

93-06

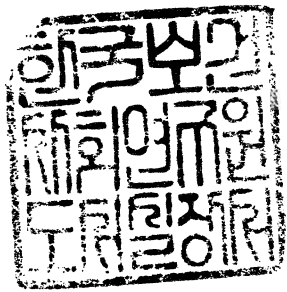
1992年度

研究結果 要約 綜合報告書

1993



韓國保健社會研究院



머 리 말

우리나라는 1962년부터 경제개발 계획의 성공적인 추진으로 인한 고도의 경제성장과 산업화 및 도시화의 촉진으로 사회 경제 문화 등 제반 분야가 급격히 변모 되었고 최근에는 민주화의 전진과 더불어 경제 성장의 과실이 국민복지 증진으로 나타나야 한다는 국민의 외침이 고조되었습니다.

이와같은 시대적 변화에 부응하여 당 연구원의 명칭도 1990년에 한국보건사회연구원으로 개칭되어 연구 기능도 종래의 인구, 보건에서 사회복지분야로 확대되었습니다. 그러나 최근 보건 사회 분야의 정책연구 수요는 급격히 증가되고 있는 반면에 당원의 연구인력이나 예산은 한정되어 정부의 요구에 충분히 대응하지 못하고 있는 현실에서 정책과제의 우선 순위에 따라 연구사업의 효율성을 극대화 하는데 최선의 노력을 경주하였습니다.

이 보고서는 1992년중에 당원에서 수행한 보건, 사회, 인구분야의 총 22개 과제에 대한 연구결과를 요약하여 독자의 이해를 돕기 위한 목적으로 발간한 것입니다. 1992년에 수행된 연구사업의 기본방향은 제7차 경제사회발전 5개년 계획에 포함된 보건사회 분야의 정책과제와 관련된 정책연구에 초점을 두었습니다. 구체적으로 보건분야의 연구는 질병 양상의 변화에 따른 보건의료 서비스 및 제도개선, 사회분야는 복지욕구의 증대에 따른 취약계층의 복지증진과 사회보장 제도의 확충, 그리고 인구분야는 저출산 시대에 맞는 새로운 인구정책의 추진 방향을 모색하는 연구에 역점을 두었습니다.

이 보고서에 수록된 내용은 각 연구과제의 결과를 소개하기 위한 요약이므로 구체적인 연구내용은 개별 연구보고서를 참고하기 바랍니다. 끝으로 본 보고서에 포함된 각종 정책적 제언이나 건의 사항은 연구자의 의견일뿐 정부의 공식 견해가 아님을 밝혀 둡니다.

1993年 5月 7日

韓國保健社會研究院

院長 李 晟 雨

목 차

(보건부문)

1. '92년도 국민건강 및 보건의식 행태조사	3
2. 농촌지역 한방보건의료사업 최종평가	17
3. 지방자치제 실시에 따른 보건소 기능 및	31
행정체계 개선방안 연구	
4. 우리나라 모자보건사업 발전 방향에 관한 연구	47
5. 진료과목별 전문의의 수급에 관한 기초 연구	56
6. 의약품 제조 및 수출입 관리 제도 비교연구	64
7. 적십자 129 응급환자 정보센터 전산화 설계 및 감리	76
8. 1992년도 환자조사 표본 및 조사표 설계	87

(사회부문)

9. 노인복지 종합대책 연구	95
→ 10. 우리나라 빈곤과 대책에 관한 연구	127
11. 장애인 직업재활 시설의 개선방안 연구	137
12. 사회복지 사무소 모형개발 연구	144
13. 남북한 사회보장 및 보건의료제도 비교연구	158
14. 농어민 연금확대 적용에 관한 연구	183
15. 국민생활실태 지정통계 지정(안)	193

(인구부문)

16. 정부 가족보건사업 운영개선 연구	199
17. 최근 출산동향에 관한 연구	210
18. 도시화 문제와 대책에 관한 국제 비교연구	225
19. 보사통계 작성의 개선 및 활용도 제고방안 연구	229
20. 보건의료망을 통한 출생증명자료의 활용 연구	234
21. 최근의 출산력 변동요인과 인구정책 방향에 관한 연구	245

(공통연구)

22. 의료서비스 대외개방에 따른 대응방안 연구	251
----------------------------------	-----

보 건 부 문

1. '92년도 국민건강 및 보건의식 행태조사

A. 1992년도 국민건강조사

가. 연구목적

국민건강 조사는 지역 및 사회 계층별로 이환 및 건강, 그리고 의료이용 수준의 추정과 지역 및 사회 계층간 격차와 불평등 정도 등을 파악하며, 이의 시정을 위한 정책개발에 활용하기 위하여 실시되었다. 이러한 목적의 국민건강 조사는 1989년에 실시되었고, 1992년 조사는 1989년과 동일한 방법으로 실시되어 1989년의 주요 조사 결과와 비교 분석되었다.

나. 연구방법

조사대상은 표본가구내 전 가구원이다. 표본가구는 전국 보통가구를 대표하는 다단계 확률표본추출방법에 의하여 추출되었다. 조사된 표본가구수는 6,321가구, 가구원수는 22,169명이다. 자료는 가구면접조사로 수집되었고, 수집시기는 1992년 6월-7월의 1개월간이다.

다. 연구결과

1) 가구 및 가구원

(1) 조사된 가구의 평균 가구원수는 3.51명이며, 가구당 만성 이환자가 1명 이상 있는 가구는 51%(시부 46%, 군부 65%)이다.

(2) 가구당 연간 병의원 입원환자가 1인 이상인 가구는 17%, 연간 병

의원에 1회 이상 이용자가 1인 이상인 가구는 83%이다. 가구당 연간 병의원, 치과병의원, 보건기관 중 어느 한 의료기관을 1회 이상 이용자가 1인 이상인 가구는 90%(시부 90%, 군부 92%)이다.

(3) 의료보장 적용인구는 95%이며, 미수혜자는 5%이다. 미수혜자 비율은 1989년의 4.8%와 비교하여 유사한 수준이다. 미수혜자 100인당 의료보험카드 미수급자는 34%이며, 카드수급자로서 의료보험 미수혜자는 66%이며, 실직, 퇴직, 보험료 연체 등의 이유를 갖고 있다.

2) 이환 및 건강

(1) 인구 1,000인당 15일간 급성 이환율은 180(시부 183, 군부 172)이며, 연소인구(0-4세 492)에서 높고, 이환 100건당 호흡기계질환은 58%, 소화기계질환은 13%이며, 93%가 치료를 받았다.

(2) 인구 1,000인당 만성 이환율은 273(시부 221, 군부 458, 남자 223, 여자 321)이다. 시부와 군부간 상병분류별로 근골격계질환(시부 49, 군부 152), 소화기계질환(시부 46, 군부 93), 순환기계질환(시부 27, 군부 50) 등에서 비교적 큰 차이가 있다.

(3) 만성이환 100건당 만성이환 상병분류별 분포를 보면, 0-9세에서 호흡기계질환(0-4세 43%, 5-9세 53%), 10-49세에서 소화기계질환(10-19세 23%, 20-29세 27%, 30-39세 31%, 40-49세 29%), 그리고 50세 이상에서 근골격계질환 등에서 각각 높고 치료율은 59%이다.

(4) 15일간 전체 이환자율(급성, 만성포함)은 인구 1,000인당 316(시부 295, 군부 392, 남자 275, 여자 355)이며, 1989년의 263보다 53포인트 증가했다.

(5) 15일간 전체 이환 100건중 호흡기계 질환은 31%, 근골격계 질환은 17%, 소화기계질환 17%이며, 치료율은 80%이다.

(6) 15일간 이환자 100인당 침상 외병일수가 1일 이상인 비율은 17%, 활동제한 일수가 1일 이상인 비율은 19%, 집안의 일상적 활동에 타인의 도움을 필요로 하는 비율은 3%, 집밖 활동에 도움이 필요한 비율은 5%이다.

(7) 인구 100인당 자신이 「건강하지 않다」고 인식하는 비율은 14% (1989년 12%), 지역간(시부 12%, 군부 24%), 성별(남자 12%, 여자 17%)로 차이가 크다.

3) 의료이용

(1) 의료이용 수준은 1989년과 비교하여 1992년에 현저히 증가하였고, 시부와 군부간 격차는 거의 없다.

① 연간 100인당 병의원에 1회 이상 찾아가는 인구 비율은 전국에서 52% (1989년에 46%), 시부에서 52%(1989년에 44%), 군부에서 50%(1989년에 45%)였다.

② 연간 100인당 치과 병의원에 1회 이상 찾아가는 비율은 전국에서 20%(1989년에 15%), 시부에서 21%(1989년에 16%), 군부에서 17%(1989년에 12%)였다.

③ 연간 100인당 보건기관(보건소, 지소, 보건진료소 등)에 찾아가는 비율은 전국에서 13%(1989년에 9%), 시부에서 10%(1989년에 6%), 군부에서 24% (1989년에 17%)였다.

④ 연간 1인당 병의원과 보건기관 방문 횟수는 전국에서 8.88회(1989년에 6.43회), 시부에서 8.40회(1989년에 6.70회), 군부에서 10.59회(1989년에 5.67회)였다. 특히 방문횟수는 20세 이상에서 현저한 차이를 나타내며 군부에서 높다.

⑤ 연간 인구 1,000인당 입원율은 전국에서 57(1989년에 49), 시부에서 57(1989년에 47), 군부에서 58(1989년에 52)이었다.

⑥ 연간 1인당 평균 재원일수는 전국에서 0.93일(1989년에 0.80일), 시부에서 0.87일(1989년에 0.73일), 군부에서 1.13일(1989년에 0.95일)이었다.

(2) 의료이용의 구조는 1989년과 비교하여 1992년에 약간 변화하였다.

① 15일간 각 치료원 이용자 100인당 병의원 이용비율은 증가(1989년과 비교하여 전국에서 40.4%→48.5%, 시부에서 41.5%→49.1%, 군부에서 37.5%→46.5%)한 반면, 약국(방) 이용비율은 감소(1989년과 비교하여 전국에서 50.5%→40.1%, 시부에서 52.3%→43.0%, 군부에서 52.3%→43.0%) 하였다.

② 연간 16일 이상 장기 입원자는 인구 100인당 1.4%, 입원자 100인당 25.4%이며, 이들 소수 장기 입원자가 연간 총 재원일수 중 차지하는 재원일수는 75.5%로서 1989년의 73.3%보다 높다. 소수 장기 입원자에 의한 병상과점 현상은 심화되고 있다.

③ 15일간 각 치료원에 지출한 총치료비(입원 제외)를 100으로 한 각 치료원별 비율은 병의원에서 46%, 한방에서 29%, 약국(방)에서 22%였다. 1989년과 비교하여 이 비율은 병의원에서 3% 포인트, 그리고 약국(방)에서 11%가 각각 감소한 반면 한방에서 12% 포인트 증가한 것이다.

④ 시설분만 100건당 제왕절개술에 의한 분만은 27%, 종합병원에서 36%, 병원에서 31%, 의원에서 21%였다.

⑤ 15일간 약국(방) 이용자 100인당 의료보험 수혜율은 5%(시부 6%, 군부 2%), 조제약 이용자 100인당 수혜비율은 8%(시부 9%, 군부 3%)에 불과하다.

(3) 의료이용의 편의도는 1989년과 비교하여 1992년에 낮아졌고, 군부 거주자의 편의도는 더욱 낮아졌다.

① 종합병원, 병원 외래진료 이용자 100인당 동일 증진료권내 종합병원·병원 이용자는 전국에서 82%, 시부에서 90%이며, 군부에서 53%이다.

② 외래 진료를 받기 위하여 종합병원·병원에 가는데 1시간 이상 소요한 비율은 전국에서 21%(시부 14%이며, 군부 45%)였다. 1989년 전국 종합병원

에서는 19%, 병원에서는 12%였다.

③ 입원진료 100건당 동일 증진료권내 이용은 75%(1989년에 74%)였고, 종합병원 입원(시부 80%, 군부 32%), 병원입원(시부 85%, 군부 57%)에 있어서 시부와 군부간 격차가 크다.

④ 입원진료를 위해 의료기관에 가는데 1시간 이상 소요한 비율은 23% (1989년에 14%) 종합병원에서 30%(1989년에 19%), 병원에서 15% (1989년에 12%)였다. 고급의료의 선호 및 교통체증 현상이 의료기관에 가는데 소요된 시간을 증가시킨 것 같다.

라. 정책적 제언

(1) 이환율은 1989년과 비교하여 1992년에 높아졌다. 이러한 증가는 조사방법의 차이로 1992년 이환에 경미한 증상의 상병도 조사된 것 이외에 의료이용 기회의 확대에 기인된 것이다.

(2) 의료이용 수준은 1989-92년 기간에 획기적으로 향상되었고, 시부·군부간 격차도 해소되었고, 사회·경제적 계층간 격차는 적다. 1989년에 실시된 전국민 의료보험의 실시, 군부지역 보건기관의 기능강화 등이 이러한 변화에 유의하게 영향을 주었다.

(3) 그러나 0-4세의 과다한 의료이용, 소수 장기입원자의 입원수요의 과점현상, 군부지역 주민의 의료이용상 불편 등은 개선되어야 할 정책과제이다.

마. 기대효과

의료균점 및 의료공급 효율증대와 관련된 보건정책의 기획, 집행, 평가

등에 활용하여 국민의 건강향상에 기여.

바. 연구자

송건용, 남정자, 최정수, 김태정

B. 1992년도 전국보건영양조사

가. 연구목적

이 조사연구는 건강과 관련되는 생활양식에 관한 기초자료를 수집·분석하고, 1989년 조사결과와 비교·분석하여 주요문제의 발견과 위험집단(risk group)의 결정, 보건교육의 우선순위 및 주제(subject)의 선정과 정책방향의 제시 등에 기여하기 위한 것으로 세부목적은 다음과 같다.

- ① 전국 및 지역별 인구·사회·경제적 변수에 따른 건강위험행위 실태 제시
- ② 전국 및 지역별 인구·사회·경제적 변수에 따른 예방행위실태 제시
- ③ 건강위험행위, 예방행위, 건강상태, 이환상태간 상호연관성 규명

나. 연구방법

1) 조사내용

건강관련행위는 사회학적 그리고 사회-심리학적 관점에서 3개영역 즉 건강증진행위(health promoting behavior), 건강관련실천(health related practices), 대응행위(coping behavior) 등으로 구분되는데, 이 중에서 본 연구의 주요 관심은 건강관련실천에 두고 있다. 건강관련실천은 일상적 생활의 부분을 형성하는 정규적 통상적 실천(regular routine practices)이며 건강위험행위와 예방행위로 구분된다.

세부적 조사항목은 다음과 같다.

- (1) 사회적 요인: 거주지, 성, 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구원수, 가구의 생활수준(이들 자료는 국민건강조사에서 수집됨).
- (2) 건강관련행위: 흡연, 음주, 식습관, 수면 등 위험행위와 운동과 체중

조절, 건강보조제복용, 검진, 음료수원등 예방행위

(3) 건강: 자신이 인식하는 건강상태, 만성질환유무

2) 표본

표본은 전국을 대표하는 가구이다. 보건의식행태조사 의 조사대상가구는 동일시기에 실시된 「국민건강조사」 표본가구의 1/2 이며, 이들 조사대상가 구내 20-59세에 해당하는 성인이 조사대상자이다. 조사대상자수는 2,919명 이며, 분석에 사용된 대상자수는 2,799명(조사대상자의 93.6%)이다.

3) 자료수집

자료는 가구면접조사 방법에 의하여 수집되었다. 조사팀은 서울시 등 6대 도시의 조사에서는 본 연구원이 조사를 위하여 특별히 채용·훈련시킨 조사 원 3명과 지도원 1명으로 5개 조사팀이 구성되었고, 기타 중소도시와 군부 지역 조사에서는 해당조사구가 포함된 지역의 보건소 보건요원 2명을 조사 원으로 그리고 지도원으로서 도 보건관련 직원과 본 연구원에서 특별히 채용한 지도원이 조사팀을 구성하였다. 이들 조사원과 지도원에게는 3일간의 이론 및 실기훈련이 실시되었고, 자료수집시기는 1992년 6월 11일-7월 10일 의 1개월간이었다.

다. 연구결과

1) 건강위험행위실태

(1) 흡연

1992년 20-59세 성인의 현흡연률은 높고, 1989년과 비교하여 유의한 차이 가 없다. 남자의 현흡연률은 약 69%, 여자의 현흡연률은 3%이다.

특히 남자의 경우에 높은 현흡연률, 장기의 흡연기간, 고도 흡연자(하루 한갑반 이상)의 높은 비등은 낮은 사회·경제계층(교육, 생활수준 등)과 다른 건강위험행위 특히 불규칙한 식사, 육체적 운동 안함, 다빈도 음주 및 커피애호 등과 연관되고 있다.

(2) 음주

20-59세 성인의 음주빈도의 분포는 1989-92년간 유의한 차이가 없다.

매일음주자의 비율은 100인당 남자 12%, 여자 2%이며, 음주자 100인당 남자 16%, 여자 26%이다. 여자는 남자와 비교하여 음주자의 비율은 낮으나 음주자중 매일 음주율이 높은 것이 문제다.

매일음주율은 사회·경제적으로 취약한 계층, 그리고 좋지 않은 건강상태, 단독가구에서 높고, 다른 건강위험행위(특히 흡연)와도 연관성이 높다.

그러나 절주·금주가 요구되는 매일음주자의 절주·금주시도율은 낮다. 남자에서 주2-4회 음주자중 65%, 매일음주자의 62%, 여자에서 주2회이상 음주자의 79%가 과거에 절주·금주를 시도한 적이 없다.

음주와 연관되는 질병 특히 우리나라에서 높은 간질환 및 알코올 의존성 질환은 이들 음주행태와 이들의 높은 비건강적 행위 등과 연관성이 크다.

(3) 식습관

식습관은 사회·경제적 상태와 다른 건강행위의 실천과 연관성이 크다. 1989-92년간 「아침식사를 꼭 한다」의 비율에는 큰 차이가 없으나, 도시, 여성, 젊은 연령층에서 감소하는 추세이다. 「하루 세 끼 규칙적으로 식사 안 한다」의 비율도 1989-92년 기간에 증가했고, 특히 여성과 젊은 층에서 증가 폭이 크다. 규칙적 식사를 하는 사람은 다른 건강행위의 실천율이 높는데, 이러한 불규칙적인 식습관의 증가는 건강수준에 부정적 요인이 된다.

(4) 수면

20-59세 성인의 수면은 충분하다고 인식하는 비율이 높고 지역간 성별로

차이도 적다. 다만 젊은 연령층에서 수면이 불충분하다고 인식하는 비율이 비교적 높다. 특히 수면시간 6시간 이하에서 수면이 불충분하다고 인식하는 비율이 높다. 전체적으로 20-59세 성인중 약 1/3은 6시간 이내의 수면을 하고 있다.

수면시간 6시간 이하와 9시간 이상은 건강에 부정적 요소와의 연관성이 높기 때문에 건강한 수면태도의 형성이 필요하다.

2) 예방행위실태

(1) 운동과 체중조절

자신이 인식하는 체중분포는 1989년과 1992년간에 큰 차이가 없다. 다만 과다체중의 비율이 남자 30대에서 5%, 40대에서 6%, 여자 30대에서 4%, 40대에서 5% 포인트가 각각 높아졌다. 한편 20대에서는 남녀 다같이 과소체중 비율이 감소하고 있고, 특히 여자 30대에서는 과소체중과 과다체중의 비율이 각각 감소하고, 평균체중의 비율이 크게 증가하고 있다.

과소체중과 과다체중의 비율은 남녀 다 같이 낮은 교육수준, 낮은 건강수준에서 높다. 다만 과다체중자는 과소체중자보다 건강행위의 실천율이 비교적 높다.

체중조절 실천율은 지역, 성, 연령별로 큰 차이없이 유사한 수준을 나타내지만, 남녀 모두에서 과다체중자의 체중조절 실천율이 비교적 높다.

운동실천율은 1992년에 1989년과 비교하여 2.7% 포인트 증가했다. 1992년 운동실천율은 군부보다 시부에서, 여자보다 남자에서 높고, 30대에서 비교적 높다. 운동실천율은 남녀 모두에서 교육 및 건강수준이 높고, 다른 건강행위 실천율이 높은 계층에서 높다.

(2) 건강보조제

우리나라 성인은 조사대상이 된 6가지 건강보조제의 복용율이 높다. 이

들 건강보조제는 꿀류를 제외하고 만성질환이 있거나 건강상 이유로 복용되고, 다른 건강행위의 실천율은 낮은 경향이 있다.

건강보조제를 전혀 복용하지 않는 경우는 이들 복용자와 비교하여 건강하며, 과다체중이고 건강에도 무관심한 경향이 있다.

그러나 꿀류를 복용하는 경우에는 건강하고, 다른 건강행위의 실천율은 높고, 건강에 대한 관심도 높은 경향이 있다.

(3) 검진

전체적으로 신체검사율은 낮지만 1989년과 비교하여 현저히 증가했다. 신체검사율은 만성질환이 있거나 건강하지 않은 경우에 비교적 높지만, 다른 건강행위의 실천과는 연관성이 크다.

신체검사의 중요성이 높은 50-59세에서의 낮은 신체검사율은 문제로 지적되고 있다. 여자의 경우 자궁경부암 검사율 역시 1989년과 비교하여 현저히 증가했고, 30대와 40대에서는 비교적 높지만 50대에서는 낮다.

혈압검사를 받은 비율은 높고, 지역, 성, 연령별로 큰 차이가 없다. 혈압검사율은 낮은 건강상태와 다른 건강행위의 실천과 연관성이 있다. 특히 군부에서 보건기관이 검사 장소로서 큰 역할을 하고 있다. 혈압검사를 받은 사람중 고혈압의 비율은 6.6%였고, 50-59세에서 12.4%이다. 고혈압인 사람중 투약치료자의 비율은 낮고, 기타 고혈압 관리방법을 사용하고 있는 비율도 낮다.

신체검사, 자궁암검사, 고혈압검사 등 제검사 수검율은 크게 향상되었고, 이러한 향상은 전국민 의료보험 실시에 의한 의료기관 접근도의 향상과 농촌지역에서 보건기관 기능강화 등에 의하여 크게 영향을 받은 것으로 고려된다.

(4) 식용수

식수원의 근간은 수도물이다. 전국에서 79%, 시부에서 91%, 군부에서

31%가 수도물을 식수원으로 하고 있다. 간이수도를 식수원으로 하는 비율은 전국 13%, 시부 5%, 군부 43%이다. 이와같이 상수도 및 간이수도를 식수원으로 하는 비율은 높고, 1989년과 비교하여 크게 증가하였다.

그러나 수도물에 대하여 「안전하다」고 인식하는 비율은 낮아 수도물을 「그냥 마신다」의 비율은 전국 3%, 시부 2%, 군부 12%에 불과하다. 마시는 물의 경우에 수도물이 아닌 다른 물, 예컨대 생수주문이나 「약수를 떠다 먹는다」의 비율이 높고, 1989년과 비교하여 이들 비율이 크게 증가하고 있다.

식수원의 물에 대하여 「안전하지 않다」고 인식하는 사람중에 식수원의 물을 「그냥 마신다」의 비율은 전국에서 1%, 시부에서 0.5%, 군부에서 6%이다. 특히 식수원의 물에 대하여 「안전하다」고 인식하는 사람중에 「그냥 마신다」의 비율은 전국에서 32%, 시부에서 19%, 군부에서 48%에 불과하고, 대부분 끓여서 먹고 있다.

식수원의 물에 대한 건강상 안전성에 대한 불안은 크며, 지난 3년간 식수원의 물 자체에 대한 불안도 커지고 있다. 생수 주문과 약수를 떠다 먹는다는 비율이 크게 증가하고 있기 때문이다. 식수의 안전성에 대한 불안감은 여전히 높은 것이다.

(5) 건강지식원

건강지식원으로서 TV/라디오는 가장 중요한 매체이며, 그 중요성은 1989-92년 기간에 변화하지 않고 있다. 그러나 지역별로 건강지식원의 분포 변화에는 차이가 있다. 시부에서는 신문과 책자/포스터의 등 인쇄매체의 비율이, 군부에서는 TV/라디오와 같은 전파매체의 비율이 크게 증가하고 있다.

연령별로 보면, 연령증가에 따라 전파매체의 비율이 높아지는 반면, 인쇄매체의 비율이 감소한다. 그러나 교육수준이 높아짐에 따라 인쇄매체의 비율이 증가한다.

높은 연령층에 있어서 주요 건강지식원은 TV/라디오이며, 특히 낮은 교육 수준에서 TV/라디오의 중요성은 더욱 크다.

라. 정책적 제언

만성퇴행성질환이 큰 부분을 차지하는 질병양상의 변화가 사회·경제·보건의료적 변화와 함께 급속히 진전되고 있음에도, 이에 대응하여 건강관련 의식 및 행태는 너무나 완만히 변화하고 있다. 건강한 사람의 건강보호 및 유지, 질병의 사전적 예방, 질병의 조기발견 및 조기치료 등을 위해 현실적으로 가장 효과적인 방법은 건강관련 실천이다. 이들 실천은 개인의 책임으로 스스로 인식하고 행동할 것을 요구한다. 이러한 요구와 현실적인 실천수준간에 큰 격차가 있다. 이 격차는 사회적 요인과 건강수준에 따라 차이가 있으며, 사회적 노력과 보건교육을 통해 해소되어야 한다.

금연을 위해 흡연과 연관성이 큰 음주와 함께 동일 주제로 한 보건교육의 확대가 필요하고, 우리나라 소득수준과 비교하여 낮은 담배 값과 술 값의 인상이 요구된다.

만성질환이 큰 부분을 차지하는 우리나라에서 가만히 앉아서 건강을 유지하려는 건강보조제의 복용이 아닌 건강의 사전적 보호, 유지, 개발을 위한 육체적 운동의 규칙적 실천이 확대, 보급되어야 한다.

또한 사회·경제적으로 낮은 계층, 건강하지 않은 계층, 군부거주자, 여자 등의 건강행위의 실천수준을 현저히 증가시킴으로써 전국적인 건강행위 실천수준을 향상시킬 수 있는 전국적 규모의 체계적인 보건교육의 확대가 요구된다.

마. 기대효과

만성 퇴행성질환의 예방 및 건강증진을 위한 정책자료로 활용

바. 연구자

송건용, 남정자, 최정수, 김태정

2. 농촌지역 한방보건의료사업 최종평가

가. 연구목적

본 평가연구는 1990.3-1992.2(2년간)까지 3개 사업지역(강원도 춘천군, 전라북도 순창군, 경상북도 영양군)에서 실시된 한방보건의료 시범사업에 대한 최종평가로서 본 결과는 보건소에 공중보건 한의사제도 도입을 위한 정책수립에 기초자료로 활용하기 위하여 실시되었으며 평가목적은 다음과 같다.

- 1) 공공보건부문의 한방서비스 공급모형을 개발한다.
- 2) 동 모형내에서 한의사 인력의 활용성을 분석하고 동 모형의 재현성(replication)을 검토한다.

나. 연구방법

본 시범사업은 기존체계인 보건소에 새로운 한방 보건의료 체계를 투입하여 운영과정 전반에 관한 평가를 해야 하므로 체계이론(system theory)에 근거하여 투입(input), 과정(process), 산출(output)의 전과정을 평가하는 것이다.

투입 및 과정평가는 당초 한방보건의료 공급모형이 투입요소이므로 이에 포함된 인력, 시설, 의료기구, 의약품, 교육훈련, 환자의뢰 및 기술지원에 대하여 계획대 성취수준을 계량적으로 제시하였다. 산출평가는 각종 한방 서비스 제공건수, 한방서비스 이용수준 및 서비스 만족도를 중심으로 한 수용도(Acceptability)가 분석의 중심이 되며, 한방서비스 모델의 재현성은 제한된 범위내에서의 보건소 및 주민의 진료이용 양상을 사업 전과 후, 그

리고 대조지역과 비교하고 한방비용 및 보험급여 변화로 하였다. 구체적인 평가방법은 도표와 같다.

평 가지 표

자료원 및 방법

시 기

<p>투입-과정평가</p> <p>(한방서비스 공급모형평가)</p> <ul style="list-style-type: none"> -한방팀 배치, 활동수준 -의약품 공급 및 사용 -의료기구공급 및 활용 -진료실 설치 -훈련프로그램 -환자의뢰 및 기술지원 	<ul style="list-style-type: none"> -보건소의 각종 사업실적 및 기록서식 분석 -의료기구목록 분석 -의약품 사용자료 분석 -한방팀 근무시간 활용 조사 -한방팀 설문조사 -한방사업에 대한 의견 조사 -각종 회의자료 분석 	<ul style="list-style-type: none"> -사업실시중 계속적인 자료수집 (1990-1992) -중간평가 실시 (1991) -한방팀 및 관계자 회의('90-92) -설문조사 및 의견조사 (1992. 4. 7)
<p>결과(산출)평가</p> <p>(한의사 활용성 및 모형 재현성)</p> <ul style="list-style-type: none"> -보건소 진료제공량 -한방서비스 이용수준 -서비스 만족도 -사업전·후 및 대조지역과의 의료이용비교 -사업전·후 보험급여 비교 -한방사업 비용분석 	<ul style="list-style-type: none"> -보건소 한방진료실적 (월보) -보건소 진료비명세서 -환자기록부 조사 및 환자 추구조사 -보건소 양방진료실적 -의료보험조합 진료비 심사분석자료 -서비스만족도 조사 	<ul style="list-style-type: none"> -사업 및 대조지역 보건소의 사업전·후 진료량 비교분석 (1989, 1991) -정기적인 환자 서비스만족도 조사 (1990-1991) -진료기록부 검토 및 설문조사(1992) -기존자료의 통합정리 (1992)

다. 연구결과

1) 투입·과정의 평가

투입·과정의 평가는 한방서비스 공급모형의 기능수준과 공급모형에 대한 관련인사의 의견조사 측면에서 실시되었다.

가) 한방서비스 공급모형 평가

한방서비스 공급모형의 기능수준이 평가되었으며, 당초 계획된 대로의 수행여부를 백분율 및 평균치를 산출한 서술적 분석(descriptive analysis) 수준에서 제시하였다.

(1) 한방팀 배치 및 활동수준

3개지역 모두 각 3명씩 배치가 완료되었으며(100%), 활동수준은 하루평균 41.3명-49.3명의 환자진료와 환자대상교육을 실시하였으며, 근무시간 활용 조사결과 기술 및 지원업무에 소비한 시간이 하루 근무시간의 40%-55% 수준으로 공공보건의료 분야의 타 의료인력에 비하여 생산적인 활동을 한 것으로 나타났다. 한방진료 형태는 복합서비스(투약, 침시술 및 기타서비스)가 주로 시행되고 단독투약 제공비율은 낮았다.

보건소내 의료인력과 환자의치료에 대한 공동 팀활동은 적극적이지 못하나, 한방에 대한 이해증진을 위한 협력과 관계유지는 원만하였다.

한방팀의 활동평가 결과 하루에 진료할 수 있는 환자수 이상의 진료(보조인력수가 2명일때 일일 15.45-21.44명을 진료하는 것이 적정 진료인원으로 제안됨)를 하므로써 치료에 치중할 수 밖에 없었으므로 예방보건서비스를 적극적으로 실시하지 못한 것으로 나타났다.

(2) 의약품 공급 및 사용수준

일차한방진료에 필요한 의약품 범위는 현행 한방의료보험 청구에서 인정

하는 68개 단미엑스산제와 56개 기준처방으로 하였는데, 계획대로 공급상에는 큰 문제가 없었으나, 연간 사용회수 빈도를 기준으로 오적산, 가미소요산, 구미강활탕, 보중익기탕, 향사평위산, 불환금정기산, 연교패독산, 반하백출천마탕, 인삼패독산, 청상견통탕, 소청룡탕 등 11개 품목이 주로 사용되는 것으로 나타났다. 나머지 45개 기준처방은 매우 낮게 사용되었으므로 이들 기준처방의 범위를 조정하는 연구가 뒤따라야 할 것이다.

약품관리의 문제점은 단미엑스산제가 가루로 되어 있어 여름철 습기에 묻혀져서 조제하기 힘들고 조제에 많은 시간이 소요됨은 물론 약량이 많아서 규격화된 봉투에 넣기 어렵기 때문에 약품 생산방법의 검토가 요구된다.

(3) 의료기구 공급 및 활용수준

한방의료기구로서 침, 뜸 및 부항시술에 필요한 13종류 17가지와 일반의료기구로 20종류를 공급하는 것으로 되었으며, 계획대로 100%가 공급되었다. 1992년 4월 30일 현재 의료기구 사용율은 침이 90%, 뜸시술기구가 75%, 그리고 부항시술기구는 100%로 나타났으며, 일반의료기구는 95% 수준이었다. 당초계획 이외에 적외선 등, 타이머를 자체 구입 사용하고 있다.

향후 추가로 요구되는 기구는 춘천군은 속봉을, 영양군은 양도락기를, 순창군은 편작은구기와 T.D.P가 건의되었다.

(4) 진료실 설치

당초계획은 최소한 17명의 진료실을 확보하도록 되었으나, 춘천군은 18명, 순창군 및 영양군은 20명 이상을 확보하였으며, 한방진료실 설치를 위하여 기존의 시설을 이전하는 등 보건소의 적극적인 협력이 있었다. 침구실의 환기시설과 안락한 분위기를 위한 시설보완이 개선점으로 지적되었다.

(5) 훈련프로그램

교육기간은 총 4주간(주오리엔테이션 3주 한방전문교육)이었으며, 일주간 오리엔테이션은 당원에서 시범사업 목적 및 내용, 일차보건의료, 공공사업

의 정부시책, 보건교육, 보건소 기능, 보건사업평가와 공직자 의무 등에 대한 내용으로 제공되었고, 3주간은 경희대 한방병원에서 2주간 일차진료범위의 한방이론과 1주간 실습으로 진행되었다. 6명을 대상으로 오리엔테이션 교육은 충분히 실시될 수 있었고, 한방진료팀의 교육만족도도 높았으나, 3주간 전문교육은 한의사와 간호사 각각의 교육요구를 충족시키지 못한 것으로 나타났다.

(6) 환자의뢰 및 기술지원활동

본 시범사업을 위한 환자의뢰체계는 군관내 의원급과 기술지원을 위하여 위촉된 지도의사(preceptor)가 활동하고 있는 대학의 한방병원으로 지정하였으나, 대학병원으로의 이송은 거의 이루어지지 못하였다.

나) 한방서비스에 대한 군 관련인사의 의견

1991. 4. 27-5. 15 기간에 3개지역별로 각 65명의 군청 및 도청, 군보건소 계장급 이상, 보건소 및 보건지소의 공중보건 의사, 간호사 및 보건진료원, 군운영위원, 주민대표인 리장 등을 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 응답율은 90.2%인 176명이었다.

(1) 한방사업에 대한 주민의 태도

응답자의 92.5%는 “주민이 한방사업에 대하여 호응”하는 것으로 응답하였고, “주민이 한방사업을 신뢰한다”에 79.2%가 응답하였다.

(2) 주민들의 의료요구 충족여부

한방시범사업이 “주민들의 의료요구를 충족시킨다”에 65.9%가, 14.7%는 “충족시키지 못한다”에, 그리고 19.4%는 모르겠다고 응답하였다. 충족시키지 못하는 이유로는 시설 및 진료인원의 부족이 33.3%, 첩약 및 물리치료가 되지 않아서 16.7%, 약종류가 제한되어서 12.5%가 응답하였다.

(3) 한방사업의 필요성 여부

“보건소에서 수행하는 한방시범사업이 지역주민을 위하여 꼭 필요한 사업이라고 생각합니까”라는 질문에 응답자의 87.5%가 필요하다고 응답하였다. 직종별로는 행정직은 97.1%가, 의사는 79.1%가, 간호사는 95.7%가, 주민대표는 87.1%가 필요하다고 각각 응답하여 매우 긍정적인 반응이었다. 그리고 응답자의 76.9%가 향후 타 군보건소에도 한방서비스의 도입이 필요하다고 하였다.

(4) 기대되는 한의사의 활동

향후 공공보건부문에 한방사업이 도입될때 기대되는 한의사 활동으로는 민간요법 및 예방지도활동이 33.8%, 치료 및 물리치료 등이 16.9%, 한방에 대한 홍보가 10.4%, 무의촌 순회진료가 8.4%, 상담 및 식이요법이 7.1%, 만성질환 치료 및 관리에 7.1%가 응답하였다.

2) 사업결과(산출)의 평가

각종 한방서비스 제공실적, 한방서비스 이용수준과 서비스 만족수준을 중심으로 한 수용도(Acceptability)와 양방진료 이용량을 사업전과 후로 그리고 대조지역과 비교하였고 한방비용과 보험급여 변화를 산출요소로 분석하였다.

가) 한방서비스의 수용도

(1) 서비스 제공실적

강원도 춘천군은 사업첫해(1990)에는 10,205명의 환자방문이 있었고, 2차년도(1991)에는 11,623명을 진료함으로써 10%의 증가가 있었다. 경북 영양군은 1990년에 11,539명에서 1991년에는 8,750명을 진료하여 감소한 반면, 전북 순창군은 1990년에 4,237명에서 1991년에 9,830명으로 2배 이상 증

가하였다.

2년간의 방문수를 기초한 일일평균 진료환자수는 춘천군이 42.7명, 영양군이 39.7명, 순창군이 25.7명이었다. 영양군의 방문환자수 변동은 한의사의 교체로, 그리고 순창군의 방문환자수 증가는 한의사의 현지적응과 홍보 강화에 기인된다.

춘천군은 투약단독 제공이 16.7%, 침시술이 23.9%, 투약 및 침시술이 55.3%, 복합서비스(투약, 침에 뜸 혹은 부항시술)가 0.2%였고, 영양군은 각각 20.2%, 33.2% 및 44.6%를 나타내어 2개지역은 비슷한 진료내용이라 할 수 있다. 그러나 순창군은 투약이 3.0%, 침시술 5.1%, 투약 및 침시술이 22.4%, 복합서비스(투약, 침에 뜸 혹은 부항시술)가 66.3%로서 보다 더 복합서비스에 치중하는 것으로 나타났으며, 환자의뢰는 춘천군이 1.4%, 영양군이 0.7%, 순창군은 3.2%로 나타났다.

(2) 한방서비스 이용수준

사업기간 동안의 한방서비스 Coverage는 춘천군은 3.85%, 영양군은 9.93%, 순창군은 8.09%로 나타났으며, 한방서비스 진료실적은 춘천군이 3개 지역중 제일 높음에도 불구하고 춘천군 전체주민의 서비스 Coverage가 낮은 것은 전체 이용자중 춘천군 주민은 46.0%가 이용했기 때문이다.

1991년의 주민이용율은 춘천군은 12.3%, 영양군은 29.0%, 순창군은 22.9%였다. 사업기간동안 주민의 한방진료 이용율을 성별, 연령별, 상병상태별로 분석한 결과 1990년에는 여자가 72.9%였으며, 1991년에도 69.7%로서 여자의 이용이 매우 높았다. 연령별로는 40세 이상이 전체이용자의 85.9%를 차지하였다. 17대 상병분류별로 분석된 결과 근골격계 및 결합조직의 질환이 전체상병중 55.1%로 나타났다.

따라서 한방서비스 이용은 여자가, 40세 이상의 장.노년층이, 그리고 근골격계 및 결합조직질환 환자가 주로 이용하는 것으로 분석되었다.

(3) 서비스 만족도

사업기간동안에 한방진료실 이용환자를 대상으로 조사원에 의한 면접조사 방법으로 실시되었으며, 1990년에는 1,013명이, 그리고 1991년에는 1,038명이 조사대상이었다.

① 한방진료실 이용 동기는 “주변 사람들이 권해서 왔다”가 춘천군은 47.4%, 영양군은 43.8%, 순창군은 44.7%로 나타났고, “가족이나 주변사람이 치료받아 나온것을 보고”가 춘천군은 26.6%, 영양군은 35.3%, 순창군은 40.1%로 나타나 한방서비스에 대한 호응이 높은 것으로 해석된다.

② 한방진료를 위하여 지불한 1회 치료비 수준에 춘천군 및 영양군은 “싼 편이다”가 각각 69.8% 및 62.1%였고, 순창군은 9.5%에 불과했다. 그러나 “적당하다”에 춘천군과 영양군은 29.8% 및 35.7%인 반면, 순창군은 82.6%가 응답하여 보건의료원인 순창군의 수가가 다른 2개 지역의 방문당 수가보다 높은 한의원급 수가이지만 주민이 감당하기에는 적당한 것으로 나타났다.

③ 앞으로도 “계속해서 이용하겠다”에 99.3%가 응답함으로써 좋은 반응을 나타내었다.

나) 사업 및 대조지역의 양방진료량의 변화

사업지역에는 한방서비스가 새롭게 투입되었으므로 사업지역의 보건소가 제공하는 총진료량은 사업전보다 증가하거나 혹은 한방진료가 보건소의 일부 양방 진료를 대체하므로 총 진료량에는 변화가 없을 것이라는 가정 (Assumption)을 할 수가 있다. 따라서 보건소¹⁾ 일별 진료실적과 진료비명세서 자료를 기초로 분석된 결과는 다음과 같다.

(1) 보건소의 연간 진료량 비교

강원도 춘천군의 양방진료는 1989년에 17,390명을 보았으나, 1991년에는 16,228명으로 6.7%가 감소하였고, 대조지역인 횡성군은 19,003명에서 8,245

명으로 56.6%가 감소하였다. 경북 영양군은 16,340명에서 14,739명으로 9.8%가 감소한 반면, 대조지역인 봉화군은 10,700명에서 9,272명으로 13.3%가 감소하였다. 그러나 전북 순창군은 22,252명에서 36,605명으로 64.5%가 증가하였고, 대조지역인 임실군은 28,016명에서 41,840명으로 49.3%가 증가하였다.

이상의 분석결과는 보건소 형태인 춘천군과 영양군은 사업전보다 10% 이내가 감소한 반면, 대조지역은 13.3% 및 56.6%라는 큰 폭으로 감소하였다. 그러나 보건의료원 체제인 사업 및 대조지역은 사업전보다 두지역 모두 큰 폭의 증가를 나타내었다.

결론적으로 한방서비스가 투입됨으로써 보건소 진료기능은 강화되었고, 총진료량을 증가시켰음을 수 있다. 또한 기본 4과에 전문의인 공중보건의사 혹은 장학의사가 진료하는 보건의료원은 주민에게 새로운 의료기관이라는 인식을 주어서 주민의 의료이용을 매우 증가시킨 것으로 해석할 수 있다. 그리고 양방의 이용자도 여자가, 연령은 40세이상인, 그리고 근골격계 질환자도 사업전보다 증가한 것으로 나타나 한방진료가 양방진료를 대체하지 않은 것임을 알 수 있다.

다) 진료비 및 보험급여의 현황

(1) 한방 및 양방 진료비 비교

1991년도의 진료비명세서를 기초로 한방과 양방의 건당 평균진료비를 비교한 결과는 다음과 같다.

춘천군의 한방 건당 평균진료비는 성별로 큰 차이가 없이 10,000원이 넘었으며, 양방진료비보다 비싼 것으로 나타났는데, 양방은 한방진료비의 약 89%(남자) 및 79%(여자) 수준이었다. 반면 영양군 역시 한방 건당 평균진료비는 10,000원 내외로서 양방의 약 6,000원보다 훨씬 높았으며, 양방은

한방의 59%(남자)와 64%(여자) 수준이었다. 그러나 행위별수가를 적용한 보건의료원은 한방은 남녀 공히 15,000원 내외였으나, 양방은 25,000원 내외로서 양방이 한방보다 남자는 1.77배, 여자는 1.45배 높은 것으로 나타났다.

이와같이 보건소의 양 한방 건당진료비가 차이가 있는 것은 수가의 차이에 기인되고, 수가를 동일하게 할 경우 한방 건당진료비는 양방보다 낮다고 해석할 수 있다.

(2) 사업 및 대조지역의 지역의료보험 진료비 현황

지역의료보험 대상자의 총진료건수는 사업지역은 사업전보다 약간의 증가(1.03-1.09 증가율)를 나타냈고 대조지역도 비슷한 증가율(1.08-1.30)을 나타냈으며, 방문일수 증가율도 대조지역이 사업지역보다 다소 더 증가한 것으로 나타났다. 6개지역의 진료비는 1991년도 기준으로 1개지역당 약 5억-11억 규모인데, 1989년(사업전)에 비하여 사업지역의 증가율보다 대조지역의 증가율이 다소 높았다.

(3) 사업 및 대조지역의 조합부담급여 현황

사업지역의 조합부담 급여는 1989년에 비하여 병의원에 지급된 급여가 춘천군은 1.25배, 영양군은 1.17배가 증가한 반면, 순창군은 감소하여 98% 수준이었다. 그러나 보건기관의 급여현황은 1989년에 비하여 춘천군은 90% 수준이었고, 영양군은 1.13배, 그리고 순창군은 2.23배 증가하였다.

따라서 한방서비스가 추가로 투입되어도 의료보험 급여액은 사업지역이 대조지역보다 증가하지 않았으므로 군단위 의료보험 재정에는 부담이 되지 않았음을 예상할 수 있다.

라) 한방시범사업의 비용분석

(1) 한방시범사업에 투입된 총투자액

2년간 3개지역의 총 국고지원액은 약 2억 3천만원이었고, 군보건소가 투

입한 군비는 춘천군은 1억 1천 4백만원(자본비용 1.1%, 경상운영비 98.9%), 영양군은 약 8천 9백만원(자본비용 0.3%, 경상운영비 99.7%), 순창군은 약 4천만원(자본비용 9.6%, 경상운영비 90.4%)이었다. 국고지원액의 경상운영비중 인건비의 비율은 50.8%로 나타났다. 즉 1개군 보건소에 연간 국고지원액은 약 4천만원이 소요되었고, 보건소의 자체충당은 약 2천만원-6천만원이 투자되었다.

2년간 국고 및 군비의 총투자액은 약 4억 7천 5백만원인데, 한방진료실 이용환자는 56,184명으로서 1인당 8,450원의 비용이 소요되었다. 한방투자액의 규모와 내용은 다음과 같은 시사점을 갖는다.

첫째, 1개 보건소당 시설, 비품 및 의료기구 구입에 투입된 국고는 약 5백 8십 9만원, 군비는 약 1백 8십 4만원으로 약 8백만원이 필요한 것으로 나타나 적은 비용으로 용이하게 사업을 실시할 수 있다.

둘째, 경상운영비 중에서 인건비와 약품구입비가 큰 비중을 차지하는데, 약품구입비는 현행 한방진료수가로 어느정도 보존할 수 있고, 인건비는 국고지원이 요구되는데 타지역에 확대할 경우 한의사 인건비는 공중보건의사를 활용하게 되므로 현재 인건비의 약 60% 정도만 소요되므로 연간 총 국고지원액 4천만원보다 국가부담은 더욱 적어질 것이다.

(2) 한방시범사업의 수지분석

1990년 4월부터 적용한 한방진료수가는 본 보건소의 양방진료수가와 동일한 방문당 정액수가를 적용하였으나 적자(진료수입과 의료재료비간의 차액)가 발생하여 1990년 10월 1일자로 수가를 일부 행위별 수가로 조정하였다(복합서비스: 종전 2,000원→2,700원, 이중 본인부담금 700원→1,400원, 단독투약: 2,000원→2,300원, 이중 본인부담금 700→1,000원, 침, 뜸, 부항 단독: 종전과 같음). 2년간 사업실시 결과 수가를 인상 개정하여도 적자가 발생했는데, 춘천군이 1990년에 12,432,000원 1991년에는 18,802,000원 영

양군이 1990년에 10,607,000원 1991년에는 10,771,000원의 적자가 발생하였다. 그러나 순창군은 1990년에 3,600,000원 1991년에 10,354,000원의 흑자를 보였다.

(3) 적정수가 산정을 위한 시뮬레이션 결과

시뮬레이션 결과 투약일수 3일 기준의 본인부담금은 투약의 경우 현행 1,200원에서 2,500원-2,600원으로 인상하고, 투약+침의 경우 현행 1,400원에서 3,000원-3,100원으로 상향 조정되어야 한다. 따라서 대안으로는 ①보건의료원 수가로 조정하는 방안, ② 전액 본인부담금의 일부를 보험자부담으로 하는 방안, ③ 빈번히 사용되는 기준처방 11가지만이라도 복합제제로 공급하여 투약단가를 낮추는 방안이 고려될 수 있다.

라. 정책건의내용

첫째, 본 연구결과는 농촌지역의 한방의료 수요를 충족시키기 위하여는 한방 의료자원의 도시 편중으로 낙후되어 있는 농촌지역의 보건기관에 한의사가 배치될 필요가 있음을 뒷받침하고 있다. 따라서 한방 보건의료 사업을 도입하기 위한 정책적 합의 결정이 조속히 이루어져야 한다.

둘째, 현재 계속해서 시행되고 있는 3개 지역의 보건소에 한방 사업이 존속될 수 있도록 보사부의 행정지침이 별도로 요구된다.

셋째, 지방자치제 하에서 자체 프로그램으로 한방사업을 도입하려는 군보건소를 지원하고, 의료취약 지역 보건소에 한방을 도입하기 위하여 보사부 및 내무부의 행정조치는 강구될 필요가 있다.

넷째, 농촌주민의 질병특성과 주민의 생활습관을 건강하게 하기 위하여 치료 과정시에 한방과 양방의 긴밀한 협력이 요구되므로 팀활동 방법의 개발과 예방보건서비스를 위한 한방접근이 새롭게 개발될 수 있는 방안이 강

구되어야 한다.

마. 활용성 및 기대효과

본 시범사업은 2년이라는 짧은 기간동안 추진되었으나 다음과 같은 성과가 있었음이 뒷받침되었다.

첫째, 전체 한방 의료자원의 약 10%만이 배치되어 있는 낙후된 농촌지역 주민의 한방의료 수요 충족에 크게 기여하였다. 2년간 사업지역 군 전체 주민의 서비스 Coverage는 춘천군 3.85%, 영양군 및 순창군이 9.93% 및 8.09%였고, 1991년도의 주민이용율 역시 12.3%-19.0%로서 공공보건기관의 이용수준 측면에서는 높은 이용율이라 할 수 있으며, 1991년도의 환자 1인당 방문회수는 4.03회-5.92회로 나타났는데 이들이 민간 한방 의료기관을 이용하였다면 의료비용과 기회비용 등에서 의료비를 더 부담하였을 것이므로 지리적 및 경제적으로 의료접근성을 높였다고 할 수 있다.

둘째, 전국민 의료보험제도 하에서 주민의 의료이용 요구는 증가되고 있다. 따라서 의료자원이 도시보다 상대적으로 적은 농촌지역 보건소의 진료기능은 일차적인 관리라는 측면에서 강화될 필요가 있는데 본 시범사업은 보건소의 진료기능을 강화한 성과가 있었다. 즉 대조지역 보건소의 진료실적이 감소한 반면 사업지역은 한방서비스가 투입되므로서 진료실적의 뚜렷한 증가가 있었다.

셋째, 처음으로 공공보건기관에 도입된 한방 시범사업의 추진과정에서 지방 행정기관 및 보건기관의 자율성이 개발되므로서 지방자치화에 따른 사업관리 능력을 기르는데 기여했다.

따라서 본 시범사업의 첫째 목적인 공공부문의 한방보건서비스 공급모형을 개발하고 둘째 목적인 한의사 인력 활용성과 동 모형의 재현성 성취

로 향후 공공보건부문에 한방 보건의료 자원 투입시 활용가능토록 하였다.

바. 연구자

김진순, 유호신, 김은주, 고경환

3. 지방자치제 실시에 따른 보건소 기능 및 행정체계 개선방안연구

가. 연구목적

- 1) 보건소의 현황분석을 통한 운영상 문제점 도출과 개선방안을 모색
- 2) 지방자치제 실시에 따른 합리적인 보건행정 체계의 대안 제시
- 3) 보건의료환경 여건 변화에 효과적으로 대응할 수 있는 보건소의 기능과 역할을 재정립하고 조직 및 기능의 발전모형을 개발

나. 연구방법

1) 문헌고찰

- (1) 관련 행정자료 수집 분석
- (2) 기존 문헌고찰과 기존 보건조직 및 체계에 관한 개편안 검토
- (3) 일본, 미국, 영국의 보건행정 체계와 지방보건 조직에 관한 국내외 문헌 고찰

2) 현지 및 우편 조사

(1) 현지조사: 지역 유형별로 13개 보건소를 선정하여 보건소운영 전반에 관한 실태 파악과 보건소 이용환자의 자료를 통하여 이용환자의 일반적 특성 등을 파악하였고, 각 시·도 보건과장을 대상으로 면접조사를 통해 의견 수렴

(2) 우편조사: 현지조사지역 13개보건소를 제외한 전국 보건소를 대상으로 보건소운영 전반에 관한 실태파악과 보건소장의 의견을 수렴하기 위한 조사 실시.

다. 연구결과

1) 보건소의 조직구조

(1) 보건소는 지방자치단체의 조례에 의하여 설치, 운영되고 있으며, 보건소장은 지방자치 단체장의 지휘, 감독을 받아 보건소의 업무를 관장하고 있기 때문에 보건소는 조직 편제상으로 시·군·구의 사업소의 위치에 있다.

(2) 보건소의 유형을 조직편제를 중심으로 하여 분류해 보면, 기본형, 일반형(3가지 유형으로 구분됨), 직할시형(2가지 유형으로 구분됨), 특별시형(2가지 유형으로 구분됨), 보건의료원 등 9개의 유형으로 구분된다.

보건소의 조직편제는 특별시형과 과조직으로 되어 있는 직할시형 및 보건의료원을 제외하고는 도시형과 농촌형의 구별이 분명치 않다.

(3) 보건소는 사무분장을 위하여 서울시의 경우 보건행정과, 보건지도과, 의약과의 3개과(5개 보건소에서는 지역보건과가 있음)와 진료실을 두어 소내의 보건행정 업무와 진료 업무를 담당하도록 되어 있다. 일부 직할시에서는 과 밑에 계를 두어 소내업무를 분장하고 있으나, 대부분의 시·군·구의 보건소에는 3개계(보건행정계, 가족보건계, 예방의약계)를 두어 업무를 분장시키고 있다.

(4) 보건소의 인사, 예산 등에 관한 권한은 모두 지방자치 단체장(시·군·구청장)에게 있고, 보건소장은 보건소의 운영에 있어 지방자치 단체장의 지휘, 감독을 받도록 되어 있어 보건소장의 독자성이나 자율성은 부여되지 않고 있다.

2) 보건소장들의 의식행태

(1) 보건소장들은 보건소의 조직 구조가 업무 수행에 적절하지 못한 것

으로 인식하고 있어 보건소의 조직 구조상 개선점이 있음을 시사하고 있다.

또한 보건소의 인사 행정도 합리적으로 이루어지지 않고 있다는 견해를 보여 인사 행정상 문제가 있음이 지적되고 있다.

본청(시.군.구청)과의 업무 협조는 비교적 잘 이루어지고 있었으며, 특히 군부에서의 협조도가 높았다.

(2) 보건소장들은 지방자치제 실시에 따라 보건소의 서비스 내용이 많이 개선되어야 한다고 생각하고 있었고, 또한 지방자치제 실시에 따라 보건소의 조직 및 기능이 개선되어야 한다는 의견을 보였다.

(3) 지방자치제장(시.군.구청장)과 지방의회 의원들의 지역보건 사업에 대한 관심도가 높은 편이었고, 특히 지방의회 의원들의 관심도가 더 높았다.

지방자치제 실시에 따라 보건소의 조직과 업무기능이 점차 확대 개선될 것이라는 견해가 81.9%로 절대다수였으며, 이러한 보건소장들의 견해는 군부에서 더 높게 나타났다.

3) 보건소 운영을 위한 투입요소

(1) 현행 보건소의 설치에 관할인구, 면적, 지역특성 등을 고려하지 않고 행정구역 단위별로 1개소를 설치하도록 되어 있다. '92년 10월 현재 267개소의 보건소가 운영되고 있다. 그중 30개의 행정구역에서 시,군 보건소가 동일 생활권에 중복 설치 되어있다.

(2) 관할 인구규모에 따른 보건소수 분포는 구보건소의 경우 40만 이상인 보건소가 34.8%, 시와 군은 5-10만 미만인 보건소가 각각 46.8%, 58.1%로 가장 많았다.

(3) 현재 보건소 인력수의 적정여부에 대해 61.9%에 해당하는 보건소장이 부정적으로 답하였고, 서울은 22.3%로 타지역과 큰차이를 보여 서울을

제외한 많은 지역의 보건소가 인력부족을 시사하고 있고, 보건소의 평균 현원수는 서울이 78.4명, 소도시가 29.6명 나타났다.

(4) 전문인력(의사, 약사, 간호사 등)이 해당업무에 적정배치되어 있느냐는 질문에 대하여는 전체 보건소장의 33.5%가 긍정적으로 답하였고, 군지역에서 비교적 긍정적인 응답이 높게 나타나고 있는데 이것은 공중보건역사의 배치에 따라 의료인력이 충원되고 있기 때문인 것으로 해석된다.

(5) 면허 및 자격소지 전문인력의 분포는 의사의 경우 구, 시지역에서는 관리의사의 비율이 높고, 군지역은 공중보건역사의 비율이 높았으며 전문의 자격소지 의사는 주로 서울시, 직할시, 의료원지역에 배치되어 있었다. 치과의사도 같은 양상을 보이고 있으나 직할시, 중도시, 소도시의 배치율이 극히 저조한 것으로 나타났으며, 약사의 배치율은 서울시와 직할시가 높은 반면 그외 지역은 50% 이하인 것으로 나타났다. 또한 전문인력 배치기준에 새로 포함된 물리치료사, 영양사의 배치율은 10%에 불과 하였다.

(6) 보건소장의 일반적 특성으로 직렬은 의무직이 조사된 214개 보건소의 40.7%(전국치는 42.8%)이고, 직급은 서울시, 부산시, 의료원지역은 4급이고 그외 지역은 5급으로 직급체계가 이원화 되어있다. 보건소장직을 맡은 평균기간은 6.2년으로 지역간 차이가 없는 것으로 나타났다.

