

보건복지 동향

보건복지부 보도자료 중
주요내용을 발췌한 것임.
- 편집자 주 -

1996년 전국 장애인편의시설 설치율 36.8%

- 1995년도 비교하여 1년간 8.8% 상승 -

- 보건복지부는 장애인편의시설 설치를 촉진하는 계기를 마련하고 편의시설 활성화를 위한 정책자료로 활용하기 위해 일정 규모 이상의 공공시설 및 장애인시설에 대하여 편의시설 설치실태를 일제히 조사하였음.

• 조사기간: 1996년 11월 ~ 1997년 4월

- 이번 조사는 『장애인편의시설 및 설비의 설치기준에 관한 규칙』(보건복지부령, 1995년 1월 1일 시행)에 의해 편의시설을 설치하여야 하는 총 112,901개 대상시설에 대하여 읍·면·동사무소 직원의 직접방문을 통하여 이루어졌으며 턱낮추기 등 총 26개 항목의 편의시설 설치여부가 조사되었음.

• 편의시설 설치: 대상시설은 횡단보도, 공원, 읍·면·동사무소 등 근린공공시설, 노인·장애인복지시설, 종합병원, 학교, 정부청사 등 공공업무시설, 버스터미널·도시철도(지하철)역사 등 교통시설 등

• 편의시설 종류: 턱낮추기, 유도블록, 경사로, 승강기, 화장실, 주차장, 안내표시 등

- 조사 결과, 1996년 9월말 현재 전국의 장애인편의시설 평균설치율은 36.8%로 나타났

는데, 이는 1995년 한국지체장애인협회에서 공공기관을 표본조사한 결과 평균설치율이 28%였던 것과 비교하면 최근 편의시설설치율이 많이 높아졌음을 알 수 있음.

- 대상시설별: 공항이 75%의 각종 장애인편의시설을 설치하여 설치율이 가장 높았으며, 다음은 항만여객시설(59.6%), 전신 전화국(58.7%), 전시시설(56.2%), 의료시설(56%)순이었음. 한편 대피소 및 공중화장실은 편의시설 설치율이 가장 낮음.
 - 편의시설 종류별: 턱낮추기 시행률이 69.8%로 가장 높았으며 출입구, 접수대, 복도 등의 적정설치율도 50%를 넘음. 반면, 음향신호기, 승강기, 유도블록의 설치율은 상대적으로 낮게 나타남(각각 12.5%, 22.8%, 23.6%).
- 보건복지부는 매년 정기적으로 편의시설 실태조사를 실시하고 동 결과를 공표함으로써 국민의 편의시설에 대한 관심과 이해를 증진시켜 자발적인 편의시설 설치를 유도해 나갈 계획임.
 - 한편 내년 4월 11일부터는 『장애인·노인·임산부 등의 편의증진 보장에 관한 법률』에 따라 편의시설을 설치하지 않을 경우 3천만원 이하의 이행강제금 등을 부과함으로써 편의시설 확충에 박차를 가할 수 있게 되어 지금까지 편의시설 미비로 사회생활에 많은 고통을 겪었던 장애인들의 어려움을 한층 덜어 줄 수 있을 것으로 기대됨.

노인복지법시행령 개정(안) 입법예고

- 수도권전철 노인무료 이용 -

- 1997년도 하반기부터는 서울시계(市界)외에서 운행하고 있는 수도권 전철(국유전기철도) 운행구간에 대해서도 65세 이상 노인의 경우 무료로 이용할 수 있게 됨. 이를 위하여 보건복지부는 노인복지법시행령 개정(안)을 입안하여 1997년 6월 13일자로 입법 예고함.
- 현행 경로우대 할인제도에 따르면 전철이용의 경우 서울시계내에서 운행하는 때에는 무료이용을 하고 있고, 서울시계를 벗어나는 경우에는 50%만 할인하고 있는 실정임. 따라서 수도권지역에 거주하고 있는 노인들의 경우에 서울시계내로 이동할 때 할인혜택을 받지 못하여 불만사항으로 제기되어 왔으나, 이번 조치로 서울시계에 관계없이 수원, 인천 등 수도권전철의 경우에는 모두 무료로 이용하게 됨.

