

保健 · 福祉 · 人口 動向

본 간행물에서는 연말호에 지난 1년 동안 발생하였던 福祉 · 保健 · 人口에서의 주요한 사건 및 政策의 變化를 정리하여 게재함으로써, 장래의 각 분야에서 발생될 주요 變化의 方向을 예측하고 計劃을 樹立하기 위한 기초 분석자료로 활용되도록 하였다.

I. 福祉의 動向

朴純一 · 金秀春

1994년 '세계 가족의 해', 1995년 3월 社會開發 世界頂上會議, 동년 9월 世界女性會議 등 國際的으로 福祉에 대한 관심이 UN을 중심으로 고조되고 있다. 특히 1995년은 UN 가입 각 국가들이 1993년부터 4차에 걸친 지역회의에서 모여진 의견을 중심으로 3월 코펜하겐에서 世界頂上들이 社會開發의 必要性을 합의하여 다음 세기 초까지 각국이 실천해야 할 施行 計劃을 조인하였다. 合意의 주요 내용은 貧困退治, 雇傭擴大, 社會統合이었으며, 이에는 2010년~20년 사이의 絶對貧困의 退治 및 相對的 貧困의 緩和, 貧困退治의 주요 政策으로서 고용기회의 擴大 및 이를 위한 低開發國의 教育 및 訓練의 強化, 그리고 女性, 老

筆者: 朴純一 · 金秀春 - 本院 研究委員

기타 보건사회연구 편집위원회의 이현송 박사, 오경석 박사, 이정우박사를 비롯하여 공세권 연구위원, 최병호 박사, 김현옥 책임연구원, 서미경 박사, 이충섭 책임연구원, 권선진 책임연구원, 김성희 주임연구원의 조언을 참고하여 작성함.

人, 障碍人 등 脆弱階層에 대한 권리의 신장 및 經濟的 활동기회의 확대 등의 내용을 담고 있다. 이를 실천하기 위한 공적개발원조(ODA: Official Development Assistance)에 각 국 GNP의 0.7%를 공여하는 조항의 실천과 이 기금 중 20%를 基本的 社會서비스에 투자하고, 원조수여국 政府 投資의 20%를 社會開發에 投資하도록 하는 20/20의 조항을 실천하려고 하였으나 주요 先進國들의 반대로 무산되어 정상들의 합의 실천에 많은 어려움이 따를 것으로 전망되고 있다.

국내적으로는 이러한 움직임에 대응하여 세계화추진위원회에서 대통령은 '삶의 질의 세계화'를 선언하고 經濟에 부응하는 福祉水準까지 생활의 내용을 제고하기 위한 基本的 原則으로서 모든 국민에 대한 最低生活의 保障, 生産的 福祉의 強化, 共同體의 福祉, 福祉體系의 情報化, 效率化, 生活安定 중시의 원칙을 設定하였다. 그리고 이를 구체화하기 위한 계획표를 작성하기 위하여 國民福祉企劃團을 구성하였고 '95년말까지 運用되었다. 그리고 '96년 7월부터 시작된 지방자치단체장의 행정 출범으로 지방에서의 福祉需要가 소비자인 주민 뿐 아니라, 공급자인 자치단체에서도 크게 증가하는 양상을 보이고 있다. 민간에서도 대기업들이 景氣好況에 따른 餘裕資金으로 福祉財團을 결성하여 의료, 福祉서비스 등에 자금을 투입하고 있고, 예컨대, 삼성전자에서는 금년에 이익금의 1%를 福祉事業에 쓰기 위한 아이디어를 전문가들의 연구에 맡기는 등 민간계에서도 변화의 조짐이 나타나고 있다.

1. 國內 動向

가. 社會保險

우리나라 社會福祉의 중추인 社會保險 중 큰 변화를 보면, 먼저 주요한 制度의 導入으로 금년 7월부터 雇傭保險이 실시되었다. 雇傭保險 制度는 失業給與, 雇傭安定, 職業能力開發 등 3가지의 주요 사업으로

구성되어 있는데, 失業給與의 경우 상시근로자 30인 이상 사업장에 당 연 적용되며, 雇傭安定事業과 職業能力開發事業은 상시근로자 70인 이 상 사업장에 적용되게 되었다. 失業給與는 실업전 소득의 50%를 지급 하되, 지급기간은 가입자의 피보험기간과 연령에 따라 최저 30일에서 최고 210일까지이다.

公的 年金制度에서는 첫째, 7월부터 농어촌지역에 國民年金制度가 실시되기 시작하였으며, 가입대상은 農漁村 주민이다. 財源은 農漁村 特別稅 수입 중 산업구조 조정자금으로 충당되고, 國家에서는 保險給與 이외에 10년간 한시적으로 월 2.2천원의 정액을 농어민에게만 보조 할 계획이다. 이는 전 農村住民에게 國庫補助를 적용하는 農漁村 醫療 保險과 차이가 있다. 또한 기존 노인계층에 대한 특례 조치를 위해 가 입 연령을 60세까지만 가입이 가능한(단, 任意繼續加入은 65세까지 가 능) 國民年金과는 달리 65세까지도 가입이 가능하게 하였다(단, 1995년 까지는 70세까지도 가입 가능). 둘째, 경상적자를 기금에 의해 보충을 하고 있는 公務員 年金의 國家 및 本人負擔率을 '96년 1월 1일부터 5.5%에서 6.5%로 引上하여 財政 安定을 도모토록 하였으며, 제도 내용 이 비슷하고 이미 赤字財政을 보이고 있는 軍人年金의 本人負擔率도 동일한 개정을 할 것이다. 셋째, 國民年金基金의 運營에 큰 변화가 있 었다. '95년 總 運營基金 支出의 6%밖에 안되던 金融部門이 '96년에는 32%로 증가될 계획이고 금액으로는 '95년 3,118억원에서 '96년 2조 4,511억원으로 약 7.9배 上昇하여 基金의 收益性이 더욱 크게 강화되었 다. 金融支出은 주로 회사채를 포함한 유가증권의 매입에 이용될 예정 이다. 이에 비해 복지성의 投資比率은 5%에서 4%로 줄고 그 용도는 주로 직장 및 민간의 保育施設의 지원과 老人病院을 포함한 有料老人 福祉施設支援에 이용되고 있어 福祉의 기능이 매우 취약한 상태이다. 이외의 지출은 公共資金管理法에 의해 운용되고 있는 公共部門의 지출 로서, 주로 經濟的 社會間接資本 投資에 이용되고 있어 年金基金의 복 지성에 대한 평가는 낮은 수준에서 변하지 않고 있다.

〈表 1〉 國民年金基金 運用計劃

(단위: 억원)

	누적기금 (연 말)	수 입	급여지출	운 용			
				소 계	공공부문	복 지	금융부문
'95	164,421	60,011	6,400	50,864	45,000	2,746	3,118
'96	239,932	87,150	11,639	75,511	48,000	3,000	24,511

註: 누적기금은 추정치임(1994년 누적기금 11조 3,557억원임).

資料: 保健福祉部, 1996년 국민연금운용계획(안)

全國民에 대해 개보험화를 이루고 있는 醫療保險에서는 給與部門에서 이용일수가 '95년 7월부터 180일에서 210일까지 延長되었으며 급여일수는 매년 30일씩 增加하여 '96년에는 240일 그리고 2000년까지는 給與日數制限이 완전 撤廢될 예정이다. 그러나 老人 및 障礙人에 대해서는 日數制限의 撤廢를 위한 法改正이 7월에 이루어지고 1996년부터 실시될 예정이다¹⁾. 치료비의 生活 壓迫을 완화하기 위하여 '96년 7월부터 給與部門의 本人負擔金이 월 50만원이 넘는 경우 초과부문을 조합에서 지불토록 하는 本人負擔補償金 制度를 擴大 實施하였다. 이 制度는 財政이 여유 있는 직장조합에서 부분적으로 실시되어 왔으나 7월부터는 직장 및 공교의보 전 조합 모두 실시토록 하였으며, 都市地域 組合에서는 여력 있는 조합의 경우 초과분의 50%이상을 조합이 負擔토록 하고 農漁村에서는 財政與件에 따라 실시토록 하였다. 또한 금년부터는 40세 이상의 地域 被保險者와 職場 被扶養者를 대상으로 실시하는 1차의료서비스는 成人病檢診을 법정사업으로 실시하였으며, 1월부터 모든 職場組合에서 一般健康診斷事業을 실시토록 하였다. 또한

1) 이로써 의료보험의 사회보험으로써 문제시되어 온 급여일수의 제한 및 질병수당 중 한 문제가 완화되었다. 의료보험에서 급여일수를 제한하는 나라는 후진국 몇 나라밖에 없다 하며, 질병수당이 지급되지 않고 있어 우리나라는 ILO에서는 사회보험으로서 의료보험을 실시하고 있지 않는 것으로 간주하고 있다 한다.

금년에 農村지역의 財政安定을 위해 65세 이상 老人醫療費에 대한 財政共同事業을 실시하여 기존의 고액 진료비에 대한 財政共同事業과 더불어 財政赤字조합의 부담을 일부 줄일 수 있게 되었다²⁾. 그리고 1996년부터 CT, 1997년부터는 MRI가 保險給與에 포함될 예정이다.

