



본 보고서는 환경부로부터 친환경 인증을 받은 재활용 종이로 인쇄되었습니다.

2023년도 제2차 사업계획 적정성 검토 보고서

## 전국민 마음건강 투자사업

2023년도 제2차 사업계획 적정성 검토 보고서

2023년도 제2차 사업계획 적정성 검토 보고서

# 전국민 마음건강 투자사업

전국민 마음건강 투자사업

**Kipf** 한국조세재정연구원

(30147) 세종특별자치시 시청대로 336  
TEL 044-414-2114 www.kipf.re.kr

Kipf 한국조세재정연구원

**Kipf** 한국조세재정연구원  
정부투자분석센터



2023년도 제2차 사업계획 적정성 검토 보고서

# 전국민 마음건강 투자사업



# 제 출 문

기획재정부 장관 귀하

본 보고서를 귀 기획재정부가 의뢰한 『전국민 마음건강 투자사업』의 사업계획  
적정성 검토 최종보고서로 제출합니다.

2025. 1.

한국조세재정연구원 원장 이 영



< 연구진 >

▣ 「전국민 마음건강 투자사업」 사업계획 적정성 검토

한국조세재정연구원 연구진 : 김정환 부연구위원(연구총괄)

이순향 선임연구원

최미선 선임연구원

박진우 연구원

공동 연구진 : 이환웅 교수(건국대학교)

외부 연구진 : 임성묵 교수(동국대학교)

검토위원 : 김우현 교수(서울시립대학교)



## 목 차

요약 .....	1
I. 사업계획 적정성 검토의 개요 .....	89
1. 사업의 추진 배경 및 목적 .....	89
가. 사업의 추진 배경 .....	89
나. 사업의 목적 및 기대효과 .....	90
2. 사업의 추진 근거 및 추진 경위 .....	90
가. 사업의 추진 근거 .....	90
나. 사업의 추진 경위 .....	91
3. 사업의 주요 내용 .....	93
가. 사업기간 및 총사업비 .....	93
나. 사업추진 체계 .....	99
다. 상담 서비스 제공 절차(2024년 기준) .....	100
4. 사업계획 적정성 검토의 주요 내용 .....	101
가. 사업계획 적정성 검토의 절차 .....	101
나. 사업계획 적정성 검토의 주요 내용 .....	103
다. 사업계획 적정성 검토의 범위 .....	106
II. 기초자료 분석 및 조사의 주요 쟁점 .....	107
1. 기초자료 분석 .....	107
가. 정신건강 개요 .....	107
나. 정신건강사업의 개요 .....	115
2. 상위 및 관련 계획 검토 .....	123
가. 관련 법률 .....	123
나. 관련 계획 .....	124
다. 성과목표 체계 .....	135

---

3. 시범사업 및 유사사업 현황 .....	136
가. 시범사업 추진내용 및 성과분석 결과 .....	136
나. 국내 유사사업 검토 .....	137
다. 해외 유사사례검토 .....	148
4. 사업계획 적정성 검토의 주요 쟁점 .....	155
가. 변경된 조사체계 반영 .....	155
나. 경제·사회 환경 분석에 관한 쟁점 .....	155
다. 사업설계의 적정성에 관한 쟁점 .....	156
라. 비용 추정의 적정성에 관한 쟁점 .....	156
Ⅲ. 경제사회 환경 분석 .....	158
1. 경제사회 여건 분석 .....	158
가. 경제·사회 문제 인식의 적절성 .....	158
나. 유사사업 및 관련사업과의 중복성 .....	159
다. 정부개입의 적절성 .....	161
라. 사업추진 여건의 적절성 .....	162
2. 경제사회 영향 분석 .....	163
가. 경제·사회 문제 해결의 적절성 .....	164
나. 사회적 의견 수렴의 충분성 .....	165
3. 재정의 지속 가능성 .....	166
가. 향후 재정부담 검토 .....	166
나. 안정적인 재원조달 가능성 및 중장기적 재정소요 변동 위험성 .....	167
Ⅳ. 사업설계의 적정성 분석 .....	170
1. 사업목표 설정의 적절성과 시급성 .....	170
가. 사업목표의 구체성과 명확성 .....	170
나. 사업목표의 달성 가능성 .....	171
다. 정부 정책 방향, 상위 계획 및 관련 계획과의 연계성과 우선순위 .....	173
라. 성과관리계획 및 성과지표의 적절성 .....	173

---

2. 수혜대상의 적절성 .....	174
가. 수혜대상의 명확성 및 적합성 .....	174
나. 수요의 충분성 .....	175
다. 비사업대상의 수혜 가능성 및 사업대상의 비 수혜 가능성 .....	175
3. 추진 방법의 적절성 .....	176
가. 사업추진 방법의 적절성 .....	176
나. 사업추진 주체 간 역할 구분의 명확성 .....	176
다. 유사 제도와외의 정책조합 가능성 .....	177
4. 전달체계의 적절성 .....	177
가. 전달체계의 명확성 및 구체성 .....	177
나. 수혜자 접근 용이성 .....	177
다. 집행기구의 적절성 .....	178
V. 비용 추정의 적정성 분석 .....	179
1. 전국민 마음투자 지원 .....	179
가. 지원대상 규모 추정 적정성 검토 .....	179
나. 지원대상 규모 재추정 .....	182
다. 지원단가 적절성 검토 .....	196
라. 사업비 추정 .....	197
마. 소결 .....	235
2. 마음투자 전달체계 구축 .....	238
가. 마음투자 전달체계 구축 세부내역 및 변동 사항 .....	238
나. 기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등 .....	239
다. 사업운영관리비 .....	264
라. 소결 .....	265
3. 총사업비 추정 결과 .....	266
4. 추가적 비용 발생 가능성 .....	268
5. 수요 변동에 따른 비용 변동 가능성 .....	268

---

VI. 종합결론 및 정책제언 .....	269
1. 종합결론 .....	269
2. 정책제언 .....	270
참고문헌 .....	272
부록 .....	276

---

---

## 표 목차

〈표 Ⅰ-1〉 사업 추진의 법적 근거 .....	91
〈표 Ⅰ-2〉 사업의 주요 추진 경위 .....	92
〈표 Ⅰ-3〉 사업계획서의 연도별 사업비(2024~2028년) .....	93
〈표 Ⅰ-4〉 예비타당성조사 면제요구서의 사업 규모와 2024년 확정 예산 비교 .....	94
〈표 Ⅰ-5〉 연도별 서비스 대상자 수(2024~2028년) .....	95
〈표 Ⅰ-6〉 2024년 서비스 대상자 기준(안) .....	96
〈표 Ⅰ-7〉 서비스 제공기관 및 제공인력 기준(2024년) .....	96
〈표 Ⅰ-8〉 유형별 1회당 정부 지원금 및 본인 부담금 .....	97
〈표 Ⅰ-9〉 예비타당성조사 면제 요구서의 사업 규모와 2024년 확정 예산 비교 .....	98
〈표 Ⅰ-10〉 복지·소득이전 사업의 사업계획 적정성 검토 평가 항목 예시 .....	105
〈표 Ⅱ-1〉 2022년 정신의료기관에서 진료받은 실인원 .....	114
〈표 Ⅱ-2〉 시도별 인구 및 정신건강예산(2022년) .....	115
〈표 Ⅱ-3〉 WHO 가입국의 인구 10만명당 정신건강 전문인력 현황(2017년) .....	117
〈표 Ⅱ-4〉 국가정신건강정책 방향성 .....	118
〈표 Ⅱ-5〉 보건복지부 내 정신건강사업 관리 부서 .....	120
〈표 Ⅱ-6〉 정신건강 증진기관·시설 현황 및 기능 .....	122
〈표 Ⅱ-7〉 사업 추진의 법적 근거 Ⅰ .....	123
〈표 Ⅱ-8〉 사업 추진의 법적 근거 Ⅱ .....	124
〈표 Ⅱ-9〉 정신건강관리 분과 중점과제의 성과지표 및 목표치 .....	125
〈표 Ⅱ-10〉 제2차 정신건강복지기본계획 비전과 추진전략 .....	127
〈표 Ⅱ-11〉 자살예방기본계획(1차~4차) 주요 추진과제 .....	129
〈표 Ⅱ-12〉 지역자율형 사회서비스 투자사업 계정 구분 .....	138
〈표 Ⅱ-13〉 사업 주체별 역할 .....	139
〈표 Ⅱ-14〉 청년 마음건강지원 서비스 내용 .....	140
〈표 Ⅱ-15〉 청년 마음건강지원 서비스 유형별 가격(회당) 및 제공인력 .....	141

---

〈표 II-16〉 사업주체별 역할 .....	142
〈표 II-17〉 아동·청소년 심리지원 서비스 내용 .....	143
〈표 II-18〉 프로그램별 심리평가도구 .....	144
〈표 II-19〉 아동·청소년 심리지원 서비스 가격 .....	144
〈표 II-20〉 어르신 정서지원서비스 내용 .....	146
〈표 II-21〉 어르신 정서지원서비스 제공가격 .....	146
〈표 II-22〉 어르신 정서지원서비스 제공인력 자격 .....	146
〈표 II-23〉 청년 마음이음 사업 내용 .....	147
〈표 II-24〉 Talking Therapies에서 증상의 정도 측정법 .....	150
〈표 II-25〉 NICE에서 추천하는 우울·불안 증세에 대한 심리학적 치료 방법 .....	152
〈표 II-26〉 NHS Talking Therapies 서비스 제공자 요건 .....	153
〈표 II-27〉 2022년 NHS Talking Therapies의 사업 결과 .....	154
〈표 II-28〉 2022년 NHS Talking Therapies의 치료 현황 .....	154
〈표 III-1〉 신규 사업 및 유사사업 간 비교 .....	160
〈표 III-2〉 소득분위별 우울감 및 스트레스 등 연도별 표본 비율 .....	162
〈표 III-3〉 이해관계자별 의견수렴 내용 .....	165
〈표 III-4〉 사업계획서의 연도별 사업비(2024~2028년) .....	167
〈표 III-5〉 우울증 진단 환자 수 예측치(2024~2028년): 평균 증가율 고려 .....	168
〈표 III-6〉 건강보험요양급여비용에 따른 개인정신치료 수가 현황 .....	168
〈표 IV-1〉 기초정신건강복지센터 중증정신질환자 관리 사업 내용 .....	170
〈표 V-1〉 연령별 추계인구 중위 시나리오(2024~2028년) .....	180
〈표 V-2〉 공포성 불안장애와 기타 불안장애 제외 우울증 관련 질병진단 환자 현황 .....	181
〈표 V-3〉 상병코드·연령별 진단 환자 수(2018~2022년) .....	182
〈표 V-4〉 연령별·연도별 우울증 환자 비율(2018~2022년) .....	183
〈표 V-5〉 연령별·연도별 우울증 진단 환자 수 예측(2024~2028년): 평균 증가율 고려 .....	184

---

〈표 V-6〉 연령별·연도별 우울증 진단 환자 수 예측(2024~2028년): 평균 비율 고려	185
〈표 V-7〉 지역사회건강조사(2018~2022년) 표본의 연령별 분포	186
〈표 V-8〉 지역사회건강조사(2018~2022년) 정신건강 관련 지표	187
〈표 V-9〉 PHQ-9 점수 10점 이상 인구 비율	188
〈표 V-10〉 PHQ-9 점수 10점 이상 인구 비율 증가율 및 평균 증가율	189
〈표 V-11〉 평균 증가율을 고려한 PHQ-9 점수 10점 이상 인구 비율 추정	190
〈표 V-12〉 장래인구 추정치(2024~2028년)	190
〈표 V-13〉 PHQ-9 10점 이상 평균 증가율 추세 적용 우울위험군 추계	191
〈표 V-14〉 PHQ-9 점수가 10점 이상인 연령별 평균 인구 비율	193
〈표 V-15〉 PHQ-9 10점 이상 연령별 평균 인구 비율 적용 우울위험군 추계	193
〈표 V-16〉 사업 수요 추계(평균 증가율 적용)	195
〈표 V-17〉 사업 수요 추계(평균 인구 비율 적용)	195
〈표 V-18〉 소득분위별 우울감 및 스트레스 등 연도별 표본 비율	198
〈표 V-19〉 2018년 연령 및 소득분위 표본 분포	202
〈표 V-20〉 2019년 연령 및 소득분위 표본 분포	202
〈표 V-21〉 2020년 연령 및 소득분위 표본 분포	203
〈표 V-22〉 2021년 연령 및 소득분위 표본 분포	204
〈표 V-23〉 2022년 연령 및 소득분위 표본 분포	205
〈표 V-24〉 2018~2022년 연령 및 소득분위별 표본 총합	205
〈표 V-25〉 2018년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본	206
〈표 V-26〉 2019년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본	207
〈표 V-27〉 2020년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본	208
〈표 V-28〉 2021년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본	209
〈표 V-29〉 2022년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본	209
〈표 V-30〉 2018~2022년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본 총합	210
〈표 V-31〉 연령 및 소득분위별 PHQ-9 점수가 10점 이상인 표본 비율	211
〈표 V-32〉 연령별 소득분위 비율 추정치(2018~2022년 사용)	212
〈표 V-33〉 2024년 연령별 소득분위별 인구수 추정치	212

---

〈표 V-34〉 2025년 연령별 소득분위별 인구수 추정치 .....	213
〈표 V-35〉 2026년 연령별 소득분위별 인구수 추정치 .....	214
〈표 V-36〉 2027년 연령별 소득분위별 인구수 추정치 .....	215
〈표 V-37〉 2028년 연령별 소득분위별 인구수 추정치 .....	215
〈표 V-38〉 2024년 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 인구수 추정치 .....	216
〈표 V-39〉 2025년 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 인구수 추정치 .....	217
〈표 V-40〉 2026년 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 인구수 추정치 .....	218
〈표 V-41〉 2027년 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 인구수 추정치 .....	219
〈표 V-42〉 2028년 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 인구수 추정치 .....	219
〈표 V-43〉 PHQ-9 점수 10점 이상 연령대별 표본 수 .....	221
〈표 V-44〉 PHQ-9 점수 10점 이상 연령대별 상담 경험 표본 비율 .....	221
〈표 V-45〉 2024년 PHQ-9 10점 이상 집단 기준 연령 및 소득분위별 상담서비스 수요 .....	222
〈표 V-46〉 2025년 PHQ-9 10점 이상 집단 기준 연령 및 소득분위별 상담서비스 수요 .....	223
〈표 V-47〉 2026년 PHQ-9 10점 이상 집단 기준 연령 및 소득분위별 상담서비스 수요 .....	224
〈표 V-48〉 2027년 PHQ-9 10점 이상 집단 기준 연령 및 소득분위별 상담서비스 수요 .....	224
〈표 V-49〉 2028년 PHQ-9 10점 이상 집단 기준 연령 및 소득분위별 상담서비스 수요 .....	225
〈표 V-50〉 2023년 청년 마음건강 지원사업 월별 신청자 수 통계 .....	227
〈표 V-51〉 연간 사업 대상자 수 추정 .....	227
〈표 V-52〉 서비스 단가 산출 근거 .....	228
〈표 V-53〉 자부담 비율 적용 근거 .....	229
〈표 V-54〉 국고 보조율 적용 근거 .....	229
〈표 V-55〉 연도별 사업 대상자 수 추정(2024~2028년): 현행 유지안 .....	230
〈표 V-56〉 국비, 지방비, 자부담 재정지출 추계 결과(현행 유지안) .....	230
〈표 V-57〉 PHQ-9 점수 분포 .....	232
〈표 V-58〉 연도별 PHQ-9 점수별 사업 대상자 수 추정(2024~2028년) .....	234
〈표 V-59〉 연도별 사업 대상자 수 추정(2024~2028년): 대상자 확대안 .....	234
〈표 V-60〉 국비, 지방비, 자부담 재정지출 추계 결과(대상자 확대안) .....	235
〈표 V-61〉 추계의 한계점 .....	238

---

〈표 V-62〉 마음건강 전달체계 구축(내역사업)의 세부 내역(예타 면제 요구서) .....	239
〈표 V-63〉 기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축 운영 등 2024년 예산 .....	239
〈표 V-64〉 기존 사회보장정보시스템(행복이음) 유형별 기능 규모 추정 .....	241
〈표 V-65〉 기존 사회보장정보시스템(행복이음) 재개발 기능 규모 추정 .....	241
〈표 V-66〉 기존 사회서비스 전자바우처시스템 유형별 기능 규모 추정 .....	242
〈표 V-67〉 기존 사회서비스 전자바우처시스템 재개발 기능 규모 추정 .....	243
〈표 V-68〉 기존 사회보장정보시스템(행복이음) 재개발비 추정을 위한 보정계수의 설정 .....	244
〈표 V-69〉 기존 전자바우처시스템 재개발비 추정을 위한 보정계수의 설정 .....	245
〈표 V-70〉 기존 사회보장정보시스템(행복이음) 재개발비 추정 결과 .....	245
〈표 V-71〉 기존 전자바우처시스템 재개발비 추정 결과 .....	246
〈표 V-72〉 기존 전자바우처시스템 하드웨어 구입비 추정 결과 .....	247
〈표 V-73〉 연도별 기존 시스템 유지관리비 추정 .....	248
〈표 V-74〉 연도별 기존 시스템 기능 개선 구축비 및 유지관리비 추정 .....	248
〈표 V-75〉 신규 시스템 공통 업무 신규개발 기능 수 및 기능규모 .....	249
〈표 V-76〉 신규 시스템 심리상담 업무 신규개발 기능 수 및 기능규모 .....	250
〈표 V-77〉 신규 시스템 신규개발 기능 수 및 기능규모 종합 .....	250
〈표 V-78〉 신규 시스템 개발비 추정을 위한 보정계수의 설정 .....	251
〈표 V-79〉 신규 시스템 개발비 추정 결과 .....	252
〈표 V-80〉 신규 시스템 하드웨어 구입비 추정 .....	252
〈표 V-81〉 신규 시스템 상용SW 구입비 통합발주분 추정 .....	253
〈표 V-82〉 신규 시스템 상용SW 구입비 분리발주분(조달청) 추정 .....	254
〈표 IV-83〉 신규 시스템 감리대상사업비 보정금액 산정 .....	256
〈표 IV-84〉 신규 시스템 감리대상사업 난이도 수준 선택 .....	256
〈표 IV-85〉 신규 시스템 감리비 산정 .....	257
〈표 V-86〉 신규 시스템 개인정보 영향평가비 추정 .....	257
〈표 V-87〉 신규 시스템 유지관리비 추정 .....	258
〈표 V-88〉 신규 시스템 운영인력의 업무 분장 및 소요 인력 규모 .....	258
〈표 V-89〉 신규 시스템 운영인력 인건비 추정 .....	259

---

〈표 V-90〉 연도별 신규 시스템 구축비 및 운영·유지보수비 추정 .....	259
〈표 V-91〉 국민건강보험공단 업무 인력 소요 규모 .....	260
〈표 V-92〉 국민건강보험공단 업무 인력 인건비 추정 .....	261
〈표 V-93〉 사회보장정보원 업무 인력 소요 규모 .....	262
〈표 V-94〉 사회보장정보원 업무 인력 인건비 추정 .....	262
〈표 V-95〉 국민건강보험공단 및 사회보장정보원 등 보조기관 운영비 추정 .....	263
〈표 V-96〉 교육·연구비, 홍보비, 포상금 추정 .....	263
〈표 V-97〉 사업운영비 연도별 규모 추정 .....	264
〈표 V-98〉 사업운영관리비 추정 .....	264
〈표 V-99〉 연도별 규모 추정 1 .....	265
〈표 V-100〉 연도별 규모 추정 2 .....	265
〈표 V-101〉 연도별 사업비 추정 결과(현행 유지안) .....	266
〈표 V-102〉 연도별 사업비 추정 결과(대상자 확대안) .....	266
〈표 V-103〉 총사업비 추정 결과 .....	267

---

---

## 그림 목차

[그림 Ⅰ-1] 사업추진 체계 .....	99
[그림 Ⅰ-2] 서비스 제공 절차(2024년) .....	101
[그림 Ⅰ-3] 복지 및 소득이전 사업계획 적정성 검토 수행 흐름도 .....	102
[그림 Ⅱ-1] 우울감 경험률 연도별 추이 .....	108
[그림 Ⅱ-2] 성인 중 우울증 증상 및 유병률의 국가별 추정치 .....	108
[그림 Ⅱ-3] 성인 중 불안증 증상 및 유병률의 국가별 추정치 .....	109
[그림 Ⅱ-4] 고위험 음주율 연도별 추이 .....	110
[그림 Ⅱ-5] 폭음자의 알코올 소비량 비율 .....	110
[그림 Ⅱ-6] 자살자 수 및 자살률(2012~2022년)과 월별 자살자 수(2020~2022년) .....	111
[그림 Ⅱ-7] 국가별 자살 사망률(2000년, 2019년) .....	112
[그림 Ⅱ-8] 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강 서비스 이용률(국가별) .....	113
[그림 Ⅱ-9] 지역사회 정신건강 증진 교육 수혜율 .....	113
[그림 Ⅱ-10] WHO 가입국의 인구 1인당 정신보건 지출 현황(2017년) .....	116
[그림 Ⅱ-11] 정신건강서비스 전달체계 .....	119
[그림 Ⅱ-12] 트라우마센터 심리 대응체계 .....	122
[그림 Ⅱ-13] 제4차 및 제5차 국민건강증진종합계획의 기본틀 비교 .....	126
[그림 Ⅱ-14] 단계별·대상자별 심리지원 서비스 제공 현황 .....	128
[그림 Ⅱ-15] 제5차 자살예방기본계획(2023~2027)의 비전·목표 및 추진전략 .....	131
[그림 Ⅱ-16] 정책대상자별 관리체계 .....	132
[그림 Ⅱ-17] 정신건강정책 혁신방안 주요 추진과제 .....	133
[그림 Ⅱ-18] 정신건강정책 혁신방안 기본 방향 .....	134
[그림 Ⅱ-19] 사업 집행 절차 .....	139
[그림 Ⅱ-20] NHS Talking Therapies의 환자 진료 과정 .....	149
[그림 Ⅱ-21] 케이스와 케이스가 아닌 경우를 구분하는 방법 .....	151
[그림 Ⅲ-1] OECD 국가별 GDP 대비 사회보장 비중의 연도별 변화 .....	163

---



---

## 요 약

---

### I. 사업계획 적정성 검토의 개요

#### 1. 사업의 추진 배경 및 목적

##### 가. 사업의 추진 배경

- 본 사업은 일반국민이 일상적 마음건강 서비스를 이용하도록 하여 정신건강 고위험군으로의 진행을 예방하고, 정신건강 위험군을 조기 발견할 수 있도록 하는 사업임
- 최근 우울·불안장애 등 정신질환으로 진료받는 국민이 지속해서 증가하고 있으며, 정신질환 진료비 부담도 증가하고 있어 정신건강 분야의 정책 강화 및 투자 확대 필요성이 커지고 있음
  - OECD 국가들과 비교할 때 우리나라 국민들의 삶의 만족도, 주관적 건강 상태 등은 하위권에 속하며 자살률은 최상위 수준임
  - 그동안 정신건강 분야의 정책은 중증화 이후 치료·관리 중심으로 추진됐으며 정신건강 분야 재정투입 역시 중증 정신질환자의 치료 및 요양에 편중되어 있음
- 이에 정부는 국민의 마음건강 수준 제고를 위해서는 치료뿐만 아니라 일상적 마음 돌봄 체계를 마련하여 정신질환을 예방하고 조기 발견·개입할 수 있는 체계를 신속하게 마련할 필요가 있다고 보고 본 사업을 추진함

##### 나. 사업의 목적 및 기대효과

- (사업의 목적) 본 사업은 우울·불안 등 정서적 어려움이 있는 국민에게 심리상담 서비스를 제공하여, 국민의 마음건강 돌봄 및 정신질환을 예방하고 조기 발견하는 것을 목적으로 함

□ (기대효과) 주무부처에서는 본 사업을 통해 공공 부문이 아닌 민간 부문이 실질적인 서비스를 제공함으로써 관련 시장이 활성화되고, 경쟁을 통한 높은 품질의 상담서비스 제공이 가능해지며, 새로운 서비스 개발 용이해질 뿐만 아니라 서비스 전달 시스템을 통한 품질관리가 가능해져 효율적으로 전국민 마음건강 수준을 제고할 수 있을 것으로 기대함

## 2. 사업의 추진 근거 및 추진 경위

### 가. 사업의 추진 근거

□ 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제4조, 11조, 제12조에 근거하여 사업을 추진하며 동법 제79조, 제82조에서 국비 지원의 근거를 확인할 수 있음

〈표 1〉 사업추진의 법적 근거

**제4조(국가와 지방자치단체의 책무)** ① 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방·치료하며, 정신질환자의 재활 및 장애극복과 사회적 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.  
 ② 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.  
 ⑤ 국가와 지방자치단체는 정신질환자들의 적절한 치료 및 재활과 자립을 지원하기 위하여 정신질환자들과 그 가족에 대하여 정신건강증진사업등에 관한 정보를 제공하는 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.

**제11조(정신건강상 문제의 조기발견 등)** ① 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 정신질환의 원활한 치료와 만성화 방지를 위하여 정신건강복지센터, 정신건강증진시설 및 의료기관을 연계한 정신건강상 문제의 조기발견 체계를 구축하여야 한다.  
 ② 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 생애주기 및 성별 정신건강상 문제의 조기발견·치료를 위한 교육·상담 등의 정신건강증진사업을 시행한다.

**제12조(국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업등의 추진 등)** ① 보건복지부장관은 제7조 제3항 각 호에 관한 전국 단위의 정신건강증진사업등을 수행하고, 제2항 및 제3항에 따른 지방자치단체의 지역별 정신건강증진사업등을 총괄·지원한다.

**제79조(경제적 부담의 경감 등)** 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자와 그 보호의무자의 경제적 부담을 줄이고 정신질환자의 사회적응을 촉진하기 위하여 의료비의 경감·보조나 그 밖에 필요한 지원을 할 수 있다.

**제82조(보조금 등)** ② 국가는 지방자치단체가 수행하는 제12조 제2항 및 제3항에 따른 정신건강증진사업 등, 제53조 및 제54조에 따른 정신건강심의위원회와 정신건강심사위원회 운영 및 제66조 제1항에 따른 지도·감독을 하는 데에 드는 비용을 보조할 수 있다.

자료: 법제처, 국가법령정보센터, <https://www.law.go.kr>, 검색일자: 2024. 4. 15.

## 나. 사업의 추진 경위

- 본 사업은 제31회 국무회의(2023. 8. 1.)에서 대통령 모두말씀으로 제안되어 제35회 국무회의(2023. 8. 21.)에서 '전국민 마음투자 지원사업 계획(안)'이 이견 없이 의결·확정되었음
  - 2023년 제4차 재정사업평가위원회(2023. 8. 23.)에서 국가 정책적 추진이 필요한 사업이라는 사유로 예비타당성조사 면제사업으로 선정되어 한국조세재정연구원에 사업계획 적정성 검토가 의뢰(기획재정부 타당성심사과-746호(2023. 8. 24.))됨
- 2024년 상반기에 지자체 및 관계 기관에 예산 교부 및 사업 지침 배포 등을 수행하고, 2024년 7월 1일부터 사업을 시행함

〈표 2〉 사업의 주요 추진 경위

연월	내용
2023. 8. 1.	• 제31회 국무회의 모두말씀(2023. 8. 1.)을 통해 정신건강에 관한 새로운 인프라 도입과 예산 반영 의지 표명
2023. 8. 21.	• 제35회 국무회의 안건(의안 제1174호) 의결·확정
2023. 8. 23	• 2023년 제4차 재정사업평가위원회 예비타당성조사 면제사업 의결 - (면제요건) 국가 정책적 추진 필요사업(국가재정법 제38조 제2항 10호) 해당 - (사업계획 구체성) 대상 위험군별 지원규모 및 지원방식, 전달체계 등 사업계획의 주요 내용을 구체적으로 제시 - (사업추진의 시급성) 높은 자살률·우울감 비율 등 국민의 정신건강 문제와 정신질환에 대한 예방 및 정신건강 문제 고려 시 정신질환에 대한 예방 및 조기 발견 체계 강화 필요
2023. 8. 25.	• 사업계획 적정성 검토 의뢰(기획재정부 타당성심사과 → 한국조세재정연구원)
2023. 11. 8.	• 심리상담 기관 및 인력 관련 유관학회(대한심리학회, 대한상담학회) 간담회 실시 - (참석) 상담사단체협의회장, 상담사단체협의회 부회장, 상담사단체협의회 총무이사, 심리학회장, 심리학회 감사 2인 - 심리상담 서비스 제공기관·인력 관련 결론* 도출 * '청년마음건강지원사업'의 제공기관·인력 기준 수준 설정 필요
2023. 12. 5.	• 「정신건강정책 혁신방안」 발표
2023. 12. 8.	• 수행 기관 대상 사업설명회 개최 - (참석) 보건복지부 정신건강관리과, 시·도 정신건강 사업담당자, 건강보험공단(마음투자지원사업부), 사회보장정보원
2023. 12. 12.	• 제31차 사회보장위원회 개최 - 「제1차 사회서비스기본계획」, 「제3차 사회보장기본계획」 발표

주: 부처 제출 자료에 따르면 2024년 상반기에 지자체 및 관계 기관에 예산 교부 및 사업 지침을 배포하고, 2024년 7월부터 사업 시행함(보건복지부, 2024. 5. 14.)

자료: 보건복지부, 「예비타당성조사 면제요구서」 2023. 8. 등을 참조하여 연구진 작성

## 다. 사업의 주요 내용

□ (사업기간) 2024년부터 시행하는 계속사업임

□ (연도별 사업비) 2024~2028년 총 7,892억원으로 계획함

- 1) 전국민 마음투자 지원, 2) 마음건강 전달체계 구축 2개 내역사업으로 구성함
- 2024~2028년 5년간 7,892억원(국비 4,866억원, 지방비: 1,640억원, 자부담: 1,386억원)으로 계획함

〈표 3〉 사업계획서의 연도별 사업비(2024~2028년)

(단위: 백만원)

내역사업		재원분담	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
전국민 마음투자 지원 <sup>1)</sup>		국비	28,589	50,032	66,783	118,602	118,602	382,608
		지방비	12,253	21,442	28,621	50,829	50,829	163,974
		자부담	10,358	18,126	24,195	42,969	42,969	138,617
		<b>소계</b>	<b>51,200</b>	<b>89,600</b>	<b>119,599</b>	<b>212,400</b>	<b>212,400</b>	<b>685,199</b>
마음투자 전달체계 구축	지급시스템 <sup>2)</sup>	국비	24,950	18,664	19,121	19,591	20,076	102,402
	사회서비스시스템	국비	1,000	0	0	0	0	1,000
	운영비	국비	110	110	110	110	110	550
	-	<b>소계</b>	<b>26,060</b>	<b>18,774</b>	<b>19,231</b>	<b>19,701</b>	<b>20,186</b>	<b>103,952</b>
합계		국비	54,649	68,806	86,014	138,303	138,788	486,560
		지방비	12,253	21,442	28,621	50,829	50,829	163,974
		자부담	10,358	18,126	24,195	42,969	42,969	138,617
		<b>계</b>	<b>77,260</b>	<b>108,374</b>	<b>138,830</b>	<b>232,101</b>	<b>232,586</b>	<b>789,151</b>

주: 1) 「예비타당성조사 면제요구서」(보건복지부, 2023. 8.)에서는 지자체 경상보조로 재원분담비율은 국비 70%, 지방비 30%로 설정하였으나 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」(보건복지부, 2024. 4. 23.)에서는 국고 보조율을 서울 50%, 서울 외 시·도 70%, 성장축진지역 80%로 설정함

2) 민간보조(사회보장정보원, 국민건강보험공단)를 포함하고 있음

자료: 보건복지부, 「예비타당성조사 면제요구서」 별첨 자료(예산안 세부 산출 내역), 2023. 8., p. 1을 참조하여 연구진 작성

□ (재원 조달 방식) ‘전국민 마음투자 지원’은 국비 70%, 지방비 30%로 재원분담비율을 설정<sup>1)</sup>하였고, ‘마음투자 전달체계 구축’은 국비 100%로 설정함

1) 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」(보건복지부, 2024. 4. 23.)에서는 국고 보조율을 서울 50%, 서울 외 시·도 70%, 성장축진지역 80%로 변경하여 본 검토에서는 최신 사업계획을 반영하여 국비, 지방비, 자부담을 추정함

□ (사업 대상) 2024~2025년에는 정신건강 위험군을 대상으로 서비스를 제공하고 2026년부터 전국민으로 서비스 대상을 단계적으로 확대할 예정임

〈표 4〉 연도별 서비스 대상자 수(2024~2028년)

(단위: 명)

유형		2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
정신건강 위험군	고위험군	80,000	40,000	40,000	60,000	60,000	880,000
	중위험군		120,000	120,000	180,000	180,000	
일반국민		-	-	100,000	260,000	260,000	620,000
합계		80,000	160,000	260,000	500,000	500,000	1,500,000

자료: 보건복지부, 「예비타당성조사 면제요구서」 2023. 8., p. 8; \_\_\_\_\_, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23, p. 1을 참조하여 연구진 작성

□ (2024년 서비스 대상자 기준) 정신건강복지센터, 정신의료기관 등에서 심리상담이 필요하다고 인정하거나 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9)에서 중간 정도 이상의 우울(10점 이상)이 확인된 자 등이 대상으로 신청 시 관련 기관 등에서 발급한 증빙 서류를 제출해야 함

〈표 5〉 2024년 서비스 대상자 기준(안)

대상자 기준 <sup>1)</sup>	증빙 서류	
정신건강복지센터, 대학교 상담센터, 청소년 상담 복지센터, Wee센터/Wee클래스 등에서 심리상담이 필요하다고 인정하는 자	기관에서 발급하는 의뢰서 (신청일 기준 최근 3개월 이내)	
정신의료기관에서 우울·불안 등으로 인하여 심리상담이 필요하다고 인정하는 자	정신과 의사가 발급하는 진단서 또는 소견서 (신청일 기준 최근 3개월 이내)	
국가 건강검진 중 정신건강 검사(우울증 선별검사, PHQ-9)에서 중간 정도 이상의 우울(10점 이상)이 확인된 자	국가 정신건강검진 결과서 (신청일 기준 1년 이내)	
자립 준비 청년 및 보호 연장 아동	자립 준비 청년	보호 종료 확인서
	보호 연장 아동	시설 재원 증명서, 가정 위탁 보호 확인서
「동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업」 <sup>2)</sup> 통해 의뢰된 자	해당 사업 지침 [별지] 제4호 연계 의뢰서 (신청일 기준 최근 3개월 이내)	

주: 1) 약물 및 알코올 중독, 중증 정신질환(예: 조현병 등), 심각한 심리적 문제(급박한 자살위기 등)로 정신의학과 진료가 우선 필요한 경우 대상자에서 제외함

2) 동네의원 이용 환자 중 정신건강 위험군에 대해 의사 면담 등을 통해 선별하여 지역의 정신건강의료기관 또는 정신건강 복지 센터에 연계하는 시범사업(2022년 이후, 부산 등)

자료: 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23, p. 2를 참조하여 연구진 작성

□ (서비스 제공기관 및 제공인력 기준) 시설 면적, 인력 요건 등을 갖추어야 하며 서비스 가격은 제공인력의 자격 기준에 따라 1급 유형, 2급 유형으로 구분해 설정함

〈표 6〉 서비스 제공기관 및 제공인력 기준(2024년)

구분	세부 기준		
시설 기준	서비스 제공 공간 33㎡ (이용 정원 10명 이상 시 1명당 3.3㎡ 추가 확보 필요)		
인력 기준	제공기관의 장 (1명)	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신건강의학과 의사</li> <li>1급 유형의 기준을 충족한 자 (지자체별 상황을 고려하여 필요한 경우 2급 유형 기준 충족한 자도 제공기관 개설 가능)</li> </ul>	
	제공인력 (1명 이상)	1급 유형	<ul style="list-style-type: none"> <li>「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제17조에 따른 정신건강전문요원 1급</li> <li>「청소년 기본법」 제22조에 따른 청소년상담사 1급</li> <li>「초·중등교육법」 제21조에 따른 전문상담교사 1급</li> <li>보건복지부장관이 인정하는 심리상담분야 전문가로서 상담분야를 전공(심리·상담학과 등)한 석사 또는 박사 학위 소지자가 다음 중 하나의 수련요건을 충족하는 경우               <ul style="list-style-type: none"> <li>석사 취득 후 심리상담 수련시간이 최소 2,000시간 이상</li> <li>박사 취득 후 심리상담 수련시간이 최소 1,000시간 이상</li> </ul> </li> </ul>
		2급 유형	<ul style="list-style-type: none"> <li>「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제17조에 따른 정신건강전문요원 2급</li> <li>「청소년 기본법」 제22조에 따른 청소년상담사 2급</li> <li>「초·중등교육법」 제21조에 따른 전문상담교사 2급</li> <li>「국가기술자격법」 제8조의2에 따른 임상심리사 1급</li> <li>보건복지부장관이 인정하는 심리상담분야 전문가로서 상담분야를 전공(심리·상담학과 등)한 학사 또는 석사 학위 소지자가 최소 1,000시간 이상 심리상담 수련시간을 충족하는 경우</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「기획재정부 1차 점검회의에 대한 부처 의견」, 2024. 5. 14, p. 2; \_\_\_\_\_, 「전국민 마음투자 지원사업 등록기준 고시 제정(안)」, 2024. 5., pp. 3~4를 참조하여 연구진 작성

□ (심리상담 서비스 가격 등) 우울 평가(PHQ-9), 불안 평가(GAD-7), 자살 위험성 평가(P4-suicidality screen scale) 등 심리 검사와 대상자의 상황 및 수요를 고려한 상담이 이루어짐

- (서비스 제공 횟수) 회당 50분 이상, 총 8회 사용 가능한 바우처(생성 후 120일 동안 사용 가능)를 지급함
- (단가) 1급 유형 서비스는 회당 8만원, 2급 유형 서비스는 회당 7만원으로 설정함
- (본인 부담 비율) 중위소득 기준에 따라 0~30% 차등 지원함

〈표 7〉 유형별 1회당 정부 지원금 및 본인 부담금

(단위: %, 원)

기준 중위 소득	본인 부담 비율 <sup>1)</sup>	1급 유형			2급 유형		
		정부 지원금	본인 부담금	합계	정부 지원금	본인 부담금	합계
70% 이하	0	80,000	-	80,000	70,000	-	70,000
70% 초과 ~ 120% 이하	10	72,000	8,000	80,000	63,000	7,000	70,000
120% 초과 ~ 180% 이하	20	64,000	16,000	80,000	56,000	14,000	70,000
180% 초과	30	56,000	24,000	80,000	49,000	21,000	70,000

주: 1) 자립 준비 청년, 보호 연장 아동은 사업 연속성 및 서비스 이용 활성화 측면에서 본인 부담비율 0%임  
 자료: 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23, p. 4를 참조하여 연구진 작성

- (사업수행 주체) 보건복지부, 지방자치단체, 사회보장정보원, 국민건강보험공단이 수행함
  - (보건복지부) 사업계획 수립 및 지침 작성, 사업 평가 및 지도·감독, 국고보조금 교부, 유관기관 협력 체계 구축 및 연계하는 역할을 담당함
  - (지방자치단체) ① 읍·면·동에서 바우처 신청을 받고, ② 시·군·구에서 대상자 선정 및 결과 통지, 서비스 제공기관 및 인력 등록·관리, 사업비 예탁 및 집행을 관리하고, ③ 시·도에서 시·군·구에 국고보조금을 교부하고 관리, 감독하는 역할을 담당함
  - (사회보장정보원) 2024년에는 행복이음(www.ssis.go.kr)을 활용하여 서비스 대상자를 관리하고 전자바우처(http://www.socialservice.or.kr) 시스템을 통해 바우처 발급 및 정산, 지자체 예탁금 및 통계 관리 등의 업무를 수행함
  - (국민건강보험공단) 사업 관리 및 홍보, 서비스 제공기관 및 인력 질 관리, 교육 지원, 이용자 만족도 조사 등의 업무를 담당할 계획이고, 2026년 이후 신규 구축될 시스템의 운영 위탁기관의 역할을 담당할 예정임

[그림 1] 사업추진 체계

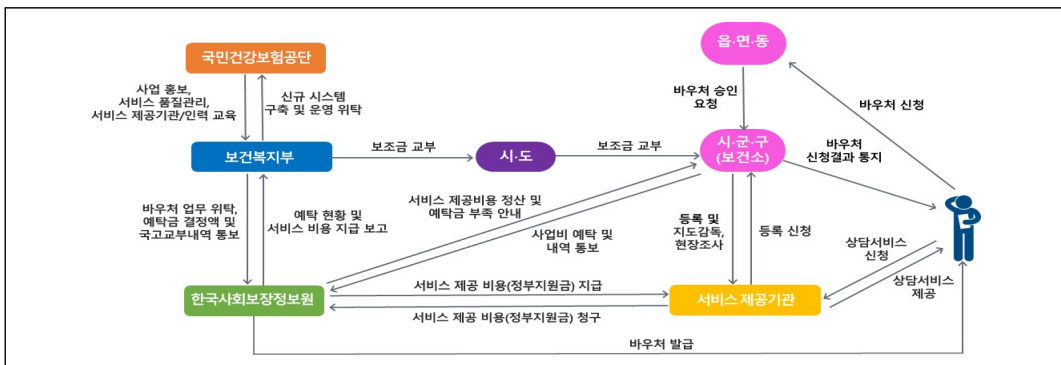


자료: 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23, p. 5

□ 서비스 전달 체계

- (사업 대상자) 상담서비스를 받기 위해 서비스 유형(1·2급)을 선택하여 읍·면·동 행정복지센터에 방문하여 신청함
- (읍·면·동 행정복지센터) 대상자 신청을 받아 관할 시·군·구(보건소)로 전송함
- (시·군·구(보건소)) 대상자 요건에 부합하는지 증빙 서류를 확인하고 소득을 조사한 후 대상자를 선정하여 결과를 통지함
- (서비스 제공) 주소지에 관계 없이 서비스 제공기관을 선택할 수 있으며, 대상자와 상담 서비스 제공기관 간의 계약 체결 후 총 8회, 회당 50분 이상의 서비스를 받게 됨
- (비용 정산) 서비스 제공기관은 본인부담금을 제외한 정부지원금을 한국사회보장정보원에 청구하면 한국사회보장정보원에서 비용을 지급함

[그림 2] 서비스 제공 절차(2024년)

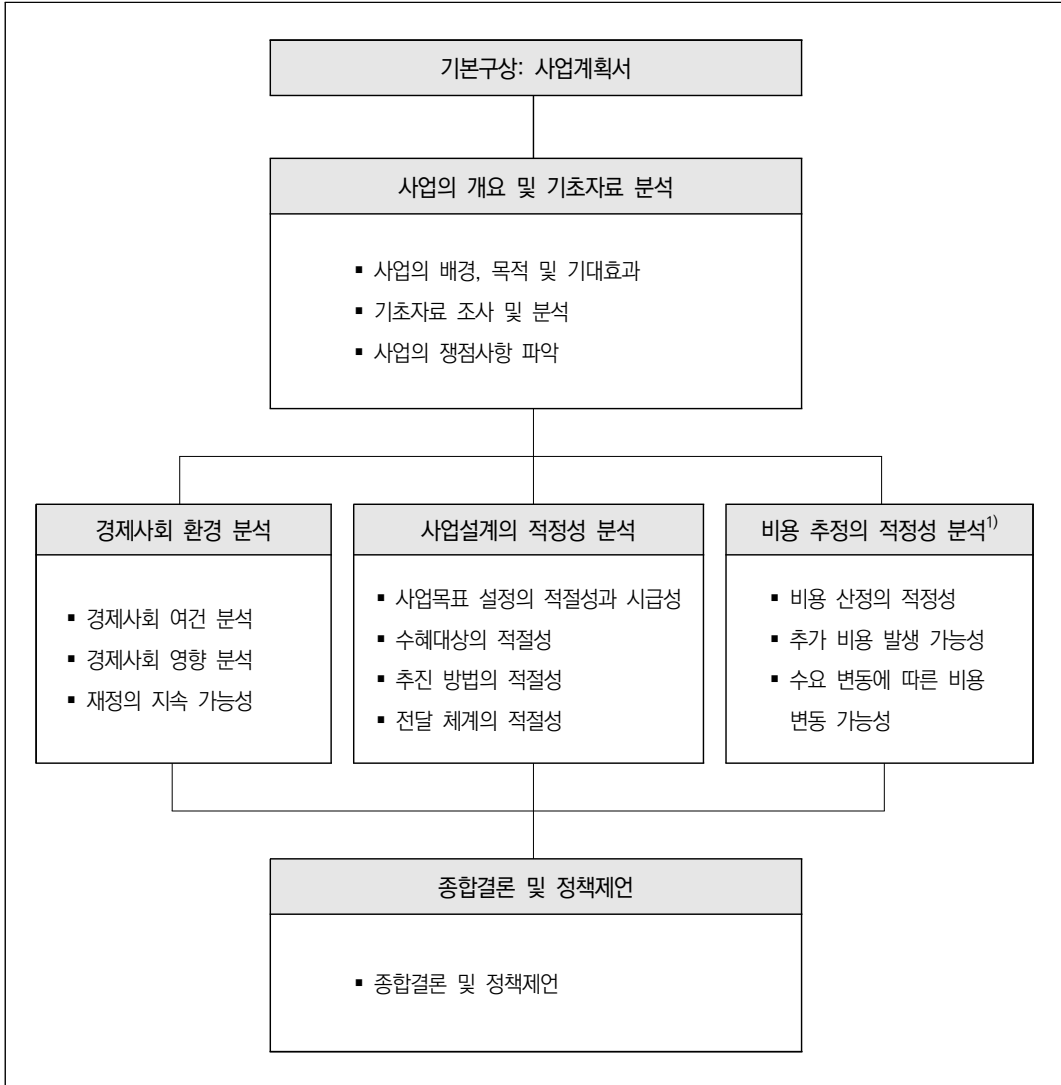


자료: 보건복지부, 「2024년 전국민 마음건강 투자사업 사업계획(안)」, 2024. 4. 23, p. 3

### 3. 사업계획 적정성 검토의 주요 내용

#### 가. 사업계획 적정성 검토의 절차

[그림 3] 복지 및 소득이전 사업계획 적정성 검토 수행 흐름도



주: 1) 복지 및 소득이전 사업계획 적정성 검토는 비용-효과성 분석 대신 비용 추정의 적정성 분석으로 검토함  
 자료: 한국조세재정연구원, 「2023년 제2차 예비타당성조사 착수회의 자료」, 2023. 10., p. 16.

## 나. 사업계획 적정성 검토의 주요 내용

- 복지·소득이전 사업에 대한 예비타당성조사의 경우 2019년도부터 변경된 평가방법론에 준하여 '경제·사회 환경 분석', '사업설계의 적정성', '비용·효과성'을 주요 항목으로 설정하여 사업의 타당성을 검토함
  - 복지·소득이전 사업의 사업계획 적정성 검토 또한 동 분야 예비타당성조사 방식에 준하여 적정한 사업 규모를 검토함
  
- (기초자료 분석 및 조사의 쟁점 도출) 사업계획 적정성 검토를 위하여 조사 대상 사업의 추진 배경과 목적, 추진 경위, 계획된 사업 내용 파악 등 제공된 기초자료를 검토하여 조사의 쟁점을 도출함
  
- (경제·사회 환경 분석) 경제·사회 여건, 영향을 분석하고 재정의 지속 가능성을 검토함
  - 경제·사회 여건 분석을 통해 해결해야 할 경제·사회문제가 적절하게 파악되었는지, 해당 경제·사회문제 해결을 위해 유사한 내용의 민간·지자체·재정사업이 존재하는지, 해당 문제를 해결하기 위해 정부 개입이 적절한지 검토함
  - 동 사업추진에 대한 사회적 의견수렴은 충분한지, 향후 재정에 미치는 부담은 충분히 고려되었는지, 장기적으로 안정적인 재원 조달이 가능한지, 사업의 중장기적 재정 소요에 변동 위험성은 없는지 등을 검토함
  
- (사업설계의 적정성) 사업 목표 설정의 적절성 및 시급성, 수혜 대상, 추진 방법, 전달체계의 적절성을 검토함
  - 사업목표가 구체적이고 명확하게 설정되었는지, 정부 정책 방향, 상위 계획 및 관련 계획과의 연계성과 사업의 우선순위가 높은지를 살펴봄으로써 사업 목표의 적절성과 시급성을 검토함
  - 수혜대상의 적정성을 판단하기 위해 수혜대상이 명확하고, 실질적인 수요에 대한 충분한 검토가 있는지, 실제 사업대상 외의 사람들이 혜택을 받을 가능성이 높지 않은지 검토함
  - 추진 방법의 적정성과 전달체계의 적절성은 사업 주체 간(공공/민간, 중앙/지방)의 역할 구분이 명확한지, 전달체계가 명확하고 구체적인지, 수요자 접근이 쉽게 전달체

계가 구성되었는지 등에 대해 검토함

- 사업계획 적정성 검토의 경우 비용·효과성 분석 대신 비용 추정의 적정성으로 목차가 대체되므로 본 항목에서 성과관리 계획 및 성과지표 등이 적절히 제시되었는지 검토함
  
- (비용 추정의 적정성 분석) 비용 산정의 적정성, 추가 비용 발생 가능성, 수요 변동에 따른 비용 변동 가능성을 검토함
  - 비용 추계가 적절히 이루어졌는지, 사업추진에 따라 추가로 발생할 수 있는 비용이 모두 포함되었는지 등을 검토하고, 사업의 수요 변동에 따라 추후 증가 또는 감소하게 되는 비용의 범위를 검토함
  - 일반적으로 사업계획 적정성 검토의 경우에는 예비타당성조사 평가 항목을 준용하되 정책효과 분석을 생략하는바, 이에 따라 본 검토에서도 비용·효과성 분석 평가 항목 대신 비용 추정의 적정성 항목으로 대체하여 검토함
  
- (종합결론 및 정책 제언) 분석 결과를 종합하고 정책 제언을 제시함
  - 경제·사회 환경 분석, 사업설계의 적정성, 비용·효과성 분석 결과를 바탕으로 종합적인 검토 결과를 제시함
  - 향후 사업을 추진할 때 반드시 고려하여야 하는 사항과 사업추진의 한계점 등에 대하여 정책적 제언을 함

#### 다. 사업계획 적정성 검토의 범위

- 전국민 마음건강 투자사업은 복지·소득이전 사업으로 「국가재정법」 제38조 제2항 제10호 및 「예비타당성조사 운용지침」 제20조에 따른 ‘국가 정책적으로 추진이 필요한 사업’에 해당하여 예비타당성조사 면제 사업으로 선정되었고 「예비타당성조사 운용지침」 제23조 제3항에 의거 사업계획 적정성 검토 수행이 요구되었음
- 기획재정부는 2023년 제4차 재정사업평가위원회(2023. 8. 23.) 의결 결과에 따라 본 사업을 사업계획 적정성 검토 과제로 의뢰함

- 사업계획 적정성 검토의 범위는 「예비타당성조사 운용지침」 제23조(사업계획 적정성 검토)에 따라 예비타당성조사 방식에 준하여 자원 조달 방안, 중장기 재정 소요, 효율적 대안 등의 분석을 통해 적절한 사업 규모를 검토하는 것으로 규정되어 있어 이에 따름
- 본 사업은 적정성 검토 과정 중 예산 집행으로 인하여 2024년 7월부터 사업이 시행되었으며, 2024년 적정성 검토 결과 비용 추정값은 6개월이 아니라 1년을 기준으로 하였으므로 큰 의미가 없음
- 시범사업의 부재로 인하여 2024년 7월부터 시행된 본 사업의 표본 데이터를 비용 추정에 활용하여, 타 복지사업의 1년 이상의 시범사업 데이터를 활용한 분석에 비해 통계적 신뢰성이 부족할 수 있다는 한계점이 존재함

## II. 기초자료 분석 및 조사의 주요 쟁점

### 1. 기초자료 분석

#### 가. 정신건강

##### 1) 정신건강의 정의

- 정신건강에 대한 인식은 국가나 문화, 정치, 경제, 종교적 배경, 시대, 지역 등에 따라 다르게 표현됨
  - 세계보건기구(WHO)는 정신건강을 개개인이 자신의 잠재력을 실현할 수 있고, 일상에서 발생하는 스트레스에 대처할 수 있으며, 생산적으로 활동할 수 있고, 자신이 속한 지역사회에 기여할 수 있는 웰빙의 상태로 정의함(전진아 외, 2019)
    - 호주 정부(1991)는 정신건강을 단순히 정신질환이 없는 것뿐 아니라, 주관적인 안녕감(well-being)과 정신적(인지적, 정서적, 관계적) 능력을 적절하게 발전시키고 활용하도록 개인과 개인 및 사회 환경과 반응하는 개인과 집단의 능력이라 정의함(노은이 외, (재인용), 2013)

- Antonovksky는 정신건강을 다양한 스트레스에 대한 저항력을 주는 정신적 자원 (generalized resistance resources)이라 표현함(노은이 외, (재인용), 2013)
- Bunton과 Macdonald는 행복감 등 긍정적 정서, 자존감과 숙달(sense of master) 등 심리적 자원을 포함하는 성격특성, 역경을 이겨내는 회복력(resilience)으로 정의함(노은이 외, (재인용), 2013)
- 국립정신건강센터에서 매년 발간하는 국가 정신건강현황 보고서에서도 정신건강은 일반적인 스트레스, 우울 등 정신건강 문제부터 치료나 재활, 회복과 같은 광범위한 범위를 포함하여 정의함

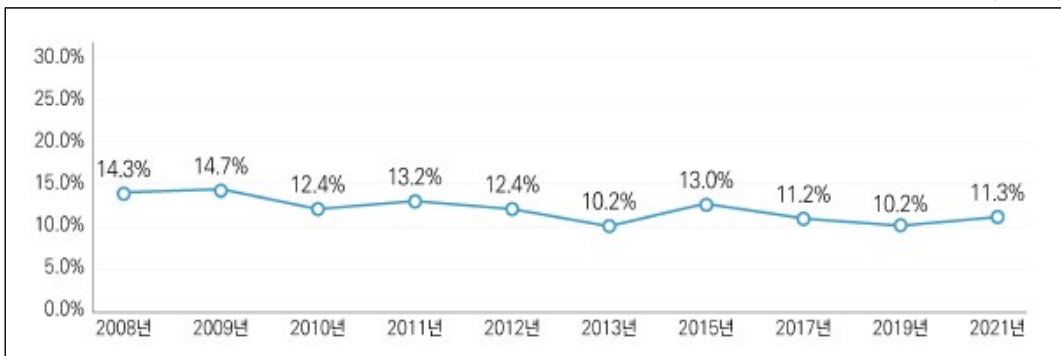
## 2) 정신건강 현황

### 가) 정신건강 규모

- (우울 경험률) 2022년 국민건강통계에 따르면 만 19세 이상 성인 인구의 우울감 경험률은 11.3%로 2019년도(10.2%)에 비해 증가함
  - 우울감은 성인 인구 중 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 사람의 비율을 측정하며 자기 보고식 설문 방식으로 측정하여 일반적인 우울증과 다름
  - 연도별 변화 추이를 살펴보았을 때 2021년 우울감 경험률은 2008년(14.3%), 2010년(12.4%), 2015년(13.0%)에 비해 감소하였으나 2019년도(10.2%)보다는 다소 증가함

[그림 4] 우울감 경험률 연도별 추이

(단위: %)

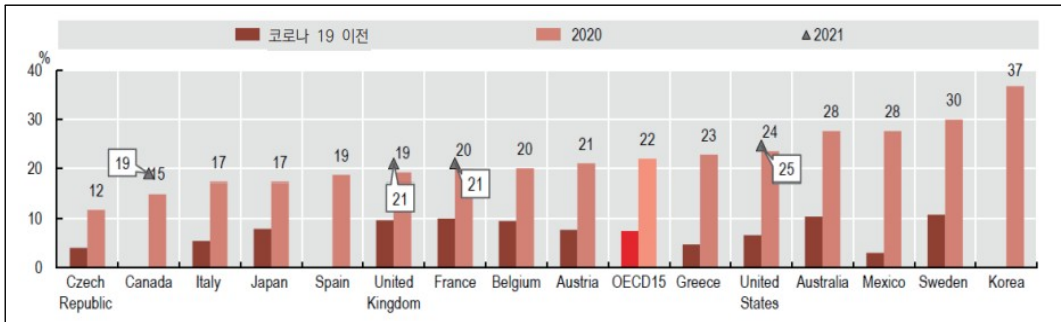


자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 8.

- (국가별 우울증 비율) OECD 국가를 대상으로 성인 중 우울증 증상 및 유병률을 비교 하였을 때 한국의 수치가 가장 높은 것을 알 수 있음
  - 2020년 기준 한국의 경우 다른 선진국인 영국이나 프랑스에 비해 상대적으로 높은 유병률을 보이고 있음
  - 코로나19로 인해 대부분 나라들의 우울증 증상 및 유병률이 급격히 증가함

[그림 5] 성인 중 우울증 증상 및 유병률의 국가별 추정치

(단위: %)



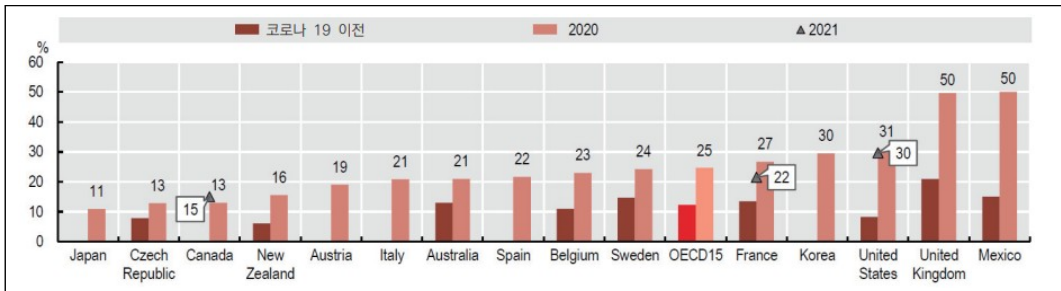
주: 2020년 및 2021년 자료는 가능한 경우 2020년 3월/4월 및 2021년 자료이며 설문조사 도구 및 인구집단 표본이 국가마다 달라 직접적인 비교에 한계가 존재

자료: OECD, *Health at a Glance 2021*, Figure 3.20.

- (국가별 불안증 비율) 조사대상 국가 중 영국이나 멕시코에서 불안 관련 유병률이 가장 높은 것으로 나타났으며 한국 또한 상대적으로 상위권에 속함
  - 불안증 증상 및 유병률에 대해서도 코로나19로 인한 유병률이 많이 증가한 것으로 나타남

[그림 6] 성인 중 불안증 증상 및 유병률의 국가별 추정치

(단위: %)



주: 2020년 및 2021년 자료는 가능한 경우 2020년 3월/4월 및 2021년 자료이며 설문조사 도구 및 인구집단 표본이 국가마다 달라 직접적인 비교에 한계가 존재

자료: OECD, *Health at a Glance 2021*, Figure 3.19.

□ (고위험 음주율) 2021년 국민건강통계 결과에 따르면 고위험 음주자의 비율은 13.4%로 2020년(14.1%)보다 0.7%p 감소함

○ 고위험 음주율은 최근 1년 동안 음주한 경험이 있는 만 19세 이상 인구 중 주 2회 이상 음주하고 1회 평균 음주량이 7잔(여성 5잔) 이상인 사람의 비율로 측정함

[그림 7] 고위험 음주율 연도별 추이

(단위: %)



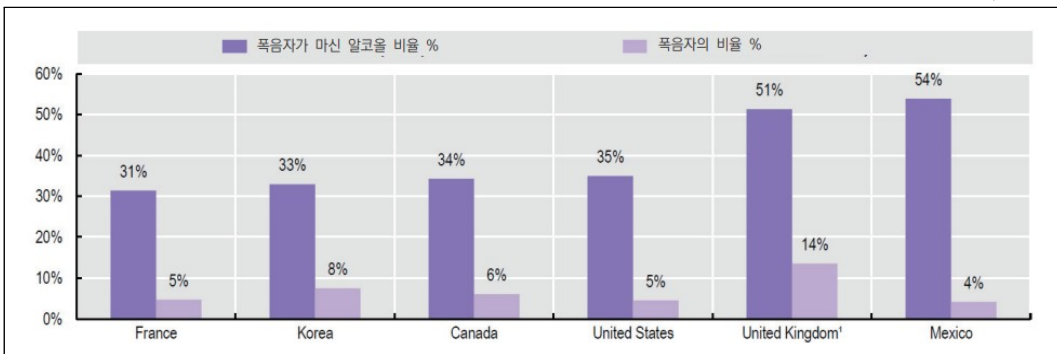
자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 9.

□ (국가별 폭음자 비율) OECD에 속한 나라의 폭음자 비율 및 폭음자가 마신 알코올 비율을 살펴보면 한국은 프랑스나 캐나다보다 폭음자 비율이 높게 나타남

○ 2015년부터 2018년까지의 자료들을 비교하였을 때 한국의 폭음자 비율은 8%로 5%인 프랑스나 6%인 캐나다, 5%인 미국보다도 높은 것으로 나타남

[그림 8] 폭음자의 알코올 소비량 비율

(단위: %)

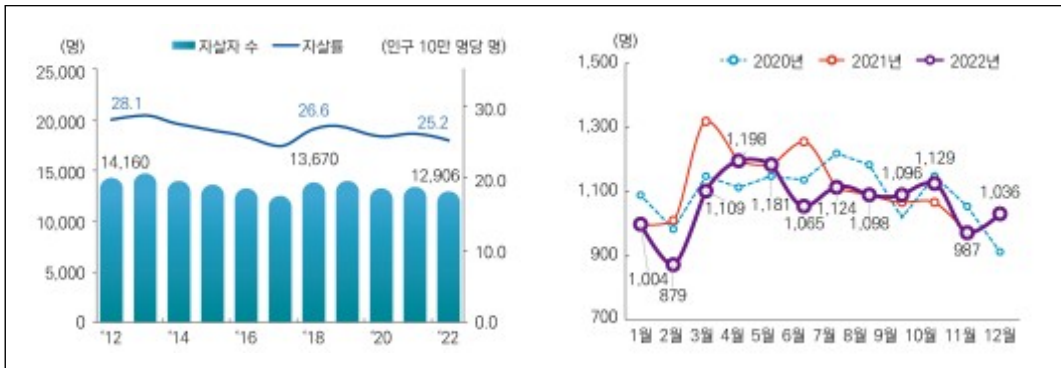


주: 영국은 잉글랜드 자료만 포함

자료: OECD, *Health at a Glance 2021*, Figure 4.4.

- (정신장애 평생 유병률) 정신장애 평생 유병률은 27.8%로 만 18세 이상 만 79세 이하의 일반 인구 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 정신건강 문제를 경험하는 것으로 나타남
  - 정신장애 평생 유병률은 평생 알코올 사용 장애, 니코틴 사용 장애, 우울장애, 불안장애 중 어느 하나에라도 걸린 적이 있는 사람의 비율로 측정함
  - 남성은 32.7%, 여성은 22.9%로 나타났으며 정신건강 문제별로 살펴보면 알코올 사용 장애 11.6%, 니코틴 사용 장애 9.5%, 우울장애 7.7%, 불안장애 9.3% 순으로 나타남
  
- (인구 10만명당 자살 사망률) 2022년 사망 원인 통계에 따르면 2022년 고의적 자해(자살)에 의한 사망자 수는 12,906명(인구 10만명당 25.2명)으로 2021년 13,352명(인구 10만명당 26.0명)보다 446명(인구 10만명당 0.8명) 감소함

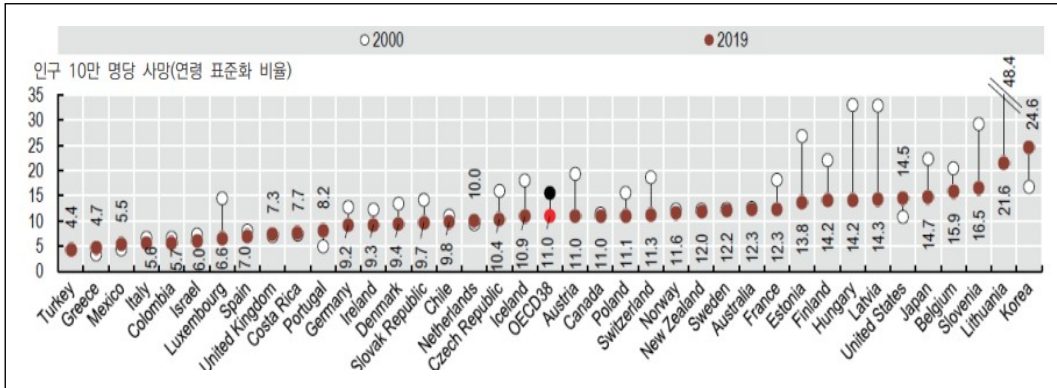
[그림 9] 자살자 수 및 자살률(2012~2022년)과 월별 자살자 수(2020~2022년)



자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 12.

- (국가별 자살 사망률) OECD 국가들의 2000~2019년 사이 자살로 인한 사망은 전반적으로 29% 감소하였으나 우리나라에서는 2000년부터 2019년까지 자살로 인한 사망률이 46% 증가함
  - 인구 10만명당 자살로 인한 사망률은 5개 OECD 국가(그리스, 멕시코, 포르투갈, 미국, 한국)를 제외한 모든 국가에서 감소하거나 안정적인 수치를 유지함
  - 리투아니아 정부는 자살 예방 캠페인과 정신건강 시스템 강화 등을 꾸준히 수행하고 있으며 한국과의 동시기 때 자살로 인한 사망률이 55% 감소하였음

[그림 10] 국가별 자살 사망률(2000년, 2019년)



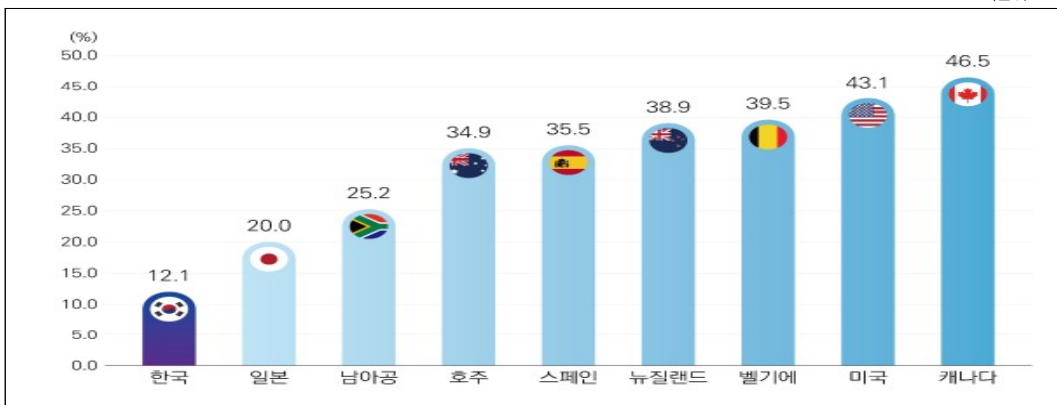
자료: OECD, *Health at a Glance 2021*, Figure 3.21.

나) 정신건강 예방 및 조기 개입

- (정신건강 서비스 이용률) 정신장애 진단을 받은 대상자 중 정신건강 서비스를 이용한 적이 있다고 답한 비율은 12.1%로 캐나다, 미국 등 주요 선진국 대비 낮은 것으로 나타남
  - 정신건강 서비스 이용률은 정신건강 문제 경험 시 정신건강 전문가와 상담(상의)을 해본 적이 있다는 문항에 긍정 응답을 한 비율임
  - 정신장애 진단도구(K-CIDI 2.1)를 통해 평생 알코올 사용 장애, 니코틴 사용 장애, 우울장애, 불안장애 중 어느 하나라도 진단된 환자를 대상으로 선정함

[그림 11] 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강 서비스 이용률 국가별 비교

(단위: %)



자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 15.

- (지역사회 정신건강 증진 교육 수혜율) 2022년 지역사회 정신건강 증진 교육을 받은 대상자는 1,775,448명으로 2022년 전체 추계인구(51,628,117명) 대비 3.4%인 것으로 나타났으며 전년도 교육 수혜율에 비해 0.4%p 증가함
- 지역사회 정신건강 증진 교육 수혜율은 전체 인구 대비 광역·기초정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터 등의 지역사회 재활 기관에서 정신건강 증진을 위한 교육을 받은 대상자의 비율로 측정함

[그림 12] 지역사회 정신건강 증진 교육 수혜율

(단위: %)



자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 16.

#### 다) 정신질환 치료

- (인구 10만명당 정신질환 치료 수진자 수) 2022년 정신의료기관에서 F코드로 진료 받은 실인원은 2,593,148명으로 인구 10만명당 5,675명으로 나타남
- 낮병동 진료 실인원을 제외하고 입원과 외래로 진료받은 실인원의 정신질환 진단별 실인원은 다음 <표 8>과 같음

<표 8> 2022년 정신의료기관에서 진료받은 실인원

(단위: 명)

구분	실인원 <sup>1)</sup>
전체	2,592,818
중증정신질환 <sup>2)</sup> (AUBUC)	690,242
조현병, 분열형 및 망상 장애 (A)	232,905
조현병	184,304
제1형 및 제2형 양극성 장애 (B)	141,706
조증 에피소드	2,796

〈표 8〉의 계속

(단위: 명)

구분		실인원 <sup>1)</sup>
주요 우울 장애 (D)		983,133
중증도 이상 우울에피소드 및 재발성 우울장애 (C)		340,972
물질관련 및 중독 장애		81,347
신경증성, 스트레스연관 및 신체형 장애		948,044
인구 10만명당 진료받은 수	조현병, 분열형 및 망상장애 $[(A/P^3)] \times 10^5$	509.7
	제1형 및 제2형 양극성 장애 $[(B/P^3)] \times 10^5$	310.1
	주요 우울 장애 $[(D/P^3)] \times 10^5$	2,151.6

주: 1) 낮병동 진료 실인원을 제외하고, 입원과 외래로 진료받은 실인원 대상으로 수치 산출함

2) 중증정신질환은 정신병적 장애(A), 양극성 정동장애(B), 우울장애(C)로 한 번 이상 치료받은 실인원임. 중증질환에는 한국표준 질병·사인분류(KCD-8)의 진단코드 F20.0-F29, F30.0-F30.9, F31.0-F31.9, F32.1-F32.3, F33.1-F33.3가 포함됨

3) P(인구수)는 통계청(2021) 「장래인구추계」(2023.9.8. KOSIS 추출) 사용함

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 「2022 국가 정신건강현황 보고서」, 2023. 12.

## 나. 정신건강 지원체계

### 1) 정신건강사업의 개요

- (인구 1인당 지역사회 정신건강 예산) 추계인구 수 대비 정신재활시설 및 지역사회 재활기관 예산 집행 총액으로 계산하였을 때 2022년도 인구 1인당 정신건강 예산은 7,934원으로 2021년 7,139원 대비 795원(11.1%) 증가함
- 정신재활시설, 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 예산만 합산하여 계산함

〈표 9〉 시도별 인구 및 정신건강 예산(2022년)

(단위: 명, 천원, 원)

시·도	인구수	정신건강 예산	인구 1인당 지역사회 정신건강 예산
전국	51,628,117	409,606,725	7,934
서울	9,411,443	64,425,801	6,845
부산	3,299,396	26,788,626	8,119
대구	2,363,420	14,878,918	6,296
인천	2,960,685	18,986,808	6,413
광주	1,463,411	14,712,833	10,054

〈표 9〉의 계속

(단위: 명, 천원, 원)

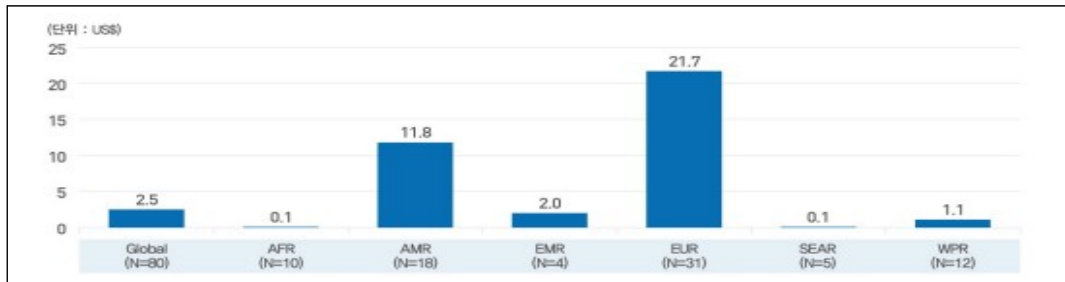
시·도	인구수	정신건강 예산	인구 1인당 지역사회 정신건강 예산
대전	1,471,563	15,077,208	10,246
울산	1,112,807	8,566,189	7,698
세종	382,760	2,701,373	7,058
경기	13,680,911	91,876,022	6,716
강원	1,525,912	18,406,908	12,063
충북	1,633,687	18,518,507	11,335
충남	2,180,086	24,384,487	11,185
전북	1,780,234	24,877,903	13,975
전남	1,768,620	15,623,803	8,834
경북	2,628,220	23,802,671	9,057
경남	3,289,257	20,125,702	6,119
제주	675,705	5,852,966	8,662

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 33.

- (국가별 인구 1인당 정신건강 예산) 2017년 한국의 인구 1인당 정신건강 예산은 3,889원(약 3.44달러)으로 다른 국가들보다 상대적으로 적은 금액을 지출하고 있음
  - WHO에서 발간하는 「Mental Health Atlas 2017」에서는 각 지역별로 인구 1인당 국가 차원에서 지불하는 정신보건 관련 비용을 제시하였는데 전체 중앙값은 2.5달러임
  - 인구 1인당 정신보건 지출이 가장 많은 곳은 유럽으로 21.7달러(약 24,000원, 2017년 환율 1130.48원 기준)를 지출하는 것으로 나타났으며 다음 아메리카, 동지중해 지역, 서태평양 지역, 아프리카와 동남아시아 순으로 나타났음

[그림 13] WHO 가입국의 인구 1인당 정신보건 지출 현황

(단위: 달러)



자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서』, 2018, p. 80.

- (인구 10만명당 정신건강 전문인력 수) 2022년 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관에 종사하는 상근인력은 총 31,384명이며, 전체 상근인력 중 정신건강 전문인력(정신건강의학과 전문의 및 정신건강전문요원 자격 소지자)은 10,058명으로 인구 10만명당 19.5명에 해당하며 전체 상근인력의 32%임
- (국가별 인구 10만명당 정신건강 전문인력 수) 2017년 한국의 인구 10만명당 정신건강 전문인력 수는 16.2명임
  - 세계 평균 정신건강 전문인력 수는 인구 10만명당 6.5명으로 유럽 지역이 50.7명을 기록하여 가장 높은 많은 인력을 보유하고 있고 아프리카 지역의 경우 2.0명으로 상대적으로 국가별 편차가 큼
  - 고소득 국가는 65.6명인 데 반해 저소득 국가는 0.5명으로 큰 차이를 보임

〈표 10〉 WHO 가입국의 인구 10만명당 정신건강 전문인력 현황

(단위: 명)

국가	2014	2017
Global	9.0	6.5
AFR	1.4	2.0
AMR	16.2	11.5
EMR	7.3	5.6
EUR	43.5	50.7
SEAR	4.8	2.1
WPR	8.7	14.1
Low	0.9	0.5
Lower-Middle	3.2	2.5
Upper-Middle	15.9	14.1
High	52.3	65.5

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서』, 2018., p. 83.

## 2) 정신건강 증진사업

- (정신건강 증진사업) 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조에 따르면 정신건강 증진사업은 정신건강 관련 교육·상담, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활, 정신건강에 영향을 미치는 사회복지·교육·주거·근로 환경의 개선을

통하여 국민의 정신건강을 증진하는 사업을 의미함

- 정신질환자를 포함한 국민의 정신건강을 증진하기 위해 예방, 조기 발견, 치료 및 치유, 재활 및 사회 복귀에 이르는 전 과정에 개입하는 프로그램, 사업, 정책을 의미(전진하 외, 2017)함

□ (국가정신건강정책 방향성) 정신건강 없이는 개인과 사회의 건강도 없다는 문제의식하에 전 국민의 전주기적 건강관리를 위해 국가 책임을 강화하고자 함

- “마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라”를 비전으로 지정하고 6개의 정책목표를 설정하고 정신건강정책 발전 기반 구축을 통한 국가 책임과 공공성 강화를 추구함
- 이를 위해 정책추진 거버넌스 강화, 국립정신병원 공공기능 강화, 전문인력 확충 및 처우개선, 정신건강 R&D 투자 확대 전략을 설정함

〈표 11〉 국가정신건강정책 방향성

<b>비전</b>	마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라	
	↑	
<b>정책목표</b>	1. 코로나19 심리방역을 통한 대국민 회복탄력성 증진	
	2. 전국민이 언제든지 필요한 정신건강서비스를 이용할 수 있는 환경 조성	
	3. 정신질환자의 중증도와 경과에 따른 맞춤형 치료환경 제공	
	4. 정신질환자가 차별 경험없이 지역사회 내 자립할 수 있도록 지원	
	5. 약물중독, 이용장애 등에 대한 선제적 관리체계 마련	
	6. 자살 총동, 자살 수단, 재시도 등 자살로부터 안전한 사회 구현	
	↑	
<b>정책목표</b>	<b>전략</b>	
전국민 정신건강증진	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 적극적 정신건강증진 분위기 조성</li> <li>• 대상자별 예방 접근성 제고</li> <li>• 트라우마 극복을 위한 대응역량 강화</li> </ul>	
정신의료서비스 / 인프라 선진화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신질환 조기인지 및 개입 강화</li> <li>• 지역 기반 정신응급대응체계 구축</li> <li>• 치료 친화적 환경조성</li> <li>• 집중 치료 및 지속 지원 등 치료 효과성 제고</li> </ul>	
지역사회 기반 정신질환자의 사회통합	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역사회 기반 재활프로그램 및 인프라 개선</li> <li>• 지역사회 내 자립 지원</li> <li>• 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화</li> </ul>	

〈표 11〉의 계속

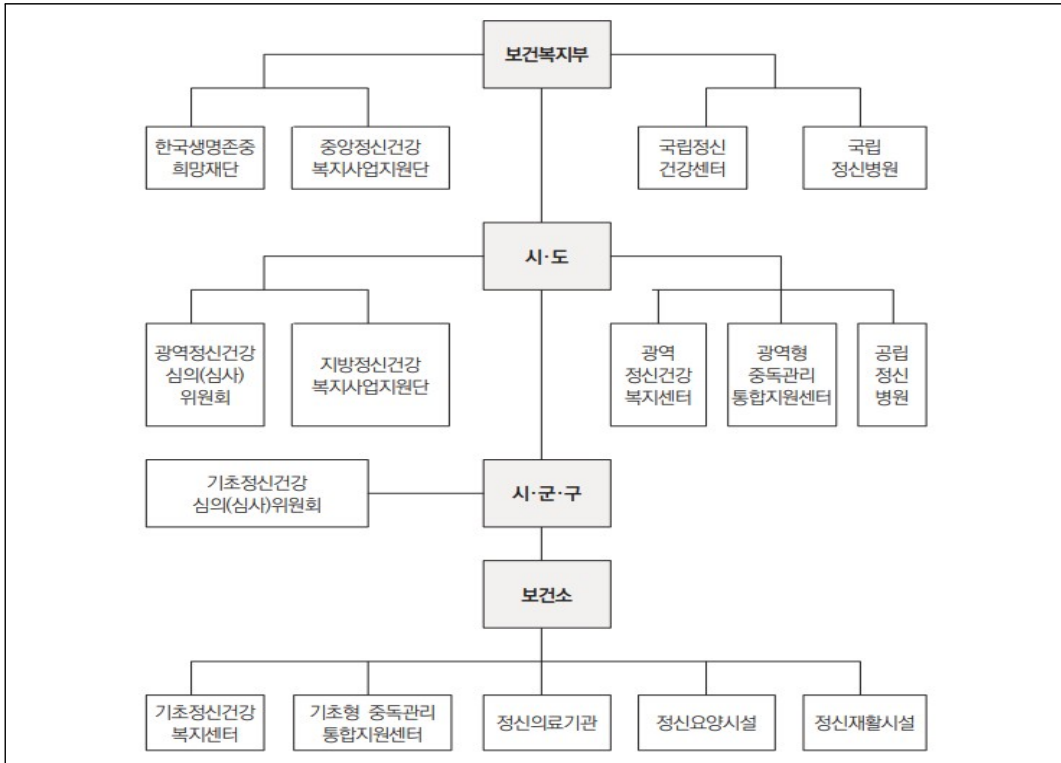
<p>자살로부터 안전한 사회구현</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 알코올 중독자 치료 및 재활서비스 강화</li> <li>• 마약 등 약물중독 관리체계 구축</li> <li>• 디지털기 등 이용장애 대응 강화</li> </ul>
<p>정신건강정책 발전을 위한 기반 구축</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정책 추진 거버넌스 강화</li> <li>• 정신건강관리 전문인력 양성</li> <li>• 공공지원 역량 강화</li> <li>• 통계 생산체계 정비 및 고도화</li> <li>• 정신건강분야 전략적 R&amp;D 투자 강화</li> </ul>

자료: 관계부처 합동, 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」, 2021. 1., p. 11; 보건복지부, 「2023년 정신건강사업 안내」, 2023. 2., p. 3.

### 3) 정신건강서비스 전달체계 및 관계 기관

□ (정신건강서비스 전달체계) 보건복지부를 중심으로 유관기관 간의 업무 분담 및 협력을 통해 정신건강서비스 사업을 수행함

[그림 14] 정신건강서비스 전달체계



자료: 보건복지부, 「2023 정신건강사업 안내」, 2023. 2., p. 5.

- (보건복지부) 정신건강정책과, 정신건강관리과, 자살예방정책과에서 정신건강사업 관련 업무를 수행함

〈표 12〉 보건복지부 내 정신건강사업 관리 부서

정신건강정책관	정신건강정책과	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강증진사업 관련 종합계획 수립 및 조정</li> <li>• 정신건강 관련 조사 및 연구</li> <li>• 정신건강 관련 법령 관한 사항</li> <li>• 정신질환예방 및 치료·재활 지원</li> <li>• 전신질환자 권익보호 및 인식개선</li> <li>• 국립정신건강센터, 국립정신병원 및 정신건강증진시설 지원</li> <li>• 정신건강전문요원 양성·평가</li> <li>• 정신요양시설·정신재활시설 운영 지원 및 평가·관리</li> <li>• 정신질환자 복지서비스 제공 대책 수립·추진</li> <li>• 심리서비스 체계 구축·관리</li> <li>• 생애주기별 정신건강 증진정책 수립·시행</li> <li>• 정신질환 당사자 및 가족 등 지원</li> <li>• 정신건강 관련 단체지원·육성</li> <li>• 정신의료기관 제도 관련 사항</li> <li>• 정신의료기관 지도·감독·평가</li> <li>• 입원·퇴원관리시스템 원영·관리</li> <li>• 정신 응급대응체계 구축·운영</li> </ul>
	정신건강관리과	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중독 관련 예방·대응정책 수립 및 조정</li> <li>• 알코올 등 중독에 대한 치료·재활</li> <li>• 마약류중독자 치료보호</li> <li>• 마약류중독자 실태조사</li> <li>• 중독관리통합지원센터 운영지원·평가</li> <li>• 재난 심리지원체계 구축·운영</li> <li>• 국가트라우마센터 설치·운영·지원</li> <li>• 정신건강 관련 시스템 구축·운영</li> <li>• 지역사회 정신건강증진사업 조정 및 평가</li> <li>• 정신건강복지센터 운영·지원</li> <li>• 정신건강서비스 전달체계 운영·점검·조정</li> <li>• 통합정신건강증진사업 관련 사항</li> </ul>
	자살예방정책과	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살 예방 관련 종합계획 수립·조정</li> <li>• 연도별 자살예방 시행계획에 따른 추진실적 평가관련 사항</li> <li>• 자살 원인분석 및 실태조사</li> <li>• 자살예방을 위한 조사·평가·연구</li> <li>• 자살예방 사업 및 프로그램 개발</li> <li>• 자살예방 관련 법령</li> <li>• 자살예방 인식개선 및 교육 관련 사항</li> <li>• 자살 고위험군 발굴 및 대응체계 구축</li> <li>• 자살 고위험군 지원 및 사후관리</li> <li>• 자살자 가족 지원 관련 사항</li> <li>• 자살 관련 언론 모니터링 및 자살유해정보 확산 예방</li> <li>• 지방자치단체 및 민간자살 예방사업 활성화 및 지원</li> <li>• 자살수단 관리 등 자살위험 해소 위한 협력 체계 구축</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「2023 정신건강사업 안내」, 2023. 2., p. 6.

