



기획: 진료지원인력(PA, Physician Assistant) 제도의 국제 동향

- 05 진료지원인력의 정의와 범위에 대한 국제 동향 고찰 및 시사점 | 윤석준
- 17 미국 비의사 진료인력의 동향 및 시사점 | 전해정
- 32 영국의 의사동료제도 고찰 | 김가은
- 44 일본 진료보조인력 제도의 동향 및 시사점 | 정형선

이슈분석

- 59 호주 국가장애보험의 현황과 이슈 | 이한나
- 73 핀란드 보건복지서비스 개혁: 전달체계 구조조정을 위한 복지서비스자치주 구성 | 신영규
- 84 우즈베키스탄 사회보장의 오늘과 미래 과제 | 김현경, 곽윤경
- 96 소상공업(small business)을 위한 미국의 코로나19 팬데믹 지원 정책에 관하여 | 김태근

국제사회보장동향

- 111 코로나19 피해 업종에 대한 프랑스의 정책적 지원: 소기업 및 소상공인에 대한 지원을 중심으로 | 김진리
- 116 영국의 노인에 대한 사회적 돌봄 정책의 최근 동향: 코로나19 사태 대응을 중심으로 | 지건호



기획

Special Article

진료지원인력의 정의와 범위에 대한 국제 동향 고찰 및 시사점 | 윤석준

미국 비의사 진료인력의 동향 및 시사점 | 전해정

영국의 의사동료제도 고찰 | 김가은

일본 진료보조인력 제도의 동향 및 시사점 | 정형선

진료지원인력의 정의와 범위에 대한 국제 동향 고찰 및 시사점

A Review and Implication of International Trends for the Definition and Scope
of Physician Assistant

윤석준(고려대 의대 예방의학교실 교수, 보건대학원장)
Yoon, Seok-Jun(Korea University College of
Medicine & Graduate School of
Public Health)

진료지원인력은 의료기관에서 질적으로 향상된 의료서비스를 제공하고 진료의사 부족 문제를 해소하기 위해 운영하는 인력으로 정의된다. 진료지원인력의 업무 범위에 따른 사회의 갈등은 우리나라의 '의료인력 양성 과정'과 '병상 수 증가' 등과 같은 중첩적인 이유에서 비롯된다. 미국, 영국, 캐나다 같은 주요 선진국에서는 이미 오래전부터 별도의 진료지원인력 양성 과정을 운영해 왔다. 이들 국가는 진료지원인력이 의사 부족 사태에서 비롯됐다는 공통점이 있지만, 우리나라와는 달리 오랜 기간의 고민과 합의를 통해 국가 단위의 의료자원 정책과 대응했다는 차이점이 있다. 인력과 사실로 대표되는 의료자원 정책의 중장기 전략을 수립하는 것이 근본적인 해결책으로 사료된다.

1. 들어가며

진료지원인력은 일반적으로 의료기관에서 질적으로 향상된 의료서비스를 제공하고 진료의사 부족 문제를 해소하기 위해 운영하는 인력으로 정의된다(설미이 외, 2017). 미국, 영국, 캐나다 같은 주요 선진국에서는 이미 오래전에 별도의 인력 양성 과정을 마련하여 보편적으로 제공하는 인력이기도 하다. 하지만 우리나라에서는 명칭이나 역할 등이 다양하게 운영되고 있다. 업무 범위의 경계 또한 상당히 모호하다. 그러다 보니 의료진 사이의 불필요한 갈등을 불러일으키고 있다. 예를 들어 PA(Physician Assistant), SA(Surgeon Assistant), 진료보조인력, 임상전담간호사 등 그 명칭도 다양하다(이백휴, 김한나, 이열, 2011). 필자는 이 글에서 '진료지원

인력'이라는 용어를 사용하고자 한다. 이는 간호사가 진료지원 업무의 대부분을 차지하지만 응급구조사, 임상병리사 등 다른 면허체계에 놓인 인력도 적지 않아 임상전담간호사와 같은 용어는 적절하지 않고, '보조'의 의미 또한 다른 논란을 불러일으킬 수 있기 때문이다. 2021년 국정감사 자료에 따르면 10개 국립대학교 병원의 진료지원인력^(PA)은 2019년 797명에서 2021년 1,091명으로 계속 증가하고 있다(정경희 국회의원실, 2021). 벌써 우리나라 진료 현장에 1만 명 이상의 진료지원인력이 자리잡고 있다는 일부 단체의 주장도 있다(전국보건의료산업노동조합, 2021). 근본적으로 진료지원인력은 의료 현장, 특히 병원에 의사 인력이 부족한 데서 비롯된다는 지적이 어느 정도 설득력을 발휘하고 있다. 하지만 필자는 진료지원인력의 업무 범위에 따른 우리 사회의 갈등에는 더 중첩적인 이유가 있다고 판단한다. 중첩적이라는 것은 단지 양적인 차원의 문제가 아니라는 것이다. 의료인력 양성 과정 자체도 문제지만 각 전문직역 간의 업무 영역이 기계적으로 구성되어 있는 것도 문제이다. 「의료법」 2조에 등장하는 '의사의 지도 하에 시행하는 진료의 보조'라는 문구에서 '지도', 즉 '감독·지시'의 범위가 어디까지인지를 놓고도 의료 현장에서는 혼란이 벌어지고 있다. 근본적으로는 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중에서 병상 수가 가장 과잉인 우리나라의 현재 상황(OECD, 2021)¹⁾이 문제라고 본다.

미국은 예외라 하더라도 대표적으로 진료지원인력이 양성화되어 있는 영국과 캐나다는 주치의제도와 함께 의료전달체계가 비교적 제대로 자리잡은 국가이다. 이러한 국가에서 진료지원인력 문제는 예측 가능하다. 왜냐하면 새로운 병상을 늘리려 할 때 의료전달체계를 비롯한 시스템 전체가 동시에 움직일 수 있기 때문이다. 병상 수를 늘리면 의료 시스템이 반응한다는 의미이다. 캐나다는 스웨덴과 함께 의료 시스템의 지역화가 가장 잘 이루어진 국가로 알려져 있다. 물론 캐나다나 스웨덴 모두 국토의 상당 부분이 인구밀도가 낮아 불가피한 선택이기도 했을 것이다. 인구밀도가 낮은 지역에 적절한 의료인력을 공급하는 것은 국영의료제도(National Health Service [NHS])를 채택한 국가에서도 어려운 숙제일 것이다. 이러한 문제를 해결하고자 할 때, 단순히 의사 인력만을 채우는 것보다 관련 진료지원인력을 양성화하는 문제는

1) 2019년 우리나라의 인구 1,000명당 병상 수는 2위(12.4개)로, 1위인 일본(12.8개)과 근소한 차이를 보이고 3위인 러시아(8.0개)와는 큰 차이를 보인다. OECD 회원국들의 평균 인구 1,000명당 병상 수는 4.4개이다. 또한 2009년 이래로 2019년에는 거의 대부분의 OECD 회원국에서 병상 수가 감소한 것과 대조적으로 우리나라는 2009년 대비 병상 수가 52%나 증가했다(OECD, 2021).

오랜 숙제이기도 하고 자연스럽게 업무 영역이 구분되는 일이기도 하다. 국영의료제도를 구성하고 있는 국가뿐 아니라 동아시아의 싱가포르나 대부분의 유럽 국가들처럼 해당 인력(특히 간호사)이 부족하면 외국의 인력을 유입하는 정책이 또 다른 해결책이 될 수 있다. 이렇듯 의료인력 수급에 대해 오랜 기간 고민해 온 나라들에서는 진료지원인력 또는 보조인력의 문제가 국가 단위의 정책 방향과 맞물려 시스템이 반응하게 된다.

그런데 대한민국의 상황은 어떠한가? 오랜 기간 (특히 의사 인력의 경우) 대학 입학 정원이 일정 한도로 묶여 있는 상황에서 병상 수가 기하급수적으로 늘어나는 현상이 발생했다. 이는 거시적으로 볼 때 인력 정책과 시설 등의 병상자원 정책 간 불일치에서 비롯된 것이기 때문에 적절한 정책의 적시 개입이 필요한 일이었다. 하지만 대한민국의 보건의료 정책에서 의료자원 정책은 ‘의료기관인증평가’와 같이 일부 질적 수준의 개입은 있었지만 거시적인 차원의 병상 수급 조절이나 인력의 양적 수준에 대한 개입은 없었다. 간호사 인력에 대해서는 10여 년 전부터 간호대학 정원을 늘려서, 일정 시간이 지나면 인구 10만 명당 간호사 수가 OECD 평균을 넘어설 것이다. 하지만 전문화를 지향하는 간호 교육과정은 실제 의료 현장에서 필요로 하는 신체 의존도가 높은 환자 돌봄을 포함한 다양한 의료 수요에 대응하지 못하고 있다.

미국의 상황은 어떠한가? 다수가 인지하고 있는 것처럼 미국은 독특하게도 의료 공급 구조나 가격 구조가 시장경제 논리에 입각해 있다. 예를 들어, 민간 의료보험회사들은 지역(주로 세분화된 우편번호 기준)에 따라 의료행위의 평균 관행가격 모음 자료를 의료 제공자에게 제시하고 있다. 관행가격이 특별한 기준에 의해 형성되기보다는 그 지역 주민들의 소득 수준에 따른 지불 능력 등 시장의 논리가 개입하는 것이다. 하지만 인력 양성은 경우가 다르다. 일찍이 1980년대 초부터 미국 임상전문학회들은 20년 또는 30년 후 해당 전문의에 대한 수요·공급 추계 예측 연구(GMENAC, 1980)를 하면서 여러 경로로 인력 수급에 대비해 왔다.²⁾ 간호사 인력은 잘 알려진 것처럼 외국인에게도 면허시험 응시 기회를 열어 놓고 있으며 인력 부족 문제에 탄력적으로 대응하고 있다. 그럼에도 불구하고 의료 현장에 부족한 인력에 대해서는 별도의 공식화된 인력 양성 과정을 통해 진료지원인력인 PA를 양성하고 있다. 상대적

2) 1980년대 초반 미국의 GMENAC(Graduate Medical Education National Advisory Committee)에서 이 방법이 사용되었으며, 필요량에 대한 전문가의 의견을 반영하여 필요한 의사 수를 추계하는 방법이다(김양균, 2013).

으로 탄력적인 공간을 창출하며 진료지원인력 문제에 대처하고 있는 것이다.

일본에서는 전통적으로 의사 집단이 사회에서 존경받아 왔다. 그도 그럴 것이 1868년 무혈혁명인 메이지유신 이후 제2차 세계대전의 패전국 경험을 이어 갔음에도 불구하고 일본 사회에서 주류를 형성하는 집단은 거의 변화가 없었다. 지금도 일본의 유력 정치인의 상당수는 거슬러 올라가면 선조들이 메이지유신 혁명이 집안이다(이상훈, 2008). 막부로 상징되는 권력 최고위층은 변화가 있었지만 지배 구조는 큰 변화 없이 현재에 이른다.³⁾ 상대적으로 안정된 계층 구조하에 의료인이 놓여 있고, 그 정점에 의사 집단이 있다. 이러한 상황은 오랜 기간 일본의사회장을 역임한 다케미 다로가 집권 자민당의 유력 정치인으로 역할을 한 데서도 확인할 수 있다. 일본의 보건의료와 관련해 영어로 기술된 책을 읽다 보면 가장 자주 등장하는 단어가 동료 압력(peer pressure)이다. 소위 이즈메(イジメ) 문화로 불리는 ‘왕따’ 문화가 가장 크게 남아 있는 일본 사회와 맥을 같이한다. 구체적인 법적 규정이 없어도 동료들의 압력에 의해 지나치게 양적으로 많거나 비도덕적인 의료 공급은 좀처럼 일어나지 않는다는 의미일 것이다. 일종의 전문가 집단의 자율시장질서가 형성되어 있는 셈이다. 이 상황에서 상대적으로 간호사 등 다른 의료인력과는 협력과 공생의 문화가 우세하게 자리잡게 된다.

대만 역시 일본과 마찬가지로 의료 공급에서 민간이 다수를 차지하고 있다. 하지만 대한민국보다 뒤늦게 전국민건강보험제도가 출범했음에도 불구하고 보수지불제도에서 공공이 다수인 서유럽 선진국에서 보게 되는 총액계약제가 도입되어 있다(박지은, 김계현, 2018).⁴⁾ 필자는 대만 전민건강보험제도 운영에 관여한 경험이 있는 관계자들과 여러 차례 인터뷰를 한 적이 있다. 어떤 경로로 민간 공급자들과 총액계약제 도입에 합의할 수 있었는가 하는 것이 주요 질문이었다. 그 대답은 의외로 간단했다. “끊임없는 협상에 의해 가능했고, 지금도 협상하고 있다”이다. 이 점도 대한민국의 상황과는 많은 차이가 있다. 직역 간 그리고 민간 공급자 단체와 정부 간에 대결 구도가 조성되어 있는 대한민국과 달리 대만에서는 정부와 보험자의 역할에 ‘신뢰’라는 일종의 사회적 자산이 나름대로 충분하게 쌓여 있다는 점이다. 이러한

3) “일본 정치에서 ‘삼반(三半)’이라는 단어가 있다. 정치계에서 잘나가는 사람은 세 가지 ‘반’을 가지고 있어야 한다는 의미다. 첫째는 ‘지반’이라 하여 선거구를 말한다. 둘째는 ‘간반’이라 하여 지명도를 말한다. 셋째는 ‘가반’이라 하여 자금을 말한다.”(이진천, 2021)

4) 대만은 전민건강보험제도를 도입한(1995년) 후, 1998년 치과 부문을 대상으로 한 총액 계약제를 시작으로 1999년 중의, 2001년 의원, 2002년 병원에 이르기까지 총액계약제를 확대·시행하고 있다.

정책 환경에서 진료지원인력 문제는 협의 과정을 통해 충분히 조정할 수 있는 영역일 것이다.

지금까지 진료지원인력이 합법적으로 공급되고 있는 영국, 캐나다, 미국의 사례와 민간 공급자가 다수인 동아시아의 일본, 대만의 정책 환경을 살펴보았다. 우리나라의 의료 공급 현장은 더 정교한 정책 디자인이 필요한 상태이다.

2. 주요국의 진료지원인력 현황

미국 진료지원인력협회인 AAPA(American Academy of Physician Assistants)에서는 진료지원인력(PA)을 의사의 감독하에 질병을 진단하고 치료 계획을 기획하여 약물 처방을 포함한 의료서비스를 제공하는 사람으로 규정하고 있다. 이를 위해 일정 시간의 교육과 인증을 토대로 다양한 분야에서 의료서비스를 제공하고 있다. 미국에서도 이러한 PA의 태동은 의사 부족 사태에서 비롯된 것으로 알려져 있다(AAPA, 2019). 주마다 차이가 있지만 1960년대에 일차 진료의사가 부족하여 지역적으로 불균형하게 분포된 것이 그 출발로 알려져 있다. 근대적인 교육과정의 시작은 1965년 베트남전쟁에 참여한 후 제대한 군 위생병들을 대상으로 듀크 대학병원에서 PA 교육과정을 개설하면서 발전해 왔다(AAPA, 2019). 이러한 PA의 역할과 업무 범위는 주마다 차이가 있다. 하지만 의사의 감독하에 지정된 업무를 위임받아 수행한다는 점은 공통 사항이다. 미국에는 2020년 현재 14만 8,560명의 PA가 활동하고 있는 것으로 알려져 있다(National Commission on Certification of PAs, Inc. [NCCPA], 2021).

활동하는 곳은 제한되어 있지 않으며 공공 의료제공시설인 재향군인병원(Veterans Affairs Hospitals), 요양원, 보건소, 교정시설을 포함하여 민간 병원에서도 광범위하게 근무하며 의료서비스를 제공하고 있다. 진료과 가운데에는 외과와 가정의학과, 응급의학과 분야에 많이 분포하고 있고 배출된 PA 가운데 종합병원급에서 2만 명가량 근무하고 있으며, 일차의료기관에도 광범위하게 분포하고 있다(NCCPA, 2021).

2021년 기준으로 미국의 PA 교육 프로그램은 화학, 생리학, 해부학, 미생물학, 생물학, 행동과학 등의 기초 과목을 최소 2년 이상 이수한 이후 등록할 수 있다. 대부분의 PA 교육 프로그램은 임상실무교육 위주로 구성되며 평균 3,000시간 이상 직접 환자를 돌보는 경험이 필요하다. PA 교육과정은 대부분 석사학위과정으로 구성되며 PA 교육인증평가위원회(Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant [ARC-PA])가 교육 프로그램을 인증하며 전

체적인 프로그램의 질 관리를 담보하고 있다. 이러한 ARC-PA는 미국의사협회 등 의사 단체들과도 협력해 평가 기준을 마련하고 프로그램을 개발하고 있다. 공인 PA 자격증을 취득하기 위해서는 ARC-PA 및 PA 교육협회(Physician Assistant Education Association [PAEA])가 인증한 교육 프로그램을 이수하고 PA 국가시험원(NCCPA)이 관리하는 국가시험을 통과해야 한다. 자격을 취득한 후에도 2년 또는 3년마다 일정 시간 관련 교육을 이수해야 하며, 재인증 위해 10년마다 인증시험도 통과해야 한다. 뉴욕주의 사례를 보면 PA의 업무 범위를 다음과 같이 규정하고 있다(Education Law, 2014). “PA는 의사의 감독하에 주어진 의료행위를 수행할 수 있으며, 실무 수준에서 결정되는 권한에 의한 약물 처방이 가능하다.”이렇듯 의사의 감독하에 제한된 업무 범위이지만 미국의 PA는 약물 처방도 가능하고 종합병원 수술실을 포함한 광범위한 진료 영역에서 활동하고 있다. 일차의료기관 및 의사 수가 부족한 지역에서 PA가 활동하기 시작한 것이 그 출발로 파악된다. 하지만 초기부터 엄격한 인력 양성 교육과정을 수립하고 질 관리를 위해 주기적으로 재평가 과정을 거치는 등 공식적으로 인정받는 의료인력으로 성장해 왔다. 필자의 판단으로는 미국에서 PA가 공식 인력으로 자리잡기까지는 미국 의료체제와 밀접한 관계가 있었을 것으로 사료된다. 세계에서 가장 비싼 의료비를 지출하면서 국토가 광범위한 조건에서 의사나 간호사 같은 주요 의료인력의 부족 사태를 1960년대부터 경험해 온 미국의 의료체계에서는 어찌 보면 당연한 선택일 수도 있다.

영국의 경우 상대적으로 노동조합의 전통이 강한 유럽 사회에서 전공의 근무시간을 줄이면서 발생한 진료 공백과 지방의 의사 부족 사태 등이 겹치면서 진료지원인력으로서 PA의 필요성이 대두되었다(Woodin et al., 2005). 앞서 미국 사례에서 보았듯이 1960년대부터 시작된 미국의 PA 제도는 대서양을 건너 영국 의료계에도 영향을 주기 시작했다. 영국에서 PA 제도가 본격적으로 활용된 시점은 2002년 정도로 알려져 있으며, PA는 농촌 지역 등 의사 인력이 부족한 지역의 일차의료기관에서 주로 활동해 왔다(Straughton & Chase, 2021). 2006년 의과대학들이 협력해 PA를 위한 교육 프로그램을 개발하였고 시범사업을 거쳐 2007년부터 공식 PA 자격을 부여하기 시작한 것으로 알려져 있다. 2014년에는 다른 의료보조인력과 명확히 구분하기 위하여 ‘Physician Assistant’에서 ‘Physician Associate’로 명칭을 변경한 바 있다. 미국의 진료지원인력이 종합병원 등 광범위한 의료기관에서 활동하는 것에 비해 영국의 진료지원인력은 일차의료기관과 중소병원에서 주로 활동하는 것으로 알려

져 있다. 또한 상대적으로 독립성이 강한 미국의 PA와 달리 영국의 경우 의료팀의 일원으로 역할을 하며 업무 범위에 대해 특정 의사와 좀 더 구체적으로 지시·감독 범위에 놓여 있는 것으로 판단된다.

표 1. 국외 진료지원인력 제도 비교

	미국	영국	캐나다
정의	의사의 감독하에 질병을 진단하고 치료 계획을 기획하여 약물 처방을 포함한 의료서비스를 제공하는 사람으로 규정(AAPA)	의료 전문가로, 의사와 함께 일하고 다학제 팀의 필수적인 부분으로 의료 서비스를 제공(FPA)	PA는 의료 모델에 대해 교육을 받은 고도로 숙련된 의료 전문가(CAPA)
역사	1960년대 듀크 대학병원에서 PA 교육과정을 개설하며 발전	2002년 정도부터 활성화, 2007년부터 공식 PA 자격 부여	1900년대 초부터 군의관과 유사한 형태로 PA가 역할
규모	148,560명 (AAPA, 2020년)	2,500여 명 추산 (영국 의사협회, 2021년)	800여 명 추산 (CAPA, 2019년)
주요 역할 및 업무 권한	· 신체검사 · 과거력 평가 및 진단 · 특정 치료 조치 실행 · 규제된 약물 처방 및 투여	· 신체검사 · 과거력 평가 및 진단·치료법 계획 · 기본 조치 시행	· 이력 청취, 신체검사 · 진단 및 치료 개입 · 수술 보조 · 약물 처방 가능
교육 프로그램 및 재인증	· 교육: 2021년 7월 기준, 277개 이상의 PA 프로그램 · 석사학위과정 · 교육 기간: 2~3년 · 재인증: 2년간 100시간	· 교육: 31개의 대학 프로그램, 2년 과정, 90주, 3,200시간 이수 · 석사학위과정 · 재인증: 5년 이후 · CPD(Continuing Professional Development)⁵⁾	· 교육: 2년 과정, 4개의 공인 프로그램(석사 1/학사 3) · 재인증: CAPA 자격 갱신을 위해 지속적으로 CPD를 통해 요구되는 교육 학점
국가 인증시험	미국진료지원인력 국가 인증 시험 (Physician Assistant National Certifying Exam [PANCE])	영국 진료지원인력 국가 시험 (Physician Associate National Examination [PANE])	캐나다 진료지원인력 인증 위원회 주관 인증시험 (The Physician Assistant Certification Council of Canada, PA Certification Exam [PACCC CERT Exam])
PA 협회	미국 진료지원인력 협회 (American Academy of Physician Assistants [AAPA])	영국 진료지원인력 협회 (The Faculty of Physician Associates [FPA])	캐나다 진료지원인력 협회 (Canadian Academy / Association of Physician Assistants [CAPA])

자료: 윤석준(2021)의 내용을 일부 수정함.

5) CPD과정은 연간 50시간 이상 수료를 요구함.

캐나다의 경우 광활한 국토에 인구가 산재한 특성 등에 따라 1900년대 초부터 군의관과 유사한 형태로 PA가 역할을 하기 시작했으며, 본격적으로는 1991년 현재의 PA라는 명칭이 부여되며 공식화된 것으로 알려져 있다(CAPA, 2021). 2003년 캐나다의사협회는 PA를 고유한 의료 전문가로 인정한 바 있으며 2005년 공식 PA 자격시험이 시작되면서 구체화되었다. 미국과 유사하게 거의 모든 임상 환경에서 의로서비스를 제공하고 있으며, 군 의료인력으로도 활용되어 해군 등에서는 해외 활동도 하고 있다. 매니토바주나 온타리오주에서 초기부터 자체 프로그램 및 규정을 준비해 가기 시작했다. 미국의 영향 등으로 인해 엄격한 교육 과정과 자격시험 등이 치러지면서 관련 인력의 질적 수준이 관리되고 있다. 이러한 캐나다의 PA 제도는 당연히 이웃 나라인 미국의 영향을 많이 받은 것으로 판단된다. 특히 인구가 주로 미국-캐나다 국경에 분포되어 있고 북쪽 지역으로 갈수록 추운 기후 때문에 인구가 산재되어 있는 지역적 특성으로 인해 의사 인력의 공급이 원활하지 않은 점 등이 캐나다 PA 프로그램 발전에 큰 영향을 미친 것으로 판단된다.

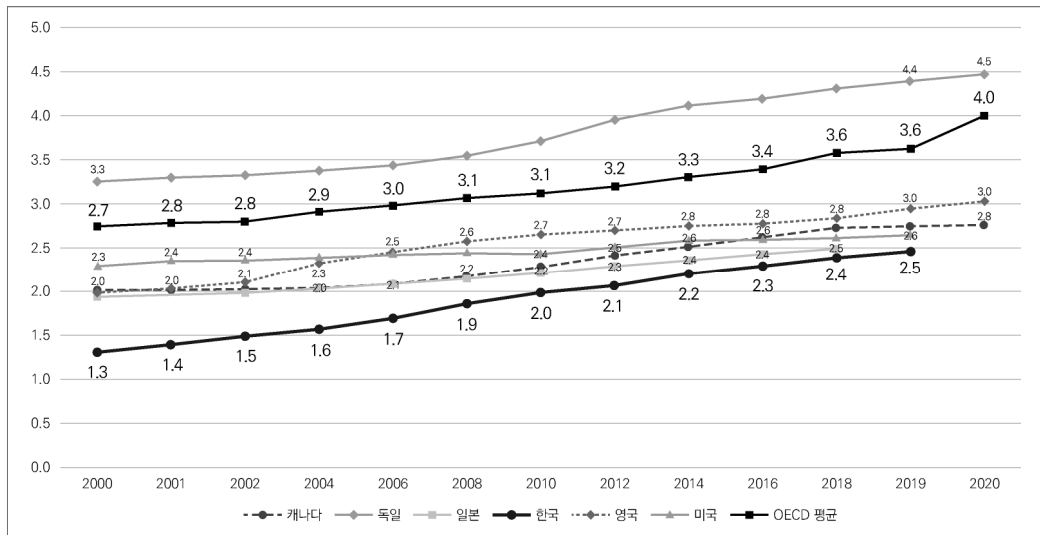
3. 시사점

[그림 1]~[그림 3]에서는 우리나라 병상 수 증가 곡선과 의료인력 증가 곡선의 기울기를 비교해 볼 수 있다. 우리나라 의료 공급의 주체는 90% 이상이 민간 부문이다. 병상 수 수급 조절 기능은 정책적으로 사실상 존재하지 않는다. 의료전달체계도 유명무실하다. 이런 공급체계에서 투자할 자본 여유가 있는 병원급 이상 의료기관은 수도권 신도시를 중심으로 새로운 병원을 설립하거나 병상 규모를 늘리고 있다. 당연히 이러한 공급 구조는 의사, 간호사를 비롯한 새로운 의료인력을 필요로 한다. 그런데 [그림 1]에서 보듯이 대한민국 의사 인력의 기본 공급 축인 의과대학 입학 정원은 약 20년째 동결 상태이다. 간호사의 경우 간호대학 입학 정원이 약 10년 전부터 대폭 증가하고 있으나 실제 의료 현장의 필요와 공급은 불일치(mismatch)하는 상태이다. 간호사는 간호대학 입학 정원 확대 등에 힘입어 절대 공급은 늘어났으나 1년 이내 이직률이 30%를 넘어서고 있어 의료 현장에 착근이 안 되고 있다(병원간호사회, 2020).

필자가 이렇게 판단하는 주요한 이유 중 하나는 간호대학 교육과정이 전문직을 지향하는데 반해 실제 의료 현장은 돌봄을 기본 업무의 하나로 다루고 있다는 점과 상대적으로 경제적 풍요 속에서 자라 온 젊은 세대의 성장 과정과 현재의 병동 및 수술실에서 펼쳐지는 업무

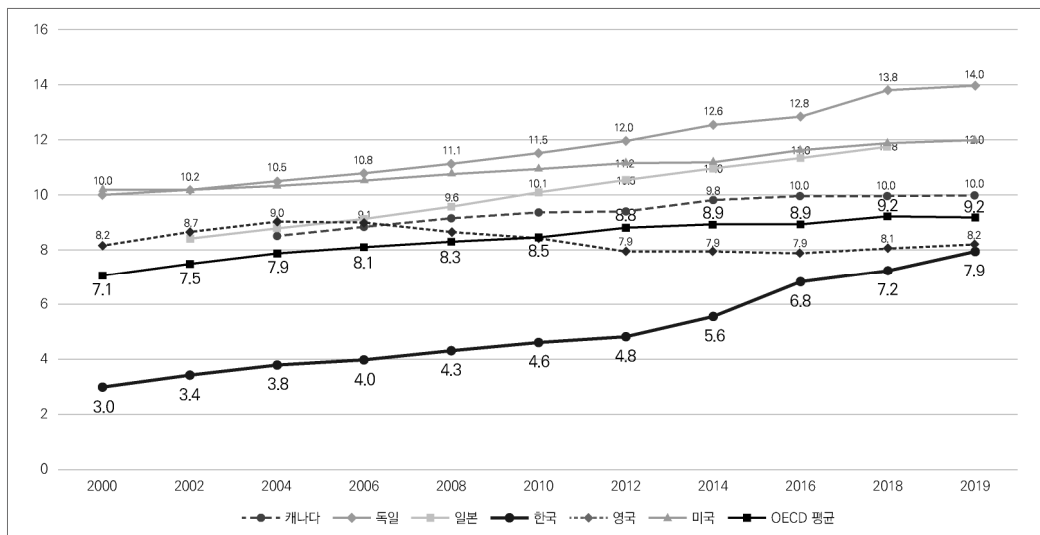
범위 간에는 상당한 문화적 격차가 있다는 것이다. 병동 및 수술·처치실로 대표되는 의료 현장
은 당연히 이러한 공급 구조 속에서 다수의 진료지원인력을 필요로 하게 된다. 병상 공급의 지속

그림 1. OECD 주요 국가 간 인구 1000명당 의사 인력 수 비교



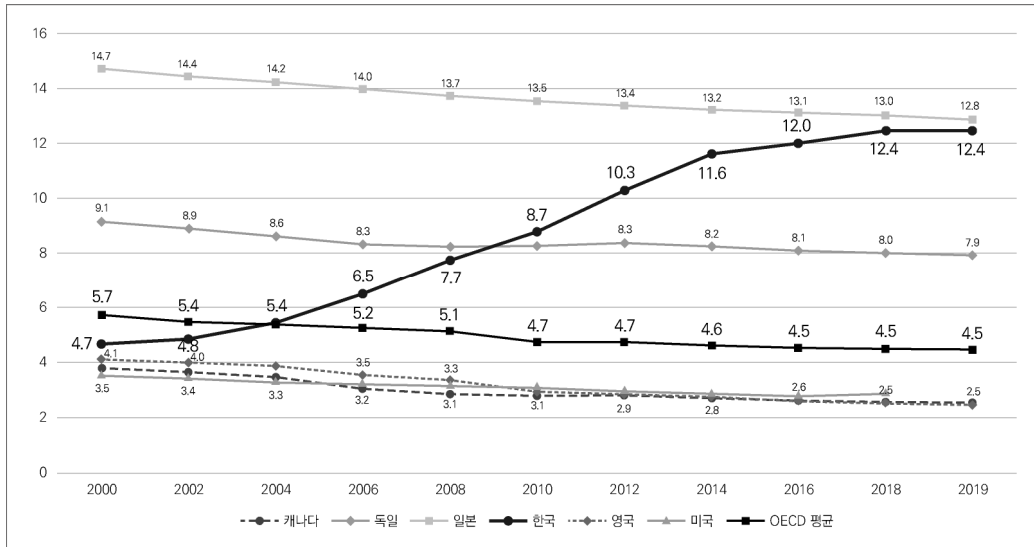
자료: OECD Health statistics(2021)

그림 2. OECD 주요 국가 간 인구 1000명당 간호사 인력 수 비교



자료: OECD Health statistics(2021)

그림 3. OECD 주요 국가 간 단위 인구당 병상 수 증가 곡선



자료: OECD Health statistics(2021)

적인 증가에도 불구하고 중요한 의료자원 정책인 의사·간호사 등 의료인력 수급 정책의 모호함과 그로 인해 수요 공급이 불일치했던 지난 20여 년의 세월이 대한민국 진료지원인력이 병원 단위로 개별 병원의 필요에 의해 증가하게 되었던 주요한 이유이다. 이 점은 앞서 검토했던 영국, 미국, 캐나다 등이 오지·벽지 등의 지리적 이유로 인한 의료인력 부족 또는 일차의료 분야의 의료인력 부족을 경험함에 따라 정부 주도로 진료지원인력을 양성화하고자 했던 과정과는 크게 다른 모습이다.

필자가 모 대학병원 인턴으로 근무할 당시에는 최근 쟁점이 되고 있는 거의 대부분의 주요 의료행위를 의사가 직접 수행했었다. 그런데 최근 들어 의사가 아닌 진료지원인력에게 업무가 상당 부분 위임되어 있다고 한다. 하지만 이와 관련된 명시적인 기준 없이 간호사를 중심으로 한 진료지원인력에게 경우에 따라서는 고난도 업무가 맡겨지고 있다. 2021년에 조사된 진료지원인력 업무와 관련된 실태조사 결과를 보면 의사가 중심이 되어야 할 업무의 상당 부분이 진료지원인력에게 위임되어 수행되고 있음을 알 수 있다. 상급종합병원은 진료지원인력이 거의 대부분 간호사이나, 300병상 미만 종합병원으로 갈수록 간호사 이외 응급구조사나 다른 의료인력도 상당 부분 진료지원 업무에 관여하고 있는 것으로 파악된다(윤석준, 2021).

인력의 공급(특히 의사 인력)은 거의 그대로인 상태에서 최근 전공의특별법에 따라 사실상 전공의 근무시간 단축이 이뤄졌고 병상은 증가하는 상황에서는 진료지원인력이 필요할 수밖에 없다. 특히 정주(定住) 여건이 상대적으로 열악한 지방으로 갈수록 이와 같은 현상은 더 크게 나타날 것이다. 수도권 유명 대학병원이 새로운 부속병원을 건립하면 간호사 인력이 도미노 현상처럼 이동하면서 가뜩이나 인력을 구하기 어려운 중소병원이 더 힘든 상황에 처한다는 점은 이제 거의 정설로 거론되고 있다.

4. 나가며

이상에서 검토한 내용처럼 미국, 영국, 캐나다의 진료지원인력은 특정 지역과 특정 분야의 의사 인력 부족 사태에서 비롯되었다. 그 문제를 정규 교육과정을 통해 필요한 인력을 양성하는 방식으로 해결하고 있는 것이다. 교과서적으로 의료자원의 종류는 인력, 시설, 장비, 관련된 지식정보체제로 알려져 있다(「보건의료기본법」 2021.03.23., 일부개정). 진료지원인력은 이 가운데 의료인력의 범주에 속한다. 그런데 인력 정책은 다른 의료자원 정책, 특히 시설과 밀접한 관련이 있다. 병상 공급이 인력 공급을 필요로 하기 때문이다. 대한민국의 의료 정책 환경은 다분히 경쟁적이고 배타적이다. 특히 의료 분야의 각 인력 간 배타성은 그 정도가 심각한 수준이다. 1990년대 한의사와 약사 간 한약분쟁이 그러했고, 2000년 의약분업 당시 의사와 약사 간 분쟁은 직역 간 다툼을 넘어 대한민국 전체 정책을 압도하였다(조병희, 2000). 최근에는 의사와 간호사 간의 갈등이 드물지 않게 표출되고 있다(김강현, 김희정, 2020). 이러한 상황에서 정부가 공식적으로 인정한 바 없는 진료지원인력이 실제 의료 현장에서 빈틈을 메우고 있다. 현재의 상황은 매우 혼돈스럽다. 하지만 앞이 안 보이고 불투명할수록 정도로 가야 제대로 된 길을 만들 수 있을 것이다. 늦었지만 지금이라도 인력과 시설로 대표되는 의료자원 정책의 중장기 전략을 수립해 그 틀에 맞추어 제 길을 가야 한다. 그래야만 비로소 진료지원인력의 직무 범위와 역할도 제대로 자리매김을 할 수 있을 것이다.

참고문헌

- 김강현, 김희정. (2020). 입법공백과 딜레마: 간호법 제정지역의 분석. *입법과 정책*, 12(2), 5-34.
- 김양균. (2013). 향후 10년간 의사인력 공급의 적정수준. *의료정책포럼*, 11(1), 93-98.
- 박지은, 김계현. (2018). *대만 총액계약제의 현황과 시사점*. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서.
- 병원간호사회. (2020). *병원간호인력 배치현황 실태조사: 2020 병원간호사회 사업보고서*. 서울: 동 협회.
- 「보건의료기본법」, 법률 제17996호, 2021.3.23. 일부개정. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20210323&lsiSeq=230437#0000>에서 2022.1.10. 인출.
- 설미이, 신용애, 임경춘, 임초선, 최정화, 정재심. (2017). 한국 전문간호사제도의 현황과 활성화 전략. *Perspectives in Nursing Science(간호학의 지평)*, 14, 37-44.
- 이대현. (2021). 대리수술을 간호사가?...PA간호사 전국 약 1만명 추산. *메디컬투데이*, 2021. 5. 7. https://health.chosun.com/news/dailynews_view.jsp?mn_idx=419845에서 2022. 1. 10. 인출.
- 이백휴, 김한나, 이열. (2011). *진료지원인력 활용에 따른 법적문제와 대응방안 연구*. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서.
- 이상훈. (2009). 일본의 세습정치. *일본연구*, 40, 43-64.
- 이진천. (2021). 일본 정치의 3반. *설비저널*, 50(6), 110-111.
- 윤석준. (2021). *진료지원인력 실태조사 및 정책방안 연구*. 세종: 보건복지부, 고려대학교 산학협력단.
- 조병희. (2000). 의약분업정책과 사회적 갈등. *생명윤리*, 1(2), 35-52.
- 전국보건의료산업노동조합. (2021). 보건복지부 「이용자 중심 의료혁신협약체」 ‘불법의료 근절’에 대한 의견.
- 정경희 국회의원실. (2021). *환자 안전을 중심으로 진료보조인력(PA) 정책 결정해야*. https://www.peoplepowerparty.kr/renewal/policy/data_parliamentary_view.do?bbsId=GDT_000000002466468에서 2022. 1. 10. 인출.
- American Academy of Physician Assistants [AAPA]. (2019). *PA Profession Historical Milestones*. <https://www.aapa.org/about/history/>에서 2022. 1. 10. 인출.
- Canadian Association of Physician Assistants [CAPA]. (2021). *About PA History*. https://capa-acam.ca/about-pas/history/#_ftnref1에서 2022. 1. 10. 인출.
- Education Law. N.Y. Code. 8. 131-B Physician Assistants. §6540-6546. (2014). <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/EDN/A131-B>에서 2022. 1. 10. 인출.
- Graduate Medical Education National Advisory Committee. (1980). *Report to the secretary*, Department of Health and Human Services. Geographic Distribution Technical Panel. Volume III. Washington.
- National Commission on Certification of PAs, Inc [NCCPA]. (2021). *2020 Statistical Profile of Certified PAs: An Annual Report of the National Commission on Certification of PAs*.
- OECD. (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD Health statistics. (2021). Health care resources. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>에서 2022. 2. 12. 인출.
- Straughton, K., & Chase, A. (2021). United Kingdom Physician Associates. *Social Innovations Journal*, 8.
- Woodin, J., McLeod, H., McManus, R., & Jelphs, K. (2005). *Evaluation of US-trained Physician Assistants working in the NHS in England. The introduction of US-trained physician assistants to primary care and accident and emergency departments in Sandwell and Birmingham*. final report. Birmingham: University of Birmingham.

미국 비의사 진료인력의 동향 및 시사점

Non-Physician Health Care Providers in the United States:
Physician Assistants and Advanced Practice Registered Nurses

전혜정(캘리포니아주립대학교 어바인캠퍼스 간호대학 교수)
Jun, Angela(University of California, Irvine)

미국의 비의사 진료인력 중 하나인 Physician Assistants(PAs)와 전문간호사(Advanced Practice Registered Nurses [APRNs])는 사회적으로 소외된 계층들의 필요와 일차진료의사 부족 현상을 해결하려는 의도에서 생겨난 오랜 역사를 가진 전문직으로서, 미국의 다양한 의료 시스템 안에서 없어서는 안 될 큰 역할을 하는 의료전문직으로 성장해 왔다. 2010년 환자 보호 및 부담 적정 보험법(The Affordable Care Act, 오바마 케어) 통과 이후 PAs와 APRNs의 필요성이 커지면서 두 전문직은 그 어느 때보다 크게 성장하고 있다. 이러한 미국의 비의사 진료인력제도를 고찰하는 것은 현재 한국이 겪고 있는 지역별 또는 진료과별 의사 수급 불균형 문제를 해결하는 데 열쇠를 제공할 것으로 사료된다.

1. 들어가며

미국은 전통적으로 의사(Doctor of Medicine [MD])가 의료행위를 독점했던 시간들이 꽤 오래되었다. 그러나 사회적 필요와 시대적 흐름에 따라, MD는 아니지만 의료행위를 합법적으로 할 수 있는 여러 다른 의료전문직이 자리 잡게 된 지도 벌써 70, 80년을 넘어서고 있다(Tracy & O'Grady, 2018). Physician Assistants(PAs), 전문간호사(Advanced Practiced Registered Nurses [APRNs]), 정골의학 의사(Doctor of Osteopathic Medicine [DO]), 족부의학 의사(Doctor of Podiatric Medicine [DPM]), 검안 의사(Doctor of Optometry [OD]), 접골 의사(Doctor of Chiropractic [DC]), 자연요법 의사(Doctor of Naturopathic Medicine [ND]) 등이 그 예라고 할 수 있다.

이 전문직 중에서 DO는 일반적으로 우리가 의사라고 할 때 떠올리는 MD와 실무 범위나

전공 분야에서 거의 차이 없이 의료행위를 하고 있다. 이 두 의료전문직의 차이는 이들을 교육하는 학교와 졸업생이 받는 학위가 다른 것 외에는 없다고 생각해도 무리가 없을 것이다 (American Association of Colleges of Osteopathic Medicine, n.d.; Murphy, 2021). 이로 인해 많은 대중들은 이에 대해 잘 모르고, 더 나아가 의료인 중에서도 DO와 MD의 차이를 모르는 경우가 일부 있다. 미국에서는 족부의학 의사(DPM), 검안 의사(OD), 접골 의사(DC), 자연요법 의사(ND)들도 각광을 받고 있는데, 이들은 제한적인 의료행위를 하며 약 처방을 할 수 있는 법적 권리가 없거나 아주 제한적이다(National Conference of State Legislatures [NCSL], n.d.).