(7) 현재의 시설이 사업 수행에 적정한지에 대한 보건소장의 응답은 28.0%가 긍정적인 답을 한 반면 시설이 부적합하여 앞으로 시설을 변경할 계획이 있는 보건소도 44.2%로 나타났다. 현 보건소의 위치가 지역주민이 이용하기에 적합한 곳에 있느냐에 대하여는 34.1%는 적합하다, 21.3%는 부적합하다고 답하였다.

(8) 보유하고 있는 기자재를 종류별로 구분하여 보유 수량에 대한 적정 정도를 보면 일반진료 기자재는 75.1%, 치과기자재 68.5%, 검사용 기자재 54.2%, 방사선기자재 74.6%, 보건교육용 기자재 61.7%로 검사용 기자재에

대한 적정율이 가장 낮았다.

(9) '92년도 보건소 예산이 사업수행에 적정한지에 대한 보건소장의 응답율은 30.3%가 긍정적으로 답하였는데, 서울시에서는 72.2%가 긍정적인 반응을 보였으며 중도시가 40.4%로 다음 순이다.

(10) 본청(구, 시, 군)예산 대 보건소 예산의 점유비율은 의료원 지역이 4.5%로 가장 높고, 소도시가 2.0%로 가장 낮았다.

(11) 예산 내역별 구성비는 인건비가 52.6%로 가장 많이 점유하고 있고, 경상 사업비는 18.0%에 불과한 것으로 나타났다.

4) 보건소의 기능 및 업무수행실태

(1) 보건소법이 1962년에 개정된 이래 변화 없이 유지되어 오다가 1991년 3월에 다시 개정 보완되었는데 보건소법 개정으로 추가된 보건소의 기능으로는 지역보건의 기획 및 평가, 정신보건·노인보건 및 장애인의 재활, 보건지소·진료소의 직원 및 업무에 대한 지도·감독 등이며, 기존의 기능중 삭제된 업무로는 산업보건, 특수지방병의 연구, 공의의 지도 등이다.

(2) 보건소 업무중 적극적으로 수행하는 업무로는 임상병리검사(96.2%), 결핵관리(91.4%), 질병예방관리(89.9%), 모자보건(87.%) , 성병 및 AIDS관리(86.1%) 등이었다.

보건소 업무중 거의 수행하지 않거나 또는 전혀 수행하지 않는 업무는 암환자 등록관리(74%), 영양개선·식품위생·공중위생(56%), 가정간호사업(27.8%), 지역보「사업의 기획평가(22.7%), 노인보건관리(20%) 등이었다.

보건소 사업중 앞으로 확대 강화시켜야 한다는 업무는 가정간호사업(69.4%), 성인병관리(67.7%), 노인보건관리(65.7%), 암환자 등록관리(62.9%) 등이었다.

(3) 향후 보건소의 우선 순위 사업으로는 진료사업의 확대강화(51.5%),

노인건강 및 만성퇴행성 질환관리(45.4%), 보건교육(38.9%), 예방접종, 방역소독(33.8%), 가정간호사업(25.8%)의 순서였다.

(4) 지방의회에서 보건소에 요구한 보건의료사업으로는 질병예방서비스(방역소독, 예방접종) 강화가 58.6%, 진료서비스 개선 44.4%, 보건소 시설 및 기자재 확충 20.2%, 전문인력 확보 및 직원들의 친절 16.7% 순서였다.

5) 보건소 업무활동의 현황과 문제점

(1) 진료업무: 보건소당 1일 평균 진료실적은 일반진료가 133건, 치과진료가 7.7건으로 이를 진료의사 1인당 실적으로 환산하면 일반진료가 58.8건, 치과진료가 7.1건이다. 지역별로는 보건의료원의 진료실적이 월등 높았으며 일반지역에서는 도시지역 보건소의 진료량이 많았는데 이를 인구 대비 진료이용으로 산출하여 보면 농촌지역에서 보건소 이용자의 비율이 월등 높았다.

(2) 기존의 예방보건업무: 1990-1992년의 업무실적을 볼때 모자보건과 가족계획 업무는 다소 줄어드는 추세이고, 보건소 예방업무 중에서 기생충관리, 방역업무, 의약지도 업무는 업무수행의 부분적 폐지 및 개선에 대한 현지의 요구가 큰 것으로 파악되었다.

(3) 새로운 예방보건업무: 보건교육업무는 보건소 업무에서 차지하는 비중은 아직까지 아주 미미하지만 교육회수로 볼때 업무가 크게 늘어나고 있는 것으로 나타났다. 노인보건, 가정간호, 성인병관리, 물리치료 등의 신규 프로그램은 보건소에 따라 부분적으로 실시되고 있으며 현 보건소 체계내에서 사업을 수행하는데 있어 조직, 인력, 예산, 사업기획 수립 등에서 제약요인이 많아 사업대상자가 한정되어 있으며 프로그램도 내용상 지역주민의 요구를 충족시키기에는 부족한 면모가 많은 것으로 보여 아직까지는 효과적으로 실시하지 못하고 있는 것으로 파악되었다.

6) 보건소 진료환자의 특성과 상병구조

(1) 환자 유형: 13개 현지조사 보건소의 진료환자 총 9,372명의 진료 차-트를 분석한 결과 보험환자가 65.4%, 의료보호 환자가 31.0%였고, 환자의 연령별 구성비를 보면 65세 이상의 노인층이 29.7%를 차지하여 보건소에는 노인환자와 저소득층환자의 이용이 높은 것으로 나타났다. 그러나 보건소 이용환자의 의료보장 종별과 연령층은 보건소가 입지한 지역의 여건과 보건소의 방침에 따라 보건소별로 차이가 많은 것으로 나타나고 있다.

(2) 환자의 상병구조: 56질병분류에 의한 보건소의 환자 상병분포를 보면 상병 빈도가 상기도의 질환이 가장 높았고, 근골격계 및 결합조직의 질환이 두번째로 높았으며, 그 다음으로는 소화기계의 기타 부위질환, 호흡기계의 기타 질환, 성병 순이었다.

연령군별로는 0-14세 연령층에서는 상기도의 질환이, 14-44세는 성병이, 그리고 45-64세 연령층에서는 근골격계 및 결합조직의 질환이 가장 많았다. 65세 이상의 노인에서는 근골격계 및 결합조직의 질환, 상기도 질환, 호흡기계질환, 고혈압성 질환이 전체 질환에서 72.1%를 차지하였다. 지역별 보건소환자의 상병구조를 보면, 상기도 질환, 근골격계 및 결합조직의 질환이 수위를 점하는 것은 대동소이 하나 도시지역에서는 고혈압성 질환과 성병이 차지하는 비율이 농촌에 비해 높은 반면 농촌에서는 생활환경의 영향으로 피부 및 피하조직 질환 환자의 빈도가 높은 것으로 나타났다.

7) 보건지소, 보건진료소의 운영실태와 문제점

(1) 보건지소 인력: 보건지소에는 1992년 6월부터 정규직화된 공중보건일반의, 공중보건치과의, 진료보조원, 치과위생사가 배치되어 있고, 33.7%의 지역에서는 면보건요원이 지소에 근무하고 있으며 보건진료원을 포함한 읍면 공공 보건의료 인력은 1개군당 평균 71명이다. 그러나 이들 공

공인력들이 하나의 질서있는 체계로서 조직되어 있지 않고, 역할의 구분이나 업무상의 연계가 없이 제각기 업무를 수행하고 있는 상태이다.

(2) 공중보건의 업무활동 : 공중보건의 업무는 거의 진료에 국한되어 있는데 전국민 의료보험 실시 이후 보건지소의 환자진료수가 증가하고 있다. 본조사에서 일반진료건수는 1일 평균 32.3건, 치과진료건수는 7.8건으로 나타났으며 1일 일반진료환자수가 10건 미만인 지소가 14.7%나 되는 것으로 보여 지소의 활용이 낮은 지역이 많은 것으로 파악되었다.

(3) 보건지소 활성화를 위한 보건소장의 견해 : 보건지소의 활성화 방안에 대하여 전국 군지역 보건소장의 의견을 수렴한 결과 첫째 보건지소의 공중보건의 자질향상을 위한 대책의 필요와 진료인력의 지소인력의 공개채용을 통한 능력있는 인력의 확보가 가장 많이 지적되었고, 둘째로는 읍면요원의 지소배치를 통해 지소장의 지휘 감독하에 1차 보건사업수행을 할 수 있도록 되어야 함이 지적되었으며, 다음으로는 보건지소 직제규정의 제정과 지소장제도의 확립이 우선적으로 이루어져야 함이 지적되고 있다. 운영 측면에서는 운영지원협의회의 폐지 및 축소를 우선적으로 들고 있으며, 군보건소의 직접운영, 재정지원의 확충, 사무장제도의 도입 순으로 의견이 나타났다. 보건지소가 수행하여야 할 업무수행 영역으로는 포괄적인 예방보건과 일차 진료서비스 전반, 보건교육, 보건의료체계의 관리를 수행하여야 한다는 의견과 함께 노인보건, 성인병관리 등 새로운 업무수행 필요성이 많이 제시되었다.

(4) 보건진료원의 업무활동 : 보건진료소에 배치된 보건진료원의 업무활동은 1991년 전국 실적으로 보면 진료업무가 72%, 예방보건활동은 28%으로, 1일 평균 진료실적은 11.4건 예방보건업무는 1일 평균 4.9건으로 진료업무에 치우쳐 있는 것으로 나타났다.

(5) 보건진료소 활성화를 위한 보건소장의 견해 : 보건진료소의 활성화

방안으로는 보건진료소 조직 및 운영 측면에서는 운영비의 지원 확대, 군보건소에서 직접 진료소 관리운영, 운영협의회의 폐지 또는 기능 재정비, 보건지소의 기능보강을 통해 보건지소에서 진료소 관할과 지도 및 감독, 보건진료원 직제 및 지침 확립을 통한 책임운영 강화, 마을건강원의 활성화를 통한 지역내 보건모니터링망을 구축 등의 의견이 개진되었으며 보건진료소가 수행하여야 할 업무수행 영역으로는 보건교육·상담, 예방보건사업, 가정간호사업, 성인병, 노인관리, 환경 및 영양개선 등의 포괄적인 1차보건업무와 건강증진 및 예방업무 활동을 확대할 필요가 있다는 견해를 나타냈다.

8) 지방자치제 실시에 따른 보건행정 체계의 개선방향

(1) 현행 보건행정 조직체계가 이원화되어 있어 정책결정기관(보사부)의 정책의도가 정확하게 집행기관(지방자치단체)으로 연결되기가 어려우며, 정책 실시의 문제점이나 평가결과가 정책결정기관으로 환류되기도 미흡하다. 또한 일선 행정기관의 인사, 재정, 통제 및 지도감독은 보사부가 아닌 내무부(지방자치단체)가 관장하고 있기 때문에 업무수행에 대한 정책결정기관의 효과적인 통제와 감독이 매우 어려운 상태에 있다.

(2) 일선 보건행정기관이 일반 지방행정계통에 소속되어 있어 보건업무의 전문성이 잘 인정되지 못하고 있고, 실질적인 권력관계에서 항상 열세에 있기 때문에 전문인력의 확충에 필요로 하는 재원을 마련하는데에 많은 애로가 있다. 또한 일반 지방행정기관의 인사관리관행(순환보직)상 업무수행을 통하여 전문성 축적에 한계가 있기에 내부적으로 전문인력 육성이 매우 어려운 실정이다.

(3) 현행 보건행정 업무수행 체계는 상부하달식의 수직적인 형태로 되어있어, 중앙부서인 보사부가 정책을 결정하고 지방자치단체는 중앙행정기관이 정한 획일적인 정책지침에 따라 이를 단순히 집행하는 수동적인 기능

을 가지고 있을 뿐이기 때문에 지역에 따라 다양하게 표출되는 보건의료욕구를 충족하기에는 한계가 있다.

(4) 광역적 보건행정 수요가 날로 증대됨에 따라 광역자치단체인 시·도의 보건행정기능은 강화되어야 할 필요성이 대두되고 있음에도 불구하고, 시·도가 실질적으로 수행하는 기능은 중앙정부와 기초자치단체의 중간 위치에 서서 연락·조정과 같은 소극적인 사무에 제한되어 있는 실정이다.

(5) 현행 보건행정체계는 특히 상부하달식의 수직적인 형태로 되어 있어 주민의사가 정책결정기관에 전달되기까지는 적게는 2단계, 많게는 5-6단계를 거쳐야 할 정도로 복잡하여 정책결정 과정에서의 주민참여는 극히 제한되어 있다.

(6) 현행 보건행정 체계는 급성 전염병관리, 결핵관리, 모자보건, 가족계획 등 공중보건사업에 중점을 두어 짜여진 것이기 때문에 새로 필요한 개인적 보건의료서비스의 기능을 수행하는 데는 적합하지 못하다.

(7) 이와 같은 문제점들을 시정하기 위하여 본 연구에서는 다음의 기본 원칙 즉, ① 지역특성의 원칙 ② 접근용이성의 원칙 ③ 서비스 전문화의 원칙 ④ 주민참여의 원칙 ⑤ 정책결정부서와 집행부서의 결연 원칙 ⑥ 특별지방자치제의 유보 원칙 ⑦ 광역자치단체 중심의 원칙을 토대로 새로운 보건행정체계의 구상을 전개하였다.

본 연구가 제안하는 보건행정체계의 주요 내용을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 새로운 보건행정 체계를 구상함에 있어 지방화 시대에 역행하는 요소는 배제하였다.

둘째, 새로운 보건행정 체계를 구상함에 있어 지방자치단체와 분리·독립된 특별자치단체의 도입은 고려대상에서 제외시켜는 바, 그 이유는 보건행정에서는 특별자치제의 도입이 필요할 정도도의 정치적 중립성이 요망되지 않았으며 보건행정을 일반행정으로부터 분리·독립하는 데서 오는 부정적인

효과는 다양하고 매우 심각한 것들이기 때문이다.

셋째, 본 연구는 광역자치단체 중심의 보건행정 체계를 제시하였다. 이는 지나친 중앙집권과 무리한 지방분권의 중간에 위치한 것으로서 보건행정의 효율성과 민주·자주성을 조화·균형케 하여 총체적인 행정성과를 극대화시킬 수 있는 체계라는 점에서 제안된 것이다.

넷째, 본 연구가 제시한 보건행정 체계를 확립하고 그의 효율성을 극대화하기 위하여 다음과 같은 세가지 개혁을 제안하였다. ① 현하 기초자치단체에 편입되어 있는 일선보건행정기관인 보건소, 보건의료원 등을 광역자치단체의 소속으로 전환한다. ② 현하 광역자치단체 내에 있는 보건사회국의 조직 중 보건과를 보건국으로 확대·개편하고 그 아래에 보건행정과, 방역과, 의약과, 가족보건과 그리고 재활과를 두며, 보건국에의 일반직 공무원의 배속은 존치하나 국장 만큼은 보건의료 전문직으로 단일 직제화한다. ③ 의료보험, 의료보호 등과 같이 재분배적(redistributive) 성격이 강한 사무를 제외한 모든 분배적(distributive) 보건의료사무는 광역자치단체의 고유사무로 전환한다.

9) 지방자치화에 따른 보건소의 발전모형

(1) 기본방향

첫째, 국민 누구에게나 양질의 포괄적 보건의료를 필요시에 쉽게 이용할 수 있도록 해야 하는 것으로 보건소의 발전모형은 국가보건의료의 장기발전 계획에 부합되어야 한다.

둘째, 향후 사회, 경제, 정치, 문화적 여건변화와 보건의료환경의 여건변화에 능동적으로 대응할 수 있어야 한다.

셋째, 보건소에서 제공하는 보건의료서비스로는 건강증진, 질병예방, 진료, 재활 등의 포괄적인 서비스로 그 기능을 확대 강화시켜야 한다.

넷째, 지역보건의 기획 및 평가기능을 강화시켜 지역주민의 요구에 신속히 대응할 수 있도록 해야 한다.

다섯째, 질병양상 변화에 따라 만성퇴행성 질환, 노인성 질환 등의 관리를 강화시켜야 한다.

여섯째, 응급의료서비스, 가정방문의료서비스, 정신질환 등의 관리를 위한 기능이 강화되어야 한다.

(2) 기본골격

보건소의 발전모형은 위의 기본방향을 주요지침으로 하여 주변여건에 적절히 대응할 수 있도록 보건소의 조직과 기능을 강화하였다.

기능에 있어서는 만성퇴행성 질환 등 성인병 관리를 위한 개인적 보건의료서비스 기능과 보건교육을 중심으로 한 건강증진적 서비스 기능을 강화하였다. 또한 재활, 정신질환 등의 관리기능도 추가하였다. 그리고 포괄적인 보건의료서비스의 기능을 발휘할 수 있도록 보건소의 진료와 검사기능을 보강하였다. 그리고 지방자치제 재개로 지역중심의 자율적인 행정운영체계가 정착될 것이고, 지역주민의 보건행정에의 참여활동이 활발해 질 것이므로 주민들의 보건사업에 대한 적극적인 참여와 협조를 유도하고 지원체계를 구축하기 위하여 지역보건협의회를 조직·운영하도록 하였다.

보건소 조직은 주민의 생활권을 고려한 구·시·군을 단위로 보건소를 설치 운영하되, 인구 및 지역특성에 따라 기본형, 중도시형, 대도시형과 보건의료원으로 구분하고 기본형의 조직으로는 보건행정과, 보건지도과, 진료실 등 2개 과에 1실을 두되 지역의 크기에 따라 차이를 두도록 하였다.

(3) 보건소의 기능 및 역할모형

보건소의 업무내용과 사업대상에 따라 다음과 같이 분류하였다.

① 보건행정: 서무·인사·재무관리, 지역보건기획 및 사업평가, 보건통계 및 보건의료정보의 관리, 의약지도, 방역, 식품 위생 및 공중위생, 보건협

의회 운영과 관련된 업무

② 보건지도: 보건교육, 모자보건 및 가족계획, 방문 간호서비스, 영양지도 관리, 학교보건

③ 보건관리: 질병예방, 성인병 예방관리, 성병 예방관리, 노인보건, 정신보건, 장애인 재활서비스, 약물중독 관리

④ 진료기능: 일차 진료, 치과 진료, 노인 진료, 물리 치료실 운영, 재활 서비스

⑤ 검사기능: 병리검사, 실험검사, 방사선검사

(4) 보건소의 조직모형

보건소의 조직은 현행 계단위 조직구성에서 과단위의 조직구성으로 확대 개편하도록 하고, 모형은 지역특성 및 인구규모에 따라 기본형, 중도시형, 대도시형, 보건의료원형 등 4개 유형으로 구분하여 설계하였다.

보건소 조직의 기본모형은 인구 10만명 이하의 시·군에 해당되는 모형으로 보건행정, 보건지도, 진료실 등 2과 1실, 6개의 계로 조직되어 있고, 중도시형의 보건소 조직은 보건행정, 보건지도, 보건관리, 진료실 등 3과 1실, 9개의 계로 조직되어 있으며, 대도시형의 조직모형은 보건행정, 보건지도, 건강관리, 의약, 진료실 등 4과 1실, 11개의 계로 조직되어 있다.

보건의료원의 조직모형은 보건행정, 보건지도, 진료실 등 2과 1부로 사업부서에 5개 계, 진료부에 원무과, 간호과, 진료각과, 약제실, 검사실로 조직되어 있다.

라. 정책적 제언

(1) 보건소의 기획·평가기능 강화

현재 보건소의 업무중에서 가장 취약한 부분이 지역보건사업의 기획 및 평가기능으로 지역보건계획의 수립, 집행, 평가에 이르는 전 과정을 보건소

가 독자적으로 수행할 수 있도록 조직보완과 전문인력의 배치 또는 양성을 위한 방안이 강구되어야 한다.

(2) 보건소의 독자성 확보

보건소 인사, 예산, 사무처리 등에 관한 권한은 모두 지방자치단체장(시. 군. 구청장)에게 있고, 보건소장은 보건소의 운영에 있어서도 지방자치단체장의 지도감독을 받도록 되어 있어 보건소의 독자성이나 자율성은 인정되지 않고 있다.

이러한 문제점을 해결하는 방안으로 보건소의 인사에 관하여는 보건소장에게 위임을 하도록 하고, 예산에 관하여는 보건소 운영비의 특별회계화 하며, 사무처리에 관해서는 지방자치단체장의 권한을 대폭 보건소장에게 위임토록 함으로써 보건소의 독자성과 자율성이 확보될 수 있을 것이다.

(3) 보건소의 위치강화

보건소가 지역주민의 건강관리를 위한 공공보건의료기관으로서 타기관과 대등한 입장에서 상호 협조관계를 유지하면서 효율적으로 업무를 수행하기 위해서는 보건소장 및 직원들의 직급을 상향조정함으로써 보건소가 대내외적으로 강화된 위치에서 지방자치단체 산하의 독립된 사업소로서 자율적인 운영이 보장되어야 할 것이다.

(4) 보건소 운영을 위한 투입요소 지원강화

지방보건의료체계의 핵심기관인 보건소가 민간의료기관의 취약부분을 보완하고, 서비스의 양적, 질적개선을 위해 전문인력, 시설, 기자재, 예산 등의 투입이 강화되어야 하며, 이를 위하여 지방자치단체의 자율권 강화를 위한 법적, 제도적 장치가 보완되어야 할 것이다.

(5) 신규업무의 활성화

1991년 보건소법 개정으로 새로 추가된 보건소의 기능은 지역보건의 기획 및 평가, 정신보건, 노인보건, 장애인 재활, 보건지소·보건진료소의 직원

및 업무에 대한 지도감독 등이나 일선 보건소에서의 업무수행 상태는 취약한 것으로 나타나고 있어 이의 원활한 전개 방안이 모색되어야 하겠다.

보강되어야 할 업무는 진료, 검사, 보건교육, 노인보건서비스의 강화, 지역보건의 기획·평가, 보건소 서비스 및 정보관리의 전산화이고, 개발되어야 할 업무는 만성퇴행성 질환관리, 재활서비스, 정신질환관리, 방문간호서비스의 강화, 저소득층 주민에 대한 집중환자관리서비스이다.

(6) 보건소 조직의 개편

인구 10만명 명 이하의 시 또는 군에 해당하는 기본모형은 보건소장 밑에 보건행정과, 보건지도과, 진료실 등 2과 1실을 두도록 하였다. 보건행정과에는 보건기획계, 방역계, 의약지도계의 3개 계를, 보건지도과 밑에 보건교육계, 가족보건계, 건강관리계 등 3개의 계를, 그리고 진료실내에는 일반진료 및 치과진료실, 검사실, X-선실, 약제실, 물리치료실 등을 두도록 하였다.

(7) 보건지소, 진료소 조직의 개편

보건지소, 보건진료소, 읍면요원을 일선 공공보건조직으로 재편성하여 현재의 진료업무 위주에서 벗어나서 보건지소를 중심으로 주민의 건강관리와 만성퇴행성질환관리를 포함한 신규예방보건사업을 수행하도록 일선 보건인력을 배치한다. 이를 위하여 보건지소의 공중보건의를 법정 보건지소장으로 임명하며, 읍면보건요원을 보건지소에 배치하여 보건지소장의 지휘, 통솔하에 두고, 보건진료소를 보건지소의 분원으로 두어 업무 연계를 가지게 하거나 지역여건에 따라 일부진료원은 지소에 근무하게 하여 예방등의 지역보건업무를 공동으로 추진하도록 한다. 지방화시대의 전개에 따라 기존의 운영협의회는 폐지하고 지역주민과 지역의료자들이 자율적으로 지원, 참여할 수 있는 지역의료협의회를 설치, 발전시킨다.

이와 병행하여 ① 보건지소에 행정요원을 배치, ② 지소장 역할을 수행할

공중보건의에 대한 직무교육과 보수교육 개편, 강화 ③ 보건지소와 보건진료소의 업무내용은 지역특성에 따라 요구되는 업무, 만성퇴행성질환자의 관리, 보건교육, 기초건강진단 영역의 업무로 확대, ④ 중앙정부와 지방정부가 인력, 예산, 조직 측면에서 읍면의 공공 보건조직을 지원할 수 있는 체제로 전환하고 의뢰체계를 실질적으로 확립하며, 일부지역의 시범프로그램의 경험을 적극 수용하며 구체적인 업무지침서, 교육메뉴얼, 프로그램모델, 읍면 인력의 보수교육 내용을 개발 보급하여 지역보건인력을 지원하도록 한다.

마. 기대효과

지방자치제 실시에 따라 지방보건행정체계 개선에 연계된 지역보건기획 수립에 필요한 기초자료 제공

바. 연구자

임종권, 김혜련, 장동현

4. 우리나라 모자보건사업 발전방향에 관한 연구

가. 연구목적

1) 지역 모자보건 사업에 대한 개념과 체계화 이론을 정리하고, 지역모자보건 서비스 협조체계 구축시 예상되는 장애요인 및 해결과제를 도출

2) 모자보건 관련 자원이 지역적으로 적정 배분되어 있는가를 조사하여, 모자보건사업 지역화를 위한 여건 분석

3) 양질의 모자보건관리란 어떤 것이며, 지역모자보건체계에서 향후 공공부문 모자보건의 담당하여야 할 역할 정립

나. 연구방법

1) 문헌고찰: 지역모자보건사업의 이념·목적 및 기본구상을 위한 것으로 구성요소, 체계화 과제, 구비조건 및 평가척도, 기능분담과 연계조건, 지역모자보건체계 기본모형 개발, 일본 지역모자보건활동 사례 고찰

2) 사업 관련자 의식실태 조사: 공공 및 민간부문 모자보건서비스 제공자 47명(공공:29명, 민간:18명)을 대상으로 우편설문조사 실시

3) 모자보건 의료자원 현황조사: 전국 시·군·구 전 보건소를 대상으로 우편설문조사를 실시하고, 기존 행정자료, 관련 문헌고찰, 사업관계자와의 전화면접조사, 보건소 우편설문조사를 통해 공공부문 모자보건 관련시설 및 기능을 조사하고 민간부문은 보건소직원에 의한 우편, 전화, 직접방문조사를 통해 모자보건 관련시설 조사

4) 보건소 사례조사

5) 기존 자료분석

다. 연구결과

1) 지역 모자보건 의료복지 서비스 협조체계

(1) 지역 모자보건 체계구축을 위한 과제는 시대변화와 주민요구에 부응하는 신규 서비스의 개발, 보건정보 시스템의 유효활용, 관계자의 보수교육 강화, 관련조직간의 기능분담 및 연계, 의료경영 기반의 충실화, 주민의 적극적 참여 등이다.

(2) 보건의료시스템 구축에 있어서 제일 중요한 핵심과제인 관련조직간의 적절한 기능분담 및 유기적인 기능연계를 위한 필수조건으로는 연계를 맺는 양자간이 상호 수혜관계이어야 할 것, 연계를 맺는 양자간이 신뢰관계이어야 할 것, 주민이 원하고 고마워하는 연계일 것 등이 요구된다.

(3) 이론적 고찰과 일본의 지역모자보건활동 예를 참고로 개발한 지역 모자보건체계 기본모형의 주요골자는 다음과 같다.

① 시·군·구 보건소는 지역모자보건체계 내에서 보건과 의료 및 복지서비스를 연결하는 구심점 역할을 수행한다.

② 보건소는 지역의 보건의료계획 추진 외에 주민보건관리기능(사업홍보, 보건교육, 보건지도 등)과 각종 보건의료복지 관련 정보수집 관리 지원기능을 갖는다. 단, 주민 보건관리기능은 지역형편에 따라 하부조직인 보건지소나 보건진료소에서 수행하게 할 수 있다.

③ 산전관리는 민간조직과 공공조직에서 적절한 기능분담을 통해 이원적으로 행하되, 분만은 원칙적으로 민간 분만시설의 의사에게 맡기며, 지금까지 소홀히 취급되었던 산후관리 및 신생아관리를 위하여 보건소는 산육기(또는 신생아기) 방문간호사업을 주요 모자보건활동의 하나로 삼는다.

④ 장차 전국 행정복지전산망 구축이 완료되면, 도 보건국에 종합보건정보관리센터를 두어 지역 보건정보 관리센터에서 집적된 자료를 종합하게 하

고, 중앙의 모자보건 연구센터는 이를 분석하여 각종 모자보건지표 산출 및 모자보건 발전을 위한 연구에 활용하도록 한다.

(4) 지역 모자보건 체계구축에 관한 장애요인을 파악하고자 공공 및 민간부문 모자보건서비스 제공자 47명을 대상으로 한 조사 결과는 다음과 같다.

① '지역모자보건체계 구축이 꼭 필요하니 조속히 검토되어야 한다'는 의견과 '필요하다고 생각은 하나 그리 현실적이지 못하다'는 의견이 공공 및 민간조직 소속자 공히 거의 반반으로 양분되었으며, 지역모자보건 협조체계 구축시 조정역할 담당조직으로는 보건소가 가장 적합하다는 의견이 공공, 민간 양측에서 모두 가장 많았다.

② 지역모자보건협조체계 추진시 예상되는 장애요인으로 공공조직 소속자는 종사자의 의식부족, 인력부족, 주민들의 이해부족을, 민간조직 소속자는 행정(보건소, 시·군·구청)의 이해부족, 종사자의 전문지식부족, 주민들의 이해부족을 택했다.

2) 모자보건 의료자원 현황

(1) 모자보건 의료자원 현황은 다음과 같다.

① 공공부문의 경우 보건소 268개소, 보건지소 1,329개소와 보건진료소 2,039개소, 보건소 조직내에 속해 있는 모자보건센터 77개소, 보건의료원 15개소를 들 수 있으며, 전국 268개 시·군·구 행정구역중 본 연구에서 자료수집이 가능했던 251개 구역에서 파악된 민간부문의 모자보건서비스 제공 가능시설은 종합병원 231개소, 병원 326개소, 산부인과 1,620개소, 소아과 의원은 1,155개소이었다.

② 자료수집이 가능했던 전국 251개 시·군·구 행정구역 중 병원급 이상 의료기관과 산부인과의원, 소아과 의원이 구역내 설치되어 있어 지역내 민간

의료기관만으로 1, 2차 수준의 모자보건 문제 해결이 가능한 지역은 119개 지역(47.4%)이었으며, 지역별로 보면 대도시(구지역내)지역은 90.6%, 중소도시 지역은 89.8%, 군지역은 56.5%로 낮았다.

③ 자료수집이 가능했던 129개 군지역 중에서 산부인과의원이 없는 지역이 44개(34.1%), 소아과의원이 없는 지역이 48개 (37.2%)이었으며, 현재 산과진료를 제공하고 있는 일반의원이나 조산소 조차도 없는 지역이 24개 지역(18.6%)으로 나타났다.

④ 산부인과의원이 없는 44개 군지역 중 5개 지역에는 보건소에 산부인과 전문의가 배치되어 있었다.

(2) 산부인과 및 소아과 전문의의 군지역 개원추이를 보면 산부인과 개원 전문의가 있는 군지역은 1988년 37.5%, 1991년 36.8%, 1992년 37.2%로 비슷한 추이를 보이고 있으며, 소아과 개원 전문의가 있는 지역은 1988년 32.4%, 1991년 31.6% , 1992년 22.5%로 계속 감소추세를 보이고 있어, 그동안 끊임없이 지적되어 온 군지역 주민들의 전문 의료시설 접근도에는 별다른 발전이 없었다.

(3) 본 연구에서 파악된 우리나라의 지역별 모자보건서비스 제공가능 시설중 분만을 중심으로 한 실제 모자보건서비스 수행 현황은 다음과 같다.

① 보건소 조직내 모자보건센터 75개소 중 22.7%는 분만개조 업무를 전혀 수행하고 있지 않으며, 18.7%는 주간에만 수행하고 있는 것으로 나타났다.

② 민간부문의 경우 1,620개소의 산부인과의원 중 분만개조서비스를 제공하는 의원은 대도시지역은 65.2%, 중소도시 지역은 82.0%, 군지역은 98.0%로 지역별 격차가 심한 것으로 나타났다.

③ 민간부문의 2차 의료기관(종합병원 179개소, 병원209개소) 중에서 분만개조기능 수행병원은 주간 72.2%, 야간 69.4 %이었으며, 지역별로는 대도시 병원이 수행율이 가장 낮고 군지역이 가장 높게 나타났다.

④ 모자보건종합센터는 현행 모자보건법상 2,3차 수준의 산과 진료기능이 부여되고 있는데 현재 모자보건종합센터로 지정되어 있는 전국의 12개 병원(3개는 3차 의료기관, 9개는 2차 의료기관) 중고위험 산모 집중치료 시설(OICU) 있는 곳은 9개 병원, 이중 주산기학 전문인력이 확보된 병원은 5개 소이며, 고위험 신생아 집중치료 시설(NICU)이 있는 곳은 10개 병원, 이중 신생아학 전문인력이 확보된 병원은 7개소로 나타났다.

⑤ 민간부문의 3차 의료기관 30개소 중 자료수집이 가능했던 28개소에 대해 OICU 시설과 NICU 시설에 대한 유무 및 주산기학, 신생아학 전문인력 확보 여부를 조사해 본 결과, OICU는 23개 기관에, NICU는 27개 기관에 구비되어 있었다. 이중 8개소는 신생아학 전문인력이 근무하고 있지 않는 것으로 나타났다.

(4) OICU와 NICU의 분포를 중진료권과 대진료권별로 묶어 본 결과, 전국 140개 중진료권 중 OICU 보유병원이 있는 중진료권이 35.7%, NICU 보유병원이 있는 중진료권이 34.3%이었다. 8개 대진료권별 OICU 및 NICU 보유병원 1개소당 평균 0세 인구수를 보면 가장 적은 지역이 강원지역으로 OICU 및 NICU 공히 1,988명이며 가장 많은 지역이 충청지역으로 5,533명이었다.

3) 모자보건 서비스 실태와 발전방향

(1) 기존 서비스 실태

① 우리나라 공공의료기관인 보건소는 시·군지역에 관계없이 거의 대동소이한 모자보건사업을 수행하고 있다. 사업의 질적 측면을 고려하지 않는다면 민간의료기관에 비해 다양한 모자보건 서비스를 수행하고 있는데 단계별로 살펴보면 다음과 같다.

② 임부신고, 임부등록관리, 산전관리, 분만, 산후관리 영아등록관리, 영유아 예방접종 등이며, 그외에 지역 여건에 맞는 특수사업이 각기 시행되고

있다.

③ 최근에는 모자보건센터가 소재한 보건소에서도 분만개조사업 보다는 특수사업에 역점을 두고 있는 보건소들이 다수 있다.

(2) 영국, 스웨덴, 뉴질랜드, 미국 등 선진국의 모자보건사업 실태가 모자보건 조직체계와 서비스 측면으로 나뉘어 자세히 소개되었다.

(3) 향후 모자보건사업 발전방향 및 신규사업 개발

① 향후 모자보건사업은 치료(cure)에서 예방(care) 개념으로 전환되어야 하며 선진국과 같이 우리나라에서도 컴퓨터 전산망의 구축 및 도입, 복지 개념으로의 전환, 능률적인 제도 및 기술도입 등을 모자보건사업 발전을 위한 전제조건으로 삼아야 한다.

② 또한 핵가족화, 고소득화, 도시화 등의 사회 여건 변화에 따라 공공의료기관인 보건소의 모자보건사업도 신속히 시대 요구에 부응하여 변화하여야 하며, 새롭게 개발되거나 더욱 강화, 실시되어야 할 사업은 모자건강교육 및 사춘기 성교육 실시, 산전보건지도 및 생활지도, 산욕기 방문간호 및 신생아 돌보기, 영유아 이유식 지도 및 실습교육, 구강보건사업, 정보관리 및 지원 등이다.

라. 정책적 제언

1) 모자보건사업은 주민복지사업인 동시에 국민건강의 기초를 다지는 기간 보건사업이므로 공공부문에서는 목표량 위주의 나눠주기식 서비스 보다 전 주민을 대상으로 모니터링을 계속하여 의료보험 수혜에서 제외되거나 인력 부족 등의 이유로 민간부문에서 맡기를 꺼리는 예방 차원의 서비스(주민 홍보 및 보건교육, 대상자 파악 및 등록 추서관리, 보건지도, 가정간호 등)를 제공하도록 하는 것이 바람직하며, 이를 위해서는 실무자의 현 업무중 행정보고 업무를 과감히 간소화함으로써 기존인력을 최대한 활용하여 대인

서비스에 투입하여야 한다.

2) “모자건강의 보전”이라는 모자보건 사업목표를 달성하려면 보건과 의료 및 복지서비스 자원을 연결함으로써 포괄적이고 연속적이며 전인적인 서비스를 제공해야 하므로, 보건소는 지역에서 의료 및 복지를 연결해 주는 구심점 역할을 위해 지역의 각종 모자보건 관련정보를 관리하고 지원하는 기능을 갖추어야 하며, 모자보건 대상자의 생애주기에 따라 서비스 담당자가 바뀌어져야 할 경우(예를 들어 모성보건에서 영유아보건, 영유아보건에서 학교보건 등) 후속 보건관리에 참고가 될 기왕자료가 모자보건수첩에 빠짐없이 기록되었는지를 확인한 후 다음 관리자에게 대상자를 확실하게 인계하도록 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

3) 본 연구에서 제시한 지역모자보건체계 기본모형은 이론적인 정립에 불과하므로 생활부재의 타상공론이 되지 않기 위해서는 이러한 시스템이 과연 지역사회에 어떻게 얼마나 공헌하는가를 확인하는 절차가 반드시 필요하다. 따라서, 일개 ‘도’ 수준의 지역을 선정하여 지역의 모든 모자보건관계자가 망라된 대규모 의견조사를 통해 지역모자 보건체계모형에 관한 의견접근을 시도한 뒤, 종합적인 지역모자보건 체계의 세부적인 모습과 운영방법을 결정하여 2-3년간의 시범사업을 실시해 볼 것을 제안하고자 한다.

4) 모자보건서비스 중에서 가장 전문인력과 시설이 집중투입되어야 하는 부분은 분만을 전후한 주산기 의료서비스이다. 임신과 분만과정이 생리적인 현상의 하나이지만 생명을 위협하는 위험이 늘 잠재하고 있어, 주산기 의료의 지역화는 모자보건의 선진화를 위한 필수적인 요건이므로 우리나라도 이를 위한 구체적인 제반여건의 검토와 대책이 강구되어야 할 것이다.

(1) 현행 의료전달체계상 구분된 1, 2, 3차 의료기관이 산과 진료 기능면

에서도 그대로 적용될 수는 없으므로, 산부인과학회, 주산기학회 및 신생아 학회의 도움을 얻어 1, 2, 3차 모자보건서비스 기관의 기능 및 시설기준을 마련해야 한다.

(2) 본 연구결과 시설은 있되 전문인력이 없든지 시설과 전문인력이 있어도 아예 분만개조 기능을 안하는 경우가 있어 지역의 모자보건 시설수 만으로는 산과진료 공급수준을 파악할 수 없으므로, 지역내 모자보건서비스 기관의 현재 보유시설·장비 및 수행기능을 정기적으로 공개, 상호 정보교환하게 함으로써 관련 기관끼리 상호협조 할 수 있게 하는 제도적 장치가 필요하다.

(3) 우리나라 실정에 맞는 3차수준의 주산기 의료서비스 기능을 갖춘 의료기관의 진료권별 적정분포에 대한 연구가 요구되며, 이 결과에 따라 주산기학·신생아학 전문인력 양성계획이 뒷받침되어야 할 것이며, 민간부문의 자원분포가 취약한 지역에는 공공부문에서 최소한의 전문의를 확보하여 투입하고 전문적인 서비스 기능수행에 지장이 없을 정도의 장비를 지원하여야 할 것이다.

(4) 정상분만의 경우, 가장 바람직한 분만환경은 가정과 같이 안락하고 편안한 분위기에서 남편도 분만에 함께 참여하는 것이며, 이러한 환경은 병원급 이상의 분만기관 보다는 의원급 분만기관에서 보다 가능한 것이므로 현재 입원실을 폐쇄·축소하고 있는 경향을 보이는 의원급 분만기관의 분만개조기능 활성화 방안 강구를 위해 개원의들의 여론을 수렴해 볼 필요가 있다.

마. 기대효과

- (1) 지역사회 모자보건 사업체계의 모형개발에 필요한 기초자료 제공
- (2) 지역사회 모자보건사업 관련자로 하여금 공동목표에 대한 상호인식

을 증진케 함

(3) 공공 및 민간부문 모자보건 시설 및 기능의 효율적 활용을 위한 1, 2, 3차 모자보건서비스의 기능 및 시설기준 제시의 계기 마련

바. 연구자

박정선, 황나미, 정기혜

5. 진료과목별 전문의 수급에 관한 기초연구

가. 연구목적

- 1) 전문과목별 전문의 인력의 일반적 현황 파악
- 2) 전문의, 특히 개원 전문의의 역할에 관하여 실증적 자료를 이용하여 분석
- 3) 전문과목별 전문의에 관한 기존자료를 이용하여 장래 전문의 인력 공급 추계
- 4) 의료이용량에 기초한 전문의 인력 수요 추계후 전문의 수급에 대한 기초자료 제시

나. 연구방법

- 1) 전문과목별 전문의 현황을 분석하기 위하여 당 연구원의 의사DB 파일 및 대한의학협회의 전국 회원 실태조사 보고서를 이용하였다.
- 2) 전문의의 표방과목 및 역할분석에 관한 자료는 의료보험연합회의 요양기관 및 상병 전산파일을 이용하였는 바 요양기관은 1992년 6월말 현재 전체 의원급(총 12,092)을 대상으로 하였고 상병파일은 1992년 1/4분기 3개월분이 분석되었다.
- 3) 전문의 인력에 관한 공급추계는 기초추계에 한하였으며 추계방법으로는 유입유출법이 사용되었다.
- 4) 전문의 인력의 수요추계는 먼저 의료이용량을 추정하고, 이러한 추정량을 의사 1인당 진료생산성으로 나누어 줌으로써 구하였다.

다. 연구결과

1) 전문의 현황

우리나라 전체 의사수는 1975년도에 16,260명에서 1991년도 현재 45,401명으로 2.8배가 증가하였고, 같은 기간에 전문의수는 5,854명에서 24,994명으로 4.3배가 늘어났으며, 전체의사수에 대한 전문의의 비율은 36.0퍼센트에서 55.1퍼센트로 증가하였다. 전체 의사인력의 지속적인 증가로 인하여 대부분의 전문과목별 전문의수와 전체 전문의수에 대한 해당 과목 전문의수의 비율은 해마다 늘어왔다. 그러나 일반외과, 산부인과 및 예방의학과 등은 전체 전문의수에 대한 해당 과목 전문의수가 감소하였다. 이렇게 상대적으로 줄어든 과목들은 가정의학과의 신설과 연관이 있는 것으로 사료된다.

전문의수에 레지던트수를 합한 경우를 전체 의사수와 비교해보면 이미 1975년도에 47.5퍼센트에서 1991년도에는 70.6퍼센트에 이르고 있고, 현 추세의 변동이 없는 경우 이 비율의 지속적 증가가 예상되며 각 전문과목별 전반적 추세는 전문의수의 경우와 비슷한 양상을 보이고 있다.

대한의학협회의 전국 회원 실태조사 보고서(1992)에 의한 성별 분포를 보면 정형외과 및 일반외과의 경우 남자가 각각 99.9퍼센트 및 99.3퍼센트를 차지하고 있으며 이와 달리 소아과 및 방사선과의 경우 남자의 분포가 각각 70.5퍼센트 및 70.9퍼센트로서 상대적으로 낮은 편이다. 연령 분포는 각 전문과목 공히 젊은 의사들이 급격히 증가하고 있는 바 이는 매년 2,800여 명의 신규 의사들이 배출되고 있기 때문이다. 취업형태의 경우 소아과, 산부인과 및 안과 전문의들이 개원을 많이 하고 있으며 신경정신과 및 방사선과 전문의들은 각 의료기관에 봉직하는 율이 높다. 마지막으로 근무지역 분포를 살펴보면 거의 대부분의 전문의들이 대도시 및 중소도시에 집중되어 있어 지역간 불균형을 보여주고 있다.

2) 개원 전문의의 표방현황

1992년 6월 30일 현재 의료보험연합회에 등록되어 있는 개원 전문의원급 의료기관은 총 9,779개소이다. 의료보험연합회의 '표방과목 분류지침'에 따라 요양기관 명칭을 기준으로 하여 표방현황을 본과 표방비율(본과 표방이란 예를 들면 내과 전문의 자격증 소지자가 기관명칭에 내과표시를 하는 경우를 말함)이 높은 순으로 볼 때 이비인후과(97.8%), 소아과(95.1%), 안과(95.0%), 비뇨기관(94.3%), 내과 및 정형외과(각 92.7%), 정신과(91.8%), 신경외과(90.8%) 등의 순이다. 이 반면, 낮은 비율 순으로는 치료방사선과 및 예방의학과(각 0%), 마취과(2.6%), 흉부외과(15.1%), 해부병리과(28.6%), 결핵과(43.4%) 등의 순이며, 일반외과의 경우 본과 표방비율은 68.6%로서 전체 개원 외과전문의 1,128명 중 774명이 외과의원으로 요양기관 명칭을 사용하고 있다. 산부인과의 경우에는 본과 표방비율이 87.8퍼센트(1,297/1,478)이며, 전체적으로는 개원전문의의 88퍼센트가 본인들의 전문과목을 의료기관 명칭에 그대로 사용하고 있다.

3) 전문의의 역할

병원급 이상의 의료기관에서는 전문의로서의 역할이 충실히 이행되고 있다고 예상되므로 개원 전문의의 진료 행태를 의료보험연합회의 자료를 이용하여 분석해 볼 수 있다.

1992년도 1/4분기에 개원의(의사 1인인 경우)가 의료보험연합회에 제출한 진료비 청구서상의 건수(claim)는 재원일수로 환산하였으며, 이러한 진료건수별 질병은 ICD-9의 999 표준질병분류에 의하여 진료과목별로 구분되어 왔다.

전문의는 아니나 일반의의 경우를 먼저 살펴보면 입원환자 중 정형외과(33%)와 내과(30%)진료가 대부분이며, 외래에 있어서는 내과(47%)와 이비인후과(18%) 환자진료가 많다. 전문의로서 역할정도가 충실하다고 생각되는

전문과목들은 신경정신과, 정형외과, 안과, 피부과 등이며, 특히 안과와 신경정신과 전문의의 경우 입원·외래 공히 거의 90%이상 해당 전문과목 환자를 진료함에 따라 전문의 역할정도가 가장 높다고 할 수 있다.

반면, 일반외과 전문의의 경우 해당 진료과목의 외래환자 진료율은 10 퍼센트 내외(정형외과를 포함할 경우 30%)로서 전문의 역할정도가 가장 낮으며, 내과 진료과목이 40퍼센트 이상을 차지한다. 대체적으로 해당 전문과목의 환자진료가 낮을수록 앞에서 설명한 일반의로의 표방률이 높다는 것이 보여진다.

진료건수를 내원일수로 환산한 후 3개월간 근무일수를 75일로 계상하여 의사 1인의 1일 진료량이 구하여졌다. 이러한 진료량은 의료보험이 적용되는 것이므로 전체진료량(비보험 부문까지 포함)은 대략 0.85로 나누면 된다(의료보험 적용대 비적용 비율을 0.85:0.15로 계상). 개원전문의이기 때문에 주로 외래진료를 살펴보면, 1일 진료환자수가 70명이 넘는 과목은 이비인후과, 소아과, 내과 및 안과 등으로 비보험 부분까지 감안하면 1일 진료량이 90명 이상이다. 그러나 산부인과 전문의들은 보험적용의 경우 상대적으로 적은 편이다. 나머지 과목의 경우는 거의 평균진료량(보험 62명, 전체 72명)과 같으며, 이 수치는 1990년 당 연구원에서 조사한 것과 거의 일치한다(1일 평균 전체 70.2명).

4) 공급추계

전문인력에 관한 공급추계는 미래 일정시점에서 이용가능한 인력의 수를 추정하는 것으로서 본 연구에서는 세가지 추계유형(기초추계, 대체추계, 예측) 중 기초추계 즉 현재 인력체계를 미래까지 유지한다는 가정하에서 장래인력을 추정하였다. 추계방법으로는 총수방법, 유입유출법, 인구학적 방법 중에서 유입유출법(method of in-and out-moves)을 사용하였으며, 이 방법은 과거 시계열 자료를 이용하여 변화과정을 유입유출로 구분하여 장래

인력을 추정하는 것이다.

전반적 추계결과는 표 1이 보여주고 있으며, 2010년의 전문의 비율(전문

표 1. 장래 전문의 전문과목별 분포

	1995	2000	2005	2010
가용의사수(A)	51,465	64,218	76,507	88,385
전문의 수 (B)	29,711	41,538	52,971	64,007
B/A(%)	57.7	64.7	69.2	72.4
내 과	4,246(14.3%)	6,174(14.9%)	8,036(15.2%)	9,833(15.4%)
신경과	657(2.2)	892(2.1)	1,119(2.1)	1,338(2.1)
정신과	930(3.1)	1,418(3.4)	1,890(3.6)	2,345(3.7)
일반외과	3,167(10.7)	4,214(10.1)	5,229(9.9)	6,208(9.7)
정형외과	2,035(6.8)	2,847(6.9)	3,632(6.9)	4,390(6.9)
신경외과	930(3.1)	1,291(3.1)	1,639(3.1)	1,976(3.1)
흉부외과	487(1.6)	819(2.0)	1,140(2.2)	1,450(2.3)
성형외과	526(1.8)	844(2.0)	1,151(2.2)	1,448(2.3)
마취과	1,348(4.5)	2,208(5.3)	3,039(5.7)	3,841(6.0)
산부인과	3,020(10.2)	3,993(9.6)	4,932(9.3)	5,838(9.1)
소아과	2,560(8.6)	3,457(8.3)	4,322(8.2)	5,158(8.1)
안과	1,082(3.6)	1,505(3.6)	1,913(3.6)	2,308(3.6)
이비인후과	1,291(4.3)	1,532(3.7)	1,764(3.3)	1,988(3.1)
피부과	827(2.8)	1,084(2.6)	1,332(2.5)	1,571(2.5)
비뇨기과	906(3.0)	1,261(3.0)	1,605(3.0)	1,937(3.0)
진단방사선과	1,128(3.8)	1,763(4.2)	2,377(4.5)	2,969(4.6)
치료방사선과	409(1.4)	537(1.3)	662(1.2)	783(1.2)
해부병리과	389(1.3)	600(1.4)	808(1.5)	1,010(1.6)
임상병리과	368(1.2)	560(1.3)	746(1.4)	925(1.4)
결핵과	119(0.4)	140(0.3)	161(0.3)	180(0.3)
재활의학과	223(0.8)	416(1.0)	601(1.1)	780(1.2)
예방의학과	395(1.3)	573(1.4)	745(1.4)	910(1.4)
가정의학과	2,668(9.0)	3,410(8.2)	4,128(7.8)	4,821(7.5)

* 각 전문과목의 괄호 안 숫자는 전체 전문의 수에 대한 해당 전문의 수의 비율, 즉 상대치를 나타냄.

의 수/전체 가용의사수)은 71.2퍼센트가 되고 이는 현재보다 거의 20퍼센트 정도 증가한 것이다. 모든 전문과목에 걸쳐 절대적 전문의 수(절대치)는 증가추세에 있고, 전체 전문의 수 중 각 전문과목별 전문의 수(상대치)는 과목별로 상이하다. 전체 전문의 중에서 내과 전문의 비율은 점차 증가하는 추세에 있으며 일반외과, 정형외과, 소아과, 산부인과의 경우는 조금씩 줄어든다. 2010년 현재 위의 5개과 전문의 수가 전체 전문의 수의 49.4퍼센트를 차지하는 것으로 추정되었다. 그외 성형외과, 흉부외과, 진단방사선과, 정신과, 재활의학과, 마취과 및 가정의학과와 같은 경우 상대치가 조금씩 증가하는 것으로 나타났으며, 이비인후과 및 피부과는 오히려 조금씩 감소 추세에 있다. 나머지 신경외과, 안과, 신경과, 해부병리과, 임상병리과 및 예방의학과와 같은 경우는 거의 변동이 없는 것으로 추정된다.

5) 수요추계

전문의 인력의 수요추계는 먼저 의료이용량을 추정하고, 이러한 추정량을 의사 1인당 진료생산성으로 나눔으로써 최종적으로 구하여진다. 각 진료과목별 의료이용량은 먼저 의료보험연합회가 발간하는 의료보험통계연보상의 진료과목별 진료건수(1982-1991년까지 10년간)를 사용하였으며 각 진료과목별 의료이용량은 전체 의료보험 적용인구 및 전체 가처분 소득을 이용하여 선형회귀분석이 이루어졌다.

장래 각 진료과목별 의료이용량은 일정시점에서 추정된 의료보험 적용인구와 가처분 소득을 회귀분석 결과에 대입하여 구하여지며, 이렇게 구하여진 장래 진료건수는 내원일수로 환산된다. 의료이용량 추계의 마지막 단계로서 의료이용량의 의료보험적용 대 비적용의 비율이 추정되어야 하는데, 1990년 환자조사 보고서 및 보수적 가정을 따르기 위하여 이 비율을 0.85:0.15로 계상하였으며, 전 단계에서 구하여진 내원일수를 0.85로 나눈

값이 각 진료과목별 우리나라 전체 연간 내원일수가 된다.

의사 1인당 1일 진료생산성은 의료보험 진료비청구서 자료에서 추정된 것을 이용하며 전문의 역할이 충실한 안과와 신경정신과의 경우 1일 진료환자는 각각 91명, 47명이고 의사 1인의 연간 진료일수는 300일로 계상하였다.

6) 전문의 인력수급 비교

전문의 인력 공급추계에서는 가용전문의만 구하였으나 수요추계에서는 직장에서 환자를 직접 진료하는 전문의(취업전문의)를 추정하였다.

현실적으로 가장 전문의의 역할을 충실히 이행하고 있는 안과와 신경정신과의 두 경우만 생각하여 인력수급을 비교해 보면 표 2와 같다.

표 2. 안과와 신경정신과 전문의 수급전망

	1995	2000	2005	2010
<안과 전문의>				
가용의사수(S1)	1,080	1,503	1,912	2,306
취업가능수(S2)	972	1,353	1,721	2,075
전문의 수요(D)	678	915	1,166	1,350
S2 - D	294	438	555	725
<신경정신과 전문의>				
가용의사수(S1)	1,546	2,270	2,970	3,645
취업가능수(S2)	1,391	2,043	2,673	3,281
전문의 수요(D)	1,529	1,948	2,384	2,705
S2 - D	△138	95	289	576

* S2 = 0.9 × S1

이 두 전문과목 전문의 수요와 공급간 불균형은 2010년까지 공급이 수요보다 큰 것으로 추계된다. 그러나 그 결과의 해석에 유의할 점이 있는 바

수요나 공급이나 모두 현재를 기준으로 하고 있다는 것이다. 현재 잘못된 것이 있으면 추계결과에 그대로 반영된다.

수요의 측면을 보면 안과전문의의 경우에 1일 91명을 진료하는 것으로 가정하고 있다. 이 수치는 양질의 의료라는 견지에서 감소되어야 한다면, 감소된만큼 전문의 수요는 증가한다. 두번째 유의사항은 진료과목에 속한 모든 진료를 전문의가 진료해야 할 진료라고 전제하고 있다. 그러나 실제에 있어서 해당 전문의가 아닌 비전문의 또는 일반의에 의하여 진료할 수 있는 진료가 포함될 수 있다. 이러한 진료량이 많을수록 전문의 수요는 감소한다.

공급의 측면에서는 병원병상수와 신규의사수에 따라 레지던트 1년차의 정원은 증가추세에 있으나 정원동결을 전제로 추계된 것으로 과소공급추세의 소지가 크다.

라. 기대효과

전문의 수급정책은 의료전달체계와도 밀접한 관련이 있으며 단독개원전문의의 상당수가 자신의 전문과목을 포기하고 비전문화 또는 일반의화되고 있다. 의료전달체계의 측면에서 본다면, 단독개원의는 1차진료에 치중하고 병원급이상은 전문적 치료로 차별화하는 것이 바람직하다. 현재와 같은 전문의 제도 및 의료전달체계하에서는 전문의 역할이 충실한 극소수의 전문과목에 한하여 장래 전문의 수급을 논의할 수 있다.

마. 연구자

조재국, 이윤현

6. 의약품 제조 및 수출입 관리제도 비교연구

- 미국, 일본, 한국 중심으로 -

가. 연구목적

1) 국제화·개방화 시대를 맞이하여 미국·일본등 제약 선진국과의 통상 협상에 능동적으로 대처할 수 있도록 의약품 관련제도 및 국제적 관행에 대한 체계적인 지식을 제공함.

2) 미국·일본의 의약품 관리제도와 국내제도를 비교 검토함으로써 의약품 수출신장 및 수입의약품의 품질관리를 위한 국내 약무제도 개선에 필요한 기초자료를 제공함.