나. 公的 扶助 및 社會福祉서비스

公的扶助制度는 최근에 가장 비중을 받은 福祉事業이어서 거택보호 대상자에 대한 生計保護水準도 1994년 65천원에서 '95년 78천원으로 인상되었고, '96년에는 107천원으로 37.2% 상향시킬 예정이다. 이에 따라 자가보호수준을 합한 거택보호대상자의 最低生活保護率은 '95년 70.4%에서 '98년에는 80.8%로 증대될 것이다. '95년 給與內容에 있어서도 '94년에는 현물로 지급되던 쌀이 현금으로 지급되었고, 피복비가 년 일인당 5만원이 추가 지급되었다. '96년에는 피복비 이외에 동내의 등속옷 구입비로 인당 33,750원의 추가 지원과 침구비 및 김장비용으로 인당 72,300원을 新規 支援을 施行할 예정이다. 66천명의 인문고교자녀에 대해 新規로 학비를 지원할 예정이다. 生活保護事業의 地方移讓도 增加하여 '94년 敬老優待費用의 地方移轉에 이어 '95년에는 취로사업이 지방으로 이전되어, 生計支援의 성격인 본 사업의 財政이 취약한 지방에서 規模가 縮小되거나 전혀 실시되지 않는 곳도 발생하는 문제를 낳고 있다. 그러나 生活保護對象者는 '95년에 전년의 4.3%에서 3.9%(배정인원 1,754,904명, 실제보호인원 1,318,352))로 縮小되고 '96년에는 이에서 14.2% 감소된 150.5천명으로 추산되고 있어, 實質的 貧困層과 保護對象者 사이의 차이는 더욱 커질 위험을 안고 있다. 零細民 住居保護政策으로서 획기적인 사업이었던 영구임대주택사업이 1989년부터 시작하여 금년 마지막 약 22천가구의 입주로 완료되었다. 政府는 아직

2) 이들 공동사업으로 농어촌 지역조합은 1995년에 1,023억원의 재정지원을 받은 효과를 얻은 것으로 평가되고 있다.

追加 供給計劃을 갖고 있지 않으나 본 사업은 零細民의 밀집에 따른 각종 經濟 社會 問題에도 불구하고 零細民 住居安定에 큰 기여를 하였다. 총공급 191천여호 중 서울에 약 25.7%, 5대도시에 약 41.6%, 기타 지역에 32.7%를 건설하였다. 영구임대아파트에는 '95년 3월 현재 생활보호대상가구 39.9%, 생활보호대상 제외가구 26.1%, 청약예금가입가구 29.2%, 기타 보훈, 모자 가정 등이 입주하고 있다.

老人福祉에서는 老齡手當으로 '95년 70~79세 老人에게 2만원, 80세 이상 老人에게 5만원이 지급되고 있으며, '96년에는 70~79세 老人에 대해서는 3만원, 80세 이상 老人에게는 5만원이 지급될 예정이다. 노인 복지시설로는 老人癡呆센터가 '95년 6개소가 신설될 예정이다(서울 2, 인천, 대구, 대전, 부산 각 1개소). '96년부터 老人에 대한 醫療給與 일수가 전면 폐지되며, 65세 老人에게 배부되던 12매의 버스승차권도 현금지급방식으로 바뀌게 된다. 현재 家庭訪問 看護 서비스 사업을 5개 保健福祉事務所에서 시범실시하고 있다. 또한 '96년에는 老人綜合福祉 타운 5개소를 시범운영할 예정이다.

우리나라 人口의 2.21%로 추정된(1991년) 障礙人의 登錄率은 '95년 6월말 현재 보훈처 障礙人 登錄을 포함하여 약 37%에 머무르고 있어 障礙人 登錄 節次를 대폭 간소화할 계획이다. 障礙人 生計補助手當은 '94년 2만원 '95년 3만원 '96년 4만원으로 매년 인상되고 자녀 교육비 支援對象도 인문계 고등학교까지 擴大될 計劃이다. 醫療保險에서는 금년 7월부터 의료급여일수가 전면 폐지되었다. 현재 장애인고용촉진 등에 관한 法律에 의거해 障礙人을 雇傭하고 있는 300인 이상 업체는 22.1%로서, 대기업과 職業再活施設을 연계함으로써 부담금을 감면해주는 連繫雇傭制度가 내년부터 실시될 예정으로 현재 관련 부처간 세부 규정을 협의중이다.

기타 1995년 9월 북경에서 열린 UN의 제4차 세계여성회의에서는 平等, 發展, 平和를 위한 행동을 주제로 각국의 女性政策 및 活動을 평가하고 2000년대의 여성의 발전을 위한 行動綱領(Platform for Action

Plan)을 정하고, 각국이 이에 대응한 이행 計劃을 만들도록 결의하였다. 이에 대해 國內에서는 아직 뚜렷한 변화의 시도가 보이지 않는 가운데 缺損家庭에 대한 支援이 擴大되고 있다. 1996년 정부 예산을 보면 低所得 母子家庭 子女(15천명)의 중학교 및 실업고 학비 지원 및 6세 이하 자녀(4,200명)에 대한 급식비(1일 570원) 지원, 父子 및 母子家庭(400세대)에 대한 自立支援 融資(1천만원), 일군 위안부 生活支援金 増大(월 20만원~25만원) 등의 生活保護對象 가구를 중심으로 한 대책이 計劃되고 있다.

우리 사회에서 가장 소외되고 있는 階層을 수용하는 施設의 質과 量(전국 759개소)이 극히 부족할 뿐 아니라, 運營面에서 많은 문제점을 안고 있음이 매스컴에 자주 보도되고 있는 가운데 今年 8월 婦女施設의 하나인 경기도 용인 '경기여자기술학원' 방화 사건을 계기로 福祉收容施設에 대한 대책이 시급해졌다. 關係 政府 當局은 이에 대응하여 收容施設 増加를 최대한 억제하고 利用施設을 擴大하며, 需要減少가 예상되는 兒童福祉施設을 障碍人 勞動 등의 시설로 전환하며, 施設의 專門化, 運營의 開放化 및 現代化를 위한 정부의 投資擴大, 民間資源動員體系 構築, 運營의 專門化를 위한 法的. 制度的 米비점을 보완할 준비를 하고 있다. 施設運營의 財政支援을 위하여 정부는 장애인, 부랑인, 부녀직업보호 施設 法人의 자부담을 '94년부터 폐지하였고, 그의 施設에 대해서는 자부담률을 20%에서 10%로 인하하였다. 한편 시설수용자들에 대한 生活保護水準은 '95년 일인 월 72천원이어서 最低生計費(비수용 2인 노인가구 일인당 약 19만원)에 크게 못미치고 있는 형편이다. 兒童福祉施設의 경우는 학용품비, 교통비 등을 포함한 一般保護費가 '95년에 21천원 지급되었다.

UN이 1994년을 '세계 가족의 해(International Year of Family)'로 정한 것을 계기로 家庭福祉에 대한 인식이 새로워지기 시작하였다. 이는 대부분의 인간이 家庭을 준거로 家族과 더불어 살고 있다는 점에서, 가정은 원초적 福祉單位임으로 이제까지의 脆弱階層을 대상으로

한 구빈적 福祉는 家族 중심의 豫防的 福祉로 전환되어야 함을 시사하고 있다. 이러한 움직임으로써 최근 재가복지의 강화, 保育施設의 擴大, 그리고 상담서비스의 擴大 등 家庭單位를 대상으로 한 福祉서비스가 증대되고 있고, 役割 支援의 體制 및 가족문제의 예방과 같은 노력이 이루어지고 있다. 이와 아울러 지난 한세대에 걸쳐 家族計劃運動을 주도해 오던 大韓家族計劃協會가 家族福祉事業을 계획하고 있어 주목된다. 동협회는 그간 출산조절뿐 아니라 母子保健, 靑少年 性教育 등 家族관련 다양한 사업을 추진해 왔다. 그러나協會는 '95년말부터 조직의 기능을 조정하기 위한 논의를 保健福祉部와 協議 중에 있다. 즉 家族計劃協會가 갖고 있는 醫療資源, 弘報技術 및 事業 經驗을 토대로 재가노인의 健康管理, 母子保健센터의 家族保健센터로의 확대, 성 상담서비스의 家族相談서비스로의 改編, 資源人力 育成을 통한 재가봉사사업 및 健全家庭 育成을 위한 다양한 홍보 프로그램 등 家族을 대상으로한 종합적 福祉事業을 計劃중에 있어, 最終 福祉서비스 전달매체로서의 역할이 活性化 될 계기가 이루어질 것으로 보인다.

福祉行政 업무의 종합성 및 전문성을 提高시키기 위하여 保健福祉部는 1997년부터 시·군·구에 保健福祉事務所를 設置할 계획이고, 1995년 7월부터는 2년간 制度 實施 效果를 파악하기 위해 5개지역(서울 관악구, 대구시 달서구, 경기도 안산시, 강원도 홍천군, 전북 완주군)에서 시범사업에 들어갔다. 保健福祉事務所는 기존의 시·군·구의 福祉業務와 保健所의 保健業務를 통합한 조직으로서 기존 조직의 저항도 일부 일고 있는 것으로 전해지고 있다.