PAs와 전문간호사(APRNs)는 실무 범위나 전공 분야에서 의사와 중복되는 부분이 많아 미국 의료 역사에서 늘 갈등의 주체로 존재해 왔다. 그러나 이 두 의료전문직은 의료 사각지대에 놓여 있는 대중의 필요와 일차진료의사 부족 문제를 해결하기 위한 의료계의 내적 노력의 일환으로 아주 오래전에 생겨난 의료전문직으로서, 전통적으로 의사가 부족한 지역의 가난하고 소외된 대중의 건강을 책임지는 일을 해 왔다(Staton, Bhosle, Camacho, Feldman, & Balkrishnan, 2007; Tracy & O'Grady, 2018). 지금은 미국 전역에 있는 크고 작은 여러 종류의 의료기관들과(대학 병원, 일반 병원, 시립 병원, 양로원, 개인 의원) 의료보험 기관들 안에서 의료인으로서 사명을 다하고 있다(American Association of Nurse Practitioners [AANP], 2021a; United States Bureau of Labor Statistics, n.d.). 이 두 전문직, 특히 전문간호사(APRNs)가 합법적으로 진료행위를 하고 처방전을 쓸 수 있는 법적 상태를 얻기까지 오랜 시간 동안 미국 의사협회, 미국 소아과의사협회 등의 강력한 반대로 인해 어려움을 겪었으며, 아직까지도 진통이 이어지고 있다. 이들의 반대 쟁점은 전문간호사(APRNs) 교육과정이 의사 교육보다 기간이 짧아 이후 의사와 동등하게 진료할 때 부정적인 결과가 생길 수 있다는 것이다. 그러나 여러 의사협회의 우려와는 다르게 두 전문직이 미국 의료체제와 국민 건강 증진, 의료수가 절감에 긍정적으로 기여한 사실은 여러 연구 결과를 통해 이미 증명된 바이다.

3년에 걸쳐 내과 중환자실에 입원한 환자 9,066명 중 Certified Nurse Practitioner^(CNP)가 돌본 환자와 레지던트가 돌본 환자를 비교 분석한 Landsperger et al.(2016)의 전향적 코호트 연구(prospective cohort study)에 따르면, 90일 생존률(90-day survival), 중환자실 입원 일수(ICU

length of stay), 병원 입원 중 사망률(hospital mortality)에서는 두 그룹의 차이가 없었고, 중환자실 입원 중 사망률(ICU mortality)(각각 6.3%와 11.6%)이나 병원 입원 일수(hospital length of stay)(각각 7.9일과 9.1일)는 CNP가 돌본 환자 그룹이 더 낮은 것으로 나타났다. 또한 Matsushima et al.(2016)은 대규모 외상 중환자실(truma ICU)에서 비의사 진료인력의 야간 근무가 환자의 임상 지표 결과와 치료 과정에 미치는 영향에 대해 후향적 연구(retrospective study)를 하였다. 총 7개월 동안 입원했던 환자 289명 중 비의사 진료인력이 돌본 환자와 레지던트가 돌본 환자, 두 그룹으로 나누어 여러 임상 지표를 비교하였는데, 사망률(mortality rate), 병원 입원 일수, 중환자실 입원 일수, 인공호흡기 사용일수(ventilator days) 등에서 두 그룹 사이에 차이가 없는 것으로 나타났다. 이 연구에서 비의사 진료인력들과 레지던트들은 밤에 일하는 동안 동일하게 당직 중인 외상외과 펠로우(in-house trauma fellow)와 중환자외과 전문의(critical care certified surgeon)의 지원을 받았고 낮에는 중환자 팀이 환자를 돌보았으므로 이러한 분석 결과가 모두 비의사 진료인력의 능력에서 나온 것이라 할 수는 없으나, 이 연구는 적절한 감독과 지원을 통해 비의사 진료인력들이 대규모 외상 중환자실에서 안전하게 환자를 돌볼 수 있음을 시사한다. 이렇게 큰 병원에서의 급성질환뿐 아니라 외래나 의원의 만성질환 관리에서도 비의사 진료인력 활용의 성공적인 결과는 여러 연구 결과에 나타나 있다(Buerhaus et al., 2018; Carter & Chochinov, 2007; Everett et al., 2013; Jackson et al., 2018; Kleinpell, Grabenkort, Kapu, Constantine, & Sicoutris, 2019; Newhouse et al., 2011; National Governors Association, 2012; Office of Technology Assessment, 1986).

이러한 면에서 볼 때, PAs나 전문간호사(APRNs) 같은 비의사 진료인력이 이미 합법적으로 의료행위를 하고 있는 다른 나라들의 진료인력 시스템을 고찰하는 것은 사회적 쟁점이 되고 있는 의료인력 공백에 대한 대책을 세우는 데 있어 오직 의사만이 진료행위를 할 수 있다는 전통적인 생각에서 벗어나는 데 도움이 될 것으로 보인다. 그런 의미에서 저자는 미국의 PAs와 전문간호사(APRNs)에 대해 고찰하고자 한다.

2. 미국의 비의사 보건·의료서비스 제공자(Non-Physician Health Care Providers;

Advanced Practice Providers)의 역사

PAs 전문직은 지방과 가난한 지역에 만연한 일차진료의사 부족(primary care physician shortage) 문제를 해소하기 위해 1965년에 처음으로 생겨난 의료인력이다(American Academy of Physician Associates [AAPA], 2019a). 듀크대 메디컬 센터(Duke University Medical Center)에서 일 하던 유진 스테드(Eugene A. Stead Jr., MD)가 제2차 세계대전 당시 의사들을 단기 속성 과정으로 교육시킨 경험과 지식을 바탕으로 PAs 훈련 프로그램(PAs training program)을 만들었고, 의무병으로 군 복무를 하여 상당한 의료 지식이 있던 제대 해군 의무병 4명을 뽑아 1967년 10월 6일에 졸업을 시키게 된다. PA 전문직은 초기부터 빠르게 정부와 미국 의사협회의 지지를 받으며 탄탄한 전문직으로 성장하게 되었다(AAPA, 2019a; Physician Assistant History Society, n.d.). 그러나 2000년에 미시시피주를 마지막으로 PAs의 진료행위를 인정하는 법을 통과시키기까지, PAs의 진료행위가 전국 50개 주에서 합법으로 인정되는 데에는 35년이 라는 시간이 걸렸다. 그 후로 7년이 지난 2007년이 되어서야 인디애나주를 마지막으로 50개 주 전체에서 PAs가 처방전을 쓸 수 있게 되었다(AAPA, 2010). 이렇게 지속적인 성장을 거듭해 2020년을 기준으로 PA 공인 시험 위원회(National Commission on Certification of Physician Assistants [NCCPA])의 자격 인증(certification)을 받은 PAs가 14만 8,860명인 것으로 보고되었으며, 이 중 28.6%는 2016~2020년 사이에 자격 인증을 받은 PAs이다(NCCPA, 2021).

미국의 전문간호사(APRNs)는 네 가지의 다른 역할로 구별되는데(certified registered nurse anesthetist [CRNA], certified nurse-midwife [CNM], clinical nurse specialist [CNS], certified nurse practitioner[CNP]), 이들 모두 오래전에 전쟁이나 가난으로 고통 받는 소외된 대중을 위해 생겨났으며, 전문직으로 발전하는 과정에는 선구자적 역할을 담당 했던 여러 간호사, 의사들이 있었다(Tracy & O'Grady, 2018). 1893년에 Henry Street Settlement이라는 기관을 세워 뉴욕 맨해튼 빈민가 사람들을 돌보는 가운데 이들을 위해 간호사로서 의사들의 일을 하는 것을 두려워하지 않았던 릴리언 월드(Lillian Wald), 그리고 1967년에 간호학자로서 헨리 실버(Henry Silver, MD)와 함께 콜로라도대(University of Colorado)에 소아전문간호사(pediatric nurse practitioner) 프로그램을 만들었던 로레타 포드(Loretta C. Ford) 같은 이들이 그 예이다(Henry Street Settlement, n.d.; National Women's Hall of Fame, n.d.). 이렇게 시작된 미국의 전

문간호사(APRNs)는 2020년을 기준으로 29만 명이 넘는 것으로 보고되었다(American Association of Nurse Practitioners [AANP], 2021b).

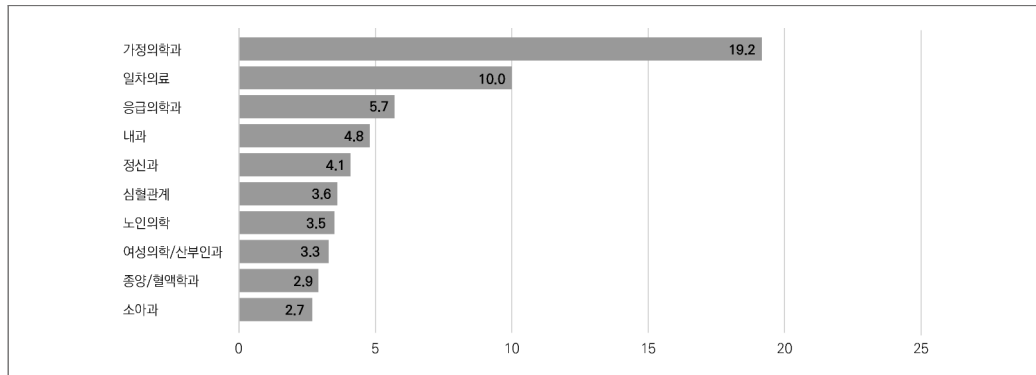
3. 필수 이수 교육과정(Educational Requirements)

PA 교육 인증평가위원회(Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant, Inc. [ARC-PA])¹⁾는 현재 미국의 PAs 교육 프로그램을 심사 승인하는 유일한 기관이다. 이 기관의 승인을 받은 PAs 프로그램은 280개가 넘는데, 이 모든 PAs 교육 프로그램은 적어도 26개월 이상 또는 3년의 교육과정으로 되어 있다. 대부분의 프로그램이 환자를 돌본 경험을 요구하는 경우가 많아서 PAs 프로그램에 지원하는 학생들은 학사 학위뿐 아니라 적어도 3년 이상의 임상 경험이 있는 경우가 대부분이다. 간호조무사, 응급구조사, 간호사, 임상병리사, 방사선사 등 병원뿐 아니라 다른 종류의 의료 관계 기관에서 환자를 직접 돌본 경험이 있으면 된다(Keck Graduate Institute, 2020; Palm, 2018). 대부분의 PAs 교육 프로그램은 석사 학위를 수여할 수 있는 교육과정과 적어도 2,000시간 이상을 여러 임상 분야에서 실습할 수 있도록 짜여 있다. 2020년까지 석사 학위를 수여할 수 있도록 교육과정을 강화하는 방향으로 수정하지 않은 프로그램들은 이전에 받은 ARC-PA 승인이 철회되었고, 최근에는 PA 박사학위(Doctorate of Physician Assistant [DPA])를 수여하는 박사과정 프로그램이 늘고 있는 추세이다. 이러한 PA 프로그램은 전공에 따라 나누어지는 것이 아니라 통일화되어 있어서 학교를 마치면 일반 PA로 졸업을 하게 되고, 이후 먼저 NCCPA에서 시행하는 PA 자격증 시험에 합격하면 응급실, 수술실, 중환자실, 소아과, 내과, 가정의학과, 정신과나 여러 다른 분야에서 일을 할 수 있다(그림 1).

1) <http://www.arc-pa.org/>

그림 1. PAs인력 배치 비율 현황(Top Certified PA Practice Areas)

(단위: %)



주: 이 자료에 포함된 전체 PAs 수는 12만 7,560명임.

자료: National Commission on Certification of Physician Assistants(2021)

여기서 하나 알아야 할 점은 PAs 교육과정이 초기부터 의사들에 의해 만들어졌고 진료 행위도 의사들의 감독을 받으며 하는 것으로 시작하였기 때문에 아직도 많은 주(State)에서는 별도의 PA 위원회(Board) 없이 주 의료 위원회(State Medical Board, SMB)에서 PAs의 진료행위에 대한 전반적 관리를 하고 있고, NCCPA에서는 미국의 모든 주에서 PAs 면허시험 주관을 대행하고 있다는 사실이다. PA로서 어느 정도 경험을 쌓은 후에는 일하고 있는 분야의 전문과목(Subspecialty) 시험을 볼 수 있는데, 현재 NCCPA에는 심혈관/흉부외과(Cardiovascular/Thoracic Surgery), 응급의학과(Emergency Medicine), 입원의학과(Hospital Medicine), 신장내과(Nephrology), 정형외과(Orthopedic Surgery), 소아과(Pediatrics), 정신과(Psychiatry) 등 7개 분야의 전문과목 인증 시험이 있으며 피부과(Dermatology)와 호스피스 완화의료(Palliative Medicine and Hospice Care) 인증 시험도 생길 예정이다. NCCPA에서 정한 요구사항을 증빙하는 서류를 제출하면 응시할 수 있다(NCCPA, n.d.).

이렇게 PAs가 되기 위한 과정이 비교적 통일화되어 있는 데 비해 미국의 전문간호사(APRNs) 양성 교육과정(pathway)은 다양하다. 전통적인 전문간호사(APRNs) 교육과정은 반드시 간호학 학사 학위가 있어야 입학이 가능하고, 적어도 일 년의 간호사 경험을 요구하는 경우가 많으며, 대부분의 교육과정이 24개월에서 3년 정도로 되어 있다. 또 전문간호사(APRNs) 학생들은 짧게는 500시간에서 길게는 2,000시간 넘게 임상 실습을 해야 한다(National Council of State Board of Nursing [NCSBN], n.d.).

다른 전문간호사 교육과정은 ‘entry level master’s program’이라고 해서 간호학이 아닌 다른 전공의 학사 학위가 있는 사람이 간호학과에 입학하여 간호 학사와 석사 학위를 가지고 졸업할 수 있게 하는 프로그램이다(American Association of Colleges of Nursing [AACN], 2019). 이 프로그램들은 학생들이 대학교 학부과정에서 공부했던 교양과목을 그대로 인정해 주고 간호사가 되기 위해 필요한 전공과목만을 수료할 수 있게 하는 것인데, 이러한 프로그램에는 두 종류가 있다. 첫째는 APRN이 아닌 석사 학위(registered nurse with MSN degree)를 가진 일반 간호사로 졸업하는 프로그램으로, 우리가 보통 알고 있는 간호사를 양성하는데 초점을 맞추고 있다. 예를 들면 로스앤젤레스 캘리포니아대(University of California, Los Angeles [UCLA])에 있는 여러 간호 프로그램 중 하나인 Masters Entry Clinical Nurse(MECN)의 학생들은 석사 학위를 가진 일반 간호사로 졸업한다(University of California, Los Angeles [UCLA], School of Nursing, n.d.). 두번째는 저자가 지금까지 언급해 왔던, 법적으로 진료행위를 할 수 있는 전문간호사(APRNs with MSN degree)로 졸업할 수 있는 프로그램으로, 일반 간호사 교육을 넘어 학생들이 졸업 후 진료행위를 할 수 있도록 커리큘럼이 구성되어 있다. 샌프란시스코 캘리포니아대(University of California, San Francisco [UCSF])의 The Master’s Entry Program in Nursing(MEPN)이 그 예라고 할 수 있다(University of California, San Francisco [UCSF], Graduate Division, n.d.).

미국에는 이 외에도 학사 학위가 있는 간호사들을 non-APRN 전문간호사로 교육하는 석사 학위 프로그램들이 있어 임상간호지도자(clinical nurse leader), 임상간호교육자(clinical nurse educator), 당뇨병교육자(diabetic educator), 간호행정원(nursing administrator), 공중보건간호사(public health nurse), 간호정보관리사(nurse informaticist)를 양성한다(AACN, n.d). 이런 non-APRN 전문간호사가 한국의 전문간호사와 맥락을 같이한다고 볼 수 있다.

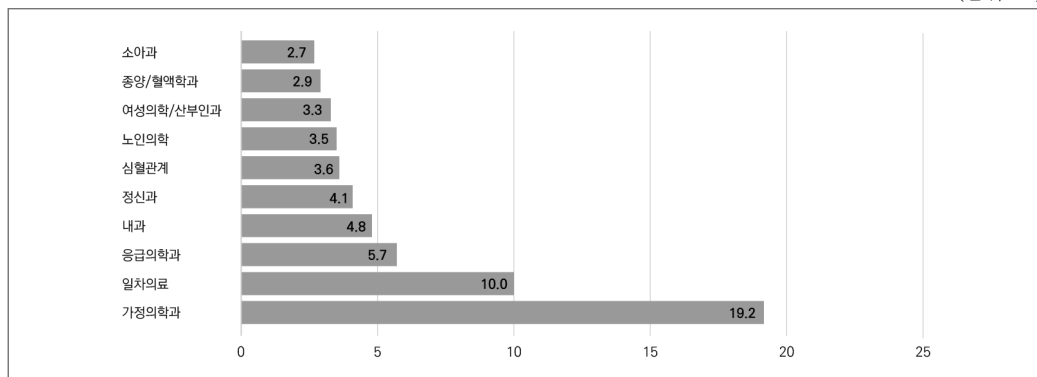
미국에서 전문간호사(APRNs) 교육과정이 석사 학위를 수여하는 교육과정으로 바뀐 것은 2008년부터인데, 최근 들어서는 박사 학위(Doctor of Nursing Practice [DNP])를 수여할 수 있는 프로그램으로 바뀌고 있다. 이에 따라 전문간호사(APRNs)의 하나인 nurse anesthetist 교육과정은 2022년까지, Nurse Practitioner는 2025년까지 박사 학위(DNP)를 수여할 수 있도록 프로그램을 강화하는 방향으로 수정해야 하는 규정이 생겼고 non-APRN 전문간호사들을 양성하는 프로그램도 박사 학위를 수여하는 방향으로 바뀌고 있다(The Council on

Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs, 2021; The National Organization of Nurse Practitioner Faculties, 2018).

법적으로 진료행위를 할 수 있는 전문간호사(APRNs with MSN degree)는 졸업하면 CRNA, CMN, CNP, CNS 자격증(license)을 각 주의 간호협회 위원회로부터 받고, 전공과목별 위원회 주관의 자격시험(board certification)을 보게 된다. 전문간호사 자격 인증(certification)을 주관하는 기관은 National Board of Certification and Recertification for Nurse Anesthetists, American Academy of Nurse Practitioners Certification Board, American Nurses Credentialing Center, National Association of Clinical Nurses Specialist, American Midwifery Certification Board 등이 있다. CRNA와 CMN을 제외한 전문간호사(APRNs)는 학교 전공과 다른 분야에서 일할 수 있어서 PA와 마찬가지로 일하고 있는 분야의 경험을 어느 정도 쌓고 나면 호스피스 완화의료(palliative & hospice), 종양학(oncology), 심장학(cardiology), 신장학(nephrology), 정형외과(orthopedics) 등의 분야에서 전문과목 자격 시험을 볼 수 있다(그림 2, 그림 3). PAs의 자격 인증 시험과 전문과목 시험을 주관하는 기관이 하나인 것에 비해 전문간호사 전문과목 시험을 관장하는 기관은 여러 곳이다.

그림 2. NP 인력배치 비율 현황(NP Clinical Focus Area)

(단위: %)



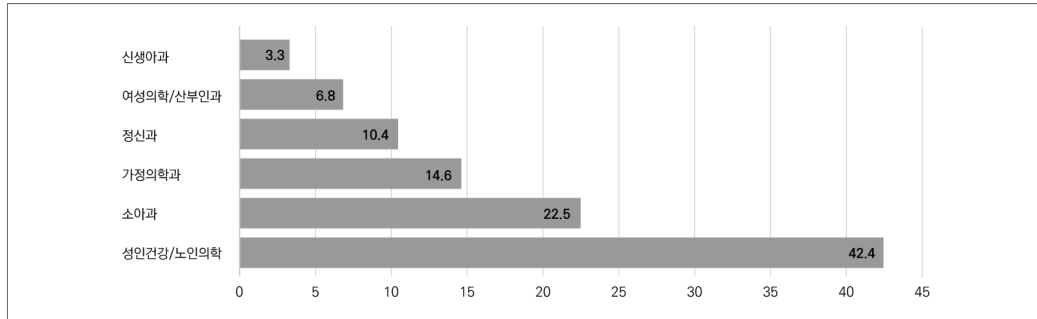
주: 전체 조사 참여자 3,698명의 자료만 분석함. 최종 가중치를 적용한 자료는 29만 명의 자격증을 보유한 NP 표본을 기본으로 하여 형성한 데이터임.

AANP는 동자료 활용에 동의함.

자료: American Association of Nurse Practitioners(2021b)

그림 3. CNS 인력배치 비율 현황(CNS Clinical Focus Area)

(단위: %)



주: 전체 CNS 2020 회원조사(CNS 2020 Census) 참여 수는 2,475 명임.

자료: National Association of Clinical Nurse Specialist(2022)

4. 진료행위에 반드시 필요한 감독과 협업(Supervision/Collaboration Requirements to Practice)

PAs 교육과정은 초기부터 의사에 의해 만들어졌고 이에 따라 진료행위도 의사의 감독을 받으며 하는 것으로 시작하였기 때문에 2019년부터 독립적 진료행위를 할 수 있게 된 노스 다코타주, 그리고 병원의 직원으로 입원 환자들을 진료하는 PAs의 독립적 진료 권한을 인정 한 웨스트버지니아를 제외한 48개의 모든 주에서 PAs가 처방전을 비롯하여 전반적 진료행위를 합법적으로 하기 위해서는 의사의 감독이 필요하다(AAPA, 2019b; AAPA, 2020; NCSL, n.d.). 이런 상황은 20개가 넘는 주에서 처방전을 비롯해 독립적으로 진료행위를 할 수 있는 전문간호사(APRNs)와는 다른 점이라 할 수 있다(National Council of State Board of Nursing [NCSBN], 2021).

현재 미국 대부분의 주에서는 PAs의 진료행위에 필요한 의사의 감독에 대한 구체적인 사항을 PAs가 일하는 기관에서 결정할 수 있게 일임하고 있다(AAPA, 2019c). 이것은 의사의 감독(Supervision) 또는 협업(Collaboration)이 필요한 전문간호사(APRNs)의 경우에도 마찬가지이다. 그렇기 때문에 주마다 의사의 감독이나 협업에 대한 정의가 다를 수밖에 없는데, 각 주의 규정을 설명하는 것보다 전반적인 개념을 정확하게 설명하는 것이 더 필요하다고 생각된다. PAs의 진료행위에 필요한 의사의 감독이라 함은 PAs가 일을 시작하기 전에 같이 일할 의사가 어떤 식으로 PAs의 진료행위에 관여할 것인지를 상의하여 미리 합의 사항을 결정해야 함을 의미한다. 일반적으로 사람들은 감독이라는 말을 들었을 때, PAs가 진료행위를 하는 동안 의사가 항상 가까이 같이 있어서 PAs가 진단을 하거나 치료 또는 처방을 하는 부분에 많이 관여

하는 것으로 생각하지만, 이 합의 사항은 쌍방의 경험이나 기호에 따라 다를 수 있고 합의 사항이 어떻게 만들어졌느냐에 따라 의사의 관여도가 많이 달라질 수 있다. 합의 사항은 반드시 문서로 작성하여 쌍방이 사인하여야 한다. 이 문서를 예전에는 ‘위임 계약서(Delegation Agreement)’라고 하였는데 2020년 들어서 워싱턴, 버지니아, 캘리포니아 등 여러 주에서 ‘실무 협약서(Practice Agreement)’로 이름을 바꾸었다(California Legislative Information, 2019). 이러한 부분은 독립 진료가 허락되지 않는 주에서 진료행위를 하는 전문간호사(APRNs)의 경우에도 마찬가지이다. 전문간호사의 합법적 의료행위를 위해 의사와의 합의하에 작성한 실무 협약서는 ‘Standardized Procedures’로 지칭된다(NCSBN, n.d.).

이런 문서들은 하나의 정형화된 형식으로 되어 있는 것이 아니라 주마다, 또 사용하는 기관마다 다른 형식을 갖춘 경우가 많다. 이렇게 비의사 진료인력들의 진료행위를 법적으로 보장하는 문서들은 미국의 큰 병원들에는 이미 잘 정착되어 있으며 PAs나 전문간호사(APRNs)들은 매년 재협정을 맺어야 하는 데 이때 바꾸어야 할 부분이 있으면 쌍방의 합의 하에 수정할 수 있다(NCSBN, n.d.). 미국에서는 이미 PAs나 전문간호사(APRNs)가 우수한 큰 병원에서도 동네의 작은 의원에 이르기까지 의료전문직으로서 큰 역할을 하고 있으나, 지금 언급한 실무 협약서가 전국적으로 작은 의원들에게까지 확실하게 알려진 것이 아니어서 이러한 문서 없이 의료행위를 하는 PAs나 전문간호사(APRNs)도 많다. 그러나 2011년 우리가 오바마 케어로 알고 있는 환자 보호 및 부담 적정 보호법(The Affordable Care Act)이 시작된 후 PAs와 전문간호사(APRNs)의 수요가 크게 높아지면서 큰 병원뿐만 아니라 작은 병원 또 의원에서도 PAs나 전문간호사(APRNs)를 더 많이 채용하게 되었고, 이 문서들에 대한 인지도도 많이 높아지고 있다. PAs나 전문간호사(APRNs) 수요가 높아지는 현상은 미국에서 한국인이 가장 많이 살고 있는 캘리포니아의 오렌지 카운티나 LA 카운티에서도 두드러지게 나타나고 있다. 저자가 전문간호사(APRNs)로 일을 시작했던 2000년대 중반에 비해 전문간호사(APRNs)와 함께 일하는 한국 의사의 수가 많아지고 있으며, 실무 협약서(Standardized Procedures) 사용도 늘고 있다.

5. 의료수가

미국에는 다양한 국가 보험과 개인 보험이 있어서 미국의 진료수가 체계는 상당히 복잡하다. 그러기에 이에 대한 전문가가 아닌 이상 다 알기는 상당히 어렵다. 특히 건강관리기구

(Health Maintenance Organization [HMO])의료보험은 전통적인 진료수가 체계와는 구조가 달라서 다음에서 언급하고자 하는 내용과는 다름을 미리 밝혀 둔다. 여기에서는 비의사 진료인력과 관련된 진료실 기반 서비스(office-based service)에 대해서만 몇 가지 간단히 설명해 보려 한다.

미국에서 PAs나 전문간호사(APRNs), 그리고 이들과 같이 일하는 의사들이 비의사 진료인력의 진료수가에 관해서 알아야 할 가장 중요한 사항은 비의사 진료인력의 진료행위를 그들의 국가 의료서비스 공급자 고유 번호(National Provider Number [NPI])를 사용해서 진료수가를 청구할 경우, 저소득층 노인을 위한 정부 보험(Medical or Medicaid)을 제외하고는 의사의 NPI로 청구하는 경우에 비해 의사들이 받는 수가의 85% 수준으로 받는다(AAPA, 2019d; California Medical Association, 2021; Shay, 2015). PAs나 전문간호사(APRNs)의 진료행위에 대해 의사의 NPI로 수가를 청구하는 경우를 ‘incident to the physician’s service’ 수가 청구라고 하는데, 이런 경우 비의사 진료인력이 진료행위를 하는 곳에 반드시 의사가 같이 상주해야 한다는 기준이 있다. 그러므로 무슨 이유에서든 PAs나 전문간호사(APRNs)가 의사가 상주하지 않는 상태에서 환자를 보는 경우에는 ‘incident-to’를 통한 의료수가 청구를 할 수 없게 되어 있다(Shay, 2015). 예를 들어 토요일에 PAs나 전문간호사(APRNs)가 의사 없이 혼자 진료실에서 환자 진료를 한다거나 병원이나 양로병원에서 혼자 라운딩을 할 때는 반드시 PAs나 전문간호사(APRNs)의 NPI를 사용하여 진료수가를 청구해야 한다. 그러나 이러한 규정을 잘 지키고 있는지 조사하는 기관이 있는 것이 아니므로 얼마만큼의 비의사 진료인력에 의한 진료행위들이 의사의 이름으로 수가가 청구되고 있는지는 잘 알려져 있지 않다.

6. 새로운 정책, Optimal Team Practice(New Policy, Optimal Team Practice)

American Academy of Physician Associates(formally called American Academy of Physician Assistants)는 2017년 협회 50주년 기념행사에서 ‘Optimal Team Practice’라는 새로운 정책을 통과시켰다(AAPA, n.d.). “부담스러운 행정적 제약 없이 양질의 진료를 제공하기 위해 PAs, 의사들, 다른 의료인력들이 협력합시다”라는 캐치프레이즈를 가지고 2017년부터 그들의 독립적 진료 권리를 얻기 위해 박차를 가하기 시작했다. 사실 PAs는 오랜 시간 동안 비의사 진료인력으로 존재해 왔지만 전문간호사(APRNs)에 비하면 상대적으로 의사들의 반대나 법적 충돌을 하는 경우는 적었다. 2017년 새로운 정책이 통과되기 전까지는 독립적 진료 권리

를 얻기 위한 단체 행동이 많지 않았기 때문에 여겨진다. 그러나 이제 PAs도 독립적 진료 권리를 얻기 위해 주마다 PAs의 합법적 진료행위에 필요한 의사의 감독이나 협업 요구를 없앨 것을 추구하고 있다. 이에 따라 2019년 노스다코타주는 PAs가 독립적 진료 권리를 얻게 된 미국의 첫 번째 주가 되었고, 웨스트버지니아는 병원의 직원으로서 입원 환자들을 진료·치료하는 PAs의 독립적 진료 권한을 인정한 주가 되었다. 그뿐만 아니라 여러 해 동안의 연구와 시장조사 끝에 2021년 5월 24일 ‘Physician Assistant’라는 그들의 전문직 타이틀을 ‘Physician Associates’으로 바꾸는 정책도 통과시키며 의사 그룹과의 오랜 수직적 동거를 마치려는 행보를 보이고 있다(AAPA, 2019b; AAPA, 2020).

전문간호사(APRNs) 그룹 중에서도 마취 전문간호사(nurse anesthetist)를 대변하는 미국 마취 전문간호사 협회(American Association of Nurse Anesthetist)는 2021년 8월에 그룹 이름을 American Association of Nurse Anesthesiology로 바꾸었다.²⁾ 여기서 비의사 진료인력을 지칭하는 표현에 대해 잠시 언급한다면, 많은 PAs와 전문간호사(APRNs)가 같이 일하고 있는 캘리포니아 대 어바인 메디컬 센터(University of California, Irvine Medical Center [UCIMC])에서는 이 두 전문직을 합쳐서 Advanced Practice Provider로 명명하고 있다.

2020년 캘리포니아에서는 오랫동안 미국 의학협회(American Medical Association)와 미국 소아과협회(American Pediatric Association) 등의 막강한 로비에 밀려 매년 고배를 마셨던 Nurse Practitioner의 독립 진료 권한에 대한 새로운 법(Assembly Bill [AB] 890)이 통과됨으로써 캘리포니아가 직면하고 있는 일차진료의사 부족을 해소하고, 의사들이 많지 않은 지방이나 저소득층이 집약된 지역에 필요한 의료를 전달하는 데 많은 도움이 될 것으로 기대된다(California Association for Nurse Practitioners, 2020).

7. 나가는 말

지금까지 미국의 비의사 진료인력 중 하나인 PAs와 전문간호사(APRNs)에 대해 알아보았다. 앞서 언급한 것처럼 PAs나 전문간호사(APRNs)는 의사가 부족한 지방 외곽이나 저소득층이 많은 지역에서 그들의 건강 관리를 담당하는 일차의료 전문인의 역할뿐만 아니라, 여러 다른

2) <https://www.nurseanesthesiologistinfo.com/home>

규모의 병원들과 대학에 속한 병원들에서도 의사들 그리고 다른 의료진들과 다양한 방식의 협력을 통해 미국인의 건강을 책임지는 데 크게 기여해 왔음이 명백하다. 물론 아직까지도 의사들과의 여러 갈등이 있는 것이 사실이고, 간호사와 일반인 사이에서도 환영받지 못하는 경우가 있으며, 의료수가도 의사들과 동등하게 받지 못하는 상황이지만 그러한 가운데에서도 미국 의료체계에서 빼놓을 수 없는 전문직으로 자리 잡아 왔다. 이러한 비의사 진료인력들은 단순히 미국에만 있는 직종은 아니다. 전문직 타이틀이 다르고, 진료에 관련된 일들 중 어디까지를 법적으로 할 수 있는지가 조금씩 다르긴 하지만 캐나다, 호주, 유럽, 아프리카 등의 여러 나라에서 비의사 진료인력들이 진료행위를 법적으로 보장받아 환자를 돌보는 일들은 오래전부터 있었다. 의사만이 진료를 할 수 있는 것으로 알고 있는 사람들에게는 의사가 아닌 사람들이 진료를 하는 것이 너무 생소하게 느껴질 수 있고 법에 어긋나는 것처럼 생각될 수도 있다. 또 의사가 아닌 사람이 진료를 하면 진료의 질이 떨어지고 부작용이 많이 나타난다고 생각할 수도 있을 것이다. 그러나 비의사 진료인력의 효과성에 관해서는 여러 가지 긍정적인 연구 결과가 있으며, 이미 오래전부터 미국뿐 아니라 여러 나라에서 비의사 진료인력이 각 나라의 의료체계에 기여하고 있다. 이러한 측면에서 국민의 건강을 증진하고 이를 위한 단단한 의료체계를 구축하기 위해 비의사 진료인력을 위한 정식 교육 프로그램을 만들어 양질의 교육을 제공하고 제도를 활성화하여 현재보다 더 나은 의료체계의 미래를 추구할 필요가 있다고 생각된다. 이를 위해서는 현재 비의사 진료인력이 하고 있는 의료행위를 법적으로 보장하는 것이 급선무로 여겨진다. 더불어 간호대학교와 의과대학교의 상호 협력을 통해, 또는 의료 현장의 현실적 요구 때문에 비합법적임에도 불구하고 현재 간호사나 전문간호사를 진료인력으로 활용하는 대학 병원에서도 PAs나 전문간호사(APRNs)를 양성하는 새로운 교육과정을 만들 수 있을 것이다. 또는 이미 한국에 정착되어 있는 전문간호사 교육 커리큘럼에 비의사 진료인력 분과를 신설해 진료 교육을 하는 것도 방안이 될 것으로 사료된다.

I would like to acknowledge Vasco Deon Kidd DHSc, MPH, MS, PA-, the director of Advanced Practice Provider for contributing to the validating process of the accuracy of information about Physician Associates(formerly known as Physician Assistants).

참고문헌

- Accreditation Review Commission on Education for the Physician Assistant, Inc. (2022). *A list of accredited clinical postgraduate programs*. Retrieved from <http://www.arc-pa.org/accreditation/accredited-programs/>
- American Academy of Physician Associates [AAPA]. (2010). *Milestones in PA history*. Retrieved from <https://www.aapa.org/about/history/>
- American Academy of Physician Associates [AAPA]. (2019a). *History*. Retrieved from <https://www.aapa.org/about/history/>
- American Academy of Physician Associates [AAPA]. (2019b). *PA profession: Historical milestones*. Retrieved from <https://www.aapa.org/what-is-a-pa/>
- American Academy of Physician Associates [AAPA]. (2019c). *PA scope of practice*. Retrieved from <https://www.aapa.org/search/?search=PA+Scope+of+practice>
- American Academy of Physician Associates [AAPA]. (2019d). *Medicare's "Incident to" Billing Hinders the Recognition and Assessment of PA Value*. Retrieved from <https://www.aapa.org/news-central/2019/06/medicares-incident-to-billing-hinders-the-recognition-and-assessment-of-pa-value/>
- American Academy of Physician Associates [AAPA]. (2020). *PAs Celebrate a Year of Unprecedented Wins at the State Level*. Retrieved from <https://www.aapa.org/news-central/2020/01/pas-celebrate-a-year-of-unprecedented-wins-at-the-state-level/>
- American Academy of Physician Associates [AAPA]. (n.d.). *Optimal team practice*. Retrieved from <https://www.aapa.org/advocacy-central/optimal-team-practice/>
- American Association of Colleges of Nursing [AACN]. (2019). *Accelerated Baccalaureate and Master's Degrees in Nursing*. Retrieved from <https://www.aacnnursing.org/Nursing-Education-Programs/Accelerated-Programs>
- American Association of Colleges of Nursing [AACN]. (n.d.). *Master education*. Retrieved from <https://www.aacnnursing.org/Nursing-Education-Programs/Masters-Education>
- American Association of Colleges of Osteopathic Medicine. (n.d.). *Fast Facts About Osteopathic Medical Education*. Retrieved from <https://www.aacom.org/news-and-events/fast-facts>
- American Association of Nurse Practitioners [AANP]. (2021a). *NP fact sheet*. Retrieved from <https://www.aanp.org/about/all-about-nps/np-fact-sheet>
- American Association of Nurse Practitioners [AANP]. (2021b). *2020-NP-Sample-Survey-Report*. Retrieved from <https://www.aanp.org/practice/practice-related-research/research-reports>
- Buerhaus, P., Perloff, J., Clarke, S., O'Reilly-Jacob, M., Zolotusky, G., & DesRoches, C. M. (2018). Quality of primary care provided to Medicare beneficiaries by nurse practitioners and physicians. *Medical Care*, 56(6), 484-490.
- California Association for Nurse Practitioners. (2020). *Successfully advocating NPs and their profession*. Retrieved from <https://canpweb.org/advocacy/ab-890-implementation/ab-890-background-history/>
- California Legislative Information. (2019). Code section. Retrieved from [https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=3502.&lawCode=BPC#:::text=3502.,the%20following%20requirements%20are%20met%3A&text=\(2\)%20A%20supervising%20physician%20and,rendered%20pursuant%20to%20this%20subdivision](https://leginfo.ca.gov/faces/codes_displaySection.xhtml?sectionNum=3502.&lawCode=BPC#:::text=3502.,the%20following%20requirements%20are%20met%3A&text=(2)%20A%20supervising%20physician%20and,rendered%20pursuant%20to%20this%20subdivision)
- California Medical Association. (2021). *UHC reconsiders changes for 'incident-to' billing by advanced practice providers*. Retrieved from <https://www.cmadocs.org/newsroom/news/view/ArticleId/49448/UHC-reconsiders-changes-for-incident-to-billing-by-advanced-practice-providers-160>
- Carter, A., & Chochinov, A. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 9(4), 286-95.

- Everett, C., Thorpe, C., Palta, M., Carayon, P., Bartels, C., & Smith, M. A. (2013). Physician assistants and nurse practitioners perform effective roles on teams caring for Medicare patients with diabetes. *Health Affairs (Project Hope)*, 32(11), 1942–1948.
- Henry Street Settlement. (n.d.). *Lillian Wald*. Retrieved from https://www.henrystreet.org/about/our-history/lillian-wald/?_ga=2.228237657.53854149.1644012828-704388290.1643438307
- Jackson, G. L., Smith, V. A., Edelman, D., Woolson, S. L., Hendrix, C. C., Everett, C. M., Berkowitz, T. S., White, B. S., & Morgan, P. A. (2018). Intermediate diabetes outcomes in patients managed by physicians, nurse practitioners, or physician assistants: A cohort study. *Annals of Internal Medicine*, 169(12), 825–835.
- Keck Graduate Institute. (2020). *How to become a physician assistant*. Retrieved from <https://www.kgi.edu/news/how-to-become-a-physician-assistant/>
- Kleinpell, R. M., Grabenkort, W. R., Kapu, A. N., Constantine, R., & Sicoutris, C. (2019). Nurse practitioners and physician assistants in acute and critical care: A concise review of the literature and data 2008–2018. *Critical care medicine*, 47(10), 1442–1449.
- Landsperger, J. S., Semler, M. W., Wang, L., Byrne, D. W., & Wheeler, A. P. (2016). Outcomes of Nurse Practitioner–Delivered Critical Care: A Prospective Cohort Study. *Chest*, 149(5), 1146–1154. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2015.12.015>
- Matsushima, K., Inaba, K., Skiada, D., Esparza, M., Cho, J., Lee, T., ... Demetriades, D. (2016). A high-volume trauma intensive care unit can be successfully staffed by advanced practitioners at night. *Journal of critical care*, 33, 4–7. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.01.024>
- Murphy, B. (2021). DO vs. MD: How much does the medical school degree type matter?. *American Medical Association*. Retrieved from <https://www.ama-assn.org/residents-students/preparing-medical-school/do-vs-md-how-much-does-medical-school-degree-type>
- National Association of Clinical Nurse Specialist. (n.d.). CNS census: The 2020 CNS results are here! Retrieved from <https://nacns.org/resources/cns-census/>
- National Commission on Certification of Physician Assistants [NCCPA]. (2021). *2020 Statistical Profile of Certified PAs*. Retrieved from <https://www.nccpa.net/resources/nccpa-research/>
- National Commission on Certification of Physician Assistants [NCCPA]. (n.d.). *CCPA Certificates of added qualifications (CAQs)*. Retrieved from <https://www.nccpa.net/specialty-certificates/>
- National Conference of State Legislatures [NCSL]. (n.d.). 50-state scope of practice landscape. Retrieved from <https://scopeofpracticepolicy.org/>
- National Council of State Board of Nursing [NCSBN]. (2021). APRN title map. Retrieved from <https://www.ncsbn.org/5398.htm>
- National Council of State Board of Nursing [NCSBN]. (n.d.). APRN Consensus model: The consensus model for APRN regulation, licensure, accreditation, certification and education. Retrieved from <https://www.ncsbn.org/aprn-consensus.htm>
- National Governor's Association. (2012). The Role of Nurse Practitioners in Meeting Increasing Demand for Primary Care. Retrieved from <https://www.nga.org/?s=The+Role+of+Nurse+Practitioners+in+Meeting+Increasing+Demand+for++Primary+Care>
- National Women's Hall of Fame. (n.d.). *Loretta Ford*. Retrieved from <https://www.womenofthehall.org/inductee/loretta-c-ford/>
- Newhouse, R. P., Stanik-Hutt, J., White, K. M., Johantgen, M., Bass, E. B., Zangaro, G., ... Weiner, J. P. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1999–2008: A systematic review. *Nursing Economics*, 29(5), 1–22.
- Office of Technology Assessment. (1986). *Nurse practitioners, physician assistants, and certified nurse midwives: A policy analysis*. Washington D.C.: US Government Printing Office.
- Palm, B. (2018). *6 steps to become a PA*. Retrieved from <https://www.aapa.org/news-central/2018/08/6-steps-become-pa/>
- Physician Assistant History Society. (n.d.). *Eugene A. Stead, Jr., MD*. Retrieved from <https://pahx.org/assistants/stead-jr-eugene/>
- Shay, D. F. (2015). *Using Medicare "incient-to" rules*. Retrieved from <https://www.aafp.org/fpm/2015/0300/p15.html>
- Staton, F. S., Bhosle, M. J., Camacho, F. T., Feldman, S. R., & Balkrishnan, R. (2007). How PAs improve access to care for the underserved. *Journal of the American Association of Physician Assistant*, 20(6), 32–36.
- The Council on Accreditation of Nurse Anesthesia Educational Programs [COA]. (2021). COA update regarding revisions to standards and policies. Retrieved from <https://www.coacna.org/coa-approves-revisions-to-standards-and-policies/>
- The National Organization of Nurse Practitioner Faculties. (2018). *NONPF DNP statement May 2018*. Retrieved from <https://www.nonpf.org/news/400012/NONPF-DNP-Statement-May-2018.htm>
- Tracy, M. F. & O'Grady, E. T. (2018). *Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- University of California, Los Angeles [UCLA]. (n.d.). *MSN — masters entry clinical nurse (mecn)*. Retrieved from <https://www.nursing.ucla.edu/admissions/graduate/msn-masters-entry-clinical-nurse-mecn>
- University of California, San Francisco [UCSF]. (n.d.). *Nursing MEPN*. Retrieved from <https://graduate.ucsf.edu/nursing-mepn>
- United States Bureau of Labor Statistics. (n.d.). *Occupational outlook handbook*. Retrieved from <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physician-assistants.htm>

영국의 의사동료제도 고찰

A Study on the Physician Associates(PAs) in the UK

김가은(계명대학교 간호대학 교수)
Kim, Gaeun(University of Keimyung)

영국에서는 2005년 의사동료제도를 도입하였고 도입 초기부터 공인된 교육과정과 인증제도를 토대로 진료지원인력이 합법적으로 일할 수 있는 구조를 마련하였다. 영국에서 이러한 제도가 정착할 수 있었던 요인으로는 다양한 보건의료전문가가 팀을 이루어 서로 연계해 일하는 시스템이 구축되어 있는 환경과 진료지원인력인 의사동료에 대한 자격 조건, 업무 범위, 책임 권한이 명확히 제시되어 있는 점을 들 수 있다. 국내에서 진료지원인력제도에 대한 정책을 마련하기에 앞서 영국의 제도 고찰을 통해 얻는 시사점은 다음과 같다. 첫째, 진료지원인력은 환자의 생명 및 안전과 직결되는 직무를 수행하기에 업무 수행의 선결 조건으로 일정 수준의 자격 요건을 갖추는 것이 필요하며 엄격한 검증 과정을 토대로 자격이 부여되어야 할 것이다. 둘째, 진료지원인력이 수행할 수 있는 업무의 범위가 명확히 제시되어야 할 것이다. 셋째, 진료지원인력이 수행하는 업무에 대한 지식과 감독 체계, 위임과 권한, 법적 책임 범위도 명확해야 할 것이다. 넷째, 국외 제도의 도입을 고려할 때 각 국가가 처한 상황과 보건의료 시스템에 대한 전반적인 고려가 함께 이루어져야 할 것이다. 다섯째, 국내에 이미 제도화되어 있는 의사 외 보건의료전문가의 활용과 각 보건의료전문가 단체의 이해관계도 함께 고려되어야 할 것이다.

