

보건복지 난제(難題) 대응전략

류정희

강희정·김태완·신정우·이영숙·김세진·김현경

이지혜·김희년·이정은·황주희·이주민



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	류정희	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	강희정	한국보건사회연구원 선임연구위원
	김태완	한국보건사회연구원 선임연구위원
	신정우	한국보건사회연구원 선임연구위원
	이영숙	한국보건사회연구원 연구위원
	김세진	한국보건사회연구원 연구위원
	김현경	한국보건사회연구원 연구위원
	이지혜	한국보건사회연구원 부연구위원
	김희년	한국보건사회연구원 부연구위원
	이정은	한국보건사회연구원 부연구위원
	황주희	한국보건사회연구원 연구위원
이주민	한국보건사회연구원 연구위원	

연구보고서(수시) 2025-10

보건복지 난제(難題) 대응전략

발행일 2025년 11월
발행인 신영석
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인쇄처 (주)에이치에이엔컴퍼니

© 한국보건사회연구원 2025
ISBN 979-11-7252-144-8 [93330]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.b.2025.10>

발|간|사

한국 사회는 저출생·고령화에 따른 급격한 인구구조 변화와 경제성장률 둔화, 노동시장의 고용형태 다변화, 그리고 기존 사회보장제도의 재정적 지속가능성 악화 등 복합적인 사회경제적 전환기에 직면해 있다. 이러한 변화 속에서 국민의 삶의 질을 보장하고 사회보장시스템의 지속가능성을 확보하기 위한 보건복지 분야의 과제들은 복잡하고 상호연결된 ‘난제(難題, grand challenges)’의 특성을 지니고 있다.

본 연구는 한국 사회가 당면한 주요 보건복지 난제들을 심층적으로 진단하고, 이에 대한 통합적이며 지속 가능한 정책 대안을 모색하고자 하였다. 특히 의료 인력 불균형, 지역 및 필수의료 강화, 노인 빈곤, 의료·요양 통합 지원, 양육지원체계, 그리고 사회보장재정의 지속가능성이라는 6대 핵심 분야를 선정하여 각각의 현황과 향후 여건 변화를 분석하였다.

이를 위해 문헌 연구와 데이터 실증분석, 그리고 학계와 정책 현장의 목소리를 담은 전문가 간담회를 통해 다각적인 분석을 수행하였으며, 그 결과를 통해 개별 제도 중심의 파편적 접근을 넘어 기능과 역할 중심의 통합적 정책 시사점을 도출하고자 하였다. 또한 단기적인 위기 대응과 중장기적인 구조적 전환 방안을 체계적으로 제안하였다.

보건복지 난제 해결을 위한 논의의 출발점인 이번 연구가 향후 복잡하게 얽힌 난제들을 풀기 위한 통합적이고 실질적인 중단기 정책 방안 및 전략 개발에 기여하기를 기대한다. 본 연구는 본원의 류정희 연구위원의 책임 하에 강희정 선임연구위원, 김태완 선임연구위원, 신정우 선임연구위원, 이영숙 연구위원, 김세진 연구위원, 김현경 연구위원, 이지혜 부연구위원, 김희년 부연구위원, 이정은 부연구위원, 황주희 연구위원, 이주민 연구원이 함께 수행하였다. 연구 과정에서 귀중한 조언과 통찰을 주신 본원의 이현주

선임연구위원과 부산대학교 윤태호 교수를 비롯하여 함께 참여해주신
학계와 현장의 전문가 여러분께도 깊은 감사의 뜻을 표한다. 마지막으로
이 보고서에 포함된 모든 내용은 연구진의 의견으로, 본원의 공식적인 견
해가 아님을 밝힌다.

2025년 11월
한국보건사회연구원 원장
신 영 석



목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



요 약	1
제1장 서론	5
제1절 연구 필요성 및 목적	7
제2절 연구 내용 및 방법	9
제2장 의료 인력의 불균형 해소와 필수의료 전문인력 확보 방향	13
제1절 현황 진단	15
제2절 여건 변화와 전망	21
제3절 정책 방향과 추진 전략	24
제3장 지역·필수 의료 강화를 위한 공공의료 거버넌스 재편 방향 ..	39
제1절 현황 진단	41
제2절 여건 변화와 전망	43
제3절 정책 방향과 추진 전략	45
제4장 노인빈곤 개선을 위한 노후소득보장체계 개선방향	61
제1절 현황 진단	63
제2절 여건 변화와 전망	70
제3절 노인빈곤 완화를 위한 주요 제도와 한계	74
제4절 노인빈곤 완화를 위한 정책 방향과 추진 전략	85

제5장 의료·요양 통합지원의 진단과 통합돌봄의 미래 방향성 구축 · 99	
제1절 현황 진단	101
제2절 여건 변화와 전망	121
제3절 정책 방향과 추진 전략	127
제6장 일하는 부모의 양육부담 경감을 위한 통합적 양육지원체계 구축 149	
제1절 현황 진단	151
제2절 여건 변화와 전망	167
제3절 정책 방향과 추진 전략	169
제7장 지속가능한 사회보장재정을 위한 재정운용 방향 수립 175	
제1절 현황 진단	177
제2절 여건 변화와 전망	186
제3절 정책 방향과 추진 전략	198
제8장 결론 209	
제1절 연구결과와 논의	211
제2절 난제 간 통합적 정책 시사점	222
제3절 연구의 의의 및 한계	223
참고문헌 225	
Abstract 237	

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 2-1〉 선행 연구 주요 내용	15
〈표 2-2〉 시도별 필수 의료과 전문의 현황	18
〈표 2-3〉 중앙-권역-지역 공공보건의로 교육-훈련 체계(안)	23
〈표 2-4〉 2024년 기준 의대 정원(의과전문대학원 포함)	27
〈표 3-1〉 지역·필수·공공 의료 강화를 위한 정책 중심의 변화 틀	47
〈표 3-2〉 공공의료 인력 양성의 효과성 측면에서 주용 쟁점에 따른 공공의대 설립 대안 비교 · 54	
〈표 3-3〉 지역 거점 공공병원의 악순환 구조	56
〈표 3-4〉 지역 책임의료기관 의무사업	57
〈표 4-1〉 65세 이상 노인 가처분소득 빈곤율	67
〈표 4-2〉 연령별 기초보장 수급자 및 생계급여 수급자 규모	75
〈표 4-3〉 전인구 대비 기초보장 수급자 및 생계급여 연령별 수급비율	76
〈표 4-4〉 생계급여 가구원수별 평균수금액	77
〈표 4-5〉 기초연금 수급자 현황	79
〈표 4-6〉 기초연금 수금액 변화	79
〈표 4-7〉 노령연금 수급자 가입기간	82
〈표 4-8〉 노인인구 대비 노인일자리 참여자 비중	85
〈표 5-1〉 지역사회 통합돌봄 사업의 변화	107
〈표 6-1〉 아동 대상 공적 돌봄서비스 유형 및 개요	159
〈표 6-2〉 영유아 보육연령별 공식 돌봄유형별 현재 및 희망이용률(2021년)	161
〈표 6-3〉 초등학교 학년별 공공 초등방과후 서비스 현재 및 희망 이용률(2021년)	162
〈표 7-1〉 사회복지지출의 한국과 OECD평균: 2021년기준	177
〈표 7-2〉 사회복지지출 변화분: 한국과 OECD평균, '10~'21년, '10~'19년	179
〈표 7-3〉 총지출 및 분야별 재정 추이: 2010~2025년	184
〈표 7-4〉 기간별 인구 증감 및 주요 인구 지표: 2010~2050년	187
〈표 7-5〉 2039년 SOCX 비율 전망치 20.1%에서 한국과 OECD평균('19년) 비교: 정책 영역별	192
〈표 7-6〉 초고령사회 진입 시점의 SOCX 비율 비교	192

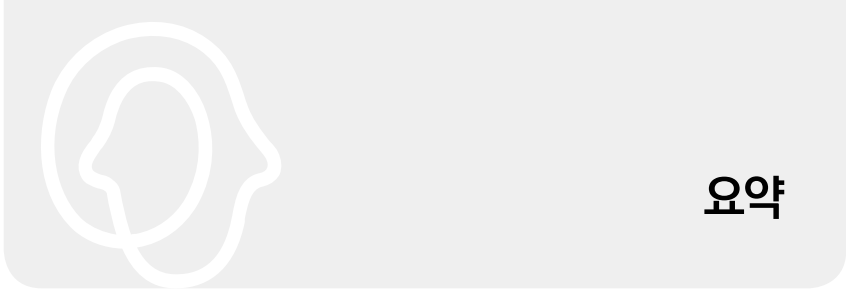
그림 목차

[그림 2-1] 전문 분야 및 지역 간 의료 인력 불균형	18
[그림 2-2] 정책 방향과 추진 전략	24
[그림 2-3] 의료 인력 수급 추계 위원회 운영 비전과 핵심 가치(안)	26
[그림 2-4] 지역의료 강화 및 필수 의료 충원을 위한 인력 양성 정책	27
[그림 3-1] 주요 진료과 전문의의 수도권 비중 변화(2011~2022)	43
[그림 3-2] 전략1 지역 필수의료 보장을 위한 공공의료 강화	46
[그림 3-3] 지역·필수·공공 의료 강화를 공공의료 거버넌스 재편 틀	60
[그림 4-1] 2011~2023년 전체 인구 및 65세 이상 빈곤율(중위소득 50% 이하)	63
[그림 4-2] 2020년 OECD 국가 66세 이상 빈곤율(중위소득 50% 이하)	64
[그림 4-3] 노인 및 근로연령가구 빈곤갭비율 변화	64
[그림 4-4] 1, 2차 베이비 부머세대 종사상 지위 변화	68
[그림 4-5] 김도현, 이승희(2025)의 노인빈곤율 전망(2024~70년)	70
[그림 4-6] 류재린 외(2024)의 노인빈곤 전망 결과(일차소득+공적연금)	71
[그림 4-7] 만 65세 이상 인구 및 노령연금 수급자 변화	81
[그림 4-8] 노인일자리 참여자 규모	84
[그림 5-1] OECD 국가 65세 이상 인구의 장기요양 수급자 비율	111
[그림 5-2] OECD 국가 65세 이상 장기요양 수급자의 재가급여 이용 비율	112
[그림 5-3] 장애인과 비장애인의 1인당 연평균 의료이용(일수)	115
[그림 5-4] 고령장애인과 비장애노인의 1인당 연평균 의료이용(일수)	116
[그림 5-5] 노인인구(65세 이상) 비중 및 노년부양비	121
[그림 5-6] 75세 이상 인구 비중 추이	122
[그림 5-7] 지역사회 통합돌봄 추진을 위한 영역별 개선 사항	132
[그림 5-8] 건강보험-장기요양보험-지역 내 사회서비스의 연계방안	139
[그림 5-9] 통합돌봄을 위한 전달체계 개편의 네 가지 전략	141
[그림 6-1] 양육지원 3개의 축	152
[그림 6-2] 12세 이하 아동 연령·학령별 돌봄서비스와 부모의 근로시간	158
[그림 6-3] 육아휴직 사각지대	163



[그림 6-4] 중앙정부 양육비 지원 개요	165
[그림 6-5] 양육 지원 3개의 축과 국정과제	174
[그림 7-1] 사회복지지출 격차(%p): 2021년 기준, 한국-OECD평균	178
[그림 7-2] 사회복지장재지출 추이 및 격차(%,%p): 한국, OECD평균, 2010~2024년	179
[그림 7-3] SOCX비율및국민부담률추이(%,%p):'10~'25년	180
[그림 7-4] 한국과 OECD 격차 추이(%p): '10~'25년	180
[그림 7-5] 12대분야별 연평균 증가율(%): '10~'25년, '20~'25년	181
[그림 7-6] 12대분야별 '20~'25년 증감분(조원)및비율(%)	181
[그림 7-7] 사회복지·보건 부문별 증감분(조원) 및 비중 변화(%p): 2010~2025년	182
[그림 7-8] 국세수입 예산액 및 수납액 추이(조원):'10~'24년	185
[그림 7-9] 명목GDP 대비 국세수입 비율 추이(%): '10~'24년	185
[그림 7-10] GDP성장을 추이와 전망: 실질 vs. 명목	188
[그림 7-11] 잠재성장을 추이 및 전망	189
[그림 7-12] 임금상승을 추이와 전망: 실질 vs. 명목	189
[그림 7-13] 소비자물가상승률 전망	190
[그림 7-14] 사회복지지출의 GDP 대비 비율 전망 추이: 2024~2065년	191
[그림 7-15] 국민연금 재정전망	193
[그림 7-16] 기초연금 기준연금액 추이	194
[그림 7-17] 빈곤율 추이: 빈곤선 50% 기준	194
[그림 7-18] 기초연금 장기 재정전망	195
[그림 7-19] 건강보험 재정추이와 2025년 예상	196
[그림 7-20] 노인장기요양보험 재정추이와 2025년 예상	196
[그림 7-21] 장기요양 인정자 중 요양병원 거주 현황	197
[그림 7-22] 정부 제3차 장기재정전망 추이: '25~'65년	198
[그림 7-23] 정부 제3차 장기재정전망의 국가채무비율 추이: '25~'65년	198
[그림 7-24] 정부 제3차 장기재정전망 추이: 사회보험, '25~'65년	199
[그림 7-25] OECD 국가들의 빈곤율 비교(% , %p): 전체, 고령자, 2022년 기준	201

[그림 7-26] 분야별 자원배분 추이(%): '95~'22년	203
[그림 7-27] 자원배분 비교(% , %p): 한국, OECD 평균	203
[그림 7-28] OECD 초고령사회('25년기준) 국가들의 노년부양비 추이: 진입 후 20년 경과 기간 비교	206
[그림 7-29] 노년부양비 vs. 정부부채비율(명/100명, %): '22년	207
[그림 7-30] 노년부양비 vs. 국민부담율(명/100명, %): '22년	207



1. 연구의 배경 및 목적

한국 사회는 저출생·고령화로 인한 인구구조 변화와 사회경제적 전환에 따른 복합적이고 상호연결된 보건복지 난제에 직면해 있다. 이러한 난제들은 기존 사회보장 시스템의 지속가능성을 위협하고 국민의 삶의 질 저하를 초래하고 있어, 이에 대한 통합적인 진단과 지속 가능한 정책 대안 마련이 시급한 상황이다. 이러한 문제의식을 바탕으로 본 연구는 한국 사회의 핵심적인 보건복지 이슈들을 실증적인 데이터를 통해 진단하고, 중단기적 정책 환경 변화 전망을 토대로 지속 가능한 사회보장 시스템 구축을 위한 정책 방향과 추진 전략을 제시하는 것을 목적으로 한다.

2. 주요 연구 내용

본 연구는 한국 사회의 보건복지 분야 주요 6가지 난제를 선정하였고, 난제별 현황 진단과 여건 변화 및 전망을 통해 정책 방향과 추진 전략을 제시하였다. 본 연구에서 선정한 핵심 난제는 의료 인력의 불균형 해소와 필수의료 전문인력 확보 방향, 지역·필수 의료 강화를 위한 공공의료 거버넌스 재편 방향, 노인빈곤 개선을 위한 노후소득 보장체계 개선방향, 의료·요양 통합지원의 진단과 통합돌봄의 미래 방향성 구축, 일하는 부모의 양육부담 경감을 위한 통합적 양육지원체계 구축, 지속가능한 사회보장재정을 위한 재정운용 방향 수립이다.

이를 위해 국내·외 선행연구 및 기타 문헌 연구, 통계청 및 OECD 데이터를 활용한 실증 분석, 그리고 난제별 전문가 간담회를 실시하여 현행 제도의 한계점을 도출하고 정책 환경 변화를 심층 분석하였다.

3. 결론 및 시사점

보건복지 주요 6가지 난제별 정책 방향 및 추진 전략 등 주요 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 의료 인력의 불균형 해소와 필수의료 전문인력 확보를 위해 데이터 기반 인력확충, 사회적 합의, 의사 인력 확보 다차원적 추진, 역할 조정 및 연계성 확보가 필요하다. 둘째, 지역·필수 의료 강화를 위한 공공의료 거버넌스 재편을 위해 국가 단위 공공의료 거버넌스 재구조화, 공공의료 인력양성 거버넌스 구축, 지역 통합돌봄 연계 공공 일차의료 거버넌스 구축이 필요하다. 셋째, 노인빈곤 개선을 위한 노후소득 보장체계 개선을 위해 단기적으로는 현세대 노인에 대한 소득보장 강화를 위한 기초생활 보장제도, 기초연금제도, 노후소득보장체계 내실화, 노후자산 유동화 등 다양한 정책 수단 병행이 필요하며, 중장기적으로는 다층소득보장체계가 구축될 필요가 있다. 넷째, 의료·요양 통합지원의 진단과 통합돌봄의 미래 방향성 구축을 위해서는 통합돌봄을 단순한 '정책'이나 '사업'이 아닌 한국형 돌봄 안전망을 구현하는 패러다임으로 재정립하고, 궁극적으로 기본권적 측면에서 돌봄의 권리를 보장받을 수 있는 통합지원체계 구축이 필요하며, 노인 통합돌봄·장애인 통합돌봄·보건의료·전달체계 개편의 부문에서 각 전략을 제시하였다. 다섯째, 일하는 부모의 양육부담 경감을 위한 통합적 양육지원 체계 구축을 위해 단기·중강기적으로 양육비 지원 강화를 비롯하여 육아휴직제도 활성화, 일과 돌봄 균형을 위한 근로시간 단축 및 유연근무제 활성화가 필요하다. 여섯째, 지속가능한 사회보장재정을 위한 재정운용 방향 수립을 위해 사회보험 재정안정화 방안을 마련하고, 재정 운용 및 재원 확보를 위한 노력이 필요하다.

이에 이 연구는 보건복지 분야 6가지 난제 간 통합적 정책 시사점으로 거버넌스 및 재정의 통합적 조정, 인력 양성 및 배치 선순환 체계 구축, 노동시장 정합성과 복지 확대의 연계 필요성을 제시하였다. 본 연구는 난제 해결을 위한 중단기 방향 제시를 위한 논의의 출발점이라는 점에서 의의를 가지며, 기존의 대상별, 주제별 전략을 넘어서 기능별, 역할별 전략으로 통합적 접근의 필요성을 보여주고 있다는 점에서 동시에 한계점을 가진다고 볼 수 있다. 향후 복잡하게 얽힌 난제들을 풀기 위한 통합적이고 실질적인 정책 방안 및 전략을 개발하는 후속 과제가 필요하며, 이를 위해 각 분야별 정책제언을 수평적 나열이 아닌 명확한 핵심 전략을 중심으로 위계화하여 제시될 필요가 있다.

주요 용어: 보건복지 난제(難題), 대응전략, 통합적 접근



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 필요성 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법



제 1 장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

1. 연구의 배경 및 필요성

□ 보건복지 환경의 급격한 변화와 대응의 필요성

- 한국사회는 현재 전례없는 속도의 저출산·고령화로 인한 인구구조 변화와 경제성장률 둔화라는 복합적이고 거대한 전환기에 직면
- 생산연령인구의 급격한 감소와 후기 고령인구의 폭발적 증가는 사회전체의 잠재성장률 하락을 초래할 뿐만 아니라, 기존 사회보장제도의 재정적 지속가능성을 심각하게 위협
- 고용형태가 다변화되고 노동시장이 분절되면서 과거의 정형화된 근로형태를 전제로 설계된 기존의 보건복지 시스템의 구조적 한계 및 광범위한 복지사각지대 발생

□ 보건복지 난제(Grand Challenges)의 부상

- 한국사회가 직면하고 있는 보건복지 이슈들은 단편적인 정책변화를 통해서 해결하기 어려운 복합적이고 상호연결된 난제의 성격을 띠고 있음
- 이러한 난제들은 국민 삶의 질 전반을 근본적으로 위협하는 요인이 되고 있으며, 사회보장시스템의 지속가능성을 저해하는 구조적 위기를 야기하고 있음

2. 연구 목적

□ 연구의 목적

- 본 연구는 보건복지분야 주요한 난제들을 선정하여 현황을 심층적으로 진단하고, 지속가능한 사회보장 시스템 구축을 위한 정책 대안을 모색하는 것을 목적으로 함
- 국민주권정부의 정책기조를 바탕으로, 급변하는 정책환경 변화와 미래전망을 면밀히 분석하여 실효성 있는 정책개입전략을 도출하고자 함

□ 주요 연구과제

- 본 보고서는 한국 사회 보건복지 시스템의 지속가능성을 위협하는 6대 핵심 난제를 선정하여 집중적으로 논의함
 - 의료 인력의 불균형 해소와 필수의료 전문인력 확보 방향
 - 지역·필수 의료 강화를 위한 공공의료 거버넌스 재편 방향
 - 노인빈곤 개선을 위한 노후소득보장체계 개선방향
 - 의료·요양 통합지원의 진단과 통합돌봄의 미래 방향성 구축
 - 일하는 부모의 양육부담 경감을 위한 통합적 양육지원체계 구축
 - 지속가능한 사회보장재정을 위한 재정운용 방향 수립

제2절 연구 내용 및 방법

1. 주요 연구내용

□ 보건복지 분야 6대 핵심 난제(Grand Challenges)별 현황 진단

- (의료 인력 수급 및 불균형) 의료 인력 수급 추계를 둘러싼 사회적 갈등을 분석하고, 필수의료 인력의 지역별 수급 불충분 및 수도권 쏠림 현상의 원인을 진단
- (공공의료 거버넌스 체계) 민간 중심 의료 공급 구조의 편향성과 지방정부의 역량 부족을 분석하고, 공공의료기관의 신뢰 저하 등 구조적 난제를 파악
- (노후소득보장 및 노인빈곤) OECD 최고 수준인 노인빈곤율의 추이를 분석하고, 기초연금과 기초생활보장제도 간의 정합성 부족 등 기존 제도의 한계점을 도출
- (의료·요양 통합돌봄) '살던 곳에서의 노후(AIP)'를 방해하는 분절적 서비스 구조를 진단하고, 2026년 통합지원법 시행을 앞둔 현 시점의 정책 이행 준비 현황을 점검
- (통합적 양육지원) 영유아기에 편중된 지원 정책과 고용보험 기반 육아휴직의 사각지대(소상공인, 자영업자 등)를 분석하여 일하는 부모의 실질적 양육 부담 요인을 도출
- (사회보장재정 지속가능성) 인구감소 및 저성장 기조 속에서 급증하는 사회복지 지출 전망(SOCX)을 분석하고, 국민부담률 대비 재정 운용의 위험 요소를 진단

□ 중장기 정책환경 변화 분석 및 미래전망

- (인구구조 변화) 초고령사회 진입 및 생산연령인구 급감에 따른 보건복지 수요의 양적·질적 변화를 심층 분석
- (사회경제적 전환) 잠재성장률 하락, 노동시장 고용형태 다변화(플랫폼 노동 등)가 사회보장제도의 재정적 지속가능성에 미치는 영향을 전망
- (국정과제 연계) 국민주권정부의 123대 국정과제와 연계하여, 난제 분야별 정책 추진의 방향 및 전략을 검토

□ 난제해결을 위한 분야별 정책대응방향 및 전략

- 난제해결을 위한 정책목표 설정하고 단기, 중기적 관점의 정책방향성 제시
- 소득보장체계, 노동시장, 재정 및 지속가능성 등 다차원적 측면에서 핵심 정책과제 도출
- (의료·거버넌스 혁신) 데이터 기반의 과학적 수급 추계 위원회 운영, 공공의료사관학교 설립 및 국립대 병원의 복지부 이관을 통한 공공의료 거버넌스 재편 방안을 제시
- (소득·노동시장 연계) 기초연금 수급 기준의 기준중위소득 연동, 정년 연장 및 계속고용 제도화를 통한 다층적 노후소득보장체계 구축 방안을 모색
- (돌봄·양육 안전망) '돌봄기본권'에 기반한 한국형 돌봄 안전망 패러다임을 정립하고, 아동수당 지급 연령 확대(0~17세) 및 주 4.5일제 등 근로시간 단축 실험 제안
- (재정 운용 효율화) 사회보험과 조세의 역할 재정립, 미래 사회보장 준비기금 도입 검토 등 장기적인 재원 확보 및 배분 전략 수립

2. 연구 추진방법

□ 문헌연구

- 관련 사회보장 분야 정책현황 및 선행연구 검토
- 국외사례 분석 및 한국에의 시사점 도출

□ 데이터 실증분석

- 통계청 가계동행조사, OECD 데이터 등을 활용한 2차 자료 분석

□ 전문가 간담회

- 6개의 난제별 특성, 문제 현황 등의 수준과 범위의 다양성을 고려하여 학계, 정책결정자, 실무자 등으로 구성된 전문가 간담회 진
- 현행제도 및 정책의 한계점 분석을 통해 도출된 난제별 핵심 쟁점의 정의, 개념, 범위 등에 대한 논의
- 중단기적 정책환경 여건 변화와 전망을 위한 분석자료 활용 가능성, 심층분석 방안 등 자문
- 복잡하고 상호연결된 보건복지 난제에 대한 통합적이고 지속가능한 정책추진방향 및 추진과제에 대한 난제 영역별 전문가 자문

3. 기대효과

□ 보건복지 분야 주요 난제에 대한 종합적이고 체계적인 문제진단과 추진방향 및 대응전략 제시

□ 난제 해결을 위한 중장기 로드맵 수립과 실효성 있는 정책대응방안 마련을 위한 근거자료로 활용





제2장

의료 인력의 불균형 해소와 필수의료 전문인력 확보 방향

제1절 현황 진단

제2절 여건 변화와 전망

제3절 정책 방향과 추진 전략



제 2 장

의료 인력의 불균형 해소와 필수 의료 전문인력 확보 방향

제1절 현황 진단

- 의료 인력 수급 추계를 둘러싼 갈등 심화
 - (사회적 합의 부족) 의사의 총수(總數)를 추계한 연구가 다수 있었으나, 연구 결과에 대한 국민, 의료인, 정책입안자 등 사회 각계의 견해차 존재
 - 분석 방법, 투입 자료원, 시나리오 등 연구 설계 과정의 구조적 한계
 - 연구 결과를 공유하고, 사회적 이해를 확산하는 과정(공청회 등)이 부재했던바, 의대 정원 조정 정책에 대한 의료계 반발과 국민의 제한적 지지

〈표 2-1〉 선행 연구 주요 내용

구분	주요 연구 내용
신영석 외(2020)	<ul style="list-style-type: none">- 수요와 공급의 추계를 위해 평균 증가율, 로지스틱 모형, 로그 모형, ARIMA 모형을 테스트하여, 설명력이 가장 높은 모형을 설정- 수요 추계는 연령별 의료 이용 패턴을 반영하여 입·내원일수를 수요량으로 정의하고, 입원은 외래의 3배 가중치를 부여- 공급 추계는 실제 임상 활동 인력 데이터에 기반한 ARIMA 시계열 모형을 적합하여 예측
홍윤철 외(2020)	<ul style="list-style-type: none">- 수요 추계는 평균 증가율, 로지스틱 모형, 로그 모형, ARIMA 모형을 테스트하여, 설명력이 가장 높은 모형을 설정하였으며, 수요 측정은 입·내원일수 활용- 공급 추계는 유입 유출법을 활용하여 신규 유입, 사망, 은퇴를 반영한 임상 의사 수 추계

16 보건복지 난제(難題) 대응전략

구분	주요 연구 내용
김진현 외(2020)	- 수요와 공급의 추계를 위해 선형회귀분석 모형 설정, 2001년을 기준으로 상대 지수를 산출하여 투입(단, 최근 연도에 더 높은 가중치를 부여, 2021년 균형 가정) - 수요 측정은 입·내원일수, 공급 측정은 면허 의사 수 정보를 활용
이철희 외(2023)	- 수요 추계는 건강보험의 입·내원일수, 통계청의 장래인구추계를 적용하여 성별, 연령별 수요 변화 추정 - 공급 추계는 유입·유출법을 활용하여 신규 의사 배출과 은퇴 및 사망, 50세 이상 점진적 이탈, 성별 노동 공급 패턴 차이를 반영하여 공급 수준 추정
정윤화 외(2023)	- 성·연령별 입·내원일수 기반 수요를 산출하여, 활동 의사 공급량과 비교함으로써 지역 간 의사 인력 적정성 격차(adequacy gap) 추정 - 공급 추계는 유입·유출 기반 접근법을 적용하여, 의과대학 정원 규모를 반영한 신규 유입과 은퇴율 및 자연 감소(사망)에 따른 인력 유출을 동시에 고려하여 장래 임상 의사 공급 전망
정형선 외(2024)	- OECD 31개국 패널 데이터를 활용한 국가 단위 계량경제모형을 구축하고, 미래 경제·사회·제도 변수 전망치를 적용하여 한국의 적정 임상 의사 수 (인구 천 명당)를 예측 - 도출된 수요는 임상 한의사 대체율(30~90%)을 달리한 시나리오로 전환하여 미래 필요 인력 규모 추정 - 공급 추계는 의대 정원, 졸업생 수, 국가고시 합격률, 임상 종사율 변화 등을 반영한 증원 시나리오 기반으로 연도별 임상 의사 공급량 전망
Park et al. (2025)	- 수요 추계는 성별·연령별 의료 이용량(1인당 입·내원일수)을 기반으로 함 (2022년 의료 이용 수준 유지 가정) - 공급 추계는 유입·유출 기반으로, 신규 유입과 은퇴·사망·해외 이탈을 반영해 임상 활동 의사 공급을 전망 - 근무일수 가정(265·275·285·289.5일)과 의대 정원 2,000명 증원 정책을 반영하여 중장기 의사 수급 변화를 시나리오로 분석

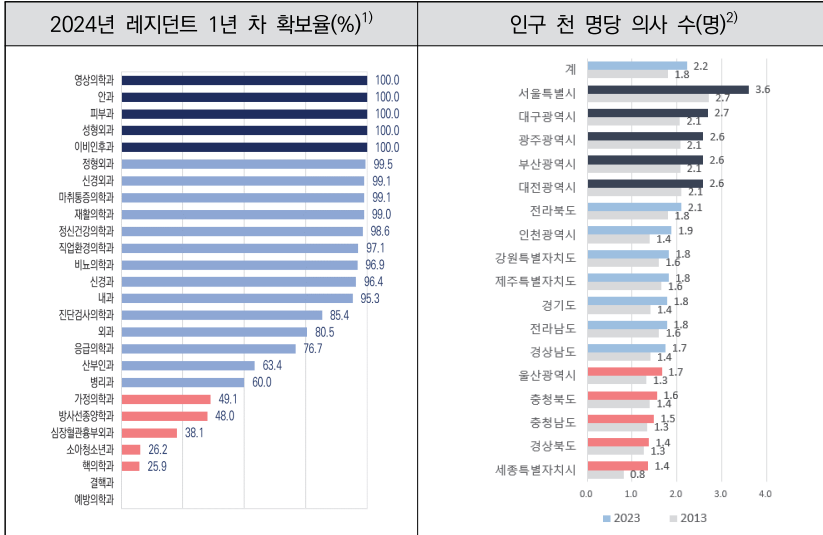
- 출처 1) “보건의료인력 종합계획 및 중장기 수급추계 연구”, 신영석 외, 2020
 2) “의사인력 적정성 연구”, 홍윤철 외, 2020
 3) “의사인력의 중장기 수급 추계와 정책대안”, 김진현 외, 2020
 4) “2021년 장래인구추계를 반영한 인구변화의 노동, 교육, 의료 부문 파급효과 전망”, 이철희 외, 2023
 5) “의사 인력의 수급 현황과 추세에 따른 적정 조정”, 정윤화 외, 2023
 6) “한국 보건의료제도에서 의사의 수요와 공급: 국가 단위 계량경제회귀모형을 통한 적정 의사 수 추계”, 정형선 외, 2024
 7) “Expansion of medical school admission quotas in Korea, is it really necessary?”, Park et al., 2025

- 필수 의료과¹⁾ 전문 인력의 지역별 수급 불충족 및 불균형 심화
 - (필수 의료 전문의 절대적 부족) 필수 의료 분야 전공의 충원 저조 및 전문의 수급의 어려움
 - 과중한 업무 부담, 의료사고 발생 시 높은 법적 책임 등으로 근무 환경이 열악한 것으로 평가된 필수 의료과에 대한 기피 현상 지속
 - 장기간 수련이 필요한 필수 의료 분야의 전문 인력 확보가 계속 이루어지지 않고 있어서, 향후 과목 및 분야 간 인력 격차는 더 심화할 것으로 예상
 - (지역·전문 과목 간 불균형) 의료 인력의 수도권 및 대도시 집중화 현상의 심화
 - 인구 천 명당 의사 수(한의사 미포함)의 최근 10년 추이에 따르면, 수도권과 대도시에서의 증가 폭이 컸던바, 권역 내 쏠림 현상 심화
 - 예를 들어서 전남권에서 의사 수는 광주와 전남의 차이가 2013년 0.5명(인구 천 명당)에서 2023년 0.8명으로 증가

1) 국내에서 필수의료는 국민의 생명과 건강에 직결되어 반드시 제공되어야 하는 것을 전제 하지만, 학술적, 사회적으로 뚜렷하게 합의되지 않음(이상무, 2019; 박진규, 2020; 김미진, 2023에서 재인용)

18 보건복지 난제(難題) 대응전략

[그림 2-1] 전문 분야 및 지역 간 의료 인력 불균형



출처: 1) "2024년도 상반기 레지던트 1년차 전기 모집 선발 결과 발표", 보건복지부, 2023. 12. 27.
 2) "지역별 의료이용 통계", 국민건강보험공단; "장래인구추계", 통계청, <https://kosis.kr> 2025. 7. 9. 인출

<표 2-2> 시도별 필수 의료과 전문의 현황

(단위: 명)

시도	합계	내과	외과	산부인과	소아청소년과	응급의학과	심장혈관흉부외과	신경과	신경과
서울	1.34	0.56	0.19	0.18	0.17	0.06	0.04	0.07	0.07
부산	0.39	0.17	0.06	0.05	0.05	0.01	0.01	0.02	0.02
인천	0.27	0.11	0.04	0.03	0.04	0.02	0.01	0.01	0.01
대구	0.30	0.12	0.04	0.04	0.04	0.01	0.01	0.02	0.02
광주	0.17	0.07	0.03	0.02	0.02	0.01	0.00	0.01	0.01
대전	0.17	0.07	0.02	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01
울산	0.07	0.03	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00
경기	1.16	0.47	0.15	0.16	0.19	0.07	0.02	0.05	0.05
강원	0.14	0.05	0.02	0.02	0.02	0.01	0.00	0.01	0.01
충북	0.13	0.04	0.02	0.02	0.02	0.01	0.00	0.01	0.01
충남	0.16	0.06	0.03	0.02	0.02	0.01	0.00	0.01	0.01

시도	합계	내과	외과	산부인과	소아청소년과	응급의학과	심장혈관흉부외과	신경과	신경과
전북	0.17	0.07	0.03	0.02	0.02	0.01	0.00	0.01	0.01
전남	0.13	0.05	0.03	0.02	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00
경북	0.18	0.07	0.03	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01
경남	0.28	0.11	0.04	0.03	0.04	0.01	0.01	0.02	0.02
제주	0.06	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00
세종	0.02	0.01	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00

출처: "지역별 종별 전문과목별 전문의 수", 건강보험심사평가원, 2024; "행정구역(시군구)별, 성별 인구수", 통계청, 2024.

○ (의료 인력의 확보 어려움) 지방의료원, 보건의료기관 등 지역 공공의료기관의 필수 의료 인력 구인난 심화

- 지역 기반 종합병원 내 의사 인력의 이탈(대학병원 이동 혹은 의원 개원)로 필수 의료 제공 어려움 발생
- 공중보건의사의 지속 감소*로 인한 지역 내 의료안전망 확충 기반 약화

* [’15] 3,626명 → [’20] 3,499명 → [’24] 2,856명 (황병우, 2019; 김승직, 2025)

□ 구조적 개혁 없는 보상 확대의 한계

- 의료계는 인력 문제 해결을 위해서 필수의료 수가 인상을 중요한 해결책으로 제안하고 있지만, 수가 인상은 개원가나 2차 병원의 이익을 증가
- 흉부외과, 소아청소년과 등 필수의료과는 몇 차례의 필수의료 수가 인상에도 늘지 않고 있으며²⁾, 수가의 전체적인 인상이 대학병

2) ① Ko H, Ock M, Lee S, Park JW, Kwak MY, Jang WM. (2025). Supply-Side Impact of Supporting Obstetrically Underserved Areas: A Nationwide Cross-Sectional Study. J Korean Med Sci. 2025 Jun;40(31):e186.

원 근무 인력의 개원가나 2차 병원으로 이동을 유발

- 공중보건장학제도(1977년~1996년), 공공임상교수제(2022년), 지역필수의사제(2024년) 등 일련의 경제적 인센티브 정책은 지역 의료 인력 확보라는 본연의 목표를 달성하지 못한 것으로 평가³⁾

□ 단기적 대응 방안과 중장기적 정책 설계의 병행

- 의사 인력 정책의 효과 발현까지는 최소 10년 이상의 긴 시간이 필요한바, 단기적 대응과 중장기적 접근의 구분 필요
 - 의사 인력의 배출은 약 10년의 교육 기간(예과 2년, 본과 4년, 인턴 1년, 전공의 3~4년) 소요
 - 가파른 인구 고령화 추세는 의료서비스에 대한 급격한 수요 증가를 예고하고, 코로나19 등 예상치 못한 사회적 충격은 단기적 수요 폭증을 예상케 하여 인력의 신속한 조달 방안 강구
- 최근 통합 돌봄과 사회안전망 강화가 강조되고 있는 가운데, 거동이 불편한 환자 중심으로 재택의료 서비스에 대한 요구가 증가하고 있어서 이를 위한 보건의료 인력의 확충 필요
- 총원 증가와 함께 지역의료에 필요한 의사 배치 문제를 함께 고민
 - 수가 이상이라는 단편적 대응을 뛰어넘어 의료전달체계 개편, 지역 인프라 구축, 근무환경 개선 등 종합적이고 구조적인 접근 필요

② 예레미, 최요한. (2023). 소아응급 의료이용 및 자원변화와 의료 접근성 분석. 건강보험심사평가원.

3) 지역필수의사제 2025년 9월 기준 총원율 37.5%, 공공임상교수제 8%

제2절 여건 변화와 전망

- 의료 인력 정책의 보건의료 분야 핵심 정책으로 부상
 - 지속 가능한 의료 인력 제공 체계 구현을 위한 국제 사회의 촉구
 - OECD, WHO, G20 등 각종 국제 회의체는 의료 인력의 충분성과 지역 간 인력 수급의 균형성을 강조
 - 정부의 의료 개혁 정책과 보건의료기본법 개정에 따른 의료 인력 수급 추계의 본격화
 - 지역·필수 의료 강화를 위하여 지역 종합병원을 육성하고, 의료 인력의 적재적소 배치를 위한 협력 방안 모색
 - 보건의료기본법 제23조의2(수급추계위원회)와 제23조의3(의료 인력수급추계센터) 신설

- 의료 인력 관리를 위한 데이터 확충 등 정책 추진 기반 조성 필요
 - 보건의료인력지원법에 따라 의료 인력의 양성과 공급, 배치, 근무 형태, 근무 여건 및 처우, 근무 환경 및 복지 등에 관한 현황을 파악하는 실태조사 등의 안정적 수행 필요
 - 現 보건의료인력실태조사는 3년을 주기로 20개 직종의 실태와 특성을 한 번에 파악하는 것으로 설계되나, 각 직종별 조사 결과의 정확성을 담보하고 심층적으로 분석할 수 있는 운용 체계로 고도화 필요
 - 의료 인력 정책의 효과 분석 및 시뮬레이션을 위해서는 관련 데이터가 체계적으로 수집되고 구조화는 플랫폼을 마련하고, 정책과 데이터의 연계성 강화

□ 제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025년)의 종료와 공공성 강화를 위한 제3차 기본계획 구상 시점 도래

○ 제2차 공공보건의료 기본계획은 지역 내 필수 의료 확충을 위하여 국립의학전문대학원 설립, 공중보건장학제도 도입, 의사 파견 확대 등을 구상했으나, 코로나19 등 대내외적 여건으로 인해 정책 추진 잠정 보류

- 공중보건장학제도 중 의사(20명 정원)는 미충원, 간호사(80명 정원)는 지원자 급증
- 2025년 지역 책임의료기관* 의료 인력(기관당 평균)을 전문의 40명, 간호사 200명 확충할 것으로 목표 제시

※ 지역 책임의료기관: 지방의료원, 적십자 병원 등 지역 공공병원으로 35개소 지정(보건복지부, 2021)

- 지역 격차 개선을 위한 의료 인력 증원 및 양성 계획, 파견·교류 정책의 성과와 실효성 진단

○ 국립병원(국립중앙의료원, 국립암센터, 국립정신건강센터 등), 국립대학병원, 지역 공공병원(지방의료원 등)의 지역·필수 의료 강화를 위한 협력체계와 공공의료 인력 양성 방안 강구

- 필수 의료 인력의 양성과 배치의 관점에서 국립병원, 국립대학병원, 지역 공공병원의 역할과 기능 점검
- 제2차 기본계획 내 공공보건의료 인력의 교육과 훈련 체계(안)의 고도화

〈표 2-3〉 중앙-권역-지역 공공보건의료 교육·훈련 체계(안)

중앙	공공 보건의료 교육 훈련센터 (국립중앙의료원)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 교육·훈련 총괄, 개발·평가 및 질 관리, 시스템 운영 ■ 필수 교육, 컨설팅, 연구, 평가 중심
권역	사도 공공 보건의료 지원단	<ul style="list-style-type: none"> ■ 권역·지역 책임의료기관 등 대상 교육·훈련 및 기술지원 ■ 선택 교육 중심
	권역 책임의료기관 (국립대학병원 등)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 지역의료 인력 파견·교육 ■ 필수 의료 분야 임상 전문 술기 교육 등
지역	지역 책임의료기관 (지방의료원 등)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 지역 사회 교육·컨설팅 ■ 보건소, 병원, 소방, 지역 주민 등 예방 교육 등

출처: “제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025)”, 보건복지부, 2021, p.32

- 제3차 기본계획 이행기(2026~2030년)에는 의사, 간호사 등 필수 의료 인력의 확충과 지역 균형 배치를 위하여 지역의사제 도입, 지역공공간호사제도 확대 등 개혁 과제의 실질적 추진 필요

- 지역의사제의 취지와 필요성에 관한 사회적 공감대 조성
- 충남에서 지역공공간호사제도가 도입된 이후, 충북, 인천, 경남 등 확대, 안정적인 간호사 수급과 지역 공공의료 인력 양성 도모

□ 간호법 시행과 간호사의 진료지원 업무 제도화

- ‘간호사 진료지원 업무 수행에 관한 규칙’ 제정과 의사, 간호사의 업무 범위 및 역할의 명확화

제3절 정책 방향과 추진 전략

[그림 2-2] 정책 방향과 추진 전략

단계	주요 내용
① (데이터 기반 확충) 데이터와 정책 연계	- 인력 양성, 공급, 배치 전반의 흐름을 관찰할 수 있는 의료 인력 계정 구축 - 의료 인력 관련 데이터(보건의료실태조사 등)의 안정적 확보 및 심층분석 역량 제고
② (사회적 합의) 과학적 수급 추계와 합리적 의사결정	- 인구구조, 의료 현장, 교육 환경 등을 고려한 의료 인력 수급 추계 - 신뢰성, 투명성, 근거 타당성을 확보한 수급 추계위원회 운영
③ (의사 인력 확보) 의료 인력 양성을 위한 다차원적 정책 추진	- 수급 추계 결과에 기반한 의료 인력 양성 정책 구현 (1) 의대 정원 증원 및 지역인재 전형 확대 (2) 공공의대 또는 자치 의과대학 설립을 통한 의사 인력 추가 양성 (3) 사관학교 제도 등 공적 육성 체계 내 의료 인력 양성
④ (역할 조정) 인력 운용의 연계성·유연성 확보	- 지역의 필요도와 실정에 기반, 기관 간 협력 관계 구축 등을 통한 안정적·효율적 의료서비스 제공 - 직종 간 업무 수행 범위 조정 및 협업으로 전문성·연계성 확보
⑤ (공공책임 기반 인력 관리) 지속가능한 의료 인력 거버넌스 구축	- 단기적 정책 방안: 즉각적 위기 대응과 신뢰 구축 - 중장기적 정책 방안: 구조적 전환과 지속가능성 확보

출처: 연구진 작성

- [데이터 기반 확충] 의료 인력의 실태와 특성을 파악할 수 있는 데이터를 안정적으로 생산하고, 정책 시뮬레이션 등 심층분석에 활용할 수 있는 인프라 조성

□ [사회적 합의] 과학적 수급 추계와 합리적 의사결정

○ 인구 구조, 의료 현장, 교육수련 환경 등을 고려한 의료 인력 수급 추계

- 이해관계자의 적극적 참여와 투명한 이해를 바탕으로 수급 추계 업무 추진
- 위원회의 의사결정이 원활하게 이루어질 수 있도록 수급 추계 센터를 독립적으로 운영, 자료 수집 체계를 정비하고, 설득력 있는 분석 모델 구현
- 사용자 친화적 인터페이스를 구축하여 통계 정보, 논의 자료, 분석 결과 등 관련 정보의 투명한 공유
- 의사 결정 과정을 투명하게 공개하고, 추계 방법론과 투입 자료원의 제공을 위한 공개 데이터베이스 구축
- 추계 결과에 대한 국내외 중립적 연구기관에 의한 교차 검증 및 추계 결과의 사후 검증 추진
- 위원회 논의에 대한 독립 전문가 평가와 이를 반영한 운영 방식 개선의 순환 체계 구축

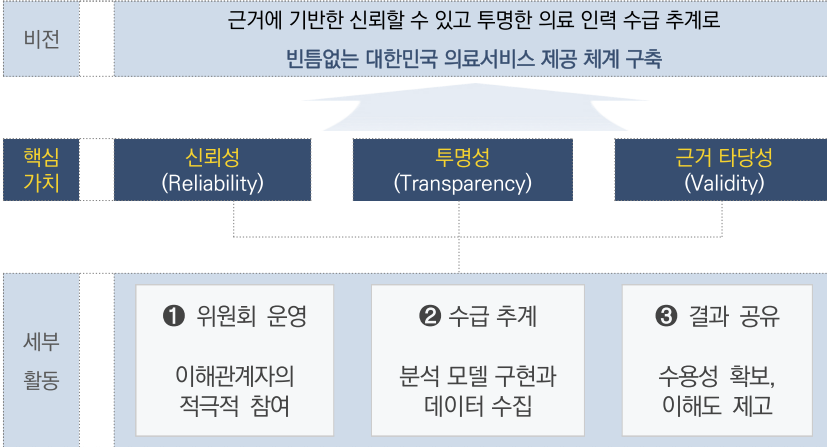
○ 국내외 관계기관 및 학계와 네트워크 구성

- 국내 직역별 대표 학술단체 및 직능 단체와 지속적 의사소통
- 국제기구 등의 선진 기술(추계 방법)과 인력 정책의 벤치마킹

○ 의료 인력 관련 정부 정책에 대한 국민 신뢰도 회복 노력

- 의료 인력 양성 정책에 대한 공익 홍보 등 대국민 소통 증대
- 국민 중심 의료개혁 공론화 위원회 분과 운영으로 정부 의료정책에 대한 국민 신뢰 확보

[그림 2-3] 의료 인력 수급 추계 위원회 운영 비전과 핵심 가치(안)



출처: 연구진 작성

□ [의사 인력 확보] 의료 인력 양성을 위한 다차원적 정책 추진

○ 수급 추계 결과에 따른 증원 필요 인력의 양성 방안 다각화

- 보건의료제도의 효율성, 형평성, 지속가능성, 회복탄력성을 성취* 하기 위한 의료 인력 정책 추진 필요

※Health System Performance Assessment (Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD, 2024)

- 총수(總數) 관리, 지역의료 강화, 필수 의료 충원 등 각각이 보건 의료제도의 성과 향상에 다른 영향력을 발휘할 것으로 예상
- 증원 필요 인력을 정책 목적에 맞게 구분하여 인력 육성 추진
 - 총수(總數) : 지속가능성, 회복탄력성 측면에서 전문 분야와 지역을 구분하지 않되, 정원이 대학 평균(76.8명)을 크게 밑도는 학교를 우선하여 증원⁴⁾

4) 한때 국내에서 의대 적정 정원에 관한 논의가 있었으나, 세계의학교육연명이 관련 내용을

- 지역·필수 의료 강화: 의료자원 배분의 형평성 제고를 위해 공공의대 또는 공공의료사관학교(가칭)를 설립하여 의료 취약지역에 필요한 인력을 체계적으로 양성·배치
- 이를 통해 보건의료체계의 효율성과 회복탄력성을 강화하는 등 국가의 사회적 책임을 이행

[그림 2-4] 지역의료 강화 및 필수 의료 충원을 위한 인력 양성 정책

	인력 증원	정책 기전	효과
증원 필요 인력 T=a+b	지역 소규모 의대 정원 확대(a)	증원 대상은 지역인재 전형으로 선발	· 기존 의대 정원 확대로 의사 배출 총량 증가 · 지역의사제 활용 등 지역인재 육성 기회 마련
	공공의대 및 공공의료 사관학교 신설(b)	필수 의료 제한 의무복무기간 설정	· 전문 필수 의료 술기 중심으로 전문성 육성 · 필요시, 의사 인력 부족 지역에 배치하고 지역 순환근무 가능 · 공공의료 정책에 따른 인력 배치 · 공중보건 의사, 군의관 등 국민 생명권 보장을 위한 인력 배치 가능

<표 2-4> 2024년 기준 의대 정원(의과전문대학원 포함)

지역	대학명	현정원	지역	대학명	현정원
서울	서울대	135	경기	성균관대	40
	연세대	110		아주대	40
	한양대	110		차의과대	40
	고려대	110	인천	인하대	49
	성균관대	110		가천대	40
	중앙대	93			
	경희대	86			
	이화여대	86			
서울 소계		826	경기/인천 소계		209
수도권 소계			1,035		

부인함으로써 국제적 표준이 부재함. 다만, 독일 243명, 영국 221명, 미국 146명, 일본 116명 등 주요 OECD 국가에 비교하여 우리나라는 대학별 정원 평균이 76.8명이며, 이 중에서 17개 학교가 정원 50명 미만의 소규모 의대임. 이는 우리나라의 의대 정원이 국제 비교 관점에서 상대적으로 낮은 수준임을 시사함.

