 위하여 시중에서 판매되는 회수건조기에 대한 표준검사를 실시하고, 국가 안전 표준 마련을 지식경제부 기술표준원에 요청할 예정이다. 그리고 관련 안전기준 마련 전까지 정부 공인 연구기관의 성능검사를 필한 제품의 설치를 권장하였다.

라. 전통 숯가마 운영에 대한 관리대책 마련

최근 웰빙 건강문화의 분위기에 편승, 숯을 제조·생산한 후 남은 열기를 이용하여 유사 찜질 시설 서비스 영업을 하는 전통 숯가마 업소 및 이용객의 수가 증가 추세이다. 유사 찜질시설 서비스 영업을 하고 있는 전통 숯가마의 운영규모, 시설설비 등에 대한 전국적인 실태조사 및

관계자들의 의견수렴을 거쳐 전통 솥가마를 공중위생관리법령상 목욕장업에 포함·관리할 필요성 여부 등에 대하여 검토한 결과, 목욕장업과 유사하게 시설물 등을 설치한 솥가마에 대하여는 공중위생관리법상 목욕장업으로 신고관리(총 214개소 중 27개소)하도록 하고, 기타 농업인의 농외소득 증대차원에서 수년간 솥가마영업을 하여온 업소에 대해서는 자유업종으로 존치하도록 하는 한편 이용객 화재 및 안전사고 가능성을 감안하여 소방 등 관련부서와 협의하여 관리하도록 하였다.

2. 공중위생영업에 대한 관리·운영 계획

가. 공중위생서비스 평가 도구 개발 및 평가 실시

공중위생관리법 및 동법 시행규칙에 시·도지사가 위생서비스 평가계획을 수립하고 시장·군수·구청장이 2년 주기로 평가하며, 보건복지가족부장관이 고시하는 바에 따라 실시하도록 하고 있으나, 통일된 평가기준, 책임시행기관, 훈련된 인력 등이 부재하여 지방자치단체에서 실시하지 않고 있어, 전문연구용역 결과 및 관계자 의견수렴을 통해 현실적인 평가기준 및 방법을 마련하고 공중위생영업소의 위생서비스 수준을 평가할 계획이다.

나. 합리적 공중위생관리를 위한 제도 개선

행정처분의 면탈수단으로 악용되는 것을 방지하기 위해 영업정지에 갈음한 과징금을 기한 내에 납부하지 않는 경우 과징금부과처분을 철회하고 업무정지처분영업정지로 환원할 수 있는 근거 마련 및 공중위생영업자가 무단 폐업한 경우 대부분 영업부진 등의 사유로 폐업하여 과태료 부과와 실효성이 없어 행정력 낭비되고 있어 과태료 규정 삭제 및 행정청의 직권폐업규정을 신설하고, 공중위생관리법에 명시된 이용사 및 미용사의 면허 취소·정지 사유 외에 보건복지가족부령으로 정한 면허 취소·정지의 세부적 기준을 공중위생관리법 상에 명시함으로써 공무원의 재량행위를 투명화하는 등 그간 운영상 불합리한 제도를 개선할 계획이다.

다. 공중위생서비스 수준향상을 위한 공중위생영업자 및 대국민 홍보

공중위생 서비스 분야에 해외 유명업체 진출이 급속도로 증가하고 있으나, 우리나라는 공중위생에 관한 낮은 사회적 인식과 관심부족으로 시대적 변화를 수용하지 못하고 있어서 불법, 부당한 행위 등으로부터 국민의 건강을 보호하고 시장경제질서를 바로잡아 국민의 피해를 최소화하기 위한 공중위생영업자 및 대국민 대상 위생서비스 수준 향상 홍보사업을 시행할 계획이다.

라. 이·미용교육제도 개선방안 마련

이·미용사 면허제도 중 무시험으로 이·미용사 면허가 교부되는 이·미용관련학과 졸업자의 자질 등 현행 이·미용교육제도의 문제점이 빈번히 제기되고 있다. 이에 이·미용관련 산·학·연·관 전문가로 구성된 제도개선위원회를 구성·운영하여 이·미용교육제도의 문제점 분석 및 개선방안을 도출하고 관계자 의견 수렴을 통해 이·미용교육제도 개선방안을 검토하였으며, 면허 인정을 위한 이·미용 관련 학과의 교과목 정의, 이수시간 등을 마련할 계획이다.

마. 뷰티산업 육성

건강추구 및 미용에 대한 국민관심 고조에 따라 헤어, 피부, 네일아트, 메이크업 등 뷰티산업이 성장 발전하고 있는 상황에서 국내·외 뷰티시장 산업 정보, 관광과 연계하여 관련 산업을 육성하는 등 아이템 개발 등이 미흡한 편이다. 이에 따라 네일아트 및 메이크업 등 업종 개발을 위한 연구와 국제대회 지원, 관련 제도 및 법령 개정 등 다양한 지원방안을 검토할 계획이다.

제 5 절

만성·퇴행성 질환(고혈압 등) 관리*

I 개 요

최근 우리나라의 질병 발생 양상을 보면 주거환경과 영양상태의 개선, 치료방법의 발전 등으로 인하여 감염성 질환에 의한 사망률이 뚜렷이 감소되고 있는 반면 만성질환에 의한 사망률은 급격히 증가하고 있는 추세이다. 2006년 사망원인 분석결과를 보면 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨병, 고혈압성 질환으로 인한 사망이 전체 사망자 수의 27.3%이며, 암이 27.0%를 차지하고 있는 등 만성질환이 계속 증가하고 있다.

이러한 추세는 앞으로도 인구구조의 노령화, 생활습관의 변화, 높은 흡연을 증가 및 육체적 활동의 감소 등으로 더욱 심화될 것으로 전망된다. 따라서 이들 질병으로 인한 사회·경제적 피해를 최소화하고 국민의 건강수명을 연장시키기 위해서는 만성질환의 사전예방 및 관리사업을 더욱 강화하는데 중점을 두어야 한다.

만성질환의 올바른 국가적 정책 수립, 관리 및 사후 평가와 개선을 위해서는 질환의 특성 및 현황을 꾸준히 파악하는 것이 가장 시급한 과제이다. 이를 위해 국가, 광역자치단체, 지역사회, 치료단위별로 적절한 통계를 생산하고 꾸준히 점검하는 노력이 필요하다.

국가적인 만성질환관리의 기본방향은 치료보다 예방 중심이어야 한다. 따라서 만성질환의 발생률과 유병률을 감소시키기 위한 교육·홍보사업을 강화하고 주요 만성질환에 대한 조기검진 및 치료체계를 확립하며, 취약계층에 대한 의료서비스 제공 등의 정책을 최우선적으로 추진해 나갈 계획이다.

*집필자 : 질병정책과장 정은경

II 만성질환의 특성 및 현황

1. 만성질환의 특성

만성질환에 대한 관리를 위해서는 그 특성에 대한 올바른 이해가 필수적이다. 만성질환은 다음 열거한 특성 중 한개 이상의 특성을 갖고 있는 손상이나 질병을 뜻하는 것으로 정의할 수 있다.

- ① 일단 발생하면 3개월 이상 오랜 기간의 경과를 취한다.
- ② 호전과 악화를 반복하면서 결국 나빠지는 방향으로 진행된다. 악화가 거듭될 때마다 병리적 변화는 커지고 생리적 상태로의 복귀 가능성은 적어진다.
- ③ 연령증가와 비례하여 유병률이 증가한다.
- ④ 이 질환군에 속하는 대부분의 질환들은 감염성 병원체가 알려진 결핵, 백혈병 등 몇몇 질환군을 제외하면 역학적 연구에 의해 수개씩의 위험요인은 파악되었으나 원인이 명확하게 알려진 것은 드물다.

만성질환은 영속성, 불구상태, 회복 불가능한 병리적 병변, 재활을 위한 특별한 훈련의 필요, 장기간의 보호·감시 및 치료의 필요 등의 속성이 있다. 만성질환을 성인병, 인조병(人造病 Man-Made Disease) 또는 생활습관병(Life-Style Related Disease) 이라고도 하고, 전염성 질환에 반대되는 말로 비전염성 질환이라는 말을 쓰기도 한다. 암 역시 만성질환으로 분류하나 암에 대한 내용은 별도의 장에서 언급할 것이다.

현대 사회에서 감염성 질환이 전반적으로 감소하고 있는데 비하여 만성질환은 지속적으로 증가하고 있다. 만성질환이 증가하고 있는 이유는 대략 4가지를 들고 있다. ① 평균수명의 증가, ② 생활양식의 변화, ③ 산업기술의 발달로 건강에 대한 위해 요소의 증가, ④ 진단기술의 발전이다. 고령화 되어가는 고도 산업사회의 도시중심 생활환경 가운데서 늘어가고 있는 공해 및 식생활의 가공식품화와 함께 만연하고 있는 스트레스와 운동부족과 같은 각자의 생활습관에 그 원인이 있다는 것이다. 특히 서구가 200년에 걸쳐 전염병의 감소와 만성질환의 증가를 경험했다면 우리는 약 50년 정도의 매우 짧은 시간에 이러한 질병발생의 변천을 겪고 있다.

만성질환은 자각증상이 없이 진행되어 질환의 조기발견이 어렵고, 의료기관을 찾았을 때에는 대부분 치료효과를 기대할 수 없는 단계에 이르는 특성이 있으므로 예방이 무엇보다도 중요하다.

특히 만성질환 중 심뇌혈관질환은 치명적인 사망을 초래하면서 동시에 장기간의 장애를 가져와 국민적 부담이 매우 크다. 반면 주요 위험요인을 제거 또는 감소시킴으로써 실질적인 예방을 할 수 있어 정책적으로 중요한 만성질환이라고 할 수 있다.

2. 만성질환의 현황

우리나라의 만성질환의 현황을 알기 위하여 활용할 수 있는 자료로 가장 대표적인 것은 사망 원인 통계에 의한 사망률과 국민건강영양조사의 유병률 자료이다. 사망률은 많은 제한점이 있기는 하나 질병의 발생정도와 심각성을 동시에 나타내 줄 수 있어 국가적으로 매우 중요한 통계이다. 유병률 또한 국가와 사회가 부담하는 정도를 나타내는데 있어 기본적인 자료이다. 발생률 자료 역시 질병의 현황을 파악하는데 있어 매우 중요하나 이를 위해서는 대규모 인구집단을 대상으로 하는 장기적인 역학조사가 필요한 반면 국내에서는 아직 우리나라를 대표할 만한 만성질환의 발생률이 아직 생산되지 않고 있다.

다음은 주요 만성질환에 대한 사망률과 유병률 현황이다.

가. 뇌졸중 현황

뇌졸중 조사사망률(2006년)은 인구10만명당 61.4명으로 30,036명이 사망하였다. 30세 이상의 뇌졸중 유병률은 전체 1.79%, 남자 1.86%, 여자 1.73%였으며, 남자는 70세 이상에서 유병률이 가장 높았고, 여자는 60~67대에서 가장 높았다.

〈표 2-11-41〉 성별·연령별 뇌졸중 연간 의사진단 유병률¹⁾

구 분	남 (인구1,000명당)	여 (인구1,000명당)	계 (인구1,000명당)
전체(30세이상)	1.86	1.76	1.79
30~39세	0.16	0.05	0.10
40~49세	0.50	0.54	0.52
50~59세	2.59	1.78	2.19
60~69세	4.76	5.32	5.06
70세이상	8.39	4.52	5.94

※ 주 : 1) 면접조사에서 “지난 1년간 3개월이상 뇌졸중을 앓았거나 현재 앓고 있으며 의사로부터 진단을 받은 사람의 비율”

※ 자료원 : 국민건강영양조사 제3기(2005), 보건복지가족부

나. 허혈성 심장질환 현황

허혈성 심질환 조사망률(2006년)은 인구10만 명당 29.2명으로, 14,276명이 사망하였다. 국민건강영양조사 결과에 따르면 30세 이상의 심근경색 및 협심증의 유병률은 전체 1.92%, 남자 1.92%, 여자 2.16%였으며, 남녀 모두 연령이 높을수록 유병률이 증가하였다.

〈표 2-11-42〉 성별·연령별 허혈성 심질환 연간 의사진단 유병률¹⁾

구 분	남 (인구1,000명당)	여 (인구1,000명당)	계 (인구1,000명당)
전체(30세이상)	1.92	2.16	1.92
30~39세	0.22	0.20	0.21
40~49세	0.52	0.47	0.49
50~59세	2.03	2.50	2.26
60~69세	4.67	5.84	5.30
70세이상	6.83	6.33	6.51

※ 주 : 1) 면접조사에서 “지난 1년간 3개월이상 심근경색 및 협심증을 앓았거나 현재 앓고 있으며 의사로부터 진단을 받은 사람의 비율”

※ 자료원 : 국민건강영양조사 제3기(2005), 보건복지가족부

다. 고혈압 현황

고혈압 조사망률(2006년)은 인구10만 명당 9.5명으로 4,539명이 사망하였다. 30세 이상 고혈압 유병률은 전체 27.9%였고, 남자가 30.2%로 여자 25.6%보다 높았다. 유병률은 남자에서는 60대 까지 증가하다가 70대에서 감소하였으며, 여자는 연령이 높을수록 증가하였다.

〈표 2-11-43〉 성별·연령별 고혈압 유병률¹⁾

구 분	남(%)	여(%)	계(%)
전체(30세이상)	30.2	25.6	27.9
30~39세	14.2	3.1	8.3
40~49세	27.1	11.5	19.4
50~59세	42.9	38.2	40.6
60~69세	52.5	54.9	53.8
70세이상	43.6	62.3	55.4

※ 주 : 1) 수축기혈압 140mmHg이상이거나 이완기혈압 90mmHg이상 또는 혈압강화제를 정기적 또는 필요시 복용하는 사람의 비율

※ 자료원 : 국민건강영양조사 제3기(2005), 보건복지가족부

라. 당뇨병 현황

당뇨병 조사망률(2006년)은 인구10만명당 23.7명으로, 11,600명이 사망하였다. 30세 이상 성인에서 당뇨병 유병률은 전체 8.1%였었고, 남자가 9.0%로 여자 7.2%보다 높았다. 남자는 50대까지 유병률이 증가하다가 감소한 반면, 여자는 연령이 높을수록 증가하였다.

〈표 2-11-44〉 성별·연령별 당뇨병 유병률¹⁾

구 분	남(%)	여(%)	계(%)
전체(30세이상)	9.0	7.2	8.1
30~39세	1.2	1.1	1.1
40~49세	9.0	4.9	7.0
50~59세	16.6	8.1	12.3
60~69세	15.4	15.7	15.6
70세이상	14.2	17.4	16.2

※ 주 : 1) 당뇨병 유병률 : 공복시 혈당이 126mg/dl 이상이거나 혈당강하제 복용 또는 인슐린 주사 투여한 사람의 비율

※ 자료원 : 국민건강영양조사 제3기(2005), 보건복지가족부

III 심뇌혈관질환의 관리

1. 심뇌혈관질환의 중요성

2006년 10대 사망원인 중 1위가 암이며 2, 3, 4, 9위가 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨, 고혈압성 질환이었다. 특히 뇌혈관질환, 심장질환, 당뇨, 고혈압성 질환은 전체 사망원인에서 차지하는 정도가 27.3%로서 사망원인 1위인 암의 27.0%를 상회한다. 또한 암은 여러 종류의 암으로 구성되어 있다고 볼 때 단일 질환으로서는 뇌졸중이 사망 원인 1위이다.

고혈압, 당뇨, 고지혈증 환자는 대부분 뇌혈관질환, 허혈성 심장질환 등의 합병증으로 사망하게 되므로 이들 질환을 사전에 예방하거나 조기에 발견하여 관리하는 것이 뇌혈관질환, 심장질환의 예방에 있어 매우 중요하다.

최근에는 이 3가지와 비만이 함께 있는 경우를 대사증후군이라고 부르기도 하는데, 대사증후군 환자는 이후에 치명적인 뇌혈관질환, 심장질환이 발생할 위험이 매우 큰 것으로 보고되고 있다. 이렇게 치명적인 뇌혈관질환, 심장질환과 이에 대한 위험요인이자 그 자체가 질병으로서 치료가 필요한 고혈압, 당뇨병, 고지혈증을 모두 통칭하여 심뇌혈관질환이라고 부른다.

심뇌혈관질환으로 인한 막대한 사회경제적 비용은 악성 종양과 같은 수준으로 추정된다. 최근 연구결과에 의하면 심뇌혈관질환으로 인한 사회경제적 비용은 5.39조로 악성종양으로 인한 사회경제적 비용인 5.53조와 비슷한 수준이며, 특히 뇌졸중과 허혈성 심장질환의 남녀 전체 장애보정생존년수*(DALY, disability adjusted life years)는 5대악성 종양의 장애보정 생존년수보다 2.7배나 많은 것으로 나타났다. 이러한 심뇌혈관질환 발생의 추세와 국가적 부담을 볼 때 이들 질환에 대한 예방과 관리대책이 매우 절실한 시점이다.

2. 심뇌혈관질환 종합대책

우리나라는 1998년부터 건강증진거점보건소 시범사업을 통해 지역사회에서 시행 중인 고혈압·당뇨 관리사업에 예산을 지원하기 시작하였다. 이후 2000년부터 본격적으로 보건소 중심의 고혈압·당뇨 관리사업을 추진하여, 2003년에 전국 보건소로 확대 시행하였다.

2004년부터는 빠르게 확대된 보건소 중심의 고혈압·당뇨 관리사업에 대한 체계적인 기술 지원과 평가 등을 위한 광역자치단체 사업을 우선적으로 6개 광역자치단체에서 시범적으로 실시하였으며, 2005년에는 8개, 2006년에는 16개 광역자치단체로 사업을 확대하여 꾸준히 시행하고 있다.

2006년 6월부터 우리 부는 국가차원의 심뇌혈관질환 예방관리를 위해 「심뇌혈관질환 종합대책」을 수립·시행하고 있다. 종합대책은 국민인식 제고 및 건강생활 실천율 향상(1차 예방), 고위험군(high risk group) 대상 질병위험요인 예방관리(2차 예방), 뇌졸중·심근경색 등 중점 관리 질병관리(3차 예방), 만성질환관리 인프라 구축을 통해 연속적이며 통합적인 심뇌혈관질환 예방관리 체계구축을 그 전략방향으로 하고 있다.

종합대책의 중점추진과제로는 첫째, 체계적인 홍보전략 수립과 건강예보제 도입, 지역사회 중심 보건교육 활성화 추진을 통한 1차 예방이다.

*장애보정 생존년수 : 사망률과 이환율을 함께 고려하는 질병 부담을 측정하는 지표 중의 하나로서 기대수명과 장애정도를 반영한 손실년수를 말한다.

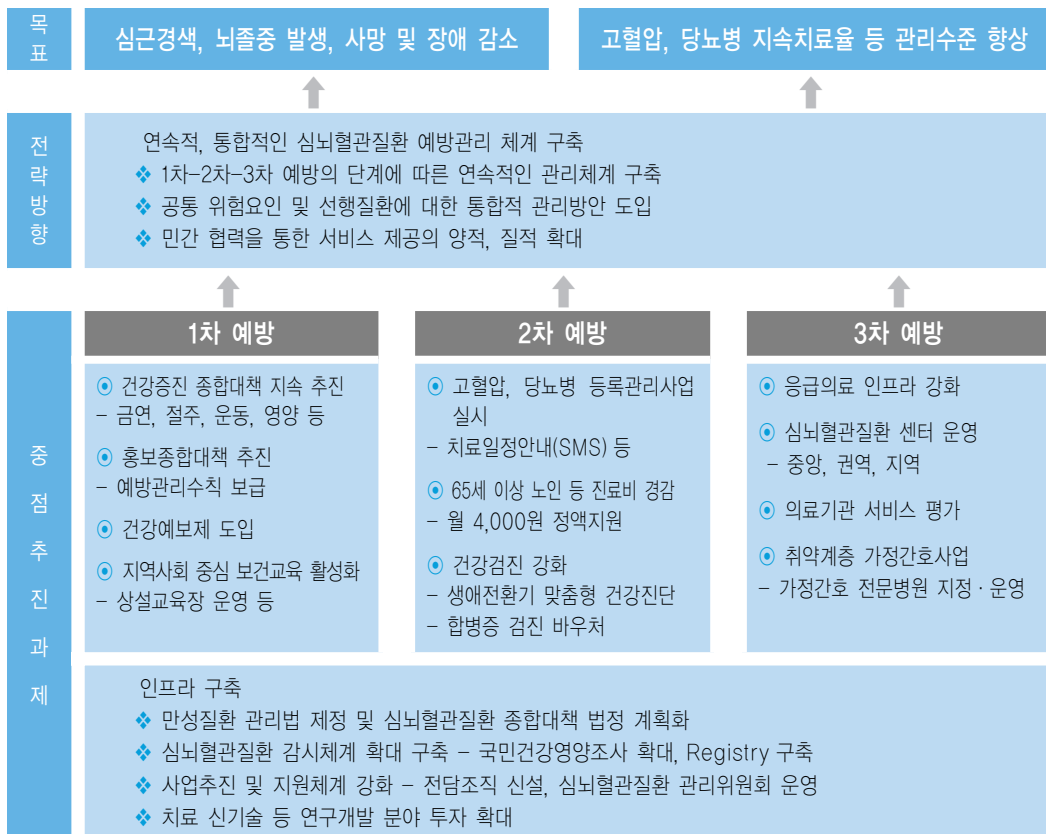
둘째, 고혈압·당뇨병의 지속치료를 향상을 위한 민간협력모형의 고혈압·당뇨병 등록 관리 사업과 취약계층에 대한 본인부담금 일부감면, 자가관리능력 향상을 위한 다양한 교육제공 등으로 포괄적인 2차 예방서비스 제공이다.

셋째, 응급 후송체계 등 응급의료 인프라 강화와 심뇌혈관질환관리센터 지정·운영 등에 의한 뇌졸중, 심근경색 등 중점관리 대상질환에 대한 관리를 통한 3차 예방서비스 제공이다. 마지막으로 국가 주요 만성질환 감시체계 확대와 만성질환관리법 제정 추진 등 법·제도적 인프라 구축을 그 과제로 하고 있다.

〈표 2-11-45〉 심뇌혈관질환 종합대책 개요

● 비전 : “모든 국민의 건강한 생활보장과 미래의 사회경제적 부담 경감”

● 전략체계



3. 심뇌혈관질환 종합대책 '07년 주요실적

우리 부는 심뇌혈관질환 종합대책 1차년도에 다음과 같은 성과를 거두었다.

수차례의 홍보분과위원회 개최를 거쳐 TV, 라디오, 신문 등 다양한 매체를 활용한 심뇌혈관 질환 예방관리 홍보사업을 추진하였고, 특히 8개 전문학회와 매칭 펀드를 조성하여 TV 공익광고(2편, 200회 방영)를 제작함으로써 민간참여의 홍보 활성화 기반을 마련하였다.

또한 고혈압·당뇨병의 지속치료를 향상시키고자 2007.9월부터 민간협력모형의 고혈압·당뇨병 등록관리 시범사업을 시작(대구시)하여, 4개월간 병의원 375개(대상기관의 47%), 약국 850개(대상기관의 72%)의 참여와 총 21,841명(고혈압 15,722명, 당뇨병 6,119명)환자의 등록 실적을 거두었다. 대구시 시범사업을 위해 지역대학과 전문가가 참여한 시범사업지원단을 구성하였고, 고혈압·당뇨병 교육센터(9개소) 및 콜센터(1개소) 설치 등을 통한 보건교육사업 인프라 구축 등 지역사회 중심의 사업추진 기반을 조성하였다.

마지막으로 소방방재청 심정지 자료를 이용하여 최초의 국가 단위의 심정지 사례를 분석하였고 응급실(23개 병원) 기반 감시체계 운영, 등록감시 정보시스템 개발 및 운영을 통해 통합적인 심근경색·뇌졸중 등록감시체계를 구축하였다.

앞으로 심뇌혈관질환 관리위원회 운영을 통해 종합대책에 대한 체계적이고 단계적인 실행계획 수립과 사업 확대 시행함으로써, 심뇌혈관질환 예방과 관리를 위한 기반과 역량을 강화할 예정이다.

IV 희귀·난치성 질환 관리

1. 희귀·난치성 질환 관리사업

현대의학이 나날이 발전하고 있음에도 불구하고 아직도 그 원인 및 치료방법을 모르는 상당수의 희귀·난치성질환들이 있다. 희귀·난치성질환은 질병으로 인한 신체적·정신적 고통뿐만 아니라

고액의 진료비로 인한 경제적 부담도 매우 크다. 이로 인해 희귀·난치성질환자 가정이 해체 위기에 놓이는 등 환자 개인이나 가족 단위의 노력만으로는 감당하기가 버거운 실정이다.

이러한 질환에 대해 국가는 지원사업으로서 2000년도에 국내 혈우병 등록환자 1,451명에 대해 치료약품비 109백만 원을 혈우재단에 지원한 바 있고, 희귀·난치성질환에 대한 유병율 조사 등을 포함한 “희귀질환자보호지원 계획수립에 관한 연구” 용역결과를 토대로 2001년부터 희귀·난치성 질환(만성신부전증, 혈우병, 고셔병, 근육병)에 대한 의료비 지원사업을 통해 급여비용 중 본인 부담금, 입원기간 중 식대, 보장구와 휠체어 구입비, 호흡보조기 대여료 등을 지원하여 왔다.

그리고 해마다 지원대상 질환을 확대하여 2002년도에는 크론병과 베체트병을, 2003년도에는 다발성경화증과 아밀로이드증을, 2004년에는 유전성운동실조증, 부신백질영양장애, 파브리병을 추가하였으며 2005년에는 크론병, 전신 홍반성 루프스, 모야모야병 등을 추가하여 총 71종을, 2006년에는 강직성 척수염, 재생불량성빈혈 등을 추가하여 89종으로 확대하였다.

〈표 2-11-46〉 연도별 의료비 지원현황

연 도	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
대상질환(종)	4	6	8	11	71	89	111
지원대상(명)	8,693	11,469	13,056	14,087	16,756	18,886	21,144
예 산(억원)	226	220	263	285	353	390	391

※ 예산은 국고지원금이며, 지방비 50%는 별도 부담

2. 2007년도 사업실적

2007년에는 발작성 야간 혈색소노증, 에반스 증후군 등 22종을 추가하여 총 111종의 희귀·난치성 질환자 21,000여명에 391억원의 의료비를 지원하였다. 또한, 간병비 지원대상 질환을 3종에서 총 5종으로 확대하였고, 간병비 지원금액을 월 20만원에서 30만원으로 인상하여 지원하고 있다.

아울러, 정보사이트를 확대·개편하여 온라인 전문가 상담, 환자 교육정보 등 희귀·난치성 질환에 대한 체계적이고 전문적인 정보를 제공하고 있으며, 또한 지역 거점병원간 네트워크를 구성하여 진료협력체계를 구축하고, 대도시 종합병원을 방문해야 하는 희귀·난치성질환의 특성을

고려하여 안정된 숙소와 다양한 복지서비스를 제공할 수 있는 요양쉼터를 건립하여 운영을 지원하고 있다.

〈표 2-11-47〉 의료비 지원내용

지 원 내 용	대 상 질 환	지원기준
본인부담금	• 근육병 등 111개 질환	요양급여
간 병 비	• 근육병, 다발성경화증, 유전성운동실조증, 뮤코다당증, 부신백질 영양장애 환자 중 지체 장애 1급 또는 뇌변병 장애 1급 등록자	월 30만원
호흡보조기 또는 산소호흡기 대여료	• 근육병, 다발성경화증, 유전성운동, 뮤코다당증, 부신백질영양 장애 환자	월평균 10~80만원
장애 보장구 구입비	• 3개월 이내 의사진단서 또는 소견서 제출	요양급여 본 인부담금

3. 향후 사업추진 계획

2008년에는 질환자들이 편리하게 의료 서비스를 제공받을 수 있도록 하고 예산을 효율적으로 운용하기 위하여 의료비 지원체계를 개선할 계획이다.

먼저 희귀·난치성 질환자의 진료비중 본인부담금의 지급체계를 개선할 것이다. 종전은, 질환자가 진료비중 본인부담금을 요양기관에 우선 지급한 후 국민건강보험공단으로부터 환급을 받는 체계였다. 그런데 개선될 방식에 의하면 질환자의 본인부담금 지급이나 보건소 청구, 환급 등의 절차를 거치지 않고 국민건강보험공단에서 자동처리 된다.

다음은 보장구 구입이나 호흡보조기 대여시 보건소를 통해 공단으로 신청하던 종전방식을 개선하여 건강보험공단 지사에 직접 청구할 수 있게 하고, 또, 간병비의 경우 그 동안 보건소에 매월 간병비를 청구하던 방식을 개선하여, 일단 간병비 지급대상자로 선정되고 나면 별도의 청구절차 없이 건강보험공단에서 자동지급 될 수 있도록 할 계획이다.

아울러 의료비 지원사업 대상 질환을 지속적으로 확대하여 희귀·난치성 질환자에 대한 다각적인 지원방식을 모색해 나갈 방침이다.



암질환 관리*

I 개 요

인구 및 질병구조의 변화로 암 환자가 매년 증가하여 국민건강을 위협하는 주요 요인으로 대두되고 있다. 2006년 우리나라 사망원인 분석결과를 보면, 암으로 인한 사망자 비율이 전체 사망자수의 27.0%(65,909명)를 차지하며 사망원인 1위를 나타내고 있다.

인구 10만 명 당 암 사망자 수는 1996년 110.1에서 2006년 134.8명으로 증가하였고 이러한 추세는 앞으로도 인구구조의 노령화, 식생활 습관 및 환경의 변화, 흡연율의 증가, 육체적 활동의 감소 등으로 더욱 심화될 것으로 전망된다.

암은 고가의 진단 및 치료비용으로 인한 의료비 지출이 큰 질환으로 2006년에 건강보험공단의 암 환자 총 진료비는 2조 2천억원이 소요되었다. 또한 건강보험에 포함되어 있지 않은 의료비까지 포함할 경우 실제 암으로 인한 의료비는 이보다 훨씬 클 것으로 추정되어 사회경제적으로 큰 부담이 되고 있다.

따라서 암으로 인한 사회적·경제적·정신적 피해를 최소화하고 국민의 건강수명을 연장시키기 위해서는 건강생활습관 실천을 통해 암 발생을 줄이는 1차 예방, 조기발견·조기치료를 통한 암생존율·사망률을 줄이는 2차 예방, 지속적인 치료와 암성 통증의 완화를 통한 삶의 질 향상을 위한 3차 예방 및 암 연구 사업의 활성화 등 국가차원의 암관리체계 수립이 추진되어 왔다.

*집필자 : 암정책과장 이민원

〈표 2-11-48〉 우리나라 최근 10년간 암 종별 사망률 변화

(단위 : 인구 10만명당)

구 분		모든암	폐암	위암	간암	대장암	췌장암	자궁암 ¹⁾	전립선암 ²⁾	식도암
전체	1996	110.1	19.4	25.5	21.4	6.3	4.4	6.2	1.3	3.0
	2006	134.8	28.8	22.0	22.4	12.8	7.1	5.1	4.1	3.0
	10년증감	24.7	9.4	-3.5	1.0	6.5	2.7	-1.1	2.8	0.0
남자	1996	140.4	28.7	32.0	32.6	6.5	5.1	-	1.3	5.3
	2006	171.7	42.8	28.9	33.9	14.1	7.7	-	4.1	5.5
	10년증감	31.3	14.1	-3.1	1.3	7.6	2.6	-	2.8	0.2
여자	1996	79.4	10.0	18.9	10.0	6.1	3.6	6.2	-	0.7
	2006	97.7	14.8	15.1	10.9	11.6	6.4	5.1	-	0.5
	10년증감	18.3	4.8	-3.8	0.9	5.5	2.8	-1.1	-	-0.2

※ 주 : 1) 여자인구 10만 명당 사망률

2) 남자인구 10만 명당 사망률

※ 자료 : 통계청, 2006년 사망원인통계연보, 2007

우리나라는 1996년부터 암정복 10개년 계획을 수립하여 국가차원의 암 관리 사업을 추진 하였으며, 2000년 건강증진국내 암관리과를 신설하고 2003년 종합적이고 체계적인 암 관리 사업 수행을 위한 근거 법으로 「암관리법」을 제정하였다.

이러한 기본적인 틀 내에서 1999년부터 국가 암조기 검진사업이 시작되었으며 2004년에는 5대암(위·유방·자궁경부·간·대장) 검진체계가 확립되었다.

이와 더불어 암발생률을 감소시키고 생존율을 높이기 위한 교육·홍보사업 강화와 취약계층에 대한 무상의료서비스 제공, 지역단위 암 관리 사업 활성화를 위한 지역암센터 건립, 말기 암 환자 호스피스사업 등의 정책을 활발히 추진하며 암 정복을 통해 국민들의 건강을 향상시키고 기대 수명을 연장시키기 위해 노력하고 있다.

〈표 2-11-49〉 연도별 건강보험 진료실적 및 진료비 현황¹⁾

(단위 : 건, 천원, %)

구 분		총 진료건수	암 상병건수	구성비	총 진료비	암 상병 총 진료비	구성비
'00	계	272,244,334	1,521,059	0.6	11,328,651,280	741,161,095	6.5
	입원	4,281,037	338,175	7.9	3,940,327,949	574,812,680	14.6
	외래	267,963,297	1,182,884	0.4	7,388,323,331	166,348,415	2.3
'01	계	302,269,411	1,717,480	0.6	12,562,385,884	790,818,910	6.3
	입원	4,577,979	357,527	7.8	4,405,890,385	637,694,804	14.5
	외래	297,691,432	1,359,953	0.5	8,156,495,499	153,124,106	1.9
'02	계	327,146,266	2,015,545	0.6	13,295,785,177	927,214,704	7.0
	입원	4,894,999	427,934	8.7	4,722,948,828	723,239,231	15.3
	외래	322,251,267	1,587,611	0.5	8,572,836,350	203,975,472	2.4
'03	계	327,627,774	3,837,194	1.1	13,789,870,695	1,280,395,860	9.3
	입원	5,103,057	610,026	11.9	5,265,229,300	950,806,068	18.0
	외래	322,524,717	3,227,168	1.0	8,524,641,395	329,589,792	3.8
'04	계	345,615,478	4,273,452	1.2	14,935,547,236	1,421,045,392	9.5
	입원	5,449,235	660,773	12.1	5,735,891,631	1,031,757,417	18.0
	외래	340,166,243	3,612,679	1.1	9,199,655,605	389,287,975	4.28
'05	계	368,192,002	4,766,771	1.2	16,790,605,000	1,685,958,000	10.0
	입원	5,778,737	717,795	12.4	6,518,510,000	1,189,044,000	18.2
	외래	362,403,265	4,048,976	1.1	10,272,095,000	496,914,000	4.8
'06	계	386,396,610	5,391,858	1.4	19,535,068,067	2,194,700,415	11.2
	입원	6,637,070	787,139	11.9	8,155,966,921	1,529,303,299	18.8
	외래	379,759,540	4,604,719	1.4	11,379,101,146	665,397,116	5.8

1) 종합병원, 병원(치과병원 포함), 의원(치과의원 포함) 진료실적 기준(한방, 약국제외), 의료급여실적 제외

II 국가 암 관리사업

국가 암 관리정책을 뒷받침 할 수 있는 국가「암관리법」 제정, 국가 암 관리위원회 구성·운영, 지역단위 암 관리사업을 담당할 지역암센터 설립지원과 더불어 암 예방 및 암 환자 관리를 위하여 수검자, 암 등록환자 등에 대한 데이터베이스를 구축하여 암 관리 사업의 기초 자료로 활용하며,

암에 대한 정확한 정보제공 및 암조기 검진사업, 골수기증 희망자 검사비 지원사업, 암환자의료비 지원사업, 말기 암 환자 호스피스사업 등을 추진하고 있다

1. 국가 암 관리사업의 기반 구축

국가가 암의 예방·진료 및 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행함으로써 암으로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적인 부담을 줄여 국민건강증진에 이바지하기 위해 「암관리법」이 제정·공포되었으며(2003.5.29), 2004년 3월에는 「암관리법」 시행령(3.5) 및 시행규칙(3.29)이 제정되었고, 이후 「암관리법」의 일부 개정(2006.10.28) 과 2007년 4월에는 「암관리법」 시행령 및 시행규칙(2007.4.28)을 일부 개정하게 되었다.

「암관리법」에는 국가와 지방자치단체의 암 예방 및 암 환자에 대한 지원의무를 명시하고 있고 의료인 및 의료기관도 국가나 지방자치단체가 실시하는 암관리 사업에 적극 협조하도록 하고 있다. 암관리법의 주요 내용을 보면 보건복지가족부 장관으로 하여금 암 관리종합 계획을 수립하고 국가암관리위원회를 구성하도록 하고 있다.

또한 암예방과 치료기술 발전을 위한 암 연구, 암 등록 통계사업, 암 역학조사, 암 조기 검진 사업, 암환자의료비지원사업, 말기 암 환자 관리사업 실시 등을 규정함으로써 국가 암관리 사업의 계획 및 수행을 위한 법적근거를 명확히 하고 있다.

「암관리법」에 의한 국가암관리위원회 구성·운영은 암 관리종합 계획의 수립 등 암 관리에 관한 중요 사항을 심의함을 목적으로 하고 있다. 위원회는 차관을 위원장으로 하고 암에 관한 학식과 경험이 풍부한 자를 중심으로 15인 이내에서 구성하도록 하고 있다.

위원회의 기능은 국가 암 관리체계 및 제도의 발전에 관한 사항, 암 관리종합 계획의 수립 및 평가에 관한 사항, 연도별 암 관리 사업 시행계획에 관한 사항, 암 연구사업의 기본계획에 관한 사항, 암 관리 정보체계의 개발 및 인력양성에 관한 사항, 암 관리 사업의 예산에 관한 중요 사항 등을 심의하도록 하고 있다. 앞으로 국가암관리위원회는 암 관련 전문가, 언론계, 시민단체, 관계 등으로 구성하여 폭넓은 의견수렴 및 관련기관과의 연계, 협조체계를 강화하여 국가 암 관리사업이 효율적으로 진행될 수 있도록 지원할 예정이다.

지역단위의 암 관리체제로 지역주민에 대한 암치료, 암예방, 암 연구, 암 환자관리 및 국가 암 관리사업의 위탁 등 다양한 암 관련 정책을 추진하고 의료자원의 효율적 활용, 지역별 암 진료 서비스 이용격차를 해소하기 위한 지역암센터 설치·운영 필요성이 대두되었고, 지역암센터 설치는 공공보건의료기반 확충 및 지방화 시대에 부응, 국가차원의 종합적인 암 진료 및 연구, 관리사업 추진 체계 구축을 위해 지방 국립대학병원을 중심으로 지정하였다.

지역암센터의 기능은 암 연구·진료·예방 및 암 관리 등을 종합적으로 관리할 수 있는 종합형을 기본모형으로 하고 지역별 특성, 암 관련 수요 및 여건 등을 감안하여 특정기능 위주의 수행 등 기능조정도 가능하게 할 예정이다.

지역암센터가 성공적으로 운영된다면 지역 암 환자에게 양질의 의료서비스 제공 및 경제적 비용 절감 등을 통해 암 환자의 고통을 해소하고 국가 암 관리사업의 전국적 체계 구축 및 암 연구 수준을 높임과 동시에 지역적 보건의료의 발전을 가져올 수 있을 것으로 본다.

2. 암 예방 교육·홍보

세계에서 매년 약 1,100만 명의 새로운 암 환자가 발생하며 670만여 명이 암으로 사망하고 있으며(Globocan, 2002), 우리나라에서도 매년 약 13만여명의 신규 암 환자가 생겨나고 6만 6천여명이 암으로 사망하고 있다. 그러나 세계보건기구(WHO)에서는 의학적인 관점에서 암 발생 인구 가운데 $\frac{1}{3}$ 은 예방이 가능하고, $\frac{1}{3}$ 은 조기진단만 되면 완치가 가능하며, 나머지 $\frac{1}{3}$ 의 환자도 적절한 치료를 한다면 통증완화가 가능한 것으로 보고하고 있다.

암예방을 강화하기 위하여 정부에서는 2006.10월에 10대 국민 암예방수칙을 제정·시행하였다. 지속적인 암 예방 교육·홍보는 암 발생률과 암 사망률을 감소시킬 수 있으며, 암을 예방하기 위한 생활습관 개선은 암 뿐만 아니라 고혈압이나 당뇨병과 같은 여러 만성질환을 예방하는데도 도움이 된다. 암은 개인의 유전적, 기질적 요인 이외에 식생활 습관, 환경적 요인 등 여러 외부인자에 의해 발생하는 경우가 대부분이므로 행태수정을 위해서는 암 및 암예방법에 대한 정확한 지식을 전달하고 생활습관을 개선 할 수 있도록 하는 적극적인 교육·홍보가 절실히 요구된다.

가. 대국민 암 예방 교육·홍보전략 마련

우리 국민을 대상으로 한 암 예방 교육 및 홍보는 TV 등 영상매체, 인쇄매체, 마우스패드 등의

제작·배포, 강연회 등을 통하여 진행되고 있으며, 인터넷 정보사이트를 활용한 홍보 전략도 추진 중에 있다.

2005년부터 암 조기검진의 필요성을 알리기 위해 TV 영상물을 제작하여 공익캠페인을 대대적으로 전개하고 암 검진 안내문, 포스터, 마우스패드 및 공익광고 방송 등을 제작하여 각 시·도 및 보건소와 관련 공공기관에 배포하고 있으며, 아울러 2007년부터는 암의 1차 예방을 목적으로 예방 수칙의 내용을 중심으로 한 리플릿, 포스터, 탁상 달력 등을 발간하여 보건소를 비롯한 관련 공공기관에서 활용할 수 있도록 제공하고 있다.

암에 대한 인식을 높이고 올바른 암 예방 실천을 유도하기 위해 2005년에 국가암정보센터를 국립암센터에 개설하였다. 국가암정보센터에서는 과학적 근거기반의 최신 암정보 데이터베이스를 구축하고, 인터넷 홈페이지(www.cancer.go.kr)와 전문상담요원에 의한 전화상담(1577-8899)과 유명 포털사이트의 지식인상담, 블로그 운영 등 다양한 방법으로 암 정보를 제공하고 있으며, 소책자와 리플렛, 플래시 애니메이션 등 다양한 매체로 암관련 교육자료를 개발·배포하고 있다. 이와 더불어 2007년 50개인 암종 DB를 구축하였고 2015년까지 200개로 확대·구축할 예정이다.

〈표 2-11-50〉 암 DB 구축현황

연 도	구축 암종수		암 종 명
	해당년도	누 적	
'03년	17개	17개	위암, 폐암, 간암, 대장암, 유방암, 갑상선암, 자궁경부암, 췌장암, 방광암, 전립선암, 신장암, 뇌종양, 후두암, 소아백혈병, 소아림프종, 신경모세포종, 율름종양
'04년	5개	22개	구강암, 담낭, 담도암, 맥락막흑색종, 소장암, 인두암
'05년	7개	29개	급성골수성백혈병, 급성림프구성백혈병, 청신경초종, 척수암, 뇌하수체선종, 전이성뇌종양, 신경교종
'06년	11개	40개	소아뇌종양, 편평상피세포암, 기저세포암, 악성흑색종, 균상식육종, 난소상피암, 만성골수성백혈병, 다발성골수종, 골수이형성증후군, 신우요관암, 외음부암
'07년	10개	50개	악성림프종, 자궁내막암, 임신용모질환, 고환암, 위림프종, 비소세포폐암, 식도암, 소세포폐암, 자궁육종, 위장관간질종양

한편, 2006년 10월에는 국가암관리사업지원단 암예방조기검진사업위원회 예방전문소분과를 중심으로 위험요인별 국외 암예방수칙 사례를 점검하고 관련 전문가 및 전문기관의 검토와 협의를 통하여 암을 예방 하기위한 10가지 기본원칙이 되는 10대 국민 암예방수칙을 제정 공표 하였으며,

2007년 3월에는 암예방 및 10대 수칙 항목별 심볼을 개발하여 교육 홍보에 활용하고 있다. 또한, 2007년 3월 21일에는 ‘암 예방의 날’ 을 맞아 ‘국민 암 예방 수칙’ 에 관한 포스터 · 사진 · 표어 공모전을 실시하고, 1달 동안 당선작을 활용한 전국 길거리 전시회 및 유관 행사를 진행 하여 암 예방에 대한 전국단위 붐 조성과 홍보를 수행하였다.

‘암 예방의 날’ 기념식 행사는 ‘암 예방 수칙 낭독’, 암 예방 홍보 대사 위촉, 암 예방 관련 영상물 상영, 국가암관리사업 유공자 표창 등을 통하여 암 예방에 대한 교육 홍보 추진과 실천 다짐의 장이 되었다.

‘국민 암예방 수칙’ 의 마련과 홍보는 우리 국민들이 암을 예방 가능한 질환으로 인식하고, 생활속에서 암 예방수칙을 실천할 수 있는 단초를 제시하였다는데 큰 의의가 있다.

나. 암 예방 교육 · 홍보사업 담당인력 교육

암 관리사업 중 공공보건 의료체계를 활용하는 분야는 암예방교육 · 홍보, 국가 암 조기 검진 사업, 재가 암 환자 등록 · 지원 등으로, 일선에서 지역주민들의 암예방을 책임지는 보건인력에 대한 교육훈련이 2001년부터 시행되어 점차 확대되고 있으며, 각 시 · 도 보건소의 국가 암조기 검진사업 담당자를 대상으로 하는 사업설명회가 매년 봄에 개최되고, 암 등록 및 암 검진 전문 인력 등에 대한 전문교육이 진행되고 있다.

3. 암 등록 및 통계사업

암 등록사업은 1980년부터 현재까지 지속적으로 수행되고 있다. 1978년 세계보건기구의 지원과 보건복지가족부 주관으로 암 관계자 및 전문가들이 참석하여 “한국 암관리 워크숍”이 개최되었고 그 동안 개별적으로 여러 단체에서 해오던 암 등록사업이 공식적으로 보건복지가족부로 이관되어 국립의료원에 한국중앙암등록 본부를 두고 1980년부터 전국 규모의 암 등록사업이 47개 전공의 수련병원의 참가로 시작되어 2002년에 176개 등록병원이 참여하였다.

그러나 특정지역의 암 발생 현황을 종합적으로 파악하기에는 한계가 있어 1997년도부터는 기존의 병원중심 중앙 암 등록사업을 토대로 지역단위 인구기초(Population Based) 암 등록사업을 추진하고 2001년 1월부터는 울산광역시와 제주 지역이 추가되어 8대 대도시(서울·부산·대구·인천·광주·대전·울산·제주도)지역 암 등록사업을 실시하였다.

2002년도 1년간 발생한 악성종양 환자는 116,034건이며, 이에 대한 성별 분포는 남자 65,020건(56.0%), 여자 51,014건(44.0%)으로 1.27 : 1의 비율로 남성 우위를 보였다. 우리나라에서 주로 발생하는 암은 위암, 폐암, 간암, 대장암, 유방암, 갑상선암 등으로 이들 6대 암이 전체 암 발생의 2/3을 차지하고 있다.

현재, 국가암등록DB에 등록된 암 환자 중 1993년에서 2002년까지 암으로 진단받은 환자(800,704건)를 대상으로 2004년 말까지 통계청 사망 자료와 행정자치부 주민등록 전산망에서 생사가 확인된 774,950(98.6%)건에 대한 5년 이상 생존율을 산출한 결과를 보면, 전체 암 환자의 5년 이상 생존율은 1993~1997년 발생자의 경우 41.4%, 1998~2002년 발생자의 경우 45.5%였다. 1998~2002년 발생자의 주요암의 5년 생존율은 위암 49.4%, 폐암 13.6%, 간암 14.4%, 대장암 60.2%, 유방암 84.6%, 자궁경부암 80.1%였다.

〈표 2-11-51〉 우리나라 호발암의 등록 건수

(단위 : 건, %)

전 체		남 자		여 자	
암 종 류	등 록 수	암 종 류	등 록 수	암 종 류	등 록 수
위 암	22,920(19.8)	위 암	15,063(23.2)	유 방 암	7,928(15.5)
폐 암	14,885(12.8)	폐 암	10,967(16.9)	위 암	7,857(15.4)
간 암	13,877(12.0)	간 암	10,437(16.1)	대 장 암	5,532(10.8)
대 장 암	12,952(11.2)	대 장 암	7,420(11.4)	갑 상 선 암	4,586(9.0)
유 방 암	7,984(6.9)	전 립 선 암	1,938(3.0)	자궁경부암	4,368(8.6)
갑 상 선 암	5,299(4.6)	방 광 암	1,928(3.0)	폐 암	3,918(7.7)
기 타	38,117(32.8)	기 타	17,267(26.6)	기 타	16,825(33.0)
합 계	116,034(100.0)	합 계	65,020(100.0)	합 계	51,014(100.0)

※자료 : 보건복지가족부, 2007년 국가암등록사업 연례 보고서

〈표 2-11-52〉 우리나라 6대 호발암의 한·미·일 5년 생존율 비교

(단위 : %)

구 분	한국 (1993~1997)	한국 (1998~2002)	미국 (1996~2003)	일본 (1996~1998)
위 암	43.5	49.7	24.3	50.2
간 암	11.0	14.7	10.8	19.0
자궁경부암	78.7	80.4	71.6	66.4*
유 방 암	79.6	85.0	88.6	81.0
대 장 암	55.0	60.6	64.1	56.3/53.5**
폐 암	11.4	13.7	15.0	16.8
전 체	41.7	46.1	64.9	43.5

※ 자료 : 보건복지가족부 중앙암등록본부

*자궁암 **결장 / 직장암

정부는 암 등록·통계 사업의 효율성을 확보하기 위해 2005년부터 국립암센터를 중앙암등록 본부로 지정하고 전국에 8개 지역암등록본부를 지정하여 국가 암 등록·통계 사업을 수행하였고 향후 지역암센터를 활용하여 지역암등록사업을 보다 적극적으로 추진하기 위하여 지역암등록 본부 이전·신규지정을 추진할 예정이다.

암 등록·통계 사업을 통해 지역별 암 발생률, 생존율 및 유병률등을 산출하며 그 결과는 정부의 암 관련정책에 반영될 뿐만 아니라 세계보건기구(WHO) 산하 국제암연구소(IARC)의 공인을 받도록 함으로써 암관련 통계를 국제적 기준에 부합하도록 하여 정책 통계의 질을 높여 나갈 계획이다.

〈표 2-11-53〉 최근 4년간(1999~2002년) 우리나라 암 발생현황

1999년		2000년		2001년		2002년	
계	101,025건	계	101,385건	계	110,804건	계	116,034건
남자	57,677건	남자	57,906건	남자	62,743건	남자	65,020건
여자	43,348건	여자	43,479건	여자	48,061건	여자	51,014건

※ 자료 : 보건복지가족부, 2007년 국가암등록사업 연례 보고서

4. 국가 암 조기 검진사업

1차 예방은 상대적으로 시간과 노력이 많이 드는데 비하여 암을 조기에 발견하여 조기에 치료함으로써 암의 부담을 감소시키고자 하는 2차 예방은 행태변화와 그 효과가 비교적 빨리 나타날 수 있다. 암 검진사업은 암 관리체계의 핵심적인 부분이라 할 수 있으며, 전 세계 대부분의 선진국에서 암 검진사업을 실시하고 있고 실제로 암 검진사업을 통하여 암 사망률이 감소한 것으로 보고되고 있다.

우리나라는 2004년까지 5대 호발암(위암, 유방암, 자궁경부암, 간암, 대장암)에 대한 국가 암 조기검진 체계를 구축하여 암 치료율 제고, 암 사망률 감소 및 국민건강수명 연장을 목표로 1999년부터 국가 암 조기 검진사업을 실시하였고 2001년 ~2002년에 5대 암 검진 권고안을 마련, 이를 근거로 검진 프로그램을 개발하여 과학적 근거에 기반 한 검진사업을 추진하고 있다.

1999년에 의료급여수급자를 대상으로 위암, 유방암, 자궁경부암에 대한 무료검진을 시작하였으며, 2002년부터는 저소득 건강보험가입자(보험료 부과기준 하위 20%)를 포함하였고, 2003년에는 건강보험가입자 하위 30%로 대상을 확대하면서 간암 검진을 추가하였다. 나아가 2004년에는 대장암 검진을 추가함으로써 5대 암 검진체계 구축을 완료하게 되었다.

2005년에는 의료급여수급자 및 건강보험가입자 하위 50%까지 대상자를 확대하여 암 조기 검진을 실시하였고, 2006년부터 건강보험가입자 하위 50%에 장애인, 도서벽지 거주자 등의 경감된 보험료를 반영하여 검진대상을 확대하였으며, 2007년도에는 의료급여수급자와 건강보험가입자 중 보험료 기준 지역가입자 63,000원 직장가입자 52,500원 이하인 자를 대상으로 검진을 실시하였다. 현재 수검률을 제고하기 위하여 암검진기관 확대, 암이동검진 시범사업 실시를 준비 하는 등 다각적인 노력을 하고 있다.

〈표 2-11-54〉 2007년 국가 암 조기 검진사업 개요

구 분		의료급여 수급자 ²⁾	건강보험 가입자(하위 50%) ¹⁾
대상자 선정방법		건강보험공단에서 사업대상자를 선정하여 검진대상자(의료급여 및 건강보험)에게 일괄 안내문 발송	
검진대상 암 종 별	위 암	만 40세 이상 남·여	만 40세 이상 남·여
	유방암	만 40세 이상 여성	만 40세 이상 여성
	자궁경부암	만 30세 이상 여성	※ 연령 및 소득 제한 없이 건강검진 대상 자중 여성 희망자에게 전액 무료 실시 (공단)
	간 암	만 40세 이상 남·여(고위험군)	만 40세 이상 남·여(고위험군)
	대장암	만 50세 이상 남·여	만 50세 이상 남·여
비용부담 방법		국민건강증진기금 50% 지방비 50%	국민건강보험공단 80% 국민건강증진기금 10% 지방비 10%

- 1) 건강보험 대상자 중 비사무직인 경우 1년에 1회, 사무직과 지역가입자 및 피부양자는 2년에 1회 검진가능
 2) 의료급여수급권자의 경우 간장 질환 여부를 모르는 경우, 기초검사를 우선 실시

〈표 2-11-55〉 5대 암 검진 프로그램

구 분	검 진 대 상	검진주기	검 진 방 법
위 암	40세 이상 남녀	2년	위장조영촬영 또는 위내시경검사
유 방 암	30세 이상 여성 40세 이상 여성	매월 2년	유방 자가검진의사에 의한 임상 진찰 유방 촬영술
자궁경부암	30세 이상 여성	2년	자궁경부질세포 검사
간 암	40세이상남녀(간경변증이나 B형 간염 바이러스 항원 또는 C형 간염바이러스 항체 양성으로 확인된 자)	6개월	간초음파검사 + 혈청알파태아단백검사
대 장 암	50세 이상 남녀	1년	분변잠혈 반응검사 : 이상 소견시대장내시경검사 또는 이중 조영바륨검사

※ 자료 : 암 조기 검진사업 실시기준(고시 제2007-10호)

〈표 2-11-56〉 국가 암 조기검진사업 현황

(단위 : 백만원, 천명)

구 분	의 료 급 여 수 급 자							건 강 보 험 가 입 자						
	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08
예 산*	3,001	3,200	3,200	3,484	3,751	8,390	9,614	5,769	7,711	7,902	15,516	18,076	10,619	13,651
수검자	252	271	325	428	453	552	750 (목표)	533	854	934	1907 1,907	2,863	3,377	3,750 (목표)

※ '06~'08년 예산 중 국민건강보험공단 업무위탁 수수료 1,505백만원, '08년 예산 중 암검진기관 평가 업무 위탁 수수료 1,000백만원 미포함

5. 암 환자 의료비 지원사업

전 국민 건강보험제도가 실시 중이지만 보험급여 범위가 협소하고 비 보험항목이 많아 암치료 관련 본인부담 의료비가 가계에 큰 부담이 되고 있는 것이 현실이며, 일부 민간단체에서 기부금 모집을 통해 본인부담 의료비를 지원하고 있으나 충분하지 못한 실정이다.

이에 따라, 국가에서는 2002년부터 우선적으로 저소득층 가정의 소아백혈병 환자에 대한 본인 부담 의료비를 지원해 왔으며 2005년부터는 저소득층 성인 암환자에 대하여도 암치료비를 지원하고 있다.

가. 소아·아동암환자 의료비 지원

소아·아동의 암은 평균 70~80% 정도의 높은 완치율을 보이며, 대부분 염색체 이상 또는 유전자 변이 등 선천적 요인에 의해 발병하는 특성을 가진다. 이에 정부는 우선적으로 '02년~'04년까지 소아·아동에서 가장 많이 발생하는 백혈병 환자 총 1,663명에게 의료비로 매년 25억원을 지원해왔다.

2005년에는 지원연령을 16세 미만에서 18세 미만(만 0~17세)으로 상향 조정하였고, 대상 질병도 백혈병에서 전체 암종으로 확대(C00~C97, D00~D09, D37~D48중 일부)하여 의료비(비급여 포함)를 지원하였다.

이에 따라 지원예산을 25억원에서 70억원으로 대폭 확대하여 암종에 따라 백혈병 및 조혈모세포이식이 필요한 경우 지원액을 1천만원에서 최대 2천만원까지 상향 조정하였고, 뇌종양, 비호지킨림프종 등 그 외의 암종은 최대 1천만원까지 지원하고 있다. 2006년에는 소득·재산 기준을 국민기초수급자 선정기준의 300%이하 4인가구 기준 소득이 351만원 이하이면서 재산이

1억9천 8백만원 이하인 경우를 지원대상으로 적용하여 2,046명(5,203백만원)을 지원하였고, 2007년에는 소득·재산 기준을 국민기초수급자 선정기준의 300%이하 4인가구 기준 소득이 361만원 이하이면서 재산이 2억원 이하인 경우를 지원대상으로 적용하여 2,407명(4,425백만원)을 지원하였다.

