

2024~2028 국가재정운용계획

지원단 보고서

| 보건·복지 분야 |

2024.12

본 자료는 2024~2028년 국가재정운용계획 지원단에서 준비한 자료로서 정부의 공식적인 입장은 아님을 유의하여 주시기 바랍니다.



보건·복지분야

연구책임자 한국조세재정연구원 : 김평식 부연구위원

공동연구진 한국조세재정연구원 : 김문정 연구위원

한국보건사회연구원 : 김은정 부연구위원

한국보건사회연구원 : 여나금 연구위원

한 양 대 학 교 : 이창무 교수

목 차

제1장 보건·복지 분야 재정투자 평가	1
제1절 재정투자의 현황과 추이	1
제2절 보건·복지 분야 정책 성과와 과제	5
1. 저출생 관련 쟁점과 과제	6
2. 정신건강 관련 쟁점과 과제	7
3. 건강보험 관련 쟁점과 과제	8
제2장 보건·복지 분야 정책 방향	10
참고문헌	13
제3장 저출산 대응 재정체계 개편 관련 쟁점사항 검토	14
제1절 도입	14
제2절 아동현금지원 효과성 제고	15
1. 정책 현황	15
2. 쟁점	20
3. 개선방안	24
제3절 일-가정 양립을 위한 육아휴직, 출산휴가 등 제도 개편	27
1. 육아휴직 제도	27
2. 정책 개편 방안	32
제4절 저출산 사업 평가지표 개선	34
1. 도입	34
2. 저출산 대응 사업의 평가체계	35
3. 저출산 대응 사업의 평가지표 현황과 쟁점사항	40
4. 저출산 대응 사업의 평가지표 개선방향	47
제5절 저출산 대응사업 예산체계 개편 검토	49
1. 기존 논의 검토	49
2. 쟁점 및 검토사항	52

3. 정책제안	60
참고문헌	65
제4장 건강보험 재정 합리화·효율화를 위한 정책과제	69
제1절 서론	69
제2절 건강보험 재정상황 및 재원조달구조	70
1. 건강보험 재정상황	70
2. 건강보험 재정의 의사결정체계	71
제3절 주요국 재정관리 사례	73
제4절 지속가능한 국민건강보험 재정을 위한 방안	74
1. 건강보험 재원조달구조 개편	74
2. 지출억제 방안 및 수입기반 확충	81
제5절 결론 및 정책적 시사점	83
참고문헌	85
제5장 지역 보건·의료 체계 확충	86
제1절 현황과 문제점	86
1. 지역·필수의료체계 문제점	86
2. 지역·필수의료체계 문제 원인진단	93
제2절 개선방향	96
1. 지역완결 의료체계에 어떻게 접근할 것인가?	96
2. 지역완결 필수의료체계 구축을 위한 개선방향	99
제3절 주요 개선과제	100
1. 【공백해소】 공백없는 지역·필수의료 보장	100
2. 【역량강화】 지역의료기관 역할·역량 강화를 통한 국민신뢰 향상	105
3. 【연계협력】 필수의료 중심 지역의료 연계·협력 강화	111
4. 【인력병상】 지역완결 의료체계 구축을 위한 인력·병상 확충 지원	116
참고문헌	122

제6장 (장기) 공공임대주택 지원·관리체계 장기 전략	123
제1절 장기 공공임대주택 현황과 과제	123
1. 장기공공임대주택 공급 현황 및 장기 전망	123
2. 공공임대주택 재고 국제 비교	125
제2절 인구 감소기 공공임대주택 운영 여건 변화	126
1. 인구 감소기의 수요 및 공급 여건 변화	126
2. 공공임대주택 노후화	128
3. 공공임대주택 운영 평가	133
4. 소결	134
제3절 노후화된 장기임대주택단지 재정비 전략	135
1. 해외 국가별 공공임대 재정비 정책 사례 평가	135
2. 노후화된 장기임대주택단지 유형화 및 재정비 전략	139
제4절 인구 감소기 공공임대주택 공급전략 개편	144
1. 인구 감소기를 대비한 점진적인 공공임대주택 공급 출구전략	144
2. 노후 공공임대주택 재건축 활성화 방안	145
참고문헌	146

표 목 차

〈표 1-1〉 보건·복지·고용 분야 투자 규모	1
〈표 1-2〉 보건·복지·고용 분야 내 부문별 투자 규모	2
〈표 1-3〉 아동·청소년·노인·여성 부문별 투자 규모	3
〈표 2-1〉 보건·복지·고용 분야 자원 배분 현황(2023~2025)	10
〈표 2-2〉 보건·복지·고용 분야 세부 자원 배분 추이	11
〈표 2-3〉 의무 및 재량지출 간 중기재정계획	12
〈표 2-4〉 국가재정운용계획 자원 배분 비교(2023~2027 vs. 2024~2028)	12
〈표 3-1〉 가정양육수당 사업연혁	16
〈표 3-2〉 양육수당 대상 및 금액	17
〈표 3-3〉 아동수당 사업연혁	18
〈표 3-4〉 부모급여 도입 전후 비교(2021~2024년)	18
〈표 3-5〉 부모급여 종류 및 지급방식(2024)	19
〈표 3-6〉 아동에 대한 현금수당 현황 및 예산	20
〈표 3-7〉 양육수당을 둘러싼 쟁점	21
〈표 3-8〉 가정양육수당 지원 아동 수(2021)	22
〈표 3-9〉 양육수당 수급아동 현황	22
〈표 3-10〉 2024년 육아휴직제도 개정 내용	28
〈표 3-11〉 육아휴직 제도 변화 비교(기존 vs. 2025년)	29
〈표 3-12〉 육아휴직제도 주요 연혁	30
〈표 3-13〉 저출산·고령사회정책 평가 관련 정책연구 목록(일부 발췌)	37
〈표 3-14〉 제4차 저출산·고령사회정책 기본계획 핵심성과지표(선정안별) 산식	41
〈표 3-15〉 제3차 저출산·고령사회위원회 기본계획 관련 4대 추진전략별 핵심 성과지표(안)	43
〈표 3-16〉 이영욱 외(2024)에 제시된 저출산 대응 사업의 핵심성과지표	45
〈표 3-17〉 OECD에서 제시하는 저출산, 일가정 양립 관련 지표	46
〈표 3-18〉 저출생 사업 재정운용 현황: 2023년 기준 주요 회계 및 기금	50

〈표 3-19〉 저출산 영역별 재정 유형 현황	51
〈표 3-20〉 저출산특별회계 신설 시 결정해야 할 항목 및 관련 사례	56
〈표 3-21〉 지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법의 주요 내용	59
〈표 3-22〉 국가균형발전특별회계 신설의 경위 및 주요 쟁점	61
〈표 4-1〉 건강보험 재정 추이	70
〈표 4-2〉 연도별 건강보험 보장률	71
〈표 4-3〉 주요 국가들의 보건지출 재정관리 방법	74
〈표 4-4〉 국민건강보험 제도의 재정관리의 문제점	76
〈표 5-1〉 지역·필수의료체계 구축 방향	98
〈표 5-2〉 지역완결 필수의료체계 구축을 위한 개선방향	99
〈표 5-3〉 지역 공공정책수가 활용 예시	102
〈표 5-4〉 (참고) 현행 의료법상 의료기관 진료기능 및 인력기준 제시방식	103
〈표 5-5〉 (참고) 보건의료 분야 의료기관 인증/평가 관련제도	103
〈표 5-6〉 공공정책수가 정의 및 방식	104
〈표 5-7〉 지역의료기관 필수의료 역할·역량 강화 방향 예시	105
〈표 5-8〉 지역의료기관 1차의료 기능 강화 예시	106
〈표 5-9〉 지역의료기관 필수의료 역할·역량 강화 방향 예시	111
〈표 5-10〉 지역필수의료 인력확충 방안	116
〈표 5-11〉 탄력적 인력활용 예시	117
〈표 6-1〉 노후도에 따른 공공임대주택 재고수 현황(LH와 SH 중심)	129
〈표 6-2〉 LH 장기임대단지 중 E/V미설치 단지와 공실률	130
〈표 6-3〉 지역·유형별 LH 노후장기임대주택 현황(2023.3월 기준)	131
〈표 6-4〉 서울시내 서울주택도시공사 소유의 단지형 영구임대 및 50년 공공임대주택 단지 현황	132
〈표 6-5〉 임대운영 손익현황	134
〈표 6-6〉 서울시 노후임대단지 재정비 관련 사업방식	141

그림 목 차

[그림 1-1] 보건·복지·고용 분야 지출 증가율	2
[그림 1-2] 국가별 공공복지지출의 GDP 대비 비중	4
[그림 1-3] OECD 회원국별 GDP 대비 공공복지지출 비중	4
[그림 1-4] 경상의료비 및 가계 의료비 직접부담비율 비교	5
[그림 1-5] 출생아 수 및 합계출산율 추이	6
[그림 1-6] 저출산 대응 예산 추이	7
[그림 5-1] 보편적 필수의료 공백심화 문제현상①응급실 뱅뱅이	87
[그림 5-2] 보편적 필수의료 공백심화 문제현상②소아과 오픈런	87
[그림 5-3] 보편적 필수의료 공백심화 문제현상③분만 난민	88
[그림 5-4] 지역·필수의료체계 위기 요인	90
[그림 5-5] 지역 간 의료격차 심화①지역필수 의료인력 불균형 및 부족	90
[그림 5-6] 지역 간 의료격차 심화②지역 간 건강 및 의료격차 심화	91
[그림 5-7] 의료인력 수요-공급 격차 심화	93
[그림 5-8] 지역필수의료 약화를 유발하는 의료체계와 보상체계의 문제점	95
[그림 5-9] 지역특성반영 지역병원 육성 예시	108
[그림 5-10] 상급종합병원 구조전환 시범사업 주요내용	109
[그림 5-11] 권역책임의료기관 지원체계	113
[그림 5-12] 인력활용 규제개선 예시	118
[그림 5-13] 개원의 관련 문제의식	119
[그림 5-14] 「제3기 병상수급 기본시책」 중 병상관리 기준	120
[그림 6-1] 연도별 공공임대주택 재고 현황	123
[그림 6-2] 공공임대주택 연도별, 유형별 공급량(사업승인 기준)	124
[그림 6-3] 장기공공임대주택 재고율 추이	125
[그림 6-4] 주요 국가의 공공임대주택(사회주택) 재고율 추이	125
[그림 6-5] 주요 국가의 공공임대주택 거주가구 비중 추이	126

[그림 6-6] 장래인구·가구추계 및 증가량 추이	127
[그림 6-7] 연령별 장래인구 및 장래가구추계	127
[그림 6-8] 공공임대주택 공급 비중 추이(인허가 기준)	128
[그림 6-9] LH 건설임대주택 연도별 공급현황 및 경과년수	129
[그림 6-10] 지역 및 임대유형별 장기공실률 현황	131
[그림 6-11] 서울시 임대주택 입지 현황	133
[그림 6-12] 일본 노후단지 재생정책의 시사점	135
[그림 6-13] 도쿄도 공영주택 건설호수 및 관리호수 추이	136
[그림 6-14] 미국 노후단지 재생정책의 시사점	137
[그림 6-15] 영국 노후단지 재생정책의 시사점	138
[그림 6-16] 서울시 공공임대주택 단지 30년 이상 경과 누적 세대수	139
[그림 6-17] 공공임대주택 재건축시 개발 가능한 용적률 개념도	140
[그림 6-18] 노후임대단지 유형별 증장기 재정비 전략	142
[그림 6-19] 유형별 임대주택의 입지 및 종류	142
[그림 6-20] 공공임대주택 재정비의 원칙	143

제1장 보건·복지 분야 재정투자 평가¹⁾

김평식(한국조세재정연구원)

제1절 재정투자의 현황과 추이

2024년 총지출은 656.6조원, 보건·복지 분야 지출은 242.9조원이며, 보건복지 분야의 비중은 37%로 12대 분야 중 가장 높은 비중을 차지하고 있다. 증가율 역시 2023년 본예산 대비 7.5% 증가하여, 재정 총지출 증가율 2.8%를 상회하고 있다. 보건·복지 분야 지출 규모는 지난 6년간('18~'24) 연평균 지출 증가율이 9.0%로, 동 기간 중 재정의 총지출 증가율 7.4%를 상회하고 있다. 2023년에 보건·복지 분야 지출 증가율이 총지출 증가율보다 다소 낮았으나 2024년의 지출 증가율은 총지출 대비 높게 나타난다.

〈표 1-1〉 보건·복지·고용 분야 투자 규모

(단위: 조원, %)

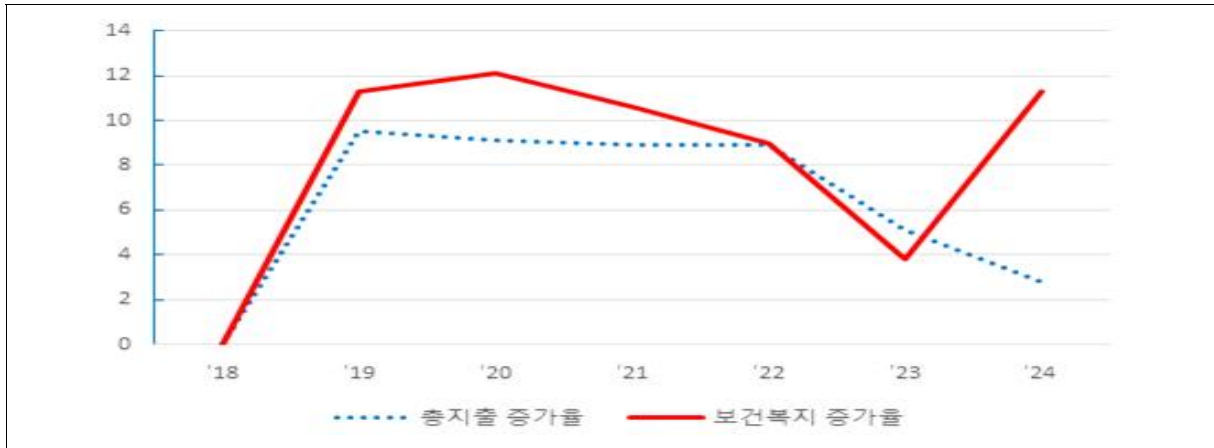
연도	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	연평균
규모	144.6	161.0	180.5	199.7	217.7	226.0	242.9	-
증가율	-	11.3	12.1	10.6	9.0	3.8	11.3	9.0

자료: 기획재정부, 『나라살림 예산개요』 각 연도

1) 보고서 작성을 위해 자료정리, 기초자료 조사 등의 도움을 준 박선영 책임연구원에게 감사를 표한다.

[그림 1-1] 보건·복지·고용 분야 지출 증가율

(단위: %)



자료: 기획재정부, 『나라살림 예산개요』, 각 연도

2023년의 보건·복지·고용 분야의 지출증가율이 총지출 증가율보다 낮았던 이유는 보건의료 부문의 규모가 2022년 대비 31.4% 감소했기 때문이며, 주택 및 고용 부문 역시 전년 대비 규모가 각각 6.7%, 8.9% 감소하였다. 보건의료 및 고용 부문의 경우 2024년에도 각각 36.4%, 5.6% 감소하였다. 이는 의료기관 및 코로나19 치료의료기관 등의 손실보상금이 대폭 삭감되었기 때문이며, 고용 부문 역시 청년고용난 및 코로나19 대응을 위한 장려금을 구조조정하였기 때문이다.

<표 1-2> 보건·복지·고용 분야 내 부문별 투자 규모

(단위: 억원, %)

부문	2022	증감률	2023	증감률	2024	증감률
합계	2,176,658	9.0	2,260,032	3.8	2,429,385	7.5
기초생활보장	167,638	9.4	191,355	14.1	208,225	8.8
취약계층지원	47,884	6.1	52,141	8.9	55,018	5.5
공적연금	629,823	4.9	713,246	13.2	808,644	13.4
보훈	59,308	0.8	62,475	5.3	64,798	3.7
주택	358,263	6.9	334,413	△6.7	374,239	11.9
사회복지일반	9,473	△30.9	10,114	6.8	10,580	4.5
아동·보육	91,827	7.3	98,476	7.2	108,894	10.6
노인	204,592	8.4	232,289	13.5	256,483	10.4
여성·가족·청소년	14,289	19.1	15,302	7.1	16,861	10.2
고용	259,383	0.4	236,316	△8.9	222,983	△5.6
노동	100,736	8.8	107,280	6.5	107,712	0.4
고용노동일반	6,045	8.5	6,339	4.9	6,516	2.8
보건의료	101,264	195.8	69,422	△31.4	44,125	△36.4
건강보험	119,242	10.7	124,102	4.1	137,070	10.4
식약안전	6,619	8.8	6,764	2.2	7,237	7.0

자료: 기획재정부, 『나라살림 예산개요』, 각 연도

주요 부문별 증가율을 세밀히 분석해보면, 공적연금 부문의 증감률이 급속히 증가하고 있는데, 공적연금 중 국민연금이 공무원연금·사립학교교직원연금·군인연금 등 타 공적연금과 비교해 높은 증가율을 보이기 때문이다. 건강보험 재정의 경우 고령화 및 향후 의료수요 증가 등으로 수지 구조가 악화될 것으로 우려된다. 임슬기(2023)는 현행 보험료율 인상 수준이 유지될 경우 건강보험 재정수지가 2024년에 적자로 전환되고, 2028년에는 누적 준비금이 소진되는 것으로 전망하였다. 아동·청소년·노인·여성 등 상대적 약자에 대한 예산액의 비중 및 증가율도 높은 편이며, 노인의 경우 동 부문 예산액의 60% 이상을 차지하고 있어, 고령화 관련 예산이 급격히 증가함을 볼 수 있다.

〈표 1-3〉 아동·청소년·노인·여성 부문별 투자 규모

(단위: 억원, %)

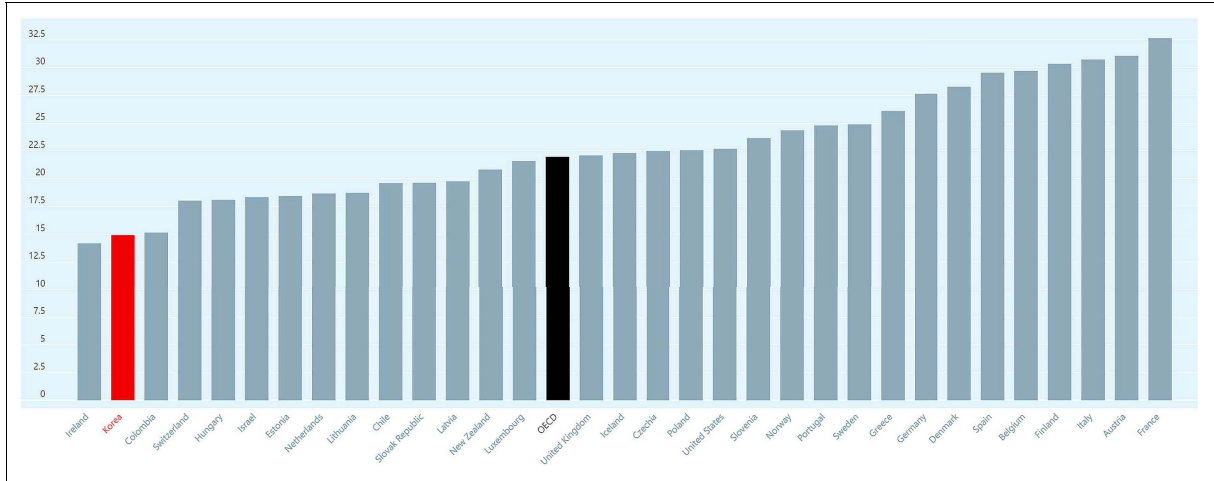
부문	'18	'19	'20	'21	'22	'23	'24
소계	182,289	231,548	262,400	286,306	310,708	346,067	382,238
아동·보육	64,625	81,297	85,127	85,582	91,827	98,476	108,894
노인	110,293	139,776	166,323	188,723	204,592	232,289	256,483
여성·가족·청소년	7,371	10,475	10,950	12,001	14,289	15,302	16,861
노인 예산 비중	60.50	60.37	63.39	65.92	65.85	67.12	67.10

자료: 기획재정부, 『나라살림 예산개요』 각 연도

국가재정운용계획상의 수치만으로는 우리나라의 공공복지지출 전체를 파악하기 어려워 보건·복지·고용 분야 지출의 국제비교를 위해 OECD의 공공복지지출(SOCX) 자료도 살펴보기로 한다. OECD SOCX 기준으로 2021년 우리나라 공공복지지출의 GDP 대비 비중은 14.9%로 OECD 회원국 평균인 22.0%에 비해서는 약 67% 정도 낮은 편이다. 프랑스의 경우 32.7%로 GDP 대비 공공복지지출 비중이 가장 높고 오스트리아, 이탈리아, 벨기에, 스페인, 덴마크, 그리스도 GDP의 25% 이상을 투입하고 있다. 반면 아일랜드와 한국의 경우 15% 미만을 투입하고 있다.

[그림 1-2] 국가별 공공복지지출의 GDP 대비 비중

(단위: %)



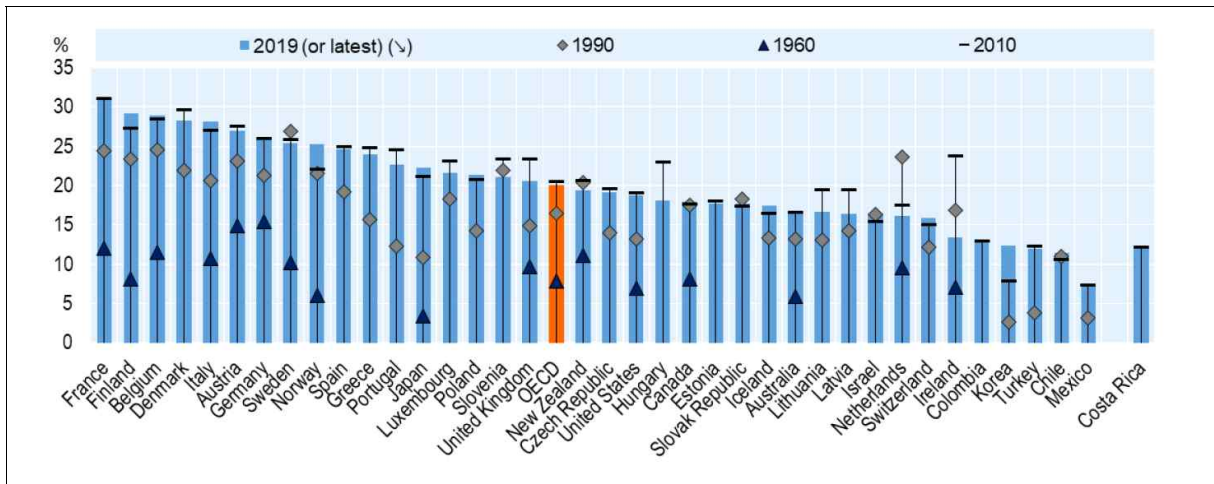
주: 캐나다, 코스타리카, 프랑스, 한국, 일본, 영국, 미국의 경우 2020년까지 실제 데이터임

자료: [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&fs\[0\]=Topic%2C1%7CSociety%23SOC%23%7CSocial%20protection%23SOC_PRO%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=6&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_SOCX_AG%40DF_SOCX_AG&df\[ag\]=OECD.ELS.SPD&df\[vs\]=1.0&pd=2021%2C2021&dq=.A..PT_B1GQ.ES10._T.&ly\[rw\]=REF_AREA&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=br](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&fs[0]=Topic%2C1%7CSociety%23SOC%23%7CSocial%20protection%23SOC_PRO%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=6&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SOCX_AG%40DF_SOCX_AG&df[ag]=OECD.ELS.SPD&df[vs]=1.0&pd=2021%2C2021&dq=.A..PT_B1GQ.ES10._T.&ly[rw]=REF_AREA&to[TIME_PERIOD]=false&vw=br), (검색일자: 2024. 4. 22.)

하지만, 좀 더 긴 시계열로 살펴보면 우리나라 공공복지지출의 상대적 격차는 점차 축소되고 있다. 다수의 유럽 국가들, 호주, 일본, 미국의 경우 1960년에서 1990년 사이에 그 규모가 두 배로 증가했다. 1990년 이후 GDP 대비 공공복지지출 비율은 한국 2.6%, 터키 3.8%에서 2017년 각각 10.1%와 12.1%로 3배 이상 증가했다(OECD, 2020, p.1).

[그림 1-3] OECD 회원국별 GDP 대비 공공복지지출 비중

(단위: %)



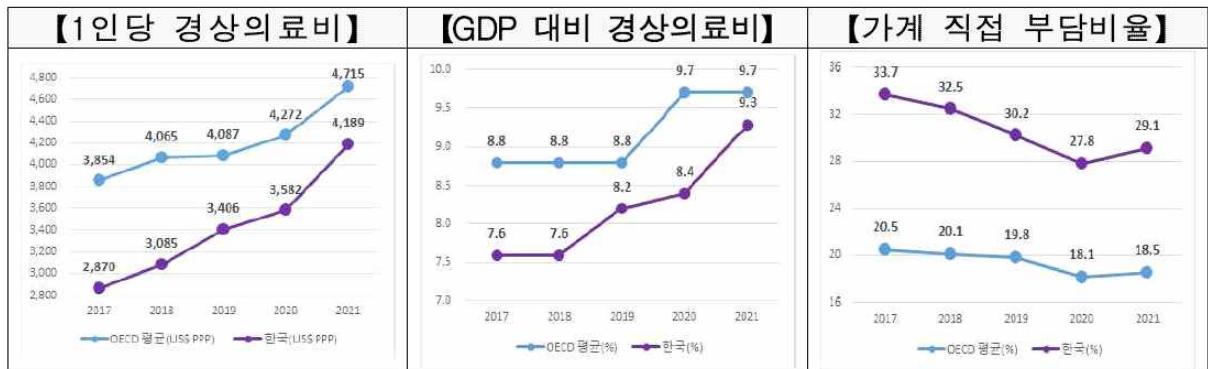
자료: OECD(2020), SOCIAL EXPENDITURE (SOCX) UPDATE 2020, p. 2

제2절 보건·복지 분야 정책 성과와 과제

2005년부터 2015년간 OECD 평균 5.3%인 연평균 사회복지지출 증가율이 우리나라는 11%로 두 배 정도 빠르게 확대되었다(보건복지부, 2019). 국민들의 평가 역시 전반적인 사회보장 수준이 높아지고 있다고 인식하고 있다. 2022년 사회보장 인식조사 결과보고에 따르면, 절반 이상의 국민(53.6%)이 ‘우리나라는 복지국가’라고 인식하고 있으며, 사회보장 수준이 낮다고 보는 비율(17.8%)보다 높다고 보는 비율(32.0%)이 더 높게 나타났고, 5년 후에는 긍정적으로 변화할 것으로 보고 있다(한국보건사회연구원, 2022).

급여 본인부담률 인하, 급여기준 완화 등 건강보험 보장률 향상 정책을 통해 1인당 경상의료비 및 GDP 대비 경상의료비는 주요국 대비 낮은 편이며, 가계 직접 부담비율도 OECD 평균 대비 높지 않다.

[그림 1-4] 경상의료비 및 가계 의료비 직접부담비율 비교



자료: 보건복지부(2024), p. 9

하지만 우리나라의 빈곤율은 2011년 18.6%에서 2021년 15.1%로 3.5%p 하락하였어도 여전히 높은 수준이고, 65세 이상 노인의 빈곤 역시 2021년 37.6%에서 2022년 38.0%로 증가하였다. 중위 50% 이하 빈곤층 중 1~2인 가구 비율이 2016년 51.9%에서 2021년 64.4%로 증가하였다.

저출산·고령화 현상으로 인한 인구 구조 변화는 관련한 재정지출을 빠르게 증가시키고 있다. 그럼에도 이를 감당할 능력이 약화되고 있어 재정의 지속가능성 유지에 대한 부담이 가중되는 상황이다. 2005년 저출산고령사회위원회를 발족하여 저출산·고령사회 기본계획을 수립하여 추진 중에 있으나, 핵심 지표인 출생아 수 및 합계출산율은 매년 하락하고 있다. 초저출산의 심화로 총인구 감소 및 초고령사회로의 진입이 시작되어 청년 세대의 미래 부담이 가중될 우려가 높아지고 있다. 통계청 인구추계(2024)에 따르면, 총인구는 2022년

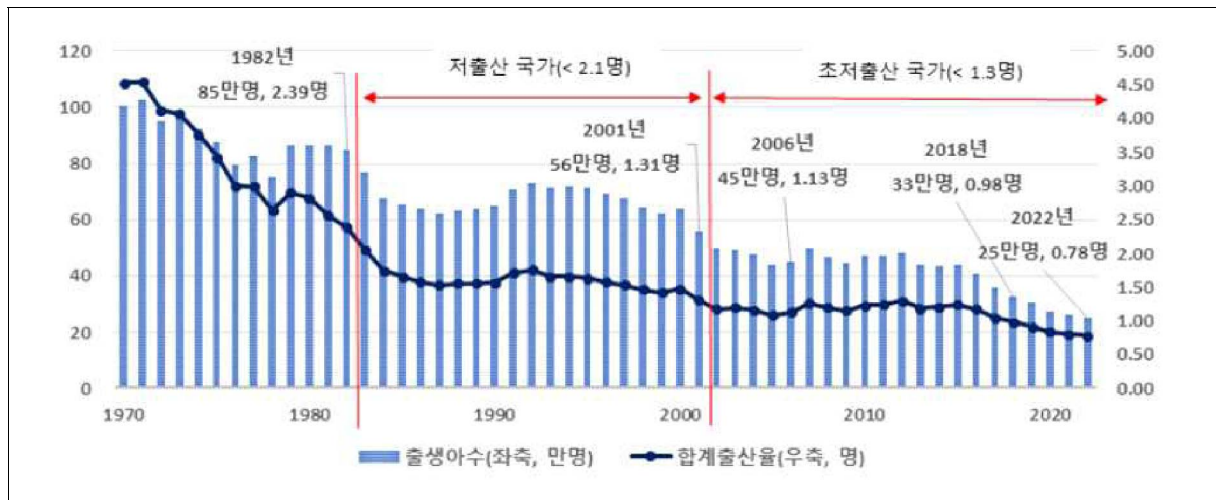
5,167만명에서 2042년 4,963만명으로 감소하며, 65세 이상 내국인 고령인구는 2022년 889만명에서 2042년 1,725만 명으로 향후 20년간 1.9배 증가한다. 고령화로 인해 내국인 총부양비는 생산연령인구 100명당 2022년 41.8명에서 2042년 81.8명으로 2배가량 증가할 것으로 전망된다.

1. 저출생 관련 쟁점과 과제

출생아 수와 합계출산율을 나타내는 그래프는 출산율 감소와 인구 구조의 변화를 명확하게 보여주고 있다. 출생아 수는 일정 기간 서서히 감소하는 경향을 보이고 있으며, 특히 최근 몇 년간 급격한 감소세가 나타나고 있다. 합계출산율 역시 지속적인 하락 추세를 보이고 있으며, 인구 대체 수준인 2.1명에 미치지 못하고 있다. 합계출산율이 낮아지면서 출생아 수도 감소하고 있으며, 이는 인구 고령화와 관련된 다양한 문제를 야기할 가능성이 크다. 출생아 수와 합계출산율의 동반 하락은 향후 인구 구조와 경제에 장기적으로 영향을 미칠 것으로 보인다.

[그림 1-5] 출생아 수 및 합계출산율 추이

(단위: 만명, 명)

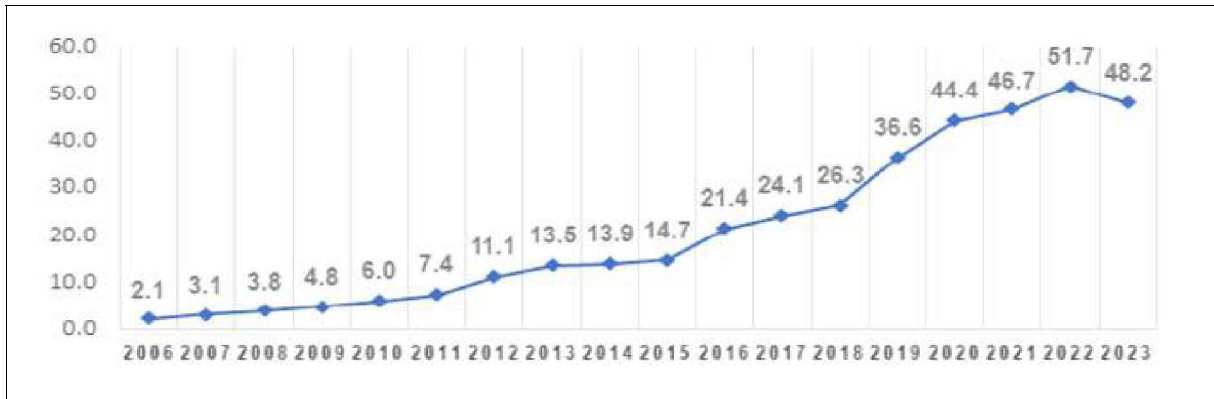


자료: 국회예산정책처(2023. 11), p. 4

국회예산정책처(2023. 11)가 저출산 시행계획상 예산사업을 기준으로 분석한 결과, 저출산 대응 예산은 2006년 2.1조원으로 시작해 2012년 11.1조원으로 5배 정도 증가하였다. 제3차 기본계획 수정이 이루어진 2019년에는 36.6조원으로 크게 증가하였고, 2021년 4차 기본계획 추진과 함께 예산은 2021년 46.7조원으로 증가하였다.

[그림 1-6] 저출산 대응 예산 추이

(단위: 조원)



자료: 국회예산정책처(2023.10), p.4

OECD 국가들의 고령인구부양률은 1980년대 16.5%에서 2020년 26.8%까지 40여년간 10.3%p 증가했다. 그에 비해 국민부담률은 1980년대 35.4%에서 2020년 37.3%로, 사회보장 부담률은 같은 기간 7.3%에서 8.7%로 증가하여 그 정도가 미미하다. 하지만 우리나라는 고령인구부양률이 동 기간 6.5% 수준에서 2020년 21.8%까지 15.3%p 상승하였고, 국민부담률은 1980년대 16.1%에서 2020년 27.7%로, 사회보장부담률은 0.3%에서 7.8%까지 큰 폭으로 상승하여 미래 세대에 부담이 되고 있다(국회예산정책처, 2023. 11).

저출산 관련 재정 증대뿐만 아니라 고령화 대응 예산도 증가하므로, 인구 구조의 변화에 따른 재정지출 증가는 국민부담률 및 사회보장부담률을 높일 것으로 전망된다. 우리나라의 사회보장부담률은 OECD 평균보다 낮은 수준이라는 점에서 상승압력은 보다 강화할 것으로 보인다.

2. 정신건강 관련 쟁점과 과제

정신건강 문제로 인한 사회경제적 부담도 증가하는 추세이다. 2019년 기준 국내 정신질환자 수는 치매를 제외하고 약 316만명으로 최근 5년간 약 22%가 증가하였다(관계부처 합동, 2021). 정부는 2017년 「정신건강복지법」을 전면 개정하여 ‘독립적 일상생활을 하는 데 중대한 제약이 있는 사람’으로 정신질환자의 법적 의미를 축소하여 정신질환자 차별 해소, 국민정신건강 증진, 정신질환자에 대한 복지서비스 근거를 마련하였다. 또, 정신질환자의 복지서비스(고용·교육·문화서비스 지원, 지역사회 통합 지원 등)에 관한 규정도 신설하여 의료 분야 위주로만 이루어지던 정신질환자에 대한 서비스를 자립 지원 등 복지 분야로까지 확대하고 국가와 지역이 정신건강증진계획을 수립하며 정신건강증진사업을 실시하도록 규정하였다.

2020년 코로나19의 발발 이후 정신건강 서비스에 대한 수요가 증가하였고, 정신질환자의 치료 및 보호에 대한 국가적 책임 요구가 증가하였다. 특히 정신질환자의 잇따른 강력범죄와 이로 인한 사회불안이 고조되면서 국민 안전 및 사회통합의 측면에서도 정신질환자의 보호 필요성이 고조되었다. 2021년 정부는 「제2차 정신건강 복지 기본계획(2021~2025)」을 수립하여 코로나19를 계기로 전 국민 대상 재난 심리지원에 대한 범정부 협력채널을 가동하였다. 감염병 예방과 더불어 마음 건강의 중요성이 범정부적으로 확산되고, 상시적인 정신건강 관리 거버넌스가 구축될 기반이 조성되었다. 정신질환자 및 고위험군에 국한되었던 정책대상을 전 국민으로 확대하고 심각한 정신과적 문제가 발생한 시점에 정책적 개입이 이뤄지는 것이 아니라 전 주기적 정신 건강서비스를 필요한 시점에 제공받을 수 있도록 하여 전 국민의 삶의 질과 인권증진을 도모하는 것을 목표로 하고 있다.

하지만 정신건강인프라에 대한 낮은 인지도, 정신질환에 대한 올바른 인식 부족 등으로 정신 건강위협 요인에 대한 적절한 대응이 곤란한 실정이고, 사회적 편견 및 차별로 조기 치료에 실패하거나 잦은 치료중단으로 정신질환의 만성화로 이어지는 경우도 다수이다.

우리 국민의 낮은 행복 지수와 삶의 만족도, 높은 자살률 등 정신건강이 높지 않은 상태에서 코로나 이후 사회구조 변화에 따른 정신건강 위해요인도 지속되고 있어 이에 대한 적극적인 대응이 요구된다. 김평식(2024)에 따르면, 코로나 발생 이후 첫 10개월 동안 월별 정신질환 진단 비율은 큰 폭으로 변하지 않았지만, 2021년 2월부터 월별 정신질환 진단 비율은 코로나 이전 대비 약 0.2%p에서 0.4%p 사이로 증가했다. 따라서 코로나 기간 동안 정신건강이 가장 악화된 집단을 선별하여 적절한 지원을 제공하는 것이 중요하다. 특히, 코로나 시기에 시행된 다양한 정신건강 관련 정책들의 효과를 평가할 필요가 있다. 경제 상황은 코로나 이전 수준으로 상대적으로 빠르게 회복될 수 있지만, 정신질환자들의 회복은 장기적인 과정이 필요하기 때문에, 정신건강 관련 재정 정책은 단기, 중기, 장기 목표에 따라 평가되어야 한다. 마지막으로, 정신질환자 치료 수준을 명확히 정의하여 코로나 이후의 상태 변화를 지속적으로 추적하고 관찰하는 것도 필요하다. 비록 본 연구에서는 정신건강 관련 주제가 심도있게 다뤄지지 못하였으나, 2025년도 예산안에 기반영된 마음 돌봄 체계 구축, 치료체계 재정비, 재활 지원 등 전 주기적 정신건강 지원 정책을 중장기적으로 지속 검토할 필요가 있다.

3. 건강보험 관련 쟁점과 과제

보건의료 분야에서는 건강보험의 지속가능성에 대한 우려 역시 증대되고 있다. 급격한 저출산·고령화와 더불어 2010년대 후반 수차례의 보장성 강화정책 등으로 건강보험 재정의 지속가능성에 대한 불안 증폭되고 있다. 2017년의 건강보험 지출은 57.3조원이었지만,

2022년에는 85.1조원으로 연평균 8.2% 증가하고 있으며, 「제4차 중장기 사회보장 재정추계」(보건복지부, 2020)에 따르면 건보 지출규모는 GDP 대비 3.8%(2020)에서 8.9%(2060)으로 2배 이상 증가할 것으로 보인다.

의료서비스의 수요 측면에서 살펴보면, 65세 이상 고령인구는 다른 연령대와 비교하여 의료 이용 빈도가 높고 진료량도 많아 의료비 지출 증가의 주요한 요인이다. 최근 10년간 의료비의 연평균 증가율은 전 연령을 포함하면 8.1%이지만, 노인인구를 대상으로 하면 10.4%에 이른다. 2022년 기준 연평균 의료기관 내원횟수 역시 전체 21.5회인 반면, 노인은 2배가 넘는 43.1회에 달한다. 고령화로 인한 의료비 지출 증가와 함께, 가족형태 변화로 인한 노인인구의 사회적 입원 증가 역시 건보재정 수지를 악화시키고 있으며, 행위별 수가제 및 현행 수가 결정구조와 더불어 OECD 평균보다 많은 병상·장비는 불필요한 의료 이용을 증가시키는 요인으로 작용하며, 급격한 보장성 강화 및 실손보험 활성화에 따른 본인부담 감소는 불필요한 의료쇼핑 등을 증가시켜 건보 재정을 악화시키는 원인이 되고 있다.

의료서비스의 공급 측면에서는 의료인력 및 인프라 부족에 따른 지역 간 의료·건강격차가 심화되고 있고, 유사한 환자군을 대상으로 상급종합병원부터 동네의원까지 무한 경쟁적 구조하에서 지역 내 의료자원의 효율적 활용이 저해되고 있으며, 중증·응급, 소아, 분만 등 수요가 적거나 일정하지 않은 필수 분야는 진료량 감소로 민간에서 충분한 공급이 이루어지지 못하고 있으며, 행위별 수가에 위험도, 난이도, 시급성, 대기시간 등이 충분히 반영되지 못한 채 진료과목 및 분야별 보상 불균형이 심화되고 있어 필수의료 기피 현상이 가중되고 있다.

정부는 제1차 종합계획이 국민 의료안전망을 확대하고 의료비 부담을 완화하는 성과를 보였지만, 지역·필수의료 공백, 과다의료 이용에 따른 보장률 개선 한계 등 구조적 문제도 나타났음을 비판적으로 평가하면서, 제2차 건강보험종합계획은 ‘필수보장’과 ‘지속가능성’을 핵심 목표로 제시하였다(국회입법조사처, 2024). 제2차 종합계획은 필수의료 공급 및 정당한 보상을 위해 가격결정체계를 개편하는 한편, 공공정책수가를 도입하고 지속가능한 미래 지불제도를 확립하고, 의료격차 축소 및 건강한 삶의 보장을 위해 의료서비스 전달체계를 개편하고 의료안전망을 내실화한다. 합리적 의료이용을 유도하고 의료 질 제고 및 비용관리를 강화하여 건강보험 재정의 지속가능성을 확보하고, 비급여 항목이나 부과체계를 정비하여 투명성을 제고하며, 안정적 공급체계 및 선순환 구조를 마련하기 위해 혁신 신약 및 의료기기에 대한 환자의 접근성을 제고하고 혁신 유도를 위한 데이터 활용 및 국제협력을 강화할 계획이다.

제2장 보건·복지 분야 정책 방향

김평식(한국조세재정연구원)

2025년 예산안은 보건·복지·고용 분야에 총 677.4조원 중 249.0조원을 배분하였다. 이는 '24년 237.6조 대비 11.4조원(4.8%) 증가된 규모이며, 총지출 증가율 3.2%에 비해 높고 R&D 분야의 11.8%에 이어 두 번째로 높은 증가율이다.

〈표 2-1〉 보건·복지·고용 분야 자원 배분 현황(2023~2025)

(단위: 조원, %)

	'23	'24	증가율	'24	'25안	증가율
총지출	638.7	656.6	2.8	656.6	677.4	3.2
보건·복지·고용	226.0	237.6*	5.1	237.6*	249.0	4.8
총지출 대비 비중	35.4	36.2		35.4	37.0	

주: 유보통합에 따라 '24년 보육사업 예산을 복지분야에서 교육분야로 이관한 후의 규모임
자료: 기획재정부, 「2024~2025년도 예산안」

2025년 보건·복지 분야 예산안에서는 보건의료(+11.2%), 공적연금(+9.3%), 노인(+7.2%) 분야의 예산 규모 증가 속도가 두드러진다. 각 분야의 전년 대비 주요 변화는 다음과 같다. 보건의료 분야에서는 2023년 대비 2024년에는 신종 감염병 위기 상황 종합 관리 예산이 1조 2,527억원으로 감축되어 예산이 감소하였으나, 전공의 수련 국가지원, 필수의료 확충, 지역 의료 강화, 의료사고 안전망 구축 및 필수의료 R&D 지원을 통한 의료개혁 뒷받침을 위해 2025년에는 4,951억원이 증가하여 11.2%의 증가율을 보인다. 공적연금 분야에서는 국민연금 급여 지급액이 6조 1,404억원 증가하는 등 전체 규모가 7조 5,202억원(+9.3%) 증가하였다. 노인 분야에서는 기초연금이 1조 6,631억 원(+7.2%) 증가하였고, 노인 일자리 예산이 4,862억원(+31.5%) 증가하였다. 아동·보육 분야에서는 유보통합 정책에 따라 보육 예산이 교육부로 이관되며 5.9% 감소하였다. 주택 분야에서는 뉴:빌리지, 든든전세 주택 등 신규 사업이 추진되지만, 공공주택 예산이 18조 1,276억원에서 14조 8,996억원으로 3조 2,280억원(△17.8%) 감소하여 전체 예산은 1조 8,272억원(△4.9%) 감소하였다.

〈표 2-2〉 보건·복지·고용 분야 세부 자원 배분 추이

(단위: 억원, %)

	'23	'24	증가율	'24	'25안	증가율
기초생활보장	191,355	208,225	8.8	208,225	218,616	5.0
취약계층지원	52,141	55,018	5.5	55,018	58,322	6.0
공적연금	713,246	808,644	13.4	808,644	883,846	9.3
보훈	62,475	64,798	3.7	64,798	65,722	1.4
주택	334,413	374,239	11.9	374,239	355,967	-4.9
사회복지일반	10,127	10,554	4.2	10,554	10,820	2.5
아동·보육	98,476	55,585	△43.6	55,585	52,326	-5.9
노인	232,289	256,483	10.4	256,483	274,913	7.2
여성·가족·청소년	15,302	16,861	10.2	16,861	17,769	5.4
고용	236,316	222,983	△5.6	222,983	235,937	5.8
노동	107,280	107,712	0.4	107,712	111,119	3.2
고용노동일반	6,339	6,516	2.8	6,516	6,901	5.9
보건의료	69,409	44,125	△36.4	44,125	49,076	11.2
건강보험(정부지원)	124,102	137,070	10.4	137,070	141,277	3.1
식약안전	6,764	7,237	7.0	7,237	7,545	4.3
합계	2,260,032	2,376,050	5.1	2,376,050	2,490,156	4.8

자료: 기획재정부, 「2024~2025년도 예산안」

종합적으로 「2024~2028년 국가재정운용계획」에 따르면, 총지출은 2024년 656.6조원에서 2028년 756.2조원으로 연평균 3.6% 증가할 것으로 전망되며, 보건·복지·고용 분야는 2024년 237.6조 원에서 2028년 286.3조원으로 연평균 4.8% 증가할 것으로 보인다. 의무지출 연평균 증가율이 5.7%에 달할 것으로 예상되는데, 이는 총지출의 연평균 증가율이 3.6%, 재량지출의 연평균 증가율이 1.5%인 것과 비교할 때 상당히 빠른 속도로 증가할 것으로 전망된다. 의무지출의 비중과 규모 확대는 주로 고령화에 따른 4대 공적연금과 기초연금 수급자 증가, 약자복지 강화를 위한 복지 분야의 법정 지출 증가에서 비롯되며, 국가채무 확대에 따른 이자 지출 증가도 이에 기인한다.

〈표 2-3〉 의무 및 재량지출 간 중기재정계획

(단위: 조원, %)

구분	'24	'25	'26	'27	'28	연평균 증가율
▣ 재정지출 (증가율)	656.6 2.8	677.4 3.2	704.2 4.0	730.3 3.7	756.2 3.5	3.6
○ 의무지출 (비중)	347.4 52.9	365.6 54.0	391.4 55.6	412.8 56.5	433.1 57.3	5.7
○ 재량지출 (비중)	309.2 47.1	311.8 46.0	312.8 44.4	317.5 43.5	323.1 42.7	1.1

자료: 기획재정부, 「2024~2028년 국가재정운용계획」, 2024.

「2024~2028 국가재정운용계획」은 「2023~2027 국가재정운용계획」과 비교해 건전 재정 기조를 유지하여 재정의 지속가능성을 제고하면서도 사회적 약자·취약계층에 대한 맞춤형 지원을 강화하는 것을 기본 방향으로 제시하였다. 「2024~2028 국가재정운용계획」은 보다 두터운 사회안전망 구성으로 사각지대 없는 복지체계를 구축하고, 청년일자리 창출과 취약계층의 자립을 지원하기 위해 생계 주거 교육급여 인상, 노인일자리 확대 등 저소득, 취약계층 대상 생계 돌봄 일자리 등에 대한 지원을 강화할 계획이다. 그리고 저출생 대응을 위해 양육·돌봄, 주거 등을 집중 지원하고, 필수의료·지역의료 및 취약계층 의료서비스 지원을 강화하고자 한다.

〈표 2-4〉 국가재정운용계획 재원 배분 비교(2023~2027 vs. 2024~2028)

(단위: 조원, %)

시점	구분	'23	'24	'25	'26	'27	'28	5년 평균
'23~'27	총지출	638.7	656.9	684.4	711.1	736.9		3.6
	보건·복지·고용	226.0	242.9	252.2	262.5	273.4		4.9
'24~'28	총지출		656.6	677.4	704.2	730.3	756.2	3.6
	보건·복지·고용		237.6	249.0	261.0	273.5	286.3	4.8

자료: 기획재정부, 「2023~2027년 국가재정운용계획」, (2023)
 기획재정부, 「2023~2027년 국가재정운용계획」, (2024)

제2부에서는 중장기적 정책 방향에 발맞춰 개혁 과제 도출이 필요한 분야 중 건강보험 재정 합리화·효율화를 위한 정책과제, 저출산 정책의 주요 이슈, 보건의료서비스 전달체계 개편, 공공임대주택 지원 및 관리체계 효율화에 대해 구체적 논의를 이어간다. 이를 통해 개혁 과제를 발굴하고 구체적이고 지속 가능한 실천방안을 제시하고자 한다.

참고문헌

<국내 문헌>

- 관계부처 합동, 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」, 2021. 1.
- 국회입법조사처, 「제2차 국민건강보험 종합계획(2024~2028)의 주요 내용과 쟁점」, 2024. 4.
- 국회예산정책처, 「중·장기 재정현안 분석 인구위기 대응전략 1. 요약」, 2023. 11.
- 국회예산정책처, 「2024년도 예산안 총괄 분석 I」, 2023. 10.
- 김평식, 「코로나 19와 정신건강에 대한 소고」, 『재정포럼』 한국조세재정연구원, 2024. 6.
- 기획재정부, 「나라살림 예산개요」, 각 연도
- 기획재정부, 「2024년도 예산안」, 2023. 9.
- 보건복지부, 「제2차 사회보장기본계획(2019~2023)」, 2019. 2.
- 보건복지부, 「제4차 중장기 사회보장 재정추계」, 2020. 8.
- 보건복지부, 「제2차 국민건강보험 종합계획(2024~2028)」, 2024. 2.
- 한국보건사회연구원, 「2022년 사회보장 인식조사」결과 보고, 2022.
- 이영은·이종권·권치홍·김옥연·조승연·이형철·최용운·김소연·최보미, 「장기공공임대단지의 재정비 및 지역거점화를 위한 중장기전략」, 한국토지주택공사 토지주택연구원, 2023.
- 임슬기, 『2023~2032년건강보험 재정전망』 국회예산정책처 현안보고서, 2023. 10.
- 통계청 보도자료, 「2022년 기준 장래인구추계를 반영한 내외국인 인구추계: 2022~2042년」, 2024. 4. 11.

<국외 문헌>

- OECD, “Social spending makes up 20% of OECD GDP”, Social Expenditure (SOCX) Update 2020.

제3장

저출산 대응 재정체계 개편 관련 쟁점사항 검토

김문정(한국조세재정연구원)

김은정(한국보건사회연구원)

제1절 도입

본 장에서는 저출산 대응을 위한 자원 마련 및 자원 관리 측면에서의 몇 가지 주제를 검토하고자 했다. 저출산 정책의 중요성을 고려할 때 이러한 자원에 관한 논의가 상당히 중요하며, 이와 관련하여 광범위하면서도 심도 있는 연구의 필요성에 대해서는 아무리 강조해도 지나치지 않을 것이다.

구체적으로 저출산 대응 정책의 자원 마련 방안 및 관리방안에 대한 논의가 필요한 이유를 몇 가지 제시하면 다음과 같다.

첫째, 저출산 혹은 저출생 문제를 적극적으로 해결하기 위해서는 무엇보다 안정적 자원이 마련될 필요가 있다. 그러한 자원은 현금성 수당이나 서비스, 그러한 서비스를 제공하거나 관리하는 정부기관의 설립 및 운영비용에 사용될 것이다. 안정적이지 않은 저출산 자원으로는 장기적이고 체계적인 대응 정책안(案)이 마련된다 하더라도 이를 실행하기 어려울 수 있다. 경제주체가 미래를 합리적으로 예측한다고 가정한다면, 임시적이고 일시적인 정부의 재정투입으로 장기적 영향을 미치는 출산이라는 가구의 의사결정에 영향을 미치기 어려울 것임을 예상할 수 있다.

둘째, 저출산 자원 마련 및 관리에 관한 논의는 정부 및 우리의 사회가 재정적으로 지속 가능한 저출산 대응 정책을 발굴하는 데 기여할 수 있다. 합계출산율이 2023년에 0.72명을 기록하고²⁾ 지방의 인구가 크게 감소하는 상황이 전국 각지에서 이미 실현되고 있는 상황에서 저출산 대응 정책은 국가적으로 가장 중요한 정책 중의 하나임이 분명하다. 그러나 관련 재정의 지속가능성을 고려하지 않는다면 정책의 효과성이 높지 않은 정책이 무분별하게 집행될 수 있다. 실제로 효과성이 높지 않거나, 높을 것으로 기대되지 않는 정책이 마치 저출산 문제를 해결할 수 있는 정책으로 간주되어 그 재정집행의 적절성에 대해 적절한 검

2) 국가지표, 합계출산율, <https://www.index.go.kr/unify/idx-info.do?pop=1&idxCd=5061> (접속일자: 2024. 10. 20.)

트를 하지 않는다면, 합계출산율을 끌어올리는 과업의 달성은 더욱 요원해질 것이다.

특히, 우리나라는 고성장 국면을 지나 현재 저출산 고령화 현상으로 인하여 조세수입과 기금에 기여할 수 있는 경제활동인구의 비중은 줄어드는 데 비해, 보건의료, 복지 등 재정 지원이 요구되는 경제활동인구의 비중은 증가하고 있다. 이 과정에서 건강보험이나 국민연금 기금의 재정압박, 의무지출 비중의 증가 등으로 중앙정부의 재정역량은 한정될 수밖에 없다. 결과적으로, 아무리 시급한 정부정책이라 하더라도 저출산에 대한 대응 정책 역시 재정의 지속가능성의 틀 안에서 검토될 필요가 있다.

본 장에서 다루는 소주제는 저출산특별회계, 아동대상 현금성지원 등으로 구분된다. 저출산특별회계의 경우, 간헐적으로 저출산 대응을 위한 재원 마련 방안으로 제시되곤 하였으나, 그 구체적인 안이 마련되어 있지 않은 상태에서 현재 상황의 쟁점을 검토할 필요가 있는 주제라 할 수 있다. 아동대상 현금성지원의 경우, 재정정책의 효율성이나 효과성, 재정 지속가능성 측면에서 중요한 정책분야라 판단되어 본 장에 포함하였다. 또한, 일가정 양립 분야와 사업의 평가지표 구축 측면에서의 정책방향도 각각 제4절과 5절에서 제시하였다.

본 장(章)에서의 논의는 주제별 쟁점사항 및 향후 정책의 방향성을 제안하는 것에 초점을 맞추었음을 밝힌다. 저출산 대응을 위한 재원 마련 및 재원관리의 방향에 대한 보다 심층적인 연구는 향후 과제로 남겨둔다.

제2절 아동현금지원 효과성 제고

1. 정책 현황

가. 가정양육수당

국내의 가정양육수당은 아동수당이 도입되기 훨씬 이전에 2009년 「영유아보육법」에 근거하여 차상위 계층 이하 가구의 0~1세 아동을 대상으로 도입되었다. 이후 2013년 전계층 무상보육이 도입됨에 따라 가정양육수당 지원 대상이 무상보육 대상과 동일하게 0~5세로 대폭 확대되었다. 도입 당시 차상위 0~23개월 영아를 대상으로 월 10만원의 수당을 제공하였으나 2013년 만 0세 20만원, 만 1세 15만원, 만 2~5세(83개월) 10만원으로 대상과 금액이 모두 확대되었다. 이후 지원액의 증액 없이 2019년 취학전 1~2월을 추가지원한다는 목적으로 대상 아동이 85개월까지 확대되기에 이른다. 국내의 양육수당은 보육서비스나 유치원을 이용하지 않는 아동에 대한 형평성 제고와 경제적 지원 목적이 크다. 이밖에 정치적 목적으로 당시 보육(교육)서비스에 대한 수요 증가와 이에 대한 재정 부담에 따라 정부는 서비스

수요 분산 목적으로 양육수당이 논의된 측면이 있다(김수정, 2018).