나. 연구방법

- 1) 약무제도 조사단 파견에 의한 미국 및 일본 정부의 담당관계자 면담
- 2) 국내외 관련 문헌 고찰 및 분석
- 3) 관계 전문가 자문

다. 연구결과

- 1) 약무 담당 기구의 조직과 기능
 - (1) 약무담당 기구조직

항 목	미 국	일 본	한 국
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 의약품 관리 주무부서 ◦ 업무보조기관 	<p>FDA</p> <p>없음</p>	<p>후생성 약무국</p> <p>NIHS, NIH 도도부현 약무주관과</p>	<p>보건사회부 약정국</p> <p>국립보건원 국립보건안전연구원 시·도의약과(계) 보건환경연구원</p>

(2) 약무담당 기구의 기능

항 목	미 국	일 본	한 국
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 의약품 관리 주무부서의 의약품외 관리 품목 ◦ 조직 	<p>의약품(인체, 동물) 외에 식품, 의료용구, 화장품</p> <p>- 라인조직(실무): 본부 및 지역/구역 사무실</p> <p>- 스텝조직(정책 개발 업무)</p>	<p>의약품(인체, 동물일부), 의료용구, 화장품, 의약품외품</p> <p>8과</p>	<p>의약품(인체) 및 화장품, 위생용품, 의약품외품</p> <p>4과</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 정책개발업무 	<p>스텝조직</p>	<p>기획과, 경제과</p>	<p>정책개발 전담부서가 없음(각 과별로 정책개발 분담)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 인력(수) ◦ 주요전문인력 	<p>8,449명</p> <p>의사, 약사, 생물학자, 독성학자, 화학자, 약물학자, 법률가 등 다양</p>	<p>176명</p> <p>약사</p>	<p>76명</p> <p>약사</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 자문기관 	<p>Advisory Committee</p>	<p>중앙약사심의회</p>	<p>중앙약사 심의 위원회</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 자문회의에 업계의 참석여부 	<p>위원장 동의하에 참석가능</p>	<p>참석 불가능</p>	<p>Protocol 심사 등 특별한 경우를 제외하고 거의 불가능</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 자문회의의 결과의 영향력 	<p>회의 결과에 구속받지 않는 자문 역할</p>	<p>안전결정에 중요한 역할</p>	<p>안전결정에 중요한 역할</p>

(2) 약무담당 기구의 기능

항 목	미 국	일 본	한 국
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 의약품 관리 주무부서의 의약품외 관리 품목 ◦ 조직 	<p>의약품(인체, 동물) 외에 식품, 의료용 구, 화장품</p> <p>- 라인조직(실무): 본부 및 지역/구역 사무실</p> <p>- 스텝조직(정책 개발 업무)</p>	<p>의약품(인체, 동물일부), 의료 용구, 화장품, 의약품부외품</p> <p>8과</p>	<p>의약품(인체) 및 화장품, 위생용품, 의약품부외품</p> <p>4과</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 정책개발업무 	<p>스텝조직</p>	<p>기획과, 경제과</p>	<p>정책개발 전담부서가 없음(각 과별로 정책개발 분담)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 인력(수) ◦ 주요전문인력 	<p>8,449명</p> <p>의사, 약사, 생물학자, 독성학자, 화학자, 약물학자, 법률가 등 다양</p>	<p>176명</p> <p>약사</p>	<p>76명</p> <p>약사</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 자문기관 	<p>Advisory Committee</p>	<p>중앙약사심의회</p>	<p>중앙약사 심의 위원회</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 자문회의에 업계의 참석여부 	<p>위원장 동의하에 참석가능</p>	<p>참석 불가능</p>	<p>Protocol 심사 등 특별한 경우를 제외하고 거의 불가능</p>
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 자문회의의 결과의 영향력 	<p>회의 결과에 구속받지 않는 자문 역할</p>	<p>안전결정에 중요한 역할</p>	<p>안전결정에 중요한 역할</p>

2) 의약품 제조 품목 및 제조업 허가제도

(1) 의약품 품목 및 제조업 허가 제도 비교

항 목	미 국	일 본	한 국
◦ 의약품 품목 규제	Marketing Approval(판매허가)	품목(제조)승인	품목제조허가
◦ 의약품 제조업 규제	Registration (등록)	업 허가	업 허가
◦ 품목별 제조업 시설 검사	GMP 실사	품목(추가, 변경) 허가	시설 검사
◦ 의약품 품목의 허가(승인)기관	-신약: FDA -모노그래프수재 OTC: 자율	후생성 약무국: 승인기준 없는 의 약품 지방정부: 승인기준 있는 의약품	보사부 약정국
◦ 의약품 제조업 의 허가(등록) 기관	FDA	후생성 약무국: 대다수의 업허가 지방정부: 약국방 수재 원료 의약품 제조업	보사부 약정국
◦ 품목 허가권자 와 제조업자와 의 관계	분리가능 (품목 허가권자는 제조를 제3자에게 위탁, 양도 가능)	불가분의 관계 (일부 공정만 위탁 가능)	불가분의 관계 (일부 공정만 위탁 가능)

(2) 의약품 품목 허가(승인) 제도

항 목	미 국	일 본	한 국
◦ 기준 및 시험방법 검토 담당부서	FDA	특별심사품목: NIHS, NIH	국립보건원
◦ 의약품 품목 허가(승인)심사 담당자	FDA내의 약효군별 심사협의체(약리심사팀, 화학심사팀, 임상심사팀)	약사 등 약무국 직원	약사 등 약정국 직원
◦ 심사기간	법적심사기간: 180일(실제: 평균 29.7개월)	- 의료용 의약품: 18개월 - 일반용 의약품: 10개월 - 체외진단시약: 6개월	- 신약: 145일 - 자료제출의약품: 115 혹은 100일 (표 3-4. 참조)
◦ 신약의 범위	신물질 및 기허가품과 용량, 효능, 제형, 투여경로가 다른 의약품	신물질 및 기허가품과 용량, 효능, 제형, 투여경로가 다른 의약품	신물질 의약품
◦ 원료 의약품 허가	- DMF 제출 - 제출된 자료 심사 후 추후에 완제품의 허가 심사시 실시됨	허가 필요	허가 필요

(3) 임상 및 전임상 자료 심사절차 및 내용

항 목	미 국	일 본	한 국
◦ 임상시험 결과 보고	임상시험 기간 중 매년 결과를 제출, 보고된 내용에 의거하여 2상, 3상 시험이 단계적으로 계획	의약품 승인 신청서 제출시에만 결과 보고	의약품 승인 신청서 제출시에만 결과 보고
◦ 임상시험 기간 중 정부와 업계의 업무회의	- 제2상 시험 완료 회의 - 신약허가 신청서 제출전 회의	없음	없음
◦ 외국의 전임상 시험 결과 인정 여부	미국 GLP 적합기관에서 산출된 자료에 한해 인정	일본 GLP 적합기관에서 산출된 자료에 한해 인정	1) 개발국 정부에서 승인 하였음을 확인한 자료, 혹은 2) 전문학회지 게재되었거나 학회에 발표된 자료, 혹은 3) 국내외 전문기관에서 시험한 것으로, 기관장이 발급하고 내용이 타당한 자료
◦ 외국의 임상시험 결과 인정 여부	미국 GCP 적합기관에서 산출된 1상 및 2상 시험은 인정. 3상 시험은 대부분 미국에서 다시 실시함	흡수, 분포, 대사, 배설에 관한 시험, 투여량 설정 시험, 비교 임상시험의 나머지는 외국자료도 인정	개발국 정부가 승인하였음을 확인한 자료로서, 실시기관의 신뢰성이 인정되고 국내 GCP에 준한 자료. 단, 국내 임상시험이 요구되는 항목은 별도 규정(3장 2절 참조)

(4) 의약품 품목허가 관련 특별제도

항 목	미 국	일 본	한 국
◦ 우선순위제도	화학적 혹은 치료적 특성에 따라 우선순위 결정	구체적으로 제도가 마련된 것은 아니나, 항 AIDS 약은 우선적으로 심사됨	없음
◦ 신속허가제도	- 의약품 허가 전 투약제도 - 의약품 가속 개발 제도	없음	없음
◦ 희귀의약품 특별제도 실시 내용	- 시장 독점권, 세금 감면, 연구비 지원 등의 혜택 부여	구체적으로 제도가 마련된 것은 아니나, 희귀의약품 승인 신청시 첨부 자료를 간소화함	국내 발병수가 적은 질병치료 목적으로 외국에서 긴급도입하는 의약품으로 제한됨

3) 약사 지도·감시 제도

(1) GLP 제도

항 목	미 국	일 본	한 국
◦ GLP 기준	CFR Title 21, Part 58 GLP	의약품의 안전성시험 실시에 관한 기준(약무국장 통지)	의약품 안전성 시험관리기준
◦ 도입시기	1979년	1982년 공고, 1983년 시행	1986년 공포
◦ 실사내용	- 계획수립, 결과평가: FDA본부 - 실사시행: FDA 구 역사무실	- 계획수립, 실사시행: 후생성 - 결과 평가: 평가 위원회	- 계획수립, 수행, 평가: GLP 평가 위원회

◦ 결과 평가	적합, 자체시정, 강제시정	A, B, C 중 부적합 (C)는 제출 자료로서 불인정	
◦ 적격기관 지정서 발급	발급 안함	발급 안함	발급함
◦ 상호인정국	- 1단계: 캐나다, 스웨덴, 일본 - 2단계: 스위스, 영국, 프랑스, 네덜란드, 이태리, 독일	스위스, 영국, 프랑스, 네덜란드, 스웨덴, 미국, 독일	없음

(2) GCP 제도

항 목	미 국	일 본	한 국
◦ GCP 기준	임상시험 관련 4가지 규정에 대한 통칭(제4장 제3절 참조)	의약품의 임상시험 실시에 관한 기준 (약무국 고시)	의약품 임상시험관리 기준 (보사부 고시)
◦ 도입시기	1981년 「임상시험 대상자의 사전동의에 대한 규제」에서 시작하여, 1988년 4가지 규정이 완성됨	1979년 약사법 개정 시, 임상시험 관련 2개조항 채택 1989년 고시 공포되고 1990년 시행	1987년 고시가 공포되고 1994년 부터 실행예정
◦ 심사내용	Bioresearch Monitoring Program (임상시험자, 의약품 개발 주최자/감독관, IRB 대상) - 계획수립, 결과평가: FDA 본부 - 실시시행: FDA 구역사무실	구체적 방안 마련되지 못했음	마련되지 못했음

(3) GMP 제도

항 목	미 국	일 본	한 국
◦ GMP 기준	CFR Title 21 Part 210, 211	- 의약품 제조관리 및 품질관리에 관 한 사항 - 의약품 제조소의 구조와 설비에 관 한 사항(약사법)	우수의약품 제 조및 품질관리 기준
◦ 도입시기	1962년	1974년 GMP(안)공포 1976년 행정지도 통해 적용 1979년 법제화	1977년 KGMP 제정
◦ 실사내용	계획수립, 실행, 평 가: FDA 구역사무실	계획수립, 실행, 평 가: 도도부현	계획수립, 실행, 평가: 보사부 약정국
◦ 상호인정국	카나다, 스웨덴, 스 위스	독일, 스웨덴, 스위 스	없음
◦ 원료의약품 GMP 제도	원료의약품 실사 지 침에 의거하여 실행	원료 GMP가 통지형 태로 1988년 공포됨	없음
◦ 수입의약품에 대한 GMP 적용	적용함	적용함	적용안함

(4) 시판의약품 사후관리

항 목	미 국	일 본	한 국
◦ 약효재평가 실시 현황	-처방약: 거의 완료 -비처방약: 81개 군중 18개	- 의료용 의약품 제1차 재평가 : 99.6% 제2차 재평가 : 58.4% - 일반용 의약품 : 10개군 - 신재평가 : 5년마다 계속	- 제1차 재평가 : 완료 - 제2차 재평가 : 92년부터 시작되어 2개군 진행 중
◦ 유통품 수거 대상 품목	약무담당기관에서 유통품을 수거 검사하는 경우는 극히 드뭄	- 대상품목 선정기준에 따라 위해도가 높은 일부품목에 대해 일제단속 (품목선정: 후생성)	생산실적에 따라 품질관리 목표량 설정 ('92: 6천7백건) (품목선정: 약정국)
◦ 유통품 수거 기관	필요시, FDA 구역 사무실	도도부현, 약사감시원	시·도 의약과(계) 보사부 약정국
◦ 유통품 검사 기관	필요시, FDA 구역 사무실	도도부현, 위생실험실	시·도 보건환경연구원, 국립보건원
◦ 국가검정의약품 범위	생물학적 제제 인슐린	생물학적 제제 인슐린	생물학적 제제 비경구용 피임제 항생제
◦ 약사감시원 교육제도	-내부 세미나 및 회의 -업무 지침서	초급, 중급, 상급의 단계적 교육제도 마련	5급 및 6급용 교육제도

4) 의약품 수출·입 제도

항 목	미 국	일 본	한 국
◦ 미승인 의약품 수출	가능	불가능	불가능
◦ 외국제조사 직접 신청	가능 (미국내 대리인 기용 필요)	가능 (일본내 국내 관리자의 기용 필요)	불가능
◦ 수입 의약품 검정	FDA 구역사무실	세관에 파견된 약사 감시원이 서류와 제품의 외관심사만 담당	일반의약품: 시·도 보건환경연구원 국가검정의약품: 국립보건원
◦ 수입품의 검정 대상 품목 선정	FDA 담당관의 임의 결정	(의약품 분석은 수입 판매업자가 실시하여 약사전문관에 게 보고토록 함)	일반의약품: 최초 수입품, 검정 후 1년 경과시 국가검정의약품: 수입시마다
◦ 수입품 검정 시기	통관전	통관전	일반의약품: 통관후 국가검정의약품: 통관전

라. 정책적 제언

의약품 제조 및 수출입 관리제도를 검토 평가함에 있어서 의약품의 질적 수준, 신약에 대한 환자의 접근성, 관리의 효율성 등이 주요 고려사항이라

할 수 있는데 이러한 관점 하에서 우리나라의 의약품 관리제도가 나아갈 방향은 다음과 같다.

- 1) 정책 개발 전담부서 마련
- 2) 업무의 투명화 (Transparency)
- 3) 전문성에 입각한 의약품 관리 업무의 차별화 및 소요인력의 보강
- 4) 허가심사 인력의 전문화
- 5) 신약에 대한 환자의 접근성 제고를 위한 대비책 강구
- 6) 수입의약품에 대한 GMP 적용
- 7) 외국 약무제도에 대한 지속적인 관심

마. 기대효과

1) 선진국의 의약품 관련제도와 우리나라 제도를 비교 검토하여 국제화 시대에 부응할 수 있는 약무제도 개선방향 제시에 기초자료로서 활용한다.

2) 의약품 제도와 관련된 국제관행을 심도 깊게 이해함으로써 통상협상 시 우위적 위치를 확보한다.

3) 의약품 수출입 관계자에게 실무적인 정보를 제공하여 수출 신장은 물론 무역역조의 폭을 좁히는데 기여한다.

4) 의약품의 허가, 사후관리, 수출입 관련 문제점을 파악하여 향후 심층적으로 다루어져야 할 연구과제 개발에 도움이 된다.

바. 연구자

이의경, 장선미

7. 적십자 129 응급환자정보센터 전산화 설계 및 감리

가. 연구목적

- 1) 129 응급환자정보센터의 업무 분석 및 시스템 설계
- 2) 전산정보시스템 구축에 관련된 하드웨어 사양 및 구성 제시
- 3) 소프트웨어의 설계, 하드웨어 설치 및 소프트웨어 개발과정 감리

나. 연구방법

- 1) 반복체계개발주기법(iterative system development cycle)전략 적용
- 2) 구조적 기법(structured techniques)에 의한 시스템 분석 및 설계
- 3) 전산정보시스템 감사절차에 따른 감리

다. 연구결과

1) 응급환자정보센터 전산화 방향

(1) 전산화 대상업무 선정

① 응급환자접수 관리: 응급환자의 전화접수내용, 접수된 내용에 따른 질 병상담, 병원안내, 구급차 출동요청 및 지시등에 관한 정보센터의 처리내용, 각종 서식 출력 및 통계 생산

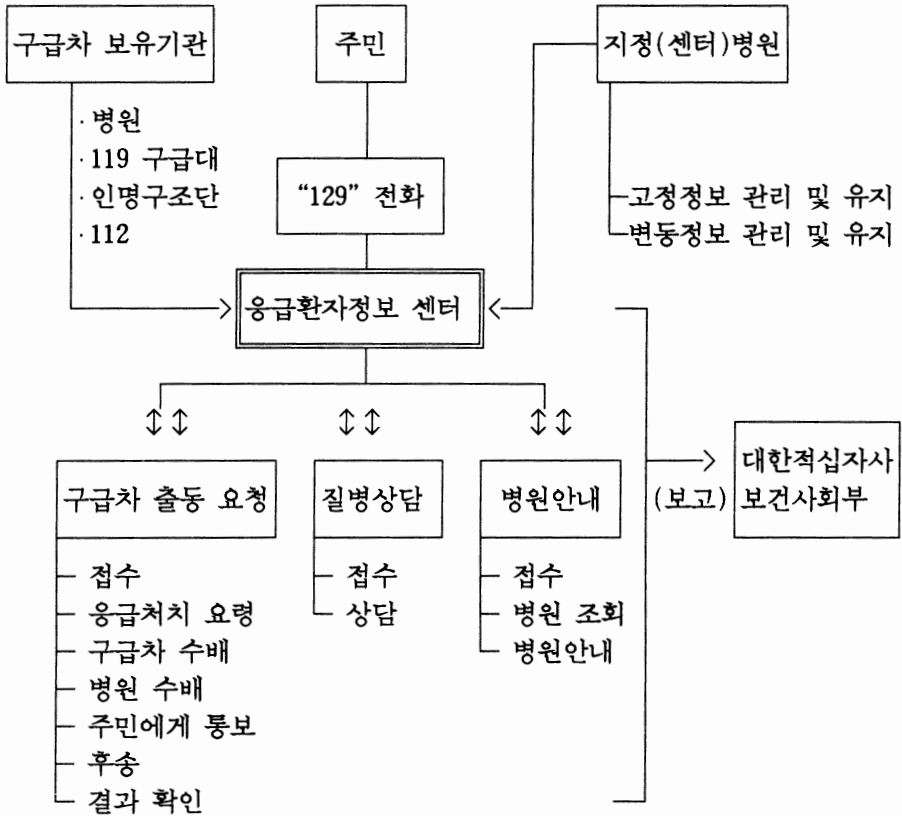
② 응급의료자원 관리: 병원의 변동 및 고정정보 파악 및 관리, 구급차 보유기관 및 출동가능 여부 관리

(2) 전산화 기준

조작의 용이성, 정확성, 신뢰성, 확장성, 표준성

2) 시스템 분석

(1) 129 응급환자정보센터의 업무 및 관련기관과의 관계



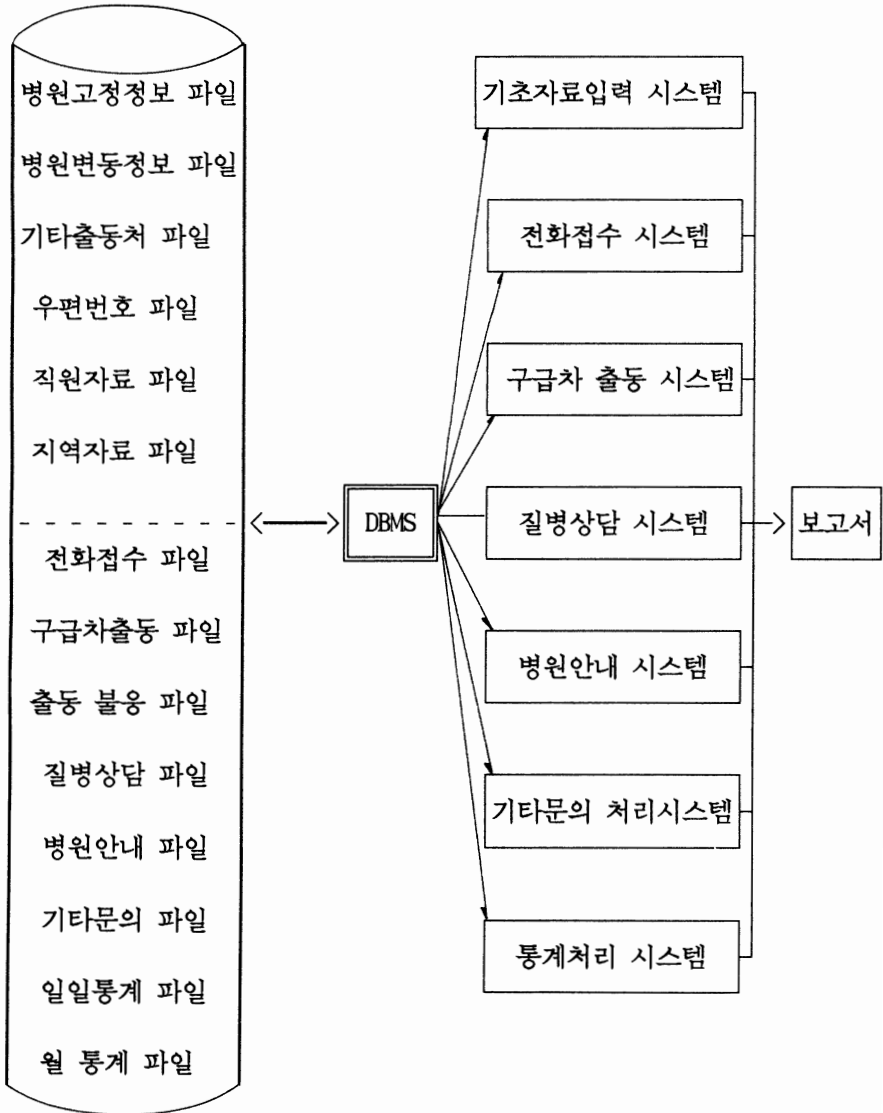
(2) 전산정보시스템 구축을 위한 시스템 분석

- ① 개체-관계 도표 작성
- ② 자료흐름도(Data Flow Diagram: DFD)작성
- ③ 사용서식 및 항목 분석
- ④ 서식간 항목 매트릭스 작성

3) 시스템 설계

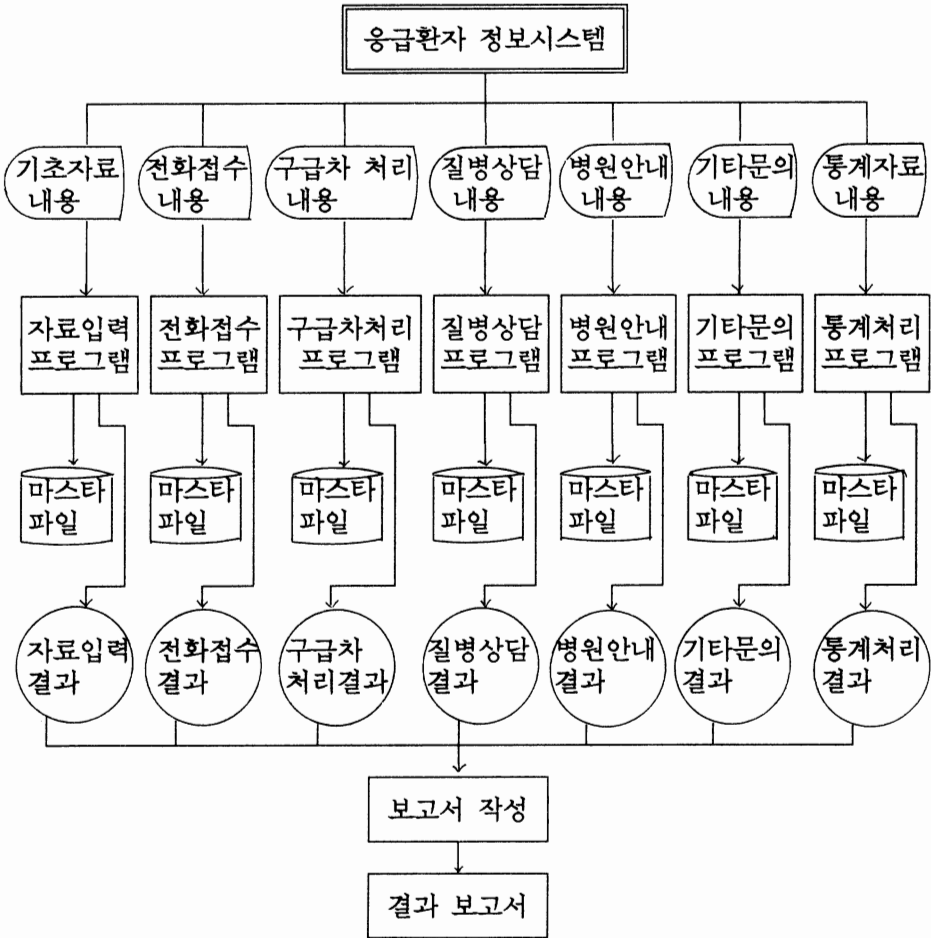
(1) 자료베이스 설계(표1 참조)

표1. 자료베이스 설계



(2) 시스템 흐름도(System Flowchart)(표2. 참조)

표2. 시스템 흐름도



(3) 각 모듈별 계층도 작성

(4) 자료의 관계구조 및 정의

(5) 입.출력 화면 및 서식 설계

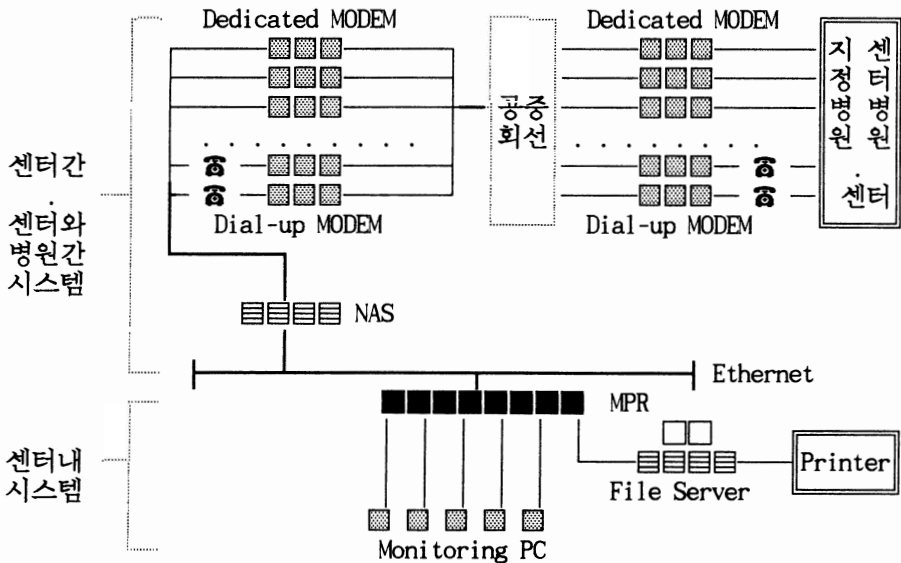
4) 운영체제 및 개발도구 분석

운영체제는 LAN체제와 UNIX OS를 사용자 용이성 등에 기준하여 비교할때 LAN체제가 바람직하며, 필요시 UNIX와의 복합체제 고려가 가능하며, 개발 도구는 정보센터의 처리위주 업무특성 고려, 효율성이 뛰어난 4세대언어를 사용함이 바람직하다고 판단

5) 하드웨어 구성

(1) 하드웨어 구성 및 기준

- ① 센터내 신속한 업무처리 및 정보공유를 위한 근거리통신망(LAN) 설치
- ② server를 중심으로 센터내 모니터링 PC를 버스형(Bus type)으로 연결
- ③ 센터간 또는 병원과의 통신 감독. 조정 장치(NAS) 설치
- ④ 지정(센터)병원 및 다른 센터와의 통신은 전용 MODEM 또는 Dial-up MODEM
MODEM 및 공중회선 이용



(2) 정보센터 집단별 소요장비

집단	정보센터	연간정보 발생량(MB)	화일서버	노드수
1	서울	15	i80386 DX	8
2	부산, 대구, 수원, 대전	5	i80386 DX	6
3	인천, 청주, 광주	3	i80386 DX	5
4	춘천, 강릉, 전주, 제주	2	i80386 DX	4

(3) 정보센터 집단별 모뎀 소요

집단	집단내 응급의료센터 및 지정병원수 구간	집단내 정보센터	소요모뎀수
1	50 -	서울	40
2	30 - 49	부산, 대구	30
3	20 - 29	수원, 대전, 광주	20
4	10 - 18	인천, 청주, 전주	15
5	- 10	춘천, 강릉, 제주	10

* 센터병원중 큰 규모의 병원과의 통신은 전용 MODEM 이용, 기타병원과의 통신은 주로 전화선을 이용한 'Dial-up MODEM' 방식 이용

6) 시스템 설치

전국 12개 정보센터에 설계된 하드웨어 및 응용 프로그램 설치를 완료하였다. 당초에는 6월말까지 완료하기로 계획, 추진하였으나 병원의 비협조로 9월말까지 1차 연기, 12월 20일까지 2차 연기하여 추진하였다.

7) 감리 결과

(1) 하드웨어 및 시스템 운영체계

센터의 전산시스템은 설치 완료되었고 모뎀은 가능한 192개 병원에 설치 완료(기타병원은 설치거부)되었다. 전주와 제주센터는 병원들과 정상적 자료통신 가능(기타지역에서는 모뎀 및 NAS의 신뢰성 저조로 병원과의 자료통신 불량)하다. 시스템(전산시스템 및 Modem)의 신뢰성이 다소 불량하나, 지속적인 유지·보수로 정상화가 가능하다.

설치상태는 대체로 양호하며 문제점을 요약하면 다음의 표와 같다.

하드웨어 및 시스템 운영체제 감리내용 (1992년 12월 20일 현재)	
구 분	감 리 내 용
PC 등 전산시스템	12월 20일 현재 센터내의 전산시스템은 설치 완료 <문제점> <ul style="list-style-type: none"> . 모뎀과 NAS 연결선이 짧아서 연결상태 불량 . Server 신뢰성 저조(운영중 중단사례 발생) . NAS 신뢰성 저조(운영중 중단사례 발생) . Modem 신뢰성 낮음('전주' 이상 없음) . 장소가 협소하거나 탁자등 부속비품이 부족
MODEM(병원)	<ul style="list-style-type: none"> . 병원측의 사정으로 미설치 병원 존재(거부, 건물신축 또는 이전) . 설치된 병원도 여러 이유(PC 없다, 한글 카드 부적합 등)로 통신 상태 불량 . 모뎀 설치 병원과의 자료통신 신뢰성 다소 불안정
MODEM(센터내)	<ul style="list-style-type: none"> . 정상 설치

(2) 응용프로그램

개발과정에서 시스템 분석 및 설계자와 프로그래머간의 상호작용을 하는 원형개발법에 의한 평가 및 수정을 여러번 거듭하였으나 완벽하지는 않음.

① 데이터 준비 통제 : 시스템의 사용자 지침서가 충실히 개발되어 있으며 1차, 2차 사용자 교육을 실시하였으나 일정기간 사용후(3-4개월 정도) 재교육 필요

② 데이터 입력통제 : 데이터 입력시 불필요한 데이터 유형이 입력되는 것을 완벽히 통제하지 못하였으며(숫자가 입력되어야 하는 경우에 문자도 입력가능), 특별한 목적을 수행하는 조작키(기능키)가 일관성 없이 사용되고 있음.(계속 처리의 경우에 'ENTER 키' 사용이 바람직하나 'F10 키'를 사용토록 함)

③ 데이터 처리 및 갱신 통제 : 데이터의 처리 및 갱신은 적절히 이루어지고 있음

④ 데이터 출력 통제 : 출력서식 및 화면구성 형태는 대체로 요구수준에 부합하나, 화면하단의 지시문이 불필요하거나 내용이 적절하지 못한 경우가 있음.

⑤ 문서화 통제 : 시스템, 응용프로그램, 사용자 기능과 절차 등의 문서화는 잘된 반면, 자료백업 Manual(Emerald System Manual)이 모든 센터에 배포되지 않아 총괄적인 관점에서의 문서화가 잘되지 않음

⑥ 백업과 복구통제 : 작업시 처리오류 발견된 후 재시작이나 재가동을 위한 지시의 문서화는 되어 있으나, 실제 시스템에서는 지시가 화면에 나타나지 않고, 소프트웨어 및 데이터 화일 등 백업과 복구 계획은 작성이 잘 됨.

⑦ 사용자 만족과 사용자 통제 : 정보의 취급방법, 사용용도 및 접근 제한등이 완벽하지 않으며, 업무처리 시간이 느리고, 흐름이 복잡

⑧ 유지보수 : 개발도구가 범용이 아니어서 개발업체에게 종속되나 4세대 언어의 학습용이성으로 단기간에 극복 가능 판단

(3) 데이터 무결성 감리

① 완전성 통제 : 모든 입력건수가 일회만 적절히 입력되고 있지 않다.

. 사용자 요구에 의거 긴급 사건을 먼저 처리후 자료 보완토록함

② 정확성 통제 : 모든 데이터가 적절히 입력되고 설계 표준과 절차에 따르고 있다.

③ 승인 통제 : 허용되지 않은 데이터도 입력되는 경우가 있고(전화번호, 주민등록번호등의 특수한 숫자형식 입력의 경우), 비밀번호를 사용하여 승인된 자만이 화일과 프로그램에 접근 가능

④ 일관성 통제 : 병원의 고정정보, 직원자료, 지역자료 등의 기초자료는 사전준비되어 있으나, 병원의 변동정보 입력이 공휴일, 일요일에 잘 이루어지지 않음.

(4) 보안성 감리

① 물리적 보안(Physical Security): 전산실의 출입이 통제, 정전 대비 UPS 설치(인천: 전원의 접지가 이루어지지 않아서 불안)

② 데이터의 보안(Data Security) : 비밀번호로 자료 접근을 제한

(5) 사용자 교육

사용자 교육은 1차는 11월 12일에 적십자사 직무교육과 병행하여(경기도 화성군 연구원), 2차는 12월 1-2일에 서울센터에서 2차에 걸쳐 시행되었다.

① 응용프로그램 교육에 대한 만족도: 최종 버전이 나오기 전에 실시한 관계로 전반적으로 불만족

② LAN 등 시스템 운영 교육에 대한 만족도: LAN 및 시스템 운영에 대한 교육에 불만이 많음, 담당업체에서 순회 교육 추가 실시

③ 백업 방법에 대한 만족도: 백업 방법에 대하여 시스템 설치 및 사용자 교육시에 완벽하게 전달되지 않음, 담당업체에서 순회교육 실시

(6) 문서화 자료의 배부

응용프로그램 및 운영체제에 대한 사용자 지침서는 적절히 배부되었으나

자료백업 사용자 지침서(Emerald System Manual)는 '대구'센터외에는 배부 안됨

8) 감리 결과 요약

응용 소프트웨어는 설계명세서에 맞게 이루어졌으나, 요구내용을 충분히 반영하지는 못하고, 전산 시스템은 정상 설치되었으나 신뢰성, 안정성 등이 다소 저조하고, 병원의 모델설치는 병원의 비협조로 미설치 병원이 존재하고 가능한 192개 병원 설치(12월 20일 현재), 설치병원중에서도 PC가 없거나, 한글카드 부적절 등으로 병원의 변동정보를 수집하는 데 어려움 예상된다.

라. 정책적 제언

정보시스템의 구축은 시스템 전체에 대한 총괄적인 접근이 이루어져야 한다. 현재 개발된 시스템의 한계점 및 추후 개선방향은 다음과 같음.

업무내용	현시스템에서의 처리	개선 방향
병원 고정정보 입력	정보센터에서 입력	병원에서 직접 입력
병원 조회 및 처리 요청	입력정보를 확인하여 유.무선으로 가능 확인	Modem을 통하여 확인
구급차 출동요청	유.무선 출동 요청	Modem으로 직접 확인.요청
환자의 정확한 발생 장소 확인	유선으로 신고자의 신고에 의하여 짐작	지리정보시스템 도입, 정확한 위치 확인.추적
응급환자의 정확한 상태 및 요구되는 진료과목 및 필요 특수의료장비 파악	발생원인, 의식, 맥박, 호흡 등 유선으로 접수된 내용을 바탕으로 공중보건과의 판단	접수환자의 상태에 따라 자동으로 필요한 특수의료장비 및 진료과목을 판단하고, 가능병원을 탐색토록 함 (공중보건의 유고시 유용) (전문가체계 도입 가능)

마. 기대효과

- 1) 응급환자정보센터의 업무 효율 및 효과 증대
- 2) 응급의료자원의 효율적인 관리
- 3) 응급환자의 처리시간 단축
- 4) 정확한 응급의료관련 통계 생산에 기여

바. 연구자

박현애, 류시원, 정영철

8. 1992년도 환자조사 표본 및 조사표 설계

가. 연구목적

1) 환자조사의 목적

- (1) 각종 의료기관의 현황(인력, 병상, 설립주체 등) 파악
- (2) 특정일 및 특정기간(1개월간) 각종 의료기관을 이용한 환자(외래 및 입원)의 양, 질병구조, 인구학적 특성, 의료비 지불방법, 기타 입원 및 퇴원에 관한 자료수집

2) 본 연구의 목적

환자조사의 목적을 보건사회부가 성공적으로 달성케 함에 도움이 되도록 하기 위하여

(1) 정기적으로 계속 사용가능하고, 조사목적에 부합되는 필수 항목이 포함되고, 자료처리업무가 용이하도록 1992년도 조사표 및 기재요령의 보완

(2) 자료수집 업무량의 경감, 자료수집 노력의 집중, 정확한 자료수집 등 비표본 오차의 극소화 및 의료기관 종류별 추정이 가능하도록 의료기관 종류별 표본 추출

나. 연구방법

1) 조사표 보완

(1) 조사의 계속성과 일관성의 견지에서 1988년부터 사용된 조사표의 조사항목의 필요성, 자료수집 가능성과 조사결과의 타당성, 신뢰성 및 정확성을 검토한다.

(2) 특히 기재상 편의성과 작성된 조사표의 통계생산과정에서 오차의

극소화 및 자료처리의 용이성을 제고하는 측면에서 조사표를 보완한다.

2) 표본설계

(1) 표본의료기관수가 많게 되면 조사관리를 철저히 할 수 없어 조사불능 및 부실조사의 방지가 곤란하므로, 표본의료기관수는 되도록 적게 하되 표본오차를 고려하여 합리적인 규모로 한다.

(2) 표본의료기관수는 적게되더라도 조사표에 기입되는 환자수는 많게 되도록 하기 위하여 의료기관을 종류 및 특성에 따라 층화하고, 의료기관수는 적으나 상대적으로 환자수가 많은 층에서는 모든 의료기관을 표본으로 포함시켜 전수조사를 하며, 기타 층에서는 표본을 추출한다.

다. 연구결과

1) 표본추출결과 표본기관수

의 료 기 관 분 류	층 번호	기관수	추출 간격	표본 기관수	시도별 범 위
종합병원	110	235	1	235	
일반병원	121	330	1	330	
특수병원	122	33	1	33	
치과병원	130	6	1	6	
한방병원	140	42	1	42	
보건의료원	150	15	1	15	
보건소	160	251	1	251	
모자보건센터	170	74	1	74	
일반의원					
- 20병상 이상(전국)	211	444	1	444	
- 의사 2명 이상(전국)	212	856	1	856	

- 법인설립(전국)	213	68	1	68	
- 특수과목 진료(전국)*	214	172	1	172	
- 제주도	215	100	1	100	
- 대구시 및 10개 시도	221	4,591	6	765	275-703
- 부산시, 경기도	222	2,433	9	270	1,118-1,315
- 서울시	223	3,484	11	317	

치과의원

- 병상있음(전국)	311	14	1	14	
- 의사 2명 이상(전국)	312	149	1	149	
- 법인설립(전국)	313	10	1	10	
- 제주도	314	62	1	62	
- 대전시 및 3개 도	321	540	6	90	116-173
- 부산시 및 8개 시도	322	3,030	8	379	188-675
- 서울시	323	2,253	20	113	

한방의원

- 병상있음(전국)	411	59	1	59	
- 의사 2명 이상(전국)	412	29	1	29	
- 법인설립(전국)	413	3	1	3	
- 제주도	414	13	1	13	
- 광주시 및 3개 도	421	269	4	68	55-83
- 인천시 및 4개 시도	422	735	6	123	116-184
- 부산시 및 3개 시도	423	1,374	8	172	311-418
- 서울시	424	1,241	10	124	

보건지소

- 병상있음(전국)	511	42	1	42	
- 부산시 및 4개 시도	512	31	1	31	
- 경기도 및 7개 도	521	1,222	6	204	86-196

보건진료소

- 병상있음(전국)	611	45	1	45	
- 부산시 및 4개 시도	612	75	1	75	
- 경기도 및 7개 도	621	1,893	10	189	129-330
조산소(전국)					
- 병상있음	711	11	1	11	
- 대구시 및 8개 시도	712	59	1	59	
- 서울시 및 5개 시도	721	204	4	51	21-57
<hr/>					
전 수 조 사 총		3,222		3,222	
표 본 조 사 총		23,269		2,866	
<hr/>					
계		26,497		6,093	
<hr/>					

특수과목: 흉곽외과, 결핵과, 재활의학과, 치료방사선과, 해부병리과, 임상병리과, 신경과(전국 의원수 50개소 미만인 경우)

2) 조사표 보완

(1) 조사표 I (기관조사)

조사항목 증감은 없다. 다만 자료처리의 편의를 위하여 ⑤자료처리번호 난을 다음과 같이 수정한다.

□□□□ □□□

(2) 조사표 II (외래환자조사)

조사항목의 증감도 layout의 수정도 없다. 다만 ②자료처리번호 난을 다음과 같이 수정한다.

□□□□ - □□□□

(3) 조사표 III (퇴원환자조사)

퇴원환자조사표는 작성상 편의와 통계의 정확성을 기하기 위하여 퇴원

event 발생당일에 작성되고 월말에 별도로 취합 보고할 수 있도록 이에 관한 기재항목을 첨가한다.

라. 정책적 제언

보사부에 의해 수행되는 「1992년 환자조사」는 1988년, 1990년에 이어 자료의 질관리 및 통계의 비교성 등을 위하여 본 보고서에서 제안된 절차에 의거하여 시행토록 건의함.

마. 기대효과

보사부가 생산하는 의료기관을 이용한 「환자조사」 통계자료는 높은 신뢰성을 확보하고, 정책입안 및 학계에 널리 이용됨.

바. 연구자

송건용, 계훈방, 도세록, 신창우

사 회 부 문

9. 노인복지 종합대책 연구

A. 노인의료보장의 발전방향에 관한 연구

가. 연구목적

본 연구는 노인의료문제의 일반적 특성을 규명하고, 향후의 전개과정을 파악하여 이에 대한 근본적인 대처방안을 단계적·종합적으로 모색하는데 목적이 있다.

구체적으로 다음과 같은 점을 규명하고자 하였다.

첫째, 노인질환의 의학적 특성과 이에 대한 효과적 대처방안은 무엇인가?

둘째, 노인의료문제를 둘러싼 제반 환경은 어떻게 변화하게 될 것이며, 이에 대한 단계적 실천사항은 어떻게 시의적절하게 체계화될 수 있는가?

셋째, 현실적 요구도와 미래에 대비한 준비적 성격의 대책들을 정책적 우선순위에 입각하여 단계별 정책으로 어떻게 구분하고, 비용·효과적 측면에서 우선적인 정책대안은 무엇인가?

나. 연구 방법

본 연구에서는 국내외의 문헌과 자료를 중심으로 노인의 인구학적, 사회·경제적 일반적 특성을 조망하고, 이제까지의 국·내외에 걸쳐 제기된 노인의료문제와 이에 대응하여 제안된 해결방안등을 정리·분석하여 노인문제에 대한 새로운 시각과 접근방안을 모색하였다.

노인의 인구학적 특성을 분석하기 위해 통계청의 공식통계자료를 살펴보고, 경제적 위상에 대해서는 여러경로를 통한 소득자료와 설문조사 자료

를 이용하였다.

의학적으로 규명된 노인질환의 특성과 진료방법을 문헌을 통하여 알아보고, 「국민건강조사」 결과를 이용하여 노인의료이용의 일반적인 현황 및 실태를 파악하고, 특히 의료요구도에 대한 의료충족실태 분석을 통해 노인의 상대적 의료접근도를 규명하였다. 또한 의료보장제도별 노인의료이용내역을 알아보기 위해서 각종 통계연보 및 관련기관의 내부자료를 입체적으로 구성하여 이용하였다.

노인의료문제에 대한 이론체계를 제시하기 위하여 노인의 일반적 특성과 의학적 특성이 명시적으로 도입되는 수리경제학적 이론모형을 개발, 노인의료문제에 대한 체계적 분석의 밑거름으로 삼고자 하였다.

다. 연구결과

1) 우리나라의 65세이상 노인인구비율은 1990년의 5.0%에서 2000년에는 6.8%에 이르게 되며 평균수명도 71.3에서 74.3세로 증가하게 된다. 노인인구의 절대적·상대적 비중의 증가로 상대적 취약계층으로서 노인이 갖던 의미가 사회적·정치적 주목을 받게 될 것이다.

2) 노령화 속도는 세계에서 유례가 없다는 일본의 경우를 앞지를 것으로 전망된다. 즉 노인인구비율이 7%에서 14%로 2배가 되는 소요연수가 일본의 26년보다 빠른 22년에 지나지 않아 노인문제에 대한 대책수립이 시급함을 말해 준다.

3) 전통적 가족구조가 해체되고, 핵가족화로 치닫는 상황에서 인구의 노령화는 노인단독가구의 증가를 가져오게 될 것이다. 노인의 대다수가 만성퇴행성 질환을 가지고 있는 상태에서, 전통적인 가족에 의한 간병을 기대할 수 없는 노인단독가구의 증가는 노인에 대한 사회적 책임의 강도를 더

욱 높이게 될 것이다.

4) 자식에게 일상적인 보살핌을 기대할 수 없는 생활여건의 변화는 노인들로 하여금 국가나 사회에 대하여 노인의료복지를 적극적으로 요구하도록 하는 의식구조의 변화를 유도하게 될 것이다.

5) 60세 이상의 인구 중 비경제활동인구가 64.2%에 이르러 노인의 소득 기반이 극히 취약하다. 실제로 가족의 월평균소득이 18만원 이하인 65세 이상 노인의 비율이 19.6%에 달하고 있다.

6) 노인의 질병유형은 만성·퇴행성질환이 주류를 이루고 있다. 이들 질병순위는 근골격계, 순환기계, 소화기계의 순으로 나타나고 있다.

7) 노인의 의료요구율은 100명당 40.5로서 전체연령 평균치 23.9보다 1.7배나 높다. 그러나 미충족율은 전체연령 평균치 10.5%보다 높은 16.5%에 이르고 있으며, 특히 농촌지역에서 미충족율이 높게 나타나고 있다.

8) 노인의료이용에 관한 이론모형에 따르면, 소득이나 가격변수보다는 '의료정보'가 노인의 의료이용에 가장 커다란 영향을 미치는 변수임이 밝혀졌다. 즉, 기대되는 의료의 기술적 수준에 의해 의료이용 양상이 큰 영향을 받게 된다.

9) 치료효과, 일반적 건강수준등이 청장년층과 구별되는 노인계층에 대한 별도의 의료체계(예를 들어 중간시설)는 경제적 효율성과 아울러 의학적 적정성을 보장하는 제도적 장치임이 이론적으로 밝혀졌다.

10) 이론적으로 적정수진율을 유도하기 위해 노인계층에 대한 본인부담 수준이 반드시 청장년보다 낮아야 한다는 분석결과는 도출되지 않는다. 다만, 여타 변수의 영향을 무시하고, 소득수준의 영향만을 고려한다면, 노인 에 대한 본인부담수준은 청장년층보다 낮게 적용하는 것이 적정한 수진율정책의 일환이라 할 수 있다.

11) 수진율의 본인부담율에 대한 이론적 탄력도 분석결과에 따르면, 본

인부담율의 변화는 증병보다는 경미한 질병에, 고소득층보다는 저소득층의 수진율에 더 큰 영향을 미치게 된다. 특히, 교차탄력도 분석결과에 따르면, 본인부담율의 변화에 대하여 저소득층의 증병인 경우, 고소득층의 경미한 질환인 경우의 수진율이 각각 더 민감하게 반응하는 것으로 밝혀졌다.

12) 공급측면에서 적정의료이용을 보장하는 이론적 대안은 공급자의 의료행위와 공급자가 지불받는 보수액과의 연관관계를 단절하는 포괄수가제 내지 고용의사에 의한 지불보수체계의 도입이라 할 수 있다.

13) 의료보험제도는 다양한 성격의 의료보험조합들로 구성되어 있어서 각 조합마다 지불능력에 상당한 격차가 있음에도 불구하고 동일한 급여내용이 적용되는 체제로 운영되는 동일급여의 적용은 우리나라만의 독특한 제도인 동시에, 성공적인 의료보장정책의 하나의 개가로 알려지고 있다. 그러나 이러한 기조를 유지하기 위해 의료보험정책은 기본적으로 진료비의 보전을 위해 보험료로 대처하기 보다는 상대적으로 본인부담부분에 더 의존하는 정책방향을 견지해 왔음을 알 수 있다. 따라서 노인의료보장이 본인부담의 경감쪽으로 방향을 잡을 경우 전국민의료보장 체계의 안정적 정착이라는 과제와 상충될 소지가 있다.

라. 정책적 제언

1) 노인의료보장은 현재의 현상보다는 미래에 다가올 변화에 초점을 맞추고 논의되어야 할 것이다. 즉, 내일의 노인의료문제를 해결하기 위한 오늘의 정책대안의 모색이 바로 노인의료보장의 핵심이다. 급격하게 증가하는 노인인구와 급변하는 의식구조 및 생활환경, 그리고 이에 의해 파생되는 노인의료문제에 단기적이고 즉시적인 방법으로 대처할 수 있는 경우란 극히 드물기 때문이다.

2) 노인의료보장을 위한 정책은 일정 연령(예: 65세 이상) 이상의 국민에 대한 별도의 혹은 추가적인 의료제공을 의미한다. 노인의료보장의 형태는, 기존의 의료보장체계에 추가하여 노인만을 위한 별개의 의료제공을 담당할 시설 및 인력을 공공부문에서 설치·운영하거나, 기존의 의료보장체계가 노인을 별도의 대상으로 간주하여 체제내에 수용하거나, 또는 양자의 혼합형태를 취하거나 해야 한다. 이러한 노인의료보장정책은 현행 의료보장체계의 변화와 이에 따르는 비용이 수반되게 된다. 그러나 전국민의료보장이 실현된 지 이제 겨우 3년 반이 경과한 현재, 제도의 변화와 비용의 증가를 가져올 노인의료보장의 정책내용을 심각한 충격없이 수용할 수 있는 여건이 구비되어 있는 것으로 보이지는 않는다. 따라서, 노인의료보장 정책은 상기한 제반 여건을 고려함과 동시에, 비용-효과분석(cost-benefit analysis)에 입각한 효율적인 방안이 될 수 있어야 할 것이다.

3) 노인의료보장 문제에 대한 접근은 문제가 발생한 연후에야 임기응변식으로 대응하는 관행적인 사고방식에서 벗어나는 데서 출발해야 한다. 오늘의 안이한 문제의식과 무위(無爲)가 내일의 문제해결을 더욱 어렵게 한다는 것이 노인의료문제의 요체라 할 수 있다. 노인인구수 및 노인인구비중의 증대, 노인단독가구의 증가, 전통적 가치관의 붕괴와 이에 상응하는 사회적 책임에 대한 요구의 발현증대 등의 시대적 변화의 흐름을 외면한 채, 경로효친이라는 추상적 가치관에 의존하는 자세는 노인의료문제 해결에 조금의 도움도 되지 않는다.

4) 우리나라 노인단독가구의 증가속도 및 노인인구비율의 증가는 그 어느 나라보다 빠르게 진행될 것으로 예측되고 있다. 노인의료보장은 즉시적으로 구현될 수 없는 특성이 있으므로 사전에 충분한 준비없이 급박하게 진행되는 노령화 속도에 도저히 대처할 수 없게 될 것이다.

5) 노인 인구의 절대적·상대적 비중의 증가 추세 못지않게 중요한 것이

노인들의 의식의 변화 즉, 노인계층의 집단적 요구의 발현 가능성이다. 인구구조상 노인이 차지하는 위치는 자의든 타의든 정치적 관심도를 높이게 되며 따라서 정책적 배려가 불가피하게 될 것이다. 복지 및 분배요구의 한 형태로서 노인의료보장을 요구하는 목소리가 점차 확대될 것이므로 이에 대한 대책 마련이 필요하다.

6) 노인 의료보장의 정책목표는 필요에 따라 적절하고 효율적인 의료를 제공하는 데 있다. 따라서 의료에 대한 접근도와 의료이용을 적정수준으로 유지하고, 노인에게 적합한 의료체계 및 시설을 확립하여 궁극적으로는 노인들에게 질적으로 향상된 삶을 확대할 수 있도록 하여야 한다.

7) 노인의료보장 정책에서 반드시 견지해야 할 시각은 균형(equilibrium)으로서의 노인의료보장이라는 점이다. 단순히 노인의 상대적인 경제적 취약성만을 강조하여 실제의료가격(pocket-money price), 즉 본인부담의 인하만을 고려하거나, 노인질환을 소모적인 병원의 이용보다는 공공시설에의 수용을 강제적으로 유도하는 등의 일방적 정책으로는 효과적인 노인의료보장을 달성할 수 없는 것이다. 즉, 수요와 공급의 조화속에서 노인의료보장이 추구하는 바가 달성될 수 있도록 균형체계로서의 정책이 모색되어야 한다.

8) 노인질환의 특성상 치료(cure) 중심의 의료공급체계만으로는 한계가 있으므로 양호(care)중심의 의료체계가 병행하여 구축되어야 한다. 여기에는 치료와 양호가 효과적으로 연결될 수 있는 전달체계의 확립이 전제되고, 중간시설의 설립의 필요성이 절대적이라 할 수 있다. 또한 의료가격이 합리적으로 책정되어 수요자 및 공급자 모두 자발적으로 적정의료를 추구하도록 하는 유인체계(incentive system)가 유지되어야 한다. 특히 과잉진료(over-doctoring) 등의 폐해를 극소화하기 위해 의료의 적정이용을 보장할 수 있는 지불보수제도의 조정이 필요하다.

9) 균형체계의 또다른 측면인 수요부문에 있어서의 적정한 접근도의 보

장을 위해서는 노인계층의 소득수준, 건강수준 등을 감안하여 책정된 의료 이용가격이 적용되어야 한다. 특히 치료와 양호체계에 대한 의료가격이 적절하게 분리조정되어 양 부문간의 이용이 상호보완적으로 이루어 질 수 있는 효율적 공급체계가 갖추어져야 할 것이다.

10) 노인의료보장 정책의 수행 과정에서 간과할 수 없는 것이 노인의료의 특성에 관한 의학적 정보의 보급이다. 치료효과를 기대할 수 없어도 병의원시설을 이용하게 되는 것은 가격설정의 실패 때문이거나 의료정보의 왜곡 때문이다. 잘못된 의료정보는 노인들에게(혹은 가족들에게) 불필요한 피해의식이나 거부감을 조장할 수 있으므로 적절한 의료정보의 보급은 필수불가결한 것이라 할 수 있다.

11) 노인 의료보장 정책의 미시적(micro) 차원과 거시적(macro) 차원이 서로 상충될 수 있다는 점이 간과되어서는 안될 것이다. 특정 질환의 적정진료를 위해서는 미시적 차원에서 개인의 건강상태나 소득 등의 특성을 감안하여 본인부담율을 조정해야 한다는 이론적 분석결과가, 의료보험제도의 안정적 정착이라는 거시적 시각에서의 본인부담율 수준과 일치하는 경우란 이론적으로나 현실적으로 존재하지 않는다. 따라서 양자를 합리적으로 조절하는 정책적 배려가 요구된다.

12) 노인의료보장의 수요측면은 시행이 용이한 반면 파급효과가 즉각적이기 때문에 정확성과 시기의 적절성이 요구되는 데 반해 공급측면은 준비기간이 길게 소요되고 제반 여건의 조성이 용이하지 않다는 특징이 있다. 그러나 보다 중요한 것은 급성질환에 대한 치료(cure)위주의 현행 의료체계는 만성·퇴행성질환이 주를 이루는 노인질환에 효과적이지 못하다는 사실이다. 현행 의료공급체계의 대부분은 민간부문에서 운영하고 있다. 이러한 민간부분에 대한 별도의 조정이 이루어지지 않는 한 자발적인 노인의료체계의 개편은 기대하기 어렵다. 따라서, 노인의료체계는 기본적으로 양호부분

을 공공부문에서 담당하고, 치료부문은 민간의 병의원이 맡아 대처해 나가는 시도가 바람직 할 것이다. 이와 함께 민간부문에 의한 유료요양시설의 운영등 실버산업의 점진적 확충을 유도하는 공급체계를 구축해야 한다.

13) 공공의료부문과 민간의료부문의 역할분담이 효율적으로 이루어지기 위해 정부는 포괄적인 계획과 집행역할을 담당해야 하며 특히 보건소에서 노인의료문제를 다룰 수 있도록 시설 및 인력의 확충을 꾀해야 할 것이다.

14) 민간의료분야에서도 노인의료문제에 대한 자발적 대처 노력이 있어야 한다. 노인질환에 대한 적절한 진료방안으로서 노인병과의 설치나 노인병원의 운영의 필요성이 의학계에 요구되고 있는 바 이에 민간의료기관이 적극적으로 적용할 수 있도록 유도해야 할 것이다.

15) 종말의료(terminal care)에 대한 대처방안으로서 보다 편안하고 안락한 임종을 맞이할 수 있는 호스피스제도의 도입을 적극 추진해야 할 것이다. 현행의 행위별수가체계는 가망성 없는 임종기의 노인환자의 경우에도 진료행위를 높은 가격을 지불하면서 받아들여지게 하는 하나의 원인이라 할 수 있으므로 이에 대한 개선책으로도 유용할 것이다.

16) 근본적인 문제로서 노인 의료보장의 공급체계는 치료부문과 양호부문간의 조화와 효율성의 유지가 무엇보다도 중요하다. 따라서 각 부문마다 적용하는 의료이용단가의 합리적 설정 및 조절정책과 의료이용의 적절성을 유지할 수 있는 효과적인 지불제도의 운영이 요구된다. 즉, 공급측면을 효과적으로 제어할 수 있는 수가와 지불제도상의 정비없이 일본의 예가 보여주는 바와 같은 소모적인 의료비의 과증문제에 직면하게 될 것이다.

17) 노인의료보장정책은 여건변화와 대응속도를 감안하여 준비기, 실천기 및 정비기의 세단계로 나누어 단계별 전략을 수립하여 시행하는 것이 바람직 할 것이다. 각 단계의 기간은 고정적이라기 보다는 노인인구비에 따라 유동적일 수 있다.