1. 들어가며

전 세계 많은 국가에 유사하나 동일하지는 않은 다양한 비의사제공자(Non-Physician Providers) 제도가 있다. 이는 대부분 1965년 미국에서 도입한 진료보조(Physician Assistant [PA]) 제도를 모델로 한다. 미국에서 시작된 PA 개념은 캐나다, 호주, 네덜란드 등으로 퍼져 나가 영국에서도 이를 토대로 ‘의사동료(Physician Associates [PAs])’라는 명칭으로 주요 의료전문직 중 하나의 직종으로 자리 잡았다.

미국이나 영국의 PA 같은 직군은 국내의 의료 시스템상에는 존재하지 않으며 아직 합법화

되지 않은 제도이다. 그러나 의료 현장에는 이와 유사한 업무를 간호사, 응급구조사, 임상병리사, 간호조무사 등이 수행하고 있으며 ‘진료지원인력, 진료보조인력, 의료보조인력, (임상)전담간호사, 전문간호사, Nurse Practitioner(NP), Advanced Practice Nurse(APN), Clinical Practice Nurse(CPN), Physician Assistant(PA), Surgical Assistant(SA)’ 등으로 다양하게 지칭되고 있다. 진료지원인력에 대한 병원 내부의 규정이 있다 하더라도 관련 전문단체나 이해관계자의 입장이 조율되지 않은 상황에서 합법화되지 않은 진료지원인력 혹은 비의사제공자가 무분별하게 활용되고 있는 것이다. 의료 현장에서 진료지원 업무를 하는 인력은 점점 더 가파르게 증가하는 추세이며, 실태조사마다 다소 결과가 상이하긴 하나 대략 4,000명~1만 명 정도가 활동하는 것으로 추산하고 있다(병원간호사회, 2021; 왕규창 외, 2011).

현행 의료법상 진료지원인력에 관한 법률 조항이나 의료행위의 실제적 내용에 대해 정해진 바가 없어(권오탁, 2021) 수행 업무 범위가 불분명한 상황에서 진료지원인력의 무면허 진료행위나 의료 사고에 대한 법적 책임 문제, 병원 내 타 직종 간 갈등, 비효율적 인적자원 관리 등의 문제가 심화되고 있다. 이를 해결하기 위해서는 진료지원인력제도에 대한 정부 주도의 검토 및 정책 도입이 절실한 상황이다. 이에 영국과 같이 정부의 공식적인 보건의료체계 내에서 진료지원인력을 활용하는 국외 사례를 검토할 필요가 있다.

이 글에서는 영국 의사동료(PAs)의 정의 및 도입 배경, 현황과 발전 과정을 살펴보고, 자격요건과 교육과정, 자격 인증·재인증 기준, 주요 역할과 활동 분야, 업무 수행 범위에 대해 고찰하였다. 영국의 의사동료(PAs)제도에 대한 고찰은 국내 진료지원인력 관련 시범사업 마련 및 지원 체계 구축을 위한 기초·근거 자료로서 의미가 있다고 하겠다.

2. 영국 의사동료(PAs)제도에 대한 이해

가. 의사동료(PAs)의 정의

영국 PAs협회(Faculty of Physician Associates [FPA])에 따르면 의사동료(PAs)는 “정해진 의사의 지도·감독하에 제한된 수준의 의료 또는 다학제팀에서 지식, 태도, 기술을 기반으로 전인적 치료를 제공하는 새로운 보건의료인력”으로 정의된다(FPA, 2022). 즉, 영국의 PAs는 일정 의학 교육을 받은 후 국가 공인 자격 인증 시험을 통해 면허를 부여받은 훈련된 보건의료전문가이기 때문에 단순한 진료보조라기보다 의사와 함께 일하는 동료 혹은 파트너십에 가깝다. 이런

이유로 2014년부터는 명칭도 진료보조 혹은 의사보조(Physician Assistant [PA])에서 의사동료(Physician Associates [PAs])로 변경하였으며, 승인된 교육과 훈련 없이 임상에서 일하는 기술자(Technicians)나 다른 범주의 실무자(Practitioner)와는 구별된다. 한편, 영국의 ‘Physician Assistant’는 마취 전문의의 감독하에 일하는 별도의 전문인력(Physicians’ assistants (anaesthesia) [PA(A)s])을 지칭하므로 국내 의료 현장에서 사용하는 Physician Assistant^(PA)와는 다른 개념이다(김기영, 2021; FPA, 2022).

나. 의사동료(PAs)제도 도입 배경 및 발전 과정

산업혁명 이후 유럽에서의 근로시간 규제 및 단축 지침에 따라 영국 의료 시스템 내에서도 전공의 근로시간 단축으로 인한 진료 공백이 발생하였다. 또한 의료인력 부족과 의료 제공자의 지역적 분포 불균형, 지방 일차의료기관의 의료인력 채용 곤란, 의료 접근성 및 의료서비스에 대한 요구 증가 등의 문제에 직면하게 되었다. 특히 일차의료에서 일반의(General Practitioner [GP]) 확보가 어려워지면서 지역사회 의료의 기반인 GP 제도가 위기에 처했다.

이러한 문제에 대응하기 위해 의대 정원 증원, 졸업 후 연수 기간 단축, 외국인 의사 도입 등의 각종 조치가 1990년대 말부터 시행되었다. 이와 동시에 영국 국가의료보험제도(National Health System)의 계획에 따라 의료 종사자의 직무 확대, 의료보조와 관련된 새로운 직제 도입의 필요성이 논의되었고 미국의 진료보조^(PA) 제도를 벤치마킹한 파일럿 사업이 시작되었다. 2003~2004년에는 미국에서 수련받은 15명의 진료보조^(PA) 인력을 영국의 임상 현장에 채용·배치하기도 하였다(김기영, 2021). 미국에서 수련받은 진료보조^(PA) 인력에게 영국의 응급구조사(Paramedics) 자격을 부여하는 방안도 검토하였으나 진료보조^(PA) 인력의 업무 범위가 응급구조사 이상이었기 때문에 별도의 새로운 직제로 도입하게 되었다. 이에 따라 2005년 7월 영국 PAs협회(The UK Association of Physician Assistants [UKAPA], FPA의 전신)의 발족과 더불어 11월 ‘Physician Assistant^(PA)’라는 명칭의 의사를 보조하는 인력제도가 도입되었다(FPA, 2022).

제도 도입과 함께 2006년 왕립의과대학(Royal College of Physicians [RCPI])을 중심으로 PAs를 위한 역량 개발 및 커리큘럼 지침이 개발되었고 2008년부터 교육과정이 시작되었다. 2015년에는 왕립의과대학, 영국보건교육원(Health Education England [HEE]) 및 의과대학들이 협력하여 기존 협회

(UKAPA)를 토대로 영국 PAs협회(FPA)를 설립하였다. FPA는 전문직으로서의 발전과 환자 안전 강화를 목적으로 설립된 전문적인 협회이자 국가기관으로 영국 전역에 의사동료(PAs) 교육을 위한 표준 지침을 제공할 뿐 아니라 국가 공인 자격 인증 시험 및 재인증 시험을 운영·관리하고 있다. 또한 FPA는 회원 레지스터(Physician Associates Managed Voluntary Register [PAMVR])를 관리·감독하며 자격을 부여받은 전문직(registered profession)으로 제도화하려는 지속적인 노력 끝에 2022년부터 합법적인 규제기관으로 활동하게 되었다(FPA, 2022).

다. 의사동료(PAs) 현황

2020년 기준 영국의 의사 수는 20만 3,529명으로 추산되어 인구 1,000명당 3.0명이며, 영국의 간호사 수는 56만 7,803명으로 인구 1,000명당 8.5명으로 보고되고 있다(OECD, 2021). 이러한 영국의 보건의로 환경 속에 2020년 기준 PAMVR에 등록된 의사동료(PAs) 수는 1,788명(영국 1,599명, 북아일랜드 35명, 스코틀랜드 89명, 웨일스 77명)으로 의사 수 대비 약 0.9%에 해당된다(RCP & FPA, 2021).

처우나 보상 면에서 볼 때 훈련 중인 의사의 기본 급여 수준은 3만 9,467~5만 3,077파운드, 전문의(Specialty doctors)는 4만 5,124~7만 7,519파운드, 컨설턴트(Consultants)는 8만 4,559~11만 4,003파운드, 일차진료기관에 고용된 일반 개업의는 6만 2,268~9만 3,965파운드 정도이다(National Health Service [NHS], 2021b). 이와 비교해 의사동료(PAs)의 급여 수준은 주당 37.5시간 근무를 기준으로 신규 졸업자는 4만 57~4만 5,839파운드, 최소 5년 경력과 석사 학위 이상인 경우 4만 7,126~5만 3,219파운드 수준이다(FPA, 2022).

3. 의사동료(PAs)의 교육 체계 및 자격 기준

가. 교육 체계

영국에서의 의사동료(PAs) 교육과정과 인증제도에 관한 전반적인 내용은 영국 보건사회복지부(Department of Health & Social Care [DHSC])와 영국 PAs협회(FPA)의 ‘PAs를 위한 역량 및 커리큘럼 프레임워크(The Competence and Curriculum Framework for the Physician Assistant)’에 따른다. 교육 프로그램은 대부분 석사 수준의 2년 과정으로 영국의 의학교육을 기반으로 한다. 교육과정은 의학, 약학, 생화학, 해부학, 생리학 및 의과학을 포함하고 있으며, 임상 추론을 포함하여 급성·응급의학,

지역사회의학, 외과학, 산부인과 및 부인과학, 소아과학, 정신과학 등으로 구성되어 있다. 이론적 요소와 실무적 요소로 구성되어 있고 약 90주, 3,200시간(이론 1,600시간, 실습 1,600시간)의 교육으로 이루어져 있다(FPA, 2017).

교육과정에 지원할 수 있는 자격 조건은 자연과학 또는 생명과학 분야의 학사 학위 소지자이거나 간호사, 조산사 등 자격이 부여된 의료전문가(registered healthcare professional) 여야 한다. 2008년 버밍엄대학교(University of Birmingham), 울버햄튼 대학교(Wolverhampton University), 세인트 조지 런던 대학교(St. George's Medical School University of London)와 허트포드셔 대학교(Herthfordshire University) 등 4개 대학에서 교육과정이 시작된 이후 2017년 기준 총 27개의 교육 프로그램이 개설되어 있다(권오탁, 2021).

또한 의료기관에서 의사동료(PAs)로 활동하는 모든 PAs는 협회 요구에 따라 지속적인 전문직 개발교육(Continuing Professional Development [CPD])을 연간 50시간 이수해야 한다. 고용할 때 이러한 부분에 대해서도 고용주와 의사동료(PAs) 사이에 합의가 되어야 하며, 고용주는 매년 의사동료(PAs)가 자기개발 및 지속적인 전문직 개발 교육 목표를 달성할 수 있도록 협조해야 한다(FPA, 2022).

나. 자격 인증 및 재인증 체계

앞서 언급한 바와 같이 영국 PAs협회(FPA)는 국가 공인 자격 인증 시험 및 재인증 시험(Physician Associate national certification and recertification examination [PANE])을 운영·관리하고 있다. 국가 시험은 14가지 요소로 구성된 임상실기시험(Objective Structured Clinical Examination [OSCE])과 200문제의 필기 시험으로 구성되며, 2021년 9월부터는 온라인으로 제공하고 있다.

응시 자격은 공인된 교육 프로그램을 이수한 자에게 부여되며, 국가 공인 자격 인증 시험(PANE)에 합격하면 1년간 인턴십 과정을 거친 후 의사동료(PAs)로 활동할 수 있다. 또한 협회(FPA) 회원이 될 수 있고, 협회에서 운영하는 회원 레지스터(PAMVR)에 등록할 수 있다(FPA, 2022).

또한 협회는 PAs를 위한 역량 및 커리큘럼 프레임워크에 따라 모든 의사동료(PAs)가 전문성과 회원 자격을 유지하기 위해 매년 일정 시간의 교육(CPD)을 수료하도록 권고하고 있다. 이뿐만 아니라 의사동료(PAs)가 그 자격을 유지하기 위해서는 6년마다 재인증을 받아야 한다. 재인증 시험의 목적은 의사동료(PAs)로서 일반적인 능력을 유지하게 하는 것이므로 현재 종사하는

분야와 무관하게 의사동료(PAs)로서 알아야 할 임상적인 내용에 대한 전반적인 평가로 이루어진다. 재인증 시험은 인증 후 5년이 되는 해부터 응시할 수 있으며 2년 동안 세 번의 기회가 부여된다. 재인증 시험에 불합격하면 회원 레지스터(PAMVR)에서 제외되고 회원 자격도 박탈되며, 시험에 다시 통과해야 재가입할 수 있다. 인증 및 재인증 시험 합격 여부는 의사동료(PAs)가 소속된 기관의 고용주에게도 통보되므로 고용주는 고용된 의사동료(PAs)나 의사동료(PAs) 지원자의 자격 여부를 확인할 수 있다(FPA, 2022).

4. 주요 활동 분야 및 업무 수행 범위와 권한

가. 주요 활동 분야 및 업무 범위

의사동료(PAs)는 다른 의료인의 역할을 대체하거나 필수 의료인력 자리를 메우는 목적이 아니라 의료 업무를 재분배하고 의로서비스를 제공하는 전문 의료인력팀의 일원으로 일차의료기관 또는 이차의료기관에 고용된다. 의사동료(PAs)는 일반의원(General Practice [GP]), 의료기관(응급센터, 외과 병동, 정형외과, 외래, 수술실 등), 너싱홈, 요양원, 전문 클리닉, 보건소, 재활시설, 정신과 서비스센터 등 다양한 영역에서 병력 조사, 진찰, 진단, 검사 결과 분석 등의 업무를 수행할 수 있으나 모든 행위는 의사의 위임 및 감독 원칙을 기반으로 한다(김기영, 주호노, 2021; FPA, 2022). 일반적으로는 급·만성 환자, 증상이 경미한 환자들을 돌보며 일차의료기관, 너싱홈, 요양원, 전문 클리닉 등에서는 환자 분류, 전화 상담, 의뢰, 진단 검사 처방 및 결과 해석 등을 담당하고, 이차의료기관의 수술, 응급실, 외과 병동 등에서는 입원 환자, 소생 환자, 응급 환자 등 다양한 환자의 관리와 대부분의 전공의 업무를 담당한다. 신입이 이차의료기관에 채용되는 경우에는 6개월 정도의 수습 기간을 갖게 되며, 업무 수행에 요구되는 지식, 기술, 태도 등을 성취하지 못하면 채용이 취소될 수도 있다.

의사동료(PAs)의 업무와 술기(skill)를 좀 더 구체적으로 제시하면 다음과 같다. 일반적인 업무로는 병력 조사 및 신체 검진, 진단 검사 및 평가, 치료, 환자 및 기타 의료전문가와와의 치료 계획 수립, 문서화 및 정보 관리, 위험 관리, 자원 관리, 윤리적·법적 문제와 공중보건 개선 조치 등이 포함된다. 의사동료(PAs)가 할 수 있는 일반적 술기(skill)에는 일반의(GP) 진료와 거의 유사하게 광범위한 분야가 포함되는데, 예를 들어 정신과(예: 중독, 체중 변화 및 기타 심리적 변화), 외과·정형외과(예: 허리 통증, 관절, 좌골신경통, 사고), 내과(혈액손실, 실신, 위장

장애, 연하곤란, 발열, 부종, 호흡곤란, 배뇨 문제, 수면장애, 피로), 이비인후과(기침, 귀, 코 및 인후 질환), 피부과(피부 변화), 안과(눈 문제), 부인과(월경경련, 임신, 불임, 성기능 장애), 소아과(발달장애), 신경과(두통, 기억상실, 언어장애), 마취과(통증) 및 비뇨기과(음낭통증) 영역 등이 포함된다. 또한 의사동료(PAs)가 할 수 있는 특정 술기, 확장된 술기로는 응급 치료(심폐소생술 참여, 심전도 시행 등), 일상적인 치료(정맥 채혈, 혈액가스분석시행, 폐기능 진단, 자궁경부/질 면봉, 소변 스트립 검사, 임신 여부 검사, 근골격 손상의 초기 처치, 눈 및 비강 부위 검사시행 및 치료 관리, 간단한 피부봉합, 국소 마취, 근육 내·피하·피내·정맥주사 및 주입, 도관 설치, 인슐린 용량 계산) 등이 있다(김기영, 주호노, 2021).

나. 업무 권한

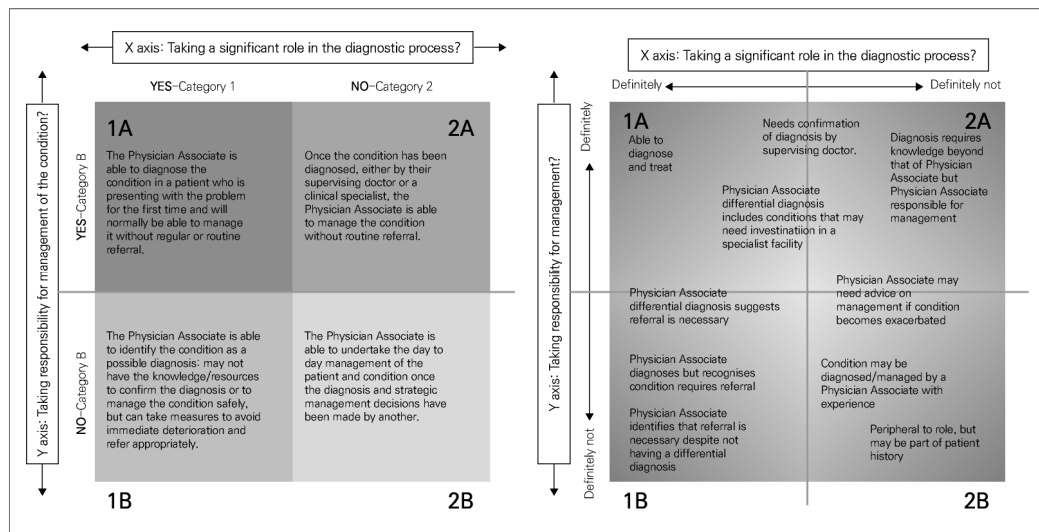
영국에서 의사동료(PAs)는 의사의 직접적인 감독과 위임을 기반으로 활용되므로 의사동료(PAs)에게 의료행위에 대한 일차적인 책임이 있다 하더라도 환자에 대한 궁극적인 책임은 감독 의사에게 있다. 자격을 갖춘 의사동료(PAs)에게 기대할 수 있는 술기와 권한은 PAMVR에 표준화되어 있다. 또한 구체적인 업무 범위는 영국 의학협회(General Medical Council [GMC]) 지침에 따라 의사동료(PAs)의 능력 범위 내에서 감독 의사가 정하도록 되어 있다(FPA, 2022).

의사동료(PAs)의 의료적 활동에 대한 근거는 영국 의사협회의 ‘모범 의료행위 지침(Good Medical Practice [GMP])’ 규율에 따른다(GMC, 2006). 모범 의료행위 지침(GMP)에는 ‘의사의 의무, 좋은 진료, 진료의 질 유지, 교육과 수련 및 평가, 환자와의 관계, 동료와의 관계, 의사의 전문직 윤리, 의사의 건강 유지’가 포함되어 있다. 이 중 ‘동료와의 관계’에는 위임 및 의뢰(Delegation and referral) 규정에 따라 동료에게 치료 또는 치료를 수행하도록 위임하는 것에 대해 명시하고 있으며, 동료와 함께 팀으로 일하는 방법, 동료를 존중하는 방법, 대리 진료 시의 문제, 동료와의 정보 공유, 환자 의뢰와 위임에 대한 내용 등을 포함하고 있다. 여기서 ‘동료’는 의사와 함께 일하는 모든 직원으로 정의하고 있다. 한편 위임자는 위임을 받는 자가 적절한 치료를 수행할 수 있는 지식, 기술 및 경험이 있음을 확인하는 것이 필요하다는 규정과 위임자는 치료, 후속 진단 및 향후 치료 계획을 포함하여 환자의 전반적인 상황에 대해 계속 책임을 진다는 규정이 명시되어 있다(GMC, 2006).

또한 NHS의 Matrix Specification of Core Clinical Condition에는 의사동료(PAs)의

기대되는 실무역량에 따라 임상 조건을 분류하여 제시하고 있으며(그림 1, 표 1), 이를 기반으로 의사동료(PAs)는 업무 범위 권한 내에서 의료행위를 할 수 있으며, 임상 조건(core clinical condition)을 1A, 1B, 2A, 2B로 분류하여 의사동료(PAs)의 기대되는 실무역량범주내에서 할 수 있는 것과 없는 것을 명확히 분류해 두었다(NHS, 2021a). 핵심 임상 조건의 내용은 다음과 같다(표 1).

그림 1. 역량 기반 임상 조건 분류 모델(Model for categorising clinical conditions on the basis of required competence)



자료: NHS(2021a)

표 1. 기대되는 실무능력에 따른 권한 및 업무 범위

범주	권한 및 업무범위
카테고리 1A	PAs가 진단 및 의뢰(Refer) 없이 치료 가능
카테고리 1B	PAs가 가능한 진단을 내릴 수 있으나 환자를 안전하게 치료하기 어려운 질환. 다만 상황의 악화를 피할 수 있는 치료는 가능하며 적절히 의뢰해야 함
카테고리 2A	환자에 대한 적절한 진단을 감독 의사 또는 전문가가 내린 후 PAs가 의뢰 없이 일상적인 치료 가능
카테고리 2B	환자에 대한 적절한 진단이 내려지고 치료 방침이 결정된 후 PAs가 환자에 대한 일상의 치료와 상태 파악 가능

자료: NHS(2021a)

다. 의사동료(PAs)와 의사의 관계

영국 의사협회(GMC)의 지침에 따라 의사는 의사동료(PAs)를 고용할 수 있으며 의사가 판단하기에 충분한 능력이 있다고 인정한 의사동료(PAs)에게 감독·지시하에 본인의 업무를 위임할 수 있다(GMC, 2006). 의사동료(PAs)는 항상 지정된 의사의 감독하에 업무를 수행해야 하는데, 감독 의사가 반드시 옆에서 감독해야 하는 것은 아니지만 상의나 도움이 필요할 때 바로 도움을 받을 수 있어야 한다. 또한 실질적인 직무 내용은 고용계약 시 작성하는 직무기술서에 명시해야 하며, 세부 업무 범위는 계약하는 감독 의사에 의해 정해진다. 고용주인 일차의료기관이나 의사, 병원의 운영 주체는 피고용자인 의사동료(PAs)의 개별 임상 경험이나 취득 학위 등을 토대로 업무 범위를 판단하게 된다. 이처럼 구체적인 업무 범위는 의사동료(PAs)의 능력 범위 내에서 임상 지침을 제공하는 특정 의사와 맺는 관계에 따라 다르다. 또한 의사동료(PAs)는 감독 의사와의 상호 합의하에 광범위한 의료 기술을 교육받을 수 있다. 의사동료(PAs)에게 확장된 술기를 교육시키고자 하는 고용주는 의사동료(PAs)가 숙련되고 유능한 의사에게 교육, 연습, 감독을 받는 기간을 거치도록 해야 하며, 이는 반드시 문서화해야 한다.

확장된 술기에 대한 감독 등은 직접 관찰과 평가 절차(Direct Observed Procedure Skills [DOPS])에 따르면 권고하고 있으며, 이는 협회(FPA) 웹사이트를 참고해 활용할 수 있다. 또한 의사동료(PAs)의 업무 평가 시 확장된 기술의 지속적인 수행 가능성도 반드시 포함해야 한다. 이런 과정을 통해 의사동료(PAs)의 능력, 고용주와의 합의에 따라 의사동료(PAs)는 고도의 기술이 필요한 업무도 수행할 수 있으며 의사와 의사동료(PAs)의 관계는 ‘지도·감독’ 관계에서 ‘연대·협력’ 관계로 발전하고 있다.

5. 나가며

의사의 의료행위를 비의사제공자가 수행하기 위해서는 의사 업무에 대한 이해와 지식, 임상 경험에 대한 검증이 필요할 것이다. 이 글에서 살펴본 바와 같이 영국의 경우에는 미국, 캐나다 등과 마찬가지로 의사동료(PAs)가 의료행위를 합법적으로 수행할 수 있는 전제 조건이 충족되어 있다. 일정 수준의 교육과정과 임상 경험을 전제로 국가의 자격 시험을 통해 능력을 인정받은 자만이 의사의 감독이나 지도하에 지정된 업무를 위임받아 자율적인 의사결정을 통해 업무를 수행하게 하는 것이다. 또한 의사의 감독이나 지도 의무를 명시하고

있고, 책임이나 업무 범위 권한도 구체적으로 제시되어 있어 인력에 대한 관리나 업무에 대한 책임 권한, 법적 측면에서의 보호 방안 등도 마련되어 있다고 볼 수 있다.

영국뿐 아니라 진료보조(PA) 제도를 최초로 도입한 미국도 간호사, 간호조무사, 응급구조사, 임상병리사 등을 무분별하게 고용해 의료 현장에서 활용하지는 않는다. 간호대학을 나온 간호사조차도 일정 교육과정을 이수하고 공인 자격증을 취득해야 활동할 수 있는 시스템이다. 국외에서 전공의 근무시간 제한 등으로 인한 진료 공백을 해결하기 위해 시행하는 제도가 진료보조(physician assistant)나 의사동료(physician associate)만 있는 것은 아니다. 미국의 호스피탈리스트(hospitalist)나 영국의 준전문의(associate specialist)도 전문의에 해당되는 컨설턴트(consultant)를 도와 일하는 직업군이다. 또한 영국은 다양한 보건의료 전문가(healthcare professionals), 약사, 의사, 물리치료사, 응급치료사, 사회처방사가 서로 연계해 일하는 시스템이며 진료지원인력의 범주에는 의사동료(PAs)뿐 아니라 임상 약사, 사회적 처방 링크 작업자, 물리치료사, 약사 기술자 및 구급대원 등이 포함되어 있다. 이러한 제도들은 우리에게도 시사하는 바가 크다. 현재 국내에서는 의사의 진료를 보조하기 위해 간호사, 간호조무사, 임상병리사, 응급구조사 등을 각 기관에서 임의로 ‘진료지원인력, 진료보조인력, 의료보조인력, (임상)전담간호사, 전문간호사, NP, APN, CPN, PA, SA’ 등으로 다양하게 지칭하며 활용하고 있다. 병원 내 이러한 인력에 대한 자체적인 규정이 있다 하더라도 현재로서는 국내에 존재하지 않는 제도이므로 법의 보호도 받을 수 없다. 그동안 이를 제도화하기 위한 다양한 노력들이 시도되어 왔으나 그 결과를 실무나 정책에 활용하기에는 제한적인 상황이다. 위에 언급한 바와 같이 국내 의료 현장에서 국외 제도의 충분한 이해나 검토 없이 사용하고 있는 직종의 표현 중에 전문간호사, APN이나 NP를 예로 들면, 이 개념은 미국의 전문간호사(Nurse Practitioner [NP]) 제도에서 들여온 개념으로 국내에도 전문간호사(Advanced Practice Nurse [APN]) 제도는 이미 존재한다. 미국에서의 NP와 PA는 둘 다 중요한 전문의료인력이라는 점에서는 동일하나 제도가 전혀 다른 직업군이다. 영국에도 의사동료(PAs)와 유사한 업무에 종사하는 직종으로 NP가 있다. 그러나 영국은 상황이 좀 다르다. 1980년대부터 간호사가 NP로 활동해 오고 있으나 40년 이상 경과했음에도 불구하고 통일된 교육 시스템이 존재하지 않을 뿐 아니라 국가 공인 인증 자격도 마련되지 못했다. 이와 같이 영국의 NP는 다양한 간호 교육기관에 의해 인정된 자격일 뿐 국가로부터

자격을 인정받은 직종은 아니다. 이에 반해 의사동료(PAs)는 처음부터 통일된 교육과정과 국가 공인 자격 인증 시험을 토대로 합법적으로 일할 수 있는 구조가 되었다. 국내의 경우 이미 제도화되어 있는 전문간호사가 되기 위해서는 간호사 면허를 소지하고 최근 10년 이내에 해당 분야 간호 실무 3년 이상의 경력이 있어야 전문간호사 교육과정(석사 학위 과정)에 지원할 수 있으며, 교육과정을 이수한 후 국가 공인 인증 시험에 합격해야 한다. 「의료법」에서 인정하는 전문간호사 분야는 가정, 감염 관리, 노인, 마취, 보건, 산업, 아동, 응급, 임상, 정신, 종양, 중환자, 호스피스 등 총 13개 영역이 있고, 2021년 기준 약 8,300명의 전문간호사가 배출된 상황이다. 그러나 현재 38개 대학 680명 정원의 과정이 있음에도 불구하고 정원의 절반도 채우지 못하는 실정이다. 이러한 상황은 이미 법제화되어 있고 자격을 취득한 인력이 충분히 존재하는 직종임에도 불구하고 여전히 임상에서 필수 인력은 아니며 제대로 인정받지도 못하고 있기 때문일 것이다. 이것은 의료 현장에서 자격 없는 진료지원인력을 임의로 전문간호사로 지칭하는 것이 옳지 않은 이유이기도 하다. 이처럼 현시점에서 국외 제도의 일부를 충분히 검토하지 않은 채 도입한다면 오히려 기존의 면허 범위 체계 내에서 수행되던 의료체계를 붕괴시키고 의료진 사이의 갈등, 의료진과 환자 간의 신뢰 상실, 의료 현장의 혼란만 가중시킬 가능성이 있다.

국내 보건의료 시스템 내에 국외의 진료지원인력제도를 벤치마킹하여 도입하고 활용하려면 제대로 준비해야 할 것이다. 진료지원인력의 문제가 단기간에 발생한 것이 아닌 만큼 명백한 기준을 제시하고 단계적이고 지속 가능한 접근 방식을 통해 타당성을 검증해야 할 것이다. 무엇보다 별도의 교과과정과 검증을 통해 자격을 취득한 사람들로 한정해야 할 것이며 제도적·법적 근거 마련이 필수불가결하다. 또한 기존 의료인과 의료 관련 인력과의 관계 및 활용 방안도 함께 고려되어야 할 것이다. 그뿐만 아니라 정부나 관련 전문가 단체 차원에서도 문제 해결을 위한 지속적인 관심과 노력이 필요하며, 시스템 자체의 설계가 필요한 때이다.

참고문헌

- 권오탁. (2021). 진료보조인력(Physician Assistant)의 법적지위에 관한 고찰: 자격조건과 업무범위를 중심으로. *법제연구*, 61, 213-241.
- 김기영, 주호노. (2021). 의사보조인력(PA)의 법적 지위에 대한 비교법적인 고찰. *국제법무*, 13(1), 1-42.
- 병원간호사회. (2021). 병원간호인력 배치현황 실태조사. <https://khna.or.kr/home/pds/utilities.php>에서 2021. 11. 10. 인출.
- 왕규창, 김성훈, 김욱, 김재중, 김정택, ... 정홍태. (2011). 의사보조인력 실태 조사 및 외국사례연구 최종보고서. 세종: 보건복지부, 대한의학회.
- Faculty of Physician Associates [FPA]. (2017). An employer's guide to physician associates. <https://www.fparcp.co.uk/>에서 2022. 2. 27. 인출.
- Faculty of Physician Associates [FPA]. (2022). Who are physician associates?. <https://www.fparcp.co.uk/about-fpa/who-are-physician-associates>에서 2022. 2. 27. 인출.
- General Medical Council [GMC]. (2006). *Good Medical Practice*. https://www.gp-training.net/wp-content/uploads/2020/08/GMC_GMP_V41-6.pdf에서 2022. 2. 27. 인출.
- National Health Service [NHS]. (2021a). *Matrix specification of Core Clinical Conditions for the Physician Associate by category of level of competence*. <https://www.bfwh.nhs.uk/onehr/wp-content/uploads/2016/07/DoH-PA-Curriculum-Matrix.pdf>에서 2022. 2. 27. 인출.
- National Health Service [NHS]. (2021b). Pay for doctors. <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/pay-doctors/pay-doctors>에서 2022. 2. 27. 인출.
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2021). 의료종사자수(Health Personnel). <https://stats.oecd.org>에서 2022. 2. 27. 인출.
- Royal College of Physicians & Faculty of Physician Associates [RCP & FPA]. (2021). *Focus on physician associates: census 2020*. <https://www.fparcp.co.uk/about-fpa/fpa-census>에서 2022. 2. 27. 인출.

일본 진료보조인력 제도의 동향 및 시사점

Trends and Implications of Medical Assistant Manpower System in Japan

정형선(연세대학교 보건행정학부 교수)

Jeong, Hyung-Sun(Yonsei University)

일본 「의사법」은 의사가 아니면 ‘의업’을 할 수 없는 것으로 규정하고, 후생노동성은 ‘의업’을 “반복·계속의 의사를 갖고 의행위를 하는 것”으로 유권해석하고 있다. 간호사는 ‘진료보조’를 하며, 그 외의 직종은 법이 정하는 범위 내에서 ‘진료보조’를 하는 것으로 구성된다. 일본과 한국 모두 커뮤니케이터와 재택의료의 필요성이 높아지고 있다. 고령사회의 현상은 다양한 의료, 간호, 요양, 돌봄 서비스를 필요로 한다. ‘의료기관’만이 중심이 되고 ‘의사’의 의료 통괄, 지시에 의해서만 의료행위가 허용되는 기존의 체계로는 이러한 환경 변화에 적절히 대응하기 힘들다. 일본에서는 2024년부터 의사의 ‘시간 외 노동’에 상한이 부과된다. 이를 위해 진행되는 의사와 진료보조인력 간의 업무 이양 및 공유에 관한 논의를 살펴본다.

1. 들어가며

일본의 의료제도는 대륙법 체계의 법적 토대 위에 있고, 사회보험인 건강보험제도의 영향을 강하게 받는다. 일본과 일정한 시차를 두고 인구고령화 과정을 경험하고 있는 한국으로서 는 법적 토대가 유사한 일본의 제도 동향과 시행착오가 더없이 소중한 참고 사항이 된다.

일본 의료의 법체계에서 ‘의행위’는 의사가 주가 되어 하는 것이고, ‘진료보조’는 간호사를 중심으로 이루어지며, 간호사 이외의 여러 직종은 법 규정이 정하는 바에 따라 예외적으로 ‘진료보조’ 업무를 수행하는 것으로 법리 구성이 된다. ‘진료보조’ 그리고 그 전제가 되는 ‘의사의 지시’의 개념과 적용 범위는 의사·간호사를 포함한 다양한 의료 종사 인력의 면허, 자격과 직결되며 이들의 업무와 역할을 규정하게 된다.

인구고령화와 재택의료의 확산에 따라, 그리고 의사의 법적 ‘시간 외 노동’이 2024년부터 축소됨에 따라 직종 간 ‘업무 이양(태스크 시프트)’과 ‘업무 공유(태스크 셰어)’가 최근 일본 의료제도의 주요 정책 이슈가 되었다. 이와 관련해 ‘진료보조’와 ‘의사의 지시’가 다시 주목받았다. 이는 ‘너스 프랙티셔너(nurse practitioner, 진료간호사)’나 Physician Assistant(PA) 창설 논쟁으로 이어지고 있다. 우리의 상황도 이와 유사하다.

이 글은 이러한 논의의 배경이 되는 일본 진료보조제도의 법적 구성과 논의 진행 상황을 살펴보고 시사점을 찾기 위한 것이다.

2. 일본 의료제도에서의 진료보조

가. 업무 독점과 명칭 독점

일본의 의료 제공 체계는 「의료법」을 근간으로 하지만, 각 직역을 관장하는 법이 「의사법」, 「보건사조산사간호사법」(이하, 보조간법), 「진료방사선기사법」 등과 같이 개별적으로 마련되어 있다.¹⁾ 각각의 법에는 의료 종사 인력의 ‘업무 독점’과 ‘명칭 독점’에 대해 명시되어 있다.²⁾ 「의사법(医師法)」은 제17조에서 “의사가 아니면 의업(医業)을 해서는 안 된다”는 ‘업무 독점’을, 제18조에서 “의사가 아니면 의사 또는 이와 혼동할 만한 명칭을 사용해서는 안 된다”는 ‘명칭 독점’을 규정하고 있다. 「보조간법」은 제31조에서 “간호사가 아닌 자는 제5조에서 규정하는 업(‘요양상의 돌봄’이나 ‘진료의 보조’)을 해서는 안 된다”는 ‘업무 독점’을 규정하고 있으며, ‘명칭 독점’은 따로 규정하지 않되 업무 독점 위반에 대한 처벌 시에 명칭 사용을 가중처벌 하는 규정을 두고 있다.

일반적으로 일정한 자격을 갖추면 명칭 독점을 할 수 있지만, 특정한 업무만 명칭 독점을 하도록 할 때도 있다. 「보조간법」 제29조는 보건사의 명칭 독점은 인정하되 업무 독점은 규정하지 않음으로써, ‘보건사’ 또는 이와 유사한 명칭을 사용하지 않으면 보건사 자격을 갖추

1) 한국에서는 「의료법」이 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사(간호조무사)를, 「약사법」이 약사와 한약사를, 「응급의료에 관한 법률」이 응급구조사를, 「의료기사 등에 관한 법률」이 그 외의 보건의료 종사 인력 대부분을 규정하고 있다.

2) ‘업무 독점’은 유자격자 외에는 해당 업무에 종사하는 것을 금지함과 동시에 업무상의 일정한 의무를 부과하는 것이다. 국민의 생명이나 재산의 안정을 도모하는 데 중요한 역할을 하는 자 등에 한정하고, 독점의 범위를 최소한으로 해야 한다. ‘명칭 독점’은 국민의 편의나 직업인의 자질 향상을 위해 유자격자가 일정 기준을 충족하고 있다는 점을 단순히 공표하거나, 특정 명칭을 독점적으로 내세우는 것을 허락하는 것이다(第2次臨時行政改革推進審議會, 1988).

지 않아도 보건지도 업무를 할 수 있다는 반대 해석을 가능케 한다.