2022년 영아기에 대한 집중투자의 개념으로 만 0, 1세 대상으로 「아동수당법」을 근거로 한 영아수당이 도입됨에 따라 가정양육수당은 만 2세부터 미취학 85개월 이하 아동으로 지급 대상이 축소되기에 이른다. 영아수당은 2022년 1월 1일 이후 출생한 2세 미만(0~23개월) 아동에게 1인당 월 30만원씩 지급하도록 하였고, 2025년까지 50만원까지 확대할 계획이었다(박은정·이정원·윤지연 2022). 영아수당의 경우 기관서비스를 이용하지 않을 경우에는 월 30만원을 현금으로 지급받으며 어린이집 또는 종일제 아이돌봄 서비스를 이용할 경우 서비스 이용 바우처를 지원받았다. 표면적으로 만 0, 1세는 영아수당, 만 2세 이상은 가정양육수당을 받는 구조이나 영아수당 또한 가정양육수당과 마찬가지로 어린이집, 유치원, 종일제 아이돌봄서비스 등을 이용하지 않는 아동을 대상으로 지급되었기 때문에 급여액 차이만 있을 뿐 기존의 가정양육수당과 큰 차이가 없어 만 0, 1세 대상의 가정양육수당이 지급액이 확대되어 영아수당으로 전환된 것으로 이해할 수 있다. 다만, 기존의 가정양육수당은 「영유아보육법」에 근거를 두고 있으나, 영아수당은 「아동수당법」에 근거를 두고 있다는 차이가 있다. 이렇게 도입된 영아수당이 1년 만에 급여수준이 대폭 인상되어 부모급여로 전환됨에 따라 영아수당은 도입 1년 만에 사라지게 되었다. 「아동수당법」에 근거를 둔 영아수당이 부모급여로 발전됨에 따라 부모급여는 「아동수당법」에 근거를 두고 운영되게 된다. 가정양육수당 연혁은 다음과 같다.

〈표 3-1〉 가정양육수당 사업연혁

구분	지원대상	지원단가
2009.7-2010년	0~23개월, 차상위	0~23개월: 10만원
2011~2012년	0~35개월, 차상위	0~11개월: 20만원 12~23개월: 15만원 24~35개월: 10만원
2013~2018년	0~83개월, 전 계층	0~11개월: 20만원 12~23개월: 15만원 24~83개월: 10만원
2019~2022년	0~85개월, 전 계층 (취학년도 1~2월 지원 추가)	0~11개월: 20만원 12~23개월: 15만원 24~85개월: 10만원
2022년~ (영아수당 도입 이후)	23~85개월, 전 계층	24~85개월: 10만원 ※ 0~11개월: 2022년 영아수당 → 2023년 부모급여로 개편·전환 12~23개월: 2022년 영아수당 → 2023년 부모급여로 개편·전환

자료: 관계부처 합동 보도자료(2020. 3. 4.)참조 및 저자 작성

가정양육수당은 농어촌 양육수당과 장애아동 양육수당을 구분하여 지급하고 있다. 농어촌 양육수당과 장애아동 양육수당은 보호자가 수당 지원을 신청하고, 일정 요건을 충족하는 아동에 대해서 지급한다. 2024년 현재 양육수당 유형은 다음과 같다. 각각의 양육수당의 지급방식은 아동 또는 부모 등의 명의 통장에 계좌이체로 지급된다.

〈표 3-2〉 양육수당 대상 및 금액

구분	양육수당	농어촌 양육수당	장애아동 양육수당
24~35개월	10만원	15만 6천원	20만원
36~47개월	10만원	12만 9천원	10만원
48~85개월	10만원	10만원	10만원

자료: 교육부, 「2024보육사업안내」, 2024. 8

나. 아동수당

가정양육수당은 모든 영유아를 대상으로 하는 유일한 현금급여였으나 기관서비스 이용 여부에 따라서 수급권이 결정되기 때문에 보편적 현금급여로 보기에는 한계가 있다. 이러한 가운데, 2018년 「아동수당법」을 근거로 아동 양육에 따른 경제적 부담 경감, 아동을 위한 건강한 성장 환경 조성, 아동의 기본적 권리와 복지증진을 목적으로 아동수당이 전격 도입되었다. 이는 OECD 회원국과 비교 시 약 50여 년 늦은 것으로 평가되고 있으며 아동수당은 2021년 92개국이 시행하고 있다(표이정·김경제, 2021; 이희섭·이은지, 2023). 아동수당은 보편적 수당으로 아동을 양육하는 부모의 노동권을 지원하는 성격이 강한 보육정책 등과는 차이가 있다. 아동수당을 일찍 도입한 국가의 경우, 아동수당은 아동빈곤 완화를 위한 소득보전의 성격이 강했던 반면, 한국의 경우에는 아동수당 논의가 최초로 이루어진 기구가 아동정책 관련 기구가 아닌 저출산·고령화대책위원회에서 이루어졌다는 점을 고려할 때 아동빈곤보다는 저출산 대응을 위한 목적으로 도입되었다고 이해할 수 있다(이희섭·이은지, 2023). 아동수당은 2006년에 정책의제로 논의되기 시작하였으나 2018년에 이르러서야 시행되었다. 당초 아동수당의 정책목적은 아동의 전반적 복지 증진 측면에서 논의되었으나 이후 저출산이 지속됨에 따라 저출산 대응 목적으로 아동수당이 전격 도입된 것으로 볼 수 있다. 다만, 2017년 「아동수당법」에는 ‘아동 권리와 아동복지 향상’으로 표기되어 아동수당의 기본 원칙을 반영하고 있다. 2018년 도입 첫해에는 소득기준을 두고 6세 미만 아동에 대해서 월 10만원씩 지급하였으나 2019년부터 소득기준을 삭제하여 해당 연령의 전 아동에게 지급되는 보편수당으로 자리 잡았다. 2018년 도입 이후 지불금액의 변화 없이 지원연령만 최초 6세 미만에서 8세 미만(~95개월)으로 확대되었으며 취학여부와 관계없이 해당 연령의 아동을 대상으로 한다. 지급방법은 가정양육수당과 마찬가지로 계좌이체를 원칙으로 한다. 단 경우에 따라서 지자체에서 지역사랑상품권 등으로 지급 가능하다.

〈표 3-3〉 아동수당 사업연혁

구분	지원대상	소득기준	지원단가
2018년 9월	만 6세 미만	소득상위 10% 제외	월 10만원
2019년 4월	만 6세 미만	전계층	월 10만원
2019년 9월	만 7세 미만	전계층	월 10만원
2022년 4월	만 8세 미만 (0~95개월)	전계층	월 10만원

자료: 2024 아동수당사업안내 참조 및 저자 작성

다. 부모급여

부모급여는 2022년 도입된 영아수당을 확대·개편한 것으로 2023년 도입되었다. 기존의 영아수당은 2022년 1월 1일 이후 출생한 2세 미만(0~23개월) 아동에게 1인당 월 30만원씩 지급하도록 하였고, 2025년까지 50만원까지 확대할 계획이었다(박은정·이정원·윤지연 2022). 그러나 2023년에 부모급여로 전환되었고, 도입 첫해 0세 70만원, 1세 35만원, 2024년부터는 0세 100만원, 1세 50만원을 매월 지급하고 있다. 도입 당시 지급근거가 미약했으나 2023년 9월 「아동수당법시행령」 일부를 개정하여 지급근거를 마련하였다. 「아동수당법」 제4조(아동수당의 지급 대상 및 지급액) 1항 아동수당은 8세 미만의 아동에게 매월 10만원을 지급한다. 5항 제1항에도 불구하고 2세 미만의 아동에게는 매월 50만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액을 추가로 지급한다.”고 되어있다. 부모급여도 보편급여의 성격을 가지고 있으나 돌봄서비스 이용과 연계되어 있다는 점에서 영아수당이나 가정양육수당과 유사한 특성을 가지고 있다. 부모급여 도입 전후를 비교하면 다음과 같다.

〈표 3-4〉 부모급여 도입 전후 비교(2021~2024년)

구분	2021년 (가정양육수당)		2022년 (영아수당)		2023년 (부모급여)		2024년 (부모급여 확대)	
	0세	1세	0세	1세	0세	1세	0세	1세
시설미이용	월 20	월 15	월 30	월 30	월 70	월 35	월 100	월 50
시설 이용	바우처	바우처	바우처	바우처	바우처 +차액	바우처	바우처 +차액	바우처 +차액

자료: 2024년 부모급여 사업안내 참조 및 저자 작성

부모급여의 지급방식은 서비스 이용 유무에 따라 현금, 현금 + 바우처로 구분할 수 있으며 현금 + 바우처는 이용하는 서비스에 따라 현금 + (어린이집 바우처), 현금 + (종일제 아이돌보미 바우처)로 구분할 수 있다. 첫째, 기관보육서비스 등의 지원서비스를 일체 이용하지 않을 경우 0세 월 100만원, 1세 월 50만원이 현금으로 지급된다. 둘째, 기관보육서비스를 이용할 경우에는 서비스이용 바우처와 차액을 현금으로 지급받는다. 0세 영아가 어린이집을 이용할 경우 월 보육료 54만원을 전액 바우처로 지원하고, 차액 46만원을 현금으로 지급

한다. 1세 영아가 어린이집 0세반을 이용할 경우 보육료 54만원이 바우처로 지원되므로 차액은 지급되지 않는다. 1세 아동이 1세반을 이용하면 월 보육료 47만 5천원을 바우처로 전액 지원하고, 차액 2만 5천원을 현금 지급한다. 셋째, 종일제 아이돌봄 서비스를 이용할 경우, 정부지원금 전액을 바우처로 지원한다. 만일 종일제 아이돌봄 정부지원금이 부모급여 지원금액보다 적은 경우, 차액을 현금으로 지급한다. 이용 시간에 따라 0세 월 100만원, 1세 월 50만원 기준으로 환급 차액이 달라진다.

〈표 3-5〉 부모급여 종류 및 지급방식(2024)

구분	부모급여(현금)	부모급여(바우처)	
		부모 보육료	종일제 아이돌봄
0세	월 100만원	월 54만원 (0세반)	시간당 11,630원
1세	월 50만원	월 54만원 (0세반) 월 47.5만원 (1세반)	(월 최소 80시간, 최대 200시간 지원)

자료: 보건복지부(2024), 「2024년 부모급여 사업안내」. p. 7. 재구성

라. 아동기 현금급여의 비교

시기상 가장 먼저 도입된 것은 가정양육수당이며 뒤이어 아동수당, 부모급여가 시행되었다. 다만, 아동수당이 가장 먼저 논의되기 시작하였으나 보편적 수당의 성격이 강한 아동수당 대신에 저소득층 영아에 대한 가정양육수당이 가장 먼저 도입되었다. 이후 보편적 현금 급여 성격의 아동수당이 전격 시행되었으며 최근에 0, 1세에 대한 양육지원 강화를 목적으로 기존의 영아수당을 확대 개편한 부모급여가 시행되기에 이른 것이다. 가정양육수당은 도입 당시부터 보육서비스 이용과 밀접한 관련이 있는 수당으로 「영유아보육법」을 근거법령으로 하고 있으나 이후 만 0~1세에 대한 영아수당의 시행은 「아동수당법」을 근거법령으로 도입되었으며, 영아수당을 근간으로 하고 있는 부모급여 역시 「아동수당법」을 근거법령으로 하고 있다는 특징이 있다. 당초 수당의 성격만을 비교하자면 가정양육수당과 부모급여가 서비스 이용 유무와 연계되었다는 점에서 정책설계가 매우 유사한 구조로 되어 있음에도 근거법을 달리하고 있는 반면, 아동수당과 부모급여는 정책설계가 매우 상이함에도 『아동수당법』을 근거로 하고 있다는 특징이 있다.

부모급여(영아수당)가 도입되기 이전에는 「아동수당법」에 근거한 아동수당, 「영유아보육법」에 근거한 (가정)양육수당이 아동에 대한 유일한 현금 급여였다. 이후 아동수당에 대한 큰 정책적 변화는 없었던 반면, 연령별로 차등 지급되던 가정양육수당에 대한 정책 변화가 이루어져 영아수당을 거쳐 부모급여에 이르게 된 것이다. 결국, 아동수당만 보편적 수당의 완전한 성격을 가졌으며 0, 1세 대상의 부모급여나 2세 이상을 대상으로 하는 가정양육수

당은 기관서비스 이용 유무와 밀접한 관련성을 가지고 있어 보편적 아동수당과는 상당한 차이가 있다.

〈표 3-6〉 아동에 대한 현금수당 현황 및 예산

구분	가정양육수당	아동수당	부모급여
도입시기	2009년	2018년	2023년
근거법령	「영유아보육법」	「아동수당법」	「아동수당법」
정의	어린이집, 유치원 등을 이용하지 않는 미취학 아동에 대해 지원되는 월 단위 수당	8세 미만 아동에 대해 지원되는 월 단위 보편수당	2세 미만 아동에 대해 지원되는 월 단위 보편수당
목적	어린이집·유치원을 이용하지 않는 아동에 대한 형평성 제고와 부모의 양육방식에 대한 선택권 보장	아동 양육에 따른 경제적 부담을 경감, 아동의 기본적 권리와 복지 증진, 소득재분배를 통한 아동빈곤 예방	출산 및 양육으로 손실되는 소득 보전, 영아기 아동 양육에 따른 경제적 부담 완화, 부모의 양육방식에 대한 선택권 보장
지원대상, 금액	24개월~미취학 (최대 86개월) 월 10만원	0세~만 8세 (최대 95개월) 월 10만원	0세 월 100만원 1세 월 50만원
지급방식	현금(계좌이체)	현금(계좌이체)	현금(계좌이체) 바우처(보육료, 종일제 아이돌봄 서비스)
2023년 예산	1,759억원	2조 2,564억원	1조 6,215억원
2024년 예산	1,081억원	2조 1,115억원	2조 8,887억원

자료: 1. 보건복지부, 「2024년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요」

2. 보건복지부, 「2024 부모급여 사업안내」, 「2024 아동수당 사업안내」; 교육부, 「2024년 보육사업안내」

2. 쟁점

가. 가정양육수당

양육수당은 가정내 양육을 선호하는 가구에 대한 지원을 목적으로 도입된 정책으로 대부분의 국가에서 보육서비스를 이용하지 않는 조건으로 지급된다(송다영·박은정, 2019). 원론적으로 보육시설 미이용 가구에 대한 보상적 성격으로 설계되어 있는 가정양육수당은 결국 여성에게 아동 양육의 책임을 전가하는 결과를 가져오고 특히, 저소득 여성 근로자의 노동유인을 감소시킨다고 비판받아 왔다. 현재, 부모급여 시행에 따라 가정양육수당은 24개월 이상 미취학 아동을 대상으로 하고 있다. 아동발달 측면에서 영아기 가정보육은 권장되

어 온 반면 유아기에는 공통보육과정인 누리과정을 통해서 적절한 유아교육 및 발달을 도모하는 상황에서, 가정양육수당이 미취학 유아를 대상으로 함에 따라 가정양육수당은 더욱 다양한 비판에 직면하게 되었다.

양육수당에 대한 기존의 쟁점은 <표 3-7>과 같다. 양육수당을 옹호하는 입장에서는 양육 방식에 대한 선택권 보장, 양육에 대한 경제적 부담 완화, 재정 효율성, 일정시기 가정보육 후에 노동시장 복귀를 통한 여성의 노동권과 부모권의 조화를 주장한다. 예산활용의 효율화는 무상보육 도입 당시 보육서비스에 대한 수요를 분산시키기 위한 목적으로 가정양육수당 대상 아동을 확대한 것과 같은 맥락으로 이해할 수 있다. 반면 반대하는 입장에서는 돌봄의 가족화로 인해 여성의 돌봄책임 강화에 따른 성별 불평등, 현금급여 유인이 높은 저소득층이 활용할 가능성이 높음에 따라 계층간·아동간 평등 침해, 장기적으로 보육서비스 제공이 여성의 노동력 확보를 가져와 더욱 재정 효율적이며, 기관보육이 아동보육에 더 좋으며 남녀 모두 부모권과 노동권을 보장하는 환경을 제공한다는 견해를 가지고 있다(이수경·오미옥, 2013; 송다영·박은정, 2019). 2015년 보육실태조사 원자료를 분석한 송다영·백경훈(2019) 연구에 따르면 저소득층과 미취업 여성 가구의 가정양육수급률이 높은 것으로 조사된 바 있다(송다영·박은정, 2019).

<표 3-7> 양육수당을 둘러싼 쟁점

구분	양육수당 옹호입장	양육수당 반대입장
사회정의	여러 형태의 양육방식을 원하는 가족들을 지원하는 것이 형평성에 맞음	성별 간 평등, 다양한 가족형태나 계층적 차이를 넘어서 아동 간 평등 침해
아동양육과 국가 역할	아동양육을 해나가는 가족의 경제적 부담을 해소하기 위한 재원 마련	아동보육을 장기적 사회발전 속에 배치하고 보편적 보육서비스 제공 주력
재정 효율성	보육시설은 아동수 변화나 지역적 특성에 유연하게 대응하지 못하여 재정적으로 비효율적	생산가능 잠재집단인 여성의 노동력화에 대한 투자가 가장 재정 효율적임. 이를 가능케 하는 보육서비스 확충 필요
사회적 바람직성 (socialdesirability)전제	- (개별)가정이 아동보육의 최적 장소 - 여성의 순차적 양립을 통한 부모권과노동권 조화	- 공동가정으로서 보육시설이 아동보육을 위해 더 나옴 - 남녀 모두의 부모권과 노동권 양립을 위한 사회적 환경 조성
여성의 노동자로서의 지위	실업/저임금 완충제(buffer)로서의 여성노동자 수용	여성노동자의 동등한 노동권 강조

주: Hiilamo & Kangas(2003)³⁾의 분석틀, 송다영·박은정(2019)에서 재인용

3) Hiilamo, H., & Kangas, O., "Trap for women or freedom to choose?: Political frames in the making of child home care allowance in Finland and Sweden" paper for ESPANET Conference: Changing European societies- The role for social policy, Copenhagen, 2003.

영아수당 및 부모급여가 도입되기 이전인 2021 전국보육실태조사에 따르면 가정양육수당 아동 수는 지원대상을 전 계층으로 확대했던 2013년부터 2016년까지 30% 이상을 보였으나 2016년 29.6%를 기점으로 지속적으로 감소 추세를 보여 2021년에는 전체 아동의 20.5%에 해당하였으며 연령별 비율은 <표 3-8>과 같다.

<표 3-8> 가정양육수당 지원 아동 수(2021)

(단위: 명, %)

구분	0세	1세	2세	3세	4세	5세	6세이상	계
지원 아동수 (전체 아동 대비 비율)	228,217 (9.3)	134,287 (5.5)	41,916 (1.7)	23,133 (0.9)	24,584 (1.0)	30,577 (1.2)	20,843 (0.8)	503,557 (20.5)

자료: 1. 육아정책연구소, 「2021년 전국보육실태조사-가구조사보고」, 2021.

현재 24개월 이상을 대상으로 하고 있는 상황을 고려할 때 해당 연령에서 양육수당 수급자 비율은 매우 낮다. 2023년 12월 31일 기준으로 수급아동은 113,556명으로 2021년 대비 현격하게 줄어들었다. 2023년 예산은 1,795억원이었으나 2024년 예산은 1,081억원 수준이다. 유아기 양육수당 수급아동은 대부분 저소득층, 또는 고소득층으로 양분되어 있다. 저소득층은 현금급여에 대한 유인으로, 고소득층은 영어유치원과 같은 사교육에 대한 수요로 어린이집이나 유치원 이용을 하지 않아 가정양육수당을 받는 것으로 알려졌다.

<표 3-9> 양육수당 수급아동 현황

(단위: 명)

구분	양육수당	농어촌 양육수당	장애아동 양육수당	계
24~35개월	28,541	162	218	28,921
36~47개월	14,535	61	200	14,796
48~59개월	18,559	21	138	18,718
60~71개월	23,651	22	120	23,793
72~취학전	27,202	16	110	27,328
계	112,488	282	786	113,556

자료: 한국보육진흥원, 「2024보육통계」 2023. 12. 31. 기준

양미선·김나영·박은정·오미애·송신영(2022)의 연구에서 가정양육수당을 받는 가구를 대상으로 가정양육의 이유를 조사한 결과, 기관 적응 우려(27.1%), 기관 이용 부담(12.5%), 희망 기관 대기(11.4%), 기관의 아동대 교사 비율에 대한 불만(10.7%), 기타(12.2%)로 조사된 바 있다. 해당 연구에서 만 3세 이상 아동에게 가정양육수당 지원을 중단할 경우 어린이집·유치원을 이용할 의향이 있는지 조사한 결과, 56.7%가 이용할 의사가 있다고 응답하였다.

기관서비스 이용 의사가 없는 이유는 ‘어린이집·유치원에서 제공하는 서비스가 마음에 안 듦(39.9%)’, ‘어린이집·유치원에 매월 내는 추가 비용 부담(18.2%)’, ‘자녀가 영어 등을 집중적으로 배우고 싶어해서(10.3%)’, ‘초등학교 선행학습에 학원이 적합하기 때문(8.3%)’으로 조사되었다. 이밖에 한국노동패널(2009~2019) 자료를 활용하여 가정양육수당과 여성의 경제활동 관계를 분석한 결과, 가정양육수당이 여성취업 여부에는 유의미한 영향을 미치지 못한 것으로 나타났다. 이와 같은 분석결과를 고려할 때, 한국의 가정양육수당은 여성고용에 미치는 영향보다 저소득층의 보육서비스 접근성을 어렵게 한다는 점에 주목할 필요가 있다. 현금급여에 대한 선호 또는 기관 이용비용에 대한 부담 때문에 저소득 가구에서 보편적 보육서비스를 적절히 누리지 못할 가능성이 있어 이에 대한 지원 필요성이 있음을 시사한다. 따라서 농어촌 양육수당이나, 장애아 양육수당은 유지 가능할 것으로 보인다. 다만, 이 경우에도 장애아가 어린이집(장애전담, 장애통합) 이용 기회가 박탈되고 있는 것은 아니며 이에 대한 검토가 필요하다.

스웨덴의 경우 1994년 보수당에 의해 양육수당이 도입되었다가 1995년 사민당이 집권하면서 노동권을 침해한다는 비판과 함께 바로 폐지된 사례가 있다. 독일 또한 2013년 도입되었다가 2015년 연방정부의 입법권한 불충분에 따라 위헌판정을 받으며 폐지되었다. 위헌소송이 제기된 배경에는 양육수당 도입에 따른 계층화, 돌봄 노동의 성별화를 초래하고 이는 일·가정양립과 양성평등을 위한 보육 인프라 확충을 추진하는 가족정책의 방향에 역행한다는 관점이 있다. 비록 매우 짧은 기간 운영되었지만 관련 분석에서 저소득층, 이민자 가구의 양육수당 수급률이 월등히 높아 양육수당에 따른 계층화 현상이 있는 것으로 나타난 바 있다(송다영·박은정, 2019). 반면 핀란드(1985년 도입)와 노르웨이(1998년 도입)에서는 양육수당을 여전히 시행하고 있다(송다영·박은정, 2019). 핀란드의 경우 지자체의 공보육시설을 이용하지 않는 6개월~3세 이하 아동을 대상으로 하며 부모급여(parental allowance), 임신급여(pregnancy allowance), 아버지 급여(parental allowance)와 중복수급이 불가능 하도록 설계되어 있다. 노르웨이의 양육수당은 공보육시설을 이용하지 않는 13~19개월 영아를 대상으로 하며 공보육시설을 시간제로 이용할 경우 이용시간에 따라 양육수당을 차등 지급하는 구조를 가지고 있다. 즉, 보육시설 이용과 유연하게 연계되어 설계되어 있다는 특징이 있다. 이러한 특성에 따라 노르웨이 양육수당 정책이 여성의 노동권 침해나 계층화 문제를 발생시키고 있지 않으며 보육서비스의 보완재로 기능하는 것으로 평가된다(윤승희, 2015). 영국 모두 공보육 시설 부족 문제 해결의 일환으로 양육수당을 도입한 측면이 있으나 노르웨이의 경우 공적시설을 적극적으로 확대함에 따라 양육수당 수급 아동이 큰 폭으로 줄어들었다. 즉, 충분한 공적 인프라 공급은 여성노동력에 미치는 부정적 영향력을 해소하고 높은 여성고용률을 유지하는 결과를 가져왔다.

나. 부모급여

부모급여는 급여수준이 이례적으로 높아 영아기 양육비 부담완화와 영아가구에 대한 소득보전 기능뿐만 아니라 영아기 양육방식에 대한 선택권 보장 기능이 강하다고 볼 수 있다. 기존 연구에 따르면 영아기, 특히 0세 아동에 대해서는 가정양육 선호도가 가장 높은 편으로 알려져 있으며(김은정, 2022), 전국보육실태조사(김은설 외, 2021) 결과에서도 0~2세 아동의 어린이집 이용은 0세 25.2%, 1세 80.6%, 2세 88.3%로 0세의 기관보육서비스 이용률이 타 연령에 비해서 매우 낮게 조사되었다. 부모급여의 도입은 부모의 양육방식 선택권을 보장한다는 측면에서 매우 긍정적이다. 그럼에도 현재 부모급여체계는 보육서비스 이용과 연계되어 있기 때문에 서비스 대체적인 급여 성격을 가지고 있어 가정양육수당과 같은 부작용을 초래한다는 비판에서 자유롭지 못하다. 또한, 부모급여 도입과 출산 시 제공되는 첫만남 이용권(첫째아 200만원, 둘째아 300만원)을 고려할 때 현금지원이 영아기에 과하게 집중된다는 문제가 있다. 이밖에도 당초, 부모급여의 도입은 영아기에 집중 투자를 위함도 있으나, 육아휴직 시 소득감소에 대한 보완적 기능을 기대한 측면도 있다. 육아휴직 시 간접적으로 소득대체율을 높이는 효과를 기대할 수 있을 뿐만 아니라 출산으로 인한 소득상실에 대한 지원 기능도 함께 고려되었다. 이처럼 부모급여는 여성의 고용과 출산 등의 상황이 종합적으로 고려되어 도입되었음에도 관련 사항에 대한 면밀한 검토 없이 성급하게 도입·시행된 측면이 있다. 부모급여는 양육수당보다 더 보육서비스 수요에 영향을 미칠 것이고, 여성고용에 부정적 영향을 미칠 가능성을 배제하기 어렵다. 부모급여가 서비스 이용과 연계되어 설계되어 있고 그 지원금액이 적지 아니한 상황에서 가정돌봄에 대한 유인이 매우 강하게 설계되어 있다. 이는 육아휴직과 같은 일·가정 양립제도 활용의 사각지대에 있는 비정형근로 또는 불안정한 근로상황의 저소득층 여성이 노동시장 복귀 대신에 부모급여를 수급하고 가정에서 자녀양육을 선택할 유인을 제공한다고 볼 수 있다. 이와 같은 부작용을 해소하기 위해서는 고용보험 사각지대를 없애고 일·가정 양립제도의 원활한 활용 환경이 보장되어야 할 것이다.

3. 개선방안

가. 정책목적의 부합성 제고: 양육수당 폐지

앞서 살펴본 바와 같이 양육수당은 다양한 비판에 직면해 있다. 당초 영아기의 돌봄방식에 대한 선택권을 강화한다는 취지로 도입된 양육수당이 무상보육 도입에 따라 정치적 판단으로 유아기까지 확대된 면이 있으며, 부모급여 도입에 따라 국내 양육수당은 유아기만을 대상으로 하는 매우 기형적 구조를 가지게 되었다. 현재 유아기의 기관 이용률은 95%를

상회하는 수준이며, 가정양육수당 가구는 양극화되어 있음이 관련 연구 및 조사로 검증된 바 있다. 현금유인에 따른 저소득 가구의 이용, 영어유치원과 같은 사교육 기관 이용을 목적으로 양육수당을 수급하는 가구로 구분된다. 또한 관련조사에서 양육수당 수급가구의 일부는 기관 이용에 따른 비용부담 때문에 기관 이용을 하지 않는 사례가 조사된 바 있다. 현재 정부는 무상보육체계임에도 표준보육비용, 표준유아교육비용과 보육료의 차이 때문에 부모에게 일정 금액을 부담하게 하고 있는 상황에 대한 개선노력을 약속했다. 실질적 무상보육이 이루어질 수 있도록 부모부담을 제로화하겠다는 전략을 공표하였다. 이에 따라 유아기에는 누리과정과 같은 정규과정에 대한 접근성이 보장되어야 할 것이며, 이에 대한 실현을 위해서는 유아기 양육수당은 제고될 필요가 있다. 또한, 가정양육수당은 부모가 일을 하면서 자유롭게 아동을 돌볼 수 있는 선택을 보장해야 한다는 측면에서 적절하지 않다. 특히, 저출생 대책이 일가정양립에 방점을 찍은 것을 고려할 때, 현재의 양육수당의 기능은 그다지 긍정적이지 않다. 완전한 폐지가 어렵다면 대상 연령을 24~35개월로 최소화할 것을 제안한다. 거의 모든 부모들은 36개월 이후에는 기관서비스 이용을 선호하는 것으로 조사되었기 때문에 양육수당 수급연령을 35개월 이하로 제한한다 하더라도 부모의 돌봄방식에 대한 선택권을 크게 저해한다고 보기 어렵다. 다만, 기관서비스 이용이 제한적인 농어촌 지역, 장애아동 등에 대한 양육수당은 유지가능하다.

나. 타 제도와의 유기적 설계: 부모급여와 노동권과 연계

부모급여의 경우 노동권과 연계된 설계가 누락되었다고 볼 수 있다. 영아기 가정양육 지원 확대 방향은 바람직하지만 현금지원 위주로 강화되는 것은 여성의 경제활동을 저해할 가능성이 있어 양성평등 측면에서 바람직하지 않다는 의견이 지배적이다. 특히 아동이 어릴수록 현금지원 수준이 높아지는 정책방향은 바람직하지 않다는 전문가 의견이 높게 조사된 바 있다(이정원 외, 2023).

프랑스의 아동수당은 아동이 있는 가족과 아동이 없는 가족에 대한 경제적 형평성을 제고하기 위한 목적에서 출발하였다. 아동이 있는 가구에게 자녀양육에 필요한 비용을 지원함으로써 자녀가 있는 가족과 없는 가족 간의 수평적 소득분배 효과를 주고, 자녀 수에 따른 차등설계로 수직적 소득분배 효과를 가지는 정책으로 이해된다(손동기, 2022). 이처럼 프랑스의 아동수당은 자녀 수와 연령을 고려한 보편적 성격의 가족수당의 개념을 가지고 있다(손동기, 2022). 그러나 최근 경제활동을 권장하는 조치도 함께 시행함으로써 경제활동과 자녀돌봄을 자유롭게 선택할 수 있도록 개선하고 있다. 프랑스의 아동수당은 자녀 수, 노동형태, 소득과 매우 밀접하게 연관되어 있다. 이는 아동수당이 노동시장과 밀접하게 관련되어서 설계되었다는 점에서 우리나라의 아동수당과 차이가 있다. 우리는 아동수당 대신에

부모급여에 이와 같이 노동형태와 연관된 설계를 제안한다.

돌봄유형에 대한 부모의 선택권과 함께 부모가 직접 돌봄권리에 대한 관심도 커지고 있다. 부모가 자녀를 직접 돌보기 위해서 반드시 요구되는 것이 시간자원이며 이는 일·가정 양립제도와 매우 밀접한 관련이 있다. 함께이를 위해 시간지원제도에 대한 논의도 적극적으로 이루어지고 있다. 박은정(2023)⁴⁾의 연구에서는 자녀양육을 위한 시간지원제도를 고용 정책이나 노동시장정책으로 다루지 말고 사회적 기본권의 관점에서 다뤄야 한다고 주장한다. 뿐만 아니라 양육자가 자녀돌봄과 노동을 양립할 수 있도록 노동시간 구조가 재편되어야 한다는 것이다. 이는 부모가 자녀를 돌볼 수 있는 권리와, 노동시장에 참여할 수 있는 권리가 모두 보장되어야 한다는 것이다. 안희란(2015)⁵⁾의 연구에서는 육아휴직제도의 목표를 ‘부모권과 노동권의 양립’으로 보고 탐색적 사례연구를 실시한 결과 현행 육아휴직제도는 이러한 목표를 달성하는 데 매우 미흡하다고 밝히고 있다.

이처럼 아동양육을 둘러싼 환경은 매우 다양한 요소와 연계되어 있다. 부모의 돌봄권, 노동권, 선택권의 보장 정도나 실현 가능성은 관련 제도의 설계와 개인의 경제활동 환경에 따라 좌우된다. 송다영(2023)⁶⁾의 연구에서 한국사회는 장시간 일하는 남성을 우대하고 자녀 돌봄 등의 이유로 정시퇴근하는 여성은 차별받는 구조를 가지고 있다고 보았다. 주당 최대 근로시간을 52시간으로 제한한 후 남녀 근로시간의 차이가 줄어든 것으로 나타났다. 한국은 여전히 가정 내 가사노동과 돌봄에서의 성별 불평등을 경험하고 여성들은 유급노동과 무급노동 수행으로 인해 시간압박을 더 경험하는 것으로 나타났다.

자녀양육에 대한 부모의 선택권과 돌봄권 보장을 위하여 제도설계가 어떻게 되는지에 따라서 이러한 성불평등적인 현상이 더 고착화될 수도, 개선될 수도 있기 때문에 국가는 관련 정책 추진 시 매우 면밀한 정책설계와 지원이 요구된다. 이러한 사회환경을 고려하여 부모의 선택 이면에 있는 영향요인을 파악하여 부모의 자유선택을 위한 세밀한 지원정책이 필요하다.

4) 박은정(2023), 「일하는 모든 양육자의 평등한 돌봄권 보장을 위한 시간정책」, 『젠더리뷰』 vol.70, 한국여성정책연구원

5) 안희란(2015), 「육아휴직제도의 부모권 보장성에 관한 탐색적 사례연구」, 『사회복지정책』 42(3), pp. 51~75

6) 송다영(2023), 「여성의 일가족양립 현실과 정책과제」, 『젠더리뷰』 vol.71, 한국여성정책연구원

제3절 일-가정 양립을 위한 육아휴직, 출산휴가 등 제도 개편

1. 육아휴직 제도

육아휴직제도는 1988년 「남녀고용평등법」의 제정과 함께 근로여성의 지위향상과 복지증진을 목표로 1988년 4월부터 도입되었다(「남녀고용평등법」 제11조 신설). 도입 당시에는 생후 1년 미만 영아를 둔 근로여성만을 대상으로 산전·후 유급 휴가 기간을 포함하여 최대 1년까지 무급 육아휴직을 제공하였다.

그 이후 육아휴직제도는 어린 자녀를 출산하고 양육하려는 근로자들의 일·가정 양립을 지원하고, 휴직 기간의 소득을 보전하며, 근로자들이 제도를 유연하게 활용할 수 있도록 하는 방향으로 발전되어 왔다. 이 과정에서 사업장 내 근로자의 육아휴직 사용을 사용자가 기꺼이 허용할 수 있도록 하기 위하여 사업장 대상 장려금 제도 역시 도입 및 확대되어 왔다.

<표 3-11>은 육아휴직제도의 주요 연혁을 보여준다. <표 3-11>에서 육아휴직급여의 인상, 육아휴직 대상 아동 연령 확대, 육아휴직 기간 확대, 육아휴직 사용 가능한 성 제한 삭제 등이 육아휴직 개편의 주요 정책 파라미터임을 확인할 수 있다. 이 과정에서 육아휴직 제도와 긴밀하게 연관되어 있는 산전후 휴가제도 및 육아기 근로시간 단축제도도 근로자의 제도 활용의 편의성을 높이는 방향으로 개편되었다. 또한 기간제 근로자, 장애아, 입양아동, 한부모가구 등 취약계층에 대한 지원도 확대되어 왔다.

최근 육아휴직제도는 전례 없이 크게 개편되었기에, 본 절에서는 2024년과 2025년의 육아휴직제도 개편 사례를 검토한다.

먼저 2024년의 주요 개편 사항으로 ‘6+6 부모육아휴직제도’가 새롭게 도입된 것을 고려할 수 있다. 이는 2022년에 도입된 ‘3+3 부모육아휴직제’를 확대 개편한 것이다.⁷⁾ ‘3+3 부모육아휴직제도’는 자녀 생후 12개월 내 부모가 동시에 또는 순차적으로 육아휴직을 사용하는 경우 부모가 받을 수 있는 육아휴직급여를 최대 월 300만원(통상임금 100%)까지 지원하는 제도이다. 구체적으로 1개월째는 200만원, 2개월째는 250만원, 3개월째는 300만원의 육아휴직급여를 받을 수 있다.

2024년에 도입된 ‘6+6 부모육아휴직제도’는 ‘3+3’ 제도와 비슷한 맥락으로 제도를 운영하되, 자녀연령별 지원기간과 최대 급여액을 인상하였다. 자녀 생후 18개월(기존 12개월) 내 부모가 동시 혹은 순차적으로 육아휴직을 사용할 때 부모가 각각 6개월간(기존 3개월) 육아휴직급여를 최대 450만원(통상임금 100%)(기존 300만원)을 지원한다. 구체적으로 200

7) 고용노동부 보도자료, 「고용노동부, 2024년부터 이렇게 달라집니다」, 2023. 12. 31., p. 4.

만원(1개월) → 250만원(2개월) → 300만원(3개월) → 350만원(4개월) → 400만원(5개월) → 450만원(6개월) 순으로 월별로 50만원씩 급여가 증가하는 급여체계를 갖고 있다.

〈표 3-10〉 2024년 육아휴직제도 개정 내용(「고용보험법 시행령」 제95조의3)

구분	기존(2022년 도입)	2024년
부모육아휴직제	<ul style="list-style-type: none"> • 3+3 부모육아휴직제 <ul style="list-style-type: none"> - 자녀 생후 12개월 내 부모가 동시에 또는 순차적으로 육아휴직 사용 시 부모 각각 3개월간 육아휴직급여를 최대 월 300만원(통상임금 100%) 지원 - 월 상한액은 매월 인상하여 지급((1개월) 월 상한 200만원, (2개월) 250만원, (3개월) 300만원) 	<ul style="list-style-type: none"> • 6+6 부모육아휴직제 <ul style="list-style-type: none"> - 자녀 생후 18개월 내 부모가 동시에 또는 순차적으로 육아휴직 사용 시 부모 각각 6개월간 육아휴직급여를 최대 월 450만원(통상임금 100%) 지원 - 월 상한액은 매월 인상하여 지급((1개월) 월 상한 200만원, (2개월) 250만원, (3개월) 300만원, (4개월) 350만원, (5개월) 400만원, (6개월) 450만원)

자료: 고용노동부 보도자료, 「고용노동부, 2024년부터 이렇게 달라집니다」, 2023. 12. 31., p. 4.

2024년은 한 해 동안 저출산 대응정책이 정부정책의 최대 화두였던 만큼 상당히 많은 법령, 제도, 정책 등이 개편되었다. 저출산 대책에 포함된 ‘일·가정 양립 활성화’를 추진하기 위해 육아휴직급여 인상 등 육아지원제도 개편 및 육아지원 3법(「남녀고용평등법」, 「고용보험법」, 「근로기준법」)을 개정하였다. 그 결과 육아휴직급여 인상은 2025년 1월 1일부터 적용되며, 육아휴직 기간 확대 등 육아지원 3법에 해당하는 항목들은 2월 23일부터 시행 예정이다.

육아휴직제도의 경우 부모가 각각 육아휴직을 3개월 이상 사용한 경우, 육아휴직을 최대 6개월 추가 사용할 수 있도록 하였다. 육아휴직 제도와 육아기 근로시간 단축 제도의 연계성도 강화하였다. 예를 들어 육아휴직 기간 중 사용하지 않은 기간이 있을 경우, 해당 기간의 2배를 육아기 근로시간 단축 기간에 가산하도록 하였다. 한편 육아기 근로시간 단축 신청 가능 연령을 만 8세 또는 초등학교 2학년 이하 → 만 12세 또는 초등학교 6학년 이하로 확대하였다.

육아휴직 제도와 관련하여, 대체인력 및 업무분담 지원금도 확대되었다(「고용보험법 시행령」 제29조 제1항·제4항 및 제5항). 대체인력 지원금을 육아휴직 사용 근로자 대체를 위해 고용한 모든 인력(고용·과견 포함)에게 지급하는 것으로 하고, 업무분담 지원금을 육아휴직 사용 근로자에 대한 업무분담자를 지정한 경우까지 확대하였다.

「고용보험법 시행령」 제95조 제1항에 따라 육아휴직급여 월별 지급액 및 상한액을 상향하였다. 육아휴직 사용 1~6개월까지는 월 통상임금 100%를 지급하되, 1~3개월 상한액은

250만원, 4~6개월 상한액은 200만원으로 상정하고, 7개월 이후에는 월 통상임금의 80%를 지급하고, 상한액은 160만원으로 상향 조정하였다. 기존에는 통상임금의 80% 지급 및 상한액이 월 150만원이었던 것을 고려할 때 상당히 큰 폭으로 급여가 인상된 셈이다.

출생 후 18개월까지 자녀에 대한 육아휴직 급여액의 상한액을 추가적으로 상향하여(「고용보험법 시행령」 제95조의3 제1항), 부모가 동일 자녀에 대해 육아휴직을 사용하면 월 최대 250만원을 받을 수 있도록 개정하였다.

사후지급금제도를 삭제하여, 급여 100%를 월별로 지급받을 수 있도록 하였다.

〈표 3-11〉 육아휴직 제도 변화 비교(기존 vs. 2025년)

구분	기존	2025년
급여 상한액	<ul style="list-style-type: none"> 월 최대 150만원 통상임금의 80% 지급 	<ul style="list-style-type: none"> 육아휴직 기간에 따라 차등 지급 <ul style="list-style-type: none"> 1~3개월, 통상임금의 100%, 월 최대 250만원 4~6개월, 통상임금의 100%, 월 최대 200만원 7개월 이후 통상임금의 80%, 월 최대 160만원 통상임금이 70만원보다 적은 경우 70만원으로 함
사후 지급 방식	<ul style="list-style-type: none"> 육아휴직 급여의 75%는 휴직 기간 중 지급, 나머지 25%는 복직 후 6개월 이상 근무 시 지급 	<ul style="list-style-type: none"> 사후 지급 방식 폐지(육아휴직 중 100% 전액 지급)
부모 동시 육아휴직시 첫 달 상한액 ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> 월 최대 200만원 	<ul style="list-style-type: none"> 월 최대 250만원
한부모 근로자 첫 3개월 상한액	<ul style="list-style-type: none"> 월 최대 250만원 3개월 이후 150만원 	<ul style="list-style-type: none"> 월 최대 300만원 4~6개월 200만원, 7개월 이후 160만원
육아휴직 기간	<ul style="list-style-type: none"> 부모 각각 최대 1년 	<ul style="list-style-type: none"> 부모 각각 최대 1년 부모가 각각 3개월 이상 사용하거나 중증 장애 아동 부모는 1년 6개월
분할 사용 횟수	<ul style="list-style-type: none"> 최대 2회 	<ul style="list-style-type: none"> 최대 3회
대체 인력 지원금	<ul style="list-style-type: none"> 월 최대 80만원 	<ul style="list-style-type: none"> 월 최대 120만원
업무 분담 지원금	<ul style="list-style-type: none"> 육아기 근로시간 단축 시 월 최대 20만원 	<ul style="list-style-type: none"> 육아기 근로시간 단축 및 육아휴직 시 월 최대 20만원
배우자 출산휴가	<ul style="list-style-type: none"> 절차는 휴가 청구 형식 10일 배우자가 출산한 날부터 90일 이내 청구 분할 횟수는 1회, 정부지원은 5일 	<ul style="list-style-type: none"> 절차는 휴가 고지 형식 20일 배우자가 출산한 날부터 120일 이내 사용 분할 횟수는 3회, 정부지원은 20일

〈표 3-11〉의 계속

구분	기존	2025년
출산전후 휴가	<ul style="list-style-type: none"> 90일(다태아 출산 시 120일) 정부지원: 우선지원대상 기업 근로자 90일, 대규모 기업 근로자 30일 	<ul style="list-style-type: none"> 90일(미숙아 출산 시 100일, 다태아 출산 시 120일) 정부지원: 우선지원대상 기업 근로자 100일, 대규모 기업 근로자 40일
난임치료휴가	<ul style="list-style-type: none"> 3일(유급 1일) 정부지원 없음 	<ul style="list-style-type: none"> 6일(유급 2일) 정부지원 2일 신설
육아기 근로시간 단축	<ul style="list-style-type: none"> 만 8세(초등 2학년) 이하 1년(육아휴직 미사용기간 가산 시 최대 2년) 최소 3개월 사용 	<ul style="list-style-type: none"> 만 12세(초등 6학년) 이하 육아휴직 대상 연령은 만 8세(초등 2학년) 이하로 동일 1년(육아휴직 미사용 기간 2배 가산 시 최대 3년) 최소 1개월 사용
육아기 근로시간 단축 급여 기준금액 상한액	<ul style="list-style-type: none"> 매주 최초 10시간 단축분 급여 계산 시 적용되는 기준금액(월 통상임금 100%) 상한액 200만원 	<ul style="list-style-type: none"> 상한액을 220만원으로 인상

주: 1) 생후 18개월 내 부모가 모두 육아휴직을 할 경우 첫 6개월 동안 육아휴직급여를 상향 지원하는 특례제도를 말한다. 첫 달 상한액만 인상, 2~6개월은 현행과 동일(250, 300, 350, 400, 450만원)
 자료: 고용노동부 보도자료, 「고용노동부, 2025년부터 이렇게 달라집니다.」, 2024. 12. 31. 내용을 토대로 작성

〈표 3-12〉 육아휴직제도 주요 연혁

시행 연도	주요 내용
1987년	<ul style="list-style-type: none"> 「남녀고용평등법」 제정
1988년	<ul style="list-style-type: none"> 육아휴직제도 도입
1989년	<ul style="list-style-type: none"> 생후 1년 미만 영아를 둔 근로여성을 대상으로 최대 1년 무급 육아휴직 제공
1989년	<ul style="list-style-type: none"> 육아휴직 기간을 1년 이내로 제한, 해당 기간을 근속기간에 포함하도록 제도화
1995년	<ul style="list-style-type: none"> 「고용보험법 시행령」에 따라 육아휴직 장려금 신설 남성 근로자로 육아휴직 대상을 확대하였으나, 남성이 사용하는 경우는 여성을 대신하는 경우로 제한
2001년	<ul style="list-style-type: none"> 육아휴직 대상을 남녀 근로자로 확대(단, 동시 사용 불가) 육아휴직급여 도입(월 20만원 정액 지급) 육아휴직 사용 촉진을 위해 급여 지급 근거 마련
2002년	<ul style="list-style-type: none"> 육아휴직급여 월 30만원으로 인상
2004년	<ul style="list-style-type: none"> 육아휴직급여 월 40만원으로 인상
2006년	<ul style="list-style-type: none"> 육아휴직 대상 아동 연령 만 1세에서 만 3세로 확대(2008년 1월 1일 이후 출생한 아동부터 적용) 육아휴직 기간은 1년 이내로 하되, 아동이 생후 3년이 되는 날 초과 불가 규정 신설
2007년	<ul style="list-style-type: none"> 육아휴직급여 월 50만원으로 인상 배우자 출산휴가 및 육아기 근로시간 단축 제도 시설 배우자 출산휴가 3일(유급) 제공 육아기 근로시간 단축 주 15~30시간 근무 신청 가능 생후 3년 경과 시 휴직 불가 규정 삭제 육아휴직 1회 분할 사용 허용
2008년	<ul style="list-style-type: none"> 「남녀고용평등법」을 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」로 변경

〈표 3-12〉의 계속

시행 연도	주요 내용
2010년	<ul style="list-style-type: none"> • 육아휴직 대상 아동 연령 만 6세 이하로 확대 • 입양 자녀도 육아휴직 대상에 포함
2011년	<ul style="list-style-type: none"> • 육아휴직급여 정률제로 전환: 통상임금의 40% 지급(상한 100만원, 하한 50만원) • 복직 후 6개월 이상 근무 시 급여 15% 지급(사후 지급 신설)
2012년	<ul style="list-style-type: none"> • 배우자 출산휴가 5일로 확대(이 중 3일은 유급) • 기간제 근로 및 파견 근로자 육아휴직 기간을 사용기간 또는 근로자 파견 기간에 산입하지 않도록 규정
2014년	<ul style="list-style-type: none"> • 육아휴직 대상 아동 연령을 만 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하로 확대 • 남성 육아휴직 특례제도 도입 <ul style="list-style-type: none"> - 동일 자녀에 대해 부모가 순차적으로 육아휴직을 사용할 경우 두 번째 사용자에게 첫 1개월간 통상임금의 100%(상한액 150만원) 지급
2015년	<ul style="list-style-type: none"> • 육아휴직 급여 사후 지급 비율 변경: 급여의 75%를 월별 지급, 나머지 25%는 복직 후 6개월 이상 근무 시 일시불 지급
2016년	<ul style="list-style-type: none"> • 동일 자녀에 대해 부모의 육아휴직 특례급여 지급 기간을 1개월에서 3개월로 확대
2017년	<ul style="list-style-type: none"> • 육아휴직 특례 중 둘째 자녀부터 육아휴직 첫 1개월 상한액을 월 150만원 → 월 200만원으로 인상 • 육아휴직 첫 3개월 급여를 통상임금의 40%에서 80%로 인상(상한액 150만원, 하한액 70만원) • 기간제 근로자 육아휴직 중 계약 만료 또는 복직 후 근로계약 만료일까지 근무한 경우 육아휴직 급여의 25%를 일시불로 지급
2018년	<ul style="list-style-type: none"> • 육아휴직 특례 중 부모가 순차적으로 육아휴직 시 모든 자녀에 대해 첫 3개월 상한액을 200만원으로 통일
2019년	<ul style="list-style-type: none"> • 육아휴직 4개월째부터 육아휴직 종료일까지 급여 수준을 월 통상임금의 40%에서 50%로 상향(육아휴직 급여 상한액을 120만원, 하한액 70만원으로 인상) • 업무 인수인계 기간을 2주→2개월 확대 • 동일 자녀에 대해 부모가 순차적으로 육아휴직을 사용할 경우 두 번째 육아휴직 사용자에게 대해 최초 3개월 간 지급 상한액을 월 200만원 → 250만원으로 인상 • 배우자 출산휴가를 5일에서 10일로 확대, 전체 기간 유급으로 변경(청구 기간 90일 이내로 연장, 1회 분할 사용 가능) • 단축 후 근로시간 상한 기존 주 30시간에서 주 35시간으로 조정 • 육아기 근로시간 단축 분할 횟수 제한 없이 최소 3개월 이상 사용
2020년	<ul style="list-style-type: none"> • 육아휴직 분할 사용 횟수를 1회에서 2회로 확대 • 부부 동시 육아휴직 허용 • 비자발적 퇴직 근로자에 대한 육아휴직 급여 확대 • 한부모 가족에 대한 육아휴직 특례 도입
2022년	<ul style="list-style-type: none"> • 3+3 부모육아휴직제 도입 <ul style="list-style-type: none"> - 생후 12개월 이내 부모가 동시 또는 순차적으로 육아휴직한 경우 각각 3개월간 급여 상한액 최대 300만원 지급(4개월 이후 월 통상임금의 80% 지급, 하한 70만원, 상한 150만원) • 육아휴직급여 인상 <ul style="list-style-type: none"> - 한부모가 아닌 경우 육아휴직 전 기간 동안 월 통상임금의 80%(하한 70만원, 상한 150만원), 한부모인 경우 3개월은 월 통상임금 100%(하한 70만원, 상한 250만원), 4개월부터는 통상임금의 80%(하한 70만원, 상한액 150만원) • 임신 중 육아휴직 허용, 임신으로 인한 육아휴직은 분할 사용 횟수에서 제외

〈표 3-12〉의 계속

시행 연도	주요 내용
2024년	<ul style="list-style-type: none"> 6+6 부모육아휴직제 도입 - 생후 18개월 이내 부모가 동시 또는 순차적으로 육아휴직 사용 시 각각 6개월간 육아휴직 급여 상한액 최대 450만원 지급(7개월 이후 월 통상임금의 80%, 하한 70만원, 상한 150만원)
2025년	<ul style="list-style-type: none"> 배우자 출산휴가 20일로 확대 육아휴직 및 배우자 출산휴가 분할 사용 3회 가능 육아휴직급여 1~3개월 상한액 최대 250만원으로 인상(통상임금 100%), 7개월 이후 월 통상임금 80% 지급, 상한액 160만원 자녀 생후 18개월 내 부모 모두 육아휴직 시 첫 달 상한액 월 200만원에서 250만원으로 인상 한부모 근로자 첫 3개월 육아휴직급여 최대 300만원으로 인상 사후 지급 방식 폐지 난임치료휴가 기존 3일에서 6일로 변경(유급 2일, 정부 지원 2일 신설) 육아기 근로시간 단축 연령 만 12세(초등학교 6학년) 이하로 확대 및 최소 사용기간 1개월로 완화 육아기 근로시간 단축 급여 기준금액 상한액 220만원으로 인상

자료: 「남녀고용평등법」 및 「고용보험법 시행령」을 토대로 정리함

2. 정책 개편 방안

최근 일·가정 양립을 촉진하기 위한 다양한 정책이 제시되고 있으며, 이러한 정부의 적극적인 정책 추진은 육아휴직 사용률의 확대로 이어지고 있다. 고용노동부에서는 2024년 2월 25일자 보도자료에서 육아휴직 실제 활용률이 지속적으로 증가하고 있음을 발표한 바 있다.⁸⁾ 보다 구체적으로 살펴보면, 1세 미만 영아기의 부모의 육아휴직 사용률은 2022년 기준 64.3%에서 23년 67%로 증가하였다. 또한 남성 근로자의 육아휴직 사용률 증가가 두드러졌다(남성: 32.6%→39%, 여성: 77.2%→77.9%).

2025년부터 육아휴직제도, 출산휴가제도, 육아기 근로시간 단축제도 등이 대폭 개편됨에 따라, 근로자 입장에서 육아휴직 활용 유인이 더욱 높아질 것으로 예상된다.

2024년에는 일·가정양립 측면 외에도 현금성 지원, 돌봄서비스 등 저출산·고령화 대응을 위한 다양한 정책이 마련되었다. 이러한 정책들은 특정 기제(조세·재정·금융정책)나 정부 유형(중앙부처·지자체), 혹은 공공부문에 국한되지 않고 포괄적이고 종합적인 저출산 대책으로 발전하고 있다고 판단된다.⁹⁾

이러한 정책들이 실질적인 효과를 거두기 위해서는 정부의 지속적인 노력과 함께 민간

8) 고용노동부 보도자료 참고 https://www.moel.go.kr/news/enews/report/enewsView.do?news_seq=16232

9) 민간기업에서 출산장려금 지원(부영그룹), 돌봄 교실의 운영(하나금융그룹) 등, 저출산 문제를 해결을 위해 노력하는 사례가 존재한다.

(사업장)의 적극적인 협조가 필수적이다. 이를 통해 전례 없는 저출산 문제를 근본적으로 해결할 수 있을 것이다.

본 항에서는 이러한 관점에서 일·가정 양립 정책의 발전방향을 논의할 때 검토가 필요한 주요 사항들을 정리하고자 한다.

첫째, 육아휴직 제도의 실질적, 제도적 사각지대에 놓인 근로자에 대한 지원정책이 필요하다. 원칙적으로는 육아휴직 제도를 법적으로 사용할 수 있어야 하나 계약관계 종료, 사업장에서의 직접적, 간접적 해고 등으로 육아휴직 제도의 혜택을 누리지 못한 경우는 실질적 사각지대에 놓인 근로자라고 할 수 있다. 제도적 사각지대는 육아휴직 급여가 임금근로자에게만 적용되는 과정에서 발생하는데, 예를 들어 자영업자는 노무제공자가 이에 해당한다. 나아가 육아휴직의 재원이 고용보험기금에 기반하므로 고용보험 가입자만 가입될 수 있기 때문에, 고용보험 가입대상인데 가입하지 못한 근로자 역시 사각지대에 놓여 있다고 할 수 있다. 육아휴직제도의 정책 파라미터의 개선(급여수준, 사용기간 등)은 육아휴직제도를 누릴 수 있는 일터에서의 활용률은 제고할 수 있으나, ‘육아휴직 사용의 보편화’를 통한 일·가정 양립 문화를 성취하기에는 역부족일 수 있다. 이에 따라 육아휴직급여제도의 실질적, 제도적 사각지대에 놓인 대상에 대한 별도의 지원체계를 검토할 필요가 있다.

한편 2024년 12월 27일 저출산·고령사회위원회 제7차 인구 비상대책회의에서는 ‘육아휴직 사각지대 개선방안’을 논의하였다. 해당 회의에서는 부모의 육아시간 확보 및 소득 감소 보전 역할을 수행하는 육아휴직 제도가 ‘모든 일하는 부모’에게 보장될 필요성이 강조되었다.¹⁰⁾ 앞서 언급한 육아휴직 사각지대를 해소하기 위한 구체적인 정책이 조속히 논의 및 도입될 수 있기를 기대해본다.

둘째, 사업자(기업) 관점을 고려한 정책 설계가 필요하다. 근로자 중심의 편의성을 높이는 방향으로 일·가정 양립제도를 개편하더라도, 사용자(사업장) 관점을 간과할 경우 정책의 실효성이 저하될 가능성이 있다. 육아휴직제도를 실질적으로 활용할 수 있는 근로자는 안정적 일자리를 보장받는 사업장에 근무하는 경우가 많다. 이러한 점을 고려할 때, 근로자 중심의 접근 방식만으로는 육아휴직제도의 보편적 활용이라는 궁극적 정책목표를 달성하는데 한계가 있을 수 있다.

셋째, 일·가정 양립정책을 ‘저출산 대응’ 사업으로만 접근하는 것에 대해서 경계할 필요가 있다. 일·가정 양립정책을 단순히 저출산 대응 수단으로만 한정하는 것은 바람직하지 않을 것이다. 김문정 외(2023)¹¹⁾에서 수행한 설문조사에 따르면 일·가정 양립정책은 크게 두 가지 의미를 갖는 것으로 나타났다. 먼저 유연한 근무환경을 조성하는 것은 적절한 여가시간을 확보하려는 젊은 인재들을 사업장으로 유인하는 역할을 한다. 동시에 유연한 근무환

10) <https://www.betterfuture.go.kr/front/notificationSpace/pressReleaseDetail.do?articleId=417>

11) 김문정·안종석·고창수, 「국가재정운용계획(지원단 보고서) 고용교육 분야」, 한국조세재정연구원, 2023.