18) 준비기는 6차 5개년 경제개발계획 기간내에 시행되는 것으로, 노인 의료보장정책의 실시를 위한 법률의 정비등 제반 과정이 포함된다. 노인의료체계에 적용하게 될 본인부담 수준과 수가 결정에 이용될 실증조사와 계량분석등의 기초연구가 이 시기에 이루어져야 할 것이다. 또한 노인질환에 효과적으로 대응하기 위한 노인병원의 설치 유도, 노인과의 신설과 노인병과 전문의를 양성할 수 있는 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다. 여기에는 인력양성에 소요되는 기간과 예측되는 수요를 감안하여 전문인력의 양성 계획을 세우고 적절한 공급체제를 유지하도록 면밀한 사전적 준비가 뒤따라야 할 것이다.

19) 실천기는 1997년 부터 노인 인구 비율이 전 인구의 10%를 초과하는 2010년까지를 실시기간으로 한다. 이때에는 일반적으로 복지요구 수준이 높을 것으로 예측되는데 노인의료보장도 이러한 추세에 맞추어 '노인보건의료제도' 라는 이름하에 노인을 별도 관리하되, 보험자가 재원부담에 참여하여 노인의료비 문제에 공동으로 참여·대처하는 방안을 지향한다. 단, 의료공급체계를 이와 병행하여 정비·설치하는 동시에 진료보수체계도 노인포괄수가제로 변경하여 노인의료비의 양등이라는 일본의 경험을 답습하지 않도록 한다. 또한 지방자치제의 정착을 전제로 하여 지방정부와 중앙정부의 지원이 조화를 이룰 수 있도록 제도화한다.

20) 정비기는 2011년 이후로서, 이때부터는 종합적인 노인복지의 일환으로서 노인의료보장을 설정한다. 공급체계 및 진료보수체계는 실천기 때의 기저를 잃지 않으나, 재원조달은 조세에 의한 재원조달방식을 지향한다. 이는 노인의료보장이 노인복지라는 보다 상위의 포괄적 관점에서 다루어지게 되며, 이러한 원칙이 효율적으로 수행될 수 있는 별도의 관리 및 지원체계가 필요함을 의미한다. 따라서 의료, 주거, 소득이 일체적으로 보장되는 체계로서 지방정부가 자치적으로 수행하는 것이 바람직할 것이다.

마. 기대효과

노인의료보장정책을 수립하고 시행하는데 있어, 이론적 뒷받침과 기본적인 방향 설정에 필요한 기초자료로 활용될 것으로 기대된다.

바. 연구자

김수춘, 이충섭

B. 노령계층의 소득보장방안

- 정부재정에 의한 소득지원을 중심으로 -

가. 연구목적

우리나라의 노인은 그 절대수에 있어서는 물론 전체 인구에서 차지하는 비중면에서도 급속한 신장을 보여 왔으며 앞으로도 이러한 추세가 계속될 전망이다. 이처럼 우리나라는 급속도로 노령화사회로 전이되고 있으며, 이 과정에서 가족부양의 전통속에서 살아온 현재의 노인들은 본인들의 노후생활에 대한 준비를 하지 못한 상태로 노후를 맞게 됨으로써 많은 경제적 어려움을 겪고 있다. 그리고 이같이 사적부양체계가 약화되는 상황에서 이를 보완할 만한 공적부양체계도 제대로 준비되지 못한 실정이다.

따라서 본 연구는 현 노인세대의 경제적 생활여건을 정확히 파악하고 이들을 대상으로 하는 현행의 공적소득지원제도의 문제점이 무엇인지를 알아냄으로써, 이들 제도의 개선을 통해 현 노령세대의 소득보장방안을 마련하기 위한 시도라고 하겠다.

나. 연구범위 및 내용

본 연구에서는 연구의 인적대상을 이미 노령이 되었거나 노령에 가까운 세대로 한정하였다. 그리고 연구의 범위를 국가의 재정지원에 의해 노령자에게 직접적으로 금전을 지급하는 방안에 대한 것으로 국한시켰으며, 따라서 사적인 제도를 통한 방안이나 국민연금 같은 각출제인 사회보험형식의 소득보장방안이 아닌 공적부조차원의 노인소득보장방안을 대상으로 하였다.

본 연구는 노인의 빈곤문제에 대한 사회적 인식을 확산시키고 노인빈곤문

제 해결에 있어서 정부가 지향해야 할 방향을 정립하는데 도움이 될 자료를 제공한다는 취지에서 실시되었다. 노인의 경제활동 참여상황과 이들의 소득 및 지출현황, 노인들의 소득보장과 관련된 정책의 변천과정, 현존 제도의 내용 및 문제점을 논의하였다. 그리고 일본, 미국, 캐나다 3개국의 저소득 노인을 위한 공적제도를 분석하여 시사점을 얻었으며, 우리나라의 저소득 노인의 소득지원을 위한 제도가 수용해야 할 기본적인 원칙들과 이 원칙에 적합한 구체적인 정책대안을 제시하였다.

다. 연구결과

1) 노령계층의 경제적 여건

노령인구 계층의 경제활동은 55세를 기점으로 급격하게 감소하는 경향을 보이고 있으며, 경제활동 노인들도 대부분이 농업중심의 1차산업 분야에 종사하고 있는데 이는 육체적 노동을 주로 요구하는 분야로서 노인들의 신체적 능력으로는 많은 어려움이 따른다고 하겠다.

노인들의 소득원에 대해 살펴보면, 재가노인가구인 경우 대부분이 자식에게 의존하고 있고 본인의 근로소득은 2차적인 소득원으로 나타나고 있으며, 노인단독가구인 경우에는 본인의 근로소득과 자식에의 의존이 거의 비슷한 수준의 중요도로 나타나 노인들의 노후생활이 매우 의존적임을 말해 주고 있다.

이처럼 노인들의 자녀의존적인 노후생활은 경제적으로 매우 어려운 것으로 나타나고 있는데 노인단독가구의 경우 월 10만원 미만 소득가구가 56.6%나 되며, 30만원 미만은 약 90%에 달하고 있어 노인의 소득이 매우 낮음을 알 수 있다. 재가노인가구의 소득은 물론 이보다 높은 것으로 나타났지만 이들 가구 역시 30만원 미만이 약 55%에 달하고 있어 가구원 수를 감안한다

면 노인들에게 돌아갈 가용자원이 크지 않은 것으로 볼 수 있다.

노인가구를 대상으로 한 최저생계비 추계에 의하면 최저생계비 이하의 생활을 유지하고 있는 단독가구는 대도시 노인독인가구의 경우 67.5%, 노인 부부가구는 41.1%였으며, 농촌지역의 독인가구는 66.3%, 부부가구는 60.3%로 나타나 대다수가 최저생계비수준 이하의 생활을 유지하고 있는 것으로 나타났다.

2) 노령계층을 위한 소득지원제도

우리나라는 원래 사적부양체계가 강한 나라였으나 자력에 의한 노후대비가 점차 어려워지고 자녀들의 노인에 대한 부양의식도 점차 약화되어 감에 따라 사적부양체계를 보완하기 위한 방법으로서 공적부양방식이 도입되기 시작하였다. 공적부양방식은 공적부조의 성격을 띤 것과 사회보험의 성격을 띤 각종 제도로 구분된다. 노인을 위한 공적부조의 성격을 띤 소득지원제도는 생활보호사업이 오래 전부터 시행되어 왔으며, 사회보험제도는 1960년대 초부터 공무원 등 특정직역 종사자 만을 대상으로 하는 특수직역연금제도가 실시되었다. 1988년부터 일반국민을 대상으로 하는 국민연금제도를 별도로 도입하게 되었고 1991년부터 일부 저소득 고령노인에게 노령수당이 지급되기 시작하였다.

생활보호사업의 대상에는 65세 이상의 노동능력이 없는 노쇠자가 포함되어 있는데, 이들에 대해 실시되는 사업을 노인소득보장대책의 일환으로 볼 수 있다. 그런데 생활보호사업은 65세 이상의 노인이라는 연령제한을 두고 있기 때문에 그 이외 연령의 노인계층 즉 60-64세 사이의 노인계층은 적용대상에서 제외되어 있다. 또한 대상자를 선정하는데 있어서도 최저생활수준 이하인 자 전체가 대상이 되어야 하는데, 실제로는 예산의 범위내에서 인구비례적으로 선별배정되고 있어 최저생활수준 이하의 많은 사람들이 그

대상에서 제외되고 있다는 문제점이 있다. 그리고 생활보호 급여액은 대다수 보호노인들의 최저생계수준 유지에 필요한 지원수준이 되지 못한다고 할 수 있다.

정부는 생활보호사업과 함께 극빈 고령노인을 대상으로 소액의 현금을 지급하는 노령수당제도를 1991년에 도입하였다. 노령수당이 도입될 당시에는 70세 이상 거택보호가구의 가구주 및 시설보호 노인을 대상으로 월 1만원씩 총 76,000명에게 지급하였으며, 1993년부터는 기존의 대상을 가구주에서 가구의 개념으로 바꾸어 자활보호상태에 있는 70세 이상 노인까지 포함하여 월 1만 5천원씩을 181,000명에게 지급할 계획이다.

이상의 생활보호사업과 노령수당제도가 정부재정에 의한 고령 극빈노인의 생계를 지원하는 제도라면, 앞으로 노인이 될 자들을 대상으로 이들이 스스로 재원을 마련하여 자신의 노후를 대비할 수 있는 제도를 마련한 것이 1988년에 60세 미만의 국민을 대상으로 도입한 국민연금제도이다. 그러나 국민연금제도는 그 가입대상을 60세 미만으로 정하고 있어 현재의 노인세대가 그 적용대상에서 제외되고 있으며, 연금수급에 필요한 가입기간을 정하고 있어 60세에 가까운 연령계층에 대한 보호는 매우 제한적이라고 볼 수 있다. 이처럼 장래의 노인이 될 세대를 위해서는 - 비록 자원조달이 사용자와 피용자의 부담으로 되긴 하지만 - 공적인 연금제도를 도입하면서, 현 노령계층과 노령에 가까운 계층에 대한 소득보장대책을 마련하지 못한 것은 정부의 재정여력의 부족 등의 이유가 있긴 하지만 사회적 형평성이라는 측면에서 볼 때 매우 불균형적이라고 하지 않을 수 없다.

위에서 살펴 본 직접적인 금전지급을 내용으로 하는 사회보험 및 사회복지제도 외에 노인능력은행, 노인공동작업장, 경로우대제, 노부모공양수당, 상속세공제, 노인소득세 공제등 간접적인 소득지원제도도 도입시행하고 있다. 그러나 이들 간접소득보장 프로그램들은 주로 도시거주노인이나 부양가

족이 있는 노인들에게 그 혜택이 돌아가는 것으로 볼 수 있으며, 노인 중에서도 소득이 상대적으로 낮아 도움이 더욱 필요한 농촌거주 노인들이나 부양가족이 없는 저소득 노인들을 위해서는 별로 기여를 못하는 것으로 판단된다.

이상에서 살펴 본 노인소득보장을 수행하기 위한 제도가 그 제도의 실효성을 거두기 위해서는 국가의 재정지원이 뒷받침되어야만 하는데 지금까지의 노인복지를 위한 이들 제도에 배정되는 예산규모는 매우 미약했다. IMF의 통계에 의하면 우리나라 사회보장 세출은 정부전체 세출의 약 9.6%(1990년)수준으로서 선진국에 비해 낮은 것은 물론이고 우리와 경제력수준이 비슷한 국가들에 비해서도 낮은 수준으로 나타났다. 한편, 사회복지서비스예산 중에서 노인복지예산은 30.2%로 가장 높은 비율을 차지하고 있다. 그러나 이처럼 노인복지예산이 가장 큰 비중을 차지하게 된 것은 경로우대 제도 하에서 민간업체가 부담하던 노인의 교통비가 국가부담으로 이전되었기 때문으로 노인복지예산에서 교통비지원금을 제외하고 나면 노인소득지원과 관련된 예산은 미미한 실정이다.

3) 외국의 노령소득보장제도의 시사점

일본은 사적인 부양체계인 가(家)제도에 의한 가족간의 부양체계가 아주 강하였다. 그러나 점차적인 평균수명의 연장과 고령화현상으로 노인문제가 사회문제로 대두됨에 따라 각출제 국민연금제도를 도입하였다. 그런데 정부는 각출제 연금제도만으로는 (i) 이미 나이를 먹어 각출제연금의 적용대상에서 제외된 자와, (ii) 각출제연금의 적용대상이 되어도 그 필요가입기간의 부족으로 노령연금을 받을 수 있는 조건을 채울 수 없는 자들이 발생하므로 이들에 대한 소득보장방안을 국가적인 차원에서 동시에 마련하여야 된다고 인식하여 70세 이상의 저소득노인을 대상으로 하는 무각출제 연금제도

를 복지연금이라는 명칭으로 도입하였다.

미국에서는 1930년대부터 연방정부차원에서 본격적으로 노인빈곤 해소를 위한 다양한 조치를 사회보장법(Social Security Act)을 중심으로 강구하여 왔다. 그 결과 현재 미국에는 노령자를 포함한 취약계층의 소득보장을 위한 공적인 차원의 프로그램으로 사회보험 방식인 노령·유족·장애보험(OASDI)과 공적부조 프로그램으로 보충적소득보장제도(SSI)가 있다. 저소득 노인의 소득원으로서 가장 중요한 역할을 하는 것은 공적부조제도인 SSI이며 이제도는 연방정부가 주정부 수준에 산재해 있던 부조프로그램을 통합하여 연방정부가 일원화하여 관리하는 제도로 1974년 1월부터 실시한 것이다.

캐나다는 미국과 인접해 있지만 영연방의 일원으로서 영국식 사회보장제도의 영향을 받아, 미국과는 달리 비교적 빨리 광범위한 사회보장체계를 수립해 왔다고 볼 수 있다. 캐나다에서는 노인을 위한 사회보장프로그램으로 노인수당, 소득비례의 연금보험, 자산조사에 의거한 사회부조제도, 그리고 주택과 의료복지서비스등의 광범위한 사회보장체계가 20세기 초부터 서서히 발전하여 왔다. 이같은 캐나다의 노후소득보장체계 중 연방정부의 재원으로 운영되고 있는 노인을 위한 공적제도를 총괄하여 노령보장프로그램(Old Age Security Program:OAS)이라고 부르고 있다.

이상 3개국의 저소득노인을 대상으로 하는 공적지원제도는 다음과 같은 특징을 갖는 것으로 요약할 수 있다. 첫째, 이들 나라에서는 저소득노령계층에 대한 공적부조 차원의 보호가 사회보장에서 높은 우선순위를 차지하여 일찍부터 발전되어 왔으며 국가의 경제력 및 재정능력이 커짐에 따라 부조의 수준을 지속적으로 상향조정해 왔다. 둘째, 사회보험방식의 연금제도가 도입되기 전부터 저소득의 노령층에 대해서는 공적부조가 있었으며 연금제도 도입과 동시에 노령부조의 대상 및 급여가 더욱 확대되었다. 셋째, 노인을 포함한 저소득계층을 위한 부조제도는 소득 및 자산조사를 통하여 대상

을 선정하며 전액을 국고부담으로 유지하는 체제를 가지고 있다. 따라서 여타 소득이 있을 경우 부조의 급여액을 조정하며 수혜자의 총소득이 최저생계유지 수준 내지 그것에 접근하도록 하여 부조제도가 소위 보충적 급여제도의 기능을 수행하도록 하고 있다.

라. 정책적 제언(소득보장방안)

1) 소득보장정책의 방향

소득보장정책이 지향해야 할 기본적인 방향으로 다음과 같은 원칙을 제시한다.

첫째, 최저생계유지의 원칙이 지켜져야 한다. 저소득노인을 포함한 사회 구성원은 적어도 존재한다는 그 자체로써의 가치를 가지며 또한 존재의 측면에서는 모두 평등하다는 평등주의 이념의 대전제하에 사회의 모든 구성원에게 의·식·주·보건의 욕구가 생리적, 사회적으로 인정되는 최저수준이 보장되도록 해야 한다. 여기서 최저수준은 절대적인 것이라기 보다는 시대여건에 따라 변화되는 상대적인 개념으로 이해하며 경제발전에 따른 상향조정이 이루어져야 할 것이다.

둘째, 소득보장정책이 연령계층간의 사회적 형평성을 구현시킬 수 있도록 설정되어야 한다. 이를 위해서는 경제가 지속적으로 발전되는 과정에서 발생될 수 있는, 근로연령에 있는 젊은 계층과 퇴직노령계층간의 소득격차의 심화를 해소할 수 있도록 세대간 재분배를 할 수 있는 방향으로 나아가야 한다. 특히, 우리나라의 경우 현 노령계층의 과거 경제적/사회적 기여에 대한 사회적 인정과 그에 걸맞는 보상조치가 수반되어야만 연령계층간의 형평성이 구현 될 것이다.

셋째, 소득보장정책은 우리나라가 물질적, 정신적인 양면에서 동시에 균

형된 발전을 추구할 수 있도록 하여야 한다. 이런 의미에서 불패 집단, 계층, 세대간 이기주의를 배제하고 경제적으로 어려움에 처한 계층을 도와야 한다는 도덕적 의무감 아래 모든 국민이 자원조달에 참여하도록 유도해야 할 것이다. 사회빈곤층에 대한 가진 자들의 물질적 도움은 이들 빈곤계층이 사회의 건전한 구성원이 되도록 하여 사회의 안정을 유도할 뿐만 아니라 도움을 준 자들을 정신적으로 고양시킴으로써 물질과 정신의 양면에서 사회가 보다 높은 차원으로 도약할 것이다.

넷째, 물질적으로 부족한 계층을 도와주지만 그것이 지나쳐 근로의욕이 저하되거나 자립정신이 약화되어서는 안될 것이다. 따라서 소득이나 자산 조사를 통하여 경제력이 있는 노령계층을 제외하고, 근로능력이 있는 자에 대해서는 고용기회를 확대하는 방향으로 나아가야 할 것이다. 또한 재정능력 및 국민의 조세부담능력에 적합하도록 저소득 노인을 위한 지원대상 및 지원수준을 점진적으로 확대해 나가야 할 것이다.

다섯째, 저소득노인을 위한 정책은 시대적 여건변화를 수용해야 할 것이다. 우리나라는 대가족제도의 전통을 이어온 나라로서 노인은 가정에서 부양해야 된다는 사상이 지배하여 왔으나 공업중심의 산업화와 가치관의 변화에 따라 가족의 노인부양기능이 약화되었으며 경로효친사상이 약화되어 왔다. 정부정책은 이러한 사회적 여건 변화를 수용하여 노령계층부양을 개인이나 가정의 책임만으로 방치해서는 안되며 사회적 차원을 넘어선 공적차원에서의 해결을 시도해야 할 것이다. 그런 의미에서 노인부양에 필요한 자원마련에 있어서 가족내 세대간 재분배를 넘어 사회내 연령계층간 재분배의 개념이 도입되어야 하겠다.

여섯째, 노령계층의 소득보장을 위한 방안으로서 우리나라는 각종 직간접 제도를 다양하게 구비하고 있다. 다만, 이들 각 제도는 지원대상 선정기준, 지원금액 등에 있어서 여러가지 미비점이 있어 소득보장의 역할을 제대로

수행하고 있지 못한 것이다. 그런데 이러한 제도의 도입은 그 당시 그만한 필요성과 합리성이 인정되었기 때문이라고 볼 수 있으며 복지선진국에서 사용하고 있는 제도들이 대부분 포함된 것으로서 우리나라도 제도상으로는 헛점이 별로 없다고 하겠다. 그러므로 기존의 제도를 충분히 활용할 수 있는지를 살피고, 이것이 가능할 경우 정부는 새로운 제도의 도입보다는 기존 제도를 개선 발전시키는 것이 보다 합리적이라고 본다.

마지막으로, 정부는 급속히 늘어나고 있는 노령계층인구와 이들의 빈곤심화 추세에 대한 조속한 대응방안을 강구해야 될 것이다. 특히 지금까지 자신들의 복지증진면에서 수동적으로 정부의 선처만을 호소하는 태도를 보여왔던 노인들이 앞으로는 정치민주화의 진전속에서 그들의 요구를 주장하는 목소리를 높일 것으로 전망되어 노령인구에 대한 복지증진방안을 마련하는 것은 정치적으로도 중요하다고 하겠다.

2) 소득보장의 구체적 방안

(1) 지원대상

소득지원대상을 먼저 현행 노령수당 지급대상인 극빈저소득 고령노인으로 하고, 점차 소득기준선 및 연령기준선을 하향조정하여 수혜의 폭을 늘려나가는 것이 바람직 하다고 본다.

노령수당의 대상선정기준을 연도별로 구체화한다면, 제 1단계인 1994년부터 1998년의 5년 동안에는 1993년 현재 70세 이상의 생활보호대상 노인으로서 되어 있는 연령기준을 매년 한 살씩 낮추어 1998년에는 65세 이상의 모든 생활보호대상 노인이 노령수당을 받을 수 있도록 한다.

제 2단계인 1999년부터 2002년까지 4년동안은 지급대상 연령기준은 그대로 두되 소득기준을 최저생계비수준 이하의 소득자로 확대하여 65세 이상의 최저생계비수준 이하의 소득자는 모두가 지급대상이 되도록 한다.

제 3단계인 2003년부터 2008년까지의 기간은, 2000년대 초반으로서 우리나라도 국력이 크게 신장되어 모든 노인에 대한 복지수준을 향상시킬 수 있는 재정여력이 생길 것으로 전망되는 때이다. 따라서 노령수당의 지급대상도 국민통합과 저소득노인 전체의 최저생계보장의 차원에서 60세 이상의 최저생계수준 이하 소득자로 확대시킨다.

제 4단계가 시작되는 2008년은 국민연금제도가 도입된 후 20년이 되어 60세 이상의 가입자에게 완전노령연금을 지급하기 시작하는 해가 되어 명실상부하게 공적연금의 혜택이 범국민적으로 주어지는 시기이다. 따라서 이 시기부터는 국민연금이나 특수직역연금제도의 노령연금 급여대상에서 제외되는 60세 이상의 전 노령계층에게 노령수당을 지급하도록 하여 60세 이상의 모든 국민은 공적연금이나 노령수당 중 어느 하나는 반드시 받을 수 있도록 한다.

(2) 지원금액 수준

지원금액 수준은 장기적으로는 최저생계수준 유지에 필요한 금액을 보충해 주는 정도가 되도록 하되, 그렇게 하기 위한 사전준비인 소득조사 및 자산조사가 이루어지는데 시간이 필요하다는 점과 현재의 제한된 재정여력을 감안할때, 단기적으로는 현재의 급여액을 기준으로 일정액을 연차적으로 상향조정하여 지급하는 것이 바람직할 것이다.

구체적으로 지급수준을 제시한다면 1994년에는 1992년의 1만원, 1993년의 1만5천원 보다 높여 1인당 3만원(2인가구의 경우 1인가구의 1.5배)으로 인상하며 그후 매년 1만원씩 상향조정한다. 이렇게 하여 1998년에 1인가구의 경우 7만원씩 지급한다면 가구자체의 소득과 합할 경우 최저생계비의 80-90%의 수준에 접근할 것으로 전망된다. 제 2단계 및 제 3단계의 기간에는 노령수당이 보충급여의 성격을 가지게 되므로 수급대상 개인마다 급여액이 다르게 될 것이며, 제 4단계인 2008년 부터는 국민연금수급자 중 가장

낮은 연금을 받게되는 5년간입 특례노령연금 수급자의 수급액보다 낮은 수준에서 결정되도록 한다. 이상의 지급수준에 따를 경우 소요되는 비용은 1994년에는 1993년의 약 2배가 되는 약 65억원이 되며, 제 1단계의 마지막 해인 1998년에는 약 2천여억원에 이를 것으로 추정되었다.

마. 기대효과

본 연구는 노인의 빈곤문제에 대한 사회적 인식을 확산시키고 노인빈곤문제 해결에 있어서 정부가 지향해야 할 방향과 구체적인 소득지원 방안을 제시함으로써 저소득노인들의 경제적 생활을 향상시키는데 도움이 될 자료를 제공한다.

바. 연구자

고철기, 박능후, 김성희, 이경은

C. 노인정(경로당) 활성화 방안

가. 연구목적

- 1) 노인정의 위상과 역할정립
- 2) 노인욕구의 개념으로 본 노인정의 기능
- 3) 노인정 활성화의 개념 모색
- 4) 노인정 운영 및 이용실태 분석
- 5) 노인정 운영상의 주요 문제점 도출
- 6) 노인정 활성화를 위한 구체적 대안 모색

나. 연구방법

- 1) 문헌연구: 노인정의 기능 및 노인정 활성화의 개념 모색
- 2) 노인정 운영실태조사: 3,344개소 노인정에 대한 우편조사를 통하여, 노인정 시설, 이용실태, 운영실태, 지역사회와의 관계 등을 조사
- 3) 현지참여관찰: 프로그램 유형별로 유의추출한 모범경로당 20개소를 대상으로, 구체적인 프로그램 실천방안, 애로사항 등에 대해 조사

다. 연구결과

1) 노인정 현황

전국 노인정의 총수는 20,068개소로 공동노인정이 55.8%로 가장 많고, 그 다음은 할아버지노인정으로 37.6%, 할머니노인정은 6.5%이다. 노인정 등록 노인수는 약 1백만명으로 60세 이상 노인인구의 30% 정도가 노인정에 등록

되어 있다.

2) 노인정 시설현황

(1) 노인정의 평균 건평은 24.6평이며, 주택가에 위치한 경우가 83% 정도이다.

(2) 노인정의 3/5정도가 1980년대에 설립되었으며, 지역사회가 건축비를 공동부담한 경우가 약 44%이며, 3/5 정도가 콘크리트 건물인 것으로 나타났다.

(3) 전기 및 급수시설 등 기본적 시설은 거의 갖추고 있지만, 화장실, 세면시설 등 위생시설과 취사시설, 냉장고 등의 부대설비를 갖추고 있는 비율은 낮았으며, 여가육구 충족을 위한 용품으로는 장기, 화투, TV 등을 갖추고 있는 정도이다.

3) 노인정 운영실태

(1) 주된 운영비 조달 방법 : 회원 회비(61.3%), 지방유지 찬조금(17.5%), 정부보조금(12.4%) 등 3가지 조달원에 주로 의존하고 있다.

(2) 운영비 지출내역: 월 평균 9만원(연간)의 운영비를 주로 연료비(78.3%) 등의 노인정 운영에 필수적인 고정비용에 지출하는 비율이 높으며, 2/3 이상이 운영비 부족으로 운영상의 애로를 경험하였다.

(3) 정부 지원 내역: 노인정의 95% 정도가 월 평균 5만 2천원의 정부보조금을 받고 있지만, 3/4 정도가 정부지원 수준에 대하여 불만족을 느끼고 있다.

(4) 지역 사회와의 관계: 노인정의 3/4 정도가 지역사회의 지원을 받고 있지만, 노인정 운영에는 실질적인 기여를 하지 못하고 있으며, 노인정 운영상의 문제를 해결하기 위하여 지역후원회나 관공서, 지역유지 등의 지

역사회 자원을 적절히 활용하지 못하고 있다.

(5) 회비수납현황 : 노인정의 평균 회원가입비는 2만 3천원 수준이었으며, 5천원 미만의 회비를 받고 있는 노인정이 3/4 정도이다.

4) 노인정 이용실태

(1) 등록 노인수 및 이용 노인수: 노인정 1개소당 평균 등록노인수는 55명 정도이며, 1일 평균 이용노인수는 연간 22명, 하절기 16명, 동절기 28명으로 동절기에 이용하는 노인이 더 많은 것으로 나타났다.

(2) 노인정 활동내용

① 회식 및 단체 관광: 회식빈도는 월 1회가 23% 정도로 가장 많으며, 단체관광은 년 1회가 56% 정도이지만, 이에 따르는 비용은 회식은 주로 회비에서, 단체관광은 회원들이 각자 부담하는 것으로 나타났다.

② 공동작업: 공동작업을 하고 있는 노인정은 9% 정도이며, 공동작업의 평균 참여 노인수는 22명 정도이다. 공동작업으로는 노인들이 공산품 가공, 폐품수집판매 등을 통하여 월 16만원 정도의 수입을 올린다.

③ 여가활동 프로그램: 바둑/화투(87.5%), 라디오/TV시청(60.5%) 등 주로 단순 소일을 위한 활동이 주류를 이루고 있다.

④ 지역 사회봉사 활동: 조기청소(78.4%), 자연보호(52.6%), 청소년 선도(40.8%)의 순이다.

5) 노인정 회장의 의식 및 태도

(1) 노인정 기능에 대한 인식: 2/3 이상의 회장이 사랑방 역할 중시

(2) 노인 권익운동에 대한 태도: 적극 참여의사를 지닌 회장이 48% 정도

(3) 노년기에 대한 태도: 편안히 여생보내는 시기(32.7%), 노인권익위

해 활동하는 시기(31.6%), 사회봉사하는 시기(19.9%)의 순

6) 노인정 운영상의 주요 문제점

(1) 노인정 이용률의 저조

외형상으로는 전체 60세 이상 인구의 30%가 노인정에 등록되어 있지만, 일부의 노인들(1일 평균 약 22명, 등록노인의 2/5)만이 노인정을 이용하고 있다.

(2) 노인정 프로그램의 문제점

① 여가프로그램: 노인정의 여가활동 프로그램은 화투, 장기/바둑, TV시청 등 소일을 위한 활동이 거의 대부분으로 이용노인의 다양한 여가/취미생활에 대한 욕구를 충족시켜 주지 못하고 있는 실정이다.

② 소득보완 프로그램: 현재 공동작업내용은 주로 단순노동이며, 노동시간당 수입이 매우 낮으며, 참여노인수가 적고 적극적으로 참여하지 않는 문제가 있다. 또한 노인정의 작업환경은 매우 열악하며, 참여하지 않는 노인들의 휴식 및 여가공간을 침해하는 문제점이 있다.

③ 지역사회 봉사프로그램: 지역봉사활동내용은 주로 조기청소나 자연보호 활동이 대부분이고, 청소년선도나 교통정리 등의 활동은 비교적 적은 것으로 나타났다. 하지만 절반에 가까운 노인정이 지역봉사활동을 하지 않고 있고, 그중에서 상당수의 노인정은 지역사회 활동을 희망하고 있지만 적절한 봉사활동 방안을 모르거나 또는 사회적 여건이 마련되지 않고 있기 때문에 적극적으로 참여하지 않고 있다.

④ 노인정 운영책임자의 소극적 태도: 노인정 운영책임자는 노인정이 단순한 휴식장소를 제공하는 기능을 강조하고 있어, 대부분의 노인정은 휴식이나 소일을 위한 활동 프로그램에 주력하게 됨으로써, 노인권익운동을 위한 지역노인의 조직화, 사회봉사활동에의 참여 등의 적극적 프로그램활동은

줄어드는 경향이다.

(3) 노인정 시설의 문제점

① 노인정 시설의 협소 및 노후화: 노인정의 평균 건평은 25평 정도로 1일 평균 이용노인수인 약 22명이 활동하기에 부족한 공간이며, 공동작업을 하거나 그밖의 활동적인 여가프로그램을 수행하는 노인정의 경우에는 특히 공간부족 문제가 심각하다. 그리고 비닐하우스나 무허가 가건물 등이 약 19%에 이르고 있다.

② 노인정 기본시설 및 여가설비의 미비: 노인정의 전기 및 급수시설 등의 기본적 시설은 갖추고 있지만, 위생시설과 간단한 취사시설 등의 부대시설이 없는 경우가 많고 노인들의 여가활용을 위한 용품도 장기, 화투목, TV 정도에 불과한 실정이다.

(4) 운영재정의 부족 및 불균형

① 운영비 조달원에 대한 일부 노인정의 지나친 의존성: 노인정에서 실제로 활용하고 있는 운영비 조달원은 회원회비, 정부보조금, 지방유지의 찬조금이라는 3가지 조달원에 국한되어 있으며, 이들 조달원에 대한 의존도가 매우 높은 것으로 나타났다. 따라서 이와 같이 운영비 조달원에 지나치게 의존하는 일부 노인정의 경우에는 이들 조달원을 통하여 운영비를 조달하지 못하는 상황이 발생하게 되면, 운영비 부족으로 인하여 애로를 겪을 가능성이 높다.

② 운영비 지출내역의 불균형: 대부분의 노인정은 광열비, 공공요금 등 노인정 운영과 관리에 필수적인 고정비용과 회원들간의 친목도모를 위한 월례회의, 단체관광 등의 행사비용에 대부분의 운영비를 지출함으로써, 노인정의 일상활동에 필요한 운영비가 부족하게 되는 문제점이 있다.

③ 정부보조금수준의 저위 및 불균형: 노인정의 95% 정도가 연간 월평균 5만 2천원 정도의 지원을 받고 있지만, 노인정의 3/4 이상이 정부보조금 수

준에 대해 불만족을 표시하고 있다. 그리고 대도시 지역의 경우 6만~ 9만원 정도의 정부보조금이 지원되는 반면 중소도시와 군부지역의 노인정은 4만원 대의 정부보조금을 지원받고 있는 것으로 나타나, 지역간 정부보조금의 편차가 큰 것으로 나타났다.

(5) 전달체계상의 문제점

① 대한노인회 중앙회: 전문인력과 운영재정의 부족으로 인하여, 전체 사업에 대한 기획, 정책 및 프로그램의 개발, 산하조직의 지도육성 등과 같은 본연의 기능을 적절히 수행하지 못하고 있다.

② 시도의 연합회: 제한된 인력과 재원으로 노인대학 또는 학교, 노인능력은행, 노인공동작업장 등을 자체적으로 운영하여야 하므로, 지역실정에 맞는 프로그램을 개발하여 보급한다던가, 지역의 노인정 운영을 지도하는 기능을 다하지 못하고 있다.

(6) 지역사회와의 미약한 유대관계

① 노인정에서 지역후원회를 구성하는 곳은 일부에 지나지 않고(1/5), 관공서, 지역유지 등과 접촉을 하고 있는 노인정도 극히 적은 것(1/4)으로 나타났다.

② 전체 노인정의 3/4정도가 연료비, 현금보조, 경로위문잔치 등과 같은 지역사회의 지원을 받고 있지만 대부분의 지원이 비규칙적이며, 경로주간, 연말연시 등과 같은 특정시점에 집중됨으로써 실제로 노인정의 운영에 크게 기여하지는 못한다.

라. 정책적 제언

1) 노인정 참여유도

(1) 노인정의 이미지(image) 개선: 기존의 노인정에 대한 이미지는

'저소득계층 노인들이 따분히 소일하는 장소'로 인식되어져 왔다. 일반적으로 사회복지조직의 이미지는 조직에서 제공하는 서비스의 내용과 이들 서비스의 전문성과 깊은 관련성을 가지므로, 이의 개선을 통하여 노인정의 긍정적 이미지를 창출하여야 한다.

(2) 생활정보의 제공: 지역사회 노인문제해결을 위한 정보제공센터의 역할을 수행함과 동시에 지역주민에게 노인정의 프로그램에 대한 정보를 제공함으로써 노인정 활동을 홍보할 필요가 있다.

(3) 긍정적 경험기회의 제공: 노인의 노인정 접근도를 증진시키기 위하여는 이용노인들에게 노인정에 참여함으로써 어떤 보상이나 이점을 경험하게 하여야 할 것이다. 즉, 노인정에서의 취미·오락활동, 친구사귀 등을 통해 삶의 즐거움이나 행복감을 경험할 수 있는 기회를 부여하여야 한다.

2) 노인의 욕구에 부합되는 프로그램의 개발

(1) 노인정 특성별 프로그램 운영: 노인의 욕구가 매우 다양하고 광범위하다는 점과 현 지역사회에서 가장 활용성이 큰 자원이 노인정임을 감안할 때, 노인정이 다목적 노인센터의 역할을 수행하는 것이 바람직하다. 그러나 현재 노인정의 시설상태, 운영재원 등에서는 노인정 특성별로 프로그램을 운영하는 방안이 검토될 수 있다. 즉, 동일 지역사회내에서도 노인들의 연령, 건강상태, 흥미 등에 따라 노인정에 대한 욕구가 다를 수 있으므로, 노인정별로 각기 다른 특성을 지니도록 하는 것이다.

(2) 노인공동작업장의 분리운영: 현재 노인정내 공동작업장의 문제점을 개선하기 위하여 장기적으로는 노인정의 기능에서 작업장을 분리하는 방향으로 나아가야 한다. 즉, 노후소득보완 기능을 노인정의 기능에서 제외시키는 방향으로 나아가기 위해, 시·군·구별로 노인공동작업장을 따로 설치하여 지역내 각 노인정에서 운영하는 공동작업장과 통합 운영하는 방안을 강

구할 수 있을 것이다. 이를 위해 선결되어야 할 조건으로는 첫째, 거주지역으로 회원가입자격을 국한하고 있는 현 규정을 폐지하여야 하며, 둘째, 공간이나 전문인력의 부족 등으로 인하여 단위 노인정에서는 독립적으로 실시할 수 없는 프로그램은 동일지역내의 노인종합복지관이나 노인복지회관에서 공동으로 실시하도록 하며, 셋째, 이들 기관을 이용하는 노인의 접근도를 증진시키기 위하여 교통편의 서비스를 제공하여야 할 것이다.

3) 노인정 시설보강 및 운영재정 확충

(1) 노인정의 시설보강: 노인의 여가활동욕구를 충족시키기 위해서는 노인정 내부에 간이식당과 화장실 및 세면시설 등의 위생과 관계된 시설의 개보수 등을 통하여 노인정 시설과 부대설비를 보강하여야 할 것이다.

(2) 노인정 운영재정의 확충: 노인정 운영재원을 확보하기 위하여는 무엇보다도 노인정이 자체적으로 운영비 조달능력을 갖추도록 노력하여야 할 것이다. 이를 위하여는, ① 노인정 참여노인의 수적 증대를 통하여 회원의 회비납부율을 증진시키고, ② 노인정 운영책임자들은 지역유지나 관련단체에게 노인정 활동에 대한 적극적인 홍보와 접촉을 함으로써 지역사회로부터 보다 많은 후원금을 확보하여야 할 것이며, ③ 노인정이 자체적으로 운영재원 확보를 위한 사업(예: 재활용품 수집)을 추진할 수 있을 것이다. 이와 함께 지역사회 단체 또는 지방자치단체에서 노인정의 운영에 필수적인 연료비, 공공요금, 건물유지비 등을 부담함으로써, 노인들이 자체적으로 조달한 운영비는 노인자신들을 위한 친목도모, 여가활용 등을 위한 프로그램에 사용할 수 있도록 마련해 줄 수 있을 것이다.

4) 서비스 전달체계의 확립

(1) 현행 조직체계의 활용: 현행 대한노인회 중심의 조직체계를 개선

하기 위하여는, 현재 대한노인회 중앙회, 연합회 및 지회의 월례회의를 통하여 노인정 회장(지회 회장 포함)에게 노년기에 대한 긍정적 의식교육, 노인복지서비스에 대한 최근 정보제공, 모범노인정의 운영사례발표를 통한 효과적 노인정 운영방식에 대한 교육을 실시하는 것이다. 즉, 대한노인회 중앙회, 연합회 및 지회가 지역사회 최일선 노인복지서비스 조직체인 노인정의 효과적 운영을 위하여 필요한 정보제공자 및 교육자의 역할을 충실히 수행함으로써, 노인정의 자생적 지도력(indigenous leadership)을 계발해 나갈 수 있을 것이다.

(2) 노인복지회관의 설치·운영: 시·군·구별로 최소한 하나의 노인복지회관을 설치·운영함으로써, 단위노인정에서 실시할 수 없는 프로그램을 운영함과 동시에, 지역내 노인정의 상위 서비스 전달체계로서의 역할을 담당하도록 한다. 그러나 노인복지회관이 시·군·구별로 설치되기까지는 지역내 최우수 노인정을 선정하여, 이를 노인복지회관의 대응으로 활용하는 방안이 있을 것이다. 그리고 앞으로 현재 전체 노인정 시설이 노인복지회관의 규모로 확충되게 되면, 시·군·구별로 노인종합복지관을 설치·운영하여, 노인복지회관의 상위 서비스 전달체계로 활용할 수 있을 것이다.

(3) 전체 사회복지전달체계와의 통합: 사회복지사무소가 설치·운영되게 되면, 노인정(노인복지회관 포함)의 운영과 관련된 업무를 점진적으로 지역 사회복지사무소의 노인복지과에 위임할 수 있을 것이다. 이 경우에 사회복지사무소의 노인복지담당은 노인정의 프로그램 개발, 노인복지서비스에 대한 정보제공, 노인정 운영에 관한 자문 및 지도, 지역사회와 노인정의 유대관계 강화 등 실질적인 서비스 제공자로서의 역할을 수행하여야 할 것이다. 그리고 대한노인회는 노인의 권익신장과 사회참여운동을 주도해 나가는 역할을 담당하고, 기존의 노인대학과 학구단위 노인교실의 운영을 내실화하여, 이들 제도를 평생교육제도로 정착시켜 나가는 것이 바람직할 것이다.

(4) 전문인력의 확보: 사회복지사무소가 전국적으로 설치·운영되기 전까지의 노인정 전문인력 확보방안으로는 우선 노인복지법에 명시된 노인복지상담원의 기능을 활성화하는 방안을 강구해 볼 수 있을 것이다. 그리고 현재 대한노인회 시·군·구지회 사무국장에 대해 ‘상담지도원’ 이란 명목으로 인건비와 활동비가 지급되고 있는데, 이들 사무국장을 점차 보다 젊고 의욕적인 전문인력으로 대체해 나가는 방안도 고려해 볼 수 있겠다. 또한 노인복지회관을 시·군·구별로 설치·운영하게 되면, 이곳에 전문인력을 배치하여 지역내 노인정들을 담당하도록 할 수 있다.

5) 지역사회와의 유대증진

(1) 지역사회 자원의 활용: 노인정은 지역사회의 인적·물적 자원을 효과적으로 활용하는 방안으로 지역주민의 노인정 참여를 유도하여야 할 것이다. 지역주민을 노인정 사업에 자원봉사자로서 참여시키거나, 지역사회의 주요 지도자들을 노인정 후원회 및 운영위원회에 적극적으로 참여시키는 방안도 있을 것이다. 그리고 지역주민을 노인정의 운영비 확보를 위한 공동모금운동에 참여시키는 방안과, 지역주민과 노인정 불우노인과의 결연후원사업을 추진하는 방안도 있을 것이다.

(2) 지역사회에의 기여: 지역사회와의 유대관계를 강화하기 위해서는, 노인정이 지역사회를 위하여 기여하고자 하는 자체적 노력이 필요하다고 본다. 예를 들어, ① 아동/청소년들을 위한 예절교육, 한문교실 등의 교육프로그램, ② 주부를 위한 서화교실 운영, ③ 골목청소, 방법활동, 문화재 보호활동, 교통정리 등의 지역사회봉사 활동을 실시함으로써, 지역주민들의 관심과 참여를 고취시킬 수 있을 것이다.

마. 기대효과

노인의 욕구와 노인정 운영에 관한 현황을 전국적 조사결과를 바탕으로 분석하여, 노인정이 노인의 욕구를 보다 효과적이고 효율적으로 해소·완화해 나가기 위한 활성화 방안들을 제시함으로써, 우리나라 노인정의 전반적 운영현황과 실태는 물론 향후의 재가노인복지 정책의 수립에 필요한 자료로 활용될 수 있다.

바. 연구자

이가옥, 권선진, 권중돈

10. 우리나라 빈곤과 대책에 관한 연구

가. 연구목적

우리나라의 빈곤화의 특성 및 요인, 특히 개별가구의 특성요인 이외의 사회구조적 요인의 빈곤화에 영향정도를 가능한 수량적으로 분석하여 이들 요인의 중요도를 파악하고 그에 따른 빈곤대책의 방향을 탐색코자 한다.

나. 연구방법

빈곤화 요인의 수량적 분석을 하기 위하여 1989년 이후의 도시가계 조사 및 농가 경제 조사의 매년 조사를 「패널자료」로 만들어 소위 패널자료 분석을 시도하였다.

다. 연구결과

우리나라에서 빈곤문제가 새삼 강조되는 것은 우리나라에는 아직도 높은 절대적·상대적 빈곤 문제가 있으며 향후 뚜렷하게 개선될 전망이 서지 않고 있다는 것과 이의 폐해는 복지적 관점에서는 물론 빈곤층의 생산력을 활성화하지 못함으로써 자원의 손실을 가져온다는 데에 있다. 특히 경제의 성장 잠재력이 약화되고 있는 현 시점에서 빈곤의 주원인이 되고 있는 무직 및 저생산성 노동의 생산성 증대정책에 의한 성장 기여 및 복지증진효과는 매우 중요한 정책대상이 아닐 수 없다. 또한 우리나라와 같이 경제·사회·정치적 변화가 급격한 사회에서 빈곤문제를 다룸에 있어서는 종합적인 시각이 필요하다. 경제와 복지를 통합하여 자원활용의 최적방법을 찾는 것은 물론, 복지대책에서도 다양한 빈곤의 원인을 종합적으로 고려하여 정책방안이 강

구되어야 한다.

1) 빈곤문제의 변화 추이와 가구특성의 변화

(1) 빈곤율 추이의 변화

우리나라의 빈곤율은 크게 세가지 유형으로 나누어 볼 때 각각 상이한 변화 추이를 보이고 있다. 첫째, 우리나라에서 빈곤문제를 접근함에 있어서 중요한 정책 목표빈곤율인 자연빈곤율의 추이는 매우 완만한 상승세를 보일 것을 쉽게 예상할 수 있다. 왜냐하면 “자연빈곤율”이란 경제적 발전이나 변동에 의해서 변하지 않는 빈곤율로서 주로 자연적 재해, 사고, 경제·사회의 구조적 변동, 인구적 특성등의 변화등에 의해서 발생하는 빈곤의 비율이기 때문이다. 둘째, 고도성장과 더불어 절대빈곤인구의 비율이 크게 감소하였다. 보사부 생보자 선정기준을 이용하여 추정한 빈곤율은 불규칙적인데 이는 국민소득 상승세에 대해 생보자선정기준이 불규칙적으로 반응조정되었기 때문이다. 이에 반해 1991년의 의료부조자의 선정기준(85천원)과 최저생계비(10만원)와 동일한 화폐가치를 추정하여(GNP deflator 이용)빈곤율을 구하여 보면 1967년 의료부조자 선정기준이하의 빈곤율은 74.9%에서 1991년 9.3%로 감소하고 최저생계비 이하의 빈곤율은 83.0%에서 14.7%로 계속 감소하였다. 이러한 빈곤율 감소는 경제호황기인 70년대 후반과 80년대 후반에 현저히 나타나고 있다. 셋째, 도시가구 평균지출의 50% 혹은 60%를 이용한 상대적 빈곤율은 완만한 상승세라는 또다른 변화추이를 보이고 있고 1987년 경에는 상대적 빈곤율이 절대빈곤율을 능가하는 추세적 전환현상을 보이고 있다.

(2) 인구 사회적 특성

빈곤층 가구 특성은 과거 30여년간 빈곤율 변화의 추이속에서 주요한 변화를 보이고 있다. 주요 특성은 첫째, 상대적 비중은 그동안 감소하였지만

아직도 무업 및 저생산성노동(단순, 반숙련 노동, 서비스업, 자영업 등)이 빈곤 계층 취업의 가장 큰 비중을 점하고 있다. 둘째, 빈곤층의 엔젤지수는 크게 감소하여 전소득계층의 지수에 근접하고 있다. 셋째, 생계문제의 축소와는 반대로 주거와 보건의료생활에서 일반 계층에 비한 빈곤층의 상대적 생활압박은 더 크게 부각되고 있다. 넷째, 빈곤계층의 특성인 저학력, 높은 질병이환율 및 높은 전월세입 가구비율의 경향은 일반계층에 비해 더욱 커지고 있다. 이는 다수의 빈곤층 중 이런 특성 보유가구들이 주민 소득중대와 더불어 빈곤층으로 부터 벗어날 가능성이 적었다는 것을 의미하며, 앞으로 산업구조 변화 그리고 각종 재해 및 사고의 증대와 더불어 이와같은 비경제적 특징이 빈곤가구의 특성에서 더욱 커질 것임을 예견할 수 있다. 다섯째, 노인, 여성가구주 등 취약계층의 비율이 모든 소득계층에서 증가경향을 띄우고 있지만, 이러한 현상은 빈곤계층에서 더욱 두드러지게 나타나고 있어 이들의 이익집단화할 가능성이 높아지고 있다. 이상의 빈곤율 및 수준의 양적 및 질적 변화추이와 더불어 빈곤가구의 특성을 고려하여 빈곤화의 요인분석과 빈곤대책이 마련되어야 한다.

2) 도시 빈곤요인의 분석

우리나라의 빈곤요인은 크게 구조적 요인과 개별 가구적 요인으로 분류할 수 있다. 우리나라와 같이 빈곤율 등의 빈곤문제가 급격히 변화하고 있고 경제발전 수준이 중진권에 이를 정도로 상당히 진전된 상황에서도 상대적으로 높은 빈곤율을 유지하고 있는 현상을 개별 가구적 빈곤요인의 특성만으로 설명하기는 어렵다. 그리고 빈곤층의 많은 사람들은 그들의 빈곤요인을 자신의 문제로만 보지 않고 자신의 결점을 넘어서 경제·사회의 구조적 문제로서 비판하는 경향을 보이고 있다. 따라서 우리나라의 빈곤문제에 대처함에 있어서 이들 빈곤요인이 어느정도의 중요성을 지니고 있는지 양적으로

혹은 순위적으로 파악할 필요가 있다. 본 연구에서는 구조적 및 개별적 요인의 빈곤화에 영향을 추정하기 위하여 횡단면 자료와 시계열 자료가 동시에 이용되는 패널 자료(Panel data)추정기법을 이용하여 빈곤요인을 추정해보았다.

(1) 빈곤화 요인 추정 모형

빈곤화요인을 추정하기 위하여 빈곤선과 개별가구의 소득 혹은 지출의 격차인 빈곤차(poverty gap)의 크기를 빈곤화 수준변수로 이용할 수 있다. 빈곤차에 크게 영향을 주는 변수가 빈곤화의 보다 주요한 요인으로 해석될 수 있다. 이 모형은 다음과 같이 표현할 수 있다.

$$PGit = F(Xt, Xi, Xit)$$

PGit는 빈곤선과 개별가구의 소득 혹은 소비지출의 각 시기별 격차이고 Xt는 구조변수, Xi 및 Xit는 각각 시간(t)과 무관한 개별가구(i)변수와 시간과 관련한 개별가구변수를 표시한다. PGit의 값은 빈곤선이상에서 (-)값을 빈곤선 이하에서는 (+)의 값을 갖는다.

(2) 추정결과

첫째, 거시구조변수의 빈곤수준에 영향정도는 중요한 개별가구변수들에 못지 않은 중요성을 가짐을 알 수 있다. 더욱이 이곳에서 채택된 거시변수들은 빈곤에 영향을 주는 일부에 불과함으로 적어도 사회구조적 요인이 개별가구적 요인에 못지 않게 중요하다는 것을 지적하지 않을 수 없다. 다시 말하면 사회구조적인 빈곤화 요인을 공략하지 않고는 우리나라의 빈곤문제를 크게 개선할 수 없다. 둘째, 토지가격이나 증권가격은 그것이 물가 상승을 앞서는 상승을 한다면 빈곤수준에 중요한 영향을 주는 것으로 추정되었는데, 이는 빈곤층의 빈곤수준을 악화시킬 뿐 아니라 토지 및 증권을 보

유하지 못하고 있거나 적게 보유한 계층들의 상대적 소득분배의 악화에 따른 빈곤수준율의 증가를 수반함으로써 우리나라의 빈곤수준을 심화시키고 소득분배의 불평등도를 증대시킴을 의미한다. 셋째 거시구조 변수에서도 실업의 문제는 매우 중요하게 다루어져야 하는데 빈곤층 가구원의 실업과 실업을 증대는 빈곤화에 가장 크게 기여하는 것으로 추정되었다. 네째 물가상승을 변수로 대변되고 있는 경기 상승은 빈곤층의 소득향상에 어느 정도 기여를 하지만 이변수의 빈곤수준 개선효과가 다른 거시변수들의 빈곤수준 악화효과에 비해 크게 적으므로 빈곤문제 해결을 위해 경제성장에 의존할 수 없다. 그러므로 성장과 빈곤의 동시적 대책이 마련되어야 한다. 다섯째, 우리사회의 빈곤문제의 축소를 위한 공략의 주요 대상은 이곳에서 취급치 못한 지역변수, 불구, 폐질 및 장애 여부 변수와 기타의 주요한 사회구조 변수를 제외하면 다음과 같은 순위로 대분할 수 있다.

- 제1차 : ◦ 가구원수, 실업 및 취업인수, 학력 향상등의 빈곤층 자활대책
 - 상대적 빈곤을 증대시키는 토지가격 및 증권가격의 안정화 대책
- 제2차 : 빈곤층의 질병 및 주거대책 등 종합적인 사회구조정책(지역정책, 각종 사고 및 재해)
- 제3차 : ◦ 가구의 성, 부양학생수 및 노인수 등 취약계층에 대한 대책
 - 직업유형 등

3) 빈곤대책

우리나라의 빈곤대책은 높은 빈곤수준과 상대적 빈곤현상의 증대를 발생시키는 사회구조적 요인과 개별가구적 요인에 대한 종합적 분석에서 이루어져야 한다. 대책내용은 첫째 빈곤율 및 수준을 자연빈곤율 수준으로 축소시키기 위한 빈곤예방 및 축소정책과, 둘째 기왕에 빈곤의 늪에서 빠진 가구들에게 빈곤을 극복할 수 있게 하는 자활대책과 최저생활을 확보할 수 있게

하는 각종 사회부조정책을 포함한다.

(1) 거시 구조적 요인에 대한 대책

(가) 국민적 복지 의식 증진

빈곤을 발생시키는 구조적 요인은 무엇보다도 각계각층의 국민의 복지 의식이 취약한데서 비롯된다. 그 결과로서 ① 이들에 대한 정부의 예산배정은 항상 부족한 형편이다. ② 보호받아야 할 많은 생활무능력 극빈층이 사회적 관심영역밖에 방치되고 생존적인 생계비조차 지원받지 못하고 있다. ③ 계획단계에서 일선 행정단계에 이르기까지 복지관련 공직자들과 복지 수급자사이의 유대관계에서 친밀도가 떨어지는 것으로 평가된다. ④ 정치적·경제적 지도자들은 정치적 공약으로 또는 복지 및 자선재단이라는 수단을 통해서 빈곤 및 복지대책을 운운하고 있지만 정치적 공약뒤에 결과된 복지에 예산의 비중은 늘 제자리 걸음에 가깝고 민간복지기관도 부실함은 복지의 부족에서 연유한다고 볼 수 있다.

(나) 실업 및 저생산성 대책

이들 빈곤층들이 자신들의 생활수입을 벌 수 있는 잠재력을 살리지 못하게 하는 경제, 사회구조적 요인에 대한 대책이 개발되어야 한다.

① 이농 및 전직에 따른 마찰적 실업을 줄이기 위한 구인 및 구직에 대한 정보의 전산망을 효율화하고 읍면동에 가칭「자활대책협의기구」를 지역주민을 중심으로 결성하여 그 지역의 정보를 개발한다. ② 구조적 실업을 줄이기 위해 예상 실업자들의 신산업 및 다른 산업에 적응능력을 증대시키기 위한 직업훈련 및 재교육의 강화를 복지경제적 차원에서 전면 재검토하여 미국의 60년대 빈곤과의 전쟁사업에서와 같은 대대적인 직업훈련사업의 시행이 요구되고 있다. ③ 사양산업의 경우에는 과감한 정부의 지원하에 전업을 할 수 있도록 유도하고 노동자들은 보다 생산성이 있는 직종으로 옮길 수 있도록 정부, 기업, 노동자들이 모여 심의하는 “노사정협의체”를 통해서

조정한다. ④ 생활능력이 있으면서도 나태와 무책임으로 빈곤한 사람들에게 대해서는 각종 복지사업에서 배제원칙과 인센티브원칙을 동시에 활용하여 근로현장으로 끌어들이도록 한다. ⑤ 빈곤층의 질병이환, 사고피해 및 산업 재해를 줄일 수 있는 사회정책이 필요하다.

(다) 분배구조(상대적 빈곤문제)에 대한 정책방향

상대적 빈곤문제는 분배상의 문제인데 80년대 후반이후 상대적 빈곤율은 자연빈곤율을 크게 넘어 상승하는 추세를 보이고 있다. 이는 주로 부의 불평등이 심화되기 시작한 70년대 후반이래 가장 주요한 부의 축적 수단은 토지 및 증권소유의 편중에서 기인한다. 이들의 가격양등은 바로 부의 불등의 가장 큰 요인임을 우리사회의 누구나 경험하였으며 계량적 분석에서도 증명되었으므로 이들의 안정화 대책이 절실하다.

(2) 산업복지정책의 방향

빈곤에 대한 대책은 경제정책과 종합적으로 고려되어야 한다. 더욱이 근래에는 우리의 경제적 경쟁력을 증진시키기 위한 요청이 매우 크게 증대되고 있으므로 무조건적인 지출을 하는 순복지적 투자와 동시에 산업생산성을 증대시키기 위한 복지적 장치를 개발할 필요가 있다.

먼저, 우리의 현재 복지투자 비율이 GNP의 5~6%수준에 머물고 있고 경제 등 경쟁적 자원용도가 큰 문제로 등장하고 있는 현 실정에서 서구 선진국의 고비용에 의한 고복지 향유를 지향할 수 없으므로 현재의 수준보다 약 3배 정도 큰 복지투자 비중까지 증장기적으로 제고시킨다면 서구에서 발견되는 복지투자의 역효과 및 남오용을 최소화시킬 수 있다고 본다.