보건복지부 제도개선사항

(1997년 7월 이후)

개선 사항	종전 내용	개선 내용
담배자동 판매기의 설치위반에 대한 과태료 부과 (신규)	종전에는 행정지도로 같음.	- 담배자동판매기 설치의 허용장소가 아닌 장소에 자판기를 설치한 자는 50만원 이하의 과태료 부과(국민건강증진법 부칙 제1조) - 자판기설치 허용 장소 - 다른 법령에서 19세 미만자의 출입 금지 장소 - 지정소매인 등의 점포·영업장 - 공중이용시설의 흡연구역중 자판기 설치자가 그 이용자를 감시할 수 있는 장소
자활지원센터 확충(5→10개소)	- 도시 저소득층에 대한 소득보전사업을 수행하는 자활지원센터는 기존 5개소가 설치 운영(1996년 6월 사업개시) 1) 지역: 서울 3(관악·노원·마포구), 인천 1, 대전 1 2) 재정지원: 사회복지사업 기금 1억원씩 지원	- 신규로 5개소 추가 지정·운영 1) 추가지역: 서울 성북, 부산 사상, 대구, 광주, 경기 광명 2) 재정지원: - 국고부담: 서울 50%, 지방 70% - 개소당 지원액(국고+지방비) 기존: 1억 3천만원 - 신규: 1억 5천500만원
수도권 전철 노인 무료이용	65세 이상 노인이 서울시계내에서 전철을 이용할 경우 무료이용, 서울시계외의 경우에는 50%만 할인	서울시계 외의 경우에도 100% 할인하도록 함으로써 수원, 인천 등지의 65세 이상 노인에게 혜택 (노인복지법 시행령 개정 중)
장애인차량 고속도로 통행료 50% 할인	지금까지 고속도로 통행료를 할인 받을 수 있는 사람은 국가유공자에 한정	- 등록장애인이 탑승하는 2000cc 이하의 중·소형승용차로서 장애인식별표지를 부착할 경우 고속도로 통행료를 50% 할인 - 장애인은 읍·면·동에 장애인차량 식별표지와 고속도로 통행료 할인카드 발급을 신청하고 이를 발급 받아야 함.

의약품 가격 인하조치

- 보건복지부는 의약품 가격질서 문란품목에 대한 중점가격 조사를 실시하여 거품가격을 제거하는 등 의약품 가격을 안정하게 정착하기 위하여, 1997년 1~2월 기간중 식품의약품 안전본부(6개 지방청)로 하여금 가격조사를 실시하였음.
- 이와 함께 대한약사회·한국제약협회 공동으로 의약품 가격에 대한 사후관리를 실시하였는데 이 결과, 쌍화탕류등 7개제제 115개 품목이 가격인하 대상품목으로 조사되었음. 이에 따라 가격인하 요인이 발생하였음에도 가격인하를 이행하지 않고 있는 43개 품목에 대하여는 청문답변서를 제출토록 하고, 정당한 사유없이 불응한 업소에 대하여는 강력한 행정조치를 실시할 예정임.

한약관련단체의 곰보호 및 웅담불법거래 방지 결의대회

대한한의사협회, 대한한방병원협회, 대한한약협회, 한국한약도매협회, 한국의약품수출입협회의 회원 약 300여 명이 멸종위기에 처한 곰보호에 앞장서는 한편, 웅담의 치료효능에 대한 정확한 인식을 고취시키기 위하여 1997년 5월 22일 14시부터 16시까지 미도파백화점·청량리점 정문 앞에서 보건복지부 후원으로 곰보호 및 웅담불법거래 방지를 위한 결의대회를 가짐.