경 제공은 대기업(추가 임금보상이 어려운 경우)과 중소기업(임금 인상의 여력이 부족한 경우) 모두에서 非금전적 보상 요인의 핵심 요소로 작용한다. 요컨대, 일·가정 양립 문화를 구축하는 것은 기업이 인재를 유인하는 중요한 전략으로 자리 잡아 가고 있다. 따라서 자녀의 유무나 연령과 관계없이, 모든 근로자와 사업장이 일·가정 양립 문화를 수용할 수 있도록 정책을 설계할 필요가 있다. 이러한 보편적인 일·가정 양립문화를 조성하기 위한 정책지원은 단순히 저출산 대응 정책에 국한하지 않으며, 노동생산성을 해치지 않으면서 지속가능한, 유연한 근무체계라는 보다 보편적인 정책목표를 지향할 필요가 있을 것이다.

제4절 저출산 사업 평가지표 개선

1. 도입

저출산 고령화 현상이 심화됨에 따라 저출산 추세를 극복하기 위해서 다양한 정부 정책이 시행되었으나, 실질적으로 그 효과가 크지 않다고 지적하는 경우가 적지 않다.

투입 대비 재정효과가 크지 않은 이유에는 여러 가지가 있을 수 있을 것이다. 예를 들어, 저출산 대응 사업이라고 명명하였으나 그러한 사업의 목적이 저출산 대응에 국한된 것이 아닌 경우가 있을 수 있다. 특히 1차적, 단기적인 사업목표는 취약계층 지원이고, 장기적 사업목표가 출산율 제고라고 가정해보자. 이 경우, 해당 사업에 막대한 예산이 투입되었다고 하더라도 출산율 제고라는 결과로 이어지지 않을 수 있다. 첫째, 출산율을 제고하는 것이 해당 사업의 직접적 목표는 아니기 때문이며, 둘째, 출산율은 특정 사업에만 영향을 받는 것이 아니라, 여러 정책 및 구조적 요인에 복합적으로 영향을 받을 수 있기 때문이다.

한편으로, 저출산 예산 투입에도 불구하고 여전히 출산율이 낮은 것은 저출산 대응 사업에 대한 평가가 제대로 이루어지지 않아서일 수 있다. 사업을 평가하는 주요 목적은 정책성과를 높이기 위하여 해당 제도의 개선방향을 제시하는 것이라 할 수 있다. 만약 해당 사업의 효과가 크게 높지 않으면, 사업 설계에의 정책시사점을 도출하는 것을 넘어 해당 사업 예산을 축소하거나 사업 자체를 폐지하는 것을 제안할 수도 있다. 바람직하게는 효과성이 낮은 사업에 대한 구조조정이 이루어지고, 이러한 구조조정으로 확보한 예산으로 잠재적으로 효과성이 높은 사업을 집행할 여력을 확보해야 한다. 저출산 사업에의 평가가 제대로 이루어지지 않는다면, 효과가 낮은 사업에의 예산이 여러 해에 걸쳐 연속적으로 투입된 나머지, 재량지출이 아닌 의무지출 사업으로서의 성격을 띠게 되어 구조조정되기 어려울 수 있다.

또한, 저출산 사업에 대한 평가가 잘 이루어진다 하더라도 해당 평가에 대한 환류가 예

산이나 향후 사업평가에 온전히 반영되지 않았을 가능성도 존재한다. 저출산 사업에 대한 평가에 따라서는 예산을 줄이거나 해당 사업을 폐지하는 것이 바람직 하더라도, 막상 해당 사업을 담당하는 부처 혹은 이해관계자들의 예산 삭감에 대한 거센 저항으로 인하여 평가의견에 기반하여 적절한 조치를 취하기 어려울 수 있다.

결국은 저출산 대응을 위한 정부의 정책이 효과적으로 운영되기 위해서는 저출산 대응을 위한 우선순위 사업의 선정, 사업목적에 따른 사업설계 및 사업집행, 해당 사업의 성과에 대한 장·단기적 평가, 평가 내용의 예산 및 향후 사업에의 환류 등 여러 요소가 조화롭게 맞물려야 할 것이다.

본 절에서는 이러한 여러 요소 중에서 사업의 평가체계, 그중에서도 ‘평가지표’ 측면에 초점을 맞추고자 한다. 이를 위해서 평가체계 현황을 검토하면서, 사업 평가에 있어서 평가 지표의 역할과 중요성을 먼저 살펴보고자 한다. 그다음으로 평가지표의 현황과 개선방안을 검토한다.

2. 저출산 대응 사업의 평가체계

가. 저출산 대응 사업의 평가에 대한 법적 근거

「저출산·고령사회기본법」의 제3장에서는 저출산·고령사회 정책의 수립 및 추진체계에 대한 법령이 제시되어 있다. 제20조 제1항에서는 저출산·고령사회 기본계획을 수립 및 추진해야 하며, 제20조 제3항에서는 기본계획에 (i) 저출산·고령사회정책의 기본목표와 추진방향, (ii) 기간별 주요 추진과제와 그 추진방법, (iii) 필요한 재원의 규모와 조달방안 등이 (iv) 그 밖에 저출산·고령사회정책으로 필요하다고 인정되는 사항 등이 포함되어야 한다고 명시되어 있다.

동법 제21조에서는 연도별 시행 절차에 대한 사항을 나열하고 있다. 중앙행정기관의 장이 시행계획에 따라 소관별로 연도별 시행계획을 수립·시행하면, 지방자치단체의 장이 이러한 시행계획에 맞추어 자체적인 시행계획을 수립·시행해야 한다(제21조제1항). 중앙행정기관의 장과 지방자치단체의 장은 다음 해의 시행계획 및 지난 해의 추진실적을 보건복지부장관에게 제출하여, 저출산·고령사회 위원회의 심의를 받아야 한다(제21조제3항). 또한 동법 제21조제4항에서는 국가 및 지방자치단체에서는 매년 시행계획에 대한 추진실적을 평가하고, 그 결과를 저출산·고령사회정책에 반영해야 하며, 저출산·고령사회 대응에 미치는 영향이 큰 사업은 심층평가를 실시할 수 있도록 하고 있다.¹²⁾

시행계획의 평가에 관한 세부사항은 동법 시행령 제4조에 명시되어 있다. 보건복지부 장

12) 이러한 심층평가 실시에 대한 규정은 2021년 12월 14일 법률 개정을 통해 새롭게 도입되었다.

관은 먼저, 시행계획의 평가를 위한 평가지침을 작성하여 위원회의 심의를 거쳐 중앙행정기관 및 지방자치단체의 장에게 통보(동법 시행령 제4조제1항)하면, 중앙행정기관 및 지방자치단체의 장은 평가지침에 따라 지난해의 추진실적을 평가하고, 그 결과를 매년 3월 말까지 보건복지부장관에게 제출해야 한다(동법 시행령 제4조제2항). 그 이후 보건복지부장관은 제출된 평가결과를 종합한 후, 위원회의 심의 이후 심의결과를 다시 중앙행정기관 및 지방자치단체의 장에게 통보하게 된다(동법 시행령 제4조제3항).

한편 「저출산·고령사회기본법」에서 저출산·고령사회위원회는 이러한 저출산·고령사회 계획 및 사업의 심의기구로서 그 역할이 명시되어 있다. 구체적으로 동법 제23조에서는 그 심의대상으로 (i) 중·장기 인구구조 분석과 사회경제적 변화전망에 관한 사항, (ii) 저출산·고령사회정책의 중·장기 정책목표와 추진방향에 관한 사항, (iii) 기본계획에 관한 사항, (iv) 시행계획에 관한 사항, (v) 저출산·고령사회정책의 조정 및 평가에 관한 사항, (vi) 그 밖에 저출산·고령사회정책에 관한 중요사항 등을 제시하고 있다.

이상의 논의에서 저출산·고령사회의 기본계획, 시행계획의 원활한 추진을 위하여 사업평가도 의무화되어 있음을 확인할 수 있다. 유관 기관이나 단체에서는 시행계획에 대한 실적 평가(필요에 따라서 심층평가)를 수행해야 하며, 보건복지부 장관이 이와 관련된 평가지침을 제시하도록 되어 있다.

나. 저출산 대응 사업 평가의 수행현황

저출산·고령사회 대응을 위한 기본계획 및 시행계획에 대해서는 공식적인 문건으로 저출산·고령사회 위원회의 홈페이지에서 쉽게 확인할 수 있었으나, 보건복지부의 사업의 평가지침이나, 기존 사업의 평가 결과가 공식적인 문건으로 제시된 것은 찾기 어려웠다.

그러나, 보건복지부에서는 기본계획이나 시행계획에 대한 성과평가를 위한 정책연구용역을 통해 저출산·고령사회정책의 성과 평가를 실시해온 것을 확인할 수 있었다. 아래의 표는 그러한 정책연구용역의 일부 목록을 정리한 것이다. 기존 문헌을 통해서 어떻게 저출산·고령사회정책의 성과관리가 수행되었는지 확인할 수 있었다. 이소영 외(2017)에 따르면 「1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010)」에 따른 중앙부처의 연도별 시행계획에 대한 성과평가는 매년 실시되었다. 2006년에 제1차 저출산·고령사회계획의 성과평가를 위한 저출산·고령사회정책 평가체계 구축 및 평가지표를 마련하였고, 2009년에 성과지표 간명화 및 지수화 작업이 실시되었다고 보고하고 있다. 「제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)」에 따른 중앙부처의 연도별 시행계획 역시 매년 실시되었다. 2011년에 이를 위한 평가체계와 평가지표가 마련되었는데, 이때 시행계획의 과제를 기본과제와 핵심과제(45개)로 구분하였다고 기록하고 있다. 기본과제의 성과지표와 그 목표치는 집행 부처(부서)에서 시행계획을

수립할 때 직접 설정하였다. 핵심과제의 성과지표 및 그 목표치(연도별)는 전문가 집단에 의해 제안되고, 부처협의 통하여 확정되었으며, 향후 저출산·고령사회에서 관련 변동사항을 심의를 통해 수정하였다.

〈표 3-13〉 저출산·고령사회정책 평가 관련 정책연구 목록(일부 발췌)

발주처	저자 및 발간연도	제목	주요 내용
보건복지부	이삼식 외, 2010	『2009년도 저출산·고령사회정책 성과평가』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 2009년 저출산·고령사회정책 성과평가 • (평가관련) 추진실적 평가(1차평가)로서 목표달성과 예산집행률 검토, 사업성과 평가(1차평가)에서 지표 평가
보건복지부	이삼식· 이지혜 2011	『2010년도 저출산·고령사회정책 성과평가』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 2010년 저출산·고령사회정책 성과평가 • (평가관련) 추진실적와 지표 기반 사업성과 평가
보건복지부	이삼식 외, 2011	『제2차 저출산·고령사회기본계획 성과지표 개발 연구』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015)의 정책 성과 측정·관리 방안 제시 • (평가관련) 제2차 기본계획 중 핵심과제를 선정하고, 이를 관리하기 위한 성과지표 개발
보건복지부	선우덕 외, 2012	『2011년도 저출산·고령사회정책 성과평가』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 2011년도 저출산·고령사회정책 성과평가 • (평가관련) 추진실적 평가와 지표 기반 사업성과 평가, 설문조사 기반 정성평가 수행
보건복지부	이소영 외, 2016	『2015년 저출산·고령사회정책 성과평가』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 제2차 저출산·고령사회기본계획의 2015년도 추진 성과분석 및 개선방안 제시 • (주요내용) 정책실적에 기반한 목표달성률, 예산집행률 분석, 성과에 대한 심층분석 • (평가관련) 실적평가/핵심과제 평가/심층평가
보건복지부	이소영 외, 2017	『2016년도 저출산·고령사회정책 성과평가』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 제3차 저출산·고령사회기본계획(2016~2020)에 따른 중앙부처 2016년 시행계획의 성과평가 수행

〈표 3-13〉의 계속

발주처	저자 및 발간연도	제목	주요 내용
보건복지부	김은정 외, 2018	『제3차 저출산·고령사회기본계획 2017년 모니터링』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 2017년 시행계획 이행상황 모니터링 정책제안 • (평가관련) 현장중심 점검 과제 모니터링/성과지표 점검 및 모니터링 지표 체계 구축
보건복지부	박종서 외, 2017	『2016년도 저출산·고령사회시행계획 지방자치단체 성과평가』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 선정된 일부 지자체의 시행계획 내용 검토 • (평가관련) 지자체 시행계획 성과평가 모형 제안, 시행계획 성과관리 지침 제안 등
보건복지부	박노욱 외, 2017	『저출산 대책 평가기준 마련 및 제도화 방안 연구』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 저출산 관련 정책의 종합적 평가 틀 마련 • (평가관련) 출산율 자체에 미치는 영향이 아닌, 출산율에 영향을 미칠 개연성이 있는 요인에 초점 → 개별사업이 주요 정책영역에 미치는 영향에 대한 평가제도
보건복지부	장인수 외 2023	『정부 정책의 저출산·고령화 관련도 분석 연구』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 제4차 저출산·고령사회 기본계획의 효율적 추진을 위한 관련 사업 분류 정교화
저출산고령사회 위원회	장인수 외 2023	『2023년도 저출산·고령사회 시행계획 수립 및 핵심성과지표 활용방안 연구』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 2023년도 시행계획 점검, 시행계획 관련 전문가 설문조사, 시행계획 예산분류, 4차 기본계획 핵심성과지표 시범적용 • (평가관련) 이소영 외(2022)에서 제시된 26개 핵심성과지표에 대한 시범 적용평가
저출산고령사회 위원회	이영욱 외, 2024	『인구정책 성과 평가체계 개편방안 연구』	<ul style="list-style-type: none"> • (목적) 저출산·고령사회정책 평가의 실효성 제고를 위해 성과평가체계 점검 및 개편방안 제시 • (평가관련) 기본평가, 현장평가 및 심층평가의 이원화 방안 제시, 지자체 차원의 정책평가 방안 검토

자료: 저자 작성

이상의 표에서 언급된 보고서의 내용을 살펴보면, 평가의 대상, 평가의 방법 등이 지속적으로 변경된 것을 확인할 수 있다. 예를 들어, 제1차 저출산·고령사회기본계획에서는 이삼식 외(2010), 이삼식·이지혜(2011)에서는 추진실적과 지표 평가로 구분하여 사업평가를 하는 것을 제안하고 있다. 그러다가 제2차 저출산·고령사회기본계획에서는 여러 사업 중에서 기본과제와 핵심과제를 구분하여 정책상 우선순위를 두는 정책을 별도로 분리하고 각 과제별로 평가방법을 차별화하는 방안이 제시된다(이삼식 외, 2011). 선우덕 외(2012)에서는 기존 추진실적, 지표평가를 넘어서 설문조사를 통해서 정성평가를 시도하기도 했다. 이영욱 외(2024)에서는 추진실적 평가와 핵심사업에 대한 지표평가 대신, 추진실적 평가와 현장 및 심층평가로 이원화하는 방안을 제안하였다. 기존 연구와의 차이점은 현장평가를 직접적인 평가체계 중의 하나로 제안하였다는 점이다. 아울러, 일시적인 성과평가를 넘어 지속적으로 정책성과를 모니터링을 할 수 있는 평가체계도 김은정 외(2018), 박노욱 외(2017) 등에서 논의되었다.

평가방법의 경우 직접적으로 출산율에의 정책효과를 파악하기보다는 일정한 논리모형을 구축하거나 가정을 설정하고 이에 따라 지표개발, 성과지표의 달성률을 기준으로 성과평가를 수행하는 것이 일반적이다. 박노욱 외(2017)에서는 출산율에의 영향에 대한 정량분석의 경우 연구자마다 이질적으로 수행될 수 있기 때문에, 그러한 분석을 시도하는 대신 출산에 영향을 미칠 수 있는 경로를 고려하여 그 상관성을 기반으로 성과평가를 하는 것을 제안한다고 언급한 바 있다. 이영욱 외(2024)에서도 출산율 측면에서의 정책의 직접적 효과를 측정하기보다는 기존 문헌이나 출산율과의 상관관계를 기반으로 저출산 정책의 논리경로를 구축하고 이를 활용하여 평가체계의 개편을 제안하고 있다.

다. 저출산 대응 사업평가에 있어서의 평가지표의 역할과 중요성

이상의 논의에서 우리는 저출산(및 고령사회) 대응 사업의 대상의 선정에 비하여 해당 사업을 평가하는 방법에 대해서는 합의된 내용이 없이, 부처나 전문가 의견, 정책여건 등에 따라 변경되어 왔으며 현재까지도 지속적으로 바람직한 방안을 모색하고 있는 중인 것을 알 수 있다. (i) 저출산·고령사회기본계획에 포함될 사업의 범위, (ii)기본계획과 시행계획 대상 사업내 기본평가와 핵심평가(혹은 현장 및 심층평가) 대상 사업의 범위, (iii) 사업평가를 수행할 때 적절한 평가지표 목록 등 단계별로 결정할 부분이 적지 않은 것이다.

다만, 언급한 때 단계에 대한 논의가 필요한 것은 사실이나, 저출산 대응 사업대상의 범주에 대해서는 이제 어느 정도 합의를 이루고 있다고 판단된다. 우선순위에 대해서는 여전히 논쟁의 여지가 분명히 있으나, 양육자의 경제적·시간적 부담을 덜어주는 각종 정책사업(보육서비스, 돌봄서비스, 일가정양립 등)이나, 아동, 청소년, 청년의 권리를 보장하는 정책

사업 등이 저출산 대응 사업에 포함되는 것에 대해서는 이견이 없을 것으로 예상된다. 또한, 사업의 분류 체계는 그때그때 사업을 담당하는 부처(부서)의 의견 등이 반영하여 변경될 수는 있겠다. 그러나, 일반적으로 저출산 대응 사업으로 고려할 수 있는 사업이 어떠한 분류에서든 포함될 가능성이 높은 것을 고려한다면 현재 시점에서 가장 중요한 과업은 저출산 대응 사업에 대한 평가지표를 개선하는 것일 것이다.

앞서 언급하였듯이, 출산율에의 직접적으로 사업의 평가를 파악하기 어려운 상황에서 평가지표에 기반한 성과평가는 불가피하다고 판단된다. 한정된 예산의 효율적 집행이 그 어느 때보다 요구되는 현시점에서, 합리적이고 적절하게 저출산 대응사업의 평가지표를 설정하고, 그렇게 설정된 평가지표에 기반한 성과평가 내용이 향후 예산 및 사업설계상 환류되도록 하는 것이 상당히 중요한 과업이라 할 수 있다.

3. 저출산 대응 사업의 평가지표 현황과 쟁점사항

가. 저출산 대응 사업의 평가지표 현황

가장 최근의 평가지표로 장인수 외(2023b)에서 검토되었던 제4차 저출산·고령사회정책 기본계획 핵심성과지표를 고려할 수 있다. 이러한 성과지표는 이소영 외(2022)에서 제시된 성과지표에 기반하고 있는데, 이러한 성과지표는 기존의 성과지표에 대한 여러 기존의 논의에 기반하여 제시된 것으로 가장 정교화된 성과지표라고 할 수 있을 것이다.

아래의 <표 3-12>에서 파악할 수 있듯이, 제시된 성과지표는 분야상 크게 (i) 저출산 대응 성과지표, (ii) 고령사회 대응 성과지표, (iii) 공통적인 성과지표 등으로 구분할 수 있을 것이다. 저출산 대응 성과지표 목록에는 자녀 출산의향, 추가 출산의향, 출산순위별 출생아 수 변화율, 삶의 만족도, 국가성평등지수, 부 또는 모의 육아휴직 사용률, 성별고용률, 공보육(국공립어린이집, 직장어린이집, 사회복지법인어린이집) 이용률, 아동빈곤율, 건강한 출산 비율 등이 포함될 수 있다.

고령사회 대응 성과지표로는 건강수명, 장기요양인정자 중 재가서비스 이용률, 고령자 보행교통사고 사망률, 사전연명의료의향서 등록률, 신중년 재취업비율, 65세 이상 인구 국민연금 수급률 등을 고려할 수 있다.

마지막으로 공통적인 성과지표 목록으로는 고등교육 단계의 GDP 대비 정부의 공교육비 비율, 평생학습 참여율, 청년빈곤율, 경제활동참가율, 한부모가족의 차별 경험률, 노인층과 젊은층 간의 갈등 정도에 대한 인식, 공공사회복지지출 비중(GDP 대비), 균형발전지표 핵심객관지표 평균의 표준편차, 건강보험 재정수지율 등이 포함될 수 있다.

〈표 3-14〉 제4차 저출산·고령사회정책 기본계획 핵심성과지표(선정안별) 산식

핵심성과지표	산식
자녀 출산의향	자녀출산의향 = $\frac{\text{자녀출산의사가 있는 응답자}}{\text{전체응답자}} \times 100$
추가 출산의향	추가 출산의향 = $\frac{\text{현재 자녀가 1명 이상인 응답자중 추가출산의향을 밝힌 자}}{\text{19-49세 기혼 응답자}} \times 100$
출산순위별 출생아 수 변화율	출산순위별 출생아 수 변화율 = $\frac{\text{당해연도 출산순위별 출생아 수} - \text{이전년도 출산순위별 출생아 수}}{\text{이전년도 출산순위별 출생아 수}} \times 100$
삶의 만족도	삶의 만족도 = 0-10점까지의 리커형 척도 변수의 평균수치
국가성평등지수	여성가족부 국가성평등보고서 내 지수 활용
공공사회복지지출비중 (GDP 대비)	공공사회복지지출(GDP대비) = $\frac{\text{공공사회복지지출규모}}{\text{명목국내총생산(GDP)}} \times 100$
부 또는 모의 육아휴직 사용률	부 또는 모의 육아휴직 사용률 = $\frac{\text{1년도 출생아 부모중 1년도에 육아휴직을 사용한 사람}}{\text{1년도 출생아 부모중 육아휴직 대상조건을 충족시키는 사람}} \times 100$
성별고용률	성별고용률 = $\frac{\text{15-64세 남성 혹은 여성 취업자}}{\text{15-64세 남성 혹은 여성 전체 인구}} \times 100$
공보육(국공립어린이집, 직장어린이집, 사회복지법인어린이집) 이용률	공보육 이용률 = $\frac{\text{국공립어린이집 이용 아동수} + \text{직장어린이집 이용 아동수} + \text{사회복지법인어린이집 이용 아동수}}{\text{전체 어린이집 이용 아동 수}} \times 100$
아동빈곤율	아동빈곤율 = $\frac{\text{중위소득 50% 미만 소득가정 아동}}{\text{18세 미만 전체 아동}} \times 100$
건강한 출산비율	건강한 출산 비율 = $\frac{\text{출생 이외의 임신결과를 제외한 임신 결과}}{\text{현재 임신을 계획한 총 임신횟수}} \times 100$
노인빈곤율	노인빈곤율 = $\frac{\text{균등화 소득이 빈곤선 이하인 65세 이상 인구 수}}{\text{65세 이상의 총 인구 수}} \times 100$
건강수명	건강수명 = 기대수명 - 질병 또는 장애를 가진 기간

<표 3-14>의 계속

핵심성과지표	산식
장기요양인정자 중 재가서비스 이용률	장기요양인정자 중 재가서비스 이용률 = $\frac{\text{재가서비스 이용자}}{\text{당해연도 말 장기요양보험 인정자격유지자}} \times 100$
고령자 보행교통사고 사망률	고령자 보행교통사고 사망률 = $\frac{65\text{세 이상 고령자 보행교통사고 사망자 수}}{65\text{세 이상 주민등록연앙인구}} \times 100,000$
사전연명의료의향서 등록률	사전연명의료의향서 등록률 = $\frac{65\text{세 이상 노인 사전연명의료의향서 등록자 수}}{\text{전체 노인인구}(65\text{세 이상 주민등록연앙인구})} \times 100$
고등교육 단계의 GDP 대비 정부의 공교육비 비율	고등교육 단계의 GDP 대비 정부의 공교육비 비율 = $\frac{(\text{정부재원} + \text{민간재원} + \text{해외재원 공교육비})}{\text{국내총생산}(GDP)} \times 100$
평생학습 참여율	평생교육 참여율 = $\frac{\text{형식교육 또는 비형식교육에 참여한 한국 성인}}{\text{한국의 성인 인구}(25\text{-}79\text{세})} \times 100$
청년빈곤율	청년빈곤율 = $\frac{\text{소득이 빈곤선 미만인 19-34세 인구 수}}{19\text{-}34\text{세 인구 수}} \times 100$
경제활동참가율	경제활동참가율 = $\frac{\text{경제활동인구}}{15\text{세 이상 인구}} \times 100$ (참고), 여성경제활동참가율 = $\frac{\text{여성경제활동인구}}{15\text{세 이상 여성인구}} \times 100$
신중년 재취업비율	신중년 재취업비율 = $\frac{\text{주된 일자리 퇴직 후 재취업한 신중년}}{50\text{-}69\text{세 인구}(신중년) \text{ 수}} \times 100$
한부모가족의 차별 경험률	한부모가족의 차별 경험률 = $\frac{\text{부당한 일이나 차별 경험을 겪어본 응답자}}{\text{전체 한부모가족 응답자}(당사자, 자녀)} \times 100$
노인층과 젊은층 간의 갈등정도에 대한 인식	노인층과 젊은층 간의 갈등 정도에 대한 인식 = 노인층과 젊은층 간의 갈등에 대한 인식 점수의 평균
65세 이상 인구 국민연금 수급률	국민연금수급률 = $\frac{65\text{세 이상 국민연금 수급자 수}}{65\text{세 이상 인구}} \times 100$
균형발전지표 핵심핵관지표 평균의 표준편차	국가균형발전위원회 자료를 활용하여 17개 시도 연평균인구증감률, 재정자립도 평균의 표준편차 계산하여 활용
건강보험 재정수지율	건강보험 재정수지율 = $\frac{\text{관리운영비 등 지출비용}}{\text{건강보험 수익}} \times 100$

자료: 장인수 외(2023)의 <요약 표 8> 인용

한편, 이러한 성과지표는 장인수 외(2022)에서 제시된 성과지표(<표 3-13>)를 고려할 때에도 큰 차이가 없다. 다만 <표 3-14>에서 포함되었던 혁신인재 사업 예산 규모, 대기업(1,000인 이상)의 재취업지원서비스 제공비율 등과 같이 보다 구체적인 지표 일부가 <표 3-13>에서는 포함되지 않은 것을 확인할 수 있다.

〈표 3-15〉 제3차 저출산·고령사회위원회 기본계획 관련 4대 추진전략별 핵심 성과지표(안)

3대 목표	상위 지표	추진전략	하위지표
개인 삶의 질 향상	삶의 만족도	함께 일하고 함께 돌보는 사회	부 또는 모의 육아휴직 사용률
		함께 일하고 함께 돌보는 사회	공보육(국공립어린이집, 직장어린이집, 사회복지법인어린이집) 이용률, 국공립유치원이용률, 온종일돌봄이용자수
		함께 일하고 함께 돌보는 사회	아동의 전반적 삶의 만족도(행복도)
		함께 일하고 함께 돌보는 사회	아동빈곤율
		함께 일하고 함께 돌보는 사회	건강한 출산 비율
		건강하고 능동적인 사회 구축	노인빈곤율
		건강하고 능동적인 사회 구축	건강수명
		건강하고 능동적인 사회 구축	장기요양인정자 중 재가서비스 이용률
		건강하고 능동적인 사회 구축	주택에서 발생한 고령자 안전사고율
		건강하고 능동적인 사회 구축	고령자 보행교통사고 사망률
		건강하고 능동적인 사회 구축	고령자 보행교통사고 부상률
		건강하고 능동적인 사회 구축	사전연명의료의향서 등록률
		모두의 역량이 고루 발휘되는 사회	신중년의 지속적 여가활동 비율
		모두의 역량이 고루 발휘되는 사회	신중년의 여가생활 만족도
성평등하고 공정 사회	국가 성평등 지수, 국제 성평등 지수 등등	함께 일하고 함께 돌보는 사회	성별고용률
		함께 일하고 함께 돌보는 사회	시간당 임금 성별격차, 상용근로자 성별 비율, 성별 임금 격차
		함께 일하고 함께 돌보는 사회	출산 결정의 주도성(출산 여부, 출산 시기, 자녀수)
		함께 일하고 함께 돌보는 사회	중고등학생 연간 성교육 참여(경험)률
		모두의 역량이 고루 발휘되는 사회	육아휴직자 고용유지 현황
		모두의 역량이 고루 발휘되는 사회	혁신인재 사업 예산 규모, 고등교육 단계의 GDP대비 정부의 공교육비 비율
		모두의 역량이 고루 발휘되는 사회	평생학습 참여율
		모두의 역량이 고루 발휘되는 사회	평생학습 참여시간
		모두의 역량이 고루 발휘되는 사회	청년빈곤율
		모두의 역량이 고루 발휘되는 사회	경력단절 여성 비율(기혼여성 대비/ 비취업여성 대비), 경제활동참가율, 성별 비정규직 사회보험(국민연금, 건강보험, 고용보험) 가입률, 육아휴직자 고용유지 현황
		모두의 역량이 고루 발휘되는 사회	신중년 재취업비율
		모두의 역량이 고루 발휘되는 사회	대기업(1,000인 이상)의 재취업지원서비스 제공비율

〈표 3-15〉의 계속

3대 목표	상위 지표	추진전략	하위지표
인구 변화 대응 사회 혁신	공공 사회 복지 지출 (GDP 대비) 등등	인구구조 변화에 대한 적응	한부모가족의 차별 경험률
		인구구조 변화에 대한 적응	다문화가족의 차별 경험률
		인구구조 변화에 대한 적응	노인층과 젊은층간의 갈등정도에 대한 인식
		인구구조 변화에 대한 적응	노인층과 젊은층간의 갈등정도에 대한 인식
		인구구조 변화에 대한 적응	국민연금 수급률
		인구구조 변화에 대한 적응	국가균형발전지표 핵심지표 평균의 표준편차
		인구구조 변화에 대한 적응	GDP 대비 국가채무 비중
		인구구조 변화에 대한 적응	GDP 대비 재정수지 비율
		인구구조 변화에 대한 적응	건강보험 재정수지율

자료: 장인수 외(2022)의 표 인용

한편, 이영욱 외(2024)에서 제시되었던 핵심성과지표도 참고할 수 있다. 해당 과제에서는 저출산 대응의 사업의 정책분야를 크게 4가지로 구분하고 있다. 구체적으로, 촘촘하고 질 높은 아이돌봄, 일하는 부모에게 아이와의 시간을, 양육비용 부담 경감, 가족친화적 주거서비스 등이다. 각 정책분야별로 성과목표, 성과목표를 달성하기 위한 투입정책의 사례를 제시하고, 그러한 정책의 성과를 평가하기 위한 지표로 산출지표와 결과지표를 제시하고 있다. 여기에서 산출지표란 ‘직접적인 성과지표’로, 매년 수행되는 기본평가에서 활용할 수 있는 지표로 제시되고 있다. 반면, ‘결과지표’는 저출산 대응 사업의 중장기 성과를 평가하기 위한 지표로, 분야별 논리경로에 기반하여 제안되었다.

〈표 3-16〉 이영욱 외(2024)에 제시된 저출산 대응 사업의 핵심성과지표

정책분야	성과목표	투입정책	산출지표	결과지표
촘촘하고 질 높은 아이돌봄	(1) 일가정양립 지원 (2) 양육부담 경감	(1) 부모 외 돌봄서비스 이용접근성 확대: 영유아대상기관 돌봄, 아동돌봄서비스, 초등돌봄에 대한 접근성 확대 (2) 부모의 돌봄을 대체하는 질(quality) 높은 돌봄서비스 제공	(1) 이용접근성: 지역별 기관돌봄 접근성, 아이돌봄서비스 대기기간, 늘봄학교 수요 대비 이용률 등 (2) 품질: 국공립어린이집 이용률, 교사 대 아동비율 등	(1) 유자녀 가구의 5세 단위 고용률 성별 격차 (2) 돌봄지원에 대한 맞별이 여부별 부모의 만족도
일하는 부모에게 아이와의 시간을	(1) 일가정양립 지원 (2) 비대칭적 육아부담 완화	(1) 육아휴직, 출산전후휴가, 육아기 근로시간 단축제 등 노동시장 내 출산육아기 일가정양립 지원제도 (2) 지원제도 활용이 어려운 중소기업에 대한 지원 확대 (3) 남성의 육아휴직 장려 지원정책	(1) 지원제도별 활용률 또는 활용가능정도: 출산전후휴가, 배우자출산휴가, 육아휴직, 육아기 근로시간 단축제 등 (2) 기업규모별 지원제도 활용률 또는 활용가능정도: 대기업, 중소기업, 공공기관 (3) 성별 지원제도 활용률: 육아휴직	(1) 유자녀 가구의 5세 단위 고용률의 성별 격차 (2) 유자녀 가구의 취업여부별, 성별 자녀돌봄 시간 차이
양육비용 부담 경감	양육 및 교육비용 경감	(1) 출산·양육 관련 현금지원: 첫만남축하바우처, 부모급여, 아동수당, 가정양육수당 (2) 다자녀가구 대상으로 다자녀 국가장학금 (3) 공교육 강화	(1) 양육 관련 현금지원별 인지도: 첫만남축하바우처, 부모급여, 아동수당, 가정양육수당, 다자녀 국가장학금	(1) 신혼부부 및 유자녀 가구를 대상으로 출산·양육 관련 현금 지원이 첫 출산 또는 추가 출산 의향에 영향을 미친 정도 (2) 학교급별 일반교과에 대한 1인당 사교육 지출비용 또는 소득 대비 자녀 사교육비 비중(%)
가족 친화적 주거서비스	주거비 부담 감소를 통한 양육비용 경감	(1) 신혼부부 대상 주거비 지원: 주택구입·전세자금 대출 지원 (2) 신혼부부 및 다자녀가구 대상 임대주택 및 분양주택 공급 확대	신혼부부, 다자녀가구에 대한 실제 임대주택 및 분양주택 공급량	혼인 이후 7년 이내의 신혼부부 대상 주거비 부담 추이 임차가구: 월소득 대비 임차료(RIR) 중위값 자가가구: 연소득 대비 주택가격(PIR) 중위값

자료: 이영욱 외(2024)의 내용 기반으로 저자 정리

한편, OECD에서 제시하는 저출산 대응 및 일가정 양립 지표로 다음이 제시되고 있다. 다만, 이러한 지표는 사업을 직접적으로 평가하기 위한 지표로 제안되기보다는 한 국가의 저출산 대응 및 일가정 양립의 상황을 국가별로 비교하기 위하여 제안된 것임을 염두에 둘 필요가 있다.

〈표 3-17〉 OECD에서 제시하는 저출산, 일가정 양립 관련 지표

원자료 제공기관	주요 활용 지표
OECD Family Database	<input type="checkbox"/> 가족구조, 노동시장지위, 가족·아동정책, 아동복지 4개 영역 자료 - 출산력, 혼인 및 가족형성, 노동시장, 아동정책 등 출산정책 비교가능 (김은지 외 2023, p.34 <표 I-4>) - 출산율, 연령별 출산율 - 혼외출생비율 - 결혼 및 이혼율, 동거비율 - 한부모 고용 패턴 및 근무 시간 - 출산관련 휴가 사용, 맞벌이 부모 추가 휴가 제공, 육아휴직대체율 - GDP 대비 보육·교육비 공적지출(보육·교육비 지원률 대응) - 방과후 돌봄 서비스 수혜율 등
OECD, Better life index	<input type="checkbox"/> Work-Life Balance 지표 - 일 평균 여가 및 개인관리 시간 (Time allocated to leisure & personal care) - 장기근속 근로자 비율 - 성별 근무시간 차이 (Gender gap in hours worked) - 장기 무급노동시간 (Long unpaid working hours) - 시간활용만족도 (Satisfaction with time use) <input type="checkbox"/> Aging관련지표 - 기대수명(Life expectancy) - 노인투표율 (Voter turnout among older people) - 노후지원비율(Old age support ratio)

자료: 아래의 웹사이트에 기반하여 저자 정리

OECD, Family Database <https://www.oecd.org/els/family/database.htm>

OECD, Better life index <https://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/work-life-balance/>

4. 저출산 대응 사업의 평가지표 개선방향

앞서서 우리는 저출산 대응 사업의 평가와 관련된 법적 근거, 평가체계 현황, 평가체계 안에서의 평가지표의 중요성, 최근 일부 연구에 기반한 평가지표 사례를 검토하였다. 사업의 목표를 명확히 세우고 일관된 논리모형에 따라 단기적, 중장기적 평가지표를 제시한 이영욱 외(2024)의 사례는 성과평가에 활용할 평가지표를 구축할 때 좋은 참고자료로 활용될 수 있을 것으로 보인다.

본 항에서는 평가지표 구축 시 고려할 수 있는 추가적인 정책방향을 몇 가지 언급하고자 한다. 다만, 본고에서 제시되는 정책방향은 구체적인 내용이라기보다는 추상적인 수준에서 제시되는 것임을 밝혀둔다. 본 연구에서는 평가대상이 되는 저출산 대응 사업을 한정하거나, 해당 사업의 성과목표 및 그에 따른 성과지표를 설정하는 작업 등을 수행하지 않았다. 그러한 작업이 수행된 경우 각 사업에 대한 구체적인 평가지표의 설정방향에 대한 연구는 향후 연구과제로 남겨둔다.

평가지표 구축과 관련된 정책제안은 다음의 몇 가지로 서술하고자 한다.

먼저, 저출산 대응 사업의 평가지표를 설정할 때, 이상적인 평가지표와 해당 평가지표를 산출하기 위한 통계적 여건, 그러한 통계적 여건으로 인한 이상적인 평가지표와 실질적인 평가지표와의 간극에 대한 고민이 필요하다고 판단된다. 앞서서 제시한 다양한 저출산 대응 사업의 평가지표는 현재 가용한 데이터에 기반으로 연구자, 전문가, 부처 등이 제시한 것이다. 결과적으로, 현재 입수가 가능하고 활용할 수 있는 변수 및 관련 데이터의 생산주기 등이라는 통계환경이 마치 예산의 ‘제약’으로 작용하여 그 안에서 평가지표를 선정하게 된 것이다. 이러한 통계환경상의 제약이 평가지표 선정 및 산출에 영향을 미치고 있음을 인정한다면, 저출산 대응 사업의 평가지표를 설정할 때에는 관련된 통계환경의 현재의 수준과, 그 여건을 어떻게 개선할 수 있을 것인가에 대한 논의가 필요하다는 것을 쉽게 이해할 수 있다.

통계환경을 논의하는 것이 중요한 이유는 이상적인 저출산 대응 사업의 평가지표를 구축하는 데 있어서의 여러 문제점이 공론화되어 관련하여 개선을 꾀할 기회를 마련할 수 있기 때문이다. 예를 들어, 저출산 대응 사업을 평가하기 위한 어떠한 지표를 구축하는 것이 현재 통계여건 상 어렵다면, 그 지표를 구축하기 위한 통계환경 개선방안을 적극적으로 모색하는 것이 필요하다고 할 수 있다. “다른 한편으로, 정부 부처간 데이터협조가 원활하지 못하여 저출산 대응 사업을 평가하기 위한 평가지표를 구축할 수 없는 상황이라면, 그러한 상황을 공론화하여 부처간 협조관계를 공고히 할 수 있는 방안을 모색하는 것이 필요하다.”

둘째, 질적인 지표에 대한 고민이 필요하다. 양적 지표를 넘어선 질적 지표에 대한 고민은 기존 연구에서도 충분히 엿볼 수 있다. 이영욱 외(2024)에서는 저출산·고령사회 정책을

평가할 때 산출지표와 결과지표를 제시한 바 있다. 산출지표는 사업과 관련된 직접적인 실적지표에 해당하는 반면, 결과지표는 사업군별 논리모형에 따라 도출된 것으로, 사업의 중장기적 성과를 살펴보기에 적절한 성과지표에 해당한다. 여기에서 ‘결과지표’의 일부는 이러한 질적지표의 기능을 염두에 둔 것으로 사료된다. 예를 들어 ‘유자녀 가구의 5세 단위 고용률 성별 격차’의 경우, 실질적인 돌봄서비스 등 저출산 대응 사업의 질적 수준이 제고되면 그 결과가 여성이나 남성 일방의 고용률 제고로 나타나는 것이 아니라, 남성과 여성의 고용률 간의 격차를 해소하는 방향으로 나타날 것이라는 점에서 광의에서 질적 지표로 해석될 수 있다. 또한, ‘돌봄지원에 대한 만족도 여부별 부모의 만족도’ 역시 질적 지표의 기능을 하는 평가지표로 해석될 수 있다.

그렇지만 그럼에도 불구하고 이러한 평가지표로는 질적 평가지표로 온전하게 기능한다고는 할 수 없다. 특히 수급자 만족도의 경우, 표본선택(sample selection)의 문제 때문에 그 지표를 온전하게 사업의 성과로 받아들이기 어렵다. 보통 그러한 정책에 대한 만족도에 대한 설문조사는 일반적인 대중을 대상으로 하는 것이 아니라 해당 정책에 대해 잘 알고 있고, 실제로 정부지원의 혜택을 받았던 집단을 대상으로 설계되는 경우가 일반적이고, 나아가 실제로 설문조사에 응한 경우, 설문조사 미응답자에 비하여 정책에 대한 관심도나 만족도가 특히 높을 것으로 충분히 예상할 수 있다. 이러한 이유로, 정책 만족도 조사는 참고자료로만 확인하되, 예산 및 사업내용의 변경이라는 중대한 의사결정을 할 때 비중있게 참고하기에는 한계가 있다고 하겠다.

저출산 대응 사업의 성과는 자녀가 있는 부모의 삶의 질적 수준을 제고할 때 비로소 얻어지는 것이라면, 저출산 대응 사업의 평가지표에 실질적인 질적 지표가 포함되어야 하는 것은 당연하다. 양적 지표에 비하여 질적 지표를 산정하는 것이 논쟁적일 수 있으나, 질적 지표를 평가지표에 포함시키기 위한 방안을 지속적으로 모색할 필요가 있을 것이다. 특히, 돌봄서비스 분야에서 사교육 시장의 질적 수준 대비 공공 서비스의 질적 수준을 판단할 수 있는 지표가 개발될 필요가 있다고 생각된다. 아울러, 아동, 청소년, 청년의 미래의 비전, 건강, 안전 상태, 양육자의 양육의 실질적 비용 등을 고려할 수 있는 질적 지표도 검토할 필요가 있다.

셋째, 단기적·정태적 평가지표 외에 중장기적·동태적 평가지표를 고려하는 것이 필요하다. 예를 들어, 남성의 육아휴직 활용률을 높인다고 했을 때, 고용보험 가입 및 출산시점 이후의 기간별로 남성의 육아휴직 활용률을 산정할 수 있다. 이러한 기간별 지표는 개인별 미시 중단면 자료를 활용해야 한다는 점에서 기존의 단년도 자료와 차이가 있다. 이러한 동태적 평가지표는 여러 경제활동이나 가구활동의 궤적이 서로 다른 집단에 대해 그러한 과거의 궤적을 무시하는 대신에, 정책의 조준집단에 보다 초점을 맞추면서 실질적인 사업성과를 파악할 수 있다는 장점이 있다. 예를 들어, 저출산 대응 정책으로 인하여 여성의 경력단을

절률을 낮추고자 할 때, 근속기간(혹은 동일 사업장에서의 피보험 가입기간)에 따른 출산휴가 사용 여성 대비 1년, 2년 이후 고용지속률 등을 살펴볼 수 있다. 이러한 지표는 여성의 근속기간별 육아휴직의 사용률을 살펴봄과 동시에 동일 직장에서의 복귀율 등, 동태적 성과를 측정함으로써 해당 사업장의 친가족적 경향과 여성 근로자의 경력단절 경향을 같이 살펴본다는 점에서 의의가 있다.

넷째, 소득 혹은 자산 수준에 따른 집단별 성과지표를 구분하는 것도 필요할 수 있다. 우리나라의 저출산 경향은 소득이나 자산에 상관없이 광범위하게 나타나고 있으나, 그중에서 출산을 하는 가구는 상대적으로 중산층 이상의 가구로 알려져 있다. 이는 출산, 양육에 대한 부담이 저출산 경향을 심화시킨 중요한 요인 중의 하나임을 상기할 때 전혀 놀라운 사실이 아니다. 이러한 상황에서, 출산을 장려하는 정책이 확대될 때 중산층 이상의 가구가 주로 혜택을 입을 것으로 예상할 수 있으며 이러한 결과적인 분배현상은 현재 상황에서 불가피할 수 있다. 그럼에도 불구하고 현재 저출산 대응 사업이 중하위 취약계층에 대해서 제대로 작동하고 있는지에 대한 점검은 필요하다고 판단된다. 이는 저출산 대응 사업이 바람직하게 운영되는 경우, 아동·청소년의 권리와 후생수준이 보장되는 방향으로 운영될 것이고, 그렇다면 취약계층 가구의 자녀 역시 그러한 권리와 후생수준을 누리는 것이 당연하기 때문이다. 취약계층 가구의 자녀 대상으로 주어지는 정책의 평가지표를 확인함으로써 현재 저출산 사업이 바람직하게 작동되고 있는지를 점검할 수 있다.

제5절 저출산 대응사업 예산체계 개편 검토

1. 기존 논의 검토

저출산 대응 사업 예산체계 개편 방안 중의 하나로 저출산특별회계를 도입하는 안이 거론되고 있다. 지난 6월 19일 저출산고령사회위원회에서는 보도자료를 통해 저출생대응기획부를 신설하고 특별회계·예산 사전심의제 도입을 검토한다고 밝힌 바 있다.¹³⁾ 관계부처, 전문가 TF를 구성·운영하여 별도 재원확보 등 구체적인 방안을 검토할 계획도 제시되었다.

이러한 정부 차원의 보도 이전에 저출산 대응을 위한 핵심적인 사업 추진을 위해서는 저출산특별회계나 기금의 신설이 필요하다는 의견이 제시되어 왔다.

이영숙 외(2023)에서는 기존의 저출산 대응 정책을 검토하면서 저출산 대응 정책의 바람

13) 저출산고령사회위원회, 「저출생 추세를 반전시키기 위한 3대 핵심분야 총력 지원 + 사회인식 변화 노력 강화」, <https://www.betterfuture.go.kr/front/notificationSpace/pressReleaseDetail.do?articleId=325&listLen=3&searchKeyword=%ED%8A%B9%EB%B3%84%ED%9A%8C%EA%B3%84&position=M> (접속일자: 2024. 10. 1.)

직한 방향, 정책을 위한 재원 방안 등을 제시하였다. 해당 보고서에서는 저출산특별회계가 직접적으로 언급되지는 않았고, 출산 및 육아휴직급여의 재원 마련 방향에 보고서의 초점이 맞추어져 있다. 그렇지만, 현재 저출산 대응 사업의 예산이 부처별 단년도 예산사업으로 운영되고 있어, 중장기적 계획을 수립하거나, 사업의 계획과 시행주체가 분리되어 모니터링 등이 효과적으로 수행되기 어렵다는 점 등을 제시하였다. 이러한 한계는 저출산특별회계를 도입할 필요가 있다는 주장과 그 맥락을 같이한다고 할 수 있다.

〈표 3-18〉 저출생 사업 재정운용 현황: 2023년 기준 주요 회계 및 기금

구분		주요 재원
일반회계		국세수입, 세외수입
특별회계	유아교육지원	일반회계 전입금, 전년도 세계잉여금
	국가균형발전	주세의 40% 과밀부담금, 개발부담금 등 일반회계나 타 회계 전입금
	환경개선	법정부담금, 벌금, 몰수금 및 과태료, 가산금 및 위약금, 일반회계 전입금 등
	고등평생교육지원	교육세 50%, 일반회계 전입금 * 2025년 말까지 3년간 한시 설치
기금	국민건강증진	국민건강증진부담금, 기금 운용수익금
	고용보험	사회보험료, 징수금, 적립금, 기금운용 수익금, 일반회계 전입금
	주택도시	국민주택채권 발행 수입, 입주자저축 자금, 일반회계 및 균특회계 출연금·예수금 등
	복권	복권발행 수입, 민간출연금, 타 기금 전입금
	청소년육성	개인·법인 또는 단체 출연금, 정부 출연금, 복권기금 전입, 기금운용수익금

자료: 이영숙 외(2023)의 <표 1> 인용

보다 직접적으로 저출산특별회계를 검토한 연구는 김은정 외(2020)를 제시할 수 있다. 해당 보고서에서는 기존 저출산 정책의 주요 한계점의 하나로 통합적이고 거시적인 관점에서 정책이 추진되지 않았다는 사실 등을 지적한다.

연구자들은 자체적으로 저출산 사업의 예산구조를 살펴보았다. 검토 결과, 2020년도 전체 40조원의 저출산 대응 정책 중에서 지방비는 14.1%, 일반회계는 24.7%, 기금은 50.8%, 특별회계는 10.4%의 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 분야는 (i) 출산·양육비 부담 최소화, (ii) 아이와 함께하는 시간 최대화, (iii) 촘촘하고 안전한 돌봄체계 구축, (iv) 모든 아동 존중과 포용적 가족문화 조성, (v) 2040세대 안정적 삶의 기반 조성 등으로 구분되었는데, 이 중에서 (ii), (v) 영역의 경우 각각 99.5%, 85.7%가 기금으로 운영되고 있었으며, 일반회

계의 경우 (i), (iii) 영역에서 그 비중이 56.4%, 40.4%로 상대적으로 높게 나타났다. 김은정 외(2020)는 이러한 다양한 재원으로 저출산 대응 사업이 운영되는 것이 사업의 복잡성을 더하는 반면, 우선순위 정책을 적극적으로, 긴 호흡으로 추진하기에는 한계가 있다고 평가하였다. 저자들은 저출산특별회계를 도입하는 것이 범정부 차원의 총괄적 저출산 정책이 집행될 수 있는 대안이 될 수 있다고 주장하면서 그 근거로 균형발전특별회계 사례를 제시한다. 균형발전특별회계의 도입으로 국가균형발전을 위한 통합적이고 중장기적 관점의 정책이 추진되었다고 평가하고 있다.

〈표 3-19〉 저출산 영역별 재정 유형 현황

(단위: 백만원, %)

구분	전체	지방비	일반회계	기금	특별회계
전체	40,182,739 (100)	5,653,107 (14.1)	9,943,963 (24.7)	20,421,606 (50.8)	4,164,063 (10.4)
출산·양육비 부담 최소화	4,146,883 (100)	1,161,213 (28.0)	2,339,018 (56.4)	550,742 (13.3)	95,910 (2.3)
아이와 함께하는 시간 최대화	1,407,493 (100)	-	6,408 (0.5)	1,401,085 (99.5)	-
춤추고 안전한 돌봄체계 구축	13,230,800 (100)	3,627,812 (27.4)	5,340,473 (40.4)	194,362 (1.5)	4,068,153 (30.7)
모든 아동 존중과 포용적 가족문화 조성	408,231 (100)	108,908 (26.7)	11,480 (2.8)	287,843 (70.5)	-
2040세대 안정적 삶의 기반 조성	20,989,332 (100)	755,174 (3.6)	2,246,584 (10.7)	17,987,574 (85.7)	-

주: 김은정 외(2020) <표 3-5> 인용

한편 올해 9월 5일에 김희정 국민의힘 의원은 저출생 대응 사업에 필요한 재원을 안정적으로 확보하고 저출생 예산을 효과적으로 집행할 수 있도록 하는 저출생 대응 특별회계법안을 발의한바 있다.¹⁴⁾ 법안에서는 법안 발의의 목적이 “저출생 대응 특별회계를 신설하여 저출생 대응 사업에 필요한 재원을 안정적으로 확보하고 지출 대상 사업을 일·가정양립균형, 돌봄 및 모자보전에 한정하여 그 효과성을 제고”에 있음을 명시하고 있다. 특별회계의 계정은 전술한 세 가지 영역으로 구분하고, 각 계정의 세입은 일반회계로부터의 전입금, 다

14) assembly.go.kr

<https://www.assembly.go.kr/portal/cnts/cntsCont/dataA.do?menuNo=600232&pageIndex=8&cntsDivCd=BILL&fromAge=20&toAge=22&billKindCd=&passDivCd=&procResultCd=&proposerKindCd=&proposerNm=&billNo=&billName=%ED%8A%B9%EB%B3%84%ED%9A%8C%EA%B3%84&billNameMb=%ED%8A%B9%EB%B3%84%ED%9A%8C%EA%B3%84&fromAgeMb=20&toAgeMb=22&billKindCdMb=&passDivCdMb=&procResultCdMb=&billNoMb=>

른 특별회계 또는 기금으로부터의 전입금 및 예수금, 차입금 등으로 하고, 세출은 각 계정을 위한 사업으로 한정할 것으로 제안하고 있다. 김희정 의원의 저출생 대응 특별회계 법안은 추가적인 재원을 마련하는 것보다는 저출생 대응 사업의 범위를 한정하고, 해당 사업을 효율적으로 관리하는 것이 주목적인 것으로 판단된다. 국회예산정책처(2024)에서는 “제정안으로 인한 사업 확대와 그에 따른 지출 증가는 발생하지 않는 것으로 가정”하고 있고, 세출 재원이 부족하다고 하더라도 현재 시점에서 관련한 추가재정소요에 대한 재정추계가 어렵다는 점이 제시되고 있다.

2. 쟁점 및 검토사항

가. 기존 논의에 대한 검토

현재까지, 저출산 대응사업의 예산과 관련된 기존 논의사례를 검토하였다. 기존 논의를 고려할 때 저출산특별회계와 관련하여 일반적으로 예상하거나 기대하는 내용을 서술하면 다음과 같다.

- (예상 1) 저출산 대응 정책을 체계적으로 설계 및 관리할 수 있다.
- (예상 2) 저출산 대응 정책을 체계적으로 모니터링할 수 있다.
- (예상 3) 저출산 대응을 위한 재원을 안정적으로 확보할 수 있다.
- (예상 4) 저출산 대응을 위하여 현재보다 더 많은 재원을 확보할 수 있다.

그런데 저출산특별회계를 도입한다고 했을 때 구체적인 안이 제시된 것이 아니기 때문에, 이렇게 기대하는 바가 성취될 것이라고 예상하기는 어렵다. 이를 전술한 각 항목별로 검토하면 다음과 같다.

첫째, 저출산특별회계를 통해서 저출산 대응 정책을 체계적으로 설계, 관리할 수 있는 지에 대한 부분은 어떠한 사업을 저출산특별회계 대상사업으로 선정할 것인가에 따라 달라질 수 있다(예상 1).

부처별로 개별적으로 사업을 운영하고 있는 상황에서, 저출산 대응 정책으로서의 관련성이 높은 일부 사업을 저출산특별회계 대상사업으로 선정하는 경우를 생각해보자. 만약 그러한 사업이 세입-세출 간의 연계의무가 존재하지 않는 일반회계로 운영되고 있었다면 큰 문제는 되지 않을 것이다. 만약 기금으로 운영되고 있다면 김홍환(2022)에서 지적한 바와 같이, 저출산 대응 목적 이전에 해당 기금지출의 고유한 목적이 존재하기 때문에, 그러한 개별 부처의 사업을 체계적으로 ‘관리’하는 것은 쉽지 않다. 기금운용에 있어 이미 개별부처나 관련 위원회별 기금의 사용처 및 예산승인에 대한 일정한 절차가 존재하기 마련이다.

이 때문에 사후적으로 저출산특별회계에 어떠한 기금예산이 포함된다 하더라도 기존에 확립된 기금운용 원칙을 고려하지 않은 채, 자유롭게 저출산특별회계 예산을 운영하기는 어렵다. 예를 들어, 현재 육아휴직 급여는 고용보험 실업급여 계정의 기금재원으로 운용되고 있는데, 저출산특별회계를 운용하면서 해당 사업을 포함한다고 가정하자. 정부의 저출산 대응 기조에 발맞추어, 이영숙 외(2023)에서 주장한 바와 같이 고용보험 사각지대에 놓인 경제활동인구에 대해서는 출산 및 육아휴직 급여를 제공하자는 정책이 제안될 수 있다. 고용보험 실업계정 기금의 일부가 저출산특별회계에 포함되었다고 하더라도, 해당 재원으로 고용보험 미가입자를 지원할 수는 없을 것이다. 이는 현재에도 마찬가지이며, 저출산특별회계 대상사업으로 모성보호 사업이 포함되어도 여전히 그러하다. 또한, 기금과 관련된 쟁점이 존재하지 않는다고 하더라도 여전히 문제는 존재한다. 기존에 개별부처에서 수행하고 있는 사업이 저출산 대응 이전에 원래 고유한 목적이 있기 때문에 이를 무시하기는 쉽지 않다. 예를 들어, 노동부에서는 육아휴직을 하는 근로자를 대체하는 인력에 대해 사업장에 지원을 하거나, 육아기단축근로를 사용하는 사업장에 대해 지원을 하는 등의 사업을 수행하고 있다. 단, 이러한 지원은 중소기업 등 우선지원대상 기업에 국한하고 있다. 만약 이러한 사업 역시 저출산특별회계 대응 사업으로 선정된다고 했을 때, 향후 저출산 제고를 위하여 사용자에 대한 지원범위를 중소기업 이상으로 전면적으로 확대하려고 했을 때, 노동부의 기존의 정책지원 목적 측면에서는 상충되는 측면이 존재할 것이다.

둘째, 저출산특별회계를 통해서 저출산 대응 정책을 효과적으로 모니터링할 수 있을 것인가에 대한 문제(예상 2)도 첫 번째와 동일한 이유로 그 효과를 담보할 수는 없다. 저출산 대응이 일차적이고 배타적인 목표가 아닌 이상, 해당 사업의 성과평가를 합계출산율 등 저출산과 관련한 성과지표로만 수행하기 어렵기 때문이다.