둘째, 노동생산성 향상을 위해 다음과 같은 복지정책은 구상해 볼 수 있다. ① 전략산업체 근로자와 서비스업종 근로자 사이에 복지급여수준 및 내용을 차별화한다. ② 산업체 근로자 및 출신자들로부터 새로 도입될 사회부조 및 보험 등의 급여(예: 연금급여, 실업보험, 각종 가족수당제도의 도입,

주거비 대출, 의료비 대출 등)를 우선 적용해 간다. ③ 유능력 복지대상자를 고용 하거나 훈련시키는 고용업체에 세제상 금융상의 혜택을 부여함으로써 버려진 저소득층의 능력을 적극 활용하여 생산성 및 성장력을 향상시킨다. ④ 저생산성 복지대상자의 고용업체에 대해 정상임금과 생산성 사이의 차이만큼 보조금을 지급하거나 조세를 감면하여주어 GNP를 증대시키는 효과를 얻을 수 있다.

(3) 미시 개별적 빈곤정책 - 종합복지의 활성화

우리나라의 복지제도는 종합적으로 복지효과를 고려해서 도입되지 않고 임의 분립적으로 도입·시행되고 있어 제도의 효율성을 손상하고 있다. 따라서 총체적 복지효과를 가장 크게 할 수 있도록 복지의 내용과 제도를 재정비할 필요가 있다. 그러나 우리나라의 부족한 복지자원과 경제성장의 압박을 극복하고 종합적인 복지효과를 증대시키기 위해서는 빈곤구제효과가 큰 최저생활의 지원수준을 증대시키고 복지정책도 재분배효과가 큰 정책들의 비중을 강화시켜 나가야 한다. GNP대비 생활보호 관련 예산비율(의료보호예산 포함하여 1991년 0.4%)도 목표연도까지 현재의 3~5배 수준인 GNP의 1.5~2%까지 인상하거나 적어도 1980년의 일본수준(0.7%)까지 접근시킨다.

(가) 법정생보자 및 영세민 대책 사업의 개선

① 생활무능력 극빈층의 경우 : 급여대상 및 수준은 적어도 선정기준 수준에 일치하도록 단계적 인상이 요망된다. 급여내용에서도 쌀, 부식비, 의료비등의 생계보호 이외에 주거보호, 대인서비스(월세 부조, 간병인 서비스 등) 등의 보완적 지원의 강화가 요망된다.

② 생활 유능력 극빈층의 경우 : 직업훈련대상을 확대하기 위하여 훈련기간의 보조비를 단계별로 대폭인상하거나 직업훈련에 참여와 취업을 전제조건으로 생계비용자를 우선해 주는 것도 고려할 필요가 있다. 또한 생업자금 사업은 용자규모를 증대하고 대상자를 확대하기 위하여 용자조건을 가

능한 용이하게 하고 특히 사업의 성공가능성이 높고 소규모 자본이 필요한 영세사업에 대해서는 신용대출도 고려해 볼 만하다.

③ 일반 저소득층 혹은 상대적 빈곤층의 경우 : 주거, 교육, 의료, 대인서비스에서 최저생활 압박을 해결하는데는 목돈이 들어갈 수도 있으므로, 이들에 대한 지원방법으로서 생활비 지원 용자제도의 도입을 고려할 필요가 있다. 또한 가격보조제도(치료비, 주거비, 교육비등의 부조제도)를 도입하여 저소득층의 주요 소비생활의 지불능력을 보완해준다.

(나) 사회보험제도의 재편 및 복지제도의 체계화

지금까지 우리나라 복지제도의 근간을 이루고 있는 사회보험제도에도 최저생활보장 우선 원칙을 적용한다. 우리나라의 사회보장제도가 역진적임은 이미 널리 지적되고 있다. 따라서 공적연금 등 사회보험의 급여법칙도 수정할 수 있을 것이다. 즉 최저생활보장의 비중 증대를 위해서는 최저생활의 기초연금을 우선보장하고 잔여분으로 부가 급여를 실시할 수도 있을 것이다. 또한 현재의 급여제도 아래서는 군인, 공무원 및 국민연금의 2중 혹은 3중의 중복급여가 가능하여 복지자원이 낭용될 수 있으므로 최저생활을 중심으로 제도를 연계시켜야 한다.

최저생활의 우선적 확보라는 측면에서 각종 복지제도간의 우선순위를 재검토해야 한다. 우선 예산배정의 순위에 있어서 사회보험 대 사회부조 대 대인 서비스간의 적정한 예산 비중을 정해야 한다. 현재의 사회보험 비중이 과다할 뿐 아니라 취약계층에 대한 보편적 서비스를 강조하는 대인서비스의 예산증가율이 최저생활보장예산의 증가율을 능가하는 현재의 예산계획을 재조정하여야 한다.

라. 기대효과

우리나라의 빈곤대책과 복지정책의 방향 설정에 기초자료가 될 것으로 사료된다.

마. 연구자

박순일, 함시창(자문위원), 이필도, 김미곤, 이성기, 문병운

11. 장애인 직업재활시설 개선방안 연구

가. 연구목적

본 연구는 장애인 보호고용제도의 일환으로 시행되고 있는 장애인 직업재활시설의 보다 효율적인 운영을 위한 개선안을 모색하고자 실시되었으며, 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 장애인 직업재활시설의 실태분석: 장애인 근로자의 일반적 성격, 생산 규모 및 형태, 작업직종, 임금수준, 시설 종사인력 등
- 2) 실태 파악에 근거한 문제점 분석: 관리직원 및 장애인 근로자가 본 시설의 문제점 및 통계자료에 근거한 문제점 분석
- 3) 장애인 직업재활시설의 개선을 통한 활성화 방안모색: 문제점 분석을 통하여 제도적, 운영적 측면의 개선방안 제시로 시설의 활성화 모색

나. 연구방법

1) 장애인 직업재활시설 실태분석 : 전국에 소재한 보호작업장이 설치된 장애인 수용시설 및 이용시설(장애인복지관과 사회복지관) 112개 중 지역별, 장애유형별로 안배하여 31개 시설과 전국의 장애인 근로시설 총 6개소를 직접 방문하여, 시설장, 총무 또는 보호작업장 담당직원을 개별 면접 조사하였으며 보호작업장에 대한 기존조사의 통계자료를 활용, 분석하였다.

2) 보호작업장 미설치시설에 대한 전화설문조사 : 보호작업장 미설치 이유 및 앞으로의 설치계획에 대하여 조사하였다.

3) 보호작업장 운영지침 및 정부 지원내역 분석 : 장애인 복지사업지침 내의 보호작업장 운영지침의 내용분석과 1988년-1992년까지의 지원예산을 분석하였다.

4) 외국의 보호작업장 사례연구 : 미국, 일본, 영국, 프랑스, 독일, 스웨덴, 네덜란드 등의 보호작업장에 대한 실태연구를 하였다.

5) 전문가 회의 : 직업재활 전문가들로 구성된 자문회의를 통하여 보호고용제도의 성격 및 역할, 보호작업장의 역할, 장애유형별 적합직종, 장애인 직업재활시설의 운영방향 및 개선방안 등에 관한 의견을 수렴하고 전문지식을 활용하였다.

다. 연구결과

본 연구에서는 장애인 직업재활시설인 장애인 근로시설과 보호작업장의 실태를 분석하여 문제점을 파악하고 이에 대한 개선방안을 제시하였다.

(1) 현재 운영되고 있는 장애인 근로시설과 보호작업장은 대부분이 정부에서 보호작업장 육성정책을 실시한 1980년대 후반 이후, 정부의 지원아래 설립되었다.

(2) 장애인 근로시설은 보호작업장과 유사한 성격을 지닌 시설로서 현재 전국에 6개 시설이 설치, 운영되고 있고 고용된 장애인은 250여명에 불과하여 활성화되지 못하고 있다.

(3) 보호작업장은 거의 대부분이 장애인 수용시설 및 이용시설, 일반 사회복지관 등에 부설되어 운영되고 있으며 1980년대 후반 이후 대부분의 장애인 수용시설에 보호작업장이 설치되는 등 양적인 면에서는 활성화되었

다고 할 수 있다. 현재 보호작업장이 설치된 복지시설은 110여개소에 이르고 있으며 대부분이 지체장애인과 정신지체인을 대상으로 하고 있다.

(4) 보호작업장이 훈련과 고용의 기능을 수행하는 곳이라고 할 때 직업훈련의 기능은 직업훈련을 받은 후 일반고용이 됨으로써 이루어지는 것인데, 현재로서는 보호작업장에서 일하던 장애인이 일반취업으로 전환되는 것이 부진하다. 고용의 기능 또한 대부분 보호작업장의 임금수준이 최저임금에도 미달하는 저임금 상태에서는 제대로 수행된다고 할 수 없다.

(5) 장애인 근로시설은 보호작업장과 비교해 볼 때 경제성 면에서 더 나은 위치에 있었는데 이는 장애인 근로시설이 독자적인 시설로서 생산활동에만 주력할 수 있는 여건이 갖추어진 반면 보호작업장은 부설시설로서 운영에 필요한 뒷받침이 충분히 되지 않고 있기 때문이다.

(6) 본 연구에서는 실태분석에 기반하여 장애인 직업재활시설의 문제점으로서 판로확보의 어려움, 역할의 단순화, 작업직종 선정시의 어려움, 시설의 수적 부족 및 장애유형에 따른 균형적 안배 결여, 종사인력의 부족, 시설 및 설비 부족, 고용대상 장애인 선정상의 문제, 재정적 지원 부족, 경쟁고용으로의 전환 부진, 관리체계상의 문제, 저임금 등을 지적하였다.

(7) 이러한 문제점에 대한 개선방안은 다음과 같다.

① 장애인 근로시설은 기업과의 제휴에 의해 재가장애인을 위한 통원시설로 육성하고 기존의 보호작업장을 재정비하여 수용시설내의 보호작업장은 고용과 직업훈련을 주 기능으로 하는 곳으로, 이용시설내의 보호작업장은 직업훈련을 주 목적으로 하는 곳으로 운영한다.

② 고용대상 장애인의 선정기준을 확립하고 장기적으로는 적합한 장애인을 과학적, 합리적으로 선별하기 위하여 종합적인 작업평가를 하는 평가관정관을 설치, 운영한다.

③ 판로문제를 해결하기 위하여 장애인 근로시설은 장애인 의무고용사업

체와의 제휴계약에 의한 생산을 하고 보호작업장에서는 관수품의 우선발주 제도와 우선구매제도를 통하여 판로를 확보하며 지방자치단체의 기업과의 연계역할을 의무화한다.

④ 장기적으로는 현행 관리체계를 개선하여 사회복지사무소로 하여금 장애인 직업재활시설의 인·허가 및 지도감독, 유용한 정보제공 역할 등을 하도록 하고 시설간에 조직체계를 확립하여 정보를 상호교환하고 설비를 제공하는 등 협조관계를 유지한다.

⑤ 장애유형과 특성, 지역별 특성 등에 맞는 적합직종과 산업화에 부응하는 직종을 개발하여 생산직종을 다양화하며 효율적인 직종개발을 위하여 산업체와 협력체계를 구축한다.

⑥ 기존의 취업알선기관과의 연계를 공고히 하여 경쟁고용으로의 전환을 촉진하고 장기적으로는 장애인 고용만을 담당하는 전국적 조직을 갖춘 장애인직업센터를 설치운영하여 일반고용이 가능한 장애인의 취업을 적극적으로 도모한다.

⑦ 미흡한 정부의 재정적 지원을 확대함으로써 부족한 종사인력의 확충, 저임금 개선, 설비보강, 장애인 근로시설의 설치 등이 이루어질 수 있도록 하며 그 재원은 장애인고용촉진기금에서 운용하도록 한다.

⑧ 장애인 근로시설에 필요한 기본 종사인력과 보호작업장 전담인력을 확보함으로써 전문인력에 의한 경영의 전문화를 도모한다.

⑨ 재가장애인이 이용할 수 있는 장애인 근로시설을 증설하되 장애인의 지역별 분포를 고려하여 균형적으로 배치하며 장애유형별로는 일반고용이 특히 저조한 정신지체인과 시각장애인을 배려하여 고용한다.

⑩ 저임금의 개선을 위하여 차등적 최저임금보장제를 도입한다.

라. 정책적 제언

1) 장애인의 완전한 사회통합과 참여라는 측면에서 볼 때 장애인의 고용방향은 비장애인과 함께 어울려 일할 수 있는 경쟁고용으로 나아가는 것이 바람직하다.

2) 그러나 현재 우리나라의 실정과 같이 일반기업체에서 장애인의 고용을 꺼리고 장애인 고용에 필요한 제반 여건이 미비하여 취업이 어려운 상태에서는 한시적으로나마 보호고용을 위한 시설이 필요하다. 바람직한 장애인 고용정책은 중증장애인도 실질적인 수혜자가 될 수 있는 것이어야 하나 장애인 의무고용제도의 시행 결과에서 보여 주듯이 중증장애인이 배제되고 더우기 과거에 비하여 취업이 보다 용이해진 정도 및 중등도장애인에 비하여 중증장애인의 취업은 여전히 어려운 반면, 이들의 취업욕구가 증대하고 이에 따른 구직자가 증가하는 추세에서는 중증장애인을 위한 장애인 직업재활시설이 필요하다.

3) 보호작업장은 정부의 지원이 이루어지기 시작할 때부터 장애인 수용시설을 중심으로 설치되었는 바, 이는 따로이 시설을 마련하는 것보다 경비가 절감되고 대상장애인을 쉽게 구할 수 있기 때문이었다고 사료된다. 그러나 이러한 점으로 인해 현재 13,000여명의 수용장애인을 대상으로 80여개 수용시설에 보호작업장이 설치되어 있는 데에 비하여, 백만여명에 달하는 재가장애인을 대상으로 한 시설은 30여개에 불과한 실정이다. 따라서 앞으로는 재가 중증장애인이 이용할 수 있는 시설이 필요하며 장애인 근로시설에서 이러한 역할을 담당하도록 한다.

4) 그리고 1년에 10여개소씩 지속적으로 보호작업장이 신설되고 있는데 더 이상의 양적 증가에 앞서 현 시점에서 기존의 보호작업장에 대한 재정비가 이루어져야 한다. 현재 중요한 것은 보호작업장의 신설, 확충보다는 이미 운영 중인 보호작업장에 대한 정비를 실시하여 내실화를 기하는 것이다.

5) 이용시설 부설 보호작업장은 직업훈련을 주 목적으로 운영하고, 수용시설 부설 보호작업장은 작업장애인의 성격 및 시설의 제반 여건에 맞추어 직업훈련을 위주로 한 곳과 고용기능을 위주로 한 곳으로 구분하여 운영하도록 한다.

6) 장애인 직업재활시설이 그 역할을 다하기 위해서는 일반고용제도와 밀접히 연계되어야 한다. 보호고용과 경쟁고용을 분리해서 생각해서는 안 되며 이 둘은 장애인 고용이라는 하나의 틀 속에 서로 연관되어 있어 일반고용이 잘 이루어질 때 보호고용 또한 제대로 이루어진다. 보호고용된 장애인 중 일반취업이 가능한 자에 대해서는 이를 적극 추진하여 일반고용로의 전환이 원활히 이루어져야 한다.

7) 최근 미국을 비롯한 선진국에서는 보호작업장의 비경제성, 생산능력 저하, 경쟁고용으로의 전환 저조, 저임금 문제 등에 대한 비판이 일어나고 있다고 하는데 이러한 문제점들은 우리나라의 보호작업장 운영에서도 똑같이 발생하고 있다. 그러나 한편 보호고용은 경제적 측면보다는 중증장애인의 일을 통한 인간적 가치의 회복에 큰 의미가 있으므로 앞으로 이러한 비판을 수용하면서 문제점을 과감히 개선하기 위해서는 장애인 직업재활시설에 대한 재정적 지원의 확대도 필요하지만 보다 중요한 것은 제도적, 행정적 지원의 강화를 통하여 시설에서 독자적인 힘으로 운영해 나갈 수 있도록

뒷받침해 주는 것이다.

마. 기대효과

- 1) 장애인 직업재활시설의 활성화를 통하여 증대하는 장애인의 근로 의욕 및 재활욕구 충족
- 2) 일반고용이 어려운 저소득 중증장애인의 최저생계수준 유지에 기여
- 3) 장애인 고용 및 직업훈련 기회의 증대를 통하여 자활자립능력 배양
- 4) 궁극적으로 장애인의 직업재활을 통한 완전한 사회참여와 평등의 실현에 이바지
- 5) 보다 효율적, 효과적인 장애인 직업재활시설의 운영을 통하여 정부 예산의 낭비 방지

바. 연구자

김국도, 박옥희, 하길웅

12. 사회복지 사무소 모형개발 연구

가. 연구목적

공적부조나 사회복지서비스를 제공하는 공적 사회복지조직은, 인간을 상대하고 인간을 변화시키려고 한다는 특성상 일반 행정기관과는 달리 서비스의 개별화와 다양화를 달성할 수 있도록 전문인력의 자율성이 보장되는 전문적 행정기관이어야 한다. 그럼에도 불구하고 현재 한국에서는 공적부조와 사회복지서비스만을 고유업무로 다루는 조직이 없기 때문에 공적부조와 사회복지정책 실현에 있어서 많은 어려움을 겪고 있다.

본 연구는 공적부조 및 사회복지서비스 전달체계의 문제점을 분석하고, 제 7차 5개년 경제사회개발계획에 포함되어 있는 공적부조 및 사회복지서비스 전달체계의 개선방안으로 사회복지사무소 정립 방향을 제시하고자 한다.

나. 연구방법

1) 공적부조 및 사회복지서비스 전달체계의 문제점을 파악하기 위하여 기존 문헌을 연구하였다.

2) 특별히 공적부조 및 사회복지서비스 전달체계의 현황을 파악하고 문제점을 구체적으로 분석하기 위하여, 사회복지 전문요원 993명을 대상으로 그들의 특성, 서비스 효과성, 책임성, 업무만족 및 소진현상에 대한 조사를 실시하였다.

3) 사회복지사무소의 모형개발을 위하여 사회복지사무소와 민간복지서비스기관과의 관계, 지역화단위, 내부구조, 업무, 인력, 사회복지사무소와 타 정부기관의 관계 등의 설치차원을 설정하여 각 설치차원별로 논쟁점들을

논의하고 사회복지사무소를 설치할 때 고려해야 할 사항들을 검토하였으며, 이러한 설치차원별로 기존에 소개된 사회복지사무소모형을 분석하여 합의를 보이는 점과 그렇지 않은 점들을 파악하였고, 마지막으로 설치차원별로 한국의 현 상황에 적합한 설치 및 운영방안을 제시하였다.

4) 미국, 영국, 일본의 공적부조 및 사회복지서비스 전달체계에 대한 사례연구를 실시하여 외국의 경험으로부터 한국의 사회복지사무소 모형개발에 관한 시사점을 얻고자 하였다.

다. 연구결과

공적부조와 사회복지서비스를 국민에게 전달하는데 효과성 측면에서 제기되고 있는 문제들은 상의하달식 수직적 전달체계, 보사행정이 내무행정으로 편입되므로써 나타나는 사회복지업무담당 일반공무원의 전문성 부족, 1987년부터 공적부조업무의 전문성을 제고하기 위하여 배치된 사회복지전문요원의 타업무겸임, 그로 인한 사회복지전문요원의 서비스 목적달성과 책임성의 미흡, 업무만족의 저하와 소진현상의 증대, 그리고 전문인력의 관리미흡, 인력 및 상담시설의 부족 등이다.

이를 구체적으로 설명하면 다음과 같다.

첫째, 일선기관의 전문성 부족으로 시·군·구나 읍·면·동의 일선행정기관이 보사부의 지침만을 받아 수행하는 상의하달식 전달체계는 주민의 욕구를 적시에 적합하게 반영하지 못하여 서비스의 효과성을 저해한다. 공적부조나 사회복지서비스업무는 시대별, 지역별 다양한 욕구를 반영할 수 있도록, 지역주민과 밀접한 일선조직에서 서비스가 기획되고 서비스내용이 결정되어야 하는 것이 효과성달성을 위해 필수적인 요소이다.

둘째, 공적부조업무의 전문성을 확보하기 위해 1987년부터 배치되기 시작

한 사회복지전문요원은 1992년 3월말 현재 5,197개의 읍.면.동 중에서 1,754개의 읍.면.동에만 배치되어 있어, 배치되지 못한 지역의 공적부조업무는 일반사회담당에 의하여 수행되어 업무의 전문성이 확보되지 못하고 있다. 일반사회담당은 사회복지업무에 대한 교육적 배경이 미흡하고 순환근무로 인하여 경험도 부족하기 때문이다.

셋째, 일반행정기관에서 일하는 사회복지전문요원의 경우도 공적부조업무가 아닌 타업무겸임으로 인하여 생활보호업무를 책임있게 효과적으로 수행하지 못하고 있으며, 업무만족이 낮고 소진현상이 나타나는등 사기가 저하되고 있다. 전반적으로 타업무겸임은 심각한 문제로 나타나고 있다. 조사된 사회복지전문요원이 근무하는 읍.면.동사무소에서 사회담당 및 가정복지업무담당이 전혀 없는 경우가 29%이고, 사회담당이나 가정복지업무를 담당하는 사람이 한 사람만 있는 경우 57%에 그쳐 사회복지전문요원들은 읍.면.동사무소에서 사회업무나 가정복지업무를 겸임하는 읍.면.동이 전체의 86%나 된다. 그 결과 사회복지전문요원의 전체 업무량의 57.4%만이 생활보호관련업무가 되고 있으며, 업무의 42.6%가 가정복지, 일반행정, 지역복지, 보건위생 등의 업무로 구성되고 있다.

일반행정기관이라는 조직환경요인이 사회복지전문요원의 효과성, 책임성, 업무만족 및 소진현상에 미치는 영향을 알기 위하여 타업무겸임정도가 다른 두 사회복지전문요원 집단을 비교한 결과, 양집단의 업무수행에 영향을 미치는 일반행정기관의 조직환경과 사회복지전문요원집단의 특성 또는 생활보호업무성격이 양집단간 유사함과 상이함에서 구분되어 나타났다.

양 집단이 유사함을 보이는 것은 가정방문횟수 및 상담횟수가 부족하고, 자산조사율이 불충분하며, 제공하는 서비스 질이 미흡하다고 생각하고 있고, 99.5%에 달하는 시간외 근무경험을 갖고 있으며, 상담일지를 70%이상 쓰지 않음으로써 책임성이 지켜지지 않고, 인정받음에 대한 부정적 느낌을

가지고 있다는 것이다. 이것은 양집단이 공유하고 있는 업무환경, 즉 업무량과다로부터 비롯된다. 그럼에도 불구하고 양집단은 소득기준을 엄격히 적용하려고 노력하고 있고, 보호대상자를 자의적으로 선정하거나 외부의 압력에 의하여 승인하지 않고, 보호대상자에 대한 엄격한 관리로 보호증지가 구율을 21-24%로 유지하고, 자신의 역할에 대한 분명한 인식을 갖고 있으며, 업무만족과 서비스의 인간화, 개인적 성취감등의 변수에서 긍정적인 느낌을 유지하고 있다. 또한 대인복지서비스를 제공하는 것과 지역 타복지서비스를 이용하는 것도 비슷한 양상을 보인다. 이러한 긍정적인 측면의 공통적 성향을 보이는 기저에는 사회복지전문요원이 타업무겸임의 차이에도 불구하고 전문인력으로서 전문성을 유지하려는 노력과 그에 대한 긍지가 깔려 있는 것을 알 수 있다.

이와 같은 유사함에도 불구하고 타업무겸임정도의 차이가 양집단의 효과성과 업무만족, 소진현상에서 분명한 차이를 보이는 지표들이 있는데 이 지표들은 문제의 원인이 일반행정기관에 편입된 것으로부터 기인한다는 것을 분명히 보여주고 있다. 타업무겸임 정도가 높은 사회복지전문요원은 주당 시간외 근무횟수가 더 많고, 시간외 근무이유 중에서도 일반행정업무때문인 차지하는 비중이 더 높고, 일반행정업무를 겸하는 대신에 생활보호대상자의 정기책정과 추가책정시 지역주민에 더욱 의존하고, 보호대상자의 보호증지 이유중에서 대상자가 스스로 포기할 때 보호증지를 시키는 비중이 더 커서 대상자위주의 적극적인 보호역할을 미흡하게 하고 있고, 대인복지서비스를 원활히 제공하지 못하는 이유로 시간.여유부족과 상사.동료의 이해부족을 더욱 중요하게 지적하고, 일반행정직원과 업무상 갈등경험도 더 많으며, 갈등내용도 행정업무 협조 및 전문성에 대한 동료직원의 인식부족 및 부정을 더 많이 지적하고 있다. 이러한 타업무겸임의 정도차로부터 비롯되는 양집단의 차이는 서비스제공 목적달성과 업무환경만족, 소진까지 연결된다.

타업무겸임을 적게하는 사회복지전문요원은 보호대상자의 수혜자격 결정시 자율성을 유지하는 정도가 더 높고, 따라서 업무추진시 더 재량권이 있다고 느끼고 있으며, 실제로 업무환경에 더욱 만족하고, 역할갈등을 덜 느끼고, 소진현상을 덜 경험하고 있다. 또한 서비스효과성의 중요한 변수인 업무에 대한 객관적 감사지적건수가 적고, 자활효과에 대해서도 긍정적인 평가를 내리고 있다. 타업무겸임정도가 다른 사회복지전문요원이 업무만족에는 비슷하게 긍정적으로 느끼고 있으나 업무환경만족에 있어서는 차이가 난다는 것은, 사회복지전문요원이 어려움을 느끼는 것의 원인으로 업무자체보다는 일반행정기관에서 근무하는 업무환경이 더 중요하다는 것을 단적으로 보여 주고 있다.

넷째, 인사관리 및 보수체계가 전문업무에 적합하지 않고, 사회복지직렬의 부재로 승진의 가능성이 제한되고 전문적 지도, 감독이 시행되지 않고 있음도 사회복지전문요원의 전문적 자율성을 저해하고 사기를 저하시켜 궁극적으로 효과성을 침해하는 요소로 작용하고 있다.

다섯째, 근본적으로 전문인력 및 상담시설이 부족하여 담당자들의 업무량이 과다하고, 전문적 대인복지서비스가 제공되지 못하고 있다. 조사된 사회복지전문요원이 1인당 담당하는 보호가구는 289가구나 되어 업무량과다에 시달리고 있는데 이는 사회복지전문요원이 적정하다고 생각하는 96가구보다 193가구나 초과되는 가구이다. 전문인력 및 시설부족의 문제는 생활보호업무에만 해당하는 것이 아니고 부녀, 아동, 장애인, 정신질환자 등에게 제공되는 사회복지서비스에도 해당되는 문제이다.

이밖에도 효율성을 저해하는 요인들로는 사회복지서비스나 생활보호가 서비스제공자의 행정편의 위주로 제공되고 있고 서비스가 서로 연계되어 보호대상자를 중심으로한 통합적인 서비스가 주어지지 않기 때문에 서비스단절 및 중복이 생기는 문제와, 각종위원회가 형식적으로 존재함으로써 발생하는

불필요한 시간, 에너지의 낭비를 들 수 있다.

공적부조와 사회복지서비스 전달의 효과성을 높이기 위해서는 이러한 효과성과 효율성을 저해하는 문제들이 해결되어야 한다. 즉, 타업무겸임을 방지하고, 전문인력 및 전문상담시설을 증가시켜 업무과다문제를 해소하고, 사회복지직렬을 신설하여 보수, 인사체계를 고침으로써 사회복지전문요원의 사기를 고취시키며 지도, 감독체제를 개선함으로써 책임성을 제고하여야 한다. 나아가 공적부조와 사회복지서비스간의 연계를 강화시켜 보호대상자측면에서 포괄적이고 지속적인 통합적 서비스를 제공하도록 하고, 각종 형식적인 위원회를 전문적 인력 및 조직의 강화로서 대체하도록 한다.

효과성, 효율성과 관련된 이 문제들을 보면 조직내부구조, 인력, 업무, 관리체계등 조직의 중요한 구성요소에서 발생하는 것이므로 총체적 문제로 인식되어야 하며, 모두 사회복지업무의 전문성이 확보되지 않음으로써 발생하는 것들이 확연히 드러난다. 이러한 총체적 문제의 원인이 조직의 목적과 과정상 일치하고 있지 않는 내무부조직에서 사회복지업무를 일반행정업무와 함께 다룬다는데 있으므로, 사회복지업무의 전문성이 실제적으로 보장되지 않는 형식적이고 부분적인 개선만으로는 이 문제들을 근본적으로 해결하기 어렵다.

라. 정책적 제언 : 사회복지사무소 설치 및 운영방안

본 연구에서는 사회복지조직의 개편이 궁극적으로 효과성과 효율성을 달성하기 위해서는, 사회복지업무의 전문성 제고를 우선으로 하여 이루어져야 한다는 원칙하에 사회복지업무만을 고유로 전담하는 사회복지사무소의 설치를 주장하였다. 그리고 사회복지사무소의 모형을 개발하는데 있어서는 책임성, 형평성, 통합성, 포괄성, 지속성을 개선한다는 원칙하에 설치 및 운

영방안을 마련하였다.

이러한 조직개편의 목적 하에 사회복지사무소의 모형을 개발하기 위해서는 우선 사회복지사무소와 민간복지서비스기관의 관계가 정립되어야 하며, 지역화의 단위, 내부조직, 업무, 인력, 사회복지사무소와 타 정부기관의 역할분담이 결정되어야 한다. 본 연구에서는 각 설치차원별로 위의 개편 목적을 가장 적합하게 달성할 수 있는 대안이 무엇인지를 판단하기 위하여, 각 설치차원에서 대안을 결정할 때 고려해야 하는 요인들과 그 요인들의 한국적 상황을 분석하였다. 그 결과 사회복지사무소의 모형은 다음과 같다.

1) 사회복지사무소와 민간복지서비스기관의 관계

민간복지서비스기관은 비민주적이고, 특수전문화를 지향하고, 서비스 중복 및 단절의 비효율성을 보유하고, 중산층위주로 서비스를 제공하고, 클라이언트 욕구에 기준하기보다는 기관에 있는 사회사업가의 관심에 기준하여 클라이언트를 선정하고, 서비스 분포가 지역적으로 불균형하고, 통제하기 어렵고 따라서 시민에 대한 서비스 제공의 책임성이 미흡한 단점들을 가지고 있다. 따라서 시민에 대한 책임성과 소득계층별, 지역별 형평성을 요구하는 공적부조와 사회복지서비스들은 기본적으로 사회복지사무소에서 제공하여야 한다. 이것은 이미 한국에서 각종 사회복지서비스분야에서 재원의 주체는 정부가 되고 운영주체는 민간이 되는 공적서비스기관과 민간서비스기관간의 실용적인 협력자관계를 크게 변형시키지는 않을 것이다. 이미 책임성, 형평성이 강조되는 공적부조업무는 사회복지전문요원이 공적서비스기관에서 제공하고 있고, 민간서비스기관은 교육, 훈련, 보호, 취업알선등 소비자주의가 필요한 서비스를 제공하여 양 기관간의 역할분담이 보충적, 보완적으로 분명하게 이루어지고 있기 때문이다. 따라서 사회복지사무소에서는 생활보호법, 의료보호법, 재해구호법, 아동복지법, 노인복지법, 장애인

복지법, 모자복지법, 윤락행위등방지법 등에 규정된 현금급여와 의료보호카드 및 보장구교부등의 현물급여, 법적으로 지시된 상담, 보호조치, 입소조치 등의 대인서비스, 시설운영지도 및 관리 등 법적인 책임성이 요구되고 서비스가 중요하여 지역적인 불균형분포가 수혜대상자의 정상적인 생활유지에 치명적인 손해를 줄 수 있는 서비스를 담당한다. 민간복지기관에서는 지역주민의 복지향상을 위한 예방적인 성격이 강하고 교육, 훈련, 탁아, 취업알선 등의 서비스처럼 주민의 적극적 참여와 소비자주의가 필요한 서비스를 제공하도록 한다. 앞으로 민간복지기관과 사회복지사무소간 역할분담의 재조정이 일어나야 하는 업무는 상담과 노인·장애자의 재가보호부분이다. 사회복지사무소에서 경미하고 단기적인 상담은 이루어져야 하지만 전문가의 자율성이 중요한 장기적이고 전문적 상담은 좀 더 관료적인 사회복지사무소보다는 민간복지기관이 더욱 적합하다. 그러나 이를 위해서는 현재 민간복지기관의 전문적 상담기능이 강화되어야 한다. 노인·장애인의 재가보호는 전문성이 그다지 중요한 것이 아닌 서비스이면서, 실제 저소득층 및 문제가 정의 복합적인 문제를 해결하기 위해서는 필수적인 것이라는 측면에서 지역적 형평성이 중요한 서비스이기 때문에, 그에 대한 재원이 확대될수록 현재 지역적으로 균형된 분포를 보이지 않는 민간복지기관이 서비스를 제공하는 것에 대한 도전을 받게 될 것이므로 역할분담의 재정립이 요구될 것이다.

2) 지역화단위

사회복지사무소의 지역화단위는 기존 행정구역을 그대로 이용하여 주민의 접근성을 높이고, 포괄적인 서비스를 제공하기에 적합한 주민의 욕구크기를 반영하고, 자원재분배가능성을 높이기 위해 시·군·구를 기본단위로 한다. 이 경우, 현재 읍·면·동에서 생활보호서비스를 받던 보호대상자들의 접근성은 감소할 수 있으나, 이는 사회복지전문요원의 증대로 인한 적정업무량 부

과로 서비스의 질을 향상함으로써 보완할 수 있을 것이다. 또한 신청보호의 확립과 일반행정기관에 배치된 주민등록 자료의 전산화가 진행될 것으로 예상되므로 사회복지전문요원의 주민에 대한 접근성도 점차 향상될 것이다.

3) 내부조직

사회복지사무소의 내부조직은 특수성을 유지하도록 공적부조과에서 생활보호와 의료보호업무를 다루도록 하고, 사회복지서비스과에서는 장애인복지, 노인복지, 가정복지, 정신의료복지를 각기 분류하여 다루도록 하며, 복지시설업무의 과중으로 인해 복지시설 인.허가 업무 및 시설 지도.감독업무를 담당하는 복지시설과를 따로 분리하여 설치한다. 타과와의 인력 수의 균형을 감안한다면 복지시설 전담자를 복지서비스과에 두는 것도 생각해 볼 수 있다. 또한 총무과를 두어 지역복지와 교육.훈련을 전담하는 기능을 부여한다. 특수성을 유지하는 내부조직으로 구성된 이유는 현재 한국의 사회복지법이 특수성을 강조하면서 발달되어 있고, 1987년부터 배치되기 시작한 사회복지전문요원들이 생활보호에 국한된 업무를 주로 다루어 특수한 사회복지서비스를 서로 조정, 통합하기 위한 지식과 경험이 충분히 축적되지 못하였고, 지역사회보호(community care)가 아직 폭넓게 수용되지 않으므로써 일반사회사업(generic social work)을 수행할 수 있는 여건이 마련되어 있지 않기 때문이다. 한 복지사무소 당 평균적으로 필요한 47명의 인원을 이러한 내부조직에 따라 각 과에 배정하면 소장 1명을 제외하고, 각과의 인원수는 욕구의 크기에 비례하여 총무과에 14명, 공적부조과에 15명, 복지서비스과에 14명, 복지시설과에 3명이 필요하다. 물론 이러한 내부조직 및 그에 따른 인력배치는 1992년 현재 평균적인 시.군.구의 경우에 해당하는 것이고, 교통수단의 발달 및 사회복지욕구등의 지역의 격차 및 앞으로 사회복지욕구변화를 반영하여 조정되어야 할 것이다.

4) 업무

사회복지사무소의 업무는 생활보호, 의료보호와 장애인, 노인, 모자, 아동, 정신의료복지서비스로 설정한다. 공적부조와 복지서비스는 통합적인 서비스를 보호대상자에게 제공하는데 상호 보완적이고, 현재 공적부조만을 위하여 분리된 조직을 전국적으로 국가나 지방정부가 설치하기는 어려울 것이므로 사회복지사무소에서 같이 제공하는 것이 바람직 하다. 사회복지사무소에 근무하는 전문인력의 구체적인 업무는 현재 사회복지전문요원, 장애인복지지도원, 노인복지상담원, 아동복지지도원, 보육지도원, 모자복지상담원이 하는 업무와, 부녀상담원이 하는 업무중에서 보호지도소의 업무와 상담 및 선도보호업무이고 복지위원과 아동위원을 지도, 감독하는 업무이다. 이것은 상담, 지도, 의뢰, 알선, 필요한 시설보호조치등의 상담, 치료적 직접적 업무위주로 되어 있는 현재 전문인력의 업무를 초기에 그대로 유지한다는 것이고, 예방, 개발, 지역사회보호의 서비스는 지역사회보호가 법적으로나 현장에서 더 발전되어야 강화될 수 있을 것이다. 사회복지사무소의 업무 중에서 중요한 것은 사례관리업무(case management)를 강화하여 보호대상자에게 사회복지서비스가 통합적으로 주어져 서비스가 포괄적이고 지속적으로 중복없이 주어지도록 하여야 한다는 것이다.

5) 인력

사회복지사무소의 전문인력은 사회복지분야의 전문교육이나 그에 상당하는 경험을 가진 자들로서 배치하여 조직의 전문성을 확보하여야 한다. 사회복지사무소에서 근무하는 인력간에는 횡적 자격기준이 통일되어야 하고 종적인 위계체계가 만들어져야 한다. 사회복지사무소가 특수성을 강조한다 하더라도 같은 직급간에 교육수준이라든지 경험기간의 요구조건에서 통일성을 보여야 하므로, 현재 일관성이 부족한 장애인복지지도원, 노인복지상담

원, 아동복지지도원, 보육지도원, 모자복지상담원, 부녀복지상담원간에 자격시험제도, 교육 및 실무경험요구년수 등에 대한 통일된 기준을 마련해야 할 것이다. 종적인 위계체계는 시·군·구 지방자치단체에서 하나의 부서로 독립성이 있고 자율성이 있는 결정권한을 가진 국장과 동일한 일반행정직 4급으로 사회복지소장을 임명하고, 각 과의 과장을 5급, 지도원을 6급, 전문요원을 7급, 전문요원을 8,9급으로 사회복지직렬을 만들어야 한다. 사회복지직렬을 설치하는데 있어서는 전문성의 유지와 승진으로 인한 사기진작이 서로 상충적인 원칙으로 작용하게 되는데 전문성을 유지하기 위해 일반행정직렬과 인사교류가 최소한도로 일어나게 하되, 인사정체에 따른 직인사기저하를 방지하기 위한 적극적인 동기부여정책이 보수, 근로조건등의 면에서 실현되어야 한다.

6) 사회복지사무소와 타 정부기관의 관계

사회복지사무소가 설치되면 보사부나 내무부조직과의 기존 관계를 재정립하고 사회보험이나 보건업무, 아동상담이나 부녀상담을 담당하고 있는 타 정부기관과의 역할분담을 재검토하여야 한다. 사회복지사무소는 상의하달식의 수직적 전달체계에서 발생하는 서비스의 일률화, 경직화문제를 해소하고 지방자치제의 발전과 지역사회복지욕구의 확대 및 다양화에 부응하기 위하여 지방분권화를 전제로 한 시·군·구청의 외부 계선조직으로 만든다. 단, 지방분권화의 전제조건인 안정된 정책과 자원환경, 정보기술의 발달, 계획과 예산집행을 할 수 있는 능력등이 충분히 구비되지 못한 현실여건을 감안하여 계획과 예산집행, 자원분담측면에서 중앙정부의 지원·통제역할을 단계적으로 서서히 감소시켜나가야 할 것이다. 이미 전달체계를 갖추고 있는 국민연금 또는 의료보험은 자격기준, 급여수준등의 전국적 일관성을 유지하여야 하는 중앙정부의 프로그램이므로 지방정부의 성격이 강한 사회복지

지사무소의 공적부조와 사회복지서비스와는 분리되어야 한다. 단, 장기적인 측면에서 사회복지사무소가 정착되면 사회보험을 중앙정부의 위임업무로 받아들일 수는 있을 것이다. 지방분권화를 전제로 하면 생활보호, 의료보호, 노인, 장애인, 아동, 모자복지정책수행에 있어서 현행의 보사부, 시, 도, 시.군.구, 읍.면.동간의 역할분담이 재정립되어야 한다. 기존 시.군.구와 읍.면.동의 공적부조와 사회복지서비스 업무는 사회복지사무소로 이관되어야 한다. 따라서 시.군.구의 사회(복지)과 및 가정복지과의 업무는 일반사회업무나 일반부녀업무로 축소.조정되어야 하고 시.도의 보건사회국내의 사회과와 가정복지국내의 가정복지, 부녀복지, 청소년복지과의 업무가 통합, 조정되어 시.군.구의 사회복지사무소를 체계적으로 지도, 감독할 수 있는 방향으로 조직개편이 있어야 한다. 보사부나 시.도와의 역할분담에서 재정립이 필요한 부분은 입소.전원.퇴소.보호조치, 보호자.배우자에 대한 조치통지, 비용의 수납, 위탁, 상담, 치료, 사후지도, 보호대상자에 대한 자료관리, 복지(사업)자금대여, 복지시설설치 및 관리, 아동위원 및 복지위원의 지도.감독 등의 보호대상자나 보호대상자의 보호자, 시설에 대한 직접적인 서비스제공부분인데 이러한 서비스는 지역사회를 잘 파악하고 있고 보호대상자와 가장 가까운 사회복지사무소의 업무로 설정되어야 한다. 사회복지사무소는 전문성을 최대한 발휘할 수 있도록 시.군.구 및 읍.면.동의 일반행정과 분리하여 설치하도록 하며 보건.의료조직과도 조직적으로는 분리시키고 프로그램운영상 연계되는 방안을 마련하여 전문성과 통합성을 유지하도록 한다. 아동상담소와 부녀상담소는 일시보호를 제외한 대부분의 업무에서 사회복지사무소와 업무중복이 예상되므로 상담의 수준에 따른 업무분담을 재정립하여야 하나, 재정립하지 않을 경우에는 아동상담소와 부녀상담소의 사회복지관련업무를 사회복지사무소로 흡수하여야 할 것이다.

7) 재정

사회복지사무소를 시·군·구마다 독립된 조직으로 설치할 때, 필요한 사회복지전문인력의 수는 9,864명인데, 이 중에 이미 배치되기로 예정되고 있는 4,000명의 전문요원과 시·군·구 사회과인력의 50%, 가정복지과인력의 70%를 시·군·구로 흡수한다는 가정하에 추가로 필요한 사회복지전문요원을 추계하면 2,704명정도 된다. 이러한 가정하의 추가전문인력에 대한 사회복지사무소의 인건비 및 관리운영비, 기타사업비는 사회복지사무소 1개소당 1년에 2억 1,010만원, 임차료와 장비구입비는 8억 545만원정도로 예상된다. 추가인력에 대한 인건비와 관리운영비, 기타사업비 및 임차료, 장비구입비를 합하여 사회복지사무소 출범 첫해의 274개의 사회복지사무소에 대한 총비용은 2,783억이 될 것이다. 이 중에 중앙정부가 신규인력 인건비의 50%(서울) ~ 80%(지방)를 부담하면 중앙정부의 분담액은 1차년도에 2,690억 정도되어 공적부조, 사회복지서비스 비용에 대한 중앙정부지출액의 약 37%, 사회보장지출액의 10.3%가 되지만, 2차년도부터는 공적부조, 사회복지서비스에 대한 중앙정부지출액의 6.7%, 사회보장지출액의 1.9% 수준에 머물 것이다. 2차년도부터 들어가는 인건비, 관리운영비, 기타사업비에 대한 비용추계를 사회복지사무소의 전인력에 대해 확대하면 중앙정부의 총부담액은 약 1,118억으로 전체 공적부조, 사회복지서비스지출의 약 15.4%, 사회보장지출의 약 4.3%를 차지하게 되는데 이러한 행정비용은 영국, 미국의 행정비용과 비슷한 수준이다. 사회복지사무소의 출범으로 인한 이러한 재정부담의 충격을 완화하기 위하여 단계적으로 사회복지사무소를 확대하거나, 1차년도에 추가비용의 약 80%를 차지하는 임차료, 장비구입비 등을 감소시키기위하여 국·공유지를 사용하여 건축하거나, 기존 구민회관 및 사회복지관을 이용하는 등의 대안을 적극적으로 검토해 볼직도 하다.

마. 기대효과

사회복지사무소의 모형을 개발하는데 있어서 단 하나의 합리적이고 이상적인 모형은 존재할 수 없다. 사회복지조직개편의 목적중 전문성, 효과성, 책임성과 효율성향상은 본질적으로 서로 상충되는 면을 보유하기 때문이다. 본 연구에서는 효과성이 달성되지 않는 효율성은 의미가 없고, 사회복지사무소 업무의 효과성을 성취할 수 있는 가장 중요한 방법은 전문성을 확보하는 것이라는 판단아래 위의 사회복지사무소모형은 전문성을 우선순위로 선택하여 설계되었다. 그러나 효율성의 진정한 의미가 효과성을 성취하는 한도 내에서의 효율성이라면, 사회복지사무소의 전문성확보는 서비스의 단절, 중복의 방지 및 자활의 효과증대로 인한 효율성의 향상도 가져올 것이다.

사회복지사무소의 설치로 전문적 공적부조 및 사회복지서비스 전달체계가 확립될 때, 공적부조와 사회복지서비스 정책의 진의가 비로소 실현될 수 있을 것이다. 그러나 공적부조 및 사회복지서비스 전달체계의 개선은 사회복지사무소의 외형적인 모형개발에만 의존하는 것이 아니고, 실질적으로 사회복지사무소내의 전문인력의 수준 및 그들이 전달하게 되는 구체적인 서비스 내용에도 상당히 의존한다. 이런 면에서 사회복지사무소의 설치는 전문적인 공적부조 및 사회복지서비스 전달체계를 구축하는 초석일 뿐이고, 지속적인 전문인력의 보완과 서비스 내용의 충실함으로 채워져야하는 그릇일 뿐이라는 것을 인식하고 이를 위한 노력이 계속 이어져야 할 것이다.

바. 연구자

박경숙, 강혜규

13. 남북한 사회보장 및 보건의료제도 비교연구

A. 보건의료부문

가. 연구목적

북한 보건의료 제도 및 운영 실태 파악에 중점을 두고, 남북한 비교를 통하여 제도상 차이 및 장단점을 분석, 이를 토대로 통일에 대비한 보건의료 제도상의 보완·개선책 및 발전 방향을 제시함

나. 연구방법

북한 보건의료 제도에 관한 선행 연구 자료와 북한 문헌을 주로 이용하여, 북한의 전반적인 보건의료 실태를 파악한 후, 남북한 차이 및 장단점을 비교 분석함

다. 연구의 제한점

남북한 정치·경제 체제의 이질성, 북한 자료 구득상의 애로, 그리고 수집된 자료의 경우에도 홍보·선전적 색채가 짙어 그 신뢰도가 낮다는 점 등으로 인하여, 북한 자료에 토대한 제도 및 통계 비교로는 북한 실상 파악이 미흡함을 감안해야 함

라. 연구결과

1) 보건의료 기본정책

(1) 자유 민주주의 체제에 기반을 두고 있는 남한에서는 사회보험 방식의 전국민 의료보험제도를 주축으로 보건의료 기본정책이 시행되고 있으며, 다원적 민간주도형 사회제도에 맞추어 공공 및 민간부문 보건의료의 혼합체계를 갖추고 있다.

(2) 북한 보건의료정책은 사회주의 국가의 보건의료 이념(보건의료의 탈상품화와 국유화)과 원칙을 충실하게 답습하면서 북한식 주체사상을 가미시킨데 토대를 두고 있다. 특히 북한은 사회주의제도의 우월성을 설명하기 위하여 흔히 보건의료부문을 내세우고 있는데, 기본정책은 ① 무상치료제 실시, ② 예방보건사업의 강화, ③ 의사담당구역제 실시, ④ 주체적 의학 과학기술 발전(한의학과 현대의학의 통합, 이론의학과 실천의학의 통일), ⑤ 보건사업에의 대중참여 등이다.

2) 보건의료 조직체계 및 법령

(1) 남한의 보건의료 조직체계는 다원적 사회구성에 맞게, 정부조직에서는 보건의료 전반에 걸친 정책을 수립하고, 예방보건과 의료 취약지역 주민을 위한 서비스를 주도적으로 제공하며, 민간부문에서는 치료중심의 서비스를 주로 담당하고 있다. 그러나 민간부문에 대한 의존도가 지나치게 높아 의료자원의 지역간 불균형, 의료의 상품화, 예방보건사업의 부실 등이 문제로 되고 있다.

(2) 북한의 보건의료 행정체계는 일원적인 국가 주도형이다. 국영화되어 있는 모든 자원은 지역별로 비교적 균등하게 배분되어 있으며, 중앙 및 지방 행정기관의 통제를 받도록 되어 있다. 따라서 강력한 정책집행에 따라 자원이 효율적으로 활용될 수 있을 것 같지만, 자칫 국민의 보건요구와는

거리가 먼 중앙집권적 통제와 관료주의의 병폐를 배제할 수 없다.

(3) 북한 보건법령의 기초를 이루고 있는 「인민보건법」(1980년 4월 제정)에서는 전반적 무상치료제, 예방의학 중심의 보건사업, 주체의학과 과학기술발전을 기본원칙으로 하고 있으며, 최근(1992년 4월) 수정된 북한헌법에서도 무상치료제를 국민의 기본권리로 삼고 있다.

3) 보건의료인력 및 시설

(1) 의료인력의 종류와 교육과정에서 남북한 차이가 심하다. 남한에서는 ① 국가나 전문의료단체가 의료인 면허/자격제도를 관장하며, ② 인력양성은 의과대학, 치과대학, 약학대학, 한의과대학으로 구분되는 분리체제 하에서 이루어지고, ③ 의사종류에는 의사, 치과의사, 한의사가 포함되고, ④ 의료관련인력은 고도로 세분화되어 있으며, ⑤ 기술수준 향상수단으로 능력별 보직제 및 보수 차등화를 실시하고, ⑥ 보수는 타직에 비해 고소득이나 의료인 상호간 소득격차가 심하며, ⑦ 의·약사(의사, 치과의사, 의사, 약사포함) 1인당 인구수는 450명 정도(1990년 기준)이다.

(2) 북한에서는 ① 졸업과 동시에 자동적으로 의료인 면허/자격을 취득하며, ② 의학대학내 의학부, 동의학부, 구강학부, 약학부를 둔 통합체제 하에서 해당인력을 양성하며, ③ 의사종류는 의사, 위생의사, 치과의사(이상 6년제 의학대학 졸업, 예과 1년 별도), 동의사(5년제 의학대학 졸업, 예과 1년 별도), 부의사(4년제 고등의학전문학교 졸업), 준의사(3년제 고등 의학교 졸업), 약사 등으로 다양하며, ④ 주로 중등보건일꾼으로 명명되는 의료관련인력은 기능상 미분화되어 있고, ⑤ 기술수준 향상을 도모하고자 승진 및 급수유지 시험제도를 실시하며, ⑥ 보수수준은 전반적으로 낮으나 의료인 상호 소득격차는 적으며, ⑦ 의·약사(의사, 치과의사, 한의사, 위생의사, 약사포함) 1인당 인구수는 350명 정도(1990년 기준)로 추정된다.

(3) 남북한 의료인력을 비교해 보면, 북한에서는 의사 의존도가 높은

만큼 양적으로는 의사수 비율이 약간 더 높지만, 남북한 의료수준의 격차, 의약품, 의료기기의 차이점 등을 감안할 때, 그 질(능력)에서는 상당히 차이가 있으리라는 것이 일반적 견해이다. 비록 의료인력의 과다 및 과소에 관한 평가는 각각 상이한 제도와 종사인력 상호간의 역할분담 등이 감안된 상태에서 이루어져야 할 지라도, 통일에 대비 남북한 의료인력의 기술수준을 평준화시키는 과제는 보건의료계의 커다란 관심사로 제기되고 있다.

(4) 남한에서는 ① 민간 병의원 위주(약 90%) 의료체계가 발달되어 의료공급상 민간부문이 주도적 역할을 하고 있으며, ② 예방보건 및 의료취약지역에서의 서비스를 주로 제공하는 공공부문에서는 보건소 조직망을 권장하며, 병원급 시설로 국공립병원, 의료취약지역에 건립된 보건의료원 및 전문병원이 있으며, ③ 읍·면·동에 상당수 민간 약국시설이 있어서 1차 진료의 일부 기능을 담당하고 있다. 1985년 기준 병의원수는 15,000여소이다.

(5) 국영 보건의료 체계하의 북한에서는 ① 중앙의료시설의 경우, 민간 병원이 전혀 없이 모두 국가소유 또는 공공병원인데, 동시설내에 간부진료과가 독립되어 있고, ② 지방병원 역시 완전 국영체제로서 각도 인민위원회 소재지에 도 중앙병원과 의학대학병원이 1개씩 있으며, 시·군지역에 인민병원, 리지역에 리진료소 또는 병원, 산업지역에 산업병원 등이 있고, ③ 특수시설로 간염요양소, 결핵요양소, 정신병원이 있고, ④ 시·군단위에 양약국과 한약국이 1개소씩 있다. 1985년 기준 병의원수는 8,200여소이다.

(6) 한의학부문을 보면, 남한에서는 모든 한방병원이 민간차원이며, 양방의료시설과는 독립 설치되어 있음에 비하여, 북한에서는 국가가 모든 동의과병원을 운영하며, 시·군 병원에 동의과를 따로 설치하고, 공장병원, 리인민병원과 외래진찰소에도 한의사 또는 한방 의료일꾼을 배치하여 1차 진료를 맡게 하며, 한·양방 진료가 동시에 실시되는 의료기관도 있고, 이외에도 7-10개의 진료과를 두고 있는 동의병원이 도별 또는 산업도시에 있다.

4) 의료전달체계

(1) 진료권: 남한에서는 대진료권(도단위)과 중진료권(군단위)의 2단계 광역 진료권을 설정하고, 주거지와 근무지 여건을 감안 복수 중진료권이 인정되고 있으며, 중진료권내 모든 의료기관을 이용할 수 있어서 의료이용의 편의와 자유가 최대한 보장되고 있다. 그러나 북한에서는 행정단위와 진료권을 일치시켜 리진료권, 군진료권, 도진료권을 형성하고 있으며, 거주지·군을 벗어날 경우 통행증을 발급받아야 하므로 2·3차 진료기관 이용이 제약된다.

(2) 의료기관: 남한에서는 병원중심의 민간의료기관 발전과 의료기관의 도시집중 및 진료권별 의료시설의 불균형 분포로 인하여, 지역간 의료이용상의 불평등과 함께 각급 진료기관의 기능분화 및 협업체계 미흡이 문제시되고 있다. 이에 비하여 북한에서는 리·동단위까지 1차 의료시설이 있어서 의료이용상 접근성이 높으며, 리진료소의 병원화와 군병원의 종합병원화로 의료자원이 비교적 균형적으로 분포되어 있고, 각급 의료기관별 기능분화 및 협업체계가 확립되어 있으며, 1차 진료기관의 포괄적 보건의료 서비스 제공등이 특징으로 나타나 있으나, 운영면에서의 실효성은 불분명하다.

(3) 진료체계: 남한은 1, 2차 진료로 구분되는 2단계 의료전달체계를 유지하고 있으며, 1차 진료는 중진료권내 각급 의료기관을 모두 이용할 수 있어서 의료이용의 편의성이 최대한 보장되고 있다. 그러나 과잉 의료이용과 행위별 수가제적용 등이 의료비 증가요인이 되며, 대형병원으로의 환자 집중현상이 문제시되고 있다. 한편 북한은 4단계 의료전달체계 유지와 환자 후송 및 회송시 증상, 처방, 검사결과 등이 수록된 교환병역서와 상급의료기관의 진료지시서 등에 의한 진료기관간 협업체계가 확립되어 있다. 따라서 적정 의료이용이 유도될 수 있고, 무상치료제 실시로 의료수혜의 보편성이 유지될 수 있는 장점이 있으나, 환자의 의료기관 선택권이 없고, 엄격한

의료전달체계의 운용과 의료제공자에 대한 보상제 결여로 형식적 서비스에 치우치는 경향이 있어서 의료이용상 불만의 소지가 있다.

5) 보건수준

(1) 남한에서는 1990년 기준 평균수명이 71세로 추정되고 있다. 한편 북한에서는 1986년 기준 평균수명을 74.3세로 발표하고 있지만, 미국 센서스국에서는 북한인의 평균수명을 1986년 67.7세, 1990년 69.0세로 추정하고 있다. 동추정치에 의하면 1960-1990년간 북한인의 평균수명은 20세 정도 증가한 것으로 나타났으며, 이는 도시 농촌간 차이를 감소시키는 방향으로 이루어져 왔다.

(2) 북한은 1983년 영아사망 수준을 출생아 1,000명당 10.0명으로 발표하고 있으나, 미국 센서스국 추계치에 의하면 1990년 31로 나타나, 북한당국 발표치는 영아사망을 73% 정도 미반영하고 있다고 한다. 이와 같이 북한의 영아사망률은 남한의 1990년도 영아사망률 12.8에 비하여 매우 높은 편이지만, 경제수준이 유사한 타국가에 비해서는 북한의 영아사망 수준이 낮다고 볼 수 있다.

(3) 북한 사인통계에 의하면, 1960년대에는 「감염성 및 기생충성 질환」과 「호흡기계 질환」으로 인한 사망이 전체 사망자의 42.5%를 차지하였으나, 1986년에는 13.3%(남한 8.0%)로 저하되었다. 반면 「악성 신생물」과 「순환기계 질환」으로 인한 사망은 1960년 14.7%에서 1986년에는 59.2%(남한 48.1%)로 증가하였다. 이러한 사인별 사망구조의 변화는 남한과 비교적 유사한 것으로, 위생·영양불량 및 빈곤 관련요인이 주요사인으로 알려진 고사망 수준에서부터, 암, 심장병 및 기타 만성질환이 주요사인으로 대두되는 저사망 수준으로의 전환시 야기되는 변화와 같은 양상을 띠고 있다.