나. 성인암환자 의료비 지원

그 동안 정부는 본인부담상한제, 본인부담보상금제, 항암제 투여일수 확대 등 암 환자를 위한 건강보험의 보장성 강화를 위한 조치를 시행하여 왔으나, 고액의 의료비가 들어가는 암 환자가 가정의 경제적 부담을 해소하는 데는 미흡하다는 지적을 받아왔다. 이에 따라 정부는 2005년부터 18세 이상의 저소득층 성인 암 환자에 대해서도 의료비를 지원하게 되었다.

국가 암 조기검진을 통해 발견된 암 환자에 대해서는 법정본인부담금 내에서 2007년 현재 최대 3백만원까지, 의료급여수급자에 대하여는 최대 3년간 전체 암종에 대한 연간 법정본인부담금 최대 1백20만원과 비급여본인부담금 1백만원까지 지원하고 있으며 이에 따라 2007년 29,806명(11,348백만원)을 지원하였다.

다. 폐암환자 의료비 지원

또한, 폐암환자 중에서 의료급여수급자 전체 및 건강보험료 기준 지역가입자 63,000원, 직장가입자 52,500원 이하에 해당하는 환자에 대해서는 최대 3년간 연간 1백만원을 정액으로 지원하고 있다.

6. 골수기증 희망자 검사비 지원사업

백혈병환자 등 골수(조혈모세포) 이식에 의해서만 치료될 수 있는 환자들 중에서 혈연간에 적합한 골수기증자가 없는 환자에게 비 혈연 골수기증자의 골수를 적기에 이식하여 근본적인 치료기회를 제공해야 하는데, 조직적합성(HLA Typing) 일치율이 가족간에는 25%인데 반해 비 혈연간에는 수 만분의 1에 불과하다.

따라서 혈연간 골수기증자가 없는 경우 환자측에서 조직형이 일치하는 공여자를 찾기가 매우 어려우므로 이를 위해 정부에서는 1994년부터 대한적십자사에 예산을 지원하여 골수기증 희망자 모집과 기증희망자의 조직적합성 검사를 실시하여 DB를 구축하고 있으며, 2001년도부터는

공모를 통해 2개 이상의 사업기관을 선정하여 사업을 수행하고 있다. 2007년에는 한국조혈모세포은행협회, 한마음한몸운동본부, 생명나눔실천본부, 가톨릭조혈모세포은행, 대한적십자사 5곳에서 골수기증 희망자 모집사업을 수행하였다.

2006년에는 총 18,000명을 모집하여 등록하였고, 2007년도에는 20,000명을 모집하여 총 139,428명의 기증자를 확보하였으며, 2008년에는 18,500명을 모집할 계획이다. 또한, 조직적 합성 일치율을 80~90%로 제고하기 위하여 골수기증자 DB를 2010년에는 20만명, 2015년 30만명까지 확충하는 것을 목표로 추진하고 있다.

〈표 2-11-57〉 골수기증희망자 모집·등록 현황

(단위 : 명, 백만원)

구 분	'94~'99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006†	2007‡	계
골수기증희망자 모집·등록	21,385	3,058	5,000	12,000	12,000	15,000	16,000	22,200	32,785	139,428
예 산	4,410	680	750	1,848	1,848	2,310	2,614	3,474	4,557	22,491

† 가톨릭조혈모세포은행의 DB 이전 5,200명 포함

‡ 가톨릭조혈모세포은행의 DB 이전 12,785명 포함

골수기증 희망자 검사비 지원사업 추진 체계로서, 보건복지가족부는 골수기증 희망자를 모집하기 위한 사업기관을 공모 및 선정, 사업예산 확보와 사업지침을 시달하고, 국립장기이식관리센터, 골수기증 희망자 모집기관(사업기관) HLA 검사기관간의 역할을 조정한다.

국립장기이식관리센터는 HLA 검사기관에 대한 정도관리와 결과를 취합하여 보고하고 골수기증 희망자의 D/B를 관리하고, 골수기증 희망자 등록기관(사업기관)은 골수기증 희망자 모집 및 등록(채혈 후 HLA 검사를 검사기관에 의뢰)후 이에 관한 사항을 국립장기이식관리센터에 통보하고, 골수기증 희망자에 대한 사전 사후관리를 하며, HLA 검사기관은 등록기관에서 검사의뢰한 건에 대한 HLA 검사 및 검사결과를 국립장기이식 관리센터에 통보한다.

7. 말기암환자 전문의료기관 지원사업

현재 우리나라는 매년 6만6천명의 암환자가 사망하고 있으며, 약 36만명의 환자가족이 암으로 고통받고 있다. 또한 말기암환자의 80~90%가 통증으로 고통받고 있음에도 불구하고, 절반이상의

암환자가 적절한 통증치료를 포함하는 중증상관리를 받지 못하고 있는 실정이다.

이와 함께 말기암환자에 대한 부적절한 의료서비스 제공으로 말기암환자에 대한 의료비가 급증하여, 환자 및 가족의 경제적 부담을 가중시키고 있다.

(단위 : 만원)

구 분	사망전 1년간	사망전 3개월간	사망전 2개월간	사망전 1개월간
평균의료비	1,500	922	775	544
비 중	100%	61.6%	51.7%	36.3%

※ 자료 : 말기암환자 의료비 지출실태 분석, 국립암센터, 2005

이런 암관련 진료비는 64.4%가 3차 의료기관에서 발생하고 주로 중환자실 이용 · 심폐소생술 · 고가의 검사 등에 투입되고 있어, 의료자원도 비효율적으로 활용되고 있는 실정이다.

그러나 말기암환자를 위한 호스피스완화의료 병상은 인구수 대비 부족하여 전체 필요병상의 약 17%(415병상, '07년기준) 수준이며, 말기암환자의 약 7%정도만이 호스피스완화의료기관을 이용하고 있는 것으로 나타났다. 또한, 호스피스 모형, 서비스 제공내용, 종사자 및 장비, 시설 기준 등이 표준화되지 못하여 기관마다 서비스의 질적 차이가 발생하고 있는 것으로 나타났다.

이에 정부는 말기암환자 및 가족의 사회경제적 부담을 완화하고 말기암환자의 삶의 질을 향상시키기 위해 호스피스 수가개발, 근거 법안 마련, 말기암환자 전문의료기관 육성 등 호스피스 제도화를 추진하고 있다.

우선, 2003년~2004년 2년간에 걸쳐 5개 호스피스기관을 대상으로 시범사업을 실시하여 말기암환자 호스피스 기관의 실태를 파악하였고, 2005년부터 말기암환자 호스피스 기관 지원대상을 공모하여 인건비, 시설 · 장비비 등 운영비 일부를 지원하고 있다.

〈표 2-11-58〉 연도별 말기암환자 전문의료기관 운영지원 현황

(단위 : 만원)

구 분	2005	2006	2007	비 고
지원기관수(개)	15	21	23	기관당 4천5백 지원
병상수(개)	267	377	415	
국고지원금	320	900	1,150	

시범사업의 결과를 바탕으로 2005년 4월 호스피스완화의료의 제도화를 위해 보건복지가족부에 「말기암환자호스피스사업추진TFT」를 구성하고, 우리나라에 적합한 말기암환자 호스피스·완화의료 서비스모형 개발과 함께, 직종별 업무지침, 호스피스 완화의료기관간 환자 의뢰 체계 및 회송체계 구축, 종사자 교육프로그램 개발, 호스피스 완화의료의 법제화 방향 설정, 호스피스 기관 재정지원방안 등에 대해 검토하였다. 특히 2007년에는 호스피스 수가개발을 위한 연구용역이 진행되어 호스피스 급여화를 위한 근거기반을 마련하였다.

또한 암환자의 통증을 효과적으로 관리하기 위해 2003년부터 의료인용을 시작으로 2007년에는 의료인 및 암환자를 위한 「암성통증관리지침」 제정·보급하고 있으며, 호스피스 종사자의 전문성 및 실무능력을 배양시키기 위해 교육프로그램도 개발하여, 교육을 실시하고 있다.

8. 지역암센터 건립 및 운영

정부는 공공보건의료기반 확충 및 지방화 시대에 부응, 국가차원의 종합적인 암진료 및 연구·관리사업 추진 체계 구축을 위해 지방국립대학병원을 중심으로 지역암센터를 지정하여 운영하고 있다. 지역암센터는 암연구·진료·예방 및 국가 암관리 사업을 종합적으로 수행토록 하고 있으며, 지역별 암연구, 진료관련 수요 및 여건 등을 감안, 지역별로 기능조정이 가능하게 함으로써 지역주민의 암관련 수요를 충족시켜 나갈 예정이다.

지역암센터는 2004년 전북대, 전남대, 경상대에 이어, 2005년에는 충남대, 부산대, 경북대 병원 3곳이 선정되었으며, 2006년에는 강원대, 제주대, 충북대를 추가로 선정하여 총 9개소로 확대하였다.

[그림 2-11-7] 지역암센터 현황

(1 : '04년, 2 : '05년, 3 : '06년 지정)



또한 정부는 지역암센터가 지역암관리사업의 거점기관으로서 역할을 담당하게 하기 위하여 2007년부터 3개 지역암센터(전북대, 전남대, 경상대)에 국가암관리사업비를 개소당 2억원(국비 1억, 지방비 1억)을 지원하여 암환자 진료, 연구, 사업 능력을 배양토록 하였다.

9. 재가암환자지원사업

2005년부터 정부는 암환자에 대한 등록관리와 암환자들에게 필요한 서비스에 기초하여 지역사회에서 제공가능한 보건의료 서비스를 통합적, 지속적으로 제공하여 환자의 삶의 질을 증대시키고 가족구성원의 환자 보호 및 간호 등에 따른 부담을 경감시키기 위해 재가암환자 관리사업을 실시하고 있다.

이를 위해 각 보건소에 2005년 4월부터 의사 및 간호사 등을 필수인력으로 하는 재가암환자 관리팀을 구성하여, 기본간호, 증상 및 통증조절, 특수간호, 임종간호, 환자 및 가족상담 등의 서비스를 제공하고, 치료용품 및 간병용품 등에 대한 지원을 하고 있으며, 또한 자원봉사자를 조직·구성하여 최대한 활용하고 지역사회 병의원 및 종교단체, 사회복지단체 등과 연계체계를 구축하여 암환자 및 가족에게 필요한 사회복지서비스를 지원하고 있다.

(단위 : 백만원)

사업명	2005년	2006년	2007년
보건소 암예방관리	1,220	1,230	1,231

2007년의 지원 대상은 의료급여수급자와 건강보험가입 하위 50%에 속하는 가정에서 치료 중이거나 요양중인 진행형 암환자 및 말기암환자이며, 관할 보건소를 통해 해당 서비스를 제공할 수 있다.

※ 세부서비스 내용

의약품 지원	의료장비 지원	간병용품 지원	기타 서비스	교육 및 홍보
통증치료제, 수액 소독약품, 구강청정제 등	체온계, 에어매트, 장루용품 등	기저귀, 영양제, 영양식 등	영적지지, 말동무, 가사지원, 목욕 등 위생지원	홍보물 배포 등

10. 국제암연구소 가입

국제암연구소는 프랑스 드골 대통령의 주창으로 1965년 WHO산하에 설립되었으며 1967년 프랑스 리옹에 본부를 두고 업무를 시작하였다. 우리나라는 2006년 국제암연구소 가입을 통해 회원국으로서, 세계 각국과 암에 관한 국제 공동연구를 수행하고 암연구 관련 최신 정보를 공유 하며 교육훈련 프로그램의 교류 등 국제협력을 증진할 수 있는 기반을 조성하였다.

〈표 2-11-59〉 국제암연구소 회원국 현황

회원국	가입년도	회원국	가입년도	회원국	가입년도	회원국	가입년도
독 일	1965	프랑스	1965	이탈리아	1965	영 국	1965
미 국	1965	호 주	1965	네덜란드	1967	벨기에	1970
일 본	1972	스웨덴	1979	캐나다	1982	핀란드	1986
노르웨이	1987	덴마크	1990	스위스	1990	스페인	2003
한 국	2006	인 도	2006	러시아	2007	아일랜드	2007

국제암연구소 가입을 통해 암의 발생원인 규명, 치료, 예방의 각 분야에 대한 연구 및 그 결과에 대한 보급 등을 통해 국가암관리정책 및 국내 암연구 수준 향상을 도모할 수 있게 되었으며, 암연구 인력의 훈련 프로그램 개발 및 국제암연구소 교육훈련 프로그램에 참여 등을 통한 암연구 인력 양성 체계를 구축하게 되었다. 향후 저개발국가에 대한 연구 및 정보 지원, 국가암조기검진사업 등 우리나라의 국가암관리 정책 보급을 통해 대외 이미지 개선 및 국제적 위상제고를 기대할 수 있을 것이다.

III 국립암센터 운영 지원

1. 국립암센터의 역할과 기능

국립암센터는 암 연구기관으로서 기초연구를 임상에 적용하는 이행성 연구에 역점을 두어 우리나라 암 연구를 선도하는 한편, 우리나라에서 흔히 발생하는 암에 대한 표준 진료지침을 개발하고 암 전문병원으로서 암 진료에 필요한 우수 인력과 첨단 의료장비를 확보하여 모든

국민이 최선의 진료를 받을 수 있는 기반을 조성하여 암 전문 연구·치료기관으로서의 위상과 역할을 다하고 있다. 이와 더불어 암 전문인력 양성, 암 정보망의 구축, 암 등록 사업, 암 예방 및 조기검진 모델 개발연구 등 국가 암 관리사업을 적극 뒷받침하고 있다.

2000.1.12 제정된 국립암센터 법에 근거하여 설립된 국립암센터는 2001.6.20 개원 이래 매년 약 358천명(외래 208천명, 입원150천명)의 환자들을 진료해 왔으며, 2005년 암 연구동 건립, 2007년 양성자 치료기를 이용한 진료를 개시하였으며, 정부의 공공의료 확충 및 5대 암 검진사업의 효율적 지원을 위해 국가암검진지원센터를 개관하였다.

국립암센터는 2007. 4에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업단 등 단위 조직별로 권한과 이에 따른 책임감을 높이기 위해 기능별로 자체 기획기능을 강화하는 한편, 성과 위주의 기관 운영을 위해 조직개편을 단행하였다.

이에 따라 연구소에 기초실험화연구부 등 4부 22과 1팀 1실 1종양은행을 두고 부속병원에는 위암센터·간암센터 등 암 종별로 11개 진료센터 7실 2팀을, 국가암관리사업지원평가연구단은 국가암관리사업단으로 확대 개편하고 기획총괄부 등 3부 11과를, 진료 및 연구업무를 지원하기 위하여 기획조정실·사무국 및 교육훈련부 이외에 홍보팀을 분리하여 홍보실로 확대 하는 등 조직을 정비하여 2007. 12 현재 정원 1,054명에 현원 963명이 암퇴치의 선봉에서 근무하고 있다.

2. 주요사업 현황

가. 암 연구사업

암에 관한 전문적 연구를 통해 국민의 보건향상에 기여하기 위해 설립된 국립암센터 연구소는 암의 진단·치료·예방법 연구, 국내외 암 연구 동향 분석 및 정보 제공, 국가차원의 암 퇴치 정책의 기초자료 제공, 대학 및 타 연구기관에서 수행하기 어려운 국가 암 관리 관련 주요연구 등의 업무를 수행하고 있으며, 기타 국내 암 관련 연구기관들의 연구 활동을 지원하는 기능도 병행하고 있다.

국립암센터 연구소의 조직은 이행성(translational) 연구 등 실용적인 연구를 중점 추진하고, 종양은행과 실험동물실 운영 등을 통해 암연구 실험자원을 분양하는 등 우리나라 암연구의 기반

구축의 중심축 역할을 수행하기 위해 기초실용화연구부, 이행성임상제1연구부, 이행성임상제2연구부, 융합기술연구부의 4개부, 발암원연구과 등 22개 연구과 및 지원 조직으로 실험동물실, 중앙은행 및 연구지원팀으로 되어 있으며, 정원은 겸직의사 60명을 포함한 정규직원 118명으로 구성되어 있다.

또한, 국립암센터 연구소는 암에 관한 연구기능과 진료기능을 유기적으로 연계하여 연구 성과와 치료 효과를 다 함께 높이는 상승효과를 거두기 위해 국립암센터에 연구소와 부속병원을 함께 설치하여 모든 진료자료가 연구에 활용되고 연구 결과가 신속히 임상에 적용될 수 있는 「연구·진료 연계시스템」을 구축하였다.

즉, 연구소 겸직의사인 핵심요원 60명을 연구업무와 진료업무를 겸하게 하여 전문 인력의 활용도와 양 업무의 연계성을 제고할 수 있도록 부속병원의 각 진료센터와 연구소 각 연구과를 상호 긴밀히 연계 되도록 운영하고 있다.

특히, 암 진단·치료기술, 암 임상연구, 암예방·관리, 암연구기반 확충 등 4대 전략 연구분야를 선정하였다. 이를 기반으로 한국인 주요암(위·간·폐·대장·자궁·유방암)의 발생률 및 사망률을 낮추고 치료율을 제고시킬 수 있는 이행성 연구 등 실용화 연구를 중심으로 연구사업을 추진하고 있으며, 기초연구 및 임상연구 결과를 상호 유기적으로 연계하여 암환자 치료 수준 및 삶의 질 향상에 직접 기여하는 이행성연구 사업을 확대 추진하고 있다.

〈표 2-11-60〉 연도별 암 연구 개발사업 실적

(단위 : 백만원, 건)

구 분		계	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
예산	계	88,320	1,000	1,530	1,445	1,445	1,500	5,000	5,000	10,000	12,000	13,400	15,000	21,000
	암정복 추진연구	41,820	1,000	1,530	1,445	1,445	1,500	1,000	1,000	4,000	5,000	5,900	7,000	11,000
	기관고유 연구	46,500	-	-	-	-	-	4,000	4,000	6,000	7,000	7,500	8,000	10,000
연구 개발 과제	계	1,066	46	50	41	32	31	52	66	119	104	154	159	212
	암정복 추진연구	675	46	50	41	32	31	22	22	64	55	88	93	131
	기관고유 연구	391	-	-	-	-	-	30	44	55	49	66	66	81

나. 진료체계 구축

(1) 의료장비 도입 · 설치

암 진료를 위한 최신장비로 IMRT(강도조절방사선치료기), CT simulator 등의 방사선치료기기, PET(양전자단층촬영기), Coincidence Camera 등의 핵의학장비 등을 운용하고 있으며, 효율적인 진료전달체계를 위해 투약, 검사, 수납 등을 전산화한 처방전달 체계(OCS)와 의료영상 저장전송장치(PACS)를 구축 하였다.

또한 국민들이 외국에 나가지 않고도 국내에서 최신의 치료를 받을 수 있게 하기 위하여 미국, 일본 및 EU 등 선진국에서 실용화되어 사용되고 있는 PET-CT 등 최신 장비와 더불어 벨기에 IBA사 양성자 치료기가 도입되어 2007년부터 치료를 개시하고 있으며, 암검진사업을 지원하기 위해 약 5,600여평의 국가암검진지원센터를 완공하여 통합 암검진 수행관리체계구축을 위한 인프라를 구축하게 되었다.

(2) 진료체계 구축

우리나라에서 흔히 발생하는 6대 암 및 기타 특수 암을 대상으로 하여 각 진료센터별로 관련 진료과가 공동 참여하는 특성화된 11개의 환자중심 진료센터를 설치하여 운영하고 있다.

또한, 암 치료의 신기술 개발에 주도적인 역할을 하기 위하여 암 연구와 진료를 겸할 수 있는 암 전문 인력으로 하여금 암연구소와 연계하여 개발된 암 치료의 신기술을 신속히 임상적으로 평가하고 시험할 수 있도록 하고, 부속병원의 각 센터는 암연구소와 체계적으로 연결하여 암 연구 및 진료의 연계성을 도모하도록 하고 있다.

다. 국가 암 관리사업지원

국가 암 관리사업의 정책개발등의 업무를 체계적으로 수행하기 위해 설립된 국가암관리사업 지원평가연구단은 국가암관리정책 수립에 필요한 자료 확보를 위한 암 등록사업, 5대암에 대한 국가암조기검진사업지원, 말기암환자의 삶의질 향상 및 의료비 절감을 도모하기 위한 말기암환자 관리사업지원, 암 환자 및 국민들에게 암 전반에 걸친 올바른 암정보서비스 제공을 위한 국가암 정보센터 운영, 국가 암 관리사업의 효율적 수행과 의료의 지역균형발전 등을 위한 지역암센터 지원 · 육성, 저소득층 암환자의 경제적 부담을 경감시키기 위한 암환자의료지원사업지원 등 국가가 수행하고 있는 암관리사업을 수행하거나 지원하고 있다.

또한, 2007년에는 보건복지가족부가 추진중인 「제2기 암정복10개년계획」을 밀착 지원하기 위하여 국가암관리사업지원평가연구단을 국가암관리사업단으로 명칭을 변경하고 기획총괄부를 신설하는 등 3부 11과로 조직을 확대 개편하였고 2007. 12 현재 인력은 정원 38명에 현원 34명으로 구성되어 있다.

라. 인력양성 및 정보교류

국립암센터는 국민의 암 발생 및 사망률을 감소시키고 암 환자들의 삶의 질을 높이기 위하여 설립되었다. 암 예방·조기검진 및 암 환자 관리 능력을 갖춘 전문인력 양성을 위한 프로그램으로 암연구자, 암전문의, 종양전문 간호사 등 암전문 의료인과 암 관련 보건직 공무원, 세포병리사를 대상으로 다양한 교육프로그램을 개발·수행하고 있다.

보건소 내 암 검진사업 담당자를 대상으로 하는 〈암 예방 및 조기검진사업과정〉은 암 및 암 검진에 대한 이해를 도와 국가 암 조기 검진사업 활성화를 도모하는 과정이며, 〈재가 암환자 관리과정〉은 지역의 암환자 및 가족의 삶의 질 향상을 위해 맞춤형 방문건강관리사업 등 보건소 암관리사업 담당자들의 사업의 이해 및 업무수행능력 향상을 위한 교육지원 과정이다.

〈암 예방 및 관리과정〉은 지역보건관리자가 국가 암 관리사업의 지역파트너로서 역할을 수행할 수 있도록 관리 역량을 함양시키기 위한 과정으로 지난 3년간 전국 보건소 담당인력의 약 70%가 참여하였다.

한편, 전문인력 양성을 위해 국립암센터에서 개발·수행하고 있는 6개월의 교육과정으로는 보건복지 분야 〈보건복지정책고위과정〉, 〈보건복지통계고위과정〉, 연구 분야 〈생명과학최고연구자과정〉, 간호 분야 〈종양전문간호고위과정〉, 〈국제장루·창상·실금 전문 간호과정〉, 〈호스피스고위과정〉, 의료분야 〈대장내시경아카데미〉, 〈의학물리아카데미〉, 〈세포병리사교육과정〉 등이 있으며, 〈세포 병리사 교육과정〉은 자궁경부암 조기검진방법인 자궁경부 질 세포 검사를 실시하는 인력에 대한 교육과정으로 대한세포병리학회와 공동으로 실시하고 있다.

국가 보건복지사업의 큰 축을 이루는 암을 퇴치하기 위해서는 암 전문 인력의 저변확대가 시급한 과제이므로 암 전문의사 양성교육프로그램을 마련하여 운영하고 있다. 전문과목별로 전문의 자격을 취득한 의사를 대상으로 1년 단위의 〈전임의 교육프로그램〉을 통해 암 전문 의사를

배출하여 지역병원에서 활동하도록 지원하고 있으며, 국립암센터와 서울대학병원이 연계하여 전공의가 연간 2~3개월 동안 <국립암센터 전공의 교육프로그램>에서 환자중심의 암치료를 경험하게 하여 전문분야 능력을 키울 수 있도록 돕고 있다.

그 외 <암 교양강좌>를 매주 진행하여 전 직원에게 암에 대한 최신 지식을 교육하고 있으며, 국립암센터에서 개최되는 모든 공개강좌는 홈페이지를 통해 주제와 내용을 강연 동영상과 함께 누구나 쉽게 볼 수 있도록 제공하고 있다.

제 7 절

정신보건*

산업화, 도시화 등으로 인한 급격한 사회경제적 환경의 변화 속에서 상당수의 국민이 정신 질환을 앓고 있는 반면, 핵가족화, 개인주의화 경향은 정신질환자에 대한 지지기반을 약화시켰다. 이에 따라 국민의 정신건강문제를 더 이상 개인의 책임으로만 미룰 수 없으며 사회적 문제로서 국가차원의 정책적 개입을 필요로 하게 되었다.

1990년대 초반까지 우리나라의 정신보건정책은 정신분열병 등 만성 중증 정신질환자를 정신 의료기관 또는 시설에 격리하여 치료하는 데 치중해 왔다. 그러나 1997년 정신보건법의 시행을 기점으로 기존의 장기입원 중심의 정신보건서비스 제공체계로부터 벗어나 지역사회 정신보건 사업을 활성화하는 방향으로 정책적 전환이 이루어졌다. 지역사회 내에서 정신질환자를 조기에 발견하여 상담, 치료, 재활 및 사회복귀를 지원하는 등 그동안 사회로부터 소외되어 왔던 정신 질환자에게 필요한 정신보건서비스를 효율적으로 제공하고 이들에 대한 사회적 지지체계를 구축하기 위해 정책적 관심과 재정적 지원을 늘려왔다.

그동안 우리사회에 뿌리 깊게 박혀 있는 정신질환에 대한 편견을 해소하고 정신질환자의 인권을 보호하는 한편, 정신보건센터, 사회복귀시설 확충 등을 통해 지역사회 정신보건사업 수행을 위한 전달체계를 마련하고자 노력하였다. 아울러 정신의료기관 또는 시설에서 생활하고 있는 정신질환자가 적절한 치료·요양 및 재활서비스를 받을 수 있도록 정부의 지원을 확대하고 지도·감독을 강화해 왔다.

이밖에도 2001년도에는 처음으로 전국 규모의 정신질환실태 역학조사를 실시하여 정신보건 정책의 기초 자료로 활용하도록 하였으며 2000년부터 정신분열병, 조울증, 우울증, 자폐증 등으로 일상생활이 곤란한 정신질환자도 장애인에 포함하여 다양한 장애인복지서비스를 받을 수 있도록 하였다.

*집필자 : 정신건강정책과장 류지형

I 지역사회 정신보건사업 강화

1. 정신보건센터 확충 및 운영지원

지역사회 내에서 정신질환자의 조기발견, 상담, 치료, 재활서비스 제공 및 사회복귀 촉진을 위해 보건소, 병원, 대학 등이 연계한 통합 정신보건서비스 제공 체계 구축에 정책적 관심과 지원의 우선 순위를 두었다. 이러한 지역사회 중심의 치료·재활체계 구축에 있어서 무엇보다도 중추적 역할을 담당한 기관은 정신보건센터이다. 따라서 정부는 정신보건센터가 지역 정신보건 자원을 발굴·연계하고 지역실정에 적합한 정신보건계획을 기획·조정하는 등 지역사회 정신보건사업의 거점기관으로 활동할 수 있도록 지원을 확대해 왔다.

1998년에 처음으로 정신보건센터(모델형) 4개소에 대한 국비지원이 이루어진 이후 2006년 말까지 105개소(모델형 40, 기본형 65)로 확대·설치되었으며, 2007년 말까지 151개소(표준형 92, 기본형 59)로 확대·설치되었다. 각 시·군·구에 설치된 정신보건센터에서는 지역사회 내 정신보건사업의 기획 및 자원조정 뿐만 아니라 정신질환자 발견·등록·진료의뢰, 정신질환 예방 교육·홍보 등의 사업을 수행하고 있다.

또한 지역사회 내 아동·청소년 정신보건서비스 제공체계를 구축하기 위하여 정신보건센터 31개소에 대해 별도의 예산을 지원하여 아동·청소년 정신건강서비스 요구도 조사, 부모 및 교사 교육, 치료·재활프로그램 운영 등을 실시해오고 있다.

정신보건센터의 확대 설치와 함께 내실 있는 운영을 위하여 1999년부터 지역정신보건사업 기술지원단(2004.1.29 법 개정으로 “중앙정신보건사업 지원단” 및 “지방정신보건사업 지원단”을 설치·운영토록 함)을 설치하여 정신보건센터의 표준모형을 개발하고 정신보건센터와 보건소 정신보건사업을 기술지원 및 평가하는 한편, 센터 종사자, 시·도 공무원 등 관계자에 대한 교육훈련을 실시하여 왔다. 아울러 정신보건센터 및 보건소 정신보건사업 운영현황을 조사하고 비용효과를 분석함으로써 지역사회정신보건사업의 기초 자료를 제공하였다.

정신보건사업의 기반 마련을 위한 정신보건센터 확충 노력과 함께 2003년에는 정신보건센터

관련법과 제도를 정비함으로써 지역사회 정신보건사업의 정착 및 발전을 도모하였다. 즉, 정신보건센터의 위상정립과 종사자 신분보장을 위해 “정신보건법”을 개정(2004.1.29 개정공포)하여 센터의 법적 근거를 명시하였다.

장기적으로는 날로 늘어가는 지역사회 정신보건서비스 수요를 충족시킬 수 있도록 정신보건센터를 표준형 중심으로 확대·재편해나갈 것이다.

2. 사회복귀시설 확충 및 운영지원

지역사회 정신보건사업을 성공적으로 수행하기 위해서는 정신보건센터에 전문 인력을 배치하고 정신의료기관 또는 정신요양시설의 환자를 탈 원화시키는 것은 물론 정신질환자가 지역사회에서 생활할 수 있도록 이들의 재활과 사회복귀를 돕는 다양한 프로그램이 운영되어야 한다. 이에 따라 정부에서는 사회복귀시설의 설치·운영을 통해 정신질환자에게 일상생활 적응훈련, 직업훈련 등을 실시하거나 주거공간을 제공하도록 지원해 왔다.

1997년 정신보건법 시행이후 2개소로 출발한 사회복귀시설은 1998년 10개소, 1999년 19개소, 2000년 47개, 2001년 64개소, 2002년 86개소, 2003년 90개소, 2004년 123개소, 2005년도 136개소, 2006년도 147개소로 대폭 확충되었으며 2007년 12월말 현재 179개소로 이용·입소 현황은 약 5,203명으로 약 3,722명의 이용자와 1,481명의 입소자가 다양한 재활훈련 프로그램을 제공받고 있다. 2001년부터는 10인 이하의 소규모시설에 대한 수요가 정신질환자 가족을 중심으로 증가하여, 2007년도 말 현재 67개소의 주거시설이 사회복귀시설의 한 형태로서 설치·운영되고 있다.

사회복귀시설의 내실있는 운영을 위하여 2001년에는 사회복귀시설에 대한 평가도구를 개발하여 시설 및 환경, 조직 및 인력, 서비스의 질, 지역사회 관계 및 재정, 이용자 만족도에 대해 평가를 실시한 바 있으며, 3년 주기로 지속적인 평가를 실시하고 있다. 앞으로도 지역사회 내에서 정신질환자의 사회복귀를 지원하기 위해 모든 시·군·구에 1개소이상 사회복귀시설을 확대·설치하고 지속적인 재활훈련 프로그램의 개발·보급을 통해 양질의 서비스가 제공될 수 있도록 하는 등 정책적 지원을 확대해 나갈 계획이다.

3. 아동·청소년 정신보건사업

ADHD, 온라인 게임중독, 학교폭력, 학습장애 등 아동청소년 정신건강문제가 날로 심각해지고 있다. 이에 따라, 기존의 성인 만성중증정신질환 위주의 정책에서 전환하여 아동청소년 정신보건사업을 추진해오고 있다. 2002년부터 16개 정신보건센터를 시작으로 2007년 현재 전국 32개소에서 사업을 수행하고 있다.

정신질환은 초발연령이 대개 10대 후반이고, 질병의 경과가 평생 지속되므로 주요 정신건강 문제를 조기발견하여 중재하는 것이 중요하다. 관계부처와 협조하여 학교(초1, 초4, 중1, 고1) 단위의 정신건강 조기검진사업을 단계적으로 확대해나갈 계획이다. 2007년 16세 약 36,000명을 대상으로 선별검사를 실시하였으며, '08년 245개교로 확대 실시된다. 지속적으로 증가하는 아동청소년 정신건강관리 요구에 맞게 지역사회 내 유관기관 간 연계·협력체계를 활성화 하고, 예방교육, 조기검진, 상담 및 치료연계 등 통합 서비스 제공체계를 확충해나갈 계획이다.

아울러, 청소년들의 인터넷 중독에 따른 폐해가 심각한 것으로 나타남에 따라, 이에 대한 대응 체계도 강화하고 있다. 청소년 상담지원센터를 중심으로 인터넷 중독 상담서비스 제공체계를 활성화하였으며, 2007년부터 고위험군을 대상으로 기숙형 치료학교프로그램을 운영하고 있다. 2005년부터 인터넷 중독 치료협력의료기관을 지정하였으며, 청소년상담지원센터, 정신보건센터 등 지역연계망도 구축하여 운영하도록 하고 있다. 전문성을 가진 민간의 참여를 적극 유도하여 수요자 입장에서 접근성을 고려한 치료프로그램을 다양하게 개발·확대해나갈 계획이다.

II 생명사랑 및 자살예방

최근 20년간 자살률의 변화를 살펴보면, 1986년부터 10년간은 인구 10만명당 자살률이 9.1~11.8명 정도로 큰 변화없이 유지되었으나 1996년부터 자살률이 높아지기 시작하여 1998년 IMF 사태 이후에는 19.9명으로 이전 시기보다 두배나 많은 사람들이 자살로 사망하였다. 이후 2000년까지 2년 동안 자살률이 감소하는 듯 보였으나 2001년부터 다시 상승하기 시작하여 2003년에는 24.0명으로 1998년 수준을 초과하였고, 이후에도 증가의 속도는 줄었으나 계속 증가하여 2005년에는 무려 26.1명이 자살로 사망하였다. 다행히 2006년에는 약간 감소하여

5세이상 인구 10만명당 23.0명으로 나타났으나 이것이 지속적인 감소를 의미하는지 아니면 일시적 감소인지를 현재 판단하기는 어렵다.

경제·사회·문화적 환경 변화에 따른 스트레스의 증가 및 정서적 지지체계의 약화로 인하여 최근 10년간 자살율이 급증하였으며, 20~30대의 경우 자살이 사망원인 1위를 차지하기에 이르렀다(2005년 통계청).

정부는 자살예방대책의 일환으로 2005년부터 생명존중문화 확산을 위한 다양한 활동을 전개해 오고 있다. 우선, 정신적 위기에 처한 사람이 적절한 도움을 받을 수 있도록 활용 가능한 자원을 널리 알리고, 주위 사람에 대한 관심을 독려하기 위해 공익 광고물, 리플렛, 포스터 제작 등 홍보를 전개하였다. 또한, 청소년들의 생명존중의식을 높이기 위해 숲체험, ‘청소년 생명사랑 나누미’ 활동 등을 추진해 사람들이 쉽게 접근하여 도움을 받을 수 있도록 사이버 상담서비스 체계를 구축하였으며, 지역 정신보건센터에서는 전문요원들이 자살상담서비스를 제공하고 있다. 자살이나 생명존중문화에 대한 국민들의 의식수준을 파악하기 위해 실태조사도 실시하고 있다.

자살예방을 위해서는 자살시도자 등 고위험군의 위기상황에 직접 개입하여 전문적으로 대응할 필요성이 제기됨에 따라 광역정신보건센터(2개소)에 자살위기대응팀을 설치하여 긴급상황에 24시간 신속하게 대응할 수 있도록 위기관리시스템을 구축해 나갈 것이다. 방안을 마련 후 시범 사업을 거쳐 확대해나갈 것이며, 아울러 홍보, 교육 등 생명사랑 운동도 지속적으로 추진할 계획이다.

III 정신질환 인식개선 및 권익증진

1. 정신질환 인식개선

정신보건사업의 활성화를 위해서는 정신질환에 대한 국민의 편견이 해소되어 정신질환자와 그 가족이 사회적 관심과 지원속에 마음 놓고 치료 및 재활서비스를 이용할 수 있어야 한다. 그러나 언론매체 등을 통해 제대로 치료를 받지 못한 일부 정신질환자가 일으키는 사건·사고가

흥미위주로 보도됨으로써 정신질환자에 대한 부정적 이미지는 강화되는 반면, 정신보건사업의 발전에는 큰 걸림돌이 되고 있다.

이를 시정하고자 정신질환에 대한 국민의 인식을 개선하고 관심을 불러일으키기 위하여 다양한 홍보활동을 전개하였다. 1999년부터 국민건강증진기금 등을 활용하여 정신건강의 날(4월 4일) 행사, 정신장애 극복 수기·작품 공모, 정신장애인 극복 재활대회 개최, 정신요양시설 등의 권역별 체육·문화행사, 정신보건단체의 각종 세미나·학술대회 개최, 해바라기 축제 등을 지원하여 왔다.

특히, 기존의 유인물 중심의 홍보에서 탈피하여 2006년부터 지하철 광고, 플랫폼 PDP, 옥외 전광판 등 다양한 대중매체를 통하여 정신질환자에 대한 편견을 해소하고자 노력하였고, 대한 정신보건가족협회와 함께 국민에게 익숙한 TV(드라마 등)나 언론에 정신질환자에 대한 잘못된 보도에 대해서도 시정을 요청하였다.

그동안 정신질환 인식개선 사업으로 정신질환자도 우리사회의 구성원으로 함께 살아갈 수 있는 기반이 서서히 만들어지고 있지만, 아직은 정부와 정신보건관련단체의 많은 역할과 활동이 요구되고 있다. 2006년도에 실시한 정신질환 실태 역학조사 결과에 따르면, 정신분열병 등 정신병적 장애자의 21.2%만이 정신의료서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났는데, 이는 사회적 편견과 국민적 관심의 부족으로 상당수의 정신질환자가 적절한 치료·재활서비스로부터 소외되는 우리의 현실을 일부 반영한다고 하겠다.

따라서 앞으로도 정신질환자 가족, 정신보건관련단체, 자조집단 등을 통해 정신질환에 대한 국민적 관심을 높이고 정신보건센터, 학교, 사회복지기관 등을 중심으로 대국민 교육을 강화하는 한편, 대중매체를 활용한 다각적인 홍보활동을 지속적으로 전개해 나갈 계획이다.

2. 정신질환자 인권보호

정신질환자 중 의사 및 판단능력이 부족하거나 자신 또는 타인을 해할 위험이 있는 자에 대하여 보호자 또는 제3자에 의해 입원·치료를 받을 수 있도록 한 규정에 대한 인권침해 여부의 논란이 사라지지 않고 있다. 아울러 가족과 사회의 외면 또는 무관심속에 정신질환자에 대한 인권침해를 감시하고 이들의 권익을 대변할 지지세력 또한 미미한 형편이다.

구체적으로 살펴보면 1997년도 정신보건법 시행과 더불어 법령에 규정된 정신보건시설 입원(소) 요건 및 절차를 준수토록 하고 작업치료를 병자한 강제노역을 금지하는 한편, 특수치료시 법적 절차를 따르도록 하였다. 특히, 2002년에는 국가인권위원회법 시행에 맞춰 입원(소)자에게 인권침해 사실에 대한 진정권이 있음을 고지토록 하고 ‘진정함’을 설치하는 등 정신질환자 인권유린행위 방지를 위해 적극 노력하였다.

그 내용을 자세히 살펴보면, 장기입원은 환자의 사회적응력을 감소시키고, 삶의 질을 떨어뜨리며, 국가 의료비 부담의 증가를 초래하므로, 단기입원 통원치료 활성화 및 지역사회를 기반으로 한 상담·재활 체계 확립이 바람직하다. 이의 개선 방법으로는 과다 병상수의 제한, 입·퇴원 절차의 강화(자의입원 환자 매년 퇴원 의사 확인의무, 입원 동의 보호의무자 확대, 무연고 환자의 신상정보 의무 확인) 정책이 실시되고 있다.

정신질환자가 폐쇄적인 병원에서 장기 입원하지 않도록 하는 탈원화(脫院化) 정책으로는 정신병원이 전체 병상수의 10%를 개방병상으로 운영토록 하고, 계속입원 심사 판단사항을 현행 5항목에서 8항목으로 강화하며, 정신보건심판위원회의 계속입원 심사를 기초자치단체까지 확대하여 내실 있는 심사를 유도하고 있다.

또한, 환자가 치료를 거부할 경우에 대비하여 외래치료 명령제도를 도입하고, 사회복귀시설의 확대와 정신보건센터의 역할 강화 등 지역사회 상담·재활 프로그램을 강화하여 환자가 가족과 지역사회에서 상담·치료 및 재활하도록 유도하고 있다.

가장 중요한 정신보건시설내에서의 인권침해를 불식시키기 위하여, 불법노동, 수용행위, 가혹행위를 금지하면서도 사회복귀를 촉진하기 위한 작업치료의 기준을 명확히 하고, 환자의 알권리와 기록 접근권을 강화하며, 정신보건시설의 기능보강사업 확대로 입소자의 편의증진과 생활의 질 개선을 강화하는 한편, 정신의료기관의 점검과 정신요양·사회복귀시설의 평가에 인권분야를 반영하였다.

이러한 노력과 더불어 개정 정신보건법은 정신보건시설의 설치·운영자 및 종사자에게 인권 교육을 의무화함으로써 시설·제도적 측면과 의식적 측면에 대한 인권보호를 추진하고 있다.

Ⅳ 정신질환자 치료 · 요양여건 개선

1. 정신요양시설 지원 현실화 및 운영개선

2007년도 12월말 현재 정신요양시설은 전국 59개소에 14,689명의 입소정원을 보유하고 있으며 가족의 보호가 어려운 만성 정신질환자를 입소시켜 요양서비스 및 사회복귀촉진을 위한 훈련을 실시하고 있다. 1980년대 중반 무허가시설의 양성화 조치로 1990년대 초반까지 정신요양시설의 양적인 팽창이 이루어졌으나, 1990년대 중반부터는 정신요양시설의 질적 수준을 높이는 데 정책적 우선순위가 두어지게 되었다.

구체적으로는 정신요양시설 운영비를 지속적으로 인상하여 시설운영을 정상화함과 동시에 2002년에는 간호사 및 생활보조원 2교대 근무제 실시를 위한 2003년도 예산을 확보하여 이들의 근무환경이 개선되도록 하였으며, 2004년도부터 시설종사자 처우개선 및 사기진작을 위해 연장근로수당을 예산에 반영하여 지급하게 되었고, 종사자의 직무능력 향상과 의식개선을 위해 시설장 및 직원을 직무분야별로 교육하는 한편, 시설 간 교환근무를 유도하여 양질의 프로그램이 확산되도록 하였다.

정신요양시설의 부정적인 이미지 개선과 시설의 개방화를 유도하기 위해 1999년부터 지역별로 합동 문화·체육행사를 실시하여 지역주민과의 교류를 촉진하고 정신질환자가족 모임도 적극 추진하였다.

또한, 2000년, 2002년에 이어서 2005년도에는 정신요양시설의 시설 및 환경, 조직 및 인력, 인권보호 및 서비스의 질, 지역사회관계 및 재정, 입소자 만족도 등에 대해 평가를 실시하고 우수시설에 대해서는 종사자 성과금을 지급하는 등 인센티브를 제공하고 있다. 한편 노후시설 등에 대한 기능보강비를 지원하여 정신질환자들에게 보다 더 쾌적한 생활을 보장하고 시설의 환경 개선을 위해서도 노력하였다.

그동안 정신요양시설에 대한 지원이 확대되었으나, 노인·장애인 등 타 사회복지시설에 비해서는 아직 미흡하므로 예산 투자의 확대가 필요하며 정신요양시설이 더욱 개방적으로 운영되도록 지속적인 정책적 관심과 노력이 필요하다고 하겠다.

2. 정신의료기관 치료환경 개선

2007년 12월 말 현재 정신의료기관은 1,173개소이며 6만 6천여 병상을 보유하고 있으며 인구 천명당 1.33병상으로 WHO(세계보건기구)에서 권고한 인구 천 명당 1.0병상기준에 비추어 충분한 수준으로 보인다. 국립병원은 1962년 2월 개원한 국립서울병원을 포함하여 전국에 6개소가 있으며 광역지자체가 운영하는 공립병원은 12개소가 설치되어 있다.

1999년에는 국립정신병원이 고객중심의 의료서비스를 실시하여 이용자의 만족도를 높이기 위해 “국립병원환자서비스헌장”을 제정·시행하였다. 환자의 사생활 보호 및 거주환경 개선을 위해 정신의료기관 1실 정원을 10인 이하로 제한하였으며 2006년부터는 책임운영기관으로 지정되어 병원운영의 자율성과 책임성을 보장하여 진료분야와 공공정책 추진분야가 공히 활성화 되었다.

시설·장비보다 전문 의료진에 의해 치료가 좌우되는 정신과의 특성을 반영하여 1998년 6월 정신보건법시행규칙을 개정하여 정신과전문의 인력기준을 입원환자 70인당 1인에서 60인당 1인으로 강화하였다. 장기입원을 지양하고 지역사회중심의 정신질환자 치료·재활체계를 지원하기 위해 1999년에는 낮 병동 수가를 신설하였으며 의료급여 정신과 수가를 입원기간에 따라 차등화되어 시행되고 있다.

그동안 정신의료기관의 치료환경이 상당부분 개선되었으나, 아직도 많은 의료기관이 교통이 불편한 산간지역에 있거나, 폐쇄적으로 운영되고 있으며 1년 이상 장기입원환자의 비율도 2006년 6월 말 현재 31.8%에 육박하고 있다. 향후에 정신의료기관에의 장기입원을 줄일 수 있는 방안을 다각적으로 준비 중에 있다.

〈표 2-11-61〉 정신보건관련시설 현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소, 병상, 명)

구 분	기관수	병상/정원 /이용자수	주 요 기 능
계	1,624	-	-
정신보건센터	151	66,653/연	정신질환자, 가족 및 지역주민 대상 정신질환 예방, 정신 질환자 발견·상담·진료의뢰·정신보건시설간 연계체계 구축 등 지역사회정신보건사업 기획·조정 ※ 지자체 지원 30개소 포함
아동청소년 정신보건센터	32	2,889(등록)	아동청소년 정신건강 선별검사, 개인상담, 집단프로그램 운영, 교육·홍보
사회복귀시설	179	1,481(입소) 3,722(이용)	정신의료기관 또는 정신요양시설 치료·요양 후 퇴원(소)한 정신질환자 대상 사회복귀훈련 실시
정신요양시설	59	14,689(입소)	정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자에 대한 요양과 사회복귀촉진 훈련 서비스 제공
알코올상담센터	30	4,286(등록)	알코올중독 예방, 중독자 상담·재활서비스 제공
정신의료기관	1,173	66,739	급성 정신질환자 대상 의료서비스 제공

3. 정신보건 전문요원의 양성 및 관리

지역사회중심의 정신보건 사업을 수행하기 위해서는 지역사회에서 정신질환자를 관리할 전문
요원의 확보가 필수적이다. 따라서 정신보건법에는 정신보건전문요원의 자격과 역할 등이 세부적으로
정해져 있고, 보건소에는 정신보건전문요원을 두고 정신보건사업을 수행할 수 있도록 하였으며,
정신의료기관에는 입원환자 100인당 정신보건요원 1명을 배치하도록 규정하였다. 이러한 필요성에
따라 정신보건전문요원이 2007년 12월말 현재 7,894명이 배출되어 지역사회 정신보건센터,
정신의료기관, 정신요양시설, 사회복귀시설 등에서 정신보건업무를 수행하고 있다.

특히 일선에서 정신보건업무를 담당해야 할 보건소 전문 인력이 부족하여 2001년도에는
전국 보건소 정신보건업무 담당자 185명을 대상으로 전문요원 교육을 실시하였으며, 2007년도는
53명의 보건소 정신보건업무 담당자에 대해 전문요원 교육을 실시하였으며, 점차 그 대상자를
확대하여 실시할 계획으로 있다.

정신보건전문요원을 양성하는 수련기관은 총 136개소로서 정신보건임상심리사 수련기관 76개소, 정신보건간호사 수련기관 32개소, 정신보건 사회복지사 수련기관 90개소로서 이중 2개 분야 전문요원 동시 수련기관이 22개소이고, 3개 분야 전문요원 동시 수련기관이 17개소이며 수련 정원은 총 1,026명이다.

〈표 2-11-62〉 정신보건전문요원 양성현황

(2007. 12)

분 야	계	정신보건임상심리사	정신보건간호사	정신보건사회복지사
계	7,894	1,242	5,004	1,648
1 급	1,594	468	838	288
2 급	6,300	774	4,166	1,360

〈표 2-11-63〉 정신보건전문요원 수련기관 지정현황

(2007. 12)

종 류	계	정신보건임상심리사	정신보건간호사	정신보건사회복지사
수련기관수	136 (198)	76	32	90
수련정원	1,026	258	479	289

※ ()는 수련과정 수임

V 음주폐해 예방 및 치료재활 지원

1. 음주폐해 예방 및 안전한 사회환경 조성

관대한 음주문화와 불건전한 음주습관은 알코올 사용 장애로 인한 심각한 사회경제적 손실로 이어져 왔다. 2006년도 정신질환 실태 역학조사 결과에 의하면, 연간 18세 이상 64세 이하 인구 중 5.6%인 약 179만 명이 알코올에 의존하거나 남용하고 있으며 음주로 인한 질병 치료비, 생산성 감소 및 사망에 따른 손실, 사고로 인한 재산피해액 등 사회경제적 비용이 GDP(2004년 기준)의 2.9%인 약 20조원에 달하는 것으로 추정되고 있다.

이러한 사회경제적 비용, 문제의 심각성에도 불구하고 우리나라는 음주가 식생활의 일부로 간주될 정도로 술이 생활문화와 관련이 깊어 음주습관이나 행동을 변화시키는 것이 쉽지 않은 실정이다. 이에 음주폐해에 대한 국민인식제고 및 관대한 음주문화 개선이 그 무엇보다 선행 과제임에 따라 TV, 라디오 및 전광판, 지하철 PDP, 인터넷 포탈사이트 등 대중매체를 통해 절주 캠페인을 실시하고 있으며, 전국 보건소, 알코올상담센터, 정신보건센터 등 관련기관 등과 집중 홍보기간을 운영하는 등 음주폐해 예방관리를 위해 노력하고 있다.

또한 청소년, 여성 및 대학생, 직장인 등 대상자별 효과적인 교육프로그램을 개발하고, 생애 주기별로 일반국민, 위험군 및 중독환자별 특성과 요구에 맞는 교육을 실시할 예정이며, 건강한 음주생활 실천율을 높이기 위하여 지식, 태도 및 실천방법에 관한 통합적인 교육과 홍보를 추진할 계획이다.

아울러 국·공립공원 및 기관의 자율적인 참여를 바탕으로 음주청정지역을 선정하고, 대학생 및 직장인들의 자발적인 건전음주서약 운동 전개 및 선진국에서 효과성을 인정받은 알코올 규제 정책 도입 등 음주로부터 안전한 사회환경 조성을 위해 노력하고 있다. 이와 함께 절주 캠페인 및 합동 홍보를 위하여 시민단체, 알코올자조모임(A.A) 및 전문가 단체 등이 모여 「파랑새 포럼」을 구성·운영하는 등 민간 연대활동을 통해 국민적 지지분위기를 유도하고 있다.

2. 알코올중독 예방·상담 및 재활사업 추진

사회환경과 가치관의 변화 등으로 알코올로부터 보호할 대상이 아동, 청소년, 여성 등으로 확대 되고, 알코올중독으로 인한 가정폭력, 범죄증가 등 문제가 심각해짐에 따라 고위험 음주군, 취약계층, 알코올중독자와 그 가족이 지역사회에서 쉽게 접근하여 상담 및 재활프로그램에 참여할 수 있는 기관의 설치·운영이 필요하게 되었다.

이에 정부에서는 2000년 알코올상담센터 4개소를 권역별로 설치하여 시범사업을 시작하였으며 2001년 9개소, 2002년 14개소, 2003년부터 전국 17개소의 알코올상담센터 설치를 통해 알코올 중독 예방·상담·재활사업을 본격적으로 수행하기 위한 토대를 마련하였으며 2007년말 현재 30개소로 확대 운영중에 있다.

또한 알코올중독자가 사회기술 및 직업재활 훈련을 받을 수 있도록 지원하여 장기실업, 폭력 등으로 해체된 가정을 회복하고, 의료비 부담을 감소시키기 위해 2007년말 현재 알코올전용 사회복귀시설 4개소를 운영 중에 있다.

아울러 민간의 적극적인 알코올중독사업 참여를 위해 2000년에는 재단법인 한국음주문화 연구센터의 설립을 허가하였으며, 음주로 인한 사회경제적 폐해의 심각성 등으로 음주문제에 대한 국가의 적극적인 관리 필요성에 따라 2006년 8월 29일 국가알코올종합계획 「파랑새 플랜 2010」을 수립·발표하였다.

향후에는 지역사회에서 알코올중독자를 조기에 발견, 상담, 치료, 재활할 수 있도록 인구 20만 이상 시·구(107개소)에 알코올상담센터를 설치하고, 알코올전용 사회복귀시설을 18개소까지 확대하는 한편, 대상자별 치료·재활 프로그램의 개발·보급을 통해 알코올중독 치료·재활 사업이 조기에 정착될 수 있도록 지원을 강화할 것이다.

또한, 자가검진도구를 표준화하여 보급하고, 전문가의 확진을 위한 선별검사 시스템을 구축하는 등 문제 음주자의 조기발견 및 확진 후 알코올상담센터, 정신보건센터를 통한 사례별 맞춤형 사후관리서비스를 제공하여 음주문제 없는 행복한 가정, 모든 국민이 음주로부터 안전한 사회 조성을 위해 노력할 것이다.



구강보건*

I 개 요

1. 구강보건조직의 연혁

1945년 군정청 위생국 치무과가 설치된 이래로 여러 차례의 개편이 있었으며, 1997년 11월 구강보건과로 설치되어 국민건강증진법(1995년 제정)과 구강보건법(2000년 제정)의 근거아래 구강보건 및 치과의료정책을 본격적으로 추진하였다. 2007년 5월 건강투자활성화를 위해 생활 위생팀으로 개편되어 현재까지 다양한 구강보건사업과 정책 등을 꾸준히 추진하고 있다.

2. 국민구강건강현황

한국인의 기대수명은 지난 35여년간 약 17세 가량 연장되어 2005년에는 78.6세에 달하였으며 2010년에는 80세에 이를 것으로 전망되고 있는 반면(장래인구추계, 2006.12. 통계청), 건강수명은 2005년을 기준으로 67세로 추산되고 있어 삶의 질과 직결되는 건강수명의 향상노력의 필요성이 증가되고 있다

이러한 건강수명을 연장하기 위해서는 구강건강이 필수적인데, 2006년 국민구강건강실태조사에 의하면 12세 아동의 1인 평균 우식경험영구치아수가 1972년의 0.6개에서 2006년 2.2개로 3.6배나 후퇴하였고, 비록 2003년 3.3개에 비해 다소 향상되기는 하였으나 여전히 세계평균인 1.6(2004년)에 비해 지나치게 높다.

지난 30년간의 우식경험영구치아수 변화는 다음과 같다.

*집필자 : 생활위생과장 유수생

〈표 2-11-64〉 한국 12세 우식경험영구치아수 변화

(단위 : 개)

조사년도	전 국	도 시	비도시
1972	0.6	-	-
1979	2.2	2.5	1.7
1990	3.0	2.9	3.3
1995	3.1	3.0	3.6
2000	3.3	3.1	3.5
2003	3.3	3.4	2.6
2006	2.2	2.2	2.6

또한, 주요 OECD 국가의 우식경험영구치아수의 변화는 다음과 같다.

〈표 2-11-65〉 주요 OECD 국가 12세 우식경험영구치아수 변화

국 가 명	1인 평균 우식경험영구치아수					
	이 전	조사년도	중 간	조사년도	최 근	조사년도
그 리 스	4.4	1965	1.6	1993	2.2	2000
네델란드	6.5~8.2	1965	0.9	1992~3	0.8	2002
뉴질랜드	6.0	1973	1.5	1993	1.6	2006
덴 마 크	6.4	1976	1.2	1995	0.8	2006
독 일	6.0	1973	1.7	1997	0.7	2005
미 국	4.0	1965~7	1.4	1991	1.19	'99~'04
스 웨 덴	6.3	1977	1.0	1997	1.0	2005
스 위 스	2.3~9.9	1963~75	1.1	1991	0.86	2004
아이슬란드	8.7	1980	1.5	1996	1.4	2005
아일랜드	5.4	1972	1.9	1992	1.3/1.1(F)	2002
영 국	4.7	1973	1.1	1996~7	0.7	'04~'05
핀 란 드	7.5	1975	1.2	1994	1.2	2000
호 주	2.6~6.0	1973~8	1.1	1993	0.8	2000
한 국	0.6	1972	3.1	1995	2.2	2006

※ 자료 : 세계보건기구(WHO)홈페이지(<http://www.whocollab.od.mah.se>)

치과질환과 관련한 국민의료비 지출이 해마다 증가하여 국가재정과 가계에 엄청난 부담이 되고 있다. 2007년 건강보험통계에 의하면 구강질환 요양급여비가 1조 1094억원으로 건강보험으로 지급된 총진료비의 3.4%를 차지하고 있으며, 이는 2006년 3.8%(1조723억원)에 비해 비율은 낮아졌으나 급여비는 증가하였다.