요컨대 첫 번째와 두 번째 목표를 성취하는 데에는 저출산 대응이라는 사업을 사전적으로 논란의 여지가 없이 확정하기 어렵다는 점에서, 근본적인 한계가 있다고 하겠다. 김은정 외(2020), 이영숙 외(2023)에서 잘 정리된 바와 같이 저출산고령사회위원회에서의 채택된 저출산 대응 정책의 범위는 해가 갈수록 더 포괄적으로 변경되었다. 이는 곧 저출산의 문제가 단지, 출산시점이나 영유아기의 부모의 경제적 혹은 시간적 여력에 국한된 문제가 아니라는 점을 정책입안자 및 정책실무진이 학습한 결과로 이해될 수 있다. 출산에 대한 의사결정은, 개별 개인 혹은 가구 관점에서의 일자리 및 주거의 안정성, 건강하고 안정적인 노후 생활 향유의 가능성, 고령산모로 인한 난임 문제 등 상당히 광범위하고 다양한 측면에서 영향을 받을 수 있는 것이다. 저출산 대응 정책이 이러한 사실에 입각하여 보다 광범위한 정책범주를 지향하는 것은 긍정적으로 평가할 수 있을 것이다.

하지만, 이러한 맥락에서 생각해볼 때 저출산특별회계 도입 시 그 사업대상의 범주를 선정하는 것은 상당히 어렵다. 영유아 지원 등 일부 사업으로 그 대상사업을 협의하여 국한하

는 경우, 저출산 대응 정책의 기초를 역행하는 것으로 자칫 비추어질 수 있어. 오히려 저출산 대응 정책의 방향을 한정할 가능성이 있을 것이다. 반면에 청년, 주거, 사회인식 등 저출산특별회계의 사업범주를 확장하는 경우, 확장하면 할수록 그렇게 포함되는 사업의 일차적 목표가 저출산 대응에 있지 않기 때문에 그 성과를 모니터링하기가 어려울 것이다.

다음으로, 저출산특별회계를 통해서 재원을 안정적으로 확보할 수 있는지에 대한 부분(예상 3)의 경우는 일차적으로 성취할 가능성이 존재하나, 세부적으로는 여전히 재원확보의 어려움이 있는 사업이 존재할 수 있을 것이다. 보다 탄력적인 정책집행을 위해서는 일반회계의 전입이 필요하지만, 일반회계의 전입수준이나 비율에 대하여 일정한 기준이 없다면 일반회계로만이 운용할 수 있는 사업에 대해서는 안정적으로 재원을 확보하지 못하는 상황이 저출산특별회계 도입 이후에도 여전히 발생할 수 있다. 특히, 앞서 살펴보았듯이 일반회계의 안정적 전입 수준을 확보하는 것은 지역특별회계 분야에서도 정책 제안사항으로 제시된 바 있다. 또한 각종 기금에 대해서도 일반회계 전입에 대한 수요가 결코 낮아지지 않을 것으로 판단된다. 지역특별회계, 건강보험이나 국민연금 제도를 안정적으로 운용하는 것과 저출산 대응을 하는 것과의 일반회계 전입의 우선순위를 정하는 것이 어렵고, 우선순위 결과에 대하여 공감대를 형성할 수 있을 것이라 기대하기 어렵다. 이러한 상황에서, 저출산 대응을 위한 사업 중 일부 사업은 여전히 재원확보가 안정적으로 이루어지지 않을 수 있다.

마지막으로, 이미 지역특별회계 사례에서 확인할 수 있는 바와 같이, 저출산특별회계를 도입한다고 해서 새로운 세원이 즉각적으로 확보되는 것은 아님을 유념할 필요가 있다. ‘특별회계’라는 용어 자체가 일반회계와 달리 특정한 목적에 의해 세입과 세출상의 제약이 존재한다. 그럼에도 불구하고 기존의 다른 회계나 기금으로 운영된 사업을 저출산특별회계 대상사업으로 포함하는 경우, 새로운 재원이 아닌 기존에 운영되던 재원을 활용하는 것이기 때문에 ‘저출산특별회계의 도입’이 곧 새로운 세원의 확보를 의미하는 것은 아니라고 할 수 있다. 다만, 효과적인 저출산 대응을 위해서 지원수준을 확대해야 하고, 목적세를 신설하여 신규재원을 마련해야 한다는 목소리도 분명히 존재한다.

그렇지만 여전히 동일한 정책제안이 지역특별회계나, 건강보험기금 등의 경우에도 제안된 적이 있음을 상기할 필요가 있다. 정책의 필요성에 따라, 목적세를 신설하여 신규재원으로 확보하는 방안도 검토될 수 있을 것이다. 또한, 저출산고령화가 이미 진전된 이 시점에서 소득을 발생하는 경제활동인구의 비중이 줄어들고, 현재의 어린 세대가 향후 고령자들 대상으로 제공되는 각종 복지 지원과 급여에 대한 재원 마련을 위해 상당한 기여를 할 것으로 예상된다. 이러한 비용구조 자체는 사실 저출산 현상을 심화시킬 수 있다고 예상할 수 있기 때문에, 무조건적인 목적세 신설을 통한 저출산 문제의 해결은 근시안적인 정책제안일 수 있음에 유의할 필요가 있다.

나. 예산 체계 개편을 위한 법안의 구성요소

저출산특별회계를 설치할 때 결정해야 할 사항과, 각 사항에 대하여 발생할 수 있는 이슈에 대해 사전적으로 예상하고자 한다. 이러한 논의는 실제로 저출산특별회계를 도입할 때 일부 참고자료로 활용될 수 있을 것이다.

1차적으로 고려해야 할 항목은 <표 3-18>의 첫 번째 패널에서 제시되고 있다. 먼저, 저출산특별회계 대상 사업과 저출산특별회계 관리 및 운용의 주체를 선정해야 한다. 다음으로 저출산특별회계에서 운용할 계정의 유형과 각 계정별 세입과 세출구조를 결정해야 한다.

<표 3-18>의 두 번째 패널에서는 김희정 의원이 대표발의한 법안을 한 가지 사례로 가져와서 각 항목에 대하여 어떻게 제안했는지를 보여주고 있다. 다만 김희정 의원 대표발의 법안을 본고에서 검토하고자 하는 것은 저출산특별회계 설치 시 고려할 사항을 최대한 구체적으로 살펴보고자 하는 것이지 본 대표발의 법안을 평가하고자 함은 아님을 밝혀둔다.

먼저, 해당 법안에서는 저출산특별회계 대상사업으로는 일·가정 양립, 돌봄, 모자보건 분야에 속하는 사업을 고려하였으며, 저출산특별회계의 관리 및 운용의 주체로는 보건복지부를 상정하였다. 또한, 저출산특별회계의 계정은 크게 일·가정양립계정, 돌봄계정, 모자보건계정 등 크게 3가지로 구분할 것을 제안하였다.

각 계정의 세입은 일반회계 전입금, 다른 특별회계 또는 기금으로부터의 전입금 및 예수금, 차입금 등으로 제안하였다. 특히 해당 법안 계정별 세입과 세출에 관한 내용(제4조~제6조)을 살펴보면, 계정 간 전입금을 세입으로 충당하는 것도 허용하고 있으며 각 계정의 세출에 그러한 전출금도 세부 세출유형으로 명시되어 있다.

각 계정의 세출대상 사업은 계정에 관련된 사업으로 규정하였다. 구체적으로, 일·가정 양립의 사회적 분위기 조성 및 정착을 위한 사업, 돌봄 여건을 개선하여 양육부담을 경감하기 위한 사업, 건강한 임신·출산 및 출생 아동의 건강증진을 위한 사업 등과 관련하여 각각 일·가정양립계정, 돌봄계정, 모자보건계정의 세출이 집행되도록 제안하였다.

김희정 의원 법안에서는 고려되지 않았으나, 신규세원 포함 여부도 저출산특별회계를 설치 시 1차적으로 고려할 사항 중의 하나라 할 수 있다. 김희정 의원 대표발의 법안에서는 이 부분에 대해서 구체적으로 명시하지는 않았다. 그러나, 신규 목적세 등을 언급되지 않았고, 기존의 사업 및 사업의 예산을 안정적으로 관리하는 것이 주요 목적인 만큼 신규 재원을 사전적으로 고려하고 있지는 않다고 판단된다. 실제로 김희정 의원 대표발의 법안의 비용추계 미첨부 사유서에는 “제정안은 회계를 신설하여 저출생 대응 사업에 필요한 재원을 안정적으로 확보하고, 일·가정양립계정, 돌봄계정, 모자보건계정으로 구분하여 저출생 대응 사업을 해당 분야로 한정하려는 취지이므로, 제정안으로 인한 사업 확대와 그에 따른 지출 증가는 발생하지 않는 것으로 가정”한다고 명시되어 있다.

또한, 이러한 상황에서 만약 이 경우 김희정 대표발의 법안에서 제시된 세 가지 계정 중 하나의 사업이 신규로 개시된다고 했을 때, 해당 사업이 기존의 관련된 특별회계나 기금으로 운용하기 어려울 경우, 일반회계 전입금 등을 포함하여 예산을 확보할 필요가 있을 것으로 예상할 수 있다.

〈표 3-20〉 저출산특별회계 신설 시 결정해야 할 항목 및 관련 사례

결정항목 구분		사례 (김희정의원 대표발의 저출생 대응 특별회계법안)	
1	저출산특별회계 대상 사업의 선정	일·가정양립계정	• 육아휴직 사용 문화 및 근로시간 단축 및 유연 근무제도 활성화 목적의 사업
		돌봄계정	• 자녀 양육 교육에 소요되는 경제적 부담 경감 사업 • 어린이집, 직장어린이집, 유치원 설치, 운영지원 사업 • 다양한 돌봄서비스 제공 사업
		모자보건계정	• 임신, 출산, 출생 아동의 의료비 부담 경감 사업 • 의료취약지에 대한 지원을 통한 의료접근성 강화 사업 • 난임의 극복 지원 사업
2	저출산특별회계 관리 및 운용의 주체	보건복지부장관	
3	저출산특별회계 계정의 유형	• 일·가정양립계정 • 돌봄계정 • 모자보건계정	
4	각 계정별 재원 (세입구조)	일·가정양립계정	• 일반회계 전입금 • 다른 특별회계 또는 기금으로부터의 전입금·예수금
		돌봄계정	• 차입금 등
		모자보건계정	
5	신규 재원 창출 여부	해당사항 없음	
6	각 계정별 사업내용 (세출구조)	일·가정양립계정	일·가정 양립의 사회적 분위기 조성 과 정착을 위한 사업
		돌봄계정	돌봄 여건을 개선하여 양육부담을 경감하기 위한 사업
		모자보건계정	건강한 임신·출산 및 출생 아동의 건강증진을 위한 사업

자료: 김희정 외(2024)를 참고하여 저자 작성

1차적으로 결정되어야 할 부분 외에 검토할 사항은 저출산특별회계에 전체적인 운용을 어떠한 과정을 거쳐 어떠한 주기로 결정할 것인가(계획 및 설계)에 대한 부분과, 시행된 저출산특별회계 집행의 결과를 어떻게, 어떠한 주기로, 어떤 기관에 의하여 평가할 것인가에 대한 부분이다. 김희정 의원 대표발의 법안에서는 이러한 내용이 존재하지 않은 만큼, 이러한 내용이 저출산특별회계 설치에 있어 필수적인 사항은 아님을 알 수 있다.

그렇지만, 저출산특별회계 설치에 심각한 저출산 현상에 대응하기 위한 강력한 정부의 의지하에 시도되는 것이므로 이러한 논의를 함께 수행하는 것이 자연스러울 수 있다.

참고로, 지역특별회계 관련 법안을 검토할 수 있다. <표 3-20>에서는 「지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법」의 목차를 보여주고 있다. 제1장은 총칙으로 본 법안의 목적, 정의 등이 제시되어 있다. 특히 제1장 제5조에서는 다른 법률과의 관계에서 대해 명시하고 있다. 지방자치분권 및 지방행정체제 개편에 관하여 다른 법률에 우선하여 적용(제5조제1항)하며, 지역균형발전에 관한 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 법의 내용을 다룰 것(제5조제2항)을 제시하고 있다.

제2장에서는 지방시대 종합계획에 대해 서술하고 있다. 지방시대 종합계획, 시도별 발전계획, 부문별 발전계획, 초광역권별 발전계획 등 계획의 내용(제6조~제9조)과 계획의 협의 및 조정(제10조), 계획의 평가(제11조)의 내용이 포함되어 있다.

구체적인 내용을 좀더 살펴보면 다음과 같다. 동법 제6조에서는 ‘지방시대위원회’가 관계 중앙행정기관의 장과 협의하고 지방자치단체의 의견을 수렴하여 ‘지방시대 종합계획’을 5년을 단위로 하여 수립할 것을 명시하고 있다. ‘지방시대 종합계획’에는 지방자치분권 및 지역균형발전의 기본방향 및 추진목표, 지역균형발전시책 및 지방자치분권 과제의 추진 등에 관한 사항, 지역균형발전특별회계의 운용에 관한 사항 등의 내용이 포함되어야 한다.

동법 제10조에서는 시행계획의 협의 및 조정에 대한 사항을 담고 있다. 여러 계획의 책임 기관(중앙행정기관의 장, 초광역권설정 지방자치단체의 장, 시도지사 등)에서 제안된 계획이 지장이 있거나 줄 수 있다고 우려되는 경우 상호 협의·조정해야 한다고 명시하고 있다. 이때 지방시대위원회는 관련하여 전술한 계획의 책임 기관에 의견을 제시할 수 있다. 한편, 동법 시행령 제13조에서는 관련 사항을 보다 구체적으로 명시하고 있는데, 예를 들어, 특별한 사유가 없으면 그러한 협의가 조정을 요청받은 30일 이내에 종료해야 하며, 예산이슈가 발생하면 기획재정부장관과 협의해야 한다는 내용이 제시되었다.

동법 제11조에서는 시행계획의 평가에 대하여 명시하고 있다. 지방시대위원회는 매년 시도, 부문별, 초광역권 단위의 시행계획의 추진실적으로 평가해야 한다고 명시되어 있다. 평가자문단의 설치, 전문평가기관 등은 시행령으로 정하고 있다.

제3장에서는 지역균형발전시책과 지방자치분권 과제의 추진 등을 지역혁신체계, 주민 생활기반 확충과 지역 발전역량 강화, 지역 교육여건 개선과 인재 양성, 지역문화 및 관광의

육성 및 환경 보전 등으로 여러 분야 측면에서 상당히 자세하게 제시하고 있다.

제4장에서는 지방시대위원회의 설치, 존속기한, 기능, 구성과 운영 등의 사항을 명시하고 있다.

제5장에서는 지역균형발전특별회계에 대한 사항을 제시하고 있다. 구체적으로 지역균형발전특별회계의 설치(제74조), 회계의 관리 및 운용 사항(제75조), 계정의 구분(제76조), 각 계정별 세입과 세출(제78조~제81조) 등 기본사항을 초반에 제시하고 있다. 그 이후 제82조에서는 일반회계 또는 다른 특별회계로부터의 전입, 제83조 일시차입금 등에 구체적인 사항을 제시하고 있다. 그 외에는 예산편성 절차상의 특례(제84조), 세출예산의 차등 지원(제85조) 등 예산 운용에 대한 구체적인 사항이 제시되어 있다.

이상의 지역특별회계의 법령을 살펴보면 다음의 특징을 알 수 있다.

첫째, 지역특별회계를 통해 성취하고자 하는 계획을 법령에서 확인할 수 있다(제2장 지방시대 종합계획).

둘째, 단기 및 중장기계획을 수립하는 주체에 대하여 명시하고 있다(제4장 지방시대위원회).

셋째, 지역특별회계의 관리 및 운용의 주체(기획재정부)로 지역특별회계에서 지향해야 하는 비전을 제시하는 수립하는 주체(지방시대위원회)와 동일하지는 않다. 이에 따라 계획 설계와 예산 편성, 집행 기관이 모두 다를 수 있다.

넷째, 지역특별회계 운용 및 시행계획과 관련하여 의견이 상이할 때 협의 및 조정하는 절차를 명시하고 있다. 동법 제10조, 동법 시행령 제13조에서는 시행계획에 대하여 이해관계자들간의 이견이 존재할 때 협의 및 조정이 되도록 하고 있다. 또한 동법 제84조에서는 기획재정부장관이 지역특별회계의 예산안편성지침을 작성할 때, 관계 중앙행정기관의 장 및 지방자치단체의 장의 의견, 지방시대위원회의 의견을 반영하도록 노력하여야 한다고 명시되어 있다.

다섯째, 시행계획의 평가의무가 동법 제11조에 명시되어 있기 때문에, 지역특별회계로 운용된 사업이 일정한 평가과정을 거치게 될 것으로 이해할 수 있다.

지역특별회계가 지방균형발전 및 지방지차분권이라는 목표를 지향하는 과정에서 그러한 목표를 수행하기 위한 재정운용수단으로서 도입된 것처럼, 저출산특별회계가 설치되기 전에, 이를 통해 성취하고자 하는 범국가적 비전을 수립할 수 있도록 주체와 절차에 대해 저출산특별회계 혹은 이와 관련된 법령에 명시할 필요가 있다.

〈표 3-21〉 지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법의 주요 내용

구분		비고
제1장 총칙	제1조 목적	
	제2조 정의	
	제3조 국가 등의 책무	
	제4조 지방자치분권 및 지역균형발전 정책의 시범실시	
	제5조 다른 법률과의 관계	
제2장 지방시대 종합계획 등	제6조 지방시대 종합계획의 수립	•
	제7조 시·도 지방시대 계획 및 시행계획의 수립	•
	제8조 부문별 계획 및 시행계획의 수립	•
	제9조 초광역권발전계획 및 시행계획의 수립	•
	제10조 시행계획의 협의·조정	•
	제11조 시행계획의 평가 등	•
제3장 지역균형발전시책과 지방자치분권 과제의 추진	제1절 지역균형발전시책의 추진	•
	제2절 지방자치분권 과제의 추진	•
	제3절 통합 지방자치단체의 설치 및 특례 등	•
	제4절 지방시대위원회 등	•
제4장 지방시대위원회	제62조~제73조 지방시대위원회 설치 및 존치기한, 기능 등	• •
	제74조 지역균형발전특별회계의 설치	•
제5장 지역균형발전특 별회계	제75조 회계의 관리·운영	•
	제76조 계정의 구분	•
	제77조 소속 재산	•
	제78조 지역자율계정의 세입과 세출	•
	제79조 지역지원계정의 세입과 세출	•
	제80조 제주특별자치도계정의 세입과 세출	•
	제81조 세종특별자치시계정의 세입과 세출	•
	제82조 일반회계 또는 다른 특별회계로부터의 전입	•
	제83조 일시차입금	•
	제84조 예산편성 절차상의 특례	•
	제85조 세출예산의 차등 지원	•
	제86조 포괄보조금의 지원	•
	제87조 예산의 중복 신청 등의 금지	•
	제88조 예산의 전용	•
	제89조 예산의 이월	•
	제90조 보조금에 대한 다른 법률의 적용배제	•
	제91조 잉여금의 처리	•
	제92조 권한의 위탁	•
제93조 회계사무의 위탁	•	
제94조 지역개발사업 등의 소요재원 변경에 따른 지방자치단체의 재원 확충	•	

자료: 국가법령센터, <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=252297#AJAX> (접속일자: 2024. 10. 31.)

3. 정책제안

이상의 논의를 살펴보면, 저출산특별회계를 설치한다고 하더라도 그 자체로 저출산 대응을 위한 재원이 안정적으로 확보되거나, 그 사업이 효율적으로 수행되는 것을 담보하는 것이 아닐 수 있음을 이해할 수 있다. 저출산특별회계의 설치에 김희정 의원 대표발의 법안에서 확인할 수 있는 바와 같이, 기존에 이미 수행하고 있던 사업을 대상사업으로 선정하고 해당 사업의 예산을 저출산특별회계의 주요 세원으로 상정하는 방식으로 도입될 수 있다. 저출산특별회계의 설치를 고려할 때 검토해야 할 사항으로 다음의 몇 가지를 제시하고자 한다.

첫째, 관계 부처(혹은 관계 기관)의 기존의 업무 자율성을 보장하고, 저출산 대응 예산에의 개별 부처의 의견이 반영되는 방식을 모색할 필요가 있다.

부처가 기존에 수행해오던 사업이 특별회계로 편입하게 되면, 그 특별회계에 대한 통제권을 상실하고 부처의 자체조직이 축소될 우려 등이 존재하여 크게 반발할 수 있다. 예산편성지침의 작성주체, 예산편성지침 작성 시 작성주체와 이해기관과의 협의·조정 과정의 방식은 관계 기관 간 상당히 첨예한 쟁점이라 할 수 있을 것이다. 특히 부처에서 독자적으로 관리하고 있는 영역이 추가적인 협의, 관리의 대상으로 변경된 것이므로 이에 대한 반발감이 클 수 있다.

지역특별회계의 도입할 때에도 그러한 부처 간 갈등이 상당히 심각했었던 것을 확인할 수 있다. 국정홍보처(2008)에서는 「국가균형발전특별법」을 제정하는 과정에서 가장 큰 쟁점으로 (i) 국가균형발전특별회계의 재원 확보 문제, (ii) 국가균형발전추진체계와 관련된 국가균형발전위원회와 각 부처의 기능과 역할, (iii) 특별법의 적용범위(수도권 포함 여부) 등을 제시하였다.

그중에서 “특별회계 신설은 국가균형발전정책의 성패를 좌우할 수 있는 핵심적 사항으로 특별법 제정 시 가장 논란이 됐던 부분”이라고 평가하였다(국정홍보처, 2008, p.68). 국정홍보처(2008)에서 서술된 ‘국가균형발전특별회계 신설의 경위 및 주요 쟁점’을 정리하면 <표 3-20>과 같다.

〈표 3-22〉 국가균형발전특별회계 신설의 경위 및 주요 쟁점

구분		주요 내용
1	신규재원의 마련과 로또복권 수익금	<ul style="list-style-type: none"> • 기존 유사재원의 통합적 활용 외 신규재원의 확보의 필요성이 제기됨 • 신규재원으로 로또복권 수익금 활용하자는 의견이 제기됨 ⇒ (최종) 기획예산처·국무총리실 반대로 무산 (수익금의 불확실성, 타 용도로의 사용 필요성)
2	지방양여금의 균특회계로의 흡수와 행정자치부의 반발	<ul style="list-style-type: none"> • 지방양여금을 균특회계로 흡수하는 방안 제기 → 행정자치부에서 강력하게 반대 → 지자체에서도 처음에 반대하였으나 이후 재원 축소 우려가 불식되면서 입장 변경함 ⇒ (최종) 지방양여금법 폐지
3	국가균형발전특별회계의 소관 중앙부처	<ul style="list-style-type: none"> • 균특회계의 운용 주관부처에 대하여 산업자원부(국가균형발전위원회의 업무의 지원 부처)와 기획예산처가 대립 • 건설교통부도 건설교통부 소관 특별회계를 스스로 운영할 것을 주장 ⇒ (최종) 균형발전 추진의 일반업무 주관실행부처는 산업자원부, 균특회계에 관한 업무는 기획예산처가 담당
4	균특회계 편성에서의 지역 자율성 제고	<ul style="list-style-type: none"> • 중앙이 일정 금액을 할당하면, 지역이 자율적으로 예산을 편성하는 시스템 필요성 제기 ⇒ (최종) 지역개발계정에서 지역의 자율편성권을 부여하였으나, 여전히 중앙정부의 승인 필요

자료: 국정홍보처(2008) 기반으로 저자 정리

먼저, 당시 균특회계 설치를 둘러싼 쟁점은 크게 4가지로 신규재원 마련, 지방양여금 폐지, 특별회계 소관중앙부처, 특별회계를 통한 지역자율성 제고 등이 제시되었다. 가장 크게 부처간 갈등이 있었던 것은 지방양여금을 폐지하는 부분이었다. 지방양여금의 예산을 균특회계로 편입하는 방안에 대하여 행정자치부에서 강력하게 반대하였다. 국정홍보처(2008)에서는 재정경제부·산업자원부·기획예산처 등 다른 부처에서 지방양여금법 폐지에 확실한 방향 설정이 된 상태에서도 행정자치부는 지방양여금의 폐지에 대하여 지속적으로 반대의견을 제기하였다고 기록하고 있다.

균특회계를 운영하는 주관부처에 대해서는 산업자원부, 기획예산처가 대립하였다. 먼저, 산업자원부는 당시 국가균형발전위원회 업무의 지원 부처였기 때문에 「국가균형발전특별법」의 주관부처로 역할을 수행할 필요가 있다는 의견이 제시되었다. 반면, 균특회계 업무가 여러 부처를 통괄해야 하므로 특정 부처가 운용하기 어렵기 때문에 기획예산처가 주관부처

가 되어야 한다는 의견도 제시되었다. 최종적으로, 균특회계의 조성과 운영에 있어 기획예산처의 협조가 불가피하다는 점이 고려되어 균특회계는 기획예산처가 운용하고, 산업자원부는 일반업무 주관실행부처로 역할을 하는 것으로 결정되었다.

이러한 사례에서 확인할 수 있듯이, 저출산특별회계 설치를 통해 재원의 안정적 확보, 종합적인 시책 마련 등의 측면에서 순기능을 할 것이라고 예상할 수 있지만, 이를 도입하는 과정에서 상당히 현실적인 문제가 많을 수 있다. 사업의 집행이나 예산권을 상실할 가능성이 있다면, 부처 간 갈등은 상당히 첨예하게 전개될 수 있다.

저출산 대응이라는 범정부적인 문제 의식에 기반으로 부처 간 조율이 이루어지지 않는다면, 저출산특별회계가 도입되더라도, 그 본래 취지가 성취될 것으로 기대하기 어려운 수준으로 의미없는 법령 개정만 양산될 수 있다.

이에 따라 각 부처의 자율성 및 예산에 대한 의견이 반영될 수 있도록 저출산특별회계 설치에 대한 논의가 이뤄질 필요가 있다고 판단된다.

사실, 기금으로 운영되는 사업은 전술한 바와 같이, 고유의 사업목적이 존재할 수 있고, 해당 예산을 기금운용위원회 및 소관부처의 고유의 절차에 따라 집행해야 하므로 주관부처의 자율성을 보장하는 것이 불가피하다. 또한, 부처별로 직접적인 저출산 대응 외에 다른 정책목표를 추구할 수 있기 때문에 이에 대한 여력을 마련해 놓는다는 점에서도 부처의 자율성 보장은 필요하다.

둘째, 저출산특별회계로 운용되는 사업에 대한 예산편성, 예산조정, 예산집행 등의 결과를 공개할 필요가 있다. 지역특별회계와 관련된 논의에서 지적했던 것처럼, 지역특별회계로 운용되는 사업의 직접, 간접성과를 파악하기 어려울 정도로 충분한 정보가 공개되어 있지 않다(강대훈, 2007; 류영아, 2023). 앞서서 집행부처의 최대한의 자율성을 보장하되, 그렇게 집행된 사업의 재정적 효율성, 효과성, 지속가능성을 기하기 위해서는 수행된 사업에 대한 정성적, 정량적 평가가 이루어져야 할 것이다. 이 과정에서 사업과 관련된 세부적인 데이터가 공개될 필요가 있다. 정책개선 및 설계를 위한 이러한 데이터 확보는 상당히 필수적인데, 저출산특별회계 도입으로, 이러한 데이터가 구축되고, 서로 융합될 수 있는 법적, 제도적, 전산적 토대가 마련된다면 그 자체로 상당히 의미가 있다고 판단된다. 현재는 부처 간 칸막이가 존재하고, 각 부처간 보유한 행정자료는 특정한 행정 수행의 목적으로만 입수되었다는 이유로, 동일 부처의 다른 부서나 다른 부처에 공개되지 않는 경우가 흔하다. 저출산 대응을 위한 정책에는 보건복지부, 고용노동부, 교육부/교육청, 여성가족부 등이 수행하고 있는 사업들이 섞여 있는데, 사업효과를 실증적으로 분석하는 것이 현재로서는 매우 어려운 실정이다. 예를 들어서, 초등학교 학생에 대한 돌봄이나 교육 사업에 대한 단위학교별 정보를 입수하고자 할 때 그러한 자료가 기존에 이미 구축된 DB에 수록된 것이 아니라면 교육부는 교육청에 협조공문을 보내고 교육청은 단위학교에 협조공문을 보내어 자료를

입수한다. 이 과정에서 자료의 신뢰수준이 일정하거나 자료가 신속하게 입수되지 않을 가능성이 높다. 또한, 취약계층에 대한 저출산 지원이 얼마나 적절하게 이루어져있는지를 판단하기 위해서는 가족관계, 취약계층을 식별하기 위한 사회보장 제도 수급정보, 가구의 소득이나 자산 정보 등을 종합적으로 살펴보아야 하는데 현재는 그러한 정보는 단년도 단위로 비식별 처리되어 제공되는 사회보장행정데이터에 국한된다. 하지만 그마저도 통계청의 조사 자료에 기반하여 가구를 구성하였기 때문에, 그것이 행정적으로 가족관계 혹은 주민등록등본상의 세대단위로 집행되는 정책상 가구단위는 여전히 접근하기 어렵다. 이에 따라 저출산특별회계를 통해서 만약 시행령 등에서 저출산특별회계의 대상사업의 행정자료와 국세청의 소득자료, 사회보험공단의 행정자료 등에 기반한 자료가 해당 사업의 평가에 활용될 수 있다는 ‘법적 근거’가 마련된다면, 저출산 대응의 정책의 선별과 운용에 있어 상당히 긍정적 영향을 미칠 것으로 사료된다.

셋째, 저출산특별회계와 지역특별회계 간의 관계 설정에 대한 고민이 필요하다. 저출산특별회계 대상사업에 포함되었을 때, 해당 사업의 목적이 지역특별회계 대상사업과 중복될 수 있을 가능성이 적지 않다. 특히 돌봄서비스 사업의 경우, 각 지역에 기반하여 서비스가 제공되고 있다. 저출산에 대응하여 지방의 인구감소율을 최대한 억제하려는 노력은 지방자치나 지역 간 균형발전 측면에서도 상당히 긴급한 과제이기 때문에 동일한 사업이 개념상 저출산특별회계 및 지역특별회계 대상사업에 포함될 수 있다. 또한, 모자보건, 일·가정양립 사업의 경우, 유자녀 가구를 직접적으로 지원하거나, 육아휴직 기간의 소득을 대체하려는 목적에서 현금성 지원사업을 고려할 수 있는데 이러한 현금성 지원사업 역시 지역특별회계에 포함될 여지가 있다. 앞서 살펴봤듯이, 「지방자치분권 및 지역균형발전에 관한 특별법」에서는 동 법이 지역균형 지방자치분권 및 지방행정체제 개편에 관하여 다른 법률에 우선하여 적용(제5조제1항)하며, 지역균형발전에 관한 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 법의 내용을 따를 것(제5조제2항)을 제시하고 있다. 그러므로, 저출산특별회계 신설 시 저출산 대응 목적과 지방자치 및 균형발전 목적 간 중복성이 높은 사업에 대해서는 저출산특별회계 관련 법령과 지역특별회계 관련 법령 중에 어떠한 법률을 우선시하여 적용할 것인가에 대한 고민이 필요해 보인다.

넷째, 재원 도입에 앞서 부처 간 지출구조조정을 통한 예산을 마련할 수 있도록 유도하는 것이 필요하다.

새로운 신규 재원을 도입하는 것은 명목적으로나 개념적으로 쉽지 않게 제시할 수 있으나, 그에 대한 저항성은 상당히 높을 수 있다는 점에서 현실 가능성이 낮다고 할 수 있다. 그보다 더 접근가능한 방법은 기존의 조세 및 재정 지원정책의 수준을 조정하여 저출산특별회계의 재원을 마련하는 것이라고 생각한다.

신규 재원 확보를 목적으로 목적세를 신설하는 것보다 기존의 지출구조를 조정하여 저

출산 대응 재원을 마련하는 것이 더욱 설득력이 높을 것이다. 지출구조조정으로 인하여 부처간 반발이 있을 것으로 예상되나 부처별로 자율적으로 조정한 예산의 일부 혹은 전부를 부처 내 저출산 대응의 정책을 집행할 수 있도록 허용한다면 유도한다면 그러한 저항의 수준을 보다 약화시킬 수 있을 것이다.

참고문헌

<국내 문헌>

- 강대훈, 「국가균형발전특별회계의 개선과제: 설문조사 결과를 중심으로」, 『예산현안 분석』, 제15호, 2007.
- 강지영·전용·안서연, 「아동수당 도입은 가구의 소비지출을 변화시켰는가?」 『한국사회복지 조사 연구』, 67, 2020, pp. 5~31
- 국회예산정책처, 『정부 저출산정책 평가』, 2007.
- _____, 「저출생 대응 특별회계법안 - 비용추계서 미첨부 사유서」, 2024.
- 고용노동부, 『2023년 한권으로 통하는 고용노동 정책』, 2023.
- 고용노동부, 보도자료, 「최근 5년간 출생아 수 감소에도 일·육아지원제도 사용자는 증가 추세」, 2024. 02. 26.
- _____, 「2024년부터 이렇게 달라집니다」, 2023. 12. 31.
- _____, 「2025년부터 이렇게 달라집니다」, 2024. 12. 31.
- 교육부, 「2024 보육사업안내」, 2024.
- 관계부처 합동, 보도자료, 「보육료·양육수당·유아학비·아이돌봄서비스 지원 전국 어디서나 신청하세요」, 2020. 3. 4.
- 김수정, 「아동수당의 제도적 배경과 쟁점」, 『페미니즘연구』, 2018.
- 김우림, 『저출산 대응 사업 분석·평가』, 국회예산정책처, 2021.
- 김은정, 「자녀돌봄실태와 정책 함의」, 『보건복지포럼』, 통권제 308호, 2022, pp. 48~63.
- 김은정·오신휘·장인수·정종석·전주열, 『저출산 대응 재정지원 방안 연구』, 한국보건사회연구원 연구보고서 2002-20, 2020.
- 김은정 외, 『제3차 저출산·고령사회기본계획 2017년 모니터링』, 보건복지부, 2018.
- 김문정·안종석·고창수, 『2023~2027 국가재정운용계획 지원단 보고서: 인재양성 분야』, 한국조세재정연구원, 2023.
- 김홍환, 「실질적 균형발전 위한 균특회계 및 국고보조금 개선 이뤄져야」, 『더퍼블릭뉴스』, 2022.
- 김현아, 「균형발전특별회계 현황과 발전방안 - 지역개발계정을 중심으로」, 『재정포럼』, 2006년 2월호, 한국조세재정연구원, 2006.
- 기획재정부, 「국가균형발전특별회계 예산안 편성 지침」, 2019~2024.
- 김희정 의원 외, 「저출생 대응 특별회계법안(김희정의원 대표발의)」, 의안번호 3693, 2024.

- 류영아, 「지역균형발전특별회계의 투명성과 자율성 제고 과제」, 『이슈와 논점』 제2136호, 국회 입법조사처, 2023.
- 문화체육관광부, 「균특회계 포괄보조사업 가이드라인」, 2022.
- 박노욱 외, 『저출산 대책 평가기준 마련 및 제도화 방안 연구』, 보건복지부, 2017.
- 박은정·이정원·윤지연, 『부모급여 도입에 따른 통합적 제도 구축 연구』, 육아정책연구소, 2022.
- 박은정, 「일하는 모든 양육자의 평등한 돌봄권 보장을 위한 시간정책」, 『젠더리뷰』 vol.70, 한국여성정책연구원, 2023.
- 박종서 외, 『2016년도 저출산·고령사회시행계획 지방자치단체 성과평가』, 보건복지부, 2017.
- 보건복지부, 「소관 예산 및 기금운용계획 개요」, 2024
- _____, 「2024 부모급여 사업안내」, 2024.
- _____, 「2024 아동수당 사업안내」, 2024.
- 선우덕 외, 『2011년도 저출산·고령사회정책 성과평가』, 보건복지부, 2012.
- 손동기, 「프랑스 가족정책 개혁 내용과 시사점: 아동수당을 중심으로」, 『유럽연구』, 40(2), 2022, pp. 219~250.
- 송다영·박은정, 「양육수당의 제도적 정합성 분석: 한국과 독일의 양육수당정책 비교를 중심으로」, 『비판사회정책』, 64, 2019, pp. 93-135
- 송다영·백경훈, 「양육수당 정책은 아동의 지속가능한 웰빙을 보장하는가?: UN 아동권리협약과 SDGs의 관점에서의 비판적 성찰」, UN SDG 4.2 연합학술대회 자료집, 2019, pp. 89~113.
- 송다영, 「여성의 일가족양립 현실과 정책과제」, 『젠더리뷰』 vol.71, 한국여성정책연구원, 2023.
- 안희란, 「육아휴직제도의 부모권 보장성에 관한 탐색적 사례연구」, 『사회복지정책』, 42(3), 2015, pp. 51~75.
- 양미선·김나영·박은정·오미애·송신영, 『가정양육수당 지원 가구 현황 및 제도 개선방안』, 육아정책연구소, 2022.
- 육아정책연구소, 「2021년 전국보육실태조사-가구조사보고」, 2021.
- 윤승희, 「핀란드와 노르웨이의 양육수당 비교 연구:제도적 맥락을 중심으로」, 『한국사회복지조사연구』, 44, 2015, pp. 1~24
- 이삼식 외, 『2009년도 저출산·고령사회정책 성과평가』, 보건복지부, 2010.
- 이삼식·이지혜, 『2010년도 저출산·고령사회정책 성과평가』, 보건복지부, 2011.
- 이삼식 외, 『제2차 저출산·고령사회기본계획 성과지표 개발 연구』, 보건복지부, 2011.
- 이소영 외, 『2015년 저출산·고령사회정책 성과평가』, 보건복지부, 2016.
- 이소영 외, 『2016년도 저출산·고령사회정책 성과평가』, 보건복지부, 2017.
- 이수경·오미옥, 「아동양육정책의 자유선택 쟁점에 관한 연구」, 『한국보육지원학회지』, 9(6), 2013, pp. 129~150.
- 이승윤·김민혜·이주용, 「한국 양육수당의 확대는 어떠한 정책형성과정을 거쳤는가?: 정책네트워

- 크 분석을 활용하여, 『한국사회정책』, 20(2), 2013, pp. 195~232.
- 이영숙 외, 『경기변동의 아동양육 영향 분석과 주요국 사례를 통해 본 아동수당 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2023.
- 이영숙·김지민·국중호·전승훈·김은경·고숙자, 『저출산 대응을 위한 복지재정의 과제 연구』, 한국보건사회연구원, 2023.
- 이영욱 외, 『인구정책 성과 평가체계 개편방안 연구』, 저출산·고령사회위원회, 2024.
- 이정원·유해미·조혜주·김윤환·신윤정·한인애, 『영아기 양육지원 정책 체계화 방안 연구』, 육아정책연구소, 2023.
- 이희섭·이은지, 「다중흐름모형에 의한 아동수당 정책과정 분석」, 『사회과학논집』, 54(2), 2023, pp. 145~177
- 임성일·이창균·서정섭, 『국가균형발전특별회계의 개선방안』, 한국지방행정연구원, 2005.
- 임태경, 「국가균형발전특별회계와 지역경제활성화 간 관계분석: 경상권역을 중심으로」, 『지방행정연구』 제36권 제1호(통권 128호), 2022, pp. 233~254.
- 장인수 외, 『정부 정책의 저출산·고령화 관련도 분석 연구』, 보건복지부, 2023a.
- 장인수 외, 『2023년도 저출산·고령사회 시행계획 수립 및 핵심성과지표 활용방안 연구』, 저출산·고령사회위원회, 2023b.
- 저출산·고령사회위원회, 보도자료, 「제7차 인구 비상대책회의 개최」, 2024. 12. 27.
- 저출산·고령사회위원회, 보도자료, 「저출생 추세를 반전시키기 위한 3대 핵심분야 총력 지원 + 사회인식 변화 노력 강화」, 2024. 6. 17.
- 차선자, 「아동복지를 위한 양육수당 관련 법의 검토: 양육지원 수당을 중심으로」, 『사회복지법제연구』, 14(1), 2023, pp. 33~68.
- 표이정·김경제, 「양육수당 및 아동 수당 정책의 문제점과 개선방안」, 『인문사회21』, 12(4), 2021, pp. 3097~3110.
- 최효미·이정원·조미라·우석진·김태우, 『영유아 가구 양육비 및 육아서비스 이용 실태 조사(KIC CE소비실태조사 II)』, 육아정책연구소, 2023.

Hiilamo, H., & Kangas, O., “Trap for women or freedom to choose?: Political frames in the making of child home care allowance in Finland and Sweden,” paper for ESPANET Conference: Changing European societies- The role for social policy, Copenhagen, 2003.

<웹사이트 자료>

- 국가법령센터, 「남녀고용평등법」, <https://law.go.kr/> (접속일자: 2024. 12. 10.)
- _____, 「고용보험법」시행령, <https://law.go.kr/> (접속일자: 2024. 12. 10.)

정부입법지원센터, 재정회계 제도, <https://www.lawmaking.go.kr/lmKnlg/jdgStd/info?astSeq=2239&stClsCd=CF0101> (접속일자: 2024. 10. 15.)

국가지표, 합계출산율, <https://www.index.go.kr/unify/idx-info.do?pop=1&idxCd=5061> (접속일자: 2024. 10. 20.)

OECD, Family Database <https://www.oecd.org/els/family/database.htm>

OECD, Better life index <https://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/work-li>

제4장

건강보험 재정 합리화·효율화를 위한 정책과제¹⁵⁾

김평식(한국조세재정연구원)

제1절 서론

보건 분야의 급속한 지출 증가는 미래의 건강보험 재정 지속가능성에 대한 불안을 증폭시키고 있다. 급격한 저출산과 고령화, 그리고 2010년대 후반 수차례의 보장성 강화정책 등은 건강보험 재정에 대한 면밀한 진단이 필요하다는 신호를 보내고 있다. 또한, 의료서비스 접근성 향상, 소득증가에 따른 의료 수요 증가와 더불어 장기적으로는 의료 신기술 발달, 상병구조의 다각화 등 다양한 요인이 건강보험 재정을 악화시킬 것으로 전망된다.

실제로 이와 같은 요인들로 최근에도 지출이 급속하게 증가하며 건강보험 재정을 악화시키고 있다. 예를 들어, 2017년 건강보험 지출은 57.3조원이었지만, 2022년에는 85.1조원으로 연평균 8.2% 증가하였다. 이러한 증가율은 코로나19로 인한 의료서비스 수요 효과도 포함하고 있어 실질적인 증가율은 더 높을 것이다. 또한 미래의 지출수준도 높을 것으로 추정된다. 실제로 전병목·김평식(2023)에 따르면, 건강보험 지출수준은 2022년 GDP 대비 3.9%에서 2040년 GDP 대비 6.5~8.1%, 2070년 GDP 대비 7.8~11.6%에 이를 것으로 전망하고 있다. 결과적으로 이처럼 높은 수준의 건강보험 지출을 지탱하기 위한 건강보험요율은 2023년 기준 이미 7.09%에 이르렀으며, 한국보건사회연구원은 건강보험요율이 2032년 법적 상한선인 8%를 넘을 것으로 전망했다.

이러한 상황에서 건강보험 제도를 장기적이고 안정적으로 유지하려면, 건강보험 재정 합리화와 효율화가 필수적이다. 본고에서는 먼저 건강보험 재정상황 및 건강보험 재정의 의사결정체계에 대해 논의하고, 주요국 사례 분석을 통해 시사점을 도출한다. 이후 건강보험 지출·수입 관련 외부통제를 강화하기 위한 방안을 논의한다. 현재 재정당국은 건보 전체 지출총량이 아닌 일반재정 지원규모(즉, 보험료 예상 수입의 20%에 해당하는 국고지원금)만 결정하므로 건강보험 재정 안정화를 위해 건강보험정책심의위원회 거버넌스 개편, 건강보

15) “전병목·김평식(2023), 『건강보험 지출전망과 재정관리 방안』 한국조세재정연구원” 일부를 반영하였으나, 원고의 목적에 맞게 큰 폭으로 수정하였고, 추가적인 내용을 보완하였다.

험 기금화 등 지출통제 강화를 포함한 다양한 방안을 검토하고자 한다. 그다음 지출 효율화를 위해 본인부담금 제도 개선 등 의료서비스 과다 공급·이용 완화 방안을 제언한다. 또한, 추가적인 재원 확보를 위해 보험료와 국민건강증진부담금 인상, 건강부담금 도입 등 건강보험 재정 수입을 늘리는 방안도 조심스럽게 제안한다.

제2절 건강보험 재정상황 및 재원조달구조

1. 건강보험 재정상황

건강보험의 재정상황을 살펴보면 2010년대 중반 이후 재정수지가 급격히 악화되어 적자로 전환되었다가 2021년 2.8조원 흑자로 전환되었으며 2022년에도 높은 수입증가에 힘입어 3.6조원 흑자를 달성하였다. 누적적립금 규모는 2022년 말 23.9조원으로 총지출 85.1조원의 28.0% 수준에 이른다.

건강보험 지출증가율 추이를 살펴보면 2015년 이후 지출증가율이 수입증가율을 지속적으로 상회하다가 코로나19로 인해 2020년부터 수입증가율 이하로 낮아졌다. 특히 건강보험 보장성 강화가 적극적으로 추진되었던 2019년 지출증가율은 13.8%에 달해 높은 수준의 수입증가율(9.6%)에도 불구하고 재정수지 적자 2.8조원을 기록하였다. 코로나19로 인해 위생관리와 이동의 제약이 심했던 2020~2021년 기간 동안에는 지출증가율이 4.1%, 5.3%로 크게 낮아져 재정수지 악화 추세에서 벗어나고 있다. 코로나19로 인한 제약적 조치들이 점차 완화 또는 폐지됨에 따라 2022년 지출증가율은 9.6%로 크게 높아졌다. 그럼에도 수입증가율이 높은 수준을 보여 재정수지 측면에서는 개선이 이루어지고 있다.

〈표 4-1〉 건강보험 재정 추이

(단위: 억원)

구분	2011	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
수입	379,774	524,009	557,195	579,990	621,159	680,643	734,185	804,921	887,773
· 보험료수입	323,995	440,476	473,065	500,099	536,415	587,428	624,849	692,270	765,538
· 정부지원	50,361	70,974	70,974	67,839	70,802	77,803	92,283	95,720	104,992
· 기타수입	5,417	12,559	13,156	12,052	13,942	15,412	17,053	16,931	17,243
지출	373,766	482,281	526,339	572,913	622,937	708,886	737,716	776,692	851,482
· 보험급여비	361,890	465,009	510,541	555,374	605,896	690,429	709,524	766,021	831,662
· 관리운영비	11,040	16,773	15,280	16,835	16,486	18,457	28,192	△8,756	△2
· 기타지출	836	499	518	704	555				
당기수지	6,008	41,728	30,856	7,077	△1,778	△28,243	△3,531	19,427	19,822
누적수지	15,600	169,800	200,656	207,733	205,955	177,712	174,181	202,410	238,701

자료: 국민건강보험공단

국민이 의료비를 지출할 때, 건강보험이 부담하는 건강보험 보장률은 2021년 기준 64.5% 수준이다. 이는 2010년대 중반 이후 증가하던 추세에서 벗어난 것이다. 건강보험 보장률은 2016년 62.6%에서 적극적인 비급여 관리노력에 따라 2020년 65.3%까지 증가하였다가 2021년에는 소폭 하락한 수치이다. 법정 본인부담률은 2012년 20.3%에서 2021년 19.9%로 약간 감소했으며, 전체적으로 20% 안팎에서 큰 변화 없이 유지되고 있다. 이는 법적으로 환자가 부담하는 비율이 안정적임을 보여준다. 비급여 부담률의 경우 2012년 17.2%에서 2021년 15.6%로 점진적으로 감소하는 추세를 보여, 해당 항목에서 환자의 부담이 점차 줄어들고 있다.

〈표 4-2〉 연도별 건강보험 보장률

(단위: %)

구 분	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
건강보험 보장률	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8	64.2	65.3	64.5
법정 본인부담률	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6	19.7	19.5	19.9
비급여 부담률	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6	16.1	15.2	15.6

주: 전체 건강보험 보장률은 현금급여(본인부담상한제 사후환급금, 임신출산진료비 지원금, 요양비)를 포함함.
자료: 국민건강보험공단, 2021년 건강보험 보장률 64.5%(전년 대비 -0.8%p), 보도자료, 2023. 1. 10.

2. 건강보험 재정의 의사결정체계

우리나라 보건지출 관리시스템은 국가 및 건강보험(장기요양보험 포함)으로 이원화되어 있다. 국가예산의 경우 건강보험 및 장기요양보험에 대한 국고지원, 정신건강 증진사업, 자살예방 및 생명존중 문화조성, 지역 공공의료체계 구축·운영 등에 지원되고 있다. 건강보험에 대한 국고지원은 보험료수입 예상액의 20%를 예산의 범위 내에서 지원하는데 2023년 예산에 따르면 11.0조원(노인장기요양보험 2.0조원)에 달한다.

우리나라 건강보험제도의 운영은 단일 보험자인 국민건강보험공단에 의해 이루어진다. 국민건강보험공단은 보험제도의 재정을 조달하기 위해 가입자(고용주 포함)로부터 보험료를 징수하고 국가로부터 국고보조도 수령한다. 가입자는 의료공급자로부터 필요한 의료서비스를 구매하고 진료비의 일정부분을 본인 부담금으로 지불한다. 나머지는 보험자가 건강보험심사평가원의 심사·평가를 거쳐 의료공급자에게 지불하게 된다. 각 기관들의 역할은 다음과 같다. 보건복지부는 「국민건강보험법」 제2조에 따라 건강보험사업을 주관하며 구체적으로 동법 제3조에 따른 국민건강보험 종합계획을 통해 기본목표 및 추진방향 설정, 보장성강화의 추진, 보험료 부과체계, 요양급여 등 전반적 정책을 담당하고 있다. 건강보험정

책임의위원회는 동법 제4조에 따라 요양급여의 기준, 요양급여비용, 보험료율(지역가입자의 보험료 부과점수당 금액) 등 주요 정책사항을 심의·의결한다. 국민건강보험공단은 동법 제13조에 따라 보험자로서 가입자 및 피부양자 자격 관리, 보험료 부과·징수, 보험급여의 관리 및 비용의 지급, 의료시설의 운영, 자산의 관리·운영 및 증식사업 등 업무를 수행한다. 건강보험심사평가원은 요양급여비용의 심사와 적정성 평가기능을 수행하고 있다(동법 제 63조).

국민건강보험의 재원조달구조는 보험료, 정부지원금, 기타수입 등으로 구성된다. 보험료 수입은 직장가입자 및 지역가입자의 보험료, 공무원·교원의 보험료 등으로 이루어진다. 정부지원은 「국민건강보험법」 제108조의2에서 국고 및 건강증진기금에서 이루어지도록 규정되어 있다. 국고에서는 해당연도 보험료 예상수입액의 14%를 예산의 범위에서 지원하도록 하고 있다. 또한 동법 제108조의2 제2항과 「국민건강증진법」 부칙 제7조에 따라 건강증진기금에서 보험료 예상수입액의 6%를 건강보험공단에 지원하도록 하고 있다. 다만 건강증진기금 지원액은 당해연도 동 기금 부담금 예상수입액의 65%를 초과할 수 없도록 하는 추가적 제한장치가 있다. 이러한 정부지원액은 그 용도가 정해져 있는데 국고지원액은 보험급여, 건강보험사업 운영비, 보험료 경감에 대한 지원으로 규정되어 있다. 국고지원액의 용도 규정은 매우 포괄적으로 규정되어 있어 그 제약성은 거의 없다고 볼 수 있다. 반면 건강증진기금 지원재원의 용도제약은 상대적으로 명확한데 건강증진사업, 흡연으로 인한 질병의 보험급여, 가입자와 피부양자 중 65세 이상 노인에게 대한 보험급여로 제한하고 있다(「국민건강보험법」 제108조의2).

국민건강보험재정은 보험자인 국민건강보험공단의 회계로 편성되며 국가재정에는 포함되지 않고 있다. 즉 국민건강보험공단이 「국민건강보험법」에 따라 제도를 운영하기 위해 회계연도마다 예산안을 편성하고 이사회 의결 후 보건복지부 장관의 승인을 받는다(동법 제36조). 즉 정부재정과의 연관관계는 국고와 건강증진기금에서 지원하는 재원에 한해 지출로 계상되는 형태로 정부재정을 통해서는 국민건강보험 재정을 파악하기 어려운 구조이다.

국민건강보험제도의 재정 관리는 보건복지부와 건강보험 정책관련 심의·의결기구인 건강보험정책심의회를 통해 이루어진다. 보건복지부는 국민건강보험 종합계획을 통해 중장기 재정전망 및 운영, 부과체계, 요양급여 등에 관한 계획을 수립하고 추진실적을 평가한다. 보다 실질적인 관리는 건강보험정책심의회를 통해 의결된다. 보험료율을 결정하고 각종 요양급여의 기준, 약제·치료재료를 포함한 요양급여비용 사항을 결정하기 때문이다. 동 위원회는 보건복지부 차관을 위원장으로 하는 총 25명의 위원으로 구성된다. 구체적으로 각종 단체 추천 16명, 공무원 2명, 건강보험공단 및 건강보험심사평가원이 추천하는 각 1명, 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가 4명이다. 참고로 위원을 추천하는 단체들은 근로자단체 및 사용자 단체(각 2명), 시민, 소비자, 농어업인, 자영업자 단체(각 1명), 의약업계 단체(8명)로 구성된다.

제3절 주요국 재정관리 사례

본 절에서는 우리나라와 유사한 사회보험 체계로 운용되는 일본, 독일, 프랑스와 함께 정부재정으로 운용하는 캐나다를 분석하였다. 보험자의 다양성 관점에서는 우리나라와 같은 단일보험자의 형태를 취하는 국가는 캐나다, 프랑스¹⁶⁾이며 복수보험자들이 존재하는 국가는 일본, 독일이다. 단일보험자의 형태를 취하고 있는 국가들의 경우에는 당연히 국가의 관여 정도가 상당하다고 할 수 있다. 주요 국가들과 우리나라의 의료지출 관리 시스템을 비교하면, 우리나라의 재정관리 체계 개선이 필요한 것으로 보인다.

주요 선진국들은 의료지출 증가를 제어하기 위한 다양한 제도적 방안을 도입하고 있으며, 사회보험체제로 운영하는 국가로 다수의 보험자가 존재하는 일본, 독일의 경우 최소한 보험자 간 보험료를 차등을 허용하여 수요조정의 기제로 활용하고 있다. 특히 독일은 다수의 보험자가 존재함에도 지출예산을 피보험자의 선행질병요건, 성, 연령 등의 위험도를 반영하여 배분하고 실제 지출이 이러한 예산배분액을 초과할 경우 개별 보험자가 부가기여금을 징수하도록 하고 있다. 즉 고정된 연방보험료율하에서 설정된 위험기반 예산수준을 초과하는 지출의 경우, 개별 보험료를 차등을 통해 조절하는 재정관리체계를 운영하고 있다. 가장 적극적인 재정관리의 사례는 프랑스인데 의료지출의 상한을 사전에 결정하고 이를 면밀히 모니터링하는 조기경보시스템 운용과 함께 지출상한 준수를 유도하는 제도를 함께 운영하고 있다. 재정당국과 복지당국의 협의를 바탕으로 의회 승인을 얻은 지출상한을 설정하고, 실제 지출상황을 모니터링하여 그 결과를 당해 지출상한을 지키기 위한 대응방안 마련에 활용되고 있다. 특히 포괄수가제(DRG)과 같은 정액보상을 받는 분야 수가의 99.7%만 지급하고 0.3%에 해당하는 금액은 별도 관리하여 지출상한 준수기제로 활용하고 있다. 동 금액은 지출상한을 준수하였을 때에 지불함으로써 의료공급자들이 외래진료 등에서 공급 증가 유인을 줄이도록 유도하는 기능을 수행한다.

16) 복수 보험자가 존재하지만 일반사회보험(CNAMTS)이 전체의 90% 수준 포괄

〈표 4-3〉 주요 국가들의 보건지출 재정관리 방법

국가	유형	보험자 수	재정관리 기제
한국	사회보험	단수	보건복지부(건강보험정책심의회)가 의료가격(매년 보험자가 공급자와 협상) 및 보험료 결정
일본	사회보험	복수	후생노동성이 의료가격(매 2년마다 공급자와 협상 ¹⁷⁾) 및 재원조달 결정 의료가격 통제 후 보험료의 보험자별 차등화
독일	사회보험	복수	피보험자의 연령 등 위험을 고려한 재원배분 보험료의 보험자별 차등화
프랑스	사회보험	단수	정부의 예산법률 제안 및 의회 심의/통과 지출상한(ONDAM) 설정, 조기경보시스템 및 자동감축장치 운용 지출상한의 0.3%를 연말 상한 준수 시 지급
캐나다	정부재정	단수(정부)	주/지역 정부의 예산배정 및 의회 심의/통과 주정부의 적자운영 제한

주: 프랑스의 보험자 수는 복수이나 일반사회보험이 약 90%를 포괄
자료: 저자 작성

제4절 지속가능한 국민건강보험 재정을 위한 방안

1. 건강보험 재원조달구조 개편

가. 건강보험 재원조달구조 문제점

우리나라 국민건강보험제도 재정운용과 관련한 문제점은 재정관리 체계성의 부족이라 할 수 있다. 지금까지 건강보험 정책은 보편적 건강보험제도의 정착과 보장성 강화에 중점을 두어왔기에, 건강보험 재정관리 역시 지출에 상당하는 수입확보에 중점을 두어왔다. 결과적으로, 제도 확대 등에 따른 지출 급증 등 단기적 이상상태를 대응하는 데 지출관리의 초점이 맞추어졌다. 보다 적극적인 건강보험제도 재정관리 노력은 이루어지기 어려운 상황이다.

이는 건강보험 재정규모를 결정하는 보건복지부와 건강보험정책심의회 특성에서 기인한다. 보건복지부의 경우, 보건정책의 주무부처로서 국가재정관리 측면보다는 제도발전에

17) Wikipedia, Health care system in Japan(https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_system_in_Japan, 접속일자: 2023. 10. 4.)