(4) 사망수준 비교를 통하여 보면, 북한은 열악한 경제 여건과 식량공급 부족하에도 상당수준의 국민건강을 달성했다고 볼 수 있는데, 이러한 성

과는 지역주민이 보편적으로 이용할 수 있는 1차 보건의료체계의 확립에 기인한다고 평가된다.

(5) 1987년 기준시 남한에서는 GNP대비 보건의료비를 약 6%로 추정하고 있으나, 북한의 경우 2% 정도로 제시되고 있으므로, 자료의 한계를 감안하더라도 북한의 보건의료비 비율은 상당히 낮은 수준이다.

(6) 열악한 북한 경제상태가 말해주듯 북한에서는 의약품과 의료기자재 부족이 도시 농촌을 불문하고 매우 극심하므로, 의료기술수준과 관련하여 (특히 첨단의료장비나 의약품 사용 등) 남북한 격차가 극대화되어 있을 것이라는 점에서 상호간 이질성을 극복하자면 상당한 시간과 투자가 수반되어야 할 것이다. 일례로 북한 의학교과서에는 최신의료 기술이 소개되고 있으나, 전반적으로 현대적 장비 및 약제 부족으로 인하여 양질의 의료를 제공하지 못하고 있는 실정인데, 남한에서 보편적으로 쓰이는 초음파 진단이 1986년에 처음 북한 의학교과서에 소개되고 있으나, 실제 태아진단시에는 청진기만 쓰이고 있다.

(7) 한의학의 의료기술을 보면, 북한에서는 정책적으로 한의학 연구사업을 꾸준히 추진한 결과, 현대의학 각과에서 이를 병행하여 이용하고 있다. 일부 치료법의 경우 과학적 입증없이 쓰이고 있는 것도 있으나, 한의 외과적 치료법을 발전시켜 암 및 골절에 적용하고 있으며, 각종 피부연고를 조성하여 의사 및 약제사가 직접 조제 사용토록 체계화하였다. 남한에서는 현대의학과 한의학이 분리 발전되어 왔으며, 한의학 약재 및 기술이 아직 신의학에 비해 체계적으로 개발되고 있지 않다.

마. 정책적 건의

남북한은 해방후 약 반세기 동안을 분단국으로서 서로 다른 정치·경제·사

회 체제로 발전하여 왔으므로, 보건의료분야에서도 많은 차이와 이질적 요소를 갖고 있다. 그러므로 통일에 대비하여 이러한 차이를 줄일 수 있도록 하는 제도적 개선 및 보완과 함께, 남북한 기술교류를 통하여 동질성 회복에 대한 적극적 노력이 있어야 할 것이다. 이를 위한 정책건의를 요약하면 다음과 같다.

(1) 남북한 기술교류 및 협력증진을 위하여 보건사회부내 남북한 기술협력 담당부서를 설치, 향후 점증하게 될 보건·사회·복지 분야의 기술교류 및 협력업무와 정책과제를 집중적으로 다루도록 한다.

(2) 통일에 대비하여 남한에서는 지역간 소득계층간 보건의료에 관한 불균형 상태를 개선하자면, 농어촌 의료취약지역에 공공보건의료시설을 확충하고, 저소득층에 대한 의료비 지원확대등 의료보호제의 내실을 도모한다.

(3) 남한에서는 2, 3차 진료기능에 비하여 상대적으로 취약한 1차 보건의료를 강화하자면, 의료 취약지를 중심으로 읍·면·동에 공공 보건의료시설 및 인력 확충방안을 강구하고, 공공부문 중심의 양·한방 협진체계를 구축하며, 포괄적인 1차 보건 서비스 제공체계를 강화한다.

(4) 한방의료 및 한의학의 발전과 공공보건사업 확대를 위하여, 보건사회부내에 신설된 한방의료 전담부서를 중심으로 한방의료 및 약물관리가 발전될 수 있도록 하고, 국립 한의과대학 및 한의학연구소를 설립 운영한다.

(5) 국민건강향상을 위한 종합적 시각에서 국민건강증진법을 제정하고, 질병예방 및 건강증진등 예방보건에 중점을 둔 포괄적 보건사업을 강화해가도록 한다.

(6) 남북한 관계전문가로 구성되는 협의체를 발족, 상호 이질적인 의학 용어, 보건통계 산출근거, 의약품, 의료기기, 의료인력 및 시설에 관한 기준등을 통일하고 표준화할 수 있는 방안을 강구한다.

(7) 보건분야 남북한 기술교류를 위한 구체적 내용으로 ① 남한에서는 최첨단 의료장비 및 기술을 이용한 새로운 진단 및 치료법등의 현대 의학기술과 북한에서 부족현상을 보이고 있는 의료장비 및 의약품 등을 제공하고, ② 북한으로부터는 한의학에 관한 고전번역자료, 한방의료 과학화에 관한 기술과 정보, 한약재 및 한약품 등을 도입함이 바람직하다.

(8) 남북한 보건의료기술 교류 및 협력 증진을 위해서는 먼저 남북한 상호간 동분야 제도 및 운용실태에 관한 이해와 정보교류가 있어야 하므로, 세미나 등 학술발표회를 개최하고, 보건시설, 인력, 재정, 환경위생, 건강상태 및 보건의식행태 등 보건의료 전반에 걸친 공동연구가 추진되어야 한다.

바. 기대효과

본연구에서는 남북한 보건의료제도의 비교분석을 통하여, 상호간의 차이 및 장단점 그리고 통일에 대비한 남한 제도의 개선점과 발전방향을 제시하고 있으므로, 남북교류시 동분야의 정책개발을 위한 기초자료로 활용이 기대된다.

사. 연구자

변종화, 박인화, 서미경, 김만철

B. 남북한 사회보장제도 비교연구

가. 연구목적

최근 동·서독의 통일, 구 소비에트 연방의 해체, 남북한 유엔 동시가입, 한국과 중국의 국교 수립 등 급변하는 정치변화 및 남북관계 개선에 따라, 한반도의 통일에 대한 기대와 관심이 높아지고 있다.

그러나, 남한과 북한은 1945년 해방이래 자본주의와 사회주의라는 상이한 체제하에서 반세기를 지내왔으며, 그 결과 같은 민족이면서도 너무나 이질적인 사회 문화 제도속에서 의식구조의 격차와 가치관의 이질성이 심화되어 왔다. 더구나 북한사회는 사회주의 특유의 폐쇄성으로 인하여 우리가 접근할 수 있는 정보는 매우 제한되어 있다. 이러한 시점에서 본 연구는 남북 교류에 필요한 사회보장제도의 정책자료를 제공해 주고, 남북한교류의 걸림돌이 될 수 있는 문제점이 무엇인지를 제시하여 이에 대한 우리 정부의 효과적인 대응 방안을 강구하는 데 필요한 기초자료를 제공해주기 위해 실시되었다.

나. 연구방법

사회보장의 개념은 학자나 국가에 따라 상이하게 사용되고 있으며, 각각 자본주의와 사회주의라는 다른 체제로 형성되어온 남한과 북한도 사회보장 개념의 사용에 있어서 뚜렷한 차이를 보여주고 있다.

본 연구에서는 '사회보장제도'의 개념을 소득보장, 의료보장, 사회복지서비스를 지칭하는 것으로 한정하여 사용하였으며, 북한에서의 국가재원부담의 협의의 사회보장은 북한의 '국가사회보장'이라는 용어로 사용하였다. 구

체적으로, 소득보장의 경우 제도형태에 따라 사회보험의 부분인 연금제도, 산업재해보상제도, 실업보험제도와 공적부조로, 사회복지서비스의 경우 적용대상에 따라 아동복지서비스, 노인복지서비스, 여성복지서비스, 장애인복지서비스로 구분하여 각각 검토하였다.

남북한 사회보장제도의 비교연구를 위하여는 두개의 각각 다른 체제를 비교 하는데 있어서 평가의 기준으로 삼기위하여 평등성, 보편성, 공평성, 적절성, 효율성의 5가지 원칙을 준거틀로 사용 하였다.

그리고, 끝으로 우리의 통일정책에 참고가 될 수 있도록 동·서독 사회보장제도의 비교와 통독의 경제적 영향(부록)에 대하여도 연구하였다.

다. 연구결과 및 정책제언

1) 연금제도

연금제도의 기반조성 시기로 보면 북한이 훨씬 앞서고 있으나 이는 사회주의의 제도적 장치로써 노동인력의 의무적 동원체제 하에서 생성된 소득의 분배과정으로 이해하여야 할 것이다. 남한의 경우에는 시장경제 구조로 출발하였기 때문에 1960년대까지는 자본형성이 지극히 저조한 상태였고, 1960년대 이후에 이르러서 드디어 자본축적이 이루어지게 되면서 부터 사회보장의 기초가 마련되기 시작하였다.

남한의 경우 연금제도가 현재까지 공무원·군인·교원, 5인 이상 사업장근로자까지 확대 되었으나 아직도 농어민·도시자영자에게 확대되지 못하고 있는 반면에 북한은 모든 인민에게 보편적으로 실시하고 있다. 남한은 연금급여수준이 공무원·교원·군인·사업장근로자에 따라서 차이가 크기 때문에 평등성의 논의가 있을 수 있겠으나 이는 기여수준에 상응한 것이며, 북한의 경우 지배계층은 더 큰 혜택을 누리고 있기 때문에 형평성의 차원에서 더

큰 문제가 있다.

급여수준에 있어서 비교해 보면, 남한의 경우는 최종보수를 기준한 실질 소득 수준을 보장하고 있으며, 북한에서는 기본생활을 충족 시키는 것으로 되어있어, 북한의 소득보장 수준이 남한의 연금급여 수준 보다는 적절성 면에서 낮은 것으로 판단된다.

사회보험 재정을 보면 남한에서는 근로자와 사용자가 공동부담 하게 되어 있는데 반하여, 북한에서는 국가가 전담 하게 되어 있다.

관리운영 체계를 보면 남한의 소득보장체계는 여러 기구로 다원화 되어 있는데 비하여, 북한의 관리운영체계는 중앙집권방식으로 일원화 되어 있으며, 중앙집권방식은 분권방식 보다도 비용의 절감, 능률의 향상, 형평성의 제고를 가져 올 수가 있지만, 관료주의의 문제로 인하여 오히려 비능률을 나타내므로 사회적인 효율성은 떨어지게 된다.

2) 의료보장제도

의료보장제도의 정비에 있어서 남한은 1951년에 국민의료법을 제정하고, 1977년에 의료보험제도를 도입하였으며, 1989년에 이르러 전국민에게 의료보험을 확대하게 되었다. 북한은 40년대에 국가무상치료제를 노동자와 그 부양가족에 대해서 실시하였으며 50년대에 전국민에게 실시하게 되었다. 남한은 의료보장제도를 사회보험방식인 의료보험과 공적부조제도인 의료보호로 이원화하여 실시하고 있으며, 관리운영체계도 다원적 조합주의 방식을 택하고 있다. 북한은 전국민에게 보편적으로 적용하는 일원적 방식을 채택하고 있으며 관리운영체계도 통일적이며 중앙통제가 강한 체제를 유지하고 있다.

두체제 하에서 의료보장제도를 평가하여 보면, 북한은 국가책임 하에서 모든 국민에 일정수준의 의료보장을 무료제공하여 보편성과 공평성이 높

평가되지만, 행정위주의 형식적인 처리가 진행되고 있기 때문에 적절한 의료보장 수준이라고 평가 하기에는 어려운 점이 많다고 할 수가 있다.

국가에 의한 무상치료라 할지라도 개인에게 분배되는 기본생계 수준은 제외된 나머지의 국민 총생산을 국가가 관장하고 있는 사회주의 체제 하에서는 당연한 구조적인 특징이며, 의료보장의 균점이 질적인 수준과 대체될 수는 없다고 하겠다.

3) 공적부조제도

북한의 공적부조제도는 국가가 독점하고 있는 국민소득, 재화 및 용역의 생활수단을 분배하는 과정이며, 이는 국가를 위하여 공헌한 특수계층이나 그 가족들에게 혜택을 주는 분배방식인 반면, 남한의 공적부조는 사회보험에서 제외되는 일반빈곤층이 중심이 되고, 그 선정기준이 자산조사에 의해서 결정된다는 점에서 남북한 공적부조제도의 차이를 볼 수가 있다. 소요 재원이 국가예산에서 지급되는 점은 동일하지만 남한은 조세에 의해서 소득 재분배가 이루어지고 있다는 점에서 차이가 있다. 전달체계는 남한의 경우에 사회복지전문요원이 자산조사, 대상자관리, 기타 운영을 맡고 있는데 비하여 북한은 일반행정관료가 담당하고 있다.

이런 의미에서 북한의 제도는 평등성을 높인다기 보다는 특수계층을 지원하는데 목적이 있다. 사회부조의 수준에 있어서 실질적인 보호수준의 정도는 자료가 미비하여 비교하기 곤란하며, 어느 제도가 우월한지 판단하기가 어렵다.

4) 노인복지

남한의 경우 노인복지에 대한 종합적이고 독립적인 법령으로 1981년 노인복지법을 제정한 반면, 북한에는 노인에 대한 독립적인 법령은 보이지 않고

헌법, 노동법 등에서 부분적으로 언급되고 있다.

남한의 노인복지법이 사업대상을 대체로 65세 이상으로 규정하고 있으며, 국민연금법에서는 18세 이상 60세 미만의 국민이 가입기간 중 일정액의 각 출료를 기여하면 60세가 되었을 때 노령연금을 받도록 하고 있다.

북한은 양로연휴금(남한의 노령연금에 해당)의 수급연령을 남자 만 60세, 여자 만 55세에 달한 때로 정하고 있다.

노인복지서비스의 내용을 구체적으로 보면 남한의 경우 노인복지법에 의거하여 65세 이상의 노인들을 대상으로 각종 노인복지시설 운영, 경로우대제도, 무료건강진단, 노인공동사업장 실시 지원, 재가노인 봉사사업 지원 등을 실시하고 있으나, 북한에서는 남자 60세이상, 여자 55세 이상된 자로서 노동능력을 상실하고 무의무탁하며 부양해 줄 가족이 없는 사람에 한하여 양로원에 수용하고 있으며, 사회보험 수급자격이 없는 노인으로서 자녀와 같이 살고 있는 노인에게는 일반 노동자보다는 적은 양의 배급을 하고 있다.

남한의 노인복지 서비스의 정책방향은 노인들로 하여금 인간다운 생활을 영위할 수 있도록 다양한 서비스를 제공하는데 그 목적이 있지만, 북한에 있어서는 생계유지를 목표로 하는 보편적인 기본적 욕구 충족에 치중하고 있다고 하겠다.

5) 장애인 복지

장애인 복지에 관한 입법으로 남한은 1981년 심신장애자 복지법을 제정하였으나, 북한에는 장애인에 관한 독립적인 법제도는 없으며 1950년 초반이후 장애인에 대한 복지 서비스는 적용대상을 주로 전쟁으로 인해 부상을 입은 군인들에 집중하고 있으며, 그이외의 장애인에 대한 복지서비스의 구체적인 법령과 규정은 보이지 않는다.

장애인에 대한 복지서비스로 남한은 중증, 중복 장애인에 대한 생계보조 수당 지급, 저소득 장애인에 대한 보호 및 각종 세제 감면, 장애인 자립자금 용자지원, 장애인 의료비 지원, 장애인 가구 자녀 교육비 지원 등의 소득보장사업과, 장애인 복지시설 운영, 장애인 등록제도 운영, 보장구 무료 교부, 편의시설 설치 확대, 장애인 직업재활과 기술훈련을 통한 취업 지도, 각종 분야에 장애인의 의무고용제를 추진하고 있다. 북한에서는 전쟁으로 불구자가 된 자들에 대하여 생활필수품의 배급과 본인 및 자녀의 학비 면제, 국가주택 사용료 면제, 농업 현물세와 기타 세금의 20% 이상 감면 등의 생활보호를 하고 있으며, 불구로 된 고아는 특수애육원에서, 무의무탁한 불구자들은 양생원에서 돌보아 준다.

이처럼 북한에서의 장애인복지서비스는 전쟁과 관련된 희생자들에 대하여는 포괄적이고 다양한 서비스를 제공하고 있는 반면, 그외의 일반장애인에 대하여는 취업능력이 있는 자와 없는 자를 구별하여, 취업능력이 있는 자에 대해서는 의무적으로 취업이 강제되고, 취업능력이 없는 자에 대해서는 시설에 수용하는 등 매우 제한적이고 강제적이라고 하는 특성을 가지고 있다.

6) 아동복지

아동복지에 관한 법령은 남북한 모두 일찍부터 제정되어, 남한에서는 1947년 미성년자 노동보호법, 1961년에는 아동복지법, 1982년 보다 적극적인 아동의 복지를위해 아동복지법을 아동복지법으로 개정하였다.

북한도 1947년 탁아소에 관한 규칙, 1948년 유아상담소에 관한 규정, 1976년 어린이 보육교양법을 제정하여 유치원 가기 전 시기의 어린이에게는 탁아소에서, 만4-5세 어린이는 유치원에서, 부모가 없는 어린이는 육아원과 애육원에서 서비스를 받게 하였다.

아동복지 서비스의 사업내용으로는 남한이 해방 후 1980년대까지 요보호

아동을 대상으로 하는 아동복지 사업에 중점을 두었고, 1981년 아동복지법의 제정으로 일반아동까지 그 대상을 확대한 반면, 북한에서는 해방 후 일찍부터 여성의 노동력 확보와 사회주의 주체형의 혁명적 인간양성을 위해 전체 어린이를 대상으로 하는 포괄적인 아동복지 서비스가 실시되어 왔다고 할 수 있다. 아동복지 서비스의 내용으로 남한은 요보호 아동의 발생예방을 위한 아동상담소 및 어린이 찾아주기 종합 센터 설치운영, 부모가 없는 소년소녀 가정에 대한 생계·의료·교육보호 실시, 보호가 필요한 아동에 대한 아동복지 시설 설치 운영, 취학전 아동에 대한 보육사업 등을 실시하고 있다. 북한은 만 5세 미만의 취학 전 전체 아동에 대해 기본적으로 국가, 사회부담에 의한 의식주와 교육, 놀이용품등을 공급하고 있다.

북한은 국가의 정책적 목적을 위해서 아동의 국가보호를 기본방향으로 아동복지 서비스를 전개 하므로써, 매우 목적지향적이며 의식교육의 주입대상으로 출발하였고, 탁아시설이나 유치원 보급이 보편화 되어있으며, 국가부담으로 운영되고 있는 것이 특징인데 반하여, 남한의 아동복지 서비스는 다양성과 인간개성 중심의 프로그램을 가진 유료 서비스가 주로 되어 있다.

7) 여성복지

여성복지에 관한 법령으로 남한에서는 1961년 윤락행위 방지법, 생활보호법을 제정하였고, 1973년 모자보건법, 1989년 모자복지법을 제정하였다. 북한은 1946년 남녀평등권에 관한 법령, 1949년 산원에 관한 규정, 1976년 어린이 보양교육법, 1978년 사회주의 노동법등을 제정하였다.

여성복지의 대상이 남한의 경우 저소득 모자가정, 미혼모, 임산부, 윤락행위자등의 요보호 여성임에 반하여, 북한에서는 전여성을 대상으로 하고 있다고 하겠다.

여성복지 사업내용을 보면, 남한은 요보호 여성 발생예방을 위한 상담사

업, 요보호 여성에 대한 시설보호 사업, 저소득 모자가정에 대한 복지자금의 대여 및 고용 촉진사업 등을 실시하고 있으며, 북한에서는 남녀평등권에 따른 남자와 동일한 각종 권리보호와 어머니들을 위한 노동시간의 단축 등에 중점을 두고 있다.

북한은 여성노동인력 활용을 위하여 적극적인 정책을 펴고 있으며, 모든 분야에 있어서 남자와 동등한 권리를 부여 하므로써 평등성을 강조하고 있다. 이에 비하여 남한은 저소득 모자가정, 미혼모 등 요보호여성에 대한 사후적이고 소득적인 것이 특징이다.

라. 기대효과

최근 국내외의 급속한 정치변화 및 남북관계 개선에 따라 장차 남북간의 활발한 경제, 사회, 문화의 교류가 예상되는 현 시점에서, 국민의 궁극적인 삶의 질과 행복을 보장하는 사회복지 및 사회보장제도에 대하여 남북한 제도를 비교연구하고 평가한 본 연구는 북한연구와 통일정책 수립에 필요한 기초자료를 제공하며, 앞으로 전개될 남북교류에 있어서 상호간 이해를 증진시키는 데 크게 기여할 것으로 기대된다.

마. 연구자

정경배, 김기욱, 김상호, 이상은

C. 북한인구의 현황과 전망

가. 연구목적

이 연구는 북한에서 발표되었거나, 또는 외국의 연구기관이나 학자들에 의해 추정된 자료들을 통해서 북한에 거주하는 인구의 현황을 살펴 보고, 앞으로 전개될 인구 변동의 양상을 예측하는 데 목적을 두고 있다.

서독이 동독을 흡수하여 독일의 통일을 이루고, 동구에서는 사회주의 체제가 붕괴되고, 그리고 소련의 체제가 완전히 탈바꿈되는 일련의 변화들 속에서 한반도는 통일을 위한 남북간의 각종 교류를 활발하게 논의하고 있다. 특히 '남북사이의 화해와 불가침 및 교류·협력에 관한 합의서'가 정식으로 발효됨에 따라 '분단의 역사를 청산하고 공동 번영과 통일의 길로 함께 나서려는' 노력이 나타나고 있는 실정이다.

이러한 실정에서 북한의 인구 규모와 구조의 정확한 파악은 매우 중요하다. 특히 후진국이나 개발도상국에서 인구가 경제성장에 미치는 영향을 고려할 때, 북한이 현재 직면하고 있는 인구 문제와 식량난은 앞으로 더욱 심화될 가능성이 짙고, 이는 다시 북한 사회 변동의 원인이 될 수 있다.

따라서 이 연구에서 살펴 보고자 하는 구체적인 내용은 다음과 같다.

- (1) 북한의 인구는 몇명인가?
- (2) 북한의 인구는 성별, 연령별로 어떻게 구성되어 있는가?
- (3) 북한의 인구는 앞으로 어떻게 변화될 것인가? 그리고,
- (4) 북한의 인구 변동이 북한의 사회 변동에 어떤 영향을 미칠 것인가?

나. 연구방법

북한 인구에 관한 현황 파악은 주로 문헌 연구를 통해서 이루어 졌다. 북한 사회에 대한 대부분의 연구들이 겪게되는 자료의 한계성이 북한 인구의 연구에서도 가장 큰 문제점으로 나타나고 있는데, 이의 극복을 위하여 이 연구에서는 북한이 부분적으로나마 공개하고 있는 통계 자료들의 신뢰도를 먼저 살펴 보았다.

북한의 인구 통계에 관한 내용은 북한의 통계체계가 어떻게 이루어져 있으며, 또한 통계체계 안에서 인구에 관한 자료가 어떻게 보고되어 수집되고, 또 수집된 자료가 어떻게 분석되는지를 살펴 보았다. 북한에 구축된 중앙집권적 통계체계가 어떻게 이루어져 운영되는지는 주로 관계 법령을 중심으로 살펴 보았는데, 관계 법령에 나타난 통계체계가 그대로 운영되지는 않고 있었다. 따라서 통계체계가 실제로 운영되어지는 과정과 운영의 과정에서 도출되는 여러 문제점들은 김일성의 연설문과 북한을 방문했던 외국 학자들의 논문을 분석하여 살펴 보았다.

북한 인구의 현황에 대한 파악은 먼저 북한이 공개하고 있는 인구 통계 자료들을 중심으로 분석하였다. 하지만 북한이 공개하는 인구 통계 자료의 신뢰성을 고려하여 - 예를 들면, 북한은 1970년 이후의 인구 규모를 발표하면서 군 복무 중에 있는 인구를 통계에서 제외시키고 있다 - 외국 학자들의 추정이나 국제 기관의 통계 자료들과 비교하는 작업도 하였다.

여러 자료들을 종합하여 간접적으로 추정한 북한 인구의 현재 규모와 구조를 바탕으로 북한 인구의 장래 변동을 추계하였다. 인구 추계는 앞으로의 변화에 대한 전망을 예측하는 것이기 때문에 관련 자료가 충분한 경우라 할 지라도 추계의 과정에는 많은 어려움이 따른다. 북한의 장래 인구에 대한 추계는 어쩔 수 없이 남한이 지난 60년대와 70년대, 그리고 그 이후에 겪어 왔던 인구 변동의 경험을 바탕으로 할 수 밖에 없었다. 이는 아직까지는 북한 사회가 '주체사상'을 중심으로 하는 폐쇄적인 체제로 이어져 왔지만, 현

재 겪고 있는 경제적 어려움이 계속됨에 따라 앞으로는 자본주의를 부분적으로나마 도입할 수 밖에 없으리라는 가정과, 자본주의가 도입되는 경우 인구와 자원의 관계가 지난 날 남한 사회가 경험했던 것과 비슷한 형태로 나타나게 될 것이라는 가정을 바탕으로 하고 있다.

다. 연구결과

1) 북한의 통계제도

북한은 한국전쟁 중에 전쟁의 승리를 위하여 모든 자원을 동원하고 이용하고자 조직한 중앙집권적 국가통계체계를 현재까지 유지하고 있다. 중앙집권적 국가통계체계에서는 다른 행정 조직의 관리에서 벗어나 독립된 체계의 통계 관련 조직을 이루면서, 통계체계 자체는 상향식 보고제도를 근간으로 모든 통계 자료가 생산되고 집계되도록 하고 있다.

북한의 통계체계가 중앙집권적이고 또한 독립성이 보장되어 있음에도 불구하고 북한에서의 통계 생산 및 분석에는 많은 오류가 발견되고 있으며, 그나마 통계 자료가 거의 공개되지 않고 있다. 특히 북한은 인구 총조사를 실시한 적이 없어 인구 관련 통계의 생산을 주로 동태 신고 자료에 의존하고 있을 뿐이다. 따라서 북한의 인구 통계 자료는 아직도 과학화되지 못한 채 낙후된 실정에 놓여 있다.

2) 북한의 인구동태

북한도 1970년대부터 출산억제정책을 부분적으로 도입하고 있는데, 피임의 방법을 아직도 자궁내 장치법에 주로 의존하고 있다. 최근에 실시한 한 사회조사의 결과에서 북한의 시지역에 거주하는 기혼부인의 피임실천율은 68퍼센트, 그리고 군지역에서는 53퍼센트 가량으로 나타나, 남한의 79.3퍼

센트와 80.0퍼센트에 비교하면 피임 실천율이 상당히 낮은 실정이다. 그리고 추정되는 북한의 합계출산율은 1990년 현재 2.5명의 수준으로, 2000년 쯤에 인구대치수준인 2.1명으로 낮아질 전망이다. 남한의 합계출산율이 1986년에 인구대치수준으로 저하되고, 1988년 이후에는 1.6명의 수준에서 유지되고 있는 것과 비교할 때, 북한의 출산율 수준은 남한의 경우보다 15년 내지 20년 가량 뒤진 상태로 전개될 전망이다.

북한은 1990년 현재의 평균 수명을 74.3세로, 그리고 1989년의 영아 사망율을 9.8명의 수준으로 발표하고 있다. 이러한 공식 발표 자료와는 달리 이 연구에서는 1990년 현재 북한 인구의 평균 수명을 69.0세(남자, 65.6세; 여자, 72.0세)로 추정하였다. 이러한 추정은 북한의 인구 변동에 관한 분석의 결과를 바탕으로 한 것인데, 이는 결국 북한이 사망력에 관한 통계를 공개할 때에는 그 수준을 매우 낮추어 발표하고 있음을 간접적으로 보여 준다.

3) 북한의 인구 규모와 구조

북한은 인구 규모를 발표하면서 군사력에 포함된 인구를 통계에서 제외시키고 있는데, 성비의 변화를 이용하여 간접 추정한 북한의 인구는 1990년 현재 2,141만명으로 나타나고 있다. 이 중에서 15세 미만의 인구가 차지하는 비율은 29.4퍼센트, 그리고 65세 이상의 인구는 3.7퍼센트로서 부양비는 49.5퍼센트가 된다.

4) 북한 인구의 추계

북한은 인구의 과잉에서 오는 식량문제를 해결하고, 그리고 현재 직면하고 있는 경제적 어려움을 타개하기 위하여 출산억제정책을 앞으로는 더욱 강력하게 추진할 것으로 전망된다, 이에 따라 현재 2.5명의 수준으로 추정되는 북한의 합계출산율이 2000년 쯤에 가서 인구대치수준인 2.1명 정도로

낮아질 것 같다. 인구대치수준으로 낮아진 합계출산율은 일단 정체 현상을 보이면서 저하되는 속도가 서서히 늦어져 2030년 경에는 1.8명의 수준이 되고, 그 이후에는 이러한 수준에서 유지될 것으로 전망된다.

추계의 기준연도인 1990년 현재 2,141만명으로 추정되는 북한 인구는 2000년까지 약 40만명이 늘어나 2,538만명이 되고, 북한의 인구가 3,000만명의 수준에 이르는 해는 2018년이 될 것으로 전망된다. 그리고 현재 1.83퍼센트로 추정되는 북한의 연평균 인구 성장율이 2005년 이후에는 1퍼센트 미만으로 둔화될 것이다.

출산율이 저하되고 평균수명이 늘어남에 따라 북한도 인구의 노령화를 경험하게 될 것으로 전망되는데, 1990년 현재 전체 인구의 5.8퍼센트를 차지하는 60세 이상의 노령인구가 2030년에는 19.3퍼센트까지 늘어나게 될 것이다.

라. 정책적 대안

북한의 인구 규모와 구조를 추정해 보고, 또한 앞으로의 인구 변동을 전망해 보는 것은 북한 사회를 이해하고, 그리고 한반도의 통일정책을 수립하는 데 많은 도움을 준다. 이 연구의 결과에서 도출되어지는 정책적 함의는 다음과 같으며, 이에 대한 정책 대안은 관련 전문가들의 자문을 통해서 구체적으로 제시될 수 있을 것이다.

1) 북한의 통계는 여러 경로를 통해서 수집되고 확인되어야 한다.

북한은 통계의 생산과 집계에 있어서 아직까지 선진화되지 못하고 있을 뿐만 아니라, 생산된 통계를 거의 공개하지 않고 있다. 북한이 통계 자료를 외부에 공개하지 않는 것은 통계 자료를 사회 통제의 수단으로 사용하고자 국가 기밀로 삼고 있기 때문인데, 불가피하게 통계 자료를 공개해야하는

경우에는 수정되거나 또는 왜곡된 통계를 발표하는 수가 많다. 예를 들어 인구 관련 통계에서 군사력이 제외된 인구 규모를 전체 인구로 발표하는 것에는 인구 통계를 공개하지 않으려는 의도가 엿보이며, 또한 북한 주민의 평균 수명을 실제보다 높게 발표하는 것에서는 인구 통계를 선전의 수단으로 사용하는 일면을 볼 수가 있다.

따라서 북한이 발표하고 있는 통계 자료를 분석하기 위해선 먼저 공개된 자료의 신뢰도를 충분히 검토해야할 필요가 있다.

2) 북한의 통계 생산과 수집은 비과학적인 방법으로 이루어지고 있다.

북한은 중앙집권적 국가통계체계를 구축하고 있음에도 불구하고 통계의 생산이나 분석에 많은 어려움을 겪고 있다. 북한의 통계에는 과학성, 객관성, 그리고 신속성이 전혀 보장되지 못하고 있는 것으로 지적되고 있는데, 북한은 보다 정확한 통계의 생산을 위하여 국제기구들로부터 재정적 및 기술적인 도움을 필요로 하고 있다. 특히 인구 관련 통계의 생산과 분석에 있어 북한은 국제연합 인구활동기금의 도움으로 1985년에 국가인구센터를 설립하였고, 김일성대학과 사회과학원에는 인구연구부서를 두고 있다. 그리고 해방이 된 후에 처음으로 인구총조사를 1993년에 실시할 예정이다.

북한의 통계가 아직 비과학적으로 생산되고 분석되는데 반해서 남한의 통계 생산 및 분석 방법은 이미 선진국의 수준에 와 있다. 남한에서는 해방이 된 이후 매 5년마다 인구 및 주택 총조사를 실시하고 있으며, 필요에 따라 수시로 사회조사를 실시하여 인구 관련 통계를 수집하고 있다. 따라서 남한의 인구 통계의 정확도와 신뢰도는 세계적으로 인정을 받고 있으며, 그러한 통계의 분석 방법도 매우 발달하였다. 이러한 상황을 고려할 때, 남한에서 축적하고 있는 통계 생산 및 분석의 기술이 북한 통계의 과학화에 많은 이바지를 할 수 있을 것으로 생각되며, 북한의 통계 생산 및 분석에 대한 재

정적 및 기술적 지원을 통하여 북한이 통계 자료를 공개하도록 유도해 나갈 수 있다.

3) 북한의 가족계획사업에 대한 재정적 및 기술적 지원을 강구할 필요가 있다.

북한에서도 현재 가족계획사업이 상당히 진전된 것으로 여겨지나, 피임을 주로 자궁내 장치에 의존하고 있는 실태라서 정책의 효과가 별로 효율적이지 못하다. 인구 문제를 심각히 인식하고 있는 북한의 현실을 고려할 때, 북한은 앞으로 가족계획사업을 보다 강력히 추진할 것으로 전망된다.

남한의 경우 1960년대부터 시작한 가족계획사업이 유례없는 성공을 거두었고, 이제는 개발도상국들을 대상으로 가족계획사업에 대한 기술적 지원을 많이 해주고 있다. 가족계획사업의 성공 경험과 개발도상국들에 대한 기술 지원의 경험을 바탕으로 북한의 가족계획사업에 대해 기술적 지원을 해 줄 수 있다면, 이는 북한의 인구 문제 해결에 많은 도움을 줄 수 있을 뿐만 아니라, 남북한간의 기술 교류에도 도움이 될 것이다.

마. 기대효과

이제까지 이데올로기의 차이와 더불어 남·북한간의 특수한 대립상황에 있던 관계로, 또한 북한사회의 폐쇄성에 의해 북한사회에 관한 정보는 극히 미비한 상황에 있었다. 특히 북한의 인구에 관한 정보는 국제연합에서 발표하는 자료 이외에는 거의 전무한 실정이었으며, 국내에서 북한의 인구에 대한 연구실적도 별로 없는 상황에 있었다.

그리고 최근에 국제사회의 탈이데올로기와 더불어 남·북한간에는 점차 화해분위기가 고조되면서 통일에 대비하여 북한사회에 대한 연구가 활발히 진

행되고 있는 시점에서 북한 인구의 현황을 살펴보고, 앞으로의 장래인구를 추계한 것은 향후 있게될 통일후의 한반도 전체 인구를 감안한 정책구상을 하는데 귀중한 자료로 활용될 수 있을 것이다.

바. 연구자

정기원, 이상헌

14. 농어민 연금확대 적용에 관한 연구

가. 연구목적

(1) 소득중단 또는 감소의 불확실성에 대처하기 위한 방안으로 사업장 근로자를 중심으로 실시된 현행 국민연금제도는, 1993년 부터 특례노령연금을 지급하기 시작함으로써 명실상부한 소득보장의 틀을 다지게 되었다. 그러나 전국민 소득보장정책을 위해서는 상대적으로 소득구조가 취약할 것으로 예상되는 자영자층에게도 확대되어야 하며, 특히 UR협상의 진전 및 농산물시장의 대외개방압력이 더 한층 강화됨에 따라 고령화되어 가고 있는 농어촌지역 주민의 소득활동은 더욱 위축될 것이다.

(2) 따라서, 본 연구는 농어촌지역 주민에 대한 소득보장제도의 일환인 농어민 연금의 확대적용을 위해서, ①현행 국민연금제도의 재원조달 및 급여구조의 타당성을 검토해 보고, ② 도시지역 자영자와의 형평성을 고려한 다양한 농어민 연금모형을 설계하는데 그 목적이 있다.

나. 연구방법

(1) 농어촌지역연금의 확대적용시 협의의 실질적인 농어민을 대상으로 함으로써 발생할 수 있는 관리상의 어려움과 재정의 취약성을 해결하고, 향후 전국민확대에 대비하기 위하여, 농어민 연금은 실질적인 농어민이 아니라 농어촌에 거주하는 전 농어촌지역 주민을 대상으로 실시하는 것으로 하였다.

(2) 농어촌지역의 인구추계는 현재와 같은 극심한 이촌향도의 현상이 총인구의 10%까지 감소할 것으로 가정하여 log linear모형과, 도농간 개발

격차를 반영하기 위한 대안변수로 시차변수를 이용한 Koyck의 시차모형을 사용하였다.

(3) 다양한 농어민 연금모형의 설계를 위하여 각국의 전국민연금제도와 농업자영자 연금제도를 비교·분석하여 본 연구에 반영하였으며, 특히 영국, 스웨덴, 일본, 캐나다등의 기초연금제도와 농어민연금을 별도 분리 실시하고 있는 독일, 프랑스의 경험을 참고로 하였다.

(4) 농어촌지역 주민의 각출료 부담능력을 파악하기 위하여는 지역의료보험자료를 기초로 하였다. 특히 1990년도 지역의료보험의 능력비례부분의 분포를 참고하여 가입자의 소득등급을 결정하였고, 각 등급별 표준소득월액은 농가경제조사표의 10분위별 평균소득을 고려하였다.

(5) 농어민연금의 확대적용시 발생할 수 있는 문제점을 파악하기 위해, 지역의료보험 시범지역을 실시하였던 6개지역 중 4지역(강화, 홍천, 보은, 옥구)에서 소득구성조사를 현지실시하여 지역 의료보험자료와 함께 현행 의료보험조합자료와 비교기준으로 삼았으며, 앞으로 전국규모의 조사사업의 방향에 도움이 되도록 하였다.

(6) 각 대안의 분석은 내부수익율, 급여의 현가수익율 및 필요각출료율 등을 기준으로 현행 제도와의 형평성을 비교하였으며, 재정추계 결과를 기초로 농어촌지역연금모형의 안정성을 비교하였다.

다. 연구결과

소득보장의 중추적인 제도로써 국민연금제도가 10인이상 사업장근로자를 중심으로 도입되었으며, 1992년 부터는 5인이상 사업장으로 확대적용되기에 이르렀다. 이와 같이 사업장근로자를 대상으로한 소득비례연금제도는 1993년부터 60세 이상, 5년이상의 가입기간을 충족한 자를 대상으로 특례노령연

금을 지급하게 됨으로써 제도적인 정착단계에 이르게 되었다. 그러나 소득 보장체계를 완성하기 위해서는 농어민과 도시자영자에게 확대하여야 할 것이며, 본 연구에서는 농어촌지역연금 시행방안으로서 다음의 세가지 대안을 제시하였다.

(1) 첫째 대안은 기초보장안으로 적용대상의 중위수이하에 해당하는 저소득층에 대하여 정액각출, 정액급여를 하고 나머지 중위수이상에 대하여는 현행 국민연금의 소득비례방식을 적용하는 방안이다. 정액연금의 급여수준은 노인부부의 최저생계비에 해당하는 금액을 지급한다는 원칙으로 전가입자 평균소득월액의 25%로 하였다. 각출수준은 전가입자 평균소득액의 2~3%를 정액으로 부과하도록 함으로써 각출과 급여수준이 전가입자의 평균소득월액에 따라 자동연계되는 방식을 택하였다.

(2) 둘째 대안은 현행 국민연금제도를 수정하여 적용하는 방안으로서 현행 사업장근로자 표준보수월액이 53등급으로 구분되어 있는 것을 적용대상의 소득과악 미비점을 반영하여 3등급으로 단순화하고, 이를 현행 국민연금제도의 중위수소득, 평균소득, 적용대상의 3/4소득에 각각 연결함으로써, 현행 국민연금가입자와 각출 및 급여에 있어 형평을 기하고, 가입자의 직업변동시에 상호연계가 용이하도록 설계하였다.

(3) 셋째 대안은 적용대상의 25%(1/2Md)에 해당하는 저소득계층에 대하여 현행제도의 각출 및 급여수준을 4/5(ⅢA안)로 낮추어서 적용하고 1/2Md 이상자에게는 현행제도를 그대로 적용하는 방안이다. 저소득층에게 각출과 급여수준을 낮추어서 별도로 기초보장을 기한다는 점에서 첫째안과 유사하며, 각출 및 급여수준을 낮춘만큼 가입기간을 20년에서 25년으로 연장하였다.

(4) 연금재정추계 결과에 의하면, IB안의 재정상태가 가장 우월하고, IA 안과 ⅡA 안이 열등한 것으로 나타났다. 각 대안의 적립금 고갈 시점은

표1. 농어촌 지역 연금모형

		I 안 (정액-소득비례)		II 안 (소득비례)		III 안 (절충방안)		
자격관리	가입기간 가입단위	25년, 65세 급여 시행시 60→65세연장을 위한 경과규정설치 소득있는 개인·세대주		25년, 65세 급여, 시행시 60→65세연장을 위한 경과규정설치 소득있는 개인·세대주		25년, 65세 급여(III A) 40년, 65세 급여(III B) 30년, 60세 급여(III C) 소득있는 개인, 세대주		
대안		I A	I B	II A	II B	III A	III B	III C
소득비례 부분			Md 이상 2.4(A+B)Q 3%, 6%, 9%	소득비례: 전체 2.4(A+B)(1+0.05n) 3~9% 매년점증		소득비례: Md 이상 2.4(A+B)(1+0.05n) 3%, 6%, 9%		
정액 연 금 상 당 부 분	급여산식	2.4 A(1+0.05n)		2.4(A+B)(1+0.05n)		2.0(A+B)Q	1.2(A+B)Q	1.6(A+B)Q
	대상기준 급여수준 대상분포	전가입자 0.25 A 100%	Md 이하 0.25 A 50%	½ Md이하 0.41 A 25%	Md 이하 0.41 A 50%	½ Md이하 0.34 A 25%	½ Md이하 0.20 A 25%	⅔ Md이하 0.27A 33%
	각출수준	0.02~ 0.03 A	0.02 ~ 0.03 A	3%~9% 매년점증		4/5(3~9%)	½(3~9%)	⅔(3~9%)
	정액연금 각출료	최저생계보장:A의 2.5% '92 (12,400원) '95 (16,501원)		'92 (15,300원) '95 (24,750원)		'92(12,240 '95(19,680 Md 기준	'92(7,650) '95(12,300 Md 기준	'92(10,200 '95(16,400 Md 기준
	* (특징)	* 소득(A)에 자동연계		* 단계별 증액				
등급구분	없음	I: ~Md II: ~⅓A III: ⅓이상	I: ~(Md기준):15300원 II: ~(A기준):18600원 III: A이상(3/4):23700원	I: ~½Md II: ~Md III: ~⅓A IV: ⅓이상	I: ~½Md II: ~Md III: ~⅓A IV: ⅓이상	I: ~⅔Md II: ~Md III: ~⅓A IV: ⅓이상		
국고	지원대상	·Md이하의 50%수준		I 등급:1/2국고 II등급: 1/3 국고 III등급: 없음 *IIA는½ Md이하국고		· ½ Md 이하의 50% 수준(III A, III B) · ⅔ Md 이하의 50% 수준(III C)		
* (특징)	* 4단계 차등지원				* 4단계 차등지원			
비고	수익율	3.68		2.79		2.73	2.79	2.79

* Md = Median, A = Mean, Q = (1 + 0.05n)

** 표준보수월액 평균(A) : '92(619,882), '95(825,063)

중위수소득(Md) : '92(510,000), '95(820,000)

표2. 대안별 재정형태 변화 (1990년 불변가격)

(단위: 억원)

대안	적립기금고갈연도	기금최고도달연도(액)	수지차적자연도
I A 안	2035	2025 (104, 316)	2028
I B 안	2046	2029 (261, 183)	2033
II A 안	2035	2027 (560, 966)	2028
II B 안	2039	2028 (818, 029)	2029
III A 안	2038	2028 (756, 322)	2029
III B 안	2039	2029 (804, 614)	2030
III C 안	2042	2031 (940, 150)	2032

표3. 각대안별 국고보조수준(1990년 불변가격)

(단위: 억원)

연도	I B	II A	II B	III A	III B	III C
1995	784	316	786	126	79	172
2000	1447	778	1933	311	194	423
2005	1701	1372	3408	549	343	746
2010	1964	1584	3934	633	396	861
2020	2763	2228	5536	891	557	1212
2030	3810	3072	7632	1229	768	1670
2040	5487	4424	10993	1770	1106	2406
2050	7862	6339	15749	2535	1585	3447

2030년대 중반 이후에 나타게 되며, 특히 중위수 이하 계층에게 정액각출·정액급여 방식을 적용하고 있는 I B안의 적립금 고갈시점은 2046년으로 I A, II A 안 보다 11년이나 늦게 나타난다.

(5) 농어촌지역의 경제적 취약성을 고려하여 일정소득 이하자에게 각출료의 일부를 국고에서 지원해 줄 경우 각 대안별 보조액은 I B안의 국고보조는 정액각출료의 50%를 지원하는 것으로서 1995년 784억원이고, 각출료가 인상되는 2000년에는 1447억원으로 예상된다. II B안의 경우에는 1등급각출료의 1/2, 2등급각출료의 1/3을 국고에서 보조해 주는 것으로 제도시행 초기

에는 IB안과 유사하나 각출료가 6%로 인상되는 2000년부터는 국고보조수준이 점증하고 있다. 특히 9%로 인상되는 2005년이후에는 IB안의 2배수준에 이르게 된다.

라. 정책건의

(1) 농어민지역연금의 시행모형은 위에 제시한 여러가지 선택기준을 고려하여 대안 I과 대안 II중에서 선택하는 것이 바람직하다고 생각한다. 대안 I은 기초보장을 중심으로 하는 정액연금모형이기 때문에 향후 우리나라 국민연금제도의 발전모형을 정액연금과 소득비례연금의 이원적 구조(two tier system)를 상정하고 있다. 즉 모든 국민에게 보편성의 원리에 의하여 동일하게 적용하고 적절한 수준의 정액연금을 통하여 최저생계를 보장하도록 하며, 소득능력이 있는 계층에 대하여는 정액의 기초연금외에 소득비례연금을 추가하여 노후에도 종전소득을 지속적으로 유지할 수 있도록 하는 것이다. 한편, 기초연금재정은 국고보조에 의하여 소득재분배와 재정안정을 기할수 있도록 소득비례연금과 별도분리 운영하도록 하였다. 따라서 대안 I은 일정소득 이하자에게 현행제도와는 별개의 각출 및 급여구조를 가진 기초연금모형이다.

대안 II는 우리나라 연금제도의 발전모형이 전국민연금시대에도 현행 국민연금제도와 통일성을 유지하면서 발전될 것을 전제하고 있다. 국고보조에 의한 소득재분배 및 제도내 장치에 의한 소득재분배를 동시에 실현하면서 기존가입자와 각출 및 급여의 형평성을 기하고, 향후 복지전산망의 구축으로 자영자에 대한 소득과익이 개선되면, 단순화된 적용등급의 세분화를 통하여 농어촌지역연금의 보완·발전이 가능할 것이고, 도시지역자영자 확대시에도 별 어려움 없이 동 대안을 시행할 수 있을 것이다.

(2) 노인, 장애, 저소득층의 복지서비스 체계확립과 직업기능훈련, 정

부의 복지지원내역의 관리 및 통일성유지, 그리고 가장 중요한 소득자료를 파악하기 위해서 국가적인 차원에서 사회복지전산망 체계를 적극개발해 줄 것을 건의한다. 따라서 실시 예정시기인 1995년까지는 사회복지전산망을 구축하여서 기존의 국세전산망, 부동산전산망, 의료보험전산망, 국민연금전산망, 주민전산망, 고용관리전산망, 행정전산망의 자료를 분석·연계하고, 소득자료는 농지면적, 직업분류, 학력, 취업현황, 사업자등록 등 보조자료를 사용하여 2년동안 준비작업을 실시하여 국민연금을 확대적용하는데 중요한 정책자료로 활용해야 할 것이다.

(3) 국민연금을 확대적용함에 있어서 농어민에 한정하여 확대하는 것보다는 농어촌지역중심으로 확대해야 할 것이다. 왜냐하면 농어민만을 적용 대상으로 농업구조조정등의 농업정책을 연금제도내에서 해결하는 것은, 직역간의 형평성을 저해하고 사회보장체계의 통일성과 보편성을 기하지 못하게 하는 문제가 있기 때문이다. 더구나 현실적으로 겸업농가가 38.6%이상임을 고려해 볼 때 직업의 명확한 구분이 어려울뿐만 아니라, 도시지역에 거주하는 농어민이 또한 적지 않기 때문이다. 또한 농어가인구의 감소 및 고령화 추세가 지속될 것으로 보여 실질적인 농어가만을 대상으로 한다면 향후 재정안정에도 문제점이 있을 것으로 예상된다.

(4) 장기적으로 국민연금재정의 안정적인운동을 위하여 연금의 수급개시연령을 점차 65세로 연장해야 할 것이다. 우리나라의 인구구조추세를 보면 2020년(65세이상 인구 약 13%)경에 이르면 선진복지국가와 유사한 노인부양율을 갖게 될 것으로 예상되고, 더구나 각출료 총수입액이 급여액에 미치지 못하는 불완전 적립방식인 현 국민연금제도의 재정취약성을 보완하기 위해서도 수급개시연령은 반드시 연장되어야 할 것이다. 그러나 확대적용시점에서는 기존가입자와의 형평을 위하여 60세부터 수급할 수 있도록 하되, 장기간에 걸쳐 단계적으로 연장해야 할 것이다.

마. 기대효과

(1) 농어민연금의 실시방안을 제시함으로써 중장기적인 농어촌지역의 소득보장체계를 구축한다.

(2) 지속적인 핵가족화 및 농어촌의 고령화 추이로 발생할 수 있는 농어촌의 사회·경제적인 문제를 해결하기 위하여, 모든 주민에게 최소한 생활을 영유할 수 있는 기초연금을 도입함으로써 복지국가의 초석을 마련한다.

바. 연구자

정경배, 김수봉, 유미녀

15. 국민생활실태 지정통계 지정(안)

가. 연구목적

국민생활실태조사의 목적은 저소득층 가구의 특성, 수입과 지출, 재산 사항 등을 정확히 파악함으로써, 최저생활 영위에 필요한 최저생계비를 계측하고, 생활보호대상자 선정 보호수준 및 방법의 결정에 객관적 준거가 되는 최저생계비를 제시하고, 복지욕구 내용에 적절히 대응하는 사회복지정책 수립의 기초자료를 제공하는 것이다.

나. 연구방법

국민생활실태를 파악하기 위해 국민생활의 범위를 주거, 보건의료, 교육 및 환경 등 복지전반, 사회보장등의 범주로 나누어 접근하고 이중 최저생계비 추정과 관련된 조사설계를 재선정하여 연구하였다. 그리고 본 연구에서는 기존의 복지관련 조사(1988년 국민생활실태조사)의 복지관련 지표도 분석 검토하였다.

다. 연구결과

1) 최저생계비

가) 특징

(1) 절대적 빈곤층의 생계문제뿐만 아니라 주거보호, 교육보호 등을 포함하는 상대적 빈곤층의 생활문제를 조사함. - 주거, 교육, 보건의료, 직업훈련 등 각 분야 최저생활의 문제점을 조사하여 최저생계비 추정의 객관

성 증진

(2) 다양한 가구의 특성과 욕구가 최저생활에 주는 영향을 파악하고자 함- 각종 수당제도와의 연계

- ① 가구규모, 지역특성
- ② 근로유무, 주거유형, 교육자녀유무, 질병 정도별 최저생활 수준의 차이등
- ③ 노인, 장애인, 편부모, 소년소녀 가구, 기타 소외계층별 최저생활수준의 차이를 밝혀 표준최저생활비와 각종 수당의 적정규모를 추정코자 함.

(3) 최저생계비 추정의 객관성 증진

- ① 이론적 최저생계비의 추정(예, 소비함수 등)
- ② 실태를 기반한 최저생계비의 구축(예, Rowntree 방식 등)
- ③ 빈곤층 및 비빈곤층의 주관적 최저생계비 추정(예, Leyden 방식)
- ④ 기타 상대적 빈곤선 계측을 시도하여 합리적인 빈곤선을 설정코자 함.

나) 조사내용

(1) 가구일반사항

- ① 인구 및 가족에 관한 일반사항: 가구규모, 가구주와의 관계, 가구원의 성, 연령, 동거유무, 가구유형(노인, 장애인, 편부모, 소년소녀 가구등)
- ② 직업 및 근로에 관한 사항: 근로유무, 근로시간, 직업, 종사상의 지위
- ③ 건강, 주거 및 교육에 관한 사항: 근로능력 유무, 건강정도(심신장애자, 만성질환자, 와병 등), 주거유형, 교육수준

(2) 국민생활실태

(가) 부에 관한 사항(stock)

- 자본 -

가. 부동산 현황

① 가옥사항 : 소유가옥 형태(자가, 전세), 주거비용(주택가격, 전세액)

② 논, 밭, 임야 기타 : 소유관계, 소유면적, 평가액,

ㄴ. 동산 현황

① 내구소비재 보유현황 : 가구집기, 가사용품

② 금융자산 소유현황 : 저축, 주식 및 채권, 보험

- 부채 -

① 부채액수---- 이자액수

② 융통방법

③ 빚을 지게된 원인

(나) 월중 가계수지(flow)

- 수입 현황 -

① 수입원

② 가구주와의 관계

③ 수입의 종류 {근로소득, 사업소득, 농업소득, 이전소득(정부, 민간기관, 친인척), 기타}

- 지출현황 -

① 식품소비 사항 : 주식비, 부식비, 외식비

* 자가생산물 자가소비 사항(농어촌의 경우)

② 주거비 : 임대료, 전세유지비, 주거유지비(이사, 도배, 집수리 등)

③ 보건의료비 : 약품구입비, 병원비, 한의원 치료비,

④ 교육비 : 유치원·국교·중고교·대학교 등 공교육비, 사교육비, 교통비, 단체활동비, 하숙비, 잡비 및 용돈

⑤ 광열 수도, 가구집기 가사용품 지출

⑥ 피복신발, 교양오락, 교통통신 지출, 기타소비

⑦ 비소비 지출 : 조세, 사회보장분담금, 이자

⑧ 관혼상제비 : 결혼비, 장례비

⑨ 가구투자 지출 : 직업훈련비(종류별), 사업자금, 자본투자(증권, 주택 등)

2) 사회복지지표

가) 복지지표 개발의 목적

(1) 복지의 양적 및 질적수준 및 변화를 개별적 그리고 집약적으로 파악할 수 있는 양적 표현 - 특히 중저소득층의 주요 생활의 질적수준 및 변화의 방향이 적절한 비중으로 취급되어야 함.

(2) 경제적변화와 대비되는 복지적변화와 현상태를 파악할 수 있어야 하고 이 양측면이 총체화 수준으로 대비 표현되어야 함(예, 한국지방행정연구원, 1988).

(3) 상태의 변화는 단기 및 중기변화지표로 구분하여 단기동향 파악에 역점을 둬. 특히 단기의 복지변화의 향방에 결정적 영향을 주는 거시적 및 분야별 지표의 중점개발(단기, 중기, 장기지표로 각각 30~40개씩 선정)

나) 지표의 내용

(1) 지표의 특징

- 복지요소 -

① 최저생활 : Basic needs의 충족정도(OECD, Hamburger(1974)등)와 변화 방향은 추정될 수 있어야 함 - 현수준 및 지향수준 ; 최저생계비 포함.

② 경제적 균형화 정도 : 경제적 생활환경의 평균적 상태와 분배의 상태를 밝힐수 있는 지표

③ 비경제적 생활의 균형화 정도 : 경제적 생활변화 이외에 질적 수준 및 변화를 포함함. 복지에 대한 주관적 인식으로 복지의 수준 및 변화를 객관

화하는데 한계가 있는 변수들에 대해 생활의 만족도 지표로 보완함.

(2) 지표의 범주

① 인구 및 가족, 소득 및 소비, 사회보장, 민간기업복지 등을 포함하여 각 분야에서 개인적, 구조적 및 주관적 복지영향 요소들이 포함될 것임

② 복지요소의 복지창출 효과에 영향을 주는 생산 체제(정책비중, 제도, 행정 등)의 효율성, 합목적성에 대한 평가지표가 추가될 것임.

특히 사회보장분야가 강조됨.

다) 지표의 구성

① 복지대상 가구의 성격, 소득 및 소비지표

② 저소득층 보호를 위한 최저생계비의 추정과 각 생활분야의 최저보호를 추정기 위한 지표

③ 국민생활안정을 평가하기 위한 지표

④ 취약계층의 생활수준 및 보호방법의 평가를 위한 지표

⑤ 민간기업복지 : 산업체 복지시설 및 제도, 산업재해 등

3) 사회보장지표

개발된 사회복지지표 중 최저생계비 이외에 연금, 의료보험, 저소득층 및 취약계층에 대한 복지급여, 산업재해 및 작업환경등의 민간복지등만을 다시 정리하여 지표체계를 개발코자 하였음.

라. 기대효과

본 조사는 국민의 약 20%-25%에 달하는 빈곤층 및 유사 빈곤층 가구의 생활실태 및 주요 생활문제를 종합적으로 파악함으로써, 다음과 같은 사항에

기여하고자 한다.

(1) 생활보호사업의 합리적인 기준을 마련한다.

(2) 소득수준상승과 더불어 다양화되고 있는 복지수요에 적절히 대처하여 생활보호사업을 확대 개선해 나갈 수 있게 한다.

(3) 생계보호가 필요한 취약계층인, 노인가구, 모자가구 등의 실태파악을 가능하게 한다.

(4) 최저생활유지에 위협적인 압박을 주는 저소득층의 취약부분을 발견하여 적절한 보호수준과 정책을 개발할 수 있게 한다.

(5) 또한 지방자치제 실시에 따른 대도시, 중소도시, 농어촌별 가계수지 자료 수집에 도움이 될 것으로 기대된다.