- 최근 우리나라민이 해외에 나가 곰밀렵을 하고 있으며, 국내에서도 웅담불법거래가 이루어지고 있다는 이유로 우리나라에 대한 외국환경단체들의 비난이 고조되고 있음. 특히 미국의 환경단체들은 1997년 2월 6일 펠리(Pelly)수정법에 의거하여 우리나라에 대하여 무역제재를 가할 것을 미국정부에 청원한 바 있음.
- 그 동안 정부에서는 멸종위기에 처한 동·식물보호를 위한 국제사회의 노력에 동참하기 위하여 1993년 멸종위기에 처한 야생동·식물의 국제거래에 관한 협약(CITES)에 가입하고 동 협약의 의무이행을 위하여 약사법 제34조 2항을 신설하여 호골과 서각의 수입과 유통을 전면 금지하는 한편, 멸종위기에 처한 야생동·식물과 관련

된 의약품수입시에는 수출국에 발생하는 CITES수출증명서를 첨부하여 허가를 받도록 하는 등 철저히 관리함으로써 CITES 발효일인 1996년 10월 7일 이후에는 응답이 전혀 수입되지 않는 등 많은 성과가 나타나고 있음.

- 그러나 일부 국민의 보신용 약재에 대한 과신과 응답의 효능에 대한 잘못된 인식으로 인하여 응답을 허가없이 반입하는 등의 위법행위가 아직도 근절되고 있지 않아 이에 대한 국민인식 개선이 필요한 실정임.
- 복지부는 이와 같은 민간단체의 곰보호 및 응답불법거래 방지를 위한 활동을 적극 지원하고 대한한의사협회의 보수교육과정과 대한한약협회와 한국한약도매협회의 약사자율지도원 교육과정에 CITES관련 교육을 실시하고, 곰보호 홍보스티커를 제작하여 한의원, 한약방 등 응답취급업소를 중심으로 배포하는 등 곰보호를 위한 홍보활동을 강화해 나가며 한약취급업소별로 응답의 보유실태를 파악하여 그 관리를 철저히 함으로써 응답의 불법거래를 근절시킬 계획임.

외국의 의료보험 개혁

의료보험 도입 20주년을 맞아 의료보험연합회와 보건복지부의 후원하에 6월 26~27일 서울교육문화회관에서 한국사회보장학회 주최로 개최되었던 기념 국제심포지움 『의료보험 개혁과 그 전망』에서 발표된 네덜란드, 일본, 중국의 의료보험개혁 내용을 요약한 것임.

□ 네덜란드의 의료보험개혁(발표자: Hans Maarse, Maastricht대학 보건대학장)

- 1987년에 웅장한 계획으로 시작된 Dekker 개혁은 1990년대에 들어와 현정부에 의해 중단되고 이미 실시중이던 일부 개혁프로그램이 취소되면서, 보다 실용적이고 단계적인 접근법으로 대체되었음. 그러나, 네덜란드의 보건의료개혁은 결코 끝난 것이 아님.
- 네덜란드는 전통적으로 복잡한 의료보험구조를 가지고 있음. 정부가 정한 특정소득 이하의 소득자들을 포함하여 국민의 63%는 강제적으로 질병보험프로그램에 가입되며, 소득비례보험료를 부담함. 나머지 37%는 민간의료보험을 구매해야 하며, 이들은 위험정도에 따라 보험료를 냄. 국가의료보험프로그램은 개인으로 하여금 장기적인 치료를 주로 하는 포괄적 패키지에 접근 가능하게 함.