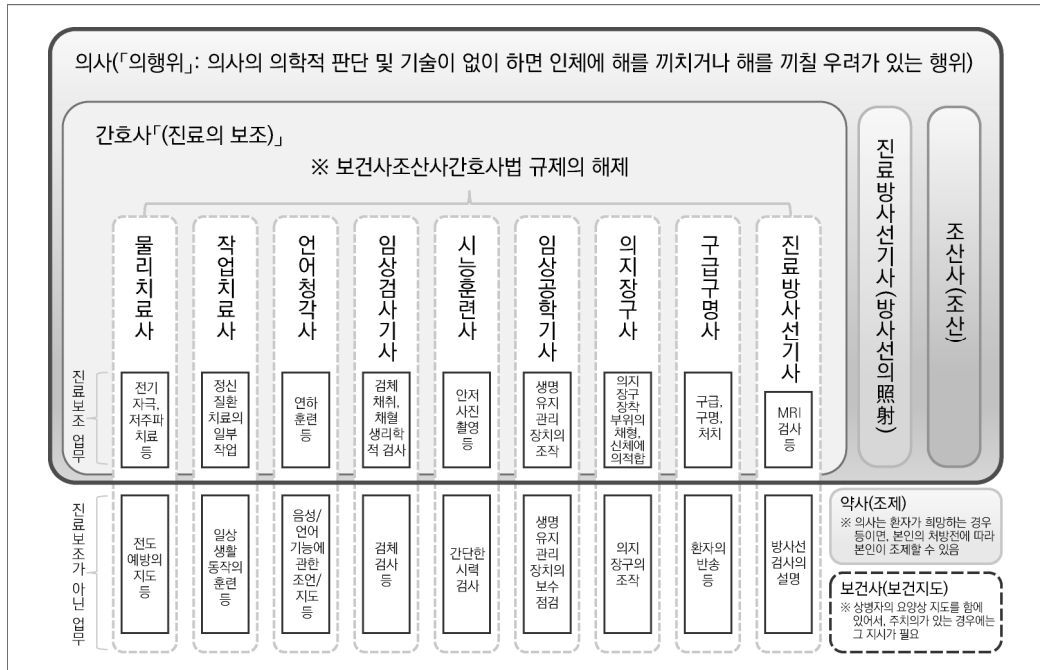
나. 의행위

「의사법」 제17조는 “의사가 아니면 의업을 해서는 안 된다”고만 규정한다. 후생노동성의 통지(厚生労働省, 2005)는 ‘의업(医業)’에서 ‘의’는 ‘의행위(医行為)’이고 ‘업’은 반복·계속의 의사를 갖고 행위를 하는 것을 가리키며 ‘의행위’는 ‘의사의 의학적 판단 및 기술 없이 하면 인체에 해를 끼치거나 해를 끼칠 우려가 있는 행위’라는 유권해석을 제시하고 있다(한편, 간호사도 전문 교육을 받아 일정한 의학적 능력을 갖추고 있으므로 ‘일부의 의행위’는 의사의 의학적 판단하에 간호사도 할 수 있는 것으로 되어 있다. 여기서 ‘일부의 의행위’에 해당하는 것이 후술할 ‘진료보조’이다).

의행위 보조를 위한 ‘의사의 지시’는 포괄적으로 할 수도 있고 구체적으로 할 수도 있다. ‘포괄적 지시’는 ‘의사가 예측한 환자의 병리학적 변화 범위 내에서 간호사가 환자의 상태에 맞는 간호를 할 수 있도록, 간호사가 할 행동을 의사가 일괄해서 지시’하는 것이고, ‘구체적 지시’는 ‘의행위에 수반되는 다양한 판단을 간호사가 재량으로 할 필요가 없도록, 의사가 가능한 한 자세히 지시’하는 것이다. 포괄적 지시를 하더라도 표준적 프로토콜(구체적인 처치·검사·약제의 사용 등과 그 판단에 관한 기준을 정리한 문서)과 크리티컬 패스(치료·검사·약제의 사용 등을 포함한 상세한 진료 계획) 등의 문서로 하는 것이 바람직하다.

후생노동성(厚生労働省, 2020)에 따르면, 이러한 지시가 성립하려면 ① 가능한 환자의 범위가 명확히 제시되어 있고 ② 가능한 병태 변화가 명확히 제시되어 있으며 ③ 지시 내용(판단의 기준, 처치·검사·약제의 내용 등)이 해당 간호사가 이해할 수 있게 제시되어 있고 ④ 간호사가 대응 가능한 범위를 넘는다고 판단되면 바로 의사에게 연락해서 지시받을 수 있는 체제가 갖추어져 있어야 한다.

그림 1. 의행위와 진료보조의 관계도



자료: 厚生労働省(2020)의 참고자료 2를 수정 보완함.

다. 진료보조

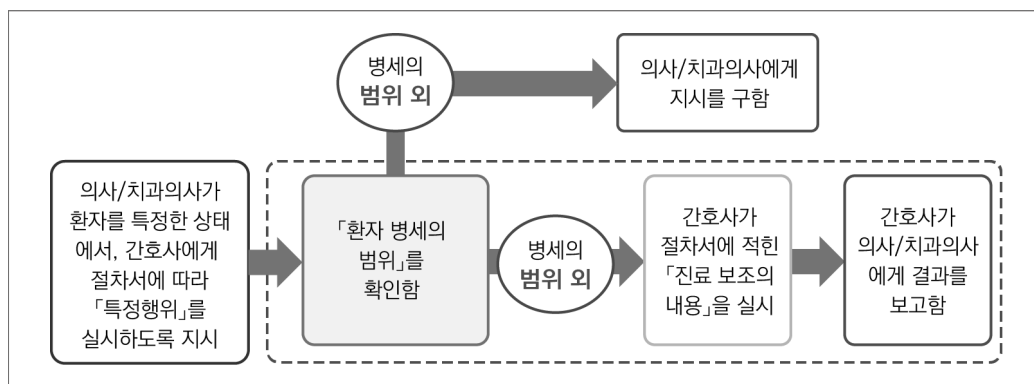
1) 간호사

‘진료보조’는 ‘간호사의 업무로서, 의사의 지시하에 실시하는 의행위’로 해석된다. 「보조간법」 제31조는 간호사만이 ‘진료보조’를 ‘업’으로 할 수 있다고 규정하여, 진료보조가 간호사의 업무 독점에 해당함을 밝히고 있다. 2015년부터 시작된 ‘특정 행위 관련 간호사 연수제도’는 연수를 마친 간호사에게 의사가 미리 지시한 프로토콜에 따라 ‘특정 행위’를 할 수 있는 권한을 부여했다. 「보조간법」에서는 ‘특정 행위’를 ‘실천적인 이해력, 사고력, 판단력 및 고도의 전문적인 지식과 기능이 특히 필요한 간호행위’이지만 ‘절차서’에 따라 이루어지는 ‘진료보조’의 하나임을 명시하고 있다. 간호사의 진료보조 행위 중에서 간호사 일반이 할 수 있는 행위인지, 특정 행위에 속하는지는 결국 연수 내용에 따라 구분된다.

초고령사회에 맞는 재택의료를 추진하기 위해서는 의사의 판단을 매번 구하지 않더라도 일정한 프로토콜에 따라 어느 정도의 진료보조를 할 능력을 갖춘 간호사가 더 필요해졌다.

예를 들어, 시설이나 가정에서 환자의 탈수 정도를 판단해 수액 보정을 할 때마다 의사가 방문해서 확인하고 지시하기는 현실적으로 어렵다. 이럴 때 그러한 판단을 할 수 있는 능력을 갖춘 간호사에게 이를 하도록 하는 것이 대안이 된다. 특정 행위 관련 간호사 연수제도는 그러한 행위를 특정하여 표준화하고, '절차서'에 따라 그러한 행위를 할 수 있는 간호사를 계획적으로 양성하는 것을 목적으로 한다. 이들 간호사는 의사의 '포괄적 지시'하에 정해진 프로토콜에 따라 특정 행위를 할 수 있다. 또한 일본에서는 특정 행위 연수를 '재택·만성기 영역', '외과 수술 후 병동 관리 영역', '수술 중 마취 관리 영역', '구급 영역'의 4개 영역으로 패키지화하여 특정 간호사의 확대를 도모하고 있다.

그림 2. 특정 행위 관련 간호사 진료보조 작업의 흐름



자료: 후생노동성(厚生労働省) 홈페이지(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070423.html>)

2) 간호사 외의 직종

일본의 의료 관련 직종에는 ① 의사, ② 약제사, ③ 보건사, ④ 조산사, ⑤ 간호사, ⑥ 준간호사, ⑦ 진료방사선기사, ⑧ 이학요법사, ⑨ 작업치료사, ⑩ 임상검사기사, ⑪ 시능훈련사, ⑫ 임상공학기사, ⑬ 의지장구사, ⑭ 구급구명사, ⑮ 언어청각사, ⑯ 치과의사, ⑰ 치과위생사, ⑱ 치과기공사 등 18가지가 있다.

앞에서 언급했듯이, 「보조간법」 제31조의 규정에 따라 기본적으로는 간호사만이 '진료보조' 업무를 할 수 있다. 하지만 간호사 외의 직종도 해당 자격법에서 이러한 「보조간법」의 예외를 규정함으로써 '진료보조' 업무를 할 수 있다. 간호사는 진료보조 자체가 고유의 업무이

나, 간호사 외의 직종은 진료보조 업무가 개별법에서 정한 범위로 한정되는 것이 차이점이다. 위의 ⑦부터 ⑮까지의 9개 직종은 모두 “〇〇士³⁾는, 「보건사조산사간호사법」 제31조 제1항 및 제32조의 규정에도 불구하고, 진료의 보조로서 〇〇를 실시하는 것을 업으로 할 수 있다”라는 규정을 갖는다.⁴⁾ 이들 9개 직종이 진료보조 행위만을 하는 것은 아니다. 예를 들어, 진료방사선기사의 ‘방사선 조사(照射)’ 행위는 직종 고유의 업무에 해당한다. 이는 진료보조를 고유의 업무로 하는 간호사·준간호사가 방사선 조사 행위를 할 수 없음을 의미한다.

3. 진료간호사 및 PA에 대한 논의

일본에서는 2024년부터 의사의 ‘시간 외 노동’이 월 100시간, 연 960시간 이하로 제한된다. 소위 ‘근무 방식 개혁’의 일환이다. 따라서 일본 의료계는 의사의 업무를 다른 직종으로 이양(태스크 시프트)하거나 공유(태스크 셰어)하지 않으면 안 되는 급박한 상황에 놓여 있다. 사실, 의료 직종의 협력·제휴에 관한 논의는 의정국장 통지인 「의사 및 의료 관계직과 사무직원 등의 역할 분담의 추진에 대해」(2005년 12월)의 공표 이전으로 거슬러 올라간다. 최근 들어 「새로운 의료 방식을 고려한 의사·간호사 등의 근로 방식 비전 검토회」(2016~17), 「의사 근무 방식의 개혁에 관한 검토회」(2017), 「의사의 일 방식 개혁을 진행하기 위한 태스크 시프트/셰어의 추진에 관한 검토회」(2019~20) 등이 숨 가쁘게 진행되고 있는 것은 바로 이러한 개혁을 눈앞에 두고 있기 때문이다.

가. 논의 내용

논의의 핵심은 과중한 의사 업무 중 어떤 것을 어떤 방식으로 다른 직종에 이양할 것인가이다. 논의 과정에서 그 대상으로 ‘초진 시의 예진’, ‘검사 순서나 입원에 대한 설명’, ‘약의 설명이나 복약 지도’, ‘정맥 채혈’, ‘정맥 주사’, ‘정맥 라인 확보’, ‘요도 카테터 유지’, ‘진단서 등의 입력 대행’, ‘환자의 이동’ 등의 항목이 선정되어 관련 단체 청문이 이루어졌다. 논의 결과, 진료보조제도에 해당하는 경우는 ‘특정 간호’를 확대하여 해결하고, 진료보조는 아니

3) 보건사, 조산사, 간호사, 준간호사, 진료방사선기사는 명칭을 ‘〇〇師’로 하는 반면, 이학요법사, 작업치료사, 임상검사기사, 시능훈련사, 임상공학기사, 의지장구사, 구급구명사, 언어청각사는 명칭을 ‘〇〇士’로 하고 있다.

4) 이를 근거로 간호사, 준간호사에게는 ‘진료보조’가 업무 독점이지만, 나머지 9개 직종에는 업무 독점이 아닌 것으로 본다(尾崎孝良, 2016).

지만 의사의 업무 부담을 줄일 수 있을 진료방사전기사, 임상검사기사, 임상공학기사의 행위는 법령 개정을 통해 추진하거나 추후의 변화를 보면서 이양 여부를 검토하는 것으로 합의되었다(厚生労働省, 2020).

일본에서 ‘너스 프랙티서너’가 ‘공식적’으로 검토된 것은 내각부 규제개혁회의가 요구하여 이루어진 후생노동성의 「팀 의료의 추진에 관한 검토회」(2009)가 처음이다. 결론은 의사의 ‘포괄적 지시하에 진료보조 행위’를 할 수 있는 ‘특정 간호사’를 활용하는 것이었고, 이는 2014년 「보조간법」에 반영되었다. 그 뒤로 ‘너스 프랙티서너’에 대한 논의는 ‘특정 행위 연수제도’의 범위 안에서 다루어졌다. 미국의 ‘너스 프랙티서너’와 같은 새로운 직종을 창설하는 것이 의사의 업무 부담을 경감할 수는 있겠지만, 우선은 특정 행위 간호사 체제를 계속해 가면서 향후의 상황을 보자는 것이었다.

「새로운 의료 방식을 고려한 의사·간호사 등의 근로 방식 비전 검토회」(2016~17)에서는 해외의 사례를 참고하여 ‘Physician Assistant(PA)’의 자격을 신설하고 이들이 간단한 진단과 처방, 외과 수술 보조, 수술 후의 관리 등을 할 수 있도록 하자는 논의가 있었다. 동 보고서(厚生労働省, 2017)는 PA 업무의 구체적인 내용에 관한 가이드라인 등을 학회에서 마련해 줄 것을 제안하고 있다. 다만, PA 직종의 창설과 관련해서는 새로운 직종이 ‘의행위’를 하는데 따른 불안을 해결하는 것이 전제되어야 하므로, 의료기관의 의사가 PA의 지식과 기술 수준을 높여 업무 분담 및 보조 체제를 구축하는 노력을 우선적으로 해야 함이 강조되었다.

의료 현장에서는 직역 간 기능 전환을 둘러싼 쟁점에서 비교적 자유롭고 의료 종사자의 업무 부담을 줄이는 데 실질적으로 기여할 수 있는 인력으로 ‘의사 사무 보조’ 직종이 확산되고 있다. ‘의사 사무 보조자’는 정식 자격은 아니지만, 일본 의사회는 1981년부터 ‘일본 의사회 인정 의료비서’를 양성하고 1983년부터 의료비서 인정시험을 실시하고 있다. 전일본병원협회와 일본의료교육재단은 공동으로 2009년부터 ‘의사 사무작업 보조기능 인정시험’을 실시하여 합격자에게 ‘닥터스 클러크’라는 칭호를 부여하고 있으며, 기능인정진흥협회는 의료사무기능 인정시험을 통해 ‘의사 사무작업 보조자(닥터스 오피스워크 어시스트)’의 자격을 부여한다.

나. 직역별 입장

1) 의사회

일본 의사회는 「의사법」 제17조의 취지에 따를 때, 업무의 이양·공유는 의사에 의한 ‘의료 통괄(Medical Control [MC])’ 하에 이루어지는 것이 원칙임을 강조한다. 즉, ‘팀 의료’의 중요성은 점점 커지지만, 여기에는 의사에 의한 의료 통괄이 필요하다는 것이다. 후생노동성 보고서(厚生労働省, 2017)가 제시하는 PA 업무는 이미 ‘진료보조’를 넘어 ‘간단한 진단 및 처방’ 등을 하는 ‘의업’에 해당하는 것으로 보아 반대하고 있다. 미국에서 의사 노동력 확보 차원에서 만들어진 PA 제도는 ‘평등’한 혜택을 전제로 하는 일본의 전국민건강보험에는 맞지 않는다는 주장이다.

‘너스 프랙티셔너’나 PA와 같이 논란이 큰 새로운 자격제도를 만들기보다는 특정 행위 연수제도를 적극적으로 활용하여 실질을 추구할 것을 의사회는 강조한다. 이들은 간호사의 의료 현장에 대한 이해를 높이고 간호사가 연수받기 쉬운 환경을 만들어 가는 것이 우선이라고 본다. 의사회의 의견을 반영한 釜菴敏(2018)는 ‘새로운 자격제도를 의료인력 부족의 최종적인 해결책으로 간주하지 말 것’, ‘업무 이양은 기술 영역에 그치고, 진단 및 처방 등의 지식 집약적 업무에는 확대하지 말 것’, ‘정부는 업무 이양을 의료비 삭감의 수단으로 간주하지 말 것’ 등을 선언한 아시아대양주 의사회연합(Confederation of Medical Associations in Asia and Oceania [CMAAO])의 도쿄성명(2011)을 인용하였다.

2) 간호단체

일본 간호협회는 재택의료 확산을 위해서는 의료적 판단이나 행위가 적시에 이루어져야 하는데 이를 위해서는 환자 옆에 있는 간호사의 재량이 확대되어야 함을 강조한다. 이는 의사의 지시 없이도 일정 수준의 진단이나 치료를 재량에 따라 하는 미국의 ‘Nurse Practitioner(NP)’ 자격을 만들 필요가 있다는 주장으로 이어진다(日本看護協会, 2015).

미국의 ‘Nurse Practitioner’를 참고로 한 NP 교육과정을 인정하는 업무를 하는 일본간호계대학협의회, 일본NP교육대학원협의회, 일본간호협회는 세 단체 연명으로 2020년 자민당 간호문제소위원회에 「Nurse Practitioner(가칭) 제도의 창설에 관한 요망서」를 제출했는데, 여기서는 ‘의사 지시하의 진료보조’만으로는 국민의 의료 필요^(need)에 부응할 수 없는

점이 강조되고 있다. 같은 맥락에서 간호협회는 2021년 후생노동대신 앞으로 「2022년도 예산 및 정책에 관한 요망서」를 제출했는데, 여기서는 ‘너스 프랙티서너’의 자격을 “의사의 지시가 없어도 일정 수준의 진단 및 치료 등을 할 수 있는” 것으로 규정하고 있다.

3) 그 밖의 단체

거의 모든 단체가 2019~20년의 후생노동성 ‘검토회’에 의견을 제시했다(厚生労働省, 2020). 이 글에서는 지면상 진료방사선기사회, 일본이학요법사(물리치료사)협회의 주장만을 살펴본다.

진료방사선기사회는 현재 의사나 간호사가 담당하는 업무 중 진료방사선기사에게 이양 가능한 업무로, ‘RI 검사 의약품 주입 후의 주사기 뽑기 및 지혈’, ‘CT 코로노그래피 검사 기술’, ‘엑스⁵⁾선 검진 차량 위암·유방암 검진에서 의사의 포괄적 지시에 의한 촬영’을 들고 있다.

일본이학요법사협회는 현재 의사가 담당하는 업무 중 물리치료사에게 이양 가능한 업무로 ‘급성기 병동의 질병별 재활 지시에 관한 운영’, ‘재활 실시 계획 등의 작성과 환자에 대한 설명’, ‘외래 재활 환자에 대한 진찰과 콘퍼런스 업무’, ‘방문재활에서 의사의 진찰 관리’, ‘장애인 종합지원법에 근거한 보장비 비용 지급 제도에 관한 의견서 작성’을, 현재 간호사가 담당하는 업무 중 물리치료사에게 이양 가능한 업무로는 ‘병동 입원 시의 환자 평가’, ‘병동의 환경 조정과 환자와 가족 지도’를 들었다.

4. 건강보험 수가에서의 변화

일본 건강보험에서 수가(일본에서는 이를 ‘진료보수’라고 함) 개정은 2년에 한 번씩, 개선 중점 분야만을 대상으로 이루어진다.⁵⁾ 가장 최근의 수가 개정이었었던 2020년 진료보수 개정의 중점 사항 중 하나는 ‘의료 종사자의 부담 경감과 근로 방식 개혁’이라는 과제를 담아내는 것이었다. 바로 앞에서 논의한 의사 업무의 이양·공유를 반영하는 것이다.

일본 건강보험 수가에는 ‘종합입원체제 가산’이 있는데, 이 가산을 받기 위해서는 의료기

5) 이는 한국 건강보험에서 수가 항목의 신설과 개별 항목의 인상이 매달 개최되는 건강보험정책심의위원회에서 수시로 이루어지고, 동시에 매년 1회씩 모든 행위에 대해 일괄적으로 환산지수 인상이 이루어지는 것과 사뭇 다르다.

관이 ‘의료 종사자의 부담 경감 및 처우 개선을 지향하는 체제’에 해당함을 보험자에게 보고해야 한다. 2020년 개정에서는 이 보고에 ‘특정 행위 연수 수료자’ 수를 기재하도록 하였다. 특정 간호사 투입을 장려해 의사의 부담을 줄이겠다는 의도이다. 또한 업무의 이양과 공유를 통한 팀 의료 차원에서 마취 의사의 행위 중 일부를 특정 간호사가 해도 수가를 인정받을 수 있게 되었다.

2020년 개정에서는 또한 ① 상근 환산 방식 수정(주 3일 이상 근무하면서 주 22시간 이상 근무를 하는 복수의 비상근 직원을 조합한 상근 환산), ② 상근 환산으로도 배치 가능한 항목 확대(대상이 되는 항목: 완화케어 진료 가산, 영양 서포트 팀 가산, 감염 방지 대책 가산 등) 등이 있었다. 이는 의사를 포함한 의료 종사자의 근무 방식의 유연성을 높이기 위한 것이다.

의사 업무의 이양·공유 차원에서 볼 때, 2008년의 진료보수 개정에서 도입된 ‘의사 사무작업 보조 체제 가산’도 큰 의미가 있다. 의사의 지시하에 의료 문서 작성 대행 등의 사무작업을 하는 요원으로서 ‘의사 사무작업 보조자’라는 직종을 인정하기 시작한 것이다. 후생노동성의 문서인 「의사 및 의료 관계직과 사무직원 사이의 역할 분담의 추진에 대해」는 이 직종의 역할로 서류 작성(진단서, 진료록 및 처방전 작성, 주치의 의견서 작성), 진찰 및 검사 예약 등의 업무를 예시하고 있다.

5. 시사점

우리나라가 법체계, 의료 제공 체계, 건강보험제도를 형성해 가던 단계에서는, 훨씬 먼저 대륙법 체계와 서구식 의료 제공 체계를 받아들이고 건강보험제도를 도입한 일본의 사례가 우선적인 수입 대상이었다. 하지만 21세기 들어 한국의 건강보험제도는 통합 건강보험 체계로 전환하여 발전을 거듭했고, 경로 의존에서 벗어나지 못하는 일본의 건강보험을 여러 측면에서 넘어서고 있다. 현재는 보건 의료 정보를 활용해 앞서가는 한국의 건강보험제도를 일본이 벤치마킹하는 상황이다. 한편, 의료 제공 체계는 한국과 일본이 서로 참고할 것이 많다. 의료 제공 체계는 어느 나라든 쉽게 변하지 않는다. 관행과 법체계가 바뀌는 데는 시간이 필요하다. 법률이 수정되고 제도가 바뀌어도 제도 주체들의 행태가 바뀌지 않고 부정합 상태로 지속되는 경우도 흔하다. 양국의 잘된 제도도 시행착오도 모두 참고가 된다.

일본에서 ‘의행위’는 의사가 수행하고, 간호사는 ‘진료보조’를 하며, 그 외의 직종은 법이

정하는 범위 내에서 ‘진료보조’를 하는 것으로 법리가 구성된다. ‘업무 독점’, ‘명칭 독점’, ‘의업’, ‘의행위’, ‘진료보조’, ‘의사의 지시’ 등의 개념이 법률이나 행정부의 유권해석을 통해 대부분 명시적으로 정리되어 있다. 우리나라 「의료법」 제27조에서는 ‘의료행위’를 의사 인력과 간호사가 포함된 ‘의료인’이 하는 것으로 규정하고 있으며, 제2조에서는 의사의 업무를 ‘의료와 보건지도’로, 간호사의 업무는 ‘환자의 간호 요구에 대한 관찰, 자료 수집, 간호 판단 및 요양을 위한 간호’, ‘의사의 지도하에 시행하는 진료보조’, ‘교육·상담 및 건강 증진’, ‘간호조무사의 업무 보조에 대한 지도’로 규정한다. 일본의 「의사법」(제17조의 ‘의업’)에 대한 후생노동성의 해석은 의사의 업무를 규정하는 데 ‘의행위’라는 용어를 쓰나, 한국의 「의료법」(제27조)은 ‘의료행위’를 의사의 업무에 국한하지는 않는 것으로 규정한다. ‘진료보조’라는 용어는 양국 모두에 중요한 개념이다. 의사 외의 인력이 ‘진료’를 보조한다는 것이므로, 반대로 진료는 의사 고유의 업무라는 해석이 가능하다. 그런데 일본에서는 후생노동성의 해석에서 ‘의행위’를 의사만이 하는 행위로 규정하고, ‘진료보조’도 의행위의 일부로 보고 있다. 한국에서는 「의료법」 2조에서 ‘의료’를 의사의 업무로 규정하고 동시에 27조에서 ‘의료행위’를 간호사를 포함한 ‘의료인’의 업무로 규정하면서 2조에서 다시 ‘진료’가 의사 고유의 업무임도 표시하고 있다. 양국 모두 혼용되고 있는 용어를 정비할 필요가 있다.

일본의 「의사법」은 의사가 아니면 ‘의업’을 할 수 없는 것으로 규정하고, 후생노동성은 ‘의업’을 “반복·계속의 의사를 갖고 의행위를 하는 것”으로 유권해석 하고 있다. 반면에 한국의 「의료법」은 의료인이 아니면 ‘의료행위’를 할 수 없는 것으로 규정한다. ‘의료행위’ 자체가 유동적인데, 이를 위반하면 처벌하는 것으로 직접 규정한다. 의료인이 아닌 사람이 ‘의료행위’에 해당하는 행위를 한 것으로 판단되면, 이것이 ‘의업’에서 나온 행위가 아니라고 하더라도 「의료법」 제27조와 제87조에 따라, 그리고 ‘의료기관’이 아닌 곳에서 이루어지면 「의료법」 제33조와 제90조에 따라 처벌이 가능한 것이다. 그만큼 현장은 경직될 수밖에 없다. ‘의료의 사법화’를 초래할 환경이다. 일본 「의사법」이 의사 아닌 사람의 ‘의행위’를 금지하기보다는 ‘의업’을 금지하고 있는 점은 참고가 된다.

인구고령화가 급속히 진행되면서 커뮤니티케어와 재택의료의 필요성이 높아지고 있다. 현장에서는 다양한 의료, 간호, 요양, 돌봄 서비스를 필요로 한다. ‘의료기관’만이 중심이 되고 ‘의사’의 의료 통괄, 지시에 의해서만 의료행위가 허용되는 기존의 체계로는 이러한 환경 변

화에 적절히 대응하기 힘들다. 의사가 모든 사람의 삶의 현장, 환자의 근처에 항시 있기는 어렵다. 우리나라에서는 오랜 기간 의대 정원이 감축되면서 의사 인력의 부족은 심각성을 더해가고 있다. 위라벨이 중시되는 현대사회에서 의사에게 계속 과로를 요구하는 것은 무리다. 우리보다는 인구 대비 의사 수가 많은 일본에서도 의사의 과로는 사회문제가 되고 있다. 일본에서는 2024년부터 의사의 ‘시간 외 노동’에 상한이 부과된다. 직종 간의 ‘업무 이양(태스크 시프트)’과 ‘업무 공유(태스크 셰어)’는 더 이상 피할 수 없는 과제다. 이는 우리에게 참고가 된다.

참고문헌

- 第2次臨時行政改革推進審議会. (1988). 公的規制の緩和等に関する答申.
- 厚生労働省. (2005). 医師法第17条, 歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について. 医政発第0726005号(2005. 7. 26.).
- 尾崎孝良. (2016). 診療補助行為に関する法的整理. 日本医師会総合政策研究機構.
- 厚生労働省. (2017). 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書.
- 釜海敏. (2018). 非医師の医療行為とタスク・シフティング. 医の倫理の基礎知識.
- アジア大洋州医師会連合(CMAAO)特別委員会. (2011). CMAAO Statement on Task Shifting(タスクシフティングに関するCMAAO声明).
- 日本看護協会. (2015). 看護の将来ビジョン—いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護.
- 厚生労働省. (2020). 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフトシェアの推進に関する検討会報告書.
- 厚生労働省. (2022). 特定行為に係る看護師の研修制度の概要. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070423.html>에서 2022. 2. 10. 인출.



이슈분석

Issue Analysis

호주 국가장애보험의 현황과 이슈 | 이한나

핀란드 보건복지서비스 개혁: 전달체계 구조조정을 위한 복지서비스자치주 구성 | 신영규

우즈베키스탄 사회보장의 오늘과 미래 과제 | 김현경, 곽윤경

소상공업(small business)을 위한 미국의 코로나19 팬데믹 지원 정책에 관하여 | 김태근

호주 국가장애보험의 현황과 이슈¹⁾

An Overview of the National Disability Insurance Scheme in Australia

이한나(한국보건사회연구원 부연구위원)

Lee, Hanna(Korea Institute for Health and Social Affairs)

호주는 2013년에 장애인을 대상으로 하는 연방정부의 개인예산제 프로그램인 국가장애보험(National Disability Insurance Scheme [NDIS])을 도입하고 2020년 전국으로 운영 범위를 확대하였다. NDIS는 호주의 대표적인 장애인 지원 체계로 성장하였으나, 시행 과정에서 끊임없는 도전에 직면하고 있다. 이 글에서는 NDIS의 도입 배경과 제도의 개요, 관련한 최근 이슈를 살펴보고, 우리나라의 개인예산제 도입에 주는 시사점을 살펴보았다.

1. 들어가며

호주의 국가장애보험(National Disability Insurance Scheme [NDIS])은 2013년 3월 NDIS법(NDIS Act 2013)이 제정된 후 같은 해 7월 시범사업 형태로 도입되었다. 2016년 7월부터는 각 지역에서 단계적으로 본사업 전환이 시작되었으며, 2020년 7월 전국으로 시행 범위를 확대하여 2021년 말 현재는 50만 명이 넘는 장애인이 NDIS를 이용하고 있다. 이는 대략 440만 명으로 추산되는(Australian Institute of Health and Welfare, 2020) 호주 장애인의 11%가 넘는 규모로, NDIS는 호주의 대표적인 장애인 지원 제도로 자리 잡고 있다.

NDIS는 돌봄을 비롯한 다양한 사회서비스 지원이 필요한 대상에 대해 개인별로 욕구를 사정하고 예산을 할당하는 개인예산제(personal budget scheme)의 한 형태로 볼 수 있다. 정부가 할

1) 이 글은 이한나 외(2019), 『사회서비스 분야 개인예산제도에 관한 기초연구』 제3장 제6절, 이한나 외(2021), 『개인예산제 운영 모형 수립 연구』의 제3장 제1절 중 일부 내용을 수정·보완한 것이다.

당한 현금 또는 바우처로 이용자가 직접 유사 시장에서 서비스를 구입하는 개인예산제의 원리는 공공재정의 효율성과 서비스 이용자의 선택권 강화를 명분으로(Carey et al., 2020; Needham & Dickinson, 2018) 1990년대부터 유럽과 북미를 중심으로 추진되었다. 각 명분을 앞세우는 주체가 상이하고, 어느 가치를 우선시하느냐에 따라 제도의 운영 형태에는 차이가 있으나, 대체로 이용자의 선택을 극대화하는 개인예산제는 사람 중심, 이용자 주권 등 근래의 사회서비스에서 강조되는 가치를 구현하는 데 유리한 제도로 받아들여진다. 이는 수요자 중심의 개별적 지원 실현을 위해 장애등급제를 폐지하고, 지역사회에서 완결성 있는 돌봄을 추구하는 지역사회통합돌봄과 탈시설화를 국가 정책으로 추진하는 현재 우리나라 상황에서 고려할 만한 정책적 대안으로서의 가치가 높다.

우리나라에서 장애인 분야를 중심으로 개별화된 지원 계획(individual support plan), 사람 중심 또는 자기 주도 지원(person-centered or self-directed support)이나 현금으로 지급하는 사회서비스 예산제도(cash-for-care)에 관심을 기울이고 관련 연구를 수행한 지도 적지 않은 시간이 흘렀다. 개인예산제는 이용자인 장애인의 주권을 강화할 효과적인 수단으로 주목을 받고 있으나 급여의 오남용, 가격 경쟁으로 인한 서비스·일자리 질 저하, 공공의 책임 회피와 같은 역기능에 대한 우려도 함께 낳고 있다. 개인예산제보다 장애인에게 배분되는 서비스의 총량을 확보하는 것이 우선적 과제라는 주장도 끊이지 않으며, 개인예산제 도입이 서비스를 축소하는 부작용을 가져올 것이라는 근심의 목소리도 높다.

이 글은 이같이 기대와 우려가 공존하는 개인예산제에 대한 이해를 제고하는 차원에서 호주의 NDIS 사례를 파악해 보고자 한다. 개인예산제는 국가마다 다양한 명칭과 형태로 운영되는데, 기반이 되는 국가의 돌봄제도가 어떻게 구축되어 있느냐에 따라 제도의 구조가 판이하다. 다양한 국외 제도 중에서 호주의 NDIS는 비교적 최근에 도입되었고, 별도의 제도 운영 기구를 두고 연방정부 단위에서 통일된 형태로 시행되며 조직화된 틀이 있다는 측면에서 제도를 파악하기가 용이한 편이다. 따라서 이 글에서는 개인예산제인 NDIS의 도입 배경과 제도 개요, 그리고 최근의 이슈를 파악하고, 우리나라의 개인예산제 도입에 주는 시사점을 살펴보고자 한다.

2. 호주 국가장애보험의 도입 과정

NDIS 도입 이전 호주의 장애인 서비스는 ‘연방-주정부 장애협약(Commonwealth State/Territory Disability Agreement)’에 따라 연방정부는 고용 서비스를, 주정부는 주거 지원, 일시보호, 재가보호 등을 제공하는 것으로 책임을 분담해 왔으며(Department of social services, 2019), 이들은 대부분 정해진 목적 외 전용이 불가능한 블록 펀드(block fund)로 운영되었다(Purcal et al., 2014). 일부 주에서 개별화된 장애인 지원 예산을 운영하였으나 제한적인 형태였다(Needham & Dickinson, 2018, p. 733). 호주의 장애인 지원 체계에 대한 비판과 새로운 제도 도입의 필요성은 2000년대 후반부터 수년간 제기되었는데(Buckmaster & Clark, 2018), 2011년 호주 정부의 자문 기구인 생산성위원회(Australian Government Productivity Commission [AGPC])에서 발간한 보고서 『장애와 돌봄 지원(Disability and care support)』은 NDIS 도입에 결정적인 역할을 했다. 이 보고서는 당시의 장애인 지원이 “파편화되어 있고, 비효율적이며, 공정하지 않은 데다 향후의 재정난이 우려되며”, 이용자 측면에서도 “선택권이 없고, 적절한 지원에 대한 접근을 보장하지 않으며, 지역사회에 참여할 수 있는 여지도 없다.”고 비판하였다(Australian Government Productivity Commission [AGPC], 2011, p. 3; Needham & Dickinson, 2018, p. 733 재인용). 생산성위원회는 이 같은 비판과 함께 이전에 주 단위에서 제공하던 장애인 돌봄 서비스를 연방정부에서 제공하도록 하는 새로운 원칙을 제시하였다. 이는 ① 동일한 사정 절차에 기반한 개별 맞춤형(individually tailored) 지원 ② 욕구에 기반한 개인예산 확보 ③ 서비스 제공자를 포함한 욕구 충족 방식에 대한 선택의 보장 ④ 지역 코디네이터와 장애인 단체의 풀뿌리 지원 제공 ⑤ 비용효과적인 조기 개입 등으로(AGPC, 2011, p. 2), 현재 NDIS에 반영된 원리이다. 장애인 단체와 서비스 제공 기관 연합체는 이에 부합하는 새로운 장애인 지원 제도의 도입을 촉구하며 ‘모든 호주인이 중요하다(Every Australian counts)’ 캠페인을 전국적으로 전개하였고, NDIS에 대한 국민적 동의를 이끌어 냈다(Needham & Dickinson, 2018, p. 739). 정치권 안팎의 역동에 힘입어 2013년 3월 21일, 호주 의회는 NDIS법을 의결하고 같은 해 운영 전담 기구인 국가장애보험기구(National Disability Insurance Agency[NDIA])의 설립과 함께 시범사업을 시작하여 2016년 본사업 전환에 이르게 된다.

일반적으로 개인예산제가 많은 나라에서 호응을 얻게 된 것은 현대사회의 중요한 두 가지

정책 서사(policy narrative)-신자유주의적 공공 개혁과 인권 담론-가 잘 엮여 있기 때문이라고 평가되는데(Needham & Dickinson, 2018, p. 734), NDIS가 대표적인 예이다. NDIS법은 장애인의 자립과 사회경제적 참여, 시민권을 중심 가치로 선언하고 서비스의 계획과 제공에서 이용자의 자기결정 원리를 명시하여 개인예산제의 철학적 기반이 되는 ‘자기 주도’에 대한 지향을 드러내고 있다. NDIS 도입이 초당적 협력을 이끌어 낼 정도로¹⁾ 강력한 정치적 지지를 받은 결정적인 논리는 미래 돌봄 비용 절감을 통한 공공지출 혁신이었다. 이는 NDIS가 사회보험 원리로 운영되는 제도가 아님에도 불구하고 보험으로 수용되는 두 가지 논리에 잘 드러나 있다. 첫째, 모든 호주인은 장애를 입을 가능성이 있으며, 위험의 분산(risk-pooling)은 이 위기를 관리하기 위한 최선의 방법이라는 논리와 둘째, 손상에 대한 보험 계리적 조기 개입이 이후의 돌봄 수요를 억제하여 미래의 돌봄 비용을 안정화하는 데 크게 기여할 것이라는 논리이다(Needham & Dickinson, 2018). 이는 모두 보험의 작동 원리를 차용한 것이며, 합리적인 재정 관리가 주목적이다. 또한 2014년 이전 야당이었던 보수당의 NDIS에 대한 우호적 태도에는 서비스 시장의 비약적 확대에 대한 기대도 있었을 것이라고 추정되는데, 이러한 제도 도입 취지는 공공지출을 억제하고 시장을 확장하는 신자유주의적인 흐름과 밀접히 닿아 있다.

3. 국가장애보험의 개요

가. 대상

NDIS는 65세 미만으로 호주 시민권이나 영주권 또는 이에 준하는 비자²⁾를 보유한 영구적이고 중대한(permanent and significant) 장애를 가진 사람을 대상으로 한다. 65세 이상은 NDIS가 아닌 고령자 돌봄(Aged Care)의 대상이 되는데, 65세 이전에 NDIS에 진입한 사람은 65세가 지난 이후에도 계속 서비스를 이용할 수 있다. 7세 미만 아동을 위해서는 NDIS의 일종인 유아기 조기 개입 프로그램(Early Childhood Early Intervention [ECEI])을 운영한다(NDIA, 2021a). 장애 유형이나

1) 2014년 총선을 치르며 노동당에서 보수적 성격의 자유당 연립정권으로 정권 교체가 되었으나 자유당 연립정권도 NDIS 도입 정책을 지속적으로 추진하였다(Buckmaster & Clark, 2018).

2) 호주에 거주하는 뉴질랜드 시민을 위한 특별범위비자(Special Category Visa [SCV]) 중 2001년 2월 이전 입국자를 위한 보호된(protected) SCV.

소득 수준에 따른 제한은 없다.

이용자 규모는 2021년 12월 31일을 기준으로 호주 전역에서 50만 명을 넘어선다. 본사업 전환기인 2016~17년부터 2021년 말까지의 이용자 추이는 아래 <표 1>과 같다.

표 1. NDIS 이용자 규모

(단위: 명)

구분	2016~17	2017~18	2018~19	2019~20	2020~21	2021~22
이용자 규모	89,610	172,333	286,015	391,999	466,619	502,413
연 증가 규모	-	82,773	113,682	105,984	74,620	35,794

자료: NDIA(2021b, p.16) Figure 1 수정함.

2021~22년 회계연도³⁾ 중 2022년 1월 기준으로 소요된 NDIS 예산은 152억 9천만 호주 달러(약 13조 6,691억 원)로 추산된다. 이는 2021년 같은 시기에 소요된 예산 126억 2천만 호주달러(약 11조 2,821억 원)에 비해 21% 상승한 수치이다. NDIS 이용자 1인당 할당 예산은 연 5만 3,300호주달러(약 4,764만 원)로, 2021년 같은 시기의 1인당 할당 예산 5만 1,500호주달러(약 4,604만 원)보다 3%가 상승한 것으로 나타났다(NDIA, 2022, p. 1).

나. 지원 범위

NDIS 예산은 합리적(reasonable)이고 필수적(necessary)인 재화와 서비스의 구매에 한해 지출된다(NDIA, 2021c, p. 28). 합리적이고 필수적인 재화와 서비스는 이용자의 자립과 통합, 사회 참여를 목표로 하고, 가격에 합당한 가치가 있으며, 이용자의 목표 달성에 효과적이고 유익한(beneficial) 지원을 의미한다. 이용자 장애와의 관련성도 필수 요건으로, 장애와 무관한 생활 비용(식비, 주거비 등)은 NDIS 예산으로 집행할 수 없다(NDIA, 2021c, p. 32). 이를 전제로 하여 NDIS 예산은 목적과 성과 영역에 따라 15가지 지원 범위에 사용할 수 있다.

3) 호주의 회계연도(financial year)는 전해 7월 1일부터 이듬해 6월 30일까지이다.

표 2. NDIS 지원의 목적, 성과 영역과 지원 범위

목적	성과 영역	지원 범위
핵심 지원	일상생활 일상생활 일상생활 사회 및 공동체 참여 일	01 일상생활 지원 02 이동 03 소모품 04 사회 참여, 경제활동 참여 및 공동체 참여 지원 04 사회 참여, 경제활동 참여 및 공동체 참여 지원
자산 지원	일상생활 주거	05 보조공학 06 주택 개조 및 장애인 전문 특별주택
역량 강화 지원	선택과 통제 주거 사회 참여 일 관계 건강 평생학습 선택과 통제 일상생활	07 지원 조정 08 주거 상황 개선 09 사회 및 공동체 참여 증진 10 구직 및 직업 유지 11 관계 증진 12 건강과 웰빙 증진 13 학습 증진 14 삶에서의 선택 기회 증진 15 일상생활 기술 증진

자료: NDIA(2021c, p. 12)

핵심(core) 지원은 이용자가 일상생활을 영위하는 데 필요한 지원이다. 핵심 지원으로 편성된 예산은 해당 목적의 지원 범위(일상생활 지원, 이동, 소모품, 사회 참여 지원) 내에서는 유연하게 사용할 수 있으나, 자산이나 역량 강화의 목적으로는 사용할 수는 없다. 자산(capital) 지원은 보조공학기와 장비의 구입 및 유지, 주택 및 차량 개조 또는 장애인 전문 특별주택(Specialist Disability Accommodation) 등에 사용할 수 있는데, 지원 계획에 명시된 재화의 구입에만 사용할 수 있다. 역량 강화(capacity building) 지원은 이용자의 자립 역량과 기술을 향상시키기 위한 지원을 의미한다(NDIA, 2021c, p. 11). 그러나 이들 목적에 부합하는 지원이라 하더라도 다른 제도에 의해 우선적으로 보장되어 NDIS로 이용할 수 없는 서비스가 있다. 호주의 고령자 돌봄법(Aged Care Act 1997)에서 보장하는 서비스나, 연방정부에서 제공하는 장애인 고용 서비스(Disability Employment Services) 또는 복지수당 수급자를 위한 취업 서비스 잡액티브(Jobactive), 근로 장애인인 경우 작업장 개조나 근무용 컴퓨터 개조 등 근로 현장에 특화된 지원, 재활치료가 아닌 보건의료서비스 대부분은 NDIS로 이용할 수 없다(NDIA, 2021d).