- (국립정신건강센터) 정신질환을 가진 사람에 대한 진료·조사·연구, 정신건강증진사업의 지원·수행, 정신건강의학과 의료요원 등의 교육·훈련 및 정신건강연구에 관한 업무를 관장함(「보건복지부와 그 소속기관 직제」 제19조 제1항)
  - (국가권역트라우마센터) 재난이나 그 밖의 사고로 정신적 충격을 받은 트라우마 환자의 심리적 안정과 사회 적응을 지원하며, 권역별 트라우마센터는 해당 권역 내 재난 발생 시 정신건강복지센터 등의 기관과 협력하여 피해자에 대한 심리지원을 제공함(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제15조의2)
- (정신건강 증진기관·시설) 광역정신건강복지센터 17개소, 기초정신건강복지센터 244개소, 중독관리통합지원센터 58개소가 설치 운영 중이며, 정신건강 증진시설로 정신의료기관 2,086개소, 정신재활시설 349개소, 정신요양시설 59개소가 운영 중임

〈표 13〉 정신건강 증진기관·시설 현황 및 기능

(단위: 개소)

구분	기관수	주요기능
정신건강복지센터	261 (광역 17/기초 244)	지역사회 내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담 재활 훈련 및 사례관리 정신건강증진시설 간 연계체계 구축 정신건강사업 기획·조정
중독관리 통합지원센터	58 (광역형 5/기초형 53)	중독 예방, 중독자 상담·재활 훈련
정신재활시설	349	병원 또는 시설에서 치료·요양 후 사회복귀 촉진을 위한 훈련 실시
정신요양시설	59	만성 정신질환자 요양·보호
정신의료기관	2,086	정신질환자 진료, 지역사회 정신건강증진사업 지원
계	2,813	

주: 정신건강복지센터(2021. 12. 31. 국가 정신건강현황 보고서 기준), 정신재활시설, 정신요양시설, 정신의료기관(2022. 6. 30. 기준), 중독관리통합지원센터(2022. 12. 31. 기준)임

자료: 보건복지부, 「2023 정신건강사업 안내」, 2023. 2., p. 14.

## 2. 상위 및 관련 계획 검토

### 가. 관련 법률

#### □ 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」

- 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함을 목적으로 함
- 해당 법은 정신건강증진 및 정신질환자의 복지 및 권리보장을 위한 국가와 지자체의 책무 및 재원 부담의 근거를 제시할 뿐 아니라 정신건강과 관련해 특정 대상의 부담 경감과 일반국민 전체의 정신질환 예방 역시 국가와 지자체의 책무임을 규정함
- 본 사업은 동법 제4조, 11조, 제12조에 근거하며, 제79조, 제82조에서 정신건강 관련 사업 및 정책에 드는 비용에 대한 국고지원 근거를 제시하고 있음

〈표 14〉 사업 추진의 법적 근거

<p><b>제4조(국가와 지방자치단체의 책무)</b> ① 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방·치료하며, 정신질환자의 재활 및 장애극복과 사회적응 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.</p> <p>⑤ 국가와 지방자치단체는 정신질환자들의 적절한 치료 및 재활과 자립을 지원하기 위하여 정신질환자등과 그 가족에 대하여 정신건강증진사업등에 관한 정보를 제공하는 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.</p>
<p><b>제11조(정신건강상 문제의 조기발견 등)</b> ① 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 정신질환의 원활한 치료와 만성화 방지를 위하여 정신건강복지센터, 정신건강증진시설 및 의료기관을 연계한 정신건강상 문제의 조기발견 체계를 구축하여야 한다.</p> <p>② 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 생애주기 및 성별 정신건강상 문제의 조기발견·치료를 위한 교육·상담 등의 정신건강증진사업을 시행한다.</p>
<p><b>제12조(국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업등의 추진 등)</b> ① 보건복지부장관은 제7조 제3항 각 호에 관한 전국 단위의 정신건강증진사업등을 수행하고, 제2항 및 제3항에 따른 지방자치단체의 지역별 정신건강증진사업등을 총괄·지원한다.</p>
<p><b>제79조(경제적 부담의 경감 등)</b> 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자와 그 보호의무자의 경제적 부담을 줄이고 정신질환자의 사회적응을 촉진하기 위하여 의료비의 경감·보조나 그 밖에 필요한 지원을 할 수 있다.</p>
<p><b>제82조 (보조금 등)</b> ② 국가는 지방자치단체가 수행하는 제12조 제2항 및 제3항에 따른 정신건강증진사업 등, 제53조 및 제54조에 따른 정신건강심의위원회와 정신건강심사위원회 운영 및 제66조 제1항에 따른 지도·감독을 하는 데에 드는 비용을 보조할 수 있다.</p>

자료: 법제처, 국가법령정보센터, <https://www.law.go.kr>, 검색일자: 2024. 4. 15.

## 나. 관련 계획

- 「제5차 국민건강증진종합계획(2021~2030)」
  - 「국민건강증진법」 제4조에 따라 질병 사전 예방 및 건강증진을 위한 중장기 정책 방향을 제시하는 「국민건강증진종합계획」을 수립함
    - 2002년부터 10년 단위로 계획을 수립하고 5년마다 보완계획 마련, 현재까지 총 4차례 종합계획 수립·시행하였으며, 현재는 2021년 수립된 제5차 국민건강증진종합계획(2021~2030)이 수행 중임
    - 기존의 4차 종합계획 시에는 27개 중점과제 중 하나의 과제로 추진된 정신보건을 5차 종합계획 시에는 별도의 분과로 제시함
  - 「제5차 국민건강증진종합계획(2021~2030)」은 지난 계획과 달리 정신관리분과를 별도의 분과로 확대하였으나, 여전히 중증·사후적 관리에 치중하는 양상을 보임
  
- 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」
  - 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제7조에 따라 보건복지부 장관은 관계 행정기관의 장과 협의하여 5년마다 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획을 수립하여야 함
  - 「제1차 정신건강복지기본계획(2016~2020)」을 통해 정신건강증진을 위한 분야별 인프라의 지속적 확충이라는 성과가 있었음에도 의식과 행동의 변화를 이끌어낼 질적 수준의 고도화에는 한계가 있었다는 평가가 있음
  - 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」은 “정신건강 없이는 개인과 사회의 건강도 없다.”는 문제의식하에 전 국민의 전 주기적 건강관리를 위한 국가 책임 강화를 정책방향으로 설정하고, 기존에 중증·사후적 관리에서 벗어나 전 국민을 대상으로 사전적 관리를 강화하는 내용을 포함하고 있음
  - 동 계획에 정신질환 유병자가 아닌 일반국민을 대상으로 하는 사업의 경우 정보제공 및 교육, 정신건강 관련 인식 개선 등 소극적(간접적) 정책이 위주인 것으로 판단됨
  
- 「제5차 자살예방기본계획(2023~2027)」
  - 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제7조에 따라 국가는 5년마다 자살예방정책을 효과적으로 추진하기 위하여 자살예방기본계획을 수립함

- 제1차 자살예방기본계획(2004~2008)을 시작으로 5년마다 기본계획을 수립함
- 「제5차 자살예방기본계획 (2023~2027)」은 자살로부터 안전한 사회 구현이라는 비전을 제시하고, 목표로 ① 자살사망률을 2027년까지 30%로 감소(2021년 기준), ② 지역맞춤형 자살예방정책 강화를 위한 생명존중안심마을을 2027년까지 17개 시·도에 조성(2022년: 0개), ③ 고위험군 집중관리로 자살시도자·유족 개입률을 6%(2021년 기준)에서 40%로 향상하는 것으로 설정함
- 「제5차 자살예방기본계획 (2023~2027)」에서는 정책 대상을 중증정신질환자, 자살유족, 자살시도자에서 일반국민까지 확대하여 정신건강검진 체계 확대 개편을 통한 발굴 및 적극적 개입을 통한 정신건강의학과, 정신건강복지센터로의 연계를 계획하고 있다는 점에서 기존의 정신보건 정책에 비해 대상의 확대 및 정책 관련성이 더 직접적임
- 「정신건강정책 혁신방안」
  - 정신건강 문제가 심각해짐에도 종전 정신건강 정책은 중증 정신질환자에 대한 치료·요양에 편중되고, 정신질환에 대한 사후·수동적 대처로 사전 예방과 조기 치료, 회복 및 일상 복귀 지원은 부족한 상황임
  - 이에 정부는 정신건강 정책을 혁신해 새로운 패러다임을 만들 필요가 있다고 보고 2023년 12월 5일 전 주기적으로 국민 정신건강을 지원하는 ‘정신건강정책 혁신방안’을 발표함
    - “정신건강정책 대전환, ‘예방부터 회복까지’”라는 비전을 선포하고 4대 전략 및 핵심과제를 추진하기로 함
  - 4대 전략 중 첫 번째 전략인 ‘1. 일상적 마음 돌봄 체계 구축’에 주요 과제(국민 마음투자)로 본 사업이 포함되어 있음
    - 정부는 본 사업을 포함하여 일상적 마음 돌봄 체계를 구축하는 전략으로 정신건강 서비스 이용률(=정신건강 전문가 상담 경험이 있는 응답자/생애 중에 정신질환을 진단받은 대상자)을 2021년 12.1%에서 2030년 24%로 증가시키고자 함
    - 2027년까지 100만명을 대상으로 심리상담 서비스를 지원하고, 10년 내 자살률을 50% 감축하는 것으로 목표로 함
  - 본 사업을 직접적으로 포함하고 있는 ‘정신건강정책 혁신방안’에서 제시된 심리상담 서비스 지원 건수와 정신건강 서비스 이용률 등과 관련하여 본 사업의 사업계획서에

서는 드러나 있지 않음

- 주무부처가 제시한 사업계획서상의 성과지표는 '상담서비스 이용자 만족도' 단일 정성지표로 측정 방법 등에 따라 편향적인 결과를 제시할 수 있는 우려가 있으므로 상위 계획에 반영된 성과지표와 본 사업 및 유관 사업과의 관계를 고려할 필요가 있음

□ 「제1차 사회서비스 기본계획(안)(2024~2028)」

- 「사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률」에 근거를 두고 「제1차 사회서비스 기본계획안」(보건복지부, 2023. 12. 12.)이 제31차 사회보장위원회(2023. 12. 12.)에서 심의·의결됨
- '국민 누구나 필요할 때 누리는 질 높은 사회서비스'를 목표로 다양한 서비스 확충, 질 높은 서비스 제공, 공급혁신 기반 조성 등 3대 분야에서 9대 추진 과제를 제시함
  - 정신건강검진을 확대 개편해 검진 주기를 10년에서 2년으로 줄이고, 검사 대상 질할 수를 늘리며, '전국민 마음투자 지원사업'을 도입해 2026년까지 전 국민을 대상으로 심리상담과 정신건강 증진을 지원함
- 「제5차 자살예방기본계획 (2023~2027)」에서 일반국민을 대상으로 정신건강검진 체계를 확대 개편한다는 내용과 본 사업에서 2024년부터 중·고위험군에 대한 우선 지원을 시작으로 2026년부터 일반국민으로 대상자를 확대하려는 계획과 비교할 때 유관 계획 간의 일관성을 확인할 수 있었음

## 다. 성과목표 체계

□ 보건복지부 2024년도 성과계획서

- 본 사업은 프로그램 목표 III-2. 국민건강생활실천의 단위사업 정신보건시설 기능보강 사업 내 세부사업 전국민 마음투자 지원사업으로 제시되어 있음
- 본 사업의 사업계획서(예비타당성조사 면제요구서)에서 제시하고 있는 성과지표는 '상담서비스 이용자 만족도'이며 2024년 성과계획서에서도 동일한 지표를 제시하였고, 마지막 상담 회차에서 이용자 대상으로 만족도를 조사하여 측정함
- 정성지표의 특성상 설문문의 구성 및 측정 방법에 따라 값이 달라질 수 있으므로 해당 단일 지표로 본 사업의 성과를 평가하기에는 부족할 것으로 판단됨

- 유관 상위 계획인 ‘정신건강정책 혁신방안’에서 제시한 심리상담서비스 지원 건수, 정신건강 서비스 이용률 등을 추가 성과지표로 설정 및 관리하는 방안을 고려할 필요가 있음

### 3. 시범사업 및 유사사업 현황

#### 가. 시범사업 추진내용 및 성과분석 결과

- 본 사업은 별도의 시범사업 수행 없이 수립되었으며, 시범사업 필요성에 대한 판단 없이 「국가재정법」 제38조 제2항 제10호 및 「예비타당성조사 운용지침」 제20조에 따른 면제사업으로 판단되어 사업계획 적정성 검토가 수행 중임
- 예비타당성조사 면제요구서에서 시범사업 수행 곤란 사유로 ① 대통령의 정신건강 관련 새로운 인프라 구축 지시 및 최근 일부 고립된 정신질환자들에 의해 발생하는 ‘묻지마 범죄’에 신속하게 대처하여 국민의 불안 경감 필요(본사업 추진 여부 결정의 시급성), ② 해당 사업의 추진을 위해서는 전산 개발 등 서비스 제공을 위한 대규모 체계를 구축해야 하므로 시범사업 없이 본사업으로 진행하는 것이 더 효율적(시범사업 수행의 가능성)이라고 제시함
- 별도의 시범사업을 수행하지는 않았으나 주무부처에서는 벤치마킹을 한 ‘청년 마음건강지원사업’에 대한 이용 경험 조사를 제시하고 있음

#### 나. 국내 유사사업 검토

- 신규 사업으로 진행하고자 하는 전국민 마음투자 지원사업은 기존 시·도, 시·군·구 내에서 국민을 대상으로 실시하고 있는 여러 사업과 일정 부분 유사한 측면이 존재함
- 사업 대상의 범위나 규모, 사업 수혜자의 비용 부담 정도, 서비스 제공 방법 등에서 차이가 있지만 국민에게 정신건강 증진을 목적으로 심리상담서비스를 제공한다는 사업 목적 및 내용에서 유사성이 존재함
- 본문에서는 시·도, 시·군·구 단위에서 시민들의 정신건강 증진을 위해 심리상담을 제공하는 사업들을 조사하고 전국민 마음투자 지원사업과 비교하고자 함

### 1) 지역자율형 사회서비스 투자사업

- 지역자율형 사회서비스 투자사업은 중앙정부가 전국을 대상으로 일괄 시행하는 국가 주도형 서비스 제공 방식에서 탈피하여 지자체가 지역 특성 및 주민 수요에 맞는 사회 서비스를 발굴·기획하는 사업(보건복지부, 2023)임
- 중앙정부 주도의 복지 지원체계의 경우 지자체별 특성과 지역 주민의 다양한 욕구 충족이 어려워 사각지대가 발생하는데 지자체별 사업의 경우 사회서비스 시장 활성화를 통해 지역 내 청년·여성 등 고용 취약계층을 위한 양질의 일자리 확대가 가능함
- 2023년 ‘지역자율형 사회서비스 투자사업’ 국가균형발전특별회계 계정으로 분리됨
  - 지역자율계정(시·도 자율편성사업)으로 지역사회서비스 투자사업과 가사·간병방문 지원사업이 지정되었으며 지역지원계정(부처 직접편성사업)으로는 청년 마음건강 지원사업과 생활사회서비스투자사업이 포함됨

〈표 15〉 지역자율형 사회서비스투자사업 계정 구분

구분	지역자율계정 (시·도 자율편성사업)	지역지원계정 (부처 직접편성사업)
지역자율형 사회서비스 투자사업	지역사회서비스 투자사업	청년 마음건강지원사업
	가사·간병방문지원사업	생활사회서비스투자사업

자료: 보건복지부, 「2023년 청년마음건강지원사업 안내」, 2023. 2., p. 5.

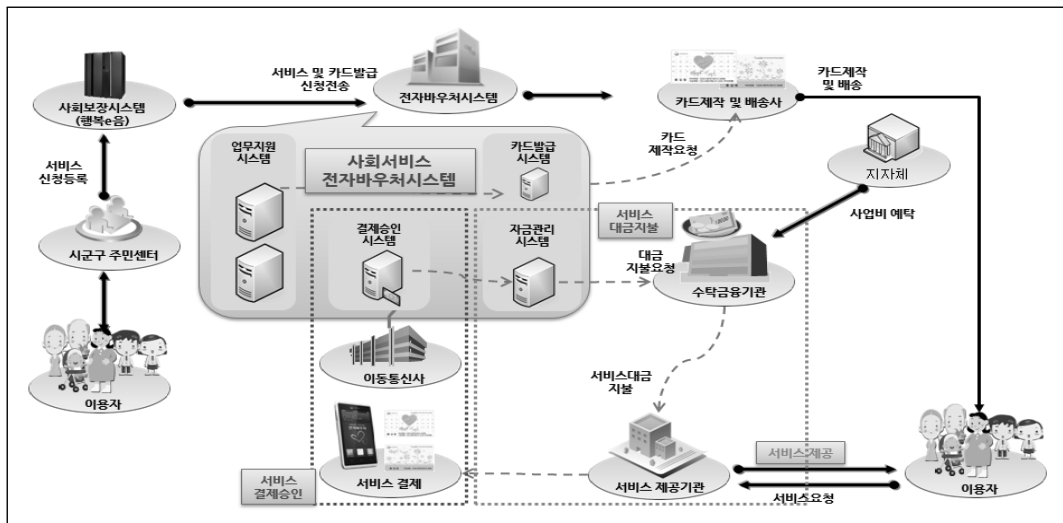
- 본 사업과 유사한 사업은 지역자율형 사회서비스 투자사업 내 지역자율계정의 지역 사회서비스투자사업과 지역지원계정의 청년 마음건강지원사업임
  - 특히 지역사회서비스 투자사업은 지역 특성과 주민 수요에 따라 지자체에서 발굴한 사업을 바우처 방식으로 지원하는 사업으로 아동·청소년 심리지원 서비스, 장애인 보조기기 렌탈 서비스 등 전국 표준 사업들과 지자체별로 발굴한 별도 사업들이 골고루 포함되어 있음
  - 이 중 상당수의 시군구에서 시민들의 정신건강을 위해 상담 서비스를 제공하고 있으며, 특히 하나의 시군구뿐만 아니라 2개 이상의 시군구가 모여 공동의 사업을 발굴하는 등 다양한 사업들이 제공되고 있음

가) 지역지원계정

□ 청년 마음건강지원 사업

- (목적) 청년의 심리정서 지원, 건강성 회복을 통한 삶의 질 향상과 심리적 문제 예방을 통한 건강한 사회 구성원으로서 역할을 촉진하고자 함
- (추진 근거) 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제4조, 제5조 및 「청년기본법」 제21조
- (사업 시작 연도) 2022년
- (서비스 대상) 만 19세 이상 34세 이하(출생 연도 기준) 청년으로 소득 기준 없음
  - 우선지원 대상이 존재하며 1순위는 자립준비청년 및 보호연장아동(아동권리보장원에서 연계 의뢰한 자 포함), 2순위는 정신건강복지센터에서 연계 의뢰한 청년, 3순위는 일반청년임
- (서비스 제공 체계) 지자체가 선정된 이용자에게 바우처를 지원하고, 이용자는 서비스를 제공받은 후 해당 공급자에게 바우처 결제함

[그림 15] 사업 집행 절차



자료: 보건복지부, 「2023년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)(확정)(특별회계, 기금)」, 2023. 1., p. 49.

- (사업 방식) 지방자치단체 경상보조로 진행되며 보조율은 서울 50%, 서울 이외 시·도 70%, 성장촉진지역 80%임

〈표 16〉 사업 주체별 역할

사업주체별 역할	기능
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시도에 국고보조금 교부</li> <li>• 사업계획 수립 및 지침 작성</li> <li>• 사업홍보 총괄</li> <li>• 유관기관 협력체계 구축 및 연계</li> <li>• 사업평가 및 지도, 감독</li> </ul>
한국사회보장정보원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시·군·구 예탁금 관리</li> <li>• 바우처 지급 및 정산</li> <li>• 사업 모니터링 및 통계 관리</li> </ul>
시·도	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시·군·구에 국고보조금 교부</li> <li>• 사업 홍보</li> <li>• 시군구 관리 및 감독</li> <li>• 제공기관 현장점검</li> </ul>
지역사회서비스 중앙지원단	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역지원단 총괄 및 지원</li> <li>• 사업 홍보</li> <li>• 제공인력 교육 총괄(프로그램, 계획)</li> </ul>
시·군·구	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 제공기관 모집, 등록</li> <li>• 사업홍보</li> <li>• 사업비 예탁 및 집행관리</li> <li>• 대상자 신청 접수 및 선정, 관리</li> <li>• 제공기관 현장점검 및 지도, 감독</li> </ul>
지역사회서비스지원단	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 제공인력 교육 및 관리</li> <li>• 사업홍보 및 정보제공</li> <li>• 등록기관 컨설팅</li> <li>• 제공기관 현장점검 지원</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「2023년 청년마음건강지원사업 안내」, 2023. 2., p. 9.

- (서비스 내용) 서비스는 3개월 동안 총 10회 제공하며 전문심리상담 등 맞춤형 서비스를 제공함
  - 90분간의 사전·사후검사 각각 1회 및 50분간의 1:1 전문 심리상담 서비스를 8회 제공하며 모든 상담 종료 시 종결 상담(피드백)을 1회 시행함
  - 서비스는 A형과 B형으로 구분되며 A형의 경우 일반적인 심리 문제를 겪고 있으나 정신건강 관련 진료 등에 대한 부담감 없이 전문 심리상담서비스를 받고자 하는 유형이고 B형은 상대적으로 서비스 욕구가 높거나 높은 수준의 상담서비스가 필요한 경우로 구분됨
  - 재판정이 필요한 경우, 최대 12개월 지원 가능함

〈표 17〉 청년 마음건강지원 서비스 내용

종류	서비스 내용	시간	횟수
사전·사후검사	개인 심리상담 관련 필요한 검사를 통한 주된 문제 및 욕구 파악 (MMPI-2, BDI 등 검사도구 활용)	회당 90분	사전 1회 사후 1회
상담 등 맞춤형 서비스 (1:1 원칙)	대상자 욕구에 맞춘 서비스 제공 심리·정서적 문제(우울, 불안, 강박 등)에 대한 개입 및 예방 관계, 상황적 스트레스 대처능력 향상 의사소통 기술 및 대인관계 향상 도모	회당 50분	8회
종결상담	상담 종료 시 피드백 제공 (고위험군의 경우 정신건강복지센터 또는 의료기관 연계)	-	1회

자료: 보건복지부, 「2023년 청년마음건강지원사업 안내」, 2023. 2., p. 61.

- (서비스 가격) 제공인력 기준에 따라 가격이 차등 설정되어 있어 이용자 여건에 맞게 선택 가능함

〈표 18〉 청년 마음건강지원 서비스 유형별 가격(회당) 및 제공인력

구분	서비스 가격	정부 지원금 (바우처 지원액)	본인 부담금	제공인력
A형	60,000원	54,000원	6,000원	정신건강전문요원, 임상심리사, 전문상담교사, 청소년상담사, 심리·상담 관련 전공(심리·상담학과 등)하고 실무경력(학사 2년, 석사 1년)이 있는 자
B형	70,000원	63,000원	7,000원	정신건강전문요원, 임상심리사 1급, 심리·상담 관련 전공(심리·상담학과 등)하고 실무경력(학사 4년, 석사 3년, 박사 1년)이 있는 자

주: 자립준비청년 및 보호연장아동은 서비스 유형에 관계 없이 본인 부담금을 면제함

자료: 「2023년 청년마음건강지원사업 안내」, 보건복지부, 2023. 2., p. 59

- (사업 피드백) 이용자 만족도 조사 및 부정수급 모니터링, 현장 조사 등 시행
  - 시·도지사는 매년 조사 결과에 대한 자체평가를 포함한 결과보고서를 다음 해 2월 말까지 보건복지부에 필수적으로 제출
  - 또한 보건복지부는 매년 사업별 1천명 내외의 당해 연도 표본 이용자를 대상으로 전화 설문조사 및 FGI 등을 통해 이용자 만족도 조사를 실시
  - 시·도 및 시·군·구에서는 제공기관이 제공하는 서비스 품질 향상, 이용권의 유통 질서 확립 등을 위해 현장 조사를 시행하며 조사 결과에 따라 주의·시정 등 법령 따른 행정조치를 실시함

나) 지역자율계정

□ 아동·청소년심리지원서비스

- (목적) 심리·행동 문제의 조기 발견 및 개입을 통한 아동·청소년의 건강한 성장을 지원함
- (추진 근거) 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제4조, 제5조(지역사회 서비스 투자사업)
- (사업 시작 연도) 2013년
- (서비스 대상) 기준중위소득 160% 이하 만 18세 이하 청소년(고등학교 재학 중인 만 18세 이상 청소년 인정)으로 저소득 아동일 경우 우선 지원함
  - 문제행동 위험군 아동 중 서비스 지원이 우선 필요하다고 판단되는 아동 등 종합 심리검사를 통해 문제로 파악된 경우
  - 문제행동이 있음을 판단하기 위해 병원, 학교 등에서 전문가가 발급한 진단서(혹은 소견서)가 필요함
- (서비스 제공 체계) 지자체가 선정된 이용자에게 바우처를 지원하고, 이용자는 서비스를 제공받은 후 해당 공급자에게 바우처를 결제함
- (사업 방식) 지방자치단체 경상보조로 진행되며 보조율은 서울 50%, 서울 이외 시·도는 70%, 성장촉진지역은 80%임
- (사업 집행 절차) 청년 마음건강지원 사업과 동일
  - 지역사회서비스지원단은 지역사회서비스 제공인력 교육 및 관리, 사회서비스 제공 기관 컨설팅, 민·관 네트워크 구축 등의 역할을 수행하고 있으며 시·도에서는 서비스별 예산조정 및 집행관리 등 총괄 정리의 역할을 함

〈표 19〉 사업주체별 역할

사업주체별 역할	기능
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사업 기본계획 수립, 지침 작성 총괄</li> <li>• 시·도 성과평가 추진 총괄</li> <li>• 시·도 서비스 심사 및 승인·감독·평가</li> <li>• 전자바우처시스템 구축 및 관리</li> </ul>
한국사회보장정보원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시·군·구 예탁금 관리</li> <li>• 바우처 비용지급 및 정산</li> <li>• 사업 모니터링 및 통계 관리</li> <li>• 사회보장정보시스템(행복이음) 및 전자바우처시스템 운영·관리</li> </ul>

〈표 19〉의 계속

사업주체별 역할	기능
시·도	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역사회서비스 투자사업 시·도 총괄 관리</li> <li>지역사회서비스 투자사업 서비스별 예산조정 및 집행관리</li> <li>시·도 서비스 기획 및 발굴</li> <li>시·도별 지역사회서비스 투자사업 안내 지침 수립</li> <li>시·군·구 서비스 심사 및 승인·감독·평가</li> <li>시·도 사회서비스 심의위원회 운영</li> <li>시·도 성과관리</li> <li>시·군·구 자체평가체계 구축 및 실시</li> <li>시·도 내 서비스 제공기관 현장조사 총괄</li> </ul>
중앙사회서비스원	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역사회서비스 투자사업 품질관리(평가 등)</li> </ul>
지역사회서비스 중앙지원단 (중앙사회서비스원)	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역사회서비스지원단 총괄·지원</li> <li>사회서비스 관련 교육 및 전문인재 양성</li> <li>사회서비스 기획 및 발굴</li> <li>사회서비스 발전을 위한 조사·연구·개발</li> <li>지역 간 사회서비스사업 연계·협력체계 구축</li> <li>지역자율형 사회서비스 투자사업 평가 및 컨설팅 지원</li> </ul>
지역사회서비스 지원단	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역사회서비스 제공인력 교육 및 관리</li> <li>사회서비스 제공기관 컨설팅</li> <li>지역사회서비스 발굴·기획 지원</li> <li>민·관 네트워크 구축</li> <li>제공기관 현장조사 지원</li> <li>지역사회서비스 정보 제공 및 홍보 지원</li> </ul>
시·군·구	<ul style="list-style-type: none"> <li>시·군·구 지역사회서비스 기획·관리 및 시행</li> <li>지역사회서비스 예산집행 분석 및 예탁금 집행</li> <li>서비스 이용자 선정 및 관리(중도포기자, 미이용자, 대기자 관리, 본인부담금 장기미납자 관리 등)</li> <li>지역사회서비스 제공기관 등록·관리</li> <li>지역개발 서비스 홍보</li> <li>서비스 제공기관 지도·감독</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「2024 지역사회서비스 투자사업 안내」, 2024. 1., p. 12.

- (서비스 내용) 아동·청소년에게 필요한 프로그램을 제공하며 여건에 따라 부가서비스를 제공함
  - 서비스는 월 4회 제공되며 회당 50분으로 프로그램 40분, 부모 상담 10분 진행함
  - 서비스는 12개월 동안 제공하며 6개월마다 서비스 제공기관이 중간 점검하여 서비스의 지속적인 제공 여부 및 의뢰 여부 판단함
  - 총 5가지의 프로그램으로 구분되어 있으며 심리상담 프로그램을 포함함

〈표 20〉 아동·청소년 심리지원 서비스 내용

종류		서비스 내용
기본 서비스	심리상담프로그램	아동·청소년이 심리적으로 건전하고 사회적으로 효율적인 특성을 학습하도록 돕는 프로그램으로 상담을 통해 사고, 정서, 행동 측면의 문제를 스스로 제거하거나 감소시키도록 함
	언어프로그램	아동·청소년의 의사소통 능력의 향상을 위한 프로그램으로 언어로 적절히 표현하여 또래나 환경과의 상호작용에서 능동적이고 긍정적인 의사소통 촉진
	놀이프로그램	언어로 표현하고 전달하기 어려운 아동·청소년의 생각, 감정, 행동을 놀이를 통해 효과적으로 표현하게 하여 문제 극복 및 잠재적 가능성 극대화
	미술프로그램	시각적인 미술매체를 활용하는 프로그램으로 예술적인 자기표현 과정이 아동·청소년의 무의식을 활성화시키고 창조적인 기능을 자극
	음악프로그램	음악활동을 체계적으로 사용하여 문제성 있는 행동을 바람직하게 변화시키는 프로그램으로 아동·청소년의 내적/외적 요소들에 대한 내용을 분석하여 치료 계획 수립과 음악활동 실행
부가 서비스	사회성 향상 프로그램	집단 활동 프로그램으로서 방학, 휴일을 이용해 서비스 제공
	부모 교육	아동 문제 해결을 위해 부모에게 정보와 기술을 제공하는 치유적 접근 프로그램

자료: 보건복지부, 「2024 지역사회서비스 투자사업 안내」, 2024. 1., pp. 67~68.

- 서비스 계획 수립 시 사전검사 단계에서 〈표 21〉에서 제시되는 심리평가도구를 2개 이상 활용하고 사후검사 또한 동일한 검사도구를 활용함

〈표 21〉 프로그램별 심리평가도구

구분	서비스 영역	심리평가 도구
기본서비스	언어프로그램	PRES, REVT, SELSI, U-TAP(APAC), P-FA
	놀이/미술/음악 상담 프로그램	놀이평가, 덴버검사, HTP, K-HTP, KFD, SCT, KSD, K-YSR, MT-MAP, IMTAP, MMPI
	공동(서비스 대상 욕구판단)	K-C BCL, K-ARS, RCMAS, K-PRC, K-CYP

자료: 보건복지부, 「2024 지역사회서비스 투자사업 안내」, 2024. 1., p. 69.

- (서비스 가격) 월 18만원으로 정부 지원(최대 90%)은 소득에 따라 차등 지원함

〈표 22〉 아동·청소년 심리지원 서비스 가격

(단위: 원)

구분		정부 지원금 (바우처 지원금)	본인 부담금
1등급	수급자, 차상위	162,000	18,000
2등급	중위소득 120% 이하 중 기초생활수급자, 차상위가 아닌 자	144,000	36,000
3등급	중위소득 120% 초과~160% 이하	126,000	54,000

주: 본 서비스 가격은 표준 형태로 이용자 등급의 경우 소득 기준 및 가정환경에 따라 해당 자치구(지방자치단체)에서 결정하므로 다를 수 있음

자료: 보건복지부, 「2024 지역사회서비스 투자사업 안내」, 2024. 1., p. 67.

- (제공기관 및 인력) 제공기관은 「사회서비스이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제16조에 의거 등록된 기관으로 제한함
  - (슈퍼바이저) 심리, 상담, 언어치료학, 놀이치료학, 미술치료학, 음악치료학 등 아동청소년발달지원 서비스 관련 전공 학사학위 이상이면서 학사학위 취득 이후 관련 실무경력 7년 이상 또는 석사학위 이상이면서 석사학위 취득 이후 관련 실무경력 5년 이상인 자로 1인 이상 지정해야 함
  - (제공인력) ① 언어재활사, 청소년상담사, 전문상담 교사 및 특수학교 정교사, 정신건강전문요원, 임상심리사 ② 「자격기본법」 제17조에 따른 미술, 음악, 행동, 놀이, 인지, 심리, 상담 관련 민간자격 취득 후 아동청소년 심리지원서비스 관련 실무경력 1년 이상인 자 ③ 심리, 상담, 음악·미술 재활(심리 또는 상담)학, 특수교육학 등 아동청소년심리지원 서비스 관련 전공자로서 일정 학위 취득 후 실무경력을 일정 기간 쌓은 자이어야 함
- (사업 피드백) 사회서비스 품질평가, 현장 조사 등 시행함
  - (근거) 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제30조에 따라 3년마다 지역사회서비스 투자사업 등록 제공기관을 대상으로 품질평가를 진행함
  - (평가 주체) 보건복지부(위탁 수행: 중앙사회서비스원)가 기관 운영, 제공인력 관리, 서비스 제공 및 평가, 서비스 성과 등을 평가함
  - (자체평가 및 현장평가) 평가대상으로 선정된 모든 기관에서 자체 점검 후 시스템에 결과를 등록하는 자체평가와 현장평가단이 기관에 방문하여 지표별 기준에 따라 평가하는 현장평가를 실시함
  - (평가 등급) 5등급 절대평가로 10점 단위의 A(90점 이상), B(80~90), C(70-80),

D(60~70), F(~60)로 구분함

- (사후 관리 등) 평가 후 우수기관 및 지난 평가 대비 점수 향상 기관 등에 포상금 등 인센티브를 지급하고 미흡 기관의 경우 맞춤형 컨설팅 등 사후관리를 진행함

□ 어르신 정서지원서비스(춘천시)

- (목적) 어르신에게 상담에 따라 맞춤형 서비스를 제공하여 정신적 건강 회복·유지를 가능케 하고, 사회활동을 통해 관계 형성 및 자아 존중 확립의 기회를 마련, 의료비 절감을 기대함
- (추진 과정) 지역개발형 사회서비스로 상위 기관의 승인을 받아 자율적으로 서비스를 기획 및 운영하고 시장 상황에 따라 예산편성 및 제공기관을 등록함
- (서비스 대상) 기준 중위 소득 140% 이하 만 60세 이상 또는 기초연금수급자(장기요양보험 등급자 제외)지만 노인우울자살선별검사 고위험군 확인자 및 독거노인의 경우 우선 서비스를 제공함
- (서비스 제공 체계) 지자체가 선정된 이용자에게 바우처를 지원하고, 이용자는 서비스를 제공받은 후 해당 공급자에게 바우처 결제함
- (사업 집행 절차) 아동·청소년 심리지원서비스와 동일함
- (서비스 내용) 어르신에게 심리상담 기회 및 개별적인 활동 프로그램을 제공함
  - 심리상담은 월 1회 60분, 개별활동 프로그램은 월 3회 회당 90분 진행, 서비스 제공 기간은 12개월이며, 심리상담 초기와 종결 시 1:1 서비스가 제공되고 이외 경우 1:10의 집단 서비스를 제공함

〈표 23〉 어르신 정서지원서비스 내용

종류	서비스 내용
사전·사후 검사	전체적인 프로그램 시작 전과 후 검사 시행
정서지원서비스	심리상담: 심리상담을 통한 정서상태 파악 및 개별활동 선정 개별활동: 음악, 미술, 원예, 인지, 운동, 댄스 중 1개 영역 제공
체험활동서비스	공연, 전시, 지역탐방 중 1개 이상 활동(분기당 1회, 회당 240분 이상, 월 3회 실시되는 개별 활동 중 1회기를 대체하여 제공)
전시 또는 발표회	종결시점에 제공(연1회 이상, 회당 240분)

자료: 강원특별자치도 지역사회서비스투자사업 온라인 포털 서비스, <http://gwssf.or.kr/document/info14?sv=14>, 검색일자: 2024. 1. 9.

- (서비스 가격) 월 16만원으로 정부지원금 90%를 지원함

〈표 24〉 어르신 정서지원서비스 제공가격

(단위: 원)

구분	정부지원금(회당)	본인부담금(회당)
단가(회당)	144,000(36,000)	16,000(4,000)

자료: 강원특별자치도 지역사회서비스투자사업 온라인 포털 서비스, <http://gwssf.or.kr/document/info14?sv=14>, 검색일자: 2024. 1. 9.

- (제공기관 및 인력) 제공기관은 「사회서비스이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제16조에 의거 등록된 기관으로 제한함

〈표 25〉 어르신 정서지원서비스 제공인력 자격

정서지원서비스 내용		자격 제한
심리상담		심리학 관련 졸업자로 해당 실무경력 1년 이상인 자, 또는 임상심리사, 「자격기본법」 제17조에 의한 심리상담사로 실무경력 2년 이상인 자로 제한
개별활동	음악	4년제 또는 2년제 이상 음악계열 학위 소지자로 음악지도 관련 단체에서 해당 활동 경력 6개월 이상인 자 또는 「자격기본법」 제17조에 의한 국악(판소리포함)지도 관련 민간 자격소지자로 해당 활동경력 1년 이상인 자
	미술	2년제 이상 미술계열 학위 소지자로 관련 경력 6개월 이상인 자 또는 「자격기본법」 제17조에 의한 공예 관련 민간자격증 소지자로 해당 활동경력 1년 이상인 자
	인지	「자격기본법」 제17조에 의한 인지, 문화해설, 독서지도, 글쓰기 지도, 관련 민간 자격증 소지자로서 해당 활동경력 1년 이상인 자 또는 사회복지사 자격증 소지자로 해당 활동경력 6개월 이상인 자
	원예	「자격기본법」 제17조에 의한 원예(화훼) 관련 민간 자격증 소지자로 해당 활동경력 1년 이상인 자
	운동·댄스	「자격기본법」 제17조에 의한 운동, 체조 및 댄스 관련 민간 자격증 소지자로 해당 활동 경력 1년 이상인 자
체험활동 및 활동전시		정서지원서비스 자격이 충족된 자

자료: 강원특별자치도 지역사회서비스투자사업 온라인 포털 서비스, <http://gwssf.or.kr/document/info14?sv=14>, 검색일자: 2024. 1. 9.

- (사업 피드백) 기본적으로 사전사후검사 관리대장 서식을 사용하며 강원특별자치도 공통 지표인 단축형 노인 우울 척도와 사업별 지표인 SES 척도를 측정함

## 2) 기타 사업

### □ 청년 마음이음 사업(지자체 자체 사업)

- (목적) 청년층의 고립감 및 불안감 등 다양한 마음건강 문제를 해결하고 예방적 차원에서 심리상담을 지원함
- (서비스 대상) A유형은 부산광역시에 주민등록이 되어 있으며, 마음건강 상담이 필요한 만 18~34세 청년을 지원하며 B유형은 부산 지역에 거주하는 청년 및 가족을 지원함
- (서비스 내용) A와 B유형으로 구분하고 유형별로 상담 규모나 내용을 달리함
  - (A유형) 대면상담(유선상담 불가) 4회기 진행하며 도움군은 추가 3회기를 지원함
  - (B유형) 8~12명의 집단 상담 프로그램을 진행하며 집단당 30시간 이상 진행함
  - 상담 진행 과정에서 유료 심리검사가 필요한 경우 신청자 개인 자부담임
- (서비스 가격) 수혜자(청년)에게 무료로 제공함
  - 제공기관의 경우 유형A일 때 회당 70,000원, B일 때 다과, 공간, 검사지 등을 모두 포함하여 시간당 220,000원을 받음
  - 2023년 기준 A유형은 105,000천원, B유형은 36,000천원의 예산이 배정되었음

〈표 26〉 청년 마음이음 사업 내용

유형		내용
A	대면 1:1 전문상담	상담규모: 300여명 - 3개 기관 선정 후 기관별 100명 내외 내용: 청년을 대상으로 마음건강 회복을 위한 1:1 맞춤형 상담 진행
B	마음치유 프로그램	상담규모: 최소 8명~12명 이내 집단 프로그램 총 30시간 이상, 총 시간 내 프로그램 개수는 자율 내용: 가족문제, 정서, 대인관계, 진로, 직무 스트레스 등에 대한 프로그램 운영

자료: 부산광역시, 「2023년 청년 마음이음 사업」 심리상담 전문기관 모집공고(제2023-1440호), 2023. 4., p. 2.

- (제공기관 및 인력) 제공기관은 국가 및 민간(한국상담학회 전문 상담사, 한국상담심리학회 심리상담사, 청소년상담사) 2급 이상의 상담자격을 소유하고, 5년 이상의 상담 경력을 갖춘 상담사 3인 이상을 보유한 기관으로 제한되어 있으며 상담 장소 보유 및 주말, 야간 상담이 가능하여야 함
- (사업 피드백) 상담 제공기관에서 상담 종결 평가 및 최종보고서를 제출하며 별도로 부산인재평생교육진흥원에서 참여자 만족도를 조사함

### 3) 사업 비교

〈표 27〉 신규사업 및 유사사업 간 비교

구분	전국민 마음투자사업 <sup>1)</sup>	청년마음 건강지원서비스	아동·청소년 심리지원서비스	어르신 정서지원서비스
추진 근거	「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」	「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」, 「청년기본법」	「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」	「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」
대상 지역	전국	전국	전국	춘천시
서비스 대상	정신건강위험군 및 일반국민	만 19세 이상 34세 이하 청년	만 18세 이하 청소년·문제행동위험군	만 60세 이상 또는 기초연금수급자
소득 기준	없음	없음	중위소득 160% 이하	중위소득 140% 이하
제공 서비스	심리상담 서비스	심리상담 서비스	심리상담 서비스·개별프로그램	심리상담 서비스·개별프로그램
서비스 제공 횟수	8회	10회 (8+2회)	월 4회 제공 기간 내 지속	월 4회 제공 기간 내 지속
서비스 제공 기간	120일	3개월	12개월	12개월
서비스 진행 방식	1:1	1:1	1:1 (초기 6개월)	1:10
회당 시간	50분	50분	50분	60분
서비스 제공 체계	바우처	바우처	바우처	바우처
서비스 이용료 (회당)	1급: 80,000원 2급: 70,000원	A형: 60,000원 B형: 70,000원	180,000원 /월(4회)	160,000원 /월(4회 <sup>2)</sup> )
정부지원금 비율	기준중위소득별 차등 (최대 100%, 최소 70%)	90%	1등급: 90% 2등급: 80% 3등급: 70%	90%
품질관리	서비스 제공 실적·결과평가	이용자 만족도 조사 등	사회서비스 품질평가	사전사후검사 관리대장 활용

주: 1) 보건복지부, 「2024년 국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23.을 기준으로 작성함

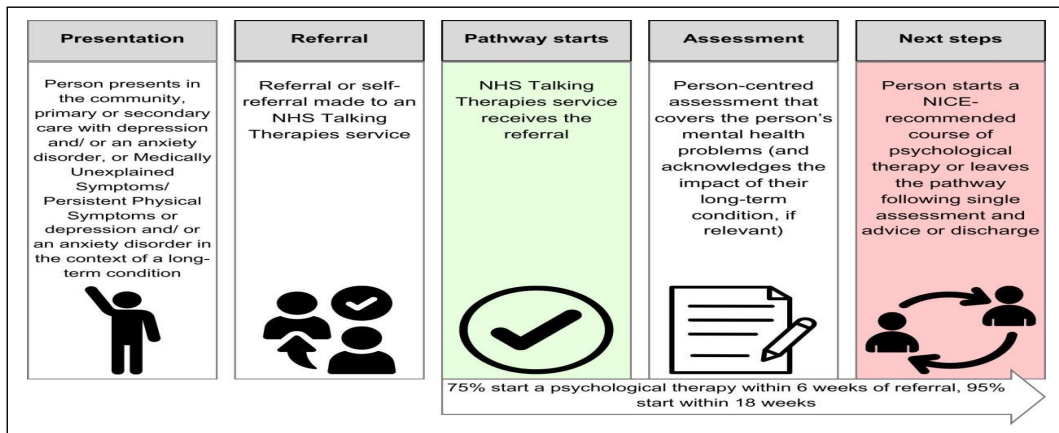
2) 심리상담 월 1회(60분)와 개별 활동 프로그램은 월 3회로 구성됨

자료: 연구진 작성

#### 다. 해외 유사사례 검토: NHS Talking Therapies(영국)

- (추진 과정) 우울·불안 장애를 지닌 국민에 정신건강 서비스를 제공하기 위해 마련된 근거 기반의 치료 프로그램으로 2006년 Doncaster와 Newham에서 시범사업으로 진행했던 프로그램이 성공하면서 2008년 IAPT(Improving Access to Psychological Therapies)을 시작함
  - 2008년 프로그램이 공식적으로 시작되었을 때는 근로 연령의 성인만을 대상으로 진행되었으나 2010년 모든 연령층으로 확대하였고 2023년 1월 IAPT라는 이름이 사업의 정체성을 잘 나타내지 못한다는 이유로 NHS Talking Therapies로 변경함
- (서비스 대상) 영국에 거주하며 18세 이상인 경우 서비스 이용할 수 있으며 GP(주치의)의 추천 여부와 상관없이 자가 의뢰를 통해서도 이용할 수 있음
- (사업 목표) 접근성 확대, 대기시간 감소, 회복률 증가라는 3가지 목표를 가짐
  - (접근성 확대) 한 번이라도 진료 약속에 참여하여 심리학적 조언을 들었거나, 치료 과정을 제안받았던 사람들의 수로 측정함
  - (대기시간 감소) 처음 의뢰를 받고 치료 단계를 시작하기 전까지의 시간으로 측정하며 75%의 환자가 의뢰 이후 첫 진료를 6주 이내에 받고, 95%의 환자가 18주 이내에 첫 진료를 받도록 하는 것을 목표로 함

[그림 16] NHS Talking Therapies의 환자 진료 과정



자료: NCCMH, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual*, 2024., p. 52.

- (회복률 증가) ‘회복된 의뢰 수/(치료 과정을 마친 의뢰 수-치료 과정을 마쳤으나 케이스(case)가 아닌 경우)×100’으로 계산하며 적어도 50% 이상의 환자들이 회복되는 것을 목표로 함
  - 병명에 따라 PHQ-9, MI, BIQ, CFQ, GAD-7 등의 방법을 활용하여 증상 정도를 파악하며, 우울증 측정 방법은 PHQ-9를 통해 주로 판단하고 장애 측정방법인 WSAS은 질환으로 가정, 직장, 사회활동 등에 얼마나 영향을 미치는지로 판단함
  - PHQ-9 등 병명에 따른 측정 방법으로 병의 증상을 판단하였을 때 치료 시행 전 특정 임계점 이상 점수를 받았으나 치료 시행 이후 임계점 이하로 점수가 하락한 것을 회복되었다고 판단함

〈표 28〉 Talking Therapies에서 증상의 정도 측정법

정신질환명	우울 증상 측정법	불안증세 등 측정법	추가 방법	장애 측정법
광장공포증	PHQ-9	MI	GAD-7	WSAS
신체변형장애		BIQ	GAD-7	
만성피로증후군		CFQ	GAD-7	
만성통증 (우울/불안측면)		GAD-7	-	
우울증		GAD-7	-	
범불안장애		GAD-7	-	
건강염려증		HAI	GAD-7	
과민성대장증후군		IBS-SSS	GAD-7	
혼합된 불안우울증		GAD-7	-	
의학적으로 설명불가한 증후군		PHQ-15	GAD-7	
문제없음		GAD-7	-	
OCD		OCI	GAD-7	
공황장애		PDSS	GAD-7	
PTSD		PCL-5	GAD-7	
사회불안장애		SPIN	GAD-7	

주: 추가방법은 우울증상 측정법이나 불안증세 등을 위한 측정법이 어려울 경우만 사용함

자료: NCCMH, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual*, 2024., p. 45을 참조하여 연구진 작성

- (서비스 내용) 우울증, 일반적인 불안장애, 공황장애, 사회불안장애, 광장공포증, 강박장애, 외상후스트레스 장애(Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD) 등 다양한 우울 및 불안장애 종류를 치료함
  - 인지 행동 치료(Cognitive Behavioral Therapy), 상담, 유도 자조 등의 방법으로 치료함
  - 환자의 상태를 총 3단계로 구분하여 단계별로 차별화된 치료를 시행함

〈표 29〉 NICE에서 추천하는 우울·불안 증세에 대한 심리학적 치료 방법

단계	질환	치료 방법
3단계: 고강도 서비스 (주로 매주, 훈련된 치료사와 대면, 일대일 상담)	우울증: 중등도~중증	CBT, IPT, 각각 약물 포함
	우울증: 경증~중증도	CBT 또는 IPT
		행동활성화(BA)
		행동 커플 치료
		단기간의 정신역동 치료
	공황장애	CBT
	범불안장애(GAD)	CBT
	외상후 스트레스 장애(PTSD)	CBT, EMDR
	사회공포증	CBT
강박 장애(OCD)	CBT	
2단계: 저강도 서비스 (코치 역할의 PWP(psychological wellbeing practitioner)가 환자 케어)	우울증	CBT 기반 자조, cCBT, 행동활성화, 구조화된 신체 활동
	공황장애	CBT 기반 자조, cCBT
	GAD	CBT 기반 자조, 컴퓨터 기반 CBT 등
	OCD	CBT기반 자조
1단계: 일차 의료	문제인지	관심 / 대기

자료: David M Clark, "Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience," *Int Rev Psychiatry*, 23(4), 2011, pp. 318-327.

- (제공기관 및 인력) 모든 서비스 제공자는 NICE 지침에 맞춰진 Talking Therapies 인증 교육 프로그램을 이수해야 하며 매주 훈련된 감독관으로부터 감독을 받음
  - 서비스 제공자는 저강도 인력(PWP, Psychological Well-being Practitioner)과 고강도 치료사(High-intensity Therapists)로 구분되며 각각의 치료법마다 영국심리

학회 등의 인증을 받은 과정 수료가 필요하며, 해당 과정을 수료하고 인증을 받은 자만이 고강도 치료 제공이 가능함

- 국가 지침에 따르면 Talking Therapies 인력의 약 35%를 저강도 인력으로, 나머지 65%는 고강도 치료사로 채우는 것을 권장함
  - (저강도 인력) 경증~중증도 우울·불안 환자 개입, 자조모임이나 인지행동치료(CBT) 제공 : 교육 프로그램 이수 후 최소 3년 이상의 실무를 거쳐 고강도 치료 프로그램에 참여할 것을 권고
  - (고강도 치료사) 고위험군 환자 개입하여 주 1회 이상 대면상담 실시, 그룹인지행동치료 등 병행

□ (사업 결과) 참여한 인원수, 대기시간, 당해 치료종료 여부 등으로 평가함

- 통계 수치는 모두 당해 4월 1일부터 다음 해 3월까지의 자료를 기준으로 함
- (참여 수) 2022년부터 2023년까지 약 176만명의 사람들이 의뢰하였으며 2021~2022년 약 181만명보다 약간 감소한 것으로 나타남
- (대기시간) 6주 이내에 치료를 시작한 사람들은 약 157만명으로 89.3%를 차지함
- (치료종료 여부) 67만명(38.2%)으로 2022~2023년 66만명에 비해 약 8,100명 증가함
- (환자개선 여부) 회복, 안정적 복구, 개선으로 측정하며 회복된 사람은 약 31만명, 신뢰할 정도로 치료가 완료된 사람은 약 29만명으로 확인됨

〈표 30〉 2022년 NHS Talking Therapies의 사업 결과

(단위: 명, %)

	의뢰 받은 수	의뢰 진행중	치료 끝낸 수	치료된 비율	의뢰 끝낸 수
18세 이하	33,126	18,860	6,544	1.0	31,078
18세~25세	385,730	247,014	135,314	20.1	392,637
26세~64세	1,230,735	866,995	488,277	72.6	1,223,073
65세~74세	68,978	83,046	28,443	4.2	67,881
75세~90세	39,329	28,460	13,252	2.0	38,573
90세 이상	1,683	954	363	0.1	1,683
계	17,595,841	1,245,329	672,193	38.2	1,754,925

자료: NHS Digital, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression annual reports 2022-23*, 2024. 1. 16., p. 7.

〈표 31〉 2022년 NHS Talking Therapies의 치료 현황

(단위: 명)

	회복	안정적 복구	개선	동일	악화
18세 이하	2,269	2,125	3,767	2,038	555
18세~25세	55,622	52,108	85,995	38,303	8,791
26세~64세	234,383	220,453	327,570	124,884	28,488
65세~74세	16,132	15,215	20,323	6,354	1,365
75세~90세	7,657	7,112	9,089	3,236	694
90세 이상	188	173	224	100	26
계	316,251	297,186	446,968	174,915	39,919

자료: NHS Digital, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression annual reports 2022~23*, 2024. 1. 16., p. 16.

#### 4. 사업계획 적정성 검토의 주요 쟁점

##### 가. 변경된 조사체계 반영

- 기획재정부는 사회·경제적 여건 변화를 적극적으로 반영하고 제도 운영의 공정성 및 효율성을 강화하기 위하여 2019년 5월 예비타당성조사 제도를 개편함
  - 복지·소득이전 사업의 경우, 개편된 평가체계에서는 경제성 분석(비용-효과성 분석)과 정책성 분석 대신 평가 항목별 점검 방식으로 전환하여 수혜대상과 전달체계 개선 등 적극적인 대안 제시에 중점을 두게 됨
- 이에 본 사업계획 적정성 검토에는 복지·소득이전 사업의 예비타당성조사 평가항목에 준하여 ‘경제·사회 환경 분석’, ‘사업설계의 적정성 분석’, ‘비용 추정의 적정성 분석’ 각 평가항목에 대한 검토 내용을 수록함
  - 다만 일반적으로 사업계획 적정성 검토의 경우에는 예비타당성조사 평가항목을 준용 하되 정책효과 분석을 생략하는바, 이에 따라 본 검토에서도 ‘비용·효과성 분석’ 평가항목 대신 ‘비용 추정의 적정성 항목’으로 대체하여 검토함

## 나. 경제·사회 환경 분석에 관한 쟁점

- 경제·사회 여건 분석(경제·사회 문제인식의 적절성 검토)
  - 한국인의 정신건강 측면에서 직면한 문제점이 무엇인지 검토하고 이러한 문제의식에 기반하여 사업이 설계되었는지 검토할 필요가 있음
  - OECD 주요 보건지표(OECD Health Statistics)에 기초한 국가 간 비교 및 「제5차 국민건강증진종합계획」에 포함된 정신보건 관련 지표의 시계열적인 변화 등을 검토하고자 함
  
- 경제·사회 여건 분석(유사사업 및 관련 사업과의 중복성)
  - 보건복지부 정신건강사업 관련 세부사업 중 본 사업과 유사한 사업을 식별하고 사업 간의 중복 여부 및 관계를 검토할 필요가 있음
    - 구체적으로 정신건강 증진사업, 정신보건시설 기능보강 단위사업 내의 세부사업, 내역 사업들과 본 사업 간의 관계 및 중복 여부 등을 검토함
  
- 본 사업의 추진을 통해 영향을 받을 것으로 예상되는 다양한 이해관계자들의 의견을 충분히 수렴하였는지, 사업 준비과정에서 적극적으로 소통하였는지에 대해서도 검토할 필요가 있음
  
- 본 사업을 추진하는 경우 중장기적 재정소요 변동요인이 존재하는지 수요 증대 요인 검토를 중심으로 살펴볼 필요가 있으며 또한 안정적으로 자원조달이 가능한지 검토가 필요함

## 다. 사업설계의 적정성에 관한 쟁점

- 재정투입이라는 정책수단으로 본 사업을 통해 해결하고자 하는 사업목표의 구체성 및 명확성, 달성 가능성, 상위 계획 등 관련 정부정책 방향과의 연계성 등에 대한 검토를 통해 본 사업의 사업목표 설정의 적절성 등을 우선적으로 살펴볼 필요가 있음
  
- 다음으로는 지원대상이 명확하고 적합하게 설정되었는지 검토할 필요가 있음

- 사업계획서상 본 사업의 지원대상은 정신건강 중위험군 이상 국민을 대상으로 사업을 시작하여 점차 전 국민을 대상으로 확대하는 방안을 제시하고 있으므로 이와 관련하여 수혜대상의 선별 가능성, 수요의 충분성, 적정 사업대상에 대한 지원 가능성 등과 같은 문제에 대한 논의가 필요함
- 본 사업의 추진방법 및 전달체계가 적절하게 설계되었는지 검토할 필요가 있음
  - 이를 위해 사업추진 주체 간의 역할의 명확성 및 유사제도와의 정책조합 가능성, 전달체계의 적절성을 검토함

#### 라. 비용 추정의 적정성에 관한 쟁점

- 비용 추정을 위해 사업목표 달성을 위한 소요재원이 충실히 사업계획에 반영되었는지, 지원대상의 규모가 적절히 추정되었는지에 대한 면밀한 검토가 필요함
- 본 사업은 정신보건상담서비스 상담료를 직접적으로 지원하는 ① 전국민 마음투자지원 사업과 이를 수행하는 과정에서 필요한 정보화 시스템 등을 구축·운영하는 ② 마음건강 전달체계 구축 등의 사업으로 두 개의 내역사업으로 제시되어 있음
  - ‘전국민 마음투자지원 사업’은 정책대상자 수 곱하기(x) 지원단가로 비용 추정을 할 수 있음
    - 지원규모의 적절성을 검토하기 위해서는 잠재적 정신건강 위험군의 규모 추정이 필요하며, 소득수준별 지원되는 단가가 상이한 만큼 소득수준과 본 사업의 수요 간의 관계 검토가 필요함
    - 또한 인구 고령화에 따른 고, 중, 저 위험군의 인구 비율 변화를 고려해야 함
    - 지원단가의 경우, 현재 주무부처에서 제시하는 단가를 바탕으로 검토하였으나 추가적인 자료 및 객관적 기준 제시 등이 필요함

### Ⅲ. 경제·사회 환경 분석

#### 1. 경제·사회 여건분석

##### 가. 경제·사회 문제 인식의 적절성

- 주무부처는 사업 추진 배경으로 OECD 자살률 1위 등 정신건강 문제로 인해 우리나라의 사회·경제적 손실이 상당한 상황임을 제시하였고 본 사업의 목적이 국민 건강 수준 제고에 있음을 명시한 만큼 정신건강 관련 문제 인식이 적절한지 검토할 필요가 있음
- 본 보고서 제Ⅱ장에서 제시한 「2022년 국가 정신건강현황 보고서」 및 OECD 자료에 기반해 정신건강 수준을 대리할 수 있는 다양한 지표에 관해 연도별 추세와 국가 간 비교 및 검토해본 결과 한국은 우울감, 고위험 음주, 자살률 측면에서 우려되는 경향성을 확인할 수 있었음
  - 이와 같은 여건을 고려하였을 때 국민의 정신건강을 향상시키기 위한 사업을 추진하는 것은 적절한 것으로 판단됨

##### 나. 유사사업 및 관련 사업과의 중복성

- 신규 사업으로 진행하고자 하는 전국민 마음투자 지원사업은 기존 시·도, 시·군·구 내에서 국민들을 대상으로 실시되고 있던 여러 사업들과 일정 부분 유사한 측면<sup>2)</sup>을 확인할 수 있음
  - 다만 구체적인 사업 대상의 범위나 규모, 사업 수혜자의 비용 부담 정도, 서비스 제공 내용 등에서 차이가 있으므로 기존 사업과의 중복성은 크지 않다고 판단됨
  - 물론 사업 간 중첩성이 인정되는 만큼 향후 본 사업의 추진 과정에서 사업추진 기관 간에 긴밀한 협의가 필요할 것으로 보임
    - 특히 지자체별로 복지부의 전국민 마음투자 지원사업을 반영하여 기존 사업을 조정하는 과정에서 일부 과다지급 및 사각지대 발생 여부 가능성 등 다양한 경우의 수를 면밀히 검토할 필요가 있을 것으로 판단됨

2) 박노욱 외(2018)에 의하면 유사사업은 중복(duplication), 중첩(overlap), 분절(fragmentation)이라는 세 가지로 구분됨

## 다. 정부개입의 적절성

- 본 사업은 시장실패의 해결 및 소득 재분배 측면에서 정부개입의 정당성<sup>3)</sup>은 확보된 것으로 판단됨
  - 정신건강 관련 많은 연구들에서 개인의 정신건강의 악화가 가족, 직장, 사회 구성원들에게 부정적인 외부효과를 발생시킬 수 있음을 보여주는 만큼 정부의 건강한 정신건강을 위한 상담서비스 지원은 긍정적인 외부효과를 내포하고 있는 것으로 판단됨
    - 개인은 정신건강 향상에 따른 긍정적 외부효과를 고려하지 않기 때문에 정부의 개입 없이는 사회적으로 바람직한 수준의 정신건강 향상을 이룰 수 없으므로 정부개입이 정당화될 수 있음
  - 또한 소득이 낮은 저소득층에 대한 상담서비스 제공은 아니지만 <표 32>와 같이 저소득층의 우울감, 우울지수(PHQ-9 점수) 등이 고소득층과 비교해서 높은 만큼 소득 재분배 측면에서도 정부개입이 필요하다 할 수 있음
    - 소득재분배 측면에서 정부개입의 정당성이 인정되기 위해서는 향후 사업 운영 시 소득에 따른 상담서비스 비용의 차등 지원을 보다 강화하는 방향으로 운용할 필요가 있을 것으로 판단됨

<표 32> 소득분위별 우울감 및 스트레스 등 연도별 표본 비율

(단위: %)

구분	소득분위 <sup>1)</sup>	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
소득분위별 우울감 경험	1	7.80	7.82	6.86	9.18	10.25
	2	4.74	5.28	4.84	5.94	6.24
	3	3.85	4.49	4.23	5.28	5.50
	4	4.12	4.92	4.59	5.44	5.29

### 3) 전통적으로 정부의 역할은 크게 네 가지로 요약할 수 있음

- ① 심판의 역할: 시장 경제 내에서 공정한 경쟁을 보장하고 계약의 신뢰성을 유지하기 위해 필요한 규칙과 법률을 마련 및 집행하는 것을 의미함
- ② 시장실패의 해결: 시장이 효과적으로 기능하지 못하는 경우(예: 공정한 경쟁이 저해되거나 소비자들이 오도되는 경우) 정부가 이에 개입하여 문제를 해결하는 것을 의미함. 또한 국방, 도로, 항만과 같은 공공재의 제공을 담당하며, 외부효과로 인한 시장의 비효율성을 교정하기 위한 노력도 포함됨
- ③ 소득 재분배: 형평성을 제고하기 위한 정부의 다양한 노력을 의미함
- ④ 경제 안정화: 장기적으로 안정적인 경제성장을 도모하고 단기적으로 경기변동의 폭을 최소화하고자 하는 정부의 정책적인 개입

〈표 32〉의 계속

(단위: %)

구분	소득분위 <sup>1)</sup>	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
소득분위별 스트레스경험	1	22.96	20.99	20.12	20.90	19.79
	2	22.93	22.86	23.05	22.62	20.35
	3	23.74	23.34	23.96	23.53	20.97
	4	25.97	24.75	25.21	24.03	22.48
소득분위별 PHQ-9 점수 10점 이상	1	6.24	5.39	4.28	5.09	6.27
	2	2.68	2.57	2.33	2.53	3.02
	3	2.09	2.05	1.93	2.24	2.48
	4	1.97	2.00	1.81	2.10	2.19

주: 1) 소득분위 집단 1, 2, 3, 4는 각각 중위소득 70% 이하, 70~120%, 120~180%, 180% 초과를 의미함  
 자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

### 라. 사업추진 여건의 적절성

- 한국의 GDP 대비 사회보장지출 비중은 타 국가들과 비교하여 빠르게 증가하나 여전히 타 국가들과 비교해서 매우 낮은 것으로 나타남
  - 이는 한국이 빠른 경제성장에도 불구하고 이에 상응하는 사회보장체계가 OECD 내 선진국들과 비교해서 구축되지 않았기 때문임
- 이와 같은 사회적 여건을 고려하였을 때 전국민 마음건강 투자사업의 추진은 일부 적절한 것으로 판단됨
  - 다만 한국의 사회보장 관련 지출은 초고령사회에 진입 및 저출산 현상이 지속됨에 따라 향후 급속하게 증가할 것으로 판단되기 때문에 사업추진에 신중할 필요가 있음
  - 주무부처는 사업의 효과를 검토할 수 있는 성과지표를 설정하고 사업성과가 없을 경우 과감하게 사업을 정리할 수 있도록 성과관리 계획을 구축해야 할 것임

## 2. 경제·사회 영향 분석

### 가. 경제·사회 문제 해결의 적절성

- 본 사업은 별도의 시범사업 수행 없이 사업계획 적정성 검토가 수행 중이기 때문에 본 사업의 수행이 상담서비스 이용을 증가시키는지, 우울증 감소 및 정신건강 향상과 같은 사업의 효과를 가져오는지 등에 대해 사전적으로 예측하기 어려운 상황임
  - 다만 주무부처에서 벤치마킹을 한 ‘청년 마음건강지원사업’의 이용자 대상 경험조사를 살펴보면 이용자의 94.5%는 해당 서비스에 만족하였으며 우울 정도(BDI)도 23.98에서 17.64로 감소하는 것으로 나타남
  - 이와 같은 결과를 미루어 본다면 국민 정신건강 수준 제고에 본 사업이 일정 부분 기여할 수 있을 것으로 판단됨
    - 다만 본 사업이 식별된 경제·사회 문제 해결에 효과적으로 기여하는지 판단을 위한 객관적 자료가 부족하기 때문에 사업의 효과성을 측정할 수 있는 성과지표를 설정하고 사업성과를 면밀히 살펴보는 것이 중요함
    - 또한 사업효과가 수혜자의 특성에 따라 이질적으로 발생하는지 검토하고 이를 기반으로 사업계획을 변경하여 사업효과를 제고할 필요가 있음
  
- 본 사업의 수행을 통해 앞서 식별된 경제·사회적 문제를 해결할 수 있는지와 관련해 추가적으로 검토해야 할 사항으로는 본 사업이 정신건강 관련 기존에 수행되고 있던 상담건수를 얼마만큼 구축(crowding-out)하느냐가 있음
  - 만약 기존의 정신상담서비스를 이용하던 대다수 인원들이 본 사업에서 제공하는 사회서비스 이용으로 전환하는 것에 그친다면 경제·사회적 문제 해결에 큰 기여를 하지 못하기 때문임
  - 본 사업이 기존의 상담서비스를 얼마만큼 대체하는지 판단하기 위해서는 상담서비스 이용자 수, 이용자의 특성, 상담비용 등 관련 자세한 정보가 필요함
    - 다만 본 사업이 2028년 일반국민 50만명을 대상으로 상담서비스를 제공하는 만큼 기존의 상담서비스를 완전히 구축한다 하더라도 정신건강서비스를 이용하는 총 이용자 수는 사업수행 전과 비교하여 증가할 것으로 판단됨

## 나. 사회적 의견수렴의 충분성

- 본 사업에 대한 주요 이해관계자로는 수혜대상인 우울증 고위험군, 지방자치단체, 서비스 제공기관 및 해당 분야의 전문가들을 들 수 있으며, 이들을 대상으로 주무부처에서는 <표 33>과 같은 의견수렴 절차를 진행하여 사회적 의견 수렴은 어느 정도 진행된 것으로 판단됨
- ‘비용 추정의 적정성 분석’에서 자세히 논의하겠지만 본 사업이 계획하고 있는 지원가능 인원 및 지원단가와 관련하여 주무부처는 충분한 근거를 제공하고 있지 못한 것으로 판단됨
  - 현실적으로 지원 가능한 인원이 몇 명인지 그리고 서비스 제공기관에 충분한 유인을 제공하기 위한 적정한 단가는 얼마인지 등에 대한 판단은 중요하므로 서비스 제공기관에 대한 수요조사가 필요할 것으로 보임
  - 서비스 제공기관과 4차례 간담회 진행 결과 공통적으로 제기된 이슈는 1급 상담사 단가 8만원으로는 서비스 제공자들의 참여가 저조할 것이라는 점이므로 주무부처는 이와 관련 수혜대상자, 서비스 제공기관, 해당 분야 전문가들의 의견을 적극 수렴하여 사업의 성과관리에 만전을 기해야 함

〈표 33〉 이해관계자별 의견수렴 내용

이해 관계자	연월	내용
관련학회 및 전문가	23.12. 21.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 심리상담 기관 및 인력 관련 유관학회(대한심리학회, 대한상담학회) 간담회 실시</li> <li>- 심리상담 서비스 제공기관·인력 관련 논의</li> </ul>
	24. 1. 11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 심리상담 기관 및 인력 관련 유관학회(대한심리학회, 대한상담학회) 간담회 실시</li> <li>- 심리상담 서비스 제공기관·인력 관련 논의를 진행하였으며 8만원 단가의 현실성에 대해서 논의</li> </ul>
	24. 1. 24.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 대한신경정신의학회 간담회 실시</li> <li>- 공통적으로 인정될 수 있는 제공인력 기준 도출을 위한 논의를 진행하였으며 8만원 단가의 현실성에 대해 논의</li> </ul>
	24. 2. 1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 심리상담학회(대한심리학회, 대한상담학회) 및 대한신경정신의학회 간담회 실시</li> <li>- 3개 학회가 매뉴얼 제작에 참여</li> </ul>
수행기관	23. 12. 8.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 수행기관 대상 사업설명회 개최</li> <li>- (참석) 보건복지부 정신건강관리과, 시·도 정신건강 사업담당자, 건보공단(마음투자 지원사업부), 사회보장정보원</li> </ul>

〈표 33〉의 계속

이해 관계자	연월	내용
지자체	23. 12. 5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시도 설명회 및 지자체 의견수렴</li> <li>- 전국민 마음투자 지원사업 '24년 사업계획 설명 및 질의응답 등</li> </ul>
	24. 2. 22.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시도 설명회 및 지자체 의견수렴</li> <li>- 전국민 마음투자 지원사업 시행을 위한 사업 주요내용 설명, 지자체별 예산 교부(안) 및 협조요청 사항 등 논의</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2023. 12. 13.; \_\_\_\_\_, 「3차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 4. 8. pp. 7~8등을 참조하여 연구진 작성

### 3. 재정의 지속 가능성

#### 가. 향후 재정부담 검토

- 2024년도 예산은 마음건강 전달체계 구축사업에서 일부 감액이 있었으나, 전국민 마음 투자 지원사업은 2024년 예산안이 그대로 반영되어 자원조달은 문제가 없을 것으로 판단됨

#### 나. 안정적인 자원조달 가능성 및 중장기적 재정소요 변동 위험성

- 본 사업은 기간이 정해져 있는 한시사업이 아닌 계속사업으로 현재 한국의 인구구조가 빠르게 변화하고 있기 때문에 재정소요의 변동 위험성이 높은 편임
- 이와 관련하여 ① 사업계획서상의 예측된 우울증 진단 환자 수는 우울증 증가 추세와 인구구조 변화를 고려하지 못하기 때문에 잠재적 수혜자 추정액에 있어서 정확성이 떨어질 수 있으며, ② 지원단가의 조정에 따른 재정소요 변동이 발생할 수 있음
  - (잠재적 수혜자 추정 오차 관련) 본 검토에서 추계한 2024년 우울증 진단 환자 수 예측치는 약 148만명으로 사업계획서상의 100만명(2020년 기준)을 크게 상회(자세한 내용은 제V장 참고) 하는 것으로 나타나며, 이로 인한 재정소요의 변동 위험성을 사전적으로 인지할 필요가 있음
  - (지원단가의 조정 관련) 현재 사업계획서상에서 지원단가는 상담서비스 제공인력의 자격 기준에 따라 1급 유형 8만원, 2급 유형 7만원으로 제시하고 있으나, 산출 근거를 제시하고 있지 못한 상황으로 사업이 추진되는 과정에서 변동 가능성이 존재하는 것으로 판단됨

- 본 사업은 2026년 이후 일반국민 등을 대상으로 수혜자를 지속적으로 확대하여 2028년 수혜자를 50만명으로 계획하고 있음
  - 본 사업이 목표로 하고 있는 수혜건수를 달성하기 위해서는 공급자들에게 사업 참여의 충분한 유인을 제공되어야 하며, 이 경우 지원단가가 당초 사업계획보다 증가하여 재정적 부담으로 작용할 수 있음
  - 주무부처는 이러한 위험 발생 가능성을 면밀히 검토하여, 만약 단가 조정이 필요하다면 수혜인원의 조정, 저소득층에 집중하여 자부담률 감소 등을 통해 재정소요의 변동 위험을 최소화해야 할 것임

## IV. 사업설계의 적정성 분석

### 1. 사업목표 설정의 적절성과 시급성

- 본 사업의 목적은 일반국민의 일상적 마음건강서비스 이용 및 정신건강 고위험군 예방 및 조기 발견임
  - 2023년 보건복지부가 발간한 「2023 정신건강사업 안내」에 따르면 국가 차원의 정신건강 관리가 이루어지고 있음
- 이러한 정책 환경하에 목적 달성을 위한 본 사업의 사업목표는 크게 두 가지 측면으로 판단됨
  - 첫 번째 일반국민의 상담서비스 참여율을 높이고자 하는 것임
    - 이를 통해 정부의 중증정신질환에 대한 대비와 노력에 더불어 국민의 일상적 마음건강에 대한 관심을 향상시키고 정신건강 악화 예방과 고위험군 식별을 통한 치료를 연계하고자 함
  - 두 번째 목표는 상담을 통한 스트레스 저감 효과임
- 본 사업을 통해 국민의 마음건강 돌봄 및 정신질환 사전예방 및 조기 발견이라는 사업 목적 달성이 가능한지 검토가 필요함
  - 사업내용의 적절성을 네 가지 측면으로 나누어 지원방식, 공급자, 제공인력, 지원규

모로 각각 나누어 살펴봄

- 지원방식은 사회서비스 방식으로 추진되는데, 이는 수요자 중심의 복지를 중시한 것으로 적절하다고 판단됨
- 사업내용의 공급자는 공공 및 민간 전문 상담인력을 채용 중인 기관으로 정하나 해당 기관에서 왜 이 사업에 참여할 유인이 있는지, 또한 구체적으로 해당 기관의 유휴인력이 충분한지, 해당 시설들은 사업의 내용을 소화하기에 충분한지에 대해 사업계획에 나타나 있지 않음
- 제공인력에 대한 적정성 검토는 정신과전문의, 정신건강 전문요원 등이 사업 시행 시 시장에 진입할 것이라는 기대를 사업내용에 담고 있으나 상담단가<sup>4)</sup> 등을 고려할 경우 경제적 유인이 부족한 것으로 사료됨
- 지원규모는 기준중위소득에 따라 4분위로 나누어 차등적으로 지원하는 것으로 사업계획에 나타나 있으나 전국민 사업으로 확대 시행될 경우에 재정적 부담으로 작용할 우려가 있으므로, 저소득층에 집중하여 자부담률을 감소시키는 대안 등을 검토해볼 필요가 있을 것으로 판단됨

□ 정부 정책방향, 상위 계획 및 관련 계획과의 연계성과 우선순위

- 본 사업의 근거가 되는 법령은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제4조에서 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강에 대한 책무가 있다고 밝힘
  - 동법 제11조에서는 정신건강상 문제의 조기 발견을 위한 정신건강복지센터, 정신건강증진시설 등 의료기관을 연계할 추진하고 교육·상담 등의 정신건강증진사업 시행을 장려함
  - 제12조에서는 국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업 추진 및 지원에 대한 근거를 제시함
- 국고지원 근거는 동법의 제79조와 제82조에서 정신질환자와 보호의무자의 경제적 부담 경감을 위한 비용 보조 조항으로 제시됨

---

4) 2024년 사업대상은 고위험군과 중위험군이며, 지원 횟수 및 단가를 7~8만원으로 책정하고 있으며, 개인상담 60분 기준 민간 심리상담센터의 평균단가는 10~15만원 수준으로 제시하고 있음

- 이 밖에도 국무회의 의결(2023. 8. 21.) 및 유관 계획 등을 검토 시 정부 정책 방향과의 일치성 및 우선순위는 인정되나, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제11조의 정신건강상 문제의 조기 발견을 위한 정신건강복지센터, 정신건강증진시설 등 의료기관을 연계·활용하는 방안에 대해서는 구체성이 미흡하므로 이에 대한 보완이 필요함
- 사업계획에서 성과측정 시 객관적이고 정량적 지표로 측정하는 것이 중요하기에 지표의 적절성을 검토하는 작업이 필요함
  - 본 사업은 정부의 정신건강복지기본계획 등과 연계하여 성과관리를 할 필요가 있음
    - 본 사업의 배경이 현재 정신건강에 대한 사업 중 정신건강 질환을 진단 받은 환자 등 상대적으로 중증환자에 대한 국가적 차원의 돌봄은 이루어지고 있으나 현재 본 사업의 취지인 일반국민의 정신건강증진과 상담서비스에 대한 접근성을 증진시켜 정신질환의 조기 진단 및 예방을 달성하였는지를 판단할 성과지표가 필요함
  - 지역사회건강조사 데이터에 있는 우울감 경험이 상담으로 이어지는 비율 등이 사업의 시행에 따라 증가하는지를 확인하는 것과 패널자료를 구축하여 상담서비스 후 해당 수혜집단의 PHQ-9 점수, BDI 점수 등 우울 및 스트레스를 측정하는 수치의 감소 효과를 엄밀하게 검토하는 방안을 활용하는 것을 제안함

## 2. 수혜대상의 적절성

- 수혜대상이 명확한 기준에 의하여 정의되고 있는지 여부와 사업목표에 적합한 수혜대상인지에 대하여 검토를 수행함
  - 본 사업의 지원대상은 정신건강 중위험군 이상에서 점차 확대하여 전국민을 대상으로 하고, 2024년 기준으로 우울증 선별검사(PHQ-9) 결과 심한 우울증상자, 자살시도자는 고위험군으로 분류가 가능함
  - 해당 검사를 전국민을 대상으로 시행하는 방안에 대한 보완이 필요함
- 본 사업 계획에서 고려한 상담서비스 실질 수요의 충분성에 대한 검토가 필요함
  - 2020년 국민건강영양조사 우울장애 유병률(PHQ-9 점수가 10점 이상)이 5.7%, 전체 인구통계 5,100만명 중 15세 이상 인구가 약 4,500만명, 우울위험군을 15세 이상

인구 중 우울장애 유병률을 적용한 260만명, 그중 우울증 진단을 받은 자 약 100만 명을 제외한 정신건강 위험군에 해당하는 인구를 160만명으로 추계, 약 5%에게 서비스를 제공하여 8만명이라는 수요가 계획됨

- 수요를 추정하는 과정에서 활용한 수치들의 강건성을 체크할 필요성이 있음
  - 우울장애 유병률, 인구구조 변화에 따른 인구통계, 우울증 진단을 받은 인구수에 대한 추계에 대한 강건성 확인이 필요함
  - 5%의 서비스 제공 수요에 대한 수치는 재검토가 필요함
  
- 비사업대상의 수혜 가능성 및 사업대상의 비수혜 가능성에 대한 검토
  - 수혜대상은 PHQ-9 점수라는 자가진단 테스트를 통해 결정되며 상담서비스를 목적으로 하는 우울감이나 스트레스가 상대적으로 적은 집단의 도덕적 해이를 막기는 불가능하기에 비사업대상의 수혜 가능성이 없는 것은 아님
    - PHQ-9 검사는 편의성이 높아 비용 측면에서 효율적이나 만약 앞서 언급한 도덕적 해이의 크기가 클 것으로 예상된다면 Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) 해밀턴 우울증 평가척도<sup>5)</sup>와 같은 우울증 평가도구를 도입하여 관찰자가 평가하여 점수를 부여하는 평가를 시행하는 방안도 검토할 필요가 있음
  - 사업대상으로서 자격이 있음에도 불구하고 본 사업을 비수혜할 가장 큰 유인은 사회적 낙인효과에 있을 가능성이 있음
    - 2018~2022년 지역사회건강조사 데이터에 따르면 우울감을 경험한 집단 중 상담으로 이어진 경우는 약 20%임

### 3. 추진 방법의 적절성

- 사업추진 방법의 적절성에 관하여 수혜대상을 고려하여 적절히 설계되었는지를 검토함
  - 수혜대상의 경우 본 사업에 참가할 유인이 사회적 낙인효과 등에 의해 왜곡될 가능성이 있기 때문에 이를 극복할 수 있는 방법의 검토가 필요함

---

5) 보건복지부와 건강보험심사평가원은 우울증 외래진료 서비스 질 향상을 유도하고 정신건강 영역의 평가를 강화하기 위하여 2021년부터 우울증 외래 진료 서비스에 대한 적정성 평가를 실시하고 있으며, 해당 적정성 평가 계획은 분과위원회 및 의료평가조정위원회 심의·의결을 거쳐 확정된 것으로, PHQ-9, HDRS 등이 우울증상 평가척도에 포함되어 있음

- 수혜대상이 상담서비스에 참여할 경우, 여러 번 참여하여야 하므로 가능하면 수혜대상의 거주지와 가까운 곳에 서비스 공급 장소가 있는지에 대한 검토가 필요함
  - 기존에 운영하고 있는 정신건강센터의 자원을 활용하는 방안도 검토가 필요함
- 수행주체는 보건복지부, 지방자치단체, 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단 등으로 주체 간 역할 구분은 상대적으로 명확하다고 사료됨
- 지방자치단체는 서비스(바우처) 신청 접수, 대상자 선정 및 결과 통지, 서비스 제공기관 등록 및 관리 역할을 담당함
  - 한국사회보장정보원은 행복이음을 활용하여 서비스 대상자를 관리하고 전자바우처 시스템을 통해 바우처 발급 및 정산, 자자체 예탁금 및 통계 관리 업무를 담당함
  - 국민건강보험공단은 사업 관리 및 홍보, 서비스 제공기관 및 인력 질 관리, 교육 지원, 이용자 만족도 조사 등을 담당하고 2026년 이후 신규 구축될 시스템을 위탁 운영함
- 유사제도와외 정책조합 가능성은 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」(관계부처 합동, 2021. 1.), 「제5차 자살예방기본계획(2023~2027)」(보건복지부, 2023. 4.) 등과 연계하여 조합할 가능성을 검토함
- 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」의 추진전략 중 정신의료 서비스의 인프라 선진화, 자살로부터 안전한 사회 구현, 정신건강정책 발전을 위한 기반 구축 등과 연관됨
  - 「제5차 자살예방기본계획(2023~2027)」의 자살률 감소 목적 또한 본 사업에서 상담 서비스의 구체적인 역할을 정의하여 해당 유사사업과 연계를 도모할 수 있음