중점을 둘 수밖에 없다. 특히 일반재정으로부터의 재정지원이 이루어지고 있어 적극적 건강보험 재정 관리에 대한 보건복지부의 책임의식을 낮추는 요인이 될 수 있다. 또한 건강보험정책심의회는 구성도 건강보험의 재정 관리에 적합하지 않다. 동 위원회의 업무가 크게 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한 결정 등과 약재, 치료재료의 비용결정을 다루는 제도운영 부분과 의료서비스 수요와 비용 변화, 국민 부담과 수용성 등의 재정운영 부분으로 나눌 수 있다. 현재 공급자 대표인 병원, 의사, 약사, 간호사, 치과 등 의약업계 대표자 8인, 수요자 대표인 시민, 소비자, 농어업인, 자영업자 단체 대표자 4인 등이 중요한 역할을 하고 재정운영 및 관리 측면에서 전문성을 지닐 수 있는 구성원은 기획재정부, 보건복지부 공무원 등 2인, 외부 전문가 4인 등에 그치고 있다. 위와 같은 구성을 볼 때, 두 가지의 다른 유형의 역할을 담당함에도 건강보험정책심의회는 요양급여 방법, 절차, 범위, 약재 및 치료재료의 비용 결정 등 세밀한 제도 운영에 적합하게 이루어져 있다고 판단된다.

기획재정부 차원에서도 적극적 재정관리 유인이 부족하다. 형식상 국가재정 범위에 포함되지 않고 있고, 건강보험 재정에 대한 재원조달 책임을 적극적으로 주장할 필요성이 적기 때문이다. 일정규모의 국고지원으로 건강보험의 재정책임에서 벗어날 수 있다는 점은 단기적 관점에서 선택 가능한 방안이라 할 수 있다. 기획재정부의 적극적인 관여 유인이 낮은 또 다른 이유로 건강보험의 지출관련 의사 결정 과정에 전문성에 기반한 정책협약이 어려운 가운데 재원조달의 책임만 부담할 가능성이 높기 때문이다. 이러한 이유들로 인해 비록 국민건강보험제도의 국가재정 부담이 지속적으로 높아질 것이지만 이에 대한 선제적 적극적 개입에 적극적이지 않다.

또한 국회의 경우도 건보 지출통제에 적극적으로 나설 유인이 부족하다. 국민건강보험제도가 국가재정 범위가 아닌 국민건강보험공단의 일반회계로 관리되어 국가재정과의 연계성이 일반재정 지원액에 그치고 있다. 이는 국민건강보험의 재정관리가 국회의 심의기능에서 벗어나도록 하고 있어, 건강보험 가입자인 국민의 의사가 건강보험 재정관리 과정에서 제대로 반영되지 못하게 한다. 결과적으로 국가재정과 건강보험 재정과의 분리는 국민건강보험제도의 재정관리 및 재정운용 책임성을 약화시킬 수 있다. 또한 이는 지출규모의 적극적 관리보다는 일반재정의 지원을 늘리는 방식으로서의 제도운영 가능성을 내포하고 있다. 적극적 재정관리는 의사결정 주체인 의료공급자, 보험자, 보건복지부 모두에게 어렵고 성과를 내기 쉽지 않은 과제이지만 일반재정 지원 확대는 보다 단순하면서 재정당국을 제외한 이해당사자들을 만족시킬 수 있는 방안이기 때문이다.

<표 4.4>를 통해 요약하자면 건강보험 재정은 국민을 대상으로 하는 사회보험의 필수적인 역할을 하므로 면밀한 관리가 필요하다. 그럼에도 정부의 재정 범위에서 벗어나기 때문에 기존 국가재정 장기전망에서 제외되어 있어 장기적으로 지속가능성에 대한 평가가 어려운 상황이다. 또한 건강보험 제도 구성상 건강보험제도의 지속가능성을 높이기 위한 재정

관리를 특정 주체가 책임 있게 관리하기 어려운 상황이다. 재정당국은 건강보험 국고지원 규모 중심으로 건강보험 재정 전체에 대한 관심이 상대적으로 제한적이다. 주무부처인 보건복지부는 제도의 세밀한 운영에 집중하기에 재정관리 총량에 대한 관심은 상대적으로 낮은 편이다. 국회 역시 재정관리 차원보다 보건복지 차원의 관점 중심으로 건강보험 지출을 살펴보고, 그러다 보니 지출규모에 대한 심의가 없고 보건복지위 중심으로 제도운영에 관심이 있다.

〈표 4-4〉 국민건강보험 제도의 재정관리의 문제점

담당	기능	문제점
기획재정부	재정 지원: 예상수입의 20% (국고: 14%, 건강증진기금 6%)	<ul style="list-style-type: none"> •국민건강보험 총 지출규모와 재원조달에 관한 관리 유인 약함 •국가재정 위협에 대한 대응능력 하락 등
보건복지부 (건강보험정책심의회)	국민건강보험제도 주관 및 정책 결정 보장성 수준, 제도 포괄범위, 지출 규모 및 보험요율 설정 등	<ul style="list-style-type: none"> •일반재원 지원의 존재로 재정책임성 약화 가능성 •제도운영 주무부처로서 재정관리보다 제도 발전 등에 중점을 둘 가능성(제도 운영관련 의료공급자, 관련산업, 의료전문가 중심 구성으로 재정관리 기능 담당에 한계)
국회	일반재정 지원 심의 등	<ul style="list-style-type: none"> •재정관리에의 역할 미미하며 오히려 제도 발전(확대) 등에 관심

자료: 저자 작성

나. 건강보험정책심의회 거버넌스 개편

건강보험 재정관리기능은 그 역할을 담당하는 건강보험정책심의회 전문성과도 부합하지 않는다. 건강보험정책심의회는 총 25인 중 재정관리와 관련된 전문가로 확정된 위원은 재정당국(기획재정부) 1명에 불과하다. 보건복지부 1명, 전문가 4명도 위원 구성에 포함되어 있지만 재정전문가라기보다는 보건전문가로 볼 수 있다. 오히려 의약업계 단체대표자 8인, 시민(직역)단체 대표자 4인 등으로 구성되어 건강보험 보장범위 등과 관련된 세밀한 제도 운영에 전문성이 존재한다고 할 수 있다. 즉 현재의 건강보험정책심의회는 건강보험제도의 세밀한 운영, 보장범위 및 수준 결정에 적합하고, 재정관리 기능 수행을 요구하기에는 구성 및 전문성에서 한계가 있다.

이를 개선하기 위해 공정성, 독립성, 중립성을 갖고 재정관리 기능에 전문성이 있는 공익위원의 수를 늘릴 필요가 있다. 특히 현재는 공익위원에 공무원, 관련 공공기관 등에서 추천된 인사를 정부가 임명하는 경우가 많아 공익위원이 정부의 정책을 관철시키거나 정치적으로 중립을 지키지 않을 위험이 있다. 그렇기에, 재정관리에 전문성이 있는 인사를 국회의

추천, 동의(혹은 심사)를 받아 독립성을 지킨다면, 건정심 내에서 상이한 이해관계자들과의 이해관계도 적절하게 조정하는 데도 효과적일 것이다.

하지만 그럼에도 건정심 심의 및 의결 절차에서 보험료율, 수가, 급여 범위 등 건보재정과 밀접한 관련이 있는 변수들이 적절히 통제되기 어려울 위험이 있다. 예를 들어, 건강보험심사평가원에서 안전에 대해 사전적으로 검토를 하고 보건복지부에 보고를 하고, 보건복지부가 이를 최종 검토하여 건정심에 안전을 상징시킨다. 이 과정에서 심평원은 보건복지부 산하의 공공기관이고, 의약계 위원의 의견이 반영되기 쉬워 건보 수입 대부분을 부담하는 가입자들의 의견이 반영되기 어렵다. 특히, 건정심 의사결정 과정에서 주요한 사안들은 심의 및 의결 전에 미리 대중에게 공개하여 가입자들의 의견을 청취하고, 회의록 역시 자세하게 공개되어야 한다. 이를 통해 건보재정에 영향을 미치는 건보 재정 소요액, 보험료율 등 결정에는 최대한 가입자들의 이익이 반영되는 창구가 필요하다.

여기에 더해 적극적인 건강보험의 재정지출 관리를 위해 건강보험정책심의회 재정관리 기능을 분리하고 이를 담당할 별도의 기구 설립을 검토할 필요가 있다. 구체적으로 프랑스와 같이 재정당국과 보건복지부가 중심이 되는 공동위원회를 구성하고 그 결과를 국회에 보고하는 방안을 제안한다. 프랑스의 경우, 사회보장재정조달법(SSFA), 즉 지출수준에 대한 정부안을 마련하기 위해 재무부와 보건부가 참여하는 조직(The Social Security Directorate)을 운영하여 합의한 지출상한을 결정하도록 하고 있다. 이와 유사하게 재정관리를 기획재정부·보건복지부 등이 참여하는 공동위원회를 구성하여, 지출상한 설정, 지출상한 준수를 위한 제도 개선 등을 전담하게 만들 수 있다. 설정된 지출상한은 국회에 보고하며, 지출상한 준수를 위해 보험급여 일부분을 지출상한과 연계하여 지급하는 메커니즘을 도입할 수도 있다. 이 과정에서 보험료율, 수가 등 재정과 밀접한 관련이 있는 항목들의 경우 위원 간에 참여하게 대립할 수 있으므로 중립적이고 독립적인 위원회에서 전문가들이 세부사항을 논의할 수 있을 것이다.

다. 건강보험 기금화 등 지출통제 강화 방안 마련 검토

앞에 살펴보았듯 사회보험을 강제로 가입시키는 것은 명백한 국가 활동임에도 불구하고 국가재정 범위에서 제외되어 있어 재정활동의 투명성, 효율성 관점에서 문제를 야기하고 있다. 현재 강제보험으로 건강보험 보험료 수입은 2022년 76.6조원으로 국세 세목 중에서도 소득세(128.7조원), 법인세(103.6조원), 부가가치세(81.6조원)에 이은 큰 수입규모¹⁸⁾에 이른다. 그러나 이러한 주요 세목들에 대한 정부, 국회 등의 참여 정도를 감안할 때, 건강보험에서의 이들의 역할은 매우 제한적이다. 재정당국 및 국회의 참여가 제도운영의 정당성과 지

18) 기획재정부, 보도자료(2023. 1. 30.), 「2022년 국세수입 실적(잠정)」.

속성 확보를 위해 중요하므로 건강보험을 정부 재정으로 편입하는 건강보험 기금화도 고려할 수 있다.

이는 건강보험재정을 기금화하여 정부의 통합재정에 포함시켜 국회의 심의를 받도록 하는 것이다. 우리나라의 재정구조는 운용수단에 따라 크게 예산과 기금으로 구분되며 예산은 일반회계, 특별회계로 구분된다. 이 중 「국가재정법」상 기금은 ‘특정 목적을 위해 특정한 자금을 신축적으로 운용할 필요가 있을 때 법률로 설치되는 자금’이다. 기금의 경우 국가통합재정으로 관리되고 「국가재정법」의 적용을 받는다는 점에서는 일반회계·특별회계와 유사한 측면이 존재한다.

건강보험 재정의 기금화에 반대하는 측은 주무부처인 보건복지부, 운용주체인 건강보험공단 등을 중심으로 제기되고 있으며, 재정당국 역시 건강보험제도 운영방식을 바꾸는 일인 만큼 충분한 검토가 선행되어야 한다는 입장을 보여왔다. 기금화 반대측 논거를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 건강보험의 경우 1년간 수입과 지출의 균형을 추구하는 단기보험으로 연 단위로 적립, 운용된다. 그러므로 기금화를 할 경우 코로나19와 같은 대규모 감염병 발병이나 세계 금융 위기 같은 대공황 시 건강보험 급여비가 급증하거나 보험료 수입이 부족할 때 보험료와 수가를 적절하게 인상 또는 인하하여 탄력적으로 조정하기 어려워진다는 것이다. 특히 단기 보험 특성상 장기적인 지불 준비금을 유지할 필요성이 적으므로 기금 운용의 실익이 적다. 그렇기에 현재 방식은 보험료와 수가를 건정심을 통해 적시에 탄력적으로 조정할 수 있고, 매년 변화하는 의료 환경과 경제 사정에 따라 재정을 유연하게 운용할 수 있으므로 상대적으로 신축성이 있다고 할 수 있다. 또한 건강보험재정의 속성상 재정지출이 의료공급자의 진료제공 행태와 의료수요자의 의료이용 행태에 민감하기 때문에 재정지출을 예측하기가 어렵다는 점을 염두에 두어야 한다. 만약 예산절차와 동일하게 건보 기금화가 이루어진다면 재정을 운용하는 과정에서 기획재정부와의 협의, 국무회의 심의, 대통령 승인, 국회 심의 및 의결 과정 등 복잡한 절차가 필요하므로 신축성, 유연성, 그리고 융통성이 떨어질 수 있다.

둘째, 기금화는 ‘보험의 방식’으로 운영되는 사회보험인 건강보험의 당사자 자치 원리를 훼손시킬 수 있다. 2003년 7월 1일에 직장재정과 지역재정이 합쳐지면서 국민건강보험공단이 ‘단일보험자’로 자리매김 한 이후부터 건강보험 재정운용은 당사자 간 계약과 합의에 의해 결정되는 특수성이 있다. 그러므로 보험료, 수가, 급여 등 건강보험 재정에 큰 영향을 주는 변수에 대해 정부가 지나치게 통제하기보다는 이해 당사자간 계약과 합의에 의해 결정되어야 한다. 만약 이러한 당사자 간에 합의를 우선시하는 건강보험 의사결정구조를 국회 주도의 의사결정구조로 전환할 경우 주요 의사결정이 정치적 이해관계에 좌우될 위험이 있다. 예를 들어, 건보 재정적자가 심해졌을 때 당사자 간에 문제를 해결하기보다는 국가

책임을 강조하며 국고 투입량이 커질 우려가 있다.

마지막으로, 이미 건보재정 운용은 충분한 투명성을 확보하고 있고, 민주적으로 운용되고 있다는 주장이다. 현재 건강보험재정은 보건복지부와 기획재정부의 통제를 받으며, 주요 사항은 건강보험재정운영위원회와 건강보험정책심의위원회에서 심의될 뿐만 아니라, 국회의 국정 감사와 감사원의 감사를 통해 관리되고 있다. 현재도 건강보험 재정 운영은 상당한 투명성을 갖고 있다면 기금화를 통한 투명성 제고 주장은 논리적 근거가 부족할 수도 있다.

그럼에도 불구하고, 건강보험을 정부 재정으로 편입하여 재정당국이 책임·관리하고 국회의 주요 결정을 심의·의결할 수 있도록 기금화 방식을 진지하게 고려해 볼 수 있다.

먼저, 건강보험 재정 건전성을 지키기 위해 재정당국의 역할 증대가 필수적인 상황이다. 보건당국이 건강보험과 보건 의료 관련 정책을 입안하고 실행하는 운영의 주체가 될 수는 있지만, 건강보험 재정 총량을 관리하는 데는 역할을 다 하기 어렵다. 이미 공적연금으로 분류되는 국민연금, 사학연금, 공무원연금, 군인연금과 그 외 사회보험인 고용보험, 산재보험의 경우 각 부처 관리 부처와 재정당국의 감독 아래에서 기금으로 운용되고 있지만, 건강보험과 노인장기요양보험은 건보 일반회계를 통해 보건복지부 주도로 운용된다. 그러다 보니 다른 공적연금과 사회보험보다 느슨한 건강보험 재정 감독이 이루어지고 있고, 재정당국이 재정 측면에서 최종 책임을 지기 어려운 실정이다. 모든 사회보험은 기본적으로 가입자와 사용자가 납부하는 보험료를 주요 재원으로 운영하지만 이미 보험료만으로는 운영하기 어려워 상당한 정부 재정이 지원되고 있다. 그럼에도 급속도로 진행되는 저출산 및 고령화와 경제성장 둔화로 모든 사회보험 지출과 공적연금에 대한 정부 재정 지원 규모가 커지고 있다. 그러므로 기금화를 통해 기재부가 기금운용계획안을 심의하며 컨트롤 타워 역할을 맡아 건강보험에 대한 재정 관리도 다른 사회보험과 공적연금과 통합하여 책임감 있게 재정을 관리해야 더 넓은 범위에서 정부총지출 및 복지지출 전체 규모를 관리할 수 있다.

둘째로, 건보 기금화가 되어도 신축성, 유연성, 융통성이 떨어진다고 보기 어렵다. 일반, 특별회계와 달리 기금의 경우 주요 항목 지출금액의 20%(금융성기금 30%) 내에서는 기금운용계획 변경안을 국회에 제출하지 아니하고 대통령령으로 정하는 바에 따라 변경할 수 있다(국가재정법 제70조). 기금 주요 항목 지출금액이 20% 이상 달라지는 경우는 코로나 위기와 같은 특별한 재해를 제외하고는 흔하지 않을 것으로 전망된다. 다만, 기금보다 변경이 어려운 예산 역시 2020년 총 4차에 걸쳐 66조 8,000억원, 2021년 총 2차에 걸쳐 49조 8,000억원의 추가경정예산을 국회심의 및 의결을 통해서 집행한 것으로 미루어 볼 때, 코로나와 같은 위기로 예기치 못한 지출요인이 오더라도 재정당국은 기금 계획을 변동하여 대응할 수 있으리라 본다. 물론 이 과정에서 재정당국은 보건당국과 건강보험 급여등재 원칙인 임상적 유용성, 비용효과성을 훼손하지 않으며 건강보험 지출 규모를 면밀하게 사전 결정하려는 책임이 부여되어야만 한다.

세 번째로, 건강보험 재정에 국고가 차지하는 절대액수가 상당히 크므로 국회에서 국가재정에 대한 최종 심의를 진행하는 것은 국가 운영의 민주적 측면에서 매우 중요하다. 현행 건강보험은 전 국민이 당연가입되어 있음에도 불구하고, 가입자의 일부 대표들과 주무부처 주도로 건강보험재정운영위원회나 건강보험정책심의 위원회에서 안건이 심의되고 있으므로 국민들의 민주적 참여가 어려운 상황이다.¹⁹⁾ 이미 국가는 매년 예산의 범위에서 해당 연도 보험료 예상 수입액의 100분의 14에 상당하는 금액을 국고에서 공단에 지원하고 있다(법 제108조제1항). 이는 조세수입 등을 주요 세입으로 하는 재원에서 지원하는 것으로 「국가재정법」 제4조제1항에 따른 일반회계를 통한 지원을 한다는 의미이므로 이에 대한 민주적 통제가 필수적이다. 국회는 다양한 지역과 계층에서 선출된 대표들로 구성되어 대표성을 만족하고, 심의과정이 공개되므로 투명할 뿐만 아니라, 국회가 재정 계획을 심의하고 승인함으로써 정부는 국민 앞에서 책임을 질 수 있게 된다. 그렇기에 국회의 재정 심의 과정에서 국민들은 자신들의 의견을 국회의원에게 전달하여 정책 결정과정에 참여할 수 있는 기회를 가질 수 있으므로 민주적이라 할 수 있다. 이 과정에서 가입자 대표와 공급자 대표가 참여하는 건강보험정책심의위원회와 기금운용위원회가 양립하도록 하면 가입자와 공급자가 수가, 보험료 등 안건에 대한 의결권도 침해되지 않을 것으로 보인다. 특히 건강보험은 당사자 자차·자율 원리에 따라 운영되지만 국민건강검진, 출산전후진료비 지원, 취약계층 보험료 및 본인부담금 경감 등 사회보험방식에 다양한 국가책임사업 성격이 융합되어 있음을 고려하면 건강보험재정에 대한 정부지원은 앞으로도 지속될 것으로 보인다. 그러므로 국가 책임과 국고 투입이 증가하는 상황에서 국회가 최종 심의자가 되어 정부의 책임을 더 요구해야 한다.

기금의 관리 및 운용에 대한 의사결정체계, 성과평가 등 주요 재정과 관련된 사안은 기존 건정심과 분리하여 근로자 대표, 사용자 대표, 전문가 등이 참여하는 건강보험기금운용위원회를 만들어 심의, 의결하도록 할 수 있다. 이 경우 보건복지부 장관이 해당 기금의 관리 및 운용 사업을 관장하지만, 그에 따른 업무를 건보공단에 위탁하여 재정 전문가로 이루어진 기금운용본부가 수행토록 할 수 있다. 또한 건강보험기금운용의 실태를 일정한 주기로 평가하여 그 결과를 국민과 국회에 공개함으로써 기금운용의 투명성과 효율성을 제고하고, 기금운용에 대한 종합적이고 전문적인 분석을 통해 기금 정책 수립 및 제도 개선에 기여해야 한다.²⁰⁾ 이를 위해 각계를 대표하며 동시에 재정관리에 중점을 둔 기금운용평가단을 구성·운영하면 될 것으로 보인다.

19) 재정운영위원회는 수가 협상에 투입할 건강보험 재정 규모를 결정하는 역할을 수행하는 곳으로 「국민건강보험법」에 따라 △직장가입자를 대표하는 위원 10명 △지역가입자를 대표하는 위원 10명 △공익을 대표하는 위원 10명으로 구성된다. 이중 직장가입자 대표 10명은 노동조합과 사용자단체에서 추천하는 각 5명이 위촉된다.

20) 「국가재정법」 제82조에 의거 기획재정부 장관은 회계연도마다 기금의 운용실태를 조사·평가하고 매 3년마다 기금 존치여부를 평가하여, 평가결과를 국회에 보고하고 국민에게 공개할 수 있다.

2. 지출억제 방안 및 수입기반 확충

가. 지출억제 방안

주요국과 우리나라의 의료지출(사회보험) 관리시스템을 분석해 본 결과 우리나라의 재정 관리시스템의 개선점은 상당히 많은 것으로 나타났다. 재정관리 측면에서 주요 선진국의 경우 의료지출의 증가를 제어하는 제도적 장치를 일정 정도 갖추고 있는 것으로 나타났다. 사회보험제도로 운영하는 국가로 다수의 보험자가 존재하는 일본, 독일의 경우 최소한 보험자 간 보험료를 차등을 허용하여 수요조정의 기제로 활용하고 있다. 특히 독일은 다수의 보험자가 존재함에도 지출예산을 피보험자의 선행질병요건, 성, 연령 등의 위험도를 반영하여 배분하고 실제 지출이 이러한 예산배분액을 초과할 경우 개별 보험자가 부가기여금을 징수하도록 하고 있다. 즉 고정된 연방보험료율하에서 설정된 위험기반 예산수준을 초과하는 지출의 경우, 개별 보험료를 차등을 통한 재정관리체계를 운영하고 있다.

가장 적극적인 재정관리의 사례는 프랑스인데 의료지출의 상한을 사전에 결정하고 이를 면밀히 모니터링하는 조기경보시스템 운용과 함께 지출상한 준수를 유도하는 제도를 함께 운용하고 있다. 재정당국과 복지당국의 협의를 바탕으로 의회 승인을 얻은 지출상한을 설정하고, 실제 지출상황을 모니터링하여 그 결과를 당해 지출상한을 지키기 위한 대응방안 마련에 활용되고 있다. 특히 포괄수가제(DRG)과 같은 정액보상을 받는 분야 수가의 99.7%만 지급하고 0.3%에 해당하는 금액은 별도 관리하여 지출상한 준수기제로 활용하고 있다. 동 금액은 지출상한을 준수하였을 때에 지불함으로써 의료공급자들이 외래진료 등에서 공급증가 유인을 줄이도록 유도하는 기능을 수행한다.

추가적으로 건강보험 재정 건전성을 위해 지출 압박에 대응할 수 있는 효율적인 보건의료 자원 관리가 필요하다. 경제학적 관점에서 환자의 의료서비스 이용은 가격탄력성에 의해 영향을 받는다. 가격탄력성은 가격 변동에 따른 수요의 변화를 나타내는 지표로, 의료서비스의 경우 환자의 소득 수준과 질병의 심각도에 따라 다르게 나타난다. Manning et al.(1987)의 연구에 따르면 의료서비스의 가격탄력성은 -0.2~0.1 범위로 추정되었으나, 국내 연구에서 외래 진료의 가격탄력성은 이보다 높은 -0.151로 추정된 바 있다(최성은, 2016). 결국 가격탄력성으로 대표되는 환자의 의료서비스 이용 행태를 합리적으로 유도하여 불필요하거나 과도한 의료비에 대한 지출을 억제하는 정책제안이 필요하다는 의미이다. 구체적으로, 경증질환과 선택적 의료서비스(elective health care)에 대한 본인부담금 인상은 의료자원의 효율적 배분을 위해 가장 직접적인 방법이다. 김우현·김대환(2021)에 따르면 만성질환에 비해 중증질환 환자가 가격 변화에 매우 탄력적으로 반응을 보였다는 점을 확인했다. 그러므로, 경증질환에 대한 본인부담금을 높이면, 환자들은 불필요한 진료를 줄이고, 의료비

지출을 억제할 가능성이 커진다. 이는 공급자 유도 수요를 억제하는 데에도 기여할 수 있으며, 자원의 낭비를 방지하는 효과를 도모할 수 있다. 또한 고소득층의 본인부담 상한선을 높이는 방안을 제안할 수 있다. 본인부담 상한제는 연간 본인부담금(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 의료비) 총액이, 개인별 상한금액(2023년 기준 87만~780만원)을 초과하는 경우 초과 금액을 국민건강보험공단이 부담하여 가입자·피부양자에게 돌려주는 제도이다. 이론적으로는 고소득층은 저소득층보다 의료서비스 수요가 비탄력적이므로, 이들의 공단 부담금 비중을 낮춰도 건강 상태 악화와 같은 부작용이 크지 않을 것이다. 다만, 고소득층의 소득과약은 보험료 수준을 통해 과약이 가능할 것이지만 이미 고소득층이 높은 보험료를 지불하고 있으므로 수용성 제고를 위해 점진적인 제도개선을 해야 한다.

이외에도 의료비 통제의 대표적인 정책 수단인 의료비 본인부담률을 저가치 의료행위 (low-value health care)에 한해 인상하여 환자의 의료 이용 행태를 합리적인 방향으로 유도할 수 있다. 또한 실손의료보험은 비급여 의료 서비스와 함께 건강보험 급여 서비스의 환자 본인부담금을 보장하는 것으로 설계되어 있어 도덕적 해이를 유발하는 측면이 존재하므로 이에 대한 억제 기제가 필요하다. 장기적으로 경증에 대해 건강보험 수혜를 줄이고, 중증과 고위험군에 대한 보장성을 강화하고, 의료쇼핑 등 과도한 도덕적 해이를 방지하는 방향으로 가야 한다. 특히 우리나라의 경우 경증질환에 보험료 배분이 지나치게 많이 되어 있어 유병률은 낮지만 위험도가 높은 소수의 중증질환의 경우 보장이 부족하다. 이는 다수의 가입자가 만족할 수 있어 정치적 수용성이 높지만, 질병 위험을 사회적으로 공유한다는 보험 본연의 목적을 충족시키기 위해서는 부족한 한계점이 있다.

나. 수입기반 확충

국민건강보험은 국민의 건강권 보장을 통한 국가의 사회보장 증진 의무를 이행하기 위한 수단이다. 해당 재원에 대한 국가지원에 대한 요청은 더 커지고 있고, 이는 국민 전체의 질병위험을 분산(risk pooling)한다는 사회보험 원리에 어느 정도 부합할 수 있다.

그렇기에 납세자 대다수가 동의하는 특정 목적에 사용한다고 세수입의 용도를 지정하면 납세자가 건강보험재정 수입 확충을 위한 세부담 증대를 받아들일 수도 있다. 이미 우리나라는 경제발전 과정에서 공공재의 원활한 공급을 위한 재원 마련을 목적으로 다양한 목적세를 활용하였다. 예를 들어 1970년대에는 국방을 목적으로 방위세를 도입하였으며, 1980년대에는 교육투자를 증대하기 위해 교육세를 도입한 전례가 있다. 또한 1993년에는 교통시설에 대한 투자 증대를 목적으로 휘발유, 경유 등 연료에 부과되는 교통세를 도입하였고, 농촌개발 지원을 목적으로 하는 농어촌특별세가 있으며, 지방세 중에는 지역자원시설세가 목적세로 기능한다. 그러므로 사회보험 재정의 지속가능성에 대한 우려가 제기되면서 사회

보험료 지원을 목적으로 하는 사회보장세에 대한 논의도 진행할 수 있다. 물론 세금, 비과세 및 면세 범위 축소를 통한 세수 확대를 통한 국고지원의 경우 납세자의 저항이 예상되고, 그 수단은 한정되므로 사적자치 원칙에 맞춰 건강보험 보험료 조정이 가장 우선적으로 이루어져야만 한다.

「건강보험법」과 「건강증진법」에 따라 정부는 2007년부터 해당 연도 ‘건강보험료 예상 수입액의 20%’에 상당하는 금액을 일반회계에서 14%, 담뱃세(담배부담금)로 조성한 건강증진기금에서 6%를 각각 충당해 건강보험에 지원해야 한다고 규정한 상황이다. 추가적으로 만성질환 예방·관리를 위해 고열량 정크푸드 등에 건강증진부담금을 부과하여 국민 건강수명을 연장하고 의료비를 절감할 뿐만 아니라 담배, 음주, 비만 등의 건강 위험요인 관리 강화를 도모할 수 있다. 이 방안 역시 추가로 재원 마련을 해야 하는 계층을 중심으로 저항이 예상되고, 만약 저소득층이 부담금을 많이 납부하게 된다면 소득불평등까지 야기할 수 있으므로 신중한 논의가 선행되어야 한다.

제5절 결론 및 정책적 시사점

보건 분야의 지출 증가가 미래의 건강보험 재정 지속가능성에 대한 우려를 증폭시키고 있다. 저출산, 고령화, 보장성 강화 정책 등이 건강보험 재정에 부담을 가중시키는 요인으로 작용하고 있으며, 의료서비스 접근성 향상 및 의료 수요 증가도 이에 일조하고 있다. 예를 들어, 2017년 대비 2022년 건강보험 지출은 연평균 8.2% 증가하여 크게 늘었고, 이러한 추세가 계속된다면, 건강보험 지출은 2070년까지 GDP 대비 최대 11.6%까지 증가할 것으로 예상되는 상황이다. 이에 따라, 건강보험 제도를 안정적으로 유지하기 위해 건강보험 재정 합리화와 효율화가 필수적이며, 이를 위해 본고는 건강보험정책심의위원회의 거버넌스 개편, 본인부담금 제도 개선, 건강보험 기금화 등 다양한 건강보험 지출 합리화 방안을 제안한다. 또한, 추가적인 재원 확보를 위해 보험료와 국민건강증진부담금 인상, 건강부담금 도입 등 건강보험 재정 수입을 늘리는 방안도 고려하였다.

먼저 한국과 비슷한 사회보험 체계를 운용하는 일본과 독일, 그리고 정부재정으로 운용되는 캐나다와 프랑스의 보험체계를 비교 분석하였다. 캐나다와 프랑스는 단일 보험자 체계를 취하고 있으며, 특히 프랑스는 사회보험인 CNAMTS가 전체의 90%를 차지한다. 반면 일본과 독일은 다수의 보험자가 존재하는 체계를 갖추고 있다. 각 국가는 의료지출 증가를 효과적으로 관리하기 위해 다양한 제도적 방안을 도입하고 있다. 예를 들어, 독일은 보험자간 보험료를 차등을 허용하여 수요 조정 기제로 활용하고 있으며, 위험기반 예산 배분과 지출 초과 시 부가기여금을 징수하는 재정관리 체계를 운영하고 있다. 프랑스는 의료지출 상

한을 사전에 결정하고 이를 면밀히 모니터링하는 조기 경보 시스템과 지출 상한 준수를 유도하는 제도를 도입하였다. 이러한 국제적인 비교를 통해 한국의 의료지출 관리 시스템의 개선 필요성을 강조하며, 선진국의 사례를 참고하여 효과적인 재정 관리 방안을 모색하고자 하였다.

이후 지출 측면에서 건강보험의 지속가능한 재정을 위한 다양한 방안을 제시하고자 하였다. 먼저, 현재 한국의 건강보험 재정운용은 보편적 건강보험제도의 정착과 보장성 강화에 초점이 맞춰져 있어, 재정관리의 체계성이 부족하다는 것을 지적했다. 특히, 건강보험정책심의회는 현재 구성은 재정 관리에 적합하지 않으며, 기획재정부의 적극적인 재정관리 유인이 부족하다. 두 번째로, 건강보험정책심의회는 구성을 재정 관리 기능이 강화되도록 거버넌스 개편이 필요하다. 이를 위해 공정성, 독립성, 중립성을 갖춘 재정관리 전문가의 수를 늘리고, 보건복지부와 기획재정부, 국회의 추천과 동의를 통해 임명될 수 있도록 변경할 필요가 있다. 마지막으로 건강보험 재정을 국가 통합재정에 포함시켜 국회의 심의를 받도록 하는 기금화를 고려해 볼 수 있다. 이는 건강보험재정의 속성상 지출의 탄력적 조정을 어렵게 할 수 있지만, 다른 사회보험과의 형평성을 고려할 수 있고 더 큰 규모에서의 재정 관리와 투명성 제고를 달성할 것으로 본다.

주요국과 우리나라의 의료지출 관리 시스템을 비교한 결과, 한국의 재정관리 시스템에는 개선이 필요한 점이 많다는 것이 드러났다. 일본과 독일처럼 다수의 보험자가 존재하는 사회보험 제도에서는 보험자 간의 보험료율 차등을 통해 수요를 조정하며, 독일은 위험기반 예산을 초과하는 지출에 대해 부가기여금을 징수하는 체계를 운영하고 있다. 프랑스는 지출 상한을 설정하고 이를 모니터링하는 시스템을 통해 의료지출을 관리한다. 한국의 경우 경증질환에 대한 본인부담금을 높이고, 고소득층의 본인부담 상한선을 조정하여 불필요한 의료 이용을 줄이는 방안을 제안할 수 있으며, 실손의료보험에 대한 규제도 필요하다. 또한, 국민건강보험의 재정 지속가능성을 확보하기 위해 사회보장세 도입, 고열량 식품에 대한 건강증진부담금 부과 등 수입기반 확충 방안도 고려할 수 있으나, 저소득층 부담과 소득 불평등 문제에 대한 신중한 논의가 필요하다.

참고문헌

- 신현웅, 「건강보험재정 기금화, 어떻게 바라볼 것인가」, 『의료정책포럼』, 제11권 제3호, 2013.
- 전병목·김평식, 『국민건강보험 지출수준 전망과 재정 지속 가능성 분석』. 한국조세재정연구원, 2023.
- 최성은, 「민간의료보험의 역할과 의료서비스 이용에 관한 연구」, 『응용경제』, 제18권 제4호, 2016, pp. 79~97.
- 김우현·김대환, 『보건의료 가격탄력성 추정과 건강보험 재정』한국조세재정연구원, 2021.
- Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B., & Leibowitz, A. “Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment”, *American Economic Review*, 77(3), 1987, 99.251-277.

제5장

지역 보건·의료 체계 확충

어나금(한국보건사회연구원)

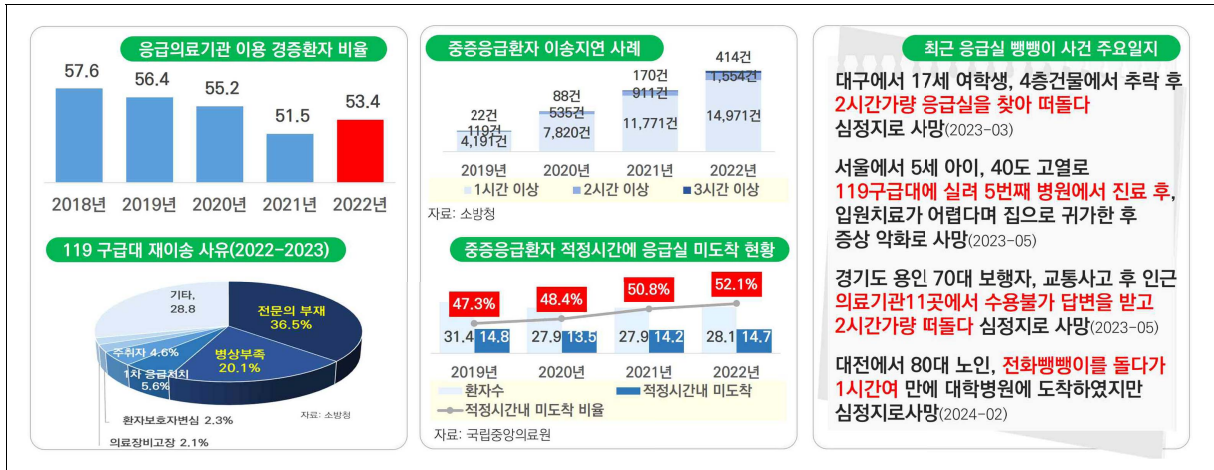
제1절 현황과 문제점

1. 지역·필수의료체계 문제점

가. 보편적 필수의료 공백심화

최근 우리나라의 지역·필수의료체계가 심각한 위기에 직면해 있다. ‘응급실 뺑뺑이’, ‘소아과 오픈런’, ‘분만 난민’ 등의 현상은 이러한 위기의 대표적인 징후들이다. 응급실 뺑뺑이는 중증 응급환자가 적절한 치료를 받지 못하고 여러 병원을 전전하는 상황을, 소아과 오픈런은 부모들이 아픈 아이를 진료받기 위해 새벽부터 소아과 문을 열기를 기다리는 현상을, 분만 난민은 임산부들이 안전한 출산을 위해 먼 거리를 이동해야 하는 상황을 일컫는다. 이러한 문제들은 단순한 의료서비스의 불편함을 넘어 국민의 생명과 건강을 직접적으로 위협하는 중대한 사회문제로 대두되고 있다. 특히 지역 간 의료 불균형, 필수의료 인력 부족, 의료기관의 경영난 등이 복합적으로 작용하여 지역·필수의료체계의 근간을 흔들고 있는 실정이다. ‘응급실 뺑뺑이’, ‘소아과 오픈런’, ‘분만 난민’ 각각의 문제 현상 및 원인을 살펴보면 다음과 같다.

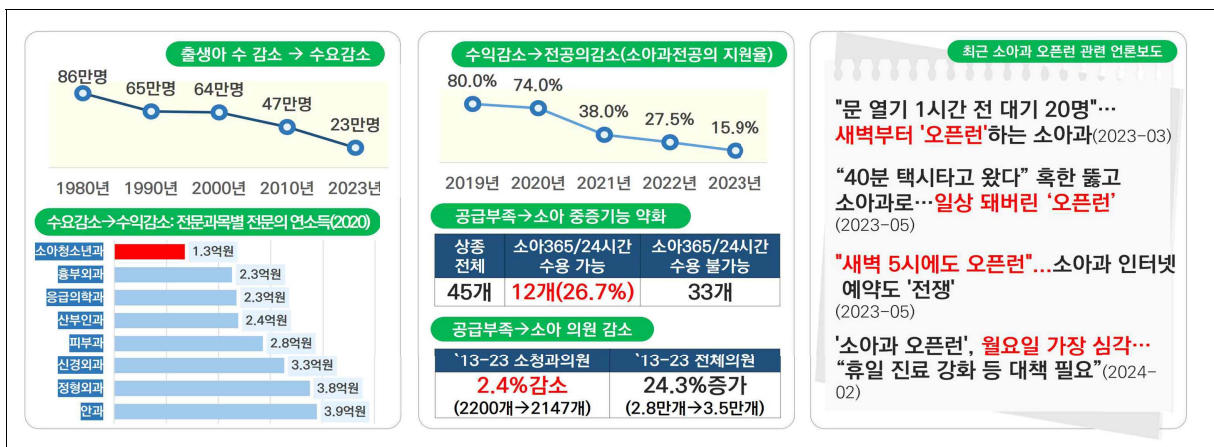
[그림 5-1] 보편적 필수의료 공백심화 문제현상①응급실 뱅뱅이



자료: 저자 작성

먼저 응급실 뱅뱅이는 중증 응급환자가 적절한 치료를 받지 못하고 여러 병원을 전전하는 상황을 지칭하며, 이는 국민의 생명과 직결되는 중대한 사안이다. 응급실의 수용 능력을 초과하는 환자들이 지속적으로 증가하고 있으며, 더 많은 중증 환자들이 첫 방문 병원에서 적절한 치료를 받지 못하고 있다. 응급의료 인프라 측면에서도 문제가 심각하다. 응급실 의료진의 업무 부담이 가중되고 있으며, 이는 의료 서비스의 질 저하로 이어질 수 있는 우려스러운 상황이다. 지역 간 의료 격차도 주목할 만하다. 심근경색 의심환자의 1시간 내 전문의 진료율이 서울은 93.9%인 반면, 그 외 지역은 79.3%에 불과해 지방에서의 중증 응급환자 대응 능력이 상대적으로 부족함을 보여준다. 이러한 현상들은 국민의 생명권이 지역에 따라 차별받을 수 있는 심각한 상황임을 시사한다. 따라서 응급의료 인프라 확충, 전문 의료인력 양성, 지역 간 의료 격차 해소를 위한 정책적 노력이 시급히 요구된다.

[그림 5-2] 보편적 필수의료 공백심화 문제현상②소아과 오픈런



자료: 저자 작성

지역·필수의료체계의 또 다른 문제현상은 소아과 오픈런 현상이다. 최근 ‘소아과 오픈런’은 심각한 사회 문제로 대두되고 있다. 이는 부모들이 아픈 자녀를 진료받기 위해 새벽부터 소아과 문을 열기를 기다리는 상황을 일컫는다. 이 현상의 근본 원인은 소아청소년과 의료서비스의 급격한 감소에 있다.

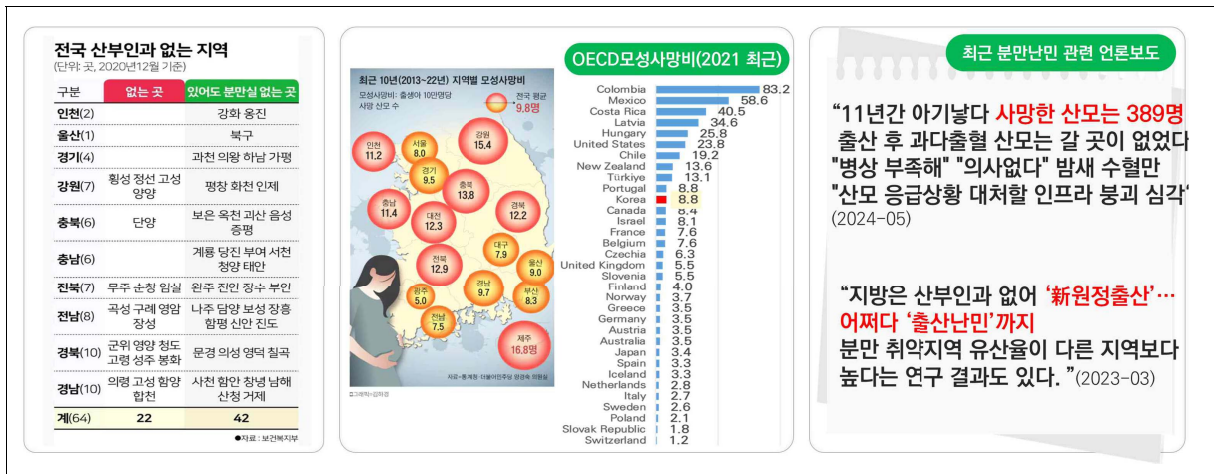
소아 인구의 지속적인 감소에 따라 소아청소년과 전문의 수와 의원 수도 급격히 줄어들고 있다. 특히 야간 및 공휴일에 진료 가능한 의원의 비율이 매우 낮아, 많은 부모들이 평일 주간에 집중적으로 진료를 받으려 하면서 문제가 더욱 심각해지고 있다.

또한 소아청소년과 전문의의 고령화도 우려할 만한 수준이다. 젊은 의사들이 소아청소년과를 기피하는 현상이 지속되면서, 향후 의료 서비스 제공에 더 큰 어려움이 예상된다.

이러한 상황은 ‘문 닫기 1시간 전 대기 20명’, ‘새벽 5시에도 오픈런’ 등의 극단적인 현상을 초래하고 있으며, 특히 평일에 이러한 문제가 더욱 심각한 것으로 나타났다. 또한 오랫동안 소아과를 운영해 온 의사들이 폐업을 선택하는 사례가 늘고 있어, 소아과 의료서비스의 지속적인 감소가 우려되는 상황이다.

‘소아과 오픈런’ 문제는 단순히 의료서비스의 불편함을 넘어, 아동의 건강권과 직결되는 중대한 사회 문제로 인식되고 있다. 아이들이 적시에 적절한 치료를 받지 못하는 상황이 빈번히 발생하고 있으며, 이는 장기적으로 국민 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있다.

[그림 5-3] 보편적 필수의료 공백심화 문제현상③분만 난민



자료: 저자 작성

지역·필수의료체계 악화와 관련된 또 다른 문제현상은 분만 난민 문제이다. 이는 임신부들이 안전하게 출산할 수 있는 의료기관을 찾지 못해 먼 거리를 이동해야 하는 상황을 일컫는다. 전국적으로 분만 가능한 산부인과의 수가 급격히 감소하고 있으며, 특히 지방 소도시와 농어촌 지역에서 이 문제가 더욱 심각하다. OECD 국가들과 비교해도 한국의 산부인

과 의사 수는 하위권에 머물러 있어, 전반적인 산모 건강관리 체계가 위협받고 있다.

분만 난민 문제의 근본 원인으로서는 저출산으로 인한 분만 건수 감소, 높은 의료사고 위험, 야간 및 주말 분만에 따른 의료진의 삶의 질 저하 등을 들 수 있다. 이로 인해 많은 산부인과 의사들이 분만 업무를 기피하거나 폐업을 선택하고 있다.

또한 최근 출산율은 낮아지고 있지만 고위험 산모가 증가하면서 응급상황 발생이 늘어나고 있는데, 이러한 고위험 산모들이 신속하게 치료받는 데 어려움이 발생하고 있다. 이는 산모와 태아의 건강에 직접적인 위협이 될 수 있다.

이러한 분만 난민 문제는 단순히 의료 서비스의 불편함을 넘어 국민의 생명권과 직결되는 중대한 사회 문제다. 출산율 저하, 지역 간 의료 불균형 심화, 그리고 모자 보건의 질 저하 등 다양한 부정적 영향을 미치고 있다.

이와 같은 ‘응급실 뺑뺑이’, ‘소아과 오픈런’, ‘분만 난민’ 등의 현상은 우리나라가 직면한 지역·필수의료체계의 위기를 잘 보여주는 주요 현상이자 상징들이다. 이는 의료 인프라의 지역 간 불균형, 필수의료 분야 전문의 부족, 의료인력의 대도시 집중 현상에서 비롯된다. 특히 야간 및 공휴일 진료체계 미비로 환자들의 불편이 가중되고 있으며, 저출산으로 인한 소아과와 산부인과의 경영난은 이들 의료기관의 폐업으로 이어져 문제를 더욱 악화시키고 있다. 의료진의 과도한 업무 부담은 의료 서비스 질 저하와 이직률 증가라는 악순환을 야기하고 있다. 또한 응급의료체계의 비효율성, 의료사고에 대한 부담, 그리고 필수의료에 대한 보상체계 미흡 등이 복합적으로 작용하여 지역 간 의료 격차를 심화시키고 있다. 이러한 문제들은 결과적으로 국민의 기본적 건강권을 위협하고 있어, 정부 차원의 종합적이고 실효성 있는 대책 마련이 시급한 상황이다.

나. 지역 간 의료 격차 심화

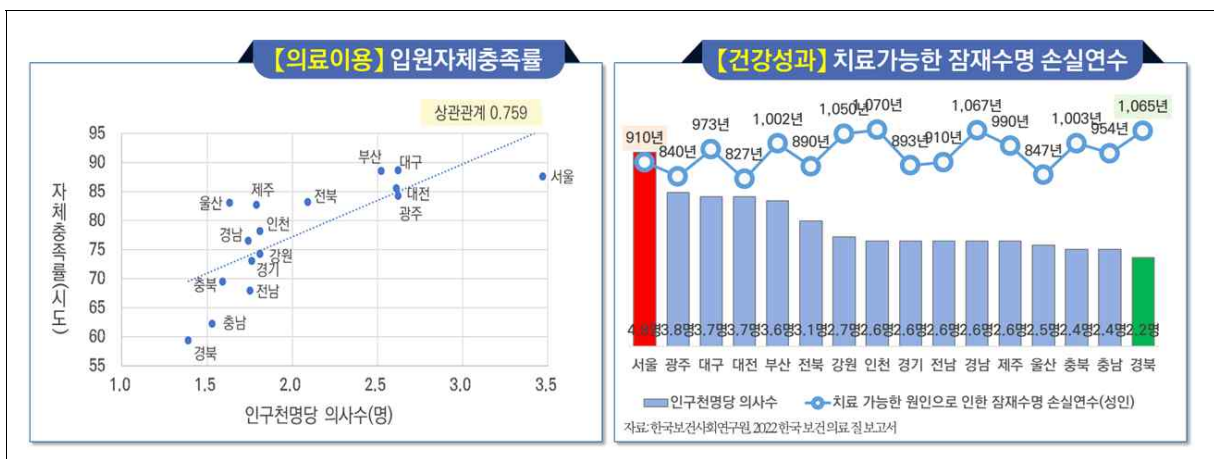
지역 및 필수의료 체계의 붕괴는 지역 간 건강 및 의료 서비스 격차를 증가시키고 있다. 특히 지방 지역에서 의료 자원이 부족해지면서, 필수의료 서비스의 제공이 어려워지고 있다. 이러한 상황은 국민의 건강과 생명을 위협하며, 의료 서비스의 질적 하락을 초래하고 있다. 이를 요인별로 자세하게 살펴보면 다음과 같다.

지역 간 의료인력의 격차는 결과적으로 지역 간 건강수준 및 의료이용의 심각한 불균형을 야기하고 있다. 이는 단순한 통계적 차이를 넘어 국민의 생명과 건강에 직접적인 영향을 미치는 중대한 사회문제로 대두되고 있다. 구체적으로, 의료인력이 부족한 지역일수록 입원 자체충족률이 낮아지는 경향을 보이는데, 이는 해당 지역 주민들이 필요한 의료서비스를 자신의 거주 지역에서 받지 못하고 다른 지역으로 이동해야 함을 의미한다. 이러한 상황은 의료 접근성을 현저히 저하시키며, 환자들에게 추가적인 시간과 비용 부담을 안겨주고 있다. 더욱 우려스러운 점은 의료인력 부족이 지역 주민들의 건강수준에 직접적인 악영향을 미친다는 사실이다.

의료인력이 적은 지역일수록 치료 가능한 잠재수명 손실연수가 높게 나타나는데, 이는 적절한 의료서비스만 제공되었다면 예방 또는 치료가 가능했을 질병으로 인해 조기 사망하는 경우가 많다는 것을 의미한다. 이러한 현상은 의료서비스의 지역 간 불균형이 단순히 편의성의 문제를 넘어 국민의 생명권과 건강권에 대한 직접적인 위협이 되고 있음을 명확히 보여주고 있다.

따라서 지역 간 의료인력 격차 해소는 국민의 기본적 권리 보장과 의료 서비스의 형평성 제고를 위해 시급히 해결해야 할 국가적 과제로 인식되어야 한다.

[그림 5-6] 지역 간 의료격차 심화② 지역 간 건강 및 의료격차 심화



자료: 저자 작성

권역책임의료기관, 특히 국립대학교병원을 중심으로 한 이들 기관은 지역의료체계의 핵심 거점으로서 중요한 역할을 수행해야 함에도 불구하고, 현재 민간병원과 비교하여 경쟁력 확보에 어려움을 겪고 있다. 이로 인해 실질적인 지역의료체계의 컨트롤타워 역할을 수행하는 데 상당한 제약이 있는 실정이다.

인력구조 측면에서, 권역책임의료기관은 공공기관으로서의 특성상 인력 채용과 운영에 있어 민간병원에 비해 경직된 구조를 가지고 있다. 신규 인력 채용이나 급여 체계 등에 있

어 정부의 규제를 받기 때문에, 우수한 의료진과 관리 인력을 유지하고 유지하는 데 어려움을 겪고 있다. 특히, 수도권 대형 민간병원들이 제공하는 높은 보수와 연구 기회 등에 비해 상대적으로 열악한 조건으로 인해 우수 인재 유출이 지속되고 있는 상황이다.

재정구조 측면에서도 권역책임의료기관은 민간병원에 비해 불리한 위치에 있다. 정부의 재정 지원에 크게 의존하면서도 그 지원이 충분하지 않아 첨단 의료장비 도입이나 시설 현대화에 어려움을 겪고 있다. 또한, 수익성 높은 비급여 진료 등을 통한 재정 확보에도 제한이 있어 재정적 자립도가 낮은 편이다. 이는 결과적으로 의료서비스의 질적 향상과 연구개발 투자에 제약을 가하고 있다.

이러한 인력 및 재정 구조의 한계로 인해 권역책임의료기관은 지역의료체계의 컨트롤타워로서의 역할을 충분히 수행하지 못하고 있다. 첨단 의료기술 도입이나 중증질환 치료 역량 강화에 있어 민간 대형병원에 뒤처지게 되면서, 지역 주민들의 신뢰를 얻지 못하고 있다. 이는 지역 내 의료전달체계의 비효율성으로 이어져, 경증 환자들의 수도권 대형병원 쏠림 현상을 가중시키고 있다.

또한, 지역 내 다른 의료기관들과의 협력 체계 구축이나 의료 자원의 효율적 분배와 같은 컨트롤타워로서의 기능을 수행하는 데도 한계가 있다. 충분한 재정적, 인적 자원의 뒷받침 없이는 지역 의료 정책 수립이나 의료 취약지역 지원 등의 역할을 적극적으로 수행하기 어렵기 때문이다.

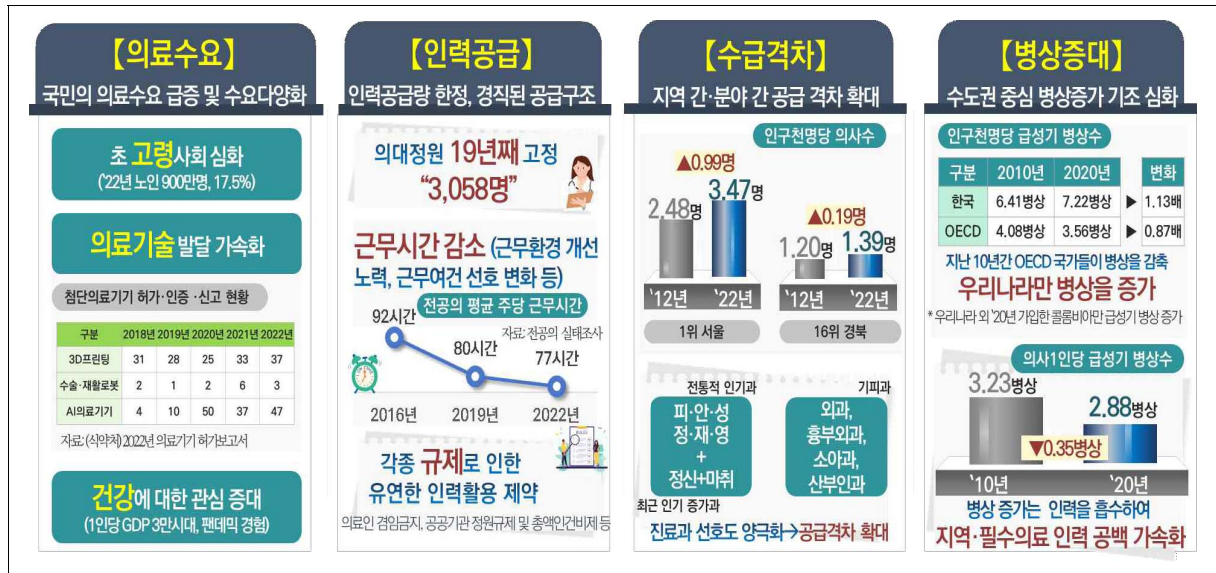
이를 위해 정부는 2024년 의료개혁특별위원회를 설치하고 8월 「의료개혁 1차 실행방안」을 발표하였다. 먼저 혁신적 의료공급·이용체계 및 지역의료 재건을 위해 지역 내 다양한 질환에 대한 포괄적 진료와 골든타임을 요하는 중증·응급진료 역량을 갖춘 종합병원을 육성하고, 복합·만성질환자의 통합적 건강관리를 하는 1차 의료 시범사업을 내년에 도입할 계획이다. 지역의료 기반 강화에 5년간 2.5조원 이상을 투자하고, 1,836억원을 지역 국립대병원에 집중 지원할 계획이다. 또한, 국립대병원의 필수의료 투자를 저해하던 총액 인건비와 총정원 규제를 내년 1월부터 폐지하며, 지역에 장기 근무할 우수인력 확보를 위해 계약형 지역필수의사제를 시범도입하는 등 지역 의료인력을 확충할 계획이다.

권역책임의료기관의 경쟁력 강화를 위한 정책적 지원이 「의료개혁 1차 실행방안」을 통해 본격화되어 지역 의료 간 의료격차가 완화되는 데 기여할 수 있는지 중장기적으로 살펴볼 필요가 있다.

2. 지역·필수의료체계 문제 원인 진단

가. 의료인력 수요와 공급 격차 확대, 지역·필수의료 공백 가속화

[그림 5-7] 의료인력 수요-공급 격차 심화



자료: 저자 작성

우리나라의 의료인력 수요와 공급 간의 격차는 점차 확대되고 있으며, 이는 지역 필수 의료 공백을 가속화하는 주된 원인으로 작용하고 있다. 이러한 현상의 배경에는 다양한 요인들이 복합적으로 작용하고 있으며, 이를 수요와 공급 측면에서 자세히 살펴볼 필요가 있다.

먼저 의료인력 수요 측면에서 살펴보면, 한국의 의료인력 수요 증가는 여러 요인에 의해 촉진되고 있다. 주요 요인으로는 초고령 사회로의 빠른 진입, 의료기술의 급속한 발달, 그리고 인구구조 및 생활환경의 변화를 들 수 있다.