NDIS 지원은 가격 규제에 따라 크게 상한가 지원(price controlled supports), 견적가 지원(quotable

supports), 비규제 지원으로 구분된다. 상한제 지원은 NDIS 가격 가이드(NDIS Pricing Arrangements and Price Limits)에 정해진 가격 기준을 준수해야 한다(NDIA, 2021c, p. 9). 견적이 지원에서는 이용자가 제공자로부터 받은 견적을 NDIA에 제출하고, NDIA가 가격의 적정성을 검증한다(NDIA, 2019a, p. 5). 상한제 및 비규제 지원은 지원 계획에 명시되어 있지 않더라도 ‘합리적이고 필수적인’요건을 만족시키면 지출할 수 있으나, 견적이 지원은 지원 계획에 특정되어 있는 경우에만 지출이 가능하다(NDIA, 2021c, p. 9). NDIA는 NDIS 지원 서비스를 목록화하여 서비스의 성격과 함께 지원 범위, 가격 규제 여부와 상한제 지원인 경우 상한 가격까지 상세하게 제시하여 해마다 최신화하고 있다. 2021~22년의 지원 카탈로그에는 총 851개의 지원 목록이 수록되어 있는데, 이 중 일부를 살펴보면 다음과 같다.

표 3. NDIS 지원 항목, 가격 규제, 지원 가격(일부)

(단위: 호주달러)

지원 항목	지원 범위	상한	견적	비규제	가격			
					단위	주/준주	원거리	최장 원거리
활동 지원_표준_주중 낮시간	01	✓	-	-	시간	57.10	79.94	85.65
요실금 알람	03	-	-	✓	-	-	-	-
공동체 집단활동_1:4_ 표준_주중 낮시간	04	✓	-	-	시간	19.41	27.17	29.12
인공호흡기	05	-	✓	-	-	-	-	-
주택 개조_화장실_구조 변화	06	-	✓	-	-	-	-	-
1수준: 지원 연계	07	✓	-	-	시간	65.09	91.13	97.64
공동체 참여 활동	09	-	-	✓	-	-	-	-
고용 관련 사정 및 상담	10	✓	-	-	시간	193.99	271.59	290.99
특별 행동 개입 지원	11	✓	-	-	시간	214.41 234.82	328.76	352.25
개인훈련	12	✓	-	-	시간	58.10	81.34	87.15
전환교육	13	✓	-	-	시간	65.09	91.13	97.64
플랜 관리_재정 관리	14	✓	-	-	월	104.45	146.23	156.67
특별 운전 훈련	15	-	✓	-	-	-	-	-

주: 1) 지원 범위 번호는 <표 2>의 지원 범위와 동일함.

2) 호주 정부는 호주 전역을 인구 규모와 위치에 따라 주(state/territory)/원거리/최장 원거리로 구분함.

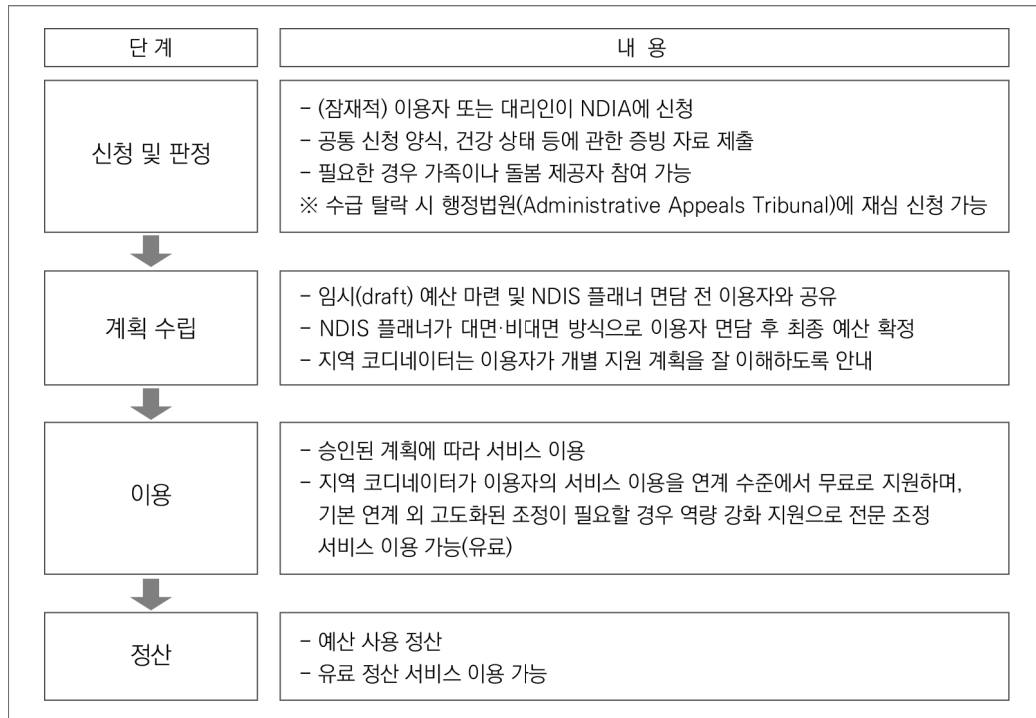
3) 수도 특별구, 뉴사우스웨일스, 퀸즐랜드, 빅토리아는 214.41호주달러, 노던 준주, 사우스오스트레일리아, 테즈메이니아, 웨스턴오스트레일리아는 234.82호주달러.

자료: NDIA(2021)

다. 전달체계

NDIA는 NDIS법(NDIS Act 2013)에 근거하여 이의 운영을 전담하는 독립적인 법정 기구로, NDIS 재정을 관리하고 신청자의 수급권을 판정하며 개별 지원 계획을 승인하는 권한을 가진다. NDIA는 지역에서 NDIS의 신청과 이용 과정을 지원하는 민간 협력 기관 ECEI 파트너(7세 미만 이용)와 지역 코디네이터(Local Area Coordinator, 7세 이상 이용)를 지정하여 이들이 NDIA의 창구 역할을 하도록 한다(NDIA, 2021e). NDIS의 일반적인 이용 절차는 다음과 같다.

그림 1. NDIS 이용 절차



자료: NDIA(2020a)의 내용을 재구성함.

이용 단계부터는 예산 관리 방식에 따라 다소 차이가 있다. 예산 관리 방식은 공공 관리(agency managed), 자기 관리(self managed), 플랜매니저 관리(plan managed)의 세 가지로 구분되는데, 이용자가 원하면 각 방식을 혼합하여 이용할 수도 있다(NDIA, 2021f). 공공 관리는 NDIA가

이용자의 예산을 관리하는 것으로, 이용자가 서비스를 이용하고 서비스 제공자가 NDIA에 비용을 청구해 지급받는 방식이다. 이용자는 예산 사용에 대한 권한은 있지만 NDIA에서 예산을 수령하는 절차는 없다. 자기 관리는 이용자 또는 이용자가 지명한 사람(nominee)이 직접 예산을 관리하는 것으로, 서비스 이용 후 제공자가 이용자에게 비용을 청구한다. 플랜매니저 관리는 이용자가 플랜매니저와 계약을 맺고 이들에게 예산 관리를 위탁하는 방식이다. 플랜매니저의 예산 관리 서비스도 NDIS 지원 항목에 포함되기 때문에 유료로 이용하는 셈이다. 공공 관리 방식은 별도의 정산이 필요치 않으나, 자기 관리 방식 이용자는 스스로 증빙 서류 등을 제출하는 정산 과정을 거친다. 플랜매니저 방식은 플랜매니저가 정산을 처리한다. 플랜매니저 관리 방식은 공공 관리에 비해 급여 사용 방식이 유연하면서도 이용자에게 행정적 부담이 적어, 2021년 현재 과반의 이용자가 선택하고 있는 방식이다(NDIA, 2021b, p. 68).

NDIS 이용자는 이 외에도 메디케어, 센터링크 등 호주의 정부 지원 서비스를 모두 이용할 수 있는 포털 ‘마이가브(myGov)’와 연동된 포털 ‘마이플레이스(Myplace)’를 이용할 수 있다. Myplace에서는 개인별로 현행 지원 계획 및 이전 계획과 세부 계약 사항을 확인할 수 있으며, 개인예산 지급 요청과 처리 과정을 확인할 수 있다. 사정 결과나 서비스 계약서 등의 문건도 포털에 업로드되며, 개별 지원 계획의 부분 또는 전부를 서비스 공급자와 공유하는 것도 가능하다. 이용 가능한 서비스 공급자도 검색할 수 있다(NDIA, 2021g).

NDIS 서비스에 대한 관리·감독은 NDIS 품질·보호위원회(NDIS Quality and Safeguards Commission)에서 담당한다. NDIS 품질·보호위원회는 NDIS 서비스의 전국적 일관성과 안전성, 품질 향상을 담당하는 기구로, NDIA와는 독립된 관계이다. 위원회의 주요 역할은 NDIS 이용자의 학대·방임 등을 포함한 서비스 이용 중의 불만 사항 대응, NDIS의 선택과 통제 원칙 증진 및 이용자의 정보 접근권 보장, NDIS 제공자 등록과 NDIS 지침 준수 감독 및 이에 대한 정보 제공, NDIS 서비스 제공에 대한 모니터링, NDIA·지역정부·기타 연방기관 등 NDIS 관련 기관 간 정보 공유 촉진 등이다(NDIS Quality and Safeguards Commission, 2022).

4. 국가장애보험의 이슈

정치권과 장애인 당사자, 서비스 제공자의 합의 속에 공공지출 개혁과 이용자 선택권 강화를 취지로 도입된 NDIS는 긍정적인 성과에 대한 보고가 이어지고 있으나(NDIA, 2019b),

초기부터 적지 않은 문제점도 드러났다. 심각한 문제로 대두된 것 중 하나는 긴 대기시간이다. 특히 아동의 경우 면담 이후 NDIS 계획이 확정되기까지 평균 대기시간이 127일이라는 기사가 보도될 정도로(Henriques-Gomes, 2019; Carers Australia, 2019) 장기간의 대기가 일상이었다. 당시 주된 원인은 이용자의 급격한 증가에 대응할 만한 NDIA 인력이 없었던 것으로 지적된다. 호주 정부에서는 2019년 6월 대기시간을 단축하기 위해 50일 이상 대기하는 아동에게는 표준화된 지원 계획을 먼저 시행하겠다는 정책을 내놓는 등 노력을 기울였고 2020년 아동의 대기가 상당히 단축되었다는 결과가 보고되었으나, 여전히 평균 대기일은 54일에 이른다(NDIA, 2020b).

이용자의 자율성 강화를 강조하는 개인예산제가 야기하는 이용자의 행정적 부담 증가와 더불어 NDIS 자체의 이용의 복잡성, 특정 집단 배제나 편익 감소 또한 심각한 구조적 문제로 지적된다. 기존 제도의 불공정과 분절성을 개선하기 위해 NDIS를 도입했지만, 특히 호주의 문화와 언어에 익숙하지 않은 이주민 등의 집단은 NDIS의 복잡한 행정 문제 때문에 체계적으로 배제되고 있다는 것이다(Carey et al., 2021). 운영 취지와는 달리 이용자의 서비스 이용 전 과정을 지원해야 하는 지역 코디네이터의 역할이 계획 수립 외에는 찾아보기 어려운 것도 비판 지점이다(Malbon & Carey, 2021). 이용자 규모 확대와 급여량 증가에도 불구하고 수급권 탈락에 대한 재심 신청이 끊임없이 증가하고 있는 것도⁴⁾ 제도 이용에 장벽이 높다는 신호로 받아들여지고 있다(Henriques-Gomes, 2021a).

최근 이슈로는 독립 사정 도입의 중단, 그리고 제도 운영 자체와 관련된 것은 아니나 코로나19 팬데믹과 관련된 문제를 들 수 있다. NDIA는 새로운 욕구 사정 절차인 독립 사정(independent assessment)을 도입하기 위해 2018년 1월부터 2021년 5월까지 두 차례에 걸쳐 시범 사업을 운영하였다(NDIA, 2021h). 독립 사정은 기존 수급권 판정 절차에서 제기되었던 전문가의 자의적 판단, 거주 지역에 따라 달라지는 판정 결과(postcode lottery) 등의 문제점을 개선하고 더 공정하고 독립적인 사정을 담보하기 위한 과정으로(Henriques-Gomes, 2021b), NDIA와 계약한 민간기관의 작업치료사, 언어치료사, 재활상담사, 사회복지사 등 전문 인력

4) 2020년 7~11월 행정법원에 접수된 재심 신청 건수는 590건, 2021년 같은 시기의 접수 건수는 2,503건으로 324.3%의 증가율을 보였다(Henriques-Gomes, 2021a).

이 팀제로 서비스 신청자의 기능과 욕구를 사정하고 그 결과를 NDIA에 제출한다(NDIA, 2021i). 그러나 독립 사정은 특히 장애인 단체를 중심으로 하는 거센 반발에 부딪혔다. 신청자를 알지 못하는 ‘완전한 타인’의 단 세 시간의 평가로 욕구를 파악하는 것은 무리이며, 평가 도구의 타당성도 받아들이기 어렵다는 것이다. 독립 사정의 결과로 급여가 삭감될 것이라는 우려도 있었다(Henriques-Gomes, 2021b). 결국 NDIA는 자체 평가와 시드니대학 등의 외부 평가 과정을 거친 뒤 독립 사정이 성과보다는 한계가 크다는 결론에 따라 당초 2021년 7월로 예정되어 있었던 독립 사정의 도입을 중단하게 된다(NDIA, 2021h). 독립 사정을 반대한 장애인 단체의 주된 동기가 급여 삭감에 대한 저항이라는 점에서, NDIS 운영에서 ‘비용 절감’이라는 일관된 태도를 보인 정부를 향한 반발이 거셌던 것으로 보인다.

최근에는 코로나19 신속항원검사(Rapid Antigen Test) 도구의 공급난으로 인한 서비스 제공 인력 부족과 이용자의 도구 구입 비용 부담이 NDIS의 이슈가 되고 있다. 호주 전역의 신속항원검사 도구 공급난은 특히 수요량이 많은 NDIS 서비스 제공 인력의 서비스 제공 중단을 야기했고, 이는 가족의 돌봄 부담이 증가하는 결과를 낳았다. 신속항원검사 도구 구입 비용 또한 큰 문제이다. 2022년 1월 연방정부는 일부 복지급여 수급자에게는 신속항원검사 도구를 무료화하겠다고 발표하였으나(Martin, 2022), NDIS 이용자 일부는 여전히 배제된다. 돌봄의 강도가 높은 자립생활 지원(supported independent living) 이용자는 신속항원검사 도구를 할인된 가격으로 구입할 수 있으나, 이는 50만 명이 넘는 전체 NDIS 이용자의 5%에 불과한 수준이다(Henriques-Gomes, 2022a). 제공 인력 수요량을 포함한 신속항원검사 도구 구입에 1,300 호주달러(약 112만 원)를 지출한 NDIS 이용자의 사례가 보도될 만큼(Henriques-Gomes, 2022b) 이용자의 경제적 부담은 심각한 상황이다. 이를 완화하기 위해 2022년 1월 24일 연방정부는 NDIS 이용자가 핵심 예산(core funding)을 자신과 서비스 제공인력의 신속항원검사 키트 구입에 사용할 수 있다고 발표하였다(Henriques-Gomes, 2022c). 그러나 장애인 단체는 이는 불충분한 조치이며 NDIS 이용자에게 신속항원검사 도구를 우선적으로, 무료로 제공할 것을 주장하고 있다. 극심한 공급난으로 신속항원검사 도구에 접근할 수 없는 상황에서 우선권이 보장되지 않는 무료 제공은 큰 의미가 없다는 것이다.

5. 나가며

한국의 개인예산제는 제20대 대통령 선거 공약으로 등장할 만큼 현실적인 사안이 되고 있다. 개인예산제에 대한 한국 장애계의 양분된 태도는 호주에서 NDIS의 도입이 이해관계자의 지지를 받은 각기 다른 이유와 밀접히 관련된다. 장애인 당사자와 관계자는 이용자의 선택과 통제의 강화 차원에서, 정책 입안자는 장기적인 돌봄 비용의 절감 차원에서 NDIS 도입을 환영하였다. 그러나 한국에서 개인예산제에 반대하는 주요 논리인 확장된 민영화가 가져올 공공성 약화와 효율성 논리에 희생된 급여의 축소는 실제 개인예산제가 결과적으로 야기하는 신자유주의적 공공 개혁이 가져올 수 있는 부작용이다. 호주에서 NDIS를 도입한 이후 장애인 지원 예산이 큰 폭으로 확대되고 이용자 1인당 예산도 증가하였으나, 공공인력 부족으로 인한 긴 대기시간과 불충분한 급여 수준은 장애인 이용자의 권리에 대한 담론과 끊임 없는 긴장 관계를 형성하고 있다. 이는 한국이 개인예산제를 도입할 경우 취지는 살리고 우려되는 부작용은 최소화하기 위해 어떤 준비를 해야 하는지를 시사한다. 특히 활동 지원 등 장애인 서비스 급여의 불충분성, 낮은 공공의 책무성이 지속적으로 문제로 제기되어 온 환경에서는 안정적인 개인예산제 도입을 위해 장애인 지원 예산 확보와 공공의 책무 강화를 위한 방안을 마련하는 일이 선행되어야 할 것이다.

이 외에도 NDIS가 직면해 온 도전들, 폭증하는 수요에 대응하지 못하는 공급의 불균형, 소수 집단에 대한 체계적 배제, 제대로 기능하지 못하는 지원조직, 급여 범위에 대한 이견도 원인과 대응 면에서 주목할 만하다. 또한 전담 운영 기구, 장애 아동에 대한 서비스, 지역에서의 민관 협력(ECEI 파트너와 지역 코디네이터), 급여의 용도와 가격 정책, 예산 관리 방식, 서비스 품질 관리 방식 등 제도의 구체적인 면면이 한국에서 제도를 설계하는 데 참고할 모델이 될 것으로 기대된다.

참고문헌

- 이한나, 김윤영, 이민경, 김동기, 김용진, 이정기, 전지혜. (2019). *사회서비스 분야 개인예산제도에 관한 기초 연구*. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이한나, 어유경, 하태정, 김동기, 신권철, 최복천. (2021). *개인예산제 운영모형 수립 연구*. 세종: 한국보건사회연구원.
- Australian Government Productivity Commission [AGPC]. (2011). *Disability care and support*, Report no. 54. Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2020). *People with disability in Australia*. <https://www.aihw.gov.au/reports/disability/people-with-disability-in-australia/contents/people-with-disability/prevalence-of-disability>에서 2022. 2. 16. 인출.
- Buckmaster, L., & Clark, S. (2018). *The National Disability Insurance Scheme: A chronology*. RESEARCH paper series, 2018-19. Parliamentary library. https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/rp/rp1819/Chronologies/NDIS에서 2022. 2. 15. 인출.
- Carers Australia. (2019). Shorter wait times for children waiting for early intervention services under the NDIS. welcomed. <https://www.carersaustralia.com.au/shorter-wait-times-for-children-waiting-for-early-intervention-services-under-the-ndis-welcomed>에서 2022. 2. 18. 인출.
- Carey, G., Dickinson, H., Malbon, E., Weier, M., & Duff, G. (2020). Burdensome administration and its risks: competing logics in policy implementation. *Administration & Society*, 52(9), 1362-1381.
- Carey, G., Malbon, E., & Blackwell, J. (2021). Administering inequality? The National Disability Insurance Scheme and administrative burdens on individuals. *Australian Journal of Public Administration*, 80(4), 854-872.
- Department of Social Services. (2019). Commonwealth, State and Territory Disability Agreements. <https://www.dss.gov.au/our-responsibilities/disability-and-carers/program-services/government-international/commonwealth-state-and-territory-disability-agreements>에서 2022. 1. 17. 인출.
- Henriques-Gomes, L. (2019). NDIS plan to reduce delays only a stopgap, disability advocates say. *The Guardian*. 2019. 6. 26. <https://www.theguardian.com/australia-news/2019/jun/26/ndis-plan-to-reduce-delays-only-a-stopgap-disability-advocates-say>에서 2022. 2. 15. 인출.
- Henriques-Gomes, L. (2021a). Legal challenges against NDIA decisions more than triple in five months. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/australia-news/2021/dec/11/legal-challenges-against-ndia-decisions-more-than-triple-in-five-months>에서 2022. 2. 15. 인출.
- Henriques-Gomes, L. (2021b). Pressure grows on Morrison Government to halt new NDIS assessment plan. *The Guardian*. 2021. 4. 1. <https://www.theguardian.com/australia-news/2021/apr/02/pressure-grows-on-morrison-government-to-halt-new-ndis-assessment-plan>에서 2021. 5. 1. 인출.
- Henriques-Gomes, L. (2022a). Covid-related staff shortages in Australian disability sector leave some without vital services. *The Guardian*. 2022. 1. 11. <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/12/covid-related-staff-shortages-in-australian-disability-sector-leaving-some-without-vital-services>에서 2022. 2. 15. 인출.
- Henriques-Gomes, L. (2022b) Woman living with muscular dystrophy forced to spend \$1,300 on rapid antigen tests for in-home carers. *The Guardian*. 2022. 1. 19. <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/20/woman-living-with-muscular-dystrophy-forced-to-spend-1300-on-rapid-antigen-tests-for-in-home-carers>에서 2022. 2. 17. 인출.
- Henriques-Gomes, L. (2022c). Coalition shift on rapid antigen tests for disability carers still falls short, advocates say. *The Guardian*. 2022. 1. 24. <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/24/coalition-shift-on-rapid-antigen-tests-for-disability-carers-still-falls-short-advocates-say>에서 2022. 2. 16. 인출.
- Malbon, E., & Carey, G. (2021). Market stewardship of quasi-markets by street level bureaucrats: The role of local area coordinators in the Australian personalisation system. *Social Policy & Administration*, 55(1), 18-33.
- Martin, S. (2022). Coalition won't budge on free rapid Covid tests for all but concession card-holders are covered. *The Guardian*. 2022. 1. 5. <https://www.theguardian.com/australia-news/2022/jan/05/coalition-wont-budge-on-free-rapid-covid-tests-for-all-but-concession-card-holders-are-covered>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2019a). NDIS Price Guide 2019-20. <https://ndis.gov.au/providers/pricing-arrangements/pricing-arrangements-archive#20-pricing-arrangements-archives>에서 2022. 2. 15. 인출.

-
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2019b). New report shows NDIS significantly improving Australian lives. <https://www.ndis.gov.au/news/3410-new-report-shows-ndis-significantly-improving-australian-lives#:~:text=71%20per%20cent%20of%20adults,control%20over%20their%20life%2C%20and>에서 2022. 2. 16. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2020a). Applying to access the NDIS. <https://www.ndis.gov.au/applying-access-ndis>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2020b). Delivering the NDIS plan: new data demonstrates significant drop in NDIS wait times for families. <https://www.ndis.gov.au/news/4387-delivering-ndis-plan-new-data-demonstrates-significant-drop-ndis-wait-times-families>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2021a). Am I eligible. <https://ndis.gov.au/applying-access-ndis/am-i-eligible>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2021b). NDIS Quarterly Report to disability ministers. <https://www.ndis.gov.au/about-us/publications/quarterly-reports>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2021c). NDIS Price Arrangements and Price Limits 2021-2022. <https://www.ndis.gov.au/providers/pricing-arrangements>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2021d). NDIS and other government services. <https://www.ndis.gov.au/understanding/ndis-and-other-government-services>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2021e). Who's delivering the NDIS. <https://www.ndis.gov.au/understanding/what-ndis/whos-delivering-ndis>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2021f). Ways to manage your funding. <https://www.ndis.gov.au/participants/creating-your-plan/ways-manage-your-funding>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2021g). How to use the myplace portal. <https://www.ndis.gov.au/participants/using-your-plan/managing-your-plan/how-use-myplace-portal>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2021h). Evaluation of the independent assessment pilot. <https://www.ndis.gov.au/community/research-and-evaluation/evaluation-independent-assessment-pilot>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2021i). Independent assessors. <https://www.ndis.gov.au/participants/independent-assessments/independent-assessors>에서 2021. 6. 21. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2021j). NDIS Support Catalogue 2021-22. <https://www.ndis.gov.au/providers/pricing-arrangements>에서 2022. 2. 15. 인출.
- National Disability Insurance Agency [NDIA]. (2022). Monthly Summary. January 2022. <https://www.ndis.gov.au/about-us/publications/monthly-summary>에서 2022. 2. 15. 인출.
- NDIS Quality and Safeguards Commission. (2022). What we do. <https://www.ndiscommission.gov.au/about/what-we-do>에서 2022. 2. 16. 인출.
- Needham, C., & Dickinson, H. (2018). 'Any one of us could be among that number': Comparing the Policy Narratives for Individualized Disability Funding in Australia and England. *Social Policy & Administration*, 52(3), 731-749.
- Purcal, C., Fisher, K. R., & Laragy, C. (2014). Analysing choice in Australian individual funding disability policies. *Australian Journal of Public Administration*, 73(1), 88-102.

핀란드 보건복지서비스 개혁: 전달체계 구조조정을 위한 복지서비스자치주 구성

Health and Social Services Reform in Finland: The Creation of Wellbeing
Services Counties to Restructure the Service Delivery System

신영규(한국보건사회연구원 부연구위원)

Shin, Young-Kyu(Korea Institute for Health and Social Affairs)

핀란드는 1993년 이후 기초지방정부(municipalities) 중심의 전달체계를 바탕으로 보건복지서비스를 제공하고 있다. 하지만 이러한 전달체계는 효율적이지 못하고 서비스 접근성이 낮은 것은 물론이고 지역 간 불평등을 확대한다는 비판을 받아 왔다. 이러한 문제를 극복하기 위해 2000년대 이후 핀란드 정부는 여러 차례 보건복지서비스 개혁을 시도했지만 실패하였다. 마침내 2021년 핀란드 의회는 현 정부의 개혁안을 통과시켰다. 이 개혁안은 기초지방정부의 보건복지서비스 제공 역할을 대신할 광역의 21개 복지서비스자치주(wellbeing services counties)를 구성하는 것을 주요 내용으로 한다. 2022년 1월 핀란드는 역사상 처음으로 복지서비스자치주를 운영할 복지서비스주의회(wellbeing services county councils) 구성을 위한 선거를 실시하며 보건복지서비스 개혁을 본격적으로 추진하고 있다.

1. 들어가며

2021년 11월 말 기준 핀란드 인구는 554만 9,599명으로 우리나라의 약 11% 정도지만 (Official Statistics of Finland [OSF], 2022a), 핀란드 영토의 면적은 한반도의 약 1.5배로 핀란드는 인구밀도가 매우 낮다. 이러한 특징은 겨울철 혹독한 추위를 나타내는 냉대기후와 함께 핀란드 보건복지서비스의 효율적이고 평등한 제공에 주된 장애 요인으로 꼽힌다. 따라서 핀란드는 20세기 후반 이후로 보건복지서비스 전달체계 개편을 꾸준히 시도하고 있다.

1990년대 초반까지 핀란드 중앙정부는 전국의 보건복지서비스 제공을 직접적으로 관리했지만, 1992년 「사회복지와 보건서비스 기획 및 정부 보조금에 관한 법률(The Act on

Planning and Government Grants for Social Welfare and Health Care 733/1992)』이 제정되면서 중앙정부는 기초지방정부(municipalities)에 포괄보조금(block grant)을 지급하고, 기초지방정부가 보건사회서비스 기획과 제공을 책임지는 것으로 바뀌었다(Niemelä & Salminen, 2006). 이러한 체계가 현재까지 이어지고 있지만, 300개 이상의 기초지방정부가 각각 보건복지서비스를 기획하고 전달하다 보니 비효율고비용의 문제가 발생하고, 서비스 품질과 접근성에서 지역 간 불평등이 크다는 평가가 일반적이다. 또한 급속한 인구고령화는 보건복지서비스 비용을 매우 증가시킬 것으로 예측된다.

이렇게 복합적인 문제들을 해결하기 위해 2000년대 들어 집권하는 정부마다 시도했던 보건복지서비스 개혁은 번번이 실패했지만, 2019년부터 핀란드 내각을 구성하고 있는 사회민주당 중심의 중도좌파 연합정부는 개혁안을 확정하고 2023년부터 새로운 전달체계를 통해 보건사회서비스가 제공되도록 하는 것을 목표로 그 계획을 추진하고 있다.

이러한 상황에서 이 글은 핀란드 보건복지서비스 개혁 과정과 현황을 검토함으로써 핀란드 사례가 우리나라에 주는 시사점을 찾고자 한다.

2. 핀란드 보건복지서비스 전달체계 현황

보편주의 복지국가를 지향하는 핀란드는 원칙적으로 보건복지서비스를 무상으로 제공하고 있다. 특히 의료서비스는 영국처럼 자원 대부분이 조세로 마련되고, 공공조직이 서비스 제공의 중심이 되는 국가보건체계(National Health System)를 통해 모든 국민에게 보편적으로 제공된다. 하지만 재정적 문제로 인해 사용자 부담금을 부과하는 때도 많다.

2021년 기준 핀란드는 309개의 기초지방정부(municipalities)로 구성되어 있고(Kuntaliitto, 2022a), 원칙적으로 개별 기초지방정부가 보건사회서비스 기획과 제공의 책임을 진다. 단, 인구 규모가 너무 작은 기초지방정부는 주변 기초지방정부와의 계약을 통해 보건사회서비스 전달체계를 공유할 수도 있다. 보건사회서비스 제공을 위한 기초지방정부의 재원은 주로 주민들을 대상으로 20% 내외의 세율이 적용되는 지방소득세와 중앙정부의 보조금으로 구성된다. 이때 재정자립도에 따라 중앙정부의 보조금은 차등 지원되는데, 재정의 50% 이상을 중앙정부 지원에 의존하는 기초지방정부가 절반을 넘는다.

법률에 따라 기초지방정부가 제공해야 하는 보건사회서비스는 1차의료서비스, 치과 진료,

사회복지 상담, 긴급돌봄 서비스, 재가 서비스, 주거 서비스, 시설보호, 가정돌봄 서비스, 재활 서비스, 아동 및 가족 서비스, 장애인 서비스, 노인돌봄 서비스, 약물 남용 방지 서비스 등으로 구성된다. 또한 모든 기초지방정부는 주변 기초지방정부와 협력하여 병원지구(hospital districts)를 구성하고 2차·3차의료기관을 운영하여 해당 지역 내 주민들에게 전문 의료서비스를 제공해야 한다. 현재 핀란드에는 20개의 병원지구가 있다. 각 병원지구에는 3차의료기관인 중앙병원(central hospital)이 한 곳 있고, 지역별로 2차의료기관이 있다(Kuntaliitto, 2022b).

전통적으로 핀란드의 보건사회서비스 제공은 주로 기초지방정부를 중심으로 공공기관을 통해 이루어졌지만, 최근 민간조직의 참여가 점점 늘고 있다. 민간 보건사회서비스는 기초지방정부의 서비스와는 별개의 시장을 형성하여 제공되기도 하고, 때에 따라서는 기초지방정부와 민간조직 사이의 계약을 통해 민간조직이 기초지방정부를 대리하여 서비스를 제공하기도 한다. 의료서비스의 경우 메힐라이넨(Mehiläinen)과 테르베우스탈로(Terveystalo) 등과 같은 기업형 민간 의료기관이 점차 시장 점유율을 높이고 있고, 보육 서비스의 경우 뵈케(päike)와 토우홀라(Touhula) 등 민간 프랜차이즈 어린이집의 비중이 상당히 높은 수준이다. 특히 고령화로 인한 노인돌봄 서비스 수요 증가는 민간조직의 서비스 제공 참여를 빠르게 높이고 있다. 현재 핀란드 전체 보건사회서비스 가운데 약 4분의 1이 민간조직에 의해 제공되고 있다(Ministry of Social Affairs and Health of Finland, 2022).

기초지방정부나 민간조직이 제공하는 보건사회서비스에 대한 관리와 감독은 핀란드 6개 권역에 설치된 중앙정부기관인 광역행정청(Regional State Administrative Agencies)이 담당한다. 이 기관은 담당 지역 내 기초지방정부가 제공하는 기본적인 서비스의 총량과 품질을 평가하고, 민간조직의 보건사회서비스 시장 참여 허가권 발급 여부를 결정한다. 허가권 발급과 관련한 구체적인 내용과 절차의 관리·감독은 또 다른 중앙정부기관인 보건복지국가감독청(National Supervisory Authority for Welfare and Health, Valvira)이 맡는다.

핀란드 중앙정부와 기초지방정부 사이에는 19개 지역자치단체(counties, maakunnat)가 있다. 기초지방정부의 의사결정을 담당하는 지방의회는 주민들의 직접선거를 통해 구성되는 반면, 지역자치단체는 최근까지 소속 지방의회의 대표들로 구성되었다. 또한 기초지방정부는 보건사회서비스 제공을 전담하고 있지만, 지역자치단체는 중앙정부와 기초지방정부를 매개하면서 부수적으로 필요한 조정 기능을 주로 수행해 오고 있다.

3. 핀란드의 보건복지서비스 개혁 시도와 실패

핀란드의 보건복지서비스 개혁은 ‘소떼(Sote)’ 개혁으로 불린다. ‘Sote’는 핀란드어로 보건 사회서비스를 뜻하는 ‘sosiaali- ja terveystalvetut’의 약자이기 때문이다. 2000년 이후 새로운 정부가 들어설 때마다 핀란드의 소떼(Sote) 개혁이 추진되었지만, 가시적인 성과를 올리지 못했다. 2010년대에는 좀 더 구체적인 개혁안들이 제시되었지만, 정치적으로 지지를 받지 못해 좌초되고 말았다. 2014년 알렉산더 스톱(Alexander Stubb)이 이끄는 내각은 재정 부담 감축 방안을 중심으로 하는 보건복지서비스 개혁안을 제시하였지만, 이 계획은 헌법이 보장하는 기초지방정부의 자율성을 과도하게 제한하고 지역 간, 계층 간 불평등을 키울 수 있다는 이유에서 대중의 지지를 얻지 못하고 폐기되었다.

이후 2015년 총선거를 통해 중앙당(Centre Party), 국민연합당(National Coalition Party), 핀란드인당(Finns Party) 등 세 정당이 참여하는 중도우파 연합정부인 유하 시벨라(Juha Sipilä) 내각은 임기 시작과 함께 새로운 개혁안을 발표하며 4년의 임기가 끝나기 전인 2019년에 보건복지서비스 전달체계를 개편하겠다는 청사진을 제시했다. 앞선 정부들보다 적극적으로 추진한 이 개혁안은 보건복지서비스의 비용 효율성 증대와 불평등 축소를 핵심 목표로 설정했다.

이러한 목표 달성을 위한 주요 방안은 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 선거를 통해 전국 18개 복지서비스자치주(wellbeing services counties)와 복지서비스주의회(wellbeing services county councils)를 구성하여 보건사회서비스 제공 책임을 2021년부터 기초지방정부에서 복지서비스 지역으로 이양한다.¹⁾ 둘째, 고객 지향적인 조직을 구축하고 서비스를 통합하여 보건사회서비스의 효과성, 효율성, 접근성을 개선한다. 셋째, 국세, 지방세, 보험금, 사용자 부담금 등 보건복지서비스에 투입되는 다양한 재원을 통합적으로 관리한다. 넷째, 민간 영리법인의 보건사회서비스 제공 참여를 확대함으로써 이용자들의 선택권을 넓힌다. 다섯째, 보건사회서비스 분야의 정보를 디지털화함으로써 서비스 공급자들 사이의 정보 공유를 원활하게 만든다. 여섯째, 새로운 예산제도를 도입하여 보건사회서비스 분야의 비용 발생을 억제함으로써 정부의 재정 부담을 줄인다. 일곱째, 보건사회서비스 분야의 의사결정과 운영을 현대화함으로

1) Sote-sanastot(2021)은 보건사회서비스 제공을 전담하기 위해 새롭게 구성되는 지역의 공식 영문 표기를 ‘wellbeing services county’, 그 의회를 ‘wellbeing services county council’로 명시한다. 따라서 이 글에서는 이를 각각 ‘복지서비스자치주’와 ‘복지서비스주의회’로 표기한다. 복지서비스자치주(21개)와 기존 지역자치단체(19개)는 지리적으로 많이 겹치지만 서로 다른 행정구역이다.

써 고객 지향성과 비용효율성을 높인다(신영규, 2019, p. 17).

이 개혁안의 핵심은 보건사회서비스 비용 절감을 위해 민간 서비스 공급자들의 참여를 확대하고, 정보의 디지털화와 예산제도 개편을 통해 시스템을 통합하는 것으로 해석될 수 있다. 하지만 개혁안 수립과 추진은 시민들의 폭넓은 의견 수렴 없이 관료와 정보통신 전문가가 중심이 되어 진행되었고, 이로 인해 시벨라 정부의 개혁 추진은 현장 담당자들과 대중에게 지지를 받지 못했다. 또한 2019년 초 핀란드 의회의 헌법위원회(Constitutional Law Committee)는 개혁안이 민간 서비스 공급자 자격, 서비스 품질 모니터링, 개인정보 보호 등과 관련하여 내용이 구체적이지 않거나 헌법이 정하는 평등의 원리를 위배할 가능성이 있다는 이유로 큰 폭의 수정을 요구했다. 2019년 4월에 핀란드 총선거가 예정되어 있었기 때문에 헌법위원회의 이러한 결정은 사실상 시벨라 정부의 개혁을 막은 것이다. 이에 유하 시벨라 총리는 임기 내 개혁 추진 불가를 인정하고 사의를 표함으로써 핀란드 보건사회서비스 개혁 시도는 또 한번 실패로 마무리됐다.

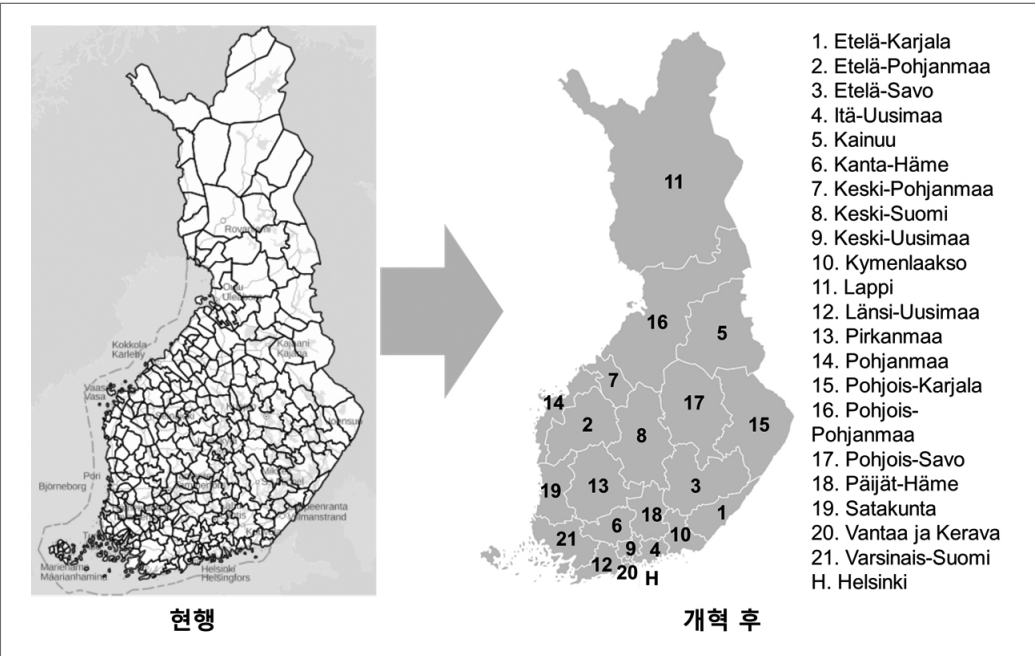
4. 2021년 핀란드 보건복지서비스 개혁안 가결

시벨라 정부의 개혁은 실패했지만, 개혁안의 적극적인 추진은 보건사회서비스 개혁에 대한 대중의 관심을 더욱 높임으로써 2019년 총선거를 통해 집권한 정부도 개혁에 적극적인 태도를 보이게 하는 데 영향을 미쳤다. 현재 사회민주당(Social Democratic Party), 중앙당(Centre Party), 녹색당(Green League), 좌파연합당(Left Alliance), 스웨덴인민당(Swedish People's Party) 등 5개 정당이 참여하는 중도좌파 연합정부인 산나 마린(Sanna Marin) 내각은 2020년 12년 개혁안을 마련하여 의회에 제출하였고, 2021년 6월 핀란드 의회는 표결을 통해 현 정부의 보건사회서비스 개혁안을 가결했다.

이번 개혁안의 가장 핵심적인 내용은 21개 복지서비스자치주를 새롭게 구성하여 기초지방정부의 보건사회서비스 제공 권한과 책임을 복지서비스자치주로 이양하는 것이다. 이것은 지난 정부가 제시한 개혁안 가운데 전달체계 개편에 관한 전반적인 내용을 계승한 것으로 볼 수 있다. 다만, 복지서비스자치주의 수를 18개에서 21개로 늘렸다는 점이 다르다. [그림 1]은 현행 기초지방정부 중심의 보건사회서비스 담당 구역이 개혁을 통해 어떻게 변할지를 보여 준다. 각 주는 복수의 기초지방정부를 통합하여 구성할 예정이지만, 예외적으로 수도인

헬싱키는 인구밀도와 재정자립도가 가장 높으므로 기초지방정부인 헬싱키가 기존 방식을 유지하며 독자적으로 보건사회서비스를 제공할 예정이다. 따라서 핀란드의 보건사회서비스 담당 행정구역은 21개 복지서비스자치주와 헬싱키로 구성된다.