2. 國際 動向

가. 先進國에서 市場原理의 導入 強化

세계의 福祉動向을 보면 80년대 이후 대두되고 있는 社會保障 부담

의 억제 및 效率化를 위한 다양한 노력이 이루어지고 있는 가운데, 社會保險이 매우 큰 역할을 하고 있는 國家에서는 社會保險制度의 國家에 대한 經濟的 費用을 縮小하기 위한 市場原理의 導入이 強化되고 있는 반면에, 社會保險이 취약한 미국 등에서는 기초 의료서비스의 強化와 費用 節減 努力이 동시에 進行되고 있다. 영국에서는 1980년대 대 처 정부 이후 악명 높은 의사의 부진한 서비스 제공 등을 改善하기 위한 NHS 制度의 改革을 통하여 保健 및 地域保健서비스 공급자들이 한정된 財源을 얻기 위한 競爭을 유도하는데 어느 정도 성공한 것으로 평가되고 있는 가운데, 영국의 NHS는 최근 국내시장의 運用을 위한 규칙을 발표하여 競爭, 效率, 서비스 質의 改善에 더욱 큰 비중을 두고 있다³⁾. '80년대 이후 영국의 制度改革으로 病院은 독립채산제로 변모해 가고, 많은 일반의들이 스스로 病院 및 타진료행위를 할 수 있는 독립채산제로의 變化를 시도하고 있다. 그러나 이러한 改革에 따른 移轉費用(transaction cost) 및 強制費用(enforcement cost)이 制度의 改善效果에 근본적인 문제를 제기하고 있다는 논리도 나타나고 있다. 예컨대 의사들이 구제도에서 누리던 權威와 安定性 등의 잇점을 포기하고 시장의식적인 行爲가 강해지고 의사의 利益集團化 및 獨占의 行爲가 나타남에 따른 폐해가 發生하는 移轉費用을 치르고 있다. 地域醫療에서 豫算의 節約으로 인해 費用이 들지 않는 비공식적인 醫療供給자들이 더 많은 障礙人 및 脆弱家族에게 서비스를 제공하여야만 하는데, 이들 공급자들이 줄고 있고 需要는 增加하고 있는 社會問題를 발생하고 있다(Jordan Bill, 1995:369~370).

독일에서 1993년부터 추진되고 있는 제2차 醫療保障制度 構造改革은 自治原則과 保險原理를 기본으로 하여 市場原理를 活性化하는 방향으로 전개되고 있다. 이에 반해 미국에서는 클린턴의 대통령 취임이후

3) Jo Campling, 425쪽 참조.

NHS Executive, "The Operation of the NHS Internal Market: Local Freedoms", *National Responsibilities*, Quarry House, Leeds.

힐러리 클린턴이 강력히 추진하였고 금년에 들어 결국 실패로 끝난 醫療保障改革에서 관리된 경쟁(managed competition)을 주창하였는데, 이의 골격은 國家의 醫療費 負擔을 줄이기 위하여 의료의 과잉 서비스를 제한할 수 있는 최소한의 포괄적 치료(minimum comprehensive care)를 제공함으로써 費用 節減과 기본적 의료서비스를 모든 계층에게 확보하자는 것이다.

나. 先進國에서의 年金制度的 改革 論難

한편 年金制度的 改革에서도 論難은 계속되고 있어 國民年金 給與가 完全給與 형태로 시작되지 않은 우리나라에 시사하는 바가 크다 하겠다. 서구에서 1950~'60년대 이후 所得比例給與가 도입되어 그 비중이 증가되고 이 制度가 성숙기에 들어감에 따라 年金制度的 財政赤字 및 制度的 經濟的 效果에 대한 비판이 크게 제기되어 왔다. 이에 따라 각국은 가입자 보험료율의 增加, 給與時期的 延長 등 각종 방법을 講究해 왔다. 최근에도 이러한 논란이 대두되고 있는데 1994년 3월 일본 政府가 국회 양원에 제출한 안과 1994년 세계은행이 세계 39개국의 대표로 構成된 會議에서 제시되고 발표된 안을 간략히 소개하면 다음과 같다⁴⁾. 日本의 年金制度는 基礎年金과 所得比例年金으로 구성되고 있는데, 改革案의 골격은 현행 60세부터 지급되고 있는 이들 급여 중 所得比例 部分은 그대로 두고 기초연금의 급여를 2013년부터는 65세 이상에게만 適用하고, 그 이전 단계인 2001년부터 2012년까지의 조정기간에는 特殊老齡給與의 형태로 현 수준의 금액을 지급하자는 것이다. 特殊老齡給與는 관대한 자산조사를 통해 이루어지되, 雇傭保險의 급여와 더불어 老齡者 근로를 촉진하는 방향에서 조정될 계획이다. 이 이외의 주요 改革은 지금까지는 給與水準을 총임금에 연계시켰으나 개혁

4) Takayama, pp.45~65 및 Beattie and McGillivray, pp.5~22 참조, 각 International Social Security Review, 1995, Vol.1~2, 및 3~4.

이후에는 세금 및 社會保障分擔金を 제외한 이후의 순임금에 연계시킬 계획이다. 이와 같이 基礎年金과 所得比例年金 給與의 지급 연령에 차이를 두는 制度는 기본적으로는 英國의 制度를 따르는 것이다.

다른 한편 世界銀行에서 제시된 안은 公的年金은 적절한(modest) 정률급여(flat-rate benefit)로 제한하고 그 이상의 強制(mandatory)退職年金은 민간상업연금기금에 맡기자는 것이다. 세계은행보고서는 所得比例給與는 지정된 기여형태의 委任貯蓄計劃을 통하여 提供할 것을 강력히 권고하고 있으며, 이는 궁극적으로 受給할 給與水準에 대해서는 어떠한 보장도 없음을 의미한다. 이 제도는 1980년에 결정되어 현재까지 실시되고 있는 칠레의 제도와 같은데, 칠레에서는 老人에게 자산조사를 기초로 대단히 낮은 수준의 社會扶助를 하고 있다. 또한 자산조사의 정률급여를 하는 社會保障이라는 의미에서는 오스트레일리아와 같은 制度이다. 세계은행의 改革 戰略은 본 改革이 저축과 생산적인 투자를 증대시켜 經濟成長을 增加시킬 것이며, 民間保險이 競爭의 增加 및 政治的 介入의 減少로 公的 制度보다 더 效率的일 것이라는 전제를 배경으로 하고 있다⁵⁾.

公的年金의 財政負擔을 縮小하기 위한 또 다른 노력으로서 프랑스는 세수 증대를 시도하는 改革案을 만들어 제출하였고('95년 11월 15일 알랭 쥐페 총리 발표) 이는 공무원 중심의 과업을 시작으로 노동단체 근로자, 실업자, 학생 등 전 시민에게 확대되고 있어 社會保障의 政治的 影響力을 드러내고 있다. 이 改革案은 2,300억 프랑의 負債를 없앨 자금을 마련하기 위하여 免稅對象의 수입을 課稅對象으로 포함시키고, 또한 소득에 0.5%의 社會保障負債償還稅(RDS)를 2008년까지 한시적으로 부과하는 안을 포함하고 있다. 그리고 給與를 위한 所要期間이 37.5년에서 40년으로 연장시킬 계획이어서 公務員 등 公共機關 從事者들의 반감을 크게 사고 있다.

5) 이에 대한 논의는 원문을 참고하시기 바람.

다. 아시아의 社會保障制度 動向

ILO 등 國際機關 및 각국의 전문가들이 '93년 이래 평가해 온 결과를 통하여(사회보장연구소, 1995:14~17) 아시아제국의 社會保障制度 變化를 개관해 보면, 社會保障의 給與水準이 비교적 높고, 制度가 효과적으로 기능하고 있는 國家들은 오스트레일리아, 일본, 뉴질랜드, 구소련연방국가, 홍콩, 이란, 이스라엘 등 11개국에 불과한 것으로 분류되고 있다. 1993년 현재 47개국의 약 96%(방글라데쉬, 미얀마만 제외)에서 老齡·障 碍·遺族에 대한 급여를 그리고 약 87%(바레인 등 9개국)에서 勞 働災害 給與를 採擇하고 있다. 老齡·障 碍·遺族 給與의 運用方式을 보면 부과방식을 採用하고 있는 國家가 압도적이지만 積立金方式을 취하고 있는 國家도 상당수에 이른다. 疾 病·出產의 給與에서는 醫 療提供과 現金給與가 동시에 고려되는데, 醫 療供給能力의 부족으로 이 제도를 채택하지 못하는 國家들도 상당수가 있다. 또한 들중 어느 하나만을 선택하고 있는 國家들도 있다. 勞 働災害의 給與部門에서는 社會保險方式을 採擇하고 있는 國家가 대부분이지만, 使用者責任方式이나 私的 保險으로 대신하는 國家들도 상당수에 이른다. 使用者 責任方式은 사용자에게 책임을 묻는 소박한 방식으로 社會保險方式의 전 단계로 볼 수 있다. 失 業 및 家族手當은 급여의 필요성이 절실하지만 제반 여건의 불비로 많은 國家가 실시하지 못하고 있다. 이들에게서는 失 業給與보다는 雇傭의 창출이 더 시급한 과제가 되고 있다. 오스트레일리아, 일본, 뉴질랜드 등 고령화가 큰 선진국에서는 高齡化에 대비한 社會保障制度의 改善에 부심하고 있다. 뉴질랜드와 日本은 醫 療費 給與의 膨脹에 대응하여 일부분담금의 강화 대책을 취하고 있다. 전체적으로 새로운 制度, 給與 및 運營方式을 채택하거나, 適用 對象을 擴大하거나, 자격 요건을 완화하거나, 給與를 改善하는 등 여러 분야와 각종 수단에 의해 社會保障制度의 改善을 추진하는 國家들이 눈에 띄게 증가하고 있다.