#### 4. 전달체계의 적절성

- 전달체계는 앞서 언급한 바와 같이 명확하나, 구체적으로 서비스에 지원하는 양식이나 서비스 제공업체 및 정신건강센터의 역할 수행에 대해서는 보완이 필요함
- 수혜자가 더 효과적으로 서비스에 접근할 수 있는 방안의 검토가 필요함
- 수혜자 입장에서 우울 및 스트레스에 대한 경험으로 인하여 상담에 대한 유인을 스스로 가지는 경우가 가장 바람직함

- 사회적 낙인효과 방지 및 정신건강에 대한 자가 검진의 접근성을 높이기 위해서는 정기적인 건강검진을 이루어지게 하는 등 국가 차원에서의 관리가 필요함
- 사업주체 간 연결성이 명확하여 집행기구는 적절하다고 사료됨

## V. 비용 추정의 적정성 분석

### 1. 비용 산정의 적정성

#### 가. 전국민 마음투자 지원

##### 1) 지원대상 규모 추정 적정성 검토

- 「장래인구추계(2024~2028년)」, 「우울증 진단 환자 분포」를 참고하여 지원대상 규모 추정의 적정성을 검토함
  - 통계청 「장래인구추계(2024-2028년)」에 따르면 15~64세에 해당하는 생산가능인구는 2024년 약 3,633만명에서 2028년 약 3,480만명으로 감소하고, 65세 이상에 해당하는 고령층 인구는 2024년 약 994만명에서 2028년 약 1,213만명으로 증가함
  - 당초 사업계획서에서 제시한 수혜대상 집단은 15세 이상, PHQ-9 점수가 10점 이상인 국민 중 우울증 진단을 받은 환자를 제외한 집단임
  - 부처는 15세 이상 인구가 약 4,500만명이고, PHQ-9 10점 이상인 우울장애 유병률이 5.7%(2020년 국민건강영양조사)인 것을 근거로 우울위험군을 260만명을 상정하고 그중 우울증 진단을 받은 환자 약 100만명을 제외한 160만명을 잠재적인 정책대상자로 설정함
- 수혜대상의 적절성을 검토하는 과정에서 우울위험군을 추정할 때 보완되어야 할 요건이 존재함
  - 고령화 인구구조를 고려하여 연령별 우울증 경험에 대한 추세를 반영할 필요가 있음
  - PHQ-9 10점 이상인 우울장애 유병률을 기준으로 하는 것에 대한 추가 보완적 논의가 필요함

## 2) 지원대상 규모 재추정

- (우울증 진단 환자 수 추정) 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」[별첨 3] F 상병 진료 내역(보건복지부, 2023. 12.)을 활용하여 2024~2028년 우울증 진단 환자 수를 추정하면 2024년 약 148만명으로 사업계획서상의 약 100만명을 훨씬 상회하는 수치임

〈표 34〉 우울증 진단 환자 수 예측치(2024~2028년): 평균 증가율 고려

(단위: 명)

연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
우울증 진단 환자 수 예측	1,480,742	1,612,277	1,759,084	1,925,961	2,115,862

자료: 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」 [별첨 3]을 참조하여 연구진 작성

- (우울위험군 추정) 2018~2022년 ‘지역사회건강조사’의 연령별 PHQ-9 점수분포를 계산한 후 평균 증가율을 활용하여 2024~2028년 상담서비스 대상군(PHQ-9 10점 이상)에 해당하는 우울위험군을 추정한 결과 연도별로 약 192만~228만명으로 나타남

〈표 35〉 PHQ-9 10점 이상 평균 증가율 추세 적용 기준 우울위험군 추계

(단위: 세, 명)

연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	
연령	15~19	90,057	96,143	104,821	112,898	119,672
	20~24	131,522	130,070	128,718	132,386	139,427
	25~29	177,689	185,224	191,540	194,208	195,441
	30~34	178,353	196,514	216,049	232,514	248,805
	35~39	155,534	170,585	187,476	210,732	237,843
	40~44	147,207	152,431	157,554	161,602	167,526
	45~49	131,397	141,702	154,437	169,027	181,972
	50~54	135,992	136,995	135,571	134,648	134,061
	55~59	129,639	133,218	138,309	142,722	146,334
	60~64	118,783	114,888	109,551	107,462	104,283
	65~69	115,803	120,383	127,092	128,408	130,503
	70~74	97,188	104,482	112,473	117,849	124,629
	75~79	93,611	96,514	98,964	100,427	101,564
80~84	96,381	94,560	89,381	89,126	89,250	

〈표 35〉의 계속

(단위: 세, 명)

연도		2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
연령	85~89	80,949	85,200	89,208	96,520	102,764
	90~94	33,086	36,405	39,776	42,592	45,003
	95~99	8,635	9,820	10,862	12,284	13,737
총계		<b>1,921,827</b>	<b>2,005,135</b>	<b>2,091,783</b>	<b>2,185,406</b>	<b>2,282,813</b>

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

- 당초 사업계획과 같이 우울증 진단을 받은 자를 잠재적 수혜자에서 제외하면 2024년 기준 잠재적 수혜대상자는 사업계획서상의 약 160만명과 비교하여 현저히 낮은 수준인 약 44만명에 그치는 것으로 보임
  - 다만, 부처가 사업계획에서 제시한 바와 같이 우울증 진단 환자를 잠재적 수혜대상에서 제외하는 근거를 찾기 어려움
  - 또한, 잠재적 수혜대상자 중 2024년 사업 참여 비율을 5%로 제시하였는데 산출 근거가 부족함

### 3) 지원단가 적절성 검토

- 상담서비스 공급 단가, 서비스 횟수 등의 근거에 대한 검토가 필요함
  - 「예비타당성조사 면제요구서」(보건복지부, 2023. 8.)에 따르면 수혜대상 1인 기준으로 상담서비스 공급 단가는 2024년 1회 7~8만원이며 총 8회의 상담서비스를 제공하는 것으로 계획되어 있음
  - 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」(보건복지부, 2024. 4. 23.)을 통해 서비스 공급자 유형에 따라 1급 유형은 8만원, 2급 유형은 7만원으로 조정하고 서비스 공급 횟수는 8회로 고정함
- 본 사업 시행 시 국가자격증 소지자인 정신건강 전문요원, 청소년상담사, 전문상담교사, 임상심리사 등과 민간에서 자격이 있는 상담 경력자 등의 공급이 충분히 이루어질 것이라는 견해를 보여주나 근거가 미약하다고 판단됨
  - 약 5천명의 상담인력이 필요하고 현재 정신건강전문요원 19,000여명 중 활동하는

인원은 6,000여명에 그치므로 유희인력이 활용될 수 있다고 주장하지만 해당 주장을 뒷받침하기 위해서는 유희인력들에게 설문조사를 통해 현재 일을 쉬고 있는 원인이 무엇인지, 그리고 상담 서비스 단가인 8만원에도 충분히 일할 유인이 있는지를 확인하는 것이 필요함

#### 4) 재정지출 규모 추정

##### 가) 공통 적용 사항

□ (서비스 단가) 「2024년 전국민 마음건강 투자사업 지원자 현황」의 1급·2급 신청 인원 비율을 적용하여 1회당 77,582원(8회 기준 620,652원)을 적용함

〈표 36〉 서비스 단가 산출 근거

(단위: 명, %, 원)

유형	1급	2급	계
신청자 수	26,565	8,474	35,039
비율	75.8	24.2	100
단가	80,000	70,000	77,582
8회 기준 비용	640,000	560,000	620,652

자료: 보건복지부, 「10차 질의 및 자료요청에 대한 회신」[별첨], 2024. 11. 26.을 참조하여 연구진 작성

□ (자부담 비율) 「지역사회건강조사: 2018~2022년」, 「장래인구 추계: 2024~2028년」으로 추계한 PHQ-9 10점 이상 상담서비스 수요의 소득분위별 비중을 활용하여 적용함

〈표 37〉 자부담 비율 적용 근거

(단위: %)

중위소득	자부담률	PHQ-9 10점 이상 상담서비스 수요의 소득분위별 비중				
		2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
70% 이하	0	49.32	49.81	50.29	50.74	51.20
70~120%	10	26.67	26.46	26.26	26.07	25.89
120~180%	20	16.01	15.83	15.64	15.46	15.28
180% 초과	30	7.99	7.90	7.81	7.73	7.63
평균 자부담률	-	8.27	8.18	8.10	8.02	7.93

자료: 연구진 작성

□ (국고보조율) 「지역사회건강조사: 2018~2022년」 표본의 지역별 분포를 활용하여 적용함

〈표 38〉 국고 보조율 적용 근거

(단위: %)

지역	국고보조율	표본 비율	평균 국고보조율
서울	50	9.98	72.02
성장촉진지역	80	40.3	
그 외	70	49.7	

자료: 연구진 작성

□ 아래는 재정지출 규모 추정의 두 가지 시나리오 추정에 대해 소개하고 있는데, 간략히 살펴보면, 현행 유지안의 경우, 2024년 사업 시행으로부터 얻은 데이터를 준용하여 보수적으로 추계한 결과이며, 대상자 확대안은 부처의 주장을 준용하여 현행 유지안에 비해 일반 국민의 참여가 크게 증가할 것이라는 가정을 추가한 추계 결과임

나) 현행 유지안(추정비용 최소화)

□ (추정 방식) 현행 유지안에서는 정부의 향후 예정된 대상자 확대 계획과 현행 제도에 차별점이 없는 것으로 가정하고 추정함

- 부처에서 최초 제시한 사업계획에서는 본 사업의 대상자를 정신건강 고위험군으로 설정하였으나 이후 사업 대상자 선정 기준이 다양해짐
- 정부가 대상자 확대 계획을 가지고 있으나 현재도 PHQ-9 10점 이하 사람들이 별다른 심사 절차 없이 상담을 받을 가능성이 있음
- 「국가건강검진 검진 의사 상담매뉴얼」(보건복지부 외, 2024)에서 PHQ-9 점수가 10점 이상인 경우뿐만 아니라 5~9점인 경우에도 전국민 마음투자 지원사업(심리상담)을 안내하도록 판정 및 추후 조치가 서술되어 있음
- 현행 유지안에서는 2026년 이후 일반국민까지 사업 대상자를 확대하더라도 PHQ-9 10점 이하 사람들의 참여율이 현재와 동일할 것으로 보수적으로 가정하고 추정함
- PHQ-9 10점 이하 대상자의 참여율은 PHQ-9 10점 이상인 경우보다 낮을 것으로 예상할 수 있는데 각 점수별 참여율의 차이(실적치 데이터 이용)가 현행 유지안에는 반영되어 있음

□ (추정의 한계) 현행 유지안은 2026년 이후 사업 대상자를 일반국민까지 확대하는 것에 대해 보수적으로 가정하고 추정하였기 때문에 대상자 수를 과소추정(under-estimate)할 가능성이 있음

○ 일반국민으로 사업 대상자를 확대하면서 대국민 홍보 확대, 정책 시차 해소(정책이 시행되고 있는지 인지하지 못하던 국민들이 정책에 대해 인지함으로써 이용률 증가)로 PHQ-9 10점 이하 대상자 등의 참여율이 증가할 가능성이 있음

□ (대상자 수) 「지역사회건강조사: 2018~2022년」, 「장래인구 추계: 2024~2028년」, 「마음투자 지원사업 신청현황 및 국고보조율」을 활용하여 추계함

○ 2024년 사업 대상자 수는 4.5개월간(7. 1.~11. 15.) 신청자 수와 「2024년 전국민 마음건강 투자사업 지원사업 이용자 만족도 조사」를 바탕으로 추정함

〈표 39〉 2024년 사업 대상자 수 추정

(단위: 명, %)

	4.5개월간 신청자 수 <sup>1)</sup>	설문조사		1년간 대상자 수 추정 <sup>3)</sup>
		인원	비중	
PHQ-9 10점 이상	-	408	84.3	78,765
PHQ-9 0~9점	-	76	15.7	14,672
기타	-	516 <sup>2)</sup>	-	-
합계	35,039	1,000	100	93,437

주: 1) 4.5개월간(7. 1.~11. 15.) 신청자 수의 집계로 신청자의 PHQ-9 점수 분포에 대한 자료는 부처 미제시

2) PHQ-9 검사를 하지 않았거나 검사를 했으나 점수를 기억하지 못하는 경우에 해당

3) 4.5개월간 신청자 수와 설문조사의 PHQ-9 점수 분포를 바탕으로 추정

자료: 보건복지부, 「10차 질의 및 자료요청에 대한 회신」 [별첨], 2024. 11. 26.을 참조하여 연구진 작성

〈표 40〉 연도별 사업 대상자 수 추정(2024~2028년): 현행 유지안

(단위: 명)

구분		2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
사업계획 (A)	정신건강위험군	80,000	160,000	160,000	240,000	240,000	880,000
	일반국민	-	-	100,000	260,000	260,000	620,000
	계	80,000	160,000	260,000	500,000	500,000	1,500,000
현행 유지안 (B)	PHQ-9 10점 이상	78,765	78,884	79,048	79,177	79,308	395,182
	PHQ-9 10점 이하	14,672	14,694	14,725	14,749	14,773	73,613
	계	93,437	93,578	93,773	93,926	94,081	468,795

〈표 40〉의 계속

(단위: 명)

구분		2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
비교 (B-A)	PHQ-9 10점 이상	-1,235	-81,116	-80,952	-160,823	-160,692	-484,818
	PHQ-9 10점 이하	14,672	14,694	-85,275	-245,251	-245,227	-546,387
	소계	13,437	-66,422	-166,227	-406,074	-405,919	-1,031,205

자료: 연구진 작성

- (연도별 사업비) 추정한 연도별 대상자 수, 서비스 단가, 자부담 비율, 국고보조율을 적용하여 연도별 사업비를 추정함

〈표 41〉 전국민 마음투자 지원 연도별 사업비 추정(현행 유지안)

(단위: 백만원, %)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
국가 부담 (A=B+C)	53,198	53,327	53,487	53,622	53,759	267,393
- 국비(B)	38,313	38,406	38,522	38,619	38,717	192,577
- 지방비(C)	14,885	14,921	14,966	15,003	15,042	74,817
자부담(D)	4,794	4,752	4,713	4,673	4,632	23,565
합계 (E=A+D)	57,992	58,079	58,200	58,295	58,392	290,959

자료: 연구진 작성

다) 대상자 확대안(추정비용 최댓값)

- (추정 방식) 2026년 이후 일반국민까지 사업대상자를 확대하는 계획에 따라 서비스 수요가 증가할 것으로 가정하고 분석을 실시함
- (추정의 한계) 대상자 확대안은 사업 참여 대상자 수 과다추정 위험이 있음
  - PHQ-9 5~9점은 현재 진행 중인 사업을 통해서도 쉽게 수혜를 받을 수 있는 구조이기 때문에 이를 추가적인 수요로 보는 것은 사업 참여자 수를 과도하게 추정할 가능성이 있음
- (대상자 수) 2024년 4.5개월간(7.1.~11. 15.) 신청자 수와 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 이용자 만족도 조사」를 바탕으로 집단별 참여율을 계산하고 대상자 수를 추정함

- 2024~2025년의 경우 사업계획 변동이 없어 기존의 참여율을 적용함
- 2026년 이후에는 PHQ-9 5~9점 집단 참여율의 상승을 고려하여 참여율을 PHQ-9 10점 이상 집단의 참여율과 PHQ-9 5~9점 집단의 참여율의 평균값으로 대체함

〈표 42〉 연도별 PHQ-9 점수별 사업 대상자 수 추정(2024~2028년)

(단위: 명, %)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
PHQ-9 10점 이상 인구	1,595,411	1,612,042	1,627,108	1,645,119	1,662,746	8,142,426
사업 대상자	78,765	78,884	79,048	79,177	79,308	395,182
참여율(%)	4.94	4.89	4.86	4.81	4.77	-
PHQ-9 5~9점 인구	4,588,309	4,636,140	4,679,469	4,731,265	4,781,960	23,417,143
사업 대상자	11,776	11,794	119,578	119,773	119,971	382,892
참여율(%)	0.26	0.25	2.56	2.53	2.51	-

자료: 연구진 작성

〈표 43〉 연도별 사업 대상자 수 추정(2024~2028년): 대상자 확대안

(단위: 명)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계	
사업계획 (A)	정신건강위험군	80,000	160,000	160,000	240,000	240,000	880,000
	일반국민	-	-	100,000	260,000	260,000	620,000
	계	80,000	160,000	260,000	500,000	500,000	1,500,000
대상자 확대안 (B)	PHQ-9 10점 이상	78,765	78,884	79,048	79,177	79,308	395,182
	PHQ-9 10점 이하	14,672	14,694	122,485	122,684	122,887	397,422
	계	93,437	93,578	201,533	201,861	202,195	792,604
비교 (B-A)	PHQ-9 10점 이상	-1,235	-81,116	-80,952	-160,823	-160,692	-484,818
	PHQ-9 10점 이하	14,672	14,694	-22,485	137,316	137,113	222,578
	계	13,437	-66,422	58,468	298,138	297,805	707,396

자료: 연구진 작성

- (연도별 사업비) 추정한 연도별 대상자 수, 서비스 단가, 자부담 비율, 국고보조율을 적용하여 연도별 사업비를 추정함

〈표 44〉 전국민 마음투자 지원 연도별 사업비 추정(대상자 확대안)

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
<b>국가 부담 (A=B+C)</b>	53,198	53,327	114,953	115,242	115,537	452,256
- 국비(B)	38,313	38,406	82,789	82,997	83,210	325,715
- 지방비(C)	14,885	14,921	32,164	32,245	32,327	126,541
<b>자부담(D)</b>	4,794	4,752	10,129	10,044	9,956	39,675
<b>합계 (E=A+D)</b>	57,992	58,079	125,082	125,286	125,493	491,932

자료: 연구진 작성

라) 소결

- (사업계획 변동) 사업계획 적정성 검토 착수(2023. 9.) 이후 사업계획의 시행으로 인한 구체화 과정에서의 변동으로 인하여 심층적 검토의 어려움이 존재하였음
- (시범사업 미시행) 시범사업을 실시하지 않고 사업을 추진하여 최근 4개월 정도 시행된 결과를 활용한 추계를 진행하여 통계적 정확성이 낮을 우려가 있음
  - 상담 가격 할인으로 인한 상담서비스 참여에 대한 인센티브를 측정하기 위한 데이터 나 시범사업의 부재로 인한 추정의 어려움이 존재함
- (서비스 대상자 기준) 초기 사업계획에서 사업대상자로 제시한 우울증 고위험군, 저위험군 등의 명확한 정의가 부재하여 분석의 기초가 되는 상담 서비스 수혜대상 기준을 설정하는 데 어려움이 있었음
- (PHQ-9 점수의 신뢰성) PHQ-9 점수를 기준으로 추계를 진행하였으나 PHQ-9 점수는 자가진단 점수이기 때문에 응시자의 의도에 따라 점수의 변동이 클 수 있어 추계값도 변동이 클 수 있음
- (2024년 사업비 추정) 2024년에 실제로는 6개월간(7. 1.~12. 31.) 사업을 진행하였으나 사업비용은 사업계획과 동일하게 1년을 기준으로 추계한 결과를 제시하여 이를 감안하여 검토할 필요성이 있음

## 나. 마음투자 전달체계 구축

### 1) 기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영

- (소프트웨어 개발비) 기존 시스템인 사회보장정보시스템(행복이음), 전자바우처시스템의 소프트웨어 재개발비 추정 결과 약 9억 6,700만원으로 추정됨

〈표 45〉 기존 사회보장정보시스템(행복이음) 재개발비 추정 결과

(단위: 원)

재개발기능규모	664.6 FP		기능점수당 단가	553,114	
보정전 재개발원가	367,630,096				
보정계수	규모	연계복잡성	성능	운영환경 호환성	보안성
	1.0858	0.94	0.95	1.00	0.97
보정후 재개발원가	345,754,649				
직접경비	0				
이윤	10%	34,575,465			
재개발 사업대가 (부가세 별도)	380,330,114				
재개발 사업대가 (부가세 포함)	418,363,125				

자료: 연구진 작성

〈표 46〉 기존 전자바우처시스템 재개발비 추정 결과

(단위: 원)

재개발기능규모	858.5 FP		기능점수당 단가	553,114	
보정전 재개발원가	474,837,307				
보정계수	규모	연계복잡성	성능	운영환경 호환성	보안성
	0.9673	0.94	1.05	1.00	1.00
보정후 재개발원가	453,333,309				
직접경비	0				
이윤	10%	45,333,331			
재개발 사업대가 (부가세 별도)	498,666,640				
재개발 사업대가 (부가세 포함)	548,533,304				

자료: 연구진 작성

□ (하드웨어 구입비) 사회서비스 전자바우처시스템 하드웨어 및 스토리지 보강 비용 추정 결과 약 24억 3,900만원으로 추정됨

〈표 47〉 기존 전자바우처시스템 하드웨어 구입비 추정 결과

(단위: 원)

구분	품명	단가	수량	금액 <sup>2)</sup>	산출근거 <sup>1)</sup>
바우처 통계 DB, 배치 DB	Unix 서버 1식(10Core, 1식)	250,000,000	1	250,000,000	단수 견적가
	Oracle Database Ent.	35,026,600	5	175,133,000	24154350
	Cubeone Add Single Core License	1,089,000	6	6,534,000	25257370
	Cubeone 4Core Base Pack	19,030,000	1	19,030,000	25257371
	소계			450,697,000	-
희망이음 바우처 DB	Unix DB 서버 2식(8Core, 2식)	200,000,000	2	400,000,000	단수 견적가
	Oracle Database Ent.	35,026,600	8	280,212,800	24154350
	Oracle Database RAC	17,513,300	8	140,106,400	24154351
	Cubeone Add Single Core License	1,089,000	8	8,712,000	25257370
	소계			829,031,200	-
스토리지 (저장장치)	행복이음 스토리지 증설 (All-Flash, 50TB)	500,000,000	1	500,000,000	복수 견적가
	희망이음 스토리지 증설 (All-Flash, 50TB)	500,000,000	1	500,000,000	복수 견적가
	행복이음 NAS 스토리지 증설 (NAS, 26TB)	78,000,000	1	78,000,000	복수 견적가
	희망이음 NAS 스토리지 증설 (NAS, 27TB)	81,000,000	1	81,000,000	복수 견적가
	소계			1,159,000,000	
<b>합계</b>				2,438,728,200	-

주: 1) 산출근거에서 조달품목의 경우 조달청 물품식별번호를 기재함. 단수 또는 복수 견적가의 경우 업체 견적서에 제시된 금액과 사업계획 금액을 비교하여 최저가를 적용함.

2) 부가가치세 포함

자료: 연구진 작성

□ (유지관리비) 개발 소프트웨어의 유지관리요율 15%를 적용한 결과 유지관리비는 2026~2028년 2억 4,700만원으로 추정됨

〈표 48〉 연도별 기존 시스템 유지관리비 추정

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년 <sup>2)</sup>	2026년	2027년	2028년	합계
개발 SW <sup>1)</sup> 유지비	-	-	82	82	82	247

주: 1) 전자바우처시스템 개발 소프트웨어의 유지비

2) SW개발 이후 1년간 무상유지보수

자료: 연구진 작성

□ (기존 시스템 기능 개선 구축비 및 유지관리비) 2024~2028년 기존 시스템의 기능 개선 소프트웨어 개발비는 약 9억 6,700만원, 하드웨어 구입비 24억 3,900만원, 유지관리비 2억 4,700만원 총 36억 5,300만원으로 추정됨

〈표 49〉 연도별 기존 시스템 기능 개선 구축비 및 유지관리비 추정

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
<b>구축비(A)</b>	967	2,439	-	-	-	3,406
SW 개발비 <sup>1)</sup>	967	-	-	-	-	967
하드웨어 구입비	-	2,439	-	-	-	2,439
<b>유지 관리비(B)</b>	-	-	82	82	82	247
개발 SW <sup>2)</sup> 유지비	-	-	82	82	82	247
<b>합계(A+B)</b>	967	2,439	82	82	82	3,653

주: 1) 사회보장정보시스템(행복이음), 전자바우처시스템 기능 개선을 위한 소프트웨어 개발비의 합

2) 전자바우처시스템 개발 소프트웨어의 유지비

자료: 연구진 작성

## 2) 신규 시스템 구축 및 운영

□ (소프트웨어 개발비) 신규 시스템의 소프트웨어 개발비는 약 25억 1,900만원으로 추정됨

〈표 50〉 신규 시스템 개발비 추정 결과

(단위: FP, 원)

총 기능점수	기능점수당 단가	보정계수					개발원가
		규모	연계복잡성	성능	운영환경	보안성	
3,080.1	553,114	1.1530	1.00	1.00	1.060	1.00	2,082,162,596
합계(보정 후 개발원가)							2,082,162,596
이윤						10%	208,216,260

〈표 50〉의 계속

(단위: FP, 원)

총 기능점수	기능점수당 단가	보정계수					개발원가
		규모	연계복잡성	성능	운영환경	보안성	
직접경비							0
부가가치세						10%	229,037,886
소프트웨어 개발비(부가가치세 포함)							2,519,416,742

자료: 연구진 작성

□ (하드웨어 및 상용 소프트웨어 구입비) 상용 소프트웨어 구입비는 약 50억 4,100만원, 하드웨어 구입비는 약 9억 4,400만원으로 추정됨

〈표 51〉 신규 시스템 하드웨어 구입비 추정

(단위: 식, 원)

품목	사양	수량	견적 1	견적 2
정신건강 HCI 서버	• CPU: 3.6GHz 16c×2CPU • Memory: 512GB • Disk: 1.92TB SSD×6ea	6	485,100,000	811,800,000
TOR스위치	• 10G SFP + 23port + 1G UTP 1port • 서비스팩 포함	6	151,800,000	
연계 서버	• CPU: 3.6GHz 16c×2CPU • Memory: 512GB • Disk: 1.92TB SSD×6ea	2	161,700,000	132,000,000
개발 서버	• CPU: 3.2GHz 16c×2CPU • Memory: 256GB • Disk: 1.92TB SSD×3ea	1	66,715,000	176,000,000
연계 테스트 서버	• CPU: 3.6GHz 16c×2CPU • Memory: 128GB • Disk: 1.92TB SSD×3ea	1	60,115,000	
RACK	• 42U 600mm×1075mm G2 Enterprise Pallet Rack • G2 Rack 42U 1075mm Side Panel Kit • G2 Basic 7.3kVA/C13 C19 INTL PDU *2EA	1	11,835,010	15,400,000
소계			937,265,010	1,135,200,000
조달수수료(0.76%)			7,123,214	8,627,520
합계(최저가 견적 적용)			944,388,224	

주: 부가가치세 포함

자료: 연구진 작성

〈표 52〉 신규 시스템 상용SW 구입비 통합발주분 추정

(단위: 식, 원)

구분	품목	수량	견적가 1	견적가 2
시스템 소프트웨어	WEB엔진	19	82,414,000	9,156,290
	WAS	13	215,849,000	237,237,000
	DBMS	12	1,355,548,000	1,489,620,000
	가상화 솔루션	272	243,091,024	565,787,200
	X86서버용 OS	10	117,854,000	129,657,000
관리용 소프트웨어	DBMS성능 모니터링 솔루션	24	118,800,000	128,568,000
	분배관리 솔루션	20	24,057,000	26,433,000
업무지원용 소프트웨어	형상관리 솔루션	1	7,700,000	8,360,000
	영상솔루션	1	561,000,000	1,858,445,000
보안용 소프트웨어	서버계정관리 솔루션	27	29,790,018	32,967,000
	DBMS 계정관리 솔루션	7	5,390,000	5,929,000
소계			2,761,493,042	4,492,159,490
조달수수료(0.48%)			13,255,167	21,562,366
합계(최저가 견적 적용)			2,774,748,209	

주: 부가가치세 포함

자료: 연구진 작성

〈표 53〉 신규 시스템 상용SW 구입비 분리발주분(조달청) 추정

(단위: 식, 원)

구분	품목	제품명	수량	조달청 물품식별번호	조달가
시스템 소프트웨어	볼륨 매니저	Veritas Infoscale Enterprise 7.4	76	24428085	418,000,000
	EAI 솔루션	Midas Integration	7	22962041	77,000,000
	DBMS 암호화 솔루션	D'Amo BA-P11	7	25016103, 25016101, 25016100	92,070,000
관리용 소프트웨어	WAS 모니터링 솔루션	Jennifer X 5.0	20	25359608	70,400,000
	백업관리 솔루션	NetBackup	5	25057119	82,500,000
	OS 백업 솔루션	Arcserve UDP	27	24012817	35,640,000
	통합관제 솔루션	Zenius-EMS v7.0	20	23301293	42,197,760
업무지원용 소프트웨어	UI 솔루션	Nexacro N	20	24607828	308,000,000
	웹리포팅툴	Crownix Report & ERS 8	4	24558472, 24558473	49,720,000

〈표 53〉의 계속

(단위: 식, 원)

구분	품목	제품명	수량	조달청 물품식별번호	조달가
업무지원용 소프트웨어	시각화 솔루션	MicroStrategy	1	24264433, 24264434, 24264435	76,508,630
보안용 소프트웨어	화면캡처 방지 솔루션	TouchEn nxWeb v1.0, Non ActiveX	12	24010292, 24010293	130,020,000
	키보드 보안 솔루션	TouchEn nxKey v1.0, Non ActiveX	12	22941395, 22941396	145,500,000
	가상 키패드 솔루션	TouchEn Transkey v4.6/Server,Client	10	23181721, 23181724	130,284,000
	공인인증_웹구간암호화 솔루션	Anysign Lite	6	23632879	125,400,000
	개인정보이력관리 솔루션	WEEDS BlackBox Suite v2.0	7	22777972	65,800,000
	서버보안 솔루션	RedCastle V4.0 for RHEL 8	27	34493353	103,950,000
	서버접근제어 솔루션	DBSAFER OS V7.0	27	24048995	56,430,000
	DB접근제어 솔루션	DBSAFER Enterprise V7.0	7	24713140	13,090,000
	서버 패스워드관리 솔루션	APPM for Password v1.4	27	22727043	20,047,500
	DB 패스워드관리 솔루션	APPM for Password v1.4, APPM 1000 Engine	7	22727041	83,160,000
	통합 보안관제 솔루션	eyeCloudSIM v3.1	27	25411069	78,705,000
	서버취약점 점검 솔루션	Secuguard SSE	3	24590124	50,400,000
소계					2,254,822,890
조달수수료(0.48%)					10,823,150
합계(최저가 견적 적용)					2,265,646,040

주: 부가가치세 포함  
자료: 연구진 작성

□ (부대 비용) 신규 시스템 구축 사업에 대한 감리비와 개인정보 영향평가비는 각각 약 3억 5,700만원, 5,300만원으로 추정됨

〈표 54〉 신규 시스템 감리비 산정

기능점수(FP) 단가		IT감리 평균임금	
553,114		424,481	
제경비율	기술료율	직접경비(단위: 원)	
110.0%	20.0%	-	
보정후 기본감리비(단위: 원, VAT 제외)		표준공수(MD)	
324,409,390		304	
구분	투입공수(단위: MD)	해당 IT직무 평균임금(단위: 원)	금액(단위: 원, VAT 제외)
상주 감리	-	-	-
추가 감리	-	-	-
최종 감리비(단위: 원, VAT 제외)		최종 감리비(단위: 원, VAT 포함)	
324,409,390		356,850,329	

자료: 연구진 작성

〈표 55〉 신규 시스템 개인정보 영향평가비 추정

(단위: 원)

구분	견적가 1	견적가 2	견적가 3
개인정보 영향평가비	52,000,000	71,500,000	63,000,000
조달수수료(1.07%, 최저가 견적 적용)	556,400		
합계(최저가 견적 적용)	52,556,400		

주: 부가가치세 포함

자료: 연구진 작성

□ (유지관리비) 개발 SW에 대해서는 10%, 상용SW에 대해서는 12%, HW에 대해서는 8%의 요율을 적용하여, 2024~2028년 유지관리비는 27억 9,900만원으로 추정됨

〈표 56〉 신규 시스템 유지관리비 추정

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
유지 관리비	-	-	933	933	933	2,799

자료: 연구진 작성

□ (운영비) 전담인력 10명의 업무 분장 내용과 업무별로 배치 계획된 인력의 등급 및 규모는 다음과 같으며 인건비는 2026~2028년에 약 22억 5,000만원으로 추정됨

〈표 57〉 신규 시스템 운영인력의 업무 분장 및 소요 인력 규모

구분	주요 업무	등급	인원
총괄	• 마음투자 정보시스템 운영 관리 총괄	2급	1명
시스템 운영	• 시스템 운영계획 수립 및 운영, 보안시스템 운영 관리(권한관리) • 업무포털(상담서비스, 주간활동서비스) 프로그램 개선 및 SR 처리 • 대국민포털(웹페이지 등) 프로그램 개선 및 서비스요청(SR) 처리 등	3급	1명
		5급	1명
		6급	1명
시스템 연계 및 인프라 운영	• 공공시스템 연계 관리 - 행정정보(행복이음, 전자바우처 등) - 보건의료정보(국가정신건강포털, MHIS, AMIS 등) • 민간시스템 연계 관리 - 네이버, 카카오, SNS 등 • 서버 등 IT 인프라 운영 관리 등	3급	1명
		4급	1명
		5급	1명
개인정보보호, 통계관리 및 행정 지원	• 개인정보처리 정책 관리 및 안전성 확보 조치(관련 법, 규정, 지침, 매뉴얼 관리, 정보보호위원회 등 거버넌스 운영) • 개인정보처리시스템 운영 관리(고유식별정보, 민감정보, 영향평가 등) • 침해사고 모니터링 및 대응 등	3급	1명
		4급	1명
		6급	1명
	• 마음건강 정보시스템 관련 통계 관리 • 정보공개 청구, FAQ, 문의사항 대응 등		

자료: 연구진 작성

〈표 58〉 신규 시스템 운영인력 인건비 추정

(단위: 천원/년, 명)

인력 등급	평균 임금	소요 인원	금액
2급	101,397	1	101,397
3급	94,953	3	284,859
4급	83,956	2	167,912
5급	57,068	2	114,136
6급	47,543	2	95,086
합계(2024년 단가 기준)		10	763,390
합계(2022년 단가 기준)		10	749,832

자료: 연구진 작성

□ (신규 시스템 구축비 및 운영유지보수비) 2024~2028년 신규 시스템 구축비는 총 89억 1,400만원, 유지관리비는 27억 9,900만원, 운영비는 22억 5,000만원으로 추정됨

〈표 59〉 연도별 신규 시스템 구축비 및 운영·유지보수비 추정

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
<b>구축비(A)</b>	8,914	-	-	-	-	8,914
SW 개발비	2,519	-	-	-	-	2,519
SW 구입비	5,041	-	-	-	-	5,041
HW 구입비	944	-	-	-	-	944
부대비(감리비 등)	410	-	-	-	-	410
<b>유지 관리비(B)</b>	-	-	933	933	933	2,799
개발 SW 유지비	-	-	252	252	252	756
상용 SW 유지비	-	-	605	605	605	1,815
HW 유지비	-	-	76	76	76	228
<b>운영비(C)</b>	-	-	750	750	750	2,250
인건비	-	-	750	750	750	2,250
<b>합계(A+B+C)</b>	<b>8,914</b>	<b>-</b>	<b>1,683</b>	<b>1,683</b>	<b>1,683</b>	<b>13,963</b>

자료: 연구진 작성

### 3) 사업운영비

□ (보조기관 인건비) 본 사업의 원활한 수행을 위해 국민건강보험공단 10명, 연간 인건비 사회보장정보원 4명의 인원이 필요하며 2024~2028년 총 인건비는 약 46억 8,500만원으로 추정됨

〈표 60〉 국민건강보험공단 업무 인력 소요 규모

구분	주요 업무	등급	인원
총괄	• 업무 총괄	2급	1명
1팀 (제도 기획)	• 사업계획 및 예산에 관한 사항 • 복지부, 지자체 등 유관기관 대외협력 • 유관기관 회의체 구성·운영 • 사업홍보 및 통계관리	3급	1명
		4급	1명
		5급	1명

〈표 60〉의 계속

구분	주요 업무	등급	인원
2팀 (운영 지원)	<ul style="list-style-type: none"> <li>연구용역</li> <li>사업 관련 제도 및 법령 검토</li> <li>제공기관 교육 등 서비스 질 관리</li> </ul>	3급	1명
		5급	1명
		6급	1명
3팀 (시스템 구축)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ISP 계획 수립 및 추진</li> <li>유사 시스템 분석 및 ISP 과제 정의</li> <li>신규 시스템 구축 계획 및 추진</li> <li>대상자 연계 시스템 구축</li> </ul>	3급	1명
		5급	1명
		6급	1명

자료: 연구진 작성

〈표 61〉 국민건강보험공단 업무 인력 인건비 추정

(단위: 천원/년, 명)

인력 등급	평균 임금	소요 인원	금액
2급	101,397	1	101,397
3급	94,953	3	284,859
4급	83,956	1	83,956
5급	57,068	3	171,204
6급	47,543	2	95,086
합계(2024년 단가 기준)		10	736,502
합계(2022년 단가 기준)		10	723,422

자료: 연구진 작성

〈표 62〉 사회보장정보원 업무 인력 소요 규모

구분	주요 업무	등급	인원
사회서비스 보육사업부	<ul style="list-style-type: none"> <li>사업 운영 및 관리</li> <li>업무 협의 총괄 및 교육 지원</li> </ul>	행정 나급	1명
사회서비스 재정관리부	<ul style="list-style-type: none"> <li>서비스비용 지급</li> <li>예탁금 관리 및 정산</li> </ul>	행정 다급	1명
사회서비스 정보부	<ul style="list-style-type: none"> <li>바우처시스템 운영 및 유지관리</li> <li>시스템 기능 개선 사업 수행</li> </ul>	전산 중급	1명
		전산 초급	1명

자료: 연구진 작성

〈표 63〉 사회보장정보원 업무 인력 인건비 추정

(단위: 천원/년, 명)

인력 등급	평균 임금	소요 인원	금액
행정 나급	47,465	1	47,465
행정 다급	39,091	1	39,091
전산 중급	58,798	1	58,798
전산 초급	47,045	1	47,045
합계(2024년 단가 기준)		4	192,399
합계(2022년 단가 기준)		4	213,184

자료: 연구진 작성

□ (보조기관 운영비) 국민건강보험공단과 사회보장정보원의 운영비는 연간 1억 3,400만원 2024~2028년 총 6억 7,000만원으로 추정됨

〈표 64〉 국민건강보험공단 및 사회보장정보원 등 보조기관 운영비 추정

(단위: 천원)

구분	산출 내역	금액
국민건강보험공단	전산장비 활용료, 사무용품, 전력사용료 등	31,800
	회의실 임차료	26,000
	여비	14,448
	회의비	3,300
	자문료 및 참석수당	1,000
	<b>합계</b>	<b>76,548</b>
사회보장정보원	수당, 회의비 등	16,000
	교육	14,030
	집기비품	12,000
	출장비	11,856
	임차료 및 관리비	3,000
	부서운영비	576
	<b>합계</b>	<b>57,462</b>

자료: 연구진 작성

□ (교육·연구비, 홍보비, 포상금) 2024~2028년에 교육·연구 등으로 약 18억 4,700만원, 홍보비로 42억 7,500만원, 포상금으로 25억원이 소요될 것으로 추정됨

〈표 65〉 교육·연구비, 홍보비, 포상금 추정

(단위: 백만원)

구분	산출 내역	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
교육·연구 등 <sup>1)</sup>	제공인력 교육, 연구용역 및 컨설팅	227	227	227	227	227	1,135
	콜센터 인력 및 시스템 구축비	-	178	178	178	178	712
	소계	227	405	405	405	405	1,847
홍보비 <sup>2)</sup>	공익캠페인	1,327	-	-	-	-	1,327
	홍보물 제작 및 매체 홍보	732	554	554	554	554	2,948
	소계	2,059	554	554	554	554	4,275
포상금	우수 지자체 포상금 지급	500	500	500	500	500	2,500
합계		2,786	1,459	1,459	1,459	1,459	8,622

주: 1) 2024년에는 콜센터 인력 및 시스템 구축비는 제외한 227백만원만 반영

2) 2025년 이후는 공익캠페인 제작 및 송출비(1,327백만원) 제외한 홍보비(554백만원)만 반영

자료: 연구진 작성

#### 4) 사업운영관리비

□ 사업운영관리비는 사업부처인 보건복지부가 본 사업의 수행을 위해 사용할 일반수용비, 국내여비, 임차료, 사업추진비 등으로 2024년에는 1억 1,000만원, 2025~2028년에는 매년 9,700만원으로 추정됨

〈표 66〉 사업운영관리비 추정

(단위: 백만원)

구분	산출 내역	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
사업운영관리비	일반수용비	40	36	36	36	36	184
	국내여비	30	28	28	28	28	142
	임차료	30	24	24	24	24	126
	사업추진비	10	9	9	9	9	46
	합계	110	97	97	97	97	498

자료: 연구진 작성

### 5) 연도별 규모 추정

□ 2024~2028년에 바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등은 약 290억 9,300만원, 포상금은 25억원, 사업운영관리비는 4억 9,800만원으로 추정됨

〈표 67〉 연도별 규모 추정 1

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
<b>기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 (A+B+C)</b>	<b>13,738</b>	<b>4,969</b>	<b>4,295</b>	<b>4,295</b>	<b>4,295</b>	<b>31,593</b>
<b>기존 시스템(A)</b>	<b>967</b>	<b>2,439</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>3,653</b>
구축비	967	2,439	-	-	-	3,406
유지 관리비	-	-	82	82	82	247
<b>신규 시스템(B)</b>	<b>8,914</b>	<b>-</b>	<b>1,683</b>	<b>1,683</b>	<b>1,683</b>	<b>13,963</b>
구축비	8,914	-	-	-	-	8,914
유지 관리비	-	-	933	933	933	2,799
운영비	-	-	750	750	750	2,250
<b>사업 운영비(C)</b>	<b>3,857</b>	<b>2,530</b>	<b>2,530</b>	<b>2,530</b>	<b>2,530</b>	<b>13,977</b>
보조기관 인건비	937	937	937	937	937	4,685
보조기관 운영비	134	134	134	134	134	670
교육·연구	227	405	405	405	405	1,847
홍보비	2,059	554	554	554	554	4,275
포상금	500	500	500	500	500	2,500
<b>사업운영관리비(D)</b>	<b>110</b>	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>498</b>
<b>합계(A+B+C+D)</b>	<b>13,848</b>	<b>5,066</b>	<b>4,392</b>	<b>4,392</b>	<b>4,392</b>	<b>32,091</b>

자료: 검토 결과를 참조하여 연구진 작성

〈표 68〉 연도별 규모 추정 2

(단위: 백만원)

계획안 기준	2024년 예산 기준	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
지급시스템	바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등 <sup>1)</sup>	13,238	4,469	3,795	3,795	3,795	29,093
사회서비스시스템	(포상금)	500	500	500	500	500	2,500
운영비	사업운영관리비	110	97	97	97	97	498
<b>합계</b>		<b>13,848</b>	<b>5,066</b>	<b>4,392</b>	<b>4,392</b>	<b>4,392</b>	<b>32,091</b>

주: 1) 비교를 위해 포상금은 제외한 규모임

자료: 검토 결과를 참조하여 연구진 작성

## 다. 총사업비 추정 결과

- 현행 유지안은 국비 2,246억 6,800만원, 지방비 748억 1,700만원, 자부담 235억 6,500만원 총사업비 약 3,230억 5,000만원으로 추정됨

〈표 69〉 연도별 사업비 추정 결과(현행 유지안)

(단위: 백만원)

내역사업 <sup>1)</sup>	재원분담	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	계
전국민 마음투자 지원	국비	38,313	38,406	38,522	38,619	38,717	192,577
	지방비	14,885	14,921	14,966	15,003	15,042	74,817
	자부담	4,794	4,752	4,713	4,673	4,632	23,565
	소계	57,992	58,079	58,200	58,295	58,392	290,959
바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등	국비	13,738	4,969	4,295	4,295	4,295	31,593
사업운영관리비	국비	110	97	97	97	97	498
합계	국비	52,161	43,472	42,914	43,011	43,109	224,668
	지방비	14,885	14,921	14,966	15,003	15,042	74,817
	자부담	4,794	4,752	4,713	4,673	4,632	23,565
	계	71,840	63,145	62,593	62,687	62,783	323,050

주: 1) 2024년 예산의 내역 사업 구분을 기준으로 정리함  
 자료: 검토안 결과를 참조하여 연구진 작성

- 대상자 확대안은 국비 3,578억 600만원, 지방비 1,265억 4,100만원, 자부담 396억 7,500만원 총사업비 약 5,240억 2,300만원으로 추정됨

〈표 70〉 연도별 사업비 추정 결과(대상자 확대안)

(단위: 백만원)

내역사업 <sup>1)</sup>	재원분담	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	계
전국민 마음투자 지원	국비	38,313	38,406	82,789	82,997	83,210	325,715
	지방비	14,885	14,921	32,164	32,245	32,327	126,541
	자부담	4,794	4,752	10,129	10,044	9,956	39,675
	소계	57,992	58,079	125,082	125,286	125,493	491,932
바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등	국비	13,738	4,969	4,295	4,295	4,295	31,593
사업운영관리비	국비	110	97	97	97	97	498

〈표 70〉의 계속

(단위: 백만원)

내역사업 <sup>1)</sup>	재원분담	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	계
합계	국비	52,161	43,472	87,181	87,389	87,602	357,806
	지방비	14,885	14,921	32,164	32,245	32,327	126,541
	자부담	4,794	4,752	10,129	10,044	9,956	39,675
	<b>계</b>	<b>71,840</b>	<b>63,145</b>	<b>129,474</b>	<b>129,678</b>	<b>129,885</b>	<b>524,023</b>

주: 1) 2024년 예산의 내역 사업 구분을 기준으로 정리함  
 자료: 검토안 결과를 참조하여 연구진 작성

□ 부처에서 제출한 사업계획과 비교해 현행 유지안은 약 4,661억 100만원 적게 추정되었고, 대상자 확대안은 약 2,651억 2,800만원 적게 추정됨

〈표 71〉 총사업비 추정 결과

(단위: 백만원)

내역사업 <sup>1)</sup>	재원분담	계획안 (A)	현행 유지안 (B)	대상자 확대안 (C)		
				증감 (B-A)	증감 (C-A)	
전국민 마음투자 지원	국비	382,608	192,577	-190,031	325,715	-56,893
	지방비	163,974	74,817	-89,157	126,541	-37,433
	자부담	138,617	23,565	-115,052	39,675	-98,942
	소계	685,199	290,959	-394,240	491,932	-193,267
바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등	국비	103,402	31,593	-71,809	31,593	-71,809
사업운영관리비	국비	550	498	-52	498	-52
합계	국비	486,560	224,668	-261,892	357,806	-128,754
	지방비	163,974	74,817	-89,157	126,541	-37,433
	자부담	138,617	23,565	-115,052	39,675	-98,942
	<b>계</b>	<b>789,151</b>	<b>323,050</b>	<b>-466,101</b>	<b>524,023</b>	<b>-265,128</b>

주: 1) 2024년 예산의 내역 사업 구분을 기준으로 정리함  
 자료: 검토안 결과를 참조하여 연구진 작성

## 2. 추가적 비용 발생 가능성

- 사업계획서상 다양한 추가 비용 발생 가능성 검토
  - 본 사업계획서에서 인건비와 ISP 수립에 대한 비용을 법적 근거 등 명확한 이유를 통해 제시하고 있는지 검토가 필요함
  - 포상금에 대한 예산의 필요성 또한 검토가 필요함
  - 현재 본 사업으로 인한 재정지출 추계 시 상담서비스 공급단가를 7만원, 8만원인 경우만 상정하였으나 민간의 서비스 단가는 더 높을 것으로 추측되며, 그로 인한 서비스 공급자가 충분하지 않을 경우 추가적 비용 발생 가능성이 높음

## 3. 수요 변동에 따른 비용변동 가능성

- 사업계획서상 수요 변동에 대한 가능성 검토
  - 사업계획서상 수요추계는 인구구조 변화와 우울증 경험 및 상담으로 연결되는 환자 비율의 추세 등을 고려하지 않고 추정함
  - PHQ-9 점수가 적절한 기준이라는 것에 동의하더라도 명확한 기준 점수를 어떻게 정할 것이며, 본 사업의 2026년 이후 계획의 일반국민 서비스 대상자는 어떻게 정의할 것인가에 대한 검토가 필요함

# VI. 종합결론 및 정책제언

## 1. 종합결론

- (경제·사회 환경 분석) 우리나라의 정신건강 관련 사회적 여건을 고려할 때 본 사업을 통해 경제·사회 문제가 일부 해결될 것으로 기대되나 사업 추진 시 여러 측면의 보완이 필요함
  - 본 사업 추진으로 기존에 제공되던 상담 서비스를 구축하는 효과가 발생할 수 있음
  - 사업의 잠재적 수혜자 추정의 변동성이 클 수 있어 재정의 지속 가능성 측면에서 보강이 이뤄질 필요가 있음

- (사업설계의 적정성 분석) 기존의 유사한 사업들과 구분되도록 본 사업의 목표, 수혜 대상 등을 구체화할 필요가 있으며, 사업 목표 달성을 확인하기 위한 여러 성과지표를 설정하고 관리할 필요가 있음
  - 본 사업 시행 후 심층평가를 진행할 경우 성과 달성 여부를 확인할 수 있도록 다양한 지표에 대한 추가적 논의가 필요함
  - 사업 추진 시 지방자치단체의 역할이 중요하므로 서비스 바우처 제공이 원활하게 이루어지고, 중앙정부의 지원이 투명하고 효율적으로 구성되고 관리될 수 있도록 방안을 검토해야 함
  
- (비용 추정의 적정성 분석) 추정 결과 사회서비스 바우처 지원에 해당하는 '전국민 마음투자 지원'사업의 경우 약 2,910억~4,919억원으로 추정되었고, 지급 시스템 구축 사업인 '마음투자 전달체계 구축'사업의 비용은 약 316억원으로 추정됨

## 2. 정책제언

- (수혜대상에 대한 심층적 검토) 본 사업은 전국민 정신건강에 대한 조기 경보 시스템을 구축하는 것이 주목표이므로 기존 상담센터의 사업 등과 연계하여 수혜대상을 세분화할 필요가 있음
  
- (2026년 이후 사업계획 재검토) 타 복지사업의 경우 시범사업 등을 수행하여 사업계획을 구체화하는 방식을 취하지만 본 사업의 경우 시범사업 등이 없이 추진되었으므로 2026년 이후 사업계획을 재검토할 필요가 있음
  - 2026년 이후 일반국민까지 사업대상자를 확대하는 점에 대해 부처의 사업계획이 구체적이지 않으므로 조치가 필요함
  
- (재정사업 심층평가 필요) 본 검토는 2024년 하반기(4.5개월) 사업 실적 자료에 기반하여 추정하였기 때문에 추정의 정밀성을 확신하기 힘든 측면이 있어 추후 재정사업 심층평가 대상 사업으로 선정하여 재검토할 필요가 있음
  - 적절한 기간 동안의 사업 실적을 활용하여 상담 서비스 참여 집단과 유사한 성격을 가진 상담 서비스 비참여 집단을 비교하여 사업의 성과를 확인할 필요가 있음

# 전국민 마음건강 투자사업

- I. 사업계획 적정성 검토의 개요
- II. 기초자료 분석 및 조사의 주요 쟁점
- III. 경제사회 환경 분석
- IV. 사업설계의 적정성 분석
- V. 비용 추정의 적정성 분석
- VI. 종합결론 및 정책제언



# I. 사업계획 적정성 검토의 개요

## 1. 사업의 추진 배경 및 목적<sup>1)</sup>

### 가. 사업의 추진 배경

전국민 마음건강 투자사업<sup>2)</sup>은 일반 국민이 일상적인 마음건강 서비스를 이용하도록 하여 정신질환을 예방하고 조기 발견할 수 있도록 하는 사업이다. 기존에 우리나라의 정신건강 분야의 정책은 중증 정신질환자에 대한 치료·관리 중심으로 추진됐으며, 정신건강 분야 재정투입 역시 중증 정신질환자의 치료 및 요양에 편중<sup>3)</sup>되어 있다. 이러한 정책 기조 아래 비교적 양호한 수준으로 개선된 신체건강 지표<sup>4)</sup>와 달리 정신건강 지표는 좀처럼 나아지지 못하고 있다. OECD 국가들과 비교할 때 우리나라 국민들의 삶의 만족도<sup>5)</sup>, 주관적 건강 상태<sup>6)</sup> 등은 하위권에 속하며 자살률<sup>7)</sup>은 OECD 국가들 가운데 최상위 수준이다. 그뿐만 아니라 최근 우울·불안장애 등 정신질환으로 진료받는 국민이 지속해서 증가<sup>8)</sup>하고 있으며, 진료비 부담도 커지고<sup>9)</sup> 있다. 따라서 정신건강 분야의 정책 강화 및 투자 확대 필요성이

1) 본 내용은 「예비타당성조사 면제 요구서」(보건복지부, 2023. 8.) 등을 참조하여 작성함

2) 기획재정부에서 한국조세재정연구원에 사업계획 적정성 검토를 의뢰하였을 때(기획재정부 타당성심사과-746 (2023. 8. 24.)) 사업명은 ‘전국민 마음건강 투자사업’이었고, 보건복지부 2024년 예산의 세부사업명은 ‘전국민 마음투자 지원사업’으로 수정된바, 이하 검토에서는 사업계획 적정성 검토 의뢰 과제명인 ‘전국민 마음건강 투자사업’으로 통일하여 사용함

3) 2024년 정신건강증진사업, 정신보건시설기능보강 등 정신건강정책 관련 예산 약 3,940억원 중 정신건강증진 시설 운영비는 약 1,056억원임(열린재정, <https://www.openfiscaldata.go.kr>, 검색일자: 2024. 4. 15.)

4) 우리나라의 기대수명은 1970년 62.3년에서 2021년 83.6년(OECD 평균 80.3년)으로 향상되었고, 천명당 영아 사망률 역시 1970년 48.3명에서 2021년 2.4명(OECD 평균 4.0명)으로 개선됨(OECD, <https://data.oecd.org>, 검색일자: 2024. 4. 15.)

5) 삶의 만족도 지표는 현재 개인이 느끼는 전반적인 삶에 대한 주관적인 만족 정도를 나타내는 것으로 우리나라는 2020~2022년 38개 OECD 국가 중 34위임(통계개발원, 2024. 2., p. 122)

6) 주관적 건강상태 지표는 스스로 건강상태가 좋다고 생각하는 인구의 비율을 나타낸 것으로 우리나라는 2021년 34개 OECD 국가 중 32위임(OECD, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>, 검색일자: 2024. 4. 15.)

7) 인구 10만명당 자살률은 2018년 25.5명, 2019년 25.4명, 2020년 24.1명임(OECD, <https://data.oecd.org>, 검색일자: 2024. 4. 15.)

8) 우울증 환자 수는 2017년 69만명에서 2021년에는 93만명으로 지속적으로 증가했고, 불안장애 환자 수 역시 2017년 65만명에서 2021년 87만명으로 지속적으로 증가함(건강보험심사평가원, 2022. 6. 24., p. 2).

증가하고 있다. 이에 정부는 국민의 마음건강 수준 제고를 위해서는 치료뿐만 아니라 일상적 마음 돌봄 체계를 마련하여 정신질환을 예방하고 조기 발견·개입할 수 있는 체계를 마련할 필요가 있다고 보고 본 사업을 계획하였다.

## 나. 사업의 목적 및 기대효과

본 사업은 우울·불안 등 정서적 어려움이 있는 국민에게 심리상담 서비스를 제공하여, 정신질환을 예방하고 조기 발견하는 것을 목적으로 한다. 주무부처인 보건복지부는 본 사업을 시행하여 정신보건 관련 상담 시장이 활성화되고 서비스 품질이 향상되어 전국민 마음건강 수준이 개선될 것으로 보고 있다. 공공 부문이 아닌 민간 부문이 실질적인 서비스를 제공함으로써 시장이 활성화되고 경쟁을 통해 높은 품질의 상담서비스가 제공될 수 있으며, 새로운 서비스 개발이 용이하고, 서비스 전달 시스템에서 품질관리까지도 이루어질 수 있어 효율적으로 전국민 마음건강 수준을 제고할 수 있을 것으로 본다.

## 2. 사업의 추진 근거 및 추진 경위<sup>10)</sup>

### 가. 사업의 추진 근거

#### 1) 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」은 정신질환의 예방과 치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성을 위한 사항을 규정하여 국민 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 하는 목적으로 제정되었다. 본 사업은 <표 I-1>과 같이 동법 제4조, 제11조, 제12조에 근거하여 추진되고 있으며, 국비 지원의 근거는 동법 제79조, 제82조를 통해 확인할 수 있다.

---

9) 우울증 환자의 연간 총 진료비는 2017년 3,038억원에서 2021년 5,271억원으로 연평균 14.8% 증가하였고, 불안장애 환자의 연간 총 진료비는 2017년 1,531억원에서 2021년 2,809억원으로 연평균 16.4% 증가함(건강보험심사평가원, 2022. 6. 24., p. 2).

10) 본 내용은 「예비타당성조사 면제 요구서」(보건복지부, 2023. 8.) 등을 참조하여 작성함

## 〈표 1-1〉 사업 추진의 법적 근거

<p><b>제4조(국가와 지방자치단체의 책무)</b> ① 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방·치료하며, 정신질환자의 재활 및 장애극복과 사회적 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.</p> <p>⑤ 국가와 지방자치단체는 정신질환자들의 적절한 치료 및 재활과 자립을 지원하기 위하여 정신질환자들과 그 가족에 대하여 정신건강증진사업등에 관한 정보를 제공하는 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.</p>
<p><b>제11조(정신건강상 문제의 조기발견 등)</b> ① 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 정신질환의 원활한 치료와 만성화 방지를 위하여 정신건강복지센터, 정신건강증진시설 및 의료기관을 연계한 정신건강상 문제의 조기발견 체계를 구축하여야 한다.</p> <p>② 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 생애주기 및 성별 정신건강상 문제의 조기발견·치료를 위한 교육·상담 등의 정신건강증진사업을 시행한다.</p>
<p><b>제12조(국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업등의 추진 등)</b> ① 보건복지부장관은 제7조 제3항 각 호에 관한 전국 단위의 정신건강증진사업등을 수행하고, 제2항 및 제3항에 따른 지방자치단체의 지역별 정신건강증진사업등을 총괄·지원한다.</p>
<p><b>제79조(경제적 부담의 경감 등)</b> 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자와 그 보호의무자의 경제적 부담을 줄이고 정신질환자의 사회적응을 촉진하기 위하여 의료비의 경감·보조나 그 밖에 필요한 지원을 할 수 있다.</p>
<p><b>제82조 (보조금 등)</b> ② 국가는 지방자치단체가 수행하는 제12조 제2항 및 제3항에 따른 정신건강증진사업 등, 제53조 및 제54조에 따른 정신건강심의위원회와 정신건강심사위원회 운영 및 제66조 제1항에 따른 지도·감독을 하는 데에 드는 비용을 보조할 수 있다.</p>

자료: 법제처, 국가법령정보센터, <https://www.law.go.kr>, 검색일자: 2024. 4. 15.

### 나. 사업의 추진 경위

본 사업은 제31회 국무회의에서 대통령 모두말씀(행정안전부, 2023. 8. 1., p. 4)으로 제안되었다. 제35회 국무회의에서는 전국민 마음투자 지원사업 계획(안)(의안 제1174호, 보건복지부) 안건이 이견 없이 의결되었다(행정안전부, 2023. 8. 21., pp. 13~14). 이에 2023년 제4차 재정사업평가위원회(2023. 8. 23. 개최)에서 국가 정책적으로 추진이 필요한 사업이라는 사유로 예비타당성조사 면제 사업으로 선정되었다. 이후 한국조세재정연구원에 사업계획 적정성 검토 대상 사업으로 의뢰(기획재정부 타당성심사과-746호(2023. 8. 24.))되었다. 2023년 12월 5일 발표한 「정신건강정책 혁신방안」(관계부처합동, 2023. 12. pp. 5~8) 등에 사업 내용 등이 직접 명시되었다.

부처 제출 자료에 따르면 2024년 5월 현재 지방자치단체 예산 교부는 일부 실시하였고, 한국사회보장정보원과 국민건강보험공단에 예산 교부는 완료<sup>11)</sup>하였다(보건복지부, 2024. 5.

11) 부처 제출 자료에 따르면 한국사회보장정보원 예산 교부는 1차 3월 12일, 2차 4월 17일 완료하였고, 국민건

14., p. 1.). 2024년 상반기에 지자체 및 관계 기관에 사업 지침 등을 배포하고 2024년 7월 1일부터 사업이 시행되었다.

〈표 1-2〉 사업의 주요 추진 경위

연월	내용
2023. 8. 1.	• 제31회 국무회의 모두말씀(2023. 8. 1.)을 통해 정신건강에 관한 새로운 인프라 도입과 예산 반영 의지 표명
2023. 8. 21.	• 제35회 국무회의 안건(의안 제1174호) 의결·확정
2023. 8. 23	• 2023년 제4차 재정사업평가위원회 예비타당성조사 면제사업 의결 - (면제요건) 국가 정책적 추진 필요사업(국가재정법 제38조 제2항 10호) 해당 - (사업계획 구체성) 대상 위험군별 지원규모 및 지원방식, 전달체계 등 사업계획의 주요 내용을 구체적으로 제시 - (사업추진의 시급성) 높은 자살률·우울감 비율 등 국민의 정신건강 문제와 정신질환에 대한 예방 및 정신건강 문제 고려 시 정신질환에 대한 예방 및 조기 발견 체계 강화 필요
2023. 8. 25.	• 사업계획 적정성 검토 의뢰(기획재정부 타당성심사과 → 한국조세재정연구원)
2023. 11. 8.	• 심리상담 기관 및 인력 관련 유관학회(대한심리학회, 대한상담학회) 간담회 실시 - (참석) 상담사단체협의회장, 상담사단체협의회 부회장, 상담사단체협의회 총무이사, 심리학회장, 심리학회 감사 2인 - 심리상담 서비스 제공기관·인력 관련 결론* 도출 * '청년 마음건강지원사업'의 제공기관·인력 기준 수준 설정 필요
2023. 12. 5.	• 「정신건강정책 혁신방안」 발표
2023. 12. 8.	• 수행 기관 대상 사업설명회 개최 - (참석) 보건복지부 정신건강관리과, 시·도 정신건강 사업담당자, 건보공단(마음투자지원사업부), 사회보장정보원
2023. 12. 12.	• 제31차 사회보장위원회 개최 - 「제1차 사회서비스기본계획」, 「제3차 사회보장기본계획」 발표

주: 부처 제출 자료에 따르면 2024년 상반기에 지자체 및 관계 기관에 예산 교부 및 사업 지침 등을 배포하고, 2024년 7월부터 사업을 시행함(보건복지부, 2024. 5. 14.)

자료: 보건복지부, 「예비타당성조사 면제 요구서」 2023. 8. 등을 참조하여 연구진 작성

강보험공단 예산 교부는 1차 3월 11일, 2차 4월 18일 완료함(보건복지부, 「기획재정부 1차 점검회의에 대한 부처 의견」, 2024. 5. 14., p. 1.).

### 3. 사업의 주요 내용<sup>12)</sup>

#### 가. 사업기간 및 총사업비

예비타당성조사 면제요구서상에서 제시된 본 사업의 주요 내용은 다음과 같다. 본 사업은 '1) 전국민 마음투자 지원, 2) 마음건강 전달체계 구축 등'의 2개 내역사업으로 구성되어 있다. 재원분담비율은 국비 70%, 지방비 30%로 설정<sup>13)</sup>하였으며 총사업비는 자부담을 포함하여 2024~2028년까지 5년간 7,892억원으로 계획하였다. 이 중 국비는 4,866억원, 지방비는 1,640억원, 자부담은 1,386억원으로 제시하였다.

〈표 1-3〉 사업계획서의 연도별 사업비(2024~2028년)

(단위: 백만원)

내역사업		재원분담	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
전국민 마음투자 지원 <sup>1)</sup>		국비	28,589	50,032	66,783	118,602	118,602	382,608
		지방비	12,253	21,442	28,621	50,829	50,829	163,974
		자부담	10,358	18,126	24,195	42,969	42,969	138,617
		<b>소계</b>	<b>51,200</b>	<b>89,600</b>	<b>119,599</b>	<b>212,400</b>	<b>212,400</b>	<b>685,199</b>
마음투자 전달체계 구축	지급시스템 <sup>2)</sup>	국비	24,950	18,664	19,121	19,591	20,076	102,402
	사회서비스시스템	국비	1,000	0	0	0	0	1,000
	운영비	국비	110	110	110	110	110	550
	-	<b>소계</b>	<b>26,060</b>	<b>18,774</b>	<b>19,231</b>	<b>19,701</b>	<b>20,186</b>	<b>103,952</b>
합계		국비	54,649	68,806	86,014	138,303	138,788	486,560
		지방비	12,253	21,442	28,621	50,829	50,829	163,974
		자부담	10,358	18,126	24,195	42,969	42,969	138,617
		<b>계</b>	<b>77,260</b>	<b>108,374</b>	<b>138,830</b>	<b>232,101</b>	<b>232,586</b>	<b>789,151</b>

주: 1) 「예비타당성조사 면제요구서」(보건복지부, 2023. 8.)에서는 지자체 경상보조로 재원분담비율은 국비 70%, 지방비 30%로 설정하였으나 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」(보건복지부, 2024. 4. 23.)에서는 국고 보조율을 서울 50%, 서울 외 시·도 70%, 성장촉진지역 80%로 설정함

2) 민간보조(사회보장정보원, 국민건강보험공단)를 포함하고 있음

자료: 보건복지부, 「예비타당성조사 면제요구서」 [별첨: 예산안 세부 산출 내역], 2023. 8., p. 1을 참조하여 연구진 작성

12) 본 내용은 「예비타당성조사 면제 요구서」(보건복지부, 2023. 8.), 「4차 질의 및 자료요청에 대한 회신」(보건복지부, 2024. 4. 23.) 등을 참조하여 작성함

13) 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」(보건복지부, 2024. 4. 23.)에서는 국고 보조율을 서울 50%, 서울 외 시·도 70%, 성장촉진지역 80%로 변경하여 본 검토에서는 최신 사업추진계획을 반영하여 국비, 지방비, 자부담을 추정함

본 검토가 진행 중인 과정에 2024년 예산이 확정되었다. 본 사업의 명칭이 ‘전국민 마음건강 투자사업’에서 ‘전국민 마음투자 지원사업’으로 변경되었으며 내역사업은 다음 <표 I-4>와 같이 변경되었다. 기존의 2개 내역 사업이 3개의 내역사업 ‘① 전국민 마음투자 지원, ② 바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등, ③ 사업운영관리비’로 변경되었다. 내역사업 ‘전국민 마음투자 지원’은 기존과 사업명 및 국비 규모는 동일하지만 면제요구서에서 제시한 재원분담비율인 국비 70%, 지방비 30%와 달리 국고 보조율을 지역별로 차등하여 서울 50%, 서울 외 시·도 70%, 성장촉진지역 80%로 설정하였다. ‘마음투자 전달체계 구축’은 ‘바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등’, ‘사업운영관리비’로 나누어졌다. 예비타당성조사 면제요구서에서 제시한 2024년 사업비 규모에 비해 2024년 확정 예산은 시스템 구축 및 운영 등과 관련 사업비 약 69억, 포상금 5억, 총 74억원이 줄어든 472억 4,900만원으로 확정되었다.

〈표 I-4〉 예비타당성조사 면제요구서의 사업 규모와 2024년 확정 예산 비교 (단위: 백만원)

예비타당성조사 면제요구서(2023. 8.)		2024년 확정 예산(2023. 12.)			
전국민 마음투자 지원 <sup>1)</sup>		28,589	전국민 마음투자 지원		28,589
마음투자 전달체계 구축	지급시스템	24,950	바우처 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등	기존 사회서비스바우처 시스템 기능 보강 및 서비스·급여 제공 시스템 구축·운영 등	18,050
	사회서비스 시스템	1,000		포상금	500
	운영비	110	사업운영관리비		110
합계		54,649	합계		47,249

주: 1) 지방비와 자부담을 제외한 국비(지자체 경상보조) 규모로 재원분담비율은 국비 70%, 지방비 30%로 설정함

2) 지방비와 자부담을 제외한 국비(지자체 경상보고) 규모로 국고 보조율은 서울 50%, 서울 외 시·도 70%, 성장촉진지역 80%로 설정함

자료: 보건복지부, 「예비타당성조사 면제요구서」 [별첨: 예산안 세부 산출 내역], 2023. 8., p. 1; \_\_\_\_\_, 「기획재정부 1차 점검회의에 대한 부처 의견」, 2024. 5. 14., p. 1을 참조하여 연구진 작성

### 1) 전국민 마음투자 지원

내역사업 ‘전국민 마음투자 지원’은 사업대상자에게 심리상담서비스를 지원하는 것을 내용으로 한다. 2024년과 2025년에는 우울, 불안 등 정서적 어려움으로 심리상담이 필요한 정신건강 위험군에게 우선 서비스를 제공하며, 2026년 이후에는 일반국민까지 서비스 대

상자를 확대할 계획이다. 사업부처는 사업 수혜자 수를 단계적으로 확대할 계획으로 2024년에는 정신건강 위험군 160만명의 5%인 8만명, 2025~2026년에는 10%인 16만명, 2027~2028년에는 15%인 24만명을 지원하고, 일반국민은 2026년 10만명, 2027~2028년에는 26만명을 지원할 계획이다. 다만 사업계획 및 추가 제출 자료<sup>14)</sup>에서 연도별 정신건강 위험군 중 사업대상자 비율 산정 근거, 일반국민 중 사업대상자 수 산정 근거에 대해서는 구체적으로 제시하지 않았다.

〈표 1-5〉 연도별 서비스 대상자 수(2024~2028년)

(단위: 명)

유형		2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
정신건강 위험군	고위험군	80,000	40,000	40,000	60,000	60,000	880,000
	중위험군		120,000	120,000	180,000	180,000	
	소계 <sup>1)</sup>	80,000	160,000	160,000	240,000	240,000	880,000
일반국민		-	-	100,000	260,000	260,000	620,000
<b>합계</b>		<b>80,000</b>	<b>160,000</b>	<b>260,000</b>	<b>500,000</b>	<b>500,000</b>	<b>1,500,000</b>

주: 1) 정신건강 위험군 160만명 중 2024년에는 5%, 2025~2026년에는 10%, 2027~2028년에는 15%로 사업 대상자 단계적으로 확대할 계획임

자료: 보건복지부, 「예비타당성조사 면제 요구서」, 2023. 8., p. 8; \_\_\_\_\_, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23, p. 1을 참조하여 연구진 작성

2024년의 서비스 대상자의 구체적인 기준은 다음 〈표 I-6〉과 같다. 상담센터, 정신의료기관, 정신건강검사 등에서 심리 상담이 필요하다고 인정 또는 확인된 경우와 자립 준비 청년 및 보호 연장 아동, 「동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업」을 통해 의뢰된 자 등이 대상자에 해당한다. 다만 약물 및 알코올 중독, 중증 정신질환, 심각한 심리적 문제 등으로 정신건강의학과 진료가 우선적으로 필요한 경우는 지원대상에서 제외한다. 대상자는 신청 시 관련 기관 등에서 발급한 증빙 서류를 제출해야 한다.

14) 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」[별첨: 정신건강 위험군 대상자 8만명 산출 근거], 2023. 12. 13.

〈표 1-6〉 2024년 서비스 대상자 기준(안)

대상자 기준 <sup>1)</sup>	증빙 서류	
정신건강복지센터, 대학교상담센터, 청소년상담복지센터, Wee 센터/ Wee클래스 등에서 심리 상담이 필요하다고 인정하는 자	기관에서 발급하는 의뢰서 (신청일 기준 최근 3개월 이내)	
정신의료기관에서 우울·불안 등으로 인하여 심리 상담이 필요하다고 인정하는 자	정신과 의사가 발급하는 진단서 또는 소견서 (신청일 기준 최근 3개월 이내)	
국가 건강검진 중 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9)에서 중간 정도 이상의 우울(10점 이상)이 확인된 자	국가 정신건강검진 결과서 (신청일 기준 1년 이내)	
자립준비청년 및 보호연장아동	자립준비청년	보호 종료 확인서
	보호연장아동	시설재원증명서, 가정위탁보호확인서
「동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업」 <sup>2)</sup> 통해 의뢰된 자	해당 사업 지침 [별지] 제4호 연계의뢰서 (신청일 기준 최근 3개월 이내)	

주: 1) 약물 및 알코올 중독, 중증 정신질환(예: 조현병 등), 심각한 심리적 문제(급박한 자살위기 등)로 정신의학과 진료가 우선적으로 필요한 경우 대상자에서 제외함

2) 동네의원 이용 환자 중 정신건강 위험군에 대해 의사 면담 등을 통해 선별하여 지역의 정신건강의료기관 또는 정신건강 복지 센터에 연계하는 시범사업(2022년 이후, 부산 등)

자료: 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23, p. 2를 참조하여 연구진 작성

서비스 제공기관은 〈표 1-7〉과 같이 시설 면적 요건, 인력 요건 등을 갖추어야 하며 상담 서비스 가격은 상담 서비스 제공인력의 자격 기준에 따라 1급 유형과 2급 유형으로 구분하여 설정하였다.

〈표 1-7〉 서비스 제공기관 및 제공인력 기준(2024년)

구분	세부 기준	
시설 기준	서비스 제공 공간 33㎡ (이용 정원 10명 이상 시 1명당 3.3㎡ 추가 확보 필요)	
인력 기준	제공기관의 장 (1명)	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신건강의학과 의사</li> <li>1급 유형의 기준을 충족한 자 (지자체별 상황을 고려하여 필요한 경우 2급 유형 기준 충족한 자도 제공기관 개설 가능)</li> </ul>
	제공인력 (1명 이상)	1급 유형 <ul style="list-style-type: none"> <li>「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제17조에 따른 정신건강전문요원 1급</li> <li>「청소년 기본법」 제22조에 따른 청소년상담사 1급</li> <li>「초·중등교육법」 제21조에 따른 전문상담교사 1급</li> <li>보건복지부장관이 인정하는 심리상담분야 전문가로서 상담분야를 전공(심리·상담학과 등)한 석사 또는 박사 학위 소지자가 다음 중 하나의 수련요건을 충족하는 경우               <ul style="list-style-type: none"> <li>석사 취득 후 심리상담 수련시간이 최소 2,000시간 이상</li> <li>박사 취득 후 심리상담 수련시간이 최소 1,000시간 이상</li> </ul> </li> </ul>

〈표 1-7〉의 계속

구분	세부 기준		
인력 기준	제공인력 (1명 이상)	2급 유형	<ul style="list-style-type: none"> <li>「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제17조에 따른 정신건강전문요원 2급</li> <li>「청소년 기본법」 제22조에 따른 청소년상담사 2급</li> <li>「초·중등교육법」 제21조에 따른 전문상담교사 2급</li> <li>「국가기술자격법」 제8조의2에 따른 임상심리사 1급</li> <li>보건복지부장관이 인정하는 심리상담분야 전문가로서 상담분야를 전공(심리·상담학과 등)한 학사 또는 석사 학위 소지자가 최소 1,000시간 이상 심리상담 수련시간을 충족하는 경우</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「기획재정부 1차 점검회의에 대한 부처 의견」, 2024. 5. 14, p. 2; \_\_\_\_\_, 「전국민 마음투자 지원사업 등록기준 고시 제정(안)」, 2024. 5., pp. 3~4을 참조하여 연구진 작성

심리상담서비스에는 우울 평가(PHQ-9), 불안 평가(GAD-7), 자살 위험성 평가(P4-suicidality screen scale) 등 심리 검사와 대상자의 상황 및 수요를 고려한 상담<sup>15)</sup>이 포함된다. 심리상담서비스는 바우처를 사용하여 총 8회, 회당 50분 이상 받을 수 있다. 바우처는 생성 후 120일간 사용할 수 있으며 연장은 불가하다. 〈표 1-8〉과 같이 1급 유형의 자격을 갖춘 자에게 서비스를 받는 경우 회당 8만원으로, 2급 유형의 자격을 갖춘 자에게 서비스를 받는 경우 회당 7만원으로 단가를 설정하였다. 이때 본인 부담비율은 중위소득 기준에 따라 0%, 10%, 20%, 30%로 달라진다.

〈표 1-8〉 유형별 1회당 정부 지원금 및 본인 부담금

(단위: %, 원)

기준 중위 소득	본인 부담 비율 <sup>1)</sup>	1급 유형			2급 유형		
		정부 지원금	본인 부담금	합계	정부 지원금	본인 부담금	합계
70% 이하	0	80,000	-	80,000	70,000	-	70,000
70% 초과~120% 이하	10	72,000	8,000	80,000	63,000	7,000	70,000
120% 초과~180% 이하	20	64,000	16,000	80,000	56,000	14,000	70,000
180% 초과	30	56,000	24,000	80,000	49,000	21,000	70,000

주: 1) 자립 준비 청년, 보호 연장 아동은 사업 연속성 및 서비스 이용 활성화 측면에서 본인 부담비율 0%임  
 자료: 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23, p. 4를 참조하여 연구진 작성

15) 심리정서적 문제(우울, 불안, 강박 등)에 대한 개입 및 예방, 상황적 스트레스 대처 능력 향상, 의사소통 기술 및 대인관계 향상 도모 등을 목적으로 함

## 2) 마음건강 전달체계 구축

예비타당성조사 면제요구서에 따르면 내역사업 ‘마음건강 전달체계 구축’은 지급시스템, 사회서비스 시스템, 운영비로 구성되어 있다. 전국민 마음투자 지원사업은 2024년에는 기존 청년 마음건강지원사업에서 사용 중인 사회서비스 바우처 시스템을 활용하여 추진하고, 2025년부터 신규 시스템을 구축하여 운영하는 것으로 계획하였다. ‘지급시스템’에는 2024년에 기존 사회서비스 바우처 시스템 기능을 보강하는 예산과 2025년 이후 활용할 신규 시스템 구축 및 운영을 위한 예산이 포함되어 있으며 총 249억 5천만원을 계획하였다. ‘사회서비스 시스템’예산은 우수 지자체 등에 대한 포상금으로 10억원으로 계획하였고, 운영비는 1억 1천만원으로 계획하였다. 다만 본 검토가 진행 중인 과정에 2024년 예산이 확정되었고 다음 <표 I-9>와 같이 예비타당성조사 면제요구서에서 제시한 사업 규모보다 약 74억원 삭감된 규모로 2024년 예산이 확정되었다.

<표 I-9> 예비타당성조사 면제 요구서의 사업 규모와 2024년 확정 예산 비교

(단위: 백만원)

예비타당성조사 면제 요구서(2023. 8.)(A)			2024년 확정 예산(2023. 12.)(B)			B-A
마음투자 전달체계 구축	지급시스템	24,950	바우처 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등	기존 사회서비스바우처 시스템 기능 보강 및 서비스·급여 제공 시스템 구축·운영 등	18,050	-6,900
	사회서비스 시스템	1,000		포상금	500	-500
	운영비	110	사업운영관리비		110	0
합계		26,060	합계		18,660	-7,400

자료: 보건복지부, 「예비타당성조사 면제 요구서」 [별첨: 예산안 세부 산출 내역], 2023. 8., p. 1; \_\_\_\_\_, 「기획재정부 1차 점검 회의에 대한 부처 의견」, 2024. 5. 14., p. 1을 참조하여 연구진 작성

본 내역사업은 정보화 유형으로 등록된 사업은 아니나 사업 중 일부가 정보시스템을 기획·구축·운영·유지관리하기 위한 내용을 포함하고 있다. 따라서 정보화사업의 예산편성 지침 등을 준용하여<sup>16)</sup> 예산을 편성해야 한다. 부처에서는 사업계획 단계에서 ‘정보화 전략계

16) 「2024년도 예산안 편성 및 기금운용계획안 작성 세부지침」(기획재정부, 2023. 5., pp. 42~43)에 따르면 정보화사업의 경우 원칙적으로 정보화전략계획(ISP·ISMP)이 수립된 이후에 예산을 요구하도록 규정하고 있으며, 신규 정보화 예산 요구 시 장비구입비, 임차료, 소프트웨어 개발비, 구축 후 5년간 운영유지관리비 및 추가 구축비 등 연차별·항목별 상세한 투자소요를 파악할 수 있도록 관련 정보를 제공하도록 규정하고 있음

획(ISP)'을 수립하지 않아 2024년 예산 심의 시 국회<sup>17)</sup> 등에서 ISP 수립 및 용역 결과에 따라 적정 사업계획 및 사업비를 도출할 필요가 있음을 지적하였다. 이에 부처에서는 2024년 9월 '정보화 전략계획(ISP)'을 수립하여 제출하였고, 해당 자료를 바탕으로 비용의 적절성을 검토하였다.

## 나. 사업추진 체계

사업계획서에서 제시된 사업수행 주체는 주무부처인 보건복지부, 지방자치단체, 국민건강보험공단, 한국사회보장정보원이다. 각 주체의 구체적인 역할은 [그림 I-1]에 간략하게 정리되어 있다.

[그림 I-1] 사업추진 체계



자료: 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23, p. 5

17) 「2024년도 예산안 위원회별 분석(보건복지위원회·여성가족위원회)」(국회예산정책처, 2023. 10., pp. 103~104); 「2024년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고(II)」(국회보건복지위원회, 2023. 11., p. 187); 「2024년도 예산안 및 기금운용계획안 2024년 임대형 민자사업(BTL) 한도액안 검토보고(부처별V)」(국회예산결산특별위원회, 2023. 11., pp. 29~30) 등에서 ISP 수립 필요성을 지적함

## 1) 보건복지부 및 지자체

보건복지부는 사업의 총괄 주체로서 사업계획 수립 및 지침 작성, 사업 평가 및 지도·감독, 국고보조금 교부, 유관기관 협력 체계 구축 및 연계하는 역할을 담당한다. 지방자치단체 중 읍·면·동에서는 바우처 신청을 접수받고<sup>18)</sup>, 시·군·구에서 대상자 선정 및 결과 통지, 서비스 제공기관 및 인력 등록·관리, 사업비 예탁 및 집행을 관리한다. 시·도에서는 시·군·구에 국고보조금을 교부하고 시·군·구를 관리 감독하는 역할을 담당한다.

## 2) 사회보장정보원 및 국민건강보험공단

전국민 마음투자 지원사업은 2024~2025년에는 기존의 행복이음(www.ssis.go.kr)<sup>19)</sup>, 사회서비스 전자바우처 시스템(http://www.socialservice.or.kr)<sup>20)</sup>의 기능을 개선하여 활용하고, 2026년부터 신규 시스템으로 운영하는 것으로 계획하고 있다. 사회보장정보원은 현재 보건복지 분야 정보시스템을 통합 운영 및 관리하고 있는데 본 사업에서 활용할 정보 시스템은 행복이음, 사회서비스 전자바우처 시스템이다. 2024~2025년에는 행복이음을 활용하여 서비스 대상자를 관리하고 전자바우처 시스템을 통해 바우처 발급 및 정산, 지자체 예탁금 및 통계 관리 등의 업무를 수행하는 것으로 계획하고 있다.