먼저 의료인력 수요 측면에서는 초고령 사회로의 급속한 진입이 주목할 만하다. 65세 이상 인구 비율이 2020년 15.7%에서 2025년 20.3%로 급증할 것으로 예상되며, 이는 고령 인구의 의료수요, 특히 만성질환, 재활, 장기 치료 수요의 증가를 의미한다.

의료기술의 발전 또한 의료인력 수요 증가의 주요 요인이다. 최근 몇 년간 의료기술은 눈부신 속도로 발전하고 있으며, 이는 새로운 치료법과 진단 방법의 도입을 가능하게 하고 있다. 이러한 발전은 국민들의 의료에 대한 기대치를 높이고 있으며, 더욱 정교하고 효과적인 치료 방법을 요구하게 되어 의료 서비스에 대한 수요를 더욱 증가시키고 있다.

또한 인구구조와 생활환경의 변화로 인해 새로운 유형의 건강 문제가 등장하고 있다. 이는 다양하고 복잡한 의료 요구를 발생시키며, 이에 따라 보다 전문적이고 다양한 의료 서비

스가 필요하게 되었다. 소득 증가에 따른 국민의 건강에 대한 관심 증가도 의료 서비스에 대한 수요를 증가시키는 주요 요인 중 하나이다.

반면 의료인력 공급 측면에서는 여러 가지 제약요인이 존재하고 있다.

가장 두드러진 것은 지난 19년간 의과대학 정원이 3,058명으로 동결되어 있다는 점이다. 이 정책은 신속하게 변화하는 의료수요, 특히 고령화 사회에서 요구되는 특수한 의료 서비스에 대응하기 위한 충분한 인력 양성을 어렵게 만들고 있다. 의료 분야에서 신규 인력의 유입이 제한되면서 기존 의료체계에 부담이 가중되고, 특히 의료 취약 지역에서의 서비스 제공에 심각한 영향을 미치고 있다. 이에 정부는 2025년 의과대학 정원을 5,058명으로 2,000명 증원하였고 2035년까지 최대 1만명의 의사 인력을 확충할 계획이다. 다만, 대학별로 자율적으로 50% 정원을 감축할 수 있도록 하여 어느 정도 제도를 유연하게 운영하고자 하였다.

또 다른 중요한 요인은 근무시간 감소와 워라밸 문화의 확산이다. 전공의법 개정 이후 의료인의 근무시간이 줄어들었으며, 근무와 개인 생활의 균형을 중시하는 ‘워라밸’ 문화의 확산으로 인해 의료인력의 효율적 활용에 어려움이 있다. 이는 특히 응급의료와 같은 시간에 민감한 의료 서비스 분야에서 인력 부족 현상을 더욱 심화시킬 수 있으며, 이는 환자 치료에 있어 지연이나 서비스 질 저하로 이어질 수 있다.

더불어 의료인력의 유연한 활용을 제한하는 각종 규제와 제약 또한 문제를 야기하고 있다. 이러한 규제들은 지역 및 필수의료 분야에서의 인력 부족 문제를 더욱 악화시키고 있다. 특히, 지방이나 농촌 지역에서는 이러한 인력 부족 문제가 더욱 심각하게 나타나고 있어, 지역 주민들이 필요한 의료 서비스를 적시에 받지 못하는 상황이 발생하고 있다.

이러한 요인들로 인해 의료인력 수급의 불균형이 심화되고 있다. 대도시와 인기 있는 진료과로 인력이 집중되는 현상이 나타나고 있다. 병상 수도 인구 1,000명당 2010년 8.8개에서 2020년 12.8개로 증가했으나, 이는 주로 수도권 중심으로 이루어져 지역 간 의료 서비스 격차를 심화시키고 있다. 수도권 대형병원으로의 환자 쏠림 현상이 심화되면서 지방이나 농촌 지역의 의료인력 부족 문제가 더욱 심각해지고 있는 실정이다. 이러한 복합적인 요인들로 인해 한국의 의료인력 수요와 공급 간 격차는 계속해서 확대되고 있으며, 이는 지역 간 의료 서비스 불균형과 필수의료 분야의 공백으로 이어지고 있다.

이러한 의료인력 수요와 공급 간의 격차는 대도시와 인기 있는 진료과 중심으로의 인력 집중 현상을 초래하고 있으며, 이는 지역 및 필수의료 분야에서의 공백을 더욱 심화시키고 있다. 대도시의 경우 더 나은 근무 조건, 경력 발전 기회, 높은 소득 등으로 의료인력을 끌어들이고 있다. 또한, 특정 진료과, 예를 들어 외과나 내과와 같이 인기가 높은 분야는 의료 인력이 선호하는 경향이 있다. 인기가 덜한 진료과나 취약 지역에서 근무하는 의사들은 상대적으로 낮은 보상과 더 힘든 근무 조건에 직면하게 되고, 이는 결국 의료 서비스의 질 저

하 및 지역 주민들의 의료 접근성 감소로 이어지고 있다.

수도권 중심으로 병상이 증가하고 있는 현상도 주목할 만하다. 이는 수도권 대형병원과 경쟁에서 밀려 지역 의료기관의 의료인력 확보를 더욱 어렵게 만들고 있다. 결과적으로 이는 지역 의료인력을 흡수시켜 지역 및 필수의료 인력 공백을 가속화하는 요인으로 작용하고 있다.

이러한 복합적인 요인들로 인해 우리나라의 의료인력 수요와 공급 간의 격차는 계속해서 확대되고 있으며, 이는 지역 간 의료 서비스 불균형과 필수의료 분야의 공백으로 이어지고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 의료인력 양성 정책의 재검토, 지역 의료 인프라 강화, 의료인력의 균형적 분포를 위한 인센티브 제도 도입 등 다각도의 접근이 필요할 것이다. 또한 의료기술의 발전과 함께 원격의료 등 새로운 의료 서비스 모델의 도입도 고려해볼 수 있을 것이다.

나. 각자도생 생존을 위한 경쟁을 유발하는 의료체계 및 보상체계

현재 우리나라의 의료체계와 보상체계는 각자도생 생존을 위한 경쟁을 과도하게 유발하여 지역·필수의료체계를 심각하게 악화시키고 있는 상황이다. 의료체계를 살펴보면, 동일 환자를 대상으로 한 지역 간, 지역 내 무한경쟁구조가 형성되어 있어 의료기관들이 생존을 위해 과도한 경쟁에 내몰리고 있다. 또한 자율적 의료공급 구조로 인해 일부 지역에서는 의료서비스가 과잉 공급되는 반면, 다른 지역에서는 심각한 부족 현상이 나타나는 등 공급 불균형이 심화되고 있다. 더불어 지역의료를 효과적으로 관리하고 조정할 수 있는 컨트롤타워 기능이 부재하여 체계적인 지역 의료 정책 수립과 실행이 어려운 실정이다.

[그림 5-8] 지역·필수의료 약화를 유발하는 의료체계와 보상체계의 문제점



자료: 저자 작성

보상체계 역시 이러한 문제를 악화시키는 요인으로 작용하고 있다. 현재의 보상체계는 모든 의료행위에 대해 매년 일률적으로 수가를 인상하는 구조로, 의료의 질이나 필요성을 고려하지 않은 채 단순히 양적 증가에 초점을 맞추고 있다. 또한 동일한 의료행위에 대해 동일한 보상을 하는 구조가 부재하여, 의료기관 간 형평성 문제가 제기되고 있다. 특히 환자 수에 비례하여 수입이 증가하는 구조로 인해 의료기관들이 과도한 환자 유치 경쟁에 나서게 되어, 불필요한 의료 서비스 제공이나 대형병원으로의 환자 쏠림 현상이 심화되고 있다.

이러한 의료체계와 보상체계의 문제점들이 복합적으로 작용하여 ‘무한경쟁’ 의료공급 체계가 형성되었고, 그 결과 의료서비스의 지역 간 불균형이 심화되고 있다. 수도권 대형병원으로의 환자 쏠림 현상이 갈수록 심각해지면서 지역의료의 경쟁력은 지속적으로 약화되고 있으며, 이는 결과적으로 지역 주민들의 의료 접근성 저하로 이어지고 있다. 또한 현재의 수가결정구조는 이러한 불균형을 더욱 악화시키는 방향으로 작용하고 있어, 의료기관들은 생존을 위해 더욱 치열한 경쟁에 내몰리고 있는 실정이다.

이러한 문제들을 해결하기 위해서는 현재의 과도한 경쟁 구조를 완화하고 지역·필수의료 체계를 강화하는 방향으로의 근본적인 개선이 필요하다. 구체적으로는 지역 간 의료 자원 분배의 균형을 조정하고, 실효성 있는 지역의료 컨트롤타워 기능을 구축하며, 필수의료서비스에 대한 적정 보상 체계를 마련하는 등의 노력이 요구된다. 또한 의료기관 간 협력 체계를 구축하고, 지역 의료인력 확보 및 유지를 위한 정책을 수립하는 등 종합적인 접근이 필요한 상황이다.

제2절 개선방향

1. 지역완결 의료체계에 어떻게 접근할 것인가?

우리나라의 현행 의료체계는 여러 가지 구조적 문제점으로 인해 지역 간 의료 불균형과 의료서비스의 비효율성을 초래하고 있다. 이러한 문제점들은 크게 세 가지 측면에서 살펴볼 수 있으며, 각각의 문제점에 대한 해결방안을 모색해야 한다.

첫째, 지역완결형 의료체계의 부재로 인한 문제점이다. 현재 전국이 진료권화되어 있어 사실상 진료권의 의미가 퇴색되었고, 이는 오히려 진료권의 과잉을 야기하고 있다. 지역보건의료 생태계가 붕괴되면서 필수의료 수요가 발생할 때 환자들은 수도권 대형병원을 방문해야 하는 현실에 직면해 있다. 이는 환자들이 어느 의료기관을 방문해야 할지에 대한 정보가 부족하고, 지역 내에 신뢰할 만한 의료기관이 부재하기 때문이다. 결과적으로 환자들은

가능한 한 큰 병원을 찾게 되며, 이로 인해 자신이 살고 있는 거주지에서 필요한 의료서비스를 완결적으로 이용하기 어려운 구조가 형성되고 있다. 이를 해결하기 위해서는 지역완결형 의료체계를 강화하여 지역단위 진료권으로 전환해야 한다. 이를 위해 지역 의료기관의 역량을 강화하고, 지역 주민들에게 신뢰할 수 있는 의료정보를 제공하며, 지역 내에서 대부분의 의료 서비스가 해결될 수 있도록 의료전달체계를 개선해야 한다.

둘째, 권역 내 필수의료 기능의 분절적 운영으로 인한 문제점이다. 현재 각 권역 내에서 다양한 필수의료 지원사업들이 추진되고 있지만, 이들은 대부분 사업단위로 제도가 추진되어 필수의료 기능이 분절적으로 운영되고 있다. 이로 인해 권역별로 필수의료 제공에 있어 중복 또는 공백이 발생하고 있으며, 결과적으로 국민의 필수의료 수요에 효과적으로 대응하기 어려운 구조가 만들어지고 있다. 이는 국민 중심의 협력적 지원체계로의 전환이 필요함을 시사한다. 이를 해결하기 위해서는 권역 내 분절적으로 운영되고 있는 다양한 필수의료 기능을 국민 중심의 협력적 지원체계로 전환해야 한다. 각 권역 내 의료기관들 간의 유기적인 협력체계를 구축하고, 필수의료 서비스의 중복과 공백을 해소하기 위한 종합적인 계획을 수립해야 한다. 또한, 권역 내 의료자원의 효율적 분배와 활용을 위한 정책적 지원도 필요하다.

셋째, 의료기관 간 과도한 경쟁 구조로 인한 문제점이다. 현재 의료체계는 지역 간(지역 ↔ 지역), 지역 내(상급종합병원 ↔ 병원, 병원 ↔ 의원) 환자 유치를 위한 경쟁구조로 이루어져 있다. 의료기관은 다른 의료기관과의 경쟁을 통해 가능한 한 많은 환자를 유치하여 진료량을 늘려야만 수익이 발생하는 구조에 놓여 있다. 이러한 상황에서 ‘협력’에 대한 인센티브 기전은 부재한 반면, ‘경쟁’에 대한 인센티브가 강하게 작동하고 있다. 이로 인해 환자 진료가 분절적이고 단절적으로 제공되는 상황이 발생하고 있다. 이를 해결하기 위해서는 의료기관 간 경쟁구조에서 벗어나 본연의 기능 강화 및 집중을 통한 협력·상생 구조로 전환해야 한다. 이를 위해 의료기관 간 협력에 대한 인센티브 제도를 도입하고, 각 의료기관의 특성과 강점을 살린 역할 분담 체계를 구축해야 한다. 또한, 환자 중심의 의료 서비스 제공을 위한 의료기관 간 정보 공유 시스템 구축 등의 노력도 필요하다.

이러한 문제점들을 해결하기 위해서는 의료체계의 근본적인 변화가 필요하다. 이를 위해서는 정부, 의료기관, 그리고 국민들의 인식 변화와 협력이 필수적이다. 정부는 지역완결형 의료체계 구축을 위한 정책적, 재정적 지원을 강화해야 하며, 의료기관 간 협력을 촉진하는 제도적 장치를 마련해야 한다. 의료기관은 경쟁보다는 협력에 초점을 맞춘 운영 전략을 수립하고, 지역사회의 건강 증진에 기여하는 방향으로 나아가야 한다. 국민들은 의료서비스 이용에 있어 올바른 의료기관 선택과 이용 문화를 정착시켜야 한다.

또한, 의료정보체계의 개선과 활용도 중요하다. 환자들이 적절한 의료기관을 선택할 수 있도록 신뢰할 수 있는 의료정보를 제공하고, 의료기관 간 정보 공유를 통해 연속성 있는

의료 서비스 제공이 가능하도록 해야 한다. 이를 위해 의료정보화 시스템 구축과 개인정보 보호를 위한 제도적 장치 마련도 병행되어야 할 것이다.

더불어 의료인력 양성 및 배치에 대한 정책적 접근도 필요하다. 지역 간 의료 불균형 해소를 위해 의료 취약지역에 대한 인센티브 제도를 강화하고, 지역별 특성에 맞는 의료인력 양성 프로그램을 개발해야 한다. 또한, 필수의료 분야의 전문인력 확보를 위한 교육 및 훈련 프로그램 강화도 중요하다.

결론적으로, 우리나라 의료체계의 구조적 문제점들을 해결하기 위해서는 지역완결형 의료체계 구축, 필수의료 기능의 통합적 운영, 그리고 의료기관 간 협력 체계 강화가 필요하다. 이를 통해 모든 국민이 거주 지역에 관계없이 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있는 형평성 있는 의료체계를 구축할 수 있을 것이다. 이러한 변화는 단기간에 이루어질 수 없으므로, 장기적인 비전과 지속적인 정책적 노력이 요구된다. 또한, 의료체계 개선 과정에서 발생할 수 있는 부작용을 최소화하기 위해 단계적이고 체계적인 접근이 필요하다.

〈표 5-1〉 지역·필수의료체계 구축 방향

구분	현행	개선
정책 목표	전국이 진료권화 지역·필수의료 생태계 붕괴	⇒ 내가 살고 있는 거주지에서 필요한 의료서비스를 완결적으로 이용
거버넌스	파편적·분절적 지역·필수의료 지원체계	⇒ 지역·필수 의료전달체계 거점화로 필수의료 공급망 효율화
전달 체계	지역 간·지역 내 의료기관 간 무한경쟁구조	⇒ 지역·필수의료 협력 네트워크 지원 강화로 상생·협력의 전달체계 구축
자원 관리	자율적 의료공급체계下 지역·필수의료 기피 심화	⇒ 의료자원 수급 등 지역필수의료 공백해소를 위한 국가 차원의 거버넌스 및 지원체계 강화

지역·필수의료체계의 현황과 개선 방안에 대한 종합적인 분석 결과, 현재 우리나라의 의료체계는 여러 가지 구조적 문제점을 안고 있으며, 이를 해결하기 위한 체계적인 접근이 필요한 것으로 나타났다.

우선 정책 목표 측면에서, 현재 전국이 진료권화되어 있어 지역·필수의료 생태계가 붕괴되는 현상이 발생하고 있다. 이를 개선하기 위해서는 환자들이 자신이 살고 있는 거주지에서 필요한 의료서비스를 완결적으로 이용할 수 있도록 하는 체계로의 전환이 필요하다.

거버넌스 측면에서는 현재 파편적이고 분절적인 지역·필수의료 지원체계가 문제점으로 지적되고 있다. 이를 해결하기 위해 지역·필수의료 전달체계를 거점화하고 필수의료 공급망을 효율화하는 방안이 제시되고 있다.

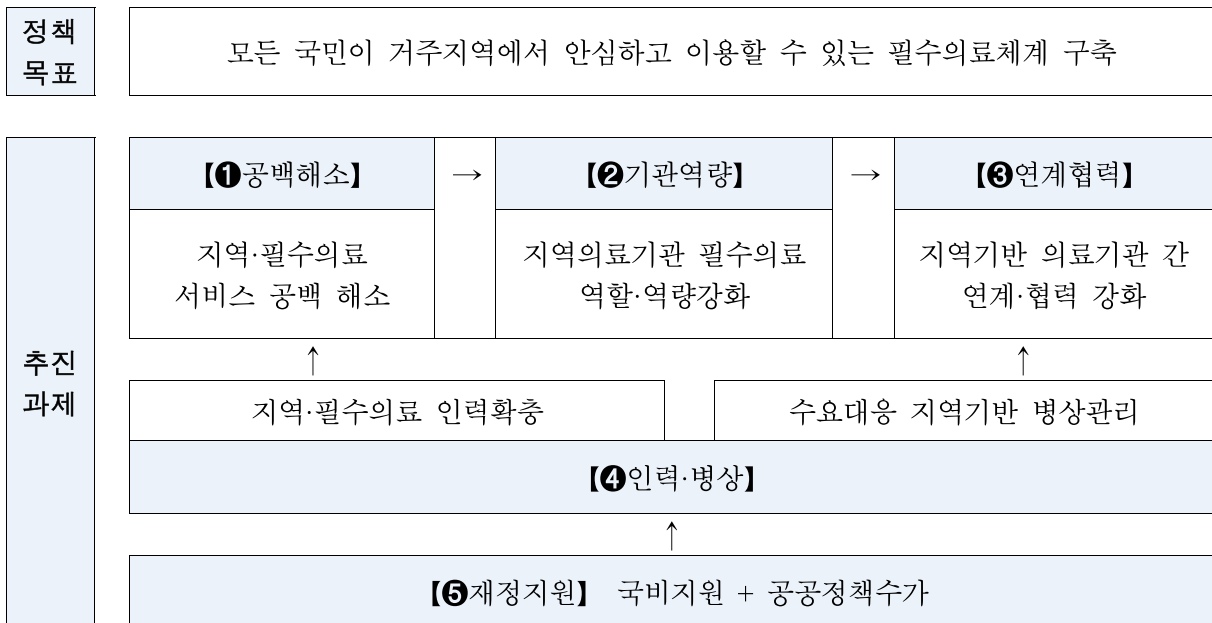
전달체계 측면에서는 지역 간, 지역 내 의료기관 간 무한경쟁구조가 문제로 지적되고 있다. 이를 개선하기 위해 지역·필수의료 협력 네트워크 지원을 강화하고, 상생·협력의 전달 체계를 구축하는 것이 필요하다.

마지막으로 자원관리 측면에서는 자율적인 의료공급체계하에서 지역 필수의료의 기피 현상이 심화되고 있는 것이 문제점으로 나타났다. 이를 해결하기 위해 의료자원 수급 등 지역필수의료 공백 해소를 위한 국가 차원의 거버넌스 및 지원체계를 강화해야 한다.

이러한 분석 결과를 종합해 볼 때, 우리나라의 지역·필수의료체계는 전반적인 개선이 필요한 상황이다. 특히 지역 단위의 의료 완결성 제고, 효율적인 의료 전달체계 구축, 의료기관 간 협력체계 강화, 그리고 국가 차원의 지원체계 확립 등이 주요 개선 과제로 제시되고 있다.

2. 지역완결 필수의료체계 구축을 위한 개선방향

〈표 5-2〉 지역완결 필수의료체계 구축을 위한 개선방향



제3절 주요 개선과제

1. 【공백해소】 공백없는 지역·필수의료 보장

가. 필수의료 정의

지역·필수의료 공백 해소를 위한 국가 차원의 정책 방향 및 추진 전략에 대한 논의가 필요한 시점이다. 그간의 지역·필수의료 지원 정책은 국가 예산 및 공공의료기관에 의존한 구조였으며, 공공의료와 건강보험 정책 간 분절화로 인해 효과적인 공백 해소에 한계가 있었다. 지역·필수의료 확충을 위한 지원은 주로 ‘공공의료’ 영역에서 ‘국가’ 책임으로 운영되어 왔으며, 공공보건의료기관을 대상으로 한 예산 지원 중심으로 이루어졌다. 이로 인해 건강보험의 역할은 제한적이었고, 일부 건강보험 수가는 행위량 기반 보상 방식으로 인해 충분성 및 효과성 측면에서 제약이 있었다.

이러한 배경하에, 지역·필수의료 공백 해소라는 공동의 목표를 위해 국가 차원의 목표 설정 및 정책 지원 강화가 필요하다. 이를 위해 가장 먼저 필요한 것은 필수의료에 대한 명확한 정의와 범위 설정이다. 현재 핵심 국정과제로 ‘필수의료’ 관련 많은 대책들이 논의 중에 있지만, 필수의료에 대한 명확한 정의 및 범위에 대한 기준 설정이 부재한 상황이다.

필수의료 정의에 관한 그간의 논의를 살펴보면, 임상적·국제적 기준의 부재, 공공의료 및 건강보험에 필수의료와 유사한 개념들이 이미 활용되고 있는 점, 그리고 정부가 적극적으로 달성하고자 하는 목표와의 연계성 등을 고려했을 때, 필수의료에 대한 개념은 학술적·이론적 접근보다는 ‘정책적 지향점’ 차원의 접근이 필요하다는 것을 알 수 있다. 즉, 정의의 영역에서 범위의 영역으로 논의의 초점을 옮길 필요가 있다.

따라서 학술적·이론적으로 필수의료의 개념을 정립하는 방식보다는 ‘필수의료 공백 해소’라는 목표 달성의 측면에서 접근해야 한다. 현재 필수의료 영역 중 공백이 발생하는 영역(필수의료 공백영역)이 어디인지 파악하고, 어디서부터, 어떻게 공백을 해소해 나갈 것인지에 대한 로드맵(필수의료 공백 로드맵)을 수립하는 차원에서 논의가 이루어져야 한다.

이러한 접근 방식은 실질적인 정책 수립과 실행에 더욱 효과적일 것이다. 필수의료 공백영역을 명확히 파악함으로써 한정된 자원을 효율적으로 배분할 수 있으며, 단계적인 공백 해소 로드맵을 통해 체계적이고 지속가능한 정책 추진이 가능할 것이다. 또한, 이러한 과정에서 공공의료와 건강보험 정책 간의 연계성을 강화하고, 지역별 특성을 고려한 맞춤형 정책 수립이 가능해질 것이다.

결론적으로, 지역·필수의료 공백 해소를 위해서는 필수의료에 대한 정책적 정의와 범위

설정, 공백 영역 파악, 그리고 체계적인 해소 로드맵 수립이 선행되어야 한다. 이를 바탕으로 국가 차원의 종합적인 정책 지원이 이루어져야 하며, 공공의료와 건강보험 정책의 유기적 연계를 통해 더욱 효과적인 지역·필수의료 체계를 구축해 나가야 할 것이다.

나. 필수의료 공백 해소

국민의 건강과 생명에 직결되는 필수의료 공백 해소는 우리 사회의 중요한 과제이다. 이를 위해 필수의료 공백이 발생하는 ‘분야’와 ‘지역’에 대한 확실한 보장을 추진해야 한다. 이러한 접근은 의료서비스의 형평성과 접근성을 개선하고, 궁극적으로 국민 건강 증진에 기여할 것이다.

분야	현재 공공정책수가 지원 범위(단기)			⇒	미래 공공정책수가 지원범위 확대(중장기)		
	공급부족 분야	수요감소 분야	연계미흡 분야		의료전달체계 정상화	의료질 개선	미래대응 분야
예시	병원급 필수분야 전문의	소아,분만	응급, 심뇌		역할 및 기능 강화	기관·지역 질격차 해소	보건안보 강화

자료: 신현웅 외(2023), 『필수의료 지원 강화를 위한 공공정책수가 도입 방안』, 보건복지부·보건사회연구원.

먼저, 분야별 접근에서는 세 가지 주요 영역에 초점을 맞추어야 한다. 첫째, 현재 공백이 발생하고 있는 분야에 대한 즉각적인 대응이 필요하다. 이는 의료 공급의 직접적 부족으로 인해 발생하는 문제로, 응급의료, 분만, 소아과 등의 필수의료 서비스가 이에 해당할 수 있다. 이러한 분야에 대해서는 의료인력 확충, 시설 개선, 장비 지원 등의 직접적인 투자가 필요하다. 또한, 해당 분야의 의료인력에 대한 처우 개선과 근무 환경 개선도 병행되어야 할 것이다.

둘째, 미래에 공백이 발생할 가능성이 있는 분야에 대한 선제적 대응이 필요하다. 이는 주로 수요 감소로 인해 향후 공급 유지가 난항을 겪을 수 있는 분야를 말한다. 예를 들어, 저출산으로 인한 산부인과, 소아과 등의 수요 감소가 예상되는 분야가 이에 해당할 수 있다. 이러한 분야에 대해서는 장기적인 관점에서의 정책 수립이 필요하다. 의료기관의 기능 전환 지원, 해당 분야 의료인력의 재교육 및 전환 교육 프로그램 마련, 그리고 지역사회 중심의 통합적 의료서비스 모델 개발 등이 고려될 수 있다.

셋째, 공급주체 간 연계협력이 미흡해 발생하는 사각지대를 해소해야 한다. 이는 의료 서비스의 연속성과 통합성 부족으로 인해 발생하는 문제로, 특히 만성질환 관리, 정신건강 서비스, 재활 서비스 등에서 두드러질 수 있다. 이를 해결하기 위해서는 의료기관 간, 그리고 의료기관과 지역사회 간의 협력체계를 강화해야 한다. 정보 공유 시스템 구축, 환자 의뢰·회송체계 개선, 다학제적 팀 접근 강화 등의 방안이 필요하다.

한편, 지역적 접근에서는 지역완결형 필수의료보장 달성을 위해 지역 필수의료 공백 및 지역 불균형 해소에 주력해야 한다. 이는 모든 국민이 거주 지역에 관계없이 필수적인 의료 서비스를 받을 수 있도록 하는 것을 목표로 한다.

먼저, 지역별 필수의료 현황에 대한 정확한 진단이 선행되어야 한다. 각 지역의 의료 자원 현황, 의료 이용 패턴, 건강 지표 등을 종합적으로 분석하여 지역별 필수의료 공백 현황을 파악해야 한다. 이를 바탕으로 지역별 맞춤형 정책을 수립해야 한다.

의료 취약지역에 대해서는 집중적인 지원이 필요하다. 이를 위해 공공의료기관 확충, 민간의료기관에 대한 인센티브 제공, 의료인력 유치를 위한 지원 정책 등이 고려될 수 있다. 특히, 농어촌 지역이나 도서 지역 등 지리적으로 불리한 조건에 있는 지역에 대해서는 원격의료 등의 혁신적인 의료서비스 모델 도입도 검토해볼 만하다.

또한, 지역 간 의료 자원의 효율적 활용을 위한 협력체계 구축도 중요하다. 권역별 책임의료기관을 중심으로 한 의료 네트워크 구축, 지역 내 의료기관 간 기능 분담 및 협력체계 강화, 그리고 광역 단위의 의료 협력체계 구축 등이 필요하다. 이를 통해 한정된 의료 자원을 효율적으로 활용하면서도 지역 주민들에게 필요한 의료 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

더불어, 지역 의료인력 양성 및 유치를 위한 정책도 강화해야 한다. 지역 의과대학과 연계한 지역 맞춤형 의료인력 양성 프로그램 개발, 지역 의료기관 근무 의료인력에 대한 인센티브 제공, 그리고 지역 의료인력의 전문성 향상을 위한 교육 및 훈련 프로그램 지원 등이 고려될 수 있다.

마지막으로, 이러한 정책들의 효과를 지속적으로 모니터링하고 평가하는 체계를 구축해야 한다. 정기적인 지역 필수의료 현황 조사, 정책 효과 평가, 그리고 이를 바탕으로 한 정책 개선이 이루어져야 한다. 이를 통해 변화하는 의료 환경과 지역 특성에 맞는 유연하고 효과적인 정책 추진이 가능할 것이다.

〈표 5-3〉 지역 공공정책수가 활용 예시

구분	내용	필수의료 유무	공백 유무	접근 방식	지역
지역 거점보상	• 필수의료 지역별 공백 유무와 무관하게 필수의료 인프라 구축 및 역량강화를 위해 “전 권역 거점병원 대상” 기본 보상 (권역 필수의료 거점병원 역할 강화+중증최종치료 역량강화 지원)	●	-	Top down 방식중심	전 지역
지역 공백보상	• 필수의료 분야에서 공백이 발생하는 지역에 대해 “해당 지역에, 공백이 발생하는 분야”에 집중 중증, 응급, 소아, 분만 등	●	●	Top down 방식중심	해당 지역
지역 맞춤보상	• 국민의 건강과 생명과 관련 지역별로 시급성, 중대성이 높은 문제에 대응하기 위해 “지역별 수요/공급 특성을 반영한 모델 개발 및 보상” 지원	○	●	Bottom up 방식중심	해당 지역

자료: 신현웅 외(2023), 『필수의료 지원 강화를 위한 공공정책수가 도입 방안』 보건복지부·보건사회연구원

다. 필수의료 공백 해소를 위한 종합적 정책지원

지역·필수의료 공백 해소라는 목표 달성을 위해서는 관련 법/제도, 평가/인증, 재정지원 등의 정책도구들을 통합적으로 활용해야 한다. 이러한 접근은 의료체계의 전반적인 개선과 필수의료 서비스의 질적 향상을 동시에 도모할 수 있는 효과적인 방안이 될 것이다.

〈표 5-4〉 (참고) 현행 의료법상 의료기관 진료기능 및 인력기준 제시방식

의료기관 진료기능(의료법 제3조(의료기관의 종류별 표준업무규정))	인력기준 (의료법 시행규칙 제38조(별표5))						
1. “표준업무”란 의료행위 등 의료기관에서 일반적으로 수행하는 기본적인 업무, 제공하는 기능과 서비스를 말한다. 2. “권장질환”이란 의료기관의 종류별 업무에서 특히 중점을 두는 대상 질환으로서 권장되는 질환을 말한다.	<의료기관에 두는 의료인의 정원(제38조 관련)> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>종합병원, 병원</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>의사</td> <td>연평균 1일 입원환자를 20명으로 나눈 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함</td> </tr> <tr> <td>간호사</td> <td>연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함</td> </tr> </tbody> </table>	구분	종합병원, 병원	의사	연평균 1일 입원환자를 20명으로 나눈 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함	간호사	연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함
	구분	종합병원, 병원					
의사	연평균 1일 입원환자를 20명으로 나눈 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함						
간호사	연평균 1일 입원환자를 2.5명으로 나눈 수(이 경우 소수점은 올림). 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산함						

먼저, 법/제도적 측면에서는 현행 「의료법」상의 의료기관 진료기능 및 인력기준에 대한 타당성을 재검토해야 한다. 현재의 의료체계를 고려할 때, 그간의 의료체계 변화를 반영하고 필수의료 역량 강화를 지원하기 위한 개편안 마련이 필요하다. 특히 필수의료 분야를 중심으로 진료기능 및 인력기준을 재정립하는 것을 검토해야 한다. 이는 의료기관들이 필수 의료 서비스 제공에 더욱 집중할 수 있는 제도적 기반을 마련하는 것이다. 예를 들어, 응급 의료, 중환자 의료, 분만 및 신생아 의료 등 필수의료 분야에 대한 구체적인 기준을 마련하고, 이에 따른 인력 배치 및 시설 기준을 수립할 수 있다.

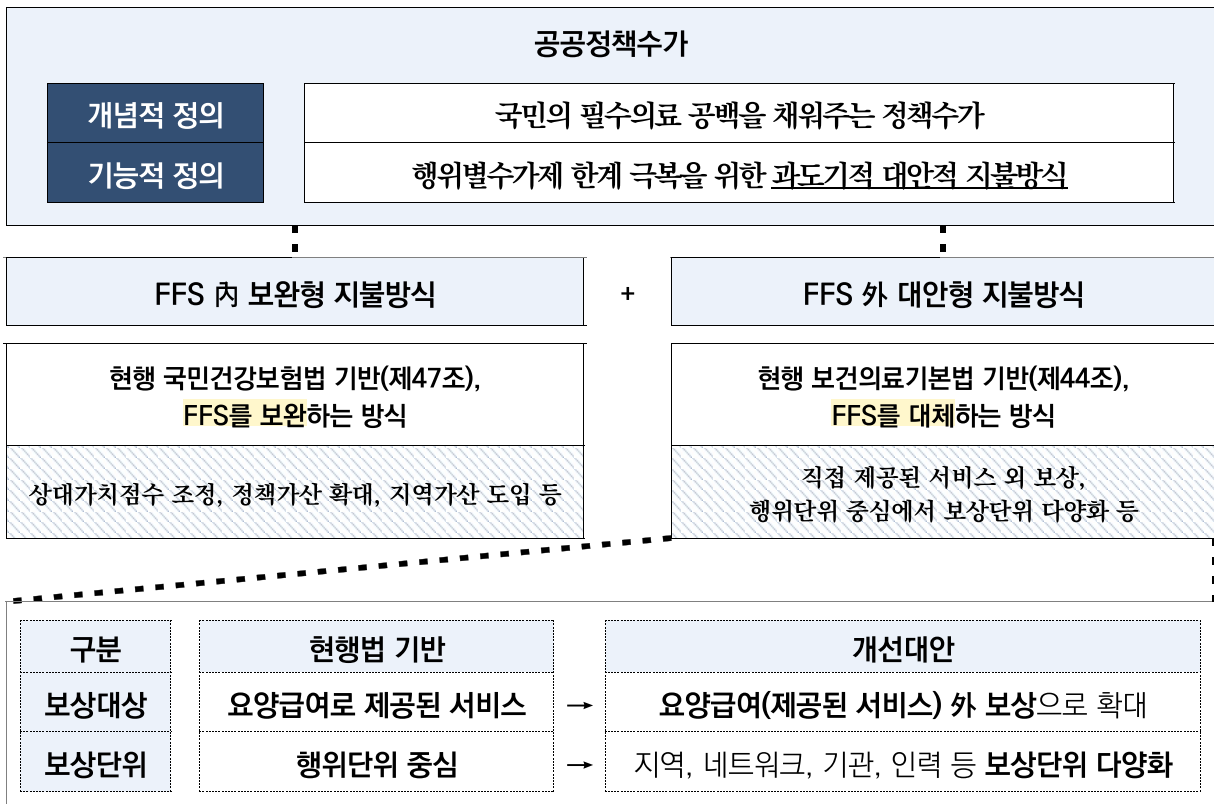
〈표 5-5〉 (참고) 보건의료 분야 의료기관 인증/평가 관련제도

구분	평가	인센티브	주기
인증	의료기관 인증평가		4년
성과 평가	요양급여 적정성평가	가감지급, 만성질환 인센티브	3개월~1년
	지역거점공공병원운영평가	국고지원, 시설장비, 보강사업 지원	1년
	응급의료기관평가	예산지원, 수가(응급의료수가)	1년
	의료질평가지원금	수가(기본진료료)	1년
자격 평가	전문병원 의료질평가지원금	수가(기본진료료)	1년
	상급종합병원 지정평가	수가(중별가산)	3년
	전문병원 지정평가	수가(전문병원 관리료)	3년
	연구중심병원 지정평가	R&D 예산	3년
	수련환경평가	수련규칙 이행여부에 따른 과태로 부과, 인력배정(전공의 정원배정)	1년

다음으로, 인증/평가 측면에서는 현재 운영 중인 각종 의료기관 인증 및 평가지표에 필수 의료 분야 전문의 배치기준, 진료기능 등을 반영해야 한다. 이를 통해 병원이 필수의료 진료기능 역량을 강화할 수 있도록 유도할 수 있다. 예를 들어, 종합병원 인증 기준에 필수의료 분야 전문의 확보 여부, 24시간 응급의료 체계 구축 여부 등을 포함시킬 수 있다. 또한, 인증/평가 결과에 따른 보상체계도 필수의료 중심으로 개편함으로써 필수의료 역량 강화를 지원할 수 있다. 이는 의료기관들이 필수의료 서비스 제공에 더 많은 자원을 투입하도록 하는 인센티브로 작용할 것이다.

마지막으로, 재정지원 측면에서는 필수의료 공백 및 지역 간 격차 해소를 위해 현행 행위별수가제의 한계를 극복할 수 있는 대안적 지불제도로서 ‘공공정책수가’ 도입 및 효과적 활용방안을 모색해야 한다. 공공정책수는 필수의료 서비스 제공에 대해 추가적인 보상을 제공하는 과도기적 대안이 될 수 있다. 예를 들어, 의료취약지역에서 필수의료 서비스를 제공하는 의료기관에 대해 추가적인 수가를 지급하거나, 24시간 응급의료 체계를 유지하는 의료기관에 대해 기본수가를 보장하는 방식 등을 고려할 수 있다. 이는 현행 행위별수가제 하에서 충분한 보상을 받지 못하는 필수의료 서비스에 대한 적정 보상을 가능하게 함으로써, 의료기관들이 필수의료 서비스 제공에 더욱 적극적으로 나설 수 있는 환경을 조성할 것이다.

〈표 5-6〉 공공정책수가 정의 및 방식



자료: 신현웅 외(2023), 『필수의료 지원 강화를 위한 공공정책수가 도입 방안』 보건복지부·보건사회연구원

이러한 법/제도, 인증/평가, 재정지원 등의 정책도구들을 통합적으로 활용함으로써, 지역·필수의료 공백 해소라는 목표에 더욱 효과적으로 접근할 수 있을 것이다. 이는 의료기관들이 필수의료 서비스 제공에 더욱 집중할 수 있는 제도적, 재정적 기반을 마련하는 동시에, 의료서비스의 질적 향상을 도모할 수 있는 종합적인 접근 방식이다.

그리고 이러한 정책들이 효과를 발휘하기 위해서는 지속적인 모니터링과 평가, 그리고 이를 바탕으로 한 정책 개선이 필요하다. 또한, 의료계와의 충분한 소통과 협력을 통해 현장의 실정을 반영한 정책 수립이 이루어져야 할 것이다. 더불어, 국민들에게 이러한 정책 변화의 필요성과 기대 효과에 대해 충분히 설명하고 이해를 구하는 과정도 필요할 것이다.

2. 【역량 강화】 지역의료기관 역할·역량 강화를 통한 국민신뢰 향상

현재 지역의료기관 역할 및 역량 미흡으로 국민들의 수도권 대형병원 선호현상이 뚜렷해지고 있다. 따라서 지역의료기관 역량 강화를 통해 지역의료에 대한 국민의 신뢰도를 향상시킴으로써 수도권 대형병원 쏠림 현상을 완화시키고 지역의료 경쟁력을 확보하기 위한 노력이 필요하다.

〈표 5-7〉 지역의료기관 필수의료 역할·역량 강화 방향 예시

구분		지역의료전달체계
1차의료	필수	지역기반 일차의료 분야 확대(만성질환→필수의료) 및 모형개발
	일반	지역기반 환자중심 일차의료 표준모형 개발 및 전국확산
2차의료		지역 수요·특성 반영 필수의료 2차 의료기관 특화 모델 개발
3차의료		중증최종치료 역량 강화 + 교육·연구 역량 강화

가. 1차 의료

지역기반 1차 의료 분야의 확대 및 모형 개발은 현재 우리나라 의료체계가 직면한 여러 문제점들을 해결하기 위한 중요한 전략이다. 이는 기존의 만성질환 중심에서 벗어나 필수의료 분야로의 확장과 함께, 지역사회 중심의 통합적 의료서비스 제공을 목표로 한다.

먼저, 필수의료 분야에서의 1차 의료 확대가 필요하다. 현재 수요 감소와 수익 저하로 인해 공백이 발생하고 있는 소아청소년과, 산부인과, 외과계 등의 필수 분야로 1차 의료 지원을 확대해야 한다. 이를 위해 각 분야별 특성에 맞는 서비스 모형과 보상체계를 개발해야 한다.

〈표 5-8〉 지역의료기관 1차 의료 기능강화 예시

구분	접근방식	예시
소청과 1차 의료	<ul style="list-style-type: none"> • 아동의 건강관리, 의료이용을 통합적으로 관리할 수 있는 소아청소년 일차의료 기능 강화, 2차-3차 의료기관과의 연계·협력 활성화 • 오픈런 대응 시간가산, 응급·야간가산 확대(맞벌이 부모 등 고려, 출근전 & 퇴근후 시간의 진료하는 소아과 확대 지원) 	<ul style="list-style-type: none"> • 소아 1차 의료 시범사업 도입 • 소아진료네트워크 구축 • 소아과 시간 가산 확대
산부인과 1차 의료	<ul style="list-style-type: none"> • 지역 내에서 임신부터 출산까지 책임질 수 있도록 지원 기능 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 분만주치의 도입(주치의 등록, 주치의 가산 지원 등) * 거주지역 산부인과 의사를 분만주치의로 등록 시, 가산 지원
외과계 1차 의료	<ul style="list-style-type: none"> • 경증수술로 인한 수도권, 대형병원 방문을 예방하기 위한 외과계 1차 의료기관의 교육상담, 의뢰회송, 수술후관리 등 1차 의료 기능 강화 	<ul style="list-style-type: none"> • 現 수술전 교육상담 시범사업→改 외과계 1차 의료 시범사업으로 전환

자료: 신현웅 외(2023), 『제2차 국민건강보험 종합계획(24~28) 수립 및 실천방안 제안 연구』

소아청소년과의 경우, 아동의 건강관리와 의료이용을 통합적으로 관리할 수 있는 1차 의료 기능을 강화하고, 2차-3차 의료기관과의 연계·협력을 활성화해야 한다. 특히 ‘오픈런’ 현상에 대응하기 위해 시간 가산, 응급·야간 가산을 확대하여 맞벌이 부모 등을 고려한 진료 시간 확대를 지원해야 한다. 소아 1차 의료 시범사업 도입과 소아진료네트워크 구축 등의 방안을 고려할 수 있다.

산부인과의 경우, 지역 내에서 임신부터 출산까지 책임질 수 있도록 지원 기능을 강화해야 한다. 분만주치의 제도를 도입하여 거주지역 산부인과 의사를 분만주치의로 등록 시 가산을 지원하는 등의 방안을 검토할 수 있다.

외과계 1차 의료의 경우, 경증수술로 인한 수도권, 대형병원 방문을 예방하기 위해 교육상담, 의뢰회송, 수술 후 관리 등의 1차 의료 기능을 강화해야 한다. 현재의 수술 전 교육상담 시범사업을 외과계 1차 의료 시범사업으로 전환하는 등의 방안을 고려할 수 있다.

한편, 만성질환 관리에 있어서는 환자중심 1차 의료 모델의 도입 및 확산을 통해 지역사회의 건강-의료-돌봄 연계 생태계를 조성해야 한다. 이를 위해 지역사회 다학제 1차 의료시설을 설치하여 지역거점병원-다학제 1차 의료-1차 의료기관 간 네트워크를 구축해야 한다.

또한, 보험자가 보유하고 있는 인프라를 적극 활용해야 한다. 전국에 분포된 지사, 출장소, 건강증진센터와 함께 전문인력, 유관업무, 그리고 건강, 진료, 의료기관 관련 빅데이터 등을 지역사회 자원과 연계하여 활용할 수 있다.

환자등록체계를 구축하고 환자별 포괄평가를 기반으로 한 케어플랜에 따라 차별화된 맞

춤 서비스를 제공하는 것도 중요하다. 예를 들어, 거동이 불편한 환자에게는 재택의료를, 건강 고위험자에게는 케어매니지먼트를 제공하는 등 개인의 상황과 필요에 맞는 서비스를 제공할 수 있다.

이러한 지역기반 1차 의료 분야의 확대 및 모형 개발은 의료서비스의 접근성과 질을 향상시키는 동시에, 의료자원의 효율적 활용을 가능하게 할 것이다. 또한, 지역 간 의료 격차를 해소하고 필수의료 분야의 공백을 메우는 데 기여할 수 있을 것이다.

나. 2차 의료

지역 수요와 특성을 반영한 필수의료 2차 의료기관 특화 모형의 개발은 우리나라 의료체계의 균형 있는 발전과 지역 간 의료 격차 해소를 위한 중요한 전략이다. 이는 지역별로 다양한 의료 수요와 특성을 고려하여 상향식(bottom-up) 접근 방식으로 다양한 지역특화 모형을 개발하고, 이에 맞는 보상체계를 마련하는 것을 목표로 한다.

먼저, 지역필수우수병원 모형은 필수질환에 대한 포괄적 입원서비스 제공, 일부 중증 치료 및 응급 대응, 권역책임의료기관과의 협력체계 구축 등을 주요 특징으로 한다. 이 모형은 지역 내에서 필수의료 서비스를 종합적으로 제공할 수 있는 중심 병원의 역할을 담당하게 될 것이다. 이러한 병원들에 대해서는 필수의료 제공 및 성과에 따른 별도의 보상체계를 마련하여, 지속가능한 운영을 지원해야 한다.

외과 지역 거점병원 모형은 최종증을 제외한 필수분야에 대한 외과 수술 활성화를 목표로 한다. 이를 위해 외과계 수술팀 구성 및 운영, 긴급환자 발생에 대응할 수 있는 병실과 중환자실의 일정 비율 여력 확보 등에 대한 보상체계를 강화해야 한다. 이 모형은 지역 주민들이 경증 및 중등도의 외과적 처치를 위해 대도시나 수도권으로 이동해야 하는 불편을 해소하는 데 기여할 것이다.

소아전문병원 모형은 지역 내 소아 환자들의 경증입원(일부 중증 포함), 야간·응급 환자 대응, 그리고 1차, 3차 의료기관과의 협력진료 등을 담당하게 된다. 이를 위해 소아전문병원에 대한 지원을 강화해야 한다. 이 모형은 소아청소년과 의료서비스의 공백을 메우고, 지역 내에서 양질의 소아 의료서비스를 제공하는 데 중요한 역할을 할 것이다.

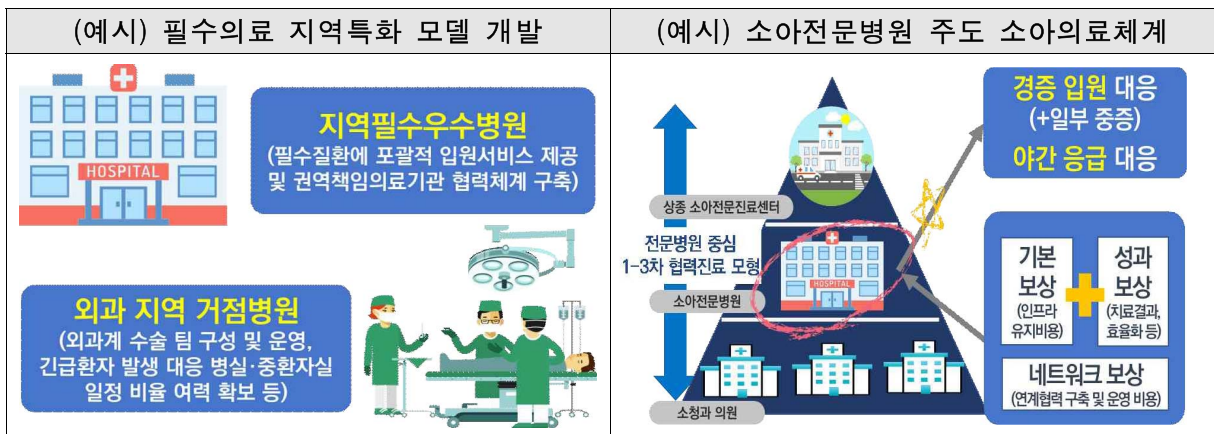
이러한 특화 모형들의 성공적인 운영을 위해서는 적절한 보상체계의 마련이 필수적이다. 현재의 양적기반의 행위단위 보상 방식은 한계가 있으므로, 기관단위 기본보상과 성과보상을 결합한 새로운 모형을 개발해야 한다. 기관단위 기본보상은 인프라 구축 및 유지 비용을 보상하는 것으로, 의료기관이 필요한 시설과 장비를 갖추고 유지할 수 있도록 지원한다. 성과보상은 치료결과, 협력성과 등을 평가하여 보상하는 것으로, 의료의 질적 향상을 유도할 수 있다.

또한, 지역특화 모형 참여기관 등을 대상으로 신포괄수가제의 확대 적용을 검토해야 한

다. 지역책임의료기관, 필수의료 전문병원, 질 높은 지방중소병원 등을 대상으로 실폐괄수가제를 적용함으로써 보상을 강화하는 방안을 고려할 수 있다. 이는 현행 행위별수가제의 한계를 보완하고, 의료기관이 더욱 포괄적이고 통합적인 의료서비스를 제공할 수 있도록 유도할 것이다.

이러한 2차 의료기관 특화 모델의 개발과 운영은 지역 의료체계의 강화와 의료 접근성 향상에 크게 기여할 것이다. 지역 주민들이 자신의 거주지 인근에서 필요한 의료 서비스를 받을 수 있게 되면, 대도시나 수도권으로의 환자 쏠림 현상이 완화되고 의료자원의 효율적 활용이 가능해질 것이다. 또한, 지역 의료기관들이 각자의 특성과 강점을 살려 전문화된 서비스를 제공함으로써 의료의 질적 향상도 기대할 수 있다.

[그림 5-9] 지역특성 반영 지역병원 육성 예시



자료: 신현웅 외(2023), 『제2차 국민건강보험 종합계획(24~28) 수립 및 실천방안 제안 연구』

이를 위해 지역 1차, 2차, 3차 의료기관을 필수의료 중심으로 역할을 강화하고, 역량을 지원하기 위한 정책지원이 필요하다. 먼저 1차 의료기관의 경우 현재 만성질환 중심 지원 체계에서 수요 감소, 수익 저하 등으로 공백이 발생하는 필수분야(예: 소아청소년과, 산부인과, 외과계등)로 지원을 확대하여 필수의료 분야의 1차 의료기관이 진료기능을 유지·개선할 수 있도록 서비스 모형 및 보상체계를 개발하는 것이 필요하다.

2차 의료기관의 경우 필수의료 중심으로 지역별 수요 및 특성을 반영(bottom-up)한 다양한 지역특화 모델 개발 및 보상체계를 마련할 필요가 있다. 이때 양적기반의 행위단위 보상의 한계를 고려하여, 기관단위 기본보상(인프라 구축 및 유지 비용 보상)과 성과보상(치료결과, 협력성과 등) 모형을 함께 구축하는 것이 필요하겠다. 3차 의료기관의 경우 중증최종 치료 및 연구·교육 역량 강화를 지원하는 것이 필요하다. 3차 의료기관이 중증진료 기능에 집중하고 그에 필요한 인력과 병상을 확충하도록 지원하는 것이 필요하며, 연구·교육 등 진료 외 기능 수행에 대한 기관단위 보상체계 강화를 통해 역량 강화를 지원해주는 것이 필요하겠다.

다. 3차 의료

지역 3차 의료기관의 중증최종치료 및 연구·교육 역량 강화 지원은 우리나라 의료체계의 질적 향상과 의료 인프라의 균형 있는 발전을 위한 핵심 전략이다. 이는 상급종합병원이 본연의 기능인 중증질환 치료와 의학 발전을 위한 연구·교육에 집중할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다.

먼저, 중증최종치료 역량 강화를 위해 3차 의료기관이 중증진료 기능에 집중하고 그에 필요한 인력과 병상을 확충하도록 지원해야 한다. 이를 위해 ‘중증진료체계 강화 시범사업’을 추진하여 상급종합병원의 중증진료 기능을 강화하고, 하위 종별의 의료기관과의 연계·협진을 통해 환자중심적 관리가 가능하도록 지원해야 한다. 이와 관련하여, 중증진료실적 등을 상급종합병원 지정기준과 의료질 향상 지원금 지표 등에 반영하여 평가와 인증에 활용해야 한다.

또한, 긴급·중증환자 상시대응체계 구축을 위해 병실·중환자실, 응급실 인프라 구축 및 유지 비용, 필수인력 대기 비용 등에 대한 보상을 강화해야 한다. 이는 3차 의료기관이 언제든 중증 환자를 받아들이고 적절한 치료를 제공할 수 있는 체계를 갖추도록 하는 데 기여할 것이다.

연구·교육 역량강화 측면에서는 진료 외 기능 수행에 대한 기관단위 보상체계를 강화해야 한다. 기초임상연구 및 의과학자 양성, 의대교육 및 전공의 수련 등 필수의료 중심의 진료 외 영역에 대한 보상체계를 강화함으로써, 3차 의료기관이 의학 발전과 의료인력 양성에 더욱 힘쓸 수 있도록 해야 한다.

이러한 맥락에서 최근 발표된 상급종합병원 구조전환 시범사업은 주목할 만하다. 이 사업은 상급종합병원이 중증질환 치료에 집중할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다. 주요 내용으로는 경증환자 비율을 낮추고 중증환자 비율을 높이는 것, 외래진료를 줄이고 입원진료를 늘리는 것, 그리고 1·2차 의료기관과의 협력을 강화하는 것 등이 포함된다.

구체적으로, 이 시범사업에서는 상급종합병원의 경증환자 비율을 현재 30% 수준에서 20% 이하로 낮추고, 중증환자 비율을 30%에서 35% 이상으로 높이는 것을 목표로 한다. 또한, 외래진료 비중을 줄이고 입원진료 비중을 늘리며, 1·2차 의료기관으로부터의 의뢰 환자 비율을 높이는 것을 주요 과제로 삼고 있다.

이를 위해 정부는 다양한 정책적 지원을 계획하고 있다. 예를 들어, 중증질환 치료에 대한 수가를 인상하고, 경증환자 진료에 대한 수가는 인하하는 방안을 검토 중이다. 또한, 상급종합병원과 1·2차 의료기관 간의 협력체계를 강화하기 위한 인센티브 제도도 도입할 예정이다.

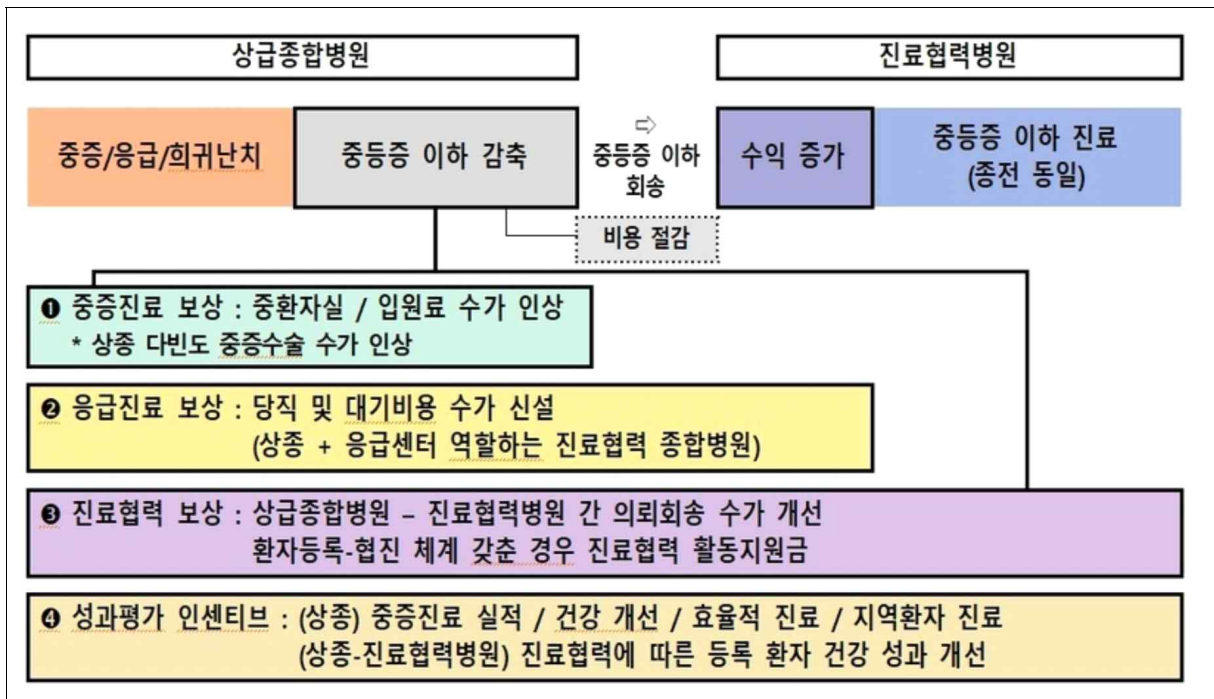
이러한 정책들은 우리나라 의료전달체계의 개선과 의료자원의 효율적 활용을 위한 중요

한 시도라고 볼 수 있다. 상급종합병원이 중증질환 치료와 연구·교육에 집중함으로써 의료의 질을 높이고, 동시에 1·2차 의료기관의 역할을 강화함으로써 의료체계의 균형을 잡을 수 있을 것으로 기대된다.

그러나 이러한 변화가 성공적으로 이루어지기 위해서는 몇 가지 과제가 있다. 첫째, 환자들의 의료이용 행태 변화가 필요하다. 경증질환으로 상급종합병원을 찾는 관행을 개선하고, 1·2차 의료기관을 적극 활용하는 문화가 정착되어야 한다. 둘째, 1·2차 의료기관의 역량 강화가 필요하다. 경증 및 중등도 질환에 대한 진료 능력을 높이고, 필요한 경우 신속하게 상급종합병원으로 의뢰할 수 있는 체계를 갖추어야 한다. 셋째, 의료기관 간 정보 공유 및 협력 체계의 강화가 필요하다. 환자 정보의 원활한 공유와 의뢰-회송 체계의 개선을 통해 연속성 있는 의료서비스 제공이 가능해야 한다.