28 보건복지 난제(難題) 대응전략

지역	대학명	현정원	지역	대학명	현정원
대구	경북대	110	강원	강원대	49
	계명대	76		연세대 분교	93
	영남대	76		한림대	76
	대구가톨릭대	40		가톨릭관동대	49
울산	울산대	40	경북	동국대 분교	49
부산	부산대	125	경남	경상국립대	76
	인제대	93	제주	제주대	40
	고신대	76	충남	순천향대	93
	동아대	49		단국대(천안)	40
대전	충남대	110	충북	충북대	49
	건양대	49		건국대 분교	40
	을지대	40	전북	전북대	142
광주	전남대	125		원광대	93
		조선대	125		
대도시 소계		1,134	광역도지역 소계		889
비수도권 소계					2,023
합계					3,058

출처: “2024학년도 4년제 대학 모집단위별 입학정원 현황”, 교육부, 2024. <https://www.moe.go.kr/boardCnts/viewRenew.do?boardID=337&lev=0&statusYN=W&s=moe&m=0303&opType=N&boardSeq=101245>

〈일본의 의사 부족과 진료과 편재에 대한 대응〉

○ 의사 수급에 관한 현재까지의 경위

- 1970년 최소 필요 의사 수를 인구 십만 명당 150명으로 설정하고, 1985년까지 이를 달성하기 위한 목표를 설정
- 이후 1현 1의대 구상 계획(1973년), 신 의사 확보 종합대책(2006년), 경제재정개혁의 기본 방침(2008년, 2015년, 2019년) 등을 거치며 지역 의사 확보 방안에 관한 대책을 검토

연도	내용
1970년	• 최소한 필요한 의사 수를 인구 10만 명당 150명으로 설정하고, 이를 1985년 달성을 목표로 하기 위해서는 앞으로 4~5년 내에 의과대학 입학 정원을 약 1,700명 늘려서 약 6,000명으로 확대할 필요가 있다는 견해가 제시
1973년	• ‘경제사회기본계획’(각의 결정)에서 ‘의학대학에 대해서는 계획 기간 중에 의과대학(의학부)가 없는 현(縣)을 해소하는 것을 목표로 정비를 추진한다’(이른바 ‘1현 1의대 구상’)라는 견해가 제시

1981년	<ul style="list-style-type: none"> • 류큐대학의 의학부가 개설되어 소위 '1현 1의대 구상'이 달성
1983년	<ul style="list-style-type: none"> • 인구 10만 명당 150명의 목표 의사 수가 달성
1986년	<ul style="list-style-type: none"> • '장래 의사 수급에 관한 검토위원회 최종 의견'에서 '당분간 1995년을 목표로 의사의 신규진입을 최소한 약 10% 정도 감축할 필요가 있다'는 견해가 제시
1993년	<ul style="list-style-type: none"> • 의과부 입학 정원이 7,725명 도달(1986년부터 약 7.7%가 감축)
1994년	<ul style="list-style-type: none"> • '의사 수급의 재검토 등에 관한 검토위원회 의견'에서, '1986년에 사사키 위원회가 최종 의견으로 요청하고 대학 관계자들도 1987년에 합의한 의학부 입학 정원의 10% 감축이 달성될 수 있도록 공립대학 의학부를 비롯한 대학 관계자들에게 최대한의 노력을 요망한다'는 견해가 제시
1997년	<ul style="list-style-type: none"> • '재정구조개혁의 추진에 관하여'(각의 결정)에서 '의료제공체계에 대한 대학 의학부의 정리 및 합리화도 시야에 넣으면서 계속해서 의학부 정원 감축에 대처할 것이다'는 견해가 제시
1998년	<ul style="list-style-type: none"> • 의과대학 입학 정원이 7,705명 도달(1986년부터 약 7.8%가 감축됨) • '의사 수급에 관한 검토회 보고서'에서 '신규 진입 의사의 감축을 추진할 것을 제안한다'는 의견이 제시
2006년	<ul style="list-style-type: none"> • '의사 수급에 관한 검토회 보고서'에서 '이미 지역에서는 의사의 정착을 위한 여러 정책을 시행하고 있음에도 불구하고, 인구에 비해 의학부 정원이 적어서 여전히 의사가 부족한 현(県)의 대학 의학부에 대해서는 보다 실효성 있는 지역 정착 대책의 실시를 전제로 정원의 잠정적 조정을 검토할 필요가 있다'는 견해가 제시 • 또한 '신(新)의사 확보 종합대책'(지역의료에 관한 관계 부처 연합회의)에서는 '의사 부족 현의 의사 양성 인원 수 잠정적 조정' 등을 인정한다는 견해가 제시
2007년	<ul style="list-style-type: none"> • '긴급 의사 확보 대책'(정부·여당)에서 '의사 부족 지역 및 진료과에서 근무하는 의사의 양성'을 추진한다는 견해가 제시
2008년	<ul style="list-style-type: none"> • '경제재정개혁의 기본방침 2008'(각의 결정)에서 '신속히 과거 최대 수준까지 증원하고 앞으로 필요한 의사 양성에 대해 검토한다'는 견해가 제시
2009년	<ul style="list-style-type: none"> • '경제재정개혁의 기본방침 2009'(각의 결정)에서 '지역 간, 진료과 간, 병원·의원 간의 의사 편제를 시정하기 위한 효과적인 대책 및 의사 등의 인재 확보 대책을 마련한다'는 견해가 제시
2010년	<ul style="list-style-type: none"> • 도도부현의 지역의료 재생계획 등에 근거해 지역의료에 종사할 명확한 의지를 가진 학생에게 장학금을 지급하는 '지역 의사제(地域枠)'가 시작 • 또한 '신(新) 성장전략'(각의 결정)에서는 '의사 양성 수의 증가, 근무 환경 및 처우 개선을 통한 근무의와 의료·개호 종사자 확보와 함께 의료·개호 종사자간 역할 분담에 대해서도 재검토한다'는 견해가 제시
2015년	<ul style="list-style-type: none"> • '경제재정운영과 개혁의 기본방침 2015'(각의 결정)에서 '인구구조 변화와 지역의 실정에 맞는 의료제공체계 구축에 이바지하기 위해 지역의료구상(地域医療構想)과의 정합성 확보 및 지역 간 편제 시정 등의 관점을 토대로 의사·간호직 등의 인력 수급을 검토한다'는 견해가 제시
2016년	<ul style="list-style-type: none"> • '의료종사자 수급에 관한 검토회 의사수급분과회'의 '중간 정리 보고'에서 의학부 정원에 관하여 다음과 같은 기본 방침을 수립
	<p>① 2017년도부터 2019년도까지의 추가 증원은 각 도도부현의 증원 요청</p>

30 보건복지 난제(難題) 대응전략

	<p>에 대해 정말로 필요한 증원인지 신중히 검토해 갈 것</p> <p>② 2008~2009년도부터 2017년도까지의 잠정 증원에 대해서는 당분간 연장할 것</p> <p>③ 2020년 이후 의사 양성 수에 대해서는 '이번 의사 수급 추계 결과와 지금까지의 의과부 정원의 잠정 증원으로 인한 효과, 이번 재검토로 인한 의사 편제 대책의 효과 등을 가능한 빠른 시일 안에 검증하고, 2010년도부터 2019년도까지의 잠정 증원 취급도 포함하여 결론을 도출'할 것</p>
2018년	<p>• '경제재정운영과 개혁의 기본방침 2018'(각의 결정)에서 '2020년도와 2021년도에 대해서는 2019년도 의과부 정원을 초과하지 않는 범위 내에서 그 필요성을 신중히 검토하면서 잠정적으로는 현행 의과부 정원을 대체적으로 유지한다.', '2022년도 이후에 대해서는 정기적으로 의사 수급 추계를 실시한 뒤에 근로 방식 개혁이나 의사 편제의 상황 등을 배려하면서 장래의 의과부 정원 감축을 목표로 의사 양성 수의 방침에 대해 검토한다.'는 견해가 제시</p>
2019년	<p>• '경제재정운영과 개혁의 기본방침 2019'(각의 결정)에서 '의사 편제 지표를 활용하고 임상연수 및 전문연수를 포함한 의사의 커리어 패스를 고려한 실효성 있는 지역 및 진료과별 의사 편제 대책을 추진한다.', '2022년도 이후의 의과대학 정원에 대해서는 정기적으로 의사 수급 추계를 실시한 뒤에 의과부 정원 감축을 목표로 의사 양성 수의 방침에 대해 검토한다.'는 견해가 제시</p>

○ 의대 입시 제도 개선

- 지역 특별 전형으로 '지역 인재 입시 특별 전형'과 '지역 출신 입시 특별 전형'을 도입
- 지역 인재 입시 특별 전형의 종사 요건 9년 중 약 4년 정도는 의사 확보가 필요하다고 판단되는 지역 등의 의료기관에서 근무하도록 조치
- 지역 특별 전형 비율은 2007년 2.3%에서 2010년 13.6%, 2020년 18.4%, 2023년 19.1%로 최근 20% 수준에서 안정적으로 유지
- 장기간 도도부현 내에서 정착하는 비율이 80% 정도로 추정

구분	지역 인재 입시 특별 전형	지역 출신 입시 특별 전형
대상	지역 출신자(일정 기간 해당 도도부현에 주소를 가진 자) 혹은 전국에서 선발	지역 출신자(일정 기간 해당 도도부현에 주소를 가진 자)로부터 선발
선발 방법	일반 입시와는 다른 별도의 입시 전형 방식	자율적으로 운영

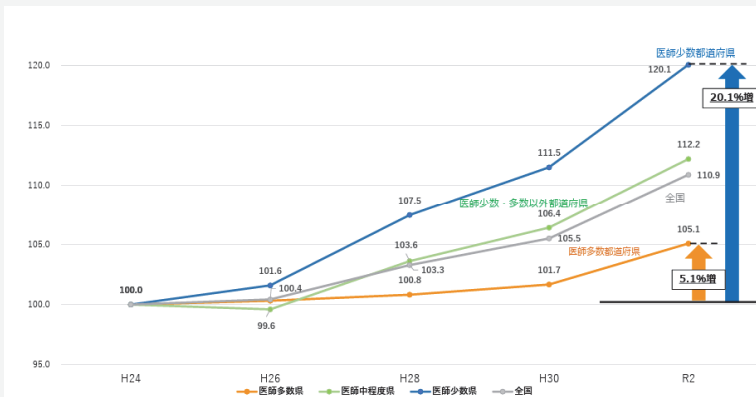
협약체	지역의료 대책 협의회의 협의	지역의료 대책 협의회의 협의
제도 설정을 위한 협의 사항	지역 인재 특별 전형의 정원 수, 종사 요건·경력 형성 프로그램 내용, 장학금, 지역 정착 대책(면접 빈도, 세미나 개최 등) 및 이를 실시하기 위한 대학에 대한 도도부현의 경제적 지원, 이탈 요건 등	지역 인재 특별 전형의 정원 수, 종사 요건·경력 형성 프로그램 내용, 장학금, 지역 정착 대책(면접 빈도, 세미나 개최 등) 및 이를 실시하기 위한 대학에 대한 도도부현의 경제적 지원, 이탈 요건 등
동의 취득 방법	지원 시에 도도부현, 본인, 보호자 혹은 법정대리인이 종사 요건·이탈 요건에 서면 동의	자율적으로 운영
종사 요건	①졸업 직후 해당 도도부현 내에서 9년 이상 종사할 것 ②도도부현의 경력 형성 프로그램에 참여할 것	자율적으로 운영
장학금	자율적으로 운영	자율적으로 운영

연도	의학부 정원	의학부 정원 (자치 의과 대학제외)	지역 의사제 등을 제외한 의학부 정원	지역 의사제 등	지역 의사제 등의 비율
2007	7,625	7,525	7,452	173	2.30%
2008	7,793	7,683	7,375	418	5.40%
2009	8,486	8,373	7,750	736	8.80%
2010	8,846	8,733	7,660	1,186	13.60%
2011	8,923	8,810	7,681	1,242	14.10%
2012	8,991	8,868	7,687	1,304	14.70%
2013	9,041	8,918	7,635	1,406	15.80%
2014	9,069	8,946	7,607	1,462	16.30%
2015	9,134	9,011	7,591	1,543	17.10%
2016	9,262	9,139	7,623	1,639	17.90%
2017	9,420	9,297	7,763	1,657	17.80%
2018	9,419	9,296	7,743	1,689	18.00%
2019	9,420	9,297	7,731	1,689	18.20%
2020	9,330	9,207	7,640	1,690	18.40%
2021	9,357	9,234	7,632	1,725	18.70%
2022	9,374	9,251	7,636	1,738	18.80%
2023	9,384	9,261	7,614	1,770	19.10%
2024	9,403	9,280	—	—	—

32 보건복지 난제(難題) 대응전략

○ 지역의사제의 효과에 대한 평가

- 의사 소수 지역에 의사를 확보하기 위한 가장 중요한 정책 수단으로 평가받고 있으며, 일정한 성과를 거두고 있는 것으로 분석
- 35세 미만 의료시설 종사 의사 수의 2012년 대비 2020년의 의사 수를 비교하면 의사 소수 지역에서 20.1% 증가, 다수 지역에서 5.1% 증가로 소수 지역에서 뚜렷한 증가 확인
- 이는 9년간의 의무 근무 기간에 해당하는 연령대(24~33세)의 지역 의사제 출신자가 제도에 기여한 효과로 해석



○ 의대 정원 관리에 관한 우려와 과제

- 향후, 지역의료구상, 의사의 근로 방식 개혁, 의료 시장 변화 등에 기반하여 재검토 예정
- 인구 동태 상 의사 양성 수를 줄일 필요성에 대한 공감은 있지만, 편제 문제를 해소할 대책 없이 감축하면 편제 문제는 더욱 심각할 것으로 예상
- 지방 도시 내에서의 의사 연령 편제(도심에 젊은 의사가 몰리고, 그 외 지역은 고령 의사가 많아지는 문제) 등 상대적 의사 부족 문제에 대한 대책 마련 필요

- 2011년 도도부현 주체로 의사의 지역 편재 해소를 위해서 지역인재 입시 특별 전형과 연계하여 15개 지역의료 지원센터 운영
 - 이를 통해서 지역 인재의 경력 형성을 지원하고, 지역 내 의사 부족 병원을 지원
 - 더불어, 지도 및 교육 지원, 연수 기회 제공 등의 업무, 의사나 의대생 등을 대상으로 한 지역의료 관련 상담 업무, 관련 기관 간의 협력 관계 구축 등의 업무 실시

구분	지역의료 지원센터	벽지 의료 지원 기구
설치 장소	대학 내	현청 내
관계기관	현과 대학, 고차 의료기관을 연결	현과 시정촌·국민건강보험 진료시설, 국민건강보험 연합회 등을 연결
교육 분야	의료 (특정 진료과목 등)	의료·보건·복지·개호·재택 (지역 포괄 케어)
경력 형성 지원 목적	전문의 취득	종합의 양성
교육 대상자	지역 인재 입시 특별 전형·장학생 수급자 대다수	지역 인재 입시 특별 전형·장학생 수급자의 일부 및 지치외과대학 졸업 의사
교육 거점	대학병원, 고차 의료기관	지역 소재의 중소 지자체 병원과 진료소, 벽지 진료소
2017년도 신 전문의 제도	19개 영역 모든 전문의 (종합 진료과 전문의도 포함)	종합 진료 전문의 일부 (지역을 돌보는 전문의)
임상 실습	중핵 병원의 전문 진료과에서 실시	여름 학생 실습으로 벽지 진료소나 벽지 지역의 지역포괄케어 학습

□ [역할 조정] 인력 운용의 연계성·유연성 확보

- 지역의 필요도와 실정에 기반, 기관 간 협력 관계 구축 등을 통한 안정적·효율적 의료서비스 제공



- (인력 파견·연계 모델 제도화) 저수요·전문, 저밀도·필수 분야를 중심으로 병원 간 순환근무, 단기 파견, 상시 연계 모델을 제도화하고, 운영 기준 및 참여 요건을 마련
- (유연한 인력 운영을 위한 제도 정비) 겸직·순환근무 허용, 탄력근무제 도입 등 유연한 인력 활용이 가능하도록 배치 기준 및 관련 제도 전반을 개선
- (지역 인력풀 구축 및 협력 네트워크 운영) 병원 간 인력 공동 활용을 위한 지역 단위 인력풀을 구성하고, 필수 분야 중심의 협력 네트워크와 거버넌스를 체계화
- (인력 동원을 위한 자원 조성) 지역의 수요를 반영한 정책 추진을 위해서는 보건 교부금(가칭) 등 지방정부가 재량을 발휘할 수 있는 재원이 필요한바, 담뱃세 등을 활용하여 새로운 자원 조성 필요

〈독일의 농촌지역의사제〉⁵⁾

- 독일은 의료서비스의 지역 간 불균형을 해소하고 농촌 등 의료 취약지의 의사 부족을 해결하기 위해서 '농촌지역의사제'를 도입
 - 2017년 3월 연방보건장관, 연방연구장관, 각 주 보건부 및 문화부 장관 회의 대표, 연방의회 여당 대표들은 의대 교육 마스터플랜 2020 (Masterplan Medizinstudium 2020)을 의결
 - 각 주는 이에 따라 의대 정원의 10% 범위 내에서 지역의사 할당제를 도입 가능
 - 마스터플랜 2020에 대한 의사와 의대생의 반발이 있었으나, 시범적으로 운영 시작

- 2024년 기준 16개 주 중에서 11개 주가 지역의사제를 도입하여 점진적으로 확대되는 추세로, 경쟁률은 5:1 이상을 유지하며 안정적으로 운영
- 2019년 노르트라인-베스트팔렌주를 시작으로, 2020년 메클렌부르크-포어포메른, 라인란트-팔츠, 바이에른, 자를란트, 작센-안할트, 2021년 바덴뷔르템베르크, 2023년 니더작센, 2024년 튀링겐 등으로 확대
 - 노르트라인-베스트팔렌은 첫 해 145명의 정원을 시작으로, 2025년 현재 약 190명을 선발 중이며, 누적 1,000명 이상 선발
 - 바이에른은 2024년 기준 440명 이상이 지역의사제 할당제로 재학 중
 - 바덴뷔르템베르크는 연 75명, 니더작센은 연 60명 선발
- 대학입학자격시험(Abitur) 성적이나 대학 입학 대기 순번과 무관하게 선발하며, 전문가 위원회가 개인 면접을 통해서 적합성과 동기를 평가
- 졸업 후 최소 10년 이상을 의료 취약지에서 의무 복무해야 하며, 위반 시 최대 25만 유로(한화 약 3억 6천만 원)를 위약금으로 부과
 - 취약지는 사회법과 수급계획 지침에 의해서 선정·관리되며, 각 주는 추계 결과에 따라서 필요 의대 입학 정원을 결정
- 첫 기수가 아직 졸업하지 않아서 농촌 정착률 등 제도적 효과는 확인할 수 없으나, 독일 정부는 정책적인 면에서는 향후 농촌 등 취약지 거주자의 의료 접근권을 보장하는 핵심 수단임을 강조
 - 2025년 겨울에 첫 번째 졸업생이 배출되어 2026년부터 전문의 수련 시작 예정
 - 니더작센주 사회복지부 장관은 광역 단체에서 GP 진료에 공백이 생기지 않도록 하는 것이 중요함을 언급
 - 한편, 니더작센주 의사회는 제도를 지지하면서도 이것만으로 충분하지 않으며 전문 과목의 의사 부족 해결이 시급함을 주장

5) 다음 사이트의 내용을 종합 정리함.

○ 직종 간 업무 수행 범위 조정 및 협업으로 전문성·연계성 확보

기존	⇒	개선
직종 간 경직된 역할 구분과 단절 구조		기능 기반 역할 설정과 다직종 협업 체계 구상

- ① Kultusministerkonferenz (KMK), "Masterplan Medizinstudium 2020" (31. März 2017) <https://www.kmk.org/aktuelles/artikelansicht/masterplan-medizinstudium-2020.html>
- ② Marburger Bund, "Masterplan Medizinstudium 2020" <https://www.marburgerbund.de/bundesverband/themen/studium/das-solltest-du-wissen-ueber/masterplan-medizinstudium-2020>
- ③ Wikipedia, "Landarztquote" (24. Januar 2023) <https://de.m.wikipedia.org/wiki/Landarztquote>
- ④ Medical Tribune, "Bei der Landarztquote in NRW zählt die Berufserfahrung" (13. September 2019) <https://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/bei-der-landarztquote-in-nrw-zaehlt-die-berufserfahrungsbsp>
- ⑤ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, "Weiterer Meilenstein erreicht: 1.000. Medizinstudierender beginnt Studium im Rahmen der Landarztquote" (2025) <https://www.mags.nrw/1000-medizinstudierender-beginnt-studium-im-rahmen-der-landarztquote>
- ⑥ Bayerisches Staatsministerium, "Gerlach: Auch 2024 Landarztquote beim Medizinstudium" (2024) <https://www.bayern.de/gerlach-auch-2024-landarztquote-beim-medizinstudium>
- ⑦ Baden-Württemberg Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration, "Landarztquote: Auswahlverfahren 2024 abgeschlossen" (2024) <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/landarztquote-auswahlverfahren-2024-abgeschlossen>
- ⑧ VdK Baden-Württemberg, "Landarztquote – Auswahlverfahren 2024 abgeschlossen" (2024) <https://bw.vdk.de/vor-ort/nachrichten-ov-kv/landarztquote-auswahlverfahren-2024-abgeschlossen/>
- ⑨ Studieren in Niedersachsen, "Start der Bewerbungsphase für die niedersächsische Landarztquote 2024" (2024) <https://www.studieren-in-niedersachsen.de/news/start-der-bewerbungsphase-fuer-die-niedersaechsische-landarztquote-2024.html>
- ⑩ Christian Tischner MdL, "Landarztquote" (14. Juni 2024) <https://www.christian-tischner.de/aktuelles/2024/landarztquote>
- ⑪ Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (LfGA), "Öffentlich-rechtlicher Vertrag mit dem Land Nordrhein-Westfalen" https://www.lzg.nrw.de/LZG_2016/lag/h_antrag/verpflichtung/
- ⑫ Baden-Württemberg Landarztquote, "Vertrag" (27. Juni 2025) <https://landarztquote-bw.de/vertrag/>
- ⑬ Ärztekammer Niedersachsen, "Prüfungen zur Landarztquote in der Ärztekammer gestartet" (2024) <https://www.aekn.de/detail/pruefungen-zur-landarztquote-in-der-aerztekammer-gestartet>

- (직종 간 역할 재설정 및 제도 기반 정비) 인력 운용 관련 시행 규칙 개정 등을 통해 직무 범위를 재설정하고, 필요시(취약지, 필수 의료 공백 지역 등) 일정 요건을 갖춘 인력이 역할을 할 수 있도록 법적 근거와 제도 기반을 정비
 - 간호사의 업무 범위 확대 및 조정을 의대 정원 검토, 지역의 사제 도입 등과 동시에 정책 추진
 - 의사 부족 지역을 중심으로 진료 지원(PA) 간호사 제도를 시범적 실시하고, 명확한 기준을 마련하고 체계적인 교육 체계를 구축하는 등 제도 안착 추진
 - 전문간호사 제도의 활성화를 위하여 자격과 업무 범위를 명확하게 설정하고, 이에 수반된 권한 부여와 보상 체계 구상 필요
 - 거동 불편 환자 및 의료 취약지 거주자 대상 방문간호 활성화를 위하여 방문 간호사의 전문적 역할에 대한 합리적 보상 계 마련
 - 성형, 미용 등을 위한 의료인 및 기타 전문 인력 간의 역할 조정 (경제 논리 vs. 사회적 가치*)
 - ※ 자율경쟁 시장 체계에서 의사의 선택권 보장과 의사라는 직업적 소명, 의사의 역할에 대한 사회적 인식의 갈등 상존. 더불어 성형과 미용이 '건강 향상'을 목적으로 하는 것이 아닌 가운데, 해당 서비스를 의사만 제공할 수 있도록 진입 장벽을 두는 것에 대한 재평가 필요. OECD는 성형과 미용은 의료로 간주하지 않음.
- (진료모델 설계 및 현장 적용) 팀 기반 진료, 다직종 고정 협업 체계 등 협업 진료모델을 도입하고, 실무 중심 협업 프로토콜과 운영 지침을 마련

○ 지속 가능한 의료 인력 거버넌스 구축을 통한 공공책임 인력 운영

기존	⇒	개선
파편적 인력 확보 및 배치 정책		국민의 건강권 보장을 위한 지속가능한 의료인력 생태계 구축 정책

- (단기 정책) 정책 효과 평가에 기반하여 인력의 효율적 배치를 도모하는 것과 더불어, 지역 정주 여건을 개선하여 지역 필수 의료안전망 구축
- (중장기 정책) 필수의료특별법(또는 필수의료유지법)⁶⁾과 연계하여 의료 인력의 전 주기적 관리 체계를 구현하고, 교육부의 RISE(Regional Innovation System & Education)⁷⁾을 보완·강화·활용하여 지역사회에 의료 인력을 장기적이고 안정적으로 양성·배치

6) 2025년 9월 국회 보건복지위원회를 통과하고, 11월 현재 입법 절차가 진행 중임. 필수의료의 정의와 지원방안(인력확보, 지방의료원 지원, 공공정책수가 등), 필수의료 공백 방지, 국민 생명권 보장을 제도적으로 뒷받침하는 것을 주요한 내용으로 함.

7) 대학을 중심으로 지역의 혁신과 동반 성장을 촉진하기 위해 설계된 국가 정책으로, 2025년 현재 전국 17개 시·도가 RISE 사업 5개년 계획을 추진 중임.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

지역·필수 의료 강화를 위한 공공의료 거버넌스 재편 방향

제1절 현황 진단

제2절 여건 변화와 전망

제3절 정책 방향과 추진 전략



제3장

지역·필수 의료 강화를 위한 공공의료 거버넌스 재편 방향

제1절 현황 진단

- 수도권으로 의료자원 집중은 지역 필수의료의 지속가능성을 위협하는 구조적 난제

주요 현황

◎ (지역 의료 공백) 필수의료 인력과 인프라의 수도권 집중

- * 인구 10만 명당 의사 수는 서울(466명)이 가장 많고, 가장 적은 세종(197명)의 2.4배⁸⁾
- * 2023년 말 기준, 지역 내 분만 가능한 산부인과가 없는 시·군은 총 72곳 (22곳은 군지역, 50곳은 산부인과가 있지만 분만실 미운영)(보건복지부, 2024)
- * 2024년 2분기 기준, 전국 252개 시·군·구 중 소아청소년과 진료 의원이 없는 지역은 58개(23.0%)로 모두 군 단위(건강보험심사평가원, 2024)

◎ (지역 의료 질 저하) 치료 가능 사망률의 지역 격차 심화

- * 치료가능사망률은 적절한 시기에 필요한 의료서비스가 제공되었다면 예방할 수 있었던 조기 사망률을 의미
- * 2023년, 인구 10만 명당 ‘치료가능사망률’은 울산(36.9)과 서울(39.5)이 낮은 반면, 충북(49.9)과 부산(49.0)이 가장 높았음(헬스맵, 2024). 울산을 제외하면 서울을 중심으로 한 수도권과 달리, 비수도권 지역의 의료 낙후성 고착화

○ 공급 유인구조의 구조적 편향

- 의료제공자 관점에서 수익성과 전문성 확보가 유리한 수도권으로 인력과 시설 집중
- 높은 진료량 → 수도권 자원 집중 → 수도권 환자 쏠림으로 이어지는 악순환 구조

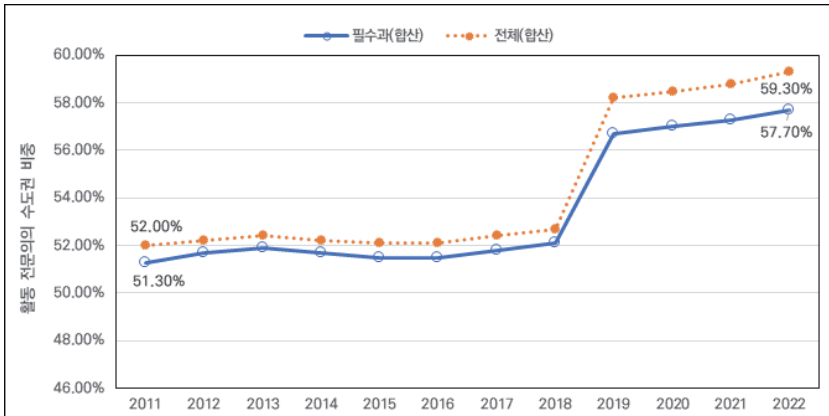
8) 국민건강보험공단, 2022 지역별 의료이용 통계연보.

- 공급자의 선호와 수요자의 선택이 맞물려 수도권 중심 의료 체계 고착화
- 지역 필수의료 유지에 따른 고비용 구조의 지속적 심화
 - 지역은 의료 인력의 유출 증가와 유입의 어려움으로 분만·응급·외상 등 필수의료 분야의 인력 확보가 어렵고, 특히 24시간 운영 비용이 자체 감당이 어려운 수준으로 증가
 - 단기 재정 투입만으로 지속가능성 확보 불가
- 지방정부의 역량·재정 부족
 - 지역 필수의료는 지역 맞춤형 설계가 필요한데, 지방 정부의 정책 기획 역량과 재정의 부족으로 중앙-지방 협력체계 한계
 - 정책 설계와 실행 간 괴리 발생, 중앙 정부 정책의 한계
- 지역에서 공공의료의 이중적 위기: 역할의 중요성은 증가하지만, 질과 신뢰는 저하
 - 지역 의료의 핵심 기반인 공공의료기관의 역할 중요성에도 불구하고, 지속적인 인력 유출과 시설·서비스의 질 저하로 인해 지역사회 내 신뢰도가 하락
 - 지역 의료 강화를 위해 지역의 공공의료전달체계 구축 필수

제2절 여건 변화와 전망

- 국가균형발전 측면에서 지역 의료 재구축에 대한 사회적 관심 증가
 - (지역 인구 감소와 필수의료 공백의 악순환) 지역 필수의료의 부실은 인구 유출과 고령화를 촉진하여 지방 소멸 위험을 높이고, 의료수요 위축과 민간의료기관 폐업 등 지역 의료 기반 약화를 초래하는 악순환 형성(김동진, 최지희, 황도경, 2024)
 - 최근 10년간(2014~2023년) 인구 감소 지역 1,036개 읍면동의 연평균 인구감소율: 면 지역 1.44% > 동 지역 1.18% > 읍 지역 0.94%(김동진, 최지희, 황도경, 2024)
- 주요 진료과 전문의의 수도권 집중화가 극심해져 지역 주민의 체감 위기가 한계가 달했으며, 정책적 개입을 더 이상 미룰 수 없는 상황

[그림 3-1] 주요 진료과 전문의의 수도권 비중 변화(2011~2022)



주: 통계청 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 마취통증의학과, 진단검사의학과, 병리과, 영상의학과, 응급의학과 전문의 수를 활동지역을 기준으로 합산
출처: 2011~2022년 지역별 활동 전문의 현황, 건강보험심사평가원 제공 자료를 가공함.

44 보건복지 난제(難題) 대응전략

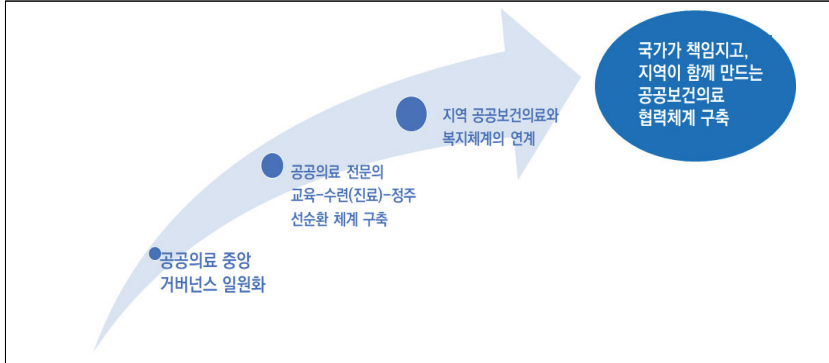
- 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률(돌봄 통합지원법, '26.3. 시행 예정)」에 따른 지역 정부의 자율성 확대가 요구되는 가운데, 중앙정부와 관계에서 지역 정부의 역할에 대한 구체적인 역할 분담과 재정지원 구조에 대해서는 여전히 불확실성이 존재함.
- 정부의 국정과제 123 발표(2025.9.16.)와 제3차 공공의료 기본계획 수립을 앞두고 공공의료 거버넌스 구축을 위해 보다 구체적인 구조와 지원방안에 대한 논의가 진행될 것임.
- (국정과제 수립을 통한 적극적 재정 지원 구조 마련) 국정목표 4. 기본이 튼튼한 사회, 전략 3. 국민건강을 책임지는 보건의료
 - 국정과제 84. 지역격차 해소, 필수의료 확충, 공공의료 강화
 - (공공의료체계 강화) (중앙)국립중앙의료원-(권역)국립대병원-(지역)지방의료원·보건소 간 공공의료 협력체계 구축 및 진료권별 공공의료 인프라 확충*
 - * 공공병원 없는 곳에 지방의료원 신설 추진, 공공병원 및 공공의료 수행 병원 대상 공공성 평가보상 등
 - (지역·필수의료 보상 강화) 필수의료 집중 지원을 위해 건강보험 정책수가 신설 확대, 지역필수의료기금 신설 및 법령 제정 추진
- (법정계획 수립을 통한 구체적 실행 방안 마련) 국정과제와 연계하여 법정계획인 제3차 공공보건의료 기본계획 수립을 앞두고 공공의료체계 강화를 위한 구체적인 실행 방안 마련이 기대되고 있는 가운데, 중앙-지방 정부 간 새로운 거버넌스 구축이 중요한 과제로 부상하고 있음.

제3절 정책 방향과 추진 전략

1. 정책 방향

- 지역·필수의료 보장을 위한 핵심 전략으로 공공의료의 기능적 강화와 체계적 혁신 추진
 - 민간 의료체계로는 지역에서 필수 의료보장은 지속 불가능
 - 민간 의료는 수익성이 낮은 응급, 분만, 외상 등 필수 의료 분야에 소극적이며 특히, 의료 기반이 열악한 지역일수록 필수 의료 공백 구조화
 - 지역 의료 구상에서 공공의료 역할을 명확히 할 필요
 - 공공의료의 질적 혁신을 위한 적극적 투자 확대 필요
 - 자립적 지역 의료체계 구축을 위해 공공의료 인력의 양성에서 정주가 선순환하는 포괄적 공공의료 혁신 전략의 추진 필요
- (비전) 국가가 책임지고, 지역이 함께 만드는 공공보건의료 협력체계 구축
 - (공공의료 중앙 거버넌스 강화) 민간에서 소외된 필수의료 및 재난대응 등 공공의료에 대한 국가 책임을 확대하고 거버넌스 분산의 비효율 제거
 - (교육-수련-정주의 선순환 체계 구축) 공공의료기관 간 진료협력 및 공동수련 네트워크 구축을 통해 공공의료 전문의 교육-수련-지역 정주의 선순환 구조 마련
 - (지역에서 공공보건의료와 복지체계의 연계) 지역주민의 복합적 건강·복지 수요에 대응하기 위해 예방적 공공보건의료와 복지서비스 간 연계·협력 체계를 강화

[그림 3-2] 전략1 지역 필수의료 보장을 위한 공공의료 강화



출처: 연구진 작성

□ (핵심 요소) 지역·필수의료 강화를 위한 공공의료체계 재구축 요소

○ 국가 책임 강화

- 기존의 건강보험 급여 중심 보상과 의료 정책의 한계를 극복하기 위해, 민간의 수익성에 근거한 시장 공급 체계를 대체하는 국가 재정 투입 기반 공공의료 정책 수립
- 정신 응급 상황에 대해 국가가 사각지대 없이 책임지고 대응할 수 있도록 법·제도·인력·인프라를 정비하고, 생명 보호와 인권 중심 개입이 가능한 공공 대응체계 구축

○ 중앙-지방정부 협업 체계

- 지역 간 의료 격차 해소와 필수의료 기반 강화는 국가적 책임 하에 체계적으로 추진되어야 하며, 이를 위해 지방정부와의 기능적 연계 및 재정적 분담 체계를 명확히 설계

〈표 3-1〉 지역·필수·공공 의료 강화를 위한 정책 중심의 변화 틀

	현재 정책의 중심	→	미래 정책의 중심
정책방향	시급한 대응과 기반 정비	→	구조적 전환과 지속가능성 확보
정책대상	(필수의료) 공급자 중심	→	(환자, 주민, 돌봄자) 수요자 중심
공급방식	민간 중심: 공공은 보완적	→	공공 중심 기반 구축, 민관협력의 전략적 확대
재정투자	사후적 보상 중심	→	예방 중심 투자 확대
재원조달	중앙 재정-단일 급여 체계	→	중앙-지방 정부 공동책임, 통합적 기금 조성
거버넌스	건강보험 거버넌스	→	지방분권과 제도 간 통합 거버넌스
보상기준	의료서비스 단위 중심	→	주민 삶과 건강성과 중심
제공주체	의료 전문가 중심	→	다분야(보건·복지·심리지원 등) 연계 주체 확대
정보기반	단절된 기관별 정보	→	주민과 환자 중심 연계 정보
기술활용	단순 디지털화	→	보건복지행정 통합 ICT 플랫폼 기반 서비스

출처: 연구진이 회의 등에서 제기된 내용을 유형화하여 직접 정리한 자료임

- 지역 주민의 생애주기 욕구 변화와 연계한 연속적 건강 보장
 - 기존의 신체 질환 중심, 병원 기반 서비스에서 벗어나 지역 주민의 삶 전반을 포괄하는 건강 보장 모델로 전환
- 사후적 비용 지원 중심에서 사전적 예방 투자의 확대
 - 고비용의 병원 치료와 급여 중심 보장에서 벗어나, 예방·조기 개입·지속적 건강관리 중심의 선제적 투자 구조로 전환하여, 장기적 의료비 절감과 건강 형평성 제고
- 지역의 자생력 향상을 위한 공공의료 기반과 거버넌스 강화
 - 지역이 스스로 주민 건강을 책임질 수 있는 자생적 역량을 확

보할 수 있도록, 공공의료기관 기능 재정비, 지역 보건의료계획 연계 강화, 주민 참여 기반의 지역 건강 거버넌스 체계 구축

- 인적자본 의존 구조에서 정보와 기술 활용 기반 협업 구조로 전환
 - 지역 기반 건강 프로파일 구축과 다영역 데이터 연계(보건-복지-돌봄)를 통해, 정책 기획-대상자 발굴-성과 평가까지 연결되는 통합적 데이터 활용 기반 마련
 - 지역 주민 중심의 통합서비스 플랫폼 기반 ICT 인프라를 구축하고, 이를 통해 건강관리, 돌봄 연계, 사전예방 및 서비스 연속성을 확보하는 방식으로 전략적 디지털 전환 추진

2. 추진 전략

가. 국가단위 공공의료 거버넌스 재구조화

□ **【핵심문제】** 국가단위 공공의료 거버넌스의 분절과 부조화

① 중앙 리더십의 혼선: 정책 지원체계와 임상 지원체계의 분절

- (협력적 거버넌스 부재) 국가 공공보건의료체계를 구성하는 두 축인 정책 지원체계(국립중앙의료원)와 임상지원체계(서울대학교병원 등 국립병원) 간의 협력적 거버넌스 미비하여, 국가 차원의 공공의료 추진력이 분산되고 있음.
- (역할 관계의 불명확성) 국립중앙의료원이 정책적 리더십을 실질적으로 수행하기 위한 조직적·전문적 역량이 부족하며, 공공의료체계 내에서 국립대 병원의 역할과 책임이 명확히 정립되지 않아 국가 단위 공공의료 추진체계가 분절적으로 작동

② 국립중앙의료원(이하 국중원)의 역량 부족

- (기획 기능 미흡) 국중원이 국가 공공의료정책의 싱크탱크 역할을 수행해야 하나, 공공의료 정책 기획, 평가, 연구 인력이 부족
- (전국 네트워크 조정 기능 부재) 권역·지역 책임의료기관, 지방의료원 등과의 협력체계를 총괄 조정할 허브 기능 미작동
- (정부 정책 지원기능 약화) 정책 기획과 연계하여 서비스 제공 단위에서 필수의료 대책, 지역의료 강화, 공공의료 인력 양성 등 국가 의제를 지원하는 기술적, 조정적 기반 및 역량 부족

③ 국가 단위 임상지원체계로서 국립대병원의 역할 미수행

- (임상적 조정 및 지원 역량 부족) 국립대병원은 권역 단위에서 지역 책임의료기관과 연계하여 전문진료, 교육수련, 인력 파견, 기술지원 등의 기능을 국가적으로 기획·조정해야 하지만, 이러한 임상적 조정 및 지원 기능이 제대로 작동하지 않고 있음.
- (공공성 실현의 구조적 제한) 현행 병원별 경영 자율성과 경쟁적 수익 구조가 강화로 국립대병원이 ‘지역의료의 허브’가 아닌 ‘대형 진료기관’으로 기능하는 구조적 한계가 지속

④ 중앙-지방정부 간 협력적 거버넌스 미비

- (하향식 집행 구조) 정책 수립 단계에서 지방정부의 의견 반영이 제한적이며, 사전적 지원(계획·재정)과 사후적 평가(성과·환류)가 연속적으로 작동하는 정책의 순환적 관리 체계 미비

□ 【기반조성】 협력적 거버넌스 실행의 제도적·재정적 기반 마련

① 국립대병원 소관부처 이양과 집중 투자

- (복지부 이관) 교육부 산하에서 복지부로 이관하여 공공의료

기능을 수행해야 하는 역할과 책임의 제도적 실행력 강화

- (지역 의료의 선도적 임상 역량 구축) 지역의 권역 책임의료기관으로서 임무를 수행할 국립대 병원에 대한 집중 투자를 통해 지역단위 공공의료의 질 향상 유도

② 상시 공공의료체계 기능 보강과 유지를 위한 재원 마련

- (필수의료 특별회계) 조직 운영의 공공성을 위한 사전 준비 지원과 사후 보상을 위한 별도의 재원 마련
 - * 기존 기금(예: 국민건강증진기금, 응급의료기금 등)만으로는 공공의료시설 확충 및 기능 유지에 부족
 - * 중앙의 협력적 거버넌스 실행을 위해서는 충분한 지원과 보상을 통해 변화를 유도할 수 있는 재정 기반 필요

□ 【추진방안】 국가 통합조정 기반의 공공의료 거버넌스 재구조화

① (중앙) 복지부의 통합 조정 기능 강화

- (조직구조 개편과 기능 재배치) 지역 의료체계의 붕괴는 공공의료기관의 최후 보장 기능에 대한 국가적 투자를 요구하는 경고 신호이며, 이를 해결하기 위해 공공의료정책의 기획, 집행, 재정을 통합 조정할 수 있는 조직 체계를 구축해야 함.
 - * (공공의료 기획체계 내 실행 중심 조직개편) 공공医료를 통해 지역에서 필수 의료가 안정적으로 보장될 수 있도록, 공공의료정책 기획 체계 내 응급, 분만, 소아 등 필수 의료 관련 사업 부서를 통합 배치하는 실행 중심 조직 개편
- (복지부의 조정 기전 제도화) 국립중앙의료원은 공공의료 정책의 기획·조정·지원 기능을 강화하고, 국립대 병원은 공공의료 인

력의 양성, 수련, 연구 기능에 집중하고 권역 단위 공공의료의 임상적 리더로서 역할을 명확히 분담하고 사업 단위별로 협력할 수 있도록 복지부의 조정 기능을 제도화

* (현행 공공보건의료에 관한 법률 개정) 현행법에는 중앙-지방 거버넌스 관련 조항 중심, 국가 공공보건의료체계 구축과 안정적 유지를 위해 복지부 중심의 국가 조정 기능에 대한 명확한 규정 마련 필요

② 지역 협력 거버넌스 구축 및 특별회계 운영체계 마련

- 지역의 특성과 수요를 반영하여 지속적이고 장기적인 지원체계를 동반하는 지역단위 협력 사업들을 추진하기 위한 거버넌스 구축과 자원 분담 방식 마련 필요
- 시장실패 영역에 해당하는 필수 의료 분야의 특성을 고려하여 기본 운영비를 보장하는 포괄 지원 방식의 적용 필요
- 기존의 시도 공공의료위원회에 최소 부지사가 참여하여 사업의 집행력을 제고할 필요
- 시도지사에게 포괄 위임과 통합 책임을 갖도록 시도지사 책임 하에 공공성 달성 성과를 평가, 보상 받을 수 있는 성과 관리 체계 도입 필요

③ 국립중앙의료원의 정책 허브 기능 강화

- (국가 공공의료정책지원본부 역량 강화) '국가 공공의료 거버넌스 컨트롤타워' 역할을 실질적으로 수행할 수 있는 조직과 정보 인프라 확대 구축
- (지역의 활동을 지원하고 협의할 수 있는 정보 플랫폼 강화) 지역 단위 공공의료 수행 목적의 의료기관 간 진료협력체계

구축을 지원하고, 기타 지역 기반의 자율적 사업 기획과 추진을 지원하고 모니터 할 수 있는 정보 플랫폼 구축 및 지원 조직의 강화 필요

- (투자 목적의 일원화와 투자 규모의 집중화) 중앙조정과 지역 자율의 공공의료체계 운영을 지원하는 일원화는 투자 계획 수립과 추진

* 지금까지 보건복지부(국립병원, 특수 공공병원), 교육부(국립대병원), 지자체(지방의료원, 시립병원) 등 운영 주체 분산으로 투자의 선택과 집중의 체계적 집행 제한

나. 국가 전략 투자와 연계한 공공의료 인력양성 거버넌스 구축

□ **【핵심문제】 「국가의 전략적 투자」와 「공공의료인력의 질적 양성체계」 간 연계 부재**

① 공공의료기관 역량의 지속적 하락

- 민간병원 중심의 환자, 인력, 투자 쏠림에 대응하는 공공의료기관의 진료 역량, 우수 인력 확보, 시설 투자가 지속해서 제한되는 악순환

② 민간 의존의 구조적 한계

- 지역에서 필수의료 인력 유치를 위한 상당한 재정 인센티브 투입의 불확실성

③ 공급 불안정성과 낮은 정책 통제력

- 민간 의사 면허 내 선택 트랙의 한계: 공공의료 인력 공급 불안정, 이탈 위험

□ **【기반조성】 공공의료의 질 향상과 연계한 공공의료 전문의 양성체계 구조화**

- ① 공공의료사관학교 설립 관련 법령 정비
 - (근거법 마련) 설립 근거, 국고지원, 공공기관 연계, 의무복무 제도 등 규정
 - (정원 및 교육체계) 기존 의사 정원과 별도 정원 트랙 신설
 - (지원체계) 국중원의 기능·권한 강화 관련 법제도 및 인사·보수·성과보상 체계 정비
- ② 국가 주도 인력계획과 통합 거버넌스 구축
 - 보건복지부를 중심으로 교육부, 지자체 등 관계기관 간 역할을 조정하고, 중복투자와 기능 격차를 해소할 수 있는 통합적 조정 기구 마련
- ③ 국립대 병원에 대한 집중 투자
 - 권역단위에서 교육 및 수련 체계를 운영하고 공공의료의 질을 견인하는 선도적 리더십을 수행할 수 있도록 집중 투자
- ④ 공공의료 인력 양성을 위한 정책과 임상 리더십 간 협력
 - (국중원) 공공의료 인력 양성 및 재정투자, 수련체계 설계, 순환 배치와 정주(定住) 지원 등에 관한 정책 수립과 행정 지원 기능을 수행
 - (서울대 등 국립대 병원) 복지부의 중앙 조정에 따른 국중원과 협력을 통해 교육·수련의 실제 실행 및 임상교육 프로그램 운영

□ 【추진방안】 지속가능한 공공의료 전문의 양성체계 구축

- ① 전주기 경력 경로를 내재한 공공의료인력 양성-수련-정주 체계
 - 선발부터 수련, 배치, 경력관리까지 일관된 인력 경로 제안을 통해 공공의료 직무에 적합한 전문 인력의 안정적 확보 필요
- ② 국증원에 「공공의료 사관학교」를 설립, 국립대 병원과 역할 분담과 협력을 통해 전국 공공의료 전문인력 양성, 수련, 정주 관리 체계 구축
 - 지역·필수·공공의료 강화와 공공의료 인력 양성을 위한 국가 재정의 지속가능성과 효율성 측면에서 국증원 공공의료사관학교 도입 추진
 - 공공의료 인력 양성을 위한 교육 및 수련의 별도 트랙 마련
 - 공공의료 가치와 필수의료 역량에 특화된 교육 훈련 과정
 - 필수(분만, 응급, 외과 등) 중심의 실질적 임상 교육 강화
 - 다학제 협력 등 지역 기반 서비스 연계 역량 내재화

〈표 3-2〉 공공의료 인력 양성의 효과성 측면에서 주용 쟁점에 따른 공공의대 설립 대안 비교

대안	공공의료 인력 양성의 효과성 측면에서 주요 쟁점		
	교육의 공공성·지역성	공공병원 연계 수련 역량	정주 유도 및 장기 경력 경로
기존 의대 내 공공·지역 트랙	△ 제한적:트랙 구분, 교육과정 차별화 미흡	△ 민간병원 중심 수련, 공공 연계 부족	△ 의무 복무나 정주 유인 효과 제한적
지역 공공의대	○ 지역기반 특화 선발 및 공공중심 교육가능	△ 수련병원 인프라 구축 필요, 초기 제한적	△ 의무 복무 가능하나 장기 경로 설계 부족
공공의료사관학교 (국립중앙의료원)	○ 공공성·전국 공통 교육과정 설계 가능	○ 공공병원 중심 공동수련체계 구현 가능	○ 순환 근무, 장기경력관리, 교수 경로 등 통합 가능

출처: 연구진이 회의 등에서 제기된 내용을 유형화하여 직접 정리한 자료임

③ 공공의료기관 네트워크 기반 공공의료 전문의 수련 체계 구축

- 국립중앙의료원, 권역책임의료기관, 지방의료원 등 지역거점 공공병원, 국립암센터 등 고난도 전문진료 공공병원을 연계한 수련·진료 협력체계 구축
- 지방의료원·책임의료기관의 교육 수련 기능 마련
- 장기 고용 기반: 지방의료원 정규직 정원 및 인건비 지원 확대
- 수련-정규직 채용-경력관리까지 연계된 전주기 경로 체계화
- 공공의료가 핵심 주체가 되는 지역 의료전달체계 전환 설계
 - 지역사회 통합돌봄 등 지역 수요를 고려한 공공의료 전문의 역할 정의, 이들이 중심이 되는 서비스 제공모델 개발

④ 공공의료 수행기관과 공공성에 대한 별도 보상 기전 마련

- 지역 공공의료기관의 필수의료 보장 기능 지원을 위해서는 진료량 축소를 보충할 수 있는 고정 운영비 선 보상 필요
 - (보상체계 개편) 기관단위 보상 방식으로 전환, 운영을 유지할 수 있는 고정비 선지원과 성과 달성에 대한 추가 보상
 - (지역특성 반영) 공공정책수가, 지역수가 등 추가 보충 기전
- 적극적 공공성 실현에 대한 충분한 성과 보상 필요
 - (공공성 보상) 의료기관 평가 프로그램에서 공공성 보상
- 국립중앙의료원이 공공의료기관 책임의료조직(ACO)의 대표 기관으로서 역할
 - 국중원이 공공병원을 대표해 복지부와 계약을 하고 하위 공공병원에 대한 배분 기능 수행

다. 지역 통합돌봄 연계 공공 일차의료 거버넌스 구축

- **【핵심문제】** 지역거점 공공병원의 정책적, 임상적 정체성 미정립
 - 지역의 공공의료체계 구축에 있어서 지역사회 건강증진과 일차의료료를 연계·통합하여 지역 단위 예방의 경제성을 높이는 일차의료 거버넌스 부재
 - 지역의 공공 및 민간 의료기관의 역량에 기반하여 지역 공공병원의 기능 특화와 적절한 투자 부족
 - 공공병원에 대한 일률적 투자 및 기능 부여로 인해 지역별 수요에 대응하는 차별화된 투자가 부족한 실정