- Dekker 개혁의 골자는 과거의 복잡한 의료보험 구조를 단순화시켜, 모든 국민에게 대부분의 급성의료서비스와 장기 의료서비스를 포함하는 의무적인 기본 의료보험 프로그램을 도입시키자는 것이었음. 새로운 프로그램의 비용은, 일부는 정부가 정한 소득 비례보험료(연대책임부분)로, 일부는 의료보험조합이 정한 정액보험료(경쟁부분)로 지불됨. Dekker위원회의 기본구상은 총체적인 비용통제와 효율성의 증진, 의료보험 혁신과 고객지향의 강화를 목적으로 보험자들간에 시장경쟁을 도입시키는 것이었고, 시장경쟁은 정부에 의해 규제되어야 한다고 생각하였음. 그러나 여러 장애요인으로 Dekker 개혁은 성공을 거둘 수 없었는데, 그 계획이 너무 급진적이고 이상적이어서 의료보험 담당자로부터 충분한 지지를 받지 못한 것이 주요 실패요인이라고 할 수 있음.
- 1994년에 들어선 새 정부는 모든 국민에게 기본적인 의료보험 프로그램을 적용시키려는 목표를 포기한다는 기본방침을 정하면서, 의료보험을 세 부분으로 나눌 것을 제안하였음. 첫 번째는 장기적인 의료서비스만을 커버하는 예외적인 의료비 지출프로그램으로 전형적인 국가사회보험프로그램의 성격을 지님. 두 번째는 기본적인 급성의료에 대한 것으로 질병기금이 전통적인 질병보험프로그램을 수행하게 됨. 세 번째는 다른 부분의 급여패키지에 포함되지 않은 보조적 의료 프로그램임.
- 첫째와 둘째 부분의 보건의료 급여 패키지가 의료보험개혁에서 풀어야 할 첫 번째 과제이고, 두 번째는 질병기금의 재정적 자립화를 강화하는 것이며, 세 번째는 1980년대 중반 이후 공공부문과 민간부문간의 상호연관이 발생하면서 상당금액의 공공자금이 민간부문으로 새어나가고 있다는 우려가 증가하고 있다는 점임. 최종적인 문제는 질병보험 프로그램이 차후에 어떻게 변화될 것인가에 관한 논쟁임. 첫째, 현재의 위치를 그대로 유지하되 수혜자에 관한 문제와 급여패키지의 구성, 본인부담금제 도입에 일부 수정을 가하자는 의견이 있고, 둘째는 전국민을 대상으로 의무적인 사회보험프로그램을 도입해야 한다는 제안이 있으며, 셋째로 질병보험이 단계적으로 없어져야 한다는 제안임. 결국 의료보험개혁은 긴 시간에 걸친 수정이 필요하며, 이것은 네덜란드 의료보험의 전망을 상당히 변화시킬 것임.

□ 일본 의료보험 개혁과 전망(발표자: Kunihiro Tajima, 일본의료보험연합회 상무이사)

- 일본의 의료보험은 크게 피용자 건강보험과 지역건강보험으로 나눌 수 있음.
 - 피용자 건강보험은 건강보험(정부관장 건강보험, 조합관장 건강보험), 선원보험, 국가공무원, 지방공무원, 사립학교교직원 공제조합 의료보험이 있음.

- 지역건강보험은 국민건강보험으로 농어민, 자영자, 소규모사업장의 근로자, 무직자를 대상으로 함.
- 조합관장 의료보험의 재정상태는 1993년 1174억 흑자였으나, 1994년 774억, 1995년 1122억 적자를 보였고 1997년에는 4500억의 적자를 보일 것으로 전망됨.
 - 1995년 전년대비 국가수입 증가는 1.0%였으나 국민의료비 증가는 5.3%였음.
- 이에 대한 대책으로 정부는 비용분담에 대한 부분적 수정안을 제시하였음.
 - 피보험자의 부담을 10%에서 20%로 높이고 퇴직자 의료보험은 피보험자 부담을 30%에서 20%로 낮추며, 노인보건의료체계는 입원은 일당 710엔에서 1,000엔으로, 외래는 일당 1,020엔에서 방문당 500엔(같은 의료기관이용을 1달에 4회로 제한)으로 하였음. 모든 의료보험에서 외래환자의 투약은 각 종류당 1일 15엔으로 함.
- 의료보험체계 개혁과 의료보험의 수정안은 1997년 4월 7일의 '기본원칙'에 기초하여 다루어질 것이고 이것은 1996년 12월 19일 3정당이 비준한 것이며 의료비 체계, 약가 결정방식, 노인의료비제도에 집중될 것임.
- 1997년 9월 1일부터 효력이 발생하는 건강보험법 개정안의 개정요지는 다음과 같음.
 - 각종 외래환자의 투약에 대해 1일 15엔의 환자비용부담은 양(dose)에 따라 정액부담(fixed rate cost sharing)으로 개정하고 모든 사람에게 적용됨. 즉, 1종류는 0엔, 2~3종은 400엔, 4~5종은 700엔, 6종 이상은 1,000엔으로 정하였으며 외용약과 물약(draft of medicine)은 각각 한 종류당 80엔과 10엔으로 정하였음.
 - 노인 입원비는 1997년 일당 1,000엔, 1998년 1,100엔, 1999년 1,200엔으로 함.
 - 정부관장 건강보험의 보험료는 8.5%까지 인상함. 추가적으로 건강보험의 일반재정에서 특수재정으로 이전된 거치예산(deferred budget)의 계획적 재지불(8,200억엔)과 약품에 있어 생산비가 겨우 나올 정도의 이윤에 관한 문제의 해결, 부당청구를 밝히고 방지하는 것, 보험급여에서 약재비 조항을 명확히 하는 노력이 있어야 할 것임.