또한 2007년도 외래 다빈도 상병 및 요양급여비용(치수 및 치근단주위조직질환, 치아우식증, 치은염 등 치주질환)은 5위안에 3개의 구강질환(치수 및 치근단주위조직질환, 치은염 등 치주질환, 치아우식증)이, 빈도는 10위안에 3개의 구강질환(치수 및 치근단주위조직질환, 치아우식증, 치은염 등 치주질환)이 차지하고 있다.

II 구강보건정책

1. 구강보건정책목표

치아우식증(충치)과 치주질환의 효율적 관리 없이는 국민의 건강수명 연장이나 급증하는 국민의료비의 감소를 이룰 수가 없다. 우리나라도 향후 10년간 구강보건정책의 근간이 될 장기적 계획으로 ‘국민구강건강증진종합계획 2010’을 수립하여 발표하였다(2002년 4월).

또한, 2005 ‘새국민건강증진종합계획’ (2005년 12월)에는 구강보건정책목표가 설정되었고, 이 목표들을 달성하기 위한 방안들이 제시되었다.

구강보건정책목표는 양대 구강병인 치아우식증(충치)과 치주질환을 효율적으로 관리하여 국민의 구강건강을 증진시키겠다는 정책의지의 표현이며, 목표를 달성하기 위해서 다양한 구강보건사업들이 개발·추진될 것이다.

2010년 구강보건정책목표는 다음 표와 같다.

〈표 2-11-66〉 주요 2010년 구강보건정책목표

목	표	2000년	2010년
치아우식증 발생예방목표	5세 치아우식 경험율	83%	67%
	12세 치아우식 경험율	77%	62%
치아우식증 악화예방목표	5세 치아우식 유병율	64%	51%
	12세 치아우식 유병율	42%	34%
치주병발생 및 악화예방 목표	15세~19세 치면세마필요자율	37%	33%
	35세~44세 치면세마필요자율	77%	70%

지금까지 우리나라 구강보건정책은 ‘발병전 예방’ 보다는 ‘발병후 치료’와 같은 소극적 정책으로 일관하여 왔다. 정부에서 본격적으로 구강질환 예방사업에 관심을 갖기 시작한 것은 보건복지부에 구강보건과가 설치된 이후이다.

2. 구강보건사업

2007년 구강보건정책의 기본방향은 “건강투자를 위한 사전예방적 지역사회 구강보건사업 내실화”로 표현할 수 있고 이에 따른 구강보건사업들을 크게 다음과 같이 분류하여 추진되고 있다.

- 구강보건사업기반 확충
- 수돗물 불소농도 조정사업 활성화
- 학교구강보건사업 강화
- 노인 및 장애인 등 취약계층에 대한 구강보건사업
- 구강보건 교육 및 홍보사업
- 구강보건사업지원단 운영
- 기타

3. 구강보건사업기반 확충

가. 구강보건실 설치·운영사업

예방위주의 구강보건서비스를 제공하기 위한 지역사회 구강보건사업 센터인 구강보건실을

지속적으로 설치하고 있다. 2007년 말 536개소(보건소 187개(센터 10개소 포함), 초등학교 312개, 특수학교 구강보건실이 37개소)에 구강보건실이 설치되어 운영되고 있다.

구강보건실 설치사업은 인력부족 등의 문제점이 있으나, 노후 된 치과장비를 개선하고, 치아 홈메우기, 불소도포, 치면세마, 구강보건교육 등 지역주민의 구강건강 증진을 위한 사업을 수행한다.

초등학교 구강보건실은 보건소 등 의료기관 접근도가 떨어지는 벽지학교 중 학생수가 100명 이상, 벽지학교가 아닌 경우 학생수가 300명 이상, 기타 지역사회의 특성상 학교구강보건실 설치 운영이 필요하다고 판단되는 초등학교에 설치하게 되어있고, 설치된 구강보건실은 보건소에서 출장하는 형태로 운영되고 있다. 학교의 협조에 따라 운영에 다소 차이는 있지만 일단 설치된 지역에서는 학교장과 지역주민들의 호평을 받는 사업이며 아동대상 구강보건사업을 추진하여 평생구강건강을 유지하기 위한 첫걸음을 마련하는데 있어 좋은 여건을 제공하고 있다.

특수학교 구강보건실은 장애아동의 경우 구강건강상태가 매우 열악하고, 일반치과 의료기관에서 진료 시 여러 제약이 있어서 구강건강관리를 위해 운영하고 있으나, 진료인력을 구하기 어렵고 관리도 쉽지 않다는 문제점을 안고 있다. 장기적으로 국공립병원에 장애인이 진료 받을 수 있는 진료시설을 설치할 계획을 마련하고 있다.

나. 이동구강진료용 차량 및 장비지원

보건소에서 학교구강보건실이 설치되지 않은 초등학교에는 출장하여 구강검진, 불소도포, 치아홈메우기 등을 시술하고 있으나 업무용 차량이 부족하여 개인차량을 이용하는 등 일선 구강보건담당자들이 어려운 여건 하에 방문구강보건사업을 수행하고 있다.

이러한 상황들을 고려하여 2002년부터 소형 및 대형 치과이동진료용 차량 및 장비를 제공하기 시작하였으며 연차적으로 확대, 향후에는 진료장비가 장착된 진료차량을 시군별로 운영할 계획이다.

치과이동진료가 가능한 대형 진료차량은 2007년 강원도 고성군, 전라북도 부안군에 지원되어 현재 9대가 운영 중이며, 방문구강보건사업을 수행하는데 지원하고 있다.

4. 수돗물 불소농도 조정사업 추진

수돗물불소농도조정사업은 수돗물의 불소를 적정농도(0.8ppm)로 조정하여 지역주민에게 음용하게 함으로써 치아우식증(충치)을 예방하는 사업으로 국민건강증진법(1995년 제정) 제18조 및 구강보건법(2000년 제정) 제10조에서 ‘수돗물불소농도 조정사업’을 법정 제도로 하였다.

우리나라에서는 1981년 진해를 시작으로 2007년말 현재 25개 정수장에서 운영되고 있어, 292만여명이 불소가 첨가된 수돗물을 공급받고 있다.

수돗물불소농도조정사업은 “인체에 안전하고 가장 효과적이며 경제적인 치아우식증(충치) 예방법”이다. WHO는 1957년부터 치아우식증(충치) 예방에 수돗물 불소농도조정사업이 가장 이상적이라는 결론을 내리고 세계 각국에 사업실시를 권장해 오고 있다. 미국을 비롯한 세계 58개국에서 현재 시행하고 있다.

미국의 공중보건국(Public Health Service), 국립암센터(National Cancer Institute), 영국의 국립통계협회(Royal Statistical Society) 등에서 안정성을 확인하고 있으며, 미국의 질병관리센터(CDC)는 인간의 수명과 삶의 질 향상에 지대한 영향을 미친 20세기 공중보건분야 10대 업적의 하나로 꼽고 있다. 최근에도 세계치과외사연맹(FDI)이 불소의 안전성 및 효용성에 대한 새 선언문을 채택한 바 있다.

우리나라의 경우, 수돗물불소농도조정사업은 현재 상당한 어려움에 봉착하고 있다. “수돗물 불소농도조정사업을 실시하고자 할 경우 지방자치단체장이 주민의 여론을 수렴하여 시행여부를 결정(구강보건법 제10조)”하고 있는 바, 일부 단체의 잘못된 정보에 의한 반대와 지방자치단체에서 주민의 표를 의식하여 적극적으로 추진하지 못하고 있다.

그러나 수돗물불소농도조정사업의 치아우식증(충치) 효과와 안전성은 국내외적으로 수많은 연구에 의해서 검증되고 있다. 미국국립구강보건연구원(NIDCR)에서 5~17세 어린이들을 대상으로 치아우식증(충치) 예방효과 조사(1979~80, 1986~87)한 결과 수불사업이 시행되는 지역에 사는 어린이들에게 병소가 39% 적게 나타났으며, 기능적 측면에서도 가장 중요한 역할을 하는 제 1대구치 발거율 75% 낮게 나타났다.

그리고 1999년부터 수돗물불소농도조정사업을 시행해 온 울산광역시는 2005년 조사결과 치아우식증(충치)예방효과가 유치에서 33~70%(3~5세)나타나고 있으며, 1998년부터 시행해 온 진주시의 2004년 연구조사결과에서는 영구치에서 38~69%(6~14세)의 충치예방효과가 나타났다.

아울러 2007년 만 3~7세 어린이를 대상으로 소변의 불소농도를 측정하는 방식으로 수불사업의 안전성을 모니터링한 결과 불소농도가 적정수준으로 조정되어 가정으로 공급되고 있는 것으로 나타났다.

정부에서는 앞으로 국비로 지원되었던 불소첨가기 설치비,약품비를 계속 지원할 것이며, 국민들에게 바른 정보를 제공하는 홍보와 교육에 가능한 한 많은 예산과 노력을 투자할 계획이다.

5. 학교구강보건사업

가. 치아홈메우기사업

치아홈메우기(pit& fissure sealant)는 주로 초등학교 1, 2학년을 대상으로 어금니 교합면의 홈을 메워주는 예방처치사업으로 2002년부터 도입했다. 치아홈메우기의 치아우식증(충치) 예방 효과는 65~90%에 이르며 경제편익효과도 우수(100원 투입시 270원 효과)한 것으로 보고 되고 있어 건강투자사업으로 향후 확대 추진할 예정이다. 2007년도에는 공중보건 치과의사와 치과위생사들이 노력한 결과 전국 보건소를 통하여 초등학교 21만 명에게 시술을 제공하였다.

나. 불소용액양치사업

불소용액양치사업은 수돗물불소농도조정사업을 실시하지 않는 지역 초등학교들을 대상으로 실시하는 치아우식증(충치) 예방사업으로 현재 200여만명을 대상으로 실시 중에 있다.

불소용액양치사업은 초등학교들에게 식후에 잇솔질하는 습관을 생활화하기 위한 목적과 잇솔질 방법을 교육하기 위한 목적 그리고, 치아우식증(충치)을 예방할 목적으로 실시한다. 현재 실시하는 방법은 주1회 또는 매일 1회 양치를 하고 0.2% 및 0.05% 불화나트륨 용액을 조제하여 사용한다.

6. 임신부 및 영유아 구강보건사업

임산부 및 영유아 구강보건사업은 중요성에 비하여 사업으로 추진은 부족한 분야이다. 2002년도 모자보건수첩에 “임신기 구강검사”와 “영유아치아발달그림”이 추가되었고, 어린이 건강관리 및 지도내용이 있으며, 임산부 및 영유아에게 연1회 이상의 정기적인 구강검진으로 구강병을 조기에 발견할 수 있도록 유도해 나갈 계획이며, 2003년도에 임산부를 대상으로 한 구강보건교육 자료가 CD롬과 인터넷망으로 개발하여, 각 보건소에서 임산부 산전관리 시 구강보건교육 프로그램을 활용하고 있으며, 2004년도에는 유아, 초등학생을 대상으로 하는 노트형 동화책을, 2005년도에는 CD를 개발·보급하였다. 2006년도에는 민간과 함께 추진한 교육사업을 위한 CD를 개발·보급하였으며 2007년에도 교육관련 자료로써 CD, 팝업리플렛 및 동화책을 개발·보급하였다.

특히 2006년에는 보건복지가족부에서 처음으로 정부를 매개로 수혜자와 공급자의 자발적 참여를 유도하는 ‘정책공동체 활성화를 통한 영유아·노인가장건강증진사업’을 기획하여, 별도의 정부예산 없이도 연인원 30만명 이상의 영유아·노인에게 치과인력에 의한 구강검진과 교육을 받게 하는 행정혁신의 모범을 보였다. 향후 이와 같은 민관협조체제를 이어나가기 위한 방안을 강구 중에 있으며 이를 위한 노력의 하나로 민간이 참여하는 아동구강건강프로그램을 개발 운영하기 위한 계획을 추진하고 있다.

7. 노인 및 장애인 등 취약계층에 대한 구강보건사업

노인의치보철사업은 2002년부터 도입되어 치아가 결손된 기초생활보장 수급대상 70세 이상 노인에게 전부의치 및 부분의치를 제공해 주는 사업으로, 2007년도에는 9천명의 노인을 대상으로 사업을 추진하였다.

이번 사업은 보건소와 민간의료기관을 연계함으로써 최소비용으로 보다 나은 서비스를 제공하고 있으며, 노인의 저작기능을 회복시켜주고 삶의 질을 향상시켜주는 긍정적인 평가를 받고 있다. 특히 이 사업은 시행 후에도 지속적인 관리가 요청된다. 또한 노령화가 급속히 진행됨에 따라 노인에게 대한 구강보건사업 및 평생치아건강을 위한 보다 많은 방안들이 강구되어야 할 필요성이 증가하고 있다.

장애인 구강보건사업으로 특수학교 구강보건실 설치사업, 치과이동진료차량 및 장비지원사업, 장애인시설 유니트케어 공급사업 등이 있다.

8. 구강보건교육 및 홍보사업

사후치료를 지양하고 사전예방을 중심으로 구강보건사업을 실시하기 위해서는 구강보건교육 및 홍보가 선행되어야 한다. 구강보건교육은 모든 구강보건사업의 시작이자 중심축이다. 지역 보건소나 학교에서 구강보건교육을 실시하고 있고, 보건복지가족부에서는 구강보건교육 자료 개발을 계속하고 있다.

초등학생 및 중고등 학생용 구강보건 교육자료, 책자, 동영상(애니메이션), 홈페이지 운영 등 다양한 홍보매체를 계속 개발하여 전국 보건소 등에 보급하고 있다. 장기적으로 구강보건협회, 구강보건사업지원단 홈페이지 등을 이용하여 어느 지역 어느 장소에서도 사용할 수 있는 자료실 네트워크를 구축하고 있다.

9. 구강보건사업지원단

2005년도에 구강보건법에 의한 수돗물불소농도조정사업 기술지원단을 확대·개편하여 구강보건사업지원단을 구성·운영하고 있으며 수돗물불소농도조정사업 및 지역 구강보건사업에 대한 계획 수행평가에 관한 자문과 기술지원을 하고 있다.

2007년 구강보건사업지원단은 지원단 업무의 효율적인 운영과 전문성 강화를 위하여 분야별로 수불사업분과, 지역사업분과, 교육·홍보분과, 정책지원분과로 운영되었으며 19인의 위원들이 활동하였다.

III 치과의료정책

1. 구강보건의료인력 수급

21세기에는 의료수요의 다양화 및 의료분야의 첨단과학화·세분화가 예상되어 구강보건의료서비스 공급을 담당하고 있는 치과의사, 치과위생사, 치과기공사 인력수급 정책은 매우 중요하다. 우리나라도 구강보건의료인력 수급관리를 위한 정책을 입안하여 시행하고 있으며, 빠르게 변화하는 보건의료환경이 적절하게 반영하기 위하여 노력하고 있다.

구강보건의료인력 수급정책은 장기수급전망 하에 구강보건의료인력의 양성 및 관리에 유효하게 활용하여 적정수급을 통한 국민의료비의 적정관리와 국민의 구강보건의료서비스 접근도를 향상시켜 국민보건향상에 기여할 것으로 기대한다.

〈표 2-11-67〉 구강보건의료인력

(2007.12, 치과병·의원)

구강보건인력(면허자수)			치과 병·의원(개소수)		
치과의사수	치과기공사	치과위생사	치과의원	치과병원	합 계
23,846	23,114	33,792	13,339	153	13,492

또한, 구강보건사업을 수행할 인력양성의 종합적인 계획을 수립하고, 일선 지역 구강보건인력의 충분한 공급과 전문성 강화방안을 마련해야 할 것이다.

2. 치과의사 전문의 제도 도입시행

치과진료의 분야별 전문화를 통하여 치의학발전에 기여하고, 의료서비스의 질적 향상과 국민의 진료선택권 등 치과의료 이용의 편익을 증진하기 위해 2004년부터 치과의사 전문의제도를 도입하고 인턴수련을 시행하였다.

우수한 전문의를 배출하기 위해 2007년도에는 인턴 339명, 레지던트 332명으로 결정하였으며 2008년 치과의사전문의 자격시험 합격자 220명에 대하여 전문의를 배출하였다. 2008년에는 법령제도전문위원회를 구성·운영하여 전문의 관련제도에 대하여 합리적인 방안을 마련하여 치과의사 전문의 제도가 정착될 수 있게 할 계획이다.

3. 치과의료산업의 육성 등

정부는 구강보건 악화에 따른 국민의료비 증가에 대한 경계, 건강수명 연장과 복지국가 실현을 위한 국민의 건강관리 강화, 국가적 울타리가 사라진 세계시장에서 요구되는 치과 의료인력 및 치과관련 산업의 경쟁력 강화 차원에서 섬세한 정책을 추진해 나갈 계획이다.

비교우위를 가진 치과의료와 고부가가치를 가진 치과기자재 산업 육성을 통해, 동북아 중심 국가 역할을 하면서, 국력에 걸 맞는 대외협력사업도 추진하여 세계속의 지도적인 위치를 확보 하는 방안도 강구해 나갈 것이다.

제12장

한방정책

제 1 절

21세기 한방정책의 비전*

21세기에 우리나라가 명실상부한 선진국에 진입하기 위해서는 국가전략산업 육성이 무엇보다 중요하다. 특히 21세기에는 보건의료와 같은 서비스산업의 국가경쟁력이 국가발전의 중요한 변수로 작용할 전망이다. 이는 사람들의 삶의 패턴이 변하면서 삶의 질(Quality of life)이 강조되고 생명연장과 건강증진에 따른 의미 있는 삶의 추구가 중요시되기 때문이다.

우리나라도 그간 산업화와 경제발전 과정에서 평균 수명이 연장되고 고령화가 급속하게 진행됨에 따라 만성·퇴행성질환이 차지하는 비중이 크게 증가하고 있다. 우리나라 사망원인 중 교통사고를 제외하면 암이나 뇌혈관질환 및 심장질환에 의한 사망률이 가장 높게 나타나고 있다. 경제발전예 따라 국민소득이 증가하면서 국민의료비 지출 증가율이 소득 증가율 보다 높게 될 것이며, 이에 따라 의료와 약품 등 보건의료산업은 최고의 고부가가치 산업으로 21세기 국가발전을 선도하게 될 것이다.

한편, 선진국에서는 질병을 퇴치하고 건강한 삶을 보장하기 위하여 서양의학 외에 21세기 새로운 의학으로 동양의학을 깊이 연구하고 있으며, WHO에서도 각국으로 하여금 전통의학의 육성·개발하여 국민보건의료에 기여할 수 있도록 권고하고 있다. 이점에서 우리민족은 매우

*집필자 : 한의약정책과장 김덕중

값진 유산을 물려받았다고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 우리나라의 보건의료분야는 그 기반 기술이 취약하여 중요 기술의 수입 의존도가 심화되고 있으며, 선진국들은 각기 배타적으로 자기들만의 기술 진보를 추구하고 있어 선진기술의 모방·도입에 의해서는 국가경쟁력 제고를 위한 신 의료기술 개발이 매우 어려운 실정이다.

이미 때 늦은 감은 있으나 한의학을 더욱 체계적으로 연구 발전시키고 세계의료의 중심에 서도록 하는 일을 서둘러야 할 때이다. 즉 보건의료 부문 중 국가경쟁력 측면에서 비교 우위가 확보될 수 있는 한방의료를 한 차원 높은 수준으로 발전시킬 수 있는 국가전략이 절실히 요구되는 시점이다.

이러한 측면에서 앞으로 한방의료가 현대인에게 큰 고통을 주는 난치성 질환을 극복하여 국민들의 풍요로운 삶의 질을 높이는데 기여하고, 국가경쟁력이 있는 생명자원산업으로 육성되도록 하기 위하여 한방치료기술연구 개발사업을 지속적으로 확대 지원해 나가야 할 것이다.

만성퇴행성질환인 암·치매 등 고령화 사회 질병구조에 적합한 한방의료 서비스를 개발하고, 국민의 의료이용 접근을 용이하게 하기 위하여 단지 혼합엑스산제로 제한되어 있는 건강보험 약제급여를 복합제제로 확대 적용함은 물론 노인층에서 수요가 많은 한방물리요법 등에 대한 보험급여를 확대 적용할 계획이다.

국제협력을 강화하여 한·중 간 동양의학협력사업의 활성화를 기하는 한편 국제간 공동연구와 정보·인력교류 등 사업도 활발히 추진되도록 노력할 것이다. 몽골, 베트남 등 아시아 저개발국을 중심으로 한방 무료진료 순회 활동을 지원함으로써 한의학의 우수성을 홍보함과 아울러 한의학의 세계화가 이루어 질 수 있도록 지원할 것이다.

한편 한약의 안전성과 유효성을 확보하여 국민건강을 보호하고 한약의 과학적 관리체계를 마련할 수 있도록 관계 법령과 제도를 한약의 특성에 맞게 보완 정비해 나갈 것이다. 또한, 한약의 새로운 치료 효능을 규명하고 한의학 분야의 학문적 연구에 필요한 기초 자료를 확보할 수 있는 토대를 마련함으로써 한의학의 질적 수준을 제고하고 한의학 관련 분야를 국제경쟁력 있는 고부가가치산업으로 육성·발전시키기 위하여 다각적인 노력을 기울일 계획이다.



한방의료 정책*

I 개 요

1993년 6월 의정국에 한시 직제로 한방의료를 전담하는 한방의료담당관실이 설치된 후 1996년 11월 한방의료와 한약에 대한 국민적 수요증가에 대처하고 한의약정책의 효율적 추진을 위하여 의정국 한방의료담당관실을 한방정책관실로 승격하고 2005년 10월에 한방정책팀과 한방산업팀으로 개편하여 의료분야 뿐만 아니라 한약, 의료기기산업까지 정책을 확대 추진할 수 있는 계기를 마련하였다.

한의학 분야는 국제적으로 비교 우위에 있는 우리나라의 독특한 21세기 지식산업인 생명자원 산업이나 그간 이에 대한 투자가 미흡한 실정이다. 선진국(미국, 일본, 유럽 등)에서는 21세기에 대비하여 생명공학 및 신소재 개발에 역점을 두고 있고 동양의학을 포함한 대체의학 분야에서도 투자가치가 있는 고부가가치 산업으로 인식하고 집중적인 기술개발 연구를 추진 중에 있다.

한의학이 인구고령화, 생명공학에 대한 관심고조 및 세계화라는 21세기 보건의료산업의 동향과 합치되면서 한의약 발전에 많은 기회를 가져다주고 있다. 이에 한의약을 세계의료 시장에 진출시키기 위하여 인적·물적 자원의 국제교류, 해외의료봉사활동을 통한 한의학 홍보 지원, 한약재의 수출시장 개척 등을 추진하고 있다.

한의학의 연구개발을 통해 2010년까지 한방의료와 한약에 대한 안전성·유효성 입증, 한의학의 경험과 지식을 이용한 원천핵심기술·응용기술 개발 및 한의학의 과학화·표준화를 통하여 세계 최고의 한방선진국으로 도약하기 위하여 국가적 역량을 집중시키고 있다.

*집필자 : 한의약정책과장 김덕중

II 한의약 육성 추진

인구의 고령화에 따른 만성·난치성질환의 증가 등의 영향으로 전통의약에 대한 세계적 관심과 수요가 증대되고 이에 따라 세계 보완·대체의학 시장 규모가 지속적으로 성장하고 있고, 세계보건기구는 각 국에서 계승되어 오는 전통의약을 활용하여 각 국의 실정에 맞는 건강증진방법을 개발할 것을 권장(1978년)하는 등 세계적으로 전통의약에 대한 관심이 증가함에 따라 우리정부도 전통의약육성의 필요성을 인식하여 2003년 8월 한의약육성법을 제정하게 되었다.(2004. 8. 시행)

이로써 한의약의 기술발전을 위한 종합적인 시책과 보건의료산업화를 통한 국제경쟁력 제고 및 한방산업의 기반조성을 마련할 수 있는 독자적인 법체계가 갖추어지게 되었고, 한방의료의 선진화, 한약관리의 강화, 한의약의 산업화, 한방 R&D의 혁신을 이룰 수 있는 큰 틀과 이를 위하여 추진해야 할 정책방향과 정책과제가 아래와 같이 제시되었다.

- 국가는 한의약 기술의 발전을 위한 종합적인 시책을 세우고 추진하도록 함(제3조)
- 보건복지가족부장관은 한의약육성발전심의위원회의 심의를 거쳐 한의약의 육성 발전 등에 관한 종합 계획을 5년마다 수립하도록 함(제6조)
- 국가 및 지방자치단체는 한의약 기술 및 제품의 보건의료산업화와 국제경쟁력을 강화하기 위하여 지원시책을 강구하도록 함(제10조)
- 국가와 지방자치단체는 한방산업의 기반조성을 위하여 필요한 시책을 강구하도록 함(제12조)
- 보건복지가족부장관은 한약의 적절한 품질관리를 위하여 필요한 경우 우수한약관리기준을 마련하여 이를 시행할 수 있도록 함(제14조)

한의약육성법은 한의약의 발전을 위한 필수적인 토대가 규정되어 있으며, 동법에 근거하여 5년간의 한의약육성·발전을 위한 종합 계획을 수립하였으며 이를 바탕으로 한의약 발전의 새로운 전기가 마련될 수 있을 것이다.

III 한방의료 자원

1. 한방의료 인력

가. 인력 현황

2007년 12월말 현재 한의사는 16,663명이고 한의과대학은 경희대를 비롯하여 전국 11개가 설치되어 있으며, 입학정원은 750명, 재학생수는 약 4,500명이다. 또한 한약사는 현재 3개 대학에 입학 정원이 120명이며, 2007년 12월 기준으로 1,079명이 배출되었다.

〈표 2-12-1〉 한의약관련 인력현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 명)

한 의 사	한 약 사	한약조제약사	한약업사	침 구 사
16,663	1,079	26,222	1,617	41

※ 보건복지가족부 면허관리 시스템

한편 한의사의 전문성과 위상을 높이기 위하여 국립대에 한의학과를 설치하는 것이 꾸준히 논의되어 왔으며 여러 이견이 있어 추진에 어려움을 겪었으나 범 한의계 노력의 결과 국립부산 대학교에 국립한의학전문대학원을 설립하기로 합의하여 2008년도에 신입생 50명을 선발하기로 확정하였다. 이 50명의 정원은 기존의 각 대학 정원에서 감축한 인원이기 때문에 한의학과 전체 입학정원에는 변함이 없다.

국립한의학전문대학원의 설립과 함께 실습을 할 부속병원이 필요하다는 인식이 공감대를 얻어 보건복지가족부에서 한의학전문대학원에 총 265억원을 투입하여 200병상규모의(16,530평방미터) 부속 한방병원을 건축할 계획이며, 부속 한방병원과 연계한 임상실험을 위한 국립한방임상 연구센터(100병상 규모)도 설치할 계획이다.

나. 한의사 전문의 제도 시행

정부에서는 한방의료의 분야별 전문화를 통하여 한의학의 발전이 이루어지도록 하고, 질병별 치료 영역을 특화하여 치료의학으로서의 가치를 높이며, 나아가 국민의 한방의료 이용편익의

증진과 한의학의 세계화에 기여하기 위하여 1999. 12. 15 “한의사전문직의수련및자격인정 등에관한규정”을 제정·공포하였으며, 같은 해 12. 29일에는 동 규정시행규칙을 제정·공포 하였다.

한의사로서 전문의가 되고자 하는 자는 보건복지가족부장관이 지정하는 수련 한방병원에서 일반과정 1년, 전문과정 3년의 수련을 받아야 하고 전문과목은 한방내과·한방부인과·침구과 등 8개 과목이 설치되어 있다. 2007년도에는 수련 한방병원이 54개소가 지정되어 운영되었고, 한방전공의 519명(일반수련 280명, 전문수련 239명)이 수련을 받았으며 2007년 12월 현재까지 배출된 한의사 전문의는 1,368명이다.

또한 의료기관의 전문성 제고를 통한 의료수준의 향상을 도모하고 나아가 중소병원의 합리화 등 의료체계의 개선을 유도하기 위하여 한방전문병원제도를 도입하기로 하고 시범사업을 실시 하였다.

기초적인 질병치료는 한의원에서 담당하고 한방전문병원에서는 특정질환에 대한 전문 의료 서비스를 제공하며, 대형한방병원은 고난이도 질환치료 및 교육·연구활동 중심의 기능을 설정 함으로써 국민들의 다양한 의료욕구를 충족하는 한방의료전달체계를 구축을 구상하면서 도입한 제도이다.

2007년도에는 6개소의 한방전문병원을 시범기관으로 지정하여 운영하고 있으며, 시범사업 결과를 토대로 본격적인 전문병원제도를 시행할 계획이다.

다. 한약사 제도 정착기반 조성

한약사 제도는 한약에 관한 전문인력 양성을 목표로 1994년도에 도입된 제도이다. 한약사시험 응시자격은 한약학과를 졸업한 자에게 부여되며 한약학과는 1996년 경희, 원광, 1998년 우석대 등 3개 대학에 120명 정원으로 설치되어 있다.

한약사는 한약의 제조·조제·감정·보관·수입·판매 등에 관련된 업무를 담당하며 특히 조제는 한의사의 처방전 또는 「한약처방의 종류 및 조제방법에 관한 규정」에 의하여 조제 할 수 있다. 또한 한약사가 약국을 개설 할 경우는 “한약국”이란 명칭을 사용할 수 있도록 하고 있다.

정부에서는 2000년에 처음 배출된 한약사가 국민건강을 책임질 수 있는 한약조제 전문인력으로 양성될 수 있도록 앞으로 적극 지원해 나갈 계획이다.

2. 한방의료 시설

2007년 12월 현재 한방병원 142개소, 한의원은 11,859개소 등 약 1만여 개의 한방의료 기관이 있고, 소비자에게 한약을 직접 판매하는 업소는 한약국 510개소, 한약방 1,537개소, 한약조제 약국 5,832개소 등 약 8천여개소가 있다.

〈표 2-12-2〉 한의약 업소현황

(2007.12.31 현재, 단위 : 개소)

한방병원	한 의 원	침 구 시 술 소	한 약 도매업소	한 약 방	한 약 조제약국	한 약 국
142	11,859	41	841	1,537	5,832	510

※ 보건복지가족부 면허관리 시스템

IV 한방 공공보건사업

1. 추진 배경

최근 인구의 고령화 추세와 생활양식의 변화로 만성퇴행성 질환이 증가하고, 생활수준 향상으로 국민들의 건강에 대한 욕구가 다양해지면서 특히 한의학에 대한 관심이 높아짐에 따라 1998년부터 농어촌지역 보건소에 배치되기 시작한 공중보건 한의사를 활용하여 2001년부터 한방지역 보건사업을 실시하게 되었다.

동 사업은 한의학 의료정보를 바탕으로 농어촌지역 보건소에 배치된 공중보건 한의사 및 한방보건인력을 통하여 지역주민 특히 노인층 및 저소득층을 대상으로 한방진료서비스를 제공하는 것을 주요 내용으로 하고 있다.

아울러 공공보건사업을 통하여 한방에 대한 접근성을 제고하고 대중화를 도모하기 위하여 한방관련 전문가 및 지역의 보건자원을 활용하여 중풍예방교실, 기공체조교실, 사상체질건강교실 등 전문화된 양질의 한방건강증진 프로그램을 지역주민에게 제공하고 이를 통하여 궁극적으로 지역주민의 건강증진과 삶의 질을 향상할 목적으로 한방건강증진 Hub보건소사업을 실시하고 있다.

2. 추진 현황

2001년도에 45백만원의 예산으로 중풍예방, 금연 침 시술 등의 건강관리 프로그램 개발을 위해 도·농통합형 보건소 4개소와 농·어촌형 보건소 5개소를 선정하여 한방지역보건시범사업을 실시하였다.

2002년도에는 시범사업과 연구사업을 바탕으로 개발된 한방건강증진 프로그램 등을 수록한 한방지역보건사업 안내책자를 제작하여 보건소 및 관련 단체 등에 보급하였고, 농어촌보건소에 배치된 공중보건 한의사 272명을 활용하여 기존의 보건소 건강증진 사업 등과 연계하여 한방지역보건사업을 실시하였다.

2003년부터 2004년에는 전국 310개 보건(지)소를 대상으로 한방지역보건사업 기자재 구입비로 국고 778백만원을 지원하였으며, 2005년도에는 소모품비 443백만원, 의료장비 구입비 2,160백만원을, 2006년도에는 소모품비 443백만원, 의료장비 구입비 2,160백만원을 국고로 지원한 바 있다.

2005년도부터 시범사업으로 추진하고 있는 한방건강증진 Hub보건소사업을 위하여 2005년 첫해에는 23개소에서 2006년도에는 30개소의 보건소로 확대하여 870백만원과 1,305백만원을 지원하였다.

2007년도에는 한방진료실이 설치된 전국 191개 보건소의 진료실 운영을 위하여 443백만원, 한의약건강증진기반을 구축하기 위하여 358개 보건(지)소에 의료장비구입비 2,043백만원을 지원하였으며, 한방건강증진 Hub보건소를 35개소로 확대하여 1,305백만원을 지원하였다.

또한, 노령층에서 많이 발생하는 중풍, 당뇨, 고혈압 등 주요 만성·퇴행성질환에 대한 양·한방 협진을 위한 인프라 구축과 표준협진 모델개발을 위하여 2006년도 순천의료원, 2007년도 청주의료원에 한방진료부(3개과)를 설치하고 각각 1,311백만원씩 지원하였다.

3. 2008년도 추진계획

2008년도에는 한방건강증진사업을 추진하기 위한 한방진료실 운영과 한방건강증진 인프라 구축을 위하여 전국 보건(지)소에 1,635백만원을 지원하고, 한방건강증진Hub보건소 45개소를 선정하여 1,957백만원을 지원할 예정이다.

또한, 지역주민에 다양하고 저렴한 양·한방 협진서비스를 제공하기 위해 지방의료원에 한방 진료부 설치를 연차적으로 확대해 나갈 예정이다.

앞으로는 대상자 특성에 따라 생애주기별로 한방건강증진프로그램을 제공하기 위하여 기본 사업을 8대사업에서 5대사업으로 조정하고 각 지역별 지역특성에 맞는 맞춤형 지역특화사업을 강화할 계획이다.

또한 한방보건사업 개념의 패러다임을 보건소 주도에서 지역/참여 주민주도로 수동적에서 능동적으로 개별적에서 통합적으로 변화시켜 한방건강증진사업을 지역중심의 공공보건사업에 적용하여 지역주민의 질병예방 및 건강수준의 증진과 삶의 질 향상을 위하여 지속적으로 노력할 것이다.

V 한의학의 국제 교류

1. 한·중 동양의학협력조정위원회 회의 개최

1994년 3월 한·중 정상회담 시 양국의 전통의학 분야에 대한 협력사업을 추진키로 합의함에 따라, 1995년 4월 양국 차관을 위원장으로 하는 「동양의학협력조정위원회」를 구성하여 1995년 10월 북경에서의 1차 회의를 시작으로 양국이 상호 교차하여 개최하고 있다.

그동안 한·중 간 연구인력 및 학술교류, 한약과 중약의 품질 등 표준화 분야 협력, 난치병 및 한약재 연구에 대한 공동노력, 기업간 교류협력 등을 합의하여 일부 민간한방병원과 연구기관 간 교류, 한약의 국제규격화를 위한 FHH 발족, 양국 연구원간의 학술교류 등의 성과를 거두었다.

제10차 한·중 동양의학협력조정위원회가 2007년 12월 서울·목포에서 개최되어 한·중 전통의학 관련기관 간 연락체계 구축 및 인력·학술정보 등 교류협력을 강화하기로 합의하고, 세계보건기구 서태평양지역사무처에서 추진하는 표준화사업에도 적극 참여할 것을 합의하였다.

또한, 2008년 WHO에서 주최하는 세계전통의약대회에서 “세계전통의약의 날” 제정에 관한 안건을 공동으로 제출하여 채택되도록 상호 노력하고, 이를 2009년 WHO 총회에 정식 안건으로 제출하기로 합의하였다.

제11차 한·중 동양의학협력조정위원회는 2008년 하반기 중국에서 개최될 예정이다.

2. 한방 해외의료봉사 활동

한의학에 대한 우수성을 세계 각국에 널리 홍보하고 보급함으로써 국위 선양은 물론 범 인류애적인 인도주의 실천과 한의학의 세계화에 기여하고 한의약 산업 발전을 도모하고자 한방 해외의료봉사 활동을 활발히 전개하고 있다.

1993년 초 नेपाल을 시작으로 2006년 12월까지 카자흐스탄, 베트남 등 약 30개국에 77차례 한방 해외의료봉사를 실시하였다. 1993년부터 1998년까지는 대한한 의사협회의 해외의료봉사단과 NGO의 지원으로 봉사활동을 실시하였으나, 1998년 12월 (사)대한한방해외의료봉사단을 발족하여 체계적인 한방해외 의료봉사를 실시하기 시작하였다.

2003년부터 국고에서 200백만원을 단기한방 해외의료봉사 의료용품 및 약제비로 지원하고 있으며, 우리나라 한의사가 WHO 서태평양지부 전통의학담당관에 취임한 것을 계기로 국제 전통의학 분야에 그 영향력을 확대하고 있다. 2003년에는 10개 지역에 152명의 의료진을 파견하여 현지 주민 및 해외동포 등 2만여 명에게 한방진료 및 한방보건 활동을 실시하였다.

2006년에는 베트남, 몽골, 인도 등 7개 지역에 한방해외의료봉사를 실시하였으며, 2007년에는 우즈베키스탄, 필리핀, 카자흐스탄 등 7개 지역 12,300명을 대상으로 한방해외의료봉사 활동을 실시하였다.

또한 한방해외의료봉사는 단기와 장기로 구분하여 단기 한방해외의료봉사를 토대로 여건이 양호한 국가에 한의사를 상주시켜 장기 수요에 대응 할 수 있는 장기 한방해외의료봉사 활동을 실시하는 등 한의학의 세계화를 위한 프로그램을 확충하고 있다.

2007년 12월 현재, 의료혜택이 열악한 우즈베키스탄, 카자흐스탄, 몽골, 스리랑카 등 세계 5곳에 8명의 한의사가 파견되어 근무 중이며, 이 같은 한의사의 활동은 현지 주민의 질병치료 뿐 아니라 우리의 우수한 전통문화인 한의학을 홍보하여 국위를 선양하는데도 크게 기여하고 있다.

3. 학술교류 및 기타 교류 활동

국제적인 학술교류의 활성화를 위하여 자치단체, 협회, 민간단체, 연구원 등 관련 단체의 국제 전통의학 관련 학술세미나, 한의학연수, 한의학박람회 등의 교류 활동이 성공적으로 이루어 지도록 지원·협조하고 있다.

2008년에는 WHO에서 주최하는 세계전통의약대회에서 “세계전통의약의 날” 제정에 관한 안건을 한·중 공동으로 제출하여 채택되도록 하고 이를 2009년 WHO 총회에 정식 안건으로 제출할 수 있도록 노력할 계획이다.

또한, 한의약이 세계 전통의약시장에 진출할 수 있는 기반을 구축하고, WHO서태평양 지역 사무처(WPRO)에서 추진하고 있는 세계전통의약 표준화 과정에서 유리한 위치를 보장 받을 수 있도록 WHO서태평양 지역사무처(WPRO)의 전통의약 활성화 사업을 지원하고 있다.

2004년도에는 WHO전통의학 국제표준용어개발을 위한 자문회의 개최를 지원하였고, 2005년도 부터는 전통의학 표준용어 제정, 표준 침구혈위 제정, 전통의학 의료정보의 표준화사업 등을 위하여 매년 200백만원을 국고에서 지원하고 있다.

그 결과 전통의약 활성화 사업의 하나인 ‘전통의학 국제표준용어’ 제정이 완료되는 등 전통 의학 국제교류의 성과가 나타나고 있다.



한약 정책*

I 개 요

한약(韓藥)은 오래 전부터 질병을 치료하거나 예방하는 등 국민의 건강증진을 위하여 전통적으로 사용되어 왔다. 과거에는 야생 약초를 직접 채취·가공·투약하였으나, 오늘날에는 대부분의 한약재가 재배되면서 농약 등이 사용되고 있으며, 대량의 한약재가 유통되는 과정에서 혼입·변질·부패 등의 위험성도 증대하고 있다.

아울러 일정한 공간 내에서 합성 또는 추출되는 합성의약품에 비해, 재배 또는 채취에 의존하고 있는 한약은 다양한 재배 조건과 채취 시기, 가공, 보관방법 등에 의하여 품질의 일관성을 갖추기 힘든 특성이 있어 안전성·유효성이 강조되는 한약의 품질관리는 더욱 힘들어지고 있다.

이에 따라, 국민이 안심하고 한약을 이용할 수 있도록 한약의 품질관리 및 유통 체계를 개선하고, 한약에 대한 소비자의 신뢰 및 수요를 제고시키기 위하여 체계적·종합적인 노력을 기울이고 있다.

II 한약 규격화 제도

1. 제도 개요

가. 목 적

한약 규격화 제도는 불량 한약의 유통을 방지하여 국민건강을 보호하고, 한약의 품질향상 및 한약에 대한 신뢰성과 객관성을 확보하여 건전한 유통질서를 확립하고자 추진한 제도이다.

*집필자 : 한의약산업과장 박상표

나. 주요 내용

한약은 한약제조업소에서 제조한 규격품에 한하여 유통·판매·저장·진열하도록 정하고 있으며 한약제조업소에서 규격품을 제조할 경우에는 이물제거, 세척, 건조, 정선 등 가공처리를 한 후 잔류농약·중금속 시험 등 품질검사 후 포장 등을 거쳐 사용기한, 저장방법, 원산지명 등을 표시하여 유통시켜야 한다.

그러나 한약의 오랜 유통관행, 한약재 재배농가의 실정 등을 감안하여 규격화 제도를 일부 완화시켜 적용하고 있다.

현재 수치법제 품목, 위·변조우려 품목 등 255종의 수입 한약재에 대해서는 한약제조업소에서 제조한 규격품만 유통을 허용하고 있으나, 모든 국산 한약재 및 255종 이외의 수입 한약재는 한약 판매업소의 단순포장 제품도 유통을 허용하고 있다. 하지만 향후 점차적으로 한약제조업소 제조 규격품목을 확대해 나갈 계획이다.

2. 한약 규격화 제도의 성과와 문제점

가. 제도의 성과

1996년 7월 이래로 시행되고 있는 한약 규격화 제도는 여러 가지 면에서 한약 유통의 선진화를 이루는데 기여하고 있다.

우선, 모든 한약이 포장되어 유통되고 있고, 제조업소 제품에 대한 잔류농약, 중금속 등 검사가 의무화 되어 있으며 이에 따라 유통 과정에서의 변질·부패방지, 부적합 제품의 책임소재 규명 등이 가능하게 되어 시중 유통한약의 품질향상에 도움을 주고 있다.

또한, 한약은 의약품이므로 기준에 적합하게 제조·유통되어야 한다는 인식 정립 등 제도 정착에 필요한 기본적 여건이 조성되었다.

그리고 2007년 1월 의료법 시행규칙을 개정하여 동년 7월 27일부터 한방의료기관에서도 규격품 한약을 사용하도록 의무화함에 따라 품질향상을 통한 국민신뢰회복과 건강증진을 기대할 수 있게 되었다.

나. 제도의 문제점

한약제조업소에서만 제조해야 하는 255품목 이외의 수입한약재 및 국산한약재에 대해서는 한약판매업소에서 단순 가공·포장을 하고 있어 위·변조의 우려가 있는 실정이다. 이러한 기존의 유통 관행으로 품질관리가 어렵고, 각각 한약의 품목별 표준제조공정 및 품목별 안전성·유효성 기준이 미흡한 면이 있어, 향후 규격화 제도의 실효성 확보를 위한 방안을 마련·추진할 계획이다.

3. 향후 개선방향

가. 제조공정 및 품질관리 강화

2010년까지 모든 한약의 품목별 표준제조 공정을 마련하여 제조과정의 품질 관리를 강화하면서 2008년도에는 제조업소에서만 제조할 수 있는 품목을 현행 255종에서 356종으로 확대하여 한약 규격화 제도 운영의 내실화를 도모하고, 한약제조, 수입, 판매 등 관련 업소에 대한 홍보·지도단속도 강화할 계획이다.

나. 유통구조의 개선

중장기적으로 모든 한약은 한약제조업소에서 제조할 수 있도록 하여 품질이 검증되지 않은 한약을 유통하는 등의 오랜 관행을 개선하여 한약 유통의 투명성 제고와 영세 한약재 재배 농가의 보호 등을 도모할 계획이다.

III 한약유통실명제 추진

1. 제도 개요

소비자가 한약을 선택할 때 생산자와 품질검사 유무 등을 확인할 수 있도록 하여 소비자의 알권리를 보호하고, 한약 유통과정의 투명화를 도모하고자 한약규격품에 제품명, 제조업자,

사용기한 및 원산지 등 10개 항목 이외에 생산자 또는 수입자와 검사기관 등을 기재토록 하는 한약유통실명제를 2005년 5월부터 실시하였다.

2. 운영

한약유통실명제는 2005. 2. 17일 제3차 좋은한약공급추진위원회에서 관련 단체 간 협의를 통해 추진하기로 함에 따라, 한약규격품에 생산자 또는 수입자와 품질검사기관을 표기토록 하는 내용의 「한약재 수급 및 유통관리 규정」을 개정 고시(2005. 5. 25)하였다.

이후 유통실명제 이행률 조사 결과 2005. 12월 62%, 2006.11월 83.5%에서 2007. 11월 90.1%로 향상되었으며, 앞으로도 지속적인 모니터링과 홍보 등을 통해 한약유통실명제가 정착 되도록 해나갈 계획이다.

IV 한약재 수급조절 제도

1. 제도 개요

일부 한약재를 수급조절 대상품목으로 지정하여 평시에는 수입을 제한하고 가격폭등, 품귀 등의 사유가 있는 경우에 일정량의 수입을 허용하여 한약재의 품질향상과 가격 안정을 도모하고 원활한 공급기반을 조성하고자 하는 제도이다.

2. 수급조절 대상 한약재

구기자, 당귀, 맥문동, 백수오, 산수유, 시호, 오미자, 작약, 지황(생·건), 천궁, 천마, 택사, 황금, 황기 등 국내에서 상당량이 재배 또는 채취되거나 국내 생산량이 소요량을 초과하는 14종의 한약재를 수급조절 대상품목으로 지정하고 있다.

※ 수급조절대상품목 : 1998년 26종 → 2001년 21종 → 2004년 18종 → 2006년 14종

이러한 수급조절대상품목의 수입여부, 수입량 등은 관계 부처 및 관련단체에서 추천된 17인으로 구성된 한약재수급조절위원회에서 결정하고 있다.

3. 향후 개선방향

국산한약재 재배기반을 보호하기 위하여 한약재 수입물량을 제한하고 있었으나 1995년 마라케쉬 협정이래 농·임산물의 자유수입허용으로 인하여 식품으로 수입되어 약용으로 불법 전환되는 등 제도의 실효성이 약화되었다. 따라서 2006년도에 한약재 재배실적이 적은 독활, 두충, 백지, 백출 등 4종을 수급조절품목에서 제외하였으며, 앞으로도 관련기관 및 단체와의 협의를 통하여 지속적으로 제도를 개선해 나갈 계획이다.



한방산업 정책*

I 개 요

한방산업이라 하면 한방과 관련된 모든 생산 활동을 일컫는 말로 영국 경제학자인 Colin G. Clark의 기준에 의하여 1차 · 2차 · 3차 산업으로 구분할 수 있다.

즉, 1차 산업으로는 한약 재배산업, 2차 산업은 한약제제 제조업, 한방의료기기 제조업, 한방 화장품 제조업, 한방음 · 식료품 제조업, 3차 산업은 한방의료서비스업, 한약유통업, 한의약 연구업, 한방관광업 등을 들 수 있다.

세계 전통의약 및 보완대체의약(Complementary and Alternative Medicine) 시장은 급격히 성장하고 있으며, 세계보건기구(WHO)는 관련 시장이 2050년도에 50조 달러 규모로 확대될 것으로 전망하고 있다.

수천년간 질병치료를 통해 얻어진 우리의 전통 한의약 지식은 현대 과학적 방법으로 해석하고, 고부가가치 제품으로 개발할 경우 세계 시장을 선점하여 미래의 성장동력을 창출할 잠재력을 지닌 분야이다. 이러한 지식자원을 과학화하여 미래의 고부가가치 산업으로 육성 · 발전시키고자 2003년 8월 한의약육성법을 제정하고 2005년 10월 “한방산업팀”을 설치하였다.

아울러, 2005년 12월 제1차 「한의약육성발전 5개년 종합계획」을 수립하고 관련 제도의 정비, 한의약산업 인프라 조성 및 R&D 지원 등을 통하여 한방산업의 육성을 꾀하고 있다.

*집필자 : 한의약산업과장 박상표

II 한방산업 육성

1. 우리나라 한방산업 육성 전략

국내 한방관련 시장규모는 2004년 4.1조원에서 2007년 4.4조원으로 증가추세에 있으며, 소득 수준의 향상으로 건강한 삶에 대한 욕구가 크게 증대되고 있음에도 불구하고 지금까지 한방 산업진흥에 대한 국가 차원의 계획은 미미하였다.

최근 학계와 연구기관에서 한방산업진흥을 위한 활발한 연구가 이루어지고 있으며, 이와 함께 정부는 한의약육성법에 따라 2005년 12월 제1차 한의약육성발전 5개년 종합계획을 수립하여 한약관리 강화, 한방산업의 고부가가치화, 한방 R&D 혁신 등 한방산업을 체계적으로 육성·지원해 나갈 계획을 마련하였다.

또한, 한의약 연구개발을 통해 2010년까지 한의학의 경험과 지식을 이용한 원천핵심기술·응용기술 개발 및 한의약의 안전성·유효성 입증을 통하여 세계 최고의 한의약 선진국으로 도약하기 위한 국가적 역량을 집중시키고 있다.

2. 한방산업 육성 방향

한방산업의 비전은 한의약의 과학화·표준화·세계화를 기본방향으로 하여 고부가가치를 창출하고, 국제경쟁력을 강화하는데 있다. 이러한 비전을 실현하기 위해서 우선 국내 한방산업 시장규모의 저변확대와 소비자가 한방제품 또는 서비스에 쉽게 접근할 수 있도록 편의성 제고에 중점을 둔 정책개발 등을 선행하여 한방산업의 활성화 기반을 조성해 나갈 계획이다. 아울러 한방산업 육성을 위한 인프라 시설의 확충 및 한의약 R&D지원 등을 통해 고부가가치의 제품 개발이 촉진되도록 할 계획이다.

III 한방치료기술연구개발사업 지원

1. 추진배경 및 필요성

미래사회는 생명과학과 신소재 의약사업 등 첨단기술 분야가 세계경제를 선도할 전망이며, 세계적으로 보완·대체의학에 대한 관심과 수요가 지속적으로 증가하고 있는 추세에 있다.

정부는 인구의 고령화 등 복합적인 요인으로 만성·난치성질환이 증가함에 따라 전일적 시각에 바탕을 둔 한의학적 접근 방법을 적용하여 한의약이 갖는 효과적인 치료기술을 적극 개발하고자 한방치료기술연구개발사업 지원계획(2010프로젝트)을 수립하였다.

2. 연구개발 목표

오랜 전통을 지닌 한의약의 경험과 지식정보를 이용하여 핵심원천기술 및 응용기술을 개발하고, 뇌혈관질환, 퇴행성관절염, 당뇨, 암 등 만성·난치성질환에 대한 고부가가치 한약제제 및 한방 치료기술 개발을 통하여 세계 의약시장 진출기반을 조성하고, 한의약의 안전성·유효성을 입증하여 국민보건향상과 한방산업에 기여하는데 그 목적이 있다.

〈표 2-12-3〉 연구개발 단계별 목표

단 계	세 부 내 용
제1단계 : 기초연구단계 (1998~2002년)	• 만성·난치성 질환과 관련된 한의학적 이론의 객관화·과학화 • 특정 질환에 효능이 입증된 한방치료기술 수집 및 유효성 검증 • 한약재 또는 한방처방의 난치성질환 관련인자에 대한 방어 및 억제방법에 대한 기전을 규명하는 기반 연구 및 기술 확보
제2단계 : 연구심화단계 (2003~2007년)	• 효능이 검증된 한방치료기술의 인체 내 작용기전 중점연구 • 효능이 입증된 한약재 또는 한방처방의 인체 내 작용기전, 대사 및 독성 연구 • 산·학·연 다학제간 협력연구를 통한 핵심원천기술 및 응용기술 개발
제3단계 : 실용화단계 (2008~2010년)	• 한방응용기술 개발 • 한방치료기술 및 한약의 임상연구 • 한약제제, 의료기기 등을 위한 한방실용화 기술 개발

3. 연구사업 관리운영 체계 등

한방치료기술 연구개발 사업의 객관성과 공정성을 확보하고, 효율적인 관리운영을 위하여 한국보건산업진흥원(이하 “진흥원”이라 함) 내 「R&D사업진흥본부」에서 연구사업의 기획·평가 관리를 수행토록 하고 있으며, 연구결과에 대해서는 우리 부 및 진흥원이 주관하여 설명회 등을 개최하여 활용·보급하고 있다.

또한, 연구과제에 대한 연차평가 시 상대평가를 병행실시하여 연구비를 차등지원하는 등 과제관리를 강화해 나가고 있다.

4. 투자 계획

2010프로젝트는 1998년~2010년(13년간)까지 기초연구단계, 연구심화 단계, 실용화단계별로 구분하여 2,087억원을 투자할 계획이며, 기초연구단계에서는 정부 연구비 중심으로 학·연에 의해 기초연구를 선도한 후, 연구심화 및 실용화 단계에서 컨소시엄 구성 등을 통하여 민간기업의 참여를 적극 유도함으로써 민간자본을 본격적으로 유치할 계획이다.

〈표 2-12-4〉 2010 프로젝트 연구개발사업의 분야별·단계별 소요예산

(단위 : 억원)

구 분	합 계	기초연구단계 (1998~2002)	연구심화단계 (2003~2007)	실용화단계 (2008~2010)
총 계	2,087	457	820	810
정 부	1,471	411	574	486
대 학	209	46	82	81
산 업 체	407	-	164	243

5. 2007년도 추진 실적

1998~2007년간 총 393.4억원을 지원하여 총 183개 과제의 연구를 실시하였고, 특히 2007년도에는 70억원을 지원하여 연구심화단계에 적합한 한방분야의 근거중심의학 구축을 위한 임상

연구를 지원함으로써 한의약의 객관화를 위한 기반을 마련하였으며, 뇌질환·골관절질환 등 특정센터연구와 한방바이오퓨전연구 12개 계속과제 및 한방신약개발, 한방의료기기개발, 한의약 임상연구 11개 과제를 지원하였다.

그러나 지금까지의 예산투자가 당초 계획대비 40%에 불과하였고, 실용화단계에 진입하지 않아, 기술이전이나 상품화 등 가시적인 성과는 다소미흡한 실정이나, 동 사업을 통하여 한의과 대학의 연구역량을 강화하여 한의학연구의 인프라 구축에 기여하였다.

또한, “노인성 치매의 한의학적 치료방법 및 치료제 개발 연구” 및 “관절염에 대하여 연골보호 작용을 나타내는 한약처방의 분자약리학적 작용기전 및 임상연구”로 미국에서 특허 등록을 하는 등 실용화 가능성이 있는 연구결과가 증가하고 있는 상태이며, 2007년 12월말 현재 연구개발 실적은 제품화 7건, 기술이전 5건, 국·내외 특허출원 141건, 특허등록 45건 및 국내·외 논문 게재 1,026건 등이다.

아울러 2007년 9월 우리 부 주도하에 범부처 「한의약 R&D 중장기 육성·발전 계획(2008~2017)」 수립을 위한 기획연구를 진행하였고, 이에 따라 한방치료기술연구개발사업의 목표·성과지표 및 추진체계를 명확히 하고, 실효성을 제고하기 위하여 「한방치료기술연구개발사업 중장기 발전계획(2008~2017)」을 수립하였다.

6. 2008년도 추진 계획

2008년도에는 한방치료기술연구개발사업 중장기 발전계획(2008~2017)에 근거하여 한의약의 안전성과 유효성 입증을 위한 임상연구 활성화 및 제품화 촉진 등을 통하여 한의약의 국제경쟁력을 강화하고, 세계시장의 진출기반을 마련해 나갈 계획이다.

또한, 관리체계 혁신을 통한 연구의 효율화를 도모하고자 상대평가제를 병행 실시하여 연차평가 결과에 따라 연구비를 차등지원하고 중복연구를 방지하기 위하여 과제평가 시 선행기술조사 실시와 함께 연구결과에 대한 정보검색기능을 강화할 계획이다.

특히, 연구목표 미달성 시에는 향후 연구 참여를 제한하는 등 연구사업을 철저히 관리해 나갈 계획이며, 단계별 사업목표에 따라 한약제제 및 한방의료기기 개발을 위한 연구지원으로 실용화를 도모하고, 한의약의 안전성·유효성 입증을 위한 임상연구를 지원할 계획이다.

Ⅳ 한방산업의 고부가가치화 기반 조성

1. 필요성

우리나라의 한의약 관련 제조업과 의료서비스 산업 또한 세계적인 전통의약의 성장조류에 발맞추어 점차 발전해나갈 것으로 예상되나, 아직은 시장규모가 적고 산업기반도 취약한 실정이다.