〈표 3-3〉 지역 거점 공공병원의 약순환 구조

지역 거점 공공병원의 약순환				
투자부족	서비스 질 저하	주민 신뢰 하락	운영 적자 확대	기능 위축
시설 노후화, 기능 약화	취약층 편중, 전문성 부족	민간병원 환자 쏠림	낮은 수익성, 경영악화	정책적 후순위, 투자 축소

출처: 연구진 작성

- **【기반조성】** 공공 일차의료 진료협력 네트워크 구축
 - (환자정보 교류기반) 공공의료기관 간, 공공의료기관-공공의료수행기관 간 환자 정보 교류 기반 구축
 - (지역 취약계층 보건-복지 정보연계 기반) 지역 복지체계 정보시스템(예: 희망복지지원단, 통합돌봄 정보시스템 등)과 공공의료정보체계 간 연계 기반을 마련하여, 취약계층의 건강-복지 통합 서비스 제공 기반 마련

○ 지역거점공공병원을 중심 지역 일차의료 협력체계 구축

□ **【추진방안】 지역 공공병원의 기능 특화 기반 지역 통합돌봄사업 지원 및 조정 강화**

○ (현황) 지방의료원 35개소 중 지역 책임의료기관으로 지정된 32개소가 보건복지부 “공공보건의료 협력체계 구축 사업” 수행 중, 역할은 제한적

- 지역 책임의료기관으로서 지방의료원은 지역사회연계, 필수 의료 협력, 인력 양성/교류 분야에서 각 1개를 포함하여 총 4개의 사업 시행이 의무

〈표 3-4〉 지역 책임의료기관 의무사업

분야	지역사회 연계	필수의료 협력(택 1)	인력 양성 및 교류
사업	- 퇴원환자 지역사회 연계	- 중증응급 이송·전원 및 진료 협력 - 감염 및 환자안전 관리 협력 - 정신건강증진 협력 - 재활의료 및 지속관리 협력 - 산모신생아어린이 협력 - 일차의료돌봄 협력 - 취약계층 연계	- 지역사회 보건의료 종사자 대상 전문교육 - 권역·지역 책임 의료기관 등 기관 간 인력 교류

출처: “권역·지역 책임의료기관 제도 및 공공보건의료 협력체계 구축 방향”, 광미영 외, 2021, p.8
내용 토대로 작성

○ 지역의 특성에 맞게 거점 공공병원 중심으로 지역의 통합 돌봄 지원 및 일차의료 기능 강화

- (지역사회 요양·돌봄 연계 공공병원 지정) 공공의료 연계망 시스템을 활용해 의료-요양-복지기관 간 통합돌봄 대상자 연계 기능 활성화

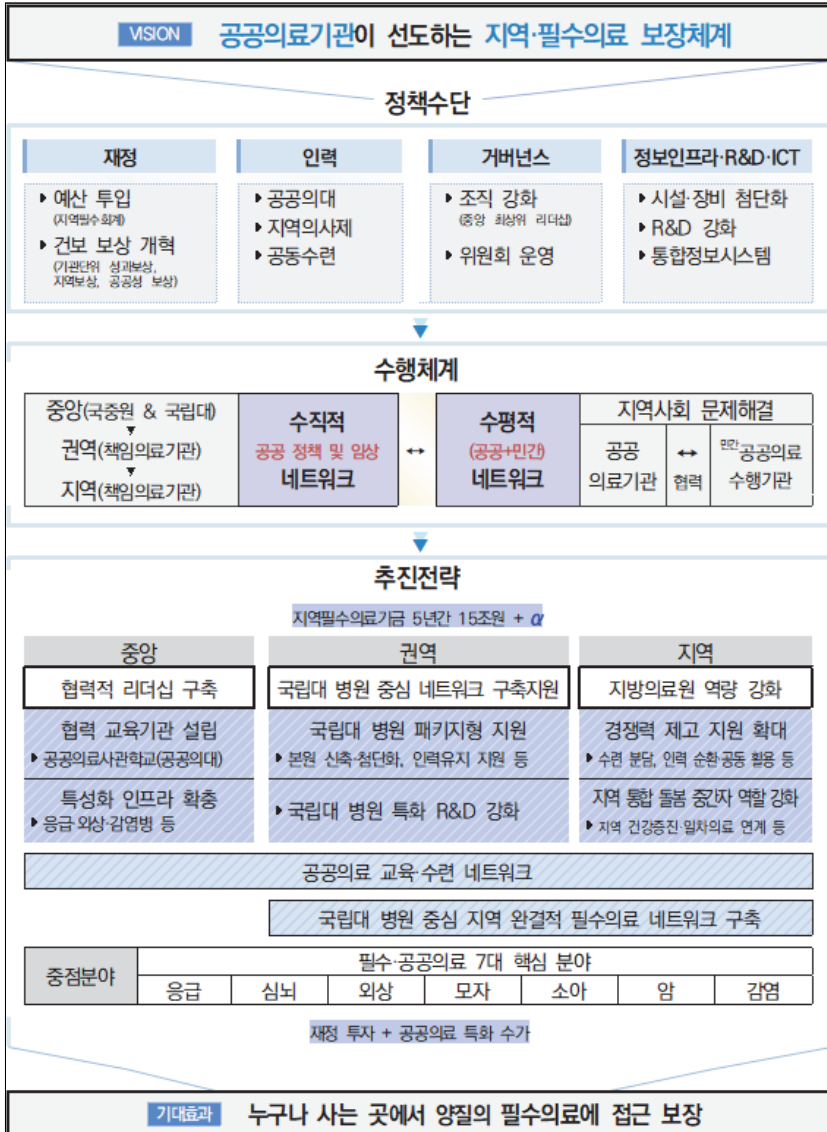
- 지역거점 공공병원을 중심으로 지역 내 의료, 복지 자원을 연계하고 퇴원환자 사례관리, 요양 연계, 돌봄 계획 조정 등 통합돌봄 코디네이터 역할 수행
- 이를 위해 복지부는 공공의료연계망 참여기관(현재 6,185개 의료·돌봄·요양기관이 연계협력 대상으로 등록) 중 연계 실적과 지역 수요를 고려해 ‘지역 통합돌봄 연계거점 공공병원(가칭)’을 지정·육성하고 전담 인력·시스템 운영비를 지원
- (보건소-지방의료원 연계 방문진료 확대) 의료 취약지역을 대상으로 보건소의 방문건강관리사업과 지방의료원의 방문진료를 연계하여 진료 접근성 강화 사업 추진
- 지방의료원은 보건소의 지역 건강관리 인프라를 활용해 의사, 간호사 등 전문 인력이 함께 수행하는 통합형 방문진료 모델 운영
- 순회진료 등 기준 우수사례(예: 적십자병원 ‘누구나진료센터(순회진료)’ 운영 중)를 표준모형으로 확산
- (특성화 공공의료 서비스 확충) 지역별 의료수요 분석에 기반해 지방의료원의 기능을 특화하고, 재활의료, 재가 호스피스, 산모·신생아·소아 진료 등 공급이 부족한 필수 의료 영역을 중심으로 공공의료 서비스 확대

○ 지역의 공공 일차 의료 기능 육성

- 민간의 자발적 역할 확대가 어려운 지역에서는 기능이 축소되고 있는 의원, 소규모 병원, 보건진료소 등을 활용하는 ‘공공 일차 의료 협력체계’를 구축

- 주요 진료과를 운영하는 병원이나 여러 전문과를 연계한 의원 네트워크를 보건복지부가 ‘공공연합의원(가칭)’으로 지정하거나, 기존 공공의료기관 중 일부를 지역 맞춤형 일차의료 수행기관으로 기능을 전환
- 지역 내 기본 진료, 상담, 만성질환 관리 등 기초의료 서비스의 공공성을 강화하고 의료 취약지에서도 지속 가능한 일차의료 제공 기반 확보

[그림 3-3] 지역·필수·공공 의료 강화를 공공의료 거버넌스 재편 틀



출처: 연구진 작성



제4장

노인빈곤 개선을 위한 노후소득보장체계 개선방향

제1절 현황 진단

제2절 여건 변화와 전망

제3절 노인빈곤 완화를 위한 주요 제도와 한계

제4절 노인빈곤 완화를 위한 정책 방향과 추진 전략



제 4 장

노인빈곤 개선을 위한 노후소득보장체계 개선방향

제1절 현황 진단

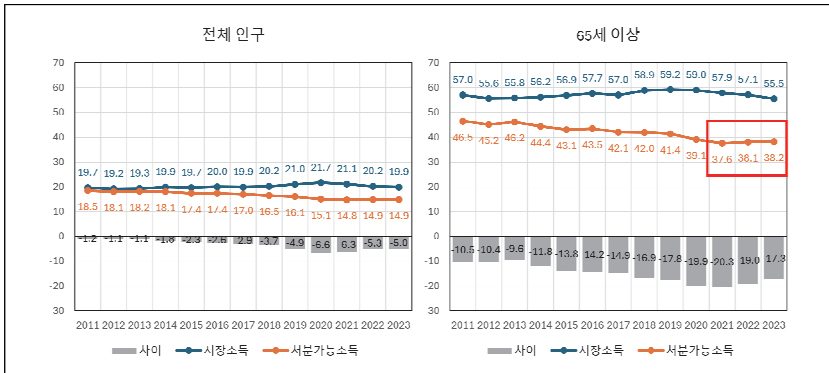
1. 노인빈곤 현황

□ 2010년대 이후 노인 빈곤 추이

- 한국의 노인 빈곤율은 최근 십여 년간 상당히 감소하였으나, 여전히 전체 인구 빈곤율의 2.6배 수준으로 OECD 국가 중 가장 높음.
 - 2023년 65세 이상 빈곤율은 38.2%로, 전체 인구 빈곤율 14.9%의 2.6배임([그림 4-1]).
 - 2020년 66세 이상 빈곤율은 40.5%로 OECD 국가 중 1위임 ([그림 4-2]).

[그림 4-1] 2011~2023년 전체 인구 및 65세 이상 빈곤율(중위소득 50% 이하)

(단위: %)



출처: "가계금융복지조사," 통계청, 2025, 국가통계포털, 가계금융복지조사 소득분배지표 집계자료, 2025. 6. 20. 검색

- 2011~2021년 동안 노인의 시장소득 빈곤율은 감소하지 않았으나(57.0%→57.9%),
 - 공적이전의 노인 빈곤율 감소 효과가 증가하여(10.5%p→20.3%p),
 - 노인 가처분소득 빈곤율이 감소하였음(46.5%→37.6%).
- OECD 국가 중 한국의 노인 빈곤율이 가장 높은 것은 공적 노후소득보장제도가 약하기 때문임([그림 4-2]).
- 한국 66세 이상 노인의 시장소득 빈곤율은 OECD 국가 중 비교적 낮은 편이나(60.6%),
 - 공적이전의 노인 빈곤율 감소 효과가 매우 작아(20.1%p),
 - OECD 국가 중 노인의 가처분소득 빈곤율이 가장 높음(40.5%).
- 이와 같은 실태는 노인 빈곤이라는 난제의 원인 및 해결의 핵심이 공적 노후소득보장제도에 있다는 사실을 분명하게 보여줌.
- 2021~2023년 최근 노인 빈곤 추이
- 2011~2021년 노인 빈곤 추이는 1) 시장소득 빈곤의 정체, 2) 노후소득보장 강화, 3) 가처분소득 빈곤의 감소로 요약할 수 있음.
 - 하지만 2021년 이후 최근 3년 간 노인 빈곤율의 감소세가 중단되었다는 사실에 주목할 필요가 있음([그림 4-1]).
 - 노인 가처분소득 빈곤율: 2011년 46.5% → 2021년 37.6% → 2023년 38.2%
 - 2021년 이후 노인 시장소득 빈곤율의 빠른 감소에도 불구하고(57.9%→55.5%),

- 공적이전의 노인 빈곤율 감소 효과가 약화하여(20.3%p→17.3%p),
- 노인 가처분소득 빈곤율이 소폭 증가하였음(37.6%→38.2%).
- 과거 2010년대에는 노인 빈곤이 대체로 꾸준히 감소하였으나, 앞으로는 노인 빈곤의 구조적 감소 추세가 지속될 것이라 낙관하기 어려움.

○ 2021~2023년 최근 노인 빈곤 증가에는 공적이전의 노인 빈곤 감소 효과가 약화된 것이 중요한 영향을 미쳤음(〔그림 4-1〕).

- 가처분소득 빈곤율과 시장소득 빈곤율의 차이로 측정된 공적이전의 노인 빈곤율 감소 효과는 2010년대에 꾸준히 강화되었으나(2011년 10.5%p→2021년 20.3%p),
- 2021년 이후 빠르게 약화되고 있음(2021년 20.3%p→2023년 17.3%p).
- 2021~2023년 최근 노인 빈곤 증가에는 코로나19 재난지원금의 축소가 부분적인 영향을 미쳤으나, 그 영향을 제거하더라도 노인 빈곤이 소폭 증가하였음.

○ 국민·지역연금의 노인빈곤율 감소 효과는 2018년까지 증가하였으나 2019년 이후 완만하게 약화하고 있음.

- 국민·지역연금의 노인빈곤율 감소 효과: 2021년 10.6%p→2023년 10.4%p (〈표 4-1〉)
- 국민연금 노령연금은 수급 개시 이후 물가변동률을 반영하여 연금액을 조정하는데, 일반적으로 물가보다 소득이 빠르게 증가하므로, 노령연금 수급자의 급여 수준이 중위소득과 빈곤선의 증가 속도를 따라가지 못함.

- 기존 노령연금 수급자의 증위소득 대비 급여 수준 하락, 2007년 연금개혁에 따른 점진적인 소득대체율 감소, 중하위계층 가입 확대에 따른 B값 감소 등으로, 국민연금의 노인 빈곤 감소 효과가 수급률 증가에 따른 강화 추세에서 급여 수준 정체·감소에 따른 정체·약화 추세로 전환되고 있을 가능성이 있음.

<표 4-1> 65세 이상 노인 가처분소득 빈곤율

(단위: %, %p)

구분	시계열1						시계열2				
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2020	2021	2022	2023	
(a) 시장소득	57.5	56.7	58.5	59.0	57.6	56.6	57.9	57.0	56.7	55.5	
(b) 시장소득+국민·지역연금	48.3	46.7	47.2	48.1	46.8	46.1	47.1	46.5	46.4	45.1	
(c) 시장소득+기초연금	53.7	53.1	53.6	54.2	52.1	50.9	52.7	51.6	51.4	50.6	
(d) 시장소득+기초보장급여	57.2	56.5	58.2	58.7	57.4	56.4	57.8	56.8	56.4	55.2	
(e) 시장소득+근로·자녀장려금	57.2	56.3	58.2	58.1	56.9	56.2	57.2	56.5	56.3	54.9	
(b-a) 국민·지역연금 효과	-9.2	-10.0	-11.2	-10.9	-10.8	-10.5	-10.8	-10.6	-10.3	-10.4	
(c-a) 기초연금 효과	-3.7	-3.6	-4.9	-4.8	-5.5	-5.6	-5.2	-5.4	-5.3	-4.9	
(d-a) 기초보장급여 효과	-0.2	-0.2	-0.3	-0.2	-0.2	-0.2	-0.2	-0.2	-0.3	-0.2	
(e-a) 근로·자녀장려금 효과	-0.2	-0.3	-0.3	-0.9	-0.7	-0.4	-0.8	-0.5	-0.4	-0.6	

주: '시계열1'은 고용·산재보험급여를 행정자료로 보완하지 않은 시계열을, '시계열2'는 고용·산재보험급여를 행정자료로 보완한 시계열을 의미함. 빈곤선은 가처분소득 증위값의 50%임. 재난지원금을 제외한 증위소득의 50%로 빈곤선을 설정하고, 공적이전소득에 재난지원금을 미포함하였음.
출처: "가계금융복지조사 원자료," 통계청, 2017-2024, MDIS 원격접근서비스

- 기초연금은 실질 급여액을 인상하는 정책결정이 이루어지지 않는 시기에 노인 빈곤 감소 효과가 약화할 수밖에 없음.
 - 기초연금의 노인 빈곤율 감소 효과: 2021년 5.4%p → 2023년 4.9%p (<표 4-1>)
 - 일반적으로 물가보다 소득이 빠르게 증가하므로, 기초연금 수급자

의 급여 수준이 중위소득과 빈곤선의 증가 속도를 따라가지 못함.

- 단계적 급여액 인상이 완료된 2021년 이후 중위소득 대비 기초연금 급여 수준이 실질적으로 하락하였고, 이에 따라 기초연금의 노인 빈곤 감소 효과가 약화하였음.

○ 요컨대, 공적이전의 노인 빈곤 감소 효과가 최근 약화한 결과를 대체로 1) 코로나19 재난지원금 축소 2) 국민·지역연금 및 기초연금 효과의 약화로 설명할 수 있음.

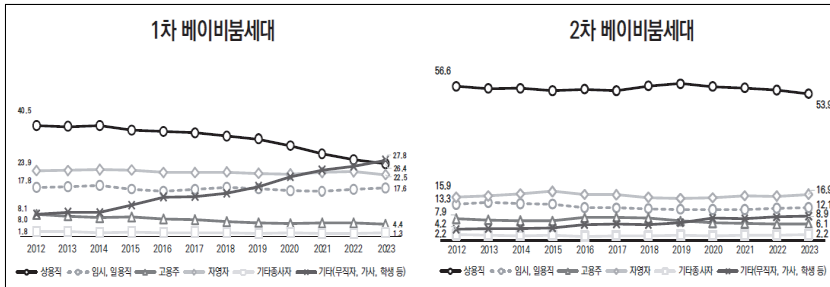
2. 베이비 부머세대 고령인구 진입과 노인빈곤

□ 베이비 부머세대(1차 베이비 부머세대('55~'63년생) 약 705만 명, 2차 베이비 부머세대('64~'74년생) 약 954만 명)가 점진적으로 고령인구로 편입되면서 노인빈곤에도 영향을 미치고 있음

○ 1차 베이비 부머에 이어 2차 베이비 부머세대 역시 50대 초반에 주된 일자리에서 벗어나며, 50대 이후에는 불안정한 노동시장 참여와 소득 불안정에 노출

[그림 4-4] 1, 2차 베이비 부머세대 종사상 지위 변화

(단위: %)



주: “가계금융복지조사”, 통계청, 각 연도 원자료 활용하여 이주미(2025)에서 작성
출처: “1, 2차 베이비부머세대의 소득 및 자산 특성 비교”, 이주미, 2025, 보건복지포럼, p.72, [그림3].

- 전통적으로 베이비 부머세대 기존 노인세대와 같이 부동산에 대한 의존도가 높고, 자녀 양육 등으로 인해 충분한 노후준비를 하지 못한 상황에서 고령인구로 편입
 - 2007년 국민연금 개혁으로 국민연금 노령연금 수급연령이 단계적으로 조정되면서 2025년 63세에 이르러 노령연금 수급이 가능
 - 주된 일자리에서 벗어나 소득이 불안정한 상황에서 노령연금 수급까지 소득단절구간(=일명 소득 크레바스)이 늘어나는 문제에 직면
 - 노후준비가 미진한 베이비 부머세대의 노인세대 진입은 중장기 노인빈곤 예측에서도 부정적 영향을 줄 것으로 예측
- 우선적으로는 노동시장 개혁을 통해 제1차 및 2차 베이비 부머세대가 계속해서 노동시장에 남아 있을 수 있도록 하는 방안 마련
 - 정부, 노동계 및 경영계를 중심으로 현 60세 정년기준을 조정하는 방안 모색이 필요
 - 50대 이후 불안정 노동계층, 영세소상공인 등을 지원할 수 있는 사회안전망 구축 방안 마련

제2절 여건 변화와 전망

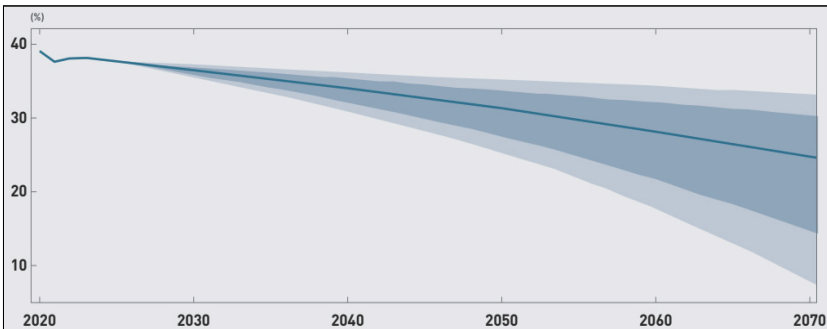
□ 향후 노인빈곤 전망

○ 향후 노인빈곤의 향방에 대해서는 ① 완만한 감소 ② U자형 ③ 정체 세 가지 상이한 전망이 존재

① 완만한 감소 전망

- 경제력이 상대적으로 높은 베이비 붐 세대의 노인 진입과 공적 연금 성숙으로 노인 빈곤이 점차 완화될 것이라는 전망(이승희, 2023; 김도현, 이승희, 2025)
- 김도현, 이승희(2025)의 가처분소득 기준 노인빈곤율 전망* : 2050년 30%대 → 2070년 20% 초반대 ([그림 4-5] 참조) (* 시계열 모형으로 노인빈곤율 지표 자체의 변화를 전망)

[그림 4-5] 김도현, 이승희(2025)의 노인빈곤율 전망(2024~70년)



주: 1) 진한 음영은 68% 신뢰구간, 연한 음영은 90% 신뢰구간을 의미함.

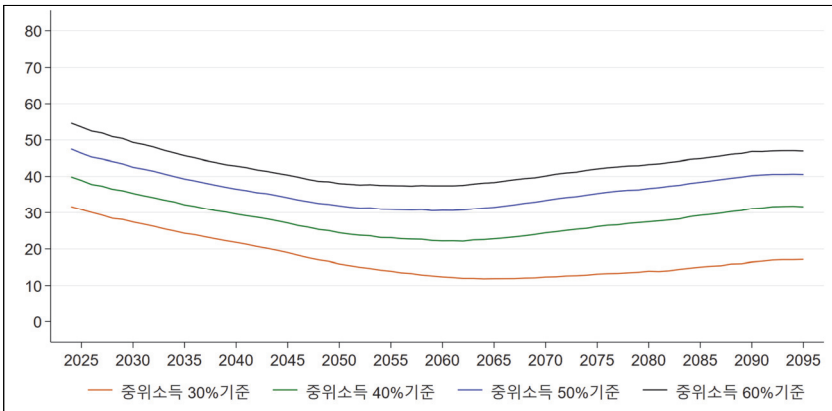
2) “2022~2070년 NABO 장기 재정전망”, 국회예산정책처, 2022, “장래인구추계”, 통계청, 2021; 2023 원자료 활용하여 김도현, 이승희(2025)에서 작성

출처: “기초연금 선정방식 개편 방향”, 김도현, 이승희, 2025, KDI FOCUS, p.5, [그림 4].

② U자형 추이 전망

- 베이비 부머 세대의 노인 진입과 공적연금 성숙에 따라 노인 빈곤이 완화되겠지만, 후기 노인 진입 시 노동소득(근로 및 사업 소득) 감소로 다시 빈곤해지는 노인이 늘어나면서 노인빈곤율이 다시 상승할 수 있다는 전망(안서연, 최광성, 2022; 류재린 외, 2024).
- 류재린 외(2024)의 일차소득+공적연금 기준 노인빈곤율 전망 * : 2025년 46.3% → 2060년 30.7% → 2090년 40% ([그림 4-6] 참조). (*동태 미시모의실험 모형으로 노인의 소득, 자산 변화 등을 시뮬레이션)

[그림 4-6] 류재린 외(2024)의 노인빈곤 전망 결과(일차소득+공적연금)



주: 일차소득과 공적연금소득은 반영하여 전망한 결과임.
 출처: “중장기 노후빈곤 전망 모형 개발을 위한 기초연구”, 류재린 외, 2024, 한국보건사회연구원, p. 121, [그림 4-11].

③ 정체 또는 고착화 전망

- 공적이전소득의 빈곤완화 효과가 정체됨에 따라 노인빈곤 개선을 기대하기 어렵다는 전망(한신실 외, 2024)* (*동 연구는 보건복지부 내부 검토 후 비공개 처리됨.)

□ 경제 및 노동시장 여건 변화

○ 급속한 고령화로 인해 잠재성장률이 저하되고 노후소득보장제도의 재정기반이 약화될 것으로 전망됨.

- 제5차 국민연금 재정추계전문위원회의 보고서에 따르면, 실질 경제성장률은 2023~2030년 연평균 1.9%에서 2061~2070년 0.2%까지 둔화되고, 그 이후 기간에는 0.2~0.4%의 수준에 머무를 것으로 전망됨(국민연금 재정추계전문위원회, 2023).
- 통계청(2021)의 장래인구추계 결과에 따르면, 생산연령인구 비율은 2022년 71.0%에서 2070년 46.1%로 감소하고, 고령 인구 비율은 같은 기간 동안 17.5%에서 46.4%로 증가할 것으로 전망되며 이로 인한 노인 부양부담은 증가.

○ 이와 동시에 노동시장에서의 고용형태 다변화가 심화되고 있음.

- 특수형태근로, 플랫폼노동, 프리랜서 등 다양한 비표준 고용이 확산되면서, 소득, 고용, 사회보험 적용 측면에서 불안정성이 높은 계층이 국민연금 적용 사각지대에 위치하는 경우가 많음.
- 불안정 고용 계층은 국민연금 가입 및 기여기간이 상대적으로 짧고, 기여금액이 낮아 국민연금 급여액에 부정적인 영향을 줌
- 이로 인해 국민연금의 보편적 포괄성(universal coverage)이 약화되고 있으며, 가입자 간 기여격차도 확대되고 있음.

- 2023년 기준, 사업장가입자의 평균 기준소득월액은 337만 원인 반면, 지역가입자는 144만 원으로 약 193만 원의 차이가 존재함(국민연금공단, 2023a).
 - 2022년 말일 기준, 사업장가입자의 평균 가입기간은 141개월인 반면, 지역 소득신고자는 112개월, 납부예외자는 35개월에 불과함(류재린 외, 2023).
 - 징수율 측면에서도 사업장가입자는 98.7%인 반면, 지역가입자는 73.2%로 25.5%p 차이가 존재함(2022년 기준, 국민연금공단, 2023b).
- 이러한 가입 격차는 향후 급여 격차로 이어져, 국민연금의 재분배 기능을 약화시키고, 노인빈곤 완화에도 부정적인 영향을 미칠 수 있음.
- 조기퇴직으로 인한 소득공백을 완화하기 위해, 고령자 고용이 활성화되고 있으나, 양질의 일자리 부족과 제도 미비로 인해 실질적인 노후소득 보장에는 한계가 있음.
- 고령자가 노동시장에 머물러 있는 기간이 늘어나고 있으나, 주된 일자리에서의 평균 퇴직연령은 49.4세로 법정 정년보다 10년 이상 빠르며, 이후의 재취업은 주로 저임금·비정규직 일자리에 집중되고 있음(김인경 외, 2024).
 - 반면, 생계비 마련을 위한 근로 희망 연령은 평균 73세에 이르고 있어(통계청, 2023), 퇴직과 국민연금 수급개시연령(63세) 사이의 ‘연금 공백기’가 구조화되고 있음.
 - 특히, 여성 및 저소득 고령자의 경우 장기근속 이력이 부족해 국민연금 수급권을 확보하지 못했거나 수급액이 낮은 경향이

있으며, 근로소득 의존도가 높아 빈곤 위험이 큼.

- 계속고용 등 고용연장 제도가 일부 운영되고 있으나, 임금체계 개편 지연 및 기업의 인건비 부담 우려 등으로 보편적 확산에 한계가 있음(김인경 외, 2024).

- 이러한 경제 및 노동시장 구조 변화는 공적연금의 재정 지속가능성을 저해하고, 노후소득보장 기능을 약화시켜 노인빈곤 문제의 구조적 해결을 어렵게 만들고 있음.

제3절 노인빈곤 완화를 위한 주요 제도와 한계

1. 공공부조제도

가. 국민기초생활보장제도

- 국민기초생활보장제도(이하 기초생활보장제도)는 2000년 10월 도입되어 한국의 최후의 사회안전망 역할을 수행 중
- 2015년 7월 맞춤형 급여로 전환되었으며, 현재까지 유지 중
- 맞춤형 급여 전환 이후 주요한 변화는 기존 통합급여체계에서 맞춤형 급여로 전환되면서 네 개의 급여(생계, 의료, 주거 및 교육급여)로 분리 운영 중에 있음.
- 선정기준 역시 기존 최저생계비에서 기준중위소득으로 전환되어 생계급여는 기준중위소득 28%→32%(‘24년 이후), 의료급여는 기준중위소득 40%,

- 주거급여는 기준중위소득 43%→48%(24년 이후), 교육급여는 기준중위소득 50%를 적용 중

- 급여지급 방식도 새롭게 최저보장수준이 도입되었으며, 적용방식에 있어 생계급여는 보충성 원칙을 의료급여는 정액급여, 주거급여는 기준임대료와 수선유지비, 교육급여는 교육활동지원비 형태로 급여가 지급 중

□ 맞춤형 급여 전환 이후 의료급여를 제외하고는 부양의무자 기준이 폐지되거나 완화되면서 수급규모가 증가하고 있음

- 전체 수급자 규모는 2016년 약 154만 명에서 2024년 약 257만 명으로 백만 명 이상 증가. 특히 65세 이상 노인 수급규모가 동기간 42만 명에서 110만 명으로 두 배 이상 확대

〈표 4-2〉 연령별 기초보장 수급자 및 생계급여 수급자 규모

(단위: 명)

전수급자	계	0~4	5~9	10~19	20~39	40~64	65세 이상
2016년	1,539,539	21,988	73,282	343,420	155,089	525,029	420,731
2017년	1,491,650	19,886	65,139	301,857	149,798	524,421	430,549
2018년	1,653,781	21,744	64,948	281,224	165,452	577,157	543,256
2019년	1,792,012	24,198	68,695	263,138	179,531	624,808	631,642
2020년	2,046,213	27,383	75,857	273,719	218,671	727,069	723,514
2021년	2,268,852	27,473	79,313	278,053	238,149	793,468	852,396
2022년	2,359,228	25,829	75,178	275,527	235,984	810,645	936,065
2023년	2,458,608	25,145	73,831	275,640	240,767	827,846	1,015,379
2024년	2,573,778	24,655	72,880	279,170	253,152	843,463	1,100,458
생계급여	계	0~4	5~9	10~19	20~39	40~64	65세 이상
2016년	1,153,031	17,872	30,598	144,539	119,962	446,738	393,322
2017년	1,149,785	16,584	29,227	130,459	118,433	450,140	404,942
2018년	1,145,971	15,170	27,467	117,695	117,127	457,481	411,031
2019년	1,150,809	13,855	25,789	104,785	113,882	467,550	424,948
2020년	1,221,022	13,313	26,121	100,910	120,437	500,442	459,799

76 보건복지 난제(難題) 대응전략

생계급여	계	0~4	5~9	10~19	20~39	40~64	65세 이상
2021년	1,402,260	13,175	27,270	103,278	124,153	533,030	601,354
2022년	1,481,771	12,928	27,255	103,444	123,286	548,950	665,908
2023년	1,523,735	12,592	27,477	103,630	123,989	556,616	699,431
2024년	1,602,953	12,819	28,697	107,625	130,486	568,024	755,302

주: 당해연도 말 주민등록인구 대비 전체수급자 및 생계급여 연령별 수급비율임
출처: “국민기초생활보장 수급자 현황”, 보건복지부, 2025, p.38 <표 6>, p.115 <표 34>

- 생계급여만을 기준으로 보면 전체 생계급여 수급자는 2016년 약 115만 명에서 2024년 약 160만 명으로 약 39.0%가 증가
 - 이 중 65세 이상 수급자는 동 기간 393천 명에서 755천 명으로 약 92.0%가 증가하여 부양의무자 기준 등의 폐지 및 조정 등이 빈곤하고 취약한 노인계층에게 주요한 영향을 준 것을 확인
- 전인구 대비 연령별 수급비율에서도 전체 수급자를 기준으로 보면 65세 이상 인구 중 기초생활보장 65세 이상 수급비율은 '24년 기준 11.1%에 이르고 있으며,
 - 생계급여를 기준으로 보면 '24년 기준 7.6%에 이르고 있음.

<표 4-3> 전인구 대비 기초보장 수급자 및 생계급여 연령별 수급비율

(단위: %)

전수급자	계	0~4	5~9	10~19	20~39	40~64	65세 이상
2016년	3.2	1.0	3.1	6.1	1.1	2.6	6.2
2017년	3.1	0.9	2.8	5.6	1.1	2.6	6.1
2018년	3.2	1.1	2.8	5.4	1.2	2.8	7.4
2019년	3.6	1.3	3.0	5.2	1.3	3.1	8.2
2020년	4.1	1.6	3.3	5.7	1.6	3.5	8.5
2021년	4.4	1.8	3.6	5.9	1.8	3.8	9.6
2022년	4.6	1.8	3.6	5.9	1.8	3.9	10.1
2023년	4.8	1.8	3.6	5.9	1.9	4.0	10.7
2024년	5.0	1.9	3.8	6.0	2.0	4.1	11.1

생계급여	계	0~4	5~9	10~19	20~39	40~64	65세 이상
2016년	2.2	0.8	1.3	2.6	0.8	2.2	5.6
2017년	2.2	0.8	1.2	2.5	0.8	2.2	5.5
2018년	2.2	0.8	1.2	2.3	0.8	2.2	5.4
2019년	2.2	0.8	1.1	2.1	0.8	2.2	5.3
2020년	2.4	0.8	1.1	2.1	0.9	2.4	5.4
2021년	2.7	0.9	1.2	2.2	0.9	2.5	6.8
2022년	2.9	0.9	1.3	2.2	0.9	2.6	7.2
2023년	3.0	0.9	1.3	2.2	1.0	2.7	7.4
2024년	3.1	1.0	1.5	2.3	1.0	2.8	7.6

주 1) 당해연도 말 주민등록인구 대비 전체수급자 및 생계급여 연령별 수급비율임

2) “주민등록인구현황(행정안전부)”, 통계청, 각 연도 원자료 활용
출처: “국민기초생활보장 수급자 현황”, 보건복지부, 2025.

- 수급규모만을 기준으로 보면, 기초생활보장제도와 이중 주요한 현금급여제도인 생계급여가 빈곤한 노인에게 일정한 안전망 역할을 수행하고 있음을 확인할 수 있음
- 생계급여 평균수급액을 보면 2016년 전체 급여 평균 약 397천 원에서 2024년에는 약 553천 원으로 증가
- 가구원수를 기준으로 보면 '24년 1인 가구는 약 480천 원, 2인 가구는 약 762천 원으로 가구원수에 따라 차이를 보이고 있음

〈표 4-4〉 생계급여 가구원수별 평균수급액

(단위: 원)

구분	전체	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인 이상 가구
2016년	397,909	328,397	519,695	642,914	756,826	832,934	942,390	1,178,581
2017년	427,727	355,606	561,591	707,527	840,573	929,013	1,023,925	1,321,292
2018년	411,697	340,402	554,936	722,254	862,546	966,593	1,058,329	1,335,625
2019년	401,544	334,151	549,909	739,679	880,750	995,976	1,098,821	1,335,933
2020년	418,767	347,482	578,509	806,937	965,097	1,098,068	1,239,439	1,537,279

78 보건복지 난제(難題) 대응전략

구분	전체	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인 이상 가구
2021년	429,534	362,982	594,177	835,786	993,750	1,122,689	1,281,851	1,599,221
2022년	447,568	382,046	620,811	880,952	1,046,458	1,178,399	1,336,616	1,636,969
2023년	474,043	408,989	654,314	922,238	1,093,729	1,229,388	1,407,616	1,729,425
2024년	552,877	480,442	761,956	1,056,733	1,254,547	1,397,367	1,579,930	1,918,456

출처: “국민기초생활보장 수급자 현황”, 보건복지부, 2025, p.116 <표 36>

- 기초생활보장제도 특히 생계급여에서 65세 이상 노인수급규모가 증가하고 있는 점은 사회안전망 측면에서 긍정적이지만, 실제 급여 수준은 빈곤을 완화하기에는 부족한 실정
- 여전히 기초생활보장제도가 생계급여에서 부분적으로 부양의무자 기준을 운영하고 있으며, 기타 재산기준(자동차 등) 등으로 인한 사각지대가 상존하고 있는 점은 빈곤 완화의 한계로 지적

나. 기초연금제도

- 기초연금제도는 초기 국민연금제도의 혜택을 받지 못하는 빈곤 및 취약노인을 대상으로 경로연금에서 시작되었지만, 기초노령연금을 거치며 2014년 현재와 같은 기초연금 형태로 운영 중
- 기초연금제도는 전체 노인의 70%를 대상으로 제도가 운영 중에 있지만 실제 수급률은 66~67% 수준을 유지하고 있음.

〈표 4-5〉 기초연금 수급자 현황

(단위: 명, %)

연도	65세 이상 노인인구(A)	기초(노령)연금 수급자(B)	국민연금 동시 수급자(C)	비중	
				B/A	C/B
2016	6,987,489	4,581,406	1,541,216	65.6	33.6
2017	7,345,820	4,868,576	1,751,389	66.3	36.0
2018	7,638,574	5,125,731	1,957,696	67.1	38.2
2019	8,013,661	5,345,728	2,139,227	66.7	40.0
2020	8,481,654	5,659,751	2,384,106	66.7	42.1
2021	8,835,486	5,973,059	2,650,036	67.6	44.4
2022	9,250,116	6,238,798	2,909,733	67.4	46.6
2023	9,711,536	6,508,574	3,175,082	67.0	48.8

출처: “통계로 본 2023년 기초연금”, 보건복지부, 2024, p.5. 연도별 수급자 현황, p.61. 공적연금 동시수급자 현황

- '14.7월 기준연금액 20만 원 ⇒ '18.9월 25만 원 ⇒ '19년 하위 20% 대상 30만 원 ⇒ '20년 하위 40% 대상 30만 원 ⇒ '21년 전체 대상 30만 원으로 변화
 - 전 정부에서는 기초연금 급여를 월 40만 원까지 인상하는 것으로 목표로 삼은 바가 있음.
 - 2025년 기준 단독가구 최고 금액은 약 342천 원, 부부는 합산 약 548천 원 수준임.

〈표 4-6〉 기초연금 수급액 변화

(단위: 원)

구분	단독가구	부부가구(2인 수급시)
2021년	300,000	480,000
2022년	307,500	492,000
2023년	323,180	517,080
2024년	334,810	535,680
2025년	342,510	548,000

출처: “기초연금 사업안내”, 보건복지부, 각년도, 재인용

- 기초연금제도가 수급규모에서 노인의 70% 가까이를 지원하고 있다는 점에서 노후소득보장은 물론 노인빈곤 완화에도 일정부분 기여하는 것으로 평가
 - 실제 기초연금 급여가 인상되는 시점에는 노인빈곤율이 감소하는 모습을 보이고, 그 효과가 줄어들면 노인빈곤율이 정체되거나 증가하는 모습을 보이고 있어, 다른 제도에 비해 빈곤지수에 미치는 영향이 큰 것을 알 수 있음.

- 기초연금제도가 노후소득보장제도로서 가지는 위상에도 불구하고 노인의 70%를 대상으로 하고 있다는 것과 그 급여수준이 실제 노인빈곤을 완화하기에는 한계가 있다는 문제가 지적
 - 통계청 노인빈곤율이 '23년 기준 38.2% 수준인데, 기초연금은 그 이상의 노인을 지원하고 있어, 지원대상의 폭이 넓다는 지적을 할 수 있음.
 - 역시 노인의 70%를 대상으로 급여가 지급되고 이로 인해 급여수준이 높지 않아 실제 빈곤노인과 취약노인의 실질적 생계유지를 위한 역할은 제한적

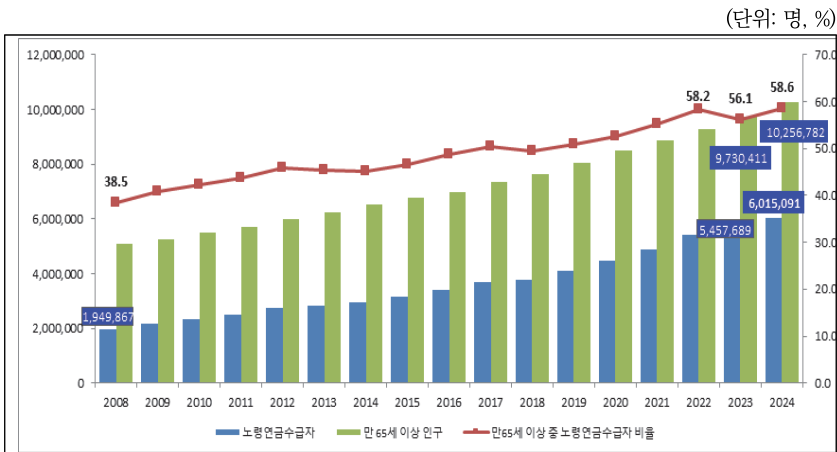
2. 사회보험제도: 국민연금

□ 한국의 국민연금제도는 서구 선진국에 비해 도입이 늦었으며, 또한 도입 당시 노인과 노령연금 수급이 가능한 20년을 채우지 못하는 중고령층을 배제하고 제도가 시작되면서 노인빈곤 해소의 태생적 한계를 지님.

○ 1988년 도입 이후 1999년 전국민으로 확대된 국민연금제도는 2018년 20년 가입자 노령연금 수급이 시작됨으로써 주요한 노후 소득보장제도로써 부각

- 노령연금 수급자 규모도 함께 증가하여 2008년 만 65세 이상 인구 대비 38.5%에서 2024년 12월말 기준 58.6%로 증가. 만 65세 이상 인구 과반수 이상이 노령연금 수급자임.

[그림 4-7] 만 65세 이상 인구 및 노령연금 수급자 변화



출처 : “국민연금 공표통계(2024년 12월 기준),” 국민연금연구원.
 “주민등록인구통계,” 행정안전부, <https://jumin.mois.go.kr/#>

- 노령연금 급여에 영향을 주는 것은 연금 가입기간으로 노령연금 수급자 중 65세 이상 20년 이상 가입자는 775,699명(만 65세 이상 인구 대비 7.56%)에 불과
- 노령연금 수급자 중 10년~19년 미만은 약 214만 명(만 65세 이상 인구 대비 20.9%)으로 연금을 통해 최소한의 소득을 보장받을 수 있는 만 65세 이상 인구는 전체 노인의 28.5%임.
 - 노인 네 명 중 한 명만이 국민연금을 받고 있는 상황으로 현 세대 노인에게 국민연금은 노후소득보장 수단으로 역할을 수행하고 있다고 보기에는 한계
- 급여 수준도 '24년 12월 기준 평균 657천 원(월 기준), 20년 이상 가입자는 1,086천 원이었고 10~19년 가입자는 433천 원이었음
 - 일부 노령연금 급여는 기초연금 급여에 비해서도 그리고 생계 급여에 비해서도 낮은 수준

〈표 4-7〉 노령연금 수급자 가입기간

(단위: 명)

구분	가입기간 20년 이상			가입기간 10~19년			
	소계	남자	여자	소계	남자	여자	
계	1,161,658	976,239	185,419	2,605,961	1,291,433	1,314,528	노령연금 (20년 이상: 1,086,920원 20년 미만: 433,087원 평균 : 657,295원)
50세~60세 미만	73	73	0	20	20	0	
60세~65세 미만	385,886	305,686	80,200	465,962	161,117	304,845	
65세~70세 미만	588,368	499,294	89,074	1,153,683	504,615	649,068	
70세~75세 미만	156,177	142,389	13,788	723,157	426,624	296,533	
75세~80세 미만	31,133	28,780	2,353	221,830	165,502	56,328	
80세 이상	21	17	4	41,309	33,555	7,754	

출처 : “국민연금 공표통계(2024년 12월 기준),” 국민연금연구원.

□ 국회와 정부는 2025년 3월 18일에 오랜 진통 끝에 국민연금 개혁안을 마련하여 국회에서 통과시킴.

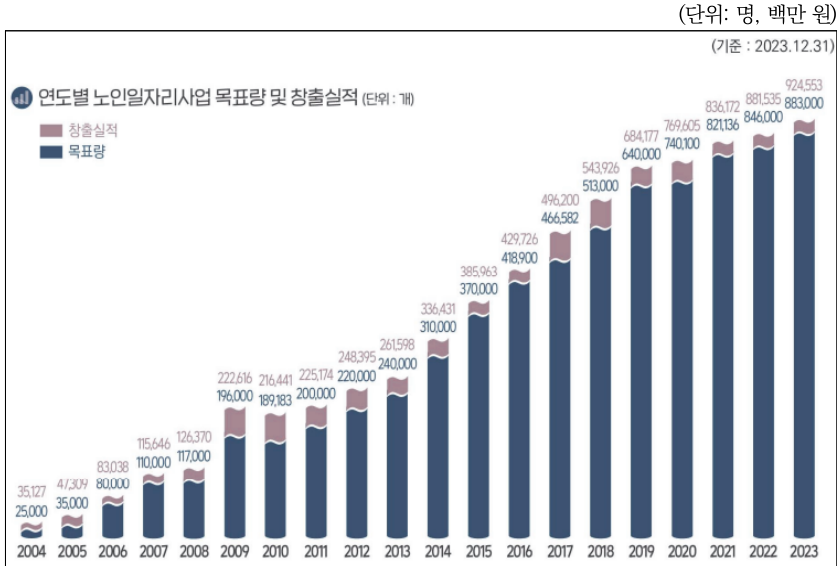
- 주요 내용을 보면 보험료율 13% 인상('33년까지 단계적), 소득대체율 43%('26년)로 조정, 연금 지급보장 명문화, 출산 및 군복무 크레딧 확대, 지역가입자 보험료 지원 등을 포함
- 하지만 이번에 통과된 연금개혁 방안은 미래세대에 영향을 줄 뿐, 현재 노인의 연금수입에는 영향을 미치지 못함으로써, 현재 노인빈곤 개선에는 효과를 가져오지 못함.

3. 기타 제도: 노인일자리사업

□ 노인일자리사업

- 노인일자리사업은 2004년 도입 당시 35천여 명에서 2023년에는 약 92만여 명까지 증가. 현정부에서도 노후소득보장과 사회적 가치 창출이라는 의미에서 주요 국정과제 중 하나로 선정
 - 현재 노인일자리 사업에 참여하고 있는 노인 대부분은 월 29만원의 급여를 받는 공익형으로 63만여 명(2023년)에 이르고 있음.
- 2024년 11월부터 「노인 일자리 및 사회활동 지원에 관한 법률」이 시행되며, 노인일자리 사업의 목적과 위상이 제고되는 계기를 마련

[그림 4-8] 노인일자리 참여자 규모



출처: “2023 노인일자리 및 사회활동지원 사업 통계동향,” 한국노인인력개발원, 2024, p.16, 그림1 연도별 노인일자리사업 목표량 및 창출실적.

○ 현세대 노인 중 건강하고 노동시장에 참여할 수 있는 노인을 대상으로 노인일자리 사업과 참여자에 한해 차년도에 근로장려세제가 지급 중

- 노인일자리 사업 참여자도 매년 증가하여 '23년 100만 명을 넘어서 '25년에는 전체 노인의 9.3%가 참여하고 있지만, 대부분이 공익활동에 참여하고 있으며, 월 급여도 29만 원의 낮은 수준임.
- 노인일자리 참여노인의 경우 차년도에 근로장려세제를 통해 일부 소득보전을 받고 있지만, 이 역시 연간 1회 수급에 불과해 실질적 생활안정에는 기여하고 있지 못한 상황

〈표 4-8〉 노인인구 대비 노인일자리 참여자 비중

(단위: 천 명, %)

구분	'20년	'21년	'22년	'23년	'24년	'25년 (4월말 기준)
(A) 65세 이상 노인 인구수(천 명)	8,152	8,570	8,981	9,436	9,938	10,514
(B) 65세 이상 노인일자리 참여자수(천 명)	732	780	816	852	983	978
(C) 60세 이상 노인일자리 참여자수(천 명)	770	836	882	925	1,074	1,005
(B/A) 65세 이상 노인 대비 노인일자리 사업 비중(%)	9.0	9.1	9.1	9.0	9.9	9.3

출처: 한국노인인력개발원. (2025). 내부자료 재인용

제4절 노인빈곤 완화를 위한 정책 방향과 추진 전략

1. 노인빈곤 완화를 위한 기본 방향

□ 정책과제 : 소득보장체계의 기능 회복과 지속가능성 제고를 위한 구조 개혁 추진

○ 한국의 노인 빈곤율은 시장소득의 완만한 증가에도 불구하고 공적이전의 빈곤완화 효과 둔화, 기초·국민연금의 급여 수준 정체, 복지제도 간 연계 미비 등으로 인해 다시 정체 또는 반등 국면에 진입하고 있음.

- 기초연금은 보편지급 방식의 한계로 인해 급여 현실화가 어려우며, 국민연금은 수급률이 상승하고 있음에도 불구하고 중위소득 대비 실질 급여 수준 저하로 빈곤감소 효과가 정체되고 있음.

- 최빈노인을 위한 기초생활보장제도 생계급여의 역할이 점차 증가하고 있지만, 선정기준과 급여기준 조정에 따른 다른 사회보장제도에의 영향을 함께 살펴봐야 하며, 실질적으로 중위빈곤선과의 격차로 빈곤을 해소는 제한적. 중위소득과의 격차축소를 통해 안정적 생활지원은 가능
- 동시에, 급속한 고령화와 이에 따른 잠재성장률 저하, 고령자의 조기 퇴직과 장기 근로 희망 간의 괴리, 비정형 고용의 확산 등으로 인해 노동시장 구조의 불균형이 심화되고 있음.
 - 고령자의 조기 퇴직은 연금수급 개시연령 전까지의 소득공백으로 인해 국민연금 기여 기간과 급여액을 낮추는 요인으로 작용할 것임
 - 조기 퇴직 이후 노동시장에 재참여 하더라도 비정형 일자리나, 자영업 등 낮은 질의 일자리로의 이동으로 인해 국민연금 기여 가능성이 낮고, 기여하더라도 기여금이 낮아 연금 급여액을 낮추는 요인으로 작용할 것임
 - 65세 이상 노인을 대상으로 노인일자리 사업이 운영되고 있어, 50대 중후반의 불안정 노동시장에 참여하거나 실업·폐업 등으로 생활이 불안정한 중고령층을 대상으로 한 일자리 제공은 미미한 상황
- 변화하는 여건에 대응하기 위해서는 공적노후소득보장 기능을 하는 제도들을 재정립하여 노인 빈곤을 완화할 수 있도록 하고, 고령자 노동시장과 연금제도 간 정합성을 제고하는 정책적 전환이 필요하며, 재정적 지속가능성 사이의 균형을 확보해야 할 것임

○ 이를 위한 정책과제들은 아래와 같음.