3. 評價

우리나라의 社會保障은 1993년 문민정부가 시작된 이래 신경제5개년 계획 등 經濟에 치우친 政策으로 인해 정체를 벗어 나지 못하다가 근 2년만에 關心을 받기 시작하였다. 관련 학자 및 부처가 동원되어 福祉計劃을 짜고 있고, 醫療保險給與 範圍의 擴大, 雇傭保險 및 農漁村 年金保險의 實施, 生計保護水準의 向上 등 社會保障의 내용을 改善하고 있다. 그러나 아직도 우리나라의 國際化 및 經濟發展 수준에 비추어 볼 때 근본적인 福祉發展의 전환이 이루어 지고 있다고 보기는 어려운 것으로 생각된다. 우리의 국력에서 볼 때 아직도 빈곤층 및 脆弱階層에 대한 社會保障對策은 소극적이고 目標指向的 수준에 이르렀다고 평가하기에는 미흡하다.

세계의 動向을 보면 1980년대 이후의 신보수주의의 정책기조가 확대되고 있지만 이에 대한 시민적 저항과 정치적 영향이 적지 않아, 각국들은 진통을 겪고 있다. 특히 社會保險制度가 國家의 財政과 經濟成長에 미치는 역효과에 대한 대응책으로 연금과 의료보험을 중심으로 각국마다 새로운 制度 改革을 시도하고 있으므로, 社會保險制度가 아직 성숙기에 들어 가 있지 않은 우리나라의 制度 改善에 시사하는 바가 적지 않다. 첫째, 우리나라의 社會保障制度가 社會保險에의 의존도가 상대적으로 높기 때문에 制度의 성숙기에 이르는 다음 세기에 이르면 國家財政負擔의 壓迫과 社會保險의 역기능이 발생될 것으로 전망된다. 둘째, 이에 비해 1960년대 이래 확대되어온 生活保護制度는 아직 그 수준이 주로 生計給與 및 醫療保護에 그치고 있고, 대상도 老人 등 취약하면서 貧困한 家族에 국한 되어 있어, 西歐 福祉國家가 1950~60년대에 달성한 모든 국민에 대한 最低生活의 보장이라는 수준과는 거리가 적지 않다. 셋째, 社會福祉서비스도 1980년대말부터 投資 增大가 이루어지고 있지만 그 주요 내용은 제한된 소수의 고령자 및 障礙人에 대한 手當의 支給과 生活保護對象에 포함시켜 生計를 보호하는 정도이

어서 취약 특성에 대응한 부가 급여나 서비스의 제공은 매우 미흡하다. 따라서 현재 우리의 福祉 與件 및 經濟 發展段階에서 보면 福祉病을 우려하는 현실감 없는 지적 논쟁보다는 소외된 國民의 生活을 保護하고 그들이 경쟁적인 삶의 향상을 추구할 수 있는 우리의 환경에 적합한 사회보장제도의 틀을 짜야 함을 요구하고 있다 하겠다.

參 考 文 獻

- 일본 사회보장연구소, 해외사회보장정보, No.110, 1995년 봄.
- Beattie, R. and W. McGillivray, "A Risky Strategy: Reflections on the World Bank Report Averting the Old Age Crisis", *International Social Security Review*, 3~4, 1995.
- Jo Campling, "Social Policy Digest", *Journal of Social Policy*, Vol.24, 1995.
- Jordan Bill, "Are New Right Policies 'Sustainable?'," "Back to Basics and Public Choice", *Journal of Social Policy*, Vol.124, July 1995.
- NHS Executive, "The Operation of the NHS Internal Market: Local Freedoms", *National Responsibilities*, Quarry House, Leeds.
- Noreyuki Takayama, "The 1994 Reform Bill for Public Pensions in Japan: Its Main Contents and Related Discussions", *International Social Security Review*, 1, 1995.

II. 保健의 動向

韓 英 子

21世紀를 불과 몇 년 앞두고 있는 現時點에서 우리는 그 어느때 보다 급변하는 國內外 與件속에서 살고 있다. 冷戰時代의 終熄, WTO 體制의 出帆, 첨단과학기술의 발전, 地方自治制 實施, 북한체제의 붕괴위기 등과 같은 變化를 수용하기 위해 우리나라 保健醫療政策은 어떻게 변화하고 있으며 國際的인 보건의료환경 및 정책의 변화추세가 우리에게 示唆하는 점은 무엇인지 살펴보고자 한다.

1. 國內動向

도도한 世界化의 물결 속에서 先進國이 오랜 기간에 걸쳐 발전시켜 온 保健醫療制度 및 政策을 우리는 짧은 시간내에 소화시켜 우리것으로 만들어야 하는 부담을 안고 있다. 經濟開發과 成長優先政策에 밀려 제자리를 찾기 어려웠던 보건의료 분야가 최근 '삶의 질의 세계화'라는 새로운 國家 理念이 제시됨에 따라 改革에 박차를 가하고 있다. 주로 民間組織에 의존해야 했던 의료사업은 1989년 전국민의료보험이 실시되면서 의료서비스에 대한 접근성이 획기적으로 향상되었다. 1995년 先進國보다 앞선 국민건강증진법의 제정은 보건의료 要求變化에 대한 정부의 의지와 국민의 여망이 반영된 역사적인 사건이다. 그 외에 開放化 및 地方化에 대비하기 위해 개발되어 추진되고 있는 각종 정책들을 살펴보고자 한다.

가. 保健醫療 關聯法 制定

1) 國民健康增進法

최근 우리나라 保健政策의 큰 변화로는 국민건강증진법의 제정(1995. 1. 5.)을 들 수 있다. 그 배경을 보면 産業社會로 발전과정에서 성인병과 사고발생이 증가하여 국민의 삶의 질 저하와 의료비 증가요인으로 작용하고 있으며 또한 노령인구의 증가로 인해 治療中心의 의료서비스로는 국민의 건강수준 유지에 한계가 있다는 인식을 갖게 되었다. 국민건강증진법 제정으로 질병 치료중심의 보건의료정책에서 豫防 및 健康增進 차원의 정책으로 획기적인 방향전환이 이루어질 수 있는 계기가 될 것으로 보인다.

보건복지부는 노인병, 정신병, 암 등 특수질환의 管理對策을 다각적으로 추진할 계획을 갖고 있다. 암극복을 위한 10개년 계획을 범정부 차원에서 樹立·推進하고 국민건강증진법에 의해 조성되는 基金으로 보건교육, 건강증진사업, 국민영양관리사업 등이 活性化 될 것이다. 보건복지부는 각 시·도별로 1개소씩 15개소의 「示範保健所」를 중심으로 지역실정에 맞는 건강증진사업 모형을 개발할 계획이다.

2) 地域保健法

지방자치체가 본격화되어 국정의 모든 부문에서 中央政府와 地方自治團體間的 機能調整作業이 진행되고 있다. 이에 따라 지방자치단체의 보건사업기관인 보건소의 機能改編이 추진될 전망이다. 정부는 보건소법을 지역보건법으로 전면 개정하는 보건소법개정법률(안)을 입법예고했다(1995. 9. 15). 地域保健法의 제정과 더불어 지방자치단체의 보건사업기능이 확충될 뿐 아니라 보건소의 기능을 지역주민의 평생건강관리기관으로 강화하게 되며 보건관리에 있어서의 規制緩和와 權限委任에 따라 중앙과 지방의 역할분담 체제로 돌입하게 된다. 새로운 법 제정

으로 보건소를 중심으로 하는 公共保健서비스가 활성화될 것으로 전망된다.

3) 精神保健法

최근 生活環境의 급격한 변화로 인하여 精神疾患자가 증가함에 따라 정신질환을 예방하고 정신질환자에 대한 효율적인 醫療 및 社會復歸를 위하여 필요한 사항을 정함으로써 국민의 정신건강증진에 이바지하기 위한 목적으로 精神保健法(1995. 12. 30.)이 제정되었다.

주요 내용을 보면 지역내의 정신병원 또는 병원급 이상의 의료기관의 정신과를 지정·활용하게 함으로써 保健所와 함께 地域社會의 精神保健事業을 지원하는 것과 정신보건시설을 정신의료기관과 사회복지시설로 구분하고 施設·裝備 및 人力基準 등에 관한 근거규정을 마련하고 있다. 본인의 의사에 반하는 입원에 대하여 부당여부의 심사와 퇴원을 청구할 수 있는 절차를 마련하고 精神科專門醫 진단에 의하지 아니하는 입원은 금지하고 있다. 전기충격요법등의 특수치료는 본인 또는 보호자의 동의를 얻어 하도록 제한하며 정신질환자의 權益을 保護하기 위한 규정을 두고 있다.