이에 따라, 한방산업의 국제경쟁력을 확보하고 고부가가치 창출의 환경을 조성하기 위하여 원료 한약재의 안전성 확보를 통한 한의약제품, 한방의료서비스 등 관련산업 전반에 대한 수요 확대, 제품의 안전성·유효성에 대한 현대 과학적 방법으로 규명 및 제품개발 등을 통해 한방산업을 육성 지원할 계획이다.

2. 향후 추진방향

성장잠재력이 매우 크고 국제경쟁력이 있는 고부가가치의 한방산업을 육성하기 위하여 우선 한약의 안전관리를 강화를 통한 한방산업의 수요 확충 및 국민건강 증진을 도모하고자 한약재 생산 거점지역인 전국 5개 지역(강원 평창, 충북 제천, 전북 진안, 전남 화순, 경북 안동)에 지방자치단체와 공동으로 한약재 품질검사·가공·저장 시설을 구비한 한약재유통지원시설 설치를 추진하고 있다.

이 시설을 통해 재배농가 및 영세기업의 한약재 품질관리를 지원하여, 안전한 한약의 보급을 확산하고, 일정한 규격의 원료 한약재를 필요로 하는 기업에 대하여 기준을 충족하는 한약재를 보급할 계획이다.

또한, 대구·경북 및 전남도와 공조하여 전국 또는 지역 한방산업을 육성할 핵심조직인 한방 산업진흥원을 건립중에 있다. 이 조직들은 현재 한국보건산업진흥원 등 기존 연구조직과 연계하여, 한방산업 육성을 위한 정책개발 및 생명공학·나노기술 등 핵심기술을 보유한 산·학·연 네트워크를 통해 민간기업의 고부가가치 한의약 산업제품개발을 위한 전략 및 기술지원 기능을 수행할 계획이다.

앞으로, 한방산업 육성을 위한 인프라를 확충하고, 이를 중심으로 한의약 수요 확대 및 한방 제품개발·생산 등을 통하여 한방산업을 미래의 성장동력산업으로 육성하기 위한 제반의 준비를 해나갈 계획이다.

제13장

정책혁신

제 1 절

보건복지 주요업무 평가*

1. 평가개요

중앙행정기관 평가는 48개 중앙행정기관을 대상으로 자체평가와 특정평가로 구분되어 실시되었다. 자체평가는 주요정책과제, 재정성과, 인사, 조직, 정보화 부문으로 우선 각 중앙행정기관의 자체평가위원회에서 평가를 실시하고, 이를 정부업무평가위원회에서 확인·점검하는 절차로 진행되었다.

반면 국무총리는 관리대상업무(혁신관리, 정책홍보관리, 법적의무·권장사항, 정보공개, 규제개혁), 고객만족도, 특정시책에 대하여 평가를 실시하였다.

우리 부의 경우, '07년도 성과관리시행계획(전략목표 5, 성과목표 19, 관리과제 190 성과지표 326)을 수립하고 전자통합평가시스템(e-IPSES)에 이를 입력하였으며, 분기별로 점검 및 관리하였다.

자체평가위원회는 공동위원장(차관, 민간위원 1인)을 포함하여 민간위원 17명, 내부위원 6명인 총 23명으로 구성하였다. 자체평가위원회 산하에 주요정책, 재정, 조직, 인사, 정보화 분과

*집필자 : 창의혁신담당관 김혜진

소위원회를 구성하고 각각 소위원장을 호선케 하여, 평가를 더욱 효율적으로 실시하도록 하였다.

각 소위원회의 위원들은 평가기간에 전자통합평가시스템(e-IPSES)에서 직접 실적을 확인하고 평가하였으며, 이에 대한 결과를 자체평가위원회에서 심의·의결하였다.

정부업무평가기본법에 따라 우리 부는 2007년도 성과관리 시행계획을 수립하였고, 이에 따라 관리과제 뿐만 아니라 일반과제, 혁신, 정책홍보, 법제, 규제개혁 등 주기적인 관리가 필요한 항목을 종합 관리할 수 있는 BSC 중심의 통합성과관리체계를 구축하였다.

평가단위를 보건의료분야, 복지분야, 사회보험분야로 구분하고 대내·외적으로 주목받는 일부 팀의 선호현상을 완화하고, 우리 부 전체의 성과향상을 도모하였다.

성과평가의 수용성을 제고하기 위해 성과지표에 대한 정성평가의 기준을 더욱 세분화(도전성, 난이도, 국민영향도)하였고 기관장관심도 등 평가기준을 사전에 공표하여 평가결과에 대한 신뢰도를 제고하였으며 평가에서 우월적 위치에 있는 평가주관팀을 팀평가에서 제외하였다. 또한 대외에 공포한 일정 준수, 계획과 실행의 일치 등을 위해 BSC와 전자통합평가시스템(e-IPSES)에서 분기별로 추진실적을 철저히 점검토록 하였다.

2. 평가결과

'07년도 정부업무평가에서 주요정책과제부문, 인사부문 그리고 조직부문의 평가결과 및 의견은 다음과 같다.

주요정책과제부문의 경우 총 60개 과제(96개 성과지표) 중 59개 과제(95개 성과지표)가 당초 설정한 목표를 충분히 달성하였다. 다만, “노인수발보험 도입 및 전문인력 양성”이라는 1개 과제는 법안의 국회통과가 늦어지면서 하위법령의 정비가 지연됨에 따라 목표치를 달성하지 못하였다.

특히, 많은 논란을 극복하고 국민연금법을 개정('07.7)하여 연금적자 발생시기를 2047년에서 2060년으로 늦추는 효과를 거양하였고, 기금 투자다변화 및 운용역량 강화 제고를 위한 다각적인 노력을 경주하였다.

정책과정에 따른 평가항목별로 보면, 60개 과제 중 50개 과제가 '사전조사, 의견수렴과 정책 효과분석 및 대비책 수립'을 충실히 수행하여 '계획수립의 적정성' 항목은 비교적 우수하였다. 반면, 과제별 추진계획의 일정준수를 평가하는 '추진일정의 충실성' 항목이 가장 미흡한 것으로 나타났다.

인사부문의 경우, 인사운영 전 분야에 걸쳐 구성된 6개 항목 14개 지표를 대상으로 평가한 결과, 최종 산출점수는 100점 만점에 81.75점으로 전반적으로 양호한 것으로 평가되었다.

특히, 중장기 인력관리계획 및 교육훈련계획을 기반으로 인력을 전략적으로 육성하고, 인사 혁신방안인 '하이파이브 전략'을 수립·추진하는 등 조직역량 강화를 위해 적극 노력하였다. 지속적인 개방형 및 공모직위 발굴·운동을 통해 우수 전문 인력을 내·외부에서 적극 유치 하였고 공정한 성과평가 운동을 통한 사기진작과 성과제고에 노력하였다. 다만, 전문성 강화를 위한 보직관리, 균형인사, 중앙부처 및 지자체간 인사교류 등은 다소 미흡한 것으로 나타났다.

조직부문의 경우, 조직관리 전 분야에 걸쳐 구성된 9개 항목, 11개 지표를 대상으로 평가한 결과 평균 75.00점을 달성하였다. 각 분야의 목표달성도는 당초 설정한 성과지표와 대비하여 전반적으로 목표달성도가 양호한 것으로 판단되었다. 계획분야의 경우 구체적으로 자체조직관리 계획을 수립하고 있으며, 목표, 일정 등 계획의 세부적인 측면에서 양호하였고 집행 분야의 경우도 전반적으로 목표 대비 달성도에서 적절한 성과가 나타났다. 다만, 인력상쇄분야, 기관위임, 위원회 관리, 인력활용, 업무프로세스개선에 대한 개선책 마련이 시급한 것으로 드러났다.

'07년도 부내평가에서는 '06년과는 달리 사업팀과 지원팀을 분리하여 평가하였다.

사업팀의 경우, 자체평가위원회(총 23명, 민간위원 17명, 내부위원 6명)의 평가비율은 10%, BSC 35%, 직무성과계약 20%, 혁신관리 10%, 정책홍보관리 10%, 기타항목은 15% 이었고, 지원팀의 경우에는 BSC 50%, 직무성과계약 30%, 내부고객만족도 10%, 혁신 10% 이었다.

최종평가등급은 가(최우수) 20%, 나(우수) 40%, 다(보통) 40%로 나누었는데, 평가결과 복지 관련 분야에서는 가 5팀, 나 10팀, 다 9팀이, 보건의료관련 분야에서는 가 4팀, 나 8팀, 다 8팀이, 사회보험관련 분야에서는 가 3팀, 나 5팀, 다 4팀이 각각 선정되었다. 또한 지원 분야에서는 가 3팀, 나 6팀, 다 5팀이 선정되었다.

3. 환류

’07년 정부업무평가결과, 주요정책부문의 경우, 평가항목별 분석결과 추진일정의 충실성 측면에서 과제별 추진계획이 국회심사 지연, 관계부처와 협의 미비 등 사유로 지연되었으므로, 당초 성과관리시행계획 수립에서부터 외부변수 등을 충분히 감안한 과제별 세부 추진계획 수립 등이 요구된다. 또한 ’07년 사업추진결과의 후속조치로서 약사법, 사회복지사업법 등 주요정책 추진에 필수적인 법안의 조속한 개정 추진뿐만 아니라 국민연금법 개정 이후 국민연금 급여율 감소에 따른 국민연금 신뢰도 하락에 대한 대비책 마련도 시급하다.

인사부문의 경우, 인사교류자에 대한 인센티브 부여 등을 통해 타 부처 및 지자체와의 인사교류 등을 적극 추진하는 반면, 사전전보 제한 기간의 엄격한 준수, 전문관 보임을 통한 전문직위 내실화 등 전문성 강화를 위한 노력을 경주할 필요가 있다.

조직부문의 경우, 인력관리를 중심으로 조직관리의 효율성에 대한 제고가 요구된다. 또한 인력감축 및 인력관리 부분의 실적이 미비하므로, 조직관리 및 세부계획을 중심으로 인력관리의 기본방향을 재조정할 필요가 있다.

’07년도 부내평가결과는 「’08년 성과급 지급계획」에 따라 성과연봉(팀장급 이상) 및 성과상여금(무보직서기관 이하) 지급 시 반영하였고, 그룹별 가 등급을 받은 총 15팀과 그룹별 나 등급을 받은 총 29팀에 대해 각각 차등적으로 단체성과급을 지급하였다.



규제개혁*

I 추진 배경

1. 추진 배경

우리나라는 과거 정부주도형의 경제성장 전략을 선택하여 괄목할 만한 경제성장을 이루었다. 당시 시장은 경쟁의 원리조차 습득하지 못한 불완전한 형태를 띠었으므로, 단기간에 많은 경제 주체들에게 만족을 주기 위해서는 정부 주도의 성장전략이 불가피했다고 볼 수 있으며, 정부의 민간부문에 대한 관여나 통제는 당연한 것으로 받아 들여졌다.

그러나 1980년대에 이르러 정부 주도에 의한 경제성장의 문제점이 지적되고, 민간의 성장 잠재력이 커짐에 따라, 정부의 개입과 규제는 오히려 민간부문의 자율성과 창의성을 떨어뜨리고 국가경쟁력을 저해하는 요인으로 작용하게 되었다. 이에 따라 민간에서는 정부에 대해 개혁을 요구하게 되었고 그 중 정부의 합법적 권한인 각종 법령 등에 의한 권한의 재검토 요구, 즉 규제 개혁이 중요한 화두로 등장했다.

규제개혁은 정부의 추가적인 재정을 필요로 하지 않고도 민간의 창의성과 자율성을 대폭 신장시켜 지속적인 경제성장을 이루어 낼 수 있다는 점에서 중요한 부분이다. 또한 규제개혁은 시장 경제 주체들 간의 공정한 경쟁방식을 제시하고 정부의 권한을 합리적으로 축소하여 시장 경제 주체들로 하여금 선의의 경쟁을 하도록 하고, 정부에 의한 부정부패의 소지를 최소화시킬 수 있다.

이에 따라, 정부는 지난 1998년도에 대대적인 규제개혁을 추진한 이래 매년 규제를 합리적으로 보완·개선하는 업무를 지속적으로 추진하고 있다.

*집필자 : 규제개혁법무담당관 노홍인

II 규제개혁 추진 현황

1. 추진 방향

정부의 규제개혁은 우선 현존하는 기존규제를 원점(Zero-Base)에서 재검토하여 경쟁을 제한하거나 기업 또는 국민에게 과도한 부담을 주는 규제를 철폐하는데 초점이 맞추어져 있다.

다만 보건, 환경, 안전 등 국민 전체의 공익 실현을 위해 존속이 불가피한 규제에 대해서는 규제의 수단과 기준을 합리화하여 규제의 질을 대폭 향상하도록 노력하고 있다.

이러한 기본 전제하에, 우리 부는 규제개혁의 목표를 ‘21세기 선진복지사회의 구현’에 두고, 목표 달성을 위해 보건의료산업의 경쟁력 강화를 통하여 국가경쟁력을 제고하고 복지·보건·공중위생 등의 생활영역에서 국민의 삶의 질을 향상시키기 위한 규제개혁을 아래 기조로 지속적으로 추진하고 있다.

첫째, 기업의 자유로운 경쟁과 영업활동을 제한하거나 국제기준에 맞지 않는 경제적 규제는 과감히 폐지하되, 보건·의료·식품 등 국민 대다수의 생명과 안전에 관련된 사회적 규제는 폐지보다는 규제의 내용과 수준을 합리적으로 개선하고,

둘째, 21세기 지식정보화 시대에 국민의 창의와 역량을 최대한 발휘할 수 있는 새로운 규제체계 마련과 국민의 보건의료 욕구충족 및 보호수준 향상 등 국민의 삶의 질 제고를 위한 방향으로 규제개혁을 추진하며,

셋째, 국민들의 민원이나 불만이 많은 분야는 우선적으로 검토하여 정비하고 규제 외의 다른 수단으로 규제목적의 달성이 가능하거나 준수율이 낮고 실효성을 확보할 수 없는 규제, 사회적·경제적 환경변화로 개선이 필요한 규제는 적극적으로 검토·분석하여 정비하고 있다.

2. 규제개혁 추진 실적

가. 보건복지 규제정비 종합계획 수립·추진

1998년에 연차별 규제정비 계획을 수립하여 우리 부 총 규제 1,702건의 63%인 1,073건을

폐지·개선하기로 하였으며, 위 규제정비 계획을 기초로 1999년에는 민간 및 공공연구기관의 검토를 거쳐 126건을 추가로 폐지·개선토록 하였다. 또한 미정비 규제를 대상으로 2000년 40건, 2001년 34건, 2002년 57건을 추가 발굴하여 정비하기로 하였다.

또한, 2003년에는 등록규제 783건 중 51건을 폐지 또는 개선하기로 하였으며, 2004년에는 778건 중 35건, 2005년에는 809건 중 86건, 2006년에는 819건 중 46건, 2007년에는 676건 중 66건을 정비하기로 하였다.

〈표 2-13-1〉 연도별 규제정비 계획

(단위 : 건)

년 도 별	당초 규제수	폐지·개선	존 치
1998	1,702	1,073	629
1999	882	126	756
2000	789	40	749
2001	768	34	734
2002	777	57	720
2003	783	51	732
2004	778	35	743
2005	809	86	723
2006	819	46	773
2007	676	66	610

※ 2007.2월 규제분류·등록체계(행위단위→사업단위) 개편으로 규제사무가 일부 통·폐합됨

나. 규제정비 실적

1998년부터 2002년까지 정비대상 규제 1,330건의 95.8%인 1,275건을 관련 법령의 개정을 통해 정비 완료하였으며, 이후 2003년 49건, 2004년 35건, 2005년 86건, 2006년 46건, 2007년 66건의 규제를 폐지 또는 개선하여 2007년 12월 현재 보건복지 분야 총 610건이 규제 등록되어 관리되고 있으며, 앞으로도 식품위생법, 약사법 등 규제개혁 관련 법령은 지속적으로 정비해 나갈 계획이다.

다. 보건복지부 규제심사위원회 운영실적

2007년도에 보건복지부 규제심사위원회에서는 87개 법령 중 193건의 규제를 심사하였다.

〈표 2-13-2〉 2007년도 보건복지부 규제심사위원회 운영실적

(단위 : 건)

개최일자	안 건 명	심사 건수
'07.1.30	- 국민연금법시행규칙 2건	13
	- 혈액관리업무심사평가규정(고시) 1건	
	- 암관리법시행령 및 시행규칙 2건	
	- 건강정보보호및관리·운영에관한법률 8건	
'07.2.9~2.15	- 아동복지법시행령 2건	2
'07.3.7	- 건강기능식품에관한법률 1건	6
	- 의료기기법시행령 1건	
	- 생애전환기건강진단실시기준(고시) 2건	
	- 한국보건복지인력개발원법시행령 2건	
'07.3.21~3.22	- 의료법시행령 및 시행규칙 2건	3
	- 공공의료에관한법률 1건	
'07.3.28	- 유전자재조합실험지침(고시) 1건	19
	- 약사법시행규칙 1건	
	- 의료법시행규칙 1건	
	- 신의료기술평가에관한규칙 1건	
	- 의료법 15건	
'07.4.18~4.20	- 국립중앙의료원법 2건	10
	- 장애인·노인·임산부등의편의증진보장에관한법률 2건	
	- 의약외품범위지정(고시) 1건	
	- 사회복지사업법 5건	
'07.5.8~5.10	- 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 1건	5
	- 국민건강보험법시행령및시행규칙 3건	
	- 국민건강증진법 1건	
'07.5.22~5.24	- 고령친화산업진흥법시행령 2건	14
	- 식품위생법시행령 및 시행규칙 12건	
'07.6.5	- 선택의료급여기관 적용대상자및이용절차 등에 관한규정(고시) 1건 - 약사법시행령 1건 - 의료기기법시행령 1건 - 화장품법시행령 1건 - 전염병예방법 5건 - 공중위생관리법 6건 - 인체조직 안전 및 관리 등에 관한 법률 6건 - 생식세포관리및보호에관한 법률 2건	23

개최일자	안 건 명	심사 건수
'07.6.18~6.20	- 약국및의약품등의제조업·수입자와판매업의시설기준령 및 시행규칙, 약사법시행규칙 3건 - 생명윤리및안전에관한법률 5건 - 생명윤리및안전에관한법률시행령 2건 - 요양급여비용및의료급여비용가감지급시범사업에 관한 기준(고시) 3건 - 건강보험요양급여비용청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(고시) 1건 - 의료관계 행정처분규칙 1건	15
'07.7.4~7.6	- 노인장기요양보험법시행령 5건 - 약사법시행규칙 1건	6
'07.7.10~7.12	- 검역법 3건 - 경제자유구역의외국의료기관등설치·운영에관한특별법 1건	4
'07.7.25~7.27	- 장기등이식에관한법률시행령및시행규칙 2건 - 공중위생관리법시행규칙 1건 - 약사법시행규칙 7건	10
'07.8.13~8.16	- 장애인복지법시행령및시행규칙 7건 - 건강보험요양급여행위및그상대가치점수(고시) 1건 - 생명윤리및안전에관한법률 3건	11
'07.8.16~8.17	- 기초노령연금법시행령 1건	1
'07.9.13~9.17	- 식품위생법시행령및시행규칙 6건 - 모자보건법 3건 - 한약재수급및유통관리규정(고시) 1건	10
'07.10.5~10.9	- 노인복지법시행령및시행규칙 5건 - 약사법 1건 - 국민건강보험법시행규칙 2건 - 업무정지처분에달음한과징금적용기준(고시) 1건 - 한약도매업무관리자의대학한약관련학과 인정기준(고시) 1건	10
'07.10.25~10.29	- 국민연금법시행령및시행규칙 5건 - 약사법시행규칙 3건 - 검역법시행규칙 1건 - 재무제표세부작성방법(고시) 1건	10
'07.11.15~11.19	- 의료채권에관한법률 1건 - 국민건강보험법시행령및국민건강요양급여의기준에관한규칙 1건 - 의료급여법시행규칙 1건 - 노인성질병에해당하는진전의범위에관한고시 등 2건 - 요양급여비용심사청구소프트웨어의검사등에관한기준(고시) 1건	6

개최일자	안 건 명	심사 건수
'07.11.28~11.30	- 국민건강보험법시행령 3건 - 영양사에관한규칙 1건	4
'07.12.11~12.12	- 검진기관의인력·시설및장비등에관한기준(고시) 3건 - 건강보험행위급여·비급여목록표및급여 상대가치점수(고시) 1건 - 의약품바코드표시및관리요령(고시) 1건	5
'07.12.18	- 국민건강보험법시행규칙및장애인보장구 보험급여등세부 사항 (고시)	1
'07.12.27~12.30	- 장애인차별금지및권리구제등에관한법률 5건	5



사회문화정책관계 장관회의*

I 설치 목적

참여정부 출범과 함께 사회·문화 분야에 대한 국민들의 욕구는 급증하고 있으며, 이러한 국민들의 요구에 부응하기 위하여 각 정부 부처에서는 다양한 정책들을 개발·시행하고 있으나 관련 정책들이 효율적이고 종합적으로 추진되기 위한 부처 간 협의 및 조정 기능은 미약하여 정책혼선 초래와 함께 국민의 신뢰 저하의 요인으로 작용하게 되었다.

이러한 상황 인식하에 노무현 대통령은 2004년 8월 국무회의에서 환경변화에 탄력적인 협의·조정 시스템을 마련하여 정책의 효율성과 통일성을 제고하고자 5대 분야별 책임장관계 실시를 지시하였으며, 정부는 사회·문화·환경·복지·노동·여성분야를 담당하는 사회문화정책관계장관회의를 통해 사회문화 부처간 정책 협의·조정 시스템을 구축하게 되었다.

※ 사회문화정책 관계장관회의 참석 범위 : 보건복지부장관(의장), 행정자치부장관, 문화관광부장관, 환경부장관, 노동부장관, 여성가족부장관, 국무조정실장, 기획예산처장관, 국정홍보처장, 대통령비서실(사회정책수석, 시민사회수석), 청소년위원장, 빈부격차·차별시정위원장 및 안전 관련 부·처·청 및 위원회

II 회의 운영 실적

사회문화정책관계장관회의는 2004년 9월 16일 제1차 회의를 시작으로 2004년도에는 총 8회에 걸쳐 20개 안건을 심의하였으며, 2005년도에는 총 21회에 79개 안건, 2006년도에는 18회 56개의 안건을 심의하였다.

*집필자 : 기획조정담당관 이형훈

한편, 2007년에는 총 18회 55개의 안건을 상정하여 심의하였으며, 주요 성과로는 「유휴 공유 시설 활용방안」, 「양육부담 경감을 위한 돌봄 서비스 지원 방안」, 「환경보건 조사·감시사업 추진 계획 마련」, 「고용·창업 친화적인 자활지원서비스 강화방안」 등 여러 부처가 관련된 정책을 효율적으로 협의·조정하여 현실적이고 국민 체감도가 높은 정책을 수립·추진하였다.

이와 함께 「태안 유류유출사고 대응 상황」, 「청소년 인터넷 중독 해소대책」, 「성폭력 피해자 보호 강화방안」, 「기초노령연금 추진현황 및 발전방안」 등 각종 이슈에 대해서도 사회적 공감대와 여론을 주도적으로 형성하는 등 사회문화부처 정책의 수립·추진시 부처간 사전 협의·조정 체계 구축으로 실효성 있는 정책이 추진될 수 있는 여건을 조성하였다.

참 고 사회문화정책관계장관회의 운영 현황

연도별 회의 개최횟수 및 안건수

연 도	사회문화정책 장관회의		실무조정회의	
	개최횟수	안건수	개최횟수	안건수
2004년	8	30	4	15
2005년	21	79	11	55
2006년	18	55	7	15
2007년	18	55	2	4
소 계	65	219	24	89

2007년도 내용별 안건 분석

쟁점사항	협의·조정	완 료	3
		유 보	—
	토 론		14
단순보고(현황, 추진상황보고 등)			38

2007년도 사회문화정책 관계장관회의 운영 내역

차 수	일 자	성 격	안 건	주관부서
1	1. 16	보 고	국립공원 입장료 폐지에 따른 후속대책	환경부
		보 고	비전2030에 부응하는 건강투자전략	복지부
		보 고	사회문화정책관계장관회의 운영 개선방안	복지부
2	1. 30	심의(의결)	환경보건 조사·감시사업 추진계획	환경부
		보 고	사회문화분야 중기재정계획(안)	합 동
3	2. 13	토 론	고용·창업 친화적인 자활지원서비스 강화방안	복지부·노동부
4	2. 27	보 고	국어발전 기본계획	문화부
		보 고	어린이 먹거리 안전 종합대책	식약청
		토 론	사회복무제도 도입	병무청

차 수	일 자	성 격	안 건	주관부서
5	3. 13	보 고	여름휴가 분산제 추진 계획(안)	문화부
		보 고	내분비계장애물질 조사 · 관리 5개년 계획 수립	환경부
		서 면	“글로벌 문화포럼 2007서울” 개최	문화부
6	4. 24	보 고	생태하천 만들기 10년 계획('06~'15)	환경부
		보 고	4대 바우처사업 운용시스템 구축경과 및 향후계획	복지부
		보 고	사회투자정책과 한국사회정책의 미래	김연명 교수
7	5. 8	보 고	수도권 대기오염 총량관리제 시행	환경부
		토 론	지방재정 조정방안	예산처
		토 론	건강투자정책	복지부
8	5. 22	보 고	사회통계발전을 위한 국가통계혁신계획	통계청
9	7. 3	보 고	『양육부담 경감』을 위한 돌봄 서비스 지원 방안	여가부
		보 고	기초노령연금 시행준비 추진현황	복지부
10	7. 24	보 고	장애인체육 중장기 계획 보고	문화부
		보 고	참여정부 사회정책분야 추진상황 점검 및 마무리 계획	복지부
11	8. 14	보 고	실내 라돈관리 종합대책(2007~2012년)	환경부
		보 고	지방자치단체 건강투자 활성화 방안	복지부
		보 고	공공시설, 청소년시설로의 이용 활성화	청소년위
12	9. 4	보 고	청소년 인터넷 중독 해소정책	청소년위
		보 고	건강보장 30년의 성과와 향후과제	복지부
13	9. 18	심 의	성폭력 피해자 보호 강화방안	여가부
		심 의	청소년 자살관련 종합대책	청소년위
14	10. 23	보 고	아시아 문화중심도시 조성 종합계획 보고	문화부
		보 고	사업장별 화학물질 배출량 공개계획 보고	환경부
15	11. 20	보 고	쾌적한 생활환경과 국민건강 보호를 위한 환경비전	환경부
		보 고	2007년 동절기 종합대책 - 동절기 서민생활 안정대책 - 동절기 민생안정 대책 - 동절기 성매매집결지 등 안전관리 대책 - 동절기 청소년 보호대책 - 동절기 수질오염사고 예방대책 - 동절기 취약근로자 고용안정 및 산업현장 안전대책 - 겨울철 스키장 안전대책	합 동 (복지부) (행자부) (여가부) (청소년위) (환경부) (노동부) (문화부)

차 수	일 자	성 격	안 건	주관부서
16	12. 4	보 고	유희 공유시설 활용방안	예산처
		보 고	성별영향평가 추진현황 및 발전방안	여가부
17	12. 18	보 고	태안 유류유출사고 대응상황 보고 - 종합 대응상황 보고 - 의료분야 등 대응상황 보고 - 관광분야 후속대책 보고 - 환경분야 대응상황 보고	합 동 (행자부) (복지부) (문화부) (환경부)
		보 고	기초노령연금 시행준비 추진현황	복지부
18	12. 28	서 면	'07년 회의 성과평가 및 '08년도 운영계획	합 동

※ 안건 현황(55건) : 복지부 13, 환경부 11, 노동부 3, 여가부 5, 문화부 8, 기타(공통안건 등) 15

III 향후 운영 방안

사회문화분야의 정책 범위는 방대하고 다양하며 그 비중 또한 점차 확대되어 가는 추세에 따라 사회문화정책관계장관회의 위상 제고와 기능 강화를 통해 국민이 직접 체감할 수 있는 복지서비스가 제공될 수 있도록 그 운영방향을 정립하는 노력이 필요할 것이다.

또한 다양하고 복잡한 사회문화정책 중 핵심 주제를 선택하여 집중토론하고 그 결과가 정책에 반영될 수 있는 시스템으로 개편하는 한편, 유관회의와의 기능과 역할의 구분을 명확히 하고, 사전 실무조정회의의 협의·조정기능의 활성화도 필요한 시점이다.

이와 함께 사회문화분야 현안에 대한 다양한 의견수렴을 위해 자유토론 참석범위를 정부 외에 시민사회단체, 이해관계자 등으로 확대하여 정책 아이디어 도출을 위한 회의 운영의 유연화를 추진하는 등 사회문화정책 전반에 대한 종합적인 방향설정은 물론 사회문화분야의 갈등을 최소화하는 역할 수행 등 명실공히 사회문화분야의 가장 권위 있고 실효성 있는 회의체로 거듭나기를 기대한다.

제14장

정책홍보 관리

제 1 절

홍보관리*

| 정책홍보의 방향

국정의 성공을 위해서는 정책의 형성과정과 집행, 평가 등 모든 과정에서 국민여론을 수렴하고 이를 정책에 반영하려는 노력이 중요하다. 정책과 홍보는 정책수립시부터 동시에 시작되며 홍보는 결정된 정책을 일방적으로 알리는 것이 아니라, 올바른 여론을 진단하고 정책에 이를 반영하여 알리는 것이다. 아무리 좋은 정책도 이해와 설득 없이는 국민의 동의와 지지를 받기 어려울 것이다. 특히 보건의복지가족 정책은 국민들의 생활과 직결된 경우가 많아 정부정책을 국민들에게 정확히 알리는 정책홍보의 중요성이 더욱 크다고 할 수 있다.

이를 위해서는 정책 수립시 중점 홍보대상을 사전 확인하고 처음부터 홍보를 해 나가야 한다. 정책대상(잠재적 공중)의 의견이 형성되지 않은 경우 누가 먼저 정보를 제공하느냐에 따라 여론의 향배가 달라질 수 있기 때문이다.

*집필자 : 홍보담당관 현수엽

보건복지 정책에 대한 홍보의 방향은 문제가 발생한 후 사후에 대응하는 것이 아닌 국민들이 원하는 정책의제를 사전에 관리하는 사전홍보, 정책 입안단계부터 체계적인 홍보계획을 수립하는 기획홍보, 다양한 매체를 통한 차별화된 정책홍보를 시행하는 전략홍보의 3가지 방향으로 요약해 설명할 수 있다.

따라서 정책홍보 업무는 모든 정책 추진상황을 소상히 알려 평소 국민의 신뢰를 쌓아가야 하며 예상되는 문제를 적극적으로 발굴하여 대안을 제시하고 사전에 국민들의 입장을 고려하여 현재 상황을 적극적으로 설득하는 등 일하는 방식의 개선을 통해, 보건복지 정책의 품질 제고를 가져올 것이다.

II 주요 정책홍보 추진현황 및 분석

1. 주요정책 홍보 성과

먼저 국민연금 개혁을 살펴보자. 국민연금 개혁은 언론의 회의적 태도, 정치권의 무관심, 일반 국민의 불신 등으로 이슈화가 어려운 정책이었으나, 복지부장관 및 연금정책관의 방송출연 · 인터뷰, 기자단 토론회 · 간담회 등을 지속적으로 실시하고 국민연금 개혁을 사회적 이슈로 부각시키는 사전적 여론조성을 위한 적극적인 정책홍보로 국민연금법 개정('07. 7월)의 홍보 효과를 이뤄낼 수 있었다.

사회적 공감대를 크게 일으켰던 의료급여제도의 개선도 중요한 정책홍보 대상이었다. 의료급여 제도는 저소득층이 무료 또는 아주 저렴한 비용으로 의료기관을 이용할 수 있는 중요한 의료보장 제도지만, 당시 의료급여 이용자들의 도덕적 해이가 커 개선이 시급하였다. 이에 대한 사회적 여론을 환기시키기 위해 보건복지부장관(유시민)이 “공개적 반성의 글”을 블로그에 올려 큰 반향을 일으켰으며, 이에 대한 후속 홍보로 의료급여 지원대상 확대 및 보장성이 강화되었다는 지원내용 홍보를 강화함으로써 ‘저소득층 무상의료 축소’라는 반대여론을 사전에 차단하는 성과를 거둘 수 있었다.

또한, 장기입원 환자의 경제적 부담완화를 위해 식대를 보험급여에 포함시키는 정책에 대해 일부 언론의 제도 도입에 따른 국민의 편익보다는 병원의 부실한 급식을 문제 삼는 보도에 대해서도 적극 해명하여 이슈가 확대되지 않도록 하였고 약제비 적정화 정책에 대해서는 제약업계의 반발, 한미 FTA 협상 등으로 인해 언론의 회의적 반응, 추측성 보도 등이 있었으나 언론 브리핑 등을 통해 약제비 적정화 방안에 대한 정부의 입장을 명확한 메시지로 전달함으로써 부정적 언론보도를 사전에 차단하였으며 관련 법령 개정 일정에 맞추어 보도자료 배포, 기자단 간담회, 언론기고 등 후속 홍보를 실시하여 홍보 목적을 달성하였다.

장애인 소득보장 및 LPG제도 개선방안에 대해서 장애인 및 관련 단체에서 LPG 지원폐지에 대한 문제점 제기시 저소득 장애인에 대한 장애수당 지급대상 확대 등 정책대안을 사전에 명확하고 비중 있게 보도(조선, 중앙, 내일신문 등)하도록 홍보함으로써 장애인 단체 반발 및 반대여론 확산을 최소화하여 정책홍보의 효과를 높였다.

2. 기획홍보 및 언론 정책설명 강화

정책과 홍보가 통합된 기획홍보는 결국 정책발표 전 사전홍보, 정책발표, 정책발표 후 사후 홍보를 포함하는 일련의 과정을 의미하는 것으로 정책과 홍보는 이에 항상 함께 고민하는 과제라 할 수 있다. 이를 유기적으로 관리함으로써 국민들과의 직접·간접적인 상호 커뮤니케이션을 강화하는 방향으로 제도화되어야 할 것이며 정부업무평가에도 정책홍보 분야에 대한 관리항목이 포함되었다.

이에 따라 정책홍보팀에서는 2007년 중점홍보정책을 연두업무보고 과제중에 선정하였으며, 사회투자정책, 국민연금개혁, 국민건강보험개혁, 의료급여제도 개편, 노인수발보험제도 도입, 장애인종합대책수립, 저출산·고령사회 대책 등 7가지이다.

이러한, 중점홍보정책에 대한 체계적 관리 및 기획홍보를 위해 민간 전문가들의 자문을 얻어 홍보계획을 수립하여 실행하였다.

또한 정책홍보에서 중요한 기능중 하나인 대언론 정책홍보를 역동적으로 추진하여 국민들에게 정책관련 정보를 제공하고 알권리를 충족시키기 위해 정부합동브리핑센터를 2007년 8월에 개소하여 출입기자들의 언론활동을 보장하였으며, 2008년 3월 정부조직개편에 따른 부처 이전 후 신속하게 부처단독 기자실 및 브리핑룸을 구축·운영하여 대언론 홍보정책 협력을 강화하였다.

보건복지가족부 주요정책을 직접적으로 언론을 통해 정책 입안 단계부터 국민들에게 논의되는 사항을 알려주기 위해 장·차관 및 실·국장 사전브리핑 실시와 기자간담회를 지속적으로 실시하고 있다.

3. 홍보콘텐츠 변화 및 조직 홍보역량 강화

변화하는 홍보 환경에 대응하기 위해 다양한 콘텐츠를 통한 대국민 직접홍보 강화를 위한 노력에도 박차를 가하고 있다. 홍보담당관실을 중심으로 PCRM서비스를 비롯한 뉴스사이트 운영, 블로그나 미니홈피 등 민간매체를 활용한 온라인 홍보를 적극적으로 추진하고 있다.

또한 보건복지가족부 홈페이지의 질적 제고 및 활용도 제고를 위해 사진, 그래픽, 동영상 등 시각적 효과를 높일 수 있는 콘텐츠를 개발하고 KTV나 VNR 같은 정부 정책전문 채널을 활용한 정책홍보를 강화해 나가고 있다.

2008년 2월 정부조직 개편에 따른 후속 직제개편에 따라 정책홍보실장(1급) 소속의 홍보관리관을 장관 직속의 대변인(국)으로 개편하였으며, 대변인 통솔 하에 홍보담당관(구, 정책홍보팀)으로 개칭하여 정책홍보의 역량을 제고하는 방향으로 기구를 개편하였다.

4. 정책홍보 과제 분석

2007년 주요정책 추진과제에서 국민연금 개혁, 의료급여 등은 이슈를 선점하여 주도적으로 여론을 형성하여 정책홍보의 역할의 중요성을 보여준 반면, 학교 집단식중독, 민영의료보험 보장 축소, 의료서비스산업 선진화 등은 이슈관리의 주도권을 상실하여 정책홍보 효과성이 감소하기도 하였다.

또한 주요정책에 대해 사업부서별로 각각 홍보간행물을 제작·배포함으로써 홍보효과가 떨어지고 예산이 비효율적으로 집행되는 사례도 나타나 이에 대한 개선이 필요한 것으로 분석된다.

기존 주요일간지 및 방송매체의 언론 역할에 비해 상대적으로 비중이 늘고 있는 인터넷 매체에 대한 홍보전략 및 언론환경 변화에 대한 대비책도 준비가 필요할 것으로 판단된다.

III 향후 추진계획

홍보 업무는 보건복지가족 정책을 입안하고 수행하는 모든 과정에서 가장 중요한 업무중 하나이다. 새 정부의 국정지표인 ‘능동적 복지’를 구체화하고 국민에게 보다 쉽고 빠르게 다가가는 방향으로 정책홍보를 수행하기 위해 인터넷 공간을 활용한 정책홍보 등 적극적이고 개방적인 방향으로 국민을 이해시킬 수 있도록 정책홍보를 수행해 나갈 것이다. 이러한 정책홍보의 역할을 충실하게 수행하기 위해 홍보담당관실에서는 주요정책의 홍보 전략을 이슈화가 예상되는 시기별로 나눠 전략적 홍보정책을 구사하여 위기상황에 긴밀하게 대응할 수 있는 주요정책 홍보계획을 수립하여 운영할 계획이다.

또한, 각 사업부서에서 사업별로 발간하는 홍보간행물을 통합·조정하여 양질의 홍보물을 수요자에게 제공함으로써 한정된 홍보예산의 효율성을 제고할 것이며, 민간 홍보전문가로 구성된 ‘보건복지가족부 정책홍보자문단’을 구성하여 보건복지가족부 전체 이미지 제고 및 핵심정책 홍보에 대한 상시적 자문을 받도록 함으로써 홍보의 질을 높여 나갈 것이며, 또한 홍보역량 강화를 위해 간부대상 브리핑 기법교육과 직원 대상 정책홍보 요령 교육을 지속적으로 실시해 나갈 계획이다.



보건복지가족통계 생산관리*

I 통계관리 체계

우리나라의 통계생산 및 관리체계는 각각의 정부기관이 고유 업무와 관련된 통계를 작성할 책임과 권한을 가지는 분산형 통계제도를 취하고 있다.

이에 따라, 통계청은 중앙통계기관으로서 주로 일반목적 통계를 작성하며 통계제도의 효율성 확립을 위하여 통계작성 승인 및 변경 등 통계에 관한 종합조정 기능을 수행하며, 보건복지가족부에서는 「보건복지가족부 통계관리규정」에 따라 보건복지가족부와 그 소속기관 그리고 산하단체 등의 통계에 관한 모든 사항을 종합 조정하며 그 체계를 정비하고 있다.

보건복지가족부에서는 국민의 생활수준 향상에 따른 복지수요의 급증, 질병구조의 다양화, 국민의 정책참여 욕구 증대 등 향후 보건복지통계에 대한 수요의 증가에 맞추어 2006. 2월 통계전담부서인 '조사통계팀'을 신설하였고, 2008년 8월 직제 변경으로 '정책통계담당관'으로 명칭을 변경하였다.

II 통계생산 및 관리현황

보건복지가족통계는 국민의 삶의 질을 가늠하는 주요한 지표로서, 보건복지가족부 외에 식품의약품안전청, 통계청, 환경부, 노동부, 농림수산식품부 등 정부기관과 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단, 국민연금공단, 한국은행 등 다수의 기관에서 통계를 생산하고 있다.

*집필자 : 정책통계담당관 김영균

보건복지가족부에서 생산하는 통계는 크게 조사통계와 보고통계 및 가공통계로 구분되며, 총 28종의 보고통계, 21종의 조사통계, 1종의 조사통계를 생산관리하고 있으며, 조사통계는 한국보건사회연구원 등 유관 연구기관 등과 함께 조사를 통하여 통계를 생산하고 있으며, 보고통계는 관련 법령에 의하여 지방자치단체 및 관련기관 등의 보고 자료를 종합하여 작성하고 있다.

또한, 매년 조사통계와 보고통계 자료 등을 취합하여 보건복지통계연보를 발간하고 있으며, 이들 자료는 보건복지가족부 홈페이지(www.mw.go.kr → 생생정책정보 → 보건복지 자료실 → 간행물 · 발간자료 → 발간자료)를 통하여 일반국민에게 제공되고 있다.

통계는 국가의 정책을 수립하는 데 가장 기초가 되는 자료로서, 정확한 통계는 국가 경영에 필수적인 인프라이며, 통계의 왜곡은 곧 정책의 왜곡이 된다. 따라서 보건복지가족부에서는 정확한 통계데이터베이스를 구축하여 통계품질을 관리하기 위해 우리 부 자체 계획에 따라 한국복지패널조사 등 6종의 통계에 대하여 자체품질진단을 실시하였다.

또한 일반 국민들이 우리 부 관련 각종 통계자료와 국제기구 및 주요 국가들의 통계정보를 한곳에서 쉽게 이용할 수 있도록 하고, 통계정책 고객에 대한 주기적인 통계정보를 제공하기 위해 「보건복지가족 통계포털 시스템」을 구축하여 대국민 서비스를 추진할 계획이다.

〈표 2-14-1〉 보건복지가족부 작성 통계 현황(2008.7)

◎ 보고통계

일련 번호	통 계 명 칭	관 련 부 서		작성 주기
1	의료기관 실태보고	보건의료정책실	의료자원과	연간
2	보건소 및 보건지소 운영 현황	건강정책국	건강정책과	반기
3	공중위생관계업소 실태보고	"	생활위생과	반기
4	암등록 통계	"	암정책과	연간
5	국민기초생활보장급여 지급현황	"	기초생활보장과	연간
6	국민기초생활보장수급자 현황	"	"	연간
7	부랑인복지시설 입소자 현황	"	"	반기
8	사회복지 자원봉사 현황	사회복지정책실	민간복지과	반기
9	노인복지사업 현황보고	저출산고령사회정책국	요양보험운영과	연간
10	화장품 현황	"	노인지원과	연간
11	노인학대 현황	"	"	월간
12	장애인복지시설입소자 및 종사자 현황보고	장애인정책국	재활지원과	연간
13	장애인지역사회재활시설 운영현황	장애인정책국	"	반기
14	등록장애인 현황	"	장애인정책과	분기
15	장애수당수급자 현황	"	장애인소득보장과	반기
16	소년소녀가정 현황보고	아동청소년정책실	아동청소년복지과	반기
17	국내입양 현황보고	"	"	반기
18	요보호아동 현황보고	"	"	반기
19	아동복지시설보호아동 및 종사자 현황보고	"	"	반기
20	가정위탁보호아동 현황	"	"	반기
21	학대아동보호 현황	"	아동청소년권리과	연간
22	보육시설 및 이용자 통계	"	보육지원과	반기
23	청소년전화(1388) 운영현황	"	아동청소년상담자활과	월간
24	청소년상담지원 현황	"	"	연간
25	국제검역상황	질병관리본부	검역지원팀	분기
26	법정전염병발생보고	"	전염병감시팀	연간
27	한센병관리사업실적	"	에이즈·결핵관리팀	분기
28	결핵관리 현황	"	"	월간

◎ 조사통계

일련 번호	통 계 명 칭	관 련 부 서		작성 주기
1	환자조사	기획조정실	정책통계담당관	3년
2	영아사망조사	"	"	3년
3	특수환자조사(모성사망조사)	"	"	3년
4	국민보건의료실태조사(수요 및 이용)	보건의료정책실	의료자원과	5년
5	국민보건의료실태조사(자원)	"	"	5년
6	정신질환자 실태조사	건강정책국	정신건강정책과	5년
7	국민구강건강실태조사	"	생활위생과	3년
8	흡연실태조사	"	건강증진과	반기
9	가족실태조사	저출산고령사회정책국	가족정책과	5년
10	노인실태조사	"	"	3년
11	장애인실태조사	장애인정책국	장애인정책과	3년
12	장애인편의시설설치 현황보고	"	장애인권익증진과	5년
13	청소년유해환경접촉종합실태조사	아동청소년정책실	아동청소년보호과	1년
14	가출청소년쉼터실태조사	"	아동청소년상담자활과	1년
15	청소년활동참가실태조사	"	아동청소년역량개발과	1년
16	청소년가치관조사	"	아동청소년정책과	1년
17	국민건강영양조사	질병관리본부	만성병조사팀	3년
18	청소년건강행태온라인조사	"	"	1년
19	퇴원손상환자조사	"	"	1년
20	전국장내기생충실태조사	"	말라리아·기생충팀	5년
21	인수공통전염병위험군의감염실태조사	"	역학조사팀	1년

◎ 가공통계

일련 번호	통 계 명 칭	관 련 부 서		작성 주기
1	국민의료비추계 및 국민보건계정	기획조정실	정책통계담당관	1년

III OECD 통계 생산 및 관리

1. 추진배경

우리나라는 1996년 12월에 OECD에 가입하면서 OECD에서 요구하는 각종 통계자료를 제공하여야 하는 의무(OECD기본협정 제3조)를 가짐에 따라 보건복지가족부에서도 매년 보건 및 복지관련 각종 통계 자료를 1997년부터 제공하고 있다.

OECD 요구 통계는 각 회원국이 동일한 기준에 따라 통계를 생산·제공하므로 국제적 비교가 용이하여 활용도가 높은 통계이다. 따라서 OECD 등 국제기구의 통계요구에 적극적으로 대응하여 국제적 위상을 제고하고 관련 정책 및 연구 등에 활용할 수 있는 기초통계자료 제공을 위하여 OECD에서 요구하는 각종 통계에 대한 지속적인 생산노력과 관리가 필요하다.

2. OECD 통계요구 동향 및 제출현황

OECD의 보건분야(Health Data)의 요구동향을 보면, 1998년(1,421종)까지 요구 항목이 계속 증가하였으나, 1999년부터는 보건부문과 직접 관련이 없는 분야를 제외함으로써 크게 감소하여 '07년에는 7개 분류*에 총 672종의 통계를 요구하였다.

우리나라는 그동안 지속적인 통계생산 노력을 통하여 매년 제출률을 높여 '06년 우리나라의 제출률은 72.4%(OECD 평균 제출율 76.9%)였으나 '07년에는 81.8%(OECD 평균 제출률 82.6%)로 상당히 높아졌다.

OECD의 복지분야 요구 통계는 사회적 위험에 대한 국가의 보장노력을 나타내는 지표로서 사회복지지출, 총사회복지지출 그리고 순사회복지지출 등 3종류로 구성되어 있다.

*건강상태, 보건의료자원, 보건의료이용, 보건비용, 사회보장, 의약품시장, 보건의 비의료결정요인

〈표 2-14-2〉 OECD 통계 요구 및 제출 현황

구 분	보 건 부 문			복 지 부 문		
	요 구 (항목수)	제 출 (항목수)	제출률 (%)	요 구 (항목수)	제 출 (항목수)	제출률 (%)
1997	996	170	17.1	96	51	53.1
1998	1,421	445	31.3	96	53	55.2
1999	986	179	18.2	96	53	55.2
2000	708	245	34.6	66	47	71.2
2001	715	349	48.8	66	47	71.2
2002	701	385	54.9	66	47	71.2
2003	532	320	60.2	66	47	71.2
2004	436	262	60.1	66	47	71.2
2005	410	258	62.9	66	47	71.2
2006	673	487	72.4			
2007	672	550	81.8			

※ 복지부문 사회복지지출 통계는 '08년 현재 '05년기준 자료까지 OECD에 제출하였으며, '06년, '07년기준 자료는 '08~'09년에 통계를 생산하여 2010년에 제출할 예정임

사회복지지출 통계의 경우 국가간 전체 규모의 비교가 용이하다. 다만 각 국가별 복지제도의 차이로 세부 복지제도별 비교시에는 다소 한계가 있지만 국제적으로 표준화된 테이트베이스로 이용가치가 높다.

총사회복지지출과 순사회복지지출의 경우는 사회복지지출통계에 반영되어 있지 않는 자발적 민간부문과 조세부문이 추가된 통계로 OECD가 최근 생산을 추진하여 왔으며, 우리나라는 '02년부터 관련통계를 제출하고 있다.

3. 향후 개선방안

국제화 및 개방화에 따라 UN, OECD 및 WHO 등 국제기구와의 관계가 긴밀해지면서 보건 복지통계에 대한 국제적 협력이 증대되고 있으며, 특히 OECD 가입을 계기로 통계 제출 의무 이행과 함께 보건복지통계의 질적 수준을 향상시켜야할 당위성이 커져가고 있으므로, OECD 요구통계의 제출률을 연차적으로 높여 나갈 예정이다.

OECD 요구 통계 중 제출이 부진한 보건통계의 대부분이 해당 통계생산을 위한 별도의 조사가 필요한 통계이므로, 미생산 통계에 대한 별도 조사사업 등을 통하여 단계적인 확대 생산을 추진할 계획이다. 복지분야통계의 경우, 제출률은 OECD 평균이상의 수준을 유지하고 있으나, 기초자료의 부재 등으로 누락 또는 과소 추계되는 측면이 있으므로 관련 조사 등을 통하여 정확성을 제고해 나갈 계획이다.



정보화 추진*

보건복지가족분야 정보화는 전자정부의 기본 틀과 언제 어디서나 누구나 접속이 가능한 유비쿼터스(Ubiquitous) 정보사회로의 발전과 함께 최신 정보기술을 기반으로 국민들의 보건복지에 대한 정책참여 및 질 높은 보건복지서비스 제공 요구를 충족시킴으로써 수요자 중심적 정보체계로 국민의 삶의 질을 향상시키는데 그 의의를 두고 있다.

특히 업무처리 형태의 개선, 보건의료정보 표준화 등 업무 혁신을 통한 생산성 향상은 물론, 식품·의약품, 진료 및 의학정보 등의 정보화를 통하여 의료서비스의 질적 향상과 보건산업 분야의 경쟁력 강화에 기여할 것이다.

I 사회복지분야 정보화

국가복지정보시스템 구축 사업은 복지분야 정보를 통합 제공하여 급증하는 복지정보 제공에 대한 욕구를 해소하고, 사회복지서비스 이력에 대한 체계적인 관리를 제공하기 위해 추진 되었다.

전자정부 31대 로드맵 과제로 선정되어, 2003년 정보화전략계획(ISP**)을 수립하여 2004년도에 1차사업으로 장애인복지시설에서 활용할 수 있는 시스템을 구축하였다. 2005년도에 2차사업으로 노인복지시설에서 사용할 수 있도록 확대 구축하였다.

*집필자 : 정보화담당관 임근찬

**Information Strategic Planning

2006년에는 3차사업으로 아동·재가노인 복지시설에 대한 이력관리시스템을 구축하고, 복지시설과 시군구 간 보고 및 신청 업무를 온라인시스템으로 처리할 수 있도록 구축하였다. 또한, 이원화되어 추진한 사회복지시설 회계정보시스템과 국가복지정보시스템*에 대한 통합 및 연계를 추진하였다.

2007년에는 다양한 시설의 회계업무를 수용하기 위하여 회계정보시스템의 기능을 개선하였으며 한국사회복지협의회 사회복지자원봉사인증관리시스템과 국가복지정보시스템을 연계하고, '08. 7월부터 시행예정인 노인장기요양보험제도 도입에 대비한 기반시스템을 구축하였다.

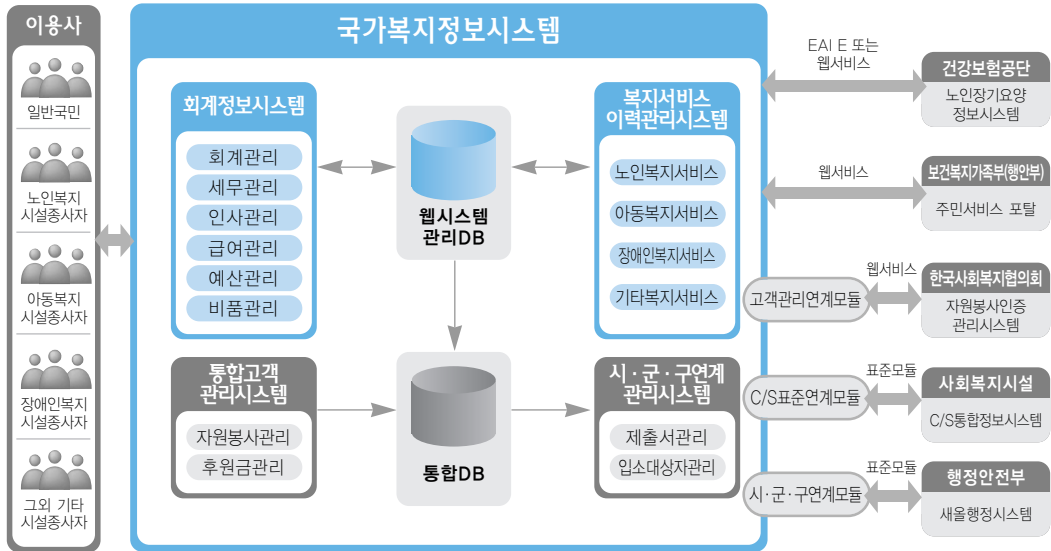
이와 같이 국가복지정보시스템 구축 등 복지시설 운영 및 관리에 대한 정보화 지원으로 업무 효율성이 향상되고 국가차원의 통합시스템 운영으로 시설별 전산시스템 운영비용을 절감할 수 있었으며, 정기적인 보고자료 및 통계자료의 자동생성으로 수작업 업무를 감소하여 개개인이 본연의 업무에 더욱 충실할 수 있는 기반을 제공하게 되어 궁극적인 복지서비스 품질의 향상을 기대할 수 있게 되었다.

또한, 복지, 보건, 고용, 주거, 교육, 생활체육, 문화, 관광 등 중앙행정기관에서 제공되는 8대 서비스를 시군구, 읍면동을 통해 통합적 맞춤형 주민생활지원서비스를 제공하여 주민 삶의 질을 향상시키기 위하여 행정안전부와 함께 『주민생활 통합정보시스템』**을 구축하고 민·관 서비스를 온라인으로 연계 주민편의 증진 및 업무효율화를 꾀하였으며, '07년 한국보건사회연구원에 주민생활정보센터를 설치하여 국민들에게 제공되는 정보의 고도화 및 서비스영역 확대에 노력하고 있다.

*www.w4c.go.kr

**주민생활통합정보시스템 포털 홈페이지, www.oklife.go.kr

[그림 2-14-1] 국가복지정보시스템 체계도



II 식·의약품분야 정보화

의약품 관련 정보화로 의약품 유통정보의 수집·관리 및 활용 시스템 구축·운영을 지원하여 의약품 물류 흐름을 정확히 파악하여 의약품유통 투명성 제고 및 건강보험 약품비 절감에 기여하고, 분석정보 제공으로 제약 및 유통산업 경쟁력을 강화하기 위한 의약품관리종합정보센터를 구축하여 운영하였다.

2005년 8월 의약품종합정보센터 설립 기본계획을 마련하여, 2005년 11월 의약품정보시스템 구축방안과 중장기 추진계획을 포함한 정보화전략계획을 수립하였다. 그 계획에 따라 2007년 10월 의약품관리종합정보센터를 개소하고, 2007년 12월에 의약품정보시스템을 구축하였다. 이 시스템은 의약품정보수집 및 제공, 제품정보서비스 등을 위한 포털과 의약품 생산·공급·구입·사용내역 등에 대한 정보분석·제공을 위한 데이터웨어하우스(DW) 등 정보분석시스템으로 구성되어 있다.

이와 더불어 법·제도적으로 뒷받침하기 위하여 2007년 10월 의약품관리종합정보센터 설립 근거를 마련하고 의약품 공급내역 보고 확대 등을 위한 약사법을 개정하고, 2008년 1월 약사법 시행규칙을 개정하였다. 이로써 의약품 유통정보를 통합관리할 수 있는 기반을 마련하였으며, 이를 토대로 2008년도에는 375건의 의약품 유통정보를 제공할 목표를 세워 추진 중이다.

또한 2006년에 정보통신부의 RFID*/USN** 시범과제로 선정되어, 2006년과 2007년에 ‘u-의약품종합관리시스템 구축사업’이 추진되었으며, 2007년에 ‘범 부처 RFID/USN 확산 종합대책’에 포함되어 2007년 12월 ‘범부처 RFID/USN 확산 종합대책 세부추진계획(안)’에 따라 추진되었다.

본 사업의 추진을 통해 항암제(캄푸토), 수액제(포도당주사액), 마약류(염몰핀), 발모제(피나테드정) 등 4종, 약 33만 9천개에 해당하는 의약품에 대하여 RFID를 부착하여 생산부터 유통 과정 및 병원 내 소비까지 이력을 추적하거나, 오용방지 및 약국 내 키오스크를 통해 해당 의약품에 대한 진품확인 서비스를 제공하였다.