① 소득보장체계 측면의 정책과제

- (기초연금의 급여지급방식 개선 및 장기적 개편방향 설정) 노인의 소득 및 재산 하위 70%를 대상으로 하는 현행 체계는 저소득층에 대한 집중도가 낮아 빈곤완화 효과가 제한적이므로, 급여 지급 방식을 개편할 필요가 있음.
- (기초연금-기초생활보장 간 역할 조정 및 제도 간 정합성 확보) 기초보장제도의 보충성 원리를 유지하면서도, 기초연금이 생계급여 산정 시 소득으로 반영되어 저소득층의 소득 향상 효과가 줄어드는 문제를 해결해야 함. 장기적으로도 두 제도 간 역할을 재정립할 필요가 있음.
- (국민연금의 가입구조 개편 및 실질 소득대체율 제고) 노동시장 구조 변화에 대응하여 가입자 범위를 확대하고, 국민연금의 내실화를 통해 실질소득대체율을 높이며, 가입자 간 기여 격차를 완화할 필요가 있음.
- (퇴직·개인연금의 노후소득보장기능 강화) 퇴직연금이 노후소득보장의 한 축으로 실질적 역할을 하도록 연금화율을 제고하고, 개인연금 가입에 대한 세제 지원 등 유인을 강화해야 함.
- (자산의 유동화 유도) 자산 보유율이 높은 고령층의 특성을 고려하여, 주택연금 등 자산을 생활비로 전환할 수 있는 유동화 제도를 제도적으로 확충할 필요가 있음.
- (노인 내 취약계층 대상 소득보장체계 강화) 고령 단독가구, 저소득 여성 등 취약계층에 대해 소득·주거·건강 등 다층적 영역에서의 복합적 보호체계를 마련할 필요가 있음.

- (다층소득보장체계의 기능 재설정) 기초생활보장제도 생계·주거 급여, 국민연금, 기초연금, 퇴직연금 등 제도별 기능과 역할을 명확히 설정할 필요가 있음.

② 노동시장 측면의 정책과제

- (정년 연장 및 계속고용 제도화 등 고령자 고용 기반 확충) 법정 정년과 연금 수급개시 연령 간 괴리로 고령층의 노동공급이 증가하고 있으나, 제도적 정년 제한과 기업 관행 등이 이에 부합하지 않아 개선이 필요함.
- (고령자 일자리 질 개선 및 장기 근속 유인 강화) 고령자의 고용이 단기·저임금 중심으로 이뤄져 있어 자립 가능성과 소득 안정성이 저하되고 있음.
- (고령자 노동시장 활성화 및 연금제도와와의 정합성 제고) 연금 수급 이후 근로소득이 급여를 감소시키는 현재의 구조를 개선하여, 근로 지속이 연금 측면에서도 유리하게 작용하도록 해야 함.
- 재정지원일자리 사업에 대한 참여자 확대와 개선을 통해 노인 중심의 일자리 제공에서 불안정 노동시장의 중고령층 역시 참여가 가능한 형태로 노인일자리 사업 확대 개편 추진

③ 재정 및 지속가능성 측면의 정책과제

- (기초생활보장제도 선정 및 급여조건 개편) 기준중위소득을 기반으로 선정기준을 지출과 욕구기준으로 전환을 모색하고, 보충성원칙의 생계급여 급여방식을 절충적 보충급여방식으로 전환 모색
- (기초연금의 수급구조 및 대상자 선정방식 개편) 목표수급률 70%를 유지하는 현행 체계는 급여 집중도가 낮고, 재정적 지속

가능성 측면에서도 한계가 있으므로 제도 개편이 필요함.

- (국민연금의 재정안정화 방안 마련) 보험료율 조정, 자동조정 장치 도입, 국고지원 확대 등 보다 근본적인 재정안정화 방안을 마련해야 함.
- (장기 재정운용계획 수립) 다층노후소득보장체계 전반의 지속 가능성 제고를 위한 체계적인 재정 운용 전략을 수립할 필요가 있음.

2. 노인빈곤 완화를 위한 추진전략과 다층소득보장체계 구축방안

□ 노인빈곤 완화를 위한 추진전략

- 노후소득보장체계 개편은 단기적 대응 전략과 장기적 구조 개혁을 병행해야 함.
- 단기적으로는 기초연금의 급여체계 개편과 수급기준 정비, 기초생활보장제도 생계 및 주거급여 연계 모색, 고령자 노동시장 기반 확충 및 재정지원일자리 사업 확충, 자산의 유동화 등 다양한 정책 수단을 통해 현세대 노인에 대한 소득보장을 강화
 - 제2차 베이비 부머세대인 중고령층의 노후준비를 위한 지원 강화 방안 추진
- 장기적으로는, 국가 차원의 명확한 노후소득보장 목표를 설정하고, 이를 기준으로 기초연금·국민연금·기초생활보장·퇴직연금주택연금 등 다층보장체계의 기능과 역할을 정립하며, 이를 실현하기 위한 장기 재정운용 전략 수립이 필요함.

가. 단기 대응 전략

□ 기초생활보장제도 선정 및 급여조건 개선

- 기준중위소득의 빠른 상승과 생계급여 보충성 원칙 적용에 따른 사각지대 해소와 급여적정성 확보에 어려움 예상
- 맞춤형 급여 도입 이후 기초생활보장제도는 선정과 급여조건을 다르게 적용 운영 중
 - 선정기준은 기준중위소득을 적용하고, 급여기준은 최저보장 기준을 운영 중. 단 생계급여는 보충성 원칙에 따라 선정과 급여기준이 동일하게 적용
- 첫째, 선정기준 중 하나인 재산기준(자동차 기준 폐지, 재산의 소득 환산율 조정 등) 완화와 생계 및 주거급여 선정기준을 단계적으로 조정
 - 의료급여를 제외하고 나머지 급여에서는 부양의무자 기준이 폐지되거나 완화됨. 하지만 여전히 재산의 소득환산제도와 자동차 기준은 유지 중
 - 여전히 존재하고 있는 재산기준에 대한 완화를 통해 비수급 빈곤층 사각지대 해소 ⇒ 부양의무자 기준 폐지 이후 노인수급자가 증가하는 것과 같이 재산 기준 완화는 최빈 노인의 생계유지에 영향을 줄 것으로 예상
- 둘째, 생계 및 주거급여 선정기준을 단계적으로 상향 조정
 - 현 정부 국정과제로 생계급여 기준중위소득 35%, 주거급여 50%까지 조정하는 것이 예정되어 있음. 동 단계별 조정 방안을 조기에 달성하도록 계획을 조정

- 셋째, 기초생활보장 수급 고령자 중 일하는 노인을 위한 근로소득 공제 기준 상향

□ 기초연금제도 선정 조건 개선

- 기초연금의 급여체계 개편 및 최저소득보장기능 강화

- 급여 수준 현실화 추진
- 현 정부 국정과제로 포함된 기초연금 수급자 부부감액에 대한 폐지 추진

- 기초생활보장제도와와의 정합성 확보 검토

- 생계급여 수급노인의 경우 기초연금 수급 시 이를 소득으로 사산정함으로써 “줬다 뺏는다”는 논쟁이 지속적으로 발생
- 기초생활보장제도에서 운영 중인 가구균등화지수 개편을 통해 생계급여와 기초연금 간 정합성 확보
 - 학계, 전문가 등이 주장하고 있는 공공부조 “개인단위 적용” 혹은 “개인과 가구단위 동시적용” 추진을 통한 “줬다 뺏는” 문제 해결 모색

□ 노후소득보장체계 내실화 및 구조개혁 논의 지속

- 국민연금

- 저소득층 보험료 지원, 출산·군복무 크레딧 확대 등 실질소득 대체율 제고
- 국민연금 노령연금이 낮은 상황에서 이를 높일 수 있는 여건은 가입기간을 늘리는 것으로 이를 위한 지원방안 강화

○ 퇴직연금

- 퇴직연금은 주요한 노후소득보장제도 중 하나였지만 지금까지 그 중요성에 비해 역할이 미비
 - 현 정부에서도 주요 국정과제 중 하나로 퇴직연금 강화를 제안하고 있으므로 이에 대한 제도 개편이 필요
- 퇴직연금 역할 제고를 위해서는 중도인출 제한, 연금화 유도, 수령 구조 개편이 필요

○ 개인연금

- 세제 혜택 등 가입유인 강화

○ 다층소득보장체계별 기능 정립과 급여구조 개편을 위한 사회적 합의 기반의 구조개혁 논의 지속

- 올해 10월 이후 국회를 중심으로 다층노후소득보장체계 구축을 위한 연금특위가 운영될 예정으로 동 연금 특위를 통한 다층노후소득체계 구축방안 마련 필요
- 정부와 국회 중심에서 국민이 함께 참여할 수 있는 구조로의 전환 필요
- 연금특위 논의 속에서 제5차 국민연금 재정계산에서 논의되었지만, 합의에 이르지 못한 정부의 재정지원 확대 및 자동조정 장치 도입 등 지속가능성 확보 방안 병행 추진

□ 고령자 노동시장 활성화 및 연금제도와와의 정합성 강화

○ 노동시장 개혁 추진

- 정년 연장, 계속고용 제도화 등 고령자 고용 기반 확충

- 동일가치 노동, 동일임금 정책 법적 기반 마련
- 국민연금 가입상한연령 상향, 재직자노령연금 감액제도 폐지
 - 장기 근속 유인을 높이는 고용조건·급여·연금 연계 구조 설계
- 중고령층 노후준비 기반 구축 지원
 - 국민연금공단에서 시행하고 있는 노후준비지원 사업의 확대 개편을 통해 중고령층이 적극적으로 노후준비에 참여할 수 있도록 지원 방안 마련
- 공익형 노인일자리 사업과 소득보장제도 간 연계 강화
 - 공익형 노인일자리 사업 참여 시 일정기간 소득인정 유예제도 도입
 - 단기 혹은 중기적으로 생계급여 수급노인의 노인일자리 사업 참여 유도를 통해 건강한 수급노인의 생계안정 지원
- 노후자산 유동화 및 자산축적 기반 확대
 - 주택연금, 역모기지 등 자산 유동화 수단 제도화
 - 국정과제로 추진 중인 연금수령액 산정방식 개선, 가입률 제고 등 제도개선방안 조기 검토 및 추진방향 설정
 - 자산 보유 고령층을 위한 생활비 전환 수단 제도화

나. 중장기 대응 전략: 다층소득보장체계 구축

- 중장기적으로 전체 노인을 소득계층별로 구분하여 계층별로 욕구에 부합되는 소득보장제도 운영
- 소득계층에 대한 구분은 현재 적용되고 있는 기준중위소득을 기반으로 함

○ 계층 구분 방식

- 직접적 비교에 한계가 있지만 OECD에서 적용되는 계층 구분 방식과 현 소득보장제도 적용방식을 원용하여 계층 구분
 - 중위소득 50% 이하(빈곤층), 중위소득 50~75% 이하(차상위), 중위소득 75~150% 이하(중간계층), 중위소득 150% 이상(고소득층)(황수경 외, 2024)⁹⁾
- 기준중위소득 50% 이하 : 기초생활보장제도 선정기준 동일
- 기준중위소득 75% 이하 : 긴급복지지원제도 선정기준 동일
- 기준중위소득 150% 이하 : OECD 기준 중간계층

□ 국민기초생활보장제도

○ 기준중위소득 50% 이하에 해당되는 노인으로, 기초생활보장제도 중 생계급여 수급 노인은 '24년 전체 노인인 7.6%에 해당

- 이들에 대한 보장성 강화와 전체 노인 중 하위 7.6~15%에 사이에 해당되는 최빈곤 노인 보호를 위한 기초생활보장제도 개편 추진

○ 선정방식 개편

- 기초생활보장제도 도입 이후 사용되고 있는 소득인정액 개념에 대한 변화 추진
- 맞춤형 급여 변화에 따른 제도별 특성을 반영하여, 생계급여에는 보충성 원칙에 딸 소득인정액을 적용하지만, 타 급여에서는 소득과 재산 기준 별도 적용 방안 추진

9) OECD에서는 최근 중산층 기준을 중위소득 75~200%로 조정(황수경 외, 2024, p4). 하지만 연구자가 측정시 고소득층을 200% 이상으로 할 경우 분포에서 큰 차이를 보여 이번 연구에서는 기존 방식대로 중위소득 75~150%를 중산층 혹은 중간계층으로 구분하고자 함

○ 급여방식 개편

- 비수급 빈곤층 보호 강화와 수급가구의 현금 급여 수준 상향으로 인한 빈곤함정과 다른 사회보장제도에 주는 영향을 방지하기 위해 절충된 보충급여 방식 도입

□ 기초연금제도

○ 이번 연구에서 기준중위소득 50% 이상 100% 이하 노인을 대상으로 제도 적용방식 변경 추진

- 전체 노인의 70%를 선정하기 위해 매년 기초연금 선정기준이 상향되어 왔으며, 동 기준을 기준중위소득과 비교 시, '23년 97.2%(1인 가구 기준)까지 상향됨

○ 기초연금 수급기준에 대한 개편 추진

- 노인 소득하위 70% 적용방식을 기준중위소득 또는 그 일정 수준(예: 50%, 75%, 100% 등)에 연동하여 설정하는 방식으로 개편
 - 기초생활보장제도를 중심으로 기준중위소득 50% 이하와 기준중위소득 75%로 구분하여 소득계층별 차등 급여 지급 방식 추진
 - 기준중위소득 75% 이상의 경우 중위소득 빈곤선을 넘어서 상태로 이들 노인에 대해서는 별도 지원방식 검토(현금보다는 서비스 지원 방식으로 전환)
 - 기초연금 선정방식 개편으로 인한 기존 수급권 보호를 위해 현세대 노인의 연령을 고려하여 점진적으로 추진(예, 현재 70세 혹은 75세 이상은 현재의 방식을 그 이하는 기준중위소득 선정 방식 적용 등)

○ 소득계층별 차등지급 체계로 개편

- 기준중위소득 75% 이하 노인을 대상으로
- ① 기준중위소득 50%로 생계 및 주거급여를 받지 못하는 비수급 노인과
- ② 기준중위소득 50~75% 사이 노인에 대해서는 추가급여를 제공
- 추가급여 수준은 우선 국민연금 노령연금 평균급여액('24년 12월말 기준 657천 원(월)) 이하를 목표로 지급하되 연금액 변동에 따라 변동분을 반영하여 기초연금액을 조정(국민연금공단, 2024)

□ 노인일자리 사업

○ 노인일자리 사업은 노인에게는 노후소득보장과 노인빈곤을 일정 부문 완화할 수 있는 일을 통한 복지 구현이 가능한 수단임

- 현재 노인일자리 사업은 전체 노인의 10% 이상이 참여하고 있으며, 향후 베이비 부머세대가 본격적으로 노인연령에 진입 시 대상 규모도 증가할 것으로 예상
- 현 정부에서도 노인일자리 사업 확대를 주요한 국정과제로 정하고 있음(국정과제 91)(대한민국 정부, 2025)

○ 노인일자리 사업 개편 방안 마련

- 현재 기초연금 참여자를 대상으로 운영하고 있는 노인일자리 사업의 대상을 확대하고, 사업 다변화 추진

○ 참여대상자 확대

- 주요 참여 기준인 65세 이상 노인으로 기초연금수급 기준을 조정하여 베이비 부머세대와 중고령층까지 참여가 가능하도록 조정

- 참여연령을 60세로 낮추고, 기초연금 수급조건을 기준중위소득 수급조건으로 개정하여 기준중위소득 100% 이상에서도 참여가 가능하도록 보장

○ 노인일자리 사업 프로그램 확대 및 맞춤형 일자리 제공

- 현 노인일자리 사업은 공익형(70% 이상)이 중심이 되어 운영되고 있으며, 사회서비스형과 민간형은 공익형 사업에 미치지 못하고 있음
- 노인일자리 사업을 공익형 중심에서 서비스형과 민간형으로 전환하여, 급여조건 현실화와 베이비 부머세대가 가지고 있는 사회적 노하우를 적극 활용할 수 있도록 지원 프로그램 다각화 추진

□ 국민연금

○ 국민연금제도는 2025년 4월 개혁을 통해 보험료율과 소득대체율을 조정

- 소득대체율은 2026년부터 적용되지만, 보험료율은 단계적으로 조정되어 2025년 9%가 2033년에 13%로 까지 조정 예정

○ 2025년 개혁으로 연금보험료가 조정되는 2033년까지 즉 현 정부에서 추가적인 연금개혁은 쉽지 않은 상황

- 노인빈곤을 개선하고 제도간 정합성 확보와 국민통합을 추진하는 측면에서 중장기적으로 두 가지 개혁과제를 추진

○ 첫째, 국민연금 사각지대 해소 방안 마련

- 국민연금 노령연금 급여가 낮은 수준은 여전히 납부예외, 적용 제외 등과 같은 제도 운영으로 저소득 근로자의 가입이력 확보가 충분하지 않아 발생하고 있음

- 낮은 수준의 노령연금을 높이기 위해서는 불안정 노동자 및 영세 자영업자의 가입이력 확보가 필수적이므로, 가입이력을 늘리기 위한 보험료 납부요건 완화, 납부예외, 적용제외 조건 등에 대한 개선방안 마련 필요

○ 둘째, 다른 직역연금과의 통합 방안 마련

- 한국은 국민연금과 다른 별도의 직역연금(공무원, 사학, 군인 등)을 운영하고 있으며, 이로 인한 노인세대내 연금소득 불평등, 노인 간 위화감 등이 조성
- 경우에 따라 직역연금 운영에 대한 국민불신을 초래
- 중장기적으로 직역연금과 국민연금 간 통합방안을 마련하여 노후 연금으로 인한 소득불평등과 국민불신을 해소할 필요가 있음



제5장

의료·요양 통합지원의 진단과 통합돌봄의 미래 방향성 구축

제1절 현황 진단

제2절 여건 변화와 전망

제3절 정책 방향과 추진 전략



제 5 장

의료·요양 통합지원의 진단과 통합돌봄의 미래 방향성 구축

제1절 현황 진단

1. 연구의 필요성

- 2026년 통합지원법 시행에 따라 정부는 매우 기민하게 대응하며 정책을 제시하고 있으며, 정책의 변화 속도가 매우 빠른 상황임.
- 2018년 이후 4차례의 선도사업을 진행하고, 2023년 시범사업으로 전환되면서 현재의 의료·요양 통합지원에 대한 기본 방향이 마련됨
- 이후 법제화가 진행되고 본사업 진입을 앞둔 상황에서 정부는 실제 정책 집행과정의 세부적 이슈들에 집중하여 제도 시행 틀 마련을 위한 노력을 경주
- 의료·요양 통합지원의 성공적 추진을 위해서는 단기적으로 변동성이 높은 세부 정책에 대한 대응 방안 마련과 더불어, 시행 과정에서 나타나는 주요 쟁점을 종합적으로 검토하고, 중장기적 관점에서 정책의 지속가능한 방향성을 모색하는 노력이 병행되어야 함
- 새로운 정책을 시작함에 있어 정책의 구체적 설계와 집행 체계에 대한 논의가 필수적이지만, 그 과정에서 정책의 근본적 방향성과 목표가 훼손되지 않도록 지속적으로 점검하고 조정하는 것이 장기적 관점에서 특히 중요

- 2019년부터 진행된 선도사업 진행 과정에서 통합돌봄의 지향점에 대한 근본적 논의는 강혜규 외(2022) 연구를 통해 점검하였으며, 위 연구는 선도사업에서 시범사업으로 정책의 방향성을 전환하는데 큰 영향을 미쳤음
 - 그러나 시범사업 진행 이후의 과정에 대한 위와 같은 종합적 통찰을 진행한 연구는 부재함

- 2026년 법 시행을 앞두고 정부는 인력 충원, 서비스 확충 등 다양한 준비 과제를 추진 중이며, 이에 대한 구체적 방안은 이미 여러 연구에서 제안되어 왔음. 또한 통합지원과 연계될 서비스들의 한계와 개선 방향에 대해서도 폭넓은 논의가 이루어지고 있음

- 본 연구는 이러한 기존 논의를 토대로, 여전히 해결이 요구되는 주요 난제들에 대한 대응 전략을 제시하고, 정부가 추진 중인 정책 방향성을 종합적으로 검토하여 향후 의료·요양 통합지원의 발전 방향을 제안하는 것을 목표로 함

2. 통합돌봄의 지향점

가. 한국에서의 통합돌봄의 위상¹⁰⁾

- 한국의 지역사회 통합돌봄은 ‘커뮤니티 케어(community care)’의 개념에 착안하여 출발

10) 강혜규 외(2022). 중장기 지역사회 통합돌봄 추진 전략 수립 지원 연구 제2장의 내용을 요약함.

- 커뮤니티 케어는 영국과 북유럽을 중심으로 1940~60년대 정신 장애인 및 장애인의 장기시설보호를 대체하기 위한 대안으로 등장한 탈시설화, 탈원화, 정상화 논의에서부터 시작되어, 이들이 지역사회에서 자립적이고 정상적인 생활이 가능하도록 하는 것을 목적으로 하였음
- 이후 인구 고령화에 따른 돌봄·의료 욕구 증가와 이로 인해 급증하는 보건복지 재정 문제를 해결하기 위한 대안으로 지방정부의 역할이 강조되면서, 지역사회 중심의 통합적 돌봄체계에 대한 논의가 본격화 되었음
 - 영국, 덴마크, 스웨덴 등의 서구 국가들에서는 1970~1990년대 초반까지 커뮤니티케어법(영국), 사회서비스 통합법(덴마크), 사회서비스법(스웨덴)의 제정을 통해 의료와 돌봄 등 사회서비스 제공에 있어 지자체의 책임을 강화하고자 하였음
 - 일본 역시 초고령사회 진입 이후 지역포괄케어시스템을 도입
- 한국에서의 지역사회 통합돌봄에 대한 초기 논의에서는 노인, 장애인, 정신장애인, 노숙인, 아동 등 돌봄이 필요한 모든 국민을 정책 대상으로 고려하였으나 정책 이행 과정에서 범위가 축소되어 노인중심으로 진행
- 장애인에 대한 고려는 1차 시범사업에 포함되어 시범사업을 진행한 이후 고려된 바 없으며, 아동에 대한 논의는 부재
- 선도사업 당시의 지역사회 통합돌봄은 ‘통합’의 요소가 강조되고, 통합돌봄을 ‘사업’으로 인식하여 수행하면서, 선도사업을 실질적으로 구현하는 과정에서 다양한 혼선이 발생

- ‘통합’의 강조에도 불구하고, ‘지방정부의 역할’이 구체적이지 않다는 한계와 지역주도성을 강조하였지만 지방정부에 실질적 권한은 위임하지 않았다는 문제점이 지적된 바 있음(강혜규 외, 2022)
- 이에 통합돌봄의 정체성 명확화와 이를 기반으로 한 통합돌봄 재편의 욕구가 있었음
- 강혜규 외(2022)는 지역사회 통합돌봄을 별도의 돌봄 정책 또는 사업이 아닌 한국형 돌봄 안전망을 구현하는 패러다임으로, 기존 돌봄 정책과 사업을 포괄하는 상위개념으로 정의하며, 돌봄정책에서의 통합돌봄의 위치를 보다 명확히 하였음

나. 지역사회 통합돌봄의 제도적 변화 과정

- 2019년~2023년까지 진행된 선도사업에서의 지역사회 통합돌봄은 ‘돌봄이 필요한 주민이 살던 곳(자기 집이나 그룹 홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 등을 통합적으로 지원하는 지역주도형 사회서비스정책’으로 정의(대한민국 정책브리핑, 2021.11.17.)
- 선도사업 진행 과정에서는 부적합한 대상자 선정, 공공과 민간의 보건의료 및 복지 기관의 연계 미흡, 현장 인력의 부족, 지자체의 형식적 사업 운영 등(유애정, 박현경, 2022) 다양한 문제점이 지적되었음
 - (대상) 돌봄 필요자는 누구나 대상이 되는 보편적 제도로 설계되었으나 정책 운영에 있어 다양한 한계를 경험

- (서비스 내용) 서비스 구성의 다양성에도 불구하고, 가장 핵심적으로 보장되어야 하는 직접 돌봄 서비스가 부족하여 ‘돌봄이 빠진 통합돌봄’이라는 내부적 비판이 제기됨(강혜규 외, 2022)
- (전달체계) 지자체의 자율성을 강조하였으나, 이를 위한 법적·제도적 기반 부족으로 책임감 있는 지역주도의 정책 운영에는 한계가 있음이 제기됨

□ 2023년~2025년까지 진행된 의료·돌봄 통합지원 시범사업은 ‘의료·요양·돌봄서비스 연계를 통해 지역사회에서 건강한 노후생활을 누릴 수 있도록 의료·돌봄 통합지원 기본 모델 정립’을 목적으로 함(보건복지부, 2025.8.11.)

- 여기서는 돌봄 필요가 있으면서 복합적인 욕구를 갖고 있는 노인, (고령)장애인의 지역생활 지원을 위한 연계체계 고도화를 강조
- (대상) 통합지원의 대상을 ‘요양병원·요양시설 입원·입소 경계선상에 있는 노인’으로 제한하면서 노인 중에서도 75세 이상 노인으로 설정
 - 요양병원(시설) 입원 경계선상에 있는 75세 이상 노인 중
 - 장기요양 재가급여자
 - 급성기·요양병원 등 의료기관 퇴원환자
 - 노인맞춤돌봄서비스 중점군, 장기요양 등급외자
 - 기타(우선대상자 비율 60% 이상)
- (서비스 내용) 보건의료(방문의료)-장기요양-일상생활지원(가사, 이동, 식사지원 등)-주거지원서비스의 패키지 방식으로 구상

- (전달체계) 시군구 본청(전담부서)의 컨트롤타워 기능을 강화하며, 공공기관과 사회복지관 등과의 민간기관 간 협업체계를 구축

- 2024년 돌봄통합지원법이 제정되었으며, 2026년 법 시행을 앞두고, 시범사업 모델을 기반으로 의료요양 통합돌봄 제도의 모델(안)이 마련됨

(표 5-1) 지역사회 통합돌봄 사업의 변화

	통합돌봄 선도사업	의료·돌봄 통합지원 시범사업 ³⁾	의료요양 통합돌봄 제도 ³⁾
정의 및 목적	- 돌봄이 필요한 주민이 살던 곳(자기 집이나 그룹 홈 등)에서 개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 등을 통합적으로 지원하는 지역주도형 사회서비스정책 ¹⁾	- 의료·요양·돌봄서비스 연계를 통해 지역사회에서 건강한 노후생활을 누릴 수 있도록 의료·돌봄 통합지원 기본모델정립	- 일상생활에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 건강한생활을 영위하도록 의료·요양돌봄서비스를 통합연계하여 제공
대상자	- 노화·사고·질환·장애 등으로 돌봄이 필요한 상태로 평소 살던 곳에서 지내기를 희망하는 사람 - 노인, 장애인, 정신질환자	- 요양병원·요양시설 입원·입소 경계선상에 있는 노인	- 노화·장애·질병·사고 등으로 일상생활 유지에 어려움이있어 복합적인 지원을 필요로 하는 노인, 장애인
서비스 범위	- 주거, 신체/건강 및 보건의료, 일상생활지원, 보호돌봄 요양, 사회참여 ²⁾	- 보건의료(진료, 간호, 재활, 호스피스, 복약지도 등), 건강관리, 장기요양 일상생활, 가족지원 등 다양한 돌봄 서비스 ⁴⁾	- 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활, 가족지원등돌봄서비스 확대 및 연계
진달체계	- ①신청 → ②조사 → ③판정 → ④지원계획수립 (지역케어회의)→ ⑤서비스 연계 제공 → ⑥모니터링 ²⁾	- ①신청 → ②조사 → ③판정 → ④지원계획 수립(통합지원회의)→ ⑤통합지원 제공 → ⑥모니터링 ⁴⁾	- ①신청→②조사→③판정→④지원계획(통합지원회의)→⑤서비스 연계→⑥모니터링
거버넌스	- 시군구 전담조직 설치	- 시군구에 전담조직 설치 및 통합지원협의체 구성 ⁴⁾	- 시군구에 전담조직 설치 및 통합지원 협의체 구성

출처: 1) "지역사회 통합돌봄", 대한민국 정책브리핑, 2021.11.17.

2) "지역사회 통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석 연구(3차년도)", 2022, 보건복지부·국민건강보험공단.

3) "의료요양 통합돌봄 추진을 위해 부처 역량 집중", 보건복지부, 2025.8.11. 보도자료.

4) "절반 이상 지자체의 시범사업 참여로, 의료요양돌봄 통합지원 전국 시행의 디딤돌 마련", 보건복지부, 2025.6.13. 보도자료.

다. 한국형 돌봄안전망으로서의 돌봄 통합지원 방향

- 2018년 발표된 지역사회 통합돌봄은 ‘주민들이 살던 곳(자기 집이나 그룹홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스 정책’으로 정의(대한민국 정책브리핑, 2021.11.17.)
 - 노인에 대한 지역사회 통합돌봄을 일차적으로 수행하며, 향후 단계적으로 장애인, 아동 등 대상별 기본계획을 발표하고자 함
 - 이는 돌봄의 대상 아동·노인·장애인 등 특정 계층을 중심으로 분절적으로 설정하고, 개별적 서비스를 제공하면서, 각 대상군 내에서의 통합적 돌봄을 지향한 것으로 볼 수 있음
 - 그러나 돌봄은 모든 생애주기 단계에서 발생할 수 있으며, 돌봄의 욕구는 복합적이며 다양하기에 대상군 내에서의 통합적 지원 이상의 전 대상을 포괄하는 통합적 지원이 요구되는 상황
- 최근 국회에서는 돌봄을 기본권 차원에서 보편성·통합성·공공성이 확보된 가치로 재정립하고, 칸막이식 돌봄 정책을 상위법 차원에서 통합운영할 수 있도록 하는 ‘돌봄기본법’이 발의되었음(국회입법예고, 2025.6.17.)
- 기본권으로서의 돌봄에 대한 보편성·통합성·공공성 확보를 위해서는 보다 장기적 관점에서의 돌봄 통합지원 로드맵 구축이 필요함
 - 2026년 법 시행을 앞둔 상황이므로 단기적으로 추진할 수 있는 정책의 방향성과 법 시행 이후에도 장기적으로 개선될 필요가 있

는 방향성 모두에 대한 고려가 필요함

- 2026년 법 시행에서의 주된 방향성은 각 대상군 내에서의 복합적 욕구에 대응하는 돌봄 통합지원 체계를 구축하는 것이 실현가능성이 높다고 사료됨
 - 다만, 노인에 대한 통합지원은 2019년~2025년까지 약 6년간 진행되면서 다양한 시도가 이루어졌다면, 장애인과 정신질환자는 선도사업 기간의 적용 시도에 한정(장애인은 시범사업에서 약 6개월 추가 진행)되었음을 고려할 때, 대상자군 내에서의 통합지원체계는 본사업 진행 이후에도 지속적인 개편이 요구됨
- 그러나 돌봄의 욕구는 누구에게나 발생할 수 있다는 보편성을 고려할 때, 대상군별 분절적인 통합지원체계는 또 다른 사각지대를 야기할 수 있으며, 장기적 관점에서는 기본권적 측면에서 돌봄의 권리를 보장받을 수 있는 통합지원체계 구축이 필요함
 - 대상자별 분절적 돌봄체계에 따라 나타나는 사각지대의 대표적 사례로 고령장애인 문제를 들 수 있음
 - 즉, 대상자별 분절적 돌봄 통합지원체계에서 나아가 돌봄의 욕구에 따른 대상자 통합적인 돌봄 지원체계 구축이 필요함
 - 세부 방안으로는 생애주기별 또는 대상자 중심별 돌봄지원 체계 구축에서 확대하여 ‘기능상태’ 중심의 통합적 돌봄체계를 고려해볼 수 있을 것임

3. 정책 현황

가. 돌봄통합지원 개요

□ 정책 여건¹¹⁾

○ 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률의 시행(2026.3.27.)을 앞두고, 시범사업 확대 추진(131개 지역) 등 다양한 정책적 노력이 이루어지고 있음

- 2018년 11월 “지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어) 추진 로드맵” 발표
- 2019년부터 선도사업 추진(16개 시군구: 노인 13개, 장애인 2개, 정신질환자 1개)
- 2023년부터 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업(예산지원형: 12개 시군구, 기술지원형: 119개 시군구)

○ 돌봄통합지원법의 주요 내용

- (목적) 일상생활에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 건강한 생활을 영위(Aging in place)하도록 돌봄지원을 통합하여 제공
- (대상자) 노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 인해 일상생활 유지에 어려움이 있어 복합적인 지원을 필요로 하는 노인, 장애인 등
- (지원내용) 보건의료(진료, 간호, 재활, 호스피스, 복약지도 등), 건강관리, 장기요양, 일상생활, 가족지원 등 다양한 돌봄 서비스
- (지원절차) 지자체 담당부서를 중심으로, 통합지원 ①신청 →

11) 보건복지부. (2025.8.18.). 의료·요양·돌봄 통합지원 본사업을 위한 전국 확산 추진 [보도자료] https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&act=view&list_no=1487208&tag=&nPage=1

②조사 → ③판정 → ④지원계획 수립 → ⑤통합지원 제공 → ⑥모니터링 진행

- (기반조성) 통합지원 절차 운영을 위한 정보시스템 구축·운영, 시군구에 전담조직 설치 및 통합지원협의체 구성 등 전담조직에서 노인, 장애인을 포함하여 통합지원 절차 운영

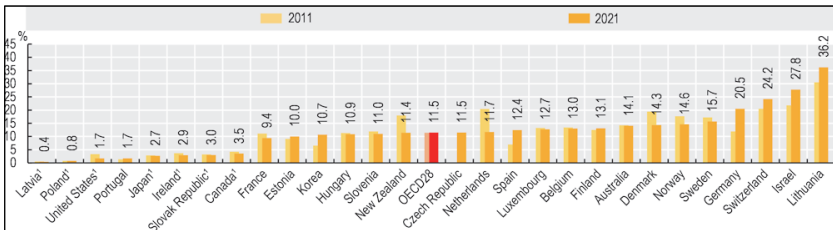
나. 돌봄의 현실과 제도적 쟁점

□ 가족중심의 돌봄체계 유지와 노정된 노인의 지역사회 계속 거주 저해 요소

○ 한국은 노인장기요양보험의 운영과 노인맞춤형돌봄사업(국고보조-지자체 운영), 치매안심센터 등 주요 제도적 기반을 갖춰왔지만, “살던 곳에서 건강하고 자립적인 생활”이 가능하도록 지원하는 돌봄시스템의 고도화 추진 필요

- 2021년 기준 한국의 65세 이상 노인 중 장기요양 수급자 비율은 10.7%이며, 이 중 78%가 재가급여를 이용하여, OECD 평균에 비해 약간 높은 수준임([그림 5-1], [그림 5-2])

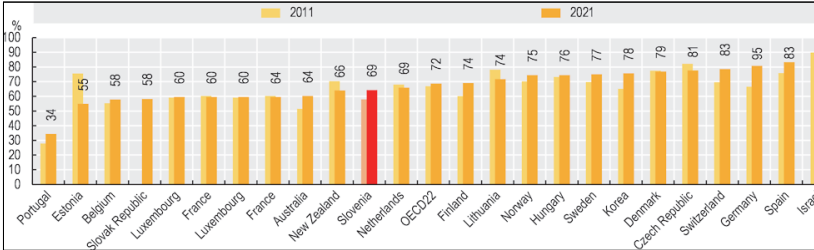
[그림 5-1] OECD 국가 65세 이상 인구의 장기요양 수급자 비율



출처: “2023 Health at a Glance,” OECD, 2023, Figure 10.12. Share of adults aged 65 and over receiving long-term care, 2011 and 2021 (or nearest year)

[그림 5-2] OECD 국가 65세 이상 장기요양 수급자의 재가급여 이용 비율

(단위: %)



출처: “2023 Health at a Glance,” OECD, 2023, Figure 10.13. Long-term care recipients aged 65 and over receiving care at home, 2011 and 2021 (or nearest year)

- 그러나 실제 돌봄의 형태는 가족돌봄의 비중이 절대적(81.4%) (강은나 외, 2023)인 상태로 장기요양서비스라는 공적 돌봄제도가 충분한 역할을 하지 못하고 있다고 볼 수 있으며, 공적 재가급여 등의 사회적 돌봄체계 준비가 시급한 상황

○ 현재의 노인돌봄체계는 노인 돌봄욕구 다변화·다각화에 대응하기 어려운 한정된 서비스 내용과 분절적 서비스 제공체계로, 기민하고 통합적인 대응 곤란

- 의료와 돌봄의 분절적 서비스 전달체계와 의료·돌봄 복합욕구 대상자에 대한 불명확한 서비스 제공 기준, 주거·영양·이동·임종기 돌봄 등 추가적 서비스 욕구에 대응하지 못하는 제한적인 서비스 내용 등으로 노년기 노화 과정에서의 삶의 질 및 AIP 유지 어려움 발생
- 신노년층의 노인인구 진입과 다양한 사회적 위험에 따른 욕구의 다각화와 복합화에 대응하기 위해서는 의료·요양·주거·영양 등 다각적 측면에서의 돌봄 개입 필요

- 돌봄통합지원 내에서 노인복지관, 치매안심센터 등 전통적 노인 복지전달체계의 역할에 대한 구체적 논의가 부재하며, 이들의 역할을 명확화 할 필요

○ 노인의 지역사회 계속 거주를 위한 노인돌봄정책의 제한성

- 돌봄서비스 제공시간의 불충분성(1일 최대 4시간의 제한적 시간, 고난도 돌봄대상자에 대한 불충분한 서비스 내용), 제한적 서비스 내용(장기요양 재가서비스 6종 외 추가 서비스 내용 부재), 경직적 서비스 제공 방법(낮은 수준의 수시대응형 서비스 제공), 돌봄서비스의 질에 대한 낮은 수준의 신뢰도에 대한 문제가 지속적으로 제기되어왔으나, 정책적 개입 부족
- 다양한 시범사업을 운영(주야간보호 내 단기보호, 전문요양실, 이동지원, 재택의료, 주거환경개선) 중이며, 각 사업들에 대한 요구도는 높으나, 본사업 전환에 대한 불확실성 문제 노정

□ 돌봄인구 증가에 따른 인력·재정의 지속가능성 확보 문제

○ 노인 인구의 절대수 증가는 돌봄 대상자의 증가와 연동될 수 밖에 없으며, 돌봄 대상자의 증가에 따른 돌봄인력 부족 및 재정적 부담 문제가 심화될 것으로 예견됨

- 현행 돌봄서비스 제공 인력에 대한 지원체계 강화, 외국인 돌봄 인력 활용 등의 대안 등이 제시되고 있으나, 뚜렷한 방안을 도출하지 못한 상황
- 지자체 중심의 서비스 운영시 지자체의 재정자립도 등을 고려한 다양한 대안(돌봄기금, 포괄급여제 등)이 제안되고 있으나, 구체적인 제도 개선 대안 합의 미흡

□ 장애인의 지역사회 자립과 삶의 질 향상을 위한 정책적 노력에도 불구하고 다양한 한계 발생

○ 장애인 대상 커뮤니티 케어는 1차 시범사업은 대구 남구, 제주 제주시 특화 시범사업 이후 지속되지 못함

- 당시 시범사업은 장애인의 지역사회 자립과 삶의 질 향상을 위해 주거·건강·돌봄 서비스를 통합 제공하는 것을 목표로 했으나, 실제로는 의료·돌봄 통합보다는 자립생활지원에 초점

○ 이는 정부의 탈시설 정책과 커뮤니티 케어 흐름에 부합했지만, 진정한 의미의 통합지원과는 거리가 있었고 실질적 성과는 제한적

○ 2025년 7월부터 장애인이 돌봄통합지원 시범사업 대상에 포함되었으며, 「장애인자립지원법」의 2027년 전면 시행을 앞두고 있으나 제도적 준비는 미흡한 상황

- 이 법은 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」(장애인건강권법, 2017년 시행)과 함께 장애인의 자립과 의료접근성 강화를 위한 제도적 기반을 확립한다는 점에서 의미

- 이러한 입법은 지역사회 기반의 자립적 삶과 적절한 돌봄을 통해 사회적 지속가능성을 높이려는 통합돌봄의 방향성과 맞닿아 있으나, 지자체의 준비 부족과 복지전달체계의 한계로 정책 병행이 어려움

□ 장애인의 특성을 고려한 장애인 돌봄 통합지원 구축 필요

○ 장애정책의 패러다임은 1990년대 이후 장애를 개인의 결함이 아닌 사회적 환경 문제로 보는 사회적 모델을 중심으로 발전

- 그러나 이 접근은 신체적·정신적 손상으로 인한 돌봄 요구를 충분히 반영하지 못하였음

- 최근 돌봄을 가족이나 개인의 책임이 아닌 국가의 윤리적 의무로 보는 ‘돌봄윤리’ 관점이 확산되고 있으며, 사회적 모델과의 융합적 접근에 대한 논의가 확산되고 있음
- 장애인은 기능제한으로 인해 일상생활지원과 건강관리의 이중 필요를 가짐
 - 장애인 1인당 의료기관 이용일수는 연평균 55.7일로 비장애인(19.9일)보다 약 2.8배 많음([그림 5-3])
 - 이는 장애인의 일상 돌봄과 건강 지원을 아우르는 지역사회 기반 보건의료체계 확충의 필요성을 보여줌

[그림 5-3] 장애인과 비장애인의 1인당 연평균 의료이용(일수)



출처: “2022년 장애인과 비장애인의 1인당 연평균 의료이용(일수),” 보건복지부, 2025.3.12., 2025년 장애인 건강보건의료통계 콘퍼런스 개최, 보도자료, 별첨 p.15.

- 고령장애인은 의료적 욕구가 높으며, 이들의 연간 총 진료비는 약 11조 2천억 원으로 장애인 전체 총 진료비의 60.5%를 차지하며, 1인당 연평균 진료비는 약 818.4만 원으로 비장애노인의 진료비 약 444.9만 원보다 1.8배 높음(약 373.5만 원 차이)

[그림 5-4] 고령장애인과 비장애노인의 1인당 연평균 의료이용(일수)



출처: “2022년 장애인과 비장애노인의 1인당 연평균 의료이용(일수),” 보건복지부, 2025.3.12., 2025년 장애인 건강보건의통계 콘퍼런스 개최, 보도자료, 별첨 p.16.

□ 분절적 의료서비스 제공체계 및 아급성기 의료 등 부족한 의료서비스 공급체계 개선 노력 선행 필요

○ 민간의료기관 중심의 의료서비스 제공체계로 의료서비스 전달체계 내 연계협력, 지역사회와의 연계협력 경험 부족으로 인한 의료서비스 분절적 제공 문제 가시화

- 서비스 제공량 기반의 의료서비스 건강보험 보상체계로 인하여 의료기관의 경쟁이 심화되었으며, 의료기관은 환자 중심의 협업 기제가 부족한 상황

- 일례로 상급종합병원에서 퇴원한 환자가 자신이 거주하는 지역에서 지속적인 의료서비스를 받아야 하는 경우 환자 개인의 임의적 판단에 의존해야 하는 상황

- 퇴원환자의 거주 지역사회에서 제공하는 다양한 돌봄서비스에 대한 연계가 어려운 상황

○ 부족한 수준의 아급성기 의료

- 급성기 의료기관에서의 의료서비스 이용 후 기능을 회복해 지역사회로 복귀하기까지 서비스 제공체계 미흡

- 아급성 의료서비스에 대한 짧은 경험 및 회복기 재활을 전문으로 제공하는 의료기관이 제한적

○ 요양병원 기능과 역할 모호

- 2009년 「의료법」 개정 이전 ‘장기요양서비스 중심’ 의료기관이었던 요양병원의 법정 목적이 ‘입원서비스를 중심’으로 제공하는 병원으로 정립
- 이후 요양병원은 장기요양 돌봄서비스와 치료 및 재활 서비스의 중간적 성격의 기관으로 자리매김함에 따라 기능과 역할이 모호해 짐
- 건강보험의 요양병원 서비스 급여화로 요양병원의 양적 팽창이 심화된 반면 요양병원 내 사회적 입원 증가, 질 관리 부족, 국민 간병부담 증가 등의 문제가 초래됨
- 학계 및 의료계의 지속적인 요양병원 기능과 역할 강화 필요성, 불필요한 입원 등 통제 및 조정 필요성, 간병지원 체계 구축 필요성 제기에도 불구하고 정부의 선제적 대응 부족으로 요양병원의 사회적 입원 및 질관리 부족 문제 심화
- 고령사회에 대응하기 위해 요양병원의 기능을 의료서비스 중심으로 재편하고 그 기능과 역할을 강화하기 위한 정부 노력 필요성 제기

○ 재택형 퇴원지원서비스 부족

- 급성기 수술 등 진료 이후 지속적인 관리가 필요한 환자에 대한 퇴원지원형 서비스의 부족
- 현재의 건강보험 재택의료 수가 사업은 환자에 대한 비대면 관리 수준에 머무는 상황

- 일차의료 방문진료 수가는 신설되었으나 제공하는 기관이 한정적이며, 가정간호서비스 제공자의 기준이 엄격해 서비스 제공자 확대 제한적

□ 장기요양의 재택의료, 방문간호 체계 미비

- 건강보험 방문진료수가시범사업의 의사의 방문진료서비스와 장기요양 보험의 재가급여 중 방문간호 서비스를 연계하여 장기요양 재택의료센터 시범사업을 추진하였으나 공급자 확보가 아직은 미진한 상황

○ 장기요양 기반 방문간호서비스 제공 체계 미비

- 장기요양 급여 수급권자 중 방문간호 이용자는 2024년 기준 약 1.9% 수준(국민건강보험공단, 2025¹²⁾)으로 방문간호에 대한 장기요양 수급자의 충분한 이용 환경 조성은 이루어지지 않은 상황
- 장기요양 수급자의 낮은 방문간호 이용률은 방문간호서비스 제공기관의 충분한 확대를 저해, 향후 방문간호서비스 제공자의 양적, 질적 성장 필요

□ 중앙집중적 돌봄정책 설계의 한계와 사업 운영의 분절성

- 중앙부처 중심의 돌봄정책 설계가 지속되면서, 지방자치단체는 단순 집행 주체로 기능하는 구조가 고착화되고 있음

- 장기요양, 장애인활동지원, 노인맞춤돌봄, 일상돌봄, 긴급돌봄

12) 국민건강보험공단, 「노인장기요양보험통계」, 2024, 2025.12.9, 시·군·구별 등급별 급여종류별 장기요양 급여실적 https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N030&conn_path=I2의 내용을 기반으로 저자가 산출

등 주요 돌봄정책이 모두 중앙부처 주도로 제도화되어 추진됨에 따라 지역별 여건과 수요를 반영한 정책 집행이 어려움

- 개별사업들이 통합성에 대한 고려 없이 각각의 전달체계를 통해 운영되고 있어 정책목표·사업대상·서비스 간 연계성과 조정이 미흡한 실정임
 - 개별사업 중심 운영, 사업별 칸막이, 서비스 단절 및 중복으로 인한 통합돌봄 효과를 체감하기 어려운 구조적 한계가 있음
 - 현행 통합지원체계는 개별 돌봄제도를 단순히 연계하는 수준에 머물러 있음
 - 대상별, 부처별 파편화된 돌봄 제도 설계가 지속됨
 - 이용자 입장에서 제도별 신청, 선정, 욕구조사는 중복되어, 행정의 비효율성도 상존함
 - 돌봄의 지속가능성을 확보하기 위해 실질적 통합지원이 가능한 통합돌봄체계를 구축하고 이에 기반한 구조적 정책 전환이 시급함
- 지자체 조직의 분절성과 인력 부족
- 돌봄정책 집행 과정에서 지자체의 조직 분절로 인한 칸막이 행정이 여전히 지속되고 있음
 - 복지, 보건, 노인, 장애인, 주거 등 돌봄 관련 부서가 기능별로 분리되어 운영되고 있어 통합적 돌봄서비스의 기획과 집행이 어려운 구조임
 - 돌봄정책 전반을 총괄·조정할 수 있는 핵심 부서나 전담조직이 부재하여 부서 간 조정과 자원 연계가 체계적으로 이루어지지 못하고 있음

- 통합돌봄의 핵심 기능을 수행할 전담 인력의 부족도 주요 제약요인임
 - 복지업무 담당 인력의 업무 과중은 심각한 상황
 - 또한 상당수 복지행정은 급여신청과 자격관리 등 행정처리 중심으로 운영됨에 따라 개인별지원계획 수립, 서비스 연계 및 사례관리를 수행할 수 있는 전문인력의 확보가 미흡한 실정임

- 지자체 유관기관 간 협력 구조의 미흡
 - 통합돌봄의 도입에 따라 지자체 복지업무는 다양한 주체 간 협업을 핵심 기반으로 하는 구조로 재편될 것이며, 이에 따라 효율적이고 지속 가능한 협업체계 구축이 과제로 대두됨(이정은, 2025)
 - 지자체 내에는 사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관, 치매안심센터, 건강보험공단, 국민연금공단 등 다양한 유관기관이 존재하지만 통합돌봄을 위한 협력 구조는 여전히 취약함
 - 기관 간 협력이 사업단위별로 이루어지고 있거나, 실질적 거버넌스보다는 담당자 개인의 역량이나 비공식적 관계에 의존하는 경우가 많음
 - 기관간 역할과 책임이 명확히 규정되지 않아 서비스의 중복 혹은 누락이 발생하고, 이를 조정할 제도적 장치가 부재함

- 정보시스템 연계 미비에 따른 행정 비효율
 - 개별 정책별 정보시스템이 분리·운영됨에 따라, 대상자 정보가 단절되고 중복조사 및 행정비용이 증가함
 - 이용자 정보와 지역자원 현황 등 핵심 데이터가 기관 간 공유되지 않아, 통합적 정책집행 및 사례관리의 연속성 확보가 어려움

제2절 여건 변화와 전망

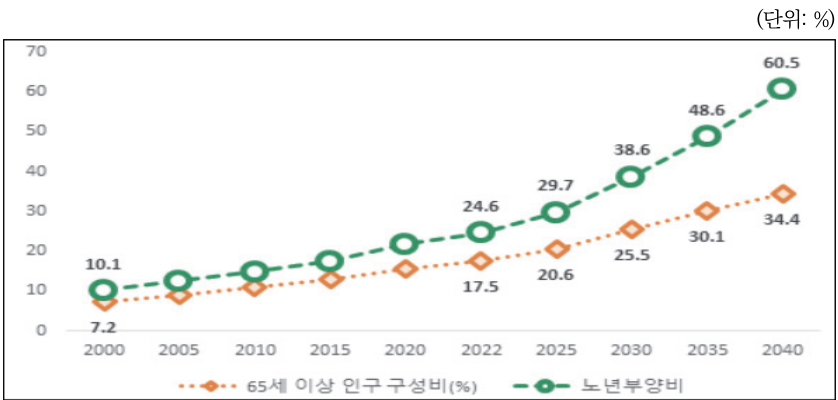
1. 돌봄 수요의 변화

□ 돌봄 수요

○ 평균수명 연장에 따른 노인의 절대 수 증가와 초고령 노인 수의 증가에 따른 돌봄 수요의 급격한 증가 예견

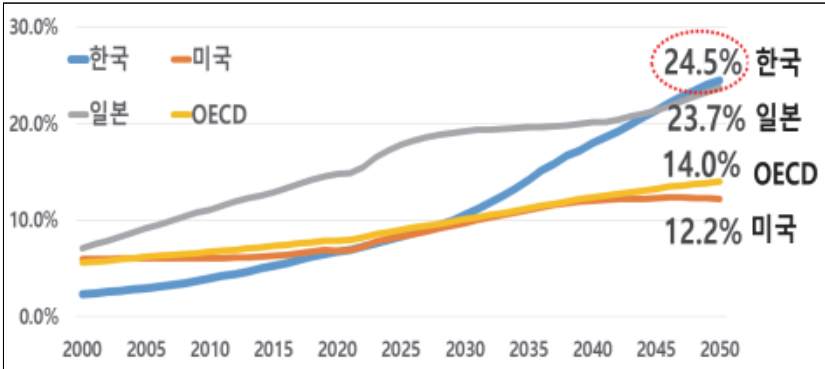
- 2050년 75세 이상 인구의 절대 수는 현재보다 3배 이상 증가 ('25년 430만 명(총인구 대비 8.3%) → '50년 1,153만 명(24.5%))(통계청, 2025, 9.29.)
- 현재 장기요양 등급자는 1~2등급 '23년 15만 명, 3~5등급 '23년 90만 명이지만(국민건강보험공단, 2024), 2050년 1~2등급 42만 명, 3~4등급 255만 명으로 증가할 것으로 추정됨(홍석철, 2025)

[그림 5-5] 노인인구(65세 이상) 비중 및 노년부양비



주: “장래인구추계: 주요 인구지표(성비, 인구성장률, 인구구조, 부양비 등)/전국.” 통계청, 2022.
 “주민등록인구현황”, 행정안전부, 2010~2020 원자료를 활용하여 강은나 외(2022)에서 작성
 출처: “제3차 장기요양기본계획(2023~2027) 수립 연구,” 강은나 외, 2022.