그림 1. 개혁안에 따른 핀란드 보건복지서비스 담당 행정구역 변화



자료: Official Statistics of Finland(2022b)와 Sote-uudistus(2022c)의 내용을 바탕으로 재구성함.

4년 임기의 복지서비스주의회 의원(county councillor) 수는 지역 내 인구수에 따라 결정된다. <표 1>은 인구 규모에 따른 최소 주의원 수를 보여 준다. 관련 법률은 첫 번째 복지서비스주의회 선거에서는 최소한의 주의원만을 선출하도록 규정하고 있다. 따라서 2025년까지 11개 복지서비스주의회는 59명, 6개 복지서비스주의회는 69명, 4개 복지서비스주의회는 79명의 의원으로 운영된다(Vaalit, 2022).

표 1. 복지서비스자치주 인구 규모별 의원 선출 규모

인구	최소 의원 수
200,000명 이하	59명
200,001~400,000명	69명
400,001~600,000명	79명
600,000명 초과	89명

자료: Vaalit(2022)

복지서비스주의회 구성과 보건사회서비스 제공의 권한 및 책임 이양을 추진하기 위해 핀란드는 우선 2021년에 「보건서비스 및 사회복지서비스 조직에 관한 법률(Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021)」을 비롯해 12개의 법률을 제정했고, 100개 이상의 관련 법률을 수정했다. 이를 바탕으로 2022년 1월 23일에 핀란드 역사상 처음으로 복지서비스주의회 구성을 위한 선거를 실시했다. 복지서비스주의회가 구성되면 준비 기간을 거쳐 2023년 1월 1일부터 복지서비스자치주 중심의 보건복지서비스 전달체계가 작동할 예정이다(Sote-uudistus, 2022a). 현재는 기초지방정부와 병원지구 소속 인력으로 구성된 임시준비기구가 개혁을 위한 준비 작업을 하고 있다. 이후 복지서비스자치주가 보건사회서비스 제공을 주도하더라도 중앙정부가 서비스자문위원회와 재정행정자문위원회 등을 설치하여 해당 지역의 서비스 품질과 전달체계를 감독할 것으로 보인다(신영규, 2021, p. 17).

보건사회서비스 최종 개혁안이 추구하는 목표는 다음과 같다. 첫째, 복지서비스자치주에서는 모든 이에게 평등하고 수준 높은 보건사회서비스 및 구조 서비스를 보장한다. 둘째, 서비스의 양과 접근성을 개선한다. 셋째, 건강과 복지와 관련된 불평등을 줄인다. 넷째, 전문 인력에 대한 접근성을 확보한다. 다섯째, 고령화와 저출산 문제에 대응한다. 여섯째, 비용 증가를 억제한다(Sote-uudistus, 2022b). 시벨라 정부의 개혁안이 민간 참여 확대와 정보통신기술 활용에 초점을 맞추었던 것과 달리 의회를 통과한 개혁안은 보건사회서비스 이용자 사이의 불평등 완화를 강조한다. 이를 위해 마린 내각은 공공 부문 보건사회서비스 인력 수급 및 양성을 위한 정책에 재정 투입을 늘리고 있다. 또한 의료서비스 품질 제고를 위해 민간 의료기관의 역할 확대가 아닌 공공의료인력의 처우 개선에 중점을 두고 있다.

복지서비스주의회의 구성으로 기초지방정부의 세입과 예산제도에도 큰 변화가 예상된다. 현재 기초지방정부가 주민들의 소득을 대상으로 직접 지방세를 거두어 보건사회서비스 재정

을 마련하고 있지만, 새로운 전달체계가 완성되면 지방세 비율이 크게 낮아져 기초지방정부의 세입은 크게 줄어든 것이다. 반면 중앙정부가 걷는 소득세율이 높아지고 이에 따라 늘어난 중앙정부의 세입은 복지서비스주의회에 배분될 예정이다. 단, 국민 개인이 부담하는 세금 규모는 변화가 없을 것이라고 핀란드 정부는 밝히고 있다(신영규, 2021, p. 17).

보건사회서비스 인력의 소속은 현재 기초지방정부에서 복지서비스자치주로 바뀐다. 약 17만 2,900명의 소속이 바뀔 것으로 예상되지만, 개인의 고용 형태나 신분은 바뀌지 않을 전망이다. 복지서비스주의회는 또한 보건사회서비스 제공을 위해 기초지방정부가 기존에 구축한 자산과 채무를 모두 이전받게 된다. 이 과정에서 발생하는 비용은 중앙정부가 부담할 예정이다(신영규, 2021, p. 17).

5. 2022년 핀란드 복지서비스주의회 선거 결과

지난 1월 23일 핀란드에서 첫 복지서비스주의회 선거가 있었다. 헬싱키를 제외한 21개 복지서비스주의회 구성을 위한 이번 선거에는 유권자 가운데 47.5%가 투표에 참여했다. 2021년 치러진 지방의회 선거의 투표율보다 지역별로 5~10%p 낮은 수준이다. 성별로 살펴보면, 여성의 투표율이 50.1%로 남성 투표율보다 5.3%p 높았다. 이번에 선출된 전체 주의원 1,379명 가운데 여성이 735명으로 53.3%를 나타내 남성보다 많았다. 또한 당선자 가운데 현직 지방의회 의원이 76.7%를 차지해 지방의회 출신들이 대거 복지서비스주의회에도 진입한 것으로 나타났다(Official Statistics of Finland, 2022c).²⁾ 이러한 현상은 유럽 전반에 걸쳐 나타나고 있는 공공서비스 광역화 경향에 따라, 북유럽 민주주의의 전통적인 특징 가운데 하나인 ‘중앙-지방 거버넌스’가 변화하고 있음을 보여 준다.

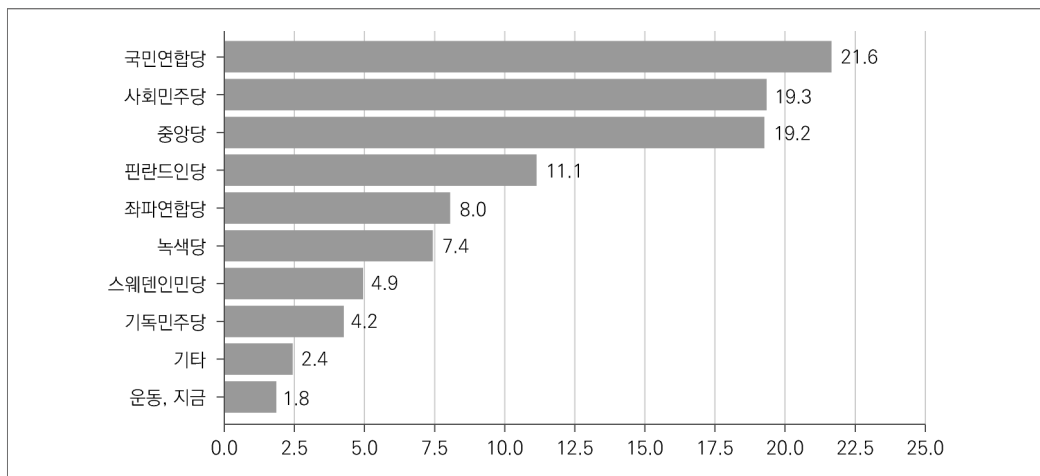
정당별 득표율을 살펴보면, 보수정당인 국민연합당이 가장 높은 21.6%의 득표율을 기록했다. 사회민주당과 중앙당은 각각 19.3%, 19.2%의 표를 얻어 그 뒤를 이었다. 극우 정당인 핀란드인당은 11.1%를 얻어 네 번째로 높은 득표율을 보인 반면, 현재 연립정부를 구성하고 있는 좌파연합당과 녹색당은 각각 8.0%, 7.4%에 그쳤다(Official Statistics of Finland,

2) 핀란드 지방의회와 복지서비스주의회의 의원직은 명목상의 지위이고, 사회를 위해 자원봉사를 한다는 의미가 강하다. 따라서 의원을 위한 임금이 없고, 회의에 참여할 때마다 정해진 수당만 지급된다. 핀란드 의회 의원이 지방의회나 복지서비스주의회 의원을 겸직하는 사례도 많다.

2022d). 정당별 의석수 순위는 득표율과는 조금 다르다. 인구 규모에 따라 주별로 선출된 의원 수가 다르고, 인구가 적은 농촌 지역에 상대적으로 많은 의석수가 배정되기 때문이다. 따라서 전통적으로 농민들에게 높은 지지를 얻고 있는 중앙당이 297석으로 가장 많은 의원을 배출했고, 그다음으로 국민연합당과 사회민주당이 각각 289석과 277석을 기록했다. 핀란드인당은 155석, 좌파연합당은 100석을 얻었고, 녹색당은 90석에 머물렀다.

주의회 선거는 대통령 선거나 총선거처럼 정치적 의미가 강하지 않고 지역 내 보건과 복지 관련 사항을 결정할 대표자 선출을 목적으로 하지만, 그 결과는 최근 정당 지지도 여론조사 결과와 매우 유사하게 나타났다. 코로나19 대유행이 길어지면서 내각에 참가하는 정당들의 지지율은 하락하고, 제1야당인 국민연합당의 지지율은 상승하는 경향이 나타나고 있기 때문이다.

그림 2. 2022년 핀란드 주의회 선거 정당별 득표율



자료: Official Statistics of Finland(2022d)

표 2. 2022년 핀란드 주의회 선거 정당별 의석수

정당	복지서비스주의회 의석수	정당	복지서비스주의회 의석수
국민연합당	289석	녹색당	90석
사회민주당	277석	스웨덴인민당	76석
중앙당	297석	기독교민주당	57석
핀란드인당	155석	운동, 지금	20석
좌파연합당	100석	기타	18석

자료: Yle(2022)

6. 나가며

핀란드는 오랜 기간의 정치적 논쟁을 거쳐 최근 보건사회서비스 개혁안에 합의하고, 그 계획을 추진하고 있다. 1993년에 도입된 기초지방정부 중심의 서비스 전달체계가 약 30년 만에 대폭 변하게 된 것이다. 핀란드 사례를 살펴보면 보건사회서비스 최종 개혁안과 관련하여 다음과 같은 특징을 확인할 수 있다.

첫째, 기존에 없던 자치주를 출범시킴으로써 보건사회서비스 제공과 관리를 위한 행정구역을 광역화했다는 점이다. 평균 기초지방정부의 인구 규모가 매우 작으므로 효율성을 높이기 위해 보건복지서비스의 광역화가 필요하다는 점에는 정당 간 이견이 없었다. 광역화를 결정할 수 있었던 배경에는 교통과 정보통신기술의 발전이 있다. 핀란드는 보건사회서비스 품질과 접근성 향상을 위한 기술 혁신에 많은 투자를 하고 있다.

둘째, 민간 공급자 참여 촉진을 통한 보건사회서비스 시장 확대보다는 공공조직에 인력 투입을 늘림으로써 서비스의 공공성 향상을 추구하기로 했다는 것이다. 시벨라 정부는 민간 공급자의 참여 확대가 비용을 절약할 방안이라고 제시했지만, 핀란드 사회는 이러한 접근을 거부했다. 대신 현 정부가 제시한 공공성 강화를 통한 문제 해결 방식이 의회에서 받아들여졌다. 이미 보건사회서비스 공급이 민간 부문과 공공 부문으로 이원화되어 불평등이 확대되는 양상이 커지는 상황에서 이를 억제하고자 하는 대중의 의도가 정치적 결정으로 이어진 것으로 볼 수 있다.

셋째, 이번 개혁을 통해 기초지방정부는 보건사회서비스 제공 책임과 권한을 복지서비스 주의회로 이양하지만, 다른 부문의 정책과 사업은 계속 담당하게 된다. 기초지방정부는 보건사회서비스 외에 교육 정책, 주택 정책, 청년 정책, 문화 정책, 고용 정책 등 주민들에게 필요한 다양한 공공서비스를 계속 자율적으로 제공할 것이다. 이러한 변화는 공공서비스 제공에서 ‘중앙정부-기초지방정부’의 2단계 구조였던 전달체계가 ‘중앙정부-복지서비스자치주-기초지방정부’의 3단계 구조로 변화함을 의미한다. 따라서 서비스 관련 의사결정의 역학 관계가 더 복잡해질 것으로 예상된다. 특히 보건사회서비스에 관한 의사결정은 복지서비스주의회에서 이루어지기 때문에 개별 기초지방정부는 앞으로 자신들의 이해를 대변할 후보를 복지서비스주의회 의원으로 지지할 가능성이 크다. 이번 선거 당선자 가운데 4분의 3이 이미 지방의회 의원직을 맡고 있다는 점은 이러한 예상을 뒷받침한다.

1990년대 초까지 중앙집권적 성격이 강했던 핀란드의 보건사회서비스 전달체계는 1993년 개혁 이후 기초지방정부가 중심이 되는 방식으로 바뀌었고, 30년이 지난 지금 핀란드는 전달체계의 광역화를 통해 서비스의 비효율성과 불평등을 개선하기 위한 시도를 하고 있다. 핀란드의 이러한 개혁 사례는 과감한 행정체계와 제도의 개편을 통해 지방의 역량을 활용하고 주민들의 의견을 수렴하려는 노력을 보여 준다. 우리나라 사회보장제도 운영과 관리에서 지방자치단체의 예산과 권한은 핀란드를 비롯한 유럽 복지국가에 비해 매우 작은 수준이고, 중앙정부 중심의 전달체계는 지방자치단체의 역량 증진에 부정적인 영향을 미치는 경향이 있다. 따라서 핀란드 사례가 보여 주는 것처럼 우리나라도 사회보장제도와 관련하여 중앙과 지방의 관계를 과감하게 개편하는 방안을 고려할 필요가 있다.

참고문헌

- 신영규. (2019. 4). *차기 정부의 과제가 된 핀란드 보건·사회서비스 개혁*. 복지이슈투데이 No.73. 서울: 서울시복지재단.
- 신영규. (2021. 8). *핀란드 보건·사회서비스 개혁안 의회 통과*. 복지이슈투데이 No.101. 서울: 서울시복지재단.
- Kuntaliitto. (2022a). Finnish municipalities and regions. <https://www.localfinland.fi/finnish-municipalities-and-regions>에서 2022. 2. 15. 인출.
- Kuntaliitto. (2022b). Functions of municipalities and joint municipal authorities. <https://www.localfinland.fi/health-and-social-services>에서 2022. 2. 15. 인출.
- Ministry of Social Affairs and Health of Finland. (2022). Private social and health services. <https://stm.fi/en/private-health-care>에서 2022. 2. 14. 인출.
- Niemelä, H., & Salminen, K. (2006). *Social security in Finland*, 2nd rev. impr. Helsinki: Kela, Eläketurvakeskus, Työeläkevakuuttajat TELA ja sosiaali- ja terveysministeriö.
- Official Statistics of Finland [OSF]. (2022a). Preliminary population statistics. https://www.stat.fi/til/vamuu/2021/11/vamuu_2021_11_2021-12-21_tie_001_en.html에서 2022. 2. 14. 인출.
- Official Statistics of Finland [OSF]. (2022b). Municipality-based statistical units. https://www.stat.fi/org/avoindata/paikkatietoaineistot/kuntapohjaiset_tilastointialueet_en.html에서 2022. 2. 12. 인출.
- Official Statistics of Finland [OSF]. (2022c). County elections 2022, result of the control calculation. https://www.stat.fi/til/alvaa/2022/03/alvaa_2022_03_2022-02-01_tie_001_en.html에서 2022. 2. 17. 인출.
- Official Statistics of Finland [OSF]. (2022d). County elections 2022, result of the preliminary calculation. https://www.stat.fi/til/alvaa/2022/02/alvaa_2022_02_2022-01-25_tie_001_en.html에서 2022. 2. 20. 인출.
- Sote-sanastot. (2021). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeiset käsitteet. *thl(Terveys ja hyvinvoinnin laitos)*. <https://sotesanastot.thl.fi/term-med-publish-server/vocabulary/5deffdd9-14bf-4e5c-b1d7-b001cd52619e/concept/5903ca2f-8c0b-49dc-985a-eade0b056f21>에서 2022. 3. 4. 인출.
- Sote-uudistus. (2022a). Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksen keskeiset lait. <https://soteuudistus.fi/lainsaadanto>에서 2022. 2. 17. 인출.
- Sote-uudistus. (2022b). Mikä sote-uudistus?. <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti>에서 2022. 2. 17. 인출.
- Sote-uudistus. (2022c). Interaktiivinen kartta hyvinvointialueista. <https://soteuudistus.fi/hyvinvointialuekartta>에서 2022. 2. 12. 인출.
- Vaalit. (2022). County councils. Retrieved from <https://vaalit.fi/en/county-councils>에서 2022. 2. 17. 인출.
- Yle. (2022). Country Elections 2022: Results service. <https://vaalit.yle.fi/av2022/en/tulospalvelu>에서 2022. 2. 20. 인출.

우즈베키스탄 사회보장의 오늘과 미래 과제

Current Situation and Future Challenges in Uzbekistan's Social Security

김현경(한국보건사회연구원 연구위원)
Kim, Hyeon-Kyeong
(Korea Institute for Health and Social Affairs)
곽윤경(한국보건사회연구원 부연구위원)
Kwak, YoonKyung
(Korea Institute for Health and Social Affairs)

우즈베키스탄의 사회보장제도는 사회보험과 공공부조, 노동시장정책, 의료서비스로 구성된다. 공공부조는 저소득 가구 대상 양육수당, 아동수당이 대표적이며, 재정 부족으로 대상 포괄성이 낮다. 노령연금도 사회보장 전체 지출의 80% 이상을 차지하지만, 사각지대가 넓고 보장 수준이 낮다. 고용보험 수급률은 1%로 매우 낮지만, 고용률 제고를 위해 적극적 노동시장정책이 대폭 확대되고 있다. 의료서비스는 원칙적으로 무상 제공이지만 국가 재정 부담이 커서 서비스 질이 낮다. 따라서 적극적 노동시장정책 강화를 통한 청장년 고용 확대, 전국민건강보험제도 시행 및 의료 인프라 현대화, 비공식 노동자(59%) 사회보장성 제고, 수급자 선정 및 관리를 위한 정보 시스템 체계화라는 과제에 직면하여, 우즈베키스탄 정부의 노력과 국제협력 확대가 요구된다.

1. 들어가며

우즈베키스탄은 카자흐스탄, 키르기스스탄, 타지키스탄, 투르크메니스탄과 함께 중앙아시아에 위치한 국가로¹⁾, 면적은 카자흐스탄의 16.5%에 불과하지만 인구는 중앙아시아 전체의 절반 가까이를 차지하는 인구 대국이다. 1991년 소비에트연방 해체로 독립한 우즈베키스탄은 그간 폐쇄적인 경제 체제로 국제사회와의 교류가 점차 줄어드는 추세였지만, 2016년 12

1) 중앙아시아의 범위에 대해서는 다양한 정의가 존재하지만 현대적 의미에서는 주로 옛 소련의 5개 공화국을 지칭한다(위키백과, 2022).

월 새로운 정부가 들어서면서 경제자유화 및 국제사회 질서에 맞추려는 변화를 시도하고 있고, 우즈베키스탄 국내외 정책 변화에 대한 국제사회의 관심도 높아지고 있다.

한국과 우즈베키스탄 간의 경제협력도 2010년대 들어 부진한 상태로 지속되고 있었지만, 우리 정부의 핵심적 외교정책인 신북방 정책의 대상국으로 최근 교류가 증가하고 있다. 중앙아시아에서 우즈베키스탄은 키르기스스탄, 타지키스탄과 함께 우리 정부의 중점 협력국이기도 하다. 아직 교류는 경제협력에서 크게 벗어나지 않고, 사회정책적 차원에서는 보건의료 분야 협력이 걸음마 단계이다. 하지만 우즈베키스탄의 더 나은 사회보장을 위해 사회복지 및 보건의료 분야에서 한국과의 교류가 확대될 것으로 기대된다.

따라서 이 글에서는 우즈베키스탄의 사회경제적 특징과 상황을 이해하고 사회보장제도의 현황과 미래 과제를 파악하고자 한다. 이를 위해 우즈베키스탄 사회보장제도의 사회경제적 배경이 되는 인구, 정치, 경제에 대해 간략하게 알아본다. 그리고 우즈베키스탄 사회보장제도의 체계와 특징을 요약하고 주요 제도로 공공부조와 연금, 의료보장, 노동시장정책 각각에 대해 내용과 성과 및 한계를 살펴본다. 마지막으로, 우즈베키스탄 사회보장제도의 발전을 위한 과제, 우리 정부와 협력할 수 있는 방향을 제안한다.

2. 우즈베키스탄의 경제·사회적 배경

1991년 소비에트연방이 해체되면서 우즈베키스탄 공화국이 설립되었다. 우즈베키스탄도 대부분의 중앙아시아 국가들과 마찬가지로 초대 대통령인 이슬람 카리모프(Islam Karimov)가 헌법 개정을 통해 26년간 장기 집권했다. 2016년 9월 카리모프의 갑작스러운 사망 후, 샤프캇 미르지요예프(Shavkat Mirziyoyev) 대통령이 같은 해 12월 88.6%의 높은 지지율을 기록하며 당선되었다. 새 정부는 2017년 2월 ‘우즈베키스탄 발전 전략 2017-2021’을 발표하고 5개 우선 개혁 과제를 발표하였다. 이에 따라 2017년 변동환율제 도입, 가격 자율화, 관세 인하, 공기업 구조조정 등 경제자유화 조치가 취해졌고, 이는 외국인 투자 증가와 국제 교류 확대를 가져왔다. 발전 전략에 포함된 우선 개혁 과제에는 ‘사회 부문 발전’도 포함되어 있다(민지영, 김초롱, 2018). 특히 코로나19 위기로 인해 2021년을 ‘청년 지원 및 국민 건강 강화의 해’로 지정하고 청년 교육·창업·취업 지원을 확대하며(적극적 노동시장정책 확대), 보건의료 정책 관련 예산을 전년 대비 32% 증액하는 등(김초롱, 2021) 사회정책을 강화하고 있다.

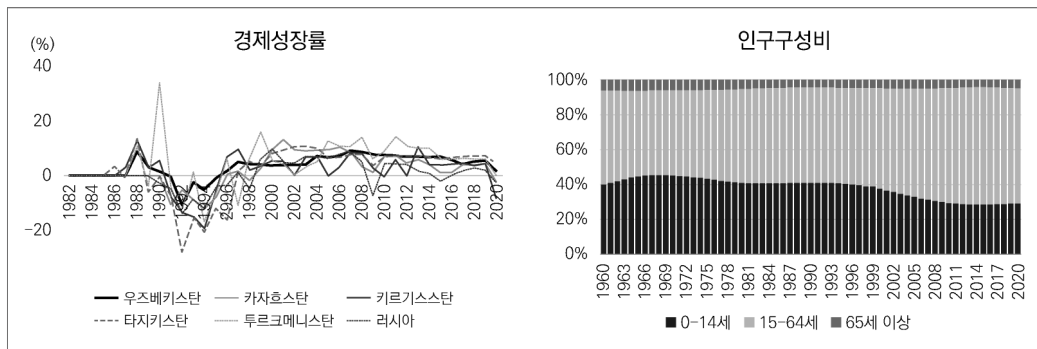
1991년 독립 이후 우즈베키스탄은 점진적인 개혁·개방을 표방하며 체제 이행 초기부터 경제적으로 빠르게 회복했으며²⁾, 2000년대 들어 7%를 상회하는 고성장을 구가했다(민지영, 김초롱, 2018). 폐쇄적인 경제정책은 오히려 2007~2008년 세계적 금융위기의 부정적 영향을 최소화하는 역할을 하기도 했다(고재남, 2020). 하지만 카리모프 시절의 엄격한 외환 통제는 외국인 투자에 장애 요인으로 작용했고, 고성장을 이뤘으나 양질의 일자리 창출로 이어지지 못한 채 높은 물가상승률, 높은 실업률, 공식 환율과 암시장 환율 공존(이중환율제도) 문제를 낳음으로써(민지영, 김초롱, 2018), 국민의 삶의 질을 개선하는 데는 한계를 보였다. 하지만 새 정부는 2017년부터 경제자유화를 추진하고 있으며, 경제 부문의 구조적 변화를 통해 지속 가능한 성장 방안을 모색 중이다. 2017년 변동환율제 도입 후 숨(Som)화 가치 폭락에 따른 물가상승으로 가계 소비가 위축되어 경제성장률이 2016년 7.8%에서 2017년 5.3%로 하락했지만, 미르지요예프 정부는 단계적으로 시장경제 요소 도입을 확대해 사업 투자 환경을 개선하려는 시도(민지영, 김초롱, 2018)를 계속하고 있고 유라시아경제연합(Eurasian Economic Union [EAEU]) 가입을 적극적으로 추진하고 있다. 국제사회와의 교류를 강화하고자 하는 시도의 지속성과 성과는 아직 시험대에 놓인 가운데, EAEU 가입을 위한 노동이주 간소화 절차 도입으로 우즈베키스탄의 고급 인력이 러시아나 카자흐스탄과 같은 더 큰 시장으로 유출되는 부정적인 측면에 대한 우려도 확대되고 있다(박지원, 2020). 따라서 국제통화기금(IMF)은 고급 인력의 국외 유출을 막기 위한 양질의 일자리 창출이 우즈베키스탄 정부의 핵심 과제가 될 것으로 전망하고 있다(민지영, 김초롱, 2018). 또한 우즈베키스탄은 인구의 75%가 거주하는 농촌의 삶의 질 개선, 전체 인구의 16%를 차지하는 절대 빈곤층의 빈곤 완화도 사회 발전을 위한 핵심 과제라 할 수 있다(민지영, 김초롱, 2018).

우즈베키스탄의 출산율은 중앙아시아 평균 수준으로 높고, 사망률은 중앙아시아 국가들 가운데 가장 낮다. 따라서 인구성장률이 약 2%로 인구 증가가 계속되고 있다. 출산율과 인구 증가율은 인구구성비와 부양비에도 영향을 미치는데, 2020년 현재 유소년(0~14세), 근로연령인구(15~64세), 노인(65세 이상)의 비율을 살펴보면 각각 28%, 66%, 4.8%로(평균연령이 29세), 근로연령인구 대비 유소년 및 노인 인구 규모의 비율인 부양비가 매우 낮은 수준이다.

2) 우즈베키스탄의 1인당 국내총생산(GDP)은 미국 달러 기준, 1975년 약 651달러에서 2000년 2,615달러로 26년간 4배 증가하였다.

우즈베키스탄의 낮은 부양비와 높은 근로연령인구 비율은 노동시장과 연금 및 의료제도의 재정과 같은 사회보장의 현황과 미래에 영향을 미친다. 우즈베키스탄은 저출산과 고령화로 인해 장기적인 사회보장 재정 관리에 어려움이 닦친 대부분의 국가들과 달리 고령화로 인한 사회보장 재정 관리의 과제는 아직 본격화하지 않았다고 볼 수 있다.

그림 1. 우즈베키스탄의 경제성장률과 인구구성비



자료: The World Bank(2022)

우즈베키스탄의 인구구조 변화는 오늘날 대부분의 국가가 경험하는 저출산·고령화와 매우 다른 성격을 보이며, 사회재정지출 위기보다는 청년 일자리 문제라는 핵심적인 사회경제적 문제로 귀결되었다. 15~64세 근로연령인구가 많은 인구구조는 풍부한 노동력 보유로 많은 국외 기업들의 투자처로 고려된다는 장점이 있지만, 지속적인 인구 증가는 일자리 부족과 청년들의 국외 유출을 낳고 있다(민지영, 김초룡, 2018). 우즈베키스탄 노동자들이 러시아, 카자흐스탄, 터키, 한국, 미국 등 타국에서 자국으로 송금하는 액수는 정부 세입의 일부분을 차지할 정도로 상당한 것으로 파악된다(민지영, 김초룡, 2018). 우즈베키스탄 국내 일자리 창출의 어려움으로 인해 국외 이주노동자 규모가 상당한 가운데, 코로나19로 이들이 귀국하면서 청년 실업 문제가 더욱 심화되고 있다(김초룡, 2021). 따라서 우즈베키스탄 정부가 2021년을 ‘청년 지원 및 국민 건강 강화의 해’로 삼고 교육·창업·취업을 통해 청년 지원 정책을 추진하는 데는 우즈베키스탄 인구 증가 및 인구구조, 일자리 부족이라는 사회경제적 배경이 자리 잡고 있음을 알 수 있다.

3. 우즈베키스탄의 사회보장제도³⁾

가. 개요

우즈베키스탄은 구소련 사회보험의 영향으로 완전고용, 보육에 대한 보편적 지원, 노후소득보장의 원칙에 기초한 포괄적인 사회보장 시스템을 계승하였다. 현재의 우즈베키스탄 사회보장제도는 기여형 사회보험(연금, 고용보험), 비기여형 공공부조와 노동시장 프로그램, 의료보장제도로 구성되어 있다. <표 1>에서는 국제노동기구(ILO) 사회보장 프로그램의 세 가지 구성 요소인 사회보험, 공공부조, 노동시장 프로그램을 합산한 총사회보장지출액과 각 제도별 지출액, 총지출 및 GDP 대비 비율을 보여 준다. 그리고 2017년과 2021년 의료서비스 지출액을 추가로 제시하였다.

표 1. 2018년 우즈베키스탄 사회보장제도별 정부 지출 현황

제도별	연간 지출 (백만 우즈벡 숨)	총지출 대비 %	GDP 대비 %
모든 종류의 사회보험	20,316,920	83.31	4.99
연금	20,077,928	82.33	4.93
기타 사회보험(예: 출산수당 등)	238,993	0.98	0.06
모든 종류의 공공부조	3,759,047	15.41	0.92
아동 사회보장 프로그램	2,030,874	8.33	0.50
- 양육수당, 아동수당	1,362,282	5.59	0.33
기타 공공부조	1,436,209	5.89	0.35
- 저소득 가구 수당	212,828	0.87	0.05
사회부조 방식 연금	145,436	0.60	0.04
의료부조(medical care assistance)	146,529	0.60	0.04
노동시장 프로그램	310,490	1.27	0.08
실업급여	3,028	0.01	0.00
공공근로	298,024	1.22	0.07
직업훈련, 재훈련, 고등직업교육훈련	9,438	0.04	0.00
총사회보장지출	24,386,457	100.00	5.98
의료보장제도			
2017년	1,694,700		2.78
2021년	2,104,780		3.1
국내총생산(GDP)	406,648,543		

자료: ILO et al.(2020, p.34) Table 1, Izhorski et al.(2019, p.112-115), Countryeconomy.com(2022), UNDP Uzbekistan(2021)를 재구성함.

3) 최신 가용 자료의 부족으로 인해 이 장은 ILO, UNICEF, & the World Bank(2020)를 바탕으로 재구성하였다.

나. 공공부조

우즈베키스탄의 공공부조에는 1) 자산 조사를 기반으로 하는 저소득 가구 대상 현금 급여, 2) 노인, 장애인, 유족 대상 현금 급여(사회부조 방식 연금), 3) 출산이나 사망 등의 특수한 생애 사건에 대한 지원, 4) 취약계층 대상 보조금 및 현물 지원이 있다.⁴⁾

저소득 가구 대상 현금 급여 지원 대상은 마할라(mahalla) 지역위원회에 의한 지역 기반 자산 조사(means tested, community-based)에 근거하여 선정된다. 여기서는 ‘가구’의 구성(가구원에 속하는 사람을 결정하는 것)과 가구의 ‘소득 능력’, ‘생활 수준’을 기준으로 한다. 가구의 빈곤 기준선으로 최저임금을 활용하는데, 우즈베키스탄에서 최저임금은 근로자의 실제적인 최저임금의 의미가 아닌 각종 이전급여의 기준으로 삼고자 대통령령으로 발표되는 수치로(World Bank, 2019), 2021년 2월 현재 74만 7,300숨(약 8만 1,871원)이다(김초롱, 2021). 가구원 수에 따른 가구소득이 최저임금의 1.5배에 못 미치는 경우 대상 가구로 선정된다. 급여 기간은 기본 6개월이고, 이후 연장 신청을 할 수 있다.

저소득 아동 가구를 대상으로 하는 현금 급여는 양육수당, 아동수당이 가장 대표적이다(표 1). 특히 2018년 연간 지출액이 양육수당 9,203억 숨(약 1,024억원), 아동수당 4,420억 숨(약 491억원)으로 양육수당의 규모가 아동수당의 2배 이상임을 알 수 있다. 양육수당은 12개월간 지급되며, 최저임금의 200%를 급여로 받는다. 아동수당은 아동 수에 따라 최저임금의 60~140%를 6개월간 지급하며, 이후 연장을 결정할 수 있다. 양육수당은 급여 수준이 높은 반면 아동수당은 매우 낮다.

사회(부조)연금은 연금 성격의 현금 급여라는 점에서 사회보험 방식의 연금과 유사하지만 사회보험 방식의 연금에 비해 급여액 수준이 낮고 대상자 선정 기준이 엄격하다. 예를 들면, 노령사회연금은 다른 소득원이 없는 노인에게만 지급되는데, 여기에는 부양가족의 지원이 포함된다. 급여 수준도 사회보험 방식 연금의 최저연금액 수준보다 낮아, 2018년 7월 기준 급여 수준이 22만 1,190숨(약 2만 4,232원)으로 사회부조연금으로는 생활을 유지하기 어렵다. 또한 사회보험 방식 노령연금은 수급 연령이 여성 55세, 남성 60세인 데 비해 노령사회

4) 〈표 1〉에서 1) 저소득 현금 급여는 공공부조의 양육수당, 아동수당, 저소득 가구 수당이며, 2) 사회부조 방식 연금은 동일한 항목에 해당하는 다. 3), 4)의 보조금 및 현물 지원은 공공부조 하단의 아동 사회보장 프로그램, 기타 공공부조, 의료부조 해당 영역에 각각 포함되었다.

연금 수급 연령은 여성 60세, 남성 65세로 차이가 있다. 노령사회연금은 공공부조 성격을 띠고 있으나 재원은 고용주 기여가 포함되는 연금기금(Pension Fund)을 통해 운영되는 특징이 있다.

공공부조제도의 촘촘한 설계에도 불구하고 다음과 같은 한계가 지적된다. 대상의 포괄성 문제이다. World Bank(2019)에 따르면, 빈곤층에서 공공부조 지원을 받는 비율은 45%, 저소득 가구 수당은 전체 대상자의 약 37%에 불과한 것으로 나타났다. 또한 컨트롤타워가 없다 보니 다양한 부처에서 각각의 사업을 담당하고 있다. 예를 들어 사회부조, 노인이나 장애인에 대한 사회부조 연금은 연금기금이 관리하고, 저소득 가구 수당이나 아동수당은 노동부가 관리한다. 다음으로, 마할라가 수급자 선정 및 복지자원 배분에 적극적으로 개입한다는 점이다. 이들은 저소득층 가구에 대한 욕구 조사 시 전문성이 부족하고, 공적 전달체계가 이분화⁵⁾ 되어 있어 저소득층 현황을 정확히 파악하기 어려운 한계를 지닌다.

다. 노령연금

노령연금은 우즈베키스탄의 대표적인 소득보장제도이다. 2020년 기준 연금 수급자는 378만 5,520명으로 전체 인구의 10% 정도이며, 이 중 283만 8,276명이 노령연금을 수급하고 있다(Central Asian Bureau for Analytical Reporting [CABAR], 2021). 노령연금은 확정 기여, 적립 방식⁶⁾으로, 수급 자격 조건은 성별에 따라 구분된다. 25년의 근로 경력이 있는 남성은 60세부터, 20년의 근로 경력이 있는 여성은 55세부터 해당 연금을 수급할 수 있다. 다만, 특수한 근로자 집단에서는 이러한 규정이 다소 완화·적용된다. 군 복무 기간, 학업(학위) 기간, 출산이나 장애 아동 돌봄 등의 기간을 가입 기간으로 인정하고 있다. 최소 가입 기간 7년을 채우면 가입 기간에 비례하여 부분적으로 연금을 수급할 수 있다.

연금 급여 수준은 기본연금액, 근로 경력(가입 기간) 그리고 물가 연동에 의해 책정된다. 기본연금액은 수급자 평균임금의 55% 수준으로 결정되고, 최저노령연금액 수준보다 낮아서는 안된다. 2019년 최저노령연금액은 46만 5,150숨(약 5만 원)이다. 평균 연금액 수준은

5) 이 과정에서 저소득 가구에 대한 현금 급여(양육수당, 아동수당, 가족수당)는 담당 부처가 노동부의 하위 전달체계로 '마할라'와 지역 단위 공공사무소인 '호키미야트(Khokimiyat)'를 활용하는 반면, 연금 성격의 현금 급여는 담당 부처가 연금기금의 지역사무소에서 제공해 전달 체계가 이분화되어 있다.

6) 사용자가 납입할 부담금이 사전에 확정된 연금제도로, 나중에 받을 연금액을 미리 보험료로 적립해 두는 제도이다.

2019년 73만 3,200숨(약 81,601원)이고, 평균적으로 70만~80만 숨(약 7만 6,689원~8만 7,645원) 수준이다. 문제는 현재의 연금 수준이 연금 생활자의 최저생활을 보장해 주기 어려운 상황이라는 점이다. 2020년 12월 기준 통계 자료와 사회조사에 근거한 생활비 수준은 215만 7천 숨(약 240,063원)으로 평균 연금 수준의 약 세 배에 이른다.

노령연금 담당 부처는 재정부(Ministry of Finance)로, 재정부 산하 연금기금(Pension Fund)에서 연금 행정을 담당하고 있다. 연금기금은 연금 수급권자의 고용 기록 관리, 국가연금(사회보험, 사회부조) 수급 자격 관리, 재정 관리, 연금보험료 관리 등을 총괄한다(ILO et al., 2020). 2019년 1분기 기준 연금기금 수입의 77.6%는 사용자와 근로자의 기여금으로 구성된다. 국가 소유 기업은 사용자의 의무 기여금이 총임금의 25%이고, 민간 기업의 사용자 기여금은 총임금의 12%이다. 여기서 민간 기업의 사용자가 지불하는 기여금은 사회보장세인 통합사회지급금(Unified Social Payment)으로 불린다. 근로자는 기존에 납부하던 사회보험 기여금을 내지 않고, 일반개인소득세(12% 정률)의 0.1%를 연금 계좌에 납부하는 것으로 변경되었다.

그러나 우즈베키스탄 비공식 부문에서 일하는 이들은 연금 체계에서 제외되어 있다는 점이 중대한 한계로 지적된다. 현재 우즈베키스탄의 노인인구 중 약 82%가 사회보험 방식(기여형) 노령연금에 가입하였고, 연금 수급 연령 인구 중 67%가 실제로 연금을 받는 것으로 보고되고 있다. 연금 수급에서 이와 같이 사각지대가 발생하는 이유는 의무 가입 기간(근로 경력)을 채우지 못했기 때문이다. 또 다른 주요 이유로는 우즈베키스탄 전체 고용인구의 59%가 비공식 부문에서 일하고 있기 때문에, 이들이 연금을 포함한 사회보험 체계에 포함되지 못했기 때문이다. 이에 따라 비공식 부문에 종사하는 근로자와 연금 수급을 위한 의무 가입 기간을 채우지 못한 이들에 대한 보완 대책이 우즈베키스탄의 향후 주요 과제일 것이다.

라. 의료보장

우즈베키스탄의 의료보장제도는 구소련 사회주의의 유산을 받아 모든 국민에 대한 보편적인 의료서비스 접근성을 보장하고, 진료·처방·투약·수술·요양 등 모든 의료서비스를 무상으로 제공하고 있다. 보통 환자는 중증도에 따라 1차의료기관(보건소, 농촌진료소), 2차의료기관(주립병원), 3차의료기관(수도인 타슈켄트에 있는 전문병원)을 거치게 된다. 원칙상 모든 서비스가 무상으로 제공되기는 하지만 실제로는 공공 의료서비스의 재정적 여력이 없는

상황이다. 따라서 공공 의료서비스 재정의 만성적인 적자와 재정 부족분을 메꾸기 위해 정부는 소위 민관협력사업을 통해 민간 의료기관 설립을 독려하고 있다.

우즈베키스탄은 2019년부터 전국민건강보험제도 도입을 추진해 왔다. 이는 의료보장의 재정적자, 의료자원 부족, 낮은 의료서비스 질 문제를 해결하기 위해 공공의료 체계를 개편하려는 것이다. 이 제도는 양질의 의료서비스 제공, 의료 재정의 형평성 제고, 의료비 지출의 효율성 제고를 목표로 하며, 환자의 경제적 어려움에 대한 부담을 줄임으로써 의료보장성을 강화하고자 한다(WHO, 2021). 또한 디지털 건강 정보 시스템을 활용하여 환자의 상태를 실시간으로 확인하여 치료의 효율성을 증대하고자 한다(Aiypkhanova, 2021; WHO, 2021). 현재 시르다리아(Syrdarya)주에서 시범적으로 전국민건강보험제도가 도입되고 있으며, 향후 2025년까지 전국에서 시행될 예정이다.

향후 우즈베키스탄의 보건의료 영역은 더욱 중요하게 부각될 것으로 보인다. 우즈베키스탄 발전 전략(2017-2021)에서 주요 의제로 언급됨에 따라, 의료기관 인프라 확충에 약 7조 5천만 쉼(약 7,669억 원), 의약품 및 의료기기 구입을 위해 약 1조 6천억 쉼(약 1,780억원) 상당의 예산이 편성된 바 있다. 또한 코로나19 발생을 계기로 필수적인 보건의료서비스에 관심을 갖게 되었고, 한국 및 다자기구와의 협력을 통해 보건의료체계 강화를 모색하는 중이다.

마. 노동시장 프로그램

노동시장정책은 아직 정부 예산에서 매우 작은 비중을 차지하지만, 우즈베키스탄 발전 전략(2017-2021)에 따라 전폭적인 투자를 받으며 급성장한 정책 영역이다. 노동시장 프로그램은 실업급여와 공공근로, 직업훈련 프로그램으로 구성된다.