국민건강보험공단은 사업 관리 및 홍보, 서비스 제공기관 및 인력 질 관리, 교육 지원, 이용자 만족도 조사 등의 업무를 담당할 계획이다. 2026년 이후에는 신규 구축될 시스템의 운영 위탁기관의 역할을 담당할 예정이다.

## 다. 상담서비스 제공 절차(2024년 기준)

전국민 마음건강 투자사업의 상담서비스는 다음 [그림 I-2]와 같은 절차를 통해 제공된다. 상담서비스를 받기 위해 사업대상자는 서비스 유형(1·2급)을 선택하여 읍·면·동 행정

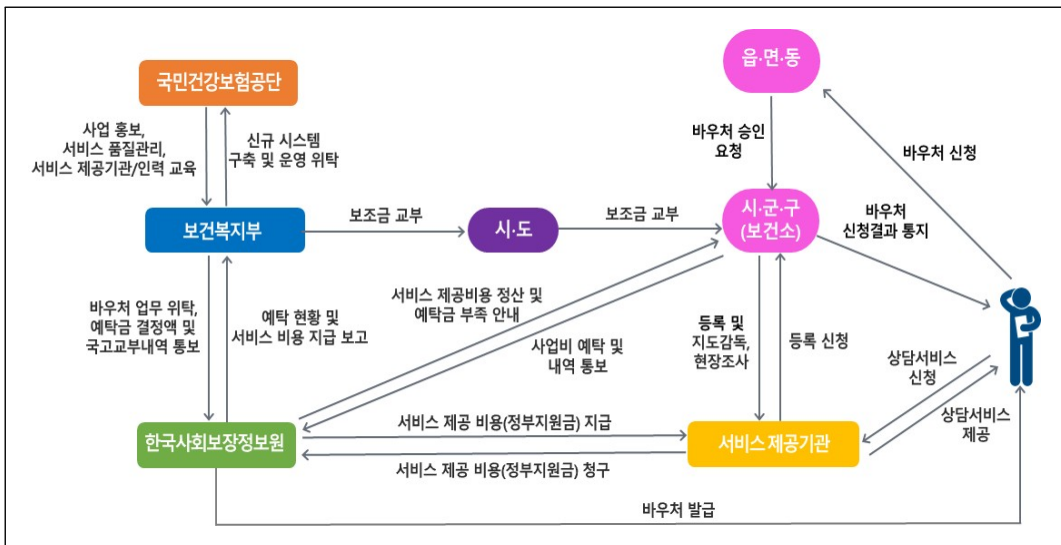
18) 신청자는 주민등록상 또는 실제 거주지 읍·면·동 행정복지센터를 방문하여 서비스 유형(1급·2급 유형) 결정 및 본인 부담금 확인 후에 신청함

19) 행복이음은 지자체에서 활용하는 시스템으로 각종 사회복지 급여 및 서비스 지원 대상자의 자격 및 이력에 관한 정보를 관리하고 지방자치단체의 복지 업무를 지원하기 위해 개인별, 가구별 DB를 통합 구축한 정보시스템임(한국사회보장정보원, <https://www.ssis.or.kr/index.do>, 검색일자: 2024. 4. 24.).

20) 사회서비스 전자바우처 시스템은 돌봄, 일상생활 지원, 사회 적응 지원, 문화 체험 등 정부와 지자체의 사회 서비스에 대한 신청, 이용, 비용 지불 정산 등의 전 과정을 전산으로 처리하는 시스템임(한국사회보장정보원, <https://www.ssis.or.kr/index.do>, 검색일자: 2024. 4. 24.).

복지센터에 방문하여 신청한다. 읍·면·동 행정복지센터 담당자는 대상자 신청을 접수하여 관할 시·군·구(보건소)로 전송한다. 관할 시·군·구(보건소)는 대상자 요건에 부합하는지 증빙 서류를 확인하고 소득을 조사한 후 대상자를 선정하여 결과를 통지한다. 대상자 선정 통지를 받은 경우 서비스 제공기관은 주소지에 관계없이 선택할 수 있다. 상담서비스 제공기관과 대상자 간의 서비스 제공 계약 체결 후 대상자는 총 8회, 회당 50분 이상의 서비스를 받게 된다. 서비스 대상자는 서비스 제공기관에 본인 부담금을 납부하고, 서비스 제공기관은 한국사회보장정보원에 서비스 제공 비용을 청구하면 한국사회보장정보원에서 서비스 제공 비용을 지급한다.

[그림 1-2] 서비스 제공 절차(2024년)



자료: 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23, p. 3

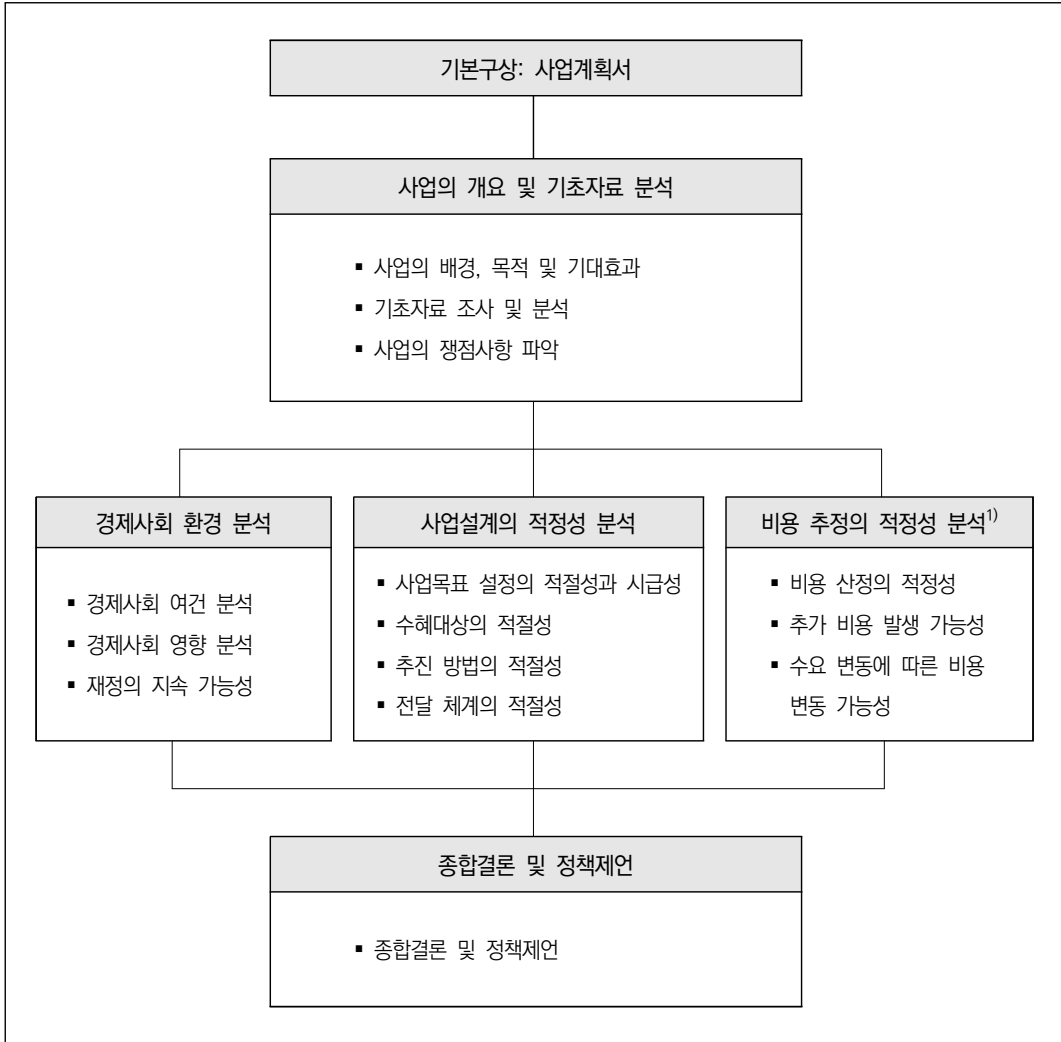
## 4. 사업계획 적정성 검토의 주요 내용

### 가. 사업계획 적정성 검토의 절차

사업계획 적정성 검토는 [그림 I-3]과 같은 절차로 진행된다. 사업 담당 부처에서 제출한 사업계획서를 바탕으로 사업의 주요 내용 및 기초자료를 검토하고 조사의 쟁점을 도출한다. 경제·사회 환경 분석, 사업설계의 적정성 분석, 비용 추정의 적정성 분석 결과를 바

탕으로 사업 추진의 타당성을 종합적으로 검토하고 정책적으로 고려해야 할 사항에 대한 의견을 제시한다.

[그림 1-3] 복지 및 소득이전 사업계획 적정성 검토 수행 흐름도



주: 1) 복지 및 소득이전 사업계획 적정성 검토는 비용-효과성 분석 대신 비용 추정의 적정성 분석으로 검토  
 자료: 한국조세재정연구원, 「2023년 제2차 예비타당성조사 착수회의 자료」, 2023. 10., p. 16.

## 나. 사업계획 적정성 검토의 주요 내용<sup>21)</sup>

복지·소득이전 사업에 대한 예비타당성조사의 경우 2019년부터 변경된 평가방법론에 준하여 '경제·사회 환경 분석', '사업설계의 적정성', '비용·효과성'을 주요 항목으로 설정하여 사업의 타당성을 검토한다. 복지·소득이전 사업의 사업계획 적정성 검토 또한 동 분야 예비타당성조사 방식에 준하여 적정한 사업 규모를 검토한다.

### 1) 기초자료 분석 및 조사의 쟁점 도출

사업계획 적정성 검토를 위하여 우선 조사 대상 사업의 추진 배경과 목적, 추진 경위, 계획된 사업 내용 파악 등 제공된 기초자료를 검토하여 조사의 쟁점을 도출한다. 조사의 쟁점은 사업의 추진 여부에 영향을 미치는 경제·사회·정치적 여건을 부각하여 심도 있게 검토하기 위한 준비 단계라 할 수 있다. 또한 제기되는 조사의 쟁점을 분석하고 해결함으로써 본 사업에 대한 사업계획 적정성 검토의 종합평가를 도출할 수 있다. 한편, 사업에 대한 세부적인 사업계획이 수립되지 않은 상황에서 사업설계의 적정성이나 비용효과성 추정에 대한 분석을 하기 위해서는 기존 자료 및 연구진의 요청에 따라 사업수행 주체로부터 송부된 자료에 상당히 의존할 수밖에 없다. 이에 본 사업계획 적정성 검토에서는 기존 예비타당성조사 및 사업계획 적정성 검토 보고서와 예비타당성조사 일반지침 및 사업 부문별 표준지침, 각종 고시 자료와 함께 사업수행 주체로부터 송부된 자료 등을 참고하였다.

### 2) 경제사회 환경 분석

경제사회 환경 분석에서는 경제·사회 여건 분석을 통해 해결해야 할 경제·사회문제가 적절하게 파악되었는지, 해당 경제·사회문제 해결을 위해 유사한 내용의 민간·지자체·재정사업이 존재하는지, 해당 문제를 해결하기 위해 정부가 개입하는 것이 적절한지를 검토한다. 또한 동 사업추진에 대한 사회적 의견수렴은 충분한지, 향후 재정에 미치는 부담은 충분히 고려되었는지, 장기적으로 안정적인 재원 조달이 가능한지, 사업의 중장기적 재정 소요 변동 위험성은 없는지 등을 검토한다.

21) 「예비타당성조사 운용지침」, 「예비타당성조사 수행 총괄지침」, 『예비타당성조사 수행을 위한 세부지침 일반부문 연구』(한국개발연구원, 2021. 5.)를 참조하여 정리함

### 3) 사업설계의 적정성 분석

사업설계의 적정성 분석에서는 사업 목표의 적절성과 시급성을 검토하기 위해 사업목표가 구체적이고 명확하게 설정되었는지, 정부의 정책 방향, 상위 계획 및 관련 계획과의 연계성과 우선순위가 높은지를 살펴본다. 향후 성과관리 계획 및 성과지표 등이 적절히 제시되었는지 등도 추가로 검토한다. 복지·소득이전 사업 예비타당성조사의 경우 일반적으로 비용·효과성 분석 항목의 기대효과와 적정성을 검토하는 과정에서 성과관리계획 및 성과지표의 적절성에 대한 검토가 이루어지나, 사업계획 적정성 검토의 경우에는 비용·효과성 분석 대신 비용 추정과 적정성 목차로 대체하게 되므로 본 검토에서는 성과관리 계획 및 성과지표의 적절성은 본 항목에 포함하여 검토한다. 또한 수혜대상과 관련해서 수혜대상이 명확한지, 실질적인 수요를 충분히 검토하였는지, 실제 사업대상 외의 사람들이 혜택을 받을 가능성은 크지 않은지 등을 검토한다. 추진 방법의 적절성과 전달체계의 적절성은 사업주체 간(공공/민간, 중앙/지방)의 역할 구분이 명확한지, 전달체계가 명확하고 구체적인지, 수요자가 접근하기 쉽게 전달체계가 구성되었는지 등을 검토한다.

### 4) 비용 추정의 적정성 분석

복지·소득이전 사업 예비타당성조사의 경우 일반적으로 비용·효과성 분석 항목을 통해 해당 사업추진을 통한 기대효과(성과)의 적정성과 비용 추정의 적정성을 검토하고, 이에 기반하여 비용·효과성 분석을 통해 사업의 효과성이 어느 정도이고 성과 대비 비용이 적정 수준으로 추정되었는지를 확인하게 된다. 그러나 일반적으로 사업계획 적정성 검토의 경우에는 예비타당성조사 평가 항목을 준용하되 경제적 타당성 평가를 생략하는바, 본 검토에서도 비용·효과성 분석 평가 항목 대신 비용 추정의 적정성 항목으로 대체하여 검토하였다. 본 항목에서는 비용 산정이 적절히 이루어졌는지, 사업추진 시 추가로 발생할 수 있는 비용이 모두 포함되었는지 등을 검토한다. 또한 사업의 수요 변동에 따라 추후 증가 또는 감소하게 되는 비용의 범위를 검토한다.

### 5) 종합결론 및 정책제언

경제사회 환경 분석, 사업설계의 적정성 분석, 비용 추정의 적정성 분석 결과를 바탕으로 종합적인 검토 결과를 제시한다. 정책제언에서는 향후 사업을 추진 시 반드시 고려해야 하는 사항과 사업추진의 한계점 등에 대하여 제언한다.

〈표 1-10〉 복지·소득이전 사업의 사업계획 적정성 검토 평가 항목 예시

영역	평가 항목	평가 내용
경제사회 환경분석	경제사회 여건 분석	- 우리나라의 경제규모, 복지제도 발전단계에 비추어 사업추진이 적정한가? * 해외사례 등을 통한 국제비교
		- 현재 타 재정사업, 지자체, 민간영역에서 유사한 내용의 사업이 존재하지 않는가? * 민간영역 등 분석을 바탕으로 동 사업을 통한 정부 개입의 적정성 검토
	경제사회 영향 분석	- 현재 우리나라가 직면한 경제·사회문제*를 해결하기 위한 사업인가? * 양극화, 저출산, 고령화, 청년일자리 등
		- 동 사업이 현재 우리나라가 직면한 경제·사회문제를 해결할 수 있는가?
재정의 지속 가능성	- 사업 추진을 위해 장기적으로 안정적인 자원 조달이 가능한가? - 사업의 중장기적 재정소요에 변동 위험성은 검토되었는가?	
사업설계의 적정성	사업목표 적절성·시급성	- 달성하고자 하는 목표가 명확한가?
		- 정부 정책방향, 상위 계획 및 관련 계획과의 연계성과 우선순위가 높은가?
		- 본 사업 목표를 사업을 통해 달성 가능한가?
	수혜대상의 적정성	- 사업대상이 명확히 정의되고 사업목표에 부합하는가?
		- 실질적 수요에 대한 충분한 검토가 있었는가?
		- 실제 사업대상 외의 사람들이 혜택을 받을 가능성이 높지는 않은가?
	추진 방법의 적정성	- 추진방법으로 제시한 급여 등*의 형태와 수준이 적절한가? * (예시) 현물, 현금, 바우처, 보조금, 직접서비스 제공 등
		- 사업추진 주체(공공/민간, 중앙/지방)의 역할 구분이 명확히 설정되었는가?
- 동일한 분야·부문의 다른 사업과 적절한 정책조합을 이룰 수 있도록 설계되었는가?		
전달 체계의 적절성	- 전달체계가 명확히 제시되어 있는가?	
	- 수요자 접근이 용이하도록 전달체계가 구성되어 있는가?	
	- 집행기구의 참여를 확보하고 임무를 성실히 수행할 유인이 마련되어 있으며, 인적·물적·제도적 자원이 충분한가?	
비용 추정의 적정성	비용 추정의 적정성	- 비용추계가 적절히 이루어졌는가?
		- 사업추진과정에서 추가적으로 발생 가능한 비용이 모두 포함되었는가?
		- 수요 변동에 따라 증가 혹은 감소하게 되는 비용의 범위는 검토되었는가?

자료: 「예비타당성조사 수행 총괄지침」[별표 4] 복지 및 소득이전사업 평가 예시 참조하여 연구진 재구성함

#### 다. 사업계획 적정성 검토의 범위

전국민 마음건강 투자사업은 2023년 제4차 재정사업평가위원회(2023. 8. 23.) 의결 결과에 따라 「국가재정법」 제38조 제2항 제10호 및 「예비타당성조사 운용지침」 제20조 제10호에 따른 ‘국가 정책적으로 추진이 필요한 사업’에 해당하여 예비타당성조사 면제 사업으로 선정되었다. 이에 기획재정부는 본 사업을 사업계획 적정성 검토 과제로 의뢰<sup>22)</sup>하였다.

본 사업계획 적정성 검토는 복지부에서 제시한 전국민 마음건강 투자사업의 최종 사업계획서와 관련 참고 자료를 바탕으로 「예비타당성조사 운용지침」, 「예비타당성조사 수행 총괄지침」, 『예비타당성조사 수행을 위한 세부지침 일반부문 연구』(한국개발연구원, 2021. 5.)에서 제시하는 예비타당성조사 방식에 준하여 따라 사업의 타당성을 검토한다. 본 검토에서 제시한 검토 결과는 향후 정부의 정책 결정의 참고 자료로 활용될 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다.

---

22) 기획재정부 타당성심사과-746호(2023. 8. 24.)

---

## II. 기초자료 분석 및 조사의 주요 쟁점

---

### 1. 기초자료 분석

#### 가. 정신건강 개요

##### 1) 정신건강의 정의

정신건강에 대한 인식은 국가나 문화, 정치, 경제, 종교적 배경, 시대, 지역 등에 따라 다르게 표현되고 있다. 일반적으로 세계보건기구(WHO)에 따르면 정신건강은 개개인이 자신의 잠재력을 실현할 수 있고, 일상에서 발생하는 스트레스에 대처할 수 있으며, 생산적으로 활동할 수 있고, 자신이 속한 지역사회에 기여할 수 있는 웰빙의 상태로 정의한다(진진아 외, 2019). 한편 호주 정부(1991)는 정신건강을 단순히 정신질환이 없는 것뿐 아니라, 주관적인 안녕감(well-being)과 정신적(인지적, 정서적, 관계적) 능력을 적절하게 발전시키고 활용하도록 개인과 개인 및 사회 환경과 반응하는 개인과 집단의 능력이라고 정의하고 있으며 미국인 사회학자인 Antonovksky는 정신건강을 다양한 스트레스에 대한 저항력을 주는 정신적 자원(generalized resistance resources)이라 표현했다(노은이 외, (재인용), 2013). Bunton과 Macdonald는 행복감 등 긍정적 정서, 자존감과 숙달(sense of master) 등 심리적 자원을 포함하는 성격특성, 역경을 이겨내는 회복력(resilience)으로 정의하고 있다(노은이 외, (재인용), 2013). 국내의 경우 국립정신건강센터에서 매년 발간하는 국가 정신건강현황 보고서에서 앞에서 정의된 내용과 비슷하게 정신건강을 일반적인 스트레스, 우울 등 정신건강 문제부터 치료나 재활, 회복과 같은 광범위한 범위를 포함하여 정의한다.

##### 2) 정신건강 규모

2022년 국가 정신건강현황 보고서에서 우울감의 경험률은 성인 인구 중 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 사람의

비율로 측정하였다. 본 검토에서 우울감을 경험한 정도는 자기 보고식 설문 방식으로 측정하였기 때문에 주관적인 우울 증상을 의미하는 것이며 정신과 등에서 진단받은 우울증과는 의미가 다르다. 통계에 따르면 만 19세 이상 성인 인구의 우울감 경험률은 2021년 11.3%로 10.2%를 기록했던 2019년도에 비해 증가한 것으로 나타났다. 연도별 변화 추이를 살펴보면 2021년도의 우울감 경험률은 2008년(14.3%), 2010년(12.4%), 2015년(13.0%)에 비해 감소하였으나, 2019년도(10.2%)보다는 다소 증가한 것을 볼 수 있다.

[그림 II-1] 우울감 경험률 연도별 추이

(단위: %)

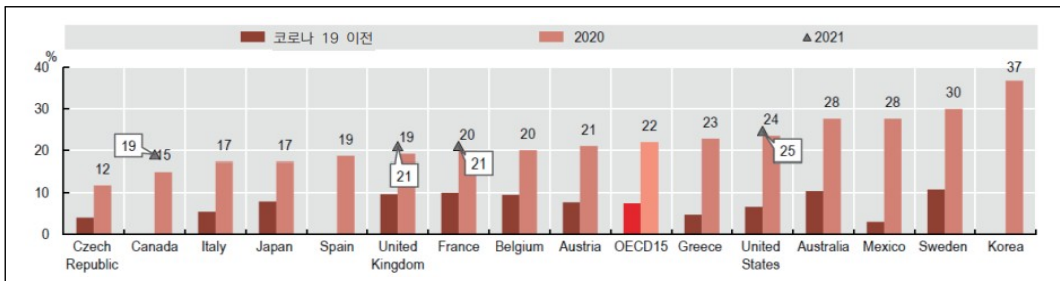


자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 8.

OECD 국가를 대상으로 성인 중 우울증 증상 및 유병률을 조사하였을 때 한국의 수치가 가장 높은 것을 알 수 있다. 비록 통계상의 문제로 직접적인 비교는 어렵지만 2020년 기준 한국의 경우 다른 선진국인 영국이나 프랑스에 비해 상대적으로 높은 유병률을 보이는 것으로 나타났다. 또한 거의 모든 나라들이 코로나19를 겪으면서 코로나19 이전에 비해 우울증 증상 및 유병률이 급격히 증가한 것으로 나타났다.

[그림 II-2] 성인 중 우울증 증상 및 유병률의 국가별 추정치

(단위: %)



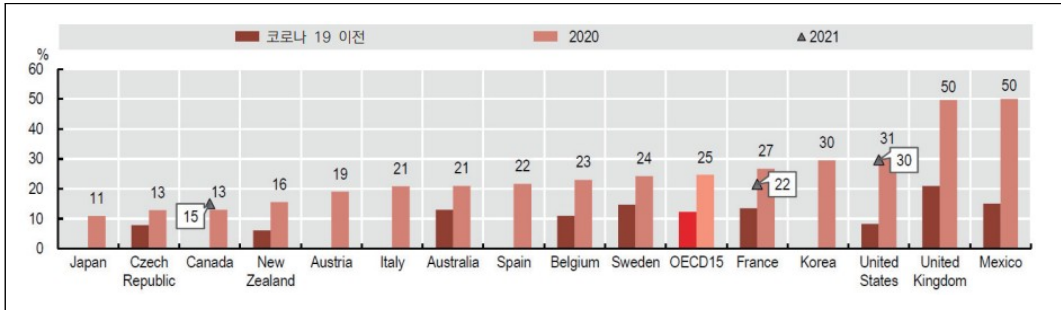
주: 2020년 및 2021년 자료는 가능한 경우 2020년 3월/4월 및 2021년 자료이며 설문조사 도구 및 인구집단 표본이 국가마다 달라 직접적인 비교에 한계가 존재함

자료: OECD, *Health at a Glance 2021*, Figure 3.20.

OECD 국가들을 대상으로 성인 중 불안증 증상 및 유병률을 조사하였을 때도 한국이 상대적으로 유병률 부분에서 상위권에 속하는 것으로 나타났다. 조사 대상 국가 중 영국이나 멕시코보다는 불안 관련 유병률이 낮은 것으로 보이지만 일본, 캐나다, 이탈리아 등과 비교했을 때는 여전히 유병률이 상대적으로 높았다. 코로나19 이전과 이후를 비교했을 때도 마찬가지로 코로나19 이후 불안증 증상 및 유병률이 대부분의 나라에서 급격하게 상승하였음을 알 수 있다.

[그림 II-3] 성인 중 불안증 증상 및 유병률의 국가별 추정치

(단위: %)



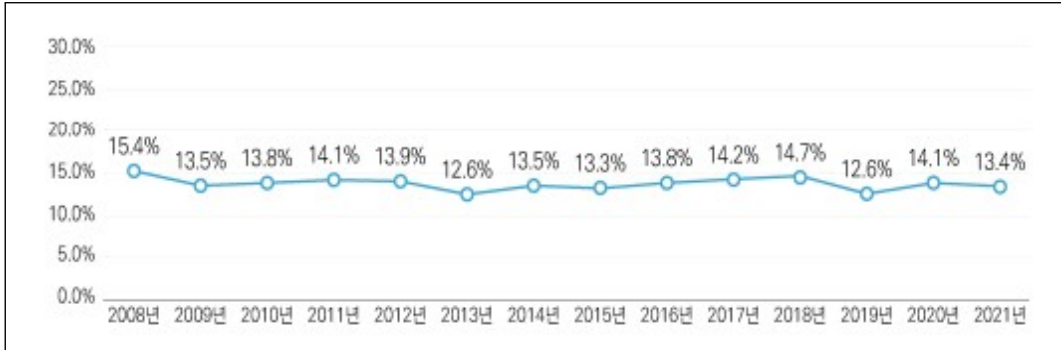
주: 2020년 및 2021년 자료는 가능한 경우 2020년 3월/4월 및 2021년 자료이며 설문조사 도구 및 인구집단 표본이 국가마다 달라 직접적인 비교에 한계가 존재함

자료: OECD, *Health at a Glance 2021*, Figure 3.19.

한편, 고위험 음주율은 최근 1년 동안 음주한 경험이 있는 만 19세 이상 인구 중 주 2회 이상 음주하고 1회 평균 음주량이 7잔(여성 5잔) 이상인 사람의 비율로 측정한다. 고위험 음주율은 보건학적으로 건강에 해로운 수준의 음주 횟수와 음주량을 의미하며 소주 1병 분량의 술을 주 2회 이상 마실 경우이다. 본 검토는 매년 만 19세 이상 성인을 대상으로 조사하며 자기 보고식 설문지를 활용한다. 2005년 추계인구를 활용하여 연령 표준화한 값으로 계산한 2021년 국민건강통계 결과에 따르면 고위험 음주자의 비율은 13.4%로 2020년(14.1%)보다 0.7%p 감소한 것으로 나타났다.

[그림 11-4] 고위험 음주율 연도별 추이

(단위: %)

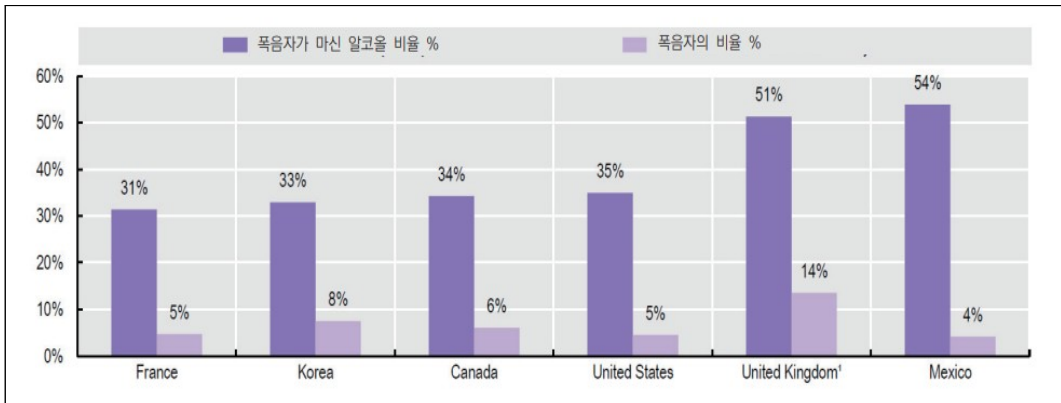


자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 9.

알코올은 소수자들에 의해 불균형적으로 소비되는데 폭음자들이 많은 소비를 한다. OECD에 속한 국가 중 폭음자 비율을 살펴보았을 때 한국은 프랑스나 캐나다 등보다 폭음자의 비율이 높은 것을 알 수 있다. 2015년부터 2018년까지의 자료들을 비교하였을 때 한국의 폭음자 비율은 8% 정도로 5%인 프랑스나 6%인 캐나다, 5%인 미국보다도 높은 것으로 나타났다. 한편 한국 내 폭음자가 한국 내 전체 음주량의 33%를 소비하는 것으로 나타났다.

[그림 11-5] 폭음자의 알코올 소비량 비율

(단위: %)



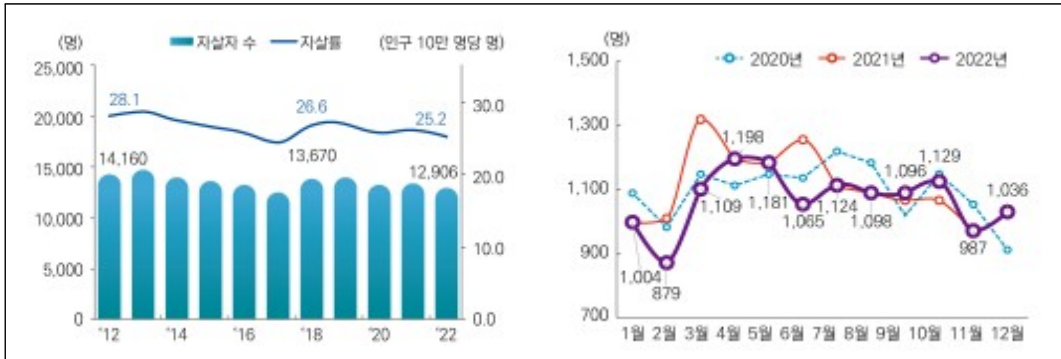
주: 영국은 잉글랜드 자료만 포함함

자료: OECD, *Health at a Glance 2021*, Figure 4.4.

정신장애 평생 유병률은 평생 알코올 사용 장애, 니코틴 사용 장애, 우울장애, 불안장애 중 어느 하나라도 걸린(morbidity) 적이 있는 사람의 비율을 의미한다. 정신장애 평생 유병률은 한국어판 CIDI(Composite International Diagnostic Interview)를 통해 조사한다. 2021년 기준으로 정신장애 평생 유병률은 27.8%를 기록했으며, 이는 만 18세 이상 만 79세 이하의 일반 인구 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 정신건강 문제를 경험하는 정도이다. 정신건강 문제별로 살펴보았을 때 알코올 사용 장애 11.6%, 니코틴 사용 장애 9.5%, 우울장애 7.7%, 불안장애 9.3% 순으로 조사되었으며 남성은 32.7%, 여성은 22.9%로 나타났는데 남성은 니코틴 사용 장애, 여성은 불안장애가 가장 높은 것으로 나타났다.

한편, 인구 10만명당 자살 사망률은 인구 10만명 중 자살로 사망한 사람의 수를 의미하며 2022년 사망 원인 통계 기준 25.2명인 것으로 나타났다. 고의적 자해(자살)에 의한 사망자 수는 총 12,906명으로 2021년 13,352명(인구 10만명당 26.0명)보다 446명(인구 10만명당 0.8명) 감소한 것으로 조사되었다. 지난 10년간의 자살률 추이를 보면 인구 10만명당 자살 사망률은 2012년 28.1명에 비해 2.9명 낮아진 것을 알 수 있다.

[그림 II-6] 자살자 수 및 자살률(2012~2022년)과 월별 자살자 수(2020~2022년)

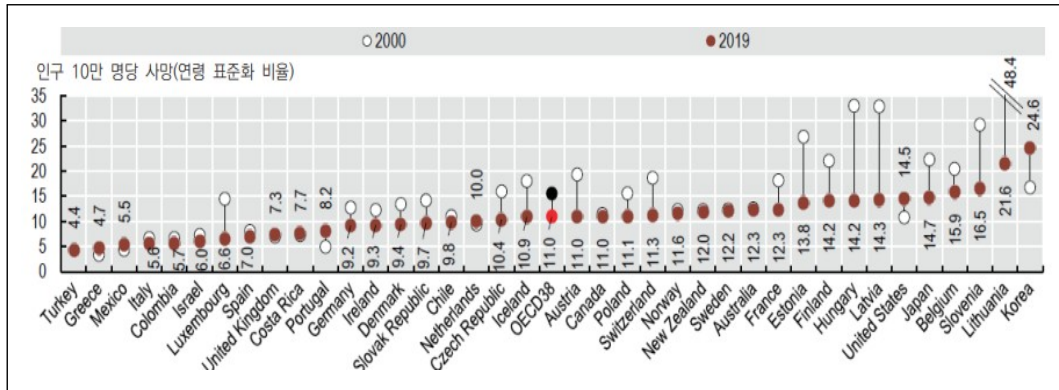


자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 12.

OECD 국가를 대상으로 자살로 인한 사망률을 조사하였을 때 2000년부터 2019년까지 우리나라에서 자살로 인한 사망률은 46% 증가하여 높은 증가율을 보였다. OECD 국가들의 2000~2019년 사이 자살로 인한 사망은 전반적으로 29% 감소하였고 인구 10만명당 자살로 인한 사망률 또한 5개 OECD 국가(그리스, 멕시코, 포르투갈, 미국, 한국)를 제외한 모든 국가에서 감소하거나 안정적인 수치를 유지하였다. 리투아니아의 경우 같은 시기

에 자살로 인한 사망률이 55% 감소하였는데 이는 정부에서 자살 예방 캠페인과 정신건강 시스템 강화 등을 꾸준히 수행한 결과로 보인다.

[그림 II-7] 국가별 자살 사망률(2000년, 2019년)

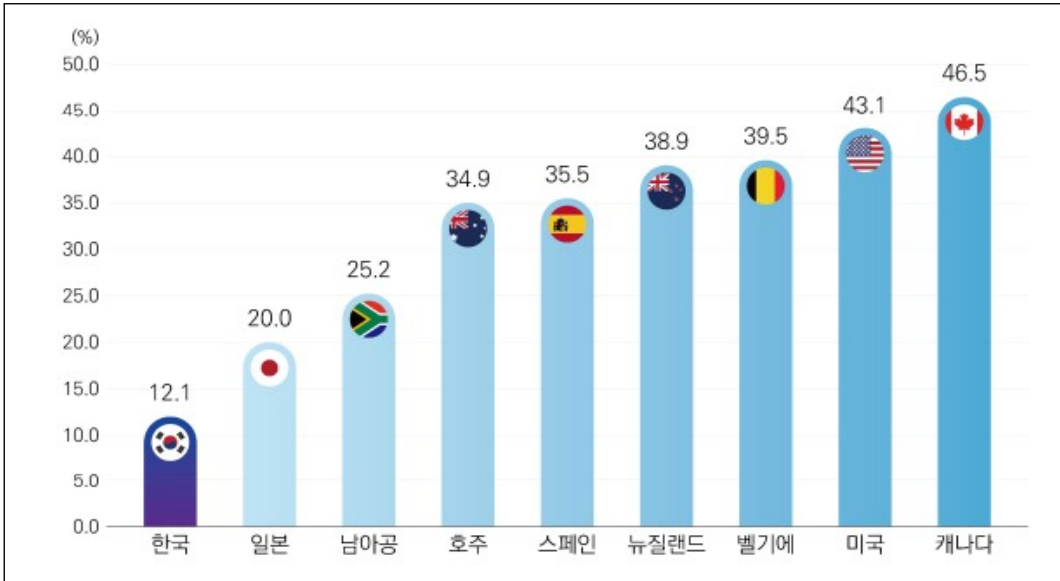


자료: OECD, Health at a Glance 2021, Figure 3.21.

### 3) 정신건강 예방 및 조기 개입

정신건강 예방 및 조기 개입을 대표적으로 보여주는 것이 정신건강 서비스 이용률이다. 정신건강 서비스 이용률은 정신건강 문제 경험 시 정신건강 전문가와 상담(상의)을 해본 적이 있다는 문항에 긍정 응답을 한 비율을 의미한다. 먼저 정신건강 전문가는 정신건강의학과 의사, 기타 정신건강 전문가(임상심리사, 정신건강 사회복지사, 정신건강 간호사) 및 정신건강의학과 이외의 의사를 포함한 사람들을 의미한다. 다음으로 계산을 위한 분모의 경우 정신장애 진단도구(K-CIDI 2.1)를 통해 평생 알코올 사용 장애, 니코틴 사용 장애, 우울장애, 불안장애 중 어느 하나라도 진단된 환자 수를 활용하며 분자의 경우 “지금까지 살아오면서 정신 건강상의 문제로 전문가와 상의한 적이 있습니까?”라는 질문에 긍정적으로 답한 수를 사용한다. 실제로 정신장애 진단을 받은 대상자 중 정신건강 서비스를 이용한 적이 있다고 답한 비율은 12.1%로 나타났으며 타 국가의 지난 1년간 정신질환을 진단받은 환자 중 정신건강 서비스를 이용한 경험이 있는 사람의 비율을 본 수치와 비교하였을 때는 캐나다, 미국 등 주요 선진국 대비 낮은 비율인 것으로 확인하였다.

[그림 11-8] 정신질환을 진단받은 대상자의 정신건강 서비스 이용률(국가별)



자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 15.

지역사회 정신건강 증진 교육 수혜율은 전체 인구 대비 지역사회 재활기관에서 정신건강 증진을 위한 교육을 받은 대상자의 비율을 의미한다. 지역사회 재활기관은 광역·기초정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터 등이다. 2022년 지역사회 정신건강 증진 교육을 받은 대상자는 1,775,448명으로 2022년 전체 추계인구(51,628,117명) 대비 3.4%인 것으로 나타났으며 전년도 교육 수혜율은 3.0%로 0.4%p 증가한 것을 알 수 있으며 코로나19 발생 이후 지속해서 증가하는 추세이다.

[그림 11-9] 지역사회 정신건강 증진 교육 수혜율

(단위: %)



자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 16.

#### 4) 정신질환 치료

2022년 정신의료기관에서 F코드로 진료받은 실인원은 2,593,148명으로 인구 10만명당 5,675명으로 나타났다. 한국표준질병·사인분류(KCD-8)의 F코드로 청구한 건을 기준으로 산출(단, 치매(F00-F03) 제외, 만 15세 이상)한 정신의료기관에서 진료받은 환자의 주요 진단 현황 및 인구 10만명당 정신질환 치료 수진자 수는 <표 II-1>과 같다.

<표 II-1> 2022년 정신의료기관에서 진료받은 실인원

(단위: 명)

구분	실인원 <sup>1)</sup>	
전체	2,592,818	
중증정신질환 <sup>2)</sup> (AUBUC)	690,242	
조현병, 분열형 및 망상 장애 (A)	232,905	
조현병	184,304	
제1형 및 제2형 양극성 장애 (B)	141,706	
조증 에피소드	2,796	
주요 우울 장애 (D)	983,133	
중증도 이상 우울에피소드 및 재발성 우울장애 (C)	340,972	
물질관련 및 중독 장애	81,347	
신경증성, 스트레스연관 및 신체형 장애	948,044	
인구 10만명당 진료받은 수	조현병, 분열형 및 망상장애 [A/P <sup>3)</sup> ]*10 <sup>5</sup>	509.7
	제1형 및 제2형 양극성 장애 [B/P <sup>3)</sup> ]*10 <sup>5</sup>	310.1
	주요 우울 장애 [D/P <sup>3)</sup> ]*10 <sup>5</sup>	2,151.6

주: 1) 낮병동 진료 실인원을 제외하고, 입원과 외래로 진료받은 실인원 대상으로 수치 산출함

2) 중증정신질환은 정신병적 장애(A), 양극성 정동장애(B), 우울장애(C)로 한 번 이상 치료받은 실인원임. 중증질환에는 한국표준 질병·사인분류(KCD-8)의 진단코드 F20.0-F29, F30.0-F30.9, F31.0-F31.9, F32.1-F32.3, F33.1-F33.3가 포함됨

3) P(인구수)는 통계청(2021) 「장래인구추계」(2023.9.8. KOSIS 추출) 사용함

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 「2022 국가 정신건강현황 보고서」, 2023. 12., p. 20.

## 나. 정신건강사업의 개요

인구 1인당 지역사회 정신건강 예산은 추계인구 수 대비 정신재활시설 및 지역사회 재활 기관 예산 집행액 총액을 의미하며 ‘지역사회 정신건강 집행액 총액/추계인구수’로 계산한다. 이 중 정신재활시설 및 지역사회 재활기관은 정신재활시설, 정신건강복지센터, 자살예방센터, 중독관리통합지원센터의 예산만 합산하여 계산한다. 2022년 인구 1인당 정신건강 예산은 7,934원으로 2021년의 7,139원에 비해 795원(11.1%) 증가한 것으로 나타났다.

〈표 II-2〉 시도별 인구 및 정신건강예산(2022년)

(단위: 명, 천원, 원)

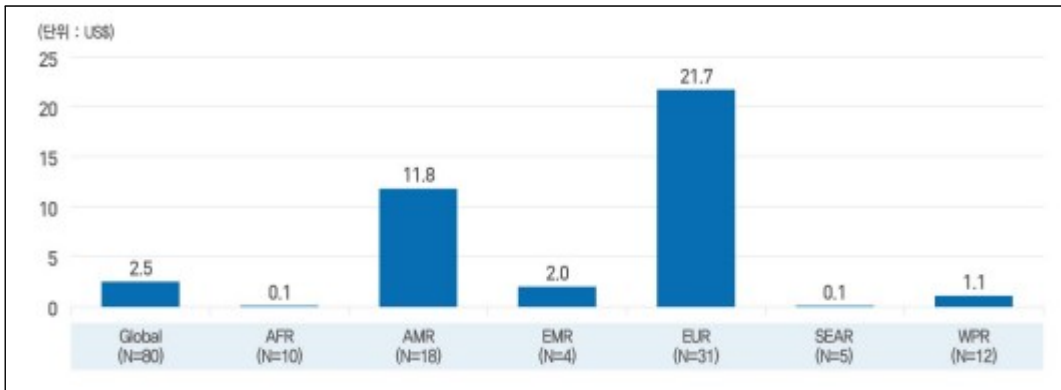
시·도	인구수	정신건강 예산	인구 1인당 지역사회 정신건강 예산
전국	51,628,117	409,606,725	7,934
서울	9,411,443	64,425,801	6,845
부산	3,299,396	26,788,626	8,119
대구	2,363,420	14,878,918	6,296
인천	2,960,685	18,986,808	6,413
광주	1,463,411	14,712,833	10,054
대전	1,471,563	15,077,208	10,246
울산	1,112,807	8,566,189	7,698
세종	382,760	2,701,373	7,058
경기	13,680,911	91,876,022	6,716
강원	1,525,912	18,406,908	12,063
충북	1,633,687	18,518,507	11,335
충남	2,180,086	24,384,487	11,185
전북	1,780,234	24,877,903	13,975
전남	1,768,620	15,623,803	8,834
경북	2,628,220	23,802,671	9,057
경남	3,289,257	20,125,702	6,119
제주	675,705	5,852,966	8,662

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12., p. 33.

WHO에서 발간하는 Mental Health Atlas 2017에서는 각 지역별로 인구 1인당 국가 차원에서 지급하는 정신보건 관련 비용을 제시하고 있다. 2017년 기준 인구 1인당 정신보건 지출의 전체 중앙값은 2.5달러로 인구 1인당 정신보건 지출이 가장 많은 곳은 유럽이었다. 유럽은 1인당 21.7달러(약 24,000원, 2017년 환율 1,130.48원 기준)을 지출하는 것으로 나타났으며 다음 아메리카, 동지중해 지역, 서태평양 지역, 아프리카와 동남아시아 순으로 나타났다. <표 II-2>에서 계산한 방식과 같은 방식으로 2017년의 한국 1인당 정신건강 예산을 계산하였을 때 3,889원으로 조사되었으며 3,889원은 약 3.44달러로 다른 국가 대비 상대적으로 적은 금액을 지출하고 있는 것을 알 수 있다.

[그림 II-10] WHO 가입국의 인구 1인당 정신보건 지출 현황(2017년)

(단위: 달러)



자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서』, 2018., p. 80.

인구 10만명당 정신건강 증진시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신건강 전문인력 수를 분석하였을 때 2022년 정신건강 증진시설 및 지역사회 재활기관에 종사하는 상근인력은 총 31,384명으로 이는 인구 10만명당 60.8명에 해당한다. 전체 상근인력 중 정신건강 전문인력(정신건강의학과 전문의 및 정신건강전문요원 자격 소지자)은 10,058명으로 인구 10만명당 19.5명에 해당하는 것으로 분석되었으며 전체 상근인력의 32.0%를 차지한다. 본 검토에서 사용된 정신건강 전문인력은 정신건강의학과 전문의 및 정신건강전문요원 자격 소지자를 의미한다.

2017년 기준 WHO 자료를 보았을 때 세계 평균 정신건강 전문인력 수는 인구 10만명당 6.5명으로 유럽 지역이 50.7명을 기록하여 가장 높은 많은 인력을 보유하고 있는 것으로 분석되었다. 반면 아프리카 지역은 인구 10만명당 2.0명으로 상대적으로 국가별 편차가

크다는 것을 알 수 있으며 경제 수준별로 살펴보았을 때 고소득 국가의 경우 65.6명인 데 반해 저소득 국가의 경우 0.5명으로 큰 차이를 보였다. 한국의 경우 2017년 인구 10만명당 정신건강 전문인력 수는 16.2명으로 유럽 등의 지역보다 적은 수를 보유하고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 II-3〉 WHO 가입국의 인구 10만명당 정신건강 전문인력 현황(2017년)

(단위: 명)

국가	2014	2017
Global	9.0	6.5
AFR	1.4	2.0
AMR	16.2	11.5
EMR	7.3	5.6
EUR	43.5	50.7
SEAR	4.8	2.1
WPR	8.7	14.1
Low	0.9	0.5
Lower-Middle	3.2	2.5
Upper-Middle	15.9	14.1
High	52.3	65.5

자료: 보건복지부 국립정신건강센터 외, 『정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서』, 2018., p. 83.

## 1) 정신건강 증진사업

### 가) 정신건강 증진사업의 정의

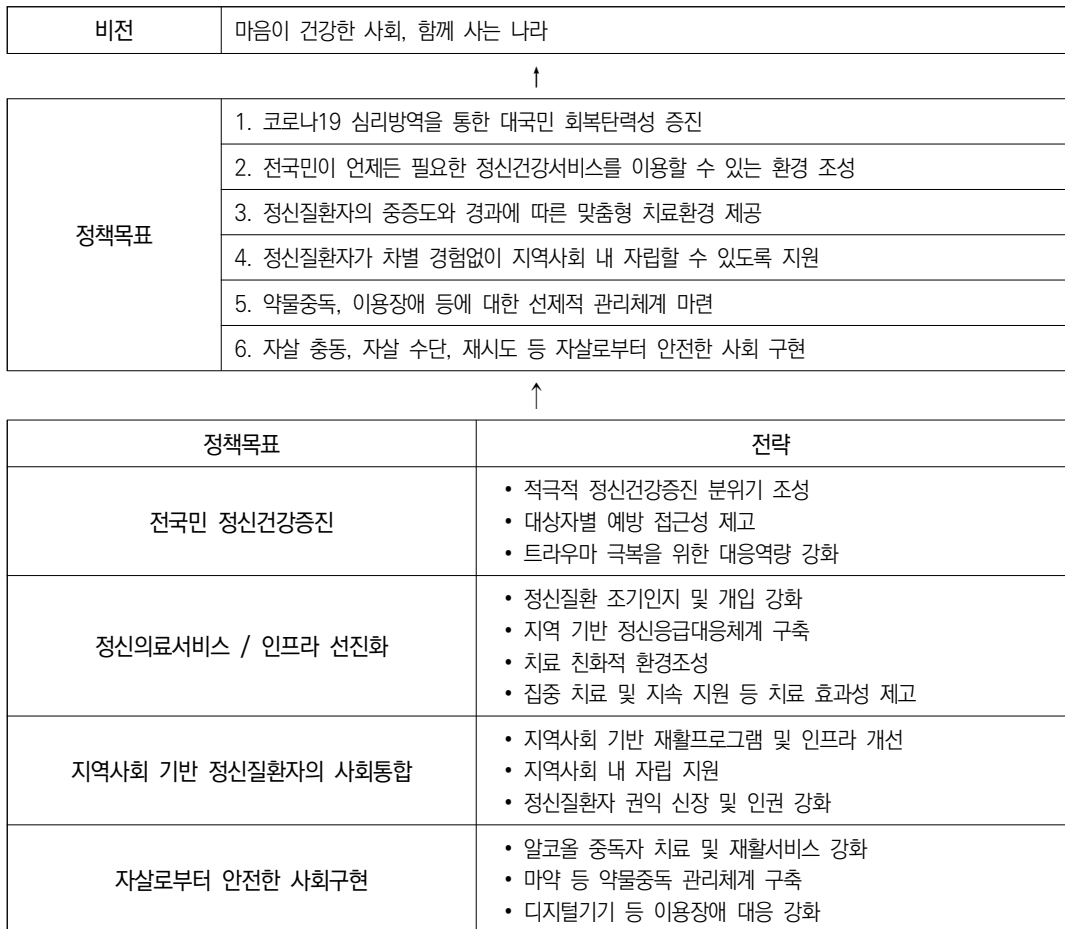
「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조에 따르면 정신건강 증진사업은 정신건강 관련 교육·상담, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활, 정신건강에 영향을 미치는 사회복지·교육·주거·근로 환경의 개선을 통하여 국민의 정신건강을 증진하는 사업으로 정의된다. 이는 정신질환자를 포함한 국민의 정신건강을 증진하기 위해 예방, 조기 발견, 치료 및 치유, 재활 및 사회 복귀에 이르는 전 과정에 개입하는 프로그램, 사업, 정책을 의미(전진아 외, 2017)<sup>23)</sup>한다.

23) 전진아 외, 「정신건강증진사업의 현황과 최근의 정책적 변화」, 『보건복지포럼』, 제246호, 2017. 4., pp. 51~63.

나) 국가정신건강정책 방향성<sup>24)</sup>

정신건강 없이는 개인과 사회의 건강도 없다는 문제의식하에 국가 책임을 강화하기 위해 “마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라”를 비전으로 지정하고 6개의 정책목표를 설정하였다. 전국민 정신건강증진, 정신의료서비스/인프라 선진화 등 정책목표 등을 제시하고 있는 가운데 정신건강정책 발전 기반 구축을 통한 국가 책임과 공공성 강화를 추구하고 있다. 이를 위해 정책추진 거버넌스 강화, 국립정신병원 공공기능 강화, 전문인력 확충 및 처우개선, 정신건강 R&D 투자 확대를 모색하고 있다.

〈표 II-4〉 국가정신건강정책 방향성



24) 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」(관계부처 합동, 2021. 1.) 및 「2023 정신건강사업 안내」(보건복지부, 2023. 2.)를 참고하여 작성함

〈표 II-4〉의 계속

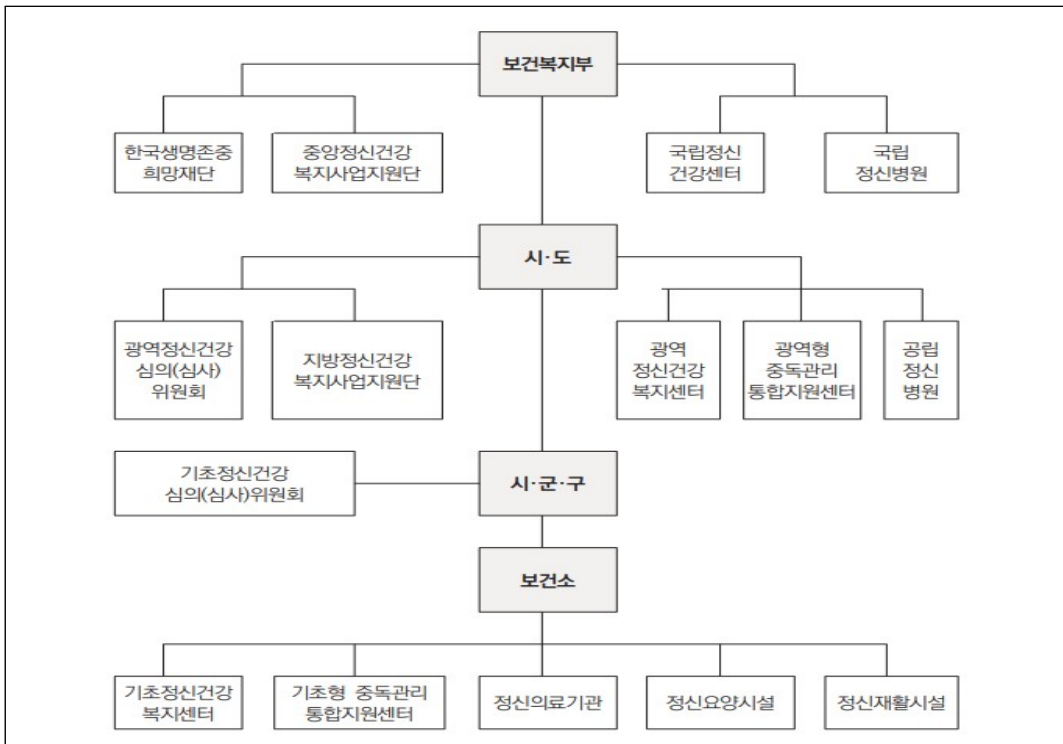
정신건강정책 발전을 위한 기반 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정책 추진 거버넌스 강화</li> <li>• 정신건강관리 전문인력 양성</li> <li>• 공공지원 역량 강화</li> <li>• 통계 생산체계 정비 및 고도화</li> <li>• 정신건강분야 전략적 R&amp;D 투자 강화</li> </ul>
---------------------	---

자료: 관계부처 합동, 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」, 2021. 1., p. 11; 보건복지부, 「2023년 정신건강사업 안내」, 2023. 2., p. 3.

다) 정신건강서비스 전달체계 및 기관소개<sup>25)</sup>

우리나라의 전반적인 정신건강서비스 전달체계는 [그림 II-11]과 같다. 중앙정부인 보건복지부를 필두로 각 지자체 및 유관기관 간의 업무 분담 및 협력을 통해 정신건강 서비스 사업을 수행하고 있다.

[그림 II-11] 정신건강서비스 전달체계



자료: 보건복지부, 「2023년 정신건강사업 안내」, 2023. 2., p. 5.

25) 「2023 정신건강사업 안내」(보건복지부, 2023. 2.)를 참고하여 작성함

(1) 보건복지부

정신건강정책과, 정신건강관리과, 자살예방정책과에서 정신건강사업 관련 업무를 수행하고 있다.

〈표 II-5〉 보건복지부 내 정신건강사업 관리 부서

정신건강정책관	정신건강정책과	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신건강증진사업 관련 종합계획 수립 및 조정</li> <li>• 정신건강 관련 조사 및 연구</li> <li>• 정신건강 관련 법령 관한 사항</li> <li>• 정신질환예방 및 치료·재활 지원</li> <li>• 전신질환자 권익보호 및 인식개선</li> <li>• 국립정신건강센터, 국립정신병원 및 정신건강증진시설 지원</li> <li>• 정신건강전문요원 양성·평가</li> <li>• 정신요양시설·정신재활시설 운영 지원 및 평가·관리</li> <li>• 정신질환자 복지서비스 제공 대책 수립·추진</li> <li>• 심리서비스 체계 구축·관리</li> <li>• 생애주기별 정신건강 증진정책 수립·시행</li> <li>• 정신질환 당사자 및 가족 등 지원</li> <li>• 정신건강 관련 단체지원·육성</li> <li>• 정신의료기관 제도 관련 사항</li> <li>• 정신의료기관 지도·감독·평가</li> <li>• 입원·퇴원관리시스템 운영·관리</li> <li>• 정신 응급대응체계 구축·운영</li> </ul>
	정신건강관리과	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중독 관련 예방·대응정책 수립 및 조정</li> <li>• 알코올 등 중독에 대한 치료·재활</li> <li>• 마약류중독자 치료보호</li> <li>• 마약류중독자 실태조사</li> <li>• 중독관리통합지원센터 운영지원·평가</li> <li>• 재난 심리지원체계 구축·운영</li> <li>• 국가트라우마센터 설치·운영·지원</li> <li>• 정신건강 관련 시스템 구축·운영</li> <li>• 지역사회 정신건강증진사업 조정 및 평가</li> <li>• 정신건강복지센터 운영·지원</li> <li>• 정신건강서비스 전달체계 운영·점검·조정</li> <li>• 통합정신건강증진사업 관련 사항</li> </ul>
	자살예방정책과	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자살 예방 관련 종합계획 수립·조정</li> <li>• 연도별 자살예방 시행계획에 따른 추진실적 평가관련 사항</li> <li>• 자살 원인분석 및 실태조사</li> <li>• 자살예방을 위한 조사·평가·연구</li> <li>• 자살예방 사업 및 프로그램 개발</li> <li>• 자살예방 관련 법령</li> <li>• 자살예방 인식개선 및 교육 관련 사항</li> <li>• 자살 고위험군 발굴 및 대응체계 구축</li> <li>• 자살 고위험군 지원 및 사후관리</li> <li>• 자살자 가족 지원 관련 사항</li> <li>• 자살 관련 언론 모니터링 및 자살유해정보 확산 예방</li> <li>• 지방자치단체 및 민간자살 예방사업 활성화 및 지원</li> <li>• 자살수단 관리 등 자살위험 해소 위한 협력 체계 구축</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「2023년 정신건강사업 안내」, 2023. 2., p. 6.

## (2) 국립정신건강센터

1962년 개원한 국립정신건강센터는 국민의 정신건강 증진 및 개선을 목적으로 다양한 정신건강사업을 수행하기 위해 설립되었다. 「보건복지부와 그 소속기관 직제」 제2조, 제19조에 법적 근거를 두고 있으며 필수 정신보건서비스 기능을 제공하고 정신건강 정책과 서비스 질 향상을 위한 체계적 연구 및 지원에 대한 선제적인 대응을 하고 있다. 또한 지역 단위의 다양한 정신건강 서비스 제공기관 간 유기적인 연계를 지원하여 정신건강 서비스 제공기관의 전달체계를 강화하는 역할을 수행하고 있다.

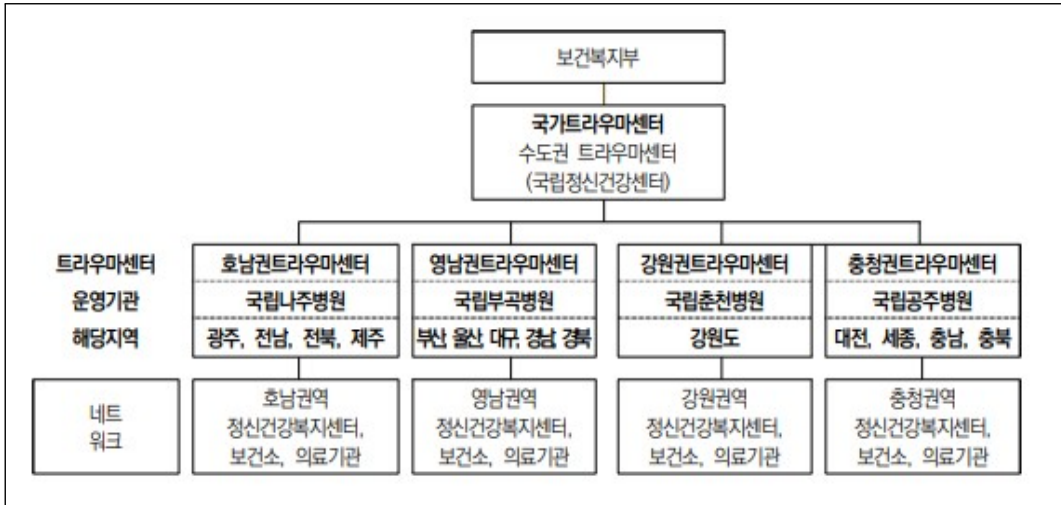
국립정신건강센터는 정신질환 관련 교육, 예방, 인력 양성 등 다양한 범위의 직무를 수행하고 있다. 구체적으로 정신질환 예방 및 진료, 정신질환 진료 관련 조사 연구, 지표 및 표준 개발·보급, 국가 정신건강증진기관 간의 정신건강증진사업 수행 총괄 관련, 정신건강 증진 및 지역사회 정신건강사업 기획 등을 담당하고 있으며 중앙정신건강복지사업지원단 업무 지원, 정신건강 관련 교육 프로그램 개발·보급 등의 업무 또한 수행하고 있다.

## (3) 국가권역트라우마센터

국가권역트라우마센터는 2013년 재난 현장을 직접 찾아가는 위기대응 활동을 수행했던 국립서울병원 심리위기지원단을 모태로 2018년 4월 개소하였다. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제15조의2, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령」 제10조의3, 제10조의4를 근거로 설치되었으며, 국가 트라우마센터와 권역별 트라우마센터(4개 국립정신병원에 설치)로 구성되어 있다.

재난이나 그 밖의 사고로 정신적 충격을 받은 트라우마 환자의 심리적 안정과 사회적응을 지원하고 있으며 권역별 트라우마센터의 경우 해당 권역 내 재난 발생 시 정신건강복지센터 등의 기관과 협력하여 피해자에 대한 심리지원 서비스를 제공하고 있다. 주로 재난정신건강 서비스를 직·간접적으로 지원하고 있으며 권역별 재난 심리지원 거버넌스 체계 구축, 트라우마 치료프로그램 운영 및 보급, 찾아가는 재난 정신건강서비스 ‘마음안심버스’ 운행, 재난 정신건강 전문인력 교육 및 강사 양성 등의 사업을 수행하고 있다.

[그림 11-12] 트라우마센터 심리 대응체계



자료: 보건복지부, 「2023년 정신건강사업 안내」, 2023. 2., p. 8.

#### (4) 정신건강 증진기관 및 시설현황

전국적으로 광역정신건강복지센터 17개소, 기초정신건강복지센터 244개소, 중독관리통합지원센터 58개소가 설치 및 운영되고 있으며, 정신건강 증진시설로는 정신의료기관 2,086개소, 정신재활시설 349개소, 정신요양시설 59개소가 운영되고 있다.

〈표 11-6〉 정신건강 증진기관·시설 현황 및 기능

(단위: 개소)

구분	기관수	주요기능
정신건강복지센터	261 (광역 17/기초 244)	지역사회 내 정신질환 예방, 정신질환자 발견·상담 재활 훈련 및 사례관리 정신건강증진시설 간 연계체계 구축 정신건강사업 기획·조정
중독관리 통합지원센터	58 (광역형 5/기초형 53)	중독 예방, 중독자 상담·재활 훈련
정신재활시설	349	병원 또는 시설에서 치료·요양 후 사회복귀 촉진을 위한 훈련 실시
정신요양시설	59	만성 정신질환자 요양·보호
정신의료기관	2,086	정신질환자 진료, 지역사회 정신건강증진사업 지원
계	2,813	

주: 정신건강복지센터(2021. 12. 31. 국가 정신건강현황 보고서 기준), 정신재활시설, 정신요양시설, 정신의료기관(2022. 6. 30. 기준), 중독관리통합지원센터(2022. 12. 31. 기준)

자료: 보건복지부, 「2023년 정신건강사업 안내」, 2023. 2., p. 14.

## 2. 상위 및 관련 계획 검토

### 가. 관련 법률

#### 1) 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」

동법은 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활·복지·권리보장과 정신건강 친화적인 환경 조성에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 정신건강증진 및 정신질환자의 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함을 목적으로 한다. 동법에서는 국민의 정신건강증진, 정신질환 예방·치료, 정신건강 서비스 전달체계 확립, 정신질환자 등의 적절한 치료, 재활과 자립 지원을 위한 필요 시책 강구 등에 대한 국가와 지방자치단체의 책무를 규정(제4조)하고 있으며, 정신건강상 문제의 조기 발견 등을 위한 체계 구축 및 정신건강증진 사업 시행을 규정(제11조)하고 있다. 동법 제12조는 정신건강증진사업 등의 추진 시, 국가와 지자체의 역할 분담을 규정하고 있다. 국가 및 지자체의 책무 역시 규정(제11조)하고 있다.

〈표 II-7〉 사업 추진의 법적 근거 I

<p><b>제4조(국가와 지방자치단체의 책무)</b> ① 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강을 증진시키고, 정신질환을 예방·치료하며, 정신질환자의 재활 및 장애극복과 사회적 촉진을 위한 연구·조사와 지도·상담 등 필요한 조치를 하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 정신질환의 예방·치료와 정신질환자의 재활을 위하여 정신건강복지센터와 정신건강증진시설, 사회복지시설, 학교 및 사업장 등을 연계하는 정신건강서비스 전달체계를 확립하여야 한다.</p> <p>⑤ 국가와 지방자치단체는 정신질환자들의 적절한 치료 및 재활과 자립을 지원하기 위하여 정신질환자등과 그 가족에 대하여 정신건강증진사업등에 관한 정보를 제공하는 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.</p> <p><b>제11조(정신건강상 문제의 조기발견 등)</b> ① 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 정신질환의 원활한 치료와 만성화 방지를 위하여 정신건강복지센터, 정신건강증진시설 및 의료기관을 연계한 정신건강상 문제의 조기발견 체계를 구축하여야 한다.</p> <p>② 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 생애주기 및 성별 정신건강상 문제의 조기발견·치료를 위한 교육·상담 등의 정신건강증진사업을 시행한다.</p> <p><b>제12조(국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업등의 추진 등)</b> ① 보건복지부장관은 제7조 제3항 각 호에 관한 전국 단위의 정신건강증진사업등을 수행하고, 제2항 및 제3항에 따른 지방자치단체의 지역별 정신건강증진사업등을 총괄·지원한다.</p>
---

자료: 법제처, 국가법령정보센터, <https://www.law.go.kr>, 검색일자: 2024. 4. 15.

이러한 국가와 지자체의 책무를 수행하는 데 있어서 민간 또는 지자체가 부담하는 비용에 대해 국가 또는 지자체에서 부담할 수 있는 근거를 동법 제79조, 제82조에서 제시하고 있다.

## 〈표 II-8〉 사업 추진의 법적 근거 II

**제79조(경제적 부담의 경감 등)** 국가 또는 지방자치단체는 정신질환자와 그 보호의무자의 경제적 부담을 줄이고 정신질환자의 사회적응을 촉진하기 위하여 의료비의 경감·보조나 그 밖에 필요한 지원을 할 수 있다.

**제82조 (보조금 등) ②** 국가는 지방자치단체가 수행하는 제12조 제2항 및 제3항에 따른 정신건강증진사업 등, 제53조 및 제54조에 따른 정신건강심의위원회와 정신건강심사위원회 운영 및 제66조 제1항에 따른 지도·감독을 하는 데에 드는 비용을 보조할 수 있다.

자료: 법제처, 국가법령정보센터, <https://www.law.go.kr>, 검색일자: 2024. 4. 15.

상기 법령은 정신건강 증진 및 정신질환자의 복지 및 권리보장을 위한 국가와 지자체의 책무 및 재원 부담의 근거를 제시할 뿐 아니라 정신건강과 관련하여 특정 대상의 부담을 경감하고, 사후적 치료에 국한되는 것이 아니라 일반 국민 전체를 포괄하는 예방 역시 국가와 지자체의 책무임을 규정하고 있다.

### 나. 관련 계획

#### 1) 「제5차 국민건강증진종합계획(2021~2030)」

보건복지부는 「국민건강증진법」 제4조<sup>26)</sup>에 따라 질병 사전 예방 및 건강증진을 위한 중장기 정책 방향을 제시하는 「국민건강증진종합계획」을 수립하여야 한다. 「국민건강증진종합계획」에는 국민건강증진의 기본목표 및 추진 방향, 국민건강증진을 위한 주요 추진 과제 및 추진 방법, 국민건강증진에 관한 인력의 관리 및 소요 재원의 조달 방안, 국민건강증진기금의 운용 방안, 아동·여성·노인·장애인 등 건강 취약 집단이나 계층에 대한 건강증진 지원방안, 국민건강증진 관련 통계 및 정보의 관리 방안 등을 포함해야 한다.

보건복지부는 2002년부터 10년 단위로 계획을 수립하고 5년마다 보완계획을 마련하고 있는데 현재까지 총 4차례 국민건강증진종합계획을 수립·시행하였으며, 현재는 2021년 수립된 「제5차 국민건강증진종합계획(2021~2030)」이 시행 중이다.

해당 분과(2분과: 정신건강관리)의 중점과제로 ① 자살 예방(자살 고위험군 포괄적 지원 강화 및 생명 존중 문화 조성), ② 치매(치매조기진단·관리 등 양질의 서비스 제공 및 치매

26) 제4조(국민건강증진종합계획의 수립) ① 보건복지부장관은 제5조의 규정에 따른 국민건강증진정책심의위원회의 심의를 거쳐 국민건강증진종합계획(이하 “종합계획”이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다. 이 경우 미리 관계 중앙행정기관의 장과 협의를 거쳐야 한다.

친화 환경 조성), ③ 중독(알코올·약물 등 중독문제 조기 개입 및 치료 격차 해소), ④ 지역 사회 정신건강(중증·만성 정신질환자를 위한 지역사회 지지체계 확립)을 설정하였다. 추진 목표 달성을 위한 성과지표 및 목표치를 다음 <표 II-9>와 같이 설정하였다.

<표 II-9> 정신건강관리 분과 중점과제의 성과지표 및 목표치

(단위: 명, %)

지표명	2018년	2030년
자살사망률(인구10만명당)	26.6	17.0
남성 자살사망률(인구 10만명당)	38.5	27.5
여성사망률(인구 10만명당)	14.8	12.8
치매안심센터의 치매환자 등록·관리율(전국 평균)	51.5(2019년)	82.0
알코올 사용장애 정신건강 서비스 이용률	12.1(2016년)	25.0
정신건강 서비스 이용률	22.2(2016년)	35.0

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원, 「제5차 국민건강증진종합계획」, 2022. 4., p. 34.

기존의 「제4차 국민건강증진종합계획(2016~2030)」에서는 27개 중점과제 중 하나의 과제로 정신보건을 추진하였는데 「제5차 국민건강증진종합계획(2021~2030)」에서는 정신관리분과를 별도의 분과로 확대하였다. 다만 여전히 예방적 관리보다는 중증·사후적 관리에 치중하는 양상을 보인다.

[그림 II-13] 제4차 및 제5차 국민건강증진종합계획의 기본틀 비교

〈 제4차 및 제5차 계획의 기본틀 비교 〉			
<b>구분</b>	<b>4차 국민건강증진종합계획(HP2020)</b>		<b>5차 국민건강증진종합계획(HP2030)</b>
<b>비전</b>	은 국민이 함께 만들고 누리는 건강세상		모든 사람이 평생 건강을 누리는 사회
<b>목표</b>	건강수명 연장과 건강형평성 제고		건강수명 연장, 건강형평성 제고
<b>기본 원칙</b>	-		①HiAP ②건강형평성 ③모든 생애과정 ④건강친화환경 ⑤누구나 참여 ⑥다부문 연계
<b>사업 분야</b>	<b>총6분과</b>	<b>27개 중점과제</b>	<b>총6분과</b>
	I. 건강생활 실천 확산	1.금연, 2.절주, 3.신체활동, 4.영양	I. 건강생활 실천
	II. 만성질환성 질환과 발생 위험요인관리	5.암, 6.건강검진(식제) 7.관절염(식제) 8.심뇌혈관질환 9.비만 10.정신보건(부과 확대) 11.구강보건(부과 이동)	II. 정신건강 관리
	III. 감염질환 관리	12.예방접종 13.비상방역체계 14.의료관련감염 15.결핵 16.에이즈	III. 비감염성 질환 예방 관리
	IV. 인구집단 건강관리	16.모성건강(→'여성') 17.영유아건강 18.노인건강 19.근로자건강증진 20.군인건강증진 21.학교보건 22.다문화가족건강(→'여성') 23.취약가정방문건강(→'노인') 24.장애인건강	IV. 감염 및 기후변화성 질환 예방 관리
	V. 안전환경 보건	25.식품정책(식제) 26.손상예방	V. 인구집단별 건강관리
	VI. 사업체계 관리	27.사업체계관리(인프라, 평가, 정보·통계, 자원)	VI. 건강친화적 환경 구축
		28.건강친화적법제도개선 25.건강정보이해력 제고 26.혁신적 정보기술의 적용 27.재원마련 및 운용 28.지역사회자원(인력, 시설) 확충 및 거버넌스 구축	
<p>* 건강검진 : 비감염성질환 '암' 등에 검진내용 포함하고 중점과제에서 제외                      관절염 : 정책담당부서가 없어 관리 어려움. 노인 등에 포함하고 중점과제에서 제외                      식품정책 : 건강생활실천 '영양' 과제 등에 포함하고 중점과제에서 제외</p>			

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원, 「제5차 국민건강증진종합계획」, 2022. 4., p. 26.

## 2) 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제7조<sup>27)</sup>에 따라 보건복지부장관은 관계 행정기관의 장과 협의하여 5년마다 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획을 수립하여야 한다. 해당 계획에는 정신질환의 예방, 상담, 조기발견, 치료 및 재활을 위한 활동과 각 활동 상호 간 연계, 생애주기 및 성별에 따른 정신건강증진사업, 적절한 정신건강증진시설의 확보 및 운영, 전문 인력의 양성 및 관리, 우울·불안·고독 등으로 정신건강이 악화될 우려가 있는 사람의 발견 및 정신건강서비스 제공 등에 관한 사항을 포함해야 한다.

「제1차 정신건강복지기본계획(2016~2020)」을 통해 정신건강증진을 위한 분야별 인프라의 지속적 확충이라는 성과는 있었으나 의식과 행동의 변화까지 끌어내는 질적 수준의 고도화에는 한계가 있었다는 평가가 있다. 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」은 “정신건강 없이는 개인과 사회의 건강도 없다”는 문제의식하에 전 국민의 전 주기적 건강관리를 위해 국가 책임을 강화를 정책방향으로 설정하고, 기존에 중증·사후적 관리에서 벗어나 전국민을 대상으로 사전적 관리를 강화하고자 하는 내용을 포함하고 있다. 그러나 본 계획에도 정신질환 유병자가 아닌 일반국민을 대상으로 하는 사업의 경우, 정보제공 및 교육, 정신건강 관련 인식 개선 등 소극적(간접적) 정책이 위주인 것으로 판단된다.

〈표 II-10〉 제2차 정신건강복지기본계획 비전과 추진전략

비전	마음이 건강한 사회, 함께 사는 나라
정책 목표	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 코로나19 심리방역을 통한 대국민 회복탄력성 증진</li> <li>2. 전 국민이 언제든지 필요한 정신건강서비스를 이용할 수 있는 환경 조성</li> <li>3. 정신질환자의 중증도와 경과에 따른 맞춤형 치료환경 제공</li> <li>4. 정신질환자가 차별 경험 없이 지역사회 내 자립할 수 있도록 지원</li> <li>5. 약물 중독, 이용 장애 등에 대한 선제적 관리체계 마련</li> <li>6. 자살 충동, 자살 수단, 재시도 등 자살로부터 안전한 사회 구현</li> </ol>

↑

27) 제7조(국가계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 관계 행정기관의 장과 협의하여 5년마다 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획(이하 “국가계획”이라 한다)을 수립하여야 한다.

② 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다)는 국가계획에 따라 각각 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 “시·도”라 한다) 단위의 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 계획(이하 “지역계획”이라 한다)을 수립하여야 한다. 이 경우 해당 지역계획은 「지역보건법」 제7조에 따른 지역보건의료계획과 연계되도록 하여야 한다.

〈표 II-10〉의 계속

추진전략	핵심과제
전 국민 정신건강증진	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 적극적 정신건강증진 분위기 조성</li> <li>2. 대상자별 예방 접근성 제고</li> <li>3. 트라우마 극복을 위한 대응역량 강화</li> </ol>
정신의료 서비스/인프라 선진화	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 정신질환 조기인지 및 개입 강화</li> <li>2. 지역 기반 정신 응급 대응체계 구축</li> <li>3. 치료 친화적 환경 조성</li> <li>4. 집중 치료 및 지속 지원 등 치료 효과성 제고</li> </ol>
지역사회 기반 정신질환자의 사회통합 추진	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 지역사회 기반 재활 프로그램 및 인프라 개선</li> <li>2. 지역사회 내 자립 지원</li> <li>3. 정신질환자 권익 신장 및 인권 강화</li> </ol>
중독 및 디지털기기 이용장애 대응 강화	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 알코올 중독자 치료 및 재활서비스 강화</li> <li>2. 마약 등 약물중독 관리체계 구축</li> <li>3. 디지털기기 등 이용장애 대응 강화</li> </ol>
자살로부터 안전한 사회 구현	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 자살 고위험군 발굴과 위험요인 관리</li> <li>2. 고위험군 지원 및 사후관리</li> <li>3. 서비스 지원체계 개선</li> </ol>
정신건강정책 발전을 위한 기반 구축	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 정책 추진 거버넌스 강화</li> <li>2. 정신건강관리 전문인력 양성</li> <li>3. 공공자원 역량 강화</li> <li>4. 통계 생산체계 정비 및 고도화</li> <li>5. 정신건강분야 전략적 R&amp;D 투자 강화</li> </ol>

자료: 관계부처 합동, 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」, 2021. 1., p. 11.

[그림 II-14] 단계별·대상자별 심리지원 서비스 제공 현황



자료: 관계부처 합동, 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」, 2021. 1., p. 15.

### 3) 「제5차 자살예방기본계획(2023~2027)」

「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제7조<sup>28)</sup>에 따라 국가는 5년마다 자살예방정책을 효과적으로 추진하기 위하여 자살예방기본계획을 수립한다. 2004년 「제1차 자살예방기본계획 (2004~2008)」<sup>29)</sup>을 시작으로 5년마다 기본계획을 수립하였고, 그간의 자살예방기본계획 주요 추진 과제는 다음과 같다.

〈표 II-11〉 자살예방기본계획(1차~4차) 주요 추진과제

차수	주요 추진 과제
1차 (2004~2008년)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 생명존중 문화조성</li> <li>2. 언론의 자살보도 권고지침 보급 및 모니터링</li> <li>3. 청소년 정신건강증진 및 자살예방</li> <li>4. 노인 정신건강증진 및 자살예방</li> <li>5. 우울증 및 자살 위험자 조기발견 상담체계 구축</li> <li>6. 자살예방 등 정신건강상담 전화 운영</li> <li>7. 자살예방 인터넷 상담 운영</li> <li>8. 자살 시도자 치료 및 사후관리</li> <li>9. 자살 감시체계 구축</li> <li>10. 교육 훈련</li> <li>11. 자살예방에 대한 연구 지원</li> <li>12. 자살관련통계의 품질개선방안</li> </ol>
2차 (2009~2013년)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 자살에 대한 국민의 인식을 개선한다.</li> <li>2. 자살위험에 대한 개인·사회적 대응 역량을 강화한다.</li> <li>3. 자살에 치명적인 방법과 수단에 대한 접근성을 감소시킨다.</li> <li>4. 자살에 대한 대중매체의 책임을 강화한다.</li> <li>5. 자살 고위험군에 대한 정신보건서비스를 강화한다.</li> <li>6. 지역사회 기반의 다양한 자살예방 인력에 대한 교육체계를 강화한다.</li> <li>7. 자살예방을 위한 법과 제도적 기반을 조성한다.</li> <li>8. 자살예방 서비스 제공을 위한 인프라 구축을 적정화한다.</li> <li>9. 자살예방을 위한 연구·감시체계를 구축한다.</li> <li>10. 근거에 기반을 둔 자살예방정책을 개발한다.</li> </ol>
3차 (2016~2020년)	<p><b>전략1. 범사회적 자살예방환경 조성</b></p> <p>정책과제 1. 자살 관련 사회인식 개선</p> <p>정책과제 2. 자살예방을 위한 사회적 지지체계 마련</p> <p>정책과제 3. 자살위험 환경 개선</p>

28) 제7조(자살예방기본계획의 수립) ① 국가는 자살예방정책을 효과적으로 추진하기 위하여 자살예방기본계획(이하 “기본계획”이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다.