[그림 5-6] 75세 이상 인구 비중 추이



주: 통계청, OECD 원자료를 활용하여 저출산고령사회위원회(2025.1.23.)에서 작성
출처: “저출산·고령사회위원회, 제8차 인구 비상대책회의 개최 (별첨 2) 초고령화 대응방향(총론),”
저출산고령사회위원회, 2025.1.23. 보도자료. p.2.

○ 장애인구 역시 급격한 고령화가 진행되어, 장애는 노인과 장애의 교차영역에서 발생하는 보편적 위험이 되고 있으며, 연령 증가에 따른 장애 문제를 고려한 장애인·노인·보건·의료 정책의 통합적 접근이 필요함

- 등록장애인 중 65세 이상 고령장애인 비율은 2024년 55.3%에 달하며(2015년 42.3% → 2023년 53.9%)(보건복지부, 2025), 이는 장애인구의 전반적인 고령화(고령화 장애인)와 65세 이후에 신규장애 발생(노인성 장애인)이 동시에 작용한 결과

2. 돌봄의 사회적 여건 전망

□ 초고령화와 돌봄 체계

○ 생산인구 감소에 따라 급증하는 돌봄 수요 대비 인력 및 재정 부족 문제 심화 전망

- 한국의 장기요양(LTC) 지출은 2050년 GDP의 약 4.2%로 전망되며, 개혁 없이 고령화 지출을 방지할 경우 국가채무는 2060년 GDP 150%를 돌파할 것으로 예견됨(OECD, Economic Surveys: Korea 2024)
 - 건강보험과 노인장기요양보험의 재정 위기
 - 건강보험 2028년, 장기요양보험 2031년 누적준비금 소진 전망(국회예산정책처, 2023; 홍석철, 2025에서 재인용)
 - 이에 대한 대안으로 보험 수입 확대 방안이 제안되기도 하였으나, 생산인구의 감소에 따른 부양자 감소와 고령화에 따른 막대한 보험 지출을 고려할 때, 다양한 한계점이 제시됨(홍석철, 2025)
 - 인구고령화에 따른 의료·요양 지출 증가는 거스를 수 없는 것으로 지출증가를 완화하는 지출효율화가 가장 현실적 방안으로 제안됨(홍석철, 2025)
 - 서구 국가들에서 복지재정 지출 급증에 대한 대안적 방법으로 통합돌봄을 도입한 것과 같이, 한국에서의 통합돌봄도 돌봄비용에 대한 지출효율화의 측면에서 접근 가능
- 고령인구의 증가 및 생산가능인구의 감소는 돌봄서비스 제공인력의 감소를 야기
- 2031년 사회복지서비스업 노동력은 58만 명이 부족할 것으로 전망됨(이철희 외, 2023)
 - 요양보호사 근로 인력 규모는 2034년 80.6만 명으로 정점에 이른 후 감소 추세로 전환될 것으로 전망되며, 2033년까지 약 33만 명의 요양보호사 인력이 추가적으로 필요할 것으로 예상됨(권정현, 2025)

- 돌봄 일자리는 사회서비스 산업 성장을 주도해 온 핵심 사업군임에도, 일자리 질, 종사자 처우가 낮음.
 - 전반적으로 임시·일용직, 초단시간 근로의 비율이 증가하여 고용 불안정성이 높으며, 임금 수준이 낮아 직업적 전망이 있는 일자리로 인정받지 못함(안수란, 하태정, 2022.11.)
 - 인력 고령화 현상은 장기적으로 사회서비스 인력 수급 불안정을 초래할 가능성도 있음(안수란, 하태정, 2022.11.)
- 대부분의 사회복지부문 돌봄, 서비스 일자리는 청년 세대가 지속적으로 근무하지 못하고, 중장년의 안정적 일자리로 인식되지 못하며, 중증도, 고난이도 돌봄이 필요한 영역에서는 심각한 구인난을 겪고 있고, 농어촌 지역 등의 구인 어려움이 큰 상황
 - 대표적인 돌봄인력으로서 요양보호사는 자격증 취득자가 278만 명이지만, 실제 활동자는 65만 명(23.4%)에 불과(황보연, 2025.4.1)
- 초고령화의 빠른 진전과 함께, 돌봄 수요의 폭증에 따른 돌봄 인력 부족의 문제가 현안이며, 돌봄 분야의 인력 양성 및 확충을 위한 정책적 노력 필요
 - 고령인구의 증가, 가족 내 돌봄의 어려움 등으로 돌봄, 건강, 요양, 보호·안전 등의 서비스 확충과 서비스 품질을 높여가기 위해서는 좋은 일자리의 확대가 필요불가결

□ 장애인 복지패러다임 변화와 지역 돌봄 체계

- 건강한 노인도 삶의 어느 시점에서는 장애를 경험할 수 있으므로, 노인과 장애인을 구분하지 않고 연계적 접근이 필요

- 고령 장애인은 대체로 기능 회복 전망이 낮기 때문에, 단순한 노인 장기요양 중심이 아닌 자율성, 사회적 연결성, 의료 접근성 등을 포괄하는 복합적 지원이 중요
 - 장애인 대상 통합돌봄은 의료, 요양, 돌봄의 연속적 지원, 이를 위한 돌봄 필요도를 고려한 다양한 서비스의 마련, 의료접근성 확대, 지역사회 자립생활 지원 및 네트워크 구축 등을 통한 관계 및 정서적 지원을 포괄하는 실행 방안이 필요함
 - 이를 위해 협력적 지역 기반 돌봄서비스 체계 구축과 지자체의 역할 강화가 요구되며 「통합돌봄지원법」 시행과 함께, ‘상호돌봄’과 ‘공동체적 책임’이 구현될 수 있도록 장애인 단체 등 지역사회 내 장애인 관련 전달체계와의 연계와 협력을 강조하여 돌봄혁신과 통합지원생태계가 조성될 수 있도록 하는 방안을 핵심 과제로 선정하여 시도해 볼 필요가 있음
 - 「통합돌봄지원법」의 실행과 함께, 중앙정부뿐만 아니라 지자체의 역할과 현장 실행 체계를 강화하는 돌봄 혁신이 필요한 상황으로서, 장애인의 지역사회자립지원과 통합지원생태계의 구축이 중요한 과제
 - 통합지원생태계 구축 과정에서 ‘돌봄적 패러다임’ 실천을 위해 다양한 주체의 참여와 협력(당사자인 장애인은 물론 이들을 대표하는 장애인단체 등)이 더욱 중요해질 것으로 전망
- 의료서비스의 변화와 지역 돌봄 체계
- 의료기술, 디지털헬스 및 AI 기술의 발달과 더불어 의료서비스의 형태가 다변화되고 있음

- 기존 의료서비스는 의료기관에 환자가 방문하는 형태이나 최근 거동이 불편한 고령인구 등의 증가로 환자가 거주하는 공간에 의료인이 직접 방문하거나 원격으로 서비스를 제공하는 형태의 의료서비스에 대한 요구 증가
 - 건강보험제도는 급성기 진료를 마친 환자가 거주 공간으로 복귀하여 지속적인 건강관리를 수행할 수 있도록 질병별 재택의료 수가시범사업을 추진하고 있음
 - 또한 의료인이 환자를 직접 방문하여 의료서비스를 제공할 수 있도록 건강보험 일차의료 방문진료수가시범사업(이하 방문진료수가 시범사업)을 추진하고 있으며, 장기요양 제도는 건강보험의 방문진료 수가시범사업에 장기요양의 방문간호 서비스를 연계하여 장기요양 재택의료센터 시범사업을 추진함
 - 향후 급증할 재택의료 및 방문진료 수요에 적절히 대응하기 위해서는 공급자를 확충할 필요가 있으며 이는 환자가 거주 공간에서 생활하는 데 필수적 요소임
 - 한편 디지털헬스와 AI 기술의 발전으로 원격의료에 대한 국민 요구가 증가하고 있으며 고령 사회에 해당 기술에 대한 국가적 기대감도 높은 상황임
- 고령화로 인한 요양병원 수요 증가로 건강보험의 재정 부담이 심화되면서 지속가능성에 대한 문제제기가 이루어지고 있으며, 요양병원의 질관리 부족 등 문제의식이 뚜렷해 지고 있음
- 우리나라 요양병원은 그 기능과 목적이 장기요양시설과 중복되는 등 뚜렷하지 않은 상황임.

- 고령화와 더불어 증가하는 요양병원 의료서비스 이용량은 건강보험 지출의 큰 비중을 차지하고 있으며, 향후 더 큰 부담이 될 수 있어, 요양병원 제도의 지속가능성 제고의 필요성 대두
- 요양병원의 질적 격차 심화, 사회적 입원의 증가에 대한 사회적 우려가 증가하고 있으며 고령자의 요양병원 입원을 지양하고 지역사회 내 돌봄이 이루어질 수 있도록 해야 한다는 의제가 강조되고 있음
- 한편, 국민의 요양병원 간병비 부담이 매우 높다는 지적이 있으며 최근 요양병원 간병비의 건강보험 급여화에 대한 요구 증대로 정부의 신속한 대응 필요
- 요양병원의 의료기관으로서 기능을 강화하고 더불어 환자의 간병비 부담을 줄이기 위한 정부의 대책이 필요한 상황

제3절 정책 방향과 추진 전략

1. 지역사회 통합돌봄의 기본 방향

□ 지역사회 통합돌봄 추진의 대전제

○ 욕구에 기반한 통합적 대상체계 구축

- 지역사회 통합돌봄에 대한 초기 논의에서 “노인, 장애인, 정신 장애인, 노숙인, 아동 등 돌봄이 필요한 모든 국민을 정책 대상으로 고려했던 기본 방향에 대한 재고려

- 현재의 의료·요양 연계 차원 외에 최근 발의된 ‘돌봄 기본법’, ‘돌봄 기본사회’를 포괄할 수 있는 방안 마련을 위한 장기적 측면에서의 방향성 고려 필요
 - (단기) 대상군 내에서의 통합적 지원체계 구축
 - (장기) 기본권적 측면에서 돌봄의 권리를 보장받을 수 있는 통합지원체계 구축 필요

○ 의료·요양·돌봄 연계를 위한 세부 영역별 서비스 보완

- 영국(ICS-Integrated Care Systems), 일본(지역포괄케어), 덴마크(통합돌봄) 등의 국가에서도 의료와 요양, 돌봄의 연계를 통한 퇴원환자 관리 및 재가 중심 돌봄모델 구축을 위한 통합 돌봄 모델 구현 중(유애정 외, 2022)
- 한국의 통합지원은 의료-요양-돌봄의 연계를 통한 지역사회 계속 거주가 핵심이지만, 지역사회 내 서비스 부족(시범사업 중심의 방문의료, 재가 서비스의 다양성 부족 등) 등의 문제 노정
- 돌봄 통합지원의 성공적 안착을 위해서는 세부 영역별 서비스의 보완 및 서비스 다양성 확보 필요

○ 돌봄 통합지원을 위한 전달체계 재편

- 지자체 조직의 분절성 및 지역 내 유관 사업간의 연계 부족 등의 문제에 대한 접근 필요

□ 지역사회 통합돌봄 추진의 기본 방향

- (개념) 지역사회 통합돌봄은 하나의 ‘정책’ 또는 ‘사업’이 아닌 한 국형 돌봄 안전망을 구현하는 패러다임
 - 기존 제도(노인장기요양보험, 노인맞춤형돌봄사업 등)로 보장

하기 어려웠던 돌봄의 문제·욕구들을 공식화된 절차와 지역 단위의 통합적 지원의 시스템을 통해 고도화하는 개념

- (배경) 그동안 한국의 사회적 돌봄 기반은 국가와 지자체 각각의 사업으로 발전시켜 왔으나, 돌봄관련 사업 운영과 서비스 이용·제공의 통합적 접근을 시도하여 시너지 효과(효율화)를 창출하려는 점, 보충적·보완적 서비스(자원 투입)를 통해 보장성을 높이려 한다는 점에서는 새로운 접근, 이전과 다른 일하는 방식 요청
 - “돌봄통합지원”이 완전히 새로운 사업을 펼치는 것은 아니지만, 정책 방향성(살던 곳에서 건강하게 거주), 일하는 방식(다양한 주체의 협업, 연결), 통합적 접근(분절적 사업 운영 개선) 등의 획기적 변화를 추동할 것으로 기대
- (목표) 살던 곳에 머무르는(AIP) 선택지를 넓히고, 사회적(공적) 지지체계를 통해 건강하게 일상을 누릴 지역별 여건 마련

2. 지역사회 통합돌봄 추진의 주요 전략

□ 지역사회 통합돌봄 추진의 주요 전략

- (보장성 및 효율성) 개별 제도(노인장기요양보험, 장애인활동지원 제도 등) 발전으로 상존했던 “제한적 보장성”의 문제와 분절적 운영의 “비효율성” 문제 극복, 충분한 돌봄 여건 마련을 통한 지역사회 거주 강화
 - 재활, 이동지원, 영양관리, 주거 등 관련 다양한 서비스의 제도화 추진
 - 노인장기요양서비스 중 간호서비스, 장애인활동지원 내 간호

서비스가 있으나 그 역할이 미비하고, 주로 재택돌봄의 형태로만 운영되고 있는 점을 고려할 필요

- (연속성 및 통합성) 건강 이슈가 해결되지 않으면 시설 및 병원입소 욕구가 높아질 수 밖에 없으므로 적절한 의료 이용과 연계하여 예방, 치료, 재활, 요양, 돌봄의 “연속적 시스템” 구축
 - 특히, 재택의료, 방문간호, 건강증진, 치매치료 등 예비노인, 전기-후기 노인세대에 적합한 의료 이용제공 여건과 장기요양, 맞춤 돌봄 등이 연계된 지역단위 시스템 필요
 - 장애로 인한 혹은 노화로 인한 기능 제한에 대해 병원 이용 및 입원 외에 지역사회 내 아급성기 건강관리 사업들의 확대 필요 (예. 비대면 서비스, 건강유지를 위한 생활습관, 약물 지도, 방문 물리치료 등 정기적인 건강관리로 시설입소를 방지하고, 지역사회 거주 여건 강화 필요)
- (공공성 및 형평성) 지자체 중심 돌봄행정 기반 마련으로 다차원의 욕구(서비스 양과 유형), 지역자원 편차, 기관별-제공자별 편차 등에 따라 발생했던 서비스 형평성의 문제 해소를 통한 체감도 높은 지역사회 기반 돌봄 서비스 제공
 - 돌봄의 표준적 제도 운영(노인장기요양보험) 중심에서 다차원의 돌봄 수요에 유연하게 대응하는 지자체별 돌봄 체계 마련 (시군구 중심의 공적 절차와 행정체계 도입)
 - 복합적 지원 필요도를 가지는 대상에게 필요로 하는 의료, 보건, 요양, 돌봄, 주거 등의 융합적 지원을 통해 지역사회 내 삶을 지원
- (돌봄 거버넌스 개편)
 - (한국적 특성으로서) 국민건강보험공단(노인장기요양)과 국민

연금공단(장애인활동지원) 운영 주체와 지자체, 중앙정부의 역할 범위와 분담 체계 재설정 필요

- 신청, 조사, 결정, 서비스계획, 서비스실행, 모니터링의 일련의 과정에서, 유관기관간의 정보 손실, 분절, 절차 중복 등 비효율과 책임성 저하를 극복하는 여건 마련 중요
- 돌봄 관련 재정 구조·운영과 관련된 본격적 고민 필요
 - 중앙-지자체 책임, 건강보험-장기요양보험의 역할
 - 돌봄 자원의 효율적 배분 구조 마련(요양병원 사회적입원 감소 등)
 - 유관 제도의 통합적 설계와 그에 따른 재정방식 개편 등

3. 세부 영역별 제도 개선 사항

□ 본 연구에서는 돌봄 통합지원의 시행을 목전에 둔 상황에서 여전히 해결이 요구되는 주요 난제들에 대한 대응 전략 다음과 같은 두 가지 관점에서 제안하고자 함

○ 의료·요양·돌봄의 연계를 위해서는 서비스 영역별로 앞서 주요 전략으로 제시한 보장성 및 효율성, 연속성 및 통합성, 공공성 및 형평성에 부합된 서비스 제공이 이루어지도록 제도적 개선이 필요함

- 첫째, 제공할 수 있는 서비스 각 서비스별 충분량 양의 서비스와 다양한 종류의 서비스가 확보된 보장성이 보장되어야 하며, 각 서비스들은 효율적으로 운영되어야 함
- 둘째, 건강 및 기능상태의 악화에 따른 돌봄의 욕구는 연속적 스펙트럼 하에서 다차원적으로 발생되므로 각 서비스들은 복합적 욕구에 연속적으로 대응할 수 있어야 하며, 통합적 운영

체계 마련이 필요함

- 셋째, 돌봄의 기본권 보장을 위한 돌봄서비스의 공공성 보장과 지역 내 서비스 편차 완화를 위한 제도 개선이 필요함

○ 각각의 서비스의 통합적 연계를 위해서는 현재의 돌봄 전달체계의 대대적 재편이 필요

[그림 5-7] 지역사회 통합돌봄 추진을 위한 영역별 개선 사항

의료·요양·돌봄 연계를 위한 세부 영역별 서비스 보완	【노인】	【장애인】
	-연속적 돌봄체계 마련을 위한 노인 돌봄제도 개선(서비스 다양화 및 서비스 량 확대) -노인 돌봄의 통합적 지원을 위한 전달체계 개편 -노인 돌봄인력의 충분성과 재정의 지속가능성 확보를 위한 체계 마련	-기존 제도를 포괄하는 지역사회 기본 돌봄 통합 체계 구축 -장애인 건강권 실현과 건강관리 서비스의 혁신 -통합지원 생태계의 구성과 지역 기반 네트워크의 활용
돌봄 통합지원 을 위한 전달체계 개편	【보건의료】	
	-의료기관 간 협력체계 구축과 통합돌봄서비스로의 연계 촉진 -요양병원 혁신: 의료중심 요양병원의 기능강화 및 간병비 급여화 -의료형태 다각화를 위한 지역사회 기반 방문 및 대면 의료서비스 제공 체계 정비	
	-통합적 서비스 제공을 위한 제도 개편 -지자체 조직·인력 개편 -지역 내 관련기관 협력안 마련 -정보시스템 개선	

출처: 연구진 작성

가. 의료·요양·돌봄 연계를 위한 세부 영역별 서비스 보완

1) 노인 통합돌봄 부문

□ 연속적 돌봄체계 마련을 위한 노인 돌봄제도 개선

○ (전노쇠기) 예방적 건강관리체계 구축

- 신체적 질환 예방을 위해서는 건강생활지원센터 및 체육시설 (파크골프장 등)의 확충, 건강검진항목 내 노인 특성화 항목 추가 등이 확대될 필요
- 노년기 가장 두려운 질환인 치매 예방을 위한 치매예방 프로그램 확대
- 일차의료기관의 노인 통합적 의료관리 체계 구축 등 돌봄대상으로의 진입 예방 체계 구축

○ (노쇠기) 자기돌봄을 위한 기능 유지 및 주거환경 개선

- 노인맞춤돌봄서비스 내 일상생활 수행을 위한 기능훈련 중심의 '자기돌봄(self-care)' 서비스 내용 추가를 통한 장기요양 진입 예방
- 장기요양제도 인정조사시 일정기간 동안의 재활서비스(일상생활 유지를 위한 기능훈련) 이용 의무화를 통한 자기돌봄 기능 확보
- 노인맞춤돌봄서비스와 응급안전안심서비스 연계를 통한 상시적 안부확인체계 구축
- 낙상예방을 위한 주거환경 개선(장기요양 진입 전·후 전체)

○ (재가생활 가능, 기능 제한기) 재가장기요양서비스의 급여량 확대 및 서비스 다양화

- 중증 재가수급자의 월한도액 시설입소자 수준으로 확대
- 불충분한 서비스 량 및 종류에 따른 돌봄 공백 발생에 대한 지역사회 서비스의 통합적 연계
- 현재 운영 중인 시범사업(주야간보호 내 단기보호, 전문요양

실, 이동지원, 재택의료, 주거환경개선)의 본 사업화

- 재택의료, 방문의료 수가 시범사업 등의 본사업화를 통한 의료
-요양 연계체계 구축

- 재택의료기관 확대를 통한 서비스의 실효성 증대

- 비장기요양대상자의 방문진료서비스 이용 접근성 확대를 위한
일차의료 방문진료 수가 시범사업의 확대

○ (시설입소) 노인요양시설 서비스 질 개선 및 의료서비스 욕구 충족

- 시설급여 이용자의 의료욕구 충족을 위한 의료전문요양시설
(의사 상주 시설) 신설 검토 및 요양병원의 전환 유도

○ (임종기) 익숙한 장소에서의 임종지원을 위한 통합적 지원체계 구축

- 임종기 대상자의 상시적 상태 파악을 위한 임종기 시설 및 재
가 대상자의 지원체계 모델 구축

- 촉탁의 및 재택의료 의사, 임종전문간호사(신규)의 임종기
주거지(시설) 방문 지원 및 수가 조정 등

- 임종 전문 방문간호사 양성을 통한 거주지(주택 및 시설) 내
임종 지원

- 장기요양급여 내 임종급여 마련 및 시설 내 임종환자 매뉴얼
개발을 통한 임종 지원

○ 신규 장기요양서비스 도입시 고려사항에 대한 종합적 고려 필요

- 장기요양 월한도액 및 본인부담금의 조정
- 기존 지역사회 서비스와의 관계(통합지원에서 제공하던 지역
사회 서비스-예) 영양 및 식사지원, 주거환경개선 등)

□ 노인 돌봄의 통합적 지원을 위한 전달체계 개편

- 통합지원의 '개인별 지원계획'과 연계사업 내 사례관리(장기요양 이용지원 상담, 치매안심센터의 맞춤형 사례관리, 노인복지관의 대상자 사례관리 등)의 연계 및 공유
- 노인복지관, 치매안심센터 등 통합지원 연계기관의 역할 명확화 및 협력방안 마련
 - 돌봄서비스 연계기관으로서의 역할
 - 돌봄 대상자 진입 예방 기관으로서의 역할
- 지역의 특성(도시-농촌 등)을 고려한 제도별(노인맞춤돌봄, 노인 장기요양) 서비스 제공 모델 및 돌봄통합지원 연계 모형 개발
 - 돌봄 취약지역의 돌봄특별구역 설정 기준 및 모델 개발
 - (노인맞춤돌봄) 농촌형 서비스 제공모델 구축
 - (노인장기요양) 요양보호사 및 수급자의 이동지원에 대한 지원 모델
 - (의료연계) 의료서비스 자원 부족 대응
 - 지역별 돌봄 공급 현황에 대한 모니터링 체계 구축

□ 노인 돌봄 인력의 충분성과 재정의 지속가능성 확보를 위한 체계 마련

- 단기·중장기 돌봄 수요 및 인력 공급 전망 모형 구축 연구 수행
- 단기·중장기 돌봄 수요 및 공급 전망 기반의 재정추계 모형 개발 연구 수행과 이를 통한 재정의 지속가능성 확보 방안 도출
- 재정의 지속가능성 담보를 위한 재원마련 방안 개선
 - 장기요양 수요의 급격한 증가에 대한 재정적 충격 완화를 위한

장기요양보험료를 상향 및 추가재원 도입 등을 통한 미래 장기
요양 예비재정 마련 검토

- 장기요양제도 지불보상제도 개편(본인부담금 수준 개선, 수가 조정 등)

2) 장애인 통합돌봄 부문

□ 기존 제도를 포괄하는 지역사회 기반 돌봄통합 체계 구축

- 통합돌봄 시범사업은 그간 중앙정부 중심의 신규서비스 개발, 이에 따른 협소한 정책 대상 설정, 표준화된 서비스 및 지침 운용 등 상향식(Top-down) 방식을 적용하여 집행의 편의성과 관리의 용이성 측면의 장점이 있었으나, 제도 간 간극, 돌봄 사각지대, 복합적 돌봄 욕구 해결에는 구조적 한계가 있었음
- 향후 장애인과 같은 돌봄 취약 집단을 포괄하는 ‘한국형 돌봄 안전망’ 구축이라는 상위 패러다임 아래, 지역사회 중심의 포괄적 통합돌봄 체계로 이행이 필요함
- 영국 등 해외 사례처럼, 보건·의료·소득·주거·여가 등 다양한 영역의 공백을 지역특성에 맞게 메우는 통합적 접근이 요구됨
- 특히 통합돌봄의 대상으로서 고령장애인 중심 통합지원 강화 필요
 - 고령장애인은 고령장애인은 노인정책과 장애인정책의 중첩대상임에도, 의료·요양·돌봄의 연속지원과 사회적·정서적 네트워크 지원이 미흡(백민, 2024.7.9.)¹³⁾

13) 백민. (2024.7.9.). ‘분절적 고령장애인 정책’ 학계·장애계·전문가 다양한 지원방안 쏟아져. 에이블뉴스. <https://www.ablenews.co.kr/news/articleView.html?idxno=213724>

- 장애인정책은 주로 65세 미만, 노인정책은 비장애 노인에 집중되어 정책 사각지대가 발생하므로, 고령장애인에 대한 의료접근성 확대, 연속적 돌봄, 지역사회 기반 네트워크 구축 등 통합지원이 필요

□ 장애인 건강권 실현과 건강관리 서비스의 혁신

○ 장애인의 건강권 실현의 요구는 통합돌봄 논의 이전부터 논의 되어 2017년 「장애인건강권법」이 시행되고 있고, 이에 따라 장애인건강주치의 시범사업, 의료기관 이용편의 지원 시범사업 등 장애인의 건강권 보장과 의료접근성 확대 노력이 진행 중이나 장애인정책국내에서만 시도되고 있어 수가체계의 개선 등 근본적인 한계로 극적인 변화 미비

- 장애인의 주요 정책요구는 소득보장(43.9%)과 의료보장(26.9%)이며, 만성질환 유병률이 높고, 17.3%는 필요한 의료서비스를 이용하지 못하며, 미충족 의료의 주된 원인은 이동불편(36.5%)으로, 디지털 기반의 원격진료, 건강관리 앱, 재택의료 등 접근성 혁신이 필요함(보건복지부, 2024.4.30.)
- 이러한 접근에 대해서는 해외(중국·파키스탄 등) 및 국내 연구(2020~ 국립재활원 재활환자 재택의료 시범사업, 2023 전주 시 통합돌봄 의료비 절감 효과, 2024 장기요양 재택의료센터 시범사업에서 지역사회 및 재택기반 서비스가 입원 감소와 진료비 절감에 효과적임이 확인)에서 비용효과성이 입증되었음(국립재활원, 2024; 문성일, 2023; 보건복지부, 2024; Yi, Liu, & Jiang, 2023; Curioni, Silva, Damião, Castro, Huang, Barroso, Araujo, & Guerr, 2023; Tariq, & Subhani. 2022)

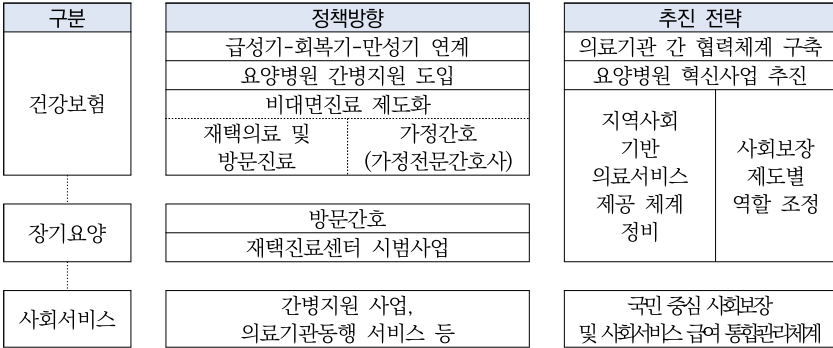
□ 통합지원생태계의 구성과 지역 기반 네트워크의 활용

- 「통합돌봄지원법」의 시행과 함께 지역 협력을 기반으로 한 통합 지원생태계 구축이 요구
 - 장애인 당사자와 단체의 적극적 참여를 통해 서비스의 실효성과 정책의 정당성을 높일 수 있으며, 이들 단체는 정보제공, 정서 지원, 권익옹호 등에서 주요한 역할을 할 수 있음
- 특히, 장애인은 이동·접근의 어려움과 사회적 고립 등으로 인해 건강 위험이 크므로, 지역 기반의 지원 네트워크와 긴급돌봄 등 간헐적 지원체계 마련이 중요
 - 이러한 접근은 응급안전 및 단기 돌봄체계의 구성과 예방적 접근 그리고 지역분권적 돌봄체계로서 장애인 건강 악화 방지와 돌봄의 지속가능성 확보에도 기여할 수 있을 것임

3) 보건의료 부문

- 건강보험 의료서비스(급성기병원-회복기재활병원-만성기요양병원), 장기요양보험 요양서비스, 지역 내 사회서비스의 연속성 확보 기반 마련

[그림 5-8] 건강보험-장기요양보험-지역 내 사회서비스의 연계방안



출처: 연구진 작성

□ 의료기관 간 협력체계 구축과 통합돌봄서비스로의 연계 촉진

- 상급종합병원 구조전환사업, 포괄2차 종합병원 지원사업, (회복기) 전문재활의료기관 지정 사업, 요양병원 혁신 사업 內 환자 중심 진료 협력 체계 구축내용 포함 및 통합돌봄서비스가 필요한 환자를 지역사회(통합돌봄 담당자)에게 연계

□ 요양병원 혁신사업: 의료중심 요양병원의 기능 강화와 더불어 환자의 간병비 급여화 추진

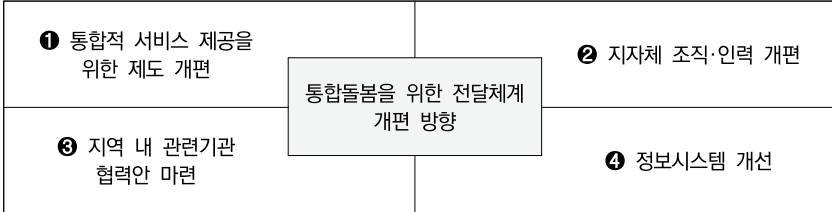
- 요양병원 내 최고도, 고도 환자의 비율 상승, 경도 및 선택입원군 입원서비스 제공 지양하는 의료중심 요양병원 지원 사업의 추진
- 역량 있는 요양병원의 입원환자를 중심으로 환자의 단계적 간병비 부담 경감체계 마련
- 단, 요양병원 중 루게릭 전문, 치매전문 등 의료서비스의 특화가 필요한 영역을 선정하여 요양병원의 전문화 추진 필요

- 의료형태 다각화를 위한 지역사회 기반 방문 및 비대면 의료서비스 제공 체계 정비
 - 거동불편으로 지역사회 내 비대면 진료가 필요한 대상자에 대한 비대면 진료 제도화
 - 건강보험 재택의료 및 방문진료 사업 정비 및 건강보험 급여 유형화
 - ①일상 지속적 의료지원, ②일시적 의료지원, ③퇴원 환자 지역사회 정착 지원, ④임종 지원
 - 건강보험의 방문진료 수가체계 정비 및 장기요양 재택의료센터 시범사업의 확대 추진
 - 사회보장 제도별 역할 조정
 - (예시) 건강보험은 의사의 방문진료에 대한 보상, 장기요양은 재가급여 범위 내 방문간호 지원

나. 돌봄 통합지원을 위한 전달체계 재편

- 통합돌봄을 위한 전달체계 개편은 단순한 지자체 행정조직 개편이나 인력 확충을 넘어 지자체 중심의 책임성 강화와 민관 협력 기반의 거버넌스 구축을 요구함
 - 통합돌봄에 필요한 연계사업을 확충하는 동시에 사업 구조의 연계·조정방안 마련, 정보시스템 통합 운영은 실행력을 담보하는 핵심 인프라로서 중장기적으로 전달체계 전반의 구조적 혁신으로 이어져야 함
 - 통합돌봄을 위한 전달체계 개편의 과제는 정책 구조, 지자체 조직·인력, 지역 내 기관 협력, 정보시스템 등 네 가지 차원으로 구분하여 제시할 수 있음

[그림 5-9] 통합돌봄을 위한 전달체계 개편의 네 가지 전략



출처: 연구진 작성

1) 통합적 서비스 제공을 위한 돌봄제도 개편

□ 돌봄정책의 구조적 통합 기반 구축을 위한 통합운영계획 마련 및 시행

○ 통합적 서비스 제공을 위해서는 유관 돌봄제도의 정비와 통합돌봄 프레임 설계가 선행되어야 함

- 현재 돌봄정책은 제도별·대상별로 분절되어 운영되고 있어 정기간 연계성과 서비스의 지속성이 확보되지 못하고 있음
- 이에 따라 중앙정부 및 지방자치단체가 운영 중인 돌봄사업의 현황을 체계적으로 점검하고 돌봄정책의 중복·사각지대·지역간 격차를 분석하여 통합운영계획을 마련해야 함

○ 이를 위해 우선적으로는 기존 돌봄사업의 목록화와 정비 방안 마련이 필요함

- 중앙 및 지자체 수준에서 시행 중인 돌봄사업의 현황을 파악하고, 유사 기능을 가진 사업군을 구분함으로써 연계 가능성에 대한 심층적 분석을 수행해야 함
- 사업별 운영 현황, 유사 기능 여부, 사각지대 발생 요인, 보장성 수준(지역 간 편차 포함) 등을 분석하여 통합적 관리 기반을 구축해야 함

- 대상자 특성, 기능, 재정 구조 등을 중심으로 사업을 유형화하여 통합 또는 연계가 가능한 구조적 틀을 도출할 필요가 있음

□ 연계가능성 분석에 기반한 통합 프레임 설계

○ (1단계) 기존 제도 구조 내 통합프로세스 정비

- 기존 제도별로 반복적으로 이루어지는 신청 및 욕구조사 절차를 개선하여 신청절차의 일원화와 통합 욕구조사 체계 구축이 필요함
- 개인별 지원계획을 기반으로 일원화된 서비스 패키지 제공 체계를 구축함으로써 이용자의 욕구에 따른 맞춤형 서비스 제공이 가능하도록 함
 - 사업별로 상이한 신청서, 자격기준, 구비서류를 통합신청 절차로 단일화하여 행정 효율성을 제고함
 - 현행 사업별 판정도구 및 욕구조사 방식의 차이로 인한 불균형을 개선하기 위해 통합욕구조사 도구를 개발·적용함
 - 사업별로 분리된 모니터링 체계를 통합모니터링 방식으로 전환하여 통합돌봄의 성과를 함께 평가할 수 있는 체계로 개편함

○ (2단계) 제도 간 통합운영 방안 마련

- 제도 간 실질적인 연계가 작동하도록 개별사업 간 조정체계를 마련해야 함
- 유사 목적·대상·기능을 가진 사업은 통합적 운영을 원칙으로 하되, 필요한 경우 사업 간 조정·통합 여부를 결정하는 운영체계의 제도화가 필요함

2) 지자체 조직·인력 개편

□ 시군구 전담부서 설치 및 기능중심 조직개편 추진

- 통합돌봄의 효율적 추진을 위해 시군구 단위의 통합돌봄 전담 부서 설치를 의무화하고, 복지·보건·주거 등 기능 간 조정 및 총괄 기능을 수행할 수 있도록 해야 함
 - 전담부서는 노인, 장애인, 보건 등 주요 돌봄사업을 총괄할 수 있는 조직으로서 위상을 확보할 필요가 있음
 - 단순 팀 단위가 아닌 과 또는 국 단위의 총괄조직으로 설계하여 통합돌봄정책의 기획·조정·집행 기능을 일원화할 수 있도록 해야 함
- 대상별 조직구성에서 벗어나 기능 중심의 조직설계로 전환하여 통합적 서비스 제공 기반을 마련해야 함
 - 기존의 노인·장애인 등 대상별 조직을 기능 중심으로 재편함으로써 돌봄을 매개로 한 부서 간 협력 가능성을 높여야 함.
 - 통합사례관리, 의료급여사례관리 등 유사업무를 수행하는 부서를 재정비하여 업무 효율성을 제고하고 서비스 연계·통합이 가능한 구조로 재편해야 함

□ 읍면동의 초기상담 및 현장조사 기능 강화

- 읍면동은 통합돌봄의 안내 및 초기상담 창구로서의 역할을 명확히 하고 이에 적합한 인력과 기능을 갖추어야 함
 - 통합돌봄은 맞춤형복지팀에서 업무를 담당하는 것이 적절하나, 읍면동 내방자의 최초 접점은 복지급여 신청접수를 담당하는 복지행정팀에서 주로 수행할 것으로 예상됨

- 복지행정팀이 효율적인 초기 상담자 연계 등이 가능하도록 업무 분장 조정과 교육훈련 체계 마련이 병행되어야 함
 - 특히 수요가 많은 지역의 경우, 초기상담 전담창구를 별도로 설치하는 등 조직 운영의 유연성이 필요함
- 통합돌봄의 사례관리 전 과정을 지원할 수 있는 대면 중심의 인력 체계를 구축해야 함
- 대상자 접수, 초기상담, 현장조사, 서비스 연계, 개인별지원계획 수립 등 일련의 사례관리 과정을 수행할 수 있는 인력 구성이 필요함
 - 맞춤형복지팀의 기존 업무 성격을 명확히 하고, 복지사각지대 발굴, 통합사례관리, 민간자원 연계(이웃돕기) 등 유사 업무를 통합적으로 설계하여 효율성을 제고해야 함
 - 이를 위해 업무 수행 절차와 프로세스를 점검하고, 중복된 프로세스를 재설계함으로써 누락 없고 효율적인 사례관리 체계를 확립해야 함

□ 인력 확충 및 전문인력의 배치

- 통합돌봄의 실질적 이행을 위해서는 충분한 인력 확충과 전문성 있는 인력 배치가 필수적임
- 인력 확충은 업무량 증가에 대응할 인력 확보, 돌봄 전문성 강화를 위한 전문 인력 배치라는 두 가지 측면에서 추진되어야 함
- 우선적으로 본청 단위의 통합돌봄 운영체계의 기획·자원발굴 인력 확보가 필요하며, 이후 읍면동 단위로 신청·접수·현장조사·서비스 연계 등 사례관리 업무를 담당할 인력을 단계적으로 배치해야 함

- 지자체의 인력 수요와 지역 규모를 고려하되 본청 내 통합돌봄 기획 및 조정 인력을 우선 배치하여 체계적 사업 운영의 기반을 마련해야 함

○ 전문인력의 배치 또한 핵심 요소임

- 돌봄대상자의 건강 및 의료 상태에 대한 평가를 수행할 수 있는 간호직 인력 배치와 사례관리 슈퍼비전 및 서비스 연계·조정을 담당할 복지직 팀장급 인력의 배치가 필요함
- 특히 읍면동 통합돌봄 담당팀에는 팀장급 복지직 공무원을 배치하여 책임성을 강화하고 조직 내 통합돌봄 업무의 위상을 명확히 할 필요가 있음

○ 신규 인력에 대한 교육·훈련체계와 성과보상체계를 함께 구축해야 함

- 통합사례관리, 서비스 조정, 지역자원 연계 등 업무역량을 강화할 정규 교육과정을 마련하고,
- 성과 기반의 보상 및 인사평가체계를 연계하여 지속가능한 인력운영 기반을 조성해야 함

3) 지역사회 내 관련 기관 협력안 마련

□ 지역사회 공급체계의 재구조화

○ 통합돌봄의 효과적 추진을 위해서는 지역 내 돌봄자원(공공·민간·유관 돌봄서비스 제공기관 등)에 대한 현황 진단과 기능 재정비가 우선되어야 함

- 현재 지역 내 돌봄 공급주체들이 기관별·사업별로 운영되고 있어, 기능 중복과 공백이 동시에 발생하고 있음

- 이에 따라 지역 돌봄자원의 기능별 역할을 재정립하고, 공급체계를 통합적 관점에서 재설계할 필요가 있음
- 지자체 통합돌봄 추진을 위한 공급기관 간 기능 정립 및 협업체계 구축 전략을 마련해야 함
 - 주요 공급기관의 역할을 기능 중심(기획·집행·조정·사례관리 등)으로 구분하고, 서비스 전달과 지원이 유기적으로 연계될 수 있는 구조를 설계해야 함
 - 이를 통해 기관 간 경쟁·중복을 최소화하고, 지역 내 돌봄서비스의 효율성과 접근성을 높일 수 있음
- 지자체 책임 강화에 기반한 주체별 역할의 명확화
 - 통합돌봄의 지속가능한 운영을 위해서는 지자체를 중심으로 한 주체별 역할과 책임의 명확화가 필요함(이정은, 2025)
 - 지자체는 통합돌봄의 기획·조정 기능을 수행하는 핵심 책임 주체로서 역할을 강화하고, 지역 내 관련 기관은 지자체의 정책 방향에 따라 협력적 실행주체로 기능하도록 역할을 구체화해야 함
 - 공공-민간 간 협업을 제도적 구조로 정착시켜야 함.
 - 기관 간 협력과 정보공유를 정례화하기 위한 상설 거버넌스 체계를 구축하고, 역할 조정 및 공동책임 원칙이 작동할 수 있도록 제도적 기반을 마련해야 함
 - 특히 지역 단위에서 통합사례관리, 서비스 연계, 자원 관리 등이 협력적으로 이루어질 수 있도록 지자체 주도의 민관 거버넌스 모델을 구체화할 필요가 있음

4) 정보시스템 개선

□ 통합적 서비스 연계를 위한 정보공유 체계 구축

- 통합돌봄의 실질적 이행을 위해서는 기존 정보시스템 간 연계에 기반한 통합정보시스템의 구축과 함께, 디지털 기술을 활용한 시스템 고도화가 필요함
 - 서비스 제공 과정의 전산화된 이력관리를 통해 효과적인 개인별 지원계획수립을 지원하고, 주요 업무서식의 표준화 및 정보화를 추진하여 부서 간·기관 간 업무 연계의 효율성을 제고해야 함
- 특히 민간기관과의 정보 연계 강화는 통합서비스 제공의 핵심 요소임
 - 공공기관뿐 아니라 사회복지관, 사회서비스원 등 다양한 서비스 제공주체가 접근 가능한 개방형 시스템 환경을 조성해야 함
 - 서비스 이력, 이용자 특성, 개인별 지원계획 등 주요 데이터를 공유할 수 있는 구조를 마련함으로써, 복합적 욕구를 가진 대상자에 대한 통합적 지원과 중복서비스 방지가 가능하도록 해야 함
 - 이를 위해 개인정보 보호 규정을 준수하면서도 공공목적 하의 정보공유가 가능하도록 법적·기술적 기준을 정비할 필요가 있음
- 정보시스템이 실제 현장에서 활용 가능한 구조로 작동하도록 설계 단계부터 현장성과 실효성을 반영해야 함
 - 시스템 구축 과정에서 지자체 및 현장 담당자의 의견을 반영하고, 사용자 중심의 정보환경을 반영하여 행정업무 부담을 최소화해야 함
 - 현장 인력의 정보활용 역량을 강화하기 위한 정기 교육 및 기술 지원 체계도 병행되어야 함





제6장

일하는 부모의 양육부담 경감을 위한 통합적 양육지원체계 구축

제1절 현황 진단

제2절 여건 변화와 전망

제3절 정책 방향과 추진 전략



제 6 장

일하는 부모의 양육부담 경감을 위한 통합적 양육지원체계 구축

제1절 현황 진단

- 자녀 양육 비용 부담 완화를 위한 ‘양육비’ 지원과 일하는 부모의 일·가정 양립, 일·생활 균형을 위한 ‘시간’ 지원 필요성, 아동 ‘돌봄’ 공백 해소와 발달·보호를 공공 돌봄서비스 제공의 필요성에 대한 사회적 공감대 확산
- (양육지원 3개의 축) 양육 비용 부담 완화를 위한 소득 지원, 일하며 자녀 양육할 수 있는 시간 지원 & 돌봄서비스
 - <온 사회가 다같이 돌보는 돌봄기본사회 추진> 위해 ‘영유아 교육·보육비 지원 확대’ 필요(공약)
 - ‘일하는 모든 취업자로 육아휴직 단계적 확대’와 ‘소상공인·자영업자 육아휴직수당 확대’로 일하는 부모에게 시간과 소득을 지원할 필요에 대한 공감대 확산(공약)
 - 육아휴직 사각지대 해소와 소상공인·자영업자 사회안전망 강화에 대한 사회적 합의
 - 여전히 장시간 근로하는 사회에서 2030년까지 OECD 평균 이하로 노동시장 감축하고자 하는 방향성(공약)
 - 주 4.5일 도입·확산 및 실노동시간 단축 로드맵 제시하고자 하는 정부의 방향성
- 일하는 부모의 양육부담 경감을 위해 현금, 시간, 돌봄서비스 지

원의 삼박자가 맞아야 함. 즉, 양육지원을 위한 통합적 지원체계가 필요함.

[그림 6-1] 양육지원 3개의 축

양육비 지원	시간 지원	돌봄서비스
첫만남이용권	임신기 근로시간 단축	어린이집
부모급여	출산전후휴가, 배우자출산휴가	유치원
가정양육수당	육아휴직	아이돌봄 서비스
아동수당	육아기 근로시간 단축	지역아동센터
저소득한 부모	가족돌봄 휴가, 휴직	다함께돌봄센터
장애아	유연근무제 (시간선택제, 시차출퇴근제, 선택근무제, 재량근무제, 원격근무제, 자택근무제)	늘봄학교
저소득 근로가구		
장애아동수당		
자녀장려금		

주: “아동수당제도 효과분석 및 발전방향 연구,” 고제이 외. 2024, 보건복지부, 한국보건사회연구원; “2024년 아동가구 고용지원 전문영향평가 연구,” 김현경 외. 2024, 아동권리보장원, 한국보건사회연구원; “돌봄인력 수급 전망 및 추계를 위한 기초연구,” 김현경 외. 2024, 중앙사회서비스원, 한국보건사회연구원을 참조하였음.

출처: 연구진 작성

- (참고) 국정기획위원회(2025.8)에서 발췌한 관련 국정과제
 - 60. 국민 생활비 부담 경감 (기재부)
 - (양육비 부담 완화) 자녀수에 따라 신용카드 등 소득공제 한도 확대
 - 79. 장애인 삶의 질 향상과 기본적 권리 보장 (복지부)
 - (발달장애인 돌봄 국가책임제 실시) 발달장애인 24시간

지원을 목표로 주간활동서비스 대상을 1.2만 명에서 3만 명까지 확대

- 최중증 대상 통합돌봄 지원 확대, 서비스 단가를 주간활동서비스 단가의 200%까지 단계적 인상 등 최중증 지원 내실화

- (기대효과) 발달장애인 돌봄에 대한 국가책임 확대 및 장애인 권리기반 강화

○ 87. 아이 키우기 좋은 출산·육아 환경 조성 (복지부)

- (과제목표) 난임부부·임산부·아동에 대한 지원 확대로 아이 키우기 좋은 환경 조성, 취약·위기 아동과 청년에 대한 안전하고 건강한 성장·자립기반 마련

- (양육지원 강화) 아동수당(현재 8세 미만) 지급대상을 매년 1세씩 점진적 확대하여 13세 미만까지 지급, 부모교육과 연계 강화 및 인식개선 추진

- (난임·임산부·영유아 지원) 난임·임산부 심리상담센터 및 공공산후조리원 설치 지원, 가임력 검사비 연중 지원

- (아동보호 강화) 국가가 책임지고 태어난 아이를 보호할 수 있는 체계 마련

- (취약·위기 아동·청년 지원) 자립준비 청년 지원 수당·맞춤형 사례관리·자립 초기 재무설계 등을 통해 자립 준비 지원

- 가족돌봄아동 사례관리 강화 및 수용자 자녀 경제적 지원 확대

- (기대효과) 아동 양육부담 완화 및 아동의 권리와 복지 증진

○ 88. 아동·청소년의 건강한 성장 및 다양한 가족 지원 (여가부)

- (아이돌봄 지원 확대) 정부지원 소득기준 단계적 완화 및 지원비율 상향, 취학 전·후 차등지원 폐지 등 아이돌봄 지원 강화, 돌보미의 안정적 일자리 환경 개선(돌봄수당 인상, 심야수당 신설 등)
 - 민간 서비스 제공기관 등록제 운영 등 민간 아이돌봄 서비스 관리체계 구축
- (한부모·이주배경 가족 등 지원 강화) 한부모가족 아동양육비 지원 소득 기준 및 지원금 상향, 미혼모·부·조손 등 추가 아동양육비 지원 확대
 - 가족센터 통한 이주배경 아동·청소년 기초 학습 및 진로설계 등 교육지원 강화, 1인가구 사회적 관계망 형성지원 등
- (기대효과) 안심 육아환경 조성 및 한부모·이주배경 가족 등 다양한 가족의 생활 안정

○ 95. 일, 가정, 삶의 공존하는 행복한 일터 (고용부)

- (과제목표) 연간 실노동시간 OECD 평균 수준으로 단축, 일·생활 균형을 위한 법·제도 개선과 갑질 없는 행복 일터 조성
- (노동시간 단축) 일·생활 균형 촉진을 위해 ▲실노동시간 단축 로드맵 마련·시행 ▲포괄임금제 금지 ▲노동시간 적용제외 및 특례업종 개선
 - 중앙·지방정부 주 4.5일 지원 시범사업 실시, 실노동시간 단축법 제정·시행, 노·사 자율 확산 촉진·지원, 근로기준법 개정으로 주4.5일제 추진

- (일·가정 양립 지원 강화) ▲배우자 유·사산휴가 신설 ▲배우자 임신 중 출산휴가·육아휴직 신설 ▲난임 유급휴가 확대
 - 소상공인·자영업자 육아수당 신설, 저소득층 출산전후휴가 급여 추가 지급, 직장어린이집 지원 강화
 - 자동육아휴직 제도 도입, 육아기 노동시간 단축급여 인상, 중소기업 특성에 맞는 지원금 인상·지급방식 및 대체인력제 개선
- (기대효과) 노동시간 단축과 일·생활 양립 지원으로 행복한 일터 조성

○ 101. 교육격차 해소를 위한 공교육 강화 (교육부)

- (방과후·돌봄체계구축) 방과후 프로그램 이용권 제공으로 교육비 부담을 완화하고, 프로그램·강사 검증을 강화하여 방과후학교 체제 확립
 - 지자체 중심의 돌봄·교육모델을 마련·확산하고, (가칭) 운동네 돌봄·교육센터를 확충하여 돌봄·교육의 질 제고
- (정부책임형 유보통합 추진) 0세반부터 교사 대 아동 비율 개선, 3~5세 단계적 무상교육·보육실현, 틈새돌봄 확대 및 수요 맞춤형 교육·방과후 과정 등을 통해 모든 영유아가 건강한 성장과 배움을 보장받는 교육·돌봄체계구축

□ 하지만 현실은 어떤지, 왜 이 문제가 난제(難題)가 되었는지 진단하고자 함

- ① 부모 일하는 시간과 아동 돌봄시간의 불일치
- ② 공적 돌봄서비스의 부족과 분절·파편화
- ③ 부모의 장시간 근로와 시간 지원 정책의 부족
- ④ 통합적 양육비 지원체계 미비

□ ① 부모 일하는 시간과 아동 돌봄시간의 불일치

○ 40시간 정규 근로시간으로 단일화된 근무시간, 질 좋은 시간제 일자리 부족, 긴 통근시간으로 실질적으로 적어도 7:30~19:30은 자녀를 돌볼 수 없는 시간([그림 6-2])

- 성재민 외(2024) <표 2-2>에서 유럽 15개국 유럽 근로조건조사 (European Working Condition Survey, EWCS)와 한국 근로 환경조사를 분석한 결과에 따르면, 한국 전체 근로자 중 40시간 일하는 비율이 53.1%, 41~48시간 17%, 49~52시간 5.6%로 주 최대 52시간을 넘지 못하는 40시간 정규근로시간제로 근무하는 비율이 75.7%임. 유럽 15개국(2015년 기준)은 주 40~52시간 근로하는 비율이 24.9%(벨기에)~71.8%(포르투갈), 평균 43.3%로 우리나라보다 32.4%p 낮음(성재민 외, 2024, p.14).
- OECD 주요국은 자녀가 있는 여성의 시간제 근로 비중이 높고, 일자리 질에서 전일제와 큰 차이가 없는 시간제인 반면, 우리나라는 시간제 근로 비중이 낮고, 사회보험 등에서 배제된 비정규직·주변부 일자리임.