실업급여는 고용노동부 산하 지역별 고용센터가 담당하며, 실업자 지위 부여 결정도 여기서 이루어진다. 급여는 신청자의 취업 이력에 따라 차등 지급되며, 지난해 사업자 평균임금의 50% 수준으로, 최저임금 이상으로 책정된다. 고용주가 지불하는 통합사회지급금의 0.1%는 고용지원기금으로 분배되며, 실업급여는 이러한 고용지원기금으로 재정을 충당한다. 만약, 개인이 근로 이력이 없거나 근로 기간이 충분치 않으면 국가 예산으로 재정을 조달한다. 이 때문에 엄밀한 사회보험 방식은 아니지만, 재원의 일부를 고용주 부담금으로 사용하므로 사회보험 범주에 포함된다고 할 수 있다. 실업급여 예산은 완만하게 증가하는 추세이다. 하

지만 2017년 1만 428명이 실업급여를 수급한 것으로 나타났는데, 이는 등록 실업자의 약 1%에 불과한 수치로, 실업급여의 보장성은 여전히 매우 낮은 수준이다.

적극적 노동시장정책에는 공공근로와 직업훈련·재훈련·고등직업교육훈련이 있다. 전자는 비기여형 제도로, 참여자에게 특별한 사전 직업훈련을 요구하지도 않고 실업자에게 임시직을 제공할 수도 있다. 후자는 시험을 통과해야 훈련 및 교육을 받을 자격이 주어진다. 자금은 고용노동부의 고용지원기금에서 관리하고, 실업수당 및 직업훈련 프로그램 자금을 조달 받는다. 개인의 고용 가능성을 높이고 고용률을 높이기 위해 우즈베키스탄 정부는 적극적 노동시장정책을 대폭 확대해 왔다. 2017년부터 2020년까지 매년 약 300억 쉰(약 32억 9천만 원)의 예산이 증액되었고, 해당 기간 동안 연간 약 40만 6,000개의 일자리가 창출된 것으로 추정된다(Reforms of Uzbekistan, 2021). 하지만 공공사업의 유형과 양을 결정하는 지역 고용주 및 기타 단체들이 이러한 계획을 수립하기에 적절한지에 대한 평가가 미흡하고, 우즈베키스탄 내 비공식 부문의 취업이 상당함에도 불구하고 이에 대한 실태조사가 이뤄지지 않아 정책적 개입이 어려운 점이 한계로 지적된다.

바. 과제

우즈베키스탄 사회보장제도의 개요와 구성, 각 제도의 내용과 성과를 토대로 우즈베키스탄 사회보장제도의 한계와 미래 과제를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 우즈베키스탄 경제는 비교적 고성장을 지속했음에도 일자리는 부족하고 세입 일부를 러시아와 카자흐스탄 등 이주노동자 송금에 의존하는 등 국가 재정이 취약하다. 이는 저소득 가구에 대한 공공부조 지원에서 낮은 포괄성과 보장 수준, 의료서비스 공급 부족 및 서비스의 질적 하락 문제를 낳았다. 최근의 경제 및 사회정책적 변화를 통해 사회지출 확대를 위한 재정적 기반 마련 노력이 지속되어야 할 것이다.

둘째, 우즈베키스탄은 비공식 노동자가 59%로 절반이 넘어 연금·고용보험과 같은 고용주 기여 기반 사회보험제도의 포괄성과 급여 수준이 낮고, 노후 및 실직 시 소득보장성이 낮기 때문에 생계에 어려움을 겪을 위험이 높다. 비공식 노동자를 사회보장제도로 포괄하고 급여 수준을 제고하기 위한 실태 파악 및 제도 개선이 요구된다.

셋째, 우즈베키스탄 사회보장제도는 다양한 정부 부처들이 사회보장제도를 담당하고 있

어⁷⁾ 제도 간 혹은 사업 간 통합과 연계가 어렵다. 사회보장제도 관리 운영을 체계화·일원화 하려는 노력이 요구된다.

넷째, 사회보장제도 전달체계에서 우즈베키스탄만의 고유한 특성으로 마할라라는 우즈베크 전통 지역 주민 공동체가 수급자 선정과 사회보장 자원 배분 결정에 적극 개입한다. 마할라는 지역을 기반으로 하기 때문에 다른 조직에 비해 풍부한 지역 내 정보 및 자원을 갖지만, 전문성이 부족하고 마할라의 정보가 중앙 차원에서 체계적으로 통합 및 관리되지 않는다는 문제가 있다. 따라서 마할라가 가진 정보와 지식이 중앙 차원에서 집적 및 체계화되어 관리 될 수 있도록 시스템을 마련할 필요가 있다.

4. 나가며

우즈베키스탄 사회보장제도 개선을 위한 미래 과제는 우즈베키스탄 정부의 자체적인 노력이 우선 되어야 하지만 한국 및 국제사회와의 협력이 필요함을 말해 준다. 첫째, 청년 및 근로연령 층을 위한 양질의 일자리 확대와 농촌 빈곤 문제 해결을 위해 경제 분야 협력 확대뿐 아니라 노동시장정책, 빈곤정책 수립 및 개선을 위한 정책 교류 확대가 요구된다. 둘째, 의료보장 강화를 위해 전국민건강보험제도 시행 및 성숙, 낙후된 의료체계 개선, 의료 인프라 현대화, 의료인력 양성의 과제가 있으며, 이에 대한 한국과의 협력 수요는 높다. 실제로 한국은 우즈베키스탄 현지 에 병원 개원, 현지 의료진 대상 의료기술 교육, 정보기술⁽¹⁷⁾을 활용한 디지털화 사업 추진 등의 협력 경험을 축적하고 있다. 따라서 한국과 우즈베키스탄은 코로나19 대응 및 의료 협력 경험을 토대로 보건 의료 분야 협력을 지속·확대할 것으로 기대된다. 셋째, 비공식 부문 노동자에 대한 사회보장 포괄 범위를 확대하는 과제가 있다. 한국은 농어촌 지역 주민 등 ‘지역가입자’를 대상으로 사회보험 포괄성을 확대해 온 경험이 있어 보험 대상 확대, 보험료 납입, 징수, 보험급여 제공 등 전반적인 운영 체계에 대한 정책 자문을 제공할 수 있다. 넷째, 우즈베키스탄은 사회보장 제도 수급자 선정과 관리, 소득 파악을 위한 국세 행정 인프라와 정보 시스템 마련의 과제를 안고 있어 중앙집중적인 방식의 수급자 선정 및 관리의 경험이 있는 한국과의 협력이 요구된다.

7) 재정부는 연금기금과 공공부조 프로그램 지출 관리를 담당하고, 고용노동부는 고용과 노동시장 활성화 프로그램뿐만 아니라 전반적인 사회 보장제도 정책 결정을 맡고 있다. 보건부는 노인과 장애인을 위한 건강 관련 프로그램과 서비스를, 교육부는 장애 학생을 위한 특수학급과 특수학교 및 특수 돌봄 기관과 학생들을 위한 현물 급여를 관리·감독한다.

참고문헌

- 고재남. (2020. 9). 중앙아시아의 장기집권 권위주의 정치. *Asian Regional Review Diverse Asia*, 3(3), 1-6.
- 김초룡. (2021. 1). 우즈베키스탄 대통령의 2021년도 연두교서 주요 내용과 시사점. *세계경제포커스*, 4(3), 1-13.
- 민지영, 김초룡. (2018. 12). *우즈베키스탄 미르지옌프 정부 경제정책의 주요 내용과 시사점*. KIEP 기초자료 No. 18-33. 세종: 대외경제정책연구원.
- 박지원. (2020). 우즈베키스탄의 유라시아경제연합 가입: 경제적 기대효과와 부정적 여파의 분석. *러시아연구*, 30(1), 63-89.
- 위키백과. (2022). 중앙아시아, <https://ko.wikipedia.org/wiki/%EC%A4%91%EC%95%99%EC%95%84%EC%8B%9C%EC%95%84> 에서 2022.03.15. 인출.
- Aiypkhanova, A. (2021). State Health Insurance Fund of Uzbekistan has announced piloting state health insurance for the first time in the nation. *Social Health Protection Network*. <https://p4h.world/en/news/state-health-insurance-fund-uzbekistan-has-announced-piloting-state-health-insurance-first> 에서 2021. 9. 5. 인출.
- Central Asian Bureau for Analytical Reporting [CABAR]. (2021). Structure of the Pension System in Uzbekistan. <https://cabar.asia/en/structure-of-the-pension-system-in-uzbekistan> 에서 2021. 7. 29. 인출.
- Countryeconomy.com. (2022). *Uzbekistan-Government Health Expenditure*. <https://countryeconomy.com/government/expenditure/health/uzbekistan> 에서 2022. 3. 8. 인출.
- ILO, UNICEF, & the World Bank. (2020). *An assessment of the social protection system in Uzbekistan - Based on the Core Diagnostic Instrument(CODI)*. Geneva.
- Izvorski, I., Trushin, E., Appiah-Koranteng, A., Varoudais, A., Isalm, R., Lord, D., ... & Karakulah, K. (2019). *Uzbekistan-Public Expenditure Review*. Washington, D.C.: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/471601582557360839/Uzbekistan-Public-Expenditure-Review> 에서 2021.12. 3. 인출.
- Reforms of Uzbekistan. (2021). *The Strategy of Actions on Five Priority Areas of Development of the Republic of Uzbekistan for 2017-2021*. <https://reforms.uz/en/#:~:text=2017%2D2021-,The%20Strategy%20of%20Actions%20on%20Five%20Priority%20Areas%20of%20Development%20of%20the%20Republic%20of%20Uzbekistan%20for%202017%2D2021,-About%20the%20project> 에서 2021. 12. 2. 인출.
- UNDP Uzbekistan. (2021). Data on Health Expenditures in Uzbekistan in 2021 are now publicly available. <https://www.undp.org/content/uzbekistan/en/home/presscenter/pressreleases/2021/12/data-on-healthcare-expenditures-in-uzbekistan-in-2021-are-now-pu.html> 에서 2022. 3. 8. 인출.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Launch of state health insurance in the Syrdarya region*. <https://www.euro.who.int/en/countries/uzbekistan/news/news/2021/7/launch-of-state-health-insurance-in-the-syrdarya-region> 2021. 9. 5.
- World Bank. (2018). *The State of Social Safety Nets 2018*. Washington, DC. <http://documents.worldbank.org/curated/en/427871521040513398/pdf/124300-PUB-PUBLIC.pdf>에서 2022.03.15. 인출.
- World Bank. (2019). *Uzbekistan Social Assistance Targeting Assessment*. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33163> License: CC BY 3.0 IGO.에서 2021. 8. 12. 인출.
- World Bank. (2022). World Development Indicators. <https://data.worldbank.org/indicator>에서 2022. 2. 15. 인출.

소상공업(small business)을 위한 미국의 코로나19 팬데믹 지원 정책에 관하여

U.S. Covid-19 Pandemic Relief Policy for Small Business Sector

김태근(아델파이대학교 사회복지대학원 교수)
Kim, Tae Kuen(Adelphi University)

코로나19 팬데믹으로 인해 미국의 많은 소상공업(small business)자들이 경제적 손실을 입었다. 이들을 지원하기 위하여 미 연방정부는 일련의 소상공업 지원 정책들을 도입한다. 이 글에서는 대표적인 연방 지원 정책 4가지를 간략하게 소개하고 미국의 경험이 지니는 함의를 살펴보고자 한다. 이를 위하여 먼저, 미국에서 소상공업의 법적 개념이 어떻게 되는지 짚어 보고 각 정책의 핵심 목표와 정책의 주요 골자를 파악한다. 아울러 미국 소상공업 지원 정책의 특징과 한계를 알아본다.

1. 들어가며

2020년 3월부터 2년여간 이어져 오고 있는 코로나19 팬데믹은 미국 정치경제 제 분야에 걸쳐 큰 변화를 초래하였다. 공중보건 시스템의 급속한 붕괴는 시장과 가게, 더 나아가 주정부 및 지방정부의 기능을 일거에 마비시켰고, 역설적이게도 이러한 총체적 위기 속에서 미국 사회는 연방정부의 역할이 획기적으로 확대되는 ‘국가의 귀환’을 경험한다(김태근, 2021a). 주지하는 바와 같이 미 연방정부는 지난 2년간 총 세 차례에 걸친 대규모 정책 입법을 통하여 가게와 시장 그리고 주정부 및 지방정부에 천문학적 예산을 지원하였다. 이처럼 전례없는 연방정부의 대규모 개입 정책은 코로나19 팬데믹으로 인한 사회경제적 불안정성을 빠르게 진화하며 미국에서 연방정부의 순기능에 대한 새로운 가능성을 보여 주었다(김태근, 2021b).

이 글에서는 소상공업(small business)을 위한 코로나19 팬데믹 위기 완화의 일환으로 미국에서 도입한 일련의 지원 정책들을 소개하고자 한다. 지금까지 많은 연구들이 미국의 가게별

현금 지원(stimulus check)과 실업급여 확대 등 개인 및 가구에 대한 지원 정책을 집중적으로 다룬 반면 시장 영역(market sector), 특히 소상공업에 대한 지원 정책 소개는 상대적으로 부족하였다. 여기에는 여러 이유가 있겠지만 무엇보다 소상공업 지원 정책의 복잡성에 기인한다. 개인 및 가구에 대한 지원이 비교적 단순하고 일원화된 형태의 정책으로 구현된 것에 반해 소상공업 지원은 다양한 정책 형태와 경로를 통하여 제공되었다는 데 주목할 필요가 있다. 왜냐하면 소상공업이라는 큰 테두리 안에 여러 세부 분야들(제조업, 요식업, 관광·레저업, 농업 등)이 존재하며, 분야별 특성에 따라 지원 정책에 대한 상이한 접근이 필요하기 때문이다. 이에 더하여 지역마다 주요 산업구조의 구성이 현저히 다르기 때문에 주정부 또는 지방정부 차원의 지원 정책에는 더 큰 차이가 있다.

이런 점을 고려하여 이 글에서는 코로나19 팬데믹 위기 상황에서 미 연방정부가 국가적 단위로 도입한 4개의 대표적인 소상공업 지원 정책을 살펴본다.¹⁾ 이를 위하여 먼저 소상공업 지원을 담당하는 개별 정책들의 정책 목표와 정책 수단을 개괄적으로 설명하고, 아울러 이들이 내포하고 있는 거시적 정책 함의를 도출하여 소상공업을 위한 미국 코로나19 팬데믹 지원 정책의 주요 내용과 특징을 동시에 파악하고자 한다.

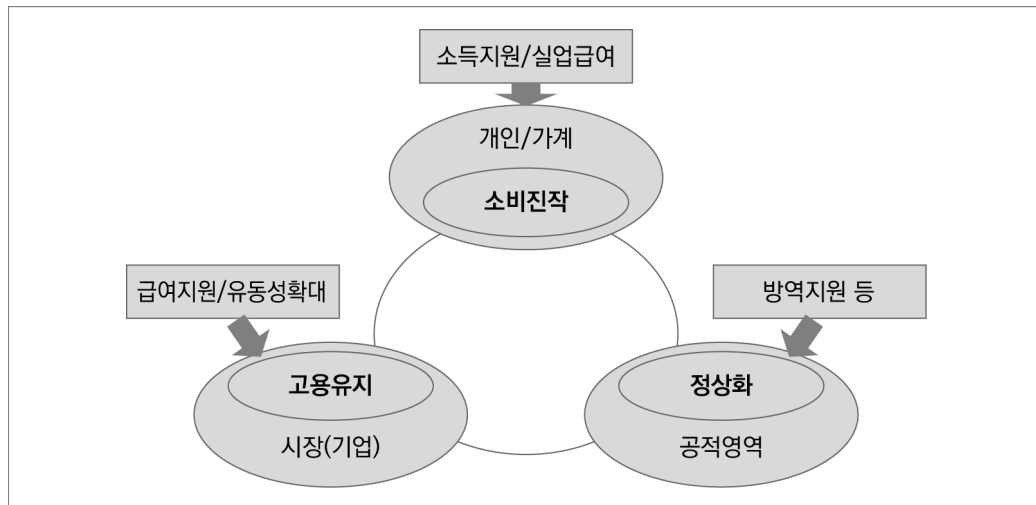
2. 미국의 코로나19 대응 정책과 소상공업(small business)의 개념 및 현황

서두에서 언급한 바와 같이 코로나19 팬데믹은 미국 사회에 전방위적 위기를 초래하였다. 이를 타개하기 위해 미 연방정부는 크게 세 기둥으로 이루어진 지원 정책을 개진한다. 첫째는 개인 및 가계의 가처분소득을 유지하고 이에 따른 소비 진작을 꾀하는 정책이고, 둘째는 시장 영역에서 고용 유지와 사업 안정화를 지원하는 것이며, 마지막은 공적 영역(public sector)²⁾에 대한 지원을 통하여 코로나19 대응의 효과성을 높이고 정상화를 촉진하는 것이다.

1) 연방정부 차원의 정책으로 급여 보호 프로그램(Paycheck Protection Program [PPP]), 코로나19 경제재난 대출(COVID-19 Economic Injury Disaster Loan [COVID-19 EIDL]), 폐쇄 영업장 지원금(Shuttered Venues Operators Grant [SVOG]), 음식점 부양 지원금(Restaurant Revitalization Fund [RRF])을 다룬다.

2) 여기서 공적 영역(public sector)은 사적 영역(private sector, 시장과 가계)을 제외한 영역으로 주정부와 지방정부 그리고 공공사업 부문을 포함한다.

그림 1. 미국 코로나19 지원 정책의 구성



[그림 1]과 같이 미국의 코로나19 지원 정책은 ‘소비-고용-정상화’라는 세 개의 정책 목표를 달성하기 위하여 ‘개인·가계-시장-공적 영역’이라는 세 개의 정책 대상에 다양한 정책 수단을 동원한 것이라 요약할 수 있다(김태근, 2020). 이 중에서 시장 부문에 대한 지원은 다시 ‘대기업 집단(larger corporations) 지원 정책’과 이 글에서 다룰 ‘소상공업(small business) 지원 정책’으로 나눌 수 있는데, 이를 명확하게 이해하기 위하여 먼저 소상공업(small business)의 정확한 의미를 짚어 볼 필요가 있다.³⁾

미국에서 소상공업(small business)이라는 용어는 산업별로 또는 지역별로 다르게 개념화된다. 하지만 연방정부 차원에서 모든 정책과 제도의 법적 대상(legal subject)으로 소상공업(small business)을 지정할 때 미 중소기업청(Small Business Administration [SBA])의 정의를 일괄적으로 사용한다(U.S. Department of Commerce, 2011). 미 중소기업청은 두 개의 기준을 - ‘피고용인 규모’와 ‘연간 총수입(average annual growth receipt) 규모’ - 직군별로 다르게 적용하여 ‘규모 기준 목록(size standards table)’을 작성하고 이를 근거로 직군별로 소상공업을 정의하는 방식을 취하고 있다. 이

3) 일부 언론에서 소상공업(small business)을 피고용인 500인 이하의 사업장이라고 소개하고 있는데 이는 ‘엄밀한’ 의미에서 잘못된 정보이다. 다음에서 자세히 살펴볼겠지만 경우에 따라 500인이 넘는 사업장도 소상공업으로 지정되고, 또 피고용인이 500인 이하라 하더라도 연 재정 수입(annual revenue)이 기준을 초과할 경우 소상공업으로 인정되지 않는다. 다만 뒤에서 소개할 일부 정책들은 여기서 소개한 ‘소상공업 중에서’ 다시 500인 이하의 사업장으로 적용 범위를 한정하고 있다.

때 북미산업분류시스템 코드(North American Industry Classification System Codes [NAICS Codes])를 사용하기 때문에 1천여 개가 넘는 세부 직업별로 각기 다른 기준이 적용된다(U.S. SBA, 2016). 아래 <표 1>은 미 중소기업청의 규모 기준 목록 중 일부를 발췌하여 작성한 것이다.

표 1. 미 중소기업청의 규모 기준 목록(size standards table)의 예

북미산업분류 시스템 코드 (NAICS Codes)	산업 부문(Industry Description)	재정규모기준 (Size Standards in millions of dollars)	고용규모 기준 (Size Standards in number of employees)
Sector 11 -농어업 부문(Agriculture, Forestry, Fishing and Hunting)			
111140	밀 농사(Wheat Farming)	\$0.75	
112310	계란 생산(Chicken Egg Production)	\$15.0	
Sector 31-33 -제조업 부문(Manufacturing)			
311513	치즈 가공(Cheese Manufacturing)		1,250
311811	제빵(Retail Bakeries)		500
Sector 72 -숙박/요식업 부문(Accommodation and Food Services)			
721110	호텔/모텔(Hotels and Motels)	\$32.5	
722511	일반음식점(Full-Service Restaurants)	\$7.5	
Sector 81 -기타 서비스 부문(Other Services)			
813110	종교기관(Religious Organizations)	\$7.5	
813312	환경단체(Environment/Conservation Organizations)	\$15.0	

자료: U.S. SBA(2016)

<표 1>에서 보는 바와 같이 농어업 부문이나 숙박/요식업 부문은 수입을 기준으로 소상공업을 지정하는 반면, 제조업 부문은 피고용인 수를 기준으로 적용한다. 또한 같은 산업 부문에서도 세부 직업에 따라 다른 기준이 적용되는 것을 볼 수 있는데, 예를 들어 치즈 가공업은 피고용인이 1,250명인 경우까지 소상공업으로 지정되는 데 반해 제빵업은 500명까지만 인정된다. 특히 세부 직종 간 소상공업으로 지정되는 규모에 큰 편차가 있다. 밀농사는 인정되는 연 수입이 75만 달러(약 9억 원)까지이지만 호텔/모텔업은 연간 수입이 3,250만 달러(약 390억 원) 이하까지 소상공업으로 인정된다. 이에 더하여 자격 조건이 충족되는 경우 종교기관, 시민단체 또는 학교 등 비영리조직도 소상공업에 포함되는 것을 볼 수 있다. 예컨대 종교기관(교회, 사원 등)은 연 수입(revenue)이 750만 달러(약 90억 원) 이하인 경우 소상공업으로 인정한다.

이상에서 살펴본 바와 같이 미국에서 법적으로 정의하는 소상공업의 범위는 대단히 넓다. 여기에는 별도의 피고용인 없이 사업주 단독으로 운영하는 소규모 자영업부터 1천여 명의 직원들이 근무하는 연방정부 계약 업체까지 규모와 내용 면에서 다양한 사업장^(business)이 포함된다. 한편 최근 자료에 따르면 3천만 개 이상의 사업장이 소상공업의 범주에 포함되는데, 이는 미국 전체 사업장 수의 99.9%에 해당하는 수치이다. 또한 미국 전체 고용의 절반 이상을 소상공업이 담당하고 있는 것으로 파악되었다(Office of Advocacy, 2020). 즉 미국의 소상공업은 단지 영세한 규모의 사업장만을 의미하는 것이 아니라 경제 규모 상위 0.1%에 속하는 대기업 집단을 제외한 대부분의 영리/비영리 사업장을 포괄하는 방대한 개념이다. 이런 점에서 소상공업을 위한 미국의 코로나19 지원 정책은 일부 영세 사업장만을 대상으로 하는 것이 아니라 시장 영역^(market)에 대한 연방정부의 포괄적 지원 정책^(comprehensive relief policy)이라 할 수 있다.⁴⁾

3. 연방정부 차원의 중소기업 지원 정책

2020년 3월 중순 코로나19 팬데믹으로 인한 전면적 봉쇄령^(lock-down)이 미 전역에 발효되면서 모든 경제 주체가 심각한 위기에 봉착했다. 특히 대기업 집단과 달리 재정적·기술적 측면에서 가용한 위기 대응 수단에 한계가 많았던 소상공업은 즉각적인 타격을 입게 되었다(Fairlie, 2020). 팬데믹 선포 이후 한 달 만에 전체 소상공업자의 60%가 최소 1명 이상의 인력 감원^(lay-off)을 단행하였고(Humphries, Neilson, & Ulyssea, 2020), 2020년 2분기에만 10만여 곳의 소상공업자가 영구적 폐업^(permanent closed)을 선택하였다(Yelp, 2020). 봉쇄령의 여파는 지속되었는데 2020년 9월과 10월에 걸쳐 실시된 미 연방준비은행^(FED)의 조사에 따르면, 2019년과 비교했을 때 소상공업에서 50% 정도의 고용^(workforce) 감축이 발생하였다(Federal Reserve Bank, 2021).

미국 경제의 허리와도 같은 소상공업의 기반이 크게 약화된 것이다. 소상공업 중심의 대규모 실업은 가계의 구매력을 현저히 저하시켰고, 이는 다시 ‘겨우 생존하고’ 있던 소상공업 분

4) 이 글에서 다루지는 않지만 재정 규모 면에서 소상공업 지원에 준하는 재원은 「코로나바이러스 지원, 구호 및 경제안정법」(Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security [CARES Act])을 통해 대기업 집단에 투여되었다. 이런 점에서 미 연방정부의 코로나 지원 정책은 영세 사업자부터 수십조 원의 자산을 보유한 거대 기업(항공, 에너지 기업 등)을 모두 아우르는 사실상 완전한 시장 개입 정책이라 할 수 있다.

야의 매출 하락을 촉발하는 악순환에 접어들게 된다. 이 악순환의 고리를 끊기 위해 미 정부는 두 갈래의 정책 수단을 동원하는데, 하나는 가게의 구매력 회복을 위하여 현금을 지원하고 실업급여를 대폭 확대하는 것이고 또 다른 하나는 소상공업에 대한 직접적인 지원이다. 이러한 배경에서 미 연방정부는 다음 4개의 구체적인 지원 정책을 도입한다.

가. 급여 보호 프로그램(Paycheck Protection Program [PPP])⁵⁾

연방정부 차원의 소상공업 지원 정책의 핵심은 급여 보호 프로그램(이하, PPP)이다. PPP는 기본적으로 현금 지원(stimulus check)이나 실업급여와 같이 정부가 직접 현금을 지급하는 제도가 아니라 대출(loan) 프로그램이라는 데 주목할 필요가 있다. 따라서 각 사업장에서는 연방정부가 아닌 개별 대여자(lender)에게 대출 신청을 하고 대출금을 받게 된다. 그런데 일정 기간이 지난 후 (개별 사안에 따라 다르나 보통 8~24주 후) 대출받은 사업장이 PPP에서 명시한 모든 조건을 충족하면 연방정부가 대신 대여자에게 대출금을 상환해 주기 때문에 사업장 입장에서 대출 상환 면제(loan forgiveness)가 발생하여 실질적으로 지원금을 지급받는 셈이 된다.

정책의 명칭(Paycheck Protection)에서 알 수 있듯이 PPP는 소상공업자들이 고용을 유지하도록 인센티브를 제공하는 것이 프로그램의 주요 목표이다. 따라서 PPP 대출금은 고용 유지와 관련된 용도로만 사용할 수 있다. 여기에는 피고용인(자영업자의 경우 본인 포함)에게 제공하는 급여 비용(payroll cost)과 상여금(benefit)을 포함하여 사업을 기본적으로 운영·유지하는 데 필요한 제반 비용(임대료, 모기지 이자, 전기·수도료를 포함한 기본 유틸리티 비용, 피고용인 안전 보호 비용, 기타 직종별로 인정되는 필수 비용)이 포함된다. 완전 대출 상환 면제(full loan forgiveness)를 받기 위해서는 (1) 피고용인 수와 급여 수준이 일정 기간 감소 없이 유지되어야 하고, (2) 대출금이 PPP에 명시된 용도에만 사용되어야 하며, (3) 총대출금의 60% 이상은 반드시 급여 비용(payroll cost)에 사용되어야 한다.⁶⁾

PPP는 대출금의 산정 방식과 대출 상한액을 적시하고 있는데, 신청 이전 해 월평균 급여 비용(average monthly payroll costs)의 2.5배까지 대출금을 신청할 수 있으며, 직군에 상관없이 사업장

5) U.S. SBA(2021a)에서 주요 내용을 발췌하였다.

6) 만약 이 조건을 충족시키지 못하면 연방정부는 대출 상환을 거부하고 사업장에서 대출을 상환해야 한다. 이때 1%의 연이율이 적용된다.

당 2백만 달러(약 24억 원)까지 대출을 받을 수 있다. 특히 코로나19 팬데믹으로 손실이 가장 컸던 숙박/요식업 부문에 한하여 월평균 급여 비용의 3.5배까지 대출금을 신청할 수 있도록 예외를 인정하였다.⁷⁾ 한편 대여자(lender)는 미 연방정부와 계약을 맺은 금융기관으로 대부분의 시중은행(private bank)들이 이 범주에 속한다. PPP 도입 초기 Bank of America 등 미국의 대표적인 은행들이 기존의 거래 고객만을 대상으로 PPP 대출을 허락하였지만 이내 모든 소상공업자로 대출 대상을 확대하였다. PPP는 2020년에 총 2회(first/second draw)에 걸쳐 실시되었으며 조건에 부합할 경우 각 사업장은 2회 모두 신청할 수 있었다.⁸⁾ PPP에 투입된 총연방 예산은 6,600억 달러(약 790조 원)이다.

나. 코로나19 경제재난 대출(Covid-19 Economic Injury Disaster Loan [Covid-19 EIDL])⁹⁾

앞서 설명한 PPP가 대출상환 면제를 전제로 한 프로그램인 반면 코로나19 경제재난 대출(Covid-19 EIDL)은 소상공업을 위한 저금리의 장기 상환 대출(repaid loan) 프로그램이다. 또한 PPP의 경우 연방정부와 계약을 체결한 시중 금융권(private bank)에서 대출을 받지만 코로나19 경제재난 대출(Covid-19 EIDL)은 미 중소기업청에 직접 신청하여 중소기업청으로부터 대출을 받는 형식을 취한다. PPP와 마찬가지로 대출의 사용 용도가 한정되어 있기 때문에 각 사업장에서는 인건비와 기본 사업 유지 비용 등으로만 대출금을 사용할 수 있다. 다만 PPP와 달리 과거의 빚(past debt)을 청산하는 데에도 대출금을 사용하도록 허락하고 있다. Covid-19 EIDL은 상환 전제 대출이기 때문에 대출 신청 사업자가 대출액을 임의로 결정할 수 있으며, PPP와 같이 대출 상환액은 사업장당 2백만 달러(약 24억 원)로 제한된다.

대출 기간은 최고 30년까지이며 일반 영리 사업장(businesses)은 연이율 3.75%, 비영리 기관(nonprofit-organizations)은 2.75%의 고정금리(fixed-rate)를 적용받는다. 그리고 조기 상환에 대해 아

7) 예를 들어 어떤 사업장의 2019년도 월평균 총급여 비용이 2천만 원이었다면 최대 5천만 원(2천만 원×2.5)까지 대출을 받을 수 있으며, 대출 상환 면제를 받기 위해서는 이 금액 중 3천만 원(5천만 원×0.6) 이상은 반드시 급여 관련 비용으로 사용하여야 한다.

8) 1차(first draw)와 2차(second draw) 신청 조건에 몇 가지 차이가 있었다. 1차의 경우 소상공업자 중 피고용인 500인 이하 사업장이 8주 분(8-week window)의 급여·운영비를 신청할 수 있었고 총대출액 대비 급여 비율도 75%였다. 하지만 2차 신청에서는 더 영세한 300인 미만 사업장이 24주 분(24-week window)의 급여·운영비를 신청할 수 있었고 총대출액 대비 급여 비율도 60%로 하향시켜 자금 사용의 융통성을 확대하였다(Frankel, 2021).

9) U.S. SBA(2021b)에서 주요 내용을 발췌하였다.

무런 제약이나 페널티가 없다. Covid-19 EIDL은 코로나19 팬데믹으로 영향을 받은 소상공업의 재정적 부담(financial stress)을 해소하기 위하여 도입된 제도이기 때문에 최초 대출 개시부터 2년간(코로나19 팬데믹의 영향이 상존하는 기간)은 원금과 이자 상환에 대해 전액 지급 연기(payments deferment)를 받을 수 있다. 즉 대출 사업장 입장에서는 2년간 재정적 압박을 완화할 수 있는 시간을 버는 셈이다.

한편 Covid-19 EIDL은 일부 사업장에 한해 2개의 ‘예외적인’ 비상환 대출(non-repaid loan)¹⁰⁾ 제도를 포함하고 있다. 이 두 예외적 대출(일명 advances)을 받기 위해서는 미 중소기업청이 지정한 저임금 지역(SBA-specified low-income community)에 사업장이 위치하여야 한다. 먼저 선별적 경제재난 대출(Targeted EIDL Advance)의 대상은 300인 이하의 피고용인을 두고 수입이 팬데믹 전년도 대비(보통 2019년) 30% 이상 감소한 사업장이다. 이 경우 1만 달러(약 1,200만 원)의 비상환 대출을 받을 수 있다. 다음으로 부가적 경제재난 대출(Supplemental Targeted Advance)의 경우 10인 이하의 피고용인을 두고 수입이 팬데믹 전년도 대비 50% 이상 감소한 사업장이 신청할 수 있으며, 1만 5천 달러(약 1,800만 원)의 비상환 대출을 받을 수 있다. 그리고 예외적 대출(advances)을 받은 사업장도 일반 Covid-19 EIDL을 신청할 수 있다. Covid-19 EIDL에 투입된 총연방 예산은 2천억 달러(약 240조 원)이다.

다. 음식점 부양 지원금(Restaurant Revitalization Fund [RRF])¹¹⁾

앞서 소개한 두 개의 정책이 업종에 상관없이 소상공업 전반을 포괄하는 전략적 지원이었던다면 이후 소개하는 두 개의 정책은 코로나19 팬데믹으로 인해 특히 큰 피해를 입은 특정 산업 부문에 대한 전술적 지원이라 할 수 있다.¹²⁾ 다른 국가와 마찬가지로 미국에서도 강력한 봉쇄와 사회적 거리 두기로 인하여 요식업의 경제적 피해가 컸다. 음식점 부양 지원금(RRF)은 코로나19 팬데믹과 관련하여 수입이 급격히 감소한 음식점들을 지원하기 위하여 연방 예산에서 290억 달러(약 35조 원)를 투입하여 시행한 정책이다. RRF의 적용 대상은 일반 음식점

10) 비상환 대출(non-repaid loan)은 사실상 보조금(relief fund)과 같은 것이다. 굳이 ‘대출’이라는 표현을 사용한 것은 신청 절차가 대출 신청 과정에 포함되기 때문이다.

11) Office of Capital Access(2021)에서 주요 내용을 발췌하였다.

12) 이 두 정책의 수혜 대상이 되기 위해서는 특정 업종 중에서 앞 절에서 소개한 소상공업(small business) 기준에 부합하여야 한다.

부터 주점(bar), 푸드트럭(food truck)에 이르기까지 모든 요식 관련 업종을 포함한다.

RRF는 코로나19 팬데믹 이전 해인 2019년과 비교하여 2020년에 감소된 수입액만큼 보전해 주는 것이 기본적인 원칙이며, 사업장당 최대 5백만 달러(약 60억 원)의 지원액 상한이 적용된다. 따라서 지원액은 개별 사업장마다 상이하며, 2020년에 개업한 경우나 2019년 중 후반에 개업하여 1년 치의 온전한 수입 자료가 없는 경우 별도의 계산 규정을 두고 있다. 여기서 주목할 점은 2020년 총수입을 계산할 때 앞에서 설명한 PPP나 Covid-19 EIDL을 받은 경우 이 금액을 총수입에 포함하지 않는다는 것이다. 그러므로 기본적 지원액 산정 공식은 ‘2019년도 총수입 - 2020년 총수입 - PPP 지원금 or Covid-19 EIDL 대출금’이 된다.

한편 RRF는 지원금의 사용 용도를 제한하고 있다. 즉 PPP나 코로나19 경제재난 대출(Covid-19 EIDL)과 마찬가지로 고용 비용과 기본적인 사업 유지 비용에 한하여 지원금을 사용해야 하며 기존 사업 이외의 사업 확장이나 투자에는 사용할 수 없도록 하고 있다. 다만 코로나19 팬데믹이라는 특수 상황을 고려하여 야외 좌석 건설(construction of outdoor seating)이나 사업장의 일시적 구조 변경(remodeling)에는 지원금을 사용할 수 있도록 규정하고 있다.

라. 폐쇄 영업장 지원금(Shuttered Venue Operators Grant [SVOG])¹³⁾

코로나19 팬데믹으로 인한 경제적 피해의 가장 직접적인 원인은 봉쇄와 사회적 거리 두기였다. 따라서 비대면에 얼마만큼 적응할 수 있는지가 산업 부문별 피해의 규모를 가름하였다. 단적인 예로 봉쇄가 시작된 2020년 3월과 4월 산업별 재정수입(revenue)의 변화를 보면 소매업 및 운송업 분야에서는 40% 정도의 수입 감소가 발생한 반면, 여가나 문화활동 분야에서는 75%에 육박하는 수입 감소가 발생하였다(Womply, 2020). 극장이나 예술 공연 등과 같은 사업은 비대면으로 대체하는 것이 사실상 불가능하기 때문이다. 폐쇄 영업장 지원금(SVOG)은 이처럼 코로나19 팬데믹 규제로 인하여 영업을 전면 폐쇄된 사업장을 대상으로 연방 예산 160억 달러(약 19조 원)를 투입하여 시행한 정책이다.

먼저, 정책 적용 대상은 주로 문화·예술 분야의 사업장 및 종사자로 영화 극장, 공연장, 전시장, 거리 예술가(live performing art operator) 등을 포함한다. 여기서 중요한 점은 폐쇄(shuttered)의

13) Office of Disaster Assistance(2021)에서 주요 내용을 발췌하였다.

개념인데, 이는 사업 정리 또는 파산과는 구별되는 개념이다. 즉 SVOG를 받기 위해서는 신청 시점 현재 사업을 유지하고 있는 상태(on-going business)에서 영업만 폐쇄되어야 한다. 예를 들어 1인 공연자가 CARES Act를 통하여 확대된 실업급여를 수급할 경우 이는 사업 정리가 발생한 것이기 때문에 SVOG를 이중으로 수급할 수 없다. 한편 개별 사업장당 수급받을 수 있는 최대 지원금은 1천만 달러(약 120억 원)이고, 비교적 영세한 규모의 사업장(피고용인 50인 이하)만 신청할 수 있도록 총예산 160억 달러 중 20억 달러(2조 4천억 원)를 따로 할당하였다. 지원액으로는 2019년도 총수입의 45%를 지원하며 RRF와 마찬가지로 2019년 일 년치 자료가 없는 경우 별도의 계산 방식을 사용한다. 또한 RRF와 달리 지원금 사용 용도에 제약이 없는 대신 PPP를 받은 경우 그 액수만큼을 지원액에서 삭감한다.

4. 나오며: 미국 소상공업 지원 정책의 함의

이상으로 코로나19 팬데믹과 관련하여 미국 소상공업 지원 정책의 핵심 내용을 간략히 살펴해보았다. 이를 정리하면 <표 2>와 같다.

표 2. 미 연방정부 소상공업 지원 정책 요약

	급여 보호 프로그램 (PPP)	코로나19 경제재난 대출 (COVID-19 EIDL)	음식점 부양 지원금 (RRF)	폐쇄 영업장 지원금 (SVOG)
주요 정책 목표	고용 유지 비용 지원	사업 운영 자금 지원	감소된 수입 보전	감소된 수입 보전
정책 형태	조건부 비상환 대출	장기 상환 대출 / 비상환 대출	현금 지원	현금 지원
적용 대상	소상공업자 중 500인 이하(1차) 300인 이하(2차)	소상공업자 / 300인 이하(1만 달러) 10인 이하 (1.5만 달러)	소상공업자 중 요식업 관련 사업장	소상공업자 중 공연/예술 업종
지원금 사용 용도	고용 관련 및 기본 사업 운영 비용	고용 관련 및 기본 사업 운영 비용 + 빚(debt) 상환	고용 관련 및 기본 사업 운영 비용 + 사업장 구조 변경	제한 없음
지원액 (최고 지원액)	2019년도 월평균 급여 총액의 2.5배 (200만 달러)	개별 사업장 재량 (200만 달러)	2019년~ 2020년도 총수입 차액 (500만 달러)	2019년도 총수입의 45% (1,000만 달러)
총투여 예산	6,600억 달러	2,000억 달러	290억 달러	160억 달러

지면 관계상 각 정책의 큰 개요에 초점을 맞추어 자세한 내용을 다루지는 못하였지만 정책의 세밀한 부분들을 들여다보면 여러 가지 쟁점을 발견할 수 있다. 이런 미시적인 내용들은 차치하고 4개의 대표 정책을 통하여 드러난 미국 소상공업 지원 정책의 거시적 특징과 문제점을 짚어 보면 다음과 같다.

먼저, 연방정부 개입의 ‘과감성’을 여지 없이 보여 주었다는 것이다. 이는 이미 현금 지원이나 실업급여 확대 등 다른 코로나19 지원 정책에서도 확인된 특징이다. 정책의 규모와 속도면에서 이번 소상공업 지원 정책은 전례를 찾아볼 수 없다. 4개의 정책에 투입된 연방 예산은 총 9천억 달러(약 1,000조 원)에 이르며 이 중 대표적인 정책이라 할 수 있는 PPP는 팬데믹 발생 6주 만에 3,500억 달러(약 420조 원)를 소상공업자에게 제공하는 신속성을 보였다.

또 다른 특징은 소상공업 지원 정책의 방점을 ‘고용 유지’에 두고 있다는 것이다. PPP, Covid-19 EIDL, RRF 모두 지원금의 사용 용도를 구체적인 항목으로 제한하고 있다. 특히 직접적인 급여 비용(급여와 상여금)과 고용을 유지하는 데 필수적인 사업 비용에만 지원금을 사용하도록 함으로써 사업주(business owner)가 지원금을 임의로 사용하는 것을 방지하고 있다. 실제로 PPP의 경우 일단 대출을 받았다 하더라도 이후 지원금의 사용 내용을 제대로 증명하지 못하면 완전한 대출 상환 면제를 못 받는 경우가 있으며, 거짓으로 내용을 위조하여 형사 처벌을 받는 사례도 발생하였다.¹⁴⁾

마지막으로, 조세 정보를 적극적으로 활용하였다는 것이다. 앞에서 설명한 바와 같이 지원액을 결정할 때나 사업장의 손실액을 추정할 때 모두 팬데믹 이전 해인 2019년도 조세 자료와 비교했다는 것이다. 이런 점에서 소상공업 지원 정책의 최대 패배자(big loser)는 “2019년에 소득을 가장 많이 축소 보고한 사람”이라는 말이 회자될 정도였다. 이번 연방정부의 코로나19 팬데믹 정책에서 소상공업 지원뿐만 아니라 개인 현금 지원에서도 조세 정보가 매우 유용한 역할을 하였기 때문에 정확한 조세 파악의 중요성이 다시 한번 부각되었다.