마. 연구자

박순일, 이필도, 김미곤, 이상영, 문병윤

인 구 부 문

16. 정부가족보건사업 운영개선연구

가. 연구목적

- 1) 가족계획을 중심으로 한 가족보건 서비스의 향상
- 2) 가족보건사업의 전반적인 운영개선 도모
- 3) 인구 및 가족보건사업의 장기적인 정책방향 정립

나. 연구방법

1) 가족보건사업 평가

- (1) 가족보건 사업실적 월보에 의한 사업통계 분석
- (2) 사업통계 자료 및 현지 점검 결과를 이용한 평가지표에 의한 사업운영 평가
- (3) 쿠폰분석(정관, 난관, 자궁내장치)
- (4) 시술비 중복지급 점검

2) 가족보건사업 평가대회

- (1) 우수 시·도 및 개인 시상
- (2) 사례발표: 가정간호사업, 종합보건교육, 주민건강 가꾸기
- (3) 시·도 건의사항 발표 및 당면과제 해결과 향후 사업추진 방향에 대한 종합토의
- (4) 건의안에 대한 사후대책 마련

3) 인구정책 세미나

2000년대에 우리가 직면하게 될 인구와 관련된 주제발표와 지정토의로 인구조정 정책, 인력수급 등 장단기 인구정책 구상

4) 조직운영 및 요원 활동실태 분석

(1) 조직운영 실태분석: 사업조직형태, 운영실태, 협조체계, 지도체계(중앙, 시·도, 시·군·구, 읍면에 이르기까지 사업 조직분석: 계층별 기능의 체계성)

(2) 요원 활동실태 분석: 업무분장, 협조체계, 지도체계

다. 연구결과

1) 군보건소 사업조직운영 및 면보건요원 활동실태 분석

(1) 조사에 포함된 9개 보건소의 평균 인원수는 평균 정원 35.1명에 평균 현원은 34.3명으로 정원이 책정되어 있지 않은 임시직 등을 제외하고 전체적으로 92.4%의 충원율을 보였다. 이를 자격분야별 및 직종별로 살펴보면, 공중보건의사를 포함한 일반의사의 평균 현원은 3.2명, 치과의사 0.4명, 간호사 8.6명, 간호조무사 3.9명, 임상병리사 1.3명, 치과위생사 1.0명 등 자격증을 소지한 전문인력이 보건소당 18.4명으로서 보건직 5.1명, 행정직 2.1명에 비해 훨씬 높은 비중을 차지하고 있다.

(2) 1개 보건소당 평균예산은 926,002천원이었으며, 관내 인구 1인당 예산액은 14,473원, 가구당 예산액은 56,696원, 인구1인당 사업비는 3,767원이었다. 재원별로 살펴보면 국비 18.9%, 지방비가 81.1%였으며, 지출내역별로는 행정관리비 21.8%, 인건비 52.1%, 사업비 26.1%였다. 사업비예산을 사업단위별로 보면 진료사업 28.4%, 방역사업 18.5%, 급성전염병 관리 14.8%, 각종기자재·장비·약품구입이 17.9% 등이었다.

(3) 보건소직제 및 업무분장과 관련하여 가장 우선적으로 해결 되어야 할 문제점 및 개선사항에 대해서는 응답을 제시해준 7개 보건소중 5개 보건소가 과의 신설, 1개 보건소가 가족보건계와 모자보건계의 통합 및 보

건교육계의 신설, 그리고 나머지 1개 보건소가 군청위생계와 의료보장계 업무의 보건소 이관 등을 제시하였다.

(4) 보건소의 주요 기능들에 대한 향후 변화 방향에 대해 현상유지가 좋다는 응답이 주종을 이루고 있으나 임상병리검사, 보건교육, 학교보건, 성인병관리 등의 경우는 강화되어야 한다는 응답이 비교적 많은 반면, 가족계획, 기생충관리, 나병관리 등은 축소 혹은 폐지하여야 한다는 응답이 타분야 보다 많았다.

(5) 보건소에서는 읍·면보건요원, 공중보건의사를 위시한 보건지소인력에 대한 지도감독활동이 효과적으로 이루어지지 않고 있다고 보고 있으며, 향후 보건소의 지도감독 활동의 변화 방향에 대해 좀더 강화되어야 한다는 태도를 보였다.

(6) 보건지소나 보건진료소에서 보건소로의 환자 의뢰 건수는 보건소의 월평균 진료건수의 7-8%수준에 불과, 보건소 진료환자의 90%이상이 보건지소나 보건진료소를 거치지 않고 직접 보건소를 찾고 있다.

(7) 조사된 18개 보건지소의 보건지소의 조직 및 정원조정에 대한 견해는 44.4%는 현재상태가 좋다고 응답한 반면 55.6%는 증원 되어야 한다고 보고 있으며, 보건지소 조직 및 기능 확대시 가장 우선적으로 시행되어야 할 사항으로는 행정담당계의 신설 혹은 행정담당인력 배치 44.4%, 사무장제도의 도입 33.3% 순으로 행정관련 조직의 개선을 요망하는 비중이 높았다.

(8) 보건지소의 업무분장은 매우 미약하였으며, 보건지소의 진료실적은 전년도에 비하여 증가한곳이 66.6%, 감소한다는 곳이 11.1%로 진료실적이 증가한 곳이 많았다. 보건업무 이외에 부가적인 업무수행을 하고 있다고 응답한 곳은 22.2%였으며, 부가적인 업무내용은 지가조사, 면의 민원업무, 선거업무, 마을담당 등 면에서 수행하고 있는 업무중 일부였다. 추가적으로 수행해야할 업무는 보건교육, 성인병에 대한 정기적인 추적검사, 치과.내과

의 예방활동, 학교 보건활동 강화 및 만성병 관리, 방역 및 일반보건, 각종 임상검사 등이었다.

(9) 보건지소는 50%가 면사무소 내에 별도 건물을 갖고 운영되고 있으며, 50%는 면사무소와 떨어진 곳에 별도 건물을 갖고 운영되고 있다. 보건지소의 준공년도는 1984년 이후가 72.2%였으며, 165m²미만이 55.6%였고 69m²정도의 극히 협소한 곳도 있었다.

(10) 보건지소 운영지원 협의회는 보건지소 시설의 유지관리, 예방보건활동의 지원 및 주민계몽, 기타 주민 보건향상을 위하여 군수, 보건소장 또는 지소장이 지원을 요청하는 사항을 협의하고 보건지소를 지원하는 업무를 주기능으로 하고 있으나, 형식적으로 운영하고 있는 곳이 많았고, 지소 직원들이 불필요한 간섭을 한다고 생각하고 있는 곳이 많았다.

(11) 의료시설 및 장비는 시중 병원과 비교하여 88.9%가 보편적으로 떨어지고 있다고 보고 있으며, 11.1%는 거의 비슷한 수준으로 보고 있다. 이와 같은 의료장비가 업무수행을 하는데 불충분하지만 업무수행에 지장이 없다고 본곳이 61.1%였다. 이들이 부족하다고 생각하는 의료장비는 X-Ray 등 검사시설, 혈압측정기나 청진기 등 노후장비의 교체, 치과 Unit의 추가 배정을 요망하고 있다.

(12) 진료수가는 94.4%가 적정하지 않다고 보고 있으며, 적정하다고 생각하는 본인 부담 진료비는 1,000원이 76.5%, 800원이 17.6%, 700원이 5.9%였다.

(13) 보건지소에서는 주민들의 의료혜택에 대해 66.7%가 아직 충분한 의료혜택을 받고 있지 못하다고 생각하고 있으며, 72.2%의 보건지소에서는 주민들에게 향후 더 많은 의료서비스를 해주어야 한다고 생각하고 있다. 이들 보건지소에서 향후 주민들에게 해주어야 한다고 생각하는 의료서비스로는 각종검사, X-Ray 촬영, 물리치료와 개인 병·의원 수준의 의료서비스의

질향상이었다.

(14) 보건지소에서는 보건소의 지도감독 활동에 대해 보건지소 업무 수행에 도움이 된다고 보고 있는 곳은 38.9%에 지나지 않으며, 61.1%는 별도 도움이 안된다고 보고 있다. 이와 같은 지도감독 활동은 향후에는 현상유지 되는 것이 좋다는 곳이 50.0%, 축소 또는 폐지되어야 한다고 본곳은 44.4%였으며, 강화되어야 한다는 곳은 5.6%에 불과하여 보건소의 생각과는 대조적이었다.

(15) 보건요원이 완전통합 운영되고 있는 곳은 33.3%였으며, 가족계획과 모자보건, 결핵과 예방접종으로 구분 운영되고 있는 곳이 61.1%였다. 요원이 생각하고 있는 통합업무와 단독업무중 업무수행에 더욱 효과적일 것이라고 생각하는 것은 단독업무(부분통합 포함)가 55.5%, 통합업무 27.8%로서 단독업무를 선호하고 있었다.

(16) 보건요원의 55.6%는 면업무와 관련된 추가업무를 수행하고 있으며, 이로 인해 본연의 보건업무에 소홀하다고 생각하고 있으며, 소속이 면에서 보건소로 바뀔 경우 83.3%는 현재보다 업무수행이 잘 될 것이라고 보고 있으며, 보건요원의 66.7%는 면 보건업무에 책임을 지고 있는 보건지소장과 관계가 거의 없다고 생각하고 있다.

(17) 최근들어 피임보급목표량이 급격히 감소하였음에도 보건요원들의 88.9%가 현재의 목표량이 적정하다고 응답하였으며, 55.6%는 자율피임을 위한 특별한 활동을 하고 있지 않았다.

2) 가족보건사업평가

(1) 1992년도 가족계획사업 목표량은 불임수술이 57,000건으로 1991년도에 비하여 5.0%가 감소하였으나, 자궁내장치, 콘돔과 먹는피임약은 모두 전년도와 동일 수준을 유지하였다(표 1 참조).

(2) 1992년 1-12월 기간중 사업 실적률은 불임수술이 105.8%(정관 114.2%, 난관 97.2%), 자궁내장치는 96.9% 달성되었다. 전년도와 실적을 비교해 보면 정관수술과 콘돔은 각각 4.0%와 11.0%의 증가율을 보였다(표 2 참조).

표 1. 1991/1992년도 정부가족계획사업 목표량 비교

구 분	1991	1992	증감률(%)
피임보급총량	315,000	312,000	- 1.0
불임수술	60,000	57,000	- 5.0
정관수술	20,000	29,000	+45.0
난관수술	40,000	28,000	-30.0
일시피임법	255,000	255,000	-
자궁내장치	150,000	150,000	-
콘돔(월평균:갑)	100,000	100,000	-
먹는피임약(월평균:싸이클)	5,000	5,000	-

표 2. 1992년도 정부가족계획사업 실적

구 분	1992년도 사업진도		전년도 대비 실적비교	
	실적	진도율(%)	1991년	증감률(%)
피임보급				
불임수술	60,327	105.8	68,457	-11.9
정관수술	33,111	114.2	31,848	+ 4.0
난관수술	27,216	97.2	36,609	-25.7
자궁내장치	145,384	96.9	149,502	- 2.8
콘돔	100,239	100.2	90,322	+11.0
먹는피임약	5,685	113.7	6,517	-12.8
지원사업				
영세민생계비지원	183	-	294	-37.8
1차 무료진료	56,538	-	154,722	-63.5

(3) 임부 및 영유아 신규등록의 목표량은 모두 전년도와 동일하게 책정되었으며, 임부 건강진단사업, 영유아 건강진단사업 목표량은 각각 전년 대비 17.6%, 17.7% 하향 조정되었으며, 예방접종관리 목표량도 약간 감소되었다(표 3 참조).

표 3. 1991/1992년도 정부모자보건사업 목표량 비교

구 분	1991	1992	증감률(%)
사업목표 대 실적			
임부 신규등록	68,000	68,000	-
영유아 신규등록	297,000	297,000	-
사업내용별실적			
임부건강진단사업 (1차)	34,000	28,000	-17.6
영유아 건강진단사업 (1차)	34,000	27,998	-17.7
예방접종관리			
DPT(기초, 무료)	891,000	852,000	- 4.4
DT(무료)	630,000	614,000	- 2.5
Polio(기초, 무료)	891,000	852,000	- 4.4
MMR(무료)	385,000	356,000	- 7.5

(4) 1992년도 모자보건사업 실적진도율은 임부 및 영유아 신규등록은 각각 122.0%와 118.1%로 연간 목표량이 초과 달성되었으며, 임부 및 영유아 건강진단사업은 1-9월 기간중 실적진도율이 각각 106.9%와 112.5%로서 이미 연간 목표량이 달성되었다.(표 4 참조).

(5) 1992년 1-6월 기간중 정부지원에 의한 피임시술(자궁내장치, 난관수술 및 정관수술) 수용(자)부인의 평균연령은 29.3세로 나타났으며, 방법별로는 자궁내장치 28.8세, 정관수술 30.3세, 난관수술 30.2세이다.

연도별 시술수용(자) 부인의 연령분포를 살펴보면 1988년 이후 20대 부인의 수용 비율이 감소하는 반면 30세이상 부인의 시술수용율이 증가하여 평

균연령에 있어서도 약간씩 증가하고 있다.

표4. 1992년도 정부모자보건사업 실적

구 분	목표량	실 적	진도율(%)
사업목표 대 실적			
임부 신규등록	68,000	82,935	122.0
영유아 신규등록	297,000	350,708	118.1
사업내용별실적*			
임부건강진단사업 (1차)	28,000	29,939	106.9
영유아 건강진단사업 (1차)	27,998	31,493	112.5
예방접종관리			
PDT(기초, 무료)	852,000	894,703	105.0
DT(무료)	614,000	583,641	95.1
Polio(기초, 무료)	852,000	873,746	102.6
MMR(무료)	356,000	333,881	93.8

* 1992. 1-9월 기간중 사업실적임.

(6) 피임시술 수용자의 평균 현존자녀수는 1.8명이며, 피임방법별로는 자궁내장치 수용부인의 현존자녀수가 1.6명으로 가장 적으며, 정관 및 난관수술 수용자는 각각 2.0명과 2.1명이다. 연도별 시술수용자의 현존자녀 수 분포를 보면 1자녀의 비율은 1988년 37.6%에서 1992년 30.7%로 감소하였으나, 2자녀의 비율은 52.7%에서 58.8%로 증가하였다.

(7) 피임시술 수용자의 피임시술 수용시 최종자녀의 평균연령은 2.2세이며, 자궁내장치시술 수용자의 최종자녀 평균연령이 2.2세로 가장 적으며, 정관수술 및 난관수술 수용자의 경우는 2.4세이다.

(8) 정부지원 피임시술 수용(자)부인의 교육수준은 고등학교를 졸업한 부인의 비율이 64.2%, 중학교 17.8%, 대학이상 13.2% 그리고 국졸이하의 학력을 가진 부인의 비율이 4.3%이다. 피임방법별 시술수용(자) 부인의 교

육수준 분포를 비교하여 보면 난관수술 수용부인의 학력이 타피임법에 비하여 증종의 비율이 높은 반면, 정관수술 수용자 부인은 대학이상의 학력을 가진 부인의 비율이 훨씬 높다.

(9) 피임시술 수용(자)부인의 평균 인공임신중절 경험횟수는 0.9회이며, 자궁내장치 시술수용자 0.9회, 난관수술 1.1회 그리고 정관수술 수용자 부인의 인공임신중절 경험횟수는 0.6회이다.

(10) 피임시술 수용자의 수용전 피임사용 여부 및 방법을 살펴보면 전혀 피임을 실천하지 않은 가정이 58.7%를 차지하고 있으며, 피임 사용자의 피임방법으로는 콘돔이 15.7%로 가장 많으며, 기타방법 11.2%, 자궁내장치 8.3%, 그리고 먹는피임약 3.6% 등이다.

(11) 피임시술 수용자의 시술장소로는 정부피임시술 지정병의원의 비율이 69.2%로 가장 많으며, 그다음이 조산소로 14.0%, 대한가족계획협회부속의원 11.0%, 보건소 및 모자보건센터 3.9% 등이다.

라. 정책적 제언

1) 일선 인력의 효율적인 활용을 통한 사업개선을 도모하기 위하여 기존 보건소 조직을 기능적으로 격상하고 운영체계를 일원화함으로써 보강하는 방안이 적극 모색되어야 할 것이다.

2) 군보건소의 진료기능은 읍·면 보건지소의 진료기능과 연계할 때 농촌지역 진료의 증추적인 역할을 담당 비용절감과 더불어 지역사회 주민의 건강증진에 크게 기여할 수 있을 것이다.

3) 근원적인 복지서비스 제공 측면에서 각종 성인병 관리 서비스, 노인 건강 지도, 가족보건 교육 전반에 걸친 업무 기능 제고를 위하여, 1차 보건 의료의 수준 높은 검사장비, 기동력, 교육 자료의 개발 보급 등 보강이 요

망된다.

4) 읍·면 지소단위의 보건의료 관계인력은 모두가 보건지소에 소속되고, 보건지소는 보건소로 부터의 직접적인 지도·감독을 받으며 보건지소장의 지휘하에 읍·면 단위의 보건의료를 발전시켜 나가는 체계를 이루도록 해야 할 것이다.

5) 보건지소 단위의 현행 업무 가운데 고유의 기능과 직접 관련이 없는 부가적인 업무를 배제하는 동시에 일선요원들이 느끼는 필수 추가적인 업무로 보건교육, 성인병에 대한 추적검사, 치과 및 내과의 예방의료, 학교보건, 만성질환 관리 강화, 각종 임상검사 등의 활동을 실질적으로 발전시키도록 해야 할 것이다.

6) 공중보건의사로 하여금 지소의 책임있는 관리운영을 이행할 수 있도록 이들을 지소장으로 임명토록 일원화하고 필요한 교육을 별도로 실시해야 할 것이다.

7) 보건소의 인력 및 장비 보강과 더불어 의료전달체계의 유효한 운영 등 개선의 노력으로 주민의 욕구를 점차 해결해 나가야 할 것이다.

8) 보건소를 중심으로 한 일선 보건사업분야 전문인력은 전문직업 기술 공무원으로서의 긍지를 가지고 스스로의 업무에 만족할 수 있도록 여건을 조성해 나가야 한다.

9) 교육을 통한 기존 인력의 자질 향상과 신규인력의 전문직 유자격자의 경쟁적 채용으로 기존 인력과 신규 인력 공히 질적으로 보다 우수하게 구성되도록 하여야 한다.

10) 보건요원은 보건지소의 모든 요원과의 전반적인 지역사회 보건의료 사업을 위하여 공조체계를 유지하여 통합보건사업은 건강증진 전반에 관한 종합적인 서비스로 개발되어야 한다.

11) 가능한 한 여러가지 특수시책을 개발하여 지역주민으로 하여금 일선 보건사업 기관이 주민의 건강보호를 위해 다양한 서비스를 제공해 주는 대민 봉사기관이라는 신뢰성을 높이는 것이 바람직하다.

12) 보건요원에 대한 관리 업무의 의정국 지역의료과로 부터 보건국 가족보건과로 이관을 계기로 일선 시도 및 보건소 관계관과의 정기적(분기별) 모임을 활성화하여 좋은 프로그램의 개발은 물론 조직운영 및 요원관리 전반에 걸친 일선 보건사업 기능의 제도적 개선에 기여토록 하는 것이 바람직할 것이다.

마. 기대효과

- 1) 사업평가로 사업운영 향상도모
- 2) 평가대회를 통한 문제점발견 및 효과적 대응방안 제시
- 3) 사업운영조직 및 일선 보건요원 활동실태 분석으로 사업운영방안 개선 자료 도출
- 4) 장기인구정책방향 보완 제시

바. 연구자

홍문식, 장영식, 이상영, 오영희

17. 최근 출산동향에 관한 연구(1991 출산력조사 특별분석)

가. 연구목적

최근 인구의 대체수준 이하로 저하된 출산력에 영향을 미친 요인을 검토하고, 저출산 유지에 따른 사회·인구학적 영향과 가족 및 개인에 미치는 영향을 검토하여 향후 출산조절정책의 재정립에 필요한 기초자료를 제공하는데 본 연구의 목적이 있다.

나. 연구방법

본 연구는 “1991년 전국출산력 및 가족보건실태조사”자료를 이용하여 출산력의 직접·간접적인 영향요인 및 저출산으로 인한 결과 등에 관하여 연구자의 관심에 따른 주제별 분석을 실시한 것으로 각 분석주제 및 분석자는 다음과 같다.

- 1) 한국 미혼남녀의 성행태 /김승권
- 2) 최근 한국여성의 결혼행태 /조애저·공세권
- 3) 부인의 자녀관 결정요인에 관한 연구 /서문희
- 4) 임신중절에 관한 연구 /장영식
- 5) 출산간격별 인공임신중절을의 변화 /공세권·김승권·김초강
- 6) 인공임신중절의 변동추이 /홍문식·오영희
- 7) 인구의 노령화와 노인가구의 특성 /공세권·조애저·김응석.

다. 연구결과

- 1) 한국 미혼남녀의 성행태

본 분석은 미혼남녀(18-34세)의 성행태와 관련된 사항으로 이성교제, 순결 의식, 피임, 혼전임신, 인공임신중절 및 출산, 그리고 이성과의 동거경험 등을 우리나라 미혼남녀의 성에 관한 의식과 행동양상을 중점적으로 비교 분석 하였으며, 주요결과를 요약하면 다음과 같다.

이성교제를 찬성하는 의견은 전체 응답자의 약 2/3에 이르렀고, 약 1/2이 현재 교제하고 있는 이성친구가 있었으며, 남성보다 여성이 이성에 대해 태도나 행동면에서 더 개방적이었다. 이러한 이성교제는 미혼남녀의 성행태에 지대한 영향을 미치고 있었는데 이성친구유무별 성관련 행위를 종합적으로 살펴보면 <표 1>과 같이 현저한 차이가 있었다.

표 1. 미혼남녀의 이성친구유무에 따른 성관련 행위의 경험

단위 : %

이성친구 유무여부	남 성			여 성					
	키스 경험	피임 경험	동거 경험	키스 경험	피임 경험	임신 경험	중절 경험	출산 경험	동거 경험
있음	65.5	11.9	11.0	48.6	4.6	4.8	4.2	0.6	4.1
없음	27.3	4.7	5.0	13.6	1.1	1.7	1.1	0.3	1.7

혼전키스에 대해서는 응답자의 절대다수가 이를 찬성하였으며, 실제 키스를 경험한 경우도 남성의 51.5퍼센트, 여성의 32.9퍼센트나 되었다. 그리고 태도와 행동간에는 직접적인 관계가 있어, 혼전키스를 찬성하는 계층이 경험율도 높았다.

본인의 혼전순결에 대한 태도는 남성의 21.9퍼센트, 여성의 46.1퍼센트가 순결은 반드시 지켜야 한다고 하여, 남성에 비해 여성의 순결의식이 훨씬 강하게 나타났다. 피임방법의 인지율은 남성 50.9퍼센트, 여성 38.6퍼센트

이고, 피임경험율은 남성이 8.2퍼센트, 여성이 3.0퍼센트로 남성이 훨씬 많은 피임지식 및 피임경험을 갖고 있었다.

미혼남녀의 임신경험을 보면, 3.4퍼센트가 임신을 한 경험이 있거나 임신중이었으며, 임신되었을 경우 남성의 20.6퍼센트가, 여성의 10.2퍼센트가 반드시 출산하여야 한다고 하였다. 본 분석결과에 의하면 미혼여성의 2.8퍼센트가 인공임신중절 경험이 있었으며, 0.5퍼센트가 출산경험이 있었다. 또한 임신을 경험한 미혼여성의 84.8퍼센트가 인공임신중절을 경험한 것으로 나타났으며, 특성별로는 23-27세 연령층, 대학교 수준 이상의 학력에서, 현재 학생인 경우, 그리고 부모가 안계시거나 계시더라도 동거하고 있지 않은 경우에 많은 인공임신중절이 이루어지고 있었다.

전체 미혼남녀중 동거경험이 있거나 현재 동거하고 있는 경우는 남성의 8.1퍼센트, 여성의 2.9퍼센트나 되었으며, 대체로 연령이 높고, 교육수준은 낮으며, 직장을 가지고 있는, 부모가 안 계시거나 동거하고 있지 않은 계층에서 많은 동거경험이 있거나 동거중인 것으로 나타났다.

우리나라 미혼남녀의 성행태를 살펴 본 결과 종전의 전통적 가치관과 행동을 이제 더 이상 주장할 수 없도록 변질되어가고 있는 현실임을 감안하여 이를 건전한 방향으로 유도할 수 있는 대책과 해결하기 위한 방안이 조속히 강구되어야 할 것이다.

2) 최근 한국여성의 결혼행태

본 분석은 교육 및 취업기회가 확대되고 물질주의 및 개인주의가 팽배되고 있는 가운데 가족형성의 기초가 되는 결혼행태가 어떻게 변했고 그것이 어떤 의미를 지니는지를 논의하려는데 목적을 두고 있다.

본 분석 대상은 18-34세 기혼부인 3,681명과 미혼여성 1,514명으로 기혼부인은 언제, 어떤 대상과 어떤 과정을 통해서 결혼을 했고 현재는 어떤 상

태에 있으며, 또 결혼을 어떻게 생각하고 있는지를, 그리고 미혼여성에게는 결혼을 어떻게 생각하며, 언제, 어떤 대상과 어떤 과정을 통해서 결혼할 것 인지를 검토했다.

최근 결혼은 교육 및 취업기회의 확대등 혼전 역할이 다양화되면서 만혼 추세를 나타내어 미혼율에 의한 여성들의 평균 초혼연령은 1960년에 21.6세가 1990년에 25.1세로 상승되었고, 같은 기간에 남성들의 평균 초혼연령도 25.4세가 28.2세로 상승되었다. 이처럼 혼기의 지연은 20대에서 뿐만 아니라 30대 초기에서도 미혼율을 증가시켜 전체여성중 30-34세에서의 미혼율은 1960년에 0.6퍼센트가 1990년에 5.6퍼센트로, 그리고 35-39세에서도 1960년에 0.2퍼센트가 1990년에 2.6퍼센트로 증가를 나타내고 있다. 따라서 결혼 적령기인 25-34세에서의 미혼율은 1990년에 약 14퍼센트로 추정되고 있다. 이들 미혼자 중 70.4퍼센트 앞으로 결혼할 의사와 계획을 갖고 있으며, 12.7%는결혼할 의사도 없고 계획도 갖지 않았다.

또한 미혼자들은 일반적으로 결혼 및 독신에서의 장점을 결혼은 정서적 안정과 사랑 및 행복추구에서, 또 독신은 개인 및 사회활동의 자율성에서 찾으려 하고 있다. 그러나 대부분의 남녀는 결혼을 긍정적으로 생각하고, 또 결혼을 하며, 그러한 관행이 앞으로 계속 이어질 것을 의심치는 않는다. 다만 결혼을 앞으려는 사람들이 늘어나는 것은 분명하며, 이러한 경향이 남자들 보다는 여자들 가운데서 현저할 때 결혼의 불균형은 불가피할 것이라는 점이다.

결혼의 자율성은 성혼과정에서도 나타나고 있다. 전통혼이 조혼으로서 부모의 뜻에 의한 중매혼이 그 특징이라면 근대혼은 만혼으로서 본인의 뜻에 의한 자율혼이 그 특징이다. 따라서 대부분의 남녀는 결혼대상을 학교나 직장, 또는 사회적 모임을 통해 알게 되고, 일정한 교제기간을 통해서 자의에 의해 결혼을 결정하며, 부모에게 동의를 구하는 형태가 지배적이다. 또 결

혼여건은 가문이나 사회·경제적 기준보다 성격이나 건강 또는 직업 등의 결혼당사자 개인적인 것에 기준을 두고 있다.

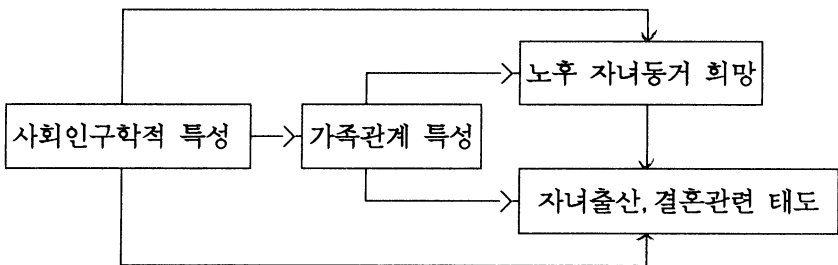
이처럼 근대혼은 개인사정이나 가정형편 또는 사회여건에 따라서 독신을 유지할 수도 있고 결혼을 할 경우는 개인의 뜻에 따라 가족보다는 개인을 만족시킬 수 있는 조건을 원하고 있다. 여기서 결혼에 대한 부정적 의식은 남자보다 여자에게서 높아 여성독신율이 계속 증가될 때 결혼체계의 불균형은 물론 독신자에 대한 사회적 보호책도 불가피해진다. 또 결혼의 자율성은 이혼의 자율성과도 연계되어 이혼율 증가에 영향을 미칠 수 있을 것으로 사료된다.

3) 부인의 자녀관 결정요인에 관한 연구

본 연구는 부인의 자녀에 대한 태도가 부-부-자녀라는 3자간의 상호관계 속에서 나타나는 관계의 일부라는 개념으로 파악하고 부인의 자녀에 관한 태도를 인구·사회학적 변수 및 가족관계 변수로서 설명하고자 하였다. 이를 위하여 인구·사회학적 변수를 선행변수로 놓고 가족관계 변수를 매개변수로 그리고 자녀관련 태도변수를 종속변수로 설정하였다(그림 1 참조).

본 분석대상은 7,028명의 15-49세 유배우 부인으로써, 통계방법은 회귀분석과 로지스틱 회귀분석을 사용하였다.

그림 1. 분석을 위한 개념적 틀



분석결과를 요약하면 보면 다음과 같다.

(1) 선행변수 중에서는 특히 현재 취업 중인 부인이 높은 노후 자녀와의 동거 희망 태도를 보여서 여성 취업의 취약성을 반영하고 있고, 남편의 출생순위는 아들필요성 태도 결정의 주요 요인으로 나타나서 장남이나 외동아들이 갖는 가계상속의 전통 및 그 부담감을 보여 주었다.

(2) 가족 관련 변수중 대리성취 기대 변수와 부부대화 및 부부의 중요성 변수와는 설명 선행변수 및 그 방향이 다르다. 교육기간이 짧고 연령이 많으며 농촌 거주 부인이 높은 대리성취기대를 갖는 반면에 교육기간이 길고 종교가 기독교나 개토릭이고 남편 직업이 사무직인 부인들이 부부대화를 많이하며 또한 부부간의 관계를 중요시하는 경향이다. 그러나 이들 가족변수들은 자녀 관련 태도에는 유사한 작용을 하고 있다. 자녀나 남편에 대해 대리성취기대가 큰 부인일수록 노후에 자녀와의 동거희망 가능성이 높다. 또한 이들은 자녀의 수 및 성 선호 태도가 강하고 자녀 결혼에의 관여태도도 강했다. 한편으로 부부간의 대화가 많은 부인이 자녀의 필요성 및 강한 아들 선호태도를 보였고, 부부의 중요성 변수는 자녀 결혼에 대한 관여태도에 영향을 준다.

(3) 자녀의 기능이나 가치 측면에서 볼때 부부대화가 많거나 부부의 관계를 부모-자녀의 관계보다 중요시여기는 부인들에게는 자녀가 부부관계를 보다 조화롭게 해주는 어떤 기능을 하기 때문에 자녀를 선호하고 자녀 결혼에 관여하기를 원한다면, 대리성취를 기대하는 부인에게는 자녀가 보다 전통적 가치를 지닌 존재로 기대되기 때문이라고 생각된다.

(4) 이와 같은 결과는 시대적, 사회적 변화와 더불어 자녀에 대한 전통적 가치나 기대가 약화되면서 다시 새로운 가치와 태도가 형성되는 것을 보여준다. 과거 전통적 가치나 태도의 변화가 출산력 저하를 가져온 것은 사실이지만 합계출산력이 1.6인 시점에서는 태도변화가 단순하게 출산력 저

하를 창출하는 것은 아님을 시사한다.

4) 임신종결에 관한 연구

이제까지의 출산력 저하는 피임 외에 임신과정에서의 인공임신중절, 자연유산, 사산에 의한 임신중단의 영향을 배제할 수 없다는 점에서 이러한 인공임신중절의 영향이나, 자연유산, 사산에 의한 영향은 가족계획사업의 질적 측면에서나 모자보건측면에서 유의성을 내포한다고 보겠다. 이와같은 관점에서 동 분석은 임신력에 관한 내용을 이용하여 임신이 어느 시기에 어떻게 진행되었으며, 최종적으로 어떤 형태로 종결되었는가를 살펴보고 연도별, 부인특성별 차이를 파악코자 하였다. 분석방법으로는 티-즈와 루이트(Christopher Tietze and Sarah Lewit)의 피임효과 측정방법을 활용하였다. 분석결과를 요약하면 다음과 같다.

(1) 연도별 임신중단율은 1979-1981년 기간동안은 40.3퍼센트였으나 1982-1987년 기간중에는 46.9퍼센트로 높아졌으며, 1988-1990년 기간중에는 다소 낮아져 45.9퍼센트가 출산에 이르지 못하고 임신이 종결되었다. 중단 원인별로 보면 자연유산은 1979-1981년 7.3퍼센트 수준에서 1988-1990년에는 9.7퍼센트로 증가하였고, 인공임신중절은 1979-1981년 32.4퍼센트 수준에서 1982-1987년 기간중에는 약 38퍼센트 수준까지 증가하였으나, 1988-1990년에는 다시 낮아져 35.9퍼센트 수준이었다. 사산도 적은 차이지만 최근에 이를수록 다소 낮아졌다.

(2) 연도별 임신개월수별 정상출산 기대율은 임신초기에는 1982-1987년에는 1979-1981년 기간중 보다 낮아졌다가 1988-1990년에는 높아지는 V자 곡선을 나타내고 있고, 임신 6개월 이후에서는 최근에 이를수록 점차 완만하게 높아지는 경향을 보이고 있어 정상출산 기대율은 점차 개선되고 있다.

(3) 1988-1990.7월 기간중 임신에 대한 부인특성별 차이는 학력이 높

을수록 임신중단율이 낮았고, 중단 원인별로는 자연유산 및 사산은 고등학교이상에서 증졸이하 보다 높았고, 인공임신중절은 학력이 높을수록 현저하게 낮았다. 취업여부별 임신중단율은 현재 사업경영 또는 취업중인 부인이 54.8퍼센트로 가장 높았다. 원인별 임신중단율은 자연유산은 과거 사업 또는 취업 경험이 있는 부인이, 그리고 인공임신중절은 무급가사 종사부인과 현재 사업경영 또는 취업중인 부인층이 높게 나타났다. 부인 종교별 임신중단율은 개신교(47.4%)가 가장 높았고, 중단 원인별 임신중단율은 자연유산이 불교를 믿는 부인층에서 가장 낮게 나타난 반면 인공임신중절은 가장 높았다. 자녀수별 임신중단율은 자녀가 많을수록 급격히 높아지는 경향이 있다. 특히 2자녀 이상에서는 약 80퍼센트에 가까운 임신중단율을 나타냈다. 중단원인별 임신중단율은 자녀가 적을수록 자연유산에 의한 임신중단이 높고 인공임신중절에 의한 임신중단율이 낮았다. 지역별 임신중단율은 도시지역(46.4%)이 농촌지역(43.8%) 보다 약간 높았고, 중단 원인별로는 자연유산과 인공임신중절 모두 도시지역이 농촌지역 보다 높았다. 연령별 임신중단율은 자녀수와 같은 양상으로 연령이 높을수록 임신중단율은 급격히 증가하였으며, 중단 원인별로는 인공임신중절에 의한 차이가 매우 컸다.

우리나라는 사회·경제의 발전과 꾸준한 모자보건사업의 추진 그리고 개인 의식수준의 변화로 모성건강에 대한 관심이 점증되면서 모성건강을 저해하는 요인이 점차 감소되고 있지만 아직도 불필요한 임신소모로 모성건강을 저해하고 있다. 특히 아직도 45.9퍼센트에 이르는 높은 임신중단율은 그 원인이 어디에 있든 빠른 시일내에 개선되어야 할 것이며, 자연유산이나 사산 그리고 인공임신중절과 같은 임신중단 원인이 되고 있는 요인은 사전에 제거할 수 있는 사업의 추진이 필요하다.

5) 출산간격별 인공임신중절율의 변화

15-49세의 기혼부인 7,462명의 부인들이 일생동안 경험해온 임신력을 기초로 각각의 임신이 발생된 시기와 그 임신이 출산(정상출생, 사산), 인공임신중절 및 자연유산중 어떤 형태로 종결되었는지를 분석하였다. 특히 출산간격 즉 ① 결혼전(premarital stage), ② 결혼후 첫 出産까지(earlier interval), ③ 첫째 출산후 둘째 출산까지(1st birth interval), ④ 둘째 출산후 마지막 출산까지(last closed interval after 2nd birth), 그리고 ⑤ 마지막 출산(출산경험이 없는 경우는 결혼후부터)후 조사시까지(open interval)의 기간별로 임신양상을 검토했으며, 아울러 각 간격별 임신중 인공임신중절이 얼마나 이루어졌는지를 알아보았다. 그리고 출산간격별 인공임신중절율이 연도별로 어떻게 변해왔고, 부인특성별로 어떤 차이가 있는지도 검토하였다.

분석결과에 의하면 연도별 전체 임신중 인공임신중절율은 1974년 이전 임신코호트에서는 약 15퍼센트 수준이었으나, 1980-1984년 임신코호트에서는 약 36퍼센트로, 그리고 1990-1991년 임신코호트에서는 약 49퍼센트로 지속적인 증가를 나타내었다. 이러한 임신 1,000건당 임신중절율은 연소층일 수록, 그리고 저학력층일수록 증가해 24세 이하 연령층의 경우 1974년 이전 임신에서는 약 10퍼센트이던 것이 1990-1991년간의 임신에서는 약 42퍼센트로 증가했고, 중학교 이하의 학력은 1974년 이전 임신에서는 약 14퍼센트였으나 1990-1991년간의 임신에서는 약 59퍼센트로 크게 증가했다. 특히 최근 인공임신중절은 주로 원치 않는 임신을 해결하기 위해 이루어지면서 이는 주로 피임을 하지 않았던 경우와 피임하다가 실패한 경우, 그리고 계획하지 않았던 혼전임신의 경우가 대부분이다. 따라서 피임실패로 인한 임신에서는 약 85퍼센트가, 혼전임신에서는 약 23퍼센트가, 그리고 개방출산간격에서는 약 86퍼센트가 임신중절로 종결되었다.

이러한 인공임신중절의 성행은 임신중절을 어떻게 생각하느냐는 점과도 관련이 있다. 최근 조사결과는 인공임신중절을 경험한 부인의 약 1/4이, 그리고 경험하지 않은 부인의 약 1/5이 임신중절을 피임방법의 일종으로 생각하고 있는 것으로 나타났는데, 이는 대학 이상의 교육을 받은 부인중에서도 약 1/5에 달하였다. 많은 부인들이 아직도 피임과 임신중절을 구분하지 못하고 있으며, 인공임신중절을 대수롭지 않게 여기고 있었다. 또한 인공임신중절은 특정 사회계층에서만 이루어지는 것이 아니고 지역간, 교육수준간, 또는 종교간 차이도 없이 누구나 원치 않는 임신일 경우에는 아무런 거리낌 없이 받아드리고 있었다.

이처럼 인공임신중절에 대한 긍정적 의식은 종래까지만 해도 기혼층에 국한되었으나, 고령층이 불임수술을 받게되면서 연소화 추세를 나타내었고, 또 최근에는 미혼층에까지 만연하기에 이르렀다. 그것은 성문화의 개방과 함께 청소년 등의 미혼계층에서 성문제가 노출되면서 나타나는 점과 연관된다. 미혼층의 성문제는 선진국 뿐만 아니라 개발도상국에서도 심화되면서 이는 인공임신중절과 불가분의 관계를 나타내고 있다. 최근 조사에서 나타난 미혼자의 임신경험은 25-29세 여성의 약 8퍼센트, 또 30-34세 여성의 약 31퍼센트에 달하였고, 이러한 임신의 약 90퍼센트 이상이 인공임신중절로 종결되었음은 혼전임신이 인공임신중절 증가에 큰 몫을 차지하고 있음을 쉽게 알 수 있다.

6) 인공임신중절의 변동추이

1962년의 정부가족계획사업 실시 이래 피임실천율의 지속적인 증가와 더불어 인공임신중절 경험율도 함께 증가하였으며, 결과적으로 인공임신중절이 출산력 저하에 많은 공헌을 한 것으로 분석되고 있다. 그러나 출산력이 선진국 수준으로 거의 정착되고 있는 우리로서는 모성건강을 위한 노력으로

서의 인공임신중절의 방지에 대한 지금까지의 노력은 소홀했던 것으로 볼 수 있기 때문에 인공임신중절의 추이를 밝혀 앞으로의 모자보건 정책면에서 보다 정확한 시각으로 관심과 주의를 환기시킬 수 있다는 점에서 본 연구의 의미를 부여할 수 있을 것이다.

본 분석에서는 15-49세 유배우부인 7,110명을 대상으로 출산력과 인공임신중절률의 변화추이를 검토하고, 1970년 이후에 발생한 모든 임신 22,925건의 종결형태 및 이에 관련된 요인을 분석하였다. 또한 1975년 이후에 발생한 모든 인공임신중절 6,558건에 대하여 인공임신중절시 부인들의 인구학적 특성 및 인공임신중절 전·후의 피임실천상태를 관찰하고, 인공임신중절에 미치는 요인을 파악하기 위해 출산이 거의 진행된 30세 이상의 유배우부인 5,272명을 대상으로 회귀분석을 하였다.

본 분석결과에 의하면 연령별 인공임신중절율은 1980년대에 30세 이상에서 급격한 감소현상을 나타내고 있는 반면에 29세 이하의 젊은층의 부인에서는 지속적인 증가현상을 나타내고 있다. 그러나 부인 1,000명당 연간 인공임신중절수는 1981년 113.3건에서 1990년에는 63.6건으로 크게 줄었고, 인공임신중절 절대수도 1981년의 59만여건에서 1990년에는 40여만건으로 감소되었다. 그럼에도 불구하고 전체임신의 정상출산율은 1970년대 초반의 74퍼센트에서 1980년대 후반에는 51.2퍼센트로 줄어들어 인공임신중절로 종결되는 임신소모율이 계속 늘어나고 있다. 이러한 임신소모 현상은 임신회수가 많아질수록 점점 높아지고 있으며, 특히 5번째 이후의 임신은 거의 70퍼센트가 인공임신중절로 종결되고 있다.

결과적으로 정상출산에 대한 인공임신중절 비율은 계속 상승하는 추세로서 1970년대 초반의 1:0.26에서 1980년대 후반에는 1:0.76으로 크게 늘어났다. 인공임신중절 전에 피임을 실시한 비율은 연령이 높을수록 높았고, 시술후의 피임수용율은 최근에 이를수록 전반적으로 점점 높아지는 추세이다.

인공임신중절의 결정에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 단계별 회귀분석결과 부인의 총임신회수로서 표준화 회귀계수가 0.8864의 양의 관계를, 그 다음이 부인의 연령으로서 0.1365의 음의 관계를 나타내고 있으며, 기타 교육, 취업, 거주지 등 사회·경제적 변수는 인공임신중절 행태에 별 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

7) 인구의 노령화와 노인가구의 특성

한국사회는 금세기에 이르러 급격한 산업화와 함께 인구의 노령화, 개인역할의 다양화, 그리고 가족의 분화가 이루어지면서 노인부양 문제에 관심이 높아지게 되었다. 이러한 점은 출산·사망율의 저하나 평균수명의 연장이 인구구조의 변화에 영향을 미치면서 노인의 절대수와 상대적 부양비를 증가시키고, 소자녀관 형성으로 인한 노인부양 대상의 감소, 개인역할의 다양화, 기혼부인들의 사회활동 참여의 증가 및 취업형태의 다양화와 핵가족 선호현상으로 인한 가족분화 등이 전통적인 부양형태인 노인의 가족부양을 어렵게 하기 때문이다.

이러한 점에서 본 분석에서는 전체 가구원(41,133명)중 60세 이상 노인(3,432명)과 그들이 속한 가구(2,691가구)를 중심으로 이들 노인개인 및 노인이 속한 가구의 특성을 검토하여 노인개인 및 노인가구형태가 어떤 의미를 지니는지를 분석하고자 하였다.

분석결과는 다음과 같이 요약될 수 있다.

한국인구는 1960년대 이후 급속한 출산·사망율의 저하와 함께 평균수명의 연장으로 인구구조가 변하면서 앞으로는 노령화가 급속히 진전될 것을 의심치 않게 된다. 1960년 60세 이상 노인은 150만명으로 노인인구율은 약 6퍼센트에 불과했지만 1990년에는 330만명으로 증가하여 약 8퍼센트의 노인인구율을 보였고, 2020년에는 986만명으로 약 20퍼센트의 노인인구율을 보일

것으로 추정된다. 따라서 노화지수는 1960년 14.7이 1990년 29.8로, 그리고 2020년은 121.8에 이르게 될 것이고, 노인부양비는 같은 시기에 11.2에서 11.6으로, 그리고 30.2로 변화하게 될 것이며, 평균수명은 1960년에 약 55세가 1990년에는 약 71세로, 그리고 2020년에는 77세에 달할 것으로 보여진다. 이러한 점과는 달리 합계출산율은 인구대치수준 이하를 유지하면서 자녀가 없거나, 아들이 없는 경우도 나타나 앞으로 자녀에 의한 노인부양의 어려움을 예상할 수 있다.

특히 산업화·도시화로 농촌인구중 젊은층의 이농은 노령층만 농촌에 남게 함으로써 도소농노 양상이 비롯되었지만 앞으로는 도시인구 자체가 노령화 되면서 노인문제는 농촌에서 뿐만 아니라 도시에서도 심각성이 예상된다. 또 노인특성은 저학력과 성별 사망력 차이로 인한 높은 여성 독신율에서 특징을 보인다.

이와 함께 최근의 노인가구는 도시(17.5%)보다 농촌(44.6%)에서 높은 율을 보이며, 세대별 구성율은 1세대 가구가 33.5퍼센트, 2세대 이상 가구는 66.5퍼센트로 노인세대만으로 구성되는 1세대 구성율은 도시노인 가구중(26.0%)에서 보다는 농촌노인 가구중에서 차지하는 비율(42.7%)이 높게 나타나고 있다. 또한 일부 가족원과 분거형태를 이루고 있는 노인가구 역시 농촌에서 그 비율이 높으며, 이에 따른 노인독신 가구율도 농촌의 노인가구중 17.3퍼센트나 되며, 2인 가구는 31.2퍼센트로 노인가구중 노인독신이나 노인부부만의 가구가 약 1/3에 달하고 있다. 또 이러한 노인가구는 영세성도 엿보이고 있어 자녀에게 의존이 어려운 노인가구는 사회적 보호가 요구된다고 하겠다.

결과적으로 한국농촌은 지난 30년간 급속한 산업화·도시화로 젊은 층의 이농이 상대적 노인가구율을 높여왔고, 또 노인들 만이 농토를 지키면서 생계를 유지하는 형태가 늘어났음이 분명하다. 즉 노인독신 또는 노인부부가구가 전체 노인가구중 약 1/3에 달하고 있음은 현재의 생활뿐만 아니라

앞으로의 생활에도 많은 문제가 뒤따르게 될 것으로 사료된다.

라. 정책적 제언

7개 주제의 분석결과를 기초로 할 때 정책적 고려사항은 다음과 같다.

(1) 미혼남녀의 이성교제를 건전하게 유도하고, 건전한 성도덕을 정립할 수 있도록 학교 및 사회단체에서 교육과 계몽이 적극 이루어져야겠다.

(2) 체계적인 성교육의 실시로 성지식 부족으로 인한 미혼여성의 임신 및 출산이 없도록 해야 할 것이며, 어쩔수 없이 출산하게 된 미혼모를 위한 취업교육 및 알선, 그리고 출산아의 양육을 위한 사회복지시설의 확충이 이루어져야 할 것이다.

(3) 결혼 및 자녀관은 출산조절정책 뿐만 아니라 가족적 차원에서 가족공동체를 유지, 발전시키기 위한 혼전교육이 요구된다. 그것은 만혼과 자율혼이 개인주의적 차원에서만 이루어질 때 독신을 내지는 이혼율의 증가가 가족 및 사회문제로 이어질 수 있기 때문이다.

(4) 미혼 및 기혼여성을 대상으로 한 성교육 및 피임교육의 확대, 그리고 질적인 피임서비스가 병행되어야 하며, 피임보급 대상자 뿐만 아니라 기피임을 수용하고 있는 사람에 대한 사후관리에 보다 철저를 기하여야 한다.

(5) 일정자녀를 둔 개방출산 간격에서의 임신중절율이 높은 수준에 있음을 증시하여 이들 계층에 있는 부인들이 보다 과학적이고 안전한 피임방법으로 전환할 수 있도록 유도하여야겠다.

(6) 출산방지 중심의 사업추진 외에도 모성건강이나 원치 않는 임신방지 등 현재의 문제점 치유 측면에 중점을 둔 사업추진을 하여야 할 것이다.

(7) 정부가족계획사업은 계몽교육 및 상담지도에 더욱 치중해야 하며, 동시에 민간부문에서의 참여를 더욱 활성화 하도록 가족계획 및 불임시술협회 등 유관단체에 대한 지원 및 협조를 강화하는 것이 바람직할 것이다.

(8) 출산력의 저하와 인구의 노령화는 불가분의 관계를 가지며, 앞으로 노인문제는 주요 사회문제의 하나로 대두되면서 노인부양에 대한 다각적 대응책이 요구된다. 노인가구, 특히 노인단독가구와 노인독신가구에 대한 부양측면의 국가적 보호가 현실적으로 이루어져야 할 것이다.

마. 기대효과

동 연구결과는 향후 가족계획사업의 추진방향을 제시해 줄 수 있을 것이며, 가정복지 정책수립에 필요한 기초자료로 활용될 것이다.

바. 연구자

공세권, 조애저, 김승권 외 주제별 집필자.

18. 도시화 문제와 대책에 관한 국제 비교연구

가. 연구목적

수도권은 이미 인구 과포화 상태로 인구집중에 따른 사회적 비용이 가중되고 있으며 반면 농촌은 계속되는 인구감소 추세로 도시와 농촌의 균형 있는 발전과 국민생활의 질적 향상에 대한 정책적 중요성이 높아지고 있다. 따라서 본 연구는 개발도상국에서의 도시화와 사회경제발전에 대한 국제 비교연구를 통하여 우리나라에서의 도시화 문제와 대책수립에 필요한 연구자료를 제공하는데 목적이 있다.

나. 연구방법

유엔 ESCAP이 제4차 아·태지역 인구회의를 준비하기 위하여 인구와 환경, 가족계획, 인구가동과 도시화라는 3개 과제를 설정하여 별도의 국제회의를 개최키로 한바, 이 중에서 인구가동과 도시화 문제에 관한 국제회의를 한국에 유치하여 개발도상국에서의 도시화 문제와 이에 따른 대책을 폭넓게 논의하였다.

다. 연구결과

한국의 도시화 문제와 대책을 검토하기 위하여 ① 한국 도시화의 역사적 고찰 ② 인구가동 유형과 이의 사회경제적 의미 ③ 도시화에 따른 인구구조와 가족구조의 변화 ④ 수도권 인구집중 문제와 인구집중 억제책 ⑤ 인구분산 측면에서의 국토개발계획 등이 다루어졌으며 아시아지역에서의

도시화와 사회경제 개발문제에 대해서는 ① 아·태지역에서의 도시화 추세 분석 ② 경제개발과 인구이동의 상호 연관성 ③ 도-농 인구이동이 경제개발에 미치는 영향분석등을 다루었고 각국별로는 태국, 중국, 인도네시아, 인도, 스리랑카, 필리핀, 베트남등의 인구이동과 사회경제 구조와의 관련성이 분석되었다. 이하 상술하면 다음과 같다.

(1) 한국 도시화의 역사적 고찰에서는 해방후 현재까지 국내 지역간 인구이동이 어떻게 진행되어 왔는가를 해방기, 한국동란기, 동란후기, 산업화기로 나누어 분석 제시하였으며

(2) 인구이동 유형과 이의 사회경제적 의미에서는 1961년 이후 1990년까지의 농촌→도시, 도시→도시, 도시→농촌, 농촌→농촌간의 인구 이동량과 이동인구의 특성을 성별, 연령별, 교육정도별, 직업별, 혼인상태별로 분석하였다.

(3) 도시화에 따른 인구구조와 가족구조의 변화에서는 1966~1985년 기간의 인구의 연령구조 변화, 도시와 농촌인구의 연령구조 변화, 인구연령구조 변화에 따른 보건, 교육, 노동력, 노령화 등의 영향을 분석하고 도시화에 따른 가족구조 변화의 특징을 핵가족화, 평균가구원 수의 감소, 1세대 가족의 증가로 분석하고 이러한 변화가 전통 한국가족의 구조와 기능에 미친 영향과 그 대책에 대해서도 언급되었다.

(4) 수도권 인구집중 문제와 인구집중 억제책에서는 수도권 인구집중추세와 도시화율의 국제비교, 도시발전단계, 최근 수도권의 교외화 과정 등이 언급되었고 수도권 인구집중 요인으로 국가 중추관리 기능의 집중, 서비스업의 집중이 특별히 지적되었다. 수도권의 인구 과집중에 따른 문제점으로는 경제효율성의 감소, 대기오염 문제, 교통난, 주택난 및 생활공간의 환경악화등이 언급되었다. 또한 수도권 인구집중 억제책에 관해서는 60년대 이후 지금까지의 수도권 인구정책의 내용과 변화과정을 검토하고 수도권 인구

정책의 문제점과 인구분산책의 방향으로 현세대 뿐만 아니라 다음 세대를 지향하는 장기적이고 종합적인 정책, 농촌과 도시의 조화로운 발전을 지적하고 있다.

(5) 제3차 국토개발계획과 관련하여서는 국토이용 구조의 개편을 강조하고 특히 지방분산형 정부체계의 형성, 산업의 균형배치, 여가공간의 조성, 고속도로망의 구축, 주택복지의 향상등이 언급되었다.

(6) 아 태지역에서의 도시화추세 분석에서는 아 태지역 26개 국가의 도시화율에 대한 전망(2020년까지), 도시인구 성장을 추이(2025년까지), 농촌인구 성장을 추이(2025년 까지), 도시인구 성장의 구성요인을 자연증가, 이동 및 도시확장 등으로 나누어 분석 제시하였다.

(7) 경제개발과 인구이동의 상호 관련성에 대해서는 인구이동 없는 개발은 불가능하며 인구이동이란 개발의 한 과정이라는 전제하에 Zelinsky의 모형, 신흥공업국가인 한국, 대만, 홍콩, 싱가포르의 인구이동유형, 말레이시아, 태국, 인도네시아, 필리핀의 경제성장율과 인구이동 및 도시화 수준, 중국, 인도 및 계획 경제하의 베트남, 라오스, 캄보디아, 미얀마 등에서의 국내인구이동과 경제발전이 언급되었다. 또한 이 주제에서는 경제개발과 국제인구이동에 대하여 자세히 언급되었고 특히 일본, 싱가포르등으로의 국제 노동력 유입을 전망하였다.

(8) 도-농 인구이동이 경제개발에 미치는 영향 분석에서는 도-농 인구이동이 인구규모와 분포에 미치는 영향, 연령구조에 미치는 영향, 가족구조와 여성의 역할에 미치는 영향, 출산력과 사망력에 미치는 영향, 소득에 미치는 영향, 고용에 미치는 영향, 사회복지에 미치는 영향등 다각적인 분석이 제시되었다.

(9) 각국별로는 태국의 경우 도시화 추세와 도-농의 격차, 태국경제에서의 이동의 역할, 도시정책, 공업화계획등이 제시되었고 중국의 경우는,

중국 도시화의 역사적 추세, 과잉도시화의 문제, 개발의 도시편향성, 농촌 발전과 중소도시의 역할, 도시화와 지역간 형평문제 등이 지적되었다. 스리랑카의 경우 공업정책과 도시화, 농업정책과 도시화, 복지정책과 도시화 등이 언급되었다. 필리핀의 경우는 도시인구 규모와 성장, 인구도시집중, 지역개발에 있어서의 도시의 역할, 도시성장의 구성요소, 도시화의 결과로서의 주택과 위생문제, 환경문제, 실업과 불완전고용 등이 언급되었다.

라. 기대효과

본 연구는 아시아지역에서 새로운 인구문제로 대두되고 있는 인구의 과도한 도시집중과 이에 따른 각종 도시문제, 이를 해결하기 위한 정책의 방향 등을 국제세미나를 통하여 제시한 것으로 우리나라에서의 도시문제와 대책 수립에서도 필요한 참고자료가 될 것이다.

마. 연구자

문현상, 한영자, 전학석

19. 보사통계 작성의 개선 및 활용도 제고방안 연구

- 보사통계연보 개선안 -

가. 연구목적

보사통계연보가 보건, 의료, 사회복지 및 인구분야와 관련된 정책수립 및 사업개발에 쉽게 활용될 수 있도록 활용도를 제고하기 위하여 기존 보건 사회통계연보의 체계와 내용 개선에 필요한 기초통계자료를 제공한다.

나. 연구방법

1) 보건사회통계연보에 포함될 보건·의료, 사회복지 부문별로 필요한 각종 통계자료를 수집하고 정리·분석하였다.

2) 보사통계연보를 질병관리 및 국민건강, 식품 및 공중위생관리, 의료 행정, 약무행정, 생활보호 및 사회복지서비스, 의료보험 및 국민연금, 기타 국내통계 및 국제통계등 7개 부문별로 나누어 7인의 편집자문위원회를 구성하였다.

3) 기존 통계자료 분석과 부문별로 자문한 내용을 바탕으로 보사통계연보 개선안을 개발하였다.