- 25~54세 자녀가 있는 여성의 시간제 근로 비중이 네덜란드 69.2%, 독일 64.9%, 프랑스 27% 등이지만 우리나라는 24.3%로 낮고(정성미, 2025) 일자리 질이 낮음
 - 독일의 정규시간제(regular part-time)은 주 평균 25시간 정도 근무하는 형태로, 시간당 임금에서 전일제와 거의 차이가 없고 근로시간 만족도도 매우 높은 일자리임(김현경, 2024)
 - 한국의 통근시간은 OECD국가 중 가장 길고(OECD, 2021; 손연정, 2024, p.10에서 재인용), 2019년 생활시간조사 분석 결과 평일에 전국 평균 1시간 12분, 수도권 평균 1시간 30분. 비수도권 평균 1시간 3분을 출퇴근에 사용(손연정, 2024, p.11)
- 정규 근무하는 경우에도 긴 통근시간 동안의 틈새돌봄과 증가하는 비정형 근로의 비정기적 근무시간으로 인한 돌봄 공백이 발생

[그림 6-2] 12세 이하 아동 연령·학령별 돌봄서비스와 부모의 근로시간

구분	0-5세	3-5세	초등학생				
	어린이집	유치원	방과후				
7:30 이전	비정형 근로 시 비정기적 근로시간 또는 이른 출근시간						
7:30							
8:00				늘봄학교			
8:30							
9:00							
9:30	기본 보육시간	반일제 (정규 교육과정) (8:40부터 등원 가능, 담임교사출근 시간)	초등학교				
10:00							
10:30							
11:00							
11:30							
12:00							
12:30							
13:00							
13:30					지역아동 센터	다함께 돌봄센터	늘봄학교 ※ 초등돌봄교실과 방과후 학교 통합 (아침늘봄 8-8:40, 오후늘봄 13:40-14:20, 저녁늘봄 17-20시)
14:00							
14:30							
15:00							
15:30	연장반	방과후과정 (교육및돌봄)	(학기중 필수 운영시간 13-20시)	(학기중 표준 13-20시, 방학중 9-18시)			
16:00							
16:30							
17:00							
17:30							
18:00							
18:30							
19:00		아이돌봄 서비스					
19:30							
20:00	아이돌봄 서비스		아이돌봄 서비스				
20:30							
21:00							
21:30							
22시 이후	비정형 근로 시 비정기적 근로시간(야간근로) ※ 야간 아이돌봄서비스 지원 있음						

- 주: 1) 파란색은 시간제 또는 단축 근로시간제를 사용할 때 부모의 근로시간, 연두색은 9-6의 정규 근로시간 근무할 때의 근로시간, 연한 갈색 및 빛금은 긴 통근시간, 즉, 부모가 일(과 통근)을 하느라 자녀를 직접 돌보기 어려운 시간임.
- 2) 사업 목록은 “돌봄인력 수급 전망 및 추계를 위한 기초연구,” 김현경 외. 2024, 중앙사회서비스원, 한국보건사회연구원을 참조하였음.
- 3) 초등 방과후 돌봄 서비스 운영시간은 보건복지부. (2025a). 2025년 다함께돌봄 사업안내, 보건복지부(2025b). 2025 지역아동센터 지원 사업안내, 한국교육개발원. (2025). 2025 늘봄 학교 운영 길라잡이 (개정판)을 참고하였음.

출처: 연구진 작성

□ ② 공적 돌봄서비스의 부족과 분절·파편화

○ 아동 대상 돌봄서비스의 분절·파편화

- 어린이집(보건복지부), 유치원(교육부/교육청)으로 분절되어 있던 영유아 보육과 교육이 유보통합 추진으로 교육부로 단일화되었으나 유보통합 실현을 위해서는 인력의 자격체계 정비 등 다양한 선결과제가 있음
- 교육부에서 초등방과후, 초등돌봄교실, 지역아동센터, 다함께돌봄센터를 포괄할 수 있는 늘봄학교를 운영하기 시작했으나 저학년 시범 운영 단계로 통합된 초등 방과후 프로그램으로 안착 및 온전히 통합되는 데 시간이 소요될 것으로 전망됨

〈표 6-1〉 아동 대상 공적 돌봄서비스 유형 및 개요

구분	영유아 돌봄		아이돌봄 지원사업 아이돌보미	지역아동센 터	초등방과후 돌봄	
	보육교사	유치원교사			초등돌봄교 실 돌봄교사	초등방과후 돌봄센터(다함 께돌봄센터)
돌봄 대상	0~ 만5세	만3~만 5세	만3개월~ 만12세	만18세 미만	만6세~ 만12세 주로 초1~3학년	만6세~ 만12세
근거법	영유아보육법 제21조 (어린이집 원장 또는 보육교사의 자격)	유아교육법 제22조 (교원의 자격)	아이돌봄 지원법	아동복지법	초·중등교육 과정총론 교육부 고시	아동복지법 다함께돌봄 센터 설치 및 운영
소관부처	교육부	교육부/ 교육청	성평등가족부	보건복지부	교육부	보건복지부
전달체계	어린이집	유치원	건강가정 지원센터 등 (위탁사무)	지역 아동센터	초등돌봄교실	다함께돌봄 센터 (우리동네키움 센터(서울시))

구분	영유아 돌봄		아이돌봄 지원사업 아이돌보미	지역아동센 터	초등방과후 돌봄	
	보육교사	유치원교사			초등돌봄교 실 돌봄교사	초등방과후 돌봄센터(다함 깨돌봄센터)
유형 및 운영 형태	국공립, 사회복지법인, 법인의단체, 민간, 가정, 직장, 협동	병설/단설, 사립	지자체(직영), 위탁(가족센터, 사서원(공공), 여성단체 여성인력, 사회복지관 등)	공립, 민간	교육지원청 소속 (무기계약직), 지자체 소속 (정규직(서울 시 중구 등))	지자체 출현기관 직영, 위탁 운영
제공 기관 수	28,954개소 (‘23.12월 기준)	8,294개소 (‘24년 4월 기준)	228개 기관 (‘24년 10월)	4,219개소 (‘24년. 10월 기준)	14,970 (‘22년)	1,130개소 (‘24년 10월 기준)

주: 보육교사는 담임교사, 대체교사, 야간연장교사, 누리과정보조교사, 보조교사, 대체교직원, 연장반 전담 교사, 비담임(선입)교사 포함

1) “보육통계,” 보건복지부, 2023, 교육통계서비스. <https://kess.kedi.re.kr>

2) “초등돌봄교실,” <https://www.afterschool.go.kr/intro/state/state1.do>

3) “다함깨돌봄센터,” 지역아동센터, <https://www.ncrc.or.kr/ncrc/cs/cnter/selectCntrList.do?mi=1122>.

4) “아이돌봄서비스,” <https://idolbom.go.kr/front/biz/stts>, 내부자료

출처: “돌봄인력 수급 전망 및 추계를 위한 기초연구,” 김현경 외, 2024, 중앙사회서비스원, 한국보건사회연구원, pp. 106-107. 일부 발췌 및 수정

○ (영유아 시설 및 가정 공적 돌봄서비스 부족) 「2021년 가족과 출산

조사」 분석 결과, 어린이집/유치원이라는 시설 돌봄과 아이돌봄서
비스(공적 가정 돌봄) 모두 현재 희망하는 만큼 사용하지 못함

- 특히 영아의 경우 38.26%의 미충족률이 발생, 주양육자의 경제
활동 중단을 초래할 위험이 높음

- 아이돌봄서비스 역시 재정의 제약, 돌봄을 필요로 하는 시간과
아이돌봄사의 희망 근로시간의 불일치(미스매치)로 미연계되
는 등 필요한 만큼 서비스가 제공되지 않음

〈표 6-2〉 영유아 보육연령별 공식 돌봄유형별 현재 및 희망이용률(2021년)

구분	0세	1세	2세	3세	4세	5세
현재 돌봄유형						
어린이집	0.2118	0.7893	0.8677	0.4932	0.3748	0.3608
유치원	-	-	-	0.3452	0.4830	0.5478
돌보미	0.0428	0.0563	0.0553	0.0313	0.0261	0.0293
희망 돌봄유형						
어린이집	0.5944	0.8861	0.9395	0.3714	0.2755	0.2440
유치원	-	-	-	0.5881	0.6630	0.6980
돌보미	0.1247	0.0998	0.0643	0.0787	0.1025	0.0805
희망-현재						
어린이집	0.3826	0.0968	0.0718	-0.1218	-0.0993	-0.1168
유치원	-	-	-	0.2429	0.1800	0.1502
어린이집 +유치원	0.3826	0.0968	0.0718	0.1211	0.0807	0.0334
돌보미	0.0819	0.0435	0.0090	0.0474	0.0764	0.0512

주: “2021년 가족과 출산조사,” 한국보건사회연구원, 2021. 원자료로 분석하였음.
출처: “돌봄인력 수급 전망 및 추계를 위한 기초연구,” 김현경 외, 2024, 중앙사회서비스원, 한국보건사회연구원, p. 213. 〈표 4-32〉로 재구성

- (초등학생 공공 방과후 돌봄 부족) 2021년 가족과 출산조사 분석 결과, 각 학년별로 23.49~31.85%의 방과후 돌봄·교육의 미충족률이 발생
 - (돌봄의 틈새 공백) 그리고 하교 시간과 방과후 서비스 시간이 공백 없이 연계되지 않아서, 불가피하게 사교육 서비스를 이용하는 선택으로 이어짐
 - 초등 저학년 방과후 서비스 부족은 영유아 보육·교육 서비스 부족보다 더욱 큰 돌봄 공백으로 이어져, 주양육자의 일과 돌봄 양립을 어렵게 하는 원인이 됨

〈표 6-3〉 초등학생 학년별 공공 초등방과후 서비스 현재 및 희망 이용률(2021년)

구분	1학년	2학년	3학년	4학년	5학년	6학년
현재	0.4266	0.3868	0.2761	0.3038	0.2881	0.2148
희망	0.6614	0.6277	0.5300	0.6222	0.5280	0.4690
희망-현재	0.2349	0.2408	0.2539	0.3185	0.2400	0.2542

주: 1) 공공 초등방과후 서비스는 ① 초등돌봄교실 ② 방과후 학교 ③ 지역아동센터 ④ 다함께 돌봄 센터(우리동네키움센터) ⑤ 청소년방과후 아카데미 ⑥ 복지관, 주민센터, 도서관 등 공공시설에서 운영하는 프로그램시설 중 하나라도 선택한 경우이다. 그 외 서비스는 ⑦ 민간 학원, 시설 공부방, 학습센터 ⑧ 본인 ⑨ 배우자 ⑩ 친정부모님 (장인·장모님) ⑪ 시부모님 (부모님) ⑫ 기타 친인척 ⑬ 민간돌보미(시터) ⑭ 아이돌보미(정부) ⑮ 방문교육(미술, 한글 등) 교사 ⑯ 아이의 형제자매 ⑰ 아이혼자 ⑱ 기타 ()가 있다.

2) 첫 번째 초등자녀만 분석대상으로 하였음

출처: “2021년 가족과 출산조사,” 한국보건사회연구원, 2021. 원자료로 분석하였음.

□ ③ 부모의 장시간 근로와 시간 지원 정책의 부족

○ (장시간 근로) 한국 근로자 1인당 연간 근로시간은 2011년 2,110시간에서 2023년 1,874시간으로 빠르게 감소했으나 OECD 회원국 2023년 1,637시간보다는 여전히 매우 긴 상태(성재민 외, 2024, pp. 6-7)

○ (육아휴직 사각지대) 대표적인 일가정양립제도인 육아휴직제도는 지속적으로 확대되었음에도 불구하고 고용보험에 기반함으로써 광범위한 사각지대 존재

- 제도적 사각지대: 육아휴직제도 자체가 적용되지 않는 비임금 근로자, 임금근로자 중 고용보험 적용제외자 등
- 급여 사각지대: 제도 내에 있지만 육아휴직급여를 받을 수 없는 고용보험 가입자 중 육아휴직급여 자격 미충족자 등이며 자격을 충족하였어도 여러 가지 사유로 육아휴직 활용이 잘 이루어지지 않고 있는 실질적 사각지대 존재

[그림 6-3] 육아휴직 사각지대

8세 이하 자녀가 있는 부모 중 취업자						
비임금근로자		임금근로자				공무원, 교직원
		고용보험 적용제외	고용보험 적용대상			
무급가족 종사자	자영업자 ·특고		단시간 근로자 등	비정규직 등	미가입자	
←--- 제도적 사각지대 ---→			← (제도)급여 사각지대 →		←--- 현재 적용대상자 ---→	

출처: “모성보호 사각지대 해소를 위한 출산·육아지원 정책 확대 방안”, 강민정 외, 2020, p.54 [그림 III-3]을 토대로 저자 일부 수정.

- 최근 육아휴직제도 개편은 육아휴직 기간 연장과 급여 확대에 초점을 맞추고 있어 고용보험의 재정적 부담은 증가함에도 불구하고 육아휴직제도 사각지대는 해소되지 않으며, 육아휴직 수혜자와 비수혜자 간 격차가 더 커짐
- 고용보험 전체 사업비 지출액 중 모성보호사업(출산전후휴가와 육아휴직)에 지출하는 금액은 2010년 6.2%에서 2023년 12.7%까지 증가(한국고용정보원, 2011, 2024)
- 출생아 100명당 출생아 부모 중 자녀 출생년도에 육아휴직을 사용한 비율은 '15년 17.9%에서 '23년 37.9%로 증가(통계청, 2024a)하였으나 40% 미만 수준
- 2023년 출산모(母)의 출산 360일 전 취업 비율은 64.9%나 출산일 기준 취업 비율은 56.8%(통계청, 2024a)
- 산전후휴가 및 육아휴직 관련 지출은 OECD 국가 중 최저 수준 (OECD, 2025)

- (육아기 근로시간 단축제도의 미성숙과 낮은 활용률) 육아기 근로시간 단축 제도 사용자 수는 꾸준히 증가하고 있지만 2023년 현재 전체 육아휴직급여 수급자의 1/4에 불과하고, 남성의 사용률은 더 낮으며, 육아휴직과 같이 중소기업 종사자 비율이 낮은 문제가 있음(김현경, 류정희 외, 2024)
 - 2008년 육아휴직을 대신하여 근로시간을 15-30시간으로 단축하는 육아기 근로시간 단축제도 도입 후, 2012년 여성 415명, 남성 22명으로 시작해 근로시간 단축 급여 수급자 수는 꾸준히 증가했으나 2023년 현재 여성 20,779명, 남성 2,416명에 불과함(김현경, 류정희 외, 2024)
 - 2023년 300인 이상 기업에 근무하는 수급자 비율은 여성 32.2%, 남성 45.2%로 중소기업 사용자 비율이 상대적으로 저조함(김현경, 류정희 외, 2024)
- (유연한 시간 사용을 위한 유연근무제도의 낮은 활용률) 근로시간 단축근무제 등 유연근무제 활용률 여전히 낮으며, 사업장 규모별 격차 큼
 - 2023년 전체 임금근로자 15.6%에 불과함(김현경, 류정희 외, 2024)
 - 2023년 여성 300인 이상 활용률 36.0%, 100-299인 23.3%, 30-99인 19.0%, 10-29인 15.5%, 5-9인 2.6%, 1-4인 1.6%로 큰 격차(김현경, 류정희 외, 2024)
- (일시·긴급 돌봄을 위한 가족돌봄휴가제도 활용 저조) 「2022년 기준 일·가정양립실태조사」(고용노동부)에 따르면 2022년 가족돌봄휴직 인지율은 22.9%, 사용률은 3.7%이며, 가족돌봄휴가제도 인지율은 22.5%, 사용률은 5.0%에 불과함(김현경, 류정희 외, 2024)

□ ④ 통합적 양육비 지원체계 미비

- 복지부, 여가부, 기재부/국세청 등 부처별로 양육비 지원 사업 분산 및 중복·단절이 발생하는 구조이기 때문에 체계적 연계 부족(〔그림 6-4〕)

[그림 6-4] 중앙정부 양육비 지원 개요

구분	사업명	소관부처	아동초기			아동중기			아동후기
			0세	1세	2-5세	6세	7세	8-11세	12-17세
보편	첫만남이용권		첫째: 200 둘째~: 300 lump sum						
	부모급여	복지부	100(46)	50(2.5)					
	가정양육수당				10				
선별	아동수당				10				
	한부모가족양육 비지원		'24년 21, '25년 23						
	저소득 한부모 청소년한부모아 동양육비지원	여가부	40			'24년 35, '25년 37			
	장애아	장애아동수당	복지부	차상위 이하 경증 11, 차상위 중증 17, 수급자 중증 22					
저소득 근로가 구	자녀장려금	기재부/국 세청	50~100, lump sum						

출처: “아동수당제도 효과분석 및 발전방향 연구”, 고제이 외, 2024. p. 30. [그림 2-9] 아동 양육 관련 현금성 지원사업 개요(중앙정부)

○ 정책 운영 상의 문제점

- (보편적 양육비 지원이 영유아기에 한정, 특히 영아기에 집중) 아동양육에 따른 경제적 부담 완화 목적의 보편적 정부 정책은 아동수당, 부모급여, 첫만남이용권이 있으나 최대 연령 만7세 까지만 지원

- 아동수당이 0~7세로 가장 긴 기간 지원하나 금액에 있어서 월 10만 원에 불과하고 월 지원 금액이 큰 부모급여는 0~1세 지원으로, 영아기에 집중되어 있으며 생후 12개월까지의 생애초기 적정 양육비용과 정부 지원금(아동수당, 부모급여, 첫만남이용권)을 비교한 결과 현재의 지원 수준은 적정 양육비용을 초과함(최효미 외, 2024).
 - 2024년 주민등록인구 기준, 0~7세는 228만 명으로 18세 미만 아동인구 688만 명 대비 33.2%임(행정안전부, 2025).
 - 자녀 양육비는 영아기에만 집중되는 것이 아니며 사교육비를 제외하여도 미취학 자녀와 학령기 자녀 간 양육비 차이가 크지 않음(박종서 외, 2024).
- (아동수당 지원 금액 동결로 체감도 저하) 가장 긴 기간 동안 지원되는 보편적 양육비 지원 정책인 아동수당은 2018년 제도 도입 이후 월 10만 원이라는 금액이 계속 유지되어 물가상승 고려 시 체감도가 계속 떨어질 수 밖에 없음.
 - (자녀수에 따른 양육비 부담 격차 해소 미비) 아동수당, 부모급여 모두 자녀수에 따른 추가 급여가 없어 자녀수에 따른 양육비 부담 격차가 해소되지 않음. 소득수준, 장애, 한부모 등은 별도의 지원이 있지만 자녀수에 따른 차등 지원은 없음.

제2절 여건 변화와 전망

□ 양육비 지원

- 저출산 심화로 아동수 지속 감소에 따라 양육비 지원 확대 여력은 증가
- 국제적 흐름
 - OECD 대부분 국가에서 만 16~18세 미만까지 아동수당 지급, 보편적 아동수당 내에서 다자녀, 한부모 등 아동 가구 특성을 반영하여 추가 또는 차등 지급(고제이 외, 2024)

□ 시간 지원

- 육아휴직 사각지대
 - 플랫폼노동, 노무제공자, 프리랜서 등 고용형태 다양화로 고용 보험 기반 육아휴직의 사각지대는 더욱 확대될 전망이며 고용 형태나 형식과 관계없이 일하는 부모의 일·가정양립에 대한 요구는 증가할 전망
 - 협의의 플랫폼종사자 규모는 2021년 66.1만 명에서 2022년 79.5만 명, 2023년 88.3만 명으로 전년 대비 각각 20.3%, 11.1% 증가, 플랫폼종사자의 연령대는 30~40대가 55.7%로 절반 이상 차지(박보람 외, 2023)
 - 다양한 고용형태 증가는 일·가정양립 제도의 차원을 넘어 일하는 모든 사람들의 '일터 권리' 보장을 위한 기본법 제정에 대한 논의까지 확대될 전망임(공약)
 - 일터권리 보장에 대한 기본법에 일·가정 양립을 위한 보호

및 지원, 고용보험 등 사회보장에 대한 내용이 포함될 전망이다

○ 근로시간 단축 관련 제도 변화

- (육아기 근로시간 단축 제도 개선) 2024년 6월 19일 발표된 저출생 추세 반전 대책에서 육아기 근로시간 단축 급여 인상, 사용가능 자녀 연령 및 기간 확대, 최소 사용기간 축소, 동료 지원금 신설로 제도 활성화를 위한 제도 개선
 - (급여 인상) 통상임금 100% 지원하는 근로시간을 주 5시간 →10시간으로 확대(2024.7.1.)
 - (연령, 기간 확대) 자녀 연령 8세→12세로 확대, 사용기간 24개월→36개월로 연장
 - (최소 사용기간 축소) 3개월→1개월
 - (동료지원금 신설) 제도 사용하는 근로자 업무를 부담한 동료에게 지원금(월 20만 원) 신설
- (유연근무제 제도적 기반 & 인프라 구축 지원) 2019년 『남녀 고용평등법』에 ‘가족돌봄 등 근로시간 단축제도’ 도입 (2019.8.27.) 및 유연근무제 도입 촉진을 위한 사업주 지원, 유연근무 인프라 구축 비용 지원, 유연근무 종합컨설팅 사업 운영 중
 - 가족돌봄 등 근로시간 단축제도: 근로자가 본인의 필요에 따라 사업주에게 근로시간 단축을 요구할 수 있도록 제도적으로 보장하는 것으로, 근로시간 단축 사유를 임신, 육아에서 임신, 육아, 가족돌봄, 본인건강, 은퇴준비, 학업으로 확대하고, 공공기관 및 300명 이상 사업장부터(2020.1.1.) 시행하여 30인 미만 사업장까지 확대(2022.1.1.) 시행

- ※ 유럽은 2019년 위 내용의 일-생활 균형 지침(Work-Life Balance Directive) 마련, EU 회원국은 2022년 8월 2일까지 이를 이행해야 하는 의무가 있음(European Council, 2025)
- 주 4.5일 도입·확산 및 실노동시간 단축 로드맵 제시로 2030년 까지 OECD 평균 이하로 노동시간 감축하는 공약 제시

제3절 정책 방향과 추진 전략

□ 양육비 지원 강화

- 정책 실효성 제고를 위한 연령, 지원수준 확대, 다자녀 지원 강화
 - 아동수당 지급 연령을 아동기(0-17세)로 확대 (재정여건을 고려하여 연차별 확대)
 - 다자녀 가구 추가 급여로 다자녀 가구의 경제적 부담 경감 완화
 - 지원 금액의 현실화로 체감도 제고
- 장기적으로, 다양한 아동 특성을 반영한 통합적 양육비 지원체계 마련
 - 아동수당, 부모급여, 한부모지원, 자녀장려금 등의 정책 목적과 대상, 기능 등 명확화로 유사 기능 급여 통합 등 재설계
 - 양육비 지원체계 마련을 위한 통계조사 실시

『저출산고령사회기본법』 제2장 제10조(경제적 부담의 경감)

- ① 국가 및 지방자치단체는 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다. ② 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 시책의 강구 및 지원을 위하여 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 비용의 통계조사를 실시할 수 있다.

- 현재 이 목적에 고유하지 않은 가계동향조사, 가계·금융복지 조사의 가구 지출 조사(통계청), 영유아 가구 양육비 및 육아 서비스 이용 실태 조사(육아정책연구소), 3년 주기의 국민생활 실태조사의 한부모 가족 지출 조사(보건복지부·한국보건사회연구원) 등 0-17세 아동 양육·교육비를 종합·심층적으로 파악할 수 있는 통계조사가 미흡

□ 사각지대 해소를 통한 육아휴직제도 활성화

○ 고용보험 적용제의 축소, 고용보험 적용 노무제공자 직종 확대, 자영업자 고용보험 가입 확대

- 현 고용보험 안에서의 육아휴직제도 운영 시, 고용보험 가입 확대 필요
- 자영업자, 노무제공자 등 고용보험 가입 확대로 고용보험 안에서 육아휴직급여 지급
- 전국민 고용보험을 추진하고 있으나 임금근로자 안에서도 비정규직, 비전형근로자 등은 고용보험 가입률이 낮으며 자영업자의 가입률도 1% 미만으로 낮음
- 2024년 8월 기준, 임금근로자의 고용보험 가입률은 77.0%, 이 중 정규직 92.3%, 비정규직 54.7%, 비전형근로자 52.8% 임(통계청, 2024b).

○ 육아휴직제도 재설계 또는 양육지원체계 재설계

- 고용보험 가입 여부에 관계없이 자녀를 양육하는 모든 근로자에 대한 육아휴직제도 설계, 육아휴직과 보육서비스, 부모급여 등을 연계하는 체계 개편

- 이를 위한 시간 지원 제도, 서비스 지원 제도, 현금 지원 제도의 적정성이나 중복 등에 대한 평가와 로드맵 수립 필요

□ 일과 돌봄, 일-생활 균형을 위한 근로시간 단축과 유연근무제 활성화

○ 육아기 근로시간 단축제도 사용의 어려움 완화 & 유연근무제 활성화 지원

- 사업주 지원 제고 및 관리·감독 강화
 - 육아기 근로시간 단축 허용 예외(예. 대체인력 채용 곤란한 경우) 축소
 - 근로시간 단축 제도 활성화 위한 기업 인센티브 및 관리감독 강화
- 장소, 시간 유연근무제 활성화 위한 기업 인프라 구축 및 컨설팅 지원
- 부분근무를 허용하는 육아휴직(육아기 근로시간 단축) 제도, 주4.5일, 4일제 등 정책실험의 성과에 대한 연구 추진
 - 스웨덴 파트타임 부모휴가 제도, 독일 휴가 중 단축근로 허용(정규시간제)의 일가정 양립, 일-생활 균형, 부모의 경제 활동에 미치는 영향에 대한 연구 추진
- ‘가족돌봄 등 근로시간 단축제도’ 활성화를 위해 일정 기간 정부가 재정 지원
 - 통상 근로시간 단축으로 인한 임금 감소가 제도 사용의 걸림돌이므로, 수용성 및 활용률 제고 위한 단기적 조치
- 한국식 정규시간제 개발 및 다양한 정책적 실험
 - 근로시간 단축하되 사회보장성은 후퇴하지 않는 시간제 근무

방식을 도입하기 위한 사업주 지원 및 인프라 구축, 사회보장 제도 강화, 업무배분 방식 컨설팅 등 다각도의 정책적 접근

- 육아기 근로시간 단축제도, 가족돌봄 등 근로시간 단축제도 활성화를 통한 정책 실험
- 독일의 정규시간제, 국외 질 좋은 시간제 근무 운용 경험 연구
- 주 4일, 4.5일 정책 실험 논의와 함께 근로시간 단축을 위한 논의 활성화

□ 통합적 양육지원체계 마련

○ 부모의 경제활동 및 돌봄 욕구를 반영하고 부모의 일하는 시간과 정합성을 갖는 자녀 돌봄서비스 완비

- 한국의 긴 근로시간, 통근시간, 비정형 근로 확산에 대응하는 공적 돌봄서비스 강화
- 공공 돌봄서비스가 빠른 속도로 확대되었으나, 돌봄서비스 부족은 여전히 극복해야 할 과제임
- 틈새공백이 가장 크게 발생하는 시간은 부모의 출퇴근 시간대와 비정형 근로자의 주말 근무시간이므로, 노동시장 변화와 특성을 반영한 돌봄서비스가 확대될 수 있어야 함
- 돌봄서비스는 주로 현재 맞벌이, 재직자를 우선 지원 대상으로 하는데 취업하고자 하는 구직자도 돌봄서비스를 이용할 수 있어야 취업준비 및 구직활동을 병행할 수 있음을 고려하여 지원 대상을 확대할 필요

○ 아동이 있는 가구의 직접 돌봄이 가능한 근로시간 단축

- 일·생활 균형 촉진을 위한 근로시간 단축을 논의하고 있으나

주 4.5일제 등 자녀를 양육하는 부모의 평일 근로시간을 단축하는 방향으로 논의가 진전되고 있지 못한 한계가 있음

- 육아기 근로시간 단축, 단축근무제 활성화 등을 통해 유럽의 시간제와 같은 정규시간제가 자리잡을 수 있도록 다각도의 시도가 필요함

○ 양육부담 경감 위한 '보편적이고' '실질적인' 현금 지원 강화

- 영유아기에 집중된 양육비 지원의 연령대상을 확대하고, 아동연령별 비용 변화를 파악하여 양육비 지원 강화, 자녀 있는 가구가 자녀 없는 가구에 비해 경제적 부담을 더 많이 지지 않도록 하는 정책 설계가 요구됨
- 저소득 아동가구 양육비 부담 완화를 위한 정책 방안 모색 필요

[그림 6-5] 양육 지원 3개의 축과 국정과제

양육비 지원	시간 지원	돌봄서비스
<p>★(양육비 부담 완화) 자녀수에 따라 신용카드 등 소득공제 한도 확대(60. 국민 생활비 부담 경감, 기재부)</p> <p>★(양육지원 강화) 아동수당(현재 8세 미만) 지급대상을 매년 1세씩 점진적 확대하여 13세 미만까지 지급, 부모교육과 연계 강화 및 인식개선 추진(87. 아이 키우기 좋은 출산·육아 환경 조성, 복지부)</p> <p>★(한부모·이주배경 가족 등 지원 강화) 한부모가족 아동양육비 지원 소득 기준 및 지원금 상향, 미혼모·부·조손 등 추가아동양육비 지원 확대(88. 아동·청소년 건강한 성장 민 다양한 가족 지원, 성평등부)</p>	<p>★(노동시간 단축) 일·생활 균형 촉진을 위해 ▲실노동시간 단축 로드맵 마련·시행 ▲포괄입금제 금지 ▲노동시간 적용제외 및 특례업종 개선(95. 일, 가정, 삶의 공존하는 행복한 일터, 고용부)</p> <p>★(일·가정 양립 지원 강화) ▲배우자 유·사산휴가 신설 ▲배우자 임신 중 출산휴가·육아휴직 신설 ▲난임 유급휴가 확대(95. 일, 가정, 삶의 공존하는 행복한 일터, 고용부)</p>	<p>★(아이돌봄 지원 확대) 정부지원 소득기준 단계적 완화 및 지원비율 상향, 취학 전·후 차등지원 폐지 등 아이돌봄 지원 강화, 돌보미의 안정적인 일자리 환경 개선(돌봄수당 인상, 심야수당 신설 등)(88. 아동·청소년 건강한 성장 민 다양한 가족 지원, 성평등부)</p> <p>★(방과후·돌봄체계구축) 방과후 프로그램 이용권 제공으로 교육비 부담을 완화하고, 프로그램·강사 검증을 강화하여 방과후학교 체제 확립(101. 교육격차 해소를 위한 공교육 강화, 교육부)</p> <p>★(정부책임형 유보통합 추진) 0세반부터 교사 대 아동 비율 개선, 3~5세 단계적 무상교육·보육실현, 틈새돌봄 확대 및 수요 맞춤형 교육·방과후 과정 등을 통해 모든 영유아가 건강한 성장과 배움을 보장받는 교육·돌봄체계구축(101. 교육격차 해소를 위한 공교육 강화, 교육부)</p> <p>★(발달장애인 돌봄 국가책임제 실시) 발달장애인 24시간 지원을 목표(79. 장애인 삶의 질 향상과 기본적 권리 보장, 복지부)</p>

주: 국정기획위원회(2025.8) 내용 발췌
출처: 연구진 작성



제7장

지속가능한 사회보장재정을 위한 재정운용 방향 수립

제1절 현황 진단

제2절 여건 변화와 전망

제3절 정책 방향과 추진 전략



제 7 장

지속가능한 사회보장재정을 위한 재정운용 방향 수립

제1절 현황 진단

- 한국의 명목GDP 대비 사회복지지출 비율(이하 'SOCX 비율')은 2021년 기준 15.2%로, OECD 38개 국가 중 34위임(〈표 7-1〉).
- 멕시코, 터키, 코스타리카, 아일랜드 다음으로, OECD 평균 22.2% 대비 7.0%p 작음.
 - 노령(-4.4%p)·보건(-1.6%p)·근로무능력(-1.2%p) 작고, 기타(0.8%p)·실업(0.3%p) 큼.
- 한국의 고령인구 비율 16.6%(‘21년) 기준, OECD 29개국 평균은 21.2%로, 동 기준 대비 6.0%p 작음.
 - 가족(-4.4%p)·노령(-4.2%p)·근로무능력(-1.4%p) 작고, 보건(4.1%p)·실업(1.0%p) 큼.

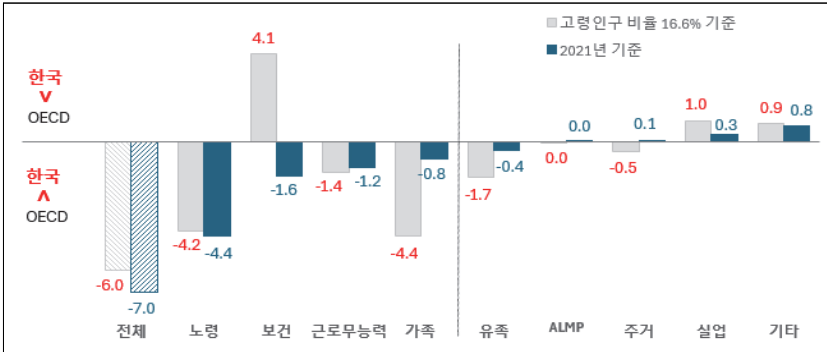
〈표 7-1〉 사회복지지출의 한국과 OECD평균: 2021년 기준

(단위: %, %p)

구분	전체	노령	보건	근로 무능력	가족	유족	ALMP	주거	실업	기타
한국[A] (순위)	15.2 (34)	3.4 (35)	5.1 (31)	0.9 (32)	1.5 (30)	0.4 (22)	0.6 (15)	0.4 (11)	1.4 (12)	1.5 (5)
OECD평균[B1]	22.2	7.7	6.6	2.0	2.3	0.8	0.6	0.3	1.0	0.7
OECD평균[B2]	21.2	7.5	0.9	2.3	5.9	2.1	0.6	0.9	0.4	0.6
격차[A-B1]	-7.0	-4.4	-1.6	-1.2	-0.8	-0.4	0.0	0.1	0.3	0.8
격차[A-B2]	-6.0	-4.2	4.1	-1.4	-4.4	-1.7	0.0	-0.5	1.0	0.9

출처: "OECD Data Explorer," OECD, 2021년 원자료를 인용하여 작성

[그림 7-1] 사회복지지출 격차(%): 2021년 기준, 한국-OECD평균



출처: “OECD Data Explorer,” OECD, 2021년 원자료를 인용하여 작성

□ SOCX 비율은 2010년 7.4%에서 2021년 15.2%(’24년 15.3%)로 7.8(8.0)%p 상승

○ OECD 평균 SOCX 비율은 2010년 20.5%에서 2021년 22.1%(’24년 21.2%)로 1.6(0.7)%p 상승

- SOCX 비율 상승에는 보건(24.1%), 노령(21.0%), 실업(14.2%), 기타(13.6%), 가족(11.5%) 등 기여

○ OECD 평균 SOCX 비율은 보건(48.9%), 노령(33.4%), 가족(9.9%), 기타(8.4%) 등 기여

- 코로나-19감염위기 직전 2019년 기준: 한국 4.1%p 상승 vs. OECD 평균 0.3%p 하락

- (한국) 보건 30.3%, 노령 29.4%, 기타 7.0%, 실업 3.8% 등 보건 및 노령 증가

- (OECD 평균) 노령 -146.6%, ALMP -8.0%, 기타 -6.4%, 보건 0.0% 등 노령 증가

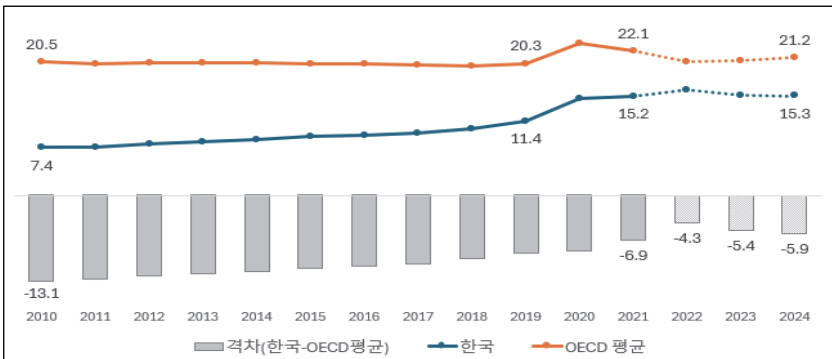
〈표 7-2〉 사회복지지출 변화분: 한국과 OECD평균, '10~'21년, '10~'19년
(단위: %p, %)

구분	연도	전체	노령	보건	근로 무능력	가족	유족	ALMP	주거	실업	기타
한국	'21-'10	7.8	1.6	1.9	0.4	0.9	0.1	0.4	0.3	1.1	1.1
	기여율	100.0	21.0	24.1	5.0	11.5	1.8	4.6	4.0	14.2	13.6
	'19-'10	4.1	1.2	1.2	0.2	0.7	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3
	기여율	100.0	29.4	30.3	4.6	16.1	2.1	1.7	4.9	3.8	7.0
OECD 평균	'21-'10	1.6	0.5	0.8	-0.02	0.2	-0.1	0.1	-0.05	0.1	0.1
	기여율	100.0	33.4	48.9	-1.6	9.9	-8.2	5.1	-2.8	5.9	8.4
	'19-'10	-0.3	0.4	0.0	-0.1	-0.1	-0.1	0.02	-0.05	-0.4	0.02
	기여율	100.0	-1466	0.0	39.0	24.3	49.8	-8.0	19.5	149.8	-6.4

출처: "OECD Data Explorer," OECD, 2010~2021년, 2010~2019년 원자료를 인출하여 작성

- 한국과 OECD 평균 격차는 2010~2022년 13.1%p에서 4.3%p로 축소, 이후 확대 * 단, '22~'24년 값은 잠정치임.
- OECD 평균 SOCX 비율은 2019년까지 하락세를 보인 후 코로나 위기로 2020년 큰 폭 상승 후 하락
- 한국은 SOCX 비율의 상승세가 코로나 위기로 2020년 더욱 커졌고, 이후 2022년까지 상승세 지속

[그림 7-2] 사회보장재정지출 추이 및 격차(%p): 한국, OECD평균, 2010~2024년

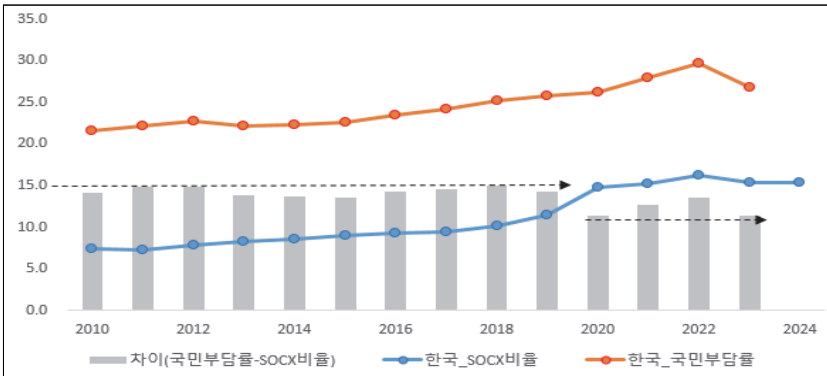


출처: "OECD Data Explorer," OECD, 2010~2024년 원자료를 인출하여 작성

□ 2010년 이후 SOCX비율과 국민부담률이 상승세에 있고, 특히 코로나-19 감염 위기 시기인 2020년 이후 SOCX비율 상승세가 커지며 두 지표간 차이 축소

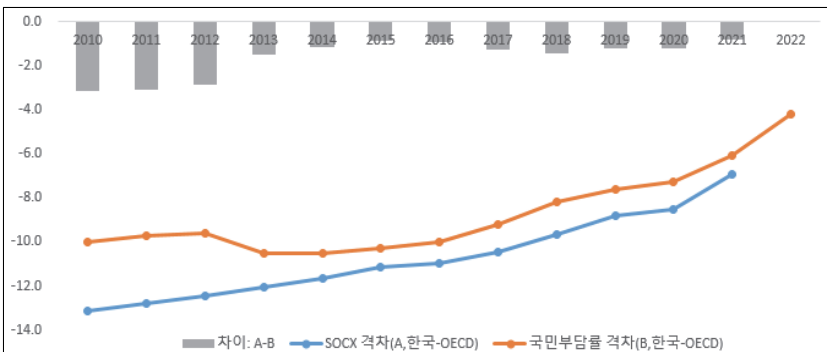
○ SOCX비율과 국민부담률의 OECD 평균 대비 격차가 축소되어 왔고, 최근 SOCX 격차 축소가 보다 크게 진행

[그림 7-3] SOCX비율 및 국민부담률 추이(%,%p): '10~'25년



출처: “열린재정,” 기획재정부, “OECD Data Explorer,” OECD, 2010~2025년 원자료를 인출하여 작성

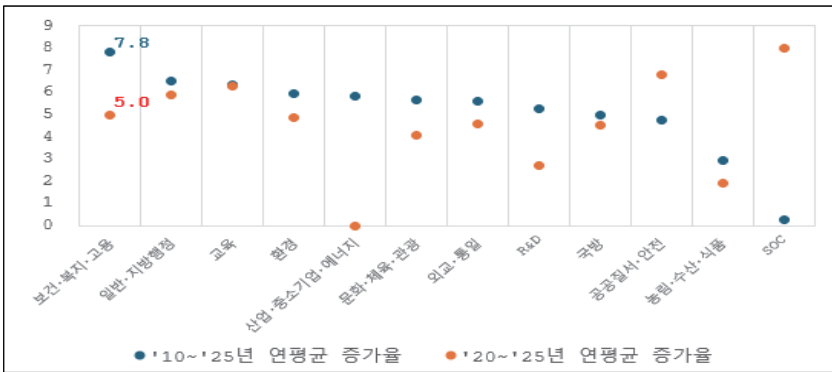
[그림 7-4] 한국과 OECD 격차 추이(%p): '10~'25년



출처: “열린재정,” 기획재정부, “OECD Data Explorer,” OECD, 2010~2025년 원자료를 인출하여 작성

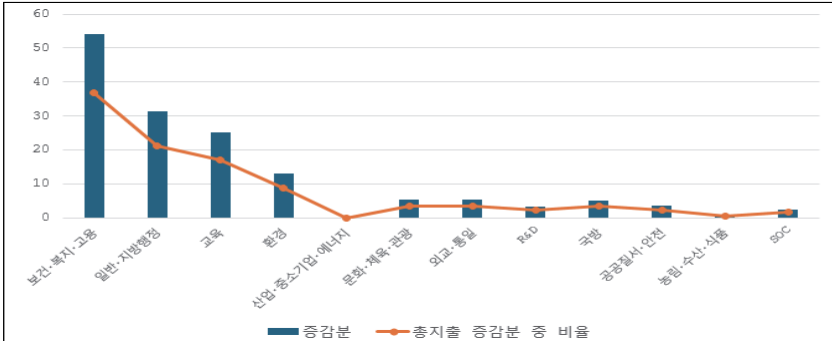
- 정부 총지출 12대 분야 중 보건·복지·고용은 연평균 2010~2025년 7.8%, 2020~2025년 5.0%로 증가
- 2010~2025년 동안 총 지출 중 보건·복지·고용 분야 비율은 27.7%에서 35.9%로 8.2%p 상승
- 2020~2025년 중 연평균 증가율은 낮아졌으나, 기간 중 증감분은 54.2조 원으로 정부 총지출 증감분 147.3조 원의 36.8%임.

[그림 7-5] 12대 분야별 연평균 증가율(%) : '10~'25년, '20~'25년



출처: “열린재정,” 기획재정부, 2010~2025년 원자료를 인출하여 작성

[그림 7-6] 12대 분야별 '20~'25년 증감분(조 원) 및 비율(%)



출처: “열린재정,” 기획재정부, 2020~2025년 원자료를 인출하여 작성

□ 2025년 기준 사회복지·보건 예산은 257.2조 원*으로 총지출 예산 673.3조 원에서 38.2%를 차지

※ 교육부 ‘유아교육비보육료지원’ 사업, 2025년 교육 부문 이관 11개 영유아 보육 사업, 아동학대 관련 법무부 사업 등을 추가하여, 정부 예산분류 기준 값 248.7조 원 대비 8.5조 원 큼.

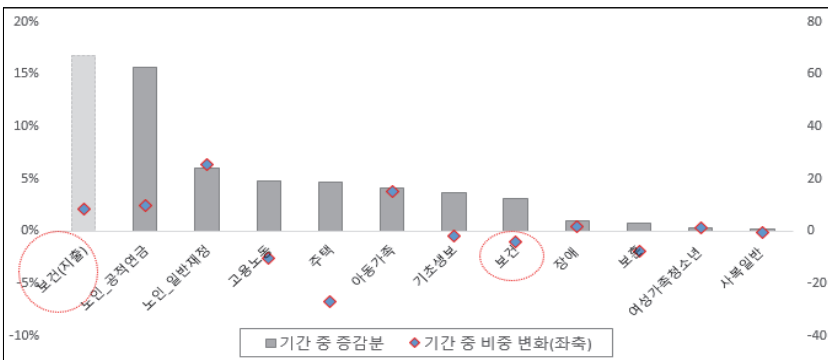
○ 사회복지·보건 예산은 2010년 81.3조 원에서 2025년 257.2조 원으로 연평균 8.0%로 증가해 총지출 5.7%를 2.3%p 상회

- 2020~2025년에는 184.6조 원에서 257.2조 원으로 연평균 6.9%로 증가해 총지출 증가율 5.6% 대비 1.2%p 높음.

- 2010~2025년 사회복지·보건 총 175.9조 원 증가분은 총지출 증가분 380.5조 원의 46.2%를 차지

• 2020~2025년 증가분은 총 72.6조 원으로 총지출 증가분 2161.1조 원의 45.1%를 차지

[그림 7-7] 사회복지·보건 부문별 증감분(조 원) 및 비중 변화(%p): 2010~2025년



출처: “열린재정”, 기획재정부, 2010~2025년 원자료를 인출하여 작성

- 2010~2025년 중 증가분은 노인이 86.3조 원(49.1%)이 가장 크고, 다음으로 고용·노동 19.3조 원(11.0%), 주택 18.9조 원(10.7%), 아동·가족 16.5조 원(9.4%), 기초생활보장 14.6조 원(8.3%) 등의 순서로 큼.
 - 단, 재정 외로 운영되는 건강보험과 장기요양보험을 포함하면 기간 중 보건 증가분이 66.9조 원*으로 가장 큼.
 - ※ 건강보험과 장기요양보험의 국고지원 비율을 각각 14.4%와 20.0%로 가정하여 산출
 - 기간 중 비중 변화는 노인 일반재정이 6.3%p로 가장 컸고, 다음으로 아동·가족, 공적연금, 장애의 순서이고, 주택 비중은 6.7%p 감소하였고 고용·노동, 보훈, 보건 등도 비중이 감소

184 보건복지 난제(難題) 대응전략

〈표 7-3〉 총지출 및 분야별 재정 추이: 2010~2025년

(단위: 조 원, %)

	2010	2015	2020	2025	증감(비율), 연평균증가율	
					'10~'25	'20~'25
총지출	292.8	375.4	512.3	673.3	380.5	161.1
	-	5.1%	6.4%	5.6%	5.7%	5.6%
사회복지·보건	81.2	115.7	184.6	257.2	175.9[46.2]	72.6[45.1]
	-	7.3%	9.8%	6.9%	8.0%	6.9%
노인	29.5	48.5	72.1	115.8	86.3(49.1)	43.7(60.2)
	-	10.4%	8.3%	9.9%	9.5%	9.9%
노인[보건 일부 포함]	31.5	51.4	75.8	121.1	89.5(50.9)	45.3(62.3)
- 공적연금	26.0	39.7	55.4	88.4	62.4(35.5)	32.9(45.4)
	-	8.8%	6.9%	9.8%	8.5%	9.8%
- 노인	3.5	8.8	16.6	27.4	23.9(13.6)	10.8(14.9)
*기초+장기요양지원	3.1	8.2	14.6	24.3	21.2(12.1)	9.7(13.4)
	-	21.3%	12.3%	10.8%	14.7%	10.8%
보건	7.3	10.4	13.5	19.7	12.3(7.0)	6.2(8.5)
	-	7.2%	5.4%	7.8%	6.6%	7.1%
*건보 지원	4.9	7.1	9.0	12.6	7.7(4.4)	3.6(5.0)
주택	16.7	18.4	29.7	35.6	18.9(10.7)	5.9(8.1)
	-	1.9%	10.1%	3.7%	5.2%	3.7%
취약계층	12.4	16.2	23.5	34.2	21.8(12.4)	10.7(14.7)
	-	5.6%	7.7%	7.8%	7.0%	7.8%
- 기초생활보장	7.3	9.5	14.0	21.9	14.6(8.3)	7.9(10.9)
	-	5.3%	8.1%	9.4%	7.6%	9.4%
- 보훈	3.6	4.6	5.7	6.5	2.9(1.7)	0.8(1.1)
	-	5.1%	4.3%	2.7%	4.0%	2.7%
- 취약계층지원	1.4	2.1	3.8	5.8	4.3(2.5)	2.0(2.7)
	-	-17.1%	16.2%	-9.8%	9.7%	8.7%
고용노동	11.9	14.7	28.8	31.2	19.3(11.0)	2.4(3.3)
	-	4.2%	14.5%	1.6%	6.6%	1.6%
아동가족	3.1	6.7	15.4	19.6	16.5(9.4)	4.2(5.8)
	-	16.8%	18.2%	4.9%	13.2%	4.9%
- 아동보육	2.8	6.1	14.3	17.8	15.1(8.6)	3.5(4.9)
	-	17.1%	18.5%	4.5%	13.2%	4.5%
- 여성가족청소년	0.3	0.6	1.1	1.7	1.4(0.8)	0.6(0.9)
	-	13.9%	13.7%	9.7%	12.4%	9.7%
사회복지 일반	0.5	0.8	1.4	1.1	0.6(0.4)	-0.3(-0.53.3)
	-	0.8%	13.1%	-5.3%	5.8%	-5.3%

주: 1) 2010년과 2015년은 현재 분류체계의 '노인', '아동·보육', '여성·가족·청소년'이 '노인·청소년', '보육·가족·여성'으로 되어있어, 해당 세부사업을 현재 분류체계에 맞추고 '보육·가족·여성'에 포함된 일부 사업을 '노인'에 포함하여 재분류함.