결론적으로, 지역 3차 의료기관의 중증최종치료 및 연구·교육 역량강화 지원 정책과 상급종합병원 구조전환 시범사업은 우리나라 의료체계의 질적 향상과 효율성 제고를 위한 중요한 시도이다.

[그림 5-10] 상급종합병원 구조전환 시범사업 주요내용



자료: 보건복지부(2024), 「지속가능한 진료체계 확립을 위한 상급종합병원 구조전환 방향」, 보도자료

3. 【연계협력】 필수의료 중심 지역의료 연계·협력 강화

의료기관은 환자를 더 많이 진료할수록 더 많이 보상받으면서 의료기관 간의 경쟁이 더 격화되고, 의료시스템이 분절적으로 작동하도록 되어 있다. 더욱이 규모가 큰 의료기관이 더 많은 환자와 더 많은 수익을 얻게 되면서 환자들도 규모가 큰 대형병원을 더 선호하고 있다. 이에 지역 의료기관들은 경쟁에서 밀려나고, 지역 의료체계는 더 취약해지는 등 지역 의료 생태계가 붕괴되고 있다.

지역기반 연계 및 협력을 강화하여 지역의료기관 간의 상생과 협력을 활성화하고, 각 의료기관이 자신의 기능을 최적으로 수행함으로써 지역 주민들이 지역 내에서 완전한 의료 서비스를 이용할 수 있게 함으로써 지역의료 생태계를 회복하기 위한 접근이 필요하다.

필수의료 중심으로 지역의료기관 연계 협력 강화를 통해 지역의료 상생의 생태계를 조성하기 위해 먼저 권역책임의료기관을 지역의료의 컨트롤타워 역할을 할 수 있도록 책임을 강화하고 이에 대한 보상을 강화하는 것이 필요하다. 또한 지역 내에서 환자가 통합적·연속적으로 관리될 수 있도록 의뢰회송 시범사업도 지역 중심으로 개선하는 것이 필요하겠다. 그리고 단일 의료기관으로 대응이 어려운 필수의료 영역에 대해 다양한 지역 내 의료기관 인력 간 협력모형을 개발하도록 지원하는 정책도 추진될 필요가 있겠다.

〈표 5-9〉 지역의료기관 필수의료 역할·역량 강화 방향 예시

구분	지역의료전달체계
컨트롤타워	권역책임의료기관 지역·필수의료 컨트롤타워 역할 수행 및 보상 강화
의뢰회송	진료 의뢰·회송 수가 ‘지역 내’ 중심으로 개편
협력모형	단일 의료기관으로 대응이 어려운 필수의료 영역에 대해 다양한 ‘지역 내 의료기관·인력 간 협력’모형 개발 지원

가. 권역책임의료기관의 역할 강화

권역책임의료기관의 역할 강화와 지원 체계 개선은 지역 필수의료 체계의 핵심 요소로, 의료 서비스의 질적 향상과 지역 간 의료 격차 해소를 위해 중요한 과제이다. 그간 권역책임의료기관에 대한 다양한 지원 정책이 시행되었으나, 책임과 역할의 불명확성, 불충분한 보상 등으로 인해 실효성 확보에 제약이 있었다. 이에 따라 권역책임의료기관의 기능을 재정립하고, 이에 걸맞은 지원체계를 구축하는 것이 필요하다.

먼저, 권역책임의료기관의 역할 강화 측면에서, 이들 기관에 권역 필수의료 관리의 총괄·조정 기능을 부여하고 이에 대한 충분한 보상 지원이 이루어져야 한다. 구체적으로, 권역책

임의료기관은 권역 내 필수의료 자원 관리, 서비스 제공(직접 제공 및 서비스 연계), 성과 평가 등의 지역 필수의료 컨트롤타워 역할을 수행해야 한다. 이는 단순히 의료 서비스 제공에 그치는 것이 아니라, 권역 내 의료 자원의 효율적 분배와 활용, 의료 서비스의 질적 관리, 그리고 의료기관 간 협력체계 구축 등을 포함하는 포괄적인 역할이다.

특히, 권역책임의료기관은 권역 내 필수의료자원 통합정보를 구축하고 이를 실시간으로 제공하는 역할을 담당해야 한다. 이를 통해 권역 내 의료 자원의 현황을 실시간으로 파악하고, 필요에 따라 신속하게 자원을 재배치하거나 부족한 자원을 확충할 수 있을 것이다. 또한, 권역 내 진료정보교류의 거점병원으로서의 역할도 수행해야 한다. 전자의무기록(EMR) 기반의 진료정보 교류 시스템을 구축하고 운영함으로써, 환자 정보의 원활한 공유와 의료 서비스의 연속성 확보에 기여할 수 있을 것이다.

이러한 역할 강화에 걸맞은 지원 방식의 개선도 필요하다. 권역책임의료기관의 거점 기능에 대한 기본 보상과 성과 평가(권역 단위 및 기관 단위)를 연계한 권역 필수의료 성과 기반 보상체계의 도입이 필요하다. 이는 현재 응급의료기관 평가 제도와 유사한 방식으로 운영될 수 있을 것이다. 구체적으로, 권역 네트워크에 대해 네트워크 운영비를 사전에 일괄 지급(lump sum)하고, 이후 성과에 기반하여 지역, 네트워크, 기관, 전문의에 대한 직접 보상 등 보상체계를 유연화하고 다변화하는 방안을 고려할 수 있다.

이러한 보상체계의 개선은 권역책임의료기관이 자신의 역할을 적극적으로 수행할 수 있는 동기를 제공할 것이다. 기본적인 운영비 지원을 통해 안정적인 운영 기반을 마련하고, 성과에 따른 추가 보상을 통해 지속적인 개선과 혁신을 유도할 수 있을 것이다. 특히, 권역 단위의 성과 평가와 개별 기관의 성과 평가를 연계함으로써, 권역 전체의 의료 서비스 질 향상과 개별 기관의 경쟁력 강화를 동시에 도모할 수 있을 것이다.

더불어, 이러한 권역책임의료기관의 역할 강화와 지원체계 개선은 지역 의료 생태계 전반에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 기대된다. 권역책임의료기관을 중심으로 한 협력 네트워크가 강화되면, 1차, 2차 의료기관들도 이에 참여하여 자신의 역량을 강화하고 역할을 확대할 수 있는 기회를 얻게 될 것이다. 이는 결과적으로 지역 의료 서비스의 전반적인 질적 향상으로 이어질 수 있다.

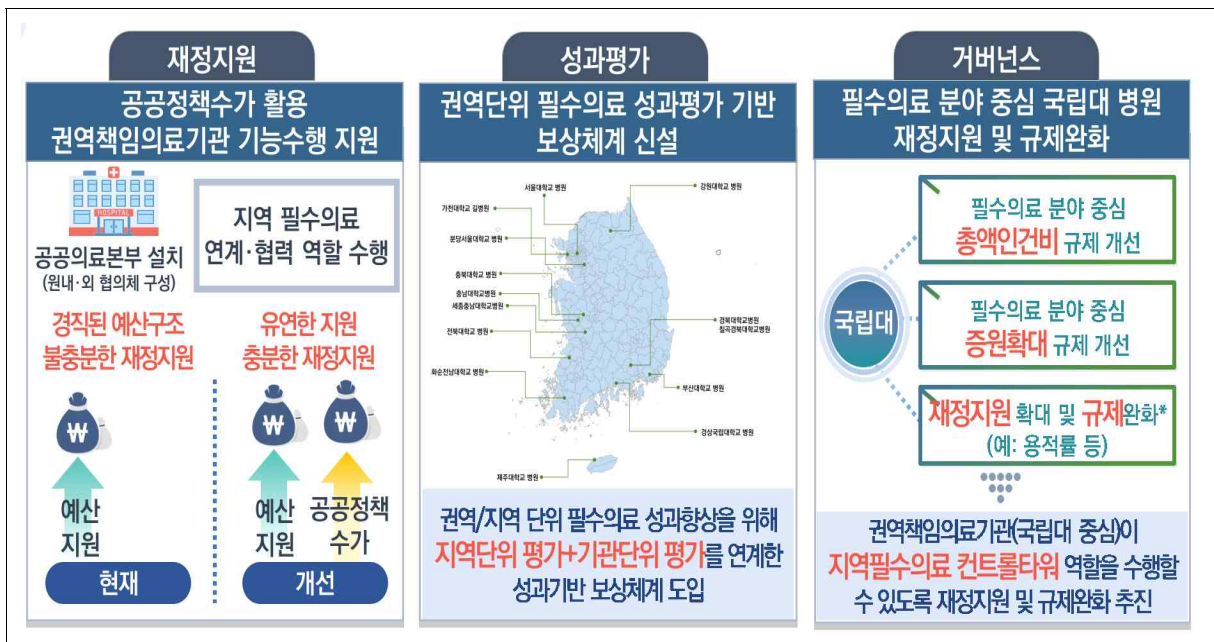
또한, 권역책임의료기관의 컨트롤타워 역할 강화는 지역 간 의료 격차 해소에도 기여할 수 있다. 권역 내 의료 자원의 효율적 분배와 활용, 의료기관 간 협력체계 구축 등을 통해, 의료 취약지역의 주민들도 양질의 의료 서비스에 접근할 수 있는 기회가 늘어날 것이다.

그러나 이러한 변화가 성공적으로 이루어지기 위해서는 몇 가지 과제가 있다. 첫째, 권역책임의료기관의 역량 강화가 필요하다. 컨트롤타워 역할을 수행하기 위해서는 의료 서비스 제공 능력뿐만 아니라 권역 내 의료 자원 관리, 의료기관 간 협력 체계 구축 등의 능력도 갖추어야 한다. 이를 위한 교육 및 훈련 프로그램의 개발과 시행이 필요할 것이다.

둘째, 권역 내 다른 의료기관들의 협조가 필수적이다. 권역책임의료기관의 역할 강화가 실효성을 갖기 위해서는 권역 내 1차, 2차 의료기관들의 적극적인 참여와 협력이 필요하다. 이를 위해 의료기관 간 협력에 대한 인센티브 제도 등을 마련할 필요가 있다.

셋째, 성과 평가 체계의 공정성과 객관성 확보가 중요하다. 성과 기반 보상체계가 효과적으로 작동하기 위해서는 평가지표의 타당성, 평가 과정의 투명성 등이 보장되어야 한다. 이를 위해 의료계, 학계, 정부 등이 참여하는 평가위원회를 구성하고 운영하는 등의 방안을 고려할 수 있다.

[그림 5-11] 권역책임의료기관 지원체계



나. 진료 의뢰·회송 수가 지역 내 중심 개편

지역 내 의료 서비스의 완결성을 높이고 필수의료의 접근성을 개선하기 위해, 의뢰·회송 체계의 개편이 필요하다. 현행 진료 의뢰·회송 수가 체계를 ‘지역 내’ 중심으로 개편하고, 필수의료 분야에 대한 추가 가산 지원을 통해 지역 완결형 의료체계를 강화하는 방안을 고려해야 한다.

먼저, 지역 내 의뢰·회송 강화를 위해 현행 진료 의뢰·회송 수가를 ‘지역 내’ 중심으로 개편해야 한다. 이는 환자들이 가능한 한 자신의 거주 지역 내에서 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 유도하는 것을 목표로 한다. 구체적인 방안으로는 지역 내 의뢰·회송에 대한 가산 도입을 고려할 수 있다. 예를 들어, 같은 지역 내 의료기관 간의 의뢰·회송에 대해 추가적인 수가를 지급함으로써, 의료기관들이 지역 내 협력을 강화하도록 유도할 수 있다.

반면, 비수도권 1차 의료기관에서 수도권 3차 의료기관으로의 의뢰 수가를 축소하는 방안도 검토해볼 수 있다. 이는 불필요한 원거리 의뢰를 줄이고, 지역 내 의료기관의 이용을 촉진하는 효과를 가져올 수 있다. 다만, 이러한 정책이 환자의 의료 접근성을 저해하지 않도록 신중한 접근이 필요하며, 지역 의료기관의 역량 강화와 병행되어야 할 것이다.

다음으로, 필수의료 분야에 대한 의뢰·회송 시 추가 가산 지원을 통해 필수의료에 대한 지역완결체계 지원을 강화해야 한다. 응급, 중증, 심뇌혈관, 소아, 분만 등의 필수의료 분야에 대해 지역 내 의뢰·회송 시 추가적인 가산을 제공함으로써, 이들 분야에 대한 지역 내 의료서비스 제공체계를 강화할 수 있다. 이는 필수의료 서비스의 지역 내 접근성을 높이고, 중증 질환에 대한 신속한 대응을 가능하게 할 것이다.

이러한 정책 변화는 여러 가지 긍정적인 효과를 가져올 수 있다. 첫째, 지역 내 의료기관 간 협력체계가 강화될 것이다. 의뢰·회송 수가의 지역 내 중심 개편은 지역 의료기관들이 서로 협력하여 환자를 관리하는 문화를 조성할 수 있다. 둘째, 불필요한 원거리 의료이용이 감소할 것이다. 이는 환자의 시간과 비용 절감뿐만 아니라, 의료자원의 효율적 활용에도 기여할 수 있다. 셋째, 지역 의료기관의 역량이 강화될 것이다. 지역 내 의뢰·회송이 활성화되면 지역 의료기관들이 더 많은 환자를 진료하게 되고, 이는 결과적으로 의료기관의 경험과 역량 축적으로 이어질 수 있다.

그러나 이러한 정책 변화가 성공적으로 이루어지기 위해서는 몇 가지 고려해야 할 점이 있다. 첫째, 지역 의료기관의 역량 강화가 선행되어야 한다. 지역 내 의뢰·회송을 활성화하기 위해서는 지역 의료기관이 충분한 진료 능력을 갖추고 있어야 한다. 이를 위해 지역 의료기관에 대한 교육, 훈련, 장비 지원 등이 필요할 것이다.

둘째, 환자의 선택권과 의료 접근성이 보장되어야 한다. 지역 내 의뢰·회송을 강조하는 과정에서 환자가 필요로 하는 의료서비스에 대한 접근이 제한되지 않도록 주의해야 한다. 특히, 고도의 전문성이 필요한 질환의 경우 지역에 관계없이 최적의 치료를 받을 수 있는 체계가 유지되어야 할 것이다.

셋째, 의료기관 간 정보 공유체계가 구축되어야 한다. 효과적인 의뢰·회송을 위해서는 환자의 진료 정보가 의료기관 간에 원활하게 공유되어야 한다. 이를 위해 전자의무기록(EMR) 시스템의 표준화와 의료기관 간 정보 교류 플랫폼 구축 등이 필요할 것이다.

결론적으로, 지역 내 중심의 의뢰·회송 체계 개편과 필수의료에 대한 추가 가산 지원은 지역 완결형 의료체계 구축을 위한 중요한 전략이다. 이를 통해 지역 의료서비스의 질적 향상, 의료자원의 효율적 활용, 그리고 환자의 의료 접근성 개선을 도모할 수 있을 것이다.

다. 지역 내 기관·인력 협력지원

지역 내 기관·인력 협력 지원은 필수의료 영역에서 단일 의료기관으로 대응하기 어려운 문제를 해결하기 위한 중요한 전략이다. 이를 위해 다양한 ‘지역 내 의료기관·인력 간 협력’ 체계 구축을 지원하는 방안이 필요하다.

첫째, 지역 내 의료기관의 순환당직제 도입을 고려해야 한다. 개별 의료기관에서 24시간·365일 대응이 어려운 중증응급질환에 대해서 지역 내 병원 간 순환당직제(요일별 당번병원제)를 확대하고 이에 대한 보상을 강화해야 한다. 예를 들어, 지자체 주도로 주기적인 응급의료 자원조사를 실시하고, 이를 기반으로 관내 응급 의료기관 간 조율을 통해 365일 순환당직 일정을 편성하고 공유하는 방식을 고려할 수 있다. 이를 통해 한정된 의료 자원을 효율적으로 활용하면서도 지역 주민들에게 지속적인 응급의료 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

둘째, 지역전문치료팀 신설을 추진해야 한다. 중증·응급환자의 이송·전원 및 최종치료까지 신속하게 연계하는 세부 서비스 모형을 개발하고, 이에 대한 팀 단위 보상방안을 마련한 후 건강보험 시범사업을 추진할 필요가 있다. 예를 들어, 심뇌혈관질환 인적네트워크 건강보험 시범사업과 같은 모델을 고려할 수 있다. 이러한 지역전문치료팀은 환자의 상태에 따라 적절한 의료기관으로의 신속한 이송과 전문적인 치료를 보장함으로써, 중증·응급질환에 대한 치료 성과를 향상시킬 수 있을 것이다.

셋째, 지역 내 네트워크 보상체계를 구축해야 한다. 의료기관 간 협력을 유도하는 지역 내 네트워크 단위 평가·보상을 추진해야 한다. 예를 들어, 권역필수의료 네트워크 참여기관에 대한 보상 제도를 도입할 수 있다. 이는 개별 의료기관의 성과뿐만 아니라 지역 의료 네트워크 전체의 성과를 평가하고 보상함으로써, 의료기관 간 협력을 강화하고 지역 의료 서비스의 질적 향상을 도모할 수 있을 것이다.

이러한 지역 내 기관·인력 협력 지원 정책은 여러 가지 긍정적인 효과를 가져올 수 있다. 첫째, 의료 자원의 효율적 활용이 가능해진다. 순환당직제와 지역전문치료팀 운영을 통해 한정된 의료 자원을 시간대별, 요일별로 효율적으로 배분하여 활용할 수 있다. 둘째, 의료 서비스의 연속성과 질적 향상을 도모할 수 있다. 의료기관 간 협력을 통해 환자에게 필요한 의료 서비스를 끊임 없이 제공할 수 있으며, 각 의료기관의 전문성을 결합하여 더 나은 치료 결과를 얻을 수 있다. 셋째, 지역 의료 역량의 전반적인 강화를 기대할 수 있다. 의료기관 간 협력과 정보 공유를 통해 각 의료기관의 역량이 향상되고, 이는 결과적으로 지역 전체의 의료 서비스 질 향상으로 이어질 수 있다.

그러나 이러한 정책들이 성공적으로 시행되기 위해서는 몇 가지 과제가 있다. 첫째, 의료기관 간 정보 공유체계의 구축이 필요하다. 효과적인 협력을 위해서는 환자의 의료 정보가 의료기관 간에 원활하게 공유되어야 한다. 이를 위해 전자의무기록(EMR) 시스템의 표준화

와 의료정보 교류 플랫폼 구축 등이 선행되어야 할 것이다. 둘째, 공정하고 객관적인 평가 체계의 마련이 필요하다. 네트워크 단위의 평가와 보상이 효과적으로 이루어지기 위해서는 평가지표의 타당성, 평가 과정의 투명성 등이 확보되어야 한다. 셋째, 의료기관과 의료인의 적극적인 참여를 유도하는 인센티브 체계의 구축이 필요하다. 협력체계 참여에 따른 이점이 명확히 제시되어야 의료기관과 의료인의 자발적인 참여를 이끌어낼 수 있을 것이다.

4. 【인력병상】 지역완결 의료체계 구축을 위한 인력·병상 확충 지원

가. 지역필수의료 인력확충 지원

〈표 5-10〉 지역필수의료 인력확충 방안

접근방식	인력확충 대책	건강보험 지원
전문의 고용확대	전문의 중심병원 도입	전문의 수↑ ⇒ 보상↑
탄력적 인력활용	예: 개원의 병원순환근무, 전문의 team단위 근무제 개발	인력직접보상, Team단위보상 도입
진료외 인력보상	연구·교육 중심 일자리 확대 (예: 지역 연구중심병원 확대)	진료 외 연구·교육 인력 보상↑ (*의과학자 포함)

자료: 신현웅 외(2023), 『제2차 국민건강보험 종합계획(24~28) 수립 및 실천방안 제안 연구』

지역·필수의료 분야의 인력확충을 위한 지원 확대는 의료 서비스의 질적 향상과 지역 간 의료 격차 해소를 위한 중요한 과제이다. 이를 위해 다양한 접근 방식과 대책, 그리고 이에 따른 건강보험 지원 방안을 고려해야 한다.

첫째, 전문의 고용확대를 통한 인력확충이 필요하다. 이를 위해 전문의 중심병원 도입을 대책으로 고려할 수 있다. 이는 전문의 수 증가로 이어질 것이며, 결과적으로 보상 증가로 연결될 수 있다. 전문의 중심의 의료 서비스 제공은 의료의 질을 높이고, 환자의 신뢰도를 향상시킬 수 있다.

둘째, 탄력적 인력활용 방안을 모색해야 한다. 예를 들어, 개원의 병원순환근무나 전문의 team 단위 근무제 개발 등을 고려할 수 있다. 이는 인력집중보상과 Team 단위보상 도입으로 이어질 수 있다. 탄력적 인력활용은 의료 인력의 효율적 배치와 활용을 가능하게 하며, 의료 서비스의 연속성을 보장할 수 있다.

〈표 5-11〉 탄력적 인력활용 예시

구분	예시
전문의 팀파견제도	• 수도권 병원, 상종·국립대 병원 소속 전문의 3명이 팀을 이루어 지방병원에 파견근무 수행(주 생활거주지는 수도권·대도시, 일주일에 1~3일 지방근무 형태)
개원의 외래교수제도	• 개원의가 일주일에 1~3일 병원에 근무(병원 외래진료교수 자격부여)
개방형협력진료제도	• 일정수준의 자격이 있는 개원의, 봉직의가 협력하여 수술(인력직접보상)

자료: 신현웅 외(2023), 『제2차 국민건강보험 종합계획(24~28) 수립 및 실천방안 제안 연구』

셋째, 진료외 인력보상 방안을 마련해야 한다. 연구·교육 중심 일자리 확대, 예를 들어 지역 연구중심병원 확대 등을 고려할 수 있다. 이는 진료 외 연구·교육 인력 보상 증가로 이어질 수 있다. 이러한 접근은 의료인력의 다양한 역량을 활용하고, 지역 의료 발전을 위한 연구와 교육 기반을 강화할 수 있다.

이러한 다각적인 접근을 통해 지역·필수의료 분야의 인력 확충을 도모할 수 있다. 전문의 고용 확대는 의료 서비스의 질을 높이고, 탄력적 인력 활용은 한정된 의료 자원의 효율적 사용을 가능하게 한다. 또한, 진료 외 인력에 대한 보상은 의료인력의 다양한 역량을 활용하고 지역 의료 발전의 기반을 마련할 수 있다.

그러나 이러한 정책들이 성공적으로 시행되기 위해서는 몇 가지 고려해야 할 점이 있다. 첫째, 재정적 지원이 충분히 이루어져야 한다. 인력 확충과 보상 증가에 따른 비용 증가를 감당할 수 있는 재정적 기반이 마련되어야 한다. 둘째, 의료인력의 지역 간 균형 배치를 위한 추가적인 인센티브 제도가 필요할 수 있다. 의료 취약지역에서의 근무를 장려하기 위한 특별 보상 제도 등을 고려해볼 수 있다. 셋째, 의료인력의 업무 환경 개선도 함께 이루어져야 한다. 단순히 보상 증가만으로는 인력 확충의 효과가 제한적일 수 있으므로, 근무 환경 개선, 업무 부담 완화 등의 노력도 병행되어야 할 것이다.

나. 지역·필수의료 중심 인력활용 규제개선 검토

지역·필수의료 분야의 인력 확충과 서비스 질 향상을 위해서는 현행 제도의 개선과 새로운 접근 방식이 필요하다. 특히 인력활용의 규제 개선과 의료분쟁 프로세스 개선이 중요한 과제로 대두되고 있다.

인력활용 규제 개선과 관련하여, 현재 지역·필수의료인력 확보를 위한 다양한 인력활용 모델이 논의되고 있으나, 현행 의료법에서의 제한과 가이드라인 부재 등으로 현실화가 어려운 상황이다. 이에 대응하여 규제 완화 및 가이드라인 제정 등을 통해 의료인들이 유연하고 탄력적으로 근무할 수 있는 환경을 조성하는 등 지역·필수의료 공백 해소에 대응할 수

있는 효과적 방안 모색이 필요하다. 예를 들어, 의료인의 겸직 허용 범위 확대, 비대면 진료의 허용 범위 확대, 의료기관 간 인력 공유 모델 도입 등을 고려해볼 수 있다. 이러한 규제 개선은 의료 인력의 효율적 활용을 가능하게 하여 지역 간 의료 격차 해소에 기여할 수 있을 것이다.

[그림 5-12] 인력활용 규제개선 예시

<p>필수의료분야 대상 의료인 겸직 해제 검토 (진료의 소속 및 공간의 한계 극복)</p> <p>의료법 제33조 8항</p> <p>②제2항제1호의 의료인은 어떠한 명목으로도 둘 이상의 의료기관을 개설·운영할 수 없다. 다만, 2 이상의 의료인 면허를 소지한 자가 의원급 의료기관을 개설하려는 경우에는 하나의 장소에 한하여 면허종별에 따른 의료기관을 함께 개설할 수 있다.</p>	<p>필수의료분야 국립대병원 인력증원 검토 (공공임상교수제 운용과 연계)</p> <p>공기업·준정부기관의 경영에 관한 지침</p> <p>현행 전문의 파견사업*은 국립대병원 자체의 인력확보 및 추가 정원 지원이 없는 상태(교원 신분이 아닌 촉탁 또는 전임 교수 등의 신분)로 활성화가 어려운 상황</p> <p><small>* 지역거점공공병원 의료인력 파견사업, 공공임상교수제 시범사업 등</small></p>	<p>개방형 병원 활성화를 위한 세부기준 마련 (보상 + 법/제도 기반)</p> <p>개방병원제도 활성화하려면 수가·의료분쟁 문제 해결해야</p> <p>법적·제도적 기반, 수가제도, 공공의료인력 정책지원 거버넌스 마련 등 필요</p> <p>"개방병원제도"는 지역에 부족한 필수 의료인력 확보를 위한 기관 간 연계협력 방안 이 될 수 있다</p>
--	--	---

의료분쟁 프로세스 개선과 관련해서는, 필수의료 진료과를 기피하는 요인으로 의료사고 부담이 큰 영향을 미치고 있다. 이에 대응하여 필수의료에 한해 의료분쟁 프로세스를 개선할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 이 과정에서 공급자 측면의 의료사고에 대한 부담 완화와 수요자 측면의 기본적 권리 보장에 대한 균형을 고려한 개선방안 논의가 필요하다. 예를 들어, 필수의료 분야에 대한 의료사고 보상 제도의 개선, 의료분쟁 조정 절차의 간소화, 의료인에 대한 법적 보호 강화 등을 고려해볼 수 있다. 동시에 환자의 권리와 안전을 보장하기 위한 의료 질 관리체계 강화도 함께 이루어져야 할 것이다.

이러한 제도 개선은 지역·필수의료 분야의 인력 확충과 서비스 질 향상에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다. 인력활용의 유연성 증대는 의료 인력의 효율적 배치와 활용을 가능하게 하여 의료 서비스의 접근성을 높일 수 있다. 또한, 의료분쟁 프로세스의 개선은 의료인들의 필수의료 분야 기피 현상을 완화하고, 동시에 환자의 권리도 보장함으로써 의료 서비스의 질적 향상을 도모할 수 있다.

그러나 이러한 제도 개선이 성공적으로 이루어지기 위해서는 몇 가지 고려해야 할 점이 있다. 첫째, 규제 완화와 가이드라인 제정 과정에서 의료의 질과 안전성이 저하되지 않도록 주의해야 한다. 둘째, 의료분쟁 프로세스 개선 시 환자의 권리가 침해되지 않도록 균형 있는 접근이 필요하다. 셋째, 이해관계자들 간의 충분한 논의와 합의 과정이 선행되어야 한다.

결론적으로, 인력활용 규제 개선과 의료분쟁 프로세스 개선은 지역·필수의료 분야의 발전을 위한 중요한 과제이다. 이러한 제도 개선을 통해 의료 인력의 효율적 활용과 필수의료 분야의 인력 확충, 그리고 의료 서비스의 질적 향상을 도모할 수 있을 것이다.

다. 면허·개원의 제도 정비

현재 우리나라 의료체계는 의사면허 취득 후 별도의 자격 검증 없이 즉시 개원이 가능한 구조로 되어 있다. 이는 급변하는 의료 환경에 부적합할 뿐만 아니라, 의료 서비스의 질적 보장에 대한 우려를 낳고 있다. 또한, 개원의들의 전문진료과목 표시에 대한 관리체계가 미흡하여 국민들에게 혼란을 주는 경우가 많아지고 있다. 이러한 상황에서 지역 및 필수의료 인력의 도시 집중화로 인해 지역 병원들이 인력 확보에 어려움을 겪고 있어, 이에 대한 대책 마련이 시급한 실정이다.

[그림 5-13] 개원의 관련 문제의식



이러한 문제점들을 해결하고 국민에게 안전하고 질 높은 의료서비스를 보장하기 위해 면허제도와 개원의 제도의 개선이 필요하다. 먼저, 면허제도 개선 방안으로는 의사면허 취득 후 일정 기간의 수련이나 추가적인 자격 검증 과정을 도입하는 것을 고려해볼 수 있다. 이는 신규 의사들의 임상 경험을 보장하고 의료 서비스의 질을 높이는 데 기여할 것이다. 또한, 주기적인 면허 갱신 제도를 도입하여 의사들의 지속적인 전문성 개발을 유도할 수 있다. 이때 지역 의료기관 근무를 면허 갱신 요건으로 고려한다면 지역 의료인력 확보에도 도움이 될 것이다.

다음으로, 개원의 제도 개선 방안으로는 전문진료과목 표시에 대한 엄격한 관리체계를 마련하여 무분별한 과목 표시를 방지하고, 국민들에게 정확한 정보를 제공할 수 있도록 해야 한다. 이를 위해 개원 시 전문의 자격에 따른 진료과목 표시 제한, 개원의에 대한 정기적인 심사 및 평가 시스템 도입 등을 검토할 수 있다.

이러한 제도 개선을 통해 국민에게 안전하고 질 높은 의료서비스를 보장하고, 지역·필수 의료 인력 유출을 방지하며 지역 병원의 인력 확보에도 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

또한, 의료 서비스에 대한 국민의 신뢰도 향상에도 긍정적인 영향을 미칠 것이다. 다만, 이러한 개선 방안들은 단순히 규제를 강화하는 것이 아니라 의료 서비스의 질을 높이고 국민의 신뢰를 얻는 것을 목표로 해야 한다.

라. 병상관리기전 제도화

현재 지자체 자율에 맡겨져 있는 병상관리 기전을 중앙-지자체 협력적 관리체계로 전환하고, 병상의 신설-운영-퇴출 단계별 평가 및 인센티브 기전을 마련하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 예를 들어 「제3기 병상수급 기본시책(2023-2027)」과 연계하여 추진될 수 있다.

[그림 5-14] 「제3기 병상수급 기본시책」 중 병상관리 기준

수급 분석 결과	지역구분	병상관리 방향
과잉 -인구수/유출입 기준 모두 공급 과잉	→ 공급 제한	→ •병상 공급 제한 •점진적 병상수 축소 유도
관찰 -인구수/유출입 기준 중 하나가 공급 과잉	→ 공급 조정	→ •원칙상 병상 공급 제한 •기능전환 등을 통하여 병상자원의 적정화 도모
부족 -인구수/유출입 기준 모두 공급 부족	→ 공급 가능	→ •수요량의 최소 범위에서 공급 가능

자료: 보건복지부(2023), 「제3기 병상수급 기본시책」 보도자료

다음으로, 병상의 전 주기별 관리를 위해 신설-운영-퇴출 단계별 평가 및 인센티브 기전을 마련한다.

구분	예시	건강보험 지원
신설단계	- 병상별 기능 및 필요도, 기준충족 여부 등 평가	→ 평가 외 병상 신설시 해당 병상 보상률 차감
운영단계	- 병상별 인력 등 기준충족 및 질 평가	→ 인력 및 질 기반 차등보상 (예: 간호등급제)
퇴출단계	- 기준 미충족, 기능이 다한 병상 퇴출경로 마련	→ 병상 축소 인센티브 (예: 일본 사례)

자료: 신현웅 외(2023), 『제2차 국민건강보험 종합계획(24~28) 수립 및 실천방안 제안 연구』

신설 단계에서는 병상과잉 지역에 대해 비필수의료 분야의 병상 신·증설을 제한한다. 병상 신·증설 시 해당 병상에 대한 기능 및 필요도, 인력·시설 기준충족 여부 등을 평가하고,

평가 외 병상 신설 시 해당 병상에 대한 건강보험 보상을 차감한다.

운영 단계에서는 병상당 전문의 인력기준을 설정하고, 인력수준에 따른 차등보상을 적용한다. 병상당 필요 전문의 수가 부족할 경우 보상을 차감하여 무분별한 병상 신·증설을 억제하도록 유도한다. 다만, 단기적으로는 지역의료기관을 대상으로 필수의료 분야에 한해 병상당 전문의 수 증가 시 가산 형태로 운영한다.

퇴출 단계에서는 병상별 기준 미충족(인력, 질) 또는 기능이 다한 병상의 퇴출경로를 마련한다. 디스인센티브로 3분기 연속 인력, 질 기준 미충족 시 건강보험 보상을 삭감하고, 인센티브로는 병상 축소 병원에 대해 일부 병상수의 보상, 각종 평가·인증제도 가점 부여 등을 제공한다. 이는 일본의 사례를 참고한 것으로, 일본에서는 병상 축소 시 지역의료개호기금 등을 활용하여 해당 의료기관에 일부 보상을 제공하고 있다.

이러한 병상관리 기전 제도화 및 전 주기별 관리 방안을 통해 지역별 의료 수요에 맞는 적정 병상 공급을 유도하고, 의료자원의 효율적 활용을 도모할 수 있을 것으로 기대된다. 또한, 필수의료 분야에 대한 인센티브 제공을 통해 지역 간 의료 격차를 줄이고 의료 접근성을 개선하는 데 기여할 수 있을 것이다. 다만, 이러한 제도 변화가 의료기관과 지역사회에 미치는 영향을 고려하여 단계적으로 추진하고, 지속적인 모니터링과 평가를 통해 개선해 나가는 것이 중요할 것이다.

참고문헌

보건복지부, 「지속가능한 진료체계 확립을 위한 상급종합병원 구조전환 방향」, 보도자료, 2024. 7. 11.

보건복지부, 「제3기 병상수급 기본시책(2023-2027)」, 보도자료, 2023. 8. 8

신현웅·김희년·어나금·장성인·유정훈·문선영, 『필수의료 지원 강화를 위한 공공정책수가 도입방안』, 보건복지부·보건사회연구원, 2023.

신현웅·박은철·홍석철·신영석·윤석준 외, 『제2차 국민건강보험 종합계획(24~28) 수립 및 실천방안 제안 연구』, 보건복지부·보건사회연구원, 2023.

제6장

(장기) 공공임대주택 지원·관리체계 장기 전략

이창무(한양대학교)

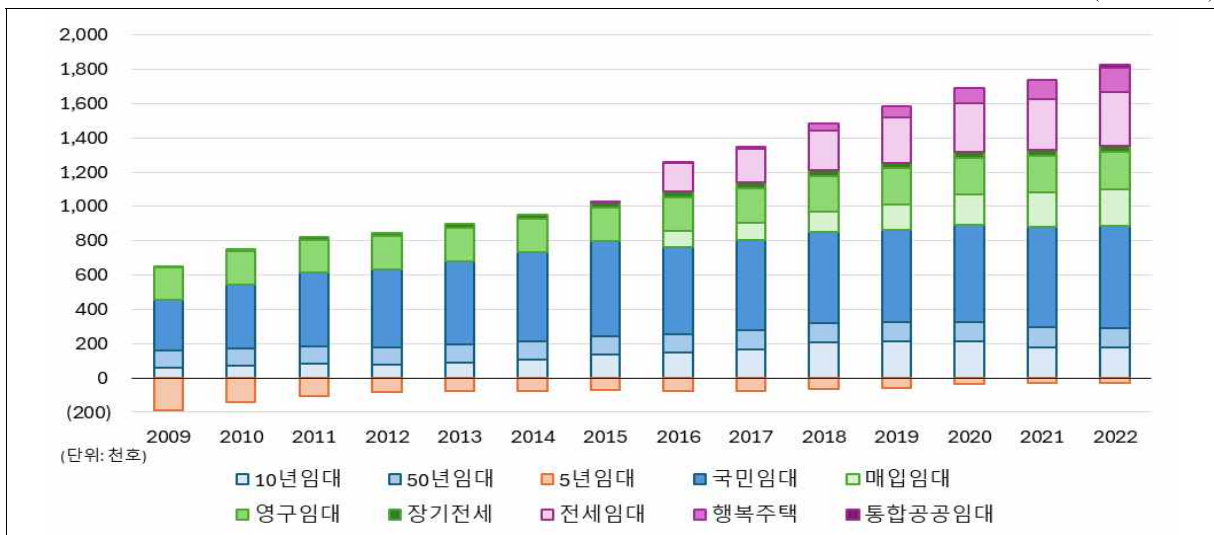
제1절 장기 공공임대주택 현황과 과제

1. 장기공공임대주택 공급 현황 및 장기 전망

2022년 기준 공공임대주택의 재고는 186만호(전체 주택재고 1,915만호의 9.7%)가 공급·운영 중에 있다. 유형별로는 2022년 기준 국민임대주택 약 60만호(전체 중 32.2%), 영구임대주택 22만호(전체 중 11.8%), 행복주택은 14만호(전체 중 7.7%)의 비중을 나타내고 있다. 장기공공임대주택에 포함되지 않는 5년 공공임대의 경우는 임대 후 5년 이내에 분양되기 때문에 상당한 물량이 공급되었음에도 재고량은 지속적으로 감소하는 추이를 보이고 있다. 그럼에도 장기공공임대주택의 재고량은 2016년부터 급속히 증가하였다.

[그림 6-1] 연도별 공공임대주택 재고 현황

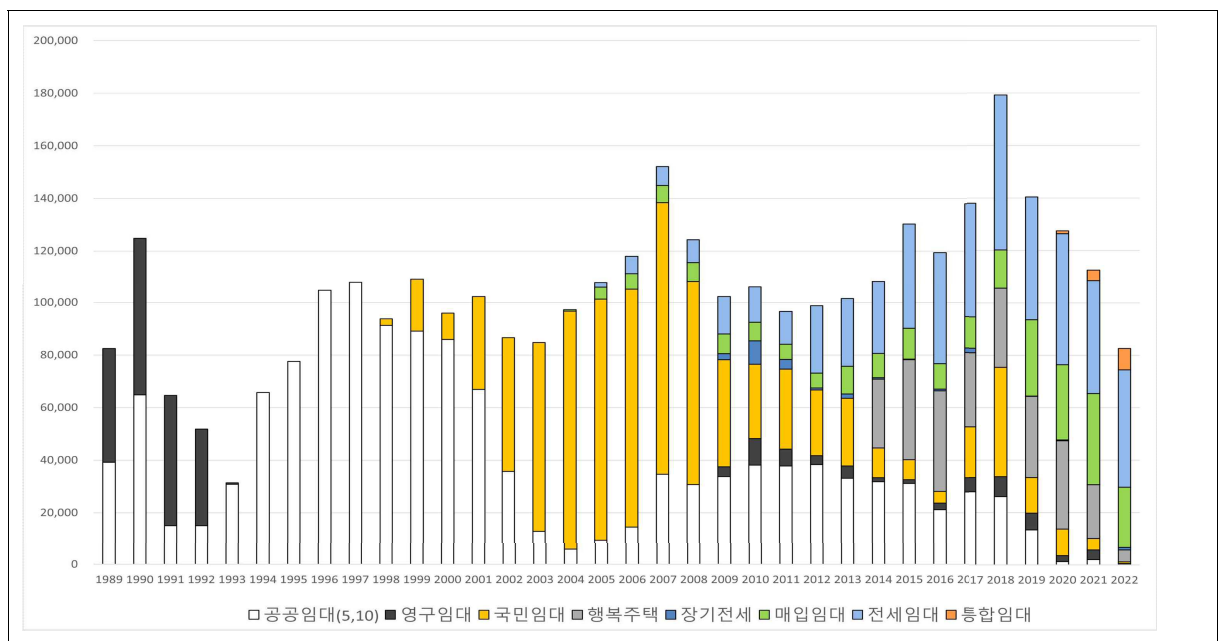
(단위: 천호)



출처: 국토교통부, 「임대주택 통계 임대주택 재고현황」(2007~2019, 2020~2021, 2022) 활용 저자 작성.

이러한 재고의 급속한 증가를 만들어낸 공공임대주택의 신규 건설은 초기인 1990년 전후 영구임대주택에서 시작하여, 주로 5년 공공임대주택으로 진행되던 1990년 후반을 거쳐, 2000년대 전반 장기공공임대주택의 주요 유형인 국민임대주택으로 이어졌다. 2000년대 후반부터는 다양한 유형의 임대주택 공급이 추진되다가, 2020년 전반부터 각 유형을 통합한 통합임대의 형태로 담아내기 시작하였다. 연간 인허가물량이 박근혜 정부 시기 공급확대 정책의 결과로 2018년에는 18만호에 달하는 공공임대주택 물량의 인허가가 발생했다.

[그림 6-2] 공공임대주택 연도별, 유형별 공급량(사업승인 기준)



주: 주택업무편람(2023)의 임대주택 공급현황 중 사원임대를 제외한 공공임대주택
출처: 국토교통부, 『주택업무편람』(2023) 활용 저자 작성

장기공공임대주택 공급에 대한 드라이브로 2022년 장기공공임대주택 재고율이 9%로 그 리고 2025년에는 10%에 진입할 것으로 예상하고 있어(국토교통부 2020) 강도 높게 추진해 온 공공임대주택 공급 확대 정책의 성과가 충분히 달성되었다고 볼 수 있는 상황이다. 이미 인구 감소기 및 저성장기가 도래하였음을 감안하면 공공임대주택의 공급의 강도를 어떻게 조정해야 할지, 그리고 어떤 강도의 공급이 수용가능한 수준인지에 대한 고민이 필요한 시점이다.

[그림 6-3] 장기공공임대주택 재고율 추이

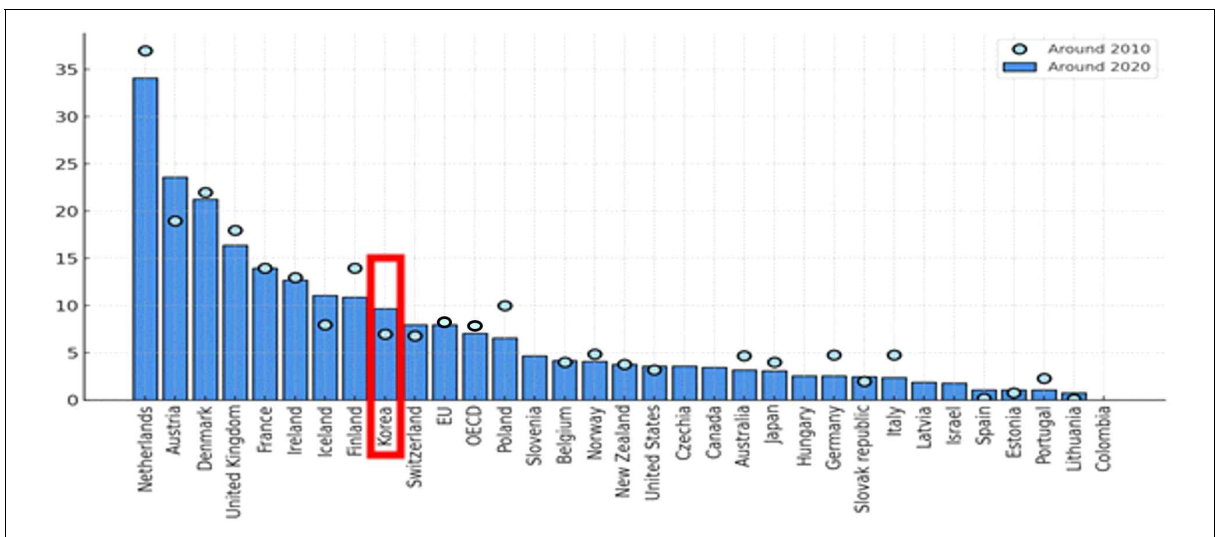


출처: 국토교통부(2020)

2. 공공임대주택 재고 국제 비교

우리나라 공공임대주택 정책은 임대주택의 유형을 늘리고 공급을 확대하며 여전히 공급 물량이나 정책적 중요도에 있어 확대기에 있다고 판단된다. 2022년 공공임대주택 재고는 186만호로 재고율이 9.7%로 OECD 평균(8%)보다 높게 나타난다. 상세히 비교하면, 네덜란드, 덴마크, 오스트리아, 영국, 프랑스, 아일랜드, 아이슬란드, 핀란드에 이어 9위 수준이다. 공공임대주택 비율이 높아지는 국가가 소수에 불과함을 고려하면 국내 공공임대주택 재고 비율 급증은 일반적인 추세는 아니라고 할 수 있다.

[그림 6-4] 주요 국가의 공공임대주택(사회주택) 재고율 추이

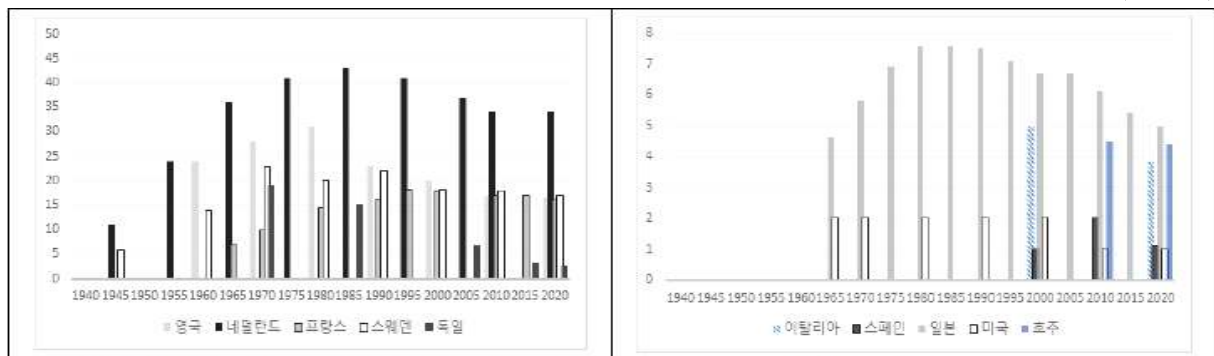


주: 1. OECD에서 집계한 최근 자료의 경우 나라별로 기준시점이 상이하여, around(부근)로 표기
2. 한국의 경우 2022년 통계가 가장 최신이므로 이를 기준으로 저자 산정
출처: OECD(2024) 활용 저자 작성

대부분 선발 국가에서 공공임대주택 가구비율은 일정 기간 증가한 후 감소하는 추세를 보이고 있으며, 해당 정부는 최근 공공임대주택 확대보다는 시세보다 저렴한 민간임대주택의 공급 확대를 통한 주거지원 정책을 시도하고 있다(김수현, 2022). 국내에서도 이미 도래한 인구 감소기, 그리고 저성장기 공급 여력의 위축을 감안하면, 공공임대주택 공급 확대 드라이브로부터의 출구전략을 모색하면서 부담가능한 민간임대의 역할을 증진시킬 필요가 있는 상황이 아닌가 싶다.

[그림 6-5] 주요 국가의 공공임대주택 거주가구 비중 추이

(단위: %)



주: 시각적 이해의 편의를 위해 비율이 높은 국가와 낮은 국가로 나누어 그렸다.

자료: 영국(Whitehead, 2014), 네덜란드(Elsinga & Wassewenberg, 2014), 프랑스(진미운 외, 2019), 일본(総務省 統計局, 각 년도), 독일(Kofner, 2017), 스웨덴, 미국(진미운·김수현, 2017), 호주(OECD, 2022); 가장 최근 자료는 Housing Europe, 2021; OECD, 2022 등에서 재구성.

출처: 김수현(2022)

제2절 인구 감소기 공공임대주택 운영 여건 변화

1. 인구 감소기의 수요 및 공급 여건 변화

가. 인구 및 가구 구조 변화

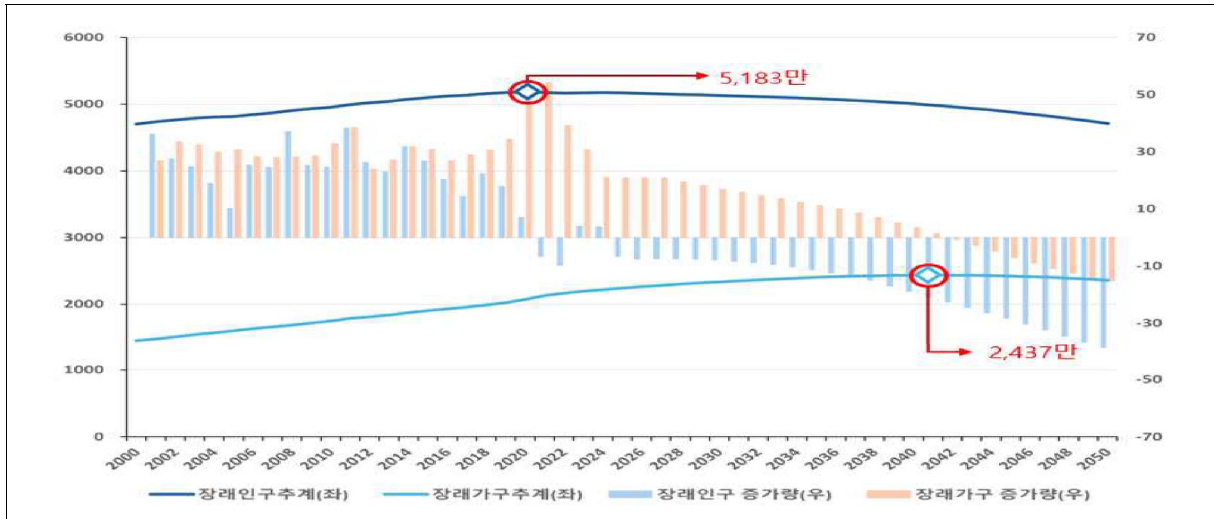
우리나라는 저출산과 고령화로 인구구조의 급격한 변화를 맞이하고 있다. 장래인구추계와 장래가구추계 역시 감소하는 추세를 보이고 있는데, 이에 따라 장기 주택수요는 점진적으로 감소할 것이다. 수요가 감소해 신규 주택 공급 여력도 약해진다면, 자연스럽게 신규 공공임대주택의 공급 여력도 약화하리라 판단된다.

통계청 자료에 참고하여 인구추계를 확인했을 때, 현재 2024년 5,175만명에서 2054년 4,535만명으로 감소할 것으로 보이며, 가구수 추계는 2022년 2,166만에서 2041년 2,437만가구를 정점으로 감소할 것으로 전망된다. 장기적 관점에서 저출산과 고령화로 인해 향후 주

택수요 증가가 급격히 둔화되고, 따라서 신규주택공급도 지속적으로 위축될 것으로 예측된다. 이는 신규주택 공급량의 일정 부분을 차지할 수밖에 없는 공공임대주택의 신규 공급의 합리적인 강도에 대한 논의가 필요할 것이다.

[그림 6-6] 장래인구·가구추계 및 증가량 추이

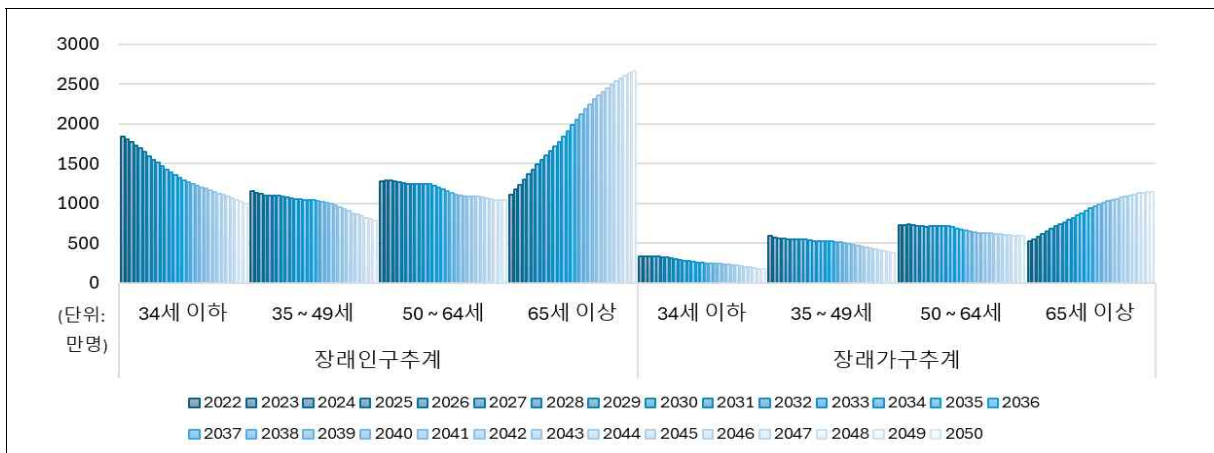
(단위: 만명)



출처: 통계청, 「장래인구추계」, 「장래가구추계」, KOSIS, 2024. 5. 20.

연령별 구성의 경우, 청년인구와 청년가구는 급감하며, 65세 이상인 고령인구와 고령가구는 꾸준히 증가하는 추세를 보인다. 이는 고령화 사회로의 전환이 가속화되고 있음을 시사하며, 향후 65세 이상 고령 인구와 가구의 비중이 다른 연령대에 비해 크게 높아질 것으로 예상된다. 향후 주거지원을 필요로 하는 노년가구가 지속적으로 증가할 것이므로 이들의 주거안정을 공공임대주택의 공급확대로 풀어내는 것이 바람직하고 또 가능한지에 대한 고민과 해법이 요구된다.

[그림 6-7] 연령별 장래인구 및 장래가구추계



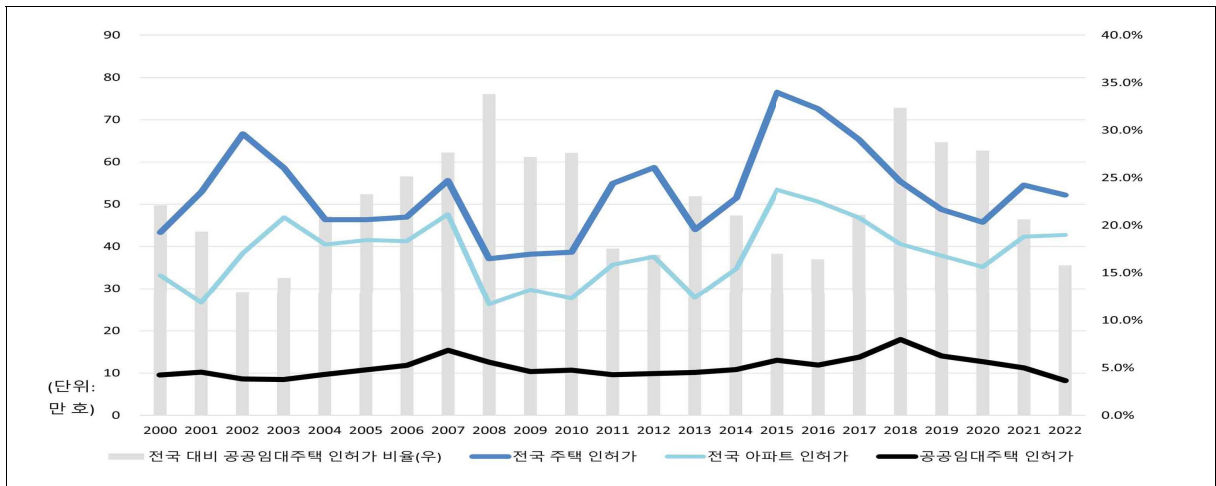
출처: 통계청, 「장래인구추계」, 「장래가구추계」, KOSIS, 2024. 5. 20.

나. 장래 신규주택공급 추이와 공공임대주택 공급의 여력 평가

공공임대주택의 공급 추이를 보면 전국의 주택 인허가물량 중 차지하는 공공임대주택 공급(사업승인 기준) 비율이 2012년 16.9%에서 2018년 32.4%로 상승한 후 지속적으로 하락하여 2022년에는 15.8%까지 감소하였다. 이러한 추이는 주택수요요인인 가구수 증가가 급격히 둔화되고 있고, 금리 급등 및 건설원가의 급격한 상승 등 공급 여건이 악화된 영향으로 파악된다. 다만 이러한 여건은 향후 장기적으로 개선되기가 쉽지 않으리라고 예상되어, 과거 성장기처럼 개발이익을 기반으로 공공임대주택의 공급을 적극적으로 확대하기는 쉽지 않을 것으로 판단된다.

인구 감소 및 고령화에 따른 인구구조의 변화가 주택 수요 감소로 예상되는 상황에서 무분별한 공공임대주택의 공급 확대는 정부 재정 부담의 증가와 민간 건설 시장의 축소를 발생시킬 수 있다. 이에 공공임대주택 정책의 공급 출구전략과 소비자 보조로의 전환을 통해 재정적 효율성을 높이는 방향으로의 논의가 불가피한 상황이다.

[그림 6-8] 공공임대주택 공급 비중 추이(인허가 기준)



주: 전국 주택 및 아파트는 인허가 기준

출처: 국토교통부, 「임대주택 공급 통계」 및 「주택건설실적통계」 활용 저자 작성

2. 공공임대주택 노후화

1989년부터 30년간 연평균 10만 3천호의 신규 공공임대주택을 공급해왔고, 2022년 기준 186만호의 공공임대주택 재고량을 기록하고 있다. 그 결과 준공된 지 30년 이상된 노후주택의 재고가 누적되고 재정비를 준비해야 하는 시점이 되었다. 한국토지주택공사(LH)와 서울주택도시공사(SH)의 재고를 기준으로 노후도를 살펴보면, 2022년 기준 공공건설임대주택 중 20년 이상인 주택은 25만 5천호로 전체의 약 30%에 해당하며, 30년 이상 경과한 주택은

8만 8천호로 약 9%를 차지한다. 향후 노후 공공임대주택의 재고 수는 지속 증가할 것으로 예상된다.