29) 자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」 제정(2011. 3. 30.) 및 시행(2012. 3. 31.)에 앞선 2004년 자살예방기본계획이 최초 수립 및 추진됨

〈표 II-11〉의 계속

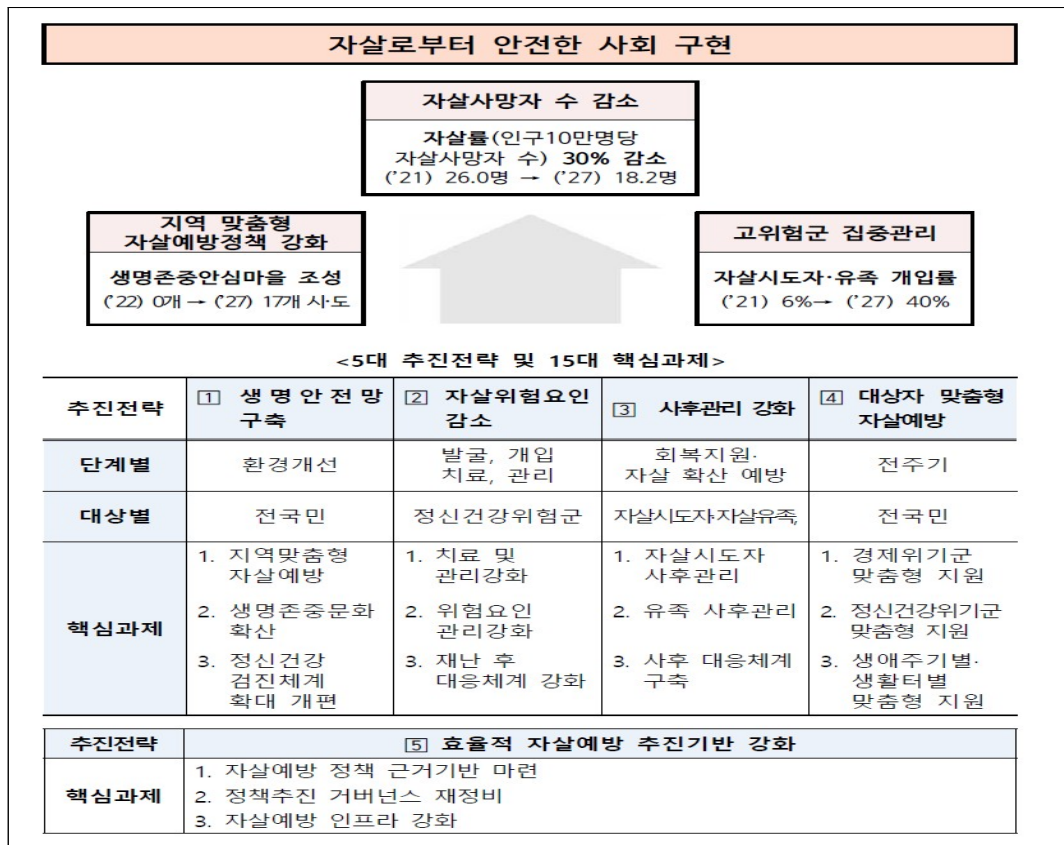
차수	주요 추진 과제
<p>3차 (2016~2020년)</p>	<p><b>전략2. 맞춤형 자살예방 서비스 제공</b>                      정책과제 4. 생애주기별 자살예방 대책 추진                      정책과제 5. 자살 고위험군 지지체계 강화                      정책과제 6. 자살 위기대응 및 사후관리체계 마련</p> <p><b>전략3. 자살예방정책 추진기반 강화</b>                      정책과제 7. 지역사회 자살 대응 역량 강화                      정책과제 8. 정신건강 인프라 확충                      정책과제 9. 생명지킴이(게이트키퍼) 교육 등 자살예방 인력 확충                      정책과제 10. 근거 기반 자살예방 연구체계 마련</p>
<p>4차 (2018~2022년)</p>	<p><b>1. (자살원인) 과학적 근거에 기반한 전략적 접근</b>                      추진과제 1. 5년간(2012~2016) 발생한 자살사망자 7만명 전수조사                      추진과제 2. 국가 자살동향 감시체계 구축                      추진과제 3. 근거기반 자살예방 정책 추진을 위한 지자체 지원                      추진과제 4. 효과성 높은 자살예방 프로그램 확산</p> <p><b>2. (자살고위험군 발굴) 자살고위험군 발굴을 위한 전사회적 네트워크 구축</b>                      추진과제 4. 자살예방 게이트키퍼 양성으로 자살에 대한 국민 민감도 제고                      추진과제 5. 사회보장서비스 제공기관 간 연계 강화를 통한 자살고위험군 발굴                      추진과제 6. 우울증 검진 및 스크리닝 강화</p> <p><b>3. (적극적 개입·관리) 적극적 개입·관리를 통한 자살위험 제거</b>                      추진과제 7. 자살고위험군에 대한 빈틈없는 지원체계 구축                      추진과제 8. 지역사회 정신건강서비스에 대한 접근성 강화                      추진과제 9. 자살촉발 위험요인 제거</p> <p><b>4. (사후관리·지원) 사후관리 강화를 통한 자살확산 예방</b>                      추진과제 10. 자살시도자 사후관리 강화                      추진과제 11. 자살이 되풀이되지 않도록 자살유가족 지원 강화                      추진과제 12. 유명한 자살사건 대응체계 구축</p> <p><b>5. (대상별 예방정책) 대상별 자살예방 추진</b>                      추진과제 13. 근로자 및 실직자 자살예방                      추진과제 14. 자살위험이 특히 높은 집단에 대한 고려 강화                      추진과제 15. 연령별 자살예방 대책 추진</p> <p><b>6. 추진기반 마련</b>                      추진과제 16. 중앙차원의 자살예방정책 체계 정비                      추진과제 17. 자살예방 홍보 및 캠페인</p>

자료: 관계부처 합동, 「제5차 자살예방기본계획(2023~2027)」, 2023. 4., p. 11.

「제5차 자살예방기본계획 (2023~2027)」은 ‘자살로부터 안전한 사회 구현’이라는 비전을 제시하고, 목표로 ① 자살사망률을 2027년까지 30%로 감소(2021년 기준), ② 지역맞춤형 자살예방정책 강화를 위한 생명존중안심마을을 2027년까지 17개 시·도에 조성(2022년: 0개), ③ 고위험군 집중관리로 자살시도자·유족 개입률을 6%(2021년 기준)에서 40%로 향상시키는 것으로 설정하였다. 이러한 목표를 위해 [그림 II-15]와 같이 5대 추진전략 및 15대 핵심과제를 제시하고 있으며, 정책대상자별 관리체계는 [그림 II-16]과 같다.

「제5차 자살예방기본계획 (2023~2027)」에서는 정책 대상을 중증정신질환자, 자살유족, 자살시도자 등에 그치는 것이 아니라 일반국민까지 확대하였다. 정신건강검진 체계 확대 개편을 통한 발굴 및 적극적 개입을 통한 정신건강의학과, 정신건강복지센터로의 연계를 계획하고 있다는 점에서 일반국민에 대한 기존의 정신보건 정책에 비해 그 대상의 확대 및 정책 관련성이 더 직접적이다.

[그림 II-15] 제5차 자살예방기본계획(2023~2027)의 비전·목표 및 추진전략



자료: 관계부처 합동, 「제5차 자살예방기본계획(2023~2027)」, 2023. 4., p. 12.

[그림 11-16] 정책대상자별 관리체계

	발굴	연계	개입	관리
일반 국민	<ul style="list-style-type: none"> <li>생명존중 인식교육 의무화로 인식제고</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신건강검진체계 확대 개편</li> <li>생명존중안심마을 조성으로 지역 맞춤형 정책</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신건강의학과·정신건강복지센터로 연계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역사회 주도 통합서비스 제공</li> <li>자살예방센터 (정신건강복지센터) 통한 지속관리</li> </ul>
초기위험자 (경제위기군 정신건강 위기군 재난경험자 등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>복지 전달체계와 연계하여 정신건강위험군 발굴</li> <li>금융 ↔ 정신건강서비스 제공기관 간 연계 강화</li> <li>재난시 신속한 위험 대응 및 고위험군 관리 체계 마련</li> <li>비정신과 이용 환자 중 정신건강위험군 발굴 및 연계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살 고위험군인 경우 상담·치료연계·치료비 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역사회 주도 통합서비스 제공</li> <li>자살예방센터 (정신건강복지센터) 통한 지속관리</li> </ul>	
중증정신 질환자	<ul style="list-style-type: none"> <li>정신응급 대응체계 강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>응급병상 확보 및 초기 집중치료</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살예방센터 (정신건강복지센터) 통한 지속관리</li> </ul>	
자살유족	<ul style="list-style-type: none"> <li>현장출동, 심리지원, 법률·행정처리, 치료비 지원 등 원스톱 서비스 제공</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>자살시도자·유족 통합 관리 시스템 구축</li> </ul>	
자살시도자	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살시도자 정보 자살예방센터로 연계하여 상담·치료연계 등 지원강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>사례관리 및 치료비 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>자살시도자·유족 통합 관리 시스템 구축</li> </ul>	

자료: 관계부처 합동, 「제5차 자살예방기본계획(2023-2027)」, 2023. 4., p. 14.

#### 4) 「정신건강정책 혁신방안」

정신건강 문제가 심각<sup>30)</sup>해짐에도 종전 정신건강 정책은 중증 정신질환자에 대한 치료·요양에 편중되고, 정신질환에 대한 사후·수동적 대처로 사전 예방과 조기치료, 회복 및 일상복귀 지원은 부족한 상황이다. 이에 정부는 정신건강 정책을 혁신해 새로운 패러다임을 만들 필요가 있다고 보고 2023년 12월 5일 전 주기적으로 국민 정신건강을 지원하는 「정신건강정책 혁신방안」(관계부처 합동, 2023. 12.)을 발표하였다. 해당 혁신방안에서 “정신건강정책 대전환, ‘예방부터 회복까지’”라는 비전을 선포하고 4대 전략① 일상적 마음 돌봄 체계 구축, ② 정신응급대응 및 치료체계 재정비, ③ 온전한 회복을 위한 복지서비스 혁신, ④ 인식개선 및 정신건강 정책 추진체계 정비) 및 관련 핵심과제를 추진하기로 하였다.

[그림 11-17] 정신건강정책 혁신방안 주요 추진과제



자료: 보건복지부 보도자료, 「정신건강정책 ‘예방-치료-회복’ 순단계 관리로 대전환」, 2023. 12. 5. p. 2.

4대 전략 중 첫 번째 전략인 ‘1. 일상적 마음 돌봄 체계 구축’에 주요 과제(국민 마음투자)로 본 사업이 포함되어 있다. 정부는 본 사업을 포함하여 일상적 마음 돌봄 체계를 구

30) 정신질환 수진자 수(차매 포함)가 2015년 289만명, 2017년 321만명, 2019년 368만명, 2021년 411만명으로 지속해서 증가하고 있음

축하는 전략으로 정신건강 서비스 이용률(=정신건강 전문가 상담 경험이 있는 응답자/생애 중에 정신질환을 진단받은 대상자)을 2021년 12.1%에서 2030년 24%로 증가시키고, 2027년까지 100만명을 대상으로 심리상담서비스를 지원하고, 10년 내 자살률을 50% 감축하는 것을 목표로 한다.

본 사업을 직접적으로 포함하고 있는 ‘정신건강정책 혁신방안’에서 제시된 심리상담서비스 지원 건수와 정신건강서비스 이용률 등과 관련하여 본 사업의 사업계획서에서는 고려하지 않고 있다. 주무부처가 제시한 사업계획서상 성과지표는 ‘상담서비스 이용자 만족도’ 단일 정성지표로 측정 방법 등에 따라 편향적인 결과를 제시할 수 있는 우려가 있으므로 상위 계획에 반영된 성과지표와 본 사업 및 유관 사업과의 관계를 고려할 필요가 있다.

[그림 II-18] 정신건강정책 혁신방안 기본 방향

<b>비전</b>	<b>정신건강정책 대전환 - 예방부터 회복까지 -</b>		
<b>핵심 목표</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ '27년까지 100만 명 대상 심리상담서비스 지원</li> <li>▪ 10년 내 자살률 50% 감축</li> </ul>		
<b>4대 전략 및 핵심과제</b>			
<b>일상적 마음 돌봄 체계 구축</b>		<b>정신응급대응 및 치료체계 재정비</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 국민 100만명에 전문 심리상담 지원</li> <li>▪ 청년·학생 검진 주기 단축 및 조기개입</li> <li>▪ 직업트라우마센터 확대 및 EAP 활성화</li> <li>▪ 상담전화 109 통합 등 자살 예방 강화</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 정신응급대응 강화</li> <li>▪ 입원제도개선, 수가인상 등 의료질 향상</li> <li>▪ 외래치료지원제 활성화</li> <li>▪ 마약치료기관 확충·운영 활성화</li> </ul>	
정신건강 서비스이용률	(’21) 12.1% → (’30) 24% (2배 증)	정신의료기관 평균 재원기간	(’21) 186.6일 → (’30) 90일 이내 (50% 감)
<b>안전한 회복을 위한 복지서비스 혁신</b>		<b>인식개선 및 정신건강 정책 추진체계 정비</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 모든 지자체에서 정신재활서비스 제공</li> <li>▪ 일상회복을 위한 고용·주거 지원</li> <li>▪ 보험차별 해소 등 권리보호 지원 강화</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 정신질환 편견해소 대국민 캠페인</li> <li>▪ 자살예방교육(의무) 1,600만 명 실시</li> <li>▪ 정신건강정책 혁신위원회 설치·운영</li> </ul>	
정신장애인 고용률	(’21) 10.9% → (’30) 30% (’22. 발달장애인 고용 수준)	“정신질환자 위험” 인식	(’21) 59.6% → (’30) 30% (50% 감)

자료: 보건복지부 보도자료, 「정신건강정책 ‘예방-치료-회복’ 3단계 관리로 대전환」, 2023. 12. 5., p. 3.

## 5) 「제1차 사회서비스 기본계획(안)(2024~2028)<sup>31)</sup>」

2022년 3월 25일 제정된 「사회서비스 지원 및 사회서비스원 설립·운영에 관한 법률」에 근거<sup>32)</sup>를 두고, 국민 삶의 질 향상과 사회통합 증진을 목표로 사회서비스 고도화를 추진하고자 마련된 「제1차 사회서비스 기본계획(안)」(보건복지부, 2023. 12. 12.)이 제31차 사회보장위원회<sup>33)</sup> 회의에서 심의·의결되었다. 본 계획안에서는 ‘국민 누구나 필요할 때 누리는 질 높은 사회서비스’를 목표로 다양한 서비스 확충, 질 높은 서비스 제공, 공급혁신 기반 조성 등 3대 분야에서 9대 추진과제를 제시하였다.

세부 내용을 보면 정신건강검진을 확대 개편해 검진 주기를 10년에서 2년으로 줄이고 검사 대상 질환 수를 늘리며, ‘전국민 마음투자 지원사업’을 도입해 2026년까지 전 국민을 대상으로 심리상담과 정신건강 증진을 지원하는 내용을 포함하고 있다. 앞서 살펴본 「제5차 자살예방기본계획(2023~2027)」에서 제시된 일반국민을 대상으로 정신건강검진 체계를 확대 개편한다는 계획과 본 사업에서 2024년부터 중·고위험군에 대한 우선 지원을 시작으로 2026년부터 일반국민으로 확대하려는 계획과 비교할 때 유관 계획 간의 일관성을 확인할 수 있다.

### 다. 성과목표 체계

「2024년 보건복지부 성과계획서」(보건복지부, 2023. 9.)에서 보건복지부는 지속 가능한 보건복지 제공이라는 임무 완수를 위해 ‘미래 도약을 위한 튼실한 복지국가’라는 비전 아래 4개의 전략목표와 25개의 프로그램 목표를 제시하고 있다. 본 사업은 프로그램 목표 ‘Ⅲ-2. 국민건강생활실천’의 단위사업 ‘정신보건시설 기능보강 사업’ 내 세부사업 ‘전국민 마음투자 지원사업’으로 제시되어 있다. 본 사업의 사업계획서(예비타당성조사 면제요구서)에서 제시하고 있는 성과지표는 ‘상담서비스 이용자 만족도’이며, 2024년 성과계획서에서

31) 보건복지부 보도자료, 「국민 누구나 필요할 때 누리는 질 높은 사회서비스」, 2023. 12. 12., [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list\\_no=1479253&act=view](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1479253&act=view), 검색일자: 2024. 1. 9. 참고하여 작성함

32) 제5조(사회서비스 기본계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 사회서비스의 발전 및 지원을 위하여 사회서비스 실태조사 및 관계 중앙행정기관의 장과의 협의를 거쳐 사회서비스 기본계획(이하 “기본계획”이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다. 이 경우 기본계획은 「사회보장기본법」 제16조 제1항에 따른 사회보장에 관한 기본계획과 연계되도록 하여야 한다.

33) 사회보장위원회는 범정부 사회보장정책을 수립·조정하고 심의·의결하는 국무총리 소속 위원회임

도 동일한 지표를 제시하고 있다. 구체적인 측정 방법은 마지막 상담 회차에서 이용자 대상으로 만족도 조사를 하는 것으로 제시하였다. 그러나 정성지표의 특성상 설문 구성 및 측정 방법에 따라 값이 달라질 수 있다는 한계가 존재한다. 해당 단일 지표로 본 사업의 성과를 평가하기에는 부족할 것으로 판단된다. 이와 관련하여 유관 상위 계획인 '정신건강 정책 혁신방안'에서 제시된 심리상담서비스 지원 건수와 정신건강 서비스 이용률 등을 추가 성과지표로 설정 및 관리하는 방안을 고려할 필요가 있다.

### 3. 시범사업 및 유사사업 현황

#### 가. 시범사업 추진내용 및 성과분석 결과

「예비타당성조사 운용지침」 제29조의2<sup>34)</sup>에서 복지·소득이전사업의 경우 시범사업 실시에 대한 규정이 존재하며, 시범사업 수행 내역 및 성과평가 결과 등에 대한 내용 또는 시범사업 수행 곤란 사유 등을 요구서에 명시하도록 규정하고 있다. 본 사업의 경우, 별도의 시범사업 수행 없이 예비타당성조사 면제요구서를 제출하였다. 면제요구서상에 시범사업 수행이 곤란한 사유로 ① 대통령의 정신건강 관련 새로운 인프라 구축 지시 및 최근 일부 고립된 정신질환자들에 의해 발생하는 '묻지마 범죄'에 신속하게 대처하여 국민의 불안 경감 필요(본사업 추진 여부 결정의 시급성), ② 해당 사업의 추진을 위해서는 전산 개발 등 서비스 제공을 위한 대규모 체계를 구축해야 하므로 시범사업 없이 본사업으로 진행하는 것이 더욱 효율적(시범사업 수행의 가능성)이라는 사유를 제시하였다. 별도의 시범사업 수행 필요성 판단 없이 「국가재정법」 제38조 제2항 제10호 및 「예비타당성조사 운용지침」 제20조에 따른 예비타당성조사 면제 사업으로 판단되어 사업계획 적정성 검토가 수행 중이다.

34) 「예비타당성조사 운용지침」 제29조의2(복지·소득이전사업 시범사업 실시) ① 각 중앙관서의 장은 복지 및 소득이전사업에 대한 예비타당성조사 요구서를 기획재정부장관에게 제출하는 경우 시범사업 수행 내역 및 성과평가 결과 등에 대한 내용을 함께 제출하여야 한다. 시범사업을 수행하지 않은 경우에는 시범사업 수행 곤란 사유 등을 요구서에 명시하여야 한다.

② 기획재정부장관은 제1항에 따른 사업에 대해 다음 각 호의 사항을 고려하여 시범사업이 필요하다고 판단될 경우 위원회의 심의를 거쳐 시범사업 실시 및 성과평가 후 예비타당성조사를 재요구하도록 할 수 있다.

1. 본사업 추진여부 결정의 시급성
2. 시범사업의 수행 가능성

③ 기획재정부장관은 중앙관서의 장이 제2항에 따라 예비타당성조사를 재요구할 경우 시범사업에 대한 성과평가 결과를 검토한 후 위원회의 심의를 거쳐 예비타당성조사 대상으로 선정할 수 있다.

별도의 시범사업을 수행하지는 않았으나 주무부처에서는 벤치마킹을 한 ‘청년 마음건강 지원사업’에 대한 이용 경험 조사를 제시<sup>35)</sup>하고 있다.

## 나. 국내 유사사업 검토

신규 사업으로 진행하고자 하는 전국민 마음투자 지원사업은 기존 시·도 및 시군구 내에서 국민을 대상으로 시행하고 있는 여러 사업과 일정 부분 유사한 측면이 있다. 특히 기존 사업들과는 구체적인 사업 대상의 범위나 규모, 사업 수혜자의 비용 부담 정도, 서비스 제공 방법 등에서 차이가 있지만 국민들에게 정신건강 증진을 목적으로 심리상담 서비스를 제공한다는 사업 목적 및 내용에서 유사성이 존재한다. 본문에서는 시·도 및 시군구 단위에서 시민들의 정신건강 증진을 위해 심리상담을 제공하는 사업들을 조사하고 전국민 마음투자 지원사업과 비교하고자 한다.

### 1) 지역자율형 사회서비스 투자사업

지역자율형 사회서비스 투자사업은 중앙정부가 전국을 대상으로 일괄 시행하는 국가 주도형 서비스 제공 방식에서 탈피하여 지자체가 지역 특성 및 주민 수요에 맞는 사회서비스를 발굴·기획하는 사업(보건복지부, 2023<sup>36)</sup>)이다. 중앙정부 주도의 복지 지원체계의 경우 지자체별 특성과 지역 주민의 다양한 욕구 충족이 어려워 사각지대가 발생하는데 지자체별 사업의 경우 사회서비스 시장 활성화를 통해 지역 내 청년·여성 등 고용 취약계층을 위한 양질의 일자리 확대가 가능하다. 지역자율형 사회서비스 투자사업을 통해 지역 주민의 수요와 서비스 공급 자원을 고려하여 지자체가 직접 서비스를 개발하고 제공할 수 있는 지원 체계를 마련할 수 있다.

2023년 ‘지역자율형 사회서비스 투자사업’은 국가균형발전특별회계 계정으로 분리되었으며 지역자율계정(시·도 자율편성사업)으로 지역사회서비스투자사업과 가사·간병방문지원사업이, 지역지원계정(부처 직접편성사업)으로는 청년 마음건강 지원사업과 생활사회서비스 투자사업이 지정되었다.

35) 이와 관련하여 보건복지부에서는 이용자 만족도 조사 결과 94.5% 만족, 우울 정도(BDI)가 23.98에서 17.64로 감소하는 효과가 나타난 것으로 제시함

36) 보건복지부, 「지역사회서비스 투자사업 안내」, 2023.

〈표 II-12〉 지역자율형 사회서비스 투자사업 계정 구분

구분	지역자율계정 (시·도 자율편성사업)	지역지원계정 (부처 직접편성사업)
지역자율형 사회서비스 투자사업	지역사회서비스투자사업	청년 마음건강 지원사업
	가사·간병방문지원사업	생활사회서비스투자사업

자료: 보건복지부, 「2023년 청년마음건강지원사업 안내」, 2023. 2., p. 5.

본 사업과 유사성을 갖는 사업은 지역자율형 사회서비스 투자사업 내 지역자율계정의 지역사회서비스투자사업과 지역지원계정의 청년 마음건강 지원사업이다.

지역사회서비스 투자사업은 지역 특성과 주민 수요에 따라 지자체에서 발굴한 사업을 바우처 방식으로 지원하는 사업으로 아동·청소년 심리지원 서비스, 장애인 보조기기 렌탈 서비스 등 전국 표준 사업들과 지자체별로 발굴한 별도 사업들이 골고루 포함되어 있다. 특히 상당수의 시군구에서 시민들의 정신건강을 위해 상담 서비스를 제공하고 있으며 하나의 시·군·구뿐만 아니라 2개 이상의 시·군·구가 모여 공동의 사업을 발굴하는 등 다양한 사업들이 시행되고 있다.

#### 가) 지역지원계정

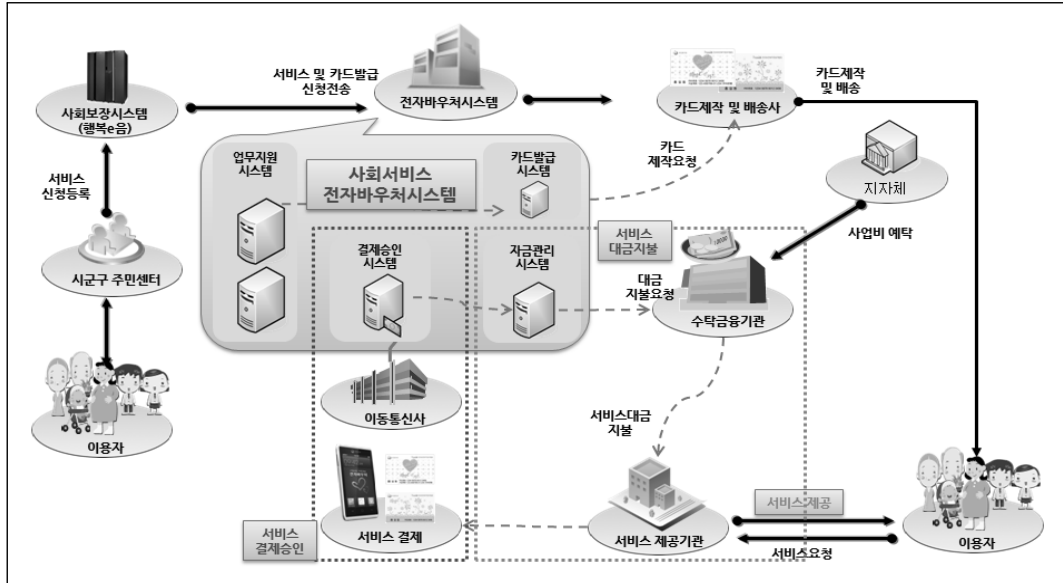
청년 마음건강 지원사업<sup>37)</sup>은 청년의 심리정서 지원, 건강성 회복을 통한 삶의 질 향상과 심리적 문제 예방을 통한 건강한 사회 구성원으로서 역할을 촉진하고자 기획된 사업으로 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제4조, 제5조 및 「청년기본법」 제21조에 근거한다. 2022년 사업이 시작되었으며 사업 대상은 출생 연도 기준 만 19세 이상 34세 이하 청년으로 별도의 소득 기준 제한은 없다. 다만 우선지원 대상은 존재하는데, 1순위는 자립준비청년 및 보호연장아동(아동권리보장원에서 연계 의뢰한 자 포함), 2순위는 정신건강복지센터에서 연계 의뢰한 청년이며 이후 일반청년들에게 서비스가 제공된다.

본 사업은 지자체가 선정된 이용자에게 바우처를 지원하고, 이용자는 서비스를 제공받은 후 해당 공급자에게 바우처를 결제하는 바우처 사업으로 서울 50%, 서울 이외 시·도 70%, 성장촉진지역은 80%의 보조를 받아 진행되는 지방자치단체 경상보조사업이다. 본 사업에서 보건복지부는 국고보조금 교부, 사업홍보 총괄 등의 역할을 하고 있으며 지역사

37) 본 내용은 「2023년 청년마음건강지원사업 안내」(보건복지부, 2023. 2.)를 참고하여 작성함

회서비스 중앙지원단에서는 제공인력 교육, 지역지원단 총괄 및 지원, 사업홍보 등의 역할을 맡는다.

[그림 II-19] 사업 집행 절차



자료: 보건복지부, 「2023년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)(확정)(특별회계, 기금)」, 2023. 1., p. 49.

<표 II-13> 사업 주체별 역할

사업 주체별 역할	기능
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시도에 국고보조금 교부</li> <li>• 사업계획 수립 및 지침 작성</li> <li>• 사업홍보 총괄</li> <li>• 유관기관 협력체계 구축 및 연계</li> <li>• 사업평가 및 지도, 감독</li> </ul>
한국사회보장정보원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시·군·구 예탁금 관리</li> <li>• 바우처 지급 및 정산</li> <li>• 사업 모니터링 및 통계 관리</li> </ul>
시·도	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시·군·구에 국고보조금 교부</li> <li>• 사업 홍보</li> <li>• 시군구 관리 및 감독</li> <li>• 제공기관 현장점검</li> </ul>
지역사회서비스 중앙지원단	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역지원단 총괄 및 지원</li> <li>• 사업 홍보</li> <li>• 제공인력 교육 총괄(프로그램, 계획)</li> </ul>

〈표 II-13〉의 계속

사업 주체별 역할	기능
시·군·구	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 제공기관 모집, 등록</li> <li>• 사업홍보</li> <li>• 사업비 예탁 및 집행관리</li> <li>• 대상자 신청 접수 및 선정, 관리</li> <li>• 제공기관 현장점검 및 지도, 감독</li> </ul>
지역사회서비스지원단	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 제공인력 교육 및 관리</li> <li>• 사업홍보 및 정보제공</li> <li>• 등록기관 컨설팅</li> <li>• 제공기관 현장점검 지원</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「2023년 청년마음건강지원사업 안내」, 2023. 2., p. 9.

심리상담서비스는 3개월간 총 10회 제공하며 전문심리상담 등 맞춤형 서비스가 제공되고 있다. 90분간의 사전·사후검사 각각 1회 및 50분간의 1:1 전문 심리상담서비스를 8회 제공하며 모든 상담 종료 시 종결 상담(피드백)이 1회 시행된다. 서비스는 A형과 B형으로 구분되며 A형의 경우 일반적인 심리 문제를 겪고 있으나 정신건강 관련 진료 등에 대한 부담감 없이 전문 심리상담서비스를 받고자 하는 유형이고 B형은 상대적으로 서비스 욕구가 높거나 높은 수준의 상담서비스가 필요한 경우로 구분한다. 심리상담서비스가 종료된 이후 재판정이 필요한 경우, 최대 12개월 추가 지원을 제공할 수 있다.

〈표 II-14〉 청년 마음건강지원 서비스 내용

종류	서비스 내용	시간	횟수
사전·사후검사	개인 심리상담 관련 필요한 검사를 통한 주된 문제 및 욕구 파악 (MMPI-2, BDI 등 검사도구 활용)	회당 90분	사전 1회 사후 1회
상담 등 맞춤형 서비스 (1:1 원칙)	대상자 욕구에 맞춘 서비스 제공 심리·정서적 문제(우울, 불안, 강박 등)에 대한 개입 및 예방 관계, 상황적 스트레스 대처능력 향상 의사소통 기술 및 대인관계 향상 도모	회당 50분	8회
종결상담	상담 종료 시 피드백 제공 (고위험군의 경우 정신건강복지센터 또는 의료기관 연계)	-	1회

자료: 보건복지부, 「2023년 청년마음건강지원사업 안내」, 2023. 2., p. 61.

청년 마음건강지원사업은 제공인력 기준에 따라 가격이 차등 설정되어 있어 이용자 여건에 맞게 서비스 유형을 신중히 선택하여 서비스를 제공받을 수 있다는 장점이 있다.

〈표 II-15〉 청년 마음건강지원 서비스 유형별 가격(회당) 및 제공인력

구분	서비스 가격	정부지원금 (바우처 지원액)	본인 부담금	제공인력
A형	60,000원	54,000원	6,000원	정신건강전문요원, 임상심리사, 전문상담교사, 청소년상담사, 심리·상담 관련 전공(심리·상담학과 등)하고 실무경력(학사 2년, 석사 1년)이 있는 자
B형	70,000원	63,000원	7,000원	정신건강전문요원, 임상심리사 1급, 심리·상담 관련 전공(심리·상담학과 등)하고 실무경력(학사 4년, 석사 3년, 박사 1년)이 있는 자

주: 자립준비청년 및 보호연장아동은 서비스유형에 관계없이 본인부담금을 면제함

자료: 보건복지부, 「2023년 청년마음건강지원사업 안내」, 2023. 2., p. 59.

사업 진행 이후 사업에 대한 평가를 위해 이용자 만족도 조사 및 부정수급 모니터링, 현장 조사 등이 시행되고 있다. 시·도지사는 매년 조사 결과에 대한 자체평가를 포함한 결과 보고서를 다음 해 2월 말까지 보건복지부에 필수적으로 제출해야 하며, 보건복지부는 매년 사업별 1천명 내외의 당해 연도 표본 이용자를 대상으로 전화 설문조사 및 FGI 등을 통해 이용자 만족도 조사를 한다. 시·도 및 시·군·구에서는 제공기관이 제공하는 서비스 품질 향상, 이용권의 유통 질서 확립 등을 위해 현장 조사를 시행하며 조사 결과에 따라 주의·시정 등 법령에 따른 행정조치를 실시하고 있다.

#### 나) 지역자율계정

아동·청소년 심리지원 서비스는 심리·행동 문제의 조기 발견 및 개입을 통한 아동·청소년의 건강한 성장을 지원하기 위한 사업으로 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제4조 및 제5조에 근거를 둔다. 사업 시작 연도는 2013년으로 기준중위소득 160% 이하 만 18세 이하 청소년(고등학교 재학 중인 만 18세 이상 청소년 인정)으로 저소득 아동 일 경우 우선 지원하고 있다. 또한 다음 중 어느 하나를 충족하는 문제행동 위험군 아동 중 서비스 지원이 우선 필요하다고 판단되는 아동으로<sup>38)</sup> 종합 심리검사를 통해 문제가 파악된 때 우선 진행한다. 문제행동이 있음을 판단하기 위해 병원, 학교 등에서 전문가가 발급한 진단서(혹은 소견서)가 필요하다. 지자체가 선정된 이용자에게 바우처를 지원하고, 이

38) 주의력 결핍 및 과잉행동장애(ADHD), 정서적 문제(불안, 우울, 공포 등), 사회성 결여(사회적 위축, 자기표현 및 대인관계의 어려움), 발달장애 경계(언어 및 인지 문제), 반항, 품행장애 등이 있는 경우임

용자는 서비스를 제공받은 후 해당 공급자에게 바우처를 결제하는 바우처 형식으로 지원하며, 보조율은 서울 50%, 서울 이외 시·도 70%, 성장촉진지역 80%인 지방자치단체 경상보조이다. 사업 집행 절차는 청년 마음건강지원 사업과 동일하다. 지역사회서비스지원단은 지역사회서비스 제공인력 교육 및 관리, 사회서비스 제공기관 컨설팅, 민·관 네트워크 구축 등의 역할을 수행하며 시·도에서는 서비스별 예산조정 및 집행관리 등 총괄 정리의 역할을 한다.

〈표 II-16〉 사업주체별 역할

사업주체별 역할	기능
보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사업 기본계획 수립, 지침 작성 총괄</li> <li>• 시·도 성과평가 추진 총괄</li> <li>• 시·도 서비스 심사 및 승인·감독·평가</li> <li>• 전자바우처시스템 구축 및 관리</li> </ul>
한국사회보장정보원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시·군·구 예약금 관리</li> <li>• 바우처 비용지급 및 정산</li> <li>• 사업 모니터링 및 통계 관리</li> <li>• 사회보장정보시스템(행복이음) 및 전자바우처시스템 운영·관리</li> </ul>
시·도	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역사회서비스 투자사업 시·도 총괄 관리</li> <li>• 지역사회서비스 투자사업 서비스별 예산조정 및 집행관리</li> <li>• 시·도 서비스 기획 및 발굴</li> <li>• 시·도별 지역사회서비스 투자사업 안내 지침 수립</li> <li>• 시·군·구 서비스 심사 및 승인·감독·평가</li> <li>• 시·도 사회서비스 심의위원회 운영</li> <li>• 시·도 성과관리</li> <li>• 시·군·구 자체 평가체계 구축 및 실시</li> <li>• 시·도 내 서비스 제공기관 현장조사 총괄</li> </ul>
중앙사회서비스원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역사회서비스 투자사업 품질관리(평가 등)</li> </ul>
지역사회서비스 중앙지원단 (중앙사회서비스원)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역사회서비스지원단 총괄·지원</li> <li>• 사회서비스 관련 교육 및 전문인재 양성</li> <li>• 사회서비스 기획 및 발굴</li> <li>• 사회서비스 발전을 위한 조사·연구·개발</li> <li>• 지역 간 사회서비스사업 연계·협력체계 구축</li> <li>• 지역자율형 사회서비스 투자사업 평가 및 컨설팅 지원</li> </ul>
지역사회서비스 지원단	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지역사회서비스 제공인력 교육 및 관리</li> <li>• 사회서비스 제공기관 컨설팅</li> <li>• 지역사회서비스 발굴·기획 지원</li> <li>• 민·관 네트워크 구축</li> <li>• 제공기관 현장조사 지원</li> <li>• 지역사회서비스 정보 제공 및 홍보 지원</li> </ul>

〈표 II-16〉의 계속

사업주체별 역할	기능
시·군·구	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시·군·구 지역사회서비스 기획·관리 및 시행</li> <li>• 지역사회서비스 예산집행 분석 및 예탁금 집행</li> <li>• 서비스 이용자 선정 및 관리(중도포기자, 미이용자, 대기자 관리, 본인부담금 장기미납자 관리 등)</li> <li>• 지역사회서비스 제공기관 등록·관리</li> <li>• 지역개발 서비스 홍보</li> <li>• 서비스 제공기관 지도·감독</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「2024 지역사회서비스 투자사업 안내」, 2024. 1., p. 12.

본 사업은 아동·청소년에게 필요한 프로그램을 선택하여 제공하며 여건에 따라 부가서비스를 제공한다. 총 5가지의 프로그램으로 구분되어 있으며 심리상담이 포함되어 있다. 서비스는 월 4회 제공되며 회당 50분으로 프로그램 40분, 부모 상담 10분 정도 진행한다. 서비스는 12개월 동안 제공하지만 6개월마다 서비스 제공기관이 중간 점검을 하여 서비스의 지속적인 제공 여부 및 의뢰 여부를 판단한다.

〈표 II-17〉 아동·청소년 심리지원 서비스 내용

종류	서비스 내용	
기본 서비스	심리상담프로그램	아동·청소년이 심리적으로 건전하고 사회적으로 효율적인 특성을 학습하도록 돕는 프로그램으로 상담을 통해 사고, 정서, 행동 측면의 문제를 스스로 제거하거나 감소시키도록 함
	언어프로그램	아동·청소년의 의사소통 능력의 향상을 위한 프로그램으로 언어로 적절히 표현하여 또래나 환경과의 상호작용에서 능동적이고 긍정적인 의사소통 촉진
	놀이프로그램	언어로 표현하고 전달하기 어려운 아동·청소년의 생각, 감정, 행동을 놀이를 통해 효과적으로 표현하게 하여 문제 극복 및 잠재적 가능성 극대화
	미술프로그램	시각적인 미술매체를 활용하는 프로그램으로 예술적인 자기표현 과정이 아동·청소년의 무의식을 활성화시키고 창조적인 기능을 자극
	음악프로그램	음악활동을 체계적으로 사용하여 문제성 있는 행동을 바람직하게 변화시키는 프로그램으로 아동·청소년의 내적/외적 요소들에 대한 내용을 분석하여 치료 계획 수립과 음악활동 실행
부가 서비스	사회성 향상 프로그램	집단 활동 프로그램으로서 방학, 휴일을 이용해 서비스 제공
	부모 교육	아동 문제 해결을 위해 부모에게 정보와 기술을 제공하는 치유적 접근 프로그램

자료: 보건복지부, 「2024 지역사회서비스 투자사업 안내」, 2024. 1., pp. 67-68.

서비스 계획 수립 시 사전검사 단계에서 <표 II-18>에서 제시되는 심리평가도구를 2개 이상 활용하고 사후검사 또한 동일한 검사도구를 활용한다. 점수화 또는 등급화가 가능한 표준화된 객관적 평가도구와 치료사가 서술적으로 기술하는 주관적 심리평가도구를 각각 1개 이상 활용하게 된다.

<표 II-18> 프로그램별 심리평가도구

구분	서비스 영역	심리평가도구
기본서비스	언어프로그램	PRES, REVT, SELSI, U-TAP(APAC), P-FA
	놀이/미술/음악 상담 프로그램	놀이평가, 덴버검사, HTP, K-HTP, KFD, SCT, KSD, K-YSR, MT-MAP, IMTAP, MMPI
	공동 (서비스 대상 욕구판단)	K-C BCL, K-ARS, RCMAS, K-PRC, K-CYP

자료: 보건복지부, 「2024 지역사회서비스 투자사업 안내」, 2024. 1., p. 69.

서비스 가격은 월 18만원으로 정부 지원(최대 90%)은 소득등급에 따라 차등 지원된다.

<표 II-19> 아동·청소년 심리지원 서비스 가격

(단위: 원)

구분		정부지원금 (바우처 지원금)	본인부담금
1등급	수급자, 차상위	162,000	18,000
2등급	중위소득 120% 이하 중 기초생활수급자, 차상위가 아닌 자	144,000	36,000
3등급	중위소득 120% 초과~160% 이하	126,000	54,000

주: 본 표는 표준 형태로 이용자 등급의 경우 소득 기준 및 가정환경에 따라 해당 자치구(지방자치단체)에서 결정되기에 다를 수 있음

자료: 보건복지부, 「2024 지역사회서비스 투자사업 안내」, 2024. 1., p. 67.

제공기관은 「사회서비스이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제16조에 의거 등록된 기관으로 제한된다. 제공기관은 인력 중 슈퍼바이저를 1인 이상 지정하는 것이 필요하며 슈퍼바이저는 심리, 상담, 언어치료학, 놀이치료학, 미술치료학, 음악치료학 등 아동청소년발달 지원 서비스 관련 전공 학사학위 이상이면서 학사학위 취득 이후 관련 실무경력 7년 이상 또는 석사학위 이상이면서 석사학위 취득 이후 관련 실무경력 5년 이상인 자로 제한된다. 제공인력 요건은 ① 언어재활사, 청소년상담사, 전문상담 교사 및 특수학교 정교사, 정신건강

강전문요원, 임상심리사 ② 「자격기본법」 제17조에 따른 미술, 음악, 행동, 놀이, 인지, 심리, 상담 관련 민간자격 취득 후 아동청소년 심리지원서비스 관련 실무경력 1년 이상인 자 ③ 심리, 상담, 음악·미술 재활(심리 또는 상담)학, 특수교육학 등 아동청소년 심리지원 서비스 관련 전공자로서 일정 학위 취득 후 실무경력을 일정 기간 쌓은 자로 제한된다.

사업 종료 후 사업에 대한 평가 및 개선을 위해 사회서비스 품질평가, 현장조사 등을 시행하게 된다. 「사회서비스이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제30조에 의거하여 3년마다 지역사회서비스 투자사업 등록 제공기관을 대상으로 품질평가가 진행되고 있으며 평가 주체는 보건복지부로(위탁 수행: 중앙사회서비스원) 기관 운영, 제공인력 관리, 서비스 제공 및 평가, 서비스 성과 등을 평가한다. 평가는 자체평가와 현장평가로 구분되며 자체평가는 평가대상으로 선정된 모든 기관에서 자체 점검 후 시스템에 결과를 등록하는 형식이고 현장평가는 현장평가단이 기관에 방문하여 지표별 기준에 따라 평가하는 방식이다. 평가 등급은 5등급 절대평가로 이루어지며 10점 단위의 A(90점 이상), B(80~90), C(70~80), D(60~70), F(~60)로 구분되고 평가 후 우수기관 및 지난 평가 대비 점수 향상 기관 등을 대상으로 포상금 등 인센티브를 지급하고 미흡 기관의 경우 맞춤형 컨설팅 등 사후관리를 시행하게 된다.

다음으로 어르신 정서지원 서비스는 어르신에게 상담에 따라 맞춤형 서비스를 제공하여 정신적 건강 회복·유지를 가능케 하고, 사회활동을 통해 관계 형성 및 자아 존중 확립의 기회를 마련하여 의료비 절감 효과를 기대하고자 하는 사업으로 춘천시에서 진행한다. 지역개발형 사회서비스로 상위 기관의 승인을 받아 자율적으로 서비스를 기획 및 운영하고 시장 상황에 따라 예산 편성 및 제공기관이 등록되는 사업으로 기준중위소득 140% 이하 만 60세 이상 또는 기초연금수급자(장기요양보험 등급자 제외)를 대상으로 한다. 노인우울 자살선별검사 고위험군 확인자 및 독거노인의 경우 우선하여 서비스를 제공한다. 본 사업은 지자체가 선정된 이용자에게 바우처를 지원하고, 이용자는 서비스를 제공받은 후 해당 공급자에게 바우처를 결제하는 바우처 사업으로 집행 절차와 추진체계 등이 모두 아동·청소년 심리지원서비스와 동일한 형태다.

어르신에게 심리상담 기회 및 개별적인 활동 프로그램을 제공하는데 심리상담은 월 1회 60분, 개별활동 프로그램은 월 3회 회당 90분 진행되며 서비스는 12개월 동안 제공된다. 심리상담 초기와 종결 시에만 1:1 서비스가 제공되며 이외의 경우 1:10의 집단 규모의 서비스로 실행한다.

〈표 II-20〉 어른신 정서지원서비스 내용

종류	서비스 내용
사전·사후 검사	전체적인 프로그램 시작 전과 후 검사 시행
정서지원서비스	심리상담: 심리상담을 통한 정서 상태 파악 및 개별활동 선정 개별활동: 음악, 미술, 원예, 인지, 운동, 댄스 중 1개 영역 제공
체험활동서비스	공연, 전시, 지역탐방 중 1개 이상 활동(분기당 1회, 회당 240분 이상, 월 3회 실시되는 개별 활동 중 1회기를 대체하여 제공)
전시 또는 발표회	종결시점에 제공(연1회 이상, 회당 240분)

자료: 강원특별자치도 지역사회서비스투자사업 온라인 포털 서비스, <http://gwssf.or.kr/document/info14?sv=14>, 검색일자: 2024. 1. 9.

서비스 가격은 월 16만원으로 정부 지원금 90%가 지원된다.

〈표 II-21〉 어른신 정서지원서비스 제공가격

(단위: 원)

구분	정부지원금(회당)	본인부담금(회당)
단가(회당)	144,000(36,000)	16,000(4,000)

자료: 강원특별자치도 지역사회서비스투자사업 온라인 포털 서비스, <http://gwssf.or.kr/document/info14?sv=14>, 검색일자: 2024. 1. 9.

제공기관은 「사회서비스이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제16조에 의거 등록된 기관으로 제한되어 있다.

〈표 II-22〉 어른신 정서지원서비스 제공인력 자격

정서지원서비스 내용		자격 제한
심리상담		심리학 관련 졸업자로 해당 실무경력 1년 이상인 자, 또는 임상심리사, 「자격기본법」 제17조에 의한 심리상담사로 실무경력 2년 이상인 자로 제한
개별활동	음악	4년제 또는 2년제 이상 음악계열 학위 소지자로 음악지도 관련 단체에서 해당 활동 경력 6개월 이상인 자 또는 「자격기본법」 제17조에 의한 국악(판소리 포함)지도 관련 민간 자격소지자로 해당 활동경력 1년 이상인 자
	미술	2년제 이상 미술계열 학위 소지자로 관련 경력 6개월 이상인 자 또는 「자격기본법」 제17조에 의한 공예 관련 민간자격증 소지자로 해당 활동경력 1년 이상인 자
	인지	「자격기본법」 제17조에 의한 인지, 문화해설, 독서지도, 글쓰기 지도, 관련 민간 자격증 소지자로서 해당 활동경력 1년 이상인 자 또는 사회복지사 자격증 소지자로 해당 활동경력 6개월 이상인 자

〈표 II-22〉의 계속

정서지원서비스 내용		자격 제한
개별활동	원예	「자격기본법」 제17조에 의한 원예(화훼) 관련 민간 자격증 소지자로 해당 활동경력 1년 이상인 자
	운동·댄스	「자격기본법」 제17조에 의한 운동, 체조 및 댄스 관련 민간 자격증 소지자로 해당 활동경력 1년 이상인 자
체험활동 및 활동전시		정서지원서비스 자격이 충족된 자

자료: 강원특별자치도 지역사회서비스투자사업 온라인 포털 서비스, <http://gwssf.or.kr/document/info14?sv=14>, 검색일자: 2024. 1. 9.

사업의 평가 및 개선을 위해서 사전사후검사 관리대장 서식을 사용하고 있으며 강원특별자치도 공통 지표인 단축형 노인 우울 척도와 사업별 지표인 SES 척도를 측정하여 평가지표로 활용하고 있다.

## 2) 기타 사업

청년 마음이음 사업(지자체 자체 사업)은 청년층의 고립감 및 불안감 등 다양한 마음건강 문제를 해결하고 예방적 차원에서 심리상담을 지원하는 사업으로 부산광역시 지역에서 실행되는 사업이다. 서비스 유형은 A와 B로 나뉘는데 A유형의 경우 부산광역시에 주민등록이 되어 있으며, 마음건강 상담이 필요한 만 18~34세 청년을 지원하며 B유형은 부산지역에 거주하는 청년 및 가족을 지원하게 된다. A와 B 유형으로 모집유형이 구분되어 있어 유형에 따라 상담 규모나 내용이 다른데 A유형의 경우 대면상담을 진행해야 하며(유선 상담 불가) 기본적인 경우 4회기를 진행하지만 도움이 필요한 경우 추가로 3회기를 지원한다. B유형은 8명에서 12명 이내의 집단 상담 프로그램으로 진행하며 집단당 30시간 이상 진행한다. 상담 진행 과정에서 유료 심리검사가 필요한 경우 신청자 개인 자부담으로 진행한다.

〈표 II-23〉 청년 마음이음 사업 내용

유형		내용
A	대면 1:1 전문상담	상담 규모: 300여명 - 3개 기관 선정 후 기관별 100명 내외 내용: 청년을 대상으로 마음건강 회복을 위한 1:1 맞춤형 상담 진행
B	마음치유 프로그램	상담 규모: 최소 8명~12명 이내 집단 프로그램 총 30시간 이상, 총 시간 내 프로그램 개수는 자율 내용: 가족문제, 정서, 대인관계, 진로, 직무 스트레스 등에 대한 프로그램 운영

자료: 부산광역시, 「2023년 청년 마음이음 사업」 심리상담 전문기관 모집공고(제2023-1440호), 2023. 4., p. 2.

본 사업은 수혜자(청년)에게 무료로 제공되는 사업으로 서비스를 제공하는 제공기관의 경우 유형 A일 때 회당 70,000원을 수령하며 B일 경우 다과, 공간, 검사지 등을 모두 포함하여 시간당 220,000원을 수령하게 된다. 부산광역시를 통해 2023년 기준 A유형은 105,000천원, B유형은 36,000천원의 예산이 배정되었다.

서비스를 제공하는 제공기관은 국가 및 민간(한국상담학회 전문 상담사, 한국상담심리학회 심리상담사, 청소년상담사) 2급 이상의 상담 자격을 소유하고, 5년 이상의 상담 경력을 갖춘 상담사 3인 이상을 보유한 기관으로 제한되어 있으며 상담 장소 보유 및 주말, 야간 상담이 가능하다는 제한이 있으며 사업평가 및 개선을 위해서 상담 제공기관에서 상담 종결 평가 및 최종보고서 제출, 부산인재평생교육진흥원에서 별도의 참여자 만족도 조사를 한다.

#### 다. 해외 유사사례<sup>39)</sup>검토

##### 1) NHS Talking Therapies (영국)

영국의 NHS Talking Therapies는 우울·불안 장애를 지닌 국민에 정신건강 서비스를 제공하기 위해 마련된 근거 기반의 치료 프로그램이다.

본 사업은 2006년 Doncaster와 Newham에서 시범사업으로 진행했던 프로그램의 성공에서 시작되었으며, 본격적으로는 2008년 IAPT(Improving Access to Psychological Therapies) 사업으로 시작되었다. 국립보건임상연구소(NICE, National Institute for Health and Care Excellence)에서 질환별로 권장하는 근거 기반의 심리치료 요법을 제공하며 2008년 프로그램이 공식적으로 시작되었을 때는 근로연령 성인만을 대상으로 진행되었으나 2010년 모든 연령층으로 확대되었다. 2023년 1월 IAPT라는 이름이 사업의 정체성을 잘 보여주지 못한다는 이유로 NHS Talking Therapies로 명칭이 변경되었다. 본 사업은 2023/24년까지 적어도 190만명의 성인들이 사업에 참여할 수 있도록 서비스를 확장하고 있다.

본 사업은 영국에 거주하며 18세 이상인 경우 서비스를 이용할 수 있으며, 특히 GP(주치의)의 추천 여부와 상관없이 자가 의뢰를 통해서도 이용이 가능하다는 특징이 있다. 2008년

---

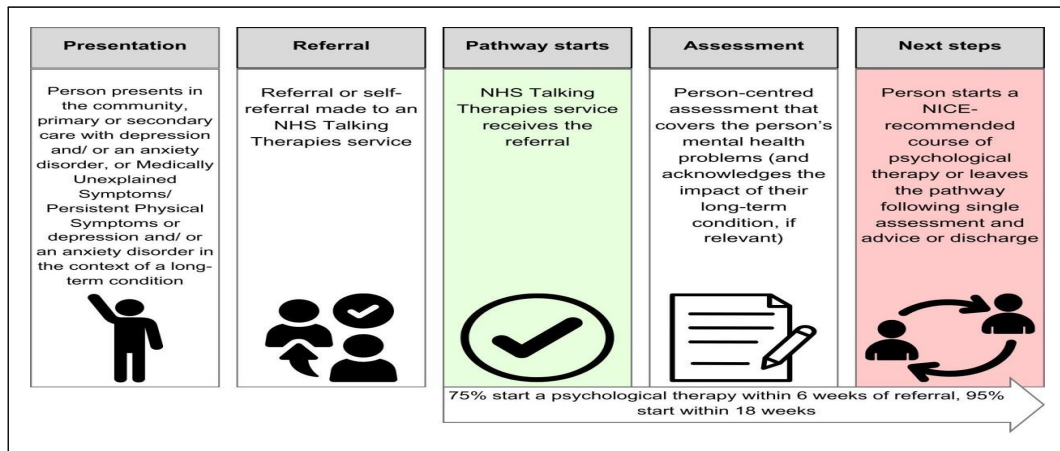
39) 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」(보건복지부, 2023. 12. 23.) 등을 참고하여 작성함

3,300만파운드의 기금이 형성되었으며, 2010년 총 1억 7,300만파운드까지 기금이 확대되었으며 2012년 아이 등에게 서비스를 제공하는 등 사업 영역이 확장되면서 4억파운드가 넘는 금액이 투자된 사업이다.

NHS Talking Therapies는 접근성 확대, 대기시간 감소, 회복률 증가라는 3가지 목표를 세우고 사업을 수행하고 있다. 임상자들은 환자와의 첫 진료를 3단계(평가, 평가와 치료, 치료)로 구분한다. 3단계 중 평가와 치료, 치료로 구분된 환자들을 통해 접근성을 측정하는데, 한 번이라도 진료 약속에 참여하여 심리학적 조언을 들었거나 치료 과정을 제안받았던 사람들의 수로 측정한다.

대기시간은 처음 의뢰받고 치료를 시작하기 전까지의 시간으로 측정한다. 75%의 환자가 의뢰 이후 첫 진료를 6주 이내에 받고, 95%의 환자가 18주 이내에 첫 진료를 받도록 하는 것을 목표로 한다. 이는 환자들이 시기적절하게 치료의 효과를 얻었는지를 보여주는 근거로 활용된다.

[그림 11-20] NHS Talking Therapies의 환자 진료 과정



자료: NCCMH, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual*, 2024., p. 52.

Talking Therapies는 병명에 따라 PHQ-9, MI, BIQ, CFQ, GAD-7 등의 방법을 활용하여 증상 정도를 파악한다. 우울증 측정 방법은 PHQ-9를 통해 주로 판단하며, 장애 측정 방법인 WSAS은 해당 질환이 가정, 직장, 사회활동 등에 얼마나 영향을 미치는지로 판단한다. 임상자들은 환자가 치료가 필요한 경우 치료 약속을 잡으며, 대면이나 컴퓨터, 유선상으로 치료를 진행한다. NICE에서는 단계별로 치료하는 방법을 추천하고 있는데 이

는 경증에서 중증도 사이의 우울, 불안증이 있는 사람들은 저강도 치료를 먼저 받고 처음 치료에서 호전되지 않으면 고강도의 치료를 받도록 하는 방법이다.

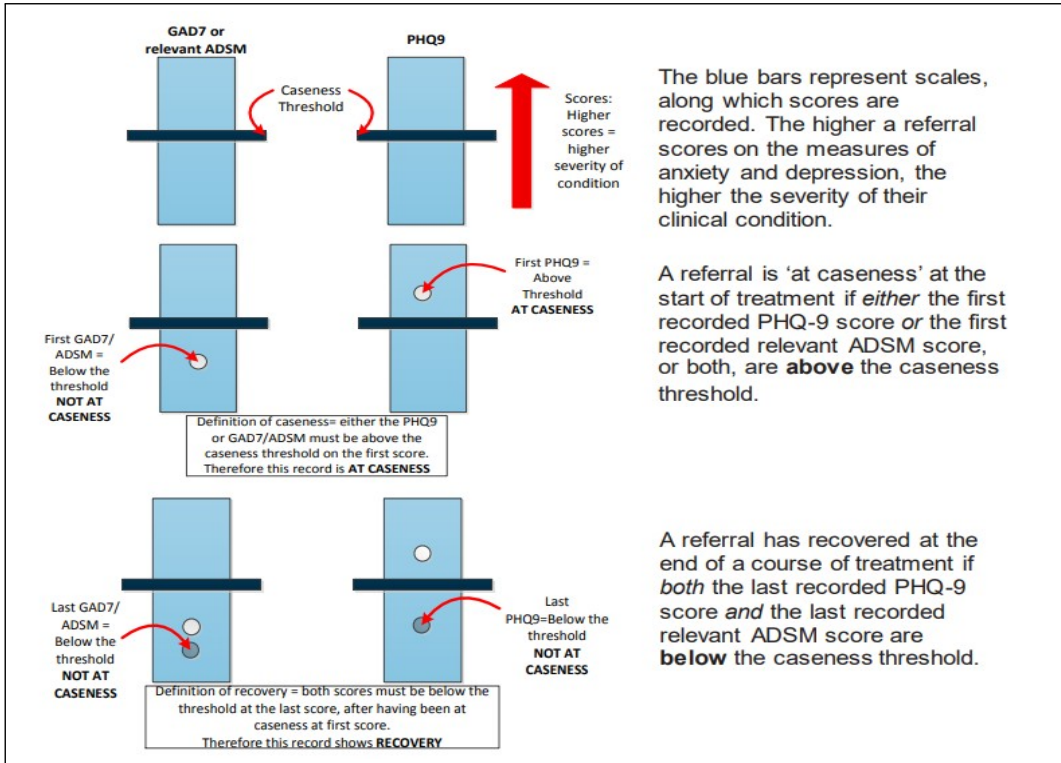
〈표 II-24〉 Talking Therapies에서 증상의 정도 측정법

정신질환명	우울 증상 측정법	불안증세 등 측정법	추가 방법	장애 측정법
광장공포증	PHQ-9	MI	GAD-7	WSAS
신체변형장애		BIQ	GAD-7	
만성피로증후군		CFQ	GAD-7	
만성통증 (우울/불안측면)		GAD-7	-	
우울증		GAD-7	-	
범불안장애		GAD-7	-	
건강염려증		HAI	GAD-7	
과민성대장증후군		IBS-SSS	GAD-7	
혼합된 불안우울증		GAD-7	-	
의학적으로 설명불가한 증후군		PHQ-15	GAD-7	
문제없음		GAD-7	-	
OCD		OCI	GAD-7	
공황장애		PDSS	GAD-7	
PTSD		PCL-5	GAD-7	
사회불안장애	SPIN	GAD-7		

주: 추가방법은 우울증상 측정법이나 불안증세 등을 위한 측정법이 어려울 경우만 사용  
 자료: NCCMH, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual*, 2024., p. 45을 참조하여 연구진 작성

회복은 [그림 II-21]과 같이 PHQ-9 등 병명에 따른 측정 방법으로 병의 증상을 판단하였을 때 치료 시행 전 특정 임계점 이상 점수를 받았으나 치료 시행 이후 임계점 이하로 점수가 하락하였는지로 판단한다. 회복률은 ‘회복된 의뢰 수/(치료 과정을 마친 의뢰 수 - 치료 과정을 마쳤으나 케이스(case)가 아닌 경우)×100’으로 계산한다(NCCMH, 2024, p. 53). 치료받기 전 이미 특정 임계점 이하 점수를 받는 경우 등은 케이스 아닌 경우로 회복률을 계산할 때 제외한다. 그래서 치료 과정을 마친 의뢰 수에서 케이스가 아닌 경우를 제외하여 구한 분모와 치료 과정을 마친 의뢰 수라는 분자를 통해 회복률을 계산한다. 의뢰된 환자 중 적어도 50% 이상의 환자들이 회복되는 것을 목표로 한다.

[그림 11-21] 케이스와 케이스가 아닌 경우를 구분하는 방법



자료: NHS Digital, *Improving Access to Psychological Therapies(IAPT)*, 2017. 4. 25., p. 16.

NHS Talking Therapies는 우울증, 일반적인 불안장애, 공황장애, 사회불안장애, 광장 공포증, 강박장애, 외상후 스트레스 장애(Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD) 등 다양한 우울 및 불안장애 종류를 치료하고 있다. 또한 장기적인 건강 문제나 의학적으로 설명이 어려운 증상 등을 동반하고 있는 사람들(과민성대장증후군, 만성피로증후군, 정의되지 않은 의학적으로 설명이 어려운 증상들)에게도 서비스가 제공되고 있다.

NHS에서 제공하는 치료법은 매우 다양하다. 먼저 인지행동치료(Cognitive Behavioral Therapy; CBT), 상담, 기타 치료법 및 유도 자조와 같은 대화 요법을 제공하는데 인지행동치료(CBT)는 삶에 대해 생각하는 방식을 변화시키고 도움이 되지 않는 행동 패턴에서 벗어날 수 있도록 돕는다. 5~20개의 세션이 포함될 수 있으며 각 세션은 30~60분 동안 지속되는데 우울증 및 불안, 공황장애, 공포증, 강박 장애(OCD), 외상후 스트레스 장애(PTSD), 폭식증과 같은 일부 섭식 장애 등에 효과가 있다. 유도 자조(guided self-help)는 CBT 기반 통합 워크북이나 컴퓨터 과정을 통해 유도 자조하는 것으로 과정이 진행되

는 동안 치료사가 대면, 온라인 또는 전화로 치료를 지원하며 일부 유형의 우울증, 불안, 공황장애 및 강박 장애에 권장되고 있다. 상담 치료는 우울증이나 인생의 어려움 등에 대해 상담사와 대화 치료를 시행하는 것으로 단일 세션으로 제공되거나 몇 주, 몇 달에 걸쳐 제공되기도 한다. 이외에도 행동 활성화(Behavioural Activation), 대인관계 치료(Interpersonal Therapy; IPT), 안구 운동 둔감화 및 재처리(Eye Movement Desensitisation and Reprocessing; EMDR) 등 증상에 따라 다양한 치방법이 사용된다.

앞서 살펴보았듯 본 사업은 환자의 상태를 총 3단계로 구분하여 단계별로 차별화된 치료를 시행하고 있다. 인지행동치료는 우울증과 모든 불안장애의 치료로 권장되며 우울증에는 행동 커플 치료, 행동 활성화 등 다양한 치료법이 권장되나 불안장애에는 권장하지 않는다. 중증 우울증 및 외상후 스트레스 장애 등의 경우 저강도 서비스가 권장되지 않으며 즉시 환자에게 고강도 대면 심리치료를 수행하는 것이 제안된다.

〈표 II-25〉 NICE에서 추천하는 우울·불안 증세에 대한 심리학적 치료 방법

단계	질환	치료방법
3단계: 고강도 서비스 (주로 매주, 훈련된 치료사와 대면, 일대일 상담)	우울증: 중등도~중증	CBT, IPT, 각각 약물 포함
	우울증: 경증~중증도	CBT 또는 IPT
		행동활성화(BA)
		행동 커플 치료
		단기간의 정신역동 치료
	공황장애	CBT
	범불안장애(GAD)	CBT
	외상후 스트레스 장애(PTSD)	CBT, EMDR
사회공포증	CBT	
강박 장애(OCD)	CBT	
2단계: 저강도 서비스 (코치 역할의 PWP(psychological wellbeing practitioner)가 환자 케어)	우울증	CBT 기반 자조, cCBT, 행동활성화, 구조화된 신체 활동
	공황장애	CBT 기반 자조, cCBT
	GAD	CBT 기반 자조, 컴퓨터 기반 CBT 등
	OCD	CBT기반 자조
1단계: 일차 의료	문제인지	관심 / 대기

자료: David M Clark, "Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience", *Int Rev Psychiatry*, 23(4), 2011, pp. 318-327.

모든 서비스 제공자는 국립보건임상연구소(NICE, National Institute for Health and Care Excellence)의 지침에 따른 Talking Therapies 인증 교육 프로그램을 이수해야 하며 매주 훈련된 감독관으로부터 감독을 받아야 한다.

〈표 II-26〉 NHS Talking Therapies 서비스 제공자 요건

<p>① IAPT 공인 교육 프로그램 이수 필요</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 교육 프로그램 내 커리큘럼은 「영국심리학회(BPS)」 또는 「영국행동 및 인지심리치료협회(BABCP)」 등의 인증 필요</li> <li>* (BPS) British Psychological Society</li> <li>(BABCP) British Association for Behavioral and Cognitive Psychotherapies</li> </ul> <p>② 교육 이수 이후 관련 전문기관의 인증(혹은 등록)을 받아야 하며, 매주 적절한 훈련을 받은 감독관의 감독 실시</p>
---

자료: NCCMH, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual*, 2024., p. 25을 참조하여 연구진 작성

서비스 제공자는 저강도 인력(Psychological Well-being Practitioner; PWP)과 고강도 치료사(High-intensity Therapists)로 구분된다. 저강도 인력은 경증~중증도 우울·불안 환자 개입, 자조모임이나 인지행동치료(CBT)를 제공하는 역할로, 교육 프로그램 이수 후 최소 3년 이상의 실무를 거쳐 고강도 치료 프로그램에 참여할 것이 권고된다. 반면 고강도 치료사의 경우 고위험군 환자에게 개입하여 주 1회 이상 대면상담 실시, 그룹 인지행동치료 등을 병행하게 된다. 각각의 치료법마다 영국심리학회 등의 인증을 받은 과정 수료가 필요하며, 해당 과정을 수료하고 인증을 받은 자만이 고강도 치료를 제공할 수 있다. 국가 지침에 따르면 Talking Therapies 인력의 약 35%를 저강도 인력으로, 나머지 65%는 고강도 치료사로 채우는 것이 권장된다(NCCMH, 2024, p. 20).

사업의 결과는 참여한 사람들의 수, 사람들의 대기시간, 당해 치료 종료 여부 등으로 평가한다. 통계 수치는 모두 당해 4월 1일부터 다음 해 3월까지의 자료를 기준으로 한다. 먼저 2022~2023년 약 176만명의 사람들이 치료를 의뢰하였으며, 이는 2021~2022년 의뢰자 수인 약 181만명보다 약간 감소한 것이다. 대기시간의 경우 6주 이내에 치료를 시작한 사람들이 약 157만명으로 전체의 89.3%를 차지한다. 마지막으로 의뢰된 건수 중 치료를 끝낸 의뢰는 67만명(38.2%)으로 2021~2022년의 66만명보다 약 8,100명 증가하였다(NHS Digital, 2024, pp. 5~11).

〈표 II-27〉 2022년 NHS Talking Therapies의 사업 결과

(단위: 명, %)

	의뢰 받은 수	의뢰 진행 중	치료 끝낸 수	치료된 비율	의뢰 끝낸 수
18세 이하	33,126	18,860	6,544	1.0	31,078
18세~25세	385,730	247,014	135,314	20.1	392,637
26세~64세	1,230,735	866,995	488,277	72.6	1,223,073
65세~74세	68,978	83,046	28,443	4.2	67,881
75세~90세	39,329	28,460	13,252	2.0	38,573
90세 이상	1,683	954	363	0.1	1,683
계	17,595,841	1,245,329	672,193	38.2	1,754,925

자료: NHS Digital, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression annual reports 2022-23*, 2024. 1. 16., p. 7.

환자의 개선 여부는 회복, 안정적 복구, 개선으로 측정하고 있으며 안정적 복구 및 개선 항목은 사업의 신뢰성을 보여준다. 회복된 사람은 약 31만명, 안정적으로 복구된 사람은 약 29만명 정도로 확인된다.

〈표 II-28〉 2022년 NHS Talking Therapies의 치료 현황

(단위: 명)

	회복	안정적 복구	개선	동일	악화
18세 이하	2,269	2,125	3,767	2,038	555
18세~25세	55,622	52,108	85,995	38,303	8,791
26세~64세	234,383	220,453	327,570	124,884	28,488
65세~74세	16,132	15,215	20,323	6,354	1,365
75세~90세	7,657	7,112	9,089	3,236	694
90세 이상	188	173	224	100	26
계	316,251	297,186	446,968	174,915	39,919

자료: NHS Digital, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression annual reports 2022-23*, 2024. 1. 16., p. 16.

## 4. 사업계획 적정성 검토의 주요 쟁점

### 가. 변경된 조사체계 반영

기획재정부는 사회·경제적 여건 변화를 적극적으로 반영하고 제도 운영의 공정성 및 효율성을 강화하기 위하여 2019년 5월 예비타당성조사 제도를 개편하였다. 이에 따라 복지·소득이전 사업에 대한 평가 방식에 큰 변화가 있었는데, 기존의 분석 방식은 SOC 분야 예비타당성조사 방법론과 동일하게 경제성 분석(비용-효과성 분석)과 정책성 분석을 통해 종합 결론을 도출하였던 반면, 개편된 평가체계에서는 평가 항목별 점검 방식으로 전환하여 수혜대상과 전달체계 개선 등 적극적인 대안 제시에 중점을 두게 되었다. 이에 본 사업계획 적정성 검토에는 복지·소득이전 사업의 예비타당성조사 평가항목에 준하여 각 평가항목에 대한 검토 내용을 수록하였다. 다만 일반적으로 사업계획 적정성 검토의 경우에는 예비타당성조사 평가항목을 준용하되 정책효과 분석을 생략하는바, 이에 따라 본 검토에서도 복지·소득이전 사업 예비타당성조사의 평가항목인 ‘비용·효과성 분석’ 대신 ‘비용 추정적 적정성 항목’으로 대체하여 검토하였다. 즉 ‘경제·사회 환경 분석’, ‘사업설계의 적정성 분석’, ‘비용 추정의 적정성 분석’ 세 가지 평가항목에 대한 검토를 수행하였다.

### 나. 경제·사회 환경 분석에 관한 쟁점

복지·소득이전 사업의 타당성을 검토하기 위해서는 우선적으로 해당 분야를 둘러싼 경제·사회 여건 및 정책 환경에 대한 충분한 검토가 필요하다. 특히 수혜대상에 대한 지원이 필요함에도 그동안 지원이 이루어지지 못했다면 그 원인에 대해 분석할 필요가 있으며, 최근의 사회적 환경의 변화 등에 따라 추가적으로 지원이 필요하게 되었다면 그 배경 등을 검토할 필요가 있다.

이러한 관점에서 한국인의 정신건강 측면에서 직면한 문제점이 무엇인지 검토하고 이러한 문제의식에 기반하여 사업이 설계되었는지 검토할 필요가 있다. 이를 위해 OECD 주요 보건지표(OECD Health Statistics)에 기초한 국가 간 비교 및 「제5차 국민건강증진종합계획」에 포함된 정신보건 관련 지표의 시계열적인 변화 등을 검토해보고자 한다. 또한 기존의 정신건강 증진사업, 정신보건시설 기능보강 단위사업 내의 세부사업, 내역 사업들과 본 사업 간의 관계 및 중복 여부 등 보건복지부 정신건강사업 관련 세부사업 중 본 사업과

유사한 사업을 식별하고 사업 간의 중복 여부 및 관계를 검토할 필요가 있다. 이 밖에도 본 사업의 추진을 통해 영향을 받을 것으로 예상되는 다양한 이해관계자들의 의견을 충분히 수렴하였는지, 사업 준비과정에서 적극적으로 소통하였는지, 본 사업을 추진하는 경우 중장기적 재정소요 변동요인이 존재하는지 수요 증대 요인 검토를 중심으로 본 사업이 처한 정책 환경을 살펴볼 필요가 있으며, 안정적으로 재원조달이 가능한지에 대한 검토도 필요하다.

#### 다. 사업설계의 적정성에 관한 쟁점

사회적 문제를 해결하기 위한 정부의 개입이 성공하기 위해서는 사회적 문제에 대한 적절한 인식과 더불어 해결하고자 하는 적절한 정책수단을 선택할 필요가 있다.

재정투입이라는 정책수단으로 본 사업을 통해 해결하고자 하는 사업목표의 구체성 및 명확성, 달성 가능성, 상위 계획 등 관련 정부정책 방향과의 연계성 등에 대한 검토를 통해 본 사업의 사업목표 설정의 적절성 등을 우선적으로 살펴볼 필요가 있다.

다음으로는 지원대상이 명확하고 적합하게 설정되었는지 검토할 필요가 있다. 사업계획서상 본 사업의 지원대상은 정신건강 증위험군 이상 국민을 대상으로 사업을 시작하여 점차 전국민을 대상으로 확대하는 방안을 제시하고 있다. 이와 관련하여 수혜대상의 선별 가능성, 수요의 충분성, 적정 사업대상에 대한 지원 가능성 등과 같은 문제에 대한 논의가 필요하다.

끝으로 본 사업의 추진방법 및 전달체계가 적절하게 설계되었는지 검토할 필요가 있다. 이를 위해 사업추진 주체 간의 역할의 명확성 및 유사제도와 정책조합 가능성, 전달체계의 적절성을 검토하고자 한다.

#### 라. 비용 추정의 적정성에 관한 쟁점

비용 추정을 위해 사업목표 달성을 위한 소요재원이 충실히 사업계획에 반영되었는지, 지원대상의 규모가 적절히 추정되었는지에 대한 면밀한 검토가 필요하다.

본 사업은 정신보건상담 서비스 상담료를 직접적으로 지원하는 ① ‘전국민 마음투자지원 사업’과 이를 수행하는 과정에서 필요한 정보화 시스템 등을 구축·운영하는 ② ‘마음건강

전달체계 구축 등'의 사업으로 두 개의 내역사업으로 제시되어 있다.

'전국민 마음투자지원 사업'은 정책대상자 수 곱하기(x) 지원단가로 비용 추정을 할 수 있다. 지원규모의 적절성을 검토하기 위해서는 잠재적 정신건강 위험군의 규모추정이 필요하며, 소득수준별로 지원되는 단가가 상이한 만큼 소득수준과 본 사업의 수요 간의 관계 검토가 필요하다. 또한 인구 고령화에 따른 고, 중, 저 위험군의 인구 비율 변화를 고려해야 한다.

지원단가의 경우, 현재 주무부처에서 제시하는 바로는 객관적 기준 및 자료 제시가 미흡하여 적정성을 판단하는 데 어려움이 있다. 본 검토에서는 주무부처 계획을 활용하여 1급 유형 8만원, 2급 유형 7만원의 시나리오로 검토를 진행하고자 한다.

정보화사업인 '마음투자 전달체계 구축 사업'의 경우, 2024년 9월 수립된 「정신건강 심리상담 정보시스템 구축을 위한 정보화전략계획(ISP) 수립 컨설팅」(vtw컨소시엄, 2024. 9.)을 기초로 비용의 적정성을 검토하고자 한다.

---

## Ⅲ. 경제·사회 환경 분석

---

### 1. 경제사회 여건 분석

경제·사회 여건 분석은 해당 사업을 둘러싼 경제·사회 여건을 살펴봄으로써 사업의 타당성을 평가하는 항목이다. 우리의 재정 여건이나 경제 수준, 국민의 인식 등 다양한 측면을 고려하였을 때 해당 사업을 추진할 여건이 충분한지를 고려하기 위한 평가라 할 수 있다. 이를 위해 먼저 해당 사업을 통해 해결하고자 하는 경제·사회 문제가 적절하게 파악되었는지를 살펴보아야 한다. 다음으로 파악된 경제·사회 문제 해결을 위해 유사한 사업(민간, 지자체, 재정 등)이 존재하지 않는지에 대해 검토가 필요하며 또한 해당 문제를 해결하기 위해 정부의 개입이 적절한지를 살펴볼 필요가 있다. 마지막으로 우리나라의 경제 규모, 복지제도 수준에 비추어 해당 사업을 추진하는 것이 적절한지를 검토한다.

#### 가. 경제·사회 문제 인식의 적절성

주무부처는 사업 추진 배경으로 OECD 자살률 1위 등 정신건강 문제로 인해 우리나라의 사회·경제적 손실이 상당한 상황임을 제시하였고 본 사업의 목적이 국민 건강 수준 제고에 있음을 명시한 만큼 정신건강 관련 문제인식이 적절한지 검토할 필요가 있다.

관련하여 본 보고서 제II장에서는 『2022년 국가 정신건강현황 보고서』(보건복지부 국립정신건강센터 외, 2023. 12.) 및 OECD 자료에 기반해 정신건강 수준을 대리할 수 있는 다양한 지표에 관해 연도별 추세와 국가 간 비교 검토를 수행하였다. 검토 결과 한국은 우울감, 고위험 음주, 자살률 측면에서 우려되는 경향성을 확인할 수 있었다.

구체적으로 만 19세 이상 성인 인구의 우울감 경험률은 11.3%으로 2008년(14.3%), 2010년(12.4%), 2015년(13.0%)에 비해 다소 감소하는 경향이 관측되나 2017년 이후 감소율이 둔화되었으며, 국가 간 비교에서 한국은 OECD 국가들과 비교해 우울증 및 불안 증상의 유병률이 높은 편임을 확인할 수 있었다. 한편, 고위험 음주율(최근 1년 동안 음주한 경험이 있는 만 19세 이상 인구 중 주 2회 이상 음주하고 1회 평균 음주량이 7잔 이상

인 사람의 비율)은 2021년 13.4%를 기록하였으며 시간 경과에 따라 감소하는 추세가 관측되지 않았다. 국가 간 비교에서도 폭음자의 비율은 잉글랜드보다 낮았지만 프랑스, 캐나다, 미국보다 높은 것으로 나타났다. 마지막으로 인구 10만명당 자살사망률은 완만하게 감소하고 있는 것으로 나타났으나,<sup>40)</sup> 여전히 OECD 국가들과 비교하였을 때 높은 수치를 기록하며 1위를 차지하고 있다. 이와 같은 여건을 고려하였을 때 국민의 정신건강을 향상시키기 위한 사업을 추진하는 것은 적절한 것으로 판단된다.

## 나. 유사사업 및 관련사업과의 중복성

박노옥 외(2018)에 의하면 유사사업은 중복(duplication), 중첩(overlap), 분절(fragmentation)이라는 세 가지로 구분된다.<sup>41)</sup> 중복·중첩·분절의 문제가 있을 경우, 사업계획 적정성 검토는 유사사업과 차별화되어 사업을 더욱 발전시킬 수 있는 방향으로 제안되어야 한다. 중복성이 큰 사업은 시행하지 않는 것이 원칙이며, 중첩이나 분절의 문제가 존재할 경우에는 신규 사업과 기존 사업의 조정 가능성을 조건으로 하여 신규 사업 위주로 사업이 재편될 수 있도록 제안하는 것이 타당할 것이다. 기존 사업 대비 신규 사업 위주로 효율이나 효과를 증진하는 것이 가능할 경우가 많기 때문에 기존 사업에 대한 구조조정을 포함해서 적극적인 제안을 하는 것이 필요하다.

본 사업과 유사사업과의 중복성을 검토하기 위하여 <표 III-1>에서는 지방자치단체가 국민들을 대상으로 실시하고 있는 사업들과 비교·제시하였다. 본 사업의 유사·중복성과 관련하여 검토가 필요한 사업은 청년 마음건강지원 서비스, 아동·청소년 심리지원 서비스, 어르신 정서지원 서비스 사업으로 사업대상의 범위, 지원금액(수혜자의 비용부담), 서비스 제공방법 측면에서 중복성을 검토한다.

40) 2022년 인구 10만명당 자살사망률은 25.2명으로 2012년 28.1명에 비해 2.9명 낮아진 것으로 나타남

41) 중복이란 사업의 목적, 수혜대상, 혜택의 내용이 거의 동일한 경우로 신규 사업이 되기에 부적합한 경우를 말한다. 중첩은 사업의 목적, 수혜대상, 혜택의 내용의 일부는 상이하지만 일부가 중복되는 경우가 해당되며, 분절은 중복의 문제는 없으나 연계 혹은 통합이 되어야 더 효율적임에도 불구하고 사업 주체별로 분절적으로 기획되고 운영되는 경우임

〈표 Ⅲ-1〉 신규 사업 및 유사사업 간 비교

구분	전국민 마음투자사업 <sup>1)</sup>	청년마음 건강지원서비스	아동·청소년 심리지원서비스	어르신 정서지원서비스
추진 근거	「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」	「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」, 「청년기본법」	「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」	「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」
대상 지역	전국	전국	전국	춘천시
서비스 대상	정신건강위험군 및 일반국민	만 19세 이상 34세 이하 청년	만 18세 이하 청소년·문제행동위험군	만 60세 이상 또는 기초연금수급자
소득 기준	없음	없음	중위소득 160% 이하	중위소득 140% 이하
제공 서비스	심리상담 서비스	심리상담 서비스	심리상담 서비스 · 개별 프로그램	심리상담 서비스 · 개별 프로그램
서비스 제공 횟수	8회	10회 (8+2회)	월 4회 제공 기간 내 지속	월 4회 제공 기간 내 지속
서비스 제공 기간	120일	3개월	12개월	12개월
서비스 진행 방식	1:1	1:1	1:1 (초기 6개월)	1:10
회당 시간	50분	50분	50분	60분
서비스 제공 체계	바우처	바우처	바우처	바우처
서비스 이용료 (회당)	1급: 80,000원 2급: 70,000원	A형: 60,000원 B형: 70,000원	180,000원 /월(4회)	160,000원 /월(4회 <sup>2)</sup> )
정부지원금 비율	기준 중위 소득별 차등 (최대 100%, 최소 70%)	90%	1등급: 90% 2등급: 80% 3등급: 70%	90%
품질관리	서비스 제공 실적·결과평가	이용자만족도 조사 등	사회서비스 품질평가	사전사후검사 관리대장 활용

주: 1) 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」 2024. 4. 23.을 기준으로 작성

2) 심리상담 월 1회(60분)와 개별 활동 프로그램은 월 3회로 구성

자료: 연구진 작성

검토 결과, 신규 사업으로 진행하고자 하는 전국민 마음투자 지원사업은 기존 시도 및 시군구 내에서 국민들을 대상으로 실시되고 있던 여러 사업들과 일정 부분 유사한 측면을 확인할 수 있었다. 다만 구체적인 사업대상의 범위나 규모, 사업 수혜자의 비용부담 정도, 서비스 제공 내용 등에서 차이가 있고 본 사업과 서비스 제공 내용과 수혜대상 측면에서 가장 유사한 청년 마음건강지원 서비스가 본 사업 시행에 따라 종료되기 때문에 기존 사업

과의 중복성은 크지 않은 것으로 판단된다. 물론 지자체에서 추진하는 사업 간 중첩성이 인정되는 만큼 향후 본 사업의 추진과정에서 사업추진 기관 간에 긴밀한 협의가 필요할 것으로 보인다. 특히 지자체별로 복지부의 전국민 마음투자 지원사업을 반영하여 기존 사업을 조정하는 과정에서 일부 과다지급 및 사각지대 발생 여부 가능성 등 다양한 경우의 수를 면밀히 검토할 필요가 있을 것으로 판단된다.

#### 다. 정부개입의 적절성

전통적으로 정부의 역할은 크게 네 가지로 요약할 수 있다. ① 심판의 역할, ② 시장실패의 해결, ③ 소득 재분배, ④ 경제 안정화이다. 첫 번째로 심판의 역할은 시장 경제 내에서 공정한 경쟁을 보장하고 계약의 신뢰성을 유지하기 위해 필요한 규칙과 법률을 마련 및 집행하는 것을 의미한다. 둘째, 시장실패의 해결은 시장이 효과적으로 기능하지 못하는 경우, 예를 들어 공정한 경쟁이 저해되거나 소비자들이 오도되는 경우, 정부가 이에 개입하여 문제를 해결하는 것을 의미한다. 또한 국방, 도로, 항만과 같은 공공재의 제공을 담당하며, 외부효과로 인한 시장의 비효율성을 교정하기 위한 노력도 포함된다. 셋째, 소득의 재분배는 형평성을 제고하기 위한 정부의 다양한 노력을 의미하며, 끝으로 경제 안정화란 장기적으로 안정적인 경제성장을 도모하고 단기적으로 경기변동의 폭을 최소화하고자 하는 정부의 정책적인 개입을 의미한다.

이 중에서 정신건강 관련 정부의 사회서비스 지원의 대한 정당성은 시장실패의 하나의 유형인 외부성(externality)의 교정 및 소득 재분배에서 찾을 수 있다. 먼저 정신건강 관련 많은 연구들에서 개인의 정신건강의 악화가 가족, 직장, 사회 구성원들에게 부정적인 외부효과를 발생시킬 수 있음을 보여주는 만큼 정부의 건강한 정신건강을 위한 상담서비스 지원은 긍정적인 외부효과를 내포하고 있다. 개인은 정신건강 향상에 따른 긍정적 외부효과를 고려하지 않기 때문에 정부의 개입 없이는 사회적으로 바람직한 수준의 정신건강 향상을 이룰 수 없으므로 정부개입이 정당화될 수 있다. 또한 소득이 낮은 저소득층에 대한 상담서비스 제공은 아니지만 <표 III-2>와 같이 저소득층의 우울감, 우울지수(PHQ-9 점수) 등이 고소득층과 비교해서 높은 만큼 소득 재분배 측면에서도 정부개입이 필요하다 할 수 있다. 물론 소득재분배 측면에서 정부개입의 정당성이 인정되기 위해서는 향후 사업 운영 시 소득에 따른 상담서비스 비용의 차등지원을 보다 강화하는 방향으로 운용할 필요가 있을 것으로 판단된다.