4) 應急醫療에 관한 法律

1994년 1월 7일 제정된 『응급의료에 관한 법률』의 施行規則이 '95년 1월 4일 보건복지부령으로 공포되어 應急醫療體系가 조기에 정착될 수 있도록 改善案이 마련되고 있다. 응급환자 신고전화(119, 129)를 119로 통합하고 응급환자 豫備病床(1% 이상)制度를 실시하며 응급구조사를 양성하기 위하여 관련 전문대학에 응급구조학과를 설치할 계획이다.

나. 超高速 醫療情報通信網 開發 및 醫療서비스 體系 強化

정보통신부가 추진중인 초고속의료정보통신망을 활용한 의료정보시스템이 개발되고 있다. 원격진료(Telemedicine)시스템이 성공적으로 구축될 경우 遠隔醫療時代가 열려 도시와 농어촌간의 의료서비스 격차를 줄이는데 크게 이바지할 것으로 기대되고 있다.

老人人口의 증가, 疾病構造의 변화와 더불어 국민의 소득수준이 향상되어 醫療需要의 계속적인 증가 등 의료행태의 변화가 예측된다. 보건복지부는 의료공급능력의 확충을 위하여는 재특자금을 장기저리로 지원하여 병상을 증설하고, 醫療基盤이 취약한 농어촌지역에 농특세관 리특별회계에서 특별지원하여 農漁村地域 의료기관의 진료기능을 보강할 계획을 갖고 있다. 또한 傳染病豫防管理事業을 강화하기 위하여 예방접종 부작용 피해보상제도를 실시(사망시 최고 6,000 만원까지 보상)하고 있다.

다. 醫療서비스 開放에 對備한 保健醫療産業 育成

1995년부터 WTO 체제가 出帆하게 되었고 향후 世界貿易秩序는 이러한 UR 協定の 규정에 맞추어 再編되어갈 전망이다. 의료서비스에 대한 外國人 投資 開放計劃과 외국인 투자 활성화 대책에 따라 병원이 개방되어 의료서비스 시장은 國際競爭時代를 맞게 된다. 의료서비스 시장접근의 형태에 있어서 醫療人의 이동은 장기간 후에 전개될 전망이나 醫療機關(施設)에의 외국 자본투자는 금명간 전개될 가능성이 있으므로 이에 대한 다각적인 대책이 필요하다. 보건의료 부문에 있어서 시장의 對外開放에 따라 가장 심각한 위기를 맞게 되는 분야가 식품, 의약품, 의료용구와 같은 保健醫療産業이다.

정부는 '95년도에는 保健醫療技術 研究開發事業의 실시를 통하여 신약개발분야에 70과제 50억원, 의과학분야에 69과제 30억원, 식품분야

에 19과제 10억원, 의료기기분야에 13과제 8억원이 지원되었으며, 선도 기술개발사업(G7)으로 48억원이 지원되어 총 146억원이 政府投資 研究 開發費로 집행되었다(보건복지부, 1995).

라. 保健醫療科學團地 造成

市場開放의 영향에 대응하여 保健醫療技術의 振興을 위한 시책으로서 보건의료기술진흥법의 제정(1995. 12), 보건의료과학단지의 조성, 보건의료기술개발 投資의 擴大, 보건의료정보체계의 개발, 보건연구기관의 확보와 식품의약품 안전관리조직의 擴充(국립보건원·보건안전연구원의 개편)등이 추진될 전망이다.

마. 輸入食品 安全性 檢査 強化

최근 각종 公害와 중금속오염 및 농약사용량의 증가와 대외적으로는 WTO체제 출범이후 輸入食品의 급증으로 식품의 安全性에 대한 관심이 고조되고 있다. 정부는 「식품위해요소 중점관리기준(HACCP)」제도 도입과 國內食品衛生基準을 CODEX 등 국제기준과 조화시켜 나아가는 등 국제화를 추진할 계획이며, 식품품목허가제를 폐지하고 현행 28개 허가업종을 단일업종(식품제조·가공업)으로 통폐합하는 등 식품산업의 제조·영업활동에 대한 事前規制를 완화하면서 이를 보완코자 명예식품위생감시원 위촉, 食品回收(Recall)制 도입 및 위해식품 제조·판매자에 대한 행정처분 등의 처벌기준을 강화하는 등 사후관리체계를 강화할 계획이다. 외국과의 通商摩擦을 줄이기 위하여 화물 도착전에 사전신고를 받아 서류검사를 우선 실시하고 화물도착후에 정밀검사를 실시하는 「事前申告制」를 도입할 방침이다.

2. 外國의 保健醫療動向

세계 제2차 대전 이후 선진 각국은 시기적인 차이는 있었으나 施惠次元의 保健醫療서비스로부터 福祉次元에서 보건의료서비스를 提供해야 한다는 인식을 갖게 되었다. 따라서 많은 국가에서 사회보험을 통해서든 조세형태의 재원조달 방식이든 保健醫療서비스의 社會化가 추진되었다. 각국의 保健醫療政策은 보건의료서비스의 社會化가 추진된 이후 接近性的의 提高와 서비스 수준의 향상 방향으로 진행되어 왔다. 그러나 최근 老人人口의 증가와 成人病의 증가로 보건의료서비스는 財政的 危機에 봉착하게 되었으며 이에 따라 1990년대의 구미 각국은 醫療改革을 추진하지 않을 수 없는 입장에 처하게 되었다.

慢性疾患 및 老人人口의 증가로 인한 醫療費 增加는 각국이 당면하고 있는 주요 문제이다. 각국은 의료의 질을 떨어뜨리지 않으면서 비용을 절감하기 위해 보건의료서비스에 市場經濟와 經營技法을 도입하여 競爭力과 效率을 높이려는 노력을 하고 있다. 유럽에서는 병원입원을 최소화시키고 中間段階施設인 요양원 활용, 가정방문간호 등 지역 사회와 연계하여 지속적 환자관리를 함으로써 費用節減과 동시에 소비자의 만족도를 높이고 있다. 최근 유럽국가들에서 병원 入院期間이 단축되는 추세이며 앞으로 病床數도 차츰 감축될 것으로 예상된다. 또한 Day Surgery Unit가 급증하고 있는데 입원기간을 짧게 함으로써 병원 2차감염의 감소 효과도 가져오고 있다. 그 결과 병원과 가정사이 중간 단계 시설의 필요성이 증가하고 있다.

최근의 새로운 질병패턴으로 인해 각국은 인체의 생리나 면역기능을 높이는데 초점이 맞추어지는 傳統醫療와 새로운 형태의 의료의 중요성을 인정하고 있다. 각국은 物理的療法, 非藥物療法을 포함한 다양한 치료방법에 대한 연구를 지원하고 이의 확산을 위해 노력하고 있다. 일본 영국은 침술을 비롯한 여러가지 치료방법을 支援하고 있으며 네덜란드는 Alternative forms of Medicine의 중요성을 인식하고

Homeopathy, Manual Therapy, 침술 등을 포함한 새로운 治療法 開發을 위한 연구지원을 하고 있다.

보건의료의 정의는 오늘날 과거의 身體的概念에서 心身의 概念으로 더 나아가 최근에는 生活의 概念으로 바뀌어 그 영역이 확대되어 가고 있다. 따라서 보건의료 부분에서는 과거의 전통적인 보건의료 전문가 뿐 아니라 사회사업과 관련된 다양한 분야의 人力이 참여하는 綜合的인 분야로 확대발전되고 있으며, 그 결과 保健과 福祉서비스의 연계 또는 통합노력이 지속되고 있다.

1977년 WHO가 'Health for all' 을 주요 사회목표로 설정한 이후 각국은 이를 달성하기 위한 보건의료정책을 발전시켜왔다. 여기에서는 건강한 生活樣式과 環境 및 一次醫療에 기초를 둔 보건의료제도로의 방향전환을 강조하였다. 미국의 'Healthy people 2000', 일본의 건강가꾸기사업에서 건강증진을 위한 청사진을 제시하고 있으며 우리나라도 국민건강증진법의 제정으로 질병치료 중심의 보건의료정책에서 지역사회에 기초한 예방 및 건강증진 중심의 보건의료정책으로의 방향전환을 시도하고 있다.

최근 消費者의 權利意識 증대에 따라 서비스 제공이 공급자 위주에서 소비자 중심으로 바뀌고 있는 것도 새로운 추세이다. 보건의료서비스에 있어서 소비자의 選擇의 폭을 넓히고 있으며 供給者는 다양한 서비스를 제공하고 서비스가 소비자를 찾아가는 방식으로 전환되고 있다.

유럽 각국은 보건의료에 있어서 中央과 地方政府가 역할을 적절히 분담하고 있다. 새로운 정책개발, 법제정, 기준설정, 지도감독업무는 중앙정부가 맡고 있으며 지방정부에서는 직접적인 서비스 제공과 관리운영을 주로 책임지고 있다. 地方自治團體의 등장으로 중앙과 지방정부가 역할분담을 해야 하는 우리나라는 유럽의 경험을 주시할 필요가 있다. 보건의료서비스의 효율을 높이기 위해서는 서비스가 주어지고 있는 곳에서 의사결정이 이루어지는 것이 效果的이라는 경험에 따라 각국은 책임과 권한을 낮은 수준으로 委任하는 경향을 보이고 있다.