〈표 6-1〉 노후도에 따른 공공임대주택 재고수 현황(LH와 SH 중심)

(단위: 호, %)

경과연수	호수	비율
10년 미만	318,570	33.5
10~15년 미만	255,546	26.9
15~20년 미만	121,544	12.8
20~25년 미만	62,241	6.5
25~30년 미만	105,349	11.1
30년 이상	88,197	9.3
합계	951,447	100.0

주: 원자료 공공데이터포털 한국토지주택공사 임대주택단지 정보-건설(2022. 05. 09.), 공공데이터포털 서울주택도시공사 공공주택현황(2022. 2. 28)

출처: 국토교통부, 『주거안정 강화 방안 연구』 2023.

세부적으로 살펴보면 전국에서 건설형 공공임대 173만 7,078호 중 상당수 임대아파트의 노후화가 심화되는 중이며, 시설개선사업 기준인 15년 이상 경과 주택은 영구임대의 95.6%, 50년 공공임대의 100%, 국민임대의 46.5%에 달한다.

[그림 6-9] LH 건설임대주택 연도별 공급현황 및 경과연수



출처: 이영은 외(2023)

증가하는 임대주택 공급과 더불어, 이를 책임지고 있는 정부기관 및 지방공사의 재정압박이 증가해왔다. 임대료 상승 억제, 관리비 연체율 증가, 임대사업주체의 재원확보 부족 등으로 임대사업자의 경영은 갈수록 악화되고 있는 실정이다(김성희·송승현, 2012). 이런 상황에서 공동주택의 경우 준공 후 일정 시점이 지나면 노후화가 가속되며, 10년이 지나면 노후화로 인해 유지관리 비용이 가파르게 증가하기 시작한다. 1989~1992년 집중 공급된 영구임대주택의 경우 노후화 진행에 따른 수선·관리비용의 증가가 심각한 수준이며, 이러한

유지관리비용 상승은 입주자 및 임대사업자의 관리비 부담으로 연결될 수 있다.

가장 노후화된 영구임대주택의 경우 입지적으로 건설 이후 급격히 확장된 도시권내 도심에 인접한 위치로 변모한 관계로 고밀복합 이용에 대한 시장 압력이 증대되고 있다. 따라서 향후 토지의 저이용 문제가 공론화되고, 영구임대주택 거주자의 사망 등으로 인해 공실이 발생한다면 재정비 사업을 통해 토지이용의 효율화를 도모할 필요가 있다. 그러나 공공임대주택 재정비 사업은 입주자의 이주와 철거 후 신축 행위가 이루어지기에, 중앙정부의 적극적 행정지원과 입주자 이주를 위한 지자체 협의, 부지 마련, 타 관련사업과의 연계 방안 마련 등의 제도적 근거 마련이 필요하다.

전국 공공임대 173만 7,078호 중 15년 이상 경과 장기공공임대주택은 32만 4,730호 (18.7%)이며 적어도 21~23만호 이상이 사용 30년 이상으로 노후도가 심각한 상황이다. 이 중 4층 이상이면서도 엘리베이터가 없는 주택은 고령자의 거주가 불가능해 장기 공실이 발생하기도 한다. 이러한 임대단지는 현재 13개 단지로 공공임대 50년 1개 단지를 제외하면 모두 영구임대단지이다.

〈표 6-2〉 LH 장기임대단지 중 E/V미설치 단지와 공실률

시군구	임대유형	아파트 구조	층수		공실률	
			최고	최저	공실수	비율(%)
동구(대구)	영구	복도식	지상 6층	지하 1층	27	3.1
동구(대구)	영구	복도식	지상 6층	지하 1층	31	3.2
동구(대전)	영구	계단식	지상 6층	지하 1층	130	20.8
삼척시	영구	복도식	지상 6층	지하 1층	11	3.1
춘천시	영구	계단식	지상 5층	-	0	-
김해시	영구	복도식	지상 6층	지하 1층	13	2.4
진주시	영구	복도식	지상 6층	지하 1층	6	1.3
창원시	영구	계단식	지상 6층	지하 1층	0	-
구미시	영구	복도식	지상 6층	지하 1층	81	13.5
나주시	영구	복도식	지상 6층	지하 1층	31	10.8
목포시	영구	복도식	지상 6층	지하 1층	61	12.7
부여군	공임50	계단식	지상 5층	-	0	-
천안시	영구	계단식	지상 6층	지하 1층	2	0.4

출처: 이영은 외(2023).

LH 건설임대주택 577,059호(936단지) 중 30년 이상 경과된 노후 임대주택은 57,776호 (10.8%, 83단지)로 모두 영구임대주택이며, 이는 전체 영구임대단지 97,244호의 59.4%이다. 향후 10년 이내 재정비 대상에 근접할 15년 이상 경과 주택은 영구임대의 95.6%(92,964호), 50년 공공임대의 100%(25,201호), 국민임대의 46.5%(211,397호)가 포함된다.

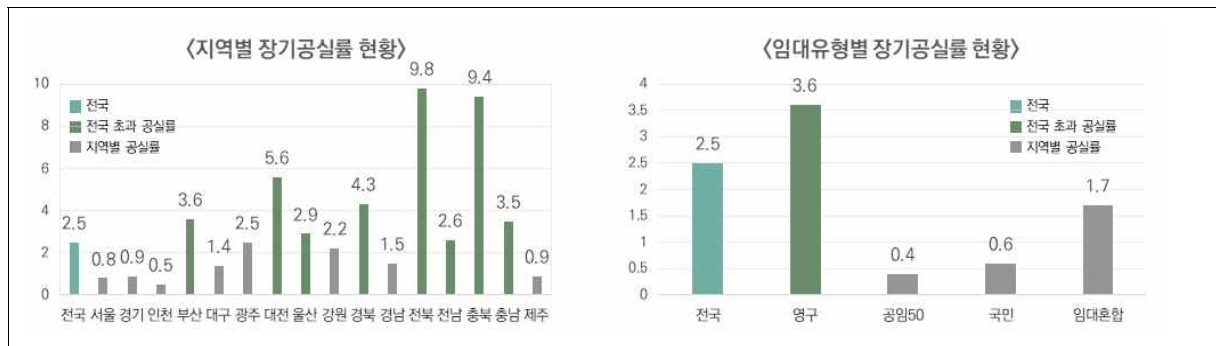
〈표 6-3〉 지역·유형별 LH 노후장기임대주택 현황(2023.3월 기준)

(단위: 단지, 호, %)

지역	유형	총 재고(A) ('23.3 스탁)		15년 이상 경과 단지 (‘08까지 입주 기준)			30년 이상 경과 단지		
		단지 수	호수(A)	단지 수	호수(B)	비율(B/A)*	단지 수	호수(C)	비율(C/A)*
수도권	영구임대	44	27,818	37	26,203	94.2%	23	15,341	55.1%
	50년공임	16	9,588	16	9,588	100.0%	-	-	-
	국민임대	269	183,101	109	82,559	45.1%	-	-	-
	소계	329	220,507	162	118,350	53.7%	23	15,341	7.0%
지방	영구임대	97	69,426	89	66,761	96.2%	60	42,435	61.1%
	50년공임	24	15,613	24	15,613	100.0%	-	-	-
	국민임대	386	271,513	160	128,838	47.5%	-	-	-
	소계	507	356,552	273	211,212	59.2%	60	42,435	11.9%
전국	영구임대	141	97,244	126	92,964	95.6%	83	57,776	59.4%
	50년공임	40	25,201	40	25,201	100.0%	-	-	-
	국민임대	655	454,614	269	211,397	46.5%	-	-	-
	소계	836	577,059	435	329,562	57.1%	83	57,776	10.0%

출처: 이영은 외(2023).

〈그림 6-10〉 지역 및 임대유형별 장기공실률 현황



출처: 이영은 외(2023).

LH 영구임대단지 126개와 50년 공공임대단지 40개 중 30년 이상이 83개로 절반을 차지했으며, 25~30년 미만이 68개(41%), 15~25년 미만이 15개(9%)로 나타난다. 30년 이상 단지가 가장 많이 위치한 지역은 지방자치도(33개, 39.8%), 지방광역시(44개, 32.5%), 수도권(53개, 27.7%)이다. 영구임대단지로는 총 117개 단지 중 47개(40.2%)가 지방자치도에, 37개(31.6%)가 수도권에, 33개(28.2%)가 지방광역시에 입지하여 영구임대단지의 약 60%가 수도권과 대도시에 위치하고 있다. 재정비 사업의 가능성을 높이는 여유용적률 50% 이상 확보 가능 단지가 총 115개로 영구와 50년 공공임대단지 전체의 70%에 해당한다(지방자치도 46개(40.0%), 수도권 42개(36.5%), 지방광역시 27개(23.5%)).

서울시에서는 다가오는 2025년 17개 단지, 31,316세대가 30년 이상이 된다. 해당 공공임

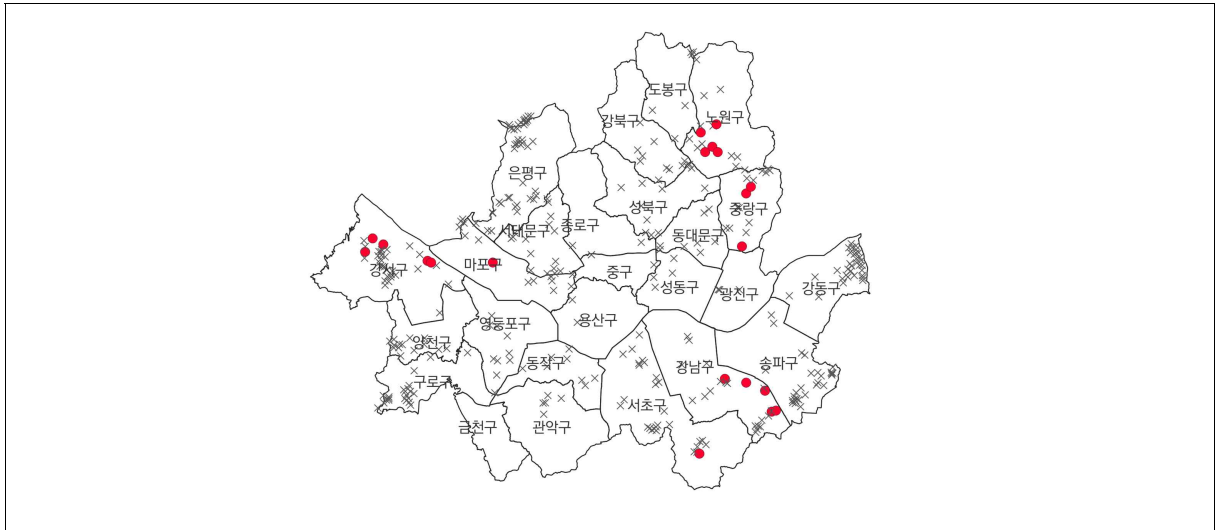
대단지(대부분 영구임대)들은 서울시에서도 입지가 상대적으로 양호하여 재건축 압력이 높은 곳들이 많다. 대부분의 공공임대주택이 20년 이상 경과하여 주택과 단지 시설이 심각하게 노후화되었고, 주거 개선에 필요한 수선이 제때 이루어지지 않아 노후화가 가속화되고 있다. 이렇듯 노후 공공임대주택이 많아짐에 따라, 서울시 노후 공공임대주택 재정비는 중요한 전환점을 맞고 있다.

〈표 6-4〉 서울시내 서울주택도시공사 소유의 단지형 영구임대 및 50년 공공임대주택 단지 현황

자치구 (단지수)	단지명	구분	준공 연도	세대 수	자치구 (단지수)	단지명	구분	준공 연도	세대 수
강남구 (3개)	수서6	영구	1993	1,508	노원구 (10개)	상계마들	영구	1988	170
	대치1	영구	1991	1,623		하계5	영구	1989	640
	수서1-1	혼합	1992	2,214		공릉2-6	공임	1999	691
강서구 (8개)	방화9	공임	1995	250		월계사슴2	공임	1995	775
	가양9-1	공임	1992	914		상계은빛3	공임	1998	900
	방화6	혼합	1994	1,000		월계청백1	공임	1998	1,147
	방화11	영구	1994	1,065		월계사슴1	영구	1995	1,372
	가양8	공임	1992	1,110		공릉1-1	영구	1994	1,395
	방화2-1	영구	1993	1,563		중계4	공임	1991	1,979
	가양4	영구	1992	1,998		중계3	영구	1991	2,619
	가양5	영구	1992	2,411	마포구 (2개)	상암월드컵 파크1	공임	2003	820
송파구 (2개)	거여3	공임	2000	598		성산	영구	1991	1,807
	거여6	공임	1997	660	중랑구 (4개)	신내9	공임	1996	335
양천구 (4개)	신정 푸른마을1	공임	2001	500		면목	영구	1991	905
	신정학마을2	공임	2000	510		신내12	영구	1995	1,000
	신트리2	공임	2000	698		신내10	혼합	1996	1,432
	신정양천	공임	1995	2,998	영등포구	당산동임대	공임	2005	195

주: 서울주택도시공사 내부자료 참조 작성
출처: 서주욱·이성창·김도년(2020)

[그림 6-11] 서울시 임대주택 입지 현황



- 주: 1. 빨간표시는 영구임대주택
2. 회색표시는 국민임대, 공공임대, 행복주택, 장기전세

출처: 서울시 열린데이터광장: 서울주택도시공사, 「주택관리현황」 활용 저자 작성

3. 공공임대주택 운영 평가

장기공공임대주택 건설비에 대한 국가 또는 지자체의 재정지원이 실제 건설비에 미치지 못하고 있으며, 운영과정에서 회수되는 임대료 역시 실제 운영비보다 낮은 수준에서 결정됨에 따라 장기공공임대주택사업은 지속할수록 사업주체에 적자를 발생시킨다. 공공임대주택은 투자원금이 장기간 미회수되는 선투자·후회수 수익구조로 운영 기간 누적적으로 부채가 증가하게 되는 구조적인 손실사업이다. 임대주택 사업 현금흐름(Cash Flow) 특성상 임대기간 종료 후 자산매각을 통해 투자원금을 회수함으로써 임대 운영기간 동안 발생한 손실을 만회할 수 있다(한병호·김호철 2022).

1990년대 이후 양적 공급이 확대된 영구임대 및 국민임대주택 중 15년이 경과된 노후 임대주택 재고가 증가하고 있으므로 이에 따른 수선유지비가 급증하며 임대비용이 임대료 수익을 넘어서고 있다. 최근 임대주택의 자산관리비용 증가와 주거서비스 확대 등으로 매출 원가가 지속적으로 증가함에 따라 운영손실은 지속적으로 증가하고 있다. 현행 공공임대주택 임대료가 낮게 책정되어 수선유지비를 감당하기에 어려운 실정이나, 임대료를 인상하는 것은 주거안정을 저해할 수 있다는 우려로 현실화하기 어려운 해법이다.

〈표 6-5〉 임대운영 손익현황

(단위: 억원)

구분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
임대수익	8,844	9,771	10,462	11,419	12,362	13,042	13,668	13,941	14,363
임대비용	13,887	15,287	16,610	18,539	21,112	22,890	26,551	29,931	32,155
판매관리비	393	471	886	1,320	1,312	1,790	2,009	1,407	1,804
영업외이자 수익	755	42	1	1	-	-	-	-	-
영업외이자 비용	4,717	5,615	6,819	6,766	6,385	6,584	7,236	4,932	5,030
법인세	△2,253	△2,752	△4,047	△3,398	△1,160	△4,665	△4,160	△5,455	△6,277
당기순이익	△7,057	△8,621	△9,713	△11,706	△15,184	△13,462	△17,873	△16,828	△18,289

출처: 조승연 외(2023)

4. 소결

우리나라의 인구 감소 추세가 지속됨에 따라서 공공임대주택의 공급에 대한 정책적 집착에서 벗어나야 한다는 논의가 필요한 상황이다. 이는 향후 위축되며 변형될 주택수요를 반영한다면 과도한 공공임대주택 공급이 장기적으로 감내할 수준의 사회적 비용을 넘어설 수 있기 때문이다. 이런 상황에서 낮은 임대료 수준과 함께 높은 보증금 비중의 유지로 발생한 누적된 손실 문제는 장기공공임대주택의 합리적인 매각 스케줄을 통해 보완될 필요가 있다. 매각을 통해 누적된 손실구조를 털어냄으로써 정부의 재정적 부담을 경감하고, 시장 수요에 맞는 공공임대주택 재고를 고려한 조정이 이루어질 수 있다.

또한 노후된 공공임대주택의 경우 재건축에 대한 논의가 매각 전략과 함께 진행되어야 한다. 이를 통해 노후화된 시설의 유지 및 보수 비용을 줄이고, 새로운 주거 수요에 맞는 주택을 공급할 수 있는 기회를 제공할 수 있다. 노후 주택의 재건축은 새로운 주거 환경을 조성함과 동시에 기존 공공임대주택의 품질을 향상시키는 방안으로 고려될 수 있으며, 장기적인 매각 및 재건축 전략은 인구 감소 시대에 주거 정책 전반에 걸쳐 중요한 출구전략으로 논의될 필요가 있다.

제3절 노후화된 장기임대주택단지 재정비 전략

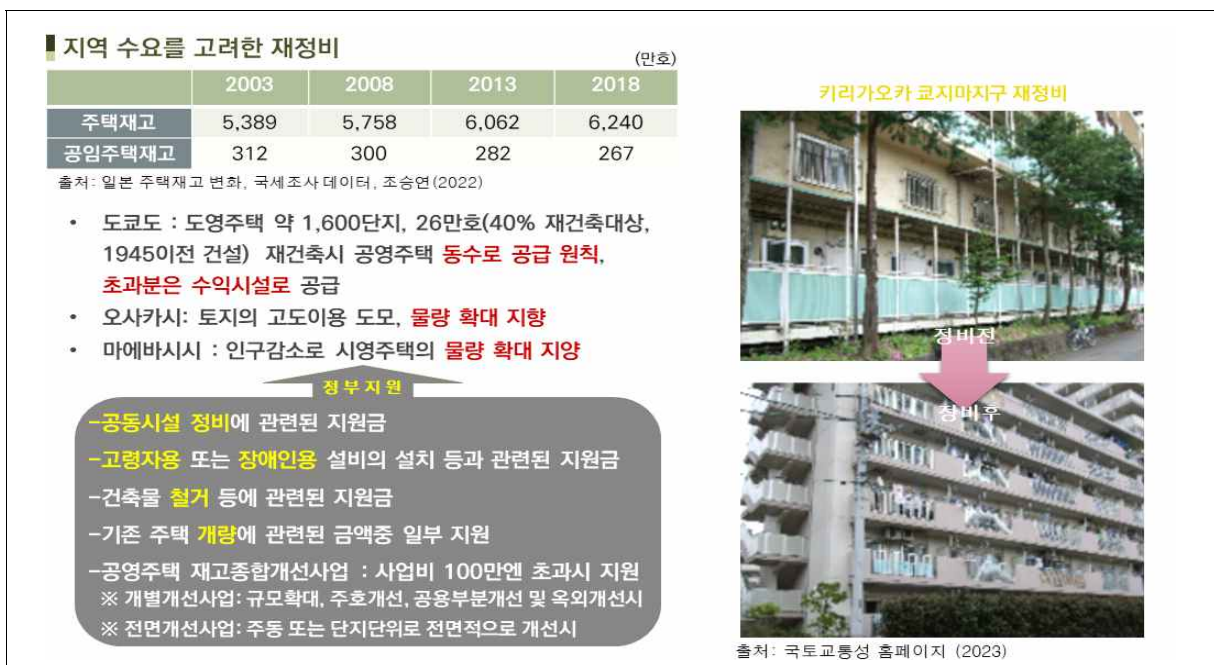
1. 해외 국가별 공공임대 재정비 정책 사례 평가

가. 일본

일본의 경우 노후 공공임대주택단지의 재생을 위해 민간부문을 활용하여 복지시설이나 생활시설을 유치하고 주변지역과 교류를 도모하는 공간 형성을 중시한다. 또한 재생과정에서 창출된 용지는 정기 대지임차제도 등을 활용하는 등 민간 연계·유도 방식을 추구하고 있다. 입주자의 고령화와 인구 감소로 공실이 증가하고 있는 도쿄도는 이 같은 주호의 활용을 도모하기 위한 민간 협력체계를 추구하고 있다.

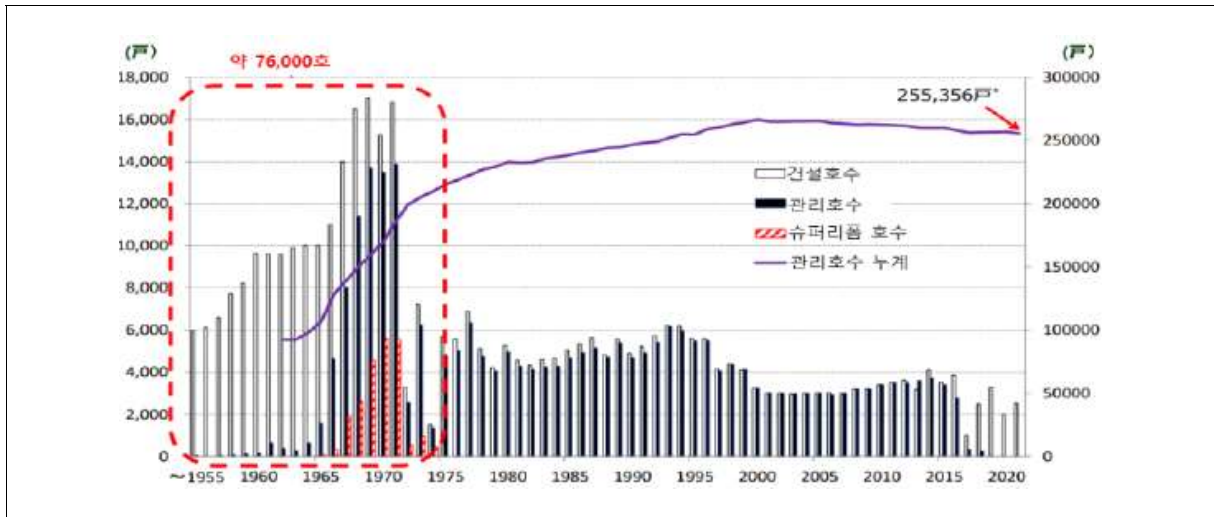
도쿄도의 경우, 도영주택은 2022년 현재 1,600단지, 약 26만호에 43만명이 거주한다. 이 중 약 30%가 1974년 이전에 지어진 건축물이다. 도쿄도는 1974년 이전에 건설된 주택을 사용연한이 70년을 넘기지 않도록 계획적으로 연간 약 3,800호 규모로 재건축을 추진 중이다. 이때 노후화된 도영주택을 고층 집약화하여 재건축하고, 저층부에는 아동시설이나 고령자 주택 등 지역사회에 필요한 생활기반시설을 정비하는 방식을 적용하고 있다. 사업자는 공모방식으로 민간사업자를 선정하고, 민간사업자는 PF를 통해 자금을 조달, 지자체가 부담분을 민간자금으로 대체할 수 있다.

[그림 6-12] 일본 노후단지 재생정책의 시사점



출처: 이영은 외(2023).

[그림 6-13] 도쿄도 공영주택 건설호수 및 관리호수 추이



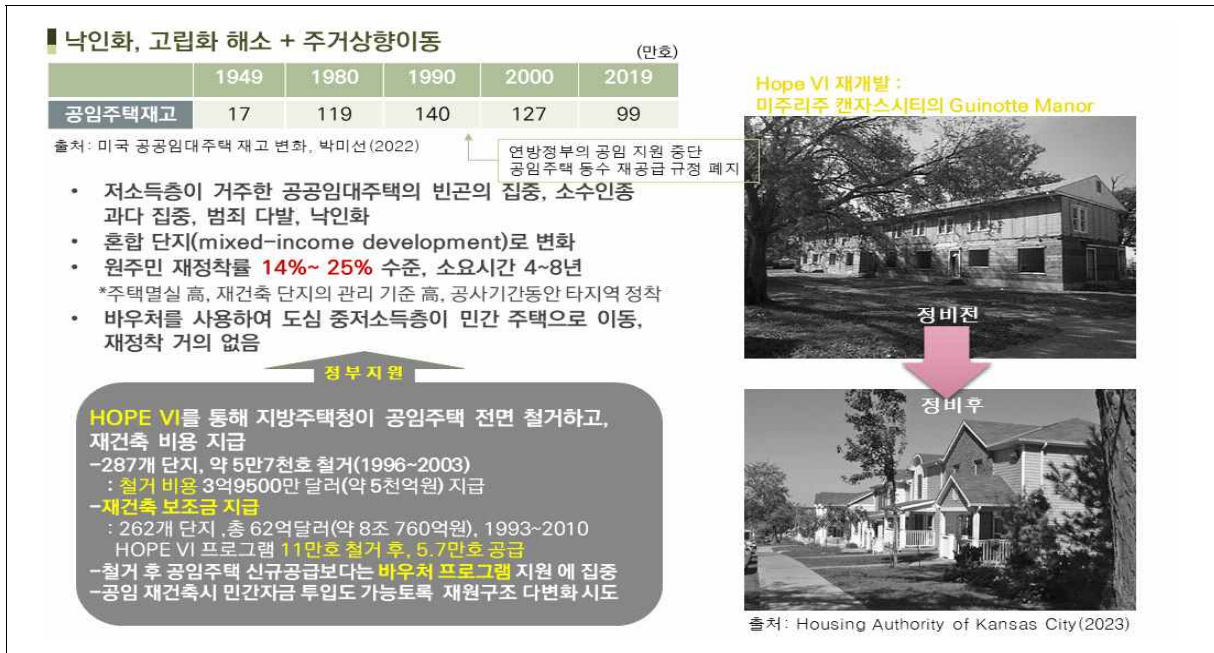
출처: 도쿄도 주택정책본부 도영주택경영부 주택정비과 조사 결과(2022.3)

나. 미국

미국 연방정부는 HOPE VI 프로그램을 활용해 임대단지의 재정비를 추진한다. 공공임대주택 건설 주체로 지방주택청의 역할이 강화되며 건설을 위한 부지 확보를 위해 수용권을 행사하는 등 강력한 권한을 부여받았다. HOPE VI에 따른 노후공공임대주택 정비사업은 공모를 거쳐 사업을 선정하고 이에 대해 보조금을 지급하는 방식으로 진행된다. 이때, 정비 선정 기준은 저소득 가구 비중, (높은) 범죄율, 관리 문제, 물리적 노후도이다.

HOPE VI 재건축에는 대략 4~8년 정도의 시간이 소요되며, 완료 후에는 새로이 개발된 소득계층 혼합형 개발단지로 탈바꿈하게 된다. 대규모 공공임대주택 단지를 소규모 소득 혼합형으로 대체하기 때문에 재건축 후 주택 수는 총 39,772호의 순 감소가 발생하였으나, HOPE VI의 보조금을 통해 총 260곳이 개발되어 기존의 98,592호의 공공임대주택이 철거되고 85,934호 신축, 수선개보수를 통해 11,455호가 재공급되며 총 97,389호가 새로이 공급됐다. 새로이 공급되는 물량이 축소되고, 신규 공급된 단지는 더욱 엄격한 기준을 적용하기에 원주민의 재정착 비율은 약 14~25% 수준으로 낮게 나타난다.

[그림 6-14] 미국 노후단지 재생정책의 시사점



출처: 이영은 외(2023).

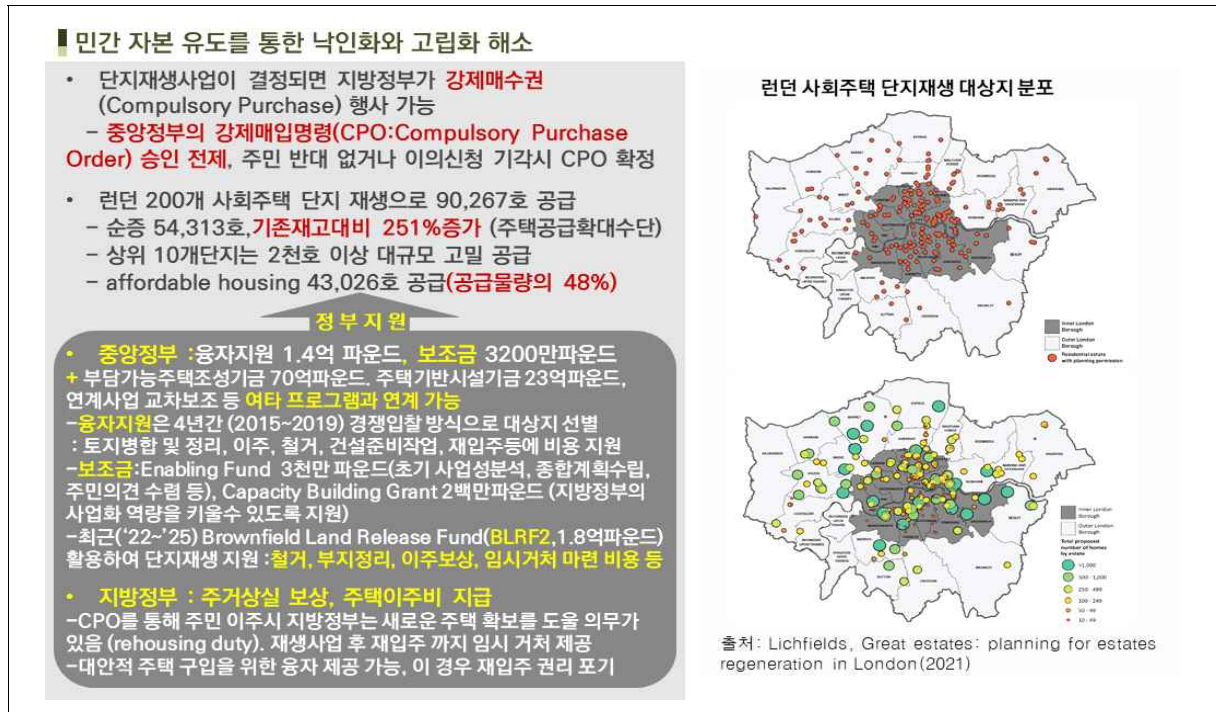
다. 영국

영국의 재정비 사업 중 단지재생은 노후주거단지를 대상으로 시작된 주거개선사업이다. 이는 사회주택 단지를 물리적으로 개선하는 과정으로 정의하며, 전면 철거 후 신축하는 재개발방식, 주택개량방식, 증축, 단지 내 여유부지를 활용하는 충전식 개발방식 등 다양한 사업방식에 대한 지원이 가능하다. 재정비 사업 재원구조는 기본적으로 중앙정부가 배분하는 용자지원에 의존하나, 단지재생을 매개로 해당 단지 및 주변 지역의 부동산가격이 상승하는 것을 전제로 민간의 자본투자를 유도한다.

노후화로 인해 철거 후 신축이 지속적 수선에 비해 장기적으로 저렴하여 재개발이 선호된다. 유지보수비용보다 재정비 사업이 더 비용이 많이 든다고 하더라도 빈곤문제가 심화되었거나 질적으로 과도하게 쇠락하여 사회주택단지 내 주택에 대한 수요가 없는 경우 아파트를 재설계하여 가족용 주택이나 장애인용 주택으로 공급한다. 노후한 사회주택단지의 주민들에 대한 기회의 결핍 현상이 집중되어 근린의 활성화가 필요한 경우도 재정비가 가능하다.

단지재생사업으로 이주하는 주민들에게는 지방정부를 통해 주거상실 보상, 주택이주 비용이 제공된다. 사회주택단지에서 주택을 소유하고 있는 주민에게 대안적 주택을 구입하도록 용자를 제공할 수 있으며, 이 경우 해당 주민은 재임주에 대한 권리를 포기한다. 이는 재정비사업 기간 동안 원주민의 주거안정을 최대한 보장해야 하나, 사업 후 재정착률 100%를 목표로 하지 않고 있다.

[그림 6-15] 영국 노후단지 재생정책의 시사점



출처: 이영은 외(2023).

라. 정책적 시사점

해외 선진국에서는 장기공공임대아파트 재정비 사업을 사회통합 주거단지 조성 및 도심 재활성화 등을 목적으로 하는 공공성 높은 사업으로 정의하고 적극적 지원을 하고 있다. 일본의 경우 1975년 이전 건축된 50년 이상 경과된 노후 단지를 재건축 단지로 지정하고, 주택수요 없는 지방 중소도시는 임대주택 감소 허용, 공동시설 정비 지원금, 고령자 또는 장애인용 설비 설치 지원금, 철거비용 지원, 기존주택 개량비 중 일부를 지원하고 있다. 영국의 경우는 노후화되어 장기적인 수선유지비가 재건축비용보다 많이 드는 단지를 중심으로 공공임대단지 재건축 사업에 상당한 중앙정부의 재정 지원 정책을 활용하고 있다. 미국의 경우는 저소득층 밀집도, 높은 범죄율, 높은 공가율, 노후도를 기준으로 적용하여 지방주택청에 수용권을 부여하고, 낙인화 해소를 위해 철거비·재건축 보조금 지급, 원주민에게 신규 공공임대주택 제공보다 바우처 프로그램으로 지원, 민간자금 투입 유도를 적극적으로 활용하고 있다.

기존 공공임대주택단지의 개선과 관련하여 도쿄도는 70년 이상된 공공임대주택을 연간 약 3,800호 규모로 재건축 추진 중이며, 사업자는 공모방식으로 민간사업자를 선정하여 진행하고 있다. 미국의 HOPE VI 재건축은 총 260곳이 개발되어 기존의 98,592호의 공공임대주택이 철거되고 총 97,389호가 새로이 공급되어, 신규 공급량이 기존 세대 수에 비해 적을

뿐만 아니라 원주민의 재정착 비율은 약 14~25% 수준으로 낮게 나타난다. 영국의 경우 단지 재생사업으로 이주하는 주민들에게는 주거상실 보상, 주택이주 비용이나 대안적 주택을 구입하도록 용자를 제공할 수 있다. 미국과 같이 재정비사업 기간 동안 원주민의 주거안정을 최대한 보장해야 하나, 사업 후 재정착률 100%를 목표로 하지 않고 있다.

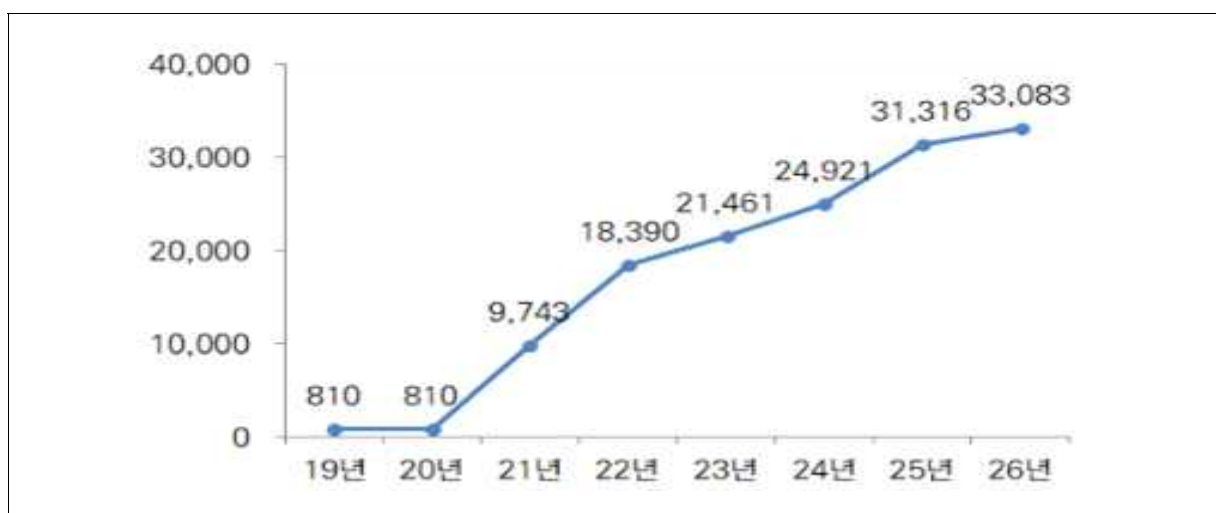
흥미롭게도 대부분의 해외 사례에서 기존 공공임대주택 입주민의 100% 재입주를 전제로 재건축이 이루어지지 않고 있으며, 실제로도 20% 남짓의 재입주를 정도가 주류라는 점은 시사하는 바가 크다.

2. 노후화된 장기임대주택단지 유형화 및 재정비 전략

가. 서울시 공공임대주택단지 재건축 방안

서울시의 공공임대주택은 대부분 건립된 지 20년 이상 경과하여 주택뿐만 아니라 단지시설도 노후한 상황이며, 주호 개선이 필요시에도 제때 수선이 이루어지지 않아 노후화가 더욱 가속화되는 실정이다. 이를 반영하는 개선사업으로 주거동의 리모델링 등 개선사업들이 추진되었으나 주민들의 재입주에 대한 불안감으로 인해 임시 이주를 거부하여 사업이 제대로 이루어지지 못하였다. 상가 등 단지시설도 단지 거주자만 이용하도록 계획되어 이용이 낮아 공실로 방치되거나 단지시설이 훼손되어도 제때 수선이 이루어지지 못하는 경우들이 있다.

[그림 6-16] 서울시 공공임대주택 단지 30년 이상 경과 누적 세대수



출처: 서주옥·이성창·김도년(2020)

서울시의 상대적으로 높은 주택수요 압력을 감안하면 용적률 상향을 통한 수익구조의 개선은 서울시 장기공공임대주택의 재건축을 진행시킬 수 있는 여건이 된다. 「서울시 역세권 공공임대주택 건립 및 운영기준」에 따르면 역세권 500m 이내에서는 준주거지역까지 상향이 가능하므로 추가적인 인센티브를 적용하여 용적률을 600%까지 완화가 가능하다. 공공임대주택 단지의 평균 용적률이 184.5%임을 감안하면 추가용적이 최대 400%까지 될 수 있다고 판단된다.

[그림 6-17] 공공임대주택 재건축 시 개발 가능한 용적률 개념도



출처: 서주옥·이성창·김도년(2020)

공공임대주택의 주호 개선이 어려웠던 이유 중 하나가 기존 입주민의 이주 및 재정착이 쉽지 않았기 때문이며, 공공임대주택 재건축 시에도 이에 대한 고려가 필요하다. 기존 입주민의 재정착을 수용할 수 있는 공공임대주택 단지의 재건축 가능 유형은 크게 세 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째는, 공공 보유주택 활용형으로 기존 단지를 재건축하는 동안만 임시로 이주하고 재건축 완료 시에는 재건축된 단지로 재입주하는 방식이다. 둘째는 인근 공공부지 활용형으로 공공부지를 임대주택으로 개발하여 기존 거주민을 이주시키고, 기존 단지를 재건축한 후 재건축한 기존 단지에는 신규 입주자를 입주시키는 방법이다. 셋째는, 단지내 유희부지 활용형으로 단지내 저이용·미이용되고 있는 유희부지를 활용하며 임대주택을 추가 공급하고 추가 공급된 주택을 이주주택으로 활용하여 단계별로 재건축하는 방안이다.

서울시는 그간 임대주택의 사회적 인식을 개선하기 위해 임대주택 혁신방안을 발표하고

① 품질개선 ② 소셜믹스 ③ 노후단지 단계적 재정비라는 3대 원칙을 중심으로 이를 시행하려는 계획을 수립하였다. 서울시는 준공 33년이 넘은 국내 1호 영구임대주택 하계5단지를 시작으로 2030년까지 총 1,510세대의 임대주택을 재정비할 계획이다. 재정비를 통해 세대수를 대폭 확대하고 고품질의 인테리어와 생활SOC를 확충하여 공공임대주택의 사회적 인식을 완화하여 낙비현상을 해결하는 방안이다.

서울시는 노후임대단지 재정비 진행 시 기존의 「도시정비법」에 따른 재건축이 아닌 포괄적인 의미의 ‘철거 후 신축’으로 재정의하여 ‘리모델링’, ‘수선’ 등으로 사업을 세분화하여 보다 체계적이고 장기적 해결책을 마련하고자 하는 중이다.

〈표 6-6〉 서울시 노후임대단지 재정비 관련 사업방식

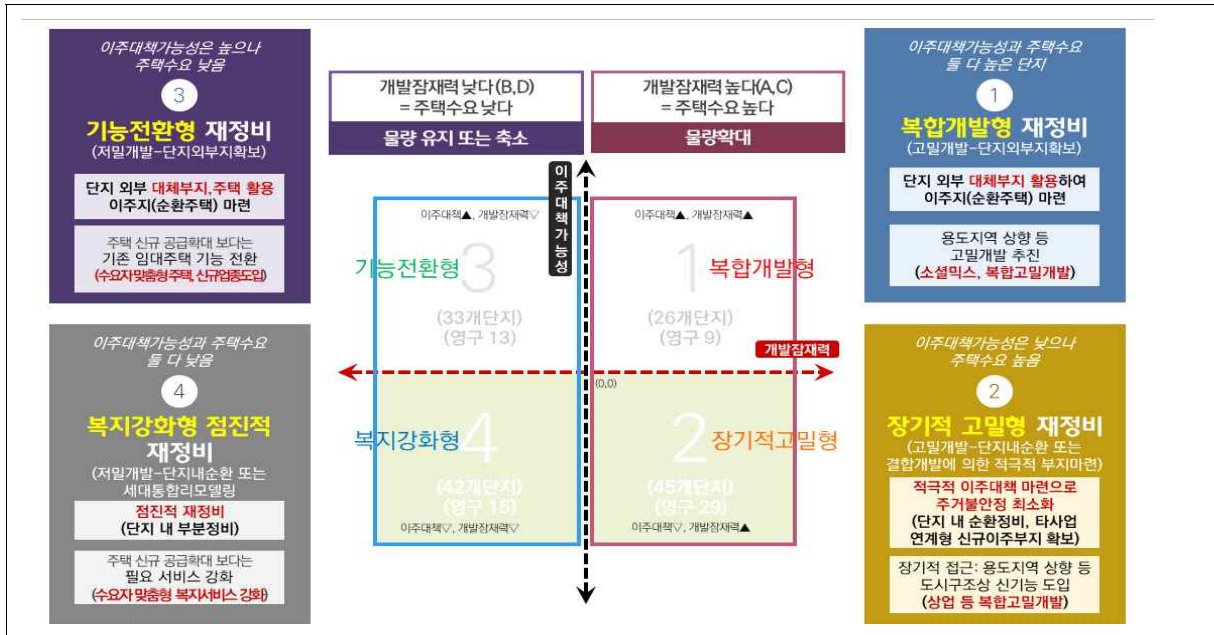
사업방식	사업내용	사업대상
철거 후 신축	시설 노후화·주거 편의성 등의 측면에서 정주 환경이 열악하고 개발 파급력이 높은 단지를 전면 철거하여, 양질의 주거공간을 새로이 공급하는 방식	<ul style="list-style-type: none"> • 30년 이상 지난 노후·불량건축물 - 도시 및 주거환경 정비법 제2조 및 동법 시행령 제2조에 따른 노후·불량건축물 - 「서울특별시 도시 및 주거환경 정비조례」제3조에 따른 건축연한
별동 증축 리모델링	장기공공임대주택 단지에 별도의 동을 증축하는 행위를 통하여 공공임대주택 및 부대시설 및 복리시설을 건설·공급하는 방식	<ul style="list-style-type: none"> • 15년 이상 지난 단지 - 「주택법」제2조에 따른 건축연한 - 기대 용적률이 낮아 공급증대 효과가 낮은 단지 - 여유부지 또는 높이 제한의 여유가 있는 단지
수직·수평 증축 리모델링	별동 증축과 달리 「주택법」에 따라 건축물의 노후화 억제 또는 기능 향상 등을 위해 대수선 또는 증축을 하는 행위	
수선	공공임대주택을 장기간 안전하고 효율적으로 사용하기 위한 공용부 및 전용부 노후시설의 교체 및 보수를 포괄하는 개념	<ul style="list-style-type: none"> • 15년 미만의 단지 - 도시관리계획상 추가적 증축 가능성 없는 단지 - 임대·분양 혼합되어 재정비 시 주민간 이견으로 사업이 어려울 것으로 예상되는 단지

출처: 이영은 외(2023)

나. 노후화된 장기임대주택단지 유형화 및 전국적인 재정비 전략

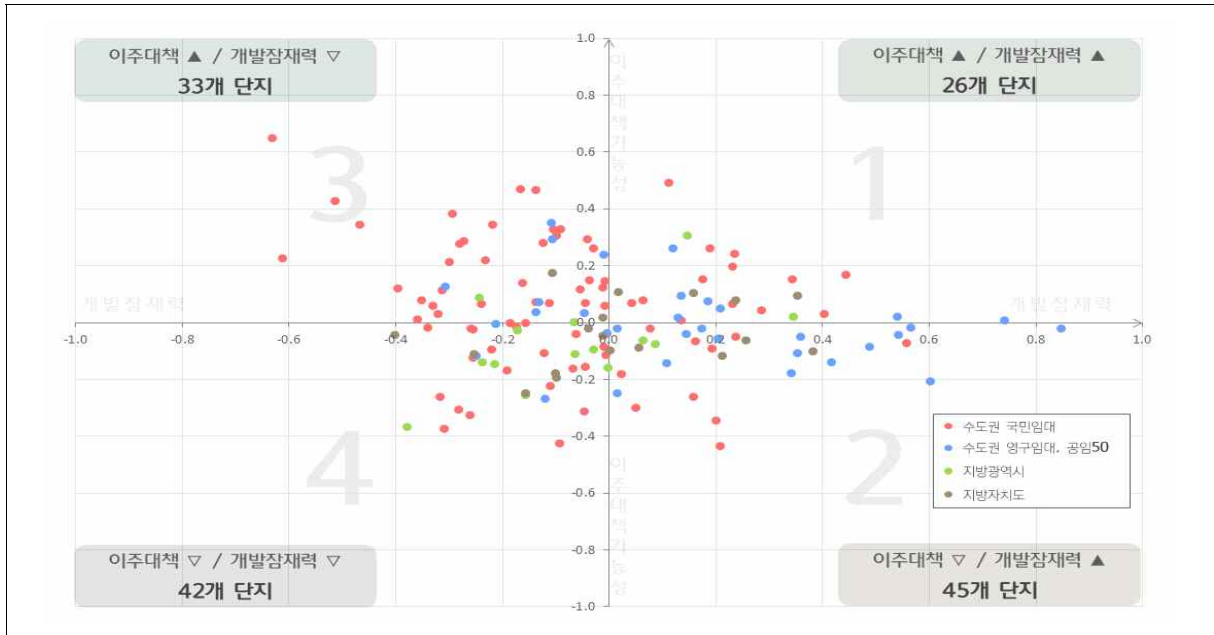
전국적인 재고를 운영하는 LH의 입장에서 재정비 사업은 철거비·이주비·재정착비 등으로 인해 신축 사업보다 더 많은 비용이 소요될 수 있다. 관련된 전략을 수립하기 위해 15년 이상된 LH 장기임대단지(146개)에 대해 이주대책 가능성, 개발잠재력, 지역거점화 필요성을 종합적으로 검토해 4개 유형으로 구분하여 유형별 중장기 전략을 검토하면 다음과 같다.

[그림 6-18] 노후임대단지 유형별 중장기 재정비 전략



출처: 이영은 외(2023)

[그림 6-19] 유형별 임대주택의 입지 및 종류



출처: 이영은 외(2023)

먼저, 유형1(26개, 복합개발형 재정비)은 이주대책 가능성과 개발잠재력이 모두 높아 사업이 비교적 용이하고 재정비 후 수요가 높은 경우로 용도 복합 및 개발밀도 확대가 필요한 유형이다. 두 번째로 유형2(45개, 장기적 고밀형 재정비)는 이주대책용 부지나 주택이 충분하지 않으나, 개발수요가 높아 지자체 협의 등 별도 이주대책 마련 시 실현 가능성이 확

보될 수 있다. 흥미로운 점은 수도권 외의 영구 및 50년 공공임대의 경우 개발잠재력이 높을 것이 두 가지 유형에 집중되어 있다는 점이다.

유형3(33개, 기능 전환형 재정비)은 단지 내외부 개발 밀도가 낮아 대체부지 확보 가능성은 높지만, 수요가 부족해 고밀화보다는 기능 전환형 재정비 사업이 필요한 유형이다. 마지막으로 유형4(42개, 복지강화형 점진적 재정비)는 개발수요가 낮고 여유부지나 주택이 부족해 이주대책 수립이 어려운 유형으로 확장형 개발보다는 입주민 맞춤형 주거복지서비스 강화 사업이 필요한 유형이다.

최근 노후 공공임대주택 재정비와 관련된 연구(이영은 외, 2023)에서 제시된 공공임대주택 재정비의 원칙은 기존 노후 임대주택을 철거하고 신규 개발하는 방식으로 재정비함을 우선으로 하며, 이때 임대주택의 부정적 이미지로 인한 사회적 배제를 극복하기 위한 혼합공급을 중요한 방향으로 제안하고 있다. 또한 주거, 상업, 업무, 문화 등 다양한 기능을 혼합하여 단지를 지역사회와 연결하는 지역거점화 전략이 중요성을 제시하고 있다. 마지막으로 제안된 원주민의 100% 재정착 원칙은 기존 원주민의 재정착이 물론 주거복지 차원에서 중요한 문제지만 현실적으로 최선인지에 대한 충분한 고민이 필요하다.

[그림 6-20] 공공임대주택 재정비의 원칙



출처: 이영은 외(2023)

국내의 정비사업에서도 원주민의 재정착률이 높지 않으며, 앞에서 살펴본 해외 공공임대주택의 재건축 시에도 원주민의 재정착률이 20% 내외로 높지 않다는 현실을 수용할 필요가 있을 것이다. 현실적으로 원주민의 100% 재정착 목표로 재건축이 진행된다면 임대주택

의 부정적 이미지 개선은 어려울 것이며, 낮은 사업성으로 재건축사업 자체의 진행이 어려워진다. 결국 적절한 수준의 공공분양과 기존 원주민의 대안적인 주거지원(타 공공임대 입주, 매입임대, 월세 및 보증금 지원(한국형 주택바우처), 공공분양분 분양권 등)이 결합된 타협안이 필요할 것으로 판단된다.

제4절 인구 감소기 공공임대주택 공급전략 개편

1. 인구 감소기를 대비한 점진적인 공공임대주택 공급 출구전략

국내 공공임대주택의 재고 대비 비율 제고 목표의 적정성을 재평가하고, 성장기 공공임대주택의 공급전략을 개편하여, 저성장기 및 인구 감소기에 적용할 수 있는 공공임대주택 재편 전략이 요구된다. 국내 장기공공임대주택의 재고 대비 비율의 급속한 개선이 이루어지고 있으나 인구 감소기를 맞이하고 있는 시점에서, 그 목표의 적정성에 대한 재평가가 필요하다. 해외에서도 소수의 국가를 제외하면 공공임대주택 비중은 감소하는 추세를 보여주고 있다.

국내에서 개발이익을 교차 보전하여 공공임대주택을 건설 공급하는 방식은 저성장기 인구 감소기에는 지속가능하지 않다. 택지개발 및 공공주택 분양을 통한 수익을 공공임대주택 공급을 위해 교차보전하던 구조는 성장을 기대하는 시점에서만 가능한 구조이다. 신규주택건설은 점진적으로 감소할 수밖에 없는 추세이며, 관련된 개발이익 환수장치들의 유지도 재평가가 필요한 시점이 도래할 것이다. 최근 공사비 급등으로 발생하고 있는 재건축마저도 어려워지는 상황은 성장기 도입된 재건축부담금과 같은 장치들의 유지 가능성이 재평가받는 실정이다.

장기공공임대주택의 신규 공급물량은 현실적인 수준으로 조정될 필요가 있으며, 공공임대주택의 매각을 통해 기존에 누적된 운영손실을 복구하는 선택들도 점진적으로 늘려갈 필요가 있다. 이는 월세 기반이 아닌 상당한 비중의 보증금을 유지하는 형태의 국내 공공임대의 경우 매각을 통한 자본차익으로 누적된 운영손실을 복구해야 하는 구조이기 때문이다.

노후화되는 공공임대주택들의 점진적인 재건축 과정에서 거주가구의 재입주를 전제로 하기보다는 대안적인 주거 제공을 통한 합리적인 수익구조를 추구할 필요가 있다. 해외 공공임대의 재건축 혹은 모델링 과정에도 재정착률이 20% 내외라는 점을 참고할 필요가 있으며, 국내에서 원주민 재정착에 대한 과도한 집착은 합리적인 수준에서 조정될 필요가 있다.

종합적으로 신규 장기공공임대의 공급 강도를 현실적으로 하향 조정하고, 법정 임대기간

이 완료되는 공공임대주택의 시장 매각을 순차적으로 진행함으로써 누적된 운영적자를 복구하고, 노후화된 공공임대주택의 순차적인 고밀 재건축을 통한 질적 개선 및 향상된 수익구조, 공공임대주택의 추가 공급보다는 미국의 주택바우처와 같은 임대료 지원 방식 및 민간임대주택(공공-민간 협업 형태 임대주택)의 역할로 전환하는 변신을 추구하는 방향으로 진행이 필요하다.

2. 노후 공공임대주택 재건축 활성화 방안

최근 물리적 노후화 및 사회적 배제 등 임대주택의 문제가 부각되고 있으며, 이를 해소하기 위한 대안으로 노후 공공임대주택의 재건축이 적극적으로 검토될 필요성이 있다. 중심도시 내 노후화된 장기공공임대주택 재정비 사업은 도심 내 개발 가용지가 감소함에 따라 비교적 양호한 입지에 위치한 저밀 노후 임대주택단지를 고밀개발하여 도심의 신규 주택수요에 대응하기 위한 목적도 공유할 수 있다.

기존 입주민 100% 재정착을 목표로 한다면, 저소득층 집중 주거지라는 사회적 낙인을 피하기 어려울 것이다. 장기공공임대주택 재정비 사업은 님비현상 등의 사회적 문제와 맞닿아 있다. 소셜믹스 측면에서도 현재 호수 이상의 장기공공임대주택 추가공급은 지양하는 접근 방법이 필요하다. 또한 2023년 LHRI의 연구에 따르면, 15년 이상 노후 장기공공임대주택 대상 재정비사업 사업성이 현행 주택공급체계(기존 입주자 재정착, 임대료 상한)를 유지할 시 호당 8천만원 이상의 적자가 발생하며 지속가능성이 매우 낮은 것으로 나타났다.

따라서 노후 공공임대주택 입주가구를 장기 매입임대와 같은 다양한 대안으로 분산수용하면서 해당 단지의 재건축을 원활하게 진행할 수 있는 방안을 도모할 필요가 있다. 또한 기존 임대주택 입주가구에게 공공분양의 기회를 함께 제공함으로써 자가가구로의 전환 혹은 적절한 시점 매각을 통한 자산 축적의 기회를 제공하여 적정한 입지에서 합리적인 수준의 주거생활을 영위할 수 있는 기회를 제공하는 것도 고민해 볼 필요성이 있는 대안이다. 이처럼 재건축 사업의 수익구조를 현실화할 필요가 있으며, 이를 위해 시장압력이 부족한 지방 도시에서는 우선하여 정부의 선지원과 향후 공공임대주택의 매각을 통한 상환을 도모하는 사업구조도 고민할 필요가 있다.

참고문헌

- 김성희·송승현, 「공공임대주택 노후도에 따른 유지관리비용 예측」, 『서울도시연구』, 13(4), 2012, pp. 133~146.
- 김수현, 「공공임대주택 선발 국가들의 정책 경험과 우리나라의 정책 방향」, 『주택연구』, 30(4), 2022, pp. 141~173.
- 서주옥·이성창·김도년, 「서울시 공공임대 주택 단지 재건축 방안 연구」, 『한국도시설계학회지』, 21(4), 2020.
- 이영은·이종권·권지홍·김옥연·조승연·이형철·최용운·김소연·최보미, 『장기공공임대단지의 재정비 및 지역거점화를 위한 중장기 전략』, 토지구택연구원, 2023.
- 조승연·이영은·최은희·이슬해·손미란·이예희·백석, 『LH 공공임대주택 중장기 관리방안에 관한 연구』 한국토지구택공사, 연구기획-2023-077, 2023.
- 한병호·김호철, 「공공지원민간임대리츠의 자본구조에 관한 실증분석」, 『지역개발연구』 54(2), 2022.
- 국토교통부, 「주거복지로드맵 2.0」, 2020.
- 국토교통부, 『주택업무편람』, 2022.
- 국토교통부, 『주택업무편람』, 2023.
- 국토교통부, 『주거안정 강화 방안 연구』, 2023.
- 서울시, 보도자료, 주택정책실 주택정책과, 2022. 4. 19.
- 통계청, 「장래가구추계」, 가구주의 성/연령별 추계가구-전국, DT_1BZ05011, KOSIS.
- 국토교통부, 「임대주택 재고현황」, https://www.index.go.kr/unity/potal/main/EachDtlPageDetail.do?id_x_cd=1230
- 국토교통 통계누리, <http://stat.molit.go.kr>
- 도쿄도주택정책본부 도영주택경영부, https://www.toshiseibi.metro.tokyo.lg.jp/bosai/toshi_saisei/saisei04.htm
- OECD, OECD Affordable Housing Database. PH4.2 Social rental dwellings stock <https://www.oecd.org/content/oecd/en/data/datasets/oecd-affordable-housing-database.html>



**2024~2028
국가재정운용계획**

지원단 보고서

| 보건·복지분야 |