〈표 III-2〉 소득분위별 우울감 및 스트레스 등 연도별 표본 비율

(단위: %)

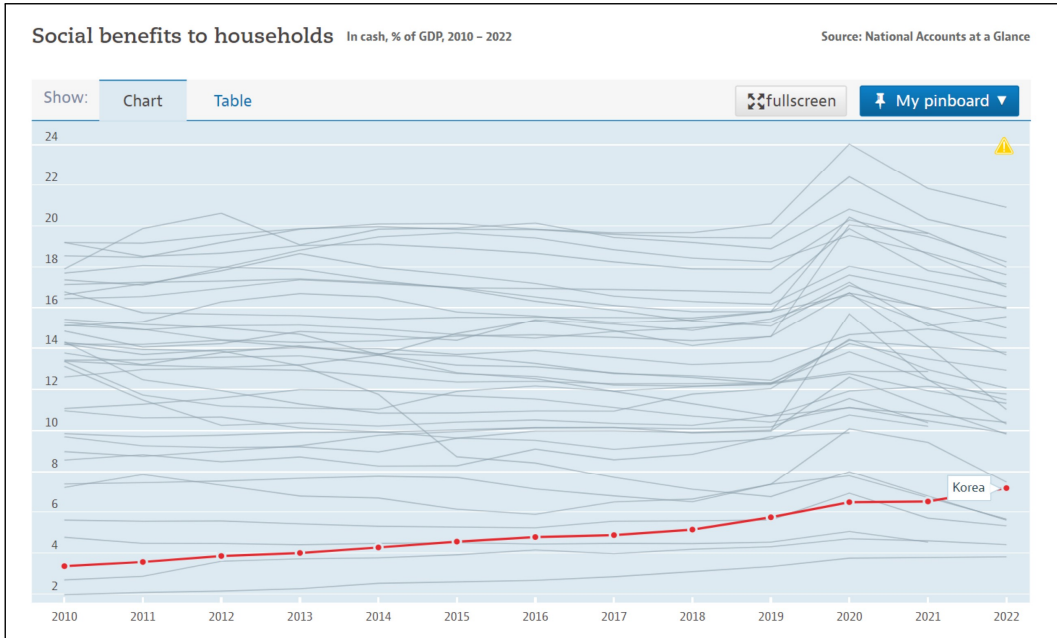
구분	소득분위 <sup>1)</sup>	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
소득분위별 우울감 경험	1	7.80	7.82	6.86	9.18	10.25
	2	4.74	5.28	4.84	5.94	6.24
	3	3.85	4.49	4.23	5.28	5.50
	4	4.12	4.92	4.59	5.44	5.29
소득분위별 스트레스경험	1	22.96	20.99	20.12	20.90	19.79
	2	22.93	22.86	23.05	22.62	20.35
	3	23.74	23.34	23.96	23.53	20.97
	4	25.97	24.75	25.21	24.03	22.48
소득분위별 PHQ-9 점수 10점 이상	1	6.24	5.39	4.28	5.09	6.27
	2	2.68	2.57	2.33	2.53	3.02
	3	2.09	2.05	1.93	2.24	2.48
	4	1.97	2.00	1.81	2.10	2.19

주: 1) 소득분위 집단 1,2,3,4는 각각 중위소득 70% 이하, 70~120%, 120~180%, 180% 초과를 의미  
 자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

## 라. 사업추진 여건의 적절성

경제·사회 여건 분석의 마지막 단계로서 우리나라 경제 규모, 복지제도 발전단계 등에 비추어 볼 때, 본 사업의 추진이 적절한지 검토하였다. 구체적으로 한국의 사회보장지출(GDP 대비) 수준 및 추세가 OECD의 타 국가들과 비교하여 어떠한지 [그림 III-1]을 통해 살펴보았다. 먼저 한국의 GDP 대비 사회보장지출 비중은 타 국가들과 비교하여 빠르게 증가하는 것을 확인할 수 있었다. 평균적으로 타 국가들의 사회보장지출 비중은 지난 10년간 정체되었으나 한국의 경우 2010년 3.35%에서 2022년 7.16%로 두 배 이상 증가하였다. 다만, 지난 10년간 사회보장 관련 지출이 빠르게 증가하였음에도 불구하고 사회보장 관련 지출 비중이 여전히 타 국가들과 비교해서 매우 낮은 것으로 나타났다. 이는 한국이 빠른 경제성장에도 불구하고 이에 상응하는 사회보장체계가 OECD의 선진국들과 비교해서 구축되지 않았기 때문이다.

[그림 III-1] OECD 국가별 GDP 대비 사회보장 비중의 연도별 변화



자료: OECD Data, <https://data.oecd.org/socialexp/social-benefits-to-households.htm#indicator-chart>, 검색일자: 2024. 3. 9.

이와 같은 사회적 여건을 고려하였을 때 전국민 마음건강 투자사업의 추진은 일부 적절 한 것으로 판단된다. 다만 한국의 사회보장 관련 지출은 초고령사회 진입 및 저출산 현상 이 지속됨에 따라 향후 급속하게 증가할 것으로 판단되기 때문에 사업추진에 신중할 필요 가 있다. 주무부처는 사업의 효과를 검토할 수 있는 성과지표를 설정하고 사업성과가 없을 경우 과감하게 사업을 정리할 수 있도록 성과관리 계획을 구축해야 할 것이다.

## 2. 경제사회 영향 분석

경제·사회 영향 분석에서는 해당 사업을 통해 우리 경제·사회에 미치는 영향을 살펴봄으 로써 사업의 타당성을 평가하는 항목이다. 먼저 앞서 파악된 경제·사회 문제를 해결하는 데 해당 사업이 기여할 수 있는지를 살펴보아야 한다. 또한 해당 사업의 추진을 통해 영향 을 받을 것으로 예상되는 각계각층의 다양한 의견을 수렴하였는지를 살펴볼 필요가 있다. 그리고 사업을 준비하는 과정에서 그들과 얼마나 적극적으로 소통을 했는지도 평가에 반영 할 필요가 있다.

## 가. 경제·사회 문제 해결의 적절성

본 사업은 별도의 시범사업 수행 없이 예비타당성조사 면제요구서상에 시범사업 수행 곤란 사유로 ① 대통령의 정신건강 관련 새로운 인프라 구축 지시 및 최근 일부 고립된 정신질환자들에 의해 발생하는 ‘묻지마 범죄’에 신속하게 대처하여 국민의 불안 경감 필요, ② 해당 사업의 추진을 위해서는 전산개발 등 서비스 제공을 위한 대규모 체계를 구축해야 하므로 시범사업 없이 본사업으로 진행하는 것이 보다 효율적임을 제시하여, 별도의 시범사업 수행 없이 「국가재정법」 제38조 제2항 제10호 및 「예비타당성조사 운용지침」 제20조에 따른 면제사업으로 판단되어 사업계획 적정성 검토가 수행 중이다.

따라서 본 사업의 수행이 상담서비스 이용을 증가시키는지 그리고 우울증 감소 및 정신건강 향상과 같은 사업의 효과를 가져오는지 사전적으로 예측하기 어렵다. 다만 주무부처에서 벤치마킹을 한 ‘청년 마음건강 지원사업’의 이용자 대상 경험조사를 살펴보면 이용자의 94.5%는 해당 서비스에 만족하였으며 우울 정도(BDI)도 23.98에서 17.64로 감소한 것으로 나타났다. 이와 같은 결과를 미루어 본다면 국민 정신건강 수준 제고에 본 사업이 일정 부분 기여할 수 있을 것으로 판단된다. 다만 본 사업이 식별된 경제·사회 문제 해결에 효과적으로 기여하는지 판단을 위한 객관적 자료가 부족하기 때문에 사업의 효과성을 측정할 수 있는 성과지표를 설정하고 사업성과를 면밀히 살펴보는 것이 중요하다. 또한 사업효과가 수혜자의 특성에 따라 이질적으로 발생하는지 검토하고 이를 기반으로 사업계획을 변경하여 사업효과를 제고할 필요가 있다.

본 사업의 수행을 통해 앞서 식별된 경제·사회적 문제를 해결할 수 있는지 관련해 추가적으로 검토해야 할 사항은 본 사업이 정신건강 관련 기존에 수행되고 있던 상담건수를 얼마만큼 구축(crowding-out)하느냐이다. 만약 기존의 정신상담서비스를 이용하던 대다수 인원들이 본 사업에서 제공하는 사회서비스 이용으로 전환하는 것에 그친다면 경제·사회적 문제 해결의 큰 기여를 하지 못하기 때문이다. 본 사업이 기존의 상담서비스를 얼마만큼 대체하는지 판단하기 위해서는 상담서비스 이용자 수, 이용자의 특성, 상담비용 등 관련 사항의 자세한 정보가 필요하다. 다만 본 사업이 2028년 일반국민 50만명을 대상으로 상담서비스를 제공하는 만큼 기존의 상담서비스를 완전히 구축한다 하더라도 정신건강서비스를 이용하는 총 이용자 수는 사업수행 전과 비교하여 증가할 것으로 판단된다.

## 나. 사회적 의견 수렴의 충분성

본 사업에 대한 주요 이해관계자로는 수혜대상인 우울증 고위험군, 지방자치단체, 서비스 제공기관 및 해당 분야의 전문가들을 들 수 있다. 이들을 대상으로 주무부처에서는 <표 III-3>과 같은 의견수렴 절차를 진행하여 사회적 의견수렴은 어느 정도 진행된 것으로 판단된다.

다만 제V장에 자세히 논의하겠지만 본 사업에서 제시된 지원단가와 이에 따른 공급인력 관련 주무부처는 충분한 근거를 제공하고 있지 못한 상황이다. 현실적으로 지원 가능한 인원이 몇 명인지 그리고 서비스 제공기관에 충분한 유인을 제공하기 위한 적절한 단가는 얼마인지 등에 대한 판단은 중요하므로 서비스 제공기관에 대한 수요조사가 필요하다. 관련하여 주무부처는 서비스 제공기관과 4차례의 간담회를 진행하였는데 간담회에서 공통적으로 제기된 이슈는 1급 상담사 단가 8만원의 적정성이다. 3개 학회 모두 8만원으로는 서비스 제공자들의 참여가 저조할 것으로 예상하고 있는 만큼 주무부처는 이와 관련 수혜대상자, 서비스 제공기관, 해당 분야 전문가들의 의견을 적극 수렴하여 사업의 성과관리에 만전을 기해야 할 것이다.

〈표 III-3〉 이해관계자별 의견수렴 내용

이해관계자	연월	내용
관련학회 및 전문가	23.12. 21.	<ul style="list-style-type: none"> <li>심리상담 기관 및 인력 관련 유관학회(대한심리학회, 대한상담학회) 간담회 실시</li> <li>- 심리상담 서비스 제공기관·인력 관련 논의</li> </ul>
	24. 1. 11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>심리상담 기관 및 인력 관련 유관학회(대한심리학회, 대한상담학회) 간담회 실시</li> <li>- 심리상담 서비스 제공기관·인력 관련 논의를 진행하였으며 8만원 단가의 현실성에 대해서 논의</li> </ul>
	24. 1. 24.	<ul style="list-style-type: none"> <li>대한신경정신의학회 간담회 실시</li> <li>- 공통적으로 인정될 수 있는 제공인력 기준 도출을 위한 논의를 진행하였으며 8만원 단가의 현실성에 대해 논의</li> </ul>
	24. 2. 1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>심리상담학회(대한심리학회, 대한상담학회) 및 대한신경정신의학회 간담회 실시</li> <li>- 3개 학회가 메뉴얼 제작에 참여</li> </ul>
수행기관	23. 12. 8.	<ul style="list-style-type: none"> <li>수행기관 대상 사업설명회 개최</li> <li>- (참석) 보건복지부 정신건강관리과, 시·도 정신건강 사업담당자, 건보공단(마음투자지원 사업부), 사회보장정보원</li> </ul>

〈표 Ⅲ-3〉의 계속

이해관계자	연월	내용
지자체	23. 12. 5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시도 설명회 및 지자체 의견수렴</li> <li>- 전국민 마음투자 지원사업 '24년 사업계획 설명 및 질의응답 등</li> </ul>
	24. 2. 22.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시도 설명회 및 지자체 의견수렴</li> <li>- 전국민 마음투자 지원사업 시행을 위한 사업 주요내용 설명, 지자체별 예산 교부(안) 및 협조요청 사항 등 논의</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2023. 12. 13.; \_\_\_\_\_, 「3차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 4. 8. pp. 7~8 등을 참조하여 연구진 작성

### 3. 재정의 지속 가능성

본 항목에서는 해당 사업을 추진함에 있어서 향후 재정에 미치는 영향을 살펴보고자 한다. 사회서비스 사업은 대부분 장기간의 재정투입을 전제하기 때문에 지속 가능한 범위 내에서 해당 사업에 대한 재정지출이 가능한지 확인이 필요하다. 따라서 해당 사업을 계획함에 있어서 향후 재정에 미치는 부담이 충분히 고려되었는지를 면밀하게 검토할 필요가 있다. 또한 해당 사업을 유사한 사업과 비교함으로써 재정 부담이 과다해질 위험은 없는지 살펴보고, 사업추진을 위해 장기적으로 안정적인 재원조달이 가능하며 중장기적으로 재정소요에 변동 위험성은 없는지를 살펴볼 필요가 있다.

#### 가. 향후 재정부담 검토

전국민 마음투자 지원사업은 '① 전국민 마음투자 지원, ② 마음건강 전달체계 구축 등'의 2개 내역사업으로 구성되어 있으며, 중기재정지출 규모는 자부담을 포함한 2024~2028년까지 5년간 7,892억원이 소요될 것으로 제시하였다. 이 중 국비는 4,866억원이고, 지방비는 1,640억원, 자부담은 1,386억원이다. 연도별 소요예산은 2024년 773억원(국비 547억원), 2025년 1,084억원(국비 688억원), 2026년 1,388억원(국비 860억원), 2027년 2,321억원(국비 1,383억원), 2028년 2,326억원(국비 1,388억원)이 소요될 것으로 예상하고 있다.

이에 필요한 2024년도 예산은 마음건강 전달체계 구축 사업에서 일부 감액이 있었으나 전국민 마음투자 지원사업은 2024년 예산안이 그대로 반영되어 재원조달에는 문제가 없을 것으로 판단된다.

〈표 III-4〉 사업계획서의 연도별 사업비(2024~2028년)

(단위: 백만원)

내역사업		재원분담	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
전국민 마음투자 지원		국비	28,589	50,032	66,783	118,602	118,602	382,608
		지방비 <sup>1)</sup>	12,253	21,442	28,621	50,829	50,829	163,974
		자부담	10,358	18,126	24,195	42,969	42,969	138,617
		<b>소계</b>	<b>51,200</b>	<b>89,600</b>	<b>119,599</b>	<b>212,400</b>	<b>212,400</b>	<b>685,199</b>
마음투자 전달체계 구축	지급시스템 <sup>2)</sup>	국비	24,950	18,664	19,121	19,591	20,076	102,402
	사회서비스시스템	국비	1,000	0	0	0	0	1,000
	운영비	국비	110	110	110	110	110	550
	-	<b>소계</b>	<b>26,060</b>	<b>18,774</b>	<b>19,231</b>	<b>19,701</b>	<b>20,186</b>	<b>103,952</b>
합계		국비	54,649	68,806	86,014	138,303	138,788	486,560
		지방비	12,253	21,442	28,621	50,829	50,829	163,974
		자부담	10,358	18,126	24,195	42,969	42,969	138,617
		<b>계</b>	<b>77,260</b>	<b>108,374</b>	<b>138,830</b>	<b>232,101</b>	<b>232,586</b>	<b>789,151</b>

주: 1) 「에비타당성조사 면제요구서」(보건복지부, 2023. 8.)에서는 자부담을 제외한 지자체 경상보조로 분담비율은 국비 70%, 지방비 30%로 설정하였으나 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」(보건복지부, 2024. 4. 23.)에서는 국고 보조율을 서울 50%, 서울 외 시·도 70%, 성장촉진지역 80%로 설정함

2) 민간보조(사회보장정보원, 국민건강보험공단)를 포함하고 있음

자료: 보건복지부, 「에비타당성조사 면제요구서」 [별첨: 예산안 세부 산출 내역], 2023. 8., p. 1을 참조하여 연구진 작성

#### 나. 안정적인 자원조달 가능성 및 중장기적 재정소요 변동 위험성

본 사업은 기간이 정해져 있는 한시사업이 아니며, 현재 한국의 인구구조가 빠르게 변화하고 있기 때문에 재정소요의 변동 위험성이 높은 편이다. 소요 예산 추계에 대한 검토와 시나리오에 따른 재정소요 변동 위험 등은 제V장에서 자세한 검토를 진행하며 여기서는 중장기적 재정소요의 변동 위험성에 대해서만 논의한다.

전국민 마음건강 투자사업은 다음 두 가지 측면에서 소요재정이 변동할 위험이 존재한다. 먼저 사업계획서상의 예측된 우울증 진단 환자 수는 우울증 증가 추세와 인구구조 변화를 고려하지 못하기 때문에 잠재적 수혜자 추정에 있어서 정확성이 떨어질 수 있다. 관련하여 제V장에서 자세히 논의할 2024~2028년 연도별 예측된 우울증 진단 환자 수는 아래 표에서 확인할 수 있는데, 2024년 우울증 진단 환자 예측치는 약 148만명으로 사업계획서상의 100만명(2020년 기준)을 크게 상회하는 것으로 나타났다. 이로 인한 재정소요 변동 위험성을 사전적으로 인지할 필요가 있다.

〈표 III-5〉 우울증 진단 환자 수 예측치(2024~2028년): 평균 증가율 고려

(단위: 명)

연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
우울증 진단 환자 수 예측	1,480,742	1,612,277	1,759,084	1,925,961	2,115,862

자료: 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, [별첨 3], 2023. 12. 자료를 활용하여 연구진 작성

다음으로 지원단가의 조정에 따른 재정소요 변동의 위험이다. 2024년 사업계획서<sup>42)</sup> 상에서 지원단가는 상담서비스 제공인력의 자격 요건에 따라 1급 유형 8만원, 2급 유형 7만원으로 제시되었으나, 이에 대한 산출근거는 부족한 상황으로 사업이 추진되는 과정에서 변동 가능성이 존재하는 것으로 판단된다. 단가에 대한 객관적 자료는 제출하지 못한 상황에서 추가 자료 제출 등을 통해 개인상담 60분 기준 민간 심리상담센터의 평균단가는 10만원~15만원 수준이라고 제시하고 있다. 다만, 객관적 기준을 제시하고 있지 못한 민간 심리상담센터와 달리 정신과 전문의 제공 상담서비스의 경우 건강보험요양급여비용상의 수가 기준 정신과 전문의의 40분 초과 상담치료비용은 9만원을 상회하는 것으로 나타났다.

〈표 III-6〉 건강보험요양급여비용에 따른 개인정신치료 수가 현황

(단위: 점, 원)

분류	점수	금액(2024년 기준)			
		의원	병원	종합병원	상급 종합병원
개인정신치료 I (10분 이하)	167.35	15,660	14,270	14,950	15,630
개인정신치료 II (10분 초과~20분 이하)	334.44	31,300	28,520	29,880	31,230
개인정신치료 III (20분 초과~30분 이하)	546.69	51,170	46,610	48,830	51,050
개인정신치료 IV (30분 초과~40분 이하)	776.86	72,710	66,230	69,390	72,540
<b>개인정신치료 V (40분 초과)</b>	<b>1,030.20</b>	<b>96,430</b>	<b>87,830</b>	<b>92,020</b>	<b>96,200</b>

자료: 보건복지부, 「2차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 2. 22.

본 사업은 2026년 이후 일반국민 등을 대상으로 수혜자를 지속적으로 확대하여 2028년 수혜자를 50만명으로 계획하였다. 본 사업이 목표하고 있는 수혜건수를 달성하기 위해서는 공급자들에게 사업 참여의 충분한 유인이 제공되어야 하며, 이 경우 지원단가가 당초 사업계획보다 증가하여 재정적 부담으로 작용할 수 있다. 주무부처는 이러한 위험 발생 가

42) 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23.

능성을 면밀히 검토하여, 만약 단가 조정이 필요하다면 수혜인원의 조정, 저소득층에 집중하여 자부담률 감소시키는 방안 등을 통해 재정소요의 변동 위험을 최소화해야 할 것이다.

## IV. 사업설계의 적정성 분석

### 1. 사업목표 설정의 적절성과 시급성

#### 가. 사업목표의 구체성과 명확성

정부 재정사업목표의 구체성과 명확성 판단 기준은 사업의 의도와 목표를 파악하는 것으로부터 시작된다. 본 장에서는 사업의 목적과 목표를 구분하여 서술한다. 본 사업의 목적은 일반국민의 일상적 마음건강서비스 이용 및 정신건강 고위험군 예방 및 조기 발견이다.<sup>43)</sup> 사업의 목표를 설정하기 전에 사업을 이해하기 위한 현황을 살펴보면 다음과 같다. 2023년 보건복지부가 발간한 「2023 정신건강사업 안내」(보건복지부, 2023. 2.)에 따르면 국가 차원의 정신건강 관리가 이루어지고 있으며 정신건강복지센터 중 기초센터의 경우 중증정신질환자 관리 사업이 진행 중인 것으로 나타난다.

〈표 IV-1〉 기초정신건강복지센터 중증정신질환자 관리 사업 내용

구분	사업목적 및 내용
정신질환자 조기발견	<ul style="list-style-type: none"><li>지역사회 자원협력체계 구축을 통한 초발정신질환자 조기 발견</li><li>대상자와 접촉하여 증상, 치료 여부 등 파악 후 정신건강복지센터 등록서비스가 필요하다고 판단되는 경우 등록 유도</li><li>정신건강의학과 전문의 자문체계 운영, 초발중증정신질환자에 특화된 사례관리서비스 및 프로그램 운영 등 정신건강 전문서비스 추진</li></ul>
중증정신질환자 사례관리	<ul style="list-style-type: none"><li>등록 중증정신질환자에 대한 개별서비스 계획 수립 및 서비스 제공</li><li>등록 중증정신질환자에 대한 주기적인 사례회의 실시</li><li>등록 정신질환자에 대해 지역 보건·복지자원과 연계하여 지원</li></ul>
보건복지부 정신질환자 치료비 지원사업	<ul style="list-style-type: none"><li>(행정·응급입원) 자·타해 위험이 있는 정신질환자의 보호조치 및 치료 지원을 통한 최적기의 치료 지원</li><li>(발병 초기) 초진 환자가 치료를 거부, 중단하지 않도록 발병 초기 5년간 외래 치료비를 지원하고 등록 관리함으로써 지속치료 유도</li><li>(외래치료 지원) 퇴원 후 치료 중단, 재입원 방지를 위해 지자체로부터 외래치료 지원 결정을 받은 대상자에 대한 치료비 지원</li><li>(권역정신응급) 권역정신응급센터 이용 환자에게 치료비 지원</li></ul>

43) 보건복지부, 「전국민 마음투자 지원 사업 계획(안)」, 2023. 8., p. 4.

〈표 IV-1〉의 계속

구분	사업목적 및 내용
정신건강심사위원회 업무지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 입원 연장 청구대상자에 대한 면접 평가 지원</li> <li>• 퇴원명령 대상자에 대한 지역사회 연계 및 사례관리</li> <li>• 외래치료 지원 대상자 집중 사례관리</li> <li>• 시·도는 해당 분기 시·군·구 정신건강심사위원회 운영실적을 취합하여 매 분기 말 보건복지부장관에게 보고, 센터는 이를 지원</li> </ul>

자료: 보건복지부, 「2023 정신건강사업안내」, 2023. 2., pp. 42-44.를 참조하여 연구진 작성

앞서 서술한 바와 같이 국가 차원에서 중증정신질환에 대한 문제의식을 가지고 관리를 위해 노력을 하고 있다는 것을 알 수 있다. 본 사업의 목표는 크게 두 부분으로 나누어 볼 수 있다. 첫 번째 목표는, 정부의 중증정신질환에 대한 대비와 노력에 더불어 국민의 일상적 마음건강에 대한 관심을 높이고 상담서비스 참여율을 높여 정신건강 악화 예방과 고위험군 식별을 통한 치료를 연계하는 것을 목표로 하는 것으로 보인다. 두 번째 목표는, 상담을 통한 스트레스 경감 효과로 부가적인 목표로 사료된다.

다만 목표가 구체적이기 위해서는 사업 실행 시 기준이 명확해야 하나 해당 부분에 많은 의문이 제기되는 상황이다. 첫 번째 의문은 어떻게 상담서비스의 수요를 만족시킬 것인지에 대한 부분이며, 두 번째 의문은 어떤 상담서비스를 제공할 것인지에 대해 구체적인 내용이 부족하다는 것이며, 마지막 의문으로는 상담으로 인한 스트레스 경감 등의 효과를 어떤 지표를 활용하여 측정할 것인지 등이 있다. 이처럼 구체적 목표는 사업 계획 전반에 걸쳐 보완될 필요가 있어 보인다.

덧붙여 사업의 성과지표가 사업목표를 달성하는지를 확인하였으나 본 사업의 예비타당성조사 면제요구서에서 제시하고 있는 성과지표는 ‘상담서비스 이용자 만족도’이며 이는 마지막 상담 회차에서 이용자 대상 만족도 조사를 실시한 결과이다. 스트레스 감소의 효과 등을 반영하는 지표로 사료될 가능성도 없지는 않으나 본 사업의 주된 목표 달성을 나타내는 지표로는 적절성이 보장되기 어려워 보인다.

#### 나. 사업목표의 달성 가능성

사업목표 달성 가능성을 평가하는 것은 크게 두 부분으로 이루어지는데, 첫 번째는 사업목표와 사업내용의 논리적 연결성을 검토하는 부분이고, 두 번째는 사업목표 달성을 위한

사업내용 구성의 적절성을 검토하는 부분이다. 사업내용의 적절성을 지원방식, 공급자, 제공인력, 지원규모의 네 가지 측면으로 나누어 살펴본 결과는 다음과 같다.

우선 지원방식은 사회서비스 방식으로 추진되는데, 이는 수요자 중심의 복지를 중시한 것으로 적절하다고 판단된다.

사업내용의 공급자는 공공 및 민간 전문 상담인력을 채용 중인 기관으로서 그 예를 정신과 의원, 민간 심리상담소로 들고 있다. 그러나 해당 기관에서 이 사업에 참여할 유인이 있는지, 또한 구체적으로 해당 기관의 유휴인력이 충분한지, 해당 시설들은 사업의 내용을 소화하기에 충분한지에 대한 보완이 필요하다. 이는 사업내용 제공인력 부분에서도 드러나는데 정신건강 전문요원 등이 사업 시행 시 시장에 진입할 것이라는 기대를 사업내용에 담고 있으나 상담단가<sup>44)</sup> 등을 고려할 경우 경제적 유인이 부족한 것으로 사료된다. 지원규모는 기준중위소득에 따라 4분위로 나누어 차등적으로 지원하는 것으로 사업계획에 나타나 있다. 해당 부분은 전국민 사업으로 확대 시행될 경우에 재정적 부담으로 작용할 우려가 있으며, 저소득층에 집중하여 자부담률을 감소시키는 대안을 익명의 검토위원들이 건의한 바 있어 사업내용을 보완할 필요성이 있다.

본 사업의 대상인 국민들의 심리상담 수요 적절성을 고려하기 위하여 유사사업인 ‘청년 정신건강 지원사업’을 기반으로 분석한 박지혜(2023)의 연구를 참고하였다. 해당 연구에서는 청년의 정신건강 상담서비스 이용 영향요인을 밝혔으나, 전 국민 연령별 분석은 아니기에 참고자료로만 활용한다. 연구 결과 남성 청년과 여성 청년의 영향요인이 다르며, 남성의 경우 거주지역이 수도권일 경우, 과거 공식 자원의 이용 경험이 있는 경우, 정신건강 리터러시<sup>45)</sup> 수준이 높을수록, 여성의 경우에는 거주지역이 수도권일 경우, 비건강집단에 속할수록, 과거 공식 자원의 이용 경험이 있는 경우, 정신건강 리터러시 수준이 높을수록 상담서비스 이용률이 높게 나타났다. 본 사업에서도 해당 연구와 유사한 분석결과를 활용하여 구체적인 심리상담 수요를 만족시킬 요인을 찾아 사회서비스 제공을 확대할 수 있도록 만전을 기해야 할 것이다.

44) 2024년 사업대상은 고위험군과 중위험군이며, 지원 횟수 및 단가를 7~8만원으로 책정하고 있으며, 개인상담 60분 기준 민간 심리상담센터의 평균단가는 10~15만원 수준으로 제시하고 있음

45) 본 개념은 정신질환 식별능력, 위험요인 및 원인 지식, 전문적 치료에 대한 지식, 정보검색 및 활용능력, 정신질환에 대한 태도, 증상 식별 및 적절한 치료방법을 촉진하는 태도 등을 포함하는 총체적 개념임(박지혜·이선혜, 2020)

#### 다. 정부 정책 방향, 상위 계획 및 관련 계획과의 연계성과 우선순위

본 사업의 정부 정책방향과 상위계획 및 관련 계획과의 연계성을 검토하기 위하여 사업의 추진 근거를 아래와 같이 요약한다. 근거가 되는 법령은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제4조로, 국가와 지방자치단체는 국민의 정신건강에 대한 책무가 있다고 밝힌다. 제11조에서는 정신건강상 문제의 조기 발견을 위해 정신건강복지센터, 정신건강증진시설 등 의료기관과의 연계를 추진하고 교육·상담 등의 정신건강증진사업 시행을 장려한다. 제12조에서는 국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업 추진 및 지원에 대한 근거를 제시한다. 국고지원에 대한 부분은 동일 법률의 제79조와 제82조에서 정신질환자와 보호의무자의 경제적 부담 경감을 위한 비용 보조에 대한 근거를 제시한다. 정책방향은 2023년 8월 대통령 지시사항으로 정신건강에 관한 새로운 인프라 도입과 예산 반영에 대한 언급을 시작으로 사업추진의 시급성을 고려하여 국무회의 의결, 재정사업평가위원회 의결이 진행되었다. 11월에 심리상담 기관 및 인력 유관학회(대한심리학회, 대한상담학회) 간담회 등을 통하여 현재 사업내용의 토대가 완성되었다. 국제비교 통계수치 중 OECD 자살률 1위, 최근 뉴스의 이상동기 범죄<sup>46)</sup> 등을 계기로 사회적 필요성과 상위 계획은 부합하는 것으로 판단되나 본 사업의 취지를 급하게 구체화하는 과정에서 연계성은 미흡하다는 소견이다. 이에 따라 앞서 요약에서 소개한 법령 제11조의 정신건강복지센터, 정신건강증진시설 등 의료기관을 연계하는 방안을 활용하여 본 사업을 기존 인프라 및 사업 확장 형태로 연계하는 대안을 고려할 필요가 있다.

#### 라. 성과관리계획 및 성과지표의 적절성

사업계획에서 성과 측정 시 객관적이고 정량적인 지표로 측정하는 것이 중요하기에 지표의 적절성을 검토하는 작업이 필요하다. 또한 성과지표는 일반적으로 사업에 투입·산출되는 값이 아닌 결과지표로 설정하는 것이 바람직한 것으로 알려져 있다.

본 사업은 정부의 정신건강복지기본계획 등과 연계하여 성과관리를 할 필요가 있다. 그 근거는 본 사업이 현재 정신건강에 대한 사업 중 정신건강 질환을 진단받은 환자 등 상대적으로 중증 환자에 대한 국가적 차원의 돌봄은 이루어지고 있으나 본 사업의 취지인 일반

46) 신림역 살인사건, 서현역 흉기 난동 사건 등

국민의 정신건강증진과 상담서비스에 대한 접근성을 증진시켜 정신질환의 조기 진단 및 예방을 달성하였는지를 판단할 성과지표가 필요하기 때문이다. 따라서 지역사회건강조사 데이터에 있는 우울감 경험이 상담으로 이어지는 비율 등이 사업의 시행에 따라 증가하는지를 확인하는 것과 패널자료를 구축하여 상담서비스 후 해당 수혜집단의 PHQ-9 점수, BDI 점수 등 우울 및 스트레스를 측정하는 수치의 감소 효과를 엄밀하게 검토하는 방안을 활용하는 것을 제안한다.

## 2. 수혜대상의 적절성

### 가. 수혜대상의 명확성 및 적합성

본 사업의 수혜대상이 명확한 기준에 의하여 정의되고 있는지 여부와 앞서 검토한 사업 목표에 적합한 수혜대상인지에 대하여 본 절에서 살펴본다. 사업계획서상 본 사업의 지원 대상은 정신건강 중위험군 이상에서 점차 확대하여 전 국민을 대상으로 한다. 2024년 기준으로 우울증 선별검사(PHQ-9) 결과 심한 우울증상자, 자살시도자는 고위험군으로 분류가 가능하다고 서술되어 있다. 또한 정신증적 증상 혹은 심리적 문제로 정신과 약물치료가 필요한 대상은 본 사업대상에서 제외된다. 우선 PHQ-9 검사를 기준으로 판별하는 과정은 도움이 될 것으로 보인다.<sup>47)</sup> 그러나 해당 검사를 전 국민을 대상으로 시행하는 방안에 대해서는 상대적으로 자세히 설명되지 않고 있다. 대안으로 제시 가능한 부분은 2023년 보건복지부에서 발표한 「제5차 자살예방기본계획(2023~2027)」(보건복지부, 2023. 4.)에 따라 조기 발굴을 위하여 정신건강검진체계를 확대 개편하여 2023년 기준으로 검사질환은 우울증, 검진주기는 10년인 상황에서 검사질환을 우울증, 조현병, 조울증 등으로 확대하고 검진주기는 2년으로 일반 건강검진 주기와 일치시킨다는 계획이다. 정기적 검진결과를 중심으로 정신건강 위험군을 구체화하고 상담서비스는 정신건강 위험군에 따른 적절한 대응을 위한 도움 수단으로 활용하는 것이 합리적이라고 사료된다.

---

47) Park et al.(2010); 박경연(2017)에서 한글판 우울증 선별도구 PHQ-9의 신뢰도와 타당도가 높다는 분석을 제시함

## 나. 수요의 충분성

본 사업 계획에서 고려한 상담서비스 실질 수요는 아래와 같다. 부처는 2024년 기준 정신건강 위험군 대상자를 8만명으로 산출하였으며 근거는 다음과 같이 도출하였다. 2020년 국민건강영양조사 우울장애 유병률(PHQ-9 점수가 10점 이상)이 5.7%로 나타난다. 전체 인구통계 5,100만명 중 15세 이상 인구가 약 4,500만명으로 나타나는데, 우울위험군을 15세 이상 인구 중 우울장애 유병률을 적용한 260만명으로 추계하고, 그중 우울증 진단을 받은 약 100만명을 제외한 정신건강 위험군에 해당하는 인구를 160만명으로 추계하였다. 그중 약 5%에게 서비스를 제공하는 수요가 계획되어 있다.

본 사업 계획의 수요를 추정하는 과정에서 활용한 수치들의 강건성을 체크할 필요성이 있어 보인다. 특히 우울장애 유병률, 인구구조 변화에 따른 인구통계, 우울증 진단을 받은 인구수의 추계에 대한 강건성 확인과 5%라는 서비스 제공 수요에 대한 수치는 재검토되어야 할 것으로 사료된다.<sup>48)</sup>

## 다. 비사업대상의 수혜 가능성 및 사업대상의 비수혜 가능성

본 사업의 수혜대상은 PHQ-9 점수라는 자가진단 테스트를 통해 결정될 수 있다. 따라서 상담서비스를 목적으로 하는 우울감이나 스트레스가 상대적으로 적은 집단의 도덕적 해이를 막기는 불가능하다. PHQ-9 검사는 편의성이 높아 비용 측면에서 효율적이나, 만약 앞서 언급한 도덕적 해이의 크기가 클 것으로 예상된다면 Hamilton Rating Scale for Depression(HRSD) 해밀턴 우울증 평가척도<sup>49)</sup>와 같은 우울증 평가도구를 도입하여 관찰자가 평가하여 점수를 부여하는 평가를 시행하는 방안도 검토할 필요가 있다.<sup>50)</sup>

본 사업의 대상은 우울감 혹은 스트레스를 느끼는 일반 국민 전체이다. 사업대상으로서 자격이 있음에도 불구하고 본 사업을 비수혜할 가장 큰 유인은 사회적인 낙인효과에 있을

48) 한명희(2023)에서는 우울증 대상자의 정신 상담 경험 여부 예측 모형을 추정하였으며, 이 경우 자살 생각 여부, 자살 시도 여부, 경제활동 여부, 연령, BMI, 가족형태, 의료인의 설명 이해 능력, 인지기능 저하 여부 등이 영향을 미치는 것으로 판단함

49) 보건복지부와 건강보험심사평가원은 우울증 외래진료 서비스 질 향상을 유도하고 정신건강 영역의 평가를 강화하기 위하여 2021년부터 우울증 외래 진료 서비스에 대한 적정성 평가를 실시하고 있으며, 해당 적정성평가 계획은 분과위원회 및 의료평가조정위원회 심의·의결을 거쳐 확정된 것으로, PHQ-9, HDRS 등이 우울증상 평가척도에 포함되어 있음

50) 구체적인 내용은 안제용 외(2013)에서 확인할 수 있음

가능성이 있다. 2018~2022년 지역사회건강조사 데이터에 따르면 우울감을 경험한 집단 중 상담으로 이어진 경우는 약 20% 정도이다. 상담에 대한 사회적 인식 변화가 중요하다고 사료되지만 본 사업은 사회적 인식 개선을 목표로 하지 않고 있다. 그렇다면 다른 유인으로 본 사업의 수요를 달성할 방법을 검토할 필요가 있다.

### 3. 추진 방법의 적절성

본 장에서는 사업 지원내용과 지원방법의 적절성을 살펴보기 위해 사업추진 주체 간 역할 분담 설정, 유사 사업들과의 역할 분담 및 상호 보완관계가 반영되었는지를 검토한다.

#### 가. 사업추진 방법의 적절성

본 장에서는 본 사업이 수혜대상을 고려하여 적절히 설계되었는지를 살펴본다. 수혜대상의 경우 본 사업에 참가할 유인이 사회적 낙인효과 등에 의해 왜곡될 가능성이 있기 때문에 이를 극복할 수 있는 방법이 검토될 필요가 있다.

수혜대상이 상담서비스에 참여할 때, 여러 번 참여하여야 하므로 가능하면 수혜대상의 거주지와 가까운 곳에 서비스 공급 장소가 있는지에 대한 검토가 함께 이루어져야 할 것으로 보인다.

사업의 서비스 공급자가 충분한지에 대한 자세한 검토가 부족하기 때문에 대안 및 보완책으로 기존에 운영하고 있는 정신건강센터의 자원을 활용하는 방안도 검토할 필요가 있다.

#### 나. 사업추진 주체 간 역할 구분의 명확성

본 사업에 있어 사업추진 주체의 역할 분담은 다음과 같다. 수행주체는 보건복지부, 지방자치단체, 한국사회보장정보원, 국민건강보험공단이다. 지방자치단체는 서비스(바우처) 신청 접수, 대상자 선정 및 결과 통지, 서비스 제공기관 등록 및 관리 역할을 담당한다. 서비스 제공기관은 이용자와 서비스 계약을 체결하고, 상담 서비스를 제공한다. 서비스 제공 후 이용자로부터는 서비스 비용 중 본인 부담금에 해당하는 금액을 받고, 한국사회보장정보원으로부터 본인 부담금을 제외한 서비스 비용(정부지원금)을 받는다. 지방자치단체는 보건복지부로부터 보조금을 교부받아 지방비를 매칭한 후 한국사회보장정보원에 사업비를 위

탁하며, 정부지원금은 해당 금액 내에서 지급한다. 본 사업의 주체 간 역할 구분은 상대적으로 명확하다고 사료된다.

#### 다. 유사제도와외의 정책조합 가능성

전 국민의 정신건강을 위한 사업이라는 측면에서 현재 정부가 시행하고 있는 유사제도 및 정책 중 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」(보건복지부, 2021. 1.), 「제5차 자살예방기본계획(2023~2027)」(보건복지부, 2023. 4.) 등과 연계하여 조합할 가능성을 검토할 수 있다.

「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」(보건복지부, 2021. 1.)의 추진전략 중 정신 의료 서비스의 인프라 선진화, 자살로부터 안전한 사회 구현, 정신건강정책 발전을 위한 기반 구축 등과 연관이 있으며, 「제5차 자살예방기본계획(23~27)」(보건복지부, 2023. 4.)의 자살률 감소 목적 또한, 본 사업에서 상담서비스의 구체적인 역할을 정의하여 해당 유사사업과의 연계를 도모할 수 있을 것으로 보인다.

### 4. 전달체계의 적절성

#### 가. 전달체계의 명확성 및 구체성

사업의 전달체계는 앞서 언급한 바와 같이 명확하나 구체적으로 서비스에 지원하는 양식이나 서비스 제공업체 및 정신건강센터의 역할 수행에 대해서는 보완이 필요해 보인다.

#### 나. 수혜자 접근 용이성

수혜자 중심으로 더 효과적으로 서비스에 접근할 수 있는 방안이 있는지를 검토해 본다. 수혜자 입장에서 우울 및 스트레스에 대한 경험으로 인하여 상담에 대한 유인을 스스로 가지는 경우가 가장 바람직하다고 보인다. 그러나 사회적 낙인효과 방지 및 정신건강에 대한 자가 검진의 접근성을 높이기 위해서는 정기적인 건강검진을 이루어지게 하는 등 국가 차원에서의 관리가 필요해 보인다.

#### 다. 집행기구의 적절성

앞서 언급한 사업주체 간 연결성이 명확하여 적절하다고 사료된다.

---

## V. 비용 추정의 적정성 분석

---

### 1. 전국민 마음투자 지원

본 사업비용 산정은 수혜대상을 각 연령별로 나누어 인구구조를 고려한 수요 추정 후, 제공되는 서비스의 단가를 곱한 값들을 연령별로 더하여 총 사업비용이 산정된다. 수혜대상은 사업계획을 참고하여 15세 이상의 인구 중, 우울증 진단 환자를 제외한 후, PHQ-9 우울증 검사점수가 10점 이상인 잠재적으로 우울증을 가지는 집단의 인구 분포를 추정한다. 최종 비용은 앞서 추정된 수요 분포에 부처에서 제시한 1급 유형과 2급 유형에 의하여 상담받을 확률을 각각 75.8%, 24.2%로 가정하고<sup>51)</sup> 최종 사업비용을 도출하였다.

2024년 8월 현재 사업의 진행 상황에 대한 주무부처 추가 자료 제출로 인하여 수혜대상 중 15세 미만과 일반국민의 추가 가능성에 대한 검토를 진행하였다. 일반 국민에 대한 지원 규모는 국무회의(2023. 8. 21.)를 통해 단계적으로 대상자를 확대한다는 계획을 추진 중이다. 따라서 가벼운 우울 증상을 보이는 집단인 PHQ-9 점수가 5~9점인 집단을 포함할 경우의 비용에 대한 추계를 추가하였다.

#### 가. 지원대상 규모 추정 적정성 검토

##### 1) 통계청 인구 추계 자료

2023년 12월에 공표한 「장래인구추계: 2022~2027년」(통계청, 2023. 12.)에 따라 성별 및 연령별 추계인구의 중위 시나리오를 15세 이상 인구에 대하여 성별을 구분하여 나타내면 아래 <표 V-1>과 같은 분포로 나타난다.

---

51) 「10차 질의 및 자료요청에 대한 회신」(보건복지부, 2024. 11. 26.)에 따르면 2024년 7월 사업 시행 이후 약 4.5개월간(2024. 7. 1.~2024. 11. 15.) '전국민 마음투자 지원사업' 신청자 수는 총 35,039명이고 그중 1급 유형 신청자 수는 26,565명(75.8%), 2급 유형 신청자 수는 8,474명(24.2%)으로 집계됨

〈표 V-1〉 연령별 추계인구 중위 시나리오(2024~2028년)

(단위: 명, %, 여자인구 1명당)

구분		2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
총인구		51,751,065	51,684,564	51,609,121	51,534,551	51,459,877
생산연령인구 구성비		70.2	69.5	68.8	68.3	67.6
15~64세 인구	계	36,327,585	35,912,191	35,487,854	35,183,727	34,803,739
	15~24	5,111,632	4,927,302	4,803,879	4,755,027	4,727,690
	25~49	18,298,963	18,169,053	18,054,731	17,874,333	17,653,248
	50~64	12,916,990	12,815,836	12,629,244	12,554,367	12,422,801
구성비	15~24	14.1	13.7	13.5	13.5	13.6
	25~49	50.4	50.6	50.9	50.8	50.7
	50~64	35.6	35.7	35.6	35.7	35.7
성비	15~24	108.3	108.0	107.7	107.4	107.2
	25~49	109.5	109.9	110.1	110.3	110.6
	50~64	99.8	100.1	100.4	100.6	100.6
고령인구 구성비		19.2	20.3	21.6	22.5	23.6
고령인구	65+	9,938,235	10,513,907	11,125,016	11,597,067	12,125,349
	70+	6,428,985	6,825,302	7,187,553	7,574,606	7,991,794
	75+	4,106,202	4,298,217	4,434,535	4,665,368	4,867,549
	85+	1,059,652	1,138,721	1,216,523	1,324,203	1,420,346
구성비	65+	19.2	20.3	21.6	22.5	23.6
	70+	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5
	75+	7.9	8.3	8.6	9.0	9.5
	85+	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8
성비	65+	79.0	79.6	80.3	80.8	81.6
	70+	71.8	72.7	73.5	74.4	75.3
	75+	63.8	64.7	65.3	66.2	67.0
	85+	41.6	42.5	43.5	44.9	46.1

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.

위 자료의 15~64세에 해당하는 생산가능인구 추계결과 2024년 약 3,633만명에서 2028년 약 3,480만명으로 감소할 것으로 나타난다. 반면 65세 이상에 해당하는 고령층인구 추계결과 2024년 약 994만명에서 2028년 약 1,213만명으로 증가할 것으로 나타난다. 따라서 급변하는 인구구조를 반영하기 위해, 연령에 따른 우울증 발병률 이질성을 고려한 분석을 시행할 필요가 있다.

## 2) 우울증 진단 환자 분포 자료

본 사업계획을 참고하면 수혜대상 집단은 15세 이상, PHQ-9 점수가 10점 이상인 국민 중 우울증 진단을 받은 환자를 제외한 집단으로 이해된다. 「주무부처 1차 질의대응 자료」 [별첨 3] F 상병 진료내역(보건복지부, 2023. 12.)에 2018~2022년 우울에피소드(F32), 재발성 우울장애(F33), 지속성 기분 장애(F34), 기타 기분 장애(F38), 상세불명의 기분 장애(F39), 공포성 불안장애(F40), 기타 불안장애(F41)에 해당하는 주상병인 외래진료 건에 대한 자료를 참고하면, 공포성 불안장애와 기타 불안장애를 제외한 나머지 우울증 관련 질병진단 환자 수의 현황은 <표 V-2>와 같이 나타난다.

<표 V-2> 공포성 불안장애와 기타 불안장애 제외 우울증 관련 질병진단 환자 현황

(단위: 명, %)

연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
우울증진단 총 외래 환자 수	939,744	1,014,737	1,071,979	1,162,345	1,261,428
총 인구수	51,629,512	51,779,203	51,829,136	51,738,071	51,692,272
비율	1.8	2.0	2.1	2.2	2.4

자료: 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」 [별첨 3], 2023. 12.; 통계청, 「연령 및 성별 인구(2018~2022년)」, 2023. 12.; \_\_\_\_\_, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12. 참조하여 연구진 작성

본 사업계획서의 정신건강 위험군 대상자 8만명의 산출 근거에 의하면 2020년 기준 우울증 진단을 받은 자는 약 100만명으로 산출되어 있으며 이들은 상담서비스 수혜대상에서 제외되어 있는데, 위의 수치를 참고하여도 유사한 것으로 보인다.

다만 인구구조를 함께 고려하여 사업이 진행될 2024년에 수요가 충분할지에 대한 강건성은 검토가 진행되어야 할 필요가 있으며, 근거는 다음과 같다. 첫 번째는 연령별로 취약한 정신질환이 다를 수 있으며, 두 번째는 인구구조를 고려하더라도 최근 증가하는 우울증 진단 비율로 인해 충분히 많은 숫자의 우울증 진단 환자 수가 나타날 경우 상대적으로 상담서비스의 충분한 수요가 확보되지 않을 가능성이 존재하기 때문이다.

## 3) PHQ-9 검사 결과 10점 이상인 우울위험군

본 사업계획에 따르면 2020년 국민건강영양조사 PHQ-9 10점 이상인 우울장애 유병률이 5.7%(질병관리청, 2022. 1.)에 달하고, 인구통계의 15세 이상 인구가 약 4,500만명이

것을 근거로 하면 우울위험군은 260만명으로 상정한다. 그중 위에서 언급한 우울증 진단을 받은 환자 약 100만명을 제외한 160만명이 잠재적인 정책대상자로 설정되었다.

이와 같은 부처의 주장에 대해 본 검토에서는 연령별로 우울증을 경험하는 비율이 다를 수 있다는 부분과 이와 결합된 인구구조의 변화를 추가적으로 고려하여 부처가 제시한 잠재적 정책대상자 수요의 적정성을 검토한다.

### 나. 지원대상 규모 재추정

부처에서 제시한 본 사업의 지원대상 규모는 2024년 예측된 잠재적 우울위험군 수에서 2024년 예측된 진단 환자 수의 차이에 기반한다. 부처에서 제시한 지원규모의 적절성을 검토하기 위해 본 분석에서는 잠재적 우울위험군 수와 진단 환자 수를 재추정한다.

#### 1) 우울증 진단 환자 수 재추정

본 검토에서는「주무부처 1차 질의대응 자료」 [별첨 3] F 상병 진료내역(보건복지부, 2023. 12.)을 활용하여 2024~2028년의 우울증 진단 환자 수를 재추정한다. KCD 질병코드별로 구분한 연령별 진단 환자는 다음과 같다.

〈표 V-3〉 상병코드·연령별 진단 환자 수(2018~2022년)

(단위: 명)

연도	F 코드	연령									합계
		0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80 이상	
2018년	F32	1,068	39,180	95,806	87,928	103,162	128,068	128,518	114,319	58,550	756,599
	F33	19	2,086	8,051	8,313	12,414	19,196	20,419	17,527	8,214	96,239
	F34	44	1,852	6,559	5,057	6,905	10,843	12,273	10,902	5,077	59,512
	F38	21	359	993	1,081	1,722	2,708	2,889	2,885	1,473	14,131
	F39	24	767	1,460	1,215	1,782	2,339	2,382	2,185	1,109	13,263
	소계	1,176	44,244	112,869	103,594	125,985	163,154	166,481	147,818	74,423	939,744
2019년	F32	1,311	43,457	116,000	98,878	109,879	129,155	132,358	112,573	61,360	804,971
	F33	30	2,285	9,069	8,758	12,356	18,502	21,047	16,993	8,420	97,460
	F34	259	2,729	9,370	6,543	8,740	13,355	16,152	13,958	7,217	78,323
	F38	35	549	1,270	1,517	2,103	2,918	3,267	2,821	1,524	16,004
	F39	42	1,317	2,328	1,706	2,181	2,950	3,126	2,788	1,541	17,979
	소계	1,677	50,337	138,037	117,402	135,259	166,880	175,950	149,133	80,062	1,014,737

〈표 V-3〉의 계속

(단위: 명)

연도	F 코드	연령								합계	
		0~9	10~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79		80 이상
2020년	F32	1,131	41,442	140,978	110,199	112,973	126,772	136,974	110,168	62,689	843,326
	F33	11	1,962	9,790	8,617	11,908	17,186	20,727	15,938	8,502	94,641
	F34	86	3,435	12,438	7,668	9,824	14,786	19,355	16,257	8,614	92,463
	F38	18	424	1,361	1,188	1,901	2,718	3,470	2,950	1,575	15,605
	F39	77	2,014	3,748	2,360	2,814	3,821	4,833	4,073	2,204	25,944
	소계	1,323	49,277	168,315	130,032	139,420	165,283	185,359	149,386	83,584	1,071,979
2021년	F32	1,570	50,683	166,129	131,646	126,329	130,206	145,938	108,587	65,379	926,467
	F33	18	2,233	11,185	9,240	11,881	16,717	21,234	14,960	8,611	96,079
	F34	129	3,919	13,331	7,878	9,576	13,857	19,556	15,824	9,020	93,090
	F38	31	511	1,535	1,252	1,892	2,966	3,957	3,215	1,906	17,265
	F39	95	2,833	4,158	2,631	3,041	3,901	5,510	4,519	2,756	29,444
	소계	1,843	60,179	196,338	152,647	152,719	167,647	196,195	147,105	87,672	1,162,345
2022년	F32	1,861	61,046	182,765	156,651	144,081	136,480	150,127	109,553	70,474	1,013,038
	F33	20	2,298	11,558	9,814	12,202	16,583	21,416	14,841	9,121	97,853
	F34	135	5,138	13,950	8,486	10,233	14,305	20,404	16,624	10,319	99,594
	F38	22	515	1,388	1,145	1,726	2,566	3,724	2,978	2,048	16,112
	F39	182	3,900	4,907	3,211	3,599	4,438	6,098	5,130	3,366	34,831
	소계	2,220	72,897	214,568	179,307	171,841	174,372	201,769	149,126	95,328	1,261,428

자료: 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」 [별첨 3], 2023. 12. 자료를 활용하여 연구진 작성

위의 정보에 기반하여 2024~2028년 우울증 진단 환자 수는 다음과 같은 과정을 통해서 추계한다. 먼저 연령별 우울증 진단 환자 비율을 연도별로 계산하였다. 연령별·연도별 우울증 진단 환자 비율 및 평균 증가율은 아래 표와 같다.

〈표 V-4〉 연령별·연도별 우울증 환자 비율(2018~2022년)

(단위: %)

연령 \ 연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	평균 증가율	평균 비율
0~9세	0.027	0.040	0.033	0.049	0.062	26.014	0.042
10~19세	0.879	1.033	1.045	1.303	1.582	16.209	1.168
20~29세	1.611	1.965	2.394	2.851	3.214	18.897	2.407
30~39세	1.391	1.607	1.830	2.195	2.609	17.050	1.926

〈표 V-4〉의 계속

(단위: %)

연령 \ 연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	평균 증가율	평균 비율
40~49세	1.498	1.629	1.694	1.882	2.130	9.253	1.767
50~59세	1.916	1.939	1.926	1.955	2.030	1.470	1.953
60~69세	2.844	2.846	2.800	2.773	2.756	-0.777	2.804
70~79세	4.328	4.235	4.117	4.004	3.933	-2.364	4.123
80 이상	4.462	4.441	4.343	4.265	4.312	-0.843	4.365

자료: 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」 [별첨 3] 2023. 12. 자료를 활용하여 연구진 작성

2018년부터 2022년의 기간 동안 연령별 인구 대비 우울증 진단 환자 비율은 증가하기 때문에 2023년부터 2028년까지 인구 대비 우울증 진단 환자 수가 평균 증가율만큼 증가함을 가정할 수 있다. 여기에 2024년부터 2028년까지 통계청의 장래인구추계치의 연령별 인구수를 곱하면 아래 표와 같이 연령별·연도별 우울증 환자 수를 계산할 수 있게 된다.

〈표 V-5〉 연령별·연도별 우울증 진단 환자 수 예측(2024~2028년): 평균 증가율 고려

(단위: 명)

연령 \ 연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
0~9세	3,185	3,732	4,369	5,193	6,270
10~19세	97,119	112,667	130,705	149,528	168,475
20~29세	289,486	331,462	378,100	433,558	500,245
30~39세	247,106	291,854	344,653	406,810	479,893
40~49세	199,666	214,383	231,402	249,712	268,704
50~59세	181,969	183,678	184,791	185,802	186,509
60~69세	209,481	211,184	213,176	213,856	214,058
70~79세	151,717	159,155	166,749	171,249	176,626
80 이상	101,013	104,161	105,139	110,252	115,083
우울증 진단 환자 수 예측	1,480,742	1,612,277	1,759,084	1,925,961	2,115,862

자료: 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」 [별첨 3] 2023. 12. 자료를 활용하여 연구진 작성

〈표 V-5〉의 인구구조를 고려한 우울증 환자 수 예측치는 2024년 약 148만명에 해당할 것으로 보이며 이는 사업 계획서상의 약 100만명을 훨씬 상회하는 수치로 나타난다.

다만 추계를 위해 사용한 자료의 시계열이 2018~2022년으로 짧기 때문에 F코드 환자 수의 연도별 변화가 확연한 추세가 아니라 단순한 우연일 가능성이 존재한다. 가령 우울증 환자 수가 경기변동과 같은 거시적 요소와 깊은 관련이 있는 경우 2018~2022년 시점에 우울증 환자 비율이 증가하는 추세가 이후 연도에서 지속된다고 가정하기 어렵다. 이에 〈표 V-6〉에서는 2018~2022년 시점에 관측된 연령별 우울증 진단 환자 수의 비율이 2022년 이후에도 지속된다는 가정하에 2024~2028년 연령별 우울증 진단 환자 수를 추계하였다.

〈표 V-6〉 연령별·연도별 우울증 진단 환자 수 예측(2024~2028년): 평균 비율 고려

(단위: 명)

연령 \ 연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
0~9세	1,363	1,267	1,177	1,110	1,064
10~19세	53,117	53,026	52,935	52,112	50,526
20~29세	153,374	147,702	141,706	136,665	132,623
30~39세	133,172	134,377	135,572	136,712	137,781
40~49세	138,712	136,322	134,682	133,030	131,024
50~59세	170,032	169,143	167,702	166,177	164,393
60~69세	216,471	219,940	223,754	226,227	228,214
70~79세	166,849	179,267	192,369	202,343	213,749
80 이상	103,987	108,140	110,083	116,418	122,553
우울증 진단 환자 수 예측	1,137,077	1,149,184	1,159,980	1,170,794	1,181,927

자료: 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」 [별첨 3] 2023. 12. 자료를 활용하여 연구진 작성

〈표 V-6〉의 우울증 진단 환자 수 예측에 따르면 부처가 제시한 우울증 진단 환자 100만명을 상회하는 수치가 나타난다. 다만 〈표 V-5〉에서 추정된 평균 증가율을 적용한 방법과 2024년 기준 약 34만명의 우울증 진단 환자 수 차이를 보인다.

앞의 두 가지 시나리오에서 부처의 우울증 진단 환자 수 예측 100만명은 과소추정된 것으로 사료된다. 부처의 수요 산정 방식에 따르면 우울증 진단 환자 수 예측의 과소추정은 본 사업인 상담서비스 수요의 감소로 나타나며, 본 사업 수요 불충분은 사업의 비용 적정

성에 영향을 미칠 수 있다. 이에 따라 사업 진행 방식에 대하여 심도 깊은 논의가 필요해 보인다. 또한 우울증 진단 환자를 상담서비스 대상에서 제외하는 것이 본 사업의 취지에 맞는지 검토가 필요하다. 2026년부터 사업대상이 전국민으로 확장되는 가운데, 우울증 진단 환자의 경우에도 상담서비스 치료가 필요할 수 있기 때문에 이에 대한 형평성을 고려할 필요가 있기 때문이다.

## 2) 잠재적 상담서비스 대상군(우울위험군) 재추정

본 장에서는 잠재적 상담서비스 대상을 재추정한다. 「건강검진 실시기준」[별표 1](보건복지부 고시)에 따르면 정신건강 우울증 검사 기준 PHQ-9 점수는 10점 이상일 경우 주요우울장애가 의심된다는 의견이 담겨 있으며, 「한국어판 우울증 선별도구(PHQ-9)의 표준화 연구」(안제용) 등의 전문가 의견을 수용하여 우울위험군 기준을 10점으로 설정하고, 10점 이상인 집단을 잠재적 상담 수혜 집단으로 가정한다. 분석 과정의 큰 그림을 먼저 제시하면, PHQ-9 점수가 10점 이상인 기준을 적용한 후, 각 연령별 잠재적 수혜율의 연도별 변화 추세를 평균 증가율<sup>52)</sup>로 가정하여 2024~2028년 수요 추정에 적용한다. 아래에서 구체적인 단계별 정보를 제시한다.

본 분석에 활용한 데이터는 「지역사회건강조사(2018~2022년)」 데이터이며, 해당 데이터의 기초통계량으로 각 연도별 연령별 표본 수와 우울감, 스트레스, 자살 생각, 자살 시도 경험 여부와 이로 인한 정신상담 여부를 정리하였다. 각 연도별 연령별 표본 수는 아래와 같이 나타난다.

〈표 V-7〉 지역사회건강조사(2018~2022년) 표본의 연령별 분포

(단위: 세, 명)

연령 \ 연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
15~19	2,262	2,200	2,548	2,026	1,648
20~24	10,422	10,359	11,755	10,802	9,543
25~29	10,756	10,824	11,894	11,867	11,587
30~34	11,791	11,091	10,778	11,463	11,586

52) t년의 잠재적 수혜율 대비 t+1년의 잠재적 수혜율을 잠재적 수혜율의 증가율로 정의하여, 각 증가율의 산술평균을 평균 증가율로 정의한다. 이를 적용하여 2023년 이후의 잠재적 수혜율을 산출함

〈표 V-7〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
35~39	16,444	15,621	14,515	14,270	13,220
40~44	17,048	16,195	16,211	16,654	16,666
45~49	19,857	19,716	19,713	18,882	17,685
50~54	20,151	20,482	21,398	21,154	21,201
55~59	24,371	23,689	23,183	21,920	22,165
60~64	22,735	24,375	24,462	25,712	27,043
65~69	19,876	20,566	20,575	21,816	23,505
70~74	17,986	18,538	18,018	18,517	19,509
75~79	17,854	17,653	16,608	15,536	15,861
80~84	11,130	11,760	11,419	11,865	12,858
85~89	4,445	4,701	4,888	5,273	5,911
90~94	1,004	1,131	1,121	1,291	1,546
95~99	181	178	167	175	231
총 표본 수	<b>228,313</b>	<b>229,079</b>	<b>229,253</b>	<b>229,223</b>	<b>231,765</b>

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년) 자료를 참조하여 연구진 작성

아래 〈표 V-8〉은 우울감, 스트레스, 자살 생각, 자살 시도 경험 여부와 이로 인한 정신 상담 여부에 대한 조사 결과이다. 이를 해석하면 스트레스로 인한 상담보다 우울감이 상담으로 이어지는 행태가 더 크게 관찰되는 것으로 보인다.

〈표 V-8〉 지역사회건강조사(2018~2022년) 정신건강 관련 지표

(단위: 명, %)

구분	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	
우울감	경험 여부(A)	13,268	14,071	12,839	16,332	17,558
	정신상담 여부(B)	2,683	2,999	3,061	3,732	4,044
	비율(B/A)	<b>20.2</b>	<b>21.3</b>	<b>23.8</b>	<b>22.9</b>	<b>23.0</b>
스트레스	주관적 스트레스 수준 많이 느낌(C)	53,324	50,705	50,729	50,955	47,492
	정신상담 여부(D)	4,256	4,856	5,210	5,876	6,202
	비율(D/C)	<b>8.0</b>	<b>9.6</b>	<b>10.3</b>	<b>11.5</b>	<b>13.1</b>

〈표 V-8〉의 계속

(단위: 명, %)

구분		2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
자살 생각 <sup>1)</sup>	경험 여부(E)	-	-	-	16,070	17,042
	정신상담 여부(F)	-	-	-	2,804	3,172
	비율(F/E)	-	-	-	17.4	18.6
자살 시도 <sup>2)</sup>	경험 여부(G)	-	-	-	777	757
	정신상담 여부(H)	-	-	-	380	394
	비율(H/G)	-	-	-	48.9	52.0

주: 1), 2) 자살 관련 변수는 2020~2022년에 추가됨

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사», 각 연도(2018~2022년) 자료를 참조하여 연구진 작성

아래부터는 분석 과정별로 표를 활용하여 설명한다. 분석 과정을 간단히 다시 살펴보면, PHQ-9 점수가 10점 이상인 기준을 적용한 후, 각 연령별 잠재적 수혜율의 연도별 변화 추세를 평균증가율<sup>53)</sup>로 가정하여 2024~2028년 수요 추정에 적용한다.

우선 PHQ-9 점수가 10점 이상인 기준의 각 연령별 인구 비율은 아래 〈표 V-9〉와 같이 나타난다.

〈표 V-9〉 PHQ-9 점수 10점 이상 인구 비율

(단위: %)

연령 \ 연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
15~19	2.785	3.182	2.512	2.813	3.459
20~24	3.406	3.707	3.369	3.601	4.160
25~29	3.570	3.853	3.775	4.213	4.479
30~34	3.028	3.381	3.405	3.873	4.186
35~39	2.773	2.849	2.935	3.504	3.941
40~44	2.288	2.488	2.554	2.768	3.126
45~49	2.397	2.085	2.115	2.399	3.008
50~54	2.650	2.275	2.210	2.463	2.882
55~59	2.868	2.457	2.252	2.486	2.955
60~64	3.334	2.699	2.383	2.427	2.936
65~69	3.829	3.185	2.420	2.718	3.374

53) t년의 잠재적 수혜율 대비 t+1년의 잠재적 수혜율을 잠재적 수혜율의 증가율로 정의하여 각 증가율의 산술평균을 평균 증가율로 정의하며, 이를 적용하여 2023년 이후의 잠재적 수혜율을 산출함

〈표 V-9〉의 계속

(단위: %)

연령 \ 연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
70~74	4.882	3.808	3.047	3.689	4.285
75~79	6.788	5.835	4.251	5.046	5.700
80~84	9.686	7.849	5.613	6.810	7.754
85~89	12.283	11.338	7.815	9.615	11.030
90~94	15.239	14.500	10.348	11.541	13.260
95~99	16.575	17.978	14.371	10.857	15.152

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사», 각 연도(2018~2022년) 자료를 참조하여 연구진 작성

각 연도별 PHQ-9점수 10점 이상 인구 비율 증가율과 평균 증가율을 도출하면 아래 〈표 V-10〉과 같다.

〈표 V-10〉 PHQ-9 점수 10점 이상 인구 비율 증가율 및 평균 증가율

(단위: %)

연령 \ 연도	2018~2019년	2019~2020년	2020~2021년	2021~2022년	평균 증가율
15~19	14.242	-21.059	12.010	22.937	7.033
20~24	8.827	-9.122	6.899	15.521	5.531
25~29	7.912	-2.013	11.612	6.308	5.955
30~34	11.672	0.709	13.751	8.075	8.552
35~39	2.729	3.025	19.386	12.476	9.404
40~44	8.776	2.628	8.391	12.934	8.182
45~49	-13.038	1.475	13.414	25.388	6.810
50~54	-14.144	-2.843	11.418	17.014	2.861
55~59	-14.341	-8.352	10.422	18.855	1.646
60~64	-19.033	-11.713	1.829	20.981	-1.984
65~69	-16.817	-24.003	12.303	24.118	-1.100
70~74	-21.984	-19.994	21.055	16.177	-1.186
75~79	-14.049	-27.143	18.711	12.943	-2.385
80~84	-18.965	-28.479	21.315	13.862	-3.067
85~89	-7.697	-31.072	23.032	14.719	-0.254
90~94	-4.847	-28.637	11.534	14.891	-1.765
95~99	8.464	-20.060	-24.452	39.553	0.876

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사», 각 연도(2018~2022년) 자료를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-10〉의 평균 증가율을 활용하여 2023~2028년 PHQ-9 점수 10점 이상 인구 비율의 추정치는 아래와 같이 도출된다.

〈표 V-11〉 평균 증가율을 고려한 PHQ-9 점수 10점 이상 인구 비율 추정 (단위: %)

연령 \ 연도	2023년	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
15~19	3.702	3.962	4.241	4.539	4.858	5.200
20~24	4.390	4.633	4.889	5.160	5.445	5.746
25~29	4.746	5.028	5.328	5.645	5.981	6.338
30~34	4.544	4.933	5.354	5.812	6.309	6.849
35~39	4.312	4.717	5.161	5.646	6.177	6.758
40~44	3.382	3.659	3.958	4.282	4.632	5.011
45~49	3.213	3.432	3.666	3.915	4.182	4.467
50~54	2.964	3.049	3.136	3.226	3.319	3.414
55~59	3.004	3.053	3.103	3.155	3.206	3.259
60~64	2.878	2.821	2.765	2.710	2.656	2.603
65~69	3.337	3.300	3.264	3.228	3.192	3.157
70~74	4.234	4.184	4.134	4.085	4.037	3.989
75~79	5.564	5.431	5.301	5.175	5.052	4.931
80~84	7.516	7.286	7.062	6.846	6.636	6.432
85~89	11.002	10.974	10.946	10.918	10.891	10.863
90~94	13.026	12.796	12.570	12.348	12.131	11.916

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년) 자료를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-11〉의 추정된 PHQ-9 점수 10점 이상 인구 비율을 통계청 장래인구추계의 추정치와 곱하여 결과를 도출한다. 통계청 장래인구추계에 나타난 2024~2028년 인구 추정치는 아래 〈표 V-12〉와 같이 나타난다.

〈표 V-12〉 장래인구 추정치(2024~2028년) (단위: 명)

연령 \ 연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
15~19	2,272,843	2,267,007	2,309,228	2,323,747	2,301,322
20~24	2,838,789	2,660,295	2,494,651	2,431,280	2,426,368
25~29	3,533,643	3,476,469	3,392,971	3,246,886	3,083,875

〈표 V-12〉의 계속

(단위: 명)

연령 \ 연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
30~34	3,615,767	3,670,087	3,717,056	3,685,186	3,632,729
35~39	3,297,256	3,305,481	3,320,524	3,411,604	3,519,526
40~44	4,023,556	3,851,246	3,679,608	3,488,687	3,343,046
45~49	3,828,741	3,865,770	3,944,572	4,041,970	4,074,072
50~54	4,459,873	4,367,799	4,202,152	4,057,446	3,927,373
55~59	4,246,026	4,292,571	4,384,454	4,451,091	4,489,822
60~64	4,211,091	4,155,466	4,042,638	4,045,830	4,005,606
65~69	3,509,250	3,688,605	3,937,463	4,022,461	4,133,555
70~74	2,322,783	2,527,085	2,753,018	2,919,238	3,124,245
75~79	1,723,662	1,820,534	1,912,336	1,988,025	2,059,642
80~84	1,322,888	1,338,962	1,305,676	1,343,140	1,387,561
85~89	737,630	778,346	817,041	886,264	946,008
90~94	258,561	289,611	322,117	351,115	377,656
95~99	56,005	63,135	69,231	77,612	86,041

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.

〈표 V-11〉과 〈표 V-12〉의 값을 곱하여 구한 2024~2028년 기준 PHQ-9 10점 이상 연령별·연도별 추정치는 아래 〈표 V-13〉과 같이 나타난다.

〈표 V-13〉 PHQ-9 10점 이상 평균 증가율 추세 적용 우울위험군 추계

(단위: 세, 명)

연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	
연령	15~19	90,057	96,143	104,821	112,898	119,672
	20~24	131,522	130,070	128,718	132,386	139,427
	25~29	177,689	185,224	191,540	194,208	195,441
	30~34	178,353	196,514	216,049	232,514	248,805
	35~39	155,534	170,585	187,476	210,732	237,843
	40~44	147,207	152,431	157,554	161,602	167,526
	45~49	131,397	141,702	154,437	169,027	181,972
	50~54	135,992	136,995	135,571	134,648	134,061
55~59	129,639	133,218	138,309	142,722	146,334	

〈표 V-13〉의 계속

(단위: 세, 명)

연도		2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
연령	60~64	118,783	114,888	109,551	107,462	104,283
	65~69	115,803	120,383	127,092	128,408	130,503
	70~74	97,188	104,482	112,473	117,849	124,629
	75~79	93,611	96,514	98,964	100,427	101,564
	80~84	96,381	94,560	89,381	89,126	89,250
	85~89	80,949	85,200	89,208	96,520	102,764
	90~94	33,086	36,405	39,776	42,592	45,003
	95~99	8,635	9,820	10,862	12,284	13,737
합계		<b>1,921,827</b>	<b>2,005,135</b>	<b>2,091,783</b>	<b>2,185,406</b>	<b>2,282,813</b>

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년) 자료를 참조하여 연구진 작성

본 추계 방법의 한계점은 2024~2028년 우울위험군의 비율이 선형으로 가파르게 증가한다는 점으로 PHQ-9 점수가 10점 이상인 우울위험군을 과대추정할 위험이 있다는 점이다. 특히 30~34세, 35~39세, 40~44세 연령대의 경우 평균 우울위험군 증가율이 8.2~9.4%로 나타난다. 이에 따라 2022년 우울위험군 대비 2024년의 우울위험군은 약 17~20%, 2028년에는 약 60~71%<sup>54)</sup>의 높은 증가율을 보일 것으로 추정된다. 연령별·연도별 우울위험군 비율의 2018~2022년 정보만을 사용하기 때문에 해당 기간에 우울위험군 비율이 증가하였다 하더라도 이와 같은 추세가 2022년 이후에도 지속된다고 가정하는 것은 다소 강한 가정이다. 즉 본 사업의 수혜대상을 추정하기 위한 위와 같은 추계방법은 연도별 우울위험군 추정의 최댓값으로 여길 수 있다. 따라서 해당 방법론은 우울위험군 추계 관련 최댓값을 사용하였음에도 불구하고 주무부처에서 제시한 수요가 적절하게 제시된 것인지 검토하는 데 한정해서 사용한다.

위와 같은 과대추정의 위험성을 보완하기 위하여 〈표 V-14〉에서는 2018~2022년 PHQ-9 점수가 10점 이상인 연령별 평균 인구 비율을 활용하여 2024~2028년 PHQ-9 점수가 10점 이상인 연령별 평균 인구수 추정을 시도하였다. 우선 2018~2022년 PHQ-9 점수가 10점 이상인 연령별 평균 인구 비율은 아래 표와 같다.

54)  $1.082^2 = 1.17, 1.094^2 = 1.197, 1.055^6 = 1.60, 1.094^6 = 1.71$

〈표 V-14〉 PHQ-9 점수가 10점 이상인 연령별 평균 인구 비율

(단위: 세, %)

연령 \ 연도	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	평균비율
15~19	2.785	3.182	2.512	2.813	3.459	2.950
20~24	3.406	3.707	3.369	3.601	4.160	3.649
25~29	3.570	3.853	3.775	4.213	4.479	3.978
30~34	3.028	3.381	3.405	3.873	4.186	3.575
35~39	2.773	2.849	2.935	3.504	3.941	3.200
40~44	2.288	2.488	2.554	2.768	3.126	2.645
45~49	2.397	2.085	2.115	2.399	3.008	2.401
50~54	2.650	2.275	2.210	2.463	2.882	2.496
55~59	2.868	2.457	2.252	2.486	2.955	2.604
60~64	3.334	2.699	2.383	2.427	2.936	2.756
65~69	3.829	3.185	2.420	2.718	3.374	3.105
70~74	4.882	3.808	3.047	3.689	4.285	3.942
75~79	6.788	5.835	4.251	5.046	5.700	5.524
80~84	9.686	7.849	5.613	6.810	7.754	7.542
85~89	12.283	11.338	7.815	9.615	11.030	10.416
90~94	15.239	14.500	10.348	11.541	13.260	12.978
95~99	16.575	17.978	14.371	10.857	15.152	14.986

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년) 자료를 참조하여 연구진 작성

해당 표의 마지막 열의 PHQ-9 점수가 10점 이상인 연령별 평균 인구 비율이 2024~2028년에도 동일하게 적용된다는 가정하에 2024~2028년 PHQ-9 점수가 10점 이상인 연령별 우울위험군 추정 수는 〈표 V-15〉와 같이 나타난다.

〈표 V-15〉 PHQ-9 10점 이상 연령별 평균 인구 비율 적용 우울위험군 추계

(단위: 세, 명)

연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	
연령	15~19	67,053	66,881	68,126	68,555	67,893
	20~24	103,578	97,065	91,021	88,709	88,530
	25~29	140,570	138,295	134,974	129,162	122,678
	30~34	129,252	131,194	132,873	131,733	129,858
	35~39	105,522	105,785	106,267	109,182	112,636

〈표 V-15〉의 계속

(단위: 세, 명)

연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	
연령	40~44	106,416	101,859	97,319	92,270	88,418
	45~49	91,924	92,813	94,704	97,043	97,814
	50~54	111,323	109,024	104,890	101,278	98,031
	55~59	110,550	111,762	114,154	115,889	116,898
	60~64	116,056	114,523	111,413	111,501	110,393
	65~69	108,969	114,538	122,266	124,905	128,355
	70~74	91,567	99,621	108,527	115,080	123,162
	75~79	95,215	100,566	105,637	109,818	113,774
	80~84	99,776	100,989	98,478	101,304	104,654
	85~89	76,834	81,075	85,106	92,317	98,540
	90~94	33,555	37,585	41,804	45,567	49,011
95~99	8,393	9,462	10,375	11,631	12,894	
합계	<b>1,596,552</b>	<b>1,613,036</b>	<b>1,627,935</b>	<b>1,645,944</b>	<b>1,663,537</b>	

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-16〉은 사업계획서의 잠재적 우울위험군을 선정하는 방법을 참고하여 동일한 기준을 적용한 수요를 추계한 것이다. 인구구조의 변화를 고려한다면 2024년 우울위험군(PHQ-9 점수 10점 이상)은 약 192만명에 이를 것으로 추정되어, 사업계획서상에서 제시된 260만명은 과대추계된 것으로 보인다. 또한 사업 수혜자 수요 도출에 사용된 부처의 방식(우울위험군 인구수 - 우울증 F코드 진단 환자 수)을 적용하면 2024년 사업의 잠재적 수요는 약 44만명에 그치는 것으로 나타나 부처의 잠재적 수요 160만명과 큰 괴리가 있는 것으로 나타났다.

이와 같이 지원대상 규모의 적절성 검토는 부처의 방식대로 잠재적 수요를 계산하였을 때 잠재적 수요가 과대추정되었을 가능성이 높다는 것을 보여준다. 다만 상담서비스 수혜 형평성을 고려하여 우울증 진단 환자를 잠재적 수혜대상에서 배제하는 것은 본 사업의 법령 및 정부 상위 계획 등에서 적절한 근거를 찾기 힘들며, 정량적 기준에서도 우울증 진단 환자를 수혜대상에서 배제하고 서비스 수요를 추정할 경우 본 사업의 수요가 거의 없을 수 있다는 점을 고려하여 우울위험군(PHQ-9 점수 10점 이상)을 사업 수혜자로 확대하는 것이 적절한 것으로 판단된다.

〈표 V-16〉 사업 수요 추계(평균 증가율 적용)

(단위: 명)

연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
우울위험군 (PHQ-9 점수 10점 이상)	1,921,827	2,005,135	2,091,783	2,185,406	2,282,813
우울증 F코드 진단 환자 수	1,480,742	1,612,277	1,759,084	1,925,961	2,115,862
사업 수혜자 수요 추정치 (부처 방식 적용)	441,085	392,858	332,699	259,445	166,951

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

한편 아래 표에서는 평균 증가율 대신 평균 인구 비율을 활용한 추계 방법에 따른 사업 수혜자 추계치를 제시하였다. 상술했듯이 평균 인구 비율을 적용한 연도별 우울위험군 추계치는 평균 증가율을 적용한 경우와 비교하여 모든 연도에서 작게 추정되었다. 다만 우울증 진단 환자 수 추계치에서도 평균 인구 비율을 적용하면 평균 증가율을 적용한 경우와 비교해서 작게 추계되어 최종 사업 수혜자 수요 추정치는 평균 증가율을 적용한 경우보다 모든 연도에서 많이 추정되었다. 그럼에도 불구하고 2024년 사업 수요 추정치는 45.9만명으로 부처가 제시한 160만명은 과대추계된 것으로 판단된다.

〈표 V-17〉 사업 수요 추계(평균 인구 비율 적용)

(단위: 명)

연도	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
우울위험군 (PHQ-9 점수 10점 이상)	1,596,552	1,613,036	1,627,935	1,645,944	1,663,537
우울증 F코드 진단 환자 수	1,137,077	1,149,184	1,159,980	1,170,794	1,181,927
사업 수혜자 수요 추정치 (부처 방식 적용)	459,475	463,852	467,955	475,150	481,610

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

### 3) 잠재적 상담서비스 대상 군 소결

본 검토에서는 사업계획서의 수요 추계의 근거가 되는 두 가지 주요 추정치인 우울증 진단 환자 수와 우울위험군에 해당하는 인구수를 통계청 인구추계자료의 인구구조 변화를 고려하여 재추정하였다. 본 장에서는 분석 내용을 토대로 2024~2028년 본 사업의 수요 추

계 관련 아래와 같은 두 가지 의견을 제시한다.

첫 번째는, <표 V-2>의 내용으로 미루어 보아 우울증 진단환자는 2024~2028년 시간의 흐름에 따라 증가할 것으로 판단된다. 정성적 기준에서는 상담서비스 수혜 형평성을 고려하여 우울증 진단환자를 잠재적 수혜대상에서 배제하는 것은 본 사업의 법령 및 정부 상위계획 등에서 적절한 근거를 찾기 힘들어 보인다. 정량적 기준에서도 우울증 진단 환자를 수혜대상에서 배제하고 서비스 수요를 추정할 경우 본 사업의 수요가 거의 없다는 결론에 도달한다. 따라서 우울증 진단 환자를 서비스 수요의 근거로 활용하는 것은 재고할 필요가 있다.

두 번째는, 사업계획서상의 잠재적 수혜집단 선정 기준인 PHQ-9 점수 10점을 기준으로 잠재적 수혜집단을 재추정할 경우 약 159~228만명 정도의 국민이 이에 해당할 것으로 사료된다. 만약 앞 문단에서 제시한 것처럼 우울증 진단 환자를 수혜집단에서 제외하지 않는다면 본 사업의 수혜 집단 수요는 부처 제시안의 160만명 이상을 높은 확률로 만족할 것으로 사료된다.

만약 부처 제시안과 같이 우울증 진단자를 잠재적 수혜자에서 제외하면 2024년 기준 잠재적 수혜자는 사업계획서의 약 160만명과 비교하여 현저히 낮은 수준인 약 44~46만명에 그치는 것으로 예측된다.

한편 주무부처<sup>55)</sup>는 사업계획서의 2024년의 상담서비스 수요자를 약 160만명의 5%인 8만명으로 제시하였는데 5%라는 비율의 산출근거가 부족하다. 또한 주무부처는 2025~2028년 상담서비스 가능 대상군을 각각 16만, 26만, 50만, 50만명으로 예측하였으나 이 또한 충분한 근거가 제시되지 않고 있다. 중위험군 및 고위험군의 수치 추정이 어떻게 이루어진 것인지, 특히 일반국민이 사업대상으로 포함된 2026~2028년의 경우, 사업 수행에 앞서서 수요자의 기준 및 선별 방식에 대해 면밀하게 다시 한 번 계획을 수립한 후 수행해야 할 것으로 보인다.

#### 다. 지원단가 적절성 검토

본 사업은 당초 「예비타당성조사 면제요구서」(보건복지부, 2023. 8.)에서 수혜대상 1인 기준 상담서비스 공급단가를 2024년 1회 8만원으로 설정하고 총 8회의 상담서비스를 제

---

55) 보건복지부, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」[별첨: 정신건강 위험군 대상자 8만명 산출 근거], 2023. 12. 13.