다음은 각국의 보건의료동향을 간략하게 소개하고자 한다.

가. 英國

영국은 The Health of the Nation을 발간하여 국민건강증진을 위한 구체적인 目標와 戰略下에 종래의 보건의료서비스에서 건강증진으로 범위를 확대시키는 국가적 사업을 펼치고 있다.

서비스의 費用節減과 競爭力을 높이기 위해 1991년 醫療改革을 단행하였는데 그 내용을 보면 기존의 전국민의료제도(NHS System)의 골격은 그대로 유지하면서 시장제도의 경쟁성을 도입한 위탁병원(Trust Hospital)과 기금을 가진 일반의(GP Fund Holder)제도로 바뀌어 가고 있다. 委託病院은 정해진 서비스 수준만 유지하면 운영관리에 관해서는 자율성을 보장받으며 직원 처우개선과 시설 투자 등이 가능하다. 기금을 가진 일반의는 국가로부터 住民의 健康管理를 위해 의뢰하는 비용으로 주민에게 적절한 서비스를 購買하는 권한을 갖게 된다.

개혁에 대한 정치적 비용이 크고 개혁의 성과를 판단하기에는 아직 이른감이 있다. 그러나 전국민의료제도가 주요부문에 있어서 변화하고 있음은 분명하다. 병원전문의(hospital specialists)로부터 일반의(general practitioners)로, 제공자(providers)로부터 구매자(purchasers)로 중심이 옮겨가고 있으며 전문인의 책임과 consumerism이 강조되고 있다는 점이다. 改革에 따른 문제를 해결하기 위한 變化가 지속되겠지만 한가지 확실한 것은 1991년 개혁 이전 상태로 되돌아 갈 수는 없다는 사실이다.

보건복지부는 1991년 患者憲章(Patient Charter)을 도입하여 경직되고 비효율적인 관료조직에 민간부문과 같은 고객위주의 서비스를 제공하기 시작했으며 과거에 비해 보건의료서비스에 대한 消費者의 選擇의 폭을 넓히고 소비자의 요구에 부응하는 다양한 사업을 개발하고 있다.

인력수요와 인력공급 사이의 조정을 위한 人力市場計劃(Labor

market planning)에 의해 인력계획관이 매년 각 병원에 필요한 인력요구서를 제출케 하고 있으며 人力移動에 대한 파악을 위해 신규인력 조사, 인력의 이동방향과 이동 이유에 대한 정보를 얻고 있다.

研究開發事業(R & D Activity)의 중요성은 의료제도개혁 이후 더욱 부각되고 있다. 改革이 성공하기 위해서는 정책수립을 위한 새로운 제도개발과 평가 및 환류가 뒤따라야 하므로 보건복지부 조직내에 연구 및 개발을 위한 부서가 독립되어 그 기능이 확대되고 있다.

나. 西 獨

서독은 의료보험 財政壓迫으로 인해 병원이나 치료 위주의 서비스에서 豫防서비스 쪽으로 방향전환을 하고 있다. 건강관리에 있어서 환자의 참여와 책임을 높이고 차츰 환자의 부담을 늘리는 방향으로 나가고 있다. 최근 서독에서는 의사들이 환자교육을 포함한 豫防費用(Prevention Cost)에 대한 給與를 요구하고 보험회사는 이를 적극 검토하고 있는데 豫防事業은 보험재정 뿐 아니라 기업경쟁력에도 도움을 준다는데 의견이 일치되고 있다.

의료보험 재정악화를 방지하기 위한 방안으로 藥價의 Reference Price System⁶⁾을 도입하고, 入院期間에 따라 醫療費支拂을 할 경우 불필요하게 입원기간이 길어진다는 보험기관의 지적에 따라 1996년부터는 의료비 지불방식을 DRG(Diagnosis Related Groups)에서 보다 발전된 PMC(Patient Management Categories)⁷⁾로 바꿀 예정이다. 의료비 절감을 위한 그 동안의 노력으로 1992년 처음으로 병원예산이 감소되었으며 1996년까지 계속 병원예산이 감소될 것으로 예상하고 있다.

6) 여러 회사가 같은 약을 생산하면서 다른 이름과 가격으로 공급하고 있는데 보험회사에서는 가격통제를 위해 중간값 이상은 지불하지 않는다.

7) PMC 방법은 예를 들면 충수돌기절제술을 받은 환자를 상태에 따라 5개 집단으로 나누어 의료비를 차등 부과한다.

다. 덴마크

덴마크의 경우 1980년에서 1989년 사이에 病床數의 5%의 감소가 있었다. 그러나 입원횟수는 같은 기간중 15%나 증가되었다. 이것은 입원 기간 단축과 外來患者서비스 擴張을 통해 가능하였으며 지속적인 입원 기간 단축을 위해 의료기술의 발전, 집중적이고 효과적인 치료가 강조되고 있다. 출산시 1일 입원계획, 통원서비스가 증가되고 있으며 早期退院患者는 지역사회서비스 및 家庭看護 등으로 이어지고 있는데 특히 24시간 가정간호는 환자의 滿足도와 비용절감을 동시에 가져오고 있다.

덴마크의 保健醫療豫算의 85% 정도는 公共豫算이다. 공공 및 민간 보건의료비 지출은 1988년 GDP의 6%였으며 OECD국가의 평균 7.5%에 비해 다소 낮은 편이다. 1980년 이후 保健醫療에 사용된 費用이 GDP에서 차지하는 부분은 실제로 감소되어 왔는데 그 이유를 보면 보건의료가 郡이나 市(邑)當局에 의해 재정지원이 되어 가격규제가 용이했고 1980년대 정부의 經濟制裁가 가해졌기 때문이다. 여기에서 재정적 제약이 보건의료부문의 생산성과 효율향상을 촉진하는 계기가 된 것으로 보인다. 덴마크는 인구의 98%가 정해진 일반의를 갖고 있으며 매우 저렴한 예산으로 높은 서비스 수준과 접근율을 유지하고 있다.

라. 美國

미국은 연방국가로서 고도로 分化된 制度를 갖고 있으며 自由市場 經濟體制이므로 복잡하고 多樣한 保健醫療制度를 갖고 있다. 보건의료 서비스 수준은 높지만 인구내에 不平等이 심하여 모든 사람에게 대한 接近이 가능하지 않으며 先進 民主國家 중 국민의료보험제도를 갖지 못한 유일한 국가이다.

미국 정부는 1948년 이래 醫療改革을 수없이 시도하였으나 실패하였다. 1993년 클린턴대통령이 전국민의료보험을 주요 선거공약으로 내세울 당시 의료개혁의 成功 가능성은 그 어느 때보다 높을 것으로 생각

되었다. 급증하는 醫療費用과 醫療서비스에 대한 낮은 접근도로 인해 중산층을 포함한 대다수 국민이 전국민의료보험을 희망하는 것으로 나타났다. 政府의 입장에서 미국인 상당수가 의료보험제도하에 있지 않고 underinsured 상태인 것은 미국의 현 政治的, 倫理·道德的 經濟的 여건이 받아들일 수 없는 상황이었다. 의료개혁을 항상 반대해온 영향력 있는 이익집단조차 대세를 거스를 수 없는 사회적 분위기였다. 그러나 이러한 醫療保障法(Health Security Act of 1993)은 1994년 議會에서 否決되었다. 그 원인은 과거와 마찬가지로 미국의 構造的인 政治制度와 文化에 기인하는 것 같다. 개인주의와 자유주의 가치, 시장기전의 중시, 정부에 대항하는 가치(anti-static beliefs) 등으로 인해 聯邦政府의 힘은 개혁을 추진하기에는 항상 미약하였다. 保健醫療部門이 美國經濟의 1/7을 차지하고 이와 관련된 병원, 의료보험회사, 미국의사협회(AMA) 등 利益集團이 개혁저지를 위해 政界와 大衆媒體에 집중적인 로비를 하고 있다. 여기에 덧붙여 결정적인 영향을 미친 것은 의료개혁을 위해 막대한 재정적 지원이 필요한 반면 지난 15년간 누적되어온 納稅者가 감당해야 할 엄청난 빚 때문이었다.

노인과 저소득층을 위한 社會保險프로그램인 Medicare와 Medicaid가 1967년이래 실시되어 왔는데, Medicaid는 최근 비용증가로 인한 재정적인 문제때문에 危機에 처해 있다. 많은 주에서 비용절감을 하면서 接近度を 높이기 위한 Managed care를 받아들이고 있다. Medicaid managed care(MMC)에는 기본적으로 3가지 종류의 모델이 있다. 일차 의료 환자관리계획(Primary care case management plans), 部分 人頭制計劃(Partially capitated plans), 全體 人頭制計劃(Full risk capitated plans) 등이 있다(Cho, 1995).

건강증진사업에 대한 필요성에 따라 1990년부터 2000년까지의 國民健康增進을 위한 국가전략이 그려져 있는 'Healthy People 2000'에서는 건강실천에서 개개인의 태도변화를 통해 생활방식의 변화를 추구하는 것이 핵심이며 각 분야별로 具體的인 國家目標를 제시하고 있다.