2) '아동·보육'은 정부 분류 기준 '고용·노동'의 '모성보호육아 지원'과 '직장어린이집 지원'을 포함하고, 2020년과 2025년의 경우 '교육'의 '유아교육비 보육료 지원'과 2020년의 경우 법무부 아동학대 관련 사업을 포함.

3) '아동·가족'은 '아동·보육', '여성·가족·청소년', '취약계층' 중 아동사업의 합계임.

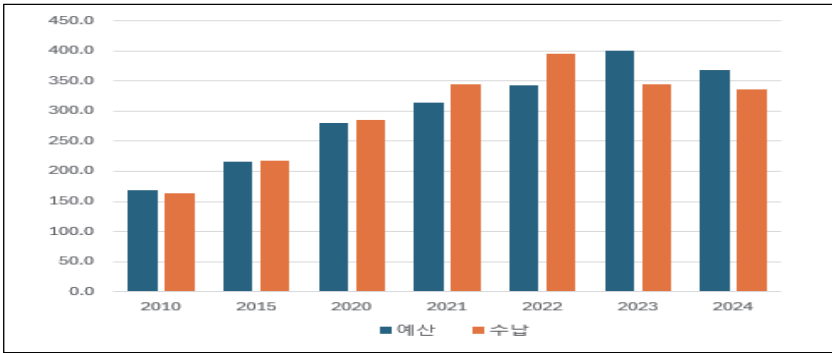
4) '노인[보건 일부 포함]'은 '노인'에 보건의 41.7%(23년 건강보험 통계연보 기준)를 적용

5) []는 총지출 대비 비율값, ()는 사회복지·보건 대비 비율값임.

출처: "열린재정," 기획재정부, 2010~2025년 원자료를 인출하여 작성

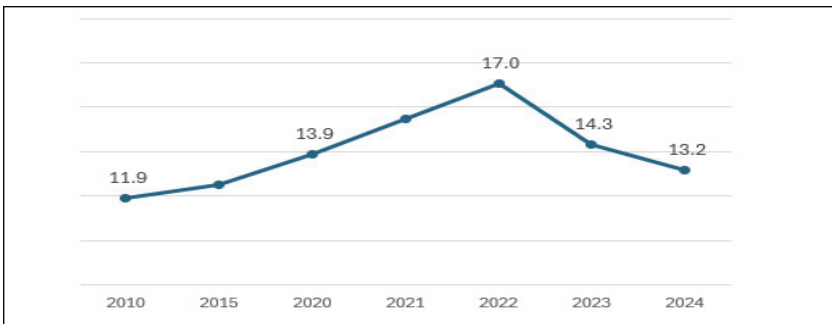
- 정부 세입에서 중요한 국세 수입은 2021~2022년 큰 폭의 초과세수 발생 후 2023년 이후 대규모 세입 결손이 지속되고 있음.
- 2021~2022년 초과세수에는 주택경기 호황에 따른 양도소득세 증가, 법인의 예상 외 영업이익에 따른 법인세 증가 등
- 2023~2024년은 경기부진 등으로 56.4조 원과 31.0조 원의 세수 결손 발생, 2024년 명목GDP 대비 국세수입 비율은 13.2%로 2020년 수준을 하회

[그림 7-8] 국세수입 예산액 및 수납액 추이(조원): '10~'24년



출처: “열린재정,” 기획재정부, “OECD Data Explorer,” OECD, 2010~2024년 원자료를 인출하여 작성

[그림 7-9] 명목GDP 대비 국세수입 비율 추이(%): '10~'24년



출처: “열린재정,” 기획재정부, “OECD Data Explorer,” OECD, 2010~2024년 원자료를 인출하여 작성

제2절 여건 변화와 전망

- 2024년 말 초고령사회 진입 후 인구고령화 진행이 가속되며 생산가능 인구는 급감하는 가운데 (후기)고령인구는 급증
 - 2020년 이후 총인구 및 생산가능인구 증가세는 감소세로 전환, 시간이 갈수록 확대
 - 특히, 생산가능인구 감소세는 2030년대부터 크게 확대
 - 영유아 및 학령기 인구는 2030년대 말까지 이전의 감소세가 확대
 - 영유아는 2020년대 말까지 감소세 지속된 후 증가세 전환, 2040년부터 다시 감소
 - 이에 따라 유소년 부양비는 2020년 16.9에서 2030년 12.2로 하락
 - 고령인구 증가세는 2020~2040년에 집중되고 2050년 말까지 지속, 후기고령인구 증가세는 2030~2050년에 집중되고, 2060년 말까지 지속
 - 이에 따라 노년부양비는 2025년 29.3에서 2040년 59.1, 2060년 90.3으로 상승
 - 2030년 고령인구 비중은 25%를 상회, 후기고령인구 비중은 10%를 상회
 - 후기고령 1인 가구 역시 2030~2050년 중 큰 폭 증가

〈표 7-4〉 기간별 인구 증감 및 주요 인구 지표: 2010~2050년

(단위: 만 명, 만 가구, 명/100명, %)

구분	'10~'20	'20~'30		'30~'40	'40~'50	'50~'60	
		'20~'25	'25~'30				
총인구	228	-15	-38	-125	-295	-480	
생산가능인구(15~64세)	117	-147	-175	-514	-458	-376	
경제활동인구(15~64세)	117	25	-117	-308	-337	-301	
유소년 인구	영유아(0~5세)	-50	-71	-11	24	-24	-40
	학령기(6~14세)	-118	-34	-99	-52	11	-42
고령 인구	고령(65+)	279	236	247	417	176	-23
	후기고령(75+)	155	80	112	356	25.5	41
후기고령 1인가구(75+)	36.7	26.5	29.2	92.2	77.0	22.1	
유소년 부양비	16.9	14.6	12.2	13.4	15.3	14.2	
노년 부양비	21.8	29.3	38.0	59.1	77.3	90.3	
고령인구 비중	15.7	20.3	25.3	34.3	40.1	44.2	
후기고령인구 비중	6.8	8.3	10.6	17.9	24.5	28.2	

주: 인구는 기간 중 증감이고, 부양비와 비중은 해당 기간의 마지막 연도 기준 값임.

출처: “장래인구추계: 2022~2072년,” 통계청, 2023, “장래인구추계: 2022~2052년,” 통계청, 2024를 이용하여 작성

□ 인구구조 변화를 반영한 실질 경제성장률은 2020년대 후반 1%대, 2040년대 초반 0%대로 하락해 경제의 성장잠재력이 약해질 전망

○ 실질 경제성장률은 2010년대 평균 3%대에서 빠르게 하락하는 가운데 최근 성장률이 장기 전망치를 하회하며 저성장 고착화에 대한 우려 확대

- 2025~2027년 실질 경제성장률은 2.1%에서 유지되는 것으로 전망되었으나, 최근 보고서에서 2025~2026년 실질 경제성장률은 0.8%와 1.6%로 하향조정됨(KDI).

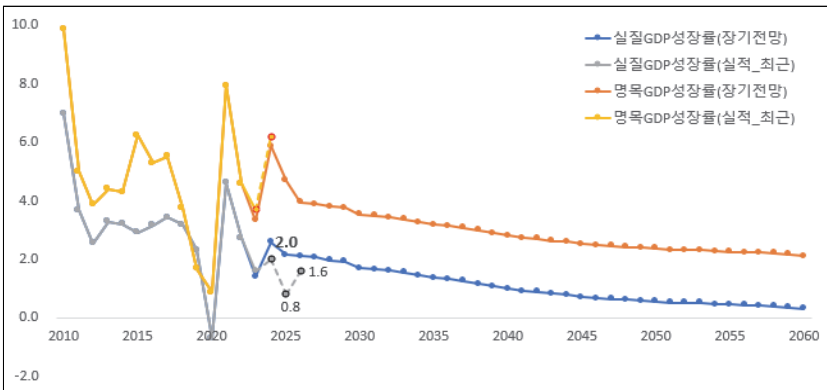
• 저출산·고령화에 따른 노동투입 증가세 둔화와 함께 최근 노동생산성 하락의 영향도 작용

- 이에 반해 2023~2024년 명목 경제성장률은 잠정치를 상회하여('23년 3.3%→3.7%, '24년 5.9%→6.2%) 물가상승 압력이 예상보다 높은 수준이 지속되고 있음.

○ 잠재성장률은 2011~2019년 연평균 3.1%에서 2025~2030년 1.5%, 2031~2040년 0.7%, 2041~2050년 0.1%로 전망됨(KDI).

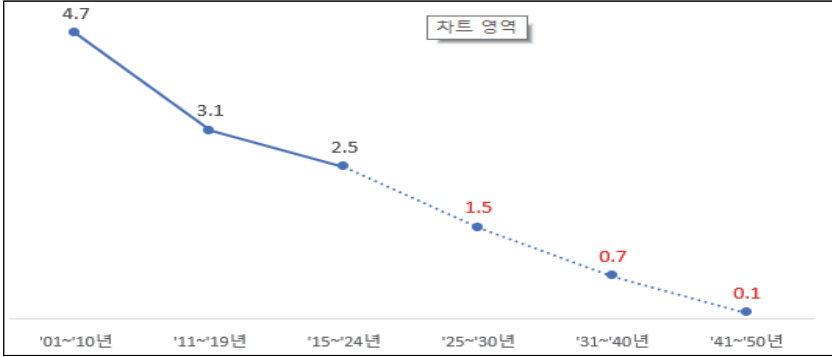
○ 실질임금 상승률이 하락세를 보이는 가운데 2021년 이후 물가 상승에 따라 명목임금 상승률과의 격차 확대

[그림 7-10] GDP성장률 추이와 전망: 실질 vs. 명목



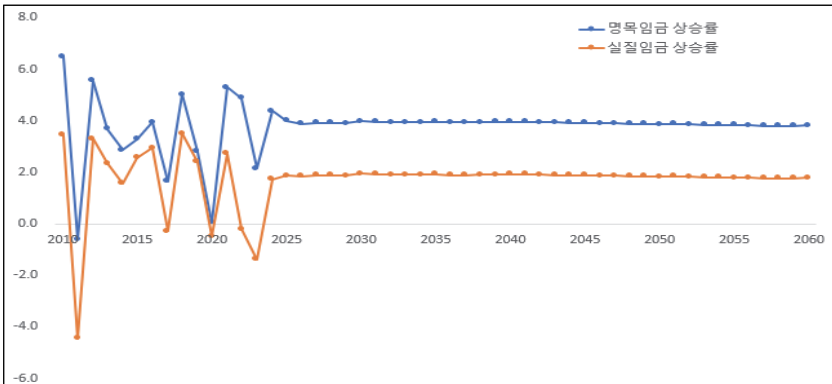
출처: “「장래인구추계 2022~2072년」를 반영한 장기 거시경제변수 전망,” 정규철 외, 2025, “KDI 경제전망, 2025 상반기,” 한국개발연구원, 2025를 이용하여 작성

[그림 7-11] 잠재성장률 추이 및 전망



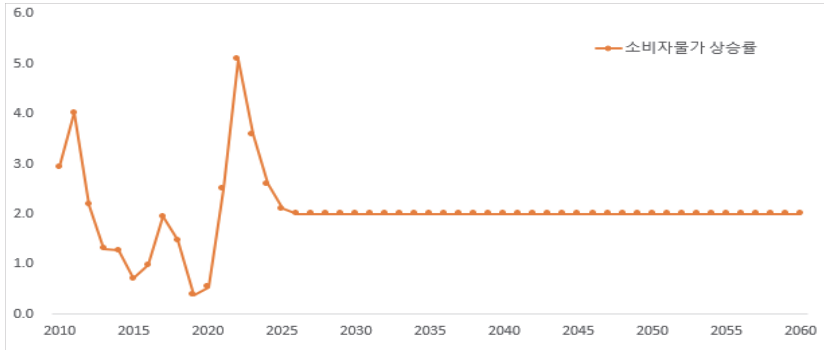
출처: “「장래인구추계 2022~2072년」를 반영한 장기 거시경제변수 전망,” 정규철 외, 2025, “KDI 경제전망, 2025 상반기,” 한국개발연구원, 2025를 이용하여 작성

[그림 7-12] 임금상승률 추이와 전망: 실질 vs. 명목



출처: “「장래인구추계 2022~2072년」를 반영한 장기 거시경제변수 전망,” 정규철 외, 2025, “KDI 경제전망, 2025 상반기,” 한국개발연구원, 2025를 이용하여 작성

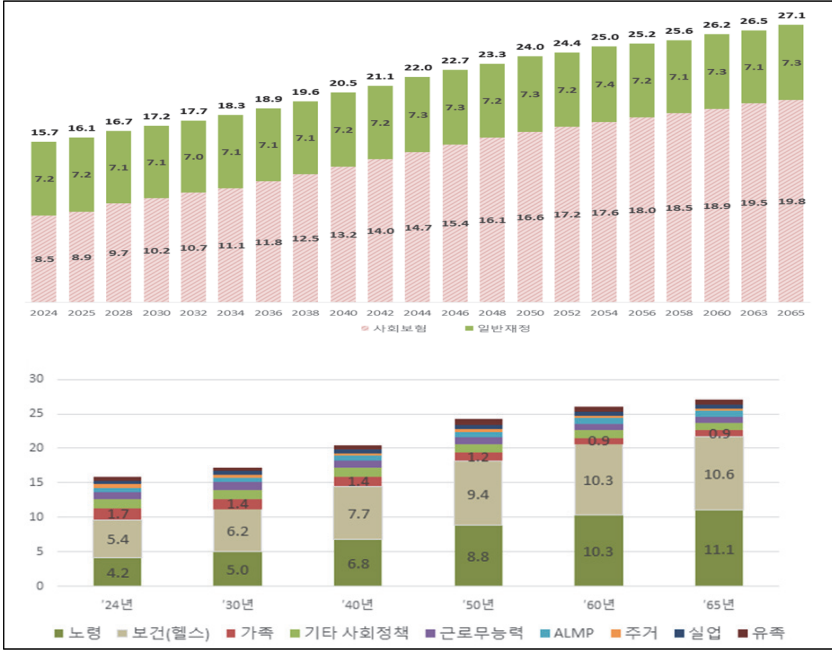
[그림 7-13] 소비자물가상승률 전망



출처: 「장래인구추계 2022~2072년」을 반영한 장기 거시경제변수 전망, 정규철 외, 2025, 「KDI 경제전망, 2025 상반기」, 한국개발연구원, 2025를 이용하여 작성

- 제5차 중장기 사회보장 재정추계(사보위, '24년) 결과, 인구구조 및 경제여건 변화로 현행 제도가 유지 시 사회복지지출은 2024년 GDP 대비 15.7%에서 2065년 27.1%로 확대될 전망
- 정책영역별로 2024~2065년 중 SOCX 비율은 노령 6.9%p (4.2%→11.1%), 보건 5.2%p (5.4%→10.6%) 확대되고, 가족 0.8%p(1.7%→0.9%)과 주거·근로무능력·기타 감소
 - 기간 중 사회보험 GDP 대비 비율은 8.5%에서 19.8%로, 전체 사회보장 재정 중 비중은 54.2%에서 73.0%로 상승

[그림 7-14] 사회복지지출의 GDP 대비 비율 전망 추이: 2024~2065년



출처: “제5차 중장기 사회보장 재정추계”, 사회보장위원회, 2024.11. p.10, 12.

○ 현행 제도 유지를 가정할 때, 한국의 사회보장 재정지출은 2039년 20.1%로 2019년 OECD 평균 수준에 도달할 전망

- 유사한 지출 수준(20.1%)에서 비교 시, 노령·유족 영역은 OECD 대비 1.0%p 낮고, 가족 영역은 0.7%p 낮아 격차가 여전히 있고, 보건 영역은 OECD 평균을 1.7%p 상회

〈표 7-5〉 2039년 SOCX 비율 전망치 20.1%에서 한국과 OECD평균('19년) 비교
: 정책 영역별

(단위: GDP 대비 %, %p)

구분	합계	노령·유족	보건	가족	그 외
한국('39년, A)	20.1	7.2	7.5	1.4	4.0
OECD 평균('19년, B)	20.1	8.2	5.8	2.1	4.0
차이(A-B)	0.0	-1.0	1.7	-0.7	0.0

주: '그 외'는 근로무능력, 적극적노동시장, 실업, 주거, 기타 사회정책 영역 비율의 합계값임.
출처: "OECD Data Explorer," OECD, 원자료('24.11월 확정치 기준)를 인용하여 작성

○ 초고령사회 진입 시기를 기준으로, OECD 6개 주요국의 과거
진입 시점 당시 사회보장 재정지출 수준과 비교하면 한국의 GDP
대비 SOCX 비율은 노령 영역을 중심으로 낮음.

- 보건 영역은 OECD 주요국의 지출 수준과 유사, 노령·유족
영역은 낮은 수준에서 초고령사회에 진입할 예상

〈표 7-6〉 초고령사회 진입 시점의 SOCX 비율 비교

(단위: GDP 대비 %)

구분	한국	일본	이탈리아	독일	포르투갈	핀란드	프랑스
초고령사회 진입 시기	'25년	'05년	'07년	'08년	'14년	'15년	'19년
공공사회복지지출	15.9	16.9	24.0	24.4	25.0	30.5	30.7
노령 영역	4.3	7.9	11.6	8.4	12.1	12.3	12.4
유족 영역	0.5	1.2	2.3	2.0	1.9	0.8	1.5
보건 영역	5.7	5.8	6.3	7.4	5.8	5.9	8.5

주: '그 외'는 근로무능력, 적극적노동시장, 실업, 주거, 기타 사회정책 영역 비율의 합계값임.
출처: "OECD Data Explorer," OECD, 원자료('24.11월 확정치 기준)를 인용하여 작성

□ 국민연금 개혁('25.4)으로 재정수지 적자 전환 시점은 7년 늦춰진
2048년, 적립기금 소진 시점은 8년 늦춰진 2064년으로 예상

○ 연금개혁 내용: 보험료율 인상(9% → '26년부터 0.5%p씩 단계적
인상, '33년 13% 도달), 소득대체율 상향('25년 41.5%, '28년

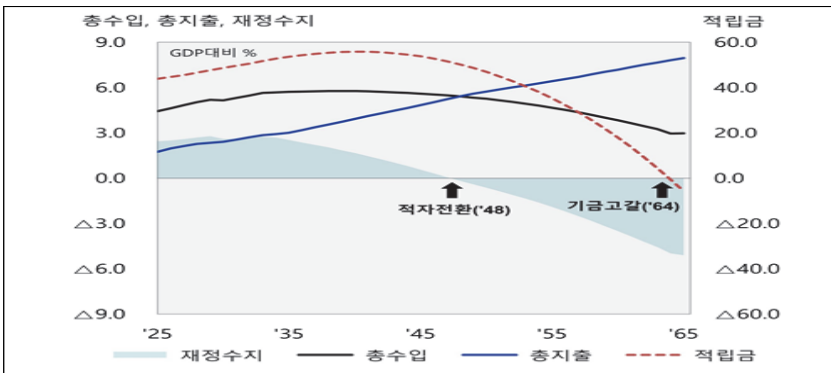
40% 예정 → '26년부터 43% 적용), 출산 및 군복무 크레딧 확대, 저소득 지역가입자 보험료 지원 대상 확대

- (수지 적자) '41년 → '48년, (기금 소진) '56년, △89조 원 → '64년, △46조 원

- 향후 기초연금을 중심으로 한 국민연금 구조개혁 방안, 자동조정 장치 도입 및 기금에 국고 투입, 고용연장과 연금제도 조정, 청년층 지원 확대 등 추가적인 국민연금 개혁방안 논의 예상

[그림 7-15] 국민연금 재정전망

(단위: 조 원)



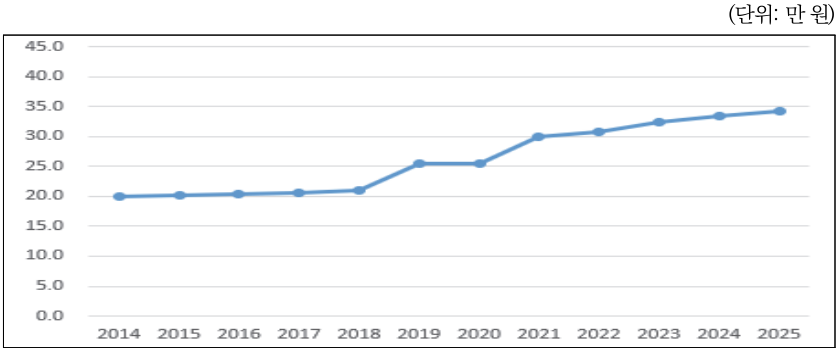
출처: "제3차 장기재정전망(2025~2065) 실시," 기획재정부, 2025.9.3. [보도자료] p.14, 재인용

- 기초연금은 노인빈곤 완화, 공적연금과 공공부조간 역할 조정, 재정 부담 등을 고려하여 보편적 기초연금안, 최저소득보장안 등 구조적 개혁방안 논의 예상

○ 2014년 기초연금 전환 후 기준 연금액이 인상되는 가운데 노인 빈곤율은 2014년 46.0%에서 2023년 38.2%로 7.8%p 하락

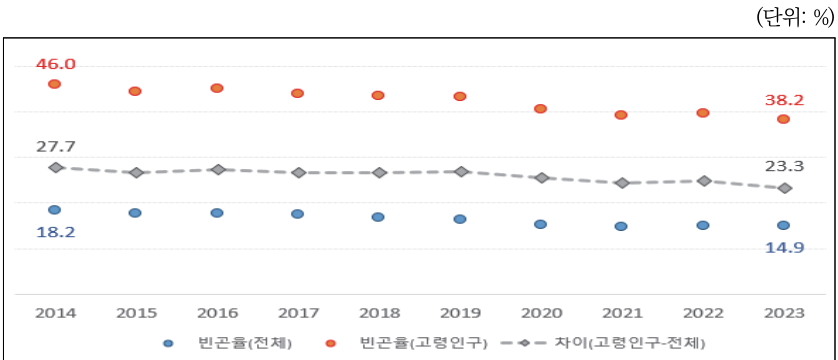
○ 제도 유지 시 기초연금은 현행 GDP 대비 0.9%('25년 24.2조 원) 이나 소득 적정성 평가 반영 시 2065년 2%대 후반대로 상승

[그림 7-16] 기초연금 기준연금액 추이



출처: "사회보장 장기 재정추계 통합모형 구축", 이영숙 외, 2024, p.100, <표 4-36>을 이용하여 작성

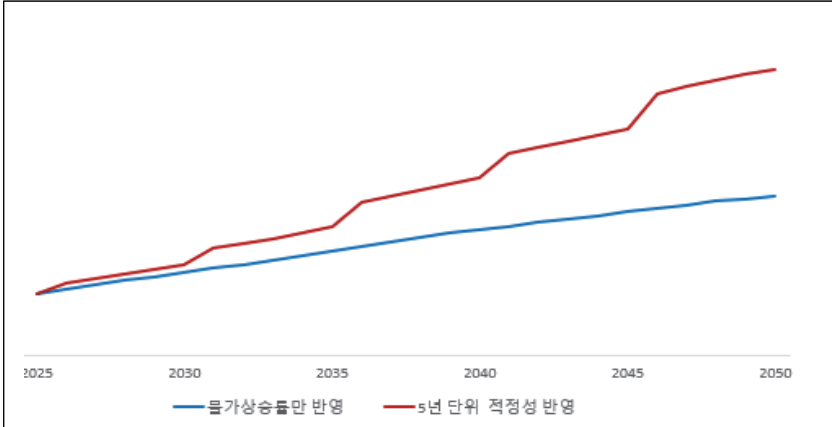
[그림 7-17] 빈곤율 추이: 빈곤선 50% 기준



출처: "OECD Data Explorer", OECD, 2014~2023년 원자료를 인출하여 작성

[그림 7-18] 기초연금 장기 재정전망

(단위: 조 원)

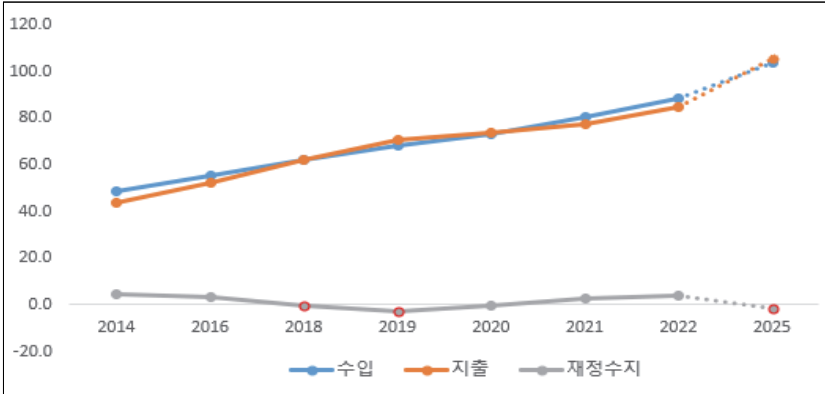


출처: “사회보장 장기 재정추계 통합모형 구축”, 이영숙 외, 2024, p.106 [그림 4-4] 재인용

- 건강보험과 장기요양보험은 '24~'25년 보험료율 2년 연속 동결과 코로나-19 감염 위기 이후 수요 회복 등으로 2025~2027년 중 재정수지 적자 전환 예상
 - 경제활동인구가 큰 폭으로 감소하는 가운데 지출 비중이 높은 고령인구 비중이 급속도로 증가하며, 의료비와 요양비 지출의 증가 압력이 높아짐.
 - 현재 건강보험 요율 상향(8%)와 국고지원 수준에서 재정수지 적자가 지속되며 건강보험과 장기요양보험의 재정 여건은 악화

[그림 7-19] 건강보험 재정추이와 2025년 예상

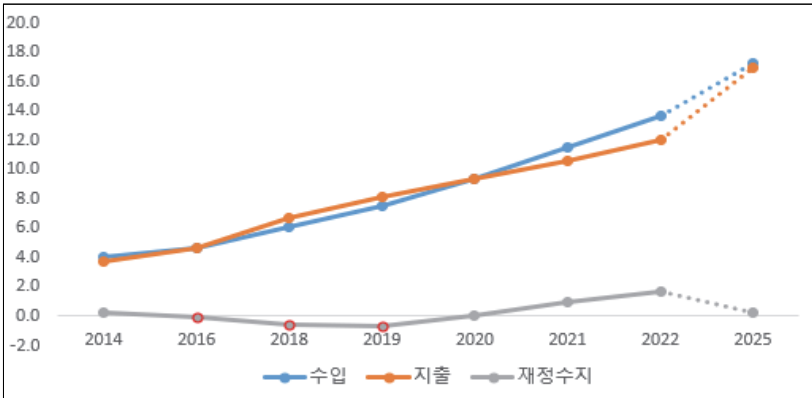
(단위: 조 원)



주: 회색선의 빨간색 테두리 표식은 재정수지 적자상태를 나타냄.
 출처: “2023 건강보험 통계연보,” 국민건강보험공단, 2024, “사회보장 장기 재정추계 통합모형 구축,” 이영숙 외, 2024, p.143~144를 이용하여 저자 작성

[그림 7-20] 노인장기요양보험 재정추이와 2025년 예상

(단위: 조 원)

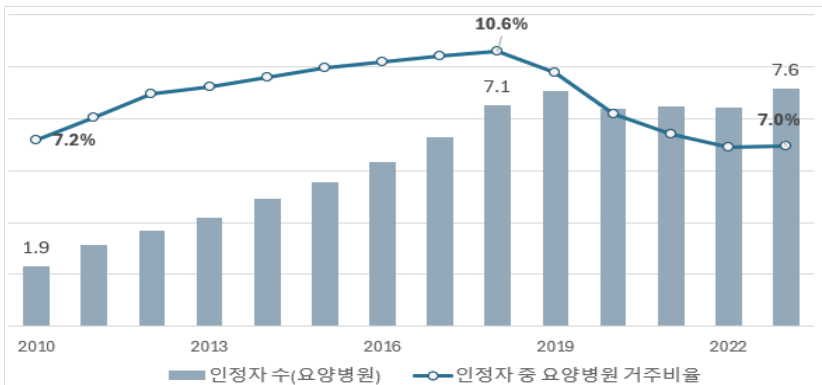


주: 회색선의 빨간색 테두리 표식은 재정수지 적자상태를 나타냄.
 출처: “2023 노인장기요양보험 통계연보,” 국민건강보험공단, 2024, “사회보장 장기 재정추계 통합모형 구축,” 이영숙 외, 2024, p.158~159를 이용하여 저자 작성

- 고령인구에 대한 의료·요양·돌봄 서비스의 분절성·불충분성·중복 문제를 해결하고 지속 가능한 사회적 돌봄체계 마련을 위한 정책 대응 추진
 - 의료와 요양으로 구분하여 사회보험인 건강보험과 장기요양보험 중심으로 운영, 일상적 돌봄 지원은 취약계층 대상 노인맞춤돌봄 서비스 등 다수 재정사업 운영
 - 고령인구의 노쇠에 따른 의료·요양·돌봄의 복합적 수요로 급여비 부담이 큰 요양병원 이용 상당
 - 2018년 커뮤니티케어종합계획 발표 후 현재 노인 의료·돌봄 통합 지원 시범사업('23~'25) 진행, 돌봄통합지원법('24.3. 제정)에 근거하여 2026년 3월 본사업 시행 예정
 - 건강보험 일차의료 방문진료, 장기요양보험 재택의료센터·통합판정체계·통합재가서비스 시범사업 등

[그림 7-21] 장기요양 인정자 중 요양병원 거주 현황

(단위: 만 명, %)

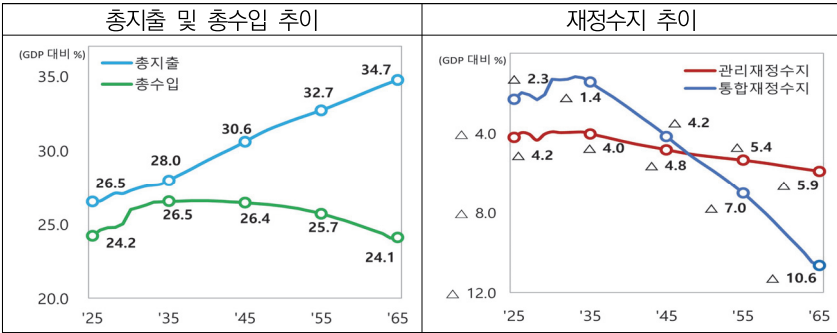


주: "2023 노인장기요양보험 통계연보," 국민건강보험공단, 2024를 이용하여 이영숙 외(2024)에서 작성
출처: "사회보장 장기 재정추계 통합모형 구축," 이영숙 외, 2024, p.180 재인용

제3절 정책 방향과 추진 전략

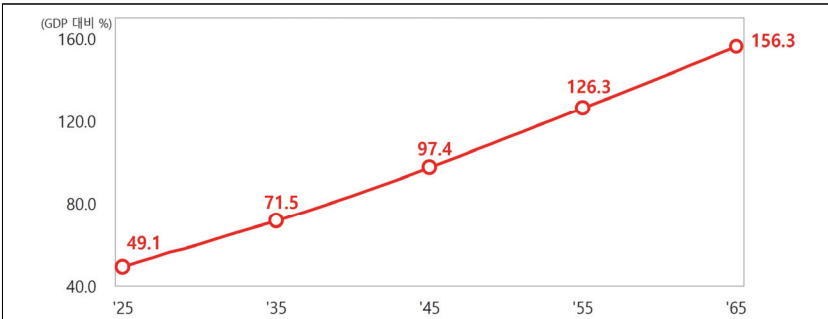
- 2025년 정부 제3차 장기재정전망에 따르면, 인구 감소에 따른 성장률 하락으로 총수입이 제약되는 반면, 의무지출 증가로 총지출은 대폭 증가하는 등 재정여건에 대한 우려가 큼.
- 2025~2065년 관리재정수지는 GDP대비 4.2%에서 2065년 5.9% 적자로, 통합재정수지는 2.3%에서 10.6% 적자로 악화
- 국가채무비율은 2025년 49.1%에서 상승세를 보여 2045년 이후 100%를 상회, 2065년 156.3%로 높아질 전망

[그림 7-22] 정부 제3차 장기재정전망 추이: '25~'65년



출처: “제3차 장기재정전망(2025~2065) 실시,” 기획재정부, 2025.9.3., 보도자료, p.7.

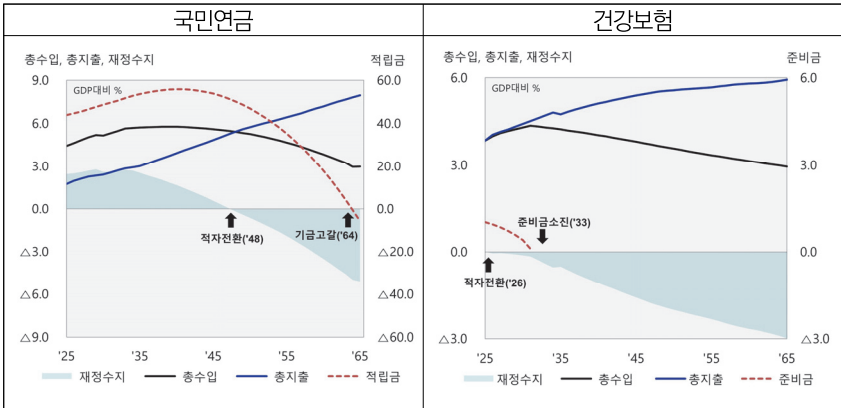
[그림 7-23] 정부 제3차 장기재정전망의 국가채무비율 추이: '25~'65년



출처: “제3차 장기재정전망(2025~2065) 실시,” 기획재정부, 2025.9.3., 보도자료, p.7.

- 장기재정전망은 저출생·고령화에 따른 의무지출 증가와 성장 둔화가 주요인으로 작용하는 가운데 사회보험을 중심으로 사회보장 재정의 위험이 급격히 높아질 수 있음을 시사
- 사회보장 재정에서 비중이 큰 사회보험의 경우 저출생·고령화 등 인구구조 변화에 따라 가입자 수는 감소하는 반면, 수급자 수는 급증하며 대부분 수지 악화
 - 국민연금은 2064년, 사학연금은 2047년 기금 고갈 전망, 공무원·군인연금의 GDP 대비 재정수지는 각각 2065년 0.69%, 0.15%를 기록할 전망
 - 고용·산재보험은 전망기간 동안 흑자가 유지되나, 건강보험은 2033년, 장기요양보험은 2030년 적립금 고갈 전망

[그림 7-24] 정부 제3차 장기재정전망 추이: 사회보험, '25~'65년



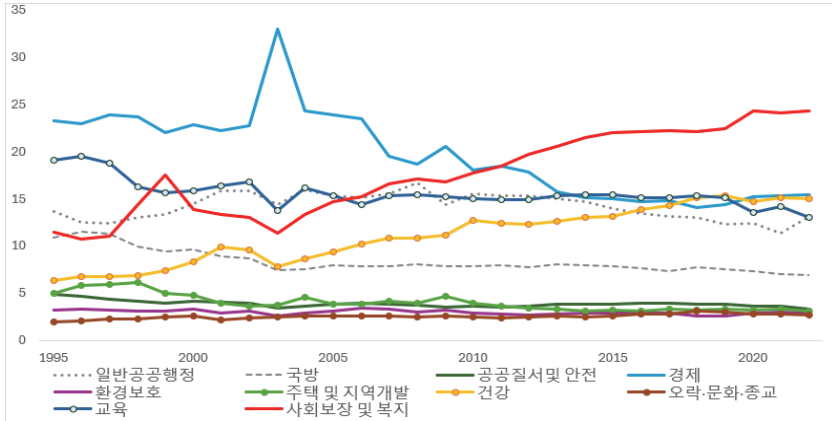
출처: “제3차 장기재정전망(2025~2065) 실시,” 기획재정부, 2025.9.3., 보도자료, p.14, 18.

- 사회경제적 여건 변화와 초고령사회 심화에 따른 사회보장 재정부담 가중에 대응할 수 있도록 국가 자원배분 전략 및 효율적 재정 운영 방안을 마련할 필요

- (저출생) 합계출산율과 함께 출생아 수 결정에 중요한 가임여성 인구 수가 150만 명대에서 유지되는 2032년까지가 정책 대응의 집중 시기임.
 - 그동안 아동 수 감소에 따라 아동·가족 부문의 경우 제도 확대에도 불구하고 재정소요 증가는 크지 않았고, 향후에도 아동 수 감소 효과로 일정 정도 재정여력 상존
 - 단, 교육재정 분권에 따라 내국세의 일정 비율로 산정되는 지방교육재정교부금의 경우 아동수 감소 효과가 반영되지 않는 구조로, 향후 지속적인 개편 논의 예상
 - 무상보육 실현과 영·유아기 집중된 지원 체계의 생애 주기 확대, 출생 및 육아 인센티브 제공, 육아휴직·급여의 고용보험 사각지대 해소 등 제도 확대 예상
 - 출생 전후 아동의 생애주기에 걸쳐 국가 책임이 강조되는 체계로의 전환을 위한 지속적인 대응이 필요
- (고령) 베이비 부머세대의 후기고령화가 시작되는 2030년을 전후로 공사 연금 기반 노후소득보장, 고령자 일자리, 의료·요양·돌봄 서비스를 결합하는 대응체계 구축
 - '22년 기준 노인빈곤율은 39.7%(’23년 38.2%)로 OECD 국가 중 가장 높고, 전체 빈곤율 대비 격차도 가장 커 노인 빈곤 문제 해결에 상당한 재정 투입 예상
 - 단, 베이비 부머세대의 이전 노인 세대 대비 노후 준비 및 자산 여력, 높아진 복지 요구 수준 등을 반영할 필요

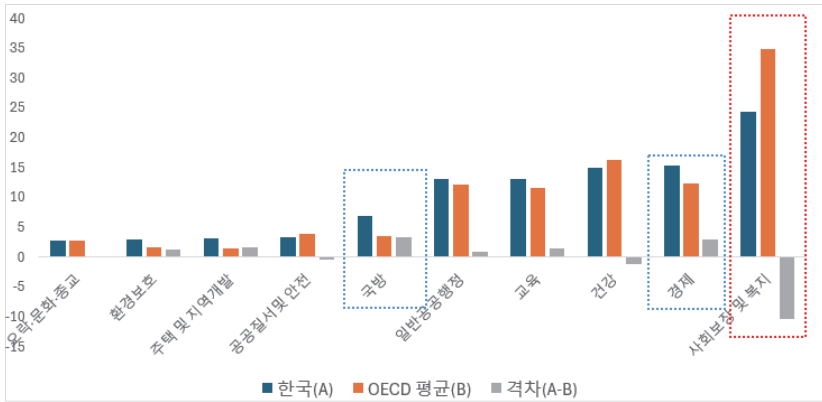
- (취약계층 지원) 경제의 저성장세와 불안정성 증대, 소득양극화 심화, 청년 실업 등에 따른 공공부조와 디지털기술 발전과 기술 경제 심화, 고용관계 및 근로형태 변화에 따른 노동시장 양극화에 대응
 - 소득 및 자산의 양극화 심화 추세가 지속될 것으로 예상되고 있어, 한정된 자원으로 저소득층 및 차상위계층 등 취약계층에 대한 지원을 두텁게 할 수 있는 선별 지원 강화
 - 향후 기초생활보장제도 및 기초연금의 선별성 강화 등 검토 가능
- (재원 배분) 한국은 2022년 기준 OECD 평균 대비 국방 및 경제 분야에 대한 재원 배분 비중은 높은 반면 사회보장 및 복지 비중은 낮는데, 향후 동 분야의 비중 상승 시 다른 분야의 재원 비중은 하락
 - '98년 외환위기 이후 사회보장 및 복지(10.5%p), 건강(6.4%p), 오락·문화·종교(0.2%p) 비중은 상승한 반면, 경제(-7.7%p)와 국방(-2.4%p) 등 나머지 하락
 - 향후 사회보장 및 복지, 건강 비중 상승 시 나머지 부문 비중은 하락하여, 국가 재원의 상당 부분이 사회보장 및 복지와 건강 분야에 투입됨.
 - 사회보장의 아동·가족(저출산), 고령, 노동, 취약계층 등 기능별, 중앙정부와 지방정부 간 재원배분 전략 필요
 - 재정소요 증가를 주도하는 사회보장 분야는 재정효율화를 강화하기 위해 사업 단위, 기능별 재원 할당 방식에서 전체 상한을 갖는 총량적 재원 배분 구조에 대한 검토 가능

[그림 7-26] 분야별 자원배분 추이(%): '95~'22년



출처: “OECD Data Explorer,” OECD, 1995~2022년 원자료를 인출하여 작성

[그림 7-27] 자원배분 비교(% , %p): 한국, OECD 평균



출처: “OECD Data Explorer,” OECD, 2022년 원자료를 인출하여 작성

□ (사회보험) 사회보장체계의 중심을 이루고 있는 사회보험의 재정안정화 방안 마련 필요

○ 국민연금 재정개혁(25.4.)이 이루어졌으나 '40년대 후반 적자 전환 등 재정문제가 여전하고, 공무원·군인연금의 적자 보전 급

증에 '28년경 사학연금 적자 전환 예상

- 국민연금 등 공적연금의 수익비 구조가 재정 불균형을 초래하고 있어 이에 대한 개선 없이는 장기 재정위험은 불가피
 - 국민연금의 적립방식 운영으로 기금운용수익률이 기금 소진 시점에 영향이 커, 향후 기금운용수익률 제고 필요
 - 분절적으로 운영되는 국민·퇴직·개인연금 등 연금제도 간 기능 재정립을 통해 다층 노후소득보장체계 확립 검토
 - 의무가입연령 상향 등 추가적 모수개혁과 함께 국민연금과 기초연금의 관계 재정립 등 구조적 개혁 지속
- 2015~2025년 중 공무원·군인연금 적자보전은 GDP대비 0.3%에서 0.4%로 확대, 베이비 부머세대 수급이 본격화되는 2030년대 직역연금 적자 보전 재정 투입 확대 예상
 - 2025년 공무원연금 적자보전 분은 총지출 대비 30.5%, 군인연금은 52.2% 수준으로 연금 재정적자 축소 필요

○ 전국민 대상 건강보험과 장기요양보험에 대한 재정지원도 2015~2025년 GDP 대비 0.4%에서 0.7%로 확대, 베이비 부머 세대가 후기고령화가 시작되는 2030년대 재정 투입 규모는 기하급수적으로 증가할 예상

- 총인구 및 경제활동인구 급감으로 부과방식인 건강장기요양보험의 재정수입 기반이 취약해지는 가운데 간병급여비 도입 등으로 보험료 인상 압력이 가중될 전망
- 2030년경 건강보험료율 8% 법정 상한 도달 시 총인구의 1/4 이상을 차지하게 될 고령인구의 부담 여력에 대한 우려는 국고 지원 확대 요구로 이어질 가능성

- 본인부담차등제 강화, 비급여의 체계적 관리 등을 통해 합리적 의료이용을 유도하고 수가 현실화, 약가 산정체계 개편 등 건강보험의 자구 노력이 강화될 필요
- 건강보험 재정 관리, 장기요양보험 요양 및 재택 기능 강화, 의료·요양·돌봄 통합 운영
 - 요양·의료 필요도 반영 재가-시설-병원 간 관계 정립, 통합 판정체계 및 통합 운영을 통한 과다 이용 예방, ICT 기술을 활용한 재택 기반 돌봄 및 의료서비스 확대 등

○ 고용보험은 기금 내 지출 비중이 높아지는 모성보호사업을 실업계정에서 분리하고 광범위한 사각지대 대응 필요

- 모성보호사업 확대를 지원하기 위해 2025년 일반회계에서 고용보험으로 5,500억 원 (총지출의 2.9%) 전입
- 고용보험 가입기준 변경(근로시간→소득)시 단기 근로자 중심으로 고용보험 가입자 수 증가해 실업급여 및 모성보호 지출 증가에 따른 고용보험 재정 악화 우려
- 이외 고용보험 미가입 사업장이나 자영업자 등 사각지대에 대한 국고 지원 강화

○ 산재보험은 산재재해율이 높지 않은 등 이유로 재정위험이 낮은 편이나, 장해연금 등 장기급여에 대한 인구 고령화 영향이 커지면 현행 부과방식 재정운영이 어려울 수 있음.

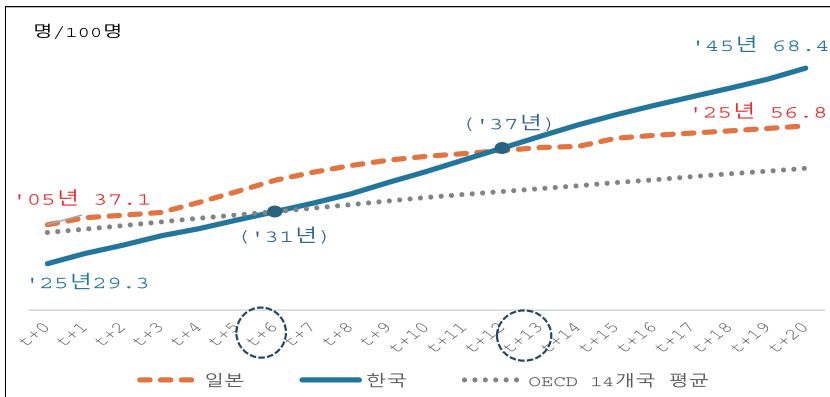
□ (재원) 중·장기적으로 인구 고령화에 대응하기 위한 사회보장 재정 기반 확보 방안 마련 필요

○ OECD 초고령사회 16개 국가*('25년, 동유럽국 제외) 비교시 한

국은 진입 시점 노년부양비는 가장 낮고 이후 가장 빠른 속도로 증가 ※일본, 이탈리아, 독일, 프랑스 등 '05~'25년 진입

- 초고령사회 진입 시점의 노년부양비는 한국이 29.3('25)으로, OECD 국가군 33.3~38.2 대비 상당히 낮음.
- 진입 6년 후인 2031년부터 OECD 국가들의 평균 경로를 상회하고, 이후 7년 후인 2037년부터 일본을 상회

[그림 7-28] OECD 초고령사회('25년 기준) 국가들의 노년부양비 추이
: 진입 후 20년 경과 기간 비교

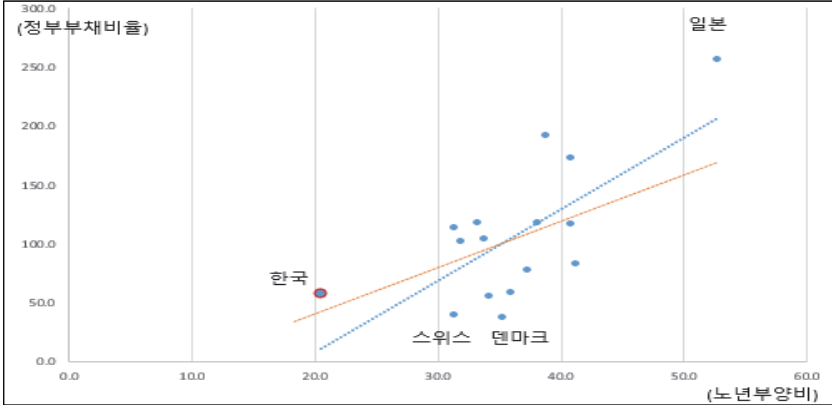


출처: “장래인구추계: 2022~2072년,” 통계청, 2023, “OECD Data Explorer,” OECD, 2025년 원자료를 인용하여 작성

○ 2022년 기준 OECD 초고령사회 국가군의 노년부양비와 국민부담률, 국가부채비율을 비교하면, 한국은 이들 국가군 평균 대비 부채비율은 높고 국민부담률은 낮아 향후 노년부양비 상승기에 재정위험이 있는 정부부채보다 국민부담 상향의 여지가 있음.

- '25년 국가채무비율은 2차 추경 반영 당초 47.8%에서 49.0% 상승('30년 55.3%)

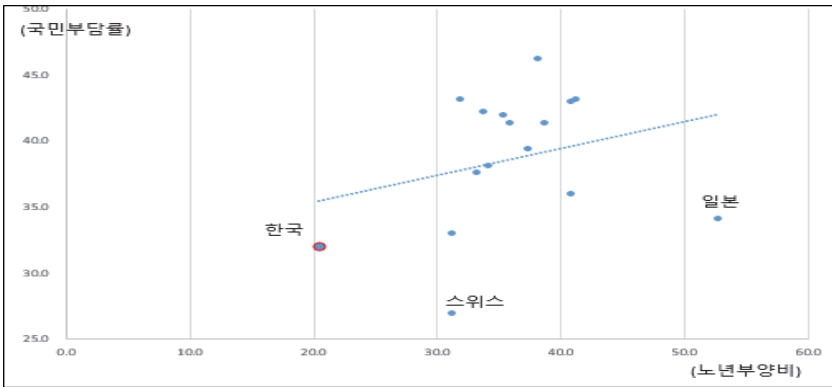
[그림 7-29] 노년부양비 vs. 정부부채비율(명/100명, %): '22년



주: 빨간색 점선은 일본을 제외한 추세선임.