III 보건의료분야 정보화

대국민 보건의료서비스 혁신 및 보건의료산업육성을 위한 국가보건의료정보화(e-Health) 선도사업인 공공보건정보화사업은 2005년에 수립한 ‘지역보건의료분야 정보화전략계획(ISP)’을 기반으로 전국 보건기관의 보건행정, 보건사업, 진료 등 전반적인 업무를 정보화하고 유관기관과의 연계 체계를 구축하여 업무의 생산성과 효율성을 향상시키기 위한 시스템을 개발하여 전국 보건기관이 사용할 수 있도록 확산을 추진할 계획이다.

또한 국립대학교병원, 지방의료원 등 공공의료기관의 정보화를 위하여 공공의료기관의 정보화 전략계획을 마련하였고 국가보건의료정보표준 및 전자건강기록 공통기술 연구개발 사업결과를 적용한 전자건강기록(EHR)시스템을 단계적으로 개발하여 확산할 계획이다.

*Radio Frequency Identification

**Ubiquitous Sensor Network

국민건강증진을 위한 각종 정보 제공으로 보건교육 및 홍보 체계를 구축하고 원격 보건 교육을 위한 환경 조성을 목적으로 구축·운영되고 있는 국민건강증진정보시스템은 국민들의 다양한 정보요구를 충족하기 위해 건강 칼럼 28개를 추가하고 건강 웹진을 개편하여 14,000여명에게 발송하는 등 제공정보를 확대하고 건강정보의 질 평가를 통한 양질의 건강정보 확산을 위한 역할을 수행하였다. 또한 건강 칼럼, 건강 웹진 등을 통하여 생애주기 특성에 맞는 건강생활 실천 프로그램 및 질병예방 프로그램을 제공하고 있다.

국립병원 정보화사업은 체계적이고 종합적인 병원정보화를 통하여 양질의 진료서비스를 제공하고, 병원 경영정보 제공 및 신속한 업무처리로 병원 운영의 효율화와 업무생산성 향상을 도모하며, 환자 만족도 제고를 위하여 각 병원의 진료환경에 맞도록 다양하게 추진되었다.

국립의료원은 병원정보시스템(OCS)을 운영하여 환자진료서비스를 도모하고 홈페이지를 통해 진료정보 등을 대국민 서비스함으로써 공공의료기관의 역할을 수행하고 있다. 특히 시범 사업으로 성분명처방과 의료급여자격관리시스템구축 하였으며, 아울러 6-시그마를 도입하여 병원업무의 혁신을 추진하였다. 또한 중앙응급의료센터에서는 응급환자이송정보체계구축과 응급환자진료정보망구축하여 환자의 건강증진 및 생명보호에 기여하고 있다.

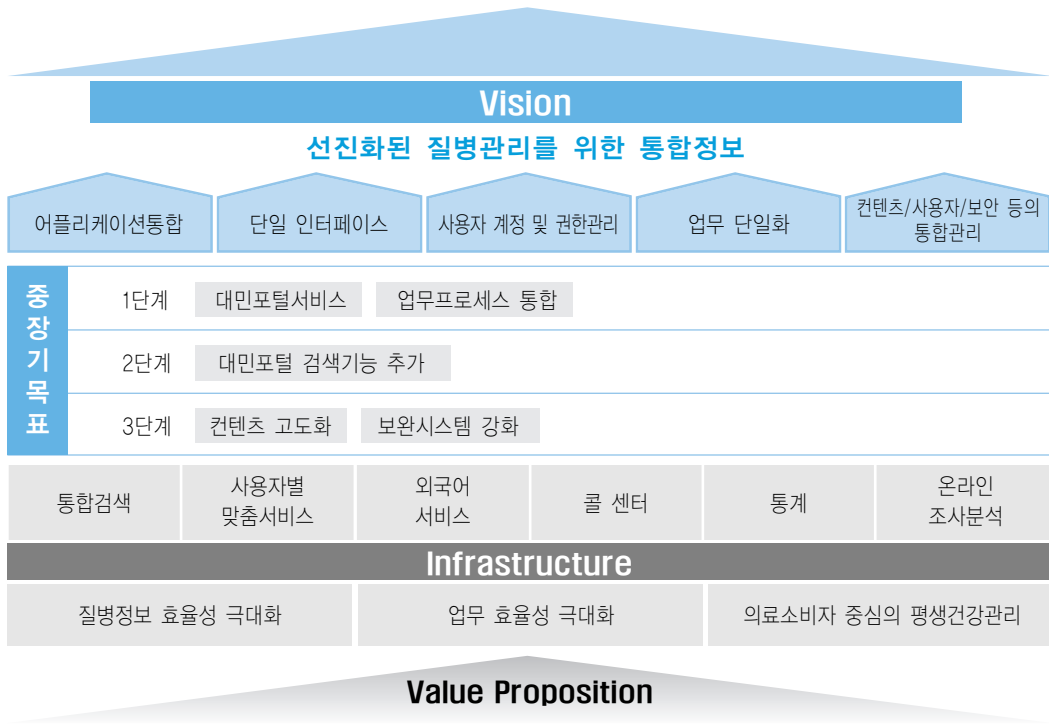
국립나주병원은 기업형 경영정보시스템을 구축하여 병원경영 능력을 향상시켰으며, 최근 보안위협 대비하여 의료정보의 보안을 강화하였다. 국립부곡병원은 정보화교육시설을 개선하여 직원의 정보화수준을 향상시키고 환자의 사회복귀를 지원하였다. 국립춘천병원은 침입방지 시스템을 개선 도입하고 바이러스 백신시스템을 보강하여 외부 보안위협으로부터 정보시스템을 보호 강화하였다.

질병관리본부 정보화사업은 내부업무의 효율성 극대화와 질병관리정보의 활용성 극대화, 의료소비자 중심의 평생 건강관리를 위하여 2004년부터 종합적인 정보화전략계획 및 정보기술 활용 마스터 플랜을 수립하였다. '07년도에는 의료소비자중심의 대국민 질병정보제공 포털 시스템을 구축하였으며, 내부 업무프로세스 표준화를 위한 기반을 마련하였다.

'08년도에는 산발적으로 구축된 기존 시스템을 단계적으로 통합하고, 보건소 및 검역소 등 외부기관과의 보고업무를 연계하여 업무의 효율성을 향상시킬 예정이다.

'09년도부터는 위기대응센터 기반구축을 위한 종합적인 마스터플랜의 실현단계로서 전염병 감시, 예방, 통제의 3가지 시스템군을 확대 확장시키고 질병정보를 체계적으로 관리하여 대한 민국 공공보건 업무의 허브 포털 구현과 국민의 건강 수준 향상에 이바지하게 된다.

[그림 2-14-2] 질병관리본부 통합정보시스템의 목표



IV 사회보험분야 정보화

건강보험심사평가원의 이의신청 결정에 불복이 있는 요양기관이 심사청구시 서류 등 오프라인으로 처리하던 업무를 개선한 건강보험 심판청구 전산시스템은 전국 각 요양기관에서 온라인으로 심사청구를 제기하고, 심사청구 제기 후 결정·통보를 받을 때까지 처리과정을 온라인으로 조회할 수 있도록 민원인의 편의를 제공하여 실질적인 권리구제 서비스 수준을 향상시켰으며 심사청구제도 및 그간의 재결사례 정보 등을 제공하였다.

'08년 7월부터 시행되는 노인장기요양보험제도 운영을 위한 노인장기요양정보시스템을 구축하여 장기요양인정신청 및 접수, 방문조사, 등급판정업무, 수발기관 지정 등의 업무를 지원하고 있다.

기초노령연금 정보시스템은 생활이 어려운 노인의 생활안정을 지원하기 위하여 '07년 4월에 제정된 기초노령연금제도를 효율적으로 운영지원하기 위하여 구축하였다. 서울행정정보시스템의 시군구 기초노령연금 업무관리시스템과 연계하여 기초노령연금 신청서 접수, 대상자 선정, 수급자 관리, 자격관리, 사후 관리 등의 업무를 지원하고 있다.

국민건강보험공단 정보화사업은 국민의 평생건강을 지키는 세계 최고의 건강보장기관이라는 비전과 고객중심의 정보서비스 제공을 목표로 추진하였다.

건강보험증 발급, 자동이체 안내, 건강검진 수검 등을 종합적으로 제공하는 중앙집중형 SMS(단문자서비스:Short Message Service) 발송시스템을 구축하여 고품질의 고객서비스를 제공하고 있으며, 건강보험공단 주관으로 보건복지분야의 인터넷서비스에서 공동으로 활용할 수 있는 공인인증서 발급시스템을 구축하여 개인정보보호를 강화하였다. 또한 건강보험공단, 건강보험심사평가원 등 주요 소속공공기관의 정보시스템에 대한 공동재해복구센터를 구축하여 지진 등 자연재해 발생할 경우를 대비하여 안정적인 민원서비스를 제공할 수 있는 기반을 마련하였다.

건강보험심사평가 정보화사업은 요양기관의 이의신청 청구 및 결과통보를 전자문서화하는 포탈시스템을 구축함으로써 심사평가관련 행정민원의 투명성과 신속한 대민서비스를 제공하게 되었다.

또한, 기존 건강보험, 의료급여 대상자에 대한 심사 청구업무와 함께 보훈환자를 대상으로 하는 심사업무까지 포함하고, 이의신청의 웹서비스, 급여적정성종합관리제, 일자별 청구시스템 확대, 원격심사시스템, SMS DB구축 등 종합적인 정보체계를 구축하였고, 재해복구시스템 구축을 위한 컨설팅, 포탈서버의 이중화, 유해 트래픽 차단, 바이러스 방화벽 설치 등 정보보호 및 정보통신 보안장비 확충 등 안정적인 시스템을 유지 운영하기 위한 노력도 하였다.

국민연금정보화는 국민연금 “희망나눔2020”에 따른 중장기추진과제로 지정되어 추진되고 있는 데이터 웨어하우스(DW) 시스템구축 전략계획에 따라 종합정보분석을 위한 데이터웨어하우스를 구축하고 메타데이터관리시스템, 임원정보시스템, 정보보안관리시스템 등을 구축하였다.

유비쿼터스시대에 걸 맞는 모바일 컨설팅 추진사례를 조사하여 자격, 징수, 급여, 민원 등 78종에 이르는 모바일 시스템 구축전략계획을 수립하여 민원서비스의 질적으로 개선하여 대국민서비스의 질적 향상을 도모하고자 하였다. 또한, 각 업무별로 운영중인 서버를 통합하고 업무포털시스템(EP)를 구축하여 업무효율성 및 생산성을 향상시켰으며, 메인프레임으로 운영중인 기간제 시스템을 오픈 시스템으로 전환하는 “국민연금 차세대정보화시스템”을 구축 중에 있다.

V 보건복지 행정분야 정보화

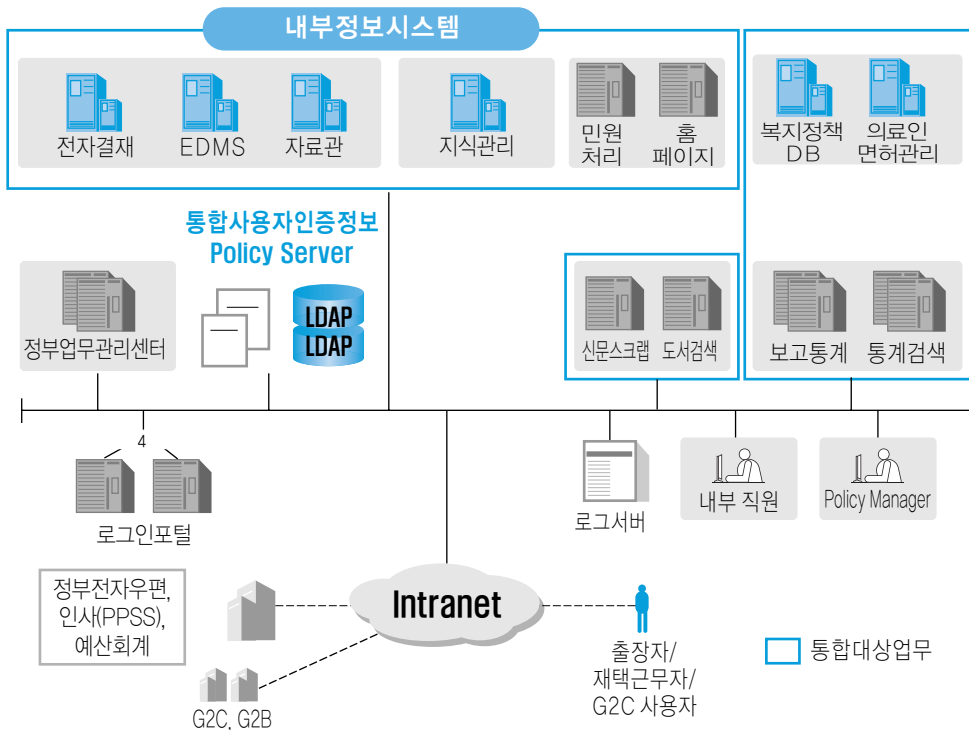
보건복지 행정분야 정보화는 부내 혁신업무 수행을 지원하고 부내 행정정보화의 혁신을 꾀하기 위해 기존 운용하고 있는 정보시스템과 응용소프트웨어에 대한 부내 사용자 요구사항을 수시로 수렴하여, 개발, 반영 체계로 운영하고 있다.

대민서비스를 위한 홈페이지·민원처리시스템은 1998년 구축하여 국민서비스를 개시하여 국민의 적극적인 정책 참여를 위한 시스템으로 확대 개편하여 서비스하고 있다. 복지정책DB는 2001년 구축 후 2005년 개편하여 복지정책통계 및 분석서비스를 지원하였고, 2002년도에 구축한 지식관리시스템은 2004년도에 개편하여 본부 및 소속기관간 정보공유와 정보유통을 활성화하고 다양하게 확보한 지식정보를 축적 활용하여 보건복지관련 정책수립 및 정책개발에 일익을 담당하고 있다.

2005년도에는 이와 같이 다양하게 제공되고 있는 부내 정보시스템을 통합하여 이용자의 편리성을 도모하기 위해 “유니모(UniMOHW)시스템”을 구축하였으며, 2007년에는 이 시스템을 전 소속기관으로 확대하여 정보의 원활한 전달과 신속한 의사결정을 도모하고 있다. 또한, 정책에 대한 모든 의사결정을 온라인으로 처리하고 그 결과를 유지·관리하는 온나라 시스템을 본부 중심으로 2007년부터 구축·활용하고 있으며 점차적으로 소속기관까지 확대하였다.

특히 의사, 간호사 등 보건의료인 면허 관리를 위해 2003년부터 시스템을 재구축하여 면허증 발급 및 통계생성, 유관기관과의 연계 프로그램을 개발하였고, 2007년 12월 한국보건의료인 국가시험원과 신규 면허 발급 신청자 정보를 연계하여 신규 면허발급기간을 단축하였다.

[그림 2-14-3] 부내 행정정보시스템 구성도



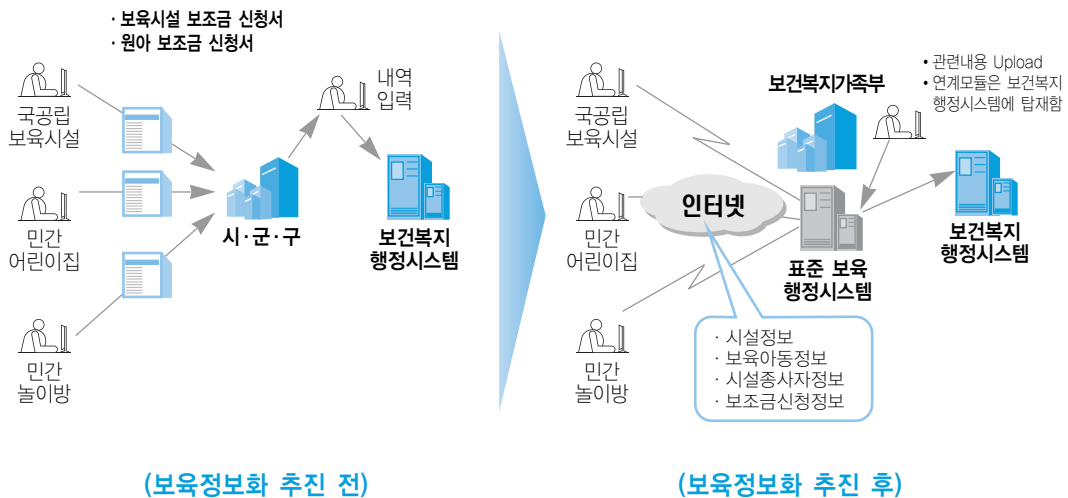
VI 보육 및 가족분야 정보화

보육행정전산화 사업은 2005년도 하반기에 보육정보화전략계획(ISP)을 수립하여 정보시스템 구축 사업에 착수하였으며, 2006년 상반기 시범운영을 거쳐 동년 하반기부터 전국적으로 운영되기 시작하였다. 2007년 12월 기준 전국 보육시설 30,871개소, 시군구 담당자 1,094명, 시·도

담당자 171명 등이 사용하고 있으며, 보육 시스템을 이용하여 연간 약 3조원의 보육관련 예산을 집행하였다.

보육행정 전산화사업은 보육행정 업무 처리의 효율성 증대와 보육시설 운영의 투명성 강화를 구축목표로 추진하고 있으며, 향후 2008년도에는 수요자 중심의 정보시스템을 설계하여 고품질의 보육정보서비스를 제공할 계획이다.

[그림 2-14-4] 보육정보화 추진체계



이와 더불어 건강가정기본법 제35조의 규정에 따라 국가 및 지자체는 가정문제의 예방, 상담 및 치료, 건강가정 유지를 위한 프로그램의 개발, 가족문화운동의 전개, 가정정책관련 정보 및 자료 제공을 위하여 중앙, 시도 및 시군구 등에 건강가정지원센터를 두고, 대표 홈페이지*를 운영하고 있으며, 2008년도에는 건강가정지원 통합정보시스템 및 가족정보화전략계획수립(ISP)를 추진할 계획이다.

*<http://www.familynet.or.kr/>

Ⅶ 청소년분야 정보화

청소년분야 정보화는 청소년을 대상으로 다양한 정보를 제공하고 관련 행정업무를 지원하기 위하여 추진하였다.

국제화·개방화 시대에 청소년의 국제적 능력배양을 통한 글로벌리더십 함양, 국가간의 우의와 협력 증진 등을 목적으로 청소년국제교류네트워크 홈페이지*를 구축하였으며 국제교류와 관련된 행정 정보를 제공하고 신청서를 온라인으로 접수받고 있다.

청소년 유해환경으로부터 보호하고 감시하기 위한 지원시스템으로 청소년유해환경감시지원 시스템 및 청소년스스로지킴이시스템 **을 구축 운영하고 있다.

성범죄자 관리시스템을 활용하여 청소년대상 성범죄자들의 주거지 및 인적사항 등 신상정보를 전국 경찰서와 공유하고 있으며 학부모, 교사 등이 해당 지역의 성범죄자 정보를 경찰서에서 조회할 수 있도록 지원하고 있다.

Ⅷ 정보화 평가

1. 추진배경

'97년 국가정보화평가제도 도입이후 각 기관이 추진한 정보화사업들에 대하여 자체평가를 실시하고, 그 결과를 정보화추진위원회에 보고하여 자체평가의 객관성, 공정성, 타당성을 제고하기 위한 사후 검증 또는 통제장치가 필요하였고, 2006년 4월, 정부업무평가기본법이 제정, 시행됨에 따라 각 부처별로 주요정책과제, 재정성과, 인사, 조직 분야와 정보화분야를 추가하여 평가하였다.

정부업무평가제도의 기본방침인 자체평가의 활성화 유도에 따라 각 기관이 자체적으로 정보화 사업에 대한 계획, 운영, 성과 등을 자체 평가하고, 자체평가의 공정성과 실효성을 제고하기

*<http://www.iye.go.kr>

**<http://yp.youth.go.kr>

위하여 자체평가결과를 토대로 평가과정, 평가내용 등을 검토하여 확인 점검하는 과정을 거쳐 최종적인 자체평가를 실시하였다.

2. 정보화사업 평가(사업평가) 및 정보화수준 평가(기관평가)

정보화사업에 대한 자체평가는 '06년에 추진한 정보화사업을 대상으로 '06년도 보건복지 정보화추진시행계획에 포함된 사업을 중심으로 평가하였다.

그 평가내용은 '06년도에 추진한 정보화사업의 계획, 집행, 성과/결과, 평가결과 활용도 등을 평가하고 사업 추진결과 드러난 문제점과 개선방안을 제시하여 '08년도 보건복지정보화추진 시행계획에 반영하여 활용하도록 하였다.

아울러, 정보화사업평가와 함께 48개 중앙행정기관을 대상으로 하는 정보화수준에 대하여도 평가하였다. 기관평가 성격인 정보화수준평가는 정보화기반조성, 정보화 적용 및 운영수준, 정보화 효과 등 3가지 평가항목에 대하여 실시하였다.

이와 같이 자체 평가한 결과보고를 토대로 각 사업 추진기관이 수행한 자체평가의 사업별 평가결과 및 평가프로세스를 확인 점검하고 문제점 및 개선방안을 제시하여 자체평가의 품질을 제고하고, 자체평가의 내실화를 통하여 정보화사업 담당자의 책임성을 증진시키고, 각 기관의 평가 전문성을 향상시키고 성과관리를 강화하였다.

[표 2-14-3] 자체평가 평가대상사업 목록

구분	사업명	담당부서
1	복지행정정보시스템구축	정보화지원팀
2	국가복지정보시스템구축	정보화지원팀
3	응급환자진료정보망구축	중앙응급의료센터 응급의료기획팀
4	지역보건의료분야 통합정보시스템구축	보건산업정책팀
5	국가결핵관리영상정보처리시스템구축	질병관리팀
6	검역전산망구축사업	질병관리본부 검역지원팀
7	전염병감시정보망 구축사업	질병관리본부 전염병감시팀
8	예방접종등록 및 전염병예측관리정보시스템 구축	질병관리본부 예방접종관리팀

구분	사업명	담당부서
9	펄스넷 전산화 시스템 구축사업	질병관리본부 장내세균팀
10	질환관련 인간유전체 및 단백질 지식정보의 자원화	질병관리본부 바이오과학정보팀
11	희귀난치성질환 정보체계 구축	질병관리본부 심혈관질환팀
12	국립재활원 정보시스템 구축	국립재활원
13	건강보험 차세대정보시스템구축	국민건강보험공단
14	청구심사 RTE기반 구축	건강보험심사평가원
15	모바일기술을 활용한 민원서비스 확대	국민연금공단
16	국민연금관리공단 정보화전략계획 수립	국민연금공단
17	WEB-FAX 시스템 전국 확대 구축	국민연금공단

[그림 2-14-5] 정보화사업, 자체평가, 확인점검의 관계도



3. 정보화부문 자체평가 결과 및 확인점검 결과

정보화사업 추진시 정보기술아키텍처(EA) 및 정보화전략계획(ISP, Information Strategic Planning)수립 등 기본계획을 수립후 단계적인 정보화사업 추진하였고, 건강정보 등 개인정보 보호를 강화하기 위한 법·제도적, 기술적으로 필요한 대책을 마련하고자 하였으며, 표준화 기술, 정보화사업 관리방법론을 적용하여 호환성 및 안정성을 확보한 점 등이 좋은 평가를 받았다.

반면, 정보시스템 구축시 시스템 활용을 위한 법적·제도적인 기반 적시 마련, 시스템을 활용하는 기관(사용자)의 열악한 정보화 환경 개선, 시스템 사용자 및 정보제공자에 대한 인센티브 부여방안 등이 필요하다고 자체 평가하였다.



국제협력의 증진*

I 중요성

지난 세기와 마찬가지로 21세기는 빈곤, 질병, 사회통합, 삶의 질 향상 등이 주요과제로 대두하고 있다. 우리나라는 성장과 분배가 조화된 더불어 잘 사는 사회를 만들기 위해 사회안전망의 획기적 보완, 저출산 고령사회 대비, 사회취약계층의 복지증진, 보건의료산업 육성, 국민의 건강과 안전보장 등의 정책목표 달성을 위해 노력하고 있다.

이러한 과정에서 선진국 및 국제기구 등의 경험을 활용하고 개발도상국에는 우리나라의 개발 경험을 전수하는 등 국제협력 강화를 지속적으로 추진·활용할 필요성이 증가하고 있다.

세계화, 지방화, 노령화, 저출산에 대응한 미래사회 대비전략을 마련하고, 선도 개발도상국으로서의 역할을 수행하기 위해서는 우리의 경제발전 수준에 상응하고, OECD 가입 및 이종욱 박사의 제6대 WHO 사무총장 진출(2003.1.28) 등의 국제적 위상에 부응한 국제사회에의 기여와 협력 증대가 기대되고 있다.

이러한 요구에 부응하기 위하여, WHO나 OECD와 같은 국제기구, 그리고 선진국과 파트너십 강화를 통해 보건의료, 사회정책분야에 대한 국제규범이나 기준을 적극 수용하여 국민의 삶의 질을 향상시키고, 개발 수혜국에서 공여국으로 변모하여 지구촌의 공동 발전에 기여할 필요가 있다.

*집필자 : 국제협력담당관 최종균

II 국제협력사업

1. 국제기구와의 협력사업

가. 분야별 주요 국제기구

보건 분야의 주요 국제기구는 세계보건기구(WHO), 유엔에이즈기구(UNAIDS), 국제의약품 구매기금(UNITAID), 유엔개발계획(UNDP), 유엔인구활동기금(UNFPA), 유엔마약류 통제계획(UNDCP), 유엔지속개발위원회(UNCSD), 아태경제협력체 산업과학기술실무그룹회의(APEC/ISTWG), 유엔환경계획(UNEP), 생물다양성협약(CBD) 및 생명공학안전성의정서(Biosafety Protocol) 실무그룹회의, 잔류성유기 오염물질 금지협약(POPs 협약), 멸종위기 동식물 거래 금지협약(CITES), 경제협력개발기구 환경정책위원회(OECD/EPOC) · 과학기술 정책위원회(OECD/CSTP) · 개발원조위원회(OECD/DAC) 등이 있다.

복지 분야의 주요 국제기구는 경제협력개발기구 고용노동사회문제위원회(OECD/ ELSAC), 유엔경제사회이사회(UNECOSOC) 및 산하 사회개발위원회(UN CSD), 아 · 태경제사회이사회(ESCAP), 유엔아동기금(UNICEF), 여성개발기금(UNIFEM), 여성지위위원회(CSW), 국제사회 보장협회(ISSA), 국제노동기구(ILO) 등이 있다.

〈표 2-14-4〉 보건복지분야 주요 국제기구 현황

기 구 명	설 립 목 적	협력사업 형태	활 동 내 용
세계보건기구 (WHO)	전 인류의 건강달성	- 연구 · 자문사업 - 세미나 및 회의 - 국외훈련사업 - 국내장학사업	- 국제보건사업 지도, 조정, 권고, 연구 및 평가 - 보건의료발전 협력사업 공동 수행 - 전염병예방, 건강증진, 취약계층 건강증진
UN경제사회 이사회 (UNECOSOC)	빈곤, 자연재해 관리, 취약계층 보호 등 경제 사회개발을 통해 조화로운 지구촌 건설	- 경제사회현안 토의 - 정책권고 - 연구사업	- 유엔회원국에 대한 정책적 권고사항 제시 - 경제 · 사회, 문화, 교육, 보건에 관한 연구 · 보고
유엔개발계획 (UNDP)	개발도상국의 경제 · 사회개발 지원	- 조사 · 평가사업 - 양성 · 훈련사업 - 기술협력	개발도상국의 경제적 · 사회적 개발을 촉진하기 위한 기술원조 제공

기 구 명	설 립 목 적	협력사업 형태	활 동 내 용
유엔인구 활동기금 (UNFPA)	인구 및 가족계획	• 기술훈련사업 • 자문과 지원 • 물자 지원	• 인구 및 가족계획분야에서 각국정부와 연구기관 등의 활동 지원
유엔아동기금 (UNICEF)	아동의 보건 및 복지 향상	• 연구사업 지원 • 세미나 및 회의 개최 지원	• 아동의 보건·복지향상을 위한 원조사업 전개 • 개발도상국 모자보건사업, 사회개발사업 원조
유엔마약류 통제계획 (UNDCP)	효과적인 국제사회의 마약관리	• 마약퇴치사업 소요 비용 충당과 배정 • 마약퇴치 기술 개발	• 마약에 관한 국제협력 이행 감시 • UN 마약남용 통제기금을 통합하여 세계적인 마약남용 방지 추진
경제협력 개발기구 (OECD)	회원국의 경제 성장 촉진, 세계무역의 확대, 개도국 원조	• 연구사업 • 정보교환 • 정책권고	• 경제·사회·복지 문제를 망라하는 포괄적 경제협의 • 회원국간경제·산업·사회정책 등에 대한 정보교류와 공동 연구 및 정책협조
아시아·태평양 경제사회이사회 (ESCAP)	아태지역의 빈곤감소, 노령화, 인구문제, 자연재해 등 경제사회 개발 협력	• 기술훈련사업 • 세미나, 워크숍 • 국제기구 협력사업	• 역내국의 경제재건 발전을 위한 협력 촉진 • 경제적·기술적 문제의 조사·연구사업의 실시 및 원조 • 역내 경제문제에 관하여 UN 경제사회이사회를 보좌
아시아·태평양 경제협력체 (APEC)	무역·투자자유화 및 경제·기술협력강화로 지역 공동번영 추구	• 각분야별 실무회의 • 각료회의·정상회의를 통한 협력 방안 강구	• 무역·투자 자유화, 인적자본 개발 • 경제기술협력, 거시 및 금융이슈 등을 위한 협력 촉진 및 이행방안 마련 • 경제위기 대처를 위해 회원경제의 사회안전망 능력 배양
국제의약품 구매기금 (UNITAID)	3대 질병(에이즈, 결핵, 말라리아)에 대한 국제 사회의 지원	• 물자지원	• 양질의 의약품을 저가로 개도국에 제공

나. 주요 국제기구와의 협력사업 현황

이들 국제기구와의 협력은 전문가회의·실무급회의·고위급회의·각료급회의 및 정상회의 등 각급 회의에 참가하여 주요 문제를 토의하고, 결정·협약·권고·공동선언문 등을 통해 국제사회의 공통 규범과 질서를 수립하며, 회원국과 우리나라가 이를 이행토록 강제·권고·지원 및 후속조치를 수립하는 방식으로 이루어지고 있다.

이러한 협력을 통해 회원국 간 지식·경험·기술에 관한 교류를 활성화하고 공통의 정책개발 및 이행을 추진하며, 다양한 인적·물적·지적 자원과 공동연구 수행을 통한 연구 결과를 공유

할 수 있게 된다. 아울러 축적된 노하우는 개발도상국에 전수되어 지구공동체의 삶의 질 향상에 기여하게 된다.

(1) 보건 분야 국제협력사업

• 세계보건기구(WHO)와의 협력사업

지난 수십 년간 우리나라는 WHO와 다양한 협력 사업을 통해 국민건강 수준을 크게 향상시켜왔다. 매년 WHO 주관의 국제회의에 적극 참가하여 보건의료 정책 및 사업을 소개하고 국가 간 협력이 필요한 보건사업 등에 대하여 심도 있게 논의하고 있다. 이를 위해 매년 세계보건총회(5월, 스위스 제네바) 및 서태평양 지역회의(9월), 집행이사회에 참가하여 세계보건의료 발전 동향을 파악하고 WHO 사업에 적극 참여하고 있다.

특히 故 이종욱 박사가 2003년도에 제6대 WHO 사무총장으로 당선되어 우리나라는 최초로 최고위급 선출직 국제기구 수장을 배출함으로써 국제사회에서 우리나라의 위상을 높였으나 아쉽게도 임기 3년째인 2006년 5월 22일 서거하였다.

이종욱 WHO 사무총장 배출 및 서거를 계기로 국제사회의 보건의료 문제 해결에 적극적으로 기여하기 위하여 한국국제보건의료재단을 설립하였고, 2007년 제58차 서태평양지역회의를 우리나라에서 개최함으로써 서태평양지역 회원국들과의 협력과 유대관계를 강화할 수 있는 계기를 마련하였다.

우리나라는 법정분담금 및 자발적 기여금의 형태로 매년 WHO에 일정 금액을 납부하고 있다. 법정분담금의 경우 WHO 헌장 및 재정규칙에 따라 각 회원국이 WHO에 납부하는 것으로 유엔 재정분담률에 의거해 WHO 총회에서 최종 결정된다. 2005년까지 외교통상부 국제기구 분담금 예산에 편성되어 납부되었다가 2006년부터 우리부로 이관되었다.

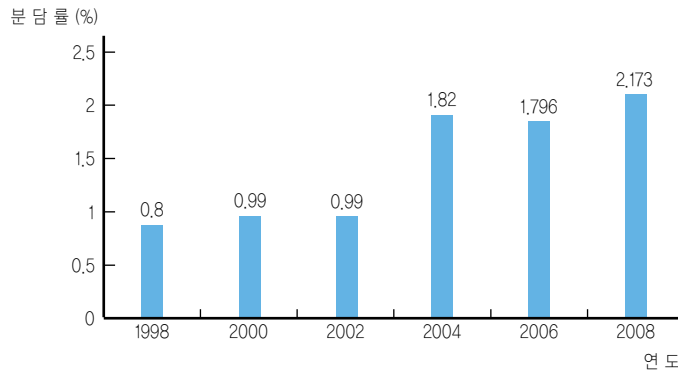
〈표 2-14-5〉 우리나라의 WHO 법정분담금 현황

(단위 : 천달러)

계	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
분담액	4,118	4,171	5,062	7,818	7,817	8,020	8,020	10,092

※ 2005년까지 외교부 일반회계예산으로 지원

[그림 2-14-6] 연도별 WHO 법정분담금 비율



또한 법정분담금 외에 WHO에 대한 자발적 기여금 지원을 통해 개발도상국의 지역보건체계 개발 등 보건산업을 지원하고 있다(WHO 본부에 대한 자발적 기여금 : 1997년부터 21억3천만원, 서태평양지역사무처에 대한 기여금 : '96년 30만불을 시작으로 2007년까지 총 30억 1천만원 지원).

〈표 2-14-6〉 WHO 본부에 대한 자발적 기여금 공여실적

(단위 : 천만원)

계	2000	2001	2002	...	2007	2008
173	24	24	-	...	60	65

〈표 2-14-7〉 WHO 서태평양지역사무처에 대한 자발적 기여금 공여실적

(단위 : 천만원)

계	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
301	25	60	30	-	12	11	13	12	18	40	40	40

WHO는 국내 보건의료 협력사업의 효율적인 추진을 위한 협력센터를 지정운영하고 있는데 우리나라에는 2008년 현재 정신보건, 전통의학 및 생명공학분야 등의 분야에 11개의 협력센터가 운영되고 있다.

또한 WHO 본부 및 서태평양지역사무처에 전문가를 파견하여 국제보건의료의 최신동향을 파악하고 신종전염병 예방관리 등의 경험을 전수받는 교두보로 활용하고 있다.

WHO 협력센터

- Korea Institute for Health and Social Affairs (KIHASA)
- National Cancer Center (NCC)
- Kyungpook National University
- Yonsei University, College of Medicine
- Yongin Mental Hospital
- Catholic University of Korea(Hospice/Palliative Care & Occupational Health)
- Yonsei University
- Kyung Hee University
- Seoul National University
- Korean Institute of Tuberculosis – The Korean National Tuberculosis Association
- MOGAM Biotechnology Research Institute

• 기타 UN기구와의 국제협력사업

UNAIDS(유엔에이즈기구)는 HIV/AIDS, STD (성병) 실태 보고, 예방 및 치료대책 전문 국제기구로서 AIDS 퇴치를 위한 국제사회의 공동 노력을 결집하고 있다. 그리고 UNFPA(유엔인구활동기금)는 인구, 여성 및 모자보건 등을 다루는 국제기구로서 1994년 국제인구회의 및 1999년 UN인구특별총회를 개최하여 21세기를 대비한 인구 및 개발문제에 대한 대책으로 세계인구 행동계획(ICPD POA)과 후속조치들을 채택한 바 있다.

또한, 인간의 건강 및 환경보호를 위한 생물의 다양성을 보전하기 위해 생물다양성 협약을 채택하였는데, 생명공학에 의한 유전자 변형물질의 환경방출로 인한 인간 및 환경보호를 위해 그 절차를 규정하는 생명공학안전성에 관한 카타르헤나 의정서(The Catargena Protocol on Biosafety)가 2000.1월 캐나다 몬트리올에서 개최된 생물다양성협약 특별당사국 총회에서 채택되었다.

보건 분야에서는 유전자 변형물질에 관한 실험절차, 위험의 평가, 위험관리, 유전자변형 식품·의약품의 국가 간 이동관리 등 핵심 쟁점에 관하여 논의하고 있으며, 우리부는 변형 생물체(LMO)의 위험평가(RA), 위험관리(RM) 등 생물안전 분야에 관한 국내의 법·제도 보완 및 전문인력 확보 등을 위하여 노력하고 있다.

OECD/과학기술위원회의 생명공학작업반은 인간유전학 정보 DB, 생명공학의 기여를 반영한 보건혁신체계, 생명공학에 기반 한 지속산업 개발, 유전학적 발명품의 허가기준, 약리유전학 등을 활발하게 논의하고 있다. 생명공학에 대한 논의는 더욱 활발해 질 것이므로 신규 과제들을 발굴하여 작업영역을 확대할 예정이며, 특히 우리나라가 당면하고 있는 생명공학 분야의 과제를 발굴하여 주도적으로 참여할 계획이다.

또한, OECD 회원국들의 급속한 인구 고령화와 지속적인 국민 의료비 지출 증가에 따라 회원국의 보건의료정책을 보다 종합적으로 검토하기 위하여 2001년부터 3개년 계획으로 보건 의료체계 성과 등을 측정하고 분석한 OECD Health Project 사업을 추진해 왔으며, 2004년 5월 이를 결산하는 OECD 보건장관회의에 참석하여 그간의 성과 및 향후의 보건의료 사업추진 계획 등에 관해 논의하였다.

2005년부터 정부는 OECD의 보건사업, 특히 보건의료서비스 체계의 효율적 개선 및 노령 인구에 대한 요양비용 분야의 연구를 위해 매년 3만유로 규모의 자발적 기여금을 제공해오고 있다.

또한 2006년 12월부터 OECD 작업성과 전파와 OECD와의 협력관계를 확대·발전시키기 위하여 각 부처별로 운영되어오던 사회정책센터 등 4개의 분야별 센터를 OECD 서울센터로 사실상 통합·운영하고, 2008년 6월에 OECD 서울센터와 OECD 간 MOU를 체결함으로써 공식적으로 운영되고 있다.

한편, 2003년 10월 태국 방콕에서 열린 APEC 정상회의를 계기로 설치된 보건 TF를 중심으로 WHO 등과 협력하여 SARS, 조류독감 등 국제적 전염병 발생에 대응하는 노력을 해 왔다. 특히 2007년 호주에서 개최된 APEC 보건장관회의를 통해 그간 우리나라의 조류 인플루엔자 관리 및 신종인플루엔자 대비 관련 활동을 소개하고, APEC의 AI·PI 대응 Action Plan을 적극 지지하였다.

또한 우리나라가 주도하여 세계적으로 호평 받았으며, 기술협조를 요청받고 있는 『2006 전염병 위기대응 통합연습』을 적극 홍보함으로써, “전세계적으로 전염병 대유행에 가장 잘 대비하고 있는 국가”의 이미지를 정착시키는 계기를 마련하기도 하였다.

(2) 복지 분야 국제협력 사업

OECD 사회정책장관회의 및 ELSAC(고용노동사회문제위원회) 회의 등 사회정책회의에 참석하여 사회통합과 가족친화에 주안점을 둔 사회정책, 사회복지급여 대비 근로의 적정 보상, 조세·급여체계와 근로 인센티브, 근로연령의 장애인 지원정책, 고령화 및 연금개혁, 퇴직소득제도 등의 주요쟁점에 대한 연구결과 등을 검토하고 관련 논의에 참여하고 있다.

또한 사회지출통계(OECD Health Data 및 SOCX) 발간을 위한 통계와 각국의 사회부조제도 조사, 각국의 연금개혁에 대한 모니터링, 인구고령화에 관한 국가별 질문서 등에 대한 정보 및 통계자료를 제출하고 있다. 앞으로 국가간 상호의존성이 증대하고, 국제사회 공동노력이 더욱 중시되는 시점에서, 각국의 사회정책이 지향해야 할 방향을 모색하는 등 OECD 차원의 논의에 능동적으로 참여할 계획이다.

2005년 우리나라는 APEC 의장국이 되어 고위관료회의(SOM)와 정상회의를 성공적으로 개최하였다. 또한, 2002년 7월부터 우리나라 제안으로 APEC 역내의 경제위기에 공동대처하고 APEC의 지속적 번영을 추구하기 위해 한국보건사회연구원을 주관기관으로 하여 각 회원국들 간의 '사회 안전망 능력배양사업(Social Safety Net Capacity Building Network)'을 주도해 나가고 있으며, 2005년 8월 서울에서 "사회안전망 심포지엄"을 개최하여 APEC 역내 사회 안전망의 장기적 발전방향을 모색한 바 있다.

그리고 세계에서 가장 앞선 신종인플루엔자 위기관리 대응훈련 기술을 보유하고 있는 우리나라는 2006년 6월 호주정부 주도하에 실시된 "APEC Pandemic Response Exercise 2006" 훈련에 적극적으로 참가하여 APEC 이행계획에 따라 국제사회와 그 경험과 기술을 공유하고자 노력하였다.

한편, 1995년의 UN사회개발정상회의의 코펜하겐 선언, 2000년 UN사회개발특별총회의 추가조치 이행을 위해 사회개발에 대한 국제협력의 필요성이 증대됨에 따라 우리나라는 빈곤퇴치, 생산적 복지, 사회통합 관련 국가이행보고서를 제출하는 등 UN ECOSOC(경제사회이사회)의 사회개발 활동에 적극적으로 참여하여 왔다.

특히 사회개발정상회의의 후속조치 이행에 대한 일차적 책임을 수행하고 있는 ECOSOC 산하 사회개발위원회의 정기총회(매년 2월, 뉴욕 유엔본부)에 참가하여 코펜하겐 선언의 10대 공약

사항 및 2000년 사회개발특별총회 추가조치에 대한 우리나라의 이행상황을 검토하고 노인, 장애인, 아동 보호를 위한 정책 및 실천계획 논의에 적극 참여하고 있다.

또한 인권A규약(시민적·사회적·문화적 권리), 인권B규약(시민적·정치적 권리), 아동권리 협약, 여성차별철폐협약, 인종차별철폐협약 등 각종 인권협약 중 보건복지 관련 부분의 이행을 위해 노력하고 있다. 아울러 UN ECOSOC 산하 지역위원회인 ESCAP(아·태경제사회이사회) 사무국에 전문가를 파견하여 사회개발, 인적자본개발 사업을 적극 추진하고 있다.

2. 주요 국가간 국제협력사업

미국, 유럽 등 선진국에 전문가를 파견하여 선진국의 보건복지정보의 수집과 협력을 강화해 나가고 있다. 아울러 미국 보건부 등 정부기관에의 전문인력 파견, 공동연구 추진 등의 국가 간 협력 강화에 노력하고 있다.

2003년 미국과의 보건의료분야 협력 양해각서를 체결한 경험을 바탕으로, 유럽의 독일, 불가리아 등과도 관련 협정을 체결함으로써 보건 분야의 협력기틀을 마련하였다. 우선 독일과는 2006년 5월, 스위스 제네바에서 열린 제59차 세계보건총회에서 보건 및 의학 분야의 상호간 정보 공유 및 전문가 등 인적교류 지원 등을 주요 내용으로 하는 한·독 보건 분야 교류협력을 위한 공동선언문에 서명하였다.

동유럽의 신생 민주국가인 불가리아와는 2007년 5월, 제60차 세계보건총회가 열린 스위스 제네바에서 보건 및 의학 분야의 협력에 관한 양해각서를 체결함으로써 양국 간 보건의료분야의 교류협력 활성화 및 국제 보건의료분야에 있어서 우호적 공조체계를 구축할 수 있는 기반을 마련하였다.

아울러, 2003년 11월에는 “한-캐나다 사회정책 심포지엄”을 통해 노인복지, 가족정책, 국민연금, 건강정책 등 다양한 주제에 대한 전문가 및 학계인사들의 발표·토론의 자리를 마련하였다. 2005년 1월 제2차 심포지엄이 보건의료정책, 생명공학, 연금개혁, 가족 및 여성문제 등을 주제로 캐나다에서 개최되었다.

이어 제3차 사회정책연구 세미나가 2006년 1월 서울에서 열려 양국의 관료, 전문가가 참여한 가운데 복지국가 재평가, 노동시장 재설계, 보험급여 및 노인요양제도 등에 관한 심도 있는 논의가 진행되었다.

한편, 아·태지역 개도국과의 양자협력은 기술협력 증진을 통하여 우리나라의 국제적 위상을 제고하고, 장기적으로는 대표적 지식산업인 보건의료 산업의 아시아·태평양 지역 국가에 대한 수출시장 선점을 위한 교두보를 확보한다는 점에서 그 필요성이 점차 증대되고 있다.

아·태 개도국에 대해 우리의 경험과 기술 지원이 가능한 분야로는 결핵·간염·한센병 관리 사업, 가족계획 및 인구정책, 1차 보건의료사업, 기생충박멸사업, 방역사업, 사회보험행정, 재가 복지사업, 의약품·의료기기 등 보건의료 산업분야의 물품지원 등이다.

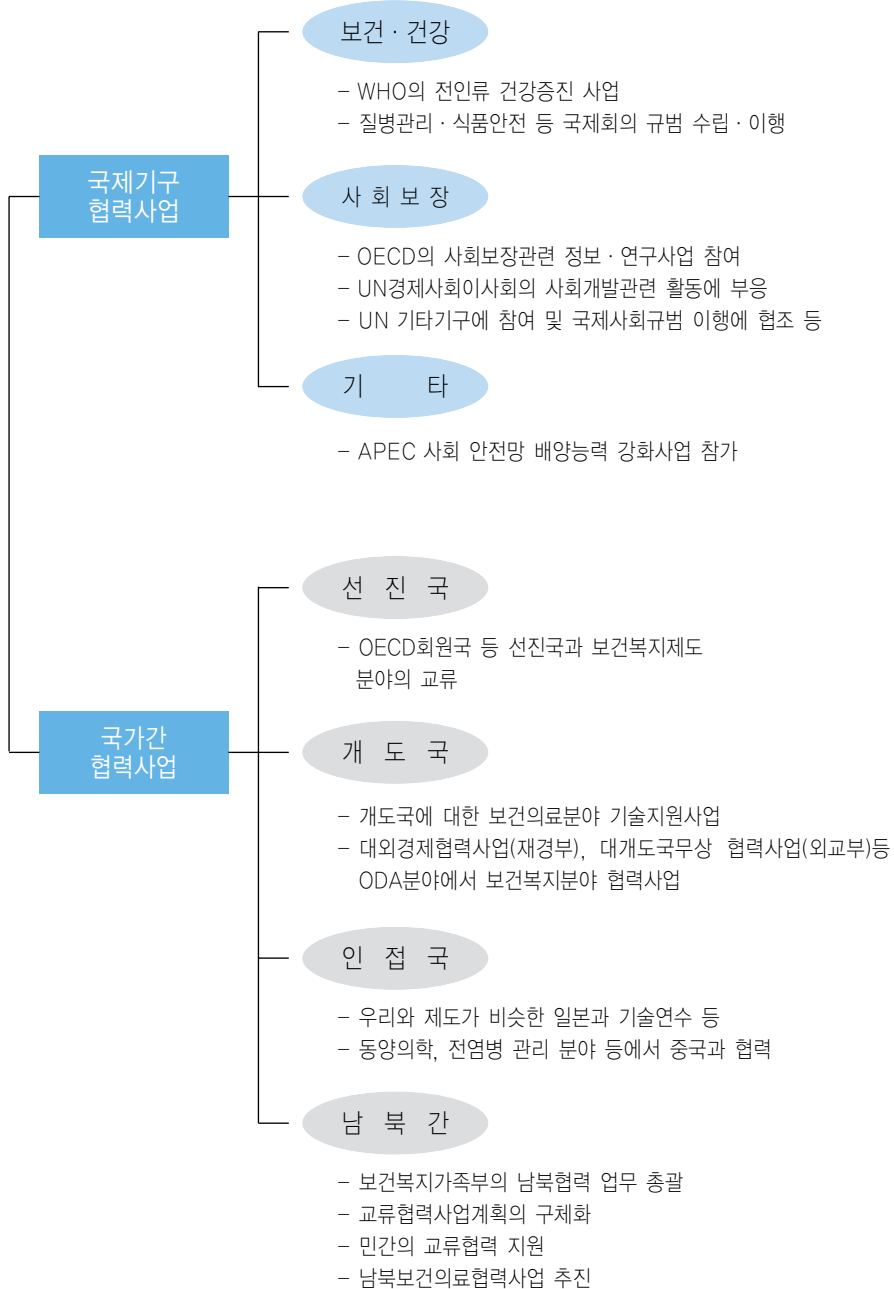
특히 한방의료 및 한방제제 등 경쟁력 있는 의료서비스 상품에 대한 인지도를 높이고 이를 통한 전통의학의 세계화를 위해 노력하고 있다. 이와 관련하여 한방분야 교류협력사업 지원의 일환으로 민간단체의 중앙아시아, 동남아 등지의 한방해외의료봉사활동을 지원하고 있다.

또한, 아·태지역 개도국들과의 협력강화를 위해 대외경제협력기금(EDCF : 재정부 소관), 대개도국 무상협력사업(외교통상부 산하 한국국제협력단 소관) 분야에서 보건복지 분야 협력을 계속해 나가는 한편, 개도국과의 보건복지 분야 인력교류, 공동연구 및 의사, 간호사 등 보건 의료인의 파견 등을 통한 협력을 확대해 나가고 있다.

2007년 4월 우리나라 주도로 서울에서 개최한 한·중·일 3국 보건장관회의는 2003년 발생한 중증 급성 호흡기 증후군(SARS), 2004년 이후 지속적으로 발생하고 있는 조류인플루엔자(AI) 그리고 신종 인플루엔자(Pandemic Influenza:PI)의 발생가능성에 대비하여 한·중·일 3국이 긴밀한 협조체계를 구축하고, 공동대응을 통해 피해를 최소화할 필요성이 있다는 현실적 인식에서 비롯되었다.

3국 보건장관회의에서 체결한 “신종 인플루엔자 공동대응을 위한 협력각서”에 따라 한·중·일의 전문가와 관련부처가 참여하는 PI 대응 공동 도상훈련을 실시하고, 임상연구, 전통의학 뿐 아니라 전염병 이외의 다른 분야로 확대해 나갈 계획이다.

[그림 2-14-7] 보건복지분야 국제협력활동의 개요



III 남북보건의료협력사업

2000년 6월의 남북정상회담 이후로 남북 간 교류협력이 활발해졌으며, 보건의료 분야 협력은 인도적 차원에서나 향후 통일에 대비한 경제적·인적 자원의 기반마련 측면에서 중요한 부분을 차지하고 있다. 단기적으로 가능한 보건의료협력 사업으로 말라리아를 비롯한 전염병을 예방하기 위한 위생방역체계 구축 등이 있을 수 있고, 중장기적으로는 북한 보건의료체계가 정상 가동될 수 있도록 포괄적이고 체계적인 남북보건의료협력을 지속적으로 추진할 필요성이 있다.

말라리아 예방관리 사업을 지원하기 위해 우리 부는 2001년부터 WHO를 경유하여 북한 말라리아 관리 사업을 추진하고 있다. 2010년까지 진행되는 동 사업은 말라리아 치료제와 모기장, 현미경 등의 현물과 교육훈련비 등을 지원하는 것으로 '07년 현재까지 총 594,24불이 지원되었다. 이러한 지원에 힘입어 북한의 말라리아 환자수가 '06년(9,353명) 대비 '07년(7,436명)에는 약 20.5% 감소하였다.

2007 남북정상선언에 따라 남북 보건당국은 “제1차 남북보건의료·환경보호협력분과위원회”를 개최하여 △ 사리원인민병원 현대화, △ 약솜공장 건립, △ 전염병 통제, △ 제약공장 원료의약품 제공 등 4개 사업에 합의하였다.

통일부 통계에 따르면 대북지원이 시작된 1995년부터 2007년 12월까지의 남한정부와 민간 단체를 통한 대북지원은 196,918만불이고 이 중 보건의료분야 지원액은 26,547만불로 약 15% 정도를 차지한다.

〈표 2-14-8〉 분야별 대북지원 현황

(단위 : 만달러, %)

구 분	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	누 계
일반구호	2,891 (91)	565 (12)	1,435 (13)	6,067 (45)	4,174 (31)	6,157 (40)	10,472 (42)	4,346 (20)	11,672 (39)	14,792 (46)	62,571 (37)
농업복구	254 (8)	3,941 (84)	8,562 (75)	5,476 (40)	7,351 (55)	7,673 (49)	8,695 (35)	13,744 (65)	14,082 (47)	11,962 (37)	81,704 (48)
보건의료	40 (1)	182 (4)	1,380 (12)	1,996 (15)	1,967 (15)	1,933 (12)	5,624 (23)	3,164 (15)	4,301 (14)	5,716 (18)	26,303 (15)
계	3,185	4,688	11,376	13,539	13,492	15,763	24,791	21,254	30,055	32,434	170,578

※ 자료 : 통일부, 「인도적지원업무편람」, ()는 구성비

IV 한국국제보건의료재단

1. 설립 목적

개발도상국가를 비롯한 해외, 북한·재외동포 및 외국인근로자 등에 대한 보건의료지원사업을 수행함으로써 국제협력증진과 인도주의실현에 기여함을 목적으로 2004년 3월에 “국제보건의료 발전재단”이 설립되었고 그 후 2005년 12월 특별법제정을 통해 2006년 8월 “한국국제보건의료 재단”으로 재출범하였다.

2. 지원 활동

개발도상국 지원의 경우, 우즈베키스탄의 우르타 치르치 아동병원 리모델링, 의료기기지원 등 현대화사업을 완료하여 2007년 10월 10일 이나모바 부총리가 참석한 가운데 재개원식 행사를 가졌다. 또한 스리랑카의 아비사웰라 병원 응급의료센터 신축공사가 차질 없이 진행되고 있으며 2008년 10월 개원식을 가질 계획이다.

아프리카 에리트리아의 고다이프 병원은 2004년 9월부터 지속적으로 지원해오고 있으며, 2007년에도 의료기기 및 의약품을 지원하였다. 탄자니아와 라오스에는 전문가 파견, 구충제 투약 등을 통해 기생충 퇴치사업을 전개하고 있으며 파키스탄에는 앰불런스 2대를 지원하여 응급의료 기능을 강화하였다.

또한 라오스 소아마비 백신지원 및 AI·PI 의료기기 지원, 네팔 긴급구호사업 등 WHO 협력 사업을 추진하였다. 현 정부는 공적개발원조(ODA)의 적극적인 확대를 추진하고 있으며, 이의 주 창구인 한국국제협력단(KOICA)의 보건의료 분야에서의 전문성 부족을 보완해줄 수 있는 기관으로서 재단의 중요성은 향후 더 커질 것으로 예상된다.

북한 지원의 경우, 2006년 10월부터 강원도 북고성군 온정인민병원 현대화 및 월 2회 남북협력 진료사업을 지속적으로 진행하고 있으며 2007년 한 해, 남한 의사들이 1천여명의 북한 주민들을 진료·치료하였고 북한 기생충사업을 국내 최초로 실시하였다. 통일부 위탁사업으로는 결핵치료제,

수액제 등 45품목 10억원 규모의 북한 제약공장 원료의약품 지원 사업을 추진하였고, WHO를 통한 북한 영유아지원사업의 일환으로 앰블런스 35대를 지원하였으며 북한의사 12명을 독일로 초청, 현지교육을 실시하였다. 그리고 북한 수해지역 지원 목적으로 9억원 상당의 의약품을 지원하였고 북한 강원도지역 주민 독감 예방백신 (16억 5천만원 상당)을 제공하였다. 또한 X-ray 기기 및 결핵치료제 지원을 통해 북한 나선지역 결핵관리사업을 추진하였다.

외국인근로자 지원의 경우, 2007년 12월 외국인근로자 5,597명을 대상으로 무료검진사업을 추진하였고 치과와 산부인과 첨단기기가 설치된 무료진료차량, “사랑의 이동클리닉”을 제작하였다. 또한 다국적 문진표 개발 및 무료 보급을 실시하였고 외국인 무료진료기관에 의약품 및 의료기기를 지원하였다.

이종욱 기념사업의 경우, WHO와 공동으로 총 상금 10만달러 규모 “이종욱 공공보건 기념상” 제정에 합의하여 추진하고 있으며, 12월에는 우즈베키스탄 의사 등 11명을 국내로 초청·연수를 시킴으로써 이종욱 fellowship(개발도상국 보건의료인력 연수) 사업을 시작하였다. 2007년 5월에 이종욱 박사 서거 1주년 기념행사를 갖고, 9월에 제주도 WHO 서태평양지역총회에서 이종욱기념 사진전을 개최하였다.