다. 연구결과

1) 통계표의 체계

본 통계연보 개선안에서는 매년 보건사회부에서 실제 수행하고 있는 여러 업무와 보건사회 정책을 상술하고 있는 보건사회 백서의 체제를 따라 체계

화시켰다. 여기서 기존 통계연보와 개선안과의 분류체계를 비교해 보면 다음과 같다. 제Ⅰ부 지표는 같고, 기존 연보의 제Ⅱ부 보건, 제Ⅲ부 위생, 제Ⅳ부 의정, 제Ⅴ부 약정을 개선안에서는 한개의 주제인 제Ⅱ부 보건으로 상위분류 하였고, 제Ⅵ부 사회복지, 제Ⅶ부 가정복지, 제Ⅷ부 의료보험, 제Ⅸ부 국민연금도 역시 한개의 주제인 제Ⅲ부 사회로 상위분류 하였으며, 제Ⅹ부 기타 국내통계는 개선안에서는 제Ⅳ부로, 제Ⅺ부 국제통계는 제Ⅴ부로 분류하였다.

2) 기존 통계표의 수정·보완

본 개선안에서는 총 46개의 통계표가 수정·보완되었는데, 그중 20개표는 기존 통계표끼리 통합하였고, 5개는 분리시켰으며 삭제된 표는 12개, 항목을 보완한 표는 9개이다. 수정·보완작업에는, 첫째 통계표의 통일과 단순화를 위해서 같은 내용의 통계표가 2개 이상의 변수로 분류된 경우, 통계표를 통합시켰고, 둘째 해당 표제의 통계표 내용에 따라 각 변수별로 명확히 관찰할 필요성이 있는 통계표는 분리시켰으며, 셋째 시대적으로 통계표의 의미가 낮거나, 유용성의 가치가 없거나 혹은 새로 추가된 통계표와 중복된 내용일 경우에는 통계표를 삭제하였고, 넷째 기존 통계표안에서의 새로운 항목을 보완시킨 경우 등이 있다.

3) 부문별 통계표의 개발

보사통계연보 개선안에서는 기존의 보사연보에 수록된 167개표보다 결과적으로 69개표(신설된 표수:96개, 수정·보완된 표수:46개)가 추가된 총 236개의 표가 수록되어 있다. 아래 표에서 보는 바와 같이 질병관리부문은 1개의 통계표가 줄어든 반면 기타 다른 부문에서의 통계표는 다수가 개발되었다. 특히, 의료행정부문이 총 13개의 통계표로 가장 많이 추가되었으며, 다

음이 사회복지서비스부문으로 12개의 통계표가 신설되었다. 그리고 식품 및 공중위생관리부문의 경우는 10개표가, 의료보장은 9개표가, 국민연금부문의 경우에는 8개표가 각각 추가되었다. <표 참조>

표. 부문별 기존안과 개선안과의 통계표 비교

부	부문	기존안	개선안	차이
전 체		167	236	69
I. 지표		2	3	+1
II. 보건		81	114	+33
	1. 질병관리	26	25	-1
	2. 국민건강	7	17	+10
	3. 식품 및 공중위생관리	13	19	+6
	4. 의료행정	27	40	+13
	5. 약무행정	8	13	+5
III. 사회		44	76	+32
	1. 생활보호관리	3	6	+3
	2. 의료보장	10	19	+9
	3. 국민연금	6	14	+8
	4. 사회복지서비스	25	37	+12
IV. 기타국내통계		24	20	-4
V. 국제통계		16	23	+7

(1) 지표부문

기존 보사통계연보에서는 주요지표로 제1표「주요 보건사회 지표」와 제2표「인구지표」의 둘만 있었던 것을 개선안에서는 제1표를 분리하여 「주요 보건 지표」와 「주요 사회지표」로 독립시켰고, 새로운 항목들이 많이 추가되었다.

(2) 보건부문

신설된 통계표수는 총 46 개표로 질병관리 부문을 제외한 기타부문에서 많이 개발되었다. 체계별 분포를 보면 부문별로는 질병관리가 6개, 국민건

강이 10개, 식품 및 공중위생관리가 9개, 의료행정이 16개, 약무행정이 5개이다. 관심영역별로는 부문 1의 1)전염성 질환관리가 5개, 부문 2의 1)영양이 6개 2)가족보건이 4개, 부문 3의 1)식품위생관리가 4개 2)공중위생관리가 5개, 부문 4의 1)의료자원관리가 12개, 4)환자통계가 4개, 부문 5의 1)의약품 공급 및 유통이 5개이다. 따라서 통계표 개발이 가장 많이 된 부문은 4인 의료행정이고, 심영역으로는 역시 의료행정의 관심영역인 1)의료자원관리로 나타났다.

(3) 사회부문

개선안에서는 통계표를 크게 1)사회보장과 2)사회복지서비스인 2개의 영역으로 구분하였다. 신설된 통계표수는 총 35 개표로 체계별 분포를 보면 부문별로는 생활보호가 3개, 의료보장이 11개, 국민연금이 9개, 사회복지서비스가 12개이다. 관심영역별로는 부문 1의 1)생활보호가 3개, 부문 2의 1)의료보장현황 2개, 2)의료보험 9개, 부문 3의 1)적용대상 7개, 2)재정 2개, 부문 4의 1)자원 4개, 2)노인복지가 3개, 3)아동복지가 2개, 5)장애인복지가 2개, 6)부랑인선도가 1개로 분포되어있다. 따라서 통계표 개발이 가장 많이 된 부문은 4인 사회복지서비스이고 관심영역으로는 부문 2인 의료보장의 2)의료보험과 부문 3인 국민연금의 1)적용대상으로 나타났다.

(4) 기타 국내통계부문

개선안에서는 제Ⅳ부 기타 국내통계 아래 인구, 보건, 의료인력, 사회복지인력, 고용, 주택·환경, 소득·소비의 7개로 부문화하였다. 신설된 통계표수는 주택·환경부문의 1개표이다.

(5) 국제통계 부문

개선안에서는 제Ⅴ부 국제통계 아래 인구, 보건, 고용, 소득·소비, 주택의 5개부문으로 분류하였다. 새로 신설된 통계표수는 총14개로 부문별 통계표 분포를 보면 인구가 1개, 보건의 10개, 소득·소비가 3개로 나타나 보건 부문에서 가장 많이 보완되었음을 알 수 있다.

라. 정책적 제언

1) 우리나라에서 보건의료 및 사회복지에 관련된 정보를 수집·관리하고 있는 각종 기관 및 협회와 연구기관들을 연결시키는 보사통계자료의 종합적 관리의 증추적 역할을 보사부가 담당해야 한다.

2) 통계자료 수집방법 개선으로는 보건소부터 중앙부서에 이르기 까지 가능한 범위내에서 전산정보 시스템을 구축하여 각종 통계자료 입력과 제표, 분석결과를 인출함으로써 통계의 신속성과 유용성이 유지되도록 한다.

3) 보건통계자료 생산에 있어서 주로 실적 중심의 통계를 지양하며, 지역 보건수준을 파악하고 역학조사 및 표본조사 활동을 수행할 정도의 인력 배치와 업무개발 등을 함으로써 보건통계의 향상을 기하도록 한다.

4) 각 계층별 보건행정 담당자와 보건의료 및 사회복지 분야 종사자 및 연구관련자들로 구성된 자문위원단을 중심으로 보사통계연보에 개재된 통계자료의 유용성 평가와 추후 보완해야 할 통계표 개발 및 편집 개선등에 관한 기초연구가 계속 되어야 할 것이다.

마. 기대효과

1) 보사통계연보의 정책적인 활용도를 제고시킨다.

2) 국민보건의료 및 사회복지 정책수립에 필요한 기초통계자료를 제공한다.

바. 연구자

김유경, 조대희

20. 보건의료망을 통한 출생증명자료의 활용연구

가. 연구목적

본 연구의 목적은 출생증명서 제도를 통해서 모자보건사업의 계획수립과 서비스 향상에 필요한 자료 수집 가능성을 알아 보고, 또한 출생증명서를 통해서 얻어지는 자료의 활용 방안을 모색하는 데 있다.

구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 현행의 출생증명서를 개정하여 모자보건과 관련된 정보수집에 필요한 항목을 포함시키고,

둘째, 보건의료기관을 통한 출생증명자료 수집과 분석체계를 개발하고,

셋째, 개정된 출생증명서에서 얻어지는 자료의 정확도 및 신뢰도를 제고할 수 있는 방안을 모색하며,

넷째, 출생증명서를 통해 얻어지는 자료가 국가 및 소지역 단위의 지역사회에서 모자보건사업 정책 수립에 필요한 기초 자료로 제공될 수 있는 방안을 알아보는 것이다.

나. 연구방법

1) 관찰조사

현지 관찰 대상 지역은 1년동안에 태어난 출생아가 2,000명이 넘는 지역들 중에서 임의로 선정한 6개 지역(충북 충주시와 증원군, 전북 이리시와 익산군, 강원도 춘천시와 춘성군)이었으며, 지역내의 분만과 관련되는 보건의료기관과 출생신고 및 인구동태 업무를 담당하는 행정 관청을 연구진이 직접 방문하여 관찰하고 조사하였다.

2) 문헌연구

문헌연구를 통하여 주로 영국, 미국, 그리고 일본의 출생신고제도와 출생 증명제도를 우리나라 제도와 비교 분석하였다.

3) 시범사업

개발된 새로운 출생증명서 양식의 사용 가능성과 활용 방안을 알아보고자 시범사업을 실시하였다.

(1) 대상 지역 및 기관: 충청북도 충주시 및 증원군의 분만 관련 전체 의료기관 8개, 서울 및 대구의 5개 분만관련 의료기관

(2) 시범사업 기간: 1991년 6월 1일 - 11월 30일 (6개월간)

다. 연구결과

1) 출생증명자료의 수집체계 및 수집현황

지역내의 보건의료기관에서 일어나는 모든 분만에 대하여 해당 보건의료 기관이 출생증명서를 작성하도록 하였고, 이렇게 작성된 출생증명서는 1주일 단위로 하여 보건소 담당직원이 보건의료기관을 방문, 수집하였다.

그 결과 서울과 대구의 분만 관련 5개 의료기관에서 984명의 출생아에 대한 출생증명자료가, 그리고 충주시와 증원군의 보건의료기관에서는 1,292명의 출생아에 대한 출생증명자료가 수집되었다.

수집된 자료의 정확도는 서울과 대구의 의료기관에서 수집된 자료들 중에서는 599건(수집된 전체 자료의 60.9%)의 자료가 작성 내용이 완전하지 못하여 수정이나 보완이 요구되었고, 이들 중에서 158건(전체 자료의 16.1%)은 수정 및 보완의 과정을 거친 후에도 여전히 작성 내용에 오류가 남아있는 것으로 밝혀졌다. 충주시 및 증원군의 보건의료 기관에서 작성된 출생증

명자료들 중에서는 150건(12.2%)이 수정 및 보완이 요구되어졌고, 수정 및 보완의 과정을 거친 후에는 95건(7.4%)의 자료에서 내용상의 오류가 발견되었다.

2) 자료의 분석내용

(1) 산모의 일반적 특성

충주시와 증원군에 있는 보건의료기관에서 분만한 산모의 75.5퍼센트는 보건의료기관의 소재지와 동일한 지역에서 거주하고 있는 것으로 나타났으며, 24.5퍼센트는 다른 지역에 거주하는 것으로 나타났다.

출산의 비적령기인 19세 이하와 35세 이상 산모의 비율은 충주시와 증원군의 경우엔 4.0퍼센트, 그리고 서울과 대구의 의료기관에서 분만한 여성의 경우는 3.6퍼센트로 나타났다. 그리고 법적으로 미혼인 산모의 비율은 충주와 증원의 경우 2.4퍼센트, 서울과 대구의 경우엔 2.2퍼센트로 나타났다.

(2) 임신 및 출산력

수집된 자료에서 초산부의 비율은 지역의료기관 자료에서 53.3퍼센트, 그리고 종합병원에서는 59.7퍼센트로 나타났다. 그리고 지역의료기관 및 종합병원에서 분만한 산모의 인공유산 경험율은 각각 37.0퍼센트와 39.9퍼센트였고, 자연유산 경험율은 10.0퍼센트와 14.0퍼센트로 나타났다.

(3) 산전관리상태

산전진찰 수진율은 지역의료기관에서 분만한 산모의 86.2퍼센트, 종합병원에서 분만한 산모의 94.9퍼센트로 나타났다. 그리고 임신 3개월 이내에 첫 산전 진찰을 받은 경우는 지역의료기관과 종합병원에서 분만한 산모들의 41.3퍼센트와 46.6퍼센트를 차지하고 있다.

(4) 분만 및 출산

조산의 비율은 지역의료기관에서 1.8퍼센트, 그리고 종합병원의 경우에서

는 5.9퍼센트로 나타났다. 지역의료기관에서 분만한 산모들 중에서 산과적 검사 및 처치를 받은 경우는 1,066명으로 나타났고, 종합병원의 경우는 850명이었다. 이들이 가장 많이 받았던 검사는 초음파검사로 밝혀졌다.

임신과 관련된 위험요인이 있었던 산모의 비율은 지역의료기관에서 10.7퍼센트, 그리고 종합병원에서는 31.5퍼센트로 나타났다. 분만 및 출산시의 합병증을 경험한 산모 비율은 지역의료기관 36.8퍼센트, 그리고 종합병원에서 36.9퍼센트로 거의 비슷한 결과를 보였다. 그리고 분만 방법에 있어서는 질식분만의 경우가 약 70.0퍼센트 정도로 나타났고, 나머지는 제왕절개수술을 받은 것으로 나타났다.

(5) 출생아의 이상 및 건강상태

분만시 출생아의 체중이 2500gm 미만인 경우가 지역의료기관에서는 3.4퍼센트였고, 종합병원에서는 8.2퍼센트로 매우 높았다. 그리고 서울과 대구의 종합병원에서 분만된 출생아 중에서 1분 아프가 수치가 6이하인 경우는 8.3퍼센트로, 지역의료기관의 5.2퍼센트보다 높게 나타났다.

지역의료기관에서 분만된 출생아들 중의 1.5퍼센트에게서 신체적 이상이 발견되는데 반해서, 종합병원의 경우는 6.4퍼센트에게서 이상이 있는 것으로 나타났다. 그리고 선천성 기형의 출생아는 지역의료기관에서 0.3퍼센트, 종합병원에서 1.2퍼센트 비율로 나타나고 있다.

3) 출생증명자료의 활용

개정된 출생증명서를 통해 얻어지는 자료는 국가적인 수준에서 장·단기 모자보건사업을 계획하고 평가하는 기초자료로 활용될 수 있으며, 지역단위에서도 보건관련 사업을 계획, 추진 및 평가하는 데 활용될 수 있는 것으로 나타났다. 지역단위에서는 보건의료서비스의 대상인구와 이들 대상인구가 요구하는 서비스 내용을 파악하여 적절한 보건사업을 계획하고 추진하는

데 활용할 수가 있다.

라. 정책적 대안

1) 출생증명서의 개정

가) 현행 출생증명서의 내용

정부에서는 호적법의 개정(1990년 12월 31일)을 통하여 출생신고서에 의사, 조산사, 기타 분만에 관여한 자가 작성한 출생증명서를 첨부하도록 하였다(호적법 제49조 제2항). 이때 첨부되는 출생증명서의 양식은 의료법 시행규칙 제14조에 의한 별지 제8호 서식에서 규정하고 있는데, 여기에 기록되는 내용은 출생의 사실과 출생아의 신분을 밝히는 데 필요한 것들로, 출생증명제도의 도입이 법적, 행정적인 목적만을 위한 것이 되고 있다.

구체적으로는 다음과 같다.

- (1) 출생아의 부모에 관한 사항: 성명, 주민등록번호, 연령, 직업, 본적지
- (2) 산모의 주소
- (3) 출생 장소: 주소, 출생기관의 명칭
- (4) 출생 일시, 출생아의 성별 및 성명
- (5) 임신 월수.
- (6) 출생아의 다태 여부 : 다태 여부, 출산 순위, 태아의 상태
- (7) 산모의 산아수 (과거의 출산력)
- (8) 출생아의 신체 상황
- (9) 출생아의 건강 상황

나) 출생증명서의 개정 방향

출생증명서를 개정하는 데 고려되어야 할 사항은 다음과 같다.

- ① 출생증명서는 출생신고시 신고사항의 확인을 위해 첨부되는 법적 부분

과 보건의료 통계자료의 수집을 위한 보건의료부분으로 나뉘어져야 한다.

② 출생신고시 첨부되는 출생증명서의 내용은 인구동태신고서에 기재되는 항목과의 중복을 피하고, 출생의 사실과 출생아의 부모에 관한 사항만으로 한정하여 출생에 관한 법적, 행정적인 목적만을 위하여 사용되도록 한다.

③ 출생증명자료로 수집되는 보건의료부분에는 산모와 출생아의 건강에 관한 사항이 포함되어야 하고, 이에 관한 기록의 내용에 대해서는 비밀이 철저히 보장되어야 한다.

④ 산모와 출생아의 건강 상태에 관한 항목에는 산모의 인구학적 및 사회경제적 상태에 관한 정보, 산모의 임신 및 출산력에 관한 정보, 산전 관리에 관한 정보, 분만 및 출산에 관한 내용, 그리고 출생아의 건강 상태에 관한 정보가 포함되어야 한다.

⑤ 보건의료사업의 계획과 평가에 필요한 기초 항목만을 선정해야 한다.

⑥ 출생증명서에 포함되는 내용은 보건의료기관에서 기록하고 보관하는 기존자료를 활용하여도 충분히 작성될 수 있어야 한다.

⑦ 보건의료기관 및 기타 관련 사업기관의 종사자들이 출생증명서의 내용을 이해하는 데 어려움이 없어야 한다.

⑧ 작성하기가 쉽도록 양식을 단순화하여야 한다.

다) 출생증명서의 개정 양식(안)

시범사업의 결과를 바탕으로 다음과 같은 출생증명서의 개정 양식이 고안되었다.

(1) 출생신고시 첨부되는 부분

① 출생아의 부모에 관한 사항: 성명, 주민등록번호, 생년월일(주민등록상의 생일과 다른경우에만), 직업

② 산모의 주소

- ③ 출생아에 관한 사항: 출생장소(주소, 구분), 출생일 시 분, 성별
- ④ 작성자: 주소, 성명 및 날인
- ⑤ 확인자: 의사면허번호, 성명 및 날인
- (2) 보건의료 통계자료로 수집되는 부분
- ⑥ 산모의 일반사항: 교육수준(중졸이상, 중졸미만), 타기관으로부터의 의뢰 여부
- ⑦ 산모의 임신 및 출산력: 산모의 혼인상태, 다태 여부, 산모의 산아수(총 출산아수, 생존자수, 사망자수)
- ⑧ 산전관리: 산전진찰(진찰여부, 진찰시기, 산전진찰 회수), 분만시 임신 주수, 산과적 검사 및 처치의 내용, 임신과 관련된 위험요인 내용
- ⑨ 분만 및 출산에 관한 사항: 분만 방법, 분만 및 출산시의 합병증 내용
- ⑩ 출생아의 건강상태: 출생아의 체중, 아프가 수치(1분, 5분), 출생아의 이상, 출생아의 선천성 기형

2) 출생증명자료의 수집체계(안)

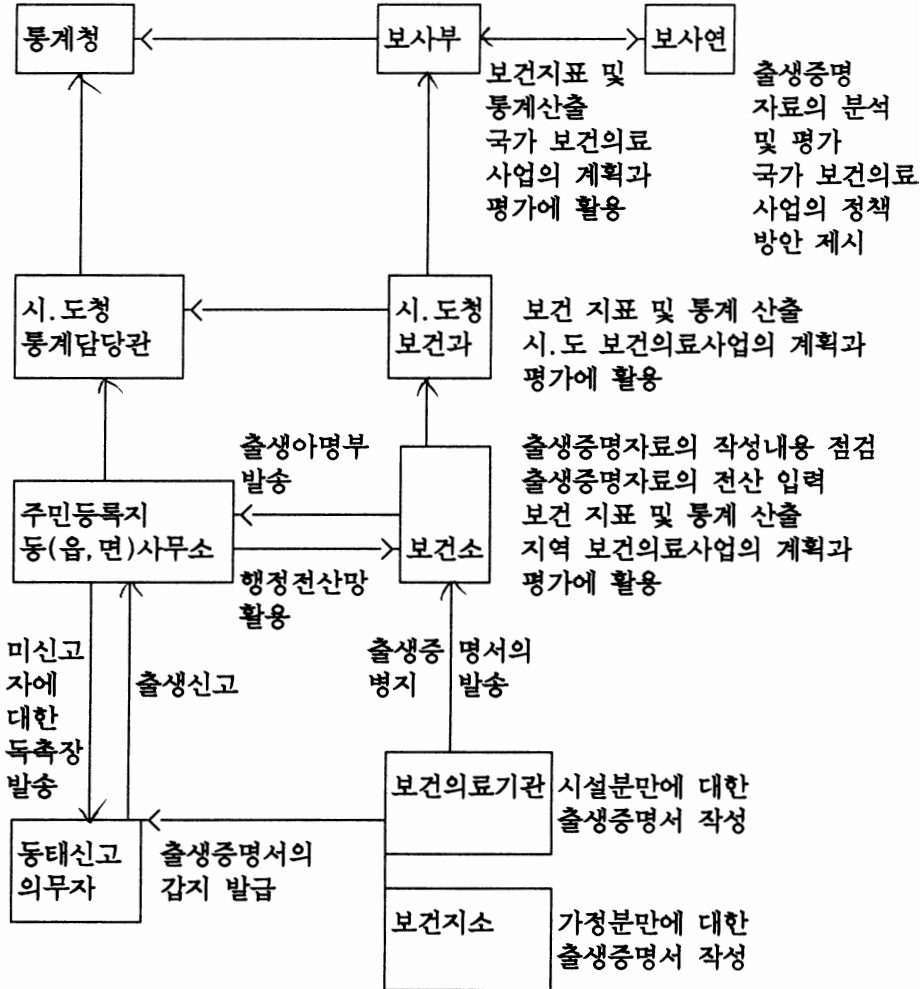
출생증명서 작성은 보건의료기관과 보건소 및 보건지소가 담당하고, 작성된 출생증명자료의 수집과 활용 담당 기관은 보건소, 시·도 보건과, 그리고 보사부가 된다. 그리고 인구동태신고제도와와의 연계를 위해 보건소에서도 읍, 면, 동사무소의 행정전산망을 활용할 수 있게 한다. <그림 참조>

(1) 보건의료기관: 분만일로부터 3일 이내에 출생아에 대한 출생증명서를 작성한다. 작성이 완료된 출생증명서 중의 갑지는 출생아의 보호자에게 발급하여 출생신고시 첨부할 수 있도록 한다. 을지의 출생증명서는 보건의료기관에서 보관하고, 병지는 일주일 단위로 철회해서 보건소의 출생증명 담당 직원이 보건의료기관을 방문할 때 전달한다.

(2) 보건지소: 보건지소의 모자보건요원은 관내 지역에서 일어난 가정분

만을 확인, 이들에 대한 출생증명서를 작성하여 일주일 단위로 보건소로 발송한다.

그림. 출생증명자료의 수집체계



(3) 보건소: 관내 보건의료기관에서 일어나는 모든 분만에 대한 출생증명 자료를 수집하고, 수집된 자료의 내용을 점검한다. 보건소의 출생증명자료 담당 직원은 매주 월요일 관내의 분만 관련 보건의료기관을 방문하여 지난 일주일 동안에 작성된 출생증명서 중의 병지를 수집한다. 수집된 자료의 내용을 하나씩 점검하여, 잘못 기록된 부분이나 기록되지 않은 부분이 있는 출생증명서는 이를 작성한 보건의료기관으로 되돌려 보내서 보완 또는 수정하도록 한다. 보건소의 출생증명 담당 직원은 수정되거나 보완된 출생증명서를 다시 수집하여 다시 점검하고, 기록의 내용이 완전하지 않은 경우엔 다시 해당 보건의료기관으로 되돌려 보내는데, 기록의 내용이 완전해질 때까지 이러한 과정을 되풀이 한다.

수집된 출생증명자료들 중에서 산모의 주소지가 다른 출생증명서는 산모의 주민등록지 관할 보건소로 발송한다. 보건소는 행정전산망을 이용하여 관할 지역의 가구를 단위로 하는 보건의료 데이터베이스를 구축하고, 관내의 보건의료기관으로부터 수집된 모든 출생증명자료를 보건의료 데이터베이스에 추가시킨다. 이를 바탕으로 보건의료사업의 정보를 산출해 낸다.

보건소는 관내의 출생증명자료를 바탕으로 행정구역별 출생아명부를 작성하여 해당 동(읍,면)사무소로 보내고, 동(읍,면)사무소에서는 출생신고자명부와 대조하여 미신고된 출생아에 대하여 신고의무자에게 출생신고를 독촉하는 공문을 발송한다.

(4) 시·도 보건과: 보건소에서 산출된 보건 지표 및 통계를 바탕으로 해당 시·도의 보건 지표 및 통계를 생산하고, 이를 시·도 단위 보건의료사업의 계획과 평가에 활용한다.

(5) 보사부: 시·도에서 생산된 보건 지표 및 통계를 집계하여 우리나라의 보건 지표 및 통계를 산출해 내고, 이를 국가 보건의료사업의 계획과 평가에 활용한다. 전국에서 수집된 출생증명자료의 분석 및 평가를 한국보건사

회연구원으로 의뢰토록한다.

(6) 한국보건사회연구원: 보사부의 의뢰에 따라서 출생증명자료를 분석 및 평가하여 국가의 보건의료사업의 정책방안을 제시한다.

3) 확대 시범사업의 실시

출생증명자료의 활용을 위한 법적·제도적 장치가 정착되기 위해선 출생증명제도의 실시에 따른 문제점과 영향에 대한 평가가 충분히 이루어져야 한다. 출생증명제도가 정착되는 데 10년 이상의 기간이 소요된 외국의 사례에 비추어 볼 때, 출생증명서의 개정 양식과 출생증명서의 수집체계는 도단위의 확대된 시범사업을 통해 꾸준히 보완되어야 한다.

마. 기대효과

출생증명자료는 국가 및 지역 보건의료정책의 계획과 평가에 필요한 보건 지표 및 통계의 중요한 자료원이 될 수 있다. 모자보건사업의 계획 및 평가를 위한 보건지표 체계에는 모자보건의 위험요인, 모성관리 및 신생아 관리, 모성 및 신생아의 건강상태, 영유아 및 학령기 아동관리, 영유아 및 성인 건강상태의 지표들이 포함되는데, 이러한 지표들의 생산은 출생증명자료의 분석을 통해서 가능하다.

출생증명자료를 바탕으로 선천성 기형아, 저체중아, 뇌신경학적 장애 발생 현황과 이의 원인을 분석, 이에 대한 효율적인 예방대책 수립을 가능하게 해준다.

출생증명자료를 통해 얻어지는 지표들 건강하지 못한 신생아의 출생과 관련된 산모의 인구학적 및 사회경제적 요인과 구체적인 임신부의 질병, 분만 전후의 합병증 등을 파악하여 그 위험도를 계산함으로써 우리나라 모자보건

사업의 우선 순위를 설정할 수 있으며, 나아가 위험군 접근 방식으로 모자보건사업의 계획 및 실천을 가능하게 해준다.

제왕절개술의 증가 양상을 검토하고, 또한 증가의 원인에 대한 분석을 가능토록 하여 제왕절개술을 통한 분만을 가능한 억제할 수 있는 대책 수립에 도움을 줄 것이다.

산전관리는 모자보건사업의 가장 기본적인 서비스로서, 건강한 모성의 유지와 건강한 신생아의 출생을 위해서 필요한 서비스이다. 출생증명자료는 이러한 산전관리의 실태 분석 및 그 효율성의 연구에 필요한 기초 자료가 될 것이다.

바. 연구자

김응석, 정기원, 이상현

21. 최근의 출산력 변동요인과 인구정책방향에 관한 연구

가. 연구목적

1980년 이후 급격하게 감소하기 시작하여 1985년에 대치수준에 이른 우리나라의 합계출산율은 1988년에는 1.6으로까지 낮아졌으며 1991년에도 이 수준에 머물러 있는 것으로 나타났다. 이와 같은 출산력의 격감과 저출산수준의 유지는 지금까지의 우리나라 인구정책방향을 심각하게 재검토해야 할 필요성을 증대시켜 놓았다. 이 시점에서 새로운 인구정책방향을 모색하기 위해서 과거 출산력의 감소에 대한 면밀한 재검토와 이에 바탕을 둔 전망이 필요하다.

본 연구는 가족계획사업이 착수된 1962년 이후 차이출산율의 변동추이를 검토하고 출산력 결정요인의 상대적 영향력의 변동추이를 분석함으로써 인구정책 전환의 단서를 발견하는데 목적을 두고 있다.

나. 연구방법

1) 자료 : 이미 발간된 각종 연구보고서와 당원이 보유하고 있는 출산력조사 원 자료를 사용하였다.

2) 방법 : 본 연구 분석방법은 구조방정식(structural equation) 기법인데 이것은 상호 영향을 주고 받는 변수들간의 인과관계와 그 계수를 추정할

수 있는 최신의 분석기법이다.

다. 연구결과

1) 출산율의 변화와 변동에 관한 이론에서 출산력을 결정하는 변수들을 통상 사회경제적 특성변수와 출산력과 직결되는 근사변수, 그리고 사회경제적 특성변수와 근사변수 사이에 끼어 출산력에 작용하는 중간매개변수의 3개군으로 구분한다. 본 분석에서는 사회경제적 특성 변수로 연령, 교육, 출생지, 성장지, 거주지, 혼전취업, 현취업상태를, 매개변수로는 초혼연령, 이상자녀수를 그리고 근사변수로는 피임사용, 인공임신중절을 포함시켜 구조방정식을 구성하여 1960년대, 1970년대, 1980년대 각각의 출산력 결정구조를 밝히고 그 변동을 살피고자 하였다.

2) 출산자녀수로 측정된 우리나라의 출산력은 개인적인 수준에서 볼 때 위에 열거한 변수들의 직접-간접적인 영향을 받아 결정되는 것이 확인이 되었다. 최근에 이를수록 출산력 결정구조가 복잡해지고 있다. 즉 1968대에서는 출산자녀수에 차이를 가져다 주는 요인이 별로 많지 않았을 뿐더러 이 요인들 간의 관련성이 매우 단순했지만 최근으로 올수록 출산력의 결정에 참여하는 변수의 수가 늘어나고 그 관련구조가 복잡하게 변하여 왔다.

3) 그동안 우리나라의 출산력 저하에 큰 몫을 해왔던 초혼연령 그 자체가 출산에 미치는 영향력은 상대적으로 점점 늘어나고 있다. 그러나 30세 미만의 유배우부인에 있어서는 젊은 부인들의 초혼연령이 오히려 낮기 때문에 초혼연령 변동에 의한 출산력 감소는 거의 없었던 것으로 판명되었다.

4) 연령이 높아질수록 출산자녀수가 늘어나는 것은 당연한 일이다. 다만 연령과 출산자녀수의 관계를 나타내는 계수는 출산속도를 나타내는데 우리가 분석한 3개 조사자료에서 모두 0.3을 약간 넘는 숫자로 별 차이를 보이지 않고 있다.

5) 교육이 출산아수의 결정에 미치는 영향은 꾸준히 줄어들고 있다. 앞으로 여성의 교육수준이 평준화될 것이라는 점을 감안한다면 교육수준에 의한 차이출산율은 머지않아 사라질 전망이다.

6) 이상자녀수는 교육을 비롯한 사회경제적 특성에 따라 달라지기는 하지만 그 영향력은 매우 미약한 것으로 판명되었다. 1988년에 이르러서는 이상자녀수의 결정에 연령을 제외한 어떤 변수도 통계적으로 유의한 차이를 가져다 주지 못하는 것으로 나타났다.

7) 이상자녀수의 다과가 출산자녀수의 결정에 별다른 영향을 주지 못하는 것으로 나타나고 있다. 즉 이상자녀수는 실제의 출산과는 인과관계상 거리가 매우 멀다.

8) 피임사용과 인공임신중절은 정책당국이 비교적 쉽게 관여할 수 있는 출산력 결정요인이다. 또 이것들은 인과적으로 볼 때 자녀출산에 가장 직접적인 영향을 미치는 주요한 변수다. 그럼에도 불구하고 종래의 분석방법으로는 이것을 확인도 측정도 할 수 없었다. 이것을 극복하기 위해 구조방정식 모형을 적용하였고 어느 정도 만족할 만한 결과를 얻어낼 수 있었다.

9) 피임사용은 어느 시기에서나 결혼기간 다음으로 자녀출산에 크게 영

향을 미친 것과 그 상대적 영향력이 최근에 이를수록 점점 커진 것으로 나타났다. 그러나 어느 시기이고 자녀가 많기 때문에 피임을 하는 것보다는 피임을 하였으므로 자녀수가 주는 경향이 더 우세하였고 최근에 이를수록 그 차이가 늘어나고 있는 것으로 나타났다.

10) 1976년까지는 인공임신중절이 출산자녀수에 영향을 미치지언정 반대로 출산자녀수가 인공임신중절에 영향을 미치지 않는 않았지만 1988년에는 인공임신중절이 출산자녀수에 따라 달라지게 되었다. 이것은 일정수의 자녀를 낳은 후에 원치 않는 임신을 하였을 경우 인공유산으로 임신을 종결짓는 바람직하지 못한 경우가 많아졌다는 것을 의미한다.

11) 인공임신중절이 출산자녀에 실질적인 영향을 미치게 된 것도 1988년 이후로서 인공임신중절이 피임과 마찬가지로 출산조절의 한 수단으로 자리를 잡아가고 있다는 증거가 될 수도 있다. 어쨌든 인공임신중절이 부인의 건강과 밀접한 관계가 있고 생명경시라는 윤리적인 문제를 야기하는 것을 생각해 볼 때 인공임신중절의 예방이 앞으로 가족계획사업의 주요 요소가 되어야 할 것이다.

12) 전체적으로 볼 때 출산력의 결정에 있어서 연령, 초혼연령, 피임사용, 인공임신중절 등 인구-생물학적인 요인들과 취업관계 변수가 차지하는 비중이 점점 높아지고 기타 요인들의 영향력은 상대적으로 줄어들고 있는 추세를 보여 주었다. 이와 같은 추세가 계속 이어진다면 우리나라의 장래 사회경제적 차이출산율은 계속해서 줄어들 전망이다.

13) 자녀수가 경제활동 참여여부에 따라 달라지는 것이 1980년에 두드

러지게 나타나고 있어서 여성의 경제활동 참여가 출산율에 상당한 영향을 미치고 있다는 것을 보여주었다.

라. 정책적 제언

1) 우리나라의 출산율이 초혼연령에 의해 결정되는 비중이 커진다는 것은 향후 인구정책에 있어서 혼인력에 영향을 줄 수 있는 정책수단의 중요성을 시사해 주는 것이다.

2) 인구증가가 출산율 뿐만 아니라 출산 속도와의 관련되어 있다는 점을 감안한다면 향후 우리나라의 인구정책은 출산율이 다소 높아진다 하더라도 출산속도에 영향을 미치는 방향에서 모색되어야 할 것이다.

3) 피임실패가 바로 인공유산이라는 바람직하지 못한 사태를 예방하기 위해 피임보급과 효과적인 사용을 위한 정부의 노력으로서 가족계획사업이 계속될 필요가 있다. 이를 위해서는 인공임신중절을 비교적 많이 사용하는 인구계층의 소재를 파악하는 작업부터 이뤄져야 할 것이다.

4) 최근에 이르러 출산율이 크게 감소하였고 또 그 편차가 크기 않기 때문에 피임이 출산아수에 미치는 실제적인 영향력은 극히 한정되어 있다. 따라서 피임사용이 출산자녀의 감소에 영향을 주는 요인이라고 하더라도 피임사용의 증가 혹은 정도의 강화를 통해서 얻어지는 출산자녀수의 조절은 미미한 수준을 넘지 못할 것이다.

5) 따라서 가족계획사업은 (1) 각 피임법에 대한 정확한 지식을 전달하

여 적절한 피임법을 선택하도록 도와주는 일, (2) 피임의사는 있지만 피임 약제나 서비스의 구독경로를 알지 못하거나, (3) 경제적인 이유로 피임법을 사용하지 못하는 극소수 대상자의 소재를 파악하고 적절한 피임을 제공하는 일, (4) 미혼자의 임신을 예방하는 일을 포함하여 인공임신중절에 의한 임신소모를 줄이는 일에 집중하는 것이 필요하다.

6) 전체적을 볼 때, 우리나라 부인들의 출산력은 정부의 일방적인 정책 여하에 영향을 받는 단계는 벗어난 것 같다. 앞으로 우리나라의 출산력 수준은 개인적인 수준에서는 개개인의 특수한 사정과 취향 혹은 자녀가치관에 따라 결정될 것이고 다른 한편으로는 결혼율이나 경기와 같은 가족외적 요인에 의해 크게 좌우될 가능성이 점점 더 커지게 될 것이다.

마. 기대효과

- 1) 출산력의 전망과 인구정책방향의 결정에 필요한 실증적 근거의 제시
- 2) 가족계획사업의 추진전략의 구상에 필요한 자료의 제시

바. 연구자

조대회, 김유경

공 통 연 구

22. 의료서비스 대외개방에 따른 대응방안 연구

가. 연구목적

1) UR서비스 협상의 배경과 의미가 무엇이며, 현재 협상의 쟁점이 되고 있는 내용이 무엇인가에 대해 살펴본 후 그것을 토대로 하여 의료서비스 분야에서 검토해야 할 개방전략 및 대비책을 모색하려는 것이다.

2) 다른 산업에 비해 경쟁력이 취약한 것으로 알려진 병원의 수익성을 전반적으로 평가하고, 병원간 수익성 차이의 요인을 분석하여 대외개방에 대비한 의료기관 경쟁력 제고방안 도출의 실증적 근거를 마련하려는 것이다.

나. 연구방법

의료서비스 분야의 대외개방 전략을 모색하기 위해서는 관련 자료 및 기존 문헌을 분석하는 것으로서 특히 외국의 의사면허 및 병원의 설립에 관한 지원 및 규제현황에 관해 살펴보기 위해 주요국의 의료법을 분석하였다.

병원의 수익성을 분석하기 위해서는 보건사회부가 병원경영실태분석을 위해 수집한 134개 병원의 4년간(1988-1991) 자료와 삼일회계법인이 의료보험요양취급기관 경영수지를 분석하기 위해 수집한 37개 병원의 1990년도 자료를 대상으로 하여 병원 수익성의 현황과 결정요인을 SPSS 패키지 프로그램을 이용하여 분석하였다.

다. 연구결과

우루과이라운드(Uruguay Round) 협상이 시급한 통상현안으로 등장하면서

의료서비스시장에도 시장개방 압력이 밀려오고 있다. 의료서비스는 공익추구의 비영리사업일 뿐 아니라, 나라마다 다양한 형태의 의료보장제도 하에서 의료수가, 의료전달체계 등에 대한 정부의 직간접적인 규제를 받고 있는 분야이기 때문에 상업차원의 시설투자 대상으로는 부적절하다. 따라서 UR서비스의 협상에서 예외조치로 인정 또는 유예기간을 설정하여 유보되어야 할 것이다.

그러나 UR협상이 점진적인 개방자유화를 기본원칙으로 하고 있다는 점을 고려할 때 향후 양허협상에 대비하려는 노력은 빨리 진행될수록 좋을 것이다. 본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1) 의료서비스 분야의 대외개방 전략

(1) 의료인의 이동에 관한 전략

국가마다 의료제도 및 의학교육 수준이 서로 다르므로 제일 중요한 것은 각종 의료인(의사, 임상병리사 등)의 자격인정 문제로서 의사의 경우 어느 국가든지 소정의 국내자격을 취득하도록 하고 있어서 미국의사도 한국에서 의료서비스를 제공하고자 한다면 한국 의사자격을 취득해야 한다. 이것은 시장접근과 내국민대우에 해당하는 무역장벽이 아니라 합리적이며 객관적인 국내규제로 인정된다.

그러나 외국인이 한국어로 된 자격시험에 합격한다는 것은 사실상 불가능할 뿐 아니라 그런 시도를 할 사람은 거의 없을 것이기 때문에 자격의 인정 문제가 대두된다. 즉 특정국가에서 취득한 학력, 수련기간, 면허자격 등에 관한 일정기준을 정해주거나, 무조건 인정하거나, 또는 한국과 미국간에 협정을 맺어 상대국 의사자격을 상호인정해주는 것이다.

의료인의 자격(면허)은 국제적 기준을 마련하거나 혹은 국가간의 협정을 맺어 상호인정한다 하더라도 입국 상대국의 언어구사력에 대한 시험은 필요

조건이 될 것이며, 이 점에서는 우리나라가 비교우위에 있다고 볼 수 있고, 한의사도 중국을 제외하고는 우리나라가 비교우위에 있을 것으로 평가된다.

즉 우리나라 입장에서 보면 의료인의 이동에 대해 제한이 없을수록 유리할 것이므로 외국의 의사면허 소지자 중 언어구사력시험에 합격한 자에게 입국을 허용하도록 양허하는 방안을 생각해볼 수 있다. 이때 내국민대우를 적용하는데 있어서 먼저 고용기회를 부여하고, 국내 병원에서 일정기간(5년 이상)동안 근무한 후 개업할 수 있도록 한다. 이때 전문의 시험에 합격한 자에 한하여 개업(clinic practice)을 허용하는 것은 개업자격수준을 높여서 개업의 가능성을 제한하고 국가간 의료수준의 차이를 줄이려는 의도가 내포되어 있으나, 다른 한편 우리나라 전문의의 비율이 매우 높으므로 일반의에 의한 1차 진료기능을 확충해야 한다는 견해에 상치될 수 있다는 점도 고려해야 한다.

(2) 의료시설의 투자에 관한 전략

병원시설 투자에 관한 전략을 모색하기 위해서는 먼저 다음과 같은 사항이 검토되어야 한다. 영리형태의 투자를 허용할 것인가 아니면 국내 의료법의 테두리 안에서 비영리형태의 의료법인에 의한 투자만 허용할 것인가. 투자방법을 합작투자로 국한할 것인가 아니면 단독투자도 허용할 것인가. 특히 합작투자의 경우 시장접근과 내국민대우 사항에 대한 검토가 필요하다.

먼저 외국인의 참여수를 극히 제한하여 병원설립을 허용하는 경우를 고려해 볼 수 있다. 만일 외국인에게 영리추구형 병원시설의 단독투자가 허용될 경우 국민의료비의 상승은 물론 의료기관에 주는 충격은 상당할 것이다. 특히 외국 유명병원의 분원(branch)형태로 설립될 경우 외국 의료진과 시설을 선호하는 성향으로 미루어볼 때, 외국병원에서의 환자집중현상은 쉽게 전망될 수 있는 일이며, 또한 환자를 본국에 있는 병원으로 이송하는 문제가 발생

할 것이다. 따라서 영리추구형 단독투자를 허용하지 않는 대신에 의료법인에 의한 합작투자만 허용토록 한다. 선진국에도 비영리 형태의 병원이 훨씬 많다는 사실을 감안한다면 우리나라에서 영리추구형 단독투자를 허용하지 않는 것에 큰 무리는 없을 것이다.

국내 의사와 외국자본이 합작하는 경우에는 투자비율을 51:49로 하고, 의료기관의 대표를 내국인으로 한정한다. 이때 외국 유명병원의 이름을 사용하지 않고 우리나라 고유명칭을 사용토록 한다. 이외에도 투자지역 설정에 금지 혹은 제한을 두는 방법을 고려해야 한다. 특정 지역에 대한 의료기관의 설립조건이 그 지역의 필요성조사(certification of need)에 의해 입증되도록 하고, 기존 병원과는 상당한 거리를 유지토록 하며, 시설투자의 권장 지역을 설정하여 지역간 의료자원의 불균형 문제를 시정한다. 또한 의료서비스 대상의 영역을 제한하여, 매우 희귀하거나 특수한 질환을 다루는 병원의 설립을 허용할 수 있다.

(3) 병원경영에 관련된 서비스에 관한 전략

병원경영의 위탁관리에 관한 개념은 우리나라에서는 생소한 분야로 의사와 간호사가 제공하는 진료서비스 외의 병원에 관련된 서비스에 대해 경영하는 것을 의미한다. 그 범위는 명확하게 규정할 수는 없으나 의료기관의 전반적인 위탁경영, 자문(consulting), 원무과 업무의 대행 또는 프로그램 개발, 의약품의 조달 등의 구매사업, 세탁 및 청소 등의 외주용역 그리고 의료장비의 리스도입 등도 계약조건에 따라 포함될 수 있다.

위탁경영의 형태는 미국에 있는 전문회사가 국내 병원들과 직접 계약을 맺을 수도 있고, 또는 국내에 별도의 자회사를 설치하여 계약에 의해 경영을 위탁받을 수도 있다. 어떤 경우든 국내 병원의 자유의사에 의해 계약된 병원은 계약의 내용 및 조건에 따라 수수료를 부담한다.

이 분야의 개방에 관심을 표명한 미국은 우리나라가 개방계획에서 제외시

킨 의료서비스 분야 중 병원경영관리 위탁을 개방하도록 요구한 바 있으므로 언젠가는 외국의 병원경영관리 전문업체가 진출할 것으로 보여 국내 병원경영체계에 큰 변화가 예상된다. 특히 전문경영인이 아닌 의료인이 단순히 경험에만 의존해 병원을 경영해온 것이 국내 병원계의 실정인만큼 병원경영관리가 외국의 실력있는 전문회사에 위탁된다면 상당한 변화가 올 것이다.

즉 외국 경영전문회사가 국내로 진입할 경우 수익성을 높이고 비용을 절감하는 방안을 모색하는 과정에서 예상되는 문제점으로 수익성이 높은 진료서비스 개발유도와 고가 첨단의료장비의 도입촉진, 경영합리화 차원에서 인력감축에 의한 노조와의 갈등 등의 가능성을 예상할 수 있다. 무엇보다도 더 중요한 것은 그들에게 의료시장에 관한 정보가 쉽게 노출됨으로써 시장조사 및 경영진단 등을 통해 유리하다고 판단되면 의료시설의 자본투자에 관한 개방압력이 예상보다 빨리 올 수 있다.

그러나 위탁계약된 병원의 경영개선, 전문경영인의 양성 및 참여증대, 선진 경영기술 및 노하우의 도입 등으로 병원경영의 합리화가 촉진될 수 있다는 측면과 함께, 위탁경영은 원하는 병원이 없으면 계약이 이루어지지 않는다는 점을 고려할 때 이 분야에 대한 개방에 반대할 명분은 그리 크지 않다. 다만 위탁경영 과정에서 한국어를 구사해야 한다는 것을 요구조건으로 제시한다. 그리고 이 경우에 전문정보노출에 의한 다른 형태의 시장개방 압력을 앞당길 수 있다는 점을 감안해야 할 것이다.

또한 우리나라에서도 외국의 보건의료분야의 서비스규제 및 해외진출 여건과 각국의 대응전략 등을 사전에 파악하여 의료인력, 한방서비스 등 우리나라가 상대적으로 비교우위에 있다고 보여지는 분야의 해외진출 기회를 확대하기 위하여 협상대상국에 적극적으로 개방을 요구하거나 혹은 협상카드로 활용하는 방법도 고려해야 할 것이다.

2) 병원의 수익성에 관한 분석결과

병원의 목표가 일차적으로 의료서비스의 제공에 있음은 재론의 여지가 없지만 이 목표를 효율적으로 달성하기 위해서는 병원운영에 있어서 수익성(profitability)의 추구가 불가피하다. 즉 적절한 수익은 의료서비스 제공이라는 병원목표 달성의 필요조건이라고 할 수 있으며, 그런 의미에서 수익성은 병원의 경쟁력을 구성하는 주요한 요소가 된다.

본 연구에서 우리나라 병원의 수익성에 대해 전반적으로 평가하고, 수익성의 결정요인을 분석해본 결과는 다음과 같다.

(1) 수익성 분석결과

첫째, 우리나라 병원의 평균 자기자본 순이익률(5.11%)은 절대적 기준으로 볼 때 낮은 듯하나 의료서비스 제공이라는 1차적 목표를 고려에 넣고, 또 회계상 비용인 기부금이나 전출금도 사실상의 이익임을 생각할 때 열악한 것이라고 할 수 없다.

둘째, 또한 병원의 수익성을 평가함에 있어서 낮은 risk를 고려하여야 하며 그러한 관점에서 자기자본 순이익률을 타산업과 비교할 때 낮다고 할 수 없다. 즉 제조업과의 차이는 제조업의 risk가 큰 데 따르는 risk premium으로 해석된다.

셋째, 다만 이는 전반적인 평가이며 상당수의 병원은 경영상태가 불량한 것이 사실인 바, 병원간에 극심한 경영성과의 차이가 존재한다는 것은 내부적인 관리 효율성에 개선의 여지가 많음을 의미한다. 특히 대외개방과 관련하여(미국을 상정) 국제간 금리차, 우수한 기술과 장비, 그리고 우월한 경영기법 등을 배경으로 외국병원의 국내 투자유인이 있다고 볼 때, 국내병원의 경영합리화가 시급하다고 판단된다.

(2) 수익성 결정요인 분석결과

첫째, 병원운영에 있어서 규모의 경제와 비경제가 함께 존재하며 775병상

부근에서 수익성이 극대를 이루는 것으로 추산된다.

둘째, 설립형태별로는 의료법인, 기타법인, 학교법인, 국공립의 순으로 수익성이 높으나 설립형태 자체가 수익성을 결정짓는다고보다는 형태에 따르는 경영인센티브 및 관리운영행태의 차이가 근본적인 요인으로 보여진다.

셋째, 지역을 서울특별시, 직할시, 지방으로 나눌 때 지역간 병원 수익성에 차이가 있다는 증거는 발견되지 않는다.

넷째, 직원(특히 비의료직)의 과다와 고임금(즉 1인당 인건비의 과대)이 적자의 한 요인이며 인건비의 수준과 생산성간에는 통계적 관련성이 없는 것으로 보인다.

다섯째, 외주용역은 수익성에 긍정적으로 작용하나 실제 그 규모가 크지 않으므로 효과도 미약한 것으로 생각된다.

여섯째, 미수금관리는 수익성과 밀접한 관계에 있다. 미수금 회수를 2주 정도 단축시킴으로써 자기자본 순이익률을 1% 이상 향상시킬 수 있는 것으로 계산된다. 실제로도 흑자병원과 적자병원간에는 미수금 회전기간에 커다란 차이가 존재한다.

일곱째, 재고자산은 진료에 필요한 최소의 수준을 유지하는 것이 수익성 향상을 위하여 바람직하다고 보여진다.

여덟째, 고정자산 비율은 수익성과 역의 관계에 있다. 의료장비에 대한 과잉투자로 순이익이 감소되는 경우가 많은 것이 그 원인으로 추정된다. 특히 중소병원의 경우 규모에 비해 고가장비의 보유가 과다하여 경영난을 가중시키는 것으로 사료된다.

라. 정책적 제언

1) 의료서비스 분야의 대외개방전략과 관련된 정책과제

우리나라의 경우 종합적이고 체계적인 장기 의료정책이 부족하고, 외국의 병원규제 및 우리나라 병원경영에 관한 정보가 불충분하기 때문에 외국의 시장개방에 대한 구체적인 전략을 모색하는 데는 어려움이 따른다.

위에서 살펴본 전략과 관련된 정책과제는 다음과 같이 제시될 수 있다.

첫째, 인적 및 물적 의료자원의 수급에 관한 종합적이고 체계적인 장기 계획이 마련되어야 할 것이다. 특히 인력, 시설, 고가의료장비 등의 의료자원 중에서 부족한 부분을 내국인에 의해 확충할 것인지 혹은 외국의 유입을 어느 정도 허용할 것인지에 대해 구체적인 계획을 세워야 한다. 또한 장기적인 지역별 의료자원의 균형배치계획을 마련함으로써 외국인 투자권장지역을 설정하는 전제조건을 마련해야 할 것이다.

둘째, 서비스시장 개방을 효율적으로 조절할 수 있는 법령의 제정, 개정 등의 입법조치를 미리 취할 수 있는 방안을 검토하여 개방화시대에 걸맞는 법령이나 제도, 각종 규제 등을 정비·보완하는 대책이 수립되어야 할 것이다. 외국의 병원이 유입될 경우 첨단 고가의료장비의 과다보유현상은 더욱 심화될 것이므로 내국인 및 외국인의 고가의료장비의 도입에 대한 강력한 제한조치가 마련되어야 한다. 한편 병원에서 근무할 외국 의료인력의 입국 범위 및 체류기간 등에 관한 검토가 있어야 할 것으로 본다.

셋째, 외국의 병원이 진입함에 따라 생길 수 있는 진료패턴의 왜곡현상을 방지하기 위한 제도적인 장치가 필요하다. 수익성이 높은 비급여부문의 진료행위에 치중하는 것을 막기 위해서는 비급여대상인 서비스가 보험수가의 적용을 받도록 보험급여 범위에 포함시키고, 환자를 본국으로 이송하는 행위에 대해서도 대책이 마련되어야 한다.

넷째, 인구의 노령화 및 만성질환자의 증가현상, 소득수준의 증가 등으로 인해 질병치료 뿐 아니라 건강관리 및 증진, 휴양 등의 수요가 증대됨에도 불구하고 국내에서는 아직 이 분야에 대한 투자가 이루어지지 않고 있다.

앞으로 선진국에서 진출할 경우를 대비해서 이 분야에 대한 수요파악 및 시설투자가 이루어져야 한다.

다섯째, 우리나라의 의료서비스 공급은 공공부문의 비중이 극히 낮은 반면 민간부문의 비중(의료기관기준 95%)이 매우 높다는 특징을 가지고 있다. 따라서 의료시장의 개방이 가져오는 파급효과는 공공부문의 비중이 높은 다른 나라에 비해 훨씬 클 것이다. 뿐만 아니라 민간병원 중 중소병원의 비중이 높은 데서 오는 경쟁력의 취약성을 감안하여 이들의 실태분석을 통한 정책방안이 마련되어야 한다.

2) 병원산업의 경쟁력을 높이기 위한 제언

첫째, 의사는 진료에만 전념하고 병원경영은 인사관리, 재무관리, 마케팅, 기획 등의 다양한 경영기법을 도입할 수 있는 전문경영인 혹은 병원행정가에게 맡김으로써 분업화를 이룩한다.

둘째, 비용을 절감하기 위해 비슷한 규모의 중소병원끼리 연합하여 공동구매, 서비스의 공동이용, 외주용역을 공동으로 주는 방법을 통해 규모의 경제성을 살릴 뿐 아니라 경영정보체계를 확립하여 병원경영에 필요한 정보를 제공함으로써 경영합리화 효과를 가져오도록 한다.

즉 기존의 대한병원협회내에 전담기구를 설치하여 지역별, 규모별로 비슷한 욕구를 가지는 병원들끼리 연합함으로써 의약품이나 재료의 공동구매, 고가의료장비나 임상검사시설의 공동이용, 세탁, 청소, 경비 등의 서비스에 대한 공동 외주용역사업, 병원경영 정보체계(Hospital Management Information System, HMIS)의 구축등을 통해 중소병원의 비용절감을 꾀한다.

셋째, 중소병원의 특성을 살려서 일부 진료분야를 집중육성함으로써 병원기능을 전문화시키는 방안은 대규모 병원 혹은 의원에 대해 진료의 질(quality)이라는 측면에서 경쟁적 우위를 확보할 수 있는 방법이다.

또한 중소병원은 환자가 오기만을 기다리는 소극적인 태도를 탈피하여 적극적인 마케팅전략을 동원하여 중소병원이 위치해있는 지역사회의 의료욕구를 최대한 감안하여 경영합리화 뿐 아니라 지역사회 주민의 복지를 향상시키려는 노력을 강화해야 한다.

넷째, 대학부속병원이나 대규모병원과 중소병원간의 모자, 혹은 자매관계를 수립하여 기능과 역할을 보완하는 방법도 고려한다. 즉 큰 병원의 시설이나 첨단장비를 이용하게 함으로써 중소병원의 시설이나 과잉투자를 줄이고, 환자의 이송·회송체계를 강화함으로써 필요한 경우에는 자병원에서 모병원으로 환자를 이송하고, 모병원에서 환자를 진료한 후 다시 자병원으로 회송하는 체계를 확립한다. 모병원에서는 경미한 환자나 회복기의 환자를 가능한 한 자병원으로 보내 모병원의 병상회전율을 높여 병상부족에 대처하고, 자병원의 병상활용률을 높여 경영합리화를 꾀하며, 환자의 비용부담도 줄일 수 있도록 한다.

다섯째, 병원의 자금압박을 가져와 경영난을 초래하는 것으로 알려지는 미수금을 관리하기 위해서 포괄수가제를 도입하여 진료비의 청구 및 심사를 간소화함으로써 미수기간을 단축하고, 질병코드별로 진료비명세서를 표준화하는 컴퓨터 프로그램을 개발하여 공동으로 사용한다. 그리고 의료기관이 진료비를 보험자에 청구할 때 청구금액의 50%를 지급하고, 심사조정 후에 결정되는 차액을 추후에 지급하는 방법을 시도한다.

마. 기대효과

의료서비스 분야의 시장개방에 대한 논의는 다음 라운드에서나 본격적으로 제기될 것으로 전망되지만 국제화시대에 필연적으로 수반되는 개방화 추세를 수용하고 적극적으로 준비하려는 노력은 빨리 진행될수록 바람직할 것

이다.

본 연구는 우리나라 의료서비스 시장에 미치는 부정적인 영향을 최소화하는 방향에서 시장개방, 국가정책목표, 적절한 규제간의 상호조화가 이루어지도록 점진적인 개방전략을 수립하고, 관련 정책과제를 도출하며, 대응방안을 제시함으로써 정부의 정책결정에 참고가 되도록 했다.

바. 연구자

노인철, 김원중, 이해종, 한혜경, 강선희

1992 년도

연구결과 요약 종합보고서

1993년 7월 일 인쇄

1993년 7월 일 발행

발행인 : 이 성 우

발행처 : 한국보건사회연구원

서울특별시 은평구 불광동 산 42-14

전화 355-8003~7

인쇄처 : 상지문화사 (273-9081)