이와 더불어 미 연방정부의 소상공업 지원 정책은 몇 가지 한계를 노출하였는데, 무엇보다 지원금 분배의 적절성에서 문제를 야기하였다. 특히 PPP의 경우 시중은행을 통한 대출을 매개로 지원금을 제공(rollout)하다 보니 은행 대출의 노하우와 경험이 많은 사업장에 유리하게 작

14) 미국에서 정부 문서 위조 및 세금을 포함한 정부 예산 남용은 중범죄에 해당하므로 3년 이상의 징역형을 받기도 하였다(Guzman, 2022).

용하였다. 통상 이런 사업장들은 소상공업자 중에서도 비교적 안정된 규모와 자금력을 보유하고 있기 때문에 지원금이 더 절실한 영세 사업장이 지원에서 소외되는 역진적 상황이 발생한 것이다. 최근 조사에 따르면 피고용인 100인 이상 사업장은 전체 신청 자격 사업장 중 75%가 PPP를 받았지만 4인 이하 영세 사업장은 고작 20% 정도만 PPP를 받은 것으로 나타났다. 즉 가장 적은 피해를 입은 ‘대규모’ 소상공업장이 가장 많은 혜택을 받은 것이다 (Bartik, Bertrand, Cullen, Glaeser, Stanton, & Sunderam, 2020).

비슷한 맥락에서 정보의 불균형도 지원금 신청의 문제를 야기하였다. 주목할 점은 이상에서 다룬 4개의 모든 정책이 ‘선착순 원리(first come first served basis)’로 신청을 받았다는 것이다. 그리고 정책 총예산이 소진됨과 동시에 더 이상의 신청을 받지 않았다. 일례로 PPP 1차(first draw)는 3,500억 달러(약 420조 원)의 예산이 단 2주 만에 고갈되어 종료되었는데, 이러한 상황에서는 당연히 정책 정보에 민첩하게 반응할 수 있는 사업장이 더 많은 혜택을 가져가게 되었다. 지금이야 일목요연하게 정책들을 정리하지만 시행 초기 부족한 정보로 인한 많은 혼선이 있었고, 법률 전문가나 회계 전문가의 도움을 받는 데 제약이 많았던 영세 사업장은 신청 기간을 놓치는 경우가 많았다. 미국 최대 은행인 JP 모건 체이스(Morgan Chase)조차 PPP 시행 초기 재무성의 설명 불충분을 이유로 대출 신청을 받지 않을 정도였다. 또한 일명 하버드 스캔들도 이러한 정보의 혼선에서 비롯된 것이다.¹⁵⁾

이러한 문제점을 바탕으로 브루킹스 연구소의 해밀턴 프로젝트 보고서는 이후 이와 같은 문제의 재발을 방지하기 위하여 미 국세청(IRS)의 역할을 강화해야 한다고 지적하고 있다. 개인 현금 지급(stimulus check)의 경우 IRS가 지원액 산정과 분배를 도맡아 매우 효율적으로 지원금을 제공할 수 있었다는 평가를 받는다. 이처럼 향후 소상공업 지원에서도 시중은행의 대출이 아닌 세액 공제(tax credit)¹⁶⁾의 확대를 통해 연방정부가 직접 지원하게 되면 더 효율적인 정책 집행이 가능하다고 진단하고 있다(Hamilton, 2020). 이상에서 살펴본 소상공업 지원을

15) 도널드 트럼프 대통령과 몇몇 상원의원들은 수십조 원의 자산을 보유한 하버드대학교가 수백만 달러의 PPP를 수령했다고 비난하였는데, 이는 잘못된 지적이었다. 하버드대학교가 받은 PPP는 소상공업 지원 목적의 PPP가 아니라 대학들을 지원하기 위하여 제정된 고등교육긴급구조기금(Higher Education Emergency Relief Fund)라는 별도의 법률에 근거한 지원이었다(Fritze & Quintana, 2020). 다양한 정책이 동시에 시행되다 보니 법률을 제정한 입법자들 사이에서조차 혼선이 있었다는 것을 단적으로 보여 주는 예이다.

16) 미 국세청(IRS)을 통하여 현금을 지원하는 것이 미 복지국가의 특징 중 하나이다. 이때 세액공제 형식으로 연방정부가 현금을 수급 대상에게 지원하는데, 대표적인 정책으로 근로장려세제(Earned Income Tax Credit [EITC])와 아동세액공제(Child Tax Credit [CTC])가 있다. 이에 대한 자세한 내용은 김태근(2021c)에 기술되어 있다.

위한 미국의 정책 경험과 함의는 향후 다시 발생할지 모르는 또 다른 팬데믹에 대비하며 보건의료 및 사회정책적 대응을 모색하는 지금 시점에서 시사하는 바가 크다 하겠다.

참고문헌

- 김태근. (2020). 미 연방정부의 코로나19 팬데믹 정책에 대한 고찰: 현금 지원 정책(Economic Impact Payment)을 중심으로. *국제사회보장리뷰*, 13, 21-35.
- 김태근. (2021a). 미국 사회지출 법안의 하원 통과 의미와 전망. *국제사회보장리뷰*, 19, 61-73.
- 김태근. (2021b). 바이든 행정부 코로나19 대응정책(American Rescue Plan Act)의 성립 과정과 배경. *국제사회보장리뷰*, 16, 57-66.
- 김태근. (2021c). 미국 정부의 확장적 사회정책: 아동수당 확대를 중심으로. *국제사회보장리뷰*, 17, 59-66.
- Bartik, A. W., Bertrand, M., Cullen, Z., Glaeser, E., Luca, M., Stanton, C., & Sunderam, A. (2020). *The Targeting and Impact of Paycheck Protection Program Loans to Small Business*. NBER Working Paper Series No. 27623. Harvard Business School, Cambridge, MA.
- Fairlie, R. (2020). The impact of COVID-19 on small business owners: Evidence from the first three months after widespread social-distancing restrictions. *Journal of Economics & Management Strategy*, 29(4), 1-14.
- Federal Reserve Banks. (2021). *Small business credit survey: 2021 report on employer firms*. Retrieved from <https://www.fedsmallbusiness.org/medialibrary/FedSmallBusiness/files/2021/2021-sbcs-employer-firms-report>
- Frankel, R. A. (2021). Second Draw PPP Loans: Here's What You Need To Know. *Forbes*. Retrieved from <https://www.forbes.com/advisor/business-loans/ppp-loans-what-you-need-to-know/>
- Fritze, J. & Quintana, C. (2020). Fact check: Trump incorrectly claims Harvard 'took' coronavirus money intended for small businesses. *USA Today*. Retrieved from <https://www.usatoday.com/story/news/politics/2020/04/22/coronavirus-fact-check-trump-misstates-stimulus-money-harvard/3005313001/>
- Guzman, J. (2022). Georgia woman who fraudulently collected \$6M in PPP loans sentenced to three years. *The Hill*. Retrieved from <https://thehill.com/changing-america/respect/588456-georgia-woman-who-fraudulently-collected-6-million-in-ppp-loans>
- Hamilton, S. (2020). *From survival to revival: How to help small businesses through the COVID-19 crisis (Policy Proposal 2020-14)*. The Hamilton Project, Brookings Institute.
- Humphries, J. E., Neilson, C., & Ulyseas, G. (2020). *The evolving impacts of COVID-19 on small businesses since the CARES Act*. Cowles Foundation Discussion Paper No. 2230. Social Science Research Network (SSRN). Retrieved from <https://doi.org/10.2139/ssrn.3584745>
- Office of Advocacy. (2020). *2020 small business profile*. U.S. Small Business Administration. Retrieved from <https://cdn.advocacy.sba.gov/wp-content/uploads/2020/06/04144224/2020-Small-Business-Economic-ProfileUS.pdf>
- Office of Capital Access. (2021). *Restaurant Revitalization Funding Program-Program Guide as of April 28, 2021*. U.S. Small Business Administration. Retrieved from https://www.sba.gov/sites/default/files/2021-04/Restaurant%20Revitalization%20Fund%20Program%20Guide%20as%20of%204.28.21-508_0.pdf
- Office of Disaster Assistance. (2021). *FAQ Regarding Shuttered Venue Operators Grant (SVOG)*. U.S. Small Business Administration. Retrieved from https://www.sba.gov/sites/default/files/2021-10/10-20-21%20SVOG%20FAQ%20FINAL_508_final.pdf
- U.S. Department of Commerce. (2011). Small Business. COMMERCE.GOV. Retrieved from https://osec.doc.gov/osdbu/small_business.html
- U.S. Small Business Administration [SBA]. (2016). *Table of Small Business Size Standards Matched to North American Industry Classification System Codes*. Retrieved from https://www.sba.gov/sites/default/files/files/Size_Standards_Table.pdf
- U.S. Small Business Administration [SBA]. (2021a). Fact sheet: Changes to Paycheck Protection Program by Biden-Harris Administration increase equitable access to relief [Press released]. Retrieved from <https://www.sba.gov/article/2021/mar/09/fact-sheet-changes-paycheck-protection-program-biden-harris-administration-increase-equitable-access>
- U.S. Small Business Administration [SBA]. (2021b). COVID EIDL Loans Information as of September 8, 2021. Retrieved from <https://www.sba.gov/sites/default/files/2021-09/COVID-EIDL-FAQs-090821-508.pdf>
- Womply. (2020). Percent Change in Number of Small Businesses Open. Opportunity Insights. Retrieved from <https://tracktherecovery.org>
- Yelp. (2020). Increased consumer interest in May correlates with COVID-19 hot spots in June. *Yelp Economic Average*. Retrieved from <https://www.yelpeconomicaverage.com/yea-q2-2020>



국제사회보장동향

Global Social Security Trends

코로나19 피해 업종에 대한 프랑스의 정책적 지원: 소기업 및 소상공인에 대한 지원을 중심으로 | 김진리
영국의 노인에 대한 사회적 돌봄 정책의 최근 동향: 코로나19 사태 대응을 중심으로 | 지건호

코로나19 피해 업종에 대한 프랑스의 정책적 지원: 소기업 및 소상공인에 대한 지원을 중심으로

French Government's Support Measures for Small Businesses Most Impacted by Covid-19

김진리(파리정치대학 시앙스포, 석사)
Kim, Jinri(Sciences Po)

1. 들어가며

프랑스는 코로나바이러스감염증-19(이하, 코로나19)가 전국적으로 확산된 후 오늘날까지 세 번의 봉쇄 조치와 통행금지령 등의 방역 조치를 시행하였다. 이러한 조치는 특히 숙박, 외식, 관광, 행사, 스포츠, 문화 산업에 종사하는 기업과 소상공인들에게 큰 손실을 안겨주었으며 이들을 위기로 내모는 위험을 야기했다. 첫 번째 봉쇄 조치가 시작되자마자 프랑스 정부는 앞서 언급한 산업들을 보호 업종(S1)¹⁾과 보호 업종의 생산(upstream)과 공급(downstream)에 관련된 산업(S1bis)으로 지정하여 분류하고 해당 기업 및 소상공인들의 소득을 보장하기 위한 비상

대책을 실시하였다. 이 글에서는 프랑스에서 보호 업종에 대해 실시한 정책들과 그 효과를 살펴보고자 한다.

2. 코로나19 위기 기간 숙박·외식·관광업 등에 대한 정부의 정책적 지원

가. 연대기금

프랑스의 중앙정부와 지방정부는 연대기금(Fonds de Solidarité)을 조성하여 정부의 방역 조치로 인해 금전적 피해와 손실을 본 기업과 자영업자 및 프리랜서들에 대한 재정적 지원을 제공하였다. 일회성 지원금의 성격을 띠는 연대기금은 본래 첫 번째 봉쇄 조치 기간²⁾에 해당하는 3개월 동안만 운용되기로

1) 45가지의 세부 업종이 보호 업종(S1)으로 지정되었고, 42가지의 세부 업종이 보호 업종의 생산과 공급에 관련된 산업(S1bis)으로 지정되었다. 자세한 목록은 Ministère du Travail de L'emploi et de L'insertion(2020)에서 확인할 수 있다.

하였으나, 코로나19로 인한 경제 위기가 지속됨에 따라 연대기금 운용 기간을 2021년 12월까지로 연장하였다(박충렬, 2021). 지급 대상은 코로나19 기간에 월소득이 전년 동기 대비 50% 이상 감소하였거나 행정명령으로 인해 영업이 중단된 곳으로 상시근로자 수 10인 미만에 매출액이 100만 유로(약 13억 5,500만 원) 미만인 소기업(Très Petite Entreprise [TPE])이다. 이들을 대상으로 1,500유로(약 203만 원)의 지원금을 지급하였다.

한편, 보호 업종(S1)과 보호 업종의 생산과 공급에 관련된 소기업(S1bis에 해당)에 대해서는 지급 대상 자격 범위를 확대하고 한 단계 강화된 지원을 제공하였다. 구체적으로, 보호 업종에 해당하는 기업은 근로자 수가 20인 미만이고 매출액이 200만 유로(약 27억 1,000만 원) 미만인 소기업도 지원금을 받을 수 있다. 이에 더하여, 보호 업종(S1)에 해당하는 사업장과 S1bis에 해당하는 기업 중 전년 동기 대비 매출액이 80% 감소한 기업에는 최대 1만 유로(약 1,358만 원)의 피해 보상금이 추가 지급되었다(Gouvernement, 2020a). 연대기금은 보호

업종 중에서도 숙박과 외식업을 지원하는 데 가장 많이 사용되었는데, 2022년 2월 2일 제공된 자료를 기준으로 프랑스 정부가 지출한 연대기금은 약 392억 5천만 유로(약 53조 원)이며 그중 약 133억 1,600만 유로(약 18조 원), 다시 말해 기금의 약 3분의 1이 해당 두 업종을 지원하는 데 사용되었다.³⁾

나. 부분실업제도

프랑스 정부는 기존에 있었던 부분실업제도(Activité Partielle)도 강화하였다. 이는 소득보장제도의 하나로서 위기에 처한 사업체를 지원함으로써 노동자에 대한 고용을 유지하고 해고를 막는 것을 주 목적으로 한다. 코로나19 위기 기간 부분실업제도는 피고용인의 노동시간이 법정 노동시간(주당 35시간) 이하로 단축되거나 기존 계약상 명시된 노동시간보다 적을 때, 또는 행정명령으로 인하여 시설이 폐쇄되었을 때 사용할 수 있으며 코로나19 위기 기간에 전체 노동자의 약 3분의 1이 부분실업제도의 혜택을 받았다(Ferragina & Filetti, 2020).

제도에 대한 신청 권한은 사용자에게 있으며, 사용자는 피고용인의 휴직 기간 동안

2) 프랑스의 첫 번째 봉쇄 기간은 2020년 3월 17일부터 2020년 5월 11일까지였다.

3) 더 자세한 정보는 Ministère De L'Economie Des Francas et de La Relance(2022)를 통해 살펴볼 수 있다.

의 급여를 지불청(Agence de Services et de Paiement [ASP])을 통해 보상받을 수 있다. 급여 수준으로는 노동자 총임금의 70%를 보장하며(최저임금 수준 100% 보장), 최저임금⁴⁾의 4.5배를 초과할 수 없다. 부분실업제도 또한 연 대기금과 마찬가지로 세 차례에 걸친 봉쇄 조치와 영업 시간 제한으로 가장 큰 타격을 받은 보호 업종들에 대해 한 단계 강화된 지원을 적용했다. 2020년 6월 11일 정부 발표에 따르면, 6월 1일을 기준으로 보호 업종에 속하지 않는 타 업종에 대해서는 급여 수준을 총임금의 70% 보장에서 60% 보장으로 낮춘 반면, 보호 업종에 해당하는 사업체에 대해서는 총임금의 70% 보장 수준을 유지했다(Gouvernement, 2020b).

다. 세금 및 사회보장 분담금에 대한 지원

프랑스 정부는 상시근로자 수가 10인 미만인 소기업(TPE)과 상시근로자 수가 250명 미만인 중소기업(Petite et Moyenne Entreprise [PME]) 중 보호 업종에 포함되는 기업을 대상으로 봉쇄 조치 기간 동안의 사회보장 분담금(Cotisations Patronales)의 납부를 면제하였다. 또한, 보호 업종에 종사하는 1인 자영업자에 대해서는 2019년 매출액을 기준으로 4개월

치에 해당하는 금액의 사회보장 기여금을 감액해 주었다. 이는 코로나19 위기 기간 동안 기업이 현금 유동성을 개선할 수 있도록 하기 위한 조치이다(OECD, 2020). 게다가 봉쇄 조치를 겪은 중소기업에는 봉쇄 기간에 지출한 인건비의 20%에 해당하는 금액을 세액 공제(tax credit) 형태로 제공했다. 추후에 기업들은 이 세액 공제를 사용하여 세금 납부 기관(Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales [URSSAF])에 지불해야 하는 사회보장세 등의 세금에 대한 공제 혜택을 볼 수 있다. 이 밖에도 프랑스 정부는 보호 업종 및 어려움을 겪는 기업들에 대하여 직접세 납부 기한을 연장하거나 분할 납부할 수 있도록 조치를 취했다. 직접세 납부에 어려움을 겪는 기업들에 대해서는 개별 심사를 거친 뒤 소득세(impôt sur les bénéfices) 또는 지역 분담금(contribution économique territoriale)에 대한 세금을 감면했다.

3. 정책의 효과

코로나19 위기 기간에 정부의 기업에 대한 재정적 지원은 보호 업종 중에서도 숙박과 외식업을 포함한 환대 산업(Hospitality Industry)에 해당하는 기업과 자영업자를 보호

4) 2020년 기준 프랑스의 최저임금은 시급 10.15유로(약 1만 3,790원)이고, 2021년 기준 최저임금은 시급 10.25유로(약 1만 3,927원)이다.

하는 데 매우 중요한 역할을 했다. 숙박 및 외식업은 코로나19로 인하여 가장 큰 타격을 받은 업종으로서, 코로나19 확산 전과 비교하였을 때 정부의 지원을 제외하여 계산하면 2020년 이 분야의 총영업 잉여(Gross Operating Surplus)는 전년 대비 130% 감소한 것으로 나타났다. 그러나 2019년 총영업 잉여의 99%에 상당하는 정부의 지원으로 숙박 및 외식업의 총영업 잉여는 30% 감소하는데 그쳤다(Coeuré, 2021). 유사하게, Hadjibeyli et al.(2021)는 정부의 지원이 없었다면 2020년 3월부터 12월까지 숙박 및 외식업체의 파산율은 약 29%에 달했을 것이라고 예측한다. 그러나 정부의 재정적 지원 덕분에 실제 파산율은 약 12%에 그쳤다.

기업의 규모에서는 상시근로자 10인 미만의 소기업과 소상공인이 마크롱 정부가 시행한 긴급 대책의 가장 큰 수혜자로 나타났다. 구체적으로 살펴보면, 첫 번째 봉쇄 조치 기간에는 연대기금의 99%가, 두 번째 봉쇄 조치 기간에는 연대기금의 63%가 민간 부문 고용에서 18%만을 차지하는 소기업들(TPE)에 지원되었다. 유사하게, 첫 번째 봉쇄 조치 기간에 부분실업제도를 사용한 기업 중 약 27%, 두 번째 봉쇄 조치 기간 중에는 33%가 소기업이었다. 사회보장 분담

금 연장 지원을 받은 기업 중에서도 49%가 소기업에 속했다(Coeuré, 2021).

4. 나가며

프랑스의 경제학자 브누아 코르(Benoît Coeuré)는 정부가 시행한 긴급 대책들이 코로나19로 인한 경제 위기 상황에 빠르고 유연하게 대처했으며, 어려움을 겪는 기업과 소상공인에게 실질적인 도움을 주었다고 평가한다(Coeuré, 2021). 실제로 정부의 코로나19 피해 기업을 위한 대책 모니터링 및 평가 위원회(Comité de suivi et d'évaluation des mesures de soutien financier aux entreprises confrontées à l'épidémie de covid-19)와 여론조사기관 입소스(Ipsos)가 상시 근로자 1인 이상의 기업 600곳을 대상으로 설문조사를 한 결과, 84% 이상이 정부의 지원을 긍정적으로 평가한 것으로 나타났다. 한국에서도 코로나19에 의한 방역 조치가 지속됨에 따라 숙박, 외식, 관광업 등에 종사하는 소상공인과 기업들이 위기에 내몰리고 있고 이에 따라 그들에 대한 재정적 지원 강화가 요구되는 실정이다. 프랑스의 코로나19 피해 기업에 대한 정책 사례가 국내의 기업 및 소상공인에 대한 지원 방안을 논의하는 데 중요한 참고 자료가 될 것이다.

참고문헌

- 박충렬. (2021). *COVID-19 피해기업 손실보상을 위한 프랑스 연대기금 사례와 시사점*. NARS 현안분석 제 201호. 서울: 국회입법조사처.
- Coeuré, B. (2021). What 3.5 million French firms can tell us about the efficiency of Covid-19 support measures. *VOX EU*. Retrieved from <https://voxeu.org/article/what-35-million-french-firms-can-tell-us-about-efficiency-covid-19-support-measures>
- Comité de suivi et d'évaluation des mesures de soutien financier aux entreprises confrontées à l'épidémie de covid-19. (2021). *Summary of the final report*. 9 August.
- Ferragina, E. & Filetti, F. (2020.10). 프랑스의 소득보장과 코로나 19 위기에 대한 정책 대응. *국제노동브리프*, 18(10), 33-40.
- Gouvernement. (2020a). Communiqué de presse. Mesures de soutien en faveur des restaurants, cafés, hôtels, des entreprises du secteur du tourisme, de l'événementiel, du sport et de la culture. *France Diplomatie*. Le 24. Avril. 2020.
- Gouvernement. (2020b). *Communiqué de presse. Le Gouvernement renforce les aides apportées aux secteurs de l'hôtellerie, restauration, cafés, tourisme, événementiel, sport, culture*. Le 10. Juin. 2020.
- Hadjibeyli, B., Roulleau, G. & Bauer, A. (2021. 4). *Live and (don't) let die: The impact of Covid-19 and public support on French firms*. French Treasury Working Paper No. 2021/2, 1-68. Retrieved from <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2021/04/20/live-and-don-t-let-die-the-impact-of-covid-19-and-public-support-on-french-firms>
- Ministère De L'Economie Des Frances et de La Relance. (2022). Aide du Fonds de solidarité - Tableau de bord interactif. *economie.gouv.fr*. Retrieved from <https://www.economie.gouv.fr/covid19-soutien-entreprises/aides-versees-fonds-solidarite>
- Ministère Du Travail de L'emploi et de L'insertion. (2020). *Le Gouvernement renforce les aides apportées aux secteurs de l'hôtellerie, restauration, cafés, tourisme, événementiel, sport, culture*. Retrieved from <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/le-gouvernement-renforce-les-aides-apportees-aux-secteurs-de-l-hotelierie>
- OECD. (2020). *Tax and Fiscal Policy in Response to the Coronavirus Crisis: Strengthening Confidence and Resilience*. Retrieved from <https://www.oecd.org/ctp/tax-policy/tax-and-fiscal-policy-in-response-to-the-coronavirus-crisis-strengthening-confidence-and-resilience.htm>

영국의 노인에 대한 사회적 돌봄 정책의 최근 동향: 코로나19 사태 대응을 중심으로

Recent Trends in the UK's Social Care Policy for the Elderly: Focusing on Responding to the COVID-19 Crisis

지건호 (에든버러대학교 박사과정)
Jee, Kunhyo (University of Edinburgh)

1. 들어가며

영국은 세 번째 전면 봉쇄 조치(Lockdown) 선언 이후 코로나19 대유행으로 인해 침체되었던 상황에서 서서히 벗어나고 있으며, 2021년 1월 말 이후 1일 코로나19 입원·사망자 수가 상당히 감소하였다. 그러나 영국 전역의 사람들은 이미 코로나19에 의해 큰 타격을 받은 상황이다. 2021년 2월 기준, 코로나19와 직접 관련된 총 사망자는 영국 전역에서 이미 14만 8천 명을 넘어섰다(UK Government, 2021). 이러한 혼란스러운 상황은 장애, 질병, 노화 등으로 인해 보살

핌과 지원이 필요한 노인들의 돌봄 서비스 이용에 미치는 영향이 매우 컸다. 대유행이 시작된 이래 약 1년 동안 영국의 요양원 거주자 중 2만 7,179명이 사망했다¹⁾ (National Statistics, 2021). 이에 대한 영국정부의 대응이 있었으나, 이러한 정책 결정은 긴박하고 불확실한 맥락에서 내려졌기 때문에 코로나 상황에서의 효과적인 노인돌봄을 위한 정부의 접근법에 한계가 있었다 (House of Commons, 2020a). 이 글은 대유행 이후 영국의 노인돌봄정책의 동향을 알아보고 정책변화를 검토하고자 한다.

1) 2만 7179명은 2021년 4월 2일 기준 누적사망자 통계수치이다.

2. 영국 노인돌봄 정책의 코로나19 대응

2020년 9월에 발표된 영국 정부의 노인 돌봄서비스 윈터 플랜(Adult Social Care Winter Plan)에서는 노인돌봄정책에 대한 정부의 주요 접근 방식을 설명하였다. 코로나19 대유행에 대한 방식으로 우선 태스크포스(Task Force [TF])를 설립하였다. 국민보건서비스(National Health Service [NHS])에서 코로나19 계획을 주도하는 것이 아니라 독립적인 기구를 만들었다는 점이 영국만의 특징이다. 정부는 코로나19 사회복지 정책 시행을 감독하고 해당 분야에 필요한 지원에 대한 조언을 제공하기 위해 경험이 풍부한 영국의 사회복지 행정가이자 전직 사회복지사인 데이비드 피어슨(David Pearson)을 수장으로 위임하였다. 태스크포스는 2020년 10월, '사회 복지 분야 COVID-19 지원 태스크포스' 보고서를 발표하였고, 이에 따라 영국 정부는 노인돌봄 서비스의 일환으로 노인에게 무료로 개인보호장비(Personal Protective Equipment [PPE])를 제공하는 권고 사안을 채택하였다. 또한 태스크포스는 민간 부문의 경험과 전문 지식을 활용하여 2023년까지 다양한 백신 포트폴리오를 구축하고 확실한 공급을 확보하였다. 그러나 태스크포스가 파악한 문제인 노인돌봄

서비스에 대한 정부의 전문성과 역량 강화 필요성은 신속히 해결하기가 쉽지 않았다(HM government, 2022). 영국정부가 코로나19 대응 정책으로 도입한 정책의 세부적인 내용은 아래와 같다.

가. 감염 예방 및 통제

1) 개인보호장비²⁾

개인보호장비에 대한 영국 정책은 시간이 지남에 따라 발전하고 있으며, 일선에 보급품을 공급하기 위한 비상 대응에서 시작하여 데이터와 조달 상황 개선, 영국 내 공급 및 유통망 구축에 초점을 맞추고 있다. 2020년 9월에 있었던 영국 정부의 성인 사회적 돌봄 서비스 윈터 플랜(Adult Social Care Winter Plan)에서는 2021년 3월 말까지 요양원 거주자와 노인돌봄서비스 종사자를 위해 무료로 개인보호장비를 제공하는 것을 목표로 하였고, 이것은 2021년 1월 말 모든 돌봄 종사자로 확대되었다. 2020년 10월과 11월 국가 케어 포럼(National Care Forum)이 실시한 조사에 따르면 전반적으로 노인돌봄서비스 종사자에 대한 개인보호장비 공급은 코로나19 시작 이후부터 2021년까지 개선된 것으로 보인다(National Care Forum, 2020). 영

2) 개인보호장비는 의료 종사자가 착용하는 장갑, 마스크, 가운, 캡, 앞치마, 고글, 검사키트 등을 포함한다.

국의 요양원 종사자 가운데 85~95%가 2020년 9월부터 2021년 1월 사이에 일주일 이상 지속할 수 있는 충분한 개인보호장비를 보유하고 있고, 이는 2020년 5월의 70~75%와 비교하면 상당히 개선된 상황인 것을 알 수 있다(Care Quality Commission, 2020).

2) 감염관리 기금 도입

2020년 5월 정부는 요양원 및 기타 요양 시설에서의 코로나19 확산 문제를 해결하기 위해 전용 기금인 감염 관리 기금(Infection Control Fund)을 도입하였다. 이 기금은 다양한 감염 관리 조치와 이를 이행하는데 필요한 인력 비용을 충당하기 위한 것이다. 기금의 주요 목적은 노인돌봄서비스 종사자들의 업무지 이동을 줄이거나 자가 격리된 노인돌봄서비스 종사자의 임금 지급을 돕는 것이다. 2020년 9월, 정부는 감염 관리 기금을 2021년 3월 말까지 연장하고, 추가로 5억 4,600만 파운드(약 8,800억 원)의 예산을 지원하며 지출 조건을 수정하였다(Department of Health and Social Care, 2020). 전체 지원금 중 75%가 각 지역의 병상 및 요양원 거주자 수를 기준으로 하여 돌봄 종사자를 지원하기 위한 것이었는데, 이것이 80%로 증액되었고, 25%였던 전 시설의 노인돌봄 서비스 종사자를 위한 지원금이 20%로 감

액되었다(Department of Health and Social Care, 2021a).

기금의 구체적인 활용 내용으로는, 격리된 종사자가 정상적으로 임금을 받을 수 있도록 보장하는 것이다. 여기에는 코로나 검사 결과를 기다리는 의심 증상을 가진 종사자나 양성판정을 받고 일정 기간 동안 업무를 이탈한 모든 종사자가 포함되었다. 또한 가능한 종사자들이 풀타임으로 한 요양원에서 근무할 수 있도록 파트타임으로 여러 요양원에서 일하는 비정규직 종사자들의 임금을 상승시켰고, 추가 종사자 및 자원봉사자의 적극적인 채용을 지원했다. 채용 지원에는 모집 비용, 종사자 임금지원, 관리 비용, 교육 비용 등이 있다. 또한, 종사자의 이동을 제한하는 조치로 인해 대중교통을 이용할 수 없고, 자가용 차량이 없는 경우에 자전거 대여 및 보관시설 확보, 탈의시설 및 숙소 제공, 지역 택시 회사 이용 확보 등을 지원하였다. 마지막으로 업무시간 외에 타 인과의 접촉을 제한하기 위해 자체적으로 격리를 선택한 직원을 위해 숙소를 제공하였다(Department of Health and Social Care, 2021a).

나. 사회적 돌봄 종사자에 대한 지원

1) 노인돌봄서비스 종사자 지원

코로나19의 영향에서 사회복지인력을 보호하는 국가 정책은 코로나19 제1차 대유행 이후 꾸준히 발전해 왔다. 2021년 9~12월 동안, 노인돌봄서비스 종사자들은 코로나19 검사와 개인보호장비 확보가 이전보다 용이한 것으로 나타났다(House of Commons, 2022). 또한 노인돌봄서비스 종사자들은 NHS 인력과 동일하게 코로나19 백신의 우선접종 대상이 되었다. 영국 보건사회복지부는 2020년 6월에 노인돌봄서비스 고용주가 코로나19에 가장 취약한 종사자를 지원하는 방법을 고려할 수 있도록 ‘위험 감소 프레임워크(risk reduction framework)’를 발표하였고 시설종사자들의 위험도 조사를 수행하도록 요청하였다(House of Commons, 2022). 그러나 노인돌봄서비스 분야의 기존 열악한 고용 조건은 팬데믹 기간 동안 요양시설 종사자에 대한 지원에도 악영향을 미쳤다. 돌봄 종사자들은 NHS 직원과 달리 법정 요건 이상의 병가 급여가 보장되지 않고, 저임금과 비정규직 계약이 만연해 소득이 위태롭다는 의미이다. 이에 따라 2020년 9월, 영국 정부는 노인돌봄서비스 분야의 감염 관리 자금 지원을 확대했으며, 이 정책은 자가격리 중인 노인돌봄서비스 종사자들의 급여를 지급할 수 있도록 하는 것을 목표로 하였다(House of Commons, 2020b).

2) 인력 충원을 위한 지원

노인돌봄서비스 인력은 코로나19 사태 내내 큰 압박을 받아 왔다. 질병으로 인해 사회복지 분야에서 손실된 종사자들의 근무일 수의 비율은 코로나19 이전 약 3%에서 2021년 2월 6%로 증가했다(Skills for Care, 2022). 따라서 2021년 1월, 성인사회서비스이사협회(Association of Directors of Adult Social Services [ADASS])는 복지인력을 충당하기 위해 긴급히 영국 정부에 자금 지원을 요청했으며, 이후 정부는 1억 2천만 파운드(약 1,900억 원)의 사회복지를 위한 노동력 지원 기금(Workforce Capacity Fund)을 발표하였다. 이 기금은 2021년 3월 31일까지 발생한 추가 인력 충원을 위한 지방 당국의 지출에 대한 보조금이다(Department of Health and Social Care, 2021b).

다. 국민보건서비스(NHS)의

퇴원평가(Discharge to assess)

팬데믹 기간 중 가장 논란이 많았던 정책 결정 중 하나는 코로나19 검사 없이 환자를 병원에서 요양원으로 퇴원시키는 것이었다. 코로나19 유행 초기, 국민보건서비스(NHS)는 코로나19 관련 가용 병상을 확보하기 위해 전국의 병원 측에 ‘의료적으로 퇴원할 수 있는’ 환자를 긴급 퇴원 시켜 줄 것을 요청했

고, 영국 정부는 퇴원 절차를 지원하기 위해 1억 파운드(약 1,600억 원)를 지급했다(HM government, 2020). 특히 고령자의 경우 입원 기간이 길어진다면 건강의 악화로 이어지고 장기 치료의 필요성이 증가할 수 있다고 판단하여 2020년 8월 영국 정부는 새로운 병원 퇴원 정책을 발표했다. 퇴원 평가는 일반 병동에 있는 모든 환자의 퇴원여부를 결정하기 위해 1일 2회 의료진의 회진을 통해 실시되었다. 평가내용은 집중치료 여부, 산소치료 여부, 48시간 이내 수술여부, 환자의 의식 수준 등이 기준이 되었다. 우선적으로 환자와 보호자의 퇴원에 대한 스스로의 의사결정에 중점을 두고 퇴원 후 행동 지침 및 문제가 발생할 경우 누구에게 연락해야 하는지 등의 충분한 정보를 퇴원예정인 환자에게 제공하도록 하였다(HM government, 2021). 2020년 9월부터 2021년 3월 말까지 정부는 퇴원 평가 모델을 구현하기 위해 5억 8,800만 파운드(약 9천억 원)를 지원하였는데, 이 예산은 병원에서 퇴원한 후 최대 6주 동안 요양원, 지역사회 간호 서비스, 그리고 가정에서의 돌봄 비용을 충당하는 데 도움을 주었다. 또한 이용자의 재입원을 방지하고자 지역사회에서 긴급히 치료받을 수 있도록 지원하였다(HM government, 2020).

3. 최근 오미크론 확산에 대한 영국 정부의 대응(Living with COVID-19)

영국 정부는 최근 보건관련 전문가(바이러스학자, 역학자, 임상 의 등)와 국가가 코로나19에 대응한 국민들의 행동 지침 및 감염 관리를 이전보다 더 잘 이해하고 수행할 수 있다고 판단하였다. 따라서 정부가 규제와 요구 사항을 보급하는 것에서 벗어나 코로나19에 대한 특정 개입을 공중보건 조치와 지침으로 대체할 것이라고 2022년 2월 21일 발표했다. 이에 따라 코로나19 양성 판정을 받은 사람도 법적으로 자가 격리할 필요가 없고, 마스크 착용의 의무와 모든 사회적 거리 두기 방침이 해제될 전망이다.

한편, 오미크론 변종의 확산으로부터 국민을 보호하기 위한 새로운 조치의 일환으로 노인돌봄서비스 분야에 추가 지원이 제공되고 있다(Henderson, 2021). 영국 정부는 2021년 10월 발표한 1억 6,250만 파운드(약 2,600억 원)의 종사자 지원 기금에 더해 3억 파운드(약 4,800억 원)의 예산을 추가했으며, 이는 2022년 3월 말까지 노인돌봄서비스 인력의 증강, 시간 외 수당, 직원 상여금을 지급하고 계획된 임금 인상을 앞당기는 데 사용될 예정이다. 즉 요양원 및 요양병원의 수용인원을 증가시켜 노인돌봄서비스 이용자들이 적절한 장소에서 보살핌

받을 수 있도록 하는 것을 의미한다. 더불어 이러한 지원 속에 설립된 전문 예방접종팀은 모든 요양원 이용자와 종사자 뿐만 아니라 자택에 거주하는 노인과 간병인에게도 방문백신접종 서비스를 제공하기 위해 확대 배치되고 있으며, 가장 취약한 계층인 노인을 우선순위에 두고 있다. 이에 더해 재가 복지 치료 프로그램을 더욱 강화하기 위해 지역 의료진들의 가정방문 횟수를 늘리고자 지원금액을 증액할 방침이다(Department of Health and Social Care, 2021c). 또한 2021년 12월 발표된 ‘피플 앳 더 하트 오브 케어(People at the Heart of Care)’ 백서에서는 54억 파운드(약 8조 7천억 원)의 지원을 통해 노인돌봄서비스 이용자의 간병 비용을 축소시키고 국가의 지원을 대폭 늘린다고 밝혔다. 변화된 노인돌봄서비스 정책은 요양시설 및 재가복지 이용자 모두에게 적용된다. 한편, 요양원 거주자의 심리적 안정을 위한 면회의 중요성을 인식하여 요양원 방문 인원을 3명까지 허용하였고, 노인돌봄서비스 종사자가 허용하는 가장 최신의 안내에 의거하여 요양원 방문을 지속적으로 허용할 것이다(Henderson, 2021).

4. 나가며

코로나19 대유행의 초기에는 노인돌봄서비스와 관련한 영국 정부의 지원이 상당히 지연됨과 동시에 제한적이어서, 돌봄서비스를 이용하고 제공하는 사람들에 대한 부적절한 보호로 이어졌다. 그러나 이후 영국 정부의 코로나19에 대한 정책 대응은 복잡하지만 긍정적인 방향으로 진화하고 있다. 이 글에서는 팬데믹 이후 노인 사회적 돌봄과 관련한 정부 정책을 파악해 보았다. 노인돌봄서비스 지원에 대한 접근 방식이 지역마다 어떻게 다른지 이해하기 위해서는 추가 분석이 필요하지만 종합적으로 긍정적인 방향으로 발전하고 있음을 파악할 수 있다. 코로나19 검사와 개인보호장비에 대한 접근과 같은 일부 분야의 지원이 개선되었으며, 정책 도입 시 돌봄 서비스 분야에 우선순위를 부여하는 것으로 나타났다. 코로나19 백신 접종에 대해 노인돌봄서비스를 이용하고 제공하는 그룹에 우선순위를 매겼다. 하지만 만성적인 자금 부족 및 인력 문제와 같은 장기적이고 구조적인 문제는 코로나19의 정책 대응과 돌봄서비스 이용자 및 관련 인력에 미치는 부정적인 영향을 계속해서 야기시키고 있다. 단계적 일상 회복을 선언한 시점에서, 영국 정부의 이러한 문제들을 바로 잡는 포괄적인 개혁이 필요한 시점이다.

참고문헌

- ADASS. (2021). Social Care leaders calling on the Government to end 25 years of inaction & fix the social care system. Retrieved from <https://www.adass.org.uk/adass-press-release-social-care-leaders-calling-on-the-government-to-end-25-years-of-inaction-fix-the-social-care-system>
- Care Quality Commission. (2020). *The state of health care and adult social care in England in 2011/12 (Vol. 763)*. The Stationery Office. Retrieved from https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20201016_stateofcare1920_fullreport.pdf
- Department of Health and Social Care. (2021a). *Adult Social Care Infection Control Fund – round 2: Guidance*. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-infection-control-fund-round-2/adult-social-care-infection-control-fund-round-2-guidance>
- Department of Health and Social Care. (2021b). *Workforce Capacity Fund for adult social care Guidance*. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/workforce-capacity-fund-for-adult-social-care/workforce-capacity-fund-for-adult-social-care>
- Department of Health and Social Care. (2021c). Support package to protect care sector this winter. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/news/support-package-to-protect-care-sector-this-winter>
- Henderson, E. (2021). Additional support offered to the social care sector to protect people from Omicron variant. *Medical life science News*. Retrieved from <https://www.news-medical.net/news/20211212/Additional-support-offered-to-the-social-care-sector-to-protect-people-from-Omicron-variant.aspx>
- HM government. (2020). *Coronavirus (COVID-19): hospital discharge service requirements*. Retrieved from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/911541/COVID-19_hospital_discharge_service_requirements_2.pdf
- HM government. (2021). *Hospital Discharge and Community Support: Policy and Operating Model*. Retrieved from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1026672/hospital-discharge-and-community-support-policy-and-operating-model-oct-2021.pdf
- HM government. (2022). *COVID-19 RESPONSE: LIVING WITH COVID-19*. Retrieved from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1056229/COVID-19_Response_-_Living_with_COVID-19.pdf
- House of Commons. (2020a). *COVID-19: Government procurement and supply of personal protective equipment*. HC928. Retrieved from <https://committees.parliament.uk/publications/4607/documents/46709/default>
- House of Commons. (2020b). *Oral evidence: Social care: funding and workforce*. HC 206. Retrieved from <https://committees.parliament.uk/oralevidence/552/pdf/>
- House of Commons. (2022). *Coronavirus: Adult social care key issues and sources*. Commons Library Research Briefing No. 9019. London: House of Commons Library. Retrieved from <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9019/CBP-9019.pdf>
- National Care Forum. (2020). *A stretched and underfunded sector final report*. London. Retrieved from <https://www.nationalcareforum.org.uk/draft/a-stretched-and-underfunded-sector/>
- Skills for Care. (2022). Average Days lost due to sickness – monthly tracking. Workforce intelligence. Retrieved from <https://www.skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/publications/Topics/COVID-19/days-lost-due-to-sickness.aspx>
- The Office of National Statistics. (2021). Deaths registered weekly in England and Wales, provisional: week ending 2 April 2021. [Electronic database]. Retrieved from <https://www.ons.gov.uk/releases/deathsregisteredweeklyinenglandandwalesprovisionalweekending2april2021>
- UK Government. (2021). Coronavirus (COVID-19) in the UK: UK summary. Retrieved from <https://coronavirus.data.gov.uk>