조사·연구사업의 경우, ‘대북보건의료지원 분야 분배투명성 확보방안을 위한 조사연구’ (2월) 및 ‘베트남·우즈베키스탄 종합병원 의료기기지원 타당성 조사’ (12월) 사업을 진행하였다. 또한 7월에는 ‘대북 영양 및 보건지원사업의 오늘과 내일’ 심포지엄을 개최하였고, 11월에는 ‘대북 보건지원사업 활성화방안’ 세미나를 개최하였다.

3. 발전 방향

재단은 개도국 및 북한 보건의료지원 분야에 있어 종합적·전문적·체계적 방향을 제시하고 시스템화·정책화를 선도하여 보건의료지원 전문기관으로서의 국제적 위상을 정립하여야 한다. 특히 개발도상국 지원의 경우 선택과 집중 전략에 입각해서 수혜국에 가장 필요한 지원을 제공하고, 북한 지원의 경우에는 충분한 경험을 축적하여 향후 남북 간 보건의료 협력모델을 제시하도록 노력하여야 할 것이다. 또한 재단 사업을 적극 홍보하여 보건의료계를 비롯한 사회 각계의 참여를 높이는 한편 재단 운영의 투명성·신뢰성을 한층 강화하여야 한다.



통상협력의 증진*

I 국제통상 개관

세계 통상협력은 WTO를 중심으로 한 다자간 협력과 FTA를 포함한 지역무역협정을 양대 축으로 이루어지고 있다. 그리고 두 개 국가 혹은 지역 간의 정례회의 등 양자협력 채널과 APEC, OECD, ASEM 등과 같은 국제기구에서의 통상협력이 WTO와 FTA 중심의 통상협력을 보완하고 있다.

1. 세계무역기구(World Trade Organization :WTO)

1948년 1월 세계는 무역자유화로 통한 경제발전과 평화 증진을 위하여 ‘관세 및 무역에 관한 협정(General Agreement on Tariffs and Trade : GATT)을 출범시켰으나, GATT는 법적 기구로서의 성격부재 및 분쟁해결 장치 미흡 등 많은 문제를 가지고 있었다.

우루과이 라운드 협상타결에 의해 GATT 체제를 보완한 WTO가 1995년에 출범하였고 2001년 카타르 도하에서 개최된 제4차 각료회의에서 추가적 시장개방을 위하여 도하개발어젠다(Doha Development Agenda; DDA)가 출범되었다.

WTO 체제하에서 첫 번째 라운드가 되는 DDA는 이전의 무역협상과 달리 개발도상국들의 요청인 ‘개발(Development)’ 의제도 포함한 것이 특징이다. 아울러 협상대상에 기존분야의 시장개방 뿐 아니라 반덤핑, 보조금 등 규범규정 개정, 새로운 규범 제정, 환경 문제 및 지적 재산권까지 포함하여 매우 광범위하다는 특징을 지녔다.

*집필자 : 통상협력담당관 허영주

당초 계획으로는 2002년 1월부터 2004년 말까지 3년간의 협상으로 DDA를 타결할 계획이었으나 협상 세부원칙(modality)에 대한 합의를 이루지 못하고 2003년 협상 중단, 2004년 8월 DDA 협상 기본골격에 관한 합의문을 채택하면서 협상재개 및 시한 연장, 다시 관세 및 농업보조금 감축에 대한 이견으로 2006년 7월 협상 중단, 그리고 2007년 1월 다보스 소규모 각료회의를 계기로 협상이 재개되어 현재 협상이 진행 중이다.

2007년 4월부터는 주요국간의 합의 도출을 통해 협상타결을 촉진하기 위해 G-4 각료회의(미국, EC, 브라질, 인도)를 제네바의 다자협상과 병행하였으나, 6월 포츠담 회의를 기해 선진국과 개도국간의 농업보조금 및 공산품 관세인하에 대한 이견 격차를 해소하지 못하고 G-4 각료회의는 결렬되었다. 현재는 의장 중심의 다자협상에 중점을 두고 계속 협상을 진행 중이다.

WTO에서의 보건의료 관련 협상 의제는 식품과 생약 원료 의약품, 의약품, 의료기기, 화장품 등의 보건의료 상품의 관세인하 및 비관세 장벽, 보건의료 서비스 시장 개방이 포함된다.

2. 자유무역협정(Free Trade Agreement : FTA)

FTA(자유무역협정; Free Trade Agreement)는 관세동맹, 공동시장, 경제통합 등을 포괄하는 지역무역협정의 일종으로서 2007년 3월 현재 WTO에 통보된 지역무역협정 194개중 117개로 가장 큰 비중을 차지하고 있다.

FTA 중심의 지역무역협정이 크게 확산된 것은 WTO가 출범한 1995년 이후의 현상으로 다자간 통상협상을 통한 무역장벽 완화가 기대만큼 빠르지 못한 것이 중요한 원인중 하나이다. 현재 전세계 교역의 약 52%가 FTA와 같은 지역무역협정국간에 이루어지고 있다.

'90년대 이전에 체결된 FTA는 상품에 대한 시장접근을 강화하여 교역확대를 목표로 하였기 때문에 교역품의 관세인하와 관련 원산지 규정, 반덤핑 등의 내용으로 국한되었다. 그러나 '90년대 후반 이후 체결되는 FTA는 투자 유치와 서비스 시장접근, 인력이동 등을 포함하여 보다 포괄적인 경제협력과 통합을 강화하는 방향으로 추진되고 있다.

FTA에서 협상대상이 되는 보건의료 관련 분야는 협상 대상국간의 관심사항에 따라 범위나 중요도가 다르게 결정되기는 하나 대체로 의약품, 의료기기, 화장품, 식품 등 보건의료 상품의

관세인하, 상품 시장접근 관련 인허가 절차를 중심으로 한 비관세 장벽 제거, 위생검역(SPS) 및 기술 장벽(TBT), 지적재산권 보호, 보건의료 서비스 시장 개방, 면허의 상호인정(MRA) 등이 해당된다.

3. 양자협력

FTA가 양자 통상협력의 대표적인 방식이나 FTA만이 양자협력의 유일한 채널은 아니다. 이외에도 한·미, 한·EU 등 여러 국가와 양자차원의 통상협력을 강화하고 있는데, 「한·미 통상현안 정례점검회의」, 「한·EU 경제공동위」, 「한·일 고위경제협의회」와 같은 정기적 통상협력 채널이 그 예이다.

또한 주한 미상공회의소(AMCHAM), 주한 유럽연합상공회의소(EUCCK) 등과의 통상협력도 있다. 양자 통상협력에서 제기되는 보건의료 관련 의제는 FTA와 크게 다르지 않아 미국은 의약품 및 의료기기의 건강 보험 등재 및 가격결정, 지적재산권 보호 등의 현안을 제기해왔고, EU의 경우 화장품 분야에도 관심을 보이고 있다.

II WTO/DDA 협상

1. 비농산물 시장접근(Non Agricultural Market Access; NAMA)

비농산물 시장접근 협상은 농산물을 제외한 공산품 및 임수산물에 대한 관세 및 비관세 장벽의 감축 또는 철폐를 목표로 하는 협상으로서 HS 품목분류로는 주로 25류에서 99류에 해당하는 품목이 그 대상에 해당된다.

〈표 2-14-9〉 보건복지가족부 소관 비농산물 품목 현황

구 분	식 품	의 약 품	의료기기	화 장 품
품 목 수	265	484	134	34

※ HS코드 10단위 기준(2007년 산업분류 적용)

비농산물 시장접근 협상에서는 관세인하공식, 분야별 무세화, 비관세장벽 등이 주요 협상내용인데, 당초 계획으로는 2003년 5월까지 세부자유화원칙(modalities)을 수립키로 했었으나 선진국과 개도국간의 의견대립이 커 합의에 이르지 못하다가 2004년 7월 세부자유화원칙 수립을 위한 기본원칙(framework) 수준에서 일단 합의를 도출하였다.

이후 2005년 12월 홍콩에서 개최된 제6차 WTO 각료회의에서는 세부자유화원칙 타결시한을 2006년 4월말로 새로이 정하고 각 회원국의 전향적인 합의를 촉구하였으나 주요국간 의견대립으로 합의시한을 준수하지 못했다.

세부 협상원칙에 합의가 이루어지기 위해서는 농업 시장접근 분야에서 EC의 양보, 농업 국내보조에서 미국의 신축성, 비농산물 시장접근 분야에서 브라질·인도의 양보가 필수적이거나, 각국이 기존 입장을 유지함에 따라 합의가 도출되지 못한 것이다. 이어 7월에 DDA 협상이 전면적으로 중단되었다가 2007년 1월 다보스 각료회의를 계기로 재개되어 협상이 진행중이다.

비농산물 교역의 원활화를 추구하는 비농산물 시장접근 협상의 핵심은 관세감축이다. 이미 낮은 관세율을 적용하고 있는 선진국은 개도국의 높은 관세를 내리는데 관심이 높으며 개도국은 자국의 민감품목 보호에 초점을 맞추고 있어 구체적인 합의가 도출되지 않고 있다.

우리나라는 이와 관련한 쟁점인 개도국 고관세(high tariff)*, 선진국의 관세정점(tariff peak)**, 경사관세(tariff escalation)***해소에 대한 제안을 제출하는 등 협상에 적극적으로 임하고 있으며, 보건복지가족부는 관세감축으로 인한 보건산업계의 영향을 최소화할 수 있도록 노력하고 있다.

비농산물 관세감축에서 또 하나 중요한 쟁점으로 분야별 무세화가 있다. 분야별 무세화는 관세인하 공식을 적용하여 WTO 회원국의 양허세율을 감축한 이후, 추가적인 시장접근개선을 이루려는 것으로서 최종관세율 0%를 목표로 하는 것이다.

UR 협상시에는 철강, 건설장비, 의약품, 의료기기, 농업장비, 가구, 맥주, 증류주에 대해 무세화를 적용하였고 화학제품에 대해서는 관세조화(5%~6.5%)를 적용한 바 있다. 동 사안에 대해서도 선·개도국간에 입장이 달라 합의도달에 어려움을 겪고 있다.

*고관세(high tariff) : 일반적으로 개도국의 높은 관세를 지칭하며 우리나라는 25%이상의 관세를 고관세로 제시한 바 있음

**관세정점(tariff peak) : 첨두관세라고도 하며 특별히 높은 관세를 의미함. 우리나라는 국내 평균관세율의 2배 이상이 되는 관세를 관세정점으로 제시한 바 있음

***경사관세(tariff escalation) : 관세경사 구조라고도 하며, 제품의 가공도에 따라 더 높은 관세를 부과하는 제도를 말함

각국은 자국의 관심분야를 중심으로 무세화 가능분야를 제안하고 있는 상황으로, 우리나라는 전자분야 무세화 제안서를 제출하는 등 무세화 협상에 적극 임하는 한편, 수산물 무세화 제안에 대해서는 반대 입장을 취하고 있으며, 보건복지가족부는 일부 선진국에서 제안한 의약품, 의료기기, 화장품 분야의 무세화에 대하여 국내산업의 경쟁력 제고 차원에서 중국 및 인도 등 개도국들의 참여를 조건으로 찬성하는 입장을 견지하고 있다.

관세감축이 눈에 보이는 관세장벽을 낮춤으로써 비농산물 시장접근을 개선하는 것이라 한다면, 비관세장벽(NTBs)은 눈에 보이지 않는 장벽을 제거하기 위한 논의이다.

비농산물 협상그룹에서는 다양한 형태의 비관세장벽을 확인·검토하는 작업을 진행 중에 있으며, 확인작업이 완료되면 비관세장벽을 분류하여 감축방식 등을 결정할 계획이다.

다만, 비관세장벽의 포괄성, 광범위성 등으로 인하여 이를 확인, 검증, 분류하여 철폐에 합의 하기까지는 많은 어려움이 예상되고 있다.

우리나라는 우리기업이 외국시장에서 겪는 주요 비관세장벽을 목록화하여 WTO 사무국에 제출한 바 있으며, 그 중 보건복지가족부 소관 비관세장벽은 주로 의약품, 의료기기, 화장품에 대한 과도한 검사기간, 비용, 복잡·불투명한 등록절차 등으로 이루어져 있다.

〈표 2-14-10〉 보건복지가족부 소관 비관세장벽 목록

(2005년 말 현재)

유형	세 부 유 형	세 부 내 역	품 목
기술 장벽	인증 제도 - 인증 절차의 복잡성과 불합리성	PE, PP 사용 식품용기에 대한 위생 인증 획득시 과도한 비용 소요 및 까다로운 절차로 인증 획득이 어려움	식품용기
	검 사 - 과도한 검사 기준 요구 및 비용 소요	화장품에 대해 위생 검사 이외에 상표 검사를 요구하고 있으며, 상표 검사 제출 서류가 위생 검사 제출 서류와 상당 부분 중복 되는데도 별도의 서류 제출을 요구하고 있어, 검사기간과 비용이 과도하게 소요	화장품

2. 서비스 협상

다자간 무역협상 대상이 되지 않았던 서비스 부문이 WTO 체제하에서 「서비스무역에 관한 일반협정(General Agreement on Trade in Services; GATS)」이 채택, 발효됨으로써 다자간 규범의 틀이 마련되고 본격적으로 통상협상의 의제가 되었으며, WTO DDA 협상의제에도 포함되었다.

서비스 협상은 회원국 당사국이 개방하고자 하는 서비스 시장을 내용으로 하는 Offer와 상대국에 대해 개방을 요구하는 분야를 열거한 Request를 교환하는 방식으로 이루어진다. 협상개시 초기에는 2005년 1월 1일 이전까지 협상을 완료할 계획이었으나 선진국과 개도국간 의견조율이 지체되어 합의에 이르지 못하고 있다.

우리나라는 1, 2차에 걸쳐 양허안(Offer)을 제출하였으며 보건의료서비스 분야는 양허대상에 포함하지 않았다. 우리나라는 WTO 회원국 중 36개국에 양허요구서(Request)를 제출하였으며, 25개국으로부터 양허요구서를 제출받았다.

이중 보건의료 서비스 분야에 대해서는 미국, 일본, 캐나다 등 8개국에 의료(치과제외), 간호 및 조산 서비스에 대해 양허요구를 했고, 호주, 폴란드, 중국 등 6개국으로부터 보건의료 서비스 분야 양허요구를 받은 바 있다.

UR 당시와 비교하여 최근까지 양허안을 제출한 회원국 중 보건의료 서비스 분야를 추가 양허한 회원국은 홍콩, 인도 정도에 그치며, 그 양허 내용도 실질적인 개방으로 보기는 어렵다.

이처럼 보건의료 서비스 분야의 개방수준이 타 분야에 비하여 낮은 이유는 보건의료가 가진 공공성 때문이라고 할 수 있다. 다시 말해 대부분의 국가가 보건의료 서비스는 시장기능에 맡기기 보다는 정부가 개입해야 한다고 생각하는 것이다.

국민의 생명과 안전이 직결되어 있는 만큼 의료인력 양성, 의료기관 개설, 서비스의 질 등에 대해 엄격한 규제가 수반되고 있어 국제적으로 개방 수준이 낮을 수밖에 없다. 특히 선진국의 경우 개방 이후 공공보건 서비스의 지위 및 수준저하에 대한 우려 등으로 추가양허에 소극적인 태도를 보이고 있다.

3. 농산물 협상

농산물 및 가공식품에 대해서는 농산물 협상그룹에서 협상을 진행하고 있는데, DDA에서 농업 협상은 도하개발아젠다(DDA)가 출범한 2001년 11월 이전인 2000년에 이미 WTO 농업협정에 근거하여 시작되었으며, DDA 출범 이후에는 핵심의제로 포함되어 논의되고 있다. 협상내용으로는 관세 및 보조금 감축, TRQ 관리 등이 있다.

특히, 농산물협상은 DDA 전체협상의 성패를 좌우할 정도로 회원국 모두 중요하게 다루고 있는 분야이며, 선진국과 개도국간의 균형 문제, 수출국과 수입국간의 이해 대립 등 입장차이가 커 협상진행에 어려움을 겪고 있다.

수출국들은 관세조화방식(스위스 공식)에 의한 대폭적인 관세인하 및 국내보조·수출보조의 대폭 감축 또는 철폐를 통한 농산물교역의 자유화를 주장하고 있고, NTC(Non-Trade Concerns : 비교역적 관심사항) 그룹 등 수입국들은 UR협상과 일관성 유지 및 협상결과에 NTC를 반영하기 위해서는 UR방식에 의한 점진적인 시장개방만이 현실적인 대안임을 주장하고 있다. 또한, 개도국들은 개도국 관심품목에 대한 무세화 및 개도국 우대 조치의 강화를 주장하고 있는 상황이다.

보건복지가족부와 관련해서는 가공식품(HS10단위 582품목) 및 생약을 원료로 한 의약품류(HS10단위 13품목)가 협상대상으로, 보건복지가족부는 식품산업의 경쟁력 제고를 위해 가공식품 원료로 사용되는 국내 미생산 원료농산물의 관세감축율과 가공식품의 감축률이 조화될 수 있도록 적극 노력할 계획이다.

4. 위생검역(SPS) 및 기술장벽(TBT)

DDA 협상의 큰 축을 이루고 있는 농산물·비농산물·서비스 시장접근과 함께 보건의료와 관련하여 중요한 쟁점이 되는 분야가 바로 위생검역(Sanitary and Phytosanitary; SPS)과 기술장벽(Technical Barriers to Trade; TBT)이다.

GATT와 WTO는 회원국이 자국의 보건이나 기술·산업발전을 위해 필요로 하는 조치들을 도입할 수 있는 자율성을 인정하는 동시에, 이러한 조치들이 무역장벽으로 오용되는 것을 막자는 취지로 SPS협정과 TBT협정을 채택하였다.

〈위생 및 검역(SPS)〉

협상결과 농산물 무역이 자유화되는 과정에서 GATT/TBT협정에 포함되었던 위생 및 동식물 검역분야가 WTO체제 출범과 함께 분리되어 SPS 협정문으로 채택되었다. SPS협정은 각국의 동·식물위생관련 제도가 하나의 비관세 무역장벽으로 등장할 가능성이 증대됨에 따라 WTO/SPS 협정은 SPS조치가 농산물 및 식품의 교역에 미치는 부정적 영향을 최소화하기 위한 일반적인 요건과 절차를 규정하고 있다.

일부제품 및 농수산물의 경우 SPS협정과 TBT 협정 중 적용해야 되는지 구분이 모호하며, 현재로서는 식품위생 및 동식물검역과 관련되지 않는 포장·표시를 포함한 표준, 기술규정, 인증제도는 TBT 분야로 분류하고 있다.

동 협정은 각 회원국들이 적합하다고 판단하는 위생 및 건강보호 수준을 유지하기 위하여 적절한 SPS 조치를 선택·시행할 수 있는 주권적인 권리를 보장하는 한편, 이러한 주권적인 권리의 행사가 국제무역을 제한하는 보호주의 목적으로 오용되는 것과 국제무역에 불필요한 장벽으로 행사되는 것을 방지하는데 그 목적을 두고 있다.

SPS 조치는 동식물 병해충 및 식품·사료의 첨가제, 오염물질 등으로부터 인간, 동·식물의 생명 또는 건강보호를 위한 법령, 제도 등을 포함한다. SPS협정 제12조에 근거하여 구성된 SPS 위원회는 년 3회 정례회의를 개최하여 SPS 현안 및 SPS 협정 이행상황을 점검하고 있다.

〈기술 장벽(TBT)〉

국가별로 상이한 표준(standard), 기술규정(technical regulation), 인증절차(certification procedure), 검사제도(inspection system) 등 상품 및 서비스의 자유로운 이동을 저해할 수 있는 제반 장애요소를 무역에 대한 기술 장벽이라 한다. 무역의 자유화, 세계화로 관세부과와 수입수량제한 등 전통적 무역장벽 감축 또는 철폐 추세에 있다.

이러한 전통적 국경장벽 대신에 표준, 기술규정, 인증 등 기술장벽 및 기술 관련규제가 중요한 비관세장벽(NTBs)으로 점차 부각 자국민의 안전과 보건, 환경보호 등 삶의 질적 향상에 대한 관심 증가로 기술장벽에 대한 중요성 인식하게 되었다.

기술적 우위성을 이용한 자국산업 보호효과 필요성으로 인하여 국제표준과의 일치와 조화를 통하여 국가간 표준의 차이로 인한 불필요한 무역장벽을 해소, 방지하고자 TBT 협정이 등장하였다. GATT 체제하에서 1979년 채택된 TBT 협정은 WTO 체제전환에 따라 WTO 협정의 부속서 중 하나로 채택되었으며, 회원국의 기술규정, 표준 및 적합성 평가절차가 정당한 목적수행에 필요한 이상의 규제를 하지 않도록 하는 것이 그 목적이다.

회원국의 국가안보, 기만적 행위의 방지, 국민의 보건, 안전, 동식물의 생명보호 및 환경보호 등 정당한 목적을 위해 적절한 수준에서 필요한 기술규제조치를 인정하고 있다. 우리나라는 국가 표준기본법을 제정하여 TBT 협정의 이행을 위하여 국내 기술규정, 표준의 국제표준과의 조화, WTO 통보의 준수 등에 대해 규정하였다.

TBT 협정은 법령 제·개정에 의해 발생하는 기술규정이나 적합성평가절차의 변동사항에 대해 WTO/TBT 사무국에 통보하도록 하고 있으며, 이러한 통보제도는 통보제도를 통한 정보공유에는 기여했으나 실질적 기술장벽은 완화되지 못하고 증가하는 추세에 있으며 이는 기술규정에 대한 국제적인 조화의 한계, 기술규제상의 협력 부족, 국제적인 적합성평가시스템의 부재에 기인하고 있다. 한편 TBT위원회는 매년 3회의 정례회의를 개최하여 기술장벽에 관한 현안 및 WTO/TBT 협정문 이행상황을 점검하고 있다.

III 자유무역협정(FTA) 현황

1. 기체결 FTA

가. 한·칠레 FTA

우리 정부는 1998년 11월 5일 국무총리 주재하의 대외경제조정위원회를 개최하여 FTA 추진 기본계획을 결정하고, 중남미 진출의 교두보로서의 중요성, 산업구조의 보완성, 농업 등 취약

산업에 대한 영향, 경제개혁 및 대외무역정책에 있어 우리나라와의 유사성 등을 종합 고려하여 칠레와의 자유무역협정(FTA)을 우선 추진키로 하였다.

1999년 9월 한·칠레 정상회담 시 양국간 FTA 협상 개시에 합의한 이후, 1999년 12월 개시된 한·칠레 FTA협상을 2002년 10월 18일~10월 21일 제네바에서 개최된 제6차 협상 및 이후 10월 24일까지 계속된 후속협상을 통하여 한·칠레 FTA를 타결한 바 있다.

● 서비스 및 투자

한·칠레 FTA에서는 서비스 교역과 관련하여 서비스공급자에게 내국민대우를 보장하고, 서비스 교역의 제한조치를 금지함으로써 양국간 자유로운 서비스 공급이 가능토록 하는 제도적 장치를 도입하였으나 보건복지가족부 소관 보건의료서비스에 대하여는 개방을 유보하였다.

또한, 투자분야에서도 설립 전 단계의 투자에 대한 내국민대우를 보장함으로써 양국 투자자의 상호간 투자기회를 확대하여 양국간 투자증진을 실질적으로 도모하고, 설립 후 단계의 최혜국대우, 이행의무 금지, 분쟁해결절차 규정을 통해 이미 투자된 투자보호를 극대화하는 장치를 마련하였다.

● 상품양허

칠레와의 FTA는 농업을 포함한 전 산업을 자유화하는 것을 원칙으로 대부분 품목의 관세를 단계적으로 철폐하되, 국가별 일부 민감 품목에 대해서는 자유화일정을 탄력적으로 적용토록 하였다.

품목수를 기준으로 할 때, 한국과 칠레는 각각 94.5%와 96.5%에 해당하는 품목의 수입관세를 10년내에 철폐하기로 합의하였으며, 일부 민감한 품목에 대해서는 품목별 민감도에 따라 장기간의 관세철폐 이행기간의 부여, 쿼터물량(TRQ) 제공, 특혜(계절) 관세 부과, 자유화 예외를 설정하였다.

보건복지가족부 소관 품목인 의약품, 식품, 의료기기, 화장품에 대하여 칠레는 대부분 관세를 즉시 철폐키로 하였고, 우리나라는 화장품 및 의료기기는 즉시 철폐하고, 식품 및 의약품의 경우에는 대부분 즉시 철폐하되 일부 민감한 품목은 유예기간을 장기간 설정하거나 WTO / DDA 협상 이후로 미루어 놓았다.

④ 비관세장벽 완화

우리나라 및 칠레산 제품에 대한 관세를 단계적으로 철폐 또는 감축하기로 하고, GATT 제11조에 의하지 않은 쿼터, 수입허가 등 비관세장벽을 철폐하고, 농산물은 WTO 농업협정 관련 규정을 준용하기로 하였다.

나. 한·싱가포르 FTA

싱가포르와는 2003년에 3차례의 산·관·학 공동연구회를 거쳐 2004.1.27 본 협상을 개시하였고, 5회의 공식협상 및 수차례의 실무협의를 거쳐 2005.8.4 협정문에 정식 서명하였다.

④ 서비스 및 투자

보건복지가족부는 한·칠레 FTA에서와 같이 보건의료 서비스 및 투자 분야 일반에 대해서는 개방을 유보하였으며, 혈액제제제조업에 존재하는 규제조치도 투자분야와 관련 유보리스트에 기재함으로써 유지하기로 하였다.

④ 상품양허

싱가포르와의 FTA는 대부분 품목에 대한 관세를 10년 내 철폐하되, 일부 민감 품목에 대해서는 자유화일정을 탄력적으로 적용토록 하였다.

우리나라는 품목 수 기준으로 91.6%에 대한 관세를 최대 10년 내 철폐토록 하였는 바, 공산품은 일부 품목을 제외하고 대부분의 관세를 최대 10년 내 철폐하고 농림수산물에 대해서는 상당수의 품목을 제외하여 다소 보수적으로 양허하였다.

특이사항은 개성공단 등 북한경제특구에서 생산된 제품이 우리나라를 거쳐 싱가포르로 수입될 경우 원산지물품으로 인정하여 특혜관세를 부여받도록 하여 개성공단 생산제품의 해외 판로 개척을 위한 선례를 구축하였다. 한편, 싱가포르는 대부분의 품목이 이미 무세이며 이번 협상체결을 계기로 나머지 품목도 즉시 관세를 철폐하기로 하였다.

보건복지가족부 소관 품목인 의약품, 식품, 의료기기, 화장품에 대하여 싱가포르는 모든 품목의 관세를 즉시 철폐하기로 하였고, 우리나라는 대부분의 의료기기, 식품, 의약품, 화장품의 관세를 조기철폐 하되 일부 민감 품목은 유예기간을 장기간 설정하거나 양허에서 제외하였다.

◎ SPS, TBT 및 MRA(상호인정)

산·관·학 공동연구회를 통해 비관세조치(NTBs)가 양국의 무역을 부적절하게 방해할 수 있다는 점에 인식을 같이하고, 그러한 비관세조치를 확인 및 철폐하기 위한 원칙을 도입할 것에 합의한 바 있다.

다만, SPS관련 사안에 대해서는 양국간 농산물 및 식품 등의 교역량이 많지 않고, SPS현안도 없는 상황이고 양국 모두 WTO 회원국임을 감안하여 WTO SPS협정 수준의 기본적인 사항을 반영하는 방향으로 추진하였다.

다. 한·유럽자유무역연합(EFTA) FTA

우리나라는 스위스, 노르웨이, 아이슬란드, 리히텐슈타인 4개국으로 구성된 EFTA와 FTA 협상을 체결하기 위해 2004년 2차례의 산관학 공동연구를 거쳐 2005.1.18 1차협상을 개최하였고, 4차례의 협상을 거쳐 2005.12.15 협정문에 공식서명하였다.

◎ 서비스 및 투자

보건복지가족부는 한-EFTA FTA 서비스 및 투자분야 협상방식이 Positive 방식인 관계로 보건의료 분야에 대해서는 WTO DDA 협상에서와 마찬가지로 양허대상에 포함하지 않았다.

◎ 상품양허

한·EFTA FTA는 지금까지 추진하여 온 FTA보다 높은 수준의 교역자유화를 달성하여 전체 품목의 99.1%를 양허하였는 바, 우리나라의 경우 공산품은 100% 양허하였고, EFTA의 경우 공산품 및 수산물에 대해 협정 발효 즉시 관세를 철폐하기로 하였다.

우리나라는 농산물 86%, 수산물 88.9%를 양허하여 일부 민감품목은 양허대상에 제외하였다. 또한, 개성공단 생산제품에 대해 한국산 재료비용이 60%이상인 경우 국내산으로 인정하여 특혜관세를 부여하기로 합의하였다.

보건복지가족부 소관 품목인 의약품, 의료기기, 화장품, 가공식품에 대하여 EFTA는 모든 품목의 관세를 즉시 철폐하기로 하였고, 우리나라는 대부분의 식품, 의약품, 의료기기, 화장품의 관세를 조기철폐 하되 일부 민감 품목은 유예기간을 장기간 설정하였다.

라. 한·미 FTA

미국은 세계수입시장에서 21.8%를 차지하는 세계최대 소비시장이자 우리나라의 최대교역국으로서 2004년 기준으로 대미수출액은 428억불, 대미수입액은 287억불에 달하고 있다. 대외 의존도가 70%를 상회하는 우리나라로서는 세계 최대 소비시장의 안정적 확보라는 측면에서 한미 FTA 체결은 매우 중요한 의미를 갖는다.

한·미 양국은 2004. 11월 칠레에서 개최된 APEC 계기 양국 통상장관회담에서 FTA 추진의 타당성 등을 검토하기 위한 사전실무점검회의 개최에 합의하고, 2005년도에 세 차례의 회의를 개최하였다. 2006.6월 1차 협상이 개시되어 8차례에 걸쳐 협상을 한 결과 2007.4.2 한·미 FTA가 타결되었다.

6.30 양국 통상장관이 서명하였고 이후 국회 비준을 거쳐 FTA가 시행(국내 절차 완료를 상호 통보한 60일 이후 발효)될 경우 한미 양국에 상당한 경제적 파급효과를 불러올 것이며 일본, EU 및 중국 등 우리나라와 FTA를 추진하고 있는 다른 나라에도 상당한 압박으로 작용될 것으로 예상된다.

〈의약품/의료기기 관련 사항〉

의약품 분야는 미국측의 핵심 관심분야의 하나로서 전체 협상의 진전 여부를 주도했던 분야였다. 미국측이 신약의 최저가 보장, 약물경제성평가제도 도입 유보, 물가인상에 따른 약가 연동 조정 등을 강하게 요구하였으나 끝내 미국측 요구를 수용하지 않음으로써 건강보험재정 안정화를 위해 추진한 「약제비 적정화 방안」을 계속 시행할 수 있도록 하는 등 우리의 공적 건강보험제도의 훼손이 없도록 협상을 타결하였다.

한·미 양국은 각국의 보건의료제도의 차이점을 인정하고 의약품에 대한 비용효과적인 적절한 접근성을 보장하고 특허의약품의 가치를 적절히 인정하기로 하였으며, 행정의 투명성 제고 차원에서 이해관계자의 의견수렴 절차 및 과정을 명확히 하기로 하였고, 정당한 구제 절차를 위해 독립적 검토절차를 마련하기로 하였다.

한편, 의약품 관련 이슈들의 상호 협력 및 논의를 위한 정부 간 의약품·의료기기 위원회를 설치하기로 하였고 국내 제약산업의 대외 경쟁력 제고 및 제약산업 발전 기반 마련을 위해

한·미간 의약품 관련 기준 상호인정 논의를 추진하기로 하였다. 양국간 의약품 상호인정을 위해 의약품·의료기기 위원회에서 동 문제를 논의하고 필요한 경우 기술 작업반을 설치할 수 있도록 하였다.

〈의약품 지적재산권〉

우리나라는 특허 건수가 세계 4위로서 이미 선진국 수준의 지적재산권 보호제도를 가지고 있는 나라로서 의약품 지재권 분야협상에서는 지적재산권의 보호를 통해 신약의 연구개발 의욕을 고취 시키되, 갑작스런 제도변화가 발생하지 않도록 가급적 현행 제도 수준에서 합의를 도출하였다.

신약의 시판허가에 소요된 기간을 보상하기 위한 의약품의 특허기간 연장제나 의약품의 최초 개발자가 시판허가를 획득하기 위하여 작성에 상당한 노력이 수반된 안전성·유효성 자료를 규제 당국에 제출하는 경우, 최소 5년간 최초 개발자의 동의 없이 동 자료에 근거하여 동일 또는 유사 의약품이 허가를 받지 않도록 하는 제도는 우리나라에서 현행 국내 수준에서 합의하였다.

한·미 FTA로 인하여 새로이 도입되는 제도는 허가·특허 연계 제도로서 이 제도는 제품 또는 용도 특허가 있는 제품에 대하여, 제네릭 업자가 원개발자의 자료를 기초로 허가를 신청하는 경우, 원개발자에게 제네릭 업자의 허가신청 사실을 통보하고, 허가단계에서 특허침해 의약품이 판매 되지 않도록 방지하기 위한 조치를 취하도록 하는 제도이다. 새로운 제도의 급격한 시행에 따른 업계 우려를 해소하기 위하여 동 제도는 협정 발효후 18개월간은 양국간 분쟁제소 적용을 받지 않도록 하였다.

허가·특허 연계제도는 시판금지에 대한 의무만을 규정함으로써 생동성시험수행, 기준 및 시험방법 심사 및 안전성·유효성 심사는 현행과 같이 진행하게 되며, 특허기간이 종료되고 출시되는 복제의약품에 미치는 영향은 없다.

④ 보건의료서비스 및 투자

한·미 FTA로 인하여 보건의료서비스 분야는 변화되는 것이 없다. 안경유통서비스, 의약품·의료기기·식품·한약재·마약 관련 도소매서비스, 약국소매서비스, 의료기기 임대 및 수리 서비스, 혈액제제 제조 서비스 5개가 현재유보로서 양허대상에서 제외되었으며, 의료서비스 등 공공서비스에 대한 규제 권한을 포괄적으로 미래유보(장차 어떤 제도나 정책을 채택하거나

도입할 수 있는 권리를 갖는 것)로 분류함으로써 영리의료법인 설립이 허용되거나 현행의 건강 보험제도를 대체할 수 있는 민영의료보험이 도입되는 일은 없다.

④ 상품 양허

상품양허협상에서 양국은 관세를 최대한 단기간에 철폐하는 높은 수준의 목표로 협상을 진행하여 전체 품목의 94%(수입액 기준)를 3년내 철폐하기로 합의하였다. 그 중 대미 경쟁열위 품목이 많은 보건산업의 특성을 감안하여 보건상품의 단기 철폐 비율은 79.5%로 상대적으로 작으며, 기초화장품, 심전계, MRI, 초음파영상진단기, 기타 전기식 진단용기기, 내시경, 기타 의료용·수익용 기기, 진단용 X-ray, 에틸렌글리콜, 프로필렌글리콜과 같은 의약품, 의료기기, 화장품 등의 주력품목 10개는 장기 10년의 관세 철폐 유예기간을 확보하였다.

2. 현재 진행 중인 FTA

가. 한·EU FTA

EU는 세계 제1의 경제권으로, 우리의 2대 교역상대이자 제1의 투자파트너다. 2006년 우리의 대 EU 수출은 492억불, 총교역규모는 794억불, EU의 대한투자는 총 405억불로 각각 미국보다 더 큰 규모이다. 대외경제정책연구원의 한 연구(2005.12)결과에 따르면, 한-EU FTA 체결시 GDP 16~24조원(2.02~3.08%) 증가 및 신규고용 30~60만명 창출이 예상된다고 한다.

이에 따라, 정부에서는 “FTA 추진 로드맵”상 미국, 중국과 함께 EU를 중장기적 FTA 추진 대상국으로 선정(2003.8월)하고, 2006년도에 2차례에 걸쳐 예비협의를 개최함으로써 양측의 관심사항과 기대수준을 확인하였다. 그 후 한-EU FTA 추진 관련 공청회와 민간자문회의를 통한 관련 이해당사자, 업계 및 전문가 의견수렴 시간을 가졌다. 그 후 2007년 5월에는 마침내 한-EU FTA 제1차 협상을 서울에서 개최하였고, 2008년 5월 현재 7차 협상까지 진행하였으며, 2008년 연내 타결을 목표로 협상을 추진 중에 있다.

나. 한·캐나다 FTA

한·캐나다 양국은 2004. 5월 양국 정상회담 및 통상장관회담에서 FTA 예비협의 개최에 합의한 후 2005년 1월 및 3월 두 차례의 예비협의를 거쳐, 2005년 7월 1차 협상을 시작으로, 2008년 6월 현재 제13차까지 협상을 진행하였다.

④ 서비스 및 투자

보건복지가족부는 캐나다와 보건의료 관련 전문직 인력의 상호이동을 촉진하는 방향으로 협상을 진행하고 있다. 그러나 병원 등 기타 보건 분야에 대해서는 한·칠레, 한·싱가포르, 한·EFTA FTA에서와 마찬가지로 개방범위를 최소화할 예정이다.

④ 상품양허

세계 GDP의 30% 이상을 차지하는 북미시장의 양대축인 캐나다와의 FTA 협상으로 우리나라는 NAFTA시장에 대한 안정적인 접근과 향후 미주자유무역지대(FTAA) 출범에 대비한 교두보를 확보할 것으로 예상된다. 우리나라는 자동차, 철강 등 공산품을 주로 수출하는 반면에 캐나다는 제지원료, 석탄, 니켈 등 기초 원자재를 주로 수출하고 있어 양국간 보완적 교역관계가 가능할 것으로 보인다.

다만, 캐나다의 관세율이 비교적 낮아 상호 관세철폐시 얻을 득실을 분석화하여 관세양허협상에 임할 필요가 있으며, 우리부도 의료기기, 의약품, 가공식품, 화장품 등 분야에서 대캐나다 경쟁력이 열세인 품목에 대해서는 경쟁력 제고기간 확보에 주력하는 한편, 경쟁우위 품목에 대해서는 수출시장 확대를 위해 노력할 예정이다.

다. 한·ASEAN FTA

미국, 중국, EU 다음으로 우리나라의 제4대 교역국인 ASEAN은 10개 회원국간에만 적용되는 특혜관세인 CEPT(Common Effective Preferential Tariff) 제도를 시행하여 점진적으로 역내 관세를 철폐해 나가고 있으나, 우리나라를 포함한 역외국에 대해서는 MFN 세율을 적용하고 있어 역내외 국가간 관세격차가 심해지고 있다. 아세안과의 FTA 체결을 통하여 이와 같은 관세장벽이 해소될 경우 우리나라는 공산품 분야에서 대ASEAN 수출이 확대될 것으로 기대하고 있다.

우리나라는 말레이시아, 인도네시아, 태국, 필리핀, 싱가포르, 베트남, 미얀마, 캄보디아 등 10개국으로 구성된 ASEAN(동남아국가연합: Association of Southeast Asian Nations)과의 FTA 체결을 위해 2004년 3월 공동연구회를 출범하여 협상의 적용범위, 협상방식, 협력방안 등에 대한 5차례의 전문가회의를 개최하였고 2004.11.30 한·ASEAN 정상회의에서 2년내 타결을 목표로 FTA 협상의 개시를 공식선언하였으나, 2005.2.23 1차협상 이후 17차협상까지 진행한 2007.4월 현재 서비스·투자 분야는 아직 협상이 마무리되지 않은 상태이다.

④ 서비스 및 투자

17차협상까지 진행된 2007.4월 현재 보건의료 서비스분야 협정문에 관한 논의는 마무리 단계에 있으나, 서비스 양허안과 투자 협정문에 대한 본격적인 논의는 아직 진행되지 못하고 있다. 한·아세안 FTA 서비스 및 투자협정에 대한 협상은 연말 타결을 목표로 진행 중에 있다.

④ 상품양허

상품분야 협상은 2006.4월 11차 협상을 끝으로 완료되어 한·아세안 FTA 상품무역협정이 2007.6.1일 발효한다. 동 협정 발효는 상품무역협정 발효를 위해 국내절차를 완료한 우리나라, 인도네시아, 말레이시아, 미얀마, 싱가포르, 베트남 간에 우선 적용된다.

말레이시아, 싱가포르, 미얀마, 베트남으로부터 수입되는 상품의 경우에는 협정 발효 즉시 전체 품목의 63%에 해당하는 품목이 무관세 혜택을 향유하게 되며 이들 나라에 수출되는 상품의 경우에는 전체품목의 45%에 해당하는 품목이 0-5%의 저율 관세율을 향유하게 된다.

〈표 2-14-11〉 보건상품 관세(식품 포함)

구 분	즉시 철폐	2008.1.1 관세 철폐	2010.1.1 관세 철폐	2016년 20%감축	2016년 20%감축 + TRQ	2016년 5% 이하	2016년 50% 감축	2016년 50% 이하	TRQ	양허 제외	계
품목수(개)	648	543	81	89	1	97	25	2	2	24	1,512

라. 한·인도 CEPA

인도는 2004년 기준으로 10.5억의 인구 및 3.4조불의 세계 4위 GDP 규모를 가진 국가로서 세계 최대 소비시장으로 부상하고 있으며, BRICs(브라질, 러시아, 인도, 중국) 국가들 중 성장 잠재력이 가장 큰 국가로서 평가받고 있다.

우리나라는 전자, 기계, 수송장비, 철강, 석유화학 품목을, 인도의 경우에는 주로 섬유, 석유 제품, 광물, 농산물 등을 수출하는 전형적인 상호보완적 산업구조를 갖고 있어 한-인도 FTA 체결시 교역증진의 효과가 매우 높을 것으로 예상된다.

한·인도 양국은 2004.10월 양국 정상회담에서 FTA 협상 체결의 타당성 등을 검토하기 위한 공동연구 추진에 합의하고, 2005.1월부터 8월까지 3차례 공동연구를 개최하였다.

그 후 2006.2월 압둘 칼람(Abdul Kalam) 인도 대통령의 국빈방한 계기 정상회담에서 양국은 포괄적 경제파트너십 협정(CEPA, Comprehensive Economic Partnership Agreement) 즉, 무역자유화에 중점을 둔 FTA에 추가하여 경제·기술협력 등 다양한 경제관계를 포함하는 포괄적인 협정을 체결하기로 합의하였다. 이에 따라 2006.3월 1차협상을 개시하여 2008.5월 현재 10차 협상까지 진행한 상태이다.

④ 경제협력 및 서비스/투자

제네릭 의약품 강국인 인도와의 실질적인 경제협력을 통하여 국내 제네릭 산업의 세계 의약품 시장에서의 접근을 향상시키는 동시에 제3국에서의 의약품시장 공동 개척을 위한 메커니즘을 구축할 수 있도록 추진할 계획이다.

④ 상품양허

의약품 분야는 인도가 상당한 경쟁력을 가지고 있는 분야로 신중한 접근을 취하고 있다. 2007.4월 제6차 협상에서는 양측이 개괄적인 양허초안을 교환하고, 상품협정문안 대부분에 합의를 도출하였다. 한·인도 양측은 양허초안을 기초로 즉시 관세철폐부터 8년 철폐까지 다양한 시장개방 계획에 대해 논의하고 있다.

3. 기타 FTA

가. 한-일 FTA

우리나라는 주요 교역상대국인 일본과의 FTA 협상체결을 위해 8차례의 공동연구(2002.7~2003.10)를 거쳐 2003.12.22 공식협상을 개시하였으며, 2004년 11월까지 상품, 서비스, SPS 등 분야별로 6차례의 공식협상을 개최하였으나, 한일 양국간 농수산물 분야에서의 의견차로 인해 이후 협상이 교착상태에 빠져 있다.

④ 서비스 및 투자

한·일 FTA 서비스 및 투자 부문 협상의 기본 입장인 “WTO 개방 수준 이상의 실질적인 무역 자유화”를 보건의료 분야에서도 달성하기 위해 협상에 적극적으로 참여하고 있다. 특히, 의사, 간호사, 조산사 등 의료전문직 인력의 일본진출을 활성화 시킬 방안을 모색 중이며, 투자 분야의 경우 기존의 양국간 투자보장협정(한·일 BIT)을 바탕으로 보건산업 분야에서의 對韓 투자를 촉진을 위하여 일본 측의 관심을 유도하려 노력하고 있다.

또한 보건복지가족부는 일본이 노령 인구 정책에 있어서 이미 상당한 정도의 노하우를 가지고 있다는 점을 고려, 동 분야에서의 양국간 협력을 FTA 차원에서 제도적으로 추진하고자 일본 측의 의사를 타진 중이다.

④ 상품양허

일본은 미국, 중국과 함께 우리나라의 3대 교역상대국으로서 우리나라 상품의 대일경쟁력을 충분히 분석하여 협상에 임할 필요가 있다. 경쟁력이 충분한 상품의 경우 적극적인 관세철폐 노력이 필요할 것이며 반대로 뒤쳐지는 상품의 경우에는 국내산업의 성장을 위하여 어느 정도 유예기간을 두는 것이 필요할 것이다.

보건상품 전체 교역량에서 일본과의 교역량이 차지하는 비중이 상당하고 특히, 식품의 경우에는 전체 수출액의 절반정도를 일본으로 수출하고 있는 상황이어서 그 중요성이 매우 크다고 할 수 있다. 2003년 12월 공식협상이 최초로 개최된 이후 수차례 양국간 상품양허안 교환을 위한 기본적인 논의가 진행되었으나, 일본 측의 농업부문 개방수준 미흡으로 2004년 11월 6차 협상 이후 협상자체가 교착상태에 빠져 있는 상황이다.

나. 한-멕시코 SECA 및 한·멕시코 FTA

우리나라는 멕시코와 FTA 협상을 체결하기 위해 2004. 4월 양국 통상장관회담에서 경제관계 강화를 위한 공동 전문가그룹 구성에 합의하고, 2004. 10월부터 2005. 8월까지 6차례의 공동 연구를 개최하였다.

2005. 9월에 개최된 양국 정상회담에서 양국은 협상수준을 FTA보다 완화된 전략적 경제보완 협정(SECA, Strategic Economic Complementation Agreement)을 추진하기로 합의하고

총 3차례의 협상을 진행하였다(2006.2월, 4월, 6월). 2007. 12월에 양국은 포괄적이고 수준 높은 FTA 체결을 목표로 제1차 한·멕시코 FTA 협상을 시작하였다.

우리 부는 의약품, 의료기기, 식품, 화장품 등 보건상품의 관세양허협상 및 서비스·투자 협상 등 과정에서 대멕시코 시장확대 및 경쟁열위 품목에 대한 경쟁력 제고기간 확보에 노력할 것이다.

멕시코는 2004년 기준으로 우리나라에 이어 세계 12위의 GDP 규모(6,765억불)를 가진 국가이나, 우리나라 전체 수출액의 1.18%, 전체 수입액의 0.18%를 차지하는 정도에 불과해 양국간 교역실적은 매우 미미한 상황이다. 다만, 향후 FTA 협상이 체결되면 양국간 시장개방 및 투자확대 등에 따라 교역규모가 큰 폭으로 늘어날 것으로 예상된다.

4. 공동연구현황

가. 한·중 FTA 산·관·학 공동연구

한국과 중국은 수천 년간 이웃이었으며, 공히 대외교역의존도가 높은 나라로 1992년 양국간 수교 이후 지금까지 양국간 교역이 26배나 증가하였다.

그러나 두 나라가 지리적 인접성과 작물의 완전한 중복 등으로 인한 농수산 분야의 민감성이 워낙 크기 때문에 아직 FTA 협상에 착수하지 못하고 있다. 따라서 이러한 어려움을 극복하고 협상개시로 연결할 수 있는 방안을 모색하기 위해 실시되는 산관학 공동연구는 큰 의의를 가질 수 있다.

한·중 양국은 2006. 11월 APEC 각료회의 계기 통상장관 회담에서 한·중 FTA 논의를 지속하기 위해 산업계, 정부대표 및 학계가 함께 참여하는 산관학 공동연구회를 설치·운영기로 합의하였으며, 이에 따라 2007.3월 한·중 산관학 공동연구 1차 회의를 개최하여 산관학 공동연구 추진의 기본원칙, 위임사항, 업무분장 및 향후 작업계획 등을 논의하였다. 2008년 6월 현재 5차 회의까지 진행한 상태이다.

한·중 양국이 앞으로 한·중 FTA 체결로 동북아 경제협력의 새로운 기회를 창출하고 아태 지역의 생산네트워크를 구축할 수 있도록 산관학 공동연구부터 기초를 닦아갈 계획이다.

나. 한-MERCOSUR 무역협정(TA) 공동연구

MERCOSUR는 남미의 브라질, 아르헨티나, 우루과이 및 파라과이로 구성된 남미경제공동체로써, 2004.11월 대통령의 남미 순방 시 브라질 및 아르헨티나 정상과 공동연구 개시에 합의한 후, 2005.5월 제1차 회의를 시작으로 2006.10월까지 총 4차례의 회의를 가졌다.

2007.10월에는 한-MERCOSUR 무역협정 공동연구 결과 발표회를 몬테비데오에서 개최하고 향후 FTA 추진방향을 검토하기 위한 기반을 마련하였다.

MERCOSUR는 경제규모에 있어서 중남미 최대의 경제 통합체로서 성장잠재력이 큰 시장으로, 특히 브라질의 경우 신흥시장인 BRICs의 일원으로서 MERCOSUR와의 FTA 체결 시 브라질을 남미시장의 교두보로 한 수출확대가 기대되고 있다.

브라질 및 아르헨티나는 자국 경제 상황 및 정치적인 이유로 반덤핑 및 세이프가드 등 수입제한 조치와 각종 비관세장벽, 지리 문화적·언어적 장벽이 존재하여 우리 기업들이 많은 애로사항을 겪고 있으므로 FTA가 체결될 경우 관세, 비관세장벽이 완화되어 우리 업체들의 시장접근이 용이해지고 수출이 증대될 것으로 전망된다.