질병관리 및 예방센터(CDC)는 건강증진사업을 위한 방법론으로 PATCH (Planned approach to community health)를 개발하여 지역사회에서 健康增進 및 疾病豫防 프로그램의 계획 및 수행에 사용하고 있다.

마. 日本

일본은 人口高齡化 및 成人病 增加에 대한 대응으로 2차에 걸친 전국민 건강가꾸기운동을 추진하고 있다. 1978년 제1차 국민건강가꾸기 운동에서는 과거의 治療中心 保健醫療政策에서 1차예방 및 2차예방을 중시하는 정책으로의 방향전환이었으나 이로부터 10년 후인 1988년 제2차 국민건강가꾸기운동에서는 既存 施策을 확충하고 營養·運動·休養의 均衡이 잡힌 체제 확립을 목표로 하고 있다. 보건교육 등 지식의 전달에서 한걸음 나아가 健康한 生活이 정착되도록 행동의 변화를 유도하는 구체적인 사업을 실시하고 있다. 최근 外食産業의 발달과 함께 조리사의 역할이 중요해짐에 따라 일본정부에서는 성인병예방과 건강증진을 위한 조리사건강교육사업을 계획하고 있다.

바. 北京 第4次 世界女性會議

1995년 중국 북경에서 열린 제4차 유엔세계여성회의는 181개국 5만 여명의 정부대표와 민간단체 대표들이 참석하였다. 冷戰 以後 가장 많은 국가의 대표들이 참석하였으며 政治色이 배제된 상태에서 선후진국이 함께 政治, 宗教, 文化의 장벽을 넘어 많은 爭點에 대해 합의를 도출하는 성공적인 결과를 거둔 회의였다. 북경선언문에서는 세계여성이 지향할 목표가 「平等, 發展, 平和」라는데 의견을 모았다. 과거 세계여성회의에서는 여성의 문제점을 지적하고 시정을 요구하는 宣言的인 주장을 했던데 반해 이번 회의에서는 女性이 가정과 사회 각 분야에서 男性과 책임 및 권리를 공유하는 同伴者關係에 있음을 밝히고 모든 분야에서 동등한 참여를 추구하고 있으며 특히 政策決定過程에 적극 참

여할 것을 결의하였다. 실질적인 男女平等을 실현하기 위한 구체적 전략과 조치를 담고 있는 行動綱領은 앞으로 세계 모든 여성의 행동규범이 될 것이다. 또 各國은 그 실행계획과 이행과정을 유엔 여성지위위원회에 보고해야 한다. 따라서 앞으로 각국 정부의 정책수립 및 입법 과정에도 반영될 것으로 기대된다.

다음은 채택된 여성보건분야 행동강령 내용이다.

- 性を 고려한 保健프로그램(gender-sensitive health programmes)을 고안하고 실행한다.
- 一次保健醫療를 제공한다.
- 여자 어린이의 건강요구에 특별한 관심을 갖는다.
- HIV/AIDS 와 기타 性病과 관련된 政策決定過程에 여성이 참여해야 하며 위 질병으로부터 여성을 보호할 수 있는 전략개발을 촉진한다.
- 여성건강에 관한 研究를 촉진하고, 보건분야에서 女性政策立案者의 수를 증가시키며, 여성건강에 관한 자료확보와 연구결과의 확산을 권장한다.
- 보건의료와 사회적 서비스에 대한 基金을 증가시킨다.

여성保健과 관련하여 가톨릭계와 회교계 국가 등 宗教와 文化的 배경이 다른 국가간 協議過程에서 가장 진통을 겪었던 爭點은 性과 妊娠 出産에 대한 여성의 健康決定權, 落胎女性에 대한 정부의 차별조치 철폐, 10대의 性生活 관련 문제였다. 그러나 이 문제는 건강위원회에서 극적으로 합의를 보았다. 그 내용을 보면 여성의 인권은 성생활 및 出產選擇과 관련된 건강등 性生活에 대한 모든 문제를 강요나 차별, 폭력에 의하지 않고 자유로이 決定할 수 있는 權利를 포함한다는 것이다. 또한 불법낙태 여성을 刑事處罰하는 법의 개정을 고려하도록 각국 정부에 요구하기로 결정하였다. 10대의 성생활과 관련하여 '父母의 責

任과 靑少年의 私生活 保護中 어디에 더 비중을 두어야 하는가'라는 難題에 대한 토론 끝에 청소년들이 私生活을 保障받을 권리를 인정함과 동시에 이를 감독하는 父母의 權限과 責任도 함께 강조한다는 합의에 도달하였다. 그러나 청소년과 관련된 모든 조치에서 청소년에 대한 最善의 利益이 가장 먼저 고려되어야 한다는 점이 강조되었다.

그 외에 회교국가의 여성할례(female genital mutilation)와 아시아 국가의 남아선호에 의한 태아 성감별(prenatal sex selection)문제가 해결되어야 할 쟁점으로 제기되었다.

3. 評 價

우리나라의 保健醫療制度의 發展은 그동안 經濟成長中心의 開發政策에 의해 지연되어 온 점을 부인하기 힘들다. 1989년 전국민의료보험 실시로 의료서비스에 대한 接近度의 向上은 괄목할 만한 성과라고 생각된다. 그러나 公共醫療施設의 비중이 약 15%에 불과해 민간시설에 대한 과도한 의존으로 醫療의 公益性 確保가 어렵다는 것과 農漁村地域 醫療利用接近性이 낮은 점이 문제점으로 지적되어 왔다. 전국민의 의료보험이 실시되면서 의료전달체계는 구축·보강되고 있는데 비해 공중보건서비스(질병예방, 보건교육, 건강증진 등)의 제공체계는 마련되어 있지 않았으나 國民健康增進法의 제정으로 향후 이 부분의 서비스가 확충되어 국민건강증진과 삶의 質 向上에 기여할 것으로 기대된다.

질병양상의 변화에 따른 대응으로 선진각국이 전통의료와 새로운 치료법을 개발 지원하고 있는 점은 우리에게 시사하는 바가 크다고 본다. 우리나라도 傳統醫學을 포함하여 새로운 의료서비스를 開發하여야 할 것으로 생각된다. 우선 한방의료기관과 양방의료기관간의 機能分擔이나 協診體系가 고려되어야 할 것이며 의료관계 專門人의 多元的 기능분담 및 협력체계 조성방안이 강구되어야 할 것이다.

선진외국에서 볼 수 있는 의료기관 병상수 감소추세와 지역사회에

서의 서비스 증가는 우리가 나아가야할 방향이지만, 우리나라는 아직 醫療資源의 供給規模가 불충분하다는 점과 地域사회에 기초한 서비스와 다양한 서비스체계가 開發되거나 確保되어 있지 않다는 점을 감안하여 정책을 수립해야 할 것이다. 또한 국내외적으로 급변하는 보건의료환경에 대해 다양하고 能動的인 政策 및 對處方案이 요구되며 특히 北韓의 變化에 대비한 可視的인 정책개발이 추진되어야 할 것이다.

參 考 文 獻

- 김수춘·이충섭, 『국민건강실천운동의 모형개발에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1990. pp.147~166.
- 보건복지부, 『보건복지백서』, 1995.
- 이동모, 「2000년대 국민보건 좌표설정의 과제」, 『2000년대 국민보건수준 설정을 위한 지원체제 이론성립』, 서울대학교 보건대학원, 1994, pp.11~25.
- 이용수, 「2000년대를 위한 국민보건의 과제」, 『보건교육 40년, 좌표와 전망』, 서울대학교 보건대학원, 1995. pp.5~13.
- 정두채, 「보건의료제도 및 보건정책의 현황과 전망」, 『보건교육 40년, 좌표와 전망』, 서울대학교 보건대학원, 1995. pp.17~36.
- CDC, Patch, *Planned Approach to Community Health*, Atlanta, Georgia.
- Cho, Jung H., "Managed Care and its Public Health Implication", 『보건교육 40년, 좌표와 전망』, 서울대학교 보건대학원, 1995. pp.39~92.
- H. d'Ancona and H. J. Simons, *Care in the Netherlands, 1992*, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs.
- Klein, Rudolf, "Big Bang Health Care Reform - Does It Work?:"

The Case of Britain's 1991 National Health Service Reforms", *The Milbank Quarterly*, Vol.73, No.3, 1995, pp. 299~337.

Ministry of Health, *Health Care in Denmark*, 1991.

Reingardt, Uwe E., *West Germany's Health Care and Health Insurance System: Combining Universal Access with cost Control*, 1992.

Steinmo, Sven and Watts, Jon, "It's the Institutions, Stupid ! Why Comprehensive National Health Insurance Always Fails in America", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 20, No.2, 1995, pp.329~369.

NHS Management Executive, *The Health of the Nation: First Steps for the NHS*, Department of Health, U.K., 1992.

U.S. DHHS, *Healthy People 2000*, 1991.

WHO, *Targets for Health for All*, 1985.