공하는 것을 계획하였다. 이후 2025~2028년 기간에는 고위험군 단가 8만원 총 10회 상담 서비스 제공, 중위험군 단가 6만원 총 8회 상담서비스 제공, 일반국민 단가 6만원 총 5회 상담서비스 제공을 계획하였다. 이후 2024년 4월 보건복지부는 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」(보건복지부, 2024. 4. 23.)을 통해 공급자에 따라 서비스 단가 차등화를 고려하였다. 1급 유형의 단가는 8만원, 2급 유형의 단가는 7만원으로 조정하고 총 서비스 횟수는 8회로 고정하였다.

총 사업비지출에 미치는 영향을 추정하기 위하여 공급되는 서비스의 비율을 추정할 필요가 있다. 또한 사업계획에서 제시한 서비스 단가 및 횟수의 근거는 무엇인지 검토가 필요하다. 특히 1회당 상담서비스 공급단가인 8만원이 현실적인가에 대한 검토가 필요하다. 왜냐하면 상담서비스 가격에 따라 서비스 질이 크게 차이가 날 수 있기 때문이다. 주무부처는 본 사업 시행 시 국가자격증 소지자인 정신건강 전문요원, 청소년상담사, 전문상담교사, 임상심리사 등과 민간에서 자격이 있는 상담 경력자 등의 공급이 충분히 이루어질 것이라는 견해를 보였으나 이에 대한 근거가 미약해 보인다.

사업계획서상에서는 상담서비스를 위해 약 5천명의 상담인력이 필요하여, 현재 정신건강 전문요원 19,000여명 중 활동하는 인원은 6,000여명에 그치기 때문에 유희인력을 활용할 수 있다고 주장한다. 다만 해당 주장이 타당하기 위해서는 유희인력을 대상으로 현재 일을 쉬고 있는 원인이 무엇인지, 그리고 상담서비스 단가인 8만원에도 충분히 일할 유인이 있는지 확인이 필요해 보인다.<sup>56)</sup> 서비스 공급이 충분할 것이라고 판단하기 위해서는 이에 대한 근거가 필요하다.

## 라. 사업비 추정

### 1) 상담서비스 수요 추정

#### 가) 연령 및 소득분위별 표본

4월에 수정된 보건복지부의 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」(보건복지부, 2024. 4. 23.)에서 본 사업은 서비스 수혜자의 소득수준별 차등 지원을 다음과 같이

---

56) 참고로 민간의 경우 1회 상담에 최소 10만원 정도의 단가가 책정되어 있으며, 평균 15만원 정도인 경우가 많다고 알려져 있음

계획하였다. 기준중위소득 대비 비율에 따른 수혜집단을 구별하여 70% 이하, 70~120%, 120~180%, 180% 초과 구간으로 총 네 집단으로 나누었으며, 집단별 서비스에 대한 본인 부담률은 각각 0%, 10%, 20%, 30%를 적용받게 된다. 이하에서는 소득 집단별 자부담률을 고려한 재정지출 부담을 검토하였다. 구체적으로 「지역사회건강조사」(질병관리청, 각 연도) 2018~2022년 자료의 소득변수와 우울증 및 스트레스 경험·상담과의 연관성에 대해 분석을 수행하였다.

〈표 V-18〉 소득분위별 우울감 및 스트레스 등 연도별 표본 비율

(단위: %)

구분	소득분위 <sup>1)</sup>	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년
소득분위별 우울감 경험	1	7.80	7.82	6.86	9.18	10.25
	2	4.74	5.28	4.84	5.94	6.24
	3	3.85	4.49	4.23	5.28	5.50
	4	4.12	4.92	4.59	5.44	5.29
소득분위별 우울감으로 인한 상담	1	21.17	21.25	24.58	22.37	22.67
	2	19.19	22.39	23.39	23.06	22.62
	3	18.29	20.17	21.11	22.47	24.36
	4	19.57	20.67	24.87	26.07	24.26
소득분위별 스트레스경험	1	22.96	20.99	20.12	20.90	19.79
	2	22.93	22.86	23.05	22.62	20.35
	3	23.74	23.34	23.96	23.53	20.97
	4	25.97	24.75	25.21	24.03	22.48
소득분위별 스트레스 상담	1	9.63	11.23	11.90	12.84	14.67
	2	6.91	8.72	9.21	10.78	12.04
	3	6.69	8.05	8.77	10.02	11.88
	4	6.97	8.45	9.81	11.58	12.40
소득분위별 PHQ-9 점수 10점 이상	1	6.24	5.39	4.28	5.09	6.27
	2	2.68	2.57	2.33	2.53	3.02
	3	2.09	2.05	1.93	2.24	2.48
	4	1.97	2.00	1.81	2.10	2.19

주: 1) 소득분위 집단 1,2,3,4는 각각 중위소득 70% 이하, 70~120%, 120~180%, 180% 초과를 의미함  
 자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

전체적으로 스트레스를 경험한다고 응답하는 비율은 고소득층이 저소득층에 비해 상대적으로 소폭 높게 나타났으나 소득에 관계없이 스트레스 경험 비율은 유사한 것으로 해석 가능한 수준으로 사료된다. 다만 스트레스 경험이 상담으로 이어지는 비율은 저소득층이 더 높은 것으로 보이는데 통계적으로 유의한 차이가 존재하는지에 대한 추가적 검증이 필요하다. 우울감의 경우는 스트레스와 다른 통계 현황을 보인다. 저소득층에서 우울감을 경험하는 비율이 타 집단과 비교하여 높은 것을 확인할 수 있다. 다만 우울감 경험이 상담으로 연결되는 비율은 소득 계층에 따라 크게 다르지 않은 것으로 나타났다. 또한 본 사업계획상 상담대상군으로 설계된 PHQ-9 지수가 10점 이상인 집단에서 저소득층이 차지하는 비율이 높은 것으로 나타난다.

소득수준별 우울증 경험에 대한 정보와 함께 우울증 경험이 상담으로 연결될 확률에 대한 정보가 제공된다면 해당 정보를 활용하여 소득수준별 상담수요를 예측할 수 있다. 지역사회건강조사에서 제공되는 데이터 변수 중 1년 내 우울증 경험으로 인한 상담확률이라는 변수를 활용하여 상담수요를 추정한다. 다만 현재 사업계획의 변동으로 PHQ-9 점수가 10점 이상인 우울증 고위험군을 대상으로 상담수요를 보는 것과 일반국민으로 확대하여 전체 표본 중 얼마나 많은 비율의 인원이 우울함으로 인해 상담을 받는지는 수요 측면에서 다르게 해석될 여지가 있다. 초기 사업계획에는 2024년은 정신건강 고위험군을 대상으로 본 사업을 시행하려는 계획을 제시하였으나, 복지부로부터 2024년 4월 이후 변경된 사업계획에서는 PHQ-9 점수가 10점 이상인 조건 외에도 정신건강복지센터, 대학교상담센터, 청소년상담복지센터 등에서 심리상담이 필요하다고 인정하는 자, 정신의료기관 등에서 우울·불안 등으로 인해 심리상담이 필요하다고 인정하는 자, 자립준비청년 및 보호연장아동, 동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업에 의뢰된 자를 모두 포함시켰기에, 본 보고서에서 초기에 검토하였던 정신건강 고위험군을 수혜대상으로 하던 사업의 성격이 일반국민 중 우울증을 경험하는 모두를 수혜대상으로 보는 것으로 판단되기에, PHQ-9 점수가 10점 이상인 집단의 1년간 상담참여 비율을 가지고 분석하기는 힘들다는 우려가 존재한다.<sup>57)</sup>

이에 본 검토에서는 우선 다음과 같은 과정을 통해 총 상담서비스 수요 예측을 시도하였다. 먼저 2018~2022년 지역사회건강조사 자료 전체를 연도별 구분 없이 소득분위·성별·연령별, PHQ-9 점수가 10점 이상인 인구 비율을 추정한 후, 통계청의 장래인구추계를 활

57) 고령화 사회로의 전환에 따라 상대적으로 복지재정지출이 급증하고 있는 현재, 고위험군을 제외한 일반 국민 우울증 경험자에게 상담서비스를 국비 지원을 받아 제공하는 본 제도의 시급성에 대해 국민들에게 잘 설명할 필요가 있음

용하여 2024~2028년 각 연도별 잠재적 수요자를 예측한다. 연도별 구분 없이 전체 정보를 활용한 이유는 지역사회건강조사 데이터를 활용하여 중앙정부 및 지자체의 재정지출 부담을 검토할 경우, 활용 가능한 데이터의 시계열이 짧아 연도별 증가율을 고려한 수요 추정치에 대한 통계적 신뢰성이 부족하기 때문에, 이를 고려해 보수적으로 접근하여 2018~2022년 지역사회건강조사에서 나타나는 소득, 스트레스, 우울감, 상담, PHQ-9점수 10점 이상 등 주요 변수들의 평균적인 인구 비율을 주요 통계량으로 활용하였다.

본 장의 재정추계 방법은 다음과 같은 과정을 따른다. 첫 번째로 연령 및 소득분위별 PHQ-9 점수가 10점 이상인 비율을 조사한다. 해당 비율은 잠재적인 사업 수혜자의 비율이다. 두 번째는 잠재적 사업 수혜자 비율에 통계청 장래인구비율을 곱하여 평균 잠재적 수혜자를 연령 및 소득분위별로 도출한다. 세 번째는 잠재적 수혜자인 우울증을 겪고 있는 국민(PHQ-9 점수가 10점 이상) 중 상담비율(실제 상담서비스로 이어지는 비율)을 곱하여 실제 본 사업 수혜자 수요를 추정한다. 마지막으로 연령 및 소득분위별 평균적인 실제 사업 수혜자 수에 부처 자료의 자부담률과 국고 및 지자체 부담률을 적용하여 재정추계를 실시한다.

앞서 지원대상 규모의 적절성 검토에서 우울위험군 비율의 연도별 추세를 고려한 방법은 잠재적 수요 예측치의 최댓값을 확인하기 위해 사용되었으나, 우울위험군 비율의 평균증가율과 우울위험군 비율을 곱하는 방식은 2022년에서 상대적으로 먼 시점, 가령 2028년의 우울위험군 비율을 과잉 추계할 가능성이 높다. 우울위험군 비율의 평균 증가율은 해당 기간 동안 정신건강에 일시적인 사회적 충격으로 인한 변화로 해석되는데, 동일한 충격이 2028년까지 지속될 것이라고 가정하기 힘들다. 이에 본 분석에서는 2018~2022년의 평균 우울위험군 비율을 활용하기로 한다. 특히 추세를 판단할 데이터의 연도가 5년치밖에 되지 않아 정확한 추세를 추정하기에는 통계적으로 신뢰도가 낮아 우울위험군 비율의 산술평균을 활용하는 것이 합리적이라 판단된다.

다음으로 주무부처는 일반국민을 대상으로 사업을 확대할 것을 계획하고 있지만 일반국민 중 누가 해당 서비스를 받을지 명확하지 않고<sup>58)</sup> 또한 본 사업의 목적이 우울·불안 등 정서적 어려움이 있는 국민에게 심리상담서비스를 제공하는 것을 고려해 본 분석에서는 PHQ-9가 10점 이상인 국민을 잠재적 수혜자로 설정하였다. 또한 우울증 진단을 받은 환

---

58) 이와 관련 최종적으로 사업계획을 구체화하면 해당 부분을 고려한 사업대상자 수의 재추정 그리고 비용 제고의 여지가 있어 보임

자들도 상담서비스 대상이 될 수 있음을 고려하여 우울증 진단 환자를 사업대상에서 제외하지 않았다.

다음으로 상담서비스 수요를 도출하기 위하여 필요한 값은 연도별 우울증 경험을 한 개인의 상담서비스 경험률이다. 만약 해당 값을 데이터를 활용하여 도출할 수 있다면, 앞서 추정된 PHQ-9 점수가 10점 이상인 국민들을 대상으로 매년 해당 상담률을 곱하여 전국민을 대상으로한 총 상담서비스 수요가 추정 가능해진다. 다만, 추정되는 총 상담서비스 수요 중 일정 비율은 본 서비스를 활용하기보다는 본인이 기존에 활용하던 서비스를 활용할 수 있으며, 본 사업의 상담서비스가 무료, 혹은 할인된 가격에 시행된다는 점을 고려하기 힘들기 때문에 총 상담서비스 수요의 상방 값과 현재 진행 중인 전국민 마음건강 투자사업 현황을 고려하여 재정추계를 진행한다. 최종 검토안은 사업의 불확실성을 반영하여 두 가지 검토안을 제시한다.

한편 사업계획 기준 상담서비스 횟수는 8회, 서비스 이용 자부담률 등은 보건복지부에서 4월에 보완한 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」(보건복지부, 2024. 4. 23.)의 내용을 적용하였다. 참고로 본 검토에서 수행한 수요 예측은 다음과 같은 가정에 기반하고 있다.

(가정1) 연령 및 중위소득 분위에 따른 PHQ-9 점수가 10점 이상일 확률은 연도별로 동일하다. (가정2) 상담서비스 수요자가 본 사업에 지원할 확률은 연령, 소득정도 등과 독립적이며, PHQ-9 점수가 10점 이상이며 1년 이내 상담을 경험할 확률에 의존한다.
---

여기서 (가정1)은 PHQ-9 점수가 10점 이상인 우울위험군의 연령별 중위소득별 이질성을 고려하기 위해서는 최대한 많은 관측치를 확보하는 것이 필요하기 때문이며 (가정2)는 실제 전국민 마음투자 사업의 현황을 관측하여 총 상담서비스 수요자 중 얼마나 많은 비율의 수요자가 신청하였는지 분석에 활용하기 위함이다. 최종적으로는 해당 서비스 신청 수요와 서비스 공급 가격을 활용하여 재정지출 비용을 확정하게 된다. (가정1)은 연령 및 소득분위별 PHQ-9 점수가 10점 이상인 인구 비율을 계산하기 위함이며, 이를 위하여 지역사회건강조사 2018~2022년 데이터 표본<sup>59)</sup>을 앞서 언급한 기준중위소득 대비 70% 이하,

59) 기준중위소득 관련 자료를 활용한 <표 V-19>~<표 V-30>는 2018~2024년 지역사회건강조사 표본 중 가구원 수가 7인 이하인 가구만을 대상으로 선정하여 구성함

70~120%, 120~180%, 180% 초과 구간으로 총 네 집단으로 구분하는 작업을 실시하였다. <표 V-19>~<표 V-23>는 각 연도별 연령 및 소득 분포를 나타낸 것이며, <표 V-24>는 모든 연도 정보의 총합을 나타낸 것이다.

〈표 V-19〉 2018년 연령 및 소득분위 표본 분포

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	739	821	496	201	2,257
20~24	3,141	3,789	2,486	987	10,403
25~29	2,352	3,631	3,261	1,496	10,740
30~34	2,668	4,209	3,288	1,603	11,768
35~39	4,123	6,465	4,000	1,803	16,391
40~44	4,356	6,916	3,998	1,736	17,006
45~49	5,039	7,207	5,052	2,521	19,819
50~54	5,066	6,674	5,422	2,975	20,137
55~59	7,067	8,309	5,872	3,098	24,346
60~64	8,995	8,214	3,954	1,548	22,711
65~69	11,342	5,936	1,942	634	19,854
70~74	12,601	3,896	1,136	328	17,961
75~79	14,385	2,601	656	194	17,836
80~84	9,214	1,425	356	126	11,121
85~89	3,644	563	166	67	4,440
90~94	801	145	38	20	1,004
95~99	132	33	9	5	179
합계	95,665	70,834	42,132	19,342	227,973

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2018.을 참조하여 연구진 작성

〈표 V-20〉 2019년 연령 및 소득분위 표본 분포

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	654	825	493	218	2,190
20~24	2,885	3,706	2,569	1,182	10,342
25~29	2,155	3,564	3,290	1,800	10,809
30~34	2,273	3,834	3,176	1,774	11,057

〈표 V-20〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
35~39	3,473	6,154	3,937	1,986	15,550
40~44	3,682	6,413	4,036	1,992	16,123
45~49	4,560	6,901	5,298	2,906	19,665
50~54	4,930	6,349	5,554	3,622	20,455
55~59	7,055	6,964	6,065	3,585	23,669
60~64	10,427	7,109	4,773	2,013	24,322
65~69	13,566	3,278	1,257	410	18,511
70~74	13,566	3,278	1,257	410	18,511
75~79	14,442	2,169	761	260	17,632
80~84	9,838	1,299	459	157	11,753
85~89	3,877	542	195	82	4,696
90~94	905	149	55	22	1,131
95~99	147	21	8	2	178
합계	98,435	62,555	43,183	22,421	226,594

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2019.을 참조하여 연구진 작성

〈표 V-21〉 2020년 연령 및 소득분위 표본 분포

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	809	901	605	224	2539
20~24	3,493	4,135	2,925	1,178	11,731
25~29	2,666	3,854	3,564	1,791	11,875
30~34	2,375	3,559	3,049	1,768	10,751
35~39	3,476	5,561	3,602	1,830	14,469
40~44	4,107	6,183	4,048	1,822	16,160
45~49	5,112	6,829	5,116	2,609	19,666
50~54	5,838	6,608	5,545	3,377	21,368
55~59	7,478	6,936	5,445	3,309	23,168
60~64	11,147	7,293	4,061	1,927	24,428
65~69	12,678	5,024	2,068	783	20,553
70~74	13,445	3,143	1,046	366	18,000

〈표 V-21〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
75~79	13,758	2,019	615	200	16,592
80~84	9,709	1,202	386	115	11,412
85~89	4,095	520	194	77	4,886
90~94	950	111	43	16	1,120
95~99	135	27	4	1	167
합계	101,271	63,905	42,316	21,393	228,885

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2020.을 참조하여 연구진 작성

〈표 V-22〉 2021년 연령 및 소득분위 표본 분포

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	655	684	507	171	2,017
20~24	3,096	3,581	2,942	1,164	10,783
25~29	2,380	3,572	3,940	1,961	11,853
30~34	2,247	3,491	3,682	2,029	11,449
35~39	3,110	5,080	4,020	2,045	14,255
40~44	3,812	6,051	4,507	2,251	16,621
45~49	4,393	6,271	5,353	2,833	18,850
50~54	5,244	6,279	5,985	3,621	21,129
55~59	6,398	6,303	5,757	3,446	21,904
60~64	10,822	7,627	5,042	2,205	25,696
65~69	12,880	5,603	2,406	919	21,808
70~74	13,533	3,383	1,186	395	18,497
75~79	12,586	2,055	651	233	15,525
80~84	10,010	1,242	455	156	11,863
85~89	4,367	613	216	74	5,270
90~94	1,045	158	64	23	1,290
95~99	144	19	7	5	175
합계	96,722	62,012	46,720	23,531	228,985

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2021.을 참조하여 연구진 작성

〈표 V-23〉 2022년 연령 및 소득분위 표본 분포

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	446	688	346	167	1,647
20~24	2,495	3,782	2,188	1,067	9,532
25~29	1,916	3,993	3,592	2,076	11,577
30~34	1,846	3,928	3,507	2,295	11,576
35~39	2,530	5,192	3,341	2,137	13,200
40~44	3,359	6,728	4,041	2,509	16,637
45~49	3,702	6,746	4,360	2,862	17,670
50~54	4,344	7,208	5,546	4,094	21,192
55~59	5,380	7,369	5,460	3,945	22,154
60~64	9,915	8,919	5,437	2,760	27,031
65~69	12,518	6,851	2,959	1,159	23,487
70~74	13,476	4,230	1,318	474	19,498
75~79	12,460	2,389	753	253	15,855
80~84	10,682	1,517	475	177	12,851
85~89	4,875	746	208	82	5,911
90~94	1,237	219	65	25	1,546
95~99	180	34	14	3	231
합계	91,361	70,539	43,610	26,085	231,595

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2022.을 참조하여 연구진 작성

〈표 V-24〉 2018~2022년 연령 및 소득분위별 표본 총합

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	3,303	3,919	2,447	981	10,650
20~24	15,110	18,993	13,110	5,578	52,791
25~29	11,469	18,614	17,647	9,124	56,854
30~34	11,409	19,021	16,702	9,469	56,601
35~39	16,712	28,452	18,900	9,801	73,865
40~44	19,316	32,291	20,630	10,310	82,547
45~49	22,806	33,954	25,179	13,731	95,670

〈표 V-24〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
50~54	25,422	33,118	28,052	17,689	104,281
55~59	33,378	35,881	28,599	17,383	115,241
60~64	51,306	39,162	23,267	10,453	124,188
65~69	62,984	26,692	10,632	3,905	104,213
70~74	66,621	17,930	5,943	1,973	92,467
75~79	67,631	11,233	3,436	1,140	83,440
80~84	49,453	6,685	2,131	731	59,000
85~89	20,858	2,984	979	382	25,203
90~94	4,938	782	265	106	6,091
95~99	738	134	42	16	930
합계	483,454	329,845	217,961	112,772	1,144,032

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

위의 표들은 소득분위별 인구구조에 대한 표본 수를 정리한 것으로 지역사회건강조사 표본의 연령 및 소득분위 분포를 알 수 있다. 소득분위 기준으로 분류된 표본들 중 PHQ-9 점수가 10점 이상인 표본의 수를 아래의 표와 같이 정리하였다. 다음으로 〈표 V-25〉부터 〈표 V-29〉에서는 2018~2022년 각 연도별 PHQ-9 점수가 10점 이상인 표본 수를 나타낸 것이며, 〈표 V-30〉에서는 2018~2022년 5개 연도의 표본 수를 합친 정보를 정리하였다.

〈표 V-25〉 2018년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	21	22	14	5	62
20~24	125	126	74	30	355
25~29	98	141	110	35	384
30~34	97	138	90	31	356
35~39	162	160	92	40	454
40~44	158	129	77	24	388

〈표 V-25〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
45~49	233	126	73	43	475
50~54	294	128	75	35	532
55~59	392	179	75	53	699
60~64	488	181	60	27	756
65~69	557	150	41	12	760
70~74	714	124	25	14	877
75~79	1,062	118	22	10	1,212
80~84	945	100	24	9	1,078
85~89	470	51	17	6	544
90~94	124	19	7	3	153
95~99	24	6	0	0	30
합계	5,964	1,898	876	377	9,115

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2018.을 참조하여 연구진 작성

〈표 V-26〉 2019년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	25	20	13	12	70
20~24	136	127	87	34	384
25~29	122	132	102	60	416
30~34	104	129	82	57	372
35~39	152	151	89	50	442
40~44	153	127	74	48	402
45~49	180	116	74	40	410
50~54	232	114	73	46	465
55~59	346	123	84	29	582
60~64	439	128	67	23	657
65~69	501	104	37	13	655
70~74	584	90	24	8	706
75~79	906	88	27	9	1,030

〈표 V-26〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령	중위소득				
	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
80~84	805	84	27	7	923
85~89	462	51	14	5	532
90~94	137	16	8	3	164
95~99	24	6	1	1	32
합계	5,308	1,606	883	445	8,242

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2019.을 참조하여 연구진 작성

〈표 V-27〉 2020년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본

(단위: 세, 명)

연령	중위소득				
	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	27	23	8	6	64
20~24	138	136	87	34	395
25~29	139	152	104	53	448
30~34	111	126	80	50	367
35~39	132	160	87	45	424
40~44	180	113	79	42	414
45~49	193	112	79	31	415
50~54	233	127	74	39	473
55~59	286	129	69	37	521
60~64	409	101	56	16	582
65~69	387	76	24	11	498
70~74	463	63	16	7	549
75~79	621	65	17	2	705
80~84	567	53	17	4	641
85~89	330	37	11	4	382
90~94	99	10	4	3	116
95~99	20	4	0	0	24
합계	4,335	1,487	812	384	7,018

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2020.을 참조하여 연구진 작성

〈표 V-28〉 2021년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	23	20	9	5	57
20~24	120	138	85	45	388
25~29	149	140	145	64	498
30~34	139	130	118	55	442
35~39	154	156	126	62	498
40~44	160	141	97	61	459
45~49	170	126	107	49	452
50~54	255	135	84	46	520
55~59	306	113	79	45	543
60~64	437	107	60	20	624
65~69	459	92	34	8	593
70~74	566	84	25	8	683
75~79	702	52	26	4	784
80~84	708	69	25	5	807
85~89	431	53	16	7	507
90~94	127	9	8	5	149
95~99	15	3	1	0	19
합계	4,921	1,568	1,045	489	8,023

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2021.을 참조하여 연구진 작성

〈표 V-29〉 2022년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	20	23	11	3	57
20~24	121	158	80	37	396
25~29	126	185	138	70	519
30~34	119	179	121	66	485
35~39	153	171	118	77	519
40~44	183	173	110	54	520
45~49	228	159	81	64	532
50~54	263	181	107	59	610
55~59	339	159	92	63	653

〈표 V-29〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령	중위소득				
	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
60~64	525	169	73	27	794
65~69	590	146	46	11	793
70~74	686	119	24	7	836
75~79	768	99	33	4	904
80~84	866	96	22	12	996
85~89	549	80	17	6	652
90~94	162	31	6	6	205
95~99	30	3	0	2	35
합계	5,728	2,131	1,079	568	9,506

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2022.을 참조하여 연구진 작성

〈표 V-30〉 2018~2022년 소득분위별 PHQ-9 10점 이상 표본 총합

(단위: 세, 명)

연령	중위소득				
	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	116	108	55	31	310
20~24	640	685	413	180	1918
25~29	634	750	599	282	2265
30~34	570	702	491	259	2022
35~39	753	798	512	274	2337
40~44	834	683	437	229	2183
45~49	1,004	639	414	227	2284
50~54	1,277	685	413	225	2600
55~59	1,669	703	399	227	2998
60~64	2,298	686	316	113	3413
65~69	2,494	568	182	55	3299
70~74	3,013	480	114	44	3651
75~79	4,059	422	125	29	4635
80~84	3,891	402	115	37	4445
85~89	2,242	272	75	28	2617
90~94	649	85	33	20	787
95~99	113	22	2	3	140
합계	26,256	8,690	4,695	2,263	41,904

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-24〉의 각 셀의 표본들 중에서 PHQ-9 점수가 10점 이상인 표본의 수가 〈표 V-30〉의 각 셀에 제시되었다. 연령별 소득분위별 PHQ-9 점수가 10점 이상인 인구 비율, 즉 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 비율은 〈표 V-30〉의 각 셀의 표본 수를 〈표 V-24〉의 각 셀의 표본 수로 나눈 값으로 나타난다. 〈표 V-31〉은 연령 및 소득분위별 PHQ-9 점수가 10점 이상인 표본 비율을 제시하였다.

〈표 V-31〉 연령 및 소득분위별 PHQ-9 점수가 10점 이상인 표본 비율

(단위: 세, %)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과
15~19	3.51	2.76	2.25	3.16
20~24	4.24	3.61	3.15	3.23
25~29	5.53	4.03	3.39	3.09
30~34	5.00	3.69	2.94	2.74
35~39	4.51	2.80	2.71	2.80
40~44	4.32	2.12	2.12	2.22
45~49	4.40	1.88	1.64	1.65
50~54	5.02	2.07	1.47	1.27
55~59	5.00	1.96	1.40	1.31
60~64	4.48	1.75	1.36	1.08
65~69	3.96	2.13	1.71	1.41
70~74	4.52	2.68	1.92	2.23
75~79	6.00	3.76	3.64	2.54
80~84	7.87	6.01	5.40	5.06
85~89	10.75	9.12	7.66	7.33
90~94	13.14	10.87	12.45	18.87
95~99	15.31	16.42	4.76	18.75

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 2018~2022년 자료의 모든 표본을 대상으로 분석 및 연구진 작성

#### 나) 2024~2028년 연령별 소득분위별 상담서비스 수요 추정

한편 〈표 V-24〉의 연령별 소득분위별 표본 수 정보를 활용하여 아래와 같이 연령 및 소득분위에 따른 인구 비율을 계산할 수 있는데 계산 결과는 〈표 V-32〉에 제시하였다.

〈표 V-32〉 연령별 소득분위 비율 추정치(2018~2022년 사용)

(단위: 세, %)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과
15~19	31.014	36.798	22.977	9.211
20~24	28.622	35.978	24.834	10.566
25~29	20.173	32.740	31.039	16.048
30~34	20.157	33.605	29.508	16.729
35~39	22.625	38.519	25.587	13.269
40~44	23.400	39.118	24.992	12.490
45~49	23.838	35.491	26.319	14.352
50~54	24.378	31.758	26.900	16.963
55~59	28.964	31.136	24.817	15.084
60~64	41.313	31.534	18.735	8.417
65~69	60.438	25.613	10.202	3.747
70~74	72.048	19.391	6.427	2.134
75~79	81.053	13.462	4.118	1.366
80~84	83.819	11.331	3.612	1.239
85~89	82.760	11.840	3.884	1.516
90~94	81.070	12.839	4.351	1.740
95~99	79.355	14.409	4.516	1.720

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-12〉의 통계청 장래인구추계의 연령별 인구추정치에 〈표 V-32〉의 연령별 소득분위 인구 비율을 활용하여 2024~2028년 각 연도별 소득분위별 인구수를 추정한다.

〈표 V-33〉 2024년 연령별 소득분위별 인구수 추정치

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	704,901	836,364	522,220	209,358	2,272,843
20~24	812,527	1,021,332	704,979	299,952	2,838,789
25~29	712,832	1,156,915	1,096,813	567,083	3,533,643
30~34	728,826	1,215,093	1,066,952	604,896	3,615,767
35~39	746,006	1,270,067	843,676	437,506	3,297,256

〈표 V-33〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
40~44	941,512	1,573,948	1,005,560	502,536	4,023,556
45~49	912,703	1,358,849	1,007,671	549,519	3,828,741
50~54	1,087,244	1,416,385	1,199,723	756,520	4,459,873
55~59	1,229,804	1,322,027	1,053,723	640,472	4,246,026
60~64	1,739,735	1,327,944	788,961	354,451	4,211,091
65~69	2,120,912	898,822	358,020	131,496	3,509,250
70~74	1,673,528	450,404	149,289	49,562	2,322,783
75~79	1,397,088	232,046	70,979	23,550	1,723,662
80~84	1,108,827	149,890	47,781	16,390	1,322,888
85~89	610,463	87,334	28,653	11,180	737,630
90~94	209,617	33,196	11,249	4,500	258,561
95~99	44,443	8,070	2,529	964	56,005
합계	16,780,967	14,358,684	9,958,778	5,159,935	46,258,364

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-34〉 2025년 연령별 소득분위별 인구수 추정치

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	703,091	834,216	520,879	208,820	2,267,007
20~24	761,438	957,114	660,652	281,092	2,660,295
25~29	701,298	1,138,196	1,079,067	557,908	3,476,469
30~34	739,775	1,233,348	1,082,981	613,983	3,670,087
35~39	747,867	1,273,236	845,781	438,598	3,305,481
40~44	901,192	1,506,543	962,497	481,015	3,851,246
45~49	921,530	1,371,991	1,017,416	554,833	3,865,770
50~54	1,064,798	1,387,144	1,174,955	740,902	4,367,799
55~59	1,243,285	1,336,519	1,065,274	647,493	4,292,571
60~64	1,716,755	1,310,403	778,539	349,769	4,155,466
65~69	2,229,310	944,760	376,318	138,217	3,688,605
70~74	1,820,724	490,020	162,420	53,921	2,527,085

〈표 V-34〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
75~79	1,475,606	245,087	74,968	24,873	1,820,534
80~84	1,122,300	151,711	48,361	16,590	1,338,962
85~89	644,159	92,155	30,235	11,797	778,346
90~94	234,789	37,182	12,600	5,040	289,611
95~99	50,101	9,097	2,851	1,086	63,135
합계	17,078,018	14,318,720	9,895,794	5,125,937	46,418,469

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-35〉 2026년 연령별 소득분위별 인구수 추정치

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	716,186	849,753	530,580	212,709	2,309,228
20~24	714,027	897,519	619,516	263,590	2,494,651
25~29	684,455	1,110,859	1,053,149	544,508	3,392,971
30~34	749,243	1,249,132	1,096,841	621,841	3,717,056
35~39	751,271	1,279,030	849,630	440,594	3,320,524
40~44	861,028	1,439,401	919,601	459,578	3,679,608
45~49	940,315	1,399,958	1,038,156	566,143	3,944,572
50~54	1,024,416	1,334,537	1,130,395	712,804	4,202,152
55~59	1,269,898	1,365,127	1,088,076	661,353	4,384,454
60~64	1,670,142	1,274,824	757,401	340,272	4,042,638
65~69	2,379,714	1,008,500	401,707	147,542	3,937,463
70~74	1,983,506	533,830	176,941	58,742	2,753,018
75~79	1,550,014	257,446	78,749	26,127	1,912,336
80~84	1,094,400	147,940	47,159	16,177	1,305,676
85~89	676,183	96,737	31,738	12,384	817,041
90~94	261,142	41,355	14,014	5,606	322,117
95~99	54,938	9,975	3,127	1,191	69,231
합계	17,380,876	14,295,920	9,836,780	5,091,160	46,604,736

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-36〉 2027년 연령별 소득분위별 인구수 추정치

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	720,689	855,095	533,916	214,047	2,323,747
20~24	695,888	874,719	603,779	256,894	2,431,280
25~29	654,985	1,063,030	1,007,806	521,064	3,246,886
30~34	742,819	1,238,422	1,087,436	616,509	3,685,186
35~39	771,877	1,314,113	872,935	452,679	3,411,604
40~44	816,353	1,364,716	871,886	435,732	3,488,687
45~49	963,533	1,434,525	1,063,790	580,122	4,041,970
50~54	989,139	1,288,581	1,091,469	688,257	4,057,446
55~59	1,289,198	1,385,875	1,104,613	671,404	4,451,091
60~64	1,671,461	1,275,830	757,999	340,541	4,045,830
65~69	2,431,085	1,030,270	410,379	150,727	4,022,461
70~74	2,103,264	566,061	187,624	62,289	2,919,238
75~79	1,611,363	267,635	81,865	27,161	1,988,025
80~84	1,125,802	152,185	48,512	16,641	1,343,140
85~89	733,472	104,932	34,427	13,433	886,264
90~94	284,650	45,078	15,276	6,110	351,115
95~99	61,589	11,183	3,505	1,335	77,612
합계	17,667,168	14,272,251	9,777,217	5,054,946	46,771,582

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-37〉 2028년 연령별 소득분위별 인구수 추정치

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	713,734	846,843	528,764	211,981	2,301,322
20~24	694,482	872,952	602,559	256,375	2,426,368
25~29	622,102	1,009,661	957,209	494,904	3,083,875
30~34	732,245	1,220,794	1,071,957	607,733	3,632,729
35~39	796,295	1,355,683	900,549	466,999	3,519,526
40~44	782,273	1,307,743	835,488	417,542	3,343,046
45~49	971,185	1,445,919	1,072,239	584,730	4,074,072

〈표 V-37〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
50~54	957,429	1,247,272	1,056,479	666,193	3,927,373
55~59	1,300,416	1,397,934	1,114,225	677,247	4,489,822
60~64	1,654,843	1,263,146	750,462	337,155	4,005,606
65~69	2,498,228	1,058,724	421,713	154,890	4,133,555
70~74	2,250,969	605,813	200,800	66,663	3,124,245
75~79	1,669,411	277,277	84,815	28,140	2,059,642
80~84	1,163,035	157,218	50,117	17,192	1,387,561
85~89	782,916	112,006	36,747	14,339	946,008
90~94	306,167	48,486	16,431	6,572	377,656
95~99	68,278	12,397	3,886	1,480	86,041
합계	17,964,008	14,239,867	9,704,438	5,010,133	46,918,447

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

위의 〈표 V-33〉부터 〈표 V-37〉에서는 2024년부터 2028년까지 연령 및 소득분위별 인구수 추정치를 제시하였다. 다음으로 연령별 소득분위별 PHQ-9 점수가 10점 이상인 인구수(잠재적 사업수혜 인구수)의 추정이 필요한데, 해당 추정치는 특정 셀(연령·소득분위)의 추정 인구수와 〈표 V-31〉의 특정 셀(연령·소득분위)의 PHQ-9 점수가 10점 이상인 비율을 곱하였다. 해당 과정을 통해 〈표 V-38〉부터 〈표 V-42〉는 연도별로 연령별 및 소득분위별 PHQ-9 점수 10점 이상 인구수 추정치를 제시하였다.

〈표 V-38〉 2024년 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 인구수 추정치

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	24,756	23,049	11,738	6,616	66,158
20~24	34,415	36,835	22,209	9,679	103,139
25~29	39,405	46,615	37,230	17,527	140,776
30~34	36,413	44,845	31,366	16,545	129,169
35~39	33,613	35,622	22,855	12,231	104,321
40~44	40,651	33,291	21,301	11,162	106,405

〈표 V-38〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
45~49	40,180	25,573	16,568	9,085	91,406
50~54	54,615	29,296	17,663	9,623	111,196
55~59	61,494	25,902	14,701	8,364	110,461
60~64	77,923	23,262	10,715	3,832	115,731
65~69	83,983	19,127	6,129	1,852	111,090
70~74	75,687	12,058	2,864	1,105	91,714
75~79	83,849	8,717	2,582	599	95,748
80~84	87,243	9,014	2,579	830	99,665
85~89	65,618	7,961	2,195	819	76,593
90~94	27,550	3,608	1,401	849	33,408
95~99	6,805	1,325	120	181	8,431
합계	874,199	386,098	224,215	110,899	1,595,411

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-39〉 2025년 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 인구수 추정치

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	24,692	22,989	11,708	6,599	65,988
20~24	32,251	34,519	20,812	9,071	96,654
25~29	38,767	45,860	36,627	17,244	138,499
30~34	36,960	45,519	31,837	16,794	131,109
35~39	33,697	35,711	22,912	12,262	104,581
40~44	38,910	31,865	20,388	10,684	101,848
45~49	40,569	25,820	16,729	9,172	92,290
50~54	53,487	28,691	17,298	9,424	108,901
55~59	62,168	26,186	14,862	8,455	111,671
60~64	76,894	22,954	10,574	3,781	114,203
65~69	88,275	20,104	6,442	1,947	116,768
70~74	82,344	13,118	3,116	1,203	99,780
75~79	88,561	9,207	2,727	633	101,129

〈표 V-39〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
80~84	88,303	9,123	2,610	840	100,876
85~89	69,240	8,400	2,316	865	80,821
90~94	30,858	4,042	1,569	951	37,420
95~99	7,671	1,494	136	204	9,504
합계	893,649	385,604	222,663	110,127	1,612,042

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-40〉 2026년 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 인구수 추정치

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	25,152	23,418	11,926	6,722	67,217
20~24	30,243	32,370	19,516	8,506	90,636
25~29	37,836	44,759	35,748	16,829	135,172
30~34	37,433	46,101	32,245	17,009	132,787
35~39	33,850	35,873	23,016	12,317	105,057
40~44	37,176	30,445	19,480	10,208	97,309
45~49	41,396	26,347	17,070	9,359	94,172
50~54	51,459	27,603	16,642	9,067	104,771
55~59	63,499	26,746	15,180	8,636	114,062
60~64	74,806	22,331	10,287	3,678	111,102
65~69	94,230	21,461	6,876	2,078	124,646
70~74	89,706	14,291	3,394	1,310	108,701
75~79	93,027	9,672	2,865	665	106,228
80~84	86,108	8,896	2,545	819	98,368
85~89	72,682	8,818	2,431	908	84,839
90~94	34,322	4,495	1,745	1,058	41,620
95~99	8,412	1,638	149	223	10,422
합계	911,337	385,264	221,115	109,392	1,627,108

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-41〉 2027년 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 인구수 추정치

(단위: 세, 명)

연령	중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19		25,310	23,565	12,001	6,764	67,640
20~24		29,475	31,548	19,021	8,290	88,333
25~29		36,207	42,832	34,208	16,105	129,352
30~34		37,112	45,706	31,968	16,863	131,649
35~39		34,779	36,857	23,648	12,655	107,939
40~44		35,247	28,866	18,469	9,678	92,260
45~49		42,418	26,997	17,491	9,591	96,497
50~54		49,687	26,653	16,069	8,754	101,163
55~59		64,464	27,153	15,411	8,768	115,795
60~64		74,865	22,349	10,295	3,681	111,190
65~69		96,265	21,924	7,025	2,123	127,336
70~74		95,122	15,154	3,599	1,389	115,264
75~79		96,709	10,054	2,978	691	110,433
80~84		88,579	9,152	2,618	842	101,191
85~89		78,840	9,565	2,637	985	92,027
90~94		37,412	4,900	1,902	1,153	45,367
95~99		9,430	1,836	167	250	11,684
합계		931,920	385,109	219,507	108,582	1,645,119

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-42〉 2028년 연령별 소득분위별 잠재적 사업수혜 인구수 추정치

(단위: 세, 명)

연령	중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19		25,066	23,337	11,885	6,699	66,987
20~24		29,416	31,484	18,982	8,273	88,155
25~29		34,389	40,682	32,491	15,296	122,858
30~34		36,583	45,055	31,513	16,623	129,775
35~39		35,879	38,023	24,396	13,056	111,354
40~44		33,776	27,661	17,698	9,274	88,409
45~49		42,755	27,212	17,630	9,667	97,263

〈표 V-42〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령 \ 중위소득	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
50~54	48,094	25,798	15,554	8,474	97,920
55~59	65,025	27,389	15,545	8,844	116,803
60~64	74,121	22,126	10,192	3,645	110,084
65~69	98,923	22,529	7,219	2,182	130,853
70~74	101,802	16,218	3,852	1,487	123,359
75~79	100,193	10,417	3,086	716	114,411
80~84	91,508	9,454	2,705	870	104,537
85~89	84,155	10,210	2,815	1,051	98,230
90~94	40,239	5,270	2,046	1,240	48,796
95~99	10,454	2,035	185	278	12,952
합계	952,379	384,901	217,794	107,673	1,662,746

자료: 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.; 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-38〉부터 〈표 V-42〉에서 연령별 잠재적 사업수혜 인구수를 추정하였다. 비용 추정 시 상담서비스 횟수당 비용이 책정되기 때문에 연령별로 잠재적 사업수혜 인구 중 얼마나 많은 인구가 상담서비스를 받을지 추정하는 작업이 필요하다. 해당 인구 중 얼마나 많은 사람이 상담서비스를 받을지 추정하는 방법은 아래 〈표 V-43〉부터 〈표 V-46〉에 제시하였다.

연도별 수혜자는 우울위험군(PHQ-9 점수 10점 이상) 중 상담서비스를 받을 확률에 대한 가정에 따라 제시하였다. 지역사회건강조사의 각 연도별(2018~2022) 각 연령대를 유사한 코호트로 가정하고, 각 코호트는 우울증으로 인한 상담비율이 동일하다는 가정하에 분석을 진행하였다.

수혜자 추정을 위한 데이터는 2018~2022년 지역사회건강조사 전 연도를 합산하여 총 표본이 1,147,735명인 데이터를 구축하여 활용하였다. PHQ-9 점수가 10점 이상인 표본 중 연령대별로 얼마나 많은 인구가 상담서비스를 원하는지에 관심이 있으므로, 해당 표본 중 PHQ-9 점수가 10점 이상인 표본을 구성하여 연령대별로 정리하면 다음과 같다.

〈표 V-43〉 PHQ-9 점수 10점 이상 연령대별 표본 수

(단위: 세, 명)

연령	PHQ-9 점수 10점 이상 표본 수
15~19	311
20~24	1,921
25~29	2,269
30~34	2,028
35~39	2,348
40~44	2,189
45~49	2,289
50~54	2,605
55~59	3,003
60~64	3,417
65~69	3,300
70~74	3,652
75~79	4,636
80~84	4,447
85~89	2,620
90~94	787
95~99	140
합계	41,962

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사», 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

데이터의 변수 중 우울증으로 인한 상담 경험 여부 변수를 활용하여, PHQ-9 점수가 10점 이상인 표본 중 우울증으로 인한 상담 경험이 있는 표본의 비율은 아래 〈표 V-44〉와 같이 정리된다.

〈표 V-44〉 PHQ-9 점수 10점 이상 연령대 별 상담 경험 표본 비율

(단위: 세, 명, %)

연령	PHQ-9 점수 10점 이상 표본 수(A)	우울증으로 인한 상담 경험이 있는 표본(B)	표본 비율(B/A)
15~19	311	70	22.508
20~24	1,921	424	22.072
25~29	2,269	443	19.524
30~34	2,028	382	18.836
35~39	2,348	468	19.932

〈표 V-44〉의 계속

(단위: 세, 명, %)

연령	PHQ-9 점수 10점 이상 표본 수(A)	우울증으로 인한 상담 경험이 있는 표본(B)	표본 비율(B/A)
40~44	2,189	470	21.471
45~49	2,289	489	21.363
50~54	2,605	573	21.996
55~59	3,003	618	20.579
60~64	3,417	669	19.579
65~69	3,300	558	16.909
70~74	3,652	550	15.060
75~79	4,636	506	10.915
80~84	4,447	310	6.971
85~89	2,620	126	4.809
90~94	787	34	4.320
95~99	140	5	3.571
합계	41,962	6,695	-

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-44〉의 마지막 열의 표본 비율은 각 코호트별로 1년간 우울증으로 인한 상담 경험이 있는 표본의 비율로 해석되며, 해당 수치를 활용하여 PHQ-9 점수가 10점 이상인 집단의 1년간 총 상담서비스 수요를 구한다.

〈표 V-45〉 2024년 PHQ-9 10점 이상 집단 기준 연령 및 소득분위별 상담서비스 수요

(단위: 세, 명)

연령	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	5,572	5,188	2,642	1,489	14,891
20~24	7,596	8,130	4,902	2,136	22,765
25~29	7,693	9,101	7,269	3,422	27,485
30~34	6,859	8,447	5,908	3,117	24,331
35~39	6,700	7,100	4,555	2,438	20,793
40~44	8,728	7,148	4,573	2,397	22,846
45~49	8,584	5,463	3,540	1,941	19,527
50~54	12,013	6,444	3,885	2,117	24,459
55~59	12,655	5,330	3,025	1,721	22,732
60~64	15,256	4,554	2,098	750	22,659

〈표 V-45〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
65~69	14,201	3,234	1,036	313	18,784
70~74	11,399	1,816	431	166	13,812
75~79	9,152	951	282	65	10,450
80~84	6,082	628	180	58	6,948
85~89	3,156	383	106	39	3,683
90~94	1,190	156	61	37	1,443
95~99	243	47	4	6	301
합계	137,078	74,122	44,497	22,213	277,910

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-46〉 2025년 PHQ-9 10점 이상 집단 기준 연령 및 소득분위별 상담서비스 수요

(단위: 세, 명)

연령	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	5,558	5,174	2,635	1,485	14,853
20~24	7,118	7,619	4,594	2,002	21,333
25~29	7,569	8,954	7,151	3,367	27,041
30~34	6,962	8,574	5,997	3,163	24,696
35~39	6,716	7,118	4,567	2,444	20,845
40~44	8,354	6,842	4,378	2,294	21,868
45~49	8,667	5,516	3,574	1,960	19,716
50~54	11,765	6,311	3,805	2,073	23,954
55~59	12,794	5,389	3,059	1,740	22,981
60~64	15,055	4,494	2,070	740	22,359
65~69	14,926	3,399	1,089	329	19,744
70~74	12,401	1,976	469	181	15,027
75~79	9,666	1,005	298	69	11,038
80~84	6,156	636	182	59	7,032
85~89	3,330	404	111	42	3,887
90~94	1,333	175	68	41	1,617
95~99	274	53	5	7	339
합계	138,645	73,639	44,051	21,996	278,330

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-47〉 2026년 PHQ-9 10점 이상 집단 기준 연령 및 소득분위별 상담서비스 수요

(단위: 세, 명)

연령	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	5,661	5,271	2,684	1,513	15,129
20~24	6,675	7,145	4,308	1,877	20,005
25~29	7,387	8,739	6,979	3,286	26,391
30~34	7,051	8,684	6,074	3,204	25,012
35~39	6,747	7,150	4,588	2,455	20,940
40~44	7,982	6,537	4,182	2,192	20,893
45~49	8,843	5,628	3,647	1,999	20,118
50~54	11,319	6,072	3,661	1,994	23,046
55~59	13,068	5,504	3,124	1,777	23,473
60~64	14,646	4,372	2,014	720	21,752
65~69	15,934	3,629	1,163	351	21,076
70~74	13,510	2,152	511	197	16,371
75~79	10,154	1,056	313	73	11,594
80~84	6,003	620	177	57	6,857
85~89	3,495	424	117	44	4,080
90~94	1,483	194	75	46	1,798
95~99	300	58	5	8	372
합계	140,258	73,235	43,622	21,794	278,908

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-48〉 2027년 PHQ-9 10점 이상 집단 기준 연령 및 소득분위별 상담서비스 수요

(단위: 세, 명)

연령	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	5,697	5,304	2,701	1,522	15,224
20~24	6,506	6,963	4,198	1,830	19,497
25~29	7,069	8,363	6,679	3,144	25,255
30~34	6,990	8,609	6,022	3,176	24,798
35~39	6,932	7,346	4,713	2,522	21,514
40~44	7,568	6,198	3,965	2,078	19,809
45~49	9,062	5,767	3,737	2,049	20,615
50~54	10,929	5,863	3,535	1,926	22,252
55~59	13,266	5,588	3,172	1,804	23,830
60~64	14,657	4,376	2,016	721	21,769

〈표 V-48〉의 계속

(단위: 세, 명)

연령	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
65-69	16,277	3,707	1,188	359	21,531
70-74	14,326	2,282	542	209	17,359
75-79	10,555	1,097	325	75	12,053
80-84	6,175	638	182	59	7,054
85-89	3,792	460	127	47	4,426
90-94	1,616	212	82	50	1,960
95-99	337	66	6	9	417
합계	141,755	72,838	43,189	21,581	279,364

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-49〉 2028년 PHQ-9 10점 이상 집단 기준 연령 및 소득분위별 상담서비스 수요

(단위: 세, 명)

연령	70% 이하	70~120%	120~180%	180% 초과	합계
15~19	5,642	5,253	2,675	1,508	15,077
20~24	6,493	6,949	4,190	1,826	19,457
25~29	6,714	7,943	6,344	2,986	23,987
30~34	6,891	8,487	5,936	3,131	24,445
35~39	7,151	7,579	4,863	2,602	22,195
40~44	7,252	5,939	3,800	1,991	18,982
45~49	9,134	5,813	3,766	2,065	20,778
50~54	10,579	5,675	3,421	1,864	21,539
55~59	13,382	5,637	3,199	1,820	24,037
60~64	14,512	4,332	1,996	714	21,553
65~69	16,727	3,810	1,221	369	22,126
70~74	15,332	2,442	580	224	18,578
75~79	10,936	1,137	337	78	12,487
80~84	6,379	659	189	61	7,287
85~89	4,047	491	135	51	4,724
90~94	1,738	228	88	54	2,108
95~99	373	73	7	10	463
합계	143,281	72,445	42,745	21,353	279,824

자료: 질병관리청, 「지역사회건강조사」, 각 연도(2018~2022년)를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-45〉~〈표 V-49〉는 전국민을 기준으로 PHQ-9 점수가 10점 이상인 집단의 상담 서비스 수요를 2024~2028년 연도별로 추정한 값을 정리한 것이다. 각 연도별 총 상담서비스 수요를 합산하면 약 28만명<sup>60)</sup> 정도로 추계된다. 만약 해당 집단이 타 우울증상으로 인한 상담서비스 참여를 원하는 집단과 비교하여, 특별히 전국민 마음건강 투자사업에 참여할 부가적인 요인이 없고 타 집단과 본 사업에 참여하는 총 상담서비스 수요 대비 비율이 유사하다면, 추계한 인원 대비 올해 상담서비스 수혜 인원 중 PHQ-9 점수가 10점이 넘는 인원의 비율을 활용하여 추계에 활용한다.

## 2) 현행 유지안(추정 비용 최솟값)

먼저 정부의 향후 예정된 대상자 확대 계획과 현행 제도에 차별점이 없는 것으로 가정하고 추정한다. 부처에서 최초 제시한 사업계획에서는 본 사업의 대상자를 정신건강 고위험군으로 설정하였으나 이후 사업대상자 선정 기준이 ‘국가 건강검진 중 정신건강검사(PHQ-9)에서 중간 정도 이상의 우울(10점 이상)이 확인된 자’ 이외에도 다양하게 제시<sup>61)</sup>되었다. 부처는 대상자를 일반국민까지 확대할 계획을 가지고 있으나 현재도 PHQ-9 10점 이하더라도 별다른 심사 절차 없이 상담을 받을 가능성이 있으며, 「국가건강검진 검진 의사 상담 매뉴얼」(보건복지부 외, 2024, p. 6.)에서도 PHQ-9 점수가 10점 이상인 경우뿐만 아니라 5~9점인 경우에도 전국민 마음투자 지원사업(심리상담)을 안내하도록 판정 및 추후 조치가 서술되어 있다. 따라서 현행 유지안(추정 비용 최솟값)에서는 2026년 이후 일반국민까지 사업 대상자를 확대하더라도 PHQ-9 10점 이하 사람들의 참여율이 현재와 동일할 것으로 보수적으로 가정하고 추정한다. PHQ-9 10점 이하 대상자의 참여율은 PHQ-9 10점 이상인 경우보다 낮을 것으로 예상할 수 있는데 각 점수별 참여율의 차이(실적치 데이터 이용)가 현행 유지안에는 반영되어 있다고 볼 수 있다.

다만 현행 유지안은 2026년 이후 사업대상자를 일반국민까지 확대하는 것에 대해 보수적으로 가정하고 추정하였기 때문에 대상자 수를 과소추정(under-estimate)할 가능성이 있다. 일반국민으로 사업대상자를 확대하면서 대국민 홍보 확대, 정책 시차 해소(정책이 시행되고 있는지 인지하지 못하던 국민들이 정책에 대해 인지함으로써 이용률 증가)로 PHQ-9

60) 〈표 V-45〉~〈표 V-49〉에서 확인할 수 있듯이 2024년 277,910명, 2025년 278,330명, 2026년 278,908명, 2027년 279,364명, 2028년 279,824명으로 추계됨

61) 2024년 서비스 대상자 선정 기준의 구체적인 내용은 〈표 I-6〉에서 확인할 수 있음

10점 이하 대상자 등의 참여율이 증가할 가능성이 있기 때문이다.

주무부처의 10차 제출 자료에 의하면, 2024년 11월 15일(사업 시행 후 4.5개월) 기준 전체 서비스 신청자는 35,039명이었다. 서비스 요청 수요 측면에서 유사사업으로 볼 수 있는 2023년 청년 마음건강 지원사업의 월별 신청자 수 통계를 참고할 때, 1년간 크게 서비스 신청 수요가 증가 혹은 감소 추세가 관찰되지 않기 때문에 1년간 수요 예측은 93,437명이 적절해 보인다.<sup>62)</sup>

〈표 V-50〉 2023년 청년 마음건강 지원사업 월별 신청자 수 통계

(단위: 명)

1월	2월	3월	4월	5월	6월
2,473	3,010	4,123	4,748	4,583	4,120
7월	8월	9월	10월	11월	12월
3,560	2,939	2,757	3,073	3,055	2,600

자료: 보건복지부, 「6차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 8. 27. p. 4.

주무부처의 10차 제출 자료(보건복지부, 2024. 11. 26.) 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 이용자 만족도 조사」 표본 1,000명을 조사한 결과, 심리상담서비스 신청 시 PHQ-9 점수 검사자 중 점수를 기억하는 인원 484명 중 PHQ-9 점수가 10점 이상인 인원은 408명으로 약 84.3%가 우울증 고위험군인 것으로 나타났다. 전체 상담서비스 수요 예측 인원 중 PHQ-9 점수가 10점 이상 수요는 93,437명의 84.3%인 약 78,765명으로 추정된다. 이는 2024년 총 상담서비스 수요로 추정된 277,910명의 약 28.3%에 해당한다. 데이터에 편향이 적고 추정 결과가 합리적이라는 가정하에 전국민 중 우울증 고위험군에 속한 인원 중 약 28.3%가 본 사업에 참여하였다는 해석이 가능하다.

〈표 V-51〉 연간 사업대상자 수 추정

(단위: 명, %)

	4.5개월 간 신청자 수 <sup>1)</sup>	설문조사		1년간 대상자 수 추정 (A) <sup>3)</sup>	2024년 상담서비스 수요 추정 (B) <sup>4)</sup>	비교 (A/B, %)
		인원(명)	비중(%)			
PHQ-9 10점 이상	-	408	84.3	78,765	277,910	28.3

62)  $(35,039/4.5) \times 12 = 93,437.33$

〈표 V-51〉의 계속

(단위: 명, %)

	4.5개월 간 신청자 수 <sup>1)</sup>	설문조사		1년간 대상자 수 추정 (A) <sup>3)</sup>	2024년 상담서비스 수요 추정 (B) <sup>4)</sup>	비교 (A/B, %)
		인원(명)	비중(%)			
PHQ-9 0~9점	-	76	15.7	14,672	-	-
기타	-	516 <sup>2)</sup>	-	-	-	-
합계	35,039	1,000	100	93,437	277,910	-

주: 1) 4.5개월간(2024. 7. 1. ~ 2024. 11. 15.) 신청자 수의 집계로 신청자의 PHQ-9 점수 분포에 대한 자료는 부처 미제시

2) PHQ-9 검사를 하지 않았거나 검사는 했으나 점수를 기억하지 못하는 경우에 해당

3) 4.5개월간 신청자 수와 설문조사의 PHQ-9 점수 분포를 바탕으로 추정

4) 구체적인 추정 결과는 〈표 V-45〉 참조

자료: 보건복지부, 「10차 질의 및 자료요청에 대한 회신」[별첨], 2024. 11. 26.을 참조하여 연구진 작성

추가적으로 고려할 사항으로 상담서비스를 신청한 인원 중 1급 서비스 유형의 신청자가 2급 서비스 유형의 신청자에 비해 많은 것으로 나타났기에 이를 추계에 반영하였다. 주무부처의 9차 제출 자료(보건복지부, 2024. 11. 1.)에 따르면, 전국민 마음투자 지원사업도 배우처사업의 성격에 따라 신청자가 서비스 유형을 선택하여 신청하도록 하고 신청한 이후에는 변경이 불가하다고 안내하고 있음을 사업지침<sup>63)</sup>에 명시하고 있다. 또한 각 서비스 신청 유형에 따라, 각 서비스 유형의 제공인력에 의한 심리상담서비스를 받아야 한다는 것도 사업지침<sup>64)</sup>에 나타나 있으므로 이를 반영하였다.

주무부처의 10차 제출 자료(보건복지부, 2024. 11. 26.) 「마음투자 지원사업 신청현황 및 국고보조율」에 따르면, 서비스 신청인 중 75.8%가 1급 서비스 유형을 선호하여 신청한 것으로 나타난다. 따라서 평균단가 77,582원<sup>65)</sup>을 활용한 추계를 활용한다.

〈표 V-52〉 서비스 단가 산출 근거

(단위: 명, %, 원)

유형	1급	2급	계
신청자 수	26,565	8,474	35,039
비율	75.8	24.2	100
단가	80,000	70,000	77,582
8회 기준 비용	640,000	560,000	620,652

자료: 보건복지부, 「10차 질의 및 자료요청에 대한 회신」[별첨], 2024. 11. 26.을 참조하여 연구진 작성

63) 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 안내(제2판)」, 2024. 7., p. 16; pp. 101~102.

64) 보건복지부, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 안내(제2판)」, 2024. 7., p. 184.

65) 단가 8만원 서비스를 전체 중 75.8%, 7만원 서비스 24.2%를 반영한 평균 단가임

부처의 사업계획상 2024~2025년, 2개 연도에 대해서는 상담서비스 수요요건의 변동이 없는 것으로 확인되었다. 따라서 연도별 PHQ-9 점수 10점 이상인 표본의 1년간 상담 총 수요 인원 비율을 활용하여 사업비 중 자부담 비용의 크기를 추계하였다.

〈표 V-53〉 자부담 비율 적용 근거

(단위: %)

중위소득	자부담률	PHQ-9 10점 이상 상담서비스 수요의 소득분위별 비중				
		2024년	2025년	2026년	2027년	2028년
70% 이하	0	49.32	49.81	50.29	50.74	51.20
70~120%	10	26.67	26.46	26.26	26.07	25.89
120~180%	20	16.01	15.83	15.64	15.46	15.28
180% 초과	30	7.99	7.90	7.81	7.73	7.63
평균 자부담률	-	8.27	8.18	8.10	8.02	7.93

자료: 연구진 작성

부가적으로 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」(보건복지부, 2024. 4. 23.)의 내용에 따르면 사업방식은 지방자치단체 경상보조이며 국고보조율은 서울 50%, 성장촉진지역 80%, 그 외 지역은 70%로 나타난다. 재정지출 추계 시 지역사회건강조사 데이터 표본의 17개 광역 시도 비율을 활용하여, 서울과 광역시 및 경기·제주 지역, 그 외 지역으로 분리하여 국고 보조율을 각각 50%, 70%, 80%를 적용하였다. 지역사회건강조사 데이터의 연도별 지역별 표본 수를 정리한 결과, 서울 표본 비율은 약 9.98%, 대도시·경기도·제주도 표본 비율은 약 40.3%, 그 외 지역 표본 비율은 약 49.7%로 나타난다. 각각 보조율 비율 50%, 70%, 80%를 적용 해당 비율을 활용하여 국비와 지방비를 구분하여 추계하였다.

〈표 V-54〉 국고 보조율 적용 근거

(단위: %)

지역	국고 보조율	표본 비율	평균 국고 보조율
서울	50	9.98	72.02
성장촉진지역	80	40.3	
그 외	70	49.7	

자료: 연구진 작성

추계 결과 2024~2028년 사업 대상자 수는 다음 <표 V-55>, 국비, 지방비, 자부담 추정 규모는 다음 <표 V-56>과 같다. 2024~2028년 5년간 국비와 지방비를 합한 비용은 각각 532억, 533억, 535억, 536억, 538억원으로 총 2,674억원이다.

<표 V-55> 연도별 사업대상자 수 추정(2024~2028년): 현행 유지안

(단위: 명)

구분		2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
사업 계획 (A)	정신건강위험군	80,000	160,000	160,000	240,000	240,000	880,000
	일반국민	-	-	100,000	260,000	260,000	620,000
	계	80,000	160,000	260,000	500,000	500,000	1,500,000
현행 유지안 (B)	PHQ-9 10점 이상	78,765	78,884	79,048	79,177	79,308	395,182
	PHQ-9 10점 이하	14,672	14,694	14,725	14,749	14,773	73,613
	계	93,437	93,578	93,773	93,926	94,081	468,795
비교 (B-A)	PHQ-9 10점 이상	-1,235	-81,116	-80,952	-160,823	-160,692	-484,818
	PHQ-9 10점 이하	14,672	14,694	-85,275	-245,251	-245,227	-546,387
	소계	13,437	-66,422	-166,227	-406,074	-405,919	-1,031,205

자료: 연구진 작성

<표 V-56> 국비, 지방비, 자부담 재정지출 추계 결과(현행 유지안)

(단위: 백만원, %)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
국가 부담 (A=B+C)	53,198	53,327	53,488	53,622	53,759	267,393
- 국비(B)	38,313	38,406	38,522	38,619	38,717	192,577
- 지방비(C)	14,885	14,921	14,966	15,003	15,042	74,817
자부담(D)	4,794	4,752	4,713	4,673	4,632	23,565
합계 (E=A+D)	57,992	58,079	58,200	58,295	58,392	290,959
국가부담률 (A/E)	91.7	91.8	91.9	92.0	92.1	-
자부담률 (D/E)	8.3	8.2	8.1	8.0	7.9	-
국고 보조율 (B/(B+C))	72.0	72.0	72.0	72.0	72.0	-

자료: 연구진 작성

본 사업은 시범사업이 이루어지지 않고 추진되었으며, 추정에 활용한 데이터는 사업 추진 후 약 4.5개월간의 결과를 활용하였다. 따라서 비용추계의 불확실성이 타 추계연구보다 높을 가능성이 있으므로 이와 같은 한계점을 고려할 필요가 있다.

### 3) 대상자 확대안(최댓값)

현행 유지안 추계비용과 부처의 사업계획에 나타난 사업비용 추계의 차이가 큰 이유는 2025년 이후 2026년부터 본 사업의 수요가 2024년 기준 거의 두 배에 달하는 16만명을 달성할 것이고, 2026년 26만명, 2027년과 2028년 각각 50만명을 달성할 것이라는 사업 계획에 대한 명확한 근거를 제시하기 힘들기 때문이다. 추후 특정 요인으로 인한 급격한 상담서비스 요청 증가나, 서비스 수혜 요건을 완화하는 등의 사업계획의 변동이 없다면 앞서 부처 계획의 현실화 가능성이 높아 보이지 않아 우려된다.

2026년 이후 일반 국민 대상으로 상담서비스 수혜요건이 완화된다는 부처의 의견이 존재한다. 복지부는 PHQ-9 점수가 5점 이상을 만족하는 경우에는 상담서비스를 수혜받을 수 있는 형태로 사업을 계획하고 있다고 한다. 이에 대해서 크게 두 가지 우려되는 점이 존재한다. 첫 번째는, 본 사업의 시급성 측면의 우려이다. 일반 국민의 정신건강을 고려한다면, 다른 중증 및 고위험군 혹은 자살예방 등 보건 복지 예산을 더 효율적으로 활용할 수 있는 방안을 고려할 필요성이 있다. 본 사업의 취지인 국민의 정신건강증진은 국가적으로 매우 중요한 사안이라고 생각된다. 다만 예산의 크기와 내용의 적절성을 다루는 보고서 이기에 이에 대한 심층적인 재검토가 이루어질 필요가 있다. 두 번째는, 현재 2024년 수혜요건을 살펴보았을 때, PHQ-9 점수가 5~9점 사이인, 부처의 주장에 따르면 2026년에 고려되어야 할 일반 국민은 이미 상당수 포함되어 있는 것으로 나타나기 때문에 수요 추정 시 중복의 우려가 있다. 다만 2024~2025년 대비, 2026년 이후에는 행정적 편의가 이점으로 작용하여 더 많은 수요가 발생할 가능성을 무시할 수는 없으나 그 효과가 얼마나 클지는 알기 힘들기 때문에 본 분석에서 정량적으로 활용하기 어렵다.

앞서 언급한 배경 속에서, 본 절에서는 여러 가지 한계에도 불구하고, 부처의 주장을 반영하여 PHQ-9 점수가 5~9점인 가벼운 우울 증상을 보이는 집단을 2026년 이후 추가적인 잠재적 수혜자로 포함할 때의 사업비용을 추계하였다. 주무부처의 6차 제출 자료(보건복지부, 2024. 8. 27.)에 의하면, 국가건강검진 정신건강검사 결과 통계의 PHQ-9 점수 분포는 아래 표와 같이 나타난다.

〈표 V-57〉 PHQ-9 점수 분포

(단위: 명)

구분		2021년	2022년	2023년	합계
20대	우울증상이 없음(0~4점)	104,176	816,993	810,528	1,731,697
	가벼운 우울 증상(5~9점)	23,855	202,566	179,615	406,036
	중간 정도 우울증 의심(10~19점)	10,908	79,650	67,399	157,957
	심한 우울증 의심(20~27점)	1,301	7,370	6,456	15,127
	<b>소계</b>	<b>140,240</b>	<b>1,106,579</b>	<b>1,063,998</b>	<b>2,310,817</b>
30대	우울증상이 없음(0~4점)	295,216	1,169,301	1,052,832	2,517,349
	가벼운 우울 증상(5~9점)	84,778	310,198	261,799	656,775
	중간 정도 우울증 의심(10~19점)	30,001	107,854	88,298	226,153
	심한 우울증 의심(20~27점)	2,093	7,917	7,001	17,011
	<b>소계</b>	<b>412,088</b>	<b>1,595,270</b>	<b>1,409,930</b>	<b>3,417,288</b>
40대	우울증상이 없음(0~4점)	441,569	1,418,596	1,409,014	3,269,179
	가벼운 우울 증상(5~9점)	113,830	300,909	294,301	709,040
	중간 정도 우울증 의심(10~19점)	35,910	91,656	89,659	217,225
	심한 우울증 의심(20~27점)	2,577	7,208	7,286	17,071
	<b>소계</b>	<b>593,886</b>	<b>1,818,369</b>	<b>1,800,260</b>	<b>4,212,515</b>
50대	우울증상이 없음(0~4점)	516,779	1,522,814	1,612,547	3,652,140
	가벼운 우울 증상(5~9점)	93,330	236,266	243,316	572,912
	중간 정도 우울증 의심(10~19점)	26,487	68,986	69,260	164,733
	심한 우울증 의심(20~27점)	2,071	5,635	5,943	13,649
	<b>소계</b>	<b>638,667</b>	<b>1,833,701</b>	<b>1,931,066</b>	<b>4,403,434</b>
60대	우울증상이 없음(0~4점)	522,067	1,405,946	1,516,264	3,444,277
	가벼운 우울 증상(5~9점)	69,499	153,351	155,992	378,842
	중간 정도 우울증 의심(10~19점)	21,381	44,824	44,461	110,666
	심한 우울증 의심(20~27점)	1,765	4,068	4,069	9,902
	<b>소계</b>	<b>614,712</b>	<b>1,608,189</b>	<b>1,720,786</b>	<b>3,943,687</b>
70대	우울증상이 없음(0~4점)	255,673	337,146	310,114	902,933
	가벼운 우울 증상(5~9점)	24,663	31,948	28,170	84,781
	중간 정도 우울증 의심(10~19점)	7,403	9,355	7,880	24,638
	심한 우울증 의심(20~27점)	700	920	758	2,378
	<b>소계</b>	<b>288,439</b>	<b>379,369</b>	<b>346,922</b>	<b>1,014,730</b>

〈표 V-57〉의 계속

(단위: 명)

구분		2021년	2022년	2023년	합계
합계	우울증상이 없음(0~4점)	2,135,480	6,670,796	6,711,299	15,517,575
	가벼운 우울 증상(5~9점)	409,955	1,235,238	1,163,193	2,808,386
	중간 정도 우울증 의심(10~19점)	132,090	402,325	366,957	901,372
	심한 우울증 의심(20~27점)	10,507	33,118	31,513	75,138
	소계	2,688,032	8,341,477	8,272,962	19,302,471

자료: 보건복지부, 「6차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 8. 27., p. 5.

2021~2023년 3개년에 해당하는 짧은 시계열 자료이기에 3년간 표본 중 PHQ-9 점수가 10점 이상인 총 검사자 수와 PHQ-9 점수가 5~9점인 총 검사자 수의 비율을 모수로 하여 앞서 도출한 본 사업비용에 얼마나 추가 비용이 발생할 것인지 단순 추계하였다. 〈표 V-57〉의 2021~2023년 PHQ-9 점수가 10점 이상인 총 검사자 수는 976,510명, PHQ-9 점수가 5~9점인 총 검사자 수는 2,808,386명으로 집계되었다. 단순 비율을 계산하였을 때, PHQ-9 점수가 5~9점인 총 검사자 수가 약 2.9배<sup>66)</sup> 많은 것으로 집계되었다. 앞서 부처의 10차 제출자료를 활용하여 PHQ-9 점수가 존재하며 상담서비스를 요청한 인원 중, PHQ-9 점수가 10점 이상인 수혜자의 비율이 약 84.3%<sup>67)</sup>, PHQ-9 점수가 5~9점 사이인 인원의 비율이 약 12.6%<sup>68)</sup>임을 추정하였다. 우울증 고위험군의 상담 요청 비율이 높을 것으로 추측되므로 해당 비율 차이가 합리적으로 보일 수 있다. 다만 만약 해당 비율이 전체 통계의 PHQ-9 점수가 10점 이상 대비 5~9점의 비율인 2.9와 차이가 나는 원인이 2026년 이후 제도의 수혜요건이 완화됨에 따라 해소 가능하다면, 이에 해당하는 PHQ-9 점수가 5~9점인 상담서비스 수요는 증가할 수 있다. 다만 증가 가능한 수요에 대한 정확한 예측을 하기 위한 자료가 부족하여, 해당 부분은 주무부처와의 협의를 통하여 시나리오를 작성하고 그에 대한 수요 추정을 아래와 같이 실시하였다. 본 시나리오 추계의 방법은 다음과 같다. 앞서 〈표 V-51〉의 4.5개월간의 PHQ-9 점수별 실제 사업 대상자 비율을 활용하여 연도별 사업대상자를 추정하여 PHQ-9 점수가 10점 이상인 경우와 PHQ-9 점수가 5~9점인 각 집단의 참여율을 계산한다. 2024~2025년의 경우 사업계획의 변동이 없을

66)  $2,808,386/976,510=2.875942$

67) 484명 중 408명이 이에 해당함

68) 484명 중 61명이 이에 해당함

것이기에 기존의 참여율을 적용하고, 2026년 이후에는 PHQ-9 5~9점 집단의 참여율의 상승을 고려하여, 예측 참여율을 PHQ-9 10점 이상 집단의 참여율과 PHQ-9 5~9점 집단의 참여율의 평균값으로 대체하였다. 이에 따른 추계 결과는 아래의 <표 V-58>과 같이 나타난다.

<표 V-58> 연도별 PHQ-9 점수별 사업 대상자 수 추정(2024~2028년)

(단위: 명, %)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
PHQ-9 10점 이상 인구	1,595,411	1,612,042	1,627,108	1,645,119	1,662,746	8,142,426
사업 대상자	78,765	78,884	79,048	79,177	79,308	395,182
참여율(%)	4.94	4.89	4.86	4.81	4.77	-
PHQ-9 5~9점 인구	4,588,309	4,636,140	4,679,469	4,731,265	4,781,960	23,417,143
사업 대상자	11,776	11,794	119,578	119,773	119,971	382,892
참여율(%)	0.26	0.25	2.56	2.53	2.51	-

자료: 연구진 작성

<표 V-59> 연도별 사업 대상자 수 추정(2024~2028년): 대상자 확대안

(단위: 명)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계	
사업계획 (A)	정신건강위험군	80,000	160,000	160,000	240,000	240,000	880,000
	일반국민	-	-	100,000	260,000	260,000	620,000
	계	80,000	160,000	260,000	500,000	500,000	1,500,000
대상자 확대안 (B)	PHQ-9 10점 이상	78,765	78,884	79,048	79,177	79,308	395,182
	PHQ-9 10점 이하	14,672	14,694	122,485	122,684	122,887	397,422
	계	93,437	93,578	201,533	201,861	202,195	792,604
비교 (B-A)	PHQ-9 10점 이상	-1,235	-81,116	-80,952	-160,823	-160,692	-484,818
	PHQ-9 10점 이하	14,672	14,694	-22,485	137,316	137,113	222,578
	계	13,437	-66,422	58,468	298,138	297,805	707,396

자료: 연구진 작성

<표 V-60>은 앞서 언급한 내용을 토대로 추정한 대상자 확대안이며, 2024~2028년 5년간 국비와 지방비를 합한 비용은 각각 532억, 533억, 1,150억, 1,152억, 1,155억원으로 총 4,523억원으로 나타난다.

〈표 V-60〉 국비, 지방비, 자부담 재정지출 추계 결과(대상자 확대안)

(단위: 백만원, %)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
국가 부담 (A=B+C)	53,198	53,327	114,953	115,242	115,537	452,256
- 국비(B)	38,313	38,406	82,789	82,997	83,210	325,715
- 지방비(C)	14,885	14,921	32,164	32,245	32,327	126,541
자부담(D)	4,794	4,752	10,129	10,044	9,956	39,675
합계 (E=A+D)	57,992	58,079	125,082	125,286	125,493	491,932
국가부담률 (A/E)	91.7	91.8	91.9	92.0	92.1	
자부담률 (D/E)	8.3	8.2	8.1	8.0	7.9	
국고 보조율 (B/(B+C))	72.0	72.0	72.0	72.0	72.0	

자료: 연구진 작성

다만 대상자 확대안의 내용은 과대추계의 정도가 심각할 가능성이 있으며, 이는 이미 PHQ-9 점수 5~9점 인원이 본 사업에 다수 포함되었을 우려가 있기 때문이다. 이에 대한 근거자료로 보건복지부, 질병관리청, 국민건강보험이 출간한 「국가건강검진 검진 의사 상담 매뉴얼」(보건복지부 외, 2024)<sup>69)</sup>의 6쪽 내용에 따르면, PHQ-9 점수가 5~9점인 경우 ‘전 국민 마음투자 지원사업(심리상담)’을 안내하도록 판정 및 추후 조치가 서술되어 있음을 확인하였다. 이에 근거하여 일부 PHQ-9 점수 5~9점 인원이 본 사업에 참여하였을 가능성이 있어 보인다.

#### 마. 소결

본 절에서는 사업비용 산정의 적정성을 검토하기 위해 통계청의 인구추계 자료 및 지역 사회건강조사 자료를 활용하여 사업수요, 서비스 단가, 총사업비 항목에 대한 전반적인 검

69) 부처 설명에 따르면 2025년 1월 매뉴얼을 개정하면서 PHQ-9 검사 10점 이상은 ‘전국민 마음투자 지원사업’ 심리상담 이용을 안내하고, PHQ-9 검사 5~9점은 수검자 안내문(우울증상과 극복방법)을 제공하도록 수정(보건복지부 등, 「국가건강검진 검진 의사 상담매뉴얼(우울증, 조기정신증) 및 상담」, 2025. 1., p. 6)하였고, 수정된 매뉴얼을 기초로 판정에 따른 추후 조치를 진행하고 있다고 함

토를 수행하였다. 검토 결과, 현 사업계획은 사업 대상, 사업수요, 서비스 단가 측면에서 보다 구체화되어야 하며 근거가 보완되어야 할 것으로 보인다. 추후 재정사업 심층평가 등의 수단을 통해 예산 효율화를 위한 노력이 필요하다고 판단된다.

수요 추정에 있어서, 부처의 계획을 최대한 반영하여 본 사업의 수요를 재추정한 결과 부처의 수요 추정 방식은 상담서비스 참여 수요를 과추정한 것으로 사료되어 우울증 진단을 받은 환자를 상담서비스에 포함시켜 검토안을 도출하였다.

비용 추계 부분의 현행 유지안에서는 현재도 일반국민을 대상으로 사업을 진행하는 것으로 가정하여 2024년 7월부터 11월 중순까지의 사업 진행 현황을 중심으로 2024~2028년 사업 수요가 유사할 것이라는 가정을 바탕으로 <표 V-56>과 같이 2024~2028년 총 연도별 정부 부담은 각각 532억, 533억, 535억, 536억, 538억원으로 총 2,674억원의 재원이 필요한 것으로 나타났다. 자부담까지 포함할 경우 총 2,910억원으로 추정되었다.

대상자 확대안에서는 부처의 일반국민에 대한 수요 확장 효과를 PHQ-9 점수가 5~9점인 잠재적 사업대상이 행정적으로 상담서비스의 수혜 편의성이 증가하기 때문에 해당 수요 증가효과를 고려하여 2026년 이후 예산의 증가를 반영하였다. <표 V-60>과 같이 2024~2028년 총 연도별 정부 부담은 약 532억, 533억, 1,150억, 1,152억, 1,155억원으로 총 4,523억원의 재원이 필요한 것으로 나타났다. 자부담까지 포함할 경우 총 4,919억원으로 추정되었다.

현 추계비용과 부처의 사업계획에 나타난 사업비용 추계의 차이가 큰 이유는 2025년 이후 본 사업의 수요가 2024년 기준 거의 두 배에 달하는 16만명을 달성할 것이고, 2026년 26만명, 2027년과 2028년 각각 50만명을 달성할 것이라는 사업계획에 대한 명확한 근거를 제시하기 힘들기 때문이다. 마지막으로 본 사업의 시급성 측면에서 일반국민을 고려한다면, 본 사업에서 서비스 수혜 기준에 대한 신중한 논의가 진행되어야 할 것으로 보인다.

앞서 제시한 비용 추계는 여러 측면에서 한계점이 있다. 먼저 2023년 9월 사업계획 적정성 검토 착수 이후 부처에서 제시하는 사업 계획 내용이 구체화되는 등 지속적인 변동으로 인하여 사업계획에 대한 검토를 수행하는 데 있어서 어려움이 있었다. 특히 시범사업을 실시하지 않고 사업이 추진되다 보니 최근 4.5개월간 시행된 사업 결과를 이용하여 추계를 진행하여 통계적 정확성이 낮을 우려가 있다. 민간에서 제공하는 상담서비스에 비해 본 사업에서 제공하는 상담서비스 가격이 낮아서 생기는 상담서비스 참여 인센티브를 측정할 수 있는 데이터 등도 부재하여 추정의 어려움이 있었다. 또한 사업계획에서 제시한 정신건강

위험군(고위험군, 저위험군)에 대한 명확한 정의가 없어 분석의 기초가 되는 상담 서비스 수혜 대상 기준을 설정하는 데 어려움이 있었다. 본 검토에서는 PHQ-9 점수를 기준으로 추계를 진행하였으나 PHQ-9 점수는 자가진단 점수이기 때문에 응시자의 의도에 따라 점수의 변동이 클 수 있어 추계 결과도 변동이 클 수 있다. 또한 2024년 7월 이후 사업을 진행하여 6개월간의 사업 비용을 반영하여야 하나 본 검토에서는 사업계획과 동일하게 1년을 기준으로 추계한 결과를 제시한다. 이를 감안하여 볼 필요가 있다.

전체적으로 본 사업은 향후 추진 과정에서 여러 보완이 필요할 것으로 판단된다. 구체적으로 첫째는, 주무부처에서 사업 초기 제시한 사업 수혜자 요건에 대한 여러 번의 수정과 보완이다. 만약 수혜집단이 명확하게 정의되었다면 사업 수혜자 예측치 크기의 변동 가능성을 감소시키고 그로 인하여 사업 수혜자를 정확하게 추정함으로써 사업비용을 더 적절하게 제시할 수 있었을 것이다.

두번째는, 시범사업의 부재로 인한 데이터의 부족이다. 기존 다수의 복지정책은 시범사업을 진행하여 사업의 효과성과 다양한 수정 보완을 거쳐 본사업에 착수하였으나 해당 사업은 이와 같은 정상적인 과정을 거치지 못한 것으로 보인다. 따라서 표본의 부족으로 인한 추계의 불확실성이 클 수 있다고 사료된다.

앞서 언급한 여러 가지 이유로 인하여, 본 사업은 재정사업 심층평가 등을 통해 향후 사업성과를 충실히 모니터링·분석하고 사업을 개선해나가야 할 것으로 판단된다. 우선 사업의 성과지표에 대한 데이터를 수집할 필요가 있다. 연령, 소득분위, 지역 등 유사 집단 중 본 상담서비스를 수혜한 집단의 스트레스나 우울증의 경감도 조사 내역과 유사 집단 중 본 상담서비스를 수혜하지 않은 집단의 스트레스 우울증의 경감도 조사 내역을 비교하여 확실한 상담서비스 사업만의 효과를 구분해 내야 한다.

본 사업이 실제 진행되는 과정의 모니터링을 통해 사회서비스 바우처가 수혜집단에게 제대로 서비스되고 있는지, 중앙정부가 투입한 재정이 지방정부에 의하여 서비스에 잘 활용되고 있는지를 확인할 필요성이 존재한다.

특히 사업의 변동이 있는 2026년 이후의 상황을 주시하며, 그에 따른 예산 재편성 등을 고려할 필요도 있다.

다음 <표 V-61>은 현행 유지안과 대상자 확대안 추계 시의 한계점을 정리한 것이다.