□ 중국 도시지역 의료보험 개혁과 전망(발표자: Hong Wang, 북경의대 부교수)

- 중국의 주요 의료보험체계는 1) 공무원 의료보험 2) 직장의료보험 3) 협동의료체계임. 공무원 의료보험과 직장의료보험은 도시지역 피용자의 대부분에 적용되며 도시지역 피용자 의료보험이라 부름. 농촌지역 인구의 대부분은 협동의료체계의 적용을 받음. 이러한 의료보험 체계는 경제 개혁 이후 일련의 도전에 직면했음.

-
- 도시지역 피용자 의료보험체계는 ① 비용통제장치의 부족, ② 의료보험 수혜자의 제한, ③ 안정된 재원과 위험분담 장치의 부족 등의 문제가 있었음. 1980년대 이후 도시지역 피용자 의료보험은 의료비의 10~20%정도의 환자부담금, 재해성 상병에 대한 비용부담, 병원 선지불제 등을 도입하여 약간의 성과를 거두었으나 많은 지역에서 여전히 문제점을 갖고 있었음.
 - 중국 정부는 다른 나라의 경험과 중국의 사정을 감안하여 1994년에, 개인건강계정(Individual Health Account)과 공중보건기금(Public Health Fund) 모형을 포함한 국가 도시지역 피용자 의료보험 개혁에 착수하였음. 이 모형은 공중보건기금을 통한 수평적 비용분담과 개인건강계정을 통한 수직적 자가보험기능을 갖는 것으로, 1995년 상해주변에서 시작하여 현재 57개 시에 확대되었고, 내년까지 200개 시에 확대될 전망이다. 1995년 시범사업이 시작되었고, 그 성과로 ① 도시지역에 단일 도시지역피용자 의료보험체계가 만들어졌고, ② 조사결과 참여자 대부분이 만족하였으며, ③ 의료비용의 과증가 성향이 통제되었으며, ④ 의료전달체계의 개선 등이 있었음.
 - 그러나, 이러한 성과에도 불구하고 해결해야 할 문제점들이 있음. ① 기본급여패키지가 정의되지 않았고, ② 기업부담이 새로운 의료보험체계의 보험료 부담 때문에 증가하고 있고, ③ PHF는 적자를, IHA는 흑자가 발생되었음. ④ 인플레이션에 의해 IHA 저축분이 평가 절하되었으며, ⑤ 대부분의 보건기관이 의료보험 후 적자를 보이고 있음. ⑥ 임상의료서비스와 예방서비스의 결합이 고려되어야 함. ⑦ 새 의료보험체계에서 피용자 가족과 다른 인구집단이 여전히 제외되었음. ⑧ 상업적 의료보험의 발달에 관한 문제들이 남아 있음. 이상 8가지는 중국이 미래의 의료보험개혁에서 해결해야 할 과제들임.