Ⅲ. 人口의 動向

洪 文 植

1. 國際的 動向

最近 人口에 관한 UN의 관심은 均衡된 發展과 지속적인 開發에 쏠리고 있다. 물론 아직도 高出産 低開發 국가에서는 出産抑制가 우선적인 인구정책과제로 되고 있음에는 異論의 여지가 없다. 그러나 국제적인 趨勢는 그러한 지역국가의 人口抑制政策뿐 아니라 凡世界的인 인구와 개발이라는 쪽으로 관심의 領域이 크게 확대되고 있다. 1974년 부카레스트에서 UN에 의해 처음으로 개최된 凡世界的 國際人口會議는 出産抑制中心의 단순한 '世界人口會議'였으나 1984년의 멕시코회의를 거쳐 1994년 카이로 회의에서는 '人口와 開發에 관한 國際會議'로 그 명칭의 변화를 가져왔다. 여기에서도 국제적 관심수준의 변화를 충분히 看破할 수 있다. 이러한 變化趨勢는 결국 인간의 삶의 질을 보다 향상시키기 위한 방향으로 쫓아가는 것으로 볼 수 있다.

구체적인 주요 關心分野는 人口와 持續的 經濟成長 및 開發間의 相關關係, 이를테면 貧困, 環境, 資源 등에 관한 문제를 비롯하여 性の平等과 女權伸長, 人口成長과 構造變化에 따른 문제, 生殖健康과 生殖權限 즉, 가족계획, 성병 및 에이즈, 人工妊娠中絶 등의 문제, 그리고 國內外 인구이동, 교육 및 기술연구개발에 이르기까지 擴大되고 있다.

특히 女權伸長과 관련하여 1995년 9월 15일부터 2주간에 걸쳐 중국 베이징에서 개최된 바 있는 第4次 世界女性會議에서도 인구와 관련된

課題에 대한 열띤 논의가 있었다. 女性의 사회활동 參與나 교육 등 모든 분야에 있어서 差別的이거나 障礙가 되는 요인을 除去해야 한다는 데 뜻을 모았지만 가장 관심의 焦點이 된 것은 역시 인구나 직결되는 女性의 生殖健康과 生殖權限에 관한 사항이었다. 妊娠과 分娩은 전적으로 女性의 肉體的 負擔으로 되고 있기 때문에 生殖過程에서의 女性의 건강은 물론 妊娠 및 出產과 관련하여 자녀수와 出產間隔의 결정 등 生殖權限도 전적으로 女性의 自意에 의해 현명하게 行使되어야 할 사항임을 강조하고 있다. 여기에는 人工妊娠中絶까지도 女性의 뜻에 따라 마음대로 하는 決定權까지도 承認하고 있다.

선진공업국과 개발도상국간의 資源의 소비, 環境汚染, 貧困問題 등 여러가지의 복잡한 利害關係에 얽힌 각국의 異見은 날로 深化되고 있다. 地球家族이라는 次元에서 본다면 消費와 分配의 不均衡은 人口分野의 中대한 課題이기도 하다. 1995년 9월 25~29일 사이에 방콕에서 개최된 바 있는 ESCAP의 貧困對策委員會에서는 地球上의 貧困問題는 특정지역 및 국가에 국한되는 문제만이 아님을 강조하면서 21세기 前半期는 貧困問題와 관련한 인구의 國家間 移動이 가장 중요한 이슈가 될 것이라고 指摘한 바 있다. 곧 인구문제는 어느 특정 국가에 국한하는 것이 아니라 國家間的의 영향에 관해서도 점점 敏感해지는 주요 과제를 시사해 주고 있다. 우리도 國際化 및 世界化의 加速化로 인구나 관련한 관심은 國內的인 차원에서만이 아니라 凡世界的인 차원으로 한 단계 높여서 視野를 확대할 필요가 있다.

2. 國內 動向

1980년대 중반 이후 代置水準 이하의 低出產이 유지되고 있는 우리나라는 이제 개발도상국 類型의 人口政策, 다시 말해서 出產抑制 위주의 정책 틀에서 벗어나 새로운 政策開發로 2000년대의 선진국 進入에 대비해야 한다는 霧圍氣가 고조되고 있다.

1960년대에서 1980년대에 걸쳐 出産抑制 目的의 避妊普及 擴大를 위해 이루어 졌던 啓蒙教育 및 弘報, 社會支援施策의 도입, 避妊費用의 지원 등은 低出産의 실현과 더불어 1990년대에 와서 크게 萎縮되었다. 1980년대 중반에 合計出産率이 2.1로 代置水準에 도달하였고 1987년에는 1.6으로 크게 低下되어 본격적인 低出産時代로 접어들면서 전반적인 사회적 霧圍氣가 정부로부터의 人口抑制를 위한 적극적인 투자에 대해 否定的인 방향으로 바뀌었기 때문이다. 반면에 지나온 과정에서 派生된 새로운 社會醫學的 문제에 대한 관심이 높아지기 시작했다. 그 대표적인 예가 胎兒의 性鑑別에 의한 선택적인 人工妊娠中絶로 최근에 出生性比의 不均衡이 深化되고 있는 점과, 거의 放置되거나 한동안 出産抑制를 위해 오히려 獎勵된 적도 있는 人工妊娠中絶의 蔓延을 들 수 있다.

出生性比의 不均衡 현상은 1980년대 중반부터 可視化되기 시작하여 최근에는 女兒 100명 출생당 男兒 116명 수준의 큰 차이를 보이고 있다. 더욱이 出産順位가 늦어질수록 그 차이가 심하여 1994년의 넷째 아이 이상의 경우 出生性比는 무려 237.7에 이르고 있다. 男兒選好觀에 따른 선택적 人工妊娠中絶이 性鑑別을 통해서 盛行되고 있음을 짐작할 수 있다.

人工妊娠中絶은 법적 許容限界와 상관없이 많은 不願妊娠을 正常出産으로 연결시키지 않기 위해 자유로이 수용되고 있기 때문에 到處에서 盛行되고 있는 것으로 보인다. 아직도 有配偶婦人에 의해서 연간 약 40만 건에 가까운 人工妊娠中絶이 이루어지고 있는 것으로 推定된다. 뿐만 아니라 미혼여성에 의해서도 전체의 약 1/3 수준의 人工妊娠中絶이 행해지고 있다는 한 中都市에 대한 연구결과를 想起한다면 앞으로 이의 방지를 위한 格別한 대책이 절실히 요구된다. 이러한 문제는 삶의 질 향상을 強調하고 있는 최근의 政策關心과도 직결되는 사항이다. 韓國保健社會研究院에 의해 1990년대 초부터 이러한 分野의 問題緩和를 위한 연구가 加一層 강화되면서 이 분야에 많은 사람들의 관심이 모아지고 있다. 물론 이러한 문제 외에도 인구나 관련된 삶의 질

의 要素는 많다. ‘人口變動과 韓國人의 삶의 質’에 관한 學術會議가 1995년 8월 25~26일 간에 統計廳, 學術振興財團, 韓國科學技術團體總聯合會 등의 후원으로 韓國人口學會와 韓國社會學會에 의해 공동으로 개최되었던 것은 삶의 질에 대한 국민적 관심이 높아지는 데 副應하는 흐름으로 볼 수 있다.

保健福祉部에 의해 人口政策發展委員會가 구성되고 그 實務委員會가 韓國保健社會研究院에 의해 운영되면서 새로운 人口政策方向을 定立하려는 노력은 최근의 국내 인구변동과 이 분야의 국제적 關心趨勢에 따라 21세기의 世界化에 대비하려는 對應策의 일환으로 이해된다. 앞으로 人口政策의 基本方向이 低出產에 의한 人口構造의 변동에 따른 勞動力, 老人, 靑少年 등 각 人口階層에 대한 광범위한 課題를 고려하여 새로운 모습으로 定立됨으로써 이 分野는 지속적인 발전을 이룩할 수 있을 것이다.

특히 금년은 1925년이래 매 5年 週期로 실시되는 人口 및 住宅總調查의 해로서 11월 1일 0시 현재를 基準時點으로 하는 전국적인 조사가 統計廳에 의해 일제히 실시된 바 있다. 조사대상은 大韓民國 領土중 行政權이 미치는 전 지역에 常住하는 內·外國人 및 이들이 살고 있는 모든 居處로 하였다. 動員人力 規模만도 약 20만 명에 가까운 이번 조사는 특히 人口變動에 관한 지난 5년간의 推移를 밝히고 앞으로의 새로운 人口展望을 하는데 있어 결정적인 資料를 제시할 것으로 기대된다. 따라서 人口分野의 專門人士는 물론 여러 分野의 관계자들의 關心이 이번 總調查에 集中되고 있다. 1994년도의 韓國保健社會研究院에 의한 全國 出產力 및 家族保健實態調查에서 최근의 出產力이 약간 上昇한 결과로 미루어 보아 이번 조사결과에 의한 將來人口推計는 1990년 調查資料를 土臺로 했던 1991년의 추계에서 展望한 人口成長 停止年度가 2021년에서 그 이후로 몇 년 미루어질 것으로 기대되며 總人口의 最大規模도 2021년의 50,586천명보다 다소 늘어날 것으로 豫想된다.

이제 우리나라의 人口政策은 보다 先進化된 수준으로 발돋움하여

앞으로는 國民福祉 차원에서 삶의 질 향상에 寄與하는 방향으로 持續的인 開發이 이루어질 수 있도록 이 分野의 모든 사람이 슬기를 모아야 할 때라고 생각한다.