출처: "OECD Data Explorer," OECD, 2022년 원자료를 인출하여 작성

[그림 7-30] 노년부양비 vs. 국민부담률(명/100명, %): '22년



출처: "OECD Data Explorer", OECD, 2022년 원자료를 인출하여 작성

- 국민부담률 상승의 경우 자원 충분성 및 안정성, 국민 수용성 등을 감안하여, 사회보험과 조세의 역할과 비중에 대한 방향 수립이 필요

- 사회보험은 기여와 혜택이 일치하여 동일 부담에 대한 저항이 조세에 비해 상대적으로 작음. 단, 인두세의 성격으로 기업 부담(현행 50:50 구조) 발생
- 조세는 일반 재원이기는 하나 목적세*로 운영 가능하고, 다양한 세원을 통한 재원 조달이 가능하나, 지출 용도가 특정되지 않을 시 조세저항이 클 수 있음.

※현행 국세 중 농어촌특별세, 교육세가 해당되고, 주세와 교통에너지환경세 등은 일반세이나 목적 재원화됨.

- 디지털 경제의 급속한 발달, 고용관계 다변화 등 산업 및 경제의 구조적 변화 여건에 조응하는 세입기반 확보 필요
- 불요불급한 조세감면 정비, 특정 용도 및 대상에 대한 개별 소비세 강화, 부가세(surtax) 부과, 디지털 과세, 장기적 부가가치세 인상 등

○ 베이비 부머세대의 후기고령화가 진행되는 2030년대 재정소요에 대응하기 위한 (미래 사회보장 지속가능)준비기금 방안도 검토 가능

- 일본의 2014년 의료·개호 종합확보기금(소비세 증세분), 독일의 장기요양준비기금(2015년부터 20년 동안 전년도 장기요양보험료 부과 기준소득의 0.1%를 적립), 호주의 미래기금(고령화에 대응하여 연금급여 지급의 지속성 확보를 위해 설치) 등



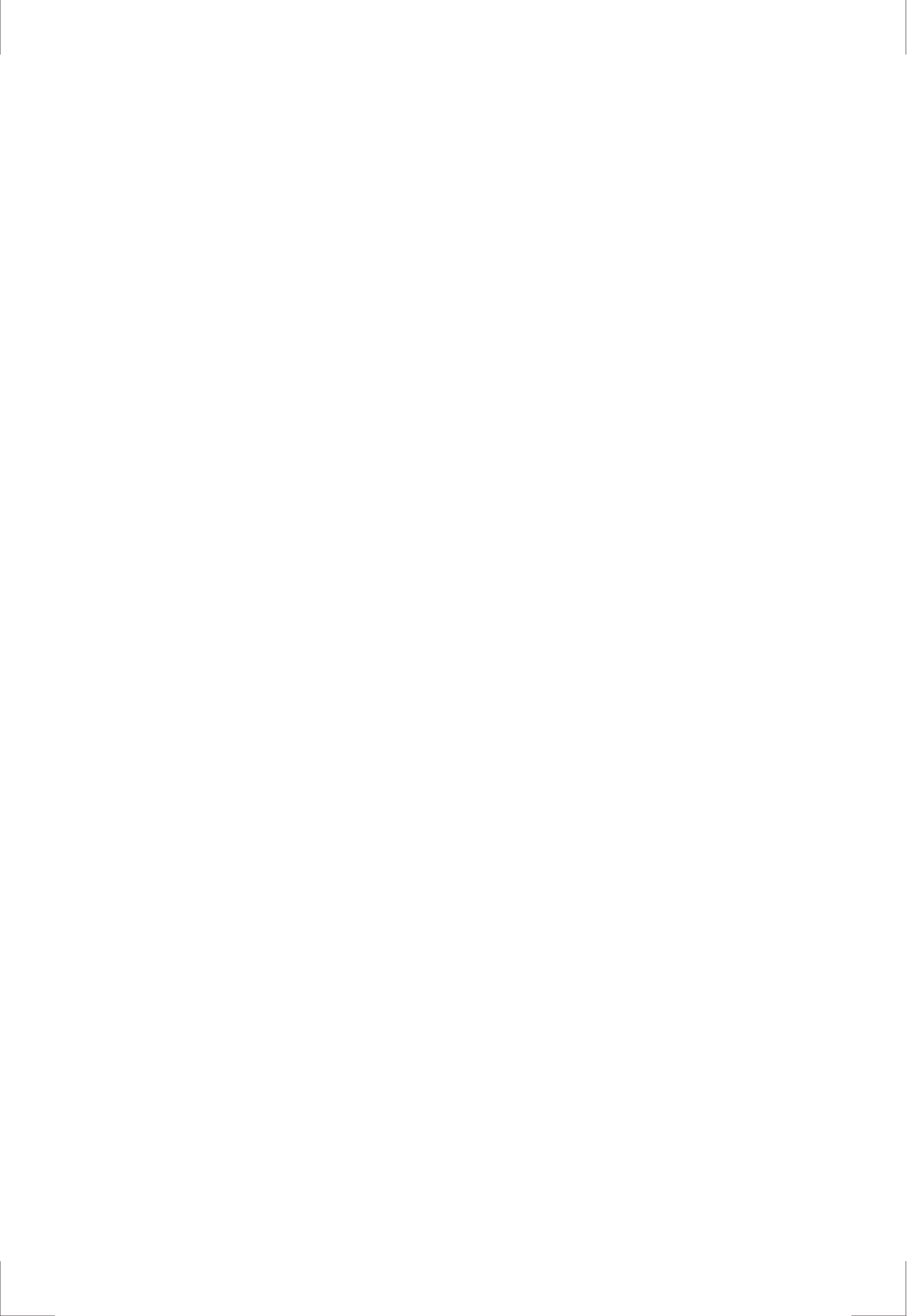
제8장

결론

제1절 연구결과 논의

제2절 난제 간 통합적 정책 시사점

제3절 연구의 의의 및 한계



제 8 장 결론

제1절 연구결과 논의

□ 본 연구는 한국 사회가 직면하고 있는 인구구조 변화와 사회경제적 전환에 따른 보건복지 난제(難題)를 진단하고, 이에 대한 심층적인 분석과 함께 통합적이며 지속 가능한 정책 대안을 모색하는 것을 목적으로 함.

○ 한국 사회는 저출생·고령화의 급속한 인구구조 변화, 경제성장률 둔화, 노동시장의 고용형태 다변화, 그리고 기존 사회보장제도의 재정 지속가능성 악화 등 복합적인 여건 변화에 직면해 있으며, 이러한 난제들은 국민 삶의 질과 사회보장시스템의 지속가능성을 위협하고 있음.

□ 본 연구에서 선정한 보건복지 분야의 6가지 주요 난제별 주요 연구 결과는 다음과 같음.

1. 의료 인력의 불균형 해소와 필수의료 전문인력 확보 방향

□ 현황 진단

○ 의사의 총수 추계를 둘러싼 사회적 합의가 부족하여 갈등이 심화되고 있음.

- 필수 의료 분야 전공의 층원 저조 및 전문의 수급 어려움으로 필수 의료 전문의가 절대적으로 부족함.
- 의료 인력의 수도권 및 대도시 집중화 현상이 심화되어 지역과 전문 과목 간 불균형이 발생함.
- 지방의료원 등 지역 공공의료기관의 필수 의료 인력 구인난이 심화되고 있음.

□ 정책 방향 및 추진 전략

○ 데이터 기반 인력확충

- 의료 인력의 양성, 공급, 배치 전반을 관찰할 수 있는 의료 인력 계정을 구축하고, 실태조사 데이터의 안정적 확보 및 심층 분석 역량을 제고해야 함.

○ 사회적 합의

- 인구 구조, 의료 현장, 교육 환경 등을 고려한 과학적인 수급 추계를 실시하고, 신뢰성, 투명성, 근거 타당성을 확보한 수급 추계 위원회를 운영해야 함.

○ 의사 인력 확보 다차원적 추진

- 의대 정원 증원 및 지역인재 전형 확대를 통해 의사 배출 총량을 증가시키고 지역인재 육성 기회를 마련해야 함.
- 공공의대 또는 공공의료 사관학교 신설을 통해 필수 의료 분야에 특화된 인력을 양성하고 의료 취약지역에 배치해야 함.

○ 역할 조정 및 연계성 확보

- 지역의 필요도에 기반하여 기관 간 순환근무, 단기 파견 등 인력

파견·연계 모델을 제도화하고, 유연한 인력 운영을 위한 제도 정비가 필요함.

- 간호사의 업무 범위를 확대하고 조정하며, 의사 부족 지역을 중심으로 진료지원(PA) 간호사 제도를 시범적으로 실시하여 직종 간 업무 수행 범위를 조정해야 함.
- 지역의 수요를 반영한 정책 추진을 위해 보건 교부금(가칭) 등 지방정부가 재량을 발휘할 수 있는 재원 조성 방안이 필요함.

2. 지역·필수 의료 강화를 위한 공공의료 거버넌스 재편 방향

□ 현황 진단

- 필수 의료 인력과 인프라가 수도권에 집중되어 지역 필수의료의 지속가능성을 위협하고 있음.
- 민간 의료체계가 수익성과 전문성 확보에 유리한 수도권으로 자원을 집중시키는 공급 유인구조의 구조적 편향이 존재하며 악순환이 고착화되고 있음.
- 지역 공공의료기관은 역할의 중요성은 증가하나 인력 유출 및 시설 노후화로 인해 질과 신뢰가 저하되는 이중적 위기에 직면함.

□ 정책 방향 및 추진 전략

○ 정책 방향

- 지역 필수의료 보장을 위해 공공의료의 기능적 강화와 체계적 혁신을 추진해야 하며, 국가가 책임지고 지역이 함께 만드는 공공보건의료 협력체계를 구축하는 것을 비전으로 함.

○ 국가단위 공공의료 거버넌스 재구조화

- 복지부의 통합 조정 기능 강화를 위해 조직 구조 개편 및 기능 재배치가 필요하며, 국립중앙의료원이 정책적 리더십을 수행할 수 있도록 역량을 강화해야 함.
- 국립대 병원의 소관 부처를 교육부에서 복지부로 이관하여 공공의료 기능 수행을 위한 제도적 실행력을 강화해야 함.
- 필수의료 특별회계 등 별도의 재원을 마련하여 상시 공공의료 체계의 기능 보강과 유지를 지원해야 함.

○ 공공의료 인력양성 거버넌스 구축

- 교육-수련-정주의 선순환 체계를 구축하기 위해 선발부터 경력 관리까지 일관된 인력 경로를 제안해야 함.
- 국립중앙의료원에 「공공의료 사관학교」를 설립하여 공공의료 전문의 양성 및 수련 체계를 구축하고, 국립대 병원과 역할 분담 및 협력을 통해 이를 지원해야 함.
- 공공의료 수행기관 및 공공성 실현에 대해 기관단위 보상 방식으로 전환하는 등 별도 보상 기전을 마련해야 함.

○ 지역 통합돌봄 연계 공공 일차의료 거버넌스 구축

- 지역 거점 공공병원의 기능 특화를 기반으로 지역 통합돌봄 사업을 지원하고 조정 기능을 강화해야 함.
- 보건소와 지방의료원을 연계한 방문진료 확대 등 지역 특성에 맞는 특성화 공공의료 서비스를 확충하고, 공공 일차 의료 기능을 육성해야 함.

3. 노인빈곤 개선을 위한 노후소득 보장체계 개선방향

□ 현황 진단

- 한국의 노인 빈곤율(2023년 38.2%)은 OECD 국가 중 가장 높은 수준이며, 이는 공적 노후소득보장제도의 약점에서 기인함.
- 2021년 이후 공적이전의 빈곤 감소 효과가 약화되어 노인 빈곤율 감소세가 중단되거나 소폭 증가하고 있음.
- 베이비 부머세대의 고령 인구 진입으로 주된 일자리 퇴직 후 연금 수급까지의 소득단절구간(=소득 크레바스)이 늘어나 노후소득 불안정이 심화되고 있음.

□ 정책 방향 및 추진 전략

○ 기본 방향

- 노인 빈곤 완화를 위해 소득보장체계의 기능을 회복하고 지속 가능성을 제고하는 구조개혁을 추진해야 함.

○ 단기 대응 전략

- 현세대 노인에 대한 소득보장 강화를 위해 다양한 정책 수단 병행
- (기초생활보장제도) 재산기준(자동차 기준 폐지, 재산의 소득 환산율 조정 등) 완화 및 생계·주거급여 선정기준을 단계적으로 상향 조정하여 사각지대를 해소해야 함.
- (기초연금제도) 수급자 부부 감액 폐지 추진, 생계급여 산정 시 소득 반영 문제 해결 등 기초생활보장 제도와의 정합성 확보를 검토해야 함.

- (노후소득보장체계 내실화) 국민연금의 저소득층 보험료 지원 및 크레딧 확대, 퇴직연금의 연금화 유도 및 수령 구조 개편을 통해 역할을 제고해야 함.
- (노후자산 유동화) 주택연금, 역모기지 등 자산 유동화 수단을 제도화하고 지원을 강화해야 함.

○ **증장기 대응 전략 (다층소득보장체계 구축)**

- 노인 소득계층 별로 구분하여 욕구에 부합하는 소득보장제도를 운영해야 함.
- 기초연금의 수급 기준을 노인 소득하위 70% 방식에서 기준중위 소득(예: 50%, 75% 등)에 연동하여 설정하는 방식으로 개편하고, 소득계층별 차등지급 체계를 추진해야 함.
- 노인일자리 사업의 참여 대상을 중고령층까지 확대하고, 공익형 중심에서 서비스형과 민간형으로 전환하여 급여 조건을 현실화해야 함.

4. 의료·요양 통합지원의 진단과 통합돌봄의 미래 방향성 구축

□ **현황 진단**

- 2026년 돌봄통합지원법 시행을 앞두고 있으나, 정책 이행 과정에서 노인 중심의 서비스 대상 축소, 직접 돌봄 서비스 부족 등 다양한 한계가 지적되었음.
- 한국의 돌봄체계는 가족 중심의 돌봄 비중이 절대적이며, 의료와 돌봄 서비스가 분절적이고 제한적임.

- 노인 인구 증가에 따른 돌봄 인력 및 재정적 지속가능성 확보 문제가 심화되고 있음.
- 고령장애인은 노인과 장애의 교차 영역에서 정책 사각지대가 발생하고 있어 복합적 지원이 특히 필요함.
- 중앙집중적 정책 설계, 지자체 조직의 분절성, 인력 부족, 정보 시스템 연계 미비 등이 통합돌봄 효과를 저해하는 구조적 한계로 작용함.

□ 정책 방향 및 추진 전략

○ 기본 방향

- 통합돌봄을 단순한 '정책'이나 '사업'이 아닌 한국형 돌봄 안전망을 구현하는 패러다임으로 재정립하고, 궁극적으로 기본권적 측면에서 돌봄의 권리를 보장받을 수 있는 통합지원체계 구축이 필요함.

○ 노인 통합돌봄 부문

- 예방적 건강관리 체계 구축(전노쇠기)부터 기능 유지 및 주거 환경 개선(노쇠기), 재가장기요양 서비스의 급여량 확대 및 서비스 다양화(재가생활), 시설 서비스 질 개선(시설입소), 익숙한 장소에서의 임종 지원(임종기)까지 연속적 돌봄체계를 마련해야 함.

○ 장애인 통합돌봄 부문

- 고령장애인 등 돌봄 취약 집단을 포괄하는 지역사회 기반 돌봄 통합 체계로 이행하고, 장애인의 건강권 실현을 위한 재택의료, 원격진료 등 건강관리 서비스 혁신이 필요함.

○ 보건의료 부문

- 건강보험-장기요양보험-지역사회서비스 간 연속성 확보 기반을 마련해야 함.
- 요양병원 혁신사업을 통해 의료 중심 요양병원의 기능을 강화하고 환자의 간병비 급여화를 추진해야 함.
- 지역사회 기반의 방문 및 비대면 의료서비스 제공 체계를 정비하고 건강보험 급여 유형화 등을 통해 재택의료를 활성화해야 함.

○ 전달체계 개편

- 시군구 단위의 통합돌봄 전담부서 설치를 의무화하고 복지·보건·주거 등 기능 간 조정 및 총괄 기능을 수행하도록 조직 개편해야 함.
- 통합 욕구조사 도구를 개발하고 신청 절차를 일원화하는 등 돌봄제도 개편을 통한 통합 프로세스 정비가 필요함.
- 충분한 인력 확충 및 간호직 인력 배치 등 전문 인력의 배치가 필수적임.

5. 일하는 부모의 양육부담 경감을 위한 통합적 양육지원체계 구축

□ 현황 진단

- 중앙정부의 양육비 지원 사업은 만 8세 미만 영유아기에 집중되어 있어, 실제 아동 대부분이 분포하는 중상위 소득계층 아동에게 실질적인 지원이 미흡한 구조적 한계가 존재함.
- 아동수당 등 보편적 지원의 지급단가가 물가 상승을 반영하지 못해 실질 가치가 하락하고, 정책 체감도가 저하되고 있음.

- 고용보험에 기반한 육아휴직제도는 비임금 근로자, 소상공인 등 광범위한 사각지대를 발생시키며, 육아휴직 수혜자와 비수혜자 간 격차가 커지고 있음.
- 육아기 근로시간 단축 제도나 유연근무제 활용률이 낮으며, 특히 중소기업 종사자 비율이 저조함.

□ 정책 방향 및 추진 전략

○ 양육비 지원 강화 (단기 추진과제)

- (보편성 확대) 아동수당 지급 연령을 전 아동기(0-17세)로 확대 (연차별 1세씩 확대 전략 추진)하여 보편적 접근성을 강화해야 함.
- (형평성 강화) 자녀수 기반 차등 지원 구조를 마련하여 다자녀 가구의 양육 부담을 반영해야 함.
- (가치 보전) 물가상승을 반영한 지급액 조정 장치를 마련하여 지원 수준의 실질 가치를 보장해야 함.

○ 양육비 지원 강화 (중장기 추진과제)

- 통합적 지원체계 마련: 아동수당을 중심으로 누적 지원 구조를 설계하고, 부모급여, 한부모급여 등 유사 기능 급여의 기능 정렬 또는 통합 방안을 검토해야 함.
- 현금 급여 일부 또는 전액을 미래 아동 지출수요에 충당할 수 있는 적립계좌(가칭 '아동통합계좌/아이자립펀드') 도입을 검토해야 함.

○ 육아휴직제도 활성화 (단기 추진과제)

- 제도 내 사각지대 해소를 위해 육아휴직 요건인 동일 사업장 6개월 이상 근속 규정 완화가 필요함.

- 노동시장에 참여하는 자영업자, 노무제공자 등 고용보험 사각 지대를 위한 육아수당 신설을 검토해야 함.

○ 일과 돌봄 균형을 위한 근로시간 단축 및 유연근무제 활성화

- 육아기 근로시간 단축 허용 예외 축소 및 기업 인센티브 강화를 통해 제도의 사용 어려움을 완화해야 함.
- 장기적으로 한국식 정규시간제 개발 및 주 4일, 4.5일 정책 실험 논의 활성화 등을 통해 근로시간 단축을 추진해야 함.

6. 지속가능한 사회보장재정을 위한 재정운용 방향 수립

□ 현황 진단 및 전망

- 한국의 명목GDP 대비 사회보장재정지출(SOCX 비율)은 OECD 평균 대비 낮으나, 2010년 이후 노령, 보건 지출을 중심으로 빠르게 상승하고 있음.
- 총인구 감소 및 생산가능인구 급감 속에서 후기 고령인구는 급증하며 노년부양비가 급상승할 전망이다.
- 인구구조 변화로 인해 잠재성장률이 낮아지고 있으며, 사회보장 재정지출은 2024년 GDP 대비 15.7%에서 2065년 27.1%로 확대될 전망 (노령, 보건 영역 확대).
- 주요 사회보험(건강보험, 장기요양보험)은 2020년대 후반~2030년대 중반에 누적 준비금이 고갈되며 재정 위험이 심화될 것으로 예상됨.
- 정부의 장기재정전망에 따르면 총수입 제약과 의무지출 증가로 관리재정수지 및 국가채무비율이 악화될 우려가 큼.

□ 정책 방향 및 추진 전략

○ 사회보험 재정안정화 방안 마련

- 국민연금: 재정 안정화 시점을 늦추는 개혁이 이루어졌으나, 향후 기초연금을 중심으로 한 구조 개혁 방안과 자동조정 장치 도입 등 추가 논의가 예상된다.
- 건강보험 및 장기요양보험: 고령인구의 재정 부담 가중을 완화하기 위해 국고 지원 확대를 검토하고, 의료·요양·돌봄 통합 운영을 통해 과다 이용을 예방해야 함.
- 고용보험: 모성보호사업을 실업 계정에서 분리하여 재정 부담을 완화하고, 광범위한 사각지대에 대한 대응이 필요함.

○ 재정 운용 및 재원 확보

- (국가 재원배분 전략 수립) 재정 소요 증가를 주도하는 사회보장 분야에 대해 재정 효율화를 강화하기 위한 총량적 재원 배분 구조 검토가 가능함.
- (재정 기반 확보) 한국은 OECD 국가군 평균 대비 국가부채비율은 높고 국민부담률은 낮아, 향후 노년부양비 상승기에 국민 부담 상향의 여지가 있음.
- 디지털 경제 등 구조적 변화에 조응하는 세입 기반 확보를 위해 조세감면 정비, 디지털 과세, 장기적 부가가치세 인상 등 재원 조달 방안을 마련해야 함.
- 저출생 대응을 위한 아동·가족 부문은 아동 수 감소 효과로 재정 여력이 일정 정도 상존하므로, 이를 활용한 지원 체계 확대를 지속해야 함.

제2절 난제 간 통합적 정책 시사점

□ 거버넌스 및 재정의 통합적 조정

- 의료 인력 불균형, 지역 필수의료, 통합돌봄, 재정 지속가능성 등 보건복지 난제 전반에 걸쳐 중앙정부의 통합적 리더십과 조정 기능 강화가 필수적임.
- 특히 재정 소요 증가를 주도하는 사회보장 분야에 대해서는 총량적 재원 배분 구조를 검토하여 재정 효율성을 강화해야 하며, 이는 의료·요양 통합(난제 4)을 통한 지출 효율화 및 사회보험 재정 안정화(난제 6)와 직접적으로 연계됨.

□ 인력 양성 및 배치 선순환 체계 구축

- 의료(난제 1, 2)와 돌봄(난제 4) 분야 모두 교육-수련-정주(定住)의 선순환 체계 구축을 핵심 전략으로 요구하고 있음.
- 의료 인력의 지역 배치뿐만 아니라, 지역 공공병원을 중심으로 보건소와 지방의료원을 연계한 방문진료 확대(난제 2) 및 통합돌봄 전달체계 내 전문 인력(간호직 등) 배치(난제 4)는 지역 기반 서비스 역량을 강화하는 공동의 과제라고 할 수 있음.

□ 노동시장 정합성과 복지 확대의 연계

- 노인 빈곤(난제 3)과 양육 부담(난제 5)은 모두 노동시장의 불안정성 및 정합성 문제와 직결된다고 볼 수 있음.
- 고령자 고용 기반 확충(정년 연장, 계속고용 제도화)은 노후소득 불안정을 해소하고 국민연금 재정 기반을 강화하는 데 기여함(난제 3, 6).

- 육아휴직 사각지대 해소와 유연근무제 확산(난제 5)은 여성의 경력 단절 방지 및 생산성 향상으로 이어져 재정 지속가능성(난제 6) 확보에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 기대됨.

제3절 연구의 의의 및 한계

□ 본 연구의 의의

- 난제 해결을 위한 중장단기 방향 제시를 위한 논의의 출발점
 - 본 연구는 개별 난제에 대한 기존 논의의 포괄적인 정리와 최신 동향을 반영했으며, 복잡하고 상호 연결된 보건복지 난제에 대한 지속 가능한 정책 해결 방안을 단기 및 중장기로 나누어 종합적인 논의를 시도하였음.
 - 본 연구결과는 기존의 대상별, 주제별 전략을 넘어서 기능별, 역할별 전략으로 통합적 접근의 필요성을 보여주고 있다는 점에서 한계와 의의를 동시에 가짐.

□ 본 연구의 한계

- 난제 간 통합적 접근 및 정책의 위계 확립 필요성
 - 상호 긴밀하게 얽혀서 작동하고 있는 난제 간의 연관관계 및 공통의 맥락과 문제 등에 대한 통합적 접근이 이루어지지 못했으며, 이는 개별 난제 중심의 난제 해결방향 및 정책방안 제안으로 머무르는 한계로 이어짐.
 - 각 개별적인 난제별 정책 제언이 수평적 나열에서 벗어나 명확한 위계를 가지고 정리되지 못했다는 한계가 존재함.

- 이는 난제별 전략 제시 과정에서 대안들 간 상호 상충될 개연성이 존재하고, 기존의 주제별 연구와 비교하여 연구의 심도를 높이 평가하기 어려운 한계로 나타남.
- 향후, 복잡하게 얽힌 난제들을 풀기 위한 통합적이고 실질적인 정책 방안 및 전략을 개발하는 후속 과제가 필요하며, 이를 위해 난제별 정책 제언을 수평적 나열이 아닌 명확한 핵심 전략을 중심으로 위계화하여 제시될 필요 있음.
- 대상별, 주제별 전략을 넘어선 기능적·역할적 통합 전략을 구체화하여 제시할 필요가 있음.



- 강민정, 김은지, 박수범, 권소영, 김기선. (2020). **모성보호 사각지대 해소를 위한 출산·육아지원 정책 확대 방안**. 고용노동부, 한국여성정책연구원.
- 강은나, 김혜수, 정찬우, 김세진, 이선희, 주보혜, 황남희, 김경래, 이해정, 최경덕. (2023). **2023년도 노인실태조사**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 강은나, 이선희, 김세진, 김유휘, 남궁은하, 이영숙, 이윤경, 김혜수, 어유경, 최경덕, 한은정, 김영선, 김창오, 박상희, 서동민, 이호용, 황라일. (2022). **제3차 장기요양기본계획(2023~2027) 수립 연구**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 강혜규, 김세진, 어유경, 이한나, 전진아, 김동진, 김유휘, 김희성, 안수란, 오옥찬, 서윤경, 남기철, 유애정, 최은희, 박영선, 이연주, 허현숙. (2021). **중장기 지역 사회 통합돌봄 추진전략 수립 지원 연구**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 고제이, 이아영, 하솔잎, 양미선, 황안나. (2024). **아동수당제도 효과분석 및 발전방향 연구**. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 곽미영, 송그룹, 조경은. (2021). **권역·지역 책임의료기관 제도 및 공공보건의료 협력체계 구축 방향**. *Public Health Affairs*, 5(1), e15.
- 교육부. (2024). **2024학년도 4년제 대학 모집단위별 입학정원 현황**. <https://www.moe.go.kr/boardCnts/viewRenew.do?boardID=337&lev=0&statusYN=W&s=moe&m=0303&opType=N&boardSeq=101245>. 2025.7.9. 인출.
- 국립재활원. (2024). **재활환자 재택의료 시범사업**. https://www.nrc.go.kr/hospital/html/content.do?depth=rb&menu_cd=03_07_01
- 국민건강보험공단. (2024). **2023 건강보험 통계연보**.
- 국민건강보험공단. (2024). **2023 노인장기요양보험 통계연보**.
- 국민건강보험공단. (2025). **노인장기요양보험통계 [데이터 세트]**. 국가통계포털. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_350_06_N030&conn_path=I2 2025.12.9. 인출.
- 국민건강보험공단. (2025). **지역별 의료이용 통계 [데이터 세트]**. 국가통계포털.

- https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=TX_35003_A003&conn_path=I2 2025.7.9. 인출.
- 국민연금공단. (2023a). 국민연금 사업통계(2023년 12월 기준).
- 국민연금공단. (2023b). 2022년 국민연금 통계연보.
- 국민연금공단. (2024). 국민연금 공표통계(2024년 12월 기준).
- 국민연금재정추계전문위원회. (2023). 국민연금 장기재정추계. 국민연금재정계산 보고서1.
- 국정기획위원회. (2025.8.). 이재명정부 국정운영 5개년 계획(안).
- 국회입법예고. (2025.6.17.). 돌봄기본법안(정춘생의원 등 12인) 의안번호 2210878. https://pal.assembly.go.kr/napal/lgs/tpa/lgs/tpaDone/view.do?lgs/tpaId=PRC_F2D5E0A6B1Z6Z1X3Y1X3E3F7D3E7C0 2025.7.11. 검색
- 권정현. (2025). 노인돌봄 인력 확충을 위한 정책 방향. 지속가능한 초고령사회 대응 전략 포럼. 저출산고령사회위원회, 서울대학교 국가미래전략원.
- 기획재정부. (2025). 열린재정 [데이터 세트]. <https://www.openfiscaldata.go.kr/op/ko/index> 2025.9.14. 인출
- 기획재정부. (2025.9.3.). 제3차 장기재정전망(2025~2065) 실시 [보도자료] <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=156713710&pageIndex=1&repCodeType=%EC%A0%95%EB%B6%80%EB%B6%80%EC%B2%98&repCode=A00007&startDate=2024-11-19&endDate=2025-11-19&srchWord=%EC%9E%A5%EA%B8%B0%EC%9E%AC%EC%A0%95%EC%A0%84%EB%A7%9D&period=year>
- 김도현, 이승희. (2025). 기초연금 선정방식 개편 방향. KDI FOCUS, 2025, 139
- 김동진, 최지희, 황도경. (2024). 지방소멸 위기에 대응한 건강관리서비스 개선 방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 김미진. (2023). 필수의료 개념규정에서의 모호함이 초래한 위기. *한국의료윤리학회지*, 26(4), 257-263.
- 김승직. (2025.9.30.). 신규 공보의 3분의 1로 급락... 의과 공보의 반토막. *메디칼*

- 타임즈. <https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1165461>
- 김인경, 김진희, 류재린, 진성진, 권수연, 김경애, 김원섭, 김지혜, 남재욱, 문현경, 박수민, 백원영, 손윤희, 양승엽, 이다미, 이수정, 이정우, 이 태, 권형준, 우선희, 임형재. (2024). 국가지속을 위한 3대 구조개혁(노동·교육·연금) 연계전략. 경제인문사회연구회 협동연구총서.
- 김진현, 이성미, 권현정. (2020). 의사인력의 증장기 수급 추계와 정책대안. 보건경제와 정책연구, 26(3), 15-38.
- 김현경, 류정희, 고혜진, 손연정, 류진아. (2024). 2024년 아동가구 고용지원 전문영향평가 연구. 아동권리보장원, 한국보건사회연구원.
- 김현경, 박세경, 안수란, 이지혜, 양난주, 안현미, 하은솔. (2024). 돌봄인력 수급 전망 및 추계를 위한 기초연구. 중앙사회서비스원, 한국보건사회연구원.
- 김현경. (2025). 독일 핵심연령층(25~54세) 여성노동시장 분석. 「일가정양립 포럼」 발표자료(2025.5.16.).
- 대한민국 정부. (2025). 이재명 정부 123대 국정과제.
- 대한민국 정책브리핑. (2021.11.17.). 지역사회 통합 돌봄. https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645&utm_source=chatgpt.com 2025.11.18. 검색
- 류재린, 김지운, 권도형, 김희년, 송창길, 최준영. (2024). 중장기 노후빈곤 전망 모형 개발을 위한 기초연구. 한국보건사회연구원.
- 류재린, 이다미, 김혜진, 김지원. (2023). 예술인 국민연금 보험료 지원사업 개편 연구. 한국보건사회연구원.
- 문성일. (2023.2.15.). 전주시 통합돌봄, 의료비 절감 효과 검증... 평가 연구 결과 발표: 고비용 돌봄 제도로의 진입 지연을 통한 의료비 절감 효과 검증. 건강한 사랑통신 뉴스. <http://www.hcnews.or.kr/news/17621>
- 박보람, 김준영, 김태환, 황광훈, 박상현, 조영은, 신수립, 전이영, 김강호. (2023). 플랫폼종사자 직종별 근무실태와 정책과제. 한국고용정보원.
- 박중서, 이지혜, 정희선, 이소영, 장인수, 최선영, 이혜정. (2024). 2024년도

가족과 출산 조사. 한국보건사회연구원.

백민. (2024.7.9.). '분절적 고령장애인 정책' 학계·장애계·전문가 다양한 지원 방안 쏟아져. 에이블뉴스. <https://www.ablenews.co.kr/news/articleView.html?idxno=213724>

보건복지부 사회보장위원회. (2024.11). 제5차 중장기 사회보장 재정추계.

보건복지부. (2021.6.2.). 제2차 공공보건의료 기본계획(2021~2025).

보건복지부. (2023.12.27.). 2024년도 상반기 레지던트 1년차 전기 모집 선발 결과 발표 [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&act=view&list_no=1479528&tag=&nPage=1

보건복지부. (2024). 통계를 본 2023년 기초연금.

보건복지부. (2024.12.19.). 장기요양 재택의료센터 2025년 1월부터 전국 135 개소에서 서비스 제공 [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1483985&tag=&nPage=1

보건복지부. (2024.4.30.). 2023년 장애인 실태조사 결과 발표 [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1481225&act=view

보건복지부. (2025.3.12.). 2025년 장애인 건강보건통계 콘퍼런스 개최 [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1484958&act=view

보건복지부. (2025.4.17.). 2024년 등록장애인 263만 1천 명, 전체 인구 대비 5.1% [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1485363&tag=&nPage=1

보건복지부. (2025.6.13.). 절반 이상 지자체의 시범사업 참여로, 의료요양돌봄 통합지원 전국 시행의 디딤돌 마련 [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?act=view&bid=0027&list_no=1486276&mid=a10503000000&utm_source=chatgpt.com

보건복지부. (2025.8.11.). 의료요양 통합돌봄 추진을 위해 부처 역량 집중

- [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?act=view&bid=0027&list_no=1487164&mid=a10503010100&nPage=1&tag=&utm_source=chatgpt.com.
- 보건복지부. (2025.8.18.). 의료·요양·돌봄 통합지원 본사업을 위한 전국 확산 추진 [보도자료] https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a1050300000&bid=0027&act=view&list_no=1487208&tag=&nPage=1
- 보건복지부. (2025a). 2025년 다함께돌봄 사업안내. 보건복지부.
- 보건복지부. (2025b). 2025 지역아동센터 지원 사업안내. 보건복지부.
- 성재민, 김기선, 정진호. (2024). 근로시간 통계 국제비교로 본 정책 방향. 한국노동연구원.
- 손연정. (2024). 통근시간 실태와 결정요인 분석. 월간 노동리뷰 통권 제232호 (2024년 7월호). 한국노동연구원.
- 신영석, 박은자, 최지희, 윤강재, 신정우, 이나경, 강혜리, 김윤, 이진형, 이준상, 최재영, 김현재, 최한실, 윤석준, 고든솔, 김선정, 최성경, 이재일, 임병목. (2020). 보건의료인력 종합계획 및 중장기 수급추계 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 안서연, 최광성. (2022). NPRI 빈곤전망 모형 연구. 국민연금공단 국민연금연구원.
- 안수란, 하태정. (2022.11.). 사회서비스 일자리의 산업적·직업적 특성 변화. 보건복지 Issue & Focus 431호, 1-12. 한국보건사회연구원.
- 여유진, 강혜규, 김가희, 김기태, 김성아, 류재린, 안수란, 이소영, 이원진, 이태진, 장성현, 전지현. (2024). 지속가능한 복지제도 대안모색 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 예레미, 최요한. (2023). 소아응급 의료이용 및 자원변화와 의료 접근성 분석. 건강보험심사평가원.
- 유애정, 박현경. (2022). 지역사회 통합돌봄 추진현황과 향후과제. 대한공공의학회지, 2022(6), 75-98.
- 유애정, 이기주, 최재우, 변진옥, 박효중, 박현경, 이현지, 이해진, 김세진. (2022). 노인 대상 의료·돌봄 통합지원 모델 개발 연구. 보건복지부, 국민건강보험공단.

- 이승희. (2023). 노인빈곤에 관한 연구: 소득과 소비를 중심으로. 한국개발연구원 정책연구시리즈 2023-12.
- 이정은. (2025). 통합돌봄 도입에 따른 지방자치단체의 역할: 공공영역 사회복지사의 역할 중심으로. 한국사회복지사협회 토론회 자료집. 38-41.
- 이주미. (2025). 1, 2차 베이비붐세대의 소득 및 자산 특성 비교. 보건복지포럼, 340, 69-83.
- 이철희 외. (2023). 인구변화와 미래 돌봄 수요 전망. 인구변화 대응 돌봄 서비스 활성화 전략 정책토론회. 한국경제학회, 서울대학교 국가미래전략원.
- 이철희, 권정현, 김태훈. (2023). 2021년 장래인구추계를 반영한 인구변화의 노동, 교육, 의료 부문 파급효과 전망. 저출산고령사회위원회, 서울대학교 산학협력단.
- 저출산고령사회위원회. (2025.1.23.) 저출산·고령사회위원회, 제8차 인구 비상 대책회의 개최 (별첨 2) 초고령화 대응방향(총론) [보도자료] <https://www.betterfuture.go.kr/front/notificationSpace/pressReleaseDetail.do?articleId=421&listLen=10&searchKeyword=&position=M&pageIndex=12>
- 전기택, 김종숙, 주재선, 강민정, 이동선, 신우리, 최진희, 노우리, 양준영. (2023). 2022년 기준 일·가정 양립 실태조사. 고용노동부, 한국여성정책연구원.
- 정규철, 김지연, 김준형, 전해지, 신나라, 신용재. (2025). 「장래인구추계 2022~2072년」을 반영한 장기 거시경제변수 전망. 국민연금연구원, 한국개발연구원.
- 정윤화, 장예슬, 김현규, 박은철, 장성인. (2023). 의사 인력의 수급 현황과 추세에 따른 적정 조정. 보건행정학회지, 33(4), 457-478.
- 정현진, 유애정, 최재우, 김승희, 이기주, 최은희, 강하림, 이용갑, 전용호, 노혜진, 조경희. (2022). 지역사회 통합돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석 연구 (3차년도). 보건복지부, 국민건강보험공단.
- 정형선, 최정아, 김무진. (2024). 한국 보건의료제도에서 의사의 수요와 공급: 국가 단위 계량경제회귀모형을 통한 적정 의사수 추계. 사회보장연구, 40(4), 211-240.
- 최효미, 박은정, 조미라, 김태우. (2024). 생애초기 적정규모 양육비용 산출 연구.

보건복지부, 육아정책연구소.

- 통계청. (2017~2024). **가계금융복지조사 원자료** [데이터 세트]. MDIS 원격접근 서비스.
- 통계청. (2021.12.9.). **장래인구추계: 2020~2070** [보도자료]. https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301020600&bid=207&act=view&list_no=415453
- 통계청. (2023). **장래인구추계** [데이터 세트]. 국가통계포털. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA001&conn_path=I2 2025.7.9. 인출.
- 통계청. (2023.10.24.). **2023년 8월 경제활동인구조사 근로형태별 부가조사 결과** [보도자료]. https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301030200&bid=210&act=view&list_no=427625
- 통계청. (2023.12.14.). **장래인구추계: 2022~2072년** [보도자료]. https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301020600&bid=207&act=view&list_no=428476
- 통계청. (2024.10.22.b). **2024년 8월 경제활동인구조사 근로형태별 부가조사 결과** [보도자료]. https://www.kostat.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=210&tag=&act=view&list_no=433307&ref_bid=203,204,205,206,207,210,211,11109,11113,11814,213,215,214,11860,11695,216,218,219,220,10820,11815,11895,11816,208,245,222,223,22
- 통계청. (2024.12.18.a). **2023년 육아휴직통계 결과(잠정)** [보도자료]. https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=11814&list_no=434241&act=view&mainXml=Y
- 통계청. (2024.9.12.). **장래인구추계: 2022~2052년** [보도자료]. https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301020600&bid=207&act=view&list_no=432696
- 통계청. (2025). **가계금융복지조사 2011~2023 소득분배지표-연령계층별**. [데이터 세트]. 국가통계포털. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1HDALF06&conn_path=I2 2025.10.28. 인출

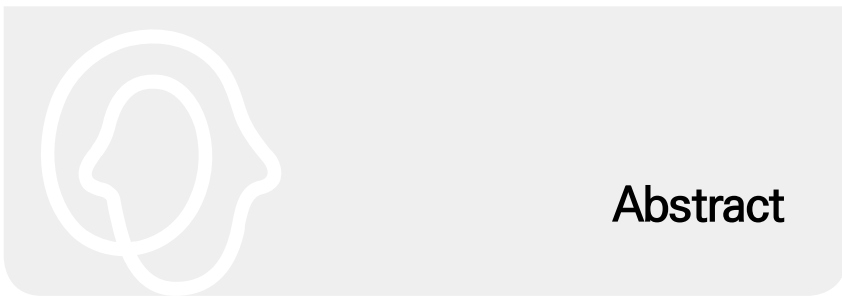
- 통계청. (2025). 가계금융복지조사 소득분배지표 집계자료. 국가통계포털. <https://kosis.kr> 2025.6.20. 검색
- 통계청. (2025.9.29.). 2025 고령자 통계 [보도자료] https://mods.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=10820&tag=&act=view&list_no=438832&ref_bid=
- 한국개발연구원. (2025). KDI 경제전망, 2025년 상반기. https://www.kdi.re.kr/research/economy?pub_no=18775
- 한국고용정보원. (2011). 고용보험통계 연보(2010년호).
- 한국고용정보원. (2014). 고용보험통계 연보(2023년호).
- 한국교육개발원. (2025). 2025 늘봄학교 운영 길라잡이 (개정판).
- 한국노인인력개발원. (2024). 2023 노인일자리 및 사회활동 지원사업 통계 동향.
- 한국보건사회연구원. (2024). 2021년 가족과 출산조사 원자료 [데이터 세트].
- 한신실 외. (2024, 비공개). 공적연금 미시모의실험모형 개발. 국민연금연구원.
- 행정안전부. (2025). 주민등록인구현황 [데이터세트]. 국가통계포털. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B04006&conn_path=I2 2025.4.17. 인출.
- 홍석철. (2025). 초고령사회가 미칠 재정 영향과 대응 전략. 지속가능한 초고령 사회 대응 전략 포럼. 저출산고령사회위원회, 서울대학교 국가미래전략원.
- 홍윤철, 도영경, 이진용, 이자호, 강은교, 이선영, 이지수, 조진우, 이지은. (2020). 의사인력 적정성 연구. 서울대학교 의과대학.
- 황병우. (2019.10.8.). 전체 공보의 수 문제없다? 의과공보의 수급 '적신타임즈'. <https://www.medicaltimes.com/Users/News/NewsView.html?ID=1129394>
- 황보연. (2025.4.1.). 요양보호사 3년 뒤 11만명 부족... "부모 돌보느라 직장 그만뒀야할 수도". 한겨레. https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/1188472.html
- 황수경, 이창근. (2024). 한국의 중산층은 누구인가. 연구보고서 2024-01. 한국개발연구원.

- Ärzttekammer Niedersachsen. (2024.6.7.). *Prüfungen zur Landarztquote in der Ärztekammer gestartet*. <https://www.aekn.de/detail/pruefungen-zur-landarztquote-in-der-aerztekammer-gestartet>
- Baden-Württemberg Landarztquote. (2025.6.27.). *Vertrag*. <https://landarztquote-bw.de/vertrag/>
- Baden-Württemberg Ministerium für Soziales. (2024.7.12.) *Gesundheit und Integration, Landarztquote: Auswahlverfahren 2024 abgeschlossen*. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/landarztquote-auswahlverfahren-2024-abgeschlossen>
- Bayerisches Staatsministerium. (2024.1.21.). *Gerlach: Auch 2024 Landarztquote beim Medizinstudium*. <https://www.stmgp.bayern.de/gerlach-auch-2024-landarztquote-beim-medizinstudium-die-bewerbungsfrist-startet-ausserdem/>
- Christian Tischner Md. (2024.6.14.). *Landarztquote*. <https://www.christian-tischner.de/aktuelles/2024/landarztquote>
- Curioni, C., Silva, A. C., Damião, J., Castro, A., Huang, M., Barroso, T., Araujo, D., & Guerra, R. (2023) The Cost-Effectiveness of Home care Services for Adults and Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3373. doi: 10.3390/ijerph20043373
- European Council. (2024.1.11.). *Work-life balance for parents and carers*. <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/work-life-balance/> 2025.11.18. 검색
- Ko H, Ock M, Lee S, Park JW, Kwak MY, Jang WM. (2025). Supply-Side Impact of Supporting Obstetrically Underserved Areas: A Nationwide Cross-Sectional Study. *J Korean Med Sci*. 2025 Jun;40(31):e186. <https://doi.org/10.3346/jkms.2025.40.e186>

- Kultusministerkonferenz (KMK). (2017.3.31.). *Masterplan Medizinstudium 2020*. <https://www.kmk.org/aktuelles/artikelansicht/masterplan-medizinstudium-2020.html>
- Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz NRW (LfGA). (n.d.). *Öffentlich-rechtlicher Vertrag mit dem Land Nordrhein-Westfalen*. https://www.lzg.nrw.de/LZG_2016/lag/h_antrag/verpflichtung/
- Marburger Bund. (n.d.). *Masterplan Medizinstudium 2020*. <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/studium/das-solltest-du-wissen-ueber/masterplan-medizinstudium-2020>
- Medical Tribune. (2019.9.13.). *Bei der Landarztquote in NRW zählt die Berufserfahrung*. <https://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/bei-der-landarztquote-in-nrw-zaehlt-die-berufserfahrungnbsp>
- Ministerium für Arbeit. (2025.8.13.). *Gesundheit und Soziales NRW, "Weiterer Meilenstein erreicht: 1.000. Medizinstudierender beginnt Studium im Rahmen der Landarztquote"*. <https://www.mags.nrw/1000-medizinstudierender-beginnt-studium-im-rahmen-der-landarztquote>
- OECD. (2023). *2023 Health at a Glance*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/access-to-long-term-care_26a531a5.html#title-143a646617
- OECD. (2024), *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>.
- OECD. (2024.7.11.). *Economic Surveys: Korea 2024*. https://www.oecd.org/en/publications/oecd-economic-surveys-korea-2024_c243e16a-en.html
- OECD. (2025) *OECD Data Explorer* [데이터 세트]. <https://data-explorer.oecd.org/>

- oecd.org/ 2025.9.14. 인출
- OECD. (2025). *Maternity and parental leave*. Social Expenditure Database (SOCX)에서 인출. <https://www.oecd.org/en/data/datasets/social-expenditure-database-socx.html>
- Park, J. H., Lee, J., Kim, K. H., Shin, Y. H., & Mun, S. K. (2025). Expansion of medical school admission quotas in Korea, is it really necessary?. *BMC public health*, 25(1), 322. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21558-1>
- Studieren in Niedersachsen. (2024.2.29.). *Start der Bewerbungsphase für die niedersächsische Landarztquote 2024*. <https://www.studieren-in-niedersachsen.de/news/start-der-bewerbungsphase-fuer-die-niedersaechsische-landarztquote-2024.html>
- Tariq, S., & Subhani, M. A. (2022). Impact of telehealth interventions in providing rehabilitation services to patients with mobility or physical disabilities in rural or underserved areas. *Journal of Health and Rehabilitation Research*, 2(1), 27-33. <https://jhrlmc.com/index.php/home/article/view/17/58>
- VdK Baden-Württemberg. (2024). *Landarztquote - Auswahlverfahren 2024 abgeschlossen*. <https://bw.vdk.de/vor-ort/nachrichten-ov-kv/landarztquote-auswahlverfahren-2024-abgeschlossen/>
- Wikipedia. (2023.1.24.). *Landarztquote*. <https://de.m.wikipedia.org/wiki/Landarztquote>
- Yi, Y., Liu, J. & Jiang, L. (2023) Does home and community-based services use reduce hospital utilization and hospital expenditure among disabled elders? Evidence from China. *Frontiers in Public Health*, 11, 1266949. doi: 10.3389/fpubh.2023.1266949





Abstract

Strategies for Addressing Grand Challenges in Health and Welfare

Project Head: Ryu, Jeong-Hee

This study was conducted to diagnose the grand challenges in the health and welfare sector arising from demographic changes and socio-economic transitions facing Korean society, and to explore integrated and sustainable policy alternatives based on in-depth analysis. To this end, multiple research methods were employed, including a review of domestic and international literature, empirical data analysis, and expert consultations.

The study identified six major grand challenges in the health and welfare sector and presented policy directions and implementation strategies based on an assessment of current conditions, changing environments, and future prospects for each challenge. The six key challenges are as follows: (1) addressing the imbalance in healthcare workforce distribution and securing essential medical professionals; (2) restructuring public healthcare governance to strengthen regional and essential healthcare services; (3) enhancing the old-age income security system to reduce elderly poverty; (4) diagnosing integrated

Co-Researchers: Kang, Hee-Chung·Kim, Tae-wan·Shin, Jeongwoo·Lee, Young Suk·Kim, Sejin·Kim, Hyeon-Kyeong·Yi, Jihye·Kim, Heenyun·Lee, Jung eun·Hwang, Juhee·Lee, Joomin

medical and long-term care support and establishing a future direction for integrated care; (5) building an integrated child-care support system to alleviate the caregiving burden of working parents; and (6) establishing fiscal management strategies to ensure the sustainability of social security financing.

The main findings and policy recommendations for each of the six challenges are summarized as follows. First, to address workforce imbalances and secure essential medical personnel, it is necessary to expand the workforce based on data-driven planning, build social consensus, pursue a multi-dimensional approach to physician workforce supply, and enhance role coordination and inter-professional linkages. Second, to strengthen regional and essential healthcare, the restructuring of public healthcare governance at the national level, the establishment of a governance system for training public healthcare personnel, and the development of community-based primary healthcare governance linked to integrated care are required. Third, to improve old-age income security, short-term measures should include strengthening income support for the current elderly population through the Basic Livelihood Security System, the Basic Pension Scheme, enhancement of the overall old-age income security framework, and the activation of asset liquidation mechanisms. In the medium to long term, a multi-tiered income security system should be established. Fourth, with respect to integrated medi-

cal and long-term care support, integrated care should be redefined not merely as a policy initiative or program, but as a paradigm for establishing a Korean-style care safety net. Ultimately, an integrated support system that guarantees the right to care as a fundamental social right should be developed. Specific strategies are proposed in the areas of integrated elderly care, integrated disability care, healthcare services, and delivery system reform. Fifth, to alleviate the childcare burden on working parents, both short- and medium-term measures are required, including strengthened childcare subsidies, activation of parental leave schemes, reduction of working hours, and expansion of flexible work arrangements to promote work-care balance. Sixth, to ensure the sustainability of social security financing, measures to stabilize social insurance funds and strengthen fiscal management and revenue mobilization are necessary.

As overarching policy implications across the six grand challenges, the study emphasizes the need for integrated coordination of governance and financing, the establishment of a virtuous cycle system for workforce training and allocation, and stronger alignment between labor market structures and welfare expansion. This study is meaningful in that it serves as a starting point for presenting short-, medium-, and long-term directions for addressing complex policy challenges. At the same time, it also highlights the necessity of an integrated ap-

proach organized by functions and roles, moving beyond conventional target group- or issue-specific strategies. Future research should develop more comprehensive and actionable policy measures and strategies to address these interrelated challenges. In doing so, policy recommendations should be structured hierarchically around clearly defined core strategies, rather than presented as a horizontal listing of sectoral proposals.

Key words: Grand Challenges in Health and Welfare, Response Strategies, Integrated Approach