제3부 부 록

2007

보건복지가족백서

보건복지 조직 · 기능 및 정원현황 - [제1장](#)

예산 현황 - [제2장](#)

보건복지가족 관계법령 제정 · 개정 현황 - [제3장](#)

주요 유관법인 현황 - [제4장](#)

제1장

보건복지 조직·기능
및 정원현황

제1절

2007년도 조직의 변천*

근 거 (공포일·법령호수)	주 요 내 용
2007. 5.16 / 5. 17 (대통령령 제20057호 및 보건복지부령 제404호)	【보건복지부】 • 「정책보좌관의 설치 및 운영에 관한 규정」의 개정(대통령령 제19854호, 2007. 1. 29. 공포·시행)에 따라 정책보좌관을 일반직·별정직공무원보다 계약직공무원으로 우선적으로 보하도록 관련 규정을 정비하고, • 정보화 담당부서의 기능을 강화하기 위하여 필요한 인력 증원 • 복지분야의 사회서비스를 확충하기 위하여 지역복지서비스정책관을 신설하고 필요한 인력 증원 • 건강보험 약제관리의 효율화, 건강보험 가입자의 권리구제 강화, 공중보건위기발생에의 대응 강화 등을 위하여 필요한 인력 증원 • 장관정책보좌관 : 고위공무원단에 속하는 일반직 또는 별정직 1, 서기관 또는 별정직(4급 상당) 1 → 계약직(장관정책보좌관) 2 • 정보화 인력 : 1명(5급 2, 기능10급 사무원 △1) • 사회서비스 확충 인력 : 7명(고위공무원 1, 4급 2, 5급 5, 6급 3, 기능10급 사무원 △1) - 국립의료원 기능10급 교환원 △2, 국립부곡병원 기능10급 운전원 △1 ※ 순증 : 고위공무원단 1, 상계 4급 1, 5급 2, 6급 1 (소요정원 4급 1, 5급3, 6급 2)

*집필자 : 창의혁신담당관 김혜진

근 거 (공포일 · 법령호수)	주 요 내 용
2007. 5.16 / 5. 17 (대통령령 제20057호 및 보건복지부령 제404호)	• 보험약제팀 신설 : 6명(4급 1, 5급 3, 6급 2) • 보험권리구제팀 신설 : 7명(4급 1, 5급 2, 6급 2, 7급 2) • 보건의료정보화 인력 보강 : 2명(5급 1, 7급 1) • 기관생명윤리심의위원회 인력 보강 : 4명(5급, 6급 2) • 관 신설 : 지역복지서비스정책관 • 팀 신설 : 8개(소요정원 3, 수시직제 1, 자체 4) – 소요정원 : 사회서비스기획팀, 보험약제팀, 보험권리구제팀 – 수시직제 : 사회서비스기반전략팀 – 자체 : 기획조정팀, 재정운용팀, 사회서비스개발팀, 보건의료정보팀 • 관명칭 변경 – 보건정책관 → 건강정책관 • 팀명칭 변경 – 혁신인사기획팀 → 혁신인사팀 – 운영지원팀 → 총무팀 – 법무지원팀 → 법무팀 – 정보화지원팀 → 정보화팀 – 조사통계팀 → 통계팀 – 사회정책기획팀 → 사회정책팀 – 민간복지협력팀 → 복지지원팀 – 근로연계복지팀 → 자립지원 투자팀 – 혈액장기팀 → 생명지원팀 – 보건정책팀 → 건강투자기획팀 및 건강생활팀으로 확대개편 – 질병관리팀 → 질병정책팀 – 암관리팀 → 암정책팀 – 정신보건팀 → 정신건강팀 – 구강보건팀 · 공중위생팀 → 생활위생팀 – 보험급여기획팀 → 보험급여팀 – 보험급여평가팀 → 보험평가팀 – 보건의료서비스혁신팀 → 보건산업기술팀 및 보건의료정보팀으로 확대 개편 【소속기관】 • 국립의료원 – 기능10급 교환원 △2(본부 지역복지서비스정책관 인력 이체) • 질병관리본부 – 공중보건위기대응팀 신설 : 6명(4급 1, 5급 1, 6급 2, 연구관 1, 연구사1) • 국립부곡병원 – 기능10급 운전원 △1(본부 지역복지서비스정책관 인력 이체) • 국립나주병원 – 기능10급 간호조무원 △3, → 간호서기 + 3 • 국립군산검역소 – 기능10급 위생원 △1 → 기능10급 보건원 + 1

근 거 (공포일·법령호수)	주 요 내 용
2007. 8. 10 (대통령령 제19420호 및 보건복지부령 제411호)	【보건복지부】 ○ 한·미 자유무역협정 체결에 따른 후속조치 등 국제협력업무를 성공적으로 추진하기 위하여 국제협력관을 신설(1명) ○ 명칭 변경 - 성과관리팀 → 성과조직팀 - 아동안전권리팀 → 아동권리팀 【소속기관】 ○ 의료서비스 강화 및 검역감시체계 강화 등을 위하여소속기관에 소요정원에 반영한 112명 (4급 3, 5급 1, 6급 15, 7급 27, 8급 22, 9급 15, 기능9급 5, 연구관 8, 연구사 16)을 증원 - 국립의료원(10명) · 6급 3, 7급 7 - 질병관리본부(7명) · 6급 1, 연구관 2, 연구사 4 - 국립보건연구원(16명) · 연구관 6, 연구사 10 - 국립검역소(17명 : 5급 1, 7급 4, 8급 5, 9급 7) · 기구 : 김포지소 신설 · 인천공항검역소(12명) - 본소 4명 : 7급 1, 8급 1, 9급 2 - 김포지소 8명 : 5급 1, 7급 2, 8급 3, 9급 2 · 평택지소 2명 : 7급 1, 9급 1 · 군산검역소 1명 : 9급 1 · 울산검역소 2명 : 8급 1, 9급 1 - 국립서울병원 2명 : 연구사 2 - 국립부곡병원 17명 : 6급 3, 7급 3, 8급 6, 기능9급 5 - 국립춘천병원 3명 : 7급 3 - 국립소록도병원 9명 : 6급 3, 7급 3, 8급 3 - 국립재활원 31명 : 4급 3, 6급 5, 7급 7, 8급 8, 9급 8 · 기구 : 여성재활과, 시각재활과, 청각재활과 신설 - 국립포항검역소 · 기능10급 운전원 △1 → 기능10급 보건원 1 - 국립부곡병원 · 기능9급 위생원 △1 → 기능9급 보건원 1 ○ 명칭 변경 - 국립의료원 · 소아과 → 소아청소년과 · 진단방사선과 → 영상의학과 - 국립서울병원 · 진단방사선과 → 영상의학과 ※ 의료법 개정에 따른 진료과목 명칭 변경 ○ 검역구역 조정 - 남북출입사무소(인천검역소 → 인천공항검역소 이관)

근 거 (공포일 · 법령호수)	주 요 내 용
2007. 11. 30 (대통령령 제20423호 및 보건복지부령 제422호)	• 「국가통계의 혁신 기반 구축을 위한 과학기술부와 그 소속기관 직제 일부개정령」(대통령령 제20423호, 2007. 11. 30. 공포 · 시행)에 따라 통계인력 6명(5급 2, 6급 2, 7급 2)을 증원
2008. 2. 29 / 3. 3 (대통령령 제20679호 및 보건복지가족부령 제1호) ※ 정부조직법 개정 에 따른 직제개편	• 작지만 경쟁력 있는 정부를 구현하고 새로운 행정환경에 적합한 국정운영시스템을 마련하기 위하여 「정부조직법 개정」(법률 제8867호, 2008. 2. 29. 공포 · 시행)에 따라 – 보건복지부+여성부(가족 및 보육업무)+국가청소년위원회+기획예산처 (양극화민생대책본부)를 통합하여 보건복지가족부 신설

제2절

역대 장관·차관 명단*

1. 사회부

• 장관

성명	재임기간	비고
전진한	1948. 8. 1 ~ 1948. 12. 23	
이윤영	1948. 12. 24 ~ 1950. 11. 22	
허정순	1950. 11. 23 ~ 1952. 1. 1	
최창술	1952. 1. 12 ~ 1952. 10. 8	
박술음	1952. 10. 9 ~ 1955. 2. 16	

• 차관

성명	재임기간	비고
오종식	1948. 8. 3 ~ 1949. 1. 26	
최창순	1949. 1. 27 ~ 1952. 1. 11	
김용택	1952. 2. 9 ~ 1955. 2. 16	

2. 보건부

• 장관

성명	재임기간	비고
구영숙	1948. 6. 4 ~ 1950. 11. 25	
오한영	1950. 11. 26 ~ 1952. 2. 4	
최재유	1952. 2. 5 ~ 1955. 2. 16	

*집필자 : 인사과장 양성일

• 차 관

성 명	재 임 기 간	비 고
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	

3. 보건사회부

• 장 관

성 명	재 임 기 간	비 고
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 화	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	

• 차 관

성 명	재 임 기 간	비 고
정 진 욱	1955. 2. 19 ~ 1956. 6. 28	
신 효 선	1956. 6. 29 ~ 1960. 5. 9	
김 학 목	1960. 5. 12 ~ 1960. 10. 3	
이 병 학	1960. 10. 4 ~ 1961. 6. 25	
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 현 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	

4. 보건복지부

• 장 관

성 명	재 임 기 간	비 고
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	

• 차 관

성 명	재 임 기 간	비 고
주 경 식	1994. 12. 23 ~ 1995. 6. 2	
이 기 호	1995. 6. 3 ~ 1997. 3. 6	
전 계 후	1997. 3. 7 ~ 1997. 8. 7	
김 용 문	1997. 8. 8 ~ 1998. 3. 8	
최 선 정	1998. 3. 9 ~ 1999. 5. 25	
이 종 윤	1999. 5. 26 ~ 2000. 8. 10	
장 석 준	2000. 8. 11 ~ 2001. 4. 2	
이 경 호	2001. 4. 3 ~ 2002. 7. 18	
신 언 향	2002. 7. 19 ~ 2003. 2. 28	
강 윤 구	2003. 3. 3 ~ 2004. 7. 19	
송 재 성	2004. 7. 20 ~ 2006. 2. 16	
변 재 진	2006. 2. 17 ~ 2007. 6. 17	
문 창 진	2007. 6. 21 ~ 2008. 2. 29	

5. 보건복지가족부

• 장 관

성 명	재 임 기 간	비 고
김 성 이	2008. 03. 13 ~ 2008. 08. 05	
전 재 희	2008. 08. 06 ~ 현재	

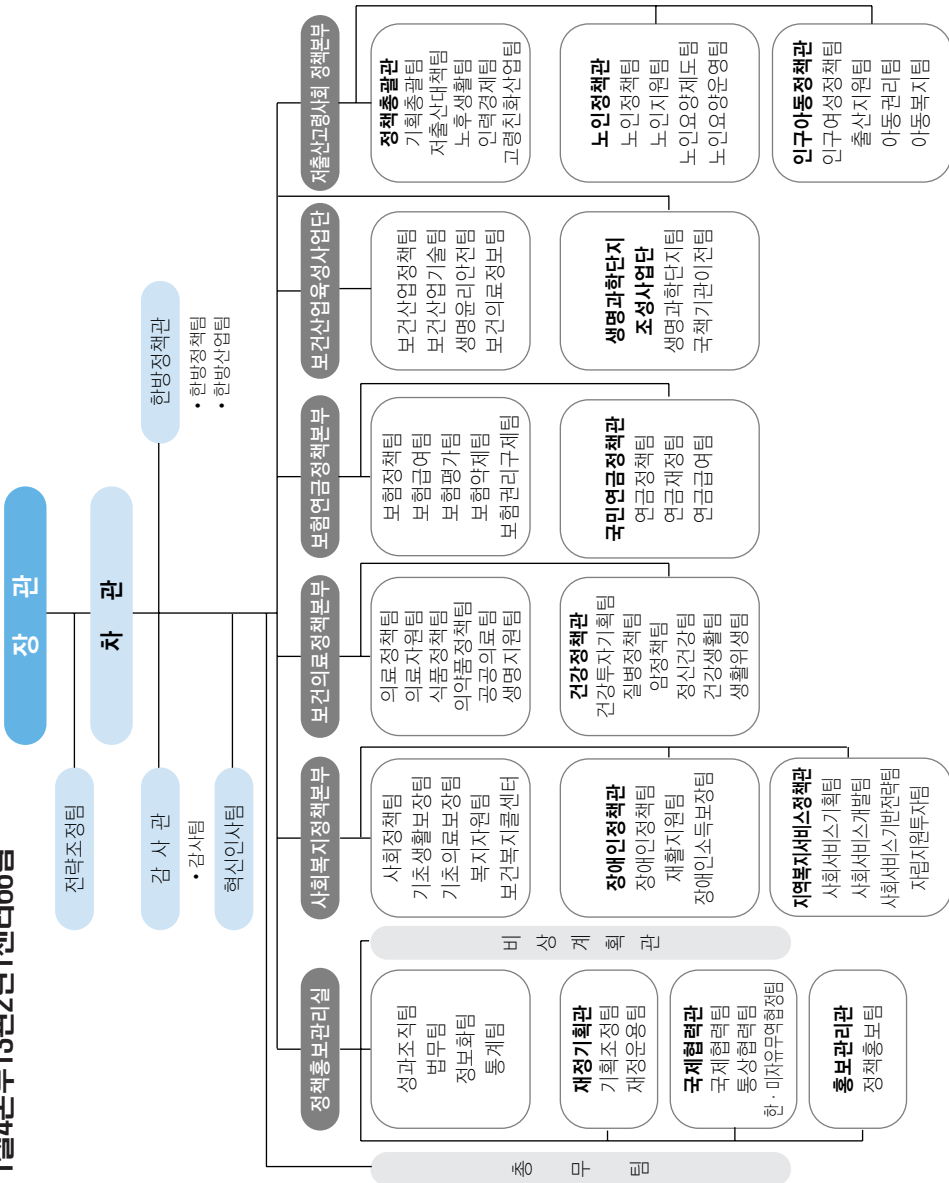
• 차 관

성 명	재 임 기 간	비 고
이 봉 화	2008. 03. 01 ~ 현재	

제3절

보건복지부 기구도표*

1월4분부13관2단1센터66팀



*집필자 : 창의혁신담당관 김혜진

제 4 절

보건복지부 부서별 기능*

(2007.12.31 현재)

구 분		기 능
전 략 조 정 팀		주요 정책현안과제의 발굴 · 조정, 보건복지 분야에 관한 미래전략의 개발
감사관		보건복지부 본부 · 소속기관 및 산하단체에 대한 감사, 공직자 재산등록 및 심사, 사정업무
한방정책관		한방정책 수립 · 조정, 한방의료인력 수급 · 관리, 한약처방 표준화, 한약재 규격기준 · 수급 및 품질관리
혁신인사팀		공무원의 임용 · 복무 · 교육훈련 및 인사사무, 변화관리 및 혁신업무
총 무 팀		문서, 서무, 용도, 회계, 면허등록 및 시설공사 업무
정 책 홍 보 관 리 실	성과조직팀	성과관리기본계획의 수립 및 총괄, 성과관리 지표의 총괄 및 조정, 주요사업의 성과관리 및 평가환류, 조직 및 정원의 관리
	법 무 팀	법령안의 입안 및 심사, 규제개혁 관련업무, 소송사무 수행 및 행정심판업무, 법규집 편찬 · 발간 및 법령 질의 회신 총괄
	정보화팀	정보화 장 · 단기 계획수립 및 추진, 보건복지 행정정보시스템 구축 · 운영
	통 계 팀	보건복지통계관련 계획의 수립 및 평가, 보건복지통계 정보시스템의 구축 및 운영, 보건 복지통계의 생산 및 관리, 보건복지백서의 발간
	재정기획관	각종 정책과 계획의 수립 종합 및 조정, 예산편성 및 집행의 조정, 결산, 자금의 배정 및 관리, 사회문화정책 관계장관회의 운영, 국회 및 정당과의 협조업무에 대한 총괄 조정 · 수행
	국제협력관	보건복지분야의 국제협력 및 외국정부와의 협력, 조약 또는 국제협정, 국외기술훈련, 개도국 및 북한지원 종합계획 수립 · 조정, 보건복지분야의 통상협력에 관한 종합계획의 수립 · 조정 및 시행, 보건복지분야 다자 및 양자 통상업무 총괄 · 수행, 보건복지분야 통상관련 국제기구 협력
	홍보관리관	보건복지 주요정책에 관한 대국민 홍보계획의 수립 및 보도자료 배포, 보건복지정책과 관련된 각종 정보 및 상황관리
	비상계획관	국가비상사태 대비계획 수립 및 조정, 정부연습, 직장예비군 및 민방위대 관리, 재난 및 국가위기관리 업무

*집필자 : 창의혁신담당관 김혜진

구 분		기 능
사 회 복 지 정 책 본 부		사회복지정책에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 사회안전망관련 정책의 수립·조정 및 평가, 사회복지담당공무원의 지원 및 복지전달체계에 관한 사항, 사회복지사 자격제도 운영, 지방 이양사업의 총괄
		국민기초생활보장사업 종합계획 수립·조정, 국민기초생활보장 수급자 선정·관리 및 소득·재산에 관한 업무, 국민기초생활보장 수급자의 최저생계비 결정, 국민기초생활보장 수급자의 급여 체계에 관한 사항, 긴급지원제도의 운영에 관한 사항
		의료급여제도에 관한 종합계획 수립, 의료급여수가 및 급여기준 수립·조정, 의료급여비용 청구·심사 및 지급제도 수립, 의료급여 수급권자 자격관리, 의료급여기금 운용 및 관리
		민간복지자원의 개발 및 육성, 부내 복권기금의 총괄, 기부 활성화 및 사회복지공동모금회의 지원 및 육성, 사회복지제도의 운영, 외국인간원조단체에 대한 지원, 사회복지 관련 법인 및 단체의 지원·육성 관리
		보건복지콜센터 운영관련 종합계획의 수립, 사회복지·사회보험·보건 의료 및 건강증진 관련 전화상담, 위기가정·아동학대·노인학대·자살·응급의료 등 긴급지원 관련 상담 및 기관 연계, 고객만족도 등 상담원 업무 평가
	장 애 인 정 책 관	장애인복지관련 종합계획의 수립 및 조정, 장애인 등록 및 판정에 관한 사항, 장애인의 권익증진 및 사회적 인식개선에 관한 사항, 장애예방과 발생에 관한 사항 총괄 및 조정, 장애인복지관련 국제협력
		장애인 편의증진에 관한 계획의 수립 및 평가, 장애인의 이동편의 지원에 관한 사항, 장애인복지 시설 및 권역별 재활센터 지원, 장애인재활보조기구의 개발 및 보급, 장애인의 재활정보 및 결연 사업, 장애인복지전문인력의 양성 및 지원, 장애인 자립생활 개발 및 보급
		장애인 직업재활 및 소득보장에 관한 계획 수립 및 조정, 장애인 일자리 창출에 관한 사항, 장애인생산품의 판매촉진에 관한 사항, 장애인 창업 지원 및 자립자금 대여사업
	지 역 복 지 서 비 스 정 책 관	지역복지서비스 확충을 위한 조사·연구 및 종합계획 수립, 지역복지서비스 사업의 총괄·조정 및 평가, 지역복지서비스 인력의 양성, 지역복지서비스 기관의 육성, 보건복지관련 일자리 창출에 관한 정책 총괄
		지역복지서비스 관련 사업의 개발계획 수립 및 평가, 지역복지서비스 개발계획의 시행에 관한 사항, 지역복지서비스혁신사업 전국 사업자 지정 및 관리에 관한 사항
		사회서비스 이용권 제도 운영을 위한 정보시스템 구축 및 운영, 사회서비스 이용권의 유통 및 사용내역 모니터링, 사회서비스관리센터 설립·운영에 관한 사항
		종합자활지원계획의 수립 및 조정, 자활사업에 대한 조사 및 평가, 취약계층을 위한 일자리 창출에 관한 사항, 자활사업대상자의 선정 및 관리, 자활기관협의체의 운영지원, 저소득층에 대한 자금대여 총괄

구 분		기 능
보건의료정책본부	의료정책팀	보건의료정책에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 종합전문요양기관의 인정 등 의료전달체계의 수립 및 조정, 의료보수의 관리 및 의료기술 평가·인정에 관한 사항, 의료기관의 평가 및 표준 진료 지침 개발 등 의료의질 관리제도의 수립 및 평가, 의료기관의 감염대책 및 의료기관의 세탁물 및 급식에 관한 사항
	의료자원팀	보건의료인력 수급정책 수립 조정, 보건의료인 국가시험 및 전문의 자격시험의 관리에 관한 사항, 의료시설 확충에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 보건의료자원의 실태조사 및 분석, 의료법인의 관리 및 의료기관의 회계기준에 관한 사항, 보건의료인력 및 보건의료기관에 대한 의료감시 및 행정처분, 응급의료정책의 수립 및 조정, 특수의료장비 수급관리 및 의료용 방사선 장비의 안전 관리 관련 정책수립 및 조정, 병원분규 및 의료분쟁의 조정에 관한 사항
	식품정책팀	식품위생정책에 관한 종합계획 수립 및 조정, 식품위생제도에 관한 조사·연구 및 홍보, 식품위생심사위원회의 운영
	의약품정책팀	약무정책에 관한 종합계획 수립 및 조정, 약사제도에 관한 조사 및 연구, 의약품 등의 가격 및 유통정책 수립·조정, 의료용구 및 화장품 관련제도의 수립 및 운영
	공공의료팀	공공보건의료 관련 종합계획의 수립 및 조정, 국립의료원·지방의료원 및 적십자병원의 지원 육성, 공공보건의료기관 경영평가 및 혁신 지원, 공공보건의료 사업지원단의 운영, 외국인 근로자 등 소외계층에 의료서비스 지원사업
	생명지원팀	혈액정책에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 혈액·장기이식·인체조직 및 제대혈관련 법령에 관한 사항, 혈액수급대책의 수립 및 혈액수가의 관리, 등록헌혈제 도입 및 혈액제도의 조사 연구, 장기 및 인체조직의 기증 및 이식에 관한 정책의 수립 및 조정, 대한적십자사의 지원 및 관리
	건강투자기획팀	국민건강증진사업에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 국민건강증진에 관한 조사·연구, 국민건강증진관련 법령의 제정·개정, 지역보건의료계획에 관한 종합 및 조정, 보건소·보건지소 및 보건진료소에 대한 지원 및 육성, 공중보건의사·보건진료원 및 공중보건장학 관련제도의 수립 및 운영
	질병정책팀	감염질환 관련 정책의 종합조정 및 법령의 제·개정, 희귀질환 및 비전염성질환의 예방 및 관리, 국립결핵병원 및 국립소록도병원의 지원·육성, 결핵·한센병 및 후천성면역결핍증 등의 관련 법·단체의 지원, 국립검역소의 운영계획 수립 및 평가, 공중위생정책에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 원폭피해자에 대한 보호 및 지원
	암정책팀	암관리사업에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 암정복을 위한 조사·연구사업, 암센터 지원·육성, 암과 관련된 정보·통계의 수집·분석 및 제공, 암조기검진체계의 구축 및 관리
	정신건강팀	정신보건사업에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 정신질환자의 권익증진 및 사회적 인식 개선에 관한 사항, 마약·알코올 및 약물중독 등에 관한 예방 및 관리, 자살예방사업 관련 정책의 수립 및 조정, 정신보건에 관한 조사·연구

구 분			기 능
보 건 의 료 정 책 본 부	건 강 정 책 관	건강생활팀	국민건강행태 개선을 위한 교육 및 홍보, 국민건강관련 사항의 평가·조사 및 연구, 국민영양 상태의 평가 및 개선 지원, 금연 확산을 위한 제도 정비 및 계획의 수립·실행, 건강검진에 관한 종합계획의 수립 및 조정
		생활위생팀	구강보건사업에 관한 종합계획의 수립·조정 및 평가, 구강보건관련 법령에 관한 사항, 수돗물 불소농도 조정사업의 지원, 치과의료기관 및 치과의료기기관련 단체의 지원 및 육성, 공중위생 관련 정책의 수립 및 조정, 위생처리업 및 기타 위생용품에 관한 사항, 미용교육 및 제도 전문화에 관한 사항, 공중위생 및 구강보건에 관한 조사 및 연구
보 험 연 금 정 책 본 부	보 험 연 금 정 책 관	보험정책팀	건강보험제도에 관한 조사·연구 및 종합계획 수립·조정, 건강보험 재정관련 정책, 건강보험료 부과·징수의 총괄·조정, 피보험자 및 피부양자 자격관리, 건강보험제도에 관한 교육·홍보 및 통계관리
		보험급여팀	건강보험급여(약제 제외)에 관한 종합계획의 수립, 건강보험요양급여(약제 제외)의 기준 수립, 신의료기술·치료재료에 대한 본인일부부담기준의 수립, 건강보험요양급여비용의 본인일부 부담기준의 수립, 건강보험요양급여비용의 청구·심사(약제 제외) 및 지불체계의 수립
		보험평가팀	건강보험요양급여의 사후관리관련 종합계획의 수립 및 조정, 건강보험요양급여의 적정성평가관련 기본계획의 수립 및 운영, 건강보험요양기관의 감독 및 행정처분 등에 관한 사항, 요양기관 시설·장비·인력관리에 관한 사항, 과태료에 관한 사항
		보험약제팀	약제의 건강보험요양급여에 관한 종합계획의 수립, 약제에 대한 건강보험요양급여 대상여부의 결정 및 조정, 건강보험요양급여대상 약제의 상한금액 산정 및 조정을 위한 기준 수립, 약제에 대한 통상업무 지원
		보험관리구제팀	건강보험 권리구제 및 급여 제한 제도관련 종합계획의 수립 및 평가, 건강보험분쟁조정위원회의 운영에 관한 사항, 건강보험 권리구제 제도개선에 관한 사항, 건강보험 권리구제업무의 전산화 구축 및 관리에 관한 사항, 건강보험 급여제한 기준 및 처분에 관한 사항
	국 민 연 금 정 책 관	연금정책팀	국민연금제도의 개선 및 종합계획 수립·조정, 국민연금보험료 부과·징수 및 가입자의 자격관리, 국민연금관리공단에 대한 지도 감독, 국민연금업무 정보화추진계획 수립, 사회보장협정에 관한 사항
		연금재정팀	국민연금기금운용계획의 수립 및 조정, 국민연금기금의 지배구조관련 및 투자다변화정책의 수립, 국민연금 재정추계계획의 수립, 국민연금기금의 출납·결산 등 회계관리, 국민연금 복지 사업계획의 수립 및 조정
		연금급여팀	국민연금 급여지급계획의 수립, 국민연금제도 및 기준 관리 개선, 국민연금 수급자의 사전·사후 관리 및 기준에 관한 사항, 국민연금 심사·재심사 청구에 관한 사항, 국민연금 급여제도에 관한 연구·조사 및 통계에 관한 사항

구 분		기 능	
보 건 산 업 육 성 사 업 단	보건산업정책팀	보건의료산업정책에 관한 종합계획 수립, 보건의료생명공학관련 육성계획 수립, 보건의료신기술의 연구개발 지원, 보건의료산업체의 해외진출 지원 및 국제협력에 관한 사항, 생물안전관리 종합계획의 수립, 보건산업진흥원의 육성 및 지원	
	보건산업기술팀	보건의료생명공학관련 육성계획 수립, 보건의료 연구개발 예산의 총괄 및 조정, 보건의료신기술의 연구개발 지원, 의약품산업 육성계획 수립, 의료기기산업 육성계획 수립, 혁신형 연구중심병원 육성에 관한 사항	
	생명윤리안전팀	생명윤리 및 안전에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 국가생명윤리심의위원회 운영, 생명윤리 및 안전에 관한 연구사업 및 교육의 지원·육성, 배아의 생성 및 보호에 관한 제도의 수립 및 운영, 배아연구의 승인체계 구축 및 관리, 유전자검사 및 유전자은행 관련 제도의 수립 및 운영, 개인 유전정보 보호를 위한 대책의 수립	
	보건의료정보팀	보건의료정보화 종합계획의 수립 및 조정, 보건의료정보화 추진을 위한 사업추진, 보건의료정보의 표준화에 관한 사항, 건강정보 보호에 관한 사항, 원격의료서비스에 관한 사항, 소비자건강정보에 제공에 관한 사항, 보건의료정보화 관련 국제협력에 관한 사항	
생 명 과 학 단 지 조 성 사 업 단	생명과학단지팀	오송생명과학단지의 중·장기 발전계획의 수립 및 조정, 오송생명과학단지내 연구지원시설의 설립 및 운영계획 수립, 오송생명과학단지의 국내외 홍보 및 투자유치 전략 수립, 오송생명과학단지의 분양 및 유치업종 배치계획의 수립, 오송생명과학단지 관련 국유재산 소유권 이전 및 취득재산의 관리에 관한 사항	
	국책기관이전팀	국책기관 이전계획의 수립 및 조정, 국책기관 이전 사업의 관리 총괄, 기본·실시설계과업지시서의 작성 및 설계도 검토, 건축관련 제반시설 및 공사의 신기술 도입에 관한 사항, 건축·토목·조경 시설, 전기·통신 등 소방시설, 방범·보안 등 건물자동화 시설의 계획·설계 및 공사에 관한 사항, 환경·재해·교통영향평가에 관한 사항	
저 출 산 및 고 령 화 사 회 정 책 본 부	정 책 총 괄 관	기획총괄팀	저출산·고령사회 기본계획 및 시행계획의 수립 및 총괄, 저출산 및 고령화관련 정책에 필요한 자원 조달 총괄, 저출산·고령사회위원회의 운영 지원, 저출산·고령화관련 대외협력 및 민간 활동 지원, 저출산 고령화관련 대외협력 및 민간활동 지원
		저출산 대책팀	저출산관련 기본계획 및 시행계획의 수립 및 조정, 저출산 관련 정책의 총괄, 다자녀가정의 사회적 지원에 관한 정책의 조정 및 개발, 임신·출산 및 자녀양육의 지원에 관한 정책의 수립 및 조정
		노후생활팀	노후생활관련 기본계획의 수립 및 조정, 노후생활관련 정책의 총괄, 노후소득보장에 관한 정책의 수립 및 조정, 노인건강보장에 관한 정책의 수립 및 조정, 노인주택·노인여가 및 노인문화 등에 관한 정책의 수립 및 조정, 노인친화적 사회 문화환경 조성에 관한 사항
		인력경제팀	저출산 및 고령화 대비 인력·재정·금융 등에 관한 기본계획 및 시행계획의 총괄 조정, 저출산 및 고령화 대비 인력·재정·금융 등에 관한 정책의 총괄 및 조정, 인구변동에 따른 적정인구 구조 및 규모분석에 관한 사항
		고령친화 산업팀	고령친화산업과 관련된 종합계획의 수립·조정, 고령친화산업과 관련된 규제의 완화를 위한 관련법령의 정비 총괄·조정, 고령친화산업과 관련된 전문인력의 양성 총괄·조정, 고령친화 산업의 개발·지원, 고령소비자의 안전 및 보호기준에 관한 사항

구 분		기 능
저출산 및 고령화 사회 정책 본부	노인 정책 관	노인보건복지에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 경로연금 등 노인소득보장에 관한 사항, 경로 호친사상 양양 및 경로우대제에 관한 사항, 유로노인주거복지시설·주택의 지원 및 육성에 관한 사항, 노인주거개선에 관한 사항
		노인 일자리 및 사회활동의 지원, 결연·급식 등 재가노인 보건복지사업, 노인관련 여가시설의 운영 지원, 농어촌 복합노인복지시설의 조성에 관한 사항, 노인주간 및 노인의 날 행사 지원, 노인확대 예방에 관한 사항. 매장·화장·묘지 등 장사에 관한 사항
		노인요양보장에 관한 종합계획의 수립·조정 및 평가, 노인보건예방사업 등 노인보건사업종합계획 수립, 노인요양보장관련 시범사업의 시행 및 평가, 노인요양보장제도의 재정운영 및 재정추계에 관한 사항, 가입자관리 및 전산개발 등 노인요양보장제도의 기반에 관한 사항, 노인요양보장 제도에 관한 조사 및 연구, 치매 및 중풍 등 중증질환 노인에 대한 지원대책의 수립
		노인요양보장 관련 시설확충 종합계획의 수립에 관한 사항, 노인요양보장관련 전문인력의 양성, 노인요양대상 선정을 위한 판정기준의 개발에 관한 사항, 노인요양서비스 제공계획 등 관리체계에 관한 사항, 노인요양서비스의 질 평가에 관한 사항, 노인양로시설·노인의료복지 시설 및 재가노인복지시설의 지원 및 육성에 관한 사항
	인구 아동 정책 관	인구 및 출산지원관련 종합계획의 수립 및 조정, 인구·출산 및 아동관련 정책의 총괄, 출산 친화적 직장 및 사회 분위기 조성을 위한 대책에 관한 사항 임신 및 출산 등에 관한 종합정보의 제공, 보건복지관련 여성정책에 관한 기본계획의 총괄 및 조정, 보건복지관련 인력의 성 평등 의식 제고, 건전가정의례의 보급에 관한 사항
		출산지원에 관한 정책의 개발 및 지원, 모자보건에 관한 종합계획의 수립 및 평가, 임신부 및 영유아에 대한 관리 및 지원, 모유수유 장려에 관한 사항, 산후조리원의 관리에 관한 사항, 인공임신중절의 예방대책에 관한 사항
		아동 안전·권리정책에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 아동정책조정위원회의 운영에 관한 사항, 아동학대의 예방 및 학대받는 아동의 보호에 관한 사항, 아동의 권익증진에 관한 사항, 어린이주간 및 어린이 날에 관한 사항, 실종아동 등의 보호 및 지원에 관한 사항
		아동복지정책에 관한 종합계획의 수립 및 조정, 지역사회 아동의 복지증진에 관한 사항, 아동의 급식에 관 사항, 아동의 가정위탁 등 가정보호아동의 지원 및 관리, 아동의 입양지원 및 사후 관리에 관한 사항, 아동입양에 관련된 국제협약에 관한 사항, 입양주간 및 입양의 날에 관한 사항, 아동복지시설의 지원

제 5 절

보건복지 정원 현황*

(2007.12.31 현재, 단위 : 명)

기 관 별		계	정무직	별정직	계약직	일반직	기능직
총 계		3,461	2	87	11	2,439	922
본 부	소 계	642	2	9	2	554	75
	장 · 차 관 실	14	2	3	2	3	4
	전 략 조 정 팀	5				5	
	감 사 관 실	14				12	2
	한 방 정 책 관 실	16				14	2
	혁 신 인 사 팀	13				11	2
	총 무 팀	29				17	12
	정 책 홍 보 관 리 실	107		5		91	11
	사 회 복 지 정 책 본 부	106		1		95	10
	보 건 의 료 정 책 본 부	104				92	12
	보 험 연 금 정 책 본 부	71				65	6
	보 건 산 업 육 성 사 업 단	36				33	3
	생 명 과 학 단 지 조 성 사 업 단	18				17	1
	저 출 산 고 령 사 회 정 책 본 부	109				99	10
소 속 기 관	소 계	2,819		78	9	1,885	847
	국 립 의 료 원	713		9	1	517	186
	질 병 관 리 본 부	107				96	11
	국 립 보 건 연 구 원	135				127	8
	국 립 검 역 소	331				250	81
	국 립 정 신 병 원(5)	925		27	5	520	373
	국 립 소 록 도 병 원	201		5		72	124
	국 립 재 활 원	233		35	1	163	34
	국 립 결 핵 병 원(2)	167			2	135	30
	국 립 망 향 의 동 산 관 리 소	7		2		5	

*집필자 : 창의혁신담당관 김혜진

제2장

예산 현황*

제1절

2007년 예산 개요

2007년도 보건복지부 일반회계 세출예산은 11조 5,292억원으로 2006년도 대비 18.8% 증가한 것으로 정부 일반회계 세출예산 156조 7,177억원의 7.4%를 차지하고 있다.

〈표 3-2-1〉 2007년도 정부예산과 보건복지예산 대비

(단위 : 백만원)

구 분	2006	2007	증 감	증감률(%)
정부예산(A)	146,962,504	156,717,719	9,755,215	6.6
보건복지예산(B)	9,706,335	11,529,241	1,822,906	18.8
B/A (%)	6.6	7.4	18.7	-

* 일반회계 기준

*집필자 : 재정운용담당관 염민섭

〈표 3-2-2〉 2007년도 보건복지부 예산증감 현황(총괄)

(단위 : 백만원)

구 분	2006 예산	2007 예산	증 감	증감률(%)
계	10,414,426	11,936,900	1,522,474	14.6
일반회계	9,706,335	11,529,241	1,822,906	18.8
국립의료원특별회계	67,494	-	△67,494	순감
재정융자특별회계	60,600	-	△60,600	순감
농특세관리특별회계	164,488	-	△164,488	순감
농어촌구조개선특별회계	-	73,024	73,024	순증
균형발전특별회계	-	987	987	순증
국유재산특별회계	45,605	-	△45,605	순감
에너지및자원사업특별회계	271,500	157,520	△113,980	△42.0
책임운영기관특별회계	98,404	176,128	77,724	79.0

제2절

분야별 예산내역

2007년도 보건복지예산의 분야별 세출예산 내역을 보면 사회복지분야 예산은 8조 1,544억원으로 전체 예산의 68.3%, 보건분야 예산은 3조 5,050억원으로 29.4%를 차지하고 있으며, 인건비 2,587억원(2.2%), 기본사업비가 424억원(0.3%), 내부거래가 2,775억원(2.3%)으로 책정되어 있다.

〈표 3-2-3〉 분야별 세출예산 현황

(단위 : 백만원)

구 분	2006예산 (A)	2007예산 (B)	증 감 (B-A)	증감률(%)
합 계	10,414,426	11,936,900	1,522,474	14.6
■ 일반지출계	10,133,889	11,659,412	1,525,523	15.1
• 사회복지분야	6,530,109	8,154,431	1,624,322	24.9
- 기초생활보장	5,341,819	6,575,921	1,234,102	23.1
- 취약계층지원	535,338	720,211	184,873	34.5
- 공적연금(농어민연금)	67,300	500	△66,800	△99.3
- 보육, 가족 및 여성	26,889	31,334	4,445	16.5
- 노인	406,534	572,758	166,224	40.9
- 사회복지일반	152,229	253,707	101,478	66.7
• 보건분야	3,603,780	3,504,981	△98,799	△2.7
- 보건의료	378,796	393,950	15,154	4.0
- 건강보험	3,224,984	3,111,031	△113,953	△3.5
■ 전출금 등	280,537	277,488	△3,049	△1.1
• 회계, 계정간거래	91,213	82,553	△8,660	△9.5
• 기금전출금	189,324	194,935	5,611	3.0
※ 별도 통계				
• 인건비	235,431	258,719	23,288	9.9
• 기본경비	43,726	42,451	△1,275	△2.9

※ 일반회계 기준

제3장

보건복지가족 관계법령 제정 · 개정현황*

제 1 절

보건복지가족부 소관 법률 현황

(2008.6. 현재)

분 야	법 률 명	89개
기획조정	한국국제보건의료재단법, 한국보건복지인력개발원법	2
보건의료정책	보건의료기본법, 의료법, 의료기사등에관한법률, 시체해부및보존에관한법률, 식품위생법, 건강기능식품에관한법률, 약사법, 화장품법, 마약류관리에관한법률, 의료기기법, 장기등이식에관한법률, 인체조직안전및관리등에관한법률, 응급의료에관한법률, 공공보건의료에관한법률, 혈액관리법, 대한적십자사조직법, 차관지원의료기관지원특별법, 지방의료원의설립및운영에관한법률, 실험동물에 관한 법률, 어린이식생활안전관리 특별법, 식품안전기본법	21
건강보험	국민건강보험법	1
한의학정책	한의학육성법	1
건강정책	기생충질환예방법, 국민건강증진법, 보건환경연구원법, 전염병예방법, 검역법, 공중위생관리법, 위생사에관한법률, 후천성면역결핍증예방법, 결핵예방법, 국립암센터법, 암관리법, 정신보건법, 구강보건법, 농어촌등보건의료를위한특별조치법, 공중보건장학을위한특별법, 지역보건법, 한센인 피해사건의 진상규명 및 피해자 생활지원에 관한 법률, 건강검진기본법, 모자보건법	19

*집필자 : 규제개혁법무담당관 노홍인

분 야	법 률 명	89개
보건산업 육성	생명윤리및안전에관한법률, 보건의료기술진흥법, 한국보건산업진흥원법, 천연물신약 연구개발촉진법, 첨단의료복합단지 지정 및 지원에 관한 특별법	5
사회복지정책	사회보장기본법, 사회복지사업법, 농어촌주민의보건복지증진을위한특별법, 국민기초 생활보장법, 의료급여법, 외국인간원조단체에관한법률, 사회복지공동모금회법, 의사 상자에우에관한법률, 긴급복지지원법, 식품기부활성화에관한법률	10
연금정책	국민연금법, 기초노령연금법	2
저출산 고령사회정책	저출산·고령사회기본법, 고령친화산업진흥법, 노인복지법, 효행장려 및 지원에 관한 법률, 장사등에관한법률, 노인장기요양보험법, 건전가정의례의정착및지원에 관한법률, 결혼중개업의 관리에 관한 법률, 다문화가족지원법, 건강가정기본법, 가족친화사회환경의조성촉진에관한법률, 한부모가족지원법	12
장애인 정책	장애인복지법, 장애인·노인·임산부등의편의증진보장에관한법률, 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률, 중증장애인생산물 우선구매 특별법안	4
아동 청소년 정책	아동복지법, 입양촉진 및 절차에 관한 특례법, 실종아동 등의 보호 및 지원에 관한 법률, 보호시설에있는미성년자의후견직무에관한법률, 영유아보육법, 청소년기본법, 청소년활동진흥법, 스카우트활동육성에관한법률, 한국청소년연맹육성에관한법률, 청소년복지지원법, 청소년보호법, 청소년의 성보호에 관한 법률	12

제 2 절

법률 제정·개정 현황

I 법률 제·개정 현황

○ 제정(8건)

: 한국보건복지인력개발원법, 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률, 기초노령연금법, 노인장기요양보험법, 효행장려 및 지원에 관한 법률, 한센인 피해사건의 진상규명 및 피해자 생활지원 등에 관한 법률, 결혼중개업의 관리에 관한 법률, 가족친화 사회환경의 조성 촉진에 관한 법률

○ 개정(43건)

: 노인복지법, 의료기기법, 전염병예방법, 화장품법, 대한적십자사조직법, 검역법, 약사법, 의료법, 장애인복지법, 국민연금법, 장사등에 관한 법률, 기초노령연금법, 국민기초생활 보장법, 식품위생법 등

II 법률 주요내용

1. 노인복지법 개정(법률 제8200호, 2007. 1. 3)

- 9월 21일을 치매극복의 날로 정하여 치매에 대한 사회적 인식을 제고하고, 치매상담센터를 시·군·구의 관할 보건소에 설치하여 노인들이 쉽게 방문하여 상담하고 조기 검진할 수 있도록 함.
- 노인학대 문제의 심각성에 대한 국민의 인식을 높이기 위해 노인학대의 정의규정에 정서적 폭력을 추가함.

2. 의료기기법 개정(법률 제8202호, 2007. 1. 3)

- ⊙ 과징금을 정확하게 산출하기 위하여 식품의약품안전청장 등은 관할 세무관서의 장에게 과세 정보 등의 자료요청을 할 수 있도록 함.
- ⊙ 업무정지처분에 갈음하여 과징금을 부과하였으나 납부기한 내에 납부하지 않은 경우 과징금 부과처분을 취소하고 업무정지처분을 집행할 수 있도록 함.

3. 전염병예방법 개정(법률 제8204호, 2007. 1. 3)

- ⊙ 제1군전염병환자의 격리수용 기간에 대한 근거규정을 법률에 규정함.

4. 한국보건복지인력개발원법 제정(법률 제8205호, 2007. 1. 3)

- ⊙ 한국보건복지인력개발원의 사업으로서 보건복지 관련업무 종사자·공무원 및 일반국민 등에 대한 교육훈련사업, 보건복지 교육훈련프로그램 연구개발·보급 및 관리, 보건복지 분야 전문가 및 교육훈련 강사의 양성 및 관리 등을 정함.
- ⊙ 인력개발원에 원장 1인을 포함한 11인 이내의 이사와 감사 1인을 두도록 하고, 원장 및 감사는 이사회에서 선임하되 보건복지부장관의 승인을 얻도록 하며, 임원의 자격·선임·임기·직무, 그 밖에 필요한 사항은 정관으로 정하도록 함.
- ⊙ 인력개발원은 정부의 출연금, 차입금, 그 밖에 수입금으로 운영하도록 함.

5. 화장품법 개정(법률 제8206호, 2007. 1. 3)

- ⊙ 식품의약품안전청장은 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한 내에 이를 납부하지 아니하는 때에는 대통령령이 정하는 바에 따라 과징금부과 처분을 취소하고 영업정지 처분을 하도록 함.

6. 대한적십자사조직법 개정(법률 제8248호, 2007. 1. 19)

- ⊙ 적십자사의 운영과 사업수행에 소요되는 회비모금을 목적으로 국가 및 지방자치단체에 대하여 자료요청권을 행사할 수 있는 내용을 명문으로 신설함.

7. 농어촌등 보건의료를 위한 특별조치법 개정(법률 제8334호, 2007. 4. 6)

- ⊙ 공중보건의사에게 근무지역 이탈금지 명령을 할 수 있는 사유를 야간 또는 공휴일 등에 진료를 하는 의료기관이 없는 지역 등의 경우로서 주민들의 건강보호를 위하여 필요한 때 등으로 개정
- ⊙ 보건진료원이 근무지역을 허가 없이 10일 이상 이탈했을 때 면직할 수 있도록 하던 것을 7일 이상 일상생활 권역을 이탈했을 때 면직할 수 있도록 함.

- ◎ 보건진료원의 근무지역 및 거주지역의 범위를 일상생활 및 통상적 경제활동에 필요하다고 시장·군수·구청장이 정하는 일상생활권역으로 확대

8. 의료기기법 개정(법률 제8335호, 2007. 4. 6)

- ◎ 의료기관 이외의 장소에서 자가 진단의 목적에 사용되는 의료기기 중 보건복지부령이 정하는 의료기기의 경우 의료기기 판매업신고를 하지 않고도 판매할 수 있도록 함.

9. 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 제정(법률 제8341호, 2007. 4. 10)

- ◎ 모든 생활영역에서, 장애인에 대한 장애를 사유로 한 부당한 차별을 금지할 수 있는 근거 마련
- ◎ 장애인 차별금지의 실효성을 보장하기 위하여, 국가인권위원회 내에 시정기구로서 장애인차별 시정소위원회를 설치
- ◎ 차별행위자가 시정권고를 정당한 사유 없이 이행하지 않을 경우, 법무부장관은 시정명령권 부여

10. 검역법 개정(법률 제8364호, 2007. 4. 11)

- ◎ 「검역법시행령」 제2조에 규정된 검역을 요하는 운송수단을 법률에 직접 규정
- ◎ 체계 정비를 통한 법문장 간결화·명확화

11. 약사법 개정(법률 제8365호, 2007. 4. 11)

- ◎ 약사 또는 한약사의 면허를 부여하는 결격사유에서 '파산자로서 복권되지 아니한 자'를 제외, 단, 의약품 제조·판매업허가 결격사유는 현행과 같이 유지
- ◎ 법문장 간결화 및 한글화

12. 의료법 개정(법률 제8366호, 2007. 4. 11)

- ◎ 의료인 면허의 결격사유에서 파산선고를 받고 복권되지 아니한 자 삭제
- ◎ 소아과 진료과목 명칭을 소아청소년과로 변경
- ◎ 체계 정비를 통한 법문장 간결화·명확화

13. 장애인복지법 개정(법률 제8367호, 2007. 4. 11)

- ◎ 정신적 장애를 발달장애 또는 정신적 질환으로 발생하는 장애로 새롭게 정의
- ◎ 장애인은 장애인 관련 정책결정과정에 참여 권리 규정

- 국가와 지방자치단체는 여성장애인의 권익을 보호하고 사회참여를 확대하기 위하여 기초 학습과 직업교육 등 필요한 시책 강구 의무 규정
- 방송프로그램의 방영요청 내용에 수화 또는 폐쇄자막 외에 화면해설 및 자막해설을 추가, 장애인의 특성을 고려하여 정보통신망 및 정보통신기기의 접근·이용에 필요한 지원 및 도구의 개발·보급 등 의무 규정
- 국가와 지방자치단체는 학생, 공무원, 근로자, 그 밖의 일반국민 등을 대상으로 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육 및 공익광고 등 홍보사업을 실시, 「초·중등교육법」에 따른 학교에서 사용하는 교과용 도서에 장애인에 대한 인식개선을 위한 내용 포함
- 국가 및 지방자치단체는 임신부인 여성장애인과 신생아의 건강관리를 위하여 경제적 부담능력 등을 감안하여 산후조리도우미를 지원 및 정기적 모니터링 실시

14. 기초노령연금법 제정(법률 제8385호, 2007. 4. 25)

- 기초노령연금의 지급대상을 65세 이상인 자로서 「국민기초생활보장법」 제2조제8호의 규정에 의한 본인가구(본인 및 배우자에 한한다)의 소득인정액이 대통령령이 정하는 금액 이하인 자로 함.
- 연금지급액은 「국민연금법」상 특례노령연금의 최저지급액을 참작하여 대통령령으로 정하되, 본인 및 그 배우자가 모두 연금을 지급받을 권리를 가지는 경우에는 각각에 대하여 연금액의 100분의 20을 감액함.
- 연금의 지급은 연금을 지급받고자 하는 자 또는 그 친족 그 밖의 관계인의 신청에 따라 지급하도록 함.
- 연금의 지급기간은 연금지급을 신청하여 수급권자로 결정된 경우 신청한 날이 속하는 달부터 연금을 지급받을 권리가 소멸한 날이 속하는 달까지 지급하도록 함.
- 노인의 기초생활을 보호하기 위하여 수급권은 이를 양도·압류하거나 담보에 제공할 수 없도록 함.
- 연금지급 대상의 확대에 따른 지방재정부담을 완화하고자 지방의 비용분담비율을 인하함 (경로연금 30%→ 기초노령연금 20%)

15. 노인장기요양보험법 제정(법률 제8403호, 2007. 4. 27)

- 장기요양 대상자는 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성질환자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요한 자

- ◎ 치매, 중풍 등으로 장기요양인정으로 판정을 받게 되는 노인 등은 재가급여(방문요양, 방문 목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호 등), 시설급여 또는 특별현금급여를 받을 수 있음
- ◎ 노인장기요양보험에 필요한 재원은 장기요양보험료, 국가지원 및 본인일부부담으로 구성됨

16. 국민연금법 개정(법률 제8426호, 2007. 5. 11)

- ◎ 외국인에 대한 국민연금 반환일시금의 지급 여부는 상호주의 또는 양국 간 사회보장협정에 의하여 결정되나
 - 「외국인근로자의 고용 등에 관한 법률」의 규정에 따른 외국인근로자로서 이 법을 적용받는 사업장에 사용된 자, 「출입국관리법」에 따라 산업연수활동을 할 수 있는 체류자격을 가지고 필요한 연수기간 동안 지정된 연수장소를 이탈하지 아니한 자로서 이 법을 적용받는 사업장에 사용된 자에 대해서는
 - 상호주의 또는 사회보장협정 체결과 관계없이 반환일시금을 지급하도록 규정
- ◎ 특히 가입자 자격을 상실하고 본국으로 돌아간 외국인 근로자에 대해서도 소급 적용

17. 청소년기본법 개정(법률 제8432호, 2007. 5. 11)

- ◎ 1998년 정부출연연구기관의 기능 재정립 이후 현재까지 기존 명칭을 그대로 사용하고 있는 한국청소년개발원에 대하여 그 연구기관으로서의 정체성을 높이기 위하여 그 명칭을 “한국 청소년개발원”에서 “한국청소년정책연구원”으로 변경

18. 공중위생관리법 개정(법률 제8488호, 2007. 5. 25)

- ◎ 공중위생영업자가 「풍속영업의 규제에 관한 법률」, 「청소년보호법」, 「의료법」을 위반하였을 경우에 적용되었던 것을 「성매매알선 등 행위의 처벌에 관한 법률」을 위반하였을 때에도 일정기간 그 영업을 정지하거나 영업소를 폐쇄하도록 함.

19. 장사등에 관한 법률 개정(법률 제8489호, 2007. 5. 25)

- ◎ 기존 묘지, 납골시설에 대한 친환경적인 대안으로 수목장 등 자연친화적인 자연장제도 도입
- ◎ 화장물의 급격한 증가에 따라 지방자치단체의 적극적인 대책마련 촉구를 위해 지방자치단체로 하여금 지역 수요를 충족시킬 수 있는 화장시설을 갖추도록 함.
- ◎ 일부 종교단체에서 설치하는 봉안시설의 경우 규모가 영세하고 분양사기 등의 문제를 야기 하여 봉안시설 설치자의 자격요건을 강화

20. 한국국제보건의료재단법 개정(법률 제8490호, 2007. 5. 25)

- 한국국제보건의료재단이 질병으로부터 인류의 건강을 보호·증진하여 국제협력증진과 인도주의 실현에 기여한 자에 대한 기념사업을 수행할 수 있도록 함.
- 「국유재산법」 및 「물품관리법」의 규정에 불구하고 국유재산 및 물품을 무상으로 양여 받을 수 있는 근거를 마련

21. 국민연금법 개정(법률 제8541호, 2007. 7. 23)

- 국민연금의 보험료율은 현행대로 9%를 유지
- 국민연금의 급여대체율은 현행 60%에서 2008년 50%로, 2009년부터 2028년까지 매년 0.5%p씩 낮추어 2028년 이후 40%로 인하
- 표준소득월액의 등급제를 폐지하여 실질소득을 기준으로 연금보험료 부과
- 병역의무 이행한 자에게 군복무기간 중 6개월을 국민연금 가입기간으로 인정
- 출산장려를 위하여 둘 이상의 자녀가 있는 가입자 또는 가입자이었던 자에게는 둘째 자녀에 대하여 12개월을, 셋째 자녀부터는 18개월을 가입기간에 추가적으로 인정
- 중복급여 조정제도 개선
- 이혼한 배우자에게 지급되는 분할연금을 그 배우자가 재혼하는 경우에도 계속 지급받을 수 있도록 함.

22. 기초노령연금법 개정(법률 제8557호, 2007. 7. 27)

- 기초노령연금의 지급액을 현행 가입자 평균소득의 5%에서 2028년까지 10%로 단계적으로 인상하되,
 - 연금지급액의 조정에 따른 소요재원대책, 상향조정 시기와 방법, 기초노령연금과 국민연금의 통합 등을 논의하기 위하여 2008년 1월부터 연금제도개선위원회를 국회에 설치·운영
- 본인 및 배우자가 모두 기초노령연금을 수령하는 경우 각각의 지급액에 대한 감액율을 현행 16.5%에서 20%로 높임
- 공적연금제도의 기반이 약화되지 않도록 기초노령연금의 병급조정 규정 삭제
- 2009년 1월 1일 당시 기초노령연금수급자가 65세이상인 자의 70% 수준으로 함.
- 금융실명제 적용 제외 등
 - 금융정보등을 제공하는 금융기관 등의 장은 명의인의 동의가 있을 때에는 금융정보등의 제공사실을 명의인에게 통보하지 아니할 수 있음

23. 약사법 개정(법률 제8558호, 2007. 7. 27)

- ⊙ 약사가 의심처방을 판단할 수 있는 기준과 범위를 보다 명확히 규정하여 의심처방의 객관성 제고
- ⊙ 약사가 의심나는 처방전을 의사에게 문의하지 않고 조제한 경우 현재 1년 이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있는 것을 300만원 이하의 벌금으로 낮춤

24. 의료법 개정(법률 제8559호, 2007. 7. 27)

- ⊙ 진단서, 증명서의 서식, 기재사항 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정함.
- ⊙ 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사는 의약품을 조제하는 약사가 「약사법」 제23조제2항의 규정에 따라 문의하는 때에는 응급환자 진료중이거나 약사의 문의에 응할 수 없는 경우 등을 제외하고 이에 응하여야 하고, 이를 위반한 경우 300만원 이하의 벌금에 처하도록 함.

25. 영유아보육법 개정(법률 제8563호, 2007. 7. 27)

- ⊙ 대체교사의 인건비에 대한 국가 또는 지방자치단체의 비용보조의 근거를 마련함.
- ⊙ 영아 또는 장애아를 전담하는 보육시설이 충분히 설치·운영되지 않고 있는 현실을 감안하여 영아 또는 장애아가 주로 이용하는 보육시설에 대하여 운영정지를 명하여야 하는 경우로서 그 운영정지가 보육시설을 이용하는 영아 또는 장애아에게 심한 불편을 줄 우려가 있는 때에는 운영정지처분에 갈음하여 보육시설 정원의 감축 또는 아동모집의 정지 조치를 취할 수 있도록 하여 영아 또는 장애아의 피해를 최소화함.

26. 청소년활동진흥법 개정(법률 제8570호, 2007. 7. 27)

- ⊙ 국가청소년위원회가 시장·군수·구청장 등으로부터 청소년수련시설과 청소년이용시설 등의 실제적인 운영현황 등에 관한 자료를 정기적으로 보고 또는 제출받을 수 있는 법적 근거를 마련
- ⊙ 청소년수련활동인증제도의 신뢰성과 효율성을 높이기 위하여 청소년수련활동인증의 사후관리에 관한 사항을 정함.

27. 노인복지법 개정(법률 제8608호, 2007. 8. 3)

- ⊙ 홀로 사는 노인에 대한 지원 및 대책 마련
- ⊙ 노인장기요양보험을 대비한 노인복지시설의 개편
 - 노인복지시설에 있어 무료·실비·유료시설의 구분을 없애고 양로시설, 노인복지주택, 노인요양시설 등으로 구분하는 한편, 노인공동생활가정을 노인복지시설의 종류에 추가

- ◎ 노인복지주택의 분양·임대 등의 제한
 - 60세 미만의 노인에게 노인복지주택을 양도·임대하는 행위 등을 금지하고, 이를 위반한 경우 벌칙 부과
- ◎ 요양보호사 자격증 제도 도입
 - 노인들에게 양질의 요양서비스를 제공하고, 노인장기요양보험제도의 도입에 따라 전문인력을 양성 및 노인 등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 업무를 전문적으로 수행하도록 함.
- ◎ 실종노인에 대한 신고의무 등 도입
 - 실종노인의 보호를 위하여 체계적이고 효율적인 관리시스템을 마련 및 보호 강화

28. 의사상자에 관한 법률 개정(법률 제8609호, 2007. 8. 3)

- ◎ 의사상자의 개념을 구체적으로 규정 및 의사상자 인정 신청 절차 정비
 - 주소지 외 구조행위장소의 시장·군수·구청장에게도 신청 가능
 - 시장·군수·구청장의 직권으로 의사상자 인정 신청
- ◎ 전국가구의 가계소비지출액 등을 고려하여 의사상자의 의로운 행위에 대한 희생과 부상의 정도에 상응하게 보상기준 마련
- ◎ 예측하지 못한 후유증 등 부상이 악화된 경우 종전의 부상 상태에 해당하는 부상등급 변경 절차 신설
- ◎ 구제행위로 인한 물적 피해 보상

29. 효행장려 및 지원에 관한 법률 제정(법률 제8610호, 2007. 8. 3)

- ◎ “효”라 함은 자녀가 부모 등을 성실하게 부양하고 이에 수반되는 봉사를 하는 것을 말하고, “부모 등”이라 함은 「민법」 제777조의 친족에 해당하는 존속으로 정의
- ◎ 보건복지부장관은 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 효행장려기본계획을 5년마다 수립 및 3년마다 부모부양가정 실태조사 실시
- ◎ 효문화 진흥과 관련된 사업과 활동을 지원하고 장려하기 위하여 효문화진흥원을 설치할 수 있고, 효문화진흥원은 법인으로 함.
- ◎ 효에 대한 사회적 관심과 자녀들의 효 의식 고취를 위하여 10월을 효의 달로 정하고, 효행 우수자 표창 등

30. 청소년의 성보호에 관한 법률 개정(법률 제8634호, 2007. 8. 3)

- ◎ 지상파 방송업자의 홍보영상 송출

- ④ 피해 청소년의 보호 확대·강화
- ④ 청소년 대상 성범죄자의 신상정보 등록 및 열람의 강화

31. 국민기초생활보장법 개정(법률 제8641호, 2007. 10. 17)

- ④ 국고 차등보조
 - 국가부담 : 100분의 40이상, 100분의 90 이하
 - 특별시, 광역시, 도 부담 : 국고부담 제외분의 100분의 30이상, 100분의 70이하
 - 시군구 : 나머지를 분담
- ④ 금융실명제 예외규정 신설

32. 대한적십자사조직법 개정(법률 제8642호, 2007. 10. 17)

- ④ 국가 또는 지방자치단체로부터 자금이나 사업비를 보조 또는 용자받아 시행하는 사업은 그 사업계획을 작성할 때뿐만 아니라 이를 변경하는 경우에도 주무부장관의 승인을 받도록 함.
- ④ 보건복지부장관과 국회에 제출하는 세입·세출결산서에 공인회계사 또는 회계법인의 회계 감사보고서를 첨부하도록 하여 세입·세출결산에 대한 관리체계를 강화함.

33. 약사법 개정(법률 제8643호, 2007. 10. 17)

- ④ 의약품의 연구·개발, 의약품 제조 등 분야별 전문화를 통하여 경쟁력을 강화하고 의약품의 품질 개선과 소비자안전을 도모하기 위하여 의약품의 품목 허가와 제조업 허가를 분리
- ④ 그 중세가 가벼운 정신질환자로서 전문의가 약사 또는 한약사 업무를 수행할 능력이 있다고 인정하는 경우에는 약사 또는 한약사의 면허를 취득할 수 있도록 함.

34. 한센인 피해사건의 진상규명 및 피해자 생활지원 등에 관한 법률 제정(법률 제8644호, 2007. 10. 17)

- ④ 한센병 환자에 대한 격리수용과정에서 발생한 감금·폭행·단종 등의 인권유린과 한센인에 대한 학살사건 등 한센인피해사건의 진상규명에 필요한 사항을 규정
- ④ 한센인피해사건의 피해자에 대한 실태조사 및 생활·의료지원

35. 한의약육성법 개정(법률 제8645호, 2007. 10. 17)

- ④ 한방의료와 한약을 이용한 보건의료산업기술의 발전을 위하여 이와 관련된 연구개발을 수행할 기관·단체를 지정하여 연구개발에 사용되는 비용을 보조할 수 있게 함.

- ◎ 한방산업단지 조성시 「산업입지 및 개발에 대한 법률」 준용

36. 화장품법 개정(법률 제8646호, 2007. 10. 17)

- ◎ 화장품에 함유된 모든 성분 표시(다만, 인체에 무해한 소량함유성분 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 제외)
- ◎ 화장품 전성분을 한글용어(필요한 경우 INCI)로 표기

37. 위생사에 관한 법률 개정(법률 제8647호, 2007. 10. 17)

- ◎ 그 중세가 가벼운 정신질환자로서 전문의가 위생사의 업무를 수행할 능력이 있다고 인정하는 경우에는 위생사 시험의 응시 및 면허취득을 할 수 있도록 함.

38. 응급의료에 관한 법률 개정(법률 제8648호, 2007. 10. 17)

- ◎ 그 중세가 가벼운 정신질환자로서 전문의가 응급구조사의 업무를 수행할 능력이 있다고 인정하는 경우에는 응급구조사가 될 수 있도록 함.

39. 의료기기법 개정(법률 제8649호, 2007. 10. 17)

- ◎ 그 중세가 가벼운 정신질환자로서 전문의가 의료기기의 제조업을 수행할 능력이 있다고 인정하는 경우에는 의료기기의 제조업허가를 받을 수 있도록 함.

40. 의료기사 등에 관한 법률 개정(법률 제8650호, 2007. 10. 17)

- ◎ 그 중세가 가벼운 정신질환자로서 전문의가 의료기사 등의 업무를 수행할 능력이 있다고 인정하는 경우에는 의료기사 등의 면허를 취득할 수 있도록 함.

41. 의료법 개정(법률 제8651호, 2007. 10. 17)

- ◎ 그 중세가 가벼운 정신질환자로서 전문의가 의료인의 업무를 수행할 능력이 있다고 인정하는 경우에는 의료인이 될 수 있도록 함.

42. 장애인복지법 개정(법률 제8652호, 2007. 10. 17)

- ◎ 그 중세가 가벼운 정신질환자로서 전문의가 의지·보조기 기사 업무를 수행할 능력이 있다고 인정하는 경우에는 의지·보조기(義肢·補助器) 기사 시험에 응시할 수 있도록 함.