〈표 V-61〉 추계의 한계점

검토안	현행 유지안	대상자 확대안
추계 시 공통적 한계점	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사업계획의 잦은 변동으로 인하여 심층적 검토가 어려움</li> <li>• 시범사업이 진행되지 않아 최근 4개월 정도 시행된 결과를 활용한 추계를 진행하여 통계적 정확성이 낮을 우려가 있음</li> <li>• 상담 가격 할인으로 인한 상담서비스 참여에 대한 인센티브를 측정하기 위한 데이터나 시범사업의 부재로 인한 추정의 어려움이 존재함</li> <li>• 우울증 고위험군, 저위험군 등의 명확한 정의의 부재로 인한 상담서비스 수혜대상에 대한 기준 부재</li> <li>• PHQ-9 점수를 기준으로 추계를 진행하였으나 PHQ-9 점수는 자가진단 점수이기 때문에 응시자의 의도에 따라 테스트 점수의 변동성이 클 수 있기 때문에 추계 값의 변동이 클 수 있음</li> <li>• 2024년 실제로는 6개월 사업을 진행하였으나, 사업비용은 1년을 기준으로 추계되어 있어 이를 고려할 필요성이 있음</li> </ul>	
각 추계 방법의 한계점	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 초반 사업계획에는 수혜집단을 정신건강 고위험군으로 설정하였기 때문에, 분석 시 PHQ-9 10점이라는 기준으로 고위험군의 비율을 설정하였으나, 사업계획 변동으로 인하여 다양한 종류의 수혜자 집단이 포함되었기 때문에 현재 사업수혜집단에 대한 대표성을 가진 것으로 적절성에 우려가 있음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PHQ-9 5~9점은 현재 사업계획상에도 쉽게 수혜를 받을 수 있는 구조이기 때문에 이를 추가적인 수요로 보는 것이 우려됨</li> </ul>

자료: 연구진 작성

## 2. 마음투자 전달체계 구축<sup>70)</sup>

### 가. 마음투자 전달체계 구축 세부내역 및 변동 사항

예비타당성조사 면제요구서에서 제시한 바에 따르면 내역사업 ‘마음건강 전달체계 구축’은 지급시스템, 사회서비스 시스템, 운영비로 구성되어 있다. ‘지급시스템’에는 2024년에 기존 사회서비스 바우처 시스템 기능을 보강하는 예산과 2025년 이후 활용할 신규 시스템 구축 및 운영을 위한 예산이 포함되어 있으며 총 249억 5천만원을 계획하였다. ‘사회서비스 시스템’예산은 우수 지자체 등에 대한 포상금으로 10억원으로 계획하였고, 운영비는 1억 1천만원으로 계획하였다.

70) 본 검토가 진행 중인 과정에 본 사업의 2024년 예산이 확정되었는데 내역 사업 ‘마음건강 전달체계 구축’은 ‘기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축 운영 등’, ‘사업운영관리비’로 변경되었고 각 사업의 2024년 예산은 185억 5천만원, 1억 1천만원으로 확정되어, 본 검토에서는 2024년 내역 사업 구분에 따라 검토하되 검토의 일관성을 위해 부처에서 최초 제출한 「예비타당성조사 면제요구서」(보건복지부, 2023. 8.)의 예산 내역과 비교한 내용을 제시함

〈표 V-62〉 마음건강 전달체계 구축(내역사업)의 세부 내역(예타 면제 요구서)

(단위: 백만원)

세부 내역	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	계
지급시스템	24,950	18,664	19,121	19,591	20,076	102,402
사회서비스시스템	1,000	0	0	0	0	1,000
운영비	110	110	110	110	110	550
합계	26,060	18,774	19,231	19,701	20,186	103,952

자료: 보건복지부, 「예비타당성조사 면제 요구서」 [별첨: 예산안 세부 산출 내역], 2023. 8., p. 1을 참조하여 연구진 작성

본 검토가 진행 중인 과정에 본 사업의 2024년 예산이 확정되었다. 〈표 V-63〉과 같이 내역 사업 ‘마음건강 전달체계 구축’은 ‘기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축 운영 등’, ‘사업운영관리비’로 변경되었고 2024년 예산은 185억 5천만원, 1억 1천만원으로 각각 확정되었다. 본 검토에서는 2024년 예산의 내역사업 구분에 따라 비용을 검토하겠다.

〈표 V-63〉 기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축 운영 등 2024년 예산

(단위: 백만원)

내역사업	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	계
기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등	18,550	15,228	9,028	9,299	9,578	61,683
사업운영관리비	110	110	110	110	110	550
합계	18,660	15,338	9,138	9,409	9,688	62,233

주: 2024년 금액은 국회 확정 예산이고 2025~2028년 금액은 복지부에서 제출한 중기사업계획서상 예산으로 확정된 금액은 아님  
 자료: 보건복지부, 「2차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 2. 22., p. 4.

#### 나. 기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등

부처 제출 자료에 따르면 2024~2025년에는 사회보장정보원에서 현재 관리하고 있는 행복이음(www.ssis.go.kr)과 사회서비스 전자바우처시스템(http://www.socialservice.or.kr)의 기능을 개선하여 활용하고, 2026년부터는 신규 시스템을 구축하여 운영할 계획이다. 사회보장정보원에서는 행복이음을 활용하여 서비스 대상자를 관리하고 전자바우처 시스템을 통해 바우처 발급 및 정산, 지자체 예약금 및 통계 관리 등의 업무를 수행할 계획이다. 국민건강보험공단은 사업 관리 및 홍보, 서비스 제공기관 및 인력 질 관리, 교육 지원, 이

용자 만족도 조사 등의 업무를 담당할 계획이다. 또한 2026년 이후에는 신규 구축될 시스템의 운영 위탁기관의 역할을 담당할 예정이다. 따라서 부처의 사업계획에 따라 기존 시스템 개선과 신규 시스템 구축 및 운영을 위한 연도별 소요 비용과 각 사업 추진 주체의 역할에 따른 운영비를 검토하였다. 본 검토는 2022년 말을 기준 시점으로 설정하였고 비용 추정을 위한 각종 단가는 2022년 말을 기준으로 적용하였다.

## 1) 기존 시스템

### 가) 소프트웨어 개발비

#### (1) 소프트웨어 재개발 대상 애플리케이션

사회보장정보시스템(행복이음)은 지자체에서 활용하는 시스템으로 각종 사회복지 급여 및 서비스 지원 대상자의 자격 및 이력에 관한 정보를 관리하고 지방자치단체의 복지 업무를 지원하기 위해 개인별, 가구별 DB를 통합 구축한 정보시스템이고, 사회서비스 전자바우처시스템은 돌봄, 일상생활 지원, 사회 적응 지원, 문화 체험 등 정부와 지자체의 사회 서비스에 대한 신청, 이용, 비용 지불 정산 등의 전 과정을 전산으로 처리하는 시스템이다. 이들 시스템은 현재 보건복지 분야 정보시스템을 통합 운영 및 관리하는 사회보장정보원에서 운영하고 있다.

조사대상 사업에서는 사회보장정보시스템(행복이음)과 사회서비스 전자바우처시스템의 기능 개선을 위해 해당 애플리케이션에 대한 소프트웨어 재개발이 이루어진다. 사회보장정보시스템(행복이음)의 경우 전자바우처 관련 세부 업무에 대한 재개발이 이루어지며, 대상 업무 프로세스에는 대상자 결정, 바우처 신청, 자격심의, 이의신청, 제공기관 서비스 관리 등이 포함된다. 사회서비스 전자바우처시스템의 경우 바우처 결제업, 복지료, 전자바우처 통계분석 관련 세부 업무에 대한 재개발이 이루어지며, 대상 업무 프로세스에는 결제관리, 대상자 관리, 카드관리, 자금관리 등이 포함된다.

#### (2) 기능 규모 추정

소프트웨어 재개발이 이루어지는 사회보장정보시스템(행복이음)과 사회서비스 전자바우처시스템의 기능 규모를 추정하면 다음과 같다.

① 사회보장정보시스템(행복이음)

사회보장정보시스템(행복이음)에 대한 재개발 대상 기능을 기능변경 대상과 수정없이 재사용 대상으로 구분하여 기능 수와 기능점수를 추정한 결과는 다음과 같다.

〈표 V-64〉 기존 사회보장정보시스템(행복이음) 유형별 기능 규모 추정

기능유형	ILF	EIF	EI	EO	EQ	합계
기능 수(개)	-	-	218	20	110	348
기능변경 규모(FP)	-	-	312.00	19.60	34.13	365.73
수정 없이 재사용 대상(FP)	-	-	400.00	62.40	382.20	844.60

자료: 연구진 작성

신규 개발이 이루어지는 기능은 없으며, 기능변경 대상 규모는 365.73FP이고 수정없이 재사용 대상 규모는 844.60FP로 추정된다. 수정없이 재사용 대상 기능에 대해서는 분석, 설계, 구현 과정은 필요 없으나 전체 시스템 통합 과정에서의 시험 과정은 수반되어야 하며, 시험단계 비율을 25%로 적용할 때 수정없이 재사용 기능규모는 211.1FP로 추정된다.

기능변경 대상의 경우 구조화 및 애플리케이션 명확화 정도와 문서화 및 소스코드 서술화 정도를 고려한 재사용 난이도를 적용하여 수정 후 재사용 기능 규모를 추정한다. 사업 부처에서 제시한 근거에 따르면 행복이음의 경우 차세대 사회보장정보시스템의 구축에 따라 프로그램 모듈화가 명확하므로 구조화 및 애플리케이션 명확화 정도는 '보통'으로 판단되고, 문서화와 소스코드 서술화도 '보통' 수준으로 판단된다. 이를 토대로 산출된 재사용 난이도는 1.24로서 수정 후 재사용 기능규모는 453.5FP로 추정되고, 이를 수정없이 재사용 기능규모와 합산하면 재개발 기능 규모는 664.7FP로 추정된다. 이러한 추정 결과는 다음과 같다.

〈표 V-65〉 기존 사회보장정보시스템(행복이음) 재개발 기능 규모 추정

신규 개발	신규 개발 기능 규모	0.0 FP		
수정없이 재사용	수정없이 재사용 대상 기능규모	844.6 FP	시험단계 비율 (0~25%)	25%
	수정없이 재사용 기능규모	211.1 FP		

〈표 V-65〉의 계속

수정 후 재사용	기능변경 규모	365.73 FP			
	재사용 난이도	1.24	구조화 및 애플리케이션 명확화 정도	30	보통
			문서화 및 소스코드 서술화 정도	30	보통
수정 후 재사용 기능규모	453.5 FP				
재개발 기능 규모	664.7 FP				

자료: 연구진 작성

## ② 사회서비스 전자바우처시스템

사회서비스 전자바우처시스템에 대한 재개발 대상 기능을 신규 개발 대상, 기능변경 대상, 수정없이 재사용 대상으로 구분하여 기능 수와 기능점수를 추정한 결과는 다음과 같다.

〈표 V-66〉 기존 사회서비스 전자바우처시스템 유형별 기능 규모 추정

기능유형	ILF	EIF	EI	EO	EQ	합계
기능수(개)	21	6	114	36	129	306
신규 개발(FP)	157.5	32.4	100.00	20.80	42.90	353.60
기능변경 규모(FP)	-	-	104.00	44.20	154.05	302.25
수정없이 재사용 대상(FP)	-	-	160.00	78.00	234.00	472.00

자료: 연구진 작성

신규 개발 대상은 353.6FP, 기능변경 대상은 302.25FP, 수정없이 재사용 대상은 472.0FP로 추정된다. 수정없이 재사용 대상 기능에 대해서는 분석, 설계, 구현 과정은 필요 없으나 전체 시스템 통합 과정에서의 시험 과정은 수반되어야 하며, 시험단계 비율을 25%로 적용할 때 수정없이 재사용 기능규모는 118FP로 추정된다.

기능변경 대상의 경우 구조화 및 애플리케이션 명확화 정도와 문서화 및 소스코드 서술화 정도를 고려한 재사용 난이도를 적용하여 수정 후 재사용 기능 규모를 추정한다. 사업부처에서 제시한 근거에 따르면 대국민 포털, 바우처 단말기 결제 등 다양한 기능과 초기 구축 후 10년 동안 다양한 바우처 서비스 도입 기능 개선으로 시스템 복잡도가 높으므로 이를 고려할 때 구조화 및 애플리케이션 명확화 정도는 ‘어려움’으로 판단하고, 문서화와 소스코드 서술화는 ‘보통’ 수준으로 판단된다. 이를 토대로 산출된 재사용 난이도는 1.28

로서 수정 후 재사용 기능규모는 386.9FP로 추정되고, 이를 신규 개발 및 수정없이 재사용 기능규모와 합산하면 재개발 기능 규모는 858.5FP로 추정된다. 이러한 추정 결과는 다음과 같다.

〈표 V-67〉 기존 사회서비스 전자바우처시스템 재개발 기능 규모 추정

신규 개발	신규 개발 기능 규모	353.6FP			
수정없이 재사용	수정없이 재사용 대상기능규모	472.0FP	시험단계 비율 (0~25%)		25%
	수정없이 재사용 기능규모	118.0FP			
수정 후 재사용	기능변경 규모	302.25FP			
	재사용 난이도	1.28	구조화 및 애플리케이션 명확화정도	40	어려움
			문서화 및 소스코드 서술화정도	30	보통
수정 후 재사용 기능규모	386.9FP				
재개발 기능 규모	858.5FP				

자료: 연구진 작성

### (3) 소프트웨어 재개발비 추정을 위한 보정계수의 설정

「SW사업 대가산정 가이드」(한국소프트웨어산업협회, 2022.)에 제시된 기능점수 기반의 소프트웨어 재개발비 추정 모형에서는 재개발 기능 규모에 기능점수 단가를 곱하여 산출되는 보정전 재개발원가에 SW규모, 연계 복잡성, 성능 요구수준, 운영환경 호환성, 보안성 요구수준 등의 보정계수를 적용하여 보정후 재개발원가를 추정한다. SW규모 보정계수의 경우 「SW사업 대가산정 가이드」(한국소프트웨어산업협회, 2022.)에서 제시하는 일정 산식에 따라 정량적으로 산출되나, 그 외 보정계수에 대해서는 정성적인 판단으로 그 수준이 결정된다. 각 시스템별로 보정계수를 설정한 결과는 다음과 같다.

#### ① 사회보장정보시스템(행복이음)

사회보장정보시스템(행복이음)에서의 연계 복잡성의 경우 서비스 신청자의 소득·재산 확인을 위한 건강보험공단 건강보험료 조회, 서비스 신청자 세대원 조회를 위한 주민등록전산시스템 조회 등 '1~2개의 타 기관 연계'가 필요하다. 성능 요구수준의 경우 기구축된 시스템의 개발표준을 준용할 경우 요구하는 응답성능을 만족시킬 수 있으므로, '응답성능에

대한 요구사항이 있으나 특별한 조치가 필요하지는 않다'고 판단된다. 운영환경 호환성의 경우 기존과 동일한 하드웨어 및 소프트웨어에서 운영되므로, '운영환경 호환성에 대한 요구사항이 있으며, 동일 하드웨어 및 소프트웨어 환경에서 운영되도록 설계된다'로 설정한다. 보안성 요구수준의 경우 개발된 소스의 시큐어 코딩 검증이 필요하다는 점에서 '암호화, 웹취약점 점검, 시큐어코딩, 개인정보보호 등 1가지 보안 요구사항이 포함되어 있다'로 설정한다.

상기와 같은 보정계수 설정 결과는 다음과 같다.

〈표 V-68〉 기존 사회보장정보시스템(행복이음) 재개발비 추정을 위한 보정계수의 설정

보정계수 구분	복잡도 및 난이도 수준	보정계수
SW규모	= $0.4057 \times (\log_e(664.6) - 7.1978)^2 + 0.8878$ (단, 500FP 미만 1.28, 3,000FP 초과 1.153 적용)	1.0858
연계 복잡성	2. 1~2개의 타 기관 연계	0.94
성능 요구수준	2. 응답성능에 대한 요구사항이 있으나 특별한 조치가 필요하지는 않다.	0.95
운영환경 호환성	2. 운영환경 호환성에 대한 요구사항이 있으며, 동일 하드웨어 및 소프트웨어 환경에서 운영되도록 설계된다.	1.00
보안성 요구수준	1. 암호화, 웹 취약점 점검, 시큐어코딩, 개인정보보호 등 1가지 보안 요구사항이 포함되어 있다.	0.97

자료: 연구진 작성

## ② 사회서비스 전자바우처시스템

사회서비스 전자바우처시스템에서의 연계 복잡성의 경우 서비스 신청정보 수신-연계(행복이음), 서비스 이용대금을 제공기관에 이체 요청(연계) 등 '1~2개의 타 기관 연계'가 필요하다. 성능 요구수준의 경우 대국민 포털, 바우처 결제 기능 등의 안전성을 위해 응답시간이 중요하다라는 점에서 '응답시간이나 처리율이 모든 업무시간에 중요하며, 처리 시한이 명시되어 있다'고 판단된다. 운영환경 호환성의 경우 기존과 동일한 하드웨어 및 소프트웨어에서 운영되므로, '운영환경 호환성에 대한 요구사항이 있으며, 동일 하드웨어 및 소프트웨어 환경에서 운영되도록 설계된다'로 설정한다. 보안성 요구수준의 경우 대국민 포털 기능개선으로 웹 취약점 점검 및 시큐어 코딩 검증이 필요하다는 점에서 '2가지 요구사항이 포함되어 있다'로 설정한다.

상기와 같은 보정계수 설정 결과는 다음과 같다.

〈표 V-69〉 기존 전자바우처시스템 재개발비 추정을 위한 보정계수의 설정

보정계수 구분	복잡도 및 난이도 수준	보정계수
SW규모	= $0.4057 \times (\log_e(858.5) - 7.1978)^2 + 0.8878$ (단, 500FP 미만 1.28, 3,000FP 초과 1.153 적용)	0.9673
연계 복잡성	2. 1~2개의 타 기관 연계	0.94
성능 요구수준	4. 응답시간이나 처리율이 모든 업무시간에 중요하며, 처리 시한이 명시되어 있다.	1.05
운영환경 호환성	2. 운영환경 호환성에 대한 요구사항이 있으며, 동일 하드웨어 및 소프트웨어 환경에서 운영되도록 설계된다.	1.00
보안성 요구수준	2. 2가지 요구사항이 포함되어 있다.	1.00

자료: 연구진 작성

#### (4) 소프트웨어 재개발비 추정

사회보장정보시스템(행복이음)과 사회서비스 전자바우처시스템에 대한 재개발 기능 규모 추정 결과와 재개발 특성을 반영한 보정계수 설정 결과를 토대로 소프트웨어 재개발비를 추정하였다. 이 과정에서 기능점수당 단가는 본 검토의 기준시점이 2022년이라는 점에서 해당 시점의 단가인 553,114원을 적용하였고, 이윤율은 정보화사업 예비타당성조사에서 통상적으로 적용되고 있는 10%를 적용하였다.

##### ① 사회보장정보시스템(행복이음)

사회보장정보시스템(행복이음)에 대한 보정전 재개발원가는 재개발 기능규모 664.7FP에 기능점수당 단가 553,114원을 곱하여 3억 6,800만원으로 추정되었고, 이에 보정계수를 적용한 보정후 재개발원가는 약 3억 4,600만원으로 추정되었으며, 직접경비, 이윤, 부가가치세를 합산한 최종 재개발 사업대가는 약 4억 1,800만원으로 추정되었다. 산출과정을 요약하면 다음과 같다.

〈표 V-70〉 기존 사회보장정보시스템(행복이음) 재개발비 추정 결과

(단위: 원)

재개발기능규모	664.6FP		기능점수당 단가	553,114	
보정전 재개발원가	367,630,096				
보정계수	규모	연계복잡성	성능	운영환경 호환성	보안성
	1.0858	0.94	0.95	1.00	0.97
보정후 재개발원가	345,754,649				

〈표 V-70〉의 계속

(단위: 원)

직접경비		0
이윤	10%	34,575,465
재개발 사업대가(부가세 별도)		380,330,114
재개발 사업대가(부가세 포함)		418,363,125

자료: 연구진 작성

② 사회서비스 전자바우처시스템

사회서비스 전자바우처시스템에 대한 보정전 재개발원가는 재개발 기능규모 858.5FP에 기능점수당 단가 553,114원을 곱하여 약 4억 7,500만원으로 추정되었고, 이에 보정계수를 적용한 보정후 재개발원가는 약 4억 5,300만원으로 추정되었으며, 직접경비, 이윤, 부가가치세를 합산한 최종 재개발 사업대가는 약 5억 4,900만원으로 추정되었다. 산출과정을 요약하면 다음과 같다.

〈표 V-71〉 기존 전자바우처시스템 재개발비 추정 결과

(단위: 원)

재개발기능규모	858.5FP		기능점수당 단가	553,114	
보정전 재개발원가	474,837,307				
보정계수	규모	연계복잡성	성능	운영환경 호환성	보안성
	0.9673	0.94	1.05	1.00	1.00
보정후 재개발원가	453,333,309				
직접경비		0			
이윤	10%	45,333,331			
재개발 사업대가(부가세 별도)		498,666,640			
재개발 사업대가(부가세 포함)		548,533,304			

자료: 연구진 작성

나) 하드웨어 구입비

전국민 마음투자 지원사업은 단계적으로 대상자 확대를 추진할 계획인바, 이에 따른 바우처 결제 급증, 서비스 제공기관 등록 및 관리, 예약금 정산 등 관련 업무량 증가를 고려하여 사회서비스 전자바우처시스템의 안정적 운영을 위한 서버 및 스토리지의 보강이 필요하다.

사업부처가 제시한 사회서비스 전자바우처시스템 하드웨어 구입 계획과 산출내역을 검토하여 하드웨어 구입비를 추정하였다. 품목당 단가는 조달단가 또는 견적가를 통해 추정하였는데 조달단가가 적용되는 경우는 조달청 물품식별번호를 기재하였고, 견적가의 경우 단수 또는 복수 업체의 견적서에 제시된 금액과 사업계획 금액을 비교하여 최저가를 적용하여 추정하였다. 추정 결과는 다음과 같다.

〈표 V-72〉 기존 전자바우처시스템 하드웨어 구입비 추정 결과

(단위: 원)

구분	품명	단가	수량	금액 <sup>2)</sup>	산출근거 <sup>1)</sup>
바우처 통계 DB, 배치 DB	Unix 서버 1식(10Core, 1식)	250,000,000	1	250,000,000	단수 견적가
	Oracle Database Ent.	35,026,600	5	175,133,000	24154350
	Cubeone Add Single Core License	1,089,000	6	6,534,000	25257370
	Cubeone 4Core Base Pack	19,030,000	1	19,030,000	25257371
	소계			450,697,000	-
희망이음 바우처 DB	Unix DB 서버 2식(8Core, 2식)	200,000,000	2	400,000,000	단수 견적가
	Oracle Database Ent.	35,026,600	8	280,212,800	24154350
	Oracle Database RAC	17,513,300	8	140,106,400	24154351
	Cubeone Add Single Core License	1,089,000	8	8,712,000	25257370
	소계			829,031,200	-
스토리지 (저장장치)	행복이음 스토리지 증설 (All-Flash, 50TB)	500,000,000	1	500,000,000	복수 견적가
	희망이음 스토리지 증설 (All-Flash, 50TB)	500,000,000	1	500,000,000	복수 견적가
	행복이음 NAS 스토리지 증설 (NAS, 26TB)	78,000,000	1	78,000,000	복수 견적가
	희망이음 NAS 스토리지 증설 (NAS, 27TB)	81,000,000	1	81,000,000	복수 견적가
	소계			1,159,000,000	
<b>합계</b>				<b>2,438,728,200</b>	-

주: 1) 산출근거에서 조달품목의 경우 조달청 물품식별번호를 기재함. 단수 또는 복수 견적가의 경우 업체 견적서에 제시된 금액과 사업계획 금액을 비교하여 최저가를 적용함.

2) 부가가치세 포함

자료: 연구진 작성

다) 유지관리비

2024년에 추진되는 사회서비스 전자바우처시스템의 기능 개선비를 기준으로 유지보수율 15%를 적용하여 유지관리비를 추정하였다. 「SW사업 대가산정 가이드」(한국소프트웨어산업협회, 2022.)에서는 개발SW에 대한 유지관리 요율로 10~15%의 범위를 제시하고 있는데, 전국민 마음투자 지원사업은 단계적으로 대상자 확대를 추진할 계획인바, 이에 따른 바우처 결제 급증, 서비스 제공기관 등록 및 관리, 예약금 정산 등 관련 업무량 증가를 고려하여 유지관리 요율로 15%를 설정하였다. 한편, 사회보장정보시스템의 경우는 총사업비 관리 대상으로 유지보수비는 미요구되어 본 검토에서는 반영하지 않는다.

〈표 V-73〉 연도별 기존 시스템 유지관리비 추정

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년 <sup>2)</sup>	2026년	2027년	2028년	합계
개발 SW <sup>1)</sup> 유지비	-	-	82	82	82	247

주: 1) 전자바우처시스템 개발 소프트웨어의 유지비

2) SW개발 이후 1년간 무상 유지보수

자료: 검토 결과를 참조하여 연구진 작성

라) 소결

지금까지 검토한 기존 시스템 기능 개선 구축비 및 유지관리비 추정 결과를 연도별로 제시하면 다음과 같다.

〈표 V-74〉 연도별 기존 시스템 기능 개선 구축비 및 유지관리비 추정

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
<b>구축비(A)</b>	967	2,439	-	-	-	3,406
SW 개발비 <sup>1)</sup>	967	-	-	-	-	967
HW 구입비	-	2,439	-	-	-	2,439
<b>유지 관리비(B)</b>	-	-	82	82	82	247
개발 SW <sup>2)</sup> 유지비	-	-	82	82	82	247
<b>합계(A+B)</b>	<b>967</b>	<b>2,439</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>3,653</b>

주: 1) 사회보장정보시스템(행복이음), 전자바우처시스템 기능 개선을 위한 소프트웨어 개발비의 합

2) 전자바우처시스템 개발 소프트웨어의 유지비

자료: 검토 결과를 참조하여 연구진 작성

## 2) 신규 시스템

### 가) 소프트웨어 개발비

#### (1) 소프트웨어 개발 대상 애플리케이션

조사대상 사업을 통해 신규로 구축되는 정신건강복지서비스 정보시스템은 국민건강보험 공단이 사업 관리 및 홍보, 서비스 제공기관 및 인력 질 관리, 교육 지원, 이용자 만족도 조사 등의 업무를 수행하는 데 필요한 기능을 제공한다. 소프트웨어 개발 대상 애플리케이션은 공통 부문과 심리상담 부문으로 구성되고, 세부 업무로는 계약 관리, 대상자 관리, 서비스 질 관리, 건강검진 발굴, 홈페이지 운영 등이 포함된다.

한편, 사업부처에서는 신규 시스템 구축을 위한 정보화전략계획(ISP)을 수립하면서 1단계 사업의 범위에 정신질환자 주간활동지원의 내용을 포함시키고 있고, 심리상담의 범위를 넘어 전국민 대상 예방, 치료, 회복, 관리 등 정신건강서비스 전주기 지원을 내용을 하는 2단계 사업을 계획하였다. 그러나 이는 당초 적정성 검토의 대상으로 설정된 사업계획의 범위를 넘어 설뿐만 아니라, 정신질환자 주간활동지원을 비롯해 전국민 대상 정신건강서비스 전주기 지원을 위해 광범위하게 소요될 것으로 예상되는 예산 또한 검토되지 않았다. 이에, 본 검토에서는 신규 시스템 구축사업과 관련하여 1단계 사업의 내용만을 검토 대상으로 제한한다.

#### (2) 기능 규모 추정

신규 시스템에 대한 소프트웨어 기능 규모를 업무 분야별로 추정하면 다음과 같다.

##### ① 공통 업무

본 사업에서 구축되는 정신건강복지서비스 정보시스템의 공통 업무 분야에서 신규 개발되는 기능 수와 기능점수를 추정한 결과는 다음과 같다. 기능의 수는 406개이고, 기능 유형에 따른 평균 가중치가 적용되어 산출되는 기능규모는 1,867.4FP로 추정된다.

〈표 V-75〉 신규 시스템 공통 업무 신규개발 기능 수 및 기능규모

기능유형	ILF	EIF	EI	EO	EQ	합계
기능 수(개)	72	-	183	5	146	406
기능규모(FP)	540.0	-	732.0	26.0	569.4	1,867.4

자료: 연구진 작성

## ② 심리상담 업무

정신건강복지서비스 정보시스템의 심리상담 업무 분야에서 신규 개발되는 기능 수와 기능점수를 추정한 결과는 다음과 같다. 기능의 수는 246개이고, 기능 유형에 따른 평균 가중치가 적용되어 산출되는 기능규모는 1,212.7FP로 추정된다.

〈표 V-76〉 신규 시스템 심리상담 업무 신규개발 기능 수 및 기능규모

기능유형	ILF	EIF	EI	EO	EQ	합계
기능 수(개)	49	-	80	53	64	246
기능규모(FP)	367.5	-	320.0	275.6	249.6	1,212.7

자료: 연구진 작성

## ③ 종합

신규 시스템의 공통 업무와 심리상담 업무의 신규개발 기능 수와 기능점수를 합산하면 다음과 같다. 기능의 수는 652개이고, 기능 유형에 따른 평균 가중치가 적용되어 산출되는 기능규모는 3,080.1FP로 추정된다.

〈표 V-77〉 신규 시스템 신규개발 기능 수 및 기능규모 종합

기능유형	ILF	EIF	EI	EO	EQ	합계
기능 수(개)	121	-	263	58	210	652
기능규모(FP)	907.5	-	1,052	301.6	819	3,080.1

자료: 연구진 작성

### (3) 소프트웨어 개발비 추정을 위한 보정계수의 설정

「SW사업 대가산정 가이드」(한국소프트웨어산업협회, 2022.)에 제시된 기능점수 기반의 소프트웨어 개발비 추정 모형에서는 신규개발 기능 규모에 기능점수 단가를 곱하여 산출되는 보정전 개발원가에 SW규모, 연계 복잡성, 성능 요구수준, 운영환경 호환성, 보안성 요구수준 등의 보정계수를 적용하여 보정후 개발원가를 추정한다. SW규모 보정계수의 경우 「SW사업 대가산정 가이드」(한국소프트웨어산업협회, 2022.)에서 제시하는 일정 산식에 따라 정량적으로 산출되나, 그 외 보정계수에 대해서는 정성적인 판단으로 그 수준이 결정된다. 각 시스템별로 보정계수를 설정한 결과는 다음과 같다.

신규 시스템에서의 연계 복잡성의 경우 한국보건의료정보원에서 운영 중인 개인건강기록시스템(PHR), 국립병원 통합정보시스템(MEDIRO) 및 정신의료기관 통합정보시스템, 국립정신건강센터의 국가입퇴원관리시스템(AMIS), 건강보험심사평가원의 진단정보, 대학의 심리상담시스템과의 연계를 고려해야 한다는 점에서 '3~5개의 타 기관 연계'가 필요하다. 성능 요구수준의 경우 심리상담센터의 상담 업무가 주로 오후에 집중이 될 것으로 예상되고 상담 업무와 관련된 대상자 확인, 바우처 정보 확인 등은 즉시 처리가 필요하다는 점에서, '응답시간이나 처리율이 피크타임(peak time)에 중요하며, 처리 시한이 명시되어 있다'고 판단된다. 운영환경 호환성의 경우 1단계 구축 환경을 활용하는 것을 전제로 하고 있으므로 '운영환경 호환성에 대한 요구사항이 있으며, 유사 하드웨어 및 소프트웨어 환경에서 운영되도록 설계된다'로 설정한다. 보안성 요구수준의 경우 정신건강과 관련된 개인의 민감한 내용을 관리하기 때문에 정신건강 서비스를 받은 대상자 정보에 대한 암호화 및 개인정보보호에 대한 요건을 고려할 필요가 있다는 점에서 '2가지 요구사항이 포함되어 있다'로 설정한다.

상기와 같은 보정계수 설정 결과는 다음과 같다.

〈표 V-78〉 신규 시스템 개발비 추정을 위한 보정계수의 설정

보정계수 구분	복잡도 및 난이도 수준	보정계수
SW규모	= $0.4057 \times (\log_e(3080.1) - 7.1978)^2 + 0.8878$ (단, 500FP 미만 1.28, 3,000FP 초과 1.153 적용)	1.1530
연계 복잡성	3. 3~5개의 타 기관 연계	1.00
성능 요구수준	3. 응답시간이나 처리율이 피크타임(peak time)에 중요하며, 처리 시한이 명시되어 있다.	1.00
운영환경 호환성	3. 운영환경 호환성에 대한 요구사항이 있으며, 유사 하드웨어 및 소프트웨어 환경에서 운영되도록 설계된다.	1.06
보안성 요구수준	2. 2가지 요구사항이 포함되어 있다.	1.00

자료: 연구진 작성

#### (4) 소프트웨어 개발비 추정

신규 시스템에 대한 개발 기능 규모 추정 결과와 개발 특성을 반영한 보정계수 설정 결과를 토대로 소프트웨어 개발비를 추정하였다. 이 과정에서 기능점수당 단가는 본 검토의 기준시점이 2022년이라는 점에서 해당 시점의 단가인 553,114원을 적용하였고, 이윤율은 정보화사업 예비타당성조사에서 통상적으로 적용되고 있는 10%를 적용하였다.

신규 시스템에 대한 보정전 개발원가는 개발 기능규모 3,080.1FP에 기능점수당 단가 553,114원을 곱하여 1,704억원으로 추정되었고, 이에 보정계수를 적용한 보정후 개발원가는 약 20억 8,200만원으로 추정되었으며, 직접경비, 이윤, 부가가치세를 합산한 최종 개발 사업대가는 약 25억 1,900만원으로 추정되었다. 산출과정을 요약하면 다음과 같다.

〈표 V-79〉 신규 시스템 개발비 추정 결과

(단위: FP, 원)

총 기능점수	기능점수당 단가	보정계수					개발원가
		규모	연계복잡성	성능	운영환경	보안성	
3,080.1	553,114	1.1530	1.00	1.00	1.060	1.00	2,082,162,596
합계(보정 후 개발원가)							2,082,162,596
이윤						10%	208,216,260
직접경비							0
부가가치세						10%	229,037,886
<b>소프트웨어 개발비 (부가가치세 포함)</b>							<b>2,519,416,742</b>

자료: 연구진 작성

나) 하드웨어 구입비 및 상용 소프트웨어 구입비

신규 시스템에서 도입하는 하드웨어 및 상용 소프트웨어 구입비는 요구되는 사양 및 규모에 대해 복수의 납품업체로부터 비교 견적을 수행하여 단가를 추정하거나 가능한 경우 조달단가를 적용하여 추정하였다.

우선, 신규 시스템 하드웨어 구입비 추정 결과는 다음과 같으며, 2개의 납품업체로부터 획득한 견적가를 비교하여 최저가 견적을 적용하여 비용을 추정하였다.

〈표 V-80〉 신규 시스템 하드웨어 구입비 추정

(단위: 식, 원)

품목	사양	수량	견적 1	견적 2
정신건강 HCI 서버	<ul style="list-style-type: none"> <li>CPU: 3.6GHz 16c×2CPU</li> <li>Memory: 512GB</li> <li>Disk: 1.92TB SSD×6ea</li> </ul>	6	485,100,000	811,800,000
TOR스위치	<ul style="list-style-type: none"> <li>10G SFP + 23port + 1G UTP 1port</li> <li>서비스팩 포함</li> </ul>	6	151,800,000	

〈표 V-80〉의 계속

(단위: 식, 원)

품목	사양	수량	견적 1	견적 2
연계 서버	<ul style="list-style-type: none"> <li>CPU: 3.6GHz 16c×2CPU</li> <li>Memory: 512GB</li> <li>Disk: 1.92TB SSD×6ea</li> </ul>	2	161,700,000	132,000,000
개발 서버	<ul style="list-style-type: none"> <li>CPU: 3.2GHz 16c×2CPU</li> <li>Memory: 256GB</li> <li>Disk: 1.92TB SSD×3ea</li> </ul>	1	66,715,000	176,000,000
연계 테스트 서버	<ul style="list-style-type: none"> <li>CPU: 3.6GHz 16c×2CPU</li> <li>Memory: 128GB</li> <li>Disk: 1.92TB SSD×3ea</li> </ul>	1	60,115,000	
RACK	<ul style="list-style-type: none"> <li>42U 600mm×1075mm G2 Enterprise Pallet Rack</li> <li>G2 Rack 42U 1075mm Side Panel Kit</li> <li>G2 Basic 7.3kVA/C13 C19 INTL PDU *2EA</li> </ul>	1	11,835,010	15,400,000
소계			937,265,010	1,135,200,000
조달수수료(0.76%)			7,123,214	8,627,520
<b>합계(최저가 견적 적용)</b>			<b>944,388,224</b>	

주: 부가가치세 포함  
 자료: 연구진 작성

상용SW의 경우 통합발주분에 대해서는 2개의 납품업체로부터 획득한 견적가를 비교하여 최저가 견적을 적용하여 비용을 추정하였고, 분리발주분(조달청)에 대해서는 조달단가를 확인하여 비용을 추정하였다. 상용SW 구입비 추정 결과는 다음과 같다.

〈표 V-81〉 신규 시스템 상용SW 구입비 통합발주분 추정

(단위: 식, 원)

구분	품목	수량	견적가 1	견적가 2
시스템 소프트웨어	WEB엔진	19	82,414,000	9,156,290
	WAS	13	215,849,000	237,237,000
	DBMS	12	1,355,548,000	1,489,620,000
	가상화 솔루션	272	243,091,024	565,787,200
	X86서버용 OS	10	117,854,000	129,657,000
관리용 소프트웨어	DBMS성능 모니터링 솔루션	24	118,800,000	128,568,000
	분배관리 솔루션	20	24,057,000	26,433,000
업무지원용 소프트웨어	형상관리 솔루션	1	7,700,000	8,360,000
	영상솔루션	1	561,000,000	1,858,445,000

〈표 V-81〉의 계속

(단위: 식, 원)

구분	품목	수량	견적가 1	견적가 2
보안용 소프트웨어	서버계정관리 솔루션	27	29,790,018	32,967,000
	DBMS 계정관리 솔루션	7	5,390,000	5,929,000
소계			2,761,493,042	4,492,159,490
조달수수료(0.48%)			13,255,167	21,562,366
<b>합계(최저가 견적 적용)</b>			<b>2,774,748,209</b>	

주: 부가가치세 포함

자료: 연구진 작성

〈표 V-82〉 신규 시스템 상용SW 구입비 분리발주분(조달청) 추정

(단위: 식, 원)

구분	품목	제품명	수량	조달청 물품식별번호	조달가
시스템 소프트웨어	볼륨 매니저	Veritas Infoscale Enterprise 7.4	76	24428085	418,000,000
	EAI 솔루션	Midas Integration	7	22962041	77,000,000
	DBMS 암호화 솔루션	D'Amo BA-P11	7	25016103, 25016101, 25016100	92,070,000
관리용 소프트웨어	WAS 모니터링 솔루션	Jennifer X 5.0	20	25359608	70,400,000
	백업관리 솔루션	NetBackup	5	25057119	82,500,000
	OS 백업 솔루션	Arcserve UDP	27	24012817	35,640,000
	통합관제 솔루션	Zenius-EMS v7.0	20	23301293	42,197,760
업무지원용 소프트웨어	UI 솔루션	Nexacro N	20	24607828	308,000,000
	웹리포팅툴	Crownix Report & ERS 8	4	24558472, 24558473	49,720,000
	시각화 솔루션	MicroStrategy	1	24264433, 24264434, 24264435	76,508,630
보안용 소프트웨어	화면캡처 방지 솔루션	TouchEn nxWeb v1.0, Non ActiveX	12	24010292, 24010293	130,020,000
	키보드 보안 솔루션	TouchEn nxKey v1.0, Non ActiveX	12	22941395, 22941396	145,500,000
	가상 키패드 솔루션	TouchEn Transkey v4.6/Server,Client	10	23181721, 23181724	130,284,000
	공인인증_웹구간 암호화 솔루션	Anysign Lite	6	23632879	125,400,000

〈표 V-82〉의 계속

(단위: 식, 원)

구분	품목	제품명	수량	조달청 물품식별번호	조달가
보안용 소프트웨어	개인정보이력관리 솔루션	WEEDS BlackBox Suite v2.0	7	22777972	65,800,000
	서버보안 솔루션	RedCastle V4.0 for RHEL 8	27	34493353	103,950,000
	서버접근제어 솔루션	DBSAFER OS V7.0	27	24048995	56,430,000
	DB접근제어 솔루션	DBSAFER Enterprise V7.0	7	24713140	13,090,000
	서버 패스워드관리 솔루션	APPM for Password v1.4	27	22727043	20,047,500
	DB 패스워드관리 솔루션	APPM for Password v1.4, APPM 1000 Engine	7	22727041	83,160,000
	통합 보안관제 솔루션	eyeCloudSIM v3.1	27	25411069	78,705,000
	서버취약점 점검 솔루션	Secuguard SSE	3	24590124	50,400,000
소계					2,254,822,890
조달수수료(0.48%)					10,823,150
<b>합계(최저가 견적 적용)</b>					<b>2,265,646,040</b>

주: 부가가치세 포함  
자료: 연구진 작성

#### 다) 부대 비용

신규 시스템에 대한 소프트웨어 개발과 하드웨어 및 상용소프트웨어 도입 과정에서 소요되는 부대 비용으로서 감리비와 개인정보영향평가비를 추정한다.

##### (1) 감리비

감리비용은 사업 추진상의 시행착오를 예방하고 사업의 효율성과 경제성을 제고하며 운영의 합리성을 도모하기 위하여 사업추진 과정에 대한 감리에 소요되는 비용이다. 본 검토에서 감리비용의 추정은 한국정보화진흥원에서 배포하는 「정보시스템 감리대가 및 투입공수 산정 엑셀 모형」(2024. 5., Version 2.4)을 활용하였다. 모형에서 사용되는 기능점수(FP) 단가 및 SW 기술자 노임단가는 2022년도 기준가를 사용하였다.

먼저, 감리대상사업비와 그 보정금액을 산정한 결과는 다음과 같다.

〈표 IV-83〉 신규 시스템 감리대상사업비 보정금액 산정

(단위: 원)

감리대상사업비 구분	적용 보정비율	금액
① SW개발비 및 유지보수비, 정보시스템 운영 용역비	1.000	2,519,416,742
② HW, SW 구입비 및 유지보수비	0.456	5,984,782,473
③ 지식정보자원·행정정보 등 데이터베이스 구축비	0.422	-
④ 기타 전산 설비·시설물 등의 공사·이전·임차 관련 비용, 센서·단말장치 설치비, 통신회선·전기 사용료, 재료비 등	0.000	-
<b>감리대상사업비 보정금액 (VAT 제외됨)</b>		<b>4,771,343,227</b>

주: 감리대상사업비 금액은 부가가치세가 포함된 금액이고, 감리대상사업비 보정금액은 부가가치세가 제외된 금액임  
 자료: 연구진 작성

다음으로 감리 적용단계는 3단계 감리(요구정의 단계, 설계 단계, 종료 단계)로 설정하였고, 감리대상사업의 난이도 수준을 신기술 적용 수준과 현장감리 지역 다중성 관점에서 검토한 결과는 다음과 같다.

〈표 IV-84〉 신규 시스템 감리대상사업 난이도 수준 선택

난이도 요인	난이도 수준		난이도 계수
	신기술 적용 수준	보통	
	복잡	감리대상사업 및 감리 점검의 복잡성을 증가시키는 주요 신기술이 1가지 이상 적용된 경우	0.05
	매우 복잡	감리대상사업 및 감리 점검의 복잡성을 증가시키는 2가지 이상 서로 다른 분야의 주요 신기술이 적용된 경우	0.10
현장감리 지역 다중성	보통	점검활동이 수행되는 감리현장이 단일 지역인 경우	0.00
	복잡	점검활동이 수행되는 감리현장이 2개 지역 이상인 경우	0.05
	매우 복잡	점검활동이 수행되는 감리현장이 4개 지역 이상인 경우	0.10

자료: 연구진 작성

상기와 같은 과정을 통해 산정된 최종 감리비 추정 결과는 다음과 같다.

〈표 IV-85〉 신규 시스템 감리비 산정

(단위: 원)

기능점수(FP) 단가		IT감리 평균임금	
553,114		424,481	
제경비율	기술료율	직접경비	
110.0%	20.0%	-	
보정후 기본감리비(VAT 제외)		표준공수(MD)	
324,409,390		304	
구분	투입공수(단위: MD)	해당 IT직무 평균임금	금액(VAT 제외)
상주 감리	-	-	-
추가 감리	-	-	-
최종 감리비(VAT 제외)		최종 감리비(VAT 포함)	
324,409,390		356,850,329	

자료: 연구진 작성

## (2) 개인정보 영향평가비

신규 시스템 구축에 따른 개인정보 영향평가에 소요되는 비용은 공급업체로부터 비교 견적을 수행하는 방식으로 추정하였다. 3개의 공급업체로부터 획득한 견적가를 비교하고 최저가 견적을 적용하여 추정한 비용은 아래와 같다.

〈표 V-86〉 신규 시스템 개인정보 영향평가비 추정

(단위: 원)

구분	견적가 1	견적가 2	견적가 3
개인정보 영향평가비	52,000,000	71,500,000	63,000,000
조달수수료(1.07%, 최저가 견적 적용)	556,400		
<b>합계(최저가 견적 적용)</b>	<b>52,556,400</b>		

주: 부가가치세 포함

자료: 연구진 작성

## 라) 유지관리비

신규 시스템에 대한 유지관리비는 「SW사업 대가산정 가이드」(한국소프트웨어산업협회, 2022.)에서 제시하는 통상적인 요율을 적용하여 추정하였다. 즉, 개발SW에 대해서는 10%, 상용SW에 대해서는 12%, HW에 대해서는 8%를 적용하였다.

〈표 V-87〉 신규 시스템 유지관리비 추정

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
개발 SW 유지비	-	-	252	252	252	756
상용 SW(통합발주분)	-	-	333	333	333	999
상용 SW(분리발주분)	-	-	272	272	272	816
HW 유지비	-	-	76	76	76	228
<b>합계</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>933</b>	<b>933</b>	<b>933</b>	<b>2,799</b>

자료: 검토 결과를 참조하여 연구진 작성

마) 운영비

신규 시스템에 대한 운영비는 시스템 구축 후 운영에 필요한 국민건강보험공단 전담인력에 대한 인건비를 반영한다.

사업계획에 따르면 신규 시스템 운영 기관인 국민건강보험공단에서는 전담인력 10명을 투입하여 시스템을 운영할 계획이다. 전담인력 10명의 업무 분장 내용과 업무별로 배치 계획된 인력의 등급 및 규모는 다음과 같다.

〈표 V-88〉 신규 시스템 운영인력의 업무 분장 및 소요 인력 규모

구분	주요 업무	등급	인원
총괄	• 마음투자 정보시스템 운영 관리 총괄	2급	1명
시스템 운영	• 시스템 운영계획 수립 및 운영, 보안시스템 운영 관리(권한관리) • 업무포털(상담서비스, 주간활동서비스) 프로그램 개선 및 SR 처리 • 대국민포털(웹페이지 등) 프로그램 개선 및 서비스요청(SR) 처리 등	3급	1명
		5급	1명
		6급	1명
시스템 연계 및 인프라 운영	• 공공시스템 연계 관리 - 행정정보(행복이음, 전자바우처 등) - 보건의료정보(국가정신건강포털, MHIS, AMIS 등) • 민간시스템 연계 관리 - 네이버, 카카오, SNS 등 • 서버 등 IT 인프라 운영 관리 등	3급	1명
		4급	1명
		5급	1명
개인정보보호, 통계관리 및 행정 지원	• 개인정보처리 정책 관리 및 안전성 확보 조치(관련 법, 규정, 지침, 매뉴얼 관리, 정보보호위원회 등 거버넌스 운영) • 개인정보처리시스템 운영 관리 (고유식별정보, 민감정보, 영향평가 등) • 침해사고 모니터링 및 대응 등	3급	1명
		4급	1명
		6급	1명
	• 마음건강 정보시스템 관련 통계 관리 • 정보공개 청구, FAQ, 문의사항 대응 등		

자료: 연구진 작성

상기와 같은 신규 시스템 운영인력 규모에 기초하여 운영인력 인건비를 추정하면 다음과 같다. 인력 등급별 평균 임금은 국민건강보험공단의 2024년 기준 인건비 자료를 토대로 하였고, 인력 등급별 소요 인원은 상기 업무 분장 내용을 기준으로 하였다. 인건비 추정 과정에서 적용한 임금 단가는 2024년 기준 금액이므로, 본 검토의 기준 시점인 2022년 기준 금액을 추정하기 위해 연간 임금 변동률<sup>71)</sup>을 고려하여 보정하는 방식을 취하였다.

〈표 V-89〉 신규 시스템 운영인력 인건비 추정

(단위: 천원/년, 명)

인력 등급	평균 임금	소요 인원	금액
2급	101,397	1	101,397
3급	94,953	3	284,859
4급	83,956	2	167,912
5급	57,068	2	114,136
6급	47,543	2	95,086
합계 (2024년 단가 기준)		10	763,390
합계 (2022년 단가 기준)		10	749,832

자료: 연구진 작성

#### 바) 소결

상기와 같이 추정한 결과를 연도별로 정리하면 다음과 같다.

〈표 V-90〉 연도별 신규 시스템 구축비 및 운영·유지보수비 추정

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
구축비(A)	8,914	-	-	-	-	8,914
SW 개발비	2,519	-	-	-	-	2,519
SW 구입비	5,041	-	-	-	-	5,041
HW 구입비	944	-	-	-	-	944
부대비(감리비 등)	410	-	-	-	-	410

71) 「2024년 통합 정기공시 보고서」(국민건강보험공단, 2024. 4., p. 14)에 제시된 2022~2024년 일반 정규직 1인당 평균 보수액의 연평균 변동률을 적용함

〈표 V-90〉의 계속

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
유지 관리비(B)	-	-	933	933	933	2,799
개발 SW 유지비	-	-	252	252	252	756
상용 SW 유지비	-	-	605	605	605	1,815
HW 유지비	-	-	76	76	76	228
운영비(C)	-	-	750	750	750	2,250
인건비	-	-	750	750	750	2,250
합계(A+B+C)	8,914	-	1,683	1,683	1,683	13,963

자료: 검토 결과를 참조하여 연구진 작성

### 3) 사업 운영비

기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 과정에서 소요될 것으로 예상되는 사업 운영비는 국민건강보험공단과 사회보장정보원 등 보조기관의 인건비 및 운영비와 교육·연구비, 홍보비, 포상금 등을 포함하여 추정한다.

#### 가) 보조기관 인건비

국민건강보험공단과 사회보장정보원 등 보조기관의 인건비를 추정하기 위해, 사업계획에서 제시한 보조기관별 인력 소요 및 업무 분장 내용을 검토하였다.

우선, 국민건강보험공단에서는 신규 업무 인력으로 10명의 전담인력을 계획하고 있는데, 업무 분장 내용과 인력 등급별 인력 소요 규모를 검토한 결과는 다음과 같다.

〈표 V-91〉 국민건강보험공단 업무 인력 소요 규모

구분	주요 업무	등급	인원
총괄	• 업무 총괄	2급	1명
1팀 (제도 기획)	• 사업계획 및 예산에 관한 사항 • 복지부, 지자체 등 유관기관 대외협력 • 유관기관 회의체 구성·운영 • 사업홍보 및 통계관리	3급	1명
		4급	1명
		5급	1명
2팀 (운영 지원)	• 연구용역 • 사업 관련 제도 및 법령 검토 • 제공기관 교육 등 서비스 질 관리	3급	1명
		5급	1명
		6급	1명

〈표 V-91〉의 계속

구분	주요 업무	등급	인원
3팀 (시스템 구축)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ISP 계획 수립 및 추진</li> <li>• 유사 시스템 분석 및 ISP 과제 정의</li> <li>• 신규 시스템 구축 계획 및 추진</li> <li>• 대상자 연계 시스템 구축</li> </ul>	3급	1명
		5급	1명
		6급	1명

자료: 연구진 작성

상기와 같은 국민건강보험공단 신규 업무 인력 규모에 기초하여 업무 인력 인건비를 추정하면 다음과 같다. 인력 등급별 평균 임금은 국민건강보험공단의 2024년 기준 인건비 자료를 토대로 하였고, 인력 등급별 소요 인원은 상기 업무 분장 내용을 기준으로 하였다. 인건비 추정 과정에서 적용한 임금 단가는 2024년 기준 금액이므로, 본 검토의 기준 시점인 2022년 기준 금액을 추정하기 위해 연간 임금 변동률<sup>72)</sup>을 고려하여 보정하는 방식을 취하였다.

〈표 V-92〉 국민건강보험공단 업무 인력 인건비 추정

(단위: 천원/년, 명)

인력 등급	평균 임금	소요 인원	금액
2급	101,397	1	101,397
3급	94,953	3	284,859
4급	83,956	1	83,956
5급	57,068	3	171,204
6급	47,543	2	95,086
합계 (2024년 단가 기준)		10	736,502
합계 (2022년 단가 기준)		10	723,422

자료: 연구진 작성

사회보장정보원에서는 신규 업무 인력으로 4명의 기간제 근로자의 고용을 계획하고 있는데, 업무 분장 내용과 인력 등급별 인력 소요 규모를 검토한 결과는 다음과 같다.

72) 「2024년 통합 정기공시 보고서」(국민건강보험공단, 2024. 4., p. 14)에 제시된 2022~2024년 일반 정규직 1인당 평균 보수액의 연평균 변동률을 적용함

〈표 V-93〉 사회보장정보원 업무 인력 소요 규모

구분	주요 업무	등급	인원
사회서비스 보육사업부	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사업 운영 및 관리</li> <li>• 업무 협의 총괄 및 교육 지원</li> </ul>	행정 나급	1명
사회서비스 재정관리부	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서비스비용 지급</li> <li>• 예탁금 관리 및 정산</li> </ul>	행정 다급	1명
사회서비스 정보부	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 바우처시스템 운영 및 유지관리</li> <li>• 시스템 기능 개선 사업 수행</li> </ul>	전산 중급	1명
		전산 초급	1명

자료: 연구진 작성

상기와 같은 사회보장정보원 신규 업무 인력 규모에 기초하여 업무 인력 인건비를 추정하면 다음과 같다. 인력 등급별 평균 임금은 사회보장정보원의 2024년 기준 인건비 자료를 토대로 하였고, 인력 등급별 소요 인원은 상기 업무 분장 내용을 기준으로 하였다. 인건비 추정 과정에서 적용한 임금 단가는 2024년 기준 금액이므로, 본 검토의 기준 시점인 2022년 기준 금액을 추정하기 위해 연간 임금 변동률<sup>73)</sup>을 고려하여 보정하는 방식을 취하였다.

〈표 V-94〉 사회보장정보원 업무 인력 인건비 추정

(단위: 천원/년, 명)

인력 등급	평균 임금	소요 인원	금액
행정 나급	47,465	1	47,465
행정 다급	39,091	1	39,091
전산 중급	58,798	1	58,798
전산 초급	47,045	1	47,045
합계(2024년 단가 기준)		4	192,399
합계(2022년 단가 기준)		4	213,184

자료: 연구진 작성

#### 나) 보조기관 운영비

국민건강보험공단과 사회보장정보원 등 보조기관에서 조사대상 사업을 운영하는 데 소요되는 운영비는 사업부처에서 제출한 자료를 토대로 아래와 같이 검토하였다.

73) 「2024년 통합 정기공시 보고서」(한국사회보장정보원, 2024. 4., p. 14)에 제시된 2022~2024년 무기계약직 1인당 평균 보수액의 연평균 변동률을 적용함

〈표 V-95〉 국민건강보험공단 및 사회보장정보원 등 보조기관 운영비 추정

(단위: 천원)

구분	산출 내역	금액
국민건강보험공단	전산장비 활용료, 사무용품, 전력사용료 등	31,800
	회의실 임차료	26,000
	여비	14,448
	회의비	3,300
	자문료 및 참석수당	1,000
	<b>합계</b>	<b>76,548</b>
사회보장정보원	수당, 회의비 등	16,000
	교육	14,030
	집기비품	12,000
	출장비	11,856
	임차료 및 관리비	3,000
	부서운영비	576
	<b>합계</b>	<b>57,462</b>

자료: 연구진 작성

다) 교육·연구비, 홍보비, 포상금

사업운영 과정에서 소요될 교육·연구비, 홍보비, 포상금 등은 사업부처에서 제출한 자료를 토대로 아래와 같이 검토하였다.

〈표 V-96〉 교육·연구비, 홍보비, 포상금 추정

(단위: 백만원)

구분	산출 내역	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
교육·연구 등 <sup>1)</sup>	• 제공인력 교육, 연구용역 및 컨설팅	227	227	227	227	227	1,135
	• 콜센터 인력 및 시스템 구축비	-	178	178	178	178	712
	소계	227	405	405	405	405	1,847
홍보비 <sup>2)</sup>	• 공익캠페인	1,327	-	-	-	-	1,327
	• 홍보물 제작 및 매체 홍보	732	554	554	554	554	2,948
	소계	2,059	554	554	554	554	4,275
포상금	• 우수 지자체 포상금 지급	500	500	500	500	500	2,500
합계		2,786	1,459	1,459	1,459	1,459	8,622

주: 1) 2024년에는 콜센터 인력 및 시스템 구축비는 제외한 2억 2,700만원 반영

2) 2025년 이후는 공익캠페인 제작 및 송출비(13억 2,700만원) 제외한 홍보비(5억 5,400만원) 반영

자료: 연구진 작성

〈표 V-97〉 사업운영비 연도별 규모 추정

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
<b>사업 운영비</b>	<b>3,857</b>	<b>2,530</b>	<b>2,530</b>	<b>2,530</b>	<b>2,530</b>	<b>13,977</b>
<b>보조기관 인건비</b>	937	937	937	937	937	4,685
- 국민건강보험공단	723	723	723	723	723	3,617
- 사회보장정보원	213	213	213	213	213	1,066
<b>보조기관 운영비</b>	134	134	134	134	134	670
- 국민건강보험공단	77	77	77	77	77	385
- 사회보장정보원	57	57	57	57	57	285
<b>교육·연구</b>	227	405	405	405	405	1,847
<b>홍보비</b>	2,059	554	554	554	554	4,275
<b>포상금</b>	500	500	500	500	500	2,500

자료: 검토 결과를 참조하여 연구진 작성

#### 다. 사업운영관리비

사업운영 과정에서 소요될 사업부처의 사업운영관리비는 사업부처에서 제출한 자료를 토대로 아래와 같이 검토하였다.

〈표 V-98〉 사업운영관리비 추정

(단위: 백만원)

구분	산출 내역	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
사업운영관리비	일반수용비	40	36	36	36	36	184
	국내여비	30	28	28	28	28	142
	임차료	30	24	24	24	24	126
	사업추진비	10	9	9	9	9	46
	<b>합계</b>	<b>110</b>	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>498</b>

자료: 연구진 작성

라. 소결

지금까지 추정된 비용 산출 결과를 연도별로 정리하면 아래와 같다.

〈표 V-99〉 연도별 규모 추정 1

(단위: 백만원)

구분	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 (A+B+C)	13,738	4,969	4,295	4,295	4,295	31,593
기존 시스템(A)	967	2,439	82	82	82	3,653
구축비	967	2,439	-	-	-	3,406
유지 관리비	-	-	82	82	82	247
신규 시스템(B)	8,914	-	1,683	1,683	1,683	13,963
구축비	8,914	-	-	-	-	8,914
유지 관리비	-	-	933	933	933	2,799
운영비	-	-	750	750	750	2,250
사업 운영비(C)	3,857	2,530	2,530	2,530	2,530	13,977
보조기관 인건비	937	937	937	937	937	4,685
보조기관 운영비	134	134	134	134	134	670
교육·연구	227	405	405	405	405	1,847
홍보비	2,059	554	554	554	554	4,275
포상금	500	500	500	500	500	2,500
사업운영관리비(D)	110	97	97	97	97	498
합계(A+B+C+D)	13,848	5,066	4,392	4,392	4,392	32,091

자료: 검토 결과를 참조하여 연구진 작성

〈표 V-100〉 연도별 규모 추정 2

(단위: 백만원)

계획안 기준	2024년 예산 기준	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	합계
지급시스템	바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등 <sup>1)</sup>	13,238	4,469	3,795	3,795	3,795	29,093
사회서비스시스템	(포상금)	500	500	500	500	500	2,500
운영비	사업운영관리비	110	97	97	97	97	498
합계		13,848	5,066	4,392	4,392	4,392	32,091

주: 1) 비교를 위해 포상금은 제외한 규모임

자료: 검토 결과를 참조하여 연구진 작성

### 3. 총사업비 추정 결과

재추정된 총사업비는 <표 V-101>과 같이 현행 유지안은 국비 2,246억 6,800만원, 지방비 748억 1,700만원, 자부담 235억 6,500만원 총사업비 약 3,230억 5,000만원으로 추정되었다. 대상자 확대안은 <표 V-102>와 같이 국비 3,578억 600만원, 지방비 1,265억 4,100만원, 자부담 396억 7,500만원 총사업비 약 5,240억 2,300만원으로 추정되었다.

<표 V-101> 연도별 사업비 추정 결과(현행 유지안)

(단위: 백만원)

내역사업 <sup>1)</sup>	재원분담	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	계
전국민 마음투자 지원	국비	38,313	38,406	38,522	38,619	38,717	192,577
	지방비	14,885	14,921	14,966	15,003	15,042	74,817
	자부담	4,794	4,752	4,713	4,673	4,632	23,565
	소계	57,992	58,079	58,200	58,295	58,392	290,959
바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등	국비	13,738	4,969	4,295	4,295	4,295	31,593
사업운영관리비	국비	110	97	97	97	97	498
합계	국비	52,161	43,472	42,914	43,011	43,109	224,668
	지방비	14,885	14,921	14,966	15,003	15,042	74,817
	자부담	4,794	4,752	4,713	4,673	4,632	23,565
	계	71,840	63,145	62,593	62,687	62,783	323,050

주: 1) 2024년 예산의 내역 사업 구분을 기준으로 정리함  
 자료: 검토안 결과를 참조하여 연구진 작성

<표 V-102> 연도별 사업비 추정 결과(대상자 확대안)

(단위: 백만원)

내역사업 <sup>1)</sup>	재원분담	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	계
전국민 마음투자 지원	국비	38,313	38,406	82,789	82,997	83,210	325,715
	지방비	14,885	14,921	32,164	32,245	32,327	126,541
	자부담	4,794	4,752	10,129	10,044	9,956	39,675
	소계	57,992	58,079	125,082	125,286	125,493	491,932
바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등	국비	13,738	4,969	4,295	4,295	4,295	31,593
사업운영관리비	국비	110	97	97	97	97	498

〈표 V-102〉의 계속

(단위: 백만원)

내역사업 <sup>1)</sup>	재원분담	2024년	2025년	2026년	2027년	2028년	계
합계	국비	52,161	43,472	87,181	87,389	87,602	357,806
	지방비	14,885	14,921	32,164	32,245	32,327	126,541
	자부담	4,794	4,752	10,129	10,044	9,956	39,675
	<b>계</b>	<b>71,840</b>	<b>63,145</b>	<b>129,474</b>	<b>129,678</b>	<b>129,885</b>	<b>524,023</b>

주: 1) 2024년 예산의 내역 사업 구분을 기준으로 정리함  
 자료: 검토안 결과를 참조하여 연구진 작성

부처에서 제출한 사업계획과 비교해 현행 유지안은 약 4,661억 100만원 적게 추정되었고, 대상자 확대안은 약 2,651억 2,800만원 적게 추정되었다.

〈표 V-103〉 총사업비 추정 결과

(단위: 백만원)

내역사업 <sup>1)</sup>	재원분담	계획안 (A)	현행 유지안 (B)	대상자 확대안 (C)		
				증감 (B-A)	증감 (C-A)	
전국민 마음투자 지원	국비	382,608	192,577	-190,031	325,715	-56,893
	지방비	163,974	74,817	-89,157	126,541	-37,433
	자부담	138,617	23,565	-115,052	39,675	-98,942
	소계	685,199	290,959	-394,240	491,932	-193,267
바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등	국비	103,402	31,593	-71,809	31,593	-71,809
사업운영관리비	국비	550	498	-52	498	-52
합계	국비	486,560	224,668	-261,892	357,806	-128,754
	지방비	163,974	74,817	-89,157	126,541	-37,433
	자부담	138,617	23,565	-115,052	39,675	-98,942
	<b>계</b>	<b>789,151</b>	<b>323,050</b>	<b>-466,101</b>	<b>524,023</b>	<b>-265,128</b>

주: 1) 2024년 예산의 내역 사업 구분을 기준으로 정리함  
 자료: 검토안 결과를 참조하여 연구진 작성

#### 4. 추가적 비용 발생 가능성

본 사업계획서에서 인건비와 ISP 수립에 대한 비용을 법적 근거 등 명확한 이유를 통해 제시하고 있는지 검토가 필요해 보인다. 따라서 해당 부분의 추가 비용 발생 가능성을 배제하기 힘들다. 포상금에 대한 예산의 필요성 또한 검토가 필요하다.

현재 본 사업으로 인한 재정지출 추계 시 상담서비스 공급단가를 8만원, 7만원인 경우만 상정하였으나 민간의 서비스 단가는 더 높을 것으로 추측되며, 그로 인한 서비스 공급자가 충분하지 않을 경우 추가적인 비용이 발생할 가능성이 높다.

#### 5. 수요 변동에 따른 비용 변동 가능성

본 사업계획서상의 수요는 인구구조 변화와 우울증 경험 및 상담으로 연결되는 환자 비율의 추세 등을 고려하지 않고 추정하였다. 또한 PHQ-9 점수가 적절한 기준이라는 것에 동의하더라도 명확한 기준 점수를 어떻게 정할 것이며, 본 사업의 2026년 이후 계획의 일반 국민 중 서비스 대상자는 어떻게 정의될 것인가에 대한 검토가 필요하다. 앞서 언급한 모든 것들이 수요 변동 및 비용 변동으로 이어질 가능성이 매우 높다.

---

## VI. 종합결론 및 정책제언

---

### 1. 종합결론

본 보고서에서는 ‘전국민 마음건강 투자사업 사업계획 적정성 검토’를 위하여 크게 ‘전국민 마음투자 지원’, ‘바우처시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등’, ‘사업운영관리비’ 총 세 가지 내역사업으로 나누어 검토 의견을 도출하였다. 본 사업의 목적은 우울·불안 등 정서적 어려움이 있는 국민에게 심리상담 서비스를 제공하여 국민의 마음 건강 돌봄 및 정신질환을 예방하고 조기 발견하는 것을 목적으로 한다.

본 보고서에서는 앞서 언급한 내역 사업에 대하여 복지 및 소득 이전 사업의 사업계획 적정성 검토 평가 구조를 토대로 ‘경제·사회 환경 분석’, ‘사업설계의 적정성 분석’, ‘비용 추정의 적정성 분석’으로 구분되는 세 가지 평가 항목에 대한 검토를 수행하였다.

‘경제·사회 환경 분석’에서는 ‘경제·사회 여건 분석’, ‘경제·사회 영향 분석’, ‘재정의 지속가능성’에 대하여 검토하였다. 검토 결과 본 사업은 OECD 국가와 비교 시 상대적으로 자살률이 높아 정신 건강 문제가 크고, 소득재분배 측면에서 정부 개입의 정당성이 인정된다. 다만 기존에 존재하는 상담서비스를 구축하는 효과가 존재할 것이므로 이에 대한 고려가 필요하다. 또한 재정 지속가능성 측면에서 잠재적 수혜자 추정의 변동성이 클 수 있기 때문에 이에 대한 사전 보강이 이루어질 필요가 있다.

‘사업설계의 적정성 분석’에서는 하위항목인 ‘사업목표 설정의 적정성과 시급성’, ‘수혜 대상의 적절성’, ‘추진방법의 적절성’, ‘전달체계의 적절성’에 대하여 검토하였다. 검토 결과 정신건강복지센터 중 기초센터에서 중증정신질환자 관리 사업을 진행 중인 것으로 나타나기 때문에 해당 사업과 중복되지 않는 본 사업의 목표 구체화 작업이 필요할 것으로 검토되었다. 사업 목표 달성을 확인하기 위하여 여러 가지 지표를 구축해야 할 것으로 사료된다. 예를 들어 대상의 우울증의 정도를 판별하는 객관적 지표, 본 사업으로 인한 기존 상담서비스 참여 인원 감소 측정 지표, 정신건강 리터러시와 상담서비스 참여 연관성 및 중증 우울질환에 대한 연관성 측정 지표 등이다. 해당 부분은 아주 적은 예시를 기술한 것으로 해당 부분에 대한 심층적 논의와 추후 심층평가를 진행할 경우 본 사업에 요구할 것

으로 사료되는 다양한 지표에 대하여 추가적 논의가 필요하다. 사업 초기 수혜대상은 우울증 환자로 처방받은 인원을 본 사업의 수혜대상에 미포함시켰으나 추후 수요 추정을 실시하며, 본 사업계획을 주무부처가 우울증 환자도 포함시키도록 변경하였다. 이와 같이 본 사업의 수혜대상에 대한 명확성 및 적합성 부분에서도 추가적인 검토가 필요하다고 사료된다. 사업추진 시 지방자치단체의 역할이 중요하기 때문에 서비스바우처 제공이 원활이 이루어지고 이에 대한 중앙정부 지원금이 지불되는 구조가 투명하고 효율적으로 구성되고 관리되는 방안을 검토하여야 한다.

마지막으로 ‘비용 추정 적정성’의 경우 사회서비스바우처에 해당하는 ‘전국민 마음투자 지원’사업의 경우, ‘지원대상 규모 추정 적정성 검토’, ‘지원대상 규모 재추정’, ‘지원단가 적절성 검토’, ‘사업비 추정’을 검토하였다. 지급시스템에 해당하는 ‘마음투자 전달체계 구축’사업의 경우, ‘마음투자 전달체계 구축 세부내역 및 변동 사항’, ‘기존 시스템 보강 및 신규 전달체계 구축·운영 등’, ‘사업운영관리비’를 검토하였다. 바우처 사업 비용 추정 검토 결과, 지원대상을 우울증 환자로 확대하여야 기존 부처계획 중 2024~2025년 수요를 만족시킬 수 있을 것으로 검토되었다. 사업비 추정 시, PHQ-9 점수가 5~9점인 집단이 현재 2024년 시행 중인 사업에 참여 중인 것을 반영하여 보수적으로 추정한 비용과 2026년 이후 일반국민까지 수혜자가 확대되는 것을 가정한(PHQ-9 점수 5~9점 인원 대폭 증가) 시나리오에서 추정한 비용을 고려할 때, 자부담 비용이 합쳐진 바우처 사업의 총 추계비용 범위는 약 2,910~4,919억원으로 나타난다. 이는 부처 계획안인 약 6,852억원 대비 약 1,933~3,942억원 적은 금액이다. 지급시스템인 ‘마음투자 전달체계 구축’사업의 비용은 약 316억원으로 추정되었고, 이는 부처 계획안인 약 1,034억원 대비 약 719억원 적은 금액이다.

## 2. 정책제언

본 사업은 제31회 국무회의(2023. 8. 1.)에서 대통령 모두말씀으로 제안되어 제35회 국무회의(2023. 8. 21.)에서 ‘전국민 마음투자 지원사업 계획(안)’이 이견 없이 의결·확정되었으며, 사업계획 적정성 검토가 수행되는 중에 2024년 예산이 확정되어 2024년 7월부터 사업이 시행되었으며, 2025년 예산 역시 반영되었다.

일반적으로 예비타당성조사는 사업 예산을 편성하기 위하여 미리 실시<sup>74)</sup>하는 것으로 원

칙적으로 각 중앙관서의 장은 사업 시행 전전년도까지 기획재정부 장관에게 예비타당성조사(요구75)해야 한다. 그러나 본 사업은 ‘국가 정책적 추진이 필요사업(76)’으로 판단되어 국무회의에서 사업의 시급성 및 구체성에 대해 인정을 받은 후 예비타당성조사 면제 대상으로 선정된 이후, 사업계획 적정성 검토 수행되는 과정에서 예산 반영 및 집행이 동시에 이루어졌다.

사업계획 적정성 검토를 수행하는 과정에서 사업이 수행되면서 당초 사업계획안보다는 사업의 내용이 보다 구체화되기는 했지만, 여전히 시범사업의 부재 및 관련 데이터 부족 등으로 인하여 총사업비 추정에는 여러 한계가 존재할 수밖에 없었다. 이러한 한계 및 계속사업인 점 등을 고려하여 재정사업 심층평가 등을 통해(77) 향후 사업계획에 대한 재검토 및 그에 따른 보다 과학적 근거에 입각한 정책 추진이 필요할 것으로 보인다. 심층평가 등을 통해 본 보고서에서 언급된 현재 사업계획의 한계와 특히, 기존 상담센터의 사업 등과 연계하여 수혜대상을 세분화, 근거에 기반한 향후 수요 변화 추정 등에 심도 있는 재검토가 이루어져야 할 것이다.

또한, 연령·소득 분위·지역 등 유사 집단 중 본 상담서비스를 수혜한 집단의 스트레스나 우울증의 경감도 조사 내역과 유사 집단 중 본 상담서비스를 수혜하지 않은 집단의 스트레스 우울증의 경감도 조사 내역을 비교하여 확실한 상담서비스 사업만의 효과를 구분할 전략을 강구하고, 데이터 수집 등을 통한 성과지표 설정 및 성과관리 방안 마련 등을 통해 사업 집행뿐만 아니라 효과적인 사후관리 방안도 모색해야 할 것이다.

---

74) 「국가재정법」 제38조 제1항

75) 「예비타당성조사 운용지침」 제26조 제1항

76) 「국가재정법」 제38조 제2항 10호 등

77) 「예비타당성조사 운용지침」 제51조 제2항

## 참고문헌

### <국내 문헌>

- 관계부처 합동, 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」, 2021. 1.  
\_\_\_\_\_, 「제5차 자살예방기본계획(23~27)」, 2023. 4.  
\_\_\_\_\_, 「정신건강정책 혁신방안」, 2023. 12.
- 국민건강보험공단, 「2024년 통합 정기공시 보고서」, 2024. 4.
- 국회 보건복지위원회, 「2024년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고(II)」, 2023. 11.
- 국회 예산결산특별위원회, 「2024년도 예산안 및 기금운용계획안 2024년 임대형 민자사업(BTL) 한도액안 검토보고(부처별V)」 2023. 11.
- 국회예산정책처, 「2024년도 예산안 위원회별 분석 (보건복지위원회·여성가족위원회)」, 2023. 10.  
\_\_\_\_\_, 「2024년도 예산안 편성 및 기금운용계획안 작성 세부지침」, 2023. 5.
- 노은이·서동우·윤여원, 『서울시민 정신건강증진을 위한 지원방안』, 서울연구원, 2013.
- 대한민국 정부, 『2024년도 성과계획서(보건복지부)』, 2023.
- 박경연, 「한국판 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) 의 신뢰성, 타당성 및 임상적 유용성」, 『글로벌 건강과 간호』 제7권 제2호, 2017, pp. 71~78.
- 박노옥·박한준·봉재연·박유미·전예원, 『사회분야 재정사업 예비타당성조사 표준지침 연구』, 한국조세재정연구원, 2018.
- 박지혜, 「청년의 정신건강 상담서비스 이용 영향요인: 성별 차이를 중심으로」, 『한국웰니스학회지』 제18권 제4호, 2023, pp. 57~63.
- 박지혜·이선혜, 「청년의 정신건강 리터러시와 도움요청 행동-도움요청에 관한 낙인, 태도, 의도의 매개효과 분석」, 『한국사회복지학』 제72권 제4호, 2020, pp. 63~92.
- 보건복지부, 「제2차 정신건강복지기본계획(2021~2025)」, 2021. 1.  
\_\_\_\_\_, 「2023년도 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1)(확정)(특별회계, 기금)」, 2023. 1.  
\_\_\_\_\_, 「2023년 정신건강사업 안내」, 2023. 2.  
\_\_\_\_\_, 「2023년 청년마음건강지원사업 안내」, 2023. 2.  
\_\_\_\_\_, 「제5차 자살예방기본계획(2023~2027)」, 2023. 4.  
\_\_\_\_\_, 「예비타당성조사 면제요구서」, 2023. 8.  
\_\_\_\_\_, 「전국민 마음투자 지원 사업 계획(안)」, 2023. 8.  
\_\_\_\_\_, 「제1차 사회서비스 기본계획안」, 2023. 12. 12.

- \_\_\_\_\_, 「1차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2023. 12. 13.
- \_\_\_\_\_, 「2024 지역사회서비스 투자사업 안내」, 2024. 1.
- \_\_\_\_\_, 「2차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 2. 22.
- \_\_\_\_\_, 「3차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 4. 8.
- \_\_\_\_\_, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 추진계획(안)」, 2024. 4. 23.
- \_\_\_\_\_, 「4차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 4. 23.
- \_\_\_\_\_, 「전국민 마음투자 지원사업 등록기준 고시 제정(안)」, 2024. 5.
- \_\_\_\_\_, 「기획재정부 1차 점검회의에 대한 부처 의견」, 2024. 5. 14.
- \_\_\_\_\_, 「6차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 8. 27.
- \_\_\_\_\_, 「2024년 전국민 마음투자 지원사업 이용자 만족도 조사」, 2024. 11.
- \_\_\_\_\_, 「10차 질의 및 자료요청에 대한 회신」, 2024. 11. 26.
- 보건복지부 국립정신건강센터·건강보험심사평가원·한국보건사회연구원, 『정신건강현황 4차 예비조사 결과보고서』, 2018. 12.
- \_\_\_\_\_, 『2022 국가 정신건강현황 보고서』, 2023. 12.
- 보건복지부·질병관리청·국민건강보험, 「국가건강검진 검진 의사 상담매뉴얼: 정신건강검사(우울증, 조기정신증) 및 상담」, 2024.
- \_\_\_\_\_, 「국가건강검진 검진 의사 상담매뉴얼: 정신건강검사(우울증, 조기정신증) 및 상담」, 2025. 1.
- 보건복지부·한국건강증진개발원, 「제5차 국민건강증진종합계획」, 2022. 4.
- 부산광역시, 「'2023년 청년 마음이음 사업' 심리상담 전문기관 모집공고(제2023-1440호)」, 2023. 4.
- 안재용·서은란·임경희·신재현·김정범, 「한국어판 우울증 선별도구 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) 의 표준화 연구」, 『생물치료정신의학』 제19권 제1호, 2013, pp. 47~56.
- 전진아·이난희·김진호, 「정신건강증진사업의 현황과 최근의 정책적 변화」, 『보건복지포럼』, 제246호, 2017. 4., pp. 51~63.
- 전진아·전민경·김남희·박재현·이용주·윤시문·유혜영·김보은, 『수요자 중심의 정신건강서비스 접근성 강화 전략 연구』, 한국보건사회연구원, 2019.
- 질병관리청, 『지역사회건강조사(2018~2022년)』, 각 연도
- 통계개발원, 『국민 삶의 질 2023』, 2024. 2.
- 통계청, 「장래인구추계: 2022~2072년」, 2023. 12.
- \_\_\_\_\_, 「연령 및 성별 인구(2018~2022년)」, 2023. 12.
- 한명희, 「우울증 대상자의 정신 상담 경험 여부 예측 모형」, 『한국보건간호학회지』, 제37권 제1호, 2023, pp. 125~135.
- 한국개발연구원, 『예비타당성조사 수행을 위한 세부지침 일반부문 연구』, 2021. 5.

- 한국사회보장정보원, 「2024년 통합 정기공시 보고서」, 2024. 4.
- 한국소프트웨어산업협회, 「SW사업 대가산정 가이드(2022년 제2차 개정판)」, 2022. 8. 25.
- 한국조세재정연구원, 「2023년 제2차 예비타당성조사 착수회의 자료」, 2023. 10.
- 행정안전부, 「제31회 국무회의 회의록」, 2023. 8. 1.
- \_\_\_\_\_, 「제35회 국무회의 회의록」, 2023. 8. 21.

#### 〈외국 문헌〉

- Australian Health Ministers, “Mental health statement of rights and responsibilities,” *Reports of the Mental Health Consumer Outcomes Taskforce*, AGPS, 1991.
- David M Clark, “Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience,” *Int Rev Psychiatry*, 23(4), 2011, pp. 318~327.
- NCCMH, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression manual*, 2024.
- NHS Digital, *Improving Access to Psychological Therapies(IAPT)*, 2017. 4. 25.
- NHS Digital, *NHS Talking Therapies for anxiety and depression annual reports 2022~23*, 2024. 1. 16.
- OECD, *Health at a Glance 2021: OECD indicators*, 2021.
- Park, S. J., Choi, H. R., Choi, J. H., Kim, K. W., & Hong, J. P., “Reliability and validity of the Korean version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9),” *Anxiety and mood*, 6(2), 2010, pp. 119~124.

#### 〈웹사이트〉

- 강원특별자치도 지역사회서비스투자사업 온라인 포털 서비스, <http://gwssf.or.kr/document/info14?sv=14>, 검색일자: 2024. 1. 9.
- 건강보험심사평가원, 「최근 5년(2017~2021년) 우울증과 불안장애 진료현황 분석」, 보도자료, 2022. 6. 24., <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020041000100&brdScnBltno=4&brdBltNo=10627&pageIndex=1#none>, 검색일자: 2024. 4. 15.
- 기획재정부, 열린재정 재정정보공개시스템, <https://www.openfiscaldata.go.kr>, 검색일자: 2024. 4. 15.
- 법제처, 국가법령정보센터, <https://www.law.go.kr>, 검색일자: 2024. 4. 15.
- 보건복지부, 「정신건강정책 ‘예방-치료-회복’ 순단계 관리로 대전환」, 보도자료, 2023. 12. 5., [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010200&bid=0027&tag=&act=view&list\\_no=1479142&cg\\_code=](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010200&bid=0027&tag=&act=view&list_no=1479142&cg_code=), 검색일자: 2024. 1. 9.

\_\_\_\_\_, 「국민 누구나 필요할 때 누리는 질 높은 사회서비스」, 보도자료, 2023. 12. 12., [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list\\_no=1479253&act=view](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1479253&act=view), 검색일자: 2024. 1. 9.

한국사회보장정보원, <https://www.ssis.or.kr/index.do>, 검색일자: 2024. 4. 24.

OECD, <https://data.oecd.org>, 검색일자: 2024. 4. 15.

\_\_\_\_\_, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>, 검색일자: 2024. 4. 15.

OECD Data, <https://data.oecd.org/socialexp/social-benefits-to-households.htm#indicator-chart>, 검색일자: 2024. 3. 9.

## 부록 조사 수행 관련 공문

"2030 부산세계박람회 반드시 유치하겠습니다."



기획재정부

### 기획재정부



수신 수신자 참조  
(경유)

제목 사업계획 적정성 검토 수행 요청(조세연)

2023년도 제2차 예비타당성조사 면제사업 선정 결과에 따라, 사업계획 적정성 검토를 요청하오니, 수행 후 그 결과를 통보하여 주시기 바랍니다.

붙임 1. 2023년도 제2차 사업계획 적정성 검토 요청 목록(조세연).

기획재정부장관

수신자 총사업비관리과장, 법사예산과장, 농업해양예산과장, 복지예산과장, 현금보조에예산과장, 한국조세재정연구원장



주무관 박형민 | 담당성심사과 | 장 | 2023. 8. 24. | 접수

협조자

시행 | 담당성심사과-746 | (2023. 8. 24.) | 접수

우 30112 | 세종특별자치시 도움6로 42, 중앙동 기획재정부 (여진동) | <http://www.mof.go.kr>

전화번호 044-215-5413 | 팩스번호 0508-215-8120 | [gudals3957@mof.go.kr](mailto:gudals3957@mof.go.kr) | 비공개(5)

"2030 부산세계박람회 반드시 유치하겠습니다."