43. 한부모가족지원법 개정(법률 제8655호, 2007. 10. 17)

- ⊙ 제명을 「모부자복지법」에서 「한부모가족지원법」으로 변경
- ⊙ 자녀가 취학중인 때에는 22세 미만까지 확대하여 지원
- ⊙ 65세 이상의 고령자들과 손자녀로 구성되어 있는 조손가족의 경우도 이 법에 따른 보호대상자로 함으로써 조손가족의 생활안정과 복지증진을 도모
- ⊙ 법문장의 한글화, 간결화

44. 결혼중개업의 관리에 관한 법률 제정(법률 제8688호, 2007. 12. 14)

- ⊙ 국내결혼중개업을 하고자 하는 자는 시장·군수·구청장에게 신고를 하도록 하고, 국제결혼중개업을 하고자 하는 자는 대통령령이 정하는 허가기준을 갖추어 보건복지부장관의 허가를 받도록 함.
- ⊙ 「직업안정법」에 따른 직업소개사업을 하는 자나 「파견근로자보호 등에 관한 법률」에 따른 근로자파견사업을 하는 자는 국제결혼중개업 또는 국내결혼중개업을 수행할 수 없도록 함.
- ⊙ 결혼중개업을 운영하는 자는 결혼중개에 관한 정보의 내용을 광고 또는 설명함에 있어서 허위 또는 과장된 정보를 제공하지 못하도록 함.
- ⊙ 결혼중개업에 종사하거나 종사하였던 자는 그 업무상 알게 된 개인정보를 누설하거나 타인의 이용에 제공하는 등 부당한 목적을 위하여 사용하지 못하도록 함 등

45. 공중위생관리법 개정(법률 제8689호, 2007. 12. 14)

- ⊙ 이·미용사 면허인정 범위확대 : 「학점인정에 등에 관한 법률」에 따른 학위취득자도 면허 수여
- ⊙ 정신보건법상 정신질환자 중 전문의가 업무를 수행할 수 있다고 인정하는 자는 결격사유에서 제외

46. 국민건강증진법 개정(법률 제8690호, 2007. 12. 14)

- ⊙ 담배갑 포장지에 발암물질 표기 의무화(비소 등 6개 발암물질과 보건복지부령으로 정하는 발암물질)

47. 사회복지사업법 개정(법률 제8691호, 2007. 12. 14)

- ⊙ 사회복지사 보수교육 실시 의무화
- ⊙ 사회복지관 정의규정 신설
- ⊙ 시설종사자 처우개선 등

48. 응급의료에 관한 법률 개정(법률 제8692호, 2007. 12. 14)

- 구급차·철도차량·항공기·선박·다중이용시설 등에 자동제세동기 등 심폐소생술을 행할 수 있는 응급장비를 갖추도록 함.
- 의료인과 응급구조사 외에 다중이용시설 등에서 안전업무 등을 수행하는 직원에게도 구조 및 응급처치에 관한 교육을 받도록 함.

49. 의료기사등에 관한 법률 개정(법률 제8693호, 2007. 12. 14)

- 파산자의 사회복귀를 지원하기 위하여 그 변제능력의 상실과 관련이 없는 업무에 종사하는 의료기사의 결격사유에서 파산자를 제외

50. 가족친화 사회환경의 조성 촉진에 관한 법률 제정(법률 제8695호, 2007. 12. 14)

- 5년마다 가족친화 사회환경 조성 기본계획을 수립
- 가족친화 사회환경 조성 정책의 수립·시행을 위하여 기업·공공기관 및 마을의 가족친화 사회환경 조성 실태에 관한 조사를 3년마다 실시
- 가족친화 사회환경을 조성하기 위하여 가족친화제도에 대한 컨설팅, 직장 내 가족친화 교육 실시 및 강사양성, 가족친화 프로그램 개발·보급 등에 관한 사항을 지원하고, 가족친화 프로그램의 개발 및 보급 등의 사업을 추진할 수 있도록 하며, 기업 및 공공기관의 가족친화 지수를 측정하고 공표할 수 있도록 함.
- 가족친화제도를 모범적으로 운영하고 있는 기업 또는 공공기관에 대하여 가족친화인증

51. 식품위생법 개정(법률 제8779호, 2007. 12. 21)

- 원산지 표시대상 영업자의 범위 및 표시 대상 품목을 확대
- 식품관리의 안전성을 제고하기 위하여 식품의 제조단계부터 판매단계까지의 각 단계별 정보를 기록·관리하는 식품이력추적관리제도를 도입
- 유흥종사자를 둘 수 있도록 규정한 영업소를 제외한 식품접객영업소에서接客 및 알선행위 금지

제3절

대통령령 제정·개정 현황

1. 건강기능식품에 관한 법률 시행령 개정(대통령령 제19836호, 2007. 1. 18)

- ④ 건강기능식품의 안전성을 확보하고 그 품질을 향상시키기 위하여 건강기능식품 제조업자가 의무적으로 고용하도록 하고 있는 품질관리인의 자격기준과 관련하여 건강기능식품 뿐만 아니라 일반식품 또는 식품첨가물 등 관련 분야의 제조업에 종사한 경력도 자격기준에 해당하는 것으로 인정
- ④ 그 밖에 학력·경력 및 관련 분야 등과 관련된 품질관리인의 자격기준을 대폭 완화하여 지방에 소재하거나 중소 규모의 건강기능식품 제조업자들도 품질관리인을 쉽게 고용할 수 있게 함.

2. 국민건강증진법 시행령 개정(대통령령 제19878호, 2007. 2. 8)

- ④ 「국민건강증진법」이 개정(법률 제8004호, 2006. 9. 27. 공포, 2006. 12. 28. 시행)되어 국민건강증진에 관한 주요사항을 심의하기 위하여 국민건강증진정책심의위원회를 구성하고, 담배의 제조자와 수입판매업자에게 부과하는 국민건강증진부담금의 납부 보전을 위해 담보를 제공할 수 있도록 함에 따라
 - 국민건강증진정책심의위원회의 운영 및 국민건강증진부담금의 납부담보액, 담보의 종류 등을 규정

3. 장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률 시행령 개정(대통령령 제19882호, 2007. 2. 12)

- ④ 장애인·노인·임산부등의 편의증진에 관한 중요사항을 심의하는 편의증진심의회의 위원에 장애인복지 뿐만 아니라 노인과 여성복지에 관한 전문지식과 경험이 풍부한 자를 위촉하도록 함.

- ◎ 지역아동센터, 조산소(산후조리원) 등의 시설에 장애인 등을 위한 편의시설을 설치하도록 하며, 임신부를 위한 휴게시설과 여성용 화장실에 영유아용 거치대를 설치하도록 규정

4. 의료급여법 시행령 개정(대통령령 제19918호, 2007. 2. 28)

- ◎ 1종수급권자의 외래진료시 의료급여비용의 일부를 본인이 직접 부담
- ◎ 의료서비스 이용이 남용되지 않도록 하고, 본인부담금 제도의 도입에 따른 수급권자의 경제적 부담을 줄이기 위해 본인부담금이 일정한 금액을 초과하는 경우 그 일부를 시장·군수·구청장이 지급하도록 함.

5. 모·부자복지법 시행령 개정(대통령령 제19946호, 2007. 3. 22)

- ◎ 「모·부자복지법」이 개정(법률 제8119호, 2006. 12. 28. 공포, 2007. 1. 1. 시행)되어 국내에 체류하고 있는 외국인 중 대한민국 국민과 혼인하여 대한민국 국적의 아동을 양육하고 있는 자로서 「출입국관리법」 제31조에 따른 외국인 등록을 마친 자를 「모·부자복지법」의 위임에 따른 외국인에 대한 특례 대상자로 정하여 동법에 따른 지원과 보호를 받을 수 있게 하려는 것임

6. 아동복지법 시행령 개정(대통령령 제19969호, 2007. 3. 27)

- ◎ 성폭력예방 교육의 실시시기·시간 등 성폭력예방교육의 실시에 관한 기준을 정함.
- ◎ 아동복지시설 종사자의 범위에 입소아동에 대한 상담·지도 및 사후관리 업무를 전담하는 자립지원전담요원을 신설

7. 의료법 시행령 개정(대통령령 제20001호, 2007. 4. 6)

- ◎ 종전에는 의료광고를 원칙적으로 금지하던 것을 앞으로는 일정한 기준에 해당하는 의료광고만을 금지하고 그 외의 광고는 허용하되, 의료광고를 하려면 사전에 심의를 받도록 하는 내용으로 「의료법」이 개정(법률 제8203호, 2007. 1. 3. 공포, 2007. 4. 4. 시행)됨에 따라
 - 의료광고가 금지되는 구체적인 기준과 의료광고 심의에 필요한 절차 등을 정함.

8. 한국보건복지인력개발원법 시행령 제정(대통령령 제20007호, 2007. 4. 12)

- ◎ 한국보건복지인력개발원에 대한 정부의 출연금, 자금차입의 승인 및 사업계획서·예산서의 승인 등 「한국보건복지인력개발원법」법에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 정함.

9. 의료법 시행령 개정(대통령령 제20031호, 2007. 4. 27)

- ◎ 의료기관의 경영 효율화를 위하여 의료법인이 부대사업으로 의료업 수행에 수반되는 의료정보 시스템 개발·운영사업을 할 수 있도록 하는 내용으로 「의료법」이 개정(법률 제8067호, 2006. 10. 27. 공포, 2007. 4. 28. 시행)됨에 따라
 - 전자의무기록의 작성·관리를 위한 시스템의 개발·운영사업 등 의료법인이 수행할 수 있는 의료정보시스템 개발·운영사업의 범위를 구체적으로 정함.

10. 암관리법 시행령 개정(대통령령 제20032호, 2007. 4. 27)

- ◎ 암발생의 원인 규명을 위한 역학조사 실시의 시기·방법 및 내용에 관한 사항
- ◎ 암환자에 대한 의료비 지급의 대상 및 기준에 관한 사항 등

11. 보건의료기술진흥법 시행령 개정(대통령령 제20039호, 2007. 4. 27)

- ◎ 「보건의료기술 진흥법」이 개정(법률 제8065호, 2006. 10. 27. 공포, 2007. 4. 28. 시행)되어 보건신기술 인증제도가 도입됨에 따라
 - 보건신기술의 인증대상, 인증절차 및 인증취소에 관한 사항 등 같은 법에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 정함.

12. 의료법 시행령 개정(대통령령 제20031호, 2007. 5. 18)

- ◎ 의료기관의 경영 효율화를 위하여 의료법인이 부대사업으로 의료업 수행에 수반되는 의료정보 시스템 개발·운영사업을 할 수 있도록 하는 내용으로 「의료법」이 개정(법률 제8067호, 2006. 10. 27. 공포, 2007. 4. 28. 시행)됨에 따라
 - 전자의무기록의 작성·관리를 위한 시스템의 개발·운영사업 등 의료법인이 수행할 수 있는 의료정보시스템 개발·운영사업의 범위를 구체적으로 정함.

13. 고령친화산업진흥법 시행령 제정(대통령령 제20106호, 2007. 6. 26)

- ◎ 고령친화산업을 종합적·체계적으로 육성하기 위한 「고령친화산업 진흥법」이 제정(법률 제8110호, 2006. 12. 28. 공포, 2007. 6. 29. 시행)됨에 따라
 - 고령친화산업지원센터의 지정기준과 고령친화우수제품이나 우수사업자의 지정기준 등 법률에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 규정함.

14. 약사법 시행령 개정(대통령령 제20130호, 2007. 6. 28)

- ◎ 소방업무수행 중 재해를 당하여 소방전문치료센터에서 치료를 받은 소방공무원과 보훈병원에서 진료를 받는 5·18 민주유공자에게는 그 병원의 의사·치과의사가 직접 의약품을 조제할 수 있도록 함.
- ◎ 법 문장의 한글화, 어려운 용어의 순화 등 법 문장을 정비함.

15. 국민기초생활보장법 시행령 개정(대통령령 제20131호, 2007. 6. 28)

- ◎ 차상위자에 대하여 장제급여 및 자활급여 등 급여를 지급할 수 있도록 하고 자활급여 대상자의 특성 및 욕구를 고려하여 다양한 자활지원 프로그램이 운영될 수 있도록 하는 내용으로 「국민기초생활 보장법」이 개정(2006. 12. 28. 공포, 2007. 7. 1. 시행)됨에 따라
 - 차상위자에게 지급되는 장제급여 및 자활급여의 기준 등을 정함.

16. 약사법 시행령 개정(대통령령 제20156호, 2007. 7. 3)

- ◎ 「약사법」이 개정(법률 제8201호, 2007. 1. 3. 공포, 2007. 7. 4. 시행)되어 과징금을 납부기한 내에 납부하지 아니한 자에게 과징금 부과처분을 취소하고 업무정지처분을 하거나 국세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있게 함에 따라
 - 과징금을 납부기한까지 내지 아니하면 납부기한을 정하여 독촉장을 발부하도록 하고, 이를 받은 자가 과징금을 납부하지 아니하면 부과된 과징금의 부과처분을 취소하고 과징금의 액수에 따라 업무정지처분을 하거나 국세 또는 지방세 체납처분의 예에 따라 징수함.

17. 의료기기법 시행령 개정(대통령령 제20157호, 2007. 7. 3)

- ◎ 「의료기기법」이 개정(법률 제8202호, 2007. 1. 3. 공포, 2007. 7. 4. 시행)되어 과징금을 납부기한 내에 납부하지 아니한 자에게 과징금 부과처분을 취소하고 업무정지처분을 하거나 국세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있게 함에 따라
 - 과징금을 납부기한까지 내지 아니하면 납부기한을 정하여 독촉장을 발부하도록 하고, 이를 받은 자가 과징금을 납부하지 아니하면 부과된 과징금의 부과처분을 취소하고 과징금의 액수에 따라 업무정지처분을 하거나 국세 또는 지방세 체납처분의 예에 따라 이를 징수하도록 함.
 - 의료기기 수리업 신고의 수리 업무를 관할 지방식품의약품안전청장에게 위임하여 행정의 효율성을 도모하고 민원인의 편의를 도모

18. 화장품법 시행령 개정(대통령령 제20158호, 2007. 7. 3)

- ◎ 「화장품법」이 개정(법률 제8206호, 2007. 1. 3. 공포, 2007. 7. 4. 시행)되어 과징금을 납부기한 내에 납부하지 아니한 자에게 과징금 부과처분을 취소하고 업무정지처분을 하거나 국세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있게 함에 따라
 - 과징금을 납부기한까지 내지 아니하면 납부기한을 정하여 독촉장을 발부하도록 하고, 이를 받은 자가 과징금을 납부하지 아니하면 부과된 과징금의 부과처분을 취소하고 과징금의 액수에 따라 업무정지처분을 하거나 국세체납처분의 예에 따라 이를 징수하도록 함.
 - 화장품 제조업 신고의 수리 업무 등을 관할 지방식품의약품안전청장에게 위임하여 행정의 효율성을 도모하고 민원인의 편의를 도모

19. 국민건강보험법 시행령 개정(대통령령 제20190호, 2007. 7. 25)

- ◎ 취약계층에 대한 보험료 경감을 확대하고 실업자의 보험료 부담을 완화하는 내용으로 「국민건강보험법」이 개정(법률 제8153호, 2006. 12. 30. 공포, 2007. 7. 1. 시행)됨에 따라
 - 보험료 경감 대상지역을 규정
 - 본인부담액 상한선을 인하하여 건강보험의 보장성을 강화하고 재외국민 또는 외국인의 건강보험 의무가입을 완화

20. 노인장기요양보험법 시행령 제정(대통령령 제20287호, 2007. 9. 27)

- ◎ 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등을 제공하기 위하여 「노인장기요양보험법」이 제정(법률 제8403호, 2007. 4. 27. 공포, 2007. 10. 1. 시행)됨에 따라
 - 노인성 질병의 범위, 의사소견서 제출 제외자의 범위 및 장기요양인정 등급판정 기준 등을 규정

21. 국민건강보험법 시행령 개정(대통령령 제20288호, 2007. 9. 27)

- ◎ 요양급여비용의 계약 당사자를 요양기관의 유형별로 구분하여 각 유형별 대표자가 국민건강보험공단의 이사장과 계약을 체결할 수 있도록 함으로써 요양기관의 유형별 특성을 반영하여 요양급여비용을 합리적이고 적정하게 산정할 수 있도록 함.

22. 검역법 시행령 개정(대통령령 제20291호, 2007. 9. 28)

- ◎ 의무교육을 받은 국민이면 누구나 쉽게 이해할 수 있도록 어려운 용어와 표현 등을 정비하는 내용으로 「검역법」이 전부개정(법률 제8364호, 2007. 4.11. 공포, 2007. 7.12. 시행)됨에 따라 이 영에서 인용하고 있는 법률의 조문 번호와 주요 용어·표현 등을 개정법률에 맞추어 어려운 용어와 표현 등을 이해하기 쉽게 고치고, 복잡한 문장 등은 체계를 정리하여 쉽고 간결하게 정비함.

23. 의료법 시행령 개정(대통령령 제20292호, 2007. 9. 28)

- ◎ 의무교육을 받은 국민이면 누구나 쉽게 이해할 수 있도록 어려운 용어와 표현 등을 정비하는 내용으로 「의료법」이 전부개정(법률 제8366호, 2007. 4.11. 공포·시행)됨에 따라 이 영에서 인용하고 있는 법률의 조문 번호와 주요 용어·표현 등을 개정법률에 맞추어 어려운 용어와 표현 등을 이해하기 쉽게 고치며, 복잡한 문장 등은 체계를 정리하여 쉽고 간결하게 정비

24. 장기등 이식에 관한 법률 시행령 개정(대통령령 제20295호, 2007. 9. 28)

- ◎ 「장기등 이식에 관한 법률」이 개정(법률 제8008호 2006. 9. 27. 공포, 2007. 9. 28. 시행)되어 장기등의 범위를 확대하고, 뇌사판정대상자관리전문기관이 폐업 등을 하는 경우 국립장기 이식관리기관의 장에게 관련 자료를 이관하게 함에 따라

- 장기등의 범위에 철포(棼島)와 소장을 추가하고, 뇌사판정대상자관리전문기관이 이관하여야 하는 관련 자료를 정함.
- 살아있는 자로부터 적출할 수 있는 장기등의 범위에 의학적으로 인정되는 범위에서 철포장·철포도 및 소장을 추가함.

25. 기초노령연금법 시행령 개정(대통령령 제20296호, 2007. 9. 28)

- ◎ 노인의 생활안정을 지원하고 복지를 증진하려는 목적으로 생활이 어려운 노인에게 기초노령연금을 지급하는 것을 내용으로 하는「기초노령연금법」이 제정(법률 제8385호, 2007. 4.25. 공포, 2008. 1. 1. 시행)됨에 따라
 - 기초노령연금의 지급기준, 연금지급 신청절차 및 국가와 지방자치단체의 비용 분담 비율을 규정
 - 조회 가능한 금융정보의 범위를 정함.

26. 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행령 개정(대통령령 제20316호, 2007. 10. 4)

- ◎ 희귀·난치병 치료 목적으로 인간의 난자에 인간의 체세포핵을 이식하는 체세포핵이식행위를 할 수 있도록 함에 따라 그 연구대상 및 범위 등을 정함.
- ◎ 과학적 입증이 불확실하여 금지하거나 제한하여야 하는 유전자검사의 대상을 정함으로써 생명과학 연구의 안전성과 윤리성을 도모

27. 장애인복지법 시행령 개정(대통령령 제20323호, 2007. 10. 15)

- ◎ 장애인의 권익을 신장하고 중증장애인과 여성장애인의 자립생활을 실현하기 위하여 여성 장애인에게 산후조리도우미를 지원하고 중증장애인에게 활동보조서비스를 지원하는 것을 내용으로 「장애인복지법」이 개정(법률 제8367호, 2007. 4.11. 공포, 2007.10.12. 시행)됨에 따라
 - 산후조리도우미서비스와 활동보조서비스의 지원 기준 및 방법에 관한 사항을 정함.
 - 법령의 문장을 원칙적으로 한글로 적고, 어려운 용어를 쉬운 용어로 바꾸는 등 법령의 문장을 정비

28. 사회복지사업법 시행령 개정(대통령령 제20356호, 2007. 10. 31)

- ◎ 사회복지사 1급의 국가시험 관리기관으로 지정될 수 있는 관계 전문기관에 한국산업인력 공단을 추가

29. 약국 및 의약품 등의 제조업·수입자와 판매업의 시설기준령 개정(대통령령 제20432호, 2007. 12. 6)

- ◎ 의약분업(醫藥分業) 이후 「약사법」에서 독약·극약의 지정기준이 삭제되어 저장시설이 필요 없게 됨에 따라 이를 약국의 시설 기준에서 제외
- ◎ 일정한 요건을 갖춘 의약품 제조시설에서 건강기능식품 생산 가능
- ◎ 의약품도매상이 다른 의약품도매상의 시설을 이용하여 보관·배송 등 유통관리 업무를 위탁하는 경우에는 창고 구비 의무를 면제함.

30. 노인복지법 시행령 개정(대통령령 제20447호, 2007. 12. 13)

- ◎ 노인장기요양보험제도의 시행을 위하여 노인복지시설의 무료·실비 및 유료 구분을 없애고 실종노인의 보호를 위하여 실종노인 관련 자료제출 등의 명령을 위반한 자에 대하여 과태료를 부과할 수 있도록 하는 내용으로 「노인복지법」이 개정(법률 제8608호, 2007. 8. 3. 공포, 2008. 2. 4., 2008. 4. 4., 2008. 8. 4. 시행)됨에 따라
 - 노인복지시설의 설치·운영에 소요되는 비용의 보조규정 등 관련 규정을 정비하고 실종노인의 발견을 위하여 필요한 보고 또는 자료제출 명령을 위반한 자에 대하여 200만원의 과태료를 부과하도록 하는 등 과태료 부과기준을 정함.
 - 65세 이상의 노인에 대하여 이용요금을 할인할 수 있는 경로우대시설의 종류에 새마을호 열차를 포함

31. 식품위생법 시행령 개정(대통령령 제20448호, 2007. 12. 13)

- ◎ 집단급식소에서 발생하는 식중독사고를 예방하기 위하여 집단급식소에 식품을 판매하는 영업을 신고하도록 하는 한편, 식품의 영양표시를 의무화하는 내용으로 「식품위생법」이 개정(법률 제8005호, 2006. 9. 27. 공포, 2007. 1. 1. 시행)됨에 따라
 - 식품에 대한 영양표시기준을 위반한 자에 대한 과태료 부과기준을 정함.

32. 국민건강보험법 시행령 개정(대통령령 제20461호, 2007. 12. 27)

- 노인성 질환과 만성질환 위주의 장기요양 의료서비스의 수요가 증대됨에 따라 장기요양 입원환자의 특성에 맞도록 요양급여의 상대가치점수를 각 항목별로 산정하던 것을 요양병원의 경우에는 환자의 경증도에 따른 1일당 상대가치점수를 합산하여 산정할 수 있도록 하고 2008년도 보험료율을 상향 조정

33. 긴급복지지원법 시행령 개정(대통령령 제20474호, 2007. 12. 28)

- 긴급지원대상자가 사회복지시설에 입소하거나 이용하는 경우 시장·군수·구청장이 사회복지시설 운영자에게 지급하는 사회복지시설 이용 지원금액의 산정기준을 정함.
- 긴급지원이 적정한 지를 조사하는 긴급지원 사후조사의 소득기준을 완화함으로써 긴급지원 대상자의 범위를 확대

34. 국민연금법 시행령 개정(대통령령 제20507호, 2007. 12. 31)

- 연금보험료의 부과기준으로서 표준소득월액의 등급제를 폐지하고 가입자의 소득월액을 기준으로 산정된 기준소득월액을 연금보험료의 부과기준으로 하고, 출산을 장려하기 위하여 둘 이상의 자녀가 있는 가입자에게는 국민연금 가입기간을 추가로 인정하는 등의 내용으로 「국민연금법」이 개정(법률 제8541호, 2007. 7. 23. 공포, 2007. 7. 23., 2008. 1. 1. 시행)됨에 따라
 - 기준소득월액의 결정기준과 자녀 출산에 따른 국민연금 가입기간의 추가 산입기준을 정함.

제 4 절

부령 제정·개정 현황

1. 화장품법 시행규칙 개정(보건복지부령 제380호, 2007. 1. 12)

- ④ 「화장품법」이 개정(법률 제7586호, 2005. 7. 13. 공포, 2007. 1. 14. 시행)되어 화장품의 제조업자 및 수입자가 제조 또는 수입한 화장품을 판매할 때에는 안전용기·포장을 사용하도록 함에 따라
 - 이를 사용하여야 하는 품목과 용기·포장의 기준을 정하는 한편, 제조업자 및 수입자가 안정성시험자료를 보존하도록 함.
 - 표시·광고에 관한 사항을 위반한 경우의 행정처분을 세분화

2. 국립소록도병원운영규칙 개정령(보건복지부령 제381호, 2007. 6. 13)

- ④ 국가인권위원회가 한센인의 인권 개선을 위하여 제시한 정책권고사항의 세부실행계획의 일환으로 한센병환자와 한센병력자를 “한센병환자등”으로 표기하던 것을 “한센인”으로 수정
- ④ 국립소록도병원장이 매 분기별로 보건복지부장관에게 입·퇴원자 현황을 보고하도록 하던 규정을 삭제

3. 의료법 시행규칙 개정(보건복지부령 제382호, 2007. 1. 26)

- ④ 중환자실의 인력·시설 기준을 강화하고 한방병원·한의원의 한약규격품 사용을 의무화

4. 공중위생관리법 시행규칙 개정(보건복지부령 제375호, 2007. 1. 26)

- ④ 행정정보의 공동이용을 통하여 담당공무원이 영업소의 건축물대장등본을 확인할 수 있는 경우에는 그 확인으로 첨부서류에 갈음할 수 있도록 하고 영업신고증 재교부 신청시 불필요한 첨부서류의 제출의무를 면제하는 등 행정업무처리절차를 간소화함.

5. 의료관계행정처분규칙 개정(보건복지부령 제383호, 2007. 1. 30)

- ① 불가피하게 2 이상의 위반행위를 한 경우 가중처분기준을 합리적으로 조정하고 「의료법」(2002. 3. 30. 법률 제6686호로 개정된 것)의 개정 내용을 반영하여 자신이 진찰하지 아니한 환자에게 처방전을 작성하여 교부한 경우에 대한 행정처분기준을 마련

6. 국민건강증진법 시행규칙 개정(보건복지부령 제384호, 2007. 2. 8)

- ① 「국민건강증진법 시행령」이 개정(대통령령 제19878호, 2007. 2. 8 공포·시행)되어 보건복지부장관이 국민건강증진종합계획을 수립하고, 이를 기초로 하여 지방자치단체의 장이 실행계획을 수립하도록 함에 따라
 - 시·군·구청장 및 시·도지사가 실행계획을 수립하여 보고하는 절차를 규정
 - 담배의 제조자와 수입판매업자에게 부과하는 국민건강증진부담금의 납부 보전을 위해 담보를 제공받을 수 있도록 함.

7. 장애인복지법 시행규칙 개정(보건복지부령 제385호, 2007. 2. 7)

- ① 시장·군수·구청장이 장애인등록신청을 받은 때에 장애등급의 확인을 위하여 전문기관에 장애정도에 관한 심사를 위탁할 수 있도록 함.
- ② 장애인자동차표지발급 대상을 확대하며, 시설종류의 변경절차를 간소화

8. 특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙 개정(보건복지부령제386호, 2007. 2. 20)

- ① 특수의료장비 설치인정기준을 명확히 하고 검사기준을 합리적으로 개선
- ② 의료기관의 개설자나 명칭, 특수의료장비의 용도 및 설치장소를 변경하는 경우에는 이를 통보하도록 함.

9. 혈액관리법 시행규칙 개정(보건복지부령 제387호, 2007. 3. 6)

- ① 헌혈자의 과거헌혈경력 및 채혈금지대상자 여부에 대한 검사결과를 채혈 전에 조회하도록 함.
- ② 혈액원 개설자가 혈액원의 혈액제제 제조품목 및 부속 채혈시설에 관한 사항을 변경하는 경우 허가를 받도록 함.

10. 사회복지사업법 시행규칙 개정(보건복지부령 제388호, 2007. 3. 7)

- ◎ 사회복지서비스의 제공방식을 수요자중심의 서비스 제공체계를 구축하기 위하여 종전에는 사회복지서비스를 현물로만 제공하던 것을 앞으로는 현물제공방식 외에 사회복지서비스 이용권을 지급하고 그에 따라 보호를 받을 수 있도록 이용권의 지급대상, 이용권으로 이용할 수 있는 사회복지서비스의 유형, 서비스이용권을 받고 보호를 실시하는 기관의 선정 및 이용절차, 보호실시비용의 지급과 정산 등에 관한 사항 등 사회복지서비스 이용권제도의 시행에 필요한 구체적 사항을 정함.
- ◎ 사회복지법인이 시·도지사에게 임원 임면보고를 하는 경우 특수관계자 범위에 해당되는 사람을 기재하도록 함.

11. 장애인·노인·임산부등의 편의증진보장에 관한 법률 시행규칙 개정(보건복지부령 제389호, 2007. 3. 9)

- ◎ 임산부 등을 위한 휴게시설을 설치하도록 하는 내용으로 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률 시행령」이 개정(대통령령 제19882호, 2007. 2. 12. 공포·시행)됨에 따라
 - 임산부 등을 위한 휴게시설의 세부기준을 마련하고 장애인 등의 이용이 가능한 승강기 등 일부 편의시설의 설치기준을 개선
 - 「교통약자의 이동편의증진법」의 제정에 따른 사항을 반영하여 장애인 등을 위한 편의시설의 종류를 조정

12. 의료급여법 시행규칙 개정(보건복지부령 제390호, 2007. 3. 27)

- ◎ 중복투약으로 인하여 건강상 위해가 발생할 우려가 있는 수급권자의 집중적인 관리와 의료급여제도의 효율적인 운영을 위하여 의료급여기관의 선택 이용제도를 도입하고 외래진료시 본인부담금을 면제
- ◎ 호흡기장애인 등에게 필수적인 산소치료를 가정에서 받는 경우 요양비를 지급받을 수 있도록 하여 환자의 경제적 부담을 경감하도록 함.

13. 한부모가족지원법 시행규칙 개정(전 모·부자복지법 시행규칙, 여성가족부령 제13호, 2007. 3.29)

- ① 「모·부자복지법」이 개정(법률 제8119호, 2006. 12. 28 공포, 2007. 3. 29 시행)되어 종전 미혼모시설이 미혼모자시설로 변경되고, 독립적인 생활이 어려운 미혼모자, 모·부자 및 미혼모의 지원을 위한 공동생활가정 설치 규정이 신설됨에 따라 시설별 설치기준 및 종사자 수 등 그 시행에 관하여 필요한 사항을 정함.

14. 의료기기법 시행규칙 개정(보건복지부령 제391호, 2007. 4. 2)

- ① 의료기기 제조품목의 허가·신고사항 중 경미한 사항에 포장단위의 변경도 포함하도록 하여 변경절차를 간소화
- ② 「의료기기법」이 개정(법률 제8037호, 2006. 10. 4. 공포, 2007. 4. 5. 시행)되어 의료기기 광고사전심의가 의무화됨에 따라 식품의약품안전청장이 심의업무를 위탁할 수 있는 단체를 지정

15. 공중위생관리법 시행규칙 개정(보건복지부령 제392호, 2007. 4. 5)

- ① 2008년 1월 1일부터 미용사자격증이 「국가기술자격법」에 따라 미용사(일반)와 미용사(피부)로 구분됨에 따라 미용사의 업무범위를 구분하여 미용사(일반)는 파마, 머리카락자르기, 머리감기 등의 업무를, 미용사(피부)는 피부상태분석·피부관리·제모 등의 업무를 하도록 함.

16. 의료법 시행규칙 개정(보건복지부령 제393호, 2007. 4. 6)

- ① 종전에는 의료광고를 원칙적으로 금지하던 것을 앞으로는 일정한 기준에 해당하는 의료광고만을 금지하고 그 외의 광고는 허용하되, 의료광고를 하려면 사전에 심의를 받도록 하는 내용으로 「의료법」(법률 제8203호, 2007. 1. 3. 공포, 2007. 4. 4. 시행) 및 「의료법 시행령」(대통령령 제20001호, 2007. 4. 6. 공포·시행)이 개정됨에 따라
 - 의료광고의 허용 범위를 정하던 규정을 삭제하고, 의료광고 사전 심의에 따른 수수료를 의료광고의 내용 및 양, 의료광고의 매체 등을 고려하여 20만원 이내에서 정하도록 함.

17. 의료관계행정처분규칙 개정(보건복지부령 제394호, 2007. 4. 9)

- ◎ 「의료법」이 개정(법률 제8203호, 2007. 1. 3. 공포, 2007. 4. 4. 시행)되어 일부 규정이 변동됨에 따라 「의료관계 행정처분 규칙」 제4조와 관련한 별표 상의 관련 인용조문을 정비

18. 암관리법 시행규칙 개정(보건복지부령 제395호, 2007. 4. 27)

- ◎ 지역단위의 암예방·진료 및 연구 등 암관리에 관한 사업을 활성화하기 위하여 지역암센터를 지정하고 암검진서비스의 질을 높이기 위하여 암조기검진기관에 대한 평가를 실시하는 내용으로 「암관리법」이 개정(법률 제8066호, 2006. 10. 27. 공포, 2007. 4. 28. 시행)됨에 따라 같은 법률에서 위임된 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 정함.

19. 신의료기술평가에 관한 규칙안 개정(보건복지부령 제396호, 2007. 4. 27)

- ◎ 국민건강을 보호하고 의료기술의 발전을 촉진하기 위하여 보건복지부장관이 신의료기술의 안전성·유효성 등에 관한 평가를 실시하도록 하는 내용으로 「의료법」이 개정(2006. 10. 27. 공포, 2007. 4. 28. 시행)됨에 따라 신의료기술평가의 대상과 절차 등 같은 법률에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 정함.

20. 의료법 시행규칙 개정(보건복지부령 제397호, 2007. 5. 2)

- ◎ 의료기관의 경영 효율화를 통한 의료서비스의 산업적 발전에 이바지하기 위하여 의료법인이 부대사업을 할 수 있도록 하는 내용으로 「의료법」이 개정(법률 제8067호, 2006. 10. 27. 공포, 2007. 4. 28. 시행)됨에 따라
 - 휴게음식점영업, 일반음식점영업, 이용업, 미용업 등 환자 또는 의료기관 종사자의 편의를 위하여 의료법인이 할 수 있는 부대사업의 범위 등을 정함.

21. 노인보호구역의 지정 및 관리에 관한 규칙안 제정(보건복지부령제398호, 2007. 5. 1)

- ◎ 「도로교통법」의 개정(법률 제7936호, 2006. 4. 28. 공포, 2007. 4. 29. 시행)으로 노인복지시설의 주변도로 중 일정구간을 노인보호구역으로 지정하여 차마(車馬)의 통행을 제한하거나 금지하는 등 필요한 조치를 할 수 있게 됨에 따라 그 지정절차 및 기준 등에 관하여 필요한 사항을 정함.

22. 보건의료기술진흥법 시행규칙 개정(보건복지부령 제399호, 2007. 4. 30)

- ◎ 「보건의료기술 진흥법」이 개정(법률 8065호, 2006. 10. 27 공포, 2007. 4. 28 시행)되어 보건 신기술인증제도가 도입됨에 따라 인증신청 및 인증서의 교부 등에 관한 절차, 인증표시의 사용 등에 관한 사항 등을 정함.

23. 국민연금법 시행규칙 개정(보건복지부령 제400호, 2007. 5. 1)

- ◎ 최근 정보통신 이용자의 증가에 맞추어 연금급여 신청을 종이문서 외에 전자문서에 의하여도 할 수 있도록 함.

24. 약사법 시행규칙 개정(보건복지부령 제401호, 2007. 5. 4)

- ◎ 「약사법」이 개정(법률 제8035호 2006. 10. 4 공포, 2007. 4. 5시행)되어 유통 중인 의약품 등의 안전성·유효성에 문제가 있는 사실을 알게 된 때에는 이를 회수하는 등의 조치를 하도록 함에 따라 회수에 관한 구체적인 절차 등을 정함.

25. 노인복지법 시행규칙 개정(보건복지부령 제402호, 2007. 5. 8)

- ◎ 「노인복지법」이 개정(법률 제8201호, 2007. 1. 3. 공포, 2007. 7. 4. 시행)되어 노인의 보건 및 복지에 관한 실태조사를 실시하도록 함에 따라 실태조사의 방법 및 내용 등 같은 법에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 정함.

26. 식품의약품안전청과 그 소속기관 직제 시행규칙 개정(보건복지부령 제403호, 2007. 5. 17)

- ◎ 식품의약품안전청에 두는 공무원의 총정원의 3퍼센트를 넘지 아니하는 범위에서 정원을 따로 정할 수 있게 하는 내용으로 「식품의약품안전청과 그 소속기관 직제」가 개정(대통령령 제19796호, 2006. 12. 29. 공포, 2007. 1. 1. 시행)됨에 따라 성과관리 및 정책역량 강화 등에 필요한 인력을 확충하기 위하여 6명(5급 2명, 6급 1명, 7급 1명, 연구관 1명, 연구사 1명)을 증원하고, 직급별 정원을 조정(3·4급 1명 증원, 4·5급 6명 증원, 4급 1명 감원, 5급 6명 감원)

27. 보건복지부와 그 소속기관 직제 시행규칙 개정(보건복지부령 제404호, 2007. 5. 17)

- ◎ 복지분야 사회서비스의 확충을 위하여 지역복지서비스정책관이 신설되는 내용으로 「보건

복지부와 그 소속기관 직제」가 개정(대통령령 제20057호, 2007. 5. 16. 공포·시행)됨에 따라 그 하부조직에 대한 규정을 신설하는 한편, 건강보험 약제관리의 효율화와 건강보험 가입자의 권리구제를 강화하기 위하여 별도의 팀을 설치하도록 함.

28. 보건복지부와 소속국립병원 및 국립재활원 임상연구비 지급규칙 개정(보건복지부령 제405호, 2007. 6. 15)

- 정부의 특별회계·기금정비방안에 따라 「국립의료원특별회계법」이 폐지(2006. 12. 28. 공포, 2007. 7. 1. 시행)됨에 따라 그 하위 법령인 「국립의료원특별회계임상연구비지급규칙」을 폐지하고, 「보건복지부소속국립병원및국립재활원임상연구비지급규칙」을 개정하여 국립의료원 임상연구비의 지급 근거를 새롭게 마련

29. 국민기초생활 보장법 시행규칙 개정(보건복지부령 제406호, 2007. 6. 29)

- 수급자의 자활에 필요한 자산형성을 지원할 수 있도록 하는 내용으로 「국민기초생활 보장법」이 개정(2006. 12. 28. 공포, 2007. 7. 1. 시행)됨에 따라
 - 수급자의 자산형성을 지원하기 위하여 수급자가 저축한 금액을 소득환산 대상재산에서 제외하고, 자활기관협의체의 구성 및 운영에 필요한 사항을 정함.

30. 의료기기법 시행규칙 개정(보건복지부령 제407호, 2007. 7. 6)

- 「의료기기법」이 개정(법률 제8335호, 2007. 4. 6. 공포, 2007. 7. 7. 시행)되어 의료기관 외의 장소에서 사용되는 자가진단용 의료기기 등 일부 의료기기에 대하여는 의료기기 판매업 신고를 하지 아니하고도 판매할 수 있도록 함에 따라 그 대상을 휴대전화나 가전제품 등에 결합되어 있는 혈당측정기와 콘돔으로 함.

31. 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 개정(보건복지부령 제408호, 2007. 7. 25)

- 국민건강 보호를 위하여 신의료기술의 안전성·유효성 등에 관한 평가를 하도록 하는 내용으로 「의료법」이 개정(2006. 10. 27. 공포, 2007. 4. 28. 시행)됨에 따라 신의료기술평가 대상이 되는 행위 및 치료재료의 경우에는 신의료기술 평가 결과 안전성·유효성 등을 인정 받은 이후에 요양급여 대상 여부의 결정 신청을 하도록 함.

32. 의료기관회계기준규칙 개정(보건복지부령 제409호, 2007. 7. 27)

- ◎ 「의료법」이 전부개정(법률 제8366호, 2007. 4. 11. 공포·시행)됨에 따라 「의료기관 회계기준 규칙」의 관련 인용조문을 정비하고, 의료기관 회계기준의 준수대상을 판별하기 위한 병상 수를 해당 병원의 직전 회계연도의 종료일을 기준으로 산정하도록 함.

33. 국민건강보험법 시행규칙 개정(보건복지부령 제410호, 2007. 7. 27)

- ◎ 취약계층에 대한 보험료 경감을 확대하고 실업자의 보험료 부담을 완화하기 위하여 임의계속 가입자 제도를 도입하는 내용으로 「국민건강보험법」이 개정(법률 제8153호, 2006. 12. 30. 공포, 2007. 7. 1. 시행)됨에 따라 보험료 경감 대상을 정하는 등 법률에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 정함.

34. 보건복지부와 그 소속기관 직제 시행규칙 개정(보건복지부령 제411호, 2007. 8. 10)

- ◎ 「보건복지부와 그 소속기관 직제」가 개정(대통령령 제20220호, 2007. 8. 10. 공포·시행)되어 한·미 FTA 후속조치 및 중국, 인도, EU 등과의 FTA협정을 성공적으로 추진하고 증가하는 국제·통상협력 및 대북관련 업무에 효율적으로 대처하기 위하여 정책홍보관리실장 소속하에 국제협력관을 설치하고, 소속기관에 소요정원 112명을 증원함에 따라 그 하부조직에 대한 규정을 정비

35. 공중위생법 시행규칙 개정(보건복지부령 제412호, 2007. 8. 24)

- ◎ 공중위생영업자가 「성매매알선 등 행위의 처벌에 관한 법률」을 위반한 경우에도 일정기간 그 영업을 정지하거나 영업을 폐쇄할 수 있도록 「공중위생관리법」이 개정(법률 제8488호, 2007. 5. 25. 공포, 2007. 8. 26. 시행)됨에 따라
 - 공중위생영업자가 「성매매알선 등 행위의 처벌에 관한 법률」을 위반한 경우에는 6개월 이내의 기간을 정하여 영업정지를 하거나 영업장 폐쇄를 명할 수 있도록 하는 등 행정처분의 세부기준을 정함.

36. 재해구호법 시행규칙 개정(보건복지부령 제413호, 2007. 9. 10)

- ◎ 모집자의 난립방지와 건전한 기부문화를 조성하기 위하여 의연금품의 모집을 위한 허가절차를 규정하고, 의연금의 공평하고 적절한 배분을 위하여 배분위원회를 구성·운영하도록 하는

내용으로 「재해구호법」이 전부개정(법률 제8275호, 2007. 1. 26. 공포, 2007. 9. 30. 시행)됨에 따라

- 그에 맞추어 구호기관이 확보하여야 할 재해구호물자의 종류·기준과 의연금품 모집허가증의 서식 등 시행령에서 위임한 사항과 그 시행에 필요한 사항을 정함.

37. 건강가정기본법 시행규칙 개정(여성가족부령 제14호, 2007. 9. 10)

- ◎ 최근 건강가정지원센터의 설치가 확대되고 건강가정사업의 수요가 증가함에 따라 다양한 분야에서 전문성과 역량을 갖춘 건강가정사를 양성하기 위하여 건강가정사의 직무수행에 필요한 교과목을 확대하고 중복과목을 조정하며 각 학교에 개설된 과목에 맞춰 교과목명을 정비

38. 식품의약품안전청과 그 소속기관 직제 시행규칙 개정(보건복지부령 제414호, 2007. 9. 20)

- ◎ 「식품의약품안전청과 그 소속기관 직제」가 개정(대통령령 제20236호 2007. 8. 22. 공포·시행, 대통령령 제20273호, 2007. 9. 7. 공포·시행)되어 취재지원시스템 선진화를 위한 대변인제도를 도입하고, 식품의 위해요소중점관리기준(HACCP) 적용업소의 사후관리 강화와 의약품 허가심사 적체해소를 통한 제품화의 신속한 지원 및 의약품의 품질관리 강화 등을 위하여 필요한 인력 58명(4급 2, 5급 9, 6급 13, 7급 5, 8급 5, 연구관 5, 연구사 19)을 증원함에 따라 그에 필요한 의약품품질팀, 식중독예방관리팀 등 5개 팀을 신설하고, 국립독성과학원의 일부 팀 단위의 업무를 새로 조정

39. 의료관계 행정처분 규칙 개정(보건복지부령 제415호, 2007. 10. 8)

- ◎ 종전에는 의료광고를 원칙적으로 금지하던 것을 앞으로는 일정한 기준에 해당하는 의료광고만을 금지하고 그 외의 광고는 허용하는 것으로 「의료법」이 일부개정(법률 제8203호, 2007. 1. 3. 공포, 2007. 4. 4. 시행)됨에 따라
 - 의료광고 금지규정 위반에 대한 행정처분기준을 새롭게 마련
 - 알기쉬운 법령 정비

40. 장기등이식에 관한법을 시행규칙 개정(보건복지부령 제416호, 2007. 10. 16)

- ◎ 「장기등 이식에 관한 법률」이 개정(법률 제8008호 2006. 9. 27. 공포, 2007. 9. 28. 시행)되어 장기등의 범위를 확대하고, 뇌사판정대상자관리전문기관이 폐업 등을 하는 경우에도

국립장기이식관리기관의 장에게 신고하도록 함에 따라

- 장기등이식등록기관지정신청서, 장기등기증자등록신청서 및 폐업신고서 등의 서식을 이에 맞추어 정하고, 장기등 기증자로 등록하려는 자가 이미 장기등 기증희망자로 등록한 경우에는 본인의 동의서를 제출하지 아니할 수 있도록 함.

41. 기초노령연금법 시행규칙 제정(보건복지부령 제417호, 2007. 10. 16)

- ◎ 노인의 생활안정을 지원하고 복지를 증진하려는 목적으로 생활이 어려운 노인에게 기초노령 연금을 지급하는 것을 내용으로 하는 「기초노령연금법」이 제정(법률 제8385호, 2007. 4. 25. 공포, 2008. 1. 1. 시행)됨에 따라 연금 지급대상자를 선정하는데에 필요한 소득인정액의 산출 기초가 되는 소득과 재산의 범위를 정하는 등 법률에서 위임된 사항과 그 시행에 필요한 사항을 정함.

42. 노인장기요양보험법 시행규칙 제정(보건복지부령 제418호, 2007. 10. 17)

- ◎ 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등을 제공하기 위하여 「노인장기요양보험법」이 제정(법률 제8403호, 2007. 4. 27. 공포, 2007. 10. 1. 시행)됨에 따라 장기요양인정의 신청절차, 의사소견서 발급 비용 및 장기요양기관의 지정기준 등 같은 법 및 같은 법 시행령에서 위임한 사항을 규정함.

43. 보건복지부와그소속기관직제 시행규칙 개정(보건복지부령 제419호, 2007. 10. 18)

- ◎ 「보건복지부와 그 소속기관 직제」가 개정(대통령령 제20266호, 2007. 9. 14. 공포·시행)되어 질병관리본부 국립보건연구원장이 개방형 직위로 추가 지정됨에 따라 개방형 직위에 대한 특례 규정을 정비

44. 의료기관세탁물관리규칙 개정(보건복지부령 제420호, 2007. 10. 19)

- ◎ 누구나 알기 쉽도록 「의료법」이 전부개정(법률 제8366호, 2007. 4. 11. 공포·시행)됨에 따라 이 규칙에서 인용하고 있는 법률의 조문 번호와 주요 용어·표현 등을 개정법률에 맞추어 알기쉽게 정비

45. 진단용방사선발생장치의안전관리에관한규칙 개정(보건복지부령 제421호, 2007. 11. 16)

- ◎ 누구나 쉽게 이해할 수 있도록 어려운 용어와 표현 등을 정비하는 내용으로 「의료법」이 전부 개정(법률 제8366호, 2007. 4. 11. 공포·시행)됨에 따라 이 규칙에서 인용하고 있는 법률의 조문 번호와 주요 용어·표현 등을 개정법률에 맞추어 알기 쉽게 정비

46. 보건복지부와 그 소속기관 직제 시행규칙 개정(보건복지부령 제422호, 2007. 11. 30)

- ◎ 「국가통계의 혁신 기반 구축을 위한 과학기술부와 그 소속기관 직제 등 일부개정령」(대통령령 제20423호, 2007.11.30. 공포·시행)에 따라 보건복지부에 인력 6명(5급 2, 6급 2, 7급 2)이 증원되어 이를 반영하는 한편, 질병에 대한 연구 기능을 확충하기 위하여 질병관리본부에 결핵균·알코올 등 중독성 질환 및 희귀질환에 대한 연구 기능을 추가

47. 행정정보의 공동이용 및 문서감축을 위한 공중위생관리법 시행규칙 등 개정(보건복지부령 제423호, 2007. 11. 30)

- ◎ 행정기관이 보유하고 있는 행정정보의 공동이용을 통하여 민원인의 서류제출 부담을 줄이고, 행정업무를 효율적으로 처리하도록 하기 위하여 지금까지 각종 인·허가 등을 신청하는 경우에 제출하던 국가기술자격증, 법인등기부등본 등의 서류제출을 생략하되, 담당 공무원 등이 행정전산망을 통하여 이를 확인하도록 의무화하고, 관련 서식을 정비하는 내용으로 「공중위생관리법 시행규칙」 등 4개의 보건복지부령 개정

48. 장애인복지법 시행규칙 개정(보건복지부령 제424호, 2007. 12. 28)

- ◎ 장애인이 생산한 물품의 판매 촉진 등을 위하여 인증제도를 실시할 수 있도록 하고, 중증 장애인의 자립생활을 실현하기 위하여 활동보조서비스를 지원하는 것을 내용으로 「장애인복지법」이 개정(법률 제8367호, 2007. 4. 11. 공포, 2007. 10. 12. 시행)됨에 따라 장애인 생산품의 인증 기준 등에 관한 사항을 정하는 등 법률에서 위임된 사항을 정함.
- ◎ 법령의 문장을 원칙적으로 한글로 적고, 어려운 용어를 쉬운 용어로 바꾸는 등 알기쉽게 법령 정비

49. 국민기초생활보장법 시행규칙 개정(보건복지부령 제425호, 2007. 12. 28)

- ◎ 경로연금이 폐지됨에 따라 종전에 실제소득에서 차감하던 경로연금을 삭제하고, 실제소득에서 차감하는 자활근로사업의 범위를 종전보다 한정함으로써 근로유인을 제고하며, 골프장 등 회원권, 조합원입주권, 분양권, 수익증권 등을 소득환산의 대상이 되는 개별가구의 재산으로 새로이 추가함으로써 고액 재산보유자에 대한 부당한 지원을 방지

50. 긴급복지지원법 시행규칙 개정(보건복지부령 제426호, 2007. 12. 28)

- ◎ 고액 재산 보유자에 대한 부당한 긴급지원을 방지하고 긴급지원의 형평성을 제고하기 위하여 긴급지원의 적정성 조사의 기준이 되는 재산의 범위를 조정하여 골프회원권 등 각종 회원권, 조합원입주권 등의 권리 및 수익증권을 재산 항목에 추가하는 한편, 주택마련을 통해 자립 기반을 조성하고 질병 등의 장기적 위험에 대비할 수 있도록 청약저축과 보험은 제외

51. 의료급여법 시행규칙 개정(보건복지부령 제427호, 2007. 12. 28)

- ◎ 「국민건강보험법 시행령」의 개정(대통령령 제20461호, 2007. 12. 27. 공포, 2008. 1. 1. 시행) 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」의 개정(보건복지부령 제428호, 2007. 12. 28. 공포, 2008. 1. 1. 시행)으로 요양병원 1일당 정액 수가제도가 도입됨에 따라 관련 규정을 정비하여 요양병원 1일당 정액 수가제도의 근거를 마련
- ◎ 과징금 부과기준의 세분화 및 과징금 분할납부 기간의 단축을 통하여 건강보험과의 형평성 및 행정처분 대상자의 예측가능성을 높임

52. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 개정(보건복지부령 제428호, 2007. 12. 28)

- ◎ 「국민건강보험법 시행령」이 개정(대통령령 제20461호, 2007. 12. 27. 공포, 2008. 1. 1. 시행) 되어 요양병원 1일당 정액 수가제도가 도입됨에 따라 요양병원 입원진료의 경우 1일당 행위료 묶어 요양급여의 범위 등을 정할 수 있도록 함.
- ◎ 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자 또는 피부양자가 되는 경우 급여제한이 있는 행위·약제 및 치료재료는 의료급여 수급 내용과 건강보험 요양급여 내용을 연계하여 산정하도록 하며, 진료에 반드시 필요하다고 보건복지부장관이 고시하는 치료재료는 허가사항 등의 범위를 초과하여 사용할 수 있도록 함.

53. 국민건강보험법 시행규칙 개정(보건복지부령 제429호, 2007. 12. 31)

- ④ 4대 사회보험의 사업장관리번호를 일원화함으로써 사업주의 편의를 높이고 각 사회보험의 사업장관리의 효율성을 높임

54. 국민연금법 시행규칙 개정(보건복지부령 제430호, 2007. 12. 31)

- ④ 출산을 장려하기 위하여 둘 이상의 자녀가 있는 가입자에게 국민연금 가입기간을 추가로 인정하는 등의 내용으로 「국민연금법」이 개정(법률 제8541호, 2007. 7. 23. 공포, 2007. 7. 23. 및 2008. 1. 1. 시행)됨에 따라
 - 가입기간 추가 산입에 대한 합의서를 노령연금의 지급을 청구한 날부터 1개월 이내에 제출 하도록 함.
 - 전자 문서에 의한 각종 신청이나 신고 등의 근거를 규정

제4장

주요 유관법인 현황*

(2008. 6. 30 현재)

번호	법 인 명	대 표 자	주 소	전화번호
1	대 한 적 심 자 사	이 세 웅	서울 중구 남산동3가 32	3705-3514
2	한국보건산업진흥원	김 법 완	서울 동작구 노량진동 57-1	2194-7300
3	건강보험심사평가원	장 중 호	서울 서초구 효령로 168	705-6114
4	국 민 건 강 보 험 공 단	-	서울 마포구 염리동 168-9	3270-9012
5	국 민 연 금 공 단	박 해 춘	서울 송파구 신천동 7-16	2240-1114
6	국 립 압 센 터	-	경기 고양시 일산동구 정발산로 111	031-920-0114
7	한국보건의료인국가시험원	김 문 식	서울 광진구 자양동 224번지	476-2333
8	대 한 결 핵 협 회	김 성 규	서울 영등포구 당산동 121-150	2636-5271
9	한 국 청 소 년 상 담 원	차 정 섭	서울 중구 신당동 292-61	2250-3000
10	한 국 청 소 년 수 련 원	-	국립중앙청소년수련원(천안시 목천읍 고촌리 246-1) 국립평창청소년수련원(강원 평창 용평면 백옥포리산154-1)	041-620-7700 033-330-0800
11	대한에이즈예방협회	김 준 명	서울 관악구 신림동	861-4114
12	한국보건복지인력개발원	이 상 석	서울 은평구 통일로 194	3156-1114
13	한 국 장 애 인 개 발 원	차 흥 봉	서울 영등포구 의사당로 22 이룸센터 5층	3433-0600
14	한국청소년진흥센터	천 상 기	서울 종로구 율곡로 53 해양회관 4층	6430-0900
15	대 한 의 사 협 회	주 수 호	서울 용산구 이촌1동 302-75	794-2474
16	대한치과의사협회	이 수 구	서울 성동구 송정동 81-7	2024-9100
17	대한한의학사협회	김 현 수	서울 강서구 가양동 26-27	2657-5000
18	대한간호협회	신 경 림	서울 중구 쌍림동 88-7	2279-3618
19	대한조산협회	서 란 희	서울 중구 장충동 1가 35-5	2279-1972
20	대한병원협회	지 훈 상	서울 마포구 마포동 35-1 현대빌딩 13층	718-7521
21	대한약사회	김 구	서울 서초구 서초3동 1489-3	581-1201
22	한국식품공업협회	박 승 복	서울 서초구 방배동 1002-6	585-5052
23	인 구 보 건 복 지 협 회	최 선 정	서울 영등포구 당산동 6가 121-146	2634-8212
24	한 국 건 강 관 리 협 회	이 순 형	서울 강서구 화곡6동 1097	2601-6141
25	한 국 한 센 복 지 협 회	이 헌 기	경기도 의왕시 오전동 산 86	031-452-7091
26	한국사회복지협의회	김 득 린	서울 마포구 공덕동 456 한국사회복지회관 5층	2077-3906
27	사회복지공동모금회	이 세 중	서울 중구 정동 1-17번지 6층	6262-3002
28	대 한 노 인 회	안 필 준	서울 용산구 효창동 9	715-2928
29	한국장애인복지시설협회	임 성 만	서울 마포구 도화동 173 삼창빌딩1461	718-9363~4
30	한국아동복지연합회	황 용 규	경기 안양시 동안구 관양2동 1506-27 인덕원프라자 11층	031-425-0701

*집필자 : 규제개혁법무담당관 노홍인

2007년 보건복지가족백서

2008년 8월 발행

발 행 인 : 전 재 희

편 집 인 : 유 영 학

발 행 처 : 보건복지가족부

편 집 참 여 자 : 정책통계담당관 : 김 영 군

담 당 사 무 관 : 최 만 기

담 당 주 무 관 : 공 헌 식

편 집 : design zone 02) 2264-6764

인 쇄 : (주)문 영 사 02) 504-2275

본 백서는 보건복지가족부 홈페이지(www.mw.go.kr)에도 게재되어 있습니다. 보건복지가족백서의 내용 중 문의 사항은 보건복지가족부 정책통계담당관(02-2023-7161~70)으로 연락해 주시기 바랍니다.

보건복지가족백서는 정부간행물판매센터(전화: 02)734-6818, 394-0337), 교보문고(전화: 1544-1900), 영풍문고(전화: 1544-9020) 등에서 판매하고 있습니다.

